Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France.................... 45 fr.
Étranger... (voir conditions page IV)
Étudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR, P. BOUDIN, docteur en droit, M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

EAU DE S^T. CYPRIEN

eau des Arthritiques et des Rénaux
rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux
rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertendus

Elle est délicieuse au goût, légère et très douce à l'estomac, car elle ne contient que de « doux minéraux » ; elle traverse l'organisme en entraînant les poisons, les toxines ; elle désinfecte les voies biliaires, le rein, le bassinet, la vessie ; elle dissout l'acide urique, les urates ; décrasse les jointures ; emporte dans les urines pus, graviers et calculs. Elle diminue l'hypertension artérielle en levant le barrage rénal.

Eau de Lucine

L'action anti-vomitive de l' " Eau de Lucine", eau minérale très douce, dans les vomissements de la grossesse, du chloroforme, du mal de mer.

Bronze du Musée d'Athènes provenant des fouilles du temple d'Esculape à Epidaure

L'*Eau de Lucine*, eau de la source Saint-Savin de la Roche-Posay, jaillit en plein roc, à 3 m. seulement de la source Saint-Cyprien. Elle est légère et douce à l'estomac : l'appellation ancienne d' "Eau de Velours" lui convenait à merveille. C'est une eau essentiellement calmante et sédative. Tient-elle son moelleux, son velouté, des bancs d'*argile* (silicate double d'alumine et de potasse) qu'elle traverse ou de son *carbonate de calcium*? Peu importe. Toujours est-il que sa vertu calmante *en profondeur* et *en durée* relève à n'en pas douter de l'*ion calcium*, sédatif bien connu du *grand sympathique* et en particulier du plexus solaire dont le réseau s'étale sous la muqueuse gastrique. C'est l'ion calcium qui explique son activité merveilleuse et connue depuis bien longtemps dans les *vomissements de la femme enceinte*, comme il explique son action connue plus récemment, mais aussi certaine, dans les *vomissements du mal de mer, du chloroforme*.

Cinquantième année N° 1 1er Janvier 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 2-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1928 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167 95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Godonnel, de Gannat, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 1. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir.

N° 2. — Urgent. A céder bon poste seul méd., rapp. 45.000, dont 9.000 fixes transmiss., dans pays agréable station estivale et touristique, proximité grandesvilles. Prix : 12.000 compt.

N° 3. — Dr ch. lég. d'honn. cherche. Paris ou banlieue, situation médicale ou paramédicale.

N° 4. — Client. à céder de suite. Belle maison avec nombr. dépend. neuves grand jardin. Electr. eau, cour, partout. Pêche et chasse. Dr Ruault, Les Ormes (Vienne)

N° 5. — Jne doct. 29 ans, anc. prépar. d'anat. à la Fac. de méd. de Lyon, ex-int. des asil. publ. du Rhône,

marié, deux enf., sans fortune, ch. place assist. clinique chirurg., médic. ou rayons X, Reprend. poste méd. rég. du Midi, sans ind. imméd., ou collabor. avec conf. âgé ou malade, en vue success.

N° 6. — Le Dr Le Bourhis, de Fay-de-Bretagne (L.-I.) informe les confrères intéressés par l'annonce n° 692 du *Concours médical*, qu'il a loué une maison à Belle-Isle-en-Terre, et qu'il va s'y installer incessamment.

N° 7. — Normandie. Près ville d'eaux, client. de campagne, seul méd. propharm., rapp. 80.000, maison 8 p., électr. indemn. 35.000 dont 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 8. — A céd. à Paris, quart. bourgeois, cab. de gymn. orthop. et massages, rapp. intéressant, bel appartem. 5 p., dépend. loyer 10.000, long bail. Prix à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante (Paris 5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 9. — Ouest. Belle client., méd. seul, ch.-lieu cant., mais. 8 p., eau, électr. A céder 5.000 avec facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre confrère et ami, le Dr Jules Jacob, de Paris. Praticien très apprécié, Jacob était membre de la plupart des associations professionnelles de la région parisienne et il exerçait récemment encore les fonctions de Commissaire contrôleur au « Sou Médical ». Sa plume aimait à écrire des poésies empreintes d'humour et de sel du meilleur aloi, et d'une finesse qui contrastait avec sa grande vigueur physique : ne nous disait-il pas, que pendant ses vacances, il avait, à 60 ans, à Saint-Brevin-l'Océan, pris la truelle et reconstruit lui-même sa maison d'été, montrant ainsi que le médecin pouvait mettre la main à tous les travaux.

Nous adressons à Madame Jacob, à Madame Paul Jacob, et à ses nièces, Mesdemoiselles Marie-Louise et Angèle Jacob, avocate à la Cour, l'expression de nos sentiments de sympathie attristés. P. L.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire d'histologie.* — La Conseil de la Faculté a proposé à l'agrément du ministre, pour la chaire d'histologie laissée vacante par la mort du professeur Prenant, en première ligne M. Jean Verne ; en seconde ligne, M. Mulon.

— **Hospice des Quinze-Vingts.** — Ont été nommés aides de clinique titulaires à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts : MM. les docteurs Bidault et Fil, et M. Mastagli.

— **Un médecin reçoit le prix Goncourt.** — Le prix Goncourt vient d'être décerné au Dr Maurice BEDEL, pour son roman : « Jérome, 60° latitude Nord ».

— **Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé.** — *Avis urgent.* — « Le Bureau du Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé privées de France a reçu du Ministère du Travail un projet de règlementation des heures de travail dans les maisons de santé de la Seine, avec prière de fournir les observations avant le 31 janvier. Le Bureau du Syndicat estime que, s'il est mandaté pour agir au nom des membres de son Syndicat, il ne peut parler au nom des médecins non syndiqués, mais, plutôt que de laisser chacun défendre ses intérêts en ordre dispersé, il propose à tous les médecins-directeurs de maisons de santé de la Seine, de venir soumettre leurs idées dans une réunion générale qui aura lieu, sous les auspices du Syndicat, le vendredi 5 janvier, à 5 heures du soir, au Restaurant Marguery.

Prière de répondre au docteur HERVÉ, à Lamotte-Beuvron avant le 4 janvier. »

— **Hôpitaux de Paris.** — *Externat.* — Liste alphabétique des candidats reçus à la suite du dernier concours :

MM. Aboulker (Raphaël), Aboulker (Pierre), Abramesco, Abrand, Adèle, Mlle Aghion, MM. Alfonti, Aliker, Amestoy, Angyal, Archaimbault, Arnoult, Arvay, Azéma, Bandard, Baré (Jean), Barrière, Bastien (Jacques), Baudet (Henri), Baumgartner, Baurens, Baylot, Beaufils, Béchet, Beinis, Bellière, Bequignon, Benardeau, Benoist, Bensaude, Benvenitte, Bernaud, Bernière, Bertheau, Mlle Beskin, MM. Beurdeley, Bevalot, Bidou, Binet, Bioy, Blau, Bonamy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Georges), Borrey, Bouchacourt, Boudreaux, Bourget, Bouroullec (Robert), Bousquet, Bousseau, Bouwens van der Boijen, Brandenburg, Braillon, Brawerman, Bridgman, Bring, Brochard, Bronstein, Brunhes, Mlle Bujeaud, MM. Bureau (Pierre), Cabry, Cachin, Cagny (de), Mlle Cahen (Arlette), MM. Calvet (Henri) Calvet (Jean), Camus (Jean), Canale, daput, Carlet, Mlle Cazamian, MM. Chagnon, Chaillonet, Challiol, Chareire, Charousset, Chazette, Chefdeville, Mlle Cherbulicz, MM. Cochard (Georges), Cohen-Solal, Comte, Mme Corny, M. Costes, Mlle Cottin, MM. Courvoisier, Coussieu, Couve, Cristesco, Crozat, Darras, David (Jean), Debay, Debidour, Debray, Déchaux, Deffay, Deglaire, Delambre, Delbès, Delom (Pierre), Delorme, Delort (Joseph), Delsuc, Demartial, Deparis, Departout, Desbiez, Mlle Desbois, MM. Desvignes, Deutsch, Dhotel, Dijon, Doreau, Douay, Doussinet, Dragomiresco, Drapé, Dreyfus, Dubroca, Duflos, Dufour (Emile), Dugas, Dumont (Pierre), Escrivat (d'), Fabre (Charles), Fasquelle, Faur (Jean) Faure (André), Fay, Fécan (André), Fécan (Robert), Ferrier (André), Ferroir, Mlle Filderman (Georgette), MM. Filderman (Marcel), Findjandjian, Fleys, Font-Réaulx (de), Fourestier (Max), Fournet (Pierre), Fresnais, Fuchs, Mlle Gabrielli, MM. Gahan, Gaillpard, Galup, Ganière, Ganot, Mlle Gasné, MM. Gay,

Gelbart, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Gérard (Pierre), Germon, Ghelman, Giami, Gillot (Jean), Girard (Emile), Gireaux, Giroux, Golse, Gonnet (Claude), Gourçon, Gouzonnat, Grégoire, Grenet, Gringoire, Grosbois, Grosperrin (René), Grosmann, Guidicelli, Guidon, Guillaud-Vallée, Guillaumat, Guy (André), Guynot de la Boissière, Henrion, Heinon, Helluin, Heptid, Herrenschmidt, Herzfeld, Mlle Hollier-Larousse, M. Hue (Jean), Mlle Huet, MM. Hürstel, Ichard, Israilovici, Jacobesco, Jacquet, Jamet, Janaud, Joseph, Juchet, Juhit-Julia, Kagan, Kaplan (Alexandre), Kaplan (Moïse), Kipfer, Kiszelnik, Klein, Kohen (Ignace), Kramarz, Kreis, Kunossy, Kuypers, Labarre, Labatut, Lachèze, Lacroix (Pierre), Lambert (Maurice), Lambey, Lambling, Lance, Lanlau (Lebjus), Lando (Boruch), Landois, Laplane (Robert), Mlle Laporte, MM. Laroche (Jean), Larroumets, Laurent (Louis), Laurent (Paul-Albert), Lauret (Georges), Lavergne (Jean), Lazard, Leborgne, Lebouchard, Lebourg, Lecat, Leconte (Maurice), Leduc, Lefebvre (Jacques), Lemarinier, Lemelletier, Leneman, Léonard (Jean), Léoni (Jacques), Lesage, Letrésor, Leveiller, Mlle Lévy (Gilberte), MM. Liberton, Lichaa, Lichtenberg, Lion, Mlle Liphschutz, M. Livierados, Mlle Loeschnigg (de), M. Longuet (Bernard-Yves), Mlle Lorsignol, M. Luisada, Macé, Magrin, Mainguy, Maire Mallarmé, Marcombes, Marie (René), Marmasse, Maronne, Marre (Philippe), Martin (Marcel), Martinu, Maspétiol, Mathière, Mattern, Mausour, Mauvais (René), Mlle Menabrea, M. Mennecier, Mlle Métin, MM. Meunier (André), Meyer (Jean), Meyer-Heine, Michaut, Michelet, Michelson, Mlle Mignon, MM. Milhaud (Alfred), Millot (Jacques), Milovanovitch, Minc, Miquel (André), Molard, Monier, Morel (André), Morelle (René), Mlle de la Motte Saint-Pierre, MM. Mourgues, Naon, Nel, Netter, Nigaud, Nocton, Ogarrio, Oiseau, Ortholan, Osenat, Parent, Parfus, Parrot, Mlle Patez, MM. Paulus, Pécastaing, Pelletier, Pergola, Péron (Jean), Mlle Perrier, MM. Perrot, Personnaz, Petit (Pierre), Pétroff (Marin), Mlle Philippe (Madeleine), MM. Pinchasowicz, Pineau (C.l), Mlle Piquet, MM. Piram, Pivoteau, Gochon, Mlle Poindessault, MM. Polak, Poreaux, Pouliquen, Prat (Pierre), Puistienne, Pulvenis, Ramadier, Reboul, Regard, Renaud, Mlle Revault d'Allonnes, M. Richard (Robert), Mlle Rogier (Simonne), MM. Ronce, Rossano, Rossi, Roy (André-Louis), Roy (André-Henri), Roy (Guy), Mlle Ruais, M. Sabatier, Mlle Sainton, MM. Sakon, Sauvage, Sauvain, Savelli, Schied, Schmid (René), Ségall (Salomon), Ségall (Max), Mlle Seguin (Paule), M. Serdario, Mlle Sérieux, MM. Sxdel, Silvestre, Sim on (Franck), Simon (Roger), Simonnet, Mlle Solente, M. Soria, Mlle Spire, MM. Stephani, Sterne, Stewart, Streicher, Svartman, Talon, Tawil, Thésée, Thévenin, Thomas (Emile), Tissot, Tournafond, Tran-Quang-de, Tribalet, Trotot, Turbé, Turiat, Urbain, Valensi, Valet-Bellot, Mlle Mallet (Renée), MM. Vannereau, Vauclin, Vergé Vial, Vidard, Vieuchange, Vigneron, Vincent (Jean), Vulpian (de) Waismann, Wetterwald, Wilbert, Willot, Yun Yvanovitch.

— **Hôpitaux d'Alger**. — M. André Lévy-Valensi est nommé, après concours, médecin des hôpitaux d'Alger.

— **Hôpitaux de Nice**. — Un concours pour cinq places d'externes en médecine s'ouvrira le 6 février 1928.

Questions d'Hygiène scolaire

La désinfection des livres et des cahiers scolaires à l'Ecole primaire.

A propos de l'article que nous avons écrit à ce sujet (Propos du Jour du 25 septembre) et des lettres que nous avons publiées (*Concours médical* du 27 novembre 1927), un de nos excellents lecteurs, M. le Dr Grosset, médecin inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris, nous rappelle les vœux suivants qu'il a fait voter à la suite d'un rapport très documenté (1) par la *Société des médecins inspecteurs de la Ville de Paris*, en sa séance du 25 février 1927, de concert avec le Dr Moulin, maire-adjoint du Ve arrondissement, médecin inspecteur des Ecoles et médecin du Collège Sainte-Barbe :

« Soucieuse des dangers de contamination morbide inhérents au prêt des livres classiques, actuellement la règle dans les écoles de la Ville de Paris, mais aussi convaincue des difficultés matérielles de mise enapplication dans le milieu scolaire des diverses mesures préconisées pour la désinfection des livres et de leur insuffisance pratique, la Société des médecins inspecteurs des Ecoles émet le vœu :

1° « *Que soit supprimé le cahier de roulement, source de dissémination des maladies contagieuses.*

2° « *Que dorénavant, dans un but de prophylaxie des maladies contagieuses, les livres classiques mis à la disposition d'un élève deviennent sa propriété au même titre que les autres fournitures scolaires, à charge, au besoin, pour les familles aisées, de rembourser à la Villv la valeur des livres ainsi cédés.* »

Ce vœu donne la seule solution pratique et efficace qui est d'ailleurs celle que nous avons préconisée il y a trois mois, comme le 27 septembre 1925 quand nous nous sommes occupés une première fois de cette question.

J. Noir.

(1) Publié par *La médecine scolaire du* 1er *avril* 1927.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 décembre.

Enseignement de la médecine.

MM. Dubreuilh et Lagrange, anciens professeurs

de la Faculté de Bordeaux, sont nommés professeurs honoraires.

Hygiène publique.

M. le professeur Léon Bernard a été nommé vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Calmette, démissionnaire.

Brevet d'infirmiers et d'infirmières.

Programme d'études pour les infirmières sanitaires et pour les infirmiers masseurs aveugles.

Etant donnée son étendue, ce document sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

15 *décembre.*

Expertises.

Par décret du 12 décembre 1927, les indemnités allouées aux experts civils requis devant les Conseils de guerre de l'armée du Rhin seront les suivantes :

Indemnité de séjour forcé, 40 fr.
Indemnité de découcher, 24 fr.

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux muicipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la Rochelle.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau) 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

20 *décembre.*

Education physique.

Par décret en date du 10 décembre, ont été approuvées les délibérations du Conseil de l'Université de Bordeaux, portant création d'un « Institut d'éducation physique » relevant spécialement de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le lundi 22 octobre 1928 devant la Faculté de Lyon, pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'école de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

L'emploi d'agrégé de chirurgie de la Faculté d'Alger est déclaré vacant. Un délai de vingt jours est accordé pour la candidature.

CORRESPONDANCE

Médecine Sanitaire maritime.

4043. — Le médecin sanitaire maritime et le secret professionnel.

Un médecin sanitaire maritime, au service d'une Compagnie de navigation, doit-il inscrire sur le cahier de visite du bord le diagnostic des maladies des marins qui viennent à la visite journalière pendant le voyage ?

Ou doit-il refuser d'inscrire ce diagnostic — se retranchant derrière le secret professionnel — et sans spécifier la nature de la maladie, se borner à inscrire simplement le résultat de la visite tel que : exempt de service, ou : peut faire son service, ou encore : a besoin de tant de jours de repos.

Le cahier de visite, en question, sert de pièce témoin pour les cas où des recherches ou des précisions seraient demandées aussi bien par la Compagnie que par les services administratifs de la Santé ou de l'Inscription maritime auxquels ressortissent ces malades pour certaines formalités, tels que paiement des journées d'indisponibilité ou date d'origine de maladies ayant évolué après une période de latence, par exemple.

Les Compagnies déclarent indispensable la connaissance de ces diagnostics pour l'appréciation de la durée et de la gravité de l'invalidité résultant des maladies ou accidents de leurs équipages.

D'autre part, les consultants demandent la protection du secret professionnel.

J'ajouterai, pour bien éclairer la question, que les Compagnies ont à leur service un médecin à terre dont le rôle est de recevoir les malades ou blessés qui débarquent malades et qui lui sont envoyés par les médecins du bord qui sont, en somme, les médecins traitants.

Aussitôt débarqués, les malades sont soignés si la maladie est grave dans un hôpital ou dans le cas contraire par ce médecin à terre qui est aussi le conseiller médical de la Compagnie.

Ainsi donc, par l'intermédiaire de ce médecin conseil, les compagnies peuvent être parfaitement renseignées sur l'état de maladie des membres de leurs équipages.

Il a une certaine analogie avec les médecins de bataillon et les cahiers régimentaires de visite d'infirmerie. N'y a-t-il pas un règlement du Service de santé qui interdit aux médecins de régiment d'inscrire leurs diagnostics sur le cahier de visite ?

Dr C.

Réponse.

La réponse à la question qui nous est posée, découle des considérations suivantes :

1° Le rôle et les fonctions des médecins sanitaires maritimes à bord des navires de commerce, sont déterminés par la loi du 3 mars 1922, sur la police sanitaire, par le décret du 15 décembre 1909, portant règlement de police sanitaire (articles 22 et suivants) ; par le décret du 26 novembre 1921 (articles 137 à 154) remplacé par le décret du 8 octobre 1927 (articles 84 et suivants).

Notamment l'article 91 de ce dernier décret s'exprime ainsi : « Le médecin sanitaire maritime a pour devoir d'user de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à sa disposition :

« *a*) Pour préserver le navire des maladies transmissibles ;

« *b*) Pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire leur apparition à bord, de se propager parmi les populations des divers ports touchés par les navires. »

Le rôle de ce praticien est défini par les articles 92 et 93 : il doit prendre, d'accord avec le capitaine, toutes les mesures de préservation nécessaires.

En ce qui concerne la tenue des registres sanitaires, article 94 : « le médecin sanitaire maritime inscrit jour par jour, sur un registre, toutes les circonstances de nature à intéresser la santé du bord.

« Il mentionne les dates d'invasion, de guérison, ou de terminaison par la mort, de tous les cas de maladies transmissibles, avec indication des détails essentiels que comporte la nature de chaque cas.

« A chaque escale ou relâche, il consigne sur son registre la date de l'arrivée et celle du départ, ainsi que les renseignements qu'il a pu recueillir sur l'état de la santé publique dans le port et ses environs.

« Il inscrit sur le même registre les mesures prises pour l'isolement des malades, la désinfection des déjections, le destruction ou la purification des hardes, du linge et des objets de literie, la désinfection des logements ; il indique la nature, les doses, le mode d'emploi des substances désinfectantes et la date de chaque opération. »

De la lecture de ce qui précède, comme d'ailleurs du décret tout entier, il résulte que le rôle légal du médecin sanitaire maritime, à bord des navires, est surtout d'enrayer la propagation des maladies contagieuses.

Sur ce point, le médecin est déchargé des obligations du secret professionnel, étant tenu par la loi du 30 novembre 1892 et par celle du 15 février 1902, de faire la déclaration des maladies transmissibles.

Voir la suite page XLVII-49

PROPOS DU JOUR

Nos souhaits.
Un coup d'œil rétrospectif au sujet de la prétendue faillite du syndicalisme médical.

A tous nos lecteurs et à tous les membres de la grande famille médicale, nous adressons nos meilleurs vœux pour 1928.

Parmi ces vœux, il en est un qui pour nous, prime tous les autres; c'est celui de voir se réaliser l'union, l'entente cordiale, la réconciliation sincère dans nos Syndicats momentanément désunis. Nous savons que d'excellents esprits s'emploient à reconstituer l'Union. Le Congrès des Syndicats nous a éloquemment démontré que ce désir d'entente, s'il n'existait pas absolument dans toutes les bouches, régnait dans la presque unanimité des cœurs. Il faut que 1928 tienne une place à part dans les fastes du Syndicalisme médical, il faut que, au cours de cette année soient fêtées l'Union absolue, la Fédération complète des Syndicats médicaux français, en donnant à ces termes d'Union et de Fédération leur sens le plus étendu.

***

Au cours des discussions, des polémiques, des disputes dont nous ne voudrions pas réveiller le souvenir, le mot de faillite du syndicalisme médical a été plusieurs fois prononcé (1) et plusieurs confrères ignorants d'un passé déjà lointain, bien que glorieux, ou en tous cas bien mal documentés, sont allés jusqu'à rendre l'action syndicale et, partant ceux qui l'ont dirigée, responsables du désarroi professionnel d'aujourd'hui. N'est-ce pas le syndicalisme médical ou ceux qui l'ont dirigé (ce qui revient au même) qui ont admis le « tiers payant », qui ont créé la médecine sociale, en ne boycottant pas la mutualité pour l'obliger à capituler, en collaborant à l'Assistance médicale gratuite, en acceptant la loi sur les accidents du travail. En un mot, les trente ans de syndicalisme médical qui ont précédé la guerre auraient été une période néfaste dans l'histoire de la profession médicale.

Ayant été pendant 15 ans à la tête du mouvement syndical de notre profession (1895-1910) comme secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, ayant pris part aux luttes de défense professionnelle aux époques où elles furent les plus ardentes, ayant participé activement au développement du Syndicalisme médical français, puisque l'Union des Syndicats médicaux qui comptait 2.500 adhérents en 1895, atteignait 8.300 adhérents quand nous quittâmes le secrétariat en 1910, nous avons le droit de jeter un coup d'œil rétrospectif sur cette période, ne serait-ce que pour défendre la mémoire des hommes dévoués qui se sacrifièrent à la tête de nos Syndicats. Presque tous, en effet, sinon tous, sont disparus aujourd'hui. Nous avons nommé A. Cézilly, Mignen, de Fourmestraux, Porson, Le Baron, Le Blond, Jeanne, Dubuisson, Divernoresse, Gairal, nous en passons et des meilleurs, mais nous ne pouvons faire ici une trop longue énumération.

Quelle ne serait pas la stupéfaction de ces vaillants, s'ils revenaient parmi nous, de se voir accusés d'avoir sacrifié les intérêts de leurs confrères et d'avoir précipité la marche du Corps médical vers la fonctionnarisation ?

Non, amis regrettés qui furent nos maîtres et nos guides quand n'ayant pas encore atteint la trentaine nous assumâmes avec plus d'enthousiasme que de compétence les lourdes fonctions de secrétaire de l'Union, non, amis, vous n'avez pas failli !

Pour juger votre œuvre, il faut savoir dans quelles conditions se débattaient les médecins praticiens à la fin du XIXe siècle, il faut connaître de quels moyens vous disposiez, il faut savoir avec quelle ténacité, quelle énergie, quelle habileté, quel dévouement, quel absolu désintéressement vous vous êtes voués à la tâche du relèvement de la situation plus que précaire du praticien français. Quand on compare la situation actuelle du médecin à ce qu'elle était en 1895, l'on a le droit d'être fier du chemin parcouru, des résultats acquis, et nous pouvons répéter : vous n'avez pas failli !

Si les Syndicats médicaux furent fondés, il y a 48 ans en 1881, (trois ans avant le vote de la loi syndicale du 22 mars 1884), ils ne purent réellement agir que sept ou huit ans plus tard quand la loi du 30 novembre 1892 leur eut donné une existence légale.

(1) Notamment dans un article qu'on peut lire dans la Partie Professionnelle de ce numéro.

A cette époque, il n'existait aucun tarif syndical respecté et la règle était la concurrence au rabais, la sous-enchère ; les médecins désunis se disputaient âprement les situations les moins rétribuées ; les mutualistes, soignés primitivement gratuitement par le praticien philanthrope qui, encore, flatté du titre de membre honoraire de la Société, était trop heureux de verser sa cotisation à sa caisse, recevait, quand la Mutualité se fut développée, une rétribution calculée par un abonnement annuel qui ne dépassait pas le plus souvent cinq francs par famille. Mais le malheureux praticien était heureux de toucher ce *fixe* et surtout de monopoliser cette clientèle qui aurait pu frapper à la porte du concurrent, son confrère.

Le désordre le plus complet existait dans l'Assistance médicale gratuite que la loi de 1893 rendit obligatoire. Quand l'Assistance n'était pas organisée, tout le poids en retombait sur le médecin. Il ne pouvait guère refuser ses soins quand ils étaient urgents et indispensables. Sa tâche charitable pouvait à la rigueur être tolérable en ville, mais à la campagne, quand le praticien était tenu de perdre plusieurs heures et de parcourir des dizaines de kilomètres avec la certitude de ne pas être honoré, le fardeau devenait insupportable.

Les accidents du travail, plongeant la victime dans la misère la plus noire, ne donnaient le plus souvent aucune rétribution. Quand un industriel par humanité ou pour atténuer sa responsabilité possible, assurait ses ouvriers à une Compagnie d'assurances, cette dernière traitait à forfait avec un médecin qui, moyennant une somme qui ne dépassait pas guère dix francs par sinistre, monopolisait les soins chirurgicaux donnés aux clients de l'assurance. Nous vîmes des confrères du Centre venir nous supplier d'intervenir auprès de telle ou telle société d'assurances pour obtenir une augmentation de dix sous par forfait, sans cela ils nepouvaient, disaient-ils, s'en tirer. Ils auraient purefuser ce salaire de misère, nous répliquerez-vous. Certainement, mais dix de leurs voisins étiaient prêts à s'offrir pour les remplacer.

Dans les villes, l'exercice de la médecine était encore plus difficile. Les cliniques *gratuites* s'étaient multipliées, faisant concurrence aux consultations gratuites données à tout venant dans les hôpitaux. Les médecins de ces cliniques espéraient ainsi se faire connaître, créer une sorte de confusion entre eux et les médecins des hôpitaux considérés comme des maîtres, et, s'ils étaient spécialistes, décrocher de temps à autre un client fortuné ou une opération bien rétribuée. Les malins s'en tiraient par le compérage avec un pharmacien qui avait le monopole de la vente des cachets ou des pilules qui portaient le nom des praticiens et dont l'ordonnance ne donnait jamais la formule. Dans les villes de garnison, les médecins militaires exerçaient ouvertement et certains, sans payer patente, accaparaient les clients les plus fortunés.

L'exercice illégal n'était pas réprimé. Les rebouteux, les charlatans, les magnétiseurs, encore si nombreux aujourd'hui, pullulaient, tant dans les villes que dans les campagnes, et, le plus souvent, le praticien n'osait, en luttant contre eux, encourir le risque de se faire un ennemi d'un personnage dont la popularité était fort répandue, et qui inspirait plus confiance que le plus titré de docteurs.

Voilà, où en étaient les conditions d'exercice de la médecine à la fin du XIX[e] siècle quand le syndicalisme médical s'organisa.

Le Syndicalisme médical ne fut pas le fruit d'une idée préconçue ; il ne naquit pas du désir de bénéficier des avantages d'une législation nouvelle, puisqu'il fut fondé trois ans avant le vote de la loi sur les Syndicats professionnels ; sa source unique fut la nécessité, le besoin de s'unir pour se défendre.

Il ne constitua jamais une force effective en France. Les Syndicats ne purent jamais, avant la guerre, grouper la majorité du Corps médical. Plus tard, dans quelques départements ruraux ; ils réunirent la presque unanimité des médecins et purent imposer leur volonté, mais ce ne fut pas la règle. Dans Paris et la région parisienne, les Syndicats médicaux furent toujours peu cohérents, et ne comprenant pas la moitié des praticiens ; ils furent et sont encore incapables de prendre des décisions énergiques et de les faire respecter.

En 1909, lors de la célébration, du vingt-cinquième anniversaire de l'Union des Syndicats médicaux de France, une statistique fut dressée. Les Syndicats de la Seine, y compris le Syndicat de Paris dissident et les Syndicats de banlieue comptaient 1.828 adhérents.

Actuellement, nous sommes persuadé que les médecins syndiqués de la Seine ne dépassent guère 2.000 et le nombre des médecins exerçant dans le département s'est accru au moins d'un quart dans ces 18 dernières années.

Donc le Syndicalisme médical, sauf dans de rares départements en Alsace et en Lorraine, ne constitue pas une force effective.

Aussi n'est-ce pas par la force syndicale que

l'indifférence, l'individualisme, l'égotisme, souvent la jalousie de la majorité des médecins, empêchèrent d'être puisssante, que l'Union des Syndicats parvint à améliorer la situation.

Ce fut par sa diplomatie, ce fut en s'efforçant d'arbitrer les conflits, ce fut en liant l'intérêt médical à l'intérêt du malade, ce fut en collaborant avec d'autres puissances collectives, qu'elle parvint à s'affirmer comme une force morale puissante, et qu'elle fit lentement, péniblement, mais sûrement de définitives conquêtes.

D'abord, elle obtint du Ministre de la Guerre l'interdiction d'exercer aux médecins militaires, et il en résulta une cordialité confraternelle plus grande entre les médecins civils et militaires.

L'Union s'efforça d'apaiser les conflits dans l'application de la loi sur l'Assistance. En contact constant avec la Direction de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur à l'époque où MM. Monod et Mirman étaient directeurs, grâce au concours de M. Rondel, aujourd'hui inspecteur général, l'Union parvint à généraliser peu à peu le système du libre choix du médecin par l'assisté, à veiller à l'exclusion des non indigents sur les listes des assistés, à convaincre les Conseils généraux de la nécessité de tarifs suffisants et d'indemnités kilométriques appréciables. Dans tous les départements où les Syndicats furent actifs, l'organisation de l'Assistance fut bonne et le contrôle des abus fut entre les mains des Syndicats ou de Commissions mixtes dans lesquelles ces derniers étaient fortement représentés. Dans les départements où les Syndicats étaient virtuels ou inexistants, le Conseil général imposait aux médecins ses exigences et nous nous souvenons que, quelques années avant la guerre, un confrère du Nord se plaignait d'avoir reçu une indemnité de 5 francs pour un accouchement dystocique fait à plus d'un kilomètre de son domicile. On retrouverait le faitavec précisions à l'appui en feuilletant la collection du *Concours médical.* A cette époque, les Syndicats du Nord étaient dissidents, parce que leur Fédération ne pouvait offrir plus de 0 fr. 50 de cotisation par adhérent à l'Union des Syndicats médicaux de France qui, cependant se contentait alors d'une rétribution de 2 francs par tête.

Pour la *Mutualité*, la lutte fut vive et continue. Les ressources des Sociétés de Secours mutuels étaient le plus souvent insuffisantes. Néanmoins à force de fréquenter des commissions mixtes, de discuter, de palabrer, l'on parvint à faire pénétrer dans certaines sociétés le système du libre choix.

Le Syndicat lyonnais, puissant et bien discipliné (exception remarquable pour une grande ville) parvint grâce à la vigilance et au dévouement du Dr Bolliet, de faire signer aux mutualistes un *contrat collectif* empêchant les abus par l'ingénieux système du ticket modérateur.

Toutefois, dans les villes où la Mutualité était bien organisée et riche, l'action syndicale des médecins fut inefficace.

Rappelons l'échec de Limoges où les Mutualistes eurent recours à un certain nombre de médecins suffisamment appointés qui ont fait échec à l'action du Syndicat et, encore, la Clinique chirurgicale mutualiste de Montpellier qui fonctionne en dépit du Syndicat cependant bien organisé.

La loi sur les accidents du travail fut,quoi qu'on en dise, un des grands succès du syndicalisme médical. Le Parlement avait d'abord imposé dans la loi, aux médecins, le tarif de l'Assistance médicale gratuite, pour les soins donnés aux accidentés. L'hospitalisation s'imposait pour les cas graves.

Grâce à l'action coordonnée de l'Union des Syndicats et du « Sou médical », grâce à la collaboration des Syndicats ouvriers à qui l'on fit comprendre le danger que couraient les blessés, livrés pieds et poings liés au bon vouloir des Compagnies d'assurances, la loi fut revisée, le libre choix imposé, un tarif rémunérateur fut élaboré et put être périodiquement modifié par une Commission mixte, fixant le *taux de la responsabilité patronale* et non le total des honoraires médicaux.

Certes, cette loi permit à des cliniques louches de se livrer à une exploitation éhontée des accidents au moyen du racolage et du système des ristournes aux blessés. Mais la grande majorité des médecins a largement bénéficié de cette loi, surtout dans les régions industrielles et, grâce à la vigilance des Syndicats et à l'intervention constante du « Sou médical », la loi sur les accidents du travail continue à faire rétribuer d'une façon appréciable les soins aux blessés.

Nous bornerons à ces points importants cette revue rétrospective et nous demanderons à nos lecteurs d'envisager froidement la situation actuelle et de nous dire si, en toute bonne foi, l'on peut parler de faillite du Syndicalisme médical.

Depuis la guerre, la médecine sociale a pris un puissant essor ; l'on tâche d'organiser la prophylaxie des maladies transmissibles, la lutte contre la tuberculose, la syphilis et le cancer. Les offices publics d'hygiène sociale avec dispensaires, sana-

toriums, préventoriums, centres de cure, laboratoires se fondent dans chaque département. Toutes ces créations d'abord instituées avec incohérence, s'harmonisent petit à petit. Pour vivre et prospérer la collaboration du Corps médical leur est indispensable, mais il faut que cette collaboration soit bien coordonnée et c'est là la tâche la plus immédiate du syndicalisme médical. Il faut qu'il intervienne avec la même patience, la même prudence, la même ténacité, la même énergie, le même dévouement que lorsqu'il intervenait, il y a trente ans, pour l'organisation de l'Assistance médicale gratuite. Surtout, il ne faut pas qu'il laisse organiser tout cela en dehors de lui.

Que nos Syndicats songent qu'une fois les Assurances sociales créées, ces institutions prophylactiques seront les bases les plus importantes de la médecine de demain.

Enfin, la grosse question des Assurances sociales va se résoudre. Quelque soit le texte de la loi, le Corps médical n'a pas à désespérer. Le Syndicalisme médical, s'il forme un bloc uni, s'il peut formuler les *desiderata uniques* du Corps médical, pourra intervenir avec fruit dans la rédaction du règlement d'administration publique pour l'application de la loi. D'autre part, une loi de cette importance devra, comme celle des accidents du travail, être portée à diverses reprises sur un chantier parlementaire pour être mise au point et modifiée. C'est alors que le syndicalisme médical pourra donner la mesure de sa force et de son ingéniosité.

Ne parlons pas de faillite du Syndicalisme médical. Il a donné ce qu'il a pu et ce qu'il devait, parlons de l'unifier d'abord, de le fortifier ensuite, de le rendre plus puissant, de mieux l'organiser.

Et au début de 1928, émettons un vœu sincère ; c'est, que le Syndicalisme médical soit à la hauteur de la lourde tâche qu'il sera tenu de remplir. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT ANTI-SYPHILITIQUE CHEZ LES CARDIAQUES

par M. Charles AUBERTIN,

Agrégé, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Le traitement spécifique, employé chez les cardiaques, peut-il être dangereux, et peut-il, en particulier, amener chez ces malades une aggravation de leur cardiopathie ? Telle est la question, fort importante pour la pratique journalière, qui vient d'être débattue à la Société médicale des hôpitaux de Paris, pendant les trois dernières séances, à l'occasion d'une communication de M. Donzelot (1).

A vrai dire, chacun sait depuis longtemps que chez ces syphilitiques tertiaires que sont les cardiaques, malades qui, de plus, présentent une fragilité particulière de leur système artériel, les hautes doses de novarsénobenzol employées chez les syphilitiques secondaires ne sont pas de mise. Et ceux qui méconnaissent ce principe général commettent une première erreur. Mais il y a plus, et comme l'a fait remarquer M. Donzelot, beaucoup de médecins appliquent le traitement spécifique dans certains syndromes cardio-vasculaires qui sont, *a priori*, catalogués comme certainement syphilitiques alors que leur étiologie est fréquemment tout autre.

Les abus du traitement spécifique chez les cardiaques peuvent donc se voir dans deux circonstances : emploi du traitement dans des affections non syphilitiques ; emploi, dans des cardiopathies syphilitiques, de traitements non en rapport avec l'aptitude fonctionnelle cardiaque de ces malades.

1° *Cardiaques indument traités comme syphilitiques.* — Ils sont nombreux. Tout d'abord certains médecins confondent parfois avec l'anévrysme de l'aorte, affection indiscutablement syphilitique, l'aortite chronique avec dilatation fusiforme du vaisseau qui est souvent, mais non toujours, syphilitique. Et il faut avouer que certaines radiographies ne permettent pas de trancher le diagnostic entre ces deux affections. D'où une première catégorie de malades versés dans le groupe syphilitique et traités comme tels.

L'aortite chronique est, par beaucoup de médecins, considérée comme toujours syphilitique alors, qu'en réalité, elle reconnaît très souvent une origine athéromateuse, spécialement

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris. Séances des 25 novembre, 2 et 9 décembre. Communications de MM. Donzelot, Tixier, Laubry, Clerc, Grenet, Fiessinger, Milian, Sézary, Flandin, Weissenbach, Renaud, Caussade et Tardieu, Aubertin, Lian, René Bénard, Dufour.

chez les sujets approchant de la soixantaine. La faute en est peut-être en partie à nos livres classiques qui, souvent, décrivent deux types d'insuffisance aortique, la maladie de Corrigan, rhumatismale, la maladie de Hodgson, syphilitique, oubliant ainsi le groupe pourtant important des aortites athéromateuses. Il est très difficile de différencier les aortites athéromateuses des aortites spécifiques par leur séméiologie ; peut-être la périaortite radiologiquement constatée permet-elle, dans certains cas, d'incliner vers le diagnostic d'aortite spécifique ; cette périaortite serait constante pour Flandin ; nous devons avouer que nous ne l'avons pas trouvée dans la majorité des cas d'aortite certainement spécifique, examinés radiologiquement par Bordet et Beaujard. Ce n'est donc pas sur la séméiologie de l'aortite elle-même qu'il faut compter mais sur les autres stigmates somatiques ou sérologiques de la syphilis. Or les premiers manquent le plus souvent et l'on sait combien les seconds sont décevants, sinon fallacieux : un Wassermann négatif n'a pas grande valeur en pareil cas puisque, sur 200 syphilitiques anciens, 130 avaient une réaction négative (Flandin).

A côté de l'aortite athéromateuse, nous devons faire une place pour les hypertendus simples, traités pour aortite sur la seule constatation d'un clangor du second bruit qui doit être expliqué par la présence de l'hypertension elle-même.

L'angine de poitrine est fréquemment liée, chez les sujets jeunes, à une atteinte syphilitique de l'aorte ; mais on ne saurait généraliser et considérer comme spécifique toute angine d'effort survenant chez un sujet âgé de moins de cinquante ans : Gallavardin, sur une statistique de 450 cas trouve 40 p. 100 de cas où toute étiologie syphilitique peut être éliminée ; en ne considérant que les sujets au-dessus de cinquante ans la proportion est encore plus élevée. Dufour ne trouve que 20 p. 100 de syphilitiques avérés parmi ses angineux. Aussi ne faut-il pas considérer comme syphilitique en dehors d'une syphilis avouée ou d'un Wassermann positif, toute angine de poitrine survenant chez un sujet de moins de cinquante ans.

Le pouls lent permanent fournit, lui aussi, une forte proportion de malades indûment soumis au traitement spécifique. Les quelques cas de maladie de Stokes-Adams dus à une gomme du faisceau de His ont frappé l'esprit du corps médical : par une généralisation hâtive certains a voulu voir dans le pouls lent par dissociation un syndrome syphilitique. Il est à peine besoin ici de rappeler que cette affection survient le plus souvent chez des sujets âgés, artério-scléreux et indemnes de toute syphilis. Et les cas de pouls lent permanent améliorés ou guéris par le traitement spécifique restent des raretés. Cependant bien des médecins appliquent systématiquement le traitement spécifique aux sujets présentant du pouls lent par dissociation auriculo-ventriculaire.

L'hypertension artérielle solitaire est, dans certains ouvrages, considérée comme d'origine très fréquemment syphilitique du fait de la coexistence fréquente de ces deux affections qui sont d'observation courante toutes les deux. De ce chef nombre d'hypertendus constitutionnels sont indûment soumis au traitement spécifique ce qui peut présenter des inconvénients à cause de l'état de leurs reins.

Enfin certains cas de neurotonie cardiaque se traduisant par des algies irradiant plus ou moins dans le bras gauche, par des angoisses en rapport avec de simples extra-systoles sont étiquetés angine de poitrine (Laubry) ; et pour peu qu'on trouve un petit souffle systolique de la base, qu'on soit influencé par un examen radioscopique parlant d'élargissement de l'aorte, par un Wassermann ou un Desmoulières positif, on s'embarque dans la série interminable des piqûres.

Tels sont les cas les plus fréquents de traitements spécifiques appliqués à tort à des malades indemnes de syphilis. Nous ne parlons pas des autres arythmies, de l'arythmie complète par exemple, parce que là il n'y a généralement pas semblable abus, ce qui tient peut-être à ce que l'on n'a pas encore attiré l'attention du public médical sur l'origine éventuellement syphilitique de ce trouble du rythme.

2° *Cardiaques authentiquement syphilitiques soumis à des traitements inopportuns.* — Ces sujets sont fort nombreux selon M. Douzelot. Il s'agit en effet presque toujours de sujets âgés ou vieillis avant l'âge dont le myocarde est par définition suspect de défaillance ou déjà défaillant, dont les parenchymes rénaux et hépatiques sont chroniquement lésés et plus ou moins déficients et dont l'économie tout entière est en état d'équilibre instable. Chez de tels malades l'arsenic, le bismuth, le mercure et même l'iodure peuvent avoir des inconvénients.

Quand la capacité fonctionnelle cardiaque est suffisante et le bilan réno-hépatique satisfaisant on doit tenter un traitement antisyphilitique ; quand la capacité fonctionnelle cardiaque est médiocre et le bilan réno-hépatique déficient, le traitement doit être conduit avec beaucoup de prudence et interrompu immédiatement s'il se produit le moindre fléchissement du cœur, du foie ou du rein ; enfin quand la capacité fonctionnelle cardiaque est nettement déficiente et le bilan réno-hépatique mauvais, l'abstention complète s'impose si l'on ne veut pas risquer des désastres.

3° *Les accidents.* — Chez ces malades, en effet, on peut par le traitement antisyphilitique pro-

voquer de graves accidents. C'est ainsi qu'un malade de Laubry, syphiligraphe distingué et ami des fortes doses de novarsénobenzol, fit à l'occasion d'une injection de 1 gr. 20 de cette substance, une dilatation aiguë du cœur avec douleur effroyable, œdème pulmonaire et apparition d'un souffle systolique qui persista toujours depuis lors. Et le confrère n'en continua pas moins, tellement profonde était sa conviction, à se traiter par le 914. D'autres auteurs ont vu des accidents et Tixier qui a appliqué les divers traitements spécifiques chez des malades, anciens syphilitiques, porteurs de syndromes cardio-artériels, dit que jamais il n'a constaté autant de malaises et de morts subites au cours ou à la suite des traitements ; et pourtant presque tous ses malades étaient dans la force de l'âge avec un cœur, un foie et des reins d'activité fonctionnelle suffisante. Tixier estime que, d'une part, les arsenicaux sont manifestement dangereux; et que, d'autre part, les traitements plus doux (mercure et bismuth) risquent de réactiver des lésions en état d'équilibre particulièrement instable. Pour Grenet, il est nombre de vieux syphilitiques dont tout le système cardio-vasculaire est atteint, dont le foie et le rein fonctionnent mal et chez qui les médicaments employés risquent de n'agir plus que comme des poisons.

***

Nous avons résumé l'attaque. Voyons maintenant la défense.

Elle a été présentée par de nombreux cliniciens, tout d'abord par les syphiligraphes, ainsi qu'on devait s'y attendre, mais aussi par la majorité des cardiologues et quelques « internistes » ; — car une telle question est du ressort de tout médecin qui s'occupe de médecine générale.

Parmi les syphiligraphes, M. Sézary pense qu'il serait regrettable que la communication de M. Donzelot ait pour conséquence de priver certains malades d'une thérapeutique dont les succès, s'ils sont inconstants, n'en sont pas moins souvent incontestables : et il rapporte des cas d'angine de poitrine améliorés quatre fois sur sept par le traitement arsenical et bismuthique : or les quatre malades qui ont bénéficié du traitement étaient âgés de 46, 55, 56, 61 ans : la notion de l'âge n'a donc aucune importance pour la précision de l'action thérapeutique. Il en est de même dans l'aortite où l'on peut obtenir des résultats favorables à tout âge et aussi bien avec l'arsenic qu'avec le bismuth. Enfin dans l'hypertension artérielle observée chez d'anciens syphilitiques indemnes de lésions rénales il a obtenu, avec Heitz, des améliorations par le traitement spécifique. Il ajoute qu'en aucun cas les traitements n'ont été nuisibles.

Pour M. Flandin les aortites de cause non évidente sont très souvent syphilitiques même chez des sujets âgés ; et la distinction entre l'aortite des jeunes, de nature syphilitique et l'aortite des vieux, d'étiologie inconnue n'est pas légitime ; la seconde découle de la première, elle en représente seulement une étape plus avancée. Chez ces sujets il faut faire le traitement spécifique, car les thérapeutiques cardiologiques n'ont qu'une valeur palliative alors que les thérapeutiques antisyphilitiques ont une action curative.

M. Milian estime que les accidents observés chez les cardiaques tiennent à une mauvaise technique du traitement : l'injection intra-veineuse de cyanure de mercure en particulier, qu'on a accusée d'exposer à la mort subite, est bien tolérée si la concentration est faible (1 p. 200) et si l'injection est poussée lentement ; pour l'arsénobenzol les injections faites lentement, très diluées et avec addition de traces d'adrénaline mettent à l'abri des accidents. Mais il faut éviter les petites doses d'arsénobenzol qui réactivent la syphilis et ses lésions cardio-vasculaires en particulier ; M. Milian commence par le mercure (huile grise) et, au bout de deux mois passe à l'arsénobenzol qu'il fait à doses massives et qui, dans ces conditions, est bien toléré.

Parmi les cardiologues MM. Laubry, Clerc et d'autres, dont nous-même se sont élevés contre les inconvénients que pourrait avoir l'abstention thérapeutique fondée sur la négation de l'origine syphilitique des lésions d'une part, sur la crainte des accidents d'autre part. Bien souvent, comme l'a fait remarquer Laubry, après avoir, en cas d'angine de poitrine, par exemple, éliminé la syphilis de par l'absence de ses stigmates cliniques et humoraux, après avoir enregistré l'échec lamentable de toutes les thérapeutiques calmantes, on s'est rabattu, en désespoir de cause sur un traitement spécifique et on a été étonné quelquefois de succès inespérés. « Quand on a entre les mains une arme aussi efficace, qu'on a enregistré des succès aussi brillants et aussi inattendus, voire des résurrections inespérées, quand on met en présence la vigueur de cette action et le néant de ce que nous pouvons lui opposer, il faut être indulgent au médecin qui en abuse et savoir apprécier ses dangers au prix de ses avantages ». Et ces dangers, Laubry ne les croit pas énormes, sauf en ce qui concerne l'arsénobenzol.

Pour Clerc, vis-à-vis de toute aortite, de tout syndrome angineux, le traitement spécifique ne doit rien perdre de son prestige et la grande majorité des malades pâtirait de son discrédit. Dans ces affections le traitement spécifique reste presque le seul qui donne l'impression nette que, grâce à lui, on a vu les souffrances des malades s'atténuer et leur existence se prolonger dans des

conditions assez souvent voisines de la normale ; aussi serait-on coupable, envers le monde médical, de vouloir jeter le discrédit sur des procédés qui ont fait leurs preuves, et en comparaison desquels aucun autre ne peut être mis.

Nous avons également pris la défense du traitement spécifique chez les cardiaques, et en particulier chez les aortiques et les angineux, parce que notre expérience personnelle nous avait montré que ce traitement, conduit d'une certaine façon, ne nous avait jamais donné aucun accident et nous avait souvent fourni des améliorations remarquables.

De même Lian estime que le traitement d'épreuve s'impose pour les aortites, les artérites viscérales, l'hypertension artérielle, souvent chez les sujets de trente à quarante ans, moins souvent chez ceux de cinquante ans, rarement chez ceux de soixante ans ; exceptionnellement au-delà de cet âge.

Caussade estime que souvent, dans les aortites, les lésions spécifiques et les lésions non spécifiques peuvent être associées ; aussi semble-t-il qu'en pratique, il n'y a pas lieu, en dehors des contre-indications longuement étudiées dans cette discussion, de refuser aux aortiques le traitement spécifique, seul susceptible d'enrayer l'extension des lésions syphilitiques soupçonnées.

Pour Maurice Renaud les lésions aortiques vraiment syphilitiques fondent comme neige au soleil : il s'ensuit que la première série de traitement actif doit, dans les cas reconnus douteux, entraîner une amélioration considérable et une régression évidente : si celle-ci ne se produit pas, c'est qu'elle n'est pas due au tréponème et il ne faut pas poursuivre le traitement.

***

En somme, le traitement antisyphilitique chez les cardiaques a eu d'ardents défenseurs et les contre-indications sur lesquelles M. Donzelot a eu le mérite d'attirer l'attention semblent, après discussion, se réduire surtout à deux : l'âge avancé de certains sujets, l'état déficient de leur foie et de leur rein. Aussi peut-on, semble-t-il, conclure ce débat par l'énoncé de quelques règles pratiques que nous avons formulées au cours de cette discussion :

Il est incontestable que les cardiaques, soumis au traitement antisyphilitique, peuvent présenter, comme les autres malades, des accidents. Mais ces accidents semblent surtout imputables à l'état du rein et du foie souvent lésés chez ces malades. Et l'histoire lamentable rapportée par Clerc, du vieillard atteint de pouls lent permanent, qui à la suite d'un traitement mercuriel intensif fit de la stomatite grave, avec nécrose des maxillaires et finalement gangrène pulmonaire, ne nous semble point un exemple probant ; et cela d'autant moins que, ainsi que le fait remarquer l'auteur, pendant tout ce drame, le cœur battait immuablement à 38 et aucun accident circulatoire grave ne s'était produit.

En effet, les accidents cardiaques proprement dits (dilatation aiguë du cœur, œdème, aigu du poumon, mort subite) doivent être beaucoup plus rares que les précédents. On remarquera combien, au cours de cette longue discussion, peu d'exemples caractéristiques en ont été cités : et c'était pourtant là le nœud de la question.

Pour notre part, ayant fait du traitement spécifique à de nombreux cardiaques, tant en clientèle que dans le service de médecine générale de l'hôpital Saint-Louis où venaient refluer de nombreux habitués de cet hôpital, je n'ai jamais observé aucun accident ni même aucun incident, à condition de suivre les règles suivantes :

1° N'instituer en principe le traitement spécifique intensif que lorsqu'il y a aortite ou présomption d'aortite ;

Aortite certaine cliniquement et radiologiquement, en particulier en cas d'aorte large et opaque chez des sujets jeunes indemnes de rhumatisme ;

Présomption d'aortite, c'est-à-dire angine d'effort chez des sujets âgés de moins de cinquante ans, surtout si leur tension est normale ou oscillante.

Dans les autres affections cardiaques, dans la maladie de Stokes-Adams en particulier, nous avons souvent institué le traitement mercuriel, mais seulement quand la syphilis était certaine par les commémoratifs ou la réaction de Wassermann ; même dans ces cas nous n'avons pas observé d'accidents.

2° Ne pas instituer le traitement s'il y a insuffisance cardiaque déclarée, ou imminence d'insuffisance cardiaque, ou même immédiatement après une crise d'insuffisance cardiaque. L'insuffisance cardiaque doit être traitée d'abord, et par les moyens habituels ; ce n'est que plus tard que le traitement spécifique devra être institué.

Toutefois l'arythmie complète, sans œdèmes, oligurie, ni hépatomégalie ne constitue pas, chez un aortique, une contre-indication au traitement spécifique.

La présence d'un bruit de galop n'est pas non plus une contre-indication. Il n'en n'est pas de même du pouls alternant.

3° Il faut choisir un médicament antisyphilitique en rapport avec la capacité de résistance du malade ; c'est ainsi que, selon l'état du foie et des reins, on emploiera le mercure, le bismuth ou l'arsenic.

4° Il faut éviter les doses brutales. Ceci s'adresse surtout au novarsénobenzol qui a parfois

provoqué des crises de dilatation cardiaque aiguë ; pour notre part, nous ne dépassons pas 0 gr. 45 par injection, mais nous avons souvent vu des aortiques hypertendus traités par des confrères avec des doses plus fortes et qui n'ont jamais présenté d'accidents. Notre médicament préféré est le cyanure aux doses habituelles : comme médicament d'attaque dans l'angine de poitrine ou l'aortite douloureuse il donne des résultats remarquables et rapides ; on doit souvent compléter son action par une cure de novarsénobenzol aux doses indiquées plus haut (de 0.15 à 0.45 par semaine). Pour le bismuth, on peut aussi employer les doses courantes à condition que les reins soient intacts ou n'aient présenté que des troubles passagers et d'ordre mécanique (oligurie, albuminurie et azotémie réductibles).

En suivant ces règles fort simples, nous n'avons jamais observé ni asystolie, ni œdème aigu du poumon, ni mort subite. Nous n'avons pas non plus constaté d'aggravations cliniques pouvant être imputées à une réactivation des lésions. Par contre, nous avons souvent obtenu des améliorations remarquables et quelquefois surprenantes par leur rapidité.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Péritonite tuberculeuse à forme fibro-ascitique.

D'après une leçon du Professeur Delbet (1)

Un homme âgé de 34 ans entre pour des douleurs abdominales. Depuis longtemps, il a des troubles intestinaux, qu'il met sur le compte d'une dysenterie contractée au front, pendant la guerre. Depuis six semaines environ, les douleurs s'étendent à tout l'abdomen et deviennent insupportables. La diarrhée est forte et se répète jusqu'à dix fois par jour. Il s'est aperçu que son ventre augmentait de volume.

De toute cette histoire, une chose est à retenir, c'est que ce malade a des troubles digestifs depuis longtemps, et surtout caractérisés par de la diarrhée. En même temps, il présente un amaigrissement progressif.

A l'examen, l'abdomen ne paraît pas déformé. L'augmentation de volume du ventre n'est pas très apparente. Peut-être est-il légèrement étalé. Il offre à la palpation une sensibilité diffuse, paraissant surtout marquée du côté droit. Il y a d'ailleurs une contraction généralisée de toute la paroi abdominale, de sorte que la palpation ne donne ici aucun renseignement.

La percussion fait constater, à côté de la sonorité gastrique, une matité assez accentuée qui ne peut correspondre ni à une tumeur abdominale ni à de l'ascite libre. On sait que, chez les femmes, il y a un diagnostic qui se pose assez fréquemment, c'est celui d'un kyste de l'ovaire avec une ascite de cause quelconque. Ce diagnostic, en général, ne présente aucune difficulté. Les difficultés surgissent lorsqu'il y a, en même temps qu'un kyste de l'ovaire, une ascite plus ou moins considérable. Mais, dans les cas de kyste de l'ovaire sans ascite, le diagnostic différentiel est d'une extrême facilité. D'abord, la forme de l'abdomen est différente. Lorsqu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, l'abdomen est saillant en avant, tandis que dans l'ascite, le ventre est plus ou moins étalé, c'est le ventre dit de batracien. D'autre part, la répartition des zones de sonorité et de matité est tout à fait différente.

Dans le kyste de l'ovaire, les zones de matité sont plus ou moins médianes, et correspondent aux parties les plus saillantes de l'abdomen, tandis que pour une ascite, c'est exactement l'inverse.

Ici, la matité ne répond à aucun de ces types. C'est une matité prodigieusement irrégulière, elle change d'un jour à l'autre. Une grosse tumeur occupant cette région pourrait donner une zone de matité à peu près semblable. Mais on la sentirait par le palper, car il faudrait qu'elle soit au contact de la paroi abdominale pour donner cette zone de matité. Ce n'est donc pas une tumeur solide.

Ce peut être du liquide. Il n'y a pas d'ascite libre, il n'y a aucune espèce de phénomène de flot. D'autre part, le déplacement du malade, le décubitus sur le côté gauche, ne produit aucune modification des zones de sonorité et de matité. On doit conclure qu'il s'agit d'une ascite cloisonnée.

En présence d'une formation de ce genre, il n'y a guère qu'une affection à laquelle on puisse penser, et chez ce malade tout y porte. Il a d'abord un long passé intestinal. caractérisé surtout par de la diarrhée. D'autre part, il a des rhumes souvent, il crache beaucoup. On est conduit à penser chez lui à une péritonite bacillaire.

Reste à voir quel est l'état de son poumon et de sa plèvre. Il est extrêmement fréquent que les sujets ayant des péritonites bacillaires présentent en même temps des lésions thoraciques, par

(1) Leçon faite à l'Hôpital Cochin, le 17 novembre 1927, recueillie par le Dr Laporte.

ticulièrement des lésions médiastinales, des lésions tuberculeuses des ganglions. Chez les enfants c'est presque la règle, de sorte que l'infection du péritoine n'est pas ordinairement un phénomène primitif.

Chez les femmes, les péritonites tuberculeuses sont communes, mais il y a une forme particulière qu'il faut connaître, et qui est liée à une tuberculose des organes génitaux internes. Le phénomène primitif n'est pas la contamination de la séreuse ; à l'origine, il y a une salpingite ou une salpingo-ovarite tuberculeuse. Ceci a un grand intérêt au point de vue des indications thérapeutiques dans les cas de péritonites localisées — péritonites pelviennes et péri-salpingites.

Le pronostic n'est pas le même dans les diverses variétés de péritonites bacillaires. On en distingue, en clinique, deux grandes formes, la forme ascitique, et les formes fibreuses. La forme ascitique est incontestablement la variété la plus bénigne. Elle comprend des cas où l'épanchement est libre dans la cavité péritonéale, le liquide se déplaçant suivant les lois de la pesanteur. Il y a très souvent des formes associées, avec évolution fibreuse dans certaines parties de l'abdomen, évolution ascitique dans d'autres, et c'est en présence de ces formes mixtes que nous nous trouvons. En dehors de ces formes fibro-ascitiques, il existe des formes fibro-caséeuses : ce sont celles-là qui conduisent à des fistules intestinales.

Les péritonites tuberculeuses peuvent donner lieu à des accidents d'ordre mécanique d'occlusion intestinale, par adhérences, par brides ; là, ce qui commande la thérapeutique, ce sont les phénomènes d'occlusion. On opère le malade pour son occlusion intestinale, quoiqu'il ait une péritonite tuberculeuse.

Un cas particulier est celui des péritonites tuberculeuses pelviennes, des pelvi-péritonites tuberculeuses qui se développent chez les femmes, et qui sont d'origine annexielle. Celles-là commandent une intervention. Cette intervention donne des résultats excellents, parce qu'on enlève le foyer tuberculeux primitif, c'est-à-dire la trompe ou l'ovaire malade, et souvent les deux sont malades simultanément.

Envisageons maintenant le traitement de la péritonite tuberculeuse elle-même, dans les cas où il semble ne pas y avoir d'organe abdominal ou pelvien plus particulièrement lésé. Je dis : il semble, parce que nous savons, à l'heure actuelle, que l'envahissement primitif des séreuses est une exception. Presque toujours, il y a une autre lésion, par laquelle la séreuse a été ensemencée. Mais, au point de vue clinique, nous ne savons pas quel est l'organe qui a été le siège primitif des altérations.

Il est une première notion à retenir, c'est que ces péritonites tuberculeuses surviennent dans un grand nombre de cas chez des individus ayant d'autres tares tuberculeuses. Je ne parle pas de tares abdominales, mais des tares thoraciques, ou thoraco-pulmonaires. Chez les enfants, ce qui m'a frappé à la lecture des observations publiées par le professeur Nobécourt, c'est que tous ces enfants avaient des médiastinites tuberculeuses, ou des ganglions médiastinaux déjà atteints par la tuberculose. Donc, dans bien des cas, il ne suffit pas de guérir la péritonite tuberculeuse, pour sauver le malade.

Il y a une erreur de diagnostic célèbre qui remonte à 1873, et a été publiée par Spencer Wells. Croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, il fit une laparotomie pour l'enlever. Il s'agissait d'un de ces cas de péritonite tuberculeuse cloisonnée qui peuvent parfois en imposer pour un kyste de l'ovaire. Il faut savoir qu'il y a une variété de kystes de la paroi ovarique ressemblant prodigieusement à des péritonites tuberculeuses pelviennes. Ils diffèrent complètement des véritables kystes de l'ovaire. Au lieu de former des tumeurs globuleuses, bien circonscrites, d'une certaine tension, ce sont des kystes mous, étalés dans la cavité pelvienne, donnant une sensation de flot aussi nette qu'une ascite. Spencer Wells, ayant constaté qu'il se trouvait en présence d'une péritonite tuberculeuse, referma l'abdomen. A sa grande surprise, cette péritonite tuberculeuse à forme fibro-ascitique se mit à évoluer vers la guérison, et guérit complètement. Il n'a pas conseillé de faire la laparotomie pour traiter la péritonite tuberculeuse. Il s'est contenté de signaler le fait. Puis vers 1887, on a préconisé le traitement des péritonites tuberculeuses par la laparotomie, se référant à cette erreur de diagnostic. On pensait que la mise à l'air du foyer tuberculeux amenait la guérison. Pendant une certaine période, on a opéré assez régulièrement les péritonites tuberculeuses à forme ascitique. On a toujours été plus réservé pour les formes fibreuses, et, pour les formes fibro-caséeuses, on a toujours proscrit l'intervention chirurgicale, qui ne pourrait que produire des désastres, notamment exposerait à la formation de fistules intestinales.

Pendant un certain nombre d'années, le traitement des péritonites tuberculeuses à forme ascitique a donc passé du domaine médical dans le domaine chirurgical. On faisait la laparotomie et l'on s'appliquait, au moyen de divers dispositifs, à laisser l'abdomen ouvert le temps nécessaire pour faire agir l'air, la lumière. On a vu guérir un grand nombre de péritonites tuberculeuses à la suite de ces laparotomies. Ceci n'est pas douteux. Mais avons-nous le droit d'en conclure que c'est la laparotomie, l'exposition à l'air de la cavité péritonéale et des anses intestinales, qui a guéri ces malades ? Pas du tout, car ces péritonites tuberculeuses à forme ascitique sont une forme incontestablement bénigne de la tuberculose, et un grand nombre guérissent sans aucune espèce d'intervention, si bien que, pratiquement, on a

abandonné les laparotomies, même dans les formes ascitiques les plus pures, et je crois qu'à l'heure actuelle il n'y a plus un médecin pour les conseiller et un chirurgien pour les pratiquer.

On a donc complètement abandonné le traitement chirurgical, même dans les cas où il paraissait donner les résultats les plus remarquables, c'est-à-dire dans la forme ascitique.

A l'heure actuelle, le traitement n'est plus chirurgical, il est totalement médical. On utilise les radiations. On peut employer celles du soleil, faire ce qu'on appelle l'héliothérapie. L'héliothérapie est incontestablement une excellente méthode de traitement des péritonites tuberculeuses, de quelque forme qu'elles soient. Ce n'est pas douteux, et l'on doit conseiller l'héliothérapie à tous les malades atteints de cette affection. Il est impossible, à Paris, d'appliquer l'héliothérapie en hiver, mais on a cherché à remplacer les rayons naturels du soleil par d'autres. On a préconisé le traitement des péritonites tuberculeuses par les radiations ultra-violettes. Non seulement on a pensé que celles-ci pouvaient remplacer l'héliothérapie, mais on a considéré qu'elles seraient supérieures, qu'elles donneraient de bien meilleurs résultats. Précisément, le professeur Nobécourt a publié une statistique de malades atteints de péritonite bacillaire à peu près du même type, dont les uns avaient été traités par l'héliothérapie, en même temps que par le repos et par l'ensemble du traitement médical, les autres, dans les mêmes conditions, par les rayons ultra-violets. La différence entre les deux groupes est nulle, on peut le dire. Le professeur Nobécourt ne conclut pas du tout que les rayons ultra-violets doivent être rejetés. Il conclut simplement que les avantages en sont insignifiants. En tout cas, en hiver, dans les périodes où l'on ne peut pas faire d'héliothérapie, pour les malades qu'on ne peut pas envoyer dans un sanatorium, les rayons ultra-violets peuvent rendre quelques services.

Ici, nous employons très régulièrement, pour le traitement des affections tuberculeuses, la méthode de M. Finikoff. Je ne crois pas que nous l'ayons encore employée dans les péritonites tuberculeuses. Je ne puis donc dire ce qu'elle donnera dans cette lésion spéciale de la tuberculose, mais nous en avons obtenu d'assez bons résultats dans d'autres manifestations tuberculeuses pour nous croire autorisé à l'utiliser.

En somme, nous rejetons toute intervention chirurgicale. Ici, elle est sûrement contre-indiquée, puisqu'il ne s'agit pas d'une forme ascitique, mais d'une forme fibro-ascitique. Même s'il s'agissait d'une forme ascitique, je ne ferais pas la laparotomie.

A l'heure actuelle, dans les formes ascitiques à épanchement abondant, on fait des ponctions, lorsque la quantité de liquide devient trop considérable, sans avoir recours à la laparotomie. Nous rejetons donc le traitement chirurgical. Comme traitement médical, nous conseillons le repos complet, l'alimentation, l'absorption de phosphore et de calcium, les rayons ultra-violets, en attendant que le soleil permette de faire de l'héliothérapie, et enfin le traitement de M. Finikoff.

LA SOUS-ALIMENTATION DES NOURRISSONS, SES CAUSES, SES MÉFAITS

Les progrès de la diététique sont indéniables et l'abaissement de la mortalité infantile en apporte la preuve. Il s'en faut cependant que tout soit parfait dans la mise en application des règles édictées : l'absence de mesure, l'absence de contrôle, font bien souvent que le public dont l'esprit simpliste s'en tient à la lettre des prescriptions plus qu'à leur sens réel, dépasse le but et *condamne le nourrisson au jeûne et à l'inanition.* De là le cri d'alarme qui revient comme un écho dans les publications des pédiatres les plus avertis sur la fréquence et le danger de la sous-alimentation.

« Quiconque fréquente les dispensaires d'enfants sains soumis au contrôle médical, ne peut pas ne pas être frappé de la quantité considérable de nourrissons sous-alimentés qu'on y rencontre, et dans les consultations d'enfants malades on constate conjointement qu'un grand nombre de bébés amenés pour des troubles digestifs variés : vomissements ou diarrhées, ou pour un état de dénutrition plus ou moins avancé, voient cet état se transformer du jour au lendemain par le simple relèvement de leur ration alimentaire. Ces faits, qui se rencontrent si souvent dans la consultation hospitalière, sont peut-être plus fréquents encore dans la classe aisée où le zèle et la bonne volonté d'un entourage malencontreusement averti s'exercent à affamer le nourrisson, en dépit de ses protestations énergiques, sous le prétexte de régime surveillé et d'élevage raisonné », écrit dans un article remarquable, le Dr Jean DAYRAS (1), qui montre à la fois, de façon saisissante, le danger et sa cause la plus habituelle.

LES CAUSES DE SOUS-ALIMENTATION.

I. *Excès de réglementation* : Les tableaux d'allaitement, les barèmes sont excellents, mais ce

(1) Dr Jean DAYRAS. — Les causes et les méfaits de l'hypoalimentation du nourrisson. (*L'Hôpital*, sept. 1925.)

ne sont que des moyennes : le médecin sait qu'il est des variations individuelles dans les besoins alimentaires de l'enfant et dans la ration qui lui convient. Trop souvent mamans et nourrices s'en tiennent rigoureusement à la règle écrite ou aux conseils d'apparence médicale, et hantées par la crainte d'accidents, rationnent à outrance les bébés affamés qui n'ont d'autres ressources que de crier en vain : restriction dangereuse pour les « tout petits » car, ainsi que le fait remarquer le professeur MARFAN (1) « *plus l'enfant est jeune, plus la dénutrition due à l'insuffisance de la nourriture est rapide et intense* ».

II. *Absence du contrôle par la balance* : La simple pesée de l'enfant, en montrant l'arrêt ou la progression insuffisante de la croissance, éveillerait l'attention et conduirait à une alimentation mieux adaptée aux besoins réels du nourrisson.

III. *Erreurs d'interprétation* : Elle éviterait aussi ces erreurs d'interprétation et de diagnostic, si graves de conséquence, qu'on trouve citées par les auteurs.

En voici quelques exemples publiés par le Dr CASSOUTE (2). Un enfant de trois mois, nourri au sein, présente des signes d'athrepsie : la pesée montre qu'il prend à peine 20 gr. de lait par tétée ; un autre, en état grave de dénutrition est traité pour « entérite sèche », laxatifs, diète, bouillons de légumes sont en vain prescrits : la tétée vérifiée n'était que de 15 à 20 gr. Il ne s'agissait dans les deux cas que d'inanition.

On connaît depuis les travaux de Variot (3) les « vomisseurs par hypoalimentation », hypogalactie ; le Dr Dayras en cite un cas typique : enfant de trois mois pesant 3 kgr. 100, comme au jour de sa naissance ; vomissement après chaque tétée depuis le huitième jour ; toutes les médications antivomitives ont été tentées, y compris les frictions mercurielles, mais les tétées n'ont jamais été contrôlées *tant la mère se dit bonne nourrice* ; en fait, la balance montre que chacune donnait 10 à 15 gr. de lait : l'enfant, comme c'est habituel en pareil cas, n'avalait que de l'air au cours de ses vains efforts de succion, et l'estomac distendu rejetait en fin de tétée l'air et le peu de lait maternel.

IV. *Fautes de régime : la diète hydrique.* Tout incident, vomissement ou diarrhée banale, condamne sans appel bébé à l'eau et au bouillon de légumes, surtout si les selles sont verdâtres ; et pourtant, à part les cas de choléra infantile, de diarrhée infectieuse s'accompagnant de signes généraux manifestes, la diarrhée verte peut être compatible avec un état de santé satisfaisant, alors que la diète prolongée est néfaste. Ainsi que l'écrit le Dr SCHREIBER (1) : « *prolongée d'une façon intempestive et outrancière, elle conduit les petits malades à l'inanition et souvent à la mort* ».

V. *Les régimes d'inanition.* « Il est surprenant de voir avec quelle légèreté on impose un régime d'inanition à des sujets dont l'âge réclame précisément une ration considérable d'entretien et de croissance (Dayras) . » Nous l'avons vu à propos des diarrhées banales ; le Dr TERRIEN (2) y insiste de même à propos de l'intolérance gastrique : à part les cas avérés de sténose pylorique, d'appendicite, d'invagination, de méningite, la diète hydrique et la prolongation des régimes d'inanition, ne font qu'aggraver les accidents en augmentant l'insuffisance digestive ; *assurer une ration suffisante en recherchant les aliments tolérés doit être la seule règle* : on utilisera les laits modifiés, lait humain, sec, condensé, farines lactées, farines diastasées par petits repas épaissis et rapprochés.

De même au cours ou à la suite des maladies infantiles, on ne devra jamais cesser de nourrir l'enfant ; on reprendra le plus tôt possible l'alimentation, en s'aidant des *farines lactées et diastasées*.

VI. *L'allaitement exclusif trop prolongé.* C'est là encore une cause fréquente de sous-alimentation : soit que la nourrice devienne insuffisante, fatiguée, malade, soit que le lait de vache moins nourrissant et moins bien supporté n'assure plus une ration alimentaire normale, il est fréquent qu'un nourrisson ne présente plus une croissance régulière, surtout à l'approche de la dentition : *la crainte de l'entérite fait retarder les premières bouillies*, et pourtant, tout en tenant compte de l'insuffisance digestive à cet âge, il est facile de donner les bouillies de farine diastasée, prédigérées, et parfaitement assimilables ; on évitera ainsi les retards de croissance, les arrêts de développement, les dangers de dénutrition.

« Première dent, première soupe », conseille le Dr Cassoute dans les cas normaux, mais il faut savoir que chez les débiles, les athrepsiques, les intolérants, les diarrhéiques, on peut commencer beaucoup plus tôt ; dès le troisième ou quatrième mois, l'emploi des farines lactées diastasées qui seules permettront d'éviter la sous-alimentation.

CONCLUSION : La sous-alimentation du nour-

(1) Pr A. B. MARFAN. — Les affections des voies digestives dans la première enfance. Paris, 1923.
(2) Dr CASSOUTE. — La sous-alimentation du nourrisson. (*Pédiatrie*, nov. 1926.)
(3) Dr VARIOT. — Les vomissements par hypoalimentation chez le nourrisson. (Soc. méd. des hôpitaux, nov. 1910.)

(1) Dr G. SCHREIBER. — Le danger des restrictions alimentaires excessives chez le nourrisson malade. (*Monde médical*, 15 janv. 1924.)
(2) Dr TERRIEN. — L'intolérance gastrique du nourrisson. (*La Pédiatrie pratique*, 25 janv. 1926.)

risson constitue un véritable danger signalé par tous les auteurs ; deux règles primordiales s'imposent dans l'alimentation infantile :

1° *Assurer au nourrisson, sain ou malade, une ration alimentaire suffisante* ;

2° Tenant compte de son âge et de son état gastro-intestinal, ne *lui donner que des aliments qu'il peut tolérer, assimiler.*

A cet égard, l'emploi des farines, lactées, diastasées, sera dans nombre de cas d'un grand secours, et permettra à la fois d'éviter la sous-alimentation et d'en corriger les méfaits.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les infections coli-bacillaires de l'appareil génito-urinaire chez la femme.

Il peut y avoir une infection coli-bacillaire de l'appareil urinaire, faisant croire, au début, à une inflammation génitale ; mais l'examen négatif de l'utérus et ses annexes, celui de l'urine, dès son émission purulente ou franchement louche, ne laissent aucun doute.

Parfois aussi la coli-bacillose urinaire vient compliquer une utéro-annexite ; mais, ainsi que le font remarquer M. A. Siredey et Mlle G. Labeaume, l'*infection coli-bacillaire primitive des organes génitaux* est moins connue ; il est probable cependant qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit et qu'elle joue un rôle important dans la genèse de certaines métrites banales, ne relevant ni de l'état puerpéral, ni de la blennorragie.

Elle ne présente d'ailleurs aucune particularité réellement décisive, qui permette d'en faire le diagnostic d'après les symptômes cliniques. Les recherches bactériologiques que l'on fait à ce propos sont difficiles et parfois illusoires en raison des organismes nombreux et variés qui pullulent dans les premières voies génitales.

Les métrites dues à cette origine se confondent absolument avec la plupart des métrites banales ; elles se caractérisent par une légère leucorrhée, fluide, un peu filante, plus ou moins opaline, quelquefois muco-purulente, sans donner lieu toutefois aux grosses glaires si caractéristiques de la gonorrhée ; elles entretiennent une rougeur assez vive des lèvres du col, et, comme la plupart des cervicites banales, elles restent localisées, ne gagnant que très rarement la cavité utérine et plus exceptionnellement encore les trompes.

La salpingite, dans ce cas, ne paraît pas avoir une longue durée ; elle cède assez promptement sous l'influence du repos, de la glace ou des pansements chauds.

Il ne semble pas que ces infections coli-bacillaires entravent sérieusement la conception, mais il est probable qu'elles sont l'origine des complications plus graves que l'on constate au cours de la grossesse.

Cependant, il est une particularité, qui doit y faire songer : c'est la coexistence, dès le début, de réactions du côté des voies urinaires : rougeur de l'orifice uréthral, douleurs à la miction, apparition très intermittente de douleurs vésicales avec urines troubles et traces d'albumine.

Les lésions cervicales sont traitées par des attouchements de teinture d'iode sur le col, ou de solutions de nitrate d'argent à 1/15 ou d'une préparation de formol, 5 grammes, alcool à 90°, 45 cmc., puis application d'un tampon de gaze stérilisée bien imbibée de glycérine thigénolée à 1/5e, soutenu par deux tampons secs, à garder vingt-quatre heures. Puis, on prescrira des antiseptiques des voies urinaires : uraseptine, urofórmine deux à trois fois par jour, et l'usage d'eau de Vittel ou de Contrexéville : un grand verre avant chacun des trois repas.

Quant à la *pyélonéphrite coli-bacillaire de la grossesse*, en dehors de sa forme aiguë classique, fébrile, elle revêt souvent des formes frustes, dont les allures anormales sont si trompeuses que tout état pathologique, dont on ne trouve pas la cause, chez une femme enceinte, toute albuminurie, doivent inciter à rechercher si les urines ne contiennent pas du pus et du coli-bacille.

La pyélo-néphrite à coli-bacilles est beaucoup plus souvent observée chez la femme que chez l'homme, conséquence de la constipation presque habituelle chez un grand nombre de femmes. La grossesse est une cause prédisposante par ses troubles digestifs, la compression par l'utérus gravide, l'état de moindre résistance de l'appareil urinaire.

L'affection se manifeste vers le quatrième ou le cinquième mois, ou les derniers mois ; les troubles urinaires peuvent passer au second plan, la maladie penant l'apparence d'un état typhique ou cachectique, et la cause n'étant reconnue que par l'examen des urines après cathétérisme de la vessie.

Pour ces formes latentes, il s'agit de femmes présentant une albuminurie légère (0,10 à 0,20) ; qui ne cède ni au régime, ni au repos, ou bien elles accusent des sensations de malaise mal définies,

de vagues douleurs lombaires, des douleurs abdominales faisant redouter une menace d'avortement ou d'accouchement avant terme. En les interrogeant minutieusement, on parvient à déterminer qu'il y a eu, au début des accidents, des troubles de la miction (douleur, pollakiurie), qui ont duré quelques jours, mais n'existent plus. La constatation d'urines troubles à l'émission conduit à pratiquer un cathétérisme de la vessie afin d'éliminer la leucorrhée, qui peut souiller les urines, et de permettre la culture et l'identification du microbe en cause.

Dans ces formes, on ne trouve en général, ni points rénaux, ni points uréthraux ; la température peut être normale ; il n'existe que des signes d'infection intestinale (anorexie, langue saburrale, haleine fétide, constipation), et des urines purulentes. Mais l'état général est atteint ; les malades se plaignent d'une sensation de malaise, d'asthénie.

On admettait jusqu'à présent que la guérison était la règle après l'accouchement ; mais, après la disparition des signes cliniques, la bactériurie persiste des mois et des années ; la vaccination semble en diminuer la durée, ou tout au moins réduire la virulence du bacille.

Le traitement médical suffit, dans la majorité des cas, à assurer la guérison clinique et à permettre à la grossesse d'évoluer normalement.

Repos au lit pendant la période aiguë ; régime lacté, avec képhyr, yogourt, bouillies préparées au bouillon de légumes et maltées, puis régime lacto-végétarien après la période aiguë, et, à la phase chronique, régime hypochloruré avec viandes rôties et grillées au repas de midi. Pain en petite quantité, ou biscottes. Ferments lactiques, laxatifs doux (huile de paraffine, agar-agar), boissons abondantes légèrement diurétiques, antiseptiques urinaires, urotropine ou succédanés à petites doses, par voie buccale, ou, en cas graves par injections intraveineuses.

La vaccinothérapie semble donner de bons résultats (entéro-vaccins, bactériophage de d'Hérelle). Les formes qui persistent après l'accouchement sont justiciables de l'emploi des vaccins et des cures thermales à La Preste, Evian, Capvern, Martigny, Vittel, Contrexéville.

Les formes, qui ne cèdent pas au traitement médical et s'accompagnent de rétention nécessitent une thérapeutique locale (distension de la vessie, cathétérisme des uretères ; lavage du bassinet) pour attendre l'accouchement. Lorsque ces méthodes échouent, il peut être question, en présence d'un état très grave, de provoquer l'accouchement. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1927.)

Endocardite lente.

Le prof. Ch. Achard rappelle qu'une lésion inflammatoire de l'endocarde provoque des symptômes locaux cardiaques proprement dits, et des symptômes généraux. Tous ces symptômes forment trois syndromes : syndrome cardiaque, syndrome infectieux et syndrome embolique. Or, ces trois syndromes sont très inégalement représentés dans le tableau clinique des endocardites, suivant la nature de l'infection. Le syndrome cardiaque est constant ; le syndrome infectieux peut être très léger ou très grave ; le syndrome embolique fait souvent défaut.

L'endocardite maligne à forme lente se distingue des autres formes en ce qu'elle détermine surtout des accidents infectieux et des accidents emboliques. Les symptômes cardiaques, malgré leur constance, ne tiennent que peu de place dans le tableau clinique. Sans doute, l'auscultation révèle un souffle, mais le myocarde le plus ordinairement tient bon jusqu'à une période avancée de la maladie. Relégué à l'arrière-plan, le syndrome cardiaque est presque effacé par la prédominance des autres symptômes.

L'endocardite maligne à forme lente débute d'une manière très insidieuse, par une sensation de faiblesse, de l'amaigrissement, de la pâleur, des frissonnements, de petites poussées fébriles irrégulières. A cette période initiale, l'erreur de diagnostic est fréquente. Néanmoins, si on ausculte le cœur, on entend un souffle mitral ou aortique. Mais ce souffle est d'emblée celui d'une lésion constituée ; on ne constate pas, comme dans la période aiguë de l'endocardite rhumatismale, des variations presque quotidiennes de ses caractères, ni l'assourdissement du premier bruit ni le timbre musical de certaines autres endocardites aiguës. C'est presque toujours, en effet, sur une ancienne lésion valvulaire que se greffe l'infection de l'endocardite maligne.

Sa durée est évaluée entre cinq mois et deux ans. Traversée souvent d'incidents multiples, surtout dus aux embolies et aux variations de la fièvre, son évolution progressive n'est qu'une longue agonie. Elle se termine soit par l'insuffisance cardiaque avec dyspnée, douleurs cardiaques, extra-systoles, soit par une infection surajoutée qu'engendrent les gangrènes emboliques, soit par cachexie et hecticité.

Sa marche prolongée dépend de certaines conditions inhérentes au germe et au terrain. Le plus souvent, elle est produite par un streptocoque, qui s'implante sur des lésions préalables ; mais elle peut aussi se développer sans lésions préalables et reconnaître pour cause d'autres microbes que le streptocoque, plus rarement l'entérocoque, le pneumocoque, la grippe, etc.

Les moyens de traitement sont très variés, et leurs insuccès n'a pas découragé les chercheurs. D'abord on s'est attaqué au foyer d'origine de l'infection endocarditique pour le supprimer chaque fois qu'on en avait la possibilité : érysipèle,

ulcérations cutanées, pelvipéritonite puerpérale, péritonite appendiculaire, cholécystite, infection urinaire, abcès du poumon et du médiastin, pyorrhée alvéolo-dentaire, amygdalite. Les réactions de choc, provoquées par le collargol et l'électrargol, se sont montrées inefficaces et même dangereuses. La chimiothérapie a usé de médicaments divers : salicylate de soude, cacodylate de soude, arsénobenzènes, sulfate de cuivre, mercuro-chrome, etc. ; on a essayé la trypaflavine, l'acriflavine.

Les traitements spécifiques consistent en vaccins et sérums. L'autohémothérapie a été tentée ; la transfusion du sang a été préconisée.

Mais un procédé plus intéressant et qui semble mériter d'être étudié est l'immuno-transfusion de Wright. Elle consiste à injecter à un sujet normal le streptocoque obtenu par hémoculture avec le sang du malade, et à injecter ensuite à ce malade, le sérum du sujet normal, dont l'organisme a produit des anticorps. (*Le Bulletin médical*, 29 avril 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur les vomissements rebelles des nourrissons.

(M. G. Variot. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 14-10-27.)

Les vomissements rebelles des nourrissons constituent un syndrome dont les causes sont multiples ; quelques-unes de ces causes étant loin d'être exactement connues. Il existe des vomissements dus à la suralimentation, d'autres à la sous-alimentation, d'autres à des malformations congénitales (sténose pylorique, hypertrophie générale de la paroi gastrique, rétrécissement du duodénum, etc.). Quelquefois l'origine de l'intolérance de l'estomac pour le lait nous échappe et nous sommes réduits alors à faire des tentatives thérapeutiques empiriques, plus ou moins heureuses. On a incriminé, en ce qui concerne ces derniers cas, l'hérédo-syphilis, l'anaphylaxie, et l'on a proposé le traitement spécifique, les injections sous-cutanées de lait (Weill, de Lyon) qui, de l'avis de M. Variot, ne donnent pas grand résultat en pareille circonstance.

Budin a attiré l'attention sur les vomissements par suralimentation. Ils tiennent à des prises de lait excédant la capacité physiologique de l'estomac du nourrisson. On les arrête en réduisant convenablement les quantités ingérées, avec ou sans addition d'une petite dose de citrate de soudes (Variot).

Les vomissements par hypo-alimentation ne sont pas moins importants. Ils pereistent tant qu'on n'a pas fourni à l'enfant ce qui lui est nécessaire à chaque tétée. Chez ces petits malades amaigris, la ration doit être calculée non d'après le poids, mais d'après la taille. La formule, 100 *grammes de lait par kilogr. de poids*, adoptée dans les maternités, sera remplacée ici par une autre qui consiste, dit M. Variot, à *multiplier le nombre de centimètres de la taille par le coefficient* 14 (14 grammes de lait en 24 heures par centimètre de taille).

S'il est aisé de remédier aux vomissements de l'hypo et de l'hyperalimentation, dus à un spasme gastrique et bien connus, il n'en est pas de même lorsque l'intolérance gastrique est provoquée par la toxicité du lait de femme et surtout lorsque cette intolérance persiste malgré la substitution des laits de vache habituellement utilisés (lait surchauffé à 108°, homogénéisé, saccharosé, condensé sucré). Pour combattre ces vomissements rebelles, M. Variot s'est bien trouvé quelquefois du lait en poudre intégral de la marque Glaxo. Ce lait est intégral, c'est-à-dire non écrémé, alors que les laits en poudre américains ou européens sont, à l'habitude, écrémés ou standardisés.

Les propriétés anti-émétiques des laits en poudre (lait écrémé Dryco, lait non écrémé Glaxo), paraissent à M. Variot hors de doute, sans qu'une explication puisse en être fournie actuellement. La valeur alibile du lait intégral est évidemment supérieure à celle des laits écrémés. D'une façon générale, d'ailleurs, l'auteur estime que l'on a recommandé, à tort, dans l'allaitement artificiel, l'usage des laits écrémés. C'est la caséine du lait de vache et non le beurre qui peut rendre ce lait indigeste. Les fabricants de laits condensés sucrés français ont raison de ne pas « standardiser » (écrémer) leurs laits.

Sur l'hystérectomie vaginale.

(M. Raymond Petit. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-7-1927.)

L'hystérectomie vaginale, très en faveur autrefois, est aujourd'hui presque complètement abandonnée. La grande majorité des chirurgiens lui préfèrent l'hystérectomie abdominale.

M. Raymond Petit pense que l'hystérectomie par voie basse n'en demeure pas moins une excellente intervention à condition d'en améliorer la technique. Les pinces à demeure utilisées jadis sont la source d'infection ascendante, d'hémorrhagies primitives ou secondaires, de blessures de l'uretère, de l'intestin et de l'épiploon. L'auteur décrit une technique nouvelle, résultante d'une série d'améliorations apportées par divers opérateurs et par lui-même, qui permet d'amener l'utérus très bas, d'opérer sous le contrôle de la vue et de supprimer les pinces à demeure, remplacées par des ligatures. Avec cette technique, M. Raymond

Petit a pratiqué consécutivement 123 hystérectomies vaginales sans accidents, toutes terminées par la guérison opératoire. Dans ces conditions, conclut-il, l'hystérectomie vaginale peut être considérée comme l'intervention de choix chez les malades déprimées, âgées (le choc est, en effet, minime dans cette opération), pour les fibromes de volume modéré, bas situés.

— M. Eugène Delaunay est, lui aussi, convaincu que l'hystérectomie par voie basse est une bonne opération. La technique de M. Petit, toutefois, n'est utilisable que dans les cas où l'utérus se laisse facilement abaissser.

— M. Dartigues rappelle la lutte qui, il y a trente ans, existait entre les laparotomistes et les hystérectomistes. Terrier et ses élèves n'admettaient que la laparotomie. Péan, Segond défendaient l'hystérectomie par voie vaginale. Pozzi se montrait éclectique. M. Petit apporte aujourd'hui une statistique importante qui suggère que, peut-être, il serait convenable de revenir sur l'oubli dans lequel est tenue l'hystérectomie vaginale.

— M. Victor Pauchet croit l'hystérectomie vaginale indiquée dans la proportion de 1 fois sur 10, comparativement à l'hystérectomie abdominale.

— Pour M. Haller, l'hystérectomie vaginale doit être une opération d'exception. Elle est peu choquante. Dans les états graves, l'infection puerpérale par exemple, elle peut faire merveille.

— M. Roulland accorde à l'hystérectomie par voie basse quelques indications seulement : l'obésité de la malade, le mauvais état général, l'infection grave. L'hystérectomie vaginale ne donne en effet qu'un choc opératoire des plus minimes.

Syphilis acquise chez un enfant de six ans.

(MM. Milian et Delarue. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

La syphilis acquise de l'enfance n'est pas très rare (Feulard, Gaucher, Grenet, Mme Lhonoré et Jeanjan). MM. Milian et Delarue en rapportent un exemple qui concerne une fillette de six ans chez laquelle la syphilis résulta d'une contagion indirecte : la mère était porteuse de syphilides contagieuses nombreuses.

— M. Hudelo a eu dans son service un enfant de deux ans et demi, atteint de plaques muqueuses anales et génitales, dont l'accident primitif, de siège vraisemblablement anal, semblait remonter à six mois. La contamination paraissait devoir être imputée à un individu qui avait été l'amant occasionnel de la mère, celle-ci étant apparemment indemne.

Traitement des algies post-zostériennes par les rayons ultra-violets.

(MM. Louste et Juster. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

L'algie post-zostérienne est souvent très rebelle à la thérapeutique, surtout chez les vieillards. MM. Louste et Juster ont eu l'occasion de traiter 7 cas d'algie post-zostérienne, notamment chez des malades âgés de 66, 70, 72 ans. Tous ont été très améliorés ou guéris par les bains locaux de rayons ultra-violets.

La prédisposition et l'invalidité antérieure en accidents du travail et de droit commun.

(M. Duvoir.—*Soc. de médecine légale* ; 9-5 et 13-6-27.)

La question de l'*état antérieur* en matière d'accident a été nombre de fois discutée. Il y a quelque temps M. Fauvez la reposait à nouveau à propos d'un hémophile qui succomba d'hémorrhagie hémophilique à la suite d'un très minime traumatisme.

M. Duvoir estime que dans l'*état antérieur*, il faut distinguer deux éléments différents : la *prédisposition* et l'*invalidité antérieure*. En matière d'accident du travail, la jurisprudence est établie de façon formelle, définitive ; l'expert doit évaluer l'incapacité sans tenir compte du rôle, si prépondérant soit-il, de la prédisposition. Le problème se résumera pour lui à rechercher uniquement si la complication serait survenue ou non sans traumatisme, à l'heure où elle s'est produite. Cette négation de la prédisposition s'est même accentuée avec les applications successives de la loi.

L'*invalidité antérieure* soulève des côtés pratiques sur lesquels l'accord n'est pas toujours entièrement fait. L'évaluation de la rente d'invalidité nouvelle à attribuer à un blessé ayant déjà une rente d'invalidité antérieure (ouvrier borgne qui perd son second œil, par exemple) peut embarrasser l'expert. Le professeur Balthazard a donné pour ces cas-là une formule de calcul de la seconde invalidité basée sur le principe que « la réduction de capacité finale doit être la même, que les diverses blessures aient été simultanées ou qu'elles aient été successives ». Cette formule (qui ne s'applique pas, il est vrai, dans toutes conditions) est la suivante :

$$2^{e}\ \text{invalidité} = \frac{\text{invalidité totale} - 1^{re}\ \text{invalidité}}{1 - 1^{re}\ \text{invalidité}}$$

Une loi spéciale régit les blessures du travail chez les mutilés de guerre (loi du 20 novembre 1916). Elle a été faite dans le but de faciliter l'embauchage de ces mutilés en mettant à la charge d'une caisse particulière (le Fonds de Prévoyance des blessés de guerre) l'aggravation qui peut résulter pour un accidenté du travail de sa mutilation. Elle décide que : 1° lorsque l'accident du travail aura comme cause *exclusive* l'infirmité de guerre, le chef d'entreprise sera exonéré de la totalité de la rente correspondant à la blessure du travail ; 2° lorsque la réduction *permanente* de capacité résultant de l'accident a été aggravée par le fait de l'infirmité de guerre, la quotité de la rente correspondant à cette aggravation sera imputée au Fonds de prévoyance. L'expert sera appelé à éclairer le tribunal sur ces points dans chaque cas.

En accident de droit commun les conditions sont différentes. Le dommage peut consister en une inca-

pacité temporaire, une invalidité permanente ; il peut être esthétique, ou rentrer dans ce que M. Duvoir appelle le *pretium doloris* (les inconvénients de l'accident). La question de l'état antérieur peut alors se poser. Il ne s'agit plus en général de l'évaluation d'une rente viagère mais de l'attribution d'un capital. Le Tribunal recourt rarement à la fixation d'une rente en pareille circonstance. Les barèmes basés sur les gains de la victime et l'état d'incapacité, ne s'appliquent qu'à des sujets normaux. Si un hémophile succombe à une piqûre d'aiguille, l'expert répondra certes que cette piqûre d'aiguille est la cause de la mort. De même si un tuberculeux fait une poussée évolutive post traumatique. Mais il appartiendra également à l'expert de fournir au Tribunal la correction convenable. Cet hémophile ou ce tuberculeux, sujets malades, n'avaient que des chances de survie restreintes et leur valeur sociale était réduite, ce qui diminue notablement l'importance du dommage et atténue son pourcentage.

Les principes de l'expertise en accident de droit commun se différencient de ceux de l'expertise en accident du travail par la raison principale qu'il n'y a pas lieu d'évaluer simplement une différence de capacité de travail, mais le dommage imputable à l'accident. L'expert doit, en outre, prévoir la possibilité ou la probabilité des aggravations et en tenir compte dans son évaluation, car, en accident de droit commun, la révision n'existe pas dès qu'il y a chose jugée. En accident du travail, on ne peut et doit évaluer que l'état présent.

P. L.

Les Congrès

Le VII[e] Congrès National d'Assistance de Nancy

(27-30 *Octobre* 1927).

(*Suite et fin*) (1)

L'assistance aux personnes de condition moyenne et assistance partielle.

Après avoir fait l'historique de la question, le rapporteur, M. Léon Noël, maître des Requêtes au Conseil d'Etat, commissaire du Gouvernement auprès du Conseil supérieur de l'Assistance publique, expose comment les changements apportés dans l'existence, principalement par la guerre, ont forcé l'attention sur de nouveaux pauvres, qui ne peuvent plus supporter entièrement, avec leurs propres ressources, les frais médicaux et chirurgicaux.

Malades, ces personnes ont besoin d'aide pécuniaire, mais ce secours ne doit leur être accordé que dans la mesure où il est réellement indispensable.

Cette demi-assistance, ou assistance partielle a fait l'objet de discussions juridiques, tant au Conseil d'Etat qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique et M. Léon Noël fait un exposé très clair du point de vue légal.

Puis, il montre comment, sous la poussée des évènements, l'idée même de l'assistance subit une transformation : elle s'élargit peu à peu jusqu'à la notion d'aide ou de protection sociales. Il cite alors une phrase du rapport de M. Népoty, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques : « l'assistance s'efface devant l'encouragement beaucoup plus large et ne s'adresse pas seulement aux familles nécessiteuses, mais aux familles *relativement aisées.* »

Le rapporteur passe ensuite en revue les différentes modalités d'assistance partielle, variables selon les départements . Nous n'insisterons pas sur ces différents points, qu'à plusieurs reprises j'ai exposées dans le *Concours médical.*

M. Léon Noël aborde alors l'admission à titre payant dans les hôpitaux. Il débute ce chapitre, en reconnaissant aux commissions administratives, le droit incontestable de recevoir, dans l'établissement, les personnes de condition moyenne. Il cite alors l'article 28 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, du 30 juin 1921, qui, cependant ne prévoit l'admission de malades payants qu'à titre exceptionnel, lorsqu'il n'existe pas de maisons de santé privées dans la commune.

Prenant exemple sur l'initiative de Nancy, dont la commission administrative de l'hôpital a créé une maison de santé, M. Léon Noël estime que l'hôpital ne doit plus être considéré comme un simple établissement d'assistance, réservé aux indigents : il est une *institution sociale* ayant un but singulièrement plus large : on considère que les hôpitaux doivent être en mesure de recevoir des malades appartenant à toutes les catégories sociales. Il estime que les personnes jouissant d'une situation aisée doivent, à l'égal des indigents, y trouver leur place et y recevoir, le cas échéant, dans les conditions techniques les meilleures et les plus modernes, tous les soins, qui leur sont nécessaires.

Après un exposé de l'assistance aux personnes moyennes en Alsace et Lorraine, M. Léon Noël aborde ses conclusions.

(1) *Concours médical,* n° 51 de 1927.

En ce qui concerne l'hospitalisation, M. Léon Noël me fait l'honneur de citer certains de mes travaux ; mais il se place à un autre point de vue: il fait le procès des cliniques privées , qui sont trop chères et qui doivent avoir une peine croissante à subsister .

Puis, il considère que la loi sur les assurances sociales obligera demain l'hôpital à se transformer en maison de cure pour assurés sociaux.

Par conséquent, l'hôpital doit, dès à présent, envisager sa transformation, pour recevoir, concurremment aux indigents, des personnes pouvant payer un prix de journée plus ou moins rémunérateur pour l'établissement.

Mais, en l'occurence, M. Léon Noël, fait, à mon humble avis, un usage quelque peu excessif des dispositions du décret-loi du 5 novembre 1926. Oui, l'article 14, § 12, donne aux communes et aux établissements publics, toute initiative de création et d'organisation, en matière de santé publique ; mais M. Léon Noël semble avoir oublié qu'il est nécessaire, pour cela, que l'initiative privée soit déficiente. Or, dans bien des localités, où l'hôpital cherche à devenir maison de santé et à recevoir des malades payants, il existe déjà des cliniques privées,qui sont capables d'admettre des malades de condition modeste. Le rapporteur n'est pas tendre pour ces cliniques : « Le souci de sauvegarder les intérêts des propriétaires de cliniques ne saurait empêcher la transformation des établissements hospitaliers. »

Pour lui, l'hôpital de demain doit prendre modèle sur celui de Nancy : hôpital pour les indigents, maison de sànté à prix variables, pour les malades de toutes conditions, avec, pour ces derniers, le libre choix de leur médecin traitant et de leur chirurgien.

Finalement, après diverses suggestions concernant l'assistance partielle, tant pour les malades, que pour les vieillards, M. Léon Noël présente les vœux suivants :

I

Le VIIe Congrès National d'assistance publique et de bienfaisance privée, constatant les excellents résultats procurés par l'assistance médicale partielle qui, dans les départements où elle est pratiquée, permet de proportionner l'assistance aux besoins des intéressés, et, par suite, de venir en aide aux malades de condition moyenne.

Emet le vœu :

Que son application soit étendue, sans plus tarder, à toute la France.

II

Le Congrès croit devoir appeler l'attention des autorités compétentes sur le système appliqué en plein accord avec les médecins dans les hôpitaux de Nancy et des départements recouvrés, et grâce auquel celles des personnes de condition moyenne qui n'ont pas besoin d'assistance trouvent, moyennant rétribution, la possibilité de se faire soigner dans les établissements hospitaliers eux-mêmes, ou dans leurs annexes.

III

Le Congrès émet le vœu :

Que les casernements qui, après réorganisation de l'armée seraient jugées inutiles, soient affectés au logement des personnes de condition moyenne.

IV

Le Congrès, après avoir étudié la question de l'assistance aux personnes de condition moyenne, et constaté le rôle important qui incombe, à cet égard, aux œuvres privées.

Emet le vœu :

Que, pour favoriser leur action, le Parlement vote, le plus promptement possible :

1° Le projet de loi sur la surveillance des établissements de bienfaisance privée, qui aurait pour effet d'étendre la capacité des Associations de bienfaisance déclarées ;

2° Le projet de loi sur le régime des fondations.

Discussion.

Il m'est échu le périlleux honneur de succéder, à la tribune, à l'éminent rapporteur, qui avait eu un gros succès.

Je montrai que l'évolution de l'art de guérir et la prochaine application de la loi sur les assurances sociales appelaient toute l'attention sur la nécessité de soigner, dans un établissement de cure, de nombreux malades, quelle que soit leur condition de fortune.

A la conception du rapporteur, qu'en économie politique, on appelle socialisme d'Etat, je croyais devoir exposer la situation actuelle, laissant le champ libre à l'initiative privée.

Certes, cette dernière paye des impôts, ne bénéficie pas de subventions diverses (communes, départements, pari mutuel), n'a pas de fonds de dotation. Mais, malgré l'imminence de l'application de la loi sur les assurances sociales, est-ce une raison pour souhaiter la disparition des cliniques privées, tuées qu'elles seraient par la concurrence que leur fait l'hôpital, lorsqu'il reçoit des malades payants ?

Certes, la création de quartiers payants, dans l'hôpital est souhaitable, lorsque la commission administrative sera en plein accord avec le Corps médical local et qu'il y aura déficience, carence de l'initiative privée.

Mais, ne faut-il pas respecter les droits acquis des chirurgiens, qui ont mis tout leur patrimoine

dans la création d'une clinique, où ils soignent leurs opérés ? Ne convient-il pas de les aider de différentes manières, pour que ces maisons de santé puissent recevoir, à prix réduits, les personnes de condition modeste ?

Une fois de plus, je réclamais la collaboration étroite des commissions administratives avec le Corps médical et non pas la mise de ce dernier dans un état de subordination, peu compatible avec le caractère scientifique de notre profession, lorsqu'il s'agit de l'application de l'art de guérir, dans des établissements uniquement institués pour le traitement des malades.

Et je demandais l'organisation après le vote de la loi sur les assurances sociales, d'une commission, composée comme je l'ai indiqué dans le *Concours médical*, 1927, page 000.

En conséquence, je déposai le vœu suivant :

Le VII[e] Congrès national d'assistance,

Considérant que, si l'hôpital peut admettre les personnes de condition modeste et moyenne lorsqu'il y a carence, ou déficience de l'initiative privée locale, cette hospitalisation ne peut cependant se faire qu'en respectant d'une part les intérêts des bénéficiaires des lois de 1851 et de 1893 et, de l'autre, ceux des médecins et des cliniques, ou maisons de santé privées ;

Considérant en second lieu, que l'application de la future loi sur les assurances sociales aboutira à la transformation progressive et plus ou moins complète des hôpitaux pour pauvres en maison de cure et de diagnostic pour les assurés sociaux ;

Emet le vœu, que, pour l'établissement des budgets de chaque hôpital, ainsi plus ou moins partiellement transformé en maison de santé, une discrimination soit établie entre les ressources propres et les dépenses de l'hôpital proprement dit, avec celle de la partie hôtelière de la clinique hospitalière, celle-ci devant avoir un budget autonome ;

Emet ensuite le vœu qu'en ce qui concerne les modalités d'hospitalisation des personnes de condition modeste, des ententes locales s'établissent entre commission administrative de chaque hôpital, propriétaires de maisons de santé privées et corps médical local, pour déterminer à quelles conditions cette hospitalisation pourra être pratiquée, en respectant les droits acquis de chacune des parties en présence, notemment en ce qui concerne le mode de perception des honoraires des médecins, le libre choix du praticien et les limites de concurrence entre le quartier payant de l'hôpital et les maisons de santé privées ;

Emet enfin le vœu que, conformément avec les directives données par une circulaire ministérielle de M. J.-L. Breton, en 1920, il est souhaitable que les préfets désignent, pour siéger parmi les administrateurs des hôpitaux, un représentant du corps médical local, proposé par ses pairs, ainsi qu'une dame, représentant les compétences féminines, tant pour les problèmes concernant l'enfance et la maternité, que pour les questions de surveillance médicale et de préservation sociale, dans le domaine de la bienfaisance, de l'assistance et de l'assurance sociales ».

Après moi, le D[r] Rinuy, représentant l'Union des Syndicats médicaux de France, vint donner lecture d'un travail exposant des statistiques et des exemples sur les modalités d'assistance partielle. Notamment, est citée l'initiative du département de la Charente-Inférieure, qui accorde à titre de prêt sans intérêts, des avances remboursables, pour aider au paiement des frais élevés d'opérations chirurgicales, ou de traitements longs et coûteux.

Et le D[r] Rinuy de conclure qu'il existe en France, de nombreuses maisons de santé privées, dues à l'initiative privée : ces institutions sont à encourager et à aider ; mais, lorsque l'initiative privée fait défaut, c'est le devoir de l'assistance publique de la suppléer, en favorisant la création de cliniques à bon marché. Un pavillon, pour petits payants, à l'hôpital, doit avoir un budget autonome ; il doit nécessairement comporter le libre choix du chirurgien et se borner à percevoir le prix de la pension. Les honoraires d'opérations sont affaire d'entente directe entre médecin et client.

Enfin, un contrôle de la qualité des hospitalisés s'impose, en matière de maisons de santé à bon marché, organisées par les hôpitaux.

Tour à tour, de nombreux orateurs vinrent exposer les usages locaux, principalement en matière d'hospitalisation des payants. A écouter ces communications, aucun abus n'est possible et le mode d'admission à l'hôpital des malades payants donne satisfaction à tous.

Cependant, on sent combien est difficile la définition du terme : malade de condition moyenne, susceptible d'être admis à l'hôpital.

L'heure s'avance ; les divers ordres du jour vont donner lieu à d'interminables discussions.

Aussi, dans une brillante improvisation, M. Mirman, conseiller maître à la Cour des Comptes, ancien Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, vint proposer une formule transactionnelle, réunissant tous les vœux en un seul, qu'il énonce ainsi :

Le Congrès,

Considérant que l'organisation de l'assistance partielle c'est-à-dire l'extension partielle des services publics d'assistance à de nouvelles catégories de personnes — réalisée déjà avec tant de succès en diverses régions et notamment en Meurthe-et-Moselle et dans une partie de la Seine-Inférieure est souhaitable et nécessaire, mais aussi qu'elle touche aux intérêts absolument légitimes du corps médical ;

Considérant que le double souci de l'équité d'une part et d'autre part des possibilités de réalisation

exige la préparation méthodique de l'adhésion confiante du corps médical aux réformes envisagées ;

Attend avec confiance du Conseil supérieur de l'Assistance où les médecins comptent d'éminents représentants, l'étude attentive des moyens propres à rendre possible cette collaboration du corps médical. (*Adopté*).

Ajoutons que les vœux, présentés par le rapporteur , M . Léon Noël, furent adoptés. Cependant, à l'article 2, le professeur Baylac, de Toulouse, fit remarquer avec raison que des réserves doivent être faites, car le système nancéen, préconisé comme type, sera souvent d'application impossible dans certaines villes de Faculté.

Du rôle de l'infirmière visiteuse et de l'Assistance sociale, dans l'application des lois et règlements d'assistance.

Le troisième jour, Mademoiselle Chaptal exposa son rapport. L'infirmière doit avoir un rôle considérable à jouer : « Il est indéniable que la législation sur l'assistance aux femmes en couches, sur les consultations de nourrissons, sur l'inspection médicale des écoles n'aura son plein effet que le jour où l'infirmière sera *partout* appelée à collaborer à son application. »

En matière hospitalière, l'infirmière doit être l'auxiliaire obligée d'une consultation externe. « Tout comme elle suit à son domicile le malade non admis, elle pénètre dans la salle avec le malade admis, afin de le mieux connaître, avant de se rendre ensuite chez lui, auprès des siens et d'établir ainsi le lien bienfaisant d'une présence humaine entre l'hospitalisé et son foyer vivant.

En ce qui concerne les Bureaux de Bienfaisance, Mademoiselle Chaptal fait connaître le texte du règlement de Béziers, qui indique les rôles nombreux qu'ont à jouer les infirmières visiteuses auprès des malades non hospitalisés, comme éducatrices d'hygiène, pour préparer l'inspection médicale des écoles, etc.

Le rapporteur termine par le vœu suivant :

Le Congrès émet le vœu :

Que le Ministre chargé de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, adresse à MM. les préfets une circulaire explicative concernant l'action de l'infirmière visiteuse ou de l'assistance sociale (en liaison avec le corps médical) dans l'application des lois et règlements d'assistance, et notamment de l'assistance médicale gratuite.

Je pris encore une fois la parole, pour signaler le danger de la trop grande exaltation du rôle de l'infirmière ; celle-ci doit agir selon les directives des médecins traitants : il doit y avoir collaboration et non substitution.

Certes, les infirmières visiteuses ont de multiples occupations ; mais il importe de faire leur éducation, au point de vue du mal qu'il ne faut pas faire, car les notions élémentaires de science médicale qui leur sont données ne doivent pas les inciter à être nuisibles pour la santé publique, en faisant de l'exercice illégal de la médecine.

Et personnellement, je demandais une fois de plus que tous ceux qui doivent collaborer à la défense de la santé publique, puissent apprendre leurs devoirs sociaux.

La Faculté fait le docteur en médecine ; l'hôpital le transforme en praticien ; mais qui s'occupe d'enseigner véritablement au médecin le rôle qu'il doit jouer dans la société ?

Cependant, c'est sur sa signature que fonctionnent certaines dispositions des lois d'assistance, de prévoyance, cependant que le tiers responsable (et non le malade) devra supporter les frais engagés par le docteur.

Certes, des efforts locaux sont faits, dans quelques Facultés, pour apprendre la déontologie ; mais ce n'est souvent que par l'intermédiaire des Syndicats médicaux, ou par l'expérience journalière, — quelquefois acquise à ses dépens, ou à ceux d'autrui —, que le praticien prend conscience du rôle social que lui fait jouer l'application de nombreuses lois qu'il ignore.

Admission des malades militaires dans les hôpitaux mixtes ou civils.

Un rapport de M. Ogier, ancien ministre, se termina par le vœu suivant :

Le Congrès,

Appelle de nouveau l'attention des pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité de régler la question des prix de journées des militaires hospitalisés dans les hôpitaux civils et prie instamment M. le Ministre du travail, de l'assistance et de l'hygiène, tuteur des établissements hospitaliers de vouloir bien intervenir :

1° Pour qu'un accord s'établisse entre lui et ses collègues intéressés (Guerre et Finances) en vue d'appuyer près de la Commission d'Hygiène de la Chambre des députés la proposition de loi déposée par M. le député Jacquier, et de faire voter rapidement cette proposition par le Parlement avant sa séparation.

2° Pour qu'en attendant le vote, il insiste près de son collègue de la guerre pour que celui-ci veuille bien, comme il l'a fait pour la convention intervenue récemment entre son administration et la Commission des hôpitaux de Chambéry, accepter le principe de la fixation d'un prix de journée calculé dans les mêmes conditions que pour les malades de l'Assistance médicale gratuite.

Visite des établissements hospitaliers de Nancy,

J'ai eu l'occasion de visiter, avec le Dr Hervé, directeur des sanatoria de la Motte-Beuvron

(L.-et.-C.) et des Escaldes (Pyr.-Or.), les établissements hospitaliers de Nancy, sous la conduite du professeur Perrin, que je ne saurais trop remercier de son amabilité.

Lutte contre la maladie en général.
Lutte contre la tuberculose.

Pour les indigents : l'hôpital, avec son corps médico-chirurgical nommé, après concours, par la commission administrative des hôpitaux.

Les malades de condition modeste sont admis en salle commune, mais doivent acquitter le prix de journée de l'assistance médicale gratuite.

Qui peut payer entre à la clinique Bon-Secours, maison de santé organisée et gérée par la Commission administrative des hôpitaux. Chambres

RECTO

DISPENSAIRE VILLEMIN
RUE DE NABÉCOR, NANCY

Médecin-chef :
Professeur Jacques Parisot

FICHE MÉDICALE DE LIAISON

M. le Docteur : .... *à :* ....

Nom du Malade : M. ....

Dossier N° ....

Examen radiologique

....

VERSO

Examen bactériologique

Observations

Service de prophylaxie

En accord avec vous, votre malade sera convoqué { *le* .... / *périodiquement* } *pour surveillance...* { *bactériologique* / *radiologique* } *pour* ....

Sauf avis contraire de votre part votre malade bénéficiera du service de prophylaxie à domicile du dispensaire.

Nancy, le 192

de 30 à 70 francs par jour, ces dernières comportant salle de bains privée. Le malade choisit librement son docteur, parmi tous les praticien de la ville ou du département. Les médecins ou surtout les chirurgiens retiennent les salles d'opérations, selon les disponibilités, par l'intermédiaire de la direction. Paiement direct des honoraires du malade à son docteur.

En plus, se trouve une maternité fort bien achalandée.

A l'hôpital, comme à la clinique Bon-Secours, les installations les plus modernes existent, surtout en radiologie, ou en ultra-violets.

Signalons, dans le service d'hôpital du professeur Michel, une installation ingénieuse, permettant l'enseignement aux élèves, sans que la présence de ces derniers puisse gêner l'opérateur et ses aides : la salle d'opérations comporte une autre petite salle, dont le mur de séparation ne va pas jusqu'au plafond. Par un périscope, les élèves peuvent suivre toutes les phases de l'intervention qui peuvent être expliquées par un moniteur.

L'hôpital Villemin, destiné au traitement des tuberculeux, est situé en plein air, dans un paysage riant. Petites salles de deux à six lits, avec salles d'isolement et galeries de repos. Cet établissement est loin d'avoir l'aspect rébarbatif d'une caserne.

Au 3e étage, salles payantes, où pour 30 à 35 fr. par jour peuvent se soigner les malades, en faisant appel au médecin de leur choix, qu'ils honorent directement.

En bas, le dispensaire, qui ne donne pas de soins, mais ne fait que de la prophylaxie et du dépistage. Le médecin traitant y adresse son malade, pour examen radiologique, recherche des B. K., examens spécialisés.

En réponse, le praticien reçoit la fiche ci-dessus.

Il y a ainsi collaboration étroite entre le dispensaire et le médecin traitant, ce dernier n'étant pas dépossédé de ses malades, dont il garde la direction du traitement.

Neuf infirmières vont à domicile donner des explications sur la manière de soigner le malade, sur ce qu'il faut faire et surtout ne pas faire.

Un plan de Nancy, disposé au dispensaire, indique les points les plus frappés de la ville par le fléau.

De là, nous nous transportâmes au sanatorium de Lay-Saint-Christophe, à sept kilomètres de Nancy.

Madame le docteur Bouin nous fit visiter en détail ce sanatorium, situé dans un très beau paysage, avec galeries de repos très bien exposées.

Aussi, avons-nous remporté cette impression, que, sous l'initiative et la direction du professeur Perrin et surtout du professeur Jacques Parisot, la lutte contre la tuberculose est menée d'une manière efficace, à Nancy, en collaboration étroite avec le Corps médical.

Conclusions.

Si je considère l'organisation de la lutte contre la maladie, je dois avouer que l'installation de Nancy est fort intéressante. L'initiative privée faisant défaut, très peu de cliniques existent dans la ville. De sorte qu'en plei n accord avec le Corps médical tout entier, la Commission administrative des hôpitaux a pu organiser à côté de l'établissement des pauvres et des personnes de petite condition, une maison de santé très confortable, munie de tous les perfectionnements, à l'usage des malades de médecine, de chirurgie, de spécialités, de maternité.

Ainsi, se trouve réalisée la concentration de l'art de guérir, dans une sorte d'usine moderne de soins.

Mais, cette conception nécessite une discrimination dans la gestion financière : l'une, administrative, selon les directives données par les textes législatifs, et réglementaires, en ce qui concerne l'établissement public, l'hôpital ; l'autre, commerciale, selon le droit commercial et les règles de droit commun, en ce qui concerne la partie maison de santé, section hôtelière de l'entreprise.

Partout où le Corps médical n'a su, ni pu mener à bien l'organisation de maisons de santé privées, à l'usage de malades non indigents, il est souhaitable que l'hôpital local puisse réunir suffisamment de capitaux, pour ériger une maison de santé, ouverte à tous les praticiens.

Mais, lorsque l'initiative privée a déjà engagé des fonds dans des organisations particulières, l'hôpital, parce qu'établissement public, ne peut ni ne doit faire de concurrence aux cliniques privées, si ce n'est en plein accord avec les médecins, tant praticiens que propriétaires desdites maisons de santé.

Nancy peut servir d'exemple vivant de ce qu'une bonne entente peut donner, dans le domaine de l'assistance et de la protection de la santé publique, Mais il est douteux qu'en l'état actuel, pareille organisation puisse être créée partout, sans accord préalable entre tous les intérêts en présence.

A mon avis, il faut mettre un terme à cette concurrence entre hôpitaux et cliniques privées, concurrence qui aigrit les esprits et finalement est préjudiciable aux malades.

Loin de chercher à se voler réciproquement une clientèle, établissements publics et privés devraient au contraire collaborer étroitement, pour que, localement, tous les soins puissent être donnés, dans les meilleures conditions possi-

bles, quelle que soit la condition de fortune des patients.

Pour ma part, je suggère l'idée de commissions départementales ou locales, présidées par un représentant de l'administration (le préfet, ou son délégué), et composés de deux représentants du Conseil général (ou le conseiller général du canton) ; deux représentants des maires (ou des maires du canton), deux représentants du Corps médical, élus par les associations professionnelles des praticiens locaux ; deux représentants du Corps médical des hôpitaux (pour les grandes villes) et deux représentants des médecins propriétaires de maisons de santé et sanatoria privés.

Cette Commission aurait pour premier effet de rapprocher, pour qu'elles se connaissent et s'apprécient, les bonnes volontés, qui, actuellement, travaillent dans un ordre dispersé et souvent en complet antagonisme.

De concert, on étudierait les besoins de chaque ville ou région ; on apprécierait les services que peut rendre, d'une part l'hôpital et, de l'autre, les entreprises dues à l'initiative privée.

Tout d'abord, on éviterait les doubles emplois, les concurrences sans motifs. Inutile, par exemple, de créer à l'hôpital un service de radiologie, lorsque des installations modernes existent déjà en ville, et, après accord pourraient servir pour les malades de l'établissement.

Au contraire, le laboratoire du dispensaire, ou celui de l'hôpital, pourrait être largement ouvert aux maisons de santé.

En second lieu, serait envisagé le mode le meilleur, le plus économique d'hospitalisation des personnes de condition moyenne. Pourraient être encouragées pécuniairement, par des remises totales ou partielles d'impôts et de taxes, ou par des achats en commun avec l'hôpital, toutes les cliniques, qui consentiraient à recevoir, à prix réduit, les personnes peu fortunées.

Au contraire, si les maisons de santé locales ne veulent recevoir que des personnes fortunées, l'hôpital, d'accord avec les médecins, organisera des salles et chambres payantes, à l'instar de Nancy.

Collaboration pour l'admission des malades, prêts et échanges, en ce qui concerne l'utilisation des installations coûteuses et devant être souvent modernisées, ententes étroites entre l'assistance publique et l'initiative privée ; abandon des errements passés, basés sur une concurrence mal comprise.

Ls résultats seront l'amélioration du sort des malades, partant de la santé publique.

Est-il donc impossible que ce rêve ne puisse devenir réalité ?

En second lieu, disparaîtraient ces conflits, qui vont en augmentant chaque jour. Quelques commissions administratives ont tendance à considérer l'hôpital comme un fief, leur appartenant en propre. Elles voudraient nommer, comme médecins, qui bon leur semble, malgré parfois les résultats d'un concours, ou les termes d'un règlement approuvé par le préfet.

Quelques-unes traitent leur Corps médical en employés supérieurs et non en savants, collaborateurs immédiats et indispensables.

A se fréquenter souvent, sous la présidence du préfet, qui représenterait les intérêts généraux, à se réunir pour discuter de choses intéressant la santé publique, ces hommes de grand cœur que sont les administrateurs des hospices et hôpitaux comprendront que médecins, chirurgiens et spécialistes entendent collaborer étroitement à leur œuvre d'assistance publique, à la condition que les parasites de toutes sortes soient minutieusement écartés.

Cette collaboration permettra également de refréner les abus, de quelle que part qu'ils puissent se produire.

Enfin, le Corps médical apprendra à connaître les questions administratives, se rapportant à l'assistance et à l'hygiène publiques. Je crois à des résultats pratiques immenses, si, d'une part, les médecins étaient mieux initiés aux devoirs qui leur incombent, provenant de la mise en pratique des textes législatifs et réglementaires et si, d'autre part, les administrations étaient moins séparées, par des cloisons étanches, de tout ce qui n'entre pas dans leur spécialité.

Est-ce donc une utopie que de proclamer l'espoir d'une collaboration étroite entre tous ceux qui ont pour mission le mieux-être de la santé publique ?

D[r] Paul BOUDIN.

ADDENDUM

Vœu adopté à l'unanimité en tant qu'il complète et précise les conclusions du rapport

Présenté par M. MATTER.

Considérant que, parmi les fléaux qui nous menacent, l'alcoolisme est l'un des pires, qu'il compromet l'avenir de la race, engendre la misère, la maladie et le crime, ralentit la guérison des malades et des opérés, expose ses victimes à la tuberculose, et, quand ils perdent leur discernement, à la syphilis, qu'il remplit les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les prisons et ruine nos finances,

Le 7e Congrès national d'Assistance invite tous les hommes de cœur, les associations, les pouvoirs publics à la lutte contre l'alcoolisme,

Demande au Parlement de prendre toutes les mesures possibles pour enrayer le fléau, d'encourager les associations de tempérance et de créer des établissements pour la guérisondes alcooliques, ou d'en faciliter la création par l'initiative privée.

Les Livres

Librairie du *Monde Médical*,
47, rue du Docteur-Blanche, Paris, 16e.

VIGOT, Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

La 4e édition (1928) du Formulaire Astier. (1 volume format portatif, 1.200 pages, reliure souple. Prix : 30 fr.).

La quatrième édition du Formulaire Astier s'est proposée de mettre ses lecteurs au courant des derniers progrès de la thérapeutique.

Pour arriver à ce but sans dépasser le nombre de pages au delà duquel un formulaire cesse d'être un livre de poche, le texte de 1925 a été modifié de trois façons différentes :

Tout d'abord, d'importantes additions. Elles portent pour la plupart sur les médications chimiques, parmi lesquelles on a fait une place, d'une part, à des médicaments nouveaux et d'autre part, à quelques spécialités entrées dans le domaine courant et dont le médecin doit savoir la posologie et le mode d'emploi.

A l'art de prescrire a été ajouté un paragraphe intitulé : Les divers médicaments groupés d'après leurs propriétés, ainsi que des additions de détail à chacun des chapitres.

Un article sur les résultats pratiques des examens de laboratoire a été incorporé au texte et la législation complétée sur divers points.

Plus nombreux encore sont les changements.

Changement de fond. Il n'est point une seule page qui n'ait été entièrement remaniée, qu'il s'agisse des médications, du traitement des maladies ou des régimes. Le texte a subi des modifications si profondes que, de celui de 1925, il ne subsiste pour ainsi dire rien.

Changements de forme. Certains lecteurs avaient fait justement observer que dans l'édition précédente la composition était trop serrée. Dans celle-ci des jours ont été ménagés afin de la rendre plus agréable à lire.

Pour arriver à faire caser toutes les nouveautés qui doivent figurer dans un Formulaire « à la page » comme on dit aujourd'hui, il a fallu procéder à de nombreuses suppressions. Disparus, tous ces médicaments désuets, dont la description encombre tant de livres, d'ailleurs estimables ; impitoyablement sacrifiés tous les paragraphes consacrés aux propriétés pharmacodynamiques du corps, supposées connues ; amputé de tous les décrets surannés, de toutes les dispositions périmées, le chapitre Législation. Partout, il a été coupé, taillé, rogné pour arriver au maximum de netteté et de précision dans le minimum de place.

Grâce à toutes ces modifications, grâce au plan général placé en tête de l'ouvrage, grâce à la table des matières qui le termine, la quatrième édition du Formulaire Astier espère trouver auprès du grand public médical le même favorable accueil que ses précédentes. N'a-t-elle pas tenu compte de toutes les suggestions qui lui ont été soumises ? N'a-t-elle pas cherché à faire figurer toutes les médications utiles ? Ne fournit-elle pas au médecin tout ce qu'il a besoin de savoir en thérapeutique ?

Les Thèses

P. — Dr André FONTANILLE. — La difficulté du diagnostic de la péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire chez l'enfant. (Les Presses Modernes, 45, rue de Maubeuge, Paris, 1927.)

A côté des formes typiques, il existe très fréquemment des péritonites, frustes dan s leur symptomatologie, sournoises dans leur évolution et cependant très graves, si l'intervention n'est pas pratiquée dans les premières heures.

Dans ces « formes larvées », quelques symptômes de première valeur, parfois d'ailleurs isolés, doivent être mis en relief :

La dissociation du pouls et de la température ;

La douleur à la pression de la fosse iliaque gauche ;

La contracture abdominale généralisée, même très légère ;

L'arrêt de la respiration diaphragmatique ;

Et, sur ce fait que la présence d'un seul symptôme anormal, dans son intensité, dans son évolution, dans son mode d'apparition, doit imposer l'intervention immédiate.

Si quelques affections peuvent simuler la péritonite appendiculaire, dans les cas où un doute subsiste, il faut pencher vers la lésion de l'appendice.

TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS CARDIO-VASCULAIRES

Par le Dr André JAUBERT,
Chef de laboratoire à l'Hôpital Broussais.

Nombre de malades viennent consulter le médecin pour des manifestations pénibles et parfois douloureuses qui attirent l'attention du côté du cœur, sans que l'examen révèle une lésion nettement caractérisée de l'organe. Il s'agit là de troubles fonctionnels cardiaques qui peuvent se retrouver d'ailleurs chez des malades soignés depuis longtemps pour une lésion valvulaire ou myocardique ; dans ce dernier cas, les troubles observés se rattachent plus à une perturbation dans le système neuro-végétatif qu'à la lésion cardiaque elle-même. A ce titre, il est particulièrement important de savoir distinguer l'origine des symptomes fonctionnels et de ne pas considérer la lésion anatomique comme toujours responsable des manifestations pénibles dont se plaignent les malades. Ces troubles relèvent, en effet, d'une thérapeutique sédative ou antispasmodique, à l'exclusion de toute médication tonicardiaque.

Ainsi donc, les palpitations, les extrasystoles, les crises de tachycardie paroxystique, les instabilités cardiaques, les algies, certaines dyspnées, peuvent s'observer dans maintes circonstances, sans que pour cela le médecin soit fatalement appelé à conseiller la médication digitalique. Avant d'affirmer la nature fonctionnelle des troubles, il importe évidemment de s'entourer de tous les renseignements cliniques et radioscopiques dont nous disposons aujourd'hui. Il faut pratiquer un examen général minutieux qui, souvent, éclairera l'origine des troubles cardiaques (aérophagie, hyperthyroïdie, troubles ovariens, etc.).

Si nous laissons de côté toutes les lésions valvulaires qui, en dehors des périodes d'insuffisance cardiaque, peuvent provoquer des signes fonctionnels, ceux-ci se retrouvent dans maintes circonstances, alors que le cœur est tout à fait normal et seulement irritable ou instable.

Parmi les causes invoquées, il y a lieu de retenir surtout une excitabilité anormale d'un point du système accélérateur, l'hyperthyroïdie, les toxiinfections, les émotions, le surmenage. Depuis la guerre, les troubles fonctionnels avec instabilité cardiaque sont bien connus, à la suite du surmenage, de commotions ; de même, à la suite des dyspepsies banales et de l'aérophagie, ou encore d'un abus de café, de thé ou de tabac. Mais il faut reconnaître que, dans un grand nombre de cas, il estimpossible de relever dans les antécédents une étiologie précise à laquelle on puisse rapporter les signes fonctionnels, et, chez un certain nombre de malades ce sont des troubles d'hyperthyroïdie (légère exagération du métabolisme basal) qui expliquent les manifestations pénibles et douloureuses. Dans d'autres cas, il s'agit d'insuffisance glandulaire, notamment d'insuffisance ovarienne, comme cela s'observe à la ménopause.

Quoi qu'il en soit, ces symptomes fonctionnels se résument dans la tachycardie associée à une sensation de lassitude générale ou d'essoufflement, dans les palpitations apparaissant à l'occasion de mouvements ou d'émotions, dans de véritables douleurs précordiales qui peuvent être de vagues sensations de constriction à l'épigastre ou de points au cœur, survenant soit sans cause, soit au moment des accès de palpitations. Enfin, les sensations vertigineuses ne sont pas exceptionnelles.

Ces manifestations désagréables sont le plus souvent l'apanage d'un déséquilibre du système vago-sympathique et quand on les retrouve chez les cardiaques valvulaires, c'est souvent aussi à la même origine qu'il faut les rattacher.

Au cours de l'hypertension, les douleurs précordiales, les palpitations, relèvent également d'un trouble du système végétatif, notamment des spasmes artériels.

Etant donnée la nature de ces troubles fonctionnels cardiaques et vasculaires, il faut donc s'adresser, au point de vue thérapeutique, aux médications sédatives et antispasmodiques, que nous allons passer en revue rapidement.

Les *bromures* peuvent soulager certaines manifestations douloureuses, mais surtout les extrasystoles d'origine nerveuse. Il ne faut pas oublier que la médication bromurée est souvent mal supportée, en particulier chez les déprimés qui ne retirent du bromure qu'une exagération de leur fatigue ou de leurs angoisses (Huchard). De plus, lorsqu'il existe des symptomes digestifs à l'origine des troubles fonctionnels, ceux-ci sont souvent aggravés par la médication bromurée. Enfin, dans l'insuffisance du myocarde, le bromure affaiblit l'activité cardiaque (Pouchet).

On prescrit habituellement 1 à 2 grammes de bromure de potassium ou de sodium par jour ou le camphre monobromé à la dose de 0 gr. 20 par jour en pilules.

La *valériane*, le *cratægus* ont une action sédative certaine.

Le cratægus a une action sédative marquée sur les nerfs du cœur (Fiessinger) et sur les spasmes vasculaires (Renon). Il pourra être prescrit sous forme de teinture à la dose de XXX gouttes par jour, ou en pilules, associé à la quinine ou à la valériane.

La *quinine* exerce une action modératrice sur

les différentes fonctions du myocarde. Il en est de même de son isomère, la *quinidine*, qui a fait l'objet récemment de nombreux travaux, et dont l'emploi a été recommandé particulièrement dans l'arythmie complète. Mais, si la quinidine possède à son actif des résultats merveilleux, il faut ne jamais oublier son action dépressive sur le myocarde qui peut être dangereuse, et, par les phénomènes d'intolérance qu'elle provoque parfois (vomissements, diarrhée, état syncopal) elle reste un médicament d'exception.

La quinine peut être prescrite sous forme de sulfate ou mieux de bromhydrate, à doses relativement faibles : 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour.

L'association valériane et quinine est très recommandée dans les algies précordiales, sous forme de valérianate de quinine (0 gr. 20 par jour).

La *belladone*, par son action sédative à prédominance vagale, est recommandée dans les palpitations, les algies précordiales, les extra-systoles ; mais cette médication réclame une certaine surveillance afin d'éviter toute intoxication, dont les premiers signes (sécheresse de la gorge et dilatation pupillaire) peuvent s'accompagner de deux signes cardio-vasculaires caractéristiques : l'accélération extrême des contractions cardiaques et l'élévation de la tension artérielle.

Cette médication doit donc être prescrite avec prudence et les préparations titrées, comme la bellafoline, sont à recommander.

La *belladone* s'emploie couramment sous forme de teinture à la dose de XX à XL gouttes par jour, ou sous forme de pilules dont une des meilleures formules est la suivante :

Poudre de feuilles de belladone .... } āā un centigramme.
Extrait de belladone ...... }
pour une pilule.

On peut également associer la belladone à la quinine, suivant la formule :

Valérianate de quinine ... 0 gr. 10
Poudre de feuilles de belladone .... deux centigr.

pour une pilule.

Tout récemment, la phényléthylmalonylurée (*gardénal*) a été recommandée dans les troubles fonctionnels cardiaques.

Le gardénal, à petites doses, jouit en effet d'une action antispasmodique très marquée, à laquelle s'ajoute une légère action sédative. Les travaux de Hurst, Stieffler, Sézary ont précisé cette action, de sorte que le gardénal peut être prescrit, seul ou associé, dans les troubles fonctionnels cardiaques, ainsi que dans le traitement préventif des crises d'angor pectoris (Sezary). Il ne faut pas dépasser la dose de 0 gr, 08 à 0 gr. 10 par 24 heures si l'on veut éviter l'action hypnotique, parfois très pénible chez certains malades.

Le gardénal peut être associé à d'autres sédatifs comme la belladone (belladénal), la quinine et le cratægus. L'association de gardénal, de quinine et de cratægus nous paraît particulièrement recommandable dans les troubles nerveux cardiaques, les palpitations, les extrasystoles et les algies précordiales. Spécialisée sous le nom de spasmosédine, cette association à le mérite d'être très active et d'un emploi facile.

On prescrit habituellement 2 à 6 comprimés par jour, de préférence avant les repas.

La spasmosédine a en outre le grand avantage d'être dépourvue de toute toxicité. L'usage peut donc en être prolongé pendant plusieurs semaines sans qu'on ait à craindre de phénomènes d'intoxication, ou une action déprimante sur le cœur. Cette considération nous conduit à recommander ce médicament en dehors des troubles fonctionnels cardiaques, chez les malades atteints d'angine de poitrine ; car, d'après nos observations, l'action prolongée du médicament espace les crises, diminue la douleur et permet souvent d'éviter le retour des accès.

De même, la spasmosédine agit favorablement sur les spasmes vasculaires qu'on observe si fréquemment chez les hypertendus, qu'il s'agisse d'hypertension permanente, d'accès paroxystiques ou d'hypertension de la ménopause.

Enfin dans le groupe des antispasmodiques, il y a lieu de faire une place au ***benzoate de benzyle***, sous forme d'oléthyle-benzyle par exemple et à la *papavérine* dont les indications se limitent au traitement des crises paroxystiques.

Comme on le voit par ce court exposé, nous possédons une série de médicaments qui nous permettent de lutter efficacement contre les troubles fonctionnels variés de l'appareil cardio-vasculaire ; et le médecin ne doit jamais oublier que l'art du cardiologue consiste à savoir ne pas prescrire la digitale, tant que le myocarde ne présente aucun signe clinique net d'insuffisance.

D[r] A. J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

I. — L'achat des clientèles médicales. (1)

Mon cher Ami,

Sur le point de soutenir la thèse qui vous conférera la consécration suprême du diplôme de docteur, en même temps que le droit d'exercer la médecine, vous vous préoccupez, à juste titre, des conditions de toute nature dans lesquelles vous pourrez effectivement et pratiquement le faire.

On vous a parlé de plusieurs localités où il semble que, pour des raisons d'ailleurs diverses, vous auriez quelque chance de succès, en vous y installant pour voler seul de vos propres ailes.

Mais vous savez combien les débuts sont malgré tout difficiles, combien grandes sont les embûches qui se dressent devant les pas du néophyte. Et puis, vous ne seriez pas fâché d'éviter la période d'attente plus ou moins longue des débutants isolés, durant laquelle maigres sont les recettes, et prolongés les loisirs. Disposant de quelque patrimoine, vous préférez prendre une situation toute faite en achetant une clientèle, et vous voulez bien me demander mon avis.

Une expérience, vieille déjà de huit lustres, me permet de vous satisfaire.

Tout d'abord, êtes-vous fixé sur le genre de médecine que vous entendez pratiquer ? Je suppose qu'étant, ou voulant être ce que notre maître Legendre appelle un omnipraticien, vous avez mis en balance les avantages et les inconvénients respectifs de la médecine rurale, de la médecine urbaine, de la médecine de très grande ville. Réfléchissez bien avant de prendre une décision. La médecine rurale n'a plus les attraits qu'elle offrait il y a seulement une quinzaine d'années. La vie n'y est pas moins chère qu'à la ville, les loyers offrent les mêmes difficultés eu donnent lieu aux mêmes exigences, l'éducation des enfants y est tout un problème, souvent insoluble.

Ce n'est cependant pas sur ces considérations que je désire appeler votre attention. Pour réussir en clientèle rurale, il faut bien connaître les paysans, comprendre leur langue et pratiquer leurs mœurs. Je me souviens de mes étonnements quand, jeune médecin perdu dans le fond d'une campagne normande, j'entendais parler un patois auquel je n'entendais rien. Si vous êtes d'origine rurale, vous serez excellemment armé pour la lutte. Si vous êtes un citadin, vous arriverez dans un milieu où vous vous trouverez entièrement dépaysé et où l'on vous regardera avec une certaine méfiance, un peu en étranger, un peu en adversaire... Songez-y ! Sans doute, avec le temps, si, comme j'en suis sûr, vous êtes servi par d'autres qualités, arriverez-vous à surmonter ces difficultés. J'en connais qui n'ont pu y réussir, au point de préférer renoncer à des situations qui leur offraient pourtant, par d'autres côtés, d'incontestables avantages.

Quand, à ce point de vue, votre décision sera prise, vous vous enquerrez des postes à céder dans la région qui vous attire. Sachez, tout d'abord, que l'*on n'achète pas une clientèle médicale*. Les clientèles médicales ne sont pas objets marchands, pouvant donner lieu à transaction, à échange. Tout accord, tout contrat que vous passeriez avec un prédécesseur, ayant pour unique objet l'achat de sa clientèle, serait nul de plein droit, de telle sorte que vous n'auriez aucune garantie pour en assurer l'exécution.

Mais ce qui est licite, ce que vous pouvez acheter, c'est un droit de présentation, c'est un renoncement en votre faveur, c'est une suite de bail, c'est un matériel, etc.

Contre remise d'une indemnité dont le montant reste à débattre, votre prédécesseur s'engagera valablement à vous céder son bail, à vous vendre ses instruments, ses appareils, ses autos, à vous présenter à ses principaux clients ; il s'interdira valablement, à votre profit, d'exercer la médecine dans la localité où il réside et dans un rayon de x kilomètres, soit temporai-

(1) Le jeune médecin, n° 6, (1-11-27).

rement, pendant dix ans, par exemple, soit à vie.

Tout cela est régulier, tout cela peut être consigné dans un contrat qui vous garantit contre les éventualités d'inexécution de l'une quelconque de ses clauses, et vous donne le pouvoir d'en poursuivre la réalisation intégrale devant les tribunaux.

Ceci étant précisé, ce qui vous intéresse le plus, c'est de savoir comment il est possible d'apprécier la valeur marchande des avantages qui vous sont ainsi concédés par votre prédécesseur.

Essayons de vous donner des directives qui vous guideront, et vous éviteront certains faux pas.

Il ne suffit pas que votre prédécesseur vous annonce que la moyenne de ses recettes, au cours des cinq dernières années, a été de ..., disons 50.000 francs. Il ne suffit même pas qu'il vous le prouve par la production de livres dont la régularité et la sincérité est irréfutable. Il importe au plus haut point qu'il vous précise l'importance de ses dépenses professionnelles : loyer, impôts, moyens de transport, domestiques, frais généraux... Tout ce qui, en un mot, constitue le chapitre, si sujet à caution parfois, de la déclaration faite au fisc pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Le bénéfice net, tel qu'il est envisagé par le fisc, c'est-à-dire la différence entre les recettes de toute nature et les dépenses professionnelles, c'est là-dessus qu'il vous faudra vivre, avec votre famille, si vous en avez une, comme c'est présumable. Vivre, c'est-à-dire, subsister, vous vêtir, vous et les vôtres, etc...

Dans ce chapitre, tout est subjectif. Tel subsiste avec 18.000 francs ; tel autre, avec des goûts plus dispendieux, des besoins plus coûteux, en réclame 25.000. Il vous appartient de vous connaître vous-même, et de calculer votre budget de manière à demeurer dans les limites des possibilités offertes par vos ressources.

Je suppose que les chiffres produits par votre prédécesseur vous ont donné satisfaction à ce point de vue. Vous en revenez toujours à l'appréciation de la valeur de la clientèle que vous vous proposez d'acheter. Celle-ci est fonction d'un certain nombre d'éléments dont vous devrez tenir compte. Je vous les signale tels que mon expérience m'en a révélé l'importance.

1° D'une façon générale, dans ce que j'appellerai l'achalandage d'un cabinet médical, il importe de tenir compte au plus haut point du *facteur personnel*. C'est à tel homme que s'adresse la confiance de ses malades ; c'est sa personne, ce sont ses manières, ses qualités, tout autant que sa science et ses succès cliniques, qui les attirent et les retiennent. Il est possible, probable même, sinon certain, que son successeur n'héritera pas en totalité de ses clients. Il y aura donc un déchet, tout au moins dans les premières années, dont il convient de tenir compte.

2° Dans les recettes annoncées, *et prouvées*, quelle est la part représentée par les traitements fixes ? Ceux-ci sont-ils transmissibles *ipso facto* ? Dépendent-ils au contraire de tiers (particuliers ou collectivités) dont il faudra d'abord obtenir l'agrément, sans être assuré d'y réussir ? Toutes considérations qu'il faut toujours avoir présentes à l'esprit, dans les négociations que vous allez entreprendre. Quelle est aussi la part représentée par les honoraires fournis par les accidentés du travail, par les pensionnés de guerre ?

3° Quelle est la densité de la population médicale de la région où se trouve le poste que vous désirez acquérir ? Combien de confrère sexercent dans la même localité que celle qui vous attire ? Combien dans les environs, et surtout à la périphérie de la circonscription desservie ? Existe-t-il, dans la clientèle de votre prédécesseur, des localités, des hameaux, des bourgs, plus rapprochés d'un autre confrère, mais que votre prédécesseur dessert parce que, exerçant depuis une vingtaine d'années, il a une réputation qui lui attire les faveurs d'agglomérations relativement éloignées ? Dites-vous bien, en, effet que ces clients éloignés, qui appellent A, dont vous allez prendre la suite, au lieu de B, cependant plus proche d'eux, parce que c'est A qui leur plaît, appelleront sans doute B, quand A ne sera plus là et que vous l'aurez remplacé, vous qui serez jeune, débutant, et inconnu d'eux.

4° Il est enfin un troisième élément, de découverte et d'appréciation assez délicates, mais sur lequel il me semble indispensable d'attirer votre attention : quelles sont les habitudes de votre éventuel prédécesseur ? Est-il de ceux dont on dit qu'ils « poussent à la visite ? » Lui reproche-t-on plutôt de se déranger difficilement et de se faire tirer l'oreille pour répondre aux appels des malades ? Sachez bien, en effet, que les revenus d'une clientèle peuvent varier dans d'assez notables proportions selon la façon dont elle est exploitée. J'ai connu, il y a trente ans, un médecin rural qui, quelque temps qu'il fît, parcourait tous les jours, au pas de son cheval, presque tous les villages et hameaux de sa circonscription. Il multipliait les visites de passage, pour lesquelles il réclamait des honoraires insignifiants, et provoquait même celles-ci, en interpellant à l'occasion ses clients sur sa route, et en leur donnant

sa consultation sans même descendre de voiture. J'ai pu vérifier que cette méthode augmentait ses revenus d'un sixième... Tous les médecins ne sont pas aptes à procéder ainsi ; tous les médecins, heureusement, n'ont pas ce qu'il faut pour diriger une clinique d'accidents du travail, conçue selon certaines formules ultra-modernes, avec rabatteurs, primes, commissions, etc.

Une enquête discrète, auprès des notables, auprès des pharmaciens, que vous ferez vous-même, ou que vous ferez faire, vous renseignera.

En possession de tous ces renseignements, il vous sera dès lors possible d'apprécier le rendement que vous pouvez escompter et de baser là-dessus la discussion de l'indemnité que vous aurez à verser à votre prédécesseur.

Quand vous vous serez mis d'accord à ce sujet avec lui, vous rédigerez un contrat dans lequel toutes les conditions, acceptées de part et d'autre, seront consignées.

Et, pour être complet, je transcris ici, à votre intention, un modèle de contrat, qui devra être établi en triple exemplaire et enregistré dans les trois mois de sa signature.

Entre les soussignés :

1º M. le Dr X., demeurant à........., d'une part ;

2º Et M. le Dr Y, demeurant à...., d'autre part ;

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

M. le Dr X renonce à exercer la médecine à.... et dans un rayon de ..... kilomètres (ou dans le quartier, s'il s'agit d'une grande ville), et autorise Y à se dire et se présenter comme son seul et unique successeur.

Il s'engage à lui remettre la liste de tous les malades visités par lui au cours des ..... dernières années, et à rester avec lui pendant un mois (ou plus, ou moins) pour le présenter en personne tant aux malades en traitement que dans les principales familles de sa clientèle, en se conformant à une liste dressée d'un commun accord.

Il lui cède en outre : son droit au bail de l'immeuble qu'il occupe, aux termes d'un acte... (*rappeler ici la nature de l'acte de location : acte notarié, acte sous seing privé, sa date, sa durée*), ainsi que les objets mobiliers et instruments et appareils décrits ci-après...

M. le Dr Y. s'engage de son côté à verser au Dr X. la somme de....... qu'il lui remet comptant, et dont le Dr X lui délivre bonne et valable quittance.

[Ou bien : le Dr Y s'engage à verser au Dr X. la somme de....... dont il lui remet comptant le tiers, soit ... dont celui-ci lui donne bonne et valable quittance, les deux autres tiers devant être payés, le premier dans le délai d'un an, le second dans le délai de deux ans, à dater de ce jour, et moyennant un intérêt annuel de 6 %.

On peut encore envisager le versement d'une somme déterminée à la signature de l'acte, et l'engagement par l'acquéreur de partager, avec son vendeur, le bénéfice net des trois première années, tel qu'il ressortira de la déclaration du revenu.]

L'enregistrement des présentes sera à la charge du Dr X (ou des docteurs X et Y par moitié.)

Fait triple à......., le ......

Tels sont, mon cher ami, les conseils que je vous donne pour mener à bien l'acquisition de la clientèle que vous souhaitez réaliser.

Et je reste d'ailleurs à votre disposition pour examiner avec vous les cas concrets que vous auriez l'intention de me soumettre.

Avec mes meilleurs compliments et mes bons souhaits, croyez-moi, mon cher ami,

Votre bien dévoué,

G. DUCHESNE,

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

LA FAILLITE DES SYNDICATS MÉDICAUX

Oui, dis-je à mon ami le Dr Ledoux qui avait bondi sur sa chaise, le mot paraîtra fort, mais je me propose de le justifier. Nous nous sommes laissé grignotter par les collectivités, l'Etat y compris, dans une guerre d'usure dont la loi sur les assurances sociales sera le dernier épisode. Ce dernier combat, nous le perdrons, il est perdu d'avance, parce qu'il y a trop de précédents contre nous. La Fédération nationale, qui me semble dans la tradition en ce sens qu'elle veut une médecine des individus et non des collectivités, ne pourra jamais remonter le courant, elle arrive trop tard et il faudrait changer la mentalité des médecins.

C'est au moment où naquirent les mutualités que nos syndicats auraient dû réagir et demander le libre choix, le tarif à la visite et le tarif syndical. Au lieu de cela, qu'avons-nous vu à cette

époque ? Des médecins syndiqués faire des conférences pour prôner les mutualités. Etait-ce leur rôle ? Non, car ce rôle était de soigner les individus dans les conditions actuellement réclamées par la Fédération. Mais ces médecins visaient tout simplement à obtenir le monopole des soins à donner aux mutualistes, au rabais bien entendu, le nombre compensant, dans leur idée, la différence entre les tarifs mutualistes et syndicaux. Il y avait aussi peut-être chez eux l'ambition d'arriver à la décoration et même à la députation. Quoi qu'il en soit, nos syndicats n'auraient-ils pas dû réfréner ces appétits et exiger de leurs adhérents l'engagement de soigner les mutualistes au tarif syndical. La mutualité était une excellente chose et la formule : tous pour un et un pour tous, une admirable formule de solidarité sociale. Mais pourquoi nos syndicats ont-ils souffert que cette devise fût complétée par le sous-entendu : tous contre un, et que ce dernier fût le médecin. Ce fut une première victoire contre nous, contre les syndicats, et cela allait continuer.

La seconde fut celle de la ligue des assurances avec la complicité de l'Etat. Il nous fut imposé un tarif au rabais qu'on voulut bien remanier depuis, sur la demande des syndicats. Ici nous sortons moins meurtris de la lutte, visites et consultations étant actuellement à 12 francs. Seulement, il y a un mais, sur lequel je reviendrai plus loin.

La troisième victoire contre nous fut celle de l'Etat avec le tarif des mutilés et réformés, victoire plus complète que la précédente, puisqu'ici la visite est à 10 fr. avec paperasseries et tracasseries. Nous voici loin du tarif syndical.

Cependant le corps médical essayait de regimber. Certains syndicats ne voulaient plus reconnaître les mutualités et voulaient traiter les mutualistess comme des clients ordinaires. Qu'à cela ne tienne, on tournait facilement cette difficulté. Et c'était l'établissement des dispensaires gratuits antituberculeux, cancéreux, syphilitiques, gouttes de lait, etc., etc. pour le plus grand bien de certains médecins et le dam de tous les autres. Et nos bons syndicats laissaient faire ou même favorisaient.

Entre temps, on trouvait le moyen de tourner la loi sur les accidents du travail. Sous prétexte de lutter contre les médecins marrons, on luttait contre le corps médical tout entier. Les grandes compagnies, les chemins de fer, les usines, s'attachaient des médecins au rabais pour soigner leurs blessés et leurs mutualistes. J'ai connu un médecin qui soignait tous les blessés d'une usine à 25 francs par accident, j'en connais un autre qui soigne pour rien les mutualistes d'une autre usine. Les confrères lésés réclamèrent au syndicat. Qu'est-ce que répondit le confrère incriminé? Les ouvriers ont le libre choix, c'est affiché à l'usine, s'ils prennent le médecin de l'établissement, c'est que peu leur importe qui les soigne. Bon, mais ce qu'il ne disait pas, c'est que l'ouvrier qui avait été se faire soigner ailleurs ne perdait rien pour attendre et était renvoyé quelque temps après sous un prétexte quelconque. C'était un avis exemplaire pour les autres. Le voilà le libre choix ! Et le syndicat ? Il ne sait pas encore comment sortir de cette impasse !

Et pendant qu'on est en train de croquer du médecin, on y va de bon cœur, on y prend goût. L'Etat ne cherche-t-il pas à faire entrer dans la catégorie des mutilés et réformés de guerre ceux d'avant et d'après guerre. Et je ne vois pas grande réaction de nos syndicats occupés à se manger le nez à propos des assurances sociales.

Car la voilà la loi démagogique et de surenchère électorale par excellence. On ne s'occupe pas, dans notre situation financière difficile, comment on règlera et qui payera. Mais on compte bien que ce seront encore les médecins qui supporteront une partie des frais. Ces honnêtes médecins, dit-on, toujours en avant pour la philanthropie, ne demanderont qu'à nous aider pour le plus grand bien de l'humanité, appliquant une des belles formules de notre République : fraternité. Seulement, brave médecin, la République a pour toi la fraternité de Caïn et tandis qu'elle fait de la surenchère à tes dépens, toi naïf, tu fais de la sous-enchère également à tes dépens, et tu acceptes tout, et tes syndicats ne s'y opposent nullement. Tu es médecin au rabais des postes, des arsenaux, des tabacs, des prisons, des chemins de fer, des lycées, des écoles normales, de la gendarmerie, que sais-je encore, bref, de tout ce qui se groupe pour mieux t'avoir. Car le truc est trouvé, il n'y a qu'à remplacer le client par des groupes de clients à nom quelconque pour avoir un médecin au rabais. C'est bien joué, et nous sommes mûrs pour être les victimes des assurances sociales, nous qui acceptons cela. Bien plus, chaque fois qu'il y a une place de ce genre vacante, nous nous précipitons pour sous-enchérir. Alors je pose la question : comment voulez-vous remonter ce courant, Fédération nationale ? Il faudrait un nageur gigantesque et, je le répète, une autre mentalité que celle des vaincus. L'Union ne se donne pas tant de mal, elle accepte d'être mangée, pourvu que ce soit à la sauce tiers-payant, la dernière expérience, celle des mutilés et réformés, lui ayant probablement donné toute satisfaction. Elle a l'air de dire : la Fédération qui veut tout avoir n'aura rien, nous, cherchons au moins à sauver quelque chose.

Hélas ! quelle tristesse pour le médecin de 50 ans qui a vu cette évolution s'accomplir. Le pauvre confrère désabusé se dit, mais un peu tard, qu'il a pris une profession de dupes, car nous sommes loin, pour la plupart et chirurgiens ex-

ceptés, des 50.000 francs par an que nous prête un confrère dans la *Presse médicale.*

Mais que proposez-vous, Monsieur le *laudator temporis acti*, me souffle Ledoux. Oui, c'est vrai, que faire ? Il faudrait peut-être une nuit du 4 *août* médicale. Que chaque médecin de collectivité vienne déposer sa fonction sur le bureau de son syndicat et, ce sacrifice fait, nous reprendrions vraiment l'exercice de la médecine normale sur la base du libre choix et du tarif syndical à la visite. Comment, je viens d'écrire cela ! Mais je n'y crois pas du tout, les temps héroïques sont passés. Demander cela à notre époque où le but est d'arriver vite et à tout prix pour jouir, c'est être d'un naïf. Non, je ne le demande pas, sachant que c'est irréalisable. D'autant plus, me murmure-t-on à l'oreille, que l'évolution est fatale et progressive, qu'on ne peut retourner en arrière. Alors, ai-je riposté, allons en avant. — Quoi, comment ? — En exigeant une vraie fonctionnarisation en place d'une demi-fonctionnarisation latente et misérable. — Oh ! Oh ! — Oui, fonctionnaires véritables, avec un traitement suffisant, des vacances payées, une retraite à 60 ans, des heures de travail établies par roulement, des cliniques *ad hoc* pour les consultations etc., etc — Pour cela il faudrait limiter le nombre des médecins — Eh ! serait-ce un mal au lieu d'admettre dans le corps médical des non valeurs ou des étrangers indésirables sans culture ni éducation. Je crois que le niveau moral et la respectabilité de la profession ne pourraient qu'y gagner. — Alors encore des fonctionnaires, toujours des fonctionnaires ? — Vous savez bien que c'est la mode en France et que le fonctionnaire est tellement bien considéré que tout le monde veut en être — Allons, vous voulez rire, fonctionnaires, mais nous perdons le bénéfice de notre profession libérale, notre indépendance. — Le chemineau trimardeur peut aussi chanter sa liberté, les pieds dans la neige sur la grande route, tout en retournant ses poches vides et en serrant sa ceinture. — Non, non, mon vieux, je ne vois pas cela, fonctionnaires! — Eh bien, moi je vois alors le corps médical mangé par les collectivités et discutant et disputant pour savoir à quelle sauce il acceptera d'être mangé. — Que faire ? Ne pourrait-on, au lieu d'agir avec intransigeance comme vous le voulez, garder un juste milieu, trouver un compromis. — Ah ! oui, la Plaine ou le Marais ! Mais vous y êtes en plein dans le marais, et si vous continuez, vous vous y enliserez complètement, M. Ledoux et Cie de la Cote mal taillée, car vous n'êtes ni tout à fait indépendants puisque vous dépendez des collectivités, ni tout à fait fonctionnaires puisque vous n'avez pas leurs avantages. Si cela vous satisfait, vous n'êtes pas difficile, et c'est justement cette demi-mesure moutonnière qui me fait dire : votre syndicalisme médical a fait faillite, s'est laissé grignotter et l'on en viendra à bout tout à fait. — Mais votre double conception est utopique parce qu'elle suppose un corps médical composé de surhommes qui pourraient étouffer leur égoïsme, ce qui n'est plus humain. Non je ne vois pas le syndicat ruche et les médecins abeilles. — Mon bon Ledoux, j'avoue que votre argument a sa valeur ; aussi, si vous voulez bien, nous allons poser la question dans notre vieux *Concours médical* : retourner en arrière, aller à la profession libérale intégrale, ou aller en avant à la fonctionnarisation intégrale ou rester dans le *statu quo* actuel avec des variantes blanc bonnet et bonnet blanc ? Dans ce dernier cas, rien ne m'empêchera de penser et de dire que le syndicalisme médical a fait faillite. — Il a fait ce qu'il a pu, il ne faut pas lui demander l'impossible. — Eh bien mettons qu'il n'a pas pu ne pas faire faillite, donc... — Ecrivez au *Concours*, Tiens, le téléphone... Cher ami, réjouissons-nous, on m'annonce que le front unique est reconstitué. Il n'y a plus d'Union ni de Fédération, mais seulement un groupement fédératif des syndicats médicaux de France. — Eh bien cela ne changera qu'une toute petite chose à ce que j'ai dit : nous laisserons un peu moins de plumes sur le carreau, et c'est tout, nous serons battus tout de même par la faute des médecins qui ont accepté ou se sont laissé imposer des tarifs réduits. — Vieux pessimiste, va !

Dr Bottemer.
(Dijon.)

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER AUX JOURNÉES MÉDICALES DE MADRID

L'Espagne dans la voie du progrès.

A qui ne connaît l'Espagne que par les récits de nos écrivains du siècle dernier, il convient d'ouvrir les yeux. Nous avons à nos portes un grand pays, riche certes, toujours de ses merveilles touristiques, de ses trésors d'art et aussi de la chaude couleur locale de ses mœurs, mais plus intéressant encore peut-être par l'énorme effort de redressement qu'il exécute depuis quelques années.

L'Espagne actuelle est tout entière secouée d'un frémissement de progrès d'une étonnante vigueur :

qu'il s'agisse de l'activité industrielle, commerciale, artistique ou intellectuelle, nous assistons à un réveil riche de réalisations et plus peut-être encore de promesses.

Un homme dont l'action bienfaisante s'exerce depuis trois ans chez nos voisins, un homme dont l'influence sur nos amis Espagnols est des plus heureuses, au dire de nos compatriotes de la Colonie française de Madrid, le comte de Perretti della Rocca, notre ambassadeur, ne nous disait-il pas que l'Espagne venait d'accomplir, en 20 ans, le progrès que notre peuple avait mis deux cents ans à faire.

Certes, comme le faisait justement remarquer le professeur Forgue, l'Espagne s'est trouvée, de par son attitude expectante pendant la guerre, dans une situation privilégiée pour reprendre dans le monde une figure de tout premier plan ; mais là n'est pas là question ; notre voisine est devenue une très grande nation qui n'a rien à envier aux autres peuples, et c'est cette situation de fait, avec toutes les conclusions qu'elle peut comporter, qu'il faut que nos compatriotes connaissent.

Pour ce qui touche notamment aux Sciences mécales, que nous avons pu voir et étudier de plus près, nous avons pu constater que les médecins espagnols étaient les égaux des meilleurs ; leurs méthodes de travail sont parfaites et leurs installations matérielles et techniques peuvent, sur bien des points, être données en exemple.

Bref, nous avons parcouru un pays, en marche vers les plus belles destinées, et travaillant à ce but avec volonté, persévérance, méthode, discipline et bonne humeur.

Cordialités Franco-Espagnoles.

Mais, ce qui, au cours de ces journées, nous emplit tous [d'une très grande et légitime fierté, ce fut de constater combien grande était la puissance de rayonnement de la Science et de la pensée françaises. A cet égard, il convient de signaler que les deux triomphes obtenus par les médecins étrangers, allèrent à deux maîtres français : le professeur Gley, président de l'Académie de médecine de Paris et le professeur Forgue, notre maître et concitoyen.

A la séance inaugurale, M. Forgue fit acclamer la France, au nom de laquelle il avait pris la parole. Peu après, dans une conférence très écoutée sur un point de technique chirurgicale qui lui est propre, il obtenait auprès de son auditoire un très vif succès personnel. Enfin, lors du banquet terminal, son discours, prononcé au nom de la délégation française, fut accueilli par de véritables acclamations longtemps continuées.

Dans cette improvisation, d'une grande élévation morale et d'une émotion communicative, le professeur Forgue mettait en évidence qu'une très grande chose venait de se produire à Madrid, d'un point de vue qui dépassait de beaucoup le cadre national : pour la première fois, depuis la guerre, des savants français et allemands, se sont tendu la main et ont inauguré une étroite collaboration scientifique, laquelle s'est traduite déjà par ce fait essentiel que l'un des deux délégués allemands directeur d'un important institut de cancérologie a fait sa communication en langue française.

Coopération scientifique internationale.

Dans sa réponse aux toasts, le général Primo de Rivera, qui présidait à la réunion, a pris, comme centre de son allocution, ces paroles mêmes de notre collègue. Il a exprimé, très heureusement, l'impression profonde que produisait sur toute l'assistance cette attitude de haute courtoisie de la France victorieuse et pacifique, prenant l'initiative de cette coopération scientifique internationale et convoquant généreusement tous les hommes de bonne volonté à cette œuvre de fraternité intellectuelle. Ce fut là encore un gros succès pour notre pays.

A cet égard, la délégation montpelliéraine a le sentiment très profond d'avoir bien travaillé pour la France.

Par ailleurs, notre petite Patrie n'a pas été non plus oubliée ; à diverses reprises les professeurs Forgue et Paul Delmas ont bien mis en évidence quelles étaient les raisons historiques, géographiques et techniques qui, depuis des siècles, unissaient intimement Montpellier et l'Espagne.

Je regrette de ne pouvoir encore faire part à nos concitoyens des très belles promesses que le professeur Paul Delmas a obtenues du Gouvernement espagnol, touchant à une organisation très profitable pour notre Faculté de médecine. Un très proche avenir montrera ce qu'a pu, pour notre ville, une patiente obstination jointe à l'appui de très effectives relations dans le monde intellectuel espagnol.

Ainsi, à côté de résultats moraux très importants, la délégation montpelliéraine peut s'enorgueillir d'avoir obtenu, à Madrid, de belles réalisations matérielles, qui se trouveront fixées dans de très prochains délais.

Les échanges entre savants.

Nous nous en voudrions de terminer ce raccourci trop schématique, sans dire toute la gratitude que nous gardons à nos collègues espagnols pour la qualité de leur hospitalité : cordialité de l'accueil, prévenances de tous ordres, courtoisie raffinée, tout a été mis en œuvre pour nous faire oublier que nous nous trouvions dans un pays étranger. Et la forme la plus délicate de cet accueil était certainement le désir exprimé de voir se poursuivre d'aussi heureux échanges entre les savants des deux pays.

Ces échanges nous paraissent, en effet, très désirables. Outre qu'ils servent de façon très opportune à l'instruction réciproque des uns et des autres, ils sont le moyen le plus apte à instaurer cette coopération intellectuelle qui doit être le prélude d'une

collaboration plus ample et plus fructueuse dans tous les domaines.

Nos intellectuels n'ont malheureusement pas assez de relations avec leurs collègues espagnols. C'est là un état de fait que tous les amis de la France, depuis notre ambassadeur jusqu'à nos amis espagnols, nous ont exprimé, en le déplorant. Nul, plus que nous, n'a pu s'en rendre compte. Notre action à Madrid a été opportune et efficace ; mais elle ne saurait donner son plein rendement que si elle est soutenue par des points de contact continus.

Malheureusement un déplacement et un séjour, dans un pays à change élevé, entraîne d'importants sacrifices matériels que la délégation montpelliéraine s'est imposée, mais qu'on ne peut renouveler tous les ans, comme cela serait nécessaire. La question mérite pourtant de retenir l'attention et de solliciter une étude sérieuse.

Nous rapportons, en effet, l'impression très vive que l'Espagne est un peuple qui cherche, en ce moment, à fixer ses amitiés : cette amitié, l'Espagne est prête à nous la donner, mais un rien pourrait nous la faire perdre. Or, la France ne peut ni ne doit refuser une amitié.

Dr J. COLL DE CARRERA,
Professeur Agrégé d'Obstétrique à la Faculté de Médecine de Montpellier.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU « CONCOURS MÉDICAL »

Assemblée Générale du 20 Novembre 1927.

La séance est ouverte à 5 h. 1/2, sous la présidence de M. NOIR, vice-président, assisté de MM. MAURAT, VIMONT, BOUDIN et DUCHESNE, membres du Comité de direction.

M. MAURAT, trésorier, donne lecture des comptes de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Exercice du 1er octobre 1926 au 30 septembre 1927

Recettes.

Au 1er octobre 1926, l'Avoir était de....	43.251 50
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de Dons à la Société pour Bons offices du journal *Le Concours médical* se sont élevées à	692 »
Produit des Insertions aux « Demandes et Offres »....................	997 95
Intérêts du portefeuille...............	4.123 »
Produit du service des remplacements..	221 30
Don de « Vals-la-Reine ».............	5.000 »
Total	54.285 75

Dépenses.

Frais supplémentaires du banquet et de la soirée........................	10.959 05
Office de renseignements et contentieux.	1.200 »
Indemnité au trésorier...............	800 »
Indemnité au comptable..............	50 »
Jetons de présence du Conseil........	1.700 »
Frais de représentation aux diverses Journées médicales.............	2.300 »
Total	17.009 05

Recettes	54.285 75
Dépenses..................	17.009 95
L'Actif de la Société au 1er octobre 1927, est donc de..................	37.276 70

Personne ne demandant la parole, M. le président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Organisation de maisons de cure privées.

M. MIGNON, parlant au nom du « Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé », dont l'Assemblée générale a eu lieu la veille et au lieu et place de son président, M. le Dr HERVÉ, qui vient d'être amputé d'un doigt à la suite d'une radiodermite contractée dans le maniement des rayons X, expose que, par suite de la transformation des conditions d'exercice de la médecine, les maisons de cure de tout ordre, publiques ou privées, dans lesquelles les malades et les blessés doivent être admis pour recevoir les soins que nécessite leur état, lorsque ces soins ne peuvent être donnés à domicile, deviennent insuffisantes en nombre et le deviendront encore plus lorsque la loi sur les assurances sociales fonctionnera. L'initiative privée s'est montrée incapable, dans la plupart des localités, de créer ou d'organiser des maisons de cure en nombre suffisant pour recevoir tous les malades payants, et les hôpitaux publics, sortant de leur rôle, qui est de recevoir les indigents seuls, tentent de se substituer aux maisons de cure privées pour attirer chez eux une clientèle payante. Il est à craindre que cet accaparement de la clientèle qui devrait normalement aller aux institutions privées ne prenne, avec les assurances sociales, une grande extension et n'en vienne à menacer l'existence même des établissements privés.

Le Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé, ayant examiné hier cette question, a voté l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé ;

« Considérant que les découvertes scientifiques modernes ont profondément transformé l'art de guérir, d'où l'impossibilité fréquente de pouvoir donner à domicile des soins médicaux, chirurgicaux, ou spéciaux, aux malades, ces derniers devant de plus en plus être admis dans une maison de cure publique ou privée, ou dans un sanatorium public ou privé ;

« Envisageant d'ores et déjà les répercussions que provoquera l'application prochaine de la loi sur les assurances sociales, transformant la majeure partie de la clientèle présente des hôpitaux, clientèle gratuite, ou semi-gratuite, en malades payants, soit directement par eux-mêmes, soit par l'intermédiaire des caisses d'assurances sociales ;

« Emet le vœu que la société d'études du *Concours médical* mette à l'étude les modalités d'organisation, ou de création, soit par voie syndicale, soit par encouragements accordés à l'initiative privée, des maisons de santé accessibles à toutes les bourses, permettant la décentralisation de l'art de guérir, pour le plus grand profit de la santé publique ;

« Estime que ce ne serait qu'en cas d'échec de cette tentative qu'il y aurait lieu d'envisager la position du corps médical, par rapport à des créations, ou à des transformations, par les collectivités publiques, des hôpitaux actuels en maisons de cure, en précisant le régime légal (droit administratif, ou droit commercial), sous lequel ces maisons de santé hospitalières pourraient fonctionner. »

M. Noir. — Cette question n'est pas nouvelle. Elle est depuis longtemps au nombre des problèmes que le corps médical a à résoudre. A Agen, le Dr Roulliès, décédé depuis quelques années, avait créé une maison médicale qui était ouverte à tous les médecins de la région. Dans ses intentions, cette création aurait dû être réalisée par le syndicat, mais, celui-ci n'ayant pu aboutir, il l'avait réalisée lui-même. Une autre maison de santé ouverte à tous les médecins a été créée, dans des conditions analogues, à La Capelle, par le Dr Mairesse. Jusqu'ici, les syndicats se sont montrés incapables de créer et d'organiser de semblables établissements, dont la nécessité n'est cependant plus à démontrer.

M. Lafontaine. — Pour que ces créations soient possibles, il faut que la rémunération des capitaux qui serviront à les constituer soit assurée. D'autre part, si ces capitaux n'appartiennent pas exclusivement à des médecins, si les maisons de cure sont créées ou organisées par les pouvoirs publics ou par des collectivités privées, les médecins n'en seront que les fonctionnaires ou les salariés. C'est un rôle que le corps médical ne peut accepter et, s'il veut échapper à ce danger de fonctionnarisation ou de salariat, il doit créer et organiser lui-même les maisons de cure.

M. Duchesne. — La loi sur les syndicats professionnels, depuis qu'elle a été modifiée, permet la création de ces institutions professionnelles que l'on attend si impatiemment et l'on peut s'étonner que les syndicats médicaux ne soient pas encore entrés dans cette voie et qu'ils attendent, pour y entrer, que la loi sur les assurances sociales fonctionne et qu'il soit peut-être trop tard.

M. Molinéry. — Dans l'Amérique latine, 25 à 30 millions ont été réunis par les médecins pour la création d'œuvres de cette nature.

M. Levassort. — A côté de ce que nous pourrions organiser, subsistera l'Assistance publique, avec ses hôpitaux, qui ont le mérite, tout au moins, d'exister déjà. Elle fera tout ce qui sera en son pouvoir pour conserver ses établissements et les étendre et l'appui des pouvoirs publics lui permettra de réussir. Il faudrait donc, peut-être, chercher à nous introduire dans ses services tout organisés et nous efforcer d'obtenir, dans les hôpitaux notamment, une place importante, sinon prépondérante.

M. Boudin. — Au récent Congrès de l'Assistance publique, à Nancy, le rapporteur, conseiller d'Etat, fonctionnaire influent, a déclaré que seul l'Etat était capable d'organiser la lutte contre la tuberculose, la syphilis, le cancer et les autres fléaux sociaux. En mon nom personnel, j'ai déclaré que deux voies étaient ouvertes : le socialisme d'Etat et l'initiative privée et que le premier n'était fondé à prendre une place dominante que si la seconde était déficiente ; qu'une collaboration pouvait être établie entre eux, pour l'organisation et le fonctionnement des œuvres sociales. Il serait souhaitable que les Commissions administratives des hôpitaux, le corps médical hospitalier, le corps médical local, les directeurs de maisons de santé collaborent pour cette organisation.

La question sera soumise au Conseil supérieur de l'Assistance publique, auquel trois rapports seront présentés, l'un au point de vue médical (j'en suis le rapporteur), un second au point de vue administratif, un troisième au point de vue gouvernemental (M. Noël, conseiller d'Etat, rapporteur).

Personne ne demandant plus la parole, l'Assemblée générale, à l'unanimité, adopte le vœu ci-dessus reproduit du syndicat des médecins directeurs de maisons de santé.

La liberté de prescription du médecin dans la médecine sociale.

M. Garrigues. — Des tentatives ont été

faites depuis quelque temps pour restreindre la liberté de prescription du médecin dans tous les cas où les médicaments qu'il ordonne sont à la charge de l'Etat ou d'une collectivité, pour les pensionnés de guerre, notamment et les accidentés du travail. Je voudrais savoir si les restrictions que l'on veut nous imposer sont légalement obligatoires.

M. BOUDIN. — J'estime que l'arrêté ministériel du 22 août 1927, qui interdit la prescription et la délivrance, pour les pensionnés de guerre, de certains médicaments, est illégal. La loi du 31 mars 1919 accorde aux pensionnés les soins et les médicaments à titre gratuit et ce n'est qu'au médecin traitant qu'il appartient de décider si tel ou tel médicament doit être utile à son malade et, partant, il lui appartient de le lui prescrire. Les spécialités étaient autrefois considérées comme des médicaments secrets, en dehors de la légalité. Mais le décret du 13 juillet 1926 leur a donné une existence légale et leur mise hors la loi n'est plus licite actuellement. Vous savez tous, d'ailleurs, que certains médicaments, couramment employés dans la pratique, n'existent que sous la forme de spécialités et en défendre l'usage pour une catégorie de malades serait réellement inhumain. C'est pourquoi il semble que l'ostracisme dont les spécialités sont l'objet est inadmissible.

Cependant, il est bien certain qu'il y a spécialités et spécialités. Les différentes Commissions officielles, celles des accidents du travail, des mutilés de guerre, de l'Assistance médicale gratuite, devraient s'entendre pour accepter la prescription des spécialités. Celles qui sont portées au tarif de l'Association générale des pharmaciens de France pourraient être admises, étant entendu, au surplus, que ce tarif n'est qu'énonciatif, et non limitatif.

Je propose donc à l'Assemblée le vote de l'Ordre du jour suivant :

« Les membres de la Société d'études du *Concours médical*, réunis en Assemblée générale, le 20 novembre 1927 ;

« Considérant qu'en toutes circonstances, l'intérêt des malades exige que le médecin traitant puisse faire l'emploi de tout médicament, spécialisé ou non, comme de toute méthode thérapeutique, devant, à ses yeux, provoquer rapidement la guérison du patient ;

Considérant qu'également l'intérêt bien compris, non seulement de la nation, mais aussi des collectivités publiques ou privées qui, pour le paiement des frais médicaux et pharmaceutiques, se substituent au malade, réclame une thérapeutique telle que les journées d'interruption de travail soient réduites au minimum ;

« Considérant enfin que le médecin ne peut exercer son art qu'en toute indépendance et liberté scientifiques :

« Déclare que le praticien doit rester libre de ses prescriptions pharmaceutiques et de traitements, quelle que soit la collectivité publique ou privée qui doit payer pour le malade, cette collectivité conservant le droit incontesté de sauvegarder ses intérêts, par tous moyens de contrôle légaux.

M. LAFONTAINE. — Il faut que le corps médical, pour éviter les abus, non seulement ne s'oppose pas au contrôle, mais même demande le maximum de contrôle. Mais il faut que ce contrôle soit fait par les syndicats, en vertu d'un contrat passé avec les collectivités intéressées et non par l'Etat qui limiterait sans doute la liberté de prescription du médecin.

M. BÉRILLON. — Il existe certaines spécialités, telles que les sérums de l'Institut Pasteur, qui ne peuvent être remplacées et qu'il est par suite nécessaire d'autoriser.

M. DECOURT. — Les spécialités irremplaçables, telles que les sérums dont il s'agit, sont permises pour les accidentés du travail et les pensionnés de guerre.

M. LAFONTAINE. — On peut avoir une plus grande confiance dans les médecins eux-mêmes et dans leurs syndicats que dans l'Etat pour éviter les abus. Il ne faut donc pas demander à l'Etat d'intervenir ; il ne faut pas demander des verges pour nous faire fouetter.

M. NOIR. — Pour les pensionnés de guerre, le contrôle est déjà organisé par l'Etat et fait l'objet d'un décret, qui ne peut être modifié que par le Gouvernement.

M. LAFONTAINE. — Ce décret ne peut être modifié, en effet, que par le Gouvernement, mais si les médecin estiment qu'il doit l'être c'est à eux, par l'intermédiaire de leur représentants à la Commission supérieure, qu'il appartient de proposer les modifications qui doivent y être apportées.

M. DECOURT. — La Commission supérieure a déjà demandé et obtenu des modifications au décret tel qu'il avait été établi au début. Elle a même demandé et obtenu des modifications à la loi des pensions, car c'est sur sa demande que les sanctions qui peuvent actuellement être prononcées contre les auteurs d'abus ont été votées par le Parlement.

Le corps médical ne sera réellement défendus utilement que lorsqu'il aura un représentant qualifié et permanent, qui sera indépendant et ne sera plus en butte aux attaques et aux calomnies.

M. Vimont. — Le contrôle syndical est souhaitable. Mais la difficulté est de trouver des contrôleurs. Ou bien ceux-ci sont des médecins praticiens et la rémunération qui peut leur être allouée est insuffisante pour leur permettre de négliger leur clientèle pour faire le contrôle. Ou ce sont des contrôleurs spécialisés et ne faisant pas de clientèle et leur situation n'est pas suffisamment stable pour leur permettre d'abandonner une clientèle, qu'ils ne retrouveront plus lorsque le syndicat qui leur aura confié le rôle de contrôleur leur retirera sa confiance.

M. Lafontaine. — Le contrôle pourrait être fait par des médecins âgés, ayant cédé complètement ou tout au moins partiellement leur clientèle. Il faut trouver une solution à cette question inéluctable du contrôle, car autrement, elle interviendra en dehors de nous et par conséquent contre nous.

Personne ne demandant plus la parole, l'ordre du jour ci-dessus, présenté par M. Boudin, est adopté à l'unanimité.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 7 heures.

L'INAUGURATION DU FOYER MÉDICAL FRANCO-INTERNATIONAL

Mardi 20 décembre, à 17 heures, a eu lieu, 10, avenue d'Iéna, l'inauguration officielle du Foyer Médical franco-international.

Le Ministre de l'Hygiène, M. Fallières, qui devait présider, retenu au Sénat par la discussion du budget de son département, avait dû s'excuser et se faire représenter par M. de Plessac.

Le professeur Charles Richet, membre de l'Institut, président d'honneur, et le Dr Thiéry, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, président du Comité, faisaient les honneurs du Foyer.

Dans une brève allocution, notre excellent ami, le Dr Thiéry, fit l'historique du Foyer médical, historique que nos lecteurs connaissent bien. Le premier projet remonte à 1845. Peu après, Amédée Latour, le premier secrétaire général de l'Association des médecins de France, fit, mais sans succès, une tentative de réalisation.

Grâce à l'initiative hardie du Dr Monnot, secondé par le Dr Crinon, notre aimable confrère de l'*Informateur médical*, le Foyer a été enfin fondé. Il occupe une partie de l'ancien hôtel du Prince Roland Bonaparte et est installé dans des conditions qui répondent à tout ce que l'on peut exiger de lui. Là, les médecins de Paris et de province pourront se réunir chez eux et se rencontrer ; là, pourront être accueillis nos confrères étrangers qui trouveront dans les services du Foyer tous les renseignements désirables.

Après l'allocution fort applaudie du Dr Thiéry, le professeur Charles Richet se leva et fut salué par d'enthousiastes acclamations. Il dit en quelques phrases combien le Foyer médical était une institution désirable et nécessaire à Paris et toute sa satisfaction de le voir réalisé. Certes, il est plus grand que la Maison de Socrate, mais il espère qu'à l'encontre de celui du plus grand Sage de la Grèce, le Foyer médical sera, malgré ses vastes salons, trop petit pour y recevoir tous ses amis

Les invités, parmi lesquels se trouvaient de nombreuses dames, visitèrent alors les somptueux salons du Foyer dans lesquels était servi par petites tables un lunch qui fut très apprécié. Un excellent orchestre augmentait de ses accents mélodieux les charmes de la réception et, en quittant cette demeure enchantée, nous eûmes l'impression de sortir d'un rêve qui nous avait transporté dans un Palais des Mille et une Nuits.

Souhaitons, puisque nous sommes à l'époque des souhaits, que les médecins parisiens et de la France entière contribuent par leurs adhésions à faire vivre et prospérer ce Foyer médical, depuis si longtemps désiré et que Paris puisse recevoir désormais les médecins étrangers aussi dignement et avec autant de splendeur que l'exige la réputation de notre glorieuse Cité.

J. Noir.

Nous ne saurions énumérer toutes les notabilités médicales et pharmaceutiques qui répondirent à l'invitation de l'inauguration.

Nous avons reconnu dans la foule des assistants : M. le prof. Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine ; MM. les docteurs Netter, Béclère, Siredey, de l'Académie de Médecine, Bellencontre, président de l'A. G. ; Decourt, ancien président de l'Union des Syndicats médicaux ; Darras, président de la Société Centrale de l'A. G. ; Mille, président de l'Union syndicale des médecins de la région parisienne ; M. Barthet, Président de l'Association des pharmaciens de France, M. Vaudin, représentant des pharmaciens à la Commission du tarif des Accidents du travail, les Drs Levassort, Bongrand, Desfosses, Chapon, Kouindjy, Watelet, Vimont, Boudin, etc., etc.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social.

Par le Dr Henri ROURE,
Médecin du Dispensaire.

Exercice 1926.

En 1926, le périmètre du secteur du Dispensaire de Béziers a été amoindri, au sud-est, par suite de l'ouverture, en novembre 1925, d'un Dispensaire départemental d'hygiène sociale à Agde, auquel ont été rattachées les communes de ce dernier canton et celles du canton de Florensac

Son action n'a donc rayonné que sur les six cantons suivants :

Béziers (deux cantons), Capestang, Murviel-les-Béziers, Saint-Chinian et Servian, comprenant ensemble 56 communes.

Voici, d'après le dernier recensement (mars 1926), le chiffre de leur population :

Béziers, 1er canton ou canton Nord...........	8 communes,	42.000 habitants	dont 9.300 Espagnols (les deux cantons)	
2e » » Sud............	7 »	44.800		
Capestang....................................	9 »	15.300 »	2.000	»
Murviel-les-Béziers............................	13 »	10.300 »	1.700	»
Saint Chinian..................................	11 »	11.000 »	1.000	»
Servian......................................	13 »	10.000 »	1.800	»

soit, en chiffres ronds 133.400 habitants, dont 15.800 Espagnols.

La ville de Béziers compte, elle seule, 64.000 âmes, dont 59.800 agglomérés, c'est-à-dire à peu près la moitié de cette population totale. Parmi ces 64.000 habitants, 6.200 sont Espagnols.

Dans la présente étude statistique, nous suivrons l'ordre adopté précédemment ; de même, pour permettre d'apprécier, par comparaison, les résultats de l'exercice 1926, nous mettrons en regard ceux de 1925.

***

Vue d'ensemble.

1° *Nombre total de consultants.* — En 1926, ce nombre a été de 1888 (anciens et nouveaux inscrits ; (1753 en 1925).

2° *Nouveaux inscrits.* (Consultants nouveaux). Leur nombre a été de 1.236 (1.129 en 1925), dont 441 hommes, 461 femmes et 334 enfants, (394 hommes, 455 femmes et 280 enfants en 1925.)

Parmi ces nouveaux inscrits, figurent, en 1926, une centaine d'Espagnols, dont 70 adultes et 30 enfants.

La proportion d'Espagnols, nouveaux inscrits, comparée à leur nombre dans la région, est de 6 % ; celle des Français, nouveaux inscrits en 1926, est de 9 % Français habitant la région.

3° *Familles surveillées.* — Leur nombre a passé de 675, le premier janvier 1926, à 710, le 31 décembre de la même année.

4° *Analyses de crachats.* — Il a été fait 653 analyses de crachats ; (694 en 1925). 203 ont donné un résultat « positif », c'est-à-dire ont révélé la présence de bacilles de Koch. Il s'agit, bien entendu de crachats provenant de malades nouveaux, inconnus jusqu'alors du Dispensaire ; (en réalité, il y a eu 223 résultats « positifs », mais une vingtaine concernent des malades anciens, déjà connus du Dispensaire).

Parmi les malades ayant fourni ces 203 expectorations bacillifères, 180 sont inscrits au Dispensaire. Les autres, dont les crachats ont été analysés sur la demande de leur médecin traitant n'ont pu s'y rendre pour diverses raisons (alités, trop éloignés, etc.).

En 1925, le nombre de crachats nouveaux, trouvés « positifs », avait été de 189, dont 170 provenant de malades « nouveaux inscrits » au Dispensaire.

5° *Examens radioscopiques.* — 1.837 radioscopies pulmonaires ont été pratiquées en 1926 ; (1.527 en 1925).

Tous les « consultants nouveaux » ont été radioscopés ; les « anciens » ne l'ont été que sur la demande de leur médecin ou lorsqu'est survenue dans leur état une modification quelconque (amélioration, aggravation, complication).

6° *Placements effectués* (adultes et enfants). — 80 adultes, hommes ou femmes, ont été placés dans les hôpitaux ou divers sanatoriums, et 90 enfants ont été envoyés dans des préventoriums.

Les prises en charge ont été acceptées : par le Bureau de Bienfaisance, pour 12 enfants ; par les Pupilles de la Nation, pour 12 enfants également ; par l'Assistance médicale gratuite, pour 6 ; par les familles, pour 4 ; et enfin par l'Association départementale des Pupilles de l'Ecole publique, pour 56. Cette Association, de création récente,

a obtenu, en 1926, la concession de l'Etablissement départemental de Bayssières, vaste construction destinée primitivement à devenir un sanatorium, terminée pendant la guerre mais non utilisée encore. Situé près de Saint-Pons (8 kil.), à une altitude de 650 mètres, Bayssières a été aménagé pour recevoir, pendant les vacances, en attendant son ouverture permanente, 150 enfants environ. Aux sections cantonales de Béziers et des environs ont été réservées une trentaine de places qui, en juillet-août, ont été occupées, pendant un mois, par des garçons, et en août-septembre, également pendant un mois, par des filles. Tous ces enfants, sélectionnés d'abord dans les écoles par les médecins-inspecteurs d'hygiène, ont été revus et radioscopés au Dispensaire ou leur dossier médico-social a aussi été constitué.

Abstraction faite de ces 56 placements, le nombre de ceux réalisés effectivement par le Dispensaire se réduit à 34, chiffre peu élevé et sensiblement égal à celui de 1925. La raison en est toujours la même : le taux de plus en plus élevé, presque prohibitif, des prix de journée des préventoriums et, par suite, la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, pour les collectivités et les Œuvres de bienfaisance, d'assumer les prises en charge.

En 1925, le Dispensaire avait placé 80 adultes et 29 enfants.

***

Récapitulons. Nous obtenons, en reproduisant, en regard, les chiffres correspondants de 1925, le tableau comparatif ci-dessous :

	Années 1925	1926
Consultants (anciens et nouveaux)	1.753	1.888
Consultants nouveaux (nouveaux inscrits)	1.129	1.236
Familles surveillées	676	710
Analyses de crachats (positifs et négatifs)	694	653
Crachats positifs nouveaux (malades inscrits ou non)	191	223
Crachats positifs nouveaux (malades inscrits)	170	180
Examens radioscopiques	1.527	1.817
Placements d'adultes	80	80
Placements d'enfants	29	90

***

Exposé détaillé.

Entrons maintenant dans quelques détails.

Comment se répartissent les 1.236 consultants nouveaux ?

Une première division s'impose : les adultes et les enfants.

Voyons d'abord ceux-ci et classons les en : non tuberculeux, non diagnostiqués et tuberculeux toutes formes (osseux, adénopathiques, pulmonaires, etc.) ; parmi ceux-ci nous distinguerons : les tuberculeux non pulmonaires, les pulmonaires non contagieux et les pulmonaires contagieux (crachats « positifs ».)

***

Enfants.

En 1926, le nombre d'enfants, c'est-à-dire de sujets âgés de moins de 15 ans révolus, vus pour la première fois a atteint le chiffre de 334, dont une trentaine d'origine espagnole.

Parmi eux, 252 ont été « *sortis* » comme non tuberculeux, soit une proportion de 75 %.

Sont comptés comme « sortis », pour ne pas multiplier les subdivisions, les enfants chétifs malingres, mais « non tuberculeux », ni « adénopathiques » ; toutefois ces enfants, bien que « sortis », sont « suivis », surveillés et revus aux consultations ; de même, les « contacts de cohabitation », anciens ou actuels, non tuberculeux.

En 1925, le pourcentage des « sortis » avait été de 78 % — avec cette remarque toujours — que parmi ces « sortis » sont comptés les enfants « en contact de cohabitation », les malingres, les chétifs, et les insuffisamment développés.

***

Le nombre d'enfants « non diagnostiqués » pour une raison ou pour une autre (non revenus, déménagés, etc...), a été de 22, soit un pourcentage de 0.06 %.

En 1925, ce pourcentage avait été de 0.07 %

***

Le nombre d'enfants trouvés atteints de lésions tuberculeuses toutes formes (osseuses, ganglionnaires, pulmonaires, etc.), a été de 60, soit un pourcentage de 15 %.

En 1925, ce pourcentage avait été de 14 %.

Ces tuberculeux « toutes formes » comprennent :

3 osseux ou ostéo-articulaires, soit 0.009 %, (0,007 % en 1925) ;

41 adénopathiques, soit 12 %, (14 % en 1925) ;

12 pulmonaires non contagieux, soit 0,03 %, (0.025 %, en 1925) ;

4 pulmonaires contagieux, dont un Espagnol, soit 0,01 %, (0,003 %, en 1925).

Comme précédemment, n'ont été étiquetés « adénopathiques » que les enfants dont l'examen radioscopique a révélé un élargissement *notable* de l'ombre médiane *joint* à une opacité *franche* de l'espace rétro-cardiaque normalement clair. Les « ombres médianes légèrement élargies » et les « espaces médians voilés » n'ont pas été retenus, l'expérience nous ayant montré que ces « nuances » s'atténuaient avec le temps et que les enfants chez qui on les constatait, atteints d'un fléchissement passager de leur santé, dû probablement à une cause *autre* que la tuberculose (infection rhino-pharyngée, rougeole, coqueluche, misère physiologique, etc.), rentraient assez rapidement dans la normalité tant au point de vue local que général. Ainsi, le fichier du Dispensaire n'a pas été encombré de sujets « en surveillance ». Quelques conseils d'hygiène donnés aux parents, un séjour à la campagne ,pendant les vacances, ont produit, presque toujours, le résultat escompté.

Les quatre enfants dont les expectorations contenaient des bacilles de Koch étaient quatre filles âgées respectivement de 9, 13, 14 et 15 ans ; les lésions intéressaient la base droite, chez la première, la plus jeune ; le sommet droit chez la seconde ; le sommet droit chez la troisième et le sommet gauche chez la quatrième.

Pour une seule on a pu trouver le contact ; il s'agissait du père décédé tuberculeux pulmonaire depuis plusieurs années. La première est actuellement dans un sanatorium ; la seconde est décédée ; la troisième est soignée dans sa famille ; la quatrième est décédée.

En dehors du faible nombre de tuberculeux « toutes formes » (adénopathiques, osseux, pulmonaires, etc.), qui sont « vus » régulièrement, rappelons que le Dispensaire « surveille » tous les enfants « en contact de cohabitation », ceux dont le « contact » a disparu depuis moins de deux ans, et aussi ceux qui, sans « contact » antérieur ou actuel, sont malingres, miséreux, chétifs, insuffisamment développés. Tous ces enfants sont, à l'occasion, proposés pour un placement à la campagne.

Disons enfin, pour clore ce paragraphe, que, comme par le passé, nombreux ont été les enfants invités par le Dispensaire à se rendre chez l'oto-rhino-laryngologiste ou chez le dentiste.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — — (M. le professeur JEANSELME). Leçon clinique, le vendredi à 10 h. 1/2.

Leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentation de malades tous les mardis, à 10 h. 1/2.

Les lundis et vendredis, à 9 h. 1/2, examen des malades à la polyclinique au pavillon Bazin (1er étage).

Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4, visite des malades dans les salles du pavillon Bazin.

Les mercredis, à 9 h. 1/2, examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital.

Les jeudis, à 9 h. 1/4, examen des malades soignés au Dispensaire antisyphilitique de la clinique.

— **Clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu** (M. le professeur Henri HARTMANN). Mardi, 10 h : examens cliniques et présentation de malades à l'amphithéâtre. — Samedi, 10 h. : leçon à l'amphithéâtre. — Opérations, à 9 h. 1/2. — Lundi et vendredi, par M. Hartmann ; mardi et samedi, par M. Bergeret ; mercredi et jeudi, par MM. Okinczyc et Boppe.

Consultations externes, à 9 h. 1/2. — Maladies de l'appareil digestif (M. Parmentier), mardi et samedi (le mardi est spécialement réservé aux examens radioscopiques). — Maladies de l'appareil urinaire (M. Brouet), lundi et jeudi. — Maladies des femmes (M. Metzger), mercredi et vendredi. — Malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium (M. Hartmann), lundi, à 15 h.

— **Bordeaux.** — *Enseignement de la médecine coloniale.* — Le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux et le titre de médecin sanitaire maritime auxquels prépare cet enseignement ouvrent des débouchés aux médecins jeunes et actifs.

Le diplôme de médecin colonial est exigé pour certains postes de colonisation ; pour d'autres situations médicales aux colonies, il confère des avantages sous forme de points d'avance accordés aux candidats qui sont pourvus de ce titre.

Les médecins titulaires du diplôme de médecin colonial, désireux d'avoir accès à la carrière maritime, n'ont à subir qu'une seule épreuve complémentaire spéciale pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

2° Mais la loi du 13 décembre 1926, portant Code du travail maritime, oblige l'armateur à faire soigner, à ses frais, le marin qui est blessé au service du navire, ou qui tombe malade pendant le cours de son embarquement, après que le navire a quitté le port où le marin a été embarqué.

Il en résulte que l'armateur a le choix du praticien, possesseur du diplôme de médecin sanitaire maritime ; il passe avec lui un contrat, qui ressemble juridiquement beaucoup au contrat de louage de services ; il lui assure une solde, des indemnités, etc.

De ce chef, résulte une confusion des fonctions en la personne du médecin du bord. Médecin traitant du personnel du navire, il doit respecter le secret professionnel (article 378 du code pénal).

Mais, employé de l'armateur, il doit obéissance à ce dernier, lorsque celui qui doit payer entend être renseigné sur la nature et la nécessité des soins qui sont donnés à ses frais.

Le docteur obéit-il aux stipulations de l'article 378 et entend-il garder secrets les diagnostics des maladies qu'il a soignées, qu'il peut être cassé aux gages par son employeur.

Dévoile-t-il, au contraire, à ce dernier, ce qu'il a appris, au cours de l'exercice de sa profession, qu'il peut parfaitement être poursuivi et condamné correctionnellement pour violation du secret professionnel.

D'ailleurs, en matière d'accidents du travail, la jurisprudence de la cour de Cassation décide que le médecin et la victime doit obéir au secret professionnel.

On pourrait dire que, pour l'application de cette dernière loi, le chef d'entreprise a toujours le droit de se faire renseigner par le médecin de son choix. Mais, comment faire jouer ce droit de contrôle, lorsque le navire est en pleine mer ?

Je conclus donc que, si l'on veut appliquer à la lettre les textes de lois, le médecin sanitaire maritime doit respecter le secret qu'il est obligé d'observer, aux termes de l'article 378 du code pénal, envers les marins qu'il soigne à bord.

A l'armateur de faire confiance au docteur et de faire surveiller et contrôler la matérialité des faits par le capitaine du navire, qui le représente à bord.

Mais le médecin craindrait-il de perdre sa place, obligé qu'il se croirait de dévoiler les diagnostics à son patron, l'armateur, que ce praticien fera bien de garder sous clefs et secret son registre médical, qu'il laissera ensuite contrôler par le médecin, délégué par l'armateur, lors du désarmement du navire.

Disons cependant, qu'à notre avis, cette dernière manière de faire ne soustrairait pas le médecin du bord à des poursuites correctionnelles, au cas où un marin le poursuivrait pour violation du secret professionnel. En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin

n'a pas le droit de confier à un autre confrère, si ce dernier n'est pas également *médecin traitant* du malade, ce que le praticien a appris, surpris, entendu, dans l'exercice de sa profession.

Je l'ai toujours soutenu, en matière de déclaration des décès : tant qu'une loi à intervenir ne viendra pas modifier les termes généraux de l'article 378 du code pénal, le médecin doit se taire, sauf en matière de déclaration de maladies contagieuses.

Dr Paul BOUDIN.

Application du tarif Fallières

I

4140. — Luxations multiples.

Je vous serais reconnaissant de me dire comment établir ma note d'honoraires dans le cas suivant :

Je suis appelé près d'une femme de cultivateur, qui en travaillant fait une chute assez élevée. C'est la main gauche qui reçoit tout. Je constate :

Une luxation du poignet gauche.
Une luxation du pouce gauche.
Une luxation de l'index gauche.
Une luxation du médius gauche.
Que je réduis : dois-je compter chaque luxation ?

Dr K.

Réponse.

Vous avez à compter toute intervention effectuée séparément, ainsi qu'il est dit à l'article 14 sur les « blessures multiples, hors les cas de pansements multiples sur un même segment de membre », et non de réduction de luxation sur un même segment de membre. Donc, comptez chaque réduction de luxation effectuée par vous, suivant le tarif, malgré le véritable luxe de luxations que s'était offert votre blessée.

F.D.

II

4125. — Amputations multiples de doigts.

Excusez-moi d'abuser de vos instants, mais il est un conseil de vous dont j'ai absolument besoin. J'ai opéré un accidenté du travail qui a eu trois doigts entièrement sectionnés par une machine.

Il m'a fallu faire un épluchage complet, réséquer les deux phalanges des trois doigts, ménager un lambeau pour les recouvrir correctement : somme toute trois opérations distinctes.

1° Que dois-je demander pour ces interventions.
2° Que faut-il prendre pour les pansements ;
3° Ces opérations ont été faites sous anesthésie générale avec concours d'un aide.

Dr A.

Réponse.

1° Vous avez fait trois amputations partielles de doigt, donc : $50 \times 3 = 150$ francs (article 20).

2° Pour les pansements consécutifs, il s'agit

là de « pansements mutliples sur un même segment de membre : 15 francs » (article 17).

3° Le prix d'un aide est de 50 francs, à condition que cet aide soit docteur en médecine (article 11) et il devra envoyer sa note lui-même (article 29, *in fine*). F. D.

III

4112. — Majorations des tarifs de radiologie.

J'ai recours à votre extrême obligeance pour vous prier de me donner quelques renseignements au sujet de l'emploi des rayons X en matière d'accidents de travail. J'ai pratiqué ces temps derniers quelques radioscopies d'urgence à la suite d'accidents de travail et deux radiographies, celles-ci demandées par la Compagnie et je suis embarrassé sur la façon de tarifer ces différents actes médicaux.

Dans le cas qui m'intéresse, il s'agit d'une *radiographie* de l'*épaule* (de *face*), d'une *radiographie* du *cou-de-pied* (de *profil*), d'une *radioscopie* de la *clavicule* et d'une *radioscopie* de la *jambe*.

1° Pour les deux radiographies, je me reporte à mon tarif officiel 1926. Je vois : Epaule de face 75 fr. cou-de-pied de profil 50 fr. Sur une notice découpée fin 1926 dans un journal médical je lis à propos de l'augmentation des tarifs « Majoration de 50 % des tarifs (de base) de radiographie (ces tarifs de base sont ceux-là même qui sont inscrits dans le tarif Durafour avec une note les majorant de 20 %).

Donc si je comprends bien, pour l'épaule 75 fr., je majore de 20 % = 90 fr. puis de 50 % = 135 fr. Pour le cou-de-pied 50 fr. : majoration de 20 % = 60 fr., majoration de 50 % = 90 fr.

Est-ce bien cela ? ?

2° Pour les radioscopies je me reporte au tarif. Je vois bien au paragraphe II de l'article 26 : « Examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers », mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit. En radioscopant ces blessés je craignais une fracture. Puis-je tarifer en me reportant à cet article pour *la scopie clavicule* 60 (la clavicule faisant partie du thorax) et pour *la scopie jambe* 50 ? Je n'ai pas fait de cliché, la chose ne me paraissant pas nécessaire. Aurais-je dû en faire un de toute façon (en prévenant l'assurance) du moment que je jugeais nécessaire un examen aux rayons ?

Dites-moi donc comment tarifer mes deux *radioscopies* et mes *deux radiographies*.

Dr G.

Réponse.

1° Sur le tarif du 16 décembre 1926, en vigueur depuis le 1er janvier 1927, on lit, *in fine* de l'article 26, chapitre VI : « Les frais et honoraires prévus aux paragraphes I à VI ci-dessus doivent être majorés de 50 % ». Il n'y a pas de 70 %, comme d'après votre calcul.

2° Il n'est parlé nulle part de radioscopie pour fracture, mais *seulement* pour localisation de

corps étrangers. Dans le cas de fracture, c'est donc une radiographie qu'il faut envisager.

3° Mais (article 26, VII, Observations, alinéa 4) « l'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant *d'accord avec* le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. *Etiez-vous d'accord* au sujet des radios dont vous parlez ? Si vous n'aviez pris cette précaution, l'assurance peut vous dire que cela ne la regarde plus et de vous faire payer directement par le malade.

4° Comment tarifer vos radios ? Prenez le tarif en main et majorez les prix marqués de 50 %.

F.D.

IV

4167. — Interventions à tarif spécial.

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou », j'ai recours à vos lumières au sujet d'une difficulté entre une compagnie d'assurance et moi.

Physiothérapeute, je reçois dans leur convalescence des blessés qui ont des impotences fonctionnelles consécutives à leurs blessures ; soit pour lumière et air chaud, soit pour kinésithérapie et mécanothérapie pour lesquels l'autorisation est donnée par la compagnie d'assurance.

(Entre parenthèses, il me semblerait que ces traitements mécanothérapiques n'étant plus — pour le moment j'espère — à tarif spécial, l'autorisation ne devrait plus être nécessaire : la compagnie ayant le droit évident de contre-visite pour en juger l'opportunité et l'utilité tandis que cette même autorisation demeure nécessaire pour l'air chaud,, lumière,infrarouges....).

Or, pour la seconde fois étant à T... je reçois de Paris, pour deux compagnies différentes d'ailleurs, des instructions de faire 12 ou 10 séances. Notez que je ne vois que des accidents assez sévères, mais en tout état de cause, il me paraît ahurissant, qu'à distance, les services d'une compagnie puissent décider la durée d'un traitement même à tarif spécial.

Sont-elles dans leur droit ? ou bien, ce qui serait conforme au bon sens, sinon au droit, doivent-elles précéder par une contre-visite — en ma présence — avant de décréter.

J'ajoute que la dernière est plus forte : pour un phlegmon de la main qui a nécessité l'amputation de l'index et qui a laissé de la « raideur » (il n'y a pas ankylose) des trois doigts, la compagnie accorde 10 séances à l'expiration desquelles, elle *demande le certificat de consolidation.*

Cette prétention me paraît exorbitante, et contraire à la loi. Il paraît en effet que la loi a pour but les *soins* aux blessés et que par définition même, la consolidation signifie que la blessure et ses conséquences, en sont à un stade d'évolution où aucun progrès n'est plus possible.

J'ai l'intention de protester et de continuer à soigner le blessé qui progresse chaque jour, jusqu'au

moment où aucun progrès ne soit plus perceptible — à moins qu'entre temps, le blessé n'ait récupéré l'usage de sa main, ce qui paraît d'ailleurs vraisemblable.

Suis-je dans la règle de la loi ?

Dr C.

Réponse.

1° Question préalable : la mécanothérapie est toujours « à tarif spécial », étant l'objet spécial de l'article 24.

2° Il me paraît « ahurissant », comme à vous, qu'on décrète de Paris que tel blessé (qu'on ne connaît pas) ait besoin de 10 à 12 séances. C'est une question *d'examen sur place, entre le médecin traitant et le contrôleur de l'assurance*. Devant un tribunal, une telle « injonction » ne m'apparaît pas soutenable un seul instant.

3° Mêmes réflexions pour la demande de certificat de consolidation, qui ne peut être rédigé que lorsqu'il y a une *permanence* établie d'incapacité, ce qui ne peut encore se constater que sur place. La compagnie n'a qu'à se servir des possibilités de contrôle que lui offre la loi, chaque semaine.

F. D.

4054. — Sérums, vaccins et spécialités.

En matière d'accidents du travail, j'ai cru bon de formuler des bouillons-vaccins pour pansements ou des vaccins pour injection. La chose est-elle régulière et les Compagnies doivent-elles payer ?

La X. refuse à un pharmacien le paiement de 60 fr. de bouillon-vaccin formulé.

Dr G.

Réponse.

Il faut demander à votre pharmacien, quand vous désirez ordonner une spécialité quelconque, si celle-ci figure sur le tarif de l'Association des pharmaciens de France, y compris ses bulletins de variations trimestriels. Si ces spécialités y figurent, vous pouvez les ordonner, puisqu'il fut convenu à la Commission du tarif, que ce serait là le criterium des spécialités « ordonnables » ou non. Tous les pharmaciens (et même les médecins propharmaciens) doivent posséder ce tarif pour faire leurs notes, en cas d'accidentés du travail ou de blessés de guerre.

Dans votre cas particulier, les vaccins Grémy sont autorisés d'après le bulletin de variations du 30 avril 1926.

F. D.

Application du Tarif Maginot-Marin

I

3995. — Médicaments permis ou interdits ?

Peut-on prescrire aux réformés de guerre du plasma musculaire ?

Dr R.

Réponse.

Consultez à ce sujet et sur tout autre analogue le « tarif établi par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, compte tenu de ses barèmes et bulletins de variation » (arrêté du 17 août 1927, modifiant celui du 3 juin 1927, article 2, § 1). C'est à votre pharmacien même que vous pouvez poser ces questions, puisqu'il a le dit tarif et les bulletins successifs de variation. Si vous êtes propharmacien, vous devez alors posséder ce tarif et ces bulletins pour établir vos notes de pharmacie.

F.D.

II

4062. — Extirpation de corps étranger.

Veuillez, je vous prie, me dire le prix comme honoraires, aux victimes de la guerre, de l'extraction d'un éclat d'obus au doigt. La blessure remonte à l'année 1915, faite en service commandé. Dr C.

Réponse.

Un éclat d'obus extrait d'un doigt 12 ans après ne doit guère être volumineux ni être très profond dans l'organisme. Or, vous lirez, à l'article 74 : « Extraction de corps étranger profond ne nécessitant pas la localisation radiologique : 50 fr. » *A priori*, vous ne pouvez demander davantage. Et même je ne puis vous assurer qu'on ne vous comptera pas, comme dans le tarif des accidents du travail, pour l'extraction de corps étrangers superficiels, 20 fr., par analogie avec « ouverture d'abcès superficiels ». Et cependant, cela vaut mieux que cela et, vu la difficulté technique quand il s'agit d'un doigt, et les dangers d'infirmité partielle consécutive, je demanderais 40 fr., en donnant tous détails nécessaires, par analogie avec : « Extirpation simple de cicatrice vicieuse »

F.D.

Baux et locations.

4154. — Droit à la prorogation pour le garage professionnel.

J'ai loué un garage pour mon automobile pour usage professionnel, par un bail enregistré de douze ans du 1er avril 1916 au 1er avril 1928.

D'après les jugements rendus et publiés par le *Concours*, il me semble bien que j'ai droit à la prorogation jusqu'en 1931.

Mais, depuis la passation de mon bail, l'immeuble a été acquis en 1920 par un nouveau propriétaire qui veut reprendre le garage pour l'occuper pour lui-même.

Puis-je opposer au propriétaire mon droit à jouir de la prorogation ? En cas de prorogation, quelle augmentation dois-je subir, le prix du bail n'ayant pas varié depuis 1916 ?

Je dois ajouter que, d'après le bail, j'ai le droit de sous-louer les pièces qui sont en-dessus du garage, toutes réparations à ma charge.

J'ai été mobilisé pendant plus d'un an dans les zones de l'avant de 1914 à septembre 1915.

Dr P.

Réponse.

Les arrêts de la Commission supérieure de Cassation que nous avons obtenus et que vous avez vus rapportés dans le *Concours médical* ont consacré le caractère professionnel du garage dans lequel est remisée l'automobile servant au médecin pour aller visiter ses malades.

Il résulte de cette jurisprudence, au point de vue de la législation sur les loyers, que le garage du médecin doit être entièrement assimilé à son local d'habitation.

Par conséquent, dès lors que la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre ville, vous avez droit, pour votre garage, à une prorogation qui commencera à courir du 1er avril 1928, date de l'expiration du bail, jusqu'au 1er avril 1931.

Et tant que durera cette prorogation, le propriétaire ne pourra prétendre reprendre le garage pour son usage personnel, car son droit de reprise est strictement limité par la loi aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation, alors que votre garage présente au contraire un caractère exclusivement professionnel.

En échange de la prorogation, et jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation des loyers, vous devrez payer un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 125 %. En outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire les majorations subies par les prestations en nature fournies (s'il en existe) et par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière. En l'espèce ces charges doivent être de peu d'importance.

Questions médico-militaires

3551. — Solde d'un aide-major de réserve.

Je viens de faire, comme aide-major de 1re classe, une période de 15 jours. Or je lis, paru dans un périodique médical, un tableau des soldes des médecins de réserve accomplissant une période d'instruction, où la solde indiquée pour mon grade ne correspond pas à ce que j'ai touché.

Je suis en effet A. M. de 1re classe après 4 ans de grade (nommé depuis mars 1921) et 15 ans de service (les années de guerre comptant double), et, d'après ce tableau, je dois toucher annuellement 17.172 fr., ce qui fait pour une quinzaine 715 fr. 50, alors que je n'ai touché que 651 fr.

D'autre part, je lis aussi dans ce même tableau que, pendant la période, on doit toucher une indemnité

d'absence temporaire de 11 fr. par jour, fixe, quel que soit le grade.

Voudriez-vous me dire si sur ces deux points (solde annuelle et indemnité journalière) ce tableau est exact, et si j'ai le droit de réclamer le non-perçu et à qui (et si possible en me basant sur quel règlement et sa date) ?

Voudriez-vous me dire aussi si la solde annuelle n'est pas augmentée d'un supplément lorsque l'on est marié ?

Enfin, le trésorier qui m'a payé m'a prétendu que les différences de solde, suivant le nombre d'années de grade et de services, n'étaient pas applicables aux officiers de réserve, car il faut entendre : après 4 ans, 8 ans, de grade *effectif*, de services effectifs.

Est-ce exact ? Dr L.

Réponse.

Les officiers de réserve accomplissant des périodes d'instruction ont droit à la solde budgétaire calculée sur le taux de l'échelon correspondant aux années de grade et de service passées *en situation d'activité*, augmentée, le cas échéant, de l'indemnité pour charges de famille (réponse ministérielle à une question du 12 novembre 1926).

Etant promu depuis mars 1922, vous n'avez passé *en activité* que votre dernière période d'instruction. Vous n'avez donc droit qu'à la solde de lieutenant au premier échelon, et non « après quatre ans de grade ».

L'indemnité d'absence temporaire est due, en considérant comme étant votre résidence, le lieu de convocation de votre unité, lorsque vous vous déplacez, en manœuvres par exemple ou aux camps d'instruction (*J.O.*, 19 nov. 1926).

Les charges de famille se calculent d'après le nombre des enfants; sans enfants, elles n'existent pas.

3593. — Droit de refuser un grade. Périodes d'instruction.

Classe 1916, père de quatre enfants, nommé en 1919 médecin auxiliaire et démobilisé comme tel, je viens de recevoir de l'armée un papier pour solliciter le grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. Evidemment, docteur depuis bientôt 3 ans, il est temps de s'en apercevoir.

Je désirerais avoir :

1° Les termes de la lettre sont-ils une simple formule de politesse ou bien ai-je le droit de refuser poliment de passer à un grade quelconque ?

2° A quoi m'engage présentement et plus tard (vu ma situation familiale) le galon d'aide-major de 2e classe : aurai-je surtout des périodes à faire ? un débours pour uniforme ?

Dr J.

Réponse.

1° Vous avez parfaitement le droit de refuser un grade. Les directeurs du service de santé sont

renseignés par les Facultés de médecine sur les docteurs nouvellement reçus et ils doivent leur adresser à chacun un formulaire semblable à celui que vous avez reçu.

2° Une fois promu aide-major, vous touchez une première mise d'équipement afin de vous procurer la tenue de campagne exigée de tout officier de réserve. Vous devez ensuite faire, à assez longue échéance d'ailleurs, quelques périodes d'instruction. Vous pouvez aussi conquérir quelques grades supérieurs et, lors d'une mobilisation éventuelle, cette situation d'officier vous assure des avantages moraux et matériels (solde, etc...) assez appréciables.

3586. — Annuités exigées pour obtenir la Légion d'honneur.

J'ai été proposé par le Service de santé pour la Légion d'honneur en 1923.

Classe 1907, cinq sursis d'incorporation. Ai fait toute la campagne : 32 mois dans les chasseurs à pied, le reste dans une ambulance divisionnaire. Très gravement touché par la grippe en 1918, mais pas de blessure de guerre. Deux citations au bataillon et brigade, deux galons.

Combien d'annuités pour la Légion d'honneur cela me donne-t-il et suis-je en droit d'obtenir cette distinction et quand ?

Dr N.

Réponse.

Vous réunissez donc vingt annuités de service, plus environ cinq campagnes de guerre, soit 25 annuités ; les citations à l'armée et les blessures de guerre seules donnent droit à une campagne supplémentaire.

En conséquence, il vous faut encore patienter au moins 4 ou 5 ans avant de vous mettre sur les rangs afin de rechercher l'inscription au tableau de concours pour la Légion d'honneur.

3607. — Carte de surclassement. Promotions, périodes, etc.

Abonné au *Concours* je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur les faits suivants :

a) Quels sont les avantages procurés par la carte de surclassement.

Moyen de l'obtenir.

b) M. A. M. de 1re classe depuis quelques mois (classe 1917), à quelle date passerai-je M.M. de 2e classe ?

Périodes à faire nécessaires.

c) Si oui, dois-je demander à en effectuer près de mon domicile pour éviter la période au loin plus tard ?

d) Peut-on faire changer son affectation ? Quelles raisons valables ?

Dr R.

Réponse.

a) La carte de surclassement est une carte spéciale annuelle donnant droit, à l'occasion de

déplacements, au voyage en première classe avec un billet de troisième classe.

Il faut avoir suivi, dans l'année précédente, au moins les deux tiers des conférences faites à l'école de perfectionnement des médecins de réserve. Ces conférences ont lieu une fois par mois pendant dix mois de l'année. Moyennant certaines formalités, on peut se rendre à ces conférences au quart de place militaire. Une condition préalable, c'est d'être inscrit à cette école de perfectionnement ; pour cela, adresser un bulletin d'adhésion, 54, rue de Londres, à Paris (8e) au secrétaire général de l'Union Fédérative des médecins et pharmaciens de réserve.

b) Il vous faut être inscrit au tableau d'avancement par le Ministère, et, pour cela, avoir au moins 6 ans de grade et fait deux périodes de réserve.

c) C'est une chance que vous pouvez tenter. En tout cas, vous serez convoqué dans les limites de la région à laquelle vous appartenez.

d) Faites valoir ces raisons d'intérêt particulier et d'intérêt professionnel.

Fiscalité.

4190. — Impôt des prestations sur les automobiles.

Je vous serais obligé de me donner les précisions suivantes :

Quel est le texte de loi qui régit les prestations en nature ?

Je suis possesseur de *deux* voitures automobiles.

J'ai retiré la plus forte de la circulation au 1er janvier 1927 en rendant à la recette buraliste mon permis de circulation le 28 décembre 1926.

Je reçois ma feuille d'impôts et suis imposé pour ma grosse voiture *qui n'a jamais circulé en* 1927, les contributions indirectes pouvant en faire foi (en même temps que pour ma petite).

Porteur du no 8 *bis* du *Concours*, page 538 XL, je suis allé trouver le contrôleur pour lui demander le dégrèvement.

Le contrôleur m'a ri au nez me disant que celui qui avait écrit cela n'y connaissait rien, que j'aurai beau réclamer à la Préfecture, cela ne changerait rien et que j'aurais à payer, aucun texte de loi ne pouvant m'en dispenser.

Veuillez donc, je vous prie, me donner toutes précisions utiles afin que je puisse me faire dégrever.

Dr T.

Réponse.

Nous maintenons l'opinion formulée dans la réponse citée et nous vous conseillons de présenter une réclamation au Préfet (réclamation à produire sur papier libre), si vous êtes encore dans les délais pour réclamer (trois mois suivant celui de la mise en recouvrement du rôle).

A. M.

Cinquantième année — N° 2 — 8 Janvier 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 60-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.). Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. aerm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Bastin, de Deville, la somme de vingt francs pour bons offices du journal

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 10. — Doct. méd. génér. reprend. noyau de client. Paris, bien placé dans quartier commerc. Paiement compt.

No 11. — Doct. demande à acheter ou emprunter l'édition d'avant-guerre de « Chemin de Paradis » de Ch. Maurras.

No 12. — Côte d'Azur. Très belle villa au bord de la mer, dans site magnifique. Tous conforts. Rez-de-chaussée et premier étage (18 pièces). A vendre non meublée, ou à louer meublée.

No 13. — A vend. cause double emploi, torp. 6 CV Renault 1926, chassis long, 4 places, freins AV, carb. Zénith, pneus confort, 4 amortiss., nombreux access., état neuf : 11.000 fr. Dr Guerry, 30, av. Maréchal Foch, à Nice.

No 14. — 60 km. Paris. Dans excell. rég. agricole, bon poste campagne, rapp. 94.000. méd. du ch. de fer. A céder pour cause fatigue 35.000, dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 15. — Ch.-lieu canton de l'Ouest. Seul méd., belle clientèle, facile à tenir, peu fatigante, bail intéressant, avec jolie mais. confort. Indemn. 5.000, pour cause départ. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 16. — 3 heures Paris, Normandie, près jolies plages, poste actif dans centre important. Affaires 80.000. Belle propriété en rapport. Loyer 5.000. long bail. A céder 35.000, y compris voiture. Très urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46

N° 17. — Le Dr Bourguet, à Sommières (Gard), cèderait toute la collection du *Concours médical*, en partie reliée. Faire offres.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election de membres du Bureau.* — L'Académie a élu vice-président pour 1928, M. Quénu ; secrétaire annuel, M. Jules Renault ; membres du conseil, MM. Brault et Grimbert.

— **Académie de médecine.** *Prix de l'Académie.* — Parmi les lauréats des prix et récompenses décernés par l'Académie dans sa séance annuelle du 13 décembre 1927, nous avons relevé avec plaisir les noms des membres du *Concours*, abonnés et amis du journal, qui suivent :

Prix Ernest Godard. — Une mention honorable est accordée à M. le Dr Jean Torlais, de la Rochelle, pour un travail, en collaboration avec M. le Dr Laubié, de Donzenac (Corrèze) sur : *la botryomicose chez l'homme et chez les animaux* (contribution à l'étude des granulomes).

Service des épidémies. — Ont reçu les médailles des épidémies :

M. le Dr Bauzon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlon-sur-Saône (rappel de médaille d'or).

M. le Dr Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure (rappel de médaille d'or).

M. le Dr Paquet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise (médaille d'or).

M. le Dr BROQUIN-LACOMBE, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aube (médaille d'argent).

Service des eaux minérales. — Ont reçu des médailles d'honneur pour le service des eaux minérales :

M. le Dr POUY, de Capvern, pour son travail intitulé : *contribution à l'étude de la prostate. Du traitement général thermal de Capvern dans les affections de la prostate* (médaille d'argent).

M. le Dr ARMENGAUD (de Cauterets) pour son travail intitulé : *action des eaux sulfurées sur les affections des voies respiratoires supérieures* (médaille de bronze).

Service de la vaccine. — Ont reçu les médailles d'honneur pour le service de la vaccine :

M. le Dr FERRIOL, de Marrakech, Maroc (médaille de vermeil).

M. le Dr OTT, de Rouen (médaille de vermeil).

M. le Dr HUGUENIN, de Paris (médaille d'argent),

M. le Dr BOUVERET, de Mogador, Maroc (médaille d'argent).

M. le Dr MARY, du Bourget, Seine (médaille d'argent).

M. le Dr BING, de Paris (rappel de médaille de bronze).

M. le Dr AGOSTINI, de Cassis, Bouches-du-Rhône (médaille de bronze).

M. le Dr BORY, de Nanterre (médaille de bronze).

— **Paris.** *Un nouveau dispensaire de prophylaxie.* — Un nouveau dispensaire de prophylaxie anti-vénérienne et un laboratoire de sérologie ont été récemment ouverts à Saint-Ouen, 84, boulevard Victor-Hugo.

— **Paris.** — *La Fédération française d'athlétisme* organise le 25 janvier 1928, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, une manifestation de propagande morale sur *le véritable visage du sport.*

— **Ministère de l'agriculture.** — MM. les Drs Jean DURAND et ORAZON sont nommés membres du Comité de l'Office international du vin.

— **Hôpital Paul Brousse.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de quatre internes à l'hôpital départemental Paul-Brousse et au centre anti-cancéreux de la banlieue parisienne s'ouvrira le 13 février 1928. Renseignements et inspcriptions à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale.

— **Hôpital de Saint-Denis.** *Internat.* — Un concours pour trois places d'internes titulaires, à l'hôpital-hospice de Saint-Denis, aura lieu les lundi 30 et mardi 31 janvier 1928. Avantages : indemnité mensuelle de 400 francs, nourriture, logement et blanchissage. Pour renseignements complémentaires, s'adresser à la Direction de l'hôpital.

— **La défense sociale contre la syphilis.**— En mai 1928, une conférence internationale de défense sociale contre la syphilis aura lieu à Nancy. A cette occasion, une exposition concernant les maladies vénériennes sera faite avec une partie historique,

une partie sociale et une partie relative à la pharmacopée. Les organisateurs seraient reconnaissants aux personnes détenant des documents anciens sur ces questions de les faire connaître pour reproduction, en écrivant à M. Lucien Viborel, secrétaire général de la Commission de propagande, Office national d'hygiène social, 26 boulevard de Vaugirard, Paris, XVe.

—**Inspection d'hygiène du département de l'Aisne.** — Un concours sur titres pour un emploi de médecin inspecteur départemental adjoint d'hygiène, plus spécialement pour le service de l'inspection des écoles et les dispensaires d'hygiène sociale, est ouvert à la Préfecture de l'Aisne. Age : 30 à 45 ans. Avantages : traitement allant de 30.000 fr. à 40.000 fr., plus une indemnité de déplacement annuelle de 11.000 fr. Inscriptions à la Préfecture de l'Aisne avant le 20 janvier.

—**Le calendrier humoristique du Mont-Dore** pour 1928 a paru.

Ce petit guide des jours ne dépare pas la collection. On reconnaît, au contraire, que le spirituel crayon de son auteur, Grand'Aigle, ne marqua jamais les affections respiratoires d'un trait aussi vif. Ce calendrier répond bien à la devise « Utile et amusant ». Tel, il a sa place marquée dans le portefeuille de tout médecin.

Adressé, sur demande à la Compagnie du Mont-Dore, 19, rue Auber à Paris. Tél. : Louvre 08-85.

— **Æsculape**, grande Revue mensuelle illustrée, Lettres et Arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. *Sommaire* du numéro de décembre 1927. — Ce numéro est entièrement consacré au commentaire du très important Congrès international d'histoire de la médecine qui s'est tenu à Leyde en juillet dernier. *Æsculape* y fait revivre de manière aussi précise et objective que possible les rapports et communications qui ont fait le grand attrait de ce Congrès. Une iconographie particulièrement abondante et variée illustre les commentaires (27 illustrations).

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 *décembre.*

Sanatoriums.

Décret du 14 décembre 1927 modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums.

Art. 1er. — Les articles 8, 28, 29 et 37 du décret du 10 août 1920 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 8. — Les sanatoriums publics seront, autant que possible, réservés à des malades du même sexe. Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver à chaque sexe des bâtiments séparés, situés à distance les uns des autres et ayant chacun un lieu de promenade distinct.

Art. 28. — Une commission spéciale est chargée d'examiner les titres des candidats. Elle classe sur

deux listes l'aptitude distincte, d'abord les médecins adjoints reconnus aptes aux fonctions de médecins chefs, directeurs, et exerçant les fonctions de médecins adjoints depuis deux ans au moins, puis les candidats reconnus aptes aux fonctions de médecins adjoints de sanatoriums publics.

Cette commission est composée de dix membres :

1° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, président ;

2° Les deux conseillers techniques sanitaires du ministère de l'hygiène ;

3° Deux inspecteurs généraux des services administratifs ;

4° Trois membres médecins de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, désignés par le ministre ;

5° Un représentant de l'union des syndicats médicaux désigné par l'union des syndicats ;

6° Un représentant de l'association des médecins de France.

Les règles spéciales du concours seront fixées par un arrêté ministériel.

Art. 29. — La commission se réunit sur la convocation du directeur de l'asistance et de l'hygiène publiques, toutes les fois qu'une ou plusieurs places (cinq au maximum) de médecins de sanatoriums sont vacantes.

Art. 37. — Sont applicables aux sanatoriums privés les dispositions du chapitre II du présent décret.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

24 *décembre.*

Médecine légale.

Décret du 22 décembre 1927 modifiant le Titre II du décret du 5 octobre 1920 portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police (Extrait.)

Art. 1er. — Le titre II du décret du 5 octobre 1920 est modifié ainsi qu'il suit :

....

CHAPITRE II

DES EXPERTS ET INTERPRÈTES

Section 1. — Des experts.

Honoraires et indemnités.

A. — *Règles générales.*

Art. 17. — Les tarifs fixés par le présent décret, en ce qui concerne les frais d'expertise, doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ces tarifs.

Art. 18. — Les prix des opérations non tarifées par le présent décret sont fixés, dans chaque affaire

par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'article 144 ci-après.

Art. 19. — Lorsque les experts se déplacent au delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage, qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, il leur est alloué une indemnité égale au prix d'un billet de 1re classe calculé s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un autre service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à un franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Art. 20. — Il est alloué, en outre, aux experts : si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 20 fr. par jour et si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres, une somme de 30 fr. par jour.

Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

Art. 21. — Lorsque les experts sont entendus, soit devant les cours, ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 fr., outre leurs frais de transport et de séjour, s'il y a lieu.

Art. 22. — Lorsque les experts justifient qu'ils se sont trouvés, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, dans l'impossibilité de remplir leur mission, les magistrats commettants peuvent par décision motivée, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour, et autres déboursés, s'il y a lieu.

Art. 23. — Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres déboursés reconnus indispensables.

Art. 24. — Les magistrats commettants peuvent, sur l'avis conforme des procureurs généraux et à charge par ceux-ci d'en informer le ministre de la

justice, autoriser les experts à toucher, au cours de la procédure, des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

B. — *Dispositions spéciales.*

a) Expertises en matière de fraudes commerciales.

Art. 25. — Il est alloué à chaque expert désigné conformément aux lois et règlements sur la répression des fraudes en matière commerciale, pour l'analyse de chaque échantillon, y compris les frais de laboratoire :

A Paris, 70 fr.

Dans les autres localités, 65 fr.

b) Médecine légale.

Art. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite judiciaire :

A Paris, 30 fr.

Dans les autres localités, 25 fr. ;

2° Pour autopsie avant inhumation :

A Paris, 140 fr.

Dans les autres localités ,120 fr. ;

3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée :

A Paris, 260 fr.

Dans les autres localités, 220 fr. ;

4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation :

A Paris, 70 fr.

Dans les autres localités, 60 fr. ;

5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée :

A Paris, 120 fr.

Dans les autres localités, 110 fr. ;

6° Pour examen au point de vue mental dans les cas simples :

A Paris, 100 fr.

Dans les autres localités, 80 fr.

Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

c) Toxicologie.

Art. 27. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

1° Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang :

A Paris, 60 fr. ;

Dans les autres localités, 55 fr. ;

2° Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique :

A Paris, 120 fr. ;

Dans les autres localités, 110 fr. ;

3° Pour analyse des gaz contenus dans le sang :

A Paris, 120 fr. ;

Dans les autres localités, 110 fr. ;

4° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères :

A Paris, 60 fr. ;

Dans les autres localités, 55 fr. ;

5° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères:

A Paris, 120 fr. ;

Dans les autres localités, 110 fr. ;

6° Pour recherche avec essais physiologiques dans une substance ou dans un organe, autre que les viscères, d'un des alcaloïdes courants :

A Paris, 60 fr. ;

Dans les autres localités, 55 fr. ;

7° Pour recherche dans les viscères, avec essais physiologiques, d'un des alcaloïdes courants :

A Paris ,120 fr. ;

Dans les autres localités, 110 fr. ;

d) Biologie.

Art. 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques, dans les cas simples :

A Paris, 60 fr. ;

Dans les autres localités, 55 fr.

Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

e) Radiodiagnostic.

Art. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1 Pour radiographie :

De la main, du poignet, du pied, du cou-de-pied, 50 fr. ;

De l'avant-bras, de la jambe, du coude, du genou, 75 fr. ;

De l'épaule, de la hanche, de la cuisse, du bras, 90 fr. ;

Du rachis cervical, dorsal ou lombaire, 100 fr. ;

Du crâne, thorax ou bassin, 125 fr. ;

Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Toute autre radiographie de la même région prise le même jour sera comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose ;

2° Pour localisation de corps étranger :

Dans un membre, 100 fr. ;

Dans le crâne, le thorax ou le bassin, 150 fr. ;

3° Pour radioscopie préalable (aorte, poumons par exemple) ;

Pour le thorax, 60 fr. ;

Pour les membres (recherche du corps étranger), 50 fr.

Ce tarif est uniforme quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

f) Identité judiciaire.

Art. 30. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour examen d'empreintes, sans comparaison avec des empreintes autres que celles de la victime :

A Paris, 50 fr. ;

Dans les autres localités, 45 fr. ;

2° Pour examen d'empreintes et comparaison avec des traces recueillies ou avec des empreintes autres que celles de la victime :

A Paris ,150 fr. ;

Dans les autres localités, 140 fr. ;

3° Pour photographie métrique et relevé topographique des lieux du crime :

A Paris, 150 fr. ;

Dans les autres localités, 140 fr.

25 *décembre.*

Brevet d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat a été ouverte à Paris pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose.

Service de santé militaire.

Décret du 20 *décembre* 1927 *modifiant le décret du* 18 *mai* 1925 *relatif à la création d'une section de médecine des troupes coloniales à l'école du service de santé militaire.*

Art. 1er. — Le paragraphe 2 de l'article 3 du décret du 18 mai 1925 est abrogé et remplacé par le suivant :

« 2° Ils sont nommés médecins aides-majors de 2e classe de l'armée active des troupes coloniales dans les conditions prévues par le décret du 13 octobre 1927. »

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Présence d'un médecin à une exhumation.

14050. — M. Georges Faugere, député, rappelle à M. le ministre du travail, que, aux termes de l'article 2 du décret du 15 avril 1919, le délégué du maire doit assister à l'exhumation d'un corps accompagné d'un homme de l'art ; et demande si cette prescription qui concerne la présence d'un homme de l'art, c'est-à-dire d'un médecin, n'est pas tombée en désuétude et, dans le cas de l'affirmative, pourquoi la stricte application n'en est pas exigée. (*Question du* 23 *novembre* 1927.)

Réponse. — Un projet de décret tendant à modifier la réglementation des opérations funéraires, notamment en ce qui concerne la présence d'un homme de l'art lors des exhumations, avait été soumis au conseil d'Etat. Cette haute assemblée ayant estimé que les réformes demandées nécessiteraient un nouvel examen des administrations compétentes, une commission, qui se réunira prochainement, a été constituée à cet effet. Dès que les modi-

fications à apporter au décret du 15 avril 1919 seront définitivement arrêtées, un nouveau projet de décret sera soumis au conseil d'Etat. (*J.O.*, 23 décembre 1927.)

N.D.L.R. — Le Ministre n'a pas répondu à la question que, pour renseigner un de nos lecteurs, nous avons prié M. de Dr Faugère de lui poser. Cependant, on peut conclure de sa réponse qu'il considère la prescription de l'article 11 (et non 2) du décret du 15 avril 1919 comme tombée en désuétude et aussi, sans doute, que le décret attendu n'imposera plus au maire l'assistance d'un homme de l'art.

Les guides-barèmes des pensions ne sont qu'indicatifs

8354. — M. Veillard, sénateur, demande à M. le ministre des pensions si les médecins experts nommés par un tribunal des pensions sont tenus d'une façon impérative par la nomenclature des invalidités portées au guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919, et quel est leur rôle lorsqu'ils se trouvent ne présence d'une maladie non prévue au guide-barême, ne pouvant se rattacher à aucune infirmité ou maladie prévue à ce guide-barème, mais dont l'origine ou l'aggravation ne peut être contestée. (*Question du 4 novembre* 1927).

Réponse. — Les barèmes sont des « guides-barèmes » ; ils n'ont donc, en principe qu'une valeur indicative et ne doivent pas lier les médecins experts. Lorsque ceux-ci sont appelés à évaluer le degré d'invalidité d'une maladie non envisagée au guide-barème, ils doivent se reporter aux articles visant les organes intéressés et, par analogie, régler leurs évaluations sur les pourcentages prévus (prescriptions de l'article 41 de l'instruction du 31 mai 1920). (*J.O.*, 23 décembre 1927.)

Conditions pour l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste en Alsace et en Lorraine.

13558. — M. Franklin-Bouillon, député, expose à M. le ministre de l'instruction publique que l'article 5 de la loi du 18 août 1927 sur l'exercice de l'art dentaire par les dentistes, diplômés ou non diplômés, d'Alsace et de Lorraine, est ainsi conçu : « Pendant quatre ans, à partir de la promulgation de la présente loi, les dentistes non diplômés qui rempliront les conditions stipulées à l'article 1er pourront obtenir le diplôme de chirurgien dentiste en subissant les examens prévus par le décret du 11 janvier 1909. Ils seront dispensés du titre universitaire, du stage et de l'examen de validation de stage mais non de la scolarité » ; et demande : 1o si les praticiens qui sont dans ce cas pourront obtenir des

Voir la suite page LV-115

PROPOS DU JOUR

A propos de l'inspection médicale des Ecoles.

Nous avons reçu de nombreuses lettres sur l'organisation de l'inspection médicale des écoles ; parmi elles nous publirons celle de M. le docteur J. Jourdan, de Bouy (Marne) que nous ferons suivre d'une ciculaire de M. le Préfet du Loiret.

21 novembre 1927.

Mon cher Confrère,

Puisque, dans vos « Propos du jour » du *Concours* du 20 courant, vous notez l'acheminement de la médecine vers la fonctionnarisation, voulez-vous me permettre de dire mon mot sur l'inspection médicale des écoles ?

Le ministre de l'instruction publique prépare un magnifique projet dont le résultat le plus clair sera encore de faire soigner des malades à l'œil ou presque : les bureaucrates des ministères planent si souvent au-dessus des réalités qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que leurs projets mécontentent presque tout le monde, sauf « les resquilleurs » comme on dit à Marseille.

L'inspection médicale est chose indispensable dans les grosses agglomérations et utile dans les campagnes, même lorsque, dans desr égions, aussi saines que celles où j'exerce, les enfants ont presque tous « bonne mine ».

Ici, où nous avons chacun notre secteur ; nous connaissons notre monde et le bulletin que nous envoyons comme « inspecteur d'hygiène sociale » n'est que le contrôle officiel de nos observations privées. Et je crois que personne n'y trouve à redire.

Dans les agglomérations, où exercent plusieurs médecins, ne pourrait-on généraliser le système pratiqué dans le Vaucluse où j'exerçais précédemment ? Voici ce système : Le médecin inspecteur qui trouve un enfant malade : angine, bronchite, ganglions... remet à l'enfant une carte-lettre sur laquelle il inscrit de façon généralisée l'affection incriminée : « maladie de l'appareil respiratoire », par exemple. L'enfant donne cette carte à ses parents, lesquels doivent la renvoyer à l'instituteur signée par le médecin qui soigne, a soigné ou soignera l'enfant. De la sorte, les enfants sont visités, les familles sont prévenues et s'adressent au médecin de leur choix et les praticiens ne voient pas leurs clients « chipés » par un officiel. On pourrait même faire inspecter les enfants par le médecin d'un autre canton si l'on veut une neutralité absolue.

Ne pensez-vous pas que ce procédé pourrait être étendu ? Il aurait l'énorme avantage de coûter moins cher à l'Etat, c'est-à-dire à nous contribuables que la rétribution des médecins spécialisés et fonctionnaires. Qu'on ne dise pas que ce serait obliger les familles à des frais de consultations ; bien peu se refuseraient à payer deux fois par an une consultation à leur médecin, puisqu'il y va de la santé des enfants et que, selon l'adage, « mieux vaut prévenir... »

Excusez la longueur de ma lettre et croyez à mes sentiments confraternels les meilleurs.

Dr JOURDAN.

Certes le Dr Jourdan, a raison, mais nous craignons bien qu'avec le dédain qu'affecte le Corps médical, organisé ou non, pour les questions de médecine sociale, nous ne nous réveillions avant peu ayant en face de nous une médecine fonctionnarisée, hiérarchisée et solidement installée. Voici, par exemple, ce qui se passe dans le Loiret où le Préfet et le Conseil général devancent le projet d'Inspection médicale de M. Herriot.

A la date du 24 novembre, M. le préfet du Loiret a adressé la circulaire suivante aux maires du département :

Le Conseil général, à sa dernière session, a donné son entière approbation à un projet que je lui ai soumis, comportant une réorganisation des services de la protection des enfants du premier âge, de l'Inspection médicale des écoles et de la protection de la santé publique, épidémies, désinfections, etc.

La centralisation de ces services dans les mêmes mains permettra la coordination d'efforts moraux techniques et financiers actuellement dispersés et par conséquent, voués à des résultats médiocres ; elle offrira, grâce à l'emploi de méthodes ordonnées, les garanties les meilleures pour la sauvegarde de l'enfance et la lutte contre les fléaux sociaux.

Le département sera divisé en circonscriptions sa-

◆◆

nitaires dans le cadre réadapté des anciens arrondissements : à chacune des ces circonscriptions seront attachés un ou plusieurs médecins chargés, à l'exclusion de toute clientèle, de se consacrer entièrementà la la protection de la santé publique, au fonctionnement des dispensaires antituberculeux et à l'inspection médicale des écoles ; ceux-ci seront secondés par des infirmieres visiteuses d'hygiène sociale en nombre correspondant aux besoins ; telles sont les grandes lignes qui ont inspiré le projet agréé par le conseil général.

Veiller sur la santé de nos enfants est pour nous une obligation plus impérieuse encore que celle de leur éducation. Quel profit peuvent tirer de l'éducation et de l'instruction de jeunes sujets maladifs ou condamnés, faute de soins en temps opportun ?

En 1887 a été créée dans le département une organisation à laquelle ont adhéré les communes ; l'inspection médicale était assurée par les médecins praticiens du Loiret. Il est indéniable que des résultats ont été obtenus, mais le recours exclusif à des médecins spécialisés assurerait plus de garanties réelles et permettrait d'exiger d'eux une continuité d'efforts que les obligations de la clientèle interdisent au praticien ordinaire ; il donnerait également toute l'ampleur nécessaire à la surveillance sanitaire des élèves dans le sens de la prophylaxie des maladies évitables etdans le dépistage précoce des affections qui, en atteignant l'enfance, menaçent l'homme dans son avenir,et aussi dans le contrôle du développement physique et intellectuel du jeune âge, dont le progrès s'affirme pendant la scolarité.

Les infirmières visiteuses, dont j'ai parlé, auraient à remplir un rôle d'assistantes du médecin et seraient chargées d'assurer la liaison constante entre le médecin et les instituteurs, les municipalités ,les familles.

L'assemblée départementale, toujours soucieuse de tout ce qui touche à l'intérêt social, a assumé la charge financière la plus importante ; pour le fonctionnement de ces services, elle demande aux communes une participation réduite de 6 francs par enfant fréquentant les écoles.

Les communes supportent un sacrifice autrement important pour des fournitures scolaires ; dans les plus petits budgets, la charge est particulièrement réduite.

Pour me permettre de réaliser ce projet, je vous serais reconnaissant de soumettre la question à votre Conseil municipal dans sa prochaine réunion ; vous prendrez une décision de principe : les crédits pourront être ouverts ensuite au budget de 1928.

Je compte, monsieur le maire, sur le concours dévoué que vous ne cessez de m'apporter, pour faire comprendre à votre conseil municipal tout l'intérêt qui s'attache à ce que votre commune adhère au projet départemental.

Le Préfet du Loiret.

P. GENEBRIER.

Quand l'inspection médicale des écoles, jointe à la protection des enfants du premier âge et aux services d'hygiène, fonctionnera depuis quelques années dans nos villes et nos campagnes, nous verrons naître peu après les dispensaires scolaires ; et le médecin inspecteur, au cours de ses tournées, sera tenu de donner des conseils aux mères, d'examiner et de soigner les enfants en bas-âge et les écoliers.

Puis, sous prétexte de prophylaxie, il soignera les tuberculeux,les syphilitiques et les contagieux. A cette époque qui pourrait bien être assez proche, le médecin praticien regrettera amèrement de n'avoir pas voulu s'occuper de médecine sociale et d'avoir repoussé, au nom des principes sacro-saints du traditionnalisme,la médecine collective qu'il est impuissant à empêcher de naître et de s'organiser. Alors on pourra répondre à ses plaintes :

« Vous l'avez voulu, vous l'avez voulu, Georges Dandin, vous l'avez voulu ; cela vous sied fort bien ! et vous voilà ajusté comme il faut. »

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA TÉTANIE (1)

Par J.-A. Sicard.

Messieurs,

Vous connaissez maintenant le tétanos, une des maladies les plus complètes parmi celles de la neurotropie toxi-infectieuse : complète dans sa partie expérimentale, dans sa partie clinique, dans sa partie thérapeutique ; qui a donné aux savants qui se sont penchés sur elle, toutes les joies du laboratoire, toutes les joies de la découverte, depuis la mise en évidence du bacille, de la spore, de la toxine, jusqu'à l'obtention du sérum préventif, curatif, jusqu'à la création de la vaccination pratique, grâce à l'anatoxine de Ramon. Par comparaison, envisagez la tuberculose qui s'est montrée si ingrate pour les chercheurs, et pour les hommes du laboratoire.

Mais cette conférence n'est pas destinée à la tuberculose, et c'est de la tétanie dont je vais vous entretenir, après le tétanos.

Tandis que le tétanos est une toxi-infection d'origine exogène, qui emprunte au milieu ambiant le germe tétanique, la tétanie est une auto-intoxication d'origine endogène, une auto-intoxication qui trouve son *primum movens*, sa raison d'être, dans le «laboratoire des poisons de l'organisme » comme nous le disions anciennement, avec un peu d'emphase et comme nous le disons aujourd'hui un peu plus scientifiquement : dans le déséquilibre humoral, dans le désordre momentané de la régulation de nos humeurs.

Je pense que l'on pourrait ranger dans ce même ordre d'idées la tétanie aux côtés de l'épilepsie, de l'éclampsie, de l'urémie nerveuse, maladies qui représentent également des réactions neurotropes de la série endogène et qui paraissent former un groupe de cohésion.

***

L'histoire de la tétanie va vous fixer tout le plan de cette conférence.

Arétée et Galien parlent dans leurs écrits de tétanos partiels, intermittents, évoluant chez l'enfant, et curables. Ils avaient sans doute observé là des cas de tétanie. Et c'est un fait intéressant, au point de vue de la philosophie médicale, de noter que la même maladie s'est répétée au travers de près de vingt siècles (tout comme le tétanos, du reste, voyez les écrits d'Hippocrate) sans se transformer, malgré une hygiène alimentaire, physique et climatique cependant bien différente de la nôtre à ces époques lointaines. Tant d'autres maladies se sont au contraire modifiées à travers les âges successifs !

La première étude vraiment scientifique de la tétanie est due à un interne de l'Hôpital des Enfants-Malades, à Dance (vers 1852-1853). Il fit sa thèse sur « Une contracture singulière des extrémités des membres ». Quelques années plus tard Corvisart, non pas le grand Corvisart, le médecin favori de Napoléon Ier, qui mourut en 1821, la même année que l'Empereur, mais le neveu de Corvisart, lui consacra également sa thèse sous le nom de « Tétanie » et, le premier, parla de tétanie chez l'adulte. Le nom de Tétanie fit fortune grâce au parrainage de Trousseau qui vers 1880 dans deux leçons de ses « Cliniques », qu'entre parenthèses, Messieurs, je ne saurais trop vous engager à relire, établit la notion de tétanie chez la femme enceinte et chez la nourrice ;

C'est là la première étape, l'*étape clinique.*

Voici maintenant l'étape *physiologique.* Vers 1880-82 un anatomo-physiologiste suédois Sandström, à Stockolm, découvrit de petits organes, toutes petites glandules de la grosseur, chez l'homme, d'environ une lentille, appendues par une paire externe à la face postérieure de la glande thyroïde, et par l'autre paire interne, enclavées profondément en plein tissu thyroïdien. Gley, puis Moussu, firent voir expérimentalement, que si l'on enlevait ces organes chez l'animal, chez le chien en particulier, car le lapin possède des glandulettes para-thyroïdiennes aberrantes, on développait infailliblement vers le 6e, 7e ou 8e jour consécutif à l'extirpation, des contractures chez l'animal, contractures du type tétanie. La tétanie expérimentale était ainsi réalisée par insuffisance parathyroïdienne.

Puis la dernière étape, l'*étape chimique* avec l'hypocalcémie, le déséquilibre acido-base, les variations du pH, de la réserve alcaline, l'isolement d'une substance toxique, la guanidine, et la reproduction expérimentale chez l'homme d'une

(1) Leçon sténographiée par Mme T. (semestre d'hiver 1927. Les maladies neurotropes), revue par le professeur.

tétanie minime et très passagère par l'hyperpnée, c'est-à-dire par combustion exagérée d'acide carbonique, par oxygénation intense.

***

Ce préambule vous fait déjà pressentir, Messieurs, les autres types cliniques de tétanie.

Transportez-vous à l'hôpital des Enfants-Malades et suivez un service de consultation. La tétanie est une maladie rare, il est vrai, mais il est probable que vous en rencontrerez de temps à autre un cas. Il s'agira le plus souvent d'un enfant de trois à quatre ans, au gros ventre tympanique, souvent atteint depuis plusieurs jours de diarrhée incoercible porteur de quelques signes de rachitisme, avec le chapelet costal, les nouures aux poignets, un os occipital mou et dépressible du type cranio-tabes et de souche parfois syphilitique, et ayant vécu dans des conditions de mauvais développement physique avec carence de soleil et de lumière. Cet enfant présentera les contractures caractéristiques des extrémités des membres supérieurs et inférieurs. Conseillez une série d'applications ultra-violets et la tétanie guérira chez lui rapidement.

Egalement, si quelques-uns d'entre vous ont eu l'occasion d'étudier, dans des services de gastro entérologie, ils auront pu noter l'apparition de contractures du type tétanie chez ces grands vomisseurs, dilatés de l'estomac par sténose pylorique, dont un ulcus pylorique ou un cancer dans la même région est responsable. Et si l'on confie ce retentionniste gastrique au chirurgien qui pratiquera une gastro-entérostomie, aussitôt la tétanie disparaîtra.

J'en dirai autant aux étudiants des cliniques d'accouchements. De temps à autre, — il est vrai rarement — on leur signalera des signes de tétanie chez une femme enceinte vers le 6e, 7e mois, femme souvent amaigrie, à l'œil un peu vif, au masque de grossesse très prononcé, avec quelques symptômes de basedowisme. Après l'accouchement, la tétanie ne reparaîtra pas. La glande parathyroïde si souvent sollicitée d'après les physiologistes au cours de la grossesse paraît responsable de ces états de contracture gravidique.

Enfin, si nous jetons un regard très en arrière, vers 1860, à Genève, un chirurgien de grande valeur, doublé d'un physiologiste, Reverdin nous montrera au cours de ses nombreuses opérations sur le goitre que l'ablation thyroïdienne est susceptible dans certaines circonstances de provoquer chez l'homme l'apparition des signes caractéristiques de tétanie.

Vous avez deviné qu'au cours de ces opérations de thyroïdectomie, des parathyroïdes avaient été extirpées avec une partie plus ou moins grande de glande thyroïde.

Ce n'est pas tout encore. A côté de ces types cliniques classiques, il en est un autre isolé tout récemment, une tétanie de clinique expérimentale, une tétanie, permettez-moi l'expression, de « Jeu de société » de « Jeu de salon », que vous pourrez — du moins pour quelques-uns d'entre vous — expérimenter et réaliser après cette conférence. Je dis pour quelques-uns d'entre vous, car l'expérience ne réussit que chez certains sujets ayant un comportement humoral approprié. C'est la tétanie par hyperpnée. Faites dans la position debout une série d'inspirations profondes aussi rapides, aussi rapprochées que possible — le chien qui halète — et après trois quatre minutes quelquefois davantage, d'halètement — vous serez pris d'une sensation vertigineuse, il passera un léger brouillard devant vos yeux, et vous ressentirez alors des fourmillements aux extrémités des membres supérieurs, sortes de paresthésies désagréables, qui se transformeront peu à peu en spasmes et en hypertonies des doigts et parfois de la main.

Vous aurez ainsi réalisé la tétanie par hyperpnée qui disparaîtra aussitôt que vous aurez rétabli votre équilibre respiratoire normal. Nous verrons plus tard à quel type de biologie chimique répond cette variété de tétanie : activité oxygénique, diminution carbonique.

***

Il est, Mesieurs, un chaînon symptomatique qui réunit entre elles ces différentes modalités cliniques de tétanie, ce chaînon, c'est le signe caractéristique, la contracture des extrémités, contracture qui prédomine presque toujours aux membres supérieurs. La contracture se présente suivant l'aspect clinique des doigts allongés, en fuseau, le pouce en pronation forcée, la paume de la main excavée, type de main d'accoucheur. Un aspect plus rare est celui de la main dite « aux doigts imbriqués, rappelant les tuiles d'un toit » ou encore la main de « scribe » la main qui tient une plume, pouce collé à l'index, ou également les doigts allongés, main fléchie dans la position du chien qui fait le beau, à qui l'on va donner un morceau de sucre.

Les contractures durent une heure ou deux, parfois quelques heures. Elles sont souvent douloureuses. Elles se révèlent tantôt continues, tantôt survenant par crises spontanées. On les exagère ou on les réveille en essayant mécaniquement de détendre les doigts ou les orteils. Et aussitôt après, en admettant que le spasme ne soit pas trop intense, doigts ou orteils reprennent leur situation primitive.

Un tel état de contractures intermittentes peut durer pendant quelques jours. En règle très générale, la tétanie guérit chez l'enfant ou chez l'adulte, à condition bien entendu que l'état primitif qui le conditionne ne soit pas trop grave. On

ne meurt pas de tétanie, mais on peut mourir de la maladie qui provoque la tétanie.

Il n'y a pas seulement une tétanie externe, objective, à contractures caractéristiques et à forme mineure ou majeure, tétanie minima ou tétanie maxima, il y a une *tétanie dite « interne »* : c'est la tétanie de la glotte, le spasme glottique, le *laryngo-spasme*. Un enfant pousse brusquement un cri rauque, ses yeux expriment l'angoisse, son corps se renverse en arrière, son visage devient vultueux et cyanosé, il perd connaissance il peut présenter quelques secousses toniques ou cloniques, puis revient à lui. C'est, en somme, Messieurs, tout le tableau d'une crise convulsive.

S'agit-il vraiment de tétanie interne ? Ne serait-on pas en présence de convulsions épileptiques ? Le diagnostic est d'une importance capitale. La tétanie glottique guérit et le plus souvent n'a pas de lendemain, si l'enfant est soigné suffisamment tôt par les rayons ultra-violets, le calme et les préparations phosphorées, etc... Au contraire, la crise initiatrice comitiale se répète et est le plus souvent d'un lamentable pronostic.

Comment discriminer entre eux les deux accès consécutifs? Et bien s'il s'agit de tétanie, vous pourrez mettre en évidence chez le jeune convulsif, dans les heures ou même les jours qui auront suivi la crise, l'existence d'une diathèse spasmogène, d'une constitution spasmophilique, par la recherche d'un signe capital, le *signe de Chvosteck.*

Recherchez chez votre petit malade par la *percussion du nerf facial*, soit à droite, soit à gauche, l'irritabilité, l'excitabilité de ce nerf. Celui-ci va répondre ou non à la percussion digitale ou à l'excitation par le petit marteau classique. Si la réponse est positive, vous verrez un groupe musculaire de la face se bloquer en une hypertonie nettement objective, c'est le muscle frontal qui répond après l'excitation du point inter-orbitaire (nasion) ; ce sont les élévateurs de la lèvre supérieure, le buccinateur, la risorius de Santorini qui entrent en hypercontracture si le choc porte sur la branche moyenne du nerf facial au sortir de la parotide, c'est enfin le muscle de la houppe mentonnière qui va déformer la mimique labiale inférieure ; toutes ces hypertonies réalisées en cas de diathèse spasmogène. Si le nerf facial, par contre, reste calme, insensible à l'excitation par choc, il s'agit malheureusement d'épilepsie vraie.

Cette percussion de Chvosteck (ou ses variantes que les pédiatres se sont ingéniés à multiplier), reste pour Marfan le témoin le plus important susceptible de dépister la spasmophilie chez le jeune enfant.

Marfan montre en effet que le signe de Trousseau et surtout la recherche du syndrome électrique, dont je vais vous entretenir, sont d'un contrôle beaucoup plus délicat chez le jeune enfant toujours indocile, se défendant par des cris et des contractions généralisées.

Mais chez l'adulte vous pourrez rechercher les signes de Trousseau, d'Erb, et la chromaxie.

Le signe de Trousseau consiste à appliquer un lien compresseur caoutchouté de préférence à la région supérieure du bras, cette bande élastique dont vous vous servez dans vos services pour faire saillir la veine du bras quand vous désirez faire une injection intra-veineuse ou une saignée. Sous l'excitation compressive ainsi réalisée, les nerfs médian et cubital entrent en réaction et la crise de contracture de tétanie apparaît.

Le signe d'Erb fait partie du *syndrome électrique* de la tétanie. Si, dans les intervalles des crises tétaniques, on vient à rechercher chez les sujets en puissance de diathèse spasmogène, l'excitation des nerfs et des muscles des membres supérieurs ou de ceux de la face, on note que le seuil de l'intensité du courant est ici très diminué.

Ainsi supposons une exploration électrique faite dans un cas normal et nécessitant par exemple pour provoquer la secousse musculaire une intensité de 5 à 6 milliampères ; dans un cas de tétanie, au contraire, le seuil de l'intensité sera abaissé à 2, 3 milliampères.

Par contre, si le seuil de l'intensité du courant est diminué, le seuil du temps de passage du courant (chronaxie) est augmenté. Cette augmentation de la chronaxie se rencontre, du reste, dans d'autres cas d'hypertonie de la main, dans les contractures dites physiopathiques, qui n'ont aucun rapport avec la tétanie, et au cours également de certains syndromes vaso-moteurs des membres supérieurs. Si vous voulez compléter ces études sur la chronaxie dans la tétanie ordinaire, et dans la tétanie par hyperpnée, je vous conseille de vous rendre au laboratoire de mon collègue Bourguignon, à la Salpêtrière, et aux beaux travaux de Lesné et de Turpin sur ce sujet.

***

La contracture de tétanie, le signe de Chvosteck, ainsi que les modifications électriques sont les fils conducteurs, les fils d'Ariane qui enchaînent entre eux les différents types cliniques de tétanie. Existe-t-il également un lien pathogénique commun entre les différentes tétanies ?

La réponse reste imprécise. La pathogénie de la tétanie est loin d'être élucidée. Les physiologistes, les chimistes, les biologistes, les histologistes ont revendiqué, chacun dans leur domaine, une part plus ou moins large dans l'interprétation pathogénique des faits cliniques. Je me bornerai à vous mettre sous les yeux, le dossier, les pièces du procès.

Afin de mieux fixer dans vos mémoires ces pathogénies discutées, je les ai groupées sur ce schema au tableau sous le terme de : *pathogénie des*

trois déficits : *a*) le déficit du calcium ; *b*) le déficit de l'acidose ; *c*) le déficit de l'hormone parathyroïdienne.

a) Vous savez que à l'« état normal, le calcium est fixé d'une part sur les os, les tissus, l'aorte, (entre parenthèses, triste privilège du reste que cette localisation calcique qui prédispose ce vaisseau à l'athérome) et d'autre part le calcium circule librement dans le sang à la dose de 9 à 11 centigrammes de calcium par litre. Je vous renvoie pour une étude plus précise du calcium dans l'économie aux belles recherches sur ce sujet de MM. P.-M. Weil et Guillaumin. Or, dans les états tétaniques, surtout chez l'enfant, le calcium est toujours diminué. C'est une loi qui, d'après Marfan, ne souffre pas d'exception au cours de la tétanie dans le jeune âge. Pourquoi cette hypocalcium, ce déficit du calcium ? Imprécision à ce sujet. Le calcium est une substance modératrice du système nerveux. Le sodium excitatrice au contraire. On a dit que le sodium chassait le calcium. On a dit encore que l'insuffisance hypophysaire tenait sous sa dépendance le métabolisme du calcium, que le déficit de l'hormone parathyroïdien entraînait la rupture de ce métabolisme au détriment du calcium, etc..

b) Le déficit de l'acidose du sang aurait été également retrouvé fréquemment au cours des états de tétanie. Cette partie pathogénique, Messieurs, est d'une explication compliquée, et je vous renvoie au cours de mon collègue Marcel Labbé beaucoup plus compétent que moi à ce sujet. Je vous demanderai seulement de retenir qu'il existe pour nos humeurs un équilibre acido-base, et que si l'on représente, l'acidité par les ions acides H + et l'alcalanite par les ions basiques HO —, à l'état normal acidité égale en puissance alcalinité c'est-à-dire neutralité. Cette neutralité est représentée par le chiffre de pH (puissance en ions hydrogène). A l'état normal, pH équivaut à un chiffre qui d'après certains calculs dont je n'ai pas à vous parler, se traduit par 7. Toujours à l'état normal le pH ne varie que peu entre 7 et 7,3. Dans les états de tétanie l'acidité diminue, l'alcalinité augmente, il y a hyperalcalose et le pH augmente d'autant jusqu'à 7,5, 7,6 parfois. En même temps, la réserve alcaline qui normalement varie entre 50 et 60 environ peut s'amplifier jusqu'à 70, 80 et même davantage. Au cas de tétanie par hyperpnée, l'acide carbonique est brûlé, consommé rapidement, il se fait un déficit acide, augmentation de l'alcalose, et c'est ainsi que l'on explique la genèse de cette tétanie spéciale.

c) On a encore invoqué l'insuffisance parathyroïdienne. L'hormone parathyroïdienne assure, à l'état normal, le mécanisme régulateur du calcium et de l'équilibre acide-base, d'où lorsqu'il y a insuffisance hormonique parathyroïdienne, parathyroïdoprive (prive = privation de suc parathyroïdien), il se fait une rupture de cet équilibre. L'état pathologique fait alors place à l'état physiologique.

Une dernière pathogénie, Messieurs, la pathogénie de l'intoxication par la guanidine... « Le « guano » est un engrais composé d'excréments des oiseaux de mer. Certains biologistes ont démontré que l'injection d'une substance extraite de ce guano (la guanidine) provoquait chez certains animaux à qui on l'injectait des contractures du type tétanique. Une substance voisine aurait été retrouvée et isolée dans le sang des sujets atteints de tétanie. On pense qu'il s'agit d'un produit de la série albuminoïde ou protéide incomplètement brûlé, oxydé et s'arrêtant en chemin à une étape intermédiaire sans transformation finale en urée.

Vous voyez, Messieurs, comme toutes ces théories sont encore hypothétiques, comme elles manquent de cohésion entre elles et comme elles ont besoin de recherches et de vérifications nouvelles.

Mais il demeure ceci : qu'il existe au cours de la tétanie des perturbations humorales, un branle-bas humoral, un choc, une clasie, dans le sens où l'entendent le Pr Widal et ses collaborateurs, et que la contracture spéciale des extrémités est l'aboutissant clinique de cette rupture humorale, tout comme l'asthme, l'urticaire, la migraine, dénoncent également cliniquement certains autres orages humoraux.

Mais ici, le choc, ainsi déclanché, va sous des influences que du reste nous saisissons mal, se fixer par un tropisme, une taxie, une phylie spéciales, non pas sur le système nerveux central, mais sur les nerfs périphériques, dont il exaltera la susceptibilité et l'irritabilité. Je dis « appétence » pour les nerfs périphériques » et non pour les centres nerveux, car si l'on a pu, pour la tétanie, émettre l'hypothèse pathogénique d'une réaction sur le corps strié, — ce département mésocéphalique actuellement bon à tout faire — cette orientation strio-pallidée reste très hypothétique et non prouvée.

C'est pourquoi, à mon avis, la contracture tétanique peut être considérée comme étant le résultat d'un choc neurotrope frappant le système nerveux périphérique.

Et la thérapeutique va se plier à cette définition. Je suis persuadé pour mon compte qu'au moins chez l'adulte, les thérapeutiques de désensibilisation auront pour la plupart une influence favorable.

Que l'on injecte par voie veineuse du chlorure de calcium, du citrate de soude, ou même du bicarbonate de soude, comme nous l'avons fait avec Paraf et Mayer chez l'adulte (médicament cependant qui provoquerait, pour certains auteurs, l'apparition de la tétanie) on obtiendra

chez les sujets en puissance de tétanie les résultats les plus favorables.

Les rayons ultra-violets eux-mêmes qui agissent remarquablement chez l'enfant surtout quand la tétanie s'associe à des signes de la série rachitique ne sont-il pas des facteurs puissants d'hémoclasie légère et répétée se révélant comme facteurs de désensibilisation ?

Le problème pathogénique est posé. Il n'est pas encore définitivement résolu.

L'ESSENTIEL SUR LA SURDITÉ-MUTITÉ (1)

Par Mlle le Docteur Henriette HOFFER

Professeur de l'Université de Paris.

I

Qu'est-ce qu'un sourd-muet ?

C'est un sujet privé complètement ou presque complètement, dès sa naissance ou au cours de ses premières années, d'un sens essentiel : l'ouïe, mais dont les facultés cérébrales et les autres sens se rapprochent de la normale. (G. de Parrel).

L'*enfant est muet parce qu'il est sourd.* Ne percevant pas la parole, il ne peut ni en imiter, ni en reproduire les gestes et les sons.

Evidemment le mutisme n'accompagne la surdité que chez les enfants nés sourds ou chez ceux qui le sont devenus en bas âge, avant qu'ils ne possèdent un vocabulaire étendu, c'est-à-dire avant 6 ou 7 ans environ. L'enfant sain arrive au monde muet ; si son audition est normale, il se démutise progressivement. Or, comment se fait cette *démutisation* qualifiée de « naturelle » ? Le bébé entend, ensuite il écoute et dans un gazouillis charmant imite imparfaitement l'ensemble de la musique que forment les mots à son oreille sans savoir encore qu'un mot correspond à une idée ou à un objet. Plus tard seulement, il prend possession du monde extérieur en donnant un nom aux êtres et aux choses, le même mot désignant d'ailleurs bien des choses différentes.

Chez l'enfant dont l'audition est déficiente ou absente, cette démutisation ne se fait pas : le bébé sourd reste muet. Au contraire, si la surdité arrive après que l'enfant a acquis sa langue maternelle, à un âge où son vocabulaire est déjà très important (après 7 ans environ), l'enfant continue à parler plus ou moins correctement : il est *démutisé,*

Il faut néanmoins le suivre de très près sous peine de le voir perdre une prononciation correcte qu'il ne peut plus contrôler lui-même. En d'autres termes, chez un enfant de 6 à 9 ans qui devient sourd, le langage est acquis, mais n'est pas fixé.

Grâce aux méthodes d'éducation moderne, la plus grande partie des sourds de naissance sont démutisés. Il n'y a plus d'écoles de sourds-muets, du moins à notre connaissance, où l'on apprenne aux sourds officiellement le langage des signes. Tous ceux qui, actuellement, communiquent entre eux par la mimique sont des adultes éduqués dans leur jeunesse par la méthode de l'Abbé de l'Epée ou des enfants ayant appris ce langage par gestes, d'autres enfants qui en font usage à l'insu des maîtres.

Etiologie et Pathogénie de la surdi-mutité.

Suivant la classification adoptée par le Dr G. de Parrel (1), nous diviserons les surdi-mutités en :

1° *Surdi-mutités héréditaires,* prénatales ou post-natales, comprenant tous les cas où le facteur hérédité joue un rôle direct ou indirect, qu'il s'agisse par exemple de contagion syphilitique directe, ou d'hérédité plus lointaine déterminant des lésions de l'appareil auditif sans qu'on puisse trouver le tréponème.

2° *Surdités acquises.*

I. Surdi-mutités héréditaires. Rôle de la syphilis.

Si nous envisageons les surdi-mutités héréditaires, nous n'hésiterons pas à proclamer que la responsabilité en incombe le plus fréquemment à la syphilis. « N'en parlons jamais, mais pensons-y toujours ». Dans le cas de surdi-mutité, c'est faire œuvre de clairvoyance que d'y penser toujours. Les statistiques précises manquent à ce sujet, les examens sérologiques chez les parents et les enfants ne sont pas pratiqués en général ; d'ailleurs le Wassermann est le plus souvent négatif chez le petit hérédo-syphilitique, mais tous ceux qui ont étudié la question de la surdi-mutité héréditaire sont d'accord pour penser que le facteur spécifique est plus fréquent qu'on ne l'a d'abord cru.

Disons en passant combien il serait opportun de faire un effort plus important qu'on ne l'a fait jusqu'ici pour dépister la syphilis infantile dans

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique* du Dr DE PARREL.

(1) *Les Sourds-muets.* Presses Universitaires, 49, boulevard Saint-Michel, en collaboration avec Madame Georges LAMARQUE.

les consultations de puériculture et surtout à l'école.

Si l'on semble d'accord aujourd'hui pour ne pas sous-estimer l'importance de la syphilis dans l'étiologie de la surdi-mutité, on paraît réduit à des hypothèses en ce qui concerne le mode d'action de l'hérédo-syphilis sur l'appareil acoustique.

Le Professeur Portmann pense à une altération vasculaire spécifique, au moins dans le cas de surdité bilatérale brusque avec intégrité de l'oreille moyenne.

Cette altération vasculaire spécifique déterminerait une hémorragie entraînant une véritable section physiologique en un point quelconque du système cochléo-cortical.

Dans le cas de surdité progressive, il s'agit non plus d'hémorragie mais de lésions dégénératives du labyrinthe membraneux et du nerf auditif : les lésions peuvent être plus ou moins graves, depuis le simple processus hyperémique dont le pronostic est bénin jusqu'à des lésions très profondes avec atrophie de l'organe du Corti, des cellules auditives, du nerf cochléare.

Consanguinité.

De quels maux ne l'a-t-on pas chargée ? Pour les uns ne serait-elle pas la cause de la plupart des dégénérescences dans certaines familles princières, dans certaines races, dans certaines populations montagnardes isolées ? Et en face de ces affirmations, que penser au contraire de l'opinion diamétralement opposée qui soutient que les mariages consanguins améliorent généralement la descendance par le développement des qualités et la neutralisation des défauts ? Le problème n'est pas résolu.

En tous cas, il convient de faire remarquer que lorsque les deux conjoints sont sains, la consanguinité n'offre pas, en général, de danger pour la descendance. En revanche, l'observation paraît montrer qu'elle aggrave les tares qui existent.

Surdité familiale.

La surdité familiale joue un rôle non douteux dans l'étiologie de la surdi-mutité, mais qui semble moins important que celui de la syphilis et de la consanguinité. Lorsqu'on dépouille de nombreux dossiers généalogiques, on découvre chez les descendants de sourds de nombreux durs d'oreilles, mais pas de vrais sourds-muets. D'autre part, il est à noter que dans la surdité familiale l'imprégnation morbide peut épargner une génération toute entière.

De toutes les statistiques publiées et dont certaines portent sur des milliers de cas, il ressort clairement que les parents sourds peuvent transmettre leur infirmité à leurs enfants et ceci soulève un problème très délicat, celui du mariage des sourds-muets. A l'heure actuelle, il est pratiquement insoluble, l'organisation de la prophylaxie sociale n'ayant point encore atteint un degré suffisant de maturité pour qu'une réglementation soit établie sur une base solide.

La question a été traitée dans toute son ampleur par de Parrel et Mme Georges Lamarque dans leur remarquable ouvrage sur les *Sourds-muets* (Voir ch. XIV, p. 350 et suiv.). Nous y renvoyons les lecteurs qui désireraient se documenter sur ce point particulier.

Causes de dégénérescences et de dystrophies.

Nous ne ferons que les citer. Qu'il s'agisse de névropathie, d'alcoolisme, de tuberculose ou de rachitisme, tous les médecins ont, hélas ! constaté les dégénérescences qu'elles occasionnent et la surdi-mutité compte parmi les plus mutilantes. Quant aux lésions endocriniennes, elles portent rarement seules la responsabilité de cas de surdi-mutité. En général, on les voit accompagner des désordres mentaux graves et il s'agit dans ce cas non plus des sourds-muets, sains d'esprit, que nous rééduquons, mais de malades dont les facultés intellectuelles sont plus ou moins diminuées.

Traumatismes maternels.

Dans certains cas de surdi-mutité on ne trouve à incriminer d'autre facteur que celui de traumatisme physique ou moral subi par la mère pendant la grossesse.

On peut penser que ces chocs agissent en ébranlant le système nerveux et en troublant la circulation fœtale, ce qui provoque des arrêts dans le développement des labyrinthes et des centres corticaux.

II. Surdi-mutités acquises.

Origine traumatique.

Le traumatisme peut se produire au cours d'un accouchement difficile, à la suite d'une application de forceps par exemple, avec compression de l'encéphale et hémorragie méningée.

Dans la première enfance, une chute ou des coups sur la tête peuvent également causer des surdités par fracture du rocher.

Disons tout de suite que les surdités d'origine traumatique sont rares. Le facteur infection est autrement important.

Origine infectieuse.
Otite latente du nourrisson.

En ce qui concerne l'origine infectieuse de la surdi-mutité acquise, nous ne saurions mieux faire que de rappeler l'étude clinique présentée par Le Mée au Congrès International d'Otologie de juillet 1922 sur l'otite latente et l'otite méconnue chez le nourrisson et dans la première enfance.

Cette otite latente, dit en substance Le Mée, s'observe surtout au début des maladies érupti-

ves et seul l'examen du tympan peut le révéler.

Souvent les symptômes otitiques passent entièrement inaperçus ; ils sont masqués par les symptômes généraux beaucoup plus bruyants. Dans les cas favorables le tympan cède à la pression du pus qui s'écoule à l'extérieur.

Souvent, au contraire, le pus séjourne dans la caisse et produit des destructions irrémédiables dont l'entourage ne connaîtra les tristes séquelles que beaucoup plus tard. L'infection de l'oreille moyenne, hélas ! fréquente chez le nourrisson, est favorisée par la béance de la trompe d'Eustache pendant les premiers mois de l'existence et par la présence d'une sorte de bouchon gélatineux dans la caisse du tympan, excellent milieu de culture pour les microbes.

Méningite cérébro-spinale.

C'est la « grande pourvoyeuse » de la surdi-mutité, même dans les cas où l'on a pu immédiatement appliquer le traitement sérothérapique. L'infection descend par le conduit auditif interne ; puis l'infiltration se poursuit, traverse la lame criblée pour atteindre le limaçon et le vestibule. La destruction anatomique peut être totale. Parfois cependant, elle n'est que partielle. Si l'enfant a moins de 5 ans, il devient sourd-muet.

Convulsions.

Dans l'histoire des antécédents personnels du sourd-muet, on relève souvent des convulsions. Reste à découvrir l'étiologie de ces dernières : infection, lésions des centres nerveux, intoxication, traumatismes craniens, lésions cérébrales, méningites, tumeurs, etc.

C'est à l'une de ces causes qu'il faut attribuer à la fois les convulsions et les désordres qui peuvent se produire en un point quelconque du secteur oto-encéphalique, désordres amenant la surdité.

Autres infections.

La fièvre typhoïde, la grippe infectieuse, les oreillons, l'ostéomyélite, la leucémie et, parmi les fièvres éruptives, surtout la scarlatine, représentent un péril menaçant pour l'appareil auditif.

Nous ne saurions trop attirer l'attention du praticien sur la nécessité de regarder systématiquement le tympan des enfants soignés pour des cas de grippe et de scarlatine afin de pouvoir faire à temps une paracentèse qui sauvera le capital auditif de l'enfant.

Pourcentage.

Y a-t-il beaucoup de sourds-muets ?

D'après l'ouvrage si documenté et si riche en observations du Dr de Parrel et de Mme Lamarque, que nous avons déjà plusieurs fois cité, le pourcentage moyen des sourds-muets en France aussi bien qu'à l'étranger s'élève à 1 pour 1000 habitants, soit environ 36.000 sourds-muets pour la France.

Leur nombre est assez important pour leur permettre, à eux qui ont été autrefois si isolés, de former des associations nombreuses, des sociétés de défense et d'entr'aide, des groupements sportifs.

Psychologie du sourd-muet.

Nous voudrions faire justice de l'opinion trop fréquemment émise par ceux qui ne connaissent pas les sourds-muets, que ceux-ci sont moins intelligents que les entendants. Il n'en est rien ; on rencontre pami les sourds-muets des hommes et des femmes remarquables par l'intelligence, le talent : des écrivains, des peintres, des sculpteurs, etc. Quant à la masse des autres, leur moyenne intellectuelle est en tous points comparable à celle des entendants, compte tenu des obstacles qu'apporte leur déficience auditive à l'acquisition des connaissances utiles et à l'échange de leurs idées.

Au point de vue du caractère on se représente trop facilement le sourd-muet comme un être triste, isolé, fuyant la société. Qu'il en soit par fois ainsi, c'est possible, mais la plupart des sourds-muets que nous connaissons sont gais, ouverts, affectueux. Il ne faut pas confondre avec les sourds-muets, les adultes devenus sourds. Tout autre est la mentalité de ces derniers : méfiants, pensant sans cesse qu'ils sont ridicules, ils fuient la société, deviennent mélancoliques, alors que le sourd de naissance, au contraire, a su bien s'adapter et se résigner à son infirmité.

La psychologie de l'enfant sourd-muet diffère d'ailleurs de celle de l'adulte. Mais ici le problème est plus complexe : il s'agit en effet, le plus souvent, d'enfants gâtés par leurs parents à cause de leur infirmité et rendus insupportables par suite de leur mauvaise éducation familiale.

Il faut pour les apprivoiser beaucoup de patience et de douceur, mais quand on a réussi à capter leur confiance, ils s'attachent d'autant plus à leur maître qu'ils sentent plus ou moins consciemment que celui-ci leur est indispensable.

Cette démutisation est pour le médecin qui l'accomplit une œuvre des plus attachantes et la source de grandes satisfactions morales. Avec de la patience, de la ténacité, du dévouement et une connaissance approfondie des données de la phonétique moderne, on obtient des résultats remarquables. La technique médico-pédagogique est aujourd'hui en pleine évolution ; les récents progrès qu'elle vient de réaliser dépassent toutes les espérances ; le sourd-muet sort de sa prison, il comprend et se fait comprendre, subvient à ses besoins et vit libre par son travail.

Résumé.

Nous ne saurions mieux faire pour résumer les notions que nous venons d'exposer sur les causes de la surdité que de reproduire ici le tableau synoptique dressé par G. de Parrel.

Tableau synoptique de l'étiologie et de la pathogénie de la surdi-mutité.

Surdi-mutités héréditaires.	*Hérédo-syphilis*	Ostéite de la capsule périotique ou du conduit auditif interne. Section physiologique par hémorragie. Neuro-labyrinthites, gommes. Névrites acoustiques ascendantes ou descendantes. Méningites. — Hyperostoses.
	Consanguinité	Surtout si l'un des conjoints ou les deux sont porteurs de tares auditives ou autres (folie, alcoolisme, syphilis).
	Surdité familiale	Rôle non douteux, mais la surdi-mutité est la plus rare des formes cliniques de surdité familiale.
	Causes de dégénérescence et de dystrophie	Névropathie. — Alcoolisme. Tuberculose. — Rachitisme. Taudis. Lésions endocriniennes. Hérédité syphilitique.
	Traumatismes maternels	Arrêts ou troubles du développement des organes périphériques ou centraux de l'audition.
Surdi-mutités acquises.	*Natales*	Infection de la caisse au cours de l'accouchement. Traumatismes du crâne par manœuvres obstétricales.
	Traumatiques	Chute sur la tête. Commotions. Coups.
	Infectieuses	Otites et rhino-pharyngites du nourrisson. Méningite cérébro-spinale. Convulsions et états méningés. Labyrinthites bilatérales. (Scarlatine, fièvres éruptives, typhoïde, etc.). Otites moyennes suppurées avec envahissement de l'oreille interne.
	Compressives	Compression du nerf auditif par tumeurs ponto-cérébelleuses.

ÉLÉMENTS DE MYCOLOGIE

Les champignons.

De cette causerie sur les champignons, je n'ai point l'intention de faire un article scientifique. Elle ne s'adresse point aux mycologues, mais uniquement à ceux de nos confrères, que peut intéresser une documentation rudimentaire mais pratique sur la question.

C'est pourquoi je ne m'occuperai point des infiniment petits qui sont les éléments actifs des fabrications des vins, des bières, des levures, ni de ceux qui sont les germes des maladies: muguet, actinomycose, etc., que chacun connaît, ni même de l'ergot de seigle toujours utilisé dans la pratique du notre art.

Je parlerai seulement de ces végétaux vulgairement connus sous le nom de champignons, qui présentent des variétés infinies de formes et de couleurs, depuis les nuances les plus tendres jusqu'aux teintes les plus vives, dont quelques-uns doivent être absolument rejetés comme mortels ou dangereux, mais dont beaucoup ajoutent par leur cueillette aux charmes de nos premenades de printemps et d'automne à travers les bois et les champs, et ajoutent aussi aux menus de nos tables des mets très savoureux dont la valeur nutritive n'est point à dédaigner.

Il existe en Russie et en Pologne des contrées où les campagnards pendant des mois, se nourrissent exclusivement de champignons. Paul Dumée cite le cas d'un paysan de Thuringe, mort centenaire, qui, pendant 30 ans, avait vécu uniquement de champignons.

On pourrait multiplier les exemples.

Les idées que je présente au lecteur sont celles de M. Fernand Guéguen, docteur es sciences,

jadis professeur agrégé à l'école supérieure de pharmacie de Paris, qui me les communiqua au cours de promenades dans les diverses forêts des environs de Paris, où nous avions la bonne fortune de trouver d'innombrables variétés de champignons, promenades instructives et pleines de charme, auxquelles sa mort prématurée est venue mettre fin.

Ces idées sont développées dans le remarquable ouvrage de Paul Dumée (1).

***

Comment naissent les champignons

Les champignons naissent d'une graine appelée spore, qui, disons-le tout de suite, selon la place qu'elle occupe dans le sujet, est la base de classement des groupes renfermant les espèces comprises dans cette étude limitée. La couleur des spores examinées au microscope servira également à classer les espèces.

La spore déposée sur le sol germe et émet autour d'elle des filaments très fins, entrelacés, enchevêtrés, qu'on appelle le *mycelium*, lesquels dans des conditions climatériques favorables s'étendent progressivement, formant un cercle autour du point de départ. A mesure que ce mycelium s'étend il forme des zones concentriques de plus en plus espacées les unes des autres, et pouvant aller très loin.

C'est ce mycelium, qui en définitive produit les fruits. C'est-à-dire les jeunes champignons. C'est sur ses filaments que ceux-ci naissent, comme les rejetons sortent parfois à grande distance sur les racines de certains arbres. Qui n'a pas vu sortir de ces tiges sur le trajet des racines de pruniers dans les vergers, des racines de peupliers, acacias, mimosas, etc., dans les bois.

On comprendra par suite que l'on constate la disposition en cercles des poussées de champignons. Cercles s'agrandissant d'années en années, car le mycelium peut vivre pendant des années. Il peut s'abstenir pendant une ou plusieurs années de produire des fruits, si les conditions de chaleur et d'humidité ne se rencontrent pas comme il le faudrait pour la production. Ce qui explique l'abondance des champignons certaines années et leur rareté dans d'autres.

La propagation du mycelium peut présenter des lacunes, ce qui fait que la poussée des sujets ne se fait pas uniformément sur les zones circulaires.

A mesure que le cercle envahi par le mycelium s'étend, le centre de celui-ci s'atrophie autour de la spore disparue et meurt. On ne trouvera donc plus de champignons dans la région centrale.

(1) Edité par Léon Lhomme 3 rue Corneille.

Ce que nous venons d'exposer pour les champignons vivant sur le sol s'applique absolument aux champignons parasites des arbres.

Les uns s'attaquent aux arbres morts tels le Merulius Lacrymans qui détruit les boiseries et les parquets. Les autres, les divers polypores, s'attaquent aux arbres vivants.

Par la plus simple blessure d'un arbre une spore pénètre, elle germe, et son mycelium s'étend comme uen terre dans les tissus qu'il dévore.

L'arbre est condamné à plus ou moins brève échéance selon la vigueur de ce mycelium destructeur, et aussi selon le nombre des ennemis (souvent plusieurs) qui viennent concourir à cette œuvre mortelle.

***

Classement sommaire du champignon

Les champignons qui nous occupent d'après les limites que nous nous sommes tracées se classent en quatre grands groupes.

1er groupe. — Hyménomycètes.

Les Hyménomycètes sont ainsi nommés parce qu'ils possèdent un Hyménium, c'est-à-dire un appareil porte-spores, en communication avec l'extérieur.

Ce groupe, dans lequel rentrent la plupart des champignons intéressants, comprend plusieurs familles.

A. Les Agaricinées, dans lesquelles les spores sont contenues dans un hyménium constitué par des lames ou feuillets placés sous lechapeau.

Il suffit de les placer la convexité du chapeau en haut sur une feuille de papier blanc, pour voir au bout de peu de temps des spores tombées sur le papier.

Dans les agaricinées il y a des espèces à spores blanches *Leucosporées* telles que Amanites, — lépiotes, — tricholomes, — clitocybes, — lactaires, — russules, — collybies, — pleurotes, — chanterelles, marasmes, — armillaires.

Des espèces à spores roses : *Rhodosporées* telles que les volvaires, — les entolomes, — les clitopiles.

Des espèces à spores ochre : *Ochrosporées* telles que les cortinaires, — les paxilles.

Des espèces à spores noires : *Melanosporées* telles que les pratelles, — les coprins.

B. Les Polyporées qui ont l'hyménuim sous le chapeau et constitué par des tubes : exemple: les cèpes, les polypores, la fistuline.

C. Les Hydnées dont l'hyménium est constitué par des cônes portant les spores à leur surface. Exemple : Hydnum répandum.

D. Les auriculaires dont l'hyménium est poreux : Exemple : craterellus cornucopioïdes.

E. Les Clavariées dont l'hyménium est en forme de rameaux, comme du corail, à la surface desquels sont les spores. Exemple : les clavaires.

F. Les Trémellacées portant leur hyménium sur leur surface gélatineuse. Exemple : les tremelles.

2e groupe. — Discomycètes

Les Discomycètes tirent leur nom de ce qu'ils sont en forme de disques. Ils ont leur hyménium constitué par de grandes cellules allongées et juxtaposées appelées thèques ou asques, dans lesquelles se trouvent les spores.

Sous un choc ou une pression, ces spores s'échappent comme un jet de poussière.

Les principales familles de ce groupe sont :

a) Les morilles ;

b) Les pezizes ;

c) Les helvelles.

3e groupe. — Gastromycètes.

Les Gastromycètes sont en forme de ballons, de ventres dont les spores sont à l'intérieur. On trouve dans ce groupe les Lycoperdon, vulgairement nommées vesses de loup.

4e groupe. — Tuberomycètes (appelés aussi tubéracées).

Les Tuberomycètes sont des champignons souterrains dont les spores sont à l'intérieur sur des thèques.

La truffe est un exemple bien connu.

***

Tous les champignons ne sont pas susceptibles d'être mangés. Chaque année d'abondance, les décès par empoisonnements dus aux champignons se chiffrent par milliers.

Ces empoisonnements se produisent chez des personnes, qui, ne connaissant rien aux champignons, veulent en cueillir quand même, et pour cela se fient à des erreurs répandues dans le public, et auxquelles elles croient comme à des dogmes.

Les erreurs

Parmi ces erreurs, on peut citer les suivantes :

« On peut manger un champignon qui a une bague ».

Or tous les champignons mortels ont une bague, à part la volvaria speciosa.

« On peut manger un champignon rongé par les vers, qui eux sont guidés par leur instinct ».

Il est connu que des chenilles telles que celles des sphinx de l'Euphorbe et du laurier-rose mangent ces plantes qui empoisonneraient les humains.

« On peut manger un champignon dont le dessous est rose ».

C'est vrai pour la pratella compestris (le champignon de couche) mais la volvaria speciosa qui est d'un rose bien plus vif est mortelle.

Enfin cette erreur d'autant plus terrible qu'on en fait un criterium.

« Mettez une pièce d'argent à bouillir avec les champignons. Si elle ne noircit pas, c'est qu'ils sont bons ».

Prenez les champignons mortels, ajoutez-y même encore du poison, la pièce ne noircira pas si les champignons sont jeunes, et par suite ne contiennent pas de soufre. Elle noircira au contraire pareillement avec les champignons comestibles et les champignons mortels lorsque ces champignons sont vieux et renferment du soufre.

Champignons mortels

Les champignons mortels ne sont pas nombreux en France.

On n'en compte que cinq ou six et un vénéneux pouvant produire de graves accidents.

Il y en a bien d'autres qu'il faut se garder de manger, mais dont les méfaits se borneraient à des coliques ou à des violentes indigestions.

Les champignons mortels sont :

Amanita phalloïdes.

Amanita citrina.

Amanita verna.

Amanita pantherina (peu riche en phalline pourrait être mortelle).

Volvaria speciosa, Volvaria gloïocephala (qui sont des amanites à spores roses).

Ils appartiennent donc tous au genre des amanites.

***

Amanita phalloïdes
(*amanite phalloïde*)

Elle cause à elle seule la presque totalité des empoisonnements.

Avec quoi la confond-on ? je me le demande.

C'est un champignon assez grand pouvant atteindre une dizaine de centimètres de largeur du chapeau dont le dessus est tantôt verdâtre, tantôt brun verdâtre, tantôt d'un jaune verdâtre presque blanc surtout sur les bords.

Les feuillets sous le chapeau sont blancs.

Le pied est à peu près égal comme longueur à la largeur du chapeau, il porte une bague et est muni d'*une volve très apparente.* Les spores sont blanches.

Amanita citrina
(*amanite citrine*)

Cette amanite présente un chapeau convexe d'une jolie couleur citron, ou jaune-paille parfois très claire, parsemé d'un certain nombre de petites taches blanchâtres ou grisâtres surélevées, qui sont des débris du bord de la volve. Ce chapeau, d'une largeur de 5 à 8 centimètres, porte en dessous des feuillets blancs.

Le pied est muni d'une bague. Il est sensiblement renflé en bas *dans l'intérieur de la volve.*

Les spores sont blanches. Ne pas confondre ce champignon avec une pratelle jeune dont le dessous ne serait pas encore rose.

Amanita pantherina

(*amanita panthere*)

Chapeau de 6 à 8 centimètres, convexe d'une couleur tantôt chocolatée, tantôt brun verdâtre, présentant sur le dessus des taches blanches provenant des débris de la volve.

Les feuillets sont blancs.

Le pied portant une bague présente cette particularité d'avoir *au-dessus de la volve* un bourrelet simulant une deuxième bague. Les spores sont blanches.

Quoique peu riche en phalline, pourrait être mortelle en en mangeant beaucoup. Elle porterait à six le nombre des champignons mortels.

Amanita verna

(*amanite printannière*)

Amanita verna vient non seulement en automne, mais aussi au printemps. d'où son nom. Elle est extrêmement vénéneuse. Le chapeau blanchâtre n'est que légèrement convexe, il devient vite plat en se développant et même en cupule.

Les feuillets sont blancs.

Le pied un peu plus mince en haut qu'en bas porte une bague. *Volve très apparente.*

Les spores sont blanches.

Volvaria speciosa

(*volvaria élégante*)

De forme en effet élégante et dégagée, elle présente un chapeau d'un blanc légèrement gris, d'un diamètre de 5 à 6 centimètres, et un peu conique mais qui devient plat en se développant.

Les lamelles sont d'un joli rose vif et laissent autour du pied un sillon libre assez visible.

Le pied est plutôt un peu long et sans collier Il est muni d'une très *forte volve.*

Les spores sont roses.

CHAMPIGNON VÉNÉNEUX.

Amanita muscaria

(*fausse oronge, amanita tue mouches*)

Très différente des espèces précédentes dont l'élément mortel est la phalline, celle-ci contient un autre poison : la muscarine.

Elle ressemble à l'orange vraie : amanita cæsarea avec laquelle il ne faudrait pas la confondre.

Souvent elle atteint d'assez grandes proportions : 8 à 10 centimètres de diamètre. Le chapeau, convexe, est d'un rouge vermillon ou orange et recouvert d'un grand nombre de points blancs provenant des débris de la volve.

Les feuillets sont blancs. Le pied est muni d'un collier et à sa base on trouve une *volve* non plus entière comme dans les espèces ci-dessus, mais consistant en bourrelets inégaux et superposés qui sont les débris de la volve dont le reste est collé sur le chapeau.

Les spores sont blanches.

Il y a lieu d'insister ici sur les différences qui permettent de la distinguer sûrement de l'amanita cœsarea, oronge vraie, régal des Césars, qui est excellente.

1° L'oronge vraie a un chapeau rouge orange lisse et brillant, *sans aucune tache blanche.*

(Il est vrai que quand la fausse oronge a été abondamment lavée par les pluies et balayée par les fougères, les taches peuvent disparaître, mais on constate leur manque dans les tissus de la volve, réduite comme on a vu plus haut.)

2° Les feuillets, le collier, le pied sont jaunes. tandis qu'ils sont blancs dans la fausse (moyen, mnémotechnique : l'or vaut mieux que l'argent).

3° La volve de l'oronge vraie est considérable, remontant haut et intacte, n'ayant rien cédé au chapeau.

***

Tous les champignons que nous venons de citer comme mortels ont une volve. Ils naissent en quelque sorte chaussés dans un cornet en forme de cupule découpée qui enveloppe la base du pied.

En admettant comme un principe inviolable de ne jamais manger un champignon naissant dans une volve, il pourrait arriver de manger des espèces capables de produire des troubles digestifs violents, mais on serait à l'abri des accidents mortels Evidemment cela priverait de certaines espèces qui tout en ayant une volve sont comestibles, mais, qui, l'oronge vraie mise à part, ne présentent qu'un intérêt bien relatif.

Si d'ailleurs on veut faire une unique exception en faveur de l'oronge vraie, qui n'a de ressemblance qu'avec sa vilaine sœur, la fausse dont nous avons indiqué plus haut les moyens de la différencier, il ne restera rien de bien fameux à regretter.

Il y a des mycologues, qui prétendent qu'après avoir fait bouillir longtemps les champignons, ou les avoir fait macérer dans de l'eau salée, on les a débarrassés de leur poison et qu'on peut manger toutes les espèces. Il ne viendrait guère à l'idée de se livrer à cette expérience sur des plantes. Pourquoi la tenter sur des champignons ? Peut-être réussirait-elle à quelques personnes, mais elle amènerait souvent de tristes résultats. On ne joue pas avec le poison.

Pour savoir, en cueillant un champignon, s'il possède une volve il ne faut pas briser le pied. Il

faut l'arracher complètement, puisque c'est à la base même que, se trouve la volve.

Il arrive parfois que le pied se rompt malgré les précautions, mais c'est généralement dans la volve elle-même, que se fait la rupture, et en regardant au fond du trou on aperçoit la volve qui est restée.

Dans une prochaine conversation nous dirons comment agissent les champignons mortels ou vénéneux, et ce qu'il faut faire en cas d'empoisonnement. Puis nous citerons un certain nombre des espèces comestibles avec leur description.

Dr A DE LA ROCHEFORDIERE
Paris.

La Tribune médico-scientifique des Abonnés

CURE AMBULATOIRE DES BARTHOLINITES

Par le Dr LORAIN, de Paris.

La bartholinite constitue une complication toujours ennuyeuse de l'infection gonococcique ; aiguë elle est extrêmement douloureuse et gênante pour la malade, chronique, c'est pour le gonocoque un repaire particulièrement difficile à pésinfecter.

Nombreuses sont les malades qui présentent une infection latente pendant des années. Une simple gêne au niveau de la glande leur rappelle à peine la présence de ce foyer microbien. Mais de temps à autre une nouvelle poussée subaiguë ou même aiguë vient démontrer la virulence toujours grande des diplocoques qui l'habitent.

On voit d'ici le danger continuel d'un pareil foyer, tant pour la malade elle-même capable d'infecter à nouveau les diverses portions de son appareil génital que pour l'homme qui a des rapports avec elle.

Le moyen radical de débarrasser les malades consiste à disséquer complètement la glande de Bartholinet à l'enlever comme une tumeur. On peut arriver ainsi à enlever de véritables petites poches de pus, que l'on doit bien se garder d'ouvrir de peur d'infecter le voisinage. Cette opération ne présente ni dificulté spéciale ni danger à condition de faire ensuite une hémostase soigneuse pour éviter l'hématome de la grande lèvre qui ne manquerait pas de s'infecter.

Mais une telle intervention est impossible en période très aiguë alors quenon seulement la glande est enflammée mais avec elle toute la grande lèvre. De plus elle immobilise la maladependant un minimum de 10 à 12 jours.

Ayant l'habitude d'utiliser un procédé d'ambulatoire qui ne réclame ni séjour au lit, ni anesthésie d'aucune sorte, nous avons pensé que les médecins appelés à voir de temps à autre des bartholinites seraient heureux de le connaître dans ses détails afin de pouvoir l'appliquer à l'occasion.

Notions anatomiques.

Nous croyons utile de rappeler quelques notions anatomiques.

Les glandes de Bartholin annexées à l'orifice génital de la femme forment deux petites masses grosses chacune comme un pois et situées à la partie inférieure de la glande lèvre. Elles encadrent en quelque sorte la fourchette.

Pour les bien sentir on introduit l'index de la main correspondant au côté que l'on veut palper dans la partie inférieure de l'orifice vulvo-vaginal. Puis avec le pouce resté en dehors on pince la partie inférieure de la grande lèvre et l'on ne tarde pas à sentir un petit noyau qui normalement existe à ce niveau.

En cas de bartholinite aiguë par suite des dimensions que prend la glande et de la douleur accusée par la malade, il est facile de reconnaître que la glande est infectée. Il faut avoir soin seulement de vérifier que le centre de l'inflammation est bien dans la partie inférieure de la grande lèvre afine de ne pas confondre une bartholinite aiguë avec un abcès de la lèvre elle-même.

En cas de petite bartholinite chronique au contraire, lorsque la glande ayant été infectée on se demande s'il reste encore quelques phénomènes inflammatoires où s'il n'y a plus qu'un simple noyau cicatriciel : il peut y avoir quelque difficulté à faire le diagnostic très important puisqu'il comporte soit l'abstention ,soit l'intervention.

Le mieux est à notre avis d'aller examiner l'orifice du canal glandulaire.

Si c'est un simple reliquat cicatriciel, qui persiste au niveau de la glande, l'orifice est petit il ne suinte pas et ne présente aucune trace d'inflammation. Il peut même être entièrement fermé.

Si au contraire il persiste de l'infection au niveau de la glande, l'orifice est plutôt agrandi, il est rouge et entouré d'une petite zône inflammatoire. En pressant sur la glande, on peut faire sourdre une goutte de liquide qu'il sera bon d'examiner au microscope en ayant soin de la prélever avec un fil de platine qu'on aura soin de ne pas souiller par le contact de la muqueuse vaginale.

Nous envisageons la conduite à tenir succes-

sivement en présence des formes aiguës ou chroniques.

Tout au début d'une bartholinite aiguë, il est préférable de laisser pendant quelques jours l'organisme se défendre et réagir par lui-même. Des injections vaginales nettoieront soigneusement le vagin deux fois par jour. On devra également faire couler deux litres d'eau très chaude sur la grande lèvre malade. Ce bain local ne contiendra aucun antiseptique. Il est destiné à agir uniquement par la chaleur de l'eau. Il soulage beaucoup les malades et hâte le moment où l'on pourra agir effectivement.

Mais il est rare qu'on voie la malade tout au début d'une bartholinite aiguë. En sorte que bien souvent on peut agir immédiatement.

Au bout de quelques jours, en effet, une collection purulente commence à se former. C'est alors que, sans attendre l'ouverture spontanée, on pourra utiliser le procédé à la teinture d'iode que nous allons maintenant décrire..

Après désinfectionn soigneuse de la lèvre du côté malade, on fait saillir la collection entre deux doigts de la main gauche. Puis avec un fin trocart introduit brusquement pour èviter la douleur on ponctionnera l'abcès.L'aspiration douce mais soibenuse permet d'évacuer le pus. On s'arrête au moment où le sang apparaît. On injecte alors dans la poche deux à trois centicubes de teinture d'iode du Codex fraîchement préparée. On malaxe alors doucement la poche afin de mettre la teinture d'iode en contact avec les moindres replis. Au bout de deux à trois minutes on retire pas aspiration douce tout ce qu'on peut de teinture d'iode.

Une réaction inflammatoire se produit les jours suivants. La glande est gonflée, rouge, douloureuse. On fait mettre sur la région de grosses compresses imbibées d'eau très chaude. Les douleurs se trouvent ainsi calmées et le processos de guérison en est accéléré.

Une seule intervention faite comme nous venons de l'indiquer est habituellement suffisante pour amener la guérison. Mais il peut être nécessaire de la renouveler une ou même deux fois à six ou sept jours d'intervalle.

C'est en suivant méthodiquement chaque cas qu'on se rendra compte de l'utilité ou non d'une nouvelle ponction suivie d'injections de teinture d'iode. Mais les interventions suivantes sont toujours insignifiantes. On ne doit injecter que très peu de teinture d'iode et les phénomènes réactionnels sont toujours peu marqués. Dans la majorité des cas d'ailleurs une seule injection de teinture d'iode est suffisante.

Au bout de quelques semaines, il ne reste plus qu'un noyau profond presque complètement indolore et qui est le vestige cicatriciel de la glande de Bartholin détruite.

Bartholinite chronique.

En présence d'une bartholinite chronique, dans l'intervalle des poussées inflammatoires on pourrait également injecter quelques gouttes de teinture d'iode dans la glande même afin d'en amener la destruction. Mais le procédé nous a semblé trop douloureux pour pouvoir être utilement employé.

Nous avons l'habitude de détruire la glande chroniquement enflammée par l'électro-coagulation de haute fréquence.

Procédé rapide.

Nous donnons à titre d'indication parce que ne rentrant pas tout à fait dans le cadre que nous nous sommes tracé, un procédé rapide permettant de détruire en une séance par électrocoagulation la glande infectée, mais qui nécessite une bonne anesthésie d'au moins deux ou trois minutes.

Pour ce faire, on utilise une électrode métallique ayant le diamètre d'une forte aiguille à tricoter. L'électrode indifférente ayantété placée sur une région quelconque du corps, on fait saillir fortement la glande malade entre le pouce et l'index de la main gauche. L'électrode active va d'abord servir à creuser un canal de conmmunication à travers la muqueuse jusqu'à la glande. Ceci étant fait, on fulsure énergiquement la glande infectée elle-même de façon à en obtenir une destruction complète. Puis pour terminer on bourre le petit canal artificiel de gaze iodoformée. Cette mèche laissée en place 48 heures et renouvellée deux ou trois fois permettra l'élimination des tissus ddétruits. L'orifice ne devra se fermer que lorsque les tissus auront été évacués.

Procédé progressif.

Lorsqu'on désire n'utiliser aucun anesthésique et surout n'immobiliser à aucun moment la malade. on procèdera de la façon suivante.

L'électrode active sera représentée par une aiguille plutôt fine dont la partie moyenne est isolée de façon à pouvoir agir dans la profondeur sur la glande sans détruire la muqueuse vulvaire particulièrement sensible.

La malade tenant entre ses mains l'électrode indifférente on fait saillir la grande lèvre du côté malade et l'on enfonce brusquement l'aiguille précédemment décrite de façon que sa pointe se trouve fichée dans la glande. On fait alors passer le courant, doucement d'abord, un peu plus fort ensuite en se laissant guider par les réactions individuelles à la douleur, qui sont très variables. On arrive ainsi à détuire la glande ou au moins une de ses portions.

Une réaction inflammatoire se produit les jours suivants. Parfois une petite collection purulente se forme qu'il sera bon d'évacuer par ponction.

Quand les phénomènes réactionnels ont cessé, on fait une nouvelle séance et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait entièrement détruit la glande. On ne doit plus alors sentir qu'un petit noyau scléreux presque complètement indolore, simple reliquat cicatriciel de la glande malade.

D'une façon générale on peut dire qu'il faut faire des séances courtes avec des intensités faibles et les espacer le plus possible. C'est le meilleure façon d'être sûr qu'à aucun moment la malade ne sera gênée au cours de son traitement.

Entre ces deux formes aiguës et chroniques précédemment décrites, il peut arriver de rencontrer une forme qui peut être considérée en quelque sorte comme intermédiaire. Une partie de la glande se trouve infectée chroniquement tandis qu'une autre présente une infection aiguë.

Le traitement dans ce cas devra être conduit de la façon suivante

On traitera d'abord la collection purulente par ponction puis injection d'un peu de teinture d'iode. Il arrive parfois que le liquide stérilise non seulement la poche purulente mais la poche purulente dans laquelle il diffuse. D'autres fois il persiste un noyau de bartholinite chronique. Dans ce cas, le traitement à la teinture d'iode ayant donné tout ce qu'on pouvait en attendre on termine ultérieurement le traitement de la glande chroniquement enflammée au moyen de l'électro-coagulation comme il a été précédemment indiqué.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé le sujet du traitement ambulatoire des bartholinites, mais nous avons voulu seulement donner quelques indications tirées de notre pratique et qui montrent qu'il est possible de venir à bout des bartholinites sans obliger les malades à s'aliter.

Il suffit pour cela de disposer d'une instrumentation simple et relativement peu coûteuse que tout praticien à intérêt à se procurer.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement de l'infection puerpérale. « Le grand jeu »

Trois médecins qui s'intitulent « Médecins de campagne », MM. Pegeot, de Melisey, Martin, de Planches-les-Mines, et Bertrand, de Lure, ont réuni dans un même effort leur expérience et leur sens clinique et abouti à des résultats encourageants, dans le traitement de l'infection puerpérale, puisque sur 65 cas observés depuis la guerre, ils n'ont eu aucun décès.

Ils relatent quelques observations choisies parmis les 65 dont ils font état pour montrer comment ils ont été amenés à utiliser, ici la glace sur l'abdomen ; là l'abcès de fixation ; ailleurs les injections intra-utérines ; ailleurs encore les injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'antiseptiques : physiosthénine, électrargol ; ailleurs également le curettage ; ailleurs enfin, ce qu'il appellent pittoresquement *le Grand Jeu*, c'est-à-dire l'ensemble de toutes ces thérapeutiques.

« Dans les circonstance graves, et qu'y a-t-il de plus angoissant que la mort par infection puerpérale, la mort de celle qui a donné la vie ; dans les circonstances graves, disons-nous, on ne doit se priver d'aucun secours. Le feu est dans la maison, vous voyez les flammes, vous pouvez, vous devez réquisitionner toutes les bonnes volontés. A vous de les diriger, de les utiliser rapidement, sans affolement, sans précipitation, avec ordre, pour qu'elles aboutissent à leur maximum d'effet sans se gêner réciproquement. Telles sont les leçons de notre expérience ; nous les résumons dans cette formule : il n'y a pas de thérapeutique exclusive des infections puerpérales. Il faut mettre tout en œuvre, sans esprit de docrine et sans oublier que si ces infections sont peut-être les plus graves et les plus redoutables, ce sont celles aussi pour lesquelles il est le moins permis de désespérer ». (*Notes Médicales et Pharmacologiques*, 20-10-37.)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode des essences ou murothérapie.

Après avoir mis en évidence l'importance de la fonction respiratoire, la nécessité de l'entretenir et de la développer, la constatation, chez la plupart des tuberculeux en évolution, d'une période préalable au cours de laquelle une insuffisance respiratoire notable avait été enregistrée, M. Robert Jacques, renonçant délibérément à attaquer le bacille de Koch, expose comment il est arrivé à s'adresser aux essences, pour agir indirectement sur le poumon malade et provoquer l'apparition de zones sclérosées défensives.

« Ce n'était que la pratique qui pouvait m'éclairer pour constituer un choix. J'ai épuisé la valeur du goménol. Je finis par lui adjoindre l'eucalyptol comme bon second, et en troisième lieu, comme auxiliaire indispensable, mais en bien moins grande proportion, le phénol-eugénol. J'ai cherché à tirer de cette association les avantages propres à chaque essence par un emploi souple, pru-

dent et mesuré. Mesuré, en effet, tout est là, concentration différente des préparations et quantités à injecter. J'emploie l'eucalyptol suivant une gamme de 13 à 22 % associé au goménol, de 11 à 20 %, et à l'eugénol, de 0,65 à 1 %. »

La caractéristique des essences est de s'éliminer en grande partie par l'appareil broncho-pulmonaire, et le malade perçoit lui-même l'odeur du produit utilisé, un temps variable aprèsl'injection : ce temps constitue l'épreuve de perméabilité pulmonaire, par effet muropnoïque. Chez les lésionnels, l'odeur n'est pas perçue pendant les premiers jours du traitement. Puis, elle se fait sentir, quelques heures, de moins en moins longues, et enfin, immédiatement après l'injection. Cette perception coïncide avec l'amélioration des signes d'auscultation. Les essences agissent d'abord, en effectuant un véritable pansement bronchique; puis, en excitant les centres respiratoires; enfin, en stimulant le pneumogastrique, cette triple action ayant pour conséquenc l'augmentation de la fonction respiratoire.

L'auteur associe la cryogénine aux injections intra-musculaires d'essences, pour combattre l'hyperthermie, et une chaux assimilable pour recalcifier l'organisme.

Les injections d'essences augmentent la ventilation pulmonaire, modifient en la développant la fonction respiratoire, et concourent ainsi à relever l'état génral ,et à modifier le terrain afin qu'li devienne réfractaire à la pullulation du bacille tuberculeux. (*Marseille Médical*, 5 octobre 1927.)

De la conservation de l'appétit et de la boulimie dans le cancer de l'estomac.

Si les faits de conservation et de retour de l'appétit dans le cancer de l'estomac ne sont relativement pas rares, il n'en va pas de même des observations de cancéreux gastriques présentant une exagération de l'appétit.

P. Le Noir et Liege viennent d'observer un cas où l'exagération de l'appétit fut un des symptômes dominant de la maladie. L'autopsie ne put être faite; mais il s'agissait vraisemblablement d'une tumeur primitive de l'estomac, car ce malade n'était pas un dyspeptique ancien et n'avait présenté durant sa vie aucun trouble d'hyperchlorhydrie. On ne retrouve pas dans son histoire ces troubles primordiaux et cette phase si difficile à saisir, qui est l'indice de la transformation de l'ulcère en cancer.

La boulimie est évidemment très rare au cours du cancer de l'estomac ; elle est cependant connue, et il en existe quelques exemples dans la littérature médicale.

Sans rien enlever à la valeur du signe de l'anorexie, contestée cependant par certains auteurs, les grandes règles qui dominent nos investigations cliniques présentent parfois des exceptions curieuses susceptibles de dérouter le praticien. (*Le Progrès médical*, 25 juin 1927.)

L'antigène méthylique dans le traitement des adénopathies tuberculeuses.

On connaît l'action favorable des extraits méthyliques de bacilles de Koch, préalablement dégraissés par l'acétone, sur l'évolution de la tuberculose expérimentale des petits animaux de laboratoire.

MM. Léon Bernard, L. Baron et J. Valtis ont essayé de traiter par l'antigène méthylique vingt malades présentant des adénites tuberculeuses à divers stades de leur évolution.

Ils emploient la solution au 1/10 ou la solution pure en injections sous-cutanées bi-hebdomadaires dans la région antéro-externe de la cuisse. Ils commencent par 1/4 de cmc. de la solution au 1/10, et si cette dose ne produit aucune réaction thermique ils passent immédiatement à 1/2 cmc. de la même solution, qu'ils répètent 6 à7 fois, puis à 3/4 de cm., et enfin à 1 cmc., en répétant chaque dose 6 à 7 fois. Ils emploient ensuite la solution pure de la même façon. Ils n'ont presque jamais eu de réaction thermique ; si cette éventualité se produisait, ils revenaient à la dose immédiatement inférieure.

Sans faire la critique des autres méthodes, les auteurs, par les observations qu'ils publient, veulent seulement mettre en relief l'action très favorable dans les adénites tuberculeuses de l'antigène méthylique, produit d'un maniement facile, exempte de tout danger, s'il est employé suivant leur technique.

Depuis plus de deux ans de pratique, ils n'ont eu aucun accident sérieux, pas de réactivation de lésions pulmonaires ; l'état général est favorablement influencé.

Les lésions ganglionnaires récentes ou anciennes non suppurées, mais nettement en activité, régressent assez rapidement et disparaissent presque toujours complètement. Cette régression est plus rapide lorsqu'il s'agit de lésions récentes ; dans certains cas, l'antigène réussit là où d autres traitements avaient échoué.

Son action sur les ganglions anciens calcifiés ou sclérosés paraît discutable. Lorsqu'il s'agit de ganglions suppurés ou en voie de ramollissement, l'antigène n'empêche pas le processus de suppuration ; après une ou deux ponctions, ils régressent rapidement et finissent par disparaître. Les fistules et ulcérations se cicatrisent.

L'emploi de l'antigène est souvent plus facile que les autres méthodes de traitement, et il permet la continuation du travail. (*La Presse médicale*, 25 juin 1927.)

L'adénopathie médiastine est la première localisation de la tuberculose.

Parrot, tentant d'élucider le mécanisme de la fréquence des lésions du médiastin dans les autopsies d'enfants morts de tuberculose, avait dit que c'était par le poumon que débutait l'infection. André JOUSSET déclare aujourd'hui : c'est le ganglion qui commence.

Des recherches, citées par cet auteur, il résulte qu'à la phase vraiment initiale de la tuberculose, la rencontre du chancre d'inoculation devient un fait de hasard, la trace laissée par le bacille en pénétrant dans le poumon restant presque toujours invisible. La raison de son invisibilité est peut-être qu'elle n'a jamais existé et que le bacille emprunte un autre chemin pour se glisser dans l'organisme.

La tuberculisation, même si l'on admet son origine aérienne, ne débute pas par le poumon, et il ne faut pas confondre la transmission aérienne de la tuberculose et la doctrine fort admissible de l'inhalation, avec implantation du bacille au fond des voies respiratoires.

Véhiculé par l'air, le bacille de Koch a de multiples occasions d'atterrissage en cours de route. A l'entrée des voies respiratoires, en amont du chenal laryngé, se trouve notamment la zone septique du rhino-pharynx, lieu d'élection pour tous les germes pathogènes qui abordent l'organisme. Pourquoi le bacille tuberculeux ferait-il exception et s'introduirait-il autrement que ne le font les germes de la scarlatine, de la rougeole, de la grippe, du rhumatisme ?

Lorsque les hasards d'une autopsie révèlent un noyau caséeux isolé dans le poumon d'un jeune enfant, on parle aussitôt de lésion tuberculeuse initiale, de chancre d'inoculation.

On oublie malheureusement que l'air alvéolaire, toujours stagnant, est ordinairement aseptique, que la réalisation d'un chancre tuberculeux est des plus aléatoires et exige, comme Calmette et comme l'auteur l'ont démontré, une inoculation massive et hypervirulente de bacilles ; que la lésion caséeuse qualifiée de chancre, à supposer qu'elle siège bien dans le poumon et non dans un ganglion hilaire excentrique, n'est généralement pas isolée ; que des lésions multiples et peut-être contemporaines l'accompagnent, ce qui fait planer un doute sur son caractère initial ; en sorte que les lésions pulmonaires ainsi constatées pourraient recevoir une explication tout autre et être considérées, non comme un témoignage originel, mais comme des manifestations terminales et variées d'une tuberculose acquise de toute autre manière, le chancre cessant d'être la porte d'entrée, pour être une des portes de sortie. (*La Presse médicale*, 22 juin 1927.)

Herpès et zona gonococciques.

Le Dr JOURDANET rapporte deux observations cliniques, où la gonococcie réalise dans l'une le zona, dans l'autre l'herpès labial ; elles apportent la notion nouvelle en nosologie de l'étiologie gonococcique de l'herpès et du zona ; elles permettent ensuite de rapprocher, plus encore peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, ces deux affections.

Dans la première observation, c'est à deux reprises que le zona est apparu en relation avec le gonocoque, et cela au milieu d'un ensemble symptomatique tout à fait spécial, qui a été identiquement le même. La double crise de zona semble avoir été déclanchée par un surmenage physique, fort capable, en mettant le système nerveux en hyporésistance, de localiser sur lui l'infection.

Le zona et l'herpès doivent être rapprochés l'un de l'autre ; ce sont des maladies à affinité ectodermique, se localisant par suite à la peau et au système nerveux ; ce sont des névrodermites. Il serait bien étrange qu'une autre affection fût, grâce à un prétendu double virus, tantôt neurotrope, tantôt dermotrope. C'est ce qu'on a affirmé récemment à propos de la syphilis ; il est permis d'en douter. (*Lyon médical*, 5 juin 1927.)

Toxicomanies et désintoxication.

Aux facteurs ordinaires de la toxicomanie (alcool, éther, opium, sous toutes ses formes et modes d'absorption, cocaïne), il faut ajouter aujourd'hui la série des hypnotiques (chloral, trional, véronal, dial, gardénal, somnifène, allonal, sédol, etc.) qui conduisent à des formes nouvelles de toxicomanies, qui pour être moins graves sans doute que les premières, n'en sont pas moins dangereuses.

Chez le toxicomane, précise, le Prof. P. SOLLIER, il y a un besoin psychique, qui domine le besoin physique et qui a souvent précédé l'intoxication sous forme d'un désir du toxique, survivant trop souvent aussi à la désintoxication, d'où les récidives fréquentes chez les toxicomanes passionnels et beaucoup plus rares (20 à 25 % seulement) chez les intoxiqués par raison thérapeutique.

D'où deux indications pratiques : ne jamais, sous aucun prétexte, donner un opiacé, sous une forme quelconque, et surtout l'ancien toxique, même plusieurs années après la désintoxication ; se méfier quand chez un sujet on trouve une appétence plus ou moins marquée pour les toxiques en vue de l'apaisement de la moindre douleur physique, et ne jamais laisser rentrer chez lui un tel malade sans l'avoir complètement sevré, ne pas lui confier une ordonnance qui lui

permette de continuer à en prendre en cas de besoin.

Se rappeler aussi qu'il n'existe pas de toxique qui ne crée plus ou moins rapidement l'accoutumance, qu'il n'existe pas non plus de succédanés qui permettent de remplacer un toxique sans que le malade s'en aperçoive.

Si l'intoxication est fonction de la dose de toxique absorbé, ce n'est qu'en partie ; d'autres facteurs interviennent à cet égard : le temps et les associations toxiques ; deux toxiques associés sont beaucoup plus nocifs que l'un des deux pris à la même dose. D'où la règle pratique de ne jamais combiner, ni même faire alterner trop fréquemment les toxiques entr'eux.

Doit-on toujours sevrer les morphinomanes ? Si rares que soient les cas où l'on doive s'abstenir, ils n'en existent pas moins : ce sont les malades atteints d'une affection douloureuse incurable (cancer, tabes) ; les ramener même à une dose plus faible serait inutilement cruel et dangereux, car, les douleurs persistant, on sera bien obligé de redonner de la morphine, et la récidive après le sevrage, l'intoxication sont beaucoup plus graves, même avec des doses moindres que les antérieures. Chez des malades organiques, au contraire, tuberculeux, cardiaques, rénaux, on peut toujours, en prenant certaines précautions, obtenir une désintoxication sans accidents ; mais encore faut-il qu'ils y aient un avantage et ne soient pas des incurables hors d'état de reprendre une activité sociale quelconque.

Ceci dit, l'immense majorité des toxicomanes peuvent guérir, s'ils sont bien désintoxiqués ; ils le restent d'autant mieux que le sevrage a été plus difficile et plus pénible ; aussi sont-ce les morphinomanes qui présentent la meilleure moyenne de guérisons durables (70 à 80 %) ; les cocaïnomanes, les alcooliques, les fumeurs d'opium sont au contraire des récidivistes par excellence, le sevrage se faisant pour ainsi dire sans douleur.

Il faut en effet, distinguer le sevrage et la désintoxication, celle-ci ne commençant réellement que lorsque le sevrage a eu lieu.

Les réactions cliniques du sevrage se réduisent à peu de chose pour l'alcool et la cocaïne : un peu d'énervement, des sueurs profuses, des frissons, des crampes ; aussi peut-on supprimer ces drogues presque du jour au lendemain. Il n'en est pas de même avec les opiacés, car toutes les grandes fonctions sont atteintes, sauf le cœur, le rein et le poumon et elles se réveillent avec violence si le sevrage est un peu brusque : insomnies, retour de toutes les sécrétions, obsessions, etc.

Sans entrer dans le détail des théories de la désintoxication, on peut dire que la désintoxication se comporte comme une maladie infectieuse ordinaire à tous points de vue, et l'on peut suivre par l'examen du sang l'évolution de la désintoxication ; il ne s'agit donc pas là d'une simple habitude psychique, comme quelques-uns le croient encore ; c'est une véritable maladie générale soumise à des lois très rigoureuses. La vraie désintoxication ne commence qu'avec la cessation complète du toxique, et au bout de 12 à 16 heures environ. Malgré une préparation aussi poussée que possible, il se produit auparavant des réactions inévitables ; et l'on peut affirmer que lorsqu'elles ne se produisent pas, c'est que le malade fraude, ou prend, à l'insu de ses surveillants, par exemple de la morphine sous une forme ou une autre, ou un opiacé quelconque.

La désintoxication ne peut d'ailleurs être pratiquée que dans des conditions spéciales, dans une maison de santé — et encore faut-il qu'elle soit aménagée et outillée dans ce but, — et non en ville. Traiter un toxicomane chez lui c'est, si par hasard on arrive à le sevrer, l'exposer à récidiver fatalement, et très vite. (*Le Scalpel*, 7 mai 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les épidémies en 1926.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 29-11-1927.)

M. Léon Bernard présente le rapport annuel de la Commission académique des épidémies, pour l'année 1926.

La variole a continué à sévir en 1926 comme en 1925. Elle a été surtout d'importation et est venue en particulier d'Afrique du Nord. Pour Paris et le département de la Seine, le nombre des cas connus s'est élevé à 76, avec 16 décès. La vaccination est évidemment le meilleur moyen préventif, mais il serait bon de lutter contre les importations africaines, qui en général se font *via* Marseille.

Une épidémie grave de rougeole a été signalée au Havre chez des émigrants arrivés dans cette ville pour s'embarquer à destination de l'Amérique du Sud et refusés par le gouvernement brésilien. Ceci pose à nouveau la question du contrôle sanitaire de l'émigration.

On a noté une petite épidémie de fièvre typhoïde,

d'origine ostréaire, à Mamers. Quinze cas de la même maladie ont été observés à Aix-les-Bains en août et septembre. L'enquête découvrit deux causes : l'une provenant d'infiltration des égouts dans certaines caves utilisées comme réserves de densées alimentaires ; l'autre due à la pollution des eaux de boisson de la ville. Un projet d'adduction d'eau est en cours.

Les cas de peste, quoique peu nombreux, en 1926, témoignent de la survivance, à l'état latent, de l'épizootie murine.

Vingt personnes ont eu la fièvre ondulante dans le département des Hautes-Alpes, et il est probable que d'autres départements furent également touchés par cette infection.

La suette miliaire a sévi dans la Vienne et deux missions y ont été envoyées, l'une par l'Institut Pasteur, l'autre par l'Académie de médecine, pour étudier les foyers et les moyens de prévention.

M. Léon Bernard constate, en terminant, l'insuffisance des renseignements épidémiologiques en France. Un service plus complet et plus précis de documentation serait une condition nécessaire pour la mise en œuvre des mesures prophylactiques.

Une épidémie de maladie de Heine-Medin, en Roumanie, pendant l'année 1927.

(MM. G. Marinesco, Manicatide et St. Draganesco. — *Académie de médecine* ; 29-11-1927.)

M. Marinesco présente quelques remarques sur l'épidémie de maladie de Heine-Medin qui a sévi en Roumanie pendant l'année 1927. L'éclosion de cette épidémie semble avoir été en relation avec celle de Hongrie où il y eut, au cours de l'année 1926, 252 cas. D'après les statistiques officielles, la poliomyélite avait atteint en Roumanie, au 20 octobre 1927, 1.307 personnes avec une mortalité d'environ 7 %.

L'auteur discute la question de la porte d'entrée du virus : rhino-pharyngienne d'après quelques épidémiologistes, elles serait bucco-intestinale d'après d'autres. M. Marinesco se trouve porté à croire que le virus peut offrir des voies de pénétration diverses.

La gastro-entérostomie dans l'ulcère de la petite courbure de l'estomac.

(M. Henri Hartmann. — *Société de chirurgie* ; 12-10-1927.)

Au congrès de chirurgie de 1920, où la question du traitement des ulcères de la petite courbure était à l'ordre du jour, les rapporteurs (MM. Pierre Duval et Delagénière) conclurent à la nécessité de faire l'excision de l'ulcus, et à l'abandon de la gastro-entérostomie. Leur opinion fut adoptée par tous les chirurgiens qui prirent part à la discussion et, personnellement, M. Hartmann se rallia aux conclusions des rapporteurs.

Or, ces temps derniers, ayant recherché ce qu'étaient devenus ses anciens opérés de gastro-entérostomie pour ulcus de la petite courbure, M. Hartmann eut la surprise de constater que les résultats éloignés étaient supérieurs à ceux qu'il s'attendait à trouver. Ses observations ainsi complétées, le conduisent à penser :

1° Que ce sont les gastro-entérostomies faites sur une indication mauvaise ou les gastro-entérostomies exécutées d'une façon défectueuse qui ont contribué à jeter sur cette opération excellente la défaveur dans laquelle elle est actuellement tenue par un certain nombre de chirurgiens ;

2° Que la simple gastro-entérostomie correctement faite donne de bons résultats dans le traitement des ulcères de l'estomac, même lorsque ceux-ci siègent sur la petite courbure.

Le « pretium doloris », élément du dommage en accident de droit commun.

(M. Duvoir. — *Société de médecine légale* ; 11-7-1927.)

En matière d'accidents de droit commun, les éléments du dommage sont de quatre ordres principaux: l'incapacité temporaire ; l'incapacité permanente ; le dommage esthétique, et le *pretium doloris*.

Le *pretium doloris* (au sens littéral du mot : prix de la douleur) comprend tous les inconvénients (douleurs, ennuis, dangers, malaises, etc.), dus au traumatisme, à l'accident, non évaluables objectivement comme dommages. Il peut s'agir de douleurs véritables, d'inquiétudes morales, de dangers (du fait d'une opération, d'une anesthésie, ayant été d'ailleurs suivies de guérison), voire d'un empêchement à un voyage d'agrément, etc.

Ainsi compris, le *pretium doloris* est d'importance variable. Il peut être négligeable. Tel, un employé d'administration qui, du fait d'un léger accident, va garder un certain repos pendant quelques semaines. L'invalidité temporaire et les menus frais étant remboursés, l'accidenté, qui a eu très peu de douleurs et s'est reposé au lieu de travailler, a été suffisamment indemnisé.

Il peut être important. Tel un blessé qui a dû subir plusieurs interventions chirurgicales ; cet autre qui a eu une fracture du crâne mettant sa vie en danger ; tel ce vieillard dont le traumatisme a troublé la santé.

Il peut même être très élevé. Voici, par exemple, une malade atteinte de rupture traumatique du foie. Elle guérit grâce à une opération précoce. Mais, le *pretium doloris* reste élevé en raison des dangers courus, des douleurs, etc.

A côté de ces éléments fondamentaux, qui constituent le *pretium doloris* proprement dit, il en est d'autres qu'il est d'usage, par extension du terme, de grouper sous la même rubrique : les petites séquelles (petites douleurs et gêne persistantes), les incapacités permaentes minimes, non retenues dans les incapacités, les cicatrices sans dommage esthétique (chez l'homme).

Comment évaluer le *pretium doloris* ? L'expert ne doit pas l'exprimer par une somme d'argent (sauf au

Tribunal de commerce, lorsqu'il est arbitre à toutes fins). M. Duvoir ne conseille pas de l'indiquer par un pourcentage. Il préfère le fixer par un qualificatif : minime, léger, important, très élevé, fournissant ainsi au Tribunal un élément d'appréciation.

Le diabète traumatique, au point de vue médico-légal.

(M. Hippolyte Durand. — *Soc. de méd. légale* ; 11-7 et 10-10-1927.)

Laissant de côté les glycosuries traumatiques *passagères*, sans intérêt médico-légal, M. Hippolyte Durand étudie le diabète traumatique *vrai*.

Ce diabète traumatique est rare, *très rare* même. Certains auteurs le mettent d'ailleurs en doute. Les traumatismes, les plus souvent invoqués sont ceux du crâne, puis ceux de l'abdomen ; parfois enfin ceux des membres.

Expérimentalement, on connaît le diabète nerveux transitoire, par piqûre du plancher du 4e ventricule (Claude Bernard), le diabète sucré tubérien par lésion des régions infundibulo-tubériennes (J. Camus et G. Roussy, J. Gournay et A. Le Grand). Cette dernière glycosurie est liée à une lésion profonde du noyau paraventriculaire et peut durer quelques semaines.

En clinique, si l'on peut quelquefois soupçonner l'origine traumatique d'un diabète, il est généralement difficile de l'assurer. En matière d'accident du travail, dit M. Hippolyte Durand, à défaut de certitude, il suffit qu'il existe aux yeux de l'expert un faisceau de constatations et de probabilités, par exemple un traumatisme cranien ou abdomino- thoracique, un délai assez court d'apparition de la maladie et surtout une suite dans les troubles morbides consécutivement à l'accident, sans période intercalaire notable de bonne santé complète.

L'auteur conclut ainsi sa communication :

Dans la pratique médico-légale des accidents du travail, lorsqu'il s'agira de dire si un traumatisme a été cause d'un diabète, il faudra :

1° Que le traumatisme, réel et indiscutable, ait porté sur une région où l'anatomie et la physiologie nous montrent la présence de centres de la glyco-régulation (fractures du crâne, blessure du cerveau, commotion cérébrale, région pancréatico-hépatique).

2° Que le diabète ait fait son apparition dans un délai rapproché et que le diagnostic de cette maladie puisse être affirmé avec certitude.

3° Que l'étude des antécédents et l'enquête médicale établissent le bon état de santé antérieur de l'individu, particulièrement au point de vue de sa capacité ouvrière avant l'accident.

On arrivera ainsi, non pas à la certitude absolue, mais à une vraisemblance suffisante, acceptable en matière d'accidents du travail.

— M. Marcel Labbé ne croit guère à la réalité du diabète traumatique pur. Le diabète traumatique est exceptionnellement rare. On n'en a pas signalé d'observations pendant la guerre. Connaissant les faits expérimentaux de polyurie et de glycosurie par lésion du plancher du 4e ventricule et de la région infundibulo-tubérienne, on arrive à comprendre les diabètes sucrés et les diabètes insipides survenus à la suite d'un traumatisme. L'association, alors, au diabète, de troubles divers (hémiplégie, altérations visuelles...) indique que le centre de la glyco-régulation n'a pas été seul atteint.

Le diabète traumatique, dit M. Labbé, est possible certes. Il se produit à la suite d'un trauma ayant intéressé l'encéphale. Il n'est généralement pas isolé, s'associant à d'autres symptômes. Il est peu logique d'accepter la notion de diabète consécutif à un traumatisme de l'abdomen, altérant le pancréas. Expérimentalement, en effet, il est nécessaire de détruire presque tout le pancréas pour provoquer le diabète.

Pour l'auteur, avant d'admettre un diabète traumatique, il faut faire une critique sévère du cas observé, rechercher les symptômes traduisant une lésion du système nerveux, concomitante de la lésion du centre glyco-régulateur, éliminer la possibilité d'un diabète antérieur, constater le diabète peu de temps après l'accident, etc.

Lupus de la face traité par curetage et permanganate de K.

(MM. Bizard et Marceron. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

Chez une de leurs malades atteinte de lupus rebelle ayant résisté à de nombreuses séances de finsenthérapie, MM. Bizard et Marceron ont eu recours à la méthode du permanganate, au curetage suivi de colmatage au permanganate de potasse porphyrisé. La guérison fut obtenue en un mois et demi et un petit placard qui persistait encore redevint sensible à la cure Finsen.

Les auteurs remarquent qu'en thérapeutique, il est souvent avantageux d'utiliser plusieurs méthodes et de ne pas s'éterniser sur le même moyen du traitement. En matière de médications du lupus, lorsque l'accoutumance se produit, il faut changer, quitte à revenir ensuite à la méthode primitivement employée

La douche filiforme. Ses installations pratiques.

(Mme Noel. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

Mme Noël présente un appareil qu'elle a fait construire avec M. André pour les applications de douche filiforme. Elle signale une série d'installations pratiques et simples de ce moyen de traitement.

— M. Clément-Simon rappelle le nom de l'inventeur de la douche filiforme, le Dr Veyrières. Cette méthode dermatothérapique a donné à l'auteur de bons résultats dans certaines formes de lupus érythémateux et de lichen plan.

P. L.

Le sérum de taureau.

(M. Busquet. — *Soc. de Biologie* ; 26-11-1927.)

M. H. Busquet, dans une récente communication à la Société de biologie, vient de montrer que l'administration du sérum de jeunes animaux mâles aux castrats et aux vieux coqs était capable de rendre à ces derniers les caractères sexuels secondaires. Le sérum des animaux donneurs étaient dans la circonstance, du sérum de jeunes taureaux, d'étalons ou de béliers. Les effets produits ont été constants et d'apparition extrêmement rapide. Le mode d'administration la plus favorable était l'ingestion.

Des contre-expériences ont montré que le sérum de sujets hongres ne possédait pas une pareille activité.

Poussant plus loin ses recherches, M. Busquet a montré qu'il était possible d'*activer* le sérum des jeunes animaux mâles en injectant à ces derniers du sang de vieux animaux, vicié par la présence de substances autotoxiques dont la notion est due à A. Carrel et à ses collaborateurs. Ainsi préparés, les animaux en expérience ont fourni un sérum dont l'action est plus rapide et plus complète que celui de jeunes taureaux non préparés.

Pour conclure, il se dégage des travaux de M. Busquet, les faits suivants:

1° Le sérum des jeunes taureaux, étalons et béliers fait apparaître chez les coqs castrés et réapparaître chez les vieux coqs, les caractères de masculinité.

2° L'injection de sérum d'un vieux bœuf à un jeune taureau confère au sérum de ce dernier un surcroît d'efficacité contre la sénilité des vieux coqs et le déficit testiculaire des castrats.

3° L'administration de sérum par voie digestive, n'empêche pas les hormones qu'il contient d'exercer leur spécificité d'action physiologique.

4° On trouve dans ces expériences la première preuve décisive de la possibilité de traiter efficacement un individu en état de déficit endocrinien par le sérum d'un individu normal.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fracture grave de l'extrémité inférieure du radius

MM. Mallet-Guy et Pauzet présentent un homme de 39 ans qui reçut un choc très violent au niveau du poignet droit par un retour de manivelle d'automobile. On notait une déformation très accentuée ; main fortement déjetée du côté cubital, saillie très marquée du fragment radial supérieur menaçant la peau. La radiographie montrait une fracture complexe de l'extrémité inférieure du radius avec dislocation radio-cubitale et grand déplacement en dedans et en arrière. Réduction immédiate sous anesthésie ; on applique un plâtre en hypercorrection. Les radios sous plâtre montrent une correction très suffisante, mais en même temps un écartement marqué entre la styloïde cubitale et le groupe pyramidal pisiforme (déchirure du ligament latéral interne) ; en raison de cet écartement, on fait un second plâtre quinze jours après en mettant la main en adduction. Le résultat fonctionnel est actuellement très bon. Il persiste toutefois quelques troubles nerveux (zone d'anesthésie) déjà constatés lors de l'ablation du plâtre et dus à une rupture de la branche externe du radial.

Macrocholécyste avec infection aiguë.

MM. Villard et Lagèze présentent une vésicule biliaire mesurant 15 centimètres et demi de long et contenant un gros calcul et plusieurs petits calculs flottant dans la cavité ; d'autre part, cette vésicule est rouge, enflammée ; elle était entièrement recouverte d'adhérences épiploïques et coliques. La malade avait commencé à se plaindre, il y a dix-sept ans, de douleurs à l'hypochondre droit ; puis pendant les années suivantes, elle ne présenta que quelques troubles digestifs légers. Enfin deux mois avant l'intervention, nouvelles crises douloureuses, cette fois accompagnées de nausées et de vomissements, de diarrhée, d'anorexie, d'élévation de la température, traduisant l'infection du cholécyste. Celui-ci était sentie à la palpation, mais très externe par rapport à son siège habituel ; le foie était augmenté de volume.

Kyste tubo-ovarien rompu.

M. Heitz présente, au nom de M. Laroyenne, un kyste tubo-ovarien rompu enlevé par ce dernier à une malade de son service : début brusque des accidents par une douleur vive dans l'hypochondre droit ; rien de particulier au toucher ; réaction péritonéale manifeste ; température, 38°2, sans état infectieux. Le kyste est formé de deux parties : l'une tubulaire représentant la trompe dilatée, l'autre plus volumineuse formée par le kyste ovarique ; on note sur ce dernier un petit orifice le faisant communiquer avec la cavité péritonéale. Ces kystes tubo-ovariens sont rares et leur rupture exceptionnelle.

Double ostéotomie fémorale pour luxation congénitale irréductible des deux hanches.

M. Lucien Michel présente un enfant de 13 ans et demi atteint de luxation congénitale des deux hanches avec boiterie très accentuée, plongeon pelvien et déjettement latéral du tronc ; signe de Trendelenburg positif des deux côtés ; raccourcis sement de 1 cm. 1/2 du côté gauche. On ne pouvait songer à réduire cette double luxation, en raison de la gravité et de l'âge du sujet. On pratiqua donc, d'abord à gauche, une ostéotomie sous-trochantérienne à butée pelvienne, puis, plus tard la même opération du côté droit. Les résultats ont été satisfaisants : la marche et la station debout ont été notablement améliorées.

Traumatisme du poignet.

MM. Ricard et Heitz. — Homme de 35 ans ; chute de cinq à six mètres, sur la face palmaire de la main gauche. A l'examen : main en hyperextension et légère inclinaison du côté radial, gros œdème, saillie sur la face palmaire de l'extrémité des os de l'avant-bras ; impotence fonctionnelle absolue. Radiographie : fracture de l'extrémité inférieure du radius, sans aucun engrènement, ce qui avait permis le déplacement en masse de tout le massif carpien en arrière. Réduction immédiate sous anesthésie. Le blessé a depuis lors recouvré une partie de ses mouvements, mais il persiste une paralysie cubitale.

Ictère hémolytique congénital.

MM. Pallasse et G. Cluzet présentent des pièces prélevées à l'autopsie d'un malade atteint d'ictère hémolytique congénital. Cet homme avait été, en effet, ictérique toute sa vie ; il en avait été de même de son père et d'une de ses sœurs. L'examen montrait l'existence d'une rate énorme, d'un foie dur et hypertrophié. Examen du sang : résistance globulaire très diminuée ; nombre de globules rouges : 3.255.000, leucocytes : 7.000 ; formule leucocytaire : prédominance de polynucléaires. A l'autopsie, foie cirrhotique, rate pesant 1.800 grammes et présentant de grosses altérations histologiques.

Lésions syphilitiques multiples des épiphyses.

MM. Bonnet et Garcin. — Homme de 23 ans ; chancre syphilitique à 20 ans. Entre à l'hôpital avec une grosse déformation du cou-de-pied gauche, malléole interne épaissie et douloureuse ; à droite, épaississement de la malléole externe qui est également douloureuse ; douleurs dans les mouvements de latéralité des pieds. Radiographie : raréfaction osseuse au niveau de l'épiphyse tibiale gauche ; fracture ou arrachement de la pointe de la malléole interne, sans que le malade ait subi de traumatisme à ce niveau. On note également un épaississement osseux au niveau de l'épitrochlée du côté gauche. Traitement par le néosalvarsan et le bismuth.

Kyste de l'ovaire tordu adhérent aux anses intestinales et à l'appendice.

MM. de Rougemont et Dechaume présentent une observation de kyste de l'ovaire tordu avec adhérences à l'intestin grêle, au cæcum et à l'appendice, au côlon sigmoïde. A propos de ce cas, les auteurs insistent sur les difficultés que présente parfois le diagnostic entre l'appendicite et le kyste de l'ovaire tordu, notamment dans les formes à répétition de ce dernier où la tumeur peut être plus ou moins masquée par des adhérences, et dans certaines formes d'appendicite laissant après elles une pseudo-tumeur. En ce cas, celle-ci est rarement appréciable dès le premier jour, tandis que s'il s'agit d'un kyste, elle peut être découverte dès le premier jour.

Néphrectomie chez une malade porteuse d'un pneumothorax artificiel.

M. L. Phélip rapporte l'observation d'une malade à laquelle il pratiqua une néphrectomie pour tuberculose rénale ; cette malade était en même temps porteuse depuis plusieurs mois d'un pneumothorax artificiel pour des lésions du poumon gauche alors arrêtées dans leur évolution. Les suites opératoires furent bonnes et la malade garda pendant trois ans un bon état urinaire. Une grossesse survint alors qui se passa sans incident ; mais quinze jours après l'accouchement apparurent des signes de granulie à laquelle la malade succomba.

Hépatite amibienne à forme prolongée.

MM. Barbier et Mestrallet présentent un malade de la clinique du prof. Bard, entré pour des sueurs nocturnes, avec amaigrissement. La courbe thermique offrait de grands clochers simulant le paludisme. La quinine sembla même agir sur cette fièvre, mais son action ne fut que temporaire. La radioscopie ayant montré une coupole diaphragmatique bosselée, on pensa à un abcès du foie et un traitement émétinien (4 centigr. par jour) fut institué, sans résultat. Un traitement antisyphilitique fut également inefficace. Enfin ou bout de quatre mois, apparition d'une grosse voussure sous les fausses côtes droites ; on reprend l'émétine à la dose de 8 centigr. par jour, ce qui amène une rapide résorption de l'abcès.

Abcès dysentérique du foie.

MM. Savy et R. Puig présentent l'observation d'un jeune homme de 23 ans qui, sans autre antécédent qu'une dysenterie en 1926, en Asie Mineure, commença la même année à souffrir du foie, à maigrir et à avoir de la fièvre ; foie très gros et douloureux. Traitement par l'émétine (8 centigr. par jour) en alternant avec du stovarsol. Actuellement, le malade est à peu près apyrétique et a repris trois kilogr. en quelques semaines ; son foie, quoique très perceptible et encore douloureux, a très notablement diminué de volume.

Psoïtis et cholécystite suppurée.

MM. X. Delore et P. Jouve relatent l'observation d'une femme de 51 ans, chez laquelle on relève un long passé de lithiase vésiculaire, les dernières crises s'étant accompagnées de frissons, de fièvre et de subictère ; la malade perdit ses forces et maigrit beaucoup ; enfin apparut une douleur au niveau et un peu au-dessus du pli de l'aine et bientôt tous les signes d'une psoïte droite. On intervient : ouverture et drainage d'un abcès de la loge du psoas qui suppure pendant quatre mois avec des alternatives de fièvre et d'apyrexie. Pendant ce temps, se produisent des crises de douleurs épigastriques avec frissons, et fièvre. Point douloureux profond dans la région para-

ombilicale droite. On pratiqua alors une cholécystostomie ; la vésicule contenait un caillou énorme et de la bile mêlée de pus.

Hernie épiploïque.

M. CLAVEL présente, au nom de M. Patel, une volumineuse frange épiploïque de l'S iliaque qui fut trouvée dans un sac de hernie crurale gauche, dont elle constituait l'unique contenu.

Société médicale des hôpitaux.

Syphilis broncho-pulmonaire de l'enfance.

MM. PÉHU et MALARTRE présentent plusieurs cas de syphilis broncho-pulmonaire observée chez des enfants et qui montrent que, à côté de la forme classique avec dilatation bronchique, on peut observer toute une série de variétés anatomo-cliniques de cette affection. Les auteurs présentent notamment une radiographie concernant une enfant de 4 ans chez laquelle, à côté des signes de dilatation bronchique, on note une participation étendue de la plèvre avec un certain degré de sinistrocardie. Chez une autre malade, la lésion consistait en un foyer limité de pneumonie syphilitique avec signes cliniques d'hépatisation, toux modérée, état général excellent, sans fièvre, ni expectoration. Certains enfants présentent des signes cardiaques (en particulier symphyse péricardique) avec signes broncho-pneumoniques caractérisés. Enfin les auteurs signalent une variété individualisée par quelques auteurs parisiens, mais dont ils n'ont observé aucun cas, variété offrant l'aspect d'une maladie traînante avec foyer persistant de bronchopneumonie.

MM. Péhu et Malartre ont étudié également les lésions anatomiques de la syphilis bronchopulmonaire de l'enfance. Ils ont noté principalement la consistance dure du poumon, sa coloration variant du rouge sombre au bleu ardoise, la présence au sein du parenchyme de petites cavités souvent nombreuses et serrées les unes contre les autres. Les lésions n'occupent pas la totalité de l'organe et sont le plus souvent unilatérales. Histologiquement, outre des lésions vasculaires et interstitielles, on note la présence de néoformations alvéolaires à épithélium cubique décrites par R. Tripier et Bériel.

Emploi de l'insuline dans l'hypothrepsie.

MM. MOURIQUAND, BERNHEIM et Mlle SCHÆN présentent quelques observations de nourrissons hypothrepsiques auxquels ils ont administré de l'insuline, à petites doses (deux à cinq unités suivant l'âge), en même temps que du sérum glucosé ; très rapidement les signes de déshydratation ont disparu et les enfants ont repris du poids.

Traitement du diabète par la synthaline.

MM. SAVY et PUIG présentent deux observations de diabète traités par la synthaline, corps dérivé de la guanidine qui, elle-même, possède la propriété de provoquer une hypoglycémie considérable. La synthaline a l'avantage d'agir aussi bien par la voie buccale que par la voie sous-cutanée. MM. Savy et Puig n'ont pas constaté d'amélioration notable chez leurs malades. Il s'agissait, il est vrai, de diabètes graves.

Tétanie au cours d'une infection urinaire.

M. A. DUFOURT présente l'observation d'une fillette de 14 mois qui présenta une infection urinaire caractérisée par des urines troubles dans lesquelles on trouva de nombreux polynucléaires et des colibacilles, de la fièvre légère, un peu d'œdème des pieds et des mains, des traces d'albumine. Au cours de cette affection, elle présenta des signes nets de tétanie. Ceux-ci disparurent après une application de rayons ultra-violets.

Tuberculose pulmonaire évolutive au cours d'une cardiopathie valvulaire.

MM. SAVY et PUIG présentent l'observation d'une malade de 26 ans, entrée à l'hôpital pour diarrhée, albuminurie et œdème des membres inférieurs ; a eu deux grossesses et trois fausses couches. Aux poumons, tuberculose ulcéro-caséeuse évolutive des deux sommets avec caverne à droite. Au cœur, premier bruit claqué et dur avec vibration dure à la palpation ; souffle diastolique très intense au foyer aortique. On notait des antécédents choréiques et rhumatismaux de l'enfance. L'autopsie montra une symphyse péricardique complète, des lésions endocarditiques au niveau des sigmoïdes et de la mitrale ; aux poumons, lésions tuberculeuses bilatérales. Les lésions bacillaires évolutives coexistent rarement avec une cardiopathie, jamais avce une cardiopathie elle-même évolutrice. Dans le cas présent les lésions cardiaques étaient bien compensées ; il n'y avait ni asystolie, ni hypertrophie cardiaque.

Pneumonie dite centrale à manifestations périphériques.

MM. MOURIQUAND, BERNHEIM et Mlle SCHŒN présentent l'observation d'un enfant de 4 ans entré à l'hôpital au quatrième jour d'une pneumonie ; il présentait au sommet droit, en arrière, un souffle très net avec râles crépitants, sans matité. La radioscopie montra une ombre centrale arrondie, très distante de la périphérie. Plus tard les signes perçus au sommet disparurent et firent place à un souffle expiratoire léger au niveau de la région para-vertébrale. Cette observation montre que, si la pneumonie « centrale », est rare, elle existe néanmoins.

A. C.

Les Congrès

XXXVIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Paris*, 3-8 *octobre* 1927)

Séance d'ouverture

Le XXXVIe Congrès de l'Association française de Chirurgie s'est ouvert le 3 octobre 1927 à la Faculté de médecine de Paris sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, assisté de M. le professeur Bégouin (de Bordeaux), président du Congrès, et de M. Walther, président de l'Association française de Chirurgie.

Sur l'estrade avaient pris place M. le Doyen, M. le médecin-inspecteur général Toubert, M. Gley, président de l'Académie de médecine, les médecins-inspecteurs Savornin et Cadiot, et M. Auvray, secrétaire général.

La plupart des membres de l'Association étaient présents. Derrière le bureau et dans la salle nous avons remarqué MM. Tuffier, Legueu, Hartmann, Sébileau, Pierre Duval, Gosset, Lejars, Chavasse, Lardennois, Proust (de Paris), M. le professeur Pierre Teissier, président du Congrès français de médecine, MM. Forgue, Jeanbrau, de Rouville (de Montpellier), M. Lambret (de Lille), MM. Bérard, Tixier, Patel, A. Chalier, P. Bonnet (de Lyon), Leriche (de Strasbourg), Delagénière (du Mans), Léon Imbert, Reynès, Silhol (de Marseille), Brun (de Tunis), Témoin (de Bourges), Peugniez (d'Amiens), MM. Alessandri (de Rome), Willems (de Gand), Lorthiois, Danis et Roussiel (de Bruxelles), Albert (de Liège), Phocas (d'Athènes), Zawadzki et Krynski (de Varsovie), Daniel (de Bucarest), Altramare et Martin du Pan (de Genève).

Le ministre donna la parole à M. le professeur Bégouin. Après avoir rappelé le souvenir de Desmons (de Bordeaux), à qui l'on doit la création du Congrès de chirurgie, l'orateur adressa une pensée émue aux morts de l'année et en particulier à M. le professeur Le Dentu, président de l'Association française de Chirurgie. Il traita ensuite d'une façon aussi brillante que précise la question des rapports de la clinique et du laboratoire. Son discours fut particulièrement goûté.

M. Auvray donna ensuite lecture du rapport annuel. Il montra les progrès réalisés par l'Association et fit à son tour un excellent éloge de son maître Le Dentu exprimant en termes émus le souvenir reconnaissant que ses élèves gardent à sa mémoire.

Il salua ensuite aux applaudissements de l'assistance le nouveau président de l'Association, M. Walther.

Enfin, M. André Fallières apporta au Congrès, en un excellent discours, ses vœux personnels et ceux du Gouvernement.

Après une suspension de séance pendant laquelle les congressistes visitèrent la belle exposition qui fait le plus grand honneur au commissaire général, l'aimable M. Mouly, le Congrès commença ses travaux et entendit les rapports de MM. Lardennois et Silhol sur les *péricolites et les épiploïtes chroniques*.

Première question.

Les péricolites chroniques

Par G. Lardennois (de Paris).

Le terme de péricolite n'a pas pour tous les auteurs la même acception. Le rapporteur entend l'appliquer aux modifications pathologiques *acquises*, apportées au péritoine entourant les côlons, du fait d'un traumatisme, d'une infection ou d'une irritation mécanique ou toxique.

Les adhérences et les rétractions des mésos qui sont le résultat des péricolites, créent une gêne du transit intestinal et réclament une thérapeutique chirurgicale.

L'origine de ces adhérences, leur morphologie, les troubles qu'elles provoquent, leur diagnostic et leur traitement, tels sont les divers points qui feront l'objet de ce travail.

Genèse de la péricolite adhésive. — Le traumatisme. — La péricolite traumatique peut être consécutive à une plaie du côlon, mais le plus souvent elle succède à une blessure de la paroi ou d'un organe abdominal quelconque.

Laissant de côté les traumatismes accidentels qui sont rares et les traumatismes par blessures de guerre qui ont une physionomie spéciale, le rapporteur considère surtout les cas de traumatismes opératoires qui sont d'observation quotidienne.

Quand l'intervention a été conduite en foyer infecté, en pleine période inflammatoire, la périviscérite adhésive est d'explication aisée. Mais il en est tout autrement quand elle succède à des interventions « à froid » rapidement et facilement réalisées.

Une faute d'asepsie, une négligence technique, seraient une explication souvent inacceptable Adhérences post-opératoires ne signifie pas nécessairement infection ou malfaçon chirurgicale.

Certes, il se produit toujours après une intervention de quelque importance une exsudation fibrineuse adhésive ; mais si le traumatisme opératoire a été aseptique, limité et atténué par la douceur manuelle d'un chirurgien averti, la réaction s'apaise au bout

d'une quinzaine de jours et les adhérences fondent peu à peu.

Plus on étudie la question des périviscérites opératoires, plus on a l'expérience de la chirurgie des adhérences, plus ou incline à penser que l'explication en doit être cherchée dans l'état « du terrain ».

A ce point de vue, il est possible que la tuberculose latente et la syphilis, surtout dans sa forme héréditaire, soient des facteurs importants de périviscérite.

Mais le rôle principal revient sans doute aux résorptions toxiques qui accompagnent la stase.

Infections aigues. — Toute infection péritonéale aiguë peut engendrer une péricolite chronique. C'est là ce qu'on observe notamment après le typhus, la typhoïde, l'appendicite, la cholécystite, la salpingite, la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal.

Il faut reconnaître que d'ordinaire, après quelques semaines de refroidissement, les agglutinations viscérales disparaissent. Cependant, si le processus inflammatoire a été violent et prolongé, s'il a entraîné la destruction de la séreuse, surtout si le drainage a été maintenu longtemps, la périviscérite est définitive.

Infections atténuées. Irritations chroniques. — Il est impossible d'étudier séparément l'action de ces deux facteurs étiologiques ; les lésions sont identiques et presque toujours associées.

Ce sont surtout des hypertrophies scléro-lipomateuses des franges épiploïques, et des brides. Il existe parfois des accolements de surfaces péritonéales, mais toujours, dans ce dernier cas, il est possible de retrouver des plans de clivages utiles, et la libération est relativement aisée.

Les épiploïtes qui subsistent après l'ablation de l'organe malade contribuent à la formation des périviscérites qui, elles-mêmes entretiennent par irritation continuelle de la colite et de la stase. Le cercle vicieux se ferme : la stase engendre à son tour de nouvelles adhérences qui l'aggraveront.

Origine de certains replis péritonéaux dont l'aspect évoque celui des adhérences de la péricolite chronique. — Chez certains ptosiques on note des irrégularités péritonéales qui ressemblent à certaines dispositions créées par les péricolites chroniques.

Ces malformations en relation directe notamment avec la ptose rénale et la ptose intestinale, entraînent les mêmes troubles mécaniques que les péricolites.

Les brides de Lane au niveau des angles de réflexion de l'intestin, la membrane de Jackson au niveau de la région cæcale rappellent également les formations adhésives de la péricolite chronique.

Pour la plupart des auteurs ce sont là des formations congénitales dérivant de certaines anomalies dans la fixation ou l'accolement des mésos.

Ceci n'empêche pas ces formations de se doubler parfois de péricolites vraies inflammatoires dont elles sont responsables pour avoir entravé le transit intestinal et créé une stase plus ou moins marquée.

Anatomie pathologique. — Les déformations créées par la péricolite se distinguent en :

Sclérose péricolique,
Altérations des franges graisseuses,
Brides,
Adhérences proprement dites,
Plissements séreux, membraniformes.

Parmi les adhérences, les unes sont *fibro-cicatricielles*, soudant le côlon à la paroi, à l'épiploon ou à quelque organe voisin.

Au cours de leur traitement, le chirurgien cherche en vain un plan de clivage utilisable. Il est nécessaire de les sectionner ; ainsi se trouve créée une surface dépéritonisée. Ces adhérences succèdent en général à une destruction profonde de la séreuse par un traumatisme opératoire ou une infection aiguë.

Mais d'autres adhérences, du reste plus fréquentes et plus étendues que les précédentes sont des adhérences par accolement. On trouve dans leur épaisseur un fascia de coalescence qui se prête à une libération facile, pour peu que l'on découvre un plan avasculaire entre les surfaces d'accolement. Celles-ci garderont un aspect séreux ; elles resteront nettes et sans éraflures, condition indispensable pour éviter la récidive rapide du processus adhésif.

Le rapporteur attire surtout l'attention sur ce qu'il appelle les *plissements séreux membraniformes*. Ceux-ci constituent nombre de dispositions pathologiques connues sous le nom de brides.

Il s'agit là de replis du péritoine pariétal qui tendent à recouvrir le côlon malade en se fixant à lui par de fins tractus conjonctifs avasculaires. Ces replis sont capables de venir, par efforts successifs, recouvrir plus ou moins complètement le cæcum et l'S iliaque. On en voit parfois qui atteignent la terminaison de l'iléon ou le duodénum.

Presque toujours ces replis séreux membraniformes, en dépit de certains remaniements dus à la sclérose péricolique et aux altérations des franges graisseuses, restent décollables régulièrement quand on a su pénétrer dans le bon plan de clivage.

Les épaississements inflammatoires des mésos avec lymphangites et adénopathies, leurs rétractions plus ou moins accusées, déforment le cadre colique et gênent le transit intestinal. Des dilatations, des allongements coliques, segmentaires d'abord, puis plus étendus en sont la conséquence. Ils aggravent la stase qui, par un cercle vicieux, aggrave la péricolite.

L'épiploo-péricolite tend à s'accroître. Par voie lymphatique elle provoque des réactions inflammatoires à distance, dont la mésentérite et la périduodénite. Elle peut donner naissance à une périviscérite diffuse engluant toute la cavité abdominale.

Description topographique. — L'auteur passe en revue les aspects les plus caractéristiques de la péricolite chronique sur les divers segments coliques.

Au niveau du segment iléo-cæcal on peut rencontrer :

1° La bride sus-iléale de Lane qui siège à 5 centimètres au-dessus de la jonction du grêle et du cæcum et transforme l'iléon en un V renversé.

2° Une bride que l'auteur croit plus fréquente que la bride de Lane. Elle siège à 8 ou 10 centimètres de l'angle iléo-cæcal ; elle est sous-iléale et maintient l'iléon en angle aigu ouvert en haut. L'intestin se montre sur son axe longitudinal et souvent tassé en accordéon. Il s'agit d'un plissement séreux étroit avançant plus ou moins sur le grêle.

3° Une bride pré-iléo-cæcale.

4° Des déviations de l'angle iléo-cæcal.

Au niveau du cæcum, peut se montrer la péricolite membraneuse de Jackson. On doit la considérer comme un plissement séreux normalement décollable. On a voulu voir son origine dans une expansion anormale de l'épiploon. On l'a prise aussi pour un ligament pariéto-colique congénitalement hypertrophié.

Mais il résulte d'observations nombreuses faites au cours de laparotomies itératives qu'il s'agit en réalité d'une formation pathologique acquise. Elle peut être comparée aux péricolites qui se développent autour du cæcum dans les hernies du gros intestin et autour des segments coliques chirurgicalement exclus.

L'inflexion de l'angle colique droit ou de l'angle gauche avec accolement en canon de fusil s'accompagne d'adhérences épiploïques et d'une plicature du méso dont la disposition commande les manœuvres de libération.

Enfin, la péricolite peut provoquer au niveau de l'S iliaque la méso-sigmoïdite rétractile avec dolichocôlon, mégacôlon et tendance au volvulus.

Symptomatologie. — La péricolite chronique peut se manifester précocement mais elle peut aussi être bien tolérée pendant de nombreuses années. Elle vient se révéler par une symptomatologie extrêmement variable selon le degré de la gêne intestinale et l'importance des troubles associés.

Les réactions de l'intestin contre la stase et l'adhérence, les inflammations épiploïques et mésocolique, les résorptions toxiques au niveau du segment digestif altéré, donnent la manifestation séméiologique de la péricolite chronique.

Mais il s'y joint de la stase duodénale avec trouble de l'excrétion biliaire, des réactions gastriques dont il faut suivre l'enchaînement et les complications possibles jusqu'à l'ulcère et la cholécystite lithiasique.

L'aérophagie, les spasmes digestifs en aval et en amont, l'amaigrissement, les ptoses, les troubles névralgiques et psychasthéniques, les altérations hépatiques et pancréatiques, les accidents urinaires, viennent constituer un ensemble clinique des plus riches mais capable, du fait de la prédominance d'un symptôme, d'offrir de grandes difficultés d'interprétation.

La radiographie, le laboratoire et en particulier l'examen du sang donnent les indications utiles.

Parfois un épisode aigu, infectieux ou occlusif, intervient brusquement.

Traitement. — La thérapeutique est préventive ou curative.

La thérapeutique préventive consiste en des précautions minutieuses de douceur et de méthodes techniques. Elle comporte l'ablation aussi précoce que possible de toute cause d'infection ou de stase.

A cet égard, il faut noter l'indication opératoire absolue dans le syndrome qu'on est convenu d'appeler « appendicite chronique » et qui est souvent en réalité un trouble fonctionnel iléo-cæcal. En plus de l'ablation du vermis, l'examen de l'épiploon, de la terminaison de l'iléon et du côlon est indispensable. Dans un tiers des cas, on trouvera des adhérences de péricolite à supprimer.

Le traitement curatif comprend la libération méthodique des adhérences et la suppression des divers facteurs qui ont pu provoquer la péricolite adhésive.

Dans certains cas, des interventions secondaires seront nécessaires :

La « péricololyse » doit être menée avec un soin minutieux et suivant les données anatomiques si l'on veut réduire au minimum les causes de récidive.

Pour les adhérences d'accolement, pour les plissements séreux membraniformes, le décollement peut d'ordinaire s'exécuter de façon nette, précise, sans éraflure de la séreuse.

Après dissection des adhérences fibro-cicatricielles il faut péritoniser. Cette réfection du revêtement séreux sera parfois impossible. On y suppléera par des greffes épiploïques bien choisies et appliquées avec des précautions d'asepsie rigoureuses. Ces greffes dans ces conditions donnent souvent toute satisfaction.

Pour éviter la récidive des adhérences on évitera l'usage des nombreux produits proposés comme lubrifiants ou isolants. Par contre, on aura recours aux sérums isotoniques à 37 degrés.

C'est surtout en respectant ou en rétablissant l'intégrité du péritoine et de plus en supprimant toute cause de péricolite ultérieure qu'on peut espérer obtenir une guérison durable.

Mais, dans certains cas, d'autres opérations peuvent s'imposer :

Opérations plastiques ;
Anastomoses ;
Colectomies limitées ou étendues.

La typhlopexie, la typhlorraphie, la colopexie en équerre, de Duval et Grégoire, ont leurs particulières indications.

A l'iléo sigmoïdostomie latéro-latérale inefficace, à l'ilée sigmoïdostomie avec exclusion du gros intestin, short-circuit de Lane, opération illogique, et parfois inquiétante en ses suites éloignées, le rapporteur préfère la cæcosigmoïdostomie, soit latéro-latérale, soit dans certains cas en Y. Mais l'emploi

de cette anastomose doit être judicieusement réservé à des conditions bien définies.

Les colectomies partielles peuvent se révéler indispensables en présence d'un segment colique déformé par la dilatation ou l'allongement et qui paraît définitivement voué à la stase par sa déchéance atonique.

L'auteur fait observer, à ce propos, que les possibilités de rééducation satisfaisante d'un gros intestin, même en distension ou en dolicholie marquée, sont surprenantes...

L'impossibilité d'une libération satisfaisante des adhérences et la certitude de leur récidive, la crainte d'occlusion, de volvulus constituent d'indiscutables indications.

Les portions qu'intéresse le plus souvent la résection, sont le côlon droit et le côlon pelvien.

L'auteur indique les bons résultats obtenus, généralement, par la colectomie droite, pourvu que les parties coliques en aval soient librement ouvertes au transit.

Pour la colectomie totale, elle est d'un emploi beaucoup moins répandu que ne l'avaient espéré ses protagonistes, car elle comporte des inconvénients sérieux. Dans certains cas, on peut employer la colectomie méta-cæcale, qui conserve le cæcum dont le fond est anastomosé en termino-terminale avec le rectum.

Il faut également compter, dans la thérapeutique chirurgicale complète des péricolites chroniques et de leurs conséquences, avec la nécessité d'opérations d'extrême urgence, comme l'entérostomie ou la cæcostomie en cas d'occlusion. Par ailleurs, les lésions duodénales, vésiculaires,gastriques imposent, parfois, un traitement particulier.

Quand la péricolite s'est étendue pour devenir une périviscérite diffuse, le traitement peut devenir des plus malaisés et comporter plusieurs temps successifs. Dans quelques cas de symphyse totale, l'affection semble au-dessus des ressources opératoires.

Envisageant ces cas complexes, avec les récidives que prépare l'étendue même des lésions, décrivant l'état misérable où peut conduire une péricolite chronique mal soignée, le rapporteur conclut en insistant sur la thérapeutique préventive : il est plus facile de prévenir une péricolite chronique que de la guérir lorsqu'elle s'est aggravée.

(A suivre.)

Les Livres

J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Bibliothèque P. Carnot et L. Fournier.

Précis de thérapeutique. *Thérapies d'organes. La médication de l'appétit.*

Le professeur Paul Carnot avec la collaboration des professeurs agrégés, Rathery et Harvier, a entrepris la publication d'un Précis de thérapeutique qui est en somme la représentation de l'enseignement de la thérapeutique donné à la Faculté de médecine de Paris.

Ce Précis comprend trois volumes :

1° L'art de formuler et les médications générales (antiparasitaires, antiinfectieuses, antitoxiques, contre les agents physiques et les troubles de la nutrition, opothérapie).

2° La diététique, la physiothérapie et la crénoclimatothérapie qui comprend les eaux minérales.

3° *Les médications d'organes.* C'est ce troisième volume qui vient de paraître.

Le prof. Carnot étudie les thérapies digestives, hépatiques, cutanées et génitales ; M. Rathery, les thérapies urinaires ; M. Harvier, les thérapies hémo-cardio-vasculaires, respiratoires et nerveuses.

En analysant le premier chapitre de ce volume qui est l'œuvre du prof. Carnot, nous donnerons au lecteur l'idée la plus nette du plan qui préside à la rédaction du Précis de thérapeutique : le premier chapitre de la thérapie digestive a trait à la médication de l'appétit.

Les troubles de l'appétit qui est un processus mi-psychique, mi-physiologique, sont généralement secondaires et occasionnés par des troubles nutritifs. Quelquefois cependant ils sont primitifs et les troubles nutritifs en résultent et sont secondaires.

Les *méthodes thérapeutiques* sont psychothérapiques, physiothérapiques ou médicamenteuses.

Parmi les *méthodes psychothérapiques* dans les anorexies légères sont à signaler l'horaire des repas, la présentation des aliments, l'odeur, la sapidité des mets, la mastication active et volontaire. Dans les anorexies plus accentuées d'ordre psychique, le médecin psychothérapeute doit avoir recours d'abord au raisonnement, au sentiment, faire parfois acte d'autorité, et dans les maladies mentales où l'anorexie est grave, recourir à l'isolement, à l'alitement à la réalimentation progressive. La suggestion à l'état de veille et la suggestion hypnotique sont des procédés auxquels, dans certains cas, on pourra avoir recours.

Les *méthodes physiothérapiques* utilisées contre l'anorexie sont les exercices physiques, le froid (douches, bains, ascensions en montagne), la climatothérapie et la diététique.

Les *méthodes chimiothérapiques* comprennent les médications acides, les médications alcalines, salines, dialytiques, l'usage de la coque du Levant et son principe actif la picrotoxine, les oxydants comme le persulfate de soude, le metavanadate de sodium.

Les chlorhydrate et tannate d'orexine, dérivés

de la quinoléine, provoquent l'appétiten amenant une hypersécrétion glandulaire.

Les amers qui agissent par excitation gustative comprennent les hypercinétiques tels que les strychnées (noix vomique, fève de Saint-Ignace) et leur principe actif la strychnine.

La liste des apéritifs est longue, elle comprend le quinquina, la quassia amara, la quassine, le simarouba, le condurango, le colombo, la gentiane, la rhubarbe, la mélisse, la cascarille, la badiane, la petite centaurée, le chardon bénit, le ményanthe, la chicorée, le millefeuilles, la camomille. Viennent ensuite les carminatifs qui agissent le mieux chez les flatulents et comprennent l'anis, l'angélique, le fenouil, la menthe, les infusions stomachiques (camomille, tilleul, feuilles d'oranger).

Le prof. Carnot traite ensuite des *applications thérapeutiques des médications de l'appétit*. Il examine rapidement les anorexies des tuberculeux dans lesquelles on est souvent obligé de changer les médications, celles des néoplasiques, des anémiques, des sous-alimentés et des ptosiques, des constipés et des nerveux.

Il termine par l'étude de l'*hyperexie et de la boulimie des obèses et des pléthoriques*, envisage la boulimie ethnique, familiale, professionnelle (bouchers, charcutiers), la boulimie par entraînement et enfin les polydipsies du diabète sucré et du diabète insipide.

Cette longue énumération, de symptômes, de médicaments et de procédés thérapeutiques, à laquelle nous devons nous borner, donne lieu pour chaque sujet à un développement variant avec son importance. Les formules tiennent dans l'ouvrage une part importante et il n'est pas douteux que le praticien trouvera dans le *Précis de thérapeutique* tous les renseignements dont il peut avoir besoin au cours de l'exercice de sa profession et pourra en outre en le lisant se mettre au courant des résultats thérapiques auxquels a abouti l'admirable évolution de la science contemporaine, aux progrès de laquelle les professeurs P. Carnot, Rathery et Harvier ont largement contribué.

J. Noir.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ADMINISTRATIONS (Fonctions médicales dans les), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 3, 31 juillet 1927.

ALFORT DANS LE PASSÉ, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 25, 19 juin 1927.

ARTHRITES PURULENTES (Traitement), par M. TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, juillet 1927.

ARTHRITISME MALADIE CHOLESTÉRINIQUE, par G. LEMOINE, *Nord médical*, n° 657, 1er juillet.

ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT, par P. BOUDIN et G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 28, 10 juillet 1927.

AVIATION SANITAIRE, par FOVEAU DE COURMELLES, *Renaissance médico-chirurgicale*, juillet 1927.

BACCALAURÉAT SANITAIRE (Chronique), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 710, 1er juillet

BOECKEL (Jules), par R. LERICHE, *Paris médical*, n° 27, 2 juillet 1927.

BRONCHO-PNEUMONIE DES ENFANTS (Traitement), par G. LEMOINE, *Nord médical*, n° 658, 15 juillet 1927.

COCAINE (Idiosyncrasie cutanéo-muqueuse à la), par Clément SIMON, *Bulletin médical*, n° 28, 9 juillet 1927.

CONSEIL DE L'ORDRE ET JURIDICTION DISCIPLINAIRE, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 30, 14 juillet 1927.

CONVALESCENTS (L'œuvre des petits), par G. VITOUX, *Presse médicale*, n° 55, 9 juillet 1927.

DÉVIATIONS UTÉRINES (Traitement sanglant des), par Maurice TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, juin 1927.

ELOGES DE MÉDECINS (Chronique), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 28, 10 juillet 1927.

ESTRAGON (Artemisia dracunculus), par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 54, 6 juillet 1927.

ETHER (Les vibrations de l'), ET LA MÉDECINE, par Ch. SCHMITT, *in* Guide médical de l'étranger, édit. Encyclopedia, 1927.

FIEVRE JAUNE (Le spirochète de Noguchi est-il l'agent spécifique de la), par A. RAYBAUD, *Marseille médical*, n° 18, 25 juin 1927.

FOIE ET EXCRÉTION BILIAIRE, par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, juillet 1927.

GLOSSOPTOSE ET DYSMORPHISME FACIAL, par J. LAUMONIER, *Gazette des hôpitaux*, n° 51, 25 juin 1927.

HÉLIOPATHIE, par FOVEAU DE COURMELLES, *Courrier médical*, n° 27, 17 juillet 1927.

HONORAIRES d'un chirurgien étranger à un hôpital pour soins donnés aux hospitalisés, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 27, 3 juillet 1927.

HOSPITALISATION DES MALADES PAYANTS ET HONORAIRES MÉDICAUX, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 25, 19 juin 1927.

HUILE CAMPHRÉE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, Par G. LEMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 4, avril 1927 (paru en juillet).

INCISEUR CIRCULAIRE DANS LA TRANSPOSITION DU SEIN, par DARTIGUES, *Médecine internationale illustrée*, n° 7, juillet 1927.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 29, 17 juillet 1927.

LUCHON (Lamartine à), par R. MOLINÉRY, *Chronique médicale*, n° 7, 1er juillet 1927.

LUPUS TUBERCULEUX, par L. BIZARD, Société franç. de dermat. et syphil., 7 juillet 1927.

MAISON DU MÉDECIN, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 30, 24 juillet 1927.

MALADIES CONTAGIEUSES (Recherche et isolement des porteurs de germes), par G. DEQUIDT, Congrès d'hygiène du Royal Institute of Public Health, Gand, 1-6 juin 1927. (*Mouvement sanitaire*, n° 38, 30 juin 1927.)

MALFORMATION (Un cas de), DU MEMBRE SUPÉRIEUR, par R. LEHMANN, Société franç. d'électrothérapie et de radiologie, 28 juin 1927.

MÉDECINE LÉGALE DANS L'HISTOIRE (Les affaires Calas et Sirven), par CABANÈS, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 60, juin 1927.

MOTS ET SYSTEMES (Chronique), par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, juin 1927.

ŒUVRES DE PLEIN AIR, par MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, n° 7, juillet.

***Voir la suite page* 116.**

PRATIQUE MÉDICALE

Pourquoi j'ai présenté la lachesine à mes confrères.

> Ne plaisantons plus les homéopathes, les vaccins et les tuberculines n'agissent-ils pas suivant leurs principes ? Mais reprochons-leur de garder pour eux ce qu'ils savent et de ne pas faire participer le monde médical à leurs connaissances. »
>
> Prof. CHANTEMESSE.

Nos formulaires contiennent un fort grand nombre de médicaments et la liste n'est pas près de s'en épuiser car de multiples laboratoires nous en offrent chaque jour de nouveaux, plus ou moins étudiés, et dont les auteurs, savants chimistes, nous vantent les vertus à grands renforts de formules.

Après quelques années de pratique, nous nous rendons bien compte *que cette profusion* de médicaments dissimule une pauvreté réelle et nous sommes trop souvent à la recherche de l'agent efficace qui satisfera à la fois le malade et le médecin.

C'est cette considération et une certaine expérience de la pratique homéopathique — dont le nom ne rebute plus les médecins depuis bien longtemps — qui m'a poussé à présenter à mes confrères un médicament réputé depuis de longues années contre les troubles de la ménopause, à tel point qu'il en est considéré comme le spécifique. Il s'agit du *lachesis* extrait du venin du Trigonocephalus lachesis. Ce médicament, proposé d'abord comme tonique nerveux et cardiaque, réussit spécialement contre les troubles de la ménopause, sans qu'on ait pu expliquer cette action élective.

L'explication d'un fait satisfait l'esprit, quoique le fait soit assez éloquent par lui-même et puisse se passer d'explication. Je me permets donc de présenter à ce sujet mon interprétation personnelle d'une action thérapeutique aussi marquée. Tous les venins sont hémolytiques : on peut supposer que le lachesis introduit dans la circulation amène un certain degré de floculation du sang : les minimes floculats ainsi produits impressionnent les extrémités terminales sympathiques et para-sympathiques des parois vasculaires, d'où une équilibration de la tension : cette équilibration agit de la façon la plus heureuse contre les symptômes pénibles de la ménopause qui ne sont que des troubles hypertensifs.

Mais les hypothèses et les théories doivent toujours s'effacer devant les faits qui, dans l'espèce sont les observations. Nous en devons à l'obligeance de nos confrères une longue série que je ne puis songer à publier dans un article. Qu'il me soit permis d'en citer trois seulement : elles suffiront, car, en définitive, elles se ressemblent toutes.

Mme M., âgée de 52 ans, dit un confrère de Nantes, est atteinte depuis la disparition de ses règles, c'est à-dire depuis deux ans, de vertiges, bouffées de chaleur, maux de tête et douleurs diverses. Elle a essayé l'hamamélis, l'hydrastis et les spécialités les plus vantées pour le retour d'âge. Aucun résultat. La lachésine l'a rapidement guérie de tous ses malaises.

J'ai traité par la lachésine, dit un confrère de la Charente-Inférieure, deux cas de ménopause artificielle, suite de castration. Les différents médicaments préconisés avaient été employés sans résultat. La lachésine a mis fin aux malaises variés dont se plaignaient ces deux malades.

Du Dr M. (Loir-et-Cher) :

Mme C., âgée de 48 ans, en pleine ménopause, était tourmentée depuis des mois par des bouffées de chaleur, des vertiges et des sueurs. Elle se réveillait la nuit en sursaut, couverte de transpiration. Malaise général et asthénie. La lachésine a mis fin à ces troubles : les bouffées de chaleur et les sueurs ont disparu. Mme C., éprouve un véritable bien-être : elle sent son système nerveux équilibré désormais.

***

Il n'y a pas de raison pour que les médecins n'adoptent pas le lachésis aussi bien que l'hamamélis, l'hydrastis, le drosera, la trinitrine et tant d'autres médicaments qui ont été empruntés, d'une façon plus ou moins avouée, à la pratique homéopathique.

C'est ce que j'ai pensé en mettant à leur disposition ce médicament à la dose minime optima, sous la forme moderne de comprimés qui portent le nom de lachésine. Un comprimé le matin à 10 heures et un comprimé le soir à 5 heures mettent fin en quelques jours aux troubles si variés de la ménopause (bouffées de chaleur, vertiges, sueurs, dyspepsie, accès de dyspnée, asthénie, etc...) troubles communs à la ménopause naturelle et à celle qui suit les ablations chirurgicales.

Dr MENDEL.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES EXPERTISES MÉDICALES. CRITIQUES DU SYSTÈME ACTUEL

Depuis de nombreuses années, le problème de la réforme des expertises médicales est à l'étude ; malheureusement, il reste toujours en suspens, car cette question, qui n'est pas d'ordre politique, intéresse fort peu les pouvoirs publics.

Il faut un grave conflit, il faut que les médecins de tout un département s'insurgent, parce qu'excédés des errements actuels, il faut enfin que les blessés du travail d'un département se voient privés d'expertises médicales, pour qu'un échange de notes soit fait entre le ministère du Travail et celui de la Justice.

Encore faut-il convenir que ce dernier département ministériel continue à faire la sourde oreille et à remettre à demain la solution d'un conflit qui paralyse la marche des affaires judiciaires en matière d'accidents du travail et de règlement des incapacités permanentes.

Etat présent de la question.

Le régime actuel des expertises médicales est réglé : d'une part, pour les affaires criminelles et correctionnelles, par la loi du 30 novembre 1892, article 14 et par le décret du 21 novembre 1893, modifié par ceux du 12 août 1904 et du 10 avril 1906, et, d'autre part, pour les affaires civiles, par les règles du droit commun, fixées par les articles 303 et suivants du Code de procédure civile.

Expertises en matière criminelle et correctionnelle.

La loi du 30 novembre 1892 spécifie que les expertises ne peuvent être confiées qu'à des docteurs en médecine, français, lesquels ne peuvent pas refuser de déférer aux réquisitions de la justice.

La nomination des médecins experts est réglée par le décret du 21 novembre 1893, modifié par ceux du 12 août 1904 et du 10 avril 1906.

La liste en est dressée par chaque Cour d'appel, pour son ressort, sur proposition des tribunaux de première instance, parmi les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq années d'exercice de la profession médicale et demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel, ou munis du diplôme de l'Université de Paris, portant la mention « médecine légale et psychiatrie », soit d'un diplôme analogue d'autres Universités.

Cependant, en cas de crimes, ou de délits, de flagrant délit, le Procureur de la République, ou un officier de police judiciaire qualifié peut réquérir un docteur en médecine, même dépourvu du titre d'expert, pour faire les constatations nécessaires (articles 43, 44, 235, 268 du code d'intruction criminelle).

Les magistrats peuvent, également, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, désigner un expert près d'un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En matière civile.

Lorsqu'un tribunal civil a besoin d'être éclairé (état de santé d'un malade ou blessé, blessures par imprudences, par accident de droit commun, accident du travail ; demandes quelconques en dommages-intérêts, etc.) il désignera un ou trois experts, d'après les directives ordonnées par les articles 303 et suivants du Code de procédure civile.

Ces experts sont acceptés, ou recusés, par les parties ; le jugement leur donnera acte de cette nomination.

En matière civile, les médecins, choisis comme experts, peuvent parfaitement ne pas figurer sur la liste des médecins légistes officiels (désignés par la Cour d'appel, pour les affaires criminelles ou correctionnelles).

Ici, a été soulevée une première difficulté : par jugement en date du 23 janvier 1912, la 4e Chambre du tribunal civil de la Seine, jugeant en appel, décida que « lorsqu'un juge de paix ordonne, dans une contestation d'accident du travail, une expertise et qu'il commet, pour ce faire, un médecin, pris en dehors de la liste des experts, l'expertise doit être déclarée nulle ».

Et le tribunal d'affirmer que les expertises médico-légales relèvent des dispositions de la loi du 30 novembre 1892 et des décrets de 1893, 1904 et 1906 et non pas des stipulations du code de procédure civile.

Par arrêt du 15 décembre 1914, la Cour de cassation décida qu'il y avait erreur d'interprétation des textes législatifs.

« En matière pénale, la désignation des médecins experts est obligatoirement limitée à ceux, dont les noms sont portés sur la liste établie annuellement par les Cours d'appel ; mais cette règle, dérogatoire au droit commun, ne doit pas être étendue au-delà de ses termes précis ; elle est sans application aux instances civiles et pour les expertises médico-légales, que ces instances nécessitent.

« Il est loisible aux juges, aussi bien qu'aux parties, de choisir, non seulement parmi les médecins inscrits sur la liste annuelle, mais encore parmi ceux qui ne le sont pas (Code de procédure civile, art. 303-305.) »

A ce sujet, signalons une proposition de loi de M. Cruppi, sur la réforme des expertises médico-légales, votée par la Chambre des Députés, le 30 juin 1899 (*Journal officiel*, 1er juillet 1899) et en sommeil, depuis cette époque, dans les cartons du Sénat.

Cette proposition de loi fut l'objet d'un rapport de M. Cazeneuve, déposé au Sénat (*Journal officiel*, juillet 1914). S'en occupèrent aussi, l'Académie de médecine (séance du 21 janvier 1908) et la Société de médecine légale de France, qui adoptèrent le projet de M. Cruppi et le rapport de M. Cazeneuve ; enfin le Congrès international de médecine légale, tenu à Bruxelles, en août 1910, s'occupa également de cette réforme des expertises médico-légales.

Malheureusement, tous ces efforts sont restés lettre morte, devant l'indifférence du Sénat.

En matière d'accident du travail, se plaçant sous l'empire du Code de procédure civile et non de celui d'instruction criminelle, le juge de paix, ou le tribunal civil, désigne n'importe quel médecin à son choix, qu'il soit, ou non, inscrit sur la liste officielle des experts.

Dans ces cas, le docteur doit avoir le diplôme d'Etat, lui permettant d'exercer la médecine en France. La nationalité française n'est pas requise, comme en matière criminelle, ou correctionnelle.

Rappelons que l'expert ne peut pas être le médecin qui a soigné le blessé, ou qui est attaché à une Compagnie d'assurances, à laquelle le chef d'entreprise est affilié (article 17 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 22 mars 1902.)

Conflits pour le paiement des honoraires médicaux.

En matière criminelle.

Les honoraires d'expertises médicales, en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police, sont réglés selon le décret du 5 octobre 1920, portant règlement d'administration publique modifié par les décrets des 16 octobre 1926 et 22 décembre 1927 (Voir ce dernier ci-dessus, page 66).

Un grand nombre de critiques peuvent être formulées à l'encontre de ce texte règlementaire, qui, d'ailleurs, n'a pas été rédigé avec la collaboration des syndicats médicaux.

Disons de suite que l'arbitraire y règne en maître. L'article 18 spécifie, en effet, que « les prix des opérations non tarifées par le présent décret, sont fixées, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, sauf recours prévu par l'article 144 ci-après. »

Ce recours est formé devant la Chambre des mises en accusation dans le ressort de laquelle les poursuites sont intentées.

Il en résulte que les variations les plus grandes existent d'une Cour d'appel à l'autre et que les médecins sont loin de toucher les mêmes honoraires, pour le même travail.

L'article 19 du décret commence par supprimer toute indemnité de déplacement, pour le médecin expert, en deçà de deux kilomètres de sa résidence.

Puis, si le voyage s'est effectué, on *pouvait s'effectuer*, en chemin de fer, on accorde au médecin le prix d'un billet en premième classe.

Or, bien souvent, les horaires des trains sont tels que le praticien à intérêt à ne pas emprunter la voie ferrée, pour ne pas perdre de temps. Il se transportera en auto. Néanmoins, il n'a droit qu'au prix d'un billet en première classe, puisque le transport *pouvait se faire* par voie ferrée.

Si le transport ne peut s'effectuer ni par chemin de fer, ni par transport en commun, il est alloué un franc du kilomètre.

Comme comble, savourons le dernier alinéa de cet article 19 : « Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit, à raison de leur fonction, ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la Compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages, qui leur sont ainsi concédés. »

Il en résulte que le praticien, désigné comme expert, qui est médecin de chemin de fer, partant jouissant d'une carte de circulation gratuite, ou encore médecin d'une Compagnie de tramways sur route, n'aura droit à aucune indemnité de transport.

Cependant, l'octroi de cette carte de circulation gratuite n'est pas une faveur, mais bien une partie de la rémunération, accordée au docteur, pour les soins qu'il donne aux agents de la Compagnie de transport.

A l'article 20, si les experts se transportent à plus de 5 kilomètres de la commune de leur résidence, ils reçoivent une indemnité de vingt francs, pour chaque journée de séjour et si le lieu du transport est situé à plus de 20 kilomètres, une indemnité de 30 fr. par jour. Il en est de même, s'ils sont obligés de prolonger leur sé-

jour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

Vraiment, on semble oublier, au ministère de la justice, qu'à l'heure actuelle, on n'obtient pas grand'chose, avec vingt francs-papier, par jour. C'est à peine le prix d'un déjeuner qu'on alloue pour une journée entière, passée hors de chez soi.

Nous arrivons maintenant aux prix fixés, à l'article 26, pour les honoraires de médecine légale.

Disons de suite que, personnellement, nous trouvons injustes les deux catégories, fixées entre praticiens habitant soit à Paris, soit dans toutes autres localités.

Ces catégories ne devraient pas subsister, car le travail intellectuel, accompli par les docteurs en médecine, est le même partout et, par conséquent doit recevoir le même honoraire, sans distinction du lieu de résidence.

Ainsi, la visite judiciaire, comportant un dérangement à heure fixe, un déplacement souvent prolongé et une attention soutenue, est rémunérée de vingt francs, à Paris, 25 francs et 30 francs ailleurs

Que dire des prix alloués pour les autopsies 140, et 120 francs, avant inhumation ; 260 et 220, après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée.

C'est mettre la vie du médecin à bon compte, car ce travail, non seulement est peu agréable à faire, mais encore comporte des dangers d'infection.

Pourquoi encore l'autopsie d'un nouveau-né est-elle moins payée que celle d'un adulte ? Les difficultés sont souvent les mêmes et les risques aussi.

Passons maintenant sur d'autres chiffres d'honoraires, pour arriver au mode de paiement.

Le médecin doit rédiger ses mémoires d'honoraires d'après des modèles d'états, qu'il doit fournir de sa poche. Il doit ensuite supporter les frais de timbre et enfin se faire payer par le receveur de l'enregistrement, établi près le tribunal duquel émanent les mandats de paiement.

Voici bien des difficultés pour le médecin de petite ville, ou de campagne, requis, pour son malheur, pour faire une expertise médico-légale, en matière criminelle, ou de police correctionnelle, ou de simple police.

Première conclusion.

Devant ces difficultés administratives pour se faire payer, étant donnés ces honoraires ridicules, eu égard au cours actuel de la vie, et surtout à cause de l'arbitraire qui permet au magistrat taxateur de fixer, à sa guise, les honoraires du médecin, il est très compréhensible que les docteurs ne recherchent plus l'honneur d'être médecin légiste, à moins d'être parent d'un magistrat, ce qui permet une certaine mansuétude dans la fixation des honoraires médicaux.

Déjà, et les journaux professionnels de l'époque, le *Concours médical* en particulier, en font foi, avant la loi de 1892, les magistrats se plaignaient que beaucoup de médecins se dérobaient aux fonctions de médecins experts.

C'est pour cette raison — et on en trouve la preuve dans les débats parlementaires — que le Parlement inscrivit, à l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, l'obligation, pour les médecins de déférer aux réquisitions de la justice.

Nous verrons progressivement ce spectacle : un médecin requis comme expert, dans une affaire criminelle, ou correctionnelle, déférer à la réquisition, mais se récuser comme n'ayant pas l'expérience, ni la compétence requises.

Les honoraires alloués ne valent pas la peine de faire un effort intellectuel, pour venir éclairer une justice aussi ladre que lente et tâtillonne.

En matière civile.

On peut dire que le tarif des honoraires pour expertises civiles n'existe pas. Le decret du 27 décembre 1920 laisse toute latitude au président du tribunal pour taxer les honoraires des experts, en tenant compte des difficultés et de l'importance des opérations et du travail fourni.

C'est donc l'arbitraire le plus absolu, car, quelle que puisse être la science du magistrat, il lui est impossible d'apprécier à sa juste valeur le travail professionnel d'un expert.

Quant aux frais de déplacement, ils sont encore ridiculement bas : d'abord, gratuité pour tout déplacement inférieur à deux kilomètres de la résidence de l'expert ; puis vingt centimes du kilomètre, pour transport par chemin de fer (tarif de la troisième classe).

Bien entendu, pour tenter de se faire honorer, l'expert est astreint à de nombreuses formalités: rédaction de son mémoire d'honoraires et de frais, détaillé pour qu'il soit soumis à la taxe du juge. Puis l'expert demandera le paiement de ses honoraires à l'avoué de la partie qui lui fait signifier le jugement.

Si l'avoué ne paye pas, l'expert doit se faire délivrer, par le greffier, un exécutoire de taxe, avec lequel il pourra se faire payer, même par voie de saisie.

En matière d'accident du travail, les mémoires d'honoraires pour expertises doivent être rédigés d'après le tarif criminel, lorsqu'une des parties, l'ouvrier, a demandé l'assistance judiciaire. Mais, si dans la contestation, l'ouvrier n'est pas en cause, c'est le tarif civil qui est applicable.

Le Trésor paye l'expertise, lorsque l'assistance judiciaire a été octroyée ; mais ce n'est qu'une garantie de paiement qui est donnée au médecin, car celui-ci peut s'adresser à la compagnie d'assurances, surtout lorsqu'elle succombe, ou lorsqu'elle a réclamé l'expertise.

Quant aux honoraires des experts en justice

de paix, ils sont taxés selon les termes du décret du 16 février 1907. L'article 25 de ce décret dispose que la taxe sera la même que celle des témoins.

Il résulte de ce texte que le médecin expert, commis par un juge de paix, n'est qu'une sorte de témoin et n'a droit, au maximum, pour honoraires, qu'à deux journées de travail, soit 20 fr.

Pour ses déplacements, s'il est domicilié hors du canton et à plus de 25 kilomètres, il aura droit, au maximum, à 20 francs, et, au minimum, à 4 francs par 50 kilomètres de distance, entre son domicile et le lieu où il aura déposé.

Conflits dans des cas mixtes.

Depuis des années (puisque je retrouve une réclamation de ce genre dans le *Concours médical* de 1896), le médecin se demande à qui s'adresser pour faire payer ses honoraires de constatation, lorsque le praticien a été réquisitionné par le maire d'une commune, pour constater le décès d'un individu trouvé mort sur la voie publique.

S'adresse-t-il au maire, officier de l'état civil, celui-ci répond qu'il a agi comme officier de police judiciaire et que, devant une mort suspecte, il a réquisitionné le médecin, conformément aux prescriptions de l'article 81 du code civil. C'est donc à une réquisition en matière criminelle et c'est au Parquet et non à la mairie que le médecin doit s'adresser, pour se faire payer.

Le docteur se tourne donc vers le procureur de la République, qui lui répond froidement que le cadavre étant celui d'un individu mort, non pas des suites d'un crime, mais de mort naturelle, ou violente, les frais de constatation ne doivent pas incomber à la justice criminelle. On conseille au praticien de s'adresser au maire.

Le « Sou Médical » a plusieurs fois voulu provoquer un procès, pour faire trancher le différend par la cour de Cassation ; malheureusement, toujours le médecin a été payé, dès qu'on a parlé d'un procès intenté par le « Sou Médical ».

Disons cependant que les médecins experts sont victimes de la mauvaise volonté des Parquets, lesquels veulent faire des économies ridicules, même aux dépens de la plus élémentaire équité.

En effet, le décret du 18 juin 1811, réglant le tarif des frais de justice en matière criminelle, correctionnelle et de simple police, porte, dans son article 3 :

« Ne sont pas compris sous la dénomination de frais de justice criminelle : 1°...., 4° les frais d'inhumation des condamnés et de tous cadavres trouvés sur la voie publique, lesquels sont à la charge des communes, aux termes de l'article 26 du décret du 23 prairial an XII, lors, toutefois que les cadavres ne sont pas réclamés par les familles et sauf le recours des communes contre les héritiers. »

Néanmoins, il est triste de constater que le médecin, qui doit abandonner tout autre travail professionnel, pour s'acquitter d'une mission médico-légale, éprouve ensuite des difficultés presque insurmontables, pour se faire payer les justes honoraires, dus pour son travail professionnel.

Deuxième conclusion.

Depuis la loi sur les accidents du travail, les expertises médicales deviennent de plus en plus nombreuses. Alors que jadis, les fonctions de médecin expert consistaient surtout en de rares opérations, lorsqu'il se produisait un crime dans la région, il n'en est plus de même aujourd'hui, surtout en matière civile.

Or, le praticien doit apporter une très grande minutie, pour mener à bien le besogne dont il a été chargé. Il faut souvent, non seulement étudier toutes les pièces du dossier, mais encore faire des recherches dans des livres spéciaux.

Aussi, peut-on estimer ridicules les honoraires payés en francs papier.

Ajoutez à cela les nombreuses démarches qu'il faut faire, avant d'obtenir l'autorisation de se faire payer un mémoire d'honoraires, amputé d'une partie par les droits de timbre.

En outre, les médecins se montrent émus à juste titre, devant les différences de régime, selon la mentalité du juge taxateur.

Ici, les honoraires seront honorables ; là, ils seront arbitrairement abaissés, ou même supprimés.

Je conclus, à titre personnel, en donnant absolument raison à ceux de mes confrères, qui se refusent à l'honneur gratuit d'être désignés comme médecins experts.

Dans certaines grandes villes, des experts de métier, ne faisant que des expertises, arrivent à toucher des sommes intéressantes, grâce au grand nombre d'expertises criminelles ou civiles, qu'ils ont à faire. Ils bénéficient également de certaines complaisances, pour ne pas dire complicités, dans le personnel plus ou moins subalterne des tribunaux, de sorte que leurs mandats sont, presque toujours, revêtus de la formule exécutoire, pour le paiement, sans aucun rabais.

Mais, dans la plupart des localités, il n'en est plus de même. Les expertises ne sont pas fréquentes, distribuées qu'elles sont entre un grand nombre de praticiens.

Si la justice veut être bien servie, elle n'a qu'à bien payer ceux dont elle réclame l'aide. Sinon, en matière criminelle, ou correctionnelle, le médecin obéira à la réquisition qu'il recevra du procureur de la République, pour déférer aux injonctions de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 ; mais il sera en droit de se récuser, pré-

textant une incompétence en la matière. On peut réquisitionner un corps, pour le forcer à exécuter un acte matériel ; mais on ne peut pas réquisitionner un cerveau, pour l'obliger à accomplir un acte intellectuel.

En matière civile, le médecin est parfaitement en droit de refuser toute expertise, notamment en matière d'accident du travail, s'il estime que ses honoraires sont ridiculement infimes.

Solution pratique.

Le corps médical organisé peut protester par l'abstention, sorte de grève et mettre l'autorité judiciaire dans l'embarras, parce que, comme dans la Vendée, les indemnités pour incapacités permanentes, consécutives à des accidents du travail ne peuvent plus être réglées, faute d'expertises.

Mais cette solution négative n'est que provisoire.

La grève n'est, à mes yeux, qu'un procédé de protestation, destiné à faire savoir à l'employeur quel qu'il soit, qu'il n'a pas la toute-puissance, ni le droit absolu d'imposer ses volontés à l'employé.

En matière d'expertises, le refus collectif des médecins d'une région de collaborer à l'œuvre de la justice a pour signification que les docteurs entendent vivre honorablement de leur profession, recevoir les honoraires légitimes, qu'ils estiment devoir être en proportion avec les missions médicales qui leur sont confiées et non pas être contraints à accepter des aumônes, ou des indemnités dérisoires.

Si la justice veut être éclairée, qu'elle paye honorablement ses auxiliaires en bon argent et non en monnaie de singe.

Mais, le rôle du syndicalisme agissant est moins de détruire que de remplacer ce qui est médiocre par un mieux être.

Pour ma part, voici les propositions que je pourrais faire :

1° Les syndicats médicaux devront obtenir des pouvoirs publics le respect des dispositions de l'article 17 du Livre III du Code du travail et de la Prévoyance sociale, sur les groupements professionnels et ainsi conçu :

« Les syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité.

« Dans les affaires contentieuses, les avis du syndicat sont tenus à la disposition des parties, qui peuvent en prendre communication et copie. »

Respect et obéissance à la loi, quelles que soient les opinions politiques. Ce n'est pas parce que le vocable « syndicat » sonne mal à beaucoup d'oreilles, qu'il faut ne tenir aucun compte de la volonté du législateur, volonté affirmée depuis la loi du 21 mars 1884 et reproduite dans celle du 12 mars 1920.

Le syndicat peut être consulté pour toutes les affaires rentrant dans sa spécialité. Je ne vois donc pas pourquoi les Parquets et les tribunaux pourraient se croire déshonorés, s'ils demandaient aux groupes corporatifs médicaux des avis et des expertises, pour toutes les affaires contentieuses, tant civiles que criminelles.

D'ailleurs, le syndicat saurait trouver, parmi ses membres, celui, ou ceux qui seraient idoines pour mener à bien la besogne qui lui serait confiée. Le rapport de ce, ou de ces experts syndiqués, serait ensuite discuté, soit par le bureau, soit par une assemblée générale.

L'autorité, qui demanderait ainsi l'avis du syndicat, recevrait en retour, non pas l'opinion d'un seul praticien (*errare humanum est*), mais celle d'un groupe corporatif, ce qui donnerait plus de certitude de se rapprocher de la vérité.

2° Je demande que soit remise à l'étude la question de la réforme des expertises, dans le sens de l'ordre du jour qui a été voté à l'unanimité au Congrès international de médecine légale de Bruxelles, en août 1910 :

« Le III^e congrès international de médecine légale, réuni à Bruxelles, déclare adhérer au principe de la dualité de l'expertise, l'un des experts étant désigné par le juge d'instruction et l'autre par la défense.

« Il estime que l'expertise doit être organisée de manière à assurer, à l'expert de l'instruction et à celui de la défense, une égalité parfaite de droits et avec recours à un super-arbitrage au cas de désaccord entre les experts. »

Bien entendu, cet ordre du jour, visant uniquement les expertises en matière criminelle, devrait rappeler que le Code de procédure civile prévoit trois experts et rarement l'expert unique, en matière civile.

3° Les syndicats médicaux remettront à l'étude la proposition de loi, ayant pour objet la réforme des expertises médicales, dont le texte a été adopté par la Chambre des Députés (29-30 juin 1899) et en suspens, depuis cette époque devant le Sénat.

Cette proposition de loi a été étudiée et amendée par l'Académie de médecine et la Société de médecine légale. Aux syndicats médicaux à faire maintenant connaître leur avis sur le texte proposé, avis qui sera ultérieurement communiqué au groupe médical parlementaire du Sénat.

4° Mise à l'étude devant les syndicats médicaux de la question « honoraires en matière d'expertise médico-légales. »

Pour ma part, je ferai les suggestions suivantes :

a) Suppression des distinctions entre les honoraires alloués pour les expertises en matière criminelle et en matière civile. Le travail médical

est le même : les honoraires doivent donc être identiques.

b) Suppression des catégories pour les honoraires suivant que le médecin habite Paris, une ville possédant un tribunal de première classe, ou toute autre localité.

c) La liste des experts serait arrêtée par les cours d'appel, sur la proposition des syndicats médicaux locaux et après avis des tribunaux de première instance du ressort.

Cette liste serait celle sur laquelle les magistrats choisiraient leurs experts, faculté étant laissée à l'inculpé (en matière criminelle ou correctionnelle) ou aux parties (en matière civile) de désigner leurs experts à leur guise.

d) Le tarif, unique pour les affaires criminelles ou civiles, comporterait un minimum de cent francs (par exemple) pour une visite, sans déplacement en dehors de l'agglomération, où réside l'expert, plus un rapport.

Le déplacement en dehors de l'agglomération sera payé au prix déterminé par les arrêtés ministériels (Travail), en matière d'accidents du travail, quel que soit le mode de locomotion employé par les experts.

Il ne faut pas oublier, en effet, que presque tous les médecins sont obligés d'avoir une voiture automobile, comme instrument de travail. De la sorte sont évitées les pertes de temps, qui se produisent fatalement, lorsqu'il faut emprunter la voie ferrée, ou les transports en commun.

Au surplus, bien souvent, le médecin expert transporte les magistrats enquêteurs, en leur donnant place dans son automobile.

e) Les syndicats médicaux discuteront sur les honoraires à faire inscrire dans le futur tarif des expertises notamment en ce qui concerne :

Les vacations supplémentaires, pour examens, médicaux et opérations diverses, les autopsies, l'examen des pièces du dossier, les conférences entre confrères et experts, la rédaction d'un rapport commun long et difficile, la prestation de serment, les indemnités de séjour et les déplacements, etc., etc.

Ces différentes propositions, que je soumets, nécessiteront l'étude des modifications à apporter aux textes législatifs et réglementaires actuellement en vigueur. Cette étude aboutira à des propositions de lois et à des corrections de décrets et arrêtés ministériels.

Mais si les pouvoirs publics font, comme d'habitude, la sourde oreille, les syndicats médicaux préviendront leurs adhérents que, désormais, ils feront les expertises médico-légales, tant au civil qu'au criminel, à leurs risques et périls.

Des conflits surgiraient-ils que ces confrères seraient prévenus qu'ils ne trouveraient aucun appui près leurs syndicats respectifs, ceux-ci se désintéressant complètement des expertises médico-légales et des experts, qui accepteraient de se charger de besognes, rémunérées à des tarifs de famine, indignes de la profession médicale.

Dr Paul BOUDIN.

DÉSINFECTION DES LIVRES DE CLASSE

Par le Dr René MARTIAL.

A l'occasion d'un des derniers « Propos du Jour » de notre ami Noir, il y aurait peut-être lieu de dire un mot d'un autre procédé de désinfection des livres que celui par le formol, qui est très bon, et pour lequel on trouvait avant la guerre, en France, des étuves spéciales. Je n'ai pas pu en retrouver depuis. Mais voici un procédé qui me paraît plus perfectionné et dont j'ai quelque expérience. C'est une application pacifique de la chloropicrine, ce gaz lacrymogène qui fut tant utilisé (?) pendant la guerre.

La chloropicrine est, en même temps qu'un gaz lacrymogène, un désinfectant très pratique pour les livres scolaires, cartons, cahiers qu'il n'abîme pas. Il est très efficace. Des expériences de laboratoire ont démontré son pouvoir bactéricide.

Trois éléments favorisent son action, et il faut s'arranger de manière que leur action soit concordante. Ces trois éléments sont : la lumière naturelle ou artificielle, la chaleur, l'humidité.

Un industriel a donc eu l'idée de construire un appareil, que j'emploie avec succès depuis bientôt deux années maintenant, dont voici la description schématique.

Une caisse en bois, bien hermétique d'environ 2 mètres cubes de capacité. Plafond en verre pour laisser la passer lumière du jour. A l'intérieur, 2 lampes électriques pour s'assurer que le courant passe, ajouter à la lumière naturelle, chauffer l'intérieur de la caisse, puis une coupe contenant environ 40 à 50 grammes d'eau dont l'évaporation lente est assurée par la chaleur développée par les lampes; à la partie supérieure, des barreaux pour suspendre livres et cahiers. Au centre de la partie supérieure, un dispositif permettant de briser dans la caisse, sans aucune communication avec l'air extérieur, des ampoules de chloropicrine contenant chacune 20 cmc.

Durée de l'opération : 24 heures.

Lorsqu'on ouvre (porte latérale et inférieure), s'écarter vivement pour éviter le contact du gaz avec le visage. D'ailleurs, la chloropicrine étant un gaz lourd, et se trouvant en très petite quantité

n'y a presque aucun danger de larmoyer, je l'ai expérimenté.

Pour éviter tout inconvénient, on fait fonctionner l'appareil dans un local largement aéré et ventilé comme un hangar ou une remise dont portes et fenêtres peuvent être largement ouvertes. On peut retirer les livres au bout de quelques heures et les laisser encore un peu à l'air avant de les rendre aux élèves.

Des contrôles bactériologiques ont donné des résultats positifs — c'est-à-dire qu'on **n'a** plus retrouvé de microbes — en particulier pas de bacilles de la diphtérie.

Ayant fréquemment à désinfecter des livres scolaires, j'estime que cet appareil vaut les anciens appareils à formol. Le formol lui-même était bien un peu lacrymogène aussi.

Le fonctionnement de cette nouvelle étuve est si simple qu'il peut être confié à un sous-ordre : dans l'espèce, c'est le concierge d'une école qui le met en route, l'arrête, l'ouvre, le vide sans aucune espèce d'inconvénient.

La tribune médico-professionnelle des Abonnés

LE MÉDECIN BÉNÉFICIAIRE DE DROIT DES ASSURANCES SOCIALES

(2e *article*)

Le 13 novembre dernier, j'ai fait paraître dans le *Concours médical*, un article « Le médecin bénéficiaire de droit aux A. S. »

L'accueil qu'il a reçu près de nombreux confrères, les questions présentes qui me sont posées de divers côtés m'obligent à reprendre la plume pour développer et préciser ma pensée et répondre en même temps en une fois à tous ceux qui ont bien voulu m'écrire directement. C'est pourquoi, une fois encore, je fais appel à la bienveillante hospitalité du *Concours médical.*

Si cette idée de voir le Corps médical bénéficiaire des A. S., rencontre de nombreux partisans, elle a aussi trouvé, comme il fallait s'y attendre, des détracteurs, surtout parmi ceux qui n'acceptent pas une loi sur les A. S. La loi telle qu'elle a été votée en juillet dernier par le Sénat est totalement inacceptable pour nous, si le législateur n'y apporte de profondes modifications, et sur des modifications ,le Corps médical n'est pas lui-même d'accord, il est en ce moment profondément divisé.

Deux thèses sont en présence celle de la Fédération nationale et celle de l'Union.

La Fédération veut l'entente directe entre le malade et son médecin sans interpositon d'un tiers à un titre quelconque, la médecine des futurs assurés ne se distinguant pas de celle de la clientèle ordinaire. Les rapports entre malades et médecins restant tels qu'ils sont actuellement.

Si le législateur n'autorise pas les caisses à discuter de nos tarifs avec nos Syndicats et ne nous impose un tarif comme il l'a fait pour les lois sociales déjà existantes, sur les accidents du travail, les accidents agricoles, soins aux victimes de guerre, nos Syndicats restant entièrement libres à ce sujet, tout est bien, aucune modification profonde de notre profession ne se produira, nous n'avons à demander aucune compensation, ne subissant aucun préjudice, nous restons dans le *statu quo* et mon article du 13 novembre, pas plus que celui d'aujourd'hui n'auront eu de motifs de paraître.

Une deuxième thèse est soutenue par l'Union ; des contrats seront passés entre les Syndicats médicaux et les Caisses d'assurances, réglant leurs rapports et leurs droits respectifs, nos honoraires étant payés soit directement par les malades sans interposition d'un tiers comme le veulent certains (c'est le paiement direct), soit par les Caisses elles-mêmes comme d'autres le désirent (c'est le tiers payant).

Je n'ai point ici l'intention de faire la critique d'une thèse plutôt que de l'autre, chacune à ses partisans déterminés, mon but est tout autre et ce que j'ai à dire s'adresse à tous, qu'ils soient partisans de l'entente directe, du contrat collectif avec ou sans tiers payant.

L'entente directe préconisée par la F. N. semble bien donner toute garantie, mais pourra-t-elle se faire sans aucun contrat, ni convention avec les Caisses, je ne le crois pas. Tout contrat avec les Caisses, s'il nous apporte une sécurité comporte un danger et ce danger existe qu'il y ait une entente directe, paiement direct ou tiers payant et ce danger c'est le droit pour les Caisses de discuter nos honoraires avec nos Syndicats, car si elles les discutent ce ne sera jamais que pour les rogner d'où il résultera pour le Corps médical un grave préjudice.

Ce danger évitable avec l'entente directe et avec le paiement direct après contrat collectif est absolument inéluctable avec le tiers payant, car, je le répète une fois de plus, le jour où les Caisses auront le droit de discuter nos honoraires avec nos Syndicats elles n'useront de ce droit que pour les rogner. Réductions sur les prix des consultations, des visites, de l'Indemnité kilométrique, des interventions, réductions sur toute la ligne.

Si le Corps médical se ressaisit, si l'Union se

fait pour un front unique et puissant, si pareil préjudice nous est épargné, réjouissons-nous, car aucun dommage grave ne nous sera fait et partant nous n'aurions besoin d'aucune composition.

Mais si, par contre, nos divisions néfastes nous conduisent au désastre, à la tarification officielle par l'Etat, ou à une tarification déguisée par les Caisses imposée à nous, on consentie par nous, et bien ce que je ne puis, ce que je ne saurais admettre un seul instant c'est que le produit de nos réductions d'honoraires soit totalement perdu pour nous.

Ce produit ce doit être, ce sera la cotisation du Corps médical ! et elle sera formidable n'en doutons pas !

Si la cotisation prévue de l'assuré obligatoire ou facultatif représente un prélevément de 10 % du salaire, croyez-vous que les Caisses se contenteront de 10 % de réduction sur nos honoraires pouvons-nous consentir à subir pareil préjudice sans compensation.

La compensation légitime que le Corps médical se doit d'exiger c'est d'être lui-même bénéficiaire de tous les avantages que la loi donne à ses assurés, avantages non seulement pour le médecin lui-même mais pour chacun des siens.

Réductions sur les honoraires égalent cotisations.

Cotisations égalent droit à tous les avantages de la loi pour le médecin et pour chacun des siens.

Nous devons refuser de faire les frais des assurances sociales sans compensations.

Dr Ch. HUBERT.
Ferté-Macé (Orne).

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Ecoles de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé.

PROGRAMME des cinq *conférences* communes aux quatre écoles annexes de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé qui auront lieu au cours du premier semestre 1928 au Grand Amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine. Chaque conférence sera suivie d'un exercice pratique.

Dimanche 19 *février* 1928, 9. h. 30, par M. le médecin-major de 1re classe SCHNEIDER, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre.« Le poste de secours divisionnaire au combat ».

Dimanche 18 *mars* 1928, 9 h. 30, par M. le médecin-major de 1re classe BOVE, de l'état-major général de l'Armée. « Les évacuations dans l'armée ».

Dimanche 22 *avril* 1928, 9 h. 30, par M. l'officier d'administration principal de réserve BOUILLARD. « Les services administratifs du service de santé ».

Dimanche 20 *mai* 1928, 9 h. 30, par M. le médecin principal de réserve FRITEAU. « Le service dentaire dans l'armée mobilisée, non importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires. Son utilité au point de vue de l'hygiène sociale.

Dimanche 17 *juin* 1928, 9 h. 30, par M. le médecin principal de deuxième classe SCHICKELÉ de la section technique du service de santé. « Equipement du service de santé d'un front d'armée ».

***

Bulletin international. Organe des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires.

Les Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires, institués en 1921, sur l'initiative de la Belgique, et réunis depuis lors, tous les deux ans, à Bruxelles, Rome, Paris, Varsovie, ont permis, sur de nombreuses questions techniques intéressant la médecine et la pharmacie militaires, des discussions, des échanges de vues, des mises au point qui ont été particulièrement appréciés. Le prochain Congrès se tiendra à Londres, en 1929 ; par l'importance des sujets inscrits à l'ordre du jour, on peut affirmer que son intérêt ne le cèdera en rien à celui de ses devanciers.

Lors du IVe Congrès international, tenu à Varsovie en juin 1927, il a été décidé de maintenir, dans l'intervalle des Congrès, une liaison permanente au moyen d'un *Bulletin* international paraissant chaque mois dans les *Archives médicales belges* et rédigé, pour le moment, en français et en anglais.

Ce Bulletin publiera chaque mois :

1° Un article original portant sur une question intéressant la médecine et la pharmacie militaires. Chaque nation fournira, dans l'intervalle de deux Congrès, au moins un de ces articles.

2° Un index bibliographique, soit purement énumératif, soit comportant des analyses succinctes, signalant, par nation, chaque travail publié dans des périodiques ou communiqué à des sociétés savantes par des médecins et des pharmaciens appartenant à l'Armée active et à la Réserve, étant bien entendu que les travaux en question se rapporteront à la médecine et à la pharmacie militaires.

Le Comité de rédaction du Bulletin international est constitué par le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie mili-

taires, auquel sont adjoints des délégués nationaux désignés officiellement à raison de un par nation intéressée. Le rédacteur en chef est le secrétaire du Comité permanent.

Le Bulletin international, dont la publication partira du 1er janvier 1928, constituera donc un organe de documentation technique dont l'intérêt ne saurait échapper à aucun des médecins et des pharmaciens désireux de s'instruire sur les particularités du service de santé de chaque pays et sur les progrès réalisés dans chacun d'entre eux.

Le montant d'un abonnement annuel au Bulletin international, organe des Congrès de médecine et de pharmacie militaires, est de : huit Belgas.

Les abonnements sont reçus par le major-médecin Voucken, secrétaire du Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires, hôpital militaire de Liège (Belgique).

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7936 Chabrol, Mayet-de-Montagne (Allier), Syndicat de l'Allier.
7937 Roche, Poillé (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
7938 Vidal, Rivoli (Oran), Syndicat d'Oran.
7939 Rakoto, Sermizelles (Yonne), Association des Médecins Malgaches.
7940 Le Conte des Floris, Besançon (Doubs), Syndicat de Besançon.
7941 Tual, Port-Louis (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7942 Sauvage, Quiberon (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7943 Saiget, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7944 Thibaudet, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7945 André, Boulay (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7946 Lambert, Etel (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7947 Guillerme, Ploermeur (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7948 Waquet (André), Auray (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7949 Toche, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7950 Flatres, Auray (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7951 Desjacques, Hennebont (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7952 Marliangeas, Hanoï (Tonkin), Association médicale du Tonkin.
7953 Waquet (Louis), Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7954 Guidon, Port-Louis (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7955 Couder, Hennebont (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7956 Abarnou, Saint-Pierre-Quilbignon (Finistère) Syndicat de Brest.
7957 Bourgoing, Montpellier (Hérault), Parrains : Drs Margarot et Jeanbrau.
7958 Dhers, Orthez (Basses-Pyrénées), Syndicat du Béarn.
7959 Laffitte, 17, rue Lacharrière, Paris, Société du XIe arrondissement.
7960 Medioni, Suresnes (Seine). Parrains : Drs Pecker et Carvallo.
962 Ruyssen, Dunkerque (Nord), Syndicat de Dunkerque.
63 Naud, Alès (Gard), Syndicat d'Alès.
64 Bellat, Huriel (Allier). Parrains : Drs Lefèvre et Saillant.
65 Belliard, La Plume (Lot-et-Garonne), Syndicat du Lot-et-Garonne.
66 Marchant, Ars-sur-Moselle (Moselle), Syndicat de Metz-Campagne.
7967 Bellanger, 2, rue Pigalle, Paris, Association du IXe arrondissement.
7968 Hiblot, 48, boul. Diderot, Paris, Syndicat de la Seine.
7969 Duvergey, Bordeaux (Gironde), Association générale des médecins de France.
7970 Carosin, Laval (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
7971 Parrot, 11 *bis*, rue de Surène, Paris, Syndicat de la Seine.
7972 Mathias, Gaillon (Eure), Syndicat des Andelys.
7973 Comte, Privas (Ardèche), Syndicat du Bas-Vivarais.
7974 Loussot, Lanmeur (Finistère), Syndicat de Morlaix.
7975 Lefevre, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
7976 Quenée, Tonnerre (Yonne), Syndicat de Tonnerre
7977 Jouffray, 57, boul. de Vaugirard, Paris, Syndicat de la Seine.
7978 Arrighi, Constantine (Algérie), Syndicat de Constantine.
7979 Dupont, Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat de Nantes.
7980 Chabaud, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) Parrains : Drs Boullier et Lamare.
7981 Huot, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat de Dijon.
7982 Calas, Azay-le-Ferron (Indre), Syndicat de l'Indre.
7983 Cartier (Mlle), Ermont (Seine-et-Oise), Association de Montmorency.
7984 Lheuthreau, Ouroux (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
7985 Chevallier, Crécy-sur-Serre (Aisne), Syndicat de Laon.
7986 Monmont, Les 4-Routes (Lot), Syndicat du Lot.
7987 Royet, Montluçon (Allier), Syndicat de Montluçon.
7988 Rousseaux, Dunkerque (Nord), Association de Prévoyance des médecins du Nord.
7989 Daubin, Anglet (Basses-Pyrénées), Syndicat de Biarritz.
7990 Castets, Blaye (Gironde), Syndicat de Blaye.
7991 Huss, Wasselonne (Bas-Rhin), Syndicat de Molsheim.
7992 Guérin, Vars (Charente), Syndicat de la Charente.
7993 Tardif, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), Syndicat de la Seine.
7994 Lhomme, Gannat (Allier), Syndicat de l'Allier.
7995 Dupont (Abel), Pouilly-sous-Charlieu (Loire), Syndicat de la Loire.
7996 Arnaud, Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
7997 Bareyt, Gien (Loiret), Syndicat de Gien.
7998 Broussolle, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat de la Côte-d'Or.

7999 CHALOCHET, Abbeville (Somme), Syndicat des Chirurgiens français.
8000 MAREY, Saint-Maur-des-Fossés (Seine), Syndicat de Saint-Maur.
8001 LOURIER, 25, rue Alexandre-Dumas, Paris. Parrains : Drs Parmentier et Pradignat.
8002 FAVRE, Bellegarde (Ain), Syndicat du Bugey.
8003 RÉMY, Anzin (Nord), Association de Lille.
8004 DIAMANT, Nanterre (Seine), Syndicat de la Seine.
8005 JACOBSON, Lassigny (Oise), Association générale.
8006 LE BUNETEL, Cherbourg (Manche), Syndicat de Cherbourg.
8007 BOUTON, 129, rue Caulaincourt, Paris. Parrains : Drs Gault et Rouchon.
8008 SOALHAT, 28, rue Chaptal, Paris, Syndicat de la Seine.
8009 LEMOINE, Saint-Maurice (Seine), Syndicat de la Seine.
8010 THOUVENIN, Angers (Maine-et-Loire), Syndicat de Maine-et-Loire.
8011 PRUVOST, Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), Syndicat de Montreuil-Saint-Pol.
8012 D'HALLUIN, 8, rue Nicolas-le-Blanc, Lille, Syndicat de Lille.
8013 RIVES, Valence (Drôme), Syndicat de Valence.
8014 MIGINIAC, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat de Toulouse.
8015 ALBERTIN, Bourg (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
8016 BODSON, Saint-Michel (Aisne), Syndicat de Laon.
8017 MARTY, Lisle (Dordogne), Association de la Dordogne.
8018 BACQUE, Limoges (Haute-Vienne), Syndicat des stomatologistes.
8019 WIDIEZ, Nœux-les-Mines (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
8020 GUERMEUR, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
8021 REURE, Saint-Genis-Laval (Rhône), Syndicat du Rhône.
8022 HUMEAU, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
8023 FRICOU, Lacapelle-Marival (Lot), Syndicat du Lot.
8024 BIANCHI, Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat des Electro-radiologistes.
8025 DELOOSE, Tourcoing (Nord), Syndicat de Roubaix.
8026 DUTERQUE, Lesneven (Finistère), Syndicat de Brest.
8027 MERLE, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Syndicat du Puy-de-Dôme.
8028 CANDAU, Souprosse (Landes), Syndicat des Landes.
8029 TEISSEIRE (Antoine), Caille (Alpes-Maritimes).
8030 ESCANDE, La Mailleraye (Seine-Inférieure), Syndicat d'Yvetot.
8031 GUÉRIN, Rive-de-Gier (Loire), Syndicat de la Loire.
8032 ALLOT, Evron (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
8033 BARBIN, Nantes (Loire-Inférieure), Prévoyance médicale.
8036 PERRETAUT, Morestel (Isère), Syndicat de La Tour-du-Pin.
8037 ESCANDE, Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
8038 BALLAIRE, Fontenay-sous-Bois (Seine), Parrains : Drs Levassort et Maurat.
8039 AUMONT, Versailles (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles.
8040 DE SAINT-AVID, Compiègne (Oise), Syndicat de l'Oise.
8041 LE NORMAND, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.
8042 WITAS, Alger (Alger), Syndicat d'Alger.
8043 SCHANGEL, 5, rue de Villersexel, Paris, Syndicat de la Seine.
8044 FAVERET, Saint-Florent (Cher), Syndicat du Cher.
8045 HAVET, Lumbres (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.

Accidents du travail.

Le Dr A. (Maine-et-Loire), ayant poursuivi la mère d'un ouvrier décédé à la suite d'un accident du travail, en paiement des honoraires qui lui étaient dus pour les soins donnés à cet ouvrier, le juge de paix a appliqué la prescription d'un an. Me Auger est d'avis que, comme le jugement, a été rendu en matière de droit commun et non en matière d'honoraires accidents, c'est la prescription de deux ans qui était applicable et que ce jugement qui n'est pas susceptible d'appel, pourrait être cassé pour violation de la loi.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr A. pour se pourvoir en cassation et ordonnance, à cet effet, le versement d'une provision de 1.000 francs.

Le Dr B. (Eure) est en conflit avec une Compagnie d'assurances qui conteste, sur plusieurs points, une note d'honoraires accidents que M. le Dr Decourt juge conforme au tarif ministériel.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour poursuivre le recouvrement de sa note dans son intégralité.

Le Dr R. (Orne) ayant soigné le fils d'une fermière, blessé dans son travail, la Compagnie d'assurances veut lui appliquer le tarif ministériel des accidents du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires au tarif de droit commun.

L'avoué du Dr M. (Bouches-du-Rhône), dans l'affaire d'appel de justice de paix pour une contestations d'honoraires accidents, dans laquelle l'appui pécuniaire a été accordé, demande une provision de 300 francs, dont le Conseil ordonnance le versement.

Le Dr B. (Nièvre), ayant soigné un blessé du travail gravement atteint, dans une clinique privée, située à 44 kilomètres de l'hôpital le plus proche, la Compagnie d'assurances lui oppose le « tout compris ».

Le Conseil, considérant que l'on se trouve dans l'un des cas exceptionnels admis par la Cour de cassation, puisque l'état du blessé ne permettait pas de le transporter à l'hôpital, trop éloigné, accorde l'appui pécuniaire au Dr B. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Honoraires de droit commun.

Le Dr J. (Seine), a obtenu satisfaction, à l'amiable, dans une affaire de recouvrement d'honoraires, par l'intermédiaire de Me Audebert, dont le Conseil ordonnance les honoraires, qui s'élèvent à 30 francs.

Me Audebert a obtenu le règlement de l'affaire du

Dr C. (Gironde), dans laquelle on n'a eu raison de la mauvaise volonté d'un huissier qu'en portant plainte contre lui à la Chambre des Huissiers. Le principal de la note (140 fr.) et les intérêts (5,50) seront envoyés au Dr C. Les frais et honoraires de l'huissier se sont élevés à 105 francs, rapportés par le « Sou. »

Le Dr D. (Charente-Inférieure), ayant soigné deux marins, dont un officier, dans les salles payantes de l'hôpital, l'armateur refuse de payer ses honoraires, bien que le réglement de l'hôpital autorise ses médecins à se faire honorer par les malades payants.

Le Conseil, se référant à une consultation de Me Auger, accorde l'appui pécuniaire au Dr D. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr P. (Dordogne) envoie la note des frais payés dans l'affaire de recouvrements d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital, qu'il a perdue à cause de la rédaction défectueuse du règlement de l'hôpital.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 1448,45 dont 1248,45 pour frais d'avoués et 200 fr. pour honoraires de l'avocat.

Le Dr L. (Somme) a obtenu la condamnation au paiement de ses honoraires d'une cliente qui avait été inscrite tardivement à l'assistance pour accouchement.

Avant de rembourser les honoraires de l'avocat, qui s'élèvent à 150 francs, le Conseil demande que la copie du jugement soit envoyée, pour être déposée aux archives du « Sou ».

Le Dr F. (Haute-Vienne) a soigné une jeune femme qui, admise tardivement à l'assistance médicale gratuite, lui a présenté en paiement un bon d'assistance, alors que deux autres médecins appelés ont été honorés par la famille.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, conformément au droit commun.

Le Dr M. (Gard) a donné ses soins à une jeune femme, dont le mari, qui travaille au loin, est souvent absent, chez son père, par lequel il a été appelé.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour citer solidairement en justice la malade, son mari et son père.

Le Dr G. (Hérault), ayant été débouté dans une contestation d'honoraires, propose de renoncer au bénéfice de l'appui pécuniaire qui lui a été accordé, parce que la perte du procès serait due à un renseignement inexact qui a été donné au « Sou » par l'office de recouvrement qui s'est occupé en premier lieu de l'affaire.

Le Conseil, considérant que le Dr G. était de bonne foi et que, par suite, aucun reproche ne peut lui être adressé, décide que le bénéfice de l'appui pécuniaire lui est maintenu et lui demande de faire parvenir le compte des frais et honoraires dus dans cette affaire.

Les Drs F. (Marne), S. (Saône-et-Loire), D. (Bouches-du-Rhône), R. (Seine-et-Marne), W. (Drôme), obtiennent l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des honoraires qui leur sont dus pour soins donnés à des blessés par automobiles, sur appel des automobilistes ou de tiers agissant pour leur compte.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr X. étant poursuivi en responsabilité professionnelle dans des circonstances très délicates, le Conseil décide que Me Nattan-Larrier, son avocat conseil, plaidera l'affaire lui-même, au lieu et place de l'avoué que l'adhérent avait chargé.

Le Dr A. (Seine-et-Oise), ayant été l'objet d'une demande reconventionnelle en 50.000 francs de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, en réponse à une demande en paiement d'honoraires, le juge de paix s'est déclaré incompétent et a renvoyé les parties devant le Tribunal de première instance.

La garantie de la Caisse spéciale est accordée au Dr A. dans cette affaire.

Le Dr G. (Meuse) est l'objet d'une demande reconventionnelle en 5.000 francs de dommages-intérêts, pour responsabilité professionnelle, en réponse à une demande en paiement d'honoraires, pour laquelle l'appui pécuniaire lui a précédemment été accordé.

Le Conseil l'admet à la garantie de la Caisse spéciale pour la demande reconventionnelle.

Baux et locations.

Le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 400 francs pour la défense du Dr J. (Vaucluse) contre le pourvoi en cassation de son propriétaire contre une décision accordant au Dr J. la prorogation pour le garage de son automobile.

Exercice illégal.

Le syndicat du Sud-Est de l'Isère a fait condamner une matrone à 50 francs d'amende et un franc de dommages intérêts.

11 membres du syndicat sur 21, c'est-à-dire environ la moitié étant membres du « Sou », le Conseil ordonnance le remboursement au syndicat de la moitié des honoraires de son avocat, soit 50 francs.

Diffamation.

Le Dr Z., dans une affaire de diffamation, à la suite de la délivrance d'un certificat d'internement, qui a été classée faute de preuves, a eu à supporter 245,70 de frais et d'honoraires d'avocat et d'avoué. L'avoué, qui a reçu une provision de 400 fr., restitue au « Sou » la différence et le Conseil approuve ce règlement.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat de l'arrondissement de Chartres.

Compte rendu de l'assemblée générale du 16 octobre 1927, à l'Hôtel-Dieu de Chartres, sous la présidence du Dr DURAND.

Dr MONIER, *secrétaire de séance.*

I. — 14 *présents* : Dr AYNAUD, ANDRAUD, CARLOTTI, DURAND, FENOUILLERE, FAYOLLE, FOUBERT, MONIER, PANAS, CONSTANTIN, POIREL, SANTROT, VAILLANT, VALLÉE, WENDLING.

11 *excusés* : Dr BAUDIN, BRASSART, CAVART, DAMIOT, DENIAU, DE FOURMESTRAUX, GILLES, GIERZINSKI, MONS, RAFFEGEAU, ROUÉ.

II. — Les Dr LAUNAY et MARETTE sont par vote secret admis à l'unanimité.

Le secrétaire expose la *situation générale* : deux décès, une démission par départ (Dr RENEVEY de Janville), deux admissions définitives, trois provisoires, laissent le nombre des adhérents en légère progression.

Le Dr DENIAU est élu pour remplacer le Dr RENEVEY comme délégué de Voves-Janville à la Fédération.

III. —*Budget.*

En caisse, le 1er octobre 1926	65 fr. 35
Recettes	1.955 fr.
Dépenses. Secrétariat	359 fr. 50
Cotisations à l'Union et à la Fédération	1.095 fr. 40
Indemnités à délégués .	250 fr.
En caisse, le 1er octobre 1927	315 fr. 45

Les indemnités sont prévues à l'article 12 des statuts. Elles ne représentent pas encore les frais réels supportés par les confrères ; mais cette adaptation se fera progressivement. Dorénavant, les délégués à la Fédération seront eux-mêmes indemnisés.

Une indemnité de 100 francs est prévue pour une journée à Paris soit à l'Assemblée générale des Syndicats, soit à l'Union.

La *cotisation* reste fixée à 60 francs, dont 10 francs pour la Fédération départementale et 30 francs (au lieu de 25 francs) pour l'Union.

IV. — Des questions soumises à la Fédération, la plus importante fut l'*Assistance médicale gratuite*. Aucune modification n'a été admise par le Conseil général au cours de l'année 1927. La simplification de la comptabilité — simple mesure administrative — est toujours à l'étude.

La *Commission de Contrôle* a été nommée par le Préfet suivant les directives des quatre Syndicats ; elle se compose des Dr DUDEFOY (Chartres), MAKSUD (Châteaudun), LHOMME (Dreux), COUDRAY père (Nogent).

V. — *Assurances-Vie.* — Le tarif de 60 francs minimum est adopté en se basant sur le tarif de 20 francs admis en 1903 par l'Association sur la proposition du Dr MAUNOURY et sur les tarifs généralement admis par tous les groupements de France. Cette modification sera portée à la connaissance de tous nos confrères de l'Arrondissement et des principales agences d'assurances en les priant de vouloir bien l'appliquer.

VI. — *Assurances sociales.* — Dans l'impossibilité d'envisager toutes les hypothèses soulevées par la loi en discussion, l'Assemblée s'arrête aux deux avis suivants :

1° Quelque soit le mode de paiement, la loi sera d'application difficile ou dangereuse pour le corps médical tout entier (syndiqués ou non) si les caisses sont libres de traiter avec des individualités ; d'où nécessité de reprendre l'article du projet CHAUVEAU prévoyant les conventions avec les syndicats, seuls affiliés à une Union nationale (ou à défaut de celles-ci, à la Fédération départementale) ;

2° La préférence reste, pour l'arrondissement de Chartres comme pour tout le département, au paiement direct du médecin par son malade ; ce qui n'exclut pas, il s'en faut, une entente avec les Caisses soit pour un remboursement intégral ou partiel, soit encore, ce qui serait peut-être préférable, pour une indemnité journalière globale comprenant les frais de maladie.

VII. — Les *comptes rendus* des séances continueront à être dactylographiés, mais sont en plus imprimés dans le *Concours médical*, les *Archives de Province* et le *Centre médical.*

VIII. — *Le code de déontologie* édité par l'Union est adopté. Il ne présente d'ailleurs aucune modification essentielle comparé à celui qui fut imprimé dans le bulletin de l'Association départementale de 1899. Preuve, soit dit en passant, qu'il est des règles traditionnelles que ni le temps, ni les mœurs n'ébrèchent.

Mais l'application loyale n'en est pas facilitée d'où le désir exprimé encore récemment d'un *Ordre des médecins.*

Encore celui-ci ne pourrait-il être utilement proposé et adopté comme organisme d'État qu'autant que seront prévues de véritables sanctions à la non application des règles du Code. C'est là que doit porter le véritable effort d'étude et de décision.

IX. — Une *réunion du Bureau* avait précédé l'Assemblée générale.

Après adoption de 3 nouveaux membres (à titre provisoire) le secrétaire fit l'exposé sommaire des travaux de la *Société mutuelle des médecins d'Eure-et-Loir* avant la naissance de la Fédération, notamment de 1895 à 1914.

Des confrères cultivés, travailleurs, à l'esprit social pour ne pas dire syndicaliste — le mot prêterait à équivoque —s'y livrent à des efforts constants convergents qui aboutissent presque toujours, particulièrement près des pouvoirs publics.

En 1896-1897, ce sont les premières difficultés d'application de la loi d'Assistance.

De 1898 à 1901, y sont traitées les relations plutôt délicates *avec les sociétés de secours mutuels*. Il est curieux de constater que l'année 1926 n'a fait que reprendre pour la réaliser l'idée maintes fois défendue par les confrères les plus représentatifs de cette époque active — que les médecins reprennent leur liberté vis-à-vis des mutualités — tandis qu'en 1927 était enfin adopté le rattachement, à l'Union départementale des mutuelles, de la Société des médecins inscrite dès 1900 sous le n° 15 au répertoire des Sociétés mutuelles du département.

Il ne nous reste plus pour compléter l'œuvre de nos devanciers, qu'à préparer les ententes avec ces sociétés, ententes que nous avons toujours désirées et la loi des Assurances pourra alors trouver en tout le corps médical d'Eure-et-Loir une collaboration continue et féconde.

Ainsi, il est de toute nécessité de rallier les volontés divergentes, de dissiper les malentendus ; d'où la désignation récente par les délégués du Syndicat d'un membre de commission n'appartenant pas au groupe, et la décision du Bureau d'entreprendre une liaison aussi continue que possible entre les travaux actuels du Syndicat et ceux de l'Association dont ils ne sont réellement que la continuation naturelle.

Dr Poirel.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Leleu, de Maretz (Nord). — M. le Dr Paul Causeret, député de la Haute-Saône. — M. le Dr Th. Chauvin, de Rougé. — M. le Dr Chiron, de Chambéry. — M. le Dr Alphonse Huguier, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.),** *Réunion du Conseil d'administration* le vendredi 16 décembre, à 17 h. — M. le Recteur ayant demandé à faire partie de l'A. D. R. M., le Conseil décide de faire figurer son nom dans le comité de patronage.

L'A. D. R. M. ayant été chargée de s'occuper de la section médicale de l'exposition qui doit avoir lieu à Athènes en mars prochain, M. Hartmann a été désigné comme président, M. Achard, comme vice-président.

L'A. D. R. M. a reçu des demandes de médecins pour divers postes à l'étranger : 1° un poste de médecin sanitaire et quarantenaire en Egypte ; 2° un poste de directeur de maison de santé et de convalescence à Brighton, dépendant de l'hôpital français de Londres ; 3° un poste de directeur de sanatorium pour tuberculeux au Pérou ; 4° un poste de directeur d'une clinique générale pour accidents du travail en Argentine. (Pour les renseignements concernant ces différents postes, s'adresser au Bureau de l'A. D. R. M., Faculté de Médecine, salle Béclard).

Les étrangers de passage à Paris demandent constamment la liste des opérations faites chaque matin dans les hôpitaux, il est désirable que les chirurgiens veuillent bien envoyer cette liste quotidiennement par lettre ou par téléphone, salle Béclard.

Les membres américains, faisant partie du Temple-Tour doivent venir à Paris du 12 au 17 juillet prochain et demandent à l'A. D. R. M. d'organiser un programme de leur visite à Paris.

A la suite de démarches faites par l'A. D. R. M., auprès de M. le Recteur, celui-ci a régularisé immédiatement la situation de deux étudiants étrangers, un espagnol et un péruvien.

Nouveaux membres : MM. H. Curtis Johnson (U.S.A.) J. Coirre, Etienne-Bernard, G. Küss, G. Portmann (de Bordeaux), R. Aboulker, W. Bensis (d'Athènes), G. Berry, Cuellar (doyen de la Faculté de médecine de Sucre, Bolivie), Jousset.

— **Société médicale des médecins alsaciens,** 9, rue d'Astorg, Paris VIIIe. — La dernière réunion de cette société a eu lieu le samedi 10 décembre dans les salons de la Cigogne, mis gracieusement à sa disposition par son aimable directeur. Elle fut particulièrement nombreuse et brillante. Elle comportait un dîner, qui, suivant l'habitude de ce restaurant renommé, fut copieux et succulent, arrosé des meilleurs crus d'Alsace. La partie musicale, organisée par Mme Quirin, femme d'un de nos plus distingués confrères, fut très réussie. On y entendit Mlle Huguette Rœderer dans quelques airs populaires alsaciens, chantés avec un brio et un charme incomparable ; Mme Liodon-Quirin dont le merveilleux talent de violoniste souleva l'enthousiasme de toute la salle ; Mlle Germaine Hœrner, dont la superbe voix interpréta : La Poste et La Ville de Schubert, chanson triste et La Vie antérieure de Duparc ; et, pour clore, le chansonnier Georges Chepfer dont on connaît le répertoire varié et choisi. Un bal familial, qui se prolongea fort avant dans la nuit, termina cette soirée dont les assistants emportèrent le meilleur souvenir et souhaitèrent le renouvellement.

Au cours de la réunion, fut votée l'admission des docteurs Spindler père et fils, Max Lévy. Le bureau fut renouvelé, M. le prof. Schwartz fut nommé président honoraire, M. Kalt, père, président pour 1928, M. George Kuss, chirurgien des hôpitaux, vice-président, MM. Schmitt et Quirin, secrétaires, MM. Brucker et Engel, trésoriers. Le prochain dîner aura lieu dans le courant de février.

— **Visite médicale aux établissements sérothérapiques d'Etampes.** — Le dimanche 18 décembre, un groupe de médecins comprenant des membres de la Faculté de Médecine, du Corps médical des hôpitaux, du Muséum

et de nombreux praticiens, a visité les établissements sérothérapiques Dausse, situés à Etampes et à Etrechy (Seine-et-Oise).

Les visiteurs ont parcouru, dans la matinée, les laboratoires de fabrication des vaccins vétérinaires du sérum hémopoiétique de cheval (Hémogénol) et du sérum activé de taureau (Sérodausse).

Après un déjeuner que l'on pourrait qualifier de banquet et, dont les honneurs ont été faits par Monsieur et Madame Boulanger-Dausse, les excursionnistes se sont rendus aux différentes fermes où sont stabulés et traités les jeunes taureaux et les vieux bœufs qui servent à la préparation du sérum activé de taureau, les vieux animaux fournissant les poisons séniles injectés aux jeunes mâles pour activer leur sérum contre la dépression physique ou morale de la vieillesse.

Cette après-midi si bien remplie s'est terminée par la visite des poulaillers où se trouvent les chapons et les vieux coqs qui servent à l'essai physiologique du sérum.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** *Programme de l'enseignement.* — Leçons cliniques par M. le prof. Gosset, mercredi et jeudi, à 11 h. 30. Opérations par le professeur, lundi et mercredi, à 10 h. Visite des salles par le professeur, mardi et jeudi, à 10 h. 30.

Conférences pratiques, présentation des malades, par M. Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux, et MM. Thalheimer, Raymond Bernard et Raigo, chefs de clinique ; Georges Loewy, J. Charrier et Soupault, anciens chefs de clinique, mardi et jeudi, à 9 h. 30.

Cours de radio-diagnostic, par M. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté, mardi, à 10 h. 30.

Consultation de chirurgie générale, par MM. Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux et Raigo, chef de clinique, tous les jours, à 9 h.

Consultation de gastro-entérologie, par M. R.-A. Gutmann et Mlle Harmelin, attachés médicaux du service, lundi, mardi et vendredi, à 10 h.

Radiothérapie et curiethérapie, par MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours ; M. Monod, chirurgien des hôpitaux et Wallon, assistant de curiethérapie, jeudi, à 10 h. 30 (pavillon Frédéric-Honoré).

Consultation des voies urinaires. Examens cystoscopiques. M. Charrier, mardi et vendredi, à 10 h.

Consultation de gynécologie, par Mme Francillon-Lobre, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 30.

Présentation de pièces anatomiques et histologiques, par M. Yvan Bertrand, chef de laboratoire d'anatomie pathologique, samedi, à 10 h. 30.

Emploi du temps de la semaine. — Lundi 10 h. : Opérations. — Mardi à 9 h. 30 : Présentation des malades nouveaux et conférence clinique pratique ; 10 h. : Cours de radio-diagnostic. — Mercredi 10 h. : Opérations ; 11 h. 30 : Leçon clinique. — Jeudi 9 h. 30 : Présentation des malades nouveaux et conférence clinique pratique ; 10 h. 30 : Radio- et curiethérapie pratiques ; 11 h. 30 : Leçon clinique. — Vendredi 9 h. 30 : Leçon théorique ; 11 h. : Opérations. — Samedi 10 h. 30 : Conférence d'anatomie pathologique, de chimie biologique ou de bactériologie.

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale. — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu en juin 1928 :

Il comprendra : 1° des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le professeur Gosset ; 2° des démonstrations à l'amphithéâtre ; 3° des séances de chirurgie expérimentale ; 4° des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ; 5° des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations à l'amphithéâtre ou au laboratoire de chirurgie expérimentale.

Les droits d'inscription pour ce cours seront fixés ultérieurement.

— **Clinique médicale, Saint-Antoine.** *Organisation de l'enseignement.* — Les lundis, mardis et jeudis : visite dans les salles, de 10 h. 1/2 à midi ; la visite du mardi sera faite dans les salles de tuberculeux. — Les mercredis et samedis, à 10 h. 1/2 : Présentation de malades à l'amphithéâtre des cours ; la séance du mercredi étant consacrée à la présentation de malades atteints de tuberculose pulmonaire. — Le vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique par M. le professeur Bezançon.

Service des laboratoires : MM. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; Charles-O. Guillaumin, docteur en pharmacie ; Etchegoin et Duchon.

Service radiologique : M. Tribout.

Traitement par les agents physiques : M. Biancani.

Service du pneumothorax artificiel : le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, par M. Braun et Mlle Frey.

Cours complémentaires. — La semaine qui précèdera les vacances de Pâques, du mardi 20 au samedi 30 mars, les mardis, jeudis et samedis, cours de perfectionnement suivi de démonstrations au laboratoire sur les procédés actuels d'investigation physico-chimique, par MM. Mathieu-Pierre Weil et Charles-O. Guillaumin : Le métabolisme basal ; les troubles de l'équilibre physico-chimique du sang ; les troubles humoraux au cours des grands syndromes de la nutrition.

Pendant les mois de mai et de juin, l'enseignement portera sur les maladies des voies respiratoires.

En mai : cours complémentaire sur les abcès du poumon, la dilatation des bronches et la gangrène pulmonaire, par M. le professeur F. Bezançon, avec la collaboration de MM. Etienne Bernard, André Jacquelin, Azoulay et Etchegoin.

En juin : cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire, par MM. F. Bezançon et P. Braun.

Des affiches ultérieures indiqueront le programme plus complet de ces divers enseignements.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *L'Agenda P.-L.-M.* — Sitôt paru, l'Agenda P.-L.-M. pour 1928 connaît le succès des précédentes éditions. Les exemplaires de ce bel ouvrage s'enlèvent avec rapidité. Hâtez-vous de l'acquérir avant qu'il soit devenu introuvable e n librairie.

On se le procure (au prix de 10 francs) à Paris, 88, rue Saint-Lazare, dans les agences de voyages, Grands Magasins, principales librairies et dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau. Il est adressé aussi à domicile contre mandat-poste (12 fr. 65 pour la France, 17 fr. 50 pour l'étranger), adressé à : Publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

facilités pour faire leur scolarité ; ajoute que beaucoup d'entre eux, désireux d'obtenir le diplôme de chirurgien dentiste, ne peuvent, vu leur âge, leur situation de famille, abandonner leur cabinet pendant trois ans pour se rendre dans le siège d'une école dentaire ou d'une faculté donnant l'enseignement dentaire, pour accomplir leur scolarité ; 2° si l'on ne pourrait, pour eux, obtenir des facilités d'études. (*Question du 3 novembre* 1927.)

Réponse. — Il ressort du texte de l'article 5 de la loi du 18 août 1927 que ses bénéficiaires seront astreints à la scolarité, c'est-à-dire aux inscriptions et études afférentes aux examens à subir en vue du diplôme de chirurgien dentiste. En présence de la volonté nettement exprimée du législateur, il ne paraît pas passible de soustraire les intéressés au régime commun des études de chirurgie dentaire. (*J.O.*, 21 décembre 1927.)

Voir page 66 les modifications au tarif des frais de justice criminelle.

OPOTHÉRAPIE

Albuminurie et rein cru haché très fin.

Depuis trente ans toutes les albuminuries traitées ont guéri par l'absorption de rein cru de porc fraîchement tué, que j'ai le plus frais possible, de préférence dans la soupe farineuse tiède chaude, ce qui provoque le moins de répugnance des malades. Au besoin je le fais prendre en pulpant à fond les deux moitiés de rein avec un couteau bien aiguisé : ce liquide peut être masqué dans le liquide de la purée ou dans les épinards, etc.

Le rein absorbé cru pulpé, agit comme diurétique également et permet de faire baisser l'hypertension artérielle dans un certain nombre de cas.

Dans les asthmes liés à l'urémie, il y a amélioration des malades, spécialement pour l'oppression ; je crois qu'il y aurait avantage à y intercaler les capsules surrénales. Pendant la guerre, Roubaix était privé de porcs ; j'ai obtenu les mêmes résultats avec les reins de lapins fraîchement tués. C'était la seule viande fraîche dans le pays ; le lapin seul était toléré par les Allemands et tous les habitants étaient devenus éleveurs de lapins.

Dr Harlet, de Roubaix.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

OPÉRATOIRS (Le protocole) (Chronique), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 710, 1er juillet 1927.

ORDRE DES MÉDECINS, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, nos 27 et 31, 3 et 31 juillet 1927.

OREILLONS (Pancréatite ourlienne. Recherche des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien, l'urine et le testicule), par J. SABRAZÈS, Réunion biologique de Bordeaux, 20 juillet 1927.

OSSIFICATION (Applications à la pathologie et à la thérapeutique des lois générales de l'), par R. LERICHE, Journées médicales de Bruxelles, juillet 1927.

PHLÉBITES POST-OPÉRATOIRES ET POST-OBSTÉTRICALES (Traitement préventif des), par Léon MABILLE, *Revue de technique médicale*, n° 53, juin 1927.

POTAIN AÉRONAUTE (Un médecin précurseur de Lindberg), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 27, 3 juillet 1927.

PROVERBES (La pratique médicale dans les), par Albert GARRIGUES, *Concours médical*, n° 27, 3 juillet 1927.

QUINISATION PRÉVENTIVE CONTRE LE PALUDISME (Chronique), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 712, 1er août 1927.

RADIATIONS ET LA VIE, par Ch. SCHMITT, *in* Guide médical de l'étranger à Paris, édit. Encyclopedia, 1927.

RADIATIONS (Le cumul des chocs et des), par FOVEAU DE COURMELLES, *Courrier médical*, n° 22, 12 juin 1927.

RÉFLEXES VASCULAIRES DES MEMBRES, par R. LERICHE, *Presse médicale*, n° 54, 6 juillet 1927.

REMPLACEMENT DES PHARMACIENS, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 31, 31 juillet 1927.

SPLÉNOMÉGALIE MYCOSIQUE, par J. SABRAZÈS, *Gazett, hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 31, 31 juillet 1927.

SYMPATHIQUE DE L'ENFANT (Réflexes oculo-cardiaque et solaire), par J. MINET, *Nord médical*, n° 659, 1er août 1927.

SYMPATHIQUE (Des orientations et des tendances de la chirurgie du), par R. LERICHE, *Gazette des hôpitaux*, nos 50, 52, 22 et 29 juin 1927.

SYPHILIS (Le problème de la pluralité des virus), par Clément SIMON, *Bulletin médical*, n° 31, 30 juillet 1927.

SYPHILOPHOBIE (Chronique), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 712, 1er août 1927).

TENSION ARTÉRIELLE (Sa mesure par la méthode graphique), par AMBLARD, *Marseille médical*, n° 20, 15 juillet 1927.

THERMALISME (Comment le Parlement défend le), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 26, 26 juin 1927.

TUBERCULOSE, d'après M. le Dr Rist, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 26, 26 juin 1927.

TUBERCULOSE (Hygiène des tuberculeux), par G. LEMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 5, mai 1927 (paru en juillet.

TUMEURS MIXTES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE (Sont-elles radio-sensibles), par J. SABRAZÈS, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 12, 25 juin 1927.

ULTRA-VIOLETS (On abuse des rayons), par L. BIZARD, *Siècle médical*, n° 7, 15 juillet 1927.

VARICELLE ET ORCHI-ÉPIDIDYMITE, par J. SABRAZÈS, Académie de médecine, 26 juillet 1927.

VASO-MOTRICE (Origine) DE QUELQUES MALADIES OSSEUSES ET ARTICULAIRES, par R. LERICHE, Société de chirurgie, 6 juillet 1927.

VOMISSEMENTS PÉRIODIQUES, ACÉTONÉMIQUES DES ENFANTS, G. LEMOINE, *Journal de thérapeutique français*, n° 7, juillet 1927.

VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE (Cytologie et bactériologie de la réaction péritonéale), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 31, 31 juillet 1927.

ADÉNOPATHIES ET RADIOTHÉRAPIE, par E. CASSUTO. *Revue tunisienne des sciences médicales*, n° 7, août 1927.

AIL (Intoxication par l'), par A. RAYNAUD, *Marseille médical*, n° 25, 5 septembre 1927.

ASSURANCE MALADIE, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 34, 21 août 1927.

ASTHME INFANTILE (Vaccinothérapie), par J. MINET, *Journal de thérapeutique français*, n° 9, septembre 1927

AVIATION ET MÉDECINE, par A. RAYBAUD, *Marseille médical*, n° 22, 5 août 1927.

BARDANE (Arctium lappa et Lappa minor), par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 73, 10 septembre 1927.

CANCER (Est-il en progression ?), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 716, 1er octobre 1927.

CHANCRE SIMPLE ET MÉDICATIONS DE CHOC, par Clément SIMON, *Bulletin médical*, n° 40, 1er octobre 1927.

COLONIES SCOLAIRES, CAMPEMENTS THERMAUX, ŒUVRES DE PLEIN AIR, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 40, 2 octobre 1927.

COURANTS DE HAUTE TENSION (Leur influence sur les personnes vivant dans leur voisinage), par FOVEAU DE COURMELLES, *L'Œuvre médicale*, n° 7, juillet 1927.

DIPHTÉRIE (Sérothérapie à hautes doses), par R. CRUCHET, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux juin 1927.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX (Projet type d'installation), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 37, 11 septembre 1927.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE PENDANT L'INTERREGNE RÉVOLUTIONNAIRE, par P. DELMAS, *Presse médicale*, n° 77, 24 septembre 1927.

ENCENS, par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 66, 17 août 1927.

ESSAI DES ALIMENTS ET DES BOISSONS A LA COUR DE FRANCE, par CABANÈS, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, juillet 1927.

GREFFE TESTICULAIRE ANIMALE SUR L'HOMME DANS UN CAS ATYPIQUE (Technique opératoire), par DARTIGUES, Société de médecine de Paris, 13 mai 1927.

GRIPPE. Prophylaxie vaccinale, par J. MINET, *Nord médical*, n° 662, 15 septembre 1927. — Psychothérapie dans les asthénies grippales, par BERILLON, *Courrier médical*, n° 31, 21 août 1927.

HYGIÈNE. Coloniale (Nouvelle-Calédonie), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 38, 18 septembre 1927. — Industrielle (Désodorisation des gaz et précipitation des poussières), par R. MARTIAL, *Concours médical*, n° 33, 14 août 1927.

HYDROLOGIE AU JAPON, par R. MOLINÉRY, *Paris médical*, n° 37, 10 août 1927.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES (Un nouveau projet de loi), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 37, 11 septembre 1927)

KIRMISSON (1848-1927), par F. LE SOURD, *Gazette des hôpitaux*, n° 78, 28 septembre 1927.

LÉGUMINEUSES (Intoxication alimentaire par les), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 36, 4 septembre 1927.

MÉDECINE SOCIALE (Les soins aux marins), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 40, 2 octobre 1927.

MOLAIRE INFÉRIEURE (Un cas de quatrième), par A. BOULAND, *Semaine dentaire*, n° 38, 18 septembre 1927.

NEUROPSYCHIATRIQUE (Examen) DES ENFANTS DÉLINQUANTS, par PAUL-BONCOUR, XIIe Congrès de médecine légale de langue française, Lyon, 4-6 juillet 1927.

NEUROTOMIES SYMPATHIQUES (hyperthermies locales, circulation artérielle), par R. LERICHE, *Presse médicale*, n° 63, 6 août 1927.

NYMPHOMANIE ROYALE (Marie-Caroline de Naples), par CABANES, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 62, 8 septembre 1927.

OBSTÉTRIQUE A MONTPELLIER DES ORIGINES AU XVIIIe

SIÈCLE, par P. DELMAS, *Presse médicale*, n° 64, 10 août 1927. — *Concours médical*, n° 38, 18 septembre 1927.

PÉRITONITE AIGUE (Examen cyto-bactériologique et séméiologie des exsudats), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, n° 38, 28 août.

PROPHYLAXIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LIVRES SCOLAIRES, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 39, 25 septembre 1927.

PROVERBES (Le bon médecin et le mauvais médecin dans les), par Albert GARRIGUES, *L'Association médicale*, n° 9, septembre 1927.

SANATORIA (La question des), par G. LEMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 6, juin 1927 (paru en septembre).

SECRET MÉDICAL. Enquêtes médico-sociales, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 32, 7 août 1927. — Déclaration de naissance; infanticide, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 33, 14 août 1927.

SILICE (Dans les plantes, chez les animaux et chez l'homme), par Albert GARRIGUES, *Concours médical*, n° 39, 25 septembre 1927.

SOUFRE DU CRISTALLIN, par R. MOLINÉRY, *Marseille médical*, n° 26, 15 septembre 1927.

STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES FRANÇAISES, par R. MOLINÉRY, *Concours médical*, n° 35, 28 août 1927.

STREPTO-DIPHTÉRIE, par R. CRUCHET, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, juillet 1927.

SYMPATHIQUE DE L'ENFANT, par J. MINET, *Nord médical*, n° 660, 15 août 1927.

TRANSFUSION DU SANG, par J. LAUMONIER, *Je sais tout*, septembre 1927.

TRAUMATISME (Troubles osseux après), par R. LERICHE, Société de chirurgie, 6 juillet 1927.

TUBERCULOSE. Le problème de l'hérédité (Chronique), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 1714, 1er septembre 1927. — Variations morphologiques du bacille tuberculeux et hérédité tuberculeuse, par Albert GARRIGUES, *Médecine internationale illustrée*, n° 9, septembre 1927. — Guérison d'une caverne pulmonaire fermée, par J. MINET, Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 20 juin 1927. — La lutte contre la tuberculose, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 33, 14 août 1927.

USURPATION DES TITRES DE DOCTEUR, ANCIEN INTERNE, ETC., par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 36 4 septembre 1927.

VIGNERONS CONTRE MÉDECINS (En attendant les assurances sociales), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 35, 28 août 1927.

VULPIAN, par O. BÉLIARD, *Quinzaine médicale*, n° 7 août 1927.

CORRESPONDANCE

Propharmacie

4356. — Conditions d'exercice de la propharmacie.

J'exerce dans un chef-lieu de canton où il y a un pharmacien, je ne fais donc pas de propharmacie.

Il y a à 13 kilomètres, un autre chef lieu de canton sans pharmacie où exerce un médecin propharmacien. Ce dernier va s'en aller et je suis en pourparlers avec lui pour reprendre son poste que je lui achèterais. D'autre part les fixes des différentes com-

munes de ce canton me seraient transmis, à charge par moi de faire des consultations à jours fixes dans ces communes.

Aurai-je le droit de vendre de la pharmacie à mes malades lors de mes consultations, étant donné que mon domicile serait toujours à M. où il y a un pharmacien.

Autrement dit, puis-je être propharmacien à 13 kilomètres (et plus) de mon domicile et non propharmacien à mon domicile même. Me faudrait-il avoir un second domicile ?

Dr X.

Réponse.

Puisque vous devez continuer à habiter et à conserver votre domicile dans la commune où vous résidez actuellement, et où il se trouve un pharmacien ayant officine ouverte, il vous sera impossible de faire de la propharmacie et de vendre des médicaments à vos malades dans le chef-lieu de canton voisin dépourvu de pharmacien.

Pour pouvoir le faire, il faudrait que vous transportiez votre domicile, en droit et en fait, dans le chef-lieu de canton où il n'y a pas de pharmacien.

Fiscalité

4049. — Calcul de la patente.

Pourriez-vous m'indiquer comment calculer la patente médicale en province.

Au quinzième sur la valeur locative, je crois, mais est-ce la valeur réelle ou existe-t-il un abattement ?

Dr A.

Réponse.

Pour l'établissement de la patente, il n'est fait aucun abattement sur la valeur locative réelle des locaux servant soit à l'exercice de la profession, soit à l'habitation du contribuable.

A. M.

4215. — Certificats pour l'internement des aliénés.

Une personne internée dans un asile d'aliénés est envoyée dans sa famille après amélioration, pour une durée d'un mois. A l'expiration de ce délai, l'administration de l'asile exige un certificat médical constatant qu'il n'y a pas aggravation et que le malade peut sans inconvénient être laissé encore un mois dans sa famille. Et ainsi de suite pendant 3 mois, avant que la sortie ne soit définitive.

Tous les médecins de ma région font ces certificats sur papier libre. Pour ma part, je pense qu'il faut les délivrer sur papier timbré, malgré qu'ils ne soient destinés qu'à l'administration des asiles.

Vous m'obligeriez en me faisant connaître votre avis. Dr B.

Réponse.

Aucune disposition légale n'exempte du timbre les certificats de la nature de celui indiqué dans la question, à moins que le malade ne bénéficie de l'assistance médicale gratuite, auquel cas le certificat peut être considéré comme délivré pour l'application de la loi du 15 juillet 1893.

A. M.

4196. — Dépenses professionnelles déductibles.

Je reçois ces jours derniers un mot du contrôleur au sujet de ma déclaration 1926 pour revenus 1925.

A cette époque, au chapitre des dépenses professionnelles, je faisais entrer en ligne de compte une somme X annuelle pour amortissement calculé sur vingt ans de :

1o Gros frais de réparation et de remise à neuf, à mon installation, des locaux professionnels (salle d'attente, salon, cabinet de consultation, garage). Je dis bien : *gros frais de remise à neuf* et non dépenses banales d'entretien des locaux.

2o Matériel professionnel.

Le contrôleur revient aujourd'hui sur cette question et ne veut accepter l'amortissement que pour le matériel professionnel, déclarant que « les frais de réparation et de mise en état des locaux professionnels sont une charge de la propriété et non une charge professionnelle. »

Est-il dans le vrai et dois-je accepter sa décision sans avoir rien à réclamer ?

Dr X.

Réponse.

Les frais de la nature de ceux indiqués dans votre lettre sont bien une charge de la propriété et ils ne peuvent être déduits de vos frais professionnels, si ces derniers comprennent déjà *la valeur locative* des locaux servant à l'exercice de votre profession. Au contraire, l'amortissement contesté devrait être admis si vos frais professionnels comprenaient seulement *le revenu net servant de base à la contribution foncière* des locaux en cause, attendu que, théoriquement, la valeur locative représente le revenu net augmenté des frais et charges de la propriété.

A. M.

Accidents du travail.

4269. — Accident survenu à un patron en aidant un autre patron.

Je me permets de vous mettre au courant d'un cas assez bizarre d'accident de travail. A mon point de

vue particulier je ne suis point intéressé, devant être payé d'une manière certaine mais je crois le cas très intéressant.

Tout d'abord il est d'usage dans la campagne de se prêter assistance lorsqu'un travail est pénible ou un peu trop fort, et cela à titre gracieux et à charge de revanche.

Or voici ce qui vient d'arriver : un patron charron forgeron est appelé par un marchand d'engrais à l'aider ; tous deux sont assurés par police individuelle et en plus pour leurs ouvriers.

En chargeant des bonbonnes d'acide sulfurique, une se brise et le liquide se répand sur l'ouvrier, en l'espèce le patron charron ; brûlures sur tout le corps peu graves, sauf aux yeux, dont l'un, le gauche est très grièvement atteint. Le médecin spécialiste refuse de se prononcer sur ce qui va se produire.

Qui est responsable ? jusqu'à quel point ?

Dr B.

Réponse.

Le cas que vous nous exposez ne soulève aucune difficulté de principe. En effet, il est certain que la loi sur les accidents du travail ne peut s'appliquer en l'espèce, faute de l'existence d'un contrat de travail entre le blessé et le marchand d'engrais. Seul donc le droit commun en matière de responsabilité peut jouer dans la circonstance. D'où il suit que, conformément aux règles du Code civil sur la responsabilité civile (articles 1382 et suivants), il appartient au blessé, s'il veut se faire indemniser par le propriétaire de la bonbonne d'acide sulfurique, de démontrer que l'accident est dû à la faute, à l'imprudence ou à la négligence de ce dernier. Au cas où cette preuve serait faite, le blessé aurait droit à la réparation intégrale du préjudice éprouvé, à la différence de la législation sur les accidents du travail qui n'alloue au blessé qu'une indemnité forfaitaire, toujours inférieure au préjudice réel.

4245. — Paiement de la première visite et du certificat quand il n'y a pas accident du travail.

Souvent des employés réclament l'application de la loi sur les accidents du travail pour des lésions survenues au cours du travail, lésions pour lesquelles certains experts acceptent, d'autres refusent l'application de la loi : par exemple certains durillons forcés certaines hernies.

Dans le cas où la loi n'est pas reconnue applicable, n'y a-t-il pas eu certains jugements qui mettaient à la charge de l'employeur la première constatation médicale et le certificat d'origine.

Dr M.

Réponse.

Il est exact que plusieurs décisions de justice ont condamné des patrons à payer au médecin traitant ses honoraires pour la première visite

et la délivrance du certificat initial dans des cas où il avait été reconnu qu'il ne s'agissait pas d'accidents du travail.

Mais il faut se garder de voir là une solution de principe admise par la jurisprudence et devant s'appliquer indistinctement chaque fois que l'accident du travail n'est pas reconnu.

Bien au contraire, cette jurisprudence ne s'applique que lorsque l'ouvrier s'est présenté au médecin porteur d'un bulletin d'accident délivré par son patron et demandant expressément la délivrance d'un certificat.

Ce n'est donc qu'une question de fait et, dans les affaires de ce genre, il est indispensable de connaître la rédaction du bulletin d'accident pour dire si le médecin peut se faire payer par le patron sa première visite et le certificat initial.

4229. — Délai de revision. Procédure de la demande en revision.

Un agriculteur ayant adhéré à la loi sur les accidents du travail se fait au mois de juin 1926 une luxation du coude ; il touche le demi salaire jusqu'au 21 octobre 1926 jour où il reprend son travail sans incapacité permanente. Toutefois comme cette luxation laissa comme séquelle un ostéome à la face antérieure du pli articulaire, le certificat de guérison, en mentionnant cet ostéome, faisait des réserves concernant son évolution ultérieure qui pourrait entraîner par la suite une incapacité permanente. C'est ce qui s'est produit. Le blessé éprouvant une gêne de plus en plus accentuée au cours de ses gros travaux s'adressa à l'agent de sa compagnie d'assurance qui lui dit de se faire faire un certificat médical. Le blessé envoie à la compagnie un certificat constatant aggravation et concluant à une incapacité de 15 %. Ce certificat est fourni le 27 octobre 1927. La compagnie répond au blessé qu'il est forclos et que son certificat aurait dû être présenté avant le 21 octobre, le délai de réclamation expirant au bout d'un an. Je suis persuadé qu'il y a ici un malentendu ou mauvaise foi de la part de la compagnie. Que doit faire le blessé ?

D^r B.

Réponse.

C'est à tort que la Compagnie oppose à votre blessé la prescription d'un an. Cette prescription jouerait, en effet, si l'accident n'avait pas été déclaré, ou bien si le blessé réclamait le paiement d'un arriéré de demi-salaire. Mais, en l'espèce, ce n'est pas l'article 18 de la loi sur les accidents du travail, mais bien l'article 19 qui doit s'appliquer, le blessé réclamant maintenant une indemnité permanente en raison de l'aggravation de son état. Cet article 19 est ainsi conçu : « La demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte *pendant*

trois ans, à compter, soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, *s'il n'y a point eu attribution de rente...* » C'est exactement le cas de votre client. Moins de trois ans s'étant écoulés depuis la cessation du paiement de l'indemnité journalière (21 octobre 1926), il est donc encore largement dans les délais pour introduire une demande en révision.

Pour obtenir la révision, il est indispensable que votre client fasse une déclaration au greffe duTribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit. Le président, saisi par cette déclaration, convoquera les parties en conciliation et, à défaut de conciliation les renverra à l'audience. Dès la tentative de conciliation, le blessé bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire. Il pourra donc faire soutenir ses intérêts, devant le président, par l'avocat ou l'avoué qui lui sera commis. Il sera bon que vous lui remettiez un certificat médical dans lequel vous évaluerez le pourcentage d'invalidité et noterez le relation de cause à effet entre l'accident et l'infirmité actuelle. Ce certificat sera fait sur papier libre, avec la mention « délivré pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 ».

4158. — Recouvrement de notes d'honoraires accidents.

J'ai deux notes d'honoraires pour la compagnie X. Aucun agent de cette compagnie ne se trouvant dans ma région, j'ai à trois reprises différentes écrit à la Société. Je n'ai jamais pu obtenir de réponse.

Que dois-je faire ?

Dr D.

Réponse.

Puisque jusqu'ici vous n'avez pu obtenir de réponse de la Compagnie d'assurances, il faut maintenant, sans plus vous occuper d'elle, présenter vos notes directement aux patrons responsables en les prévenant que, faute de règlement dans la quinzaine, vous vous verrez contraint de les citer en justice de paix.

Les patrons ne manqueront pas d'en référer à leur assurance et il est très probable qu'en raison du mécontentement de ses assurés la Compagnie se décidera enfin à vous payer.

S'il en était autrement, il y aurait lieu de passer de la menace à l'action et de citer les patrons responsables (et non l'assurance avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail. Ces instances n'entraîneront pas de grands frais, car, introduites en vertu de la loi du 9 avril 1898, elles bénéficient de l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement.

Le juge de paix devra être saisi au plus tard dans l'année de la guérison du blessé ou de la

consolidation de sa blessure, sans quoi la prescription qui, en cette matière, est d'un an seulement et d'ordre public, pourrait vous être opposée.

4084. — Libre choix du radiographe.

Abonné au *Concours médical* depuis plus de 20 ans, je me permets de vous demander si un blessé du travail a le droit de choisir le radiographe qui lui plaît, ou s'il est obligé de se rendre chez le radiographe choisi par la Compagnie d'assurances,

Dr E.

Réponse.

La disposition de la loi sur les accidents du travail qui autorise le blessé à choisir son médecin et son pharmacien est générale et s'applique au radiographe, qui est un médecin, comme au médecin traitant lui-même, au chirurgien, ou au spécialiste dont l'intervention peut être utile.

Souvent, les compagnies d'assurances, lorsque l'autorisation leur est demandée de procéder à un examen radiographique, indiquent le nom et l'adresse d'un radiographe chez lequel le blessé est prié de se rendre.

Il peut n'être tenu aucun compte de cette indication et le médecin traitant peut envoyer son client chez le radiographe de son choix. L'agrément du patron ou de l'assurance ne peut s'appliquer qu'à l'utilité de l'examen radiographique, mais non à la personne de celui qui doit le pratiquer.

4086. — Rente de la veuve et des enfants d'une victime du travail.

Il s'agit de la rente à allouer à la veuve d'un ouvrier victime d'un accident du travail. Elle a six enfants, dont deux âgés de plus de 16 ans. Le père touchait 1.085 fr. par mois (payé au mois) et la famille était logée dans une construction en bois appartenant au chef d'entreprise (logement de trois pièces, éclairé à l'électricité).

Dr S.

Réponse.

Les bases de calcul des rentes pour accidents du travail ont été modifiées par une loi du 8 juillet 1926, entrée en vigueur à partir du 1er février 1927. Cette loi a porté de 4.500 à 8.000 francs la partie du salaire qui ne doit subir aucune réduction.

Si, comme nous le supposons, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, l'accident est postérieur au 1er février, le salaire de base sera obtenu de la façon suivante :

Salaire annuel : 1.085 × 12 = 13.020 fr. sur ces 13.020 francs, 8.000 doivent être retenus en totalité et 5.020 pour le quart seulement. Le

salaire de base se trouve donc ramené à : 8.000 + (5.020 : 4) = 9.255 fr.

La rente que devra recevoir la veuve pour elle-même devra être égale à 20 % de cette somme et celle qu'elle recevra pour ses quatre enfants mineurs de seize ans à 40 %, soit donc respectivement : 1.851 et 3.702 francs.

En outre, la valeur des prestations en nature fournies par le patron au blessé doit être comprise dans le calcul de la rente. Il nous est difficile d'en apprécier l'importance, car il y a là avant tout une question de fait. Quoi qu'il en soit, pratiquement, la rente de la veuve devra être majorée du vingtième de la valeur de ces prestations et celle des enfants mineurs de seize ans du dixième.

4015. — Evaluation d'incapacité permanente.

Quel est le taux de l'incapacité définitive que l'on peut attribuer à un jeune accidenté du travail (15 ans), amputé complètement des quatre premiers doigts de la main gauche ; l'auriculaire subsiste seul.

Dr B.

Réponse.

Suivant l'ouvrage d'Imbert, Oddo et Chavernac et le Barème des incapacités du Dr Lucien Mayet, l'incapacité résultant de l'amputation complète des quatre premiers doigts de la main gauche doit être évaluée à 50 ou 55 %. Cette évaluation devrait être portée à 65 % dans le cas où le blessé aurait été gaucher.

4034. — Soins médicaux postérieurs à la consolidation de la blessure.

La pension provisoire d'un ouvrier agricole est fixée à 50 %, d'accord avec la Compagnie d'assurances, il y a quatre mois.

Dernièrement, cet ouvrier a subi une aggravation de sa blessure, nécessitant des soins.

J'ai envoyé un certificat à la Compagnie, remis le double à la mairie et prescrit une ordonnance au nom de la Compagnie d'assurances.

Je vous demande de bien vouloir me faire savoir, si cet ouvrier a droit aux soins médicaux et pharmaceutiques.

Dr B.

Réponse.

Une fois la consolidation acquise et le montant de la rente fixé, soit par accord entre les parties devant le président du Tribunal civil, soit par décision judiciaire, le blessé peut encore, dans le délai de trois ans, demander la révision de son indemnité si une aggravation vient à se produire. Mais la révision ne peut porter que sur l'indemnité permanente. En aucun cas le blessé ne peut prétendre à nouveau aux indemnités temporai-

res, dont les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont qu'un accessoire, même si son état nécessite de nouveaux soins.

Par conséquent, dans le cas d'espèce qui fait l'objet de votre lettre, le blessé, pourvu depuis quatre mois d'une indemnité permanente, donc consolidé depuis cette époque, n'a pas droit aux frais médicaux pour la rechute qui vient de se produire.

Application du tarif Fallières

4239. — Certificat au cours des soins.

Pour un accident du travail un certificat initial de *x* jours d'invalidité (15 par exemple) a été fait. A la date prévue par ce certificat la cicatrisation n'est pas obtenue et quelques jours sont encore nécessaires. La compagnie d'assurance est-elle en droit de refuser au médecin le deuxième certificat qu'il fait à ce moment ? Est-ce là le cas prévu par la phrase : « Ne seront pas considérées.... que le blessé n'est pas guéri » de l'article 27 ? Dr L.

Réponse.

C'est bien là le cas prévu, si vous n'avez pas eu l'obligation de faire un certificat descriptif sur la demande de la Compagnie, auquel cas le dit certificat serait de 10 francs. Sinon, il n'est pas à compter. Quant au prix de 5 francs, *seul* le certificat d'origine, non « descriptif », est de ce prix. F.D.

ANTHOLOGIE

Souvenir à Saint-Julien-Chapteuil (Haute-Loire)

J'aimais tes matins gris, leurs brouillards épandus,
Le bourg escarpé dont il faut gravir la pente,
Sur son rocher la haute église que l'on vante,
Tes prés, tes sombres pins et tes hameaux perdus.

J'ai suivi lentement, las, les sentiers ardus
Des ruines de Chapteuil, pic désolé que hante
Le souvenir confus des siècles d'épouvante,
Parmi ces débris de murs, de créneaux rompus.

Tes larges horizons convenaient à mon rêve ;
Aussi tes sommets nus, où le soleil se lève,
Et les ravins ombreux, les ruisseaux et les champs,

Mais, par-delà la brume aux vagues incertaines,
Du grand *suc* (1) de Monach aux montagnes lointaines,
J'ai goûté surtout la splendeur de tes couchants.

Dr Eugène François,

Octobre 1927,

(1) Dans le langage du Velay, suc signifie sommet.

Cinquantième année | N° 3 | 15 Janvier 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 128-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

Envois de Fonds

Pour l'envol des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr DESCHAMPS, de Thiron-Gardais, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

No 18. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir.

No 19 .— Dr ch. lég. d'honn. cherche Paris ou banlieue, situation médicale ou paramédicale.

No 20. — A céder poste méd. dans ville de 100.000 hab. à 1 h. 30 de Paris, sur grande ligne, rapport 70.000, suscept. grosse augmentat., sans auto et sans frais. Client. payant compt., quelques fixes. Maison assurée, 1800 fr de loyer. Indemn. à débatt., mais payable compt.

No 21 — Orne. Auto Citroen cond. int. luxe 1925, bon état, à vendre

No 22. — Bourgogne. Très urgent. Poste ch.-lieu cant., seul médec., méd. du ch. de fer, pays agricole riche ; loyer 1200, bail. Rapport 33.000 minimum, facile à augmenter. A céder de suite pour raison de famille.

No 23. — A prendre de suite, rég. Ouest, belle client. petite ville à 3 h. de Paris, 73.000 touchés : 35.000 avec facil. paiement, ou 30.000 compt. Grande et belle mais. et dépend., jardin, bail 3, 6, 9, avec possibil. vente.

No 24. — Côte d'Azur, Très belle villa au bord de la mer, dans site magnifique. Tous conforts. Rez-de-chaussée et 1er étage (18 pièces). A vend. non meublée ou à louer meublée.

No 25. — Changem. d'adresse : Dr Henri Magne, à Plovénez-Porzay au lieu de Locronan (Finistère).

No 26. — Banl. imméd. Grande clin. bien installée, accid. trav. et méd. génér., rapp. 1927, 130.000 (compt. à l'appui). A céder d'urgence 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 27. — Normandie. Dans jolie région, prox. Paris. Poste actif rapp. 80.000, en progress., belle propriété, loyer 5.000, tout conf. A céder pour cause sit. officielle 20.000 y compris auto et mob. salon et cabinet. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 28. — 70 km. Paris. Contrée agréable (chasse, pêche) ancien poste propharm., aff. 60.000 envir. Loyer 500 fr. et bail. Grande maison 10 pièces, eau, électr. et chauf. Prix 30.000 dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **A.D.R.M.** *Réunion du Conseil d'administration*, mardi 3 janvier 1928. — A la demande de l'Association des anciens élèves des écoles françaises à Athènes, l'A.D.R.M. est chargée de la constitution d'un Comité franco-hellénique. M. Vaquez, membre du Conseil, est désigné pour engager des pourparlers dans ce but. En mars, doit s'ouvrir à Athènes une exposition française dans laquelle un emplacement sera réservé à une section médicale. L'A.D.R.M. est chargée de l'organisation de cette section. Les médecins qui désireraient exposer sont priés d'adresser leur demande aux bureaux de l'A.D.R.M., salle Béclard, Faculté de médecine.

La Faculté de médecine de Cluj (Roumanie) nous adresse une demande de professeur de stomatologie aux appointements de 90.000 fr. par an environ, avec autorisation de faire de la clientèle.

Le Dr Doolin, rédacteur en chef de *The Irish Journal of Medical Science*, nous a envoyé un article qu'il a publié dans son journal ; il engage vivement ses compatriotes à se rendre à Paris et à s'adresser à notre association dont il a pu apprécier les services au cours d'un voyage qu'il a fait récemment.

M. Rouvillois est nommé membre du Conseil d'administration de l'A.D.R.M. Nouveaux membres : MM. Le Lorier, Jean Faure, Pierre Descomps, Tanon, Zimmern.

— **Hôpital Laennec.** — M. Louis RAMOND fera, le 15 janvier, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laennec (amphithéâtre Landouzy), une conférence sur la *colique hépatique*. Il continuera ses leçons de clinique médicale pratique tous les dimanches, même heure.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — Le 17 janvier, M. GOUGEROT, agrégé, fera à 20 h. 45, à la consultation du soir, des présentations de malades suivies d'une conférence sur : *la syphilis sans chancre.*

— **Hôpital Foch.** *Cardiologie.* — M. Léon GIROUX reprendra, le dimanche 15 janvier, à 10 h., ses conférences de cardiologie pratique et les continuera les dimanches suivants, même heure.

— **Val-de-Grâce.** *Cours d'actualités médico-chirurgicales.* — Les cours d'actualités médico-chirurgicales auxquels les médecins civils peuvent assister, ont lieu les deuxième et quatrième samedis de chaque mois, à 17 h., au petit amphithéâtre de l'Ecole.

Le 28 janvier, le prof. Pierre DUVAL exposera le sujet suivant : *Radiologie clinique des affections chirurgicales du duodénum* (film cinématographique).

— **Hôpitaux de Paris.** *Mutations de chefs de service (médecine).* — A Beaujon, en remplacement du prof. Carnot, nommé professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr de Massary, de Lariboisière ; à Lariboisière, M. le Dr Herscher, de Tenon ; à Tenon (service de M. Herscher), M. le Dr Lian, de Tenon (muta-

tion intérieure) ; à Tenon (service Lian), M. le Dr Brulé, de la Salpêtrière ; à la Salpêtrière, M. le Dr Faroy, titularisé. A Necker (Dr Ribierre, décédé), M. le Dr Duvoir, titularisé. A Ivry (Dr Foix, décédé), M. le Dr Chabrol, d'Ivry (tuberculeux) ; à Ivry (service de tuberculeux), M. le Dr Bénard, titularisé. Aux Enfants-Malades (Dr Méry, décédé), M. le Dr Hallé, de Necker ; à Necker, M. le Dr Laederich, de la Charité ; à la Charité, M. le Dr Tixier, de Broca ; à Broca, M. le Dr Gougerot, de Bicêtre ; à Bicêtre, M. le Dr Weil (Mathieu-Pierre), titularisé. A Hérold (Dr Lesage, limite d'âge), M. le Dr Weill-Hallé, de la Charité ; à la Charité (service Weill-Hallé), M. le Dr Babonneix, de la Charité (mutation intérieure) ; à la Charité (tuberculeux), M. le Dr Tinel, titularisé. A Lariboisière (Dr Macaigne, limite d'âge), M. le Dr Rivet, de Laennec ; à Laennec, M. le Dr Baudouin, de la Rochefoucauld ; à la Rochefoucauld, M. le Dr Chiray, des Ménages ; aux Ménages, M. le Dr Touraine, titularisé. A Beaujon (Dr Laffitte, limite d'âge), M. le Dr Harvier, de Bicêtre ; à Bicêtre, M. le Dr Vallery-Radot, de Bicêtre (tuberculeux) ; à Bicêtre (tuberculeux), M. le Dr Charles Richet, titularisé.

— **Le 25e anniversaire du Dr Ch. Nicolle.** — Sous le haut patronage de S. A. le Bey et de M. Lucien Saint, Ministre plénipotentiaire, résident général de la République française en Tunisie, un Comité composé de MM. E. Conseil, C. Anderson, M. Dinguizli, F. Gérard, G. Soria, Joseph Valensi, s'est proposé de commémorer le 25e anniversaire du Dr Charles Nicolle à la direction de l'Institut Pasteur de Tunis.

Le Comité a l'intention d'offrir au Dr Nicolle, au printemps prochain, une médaille d'or à son effigie. Des médailles d'argent et de bronze seront également frappées. Les souscriptions à partir de 100 fr. donneront droit à une médaille de bronze ; celle à partir de 200 fr. à une médaille d'argent.

Les versements peuvent être effectués pour le compte no 28869 du Comité Ch. Nicolle à la Société générale, Agence de Tunis.

— **Le IIe Congrès international de radiologie** se tiendra à Stockholm du 23 au 27 juillet 1928. Adresser toutes communications au secrétaire général, Congrès international de Radiologie, Sophiahemmet, Stockholm, Suède.

— **Le IXe Salon des médecins** s'ouvrira du dimanche 22 au 30 avril prochain inclus, comme les années précédentes au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire organisateur, M. le Dr Paul RABIER, 84, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.

— **Secours médicaux par T.S.F. en mer.** — La question des secours médicaux par T.S.F., en mer, pour les passagers des paquebots n'ayant pas de médecin à bord, a été étudiée par nos confrères belges, le Dr Raoul Bernard en particulier. Un projet d'organisation vient d'être établi par le distingué secrétaire de la rédaction du *Bruxelles médical.*

— **Paris.** — Sont nommés internes à la suite du dernier concours :

Institution Sainte-Périne : Mlle Weiss.

Fondation Chardon-Lagache : Mlle Develay.

Hospice de Brévannes : Mlle Fayot, MM. Bachmann, Boyer, Vinceneux et Deburie.

Asile d'Hendaye : M. Choffé.

— **Hôpitaux de Clermont-Ferrand.** — Le concours d'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Daumont, Le Rochais, Jouve, Rouchy, Boucomont, Mlle Bost, MM. Chazette, Broquin, Mlle Rochon, M. Barrier.

Internes provisoires : MM. Sabatier, Defouilhouse, Billaud, Devernoix, Mandonnet.

— **Inspection départementale d'hygiène de l'Hérault.** — Un concours pour la nomination d'un médecin inspecteur d'hygiène du département de l'Hérault s'ouvrira à la Préfecture de ce département le 30 janvier 1928. Conditions : être âgé de 28 à 40 ans, docteur en médecine, et titulaire du diplôme d'hygiène.

Le concours comprendra des épreuves écrites (administratives et scientifiques) et des épreuves orales et pratiques.

Dernier délai d'inscription : 20 janvier 1928.

— **Hospices civils de Toulon.** *Internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires en médecine et chirurgie aura lieu le mercredi 15 février 1928. Dernier délai d'inscription : 7 février.

Traitement : première année : 2.400 fr. ; deuxième année : 3.000 fr. ; troisième année : 3.500 fr. ; plus tous les avantages en nature. Pour renseignements, s'adresser au secrétariat.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *décembre.*

Accidents du travail.

M. Casteil, conseiller à la Cour de Cassation, est nommé membre de la Commission du tarif officiel des accidents du travail, en remplacement de M. Fabry, décédé.

29 *décembre.*

Mutualité.

Loi du 28 *décembre* 1927, *modifiant la loi du* 1er *avril* 1898 *relative aux Sociétés de Secours Mutuels.*

Cette loi, qui modifie certains articles de la loi

sur les Sociétés de secours mutuels, notamment ceux qui régissent l'emploi des fonds de ces Sociétés ajoute à l'article 8 de cette loi, concernant la création des unions de Sociétés et déterminant leur objet, l'énonciation suivante :

« *f)* La création de maisons de la Mutualité, de dispensaires d'hygiène sociale, de préventoria, de sanatoria, de cliniques chirurgicales et obstétricales, de maisons maternelles, de consultations prénatales, de consultations de nourrissons, de gouttes de lait et, en général, de toutes les œuvres de prophylaxie et d'hygiène ».

Service de santé de la marine.

Loi du 24 décembre 1927 *permettant l'accès aux grades de médecin en chef de 1re classe et de pharmacien chimiste en chef de 1re classe, sans condition d'ancienneté dans le grade précédent, à certains officiers du corps de santé entrés dans les cadres après le 1er décembre* 1900.

Article unique. — Le premier alinéa de l'article 33 de la loi du 27 juillet 1907, portant organisation du corps de santé de la marine, est complété par le paragraphe ci-après :

« Ces dispositions transitoires seront également applicables aux officiers du corps de santé entrés dans les cadres postérieurement au 1er décembre 1900 qui auront pris rang dans le grade de médecin ou pharmacien chimiste en chef de 2e classe avant des médecins ou pharmaciens chimistes figurant dans les cadres antérieurement au 1er décembree 1900. »

31 *décembre.*

Accidents du travail.

Fixation du tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Un arrêté du ministre du travail du 29 décembre 1927 fixe le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, dans les conditions déterminées aux articles 1er à 6 de l'arrêté ministériel du 31 mars 1926.

Le nouvel arrêté prendra effet à partir du 1er janvier 1928, pour une durée de trois mois au moins.

Les modifications apportées au tarif en vigueur sont les suivantes :

1° *Produits chimiques et pharmaceutiques.*

(Modifications au numéro de la référence au barème.)

*Alcool camphré fort	39
Alcool camphré faible	37
Analgésine	33
Antipyrine	53
Aspirine	45
Chlorhydrate de cocaïne	83

Chloroforme anesthésique :
L'ampoule de 39 grammes, 9 fr. net.
L'ampoule de 60 grammes, 13 fr. net.

Eau-de-vie camphrée	37
Essence de térébenthine officinale	34
Essence de Wintergreen artificielle	43
*Ether sulfurique rectifié	34
Huile de camomille camphrée	39
Huile camphrée	40
Iodoforme pulvérisé	62
Pommade iodoformée à 1 p. 10, prix minimum 2 fr. 50	45
Salicylate de méthyle	43
Sulfate d'atropine	80
Teinture d'arnica	43
Vaseline iodoformée, prix minimum 2 fr. 30	45

2° *Objets de pansements.*

(Modifications aux prix).

Coton hydrophile Codex 25 grammes poids net	1 05
*Coton hydrophile Codex 50 grammes poids net	1 85
Coton hydrophile Codex 100 grammes poids net	3 50
Coton hydrophile Codex 125 grammes poids net	4 25
Coton hydrophile Codex 250 grammes poids net	8 20
Coton hydrophile Codex 500 grammes poids net	15 90
Coton hydrophile Codex 1.000 grammes poids net	30 75
Coton cardé 25 grammes poids net	1 05
*Coton cardé 50 grammes poids net	1 80
Coton cardé 100 grammes poids net	3 40
Coton cardé 125 grammes poids net	4 15
Coton cardé 250 grammes poids net	8 »
Coton cardé 500 grammes poids net	15 50
Coton cardé 1.000 grammes poids net	30 »
Crins de Florence stérilisés, le tube de un crin	1 60

1er *janvier.*

Pensionnés de guerre.

Commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

Sont nommés membres de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1928 : MM. Valentino, conseiller d'Etat, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions, président ; M. Kieffel, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, vice-président ; A. Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions ; Dr Thérou, du service de l'appareillage au ministère des pensions ; Thoumyre, mutilé de guerre, député, ancien sous-secrétaire d'Etat ; Miellet, mutilé de guerre, député ; Capy, mutilé de guerre, représentant des mutilés ; Penquer, mutilé de guerre, représentant des mutilés ; Beaufils, chargé de l'inspection technique des service d'appareillage ; Maisonnet, médecin-major de

1re classe, professeur de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie à l'école d'application du Val-de-Grâce ; Ripert, chirurgien consultant au centre d'appareillage de Paris ; Rœderer, assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis ; P. Paloque, médecin-chef du centre d'appareillage de Montpellier ; le président de la chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical, ou son représentant ; le président de la chambre syndicale des fabricants de prothèse et d'orthopédie, ou son représentant ; le président de la chambre syndicale du Sud-Est des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical, ou son représentant ; Montier, chef d'atelier au centre d'appareillage de Paris ; Vivier, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Paris ; Raux, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Rennes.

3 janvier.

Arrêté du ministre des pensions du 31 décembre 1927 nommant pour 1928 des médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux de pensions.

Sont nommés pour l'année 1928 :

Membre du tribunal départemental des pensions d'Agen, M. Renoux, docteur en médecine à Agen.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Andrieu et Dichamp, docteurs en médecine à Agen.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aix, M. Casse, docteur en médecine à Aix.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Vaissade et Thomas, docteurs en médecine à Aix.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Ajaccio, M. Dragacci, docteur en médecine à Ajaccio.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Savelli, docteur en médecine à Ajaccio.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Albi, M. Lapeyre, docteur en médecine à Albi.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Roussières et Gotty, docteurs en médecine à Albi.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alençon, M. Demirleau, docteur en médecine à Alençon.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Bailleul et Renault, docteurs en médecine à Alençon.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alger, M. Witas, docteur en médecine à Alger.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Sabadini père et Bullinger-Muller, docteurs en médecine à Alger.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Amiens, M. Hurtrel, docteur en médecine à Amiens

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Caraven et Merle, docteurs en médecine à Amiens.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angers, M. Lepage, docteur en médecine à Angers.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Estève, docteur en médecine à Angers.

Membre du tribunal départemental des pensions

d'Angoulême, M. Barraud, docteur en médecine à Angoulême.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Gauthier et Fournier, docteurs en médecine à Angoulême.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Annecy, M. Orsat, docteur en médecine à Annecy.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Duparc, docteur en médecine à Annecy.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Arras, M. Behague, docteur en médecine à Arras.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Brassart, docteur en médecine à Arras ; M. Andrès, docteur en médecine à Saint-Pol.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auch, M. Lestrade, docteur en médecine à Auch.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Szelechowski et Rivière, docteurs en médecine à Auch.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aurillac, M. Girou, docteur en médecine à Aurillac.

Membres suppléants dudit tribunal : M. Delcamp, docteur en médecine à Aurillac ; M. Jarrige, docteur en médecine à Arpajon-sur-Cère.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auxerre, M. Chevereau, docteur en médecine à Auxerre.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Duché et Sarrazin, docteurs en médecine à Auxerre.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Avignon, M. Garnier, docteur en médecine à Avignon.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Bonnet et Passelègue, docteurs en médecine à Avignon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Beauvais, M. Magnier, docteur en médecine à Beauvais.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Poissonnier et Graffe, docteurs en médecine à Beauvais.

Membre du tribunal départemental des pensions de Belfort, M. Bouvier, docteur en médecine à Belfort.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Levy, docteur en médecine à Belfort.

Membre du tribunal départemental des pensions de Besançon, M. Baufle, docteur en médecine à Besançon.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Tisserand et Bolot, docteurs en médecine à Besançon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Blois, M. Dagel, docteur en médecine à Blois.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Meusnier, docteur en médecine à Blois.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bordeaux, M. Lande, docteur en médecine à Bordeaux.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Guyot et Montalier, docteurs en médecine à Bordeaux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Boulogne-sur-Mer, M. Sevestre, docteur en médecine à Boulogne-sur-Mer.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Dervaux, docteur en médecine à Saint-Omer.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourg, M. Servas, docteur en médecine à Bourg.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Chapuis et Pitre, docteurs en médecine à Bourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourges, M. Bonneau, docteur en médecine à Bourges.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Janvier, et Marioton, docteurs en médecine à Bourges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Caen, M. Charbonnier, docteur en médecine à Caen.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Guibé et Desbouis, docteurs en médecine à Caen.

Membre du tribunal départemental des pensions de Cahors, M. Besse, docteur en médecine à Cahors.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Segala et Delport, docteurs en médecine à Cahors.

Membre du tribunal départemental des pensions de Carcassonne, M. Soum, docteur en médecine à Carcassonne.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Combeleran et Boyer, docteurs en médecine à Carcassonne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châlons-sur-Marne, M. Chevron, docteur en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Aumont et Van Vyve, docteurs en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chambéry, M. Denarlé, docteur en médecine à Chambéry.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Creylié de Bellecombe et Voutier, docteurs en médecine à Chambéry.

Membre du tribunal départemental des pensions de Charleville, M. Roland, docteur en médecine à Charleville.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Rozoy et Blairon, docteurs en médecine à Charleville.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chartres, M. Dudefoy, docteur en médecine à Chartres.

Membres suppléants dudit tribunal MM. Baudin et Hayes, docteurs en médecine à Chartres.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châteauroux, M. Bougarel, docteur en médecine à Châteauroux.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Sineau et Pigelet, docteurs en médecine à Châteauroux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chaumont, M. Merger, docteur en médecine à Chaumont.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Carel et Weil, docteurs en médecine à Chaumont.

Membre du tribunal départemental des pensions

de Clermont-Ferrand, M. Bousquet, docteur en médecine à Clermont-Ferrand.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Dionis de Séjour et Cornet, docteurs en médecine à Clermont-Ferrand.

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar, M. Kayser, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Hamburger et Koenig, docteurs en médecine à Colmar.

Membre du tribunal départemental des pensions de Constantine, M. Piquet, docteur en médecine à Constantine.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Bérard et Aubertie, docteurs en médecine à Constantine.

Membre du tribunal départemental des pensions de Coutances, M. Fauvel, docteur en médecine à Coutances.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Dudouyt et Lecomte, docteurs en médecine à Coutances.

Membre du tribunal départemental des pensions de Digne, M. Chaussegros, docteur en médecine à Digne.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Gassend et Romieu, docteurs en médecine à Digne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Dijon, M. Capitain, docteur en médecine à Dijon.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Sirot, docteur en médecine à Beaune ; M. Grognot, docteur en médecine à Semur.

Membre du tribunal départemental des pensions de Douai, M. Toison, docteur en médecine à Douai.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Desmoulin et Monnier, docteurs en médecine à Douai.

Membres du tribunal départemental des pensions de Draguignan, M. Pelloquin (Joseph), docteur en médecine à Draguignan.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Weill, docteur en médecine à Draguignan ; M. Proust, docteur en médecine à Trans.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Epinal, M. Urmès, docteur en médecine à Epinal.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Lacour et Riff, docteurs en médecine à Epinal.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Evreux, M. Thirard, docteur en médecine à Evreux.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Moisson et Vassal, docteurs en médecine à Evreux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Foix, M. Calazel, docteur en médecine à Foix. Membres suppléants dudit tribunal, M. Rumeau, docteur en médecine à Pamiers ; M. Lestrade, docteur en médecine à Foix.

Membre du tribunal départemental des pensions de Gap, M. Coronat, docteur en médecine à Gap.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Dorche, docteur en médecine à Gap ; M. Ebrard, docteur en médecine à Tallard.

Voir la suite page LV-183

PROPOS DU JOUR

Médecins critiques, artistes et poëtes.

M. Gabriel Hanotaux, de l'Académie française, a écrit une préface pour le bel ouvrage que notre confrère parisien, le Dr Fernand Vallon consacre, au sculpteur Falconet (1), ouvrage en tous points remarquable et que nous comptons analyser ici avant peu ; cette préface débute ainsi :

« Voici un livre dû à la plume de ces « hommes éclairés », de ces « amateurs avertis », dont Paris regorge, qui constituent sa grande originalité et dont le mérite consiste, tout en poursuivant une carrière de labeur et d'honneur, à ne se désintéresser de rien de ce qui touche à la pensée, à l'art, à l'expression, au culte du beau et au progrès de la civilisation. Ce public si précieusement intellectuel, je l'appellerai si l'on veut, « le public de Sainte-Beuve ». Ne se laissant jamais écraser par le poids matériel de la vie, il conserve, en toutes circonstances, le goût du bien, le tact délicat de l'idéal, le sens de la dignité humaine. C'est à lui qu'est dû en somme le grand renom de Paris, car pour qui écriraient nos auteurs, chanteraient nos poëtes et nos musiciens, peindraient, sculpteraient, bâtiraient nos artistes, si ce n'était pour lui ? »

Et M. Gabriel Hanotaux qui aurait pu généraliser et remplacer Paris par la France, fait encore remarquer que, dans ce public d'élite, « tous ou presque tous ont sur le chantier quelque étude réservée, quelque recherche poursuivie longuement, quelque œuvre entreprise qui, trop souvent, ne s'achèvera jamais. Tous ou presque tous ont leur « violon d'Ingres ». La plupart ne font pas connaître au public les travaux qu'ils ont entrepris soit par une « pudeur excessive », soit par « une discrétion du meilleur ton, une passion exigeante, la passion de l'achevé ». Et ces travaux qui souvent ont exigé beaucoup de labeur, de recherches et de mérite, restent inconnus ou ne sortent pas du cercle restreint d'une petite société ou d'une Académie de province.

Les médecins, tant à Paris qu'en province, occupent sinon la plus grande place, tout au moins une des premières et en tous cas des plus honorables, dans ce public d'élite, ce public de Sainte-Beuve dont parle M. Gabriel Hanotaux.

Jadis, c'étaient parmi nos confrères que se trouvaient les gens les plus savants, les plus lettrés, les plus érudits : Rabelais en fut le prototype.

Nous ne passerons pas en revue tous les médecins qui s'illustrèrent dans les derniers siècles en dehors de leur profession. Au hasard de nos souvenirs rappelons que Richelieu fut quérir Cureau de la Chambre, médecin du chancelier Séguier, pour l'inscrire parmi les premiers membres de l'Académie française quand il la fonda ; que Fagon écrivit un poème de 200 vers latins pour servir de Préface au catalogue des Plantes du Jardin du Roi ; que Claude Perrault, docteur de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences, fut l'architecte de la colonnade du Louvre. Il suffit de lire les mémoires des médecins du XVIIe siècle, les lettres de Gui Patin, par exemple, pour se rendre compte du haut degré de culture de nos anciens, de leur sens critique et de leur vaste érudition.

Au XVIIIe siècle, le siècle de l'Encyclopédie, la culture générale des médecins fut encore plus complète, plus délicate, plus étendue et le XIXe siècle qui vit à ses débuts le grand Laennec flirter dans sa jeunesse avec Thalie, Polymnie et Erato, applaudit à son déclin le *Cantique des Cantiques* du délicat poète Jean Lahor, qui n'était autre que notre confrère, le Dr Henri Cazalis dont nous conservons encore l'aimable souvenir.

A notre époque, combien de médecins se sont fait... ou pourraient se faire... une place enviée parmi les artistes, les critiques, les historiens et même les poètes. Le Dr Cabanès qui à force de réflexion, de patiente érudition, de méthode et de sens critique, est parvenu à dissiper les obscurités de l'histoire en l'éclairant par la clinique, est universellement connu. Quelle place tiendraient dans le monde de l'érudition des savants tels que nos collaborateurs et amis Garrigues et P. Noury, de Rouen, si leur modestie ne bornait pas la publication de leurs découvertes à des feuilles médicales ?

Nous ne parlerons pas des médecins artistes, ils sont légion ; il suffit pour s'en assurer de visi-

(1) Fernand VALLON. — FALCONET. Falconet et Diderot ; Falconet et Catherine II. Aux Imprimeries réunies à Senlis MCMXXVII. En ventre aux Messageries Hachette.

ter le Salon des médecins ou de se rendre aux Auditions de l'Orchestre médical.

Dans le domaine littéraire, les médecins sont aussi nombreux ; c'est à un médecin, le Dr Maurice Bedel, ancien élève de Ballet et de Brissaud, qui soutint une thèse sur les obsessions, que l'Académie Goncourt a décerné son Prix en 1927. Combien de romans parmi les mieux pensés et les mieux écrits, émanent de médecins praticiens ? Combien d'autres verraient le jour sans cette pudeur excessive, sans cette discrétion du meilleur ton, sans cette passion de l'achevé, dont parle M. Gabriel Hanotaux ?

Et les médecins poètes ! Il suffit pour en apprécier le nombre et le talent de feuilleter nos journaux médicaux, nos périodiques professionnels. Voulez-vous des exemples : ce sera notre confrère de Saint-Fargeau, le Dr Paul Grossier, qui nous adressait récemment pour nos étrennes une ode intitulée : *Vivre dans la Beauté* où en cinquante vers environ, il exposait le rêve de beaucoup de ses confrères :

S'éloigner des laideurs, vivre dans la beauté,
Le col toujours tendu vers l'œuvre de clarté

. . . .

S'enfermer dans la tâche heureuse et dans la joie
Comme une chrysalide en son cocon de soie,
En extase devant son travail, sans sentir
La fatigue jamais, ni le goût d'en sortir,
Isolé de la foule et des âmes jalouses
Dans les splendeurs de l'art et le vert des pelouses;

. . . .

Aimer, gâter, parer, concevoir sa demeure
Autrement qu'une auberge où l'on s'arrête une heure.
. . . . Ramasser dans la lumière blonde
Les illusions d'art où se meut tout un monde.
Le goût sait transformer en palais un taudis ;
Comme un dieu se créer un joli paradis
Par le vivifiement grouillant de la matière.

. . . .

Faire de sa maison un coffret à bijoux !

. . . .

Idéal, ! Idéal ! Songe d'artiste ! Etrange
Conception qui tient de la bête et de l'Ange,
De la route qu'on suit poteau indicateur,
Mensonge, dira-t-on, mais mensonge enchanteur !

Parmi les médecins poètes qui ont déjà acquis une réputation, mais qui mettent leur point d'honneur à poursuivre la perfection et se contentent des applaudissements discrets d'un public d'élite, nous nous plaisons à signaler le Dr Charles Guéret, de Cette.

Enfant de cette Septimanie que son confrère et ami, Duplessis de Pouzilhac, de Narbonne, a fait renaître à la vie artistique, poétique et littéraire, en créant une remarquable Revue, merveilleusement éditée et illustrée, Charles Guéret est né à Béziers. Il séjourna à Paris avant la guerre, fut un familier de Jean Moréas, le délicat poète, grec d'origine, devenu si français, dont l'admiration pour Ronsard et pour Racine s'était transformée en un véritable culte.

Les poésies de Charles Guéret ont été rarement publiées, car il est au premier rang de ceux qui ont la passion de l'achevé. Cependant le 21 août 1910, au Théâtre des Arènes de Béziers, des artistes de l'Opéra interprétèrent pour la première fois un de ses courts poèmes *Les deux Triomphes*, mis en musique par Déodat de Severac, où le poète en un raccourcis saisissant oppose au triomphe de l'orgie romaine le triomphe du Christ. Ce poëme, F. Mistral le qualifiait alors : « beau comme une inscription romaine gravée en lettres de bronze sur l'arc de Constantin le Grand. »

Après la guerre, le Dr Ch. Guéret vint exercer à Cette. Ce fut là qu'il écrivit son *Ode à Molière* que Mlle Madeleine Roch, de la Comédie française, déclama aux Fêtes du Tricentenaire de Molière en Languedoc. N'est-il pas piquant de voir éclore un des plus remarquables éloges de Molière dans le cerveau d'un médecin ? Avec quelle belle inspiration Ch. Guéret évoque le voyage de Molière en Languedoc par petites étapes :

J'évoque tes départs, mon maître. Je te vois
Goûter ce dont nous nous lassâmes,
Cette sage lenteur des routes d'autrefois,
Qui laissait explorer les âmes.

En quels beaux vers notre confrère poète vante le génie à jamais immortel du grand comique :

L'aventure de ton génie était fatale :
Tu donnais pour l'Eternité
Un miroir à l'Humanité,
Toi qui fis de la scène un miroir de la salle.

Car ils sont toujours là ceux que tu remarquas,
Ni meilleurs, tu le vois, ni pires ;
Près d'Alceste qui geint, Célimène n'a pas
Plus de cœur ni moins de sourires.

Et c'est toujours le même énigme de l'accueil,
Pour l'amoureux et pour l'artiste :
Tu sais doublement qu'il existe
Dans l'âme humaine un mur où ne luit pas de seuil...

Le 20 août de la même année 1922, Mlle Rouer, de l'Odéon, déclamait devant une foule enthousiaste l'*Ode à Béziers* au Théâtre des Arènes de cette ville. Cette ode fut composée sous le coup d'une inspiration toute filiale :

Béziers, un de tes fils revient, évoquant tous
Les jours que te dût son enfance :
Le regard filial au retour est plus doux,
Et plus lucide après l'absence.

Toutes les strophes de cette ode seraient à citer, depuis la première :

Les villes ont une âme... Ah ! l'immobilité
Des murs n'est pas inanimée,
Malgré la porte close et le seuil déserté
Et le toit sans une fumée.

jusqu'à la dernière :

Mécène n'a-t-il pas en leur tendant la main,
Auprès de Virgile et d'Horace,
Dans le temps comme dans l'espace,
Débordé la splendeur de l'horizon romain.

L'on voit par ces quelques citations qu'on peut être un poète et un vrai poète, tout en conservant la pureté de la langue, la clarté des idées qui font le mérite et le génie de notre langue fille aînée et légitime du latin de la belle époque.

Le Dr Charles Guéret vient d'avoir une idée originale, qu'il est en voie de réaliser, celle d'imprimer lui-même ses poèmes avec des caractères spéciaux, sur un papier spécial au moyen d'une presse à bras. Nous croyons que pareil fait ne s'est pas reproduit depuis le XVIe siècle, où le tourangeau Plantin imprima lui-même son sonnet célèbre dans l'imprimerie qu'il avait fondée à Anvers. Encore Plantin n'était-il pas un véritable poète. Le Dr Ch. Guéret veut s'efforcer de satisfaire ainsi *sa passion de l'achevé.* Nous ne doutons pas qu'il y réussisse et lui adressons à lui et à ses confrères critiques, artistes et poètes, à tous ces médecins, épris de beauté et d'idéal, à ces hommes éclairés, ces amateurs avertis, ce public si précieusement intellectuel, pour nous servir en terminant des termes élogieux de M. G. Hanoteaux, le souhait d'obtenir, en 1928, en cette époque sur ce point assez décevante, la satisfaction de *Vivre dans la Beauté.*

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LEÇONS INAUGURALES

Leçon du Professeur Loeper.

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris.

Quelques impressions et réflexions.

Par L. DARTIGUES

Ancien président de la Société de Médecine de Paris, et ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris.

Bien que de longues années aient passé sur ma tête et que le frémissement d'une curiosité extrême des hommes, ce frémissement qui fait vibrer la jeunesse, se soit pas mal atténué en moi, parce qu'une longue pratique des individus m'en a fait voir les séries qui se ramènent à plusieurs types, toujours les mêmes, malgré leur apparente diversité, j'aime cependant aller entendre le son que rend une personnalité qui arrive à la destination qu'elle a ambitionnée durant la plus graade partie de sa vie.

Aussi, de temps à autre encore, je prends le chemin de la Vieille Faculté que je trouve surtout vieille parce que je ne suis plus jeune et parce qu'elle donne le spectacle, malgré son effort louable de rénovation continue, d'un organisme ancien. Son cadre est par endroits trop vétuste — et je sais bien que ce n'est pas sa faute — et dans ce cadre se profilent des connaissances nombreuses, éminences scientifiques, dont la plupart sont des camarades, des amis de jeunesse, que je trouve chaque fois plus chenus, ce qui me fait de la peine pour eux et pour moi, aux yeux de qui ils sont le miroir peu rassurant de l'âge qui sans cesse avance. Ce n'est pas sans admiration que je contemple toutes ces têtes savantes, parce que je me dis que la science médicale actuelle est contenue dans ces crânes, et que chacun de ces cerveaux a fait un effort d'assimilation énorme, par un labeur de près d'un demi-siècle. Mais je souffre, parce que je trouve que tous ces gens-là ne sont pas récompensés, dans cette époque formidablement dure, pour tout ce qu'ils ont enduré d'épreuves et que leur règne tardif, est, par-dessus le marché trop court.

Aussi, en pénétrant dans l'amphithéâtre, ne puis-je me défendre d'une certaine mélancolie parce que je sens trop tout cela, ayant vu passer

tant de professeurs déjà oubliés, et parce que la jeunesse qui est là, présente, fait un contraste qui ne peut empêcher de vous saisir !

Mais j'aime aller à ces sortes de « premières » médicales, parce que c'est une occasion pour moi, d'assister à une fin de course : c'est comme un sport ; à la fin de l'effort, l'individu souffle, regarde enfin autour de lui et il nous parle. Nous savons alors le mobile qui l'a entraîné, la pensée qui l'a guidé. C'est cette pensée générale, cette sorte de synthèse intellectuelle de la vie d'un savant qui est vraiment attrayante, car nous espérons voir se résumer en un langage pur, porté par des tempéraments variés, la philosophie de la branche scientifique qui a fait l'objet des préoccupations de son labeur. Il est vrai que ce dernier point n'est pas toujours exact, parce que le récipiendaire prend surtout possession d'une chaire en attendant une autre plus conforme à ses goûts ou à ses véritables études : c'est comme en politique, où des ministres passent par tous les ministères sans se fixer jamais.

Je faisais allusion, quelques lignes plus haut, à l'inanité d'une gloire éphémère. Aussi, bien que très sensible aux choses du cœur et aux joies qui peuvent en jaillir, je n'aime pas trop qu'on la montre publiquement et d'une façon, comment dirai-je, lacrymale. Je trouve que ces intimités sentimentales doivent être gardées secrètes et peut-être en jouit-on ainsi davantage. Ce que j'en ai vu pleurer de professeurs dans cet amphithéâtre ! Je ne crois pas que le fait d'arriver à un sommet vaille de telles larmes, car qu'est-ce que tout cela qui n'est pas éternel ! comme dit le poète. Il n'y a que la vérité qui soit éternelle, et avoir le sentiment d'en avoir conquis une, vaut un pleur dans le silence du laboratoire où a lieu ce viol merveilleux. Aussi je comprends, à ce moment suprême, la larme pure, où toute préoccupation de gloriole personnelle est absente, d'un Pasteur ou d'un Berthelot.

Donc je suis reconnaissant à mon ami, le Professeur Loeper, de ne pas être tombé dans le travers larmoyant en pensant à sa famille ou à ses amis comblés de joie de l'avoir vu arriver. Il entre, il est simple et il fait jeune : sans émotion apparente il me donne l'impression qu'il prend possession d'une charge sérieuse et pour laquelle il se sent les épaules assez solides.

Son débit est calme, son accent de sonorité agréable, et son articulation parfaite ; qu'il pardonne à un vieil amateur de théâtre classique, ou romantique, de n'avoir pu s'empêcher de remarquer qu'il laisse choir quelquefois la fin de la phrase comme s'il la murmurait tendrement à l'oreille de l'aimée où l'on ne va pas chercher les voisins pour des confidences de tendresse. L'amphithéâtre est une chose redoutable toujours ; l'innocent qui peine est dans l'arène et le public, même le plus intellectuel est toujours cruel. Celui qui parle n'a jamais d'amis : il ne les a que lorsqu'il triomphe, et c'est pour cela qu'affronter une foule par le verbe est toujours chose rude et redoutée.

Le Professeur Loeper a eu le mérite de déblayer d'emblée le terrain et de dire, en termes très appropriés et très rapides ce qu'il devait à ceux qui l'enseignèrent et le soutinrent. Il a, en particulier fait un bref parallèle de Dieulafoy et de Debove : *ils ont tous deux aimé leur art, l'un comme un apôtre, l'autre comme un dilettante.* Je crois que c'est fort juste, mais je crois aussi qu'il vaut mieux aimer l'apôtre qui suscite des énergies et entr'ouvre ainsi la barrière des carrières, que le dilettante qui nous laisse sceptique à la suite de son joli morceau de musique !

Loeper a naturellement parlé de ses prédécesseurs : de d'Alibert, artiste en même temps que savant, dont le blason était « à trois coqs d'or », fondateur de la chaire de thérapeutique ; il a évoqué la dynastie pharaonnienne des thérapeutes, aboutissant à lui : Trousseau, Legrand, Grisolle, Gubler, Germain Sée, Hayem, Landouzy (à mon avis soucieux d'étonner par un langage qui, ainsi, tombait dans un précieux difficile à percer, et quelquefois dans des locutions coruscoïdes éblouissant un peu à la manière des étincelles qu'on produit dans le râclage d'une allumette qui hésite à prendre feu), Marfan, Gilbert et puis Carnot, heureusement vivant.

Je n'ai pas lu encore la leçon du Professeur Loeper qui n'est pas imprimée au moment où j'écris, mais j'ai pris quelques notes comme un étudiant : pensais-je ainsi me rajeunir ? Non, mais je me suis offert le luxe, peut-être, probablement seul dans la salle, de saisir au vol la parole ailée, c'est-à-dire chargée de vie comme elle arrive à l'oreille. Aussi je crois que ce que je ferai de mieux c'est de les transcrire pour vous qui me lirez.

Loeper a dit : *L'enseignement consiste à transmettre une partie de la connaissance des hommes, et la conviction de ce qu'on aime.* C'est bien, cela ! d'avoir parlé de la conviction de l'homme de science qui puise, dans la croyance de ce qu'il croit être la certitude, l'énergie de poursuivre.

Il a dit encore, en pensant à ses élèves : *Les élèves font aussi les maîtres,* et en effet nous sommes souvent les élèves de ceux à qui nous apprenons, car ils exigent de nous une clarté qui ne se dérobe pas et nous forcent à nous formuler pour plus de compréhension intérieure et personnelle. Il a parlé de *ceux qui croient à la thérapeutique et de ceux qui s'en moquent.* Il a bien fait de stigmatiser ces derniers, car à mon sens, se moquer, c'est toujours ignorer, et c'est, en tout cas, méconnaître l'effort de ceux qui cherchent dignement.

En montrant comment le champ de la thérapeutique s'élargissait de jour en jour, il a dit : *la thérapeutique consiste à faire appel à la nature*

et à la soutenir. C'est là, je crois, la meilleure définition qu'on puisse, en l'état actuel, donner de cette science.

Il a évoqué Æsculape, *le premier visiteur médical*, c'est-à-dire le symbole du premier médecin praticien qui ait fait des *visites.*

Ensuite, il évoque les autres étapes de la thérapeutique : l'alchimie d'abord, qui s'entoure d'une certaine mise en scène, mais qui n'en a pas moins sa grandeur. L'alchimie n'est en somme pas loin de la chimie vraie : J'ai lu récemment les principales œuvres de Berthelot et j'ai pu voir que ce génial savant accorda un intérêt passionné à l'histoire de ces alchimistes où tant de notions en puissance ont pu être recueillies. *L'esprit de l'homme se tourne toujours vers le mystère* a dit Loeper. En réalité, je crois que le mystère nous attire parce qu'il est dans l'inconnu et que ce sera toujours, pour l'homme de science, une passion que de le percer, et pour la foule, un attrait formidable en raison de ce qu'elle ne comprend pas, mais qu'elle soupçonne peut-être et surtout désire.

Le nouveau Professeur dans une image heureuse nous fait assister à la venue, traversant les mers et les déserts, des médicaments, des produits *naturels* de la Nature, café, chocolat, thé, etc. des pays étrangers «sur les caravelles du Roi.» C'est cependant avouer par là que les contrées du soleil possédaient déjà ces puissantes et agréables ressources de la thérapeutique et, qu'en somme, l'Occident pauvre était en retard, au point de vue utilisation médicamenteuse, sur les terres lointaines.

Mais voici l'entrée de la chimie, la découverte des principaux sels, l'adoption de la théorie atomique et de « *l'extraordinaire chimie des carbones* », tout cela aboutissant à l'heure actuelle à plus de « 200.000 *corps nouveaux.* »

A ce sujet, à propos de la prescription médicamenteuse dans les ordonnances, Loeper a dit justement aux étudiants (à mon avis parce qu'ils sont volontiers portés, par rebut des formules et l'ingratitude de la mémoire), comme aux médecins (à mon sens également parce qu'ils sont volontiers portés par la lassitude d'une existence dure où la vie moderne assaille notre mémoire et la brouille) portés tous, dis-je, étudiants et médecins, à ne plus formuler: « *l'art de formuler est l'aristocratie de notre art médical* ».

Mais comment le médecin ne serait-il pas tenté, me disais-je en écoutant les harmonieuses phrase de Loeper, coulant en flots égaux, comment ne serait-il pas tenté d'y renoncer à cet art de formuler, qui apparaît trop quelquefois comme une jonglerie, alors que s'offrent à lui des spécialités innombrables, il est vrai, où tant de gens étrangers à la médecine proprement dite se lancent pour y faire fortune, comment le praticien ne serait-il pas tenté de puiser dans cet arsenal nouveau admirablement agencé, où la perfection ne peut être réalisée que parce que l'on fabrique en grand avec des moyens puissants ? Evidemment aussi la spécialité, trop souvent peut-être, à ce qu'il me semble, dispense de penser, surtout de s'efforcer en mémoire, et est bien en rapport avec notre époque pressée qui tend à industrialiser et tayloriser même la maladie (si ce n'est le malade !) et ce qu'encouragera trop la socialisation de la médecine, péril immense pour la clientèle, parce qu'il faut que le médecin abatte de la besogne, ait du rendement et doit faire face à la foule, à la masse, à la grosse quantité en un mot, comme un vulgaire commerçant. Heureux les médecins à qui leur situation toute faite ou acquise par un long labeur permet de se limiter en clientèle ; plus heureux encore les malades d'élection qui ont ces sortes de médecins pouvant se consacrer à eux véritablement et faire auprès d'eux l'application de la réelle science ! La communisation sociale progressive permettra de moins en moins cela. Il m'eût été intéressant de voir mettre en relief par Loeper ces mobiles psychologiques.

Le jeune professeur nous montre ensuite l'apparition des aliments nouveaux, des eaux minérales, de l'opothérapie avec le rôle initiateur joué par Claude Bernard, Brown-Séquard et j'ajouterai Gley et bien d'autres encore, de l'héliothérapie, de la radiothérapie, des infra-rouges, ces cardinaux, des ultra-violets, ces archevêques. A propos des substances heureuses contenues dans les fruits, Loeper nous a parlé gentiment de Ninon de Lenclos qui en faisait grand usage. Je crois que ce maintien de santé est surtout dû à la laxativité, permettez-moi ce mot, ô amis lecteurs qui sursautez bien que je ne sois pas un barbare puis que j'*émets une idée* sous une parole synthétique — à la laxativité, dis-je, rafraîchissante de ces produits naturels des arbres. D'abord je vous le demande qu'est-ce qu'un fruit, entre nous, si ce n'est une synthèse chimique organique très souvent succulente, réalisée au bout d'une branche des arbres ! Qui sait même, si nous n'avons pas encore aperçu que toute la chimie naturelle, organique, est réalisée par toute la flore terrestre et qu'en elle se trouve toute la gamme thérapeutique ? D'ailleurs, n'y a-t-il pas un effort manifeste dans nos récents jours pour revenir à la phytothérapie. Ninon de Lenclos qui, dit d'une façon enjouée le professeur Loeper, ce qui a détendu l'amphithéâtre concentré dans son attention un peu douloureuse sur son sujet ardu « *était experte à tant de choses* » aspirait chaque matin le suc de douze oranges. Je connais des gens, qui, ignorent totalement l'existence passée de la célèbre Ninon, reine éternisée de beauté, qui en font autant tous les jours et s'en trouvent admirablement. Je connais des étrangers surtout, qui sur la bleue Méditerranée voguent chaque belle

saison vers la Sicile embaumée pour y faire la cure de l'allégorique Jardin des Hespérides et des « Fruits d'or ».

A propos de Ninon de Lenclos le Professeur thérapeute, ne nous a pas parlé de la spermothérapie, cri suprême de l'opothérapie actuelle et qui s'affiche déjà sans crainte ou du moins sans trop de pudeur ! Il a eu peut-être raison.

Vous citerai-je quelques phrases heureuses au milieu de tant d'autres ? D'abord, à propos des systèmes qui mettent des œillères aveuglantes à ceux qui s'y emmurent, entêtés, le mot rappelé de d'Alibert : « *Rien n'est plus dangereux pour un malade que le médecin qui apparaît à son chevet avec un système en tête* ! « Puis « *la thérapeutique doit être éclectique et suivre surtout la clinique* » (cela est une évidence, mais ne faut-il pas rappeler surtout les évidences !) Puis aussi : « *Pour être un bon thérapeute il faut être un bon observateur instruit.* » Puis encore : « *N'employez jamais, Messieurs, un médicament dont l'efficacité n'est pas certaine* » (Oui, et combien juste et moral cet axiome ! Mais je ne pouvais m'empêcher de penser, en entendant cela, qu'il faut bien passer du cobaye ou du lapin de laboratoire à l'homme, et alors qui payera quelques pots cassés ? qui payera à la science salvatrice mais minautorine pour tout ce qu'elle inaugure, le lourd tribut ? car enfin, les lapins ne seront jamais les seuls expérimentés !

La leçon du Professeur Loeper s'est affirmée par une fustigatrice parole contre ceux qui jugent à la légère l'effort des médecins modernes, à la mesure de Molière, ces imbéciles et ces ignorants qui ont une teinte effacée ou limitée de littérature, et pas du tout de culture et surtout d'esprit scientifiques : il leur a dit qu'ils « *prenaient des attitudes d'amateurs, des attitudes de salon* ! ».

Enfin cette très belle leçon inaugurale s'est terminée par un mot heureux, celui qui doit être notre devise à nous qui soignons, essayons de guérir, qui d'ailleurs guérissons et, pour ainsi dire toujours soulageons : « *Faire un peu de bien* ».

Il y a l'esprit de réflexion de la rue, comme il y a l'esprit de l'escalier. Une fois dehors, quand on n'est plus sous le charme d'une parole et sous la tension de l'attention pour suivre le développement et qui est un travail surtout d'assimilation, on se prend à réfléchir, on redevient intelligent, ou cruel quelquefois, quand la lyre d'Orphée s'est tue, et l'on critique. L'on critique d'autant plus que l'on rencontre les amis et connaissances qui se confient leurs impressions si variées suivant les goûts, les tournures d'esprits, les tempéraments et les points de vue des occupations professionnelles différentes selon les branches coutumières de leur science.

Moi — est-ce la sympathie, l'amitié ? — je restais sous le charme, au risque de me faire écraser à la sortie ; aussi dus-je me faire violence, pour faire admettre à mon esprit que le très distingué professeur innové, avait peut-être trop sacrifié, (proportionnellement à l'immensité scientifique qu'il devait envisager), à la partie historique, qui intéressse moins à notre époque où l'on préfère vivre dans la notion du présent et regarder en avant, vers le futur possible, vers les voies d'action et d'espérance.

Et je me disais encore, me souvenant précisément de cette partie historique de la leçon : ce qui se dégage philosophiquement de cet exposé très clair et très substantiel du Professeur Loeper c'est que la barbarie et l'ignorance étaient encore aux portes de nos deux derniers siècles ; mais ce chaos d'efforts obscurs a préparé notre époque réellement scientifique ; cette dernière n'a pas encore les lumières désirées, mais elle a des phares puissants pour guider les chemins. Savoir ceux que l'on prendra c'est déjà être sur les sillons de la conquête. A voir ce qu'est la thérapeutique d'aujourd'hui, que concevoir ce qu'elle sera seulement dans cent ans, c'est-à-dire moins qu'un atome de temps dans la durée de notre sidéralité terrestre ?

En tout cas, envisageant toutes ces têtes jeunes, mais surtout mûres ou vieilles qui remplissaient l'hémicycle, je me disais : tous, tant que nous sommes ici, si nous étions venus dans cent ans seulement nous aurions des types physiques et des complexions différentes de ceux et celles que nous présentons aujourd'hui. Nous serions probablement des cerveaux embellis, mais dans des corps embellis et forts parce que la vie aura, par un miracle (scientifique, attention !) joyeux, changé en logique et en épanouissement. Espérons que nous sommes les derniers esclaves du travail forcené et mal employé qui amoindrit, enlaidit les hommes et ne les rend pas heureux, parce qu'ils ne connaissent pas la vraie joie exubérante de vivre. Je suis convaincu que la thérapeutique d'aujourd'hui aura vécu comme nous-mêmes, et qu'elle n'aura pas d'applications parce que l'homme aura, par son genre de vie, complètement changé et sera revenu à la nature dont il s'est tant écarté, mais avec la puissance d'une civilisation qui aura su la maîtriser pour lui faire porter ses plus beaux fruits humains : ainsi renaîtront l'amour et la beauté dans la santé.

Et maintenant, toi — permets cette familiarité amicale — qui a pris la patience de me lire, dis-moi que je suis un nébuleux, un hypothétique, un chimérique. Vas-y ! cela n'a pas d'importance. Sous ta flagellation je me trouve tout de même récompensé si, à propos de la substantielle leçon du Professeur Loeper, qui fut bien pensant scientifiquement et bien disant, je t'ai donné à réfléchir et espérer, sinon pour toi mais pour ceux qui viendront après toi.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Mal de pott dorsal inférieur et son traitement.

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Cette malade, âgée de 31 ans, se présente pour un mal de Pott. Elle est atteinte d'un abcès migrateur siégeant dans la fosse iliaque gauche. La présence de cet abcès est révélée par une certaine plénitude de ce côté de l'abdomen ; le relief de l'épine iliaque est moins marqué que du côté opposé, et la paroi abdominale, à la palpation, au lieu de se laisser facilement déprimer, fait sentir une résistance remontant jusqu'à l'ombilic. Il y a là un orifice fistuleux qui se ferme et se rouvre suivant le degré de réplétion de cet abcès. Une ponction faite quelque temps avant son entrée a retiré un litre et demi d'un liquide laiteux. Elle est restée plusieurs mois avec un corset plâtré, puis a subi une cure d'héliothérapie et a été ponctionnée cinq fois. Dans ses antécédents, on note une rougeole; on ne constat aucun signe pathologique aux poumons ; elle est réglée normalement.

En présence d'un abcès dans la fosse iliaque, on est tenté de porter sur le champ un diagnostic de mal de Pott, et dans la majorité des cas on a raison. Il en est d'autres où l'on se trompe.

Ce qui éclaire sigulièrement le diagnostic, c'est la constatation de cette déformation extrêmement considérable dans la région des dernières vertèbres dorsales. C'est une gibbosité médiane, à peu près angulaire. La palpation indique qu'elle est formée de trois apophyses épineuses ; cette constatation, la radiographie la confirme. Cette saillie est le résultat de l'effondrement des trois corps vertébraux. Dans la majorité des cas, au moins chez l'adulte, les lésions portent sur plusieurs vertèbres. Il y a même des cas où, en dehors d'un foyer qui peut porter sur deux ou trois vertèbres, il y a d'autres foyers à distance. Il n'est pas très rare que les malades présentent plusieurs foyers absolument distincts, par exemple un sur la région dorsolombaire, et un autre sur la région cervicale ou sur la région dorsale supérieure.

Ces abcès par congestion de la région dorsale inférieure suivent très souvent la gaine du psoas, quelquefois cheminent plus superficiellement, dans le tissu cellulaire, d'abord du médiastin, puis de la paroi postérieure de l'abdomen. Ils sont profondément situés. Dans le thorax, ils sont à peu près inaccessibles par la palpation, mais peuvent être révélés par la radiographie. Ils tendent à descendre vers la fosse iliaque, puis vers le triangle de Scarpa. Les uns suivent la gaine du psoas, les autres le tissu cellulaire péritonéal. Il arrive quelquefois qu'au lieu de continuer leur descente, ou tout en continuant leur descente en avant, ils viennent faire saillie en arrière, au-dessus de la crête iliaque, dans le triangle de Jean-Louis Petit.

Ici, cet abcès ne dépasse pas l'arcade de Fallope. On doit, pour compléter l'examen, rechercher avec soin s'il n'y a pas un abcès symétrique de l'autre côté, ce qui est très fréquent.

Nous devons rechercher le retentissement de cette lésion vertébrale et de l'abcès sur les membres inférieurs. Cette malade est immobilisée, elle ne marche plus depuis deux ans, mais elle ne présente pas de paraplégie, elle est capable de remuer ses membres. On constate une légère augmentation de la réflectivité du côté gauche. Le réflexe de l'orteil est en flexion, c'est-à-dire normal.

La recherche des troubles médullaires dans le mal de Pott met dans certains cas sur la voie d'un diagnostic hésitant. Les premiers symptômes cliniques du mal de Pott sont une certaine raideur de la colonne vertébrale, due à la contracture des muscles qui a pour but d'immobiliser le foyer malade afin de diminuer la douleur. Cependant l'existence de douleurs dans les régions vertébrales ne doit pas nécessairement être attribuée à un mal de Pott. Déjà autrefois l'attention avait été attirée sur certaines douleurs vagues qu'on qualifiait d'hystériques, et Brodie avait signalé un syndrome mal précisé sous le nom de névralgie spinale. Aujourd'hui, nous savons que la colonne vertébrale, en dehors des ostéomyélites de l'adolescence et des néoplasmes secondaires, est parfois le siège d'affections très différentes de la tuberculose, et qui n'en ont pas la gravité pronostique. Ce sont surtout des troubles de croissance, et qu'on rencontre d'ailleurs en beaucoup d'autres régions. On les désigne à l'heure actuelle sous le nom d'épiphysites. Nous avons en ce moment un cas d'épiphysite vertébrale. Ces malades ont des douleurs dans le dos, une certaine raideur. L'épiphysite est une maladie bénigne de la période de croissance. Elle guérit spontanément, tandis que le mal de Pott est une affection extrêmement grave. Parfois l'étude des troubles médullaires peut permettre d'affirmer l'existence d'un mal de Pott. Cette exagération des réflexes est un phénomène médullaire, ce n'est pas un phénomène radiculaire. Or, chez l'adulte, la

(1) Leçon faite le 10 novembre 1927 à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr LAPORTE.

moelle s'arrête au niveau de la deuxième vertèbre lombaire ; par conséquent, les maux de Pott siégeant sur les troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sembleraient ne devoir jamais amener de troubles des réflexes. Il arrive cependant de rencontrer des maux de Pott siégeant incontestablement sur les trois dernières vertèbres lombaires, ce siège étant vérifié par la radiographie, et où cependant les réflexes sont exagérés. On doit en conclure qu'il y a dans le canal rachidien un abcès développé d'abord au niveau de la lésion vertébrale, et qui a remonté dans le canal. Cette constatation peut donc fournir des renseignements importants sur l'étendue des lésions.

La constatation de l'exagération des réflexes peut permettre de faire des diagnostics précoces, même si le malade n'a pas de raideur manifeste et aucune espèce de gibbosité. Au point de vue du pronostic, l'exagération des réflexes n'annonce nullement l'apparition fatale d'une paraplégie, car il suffit d'un léger trouble de compression des plexus veineux, d'un léger degré d'œdème de la moelle, pour que se produise cette exagération des réflexes, de sorte que celle-ci, en elle-même, a une valeur diagnostique indiscutable, mais n'a pas de valeur pronostique importante.

Dans un certain nombre de cas, les malades finissent par présenter des phénomènes de parésie, d'abord, de paralysie, ensuite ; cette paralysie peut atteindre les membres inférieurs exclusivement, ou les viscères creux, vessie et rectum, s'accompagnant soit d'incontinence, soit de rétention de l'urine ou des matières fécales.

Ces paraplégies, au point de vue clinique, sont de deux types tout différents. Dans un certain nombre de cas, les moins fréquents, — les muscles paralysés sont en état de relâchement complet ; c'est ce qu'on appelle la paraplégie flasque ; dans d'autres cas, au contraire, les muscles sont en état d'irritation et de contracture permanente ; c'est ce qu'on appelle la paraplégie spastique, ou paraplégie avec contracture. C'est dans ces cas qu'on obtient la trépidation épileptoïde, quelquefois indéfinie.

Notre malade ne présente pas de paraplégie. Elle a une lésion bacillaire d'un certain nombre de corps vertébraux. Quel est le traitement qu'il convient de lui appliquer ?

On a ponctionné son abcès, et l'on n'a pas réussi à éviter l'ouverture spontanée et la fistulisation. Vis-à-vis des abcès froids d'origine pottique, de ces abcès ostéopathiques, migrateurs, il faut être extrêmement ménager au point de vue thérapeutique. Il ne faut jamais les inciser. Comme ils n'ont aucune tendance à guérir, puisque leur paroi est tuberculeuse, si on les incise, on n'arrive jamais à éviter les infections secondaires, ce qui aggrave extrêmement l'état des malades. Tant qu'ils ne menacent pas, par leur volume, d'altérer les téguments, le mieux est de n'y rien faire. Lorsqu'ils sont assez volumineux pour qu'il y ait lieu de craindre une ouverture spontanée, on les vide. Le nombre des substances dites modificatrices qu'on y a injectées est inimaginable. Il est inutile de les énumérer, car leur effet est sûrement nuisible. Il y en a de dangereuses, par exemple l'éther iodoformé. Mais aucune n'est utile. Par conséquent, il faut se borner à faire des ponctions pour diminuer la tension.

La ponction de ces abcès n'est pas un moyen de guérir la lésion osseuse. Les interventions directes sur les corps vertébraux sont impossibles. Nous n'avons donc que des moyens indirects. Les traitements agissant sur l'état général, c'est-à-dire favorisant et activant les moyens de défense naturelle de l'organisme, sont incontestablement très efficaces et très puissants. Pour cette malade, le traitement par le climat marin et par l'héliothérapie n'a donné aucun résultat. Malheureusement, il en est ainsi dans beaucoup de cas. Peut-on faire autre chose dans ces cas ?

Ici, depuis trois ans, nous avons adopté le traitement de M. Finikoff, qui l'applique lui-même dans le service. Cette méthode comprend deux éléments : des injections d'huile iodée préparée suivant un mode particulier, injectée aussitôt après la préparation, et l'administration du calcium par diverses voies, la buccale, la sous-cutanée ou l'intraveineuse, suivant les cas.

C'est un traitement indirect. Ne vous imaginez pas que l'huile iodée ait pour but de détruire le microbe de la tuberculose *in situ*. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette question du traitement proprement antiseptique des lésions bacillaires ou microbiennes en général. Ce que M. Finikoff se propose, c'est de réactiver les défenses naturelles de l'organisme. Il a obtenu dans le service un grand nombre de résultats très intéressants, quelques-uns très remarquables. Il guérit un grand nombre de tuberculoses chirurgicales, et je n'hésiterai pas à lui confier cette malade. Mais nous bornerons-nous à ce traitement général ?

Chirurgicalement, pour la tuberculose vertébrale on fait uniquement l'immobilisation, on met les corps vertébraux à l'abri des pressions considérables dues au poids du corps. Cela consiste à mettre le malade dans le décubitus horizontal. Dans une grand nombre de cas, on y ajoute un corset pour empêcher les mouvements.

Cette malade a été soumise au décubitus horizontal, elle a porté pendant des mois un corset. Le résultat a été complètement nul. Cependant, nous n'avons pas mieux, c'est donc l'immobilité de la colonne vertébrale que nous poursuivons,

et, encore une fois, elle doit avoir un double but : empêcher la transmission des pressions dans les corps vertébraux malades, et empêcher les mouvements dans la région atteinte. Mais nous avons de meilleurs moyens de réaliser l'immobilité et la suppression du poids. Nous avons un moyen très supérieur, c'est ce qu'on appelle la méthode d'Albee. Ce sont des greffes osseuses portant sur les segments postérieurs de la colonne vertébrale, c'est-à-dire sur la région des apophyses épineuses et des lames, et qui ont pour résultat d'immobiliser la colonne vertébrale et de transmettre les pressions par une colonne osseuse postérieure de nouvelle formation, au lieu de les laisser passer par la colonne des corps vertébraux qui est atteinte. La première idée d'immobiliser les corps vertébraux est due à Chipault, qui faisait des ligatures des apophyses épineuses, pour empêcher la bascule en avant de la colonne vertébrale : moyen très infidèle, très insuffisant. Les greffes osseuses sont incomparablement supérieures. Cette méthode a été présentée d'abord comme une panacée. La méthode d'Albee n'a pas d'action directe sur la tuberculose, c'est tout simplement un moyen d'immobiliser la colonne vertébrale, mais très supérieur à ceux qu'on employait autrefois. Aucun corset ne peut immobiliser parfaitement la colonne vertébrale, car il doit permettre l'amplitude des cavités thoracique et abdominale dans la respiration, et d'autre part éviter la transmission des pressions de la partie supérieure du corps sur la région malade. Voici une malade atteinte d'une lésion portant sur trois vertèbres dorsales. Pour empêcher le poids de la tête de se transmettre à la région malade, le seul moyen serait de faire une minerve prenant des points d'appui sur le menton et la protubérance occipitale externe, mais devant s'appuyer sur les épaules : pour empêcher le poids du membre supérieur de se transmettre aux vertèbres, l'appareil doit prendre appui sur la crête iliaque, mais quel que soit l'appareil, il ne réalise jamais, ni l'immobilisation de la colonne vertébrale, ni la transmission du poids dans la région des apophyses, tandis qu'avec une greffe on peut immobiliser la colonne vertébrale et transmettre le poids des parties supérieures du corps, par la colonne osseuse qu'a produite la greffe, des régions sus-jacentes aux régions sous-jacentes à la lésion en épargnant la partie malade. Il faut faire une greffe étendue. Si nous nous bornions à solidariser les trois vertèbres atteintes, dixième, onzième et douzième dorsales, les unes aux autres, par une greffe osseuse, le résultat serait nul ; il est nécessaire de les solidariser avec les deux vertèbres situées au-dessus et les deux situées au-dessous, c'est-à-dire que la greffe doit porter ici sur sept apophyses épineuses. L'opération, lorsque les malades sont en bon état de résistance, n'a pas une grande gravité.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SURDI-MUTITÉ (1)

Par Mlle le docteur Henriette HOFFER,

Professeur de l'Université de Paris.

Dans un article précédent nous avons défini le sourd-muet : « un sujet privé complètement ou presque complètement, dès sa naissance ou au cours de ses premières années, du sens de l'ouïe, privation entraînant comme conséquence l'impossibilité d'acquérir la faculté de parler comme le font les autres enfants ».

L'enfant naît muet, mais tandis que le bébé normal, dont tous les sens sont intacts, se démutise par un effort personnel et avec l'aide de son entourage, grâce à l'ouïe, le petit sourd reste muet et le resterait toute sa vie sans l'intervention d'une éducation spéciale.

Comment reconnaitre cette surdité ? Quels en sont les symptômes ?

Chez le nourrisson, il est à peu près impossible de dépister la surdité. Citons en passant l'erreur fréquente commise par l'entourage du bébé en rappelant l'histoire bien connue d'une pauvre maman sourde jetant à côté du berceau de l'enfant endormi une énorme pierre afin de se rendre compte si le bébé entendrait ! Le bébé se réveille à la grande joie de la mère et il était cependant sourd. L'ébranlement solidien en effet peut se transmettre jusqu'au cerveau de l'enfant sans que celui-ci l'entende sous forme d'ondes sonores.

Une porte que l'on ferme derrière lui, un mur que l'on frappe, un objet qui tombe donnent naissance à des vibrations solidiennes que l'enfant accuse, trompant ainsi son entourage.

D'ailleurs il est bien rare que le médecin soit consulté au sujet de la surdité possible d'un nourrisson. Ce n'est que beaucoup plus tard après 2 ans et même après 4 ou 5 ans que les parents vont demander un avis.

Examen clinique d'un petit sourd-muet.

En général, c'est quand l'enfant a plus de

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique* du Dr DE PARREL. V. fascicule nº 00.

2 ans, souvent 3 ou 4, que le médecin est consulté.

L'enfant qu'on lui présente est muet, mais rarement aphone.

Le premier problème qui se pose est celui de reconnaître la cause du mutisme, et d'écarter toute étiologie autre que la surdité ; puis celle-ci étant diagnostiquée, il est nécessaire d'en déterminer le degré.

Passons donc en revue rapidement les différentes causes du mutisme.

Retard de langage.

Il est rare que ce retard ne s'accompagne pas d'autres symptômes qui éclairent le médecin et oriente ses recherches.

L'enfant est-il propre ? Ne se souille-t-il pas la nuit ? Regardons de près sa dentition. Est-elle normale quant au nombre des dents, quant à leur forme ? N'y a-t-il pas de stigmates d'hérédo-syphilis ? A quel âge l'enfant a-t-il marché ?

Tout médecin qui a l'habitude de l'enfance reconnaîtra le facies peu éveillé du bébé retardé et ne le confondra pas avec un petit sourd.

De plus, un examen acoumétrique même très rudimentaire nous indique que l'enfant entend bien.

De tels sujets ont besoin d'un traitement médical général auquel il est sage d'adjoindre un traitement orthophonique pour peu que le retard du langage se manifeste au-delà de l'âge de 3 ans.

Audi-mutité congénitale et fonctionnelle.

Nous citons pour mémore seulement les cas d'audi-mutité congénitale, qu'on observe surtout chez les débiles, et l'audi-mutité fonctionnelle qui ne se rencontre que tout à fait exceptionnellement chez l'enfant. Elle est facile à dépister, car elle arrive brusquement à la suite d'un phénomène de choc, chez des sujets nerveux et qui ont déjà parlé.

Aphasie motrice d'articulation.

De même l'aphasie motrice d'articulation ne saurait être confondue avec la surdi-mutité. L'aphasique est un adulte qui a perdu la faculté de s'exprimer par la parole, mais qui entend et exécute les ordres donnés du moins dans le cas d'aphasie motrice pure.

Insuffisance mentale.

Interrogeons de près l'entourage de l'enfant et la maman en particulier ; nous apprendrons de celle-ci que l'enfant ne s'est jamais intéressé à rien, que parfois même il a fallu le nourrir par force, que son regard ne se fixe sur rien autour de lui. De sentiments affectifs : nulle trace. L'enfant sourd-muet, au contraire, est affectueux, curieux ; il a la mine éveillée comme les autres enfants. Sa mimique est souvent très riche, et cela d'autant plus qu'il n'a que ce moyen pour se faire comprendre. Naturellement, il y a parmi les sourd-muets des arriérés qui rentrent dans la catégorie précédente. Mais pour ceux-ci le problème est beaucoup plus complexe que pour les sourds-muets sans tare intellectuelle et nous ne l'envisagerons pas ici.

Cette insuffisance mentale, cause de ce mutisme, qui va de la simple instabilité à l'idiotie complète, ne peut passer inaperçue du médecin.

Dystrophies endocriniennes.

C'est avec intention que nous classons à part ces dystrophies accompagnées fréquemment soit d'un retard de langage, soit plus souvent encore de troubles du langage.

Chez ces malades, le traitement opothérapique associé à la rééducation phonétique, nous a donné souvent des résultats remarquables.

Surdi-mutité organique.

Voici au contraire un petit sourd-muet, on nous l'amène en général entre 2 et 4 ans. Il est timide et craintif. Nous n'en tirerons rien si nous n'arrivons pas à l'apprivoiser et il nous faudra nous contenter de l'interrogatoire des parents. Mais si éloignant tout instrument et surtout le miroir frontal, objet d'une sainte terreur, nous l'examinons en causant avec ses parents, nous serons frappés par sa mine éveillée, sa gaieté, son exhubérance, son affection pour ses proches et surtout pour sa mère dont il est si dépendant. Mettons entre ses mains un objet quelconque et nous verrons qu'il n'a rien des gestes maladroits du débile mental.

Ayant écarté après ce premier examen les cas d'arriération mentale, il nous reste à déterminer avec plus de précision le degré de sa surdité.

Des épreuves appropriées nous permettront de faire la discrimination entre la surdité totale et les surdités partielles.

Evidemment ces examens acoumétriques sont du domaine de la spécialité, mais nous pouvons indiquer ici deux moyens très simples qui peuvent être employés par le praticien.

Se plaçant derrière l'enfant, on peut d'abord prononcer à haute voix des syllabes ou des mots simples (papa, maman, gâteau, etc.). S'il y a perception de la voix, l'enfant tourne la tête vers l'expérimentateur.

Le médecin peut ensuite faire tinter un grelot, agiter une sonnette presser un timbre électrique. Si l'enfant perçoit ces bruits sa paupière accuse le choc sonore.

Evidemment pendant ces deux épreuves l'attention de l'enfant doit être détournée du médecin par la maman ou une personne de l'entourage.

Il existe parmi les sourds-muets des sujets

dont l'audition est insuffisante pour leur permettre d'apprendre à parler par les moyens ordinaires, mais qui cependant ont des restes auditifs importants qui contre-indiquent absolument leur placement dans une école de sourds-muets.

Leur éducation doit se faire en effet par l'oreille ; ils sont susceptibles par une éducation appropriée de tout entendre à condition qu'on s'adapte à leur capacité acoustique. Ils prendront place parmi les durs d'oreille et non parmi les sourds.

Cette question du degré de la surdité chez l'enfant est primordiale ; nous y reviendrons, car elle commande la technique à adopter pour la récupération méthodique des reliquats auditifs et leur utilisation pour l'instruction de l'enfant.

***

SCHÉMA DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

(D'après G. de Parrel et G. Lamarque).

I

Surdi-mutité organique.	*Surdi-mutité fonctionnelle.*
Surdité dès la naissance ou dans les premières années ; mutité par absence de contrôle auditif.	Surdité et mutité survenant brusquement à l'occasion d'un traumatisme physique ou moral sur terrain névropathique.
Lésions de l'oreille interne, des voies acoustiques ou des centres auditifs.	Oreille, centres acoustiques, larynx et organes de l'articulation normaux.
Démutisation lente par enseignement spécial et développement partiel des vestiges d'audition, s'il en existe, par exercices acoustiques réglés.	Retour rapide de l'audition et de la parole par mise en œuvre des procédés de suggestion et de rééducation phonétique.

II

Surdi-mutité organique	*Audi-mutité*
Absence de langage par carence auditive sous l'influence de lésions périphériques ou centrales des organes de l'audition.	Absence de langage par défaut de liaison fonctionnelle entre les centres auditifs et les centres moteurs de l'articulation. En général, déficience intellectuelle assez marquée.
Intégrité physique et intellectuelle.	

III

Surdi-mutité organique	*Insuffisances mentales.*
Regard éveillé et attentif.	Regard inexpressif en perpétuelle mobilité. Ne cherche pas à saisir les objets.
Curiosité des mains.	
Gestes précis et adroits	Gestes lents, imprécis et maladroits.
Affectivité très vive. Eveil normal des fonctions intellectuelles.	Pas ou peu d'expression affective.
	Torpeur et inertie intellectuelles.
Pas de réflexe palpébral sous l'influence d'un appel sonore, brusque, sauf vestiges suffisants d'audition.	Clignement de la paupière sous l'influence d'un choc sonore brusque.

IV

Surdi-mutité organique	*Myxœdème et crétinisme*
Physionomie éveillée, attentive.	Facies hébété, inerte, bestial.
Développement physique et intellectuel tendant vers la normale.	Arrêt de développement physique et intellectuel.
Aucune déformation des mains et des pieds. Le sourd-muet traîne souvent les pieds.	Mains et pieds cyanosés avec aspect pachydermique.
	Démarche pesante avec balancement latéral.
Déformations craniennes fréquentes d'origine syphilitique (front olympien, front en carène).	Brachycéphalie, front bas ; cheveux semblables à des crins.
Aucun trouble thyroïdien, pas de goitre.	Chez les crétins : goitre et face bouffie.

ELÈMENTS DE MYCOLOGIE (*)

II

Le poison des champignons.

Le poison des champignons *mortels* est la Phalline.

Il n'agit pas aussitôt l'ingestion. Ce n'est en général que 10 ou 12 heures après, et quelquefois plus, que les premiers symptômes se déclarent.

Une quarantaine de milligrammes de ce poison qui agit en dissolvant les globules rouges du sang suffit à dissoudre la totalité des globules d'un homme. Or une seule Amanita phalloïdes en contient un certain nombre de centigrammes. On comprend par cela même, que, si un malade a mangé plusieurs de ces champignons la destruction globulaire est complète, quoi qu'on fasse.

Les symptômes de cet empoisonnement sont les suivants :

Dix à douze heures après le repas : éblouissements, anxiété, suivis de brûlures et de crampes à l'estomac, avec sensation très vive d'étranglement et de soif, puis : sueurs froides, vomissements violents et diarrhée très fétide et parfois sanguinolente.

Le moindre attouchement sur l'estomac fait pousser des cris au malade. Le foie est volumineux et dur. Les cuisses sont repliées sur le ventre pour le protéger. Les urines sont ou très rares et couleur acajou, ou supprimées. Le malade a un teint ictérique.

Il se présente des heures d'accalmie pendant lesquelles le malade s'assoupit, mais une crise plus violente, le réveille et, après des alternatives de rémission et d'exaspération, le mal va s'aggravant et on observe alors des paralysies et des syncopes, et le malade meurt par arrêt du cœur.

Le poison du champignon *très vénéneux*, c'est-à-dire de l'Amanita muscaria est la Muscarine.

Ici le tableau de l'empoisonnement est tout différent.

C'est très peu de temps : de une heure à quatre heures au plus après l'ingestion des champignons que les phénomènes éclatent rappelant ceux de l'ivresse alcoolique :

Délire gai ou furieux, loquacité, estomac douloureux, mais foie normal. Vomissements précoces répétés et diarrhée. Urines supprimées. Le poison se trouve ainsi éliminé, le malade s'endort d'un pesant sommeil, et au bout de trois jours il est guéri.

Voilà pourquoi je n'ai pas appelé ce champignon mortel, mais vénéneux.

(*) V. *Concours Médical* nº 2, 1928.

En principe la muscarine ne serait pas un poison mortel. Mais il est admissible que parfois un organisme peu solide ne puisse résister à un tel choc. d'où la diversité d'opinion chez les mycologues.

Le tableau ci-dessus de ces divers empoisonnements, ainsi que celui, qui va suivre, de leur traitement sont ceux du professeur Fernand Gueguen.

Il est bien évident, qu'en présence d'un empoisonnement attribué aux champignons, la première question à se poser est celle-ci : vient-il réellement des champignons ?

Il m'est arrivé personnellement d'être appelé dans un restaurant de Paris pour toute une noce, qui se croyait empoisonnée par un plat garni de champignons, faisant partie du menu, alors qu'il s'agissait tout simplement d'une intoxication due aux émanations d'un poêle mobile.

Et ensuite de quel poison s'agit-il : Phalline ou Muscarine. D'après les délais et les symptômes énoncés ci-dessus le diagnostic est facile.

Si la muscarine est en jeu, le traitement est très simple : inutile de donner un vomitif, le malade a suffisamment vomi. Il faut seulement débarrasser l'intestin par un purgatif et donner des calmants.

Bromure de potassium ou de sodium ou d'ammonium, 1 gr. toutes les heures jusqu'à effet sédatif.

S'il s'agit d'un empoisonnement par la Phalline, pas de temps à perdre.

1º Ici encore après les vomissements spontanés tout vomitif est inutile, d'autant plus qu'avec le temps écoulé les matériaux toxiques sont dans l'intestin. Il serait même nuisible, car il ne ferait qu'irriter davantage l'estomac, augmenter les douleurs et fatiguer le malade.

Beaucoup meilleur est le lavage de l'estomac, qui entraîne les parcelles, qui peuvent rester, et rafraichit la muqueuse.

2º Les purgatifs sont toujours indispensables puisque l'intestin renferme tout ou partie du poison.

On donnera la préférence aux purgatifs salins, qui produisent une exsudation de liquide dans l'intestin grêle, venant suppléer ainsi à l'insuffisance d'élimination du poison par les urines rares ou nulles. On donnera à un adulte 40 à 50 grammes de sulfate de soude ou de sulfate de magnésie dans un grand verre d'eau. On peut remplacer ces sels par un grand verre d'une eau purgative. Une heure après, on donnera un grand

bol de bouillon aux herbes, si les douleurs sont très vives, il sera préférable de remplacer le purgatif salin par 30 gr. d'huile de ricin.

3° On donnera en même temps des lavements huileux additionnés d'une vingtaine de gouttes de laudanum de Sydenham, et on recouvrira le ventre d'un large cataplasme arrosé de laudanum.

4° On fera uriner le malade le plus possible pour faciliter l'élimination du poison. On y parviendra en faisant boire au malade du lait en abondance, des tisanes de chiendent, etc., additionnées, par litre, de 2 gr. de nitrate de potasse ou de sulfate de potasse ou d'acétate de potasse (ou d'autres diurétiques actuellement employés).

5° Si le cas est grave, il est indiqué de faire le lavage du sang, en injectant dans les veines une solution de sérum physiologique.

6° Contre l'abattement, il est nécessaire de donner des stimulants : sirop d'éther par cuillerées à café, ou 20 gouttes d'éther dans un peu d'eau, toutes les 10 minutes, ou encore 5 gr. d'acétate d'ammoniaque dans 100 gr. d'eau par cuillerées à soupe toutes les heures.

7° Contre les vomissements trop prolongés, on fera sucer des petits morceaux de glace, ou bien on fera boire de l'eau de Seltz, ou une potion antivomitive : eau chloroformée 50 gr., eau 50 gr., chlorhydrate de cocaïne 5 à 10 centigr., une cuillerée à café toutes les heures jusqu'à cessation des vomissements.

8° Si le pouls s'affaiblit, on le soutiendra par de des piqûres de caféine ou de sulfate de spartéine.

Tous ces soins n'auront chance d'être couronnés de succès que s'ils sont appliqués avec persévérance et discernement dès le début des accidents, chez un malade n'ayant pas ingéré une quantité trop considérable de poison.

Les bons champignons.

Parlons maintenant des bons champignons.

Il est mangé en France un grand nombre d'espèces de champignons. Les uns étant en faveur dans une contrée, les autres dans d'autres.

Certains sont tellement supérieurs qu'on les mange partout.

Je ne m'illusionne point sur l'effet que produirait la lecture de nombreuses descriptions successives sur quelqu'un ne connaissant pas les champignons en question, ou n'en ayant pas sous les yeux un spécimen ou une image parfaite comme forme et comme coloris.

Aussi me contenterai-je de donner une liste des champignons mangés en France et de ne décrire que les variétés les plus intéressantes.

Et, je conseillerai vivement aux confrères que la question intéresse, de se reporter à l'ouvrage de : Paul Dumée, Librairie Léon Lhomme, 3, rue Corneille, dans lequel ils trouveront des figures tellement frappantes comme formes et couleurs qu'on croirait avoir le champignon en mains.

Liste des champignons comestibles mangés en France.

TUBER	*Melanosporum*, *Brumale*	Truffes.
BOLETUS	*Œreus*, *Edulis*, *Scaber*	
LEPIOTA	*Procera*, *Erminea*, *Pudica*, *Excoriata*	
TRICHOLOMA	*Nudum*, *Argyraceum*, *Albellum* (Georgii), *Murinaceum*, *Panœolum*, *Personatum*, *Passundatum*, *Portentosum*, *Tristis*	
CLITOCYBE	*Geotropa*, *Nebularis*, *Odora*	
COLLYBIA	*Fusipes*	
PLEUROTUS	*Eryngii*, *Ostreatus*	
ENTOLOMA	*Clypeatum*	
PRATELLA	*Campertus*, *Arvensis*, *Bernordii*	
CLITOPILUS	*Orcella*	
MORCHELLA	*Esculenta*, *Conica*, *Semilibera*	
HYGROPHORUS	*Eburneus*, *Niveus*, *Pudorinus*, *Virgineus*	
LACTARIUS	*Deliciosus*, *Piperatus*, *Volemus*	
RUSSULA	*Cyanoxantha*, *Delica*, *Viresceus*	
AMANITA	*Cœsarea* : *Oronge vraie*	
CANTHARELLUS	*Cibarius*	
MARASMIUS	*Aureades*	
CRATERELLUS	*Cornucopioides*	

Clavaria	*Amethystina* *Botrytis* *Cinera* *Corolloïdes* *Flava* *Formosa* *Fusiformis*
Gyrometra	*Esculenta*
Helvella	*Crispa*
Peziza	*Venosa*

La Truffe.

J'attirerais sur moi la réprobation des confrères du Périgord, et de nombreux gourmets, si je ne mettais en tête de cette énumération la Truffe. Champignon souterrain, qui vient surtout au voisinage des chênes truffiers, (quercus pubescens) pour la recherche duquel on emploie les porcs et quelquefois les chiens, qui, guidés par l'odorat, veulent arracher la truffe, et en indiquent la place au maître qui s'empresse de les écarter et de déterrer la truffe.

Les Bolets (cèpes).

Les Cèpes constituent une des espèces les plus appréciées.

Il y en a de nombreuses variétés, dont quelques unes seraient indigestes. Les variétés recherchées sont :

Boletus œreus : (bolet bronzé, cèpe noir, tête de nègre). C'est le plus fin. Il atteint parfois de grandes dimensions, 10 à 15 centimètres de diamètre.

Le chapeau est d'un brun chocolat presque noir, convexe et charnu, arrondi.

Les tubes sont blancs, quelquefois d'un gris un peu jaunâtre.

Le pied est énorme, plus gros que le chapeau chez les très jeunes sujets. Il est légèrement brunâtre.

Cette variété n'est pas très commune, elle pousse généralement dans les bois de chênes ou de châtaigniers, souvent sous des arbres isolés, au début de l'automne.

Boletus édulis (cèpe comestible, cèpe de Bordeaux, gros pied). Le chapeau qui atteint souvent de 10 à 15 centimètres, est convexe, charnu, sa couleur varie du café au lait au marron foncé ou au roux.

Les tubes sont jaunes ou d'un jaune verdâtre.

Le pied est plutôt court, mais gros et fortement renflé en bas, d'une teinte blanche ou jaunâtre.

Boletus scaber (bolet rude), moins estimé et peu recherché, n'est cependant pas mauvais quand il est jeune.

Chapeau moins large que les précédents variant de coloris : du blond au roux et au chocolat.

Les tubes sont blancs ou gris.

Le pied beaucoup plus long que dans les précédents est plus mince et parsemé de petites écailles rugueuses et d'où le nom de Bolet rude.

Les autres variétés de cèpes ne méritent pas qu'on s'en occupe.

Lepiota.

La plus intéressante est la *Lepiota Procera* (lepiota élevée, potiron, couamelle, columelle, grisotte, parasol, etc.).

La multiplicité de ses noms populaires montre qu'elle sait se faire apprécier.

De fait, elle est exquise.

Jeune elle ressemble à une baguette de tambour terminée par une grosse olive. Adulte, c'est un parasol très bombé ; à l'âge de la maturité, c'est une large galette pouvant atteindre jusqu'à 30 centimètres de diamètre.

Le chapeau est d'un blanc mastic, parsemé de nombreuses écailles brunes de plus en plus larges et nombreuses de la périphérie au centre, qui est proéminent, ce qui lui donne l'aspect d'un bout de de sein au milieu d'une large aréole.

Les feuillets sont blancs, laissant un anneau libre autour du pied.

Le pied muni d'une collerette peu adhérente qui glisse parfois de haut en bas, est garni d'écailles disposées en anneaux assez rapprochés sur toute sa longueur, qui le rendent comme zébré. Il atteint parfois une longueur considérable. J'ai eu occasion de voir cette année deux spécimens qui, poussant sous des ajoncs touffus, avaient cherché à monter vers la lumière, et atteignaient l'un 40 et l'autre 42 centimètres.

Ce champignon se trouve dans les bois clairs, dans les ajoncs, les genets, et en Bretagne, dans les champs de sarrazin, en fin d'été et en automne.

Les spores sont blanches.

Pratella.

Pratella campestris (champignon des prés, champignon rose, etc.). C'est celui que, sous le nom de champignon de couche, on est arrivé à cultiver si fructueusement dans les environs de Paris, dans les caves et les vieilles carrières abandonnées.

Son chapeau convexe, adhérent au pied quand il est petit, s'ouvre un grandissant, peut arriver à 7 ou 8 centimètres de diamètre. Il est alors complètement plat. Il est blanc, quelquefois gris un peu brun, il se pèle facilement.

Les feuillets serrés et minces, légèrement rosés à la naissance, deviennent ensuite d'un joli rose, puis en vieillissant passent au brun et même au noir. Le pied, sensiblement égal comme longueur au diamètre du chapeau, est muni d'une bague.

Cette pratelle pousse dans les prairies, les champs, les vignes, sur les banquettes des routes, etc., en été et à l'automne. Elle est délicieuse et

l'importance commerciale de sa culture témoigne de sa valeur.

Spores noires.

Pratella arvensis (pratelle des jachères, boule de neige, etc.) ressemble à la précédente. Dans sa jeunesse le chapeau est conique, d'un blanc grisâtre, se fissure souvent sur les bords, atteint de 5 à 10 centimètres.

Les feuillets sont à peu près semblables à ceux de campestris.

Le pied est un peu plus long que chez celle-ci, il porte un anneau épaïs comme formé de deux anneaux juxtaposés et soudés ensemble.

Cette variété est comestible, mais moins fine que la précédente.

Spores noires.

Pratella xanthoderma (pratelle jaunissante). Je ne la décris que pour permettre de la bien distinguer des précédentes car quoique comestible, elle est d'une digestion difficile.

Elle se distingue des campestris et des arvensis par une coloration plus pâle des feuillets, par la coloration jaune des cassures du chapeau et du pied, et quelquefois par une légère odeur d'anis.

Tricholoma.

Tricholoma albellum ou Georgii (tricholome de la St-Georges, mousseron de la St-Georges, etc.). Ainsi nommé parce qu'il vient à cette époque dans les prés et sur les bordures herbées des chemins.

Le chapeau est ondulé à bords repliés, il est d'un blanc plus ou moins grisâtre, atteint 4 à 5 centimètres de diamètre. Contrairement à la pratelle il ne se pèle pas.

Les feuillets sont blancs et serrés, peu épais aux bords, et plus épais près du pied.

Le pied blanc, fort, ne porte pas d'anneau, chair ferme et agréable au goût.

Spores blanches.

Tricholoma nudum (pied bleu). Ce champignon est très délicat, il pousse de la fin de l'été au milieu de l'hiver, dans les bois, et surtout sous les pins.

Son chapeau large de 4 à 5 centimètres est d'un violet un peu chamoisé. Il est chez le jeune sujet légèrement convexe, et un peu conique, puis, en se développant, il se retourne en forme de coupe à bords ondulés.

Les feuillets sont encore plus violets que le chapeau.

Le pied, violet lui aussi, est souvent adhérent à sa base aux aiguilles de pins.

Spores blanches.

Pleurotus.

Pleurotus eryngii (pleurote du chardon, argouane, cornette, oreille de chardon, etc.). Ce champignon est très commun dans les terrains sablonneux et notamment sur les dunes des côtes de l'Atlantique, sur les racines de l'éryngium maritimum.

Le chapeau tantôt brun, violacé, tantôt roussâtre est d'abord bombé, puis applati, puis ensuite en cupule. Son diamètre est de 4 à 5 centimètres.

Les feuillets d'un blanc grisâtre descendent très bas sur le pied, qui est blanc, excentrique et légèrement conique vers le sol. C'est un excellent champignon très estimé dans toutes les villes de l'ouest.

Spores blanches.

Morchella.

Morchella Esculenta (Le morille). Champignon très connu et d'un parfum délicieux.

Il a la forme d'une éponge ronde ou ovoïde, montée sur un pied, et perforée de nombreuses alvéoles, tantôt grise, tantôt jaune cire.

Le pied est court, sinueux, renflé à sa base.

La morille vient au printemps dans les bois et sur les friches.

Morchella conica (morille conique). Elle ressemble à la précédente, est en forme de cône avec des alvéoles plus petites.

Elle est aussi très bonne. Elle pousse dans les bois de pins. Une variété *Elata* lui ressemble beaucoup.

Morchella semilibera (morillon). C'est une morille minuscule montée sur un long pied, comestible, mais moins fine que les autres. Elle pousse au printemps dans les bois frais. Il faut rejeter le pied qui est souvent habité par les perce-oreille.

Cantharellus.

Cantharellus cibarius (chanterelle, gyrole, etc.). Chapeau plan et bossué à la naissance, puis ensuite en entonnoir, à bords minces ondulés, d'un joli jaune vif s'éclaircissant avec l'âge.

Les feuillets sont espacés et descendent très bas sur le pied qui est excentrique, et souvent courbé.

Feuillets et pied sont jaunes eux aussi.

Très répandu en été et en automne dans les bois humides, ce champignon est à Paris l'objet d'une grande consommation.

Hydnum.

Hydnum repandum (hydne sinué, pied de mouton, etc.).

Chapeau charnu, bossué, irrégulier de 5 à 8 centimètres, d'un jaune clair, un peu blanchâtre avec l'âge.

Sous le chapeau : une infinité de petits cônes pointus et friables, qui descendent très bas sur le pied.

Celui-ci est excentrique, robuste, renflé en bas.

Ce champignon pousse dans les bois épais. Il se vend à Paris en grande abondance.

Lactarius.

Lactarius deliciosus (lactaire délicieux).

Champignon excellent, facile à reconnaître, puisque c'est un lactaire, et qu'il donne du lait, quand on brise le chapeau et le pied. Ce lait est rouge orange, alors que celui de tous les autres lactaires est blanc.

Chapeau de 5 à 8 centimètres, d'abord plan, puis plus tard en cupule, d'un superbe rouge oran ge avec cercles concentriques, dont les uns sont plus vifs, les autres plus clairs, bords minces et retournés. Le lait qui sort des cassures verdit assez rapidement et forme des taches vertes sur les feuillets et sur le pied. Les points froissés verdissent également.

Les feuillets descendent bas sur le pied, et sont comme lui de la couleur du chapeau.

Ce champignon pousse généralement sous les pins, dont on trouve souvent des aiguilles collées sur le chapeau.

Craterellus.

Craterellus cornucopioides (corne d'abondance, trompette des morts).

Le chapeau a absolument la forme d'un pavillon de trompe, à bords ondulés, retournés, découpés. Il se continue sans transition avec le pied creux se rétrécissant jusqu'à la racine. L'un et l'autr sont bruns, presque noir.

Ce champignon pousse en abondance et par groupes dans les bois frais. Il est très parfumé. Les riverains de certaines forêts des environs de Paris l'emploient en guise de truffes dans la charcuterie.

Clitopilus.

Clitopilus orcella (le clitopile orcellé, le meunier).

Doit son nom à ce qu'il est blanc et possède une forte odeur de farine. Généralement de 4 à 6 centimètres de diamètre. Il rappelle beaucoup la forme de la gyrole, mais il est blanc.

Chapeau mince, un peu visqueux.

Feuillets blancs devenant avec l'âge d'un rose brunâtre.

C'est un champignon délicieux, qu'on trouve à l'automne dans les bois humides, et sur les chemins herbés et ombragés.

Spores roses.

Clavaria.

Clavaria flava (clavaire jaune, barbe de chêne, tripette, etc.).

Ce champignon ressemble à une touffe sortant de terre, serrée et se divisant en d'innombrables rameaux, qui se subdivisent eux-mêmes à l'infini, d'une jolie couleur jaune vif, très friable, agréable au goût.

Le pied est grisâtre.

Les clavaria poussent sous les bois de hêtres un peu humides.

La variété en question atteint parfois un volume énorme.

Culture des champignons.

Le seul qu'on soit arrivé à cultiver avec un succès constant, est la Pratella campestris (devenue ainsi le champignon de couche) qu'on obtient en ensemençant des couches de fumier de cheval, préparées selon certaines règles, de filaments de myceliun vendus dans le commerce sous le nom de *blanc de champignons*.

Pour tous les autres, les résultats obtenus ont été jusqu'ici très infidèles.

Cueillettes des champignons.

Nous avons dit que pour les personnes qui ne connaissent pas bien les champignons, il fallait les arracher complètement pour voir si le pied ne possédait pas une volve. Nous insistons sur ce point.

Une fois le champignon cueilli il vaut meux rejeter le pied, qui est coriace, sans parfum et n'est bon qu'à charger la balance du commerçant.

En tous cas, il faut toujours avant de les mettre dans le panier enlever la partie terreuse du pied, qui introduirait dans les feuillets des grains de gravier dont on ne pourrait plus les débarrasser complètement.

Préparation des champignons.

Comment manger les champignons.

C'est évidemment affaire de goût et d'usage selon les contrées.

Les uns, tels que : Lepiota procera, Bolets, Pratelles, Pleurotes, Clitopides, sont exquis sautés dans le beurre avec sel, poivre, et un peu de persil, ou encore à la Bordelaise ou à la Provençale.

Le champignon de couche se mange de bien des façons : farci, en croûtes, dans les sauces madère, dans les sauces au blanc, etc.

D'autres tels que la morille rehaussent singulièrement le prestige d'une omelette.

Arrangez-les comme vous voudrez. Si c'est bien fait, ce sera toujours bon.

Dr A. DE LA ROCHEFORDIÈRE, Paris

L'Actualité Scientifique

La Presse

Seringue et trocarts spéciaux pour ponctions des collections purulentes.

Alors qu'avec la seringue ordinaire, il est fort difficile d'aspirer le pus souvent épais de certains abcès, les fongosités venant continuellement boucher l'orifice de l'embout, qui est commun à toutes les seringues (diamètre d'une tête d'épingle), M. Henri FISCHER a fait construire un modèle qui supprime cet inconvénient.

La seringue de 200 cmc. est dépourvue d'embout ; son fond extrêmement renforcé intérieurement (épaisseur 8 mm.) présente une conduite en forme de tronc de cône à base extérieure, large de 3 mm. La surface interne de ce conduit est rodée de façon à éviter toute fuite possible et à offrir un contact parfait.

A cette seringue s'adapte un trocart, dont une extrémité, inversement conique, vient s'introduire dans le conduit de la seringue; il suffit de l'enfoncer en lui imprimant un mouvement de rotation d'un quart de tour. Toutes les dimensions des trocarts peuvent s'adapter, leur partie conique étant toujours identique. Un trocart de petite taille (longueur 50 mm., diamètre 5 mm.) est destiné aux abcès des région faciale et cervicale ; il est d'un maniement plus facile que les grands trocarts. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mai 1927.)

Une cause méconnue de mortalité infantile.

On sait, qu'en plus de la diarrhée infantile et de la tuberculose, le lait défectueux constitue un des principaux facteurs de la mortalité infantile. La surveillance du lait pour nourrissons est à l'origine d'une bonne puériculture.

A-t-on jamais songé aux désordres déterminés dans l'organisme de l'enfant par un lait additionné de bicarbonate de soude, de formol ou d'un conservateur quelconque ? Ce sont-là, dit le Prof. BARTHE, des fraudes fréquentes, causes de maladies auxquelles sont exposés les nouveau-nés, qui ne participent pas à la distribution spéciale d'un lait surveillé.

Les experts chimistes, chargés par la justice de dépister les fraudes du lait, ne surveillent que le mouillage et l'écrémage, facteurs de moindre importance en ce qui concerne la nourriture du nouveau-né ; ils devraient également surveiller l'hygiène du lait.

L'emploi de laits modifiés, de préparations lactées, toujours vantées, à tort ou à raison, pour l'alimentation des nouveau-nés, ne saurait être substitué à celui de lait sain. On ne sait jamais à quelle date a été préparé le lait modifié, ni quelle autorité technique a présidé à sa préparation ; il y aurait lieu de contrôler aussi ces spécialités pharmaceutiques.

En ce qui concerne le lait pur, chaque commune pourrait entretenir un troupeau de vaches suffisant pour satisfaire tous les besoins des nouveau-nés ; il suffirait d'une entente entre les maires avec un ou plusieurs propriétaires et un vétérinaire désigné pour la surveillance des animaux et la bonne tenue de l'étable. Cette laiterie pourrait, au besoin, être encouragée par des avances consenties par la municipalité, qui ferait participer les enfants pauvres à la distribution gratuite du lait, et qui trouverait dans la vente de ce lait aux familles d'enfants plus fortunés un large dédommagement à ses avances. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juin 1927.)

La ligature des troncs veineux associée aux injections sclérosantes dans le traitement des varices.

A côté d'avantages incontestables, la méthode des injections intra-variqueuses est passible de deux reproches : 1° la durée du traitement est longue ; 2° si l'injection filtre dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle entraîne l'apparition d'escarres douloureuses et de cicatrisation très lente.

F. D'ALLAINES et H. ROSEAU font disparaître ces inconvénients en faisant en plus la découverte préalable du tronc veineux et sa ligature au-dessus du niveau de l'injection.

Sous anesthésie locale une incision de 1 cm. 1/2 est faite à l'extrémité supérieure du territoire variqueux sur une grosse varice, la veine est dénudée, chargée sur une sonde et immobilisée par là même : une pince oblitère la veine au-dessus de la sonde pour éviter le reflux du liquide injecté dans le sens du courant sanguin. On ponctionne alors aisément la veine en dirigeant l'aiguille vers la périphérie du membre. On injecte la solution irritante sous le contrôle direct de la vue après s'être assuré par l'aspiration qu'on a bien pénétré dans l'intérieur du vaisseau. L'injection faite, on retire l'aiguille, on lie la veine au-dessus et au-dessous de l'injection et on résèque le segment intermédiaire, on ferme la peau simplement par deux crins ou deux agrafes.

La quantité de solution irritante varie suivant l'étendue du territoire à oblitérer : en moyenne

15 à 25 cmc. d'une solution de salicylate à 30 p. 100. Si le territoire variqueux est très étendu, il faut répéter l'opération à des niveaux différents. En effet, outre que la quantité de salicylate injectée, une fois pour toutes et pour tout le territoire, atteindrait facilement une dose toxique, la présence des anastomoses entre les veines superficielles et profondes ferait passer le liquide dans la circulation veineuse profonde avant qu'il n'atteigne le mollet. En pratique, par une injection associée à la ligature veineuse on ne peut guère scléroser un territoire veineux à plus de 15 à 25 cm. du lieu de l'injection. Si les varices sont peu importantes, peu volumineuses, 15 cmc. sont suffisants pour les remplir ; si au contraire les paquets sont plus importants, flexueux, formés de vaisseaux plus volumineux, on augmentera la quantité de solution jusqu'à 30 cmc. en diluant au besoin la concentration de salicylate à 20 p. 100.

Le procédé est avantageux, car il assure la rapidité du traitement ; une seule injection suffit pour chaque jambe dans la grande majorité des cas ; ou si le territoire variqueux est plus étendu, on répète l'opération huit jours plus tard à un niveau différent. Enfin l'injection intraveineuse étant faite sous le contrôle de la vue, il y a une sécurité absolue.

Ce procédé, pas plus que les injections phlébosclérosantes, n'est pas capable de guérir toutes les varices. Certaines d'entre elles sont justiciables uniquement de l'opération : varices atteintes de poussées de phlébite ancienne ou récente, varices compliquées de phlébolithes, varices « dures » restant volumineuses, indurées et douloureuses dans le décubitus horizontal.

Les varices symptomatiques doivent naturellement être respectées ; de même les varices congénitales, qui, silencieuses, risqueraient d'être pourvues de troubles fonctionnels ou même de troubles trophiques après l'intervention.

Pour que l'injection ne soit pas douloureuse, on dilue au tiers la solution de salicylate avec une solution de novocaïne à 1/200.

Cette technique a constamment donné de bons résultats, à part les varices congénitales. Les 4/5 des malades n'ont reçu qu'une injection. (*La Presse médicale*, 27 juin 1927.)

Quelques médications simples à l'usage des praticiens dans le traitement des infections puerpérales.

Le Prof. Péry ne veut envisager ni le curage, ni le curetage, ni l'hystérectomie ; il envisage uniquement les infectées puerpérales, dont l'utérus a été vérifié vide, et chez lesquelles il a paru que, seul, un traitement médical était de mise. Il a également laissé de côté les opsolysines, les immunizols, et les filtrats de culture de streptocoques, si heureusement utilisés ces derniers mois par Lévy-Solal et Ravina, mais difficiles à réaliser dans la pratique.

Les médicaments étudiés sont l'électrargol, le sulfarsénol, l'uroformine, la septicémine et l'essence de térébenthine. Si un médecin ne réussit pas avec un de ces médicaments, qu'il l'abandonne pour un autre, ou qu'il le combine à un autre. L'infection puerpérale est assez polymorphe, et en même temps assez grave, pour qu'il soit souvent nécessaire de l'attaquer par plusieurs armes successives ou simultanées.

Sulfarsénol. C'est le seul composé arsenical employé par l'auteur ; les doses ont varié de 0.05 à 0. 24 centigr., à jour passé, en injections sous-cutanées ou intra-musculaires. Ses résultats, excellents quand il est employé dès le début des accidents, sont moins favorables quand l'infection est plus ancienne ; il a pu même échouer alors que d'autres médications réussissaient. Mieux vaut ne pas l'employer chez les albuminuriques ; parfois mal supporté, il peut déterminer un état d'anémie assez rapide, et il faut alors renoncer à son emploi.

Le sulfarsénol a été utilisé dans plusieurs cas de phlébite ; son emploi préalable n'a pas empêché la phlébite d'apparaître ; une fois constituée, le sulfarsénol n'a semblé agir ni sur la durée ni sur la gravité, mais seulement sur la température, qui tombait assez vite.

L'électrargol, antimicrobien ou médicament de choc, peut avoir certaines réactions trop vives, certains l'ont abandonné ; mais, à condition de l'employer de bonne heure, chez un sujet susceptible de bien réagir, avec un cœur encore solide, on obtiendra souvent d'excellents résultats par la voie veineuse.

Uroformine, septicémine. L'uroformine, intraveineuse, à la dose de 0.25 à 0.50 centigrammes par jour, donne des résultats, non constants, mais en général satisfaisants, parfois tout à fait remarquables. Il en est de même de la septicémine, à laquelle l'auteur accorde sa préférence.

Le *sérum antistreptococcique*, quand l'hémoculture donnait un résultat positif pour le streptocoque, n'a pas donné de résultats appréciables, l'infection une fois déclarée, il paraît n'avoir qu'une action prophylactique.

L'abcès de fixation n'est évidemment pas une panacée, même dans le traitement de l'infection puerpérale ; cependant lorsqu'il a échoué, à part quelques exceptions, il s'agissait de malades profondement infectées, chez lesquelles aucun autre moyen thérapeutique n'a réussi. Malgré ses inconvénients (douleurs, escharres), l'auteur y a recours très souvent ; mais, au lieu de l'ouvrir précocement, il attend au contraire que la température soit nettement stabilisée.

Le *sérum térébenthiné* suivant la forme de Fabre employé à plusieurs reprises pour éviter les inconvénients de l'abcès de fixation, tout en pro-

fitant de l'action puissante de la térébenthine, n'a guère donné de résultats franchement positifs.

Une série d'observations relate ensuite les résultats de la médication associée. L'auteur, dans cette étude, fort détaillée et intéressante, a voulu rappeler au praticien qu'il possède une série de méthodes et d'agents thérapeutiques bien étudiés, d'un emploi aisé, et, en général, tout à fait inoffensif, qui lui permettront, sans risque pour sa malade, et sans difficulté pour lui, de lutter efficacement contre la grande majorité des cas d'infection puerpérale. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mai 1927.)

Valeur séméiologique et pronostique de l'hémorragie intestinale chez les tuberculeux pulmonaires.

MM. Bonafé et Rougy ont constaté que c'était là une complication relativement fréquente chez les tuberculeux pulmonaires chroniques ; les auteurs n'ont en vue ni les hémorragies intestinales des tuberculoses aiguës ou granuliques, ni celles qui surviennent au cours de l'évolution progressive d'une tuberculose intestinale ulcéreuse, mais bien l'hémorrhagie intestinale abondante et grave, se produisant d'une façon plus ou moins inopinée chez des tuberculeux pulmonaires chroniques avérés et méconnus.

Les observations cliniques montrent que chez les bacillaires pulmonaires chroniques une hémorragie grave est souvent la première manifestation d'une localisation intestinale de la tuberculose. D'autre part, elle présente des caractères très particuliers (abondance, absence de tout trouble digestif antérieur ou immédiatement consécutif, réparation rapide de l'anémie et des phénomènes de choc qu'elle occasionne, absence de fièvre et de phénomènes généraux), qui permettent de la reconnaître, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade dont la tuberculose n'est pas connue.

C'est un élément révélateur, même solitaire et non suivi d'entérite tuberculeuse, dont l'importance séméiologique peut être comparée à celle de l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire.

L'entérorragie, pas plus que l'hémoptysie, n'est un indice de la gravité du processus anatomique causal ; souvent on méconnaît les formes bénignes et localisées de la bacillose digestive.

Mais si le pronostic immédiat est favorable, on ne peut pas envisager sans inquiétude l'avenir de ces malades : apparition de nouvelles hémorragies, développement d'une entérite plus étendue et progressive. Il faut procéder à un examen radiologique complet du tractus intestinal, faire des analyses coprologiques répétées, et peut-être même une laparotomie exploratrice, si les signes sont positifs et si des signes de palpation abdominale permettent une localisation approximative ; peut-être sera-t-il possible alors de reséquer ou d'exclure des lésions localisées pour en éviter la dissémination. Cette détermination peut être prise d'autant plus facilement que l'état pulmonaire des malades est en général très satisfaisant. (*La Presse médicale*, 4 juin 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Prophylaxie des maladies contagieuses.

(*Académie de médecine* ; 6-12-1927.)

Comme suite au rapport de M. Léon Bernard sur les maladies épidémiques, rapport dont nous avons donné précédemment une analyse, l'Académie adopte les vœux suivants :

Premier vœu :

L'Académie de médecine, considérant qu'une prophylaxie efficace des maladies contagieuses doit de toute nécessité reposer sur des informations sûres, complètes et rapides, demande à M. le Ministre de l'hygiène d'organiser des services rationnels, convenablement outillés et dirigés, de renseignements épidémiologiques.

Second vœu :

L'Académie, considérant que la vaccination antidiphtérique au moyen de l'anatoxine a déjà été utilisée avec succès en France et dans plusieurs nations ; que cette vaccination a fait preuve de son efficacité et de son innocuité ; demande aux pouvoirs publics que cette méthode soit instituée systématiquement parmi les enfants, notamment parmi ceux qui fréquentent les écoles, et que cette pratique soit mise en œuvre dans les départements et les villes où l'inspection médicale est organisée.

Les endoprothèses au caoutchouc.

(M. Pierre Delbet. — *Académie de médecine* ; 6-12-1927.)

M. Pierre Delbet étudie depuis une quinzaine d'années déjà les endoprothèses au caoutchouc. Il s'est efforcé d'établir d'abord deux propositions : 1° le caoutchouc de bonne qualité ne s'altère pas dans l'organisme ; 2° il n'entraîne aucune modification régressive des tissus.

C'est le hasard qui a montré à M. Delbet la conser-

vation indéfinie du caoutchouc enfoui dans l'organisme. L'auteur trouva, en 1886, dans un kyste du maxillaire un drain de caoutchouc qui y avait été enfoncé et oublié par Chassaignac plus de 20 ans auparavant. Il était intact, lisse, souple, élastique, alors que, placé dans un tiroir, il serait devenu en dix fois moins de temps dur et cassant.

Il semble qu'il y ait une sorte d'accord entre le colloïde qu'est le caoutchouc et les colloïdes qui constituent nos humeurs et nos tissus. M. Delbet a pu faire, avec M. Girode, à ce sujet, de curieuses expériences. Il a employé, chez l'animal, et avec succès, des lames de caoutchouc pour constituer des gaines de tendons, pour remplacer des aponévroses (suppléant, dans un cas de hernie énorme, la paroi abdominale), pour remplacer plusieurs centimètres de trachée, pour remplacer la paroi antérieure de l'estomac (l'animal était encore en parfaite santé six mois plus tard).

M. Delbet, a utilisé, d'autre part, le caoutchouc durci pour suppléer aux segments d'os. Il présente un sujet, ancien blessé de guerre, dont l'avant-bras, hormis deux cicatrices, n'offre rien de particulier : forme normale, mouvements normaux, sauf la supination qui est limitée. Cet homme a une force considérable et peut, de ce côté, soulever facilement 30 kilogr. Or, dans cet avant-bras d'apparence normale, la radiographie révèle l'absence d'un segment de radius et son remplacement par une pièce endoprothétique. Cette pièce (en caoutchouc durci armé) est là depuis huit ans et demi. Il s'est développé à son niveau des crochets d'hyperostose qui la fixent. Dans deux autres cas, de dates moins anciennes il est vrai, les résultats furent également bons.

Les pièces d'endoprothèse utilisées pour l'avant-bras par l'auteur sont en métal recouvert de caoutchouc durci. Il est capital que le caoutchouc seul soit adjacent aux tissus, pour en permettre la tolérance. De plus, l'expérimentation et la clinique ont établi que l'os, au contact du caoutchouc, produit des hyperostoses. L'endoprothèse osseuse par des pièces de caoutchouc durci et armé peut ainsi donner des résultats excellents et durables.

La lutte contre le rat au Danemark.

(M. Gabriel PETIT. — *Académie de médecine* ; 6-12-1927.)

Le rat peut être considéré comme le plus néfaste des êtres nuisibles. M. Roux disait de lui déjà en 1912 : « C'est l'intérêt de toutes les municipalités de détruire les rats. On estime à des sommes considérables les dégâts qu'ils causent, sans parler du danger d'épidémies. Pour les détruire, il faut varier les moyens. Le même procédé n'est pas longtemps efficace, car les rats sont très intelligents et opposent des ruses et des ressources tout à fait inattendues. Il ne faut jamais s'arrêter si l'on veut obtenir un résultat sérieux. C'est d'ailleurs une bonne opération commerciale. Jamais on ne dépensera pour s'en débarrasser une somme équivalente aux dégâts qu'ils causent ! »

M. Calmette parlait, à son tour, dans le même sens, dans un article intitulé : *Guerre aux rats* ! « Les rats disait-il, dévorent les grains que nous transportons sur nos navires ou que nous entassons dans nos docks et même les récoltes de nos champs. Ils véhiculent et disséminent la peste, la trichinose, la rage, les teignes ».

Ce que les rats ne peuvent manger, ajoutait Dujardin-Beaumetz, ils le détériorent. Ils s'attaquent aux étoffes, aux portes, aux poutres, aux tuyaux de plomb, voire aux canalisations téléphoniques. Ils ont le génie de la dévastation.

Une statistique récente estime à un milliard de francs or les pertes causées à la fortune nationale, annuellement, par ces rongeurs. Le rat, remarque un proverbe danois, ronge plus que le temps. Sa fécondité est extrême, un seul couple pouvant avoir dans l'année des centaines de rejetons.

Au Danemark où, comme en France et partout ailleurs, le rat brun migrateur a remplacé le rat noir domestique que nos ancêtres ont connu, on a calculé que 100.000 rats coûtaient par an 2 à 3 millions. En 1901, on détruisit à Copenhague, grâce au système des primes, plus de 100.000 de ces animaux. Le coût de l'opération fut de 19.000 francs ! M. Gabriel Petit se propose de revenir sur cette question et sur les moyens de décimer les bataillons de l'espèce murine.

Vecteur de virus, le rat est l'agent propagateur de graves infections humaines et animales : d'abord et surtout la peste, mais aussi la rage, la trichinose, certaines trypanosomiases, la tuberculose peut-être, la fièvre aphteuse des bovidés, l'influenza du cheval, le rouget du porc, les maladies aviaires fort probablement. Le rat trichiné est dévoré par le porc et l'homme contracte la maladie en mangeant, à son tour, la viande insuffisamment cuite de ce dernier. La rage augmenterait de virulence dans l'organisme du rat et la morsure d'un rat enragé pourrait contagionner le chien ou le chat. Le sodoku (maladie par morsure du rat) est fréquent au Japon. Vingt pour cent des rats, en Tunisie, seraient infectés de spirochétose ictéro-hémorrhagique.

L'abus des médicaments anti-syphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

(M. E. DONZELOT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-11-1927.)

Dans une communication remarquable et qui a eu son écho au cours de plusieurs séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Donzelot signale l'abus des médicaments anti-syphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires. Ici même (*Concours Médical* n° 1, 1928), M. Aubertin, prenant prétexte de la communication de M. Donzelot, a fait une magistrale étude de la question.

Grosse question de pratique en effet. La théra-

peutique anti-syphilitique était en passe de devenir le traitement équationnel de la plupart des maladies du cœur et surtout des vaisseaux.

Qu'on ait le devoir, dit M. Donzelot, en présence d'accidents syphilitiques primaires ou secondaires, d'user avec énergie de la gamme remarquablement efficace des médicaments antisyphilitiques, cela n'est pas douteux. Mais, en matière d'accidents tertiaires, de localisations cardio-vasculaires — ou considérées comme telles — du tertiarisme syphilitique, le problème est plus complexe. On abuse singulièrement, en pareils cas, de ce traitement, et cela pour deux raisons :

1° Du fait que certains syndromes cardio-vasculaires sont *a priori* catalogués comme syphilitiques alors que leur étiologie est fréquemment tout autre ;

2° Du fait que les syndromes cardio-vasculaires authentiquement syphilitiques ne sont pas traités comme ils devraient l'être, c'est-à-dire en tenant compte de l'aptitude fonctionnelle cardiaque ou mieux cardio-réno-hépatique du malade.

Les syndromes cardio-vasculaires considérés *a priori* comme syphilitiques et nombre de fois systématiquement traités comme tels sont les suivants : l'aortite chronique, l'angine de poitrine, l'Adams-Stokes et, dans une certaine mesure, l'hypertension artérielle elle-même. Que l'aortite chronique, surtout chez les sujets jeunes, soit fréquemment d'origine syphilitique, nul n'y contredit ; mais il ne saurait être question d'attribuer à l'infection tréponémique — l'anévrysme mis à part — une sorte de monopole des altérations chroniques de l'aorte. Il existe des aortites chroniques hypertensives et athéromateuses, fréquentes après la cinquantaine. Leur séméiologie n'offre rien de particulier et c'est l'examen somatique minutieux qui permet, avec les recherches de laboratoire, de les différencier. Mêmes remarques pour l'angine de poitrine dont l'étiologie syphilitique n'atteint certainement pas 40 %, après la cinquantaine principalement. Pour le syndrome hypertensif, le rôle de la syphilis est moins unanimement proclamé. Cependant, dans les traités les plus récents, la syphilis est placée au premier rang des causes. On ne doit instituer un traitement spécifique chez un hypertendu que si l'on a la certitude d'une infection tréponémique coexistante.

D'autre part, les syndromes cardio-vasculaires authentiquement syphilitiques sont bien des fois soumis à des traitements inopportuns. Il s'agit, en effet, généralement de sujets âgés ayant souvent des déficiences myocardiques, rénales et hépatiques. Lorsque la capacité fonctionnelle cardiaque et le bilan réno-hépatique sont satisfaisants, on pourra recourir à l'arsenic, au bismuth, au mercure, en commençant par des doses d'essai. Personnellement, M. Donzelot, préfère le mercure, moins agressif pour le rein que le bismuth, moins agressif pour le foie que l'arsenic. Si la capacité fonctionnelle cardiaque et le bilan réno-hépatique sont touchés, il y aura intérêt à débuter par une thérapeutique cardiaque et diurétique et recourir, ensuite, avec prudence au traitement anti-syphilitique. Si la capacité fonctionnelle cardiaque et le bilan réno-hépatique sont mauvais, l'abstention de médicament anti-syphilitique est préférable, jusqu'à amélioration tout au moins des fonctions déficientes du cœur, du rein et du foie.

La communication de M. Donzelot signale ainsi divers abus de la thérapeutique anti-syphilitique en cardiologie. Elle ne condamne nullement cette thérapeutique qui, maniée convenablement et avec précaution, peut rendre de précieux services dans le traitement des affections cardio-vasculaires. Elle vise à arrêter une exagération qui tendait à l'abus. Elle a d'ailleurs soulevé à la Société médicale des hôpitaux une longue discussion dont nous reparlerons.

P. L.

Toulouse

Société de médecine chirurgie et pharmacie.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'action diurétique du 440 B.

M. Pujol, après avoir rappelé que l'utilisation du mercure comme diurétique est très ancienne, montre combien son utilisation est peu aisée, la dose toxique coudoyant la dose thérapeutique.

Il indique ensuite qu'il est possible d'utiliser actuellement les nouveaux corps de la série cyclique, produits de toxicité très atténuée, mais de valeur thérapeutique considérable avec leur grande teneur en mercure. Parmi ces corps se trouve le 440 B, créé par Girard à l'Institut Pasteur.

En injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses, le 440 B produit chez le sujet sain et chez le sujet malade une abondante diurèse avec pollakiurie et polyurie. La médication diurétique par le 440 B est indiquée chez les sujets présentant des œdèmes, chez les cardio-rénaux et les asystoliques avec anasarque, chez les cirrhotiques, auprès desquels elle constitue la seule indication efficace et peut-être aussi chez certains pleurétiques (p. séro-fibrineux).

De ses recherches expérimentales l'auteur conclut que le produit est peu toxique ; même à doses élevées il ne produit chez le lapin ni diarrhée ni albuminurie.

Jusqu'à présent, l'auteur a traité dix sujets, en majorité des asystoliques irréductibles, des cardio-rénaux et deux cirrhotiques. La médication a fait disparaître les œdèmes qui dans un cas dataient de 15 mois, mais elle n'a jamais fourni de résultats durables ou définitifs.

A propos de l'action diurétique du 440 B.

M. Drouet rapporte deux cas où l'emploi du 440 B fut accompagné de diarrhée abondante. Dans le pre-

mier il s'agissait d'un syndrome cardio-rénal grave chez un homme âgé présentant un œdème remontant à l'ombilic, sur lequel n'agissaient plus la théobromine ni la digitale. On obtint une diurèse abondante après chaque piqûre, mais en outre de la diarrhée après 2 et 3 injections. L'œdème disparut, et la digitale put être reprise utilement.

Dans le deuxième cas, il s'est agi d'un pottique avec collection purulente abdominale, abcès inguinal fistulisé, œdème des membres inférieurs, albuminurie et entérite : l'échec du traitement par le 440 B confirme l'opinion d'œdème par compression, et l'entérite diarrhéique a été nettement aggravée.

Nouvelle méthode de dosage de l'azote total dans l'urine.

M. Murat, ayant rappelé la nécessité du dosage de l'azote total pour la détermination du rapport azoturique, et insisté sur ce fait : à savoir que l'attaque des matières azotées et leur transformation en sel ammoniacal doit être complète, passe en revue les différentes méthodes employées actuellement, qui présentent l'inconvénient de demander un laps de temps assez long.

Il a recherché si l'emploi de l'eau oxygénée pure à 100 volumes (perydrol) ne pourrait pas donner les mêmes avantages et abréger la durée de la réaction. Les expériences ont été tout à fait concluantes, et cette méthode peut être également appliquée à un grand nombre de liquides organiques ou d'extraits.

Action des substances radio-actives sur la glycémie.

MM. Averseng, Maurin et Sermet ont pu constater à la suite de nombreuses expériences pratiquées sur des cobayes que le Thorium X influençait rapidement la glycémie et en faisait doubler le taux à forte dose (10 à 20 microgrammes). A dose moyenne ou faible, et à longue portée, le Thorium ne semble pas modifier sensiblement la teneur du sang en glucose.

Caractérisation et dosage de l'albumine par la solution sulfurique de formol.

MM. J. Aloy, Valdiguié et R. Aloy font connaître une méthode de recherche et de dosage colorimétrique de l'albumine basée sur l'emploi de l'acide sulfurique formolé, réactif analogue à celui de Voisenet.

Dans un tube à essais on place 3 à 5 cmc. d'acide sulfurique à 5 %₀ et deux gouttes de solution de formol commercial étendu au millième. On ajoute ensuite une à cinq gouttes de la solution d'albumine à examiner et deux gouttes de perchlorure de fer au cinq centième. En laissant au contact pendant deux minutes et en agitant doucement, il se développe à la zone de contact une coloration violette qui s'étend ensuite à tout le liquide. La comparaison avec une gamme étalon préparée avec une solution d'albumine permet un dosage colorimétrique.

Les auteurs ont appliqué cette méthode à l'étude du liquide céphalo-rachidien et de quelques liquides pathologiques, ainsi qu'à la recherche de l'albumine dans les expectorats.

Différenciation de l'ovalbumine et des albumines du sérum.

MM. Aloy et Signorel décrivent deux procédés de différenciation de l'ovalbumine et de la sérine albumine.

Le précipité d'albumine produit par les acides minéraux, l'acide trichloroacétique et la plupart des réactifs de précipitation, recolore en violet pourpre par action du nitro-prussiate de soude ammonical ; la sérine-albumine est à peine colorée par ce réactif.

Le deuxième procédé met en œuvre l'action du soufre. L'albumine de l'œuf coagulée à 80° en présence de chlorure de sodium et en milieu acétique, puis broyée avec du soufre donne à 40° un dégagement d'hydrogène sulfuré qui noircit les sels de plomb : le coagulum de sérine dans les mêmes conditions ne donne lieu à aucun dégagement d'hydrogène sulfuré.

Dose érythémateuse chez l'enfant dans le traitement par les rayons ultra-violets.

M. Drouet a recherché chez 21 enfants soumis à l'irradiation ultra-violette la dose actinique susceptible de produire une épidermite légère ; il a trouvé des quantités variant notablement d'un sujet à l'autre. Pour un même écartement de 40 cm. du brûleur à la peau, il a fallu un temps de 2 minutes chez 2 enfants, de 4 minutes chez 6 enfants, de 6 minutes chez 7 enfants, de 8 minutes chez 3 enfants, de 10 minutes chez 2 enfants ; un enfant n'avait pas présenté d'érythème pour une irradiation de 10 minutes.

Ces chiffres permettent de conclure à l'existence d'une dose érythémateuse moyenne et la recherche de ce test avant le traitement permet d'adopter à chaque cas la technique appropriée pour les traitements individuels : dans les traitements collectifs, elle autorise à faire des groupes (au moins 2) pour lesquels variera la durée d'irradiation ou plus aisément l'écartement du brûleur.

Les résultats de cette expérimentation confirment l'auteur dans l'emploi, dès le début du traitement, de doses plus fortes et plus rapidement croissantes que n'indiquent les techniques publiées.

Propriétés révulsives du tamus communis.

MM. Valdiguié et Roques communiquent leurs recherches sur les propriétés révulsives du tamus communis (herbe à la femme battue).

La révulsion produite sur les téguments est d'ordre mécanique ; la pulpe de racine et le suc des baies contiennent d'innombrables cristaux aciculés d'oxalate de chaux, véritables aiguilles acérées aux deux extrémités. Le simple contact, pour si prolongé qu'il soit, ne détermine jamais d'effet révulsif sur la peau

saine : il est nécessaire pour que la rubéfaction se produise d'exercer avec la racine ou les baies une friction énergique sur les téguments. Les recherches pratiquées sur le cobaye n'ont pas permis de retrouver ces aiguilles sur la peau préalablement rasée et frictionnée de l'animal. Le tamus communis réalise une véritable acupuncture.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Vomissements gravidiques à pathogénie rénale.

M. Daléas communique l'observation d'une cambodgienne, VI pare, dont toutes les grossesses antérieures avaient été normales, et qui au deuxième mois présente des vomissements s'accompagnant d'un amaigrissement rapide. Le foie était diminué de volume et les urines réduites à 150 cmc. par 24 heures ; l'intolérance gastrique était absolue, le pouls était régulier à 80.

L'absorption de bleu de méthylène n'ayant été suivie d'élimination que 30 heures après, on donna un lavement purgatif, du sérum et de la glace. Le pouls s'accéléra à 130, il y eut du délire, puis l'amélioration se produisit lentement.

Hémorragie tardive du post partum.

M. Ménaché rapporte le cas d'une femme qui, 9 jours après l'accouchement, la température étant, normale, présenta une hémorragie très abondante entraînant une syncope. On fit un tamponnement vaginal ainsi que différentes injections médicamenteuses. Le lendemain on pratiqua un curettage qui ne ramena aucun débris. La guérison eut lieu sans autre incident.

Disjonction de la symphyse du pubis au cours d'un forceps.

M. Ménaché relate l'observation d'une Ipare de 37 ans, avec bassin limite, la tête étant en OIGA. Pendant les tractions du forceps, on entendit un craquement suivi de la descente brusque sur le périnée et d'une extraction d'un enfant de 3.500 gr. On constata alors une déchirure du périnée, s'étendant au clitoris et à une petite lèvre, l'écartement du pubis mesurait 2 cent. 1/2. L'impotence fut complète pendant 10 jours, et la guérison n'eut lieu qu'après 4 mois.

Traitement de la stérilité d'origine cervicale par la tige intra-utérine.

M. Audebert, après avoir présenté l'instrument expose dans quelles conditions son emploi peut être efficace : il faut une intégrité absolue de l'appareil génital et surtout des annexes. Après un repos de 10 jours au lit, l'appareil doit être porté trois mois. Les 41 observations qu'il a recueillies lui ont procuré une correction définitive de l'antéflexion : 50 % des cas ont présenté la guérison de la dysménorrée et 50 % la guérison de la stérilité.

J. P. Tourneux.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

Pièce de monnaie enclavée dans la bronche droite et dont la présence ne fut révélée qu'au bout de 10 ans à l'occasion d'un examen radiologique.

Le Dr André Martin présente l'observation et les clichés radiographiques d'un malade de 50 ans qui inhala une pièce de 1 franc en 1917 (il croyait l'avoir avalée et ne s'en était pas inquiété). Depuis il toussait et crachait abondamment. Son expectoration n'était pas fétide. Elle était provoquée ainsi que la toux surtout lorsque le malade se courbait en avant. La radiographie montra la pièce de monnaie dans la bronche droite, et une plage pulmonaire sombre donnant l'impression d'un abcès du poumon. Contrôlée par bronchoscopie, la pièce est extraite par le Dr Soulas. Guérison rapide. Ce malade alors très amaigri reprend 14 kgr. Il ne tousse plus et ne crache plus. L'examen radiologique fait le mois suivant ne montre plus aucune image pathologique.

Deux cas d'accidents toxiques dus au « vernis du Japon ».

Dr Jean Bertrand. — Il s'agit de deux jeunes malades dont l'une présenta une dermite de la face et des avants-bras après avoir soigné et élagué un « vernis du Japon ». Dans la suite chaque fois que cette malade touchait à l'arbre elle refaisait une poussée de dermite à la face et aux avants-bras. Ayant changé de domicile et habitant maintenant dans une maison, au voisinage de laquelle cet arbre n'existe pas, la dermite a définitivement disparu.

L'autre malade présenta dans les mêmes conditions une poussée d'urticaire généralisée avec arthralgies. Ne touchant plus à l'arbre, l'urticaire disparut et ne se renouvela pas. Mais, une employée de la maison, qui, malgré les conseils du médecin, continua à s'approcher de l'arbre, et à en palper les feuilles fut prise d'un érythème des mains et des avant-bras, avec arthralgie des deux poignets ayant duré plusieurs jours.

Une manifestation rare de la maladie du sérum.

Dr Jean Bertrand. — Il s'agit d'un blessé qui, à la suite d'un accident d'automobile reçut une injection préventive de 10 cc. de sérum antitétanique.

Le douzième jour après l'injection de sérum il fit une arthrite de la hanche gauche, horriblement douloureuse avec réaction ganglionnaire de la fosse iliaque correspondante. Cette arthrite dura six jours et fut apyrétique.

A aucun moment le malade n'a eu d'urticaire ni d'arthralgies des autres articulations. Ce malade guérit parfaitement sans séquelle articulaire.

Présentation des feuilles d'observation de maternité.

Dr Asselin de Williencourt. — Ces feuilles sont d'un modèle pratique, en même temps que permettant une observation très complète. Leur généralisation serait à souhaiter.

Premier essai chez l'homme d'une thérapeutique nouvelle des affections pulmonaires par voie intracardiaque droite. Nouvelle technique de ponction des cavités droites du cœur par voie épigastrique.

Docteurs Cherechewski et de Williencourt. — Les auteurs présentent l'observation d'un malade hospitalisé pour cancer de l'estomac. Au cours de son hospitalisation, ce malade fit une broncho-pneumonie extrêmement grave, on lui injecta par voie épigastrique dans le ventricule droit cinq centimètres cubes d'une solution de bleu de méthylène. La toux et l'expectoration diminuèrent et le malade guérit rapidement de sa broncho-pneumonie.

Les auteurs signalent que cette injection intracardiaque droite de substance médicamenteuse est peu douloureuse et d'une technique aisée. Poursuivant leurs recherches, ils espèrent avoir ainsi une action bactéricide plus active que par la simple injection intra-veineuse, sur la flore microbienne du poumon au cours des affections pulmonaires aiguës, et peut-être aussi sur la flore microbienne secondaire associée au bacille de Koch chez les tuberculeux pulmonaires.

Considérations pronostiques et thérapeutiques du symptôme « fièvre » chez les nourrissons.

Le Dr Jean Bertrand apporte l'observation d'un enfant de 4 mois nourri au sein et qui eut pendant 50 jours une fièvre extrêmement intense, la température atteignant fréquemment 40° et plusieurs fois 41°. Tous les examens pratiqués furent absolument et constamment négatifs. L'enfant guérit parfaitement. L'auteur attire l'attention sur le fait que la courbe de poids resta constamment ascendante, l'enfant augmentant en moyenne de 30 grammes par jour. Sans préjuger de la cause de cette fièvre que l'auteur n'a pas réussi à déterminer, puisqu'aucun symptôme n'a jamais pu être mis en évidence, il pense que le pronostic bénin devait être porté, et maintenu du fait que l'accroissement pondéral resta normal et même supérieur à la normale. Le seul traitement consiste à alimenter l'enfant comme s'il était bien portant, et essayer une thérapeutique de « choc » en éliminant toutefois les substances médicamenteuses susceptibles de provoquer un « choc » trop violent.

Les Congrès

XXXVIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1)

Les épiploïtes chroniques

Par M. Silhol (de Marseille).

Embryologie et anatomie de l'épiploon. — L'étude des épiploïtes suppose la connaissance de données anatomiques et embryologiques que le rapporteur énumère en détails.

Du point de vue de ses origines, l'épiploon apparaît comme une dépendance du grand méso- antéro-postérieur lequel contient entre ses feuillets l'estomac, le foie et la rate. Cette origine explique les relations étroites physiologiques et pathologiques qui l'uniront, la vie durant, à ces trois organes.

Il faut rappeler que l'épiploon est, dès la première heure, indépendant du côlon transverse. Cette indépendance persistera chez l'adulte. Ce n'est que secondairement, qu'un accolement se dessinera entre les deux organes ; encore ne sera-ce là qu'un rapport purement anatomique, sans conséquence physiologique manifeste, l'un et l'autre gardant indéfiniment une irrigation propre. L'expression d'« épiploon gastrocolique » est donc franchement regrettable, physiologiquement parlant.

Chez l'embryon, les deux feuillets épiploïques présentent, de très bonne heure, un système vasculaire important. A trois mois, il n'y a pas encore de circulation lymphatique ; celle-ci n'apparaît qu'à six mois. Les cellules adipeuses se développent encore plus tard après la formation çà et là des orifices fenestrés.

Chez l'adulte, on note l'adhérence au côlon transverse, l'apparition des limites droite et gauche qui sont du reste variables avec les sujets, et la tendance des deux feuillets à s'accoler.

L'irrigation, bien étudiée par Descomps, est distincte pour les feuillets antérieur et postérieur.

Les artères antérieures descendent d'une arcade qui longe l'insertion à la grande courbure et qui résulte de la succession des deux gastro-épiploïques.

Les artères postérieures viennent d'une arcade voisine du bord gauche.

(1) *Concours médical*, n° 2 de 1927.

Les deux systèmes s'anastomosent au niveau des bords.

Même quand les feuillets épiploïques se sont complètement fusionnés, les deux groupes artériels ne communiquent jamais ; ils sont seulement juxtaposés face à face et toujours isolables l'un de l'autre.

Les veines ont la même orientation que les artères, mais sont beaucoup plus nombreuses ; le groupe antérieur se termine dans la mésentérique supérieure, le groupe postérieur dans la veine splénique.

Il existe également des capillaires.

Les lymphatiques forment autour des petits vaisseaux de véritables lacs qui, bientôt, se résument en des canaux dont les uns vont aboutir aux ganglions de la rate et du pancréas, les autres à ceux de la petite courbure.

Les nerfs sont formés de fibres de Reinak et suivent les vaisseaux.

Histologiquement, l'épiploon est constitué par une substance transparente que sillonnent des fibres conjonctives collagènes et des fibres élastiques difficiles à découvrir. Il n'existe pas d'éléments musculaires. Ce stroma s'étire, s'amincit et finit par disparaître çà et là au niveau d'un grand espace de fenestration.

L'endothélium est formé d'une couche de cellules polyédriques aplaties, d'une extrême fragilité.

Les éléments cellulaires sont représentés par des globules blancs, tantôt sous la forme de cellules fixes conjonctives, tantôt groupés en taches laiteuses.

Ce qu'il faut retenir, sous peine de ne pouvoir saisir ni la physiologie, ni la pathologie de l'épiploon, c'est d'abord l'indépendance absolue de l'irrigation de cet organe, c'est ensuite l'importance et l'orientation de son vaste système lymphatique.

Il s'en faut que l'histologie de l'épiploon soit celle d'un ganglion comme on l'a prétendu. Le grand développement de la vascularisation veineuse qui tranche sur la « mesquinerie » de l'irrigation artérielle est à noter. Tous les détails de structure sont en faveur d'une communication constante entre la cavité abdominale et les éléments intrinsèques de l'épiploon.

Vie et prérogatives de l'épiploon. — Ainsi constitué. l'épiploon a des facultés d'existence très originales

Une partie de cet organe peut vivre séparée de sa masse principale.

Patel a observé une hernie inguinale épiploïque dans laquelle l'épiploon hernié était complètement séparé du reste de l'organe non adhérent.

Arnaud a constaté à l'extrémité d'un épiploon particulièrement fenestré une portion herniée tendant à s'isoler et n'ayant plus aucune connexion vasculaire avec la masse principale.

Expérimentalement, un épiploon entier, libéré de toute attache non seulement continue à vivre, mais encore conserve ses propriétés.

Cette faculté de vivre par ses propres moyens a été mise à profit par de nombreux opérateurs qui ont utilisé les greffes libres dans la chirurgie du péritoine pariétal, du mésentère, du diaphragme, pour la réfection des voies biliaires, l'obturation des ulcères perforés et des ulcères typhiques et dans la chirurgie des adhérences.

Une autre propriété non moins curieuse est la possibilité de s'accroître dans des proportions étonnantes. On a pu faire l'exérèse de masses épiploïques enflammées imposantes représentant quatre à cinq fois le poids d'un épiploon normal.

La régénération de l'organe est maintenant connue et acceptée de tous. En réopérant des sujets qui avaient subi de vastes résections épiploïques, tous les chirurgiens ont observé des régénérations complètes et rapides de l'organe supprimé.

Cette régénération existe en fait incontestablement mais il semble qu'elle ne se produise pas dans tous les cas, seulement sans doute quand elle est nécessaire. Il ne faut pas oublier à ce sujet que, à côté du grand épiploon, existent des épiploons secondaires capables de suppléer le premier.

La richesse graisseuse est encore une caractéristique de cet organe. Cette adipose est souvent en rapport avec l'adipose générale de l'individu, mais pas toujours.

La sensibilité de l'épiploon ne fait aucun doute pour qui a ligaturé un pédicule épiploïque sous anesthésie locale. Bien des crises douloureuses abdominales localisées cliniquement au côlon ou au grêle devraient être en réalité attribuées à l'épiploon.

Cet organe présente également une motilité indéniable et cependant difficilement explicable puisqu'il n'existe à son niveau aucune fibre musculaire. Il ne peut donc s'agir que d'une motilité d'emprunt, et le moteur de l'épiploon c'est le diaphragme qui répond par une accélération de ses mouvements à toute irritation péritonéale.

Enfin, une dernière propriété de l'épiploon est sa facilité d'adhérer. Après vingt-quatre heures il est déjà solidement uni à une surface cruentée. Il semble pour que le phénomène se produise que la chute de l'endothélium péritonéal soit indispensable, mais celle-ci se produit sous l'action d'un traumatisme insignifiant en apparence : le simple passage d'une compresse sèche.

L'ensemble de ces propriétés porte à penser que l'épiploon « doit servir à quelque chose ».

Des chirurgiens, de plus en plus rares il est vrai, persistent à voir dans l'épiploon un organe bienveillant, tolérant, pouvant être impunément manipulé ou meurtri. Il serait plus juste et plus conforme aux données de la physiologie et de la clinique de se rappeler au contraire sa fragilité, sa susceptibilité, son rôle considérable dans la vie normale et pathologique.

Ce que l'épiploon est capable de faire. — Dans les états infectieux l'épiploon, vérit able organe hématopoïétique, participe à la réaction à la façon de la rate,

de l'intestin, de la moelle osseuse et des ganglions, mais cette participation est légère.

En dehors de tout état infectieux, l'épiploon est capable de ramasser, d'agglutiner, voire même d'enkyster des corps étrangers. C'est ce qui se produit si l'on fait pénétrer dans la cavité péritonéale d'un cobaye des grains de carmin en suspension dans du sérum tiède ou des particules de charbon.

L'introduction dans le péritoine d'un corps organique, tel un fragment de rein ou de rate, est suivie d'une résorption rapide de ce fragment.

Des bactéries charbonneuses sont également absorbées, sans grand dommage pour l'animal, mais si l'épiploon a été supprimé quelque temps avant l'injection des bactéries, l'animal succombe dans un délai variant de vingt heures à trois jours.

L'introduction de substances très virulentes entraîne la rétraction à distance de tout l'épiploon.

L'épiploon est aussi un organe sécréteur ; il participe à la production de la sérosité péritonéale et semble lui communiquer sa propriété coagulante. C'est enfin un organe d'absorption à la fois pour les gaz et les épanchements.

Ce que l'épiploon fait probablement. — De ce qui précède on doit conclure que l'épiploon fait preuve d'une action des plus énergiques quand on crée un état péritonéal pathologique. Mais ce sont là des conditions expérimentales, accidentelles. Elles ont cependant le mérite de nous aider à comprendre le rôle de l'épiploon dans la pathologie abdominale courante.

Tout près de l'épiploon, un milieu existe normalement infecté et septique : le tube digestif.

Nos connaissances anatomiques et surtout embryologiques ne nous permettent pas d'admettre la moindre relation vasculaire entre le tube digestif et l'épiploon, et, pour expliquer la répercussion sur celui-ci des phénomènes infectieux du tube digestif, nous sommes obligés d'imaginer et de rechercher une voie intermédiaire.

Il semble que ce soit à la cavité péritonéale ou plus justement à l'espace péritonéal que soit réservé ce rôle.

Une objection est possible : la paroi intestinale empêche peut-être ce rapport de s'établir.

On connaît pourtant l'odeur fécaloïde de certains abcès para-intestinaux que n'accompagne aucune perforation.

On peut aussi rappeler une observation de Walther concernant un malade qui, ayant absorbé pendant trente ans du charbon de Belloc, présentait un épiploon bourré de particules noirâtres.

En présence de ces faits, il faut bien reconnaître que la paroi intestinale peut être franchie, et l'on est tenté de souscrire à ce que Roger écrivait en 1898 : « Quand un microbe quitte le tube digestif, trois voies s'offrent à lui ; s'il passe par les chylifères, il est arrêté par les ganglions mésentériques ; s'il passe dans les veines, la voie porte le conduit au foie ; s'il traverse les parois, il sera détruit par les organes lymphoïdes dont les principaux occupent le grand épiploon. »

L'agent toxique ou infectieux quittant le tube digestif, par quelle voie atteindra-t-il l'épiploon ?

Il semble que ce doive être dans la plupart des cas par l'espace péritonéal lui-même.

Dans quelles conditions l'épiploïte chronique peut-elle être réalisée. — Elle ne succède pas habituellement à une poussée d'épiploïte aiguë. Elle est pour ainsi dire chronique d'emblée.

On l'observera dans des circonstances étiologiques variables mais qui peuvent se résumer en trois groupes d'importance d'ailleurs inégale :

I. Epiploïtes inflammatoires digestives et gynécologiques.

II. Epiploïtes post-traumatiques ou post-opératoires.

III. Epiploïtes spécifiques : tuberculeuses ou syphilitiques.

Epiploites inflammatoires. — C'est de beaucoup la variété la plus importante. Les épiploïtes d'origine digestive sont dans la presque totalité des cas sous la dépendance des lésions du vermis. Sur les 1.453 observations d'appendicites chroniques consignées dans la thèse de Haller (statistique de Walther) on relève 372 épiploïtes.

Une constatation pratique de la plus haute importance a été faite par tous les opérateurs : l'association fréquente de l'appendicite, de la colite et de l'épiploïte.

Il est difficile de distinguer dans cette triade quel est l'organe le premier atteint. Certes, le syndrome abdominal droit, doit toujours être centré sur l'appendice. Ceci correspond sans doute à la réalité, mais il est possible aussi que la lésion initiale siège sur l'iléon ou sur une portion du côlon ascendant ou du cæcum.

Nous sommes surtout documentés sur les altérations appendiculaires et épiploïques, grâce aux examens histologiques que nous pratiquons systématiquement sur nos pièces opératoires.

Nous savons aussi que parfois l'appendice, sain d'apparence, se montre au microscope atteint de lésions graves. D'autres fois, seule la séreuse est malade, musculeuse et muqueuse restant intactes, comme si le processus inflammatoire s'était développé de dehors en dedans. Il est raisonnable de penser qu'il peut en être de même pour le côlon et l'iléon.

Au cours de l'ablation d'un appendice malade, l'épiploon présente souvent un aspect très sain ; il peut paraître manifestement altéré longtemps après, lors d'une seconde intervention.

Ces faits nous engagent à considérer l'épiploïte comme la signature d'une infection péritonéale d'où qu'elle vienne.

La lésion intestinale responsable peut même être distante de la lésion épiploïque ,et Walther a signalé

depuis longtemps que l'épiploon n'adhère jamais à l'appendice malade.

Tout ceci vaut également pour les épiploïtes gynécologiques.

On connaît l'association fréquente des inflammations appendiculaires et salpingiennes droites : « le flirt appendiculaire de Segond ». Mais il est bien évident qu'on peut aussi rencontrer des épiploïtes génitales chez des femmes dont l'appendice est demeuré parfaitement sain.

Epiploites traumatiques. — Le groupe le plus intéressant est constitué par les formes post-opératoires.

Elles ont leur cause exceptionnelle dans une colite persistante, mais beaucoup plus souvent dans une lésion non reconnue à l'opération qui a subsisté à l'ablation de l'appendice et continué à évoluer pour son propre compte.

Mais ces cas si fréquents mis à part, elles peuvent succéder à une intervention abdominale quelconque, notamment quand on a lié à la soie de gros paquets épiploïques, et surtout quand la ligature a porté sur une portion déjà malade.

D'autres causes sont à signaler : le froissement de l'épiploon par des compresses sèches ou celui du péritoine pariétal, ou encore le pincement d'une frange entre deux points d'une ligne de suture.

Enfin, un petit groupe d'épiploïtes traumatiques relève des contusions abdominales. Il s'agit là sans doute d'épiploïtes aseptiques consécutives à des lésions irritatives non inflammatoires.

Epiploites spécifiques. — On a signalé au niveau de l'épiploon des gommes syphilitiques et Letulle a observé une ulcération suivie de perforation.

Les notions récemment acquises sur la syphilis viscérale permettent d'admettre la possibilité de localisations épiploïques, mais il s'agirait sans doute de lésions fibreuses sur lesquelles le traitement pourrait être sans effet.

L'épiploon peut présenter également des granulations bacillaires ; des abcès froids ont été signalés. Peut-être les formes obstinément récidivantes sont-elles imputables à la tuberculose ? La preuve en est encore à faire.

(*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr Raymond Sicot. — **Contribution à l'étude des hernies inguinales de l'estomac.** (Paris, librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 1927.)

La présence de l'estomac dans une hernie inguinale est une rareté. La hernie inguinale contenant l'estomac est en général une hernie acquise et dont le volume est considérable. Seule, la radioscopie (qui devrait d'ailleurs être faite systématiquement dans les grosses hernies) permettra de poser un diagnostic certain, la clinique ne fournissant habituellement que des signes de probabilité.

L'indication opératoire est celle des hernies inguinales volumineuses en général. La réduction du contenu herniaire, suivie de cure radicale, est l'opération de choix. En cas de complication aiguë (sténose, étrangement), dont la fréquence est grande, l'intervention s'impose. Là encore la cure radicale sera presque toujours suffisante. Elle sera complétée par une gastro-entérostomie, immédiate ou secondaire, dans les cas (concernant surtout des hernies du pylore) qui s'accompagnent de sténose pylorique marquée).

P. — Dr F. Triboulet, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Affections de la vésicule biliaire simulant la tuberculose pulmonaire. Les fausses tuberculoses d'origine cholécystique.** (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, 1927.)

Les affections chroniques de la vésicule biliaire peuvent simuler la tuberculose pulmonaire de la même manière que les autres affections de l'appareil digestif (appendicite chronique, affections gastriques, entéro-colites), et avec une fréquence qui semble au moins égale. On est donc en droit de décrire une forme particulière de « fausses tuberculoses d'origine cholécystique. »

Ce sont surtout les symptômes généraux et fonctionnels qui sont susceptibles d'entraîner une confusion : la fatigue, l'amaigrissement, la fièvre, signes habituels de la tuberculose pulmonaire évolutive peuvent être réalisés de manière à peu près identique par une cholécystite chronique.

Le point de côté thoracique droit des inflammations vésiculaires nous a paru un symptôme particulièrement fréquent et important en raison des erreurs de diagnostic qu'il risque d'entraîner.

Des symptômes stéthoscopiques et radiologiques anormaux peuvent être créés à la base du poumon droit par la seule cholécystite, mais ils sont plus rares que les troubles généraux et fonctionnels et moins trompeurs en raison de leurs caractères plus particuliers.

La plupart des symptômes décrits peuvent relever de la simple stase de la bile vésiculaire en l'absence d'infection. La cholécystite chronique en constitue néanmoins la cause la plus habituelle, et surtout la cholécystite non lithiasique qui peut d'ailleurs s'associer à d'autres affections abdominales : appendicite chronique, entéro-colite, etc.

Le diagnostic est relativement aisé, lorsque l'examen physique du thorax reste entièrement négatif, pour peu que l'on songe à la cholécystite et qu'on

en recherche systématiquement les signes majeurs.

Lorsqu'aux signes d'une affection vésiculaire sont associés les signes d'une lésion pulmonaire éteinte ou même évolutive, il peut être beaucoup plus difficile de déterminer la part qui revient à chacune des deux affections dans la genèse des troubles morbides observés.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain.

Dr CLÉMENT SIMON, médecin de Saint-Lazare. — **Questions actuelles de syphiligraphie**, suivies d'un index bibliographique de 3.400 travaux de syphiligraphie parus en 1925 et 1926, en français, allemand, anglais, italien, espagnol, etc. (Un vol. in-8, 178 p., fig. Prix : 28 fr., sauf variation.)

L.-G. DUFESTEL. — **Ultra-violets et chaleur radiante. Traité d'actinologie pratique.** (Un vol. 400 p., 47 pl. Prix : 50 fr., sauf variation.)

Editions de l'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi.

Paul BARY. — **Les origines de la chimie colloïdale. A. Baudrimont** (1806-1880). Préface du professeur R. CRUCHET. (Un vol. 80 p. Prix : 6 fr., sauf variation.)

EDITIONS DU FLEUVE, 42, quai Gailleton, à Lyon.

Léo GAUBERT. — **Sainte-Pauline.** Roman. *Prix de l'Académie des dix de province.* (Un vol. 280 p. Prix : 12 fr.)

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris, VIe.

A. PETIT, ingénieur agronome. — **La culture des plantes en pot.** (Un vol. 12 × 19, 158 p. Prix 9 fr., franco : 10 fr., sauf variation.)

LE TRAITEMENT DE LA SPASMOPHILIE

par le Docteur Vital LASSANCE

Lorsque surviennent chez l'enfant ou chez l'adulte certaines manifestations spasmodiques comme la tétanie, le spasme du larynx, ou des convulsions, il est possible de reconnaître à la base des accidents un état, souvent latent, d'hyperexcitabilité neuro-musculaire que l'on désigne d'un mot nouveau : la spasmophilie. Mot nouveau derrière lequel se cachent des notions nouvelles qui méritent d'être rappelées pour la compréhension d'un traitement rationnel.

La spasmophilie, ou « diathèse spasmogène » de Marfan, est, à proprement parler, un état de prédisposition morbide qui rend le sujet particulièrement sensible à toutes les excitations nerveuses auxquelles il répond par des spasmes.

1° *La tétanie manifeste.* — Les réactions peuvent se révéler spontanément. On assiste alors, dans un cadre de nervosité, d'anxiété et d'insomnie, à des scènes cliniques depuis longtemps décrites : c'est d'abord *la tétanie* proprement dite, avec contractures des extrémités ou de la face (main d'accoucheur, poing fermé, équinisme carpopédal, museau de carpe, aspect pensif de Uffenheimer, aspect boudeur de Soltmann, etc.) ; d'autres fois, c'est le *laryngospasme*, ces « convulsions internes » du nourrisson si fréquentes et si graves ; c'est enfin l'*éclampsie* avec les classiques convulsions tout à fait semblables aux attaques d'épilepsie.

2° La *tétanie latente.* — D'autres fois, au contraire, il faut, par certaines recherches cliniques, dépister la spasmophilie et l'hyperexcitabilité qui la caractérise en rendant apparents certains stigmates. Parmi ceux-ci, les meilleurs sont le signe de Trousseau (contractures de la main après constriction du bras) ; le signe de Chvostek (contractures des peauciers de la face et de l'orbiculaire des lèvres après percussion de la joue), et le phénomène d'Erb montrant l'hyperexcitabilité des nerfs au passage du courant galvanique. Des recherches sur la chronaxie sont venues confirmer la valeur de ce dernier phénomène auquel Harvier attache la plus grande importance.

3° Le *terrain spasmophilique.* — Les manifestations cliniques précédentes se développent, nous l'avons dit, sur un terrain spécial qui représente à proprement parler l'état spasmophile. Il faut le soupçonner, d'après Hallez, « chaque fois qu'on se trouve en présence d'un nourrisson hypothrepsique, dyspeptique et surtout atteint de rachitisme, chez les enfants criards et insomniques surtout si l'anamnèse révèle quelques convulsions passagères ». Mais comment définir ce terrain et quels sont les éléments qui le constituent ? On l'a tour à tour rattaché à l'hérédité névropathique, à l'alimentation par le lait de vache, aux troubles gastro-intestinaux, à l'influence des saisons sans soleil, aux infections chroniques, en particulier à l'hérédo-syphilis, et enfin à une altération des parathyroïdes.

Il est actuellement établi que toutes ces causes arrivent à produire la spasmophilie en déterminant l'hypocalcémie. « C'est là le seul caractère hémochimique constant de l'état spasmophile » :

telles sont les conclusions des observations de Rohmer et Woringer, R. Debré, Lesné et Turpin. Ces auteurs n'ont fait d'ailleurs que confirmer les constations antérieures de Parrot sur les animaux et celles de Mac Callum et Voegtlin qui parlaient de « diabète calcique ». Ce mécanisme univoque de l'hypocalcémie permet ainsi de concilier les différentes pathogénies proposées si l'on tient compte du triple rôle du calcium ionisé dans l'organisme. On sait, en effet, que Kramer mesurait l'excitabilité nerveuse par la valeur du rapport entre les ions excitateurs (Na + K) et les ions modérateurs (Ca + Mg). Le calcium tend aussi à diminuer l'alcalose, accusée par Turpin, Guillaumin et Bigwod d'amener la tétanie. Il est enfin antitoxique et semble agir en imperméabilisant les cellules et en les rendant insensibles à certains toxiques comme la guanidine. Cette dernière substance résulterait elle-même d'un trouble produit dans le métabolisme des protéines par suite d'une lésion de l'appareil régulateur de ce métabolisme : les parathyroïdes. Pour toutes ces raisons expérimentales et cliniques, la conception de l'hypocalcémie comme base de l'état spasmophilique paraît indiscutable.

Eclairés par les considérations précédentes, le traitement de la spasmophilie doit être étudié dans trois circonstances.

Traitement prophylactique. — Il consiste à éviter les causes provocatrices. L'allaitement maternel est toujours à préconiser, puisque le lait de vache augmente le déficit calcique par suite de sa trop grande teneur en phosphate de soude ; de toute façon le lait de vache sera diminué dans la mesure du possible. Les troubles gastro-intestinaux sont à combattre par un régime approprié. Chez tout prédisposé il faut imposer, surtout à la fin de l'hiver et au début du printemps, l'aération et l'insolation pour éviter la « carence solaire » qui conduit à la tétanie comme au rachitisme. Si ce prédisposé est un hérédo-syphilitique, évidemment le traitement spécifique s'impose. Dans les interventions sur la thyroïde chez l'adulte, le chirurgien devra toujours ménager la zone dangereuse, représentée par la capsule thyroïdienne postérieure où, au voisinage du récurrent, se trouvent les éléments parathyroïdiens.

Traitement symptomatique. — Lorsque la tétanie est constituée, on se trouve appelé à traiter les malades soit au cours des crises spasmodiques, soit dans leur intervalle. Le traitement d'*urgence* s'adresse surtout au spasme du larynx, et aux convulsions ; il faut, suivant les conseils de Blechmann, rassurer la famille, desserrer les vêtements de l'enfant, incliner sa tête pour éviter la chute des mucosités dans les voies aériennes, essayer d'écarter les arcades dentaires. On peut, dans les cas graves, faire respirer quelques petites doses d'éther et, si c'est nécessaire, pratiquer la respiration artificielle. A l'heure actuelle, à ces médications s'en ajoute une nouvelle capable de « juguler en quelques minutes les crises les plus sévères » ; c'est l'injection intraveineuse de chlorure de calcium dont l'action est extrêmement rapide, d'après Rathery et Kourilsky, et qui a été bien étudiée par Pasquet. Le taux de la solution ordinairement employée est de 10 %, et on injecte 10 c. c. de la solution, c'est-à-dire 1 gr. de $CaCl^2$. Mais cette méthode est malheureusement trop difficile chez le jeune enfant pour entrer dans la pratique, et, de plus, l'action de l'injection est fugace ; il faut la prolonger par l'ingestion de chlorure de calcium dans l'intervalle des crises.

Dès le début des accidents graves, de même qu'aux enfants agités, insomniques, présentant des ébauches de convulsions, on appliquera donc immédiatement un traitement sédatif : bains tièdes à 36° de quinze minutes ; des calmants par la bouche ou par le rectum sous forme de bromure de calcium (0,25 par année d'âge) ou d'hydrate de chloral (0,15 par année d'âge). Mais il faut toujours s'adresser en même temps au traitement spécifique de la spasmophilie et avoir recours aux deux médications suivantes, si heureusement utilisées et mises au point ces dernières années.

Traitement pathogénique. — C'est le traitement de la spasmophilie, et il se résume ainsi : *Recalcifier l'organisme*, en administrant des sels de chaux et en appliquant les rayons ultra-violets pour fixer le calcium, chaque fois qu'il sera possible.

A. — *Le chlorure de calcium* représente l'élément essentiel de la recalcification. Introduit dès 1907 par Netter dans le traitement de la tétanie, cette médication calcique très efficace et très rapide a vu son intérêt s'accroître depuis la théorie récente de l'hypocalcémie et depuis les recherches qui, comme celles de Howland, ont démontré que le taux du calcium sanguin était non seulement abaissé dans la tétanie, mais encore remontait au moment de la guérison.

Le lactate de calcium n'est plus guère utilisé, pas plus d'ailleurs que le chlorure d'ammonium préconisé par Freudenberg et Georgy. Le chlorure de calcium seul est couramment prescrit à l'heure actuelle en ingestion et à doses élevées, 3 à 6 grammes par jour. En raison du goût fort désagréable du chlorure de calcium, on a proposé, pour rendre ce médicament facilement acceptable différentes formules dans lesquelles ne doit rentrer qu'un produit d'une pureté absolue et uniquement sous la forme de $CaCl^2$ *cristallisé*. Parmi les préparations les plus employées et les mieux supportées, une des plus commodes est la solution qui contient 1 gramme de chlorure de calcium pour 80 gouttes de véhicule : c'est la formule du chloro-calcion. Les résultats en sont remarquables. « Récemment, dit Hallez, dans un cas de tétanie confirmée, observé par nous à

l'école de puériculture de la Faculté de médecine, nous avons obtenu d'excellents et rapides résultats avec une solution titrée de chlorure de calcium chimiquement pur dont 80 gouttes correspondent à un gramme de ce sel ». Cette préparation est d'ailleurs utilisable dès le plus jeune âge. Blechmann rapporte l'observation d'un « nouveau-né âgé de 20 jours, avec crises d'apnée spasmodique et signe de Chvostek, chez lequel le chloro-calcion a fait merveille à raison de 8 à 10 fois X gouttes dans un peu d'eau sucrée avant les tétées, *pro die*. Le traitement fut poursuivi 20 jours durant à doses décroissantes, puis repris après une période de repos ».

Le professeur Rohmer (de Strasbourg) préconise le traitement des manifestations spasmophiles en combinant le chlorure de calcium et l'huile de foie de morue phosphorée. Le professeur Marfan associe le chlorure de calcium et l'huile d'amandes douces phosphorée. L'huile phosphorée favoriserait la fixation du calcium dans l'organisme.

B. — *Les rayons ultra-violets* sont appliqués en général suivant la méthode aujourd'hui classique des hôpitaux d'enfants de Paris. La lampe de quartz à vapeurs de mercure de 3.500 bougies est distante d'environ 80 cm. du petit malade dont les yeux sont protégés par des lunettes à verre noir ou par un linge noir ; les irradiations sont faites successivement sur la face antérieure puis la face postérieure du corps. La durée de la première séance est de 3 à 4 minutes pour chaque face et on l'augmente progressivement d'une minute par séance. Lestocquoy pense même que, suivant la méthode de Sachs et Huldschinski, on peut prolonger jusqu'à une heure la durée des séances, en rapprochant la lampe à 50, 45 et 40 cm. Les séances sont de trois par semaine ; leur nombre est de 15 à 20 pour la première série. Au bout d'une quinzaine environ, si besoin est, on fait une seconde série identique de rayons ultra-violets.

Il est nécessaire d'être prudent au début du traitement car on peut voir, outre certains érythèmes, une sorte de « réactivation » des spasmes et des crises convulsives, surtout dans les formes graves.

Les rayons ultra-violets constituent le traitement héroïque de la tétanie (Saint-Girons) ; les résultats sont excellents dans l'immense majorité des cas : rapidement les convulsions cessent, les spasmes disparaissent (Turpin). Toutefois, il y a quelques cas rebelles à l'action des irradiations même répétées. Comme, d'autre part, des récidives sont possibles il faut avoir soin de prolonger le traitement jusqu'à ce que les signes mécaniques, électriques et sérologiques aient complètement disparu (E. et H. Biancarni).

En résumé, le traitement de la spasmophilie peut se formuler schématiquement de la façon suivante : au moment des crises, chlorure de calcium ; comme médication de fond, chlorure de calcium et rayons ultra-violets.

BIBLIOGRAPHIE

1. E. et H. Biancarni. — *Revue d'actinologie*, 1925 n° 2.

2. G. Blechmann — Les convulsions des jeunes enfants *Concours médical*, 12 novembre 1926.

3. R. Debré. — La diathèse spasmophile chez l'enfant. *Bulletin de l'Association des anciens médecins des corps combattants*.

4. G.-L. Hallez. — La tétanie du premier âge *La Pratique médicale française*, octobre 1923.

5. L. Langeron. — Les tétanies de l'adulte *Clinique et Laborat.*, 20 février 1927.

6. E. Lesné et R. Turpin. — Les caractères cliniques et le traitement de la spasmophilie. *Le Monde Médical*, 1er août 1926.

7. Lestocquoy. — Contribution à l'étude du métabolisme du calcium dans la tétanie *Thèse de Paris*, 1924.

8 Mac Callum and Voegtlin. — On the relation of tetany to the parathyroïd glands and to calcium metabolism. *J. exp. Med.*, 1909, 9 nov.

9. Marfan. — La tétanie. *Journal des Praticiens*, 24 septembre 1927.

10. G. Mouriquand et Bertoye. — La spasmophilie. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 février 1926.

11. A. Netter. — Bons effets de l'administration du chlorure de calcium dans la tétanie. *Société de Biologie*, 9 mars 1907.

12. R. Pasquet. — Les injections intra-veineuses de chlorure de calcium dans la tétanie. *Thèse de Paris*, 1925.

13. P. Rohmer et P. Woringer. — Le pH sanguin dans la spasmophilie. *Société de Pédiatrie*, 15 juin 1926.

14. F. Rathery et Kourilsky. — Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans la tétanie. *Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 9 novembre 1923.

15. Saint-Girons. — Données récentes sur la tétanie infantile. *Concours Médical*, 23 février 1926.

16. P. Sainton. — La tétanie post-opératoire. *Rev Med. Franç.*, nov. 1926.

17. Turpin. — La tétanie infantile. *Thèse de Paris*, 1925.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

II. Les gestes nécessaires du débutant (1).

Mon cher ami,

« Le sort en est jeté ! m'écrivez-vous. J'ai renoncé à prendre une suite, et j'ouvre mon cabinet dans un mois à X... C'est une ville de 8.000 habitants, centre d'une zone où les bourgs, les hameaux, les villages environnants assez nombreux, forment un total de 3.000 âmes à ajouter au chiffre précédent, soit donc une population de 11.000 personnes dont le service médical est assuré, presque en totalité ,par les quatre médecins qui y exercent actuellement. Mais, parmi ceux-ci figure un vieux confrère, avoisinant 70 ans, dont l'activité s'est considérablement ralentie. Des relations de famille m'ont permis de me rendre compte que la venue d'un cinquième médecin serait favorabment acceptée par la population. Je me suis donc décidé, et je viens de signer le bail de la maison que j'habiterai. Voulez-vous me donner quelques conseils sur la façon dont je dois pénétrer dans la carrière. »

Je vous félicite tout d'abord sur votre esprit de décision. J'en augure excellemment pour votre avenir de praticien. Vous avez pris le temps de réfléchir. Vous avez pesé le pour et le contre des différentes situations qui s'offraient à vous. Puis, vous prenez votre parti, et vogue la galère !

Ce que vous attendez de moi, ce n'est pas, n'est-il pas vrai ? une apologie de la profession médicale. Je sais que, si vous l'avez embrassée, c'est que vous aviez la vocation, et que vous vous êtes fait une idée sasez exacte de la mission du médecin dans la société moderne. Vous en êtes encore à la période de l'enthousiasme, et c'est d'un cœur vaillant que vous allez affronter la clientèle. Mais, si nobles que soient vos conceptions du rôle que vous êtes appelé à jouer, vous voulez vivre de votre profession, dignement, mais aussi, confortablement, si possible. Et de cela je vous approuve. Et je vais m'efforcer de vous fournir des indications dont quelques-unes vous paraîtront peut-être d'un utilitarisme un peu terre à terre. Mais je le répète, vous voulez vivre...

Vous connaissez la formalité primordiale qu'il vous faut tout d'abord accomplir. Je vous la rappelle cependant, pour vous éviter une défaillance de mémoire, telle qu'elle est définie à l'article 9 de la loi sur l'exercice de la médecine :

« Les docteurs en médecine... sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont élu domicile. Et s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser comme il est dit ci-dessus le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté... »

N'attendez pas et, à la première occasion, procédez aux enregistrements et visa auxquels vous êtes tenu légalement. Profitez-en pour déposer votre carte chez le Préfet ou le Sous-Préfet, et chez le Président du tribunal civil. Vous aurez certainement des rapports avec les premiers, à l'occasion du service médical de l'Assistance médicale gratuite auquel vous participerez vraisemblablement ; vous pourrez en avoir avec le troisième, à propos des affaires médico-légales auxquelles vous serez peut-être appelé à prendre part comme expert. Il n'est pas mauvais qu'un acte de déférence de votre part n'ait pas fait de vous un inconnu de ces fonctionnaires.

Pour que les malades pensent à recourir à vous, il faut qu'ils sachent que vous êtes là ; il faut vous faire connaître. Faites donc paraître dans les journaux de X, à deux ou trois reprises, une annonce ainsi conçue. « Le Dr A. a l'honneur d'informer le public qu'il ouvrira son cabinet à X... rue .... n° ... le .... Il y donnera ses consultations tous les jours de .... h. à .... h. »

Ce mode de publicité est actuellement parfaitement admis. Et il n'y a aucune incorrection de votre part à y recourir. Dans les termes discrets et succincts dont votre annonce est rédigée, elle ne peut choquer personne. Il en serait

(1) Le jeune médecin, 1-12-27.

autrement si vous vous laissiez aller à l'amplifier d'offres de service où vous assureriez le public de votre empressement, de votre assiduité, de votre dévouement, ou d'indications de spécialités, tels : accouchements, maladies des enfants. Puisque vous êtes un médecin de médecine générale, un omnipraticien, je reprends à dessein l'expression de Legendre, l'obstétrique et la pédiatrie doivent vous être suffisamment connues pour que vous les pratiquiez proprement. Si réellement vous possédez une habileté particulière en ceci ou en cela, l'expérience le révélera à vos futurs clients. Tandis que vous voyez-vous, vous étant donné comme accoucheur ou comme pédiatre, « ramassant une bûche », permettez-moi cette expression, à votre premier accouchement, ou au premier nourrisson que vous soignerez ???

Dans la première semaine de votre installation, vous irez faire une visite à tous les médecins de X, sans exception. S'il en est parmi eux que vous ne rencontriez pas, n'hésitez pas à récidiver : c'est en montrant une correction professionnelle à toute épreuve que vous tempérerez le mouvement d'humeur que votre arrivée aura pu faire naître en eux. Ne vous préoccupez pas de la manière dont ils vous recevront. Si vous essuyez quelque rebuffade, c'est possible, n'en soyez pas autrement ému. Affirmez votre formelle intention de vivre en bonne intelligence avec vos confrères. Et mettez en action votre dessein en vous enquerrant de leurs tarifs d'honoraires, de manière à les pratiquer comme eux, sans chercher à travailler au rabais.

Visitez pareillement tous les pharmaciens, et même les sages-femmes s'il en existe ; vous êtes appelé à vous rencontrer avec elles au chevet des parturientes ; il importe que vous les connaissiez, comme elles vous connaîtront.

Ce sont là les visites professionnelles, celles qui s'imposent dès le début de votre exercice, et qui doivent être faites sans aucun retard. Plus à loisir, vous irez voir également le maire, le juge de paix, le curé, et telles autres personnalités marquantes qu'il siéra que vous entouriez de cette marque de déférence. Mais, dans ces visites profanes, si j'ose dire, demeurez sur une sage réserve. Prenez garde que vos confrères ont leurs partisans et leurs détracteurs, que celui-ci cherchera à vous décourager s'il pense que votre présence peut être préjudiciable à son ami le Dr un tel ; que celui-là, au contraire, vous fera un accueil très chaleureux s'il espère que vous pourrez gêner son ennemi le Dr un tel... Ecoutez, observez, faites votre profit de ce que vous verrez et entendrez, mais livrez le moins possible de vous-même, dans ces démarches qui sont de pure courtoisie.

Si vos visites ne vous sont pas toutes rendues, ne vous en formalisez pas. C'est par la correction ultérieure de votre tenue et de votre conduite que vous vous affirmerez et que vous imposerez le respect.

Parmi les confrères auprès desquels vous allez exercer désormais, se trouveront sans doute le Président ou le Secrétaire du syndicat médical local. C'est d'eux que vous obtiendrez surtout tous les renseignements d'ordre pratique qu'il vous importe de connaître. Manifestez-leur votre désir de faire partie de leur groupement professionnel. S'ils vous imposent un stage de quelques mois, soumettez-vous-y de bonne grâce ; nouveau venu, inconnu, il faut bien donner le temps que l'on vous apprécie.

Peut-être rencontrerez-vous un, ou des dissidents, qui tenteront de vous détourner du syndicat. Peut-être vous diront-ils que le syndicat est, entre les mains de celui-ci et de celui-là, un moyen pour eux d'accaparer et de monopoliser à leur profit certains postes, certaines situations... Et le pire, c'est que peut-être cela sera exact... Ne vous arrêtez pas à cet aspect peu encourageant du syndicalisme. Entrez au syndicat, entrez-y surtout si les choses sont bien ainsi qu'on vous les a dépeintes. Regardez, écoutez, observez, réfléchissez. Et vous avez de grandes chances pour qu'un jour vienne où vous vous serez fait une place qui vous permettra de montrer aux anciens l'égoïsme de leurs accaparements, et d'obtenir d'eux, patiemment, doucement, qu'ils y renoncent.

Dites-vous bien que vous serez, à X., cinq médecins en face de 11.000 profanes, dont la grande majorité ne demandera qu'une chose, c'est que vous vous entre-déchiriez, dans l'espoir de profiter de vos dissensions. A cette heure, il n'y a plus place pour l'isolé. De plus en plus les collectivités l'emportent sur l'individu, Les médecins doivent se grouper pour être forts, et résister aux assauts qui seront livrés à leur indépendance, à leur budget.

Entrez au syndicat, j'y insiste, comme j'y suis entré moi-même il y a plus de trente ans, avec une telle volonté de le faire que, n'ayant pas trouvé de groupement professionnel dans l'arrondissement que j'habitais, je me suis fait inscrire au groupement de l'arrondissement voisin.

Entrez aussi à l'Association Générale des médecins de France. C'est une société de Secours mutuels dont il faut faire partie, parce que, la plus vieille sans doute de nos associations médicales, elle incarne les principes de solidarité et d'assistance auxquels nous ne saurions demeurer indifférents ; parce qu'elle est secourable aux vieux médecins, il y en a plus que vous ne le pensez, qui terminent leurs jours dans la gêne ; parce que, enfin, il est honorable d'en faire partie, et que c'est une référence de tout premier ordre.

Tels sont, mon cher ami, les premiers gestes que vous aurez à accomplir dans quelques semaines, lorsque vous aurez franchi ce pas redoutable, et cependant souhaité, qui, de l'étudiant que vous êtes encore aujourd'hui, fera le praticien de demain.

Gestes actifs, en attendant passivement le premier client. C'est là que je vous guette... Mais je suis tranquille sur votre compte ; je suis sûr que vous ne commettrez pas d'impair. D'ailleurs, si vous continuez à me tenir au courant de votre vie, et de ses incidents, peut-être me sera-t-il possible de vous faire bénéficier de mon expérience ; elle vous est tout acquise.

G. DUCHESNE.

ASSURANCES SOCIALES ET MÉDECINS D'HOPITAUX ET DE CLINIQUES PRIVÉES

Au Dr Paul Boudin.

Je n'ai nullement la prétention d'entamer une controverse juridique avec vous, mon ignorance touchant les choses de droit étant complète.

Cependant, vous voudrez bien me permettre d'élever quelque doute sur votre interprétation de l'amendement Dron (art. 4, par. 2 du texte voté par le Sénat sur les Assurances sociales).

Autrement dit, je ne pense pas que cet amendement entraîne la suppression de l'honoraire médical, pour les soins donnés aux malades hospitalisés, et nous enferme, une fois de plus, et cette fois, pour la moitié de la population française, dans le cadre maudit du « tout compris ».

Tout d'abord, l'art. 4 par. 4, contient une phrase significative, qui me donne l'impression d'un principe proclamé au frontispice même de cette loi :

« Les prestations en nature (soins médicaux, je suppose), soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier et technique seront évaluées suivant des tarifs intervenus entre les syndicats médicaux et les caisses, compte tenu..... »

Voilà un premier postulat. Même dans un milieu hospitalier, les soins seront rémunérés suivant les tarifs édictés dans les contrats syndicats-caisses. C'est donc d'honoraires médicaux qu'il s'agit. Sinon, que viendraient faire les syndicats ?

Ce principe, de portée générale, ne me semble pas restreint dans ses applications par l'art. 6, par. 2.

En effet, en lisant le compte rendu des débats, on voit que le Dr Dron, prévoyant le cas où l'assuré choisirait des cliniques à prix élevé, a voulu protéger les caisses contre des charges d'hospitalisation excessives, et tout en admettant le principe du libre choix (« libre choix du médecin, libre choix de l'établissement »), a entendu limiter leur responsabilité, au taux de l'A.M.G. ou des A.T

La pensée de l'auteur de cet amendement me semble claire et ressort de l'ensemble de la discussion.

Mais, nulle part, ni dans les développements antérieurs à ce vote, ni dans le texte lui-même, on ne voit l'intention de créer une exception au droit aux honoraires, formulé d'une façon générale et précise, même pour les soins donnés dans un milieu hospitalier.

Autre considération. Dans l'art. 4 de la loi du 6 juillet 1920, sur les A.T., pour faire tomber tout droit aux *honoraires* pour les blessés *hospitalisés* le législateur a dû insérer une formule précise, le fameux «tout compris »; et encore, y a-t-il eu controverse, jusqu'au moment où l'arrêt de cassation du 6 décembre 1923 en a tiré une interprétation générale et applicable même aux établissements privés. Il s'agissait en l'espèce du cas Rebillard et l'arrêt de la Cour suprême intervint après l'arrêt de la Cour d'Amiens. Vous nous l'avez rappelé bien des fois dans les colonnes du *Concours*.

Ici, au contraire, le Sénat ne retient pas cette formule « tout compris ». Il limite les frais d'hospitalisation, mais ne dit rien qui puisse restreindre la portée de l'art. 4, absolument général, à mon humble avis.

Ce n'est pas d'ailleurs que cet amendement ne soit déjà assez grave, en nous imposant, à nous, propriétaires de cliniques, le taux absolument insuffisants de l'A.M.G. ou des A.T.

Je ne me dissimule pas les dangers de ces textes, dont vous avez si bien mis en lumière les obscurités et les contradictions. Vous avez parfaitement insisté sur cette grave éventualité de voir les hôpitaux publics tendre à fonctionnariser leur corps médical. Aussi, je partage absolument votre avis sur l'urgente nécessité pour toutes nos organisations à faire front contre la catastrophe qui nous menace.

Ainsi, une fois de plus, vous avez servi la cause médicale.

Vous voudrez bien m'excuser, mon cher confrère, sur la liberté très grande que je prends de venir discuter avec vous sur un terrain juridique, qui vous est si familier, et vous prie d'agréer l'assurance de ma meilleure et sympathique considération.

Dr C. JUGE.

Réponse

Votre argumentation est séduisante et je ne demanderais qu'à m'y ranger. Malheureusement à la lecture minutieuse des textes, je crois devoir conserver mon interprétation.

On ne peut déduire des termes de l'article 4, § 4, de la loi sur les Assurances sociales, que les médecins d'hôpitaux, ou de clinique, auront le droit de toucher des honoraires, en sus du prix

de journée d'hospitalisation, déterminé par l'article 6, § 2.

En effet, les syndicats médicaux seront appelés à fixer, par convention avec les caisses locales d'assurances sociales, les tarifs des honoraires, pour soins donnés à domicile ou au cabinet.

Mais ces groupes professionnels n'auront pas qualité pour s'immiscer, en quoi que ce soit, dans la gestion des hôpitaux.

En effet, ces établissements publics tiennent, de la loi du 7 août 1851, le droit de régler leurs différents services, sauf approbation préfectorale.

De plus, en ce qui concerne les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), le prix de journée est déterminé par des textes législatifs et réglementaires.

Or, ce prix de journée ne comporte que les frais de séjour dans l'établissement, plus une indemnité forfaitaire et annuelle, allouée à chaque médecin ou chirurgien.

Il en résulte que le corps médical hospitalier pourra demander, à la commission administrative de chaque hôpital, qu'il lui soit alloué une augmentation de cette indemnité, à cause de l'hospitalisation des assurés sociaux ; mais il ne pourra pas se faire payer le prix de chaque intervention, ou acte médical.

D'ailleurs, les hôpitaux auront le droit (et certains s'en préoccupent déjà) de créer un service médical hospitalier fixe, c'est-à-dire que, dûment appointés, médecins et chirurgiens n'auront, comme clientèle, que celle de l'hôpital, où ils traiteront riches comme payants.

Ce seront de véritables fonctionnaires d'établissements publics, liés à l'hôpital par un contrat innommé, ressemblant beaucoup au contrat de louage de services, pour donner leurs soins uniquement à la clientèle moderne des hôpitaux, indigents, blessés du travail, payants, assurés sociaux.

La situation est identique avec celle des accidents du travail, car le mot « tout compris » n'interdit pas des tractations particulières entre chef d'entreprise et médecin, antérieurement à l'admission du blessé du travail à l'hôpital, pour que le chirurgien puisse toucher le prix de son intervention, en admettant que la commission administrative de l'hôpital le tolère.

Les syndicats médicaux ne pourront pas stipuler pour autrui, en fixant les modalités de paiement des honoraires médicaux pour soins donnés dans les hôpitaux : sur ce point, les commissions administratives hospitalières restent maîtresses chez elles.

Je ne vois, pour ma part, qu'un seul moyen, pour que médecins d'hôpitaux et de cliniques privées puissent toucher les honoraires, pour soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés, c'est d'obtenir de la Chambre que l'amendement du Dr Dron, devenu le 2e paragraphe de l'article 6, soit remplacé par le texte proposé par M. Gros, dans son rapport à la Chambre, pour les modifications à apporter à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, en l'adaptant comme suit aux assurances sociales :

« En cas d'hospitalisation, les caisses seront tenues des frais de séjour aux taux et conditions normaux et courants des établissements hospitaliers publics, ou privés, de la localité où l'assuré est reçu et soigné.

« La caisse est également tenue des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, conformément aux dispositions prévues au 4e paragraphe de l'article 4 de la présente loi. »

A nos groupes professionnels de faire diligence, pour obtenir pareille modification de la Chambre des Députés.

Dr Paul BOUDIN.

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

APERÇUS SUR LA LOI D'ASSURANCES SOCIALES

Nous ne voulons connaître que « l'entente directe » synthétise la Fédération... Nous ne voulons admettre et défendre que la « liberté contractuelle », proteste l'Union. Cette dernière formule présente un air de libéralisme plus trompeur que prometteur, et je me rallie sans hésiter à la première dont la généralisation faciliterait singulièrement l'entente des parties intéressées et simplifierait la codification et la mise en pratique de la loi d'assurance-maladie..., ainsi que son extension aux autres risques : vieillesse, chômage..., surtout si à l'entente directe entre médecins et assurés, on donnait pour corollaire l'indemnité forfaitaire quotidienne aux assurés.

Je n'entends pas dire que l'entente directe et l'indemnité forfaitaire ne peuvent exister l'une sans l'autre, mais que l'application de l'une faciliterait l'application de l'autre. L'une et l'autre formule d'ailleurs complèteraient une même proposition-base, tendant à respecter aussi largement que possible l'indépendance, la liberté des assurés et des médecins.

Mais cette indemnité forfaitaire quotidienne, nous assure-t-on, n'est pas possible parce que l'assurance-maladie doit permettre au malade de subsister, de faire vivre sa famille, le défrayer des frais de maladie et que l'indemnité forfaitaire n'y pourrait suffire. Chevauchant superbement cette idée que le risque entier doit être couvert, on estime que, pour être couvert, il faut qu'il soit évalué — pour être évalué, il faut la note du médecin. Or, celle-ci ne peut être établie sans tarification préalable ni acceptée sans contrôle — on en conclut que l'entente directe est condamnée *ipso facto*.

Ces deux hypothèses que « le risque entier doit être couvert » et que « le forfait, injuste et insuffisant par essence, ne saurait être envisagé » sont des plus discutables et sans doute des plus erronées.

Chacun conçoit qu'il faille soutenir l'individu dans sa lutte pour l'existence, le soulager dans l'infortune, l'aider à remonter le courant et lui éviter de se laisser engloutir dans l'océan des amertumes. Mais il ne faut toutefois pas anémier son énergie sous prétexte de la seconder, ni étouffer sa volonté d'indépendance, anéantir sa liberté, affaiblir sa personnalité en prétendant lui éviter à tout jamais la honte de tendre la main. Pure utopie : l'idée qui prétend égaliser les chances de tous. Rêveries communistes : les combinaisons qui tendent à supprimer tous les aléas de la maladie ou de l'accident, du chômage ou de la vieillesse.

A notre sens, il conviendrait moins de tendre à couvrir le risque entier qu'à bâtir une loi qui garantisse partiellement *tous* les membres de la société contre le risque toujours latent pour chacun d'eux, une loi apte à jouer pour tous les déhérités plus ou moins tardifs du sort, une loi qui, devant couvrir tout le monde, devrait aussi faire appel à tous et se suffire ainsi constamment à elle-même dans son propre cadre. Mais il s'agit là de l'essence même de la loi, alors que nous ne voulions envisager que certaines modalités de son application et en particulier le forfait.

Le forfait, comme la langue, peut être la meilleure ou la pire des choses : qu'en pratique, il ne soit jamais parfait, c'est évident puisqu'il ne tend qu'à une approximation, mais il n'est pas moins incontestable qu'il permet parfois d'éviter l'erreur du *Summum jus, summa injuria*. Quels seraient donc les avantages et quels.... les méfaits de l'indemnité forfaitaire quotidienne aux bénéficiaires de la loi d'assurances sociales ?

Les méfaits : je n'en vois guère qu'un essentiel, indéniable : celui de ne pouvoir couvrir tout le risque... mais il sera d'autant moins accusé que la loi fonctionnera sur des bases plus solides avec le moins d'imprévus, le moins d'à-coups.

Les avantages : multiples, fondamentaux tant au point de vue matériel qu'au point de vue moral : d'abord, celui de faire bénéficier la loi actuelle des données fournies par un certain nombre de sociétés mutuelles ouvrières et par les diverses Compagnies d'assurances qui n'ont pas attendu sa mise en discussion pour couvrir le risque maladie-invalidité..., même au sein de notre profession et qui, toutes , utilisent l'indemnité forfaitaire et n'en sont pas moins prospères pour cela. Ces multiples précédents, pour n'être pas étatiques ne laissent pas d'être instructifs. Si l'indemnité forfaitaire y a toujours sévi, c'est qu'elle a permis à l'assuré comme à l'assureur de tabler sur des précisions. Avec elle, on ne se lance pas dans l'inconnu comme avec le mode des indemnisations totales, apparemment plus consolatrices... mais de réalisation des plus douteuses parce que, toujours variables à l'infini, toujours aussi elles défieront les calculs les plus clairvoyants.

L'indemnité forfaitaire quotidienne tantôt inférieure, tantôt supérieure au risque... donnerait à l'assuré la certitude d'une aide matérielle souvent suffisante, toujours satisfaisante et que des indemnités exceptionnelles pourraient d'ailleurs compléter dans certains cas particuliers qu'il serait assez facile d'envisager dans le texte de la loi.

L'indemnité forfaitaire quotidienne pourrait toujours être obtenue sans enquête troublante, sans grande difficultés administrative, sans bouleversement d'habitudes tellement ancrées dans les mœurs et le tempérament français qu'elles peuvent être considérées comme innées en nous et que la loi pourrait bien s'y heurter vainement.

Autre avantage d'ordre plus général, l'indemnité forfaitaire quotidienne ne devant parfois couvrir le risque que partiellement, le bénéficiaire resterait vigilant dans sa prévoyance défensive contre les incertitudes du lendemain ; ainsi, serait préservé l'esprit d'économie, l'une des qualités primordiales de notre race, qui suppose un puissant degré d'amour-propre et d'émulation constituant l'un des ressorts principaux de notre activité personnelle et l'un des fondements les plus sûrs de notre richesse nationale.

Au reste, notre rôle à nous, médecins, semble beaucoup plus clair que ne le font apparaître toutes les discussions byzantines de confrères souvent plus férus d'idéologie ou d'amour-propre d'auteur que de sens pratique. Il doit se résumer à dire à nos gouvernants : La loi assurances dont

vous voulez nous gratifier touche de trop près tous nos intérêts pour que vous restiez indifférents à notre opinion. Nous la jugeons excellente en principe, mais nous estimons que vos conceptions d'application sont irréalisables. En tout état de cause, n'attendez notre aide que dans la mesure où cette application ne changera en rien nos rapports habituels avec les malades, en ce qu'elle respectera tant le libre choix absolu du praticien que l'inviolabilité du secret professionnel, du moins en tant que l'affection de l'assuré ne pourra être considérée comme foncièrement nuisible à l'intérêt général.

Pour ma part, j'ajouterais volontiers : L'indemnisation forfaitaire quotidienne de l'assuré apparaît comme le plus sûr moyen d'effectuer la mise en pratique de la loi en permettant de concilier au mieux tous les points de vue et tous les intérêts.

Dr J. A.

VARIÉTÉS

L'ÉTAT CONDAMNÉ !

Le Problème de la T. S. F.

Un jugement du Tribunal correctionnel de Marseille.

Nous donnons ci-après un jugement du tribunal correctionnel de Marseille montrant qu'il y a encore des juges là-bas comme à Berlin, sinon à Paris, du temps de Frédéric-le-Grand et du Meunier de Sans-Souci !

L'*Etat providence*, dont nous venons de parler longuement, dans le *Journal des praticiens* (29 octobre et 19 novembre 1927) sans préjudice de notre étude du *Concours* du 20 novembre sur « la Caisse des lettres des arts et des sciences », est « Providence » à la manière du loup du « Petit Chaperon Rouge », il nous aime, nous médecins, pour nous mieux faire travailler et nous dépouiller. Nous nous laissons faire. Mais tout le monde ne nous ressemble pas et ne se laisse pas faire, témoin la *Société des Auteurs et Compositeurs dramatiques* qui a provoqué le jugement ci-joint.

La maison de retraite des comédiens a été inaugurée par le président de la République ; nous n'en pouvons dire autant de la Maison du médecin, ni d'aucune de nos œuvres.

Pourquoi ?

O Invidia medicorum pessima.

Ceux de nous qui font partie de la S.O.C. (Société des Orateurs et Conférenciers) fondée par Timmory, C.M. Savarit, maints hommes de lettres, savent maintenant que leur parole, par T.S.F. du moins a de la valeur.... à Marseille. Quant à Paris, seul, le poste d'émission Radio-Paris rétribue...

Ceux qui s'unissent réussissent toujours. Nous avons tenu à en donner la preuve, un peu longue, mais importante. Notre ami et juriste P. Boudin y trouvera sans doute des assimilations applicables à la corporation médicale ; voire, de nos lecteurs y prendront-ils l'idée de l'union que nous commandent tant de lois sociales menaçantes.

Dr Foveau de Courmelles.

Le 30 juillet 1927, la 7e chambre correctionnelle du Tribunal civil de Marseille, présidée par M. Saint-Colombe, a rendu le jugement suivant dans un différend opposant la Société des Auteurs, représentée par Me Roux-Martin, au directeur des P.T.T., représentée par Me Baret :

Société des auteurs et compositeurs dramatiques
contre
Lherbier, directeur régional des P.T.T. de Marseille.

Attendu que, par exploit en date du 16 mai 1926, la Société des Auteurs et Compositeurs dramatiques, régulièrement représentée, a cité devant le Tribunal correctionnel de Marseille, pour infractions aux articles 422 et 429 du C. P., M. Lherbier, directeur régional des P.T.T. de Marseille, à qui il est fait grief d'avoir autorisé l'émission par la station radiotéléphonique des P.T.T. de Marseille d'un très grand nombre de pièces musicales, comiques ou dramatiques, sans l'autorisation des Auteurs ;

Attendu que ladite Société demande la condamnation de M. Lherbier au paiement d'une somme de 10.000 francs à titre de dommages-intérêts, et sous réserves des droits de M. le procureur de la République, dans l'intérêt de la répression et de l'ordre public ;

Attendu qu'il résulte des débats auxquels il a été procédé à des audiences précédentes, qu'un poste d'émissions radiophoniques est installé à Marseille, au bureau central d'administration, et qu'une salle a été mise à la disposition de diverses sociétés ou associations, pour y donner des concerts ou des représentations littéraires ou artistiques ; que d'autre part, ces associations, unions ou syndicats ont, dans de nombreux concerts ou spectacles, diffusé des œuvres d'auteurs ou de compositeurs, non tombées dans le domaine public, sans avoir sollicité l'autorisation des auteurs intéressés ;

Attendu que la Société des Auteurs et Compositeurs dramatiques, émue de cette exploitation, très

nettement préjudiciable, des œuvres de ses membres a, à maintes reprises, appelé l'attention de M. Lherbier sur ces pratiques anormales, l'invitant à y mettre un terme ou à prendre en considération, si elles continuaient, les droits à acquitter ; que M. Lherbier ayant systématiquement négligé d'examiner ces doléances, cependant pleinement justifiées, un acte extra-judiciaire lui fut signifié le 4 mars 1926, à la requête de la Société des Auteurs, par Blanchard, huissier, lui faisant défense de laisser présenter aucune des pièces constituant l'œuvre de ses membres et faisant partie de son répertoire, sous peine d'encourir la répression qui pourrait s'attacher à la violation de ses droits.

Attendu que Lherbier, tout en reconnaissant la matérialité des faits ci-dessus exposés, entend échapper tant aux réparations civiles qu'à toute répression pénale ; motif pris de ce qu'il ne rentre pas dans le cadre des personnes responsables, aux termes de l'article 428 du Code pénal, et que sa qualité de fonctionnaire subordonné d'un chef hiérarchique, dont il exécute fidèlement des instructions sans les discuter l'exonère de toute espèce de responsabilité.

Qu'il convient, en conséquence, d'examiner le mérite de chacune de ces prétentions.

Sur le premier moyen de défense tiré de l'article 428 du Code Pénal :

Attendu que les termes de l'artilce 428 du Code pénal sont énonciatifs et non limitatifs, tant en ce qui concerne la qualité des personnes désignées sous le titre de directeurs ou entrepreneurs de spectacles qu'en ce qui a trait aux modes de reproductions des œuvres représentées ;

Qu'en effet, la loi entend protéger l'œuvre elle-même par les moyens les plus efficaces contre tous les procédés de reproduction, non seulement ceux qui étaient mis en pratique au moment de l'élaboration de son texte, mais aussi ceux que les découvertes artistiques ou industrielles multiplient de jour en jour ; qu'ainsi l'administration des P.T.T. n'est pas plus fondée à s'emparer de la pensée pour la radiophoner qu'elle ne serait fondée pour l'imprimer, la représenter au théâtre ou la cinématographier ; que la radiophonie est un moyen d'expression littéraire ou artistique et qu'elle enfreint les lois qui protègent la propriété intellectuelle, quand elle transmet des œuvres sans en rémunérer les auteurs, l'article 428 ayant pour but d'assortir d'une sanction pénale les dispositions de l'article 3 de la loi du 19 janvier 1791, qui se propose essentiellement de protéger la propriété de tous les ouvrages de l'esprit, qui peuvent être produits devant le public, sous une forme quelconque ; que la seule préoccupation pour le Tribunal doit être de rechercher si ce mode de reproduction par radiophonie est caractérisé par la publicité, élément essentiel à la perpétration du délit de représentation illicite ;

Attendu que l'audition radiophonique constitue bien un public, la publicité pouvant se déduire aussi bien des insertions dans les journaux annonçant la représentation que des conditions dans lesquelles se pratique la diffusion, la faculté de souscrire n'étant pas limitée à une catégorie restreinte de personnes et pouvant s'étendre à nombre d'auditeurs inconnus des organisateurs des concerts ;

Attendu, d'autre part, qu'il est proclamé par une jurisprudence constante que les mots directeurs et entrepreneurs de spectacles dont se sert la loi ne doivent pas être limités aux industriels qui font de l'exploitation d'une entreprise théâtrale leur profession spéciale, mais qu'ils s'appliquent également à tous ceux qui, accidentellement ou d'une manière plus ou moins permanente, entreprennent de faire jouir le public de la vue ou de l'audition .

Qu'il convient en effet, d'entendre selon leur esprit et non selon leur sens littéral les termes de l'article 428 du Code pénal ; que s'il en était autrement, la violation de l'article 428 serait possible en nombre de cas où n'existerait pas en nom un directeur de théâtre, ou un entrepreneur de spectacles proprement dit, et où, néanmoins, le public pourrait entendre des œuvres ou assister à des représentations; que le texte, en employant ses expressions, a entendu viser les hypothèses habituelles (ce qui se produira le plus souvent,) sans toutefois exclure celles où se rencontreraient toutes les conditions de la loi, la dénomination du coupable exceptée ;

Attendu qu'il est démontré que M. Lherbier a mis à la disposition de certaines sociétés une salle particulière spécialement aménagée dans les locaux de son administration, en vue de la réception et de l'émission des ondes dont il a incontestablement la direction administrative et la surveillance technique ; qu'il a ainsi permis à ces sociétés qui ne pouvaient avoir d'existence qu'avec son autorisation et son concours effectif, de faire assister tous leurs membres, les familles de ceux-ci et leurs amis, aux concerts et aux représentations organisés dans cette salle sans aucun souci de paiement des droits d'auteurs ; qu'il a ainsi manifestement commis le délit de l'article 428 du Code pénal, tout comme si l'Hôtel central des Postes et Télégraphes, possédant une imprimerie à l'intérieur de ses locaux, il eût fait imprimer et reproduire une œuvre littéraire ou musicale.

Attendu que, pour dégager sa responsabilité, M. Lherbier a prétendu être demeuré constamment étranger à l'organisation des concerts qui étaient l'œuvre exclusive de deux associations : « Les Amis de la radiodiffusion de Provence » et « l'Association populaire radiophonique de Marseille » ;

Attendu tout d'abord que ces prétentions ne paraissent pas l'expression exacte de la réalité des faits ; qu'il suffit en effet de parcourir les programmes des divers concerts insérés dans les journaux marseillais pour y trouver la preuve que de nombreuses représentations étaient données en dehors du contrôle des deux associations précitées et notamment par : *a*) l'orchestre de la Nation ; *b*) l'Union radiophonique de Paris ; *c*) le Syndicat des Radioélectriciens de

Marseille ; *d*) le Syndicat des Radioélectriciens du Sud-Est ; et que certaines diffusions n'ont jamais subi la censure de ces deux mêmes associations, telle la Radiodiffusion du Brabant marseillais à l'occasion de la Fête de la Société des Patrons coiffeurs de Marseille ;

Mais attendu, en outre, que s'il était démontré que les programmes n'étaient point arrêtés par M. Lherbier, mais par les associations déjà sus-mentionnées, cette considération serait encore inopérante parce qu'il est censé, dès lors qu'il ne les empêche pas, accepter ces programmes, tout comme un patron de café s'il laisse des clients représenter dans son établissement, où toute personne peut pénétrer, les œuvres non encore tombées dans le domaine public, encourt les pénalités de l'article 428 du Code pénal parce qu'il n'a pas empêché, étant maître chez lui, ce à quoi il pouvait s'opposer ;

Attendu enfin que le Tribunal ne saurait davantage s'arrêter aux considérations émises par M. Lherbier de la gratuité du spectacle ; qu'en effet, la représentation non autorisée constitue un délit, même lorsqu'elle est gratuite ou qu'elle a un but de bienfaisance ; qu'il importe peu, en effet, qu'on fasse usage d'une œuvre du domaine privé dans un but désintéressé, même charitable ; que la seule disposition de cette œuvre, lorsqu'elle n'est pas autorisée par l'auteur, est une atteinte incontestable à ses droits, le but poursuivi n'excusant pas un acte coupable et la morale aussi bien que le droit interdisant de se saisir du bien d'autrui, même dans une intention généreuse.

Sur le deuxième moyen de défense tiré de la qualité de fonctionnaire de M. Lherbier :

Attendu que M. Lherbier prétend avoir été dégagé de toute responsabilité par les instructions de son chef hiérarchique, à qui il avait communiqué la mise en demeure du 4 mars 1926 ;

Attendu en principe que l'ordre donné par un supérieur ne supprime pas la liberté morale, le libre arbitre, au subordonné qui demeure responsable et qui doit refuser d'obéir lorsqu'on lui demande d'accomplir un délit ; qu'en aucun cas un délit ne peut rester impuni, et que la vindicte publique doit toujours être satisfaite, et qu'aucun prévenu ne saurait échapper aux conséquences pénales des faits directs et personnels, à moins qu'il n'ait été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Attendu que M. Lherbier ne saurait se retrancher derrière un cas de force majeure ou cette contrainte morale ; qu'en effet la défense qui lui a été adressée par son chef hiérarchique ne renferme pas pour lui un ordre ou une injonction, mais émet seulement un avis qui laissait intactes son appréciation personnelle, son initiative, et la résolution à prendre pour l'avenir ;

Que, néanmoins, M. Lherbier, invoquant sa bonne foi, prétend avoir agi sans intention coupable et dans la conviction qu'il ne commettait aucun délit ;

Attendu que si l'intention délictueuse est nécessaire dans toute infraction autre que les contraventions, il convient de remarquer que celle-ci existant dans le for intérieur ne peut être saisie par le juge que d'après des faits matériels qui la manifestent au dehors ;

Qu'à cet égard, on ne peut faire abstraction de la sommation adressée au prévenu et qui l'invitait, ou à cesser la pratique suivie, ou à ne la continuer qu'avec l'assentiment de la Société demanderesse ; qu'il lui était aussi loisible d'envisager l'éventualité d'un délit s'il passait outre à l'alternative offerte ; qu'il indique bien ne pas avoir cru commettre un délit, mais que si ces simples affirmations trouvaient asile dans une décision judiciaire, les juges devraient proclamer que l'ignorance de la loi ou son appréciation erronée fait disparaître la culpabilité, ouvrant ainsi la porte du prétoire à l'arbitraire le plus fâcheux;

Qu'ainsi donc M. Lherbier s'est rendu coupable du délit qui lui est reproché ; qu'il convient toutefois de reconnaître dans la plus large mesure l'existence de circonstances atténuantes, tirées de la nouveauté de situation de fait, du but élevé que poursuivait M. Lherbier et enfin de son honorabilité unanimement reconnue.

En ce qui concerne les dommages-intérets réclamés par la Société des Auteurs et compositeurs dramatiques ;

Attendu qu'il convient de protéger de la façon la plus efficace les droits trop souvent méconnus des intellectuels, de sauvegarder le respect des droits de la pensée et des œuvres laborieusement jaillies du cerveau, du cœur ou de l'imagination des littérateurs ou des artistes qui sont la plus belle parure de la France, et dont la grande misère est constamment exploitée au profit des prétendues œuvres généreuses, dont la seule raison d'être n'est le plus souvent qu'une vulgaire exploitation commerciale ou une entreprise industrielle ;

Qu'il est incontestable que les nombreuses émissions données par les P.T.T. de Marseille sans l'autorisation des auteurs ont occasionné à ceux-ci un réel préjudice ; qu'ils ont, en effet, été injustement privés des sommes qu'ils auraient dû percevoir à l'occasion des représentations organisées ; que d'autre part ces émissions ont certainement empêché un grand nombre d'auditeurs d'aller entendre dans des salles de spectacles ou d'acheter chez les libraires des œuvres que l'audition téléphonique leur a permis de connaître sans bourse délier ;

Qu'il est sans doute difficile d'évaluer avec précision l'étendue de ce dommage en raison de l'insuffisance des renseignements fournis par la Société demanderesse, et que le Tribunal ne peut que statuer d'après les règles de l'équité sans émettre la prétention de réparer exactement le préjudice subi,

Par ces motifs,

Condamne M. Lherbier à la peine de 5 francs d'amende ;

Alloue à la partie civile la somme de 3.000 francs

CE QU'EST EXACTEMENT LE BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL A GENÈVE

Extrait du Compte rendu de la 2e session du Conseil de l'A. P. I. M., par le Dr Fernand DECOURT.

Le Conseil de l'*Association professionnelle internationale des médecins* (A. P. I. M.) a tenu sa 2e session les 29, 30 septembre et 1er octobre derniers, A l'une des six séances dont se composa cette session, M. Maurette, le chef de l'une des trois grandes divisions du B. I. T., ayant bien voulu accepter l'invitation du secrétaire général vent lui-même fournir toutes explications utiles aux membres du Conseil délégués de leurs pays (où ils sont à peu près tous président ou secrétaire de leur groupement national de médecins praticiens).

C'est ainsi que M. Maurette fut amené à donner tous détails sur ce grand organisme qu'est le B. I. T. à Genève. Aussi, bien que des notes eussent été prises, en séance, le secrétaire général lui demanda s'il consentirait à envoyer, de Genève, le résumé de sa communication ce que fit très aimablement M. Maurette et ce qui permit de la publier *in extenso* dans le compte rendu des séances qui vient seulement d'être imprimé. C'est donc un *extrait intégral* de ce compte-rendu que nous donnons ci-dessous, en ce qui a rapport à la *communication de M. Maurette.*

Voici d'abord la LETTRE D'ENVOI :

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL
—
SI 18/1/0

A M. le Dr Fernand DECOURT, Secrétaire général de l'A.P.I.M.

Genève, le 5 octobre 1927,

Mon cher Docteur,

Comme je vous l'avais promis, je vous adresse ci-joint en double exemplaire, la reconstitution approximative de la communication que j'ai faite, samedi dernier, sur leur demande, aux membres du Conseil général de votre Association.

J'espère que ce texte pourra vous être utile et naturellement je ne vois aucun inconvénient, et je vois un certain nombre d'avantages, à ce que vous l'insériez, si bon vous semble, dans le compte rendu de votre Congrès.

Il me reste à vous remercier de l'accueil si bienveillant que vous m'avez ménagé auprès de vos collègues. Cet accueil est un témoignage nouveau de l'esprit dans lequel ils ont reçu l'idée d'une collaboration avec notre institution. Vous savez que le Directeur du Bureau international du Travail et moi-même, nous sommes tout disposés à resserrer, le plus étroitement qu'il sera possible, les liens qui, sous vos auspices, ont été noués depuis quelques mois.

Veuillez agréer, mon cher Docteur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Fernand MAURETTE.

Cette lettre, était accompagnée de l'importante communication suivante :

Communication de M. F. Maurette

Chef de la Division des Recherches du B.I.T., au Conseil général de l'A.P.I.M.

Le Traité de Versailles, dans le préambule de la partie XIII, déclare que la justice sociale est une condition de la paix entre les peuples, et que l'on ne pourra réaliser cette justice que par des conventions internationales, car, dans la lutte économique, un Etat qui ne consent point aux sacrifices nécessaires à la prospérité des travailleurs empêche les autres Etats d'accomplir ces mêmes sacrifices, même s'ils y inclinent, par crainte de se trouver distancés, par l'effet de leur générosité, sur le champ de la concurrence. Pour établir, autant que faire se peut, l'égalité des charges sociales, il faut travailler à égaliser, à harmoniser les lois et les régimes du travail au moyen de conventions ratifiées par tous ; cette harmonisation des lois et des régimes, c'est la tâche et la raison d'être de l'organisation internationale du travail, organisation autonome de la Société des Nations.

La conférence internationale du Travail.

La partie XIII du traité de paix crée donc l'institution qui doit travailler à promouvoir tous les pays du monde vers la justice sociale. Cette institution, c'est la Conférence internationale du travail. Elle est à l'organisation internationale du travail ce que l'Assemblée de la Société des Nations est à cette Société. Leur but est le même : faire régner la paix, ici la paix politique ; là, la paix sociale. Leur nature est identique ; ce sont des organes permanents qui doivent avoir au moins une session par année.

La composition de la Conférence.

Tandis que l'Assemblée de la Société des Nations ne comporte que des représentants des Gouvernements, à la Conférence internationale du travail, chaque Etat membre envoie quatre délégués, dont deux sont bien des représentants de son Gouvernement, mais dont les deux autres sont les représentants, l'un des employeurs, l'autre des travailleurs.

Conventions et recommandations.

Ainsi constituée, la Conférence fait effort pour réglementer telle ou telle condition du travail, en votant à son sujet soit des conventions, soit des recommandations.

Une *convention* est un acte qui, une fois qu'il est ratifié par un Gouvernement, doit avoir pour lui force de loi et lui fait un devoir d'y adapter ses lois.

Une *recommandation* est un texte qui ne lie strictement personne. Il énonce simplement un certain nombre de prescriptions que la Conférence, après délibération, a reconnues justes, et opportunes. Elle en recommande l'application aux Etats membres de l'organisation.

Les effets des conventions.

Depuis sa fondation jusqu'aux deux dernières années (car on ne peut juger présentement de l'effet des conventions très récentes), la Conférence du travail a voté 17 conventions. Quarante Etats membres de l'organisation (sur cinquante-six) sont plus ou moins intéressés par ces conventions et susceptibles de les ratifier. Si tous avaient ratifié toutes les conventions, les ratifications acquises devraient être au nombre de 680. Or, au 1er janvier 1927, on en avait enregistré 237. C'est déjà un résultat très appréciable.

Mais surtout, il faut estimer à leur juste et pleine valeur les conséquences heureuses pour la vie sociale qui sont dues à certaines conventions, même non ratifiées. Dans bien des Etats qui, par peur d'engager l'avenir, n'osent pas ratifier, la législation s'est conformée à l'esprit et même parfois à la lettre de la convention non ratifiée.

L'Organisation du Travail a donc réussi à promouvoir les législations nationales vers la réalisation de la justice sociale.

Le Bureau International du Travail.

Un secrétariat permanent. — La Conférence internationale du Travail se réunit chaque année. Elle est préparée par un organisme permanent : le Bureau international du Travail.

Le Bureau international du Travail est géré par un Conseil d'administration. Celui-ci se compose de vingt-quatre membres. Douze sont les délégués des gouvernements de douze Etats. Parmi eux, huit sont les délégués permanents des huit grands Etats industriels : Allemagne, Belgique, Canada, France, Grande Bretagne, Inde, Italie et Japon ; les quatre autres représentent des pays qui se renouvellent en principe tous les trois ans par roulement. Les douze autres membres du Conseil sont six représentants des organisations patronales et six représentants des organisations ouvrières. Ils sont désignés les uns et les autres non point par des organisations nationales, mais par l'ensemble des employeurs et l'ensemble des travailleurs de la Conférence, c'est-à-dire en somme par les organisations internationales les plus puissantes d'employeurs et de travailleurs.

Le Conseil se réunit en moyenne tous les trois mois : il est mis au courant du travail du Bureau, reçoit le rapport de son directeur, qui a été nommé par lui, arrête le budget, nomme les commissions appelées à collaborer avec lui, et enfin — et surtout — fixe, au début de chaque année, l'ordre du jour de la Conférence pour la session de l'année suivante.

Les deux fins et les trois fonctions du Bureau. — Le Bureau international du Travail est un organisme constitué pour deux fins, explicitement indiquées dans la partie XIII du Traité de paix. Tout d'abord étudier les questions propres à arrêter le choix du Conseil en vue de l'ordre du jour de la conférence, consulter les Gouvernements sur les solutions diverses auxquelles elles peuvent donner lieu, préparer, d'après le résultat de ces consultations, des projets de convention ou de recommandation que la Conférence discutera, mettra au point, arrêtera. En second lieu recueillir tous renseignements sur les conditions du travail dans les divers pays du monde, les comparer, les élaborer, les communiquer.

Organe permanent de la Conférence, destiné à préparer son travail, le Bureau doit se trouver en contact régulier avec les Gouvernements des Etats membres. Il doit les consulter sur les projets de conventions, s'intéresser au sort des conventions une fois votées, faire effort pour que les ratifications ne se fassent point trop attendre. En somme nous pouvons dire qu'il a une *fonction diplomatique*.

Chargé de préparer des conventions et des recommandations qui puissent donner satisfaction aux travailleurs, sans rencontrer mauvais accueil auprès des employeurs, chargé de renseigner les uns et les autres sur les conditions de travail dans les différents pays, on ne saurait concevoir qu'il ne se trouve en relations incessantes avec les organisations patronales et ouvrières, soit internationales, soit nationales, qu'il s'agit de consulter, de concilier et de renseigner. Il a donc une *fonction de relations*.

Enfin, il a une *fonction de recherches*, Il doit préparer l'ordre du jour de la Conférence, c'est-à-dire proposer à celle-ci des questions sur lesquelles l'accord puisse se faire pour l'établissement d'une convention internationale, susceptible de rencontrer tôt ou tard l'adhésion et la ratification des Etats. Or, c'est en étudiant et en confrontant les conditions légales du travail dans les différents pays, les tendances des législations, les désirs des intéressés, les possibilités économiques des industriels qu'il peut proposer à la Conférence des questions capables de solutions et des solutions admissibles. D'autre part, le traité de paix lui fait un devoir de recueillir et de transmettre des renseignements : là encore la recherche scientifique, l'élaboration de données comparables fait partie de ses attributions essentielles.

LA COMPÉTENCE DU BUREAU. — Les titres de ses publications, comme ceux des sections qui divisent son personnel indiquent la multiplicité des compétences du Bureau:

Statistique et législation du travail, étude des salaires, de la durée du travail, des congés ouvriers, du travail de nuit, du travail des femmes, du travail des enfants ; fonction professionnelle par l'orientation, l'apprentissage, l'enseignement technique ; utilisation des loisirs ouvriers par les bibliothèques, les sports, le cinématographe ; hygiène industrielle et prévention des accidents du travail ; placement et émigration ; assurances sociales ; toutes questions économiques intéressant le travailleur, y compris le rendement du travail à l'usine comme l'association coopérative ; tels sont quelques uns des numéros essentiels du programme du Bureau.

Chacun d'eux porte, d'ailleurs, sur toutes les catégories de travailleurs : travailleurs intellectuels comme travailleurs manuels, ouvriers d'usine comme ouvriers des champs, travailleurs indigénes, travailleurs de la mer.

ORGANISATION TECHNIQUE. — Le Bureau est divisé en trois divisions : la division diplomatique, la division des relations, la division des recherches. *C'est à cette dernière que l'A.P.I.M. peut avoir affaire* ; elle comprend en effet deux sections dont les travaux peuvent l'intéresser directement ou indirectement ; la section des travailleurs intellectuels et la section des assurances sociales.

COMMISSIONS ET COMITÉS. — Les commissions et comités internationaux ci-après ont été institués en vue d'assister le Bureau dans sa tâche :

La Commission paritaire maritime, instituée en 1920 (représentants des armateurs, des marins et du Conseil d'administration).

Le Comité de correspondance pour les assurances sociales institué en 1921 (experts).

La Commission consultative mixte agricole, instituée en 1922 (représentants du Conseil d'administration et du Comité permanent de l'Institut international d'agriculture, assistés d'experts.)

Le Comité de correspondance pour l'hygiène industrielle, institué en 1922 (experts). Un sous-comité est chargé d'étudier spécialement les problèmes de *sécurité industrielle* ; en outre, un certain nombre de spécialistes s'occupent des questions de fatigue industrielle.

La Commission permanente d'émigration, instituée en 1925 (bureau du Conseil d'administration et experts).

La Commission du travail indigène instituée en 1926 (experts.)

La Commission consultative des travailleurs intellectuels (créée en 1927) en voie de formation : *elle peut intéresser particulièrement l'A. P.I.M.*

En outre, la Conférence des statisticiens du travail s'est réunie trois fois, et les experts pour les questions intéressant les *mutilés de guerre* ont tenu deux réunions.

Fernand MAURETTE,
Chef de la Division
des Recherches du B. I. T.

Cette communication de M. Maurette, accueillie avec le plus vif intérêt par les membres du Conseil général, fut suivie d'un certain nombre de questions, posées par les conseillers et de demandes d'explications. Comme M. Maurette a intégré ses réponses dans son exposé écrit, pour en faire un tout plus complet, nous nous contenterons d'ajouter en terminant, que le président des séances fut l'interprète de tous ses collègues, en remerciant très chaleureusement M. Maurette d'avoir bien voulu se mettre ainsi à notre disposition et nous donner toutes ces explications, si intéressantes et qui nous seront si utiles dans l'avenir, avec autant de bonne grâce que de clarté et d'éloquence...

Certifié conforme au Compte rendu.

Dr Fernand DECOURT.
Secrétaire général de l'A. P. I. M.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social.

Par le Dr Henri ROURE,
Médecin du Dispensaire.

(Suite).

Adultes.

Le nombre d'adultes vus pour la première fois au Dispensaire, en 1926, a été de 902 dont 441 hommes et 461 femmes.

Ont été « sortis », comme « non tuberculeux », 531 dont 223 hommes et 308 femmes, soit une proportion de 59 % par rapport au nombre total d'adultes ; la proportion est de 50 % pour les hommes et 66 % pour les femmes.

En 1925, ces proportions étaient sensiblement les mêmes.

N'ont pu être diagnostiqués, pour diverses rai-

sons (non revus, changement de domicile, etc.), 77 sujets, soit une proportion de 8,6 % de « non diagnostiqués ».

En 1925, ce pourcentage était de 7,8 %.

Nota. — Dans cette catégorie sont compris les adultes « en observation », donc suivis, mais non encore diagnostiqués.

***

Ont été diagnostiqués tuberculeux « *toutes formes* » pulmonaires et autres : 294 adultes, dont 181 hommes et 113 femmes, soit un pourcentage de :

41 % pour les hommes ;
24 % pour les femmes ;
32 % pour les deux réunis ;

Soit : un tuberculeux sur trois consultants adultes.

En 1925, les proportions étaient les suivantes :

41 % pour les hommes ;
26 % pour les femmes ;
34 % pour les deux réunis ;

Soit un tuberculeux sur 3,5 consultants adultes.

Ces 294 « tuberculeux toutes formes » se répartissent ainsi :

Formes non pulmonaires (autres formes) : 10 dont 7 hommes et 3 femmes ;

Pulmonaires non bacillifères (négatifs) : 108, dont 66 hommes et 42 femmes ;

Bacillifères (positifs) : 176, dont 108 hommes et 68 femmes.

***

Les tuberculeux catalogués « autres formes » comprennent des sujets porteurs d'ostéites, arthrites, adénites, etc... Leur nombre est infime.

Les tuberculeux pulmonaires dits « négatifs » sont ceux dans les crachats desquels le bacille de Koch n'a pu être décelé, même après homogénéisation, mais chez lesquels, les signes cliniques ou radioscopiques, (les deux réunis la plupart du temps), révélaient l'existence d'une lésion pleuro-pulmonaire. Ils sont diagnostiqués, au Dispensaire : cortico-pleurites, pleurites ou adénopathies trachéo-bronchiques (celles-ci très rares chez les adultes).

Leur nombre est de 108, ce qui donne un pourcentage de :

12 % par rapport au total de consultants adultes ;

37 % par rapport à celui des tuberculeux « toutes formes » ;

Soit 1 « négatif » sur 8 consultants, et 2 « négatifs » sur 5 tuberculeux « toutes formes ».

En 1925, les pourcentages étaient les suivants :

12,7 % par rapport au total de consultants adultes ;

37 % par rapport à celui de tuberculeux « toutes formes » ;

Soit 1 « négatif » sur 8 consultants, et 3 négatifs sur 8 tuberculeux diagnostiqués « toutes formes ».

***

Adultes « positifs ».

Les adultes tuberculeux pulmonaires « positifs », ceux dans l'expectoration desquels a été trouvé le bacille de Koch, ont atteint le nombre de 176, dont 108 hommes et 68 femmes.

Parmi ces adultes, hommes ou femmes, figurent 8 Espagnols.

Leur proportion, par rapport au total des tuberculeux adultes « toutes formes », 294, est de 60 %, soit 1 « positif » sur 1,6 tuberculeux « toutes formes » ; ou encore, 2 « positifs » sur, environ, 3 tuberculeux « toutes formes ».

Par rapport au nombre total de consultants adultes (902), ce pourcentage est de 19,6 %, ce qui donne une proportion de 1 « positif » sur 5 consultants.

Pour les hommes, la proportion, par rapport aux consultants hommes (441), est de 25 % environ, bien supérieure à celle des femmes, par rapport aux consultants femmes, qui est de 15 % environ.

En 1925, ces proportions étaient les suivantes :

57 % par rapport au total des tuberculeux adultes, soit 2 « positifs » sur 3,5 tuberculeux diagnostiqués ;

20 % par rapport au total des consultants adultes, soit 1 « positif » sur 5 consultants ;

26,9 pour les hommes ;
13,8 % pour les femmes.

Nous avons vu que le pourcentage des « négatifs » était respectivement de 37 % (par rapport aux tuberculeux toutes formes), et 12 % (par rapport au total des consultants adultes). Ce qui signifie que : sur 100 consultants adultes, il y a 19,5 « positifs » et 12 « négatifs » : et, sur 100 tuberculeux « toutes formes », 60 « positifs », 37 « négatifs » et 3 tuberculeux « autres formes ».

En 1925, sur 100 consultants adultes, 12 étaient « positifs », 13 « négatifs », et, sur 100 tuberculeux « toutes formes », 57 étaient « positifs », 37 négatifs » et 6 tuberculeux « autres formes », soit 1 « positif » et 1 « négatif » sur 8 consultants adultes, et 4 « positifs » sur 7 tuberculeux « toutes formes ».

Ces résultats sont sensiblement concordants Ils concordent aussi avec ceux des exercices antérieurs.

Le pourcentage des « négatifs » reste faible parce que nous persistons à croire qu'il n'y a pas

lieu d'étiqueter « tuberculeux » des sujets qui, quoique accusant des troubles vagues, « subjectifs », de l'appareil respiratoire, ne présentent, « objectivement », après un examen consciencieux (clinique, radioscopique et bactérioscopique), aucun symptôme pouvant être imputé indubitablement à la tuberculose. Nous n'avons retenu que ceux présentant des signes objectifs et chez lesquels ces signes ne pouvaient être attribués à une *autre* affection.

***

Localisations pulmonaires chez les adultes.

Quelle est, parmi des 176 « positifs », la fréquence de la *localisation pulmonaire* : droite, gauche et bilatérale ?

Nous trouvons :

1° Localisations droites, ou prédominant à droite : 80 cas, dont 50 hommes et 30 femmes ;

Soit un pourcentage, par rapport aux autres localisations, de 45 % ; (45 % également en 1925) ;

Chez les hommes, la proportion des localisations droites, est de 45 %, presque la moitié ; (45 % en 1925) ;

Chez les femmes, cette proportion est de 37 % ; (37,7 en 1925) ;

2° Localisations gauches, ou prédominant à gauche : 62 cas, dont 33 hommes et 29 femmes ;

Soit un pourcentage de 35 %, (40 % en 1925) ;

Chez les hommes, la proportion des localisations gauches, est de 30 %, (36 % en 1925).

Chez les femmes elle est de 42 %, (46 % en 1925).

3° Localisations bilatérales, sans qu'il ait été possible de dire, au moment où les malades ont été vus au Dispensaire la première fois, si les lésions avaient débuté à droite ou à gauche : 34 cas, dont 25 hommes et 9 femmes ;

Soit un pourcentage de 19 %, (14 % en 1925) ;

Chez les hommes, la proportion des localisations bilatérales est de 23 %, (17,5 en 1925) ;

Chez les femmes, elle est de 13 %, (11 % en 1925).

De cet exposé, il ressort, comme précédemment d'ailleurs, que :

1° Les localisations droites ont été les plus nombreuses : 45 %, presque la moitié des cas ;

2° Elles ont été proportionnellement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes : 45 % contre 37 % ;

3° Les localisations gauches ont été proportionnellement plus fréquentes chez les femmes : 42 % contre 30 % ;

4° Les localisations bilatérales ont été peu nombreuses : 19 % ; ce pourcentage dépasse toutefois celui trouvé en 1925 : 14 % ; il reste cependant bien inférieur à celui de 35 % constaté pendant les exercices antérieurs à 1925. Ce qui permet de croire que les malades continuent à voir leur médecin dès le début de la maladie et n'attendent pas que les lésions aient pris une extension trop grande. La proportion des hommes est ici toujours supérieure à celles des femmes : 23 % contre 13 %.

***

Voici, condensés dans un tableau récapitulatif et comparatif, ces chiffres statistiques :

	Années 1925				1926			
Tuberculeux « toutes formes », adultes	295	soit	34	%	294	soit	32	%
» pulmonaires « négatifs »	108	»	12	%	108	»	12	%
» non pulmonaires, « autres tuberculoses »	18	»	2	%	10	»	1	%
» pulmonaires « positifs »	170	»	20	%	176	»	19,6	%
Localisation droites	77	»	45	%	80	»	45	%
» sgauches	68	»	40	%	62	»	35	%
» bilatérales	24	»	14	%	34	»	19	%
» droites, chez les hommes	48	»	45	%	50	»	45	%
» droites, chez les femmes	29	»	37,7	%	30	»	37	%
» gauches, chez les hommes	39	»	36	%	33	»	30	%
» gauches, chez les femmes	29	»	46	%	29	»	42	%
» bilatérales, chez les hommes	18	»	17,5	%	25	»	23	%
» bilatérales, chez les femmes	6	»	11	%	9	»	13	%

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Henri Ferré, de Pau. — M. le Dr Michel Brocard, de Langres (Haute-Marne). — M. le Dr Quenda, de Lanslebourg (Savoie).

— **Les Journées médicales bruxelloises de 1928.** — Le Conseil scientifique des Journées médicales de Bruxelles s'est réuni dans les locaux de *Bruxelles-Médical*. Y assistaient : MM. les professeurs Paul Vandervelde, président de la Faculté de médecine ; Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur ; Jean Verhoogen, Edgard Zunz et Auguste Slosse ; les docteurs Victor Cheval, Léopold Mayer et René Beckers.

M. le professeur Auguste Slosse, l'éminent physiologiste, directeur de l'Institut de Physiologie et membre de l'Académie Royale de Médecine, a accepté la présidence des Journées médicales de 1928 que lui avaient offerte unanimement ses collègues de la Faculté.

Les docteurs Mayer, vice-président, et Beckers, secrétaire général, ont exposé les raisons pour lesquelles la huitième session des Journées Médicales se tiendrait exceptionnellement en avril, du 21 au 25 de ce mois. Le comité a estimé, en effet, qu'il convenait de faire coïncider la visite à la ville et à l'Université de Gand avec les Floralies, brillante exposition dont la visite intéresserait vivement les congressistes.

Le conseil scientifique a indiqué plusieurs personnalités qu'il désirait voir invitées à la prochaine session. Le docteurs Beckers a fait connaître les résultats des démarches en cours et a pu annoncer les conférences de MM. le professeur Gley, l'illustre physiologiste, président de l'Académie de Médecine de Paris ; le professeur Bardier, de Toulouse, qui, le premier, créa des Journées médicales en France ; le professeur Pautrier, de Strasbourg ; le professeur Donati, de Turin ; le professeur agrégé Noël Fiessinger, de Paris ; le professeur Egas Moniz, de la Faculté de Médecine de Lisbonne ; le professeur Bastos, de Madrid ; le docteur Mathieu-Pierre Weill, de Paris, etc.

Le conseil a appris avec satisfaction que M. Henri Jaspar, premier ministre, avait accepté de faire la conférence inaugurale. L'éminent orateur parlera de l'Ordre des Médecins.

— **Institut de puériculture de la ville de Paris** (hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau), M. le professeur Marfan. — A l'hospice des Enfants-Assistés sont donnés : 1° un enseignement sur l'hygiène et la clinique de la première enfance destiné aux étudiants en médecine et aux médecins ; 2° un enseignement sur la puériculture pratique plus spécialement réservé aux personnes étrangères à la médecine.

I. La clinique est ouverte aux stagiaires inscrits par la Faculté de médecine et aux étudiants et médecins français ou étrangers qui en font la demande.

Tous les matins, à 9 h., a lieu la visite soit dans les nourriceries, soit dans les salles des grands enfants, soit au pavillon Pasteur qui admet des enfants du dehors, comme un hôpital ordinaire.

Le jeudi a lieu, à partir de 9 h., une consultation de nourrissons et le samedi , à 10 h., une policlinique.

Le mardi, à 9 h. 3/4, M. Marfan fait une leçon sur un malade du service ou sur un des sujets de la matière de son enseignement.

Le mercredi, à 10 h. 1/2, des conférences complémentaires sont faites par M. Veau, chirurgien de l'hospice, ou les assistants de la clinique et de l'hospice ; le programme de ces conférences est composé de telle sorte qu'avec les leçons du mardi et du jeudi, en un semestre les matières principales de l'hygiène et de la clinique du premier âge soient passées en revue.

Un *cours de révision et de perfectionnement* a lieu tous les ans au mois de juillet. Cet enseignement, qui comprend des leçons, des présentations de malades et des examens de laboratoire, est donné par M. le professeur Marfan, les chefs de clinique, le chef de laboratoire et les assistants de clinique.

— **Radiologie et électrologie médicales.** — L'enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé à la Faculté de médecine de Paris comprend des cours faits à la Faculté et à l'Institut du radium, et un stage de radio-diagnostic dans l'un des services hospitaliers suivants :

M. Aubourg, hôpital *Beaujon*, service de radiologie. — M. Barret, hôpital *Cochin*, service de radiologie. — M. Beaujard, hôpital *Bichat*, service de radiologie. — M. Béclère (Henri), hôpital de *Vaugirard*, laboratoire de radiologie du professeur Pierre Duval. — M. Belot (J.), hôpital *Saint-Louis*, service central d'électroradiologie. — M. Bordet, hôpital de *la Pitié*, service du professeur Vaquez. — M. Darbois, hôpital *Tenon*, service de radiologie. — M. Delherm, hôpital de *la Pitié*, service d'électroradiologie. — M. Duhem, hôpital des *Enfants-Malades*, service d'électroradiologie. — M. Haret, hôpital *Lariboisière*, service d'électroradiologie. — M. Laquerrière, hôpital *Hérold*, service d'électroradiologie. — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la *Salpêtrière*, laboratoire de radiologie du professeur Gosset. — M. Maingot, hôpital *Laennec*, service d'électroradiologie. — M. Solomon, hôpital *Saint-Antoine*, service de radiologie. — M. Turchini, hôpital de la *Charité*, service d'électroradiologie. — M. Zimmern, agrégé, *Institut municipal d'électroradiologie*.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Les sports d'hiver au Mont-Revard.* — Le plateau du Revard est le rendez-vous des amateurs de sports d'hiver. Ils y trouvent, à 1.550 m. d'altitude, à proximité même de l'Hôtel P.-L.-M. ouvert le 17 décembre, un terrain propice à l a pratique de leurs jeux favoris, une patinoire de 4.000 mq. des pistes de luge et de curling, des tremplins de saut pour le ski.

Au programme de la saison figurent des manifestations nombreuses et variées.

Des trains rapides, avec places de luxe, conduisent en une nuit de Paris ou de Marseille à Aix-les-Bains d'où un funiculaire mène au plateau en une heure. De Lyon ou de Genève, on peut aller au Revard en quelques heures.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Grenoble, M. Carlet, docteur en médecine à Grenoble.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Douillet et Juvin, docteurs en médecine à Grenoble.

Membre du tribunal départemental des pensions de Guéret, M. Brezard, docteur en médecine à Guéret.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Dumont et Dufour, docteurs en médecine à Guéret.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laon, M. Menu, docteur en médecine à Laon.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Ruby et Lemarchal, docteurs en médecine à Laon.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Rochelle, M. Dufour, docteur en médecine à la Rochelle.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Rastouil et Pozzi, docteurs en médecine à la Rochelle.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Roche-sur-Yon, M. Choyau, docteur en médecin à la Roche-sur-Yon.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Barbanneau, docteur en médecine à Pouzauges ; M. Filaudeau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laval, M. Aubin, docteur en médecine à Laval.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Loiseleur et Le Basser, docteurs en médecine à Laval.

Membre du tribunal départemental des pensions du Mans, M. Legros, docteur en médecine au Mans.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Lefournier et Lorier, docteurs en médecine au Mans.

Membre du tribunal départemental des pensions du Puy, M. Gerbier, docteur en médecine au Puy.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Jean et Gallet, docteurs en médecine au Puy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lille, M. Leclercq, docteur en médecine à Lille.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Leroy, docteur en médecine à Lille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Limoges, M. Cubertafond, docteur en médecine à Limoges.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Filhouland et Dupytout, docteurs en médecine à Limoges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lons-le-Saulnier, M. Boulée, docteur en médecine à Lons-le-Saunier.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Vagniot et Pichon, docteurs en médecine à Lons-le-Saulnier.

1re section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lyon, M. Durand, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Mazel et Rebattu, docteurs en médecine à Lyon.

2e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lyon, M. Mayet, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Laroyenne et Desmoulins, docteurs en médecine à Lyon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Macon, M. Richard, docteur en médecine à Mâcon.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Juvanon, docteur en médecine à Mâcon, M. Lagoutte, docteur en médecine au Creusot.

Membre du tribunal départemental des pensions de Marseille, M. Alezais, docteur en médecine à Marseille.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Imbert et Gamoin, docteurs en médecine à Marseille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Melun, M. Siguier, docteur en médecine à Melun.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Malvy et Bureau, docteurs en médecine à Melun.

1re *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz, M. Loewenbruck, docteur en médecine à Vigy.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Chevalot, docteur en médecine à Wolppy.

2e *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz, M. Jacques, docteur en médecine à Metz.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Burger, docteur en médecine à Metz.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mende, M. Bessière, docteur en médecine à Mende.

Membres suppléants dudit tribunal, M. de Framond, docteur en médecine à Marvejols ; M. Morel, docteur en médecine à Mende.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montauban, M. Poisseron, docteur en médecine à Montauban.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Monribot et Manhavialle, docteurs en médecine à Montauban.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mont-de-Marsan, M. Cola, docteur en médecine à Mont-de-Marsan.

Membres titulaires dudit tribunal, M. d'Ulzer, docteur en médecine à Mont-de-Marsan ; M. Dutoya, docteur en médecine à Saint-Sever.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montpellier, M. Gaussel, docteur en médecine à Montpellier.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Jeanbrau et Carrieu, docteurs en médecine à Montpellier.

Membre du tribunal départemental des pensions de Moulins, M. Ranglaret, docteur en médecine à Moulins.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Penart et Lougnon, docteurs en médecine à Moulins.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nancy, M. Weiss, docteur en médecine à Nancy.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Michel et Abt, docteurs en médecine à Nancy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nantes, M. Bureau, docteur en médecine à Nantes

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Le Meignen et Desclaux, docteurs en médecine à Nantes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nevers, M. Houzé, docteur en médecine à Nevers.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Comie et Boudot, docteurs en médecine à Nevers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nice, M. Romery, docteur en médecine à Nice.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Rosanoff et Faideau, docteurs en médecine à Nice.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nîmes, M. Perrier (Ch.), docteur en médecine à Nîmes.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Planque, docteur en médecine à Nîmes ; M. Chapon, docteur en médecine à Alès.

Membre du tribunal départemental des pensions de Niort, M. Roulland, docteur en médecine à Niort.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Collon, docteur en médecine à Niort.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Oran, M. Botella-Gambetta, docteur en médecine à Oran.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Bijon et Mergui, docteurs en médecine à Oran.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Orléans, M. Geffrier, docteur en médecine à Orléans.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Touche et Marmasse, docteurs en médecine à Orléans.

1re section.

Membre du tribunal départemental des pension de Paris, M. Loevy, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Piedelièvre et Banzet, docteurs en médeci ne à Paris.

2e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris, M. Dervieux, docteur en médecins à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Fouquet et Lyon-Caen, docteurs en médecine, à Paris.

3e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris, M. Duvoir, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Legrain et Blum, docteurs en médecine à Paris.

4e section.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris, M. Stepinsky-Vessière, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Lutaud et Jouveau-Dubreuil, docteurs en médecine à Paris.

5e section.

Membre du tribunal départemental des pensions

de Paris, M. Maréchal, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Cellier et Truelle, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pau, M. Marsoo, docteur en médecine à Pau.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Fayon et Saupiquet, docteurs en médecine à Pau.

1re *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux, M. Le Roux, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Faguet et Crozat, docteurs en médecine à Périgueux.

2e *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux, M. Crozet, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Dumont et Faguet, docteurs en médecine à Périgueux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Perpignan, M. de Lamer, docteur en médecine à Perpignan.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Devèze, docteur en médecine à Perpignan.

Membre du tribunal départemental des pensions de Poitiers, M. Chrestien, docteur en médecine à Poitiers.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Foucault et Feru, docteurs en médecine à Poitiers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pontoise. M. Derome, docteur en médecine à Pontoise.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Herbinet, docteur en médecine à Pontoise ; M. Fourniols, docteur en médecine à Magny-en-Vexin.

Membre du tribunal départemental des pensions de Privas, M. Fargier, docteur en médecine à Privas.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Dupin, docteur en médecine à Privas.

Membre du tribunal départemental des pensions de Quimper, M. Lagriffe, docteur en médecine à Quimper.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Tusset et Morvan, docteurs en médecine à Quimper.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rennes, M. Simonneaux, docteur en médecine à Rennes.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Huchet et Baugeard, docteurs en médecine à Rennes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rodez, M. Garrigues, docteur en médecine à Rodez.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Bousquet et Carnus, docteurs en médecine à Rodez.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rouen, M. Vallée, docteur en médecine à Rouen.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Bellicaud et Cauchois, docteurs en médecine à Rouen.

Membre du tribunal départemental des pensions

de Saint-Brieuc, M. Moy, docteur en médecine à Saint-Brieuc.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Hery et Le Breton, docteurs en médecine à Saint-Brieuc.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Etienne, M. Riou, docteur en médecine à Saint-Etienne.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Mandy et Genairon, docteurs en médecine à Saint-Etienne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Mihiel, M. Pierson, docteur en médecine à Saint-Mihiel.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Nivelet et Maillart, docteurs en médecine, à Commercy.

1re *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg, M. Baur, docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Brion (Albert) et Humbert, docteurs en médecine à Strasbourg.

2e *section.*

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg, M. Blind, docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Brion (Willy) et Simonin, docteurs en médecine à Strasbourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tarbes, M. Prunet, docteur en médecine à Tarbes.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Benezech docteur en médecine à Bagnères-de-Bigorre ; M. Salsac, docteur en médecine à Lourdes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulouse, M. Tapie, docteur en médecine à Toulouse.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Sorel et Chamayou, docteurs en médecine à Toulouse.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tours, M. Babeau, docteur en médecine à Tours.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Faix et Guillaume, docteurs en médecine à Tours.

Membre du tribunal départemental des pensions de Troyes, M. Debret, docteur en médecine à Troyes.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Meynier et Souffrain, docteurs en médecine à Troyes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tulle, M. Sikora, docteur en médecine à Tulle.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Morely et Mazerie, docteurs en médecine à Tulle.

Membre du tribunal départemental des pensions de Valence, M. Calvet, docteur en médecine à Valence.

Membre suppléant dudit tribunal, M. Buisson, docteur en médecine à Valence.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vannes, M. Le Guenn, docteur en médecine à Vannes.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Audic et Franco, docteurs en médecine à Vannes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Versailles, M. Broussin, docteur en médecine à Versailles.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Fleury et Jean Gautier, docteurs en médecine à Versailles.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vesoul, M. Doillon, docteur en médecine à Vesoul.

Membres suppléants dudit tribunal, M. Petitjean, docteur en médecine à Vesoul ; M. Munier, docteur en médecine à Lure.

8e Congrès de l'Association des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils.

Lundi 3 octobre, à la Faculté, s'est tenu le huitième Congrès de l'Association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée en 1919 par M. Reynes.

Il a été rendu compte de la marche de l'Association et de nouvelles adhésions.

1° En ce qui concerne la représentation du Corps médical dans les Commissions administratives, le président rappelle la Circulaire de M. Ministre de l'hygiène J.-L. Breton aux Préfets le 20 avril 1920. Elle exprime le désir d'associer le Corps médical tout entier auprès des établissements d'assistance, et de faire figurer dans la Commission administrative un médecin qui pourrait être proposé au choix du Préfet par les Associations professionnelles locales. Il n'y a pas d'incompatibilité entre la fonction d'administrateur et celle de médecin ou chirurgien des hôpitaux.

Les assurances du Corps médical des hôpitaux contre accidents et maladies en service sont en voie de réalisation. Les Unions et Fédérations hospitalières, d'une part, étudient un mode d'assurance interhospitalière. D'autre part, M. le Ministre Durafour a déposé un projet de loi, rapporté à la Chambre par le docteur Fié, le 19 novembre 1926. Ce projet en quatre articles, auxquels Paul Boudin a collaboré, a été voté à la Chambre. Cette loi étendrait la législation sur les accidents du travail, aux hôpitaux, hospices, asiles, ou autres établissements d'assistance et de bienfaisance publics ou privés au profit des médecins, chirurgiens, aliénistes, radiologistes, chefs de clinique ou de laboratoire, assistants, internes, externes, pharmaciens, etc... Cette future loi vise aussi les droits des ascendants et familles.

3° La fameuse question des abus de l'hospitalisation des accidents du travail et du « tout compris » est en voie de solution favorable. A la rentrée des Chambres, ou au début de 1928, le texte de la loi de 1898 et 1905 sera présenté avec les modifications définitives : « le chef d'entreprise sera tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques qui ne seraient pas expressément compris dans les

frais d'hospitalisation, ces frais étant réglés conformément au tarif visé dans un paragraphe de l'article.

4° Les abus de l'hospitalisation des payants de droits communs, couverts par des assurances, et soignés gratuitement ont donné lieu à une discussion. A l'unanimité, le Congrès a voté une résolution dont chaque centre hospitalier doit assurer la réalisation dans toute la France :

« Considérant que les hôpitaux sont faits pour les indigents qui, seuls, ont droit à être soignés pour de modestes indemnités, parfois même gratuitement (Bordeaux).

« Que si, d'après l'article 28 du règlement modèle des hôpitaux, certaines catégories de payants peuvent être hospitalisées dans certains cas, ces personnes ne doivent pas bénéficier des avantages uniquement réservés aux indigents,

« Que ces gratuités injustifiées et trop largement tolérées par les Commissions administratives constituent et entretiennent des abus d'hospitalisation au détriment des malades indigents, des administrations, et du Corps médical tout entier,

« Le Congrès décide que des accords doivent être conclus entre chaque Commission administrative et le Corps médico-chirurgical des hôpitaux pour arrêter les modalités de paiement des honoraires des médecins et chirurgiens, dus par les hospitalisés payants, selon les termes de la note de l'article 28 du règlement modèle.

Ces honoraires seraient fixés conformément aux règlementations des Syndicats nationaux ou locaux.

5° Le Conseil engage vivement tous les groupements des médecins et chirurgiens des hôpitaux à adopter la forme syndicale qui, basée sur la loi, donne plus de force et d'autorité.

L'Association professionnelle des médecins, chirurgiens, et spécialistes des hôpitaux prend désormais le titre d'Association syndicale.

6° *Assurances sociales.* — Tous les groupements médicaux ont protesté contre le texte de la future loi des Assurances sociales qui ouvrirait les hôpitaux aux assurés et constituerait une aggravation des abus d'hospitalisation compromettant l'exercice médical, et nuisant à toutes les maisons de santé privées.

Le § 2 de l'article 6 prévoit les frais d'hospitalisation (hôtellerie) ; mais il est muet en ce qui concerne la responsabilité des Caisses à l'égard des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

A l'unanimité le Congrès décide que les médecins et chirurgiens des hôpitaux doivent être prêts à résister à tous abus de la nouvelle loi. Regrettant que notre distingué confrère Dron n'ait pas pensé à une meilleure rédaction de l'article, le Congrès décide de s'unir au Syndicat des chirurgiens français, et au Syndicat des médecins propriétaires de Maisons de santé, pour faire à la Chambre une démarche en vue de modifier le § 2 de l'article 6, déjà voté au Sénat, en y ajoutant cet alinéa :

« La caisse sera également tenue des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques réglés conformément aux termes des conventions prévues au § 4 de l'article 4 de la présente loi ».

Conformément à ces résolutions, le président de l'Association, a eu un entretien avec M. Renon, secrétaire du Syndicat des chirurgiens français.

7° D'autre part, au Congrès national d'Assistance publique et privée qui va se tenir à Nancy, ce mois-ci, l'Association délègue son conseiller Paul Boudin qui, après un vote unanime développera un projet d'établissement d'une Commission des Assurances sociales composée des représentants de tous les groupements intéressés : médicaux, mutualistes, administrateurs et autres, chargée d'étudier les répercussions de la future loi dans les hôpitaux, tant actuellement que pour l'avenir, ainsi que la manière de provoquer des ententes locales entre les divers intéressés.

Toutes ces résolutions, en vue d'une entente cordiale et féconde, seront communiquées à l'Union, à la Fédération, aux Syndicats des chirurgiens français, des spécialistes, etc...

En finale, le Congrès remercie M. le Doyen Roger, et vote à l'unanimité, le renouvellement de son Conseil : M. Reynes, de Marseille, président ; MM. Le Nouene, du Havre et Guyot, de Bordeaux, vice-présidents ; J.-L. Rocher, de Bordeaux, secrétaire général ; Patel, de Lyon, trésorier ; Paul Boudin, de Paris, conseiller médico-juridique.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

I

4253. — Résection du condyle du maxillaire inférieur.

Un de mes clients, circulant à bicyclette pour le compte de son patron, est tamponné par une auto.

Lésion constatée : fracture de la cavité génoïde de l'articulation temporo-maxillaire droite. Pénétration du condyle du maxillaire inférieur droit dans la base du crâne.

Conséquences : Impossibilité d'ouvrir la bouche, recul de l'arcade dentaire inférieure par rapport à l'inférieure, déviation vers la droite de l'ensemble du maxillaire inférieur, suppression des mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure.

Traitement : Indication opératoire pour résection du condyle du maxillaire inférieur. La Cie d'assurances accepte, après explications détaillées, la nécessité de l'opération.

Question : Comment tarifer cette intervention dont on ne trouve aucune trace dans le tarif ? Par analogie avec une autre résection ? laquelle ?

Au cas où le tarif est muet sur une intervention, peut-on demander le tarif normal de clientèle pour cette opération non prévue ?

Dr R.

Réponse.

Voyez les diverses désarticulations et résections indiquées *in fine* de l'article 21. Une « résection du condyle du maxillaire inférieur avec pénétration dans la base du crâne », d'après vos propres termes, me paraît opération assez délicate pour être tarifable, par analogie avec un Lisfranc ou un Chopart, soit : 400 francs.

F.D.

II

4340. — Visites faites en dehors de la commune dans les grandes villes ou leur banlieue.

L'article 2 de l'arrêté 1925, qui modifie l'art. 2 de l'arrêté en vigueur en 1920, me met en conflit avec plusieurs assurances, qui prétentent ne me devoir aucune indemnité kilométrique, pour le village d'alentour, mais seulement une indemnité de 2 fr. pour mon déplacement. Il résulterait de là que, pour aller à V..., T..., je ne devrais toucher que 14 fr. parce que ces endroits se trouvent dans le canton d'A... ; le fait que ces localités se trouvent à 3 ou 6 kilom. du médecin le plus rapproché, n'aurait plus aucune valeur. J'ai protesté ; on me répond : « Lisez l'article 2, il est clair ». Or s'il en est ainsi, il n'est pas clair du tout, et il est détestable par dessus le marché. On ne peut pas m'imposer de faire 6 ou 12 kilomètres en auto pour 14 fr. ; le bénéfice ne vaudrait pas la dépense. Je vous serais donc obligé de vouloir bien m'éclairer.

Dr C.

Réponse.

L'article 2 : 1° dit : « *Dans* les villes de 100.000 habitants et leur banlieue, etc. », ce qui signifie : « *à l'intérieur* de ces villes et de leur banlieue, etc... ». Mais cela ne signifie pas « *en dehors* de ces villes et de leur banlieue ». Jamais « dans » n'a pu signifier « en dehors de ».

D'ailleurs, au paragraphe 2, on dit : « Dans les *autres* villes et les *campagnes*, etc... ». Donc, quand vous allez à la campagne, en dehors de l'agglomération que vous habitez, vous rentrez dans le deuxième paragraphe, tempéré par celui du « médecin le plus rapproché ».

Dans votre cas, habitant S..., quand vous allez dans S..., c'est le premier cas, quelle que soit l'étendue de votre déplacement, c'est 2 francs quand vous allez de chez vous S... à V... ou à T..., les 2 francs ne sont plus en compte, c'est 1,50 par kilomètre parcouru. D'ailleurs, le bon sens même l'indique.

F.D.

Application du tarif Maginot-Marin

I

4274. — Violation intolérable du secret professionnel par l'administration.

Le 20 novembre dernier, par lettre recommandée, j'avisais le préfet que j'estimais nécessaire à un mutilé atteint de fistule consécutive à une ostéite par éclat d'obus, une série de 10 injections intraveineuse de cyanure de Hg. avant de provoquer une intervention chirurgicale.

Je reçois ce soir, 9 novembre, par l'intermédiaire du maire, du secrétaire de mairie et du garde champêtre (secret médical !!!) la note suivante :

Vous m'avez informé qu'une série de 10 injections intra-veineuses de cyanure de mercure devait être faite au pensionné L. (en toute lettre) des O.

La syphilis n'étant pas signalée au motif de réforme, ce traitement est exclu du bénéfice de la gratuité des soins.

Pour le Préfet :

Le secrétaire général délégué.

Quelle conduite tenir ?

Si le préfet ne veut pas payer, évidemment le mutilé paiera, même par le juge de paix, si besoin est.

Mais un délai de 5 jours, je crois, est accordé au préfet pour répondre ; a-t-il le droit d'attendre 20 jours pour donner son avis ? Dr R.

Réponse.

1° Les injections spécifiques ne devaient pas être mises par vous au compte de l'article 64, si la spécificité n'était pas indiquée sur le carnet. Il n'y avait même pas lieu de le demander. Vous pourriez d'ailleurs, en Seine-et-Marne, procurer gratuitement tous médicaments au malade et même les frais médicaux, en cas d'indigence.

2° Il y a violation manifeste du secret professionnel par la Préfecture. Je vous conseille de relater ces faits en détail au Président de votre Syndicat afin qu'il communique votre lettre au Préfet, avec les commentaires appropriés sur la désinvolture de ses bureaux, et je puis vous assurer qu'il n'y manquera pas.

F. D.

II

4083. — Intervention dans une clinique privée.

Que peut-on mettre aux frais de l'Etat pour un malade soigné dans une clinique *privée* au compte de l'article 64 de la loi sur les pensionnés de guerre ?

Dr B.

Réponse.

Le « tout compris » n'existe pas dans les cliniques *privées*, quand il s'agit d'interventions effectuées sur un pensionné de guerre. En effet, lisez l'article 67, vous y trouverez :

« Si le malade est admis dans un établissement privé, les frais *dus par l'Etat* comprennent :

1° Tous les frais de séjour....

« 2° *Le prix des interventions du tarif spécial* prévu ci-après pratiqué par les médecins traitants.

« Pendant toute la durée de l'hospitalisation *aucune visite ou consultation ne peut donner lieu à rémunération*..... »

Donc, le médecin traitant ne peut compter ses visites ou consultations, mais a droit à se faire rémunérer de toutes les *interventions* inscrites aux articles 74 et 81, donc saignée, injection intraveineuse, etc...

Quant aux médicaments, je ne vois pas sur quoi on pourrait se baser pour les faire payer par l'Etat.

F. D.

Déclaration de naissance.

4413. — Limites de l'obligation du médecin.

Une fille-mère habitant avec ses parents (père, mère, frère) met au monde un enfant. Celui-ci est déclaré à la mairie par son oncle. Le juge de paix conteste cette déclaration et prétend qu'en l'absence du père (qui ne se fera pas connaître), c'est au médecin ou à la sage-femme de faire la déclaration de naissance. Je croyais que nous ne devions la faire qu'en l'absence de toute famille ; mais ici le père, la mère, le frère me paraissent suffire pour la représenter.

Dr J.

Réponse.

Le juge de paix fait erreur. A défaut du père dit l'article 56 du Code civil, la naissance sera déclarée par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement.

D'après la jurisprudence, toutes les personnes ainsi énumérées sont appelées indistinctement et non successivement à défaut les unes des autres, à faire la déclaration. (Cassation, 28 février 1867, Pand. fr. chr. ; Sirey, 67.1.267 ; D.P. 67.1.190 ; 10 mars 1865 ; Pand. fr. chr. ; D.P. 65.1.402 ; 12 novembre 1859, D.P. 60.1.50 ; S. 60.1.185).

La déclaration de naissance, faite par l'oncle, est donc parfaitement valable.

Cinquantième année N° 4 22 Janvier 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 194-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Cap-Martin : Griffault.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

[H]yères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.) Rouvière Sineau (*acc.*). Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de M. le Dr Boisroux, des Pieux, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 29. — Paris, quartier de grand avenir, client. 33.000 prouvés en 1927, jeune médec. doublerait, à céder pour raison santé avec pavil. tout confort, 12 pièc. meublées, install. méd. complète. Prix 150.000 dont moit. compt., le reste en 2 ans. Présentat. assurée. Très urgent.

No 30. — A vend. belle maison, électr., chauff-central, conviendr. particul. à médecin.

No 31. — Sud-Ouest. Pays plaine, riche, client. progress. constante, 1927 : 98.000 touchés, facile à augmenter si titul. actif. Ligne P. O., villa neuve, 8 p., eau, électr. Prix 35.000 compt. Cause cession : fatigue, blessé de guerre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 32. — Côte d'Azur. Très belle villa au bord de la mer, dans site magnifique. Tous conforts. Rez-de-chaussée et 1er étage (18 pièces). A vend. non meublée ou à louer meublée.

N° 33. — 70 km. Paris. Jolie région, commun. faciles, belle client. anc. en progression constante. Grande maison loyer 2.200 à céder avec instrum. profess., 25.000, dont 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 34. — Paris, quart. agréab. et commerc., anc. cabinet très bien situé, rapp. 100.000 env., médec. générale. Appart. 4 p. et dépend. Petit loyer. Indemnité 80.000 dont 60.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1928 étant actuellement complètement épuisée, nous avons le regret de ne pouvoir satisfaire aux demandes qui nous parviendront désormais.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Bureau de 1928.* — Le bureau de l'Académie de médecine pour 1928 est ainsi composé : MM. Béclère, président ; Quénu, vice-président ; Achard, secrétaire général ; Renault, secrétaire annuel ; Hanriot, trésorier.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Agrégation.* — M. Mercier est présenté pour être nommé agrégé de pharmacologie.

— **Hôtel-Dieu.** *Clinique du dimanche.* — Le dimanche 22 janvier, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. Bensaude sur : *les aspects endoscopiques des néoplasmes rectaux.*

— **Hôpitaux de Paris.** *Mutations de chefs de service (chirurgie et spécialités).* — *Chirurgiens.* A Beaujon (docteur Souligoux, limite d'âge), M. le docteur Proust, de Tenon ; à Tenon, M. le docteur Gernez, de Broussais ; à Broussais, M. le docteur Roux-Berger, d'Ivry ; à Ivry, M. le docteur Okinczyc, titularisé.

Aliénistes. Hospice de Bicêtre (docteur Roubinovitch, limite d'âge), M. le docteur Camus, médecin adjoint titularisé.

Stomatologistes. A l'Hôtel-Dieu (docteur Sauvez, décédé), M. le docteur Béliard, de Laënnec ; à Laënnec, M. le docteur Darcissac, titularisé ; à la Salpê-

trière (centre de prothèse créé), M. le docteur Guilly, de Vaugirard ; à Vaugirard, M. le docteur L'Hirondel, titularisé.

Electro-radiologistes. A la Maison de santé (docteur Bouchacourt, limite d'âge), M. le docteur Charlier, titularisé ; à la Charité (docteur Turchini, limite d'âge), M. le docteur Ronneaux, de Boucicaut ; à Boucicaut, M. le docteur Guilbert, titularisé.

— **Hôpital Cochin**. *Traitement des fractures.* — Un cours complémentaire sur le traitement des fractures et luxations des membres sera fait du 23 janvier au 3 février, de 5 à 7 heures du soir, à la Clinique chirurgicale du prof. Delbet, par MM. Leveuf, Lascombe, Godard et Oberthur.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** *Chirurgie oto-rhino-laryngologique.* — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en 12 leçons, par M. Lemaître, agrégé, avec la collaboration de MM. Aubin, Madura et Néris, commencera le 12 février. Droit : 500 fr. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, 5e.

— **Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux.** — Le nouveau bureau de la réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux est composé de MM. Mauriac, président ; Guyot, vice-président ; Jeanneney, secrétaire général.

— **Les médecins limousins de Paris.** — Les médecins limousins de Paris se réuniront en un dîner régional le 28 janvier 1928, à 20 h., au restaurant Rouzier, 2, place Saint-Michel. Secrétaire général de l'Association : M. Ruaud, 5, rue Desrenaudes.

— **Inspection médicale scolaire, en banlieue parisienne.** — L'Administration est invitée par le Conseil général de la Seine à étudier une refonte de l'organisation des services d'inspection médicale dans les écoles suburbaines.

— **Maison départementale de Nanterre.** *Internat.* — Le 16 février, s'ouvrira à la Maison départementale de Nanterre un concours pour la nomination à sept places d'internes. Traitement annuel : 7.200 fr. Inscriptions avant le 28 janvier à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), à Paris.

— **Hôpital Saint-Joseph.** *Internat.* — Un concours pour la nomination à 4 places d'internes aura lieu à l'hôpital Saint-Joseph le 14 février. S'inscrire avant le 1er février, 7, rue Pierre-Larousse.

— **Circuits Corses Cirnéa, en torpédo :** La Cie Cirnéa 5, quai Rauba-Capeu, à Nice, enverra volontiers à nos membres les programmes de ces Circuits dans l'Ile : une réduction de 10 % leur sera consentie sur les prix indiqués.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 janvier.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour un poste de médecin directeur des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium de Bouloù-les-Roses (Corrèze).

Les candidats devront être Français, âgés de moins de quarante ans et produire : 1° un extrait de leur acte de naissance ; 2° un extrait de leur casier judiciaire ; 3° une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Ils devront adresser leurs demandes, accompagnées des pièces et références ci-dessus, au ministère du travail et de l'hygiène, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris. Les demandes seront reçues jusqu'au 1er février 1928.

5 janvier.

Assistance aux femmes en couches.

Loi du 4 janvier 1928 portant modification de l'article 29 du livre Ier du code du travail et de la prévoyance sociale concernant le repos des femmes en couches.

Article unique. — L'article 29 du livre 1er du code du travail et de la prévoyance sociale est modifié comme suit :

Art. 29. — La suspension du travail par la femme pendant douze semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture, par l'employeur, du contrat de louage de services, et ce, à peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Celle-ci devra avertir l'employeur du motif de son absence.

Au cas où l'absence de la femme, à la suite d'une maladie, attestée par certificat médical, comme résultant de la grossesse ou des couches, mettant l'intéressée dans l'incapacité de reprendre son travail, se prolongerait au-delà du terme fixé à l'alinéa précédent, sans excéder quinze semaines, l'employeur ne pourra lui donner congé pendant cette absence.

Toute convention contraire est nulle de plein droit.

L'assistance judiciaire sera de droit pour la femme devant la juridiction du premier degré.

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur au titre militaire :

Grand-Croix : M. le Dr Calmette.

Commandeur : M. le Dr Cunéo.

Officiers : MM. les docteurs Janin, Trémolières, Theulet-Luzie, Gabriault, Abadie, Gallet, Saqui, Rathery, Mendelssohn, Hermant et Gauducheau.

Chevaliers : MM. les docteurs Genty, Grille, Richard, Schutzenberger, Lattes, Bru, Terris, Béguier, Apard, Marlaud, Penet, Turquety, Brot, Lescuras, Mossé, Dejean, Vinsonneau, Lenhardt, Sautel, Clary-Bousquet, Collez, Quesnet, Giraud, Delfin, Liébault, Prieur, Maurel, Mesnard, Marion-Gallois, Simonin, Simon, Bourgin, Chambas, Georgeot, Escalié, Parant, Lévy, Pélissier, Poulaud, Bastien, Moitron et Pochard.

6 *janvier*

Enseignement de la médecine.

M. Gérard, agrégé près la Faculté de Lille, est nommé professeur d'anatomie à ladite Faculté.

La chaire de clinique propédeutique et pathologie interne de la Faculté de Nancy est transformée en chaire d'ophtalmologie, et M. Jeandelize, agrégé près cette Faculté, est nommé titulaire de cette chaire.

La chaire d'hygiène et bactériologie de la Faculté de Nancy est transformée en chaire d'hygiène et médecine préventive, et M. Parisot, professeur d'hygiène et bactériologie, est nommé professeur d'hygiène et médecine préventive.

Hygiène.

Médailles d'honneur des épidémies.

Médaille d'or : M. le Dr Mauran, ancien sous-directeur de la santé et de l'hygiène publique au Maroc et M. le Dr Sheydt, agent principal de la santé à Cette.

Médaille de vermeil : Mlle Glotz, externe de la Charité, à Paris.

Rappel de médaille de vermeil : M. le Dr Gobert, médecin inspecteur à Tunis.

Médaille d'argent : M. Pélissier, le Dr Prunet, le Dr Delanoë, le Dr Routhier, le Dr Valette, le Dr Bastien, le Dr Telling Niels Theilgoard, le Dr Blecheler, le Dr Seilhan, le Dr Ramery, le Dr Durand.

Médaille de bronze : MM. Rollet du Coudray, Huriez, Bérard, Dr Brochier, le Dr Guilly, Bohn, le Dr Tixier, Marie, Bouillié, Le Baron, Cousin, Magat, Paris, Mlle Weill, MM. Boisramé, Collard, Noury, Aujay, le Dr Chalier, le Dr Chaurand.

8 *janvier.*

Marine militaire.

Arrêté ministériel du 28 *novembre* 1927 *relatif à l'organisation des officiers de réserve de l'armée de mer.*

Etant donnée son étendue, nous ne publions pas ce document, qui ne doit intéresser qu'une faible partie de nos lecteurs.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le mercredi 20 juillet 1928 devant la Faculté de Nancy pour un emploi de pro-

fesseur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de Besançon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

10 *janvier.*

Soins aux pensionnés de guerre.

Arrêté du 6 janvier nommant pour 1928, les membres de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux chirurgicaux. et pharmaceutiques.

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, pendant l'année 1928, comme membres titulaires :

Représentants de l'administration.

MM. le médecin inspecteur Odile, président ; Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions ; Gellé, chef de bureau au ministère des pensions ; Sauvalle, inspecteur général des finances ; Reynaud, sous-directeur de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

MM. Robert Greslin, président de la fédération des associations de mutilés de l'Aisne, membre de l'Union fédérale des assoiations françaises de mutilés, à Fossoy, par Château-Thierry (Aisne) ; Villedieu-Benoit, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Granier, secrétaire général de la Fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Scrève, membre de l'union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Delfau de Pontalba, membre de l'union nationale des combattants.

Représentants des médecins et pharmaciens.

MM. le docteur Lenglet, de la Seine ; le docteur Noir, de la Seine ; le docteur Decourt, de Seine-et-Marne ; Barthet, pharmacien de la Seine ; Guenot, pharmacien de la Seine.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'administration.

Mlle Mallet, sous-chef de bureau au service des soins gratuits et de l'appareillage ; MM. Steinmetz, médecin inspecteur des services techniques au ministère des pensions ; Lhomme, de la commission consultative médicale ; Blanchon, chef de bureau au ministère des finances ; Serres, chef de bureau au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

MM. Pichot, président honoraire de l'Union fédérale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre ; Cassin, président honoraire de l'Union fédérale des associations françaises de muti-

lés et réformés de la guerre ; Beurdelet, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Salet, membre de la fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Garnaud, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

MM. le docteur Caillaud, du Loiret ; le docteur Humbel, de Seine-et-Oise ; le docteur Philippeau, de la Seine ; Collesson, pharmacien de la Seine ; Lenoir, pharmacien de la Seine.

11 janvier.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales :

Commandeur : M. le Dr BROCQ.

Officiers : MM. les docteurs ABADIE, d'Oran ; DELHERM, FEUILLIE, GRIVOT, de Paris ; ROCAZ, de Bordeaux ; SOURBES, de Mezin.

Chevaliers : MM. les docteurs BERGOUIGNAN, d'Evian ; BONNIOT, de Paris ; CARBOU, de Carcassonne ; CHEVALLIER, CHOUQUET, de Paris ; CONDAMY, de La Rochelle ; FRINGUET, de Brioux-sur-Boutonne ; JACQUEMIN, du sanatorium de Larressorre ; PAMART, de Paris ; ROCHER, de Rouen ; ROCHON, de Clermont ; SANTENOISE, de Saint-Ylie ; SCHWARTZ, de Colmar ; SÉJOURNET, de Paris ; SETA, de Bastelica ; TACUSSEL, de Chablis ; M. COUTAL, manipulateur radiologue, à Paris.

Dans cette liste, nous relevons avec grand plaisir le nom du Dr Pamart et celui du Dr Bonniot, de Paris.

PAMART, syndicaliste ardent et militant, est un pionnier de nos œuvres professionnelles. Administrateur du « Sou médical » et de notre *Mutualité Familiale*, ancien membre du Conseil du *Syndicat des médecins de la Seine*, il a mis son talent et son dévouement au service du Corps médical. Ses amis, et ils sont nombreux, éprouveront une joie vive de la distinction si méritée qu'il reçoit.

BONNIOT, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Broussais, savant aussi distingué que modeste, est un radiologue de la première heure. Les rayons X, auxquels il a consacré sa vie professionnelle, l'ont durement éprouvé. Des radiodermites, contractées en grande partie pendant ses services de guerre, l'obligent à travailler les mains enveloppées de pansements. Il n'a pas abandonné pour cela la science qu'il aime et nous sommes heureux de lui adresser, avec nos félicitations sincères, l'expression de notre amicale sympathie.

P. L.

Commission administrative des hôpitaux.

Utilité de la nomination d'un médecin comme membre de la Commission.

Pour donner satisfaction à plusieurs demandes, nous publions ci-dessous la circulaire ministérielle qui préconise la désignation d'un médecin comme membre de la Commission administrative d'un hôpital :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES — *Direction de l'Assistance et de l'Hygiène* — 3e BUREAU Administration des Etablissements Hospitaliers

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 20 avril 1920.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, à Messieurs les Préfets,

Aux termes de l'article 1er de la loi du 21 mai 1873, modifiée par la loi du 5 août 1879, les Commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées du maire et de six membres renouvelables. Quatre de ces administrateurs sont nommés par le Préfet.

La loi ne restreint en aucune façon votre libre choix à cet égard. Votre droit de désignation est absolu. Vous devez uniquement être guidés par le souci de choisir des personnalités dont l'expérience des affaires, les qualités administratives, l'instruction, la probité incontestée, etc., ne peuvent qu'être profitables à la gestion des intérêts hospitaliers.

Mais, en raison de l'importance que prennent aujourd'hui, dans la vie des hôpitaux et des hospices, les questions purement techniques, je crois devoir, cependant, appeler votre attention sur l'utilité de faire figurer un médecin parmi les membres de la Commission administrative.

Quand la Commission discutera des problèmes techniques (installation de salles de chirurgie, aménagement de laboratoire radiographique, etc.), la présence d'un médecin, capable de donner à tous des explications détaillées ou des éclaircissements, sera certainement appréciée des autres administrateurs ; et une décision, prise par tous, en connaissance de cause, ne pourra qu'être favorable à la marche normale des services.

J'ajoute qu'en vue d'associer le Corps médical tout entier au bon fonctionnement des établissements d'assistance, il me paraît que le médecin désigné pour être administrateur pourrait être proposé à votre choix par les Associations professionnelles locales.

Je vous prie de faire connaître quelle suite vous aurez donnée à la présente circulaire sur laquelle j'appelle toute votre attention et compte que

vous voudrez bien vous en inspirer au fur et à mesure que, dans votre département, vous aurez à procéder au renouvellement des mandats des administrateurs d'établissements hospitaliers.

Le Ministre,
J.-L. BRETON.

CALENDRIER FISCAL (1)

Formalités à remplir par les contribuables avant le 28 février 1928.

Nous croyons utile de signaler à nos lecteurs, à l'entrée de l'année nouvelle, les formalités qu'ils auront à remplir au cours de ladite année, en conformité des lois fiscales actuellement en vigueur.

Nous avons adopté l'ordre chronologique qui nous semble le plus pratique et nous examinerons aujourd'hui les mois de janvier et février en indiquant succinctement pour chaque impôt :

1° Le lieu de dépôt de la déclaration ;
2° Les personnes qui doivent la déposer ;
3° Les éléments de la déclaration ou formalité ;
4° La forme de la déclaration et les documents qui l'accompagnent.

AVANT LE 15 JANVIER :

Taxe sur les chiens. — 1° Mairie ;
2° Propriétaire ;
3° Chiens acquis en 1927 et indication de l'usage auquel ils sont destinés ;
4° Inscription sur un registre spécial.

Taxe sur les voitures, chevaux, mules et mulets. — 1° Mairie ;
2° Propriétaire ;
3° Voitures et chevaux possédés au 1er janvier ;
4° Inscription sur un registre spécial.

AVANT LE 20 JANVIER :

Impôt sur le revenu des valeurs mobilières. — 1° Bureau du receveur de l'Enregistrement ;
2° Sociétés soumises à l'impôt (anonymes, en commandite simple et par actions, à responsabilité limitée) ;
3° *a*) Actions et obligations (paiement de l'acompte trimestriel) ;
a) Jetons de présence des administrateurs : montant des allocations versées au cours du 4e trimestre 1927 ;
4° Formule spéciale.

Voir la suite page LV-247

(1) Extrait de la revue *Le Contribuable Français* numéro de décembre, publié par notre distingué Conseil per fiscal, M. A. MARTINOT.

PROPOS DU JOUR

Au sujet de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de G. Ramon.

La vulgarisation de la vaccination antidiphtérique, rendue pratique, facile et efficace par la découverte de l'anatoxine par Ramon, est à l'ordre du jour. Les journaux quotidiens lui consacrent de longs articles et nous avons récemment lu dans le *Temps* une chronique fort intéressante sur ce sujet, due à la plume de notre distingué confrère, le Dr Henri Bucquet. Dans les écoles et les crèches à Paris, l'administration fait apposer des affiches conseillant aux parents de faire pratiquer sur leurs enfants cette nouvelle vaccination. Les débuts de la découverte datent d'une dizaine d'années. Une vaccination contre la diphtérie avait été appliquée en grand aux Etats-Unis où cette maladie est plus répandue et plus grave qu'en France. Park et Zingher, injectant à trois reprises différentes à une semaine d'intervalle un centimètre cube d'une mixture de toxine et d'antitoxine, immunisaient dans les écoles américaines des milliers et des milliers d'enfants.

Mais le procédé de Park et Zingher présente des inconvénients. Il n'immunise que 80 à 90 pour cent des personnes inoculées. Son action est longue à se produire et sa préparation n'est pas sans difficulté.

Ramon est parvenu à préparer, à l'Institut Pasteur de Paris, un vaccin où la toxine diphtérique est atténuée par le formol et la chaleur tandis que le pouvoir antigène est conservé. Ce vaccin a été dénommé *anatoxine diphtérique*. C'est lui qui, après des années d'expérimentation et d'essais, est actuellement conseillé au public.

La vaccination par l'anatoxine est simple à pratiquer. Pour qu'elle offre le maximum de garantie, elle doit consister en trois injections hypodermiques, faites à la paroi antérieure de l'abdomen, opérées en quatre semaines et aux doses et aux intervalles suivants : injecter un demi-centimètre cube la première fois ; trois semaines après, injecter un centimètre cube ; enfin, au bout d'une semaine, faire encore une nouvelle injection d'un centimètre cube. Cette dernière piqûre ne serait pas absolument indispensable, mais augmente beaucoup les chances d'immunisation.

Il est certain que ce genre de vaccination, bien que fort simple, est plus compliqué que la vaccination jennérienne et qu'il ne paraît pas aussi facile, pratiquement, de l'appliquer régulièrement sur les milliers d'enfants qui fréquentent les écoles. L'injection d'anatoxine présenterait peu d'inconvénients. Chez quelques rares sujets, l'on observe une réaction locale qui est encore plus rarement suivie de phénomènes généraux sans gravité. La durée de l'immunisation paraît être de plusieurs années. De six mois à cinq ans, la presque totalité des enfants peut très facilement contracter la diphtérie. En théorie, tous ces enfants devraient être vaccinés. A partir de cinq ans, le nombre des sujets en état de réceptivité à l'égard du bacille de Loeffler est de plus en plus faible : il ne dépasserait pas 12 pour 100 chez les adolescents et chez les adultes. Aussi, peut-on limiter la vaccination aux sujets en état de réceptivité que l'on reconnaît par la diphtérino-réaction de Schick. Assez analogue à la cutiréaction de la tuberculose, la réaction de Schick s'obtient en injectant dans l'épaisseur du derme deux gouttes de toxine, diluée au cinquantième, de la dose mortelle pour un cobaye du poids de 250 grammes. Si la réaction au bout de 48 heures reste négative, le sujet est réfractaire au bacille de Loeffler ; s'il survient une papule rouge, la réceptivité à la diphtérie existe.

La réaction de Schick a, non seulement l'avantage de limiter le nombre des sujets qui doivent être vaccinés, mais elle permet encore de constater l'efficacité de la vaccination. Or, sur 100 enfants en état de réceptivité traités par l'anatoxine, 5 seulement donnèrent une diphtérino-réaction positive. La réacction de Schick ne dispense pas de la recherche des porteurs de germes. Certains de ces derniers ont des diphtérino-réactions négatives et peuvent néanmoins propager la diphtérie.

Voilà où en est la question de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de G. Ramon. Il n'est pas douteux que c'est une grande et utile découverte. Des objections de divers ordres ont été faites à sa mise en pratique et à sa généralisation.

La sérothérapie et les vaccinations sont indiscutablement, nous disait un confrère fort averti, des découvertes merveilleuses et l'on ne saurait

douter de leur efficacité, mais leur action immunisante ne comporte-t-elle aucun danger ? La modification de nos humeurs sous l'influence des vaccins et des sérums, qui est un fait, puisqu'elle empêche le développement et la nocivité des microbes, ne gêne-t-elle pas le sain développement des cellules de nos tissus ? Peut-on, sans provoquer dans un avenir plus ou moins éloigné de fâcheuses conséquences, inoculer successivement au même individu le vaccin jennérien, le vaccin antityphique, le sérum antitétanique, l'anatoxine, etc., etc. ?

Jusqu'à ce jour, les vaccinations et la sérothérapie n'ont pas paru produire, sauf de rares exceptions, d'accidents sérieux, ni compromettre la santé ni l'avenir des individus. Néanmoins, cette question est assez troublante et mériterait d'être sérieusement étudiée.

Une autre objection, d'ordre tout différent, vient de nous être faite par un confrère lyonnais qui nous communique une circulaire officielle du Service d'hygiène des écoles de la ville de Lyon : ce service se met *gratuitement* à la disposition de tous les parents qui désirent faire vacciner leurs enfants contre la diphtérie.

« Qu'on vaccine gratuitement les indigents et les nécessiteux, nous disait notre confrère, c'est tout naturel ; qu'on incite les parents aisés à faire pratiquer cette vaccination à leurs enfants, c'est recommandable ; mais qu'on aille leur offrir *gratuitement* de les vacciner, c'est engager des frais qui ne devraient pas incomber aux contribuables ; c'est en outre porter un préjudice sérieux aux intérêts respectables des médecins. »

« Cependant nous répondit un hygiéniste, il ne s'agit pas de traitement, mais de prophylaxie. La lutte contre les maladies transmissibles est assez semblable à la lutte contre les malfaiteurs. Il est tout aussi indispensable de protéger les citoyens contre la variole, la diphtérie et la fièvre typhoïde, que contre les voleurs et les assassins et personne, sauf ces derniers, n'oserait protester contre l'organisation, même à grands frais, d'une police. » — « Comparaison n'est pas raison, répliqua notre confrère. L'habitation, les vêtements, le pain et les aliments sont encore plus nécessaires à la vie que la police et les vaccinations et, si l'on comprend parfaitement que, par des secours suffisants, on assure ces moyens d'existence indispensables aux indigents et aux nécessiteux, aucune personne sensée n'oserait demander, avec notre organisation sociale actuelle, d'assurer tout cela gratuitement aux gens aisés et aux gens riches. »

Notre hygiéniste s'avoua vaincu par la dialectique de notre confrère. Mais il insista pour que les médecins consentissent à s'occuper de prophylaxie. Certes, tous y sont ; disposés mais il est nécessaire d'étudier les moyens pratiques de leur faciliter cette tâche, et le seul moyen de trouver une solution à ce délicat problème est sa recherche en collaboration par les Syndicats médicaux et les administrations.

Nous ne concevons pas qu'on puisse pratiquer en quatre semaines les trois injecctions nécessaires pour obtenir l'immunité contre la diphtérie, à plusieurs milliers d'enfants, avec le seul concours de quelques fonctionnaires médicaux attachés aux services d'hygiène d'une ville. Si l'on veut sérieusement utiliser pareils moyens de prophylaxie, il faut bien que les pouvoirs publics s'adressent aux médecins praticiens groupés en Syndicats. Là encore, la coopération s'impose et par la force des choses elle devra se réaliser un jour.

J. NOIR.

***

Voici, à titre de document, la circulaire remise aux parents dans les Ecoles de la ville de Lyon :

VILLE DE LYON
—
BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE
60, Rue de Sèze (6e arrt)
—
Téléphone : *Vaudrey 13-24*
—
OBJET :

Lyon, le 192

Le docteur VIGNE, Directeur du Bureau municipal d'hygiène,

à M.

J'ai l'honneur de vous informer qu'un Service gratuit de vaccination contre la diphtérie au moyen de l'anatoxine, vient d'être organisé à l'Ecole fréquentée par votre enfant.

Ce service est assuré par le médecin-inspecteur de l'Ecole, sous le contrôle du bureau d'hygiène.

L'anatoxine est un nouveau vaccin découvert et préparé par l'Institut Pasteur de Paris.

Administré à raison de 2 ou 3 injections sous-cutanées, il préserve l'enfant pendant plusieurs annéese contre la diphtérie, l'une des affections les plus fréquentes et les plus redoutables de l'âge scolaire.

L'application de ce vaccin, beaucoup plus simple que celle du sérum antidiphtérique, ne comporte pas plus de risques que celle du vaccin antivariolique.

Je vous prie de vouloir bien me faire connaître d'*urgence*, en répondant simplement au questionnaire ci-dessous, si vous acceptez que votre enfant soit soumis à cette vaccination.

Veuillez agréer, M. , mes salutations distinguées.

J'accepte (ou je refuse) que mon enfant soit vacciné contre la diphtérie.

NOM et adresse des parents :

....

....

(signature)

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'HYDRORRHÉE GRAVIDIQUE

Par le Dr Henri VERMELIN,

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

Les écoulements aqueux, au cours de la gestation, sont de constatation fréquente. Au début, ils sont la traduction d'une endométrite latente jusque-là : c'est l'hydrorrhée déciduale. A la fin, ils sont la plupart du temps en rapport avec la rupture prématurée des membranes ovulaires : c'est l'hydrorrhée amniotique. Il s'en faut cependant de beaucoup que la division schématique que nous venons d'indiquer corresponde à tous les cas.

Ayant eu l'occasion d'en observer un, de diagnostic délicat, nous avons cru bon de le rapporter en le faisant suivre des considérations qui nous ont amené au diagnostic d'hydrorrhée déciduale et amniotique combinées :

Observation. — Mme X..., 28 ans, de santé délicate, ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire. D'une famille de six enfants, tous bien constitués, elle a été réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Il est à noter cependant que, vers la vingtième année, sont apparus des troubles psychiques qui ont rapidement rétrocédé à la suite d'un traitement approprié. Mariée fin 1923, elle devient enceinte peu après. Cette première grossesse évolue sans incident appréciable et se termine à terme le 28 octobre 1924 par l'accouchement spontané, bien qu'un peu long, d'une fille de 3.300 parfaitement constituée.

Après consultation médicale et aussi bien en raison de l'état physique actuel que des antécédents psychiques, l'allaitement au sein est abandonné rapidement : l'enfant, élevé au lait condensé, se développe très favorablement.

Quelques mois après, une deuxième gestation commence, se signale par un état de lassitude constant et de la laxité articulaire au niveau du bassin qui rend la marche pénible. La musculature abdominale est très faible, l'utérus peu tonique ne suffit pas à maintenir le fœtus en bonne position. Dès le huitième mois, une ceinture eutocique en permet le maintien en présentation longitudinale, tête en bas.

L'accouchement effectué le 23 octobre 1925 ne présente aucune particularité. L'enfant qui est une fille de 3.750 est élevée comme son aînée au lait condensé et se développe aussi bien qu'elle.

Malgré les recommandations médicales d'abstention momentanée, une troisième grossesse survient au début de 1926. Les dernières règles sont du 3 au 8 janvier et, dès le courant de février, la certitude de gestation est acquise dans un utérus rétrofléchi. Il est à noter que la rétroflexion, peut-être d'origine congénitale, s'est reproduite à chaque accouchement et n'a pu être maintenue réduite malgré les différents essais tentés.

Dans le courant de mars apparaissent des pertes sanguines qui durent environ une semaine et cessent après le seul repos au lit.

L'amaigrissement est assez prononcé, l'alimentation est rendue difficile par suite d'une inappétence permanente, et ce n'est que dans le courant du cinquième mois que l'état général se remonte et permet la reprise d'une vie à peu près normale.

Un séjour à la campagne est dès lors envisagé, et cette jeune femme fait un voyage en chemin de fer de 500 km. sans aucune fatigue, fin juin. Un examen pratiqué avant le départ a été très rassurant : la grossesse évolue normalement.

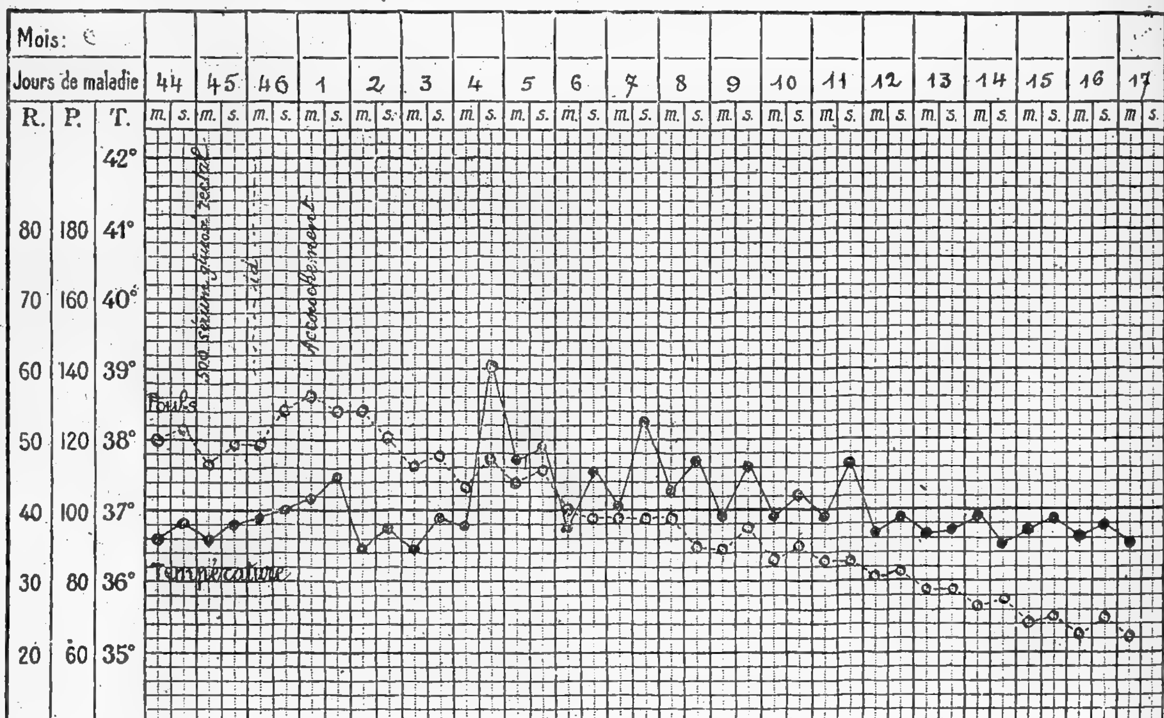
Brusquement, dans la journée du 13 juillet, survient une perte de liquide assez considérable : le repos au lit est immédiatement repris. Un médecin des environs, appelé aussitôt, pense à la rupture des membranes et fait tout préparer en vue d'un accouchement prématuré presque certain. Contrairement aux prévisions, l'utérus

reste au repos : l'écoulement d'eau continue quotidiennement avec plus ou moins d'intensité, s'échappant parfois à flots, parfois constituant un suintement qui oblige à un changement de garniture vulvaire trois et quatre fois par jour. L'enfant continue à remuer, la température maternelle demeure normale. Le diagnostic primitif devient hésitant et, devant cette situation anormale, on songe à une intervention obstétricale, à un curettage. Le séjour au lit, l'immobilité absolue, la crainte d'une intervention mettent cette jeune femme dans des conditions psychiques désastreuses ; les pertes d'eau considérables et journalières contribuent pour une bonne part à l'affaiblissement physique.

Le 13 août, à l'écoulement aqueux s'ajoute un suintement sanguin qui dure deux jours sans amener de contraction utérine. Le 20 août, un liquide qui s'écoule de la vulve est incolore, d'odeur spermatique, empèse le linge : de temps à autre il s'écoule par flots, et ceci, en correspondance avec les mouvements.

L'utérus irrégulier de forme entre en contraction au plus léger contact : néanmoins, le palper abdominal permet de situer le fœtus vivant en présentation du siège complet, mobile au détroit supérieur. Dans les 24 heures, du 24 au 25 août, il s'est écoulé environ 300 grammes de liquide. Au dire de la malade et de son entourage, cette quantité est à peu près celle de chaque jour. Le 26 août, l'utérus est moins sensible : le palper donne l'impression de liquide amnotique persistant autour du fœtus, la tête reste ballottable dans le fond utérin.

Je tente et réussis une version par manœuvres externes qui permet d'amener la tête au détroit



supérieur où elle est maintenue par un bandage. Dans la journée du 26, je fais établir un goutte à goutte rectal de sérum glucosé (500 cmc.). Le pouls est très rapide et, en raison de l'état général et de la viabilité fœtale, je songe à provoquer l'accouchement dès que les circonstances seront plus favorables. Le 27 août, 500 cmc. de sérum glucosé sont à nouveau absorbés par voie rectale. La perte de liquide par la vulve est devenue insignifiante depuis la version : dans la soirée, s'établit un suintement sanguin assez abondant et, dès la matinée du 28 août, apparaissent spontanément des contractions utérines douloureuses qui s'accompagnent d'un début de dilatation ; celle-ci est lente, la tête applique

médecin de Vichy est appelé en consultation et, après examen, en raison du moral de la malade, conseille son retour à Nancy : l'état général le permet encore et l'état local ne paraît pas devoir en être impressionné. Le 24 août le transport en voiture ambulance automobile est effectué sans incident.

Je vois la malade le 25 août : l'amaigrissement est considérable, l'état de faiblesse extrême, tout mouvement volontaire des bras et des jambes entraîne de la douleur, les mouvements volontaires du tronc sont impossibles ; la température est inférieure à 37° ; le pouls rapide et mou bat entre 115 et 125 à la minute. L'inappétence est absolue, la soif extrême. Le

bien sur le segment inférieur, mais le col est épais, dur et résistant ; paraissant infiltré, et ce n'est qu'après 16 heures de contractions que la dilatation s'achève. Le 29 août, à deux heures du matin, une fille prématurée mais vigoureuse, de 2.750 grammes, est expulsée spontanément, après refoulement de la lèvre antérieure du col prolabée. Pas de poche des eaux. La délivrance se fait naturellement dans les délais habituels.

Le placenta lui-même ne présente aucune particularité.

Les membranes ne présentent qu'un orifice au niveau du pôle inférieur de l'œuf ; la rupture a eu lieu loin du bord placentaire. Le chorion et la caduque sont épaissis, l'épaississement est irrégulier, par plages. L'amnios a conservé sa transparence et ne présente à son pourtour de rupture aucun retroussis particulier : la déchirure est nette. Le cordon a une longueur normale, et s'insère à peu près au centre de la masse placentaire.

L'enfant, bien constituée, n'a présenté qu'une crise de cyanose. Comme ses aînées, elle a été élevée au lait condensé, et à six semaines, pesait 3.250 grammes. Sa croissance a été normale.

Les suites de couches sont légèrement troublées par des incidents fébriles de peu de gravité. La température, qui atteint 39° le quatrième jour, cède spontanément.

Dans les lochies, quelques lambeaux de caduque sont retrouvés le quatrième et cinquième jour. L'état du pouls, comme l'indique la courbe, s'améliore assez rapidement, au fur et à mesure que l'alimentation est reprise.

Au quinzième jour, la régression utérine est en bonne voie et le lever est effectué le vingtième jour. L'état de faiblesse de la malade s'améliore de jour en jour en même temps qu'elle recouvre un équilibre moral parfait.

N'ayant pu suivre cette jeune femme pendant la durée de ses pertes, force nous est, pour arriver à un diagnostic précis, de reprendre l'examen des symptômes présentés et fidèlement rapportés par la malade, en y ajoutant les constatations faites peu avant l'accouchement, et au cours de celui-ci .

A la lecture de l'observation et de prime abord, en raison de la date d'apparition de l'écoulement, on est tenté, comme d'ailleurs l'avait fait le confrère appelé à ce moment, de croire à une rupture prématurée des membranes, à une ouverture vraie de l'œiuf.

Les écoulements d'origine déciduale sont en effet rares à la fin de la gestation ; ils surviennent habituellement au cours des trois premiers mois, alors que s'effectue la soudure des caduques réfléchie et pariétale.

Il ne faut pas oublier cependant qu'après cette époque, l'accolement des caduques peut être très imparfait : réalisé au niveau du pôle inférieur, il arrive que, sur des plages plus ou moins étendues, le contact ne soit pas suivi de fusion. Il persiste alors un espace virtuel dans lequel vont venir se déverser les produits des glandes déciduales hypertrophiques. Il en résulte la formation de kystes sur lesquels. Bonnaire a attiré l'attention autrefois, et dont il a apporté plusieurs exemples.

Il signalait à ce propos un symptôme que vient révéler le palper : l'irrégularité de forme et de consistance de l'utérus gravide ; des zones kystiques alternent avec des zones de rénitence normale. Ces kystes de la caduque persistent exceptionnellement jusqu'à l'accouchement, comme dans le cas rapporté récemment par Le Lorier à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. La membrane qui les entoure est en effet peu résistante, et par ailleurs, leur présence même constitue un point d'irritation qui ne tarde pas à amener des contractions plus ou moins violentes de l'utérus et qui aboutissent à leur rupture. Leur éclatement peut coïncider avec une de ces poussées de congestion utéro-pelvienne qu'il est habituel de rencontrer au cours de la gestation.

C'est à cette hypothèse de kyste de la caduque et d'hydrorrhée déciduale que nous rattachons les écoulements survenus chez notre malade dans le courant de juillet.

Chez elle, dès la fin de mars, survenaient des écoulements séro-hématiques, témoins des difficultés de la greffe ovulaire dans un utérus gros, douloureux et rétrofléchi et que l'on peut rattacher à une endométrite préexistante.La succession des évènements vient confirmer cette hypothèse.

L'écoulement paraît avoir été dès le début très abondant (nous-même avons noté une perte de 300 grammes en 24 heures), se produisant avec alternance de suintement et de flot, écoulement séreux et séro-sanguinolent sans qu'il y ait eu contraction utérine douloureuse. Cette saignée séreuse ininterrompue a eu sa répercussion sur l'état général, fait exceptionnel en cas d'hydrorrhée amniotique où l'écoulement, plus ou moins abondant du début, n'est suivi que par un suintement entretenu au fur et à mesure de la production du liquide amniotique. L'écoulement sanguin dans ce dernier cas est en rapport avec le décollement du pôle inférieur de l'œuf, au début du travail.

Dès notre examen, nous avons été frappé de trouver le fœtus en présentation du siège, mobile au détroit supérieur, avec tête ballottable dans le fond utérin et nous insistons tout spécialement sur la facilité de la version par manœuvres externes.

Sans doute, la version peut parfois être effectuée après une ouverture vraie de l'œuf, elle

est toutefois exceptionnelle et c'est à juste titre que le ballottement fœtal a été donné par Bonnaire comme un symptôme clinique primordial de diagnostic en faveur de l'hydrorrhée déciduale.

Le ballottement de la tête fœtale dans le fond utérin, la femme étant dans le décubitus horizontal, ne peut s'expliquer que si l'on admet une quantité de liquide amniotique assez considérable restant dans l'œuf. Quant à l'arrêt de l'écoulement après la version, il est la conséquence de la coaptation du segment inférieur sur la tête fœtale, coaptation que sont venues renforcer les contractions utérines du travail.

Le point particulier de notre observation est l'absence de poche des eaux constatée dès le début du travail, contrairement à ce que l'on note dans des cas d'hydrorrhée déciduale où l'épaississement et la résistance des membranes nécessitent leur rupture artificielle. Il faut admettre que, chez notre malade, l'hydrorrhée amniotique est venue se surajouter à l'hydrorrhée déciduale dès les premières contractions douloureuses, la rupture de l'amnios étant demeurée inaperçue à ce moment et, la qualité et la quantité de l'écoulement étant resté à peu près les mêmes.

Ce qui nous porte à croire à cette rupture de l'amnios peu avant l'accouchement, ce sont les constatations faites après l'expulsion naturelle du délivre.

Les membranes intactes ne présentaient qu'un orifice de rupture au pôle inférieur de l'œuf et entièrement normal.

A ce niveau, on ne constate aucun retroussis de l'amnios, signalé dans les cas d'ouverture de l'œuf longtemps avant l'accouchement : cette rétraction de l'amnios étant caractéristique de son élasticité.

Par contre, on note un épaississement très considérable de la caduque, conséquence de son inflammation et de l'hypertrophie de ses glandes.

En dernier lieu, en faveur de notre hypothèse d'hydrorrhée déciduale, compliquée au dernier moment d'hydrorrhée amniotique, nous signalons l'absence de tout signe de compression chez le fœtus.

Il ne présentait aucune attitude vicieuse de la tête ni des membres, comme on en rencontre chez les fœtus restés longtemps en présentation du siège dans un œuf intact et, à plus forte raison, dans un œuf ouvert et vidé partiellement de son contenu liquide depuis plusieurs semaines

CONDUITE A TENIR A L'ÉGARD DE L'ENFANT SOURD-MUET

Par Mlle le Dr Hoffer,

Professeur de l'Université de Paris.

III (*)

C'est souvent à l'occasion d'une maladie de l'enfant que le médecin de la famille constate le mutisme du petit malade.

Parfois, au contraire, les parents, après avoir attendu deux ans, trois ans, et souvent plus, commencent à s'alarmer de ce silence persistant et consultent le médecin. S'il n'y a pas de sourd dans la famille, les parents auront de la peine à admettre que l'enfant puisse être sourd, et cela d'autant moins que l'enfant, le plus souvent, n'est pas entièrement sourd. « Mais, docteur, dira la maman, il se retourne quand je l'appelle, quand je ferme une porte derrière lui. »

C'est de cette première consultation que dépend parfois tout l'avenir de l'enfant sourd. Que le médecin non spécialisé ne l'ignore pas ! Si, en effet, certains parents vont de consultation en consultation à la recherche du médecin qui leur apporterait une parole d'espoir, beaucoup d'autres, au contraire, suivent à la lettre le conseil premier et souvent unique qu'ils aient sollicité.

Or, d'une enquête discrète que nous avons faite auprès des parents d'enfants sourds-muets, il appert que le médecin consulté, médecin spécialisé ou non, a répondu le plus souvent aux parents, en substance, sinon à la lettre : « Votre enfant est sourd-muet, il n'y a rien à faire pour l'instant ; à l'âge de 6 ou 7 ans, il faudra le mettre dans une institution de sourds-muets. »

Dans l'intérêt de nos petits infirmes de l'ouïe, nous ne saurions trop nous élever contre de telles paroles.

En réalité, c'est dès l'âge le plus tendre que doit être commencée l'éducation du sourd-muet, car elle est évidemment plus longue que celle d'un enfant normal. Privé du sens de réception le plus propre à développer rapidement l'intelligence, à savoir l'ouïe, l'enfant sourd, doué de toutes ses facultés intellectuelles, ne peut aller aussi vite que l'enfant dont l'audition est normale. Comment admettre alors qu'on sacrifie, trois, quatre ou cinq ans de son enfance en attendant qu'on l'admette dans une institution !

(*) Travail du *Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique* du Dr de Parrel, v. *Concours médical* nos 2 et 3.

D'autre part, il est nécessaire de déterminer le degré de surdité de l'enfant afin de se rendre compte dans quelle mesure on peut développer son audition. Nous ne saurions trop insister sur ce dernier point. Citons un cas récent.

Nous avons eu, dans le cours de l'année 1927, à nous occuper d'une fillette de 13 ans, venant d'une petite école privée de sourds-muets où ses parents, commerçants aisés, sur les conseils de leur médecin, l'avaient placée à l'âge de 7 ans. Or cette enfant, conduite à notre *Centre de rééducation* pour une articulation défectueusue, avait des restes auditifs si importants qu'au bout de quelques mois elle entendait à 1 mètre toute conversation. La place d'un enfant de cette catégorie n'est pas dans une école de sourds-muets et c'est une grave erreur que de l'y faire entrer. Elle ne peut recevoir qu'une *instruction au ralenti* parce qu'elle doit suivre ses condisciples très retardés dans leur marche pédagogique par la déficience beaucoup plus marquée de leur audition.

***

Il est important de déterminer le degré de surdité de l'enfant

Il est de toute première nécessité de distinguer parmi les sourds-muets ceux qui ont des restes notables d'audition.

Chez de tels enfants l'ouïe n'est pas assez bonne sans doute pour discerner dans la parole les mots, les syllabes. Les sons arrivent à eux d'une manière si confuse que, sans éducation spéciale, ils ne parviendront pas à faire l'analyse phonétique de la phrase. Si, au contraire, on entreprend l'éducation acoustique de tels sujets, on arrive plus ou moins rapidement, suivant les cas, à leur faire entendre les voyelles, les consonnes, puis les mots et enfin des phrases entières.

Sans doute faut-il apprendre à ces enfants la lecture sur les lèvres comme aux sourds-muets afin d'aider leur ouïe qui restera — quels que soient les progrès accomplis — un sens déficitaire ; mais l'enfant dont nous parlons, éduqué par l'oreille, aura une voix plus normale, plus nuancée, plus facile, que celle des sourds-muets instruits par la lecture sur les lèvres, seule.

De plus, dans leurs relations avec leurs semblables, ils pourront se servir à la fois de l'audition et de la lecture sur les lèvres.

Pour les sourds partiels la ligne de conduite à tenir est donc la suivante :

Faire l'éducation de l'oreille aussitôt que possible, parallèlement à la lecture sur les lèvres synthétique. Dans les cas heureux, l'enfant pourra vers l'*âge de* 10 *ans, s'il est intelligent, suivre les classes d'entendants* normaux avec un léger retard dû à son infirmité ou des *classes de durs d'oreilles* lorsqu'il en existe. A l'étranger de telles classes ont été organisées avec succès et rendent les plus signalés services.

Nous avons donc éliminé tous les enfants ayant des restes auditifs trop importants pour être traités de souds-muets.

Examinons les autres.

La surdité totale est rare.

Voilà une autre vérité que nous voudrions bien voir pénétrer l'esprit de nos confrères.

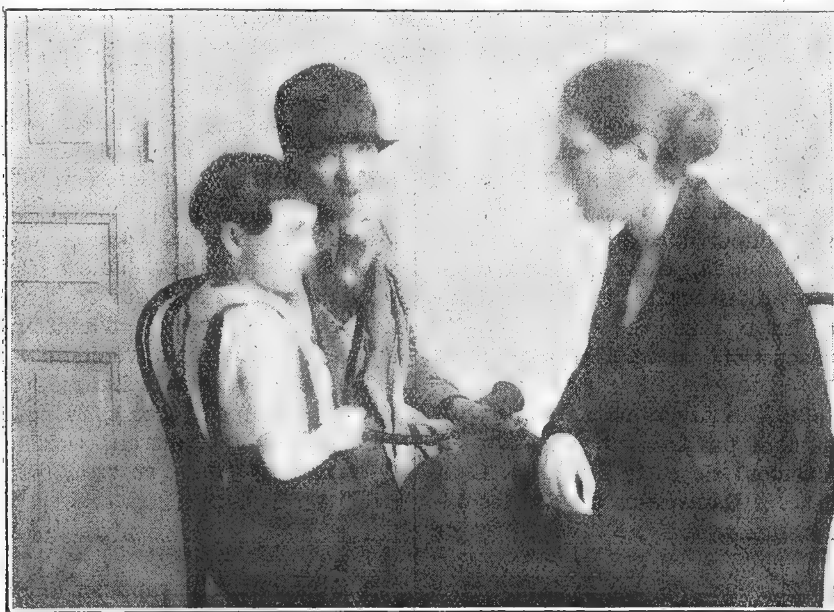


FIG. 1. — Exercice combiné de lecture sur les lèvres et d'éducation acoustique.

Une enquête sérieuse faite dans les institutions de sourds-muets l'a prouvé indubitablement.

Or toute oreille qui n'est pas entièrement perdue, est susceptible d'éducation. C'est affaire de temps, de patience et de technique.

Suivant l'importance de la lésion, les enfants en question gagnent peu ou prou, mais beaucoup parmi eux récupèrent suffisamment d'audition pour entendre à l'oreille les voyelles, les consonnes, les mots et les phrases.

Ainsi donc chaque fois qu'on se trouve en présence d'un enfant sourd-muet, on doit s'efforcer de déterminer dans quelle mesure il est sourd et, *s'il ne l'est que partiellement*, il faut mettre tout en œuvre pour tirer parti de ce capital auditif et le faire fructifier.

Pour atteindre ce but, nous nous faisons aider par la maman ou par l'institutrice. Guidées par nous et ayant l'enfant sans cesse sous leur surveillance, elles peuvent s'en occuper à tout instant. Le petit infirme ainsi suivi gagne des années précieuses.

Dans un article ultérieur nous nous proposons de donner quelques précisions sur cette *éducation précoce* à donner au petit sourd-muet.

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PALATINE CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

Par le Dr Ardouin (Parthenay)

Oto-rhino-laryngologiste.

La question de l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx reste, malgré tout ce qui a été écrit à son sujet, une question d'actualité. Il suffit de lire les revues spécialisées pour se rendre compte de l'importance qu'on lui accorde; il suffit encore de s'en rapporter à la communication que fit le professeur Portmann au Congrès français de laryngologie de 1924, et de lire les multiples discussions auxquelles elle donna lieu.

C'est qu'en effet, les divers auteurs Français ou étrangers ne sont pas toujours d'accord sur le meilleur traitement de cette affection. C'est surtout au sujet des indications ou des techniques opératoires, que se font les divergences de vues.

L'école américaine semble être systématiquement partisante des opérations élargies ; l'école française au contraire, plus éclectique, préfère souvent les interventions économiques, tout en accordant à l'amygdalectomie totale, la faveur que parfois elle mérite.

Dans un autre ordre d'idées, il nous a paru que l'on n'insistait pas toujours d'une façon suffisante — en particulier dans le jeune âge — sur certains soins qui devaient précéder ou suivre cette intervention d'apparence bénigne. Trop souvent, en effet, la maman amène de sa propre autorité l'enfant au spécialiste, pour que ce dernier lui « fasse les amygdales » ; trop souvent aussi, la jeune victime est opérée sur-le-champ, sans préparation aucune, et disparaît ensuite de tout contrôle médical pendant une ou plusieurs années, les parents se trouvant satisfaits à la seule vue de deux ou trois noyaux lymphoïdes provenant du pharynx de leur rejeton. Cependant, on lit de temps en temps, dans la littérature médicale, quelques accidents que l'on met délibérément sur le compte des risques généraux de cette petite opération. Ce sont des hémorrhagies parfois ennuyeuses, quelquefois un peu graves, ou encore des accidents infectieux, qui viennent compliquer l'acte opératoire.

Nous voudrions, après avoir rappelé, quelques notions de clinique et d'anatomie, discuter les avantages et les inconvénients des divers traitements, étudier leur technique, et poser les indications thérapeutiques convenant à chaque cas clinique. Nous décrirons ensuite les soins qui doivent précéder et suivre l'opération.

***

S'il est banal de rappeler le classique « facies adénoïdien », il n'est pas inutile d'insister sur la diversité des désordres que peut occasionner l'hypertrophie amygdalienne. Ces désordres peuvent être locaux ou généraux, ils peuvent être très légers ou très graves ; ils ne sont pas forcément fonction du volume du tissu lymphoïde envisagé. Il est donc de toute nécessité, que le praticien sache en dépister la véritable cause. Toute consultation d'enfant ou d'adulte, qui se termine sans un examen complet et systématique de la bouche, du pharynx et des oreilles, n'est pas un examen médical parfait. C'est très souvent en utilisant l'abaisse-langue, ou l'otoscope, que le médecin fera le véritable diagnostic étiologique de l'affection pour laquelle il est consulté. On éviterait ainsi un régime impuissant quoique sévère, chez cet entéritique, des examens radiologiques sans résultat, et une thérapeutique compliquée, chez ce jeune homme qui vomit trop souvent ; une suralimentation exces-

sive chez cet enfant d'apparence cachectique, et toute la gamme des fortifiants sans effet, chez ce petit malade qui tousse quotidiennement et que l'on suspecte de bacillose pulmonaire. Enfin, — et ceci n'est pas de moindre importance — on éviterait nombre de surdités, ou de demi-surdités si l'on examinait systématiquement le pharynx des enfants à la moindre manifestation auriculaire.

Les *types cliniques* observés sont variables suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. Ils sont aussi variables suivant l'âge, l'enfant et l'adulte réagissant d'une façon différente à l'hypertrophie amygdalienne. Dans le jeune âge, le cas classique est l'enfant chétif et malingre à thorax étroit ; il manque d'appétit, il respire mal, il ronfle, il est constamment enrhumé. On peut cependant noter une forme nerveuse : le malade est agité, instable, il dort mal, urine au lit ; une forme gastro-intestinale : entérocolite, infectieuse, avec insuffisance du foie ; une forme floride enfin, plutôt rare, mais que l'on rencontre parfois, avec des troubles d'intensité variable du côté des oreilles. Chez l'adulte, on trouve peut-être moins souvent des troubles locaux, que des manifestations secondaires infectieuses. On voit des formes gastriques et des formes hépatiques ou même rénales, qui guérissent après une amygdalectomie.

Macroscopiquement, les amygdales sont plus ou moins hypertrophiées. Elles sont souvent énormes, se réunissant presque sur la ligne médiane ; parfois enchatonnées, cachées derrière le pilier antérieur. Elles peuvent être plongeantes, surtout développées vers le bas, en une masse d'importance variable. L'amygdale ainsi hypertrophiée est souvent lisse, de coloration rougeâtre, ou plutôt d'un gris pâle et lavé.

Parfois l'hypertrophie n'est pas très apparente, il faut alors pratiquer un examen minutieux du pharynx pour faire le diagnostic. Il s'agit d'amygdalite chronique, avec des tonsilles plus ou moins cryptiques et anfractueux. On peut dans ce cas, par une simple discision au crochet, faire sourdre de l'orifice de ces « cryptes amygdaliennes » un liquide jaunâtre de consistance du mastic, et d'odeur infecte caractéristique.

Histologiquement, l'hypertrophie amygdalienne est constituée par un épithélium pavimenteux stratifié, entourant un amas de follicules clos logés entre les mailles d'un tissu conjonctif plus ou moins dense. Analysant un certain nombre d'examens anatomo-pathologiques pratiqués dans le laboratoire du prof. Portmann, le Dr Orgogozo conclut à l'existence :

a) De lésions congestives marquées avec abondance de vaisseaux très dilatés dans les cloisons fibreuses intra-amygdaliennes ;

b) De foyers infectieux pouvant siéger en tous les points de l'organe et en particulier très profondément, formant des abcès *juxta-capsulaires*.

Nous utiliserons plus loin ces notions au paragraphe des indications thérapeutiques.

L'*étiologie* de l'hypertrophie amygdalienne est variable. On accuse les inflammations répétées du rhino-pharynx chez les sujets prédisposés (lymphatiques) ; les maladies infectieuses aiguës (rougeole, typhoïde), ou chroniques (tuberculose, syphilis). Il semble également qu'on la rencontre plus souvent sous les climats chauds et humides (Ombredanne).

Le *diagnostic* est le plus souvent facile : il suffit de voir et de compléter l'impression visuelle par le toucher. Toutefois, il faut se méfier, chez l'enfant, de certaines tumeurs lymphoïdes du pharynx, plus ou moins graves : un lymphadénome, ou un lymphosarcome à son début, ou encore comme j'en ai observé un cas typique, une localisation pharyngée de la maladie de Hodgkin. Il ne faut donc pas se hâter de faire le diagnostic en disant à l'enfant d'ouvrir la bouche, et d'ajouter à la mère que l'on opèrera son fils le lendemain. Mieux vaut compléter en détail l'examen du petit malade, l'ausculter avec soin, palper minutieusement toutes ses régions ganglionnaires, etc. Pour l'adulte en revanche, il ne faut pas se presser de conclure à l'absence de lésions sérieuses sous prétexte que les amygdales ne font pas saillie dans le pharynx. On examinera avec soin et à l'aide d'un bon éclairage les moindres détails de la région suspecte ; au besoin, après un léger badigeonnage à la cocaïne, on essayera avec un crochet spécial de déceler l'infection latente.

La question du *traitement* reste la plus importante. En réalité étant donné l'efficacitée presque nulle du traitement médical, c'est à la chirurgie surtout que l'on doit avoir recours pour obtenir une guérison complète. Toutefois ces dernières années, il semble qu'une arme nouvelle : la diathermo-coagulation, ait acquis droit de cité dans la thérapeutique de certaines affections du pharynx. Nous verrons, en discutant les indications thérapeutiques, toute l'importance que le spécialiste doit lui accorder.

***

En chirurgie amygdalienne, deux procédés peuvent entrer en parallèle. Ce sont l'amygdalectomie partielle (appelée à tort amygdalotomie) et l'amygdalectomie totale. Nous ne pensons pas, comme plusieurs auteurs (en particulier les Américains) tendent à l'admettre, que ces deux méthodes s'opposent. Elles ont au contraire leurs indications bien précises, et dans chaque cas particulier, constituent une thérapeutique excellente.

L'*amygdalectomie partielle*, consiste en somme

à enlever la plus grande partie d'une amygdale hypertrophiée. Après l'opération, il reste fatalement, dans le fond de la loge tonsillaire, des noyaux de tissu lymphoïde, qui peuvent bien proliférer de nouveau. Et c'est là un des gros reproches qu'opposent à l'amygdalotomie, les partisans systématiques de l'amygdalectomie totale.

En second lieu, l'amygdalectomie partielle, dans quelques rares cas il est vrai, a conduit à de véritables désastres par hémorrhagies cataclysmiques. Nous verrons plus loin que c'est presque toujours la carotide interne lésée qui est la cause de ces accidents mortels. De plus on peut assister à des hémorrhagies en nappe qui deviennent parfois sérieuses par lésion de l'artère tonsillaire ou d'une de ses branches.

De son côté, *l'amygdalectomie totale* se propose d'énucléer complètement la glande de sa loge. l'opération est possible, puisque l'amygdale qui est flanquée contre la face profonde de la muqueuse du pharynx, est séparée du plan fibro-musculaire de la région maxillo-pharyngienne par un espace conjonctif que l'on peut arriver à cliver pour déloger la glande. Elle expose également à des dangers, dont le principal est encore l'hémorrhagie, mais il semble cependant que les artérioles lésées soient dans ce cas de petit calibre, et qu'elles puissent être facilement pincées, et ligaturées.

Enfin la *diathermo-coagulation*, mise en honneur en chirurgie par Doyen, et en oto-laryngologie, par les travaux de Bourgeois et Poyet, Bordier, Leroux-Robert, Portmann, Dutheillet de Lamothe, etc., a pour but de détruire l'amygdale, par une coagulation électrique spéciale de ses éléments. Cette méthode est une application en médecine des belles découvertes de d'Arsonval, sur les courants de haute fréquence. Sans vouloir entrer dans le détail, disons que les courants de haute fréquence sont des courants alternatifs possédant une alternance et une période rapide, une fréquence élevée, une longueur d'onde courte, et qu'ils sont produits par des générateurs spéciaux : condensateurs électriques (Lemoine). Ils sont complètement différents des courants électriques ordinaires : continu, ou alternatif de basse fréquence.

Si l'on voulait en effet développer par un courant électrique ordinaire, une quantité de chaleur suffisante pour détruire en coagulant, on provoquerait à coup sûr des accidents mortels. Avec les courants de haute fréquence au contraire, comme l'a montré d'Arsonval, en 1896, on peut augmenter l'intensité du courant sans nuire à l'organisme, pour obtenir des effets caloriques localisés et considérables. On pourrait opposer l'effet produit par une pointe diathermique, et une pointe de cautère ordinaire, thermique ou électrique. Dans le second cas, l'effet destructeur du cautère reste localisé à la minime partie de l'organisme qui est au contact de la pointe productrice de chaleur, tandis que dans la diathermie, la chaleur de coagulation est au contraire engendrée par la résistance qu'opposent les tissus au passage du courant. C'est là un point capital de l'effet diathermique.

Récemment, un élève de Bourgeois, le Dr Lemoine, a montré tout l'intérêt que présentait ce nouveau procédé thérapeutique dans le traitement des tumeurs du naso-pharynx. Nous verrons plus loin les différentes techniques de son application. Disons tout de suite, pour ce qui est de l'hypertrophie amygdalienne, que la diathermo-coagulation offre sur les autres procédés de destruction ou d'exérèse, des avantages énormes :

1° L'application diathermique est peu douloureuse ;

2° Elle provoque la coagulation des tissus sans la moindre hémorrhagie, et détermine une escharre (escharre diathermique), qui lorsqu'elle est « religieusement » respectée par le malade et le médecin, tombe d'elle-même sans écoulement sanguin secondaire ;

3° La cicatrice laissée par une intervention diathermique sur l'amygdale, est remarquablement souple (absence de bride cicatricielle) ;

4° Enfin et ceci n'est pas négligeable — la diathermo-coagulation est une méthode élégante.

***

Avant d'exposer les diverses techniques de la chirurgie amygdalienne, et de la diathermo-coagulation, nous dirons deux mots *d'anatomie*.

La « *fosse amygdalienne* » de Sappey, est limitée en avant par le pilier antérieur du voile du palais, en arrière par le pilier postérieur, en haut par l'angle de réunion de ces deux piliers, et en bas par la gouttière alvéolo-linguale. D'autre part, entre le pilier antérieur et le sillon amygdaloglosse, se trouve un repli muqueux : « le pli triangulaire », au-dessus duquel se creuse la fossette sus-amygdalienne (recessus palatin de Killian). Cette fossette, qui est un vestige embryonnaire n'est pas constante. Lorsqu'elle existe, elle peut s'infecter, et donner lieu à des phénomènes infectieux plus ou moins graves (phlegmon vélo-palatin).

Par sa face adhérente (hile de tonsille), l'amygdale répond à la paroi du pharynx. On rencontre ainsi successivement en dehors du tissu propre de la glande : la capsule fibreuse de l'amygdale, le muscle amygdalo-glosse, le constricteur supérieur du pharynx, et quelques filets du stylo-glosse. C'est donc cette zone musculaire qui sépare l'amygdale de la partie pré-stylienne de l'espace latéro-pharyngien, avec son système vasculaire et nerveux.

Velpeau, en 1837, Zuckerkandl, en 1887,

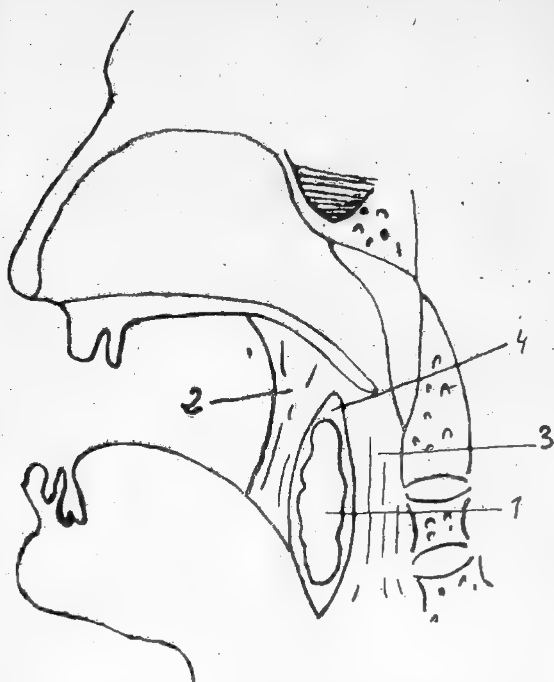


Fig. 1.
L'amygdale droite vue en place (coupe sagittale de la tête).
1° Amygdale ; 2° pilier antérieur ; 3° pilier postérieur 4° fossette sus-amygdalienne.

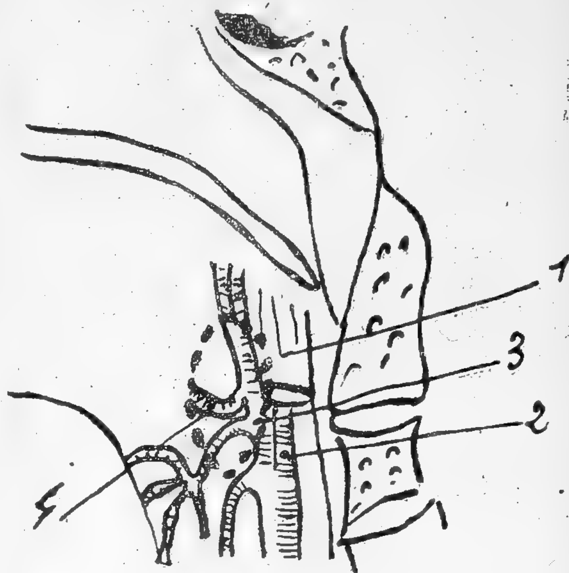


Fig. 2.
Rapports de la face externe de l'amygdale : le pilier postérieur (1) a été sectionné. L'amygdale enlevée est représentée en pointillé.
2 : carotide interne. 3 : carotide externe. 4 : pharyngienne ascendante. (D'après Testut.)

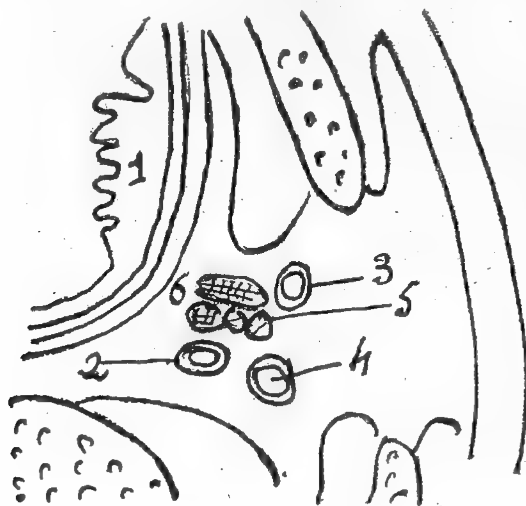


Fig. 3.
Coupe horizontale du cou passant par l'amygdale:
1 : amygdale. 2 : carotide interne. — 3 : carotide externe. — 4 : jugulaire interne. — 5 : muscles styliens. — 6 : espace maxillo-pharyngien.

Pierre Descomps, en 1908, se sont attachés à estimer la distance exacte qui séparait l'amygdale du système carotidien. Il paraît bien établi d'après ces travaux, que la partie postérieure de l'amygdale est située à 2 cm., environ en avant de la carotide interne. Par contre la carotide externe, qui se trouve aussi en général à 2 cm., en arrière et en dehors de l'amygdale, décrit parfois une ou deux flexuosités, dont la plus interne, que certains appellent la crosse de la carotide externe (A. Soulié), s'approche de l'amygdale jusqu'à toucher sa capsule. Elle peut même donner alors un rameau assez volumineux. Des hémorrhagies assez sérieuses résultent parfois de la

section de ce rameau tonsillaire, ou même du volume un peu exagéré que prend l'artère tonsillaire normale, branche de la palatine ascendante. (A. Soulié).

Plus récemment le prof. Sébileau (Société de chirurgie de Paris, 26 janvier 1925), s'est attaché à démontrer, en étudiant les rapports vasculaires de l'amygdale, que le vrai danger de l'amygdalectomie, était la blessure de la carotide interne, et qu'on pouvait la léser par la prise du pilier postérieur.

Nous allons voir en étudiant les techniques des divers procédés de destruction de l'amygdale, les précautions que l'on doit prendre, pour éviter des accidents hémorrhagiques graves.

***

La technique de l'amygdalectomie partielle est en réalité suffisamment connue pour qu'on s'étende longuement à son sujet. Toutefois, il n'est peut-être pas inutile d'insister sur certains points particuliers de cette opération. Le principe est d'enlever le plus que l'on peut du tissu lymphoïde hypertrophié. Actuellement, on utilise soit l'anse froide, soit plus couramment l'excellente pince morcelante de Ruault.

Une question importante est celle de l'anesthésie. En ce qui concerne l'adulte, toute le monde est à peu près d'accord pour opérer sous anesthésie locale, soit par attouchement au liquide de Bonain, soit mieux encore par infiltration novocaïnique. Nous décrirons plus loin au sujet de l'amygdalectomie totale où elle constitue un temps très important de l'opération, la technique de l'anesthésie de la région amygdalienne.

Pour ce qui est des enfants, certains auteurs disent : opérez votre sujet sans l'endormir ; une bonne contention bicipitale doit suffire (G. Laurens). D'autres conseillent parfois l'anesthésie locale. Enfin, il est des spécialistes qui n'hésitent pas à pratiquer jusqu'à trois ou quatre anesthésies consécutives au chlorure d'éthyle (De Gandt).

Il nous semble que l'on peut garder un juste milieu. Suivant l'exemple et les conseils de notre maître et ami le Dr Louis Ducuing (de la Rochelle), nous estimons qu'il y a parfois un gros intérêt à endormir notre jeune victime. Pour cela, une simple bouffée de chlorure d'éthyle donnée avec un appareil dosimétrique spécial suffit pour enlever l'enfant du cadre de l'opération, et permettre ainsi une intervention correcte, et aussi complète que possible. Un second argument, qui n'est pas négligeable en faveur de l'anesthésie superficielle, est la satisfaction des parents en apprenant que leur enfant n'a pas souffert.

Reste le danger de l'hémorrhagie. Nous verrons en parlant des soins pré-opératoires comment on peut dans une certaine mesure, diminuer l'importance de l'écoulement sanguin au moment de l'opération.

Les hémorrhagies proprement dites, peuvent être plus ou moins graves, parfois mortelles.

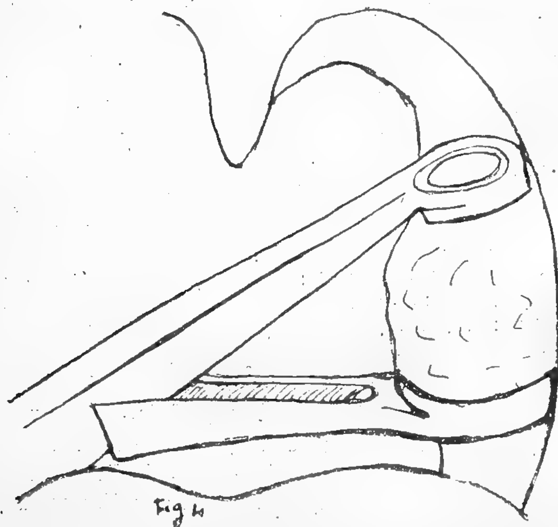


Fig. 4.

Ce qu'il faut faire dans l'amygdalectomie partielle : Prise verticale (d'après A. Menguy).

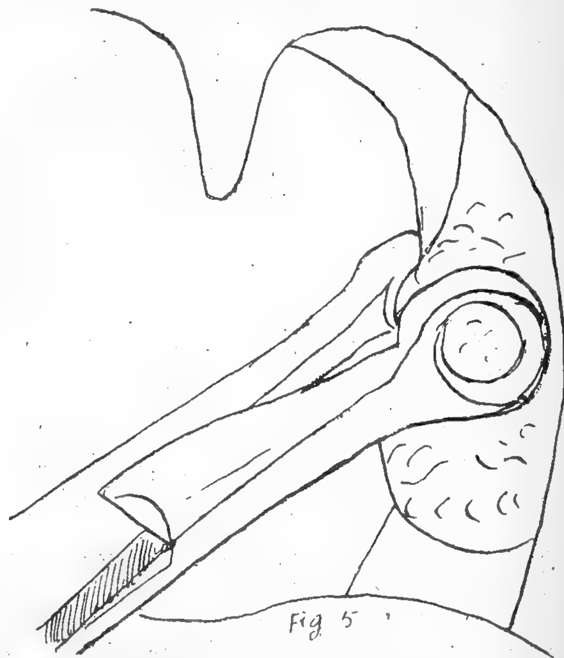


Fig. 5.

Ce qu'il ne faut pas faire : Prise transversale de l'amygdale (d'après A. Menguy).

L'hémorrhagie cataclismique, est toujours due comme l'a montré le prof. Sébileau, à une lésion de la carotide interne. Les hémorrhagies moins graves intéressent les artères tonsillaires ou des artérioles dépendant du système carotidien externe.

En pratiquant l'opération correctement et dans le calme d'une anesthésie bien conduite, on peut arriver à éviter ces deux écueils.

Pour tenir la carotide interne en respect, il ne faut pas léser le pilier postérieur. Comme l'a très bien montré le Dr A. Menguy, élève de Sébileau, dans une étude très documentée, la prise du tonsille par la pince morcelante doit être *verticale* (fig. 4). Point de coup de pince transversaux, même lorsque le lobule moyen est particulièrement développé. Ceci est d'autant plus vrai, qu'au moment de l'opération, si la tête est légèrement défléchie, la carotide interne peut se trouver très près du pilier postérieur (fig. 5).

Pour éviter les hémorrhagies du système carotidien externe, moins graves cependant, il ne faut pas trop aller creuser vers le pôle inférieur de la loge amygdalienne.

Contre le premier accident, on est complètement désarmé.

Contre le second, un simple tamponnement suffit parfois. Plus souvent, on est obligé de laisser une pince à demeure, ou encore lorsque l'hémorrhagie persiste peut-on pratiquer selon la méthode préconisée par notre maître le prof. Escat, la ligature des piliers après tamponnement de la loge tonsillaire vide.

En résumé, l'amygdalectomie partielle, opération rapide et simple, facilement réalisable chez l'adulte à l'anesthésie locale, doit être pratiquée de préférence lorsqu'il s'agit d'un enfant sous une anesthésie générale légère. Il faut toujours, comme l'a montré A. Menguy, faire une prise verticale du tonsille. Il ne faut pas être trop gourmand dans sa prise, et ne pas plonger trop loin la pince morcelante.

(A suivre.)

A PROPOS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

La pratique systématique de la vaccinothérapie préventive, tant dans l'armée, que dans certaines administrations civiles, telles que l'Assistance publique à Paris, où elle est imposée au personnel, a diminué considérablement l'importance de la fièvre typhoïde, au point de vue de la morbidité et de la mortalité du moment présent.

Ainsi s'explique-t-on que la rareté des épidémies et la limitation des endémies rendent moins fréquentes les occasions d'observer la maladie, et, par conséquent, les études, les communications et les publications sur un sujet particulièrement intéressant.

Les travaux les plus récents ont porté surtout sur le meilleur procédé de vaccinothérapie préventive, ainsi que sur certaines tentatives louables de vaccinothérapie curative.

Des faits relativement originaux, dignes d'être exposés, ont été à cet égard observés en Tunisie.

C'est ainsi que le corps médical a remarqué que la fièvre typhoïde est surtout une maladie des jeunes ; elle se rencontre en effet de préférence avant trente ans. Les femmes sont infiniment plus atteintes que les hommes. La cause en est que ceux-ci ont généralement été soumis à la typho-vaccination militaire. C'est à l'automne qu'elle acquiert son maximum de développement, frappant les Européens plus volontiers que les indigènes, sans doute parce que ceux-ci restent fidèles à une alimentation végétarienne, tandis que les premiers continuent, même pendant la saison chaude, à user d'une alimentation carnée et éthylique. Leur tube digestif diminue ainsi sa résistance et devient plus fragile, plus facilement ensemençable.

L'origine hydrique, surtout à l'époque des chaleurs et de la raréfaction de l'eau potable, est la règle, bien que des cas de contagion directe, dans le milieu familial, aient été constatés.

La fièvre typhoïde règne, en Tunisie, à l'état endémique, avec des sursauts épidémiques dans lesquels le génie épidémique a montré son empreinte.

Cliniquement, la fièvre typhoïde y diffère d'allure avec la fièvre typhoïde des Européens. Le début est souvent brusque et se traduit par une ascension thermique, accompagnée parfois de manifestations thoraciques. Dans plus de la moitié des cas, la courbe est irrégulière, et présente des chutes brusques et spontanées de courte durée dans la période d'état. Le pouls n'est pas toujours dicrote ni dissocié. Les taches rosées ne se montrent guère que dans 35 à 45 % des cas. La langue est toujours saburrale, mais demeure humide. Elle ne devient rôtie que dans les formes graves. Les vomissements sont constants au début, ainsi que le gargouillement dans la fosse iliaque, mais la constipation est fréquente. La splénomégalie est discrète, l'albuminurie rare. Si le pronostic est bénin, la forme grave, avec tuphos s'observant rarement, l'évolution, par contre, est plus lente qu'en Europe. La durée moyenne va, en effet, de 4 à 6 semaines.

La fièvre typhoïde est souvent associée au

paludisme, parfois aussi à la tuberculose : sa physionomie et son allure en sont modifiées.

Parmi les complications, les hémorragies intestinales seraient les plus fréquentes, bien que les perforations demeurent relativement rares.

Le diagnostic est assez difficile cliniquement, dans la forme monosymptomatique. En bien des cas, il sera à faire avec le paludisme et avec la fièvre de Malte. C'est alors que les recherches de laboratoire viendront utilement au secours du clinicien, soit sous la forme de l'hémoculture, soit par le séro-diagnostic.

Le traitement adopté par nos confrères tunisiens varie selon les personnalités. Il en est qui demeurent fidèles aux antithermiques, notamment au pyramidon. Tous s'accordent à dénier toute valeur à la vaccinothérapie curative. Le plus grand nombre à recours à la balnéation froide, aux enveloppements froids ou tièdes, aux lavements froids. Il en est qui se sont bien trouvés de l'usage de l'urotropine. Je n'ai pas rencontré, dans les rapports que j'ai compulsés, d'indications relatives à la diététique conseillée par les médecins, comme complément du traitement.

Il est vraisemblable que ceux qui baignent systématiquement leurs typhiques ajoutent à cette hydrothérapie externe la balnéothérapie interne, réalisée par une véritable cure de boisson.

A ce propos, je rappellerai brièvement quels avantages qu'offre pour cette cure de boisson, l'eau de Vals, source La Reine. Ces avantages tiennent d'abord à son idéale minéralisation, dans laquelle domine le bicarbonate de soude, et son dosage moyen de 3 gr. environ par litre. Puis, à sa richesse en acide carbonique libre.

Dans la fièvre typhoïde, comme d'ailleurs dans toutes les maladies infectieuses, la Reine de Vals mérite d'être employée largement, car elle calme la soif, tempère l'acidité du tube digestif, neutralise les fermentations, provoque et entretient la diurèse et opère un véritable lavage du sang.

C'est une sorte de sérothérapie qui s'effectue avec une eau à laquelle il est permis d'appliquer en effet l'épithète de sérum naturel.

Quelle que soit, finalement, la thérapeutique instituée par le clinicien, qu'il donne la préférence à la balnéation externe, totale (bains) ou mitigée (enveloppements), il se trouvera toujours bien de faire boire abondamment ses malades, et rien ne vaudra la Reine de Vals comme eau de boisson, en pareils cas (1).

E.-D. GASTON.

(1) Bibliographie : *Revue tunisienne des sciences médicales*, février 1924.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Intérêt pratique de la synthaline dans la thérapeutique du diabète.

Récemment, des auteurs allemands, Frank et ses collaborateurs, ont introduit dans la thérapeutique du diabète un produit nouveau obtenu par synthèse à partir de la guanidine, et dont la composition moléculaire n'a pas été divulguée. On sait seulement que c'est un produit aminé, et qu'il porte plusieurs radicaux méthyles. Ce produit présente l'intérêt de produire en administration *per os* des effets comparables à ceux que l'on obtient avec l'insuline, par voie parentérale, seule efficace.

MM. CHABANIER et LEBERT ont observé 27 cas de diabète traités par la synthaline : 19 cas graves, et 8 bénins. Ils n'ont pas essayé la synthaline dans les états comateux ou précomateux, tout le monde s'accorde actuellement pour reconnaître que la synthaline ne peut servir de médication exclusive en pareille occurrence, en raison de la lenteur de son action, et des effets toxiques que sont susceptibles de provoquer les fortes doses auxquelles on doit alors avoir recours pour qu'elle ait quelque efficacité sur les manifestations à proprement parler diabétiques.

Dans les diabètes graves, la synthaline ne peut servir de base exclusive au traitement, mais on l'alterne ou on l'associe avec l'insuline.

L'alternance, sous forme de cure d'entretien par la synthaline après l'insuline, n'est pas possible, car toujours la synthaline a produit une brusque recrudescence de la glycosurie devenue antérieurement minime ou nulle.

Cependant l'association des deux médicaments a pu être réalisée avec des résultats intéressants : les résultats obtenus antérieurement avec l'insuline ne se modifièrent pas, et, grâce aux faibles doses employées, les symptômes à proprement parler d'intolérance à la synthaline n'apparurent pas ; mais il y eut abaissement du poids, ou maintien du poids préalablement en voie d'accroissement lors du seul traitement insulinique.

Pour les diabètes bénins, qui seraient spécialement justiciables de la synthaline, la médication semble agir efficacement sur le diabète, et notamment sur la glycosurie ; les faibles doses employées évitent toute intolérance, mais les malades maigrissent, et cette médication ne permet pas, quoiqu'on dise, d'adoucir le régime. Les obèses même, au lieu d'éprouver un mieux-être de leur perte de poids accusaient une sensation de malaise, de dépression. Dans ces conditions l'utilisation de la synthaline devient plutôt l'exception.

Si la synthaline donc présente au point de vue scientifique une véritable intérêt, pratiquement elle ne constitue pas une médication réellement satisfaisante. (*La Presse médicale*, 1er juin 1927.)

Sur la filtrabilité du virus tuberculeux et le problème de l'hérédité tuberculeuse.

MM. Léon Bernard et Mélis résument les travaux français récents parus sur cette question. Les éléments filtrables du bacille tuberculeux humain se caractérisent essentiellement par le fait du passage à travers les filtres les plus fins d'éléments susceptibles de reproduire les formes bacillaires acido-résistantes. Ces éléments paraissent invisibles ; jusqu'à présent on n'a pas réussi à les cultiver, mais leur action pathogène existe ; dans l'immense majorité des cas, les cobayes inoculés meurent entre le 3e et le 4e mois qui suit l'inoculation après une cachexie progressive, et à l'autopsie on ne trouve pas de chancre d'inoculation, pas de lésions ganglionnaires caséeuses, mais seulement une hypertrophie assez discrète des ganglions trachéo-bronchiques, et parfois quelques îlots d'hépatisation pulmonaire ; dans ces îlots, comme dans les ganglions tuméfiés, on peut déceler, sur frottis, par une longue et patiente recherche, quelques très rares bacilles acido-résistants.

Ces éléments filtrables du virus tuberculeux sont généralement considérés comme appartenant à une forme microbienne spéciale, l'ultra-virus tuberculeux (Calmette) et représenteraient un exemple de mutabilité des formes différentes d'un même germe pathogène. Mais cet ultra-virus, on ne l'a pas encore vu ; son existence repose uniquement sur le phénomène de la filtration. Les effets pathogènes de ces filtrats nécessitent toujours des doses assez fortes.

D'autre part, il doit venir à l'esprit que si le virus tuberculeux possède des éléments filtrables, il doit pouvoir sous cette forme passer à travers le placenta. Les faits de transmission congénitale de la tuberculose sont rares ; mais ils existent.

Dorénavant, dans toute enquête bactériologique destinée à déceler la présence de virus tuberculeux, on n'a pas le droit de se contenter, comme critère, de la recherche des lésions folliculaires, caséeuses, chez les animaux inoculés, mais il convient de dépister la présence de ganglion plus ou moins hypertrophiés, dépourvus de lésions caséeuses, mais renfermant un petit nombre de bacilles acido-résistants.

La filtration de ce virus à travers le placenta doit-il avoir des conséquences prophylactiques ? Les auteurs ne le pensent pas, car la part de l'hérédité graine dans l'étiologie de la tuberculose ne peut être regardée comme notablement accrue par les faits nouveaux. Même si on attribue à un ultra-virus filtrant toxique la haute mortalité des premiers mois de la vie des enfants issus de tuberculeux, il n'en reste pas moins acquis que ce lot d'enfants ne représente qu'une petite minorité, et que l'immense majorité des enfants de tuberculeux, s'ils sont séparés de leur parent tuberculeux dès la naissance, vivent et croissent de manière normale, et ne deviennent pas tuberculeux. La contagion, surtout la contagion familiale, demeure le facteur prépondérant de la transmission de la tuberculose ; c'est la contagion qui doit continuer à guider notre action prophylactique. (*La Presse médicale*, 8 juin 1927.)

Tuberculose pulmonaire et grossesse. Conduite à tenir.

Au point de vue thérapeutique, René Mignot pose deux indications : une indication préventive et une indication curative avant et après la gestation.

Prophylaxie préventive. — On devrait interdire le mariage et la grossesse chez les tuberculeuses, non seulement chez celles ayant des tuberculoses pulmonaires avérées, mais encore chez celles porteuses de tuberculose fruste ou simplement suspecte. Mais en pratique, la réussite de ce projet reste douteuse.

Quant au *traitement curatif avant la gestation*, c'est la question de l'avortement provoqué. S'il s'agit de tuberculose fibreuse ancienne peu évolutive, il faut surveiller attentivement la malade et la soumettre au traitement médical ; la recalcification associée à la médication surrénale sera particulièrement indiquée ; la cure sanatoriale s'impose.

S'il s'agit d'une tuberculose évolutive, la situation est plus angoissante, car même si l'aggravation ne se manifeste pas dès le début, elle risque d'éclater tardivement et il faut agir énergiquement.

Quand la lésion est unilatérale, on peut réaliser le pneumothorax thérapeutique ; les observations montrent que cette intervention ne gêne en rien la grossesse et l'accouchement ; c'est un traitement d'urgence, qui peut être établi rapidement à toute époque de la grossesse, dès l'apparition d'une aggravation, à la seule condition

que les lésions soient unilatérales ; le succès est obtenu dans 50 % des cas.

Mais quand les lésions sont bilatérales, le pneumothorax est impossible, et c'est l'angoissante question de l'avortement provoqué. Les auteurs français sont pour la plupart abstentionnistes : jamais, écrit Rist, la preuve n'a été apportée que l'interruption de la gestation ait augmenté les chances de survie des tuberculeuses gravides ; il faut donc laisser la grossesse suivre son cours et soigner la tuberculose. Il existe ensuite des interventionnistes éclectiques. Il faut, d'après le Prof. Balthazard, que la mère coure un danger extrême, que ce danger soit sous la dépendance certaine de la grossesse, et que ce danger doive cesser après l'interruption de la grossesse.

Le Prof. Bar pense que l'interruption peut être envisagée seulement si la grossesse n'a pas dépassé trois mois, et s'il s'agit d'une tuberculose franchement évolutive, encore curable. Cette application du caractère évolutif prime donc toute autre considération ; nous ne possédons malheureusement aucun test biologique certain : cuti-réaction, séro-agglutination, hypocholestérinémie. C'est, d'après Sergent, dans l'ensemble des signes généraux et fonctionnels et dans les modifications des signes physiques de localisation que nous devrons chercher les témoins les moins infidèles. L'avortement serait réservé aux femmes jeunes, l'hystérectomie aux femmes plus âgées.

Bref, ce problème de l'interruption de la grossesse ne peut être définitivement résolu en l'état actuel de la phtisiothérapie ; c'est un problème de conscience autant que de jugement qui se pose.

Après la grossesse, il s'agit le plus souvent de femmes qui restent fatiguées et maigrissent, et chez qui, en quelques mois, la tuberculose s'est réveillée lentement et sournoisement. La décompression brusque des poumons, du fait de la délivrance, pourrait expliquer le réveil de la tuberculose après l'accouchement ; aussi conseille-t-on de faire aussitôt que possible après l'accouchement un petit pneumothorax bilatéral partiel et simultané, entretenu pendant quelque temps ou au contraire continué, en cas de signes de réveil unilatéral ou bilatéral. Cette intervention est parfaitement réalisable et bien tolérée. La seule contre-indication est l'état de cachexie de la parturiente. Des résultats encourageants ont été obtenus.

Ajoutons que l'allaitement doit être interdit aux tuberculeuses, car il aggrave la tuberculose ou en favorise l'éclosion. (*L'Hôpital*, juin 1927 A.)

De l'anesthésie locale en chirurgie gastrique.

Hilarowicz, de Leopol (Pologne), décrit le procédé de Roussiel qu'il a perfectionné et dont il démontre les avantages.

Le malade est assis en travers de la table, les jambes pendantes, l'aiguille est piquée au niveau du bord supérieur de la douzième côte, à six centimètres de la ligne médiane. Elle est enfoncée sous un angle égal à 45 degrés, dans la direction de l'apophyse épineuse de la onzième vertèbre dorsale, parallèlement au dernier espace intercostal, à une profondeur de 8 centimètres environ, jusqu'à la résistance caractéristique du corps vertébral ; c'est là que l'on injecte sur l'os dix centimètres cubes de novocaïne-adrénaline a un pour cent. Ensuite on retire légèrement l'aiguille et l'on s'efforce d'atteindre la surface osseuse vertébrale plus profondément, sans cependant se perdre dans les parties molles. On injecte alors trente cc. de novocaïne-adrénaline à un pour cent avec des brefs mouvements oscillatoires sans s'éloigner de l'os. La quantité totale, employée des deux côtés, soit quatre-vingts cc. de novocaïne-adrénaline à un pour cent, ne détermine jamais de phénomènes toxiques graves et provoque une anesthésie des organes abdominaux supérieurs pendant une heure et demie environ.

Cette anesthésie doit être complétée par l'infiltration soignée des parois abdominales. (*Paris chirurgical*, 1927, n° 4.)

Nouvelle technique pour encheviller les fractures du col du fémur.

M. Judet vient de publier une nouvelle technique fort intéressante pour l'enchevillement du col du fémur.

Dans une fracture du col du fémur, il y a d'autant plus de chances de pseudarthrose que la fracture siège plus près de la tête fémorale et que le sujet est plus âgé. Pour activer la formation du cal, certains chirurgiens, dont Dujarier, ont préconisé d'implanter un greffon emprunté au péroné du sujet dans le col et la tête fémorale. La réussite de cette opération n'est pas aussi aisée qu'on peut le penser à *priori*. Un opérateur peu expérimenté risque d'implanter le greffon ou trop haut ou trop bas, ou trop en arrière, ou trop en avant, en sorte que celui-ci ne venant pas embrocher la tête, le but poursuivi est manqué.

Pour obtenir une implantation correcte du greffon, il faut tout d'abord que la fracture soit très exactement réduite et que cette réduction soit maintenue pendant toute la durée de l'opération. Pour obtenir ce résultat, Judet utilise une table de réduction formée par une planche de un mètre quinze centimètres de long, de cinquante centimètres de large et deux centimètres d'épaisseur. Cette planche présente à l'une de ses extrémités un pont métallique, le long

des montants duquel sont disposés deux crochets étagés pour la réflexion des cordes d'extension. A l'autre extrémité de la table, à égale distance des deux bords, est fixé un pelvi-support. Cette table d'extension très facile à faire construire, est placée sur la table d'opérations. Le sujet est placé sur le pelvis-upport. L'extension est mise en action sur les deux membres à l'aide d'un poids de 15 à 20 kilos. La contre-extension est réalisée par le pied du pelvi-support.

Le membre malade doit être placé en rotation interne, 15 à 20 degrés, jusqu'à la fin de l'opération.

Un greffon de 9 centimètres est prélevé du côté malade.

Pour introduire en bonne place et en bonne direction ce greffon, Judet a imaginé un appareil conducteur formé par un cylindre creux soudé sur une plaque rectangulaire selon un angle qui fait que l'axe de ce tube est dans le prolongement de l'axe du col fémoral. Pour introduire le greffon péronier dans la bonne direction Judet perfore la face externe du grand trochanter à un centimètre au-dessus de la crète sous-trochantérienne, à égale distance des faces antérieure et postérieure du fémur. Puis il applique sur la face externe du trochanter l'appareil conducteur qui conduit la mèche perforatrice jusqu'à une profondeur de huit centimètres. Il remplace ensuite la mèche par le greffon introduit dans le tube de l'appareil, et termine par la construction d'un grand appareil plâtré qui s'étend des orteils à l'ombilic.

Ce procédé apporte une grande simplification dans l'opération du vissage du col du fémur qui est indiquée chaque fois que la résistance du sujet ou l'expérience de l'opérateur ne permettent pas de pratiquer l'opération à ciel ouvert. Celle-ci, en permettant de bien voir ce que l'on fait, permet de parfaire la réduction et de placer le greffon, en toute certitude, à la place où il doit être. L'opération à ciel ouvert offre de plus l'avantage de réséquer les tissus fibreux interposés entre les deux fragments qui sont en réalité le principal obstacle à la consolidation des fractures du col du fémur. (*Paris chirurgical*, 1927, n° 5.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les sels de calcium et l'hydratation des tissus.

(MM. M. Labbé et F. Nepveux. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-10-27.)

MM. Labbé et Nepveux ont étudié l'action des sels de calcium et de sodium dans les œdèmes et l'hydratation des tissus. De l'ensemble de leurs observations ils retiennent que le chlorure de sodium a généralement un rôle hydratant et les sels de calcium un rôle déshydratant. L'action de ces derniers, toutefois, s'est montrée dans son ensemble peu énergique et il ne semble pas qu'elle puisse être utilisée dans la pratique thérapeutique.

Asthme provoqué par les émanations de chat. Désensibilisation.

(M. Reh. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-10-1927.)

Une jeune fille de 18 ans était atteinte depuis l'enfance de crises d'asthme qui éclataient lorsque la malade se trouvait à proximité de chats et en respirait les émanations. L'auteur eut recours à la thérapeutique désensibilisatrice par cuti-vaccination. Il prit une touffe de poils d'un de ces animaux, les coupa en menus morceaux et les ajouta à du sérum physiologique, de façon à en former un mélange. Ce mélange, stérilisé à 115°, donna un vaccin que l'on appliqua sur des scarifications de la peau.

L'opération fut répétée tous les trois jours et à la neuvième vaccination, la désensibilisation était complète : la jeune fille put impunément vivre dans le voisinage des chats.

L'hypercarbonémie dans le déclanchement de l'accès d'asthme.

(M. de Paula Peruche, de Sao Paulo, Brésil. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-10-1927.)

M. de Paula Peruche pense que l'hypercarbonémie (augmentation de Co^2) jouerait un rôle dans le déclanchement de l'accès d'asthme et du coryza spasmodique. La crise ne serait qu'un acte de défense de l'organisme contre l'auto-intoxication carbonémique. Chez dix malades asthmatiques examinés à ce point de vue, l'auteur a constamment trouvé l'hypercarbonémie.

Basé sur cette conception, le traitement de l'asthme et du coryza spasmodique conseillé par M. de Paula Peruche offre un triple objet : supprimer les aliments qui exagèrent la production de Co^2 ; augmenter l'élimination du CO^2 ; combattre l'auto-exo-intoxication carbonique. En pratique, la formule du traitement serait la suivante : réduction ou même suppression des hydrates de carbone dans l'alimentation ; exercices physiques réguliers (natation, tennis, marche) ; goutte à goutte rectal avec une solution de 2 à 3 gr. de carbonate de soude dans 100 cc. de sérum physiologique (agit par combinaison avec

le CO^2 du sang) ; aération continue de la chambre de l'asthmatique pour lutter contre l'exo-intoxication carbonique ; ouverture permanente des fenêtres, la nuit, en toutes saisons.

Le streptocoque de la peau normale.

(M. Photinos. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

M. Photinos a fait, dans le service de M. Milian, à l'hôpital Saint-Louis, des recherches sur le streptocoque de la peau normale. Ayant examiné chez 50 personnes, de peau apparemment saine, les produits de râclage de l'épiderme, dans les plis cutanés principalement, il a trouvé des streptocoques 32 fois, à la culture. Ces cas positifs concernaient en général des sujets ayant eu antérieurement des lésions cutanées ou vivant dans les milieux hospitaliers (étudiants, infirmières).

Strasbourg

Traitement du lichen plan.

(*Société dermatologique de Strasbourg* ; 14-6-1927.)

La Société dermatologique de Strasbourg a consacré une longue séance à l'étude de lichen plan. Nous en retiendrons surtout la partie thérapeutique.

Les médications utilisées contre cette pénible affection qu'est le lichen plan sont multiples et comprennent : les arsenicaux, des médications internes diverses, la ponction lombaire, la radiothérapie (médullaire ou sympathique), les traitements externes, l'hydrothérapie et les cures thermales comprises.

1° *Les arsenicaux.* — Ils sont employés depuis très longtemps. L'ancienne école de Vienne prescrivait la liqueur de Fowler à hautes doses. Puis sont venus les arsenicaux organiques (cacodylates), les novarsenicaux (norvarsenobenzol), l'acétylarsan (Audry).

MM. Hudelo et Rabut ont soumis la plupart de leurs malades, depuis le 1er janvier 1922, au traitement par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol, à doses modérées ne dépassant pas 45 à 60 centigr. Cette thérapeutique, qui amène généralement une sédation du prurit dès la première ou la seconde injection, influence aussi, rapidement, l'éruption cutanée, mais semble beaucoup moins active sur les muqueuses. Sur 74 malades atteints de lichen plan qui reçurent du novarsénobenzol, 33 ont été entièrement guéris.

— M. Carle (de Lyon) a abandonné l'arsenic métalloïdique (liqueur de Fowler, arséniate de soude), qu'il n'a pas cru devoir pousser jusqu'aux quantités excessives de l'école de Vienne. L'acétylarsan lui a paru supérieur aux arsénobenzols. Il a vu également des guérisons avec le bismuth. Il pense que, quelquefois, le lichen plan peut être enté sur un terrain syphilitique et amélioré alors par les médications spécifiques.

— M. Pautrier a vu, dans trois cas, un traitement par le novarsénobenzol (chez des syphilitiques) provoquer l'apparition d'un lichen plan. Pour cette raison — et sans contester l'efficacité du novar dans le lichen plan — il se montre peu partisan de cet agent. Que veut un malade, dit-il, qui vient nous consulter pour un lichen plan ? D'abord, être rassuré sur la nature de sa dermatose. Ensuite, être débarrassé surtout du prurit qui l'accompagne. Nous disposons, à l'heure actuelle, avec moins d'inconvénients d'un moyen de faire disparaître le prurit presque instantanément et de guérir l'éruption dans les 2/3 des cas : ce moyen est la radiothérapie.

— M. Bory a traité deux malades par l'acétylarsan, sans en retirer de bénéfice appréciable. Il a observé également un exemple de provocation d'un lichen plan typique par l'arsénobenzol chez un syphilitique.

— M. Fernet est aussi d'avis que la thérapeutique du lichen plan par les arsénobenzols est une arme à double tranchant.

2° *Médications internes autres que l'arsenic.* — M. Hubschmann (de Prague) s'est adressé aux injections intra-veineuses de bromure de sodium dans le traitement du lichen plan ruber. Cette méthode a été instaurée par Lébédjer qui l'applique dans la thérapeutique de l'eczéma et de quelques autres affections cutanées prurigineuses. La préparation utilisée est le bromure de sodium à 10 % dans la solution physiologique. Elle est injectée à raison de 3 à 5 centimètres cubes la première fois et 10 cc. les fois suivantes, tous les deux jours ou tous les jours. M. Hubschmann n'a jamais observé de symptômes fâcheux après ces injections et il en a obtenu de bons effets chez tous ses malades atteints de lichen plan.

— M. Watrin s'est bien trouvé des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude, associées il est vrai à la radiothérapie médullaire.

— M. Carle parle du régime dans le lichen plan. Il constate avec satisfaction que l'on renonce de plus en plus à martyriser les malades avec des régimes inutiles et à leur fatiguer les voies digestives avec des purgations ou des antiseptiques intestinaux. Il saisit cette occasion pour répéter une fois encore, comme il l'a déjà dit pour l'urticaire, l'acné, la furonculose et même certains eczémas, que le tube digestif n'est pour rien dans la genèse de ces affections. Il faut éviter les aliments excitants, indigestes ou constipants, c'est entendu, mais un diététique sévère est pour le moins inutile.

Comme médication générale, on peut arriver à diminuer le prurit avec les calmants, dont le meilleur paraît l'association bromure-valériane.

3° *La ponction lombaire.*

C'est en 1905 que M. Ravaut a commencé, avec M. Thibierge, ses observations sur le traitement du

lichen plan par la ponction lombaire. La soustraction de 6 à 8 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien exerce une action indéniable sur le prurit. La technique est celle de la ponction lombaire ordinaire. Comme il s'agit d'une intervention parfois pénible, il convient de ne l'employer qu'après échec des moyens plus simples. Il ne faut pas, toutefois, l'oublier dans les cas rebelles.

— M. PAUTRIER a eu l'occasion de ponctionner 7 malades atteints de lichen plan. L'action sur le prurit a toujours été manifeste, mais temporaire.

4° *Traitement par la radiothérapie médullaire ou sympathique.*

MM. GOUIN et BIENVENUE ont fait dès 1919 leurs premiers essais de traitement radiothérapique du lichen plan. Ils ont communiqué leurs résultats en septembre 1924.

De son côté, en mars 1924, M. PAUTRIER rapportait un cas de lichen plan guéri par la radiothérapie médullaire.

Le traitement radiothérapique du lichen plan a donné de bons résultats à la plupart des expérimentateurs. Il peut être employé sous deux modes : méthode de Gouin par irradiation superficielle de la colonne vertébrale (radiothérapie sympathique), méthode de Pautrier et de Hufschmitt, par irradiation demi-profonde de la colonne vertébrale (radiothérapie médullaire, méthode de Strasbourg).

— MM. PAYENNEVILLE et BILLIARD, de Rouen, ont obtenu de la radiothérapie des résultats supérieurs à ceux des autres traitements. Le prurit paraît l'élément le plus modifié. La technique de Pautrier semble aux auteurs la plus favorable.

— M. PAUTRIER note que sa technique n'est autre que celle mise en œuvre par Bordier dans la poliomyélite. Il eut l'idée d'y recourir en tenant compte des arguments favorables à la théorie nerveuse du lichen plan. Quelle que soit l'explication, l'expérience montre que l'irradiation de la région médullaire, soit par sa méthode ou par celle de Gouin, exerce une action sur le prurit et sur les éléments du lichen.

5° *Traitements externes du lichen plan.*

M. CARLE rejette la plupart des médications externes proposées contre le lichen. L'une d'entre elles, l'association *acide phénique-menthol*, trop souvent prescrite, est dangereuse. Elle calme très momentanément la démangeaison, mais, par son action irritante, elle aggrave la dermatose. De tous les topiques recommandés, un seul doit être retenu et a son utilité, : l'huile de cade. Comme elle est malodorante, l'auteur propose la formule suivante, qui a un parfum cuir de Russie acceptable :

Huile de cade pure..........	5 gr.
Baume du Pérou..........	2 gr.
Camphre	1 gr.
Oxyde de zinc..............	2 à 3 gr.
Lanoline....................	āā 15 gr.
Vaseline	

A appliquer le soir et savonner le lendemain matin, pour faire disparaître les émanations. Recommander au malade de profiter de l'atténuation du prurit pour éviter le grattage.

M. Carle dit en outre quelques mots de l'hydrothérapie, des douches tièdes préconisées jadis par Jacquet, et des cures thermales, utiles par le repos du système nerveux qu'elles apportent aux malades.

A côté de la question thérapeutique, la Société dermatologique de Strasbourg a également soulevé la question de la pathogénie et de l'étiologie du lichen plan. On sait que diverses théories : parasitaire, nerveuse, mixte, ont été proposées pour expliquer cette dermatose .Le problème n'est pas à ce jour résolu.

P.L.

Bordeaux

Pancréatite ourlienne.

(M. SABRAZÈS. — *Soc. biologique de Bordeaux* ; 20-7-1927.)

Le professeur Sabrazès présente un travail sur la pancréatite ourlienne. On connaît l'extrême rareté des recherches anatomo-pathologiques concernant cette affection. Dans une observation de mort par néphrite aiguë et pancréatite, survenue à la suite d'incidents tels que refroidissement, fatigue physique, l'auteur, en collaboration avec ses élèves, a pu faire des constatations histologiques dans de bonnes conditions d'examen. Il a pu constater le caractère nécrosant de la pancréatite qui était associée à des lésions de néphrite aiguë et à d'autres manifestations telles que foie infectieux, lymphocytose méningée, rachidienne et cérébrale. Ce cas est un exemple de pancréatite grave au cours des oreillons. Il est à rapprocher de celui de Farnam, qui motiva l'opération chirurgicale et fut suivi de guérison, de ceux de Lemoine et Lapasset.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Suppuration pulmonaire chronique terminée par septicémie et abcès multiples du cerveau.

MM. OLMER et POINSO. — Arménienne de 40 ans, début en septembre 1926, par une congestion pulmonaire gauche avec expectoration fétide. A l'écran, opacité de la partie moyenne du poumon gauche (région péri-interlobaire) ; un lipiodol bronchique montre l'arrêt de l'huile opaque autour d'une petite tache claire (aspect décrit par Sergent et ses élèves dans de tels abcès). En septembre 1927, dernier séjour à l'hôpital ; signes généraux graves, expectoration fétide par moments, doigts hippocratiques. Abcès iliaque gauche sous-cutané incisé, puis hémi-

plégie droite progressive avec céphalée horrible et réaction méningée. Mort en adynamie. Une radiographie, huit jours avant, avait montré l'extension des lésions ; signes cavitaires à l'auscultation. L'autopsie montre en outre au-dessous de cette géode centrale, de petites cavernes remplies de pus, vraisemblablement métastatique. Six abcès cérébraux, pour la plupart pariéto-occipitaux, l'un grand comme une orange ; l'abcès responsable de l'hémiplégie était gros comme une petite noix. Pas d'autres lésions.

Maladie d'Hogdson avec crises d'angor pectoris ayant cessé à la suite d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

MM. Boinet et Isemein. — B.C., journalier, 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1927 pour des crises d'angor pectoris ayant débuté un an auparavant et qui résistèrent à la trinitrine, nitrite d'amyle, benzoate de benzyle, gardénal. Le malade est éthylique non paludéen, mais syphilitique. Le cœur est hypertrophié et, à l'auscultation, on trouve le double souffle aortique de la maladie d'Hodgson. Pouls radial fort, bondissant à 72 avec tension Mx 20, Mn 10. La radio montre une hypertrophie considérable du ventricule gauche. La dilatation marquée de l'aorte ascendante (7 cm. sur une hauteur de 5 travers de doigt) s'accompagne d'une poche anévrysmatique de la grosseur d'un abricot siégeant à la partie latérale gauche de sa terminaison. Il existe encore un tabes type d'origine syphilitique. Le malade a reçu 36 injections intraveineuses de 1 cgr. de cyanure de mercure, avec traitement ioduré. Les crises d'angor pectoris se sont atténuées progressivement et ont cessé depuis trois mois. Cette amélioration paraît tenir en partie à l'influence du traitement mercuriel et ioduré sur la coronarite syphilitique qui semble d'autant plus probable que les lésions des sigmoïdes aortiques sont plus importantes et ont pu se propager par continuité.

Présentation d'un fibrome utérin.

MM. Alphonse Michel et Juge présentent une pièce opératoire dont l'intérêt réside dans la réunion sur un même utérus de toutes les variétés anatomiques de fibrome : utérus fibromateux, fibromes sous-péritonéaux pédiculés et sessiles, intrapariétaux, sous-muqueux, intracavitaires, fibromes du corps.

Un cas d'hémogénie infantile.

M. Paul Giraud présente l'observation d'une enfant de 5 ans, de très belle apparence, présentant depuis un an, à la suite d'une fièvre typhoïde, un syndrome hémorragique chronique caractérisé par des ecchymoses et pétéchies au moindre traumatisme, des gingivorragies, une hématurie. Signe du lacet positif. L'examen du sang révéla : coagulation dans les délais normaux, irrétractilité du caillot, augmentation considérable du temps de saignement, éosinophilie nette 9 %. Au point de vue étiologique, on ne put rien retrouver de net à part la fièvre typhoïde. La thérapeutique dans ces conditions ne pourra être que symptomatique, et des réserves doivent être faites au sujet de l'avenir de cette petite malade.

Modification de la leucoplasie d'un ectropion ancien après blépharoplastie.

MM. Aubaret et Rouslacroix, après avoir rappelé l'évolution habituelle des ectropions anciens soit vers le type atrophique fibro-scléreux, soit vers la forme hyperplasique pseudo-tumorale, présentent une observation concernant un ectropion cicatriciel des deux paupières de l'œil gauche, suite de brûlures évoluant depuis l'âge de 3 ans chez un homme de 42 ans et ayant subi la transformation cancéreuse. Au début de 1923, kératite rebelle nécessitant une intervention autoplastique. Guérison, puis rechute de la kératite par suite de la présence d'un bourgeonnement de la conjonctive gros comme une noisette qui irrite constamment la cornée. Après ablation de cette petite tumeur, le 27 août 1927, guérison. Les modifications histologiques constatées par les auteurs leur font penser qu'une fois la muqueuse remise en sa place normale, la leucoplasie et les glandes à mucus sont dans des conditions physiologiques moins favorables et pourraient acquérir les déviations fonctionnelles et morphologiques favorables au développement du cancer.

Pyréthérapie de la paralysie générale par la méthode de Sicard : injections intra-veineuses de « dmelcos » (présentation d'un malade en cours de traitement).

MM. Aymes, Rochas et Romain. — Malade âgé de 36 ans, dont la paralysie générale bien caractérisée s'est manifestée il y a un an et a été traitée par acétylarsan, bismuth, hectargyre. Après l'échec, en juin 1927, d'inoculations conjonctivales de sang de rat infesté de Spirocheta Dutoni, les auteurs ont mis en œuvre, le 5 octobre, la méthode pyréthérapique (Dmelcos). On injecte progressivement 1 cc., puis, 2, 2 1/2, 3 et même 4 cc. Une seule fois (quatrième injection), grand frisson à type pseudo-palustre. Dans les heures qui suivent l'intraveineuse, injection intra-musculaire d'une ampoule d'acétylarsan. Le jour intercalaire, suppositoire Hg. Température redevenue normale le lendemain, permettant l'alimentation du malade. Urines, urée sanguine, normales. Réactions pyrétiques parfois plus marquées dans le cas présenté ; peut-être dose insuffisante de vaccin ? Le malade a reçu 16 injections. On note moins d'instabilité, éveil vague du goût du travail, moindre véhémence des propos ; persistance de l'euphorie, de l'affaiblissement des facultés syllogistiques. Amélioration très relative entraînant la nécessité de poursuivre le traitement. Il est trop tôt pour parler de rémission.

Maladie de Friedreich avec main bote. Hérédosyphilis.

MM. H. Roger, Siméon et Mlle Coulange présentent un adolescent de 14 ans, atteint de maladie de Friedreich ; démarche et dysmétrie encore discrètes avec légère ataxie statique, abolition des réflexes tendineux et exagération des réflexes cutanés de défense avec Babinski, pied bot typique et scoliose, nystagmus intermittent. Les auteurs insistent sur la coexistence d'une main bote, différente de celle décrite par Sicard et Cestan par l'atrophie concomitante de l'éminence thénar, sur le début apparaissant à 9 ans, après un épisode méningo-encéphalitique aigu fébrile avec mouvements choréo-athétosiques passagers et strabisme externe de l'œil droit persistant depuis lors. Quoique la maladie paraisse familiale (un frère atteint de déformation des pieds et des mains), les auteurs croient à l'intervention d'un facteur hérédo-syphilitique, en raison de la poussée aiguë méningo-encéphalitique avec strabisme, de l'atrophie thénarienne et d'une réaction de B.W. du sang, rendue négative après traitement bismuthique.

Lymphosarcome du médiastin avec métastases pulmonaire et hépatique (présentation de pièces et de préparations microscopiques).

MM. Olmer, Berthier et Poinso. — Z., âgé de 42 ans, entre à l'hôpital pour dyspnée, douleur épigastrique, extinction de voix, remontant à deux mois ; la température est à 38° ; il n'y a pas d'expectoration (ou à peine). Chancre induré en 1918, bien traité. Il est veuf et a un fils de 18 ans bien portant. On constate un volumineux épanchement pleural gauche ; légère circulation collatérale antérieure ; pas d'adénopathies. Le cœur est dévié, sans autres signes ; T.A. 12, 5-7 aux deux bras (Vaquez). Les autres appareils sont normaux. On évacue deux litres de liquide séro-fibrineux (pneumo-séreuse) : *coagulation massive*, Rivalta négatif, lymphocytes ; la dyspnée persiste. A la radio, obscurité presque totale de l'hémithorax gauche ; au laryngoscope, paralysie récurrentielle gauche. B.W. négatif ; ni sucre ni albumine dans les urines. Mort douze jours après son entrée avec une température à 40, de la cyanose, un peu d'œdème des extrémités, un gros foie. A l'autopsie, énorme coque pleurale gauche ; le médiastin forme un bloc dense ; aorte normale ; infiltration massive jaunâtre, d'aspect néoplasique du lobe supérieur gauche du poumon ; taches de bougie sur le foie (2 kgr. 300) ; rate, 750 gr. Histologiquement (Dr Rouslacroix), il s'agit d'un lymphosarcome primitivement médiastinal avec blocage des voies lymphatiques afférentes et lymphangite cancéreuse rétrograde.

Rétrécissement tuberculeux de l'urèthre.

M. Chauvin. — Un homme de 29 ans, après une longue période de troubles généraux, a vidé dans son urètre un abcès tuberculeux de sa prostate ; une fistule urètro rectale s'est établie par la suite. Cure héliomarine. Une dysurie progressive s'installe et aboutit à une rétention complète tandis que se rouvre la fistule d'abord tarie par la cure. Urétrotomie interne et rétablissement pénible d'un calibre 40. Tuberculose rénale probable coexistante, les urines vésicales contenant pus, albumine et bacilles.

Glandes à sécrétion interne et troubles visuels.

M. Jean Sedan rassemble dans un résumé, inspiré du rapport de Bailliart au Congrès d'ophtalmologie de 1927, les notions acquises sur les relations des glandes à sécrétion interne et des appareils visuels. Il cite plusieurs observations les mettant en relief à propos de la thyroïde, de l'hypophyse, des ovaires et du pancréas. Quoi qu'il puisse paraître audacieux ou prématuré de codifier les rapports des appareils visuels et des glandes à sécrétion interne, et que le Congrès de médecine de Bordeaux (1923) ait en général invité à une grande prudence pour tout ce qui touche le sympathique, il paraît possible de dégager quelques précisions des faits observés, comme l'ont heureusement fait déjà Terrien et Bailliart.

Emile Castelli.

Les Congrès

XXXVIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1)

Anatomie pathologique. — Les aspects des épiploons sont extrêmement variés ; il semble, dit Gosset, que tout le monde n'ait pas besoin du même épiploon. Il n'est pas de chirurgiens qui n'aient noté et les épiploons qu'il faut chercher et ceux, indiscrets et encombrants, qui sont partout. Les uns sont gras invraisemblablement, les autres maigres et lamelleux.

Il faut savoir distinguer des aspects normaux les aspects pathologiques, eux-mêmes très variables.

Quand les lésions sont discrètes, la face antérieure et les bords ne présentent rien de particulier. La face postérieure est garnie de pinceaux membraneux nacrés ou vasculaires. Gosset insiste sur une colora-

(1) *Concours médical* nos 2 et 3.

tion spéciale : vineuse ; Walther décrit toute une série de lésions progressives : plaques granitées, nœuds de rétraction, plaques nacrées, foyers hémorragiques en grains de millet ou en gros grains.

Dans les formes graves, les lésions sont partout. Il existe des épiploïtes charnues, feuilletées, chiffonnées, avec des plis et surtout des adhérences entourant, cravatant les organes voisins.

On peut observer à distance des déformations du côlon, du duodénum, de l'estomac et de l'appendice.

Histologiquement, Rouslacroix distingue des épiploïtes endogènes dans lesquelles la participation péritonéale reste nulle ou minime et qui aboutissent à des formes scléreuses rétractiles, des épiploïtes péritonéales fibro-adhésives, enfin des épiploïtes inflammatoires congestives et diapédétiques.

Clinique. — Le rapporteur insiste encore sur ce fait qu'il n'étudie que des épiploïtes chroniques ; mais celles-ci peuvent présenter un début aigu ou être chroniques d'emblée.

Epiploïtes à début aigu. — Elles revêtent deux aspects cliniques : l'épiploïte d'accompagnement et l'épiploïte qui suit une intervention.

Dans la forme dite d'accompagnement, la symptomatologie péritonéale, digestive et générale se confond avec celle de l'affection provocatrice. A titre d'élément personnel, elle apporte simplement au tableau « son volume » ; c'est le gâteau, le plastron, l'empâtement, la tumeur.

L'apparition de cette masse est toujours très rapide. Par refroidissement on la voit diminuer, parfois disparaître, mais la régression est lente.

Quand elle suit une intervention, l'épiploïte est généralement retardée dans son apparition et ne devient perceptible qu'après plusieurs semaines.

On l'attribue aux fils, aux soies surtout. Pourtant elle n'implique pas forcément comme cause la ligature de l'épiploon. Celui-ci peut venir adhérer à une paroi plus ou moins contaminée et réaliser un « encombrement » douloureux susceptible de remonter jusqu'aux côtes.

Cette tuméfaction peut se résorber en quelques semaines, s'abcéder ou passer à l'état chronique.

Epiploïte chronique d'emblée. — Elle s'accompagne elle aussi des symptômes propres à l'affection causale. Mais d'autres signes s'ajoutent qui traduisent l'action mécanique qu'exerce l'épiploon malade sur les organes voisins. Ce sont notamment la stase, la compression colique, le sanglage, le tiraillement du duodénum, de la grande courbure et du pylore.

Il existe, enfin, des symptômes imputables à l'épiploïte elle-même : modifications de son volume, de sa consistance et de sa forme.

L'examen du sang donnera quelques renseignements, en particulier en montrant l'inversion de la formule leucocytaire (Enriquez).

L'épiploïte chronique d'emblée ne s'accompagnant pas généralement d'adhérences, la radiographie aidera rarement à son diagnostic. Par contre, elle renseignera sur les dispositions digestives anatomiques au milieu desquelles elle se réalise.

Complications. — Ce sont d'abord des troubles mécaniques dont le plus fréquent est la torsion épiploïque. Mais on peut noter aussi des rétrécissements comme celui qu'a observé Lejars au niveau du cholédoque, des obstructions intestinales, des occlusions.

Une autre complication moins connue que les précédentes est imputable à « l'hystéro-traumatisme interne ». Elle constitue un état difficultueux au point de vue thérapeutique. Il s'agit de malades opérés sans résultats qui continuent à souffrir en dépit souvent de réinterventions, et le chirurgien se demande si l'opération prochaine sera sûrement efficace.

Enfin, une dernière complication, grave également, consiste en une stase intestinale absolument rebelle et pour laquelle les interventions chirurgicales les plus complexes peuvent être envisagées.

Traitement. — Deux cas sont à considérer :

A. Au cours d'une opération quelconque le chirurgien se trouve en présence d'un épiploon d'apparence saine. Il se préoccupera de la possibilité d'une épiploïte post-opératoire et fera tout pour l'éviter.

Mettant à part les circonstances où il se proposera d'utiliser l'épiploon pour recouvrir une surface cruentée, l'opérateur s'efforcera d'écarter toute portion de cet organe. Les manipulations seront réduites au strict minimum. On évitera le contact des compresses sèches et l'emploi d'une instrumentation brutale. Les aides seront exercés à éponger « sans frotter ».

Si une résection est cependant nécessaire, elle sera pratiquée par petits paquets et les ligatures seront faites au catgut fin, l'expérience clinique et l'expérimentation ayant démontré que dans ces conditions, l'épiploïte post-opératoire est une rareté.

B. Dans un second cas, l'épiploïte est patente, soit avant l'intervention, soit à l'ouverture du ventre.

Il va de soi que si la lésion a été diagnostiquée avant l'acte opératoire, un traitement médical a été institué. Il s'adresse à la stase qu'on combattra par l'huile de ricin ou de paraffine, par de petits lavements non irritants, par un régime alimentaire proscrivant les œufs, la viande et le lait, préconisant, au contraire, les hydrates de carbone et les préparations développant les bactéries acidifiantes.

Contre l'élément douleur et sympathique, on aura utilisé la diathermie, les rayons ultra-violets, la génésérine, l'atropine, une cure à Plombières ou à Châtel-Guyon.

Le plus souvent, le résultat sera nul ou minime et c'est à la thérapeutique chirurgicale qu'il faudra demander la guérison.

Une question domine et dirige le traitement opératoire : la seule ablation de l'épiploon sera-t-elle efficace ?

Elle le sera si la lésion primitive est enlevée du même coup ou si elle a été enlevée auparavant. Mais la récidive sera toujours à craindre dans les cas où

un fragment épiploïque malade sera conservé ou la cause initiale non traitée.

La guérison doit donc être recherchée avant tout dans le traitement de l'organe provocateur. Ceci n'est pas suffisant ; il faut y ajouter la suppression radicale de toute partie lésée de l'épiploon. On se souviendra qu'une distance parfois considérable sépare la lésion épiploïque de la lésion causale et que l'exérèse doit porter, exceptionnellement il est vrai, sur la portion inter-gastro-colique de l'épiploon.

Souvent, la résection devra s'accompagner du traitement chirurgical de la péricolite, de la périduodénite, de la périvésiculite.

Les ligatures seront toujours faites en tissus parfaitement sains.

L'injection dans la cavité péritonéale de liquides variés pour éviter la reproduction des adhérences est illusoire. Loin de remplir son but, on a pu l'accuser, au contraire, de provoquer ces mêmes adhérences. Mieux vaudrait recourir au pneumo-péritoine préconisé par Carnot.

Le traitement post-opératoire n'est pas négligeable, mais les opinions varient dès qu'il s'agit de l'établir. Pour les uns, les applications de glace, le retard de la purge, la mise au repos du tube digestif sont à recommander. Pour les autres, au contraire, la gymnastique, les mouvements précoces de réptation, l'usage de l'hypophyse qui fait se contracter l'intestin sont de bonne pratique.

Des opinions aussi différentes rendent un choix bien difficile.

Il semble que de bons résultats aient été enregistrés par Delherm qui utilise la diathermie, les rayons ultra-violets et les infra-rouges.

Mais l'avenir est dans les progrès d'une thérapeutique médicale éclairée qui luttera efficacement contre la stase et l'infection intestinale, le tube digestif demeurant le dernier réduit de l'état pathologique responsable.

Discussion.

M. Willems (de Liège) rend hommage à Walther qui a mis en lumière le rôle considérable de l'appendicite dans la production des épiploïtes. Puis rapporte un cas de phlegmon épiploïque qu'il a observé dans les circonstances suivantes.

Un jeune homme de dix-huit ans porteur d'une hernie inguinale droite partiellement réductible et qui présente quelques signes d'étranglement est opéré dans des conditions matérielles peu satisfaisantes. On avait porté le diagnostic d'épiplocèle demi-adhérente.

L'opération montre que l'épiploon était fixé au testicule. Après libération, on attire au dehors une large portion du tablier épiploïque que l'on résèque. La réintégration du moignon est assez pénible.

Les jours suivants apparaît une vaste tumeur dans le flanc droit avec douleur et rougeur de la peau. La température monte à 39 puis à 40.

Une incision parallèle à l'arcade crurale permit par dissociation d'atteindre un foyer d'épiploïte enflammée et suppurée. Drainage. La guérison ne se produisit que lentement.

M. Alessandri (de Rome). Les péricolites chroniques sont parfois congénitales, mais le plus souvent ce sont des affections acquises. Elles sont alors la conséquence d'infections intestinales plus ou moins atténuées ou le résultat d'une irritation habituelle par la stase.

Les lésions sont surtout fréquentes sur la moitié droite du côlon.

Le diagnostic se fonde sur la persistance des troubles fonctionnels après un traitement médical bien conduit.

L'examen radioscopique a une grande importance, mais il doit porter sur la totalité du tube digestif et bien souvent être répété.

En cas de diagnostic difficile on doit se rappeler l'association fréquente de la péricolite, de la cholécystite et de la périduodénite.

L'auteur rejette d'une façon générale toutes les pexies, la libération des adhérences et les stomies. Il est partisan des colectomies partielles, de l'hémicolectomie droite notamment. Sur quatorze cas il n'a eu qu'un décès. Les résultats lointains sont presque toujours bons.

M. Danis (de Bruxelles) insiste sur l'importance du lavement baryté dans le diagnostic des péricolites, celui-ci permettant seul de constater s'il y a ou non insuffisance de la valvule de Bauhin.

C'est que l'association de cette insuffisance valvulaire et de la péricolite est fréquente. L'auteur pense même que cette insuffisance est souvent la lésion initiale.

La colectomie partielle est une bonne opération surtout si l'on s'en tient à la technique de Schumaker. Les résultats obtenus par les chirurgiens hollandais qui sur 200 opérés n'ont eu que deux morts, prouvent qu'il s'agit là d'une intervention peu grave.

Les indications de la colectomie gauche sont plus étendues que ne l'indique Lardennois.

M. Krynski (de Varsovie) donne la préférence dans la chirurgie des péricolites aux interventions conservatrices et peu mutilantes doublées d'un traitement médical longtemps poursuivi.

M. Walther (de Paris) rappelle ses statistiques. Il considère l'appendicite chronique comme la règle, l'appendicite aiguë ne se développant guère que sur organe antérieurement et habituellement altéré. Il faut enlever l'appendice dès qu'on soupçonne son inflammation, mais il faut du même coup explorer tous les organes du voisinage, en particulier l'épiploon et pratiquer toute exérèse qui paraîtrait nécessaire. L'épiploon peut être malade sans être *adhérent*. Il faut apprendre à reconnaître ses lésions.

M. Delagénière (du Mans) est partisan du drainage du péritoine. Mais il reconnaît qu'il expose aux hernies et aux éventrations surtout sous la forme du Mikulicz.

On pourrait presque toujours se passer du Mikulicz même dans les cas graves à la condition d'employer une technique opératoire parfaite.

La question de l'opportunité du drainage se pose dans trois circonstances : dans l'appendicite grave, dans l'hystérectomie élargie, pour cancers, dans les suppurations pelviennes.

En cas d'appendicite aiguë il faut recourir à une incision transversale au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, dissocier les muscles grand et petit oblique et transverse pour faire passer le ou les drains à travers la masse de leurs fibres.

On reconstitue la paroi plan par plan autour des drains. Quand ces derniers seront supprimés, les muscles reviendront d'eux-mêmes fermer l'orifice.

Dans le cas d'hystérectomies élargies, le vagin est isolé par un tamponnement et le péritoine est cloisonné en bas sur la face postérieure du vagin elle-même. On placera dans le Douglas un drain qui ressortira par un orifice sus-iliaque droit et qu'on laissera en place pendant quarante-huit heures.

Dans les cas particulièrement graves, il faut cloisonner haut sur l'S iliaque, tamponner vagin et Douglas et placer un drain intra-péritonéal ressortant par un orifice sus-iliaque droit qu'on laissera également quarante-huit heures en place.

Exceptionnellement, le cloisonnement sera impossible : après tamponnement du vagin et du Douglas, on établira au-dessus de ce tamponnement un drainage à la Mikulicz qu'on laissera en place dix jours. Cette nécessité de recourir au Mikulicz se présenterait seulement dans un dixième des cas graves.

M. Lambret (de Lille). Dans la pathologie du cæcum et du côlon ascendant, il faut tenir compte du terrain. Il a pu observer les mêmes troubles et les mêmes lésions de périviscérite dans trois générations successives de la même famille.

Il a noté également que cette affection était beaucoup plus fréquente en clientèle hospitalière qu'en clientèle de ville.

Le meilleur moyen d'éviter les péricolites, c'est encore d'opérer les appendicites dans le jeune âge, à la première crise. Les enfants se défendent merveilleusement et supportent fort bien l'intervention.

Dans la chirurgie des côlons, l'auteur emploie toujours une double incision, horizontale d'abord, puis verticale médiane.

Il pratique volontiers la péricololyse avec greffes épiploïques dans les cas de cæcum dénudé.

Ses 34 premiers cas de colectomie lui ont donné toute satisfaction. Le 35e cas fut un décès. Les résultats éloignés sont parfaits si l'on a soin de pratiquer des abouchements termino-terminales.

M. Pauchet (de Paris). Parmi les péricolites membraneuses, il en est qui ne s'accompagnent pas de stase intestinale chronique, il y en a qui ne sont pas dus à la péricolite.

Ce sont là deux affections différentes. Toutefois, chez un sujet atteint de stase, s'il existe de la péricolite, il faut s'attaquer à celle-ci. Sa suppression guérit souvent la stase.

Les cas connus sous le nom d'« appendicite chronique », sont le plus souvent des péricolites. L'incision médiane doit se substituer de plus en plus à la simple boutonnière de la fosse iliaque droite.

Jadis, tout sujet atteint d'appendicite chronique était opéré par une petite incision. La suppression simple de l'appendice ne soulageait pas les troubles. Actuellement, il faut reconnaître qu'une incision médiane convient à la plupart des cas. Seule, elle permet une exploration complète.

Si le cæcum, est dilaté, il faut le plicaturer et concurremment supprimer, le cas échéant, une bride splénique hépatique ou iliaque, car si l'obstacle persiste en aval, la dilatation du cæcum se reproduit. Après section des brides, il faut péritoniser avec soin.

L'application d'huile, de lames de caoutchouc ou de baudruche ne sert à rien qu'à jouer le rôle de corps étrangers et à multiplier les adhérences.

Les greffes épiploïques ne sont utiles que si elles sont petites.

Les cas favorables sont ceux où, au-dessus de la bride coupée existe un péritoine lisse. La résection dans ces cas laisse, non pas une surface cruentée, mais un péritoine normal. Il est indispensable pendant la convalescence de faire chaque jour une injection d'hypophyse pour exciter le péristaltisme et empêcher les adhérences.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) attire l'attention sur les voiles fibro-vasculaires qui enveloppent le cæcum chez les malades atteints d'appendicite chronique. Cette lésion se rencontre une fois sur dix. Elle explique, d'après l'auteur, la persistance des douleurs dans la fosse iliaque droite, après l'appendicectomie, lorsque les voiles n'ont pas été enlevés au cours de l'opération.

En ce qui concerne la mésentérite rétractile du pédicule mésentérique supérieur qui étrangle la troisième portion du duodénum, M. Dupuy de Frenelle décrit un procédé opératoire qu'il a pratiqué une fois. Ce procédé consiste à dépouiller les vaisseaux de leur gaine scléro-adipo-nerveuse, en soulevant le pédicule sur le doigt qui dégage ainsi le duodénum. La brèche faite au péritoine pariétal est fermée et le pédicule est fixé à la racine du méso-côlon transverse, de façon à l'empêcher d'étrangler à nouveau le duodénum.

M. Dupuy de Frenelle attire l'attention sur la frange séro-graisseuse qui borde le bord libre de l'iléon au niveau de sa terminaison.

Dans les cas d'appendicite aiguë, cette frange séro-graisseuse participe parfois à l'inflammation de l'appendice voisin. Il est prudent, dans ces cas, de le réséquer pour éviter que sa fusion avec la paroi interne du cæcum ne ferme en bas l'angle iléo-cæcal.

M. Prat (de Nice). Les épiploïtes et les péricolites intrinsèques sont d'origine congénitale, inflammatoire ou mixte.

L'auteur, en principe, ne pratique jamais de ra-

phies, car la dilatation d'un organe n'est que la conséquence d'un obstacle en aval.

Il ne pratique pas davantage de pexies aux parois antérieure et postérieure, car il est illogique de fixer un organe mobile à une paroi rigide.

Par contre, après décollement colo-épiploïque, il fixe volontiers le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac.

Il pratique encore, surtout dans les stases cæcales, des cæco-sigmoïdostomies au bouton.

Quand l'intestin est le siège de lésions anatomo-pathologiques graves donnant lieu à des phénomènes d'obstruction chronique, il exécute des colectomies droites ou subtotales.

La statistique de l'auteur porte sur 33 cas de colopexies dont 31 associées à une gastropexie. Il eut une seule mort par tuberculose pulmonaire aiguë survenue deux mois et demi après l'opération.

Sur 19 cæco-sigmoïdostomies, l'auteur a observé une récidive et 3 morts non imputables à l'acte opératoire.

Cette dernière intervention donne cliniquement de bons résultats.

L'auteur a pratiqué 5 colectomies (3 hémicolectomies et 2 colectomies subtotales) avec 5 succès.

La guérison consécutive aux colectomies subtotales a été plus parfaite que celle qui a suivi les hémicolectomies.

MM. Imbert et Bonnal (de Marseille). Au sujet de l'origine tuberculeuse de certaines péricolites, les auteurs communiquent l'observation d'une malade qui subit deux opérations.

Il s'agissait la première fois d'une péritonite tuberculeuse avec occlusion chronique. On trouva du liquide, des granulations, des anses grêles accolées et l'on fit, après insolation, une fixation du côlon. Il y eut une amélioration temporaire.

La deuxième opération pratiquée un an plus tard ne montra plus aucune lésion tuberculeuse. Les anses qui n'étaient plus accolées étaient cependant retenues par une mésentérite rétractile. L'angle gauche du côlon était entièrement enveloppé d'adhérences. Le transverse était descendu, le côlon descendant au contraire aplati. On fit une anastomose colique transverso-descendante qui fut suivie d'une amélioration temporaire.

Cette observation montre qu'une péritonite bacillaire peut laisser, après guérison de la tuberculose, des lésions et des symptômes de péricolite. Le chirurgien qui l'opère à ce stade ne retrouve plus aucun signe de bacillose, mais comme il y a des adhérences, des brides et de la stase, il conclut simplement à une péricolite par stase.

Du reste, à ce moment, le malade n'est plus justiciable que des opérations de libération : cæco-sigmoïdostomie, anastomoses, colectomie, etc.

M. Albert (de Liège) a observé en six mois trois cas de volvulus du cæcum.

Après détorsion et excision de brides, l'auteur fit une colopexie. Les malades guérirent sans incidents. Tous les trois présentaient des troubles coliques droits qui disparurent du même coup.

115 malades présentant une syndrome colique droit, mobilité cæcale anormale, stase, colite, péricolite, ont été traités avec succès, soit par la plicature, soit par des pexies.

L'auteur utilise volontiers les greffes épiploïques libres. Il insiste sur l'importance du traitement diététique post-opératoire.

M. Guillaume-Louis (de Tours) rappelle que les apparences cliniques des péricolites sont des plus variées. Le syndrome stase intestinale chronique prend des aspects divers qui souvent sont bien faits pour prêter à l'erreur. C'est ainsi que chez certains malades, ce qui domine cliniquement c'est le tableau gastrique. Il s'agit en général de femmes jeunes, amaigries, ralenties de la nutrition, insuffisantes glandulaires, constipées, qui viennent à nous pour des nausées, éructations acides, douleurs tardives et vomissements.

C'est le symptôme dyspeptique qui domine la scène et pour peu que la radiographie révèle un estomac hyperkinétique, on sera tenté de croire que c'est là qu'est le mal.

Un examen attentif révèlera que les douleurs gastriques sont réflexes. C'est dans la fosse iliaque droite que souffre la malade. C'est là que la palpation réveille la crise.

Il faut, après une laparatomie médiane, enlever l'appendice et libérer le cæcum pour obtenir la guérison.

Les opérations complexes ne donnent pas de meilleurs résultats qu'une simple colotyse bien exécutée.

L'auteur insiste sur la nécessité d'utiliser une large incision. Il faut bien voir ce que l'on fait. Il a été un des premiers à montrer l'importance des incisions médianes.

L'acte chirurgical n'est pas tout. Ces opérés sont des déprimés, des insuffisants, glandulaires, des ralentis de la nutrition. Il faut rendre à leur musculature intestinale sa tonicité normale. Une diététique bien conduite est nécessaire, avec suppression du lait, des œufs et des viandes rouges. Il en est de même de la thérapeutique pluriglandulaire, de la diathermie ou des rayons ultra-violets.

M. Masmonteil (de Paris) apporte deux observations d'épiploïte isolée qui revêtent une *allure clinique* un peu spéciale : 1° une forme pseudo-colitique caractérisée par une diarrhée tenace (quatre à cinq selles par jour) ; 2° une forme pseudo-tuberculeuse où les signes généraux, état subfébrile, céphalée accompagnée de très rares troubles digestifs, avaient fait penser à une lésion de tuberculose.

Dans les deux cas, l'examen radiologique du tube digestif, en révélant des points douloureux le long des insertions de l'épiploon, fit penser à l'inflammation de cet organe. L'examen du sang affermit le diagnostic en décelant l'existence d'une hyperleucocytose mononucléaire.

L'intervention *chirurgicale* fut pratiquée dans les

deux cas (résection de la moitié droite de l'épiploon) et suivie d'une guérison immédiate complète, guérison qui se maintient dans un cas depuis deux ans, et dans l'autre depuis six ans.

L'épiploïte, en tant qu'affection isolée, peut donc revêtir des allures cliniques particulières qui pourraient égarer le diagnostic. Le praticien doit s'habituer à y penser plus souvent afin de ne pas priver ses malades des ressources si précieuses du traitement chirurgical.

M. Haller (de Paris) reprend les statistiques de Walther qu'il a utilisées dans sa thèse, et confirme les bons résultats obtenus en suivant à la lettre les directives de son maître.

(*A suivre*).

Les Livres

Vigot, frères, éditeurs.

Traité des maladies de l'enfance, par Jules Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (septième édition).

Le Dr Jules Comby, dont tout le corps médical connaît et apprécie la grande autorité en pédiatrie, vient de faire paraître la septième édition de son *Traité des maladies de l'enfance*. Le nombre de ses éditions suffit pour établir la valeur de cet ouvrage qui a conquis sans peine la faveur des médecins.

Conçu sur un plan très simple, le *Traité des maladies de l'enfance*, après un résumé d'hygiène et de physiologie infantiles et quelques considérations thérapeutiques générales est divisé en deux parties : les maladies générales et les maladies locales ou organiques.

Les maladies générales comprennent les maladies infectieuses, les maladies dystrophiques, les intoxications.

Quant aux maladies locales, bien qu'étant pour la plupart des manifestations de maladies d'ordre général et le plus souvent infectieuses, elles méritent une étude spéciale du fait de leur localisation à un viscère ou à un groupe d'organes déterminés à l'exclusion des autres.

Le *Traité des maladies de l'enfance* comprend plus de 1.100 pages et forme un gros volume grand in-8° La septième édition, complètement refondue et considérablement augmentée, relate les progrès les plus récents (et ils sont nombreux) de la pédiatrie et se termine par une annexe où, en 35 chapitres, l'auteur a résumé les maladies du fœtus et la pathologie exotique de l'enfance qu'il est nécessairede connaître, car beaucoup d'affections tropicales se sont acclimatées en Europe depuis la guerre. Ce travail considérable qui couronne la carrière d'un éminent praticien, est le fruit d'une longue expérience clinique qui comprend plus de trente-deux ans de travail dont onze au dispensaire pour enfants malades de la Société philanthropique où M. Comby donna plus de 70.000 consultations et vingt ans de pratique hospitalière dans des hôpitaux d'enfants parisiens.

Bien que cela n'ajoute rien à la valeur scientifique du *Traité des maladies de l'enfance*, nous nous permettrons de rappeler que le maître pédiatre que fut M. le Dr J. Comby, dès son accès aux hôpitaux de Paris, n'hésita pas, à une époque où le syndicalisme médical n'avait pas conquis le droit de cité, à mettre son dévouement et son influence au service de nos syndicats. Il fut tour à tour président du Syndicat des médecins de la Seine et président de l'Union des Syndicats médicaux de France. Le contact qu'il sut garder avec les simples praticiens, la connaissance réelle des difficultés de l'exercice courant de la médecine, tant en ville qu'à la campagne, se reflètent dans l'ouvrage de M. Comby et lui donnent une valeur plus grande pour le médecin polypraticien.

J. Noir.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille.

H. Bordier, agrégé à la Faculté de Lyon. — **Diathermie et diathermothérapie**, 4e édition, revue et augmentée, 1928. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (Un vol. in-8, 630 p., 210 fig. Prix : 60 francs, sauf variation).

Chez Félix Alcan,
108, boulevard Saint-Germain.

Emile Coué, *sa méthode, son esprit, son influence*, avec un portrait et deux autographes, par MM. Fr. Abauzit, Ch. Baudouin, Bernouilli, Besse, Pierre Janet, etc. (Un vol. in-8, 188 p.).

THÉRAPEUTIQUE

Nouvelle contribution à l'étude du traitement des néphrites azotémiques et chlorurémiques hypertensives et urémigènes,

Par le Dr E. Bonnarme, Le Blanc (Indre).

Dans un précédent article (1), nous avons exposé que le scillarène, cardiotonique et diurétique général, possède une action élective sur l'élimination de l'urée. Nous avons été, en outre, l'un des premiers à montrer qu'il y avait intérêt à remplacer par ce médicament, à peu près sans inconvénients, la théobromine, cause fréquente de céphalées, d'insomnie tenace et parfois d'excitation nerveuse générale.

Le professeur Gabriel Perrin (de Royat) (2) a également étudié les effets comparés de la théobromine et du glucoside de la scille, et cet auteur conseille d'utiliser ce dernier médicament dans les cas de néphrite, et chaque fois qu'il est nécessaire de provoquer une diurèse libératrice des chlorures, des toxines et de l'urée.

Aux observations déjà publiées, nous joignons celles qui suivent, nouveaux faits cliniques personnels, venant à l'appui de nos précédentes affirmations. Nous avons étudié, chez ces derniers malades, les effets de notre traitement, en particulier sur l'élimination de l'urée sanguine, comme Fonteneau l'avait déjà fait dans sa thèse inaugurale si fortement documentée (3).

Nous rappelons que, dans toute néphrite chronique, le traitement que nous utilisons est le suivant : du 1er au 5 de chaque mois, d'abord 10 gouttes, puis 5 gouttes de digitaline ; du 5 au 10, XX gouttes, deux à trois fois par jour de scillarène ; du 15 au 20, la digitaline, comme précédemment, et du 20 au 30 , le scillarène comme précédemment.

En outre, nous faisons appliquer sur les reins, chaque mois, quelques ventouses scarifiées, et nous ordonnons aussi un purgatif mensuel (30 grammes sulfate de soude). Le régime lacto-végétarien est habituellement prescrit. Quand la diurèse est rétablie et que les symptômes d'insuffisance rénale disparaissent, nous maintenons ces bons effets par l'administration du seul glucoside de la scille.

Voici maintenant les nouvelles observations que nous apportons à l'étude de ce traitement des néphrites chroniques azotémiques et chlorurémiques :

Observation 1.

Anurie aiguë.

J..., 50 ans, propriétaire.

Le 6 septembre 1926, je fus appelé, à 7 heures du matin, auprès de ce malade souffrant des reins depuis le début de la nuit, passée sans sommeil. Il existait de l'anurie. Des vomissements et une diarrhée profuse salutaires avaient eu lieu.

La veille, J... avait été à l'ouverture de la chasse et s'était beaucoup fatigué, mais n'avait rien mangé ni bu d'indigeste ou de toxique. Je crus d'abord à du prostatisme à la période de rétention, et je songeai à sonder la vessie, mais la percussion de cet organe montra sa vacuité à peu près complète. Il s'agissait donc d'anurie d'origine rénale. Je me rappelai qu'en 1922, à peu pres à la même époque (septembre), je fus appelé auprès de ce malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, mis au traitement salicylé à hautes doses. L'analyse de l'urine fit alors découvrir de l'albumine (0,20 au litre), et je fis cesser le salicylate. Comme la crise rhumatismale continuait, je donnai du salophène et une amélioration apparut. Pendant sept années consécutives, j'envoyai ce malade faire une cure à Dax, et il ne présenta plus ni rhumatisme ni albumine.

Ainsi donc, au retour de la chasse, J... présente de l'insuffisance rénale avec crise d'anurie. Immédiatement, j'administre 50 gouttes de scillarène en deux fois dans la matinée et je prescris le repos au lit avec régime hydrique (eau d'Evian lactosée). Dans l'après-midi, je fais appliquer des ventouses scarifiées et prescris encore 50 gouttes de scillarène en deux fois, soit 100 gouttes dans les 24 heures, et peu de temps après, c'est-à-dire au début de la nuit suivante, l'imperméabilité rénale disparaît. Le lendemain matin (7 septembre), le malade avait uriné la valeur d'un demi-litre. L'état anxieux avait cessé. Par la suite, la diurèse se régularisa, et d'un demi-litre atteignit progressivement 1 litre, puis 1.500 grammes pendant quinze jours.

Je continuai ainsi tous les jours l'administration de trois fois 20 gouttes du glucoside. Entre temps, le malade présenta des douleurs aux articulations des poignets, des jambes, un léger œdème et de l'albu-

(1) *Les Sciences médicales*, numéro du 15 novembre 1926.

(2) *Le Concours médical*, numéro du 15 mai 1927.

(3) Thèse de Lyon, 1926.

mine dans les urines (0,25). La diurèse était normale, et je donnai, malgré l'albumine, du salophène qui fit disparaître très vite cette crise de rhumatisme.

Tels sont les faits observés. Ils se développent de deux façons :

1° Le scillarène rétablit la diurèse, la maintient normale tout en tonifiant le muscle cardiaque, et permet au malade de se débarrasser de ses toxines et de l'anurie ;

2° Grâce à ce rétablissement normal de la fonction rénale, les douleurs rhumatismales articulaires disparaissent plus facilement. En septembre, la recherche de l'urée sanguine donne par litre 0,51. Depuis lors, ce malade, soumis chaque mois pendant dix à douze jours au glucoside de la scille (deux fois XX gouttes par jour), n'a plus jamais présenté de crise rénale.

Observation 2.

Néphrite azotémique.

Mme N..., 56 ans, couturière.

Cette malade, en septembre 1923, présenta au cours de la nuit, une crise d'étouffement. Le pouls était à 90. Il existait de l'œdème des jambes. Il s'agissait de pseudo-asthme d'origine rénale.

J'appliquai des ventouses sèches sur le thorax et la crise céda.

Le lendemain, tension artérielle : Mn 12, Mx 23, Albumine : 0,40 centigr. par litre.

Traitement : régime sévère lacto-végétarien, extrait de gui, réduction des liquides — pas d'amélioration et même degré d'hypertension artérielle.

Je fis cesser tout travail, et adressai cette malade à mon maître, le professeur Lian (30 juillet 1924).

Le professeur Lian trouva une tension de 14-25, un bruit de galop et 112 pulsations régulières. Il maintint mes prescriptions et ajouta la digitaline à petites doses. Le dosage de l'urée sanguine donna par litre de sérum, le chiffre de 0,91.

L'opinion du professeur Lian fut la suivante : Etat sérieux, du seul point de vue mécanique, puisqu'il y a une grande hypertension résistant au traitement, pronostic aggravé par l'urée sanguine, dont le taux reste élevé malgré un régime sévère.

La malade revint à son domicile et je continuai à la surveiller, mais le mari, employé au chemin de fer, quitta Le Blanc pour Paris, et je ne revis cette malade que le 9 octobre 1926.

A ce moment, la théobromine ayant été prescrite par un médecin avait amené des céphalées pénibles et j'ordonnai aussitôt mon traitement habituel, digitaline et scillarène alternés, purgation et ventouses scarifiées mensuelles.

Voici la courbe de l'urée pendant l'effet de cette thérapeutique :

Le 30 juillet 1924, concentration uréique par litre de sérum.................... 0,91
Le 15 avril 1926, concentration uréique par litre de sérum.................... 0,89
Le 20 juillet 1926, concentration uréique par litre de sérum.................... 0,97
Le 22 novembre 1926, concentration uréique par litre de sérum.................... 0,70

A ce moment, l'urine analysée donna par litre 0,40 centigr. d'albumine. La tension artérielle est toujours élevée (13-23).

Dans cette observation, le traitement par la digitaline et le scillarène a modifié la courbe de l'urée d'une façon sensible, sans agir toutefois sur l'hypertension.

Observation 3

Néphrite chlorurémique.

Mme X..., sans profession, 41 ans.

Juin 1925.

Cette malade est atteinte d'œdème de la face, et présente aux jambes des pustules urticariennes survenues après absorption de cinq fraises mûres.

La malade déclare que, depuis quelque temps, elle ressent la nuit des crampes aux mollets. Ces douleurs la réveillent et empêchent tout sommeil.

Elle présente aussi un peu d'œdème aux jambes et il existe de l'albumine dans les urines. Comme cette femme souffre de troubles de la vue, elle va à Paris consulter un ophtalmologiste.

L'analyse d'urine révèle, à ce moment, l'existence de deux grammes d'albumine par litre Aussitôt, régime lacté absolu (octobre 1925).

En mai 1926, abcès dentaire banal.

La malade présente toujours de l'albumine (0,55 par litre), et les troubles de la vue, la rétinite, persistent.

Le dosage de l'urée sanguine donne par litre 0 gr. 54 d'urée.

En août 1926, tension artérielle 12-24, bruit de galop très net, 1 gr. 75 d'albumine.

Traitement : régime lacté, suppression des chlorures, digitaline et scillarène alternés.

Résultat sur la courbe de l'urée :

En mai 1926....... 0 gr. 54 cgr. par litre.
En août 1926...... 0 gr. 82 cgr. par litre.
A ce moment débute le traitement. Résultat :
En octobre 1926.... 0 gr. 47 cgr. par litre.
En février 1927.... 0 gr. 29 cgr. par litre.

Fin septembre 1927, j'ai revu cette malade. L'état général est bon, et de même l'état des reins, mais il existe encore de la rétinite.

OBSERVATION 4.

Néphrite chlorurémique et azotémique.

M. D..., 63 ans, propriétaire.

En mars 1925, fit une saison à Néris pour rhumatismes. A la fin de cette saison, est pris de bourdonnements d'oreilles et de vertiges. A ce moment, tension artérielle Mn 10, Mx 25. Par la suite, la tension oscille entre 9-23, 10-24, 10-26, 12-26.

Il existe mainetnant des crises d'étouffement nocturnes avec insomnie.

Diagnostic : insuffisance rénale et hypertension.

Traitement : digitaline et scillarène alternés, saignée, purgation mensuelle.

Après un mois de traitement, l'examen du sang donna, pour l'urée sanguine, les chiffres suivants :

11 octobre 1926..........	0 gr. 72 cgr.
17 novembre 1926........	0 gr. 78 cgr.
14 février 1927............	0 gr. 52 cgr.

A ce moment, le scillarène seul est ordonné à raison de 50 gouttes par jour.

A fin mars 1927, diurèse normale, état général meilleur, tension Mn 11, Mx 22. Dosage de l'urée sanguine : 0,50 par litre.

Il existe ecpendant quelques troubles vertigineux.

OBSERVATION 5.

Néphrite albumineuse.

Garçon de 15 ans et demi, amené par sa mère, Mme R.

Cet enfant a présenté une angine diphtérique le 25 juillet 1926 et reçut, à ce moment, deux injections de 5 cc. de sérum.

Au début de juillet 1926, fatigue générale, perte de l'appétit, rachialgie, albumine (0,25 cgr.).

Le 4 août, tension artérielle Mn 8 3/4, Mx 15. Urée sanguine 0,25.

Traitement : scillarène, XV gouttes 3 fois par jour, alterné avec des périodes de digitaline.

Résultat : fin juillet, urée sanguine 0,17 par litre.

Cependant, comme l'état de cet enfant, malgré l'amélioration survenue, inquiétait toujours la mère, je l'adressai au Dr Siguret, médecin consultant à Néris.

Ce confrère ne dosa l'urée que dans l'urine, car l'enfant avait eu une syncope alors que je ponctionnai sa veine et ne voulut plus supporter aucune phlébotomie.

La quantité d'urée trouvée par litre d'urine, à l'arrivée à Néris, était de 0,17 : à son départ de Néris, un mois après, elle était de 0,21.

Je puis donc faire remarquer qu'avec le traitement digitaline et scillarène, la quantité d'urée urinaire, était inférieure à la quantité observée après le traitement thermal.

Ce malade, soumis depuis lors au seul glucoside de la scille, XV gouttes trois fois par jour, pendant 10 à 12 jours par mois, présente des urines à peu près normales,e t un excellent état général.

OBSERVATION 6.

Néphrite chlorurémiqae.

Homme de 75 ans, sans profession.

Ascite abdominale (environ 10 litres), œdème très accusé des deux jambes, albumine 0 gr. 25 cgr. par litre d'urine, néphrite chronique (28 septembre 1926).

En raison de l'âge avancé du malade, je ne ponctionnai pas la veine, et ne puis indiquer la quantité d'urée sanguine. Cependant, j'instituai le traitement digitaline et scillarène avec le régime habituel et tous les signes d'insuffisance rénale, en particulier les œdèmes, ont disparu.

La tension, cependant, reste élevée : Mn 10, Mx 25, malgré une diurèse normale.

OBSERVATION 7.

Néphrite azotémique et myocardite.

Homme de 67 ans.

Présente des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, juin 1926.

Viennent ensuite des vertiges se répétant de loin en loin, mais entraînant la chute du malade.

En avril 1927, ce malade se décide à se faire soigner

Tension artérielle, juillet 1927, Mn 10, Mx 25. Trace d'albumine dans l'urine (0 gr. 20 cgr.). Pas de céphalées, bruit de galop cardiaque. Diagnostic : Néphrite chronique et myocardite.

Le 3 juillet 1927, urée sanguine 0,98 par litre.

Traitement : Digitaline et scillarène alternés.

Voici, sous l'influence du traitement, la courbe de l'urée sanguine :

3 juillet 1927....................	0,98
17 août 1927......................	0,92
27 septembre 1927...............	0,68

Le malade se trouve tout à fait bien.

La tension artérielle est : Mn et Mx 22.

Le bruit de galop a disparu.

OBSERVATION 8.

Néphrite chlorurémique.

Homme de 31 ans.

Œdème des jambes, essoufflement, 12 janvier 1927.

L'urine renferme 11 gr. par litre d'albumine. Cette quantité considérable a été contrôlée par un labora-

toire, et permet d'affirmer le diagnostic de néphrite chlorurémique.

Traitement : régime végétarien, suppression des chlorures, digitaline et scillarène alternés.

2 février 1927, diminution considérable de l'albumine (1 gr. par litre).

5 mars 1927, tension artérielle : Mn 10, Mx 18.

5 avril 1927, albumine, urinaire 0 gr. 35 cgr. par litre.

J'ordonnai le scillarène seul à la dose de XX gouttes trois fois par jour.

4 mai 1927, aucune trace d'albumine, aucune céphalée, aucun étouffement, léger bruit de galop, tension artérielle Mn 9, Mx 17.

Observation 9.

Néphrite chlorurémique et azotémique.

Homme de 53 ans, cutilvateur.

Albumine légère dans les urines, tension artérielle 8-16, 9-18, 7-14.

Diagnostic : néphrite, insuffisance rénale.

Traitement : digitaline et scillarène, associés pendant un mois, et enfin scillarène seul, XX gouttes deux fois par jour.

Courbe de l'urée sanguine sous l'influence de ce traitement :

Novembre 1926, par litre de sang....	0,96	d'urée
15 janvier 1926, par litre de sang....	0,64	—
1er avril 1926, par litre de sang......	0,41	—
10 juin 1926, par litre de sang.......	0,53	—
12 août 1926, par litre de sang......	0,38	—
Nous cessons le traitement.		
11 octobre 1926, urée sanguine..	0,72	par litre.
17 novembre 1926, urée sanguine	0,78	par litre.

Nous prescrivons à nouveau le scillarène, XX gouttes trois fois par jour pendant des périodes de dix jours, alterné avec quelques doses de digitaline.

14 février 1927, urée sanguine, 0,42 cgr. par litre.

Fin mars 1927, urée sanguine, 0,40 cgr. par litre.

Le malade se trouve beaucoup mieux. Il existe cependant quelques troubles vertigineux, probablement dus à la tension artérielle encore élevée (Mn 11, Mx 22).

Conclusions

Dans toute néphrite chronique ou, si l'on préfère, dans toute insuffisance rénale, avec ses signes habituels (albumine, œdème, urée sanguin, hypertension), nous ordonnons systématiquement la digitaline et le scillarène, suivant la posologie alternée, indiquée au début de ce travail.

Quand la diurèse est rétablie, quand les symptômes d'insuffisance tendent à disparaître, nous utilisons seulement le glucoside de la scille, à la dose de deux à trois fois XX gouttes par jour pendant des périodes de dix jours, séparées par une semaine, où nous ne maintenons que le régime seul.

Par ce traitement, l'urée sanguine s'abaisse d'une façon, en général, satisfaisante. Les signes de rétention chlorurée disparaissent totalement, mais l'hypertension ne suit pas toujours une aussi favorable courbe.

Cependant, le malade, dans la plupart des cas est mis à l'abri d'une crise grave, en particulier d'urémie.

Ce traitement n'a pas d'inconvénients et il est bien supporté.

Dans les cas où les malades ont été précédemment soumis à la théobromine, le scillarène n'amène pas, comme cette dernière, des céphalées ou de l'intolérance médicamenteuse.

Nous continuons donc à penser, en accord avec le professeur Gabriel Perrin, qu'il est indiqué de faire appel d'emblée, dans les cas de néphrite chronique, au glucoside de la scille, et nous pensons que, de plus en plus, ce cardio-rénal, diurétique général et azoturique, remplacera, dans la pratique médicale courante, les théobromines, surtout pour les traitements prolongés.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LÉGISLATION MÉDICO-SOCIALE

Proposition de loi ayant pour objet de modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, présentée par MM. Milan et Rio, sénateurs.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

Les études médicales complètes, sanctionnées par le titre de docteur en médecine, constituent le minimum de culture médicale générale indispensable à l'exercice de toutes les branches de l'art de guérir. L'art dentaire ne saurait plus longtemps échapper à cette nécessité.

La volonté d'autonomie, qui tend à séparer l'art dentaire définitivement de la médecine, n'est que l'héritage d'une époque où l'on pratiquait cet art par des moyens et suivant une conception purement mécaniques ; tout ceci, sans discernement de la complexité des états morbides auxquels s'appliquait une thérapeutique aussi rudimentaire.

La loi du 19 ventôse ,an XI, n'avait pas mentionné l'art dentaire. Après l'arrêt de la Cour d'Amiens, confirmant en 1846 que « la loi du 19 ventôse an XI n'est point applicable aux dentistes », les empiriques devinrent si nombreux et menacèrent si gravement la santé publique, que le législateur dut intervenir en 1892.

Avant de remettre cette spécialité entre les mains des docteurs en médecine, la loi du 30 novembre voulut seulement qu'une certaine période en permît la réorganisation, et c'est dans cette intention que fut créé le diplôme de chirurgien-dentiste. Les rapports préparatoires et les discussions devant le Parlement ont insisté sur le caractère provisoire de cette législation.

Le législateur avait donc parfaitement compris le danger d'une autonomie définitive d'une branche quelconque de l'art de guérir, autonomie qui eût pu, dans l'avenir, servir d'amorce à un démembrement progressif de la médecine.

Aujourd'hui, la stomatologie est devenue une spécialité extrêmement vaste, elle déborde de tous côtés le cadre de l'art dentaire, et il est nécessaire, pour la protection de la santé publique, que les études générales préparant aux soins de la bouche et des dents soient identiques à celles que l'on exige à la base des autres spécialités médico-chirurgicales et que personne ne songe à discuter.

Il n'y a pas moins de liens entre les états morbides qui arment la main du chirurgien, celle de l'ophtalmologiste ou de l'auriste et l'état général, qu'entre les états morbides que le stomatologiste doit interpréter au regard de l'état général, avant de les traiter.

La pathologie buccale, dans chacune de ses manifestations, nécessite la recherche des causes éloignées et, inversement, nombre de maladies de la bouche jouent un rôle capital dans l'origine des maladies générales.

Depuis 1892, l'évolution des sciences médicales a véritablement transformé l'art de guérir. L'art dentaire seul n'a pu, dans les conditions spéciales où il était placé, progresser aussi rapidement que les autres portions de la médecine. Orienté par des préoccupations surtout techniques, il se trouve aujourd'hui devant des problèmes de pathologie et de thérapeutique qu'il ne saurait résoudre.

Il faut donc conclure que le chirurgien-dentiste est forcément, et sera de plus en plus impuissant, s'il renonce aux thérapeutiques qui dépassent sa compétence, ou dangereux, s'il les utilise. La même observation s'applique du reste à l'emploi des médicaments toxiques.

Le moment est donc venu d'exiger des études médicales complètes pour l'exercice de l'art dentaire.

Modifier encore une fois le statut actuel des chirurgiens-dentistes, sans aller jusqu'au doctorat en médecine, ne répondrait pas, nous venons de le démontrer, aux exigences de la santé publique. Outre que toute réforme partielle déterminerait un temps d'arrêt retardant la seule solution nécessaire, il faut insister sur le caractère illusoire qu'elle présenterait.

Il ne s'agit pas d'augmenter plus ou moins par un dosage, toujours discutable, les connaissances médicales théoriques des chirurgiens-dentistes, il s'agit de faire de ceux-ci, de véritables médecins, abordant leur spécialité avec une culture, une mentalité et des disciplines médicales.

Si la stomatologie doit être introduite dans la médecine, et si le praticien qui veut exercer cette spécialité doit être docteur en médecine, il est non moins nécessaire que tous les médecins possèdent des notions de stomatologie, ne serait-ce qu'à cause

de l'extrême fréquence des affections bucco-dentaires et des complications graves qu'elles déterminent, et des services incalculables qu'ils pourraient rendre à la population rurale et des petites villes.

Aucune objection de principe sérieuse n'a pu être faite à la thèse stomatologique, et les partisans du maintien d'un diplôme restreint, n'objectent, en réalité, que les répercussions possibles sur le nombre de praticiens nécessaires au traitement de la population.

Cette objection ne résiste pas à la discussion.

Les chirurgiens-dentistes actuels conserveront évidemment tous leurs droits à l'exercice de leur profession. De plus, pendant un certain délai — quatre années par exemple — les études de chirurgien-dentiste continueront à pouvoir être entreprises suivant le régime actuel. Compte tenu de la durée des études, la période transitoire serait donc de 9 années au minimum.

Cette période permettra une adaptation progressive du nombre des médecins spécialisés aux besoins de la santé publique.

Depuis quarante ans de nombreuses spécialités se sont créées ou développées : chirurgie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, radiologie, électrologie, stomatologie elle-même dans la mesure où l'a permis l'existence des chirurgiens-dentistes, etc., etc. C'est un fait, que le recrutement des médecins spécialisés n'a pas été inférieur aux besoins, et qu'il ne s'est nullement effectué au détriment des autres branches de la médecine.

Il est certain que l'obligation du doctorat en médecine étant votée, un très grand nombre d'étudiants en médecine se dirigeront vers la stomatologie. Ce nombre augmente déjà chaque année, combien davantage augmentera-t-il lorsque la réforme aura fait tomber les derniers préjugés qui détournent encore de cette spécialité, et lorsque nouvellement ouverte à l'activité médicale, elle offrira un débouché où la réussite semblera à la fois plus certaine et plus rapide.

Une autre source de recrutement des plus importantes existera dans le milieu même où se seraient recrutés les chirurgiens-dentistes, le baccalauréat étant réclamé dès maintenant par les partisans du maintien du diplôme restreint.

En réalité le problème n'est pas tant de quantité que de répartition.

Plus encore que les médecins, les chirurgiens-dentistes s'entassent dans les grandes villes, et la concurrence acharnée qu'ils se font les uns aux autres — concurrence dont les modes de publicité qu'ils emploient est une preuve trop évidente — démontre bien la disproportion de leur nombre avec celui qu'exigerait une saine médecine stomatologique.

Qu'il n'y ait pas assez de dentistes dans certaines campagnes, cela est possible, mais comment y faire refluer le trop plein des grandes villes ? C'est là un problème social et économique et non un problème médical. Nous estimons du reste, que seule la solution stomatologique intégrale permettra de le résoudre :

En effet, le jour où tous les médecins posséderont les notions générales indispensables de stomatologie, le médecin de campagne desservant de très petites localités, comme il fait du reste pour la plupart des spécialités médicales, adjoindra de plus en plus à sa pratique les interventions les plus courantes de la stomatologie. Il est certain que son effort portera plutôt sur la stomatologie que sur les autres spécialités, car il aura la certitude d'y trouver un complément d'honoraires fort intéressant. Dans les campagnes où le médecin vit difficilement, où surtout le dentiste ne pourrait vivre, le médecin faisant un peu de stomatologie pourra se maintenir. Le médecin et les populations des bourgs ou des campagnes ne pourront que reconnaître les avantages d'une situation nouvelle.

En résumé, deux conceptions s'opposent :

L'une, celle des odontologistes, s'objective dans le terme « art dentaire ». Elle considère celui-ci comme une spécialité presqu'entièrement à faire et s'inspire de tendances avant tout techniques. Si elle envisage la nécessité d'une culture générale, c'est en la limitant strictement à ce qui est immédiatement indispensable aux applications techniques.

L'autre conception, qui est celle des stomatologistes, considère la stomatologie comme une spécialité presqu'entièrement à faire qui absorbe et déborde l'art dentaire, et dont l'intégration dans la médecine permettra seule le développement. La technique pour eux, ne saurait, pas plus ici du reste qu'en aucune autre spécialité médicale, constituer une fin, mais un moyen.

Conclusion.

Pour les raisons précisées dans cet exposé des motifs, l'intérêt public exige, étant donnés les progrès de la science, que les études médicales complètes soient exigées pour l'exercice de la stomatologie et que les dispositions légales relatives à l'art dentaire soient abrogées. Les mêmes connaissances générales seront ainsi désormais exigées de tous les praticiens de l'art de guérir.

C'est pourquoi nous proposons les modifications suivantes au texte de la loi de 1892.

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE PREMIER.

L'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine. »

Art. 2.

Il est ajouté à l'article 29 de la loi du 30 novembre 1892, l'alinéa suivant :

« Les chirurgiens-dentistes reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après auront le droit d'exercer l'art dentaire sur tout le territoire de la République, dans les conditions fixées par la loi du 30 novembre 1892. »

Art. 3.

Il est ajouté à l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 l'alinéa suivant :

« Il en sera de même pour les étudiants qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. »

Art. 4.

La présente loi ne sera exécutoire que 4 ans après sa promulgation. Elle est applicable à l'Algérie et aux Colonies.

Art. 5.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un chirurgien-dentiste, reçu antérieurement à l'application de la présente loi, pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Commentaires

Cette proposition de loi fixe bien la question : l'art dentaire est-il, comme le soutiennent certains chirurgiens-dentistes, une science autonome, distincte de la médecine, comportant plus d'habileté manuelle que de technicité médicale ?

Fait-il, au contraire, comme le soutiennent les médecins stomatologistes, partie intégrante de l'art médical, ne constituant qu'une spécialité, à l'instar de la gynécologie, de l'oto-rhino-de l'ophtalmologie, etc. ?

Nous rappellerons à nos lecteurs la levée de boucliers, qui eut lieu, non seulement en 1913, mais cette année encore, contre les offensives des chirurgiens-dentistes partisans de l'autonomie.

Désireux d'obtenir un diplôme de doctorat, non prévu par la loi du 30 novembre 1892, les autonomistes tentèrent de démontrer que l'art dentaire se suffisait à lui-même et que, par suite, on devait couronner les études de chirurgien-dentiste, pour l'obtention d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

A cela, les syndicats médicaux opposèrent le spectre de l'exercice illégal de la médecine, par ces candidats docteurs. Pour le public, un docteur est un médecin, ayant le droit de tout soigner. Par conséquent, les clients ne se seraient pas embarrassés de faire la distinction entre le diplôme de docteur en médecine et celui de docteur en chirurgie dentaire et auraient demandé, à leur dentiste, des consultations un peu sur tout.

Ces praticiens n'auraient pas eu le courage de confier à leurs malades que le diplôme de docteur en chirurgie dentaires ne leur donnait aucun des droits attachés au titre de docteur en médecine.

Battus sur ce point devant la fougueuse offensive des syndicats médicaux, les chirurgiens-dentistes autonomistes émirent la prétention de forcer les docteurs en médecine, voulant pratiquer l'art de la stomatologie, de passer, en outre, le diplôme de chirurgien dentiste.

Cependant, qui peut le plus, peut le moins et, du moment où les études en vue du doctorat en médecine sont plus complètes que celles en vue du diplôme de chirurgien-dentiste point n'est besoin de faire passer un diplôme de valeur scientifique inférieure aux titulaires d'un doctorat médical.

Mais, soutenaient les autonomistes, la part mécanique et manuelle est considérable en art dentaire ; il faut donc que le médecin fasse des études d'apprentissage, pour devenir un bon dentiste. C'est pourquoi ils réclamaient, pour les docteurs, l'obligation de passer les épreuves du chirurgicat dentaire.

Cependant, quel praticien serait assez naïf pour se lancer dans la pratique d'une spécialité quelconque, sans avoir acquis les connaissances manuelles et intellectuelles pour devenir un bon spécialiste ?

Nous voyons mal un oculiste n'ayant pas approfondi l'étude de l'ophtalmologie, de même qu'un radiographe doit apprendre la pratique manuelle et l'art de la radiologie.

Aussi existe-t-il à Paris une école de stomatologie, à l'usage des docteurs en médecine, ou des étudiants en doctorat. Cette école est bien différente des écoles qui préparent pour le grade de chirurgien-dentiste : l'étudiant, docteur, ou candidat docteur, peut être initié à toutes les pratiques de l'art de guérir, qu'il pourra exercer, en tant que docteur en médecine et spécialiste en stomatologie.

De plus, obliger le docteur à passer un diplôme scientifiquement inférieur et réserver l'art dentaire aux seuls diplômés chirurgiens-dentistes, c'était priver beaucoup de médecins de campagne de la pratique dentaire, qu'ils exercent encore actuellement.

Aussi, les syndicats médicaux, auxquels s'étaient joints le syndicat des médecins stomatolo-

gistes et un groupe important de chirurgiens-dentistes, partisans de l'obligation du doctorat (l'Association française des chirurgiens-dentistes) firent-ils des travaux et communications, destinés à une commission d'études, instituée par le Ministre de l'Instruction publique.

De ces travaux est née la proposition de loi ci-dessus, qui a reçu l'approbation unanime du groupe médical interparlementaire.

Espérons que, pour préserver la santé publique, nous verrons bientôt l'obligation du diplôme de docteur en médecine pour tous ceux qui voudront exercer l'art de guérir.

Mais, bien entendu, il sera nécessaire d'envisager la généralisation des études et cours complémentaires, qui, actuellement, permettent aux docteurs de se spécialiser dans une branche de leur art.

Et voici un nouveau débouché qui s'ouvre pour les jeunes médecins : faire de l'art dentaire, pour pouvoir exercer dans les villes secondaires et les campagnes et progressivement remplacer les chirurgiens-dentistes, tout comme les docteurs ont progressivement remplacé, dans les campagnes, les anciens officiers de santé, qui ont disparu peu à peu par extinction.

Aux syndicats médicaux d'étudier, de concert avec l'Association française des chirurgiens-dentistes, les mesures transitoires qui permettront aux étudiants en chirurgie dentaire et aux chirurgiens-dentistes d'obtenir le diplôme de docteur en médecine.

Plusieurs solutions ont été proposées pour faciliter cette transition, tout en ne faisant courir aucun risque à la santé publique par la délivrance trop facile d'un diplôme conférant le droit de soigner toutes les maladies, à des personnes qui n'auraient pas fait les études nécessaires pour cela.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE

Stérilisation ménagère de l'eau de boisson

Par le Dr René MARTIAL.

La stérilisation ménagère de l'eau de boisson est un petit problème qui se pose plus souvent qu'on ne pense, non seulement dans les colonies où il est habituel, mais encore dans la métropole, même dans le département de la Seine.

Les procédés sont variés. Il y a naturellement tout d'abord l'ébullition — et pour certaines familles l'habitude de boire chaud — du thé, le plus souvent.

Il y a la stérilisation par l'électricité. Il existe actuellement plusieurs systèmes basés sur le même principe : des électrodes métalliques capables de fonctionner soit *avec* le courant continu, soit avec le courant alternatif (110-120 volts) stérilisent, en somme, par ébullition, ou mieux par électrolyse. Cette électrolyse exige la même force de courant que l'ébullition ordinaire. L'appareil que l'on plonge dans l'eau — et qui en stérilise un litre en une minute — comporte une anode et une cathode séparées par une distance suffisante pour permettre l'écoulement de l'eau à travers l'appareil et le dégagement des gaz. Le bloc oxydant est formé par l'hypochlorite et le chlore provenant de l'action du courant sur les chlorures alcalinoterreux et les chlorures alcalins contenus dans l'eau, et par l'ozone provenant de la condensation de l'oxygène sur l'anode — fabrication française.

Il y a la stérilisation par le peroxyde de chlore au moyen d'un appareil portatif fabriqué par une de nos grandes usines de désinfection. Très bon, mais manipulation plus lente, plus compliquée.

Il y a le vieux procédé au permanganate qui est toujours très bon, mais exige aussi quelques manipulations, et la javellisation.

Pour bien pratiquer la javellisation il faut la faire la veille pour l'usage du lendemain. Le mode d'emploi est extrêmement simple. Prendre de l'EXTRAIT de Javel — nous disons extrait — titré à 50 gr. de chlore actif par litre : 20 à 40 gouttes pour 50 litres d'eau à épurer.

A défaut d'extrait, on peut employer l'eau de Javel, mais alors il faut connaître son degré de dilution, ce qui complique déjà l'opération ainsi que la composition chimique de l'eau à stériliser, pour fixer la quantité d'eau de Javel à ajouter — ce qui n'est pas toujours simple.

Dans tous les cas, les récipients d'eau à purifier doivent être soigneusement nettoyés chaque jour.

S'il s'agit de quantités d'eau supérieures à la consommation ménagère quotidienne, la question devient beaucoup plus compliquée et nécessite des installations spéciales. On en trouvera le schéma dans mes « Principes d'hygiène » publiés à la librairie G. Doin, à Paris.

Quant aux installations pour les villes, c'est encore un autre aspect de la question qui ne comporterait pas une réponse de quelques lignes, mais une longue étude.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Le maximum

Un confrère m'écrit pour me demander de publier dans le *Concours* le barème des cotisations maxima qu'il est possible de verser aux divers âges :

Pourquoi, dit-il, alors que vous donnez de temps à autre les cotisations correspondant aux indemnités et pensions moyennes, n'avez-vous jamais publié le barème des cotisations totales qui, aux divers âges, assurent le maximum des avantages qu'offre la Mutualité familiale ?

Par ce temps de vie chère qui durera sans doute, le médecin, s'il est prévoyant, doit s'assurer l'indemnité maladie la plus forte comme la pension la plus forte pour le jour où il cessera d'exercer. Vous savez bien que ce maximum ne constitue jamais qu'un secours : l'indemnité de 50 francs ne suffit pas à payer le remplaçant et la pension de 2.400 francs ne peut faire vivre. Que dire des indemnités et des pensions inférieures ?

Certainement il est sage de dire au médecin qu'il ne doit pas viser au-delà de ses possibilités, mais il me paraît non moins sage de lui dire que, s'il le peut, il doit rechercher le maximum des garanties que vous pouvez lui donner.

Or c'est un travail compliqué de chercher les chiffres dans les divers barèmes, de les additionner, puis d'ajouter la surcharge de gestion — on ne prend pas le temps de le faire... et on ajourne. Tandis que si vous donniez le chiffre total pour chaque âge vous faciliteriez singulièrement les adhésions.

C'est la première lettre de ce genre que je reçois et je vais donner satisfaction à mon correspondant.

S'il ne m'était pas venu à l'esprit de faire ce qu'il me demande, c'est que je craignais plutôt d'effrayer les confrères par des chiffres élevés et peut être inabordables pour certains.

Or, nous avons remarqué que toutes les fois que nous avons augmenté l'indemnité ou la pension, le recrutement s'est ralenti : on dirait que la cotisation plus élevée fait oublier la possibilité d'une cotisation moins forte. Il faut un certain temps pour qu'on s'habitue au nouvel état de choses et qu'on comprenne que nul n'est tenu de prendre le maximum.

Dans ces conditions, ce sont les chiffres moyens que nous devons surtout indiquer, étant entendu que l'on peut toujours faire plus comme on peut aussi faire moins.

Mais puisque certains réclament les chiffres les plus élevés, nous n'avons aucune raison pour ne pas les leur donner.

Voici donc le barème des cotisations totales, frais de question compris, pour assurer aux divers âges :

1° L'indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500 francs jusqu'à 65 ans.

2° Une première pension viagère de 2.400 francs à 60 ans ;

3° une seconde pension viagère de 2.400 fr. à 65 ans (ce qui, à cet âge, fait une pensoin totale de 4.800 francs).

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre assurée
30 ans	1012 10	1107 70
31 —	1047 20	1159 40
32 —	1085 70	1217 10
33 —	1149 50	1279 30
34 —	1207 80	1344 20
35 —	1271 60	1418 »
36 —	1339 80	1498 20
37 —	1414 60	1581 80
38 —	1494 90	1675 30
39 —	1584 »	1777 60
40 —	1681 90	1888 70
41 —	1788 60	2010 80
42 —	1931 60	2147 20
43 —	2042 70	2297 90
44 —	2191 20	2464 »
45 —	2356 20	2651 »

Je n'ai pas à rappeler les avantages de la contre assurance : il me suffit de dire qu'elle ne porte, bien entendu, que sur la partie de la cotisation afférente aux pensions de retraite.

Les sommes sont certainement élevées, cependant, si l'on veut bien réfléchir qu'à 30 ans le sacrifice n'est que de trois francs par jour, à 35 ans de quatre francs, à 40 ans de cinq francs et à 45 ans de sept francs seulement, on conviendra qu'elles ne sont nullement prohibitives.

Je me souviens qu'un jour, j'entendis un confrère proposer, dans un certain milieu, la création d'une nouvelle œuvre d'indemnité maladie : « La Mutualité familiale, disait-il, ne donne qu'un semblant de secours, il nous faudrait une œuvre vraiment utile et donnant quelque chose de palpable » — il me semble que ce confrère doit avoir maintenant satisfaction puisque, ajoutait-il, « les grosses cotisations ne devaient pas effrayer pour arriver au résultat cherché ».

Cinquante francs par jour, si ce n'est pas le pactole c'est cependant quelque chose, et le chronique qui recevra 6.000 francs par an ne

trouvera pas que c'est une illusion de secours, on en peut être certain.

« Et puis, la garantie de la Mutualité familiale cessait à 65 ans, âge où souvent on a le plus besoin de secours » — la pension qui est alors de 4.800 francs n'est pas non plus négligeable et le sociétaire la reçoit quel que soit son état de santé, ce qui est plus que ce que demandait notre confrère.

Qu'il le croie bien, la Mutualité familiale répond à tous les besoins, convient à toutes les situations ; elle s'est développée lentement peut-être mais sûrement et, vraisemblablement, elle n'a pas dit son dernier mot.

Mais, et j'insiste sur ce point, il ne faudrait pas que nos confrères, s'ils ne croient pas pouvoir aborder les chiffres que je viens de donner, trouvent là une raison de s'abstenir. Qu'ils se contentent de ce qu'ils pensent pouvoir leur être actuellement possible : ils augmenteront plus tard s'ils le veulent, mais, en attendant, ils se seront toujours assuré une aide qu'ils apprécieront un jour.

L'abstention en matière de prévoyance, c'est la pire faute que puisse commettre le médecin car il est exposé plus que d'autres : il côtoie tous les jours la maladie, la mort ; il mène une vie de surmenage continuel qui l'use plus vite que d'autres, et trop souvent il n'a comme uniques ressources que ce que lui procure l'exercice de sa profession.

Son devoir envers lui-même, envers les siens est de se garantir contre le risque maladie et de s'assurer une retraite pour ses vieux jours ; qu'il fasse ce qui lui paraît possible — tant mieux si c'est le maximum que lui offre la Mutualité familiale — mais qu'il sache bien qu'en faisant ce qu'il faut, il fait ce qu'il doit, dût-il se contenter de l'indemnité de dix francs et de la pension de six cents.

A. GASSOT.

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

LES SOINS MÉDICO-CHIRURGICAUX DANS LA MARINE MARCHANDE

Félicitations sincères pour votre article du *Concours* du 2 octobre 1927 concernant le décret Tardieu sur les inscrits maritimes. C'est par votre article que j'ai appris l'existence du décret, et depuis, le Corps médical du Havre commence à s'en inquiéter. Nous allons en discuter, tant au syndicat qu'à une réunion du Corps médical hospitalier. Je vous écris pour vous demander d'agiter la cloche du *Concours* pour signaler les ... originalités de ce décret.

Je ne sais pas qui a pondu ce décret, mais je voudrais lui voir préciser les questions suivantes :

Pourquoi trente jours à tarif *chirurgical* (!!) pour « varices » ? Ou bien l'armateur va refuser d'embarquer tout porteur de varices. Ou il peut s'apprêter à payer de belles primes d'encouragement à la paresse.

Dix jours pour « éthylisme aigu » ! Naturellement, ils auront tous le « delirium tremens » exigé par le décret. C'est un encouragement à la paresse et à l'ivrognerie.

Et psoriasis ? quarante jours ! ! En quoi le psoriasis gêne-t-il un inscrit ? ? Et qui compte le guérir définitivement, même en quarante jours.

Le plus beau, c'est « plaie simple ... 15 jours » ; « plaie infectée ; 30 jours ». Quel est le savant qui a décrété ce *distinguo* ? Depuis quand les inscrits ont-ils le privilège de se faire des plaies aseptiques ? Evidemment simple : aseptique par opposition à « infectée ».

Inutile de dire que toutes les plaies seront « infectées ». Le plus curieux sera de voir combien de fois les blessés viendront se faire panser, une fois empochée l'indemnité forfaitaire prévue.

Quand l'inscrit touchera-t-il la somme forfaitaire ?

Au début ? Alors le médecin pourra-t-il se faire payer d'avance ?

A la fin ? Quand et comment le saura-t-il ? Ou alors ne serait-ce pas par « entente directe » avec le sinistre « tiers payant » ?

Sur quoi sera basée la somme payée à l'hôpital en cas de mise en observation ?

En attendant que l'avenir décide de cette superbe expérience « d'entente directe » aux dépens des médecins honnêtes et des contribuables (c'est « la princesse » je suppose, qui comblera les trous causés dans les budgets hospitaliers par les erreurs de diagnostic, de pronostic, et par la prolongation des maladies au delà de

délais prévus) je vous demande de protester dès maintenant contre le « tout compris » mis à nouveau en fait dans ce décret.

Il faut que des honoraires soient prévus tant pour les soins que pour les certificats fournis par le corps hospitalier, qui fera fonction d'expert.

Il faut que les compagnies fassent les frais de contre-visites qu'elles imposeront aux inscrits soignés en ville. Malgré l'admirable « entente directe », certains confrères protestent déjà, se demandant comment ils vont faire pour demander à leur client de payer la contre-visite et peut-être même la visite, si l'inscrit a tout dépensé avant la fin de la maladie.

La chasse aux inscrits au moyen de la sous-enchère va fleurir avec toutes ses conséquences sur la médecine en général. Un bon contrat bien réglé n'eût-il pas valu beaucoup mieux ?

Dr SÉBALD.
(Le Havre).

***

Le « tout compris » ne résulte nullement obligatoirement de la loi et du décret relatifs aux soins médico-chirurgicaux dans la marine marchande.

Voici comment Me B. Auger envisage la question, à propos d'un cas d'espèce que nous lui avons soumis. A son sens, dans les hôpitaux dont le règlement autorise les médecins à se faire honorer par les malades payants, les marins, considérés comme tels, devront, eux ou leurs répondants, régler les honoraires médicaux en sus des frais d'hospitalisation.

.....Je viens de terminer l'examen de cette affaire, fort délicate, qui me semble devoir être, au choix du médecin, de la compétence du Tribunal civil ou du Tribunal de Commerce ; peut-être plutôt de ce dernier, le texte applicable étant l'article 262 du Code de commerce, qui semble avoir été en vigueur au moment des soins litigieux, ou, en tous cas, l'article 79 du Code du travail maritime (L. 28 décembre 1926). Je ne m'explique pas comment le Conseil de préfecture de N. a pu être saisi d'une pareille contestation, à moins qu'il ne se soit agi tout simplement d'interpréter le règlement de l'hôpital de S., auquel cas le recours au Conseil de préfecture devrait être interprété comme un acquiescement des armateurs à la prétention des médecins. En effet, il prouverait que le litige a porté exclusivement sur le point de savoir si les médecins de cet établissement avaient droit à des honoraires pour soins donnés à ses pensionnaires payants.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les dispositions de la loi du 9 avril 1898, dont l'application, d'abord limitée aux entreprises industrielles et de transport par terre et par eau (c'est-à-dire aux entreprises de batellerie fluviale), a cependant été étendue aux entreprises commerciales en général par la loi du 12 avril 1906, ne sont pas applicables aux entreprises d'armement, exclusivement régies par le Code de commerce et le Code du travail maritime (Cass., 2 février 1903, D. 03.1.180, S. 04.1.345 ; Req. 12 décembre 1906 S.07.1.352. J. Cl. Ass. Trav. 1, 9 avril 1898 F.C. 21 etc... Sachet n° 99 ; J. Cl. Acc. du trav. article 1rer L. 1898, n. 40, etc...). L'armateur ne saurait donc invoquer l'article 4, troisième alinéa de la loi du 9 avril 1898 ; cette loi d'exception et, par suite, d'application stricte, ne pouvant être étendue par analogie à d'autres hypothèses que celles en vue desquelles elle a été votée.

C'est donc exclusivement dans le Code de commerce et le Code du travail maritime que nous pourrons trouver la solution du problème qui nous occupe aujourd'hui. Or, ni l'un ni l'autre de ecs deux codes ne contient de texte restreignant l'obligation de l'armateur, qui est au contraire, instituée dans les termes les plus compréhensifs.

L'article 262 du Code de commerce s'exprimait ainsi :

« Le matelot est payé de ses loyers, *traité et pansé* aux frais du navire, s'il tombe malade pendant le voyage ou s'il est blessé au service du navire. »

L'article 79 du Code du travail maritime dit de même :

« Le marin est payé de ses salaires et soigné aux frais du navire... »

Il suit de là que le marin soigné aux frais du navire et entré à l'hôpital y est considéré comme un malade payant ; que, par suite, dans le cas où le règlement de l'hôpital n'admet pas cette catégorie de malades, il ne peut y être reçu et doit être traité dans une maison de santé privée ; que, dans le cas contraire, l'armateur est tenu aux mêmes obligations que le tiers responsable d'un malade payant ordinaire, et doit par suite être déclaré débiteur des honoraires médicaux, si le règlement autorise, comme dans l'espèce, les médecins à en réclamer aux pensionnaires payants.

On peut, il est vrai, objecter que le texte trop large de l'article 262 du Code de commerce et de l'article 79 du Code du travail maritime est éclairé et limité par le règlement dressé par application du second alinéa de l'article 262, d'une part, et, d'autre part, par l'article 82 et l'article 85 du Code du travail maritime ; ces textes prévoient en effet que l'armateur sera libéré dans certains cas de toute obligation, en versant à l'autorité française une somme forfaitaire, fixée par un tarif, ou bien (article 82 C. du tr. mar.) qu'il ne devra au marin soigné chez lui qu'une somme égale au prix de journée de l'hôpital, outre, bien entendu, son salaire. Or, les tarifs

arrêtés par règlement d'administration publique sont tous basés sur la durée moyenne d'hospitalisation de chaque maladie ; et par suite, sur le prix du nombre de journées correspondant, sans tenir compte des frais médicaux.

Ces objections ne sont pas déterminantes :

A. *Sur celle qui est tirée du tarif* : La faculté donnée à l'armateur de se libérer, ou plus exactement de se substituer l'administration au moyen d'un versement forfaitaire ne limite pas les droits du marin, ni de ses créanciers, qui ont toujours le droit de réclamer le remboursement total des frais de traitement, excédassent-ils la somme forfaitaire versée. Si, calculant *de eo quod plerumque fit*, l'administration a négligé l'élément de dépense constitué par les honoraires médicaux, l'erreur commise par elle dans l'élaboration du tarif n'est pas opposable au marin ou à ses créanciers.

B. *Sur l'article* 42 *du C. du travail maritime* : Cet article a pour objet de corriger une jurisprudence bien assise et fâcheuse pour le marin. Sous l'empire du Code de commerce, l'armateur n'était tenu des frais médicaux qu'à la condition de diriger le traitement ; si le marin se faisait soigner à son domicile, en dehors de l'armateur, ce dernier ne devait rien. (Trib. com. Marseille, 7 nov. 1906, rev. Autran 22.331 ; 16 juillet 1908, *ibid.* 24.502 ; trib. com. du Havre, 26 juillet 1909, *ibid.* 25.504 ; Aix, 9 juin 1909, *ibid.*, 25.504 ; Aix, 9 juin 1909, *ibid.* 25.126 ; Danjon 1.340 ; Ripert 1.587). On admettait toutefois que, lorsque le marin entrait à l'hôpital, à raison des garanties particulières et des facilités de contrôle qu'il offrait à l'armateur, ce dernier était tenu de rembourser ses débours à l'hôpital créancier du marin agissant par la voie oblique de l'article 1.166 (Cass. 29 janvier 1912, Rev. Autran 28.5).

L'article 82 C.T.M. néglige cette dernière hypothèse ; il ne dispose qu'en vue de celle où le marin se fait soigner chez lui, en dehors de l'armement. Il étend à la dite hypothèse l'obligation de l'armateur aux frais de maladie, mais les limite à une somme forfaitaire journalière égale au prix de journée de l'hôpital du port de débarquement.

Nous sommes donc en présence d'un texte exceptionnel, d'un champ d'application limité, dans lequel n'est pas comprise l'hypothèse d'une hospitalisation.

Dans cette hypothèse, l'obligation de l'armateur continue d'être indéfinie. Toute personne créancière du marin pour raison de sa blessure a, en conséquence, action contre l'armateur, comme l'a reconnu l'arrêt précité de 1912. Or, dans le cas d'un règlement d'hôpital tel que celui de La Rochelle, les médecins ont droit de demander un honoraire aux malades payants. Les marins sont des malades payants ; les médecins sont ainsi leurs créanciers pour les honoraires afférents à leurs soins ; donc, ils peuvent agir contre l'armateur, débiteur du marin, dans les termes de l'article 1.166 C. civ.

.... Dans le cas d'espèce, la situation est particulièrement favorable, puisque l'un des deux marins dont s'agit est un officier reçu en chambre particulière et que le tarif de ces chambres n'a jamais compris les honoraires du médecin.

Bernard AUGER.
Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation.

VARIÉTÉS

L'évolution médicale, de l'empirisme primitif à la science biologique moderne.

Notre distingué collaborateur et excellent ami, le Dr Raphaël MASSART, *a donné, il y a quelques mois, à l'Association Mutuelle des infirmières de la Croix Rouge, une conférence qui est un résumé saisissant de l'histoire de la médecine.*

Nous sommes heureux d'en reproduire ici les dernières pages.

G. D.

La thérapeutique a énormément bénéficié des découvertes pastoriennes ; les sérums, les vaccins et tous leurs dérivés, auto-vaccins, stock-vaccins, sont devenus aujourd'hui et partout d'un usage courant. La physiologie a aussi apporté des substances nouvelles, des sucs glandulaires extraits des tissus organiques, comme le corps thyroïde, le corps jaune de l'ovaire, les glandes surrénales, le foie et ainsi se crée une nouvelle méthode de traitement, l'opothérapie, dont Brown-Séquard est l'instigateur.

La chimie étudie les actions électives de certains composés synthétiques, comme les arsénobenzols, sur les spirilles et sur le tréponème en particulier c'est la base d'une nouvelle méthode de traitement des spirilloses et des spirochétoses qu'on emploie universellement.

La physique montre les bons effets que peut retirer l'organisme de l'action de certains rayons lumineux, les ultra-violets et les infra-rouges, de certains courants électriques, comme les courants de haute

fréquence ; il n'est pas jusqu'aux rayons X et au radium dont on utilise les effets et dont l'action sur les tumeurs ne paraisse certaine.

La médecine moderne met à son service toutes les découvertes de la biologie, elle les utilise dans un but prophylactique pour empêcher les épidémies, pour arrêter leur évolution par les vaccinations, elle les utilise dans un but thérapeutique comme nous l'avons montré, elle les utilise dans un but diagnostique.

Le laboratoire est devenu l'annexe indispensable où le médecin, comme le désirait Claude Bernard, étudie les réactions du sang (Wassermann, réaction de la déviation du complément, hémocultures, sérodiagnostics), la nature des humeurs, la composition des sucs glandulaires, l'aspect microscopique des tumeurs dont un fragment a pu être prélevé (biopsie).

Chaque malade exige, pour être complètement étudié, un ensemble de documents que la médecine de jadis n'avait même jamais soupçonnés.

La chirurgie contemporaine, grâce à la rigueur des méthodes aseptiques, a élargi tellement ses indications qu'il n'est plus, à l'heure actuelle, d'organe qu'elle n'atteigne.

Elle est passée, l'époque où la plus petite plaie pouvait être une porte d'entrée à l'infection et à la mort. Le chirurgien, grâce à l'asepsie, a pu ouvrir la cavité abdominale, aborder l'estomac, les intestins, le foie, l'utérus, la rate, sans faire courir aucun risque grave à son opéré.

Les opérations que Velpeau, il y a cinquante ans, qualifiait de criminelles et qu'exécutaient seuls dans le monde deux ou trois virtuoses, ce sont celles qu'exécutent partout et chaque jour tout chirurgien.

C'est de l'asepsie, c'est-à-dire de Pasteur, qu'est née la chirurgie intestinale, la chirurgie gynécologique, la chirurgie urinaire, la chirurgie orthopédique.

Le domaine de chirurgien est devenu trop vaste, la spécialisation devient nécessaire et, grâce à elle, chaque branche de la chirurgie progresse et se développe comme un rameau nouveau.

On perfectionne les méthodes d'anesthésie : le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote sont mieux connus puisqu'on les emploie davantage ; ils sont dosés et administrés scientifiquement et rigoureusement, ce qui est facile à obtenir avec les appareils dont on dispose pour la narcose.

L'anesthésie locale et la rachi-anesthésie sont des manières nouvelles d'éviter au malade la douleur opératoire.

Avec la chirurgie actuelle, les qualités de rapidité, de force physique et morale qui étaient nécessaires jadis pour être chirurgien, ne sont plus de rigueur ; la chirurgie n'est plus réservée à un petit nombre, elle se vulgarise.

Les moyens d'investigation dont dispose le chirurgien sont chaque jour plus nombreux, l'électricité permet d'éclairer l'intérieur des organes, de voir dans l'estomac, dans le larynx et dans les bronches, dans la vessie ; la découverte de Roentgen, dont on ne peut encore mesurer toute l'importance, a renouvelé la chirurgie des os et des articulations.

Chaque jour, le domaine de la chirurgie augmente ; chaque jour, grâce à l'asepsie, qui a brisé ses entraves, la chirurgie se développe librement ; après avoir été curatrice, après avoir cherché la maladie dans les organes les plus cachés, elle devient réparatrice, elle utilise les propriétés des tissus pour réparer les os brisés, pour rétablir la conduction nerveuse, pour refaire des articulations, pour reformer des muscles frappés de paralysie. La greffe, qu'elle soit tendineuse articulaire, nerveuse, musculaire ou osseuse, est l'expression la plus moderne de notre art chirurgical; seule l'asepsie née de Pasteur l'a rendue facilement réalisable.

***

La faible lueur que la science biologique moderne vient jeter sur le mystère de la vie cellulaire, sur les troubles et sur les anomalies qu'on y observe, nous permet de mesurer la petitesse de notre savoir.

Au lieu de voir seulement la main de Dieu dans les fléaux qui nous accablent, nous cherchons à connaître, pour en triompher, l'infiniment petit dont la force inconnue nous domine, que ce soit un microbe, un parasite ou un champignon.

Nous ne sommes pas beaucoup plus savants que les Anciens, mais nous connaissons notre ignorance, nous en avons mesuré les bornes.

De grands problèmes restent posés ; la tuberculose et le cancer suscitent, de tous côtés et dans toutes les branches de l'activité scientifique, d'innombrables recherches ; l'empirisme n'en est même pas toujours exclu, il se trouve parfois qu'un chercheur ait la main heureuse.

N'était-elle pas un peu empirique à ses débuts l'application du radium contre le cancer ? Mais c'était un empirisme contrôlé dont on observait avec soin les effets ; c'était une véritable expérience.

Ce qui restera le grand mérite de la science médicale actuelle, c'est d'avoir poursuivi l'étude des phénomènes jusqu'à la cellule, c'est d'avoir recherché les réactions de la vie dans ses formules les plus simples, c'est d'avoir mis à la base de la science médicale des phénomènes biologiques contrôlables, faciles à reproduire et d'avoir remplacé de vieilles hypothèses, qui se révèlent quelquefois justes, par des observations scientifiques.

Est-ce à dire qu'on guérisse mieux ? Qu'on meure moins ? A cela je réponds : oui.

La dernière guerre, qui a été si meurtrière, a vu le triomphe de la science médicale moderne ; la chirurgie a rendu au combat d'innombrables blessés qui seraient morts jadis ; la médecine a empêché les épidémies ; sur le front occidental, il n'y eut ni pestes, ni lèpres, ni typhus ; c'est à peine si, au début, la typhoïde a fait quelques ravages.

Cela, au cours d'aucune guerre, on ne l'avait encore jamais vu.

Nous devons nous en féliciter, mais n'en tirer aucune gloire ; l'évolution de la science est continue, chaque époque est comptable du passé. Les erreurs des uns, les insuccès des autres, ont souvent plus fait pour les progrès de l'humanité que les hypothèses les mieux étayées.

Si j'ai fait défiler devant vous, dans un tableau très rapide, la médecine des civilisations et des siècles qui vous ont précédés, c'est que j'ai tenu à vous rappeler quelle gratitude vous leur devez, à tous : prêtres, mages, charlatans de l'Egypte, de l'Inde et de la Chaldée, asclépiades de la Grèce, druides de la Gaule, mires du Moyen Age, chimistes, physiciens mécaniciens du grand siècle, bactériologues, biologistes, physiologistes et cliniciens modernes, qui, par leurs erreurs, par leurs recherches, par leurs découvertes et leur continuel labeur, ont permis d'édifier la science médicale moderne.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social.

Par le Dr Henri Roure,

Médecin du Dispensaire.

(Suite).

Soulignons, encore une fois, la proportion moins élevée des localisations « gauches » : 35 %, contre 45 % de « droites ». En 1925, nous avions 40 % contre 45 %.

Notons également la proportion plus élevée, en 1926, des localisations « bilatérales » : 19 % contre 14 % en 1925.

L'écart entre les « droites » et les « gauches » est de 5 % en 1925 et 10 % en 1926, toujours en faveur des « droites ».

D'autre part, la proportion des « bilatérales » montre, de 1925 à 1926, un écart de 5 %, en faveur de 1926, c'est-à-dire croît pendant que diminue celle des « gauches », donc au détriment, semble-t-il, de celles-ci.

Cette double constatation laisse supposer que les lésions « bilatérales » étaient primitivement, pour la plupart, localisées à « gauche » ; autrement dit, les localisations « gauches » auraient une tendance plus marquée que les « droites » à envahir l'autre poumon, à se « bilatéraliser ».

Pareille assertion avait déjà été émise par nous dans le rapport statistique de 1925, (voir in *Concours médical*, nos du 1er, 8 et 22 mai 1927), les divers pourcentages trouvés alors étant absolument comparables à ceux d'aujourd'hui.

Cette hypothèse, séduisante, est, cependant, insuffisamment étayée.

Elle exige l'apport de nouvelles preuves et surtout d'observations plus nombreuses et suivies dès le début.

Confirmée, elle entraînerait, pour les lésions primitivement « gauches », un pronostic plus sévère parce que plus exposées à se « bilatéraliser » ; peut-être aussi aurait-elle une répercussion sur la thérapeutique à appliquer en pareil cas. L'établissement d'un pneumothorax artificiel serait ici particulièrement indiqué et devrait être très précoce, conduit avec prudence et étroitement surveillé. Il serait à la fois « préventif » et curatif.

Mais pourquoi ce « privilège » — si privilège il y a — réservé au poumon gauche ?

Le décubitus latéral droit, qui, par voie bronchique, favoriserait l'ensemencement du poumon droit, est-il plus fréquent que le décubitus gauche et le décubitus dorsal réunis ? Et d'abord, facilite-t-il réellement cet ensemencement par un poumon gauche malade ?

Pures hypothèses que nos investigations et recherches ne nous ont pas encore permis de contrôler.

***

« Sorties », adultes et enfants.

Les consultants, nouveaux inscrits, adultes et enfants, « sortis » en 1926, se classent ainsi :

Non tuberculeux : 783, soit 63 % ;

Non diagnostiqués (perdus de trace, etc) : 99, soit 8 % ;

Décédés (parmi les « positifs ») : 44, soit 25 % environ des « positifs » diagnostiqués en 1926.

***

En récapitulant, adultes et enfants, nous obtenons le tableau suivant :

« Positifs », adultes et enfants	170	soit	15 %	180	soit	14,5 %
« Négatifs » et « autres formes », y compris les adénopahtiques	170	»	16 %	174	»	14 %
« Sortis » « non tuberculeux »	575	»	50 %	783	»	63 %
» « non diagnostiqués »	89	»	7,9 %	99	»	8 %
Enfants « surveillés » adénopathiques, en contact, etc.	140	»	50 %	100	»	30 %
Adultes « suivis », négatifs et autres formes	128	»	15 %	118	»	13 %

Ainsi, les pourcentages varient peu d'une année à l'autre.

Seul, celui des « sortis » « non tuberculeux » est sensiblement plus élevé en 1926. Ce qui laisse supposer que les consultants viennent, ou sont adressés au Dispensaire, non seulement pour « confirmer » une tuberculose « probable », mais aussi pour « éliminer » une tuberculose « possible ».

***

Décès.

Les « décès » enregistrés, du 1er janvier au 31 décembre 1926, parmi les « positifs » diagnostiqués cette même année, atteignent le nombre de 44, soit 25 % environ, le quart des « positifs ». Parmi ces « décès », on compte : 26 hommes, soit 24 %, près du quart (108 hommes positifs) ; 16 femmes, soit 23 %, près du quart également (68 femmes positives) ; et 2 enfants, sur 4 positifs, soit 50 % (2 fillettes âgées de 13 et 14 ans, la première avec des lésions localisées au sommet droit et la seconde au sommet gauche).

En 1925, le pourcentage des « décès » avait été de 19,5 %, hommes et femmes réunis ; de 14 % pour les hommes et 28 % pour les femmes.

***

Au point de vue *localisation* des lésions, on trouve, parmi ces décédés : chez les hommes, 9 localisations droites, 8 gauches et 9 bilatérales ; chez les mêmes, f7 localisations droites, 3 gauches et 6 bilatérales ; soit, en tout : 16 localisations droites, 11 gauches et 15 bilatérales.

Pourcentages : 20 % de décès parmi les localisations droites (80 hommes et femmes) ; 17,5 % parmi les localisations gauches (62) ; et 44 % parmi les localisations bilatérales, presque la moitié, (34 cas).

En 1925, ces pourcentages étaient respectivement de 14 %, 19 % et 36 %.

Chez les hommes seuls, on trouve :

18 % de décès parmi les localisations droites, (50) ;

24 % de décès parmi les localisations gauches, (33) ;

36 % de décès parmi les localisations bilatérales (25).

En 1925, les proportions étaient respectivement de 6 %, 15 % et 33 %.

Chez les femmes, seules on trouve :

23 % de décès parmi les localisations droites (30) ;

10 % de décès parmi les localisations gauches (29) ;

66 % de décès parmi les localisations bilatérales (9).

En 1925, les proportions étaient respectivement de 27 %, 27 % et 50 %.

***

Classés d'après leur « *âge* », ces décédés se répartissent ainsi :

de 0 à 15 ans	(enfants)	4,	soit 1 % d'enfants vus et 2 % des « positifs » ;					
» 16 à 20 »	(adultes)	27,	dont	14 hommes	et 13 femmes	soit 15 %	des « positifs »	
» 21 à 30 »	»	61,	»	27 »	» 34 »	» 34 %	»	» »
» 31 à 40 »	»	34,	»	22 »	» 12 »	» 19 %	»	» »
» 41 à 50 »	»	30,	»	25 »	» 5 »	» 16 %	»	» »
» 51 à 60 »	»	16,	»	12 »	» 4 »	» 9 %	»	» »
au-dessus de 60		8,	»	8 »	» 0 »	» 4 %	»	» »

Ainsi, la lecture de ce tableau permet de faire les mêmes constatations que précédemment : la moitié des décès survenus en 1926 parmi les malades, tuberculeux « positifs » vus au Dispensaire pour la première fois au cours de cette même année, concerne les sujets de 16 à 30 ans, c'est-à-dire des adolescents et des hommes ou femmes jeunes. Parmi l'autre moitié, les deux tiers sont des adultes de 31 à 50 ans, période de la vie la plus active et la plus productive ; autrement dit, 85 % des décédés ont disparu à un âge où ils auraient pu rendre à leur famille et à la société les services les plus utiles.

***

Considérés au point de vue « *origine* », ville ou campagne, ces 44 décédés habitaient : 29 la ville de Béziers, soit 65 %, près des deux tiers, et 15 la campagne.

Nous verrons un peu plus loin que, parmi les « positifs », 104 ont leur domicile à Béziers et 76 à la campagne. La proportion des décès est donc respectivement de 27,9 % pour les premiers, les citadins, et 19,7 % pour les ruraux.

La mortalité tuberculeuse a donc été plus élevée à Béziers-ville qu'à la campagne, tout au moins parmi les « positifs » connus du Dispensaire en 1926. La morbidité tuberculeuse étant sensiblement la même ici et là, à la ville et à la campagne, des statistiques multiples l'ont prouvé, il en résulte que les tuberculeux, il s'agit toujours de ceux connus du dispensaire de Béziers, meurent en plus grand nombre à la ville qu'à la campagne.

***

Malades envoyés par les médecins.

En 1926, le nombre de consultants envoyés au dispensaire par leur « médecin traitant » a été de 657, dont 510 adultes et 147 enfants. Parmi ces derniers : 68 ont été adressés par leur médecin traitant, et 79 par les médecins-inspecteurs des écoles.

La proportion des adultes, par rapport au nombre de consultants adultes (902), est de 57 %, légèrement supérieure à celle de 1925 qui était de 54 %.

Mentionnons une catégorie de malades qui n'ont pas été vus au Dispensaire, et n'y sont pas inscrits, mais dont les crachats, envoyés par les médecins traitants, y ont été analysés (recherche du bacille de Koch). Le nombre de ces crachats a été de 78 en 1926, et, parmi eux, la présence du bacille a été décelée dans 27.

En 1925, le nombre de crachats ainsi examinés avait été de 85, dont 19 « positifs ».

Parmi ces malades adultes (510), vus sur la demande de leur médecin, le nombre de « positifs » (crachats bacillifères), a été de 138 (135 en 1925), soit près de 80 % des « positifs » adultes et 27 % des consultants adultes envoyés par les médecins (80 % et 28 % en 1925).

La proportion de « positifs » adultes ayant une autre origine (38), (propagande, conseils d'amis de « clients » du Dispensaire, des visiteuses, etc.) a été de 21 % des positifs et un peu plus de 9 % des consultants non envoyés par un médecin traitant (20 % et 9 % en 1925).

Ainsi donc, le recrutement « médical » se maintient à un taux élevé et reste manifestement supérieur, « quantitativement » et « qualitativement », à tous les autres réunis.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — L'enseignement des maladies mentales comprend deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique, illustré autant que possible par des présentations de malades, constitue un exposé succinct des diverses maladies mentales. Il a lieu à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (amphithéâtre de la Clinique).

L'enseignement clinique comprend des présentations de malades, les mercredis, à 10 h., et une consultation policlinique, le samedi, à 10 heures.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la séméiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 h. 1/2.

Travaux de laboratoire. — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de M. Rafflin, chef du laboratoire de chimie, et de M. Jean Cuel, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

M. le professeur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie appliquée et expérimentale.

— **Médecins parisiens de Paris.** Secrétariat général, 119, boul. Malesherbes, Paris, 8e. — L'Assemblée générale annuelle des « Médecins parisiens de Paris » s'est tenue le 12 décembre 1927 dans les salons du « Foyer médical ». Etaient présents à ce dîner : MM. les Drs Baillière, Bory, professeur Léon Bernard, Bernard (de Néris), Bloch (A.), Bloch (J. C.), Blondin (Paul), Bongrand (Jules), Bouteron, Bourguignon, Blondel, Cachera, Capette, Chenet, Constensoux, Doin, Dalle, Dartigues, David, Duclaux, Dufour, Eloy, Fatout, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Guillemin, Guébel, Labey, Laurent-Gérard, Lebègue, Lenormand, Leprince, Leroux, Le Savoureux, Mlle Lévy, Lobligeois, Loubiet, Merville, Mlle Mircouche, Mounier, Minet, Pignot, Piot, Pitsch, Prost (Pierre), prof. Ch. Richet, Rollot, Rouhier, Schaeffer, Sée, Tarrius, Tixier, Trèves, Toupet, Vitry et MM. Benaerts, Boutet, Kauffmann, Mlle Berger, internes et externes des hôpitaux.

S'étaient fait excuser : MM. Blondin (fils), Collin, Devraigne, Giraud, Greder, Mlle Hébert, Laënnec, Lereboullet, Lotte, Luys, Marceron, Mauban, Monscourt, Perreau, Quiserne, Richet (fils), Rouget, Schreiber, Suzor, Viguerie, Watelet.

Le nombre toujours croissant des convives à chacun des dîners de cette Amicale s'explique par l'extension constante et la prospérité de cette Société. Nul doute que la grande fête annuelle qui aura lieu en février ne soit aussi brillante que les fêtes des années précédentes.

Le bureau suivant a été élu pour 1928 : Président

d'honneur : M. le professeur Charles Richet ; président : M. le Dr Henri Duclaux ; vice-présidents : MM. les Drs Vitry et Dufour ; secrétaire général : M. le Dr P. Prost ; trésorier : M. le Dr Jules Bongrand.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, M. le Dr P. Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris, 8e.

— **Les professions libérales et le fisc.** *Une réunion des médecins des Pyrénées-Orientales.* — Les médecins du département des Pyrénées-Orientales qui s'étaient déjà réunis le dimanche 18 décmbre ont tenu une nouvelle réunion le vendredi 23 décembre à la mairie de Perpignan.

Au cours de cette réunion, qui fut fort nombreuse l'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité :

« Les médecins du département des P. O. syndiqués et non syndiqués, réunis le vendredi 23 décembre 1927 dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville de Perpignan,

Affirment qu'ils sont aussi soucieux que quiconque de prendre leur part des charges fiscales qui doivent être équitablement réparties entre tous les contribuables à quelque catégorie u'ils apqpartiennent.

Protestent énergiquement contre les procédés inquisitoriaux institués par la législation fiscale actuelle dont les dispositions permettent aux agents de l'administration de se livrer à des taxations arbitraires contre lesquelles tous ceux qui sont tenus, à un titre quelconque, au secret professionnel ne peuvent se défendre librement dans la plénitude de leurs moyens ;

Adressent à tous les contribuables exerçant des professions non commerciales un pressant appel pour la constitution d'un groupement unique dans lequel les professions libérales pourront faire bloc afin de lutter, par tous les moyens et en pleine solidarité, contre l'inquisition fiscale ;

Et les invitent à désigner d'ores et déjà des délégués chargés de les représenter au sein de la Ligue des contribuables qui est actuellement en formation dans le département des Pyrénées-Orientales ».

L'assemblée a désigné une Commission chargée de s'entendre avec les représentants des autres professions libérales. Elle a, en outre, désigné les médecins qu'elle propose pour siéger à la Commission instituée par la loi du 4 avril 1926.

— **Les Assurances sociales au Grand-Duché de Luxembourg.** — Depuis une année et demie, le Syndicat des médecins se trouve en conflit avec le Comité central des Caisses de maladie, assurant tous les ouvriers du Grand-Duché. Ce conflit, né par le refus du syndicat d'accepter comme rémunération une somme forfaitaire de 20 % des recettes de la caisse, a pris subitement une forme aiguë. Le syndicat, en entrant en conflit avec les caisses par suite de la rétribution minime des bons de paiement, avait adopté à l'unanimité les principes suivants : Le libre choix pour toutes les caisses ; le paiement direct par l'assuré en prenant pour base le tarif minimum. Depuis lors, pratiquement, l'entente directe entre l'ouvrier payant chaque consultation au tarif minimum et le médecin était réalisée. Cette solution mettait en fin un terme à une situation morale et matérielle trop long temps compromise. Récemment, le gouvernement, à la demande du Comité central des caisses, est intervenu Une commission d'arbitrage fut nommée. Elle dut se séparer après quelques séances, les représentants des caisses refusant toute discussion quant au paiement direct par l'assuré. (*Bruxelles médical.*)

— **Le service médical de nuit en banlieue parisienne.** — Le Conseil municipal de Paris vient de voter la proposition suivante :

Article premier. — A partir du 1er janvier 1928, le service médical de nuit fonctionnant à la préfecture de police pourra desservir quelques communes limitrophes, sous réserve de la participation du département aux dépenses de ce service, dans les conditions ci-après.

Art. 2. — Il est créé un emploi de médecin du service de nuit, à la condition que le département prenne à sa charge les honoraires de ce médecin, soit 36.000 fr pour l'année 1928.

Sous la même réserve, le crédit affecté à l'achat de médicaments pour le service de nuit est augmenté de 1.500 fr. pendant le même exercice.

Art. 3. — Les communes desservies par ledit service rembourseront à la préfecture de police le prix des visites effectuées sur leur territoire, à raison de 40 fr. par visite.

Sur ces 40 fr. seront d'abord prélevés les frais de transport des médecins par des voitures appartenant à la ville de Paris. Le surplus sera versé par la préfecture de police à la Caisse départementale.

— **Ve Congrès international de l'Association de thalassothérapie** (22 au 30 mai 1922, Bucarest, Constantza) sous le Haut Patronage de Sa Majesté la Reine Marie de Roumanie. — *Président d'honneur* : M. I.-J.-C. Bratiano, président du Conseil des Ministres ; *président du Comité de patronage* : M. Inculetz, ministre de la santé et de la Prévoyance sociale ; *président du Congrès* : M. le Dr Théohari, professeur de Clini que thérapeutique ; *président de l'Exposition nationale* : M. le général Dr Vicol, inspecteur général balnéo-climatique.

Programme : 22 mai, arrivée soit par le Simplon, soit par l'Express-Orient : réunion aux grands bains thermaux d'Hercule ; réception de la part du Ministère de la santé ; fêtes locales. — 23 mai, arrivée le matin, à Bucarest. Séance d'ouverture du Congrès. Visites aux Institutions, à l'exposition nationale balnéo-climatique et touristique ; festival, réception par la ville, etc. — 24-25 mai, excursions dans les vallées de Dambovitza et Prahova, fêtes locales. Visites aux Palais royaux de Bran et de Sinais; réception par les propriétaires des grandes mines de pétrole (Moreni) et de sel (Slänicul), retour à Bucarest. — 26-27 mai, séance du Congrès à Coustantza ; visites à la plage de Mamaïa et de la station balnéaire et climatique marine de Tekirghiol. — 28-29 mai, excursion en mer à Cetatea alba (bouche du Nistre) et dans le Delta du Danube. — 29 mai, à 11 h. du soir. embarquement pour Constantinople où on arrivera le 30 à 8 h. du matin.

Itinéraire le plus direct par le *Simplon Express* :

Départ de Paris P.-L.-M., à 21 h. 10 (heure de l'Europe Occidentale) ; Vallorbe, 4 h. 54 ; Lausanne, 7 h. 45 (heure de l'Europe Centrale) ; Milan, 14 h. ; Trieste 0 h. 30 ; Bucarest, 22 h. 50. Les Congressistes devront descendre à la frontière roumaine où aura lieu la première réception aux « *Bains d'Hercule* ».

Visites et voyages complémentaires : 30 mai, arrivée par mer, à 8 h. du matin à Constantinople, où le représentant du Bureau Exprinter (2, rue Scribe, à Paris) facilitera le passage à la douane et conduira aux hôtels où les places auront été réservées. Réception à déjeûner Après-midi, première visite de Constantinople. — 31 mai excursion à Brousse. — 1er juin, matinée consacrée à achever la visite de Constantinople. Après le déjeuner départ des personnes qui voudront rentrer directement en France par l'Orient Express. *Après midi*, embarquement pour la *Grèce* ; 2 juin, débarquement le soir au Pirée. Conduite à Athènes. Installation ; 3 juin, Matinée : visites à Eleusis. Après-midi : visite d'Athènes ; 4 juin, départ pour Delphes. Visite du sanctuaire et continuation sur Patras où l'on couchera le soir ; 5 juin : Visite à Purgos-Olympie ; 6 juin : embarquement pour le retour en France (Messageries Maritimes ou Compagnie Fabre).

Itinéraire de retour : a) *Constantza à Paris* : Constantza 13 h. 15 ; Bucarest, 20 h. 42 ; Vinkavoi, 19 h. 52 ;

Trieste, 8 h. 5 ; Milan, 16 h. 40 ; Lausanne, 23 h. ; Paris 8 h. 15.

b) *Constantinople-Paris* : Stamboul, 13 h. 15 ; Sofia, 7 h. ; Vinkovci, 19 h. 52 ; Trieste, 8 h. 25 ; Milan, 16 h.40; Paris, 9 h. 15.

Les Congressistes pourront également rentrer en France par mer de Constantinople à Trieste (Lloyd Triestino). Durée du trajet 6 jours et de Trieste à Paris (Simplon Express).

L'Agence de voyages « Exprinter » (2, rue de Scribe, à Paris) sera en mesure de fournir tous les billets, y compris ceux à prix réduits que nous espérons obtenir des Compagnies. Dans une note ultérieure le prix du voyage à forfait sera indiqué. Pour les renseignments et adhésions s'adresser : soit au « Comité d'Action » (hydrologie médicale), 14, rue Izvor (Bucarest) ; soit au Dr Léo, secrétaire général de l'Association de Thalassothérapie, 50, avenue du Président-Wilson, Paris, 16e ; soit (pour les cotisations), au Dr Bith, 29, rue Hamelin, Paris, 16e.

Conditions de l'adhésion au Congrès : membres titulaires. Cotisation : 50 francs, réduite à 40 fr. pour membres de l'Association ayant payé leur cotisation annuelle. *Membres adhérents* : 20 francs.

Il est rappelé que la question mise à l'ordre du jour est : Le mal Pott a la mer.

— **Faculté de médecine de Paris**. *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.* — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du Radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine munis de 16 inscriptions. Il est divisé en trois parties :

Première partie. — Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic. — Décharges dans les gaz. — Ionisation. — Propriétés fondamentales des rayons X. — Rayonnement secondaire. — Tubes à rayons X. — Mesures. — Appareillages. — Radioactivité et corps radioactifs. — Radiodiagnostic.

Deuxième partie. — Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie. — Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs. — Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliquée à la thérapeutique. — Radiothérapie des affections cancéreuses. — Radiothérapie des affections non cancéreuses. — Accidents de la radiothérapie en général.

Troisième partie. — Electrologie. Photothérapie. — Notions physiques sur les courants employés en électrologie. — Electrophysiologie. — Electrodiagnostic clinique. — Electrothérapie. — Accidents de l'électricité. — Photobiologie. — Photothérapie. — Ultra-violet, etc.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

II. Diplome de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris (durée : deux ans). — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. Deux de ces stages pourront, après demande adressée à M. le doyen de la Faculté de médecine, être faits dans certains services de province ou de l'étranger.

A la suite de cette période de stage, les candidats présenteront un mémoire (dactylographié en sept exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales. Ils seront interrogés sur ce travail et sur l'ensemble de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

A titre transitoire, les docteurs en médecine ayant passé leur thèse avant 1918 pourront, en justifiant de trois ans de pratique radiologique et électrologique, être autorisés à subir l'examen du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales en présentant un mémoire.

— **Enseignement de la technique physiologique.** — *appliquée à l'homme et à l'animal* sous la direction de J. Gautrelet, directeur du laboratoire de biologie expérimentale à l'école pratique des Hautes Etudes avec le concours de P. Chailley-Bert, chargé de cours, et P. Boyer, assistant au laboratoire de pharmacologie, à la Faculté de médecine. — *Programme* : Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal. — Perfusion d'organes isolés ; cœur, intestin, utérus. — Oscillométrie manométrie (pressions artérielle et veineuse), sphygmographie, cardiographie chez l'homme et l'animal. — Viscosimétrie, réserve alcaline du sang (méthode de Van Slyke). Mesure du pH. — Spirométrie, eudiométrie (métabolisme basal). — Fistules digestives : ablations d'organes. — Exploration de la rate et du rein. Oncométrie. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration chez l'animal des divers appareils nerveux : central, sympathique, vaso-moteur. — Réaction psycho-motrice, réflexométrie. — Notions de travail du verre et de réparation d'urgence des appareils.

Le cours comprendra 12 séances de manuipulations individuelles, l'après-midi *du* 5 *au* 17 *mars* 1928. S'inscrire, l'après-midi, au Laboratoire de Biologie expérimentale des Hautes Etudes, à la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. N. B. : une provision de 200 francs sera déposée par chaque élève pour couvrir les frais de matériel, de produits et d'animaux.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Droit d'abonnement au timbre. — 1° Bureau du receveur de l'Enregistrement ;

2° Sociétés anonymes et en commandite par actions ;

3° Paiement de l'acompte trimestriel ;

4° Formule spéciale.

Taxe annuelle de transmission. — 1° Bureau du receveur de l'Enregistrement ;

2° Sociétés anonymes et en commandite par actions ;

3° Nombre de titres en circulation au dernier jour du trimestre ;

4° Sur formule spéciale délivrée par l'Administration, situation des titres.

Avant le 31 janvier :

Impôt sur les traitements, salaires, pensions, rentes viagères. — 1° Bureau du contrôleur des Contributions directes dont dépendent les entreprises, les débiteurs de rentes ou pensions ;

2° Employeur (particulier ou société), débiteur de rente ou pension ;

3° A) Salaires payés aux employés, commis et ouvriers.

B) *a*) Commissions, courtages, honoraires, vacations ou rémunérations de services quelconques dont le total brut aura atteint, au cours de 1927, pour une même personne, la somme de 1.000 francs.

b) Quel qu'en soit le montant, les rémunérations versées aux personnes remplissant des fonctions susceptibles d'être exercées simultanément auprès de plusieurs entreprises.

C) Sommes payées à titre de rentes ou pensions.

4° Pour les salaires, commissions, etc. : état faisant ressortir les noms et adresses des personnes ; la nature de leur emploi ; les sommes versées à titre de salaires, de frais professionnels ; les avantages en nature, la période de l'occupation si elle est inférieure à un an.

Pour les rentes et pensions : état indiquant les noms et adresses des bénéficiaires.

Taxe sur les cercles. — 1° Mairie ;

2° Gérants, secrétaires ou trésoriers ;

3° Nombre de membres ; montant des cotisations versées en 1927 ; locaux occupés et valeur locative ;

4° Registre spécial.

Taxe sur les gardes-chasse. — 1° Mairie de la commune sur le territoire de laquelle est située la majeure partie des propriétés gardées ;

2° Personnes, par qui les gardes sont commissionnés ;

3° Nombre de gardes-chasse pris en service au cours de l'année précédente ;

4° Registre spécial.

AVANT LE 28 FÉVRIER :

Impôt sur les bénéfices agricoles. — 1° Bureau du contrôleur des Contributions directes de la commune où l'exploitant a son habitation principale ;

2° Exploitant ;

3° Contenance et revenu cadastral des terres affectées à la culture du blé pendant l'année 1927.

Impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. — 1° Bureau du contrôleur des contributions directes du lieu de l'exploitation ;

2° Exploitant. *a*) Société quel que soit le bénéfice et particulier dont le bénéfice excède 50.000 fr., lorsque leur exercice comptable est clos antérieurement au 1er décembre ;

b) Particulier dont le bénéfice net ne dépasse pas 50.000 fr.

3° *a*) Bénéfice net réalisé au cours du dernier exercice commercial clos en 1927 avant le 1er décembre ;

b) Celle des catégories fixées par la loi, dans laquelle doit être rangé le bénéfice pour le calcul de l'impôt ;

4° *a*) Résumé du compte de profits et pertes ou état des bénéfices ;

b) Déclaration sur la formule fournie par l'Administration.

Taxe spéciale sur le chiffre d'affaires. — 1° Bureau du contrôleur des contributions directes du siège de l'exploitation ;

2° Exploitant (particulier ou société) ;

3° Chiffre d'affaires de l'année 1927 s'il dépasse un million.

Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. — 1° Bureau du contrôleur des contributions directes du lieu de l'exercice de la profession ou du principal établissement du contribuable ;

2° Personne redevable de l'impôt ;

3° Bénéfice de l'année 1927 ;

4° Recettes brutes, dépenses professionnelles et bénéfice net.

Impôt général sur le revenu. — 1° Bureau du contrôleur des Contributions directes de la résidence du contribuable ou de son principal établissement, s'il a plusieurs résidences.

2° *a*) Contribuables passibles de l'impôt, lorsque, pour les commerçants et industriels taxés sur leur bénéfice réel, l'exercice comptable est clos avant le 1er décembre ;

b) Contribuables affranchis de l'impôt s'ils ont, au cours de 1927, été inscrits aux rôles des impôts cédulaires pour un total de revenus de 1.500 francs au moins ou s'ils ont encaissé en 1927, 1.500 fr. au moins de revenus de valeurs mobilières autres que des rentes 4 % 1925, les intérêts des Bons du Trésor ou de la Défense

Nationale à échéance d'un an au plus et de deux ans, créés par décision du Comité de la Caisse autonome, à partir du 1er janvier 1927.

3° Revenus à la disposition des contribuables en 1927 : des propriétés et capitaux mobiliers qu'ils possèdent ; des professions qu'ils exercent ; pensions, rentes viagères dont ils jouissent ; salaires et traitements qu'ils reçoivent ; bénéfices de toutes opérations lucratives auxquelles ils se livrent.

4° Sur formule spéciale : revenus nets indiqués ci-dessus et déductions permises, c'est-à-dire, intérêts des emprunts et dettes ; arrérages de rentes payés à titre obligatoire ; tous impôts directs et taxes assimilées non déjà déduits d'un revenu cédulaire ; perte résultant d'un déficit d'exploitation agricole, commerciale ou industrielle.

Sur feuille spéciale : désignation des personnes à charge et des impôts cédulaires sur lesquels des réductions doivent être accordées.

Pour tous impôts cédulaires (réductions pour charges de famille).

La dernière feuille mentionnée ci-dessus doit être remplie par les contribuables passibles d'impôts cédulaires et non assujettis à l'impôt général.

Avoirs à l'étranger. — 1° Bureau du contrôleur de la résidence du contribuable ou de son principal établissement ;

2° Toute personne de nationalité française domiciliée ou résidant habituellement en France, assujettie ou non à l'impôt général ;

3° Biens mobiliers et immobiliers possédés à l'étranger ;

4° Sur formule spéciale fournie par l'Administration : nature, valeur de ces biens, revenus y attachés.

Taxe d'apprentissage. — 1° Préfecture ;

2° Chef d'entreprise commerciale ou industrielle ;

3° Salaires payés en 1927 ;

4° Demande d'exonération en raison des dépenses effectuées en 1927 en vue de favoriser l'enseignement technique et l'apprentissage.

PRÉFECTURE DE L'HÉRAULT

Inspection départementale des services d'hygiène

Réglementation Générale du Service des Médecins-Inspecteurs d'hygiène

(D'après les lois et règlements concernant l'hygiène publique ou sociale, le rapport du Préfet au Conseil général, en mai 1921, la délibération du Conseil général du 3 mai 1921, l'arrêté préfectoral du 25 mai 1921, les délibé-

rations du Conseil général du 27 avril 1923, 6 octobre 1924, 22 mai 1925 et 8 octobre 1925.)

Le traitement annuel des six médecins-inspecteurs d'hygiène :

5e classe	22.000 fr.
4e classe	24.000 fr.
3e classe	26.000 fr.
2e classe	28.000 fr.
1re classe	30.000 fr.

Le passage d'une classe à l'autre s'effectue au bout de trois ans à l'ancienneté, et de deux ans au choix.

Les médecins-inspecteurs d'hygiène reçoivent chacun une indemnité forfaitaire annuelle de 15.000 fr. pour frais de bureau et de déplacements, sous condition expresse de la possession d'une automobile en ordre de marche et d'un abonnement au téléphone.

Les médecins-inspecteurs d'hygiène sont inscrits à la Caisse départementale des retraites ; ils ont droit aux indemnités de résidence et de charges de famille.

Les médecins-inspecteurs d'hygiène ne pourront être maintenus en fonctions après l'âge de 65 ans.

Ils pourront être relevés d'office de leurs fonctions par le Préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène, en cas de faute grave, d'insuffisance reconnue ou s'ils manquent aux engagements souscrits par eux et prévus par l'arrêté instituant le concours.

Ils pourront, à toute époque, être affectés d'une circonscription à une autre par décision du préfet, sans autre motif que l'intérêt du service.

Les médecins-inspecteurs d'hygiène exercent leurs fonctions sous l'autorité du préfet et sous la direction permanente, la surveillance et le contrôle du médecin-inspecteur principal des services d'hygiène départementale.

Ils font partie, avec voix consultative, des Commissions sanitaires de leur circonscription administrative.

Les principales attributions de ces médecins sont les suivantes, SANS QUE CETTE NOMENCLATURE AIT RIEN DE LIMITATIF :

1° L'inspection médicale des écoles publiques et privées et de tous les établissements d'enseignement dans toutes les communes du département où ce service n'est pas assuré par les soins de la municipalité ;

2° La défense sociale contre les maladies transmissibles : les médecins-inspecteurs d'hygiène sont les médecins des épidémies de leur circonscription ; ils veillent à l'application littérale des lois et règlements en vigueur en ce

qui concerne la vaccination et contrôlent le fonctionnement de ce service ;

3° Service de désinfection : les médecins-inspecteurs d'hygiène ont mission de contrôler le Service de désinfection et veillent à l'exécution correcte des opérations reconnues nécessaires ;

4° Contrôle sanitaire des villes et communes rurales : agissant comme conseillers techniques des maires, ils veillent à l'application des règlements sanitaires et de toutes les mesures d'assainissement des communes. Ils veillent d'une façon particulière à la protection des eaux d'alimentation et à l'évacuation des eaux et matières usées ; ils provoquent et surveillent l'élaboration des projets d'assainissement ou d'adduction d'eau, la réalisation de ces projets, et le fonctionnement des dispositifs après que les projets ont été réalisés ;

5° Application des mesures d'hygiène dans les établissements publics : surveillance des établissements classés autres qu'abattoirs, tueries, porcheries et chantiers d'équarrissage ; agissant d'accord avec l'inspecteur du travail et le directeur des Services vétérinaires, ils doivent contrôler si les conditions imposées par les arrêtés préfectoraux portant autorisation sont strictement exécutées ;

6° Préparation et instruction des affaires intéressant l'hygiène, qui doivent être soumises aux assemblées sanitaires ;

7° Surveillance sanitaire des stations climatiques, hydrominérales et de tourisme. Ils contribuent à l'établissement des projets d'assainissement réclamés par le Conseil supérieur d'hygiène, veillent à la réalisation de ces projets, enquêtent sur le fonctionnement des stations et sur l'emploi de la taxe de séjour ;

8° Contrôle de la salubrité des établissements de pêche et parcs coquillers, conformément aux articles 12 et 13 du décret du 28 mars 1919 ;

9° Lutte contre les grands fléaux sociaux, principalement syphilis et tuberculose ; ils aident à cette lutte chaque fois que l'occasion leur en est offerte, notamment au cours de l'inspection médicale des écoles ; ils assurent dans leur circonscription respective le fonctionnement ou la surveillance des organisations créées par l'Office départemental d'hygiène sociale, dont ils suivront strictement les directives sous le contrôle effectif de la Commission exécutive ;

10° Puériculture et protection de l'enfance : Ils contribuent à ce Service en vulgarisant par des conférences, des affiches, ou des brochures, les principes de l'hygiène infantile et en veillant à la parfaite qualité du lait distribué ; ils collaborent à la création et au fonctionnement de consultations de nourrissons avec les diverses organisations de protection de l'enfance, en liaison avec le Service de l'Assistance publique ;

11° Contrôle sanitaire des hôpitaux, hospices,

sanatoriums, maisons de santé publiques et privées, maisons d'accouchement et maternités publiques : Après entente avec les autorités compétentes, ils peuvent émettre un avis au sujet de la salubrité de ces établissements, de leur organisation et de leur mode d'action ;

12° Surveillance des bureaux municipaux d'hygiène et des Services municipaux de désinfection.

Ils ont à donner leur avis sur toutes les questions intéressant à un titre quelconque l'hygiène publique ou sociale et sont chargés de l'instruction de toutes les réclamations concernant l'hygiène.

Ils recherchent toutes les causes d'insalubrité des habitations et les signalent, par l'intermédiaire de l'Inspecteur principal, au Préfet, qui provoque l'avis des assemblées sanitaires en vue des mesures à prendre pour faire disparaître ces causes d'insalubrité.

Ils profitent de toutes les circonstances qui s'offrent à eux pour compléter l'éducation hygiénique des populations, soit par des conférences, soit par des démonstrations pratiques.

Tous les mois, ils adressent à l'inspecteur principal un rapport détaillé sur le fonctionnement de leur service.

L'action des médecins-inspecteurs d'hygiène s'exerce surtout au point de vue technique ; ils sont consultés sur toutes les mesures d'hygiène qui relèvent de l'autorité préfectorale et ont à prendre l'initiative de proposer l'application de toutes celles qui ne lui auraient pas été soumises et dont ils reconnaîtraient pourtant la nécessité.

Le Préfet de l'Hérault,
A. DUCAUD.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

I

4.222. — Suture de la rotule.

Abonné au *Concours médical*, je vous prierai de vouloir bien, pour trancher un différend avec une Compagnie d'assurances, me donner les renseignements suivants :

A la suite d'un accident, j'ai opéré une malade qui présentait une fracture de la rotule avec épanchement intra-articulaire du genou. J'ai dû à mon avis, faire deux actes opératoires au cours d'une même séance et ai facturé arthrotomie du genou, 300 fr., suture de la rotule, 300 fr., ces actes opératoires me paraissant pouvoir s'exécuter indépendemment l'un de l'autre. La compagnie ne veut me régler que 300 fr. tarif d'un acte opératoire. Etant

décidé à solutionner la question d'après votre réponse, quel est votre avis ?

Dr D.

Réponse.

Je ne comprends pas une suture de la rotule, sans qu'il y ait, *ipso facto*, une ouverture de l'articulation du genou. S'il y a deux rubriques à ce sujet, c'est qu'il peut y avoir arthrotomie pour nettoyage, par exemple, d'une articulation purulente. Dans votre cas, je pense donc que la thèse de la Compagnie aurait gain de cause devant un tribunal.

F. D.

II

4.184. — Intervention plus injection antitétanique.

Permettez-moi d'avoir recours à vos obligeants services en vous priant de m'éclairer sur la question suivante :

En août dernier, j'ai donné mes soins à un ouvrier présentant à la face palmaire de la première phalange de l'annulaire gauche un petit pertuis suppurant. A ce niveau, il s'était planté une écharde métallique qu'il avait retirée. La plaie s'était fermée ; mais comme la région était douloureuse, il disait qu'une partie du corps étranger était demeurée. La fistulette en faisait foi.

J'ai fait ce qu'expose la note d'honoraire ci-incluse.

Je sais que (art. 23) le cumul de la visite et d'une opération n'est pas admis ; mais ce même article permet le cumul de deux ou plusieurs interventions simultanées.

J'ai tarifé l'intervention chirurgicale 50 fr. d'après l'art. 28 (extirpation de corps étrangers profonds sans radio). Evidemment un doigt ne présente rien de profond, mais il y a l'anesthésie locale dont il n'est pas tenu compte. Enfin c'est tout de même une intervention qui doit figurer sur la note tout au moins à la place de la plus faible (visite et sérum antitétanique : 20 fr.) si le cumul n'est pas admis.

Sur ma note, la compagnie a rayé 50 fr. et a ramené de ce fait la note à 61 fr. Qu'elle discute le prix de cette intervention soit, reste à voir, mais le supprimer ! En a-t-elle le droit ? Il ne le semble pas.

Le second paragraphe de l'article 23 permet le cumul de plusieurs interventions. Je reconnais que le tarif ne précise pas mon acte opératoire : débridement sous anesthésie locale pour ablation de corps étranger implanté dans le squelette de la main. » Cependant on ne peut guère se renseigner que dans l'art. 28.

Dr G.

Réponse.

Vous pouvez compter une injection anti-tétanique, plus une intervention à tarif spécial. L'article 13 ne défend le cumul que pour la visite ou consultation simple. Mais, quant au tarif même de l'intervention je ne puis voir là qu'une « extraction de corps étranger superficiel :

20 fr. », puisqu'il s'agit de la pulpe d'un doigt Je compterais donc : injection antitétanique 20 francs + extraction, etc., 20 francs, + certificat 5 francs, + trois pansements consécutifs: 12 × 3 = 36 francs, soit au total : 81 francs (et non 61, comme l'offre la compagnie).

F. D.

III

4.366. — Radiographie d'un thorax face et profil.

Je viens de faire pour un accidenté du travail une radio du *thorax, face et profil* pour projectile ayant traversé la poitrine et non extrait (cas grave, pleurésie consécutive etc.). Que dois-je compter ?

Poumon, examen avec radio, 180 fr. Mais il s'agit d'un seul cliché ? Or j'ai dû faire un cliché profil pour localiser mon projectile qui est logé sous l'omoplate.

L'indication thorax face et profil n'est pas portée sur le barème des accidents du travail.

Dr A.

Réponse.

Il me semble que l'*analogie* est toute naturelle avec la radiographie de « rachis dorsal face et profil : 200 fr. » (article 25-1).

F. D.

Questions médico-militaires.

3610. — Obtention de la carte de surclassement.

Abonné au *Concours médical*, je vois qu'il est question dans votre numéro du 16 octobre de la carte de surclassement des officiers de réserve.

Je suis aide-major de 1re cl. Que faut-il faire pour obtenir cette carte ?

Y a-t-il dans ma région des cours à suivre comme pour les médecins de réserve du G.M.P. ?

Où se trouve l'Union Fédérative des médecins et pharmaciens de réserve ? Est-ce que cela m'intéresse ?

Dr H.

Réponse.

Pour obtenir cette carte de surclassement, il faut être régulièrement inscrit à une école de perfectionnement, ou plus simplement à l'Union Fédérative des médecins et pharmaciens de réserve, qui est considérée comme une école annexe de perfectionnement. Adresser un bulletin d'adhésion au secrétaire général, 54, rue de Londres, Paris, 8e.

Il faut aussi avoir assisté, au cours de l'année précédente, au moins aux deux tiers des conférences pratiques : la présence aux exercices et conférences devra avoir été réelle du commencement à la fin. Les conférences ont lieu, en principe, une fois par mois, pendant dix mois de l'année. On reçoit assez longtemps à l'avance une

convocation et, moyennant certaines formalités, on obtient la faculté de venir à Paris en quart de place militaire, car c'est à Paris que siège en France l'Union fédérative, considérée comme école de perfectionnement pour les officiers de réserve du service de santé

3805. — Droit des ascendants d'un aliéné de guerre.

Je vous avais demandé quels étaient les droits des ascendants d'un aliéné de guerre interné.

Vous avez bien voulu me répondre que les ascendants devaient recevoir une allocation d'ascendant s'ils étaient âgés de 60 ans pour l'homme et 55 ans pour la femme et s'ils n'étaient pas inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu.

Remplissant les conditions exigées, le père et la mère de l'aliéné ont demandé à l'administrateur du bien de leur fils, la portion à laquelle ils ont droit.

L'administrateur des biens a répondu que l'article 55, loi du 31 mars 1919, avait prévu les droits de la femme et des enfants, mais n'avait pas fait mention de ceux des ascendants. A qui doivent s'adresser ces derniers pour obtenir satisfaction ?

Dr D.

Réponse.

Il y a lieu de remarquer que les droits des ascendants découlent de ceux des veuves.

L'article 26 de la loi du 31 mars 1919 spécifie, en effet que : « Si le décès ou la disparition du militaire ou marin est survenu dans les conditions de nature à ouvrir le droit de pension de veuve, ses ascendants auront droit à une allocation, s'ils justifient... etc. » (voir les conditions).

D'autre part, l'article 55 ne parle explicitement que de femme ou d'enfants ; cependant s'il n'y a ni femme ni enfants, le droit des ascendants est indiscutable ; il l'est aussi quand l'aliéné interné était à l'égard de l'ascendant tenu à la dette alimentaire (recours prévu par l'article 5 de la loi du 14 juillet 1905).

Pour réclamer, adressez-vous au sous-intendant régional des Pensions, ou encore au Ministère des Pensions, bureau des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e.

Fiscalité.

4.407. Allocation d'un salaire par un médecin à sa femme.

Exerçant la spécialité de médecin stomatologiste et utilisant dans mon cabinet de façon notoire les services de mon épouse en tant qu'infirmière de façon régulière, ai-je le droit de lui attribuer un salaire et de faire la défalcation du montant de ce salaire dans ma déclaration du revenu.

A votre sentiment à quel chiffre doit normalement s'élever ce salaire, si en effet, comme j'ai ten-

dance à le croire j'ai le droit de le défalquer ou si vous aimez mieux de l'inscrire à la colonne des frais professionnels. Dr X.

Réponse.

Vous pouvez allouer un salaire à votre femme, si elle vous aide effectivement par son travail dans l'exercice de votre profession. Ce salaire devra être compris dans vos dépenses professionnelles, mais il ne saurait être évalué que par comparaison avec celui qui serait alloué à une infirmière remplissant les mêmes fonctions sans que votre bénéfice brut puisse entrer en ligne de compte.

A noter que, sur votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu, vous devrez faire figurer ce salaire.

4.317. — Un certificat pour l'état civil est assujetti au timbre.

Je reçois une note de l'enregistrement de ma localité :

« Vous êtes redevable de la somme de 93,60 comprenant :

1° Le droit de timbre de dimension à 3,60 exigible sur le certificat délivré par vous le 30 septembre. 1926 à G., ledit certificat écrit sur papier non timbré

2° L'amende que vous avez encourue pour avoir délivré le certificat sur papier non timbré, ci 90 francs

A payer dans la huitaine ; à défaut poursuites.

Il s'agissait d'une femme qui en convalescence typhique avait une phlébite du mollet : désireuse d'épouser son amant qui était venu la soigner, lequel était obligé de partir, pour décider le maire à venir les marier à domicile, elle me demanda un certificat de maladie.

Je crus que ce certificat ne sortirait pas de la poche du maire et je me croyais bien autorisé à le faire sur papier libre, mais il fut envoyé avec les autres pièces officielles à l'enregistrement, c'est alors que l'inspecteur départemental m'adressa ce poulet. Le receveur d'enregistrement me suggéra alors d'adresser une requête à M. l'Inspecteur pour le prier de vouloir bien m'accorder la remise de mon amende, il me laissait espérer qu'il y aurait de la sorte un fort rabais.

En sortant je me demandais s'il ne se créait pas une nouvelle féodalité de fonctionnaires qui, le temps aidant, arriverait à tyranniser le pays.

Y a-t-il autre chose à faire ? Dr C.

Réponse.

Le certificat délivré n'était pas exempt du timbre ; il n'y a pas autre chose à faire que de demander la remise de la pénalité légalement encourue. A. M.

---

306. — Patente des médecins de stations thermales.

J'exerce la médecine thermale à X., pendant six mois de l'année du 1er mai au 31 octobre et j'y paye ma patente (tableau D).

Je passe les six autres mois de l'année pendant l'hiver, à N., d'où je vous écris aujourd'hui et où je n'exerce pas la médecine, n'ayant pas de plaque indicatrice sur ma porte.

Depuis 18 ans j'exerce la médecine dans les mêmes conditions, c'est-à-dire à X. seulement pendant six mois de saison thermale et jusqu'à ce jour je n'avais payé qu'une patente à X, ne payant à N. que ma cote mobilière.

Or, cette année, en mai 1927, j'ai reçu une feuille d'imposition de la commune de N. sur laquelle je lis avec stupeur : *Médecin. Droit fixe. Tableau D*, 1.298 *fr.* 98 (basée sur une valeur locative de 1.500 fr.)

Immédiatement j'adresse au Préfet une demande en exonération totale, par lettre recommandée, arguant que n'exerçant pas la médecine à N. je ne devais pas y être taxé.

Quelques jours plus tard, je reçois une *feuille de rappel pour* 1926, portant la mention que je transcris textuellement :

Médecin. Ici habitation, 1.035 fr. 33 (sur une valeur locative de 1.500).

J'adresse au préfet une nouvelle réclamation basée sur le même argument. Je ne reçois aucune réponse.

Il y a quatre jours, mon percepteur me rappelle que j'ai à payer, dans les huit jours, la somme de 2.324 fr. 31 *centimes*.

A la préfecture où j'ai été demander des éclaircissements, on m'a répondu : payez d'abord, l'enquête démontrera plus tard si votre réclamation est justifiée, et j'ai payé 2.324 *francs* ?

Je ne sais si je dois persister à réclamer ou s'il est plus sage de me taire. Je voudrais donc savoir 1° si j'ai quelques chances de voir cette somme ci-dessus remboursée ; 2° si je dois m'attendre à voir pour l'exercice 1928 et les suivants pareille taxe m'être infligée.

Et résumant mes impressions, je vous demande de me faire l'honneur de répondre à la question suivante :

Un médecin qui paye sa patente dans une station thermale où il exerce pendant six mois de l'année, doit-il payer une *autre patente ou un droit quelconque* dans la ville ou localité où il séjourne hors saison et où il n'exerce pas la médecine ?

Cette question ainsi posée intéresse tous mes confrères des stations thermales et il sera très utile à tous d'avoir sur ce point des données précises.

Dr Y.

Réponse.

L'article 4 de la loi du 19 avril 1905 est ainsi conçu :

« Par exception à l'article 14 de la loi du 15 « juillet 1880, le médecin qui se transporte annuellement dans dans une ville d'eaux ou une « stations balnéaire ou thermale pour y exercer « sa profession, et qui ne se livre pas par ailleurs à l'exercice de la médecine, n'est imposable au droit proportionnel sur l'habitation « que pour la maison qu'il occupe pendant la « saison balnéaire ou thermale, même si cette « maison ne constitue pas son habitation habituelle ou principale ».

Si vous n'exercez pas à N., votre imposition à la patente est injustifiée et vous devez en poursuivre le dégrèvement.

A. M.

Cinquantième année — N° 5 — 29 Janvier 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 258-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 35. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Nº 36. — Pour cause fatigue, cess. vieille client. de 45 ans, camp. Centre. Pressé.

Nº 37. — Dr prendr. pens., fatig. ou conval. dans pav. amén. clim. Sud-Ouest, 10 km. mer et près forêt. Dr Donèche à Queyrac (Gironde).

Nº 38. — Bourgogne. Dans ville imp. on dem. étud. scol. term. ou jeune méd. franç. serv. mil. accompli, célib. pour ass. longue durée avec poss. repr. client. Logé nourr, cond. à débat.

Nº 39. — A céd. 600 fr., boite de verres pour ophtalm. Ecr. Clin., 31 quai Galliéni, à Suresnes.

Nº 40. — Dauphiné. Excel. poste méd. proph., prix 25.000.

Nº 41. — Fam. honor. dispos. belle chambre vue sur Seine à Chatou, prendr. en pens. pers. sér., log., nour., blanch. écl. chauff. etc., moy. 600 à 700 par mois. Recom par doct. S'ad. Mme Colin, 23*bis*, av. des Tilleuls à Chatou (S.-et-O.).

Nº 42. — Dr jeune repr. bonne client. susc. ext. Gironde, Landes, B.-Pyr., Var, Alp.-Mar., avec mais. long bail ou prom. vente. Dés. gr. fac. paiem. Fer. aupar. rempl. ou aider. 1 à 3 mois.

Nº 43. — Dr cherche à Paris, dans XIe arr., ou limitr. client. avec appart. 6 à 7 pièces.

Nº 44. — A vend. psyché en chêne, style Renaissance, glace biseautée, haut. 2 m. 45, larg. 1 m. 18.

Nº 45. — Dr recomm. exc. sage-femme (dlpl. de Montpellier) désir. trouver place dans clinique, maternité, ou clin. chirurg. Mme Paul Izorce, à Villeneuve-les-Avignon (Gard).

Nº 46. — Char.-Inf. A vend. cause achat voit. plus grande, Renault cond. int. 6 CV 1924, 2/3 pl., marche. impecc., touj. entret. et cond. avec soin, 7 l. aux 100 km, cons. huile insig., fr. AV, ph. Code, 4 am., gaines ress. project., ess. à vol. A partir 9.500 fr.

Nº 47. — A vend. : 1º cond. int. Renault 6 CV souple 1926, 4 places, parf. état, 12.000 km. Prix : 14.000 fr ; 2º casque Brunet 2.000 ohms, 50 fr. Dr Robert à Joigny (Yonne).

Nº 48. — Cab. Peugeot, 5 CV 1926, état de neuf, nombr. access., à vendre au plus offrant à pratir de 12.000. Dr Duval à Ingré (Loiret).

Nº 49. — Beauvais. A céder pour cause départ, client. méd. avec maison, mobilier et instruments.

Nº 50. — Doctoresse, anc. int. d'asile, cherche sit. d'assist. dans clin. ou mais. de santé chirurgic. ou mentale.

Nº 51. — A céder : 1º Région lyonn., client. de ville, méd. génér., rapp. 45.000, mais. ent. 6 pièces, rard., conf. mod. Prix total 100.000, dont part. compt.

2º A prox. du Mans, jolie résid. (chasse, pêche) sur grande ligne, client. facile, seul méd. proph. Rapp. 55.000, jolie mais. mod. tout conf. Prix tot. 130.000 dont part. comp.

3º Paris, quart. central, cab. méd. génér. et V.U. ; aff. 60.000 env., appart. 5 p., loy. 4.800. Prix 70.000 dont 40.000 compt.

4º Vallée de l'Yonne, très jolie résid. (pêche, chasse), gr. ligne, commun. fac. avec Paris, anc. poste dans pet. ville, rapp. 65.000, en augment. Mais. conf. Bonne cond. cause dép. Urg. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le 29 janvier, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. ROUILLARD, sur *Le diagnostic et le traitement de l'arthrite sèche coxo-fémorale.*

— **Salpêtrière.** *Neurologie.* — Le 24 février, à 10 h. 1/2, à la clinique Charcot, leçon de M. SOUQUES sur l'*anarthrie de Pierre Marie.*

— **Hôtel-Dieu.** *Clinique du dimanche.* — Le 29 janvier, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. le Prof. agrégé VILLARET sur les *troubles du métabolisme de l'eau chez les hépatiques.*

— **Ecole de psychologie**, 49, rue Saint-André-des-Arts. — La reprise des cours de l'Ecole de psychologie a eu lieu le 26 janvier. Ces cours sont faits les jeudis (Dr Bérillon, Dr Lépinay, Mlle Lucie Bérillon, Dr Franquet, M. H. Gosset) et samedis (Dr Paul Farez, M. Guilliermet, M. Louis Favre, M. Lejal), de 16 h. à 19 h.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin et chirurgien.* — Des concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris et à quatre places de chirurgien des hôpitaux, s'ouvriront les 27 février et 13 février 1928. Inscription, 3 avenue Victoria.

— **Hôpitaux de Paris.** SERVICE DES CONSULTATIONS ET DES REMPLACEMENTS. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux, sont pendant l'année 1928, affectés aux services suivants :

I. *Médecine.* — A) *Service des remplacements* : 1° Hôpitaux généraux : MM. les docteurs May, Brodin, Flandin, Heuyer, Feuillie, Cain, Léchelle, Leblanc, Moreau, Léon-Kindberg, Alajouanine. — 2° Hôpitaux d'enfants : M. le Dr Cathala.

B) *Service de consultations* : MM. les docteurs Bénard (Henri), à l'Hôtel-Dieu ; Donzelot, à l'hôpital de la Pitié ; Pruvost, à l'hôpital de la Charité ; Tzanck, à l'hôpital Saint-Antoine ; Binet, à l'hôpital Necker ; Gautier, à l'hôpital Cochin ; Weissenbach, à l'hôpital Beaujon ; Jacob, à l'hôpital Lariboisière ; Chevallier, à l'hôpital Tenon ; Jacquet, à l'hôpital Laennec ; Stevenin, à l'hôpital Bichat ; de Gennes, à l'hôpital Andral ; Marchal, à l'hôpital Broussais ; Rouillard, à l'hôpital Boucicaut ; Huti-

nel, à l'hôpital Trousseau ; Huber, à l'hôpital Bretonneau ; Marquezy, à l'hôpital Hérold ; Etienne Bernard, à l'hôpital Ambroise Paré.

C) *Service des consultations antivénériennes du soir* M. le Dr Tzanck, à l'hôpital Boucicaut.

II. *Chirurgiens*. — A) *Assistants* : MM. les Drs Bazy, assistant de M. le Dr Labey ; Picot, assistant de M. le Dr Cunéo ; Martin, assistant de M. le Dr Veau ; Capette, assistant de M. le Dr Wiart ; Deniker, assistant de M. le Dr Descomps ; Houdart, assistant de M. le Dr Proust ; Desplas, assistant de M. le Dr Chevrier ; Rouhier, assistant de M. le Dr Dujarier : Metivet, assistant de M. le Dr Desmarest ; Brocq, assistant de M. le Pr Lejars ; Leveuf, assistant de M. le Pr Delbet ; Boppe, assistant de M. le Pr Hartmann; Gouverneur, assistant de M. le Dr Baumgartner ; Madier, assistant de M. le Dr Lardennois ; Girode, assistant de M. le Dr Auvray ; de Gaudart d'Allaines, assistant de M. le Dr Lecène ; Gatellier, assistant de M. le Pr Duval ; Petit-Dutaillis, assistant de M. le Pr Gosset ; Monod Raoul, assistant de M. le Dr Mocquot ; Fey, assistant de M. le Dr Schwartz ; Richard, assistant de M. le Dr Marion.

B) *Service des remplacements* : MM. les docteurs Quenu et Bergeret.

C) *Service des consultations* : MM. les docteurs Küss, à l'hôpital de la Pitié ; Bloch (Jacques), à l'hôpital de la Charité; Braine, à l'hôpital Saint-Antoine ; Mondor, à l'hôpital Necker ; Monod (Robert), à l'hôpital Cochin ; Guimbellot, à l'hôpital Beaujon ; Moulonguet, à l'hôpital Lariboisière ; Moure, à l'hôpital Saint-Louis ; Berger, à l'hôpital Broussais ; Maurer, à l'hôpital Tenon.

III. *Accoucheurs*. — A) *Accoucheur adjoint à la Maternité* : M. le Dr Lemeland.

B) *Service des remplacements* : MM. les docteurs Vignes, Guéniot, Gleisz, Portes et Desnoyers.

C) *Assistants* : MM. les docteurs Chirié (Hôtel Dieu : Dr Macé) ; Ecalle (Beaujon : Dr Funk).

IV. *Oto-rhino-laryngologistes*. — *Service de consultations* : MM. les docteurs Halphen, à l'hôpital de la Pitié ; Baldenweck, à l'hôpital Beaujon ; Moulonguet, à l'hôpital Boucicaut ; Le Mée, à l'hôpital des Enfants-Malades ; Bloch, à l'hôpital Bretonneau ; Ramadier, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Bouchet, à l'hôpital Hérold ; Chatellier, à l'hospice de Brévannes.

V. *Ophtalmologistes*. — A) *Service des remplacements* : MM. les docteurs Bourdier et Prelat.

B) *Service de consultations* : MM. les docteurs Coutela, à l'hôpital de la Pitié ; Cerise, à l'hôpital Saint-Antoine ; Bollack, à l'hôpital Cochin ; Monbrun, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Velter, à l'hôpital Trousseau.

— **Journées médicales de Bruxelles de 1928**. *Visite des Journées médicales à Gand,* 25 avril 1928. — La visite à Gand des congressistes aura lieu par train spécial. De 9 à 11 h., séances scientifiques. A 11 h. 30, réception par le Collège des Bourgmestre et Echevins. A 12 h. 30, aux Floralies (Royal Casino), lunch sous

la présidence du Gouverneur. A 14 h., visite des Floralies. A 16 h., visite de la ville. A 17 h. 30, réception au palais du Gouvernement, par M. le Gouverneur et la comtesse de Kerckhove de Denterghem.

— **Paris.** *Projet de chaire nouvelle.* — Le Conseil général de la Seine a émis le vote suivant :

« L'administration est invitée à poursuivre toutes démarches utiles pour que soit créée d'extrême urgence, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire départementale de clinique médico-sociale de la tuberculose ».

— **Lyon.** — Le 8 janvier, a eu lieu, à l'hôpital de la Charité, la remise de la médaille offerte au Dr Lannois, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon.

— **Montpellier.** — Une plaquette, dont l'exécution doit être confiée au maître graveur Dropsy, sera remise au professeur TRUC, pour commémorer sa retraite universitaire, lors du prochain Congrès d'ophtalmologie, en mai 1928. Les souscriptions sont reçues par le trésorier, M. le Dr Welter, 38, avenue du Président-Wilson, Paris ; compte postal Paris, nº 1146,21.

— **Hôpital de Brest.** *Internat.* — Un interne est demandé dans le service de M. Gouin (dermato-syphiligraphie). Le dispensaire anti-vénérien accorde un supplément de traitement.

— **Hôpital civil de Casablanca.** *Concours de médecin et de chirurgien.* — Le 10 avril 1928, s'ouvriront à Rabat (Maroc), à la Direction de la santé et de l'hygiène publiques, trois concours : pour une place de chirurgien adjoint, pour une place de médecin-chef du service des contagieux et pour une place de médecin adjoint, à l'hôpital civil de Casablanca.

Les inscriptions sont reçues à la Direction de la santé et de l'hygiène publiques, à Rabat, jusqu'au 15 mars 1928.

— **Hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye.** *Oto-rhino-laryngologie.* — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Les candidatures seront reçues jusqu'au 10 février 1928. Pour tous renseignements s'adresser à la direction de l'hôpital.

— **Voyage médical en Espagne.** — Un voyage de 22 jours est organisé pour les médecins et leur famille, à *Pâques* 1928, par les soins de l'agence Cook. Départ le 1er avril pour Madrid, par le Sud-Express. A partir de Madrid le parcours se fera entièrement par route (auto ou autocar avec guide) par Tolède, Cordoue, Grenade, Malaga, Ronda, Séville, Guadalupe, Madrid. Retour Madrid-Paris par le Sud-Express, le 22 avril soir à Paris. Le nombre des voyageurs est strictement limité à douze.

Le Dr Ségard, chargé de centraliser les adhésions, répondra *par lettre* aux renseignements qu'il pourra fournir. Ecrire, 1, rue Clovis, Paris (5e), en joignant un timbre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 *janvier.*

Enseignement de la médecine.

M. Champy, agrégé près la Faculté de Paris, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté (M. Prenant, dernier titulaire).

12 *janvier.*

Asiles publics d'aliénés.

Concours d'admission aux emplois de médecin directeur et médecin chef de service dans les asiles d'aliénés.

Arrêté du 10 *janvier* 1928.

Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 19 mars 1928, pour l'admission aux emplois de médecins directeurs et médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à douze.

Art. 12. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 18 février inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

13 *janvier.*

Caractères médicamenteux de spécialités pharmaceutiques.

Le président du conseil, ministre des finances,

Vu l'article 145, deuxième paragraphe, du premier décret du 21 décembre 1926, codifiant l'article 13 de la loi de finances du 26 décembre 1908, et l'article 20 de la loi de finances du 29 avril 1926 ;

Vu les arrêtés ministériels des 13 octobre 1911, 6 juillet 1914 et 29 août 1925 ;

Vu les avis du conseil de la faculté de pharmacie de Paris ;

Vu les propositions du directeur général des contributions indirectes ;

Sur le rapport de l'inspecteur des finances chargé de la direction des services du contrôle des administrations financières et de l'ordonnancement,

Arrête :

Art. 1er. — Le caractère exclusivement médicamenteux est reconnu aux vins de quinquina, de cola et de coca du Codex, seuls ou mélangés en toutes proportions, ainsi qu'à l'élixir de kola du Codex, de même qu'aux préparations énumérées au tableau ci-annexé. Le numéro d'ordre attribué à ces préparations devra les suivre dans chacune de leurs transactions commerciales. Le classement fixé par l'arrêté ministériel du 29 août 1925 est rapporté pour celles de ces préparations que cet arrêté concernait.

Art. 2. — Le caractère exclusivement médicamenteux n'est pas reconnu au « Philodontol », fabriqué par M. Velpry, à Billancourt (Seine), et à la « Lotion Louisa », préparée par M. Peretti, à Aïn-Témouchent (Algérie) et la société française des produits pharmaceutiques à Paris.

Art. 3. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 11 janvier 1928.

RAYMOND POINCARÉ.

Liste des préparations pharmaceutiques à base d'alcool ou de vin de liqueur mises en vente sous des dénominations et des marques qui leur sont propres et auxquelles le caractère exclusivement médicamenteux est reconnu.

Argelliès-Marty, à Frontignan (Hérault) (1) :
- Vin tritonique Q. K. C. Argelliès 186
- Vin reconstituant à la viande Argelliès 188
- Vin toni-nutritif Q. R. C. G. Argelliès...... 252

Artigue, 36, boulevard Gambetta, à Cahors (Lot) :
- Alvéol Julia (Gencivol).................. 143

Aubery, avenue de Monclar, à Avignon (Vaucluse) :
- Vin tonique Aubéry.................. 264
- Vin tonique Globyl 193

Badel, 2, rue des Alpes, à Valence (Drôme) :
- Florosine des Pères de la Foi 148
- Histobiol 273

Bailleul, à Mortagne (Orne) :
- Vin Debreyne (vin phosphaté de la Grande-Trappe) 374

Bailly, à Paris, 15, rue de Rome :
- Pulmo-Sérum Bailly 202
- Theinol-Bailly 203

(1) Pour chaque produit le nom et la résidence du préparateur sont en première ligne, le nom de chaque produit figure sur une ligne séparée en retrait avec, en face, le numéro de la référence.

Voir la suite page XLVII-303

PROPOS DU JOUR

En marge de Glozel. — Une découverte préhistorique vraiment intéressante : La merveilleuse frise sculptée d'un atelier solutréen au Roc, en Charente.

L'énigme de Clozel fait encore couler beaucoup d'encre. On se croirait transporté à une autre époque et Glozéliens et Antiglozéliens, comme les théologiens du Moyen-Age et de la Renaissance, après s'être injuriés copieusement, font appel à l'intervention du bras séculier. Sans invoquer, comme M. Salomon Reinach, le précédent de Galilée, dont le grand nom paraît assez inattendu dans les scènes de la comédie de Glozel, il nous est permis d'affirmer que tous les jugements de la magistrature française ne donneront pas le mot de l'énigme, s'il existe encore une énigme sur ce point.

L'affaire de Glozel ne relève certes pas le prestige des Préhistoriens dans le public et permettra toutes les plaisanteries aux revuistes de fin d'année. Mais, si le ridicule peut, en France, tuer un homme, il ne saurait détruire une science, surtout quand cette science est basée sur des observations et des recherches sérieuses, méthodiquement poursuivies et interprétées avec prudence et sagacité par des hommes doués d'un véritable esprit critique, dépourvus de l'esprit systématique de négation, mais n'admettant rien *a priori* et examinant les faits avec le doute scientifique qui doit animer tout savant dans ses investigations.

Tout récemment, le Dr Henri Martin a communiqué à la *Société d'anthropologie de Paris*, les merveilleux résultats des fouilles qu'il a pratiquées, il y a à peine quelques mois en Charente.

De très nombreuses projections, que M. Henri Martin se bornait à expliquer et à commenter, faisaient le fond de cette communication que nous croyons intéressant de résumer, ne serait-ce que pour l'opposer aux discussions assez décousues et aux polémiques de l'affaire glozélienne :

***

M. le Dr Henri Martin, dont les fouilles de la Quina (Charente) sont devenues célèbres en préhistoire, a continué ses investigations dans cette région si riche en stations intéressantes à fouiller et dont l'authenticité ne saurait être suspectée, surtout quand l'on procède avec la prudence et la méthode de ce savant « prospecteur ».

Notre très distingué confrère a entrepris des recherches dans la vallée du Roc, commune de Sers en Charente. Dans cette vallée, un talus s'élève sur la rive droite. Deux grottes, celle du Roc et celle de la Vierge, sont creusées dans la falaise et entre les deux grottes existe une plateforme qui est limitée par de gros blocs éboulés. L'orientation de ces blocs ne parut pas naturelle au Dr Henri Martin. Les pierres y formaient un demi-cercle ouvert du côté de la vallée et exposé au Midi.

D'autre part, certaines faces des blocs nettement aplanies donnaient l'impression de vestiges d'un travail humain. Une couche archéologique de 0 m. 15 à 0 m. 20 d'épaisseur recouvrait uniformément la plateforme. Cette couche dont les éléments étaient agglomérés par une infiltration de calcite, était formée de débris osseux, de cendres, de silex ouvragés, d'éclats. Des objets solutréens typiques permettaient d'en déterminer l'époque ; c'était des pointes à cran, des feuilles de laurier, des feuilles de saule, des perçoirs très effilés, un beau poignard, des pierres et des dents perforées pour servir de parures. Le nombre des objets et des éclats de taille donnait toute vraisemblance à l'hypothèse de vestiges d'un atelier solutréen. D'ailleurs, dans des recherches antérieures dans cette vallée du Roc, M. Henri Martin avait mis à jour des gravures et des tentatives de sculpture qu'il avait attribuées à la race mongoloïde de Chancelade dont il avait découvert une sépulture. L'on se trouvait bien là en présence d'un centre d'une industrie archéolithique du type solutréen, postérieure à l'industrie aurignacienne mais antérieure à l'industrie magdalénienne.

M. Henri Martin eut l'heureuse idée de dégager les blocs. Avec l'aide de M. Léon Coutier, secrétaire de la Société d'Anthropologie de Paris, et de M. André Brisson, il parvint à les retourner et eut l'agréable surprise de découvrir sur six d'entre eux de remarquables sculptures. La face

sculptée des blocs reposait horizontalement sur la couche archéologique solutréenne inférieure et ils étaient recouverts et entourés de débris d'éboulements successifs qui, contenant un grand nombre d'échantillons de l'industrie solutréenne, permettaient d'attribuer les sculptures aux troglodytes solutréens.

Les masses calcaires sculptées, pesantes (deux ont un poids de plus de 400 kilogr.) devaient former une frise hémicirculaire, décorant le fond de l'atelier. Leur hauteur au-dessus du sol de la plate-forme était relativement faible, car, dans leur chute, elles avaient conservé une orientation régulière.

Les animaux sculptés étaient représentés le dos en avant. Ces blocs devaient reposer sur des socles peu élevés et les masses sculptées se sont renversées vers le centre de l'atelier, sans que leur chute eût dépassé un mètre. L'éboulement ne dut pas être fort important, car les sculptures ne sont pas altérées et s'il existe des fractures, l'ordre régulier où se trouvaient les fragments, permet d'affirmer que la situation primitive des blocs était voisine de celle que l'on a constatée lors de leur découverte.

Un brossage prudent a permis de mettre en évidence des figurations animales. De gauche à droite apparaissent deux êtres humains et un bœuf chargeant un homme qui fuit, à la suite sont deux chevaux ; sur un autre bloc, encore un cheval. Vers la droite, l'on trouve encore deux chevaux, puis, sur un autre bloc, on distingue un petit cheval et un bison dont la tête séparée se retrouve sur une autre pierre.

Les animaux représentés sont de la taille d'un chien de moyenne stature. Les contours habilement sculptés sont profonds et donnent un relief considérable.

Les troglodytes solutréens du Roc étaient indiscutablement des artistes de grand talent. Peut-être avaient-ils simplement sacrifié à leurs goûts artistiques en ornementant d'une frise sculptée en ronde-bosse le fond de leur atelier ?

Peut-être la frise était-elle une représentation magique ? Plusieurs animaux sculptés avec grand soin représentent des femelles au ventre gravide et M. H. Martin fait remarquer la rareté de cette constatation sur les sculptures de l'âge du renne.

En tous cas, les artistes solutréens du Roc sont bien supérieurs aux plus habiles Aurignaciens et Magdaléniens.

M. le Dr Henri Martin a fait transporter les sculptures au Musée des antiquités nationales de Saint-Germain-en-Laye après en avoir fait mouler des reproductions ; une pour le Musée d'Angoulême et une pour être mise au fond de l'atelier où elles ont été découvertes.

M. Henri Martin, avant d'entreprendre ses fouilles, a photographié les lieux ; chaque stade de ses recherches a été fixé par l'objectif ; nous avons vu en projection un cliché des blocs avant qu'ils fussent retournés, puis un autre lorsqu'ils furent retournés ; les sculptures ont été photographiées avant toute espèce de nettoyage, puis après le brossage qui permit de mieux en apprécier les contours.

Il convient de remarquer que le Dr Henri Martin est un savant qui poursuit depuis vingt ans l'exploration de la vallée du Roc, qu'il a acquis une grande expérience de l'art de diriger des fouilles, que cette expérience lui permet par une sorte d'intuition de reconnaître, nous allions dire de deviner les lieux qui méritent les frais et les travaux d'une sérieuse investigation.

L'on ne s'improvise pas préhistorien, et les découvertes sérieuses en préhistoire ne sauraient être le résultat du hasard, ni l'heureuse improvisation d'un amateur.

Toute science, et la science préhistorique ne fait pas exception à la règle, exige, outre une grande érudition, une longue expérience pratique. Ce n'est ni dans un cabinet d'études, ni dans des livres que l'on apprend à diriger des fouilles, c'est sur le terrain et l'expérience ne s'acquiert pas en quelques mois.

Buffon n'avait-il pas dit que le génie (scientifique) est une longue patience ?

J. Noir.

FUTUR FONCTIONNAIRE !....

— " L'Etat me donnera-t-il au moins, M. le Ministre, une pension de retraite comme à ses ronds de cuir ?

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE ORTHOPÉDIQUE

Un cas exceptionnel de déformation en varus de l'avant-Bras.

Par MM.

le Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL et Henri FISCHER,

Professeur à l'Ecole de médecine de Tours. Ancien Président de la Société d'anthropologie de Paris.

Assistant de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Bordeaux. Membre de la Société d'anthropologie de Paris.

Le nombre d'observations de malformation en varus de l'avant-bras est encore relativement minime ; c'est pourquoi nous avons cru intéressant de relater aujourd'hui un cas nouveau qui présente certaines particularités qui méritent d'attirer l'attention et qu'on ne rencontre pas dans les observations antérieures.

A.B... d'Angers, âgé de 23 ans, est atteint d'une curieuse disposition en varus des avant-bras.

C'est un sujet d'une taille de 1 m. 65, de développement général un peu insuffisant, avec un thorax étroit.

Le thorax est presque aussi développé dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. Son diamètre transverse, au niveau de la ligne des seins, est de 235 millimètres et son diamètre antéro-postérieur est de 225 millimètres.

L'indice thoracique bi-acromial est de 35 centimètres.

Le diamètre bi-iliaque est de 29 centimètres.

Le diamètre bi-trochantérien est de 32 centimètres.

Les avant-bras forment, avec les bras, des angles ouverts en dehors. La disposition est plus accusée du côté gauche.

De ce côté, l'angle formé par les deux segments du membre est de 150°.

Le sujet a, au repos, l'avant-bras en pronation ; la saillie de l'olécrane est en dehors.

La main se présente par sa face dorsale.

Au repos, les proportions du membre supérieur sont régulières. Cette disposition en varus ne semble pas apporter beaucoup de gêne aux fonctions du membre. Le sujet est homme d'équipe au chemin de fer, il a fait son service dans la marine, la force musculaire de ses bras est grande.

Il y a là une disposition intéressante par la valeur que prend l'angle du coude en dehors.

On sait que la déformation en varus de l'avant-bras est fréquente chez la femme, plus rare chez l'homme, mais ne prend jamais un grand développement.

C'est une déformation congénitale due à une variation anatomique des pièces articulaires du coude. La trochlée est inclinée très fortement en bas et en dedans, et le cubitus, pour s'adapter à cette inclinaison, forme avec l'humérus un angle plus ou moins ouvert.

Nous n'avons pas reconnu le caractère héréditaire ou familial de cette disposition dans la famille de ce sujet.

LA RÉÉDUCATION AUDITIVE DES SOURDS-MUETS (1)

Par Mlle le Dr Henriette HOFFER,

Professeur de l'Université de Paris.

IV

Les expérimentateurs ont depuis longtemps observé que beaucoup d'enfants sourds-muets possèdent des reliquats auditifs assez importants. L'idée leur est donc venue tout naturellement de tirer parti de ces reliquats pour faciliter et accélérer l'instruction des sourds-muets ou même d'essayer de les développer.

Les tentatives initiales sont dues à ERNAUD et à PÉREIRE, vers 1761. Puis, en 1821, le Dr ITARD, médecin de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, s'efforça de réaliser un enseignement auriculaire méthodique. Son œuvre fut reprise, en 1847, par le Dr BLANCHET et, plus tard, à l'étranger par BEZOLD et URBANTSCHITSCH.

En 1900, au XIIIe Congrès International de

FIG 2. — Le Dr Itard (1775-1838), médecin de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, s'efforça de réaliser l'enseignement auriculaire des enfants sourds-muets.

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique*, du Dr DE PARREL. (V. *Concours Médical* nos 2, 3, et 4. 1928.

médecine, MM. Marichelle et Dufo de Germane, professeurs à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, firent une importante communication sur l'éducation auditive des sourds-muets.

Fig. 3. — Le Dr de Parrel qui, depuis 1910, se consacre à l'étude théorique et à l'application pratique des procédés de rééducation auditive chez les sourds et les sourds-muets.

Depuis 1910, Tillot (de Rouen) et G. de Parrel firent, en faveur de la rééducation acoustique des sourds-muets, un effort scientifique prolongé et publièrent sur ce sujet de nombreux travaux.

En juillet 1922, au Congrès International d'otologie de Paris, la rééducation auditive des sourds-muets fit l'objet d'une longue discussion ; les rapporteurs MM. Ferreri et Marichelle réalisèrent une excellente mise au point de la question, qui fut complétée très heureusement par les observations présentées en séance par le Dr de Parrel.

On le voit, l'éducation auditive des enfants sourds n'est point une nouveauté et les exercices acoustiques ont conquis droit de cité dans la technique médico-pédagogique de l'instruction des sourds-muets.

Mais dans les écoles, faute de temps et de ressources, on ne peut utiliser l'enseignement auriculaire autant qu'il le faudrait et c'est une des lacunes de l'instruction collective. Dans l'enseignement privé, au contraire, cette mise en œuvre des reliquats auditifs s'impose et elle est aisément réalisable.

***

La rééducation auditive des sourds-muets est possible et doit toujours être tentée.

Parmi ceux qui se consacrent à l'éducation des sourds-muets deux opinions opposées se sont fait jour :

Les uns déclarent que sans doute beaucoup d'enfants sourds-muets ont des restes d'audition, mais que seuls doivent bénéficier d'une rééducation acoustique, ceux qui ont des restes

Fig. 4. — Exercice acoustique combiné du maître et de l'élève avec l'acoutube de Parrel à deux embouchures ; celle du maître est transparente pour laisser voir les mouvements des lèvres.

importants, ceux qu'on peut appeler des *demi-sourds* avant tout essai de rééducation.

Avec les autres, disent-ils, ou bien c'est peine perdue, ou bien le résultat ne vaut pas l'effort, le travail lent et ingrat auquel on s'est livré.

D'autres éducateurs affirment qu'il faut toujours tenter cet enseignement auriculaire chez les sourds-muets.

Nous partageons entièrement cet avis pour bien des raisons, parmi lesquelles nous soulignons les suivantes :

Il est, en l'état actuel de la science acoumétrique, extrêmement difficile de mesurer avec quelque précision les restes auditifs d'un sujet, surtout quand il s'agit d'un enfant.

La question des acoumètres est loin d'être réglée malgré les recherches des médecins et des savants.

Pour l'instant, certains appareils peuvent nous rendre des services en ce qui concerne les intensités perçues ou non par l'infirme de l'ouïe, mais dans cette question complexe de l'audition la question de timbre est aussi importante, sinon plus que la question d'intensité.

Sans doute peut-on faire cette mesure de l'acuité auditive avec la voix humaine, mais c'est un procédé peu pratique chez les jeunes enfants sourds-muets.

Ne pouvant mesurer facilement, exactement et rapidement, les restes d'audition de ces petits infirmes, nous avons pris le parti de les faire tous bénéficier de l'enseignement auriculaire. Pour les uns le résultat dépasse toute espérance ; pour les autres il est moins brillant, mais suffisant pour nous aider dans notre œuvre de démutisation.

Rééducation auditive de l'enfant sourd-muet.

Bruits. — Il faut s'ingénier à faire entendre au petit sourd-muet les bruits les plus divers à des distances de plus en plus grandes : timbres, clochettes, grelots, bruits produits par des chocs de corps solides, trompettes, etc.

Massage Electrophonoïde.

Ce massage par l'onde sonore artificiellement produite et qui nous a donné de très bons résultats chez les adultes est aussi très précieux pour éveiller l'activité acoustique des petits sourds-muets.

Exercices avec le tube acoustique.

Ces exercices sont pratiqués deux fois par jour. Ils consistent en vocalises sur les voyelles, en syllabation chantée et rythmée, en sons de sirène, selon la technique établie par G. de Parrel. Plus tard, lorsque le travail de démutisation est commencé, l'enfant prend plaisir à se répéter à lui-même dans le tube acoustique les phonèmes qu'il connaît. Son oreille apprend ainsi à faire la comparaison entre le son émis par l'éducateur et celui qu'il émet lui-même.

Exercices à la voie nue.

Chez les sourds partiels, les progrès sont surprenants, leur oreille incapable de faire l'analyse

FIG. 5. — L'enfant lit le mot sur les lèvres du maître, en même temps qu'il voit l'objet ; il s'exerce à répéter le mot.

de la parole synthétique globale — celle que nous employons avec l'enfant à l'ouïe normale — les avait fait ranger parmi les sourds-muets. En réalité, ils sont capables de tout entendre du langage et cela sans cornet, sans appareil, sans qu'on ait même besoin d'élever la voix, mais à la suite d'une éducation particulière menant de front la démutisation et l'enseignement auriculaire.

Notre intention n'est pas dans cet article de prendre parti dans la polémique engagée entre différents expérimentateurs sur la question suivante : Oui ou non, après cet enseignement auriculaire, le sourd-muet entend-il plus ? Ne lui a-t-on pas appris tout simplement à utiliser une faculté d'interprétation des sensations sonores perçues ? Pour l'instant il nous suffit de savoir qu'il entend ce qu'il ne pouvait entendre et que ce qu'il entend lui est un précieux secours.

Nous menons donc de front le travail de démutisation et l'enseignement auriculaire ; l'enfant lit chaque élément sur les lèvres, l'articule, l'écoute à la voix nue, au tube acoustique. Nous procédons de même pour les syllabes, plus tard pour les mots, puis pour les phrases.

Nous ne faisons d'ailleurs ici que donner une idée générale de notre façon de procéder : Il ne faut pas oublier en effet que l'enseignement est avant tout un art, que l'enseignement individuel a justement l'immense avantage de se plier aux circonstances : un éducateur averti trouve au cours de toutes les leçons des procédés pour résoudre toutes les difficultés qui se présentent. *L'enfant sourd-muet, véritable infirme, a besoin plus qu'un autre d'un enseignement individuel.*

Résultats.

Le pourcentage des enfants sourds-muets qui ne peuvent profiter d'un enseignement auriculaire est peu élevé. Pour les autres le bénéfice varie avec l'importance des restes auditifs. Il est bien entendu d'ailleurs que ces restes ne peuvent être évalués par le médecin au cours d'un examen rapide, encore moins par la maman ou l'entourage. Nous commençons systématiquement cette éducation auditive chez les petits sourds-muets qui nous sont confiés.

Les avantages que les petits infirmes de la parole retirent de cette éducation de l'oreille sont variés :

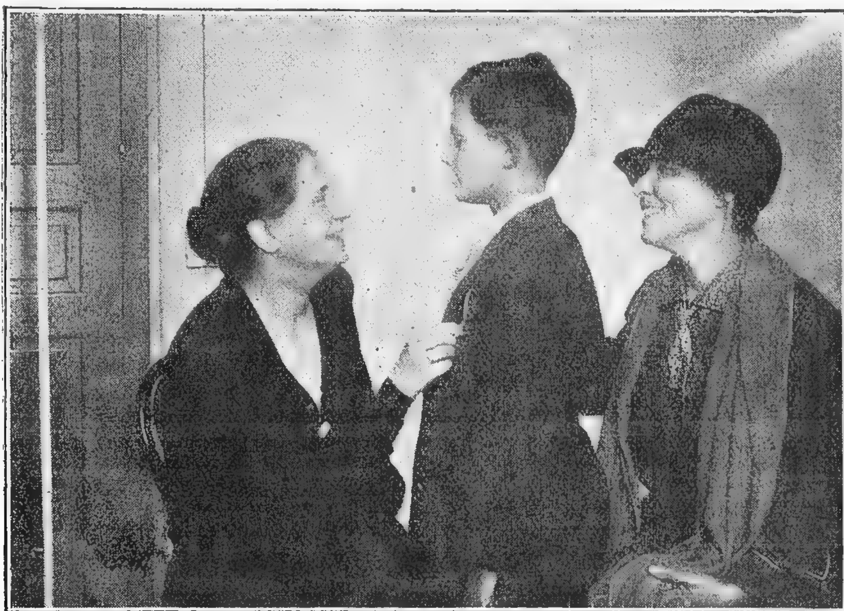


Fig. 6. — Exercice labio-acoustique : l'enfant lit le mot sur les lèvres tandis qu'on le lui prononce dans l'acoutube.

Dans les cas les plus heureux, l'enfant arrive à entendre la voix, la conversation. Il se classera parmi les *durs d'oreille* et non parmi les sourds. Au lieu de communiquer avec ses semblables seulement par l'intermédiaire de la lecture sur les lèvres, il se servira aussi de son audition et il n'en lira pas moins bien — comme d'aucuns l'ont prétendu — au contraire.

D'autre part, il pourra contrôler dans une certaine mesure sa voix ; de ce fait elle sera plus claire, plus nuancée, plus normale, en un mot, que celle des enfants que l'on n'aura pas fait bénéficier de l'enseignement auriculaire.

Capable de contrôler sa voix et son articulation, il sera moins sujet à contracter des défauts

d'articulation. Tous les professeurs de sourds-muets sont d'accord pour reconnaître qu'après avoir obtenu de leurs petits élèves sourds une articulation très pure, ceux-ci la perdent à leur sortie de l'école s'ils ne peuvent faire de l'auto-contrôle.

Fig. 7. — Enseignement par l'image.

Enfin l'instruction et plus encore le rythme de la phrase parlée bénéficient grandement de cette éducation de l'oreille.

En manière de conclusion, écrivons donc que la parole des sourds-muets se rapprochera d'autant mieux de celle de l'entendant qu'on l'aura fait bénéficier d'un enseignement auriculaire méthodique. Les résultats dédommageront amplement l'éducateur des efforts tentés dans ce sens.

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PALATINE CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE (1)

Par le Dr Ardouin (Parthenay)

Oto-rhino-laryngologiste.

(*Suite et fin*).

La technique de l'amygdalectomie totale est bien différente. Nous nous trouvons ici en présence d'une véritable intervention chirurgicale, qui doit s'effectuer anatomiquement suivant des temps minutieusement réglés. L'anatomie nous a montré plus haut, qu'il était possible d'enlever complètement la glande de sa loge Cette opération déjà réalisée en France il y a plus d'un siècle, fut pendant longtemps abandonnée. Actuellement, il semble qu'elle jouisse chez nous d'une nouvelle faveur, bien qu'elle soit plus méthodiquement pratiquée par les Anglo-Saxons

Les Américains recourent volontiers à l'anesthésie générale. Peut-être est-ce la cause de la

(1) Voir *Concours Médical*, n° 4.

gravité que comportent certaines de leurs statistiques. Plusieurs de leurs opérés font en effet des complications infectieuses secondaires (bronchopneumonie, etc.).

Avec l'anesthésie locale chez l'adulte, cette opération, comme l'ont montré Sébileau, Portmann, et leurs élèves, peut se réaliser d'une façon parfaite. La solution de novocaïne à 2 %, faiblement adrénalinée, est excellente. L'infiltration anesthésique doit être faite en 5 points (Menguy), voir fig. 6 :

1° Infiltration du pilier antérieur ;

2° Infiltration du voile ;

3° Infiltration du pilier postérieur ;

4° Infiltration au niveau du sillon amygdaloglosse (anesthésie des ramifications du nerf lingual) ;

5° Infiltration sous-amygdalienne.

On attend ensuite quelques minutes pendant lesquelles on peut faire allonger le malade.

Comme instruments, les plus simples sont les meilleurs : une fine pince de Museux, droite ou courbe pour amygdale, un long ciseau courbe et fin, ou un bistouri courbe, ou encore l'excellente instrumentation du prof. Portmann. Généralement, il vaut mieux, lorsque la chose est possible, se dispenser d'utiliser l'abaisse-langue, tout au moins pendant le début de l'intervention.

Dans un premier temps, on dégage le pôle supérieur. Pour cela, soit avec un bistouri à double tranchant (fig. 7), soit avec la pointe des ciseaux courbes, après avoir fixé solidement, par une pince, l'amygdale que l'on tire hors de sa loge, on incise la muqueuse de façon à dégager complètement le pôle supérieur de la glande. Dès lors l'énucléation de l'amygdale se fait aisément. Cependant cette seconde partie de l'opération peut être différemment exécutée. Portmann et ses élèves se servent d'une spatule pour séparer la glande de sa loge fibreuse (fig. 8). D'autres auteurs : Sébileau et ses élèves (Paul Truffert, A. Menguy), conseillent plutôt le décollement aux ciseaux, préférant dans les cas de brides cicatricielles anciennes, sectionner ces brides sur le versant amygdalien, de façon à éviter des déchirements qui pourraient avoir lieu si ce décollement était pratiqué vers le versant vasculaire.

Une fois énucléée, l'amygdale qui ne tient alors que par son pôle inférieur, peut être facilement enlevée, soit par le procédé de l'anse froide (fig. 9), soit encore à l'aide des ciseaux courbes, en sectionnant franchement le pli muqueux qui rattache l'amygdale à la terminaison du pilier postérieur (A. Menguy).

L'écoulement sanguin est généralement minime, et peu inquiétant. Pour peu qu'il persiste, un tamponnement à l'eau oxygénée suffit le plus souvent pour le tarir. Rien n'est plus facile non plus que de pincer et de lier les petites artérioles qui saignent.

Ainsi comprise l'amygdalectomie totale, cure radicale de l'hypertrophie amygdalienne n'est pas une opération dangereuse. Nous verrons cependant plus loin, qu'elle n'est pas applicable dans tous les cas.

***

La technique de la diathermo-coagulation, bien que peu compliquée demande cependant une éducation diathermique sérieuse et un doigté exercé.

On peut utiliser deux méthodes :

a) La diathermo-coagulation à deux fils avec une électrode active (méthode monopolaire).

b) La diathermo-coagulation à deux fils avec deux électrodes actives (méthode bipolaire).

Jusqu'à ce jour, seule la méthode monopolaire était couramment utilisée. Récemment Lemoine, élève de Bourgeois, a montré dans sa thèse, tous les avantages du procédé bipolaire modifié et a doté la spécialité d'une instrumentation nouvelle.

Nous décrirons ces deux méthodes, comme nous les avons vues appliquer à Paris, dans le service de Bourgeois à Laennec (1), par les docteurs Lemoine et Fouquet, en nous aidant d'autre part de notre expérience personnelle.

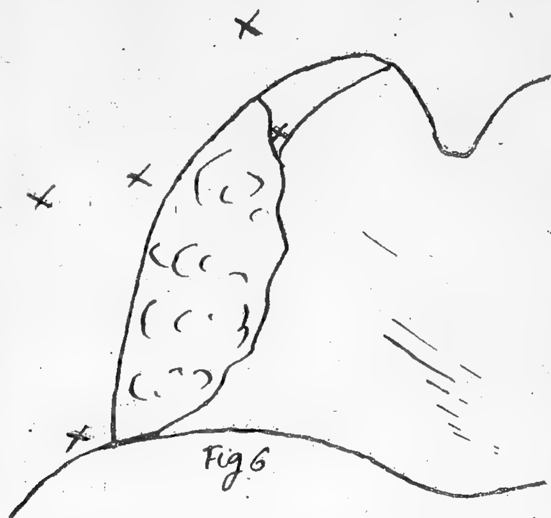
Dans les deux cas, nous pensons qu'une bonne anesthésie est nécessaire. Bien que la coagulation diathermique ne soit pas douloureuse, il est indispensable, en effet, que le malade garde jusqu'au bout une confiance imperturbable. Il la gardera, s'il n'éprouve aucune sensation désagréable. Le badigeonnage au Bonain est à rejeter, car la coloration blanchâtre que prend ensuite l'amygdale, se différencie mal de la coloration du tissu diathermisé. Le mieux est donc de pratiquer une bonne infiltration à la novocaïne comme pour une amygdalectomie ordinaire.

a) *Méthode monopolaire.* Nous avons là une seule électrode active et une électrode indifférente. L'électrode active peut être une pointe, ou mieux une boule spéciale munie de petites pointes (électrode antidérapante). L'électrode indifférente est constituée par une plaque d'étain recouverte d'un linge mouillé, sur laquelle le malade doit être directement en contact (peau nue). Or il peut arriver par ce procédé, d'ailleurs peu élégant, que le malade éprouve quelques sensations faradiques parfois fort désagréables.

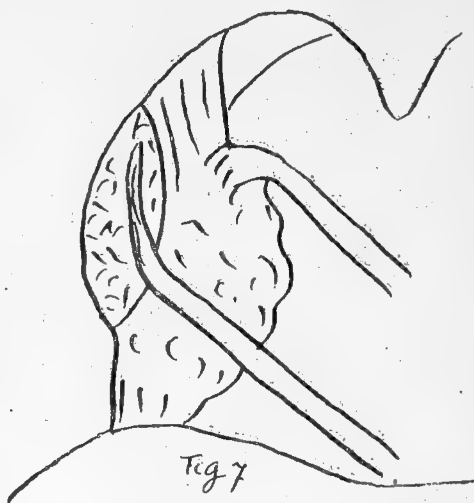
Pour obvier à cet inconvénient, on peut utiliser le dispositif de Bourgeois et Poyet (chaise métallique spéciale), ou encore l'excellent diélectrique souple de Bordier. Dans ces conditions, le

(1) Nous tenons à remercier bien sincèrement M. le docteur Bourgeois, et ses assistants : MM. Lemoine et Fouquet, pour l'aimable accueil qu'ils m'ont toujours réservé à l'Hôpital Laënnec.

TECHNIQUE DE L'AMYGDALECTOMIE TOTALE.



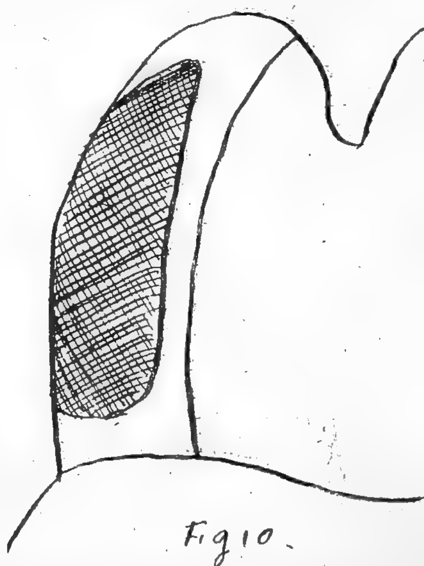
I. Les points d'infiltration novocaïnique (A. MENGUY).



II. Dégagement du Pôle supérieur. (D'après ORGOGOZO.)

III. Décollement de l'amygdale à l'aide de la spatule à double tranchant de Portmann.

III. Section du pôle inférieur à l'anse froide.



IV. La loge amygdalienne vidée après l'opération.

malade et le siège forment les deux armatures d'un condensateur, dont les vêtements constituent le diélectrique.

Le malade étant ainsi préparé, il suffit de mettre au contact des différentes régions à détruire, l'électrode diathermique (pointe, ou électrode antidérapante). On laisse passer le courant de 10 à 15 secondes, en mettant — lorsqu'on dispose d'un appareil de Walter — la manette vers midi ou une heure.

Avec une certaine habitude, on arrive à savoir doser l'intensité, et la durée de l'application, pour arriver au résultat désiré. Il faut souvent plusieurs séances, trois, quatre ou cinq espacées de neuf à dix jours chacune. Dans les deux premières séances on peut produire des coagulations importantes, tandis que dans les deux ou trois dernières, on parfait les résultats déjà obtenus.

Un gros avantage de cette méthode plutôt lente est qu'elle n'immobilise pas le malade. A la rigueur ce dernier peut reprendre le soir même ses occupations. La réaction est minime. J'ai même rarement observé la réaction ganglionnaire signalée par différents auteurs. Au bout de quatre ou cinq applications, on est souvent étonné, même lorsque l'on avait entrepris de volumineuses amygdales, de constater la netteté et la souplesse du fond de la loge tonsillaire complètement vide.

Malheureusement, cette méthode, mise entre des mains inexpertes ou trop entreprenantes, risque d'être dangereuse. Comme le dit fort bien le Dr Lemoine, par ce procédé, on ne sait pas exactement où l'on va ; on ne possède pas d'éléments pour apprécier la profondeur à laquelle on agit (Bourgeois et Poyet). On peut donc si l'on coagule trop fort, léser de gros vaisseaux et provoquer ainsi au moment de la chute de l'escharre des hémorrhagies secondaires graves.

b) *La méthode bipolaire* modifiée évite cet écueil. A la suite d'expériences fort ingénieuses, Lemoine a montré qu'il était possible de *limiter exactement* la coagulation diathermique. Dans la méthode bipolaire ordinaire en effet, les deux électrodes actives étant directrices du flux électrique, la coagulation est diffuse. Par le procédé de Lemoine, une des électrodes actives convenablement disposée, protège la région dangereuse en fixant la limite de la coagulation (électrode protectrice), tandis que l'autre électrode active, aménagée en pointe, dirige l'action diathermique en attirant vers elle le fluide électrique (électrode directrice). Les deux figures 11 et 12, empruntées à Lemoine montrent parfaitement les avantages indiscutables de cette disposition particulière des deux électrodes actives. Pour mettre ses expériences en pratique, Lemoine a construit un morceleur diathermique spécial (voir fig. 13). Avec ce morceleur, on peut donc coaguler tout ce que l'on veut d'une tumeur amygdalienne, et rien que ce que l'on veut. De l'avantage de la limitation absolue découle donc un second avantage non moins appréciable : la rapidité de la méthode. Par ce procédé nouveau, on peut en effet réaliser ce qui restait jusqu'ici l'apanage de la chirurgie seule : l'ablation en une seule séance d'une amygdale hypertrophiée.

La méthode bipolaire par le morceleur de Lemoine est donc un procédé rapide et absolument inoffensif, qui semblerait s'opposer à la méthode monopolaire par la pointe diathermique, méthode lente et théoriquement dangereuse. Mais ici encore nous ne pensons pas que ces deux méthodes puissent vraiment s'opposer. Chacune peut avoir des indications spéciales.

Le morceleur diathermique s'adresse surtout aux grosses amygdales pédiculées, qui sont évidemment parfois dificiles à détruire par la méthode monopolaire. Ce dernier procédé au contraire rendra des services inappréciables pour les amygdales fibreuses, adhérentes, et surtout chez les malades qui tiennent essentiellement à ne pas être arrêtés dans leur travail quotidien. La méthode monopolaire, n'est, en effet, que théoriquement dangereuse. Si l'on procède avec douceur et prudence (en particulier dans les dernières séances), on ne peut que se louer d'elle. Aussi bien, d'ailleurs, arrive-t-il presque toujours que l'on soit obligé de terminer par la méthode monopolaire le travail commencé à l'aide du morceleur diathermique.

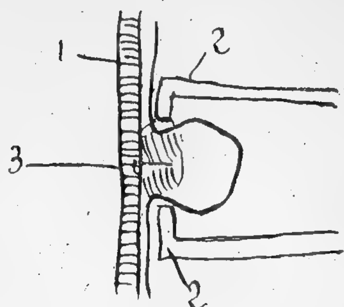
***

L'indication thérapeutique doit être portée en se basant sur un certain nombre de facteurs.

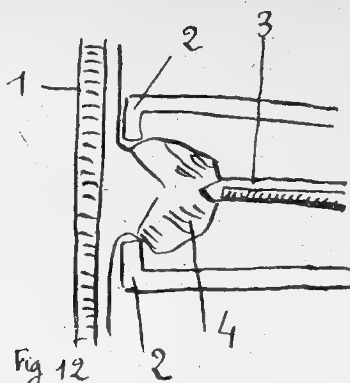
L'âge du sujet en est le principal. L'enfant et l'adulte peuvent schématiquement être opposés l'un à l'autre. bien que l'on rencontre parfois des enfants très raisonnables, et des adultes qui redeviennent enfants pour la circonstance.

En principe, on peut établir comme règle, que l'amygdalectomie partielle est l'opération de l'enfant, tandis que l'amygdalectomie totale doit être réservée à l'adulte.

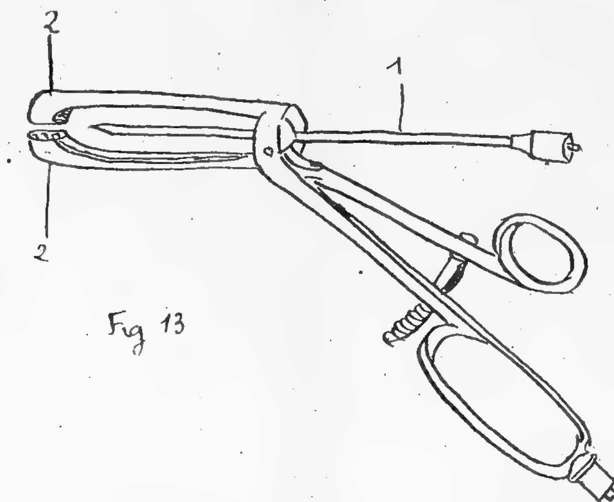
Jusqu'à la puberté, en effet, les troubles que l'on observe chez l'enfant (troubles locaux ou généraux), sont dus à l'obstruction mécanique que crée l'hypertrophie de tout le tissu lymphoïde du pharynx buccal et nasal. L'indication thérapeutique majeure qui en découle, est donc de supprimer la plus grande partie du tissu lymphoïde incriminé. Or depuis le temps que l'amygdalectomie partielle et l'adénectomie sont pratiquées dans ce but, les résultats obtenus disent suffisamment leur valeur thérapeutique réelle. Peu importe même que le tissu lymphoïde se reforme quelques années plus tard. L'amygdalotomie, en effet ,lorsqu'elle est pratiquée chez



1° Gros vaisseau à ménager.
2° Electrodes directrices.
3° Coagulation diffuse dangereuse.



1° Gros vaisseau à ménager.
2° Electrodes protectrices.
3° Electrode directrice.
4° Coagulation limitée.



Moraleur diathermique de M. Lemoine.
1° Electrode directrice.
2° Electrodes protectrices.

l'enfant, constitue une intervention de nécessité, qui lui permettra *sans risques appréciables* de franchir un mauvais pas de son existence. Il semble donc, contrairement à ce que certains auteurs étrangers tendent à l'admettre, que l'on ne doive pas envisager chez l'enfant une exérèse complète, qui pourrait conduire, sans aucun bénéfice supplémentaire pour sa santé, à de nombreux désastres hémorrhagiques ou infectieux.

En ce qui concerne l'adulte, la question est tout autre. Il s'agit souvent en effet, chez ce dernier, bien plus d'infection amygdalienne chronique, que d'hypertrophie banale. Dans ce cas-là, les accidents mécaniques sont parfois négligeables, et les accidents infectieux secondaires prédominent. On voit des laryngites chroniques, des dyspepsies rebelles à toute diététique, des entérocolites plus ou moins sérieuses, enfin des insuffisances hépatiques et même rénales, qui peuvent atteindre un certain degré de gravité. La question de l'exérèse partielle ne se pose pas, car l'infection peut être localisée au niveau de certaines cryptes amygdaliennes, que l'amygdalotomie serait impuissante à détruire. L'embryologie et l'anatomie nous ont en effet appris l'existence d'une fossette sus-amygdalienne qui est souvent le siège d'accidents phlegmoneux. D'autre part, l'histologie pathologique nous a montré, que le foyer infectieux pouvait siéger vers la partie profonde de la glande, qu'il pouvait être *juxta-capsulaire.*

Pour toutes ces raisons, chez l'adulte, il est nécessaire d'enlever complètement, ou de détruire complètement et anatomiquement la glande infectée source de phénomènes morbides plus ou moins graves. Voici donc une belle indication de l'amygdalectomie totale. Elle peut s'exécuter parfaitement à l'anesthésie locale, si l'on suit rigoureusement les règles édictées plus haut.

Mais c'est aussi d'après nous une indication de la diathermo-coagulation. Nous ne voudrions certes pas médire de l'amygdalectomie chirurgicale, mais puisqu'il est prouvé que l'on peut actuellement détruire complètement par

coagulation diathermique, *tout le tissu amygdalien*, et cela, sans le moindre risque, sans le moindre suintement sanguin, et sans réaction appréciable, on peut vraiment se demander si cette méthode ne mériterait pas d'être plus répandue qu'elle ne l'est parmi les spécialistes.

Il suffit de voir, en particulier dans le service de Bourgeois, à Laennec, les adultes chez qui la diathermo-coagulation complète de la région tonsillaire a été pratiquée : le fond de la loge est aussi net qu'après une amygdalectomie totale. On objectera que pour arriver à de pareils résultats, il faut de l'expérience diathermique, et un doigté particulier. C'est vrai ; mais encore peut-on répondre que l'amygdalectomie chirurgicale ne peut pas, elle non plus, être réalisée par des mains peu exercées.

En réalité, lorsqu'il s'agit d'un adulte, c'est la *clinique* qui posera l'indication du procédé opératoire. Il n'est pas douteux que de belles amygdales, d'apparence peu fibreuses, sans gros passé infectieux, chez des malades encore jeunes, peuvent être enlevées sans danger, et efficacement par le procédé américain. (Encore faut-il que le malade ne soit pas hémophile, et qu'il veuille bien se laisser opérer.) Mais que dira-t-on de pareille amygdale, chez un brightique de 40 ou 50 ans, à tissu scléreux et à tension artérielle un peu forte. Comment se comporter également, en présence de petites amygdales fibreuses chroniquement infectées, chez l'adulte d'âge moyen qui a *son angine* ou son phlegmon amygdalien annuel ? Il est facile de comprendre les dangers réels que peut offrir l'amygdalectomie en pareil cas. Si on les compare à l'innocuité, à la douceur, à la sûreté,et à l'efficacité de la diathermisation il semble que l'hésitation ne soit pas possible.

« L'intervention sanglante est dangereuse au cours de toutes les dyscrasies sanguines, nous dit Lemoine, chez les hémophiles, au cours des lymphadénies, du purpura chronique et accessoirement chez les hépatiques et les rénaux. C'est à cette catégorie de malades que s'adresse plus particulièrement la diathermie. »

Pour résumer le chapitre des indications thérapeutiques, nous dirons :

En présence d'un enfant jusque vers 14, 16 ans, on peut largement se contenter de l'amygdalectomie partielle.

Chez l'adulte, nous établirons une grande différence suivant que l'on opère avant ou après 30 ans.

Avant trente ans, nous pensons que l'amygdalectomie totale peut être effectuée, chez les sujets porteurs de grosses amygdales sans brides fibreuses appréciables, et sous réserve d'affection spéciale pouvant contre-indiquer l'intervention sanglante.

Après trente ans, et systématiquement, nous sommes partisans de la diathermo-coagulation.

La méthode monopolaire, lente, convient aux petites amygdales enchatonnées et fibreuses.

La méthode bipolaire par le morceleur de Lemoine convient aux amygdales plus grosses dont on veut se débarrasser en une ou deux séances.

***

Les résultats immédiats ou tardifs sont en général excellents. Ils dépendent cependant essentiellement de l'habileté de l'opérateur, du choix de sa technique, et de l'exactitude de l'indication opératoire. Nous allons voir également comment ils peuvent dépendre aussi des soins que l'on donne aux malades avant et après l'opération.

***

Soins pré-opératoires. Nous avons déjà parlé de la nécessité d'un examen somatique complet du malade et d'un diagnostic local aussi précis que possible. En réalité, il faudrait que le médecin traitant donne au spécialiste le maximum de détails concernant son client. Cette liaison est indispensable.

L'enfant peut être un scrofuleux banal, mais il peut être aussi tuberculeux ou syphilitique ; il peut avoir eu, quelques mois ou quelques années auparavant, une maladie aiguë plus ou moins grave. N'a-t-il pas eu depuis longtemps de réaction du côté de sa gorge ou de ses oreilles ? Ne vient-il pas d'avoir une angine ou un phlegmon amygdalien ? Autant de détails très importants à connaître.

S'il s'agit d'un adulte, le médecin habituel nous dira le « tempérament » de son malade, ses tares, ses états diathésiques divers. Est-ce un rhumatisant banal, un hépatique, ou un cardio-rénal ? Est-il sujet aux épistaxis, n'est-il pas hémophile ?

Tout récemment, une de nos malades de 58 ans, Mme B..., venait nous consulter pour des vertiges et des bourdonnements d'oreille. Au cours de son interrogatoire, elle nous racontait qu'un an auparavant, elle avait été amenée sur les conseils de son médecin traitant, à se faire enlever de grosses amygdales. L'opération fut pratiquée à l'anesthésie locale avec la pince de Ruault. La malade eut une hémorrhagie immédiate très grave qui ne fut arrêtée qu'avec de très grosses difficultés, et qui faillit lui coûter la vie. Or le Vaquez-Laubry, mis en place chez cette dame me montra une tension maxima de 25 !

On voit donc toute l'importance d'une collaboration étroite entre le médecin traitant et le spécialiste. Il est des circonstances où l'otologiste est appelé à donner directement ses soins au malade. Dans ce cas-là, il ne doit jamais se

laisser aller à quelque acte opératoire si minime soit-il avant de s'être fait, lui-même, une opinion précise sur l'état de santé de son client. Ce tuberculeux ne sera opéré qu'au prix de multiples précautions, tandis que ce syphilitique se verra octroyer avec avantage une cure arsénicale. Nous attendrons un bon mois avant d'opérer cet ancien phlegmoneux, et nous soumettrons à un régime de désintoxication sévère ce malade congestif, qui voit sa tension maxima monter audessus de 20.

A côté de ces cas particuliers, il existe des règles générales que l'on devra appliquer systématiquement à tous les cas.

Elles consistent tout d'abord à désinfecter le futur opéré pendant huit jours au moins avant l'intervention, par des inhalations et des pommades antiseptiques. En outre, il semble que l'on se trouverait bien de faire prendre, six jours avant l'acte opératoire, soit un sérum hémopoïétique de bonne composition, soit une solution de chlorure de calcium. On peut de la sorte éviter un écoulement sanguin trop abondant au moment de l'opération.

Les soins post-opératoires ne sont pas moins nécessaires, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte.

On voit très souvent de *jeunes malades* qui ont cependant été correctement opérés, et qui se comportent ou peu s'en faut comme avant l'intervention : ils continuent à mal respirer, à dormir la bouche ouverte ; ils ne se développent pas comme l'espéraient les parents ou le médecin lui-même. C'est qu'on n'a pas appris à l'ancien opéré comment il devait respirer. On doit, en effet, rééduquer complètement l'enfant après l'opération. Le Dr Dutecht (de Bagnères-de-Luchon), qui s'est particulièrement occupé de cette question de gymnatique respiratoire, nous a donné récemment dans la *Revue de laryngologie*, des détails d'un vif intérêt. Il nous montre, en effet, comment on peut arriver à obtenir chez l'enfant, avec de la patience et de la méthode, une respiration physiologique normale, cette respiration devant être : nasale, régulière , lente et profonde. Il faut, en somme, apprendre à l'enfant comment il doit utiliser ses poumons. Vacher, n'a-t-il pas dit : « Il en est de la respiration comme de la lecture : il faut apprendre à respirer si on n'a jamais su le faire correctement, il faut le réapprendre si on l'a oublié. »

Pour arriver à ce but, on dispose de trois sortes de moyens : les exercices de gymnastique pure ; les appareils ; les sports et exercices agréables.

En ce qui concerne la gymnastique respiratoire, le mieux est, lorsque la chose est possible, de mettre le jeune opéré entre les mains d'un professeur compétent. A son défaut, le médecin doit donner lui-même des conseils judicieux à la famille, et doit s'assurer *fréquemment* que ses conseils sont scrupuleusement suivis. Voici, en principe, comment doit s'effectuer l'exercice que l'enfant doit répéter devant la glace (Dutecht) :

1° L'inspiration lente et profonde par le nez (bouche rigoureusement fermée) ;

2° La pause : l'enfant doit garder pendant un certain temps l'air qu'il a emmagasiné dans ses poumons par son inspiration nasale ;

3° L'expiration par la bouche, qui doit être aussi complète que possible, et doit s'effectuer en soufflant, les lèvres allongées et très lentement.

Nous passerons sous silence, le spiromètre, et le spiroscope, appareils particuliers qui ne sont pas entre les mains de tout le monde. Toutefois, il est un procédé plus simple d'éducation respiratoire, qui est d'ailleurs à la base de la spiroscopie, c'est le procédé de la bouteille, que Pescher lui-même utilisa le premier : une bouteille de 2 ou 3 litres, remplie d'eau, est mise dans une cuvette contenant également de l'eau. On place un tube de caoutchouc dans la bouteille et l'on met l'autre extrémité du tube de caoutchouc dans la bouche de l'enfant, qui doit souffler, et faire des bulles aussi régulières, et aussi lentes que possible.

Enfin la rééducation respiratoire doit être complétée par les sports et certains exercices physiques : la marche méthodique, l'hydrothérapie, la course, le saut, le canotage, la natation, etc.

Chez *le malade plus âgé*, les soins post-opératoires ne sont pas de la même nature, bien que beaucoup d'adultes pourraient bénéficier dans une large part d'une cure d'éducation respiratoire. Ici, le médecin doit avoir comme objectif, la disparition complète des troubles entraînés par l'infection amygdalienne chronique. Si l'ablation de l'amygdale constitue en effet le temps le plus important du traitement, le malade ne devra pas cependant être immédiatement abandonné à lui-même. Un traitement secondaire approprié (régime, hygiène spéciale, antisepsie intestinale, hépatique ou rénale, etrc.), devra compléter et parfaire les bienfaits de l'acte opératoire.

***

En résumé, nous pensons que les diverses méthodes, que nous avons exposées pour le traitement de l'hypertrophie amygdalienne sont toutes excellentes dans leurs indications respectives.

L'amygdalectomie partielle reste l'opération idéale de l'enfant. Parfois, elle est une opération d'urgence, non point certes, au même titre que la trachéotomie, néanmoins, elle permet d'obvier très rapidement aux accidents infectieux locaux ou généraux, que l'hypertrophie lymphatique du pharynx entraîne. Il faut donc savoir qu'elle ne constitue pas une opération complète, et il faut même vouloir sous peine d'ennui, qu'elle ne

soit pas trop complète. L'amygdalectomie, à la pince suivie du curettage du cavum reste l'opération classique de l'enfant.

Pour l'adulte, malade raisonnable et calme, l'amygdalectomie élargie, chirurgicale, peut être envisagée. L'embryologie, et l'anatomie pathologique, nous ont en effet montré qu'il était nécessaire, pour guérir radicalement le malade, d'enlever complètement l'amygdale hypertrophiée. Est-ce dire qu'il faille systématiquement avoir recours à l'intervention sanglante ? Nous ne le pensons pas, d'autant plus que nous possédons actuellement, avec la diathermo-coagulation, une arme qui, lorsqu'elle est bien maniée, est sans danger, et reste merveilleusement curatrice.

Enfin on a vu toute l'importance que pouvait avoir la préparation du malade avant l'opération, et les soins dont il devait être l'objet après l'acte opératoire.

Nous conclurons donc en disant :

1° Qu'il faut examiner minutieusement le malade au point de vue local et général, et qu'il faut le préparer convenablement à l'intervention ;

2° Qu'il ne faut pas se montrer délibérément partisan acharné et systématique de tel ou tel procédé opératoire : amygdalectomie partielle, amygdalectomie totale, ou même diathermo-coagulation ;

3° Qu'il faut savoir au contraire adapter les ressources actuelles de notre art à chaque variété clinique de l'hypertrophie amygdalienne, et qu'il y a lieu d'observer certaines règles opératoires pour éviter des accidents de gravité variable ;

4° Qu'il faut enfin surveiller longtemps et minutieusement le malade après l'opération :

Pour l'apprendre à respirer,

Pour lui permettre de bénéficier au maximum des bienfaits de l'intervention que l'on a pratiquée chez lui.

BIBLIOGRAPHIE

ESCAT. — Evolution et transformation anatomique de la cavité naso-pharyngienne. (Th. Paris, 1894).

DIEULAFE. — Les artères du pharynx. (Bibliogr. Anat., t. XVI, 1907.)

DESCOMP (Pierre). — Anatomie de l'amygdale. (Th. Paris, 1908.)

TESTUT. — Aanatomie descript., tome 4, 1912.

SOULIÉ. — Anatomie topographique. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs.)

BOURGEOIS, DUTHEILLET DE LAMOTHE, G. PORTMANN et Gaston POYET. — La diathermie en oto-rhino-laryngologie. (*Annales de l'oreille*, mai 1925.)

LEROUX-ROBERT. — La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. (Masson et Cie, 1925.)

BORDIER. — Diathermie et diathermothérapie. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1926.)

A. MENGUY. — Considérations sur la chirurgie de l'amygdale non dégénérée. (*Annales de l'oreille*, décembre 1926.)

ORGOGOZO. — De l'utilité de l'amygdalectomie totale. (*Revue de laryngologie*, mars 1926.)

DE GANDT. — De l'ablation systématique en trois temps nettement séparés et dans la même séance des amygdales palatines et pharyngées. (*Revue de laryngologie*, avril 1926.)

DUTECH. — L'éducation et la gymnastique respiratoire chez l'enfant. (*Revue de laryngologie*, décembre 1926.)

G. LAURENS. — Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien. (Masson, 1926.)

J. LEMOINE. — La diathermie en oto-rhino-laryngologie. (Masson, 1927).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les difficultés de l'accouchement dans les présentations du siège.

R. SUZOR rappelle que pratiquement il faut considérer les éléments constitutifs du siège proprement dit, ceux des épaules et enfin la tête fœtale, comme devant subir successivement les trois temps d'engagement, de rotation, de dégagement. Deux points importants conditionnent la succession de ces trois temps : la bonne proportion du volume fœtal par rapport aux dimensions du bassin maternel, puis l'intensité des contractions utérines associées aux efforts de la parturiente.

A signaler un mode d'anesthésie peu employé mais qui trouve ici ses indications, c'est la rachi-anesthésie ; non seulement elle respecte, mais elle renforce les contractions utérines ; elle a de plus l'avantage d'assouplir dans une très grande proportion le périnée de la parturiente et d'éviter ainsi l'épisiotomie systématique que certains recommandent avant toute intervention.

Si le « siège complet » ne s'engage pas, il suffit d'abaisser un pied toujours facilement accessible pour obtenir l'engagement.

Quant au siège décomplété, dans la règle il s'engage facilement ; si parfois il ne se dégage pas, c'est que les membres inférieurs du fœtus, relevés en attelles au devant de celui-ci, gênent considérablement l'inflexion latérale du tronc, indispensable au dégagement du siège. Mais alors le pied est inaccessible parce que trop élevé et il faut faire les tractions inguinales, alterna-

tivement sur la hanche antérieure et sur la hanche postérieure ; puis, quand le siège est hors de la vulve, par la manœuvre de Mantel-Risard, on exerce des pressions sur le creux poplité et sur la cuisse pour que le pied sollicité par cette pression se dégage de lui-même.

Si, par exception, le siège décomplété ne s'est pas engagé, on répète cette manœuvre pour abaisser un pied.

Pour le dégagement ultérieur des épaules,ne jamais tirer sur les membres inférieurs du fœtus à moins de le faire avec une extrême lenteur. Se servir surtout de l'expression abdominale pour éviter que les bras ne se relèvent et s'opposent à l'engagement des épaules. Si cette complication se produisait, on chercherait à abaisser les bras en glissant la main derrière le dos du fœtus, et en cherchant à atteindre le pli du coude avec l'extrémité de l'index et du médius, de façon que la face palmaire de ces doigts soit appliquée, en formant une sorte d'attelle, sur toute la face antérieure du bras à abaisser ; on s'attaquera au bras antérieur, puis au bras postérieur.

L'accouchement des épaules étant fait, la tête du fœtus le plus souvent s'engage seule ; il est bon cependant de la fléchir par la manœuvre de Mauriceau, en raison des inspirations prématurées possibles du fœtus, qui, depuis un certain temps, subit des excitations périphériques. S'il y avait déflexion de la tête, on pourrait faire une application de forceps sur la tête dernière. Au cas où la tête ne s'engagerait pas on la fléchirait par la manœuvre de Champetier de Ribes, la pression à travers la paroi abdominale s'exerçant latéralement parce qu'il se substitue un diamètre voisin du bitemporal au diamètre bipariétal qui coïncidait, avant la manœuvre, avec le diamètre antéro-postérieur du bassin maternel. Si la tête trop défléchie empêche cette manœuvre, on peut essayer d'engager l'occiput et de le dégager en premier en amenant le ventre du fœtus au contact de celui de la mère. Enfin, en cas d'insuccès on pratiquera la symphyséotomie, facile et rapide à exécuter par la méthode sous-cutanée, en respectant le ligament supérieur de la symphyse. (*L'Hôpital*, juin 1927 B).

Urticaire et phénomènes de choc déclenchés par l'effort musculaire.

Il est de notion courante que dans certaines crises d'urticaire les signes cliniques sont précédés d'un ensemble de troubles vasculaires et sanguins,véritable crise hémoclasique. Cette crise est cliniquement silencieuse.

MM. Pasteur Vallery-Radot, Carrié, Blamoutier et Laudat rapportent l'observation d'un cas où l'urticaire était accompagnée non seulement de violentes perturbations humorales, mais de manifestations cliniques des plus impressionnantes, rappelant les symptômes que l'on constate chez l'animal au cours du grand choc anaphylactique. Ce qui rend particulièrement remarquable cette observation, c'est l'étiologie des troubles constatés : leur déclenchement se produisait sans l'intervention d'agents extérieurs, simplement par l'effort musculaire.

La malade en question était une colloïdoclasique ; de 7 à 15 ans elle avait eu des attaques d'asthme isolées. Ces attaques reparurent au cours du traitement, de même que des crises de coryza spasmodique. Cette instabilité colloïdoplasmatique se manifesta encore à l'occasion des injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude qui furent faites. C'est d'ailleurs vraisemblablement à cause de cette instabilité que les injections intra-veineuses de ce cristalloïde parvinrent à modifier l'état de la malade.

Puisque, chez un sujet normal, un effort physique violent provoque des manifestations vasculo-sanguines légères, mais incontestables, il est compréhensible que le même effort, chez un colloïdoclasique, exagère ces perturbations humorales et déclenche une crise d'urticaire et des symptômes généraux ; on pourra observer dans les mêmes conditions une crise d'asthme ou une crise de migraine. (*La Presse médicale*, 11 juin 1927.)

Contribution à l'étude de la stase intestinale chronique.

C'est la rétention du contenu intestinal pendant un temps excessif avec absorption toxique consécutive. Il ne faut pas la confondre avec l'occlusion intestinale, aiguë ou chronique, caractérisée par la présence d'un obstacle direct au cours des matières, avec réaction péritonéale constante : cependant le passage de l'une à l'autre est possible. Elle est aussi différente de la dyschésie, trouble pur du mécanisme de l'exonération (par atonie ou spasme sigmoïdien, par anesthésie et parésie du rectum).

Dans la stase intestinale chronique (S. I. C.) intervient au contraire un élément indirect d'ordre musculaire, qui contribue à réaliser l'arrêt temporaire des matières ; ses grandes causes sont de deux ordres : les vices de position du cæcum et la péricolite membraneuse. De plus la S. I. C. est commandée par la segmentation physiologique du cæcum par trois principaux centres contractiles intestinaux. Les brides, adhérences et vices de position déterminent par l'intermédiaire de ces anneaux de contraction la stase temporaire des matières, et c'est sans doute en vertu de cette action seulement indirecte que les conséquences pathologiques de la S. I. C. diffèrent totalement de celles que produit l'occlusion aiguë ou chronique. Les diverses causes de la S. I. C. peuvent exister longtemps sans

avoir aucune expression pathologique ; il faut un élément surajouté pour que la stase s'accentue au point de déterminer la coprémie : cet élément réside dans la colite qui exagère l'action frénatrice des anneaux de contraction. C'est donc, disent MM. CHIRAY et LEBON, cette colite surajoutée que doit viser le traitement médical de la S. I. C.

La forme banale de celle-ci est la stase cæco-colique, dont les deux signes fondamentaux sont la constipation et la douleur du quadrant inférieur droit de l'abdomen qui consiste en une distension pénible, d'abord transitoire, puis permanente, mais ne comporte ni les intermittences ni la précision de la douleur appendiculaire. On distingue aussi les formes hépatiques, les formes vésiculaires, les formes rénales, les formes gastriques, les formes respiratoires, fébriles, anémiques.

La S. I. C., si fréquente, peut causer des méfaits étendus et polymorphes. Depuis longtemps d'ailleurs, le bons sens populaire a devancé le mouvement scientifique moderne par lequel a été mis en lumière le rôle éminemment nocif de la rétention stercorale. L'éternel et prosaïque « purgare » des médecins de Molière nous apparaît dès lors d'une utilité commune et pratique au moins aussi grande que les plus savantes productions de la thérapeutique moderne. (*La Presse médicale*, 25 mai 1927.)

Sur quelques particularités de la cure de Châtel-Guyon.

Primitivement, les indications de la cure de Châtel-Guyon étaient basées sur la notion du spasme et de l'atonie, ce dernier élément constituant l'indication propre de la cure. Cette notion, fait remarquer M. J. BAUMANN (de Châtel-Guyon), est actuellement périmée, car il est avéré que le spasme et l'atonie coexistent souvent sur le même individu, et qu'en tout cas ils se succèdent. En effet, l'inflammation chronique du gros intestin s'accompagne toujours de réactions spasmodiques et elle aboutit tôt ou tard à produire une déchéance de la musculature colique et une atonie totale ou segmentaire, se traduisant par des ectasies ou des allongements. Les résultats obtenus montrent que si l'action élective des eaux de Châtel-Guyon s'exerce particulièrement sur la fibre musculaire lisse des formes anciennes et atoniques, elles n'ont pas une action moins puissante sur les états colitiques récents à réactions spamodiques.

L'atonie du tube digestif est en général très vite améliorée ; l'action des eaux est assez rapide même lorsqu'il s'agit de formes rebelles, telles que le dolichocôlon congénital. On le constate à la réapparition des selles, aux sensations des malades, qui perçoivent eux-mêmes des mouvements intestinaux, aux distensions gazeuses localisées qui indiquent une contracture en certains points du côlon, et aussi à l'élévation légère de la tension artérielle. La radioscopie contrôle ces heureux résultats.

S'il n'y a pas d'intolérance gastrique, on peut arriver par dosages progressifs à donner des quantités assez fortes de ces eaux chlorurées magnésiennes, 700 à 800 grammes par jour, en débutant par 150 à 200 grammes environ.

Le bain carbo-gazeux à 34°, bain court, de 8 à 10 minutes, augmente la tension artérielle et provoque une hyperémie superficielle assez marquée, c'est le plus employé ; on complète son action par une douche chaude, véritable massage abdominal à action locale.

Signalons encore la douche hypertensive de Beni-Barde, douche chaude ou tempérée, dirigée sur le colonne vertébrale et surtout sur la région lombaire et terminée par une douche générale froide (20°) très courte et très énergique. Inutile de dire que le lavage d'intestin est, dans les formes atoniques, une erreur et qu'il a depuis longtemps disparu de la technique habituelle.

Les *colites* fournissent à Châtel-Guyon un contingent important ; il faut y ajouter la constipation spasmodique, le spasme étant un des éléments constants de la colite. La cure semble agir d'abord par son action cicatrisante sur les lésions de la muqueuse, puis par son action biligénique pour décaper la muqueuse, ce qui se traduit par une diminution des fermentations et une très rapide atténuation des états putrides. Cette antisepsie est complétée par certains éléments minéraux propres à l'eau de Châtel-Guyon, tels que les éléments chlorés, par exemple, dont l'action mérite d'être plus complètement étudiée, et par des propriétés encore mal connues telles que ce pouvoir anagotoxique, qui serait susceptible de neutraliser certaines toxines.

A signaler que l'action hypertensive des eaux provoque une hyperémie passagère et comme suite une crise de cure apparaissant vers le septième jour et se terminant vers le douzième ou quinzième jour.

C'est dire que la thérapeutique thermale doit être assez prudente, surtout lorsqu'il s'agit d'une première cure. Règle générale, la cure interne du colitique doit être douce et réservée et débuter par des doses relativement faibles, afin d'éviter un choc trop brutal.

La thermothérapie abdominale est en cette circonstance d'un grand secours, et le cataplasme de boue minérale à 55° appliqué dans le bain ou en dehors du bain réalise une révulsion superficielle intense, dont les effets sont immédiats.

Le bain court d'eau minérale courante, ou le bain d'eau minérale chauffée, la douche chaude ou tempérée sont des auxiliaires précieux. Le lavage d'intestin, même en goutte à goutte, ne doit pas être employé dans le traitement des

colites ; on peut déroger à cette règle pour les colites ulcéreuses distales d'origine indéterminée où le pouvoir cicatrisant des eaux compense largement les inconvénients de ce procédé.

Le traitement de la constipation spasmodique ne diffère pas de celui des colites. (*Le Progrès médical*, 14 mai 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'imprégnation créosotée dans les accidents pulmonaires post-opératoires.

(M. Louis Weiller. — *Académie de médecine*, 20-12-1927.)

Le Dr Edouard Schoull a préconisé et mis au point le traitement des pneumococcies de toutes localisations (bronchite, broncho-pneumonie...) par l'imprégnation créosotée. M. Louis Weiller étend cette méthode à la prophylaxie des complications pulmonaires des opérations chirurgicales. Il en aurait obtenu d'excellents résultats et il signale à l'appui une statistique de près de 500 interventions du Dr Coudray.

La méthode consiste à administrer deux fois par jour un lavement de XXX à L gouttes de créosote de hêtre (pour un adulte et suivant sa corpulence) dans un verre de lait tiède, après avoir fortement agité le mélange. Le lavement doit être gardé une heure. Chez l'enfant, on prescrit, dans un demi-verre de lait, un lavement avec II à V gouttes de créosote pour un nourrisson, et environ V à X gouttes, plus une goutte par année d'âge, dans la seconde enfance et l'adolescence. On répète la médication deux fois par jour, pendant trois à quatre jours après l'opération.

On éviterait ainsi, par cette imprégnation créosotée, les accidents pulmonaires post-opératoires qui sont, on le sait, assez communs. Lorsque la médication n'a pas été employée à titre prophylactique, on peut s'y adresser pour combattre les complications pulmonaires si elles apparaissent.

L'auteur considère le traitement créosoté préventif comme très supérieur à la vaccinothérapie pré-opératoire.

Sur la régénération de la rate.

(M. Jolly et Mme Lieure. — *Académie de médecine* ; 20-12-1927.)

A la suite de la splénectomie totale chez le chien, Abelous et Argand ont observé, après plusieurs mois, dans la région de l'organe supprimé, l'apparition de masses rougeâtres, d'aspect splénique, qu'ils ont considérées comme des glandes de suppléance. Des expériences ultérieures faites par d'autres auteurs chez le cobaye et le lapin ont donné des résultats différents. M. Jolly et Mme Lieure ont repris la question chez les animaux à sang froid, le triton crêté en particulier. Ils ont obtenu des régénérations de la rate, après quatre ou cinq mois, dans environ 20 pour 100 des cas. Les résultats positifs paraissent correspondre à une vraie régénération et ne semblent pas représenter seulement l'accroissement d'un nodule laissé en place au cours d'une opération incomplète.

L'abus des médicaments antisyphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

(MM. Léon Tixier, Laubry, Grenet, Weissenbach, Maurice Renaud, Lian, Bénard et Milian. — *Société médicale des hôpitaux*, 25-11 et 2-12-1927.)

La communication de M. Donzelot sur l'abus des médicaments anti-syphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires, dont nous avons déjà parlé et qui a servi de point de départ à l'important article publié dans nos colonnes par M. Aubertin, a donné lieu à la Société des hôpitaux à une longue discussion. Il n'est pas inutile d'y revenir, étant donné l'intérêt pratique de la question.

— M. Léon Tixier est, comme M. Donzelot, d'avis qu'il ne faut pas recourir à tout propos au traitement anti-syphilitique chez les cardio-vasculaires. Les lésions cardio-artérielles de la syphilis paraissent particulièrement sensibles à la réactivation sous l'influence du traitement.

— M. Laubry note que l'on applique quelquefois, dans l'*angor pectoris*, les traitements anti-syphilitiques sans raisons suffisantes. Pour ce qui concerne les aortites, leurs rapports avec la syphilis sont moins incertains et moins rares que pour l'hypertension et le pouls lent. La syphilis n'est pas la seule origine des aortites, mais elle reste leur grande pourvoyeuse. Pour M. Laubry, toute aortite qui ne fait pas sa preuve étiologique doit être soupçonnée de spécificité. D'ailleurs, il ne faut pas trop médire des traitements anti-syphilitiques d'épreuve dans les affections cardio-vasculaires, même si la nature syphilitique de l'affection n'est pas rigoureusement établie. Pratiquement, en effet, les médicaments anti-syphilitiques ont l'avantage d'être une arme efficace. Qui n'a pas, avec eux, et après échec des autres traitements, enregistré des succès ? En s'engageant dans cette voie, le médecin doit déployer les deux qualités professionnelles qui le protègeront des abus : le bon sens et la conscience.

— M. Grenet ajoute qu'en matière de lésions cardio-vasculaires, on n'usera qu'avec prudence des arsé-

nobenzènes. Le mercure et le bismuth sont plus maniables.

— M. WEISSENBACH pense qu'il convient de se tenir dans un juste milieu : pour éviter le péril réel de l'abus des médicaments anti-syphilitiques, ne pas commettre la faute grave d'en restreindre illégitimement l'emploi.

— M. Maurice RENAUD s'est déjà élevé en 1924 sur le trop grand rôle que les tendances actuelles attribuent à la syphilis dans l'origine des affections cardio-vasculaires. Il ne saurait souscrire à l'opinion de M. Laubry pour qui toute aortite qui ne fait pas sa preuve doit être présumée syphilitique. Tout ce qui est inconnu ne saurait être mis sur le compte de la syphilis, sans examen plus approfondi.

— M. LIAN formule les remarques suivantes. Etiologiquement, une place à part doit être faite aux aortites avec anévrysme ou avec insuffisance aortique : l'origine syphilitique est de règle pour les premières et très fréquente pour les secondes. En dehors de ces deux cas, une importante distinction doit être établie selon que les sujets ont atteint ou non le voisinage de la cinquantaine. Avant 50 ans, dans les aortites sans anévrysme ni insuffisance, dans les artérites viscérales et l'hypertension, il n'est pas rare de trouver des signes cliniques ou sérologiques de syphilis. Il n'en est plus ainsi à partir de la cinquantaine. L'hypertension et les scléroses artérielles de l'âge critique ne sont pas dues, en général, à la syphilis, mais sont l'expression de troubles humoraux, d'une sorte de dyscrasie sclérogène. Pour les angines de poitrine, elles ne peuvent être rapportées à la syphilis que dans les cas où elles sont la conséquence d'une aortite, d'une coronarite d'origine syphilitique.

Au point de vue thérapeutique, dans la syphilis cardio-vasculaire avérée, s'il y a grande insuffisance cardiaque, soigner d'abord le cœur et n'instituer le traitement spécifique qu'après amélioration. Lorsqu'il n'existe pas d'indices d'insuffisance cardiaque, ni d'autres tares viscérales, les médicaments anti-syphilitiques pourront souvent être employés avec une certaine vigueur. En l'absence de signes ou de présomptions de syphilis, le traitement d'épreuve s'impose en matière d'aortites, d'artérites viscérales, d'hypertension, dans les conditions suivantes : souvent chez les sujets de 30 à 40 ans, moins souvent chez ceux de 50 ans, rarement chez ceux de 60, exceptionnellement au-delà.

— M. René BÉNARD est également d'avis qu'il faut utiliser avec discernement les médicaments anti-syphilitiques dans les affections cardio-vasculaires, sans pour cela que le cri d'alarme légitime de M. Donzelot puisse aboutir à trop de pusillanimité thérapeutique. Lorsqu'il y a doute sur la nature spécifique de la lésion cardio-vasculaire, on est en droit d'instituer un traitement d'épreuve, à condition toutefois que l'état hépato-rénal le permette. Les risques alors sont pour ainsi dire nuls et l'on aura quelquefois la satisfaction de faire bénéficier le malade d'un traitement efficace.

— M. MILIAN estime qu'il vaut mieux faire, en pareille éventualité, dix traitements d'épreuve inutiles que de s'abstenir d'en faire un qui serait utile.

Nancy

Les herbes aux verrues.

(M. HISSARD, de Caen. — *Soc. derm. de Nancy* ; 8-7-1927.)

M. Hissard a employé le lait de figuier et celui de la grande chélidoine dans le traitement des verrues ordinaires et surtout des verrues planes. Il est parfois difficile, par les méthodes ordinaires, de guérir les verrues lorsqu'elles couvrent des surfaces étendues. Chez un malade de l'auteur, il en existait sur le front, les paupières, les joues, les poignets, les genoux. Elles avaient été traitées sans résultat par la radiothérapie, les emplâtres, les cures internes (magnésie, thuya). Quelques frictions au suc de figuier firent disparaître ces verrues en peu de jours.

Les réactions locales sont variables. Tantôt, la peau rougit à peine, tantôt la rubéfaction est plus marquée.

Le traitement du lupus érythémateux par les arsénobenzènes.

(M. J. WATRIN. — *Soc. derm. de Nancy* ; 8-7-1927.)

Il semble qu'actuellement, le traitement local du lupus érythémateux cède le pas aux médications générales et un certain nombre de spécialistes se sont adressés, au cours de ces dernières années, soit à la médication anti-syphilitique, soit à la médication anti-tuberculeuse, suivant la conception qu'ils s'étaient faite de l'étiologie du lupus érythémateux. M. Watrin a obtenu, de son côté, dans quatre cas, de bons résultats des arsenicaux.

Les positivités sérologiques printanières.

(M. SPILLMANN. — *Soc. derm. de Nancy* ; 8-7-1927.)

La syphilis est une infection qui offre des périodes de latence quelquefois très longues, dont nous ne connaissons pas d'ailleurs les causes exactes. Nous ne savons pas s'il existe des formes d'enkystement, de sporulation, ou de dégénérescence du tréponème.

La latence s'observe non seulement pour les accidents spécifiques, mais aussi pour les réactions sérologiques. On peut se demander s'il y a des périodes de l'année où, plus souvent qu'à d'autres, la latence sérologique fait place à la positivité ? S'appuyant sur près de 2.000 dossiers. M. Spillmann est conduit à penser que la positivité du Wassermann s'observe avec une plus grande fréquence au printemps.

Ce fait d'observation, s'il était confirmé, viendrait concorder avec les faits cliniques. L'eczéma est plus commun à la fin de l'hiver. De même les récidives cutanées de la syphilis. L'influence des saisons en

pathologie, pas toujours très bien précisée, est réelle néanmoins. Les saisons agissent à la fois sur les microbes et sur l'organisme humain. Ainsi se trouveraient expliquées les positivités sérologiques printanières.

Quoi qu'il en soit, si ces données sont exactes, elles nous inciteraient à exercer surtout la surveillance sérologique des syphilitiques anciens en février, mars et avril.

Le danger des syphilitiques négligents.

(M. P. Michon. — *Soc. derm. de Nancy* ; 8-7-1927).

Il existe des sujets syphilophobes — et ils sont nombreux — qui redoutent à l'extrême la syphilis et sont prêts à subir tous les traitements, le cas échéant. Il en est aussi d'autres, rares heureusement, qui négligent volontairement et systématiquement tous soins, même lorsqu'ils sont prévenus, ne s'inquiétant nullement d'accidents spécifiques contagieux qui ne leur causent aucune douleur. Ces indifférents constituent un véritable danger familial et social. M. Michon en signale un exemple typique. Il concerne un ménage où l'homme et la femme étaient atteints de syphilides secondaires, de plaques muqueuses buccales notamment . Malgré l'insistance du médecin traitant aucune médication ne fut suivie. Or, les deux enfants de ce ménage furent l'un et l'autre atteints de chancre de la joue et certainement contaminés par leurs parents. A l'atelier où le mari travaille, un ouvrier voisin contracta un chancre cutané, très probablement de même source.

Lié par le secret professionnel, le médecin est désarmé contre ces indifférents. L'auteur se demande s'il y aurait ou non alors à souhaiter qu'une loi intervienne permettant de prendre des mesures pour éviter ces contaminations, et pour empêcher ces malades de disséminer sciemment des tréponèmes, par bonheur assez fragiles.

P. L.

Les Livres

Maloine, éditeur,
25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Peytoureau. — **Manuel de massage cosmétique (face-massage) et de massage capillaire,** suivi de *quelques conseils pratiques* par Alfred Bitterlin. (Un vol., 310 p., 158 fig. Prix : 30 fr., sauf variation.)

Les médecins se sont toujours préoccupés, en pathologie et en thérapeutique, dans la mesure où cela était possible et non nuisible au côté vital, des questions esthétiques. De même, les chirurgiens ont toujours cherché à dissimuler les cicatrices et à les rendre moins disgracieuses, lorsqu'il n'en résultait pas des inconvénients opératoires majeurs. La guerre a fait développer, d'autre part, toute une chirurgie nouvelle, de réparation esthétique des blessures mutilantes, de la face en particulier, et l'on connaît les beaux résultats obtenus dans cet ordre d'idées par Morestin — pour ne citer que les morts.

La chirurgie esthétique, très en honneur depuis quelques années à l'étranger (*beauty surgery* des Américains), est loin d'être négligée en France. Les chirurgiens spécialisés voient venir dans leurs cabinets des clients, et surtout des clientes, sans doute nombreux, qui demandent à leur bistouri de rendre droit un nez déformé, de fixer plus près du crâne une oreille décollée, de corriger une mutilation, de supprimer des rides, des boursouflures des yeux, de redresser des seins tombants, en un mot de créer dans une certaine mesure de la beauté.

A côté de ces moyens chirurgicaux, générateurs de beauté, existe-t-il des moyens médicaux susceptibles d'amender certaines défectuosités du visage ? Ceux de nos lecteurs que ce sujet intéresse pourront lire utilement l'ouvrage tout récemment paru du Dr Peytoureau, intitulé : *Manuel de massage cosmétique (face-massage)* et *de massage capillaire.* L'auteur y décrit longuement et minutieusement divers procédés de massage visant à faire disparaître les défauts d'esthétique du visage (rides, plis, double menton, rougeurs du nez, altérations de la peau), à « réparer des ans l'irréparable outrage ». L'ouvrage, illustré de nombreuses figures, est complété par des conseils pratiques de M. Alfred Bitterlin. Les médecins parcourront ce manuel avec curiosité ; nos clientes le liront avec une attention intéressée, en se posant la question : n'en aurai-je pas besoin un jour ?

P. L.

Cet ouvrage est en vente à la librairie Norbert MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine et expédié par retour du courrier en France et en Belgique franco de port. Etranger port en sus.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Masson et Cie.

120, boulevard Saint-Germain.

Gaston Cotte, agrégé à la Faculté de Lyon. — **Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.** *Etude physiologique, clinique et thérapeutique.* (Un vol. grand in-8, 570 p., 117 fig. Prix : 60 fr. sauf variation.)

LA DÉFENSE NATURELLE CONTRE LA TUBERCULOSE A LA LUMIÈRE DE RÉCENTS TRAVAUX PHYSIOLOGIQUES

Dans le numéro de septembre 1927 du journal *La Médecine,* le professeur Richet fils donne la substance de ses travaux sur la « Bactériolyse naturelle du bacille de Koch dans l'organisme. A l'heure actuelle, dit-il, on schématise les défenses de l'organisme contre le B.K. de la façon suivante : 1° *Défense anatomique,* par organisation du tissu fibreux et limitation du processus caséeux ; 2° *défense humorale,* plus douteuse ; 3° *défense cellulaire mobile,* due aux phagocytes. A côté de cette défense mobile existe une *défense fixe* par les cellules des tissus envahis. « *Elle est assez peu connue, et pourtant son rôle est primordial* . »

Les expériences variées faites sur les organes du lapin et du cobaye tués par hémorragie (pour éliminer l'action des leucocytes), ont été en grande partie positives, et l'auteur formule cette conclusion, qui est d'importance : « L'organisme lutte contre le B.K. non seulement par la barrière muqueuse des voies aérienne et digestive, ou par l'action phagocytaire des globules blancs et des ganglions, mais *à l'aide des cellules nobles qui exercent une action bactériolytique.* »

Des conclusions analogues découlent des expériences récentes faites par Auclair, en se servant d'un mélange de B.K. et d'extrait pancréatique.

Notons en passant que ces résultats obtenus avec des organes d'animaux non tuberculisés antérieurement, donc anergiques, confirment hautement la notion de l'importance du terrain, et donnent un démenti éclatant au dogme étroit et intransigeant de l'allergie, qui est la base de toute la lutte officielle antituberculeuse.

Dans une autre partie du domaine de la physiologie, les recherches longuement poursuivies par le Dr L. Brouha dans le laboratoire du prof. H. Frederick, de l'Université de Liège, sur l'*action vasculaire des acides aminés* ont conduit l'auteur à des conclusions formelles, dont voici le résumé : l'injection intraveineuse d'A. A., (notamment glycocolle et leucine), à dose suffisante, provoque régulièrement : 1° de la dilatation vasculaire avec hypotension ; 2° l'augmentation de volume et l'hyperfonctionnement des organes, qu'ils soient séparés du corps ou laissés *in situ.*

Il est acquis que les A. A. fournis par la digestion des albuminoïdes servent à reconstituer les tissus. Mais leur pénétration dans l'organisme au compte-gouttes les empêche d'agir comme ceux qui sont injectés directement par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse. C'est une vérité qui s'impose de plus en plus que cette inégalité d'action des agents thérapeutiques, selon leur mode d'introduction.

Par suite, à l'objection plausible d'apparence « Pourquoi injecter des A. A. quand la nourriture en apporte suffisamment à l'organisme ? », la réponse est simple et physiologique : « Pour donner aux organes malades l'aide vigoureuse qui leur manque ! »

Si maintenant on rapproche les découvertes si éloignées, en apparence, de Richet fils et de Brouha (d'un côté défense cellulaire des organes contre la tuberculose ; de l'autre activation du fonctionnement organique spécifique par les injections d'A. A.) toute obscurité se dissipe, quant à l'une des modalités d'action dans la tuberculose de la bakolyse, solution injectable de créatinine, glycocolles et leucine : elle active le fonctionnement cellulaire, et, l'expérience le prouve, d'une façon quasi-élective, sur les organes déficients.

En outre, les conclusions de L. Brouha justifient les affirmations antérieures que : 1° la bakolyse diminue la tension artérielle chez les bacillaires scléreux hypertendus ; 2° elle semble souvent produire une véritable polyopothérapie, capable de modifier d'autres états pathologiques.

Plus de cent témoignages médicaux spontanés reçus depuis dix-huit mois ont confirmé entièrement les observations cliniques.

Bien qu'on ait le droit d'être sceptique, quand on ne saisit pas clairement le mécanisme de l'activité d'un médicament, personne cependant n'hésite à employer salicylate, arsenic, bismuth, mercure, digitale, dont on ignore réellement le mode d'action. Aujourd'hui pour satisfaire l'esprit critique au sujet de la bakolyse, il y a non seulement des faits cliniques positifs, abondamment vérifiés, mais, par surcroît, pour les éclairer, une explication physiologique si lumineuse et si limpide qu'elle ne saurait laisser indifférent aucun médecin de bonne foi.

Dr Dani HERVOUET.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE RECRUTEMENT DU SERVICE DE SANTÉ

Essai d'organisation.

A l'heure où la Chambre vient d'achever la discussion du projet de loi sur le recrutement de l'armée, je me décide à publier cette étude que je tenais en réserve depuis plusieurs mois.

G. D.

Le personnel médical du Service de santé de l'armée se compose de deux grandes classes de médecins : les médecins du cadre actif ; les médecins des réserves.

Le recrutement de chacune de ces classes est différent.

Sous l'empire de la loi actuelle, fixant à dix-huit mois la durée du service actif pour tous les Français aptes à servir, le jeune docteur en médecine et l'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville de faculté, pourvu qu'il soit possesseur de son brevet supérieur de préparation militaire, et pourvu de seize inscriptions validées, accomplit seulement un an de service dont, six mois comme médecin auxiliaire et six mois comme aide-major de 2e classe. Il passe ensuite, avec son grade, dans la réserve, où son avancement est réglé dans des conditions telles que, sauf pour l'accession au grade de médecin aide-major de 1re classe, qui est automatique, après quatre ans du grade précédent, et à condition d'avoir accompli au moins une période d'instruction, les autres grades ne lui sont conférés strictement qu'au choix. S'il n'est pas docteur, l'étudiant en médecine pourvu du même brevet et de douze inscriptions validées n'est tenu également qu'à un an de service actif qu'il accomplit comme médecin auxiliaire. Enfin, l'étudiant qui n'a pas obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale est incorporé *pour dix-huit mois*, dans une section d'infirmiers où il suit, les six premiers mois, des cours d'application spéciaux, et termine comme médecin auxiliaire pendant douze mois. Le docteur en médecine (et l'interne des hôpitaux) qui se trouve dans ce cas accomplit les derniers six mois de cette année de service comme aide-major de 2e classe.

Les réserves du Service de Santé sont donc alimentées par tous les docteurs en médecine aptes à servir ; auxquels s'ajoutent les médecins du cadre actif, lorsqu'ils donnent leur démission ou prennent leur retraite.

Les médecins du cadre actif proviennent de deux sources distinctes : les uns ont passé par l'école de Lyon (soit comme internes, soit comme externes). Ils ont dû subir un concours avant d'être admis dans cette école. Les autres ont fait toutes leurs études à titre civil. Devenus docteurs, ils ont subi un concours avant d'être admis à l'école d'application du Val-de-Grâce, où tous sans exception — santards et civils, — accomplissent une année de stage.

De 1871 à 1889, année de la mise en service de l'école de Lyon, le service de santé a recruté ses médecins par voie de concours, uniquement parmi les étudiants de toutes les facultés, après qu'ils avaient fait toutes leurs études librement comme des civils, étant seulement astreints à se rendre chaque jour à l'hôpital militaire de la ville pour y répondre à un appel et y assurer un service dans les salles de malades. Ils entraient à l'école d'application du Val-de-Grâce, dès qu'ils avaient leur diplôme de docteur. Les as de la médecine militaire, qui ont aujourd'hui 65 ans, sont entrés par cette unique voie dans la carrière, et sont devenus des personnalités scientifiques de tout premier ordre. Je n'en citerai qu'un exemple : M. le médecin inspecteur général Vincent.

***

Avec la notion, de plus en plus dominante, de la Nation armée, la réduction des effectifs de l'armée active et de la durée du service militaire, les médecins du cadre actif doivent être envisagés comme formant les cadres qui, en cas de mobilisation, encadreraient toute la masse des réserves médicales. Ce sont, d'autre part, de véritables spécialistes, tout comme les médecins des asiles d'aliénés, par exemple. L'hygiène et la médecine, dans l'armée, doivent être, en effet,

considérées comme possédant des caractères spéciaux dus au métier des armes, exercé collectivement.

Leur effectif se trouvera réduit, parallèlement à la réduction des effectifs généraux. Je serais étonné qu'il dépassât 1200 unités.

C'est à la faveur de cette double considération que j'essayerai d'exposer un projet de recrutement auquel je réfléchis depuis longtemps et qui m'apparaît de plus en plus comme répondant aux nécessités de l'heure.

***

Dans la Nation armée, formée de la réelle petite armée active, et de la vaste armée virtuelle des réserves, tous les cadres doivent être préparés au rôle qu'ils auraient respectivement à remplir, en cas de conflit.

On a dit, avec raison, que le médecin est à peu près le seul technicien qui, passant de l'état de paix à l'état de guerre et étant mobilisé, continuera à exercer sa profession, en l'adaptant aux exigences infinies du milieu militaire.

En conséquence, *tous les médecins aptes à servir* doivent avoir reçu le même rudiment de formation, en vue précisément de leur meilleure utilisation de guerre. Mais, ceux qui, parmi eux, veulent *se spécialiser comme médecins militaires* de carrière, doivent recevoir une formation plus développée, plus perfectionnée, en vue de leur spécialisation.

La communauté d'origine ainsi réalisée aurait pour première conséquence, sans doute, de faire disparaître cet antagonisme regrettable qui dressa si longtemps, en face les uns des autres, médecins civils et médicins militaires.

Elle serait d'ailleurs justifiée par le nombre très réduit de médecins à admettre chaque année dans le service de santé actif, choisis parmi le millier de docteurs en médecine reçus tels dans le même temps. Sous le bénéfice de ces considérations générales, je vais maintenant concrétiser mes conceptions. Je n'ai ici en vue que l'armée métropolitaine de terre. L'armée coloniale et la marine de guerre, par leur destination et leur recrutement, sont demeurées, présentement en dehors de mes préoccupations.

***

Tous les étudiants en médecine, offrant les aptitudes physiques requises pour servir dans le service de santé — armé ou auxiliaire — au moment de la conscription, *sont inscrits dans ce service*, et y seront appelés après qu'ils auront pris leur seizième inscription, — à condition qu'ils ne soient pas âgés, à ce moment, de plus de 24 ans. Ceux qui désireront se spécialiser ensuite comme médecins militaires du cadre actif le déclareront à l'époque de la conscription. Ils subiront un concours, institué à la diligence du Service de santé, qui opèrera une première sélection, selon le nombre de places disponibles dans les cadres (1).

Il est permis de supposer que, sur le nombre d'étudiants qui se présenteront à la révision, les quatre-cinquièmes seront reconnus aptes.

Combien seront-ils exactement à être appelés, leur seizième inscription prise ? Je dis *huit cents* environ. Tous feront alors un premier stage de trois mois à l'école de Lyon, où ils entreront par contingents successifs de *deux cents* dont la composition respective sera déterminée par un tirage au sort. Là, ils recevront une instruction militaire générale, et une instruction médico-militaire spéciale que leurs acquisitions, déjà réalisées en clinique interne et externe, rendront alors profitable.

A l'expiration de ce trimestre de stage, ils subiront un examen qui devra faire la preuve de leurs connaissances. Ceux qui réussiront feront alors un deuxième stage de trois mois à l'école d'application du Val-de-Grâce, à l'issue duquel ils subiront un nouvel examen et seront nommés médecins auxiliaires. Les quatre contingents de 200 étudiants chacun, pour une année, s'y succéderont à intervalles de trois mois.

Ce premier semestre de service actif ainsi accompli, ils seront mis en congé et termineront leur scolarité à la Faculté où ils auront été primitivement immatriculés.

Reçus docteurs en médecine, ils seront alors nommés médecins aide-majors de deuxième classe, et accompliront leur deuxième semestre de service actif dans un régiment, dans une garnison, dans un hôpital, dans un camp... venant apporter aux médecins de carrière l'appoint de leur collaboration.

Pour bénéficier de ces avantages, ils devront être docteurs en médecine au plus tard à 28 ans.

Exception faite cependant pour les étudiants en médecine déjà sélectionnés pour devenir médecins militaires de carrière. Reçus docteurs en médecine, ceux-ci seront nommés aides-majors de deuxième classe, *mais feront une nouvelle année de stage à l'école d'application du Val-de-Grâce ; après quoi, ils recevront leur affectation.*

En cas d'échec aux examens de sortie, soit à l'école de Lyon, soit au Val-de-Grâce, l'étudiant sera autorisé à se représenter au bout de six semaines, après avoir prolongé son stage d'une même durée, ici ou là. S'il échoue encore une seconde fois, il sera alors versé dans un corps de troupe, un hôpital ou un camp où il achèvera son service actif comme simple infirmier. Reçu

(1) On peut conserver, si l'on y trouve une meilleure garantie d'aptitnde, l'obligation du brevet de préparation militaire supérieur spéciale pour bénéficier, dans toute sa plénitude, du régime que je préconise.

docteur en médecine, il ne pourra ultérieurement accéder au grade de médecin aide-major de 2e cl. qu'après avoir rempli certaines conditions de stage et d'examen.

S'il réussit, les six semaines ou les trois mois complémentaires qu'il aura accomplis soit à Lyon, soit au Val-de-Grâce, soit à Lyon et à Paris, seront imputés sur la durée du service actif lui restant à faire, après l'obtention de son diplôme de docteur.

Je me résume : au cours de sa cinquième année d'études, l'étudiant en médecine accomplit six mois de service actif, dont trois mois comme élève stagiaire à l'école de Lyon, et trois mois comme élève stagiaire au Val-de-Grâce.

Il est alors nommé médecin auxiliaire et envoyé en congé jusqu'à ce qu'il soit reçu docteur en médecine. Il est ensuite nommé médecin aide-major de deuxième classe, et rappelé à l'activité, avec ce grade, pour six mois.

Toutefois, s'il doit devenir médecin militaire de carrière, il fera un nouveau stage d'un an au Val-de-Grâce avant de recevoir une affectation.

* * *

Au point de vue économique, à l'école de Lyon, l'étudiant stagiaire payera une pension, tout comme il subvient à tous ses frais de logement et de nourriture, durant la totalité de ses études (1). Au Val-de-Grâce, où il sera externe, sauf les gardes qu'il sera appelé à faire, la question ne se posera pas.

S'il y était interne, il y payerait également une pension.

Les études médicales, en d'autres termes, comportent une formation médico-militaire de six mois à neuf mois, dont l'étudiant doit faire les frais. Des bourses ou des demi-bourses pourront être accordées aux étudiants dépourvus de ressources, tout comme actuellement.

Aucun avantage particulier ne sera accordé à l'étudiant qui se destinera à la médecine militaire active, mais il y trouvera une compensation dans le droit, qui lui sera accordé plus tard, de donner ses soins à la population civile, à titre onéreux, tout comme ses confrères civils, à condition de payer les mêmes impôts que ceux-ci. Ce sera l'affaire de l'autorité militaire de déterminer dans quelles mesures, compatibles avec le service, les médecins militaires pourront exercer pour leur propre compte.

J'entends déjà les protestations que va soulever ma proposition. Que les protestataires se calment et réfléchissent. A cette heure, dans beaucoup de garnisons, les médecins civils se plaignent que leurs confrères militaires font de la clientèle à leur détriment, et leur reprochent de ne pas supporter les mêmes charges qu'eux-mêmes. Leurs plaintes restent souvent lettre morte. Il y a donc une situation de fait contre laquelle ils sont peu ou mal armés, la solution de la difficulté appartenant uniquement à l'autorité militaire qui, seule, dispose de sanctions contre le médecin militaire qui manque à ses obligations. Or, l'autorité militaire oppose le plus souvent aux plaintes et réclamations des médecins civils une force d'inertie qui ne résout rien.

Assainissons la situation : égalité de droits, égalité de charges. Ce n'est pourtant pas un contingent d'un millier de médecins militaires de carrière qui peut porter un grave préjudice aux 20.000 praticiens exerçant en France...

* * *

Autre protestation, mais qui proviendra des profanes : « Vous créez, me dira-t-on, une situation privilégiée aux médecins, pour l'accomplissement de leur service actif. »

D'abord, qui empêche de traiter de la même façon tous les autres étudiants des grandes écoles civiles, et de l'enseignement supérieur ? La guerre a montré à l'évidence quels cadres excellents ont fourni toutes ces grandes écoles, à telles enseignes que toutes ont reçu la Croix de Guerre. Ces étudiants ne représentent jamais qu'une minorité par rapport à l'effectif total de l'armée active.

Aujourd'hui, avec le régime de dix-huit mois, le privilège existe bien, pour les uns comme pour les autres, d'accomplir un semestre comme officiers, à condition d'avoir souscrit à certaines obligations. Le privilège que peut paraître constituer mon projet est donc beaucoup plus apparent que réel, d'autant plus que la discipline de l'école de Lyon et du Val-de-Grâce peut fort bien être plus sévère que celle des corps de troupe. Précisément, parce qu'il s'agira d'une élite, on aura le droit, *le devoir*, de se montrer infiniment plus exigeant envers elle.

Et puis, quel but poursuivons-nous ? Préparer les jeunes médecins au rôle qu'ils seraient appelés à jouer en cas de mobilisation... Qui veut la fin veut les moyens. Nous avons fait l'expérience, durant la guerre, des inconvénients du défaut de préparation que montrèrent tant de médecins mobilisés, non pas au point de vue technique, mais au point de vue de l'adaptation de la technique au milieu militaire, et aux nécessités de la guerre. Avec une formation dont j'esquisse ici les principes, avec des périodes d'instruction ultérieures, conditionnant l'avancement des médecins de réserve, ceux-ci doivent former un corps qui, excellemment encadré par les médecins de carrière, ayant même origine et même formation rudimentaire, et par conséquent, déjà en communion de pensées et de sentiments avec eux, sera plus que jamais à la hauteur de sa tâche.

G. Duchesne.

(1) A moins que l'Etat ne supporte ces frais.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le médecin peut-il prescrire, aux frais du chef d'entreprise, les médicaments spécialisés ou non, nécessaires au traitement du blessé ?

Depuis quelque temps, le *Concours* et le « Sou médical » recevaient questions ou plaintes, de la part de confrères, surtout des propharmaciens. Ces derniers avaient toutes les peines du monde à se faire rembourser des produits pharmaceutiques spécialisés qu'ils avaient délivrés à des blessés du travail.

Devant les difficultés croissantes, nous avons saisi l'occasion suivante pour faire fixer par le Ministre du Travail ce point particulier de l'exercice de notre profession.

Un médecin avait prescrit du chloroforme Adrian et de l'électrargol Clin. Des discussions eurent lieu entre les pharmaciens et la Compagnie d'assurances, celle-ci prétendant ne pas devoir les spécialités. Tout au plus, consentait-elle à rembourser le prix du chloroforme du Codex, fourni aux pharmaciens par des droguistes en gros.

Déjà le pharmacien détaillant parlait de demander au médecin si, en toute justice, le praticien ne devrait pas rembourser, de sa poche, les médicaments prescrits, parce que le docteur devrait savoir que les spécialités sont interdites en matière d'accident du travail, ce qui, juridiquement, est une erreur.

Avec raison, le pharmacien faisait remarquer qu'il est l'esclave de la prescription magistrale : il ne peut pas substituer un médicament à un autre et, du moment où le docteur prescrit du chloroforme de telle marque, le pharmacien n'a qu'à s'incliner.

Non seulement, l'article 32 de la loi du 21 germinal oblige le pharmacien à respecter l'ordonnance du docteur, mais encore la simple prudence l'y engage.

Qu'au cours de l'anesthésie, un accident se soit produit : le pharmacien aurait pu être rendu responsable si, au lieu du chloroforme ordonné, il avait substitué une autre marque à celle qui, à tort ou à raison, avait la confiance du praticien ?

Nous avons donc demandé au Ministre du Travail, si, en matière d'accidents du travail, le médecin avait le droit de prescrire des spécialités pharmaceutiques.

Nous avons reçu la lettre suivante :

MINISTÈRE DU TRAVAIL
DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE
ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALES
—

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—

Paris, le 28 décembre 1927.

Monsieur,

Vous avez bien voulu me transmettre une réclamation de M. B., pharmacien, qui se plaint que certains chefs d'entreprise et certaines compagnies d'assurances refusent de payer au pharmacien des spécialités prescrites par le médecin, parce que celles-ci ne se trouvent pas mentionnées au tarif des frais pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail, dressé conformément à l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

J'ai l'honneur de vous rappeler, tout d'abord, qu'aux termes de l'article 1er, alinéa 2, de l'arrêté ministériel du 31 mars 1926 (*J. O.* du 8 avril 1926), toujours en vigueur ; « pour tout ce qui « ne figure pas à l'annexe ci-après, les tarifs et « barèmes applicables sont ceux dressés par « l'Association générale des Syndicats pharma« ceutiques de France (Edition 1925) en tenant « compte, dans le délai légal, à partir de la mise « en application du présent arrêté, des bulletins « de variations publiés par ladite Association. Ces bulletins devront être, préalablement à leur publication, soumis à la Commission instituée par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et ratifiés par elle. »

D'autre part, la Cour de Cass. Ch. Civ., dans son arrêt du 16 mai 1911, a interprété dans ces termes la disposition précitée de l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898.

« Le tarif des frais médicaux et pharmaceu« tiques, établi par arrêté ministériel, en exécu« tion de l'article 4, de la loi du 9 avril 1898 « modifié par la loi du 31 mars 1905, ne s'appli« que qu'aux honoraires du médecin et au prix « des médicaments fournis par le pharmacien, « choisis l'un et l'autre par la victime d'un acci« dent du travail, il laisse en dehors de ses pré« visions les différents moyens curatifs qui, or« donnés par le médecin traitant, ne sont cepen« dant pas mis en œuvre par lui-même et ne « nécessitent pas non plus l'intervention du « pharmacien.

« Toutes les dépenses nécessitées par le traite« ment du blessé doivent cependant demeurer « à la charge du chef d'entreprise, et il appar« tient au juge du fond d'en fixer souveraine« ment le montant, lorsqu'elles ne sont pas pré« vues au tarif établi par l'arrêté ministériel.

« En conséquence, un ouvrier victime d'un « accident du travail est en droit d'exiger de « son patron le paiement des sommes qui lui

« sont réclamées pour massages et pour bains, « dès lors que ces massages et ces bains ont été « ordonnés par le médecin et étaient nécessaires « au traitement, encore bien que les massages « ne figurent au tarif des honoraires des médecins « que s'ils sont opérés par le médecin traitant, et « que les bains ne figurent pas au tarif des frais « pharmaceutiques ».

Il va sans dire que le médecin traitant reste libre de ses prescriptions pharmaceutiques, sous sa responsabilité.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Pour le Ministre du Travail,

Le Conseiller d'Etat, Directeur,

SUMIEN.

Cette réponse nous donne entière satisfaction, puisqu'il est reconnu que le médecin a le droit d'ordonner tout ce qui est nécessaire pour guérir son malade.

Mais je désire attirer l'attention de mes confrères sur un certain nombre de points.

Tout d'abord, que signifie cette phrase : « Il va sans dire que le médecin traitant reste libre de ses prescriptions pharmaceutiques, sous sa responsabilité » ?

Cette responsabilité est de deux ordres :

L'article 32 de la loi du 21 germinal interdit le commerce des médicaments secrets. Jusqu'au décret du 13 juillet 1926, toutes les spécialités pharmaceutiques devaient être tenues pour médicaments secrets, puisqu'elles ne rentraient pas dans le cadre des produits pharmaceutiques officinaux ou magistraux.

Le décret sus-visé décide que les spécialités, qui porteront l'indication des produits actifs entrant dans leur composition, et la posologie de ces derniers, seront considérées comme préparations magistrales, ou officinales.

Il s'en suit que le docteur devra s'abstenir de prescrire des spécialités, qui ne se sont pas conformées au texte réglementaire ci-dessus indiqué, car, non seulement se rendrait coupable de prescription de médicaments secrets, mais encore le chef d'entreprise aurait le droit de se refuser à rembourser le prix de ces produits pharmaceutiques illicites.

En second lieu, le médecin ne doit pa s se rendre coupable de collusion soit avec le pharmacien, soit avec le blessé.

Des procès ont eu lieu, au cours desquels la responsabilité du docteur a été mise en cause, sous prétexte d'abus de prescriptions pharmaceutiques.

Certains praticiens ont la très mauvaise habitude de soigner leurs blessés avec des médicaments qu'ils ont chez eux, en certaine quantité, puis ils se rendent chez le pharmacien de leurs amis et signent à ce dernier des ordonnances, comportant des quantités de médicaments, ou de matières à pansements.

Pareille pratique est irrégulière et peut occasionner de gros ennuis au médecin, même lorsque ce dernier est de bonne foi.

C'est au blessé seul, ou au représentant de ce dernier, que le docteur doit remettre l'ordonnance, pour que la victime de l'accident du travail puisse librement se rendre dans l'officine de son choix.

La loi reconnaît à l'ouvrier la libre désignation de son pharmacien, aussi bien que de son docteur.

Porter les ordonnances chez un seul constitue donc une violation de ce libre choix, sans compter que les autres pharmaciens seraient en droit d'attaquer à leur tour ces procédés irréguliers.

Lorsqu'un médecin signe une ordonnance médicale, pour un blessé du travail, il doit se souvenir que, si, en principe, la victime doit participer pour une quote part, dans les dépenses pharmaceutiques, lorsqu'elle choisit elle-même son médecin et son pharmacien, il n'en est rien, en réalité : le chef d'entreprise restera seul, la plupart du temps, pour régler les dépenses pharmaceutiques, nécessitées par l'accident.

Le docteur doit donc se rappeler qu'il ordonne, non pas aux frais du consommateur des médicaments, l'ouvrier, mais à ceux du responsable, le chef d'entreprise.

L'ouvrier doit être soigné le mieux possible, pour être guéri le plus vite possible ; mais ces soins ne doivent comporter aucune dépense inutile.

La spécialité pharmaceutique est entrée dans les mœurs : elle est absolument indispensable, pour de nombreuses raisons ; mais le docteur doit se montrer économe des deniers d'autrui, au nom duquel il prescrit et ordonne.

Il s'en suit que serait encore plus répréhensible la collusion entre un praticien et un pharmacien spécialiste, pharmacien détaillant de la localité et ayant, comme tous ses autres confrères, quelques produits spécialisés à son nom.

Tout compérage, toute source de profits illicites doit être sévèrement réprimée et je suis bien certain que les syndicats médicaux n'hésiteraient pas à se porter partie civile, au cours d'un procès, parce qu'un médecin, en acceptant des ristournes sur la prescription de ses médicaments, porte atteinte à la dignité professionnelle.

Quelles sont les spécialités licites, c'est-à-dire s'étant conformées au décret de 1926, que le médecin pourra prescrire ?

Une nomenclature en sera dressée ultérieurement, par les soins de la Commission du tarif des accidents du travail.

En attendant, le praticien agira sagement en se préoccupant de savoir si les spécialités qu'il prescrit, proviennent de maisons inscrivant la formule du produit, en doses et en formules non fantaisistes.

En outre, le docteur se voit reconnaître le droit absolu de prescrire tout ce qui peut être nécessaire au traitement du blessé, mais ce traitement ne doit comporter que les médicaments, spécialisés ou non, absolument indispensables et non pas constituer un traitement de luxe, aux frais d'un tiers, traitement que le blessé, quelle que soit sa situation de fortune, se refuserait à suivre et à payer, s'il devait le faire uniquement de sa poche.

La liberté doit toujours comporter le respect des droits d'autrui.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux jeunes médecins.

La pension de retraite.

Il y a quelques semaines, j'attirais l'attention de nos jeunes confrères sur la nécessité de faire acte de prévoyance, de se prémunir contre le chômage professionnel que peut leur causer la maladie ou l'accident.

Je leur montrais que leur bonne santé actuelle ne pouvait les garantir contre la contagion et encore moins contre un accident possible ; je leur disais que leur habileté, leur sang-froid comm e *chauffeurs* ne les mettaient pas à l'abri de la maladresse d'un imprudent ou d'un fou tels qu'on en rencontre chaque jour sur les routes. Et je leur conseillais d'entrer à la Mutualité Familiale du Corps médical français, œuvre toute amicale créée spécialement pour le médecin afin de l'indemniser dans une mesure appréciable s'il avait le malheur d'être arrêté dans l'exercice de sa profession soit d'une manière temporaire, soit d'une manière définitive.

Mais si l'œuvre essentielle de la Mutualité Familiale est l'indemnité-maladie, ce n'est pourtant pas son but exclusif.

Le droit à l'indemnité-maladie, l'expérience l'a prouvé, doit s'arrêter au moment où se montrent les infirmités de la vieillesse et de l'usure ; à ce moment, il doit faire place à la pension de retraite qui est plus en situation. Aussi la Mutualité Familiale, dès qu'elle eut reconnu les dangers présentés par une participation vie entière à l'indemnité -maladie (qu'elle avait admise tout d'abord et qu'elle dut supprimer) fixa-t-elle à 65 ans l'âge limite où devait cesser de plein droit cette participation ; mais, en même temps, elle ouvrit une combinaison donnant la retraite.

Cette pension de retraite, qui est de droit indépendamment de l'état de santé ou de l'activité professionnelle, complète ainsi la garantie que la Mutualité Familiale offre à ses membres.

Peut-être eût-il été désirable que ce complément fût obligatoire — le médecin s'en serait certainement mieux trouvé — mais la Mutualité Familiale voulait se mettre à la portée de tous, répondre à tous les besoins, se plier à toutes les exigences ; elle fit donc de l'indemnité maladie et de la pension de retraite deux organisations indépendantes, permettant ainsi à ses membres de s'agréger, suivant leurs préférences, soit à l'une, soit à l'autre, soit enfin aux deux simultanément.

Le premier conseil qu'il conviendra toujours de donner à un jeune médecin restera celui de s'inscrire à l'indemnité-maladie et de se prémunir contre le danger immédiat ; mais il faut lui montrer ensuite qu'il existe un autre danger, plus éloigné sans doute, mais inéluctable, la vieillesse qui, elle, l'arrêter a certainement un jour. Et c'est pour cette raison qu'après avoir insisté pour l'amener à un premier acte de prévoyance, je viens lui conseiller un second acte complémentaire.

Participation à l'indemnité-maladie jusqu'à 65 ans et, le lendemain même du jour où cesse cette participation, droit à la pension de retraite, sans qu'il y ait interruption, c'est la doubie combinaison que j'ai toujours conseillée, car c'est elle qui me paraît le mieux répondre aux besoins du médecin. Mais, je l'ai dit, la Mutualité Familiale veut se prêter à toutes les convenances, et un assez grand nombre de confrères désirent la pension de retraite à un âge moins avancé ; elle a donc admis également une autre combinaison donnant la retraite à 60 ans.

Ainsi le médecin a le choix entre la retraite à 65 ans et la retraite à 60 ans.

Comme la loi exige quinze années de participation, l'âge limite d'entrée se trouve fixé à 50 ans dans le premier cas et à 45 ans dans le second. Disons immédiatement que cet âge d'entrée est celui que le sociétaire a eu ou aura dans l'année de son admission, que la participation remonte uniformément au 1er janvier quelle que soit l'époque de cette admission et que, comme conséquence, le sociétaire ne paye pas de cotisation dans l'année où il atteint 60 ou 65 ans suivant le cas.

Le chiffre maximum de la pension est actuel-

lement de 2.400 francs ; il peut être moindre, mais il peut en fait devenir aussi plus élevé puisqu'il n'y a pas incompatibilité entre les deux combinaisons et que le même sociétaire peut s'assurer une première pension à 60 ans et une seconde à 65 ans, ce qui permet à ce dernier âge d'atteindre le chiffre de 4.800 francs.

La pension se paye d'un seul coup et d'avance au mois de janvier. Si le sociétaire venait à mourir dans les premiers jours de l'année, la pension ne lui en serait pas moins acquise. Il lui suffit, pour la recevoir, d'envoyer au trésorier un certificat de vie sur papier libre délivré gratuitement dans les mairies pour les Sociétés de secours mutuels.

Toujours pour répondre aux diverses exigences, la Mutualité Familiale a admis la faculté pour le sociétaire de contre-assurer ses versements de telle sorte que, s'il vient à mourir prématurément, ses ayants droit soient remboursés au total des cotisations qu'il aura versées.

A maintes reprises, j'ai développé le mécanisme des pensions de retraite à la Mutualité Familiale, je n'insisterai donc pas, me contentant de donner à mes confrères le Conseil d'écrire à notre secrétaire général (1) qui, lui, fera réponse directe aux différentes questions personnelles qu'ils pourront lui soumettre.

J'arrive à la grosse question : quelle est donc la cotisation annuelle qu'il faut verser pour s'assurer cette pension de retraite ?

Prenons d'abord la retraite à 65 ans.

Confrère, vous avez 28 ans, et vous voulez une pension annuelle de 1.200 francs, vous aurez 77 fr. à verser ou 95 fr. si vous contre-assurez.

Si vous voulez 2.400 fr. c'est naturellement le double.

Pas même cinquante centimes par jour !

Vous avez 30 ans, pour la pension de 2.400 fr. vous paierez 174 fr. ou 216 fr.

A 32 ans, ce sera 198 fr. ou 246 fr.

Prenons maintenant la pension à 60 ans.

Vous avez 28 ans et vous voulez la pension de 2.400 francs, vous verserez 272 fr. ou 318 fr. contre assurés.

Par jour 0 fr. 75 dans le premier cas et 0 fr. 85 dans le second.

(1) Dr Mignon, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Vous avez 30 ans, les chiffres deviennent respectivement 308 fr. et 362 francs.

A 32 ans, on arrive à 356 fr. et 414 fr.

Pour la pension de 1.200 francs, la moitié, bien entendu.

Mais vous voulez arriver au maximum de 4.800 fr. lorsque vous aurez atteint 65 ans.

A 28 ans, vous paierez 154 + 272 = 426 fr. ou, si vous contre-assurez 180 + 318 = 498 francs.

Dans ce dernier cas, vous cesserez de payer la première somme dans votre soixantième année ; au 1er janvier suivant, vous recevrez une première pension de 2.400 fr. Vous cesserez de payer la seconde somme dans votre soixante-cinquième année et au 1er janvier suivant vous recevrez 4.800 fr.

Les chiffres, vous en conviendrez, ne sont pas au-dessus de vos possibilités.

Mais, pourra-t-on dire, le chiffre de la pension est bien modeste par ces temps de vie chère.

Je ne le nierai pas, je ferai cependant remarquer que la somme n'est pas négligeable, et je connais des cas où elle serait la bien venue soit qu'elle permette de boucler un maigre budget — il s'en trouve même chez des confrères qui ont passé pour des heureux de la profession — soit qu'elle autorise quelque douceur supplémentaire.

Et puis, qu'on la mette en parallèle avec les sommes versées.

Ces dernières représentent-elles autre chose qu'un argent qu'on gaspille au jour le jour, sans même y faire attention ?

Jeunes confrères, je ne puis que me répéter :

Vous êtes jeunes, songez que vous ne le serez pas toujours ; vous êtes bien portants, songez à ce qui peut arriver dans la seconde moitié de la vie ;

Vous avez une certaine situation de fortune, songez qu'aucune n'est à l'abri des tempêtes et des catastrophes.

Ce que nous vous demandons, c'est le sou que vous jetez au hasard sans vous inquiéter de ce qu'il devient... et ce sou, la Mutualité Familiale, vous le rendra à un moment où peut être vous serez bien aise de le retrouver.

A. Gassot.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tarif des frais pharmaceutiques.

Arrêté du 21 juin 1927.

Art. 1er. — Le tarif annexé au présent arrêté est applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, dans les conditions fixées aux articles 1er à 6 de l'arrêté ministériel du 31 mars 1926.

Art. 2. — Sont abrogés les arrêtés ministériels des 15 et 27 novembre 1926, ainsi que toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Art. 3. — Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er juillet 1927, pour une durée de six mois au moins.

ANNEXE

A L'ARRÊTÉ FIXANT LE TARIF DES FRAIS PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

I. — *Produits chimiques et pharmaceutiques.*

A défaut d'indications tout à fait précises mentionnées sur les ordonnances médicales concernant les produits figurant aux présents tableaux sous la même appellation, le pharmacien devra toujours délivrer, et par conséquent toujours tarifer les produits précédés d'un astérisque (*) :

Honoraires de responsabilité	Nomenclature des produits chimiques et pharmaceutiques	Numéro de la référence au barême
»	Acide acétylsalicylique...	46
»	Acide borique officinal...	31
»	Acide picrique en solution à 1 p. 100, prix minimum, 1 fr.	12
»	Alcool à 95°	40
»	*Alcool à 90°	39
»	*Alcool camphré fort.....	40
»	Alcool camphré faible....	38
»	Alcoolat de Fioraventi...	41
»	Analgésine	54
»	Antipyrine	54
»	Aspirine	46
»	Baume du Commandeur..	43
»	Baume de Fioraventi....	41
»	Baume Opodelboch......	44
	Le flacon contient 90 gr., 7 fr. 25 s.v.	
	*Le demi-flacon contient 45 grammes, 4 fr. 10 s.v....	
»	Baume tranquille........	36
1 20	Chlorhydrate de cocaïne..	84
0 80	*Chloroforme.	41
1 »	Chloroforme anesthésique.	49
»	L'ampoule de 30 gr., 8 fr. net	
»	L'ampoule de 60 gr., 11 fr. net.	
1 »	Chlorure (bi-) de mercure.	51
0 60	Chlorure (bi-) de mercure (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10..........	46
»	Chlorure de soude liquide, prix minimum, 75 cent.	12
»	*Eau blanche du Codex, prix minimum, 75 cent.	7
»	Eau blanche de Goulard, prix minimum, 1 fr. 50..	18
»	Eau boriquée, prix minimum, 75 centimes.....	10
»	Eau de Goulard, prix minimum, 1 fr. 50........	18
»	*Eau oxygénée Codex, prix minimum, 75 cent.	17
»	Eau phéniquée à 1 p. 100, prix minimum, 75 cent.	10
»	Eau phéniquée à 2 p. 100, prix minimum, 75 cent.	11
»	Eau phéniquée à 5 p. 100, prix minimum, 75 cent.	13
»	Eau végéto-minérale, prix minimum, 1 fr. 50.....	18
»	Eau-de-vie camphrée....	38
»	Essence de térébenthine officinale	35
»	Essence de Wintergreen artificielle...........	44
»	*Ether sulfurique rectifié.	33
»	Ether sulfurique anesthésique...............	38
	Ampoules de 50 grammes, 10 fr. 75 net.	
	Ampoules de 100 grammes, 15 fr. 50 net.	
»	*Graisse de laine anhydre.	34
»	Graisse de laine hydratée.	33
»	Huile de camomille camphrée	40
»	Huile camphrée.........	41
»	Huile chloroformée du Codex	38
»	Huile de jusquiame......	36
»	Huile de jusquiame com-	

	posée	36
»	Hypochlorite de soude liquide, prix minimum, 75 centimes	12
»	Iodoforme pulvérisé	63
»	*Lanoline anhydre	34
»	Lanoline hydratée	33
0 80	Laudanum de Sydenham	54
»	Liniment chloroformé	38
»	Liniment oléocalcaire	34
»	Liniment de Rosen	49
»	Liqueur de Dakin titrée	18
»	Liqueur de Labarraque, prix minimum, 75 cent.	12
0 30	Liqueur de Van Swiéten, prix minimum, 1 fr.	12
»	Permanganate de potasse.	37
»	Plâtre chirurgical en boîte	18
»	Pommade boriquée à 1 p. 10, prix minimum, 75 centimes	34
»	Pommade iodoformée à 1 p. 10, prix minimum, 2 fr. 50	46
»	Pommade phéniquée à 1 p. 100, prix minimum, 2 fr.	35
»	Pommade de Reclus, prix minimum, 2 fr. 50	45
0 60	Poudre de sublimé et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, 2 gr. 50 p. 10	46
»	Salicylate de méthyle	44
»	Salicylate de phénol	48
»	Salol	43
»	Sérum antitétanique, le flacon, prix marqué net.	
»	Sérum physiologique : L'ampoule de 60 centimètres cubes, 6 fr. L'ampoule de 125 centimètres cubes, 8 fr. L'ampoule de 250 centimètres cubes, 11 fr. L'ampoule de 500 centimètres cubes, 14 fr.	
»	Solution d'acide picrique à 1 p. 100, prix minimum, 1 fr.	12
0 30	Solution de sublimé à 1 p. 1000, prix minimum, 1 fr.	12
»	*Sparadrap diachylon	212
»	Sparadrap des hôpitaux. Le rouleau de sparadrap est de 1 mètre de long sur 20 centimètres de large.	215
1 »	Sublimé corrosif	51
0 60	Sublimé (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10	46
1 »	Sulfate d'atropine	82
»	Teinture d'arnica	40
»	Teinture balsamique	43
0 30	Teinture d'iode officinale.	45
»	Vaseline pure	33
»	Vaseline boriquée, prix minimum, 75 cent.	34
»	Vaseline iodoformée, prix minimum, 2 fr. 50	46
»	Vaseline phéniquée, prix minimum, 2 fr.	35

II. — *Objets de pansements.*

Lorsque plusieurs articles du même nom sont inscrits à ce tarif, ce sera toujours celui de ces articles marqué par un astérisque (*) qui devra être délivré et tarifé, à moins d'indication contraire sur la prescription.

Lorsqu'il est prescrit : « une bande » sans autre indication, c'est toujours une bande de gaze hydrophile qui doit être délivrée et tarifée.

S'il est prescrit : « une bande de crépon » sans désignation de couleur de fil, le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer la bande « crépon coton ».

Le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer les articles de pansements, ni aseptiques, ni stérilisés, à moins que la prescription ne spécifie : « aseptique ou stérilisé ».

Lorsqu'il est prescrit un article de pansement avec la recommandation « aseptique ou stérilisé », le pharmacien est toujours tenu de délivrer cet article de pansement en récipient hermétiquement clos, soit en flacon, soit en boîte métal. La tarification sera faite en conformité de la fourniture.

Nomenclature des objets de pansements	Prix fr.	c
*Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	3	»
Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	4	»
Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	5	75
Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	8	»
Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	11	»
Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	14	»
Bande crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	16	25
*Bande crépon de laine et coton, longueur, 5 mètres, largeur 4 à 6 centim.	3	75
Bande crépon de laine et coton, longueur 3 mètres, largeur 7 à 8 centim.	4	90
Bande crépon de laine et coton, longueur 3 mètres, largeur 9 à 12 centim.	6	60

Bande crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	12 »
Bande crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	14 50
Bande crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	17 50
*Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	8 »
Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	10 80
Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	14 50
*Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	1 25
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	1 60
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	2 40
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 12 à 15 centimètres	3 20
Bande d'ouate de cellulose, 18 centimètres, largeur, S/2.25 longueur, avec 1 gaze	7 70
Bande d'ouate de cellulose, 18 centimètres largeur, S/2,25 longueur, avec 2 gazes	7 60
Bande d'ouate de cellulose, 9 centimètres, largeur, S/2,25 longueur, avec 1 gaze	4 80
Bande d'ouate de cellulose, 9 centimèttres largeur, S/2,25 longueur, avec 2 gazes	7 60
Bande d'ouate de cellulose, 5 centimètres largeur, S/2,25 longueur, avec 1 gaze	3 40
Bande d'ouate de cellulose, 5 centimètres largeur, S/2,25 longueur, avec 2 gazes	3 70
*Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	4 »
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	5 40
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	6 25
*Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	2 25
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	3 »
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	4 »
*Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	1 40
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	2 »
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	2 70
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	3 75
*Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	4 »
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	5 75
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	8 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 00	7 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 0	7 50
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 1	8 »
*Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 2	9 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 3	10 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 4	11 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 5	12 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 6	13 »
Compresses de gaze non stérilisées, grandes (40/50), la boîte de 10	8 25
Compresses de gaze nons stérilisées, moyennes (30/30), la boîte de 10	5 75
*Compresses de gaze non stérilisées, petites (15/15), la boîte de 10	3 25
Compresses de gaze stérilisées, grandes (40/50), la boîte de 10	17 »
Compresses de gaze stérilisées, moyennes (30/30), la boîte de 10	12 »
*Compresses de gaze stérilisées, petites (15/15), la boîte de 10	9 »
Coton hydrophile Codex, 25 grammes (poids net),	0 95
*Coton hydrophile Codex, 50 grammes, (poids net)	0 70
Coton hydrophile Codex, 100 grammes (poids net)	3 20
Coton hydrophile Codex, 125 grammes (poids net)	3 90
Coton hydrophile Codex, 250 grammes (poids net)	7 50
Coton hydrophile Codex, 500 grammes (poids net),	14 50
Coton hydrophile Codex, 1.000 grammes (poids net)	28 »
Coton cardé, 25 grammes (poids net)	0 90
*Coton cardé, 50 grammes (poids net)	1 65
Coton cardé, 100 grammes (poids net)	3 10
Coton cardé, 125 grammes (poids net)	3 80
Coton cardé, 250 grammes (poids net)	7 25
Coton cardé, 500 grammes (poids net)	14 »
Coton cardé, 1.000 grammes (poids net)	27 »
*Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 6	5 50
Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 12	6 80
Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 25	10 »
Doigtier de caoutchouc, la pièce	1 50

*Doigtier de cuir, la pièce	2 »
Doigtier de peau, la pièce	2 »
*Gaze hydrophile, non stérilisée, le paquet de 1 m. × 0,65	2 50
Gaze hydrophile, à la pièce par 5 mètres ou plus, le mètre	2 30
*Gaze hydrophile stérilisée, la boîte de 1 mètre	5 50
Gaze hydrophile stérilisée, la boîte de 5 mètres	18 50
Gaze iodoformée non stérilisée, le flacon de 1 mètre	7 »
Gaze au peroxyde de zinc, le flacon de 1 mètre (non stérilisée)	6 »
Gaze salolée non stérilisée, le flacon de 1 mètre	6 25
Mousseline à cataplasme, le mètre	2 50
Ouate de cellulose, 125 grammes (poids net)	2 20
Ouate de cellulose, 250 grammes (poids net)	4 40
Ouate de cellulose, 500 grammes (poids net)	8 80
Ouate de cellulose, 1.000 grammes (poids net)	17 60
Taffetas chiffon, largeur 80 centim., numéro de barème 211	»
Taffetas gommé, largeur 80 centim., numéro de barème 209	»

A moins d'indication contraire pour les taffetas, si la largeur n'est pas spécifiée sur l'ordonnance, la longueur prescrite sera délivrée en carré. S'il est prescrit taffetas ou imperméable sans autre indication, c'est le taffetas gommé qui sera délivré et tarifé.

Tarlatane, le mètre	2 50

Nota. — La trame du tissu de la gaze hydrophile et des bandes de gaze hydrophile, inscrites au tarif, devra compter 9/10 fils au centimètre carré.

(*J.O.*, 25 *juin* 1927.)

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social.

Par le Dr Henri Roure,

Médecin du Dispensaire.

(Suite).

Professions, âge et origine des « positifs ».

Parmi les « *professions* » exercées par ces 176 « positifs » adultes, nous relevons :

52 cultivateurs (viticulteurs), soit près de 30 % ;
35 ménagères, soit près de 20 % ;
15 couturières ou lingères ;
10 employés de bureau ou de magasin ;
6 manœuvres ;
5 commerçants ;
4 ajusteurs-mécaniciens ;
3 employés de chemin de fer ;
3 plâtriers ;
3 professions libérales ;
2 instituteurs ;

et quelques représentants, un ou deux, de l'une des professions suivantes : sténo-dactylographe, coiffeur, entonneur, employé des P.T.T. menuisier, mosaïste, fripier, maçon, facteur, charretier, forgeron, limonadier, pêcheur, boucher, zingueur, concierge et préparateur en pharmacie.

Ainsi, parmi ces « positifs », près de 50 % (viticulteurs, manœuvres, employés de chemin de fer, facteurs, maçons, charretiers, pécheurs, etc.), vivaient au grand air, la moitié de leur existence tout au moins. Et cependant la tuberculose ne les a pas épargnés. Il faut en conclure que l'effet bienfaisant incontestable du grand air a été neutralisé par d'autres agents tels que : le surmenage les excès de toutes sortes, l'alimentation défectueuse, la contamination familiale favorisée par l'insuffisance du logement, etc.

Par contre, l'air confiné, le surmenage, les privations de toutes sortes expliquent suffisamment la tuberculisation des ménagères, couturières, lingères, employées de bureau et de magasin, sténo-dactylographes, employés des P. T. T. etc., qui représentent l'autre moitié des « positifs. »

***

Au point de vue « âge », ces 180 « positifs », enfants et adultes, se classent ainsi :

de 0 à 15 ans	(enfants)	4,	soit 1 % d'enfants vus		et 2 %	des « positifs » ;
» 16 à 20 »	(adultes)	27,	dont 14 hommes	et 13 femmes	soit 15 %	des « positifs »
» 21 à 30 »	»	61,	» 27 »	» 34 »	» 34 %	» » »
» 31 à 40 »	»	34,	» 22 »	» 12 »	» 19 %	» » »
» 41 à 50 »	»	30,	» 25 »	» 5 »	» 16 %	» » »
» 51 à 60 »	»	16,	» 12 »	» 4 »	» 9 %	» » »
au-dessus de 60		8,	» 8 »	» 0 »	» 4 %	» » »

Ces résultats concordent avec ceux de 1925 et des années antérieures.

Ce sont encore des adolescents et des adultes, de 16 à 50 ans, qui ont payé le plus large tribut à la maladie (84 %), et parmi eux, toutes proportions gardées, les femmes autant que les hommes.

Cette constatation, que nous ne sommes pas les premiers à faire, nous suggère les réflexions suivantes que nous croyons utiles d'émettre ici.

S'il est vrai que le germe de la maladie est déposé dans l'organisme dès les premières années et même les premiers mois de l'existence et s'y développe aussitôt dans 25 % des cas, chez les enfants nés et vivant en milieu contaminé, il est non moins évident que, dans les 75 autres cas, ce germe sommeille, ou reste « latent » et semble attendre une occasion favorable pour se multiplier et exercer ses ravages.

Cette occasion favorable paraît se présenter surtout *après* 15 ans. De fait, on trouve fort peu de tuberculoses pulmonaires évolutives chez l'enfant d'âge scolaire, 1 % environ parmi ceux vus au Dispensaire. Ce qui domine chez lui ce sont les tuberculoses locales, « latentes », la plupart du temps (adénites, ostéo-arthrites, etc.).

Or, il existe actuellement de multiples fondations, crèches d'observation, foyers de placement familial des tout petits, de placements collectifs, préventoriums, Œuvre Grancher, etc., pour éviter ou limiter chez les nouveau-nés et l'enfant les contaminations massives et répétées et augmenter la résistance du terrain déjà ensemencé, fondations dont le rôle bienfaisant n'est plus à démontrer.

Par contre, on ne paraît pas avoir songé suffisamment à l'adolescent et à l'adulte ; rien, ou à peu près, n'a été fait pour ces sujets « bacillisés » dont beaucoup, *après l'âge de* 15 *ans*, évolueront vers la tuberculose. Il existe, pour eux, très peu de « preventoriums », à notre connaissance du moins, pas de « colonies de vacances », pas d'« œuvres à la montagne ou à la mer », aucun organisme, en un mot, pour entretenir leur résistance ou la leur rendre périodiquement après les fléchissements accidentels presque inévitables au cours de l'existence (1).

Prévenir l'infection chez le nouveau-né, la limiter tout au moins, prévenir plus tard, chez l'enfant, l'évolution de l'infection qu'on n'a pu éviter, est indispensable, certes. Mais l'œuvre prophylactique est incomplète si elle s'arrête là. La preuve en est fournie par l'observation de tous les jours : la tuberculose évolue surtout *après quinze ans.*

Pourquoi ? Les raisons en sont multiples : puberté, apprentissage, surmenage, logement insalubre, nourriture déficiente, excès de toutes sortes, etc. Comme il est impossible de supprimer à la fois toutes ces causes occasionnelles, qui d'ailleurs agissent différemment et diversement suivant les sujets et les milieux, il faudrait lutter contre elles indirectement par la création d'organismes de prévention analogues à ceux existant

---

(1) A signaler toutefois, dans cet ordre d'idées, une œuvre intéressante et originale, la seule que nous connaissions et, peut-être aussi, la seule existant actuellement : il s'agit du « *Comité des commises à la montagne et en convalescence* » créé à Marseille en 1924, sous le patronage de la Société des commerçants, magasiniers et industriels de Marseille.

Ce Comité a pour but : 1° de faciliter aux commises et employées de magasin, dont les patrons sont membres de la société (elle en compte plus de 1700), le moyen de passer leur congé annuel, accordé et payé par les patrons dans un lieu de villégiature où elles trouvent le repos, le bon air, les distractions et une nourriture saine et abondante.

2° De permettre à celles d'entre elles, convalescentes, surmenées ou momentanément affaiblies, de bénéficier gratuitement, en toutes saisons, d'un repos prolongé à la campagne dans une maison familiale ou de convalescence.

Le Comité tire ses ressources, 30.000 francs en 1927, des souscriptions des membres participants et des membres d'honneur, des tombolas et spectacles qu'il organise, d'une légère participation des bénéficiaires (70 fr. en 1927) et d'une contribution patronale dont le taux est fixé chaque année.

Le séjour à la montagne est de 10 jours ; dans les maisons de convalescence il peut atteindre deux mois.

Le nombre de bénéficiaires d'une villégiature à la montagne a passé, de 25 en 1924, la première année de fonctionnement, à 110 en 1927 ; 20 candidates ont dû être refusées cette dernière année faute de ressources.

En juillet 1927, six jeunes filles avaient déjà bénéficié, depuis le début de l'année, d'un séjour de plusieurs mois, dans une maison de convalescence.

Le siège du Comité est, à Marseille, 3 boulevard Dugommier.

Nous prions M. Mouren, président dudit Comité, qui a bien voulu nous donner les renseignements ci-dessus de trouver ici l'expression de nos vifs remerciements.

Que tous ceux, nombreux espérons-le, désireux d'avoir sur cette œuvre, dont il est le promoteur et l'animateur, de plus amples renseignements, pour en créer de similaires, s'adressent directement à lui : le meilleur accueil leur est réservé.

Qu'il nous soit permis d'exprimer, concernant ce genre d'œuvres, non pas une critique — on admire mais on ne critique pas de semblables initiatives — mais quelques désiderata personnels.

Nous aimerions voir ces œuvres s'intéresser non seulement aux commises et employées, mais aussi aux commis, c'est-à-dire à tous les employés, adolescents et adultes, des deux sexes, car la tuberculose les frappe également.

En outre, un séjour de 10 jours à la montagne nous paraît un peu court. Il faudrait le doubler et même le tripler. Un minimum de 20 à 30 jours de repos et d'air pur sont nécessaires à un organisme surmené par onze mois de travail, et déprimé par la chaleur accablante de l'été, pour lui permettre de récupérer la résistance suffisante mais indispensable à opposer à l'attaque incessante du bacille de Koch.

Enfin, les Pouvoirs publics, Etat, départements et municipalités devraient connaître, encourager et subventionner toutes ces œuvres. Leur rendement en serait considérablement accru et leur perennité assurée.

déjà en grand nombre pour les enfants : préventoriums, colonies de vacances, etc.

Nous livrons ces réflexions à la méditation des philanthropes, des sociologues, des œuvres de bienfaisance et de tous ceux qu'intéressent l'avenir et la prospérité du pays.

***

Au point de vue « origine », ville ou campagne, nous trouvons 104 « positifs » habitant Béziers, soit 58 % environ et 76 la campagne, soit 42 %.

Numériquement, parlant, les « positifs » ont donc été plus nombreux à Béziers qu'à la campagne.

Mais, pour avoir la proportion exacte de la morbidité tuberculeuse rurale et urbaine connue du Dispensaire, il faut établir le pourcentage d'après le nombre de consultants adultes venus d'ici et de là. Or, en 1926, ce nombre a été de 581 pour la ville de Béziers, et 321 pour la campagne. Le pourcentage des « positifs » s'établit alors de la façon suivante : 18 % pour la ville et 23 % pour la campagne.

En 1925, ces proportions étaient exactement les mêmes. Ce qui nous autorise à affirmer, encore une fois, que la tuberculose sévit autant, sinon plus, à la campagne qu'à la ville.

***

La recherche du « contact infectant » a donné des résultats dans 44 cas, sur 180, soit le quart environ. C'est toujours dans l'entourage immédiat du malade que ce « contact » a été trouvé.

***

Répartition des « positifs ».

Parmi les 180 « positifs » diagnostiqués en 1926, 104 habitent Béziers et 76 la campagne.

Ces derniers se répartissent ainsi : 30 dans les deux cantons de Béziers (ville non comprise), et une douzaine environ dans chacun des cantons de Capestang, Murviel -les-Béziers, Servian et Saint-Chinian.

Quant aux 104 de Béziers-ville leur répartition est la suivante : 55 dans le canton Nord et 49 dans le canton Sud. Le premier compte 33.000 âmes, en chiffres ronds (recensement de 1926), et le second 31.000. La proportion, par mille habitants, est donc respectivement de 1,6 ‰ et 1,5 ‰, c'est-à-dire sensiblement identique.

Même remarque, si on suppose une ligne Nord-Sud divisant la ville en deux parties : Est et Ouest. Dans les quartiers de l'Est, 30.000 habitants, on trouve 54 « positifs » et 50 dans ceux de l'Ouest qui comptent 34.000 habitants, soit respectivement, 1,8 ‰ et 1,5 ‰ (pour mille) habitants.

Ces résultats concordent absolument avec ceux trouvés antérieurement et confirment ce que nous avons déjà constaté : dans Béziers, la tuberculose frappe à peu près également tous les quartiers.

***

Logement des « positifs ».

Sur ce total de 180 « positifs », le dispensaire connaît le logement de 129 d'entre eux, soit un peu plus des deux tiers.

Classons ces logements en « suffisants » et « insuffisants », en adoptant toujours le même critérium qui est le suivant : sont considérés comme « suffisants » ceux dont le nombre de pièces, y compris la cuisine, est au moins égal à celui des personnes qui l'habitent, plus une pièce supplémentaire, « *chambre d'isolement* », indispensable à notre avis, pour « isoler » le malade, la nuit en particulier, et assurer la prophylaxie.

Sont catalogués « insuffisants », tous les autres logements, c'est-à-dire ceux où le nombre de pièces est inférieur à celui des personnes qui les habitent, ou encore, dans lesquels, le nombre de pièces étant égal à celui des habitants, il n'existe pas et il n'est pas possible d'aménager une « chambre d'isolement ».

Ce critérium posé, voici le classement obtenu :

1re catégorie : logements « suffisants » : 22, dont 10 à la ville et 12 à la campagne ;

2e catégorie : logements « insuffisants » : 107, dont 63 à la ville et 44 à la campagne.

Ainsi, plus des quatre cinquièmes de ces logements, dans lesquels vivent des tuberculeux « contagieux », sont « insuffisants ». On en trouve autant, proportionnellement, à la campagne qu'à la ville.

A la campagne, ils sont situés aussi bien dans les hameaux de faible importance que dans les grosses agglomérations.

Dans Béziers, ils sont répartis à peu près également dans tous les quartiers. On en trouve 35 dans les quartiers Nord de la ville et 28 au Sud ; ou encore, 29 à l'Est et 33 à l'Ouest.

Ici aussi, ces résultats concordent avec les précédents et confirment ce que nous avions déjà constaté : la tuberculose affectionne le logement « insuffisant » *ou qu'il soit situé*. Ce qui ne veut pas dire, encore une fois, que tout logement « insuffisant » est nécessairement « tuberculisé »

D'autres facteurs interviennent, complexes et multiples, dont on ignore encore la nature, l'importance et l'influence respective sur la « graine » et le « terrain ».

(*A **suivre**.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CHEVILLOT, de Pont-l'Evêque (Calvados). — M. le Dr BESSIÈRE, d'Antignac (Hérault). — M. le Dr I. DE JONG, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le Dr ROQUETTE, de Villefranche-de-Rouergue (Aveyron).

— **La semaine odontologique** est organisée par Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec le concours de la Fédération dentaire nationale, du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, de l'Aide confraternelle, de l'Association générale des médecins dentistes du G.-D. du Luxembourg, de l'Association générale des dentistes de Belgique, de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Ecole odontotechnique, de la Maison du dentiste, de la Société d'Odontologie de Paris, de la Société odontologique de France, de la Société d'Electroradiologie dentaire, de la Société suisse d'Odontologie, de la Société d'hygiène dentaire de France, de la Section de l'Association générale des étudiants, des Syndicats dentaires de Province, du Syndicat des journaux dentaires, du Syndicat des odontologistes docteurs en médecine.

Cette année la semaine odontologique et le 37e Congrès dentaire auront lieu du 25 mars au 1er avril, au Grand Palais.

Le Comité a déjà reçu de nombreuses communications scientifiques. Les confrères qui seraient désireux de faire des conférences professionnelles, des communications ou des démonstrations scientifiques sont priés de bien vouloir adresser leur inscription le plus tôt possible.

Des films inédits seront passés. Une exposition de fournitures dentaires occupera un emplacement important.

Le jeudi 29, un banquet sera donné à l'Hôtel Continental. Les dames y sont conviées. Une réception suivie de bal sera offerte à tous les adhérents et à leurs familles par les présidents, M. de Croès et M. Villain. Une soirée sportive organisée par la section dentaire du P. U. C. aura lieu le vendredi 30 mars, salle des Sociétés savantes. Une excursion intéressante est à l'étude et sera aussi agréable que celle de l'an dernier au Bourget.

Prière d'adresser toutes demandes pour communications, conférences, etc., à M. Roger RENAULT, secrétaire général, 39, avenue Laumière, Paris (19e).

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — Enseignement sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur. Cet enseignement a lieu : 1° pour la partie orale (leçons)à l'amphithéâtre général de l'hôpital Lariboisière ; 2° pour la partie technique (examens de malades et opérations) dans le service de la clinique oto-rhino-laryngologique dudit hôpital.

Il comprend : 1° L'enseignement magistral (clinique et technique) par le professeur. Cet enseignement, gratuit pour tous les auditeurs, comprend : *a*) une leçon clinique, le jeudi, à 10 h. (amphithéâtre) ; *b*) des séances opératoires, le lundi et le vendredi, à 10 h. (service de la clinique) ; *c*) une consultation avec présentation de malades, le mercredi, à 10 h. (service de la clinique).

2° L'enseignement d'initiation. S'inscrire à une des quatre séries annuelles au secrétariat de la Faculté de médecine. Droits d'inscription : 250 fr.

3° L'enseignement clinique complémentaire, sous la direction du professeur, par MM. Dufourmentel, Miegeville, F. Bonnet-Roy, Truffert, Winter, Bureau, Moatti et Rossert, chefs de clinique, réservé aux praticiens et étudiants déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Cet enseignement, qui aura lieu le matin, concordera comme jours et comme dates avec l'enseignement de chirurgie opératoire.

Pour tous renseignements sur horaire et programme, s'adresser au chef de clinique. Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine. Droits à verser : 250 fr.

4° Un enseignement de perfectionnement chirurgical qui comprendra :

a) Un cours de chirurgie restauratrice et cosmétique de la face, du 26 septembre au 6 octobre 1928, par MM. P. Sebileau et L. Dufourmentel.

b) Trois cours de chirurgie opératoire spéciale, par MM. Winter, Moatti et Rossert. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire, le 6 février, le 7 mai, le 12 novembre 1928, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 h.

Pour tous renseignements sur ces deux cours consulter les affiches spéciales ou s'adresser au chef de clinique, hôpital Lariboisière.

Note : Les médecins français ou étrangers, les étudiants non inscrits à la Faculté de Médecine de Paris, désireux de faire un stage d'études prolongé, demanderont au professeur une autorisation spéciale pour suivre les travaux de la clinique.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Souleyrand, à Ambert (Puy-de-Dôme) :
Vin Souleyrand 276
Tesslau, 50, rue de la République, à Puteaux (Seine) :
Gouttes de Rosette 223
Tétard, à Beauvais (Oise) :
Vin Courrier 333
Thomas, Guinamaud et Cie, à Terrenoire (Loire) :
Vin du Trappiste 297
Thuau, 22 faubourg Saint-Michel, à Angers (Maine-et-Loire) :
Réparateur Thuau 183
Turin (établissements Marthoud frères), 94, rue Rabelais, à Lyon (Rhône) :
Vin tonique Turin 181
Vin de viande Turin 182
Usines du Rhône (établissements de Saint-Fons (Rhône) :
Rhodazil 154
Solution glycéro-alcoolique au dixième de scuroforme 367
Vaillant et Cie, 19, rue Jacob, à Paris :
Vin Defresne toni-nutritif à la peptone 221
Vin de quinium Labarraque 222
Vaudin et Guillaumin, 12, rue Charles-V, à Paris :
Vin de Baudon 185
Vernin, 16, quai Saint-Antoine, à Melun (Seine-et-Marne) :
Physiodéine Francoz 6
Nardyl 151
Sarkol 152
Elixir du docteur Coudrain au peptonate de fer 153
Fer Rossi 240
Voile, 44, rue Liandier, à Marseille (Bouches-du-Rhône) :
Vin tonique Volle 171
Vin tonique Boyer 172
Vin au quinquina Boyer 173
Vin de viande Boyer 174
Weiss, 31, place des Vosges, à Paris :
Sirop Roche au thiocol 372

14 *janvier.*

Stations hydrominérales et climatiques.

Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1928. (Loi du 24 septembre 1919 (art. 1er) et décret du 4 mai 1920, portant règlement d'administration publique, en exécution de la loi du 24 septembre 1919 (art. 86.)

Stations hydrominérales et climatiques.

Biarritz (Basses-Pyrénées), 30 mai 1912.
Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), 8 mars 1913.
Hyères (Var), 8 mars 1913.
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), 8 mars 1913.

Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), 12 avril 1913.
Brides-les-Bains (Savoie), 20 mai 1913.
Lacaune (Tarn), 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), 25 septembre 1913.
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 17 mars 1914.
Aix-les-Bains (Savoie), 28 juin 1914.
Ganties (Haute-Garonne), 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie), 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées), 9 avril 1919.
Belpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées), 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie), 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 16 avril 1921.
Menthon (Haute-Savoie), 13 août 1921.
Biskra (Algérie), 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain), 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne), 31 juillet 1923.
Salins (Savoie), 11 mai 1926.
Challes-les-Eaux (Savoie), 9 avril 1927.
Balaruc-les-Bains (Hérault), 3 août 1927.

Stations hydrominérales.

Dax (Landes), 21 avril 1912.
Vichy (Allier), 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche), 25 mai 1912.
Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault), 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme), 30 mai 1912.
Vittel (Vosges), 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier), 10 juin 1912.
Néris (Allier), 10 juin 1912.
Capvern (Hautes-Pyrénées). 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges), 10 juin 1912.
Martigny (Vosges), 10 juin 1912.
Châtelguyon (Puy-de-Dôme), 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône), 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes), 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrénées), 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège), 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), 12 mars 1913.
Plombières (Vosges), 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges), 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne), 7 août 1913.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), 28 juin 1914.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), 28 juin 1914.
Chaudesaigues (Cantal), 15 juillet 1914.
Besançon (quartier de la Mouillère) (Doubs), 25 février 1915.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), 26 juin 1916.

Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise), 28 février 1919.
Bussang (Vosges), 21 mars 1921.
Bagnoles de l'Orne (Orne), 13 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre), 27 mai 1921.
Salins (Jura), 6 jllet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère), 9 janvier 1922.
Alet (Aude), 28 mars 1923.
Uriage-les-Bains (Isère), 21 juin 1923.
Audinac-les-Bains-Montjoie (Ariège), 31 juillet 1923.
Nieberbronn-les-Bains (Bas-Rhin), 7 juillet 1926.
Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), 17 décembre 1926.
Miers-Alvignac (Lot), 5 mars 1927.
Charbonnières (Rhône), 9 avril 1927.
Vallée-des-Eaux-Chaudes, commune de Digne (Basses-Alpes), 27 juillet 1927.

Stations climatiques.

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), 30 mai 1912.
Ajaccio (Corse), 10 juin 1912.
Chamonix-Mont-Blanc (Haute-Savoie), 10 juin 1912.
Gérardmer (Vosges), 10 juin 1912.
Wimereux (Pas-de-Calais), 8 mars 1913.
Mimizan (Landes), 10 juillet 1913.
Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales), 10 juillet 1913.
Bormes (Var), 22 juillet 1913.
Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais), 3 septembre 1913.
Le Lavandou (Var), 14 novembre 1913.
La Nouvelle (Aude), 6 décembre 1913.
Briançon (Haute-Alpes), 8 juillet 1914
Arcachon (Gironde), 8 juillet 1914.
Cabourg (Calvados), 15 juillet 1914.
Saint-Raphaël (Var), 15 septembre 1914.
Pralognan (Savoie), 15 septembre 1914.
Cannes (Alpes-Maritimes), 20 février 1915.
Hendaye (Basses-Pyrénées), 4 avril 1917.
Pau (Basses-Pyrénées), 5 juin 1918.
Nice (Alpes-Maritimes), 7 novembre 1918.
Menton (Alpes-Maritimes), 28 janvier 1919.
Malo-les-Bains (Nord), 21 mars 1921.
Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine), 21 mars 1921.
Annecy (Haute-Savoie), 21 avril 1921.
Trouville-surMer (Calvados), 12 mai 1921.
Deauville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Houlgate (Calvados), 12 mai 1921.
Beausoleil (Alpes-Maritimes), 21 mai 1921.
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), 21 juin 1921.
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), 4 août 1921.
Bastia (Corse), 13 août 1921.
Durtol (Puy-de-Dôme), 13 août 1921.
Etretat (Seine-Inférieure), 13 août 1921.
Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.

Paramé (Ille-et-Vilaine), 13 août 1921.
Sainte-Maxime (Var), 11 mars 1922.
Villers-sur-Mer (Calvados), 11 mars 1922.
Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Beaulieu (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Grasse (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Pornichet (Loire-Inférieure), 29 juin 1922.
Royan (Charente-Inférieure), 29 juin 1922.
Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine), 29 juin 1922.
Ouistreham (Calvados), 28 mars 1923.
Les Sables-d'Olonnes (Vendée), 7 avril 1923.
Alger (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Eugène (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), 31 juillet 1923.
Bandol (Var), 31 juillet 1923.
Hauteville-en-Bugey (1) (Ain), 26 avril 1924.
Grau -du-Roi (Gard), 26 avril 1924.
Palavas-les-Flots (Hérault), 26 avril 1924.
Luc-sur-Mer (Calvados), 26 avril 1924.
Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure), 1er juillet 1924.
Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) (1), 21 août 1924.
Quiberon (Morbihan), 17 décembre 1924.
Lion-sur-Mer (Cavaldos), 27 décembre 1924.
Dieppe (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Soulac-sur-Mer (Gironde), 21 janvier 1925.

(1) Stations de cure.

Stella-Plage, commune de Cucq (Pas-de-Calais), 8 juillet 1925.
Granville (Manche), 16 mars 1926.
Chatelaillon (Charente-Inférieure), 3 juin 1926.
Langrune-sur-Mer (Calvados), 7 juillet 1926.
Bugeaud (Constantine), 17 juillet 1926.
Pouliguen (Loire-Inférieure), 2 mars 1927.
Hardelot-Plage, commune de Neufchâtel (Pas-de-Calais), 9 avril 1927.
Yport (Seine-Inférieure), 27 avril 1927.
Sables-d'Or-les-Pins, commune de Pléhérel (Côtes-du-Nord), 25 juillet 1927.
Bidart, section de la place et d'Ilbarritz (Basses-Pyrénées), 9 août 1927.

15 *janvier.*

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur

Au titre du Ministère des Finances : M. le Dr Presle.

Au titre du Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale : M. le Dr Bourretère, de Dax et M. le Dr Mawas, directeur de la Fondation ophtalmologique de Rothschild.

17 *janvier.*

Hygiène publique,

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant

réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vannes (Morbihan).

Le traitement alloué est fixé à 8.200 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau), 7, rue Cambacérès leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires.

3738. — Périodes d'instruction à accomplir par un médecin auxiliaire.

Comme adjudant (médecin auxiliaire) classe 1916 et 4 enfants, je suis classé comme territorial et nullement astreint (jusqu'à nouvel ordre) à aucune période d'instruction militaire. Si, comme officier, on ne tient aucun compte de mes charges de famille, si je suis obligé de faire de longues périodes d'instruction, loin des miens, je préfère décliner l'offre d'un grade supérieur. Remarquez que j'accepterai de faire des stages le dimanche à moins de 50 kilomètres de chez moi pour mettre ma capacité civile sur le pied de guerre.

Alors ma décision dépend du renseignement suivant : à l'heure actuelle (ou en projet) quelles sont les périodes qu'accomplit un médecin aide-major, classe 1916, père de 4 enfants ? Leur durée, le lieu, les modalités ?

Quelles périodes par contre accomplira le même homme comme médecin auxiliaire (adjudant) ?

Je m'excuse de vous importuner. Mon patriotisme n'est pas en jeu car dés qu'on aura besoin de moi on saura où me prendre et je suis utilisable du jour au lendemain car, que je sache, les maladies et les accidents militaires ne sont pas très éloignés de ceux de la pratique civile. Je serai moins dépaysé, je crois, qu'un avocat mobilisé comme officier combattant.

Dr J.

Réponse.

En l'état actuel de la législation, il ne semble pas qu'un adjudant, père de 4 enfants, et comme tel rangé dans la deuxième réserve, doive effectuer des périodes d'instruction.

Au contraire, un médecin-major, même père de quatre enfants, doit faire les périodes que

lui impose la loi en sa qualité d'officier, et dont la durée totale ne saurait excéder quatre mois (article 49) ; au nombre de ces périodes sont à compter celles que la loi de janvier 1925 exige pour la proposition pour le grade supérieur. La durée des périodes est fixée par le Ministre ; leur lieu d'exécution est donné par le Directeur du service de santé, suivant les nécessités du service.

3812. — Droit à pension de la veuve d'un militaire.

Un jeune homme vient de mourir dans le courant d'octobre 1927 de péritonite tuberculeuse. Libéré fin avril 1927, à la fin de son temps réglementaire, avec un peu d'amaigrissement et quelques maux de ventre ; le début des accidents aigus ne s'est guère manifesté que fin juin, soit deux mois après le retour au foyer.

Pas de visite pour réforme depuis sa libération, ni avant.

La famille a-t-elle droit à pension et peut-elle espérer l'obtenir en raison du court intervalle qui sépare la libération du début de la maladie, et malgré l'absence de visite militaire ?

Si quelque chose peut être tenté, veuillez donc m'indiquer la marche à suivre.

Dr R.

Réponse.

L'intéressé, étant mort dans le délai d'un an à partir de sa libération sa veuve, a droit au bénéfice de la présomption légale, et la maladie cause de la mort est imputable au service. D'ailleurs si l'intéressé, de son vivant, s'était mis en instance de pension, il aurait eu droit également à la présomption légale, puisque la maladie avait débuté dans les six mois consécutifs à la libération.

Que la famille adresse une demande à la sous-intendance régionale des pensions ; joignez-y un certificat médical détaillé sur les dates d'apparition de la maladie, sur son évolution et sa terminaison fatale.

Assistance.

4.412. — Allocations aux femmes en couches et aux femmes qui allaitent.

Une mère de famille qui n'a pas rempli les formalités requises pour toucher l'allocation de secours du mois précédant ses couches est-elle fondée à réclamer l'allocation de secours du mois d'après si elle a fait tout le nécessaire pour pouvoir en bénéficier ?

Si oui, tout en n'ayant pas touché pour le mois d'avant, elle pourrait toucher pour le mois d'après l'accouchement, et le fait d'avoir perçu celle-ci en-

traînerait automatiquement le paiement des primes mensuelles d'allaitement au cas où elle nourrirait son enfant, d'où beaucoup moins de gêne dans les ménages de familles nombreuses ?

Vous savez comme moi que le paiement des primes mensuelles d'allaitement — servies pendant un an — est subordonné à celui des allocations de repos du mois d'avant et de celui suivant les couches. Il s'agirait donc de savoir.

1° Si une femme peut toucher *isolément* l'allocation du repos du mois d'après les couches, après avoir rempli toutes les formalités voulues, tout en n'ayant pas fait le nécessaire pour le mois d'avant, n'ayant pas pu par conséquent percevoir rien pour ce mois d'avant.

2° Si, étant en droit d'avoir l'allocation de repos pour le mois suivant l'accouchement, et pour ce mois seul, elle serait fondée à revendiquer aussi les primes mensuelles d'allaitement (pendant un an environ).

Dr G.

Réponse.

La solution de la question que vous nous avez posée est donnée par une réponse du Ministre du travail à M. Prevet, député, publiée au *Journal officiel* du 21 avril 1927 et au *Concours médical* du 8 mai suivant.

Il résulte de cette réponse que la femme privée de ressources peut demander, après son accouchement, le bénéfice de la loi sur l'assistance aux femmes en couches, à condition que la demande d'admission à l'assistance soit formulée, au plus tard, au cours de la quatrième semaine qui suit l'accouchement. Le point de départ, en ce cas, est toujours fixé à la date de la demande.

Par contre, la loi du 24 octobre 1919 impose formellement l'admission préalable à l'assistance aux femmes en couches pour les postulantes au bénéfice de la prime d'allaitement. Toute demande tendant à l'allocation de cette prime qui émanerait d'une postulante non admise à l'assistance aux femmes en couches ou ne pouvant y être admise pour cause de forclusion serait donc irrecevable. Mais toute assistée de la loi du 17 juin 1913 (assistance aux femmes en couches) est fondée à réclamer le bénéfice de la prime d'allaitement sous condition qu'elle allaite au sein, durant la période de douze mois après son accouchement, à quelque époque que ce soit. Toutefois l'admission au bénéfice de la prime d'allaitement ne peut avoir d'effet rétroactif tout comme l'admission à l'assistance aux femmes en couches, en raison du contrôle permanent de l'assistée auquel est subordonné le bénéfice de la loi.

Accidents du travail.

4.426. — Droits du blessé de changer de médecin.

Je viens de recevoir la visite du chef du contentieux de la compagnie X qui m'a dit : « Vous avez en traitement depuis le commencement du mois courant le blessé P., nous vous informons que les soins que vous lui donnez ne vous seront pas payés parce que le docteur B. notre médecin d'hôpital lui donnait les soins antérieurement et que nous ne sommes tenus de payer qu'un seul médecin. »

J'ajoute que j'ai en main le bulletin de blessure délivré par la Compagnie, où je consigne par des visas mes consultations.

En conséquence, je vous prie de me dire, Monsieur si les affirmations du chef du contentieux sont exactes, et si le blessé n'a pas le droit de changer de médecin traitant en cours de traitement, aussi souvent que bon lui semble ?

Dr R.

Réponse.

L'article 4, § 1er, de la loi de 1898 dit que la victime peut toujours faire choix de son médecin.

Il résulte de cette expression que le blessé peut changer de médecin comme bon lui semble au cours du traitement, mais bien entendu sans se faire soigner à la fois par deux médecins.

La prétention du chef du contentieux de la compagnie industrielle, qui sans doute s'assure elle-même, est inadmissible et ne s'explique que par une connaissance insuffisante de la loi.

Puisque, comme le reconnaît la lettre, c'est antérieurement à vous-même que le médecin de l'hôpital de la compagnie soignait le blessé, il ne saurait y avoir de doute et vous êtes en droit de poursuivre le recouvrement de vos honoraires en citant la compagnie devant le juge de paix du lieu de l'accident.

4.470. — Allocations complémentaires aux accidentés du travail.

1° Y a-t-il réellement une loi qui autorise les anciens mutilés du travail à demander une pension. J'entends les mutilés de travail avant la loi sur les accidents. Celui dont-il s'agit a été blessé en 1883 et me dit avoir droit à bénéficier de cette loi.

2° Y a-t-il un barème de pourcentage d'incapacité Il s'agit d'une fracture compliquée du coude droit avec déformation de l'avant-bras et raccourcissement de 5 cm., limitation très accentuée des mouvements de flexion et d'extension (le blessé ne peut porter sa main à sa bouche). Abduction et adduction impossibles. Je désirerais savoir ce qu'on peut proposer comme maximum.

3° Cet ancien blessé est venu me demander de lui établir un certificat.

Ce certificat doit-il être fait sur papier timbré.

Dr C.

Réponse.

1° Il existe en effet une loi du 15 juillet 1926 qui a accordé des allocations temporaires à tous les blessés du travail, même lorsque l'accident est antérieur à la loi du 9 avril 1898 et aux lois subséquentes sur les accidents du travail.

2° Pour obtenir l'allocation, il est nécessaire que votre client présente requête au président du tribunal civil, qui, dans une ordonnance sans appel, fixera le caractère professionnel de l'accident ainsi que le degré d'invalidité. Délivrez à votre client un certificat, *sur papier libre*, dans lequel vous constaterez son infirmité et en évaluerez le pourcentage. Il est difficile de vous donner un chiffre exact, l'incapacité pouvant aller de 30 à 60 % suivant les cas d'espèce. D'ailleurs il est à peu près certain qu'en toute hypothèse le président aura recours à une expertise pour fixer le degré d'invalidité.

Le Code de la Route en quelques mots et images

Le Code de la Route, long et diffus, n'a jamais eu beaucoup de lecteurs attentifs.

Un technicien s'est attaché à dégager du Code des enseignements clairs, précis, brefs, frappant l'imagination et s'imposant à la mémoire de tous, par leur simplicité et leur netteté, sous la forme d'un opuscule de quelques pages, d'un format de poche, répondant, d'une manière parfaite, à ces desiderata.

Dans son *Memento des Usagers de la Route*, M. V. Cocral, licencié en droit, Inspecteur Général de la Caisse Syndicale et de la Caisse Mutuelle-Accidents des Agriculteurs de France, a eu le talent de résoudre ce problème élégamment.

Par l'*image*, l'auteur a cherché à frapper l'imagination.

Par des *formules lapidaires* concrétisant les prescriptions légales, il les a rendues faciles à comprendre et à retenir.

Enfin, par des conseils éclairés, fruits d'une longue expérience, M. Cocral rend un véritable service aux usagers de la route tant pour la prévention de l'accident, que pour la défense de leurs droits quand, par malheur, l'accident s'est produit.

Nous conseillons vivement à nos adhérents de lire cette petite brochure ; les quelques instants qu'ils lui consacreront ne seront pas perdus...

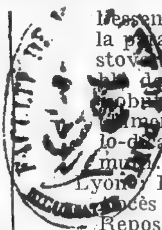
En vente aux bureaux du *Concours médical* : 2.50 franco port.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 314-IV)



TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Carnette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Cap-Martin : Griffault.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. G. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Frejus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice: Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.) Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société le « Sou Médical », de M. le Dr DAUTREY, de Vignory, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 52. — Doctoresse, anc. int. d'asile, cherche sit. d'assist. dans clin. ou mais. de santé chirurgic. ou mentale.

N° 53. — Normandie, 100 km. de Paris, client. méd. génér. accouch. à céder. Moyenne des trois dernières années : 65.000 touchés. Prix à débat. En plus, 2 autom. et instrum. à vendre.

N° 54. — A céder très forte clientèle de campagne dans pays riche, deux heures de Paris, rapport 120.000 fr. Conviendrait à jeune médecin actif. Conditions intéressantes ; facilités de paiement ; longue présentation. Urgent. S'adresser à M. Tabard, 168, boul. Saint-Germain, Paris.

N° 55. — Infirmière, masseuse diplômée des hôpit. de Lille et de Paris, libre toute la journée, rech. place soit chez doct., soit dans clin. ou hôpital. Bonnes références.

N° 56. — Pour cause chang. voiture, à vend. pneu Dunlop Cord 820 × 120, n'ayant jamais roulé, avec plomb de garantie. S'ad. Dr Robert à Fougères (I.-et-V.)

N° 57. — Dr expérim., 40 ans de pratique, aider. ou suppl. confrère, de préfér. dans l'Ouest, le Centre et la zone Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un très vif regret la mort de Madame Veuve Léopold Crinon, mère du docteur Joseph Crinon, directeur de l'*Informateur médical*. Nous adressons à notre confrère l'expression de nos sincères condoléances et de notre vive sympathie.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. le professeur Gosset est élu membre titulaire de l'Académie de médecine, dans la IIe section (*chirurgie*).

— **Société médicale des hôpitaux.** *Bureau.* — Le Bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour 1928, est composé de MM. P. Teissier, président ; F. Bezançon, vice-président ; Rist, secrétaire général ; Faroy, trésorier ; Rouillard et Cain, secrétaires annuels.

— **A. D. R. M.** *Exposition d'Athènes.* — Le Comité d'organisation de la section médicale de l'Exposition d'Athènes est composé de MM. le professeur Hartmann, président ; le professeur Achard, vice-président ; le Dr Paul Descomps, secrétaire général.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Bureau pour* 1928. — Le Conseil d'administration du S. M. S., dans sa séance de janvier, a renouvelé son bureau,

qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1928 : président : M. Hartenberg ; vice-présidents : MM. L. Boyer et Hartmann ; secrétaire général : M. Barlerin ; secrétaire adjoint : M. Jolly ; trésorier : M. A. Lévy ; directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal : M. Coldefy.

— **Société française d'hygiène.** *Bureau pour* 1928. — Cette Société, fondée en 1876 par le Dr Prosper de Pietra Santa, vient de tenir sa séance annuelle. Ont été élus ou réélus : Président : Dr Foveau de Courmelles ; vice-présidents : Dr Degoix, Dr vétér. Roëland, MM. Goudal, Bezault ; secrétaire général honoraire : M. Alph. Joltrain ; secrétaire général : Dr Ghislain Houzel ; trésorier : M. Landau.

A cette séance, également, des communications ont été faites, par le Dr Degoix, sur la natalité ; par le Dr Houzel, sur l'orientation professionnelle ; par M. Landau, sur l'hygiène de la bouche ; et par le Dr Foveau de Courmelles, sur l'enfance à l'école.

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de l'internat.* — La médaille d'or du concours des prix de l'internat en médecine a été attribuée à M. Boltanski ; la médaille d'argent à M. Laporte.

La médaille d'or du concours des prix de l'internat en chirurgie et obstétrique a été attribuée à M. d'Aubigné ; la médaille d'argent à M. Redon.

— **Lyon.** *Prosectorat.* — Le récent concours de prosectorat à la Faculté de médecine de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Desjacques, aide d'anatomie.

— **Toulouse.** *Nomination d'un assistant à la chaire d'hydrologie.* — Notre excellent confrère, le Dr Gardette, directeur de la *Presse thermale et climatique*, publie l'information suivante que nous sommes heureux de porter à la connaisance de nos lecteurs :

« Nous avons été informé que le Dr Molinéry, directeur technique des Etablissements thermaux de Luchon, venait d'être nommé assistant à la chaire d'hydrologie de Toulouse. Dans l'enseignement qu'il sera ainsi appelé à donner, il fera bénéficier ses auditeurs de sa grande compétence des choses d'hydrologie et nous lui adressons nos plus amicales et plus sympathiques félicitations. »

Et le *Concours médical* y ajoute les siennes, se réjouissant de tout ce qui peut survenir d'heureux à son bon collaborateur et ami.

— **Clinique médicale propédeutique** (*Hôpital de la Charité*). *Cours de radiologie de l'appareil respiratoire.* — Le premier cours annuel de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire sera donné du 23 au 28 avril 1928. Nous en publierons ultérieurement le programme complet.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** — A partir du 5 février, M. J. Chaillous fera, chaque dimanche, à 10 h., à la Clinique des Quinze-Vingts, des présen-

tations de malades et des leçons, concernant des cas de pratique ophtalmologique courante.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le 5 février, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Sainton : *comment diagnostiquer et traiter une encéphalite léthargique* ?

— **Salpêtrière.** *Neurologie.* — Un cours de perfectionnement sera fait prochainement dans le service du prof. Guillain. La première série commencera le 8 février, la deuxième série le 27 février.

— **Légion d'honneur.** — Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur : *Officier* : M. le Dr Fredet. *Chevaliers* : MM. les docteurs Sirot, Fidelin, Peynau, Gaillard, Foulquier.

Ministère du Travail : *Officier* : M. le Dr Bourdier.

Ministère de l'Instruction publique : *Officiers* : MM. les prof. Blum et Loeper.

Chevalier : M. le Dr Gires.

Ministère des Affaires étrangères : *Chevaliers* : MM. les docteurs Hufnagel, Reinburg, Mme le Dr Noël.

Au titre étranger : *Officier* : M. le Dr de Mello Vianna.

Chevaliers : Mlle le Dr Harde ; MM. les docteurs Sirotinine et Lehnhoff-Wyld, inventeur du sulfarsénol.

Ministère de l'Intérieur : *Chevalier* : M. le Dr Bordères.

Ministère de la Guerre : *Chevaliers* : MM. les docteurs de Félice et Escande.

Ministère des Pensions : *Chevaliers* : MM. les docteurs Augé, Enard, Frenkel, Gadreau.

Officier : M. le Dr Dorland.

— **Paris.** — M. Maurice Margot, Directeur de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, offrira, le jeudi 9 février, au Buffet de la gare de Paris, un déjeuner pour fêter les promotions d'Officier de la Légion d'honneur de M. Vallantin et du docteur P. Fredet, médecin en chef de la Compagnie P. L. M., président de l'Association des médecins du P. L. M., chirurgien des hôpitaux de Paris.

— **Hôpital Paul-Brousse.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de quatre internes à l'hôpital départemental Paul-Brousse et au Centre anticancéreux s'ouvrira en mars 1928. Avantages : traitement de 7.500 fr. à 8.400 fr., indemnité de résidence de 2.240 fr. Inscriptions à la Préfecture de la Seine, annexe Lobau, jusqu'au 20 février.

— **Hôpital Saint-Michel**, 33, rue Olivier-de-Serres, *Internat.* — Sont vacantes, à l'hôpital Saint-Michel, une place d'interne titulaire et une place d'interne

provisoire. L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois, le logement et la nourriture. Adresser les candidatures avant le 10 février à M. le Dr Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande).

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 janvier.

Enseignement de la médecine.

Un emploi d'agrégé d'anatomie de la Faculté de Paris est déclaré vacant.

Un délai de 30 jours à dater de l'insertion au *Journal Officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

18 janvier

Service de santé maritime.

Achat d'ouvrages, revues et instruments par les médecins de la marine.

Décret du 9 janvier 1922.

Art. 1er. — Dans la limite d'un maximum fixé à 250 fr. par an, les médecins de la marine seront remboursés du montant de leurs dépenses dûment justifiées d'achat et d'entretien d'instruments, d'achat d'ouvrages, revues ou documents spéciaux qu'ils sont tenus d'engager dans l'exercice de leur profession ainsi que de leurs cotisations en qualité de membres de sociétés médicales.

Art. 2. — Le ministre de la marine et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* de la marine.

INSTRUCTION
pour l'application du décret du 9 janvier 1928.

Paris, le 16 janvier 1928.

Les médecins de la marine produiront en fin d'année les mémoires ou factures commerciaux de leurs achats effectués au cours de l'année, d'ouvrages, revues ou instruments qu'ils sont conduits à acquérir pour l'exercice de leur profession, ainsi que de leurs cotisations en qualité de membres de sociétés médicales.

Ces dépenses leur seront remboursées jusqu'à concurrence de 250 fr.

Le payement de l'allocation leur sera effectué à la date du 31 décembre dans les conditions ci-après :

a) Dans les services à terre, par mandat individuel ou collectif s'il y a lieu ;

b) Dans les unités administratives, le payement sera effectué sur le fonds d'avance et donnera lieu à l'établissement d'un état 1200, auquel seront annexées les pièces justificatives ;

c) A l'extérieur l'état 1200 sera remplacé par un état modèle n° 7 émargé par les parties prenantes.

L'imputation de la dépense, se fera sur les crédits du chapitre 5, article 1er, paragraphe 8 : « Abonnement des médecins de la marine à des périodiques médicaux. »

Les officiers rayés des cadres d'activité en cours d'année seront remboursés au prorata des services accomplis depuis le début de l'exercice et contre production des pièces justificatives de dépenses, tout trimestre commencé donnant lieu au payement maximum du quart de l'allocation annuelle.

Pour l'exercice 1927, les remboursements seront effectués immédiatement dans la limite de 250 fr. et sur production des pièces justificatives.

19 janvier.

Académie vétérinaire de France.

Par décret du 12 janvier 1928, la Société centrale de médecine vétérinaire de France prend le titre d'« Académie vétérinaire de France ».

20 janvier

Soins aux marins du commerce.

Frais d'hospitalisation des marins du commerce dans les ports de France.

Arrêté du 2 janvier 1928.

Le ministre des travaux publics,

Vu le décret du 31 août 1927, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 (code du travail maritime) ;

Vu notamment l'article 4, paragraphe 1er, dudit décret, qui est ainsi conçu : « à compter du 1er janvier 1928 et jusqu'au 31 décembre de la même année, le ministre chargé de la marine marchande pourra, selon les circonstances, apporter aux prix fixés par le tarif B annexé au présent décret des majorations ou des réductions tenant compte de la variation des dépenses afférentes au traitement des marins délaissés dans un port de France par suite de maladie ou de blessure » ;

Arrête :

Article unique. — Le tarif des frais d'hospitalisation dans les ports de France, tel qu'il est fixé par l'annexe B du décret du 31 août 1927, continuera à être appliqué sans modifications jusqu'au 1er juillet 1928.

21 janvier.

Enseignement de la médecine.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille.

Un décret du 18 janvier 1928 dispose que ladite Faculté comprendra, outre les 28 chaires prévues à l'article 1er du décret du 11 novembre 1922, une chaire de thérapeutique.

Concours pour des emplois de professeur suppléant.

Un concours s'ouvrira le 25 juillet 1928 devant la Faculté de Toulouse, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'école préparatoire de Clermont-Ferrand.

Un concours s'ouvrira le 27 juillet 1928 devant la Faculté de Toulouse pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie interne à la même école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Préparation à l'examen d'Etat d'infirmier ou d'infirmière du personnel des asiles d'aliénés de la Seine.

Décret du 25 *décembre* 1927.

Art. 1er. — La préfecture de la Seine est autorisée à préparer à l'examen d'infirmiers et d'infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique s'étendant sur une année et comprenant les cours théoriques prévus au programme minimum type établi pour l'enseignement des écoles reconnues administrativement, préparant à l'examen d'Etat et enseignés dans les écoles dites départementales, créées par la préfecture de la Seine dans les asiles d'aliénés de la Seine.

Art. 2. — Un examen théorique éliminatoire sanctionnera cette année d'études. Il sera subi devant un jury d'Etat nommé à cet effet.

Art. 3. — Le personnel des cadres permanents, ayant subi avec succès l'examen d'Etat théorique, poursuivra durant une période de quatre années les stages pratiques déjà effectués pendant la première année, ces stages devant s'effectuer dans les salles de médecine et chirurgie et dans les différents quartiers de l'asile.

Art. 4. — Un examen final d'ordre pratique, après ces cinq années d'études, passé devant un jury d'Etat nommé à cet effet, conférera le diplôme d'Etat aux candidats ayant satisfait aux différentes épreuves pratiques.

Art. 5. — Pendant la période transitoire s'étendant de l'année 1924 à l'année 1928, les examens théoriques subis avec succès dans les écoles départementales, en fin d'années d'études, par le personnel des cadres permanents des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, recevront l'équivalence de la partie théorique de l'examen d'Etat visé à l'article 2 du présent décret et ce, par arrêté, sur proposition de l'administration précitée.

Art. 6. — Les dispositions ci-dessus seront applicables aux établissements publics d'aliénés des départements qui auront une organisation de cours analogue à celle des asiles d'aliénés de la Seine.

Art. 7. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

22 janvier.

Médecine de la Police d'Etat.

Par 3 décrets du 18 janvier 1927,

1° L'effet des dispositions du décret du 20 septembre 1927 fixant les taux de l'indemnité annuelle allouée aux médecins attachés au service médical du personnel de la police d'Etat de Marseille est fixé au 1er janvier 1928 ;

2° L'indemnité annuelle allouée aux médecins attachés au service médical de la police d'Etat de l'agglomération lyonnaise est portée aux chiffres ci-après :

Médecin chef de service	7.000 fr.
Médecins de circonscription	6.000 fr.

3° L'indemnité annuelle allouée aux médecins attachés au service médical de la police d'Etat de Nice est portée aux chiffres ci-après :

Médecins du personnel de la police	6.000 fr.
Médecins des mœurs	5.000 fr.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 27 juillet 1928 devant la Faculté de Lille pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicales à l'école préparatoire d'Amiens.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecoles d'infirmières.

Est approuvé le règlement de l'école d'infirmières hospitalières de la clinique Sainte-Odile, à Strasbourg-Neudorf.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les pharmacies mutualistes et l'impôt.

13460. — M. François Vermare, député, expose, à M. le ministre des finances : *a*) que, conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi du 1er avril 1898, il a été fondé à Lyon, par l'union générale de la mutualité, trois pharmacies mutualistes, à l'usage exclusif des membres des sociétés adhérentes et de leurs familles ; *b*) que ces créations ont toujours été exemptes d'impôts et de timbres ; *c*) que, depuis quelque temps, les services des contributions indirectes leur réclament le paiement : *a*) des bénéfices industriels et commerciaux ; *b*) de la taxe sur le chiffre d'affaires ; et demande : 1° si, en payant ces taxes, la fédération nationale des pharmaciens mutualistes ne perdrait pas la qualité essentielle d'organisme de répartition bénévole, ne faisant aucune affaire ni bénéfice ; ajoute que la loi de 1898 leur interdit de faire des bénéfices et de distribuer des trop-perçus ; 2° s'il ne semble pas que les pharmaciens mutualistes devraient être exemptés de tous impôts et timbres. — (*Question du 3 novembre 1927.*)

Réponse. Pour ce qui est de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, les pharmacies mutualistes visées dans la question en sont affranchies comme ne réalisant pas de bénéfices. En ce qui concerne la taxe sur le chiffre d'affaires, laquelle vise notamment les personnes qui achètent pour revendre, lesdites pharmacies en sont passibles dans les conditions de droit commun.

(*J. O.*, 11 janvier 1928.)

L'exercice de la médecine à Madagascar.

13993. — M. André Février, député, demande à M. le ministre des colonies pour quelles raisons le dénommé R... (A.-J.), domicilié à T..., ancien médecin auxiliaire de l'assistance médicale indigène à Madagascar, n'a pas encore été autorisé, comme il le demande, par le gouvernement général, à se livrer à l'exercice de la médecine à D..., ajoute : *a*) qu'aucun empêchement d'ordre administratif ne peut être invoqué ; *b*) que le médecin R... est très bien noté au point de vue professionnel et qu'il semble que l'autorisation sollicitée ne doit pas être subordonnée à des considérations d'ordre politique insoutenables. (*Question du* 22 *novembre* 1927.)

Réponse. — Le gouverneur général de Madagascar vient de rendre compte au département de la durée insuffisante des services de M. R... (A.-J.) dans l'assistance médicale. Toutefois, par mesure de bienveillance, le chef de la colonie l'a autorisé à s'établir dans toutes les localités de Madagascar, à l'exception de Diégo-Suarez, les besoins de cette ville et de ses environs, où exercent déjà six médecins européens et trois médecins indigènes n'exigeant pas la présence d'un nouveau praticien.

(*J. O.*, 11 janvier 1928.)

Compatibilité des fonctions de médecin de l'hôpital avec celles de membre de la Commission administrative.

8488. — M. Delpierre, sénateur, demande à M. le ministre de l'intérieur si la loi du 7 août 1851 a été modifiée qui édicte que « les fonctions de membre d'une commission administrative des établissements hospitaliers sont incompatibles avec celles de médecin de ces établissements ». (*Question du* 19 *décembre* 1927.)

Réponse de M. le ministre du travail. — La loi du 7 août 1851, non plus que celle du 21 mai 1873, ne prévoit pas d'incompatibilité entre les fonctions de médecin et celles de membre de la commission administrative d'un hospice. Or, les incompatibilités, étant de droit étroit, ne peuvent résulter que d'un texte précis, légal ou règlementaire. Il résulte au surplus, d'un arrêt du Conseil d'Etat (8 avril 1908) qu'il n'y a pas incompatibilité légale entre les fonctions d'administrateur d'un établissement hospitalier et celles de médecin de cet établissement.

(*J. O.*, 13 janvier 1928.)

Voir la suite page LV-367

PROPOS DU JOUR

Cerveaux et crânes d'hommes célèbres. Le crâne de Buffon.

Quandoquidem data sunt ipsis quoque fata sepulcris.
Expende Annibalem : quot libras in duce summo
Invenies ? JUVÉNAL, satire X.

Errant un après-midi d'été dans notre vieux Jardin des Plantes, nous entrâmes sans trop y songer dans la Galerie de Zoologie. Au bas de l'escalier qui conduit aux étages supérieurs, dans un coin, presque cachée aux regards des visiteurs, nous aperçûmes tout à coup la statue en marbre de Buffon. Cette statue a une histoire.

Vers 1771, Buffon tomba gravement malade; Mr d'Angivillier, directeur général des bâtiments, demanda et obtint la survivance de la charge d'intendant du Jardin du Roi. Buffon fut froissé de cette hâte à convoiter sa succession. Lors de la convalescence du grand naturaliste, d'Angivillier, voulant se faire pardonner, commanda au nom du Roi, au sculpteur Pajou, une statue héroïque de Buffon, drapé à la mode antique. Il est représenté debout à demi-nu, le bas du corps incomplètement enveloppé d'une draperie ; il tient un stylet à la main et s'apprête à écrire ; à ses pieds une sphère, une tête de lion, des coraux et des cristaux; c'est pour cette statue qu'avait été composée l'épigraphe flatteuse : *Majestati Naturæ par ingenium*

Bien que la tête de Buffon ne manque pas de majesté et que l'on reconnaisse là l'œuvre d'un grand sculpteur, cette satue à l'antique avec ses attributs, paraît d'un goût discutable. Elle ne mérite pas néanmoins d'être aussi bien dissimulée, car elle n'est pas un document artistiquement sans valeur, ni historiquement, sans intérêt. Ce qui nous frappa encore et surtout, ce fut la plaque scellée sur le piédestal très simple qui supporte la statue. Cette plaque porte une inscription indiquant que MM. Nadaud de Buffon et Faujas de Saint-Fonds avaient déposé dans ce socle le « Cervelet » deBuffon.

Nous fîmes part de cette découverte à notre très distingué et érudit collègue de la Société d'Anthropologie de Paris, M. G. Variot. Nous savions combien il s'intéressait aux reliques des hommes illustres ; nous avions lu ses très intéressantes recherches sur le « cervelet » de Voltaire, qui, après bien des pérégrinations, était passé de la boutique de l'apothicaire Mithouard au Musée de la Comédie-Française. Nous avions appris qu'à la fin du XVIIIe siècle, régnait la mode des autopsies, surtout pour les hommes célèbres. M. Variot s'intéressa tout aussitôt à la question et, profitant des loisirs que lui laissaient sa crèche de Belleville, et ses fouilles du camp de Chassey où, dans des cadres différents, il donne libre cours à sa passion des recherches anthropologiques, il étudia la question des reliques de Buffon et se documenta sur elles.

En attendant que des formalités d'ordre administratif permissent d'examiner le « cervelet » de Buffon déposé dans le socle de la statue, M. Variot voulut se renseigner sur sa sépulture. Il obtint des renseignements fort curieux qu'il communiqua à la Société d'Anthropologie dans sa séance du 19 janvier 1928.

Buffon, qui mourut le 16 avril 1788, à l'âge de 81 ans, fut autopsié par Portal et le chirurgien Girardeau. Une de ses dernières volontés était de léguer son cœur à son ami et collaborateur, Faujas de Saint-Fonds. Le fils de Buffon ne put consentir à donner le cœur de son père et obtint que Faujas se contentât de son cerveau, son « cervelet », comme l'on disait alors. Le corps, enfermé dans un cercueil en bois, déposé lui-même dans un second cercueil en plomb, fut, selon la volonté expresse du défunt, transporté à Montbard où il repose encore à côté de son père, mort à 92 ans et de sa belle-fille, Elisabeth Daubenton, seconde femme de son fils. Ces sépultures ne furent pas violées. L'on se contenta, lors de la Terreur, d'enlever le cercueil en plomb pour se servir du métal qui fut fondu et transformé en balles, destinées à repousser les ennemis de la Patrie. Mais on laissa intact le cercueil en bois.

Or, au début de cette année, en mars 1927, la Société d'archéologie de Montbard obtintdes derniers descendants de la famille de Buffon l'autorisation d'ouvrir et d'examiner les sépul-

tures. Le crâne de Buffon fut découvert et trouvé presque intact. Il fut facile de l'authentifier et de le distinguer de ceux de son père et de sa belle-fille. Seul, il était scié, car il avait été ouvert pour en retirer l'encéphale. La section, d'une régularité parfaite, ne pouvait avoir été pratiquée que par un habile chirurgien. Le crâne est nettement dolichocéphale et le cerveau qu'il contenait était certainement peu volumineux. Sans doute des mensurations préciseront les caractères anthropométriques de ce crâne célèbre, car la belle photographie que nous a montrée M. G. Variot et le décalque de la section de la calotte cranienne ne peuvent donner qu'une impression imparfaite. Néanmoins, la petitesse relative du volume du crâne de Buffon vient s'ajouter à beaucoup d'autres exemples qui prouvent que ce n'est pas la quantité de la substance cérébrale qui indique le développement intellectuel, mais bien sa qualité. Le cerveau de Gambetta pesait moins que la moyenne, et les recherches récentes de notre regretté collaborateur, Dubreuil-Chambardel, qui, avec le Dr Guillaume, examina le crâne et le cerveau d'Anatole France, confirment ce fait maintes fois constaté.

Il est donc bien démontré aujourd'hui que les fortes têtes ne sont pas inévitablement des talents et encore moins des génies.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Les pancardites rhumatismales aiguës et subaiguës chez les enfants (1)

Dans la précédente leçon (2), je me suis attaché à vous montrer que la péricardite rhumatismale, chez l'enfant surtout, n'est pas isolée ou l'est très rarement . En général il y a simultanément de l'endocardite, de la péricardite et un syndrome myocardique.

Les déterminations cardiaques de la maladie de Bouillaud sont presque toujours complexes, comme je l'ai décrit, après bien d'autres, dans une leçon sur *le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant,* publiee dans les *Archives de médecine des enfants* de juillet 1910, et dans divers mémoires.

Il existe, suivant le terme créé en 1818 par Corvisart, une *cardite*, ou, d'après l'appellation proposée par Duroziez, une *pancardite.* Avant 15 ans, cette pancardite survient chez 30 à 50 pour cent des sujets atteints de rhumatisme.

Dans la pancardite rhumatismale, l'endocardite et la péricardite résultent bien certainement d'un processus inflammatoire ; mais on peut discuter à propos du myocarde. Il peut s'agir, soit de troubles fonctionnels simples sans lésions, soit de troubles fonctionnels dépendant de lésions, d'une myocardite rhumatismale. Ces lésions ont été souvent étudiées. Divers auteurs ont décrit une *myocardite aiguë* parenchymateuse ou interstitielle : Aschofft en 1904, a découvert des nodules submiliaires en général périvasculaires ; l'année dernière, dans les *Annales de médecine* de février 1926, MM. Letulle, Bezançon et Mathieu-Pierre Weil ont étudié longuement cette *lésion nodulaire spécifique de la myocardite rhumatismale.* Récemment, dans les *Archives de médecine des enfants* d'octobre 1926, MM. Pichon et Lardè-Arthès ont rapporté l'observation d'un de nos malades âgé de 14 ans et demi, mort dans le service ; à l'examen histologique du cœur on voyait nettement ces nodules.

Ordinairement toutefois les lésions du myocarde sont discrètes, parcellaires, insuffisantes pour expliquer les grands symptômes myocardiques qui ont amené la mort. Comme le faisait remarquer M. Carey-Coombs, en 1907, elles peuvent même faire défaut, comme dans l'observation rapportée par Sturges en 1914 : un enfant meurt en trois jours d'une péricardite rhumatismale avec grande dilatation du cœur ;

(1) Leçon du 9 avril 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le Professeur.

(2) Les péricardites rhumatismales aiguës et subaiguës chez les enfants. Leçon du 2 avril 1927. (*Concours médical*, 26 octobre 1927)

on ne trouve pas de lésions histologiques du myocarde.

Aussi, dans les cas nombreux où le malade ne meurt pas, dans les formes légères, il s'agit peut-être de troubles fonctionnels sans lésions.

C'est pourquoi, en 1914, dans mes Leçons sur les *cardiopathies de l'enfance*, j'ai proposé l'expression de *syndrome myocarditique* ou *myocardique*, qui a une signification purement clinique, qui est l'équivalent de la *myocardie* de M. Laubry et du *myocardisme*, terme proposé par M. Pichon, dans sa thèse de 1924 sur *le rhumatisme cardiaque évolutif et son traitement.*

La PANCARDITE RHUMATISMALE présente deux grands types cliniques, suivant qu'elle est *discrète, légère*, ou *sévère.*

***

Etudions d'abord la PANCARDITE RHUMATISMALE LÉGÈRE, DISCRÈTE.

Elle résulte de l'association d'une endocardite, d'une péricardite, d'un syndrome myocardique occulte, tous discrets, qui ne sont découverts que par un examen systématique et renouvelé du cœur. Elle est très fréquente.

Je vous ai rappelé, samedi dernier, l'observation d'un jeune garçon, que nous avons relatée, avec M. Roger Voisin, dans un mémoire des *Archives des maladies du cœur* de 1911 sur la *matité précordiale dans les cardiopathies infantiles.* Voici les décalques de la matité précordiale qui montrent les variations du volume du cœur. Cet enfant a présenté tout d'abord une endocardite mitrale avec syndrome myocardique discret ; quelque temps après, est apparue une péricardite avec petit épanchement, qui s'est résorbé rapidement ; à la suite, le cœur est resté plus volumineux qu'il n'était auparavant.

Je vous ai aussi montré cette fille âgée de 13 ans et dix mois. Elle est entrée le 24 février pour une légère atteinte de rhumatisme articulaire aigu, avec une température de 38° à 38°4 qui a disparu le troisième jour. Nous avons constaté tout d'abord un premier bruit mitral sourd, puis une augmentation progressive de la matité précordiale : le 28 février, le bord droit débordait le sternum de 1 cm., et l'axe transversal, de l'angle cardio-hépatique à la pointe, mesurait 14 cm. ; le 24 mars, le débord atteignait 3 cm. et l'axe transversal 18 cm. Le 14 mars, nous avons entendu des frottements péricardiques.

Cette enfant a eu, ces jours derniers, le 5 avril, une poussée de rhumatisme au cou-de-pied gauche, qui a rétrocédé avec 12 gr. par jour de salicylate de soude. Actuellement, on entend un souffle systolique mitral et des frottements péricardiques discrets, le cœur est toujours gros, surtout par augmentation des cavités droites.

Cette fille est un exemple de *pancardite rhumatismale discrète.* Elle n'éprouve aucun trouble subjectif ou fonctionnel, aucune dyspnée, aucune palpitation. Son pouls est à 80.

Je signale en passant que son métabolisme basal, recherché par M. Lebée, le 31 mars, est normal.

La pancardite rhumatismale discrète débute au cours d'une attaque de maladie de Bouillaud à déterminations articulaires plus ou moins importantes, à une époque variable, souvent même quand les arthropathies ont disparu.

La fièvre est nulle, légère ou assez élevée. L'enfant n'a pas de dyspnée, de palpitations, de douleur précordiale. Il ne paraît pas malade. Souvent il existe une tachycardie de 100, 110, 120 chez un grand enfant ; elle est généralement persistante ; mais elle n'est pas un phénomène constant ; l'enfant que vous venez de voir a eu longtemps une soixantaine de pulsations.

En général, on observe d'abord des signes d'endocardite et un syndrome myocardique, puis, plus ou moins tôt, apparaissent des signes de péricardite.

Les signes physiques révélés par l'examen du cœur permettent de reconnaître l'affection.

L'endocardite se révèle par l'assourdissement du bruit valvulaire et un souffle doux.

La péricardite, presque toujours sèche, se reconnaît par des frottements péricardiques souvent discrets et localisés à la base du cœur. S'il survient un épanchement, d'ailleurs le plus souvent faible, on le reconnaît par les signes que j'ai mentionnés samedi dernier.

Le syndrome myocardique se traduit par un seul symptôme, l'augmentation de la matité précordiale ou de l'aire de l'ombre cardiaque sur les orthodiagrammes. Le bord droit de la matité déborde le sternum de 2 ou 3 cm. La pointe est reportée vers l'aisselle, en dehors de la ligne mamelonnaire, et l'axe transversal, mesuré de l'angle cardio-hépatique à la pointe, s'allonge ; le bord inférieur est abaissé. La forme de la matité indique qu'il s'agit surtout d'une dilatation des cavités droites. L'orthodiagramme confirme le fait ; en outre il permet quelquefois de découvrir la participation du ventricule gauche à la dilatation.

Dans certains cas on constate à la percussion dorsale une dilatation de l'oreillette gauche, surtout dans les cas où une endocardite mitrale s'accompagne de signes précoces de rétrécissement mitral.

Le foie tantôt conserve son volume normal, tantôt est un peu gros. Il existe une augmentation globale de la matité cardio-hépatique, et ce phénomène caractérise le *petit syndrome cardio-hépatique* que j'ai décrit, en 1921, dans une leçon

reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *affections de l'appareil circulatoire*.

Il n'y a pas de signes d'auscultation permettant de reconnaître le syndrome myocardique fruste. On donne quelquefois comme signes la faiblesse du premier bruit et l'accentuation du second bruit pulmonaire. La faiblesse du premier bruit se confond avec son assourdissement attribuable à l'endocardite. L'accentuation du second bruit pulmonaire s'explique par l'élévation de la pression dans l'artère pulmonaire, du fait de la dilatation cardiaque. Vous vous rappelez que M. Josserand la considère comme un signe de péricardite.

Pour certains auteurs, l'assourdissement du premier bruit mitral et le souffle discret, considérés habituellement comme des signes d'endocardite mitrale aiguë, reconnaîtraient pour cause non pas la lésion de l'endocarde, mais la dilatation du cœur et une insuffisance mitrale fonctionnelle. M. Pichon, évitant de prendre parti, a proposé le terme de souffle myocardo-endocarditique.

L'insuffisance mitrale fonctionnelle existe réellement, comme nous le verrons tout à l'heure à propos des pancardites sévères. Je ne pense pas qu'elle se produise dans les pancardites discrètes. En effet, d'une part, il n'y a aucune relation entre les signes d'auscultation et le degré de la dilatation du cœur, d'autre part, celle-ci, je le rappelle, se produit principalement au niveau des cavités droites.

L'*évolution* de la pancardite rhumatismale discrète présente de grandes différences suivant les cas. Les trois éléments, l'endocardite, la péricardite, le syndrome myocardique, peuvent apparaître à intervalles plus ou moins éloignés et évoluer ensuite chacun pour son compte.

La péricardite est souvent très courte ; souvent c'est seulement pendant deux ou trois jours qu'on constate un frottement discret ; mais il peut persister dix, quinze jours et même davantage.

L'endocardite a rarement une évolution courte les signes disparaissent en dix, quinze ou vingt jours. plus habituellement elle se prolonge et évolue vers la chronicité. La disparition des signes peut d'ailleurs n'être que temporaire .

Le syndrome myocardique est parfois passager ; alors le volume du cœur diminue rapidement. Souvent il persiste pendant des semaines, comme chez notre petit malade : le volume du cœur augmente, puis reste stationanire. Plus tard il peut diminuer progressivement et le cœur reprendre un volume à peu près normal : dans d'autres cas, la dilatation du cœur devient chronique.

Si l'attaque de maladie de Bouillaud reste isolée le pronostic de la pancardite est favorable. Au contraire, les poussées successives de rhumatisme entraînent des reprises de la cardiopathie.

D'ailleurs parfois, une pancardite discrète se transforme en pancardite sévère, soit d'emblée, soit au cours des crises ultérieures de rhumatisme.

***

La pancardite rhumatismale discrète, est fréquente ; c'est cependant celle dont on parle le moins, du fait même de sa discrétion.

La PANCARDITE RHUMATISMALE SÉVÈRE est notablement plus rare, bien qu'encore assez commune. Comme ses symptômes sont très manifestes, elle a souvent été décrite.

On lui a appliqué des dénominations diverses. Elle correspond aux *formes malignes du rhumatisme cardiaque* de Trousseau, Stokes, Osler, au *rhumatisme viscéral malin* d'Edmond Weil, de Lyon, à l'*endocardite rhumatismale maligne* de M. Barié. Je l'ai décrite, le 12 mars 1921, dans une leçon restée inédite, consacrée à l'*endo-myo-péricardite rhumatismale subaiguë*, qui a servi de canevas à la thèse soutenue en 1921 d'un de mes élèves, M. Georges Calas. Elle englobe certains des faits décrits par M. Pichon dans sa thèse.

Les observations de ces pancardites rhumatismales sévères ne sont pas rares chez les enfants. Nous en observons plusieurs cas chaque année.

Je vous en ai présenté un cas samedi dernier Je vous reparlerai tout à l'heure de ce malade, qui est mort depuis.

En voici un autre exemple.

Ce garçon est né le 21 juin 1913. Il a toujours été bien portant, sauf une rougeole et une coqueluche. En 1923, à l'âge de 10 ans il a une première atteinte de maladie de Bouillaud, assez légère. Il ne s'est jamais remis. Depuis il est pâle, s'essouffle facilement, a de temps en temps des crises nocturnes de dyspnée qui l'obligent à s'asseoir, quelques douleurs fugaces dans les genoux. A partir du début de novembre dernier, les douleurs deviennent plus fortes, siègent dans les genoux, les épaules, les coudes, les poignets ; il éprouve une sensation de gêne, de pincement dans la région précordiale, quelques palpitations, des douleurs, qu'il qualifie de points de côté, dans la région sous-mammaire gauche. Il entre à la salle Bouchut le 25 novembre, à l'âge de 13 ans et cinq mois.

Il est pâle et maigre ; il pèse 27 kgr. 900 pour une taille de 137 cm.; il a le thorax déformé d'un ancien rachitique. Il n'a pas d'œdème, pas d'ascite. Il a une fièvre légère à 38°3-38°5, qui disparaît le troisième jour, un pouls à 130, régulier, une pression faible, de 9-7 au Vaquez.

Le foie est très gros en totalité, indolent ; sur

la ligne mammaire, il mesure 16 cm, avec un débord de 7 cm. ; sur la ligne médiane il descend à 10 cm. 5 au-dessous de la base de l'appendice xiphoïde, presque jusqu'à l'ombilic.

La matité précordiale est très agrandie, le bord droit déborde le sternum de 3 cm. ; l'axe transversal de l'angle cardio-hépatique à la pointe mesure 14 cm. ; la pointe est en dehors du mamelon et immobile. On entend sur la pointe un souffle systolique en jet de vapeur, qui se propage dans l'aisselle et le dos ; dans la région moyenne, un double frottement péricardique et, à la base, une accentuation du deuxième bruit pulmonaire.

D'autre part, en arrière, à la base droite du thorax, il y a de la matité, de l'abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Une ponction pleurale retire 400 cmc. de liquide séro-fibrineux, contenant des mononucléaires, des polynucléaires et de rares cellules endothéliales, ayant les caractères d'une sérosité inflammatoire.

Les urines sont rares, un demi-litre, sans albumine, avec beaucoup d'urobiline.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H^8) sont négatifs ; le Hecht est très légèrement positif.

On prescrit des ventouses sèches, du sulfate de soude et du salicylate de soude, 4 gr. le 26 novembre, 8 gr. les 27, 28 et 29 novembre. Des vomissements se produisent : on abaisse la dose quotidienne à 6 gr. Mais, le 3 décembre, il faut interrompre le médicament à cause de nouveaux vomissements. Cette intolérance s'est manifestée bien que le médicament ait été donné en solution faible, avec des doses semblables de bicarbonate de soude.

D'autre part on donne la solution de digitaline cristallisée à 1/1000 : XX gouttes, les 26 et 27 novembre, XV gouttes le 28, X gouttes le 29.

Le traitement n'a pas d'influence manifeste. Les urines restent rares ; le poids diminue seulement de 900 gr. (27 kgr. le 30 novembre) ; le pouls s'abaisse à 90, le 4 décembre ; la pression artérielle ne varie pas ; les dimensions du cœur et du foie restent les mêmes ; le frottement péricardique s'accentue.

Pendant le mois de décembre, la malade a plusieurs poussées fébriles ; dans le milieu de janvier la fièvre disparaît ; à la fin de janvier et en février elle reparaît très irrégulière. De temps en temps l'enfant se plaint de vagues douleurs ; il n'y a pas de modifications du cœur, du foie, des urines. On reprend le salicylate de soude : 2 gr. du 6 décembre au 3 janvier, 4 gr. jusqu'au 26 janvier, 8 gr. jusqu'au 7 février ; il est bien toléré. La théobromine, à la dose d'un gramme, prise du 3 au 7 décembre, la solubaïne, à la dose de XL gouttes, prise du 10 au 15 décembre, amènent des augmentations passagères de la diurèse à 2.000 cc et 1.400 cc.

A partir du 7 février, la fièvre est élevée, elle persiste jusqu'au 6 mars et atteint 39°, 40°7, 39°5. Elle est causée par une bronchite généralisée et une broncho-pneumonie pseudo-lobaire double. Dans les crachats on trouve du bacille de Friedlander, du cocco-bacille de Pfeiffer, quelques diplocoques à Gram positif, etc. ; il n'y a pas de bacille de Koch. Les hémocultures sont négatives.

La matité précordiale augmente ; celle du foie reste la même. Les signes d'auscultation du cœur ne changent pas. La digitaline et la théobromine sont sans action.

A partir du 7 mars, la température est moins élevée ; elle présente de grandes oscillations ; les symptômes pulmonaires diminuent un peu. La température s'abaisse ; depuis hier, elle est de 37°7, 37°8. Les symptômes pulmonaires persistent.

Actuellement, on constate : à droite, une respiration sifflante et de nombreux râles crépitants ; à gauche, de la submatité, surtout à la région inférieure, où on entend un souffle rude, inspiratoire et expiratoire ; sur toute la hauteur, des deux côtés, en grand nombre, de gros râles sous-crépitants, qui prédominent à la partie moyenne. La toux est fréquente. Les crachats sont abondants, verdâtres, muco-purulents. On a pu se demander si ces symptômes tenaces n'étaient pas l'indice d'une évolution tuberculeuse ; il n'en est rien d'ailleurs et de nombreuses recherches, poursuivies avec les techniques les plus précises, ont toujours montré l'absence du bacille de Koch.

Le pouls est aux environs de 100, un peu irrégulier, la pression au Vaquez de 12-7.

La matité cardio-hépatique est toujours très agrandie. Le foie mesure 17 cm. 5, avec un débord de 6 cm. sur la ligne mammaire, 11 cm. sur la ligne médiane. Le cœur a augmenté : l'axe transversal, qui mesurait 14 cm., est maintenant de 18 cm. ; le bord droit, qui débordait le sternum de 3 cm., le deborde de 4 cm. Les signes d'auscultation restent les mêmes.

Sur l'orthodiagramme dessiné en position frontale le cœur est très gros ; en position oblique, il remplit presque tout l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale. Le bord postérieur est d'ailleurs difficile à dessiner car le médiastin postérieur est le siège d'une opacité diffuse témoignant d'un processus de médiastinite. L'enfant a maigri ; il pèse 26 kgr. 450 ; il n'a pas grandi depuis près de cinq mois et mesure toujours 137 cm. Il est toujours pâle et sans œdème.

Les pancardites rhumatismales sévères débutent tantôt au cours de la première atteinte de maladie de Bouillaud, tantôt au cours des crises

ultérieures. Le cœur peut être sain antérieurement ou déjà altéré, gros, avec des lésions orificielles, avec ou sans péricardite. Il n'existe aucun rapport avec l'intensité des arthropathies et de la fièvre, qui sont souvent légères. Suivant les cas, ou la cardiopathie est d'abord discrète, ou d'emblée s'installent des symptômes graves.

L'évolution est longue. On assiste soit à des phases alternatives d'aggravation et de rémission, soit à une aggravation progressive, soit à de longues périodes pendant lesquelles l'état reste stationnaire.

Les enfants sont pâles, maigres ; leur pâleur est souvent mélangée de cyanose ; la cyanose s'accuse aux pommettes, aux lèvres, aux extrémités des doigts et des orteils.

La température revêt des modalités différentes. L'apyrexie est rare ou n'existe que par périodes. La fièvre est la règle et réalise plusieurs types comme le montrent ces courbes relatives à des malades que j'ai présentés dans des leçons antérieures. Tel malade présente un état subfébrile persistant ; tel autre des périodes de fièvre légère entrecoupées de phases d'apyrexie, tel autre une fièvre élevée plus ou moins prolongée, avec de courtes rémissions.

Aucun de ces aspects n'est pathognomonique. Chez un même malade on peut voir se succéder ces diverses modalités de fièvre. L'aspect le plus typique, et qui est fréquent, c'est une fièvre à grandes ondes, une sorte de fièvre ondulante qui rappelle tout à fait la fièvre de certains tuberculeux. Aussi comprend-on qu'on pense à la tuberculose, surtout quand il existe des symptômes pulmonaires.

Comme chez tous les rhumatisants, la fièvre peut s'accompagner de sueurs, de frissonnements.

Les phénomènes articulaires peuvent faire défaut ; quand ils existent, ils sont généralement discrets ; de temps en temps surviennent des arthralgies, des fluxions articulaires en général légères. Certains malades présentent des nodosités de Meynet.

Les malades sont anorexiques ; ils digèrent mal ; ils maigrissent et finissent par devenir cachectiques.

La respiration est en général fréquente et courte. Souvent les malades n'éprouvent aucune gêne respiratoire tant qu'ils restent au lit ; mais, dès qu ils se lèvent, ils s essoufflent. Parfois la dyspnée est forte et peut entraîner l'orthopnée. Certains malades ont des accès de dyspnée, véritable asthme cardiaque.

Plus souvent l'enfant accuse de la gêne précordiale ; quelquefois il éprouve une angoisse vague. Certains malades ont des crises cardiaques douloureuses, assez pénibles. Le phrénique peut être sensible à la pression.

Le malade n'a pas d'œdème ou a simplement un peu de bouffissure de la face et des bourses : c'est un cardiaque sec. Cependant il peut se produire des rétentions hydrochlorurées, du préœdème qu'on découvre quand on pèse régulièrement les malades ; assez souvent on voit des variations de 1.000 gr. ou 1.500 gr., spontanées ou sous l'influence thérapeutique.

Les urines sont rares : 300 cc., 500 cc. Elles sont foncées, et contiennent souvent beaucoup d'urobiline. En général elles ne sont pas albumineuses ; l'albuminurie, quand elle se montre, reste légère : 10, 20 ou 50 centigrammes. Rarement on trouve de l'azotémie ; elle est très modérée.

Les veines jugulaires sont dilatées et plus ou moins nettement animées de battements.

Le pouls est petit, fréquent ; on compte souvent 100, 120, 140 pulsations, la fréquence est indépendante de la température. Le pouls reste régulier ; pour Weil et Barjon, cette régularité serait un caractère de la myocardite parenchymateuse aiguë. Quelquefois il existe une arythmie extra-systolique. Avec M. Pichon, nous avons relaté un fait rare, dans les *Archives de médecine des enfants* d'août 1925 : une fille de 10 ans a présenté une tachysystolie auriculaire tendant vers l'arythmie complète et liée à une insuffisance de l'oreillette gauche.

La pression artérielle est faible. La maxima est abaissée, la minima, normale ou un peu augmentée ; par suite la pression différentielle est réduite.

On constate une augmentation globale de la matité cardiaque et de la matité hépatique, un *grand syndrome cardio-hépatique*. Le tracé recueilli chez le malade que vous venez de voir en est un exemple. En voici un autre que j'ai relaté dans ma leçon de 1921 ; il s'agit d'une fille de 12 ans.

La matité précordiale, j'entends la matité relative, est très agrandie, allongée transversalement, plus ou moins globuleuse. Le bord droit déborde le sternum de 3 ou 4 cm. ; la pointe est dans l'aisselle, plus ou moins abaissée. L'axe transversal, qui réunit l'angle cardio-hépatique à la pointe, est allongé. Le bord inférieur, correspondant au ventricule droit, est très abaissé. Le cœur est quelquefois énorme.

La matité hépatique est augmentée en totalité. Le bord inférieur descend notablement au-dessous du rebord costal ; sur la ligne axillaire, il déborde de 5, 6 ou 7 cm. ; sur la ligne médiane, il approche, atteint ou même dépasse l'ombilic. Il est épais, mousse, facile à palper ; il suffit pour le sentir de déprimer légèrement la paroi abdominale avec la pulpe des doigts. Le foie est assez souvent un peu douloureux.

Assez souvent il y a du subictère.

L'hépatomégalie ne s'accompagne pas de splénomégalie. La circulation veineuse sous-cutanée de l'abdomen est généralement discrète. Il n'y

a généralement pas d'ascite ; parfois cependant se développe un épanchement intra-péritonéal abondant persiste, qui se reproduit après la ponction.

La pression large sur le foie provoque le reflux hépato-jugulaire, qui témoigne de la stase dans tout le système cave et de l'oreillette droite. Cette recherche est souvent pénible pour l'enfant et doit être faite avec une certaine discrétion ; elle provoque souvent une sensation de gêne et même d'angoisse assez pénible. On perçoit quelquefois des battements hépatiques.

Certains malades présentent une dilatation de l'oreillette gauche, mise en évidence par la percussion dans le dos.

Les orthodiagrammes confirment les résultats de la percussion. En voici quelques exemples. En position frontale, on constate une augmentation considérable de l'ombre cardiaque qui porte surtout sur les cavités droites, mais également, sur les cavités gauches. En position oblique, l'ombre cardiaque s'étend du sternum au rachis ; dans certains cas, l'oreillette gauche est nettement dilatée.

On remarque une voussure précordiale du côté gauche, l'immobilité de la pointe dans les changements de position, des ondulations de la paroi à propos desquelles on discute l'existence d'une symphyse péricardique.

L'auscultation révèle souvent des frottements péricardiques vers la base du cœur, des bruits du cœur faibles, une accentuation du deuxième bruit pulmonaire, un bruit de galop droit, rarement gauche, des souffles d'intensité variable. On entend, à la pointe, un souffle systolique avec ou sans souffle présystolique ; à la base, très souvent un souffle diastolique et un léger souffle systolique ; dans certains cas, au foyer xiphoïdien, un souffle systolique doux. Il y a des cas enfin où les bruits sont très faibles, les souffles à peine distincts, on perçoit ce qu'on appelle le murmure asystolique.

Les souffles sont dus à des modifications des orifices du cœur : lésions valvulaires constituées, endocardite en évolution, insuffisances fonctionnelles.

Comme je l'ai montré dans une leçon de cette année, reproduite par *Clinique et laboratoire* du 20 mars, l'insuffisance fonctionnelle de la tricuspide n'est pas rare ; mais parfois il faut discuter l'existence d'une endocardite triscuspidienne.

L'insuffisance mitrale est presque toujours organique ; il est exceptionnel qu'elle soit purement fonctionnelle ; mais, à la lésion organique, s'intrique assez souvent un trouble purement fonctionnel, quand le cœur est très dilaté.

Charles West, dans la sixième édition des *Leçons sur les maladies des enfants*, dont la traduction française a été donnée en 1875 par Archambaud, attribue un rôle important à la dilatation du cœur dans la production des symptômes des maladies valvulaires : « Il peut arriver, écrit-il, que l'autopsie ne découvre pas une altération des valvules aussi considérable qu'on aurait pu l'attendre, d'après les symptômes constatés pendant la vie ». Divers auteurs ont rapporté des cas d'insuffisance fonctionnelle de la mitrale chez les enfants, par exemple, M. Pathon, M. Lian, l'ont observée à l'autopsie d'enfants de 8 ans. Je l'ai observée pour ma part assez souvent. M. Carrey-Coombs écrit que, dans 75 pour cent des cardites rhumatismales, la matité cardiaque est très agrandie et il existe une insuffisance mitrale fonctionnelle ; même, d'après lui, dans les cas où on entend un souffle mitral diastolique, ce souffle est dû à une aspiration brusque du sang par le ventricule dilaté.

En somme, dans les pancardites rhumatismales sévères, il existe des symptômes de lésions valvulaires, d'altérations du péricarde, de lésions ou de troubles fonctionnels du myocarde. C'est de l'état du myocarde que relèvent la dilatation du cœur et les troubles fonctionnels et subjectifs observés. Ces troubles réalisent le tableau de l'asystolie, tel qu'on l'observe le plus habituellement chez l'enfant. Cette asystolie rentre dans le cadre des *asystolies inflammatoires* sur lesquelles le professeur Bard a attiré l'attention en 1892.

Quand le virus rhumatismal réalise des pancardites sévères, l'inflammation viscérale ne reste pas limitée au cœur. Très souvent, en même temps que la cardiopathie évoluent des PROCESSUS MÉDIASTINAUX, PLEURAUX et PULMONAIRES dus soit au virus rhumatismal lui-même, soit à des infections secondaires.

La *médiastinite* n'a guère de symptômes propres ; parfois l'opacité du médiastin à la radioscopie permet de la soupçonner. A l'autopsie, on trouve de l'épaississement du médiastin postérieur, des adhérences plus ou moins étendues et solides entre le péricarde externe et les parties voisines, des symphyses péricardo-pleurales et péricardo-sterno-costales.

Les *affections pleurales* et *pulmonaires* se présentent sous des aspects variés. Je les ai étudiées en 1922, dans une leçon, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *affections de l'appareil respiratoire.*

Les localisations pleurales sont fréquentes. Elles réalisent des pleurésies sèches ou des pleurésies avec épanchement uni- ou bilatérales ; elles accompagnent la congestion du poumon ; de ce fait un petit épanchement peut paraître volumineux. Le liquide séro-fibrineux a les caractères d'un épanchement inflammatoire ; il contient des polynucléaires en plus ou moins grand nombre ; il est stérile ; parfois on rencontre de véritables épanchements puriformes aseptiques. Il s'agit de pleurésies rhumatismales. Elles sont

généralement fugaces ; mais, après elles, évolue souvent un processus chronique pouvant aboutir à la formation d'une symphyse pleurale simple ou double, associée à la médiastinite.

Les affections des bronches et des poumons reconnaissent une pathogénie différente suivant les cas. Les unes sont d'ordre mécanique, dues à la compression du poumon par un cœur trop à l'étroit dans la cage thoracique ; c'est l'atélectasie pulmonaire. Les autres sont de nature infectieuse, dues soit à l'action du virus rhumatismal, soit à des infections secondaires. Elles réalisent des syndromes de congestion pulmonaire, de bronchite ou de broncho-pneumonie, dont l'interprétation n'est pas toujours aisée. Il se produit en effet des syndromes d'adénopathie trachéo-bronchique sans adénopathie, de pleurésie sans pleurésie, de broncho-pneumonie sans broncho-pneumonie, et même, dans certains cas, de tuberculose pulmonaire sans tuberculose.

Les phénomènes infectieux et les symptômes cardiaques font que, chez certains malades, on se demande s'il n'intervient pas une endocardite infectieuse maligne, une endocardite infectieuse secondaire des cardiaques. J'ai étudié cette question dans une leçon de 1923, reproduite dans mon livre de *Clinique*.

Le diagnostic n'est guère possible que si une hémoculture est positive et décèle du *streptococcus viridans*, par exemple. J'en ai discuté les éléments dans la leçon que je viens de rappeler. M. Lebée a consacré à cet important problème sa thèse de 1924 sur l'*étude du pronostic des endocardites aiguë et subaiguës chez l'enfant*.

La pancardite rhumatismale dure des semaines, des mois, assez souvent trois ou quatre, un an et plus. La fièvre persiste, l'état général devient de plus en plus mauvais, les troubles cardio-hépatiques s'accentuent, des complications pleurales et pulmonaires surviennent ; l'enfant prend l'aspect d'un grand infecté.

La mort est la terminaison habituelle. Elle survient du fait des progrès de l'infection et de la cachexie, des complications pulmonaires, d'un œdème aigu des poumons, quelquefois d'une embolie pulmonaire ; on peut assister alors à des hémoptysies. Dans quelques cas elle est causée par une embolie cérébrale avec apoplexie et hémiplégie, par une endocardite infectieuse secondaire. La mort est assez souvent rapide et impressionnante par la soudaineté des accidents qui surviennent d'une façon imprévue. L'enfant est pris de dyspnée, de cyanose, d'une forte tachycardie, d'un grand malaise ; il a le sentiment d'une mort imminente. Puis il pâlit, se refroidit et meurt dans le collapsus en quelques heures, en un ou deux jours. Parfois la mort survient subitement par syncope.

Le jeune garçon que je vous présentais samedi dernier est mort dans ces conditions. Né le 13 janvier 1915 et bien portant jusque-là, il est pris, le 13 novembre 1926, d'une crise de maladie de Bouillaud compliquée d'endocardite. Il ne se remet pas et au bout de quatre mois, entre à la salle Bouchut, le 22 mars 1927, à l'âge de 12 ans et deux mois. Il présente un cœur énorme et les divers symptômes d'une pancardite sévère. Vous vous rappelez le pronostic réservé que j'ai porté. L'évènement n'a pas tardé à justifier cette réserve.

Le 6 avril au matin, l'enfant se plaint d'être fatigué ; on le trouve un peu somnolent ; son pouls est à 124, son cœur n'est pas modifié. Vers 15 heures, il est pris d'une douleur précordiale très vive, d'angoisse, de dyspnée avec soif d'air ; il réclame à chaque instant les ballons d'oxygène qu'on lui apporte, il a une toux sèche, pénible, qui amène quelques rares crachats mousseux et aérés. M. Bize, mon interne, constate de nombreux râles fins et secs et pense à de l'œdème pulmonaire. Il fait appliquer des ventouses scarifiées. A 17 heures, deux heures après le début de la crise, il pratique la saignée, au cours de laquelle survient une syncope mortelle. Nous n'avons pas pu faire l'autopsie.

Une telle terminaison n'est pas rare chez les enfants atteints de pancardite rhumatismale sévère. Il faut toujours prévenir la famille de cette éventualité possible.

Ne croyons pas cependant que tous les cas se terminent par la mort. De temps en temps on observe des malades, dont l'état s'améliore au bout de six, huit, dix-huit mois. La fièvre s'éteint, l'état général devient meilleur, les troubles subjectifs et fonctionnels s'atténuent. Le cœur, le foie cependant restent gros ; l'enfant est un infirme du cœur, condamné à une existence réduite, à la merci du moindre incident, de la moindre infection, de la moindre crise de rhumatisme. Il est rare que les enfants qui ont été si sévèrement touchés aient une survie très longue; rarement ils dépassent la jeunesse.

***

Il est difficile de préciser la part qui revient aux lésions de l'endocarde, du péricarde et aux troubles du myocarde dans la réalisation du tableau clinique.

Les lésions de l'*endocarde* ne sont pas toujours très importantes; assez souvent elles sont discrètes et ne paraissent pas avoir entraîné de grands troubles.

Le *péricarde* a occupé pendant longtemps le premier rôle. Cadet de Gassicourt écrivait : « Tous les malades qui meurent succombent à la péricardite ». Cette opinion est trop absolue et il y a des cas où on ne trouve aucune lésion du péricarde à l'autopsie.

Le grand rôle appartient au *myocarde*. Charles West écrivait déjà : « Je crois que la présence ou l'absence de dilatation du cœur ou le degré de cette lésion tiennent les symptômes sous leur dépendance et déterminent l'issue de la maladie dans un grand nombre de circonstances ». Il ajoute, recherchant la cause de cette dilatation : « Je ne doute pas que la faiblesse du myocarde y prenne une large part ». Je partage complètement cette opinion. Il importe de retenir l'importance du rôle joué par les troubles myocardiques dans les pancardites sévères.

Les conclusions qui se dégagent de cette leçon sont les suivantes :

1° Chez les enfants, les cardiopathies rhumatismales sont presque toujours complexes ; le péricarde, l'endocarde, le myocarde sont souvent intéressés ; il s'agit d'une *pancardite*.

2° Les pancardites rhumatismales revêtent deux grandes modalités cliniques : la *forme discrète* et la *forme sévère*.

La *forme discrète* est heureusement la plus fréquente ; elle est occulte et il faut la chercher ; elle s'améliore assez souvent, à condition d'être bien soignée ; les enfants qui ont après elle des cardiopathies suffisamment compensées ne sont pas rares.

La *forme sévère* est celle qu'on connaît le mieux parce que ses symptômes ne peuvent passer inaperçus. Elle est plus rare que la précédente. Elle entraîne la mort au cours de son évolution subaiguë. Même si elle s'améliore, elle laisse l'enfant infirme pour toute sa vie, et celle-ci d'ailleurs n'est, en général, pas très longue.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les phlegmons de l'éminence thénar.

M. J. P. TOURNEUX.

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Il y a aujourd'hui exactement deux semaines qu'entrait dans notre service, pour un phlegmon de la main droite, le malade couché encore actuellement au lit n° 21 de la salle St-Pierre. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, exerçant la profession de menuisier qui, au cours de son travail, s'était blessé au niveau de la face palmaire de la commissure réunissant le pouce à l'index. Bien que la blessure, occasionnée par une écharde de bois longue de plus de deux centimètres, fut assez profonde, aucune précaution ne fut prise, et notre sujet continua à se livrer à son métier. Cependant, deux jours plus tard, ayant constaté de la rougeur ainsi qu'un léger gonflement dans la région qui avoisinait la petite plaie, il alla consulter un médecin qui lui ordonna des bains chauds et des pansements humides. Comme ce traitement suivi pendant quelques jours ne produisit pas les effets espérés, et que les différents phénomènes inflammatoires tendaient, au contraire, à s'accentuer, le malade ne tarda pas à venir nous consulter à l'Hôtel-Dieu où il fut de suite hospitalisé.

A ce moment, toute la main ,chaude et douloureuse, présentait un gonflement très appréciable tant à la face dorsale qu'à la face palmaire, et particulièrement accusé dans la région externe, où la peau rouge et luisante montrait des signes d'infection localisée au niveau du premier espace interdigital, dont la palpation était très douloureuse, sans qu'il fut possible de mettre en évidence de la fluctuation. Il n'existait pas de gêne des mouvements de la main sur l'avant-bras, et il en était de même pour la flexion et l'extension des quatre derniers doigts ; quant au pouce, qui se trouvait en abduction complète, les mouvements d'extension et de flexion étaient seulement un peu gênés, mais il n'en était pas de même de l'adduction qui était tout à fait impossible. Il n'y avait aucune trace d'engorgement ganglionnaire quelconque, ni au coude, ni à l'aisselle, et quant à l'état général, il demeurait excellent.

Devant les différents symptômes présentés, le diagnostic ne devait pas rester longtemps hésitant ; la lésion n'intéressait certainement ni la gaine du fléchisseur du pouce, ni celles des autres doigts, puisque tous les mouvements étaient conservés et non douloureux, et que la palpation ne révélait aucun gonflement au niveau de ces mêmes gaines : il ne pouvait donc par suite être question que d'un phlegmon de l'éminence thénor, phlegmon siégeant au niveau du premier espace interosseux. Dans ces conditions, il n'y avait pas à hésiter ; c'est pourquoi, j'ai pratiqué le jour même une incision d'environ deux centimètres de long au niveau de la base de la commissure digitale, et débridant ensuite avec la sonde cannelée, je n'ai pas tardé à donner issue à la collection purulent ; puis, sans fairede lavages, que je considère comme dangereux, j'ai drainé la cavité par une fine mèche de gaze imbibée d'immunizols Grémy n° 31. Je ne me bornai pas cependant à cette seule vaccination locale : afin de mieux stabiliser les résultats, je lui

associai la vaccination générale par voie sous-cutanée, et vous avez pu constater par vous-mêmes avec quelle rapidité les phénomènes inflammatoires ont diminué. Actuellement, notre sujet peut être considéré comme guéri, mais il ne faut pas douter qu'une bonne part de cette rapidité d'évolution doit être attribuée à la vaccination, et que si je m'étais borné, après l'acte opératoire, au seul traitement ordinaire par des pansements humides et par des bains chauds, les choses ne seraient certainement pas aussi avancée qu'elles le sont aujourd'hui. J'ajouterai encore que, deux jours après l'évacuation de la collection purulente, on a commencé à masser et à mobiliser les doigts, afin de combattre dès le début toute possibilité de raideur articulaire, petite complication que l'on n'observe que trop souvent après les lésions inflammatoires des extrémités des membres.

Il s'est donc agi dans ce cas d'un phlegmon de l'éminence thénar, variété de phlegmon de la main particulièrement intéressante non seulement par les interprétations pathogéniques auxquelles elle a donné naissance, mais aussi par les indications thérapeutiques qu'elle comporte, et comme vous pouvez, au cours de votre carrière médicale, vous trouver vraisemblablement en présence de semblables lésions, je tiens à profiter du bel exemple que vous avez eu sous les yeux, pour vous montrer en quel point se forment ces collections purulentes de quelle manière elles se constituent, quelle est leur évolution, et enfin ce quelle façon il convient de les traiter.

Les phlegmons de l'éminence thénar, bien que pouvant parfois, mais assez rarement, évoluer au niveau des espaces celluleux séparant les couches musculaires, se produisent dans l'immense majorité des cas au niveau de la loge commissurale située dans le premier espace interdigital, loge beaucoup plus visible du côté dorsal que du côté palmaire, qui est revêtu par des groupes musculaires. Cette loge peut être considérée sous la forme d'une pyramide quadrangulaire, fortement aplatie d'avant en arrière, avec ses quatre faces, son sommet et sa base : les faces sont formées par les deux métacarpiens sur les c tés, par le muscle interosseux sur la face dorsale, et par l'adducteur du pouce sur la face palmaire ; le pli commissural sert de base à cette pyramide, tandis que vers le haut, le rapprochement des deux métacarpiens en forme le sommet. Dans l'intervalle situé entre les deux muscles, ou plutôt entre les deux aponévroses qui les recouvrent, se trouve un tissu cellulo-graisseux lâche dans lequel cheminent, en plus d'artérioles et de veinules chargées d'irriguer la face interne du pouce et la face externe de l'index, un très grand nombre de vaisseaux lymphatiques qui proviennent du pouce, de l'index et des plans superficiels de la paume, faisant ainsi de cette petite région un confluent lymphatique extrêmement important ; vous comprenez donc aisément pourquoi une plaie intéressant soit les doigts, soit la paume de la main occasionnera une inflammation plus ou moins importante dans cette atmosphère cellulo-graisseuse où fourmillent les lymphatiques.

Cette loge, quoique assez bien isolée du reste de la main, communique cependant par quelques points avec les parties voisines, et ce sont ces voies que les suppurations pourront emprunter dans leur propagation. C'est ainsi qu'elle est en relations avec les os du carpe et avec le poignet par l'artère radiale qui la traverse dans son sommet, au moment où quittant la tabatière anatomique elle pénètre dans le paume de la main : la loge communique de même avec cette dernière région par les branches émanées de l'arcade artérielle, qui sont destinées aux parties profondes de la main. Aussi voyez-vous de suite que les fusées purulentes pourront se produire soit en haut et en arrière dans la région carpienne et dans l'avant-bras en suivant le trajet de l'artère radiale, soit en dedans vers la paume de la main grâce aux branches de l'artère palmaire

Enfin, pour terminer cette courte disgression anatomique, il me reste à vous signaler qu'au niveau des parois de la loge se trouvent tant du côté dorsal que du côté palmaire de nombreux vaisseaux, artérioles et veinules, et nerfs superficiels émanés du musculo cutané, du radial et du médian qu'un coup de bistouri, donné au hasard, serait susceptible d'intéresser, et qu'il sera des plus faciles d'éviter par un choix judicieux de la ligne d'incision.

Les causes des phlegmons de l'éminence thénar sont multiples, et si je voulais vous les signaler toutes, je serais forcé de me livrer à une énumération monotone, fastidieuse et au total parfaitement inutile, car toutes les causes de traumatismes sont suceptibles de donner naissance à de pareilles lésions. Il est cependant bien évident que si tous les traumatismes peuvent provoquer des phlegmons, certains d'entre eux doivent être particulièrement redoutés, et pour vous donner un exemple, il tombe sous le bon sens qu'une blessure profonde, anfractueuse, ou à bords déchiquetés sera beaucoup plus susceptible d'entraîner des complications inflammatoires qu'une simple piqûre ou écorchure superficielle. Il est en outre un facteur dont il convient de tenir grand compte dans la gravité des lésions de l'éminence thénar, et qui n'est autre que la manière dont la plaie a été traitée. La plupart du temps en effet, les petites solutions de continuit tégumentaires, d'apparence tout à fait insignifiante, restent sans soins, car chacun croit à une bénignité qui s'est manifestée à de multiples reprises : cette petite porte d'entrée se trouve alors

au contact permanent avec les objets les plus divers, et d'une propreté souvent douteuse, d'où inflammation de la plaie et possibilité de phlegmon. C'est là d'ailleurs ce qui s'est passé chez notre sujet, où une plaie assez profonde, causée par une écharde de bois, corps évidemmentseptique, est restée sans aucune espèce de soins pendant plusieurs jours.

Enfin dans un autre ordre d'idées, il est certain que l'état général du sujet doit également entrer en ligne de compte et que des habitudes d'alcoolisme, que le diabète et l'albuminurie sont autant de causes de gravité des moindres affections, et que c'est souvent dans ces cas de tares constitutionnelles que l'on peut voir de simples égratignures être le point de départ de phlegmons de l'éminence thénar.

En ce qui concerne la nature de la suppuration elle-même, il est bien évident *a priori* que tous les microbes pyogènes, aérobies ou anaérobies, peuvent être incriminés dans la génèse de ces phlegmons, mais, ainsi qu'il résulte des nombreux examens pratiqués, certaines variétés microbiennes essentiellement banales ont toujours été seules reconnues jusqu'ici : dans l'immense majorité des cas, il s'agit de staphylocoque et beaucoup plus rarement de streptocoque ; notre cas n'a pas fait exception à la règle puisqu'il s'agissait de staphylocoque doré en culture pure.

Quant à la marche de la propagation inflammatoire, il est assez facile de la concevoir : pour les plaies profondes et siégeant dans la région même de la loge thénarienne, comme il en a été pour notre sujet, la pathogénie est des plus simples, car dans ces cas, l'infection a lieu sur place. Lorsque le phlegmon s'observe à la suite d'une plaie superficielle infectée du pouce, de l'index ou de la paume de la main, ce n'est que par la voie lymphatique que peut se faire l'apport microbien. C'est là une chose qui nous paraît à l'heure actuelle une vérité pour ainsi dire évidente, et cependant, il n'en est pas qui n'ait provoqué plus de discussions et fait couler plus de flots d'encre. Je ne veux pas, à ce propos, vous évoquer toute l'histoire des phlegmons de la main, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin mais je ne puis cependant passer sous silence les noms de Gosselin et de Dolbeau dont les conceptions pathogéniques sur l'origine et la propagation des collections purulentes eurent un si grand retentissement. Pour Gosselin (1869), toute inflammation primitive apparaissait dans les gaines tendineuses pour ne se propager que secondairement dans le tissu cellulaire, et « cela en vertu d'une aptitude particulière qu'ont les bourses synoviales sous-cutanées et tendineuses à transmettre au tissu conjonctif ambiant les phlegmasies et surtout les phlegmasies suppurantes dont elles deviennent le siège. » Dolbeau (1875) au contraire incriminait les vaisseaux lymphatiques comme point de départ, les produits infectieux (appelés aujourd'hui microbes) étaient absorbés au niveau des petites plaies tégumentaires, et transportés au point où ils s'accumulaient : il y avait donc d'abord lymphangite, puis périlymphangite et inflammation consécutive de tout le tissu cellulaire avoisinant.

S'il est aujourd'hui définitivement acquis que cette double origine est parfaitement possible en ce qui concerne les phlegmons de la main, et qu'il existe à la fois et des phlegmons lymphangitiques et des phlegmons des gaines, il faut cependant bien reconnaître, que dans le cas qui nous occupe, à savoir le phlegmon profond de l'éminence thénar, la propagation lymphatique est la seule qui puisse être invoquée, en dehors, bien entendu, des inflammations nées sur place dans la région même. Quant au phlegmon des gaines, qui peut se voir secondairement à titre de complication, il présente des caractères tout à fait spéciaux qui n'ont rien de commun avec les lésions dont j'ai entrepris de vous entretenir.

D'une façon générale, ce n'est pas par des symptômes à grand fracas que débutent les phlegmons de l'éminence thénar. Il existe tout d'abord une plaie, insignifiante la plupart du temps et à laquelle le malade n'attache aucune importance puis, un ou deux jours plus tard, il ressent dans la main une certaine sensation de gêne dont le point de départ se trouve situé au niveau de la petite solution de continuité, qui ne présente, elle, presque toujours rien d'anormal, et qui est souvent en voie de guérison, si elle n'est pas déjà guérie. A partir de ce moment, le sujet ressent de la gêne fonctionnelle et une certaine lourdeur suivies bientôt de sensation de chaleur et de cuisson ; puis, petit à petit les phénomènes ne tardent pas à s'accentuer, et la douleur devient lancinante pendant que la main se tuméfie et que la fièvre apparaît avec un certain nombre de phénomènes généraux qui peuvent dans certains cas en imposer pour une maladie de tout l'organisme.

La main présente alors des caractères particuliers : le pouce se trouve dans une attitude tout à fait caractéristique, en abduction et il s'est produit un gonflement surtout apparent du côté dorsal, atteignant les doigts et parfois le poignet ; du côté palmaire, le gonflement est nul ou peu apparent, à moins que le phlegmon ne siège pas dans la loge elle-même, mais dans l'épaisseur même de l'éminence thénar entre les muscles, ce qui est très rare. La peau de la région présente une couleur rosée, et l'on remarque quelquefois à sa surface une traînée lymphangitique, elle est cependant souple et ne présente pas d'adhérences aux parties profondes. Quant à l'empâtement, il ne siège pas dans les plans superficiels, car pour pouvoir le constater, il faut palper profondément

les tissus ; on perçoit alors une résistance profonde et très douloureuse.

Au point de vue fonctionnel, on constate la parfaite mobilité des quatre derniers doigts et du poignet : pour le pouce, qui est comme je vous l'ai déjà dit, en abduction, la flexion et l'extension ne sont nullement gênées, preuve de l'intégrité de la gaine tendineuse ; seule, l'abduction est impossible par suite de la formation de la collection purulente au niveau du premier espace interdigital : on a pu relever dans un petit nombre de cas un peu de douleur à la mobilisation passive, symptôme dû aux tiraillements exercés sur les parties enflammées.

A cette première période dite de congestion, fait suite la période de suppuration dont on reconnaît le début à l'apparition des grandes oscillations thermiques. La douleur a pris un caractère plus fixe, et la pression permet aisément d'en découvrir le point maximum ; le pouce se trouve toujours en abduction forcée, tout en continuant à exécuter sans douleurs vives les mouvements d'extension et de flexion. Par le palper, on constate l'existence d'une induration profonde, résistante, tendue très solidement par les aponévroses d'enveloppe, mais il est tout à fait exceptionnel que l'on puisse mettre nettement en évidence la fluctuation : l'augmentation de l'œdème et les caractéristiques des phénomènes douloureux sont cependant largement suffisants pour affirmer l'existence d'une collection purulente qu'il devient nécessaire d'évacuer. Après une incision bien faite, et un drainage méthodique, la guérison complète doit se produire rapidement au bout de quinze à vingt jours. Mais si le phlegmon reste abandonné à lui-même, ce qui devient bien rare à l'heure actuelle, comme la résolution spontanée n'existe pas, on voit apparaître au bout d'un temps plus ou moins long, le stade d'ulcération et de mortification, période pendant laquelle la suppuration profonde continue à évoluer avec toutes ses conséquences, sphacèle du tissu cellulaire, fistules intarissables, nécrose, septicémie, etc.

Dans les cas où le débridement a été insuffisant, et où les soins post-opératoires, si importants en pareil cas, ont été mal conduits, non seulement les accidents ne se dissipent pas, mais il se produit une sorte de recrudescence des phénomènes inflammatoires, ce qui se traduit par la marche irrégulière et élevée de la courbe thermique : tout le circuit lymphatique de la région a été infecté, entraînant la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire, favorisée encore par l'ensemencement microbien résultant des diverses incisions successives nécessitées pour l'ouverture des collections purulentes. Il est bien certain que dans ces conditions, où les poussées lymphangitiques ne font qu'entretenir la suppuration, la guérison ne s'obtiendra que bien plus tardivement : elle s'accompagnera d'ailleurs, dans ce cas, de nombreuses séquelles, la persistance de foyers scléreux et d'adhérences téno-cutanées déforme la région, l'espace interdigital, presque toujours rétracté gêne les mouvements d'abduction et d'adduction du pouce, et l'atrophie des muscles de l'éminence thénar fait perdre à la main une partie de sa force première.

Bien qu'actuellement le pronostic de ces phlegmons soit en général des plus favorables, il peut survenir au cours de leur évolution, et cela presque toujours à la suite de traitement trop tardif ou mal conduit, un certain nombre de complications, qui viennent l'assombrir dans une certaine mesure : en dehors de la septicémie, de la pyohémie et de l'embolie infectieuse observées communément il n'y a pas très longtemps encore, mais très rares aujourd'hui, et sur lesquelles je n'ai rien de particulier à vous apprendre, les collections purulentes, bien que restant un certain temps assez bien localisées, tendent, lorsque l'on tarde trop à les évacuer, à fuser dans les régions avec lesquelles la loge, qui les renferme, se se trouve en communication. C'est ainsi que l'on a pu voir le pus se frayer un passage soit vers la paume de la main, soit du côté du pouce et du massif carpien ; il en résulte alors la production de téno-synovites plastiques du fléchisseur propre du pouce ou des fléchisseurs communs des doigts avec rétraction tendineuse, ou de véritables synovites suppurées. De même on a vu se manifester dans certaines conditions des arthrites suppurées des différentes articulations du pouce et de l'index, et plus fréquemment que des arthrites ankylosantes, des raideurs articulaires dues à de la périarthrite par propagation de voisinage. Je vous signale encore comme complications possibles, mais assez rares, des myosites provenant de la sclérose cicatricielle, des névrites périphériques ainsi que des troubles trophiques de la peau.

Le diagnostic de phlegmon de l'éminence thénar est en général assez facile à poser. Je me borne à vous signaler l'érysipèle que vous éliminerez sans difficultés par ses caractères propres induration, bourrelet, et rougeur intense, ainsi que les lymphangites sous-cutanées et les phlegmons superficiels que vous n'aurez pas non plus de mal à reconnaître par leurs phénomènes inflammatoires presque immédiats et par leur fluctuation précoce. Le phlegmon propre des gaines paraît à première vue un peu plus difficile à différencier ; vous y arriverez cependant en vous souvenant que dans le cas de synovite suppurée l'œdème envahit rapidement le poignet et l'avant-bras et que le pouce, en dehors d'une douleur à la pression limitée au trajet anatomique de la gaine, présente une attitude tout à fait caractéristique, et qui s'accentue au fur et à mesure que l'affection continue à évoluer : la

première phalange se plie sur la deuxième, la deuxième sur la paume de la main, et si vous essayez de redresser ce doigt, vous n'arriverez qu'à un seul résultat, celui de provoquer une violente douleur.

Dans le phlegmon lymphangitique au contraire, l'œdème occupant l'éminence thénar tend uniquement à gagner la face dorsale de la main derrière le premier interosseux, alors que le pouce ne présente pas d'attitude en griffe, mais seulement en abduction et qu'il exécute facilement et sans douleur les différents mouvements qui lui sont propres. La constatation de difficulté à l'extension et à la flexion devra être pour vous l'indice de la complication du phlegmon lymphangitique par une synovite plastique de voisinage.

Ce point étant résolu, il vous restera à déterminer l'endroit précis où se trouve la collection purulente, notion indispensable pour le traitement : dans l'immense majorité des cas, elle siège dans la loge commissurale, bien plus rarement, elle sera située dans le tissu cellulaire séparant les plans musculaires. Dans ce dernier cas, la tuméfaction sera surtout appréciable du côté palmaire alors que dans l'autre, elle serait particulièrement perceptible sur la face dorsale, la région palmaire restant seulement douloureuse à la pression.

Quant au traitement, étant données les diverses considérations que je viens de vous développer, il ne peut-être, et vous le comprenez aisément, qu'exclusivement chirurgical. Tout à fait au début, vers le deuxième ou le troisième jour, après avoir légèrement débridé et bien désinfecté la petite porte d'entrée, vous pourrez essayer d'amener la résolution par des pansements humides et par des grands bains chauds, tout en n'oubliant pas d'avoir recours à la vaccination générale à l'aide de propidon, d'Inava, ou d'immunizols Grémy.

Mais, vous devez bien vous garder de vous attarder trop longtemps à ces procédés par trop palliatifs, dont le seul résultat est bien souvent de faire perdre un temps précieux, et dès que le tableau symptomatique vous aura révélé la présence d'une collection, sans attendre de pouvoir mettre en évidence la fluctuation, vous devrez intervenir, de peur de voir le pus fuser à travers les tissus et amener de graves complications. Votre incision ne devra porter ni du côté dorsal, ni du côté palmaire, car vous n'obtiendriez en agissant de la sorte que des résultats déplorables : en sectionnant en effet les muscles de l'éminence thénar, vous produiriez non seulement une vaste plaie trop disposée aux ensemencements microbiens, mais vous risqueriez encore de léser l'artère radio-palmaire ainsi que les filets du médian qui se rendent aux muscles de cette éminence : quant au côté dorsal, bien que la collection y soit plus accessible, n'oubliez pas que l'artère interpalmaire ne se bifurque bien souvent que très haut et que vous pourriez fort bien l'atteindre avec votre bistouri.

Le point d'élection pour l'incision de ces phlegmons est la commissure interdigitale ; elle constitue en effet le point le plus déclive, ce qui facilitera singulièrement le drainage du pus, et il ne se rencontre à ce niveau ni vaisseaux, ni nerfs importants qu'il convienne de respecter. Vous devrez donc agir ainsi que je l'ai fait chez le malade que vous avez eu sous les yeux : après avoir intéressé la peau et le tissu cellulaire sur une étendue de deux centimètres, vous débriderez dans la profondeur au moyen de la sonde cannelée de manière à rompre tous les tractus celluleux et à ouvrir largement la loge commissurale afin de donner libre issue à la collection purulente. Vous vous abstiendrez ensuite soigneusement de procéder à des lavages, qui n'ont pour seul et unique résultat que d'amener la diffusion des lésions, et vous drainerez soit par un petit tube de caoutchouc, soit par une mèche de gaze. A ce stade encore, la vaccination, tant locale que générale pourra vous être d'un grand secours, vous avez pu voir d'ailleurs les excellents effets qu'elle a produits chez notre blessé.

Ce n'est que dans le cas très rare où le phlegmon siègerait dans le tissu cellulaire inter-musculaire que vous devez inciser sur l'éminence thénar elle-même : pour cela vous couperez la peau dans le sens des fibres musculaires, puis, avec la sonde cannelée, vous séparerez les faisceaux afin d'ouvrir la collection : en agissant ainsi vous éviterez d'intéresser les filets du médian, et de voir évoluer après guérison une atrophie des muscles thénariens.

Ce qu'également il ne faudra pas oublier, c'est de songer à mobiliser de très bonne heure les articulations digitales, afin d'éviter les raideurs articulaires et tendineuses que l'on n'observe que trop souvent à la suite de ces interventions : vous songerez donc à faire pratiquer dès le début du massage et des mouvements forcés des doigts, ce qui vous permettra d'abréger d'une façon très sensible la période de convalescence.

Enfin, s'il vous survenait des complications, ce que je ne vous souhaite pas, et ce que vous éviterez certainement en intervenant de bonne heure et en surveillant attentivement les soins post-opératoires. défiez-vous des incisions par trop économiques, toujours plus nuisibles qu'utiles, et n'hésitez pas à recourir aux larges débridements, seuls capables de pouvoir vous procurer des résultats satisfaisants.

TRAITEMENT DE LA SÉNESCENCE ET EFFETS DYNAMOGÉNIQUES CONSTATÉS CHEZ L'HOMME AVEC LE SÉRUM ACTIVÉ DE JEUNES ANIMAUX MALES (1)

Par le Dr Ch. LEVASSORT.

A. Pézard, qui vient d'être prématurément enlevé à la science, avait communiqué à la Société de Biologie et à l'Institut les résultats de ses recherches sur la transmutation des sexes, obtenue par des greffes pratiquées sur des poules et sur des coqs ; il était arrivé à faire naître des caractères de masculinité chez les femelles et de féminité chez les mâles. Par la suite, A. Pézard avait traité par des injections d'extrait testiculaire des coquelets castrés et avait fait apparaître chez eux le chant et l'ardeur sexuelle. Tout dernièrement, H. Busquet, professeur agrégé à la Faculté de Paris, est arrivé au même résultat, non plus avec des extraits testiculaires, mais avec le sérum de grands animaux mâles. Je vais d'abord exposer brièvement ses recherches qui me paraissent fournir une base expérimentale solide aux essais que j'ai moi-même entrepris chez l'homme.

Les effets du sérum des jeunes animaux mâles chez les vieux coqs et les chapons.

H. Busquet était parti de cette hypothèse, qui devait se vérifier dans la suite, que le sérum d'un jeune mâle, avec toutes les hormones qu'il contient, se montrerait plus actif que l'extrait d'une seule glande. Il traita donc par *injections* de sérum de taureau, d'étalon ou de bélier, des vieux coqs et des chapons. Ces animaux réagirent à ces premiers essais d'une façon assez inattendue ; après une période d'excitation rapidement acquise, les sujets en expérience maigrirent et certains succombèrent.

Changeant alors de méthode, H. Busquet administra le sérum en ingestion, le matin, une heure avant toute prise de nourriture (2), à la dose de 5 cc. En huit à dix jours, vieux coqs et chapons redevinrent combatifs, le chant fit son apparition, la crête pâle des vieux coqs devint écarlate ; la crête et les barbillons atrophiés des chapons se développèrent et certains animaux, primitivement indifférents, manifestèrent de l'ardeur sexuelle.

H. Busquet chercha à faire mieux encore, se basant sur les travaux de Carrel et ses collaborateurs, pour qui la sénescence s'accompagne de troubles du métabolisme (apparition dans le sang de substances dites « inhibitrices », de nature protéinique ou lipoïdique), il eut l'ingénieuse idée de faire fabriquer par des animaux jeunes les anticorps des poisons de la sénilité. Dans ce but, il injecta à de jeunes taureaux du sérum de vieux bœuf, ou à des étalons du sérum de vieux cheval ; ces taureaux et étalons furent saignés et le sérum ainsi obtenu fut donné à de vieux coqs et à des chapons. Les résultats furent qualitativement identiques aux précédents, mais, et c'est là une constatation capitale, ils furent obtenus *en un temps beaucoup plus court*, 3 à 5 jours au lieu de 8 à 10 jours. En outre, l'orientation des animaux traités vers la masculinité fut plus complète, c'est-à-dire que l'ardeur sexuelle qui apparaissait d'une manière *inconstante* avec le sérum ordinaire se manifesta, au contraire, d'une manière *constante* avec le sérum activé.

Comme contrôle de ses expériences, H. Busquet a traité des gallinacés par du sérum de bœuf ou de cheval (animaux hongres) et n'a obtenu aucun des effets précédemment décrits.

Combien dure l'état d'invigoration provoqué par le sérum activé ? Environ trois à quatre semaines. Après cessation du traitement on assiste à une régression lente des caractères de masculinité : le chant disparaît avec la combativité, l'appétit sexuel fait place à l'indifférence, la crête pâlit chez les coqs et s'atrophie chez les chapons.

Tels sont brièvement résumés les travaux expérimentaux de H. Busquet qui apportent à la science trois notions générales d'un intérêt fondamental : 1° le sérum d'un mâle peut, dans une certaine mesure, être substitué aux extraits et aux greffes testiculaires pour traiter un individu âgé ou un castrat en état de déficit endocrinien ; 2° les hormones exercent leur spécificité d'action physiologique, même après administration *per os*, chez un sujet à jeun ; 3° les protéines caractéristiques du métabolisme sénile, injectées à un jeune mâle, développent chez lui des anticorps qui peuvent être administrés utilement à des individus âgés.

Résultats du sérum activé de taureau chez l'homme.

Ces notions nouvelles m'ont tout naturellement amené à me demander si le sérum activé de jeunes mâles ne trouverait pas son application chez l'homme, Quand je confiai à M. H. Busquet mon intention de généraliser ses essais au vieillard, il me déclara qu'il avait déjà constaté lui-même, chez des hommes âgés, des effets dynamogéniques évidents, mais qu'il n'en avait pas fait état dans son travail purement physio-

(1) Société de Médecine de Paris, 13 janvier 1928.
(2) La prise du sérum à jeun permet d'éviter l'altération des principes actifs par les sucs digestifs.

logique, ces effets n'ayant pas l'objectivité de ceux qu'on observe chez les gallinacés. J'ai donc repris la quesiton chez de nombreux vieillards des deux sexes, en utilisant le sérum activé de taureau.

Voici quels ont été les résultats observés. La plupart des individus traités accusent une sensation de bien-être, d'entrain, d'euphorie marquée. Le travail physique et le travail intellectuel deviennent plus faciles, en même temps qu'une tendance à l'optimisme fait place au pessimisme si commun chez les gens âgés.

Il y a cependant des cas où les affaiblis, ou se disant tels, n'ont perçu aucun changement ; la proportion des insuccès est d'environ 20 à 25 % et ils sont dus vraisemblablement à ce fait que l'individu traité présente une lésion organique latente ; lorsque l'asthénie ne relève ni d'un déficit hormonique, ni d'une autointoxication sénile, le sérum de taureau activé est évidemment impuissant à la guérir.

La dose à utiliser est de deux ampoules de 10 cc., prises une demi-heure avant le repas de midi et du soir, dans un quart de verre d'eau. Les effets favorables se manifestent au bout de trois jours environ et le maximum est généralement acquis au bout de six jours.

Le sérum activé de taureau ne peut en rien être comparé à la greffe dont l'effet est d'une durée beaucoup plus longue, quoique variable. Au bout de trois semaines, il est bon de réitérer le traitement sérique et de ne pas attendre d'être revenu au point mort, c'est-à-dire à l'état antérieur ; il convient de recourir périodiquement à une sorte de ration d'entretien.

L'effet dynamogénique du sérum se manifeste aussi bien chez la femme que chez l'homme. Ce résultat est en conformité avec la conception du prof. Gley qui considère que les hormones testiculaires n'ont pas de spécificité sexuelle au point de vue de l'effet dynamogénique qu'elles provoquent.

Et maintenant il me reste à traiter une question délicate, c'est celle de l'effet du sérum activé de taureau sur l'appétit sexuel. Voronoff et ses principaux collaborateurs, Baudet et Dartigues, ont toujours considéré, et avec raison, cet effet particulier comme ne devant pas être recherché en lui-même ; c'est par surcroît que l'homme âgé peut retrouver, par les méthodes dites de rajeunissement, une capacité virile dont l'atténuation tient à de multiples causes. Dans le cas particulier de mes essais, je peux dire qu'un certain nombre de sujets a accusé un accroissement de la vigueur génitale ; mais ce résultat est inconstant et, s'il existe, l'usage continu du médicament peut seul le maintenir ou le prolonger.

Je signale ici que l'opportunité de l'emploi du sérum ne doit être décidée qu'après un examen médical complet. On écartera les cardiopathes, les brightiques, les tuberculeux et tous les individus dont l'affaiblissement relève d'une cause indépendante de la vieillesse. Chez les hépatiques, j'ai vu parfois apparaître des douleurs dans la région vésiculaire après ingestion du sérum peu dilué. Cet accident est dû vraisemblablement à un réflexe, à point de départ duodénal, aboutissant à une contraction des voies biliaires ; ce genre de réflexe est actuellement bien connu et s'observe avec beaucoup de substances (méthode de Meltzer-Lion). Cet inconvénient, d'ailleurs exceptionnel, du sérum est évité en prenant le médicament dilué dans 3/4 de verre d'eau.

En ce qui concerne l'âge, il n'est pas toujours nécessaire que l'individu soit chargé d'années pour qu'il y ait indication du sérum. Tel est vieux à cinquante ans, alors que tel autre a conservé sa verdeur, passée la soixantaine. Il y aura là pour le médecin matière à exercer ses talents de thérapeute autant que de psychologue.

Tels sont les résultats que m'a fournis le sérum de H. Busquet chez les hommes et femmes âgés. Certes, le terme de rajeunissement serait trop prétentieux pour désigner l'invigoration et l'euphorie qu'il procure. Mais ses effets, même réduits à leur juste valeur, n'en sont pas moins précieux et susceptibles d'améliorer les conditions d'existence des vieillards.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Artérites sténosantes non diabétiques. Traitement par l'insuline.

Les résultats intéressants obtenus par H. Vaquez et J. Yacoel dans le traitement de ces artérites, méritent d'autant plus d'être signalés que la gravité de leur pronostic résulte justement de l'inefficacité habituelle des médications. Pour quatre cas traités, les auteurs obtinrent, en effet, grâce à l'insuline, une régression manifeste pour le moins grave, et pour les trois autres une amélioration non moins importante, étant donné que l'affection était beaucoup plus avancée et qu'il y avait déjà chez un malade du sphacèle du petit orteil gauche.

Les cas de cette affection semblent devenus plus nombreux depuis la guerre ; mais cela tient à ce que l'on ignorait autrefois les nouvelles méthodes d'exploration, et que, dès lors, on considérait volontiers les malades comme des variqueux, des rhumatisants ou des goutteux, en raison de l'analogie de certains troubles fonctionnels que l'on retrouve dans ces maladies, avec ceux des phases initiales de l'artérite oblitérante.

Il n'est pas douteux que, pour les malades traités par les auteurs, le traitement insulinique a déterminé une amélioration d'autant plus saisissante que tous les autres traitements avaient complètement échoué. L'amélioration a consisté dans l'atténuation puis dans la disparition parfois très rapide des phénomènes douloureux, et, fait nouveau relaté à propos d'un cas, dans l'augmentation de la perméabilité artérielle prouvée par celle de l'amplitude des oscillations.

Cependant, il ne s'agit pas là d'un remède désormais infaillible, car dans certains cas les résultats ont été pour ainsi dire nuls. De même, chez certains malades atteints à la fois d'artérites des membres et d'artérite coronarienne, l'amélioration des crises d'angor a été surprenante, tandis que les autres n'éprouvèrent aucun soulagement par l'insuline.

N'envisageant ici, parmi les diverses formes étiologiques de l'artérite, que l'artérite chronique oblitérante non diabétique et non sénile, c'est-à-dire l'artérite oblitérante juvénile, celle qui fit l'objet des succès obtenus, on peut dire que, contrairement aux autres, elle n'est pas athéromateuse, mais bien plutôt trophique et c'est peut-être là la raison de l'efficacité du traitement insulinique. L'insuline aurait une action trophique sur les tumeurs artérielles.

L'artérite oblitérante juvénile serait probablement la conséquence d'un trouble trophique des tuniques artérielles, dû à des perturbations humorales d'ordre endocrinien : le pancréas serait plus particulièrement en cause. Les observations des auteurs ont été faites par d'autres également : sédation et même disparition des douleurs, retour à la perméabilité démontré par l'augmentation notable de l'indice oscillométrique.

Ainsi se trouve modifié le pronostic habituellement si sombre de cette forme d'artérite.

Rappelons pour mémoire les médications proposées antérieurement et suivies plus ou moins de succès : injections de solution iodée, rayons diathermiques ou infra-rouges, courants de haute fréquence bains carbo-gazeux, médications vaso-dilatatrices (nitrite de soude), anticoagulants (citrate de soude), injections d'alcool, radiothérapie, sympathectomie de Leriche de plus en plus délaissée à cause du soulagement éphémère seulement, qu'elle apporte.

Voici maintenant comment utiliser l'insuline pour les cas indiqués. La dose d'insuline à employer varie suivant qu'on a affaire à un diabétique ou à un non diabétique ; mais on n'envisage ici que le traitement de l'artérite non diabétique. On conseille de pratiquer une injection de 10, 15 ou 20 unités cliniques par jour, pendant vingt jours de suite, puis après un repos de dix jours, de recommencer une nouvelle série, et ainsi de suite pendant plusieurs mois, même pendant plus d'un an. Il est préférable de faire une injection à midi et une autre le soir, immédiatement avant les deux principaux repas. De cette manière, on arrive à introduire un total de 20 unités par jour, à raison de deux injections chacune de 10 unités. A cette dose, il ne se produit aucun incident, mais il est bon, pendant la cure, de prescrire une alimentation riche en hydrates de carbone pour éviter l'apparition toujours possible d'une hypoglycémie brutale. Aussi, avant le traitement convient-il de rechercher le taux de la glycémie ; s'il est normal il est exceptionnel de voir se produire des complications ; s'il est trop bas, il est prudent de ne pas dépasser la dose de 10 à 15 unités par jour en deux fois.

Les injections doivent être pratiquées dans le muscle et mieux dans le tissu cellulaire, en raison d'une absorption moins rapide, et par conséquent moins brutale.

Il est évident que si, malgré tout, les douleurs deviennent intolérables, et que le sphacèle

s'étende au lieu de régresser, il faut avoir recours au traitement chirurgical ; mais on ne saurait trop répéter, que, dans l'artérite oblitérante, il ne faut jamais se presser d'amputer. (*La Presse médicale*, 18 mai 1927.)

L'hypertension de la ménopause.

La ménopause physiologique ou chirurgicale est l'un des facteurs de l'hypertension artérielle. A l'appui de cette assertion, le Prof. Emile SERGENT et M. R. MIGNOT rapportent plusieurs observations probantes d'hypertension dans la ménopause physiologique ; les malades ont été suivies pendant plus de 20 ans, et l'on ne peut avoir aucun doute sur le rôle de la ménopause comme facteur d'hypertension artérielle, sans aucun signe d'insuffisance rénale.

Il faut chercher l'explication de cette élévation de la pression artérielle au moment de l'âge critique dans la notion des synergies et des antagonismes endocriniens, et dans le déséquilibre du système endocrino-sympathique. D'une part l'action hypotensive de l'ovaire, et d'autre part l'action hypertensive de la thyroïde et de la surrénale s'équilibrent à l'état normal ; mais, au moment de la ménopause, la fonction ovarienne venant à disparaître, il y a prédominance de la fonction surrénale ; et ce déséquilibre endocrinien agit sur le système sympathique, d'où un état d'angiospasme, qui crée, en même temps que l'augmentation de la pression sanguine, la plupart des autres troubles de l'âge critique. Cette théorie endocrino-sympathique explique aussi pourquoi l'élévation de la tension artérielle n'est pas constante au moment de la ménopause, pourquoi elle est oscillante et pourquoi elle est favorablement influencée par une thérapeutique sédative et opothérapique.

Cliniquement, il faut distinguer deux types :

a) L'hypertension simple, par anovarie et rupture de l'équilibre sympathico-endocrinien, favorisée par une prédisposition plus ou moins grande.

b) L'hypertension, déclanchée ou aggravée par la ménopause chez des femmes présentant des tares cardiaques, aortiques ou rénales jusque-là latentes.

L'hypertension de la ménopause apparaît le plus souvent après la ménopause ; elle est en général silencieuse. A son début, les troubles qu'elle provoque (bouffées de chaleur, vertiges, céphalée, palpitations, malaise général, etc.) n'attirent pas particulièrement l'attention. Ils n'inquiètent la malade, que s'ils se prolongent. Les femmes engraissent aussi ; elles ont de la dyspnée d'effort, une gêne précordiale rappelant l'angor, des douleurs dans les jambes, accompagnées parfois d'un léger œdème dur, difficilement dépressible ; à cela s'ajoutent des modifications du teint, des maux de tête, des altérations de caractère. Parfois au lieu d'accès de vaso-dilatation, ce sont des accès de vaso-constriction, avec sensation de froid, lèvres décolorées, sueurs froides, impression de tomber en syncope. Certaines femmes se plaignent d'un refroidissement continuel des extrémités. Toutes ces manifestations sont des signes de spasmes dus à la réflectivité vasculaire. Ces spasmes artériels peuvent se produire dans tous les organes : amaurose subite et fugace, surdité transitoire, anarthrie passagère.

En cours de ménopause la tension oscille entre 15.9 et 19.10 ; deux ou trois ans après, elle peut arriver à 22-13, à 24, 25. Ultérieurement la tension peut se stabiliser à un chiffre normal, et les signes fonctionnels s'atténuent, puis disparaissent. Mais aussi la tension peut continuer à s'élever et, c'est dans ces cas que se produisent parfois des accidents graves : ictus, parésies, hémorragies rétiniennes, signes d'insuffisance rénale.

L'hypertension de la ménopause serait surtout systolique (augmentation isolée de la maxima) ; son caractère principal, c'est d'être oscillante, instable, de varier de jour en jour, d'augmenter au moment de la période où la femme doit avoir ses règles, d'être influencée par la digestion, le travail musculaire, les émotions.

Cette instabilité fonctionnelle plaide en faveur de la théorie endocrino-sympathique.

Le plus souvent cette hypertension est régressive en l'espace de quelques années, et favorablement influencée par le traitement.

Son traitement comporte les prescriptions hygiéno-diététiques habituelles et une cure hydro-minérale à Royat. Outre la médication antispasmodique et sédative classique, l'opothérapie, appliquée précocement, sera très efficace. On sait aussi la fréquence des troubles thyroïdiens au moment de la ménopause, et certains estiment que les malaises qu'elle engendre ne s'améliorent de manière rapide que si l'extrait thyroïdien est associé à l'extrait ovarien. En cas d'hyperthyroïdie, on donnera l'hémato-éthyroïdine. Enfin dans les hypertensions simples, la radiothérapie des glandes surrénales pourra rendre de grands services. (*Le Bulletin médical*, 18 juin 1927.)

Chirurgie. Diabète, Insuline.

MM. CHABANIER, M. LEBERT, LUMIÈRE et LOBO-ONELL estiment le diabète intéressant au point de vue chirurgical, pour deux raisons : 1° parce qu'il confère une gravité toute spéciale à l'acte opératoire ; 2° parce qu'il favorise certaines lésions chirurgicales, et leur imprime une allure particulière, caractérisée par une évolution spécialement torpide et prolongée.

I. *Diabète et intervention chirurgicale.* Toutes les interventions ne sont pas forcément suivies d'accidents spéciaux, et ceux-ci peuvent survenir, non pas après les opérations les plus graves mais après les plus bénignes. Aussi, avant l'insuline, n'intervenait-on pas dès que le cas n'était pas urgent.

Quand le diabétique est observé après l'intervention, il faut lui faire subir un traitement des accidents d'acétonémie ; on sait, en effet, que toute intervention chirurgicale (surtout celles effectuées sous anesthésie générale) déclenche chez le diabétique une poussée plus ou moins marquée d'acétonémie, susceptible de s'accompagner de manifestations cliniques allant jusqu'au coma confirmé.

S'il n'existe pas d'accidents cliniques, l'acétonémie, décelée seulement par l'examen des urines, pouvant même se dissiper spontanément, constitue cependant un danger, car tout incident, infectieux ou non, peut devenir très grave. Aussi doit- on aussitôt, après une réaction d'Imbert positive, commencer sans plus attendre le traitement insulinique : piqûres sous cutanées profondes, à raison de deux par jour, chacune d'un nombre d'unités moyen (20 à 40 pour fixer les idées). Chaque piqûre sera suivie de l'administration d'hydrocarbonés (50 à 60 gr.). L'acétonémie disparaît en un jour ou deux, mais on continue néanmoins le traitement insulinique jusqu'à disparition de tout risque d'incidents infectieux susceptibles de déclencher une nouvelle poussée d'acétonémie dans la phase postopératoire.

Le patient entré en convalescence, on commencera le traitement de fond du diabète (diététique ou insulinique suivant les cas).

Il existe au contraire des accidents cliniques : précoma ou coma confirmé. Tandis que le précoma guérit sous l'influence de l'insuline, avec une régularité presque absolue, la guérison ne survient que dans 60 p. 100 des cas dans le coma confirmé ; l'évolution persistant à demeurer fatale dans le reste des cas. Ceci tient à ce qu'il ne s'agit pas là d'une simple différence d'intensité, d'un même processus pathogénique, mais de deux complexus pathogéniques très différents, le deuxième aggravé par une défaillance de tous les organes (foie, cœur, reins). Il faut donc intervenir le plus précocement et le plus énergiquement possible, en modelant l'intensité de l'attaque sur l'évolution même des troubles observés. Dans un coma confirmé, on ne devra pas penser que l'on a tout fait, lorsque chez un patient dont les accidents sont parvenus à ce stade, on a institué un traitement insulinique, mais on associera à celui-ci les médications symptomatiques correspondant aux divers troubles accompagnant l'acétonémie.

Quand le diabétique est examiné avant l'intervention, si l'intervention peut être différée, la préparation du patient devra être aussi poussée que possible, c'est-à-dire qu'on devra prolonger le traitement insulinique jusqu'à ce qu'on ait instauré un état voisin de la normale, suivant les indications connues : faire le point du diabète, voie intramusculaire, ration d'hydrocarbonés à réduire en raison de l'accentuation de l'élément rénal.

L'intervention peut ensuite être immédiatement entreprise si l'état normal est revenu, ou si le résultat maximum s'approche du but idéal, mais sans l'atteindre : le patient n'a plus d'acétonémie, plus de glycosurie, mais sa glycémie demeure supérieure à la normale.

Cependant, dans les diabètes particulièrement graves, avec acétonurie marquée, le résultat maximum est plus incomplet encore et se réduit à la disparition de l'acétonurie, avec réduction seulement partielle de la glycosurie, la glycémie demeurant anormalement élevée ; le diabète est loin d'être neutralisé, et il faut alors multiplier les précautions susceptibles de diminuer les risques de malheurs qu'on est en droit de redouter : diminuer le traumatisme opératoire, réduire l'élément toxique de l'anesthésie, etc. Continuer ensuite le traitement insulinique pendant toute la phase opératoire.

Si au contraire l'intervention est *urgente,* il ne s'agit pas de faire prédominer la préparation médicale sur la nécessité opératoire : dans chaque cas c'est le risque le plus grand qui doit dicter la conduite à tenir. Le médecin devra toujours se subordonner au chirurgien et s'efforcer de faire de son mieux dans le délai qui lui est imparti par ce dernier.

On limitera l'examen du patient à un essai des urines fait au lit du malade, puis sans délai, on injectera 60 à 80 unités, suivie de l'ingestion d'eau sucrée ou d'une injection de sérum glucosé. Trois heures après, essai des urines pour voir dans quel sens évoluent les choses ; on continuera de même jusqu'à ce que l'acétonurie ait disparu, à moins que le chirurgien ne puisse prolonger son expectative.

Grâce à cette pratique, aucun des malades, qui ont été traités par l'insuline, à l'occasion d'accidents acétonémiques, n'est mort d'acétonémie. Chez tous, les accidents acétonémiques et l'acétonémie elle-même ont été dissipés ; aucun des patients, qui ont été préparés à l'acte opératoire par le traitement insulinique n'a présenté d'acétonémie. Chez plusieurs malades, l'insuline a favorisé une modification intéressante des conditions locales qui, permettant de localiser l'intervention, a rendu, de ce fait, l'acte chirurgical plus favorable. Enfin, le traitement insulinique a exercé sur la cicatrisation de la plaie opératoire, si lente quelquefois, chez les sujets atteints de diabète, une action heureuse.

II. *L'insuline dans les lésions chirurgicales des diabétiques.* Nombre de lésions qui sont du domaine chirurgical, présentent, du fait de l'état diabétique, une évolution plus grave, et, en tout cas, généralement plus torpide.

Or, le traitement par l'insuline donne des résultats des plus intéressants en pareil cas, soit que l'on combine un traitement général par l'insuline avec un traitement local (pommade à l'insuline ou poudre d'insuline), soit que l'on mette en œuvre isolément l'un ou l'autre de ces modes de traitement à l'exclusion de l'autre.

Les résultats sont particulièrement appréciables :

1° Dans les plaies opératoires, et en particulier dans les plaies fistuleuses ;

2° Dans les ulcérations trophiques d'origine nerveuse (hémiplégiques, tabétiques) ;

3° Dans les ulcérations des jambes, ulcères variqueux ou particulier ;

3° Dans la gangrène diabétique, sèche ou humide ;

5° Dans les furoncles ou anthrax, incisés et rebelles à la cicatrisation. (*La Presse médicale*, 16 février 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la technique de la sérothérapie du tétanos.

(M. Marcel Chaton, de Besançon. — *Soc. de chirurgie* 2-11-1927.)

M. Chaton se demande s'il n'y aurait pas utilité, dans le traitement d'un cas de tétanos, à injecter le sérum au voisinage de la plaie tétanigène, à encercler celle-ci par une série d'injections, faisant une sorte de blocage nerveux par infiltration sérique locale.

Une telle manière de faire serait théoriquement logique. Dans un travail paru récemment (juin 1927), MM. Besredka et Nakagawa ont apporté à cette idée un argument expérimental favorable. Appliquant sur la peau rasée d'un cobaye du sérum antitétanique vingt-quatre heures avant une injection de toxine du tétanos faite au même endroit, ils ont constaté l'innocuité de celle-ci.

La platyspondylie.

(M. Mauclaire. — *Soc. de chirurgie* ; 9-11-1927.)

Il a été question ces temps-ci d'aplatissement des vertèbres ou platyspondylie (Sorrel, Lance, Mouchet). M. Mauclaire présente la radio d'une lésion de ce genre rencontrée par hasard chez une jeune fille de 22 ans qui souffrait de la région lombaire après une chute sur la zone lombo-sacrée. La douleur persista longtemps. L'auteur pense que le traumatisme avait provoqué un léger tassement vertébral dans une vertèbre mal formée, avec compression nerveuse probable. Sur une radiographie de face, cette sixième vertèbre lombaire se montre un peu élargie.

— M. Lancé remarque que la platyspondylie consiste non seulement dans un aplatissement des vertèbres, mais aussi dans un élargissement de ces vertèbres. Etymologiquement, le mot veut dire vertèbre « élargie ». Lorsque la vertèbre est seulement aplatie sans dépasser la largeur normale, il vaudrait mieux adopter le terme de microspondylie, ce qui représente une variété différente d'anomalie congénitale.

La question des « groupes sanguins » en médecine légale.

(MM. Dujarric de la Rivière et Kossovitch. — *Soc. de médecine légale* ; 13-6-1927.)

On savait depuis longtemps qu'un sérum anima est capable d'agglutiner les globules rouges d'un animal d'une autre espèce. Landsteiner a montré que ce même phénomène peut s'observer pour deux individus d'une même espèce et qu'en particulier, le sérum humain peut quelquefois agglutiner les globules rouges du sang d'un autre homme.

L'étude de cette iso-agglutination a pris une grande importance pratique avec le développement des transfusions sanguines thérapeutiques, le sang du donneur étant susceptible de provoquer alors, s'il est agglutinant pour le récepteur, des accidents parfois très graves.

Des travaux déjà nombreux ont établi qu'il existait dans l'espèce humaine des « groupes sanguins », chaque groupe comprenant les individus qui n'agglutinent pas entre eux, mais qui agglutinent les autres groupes. D'après la classification de Landsteiner, il y aurait dans le sérum sanguin deux facteurs agglutinants : A et B. Le sang d'un sujet donné peut avoir ses globules agglutinés par le facteur A, ou par le facteur B, ou par les deux, A et B, ou ni par A, ni par B. D'où, les quatre « groupes sanguins » : groupe A (agglutiné par B) ; groupe B (agglutiné par A) ; groupe AB (agglutiné par A et B) ; groupe O (agglutiné ni par A, ni par B).

La détermination des groupes sanguins est chose simple (technique de Beth-Vincent). Il existe dans le commerce des sérums agglutinants-tests, qui doivent être vérifiés d'ailleurs de temps en temps. On prend une lame, que l'on marque A sur l'une des extrémités et B à l'autre. On laisse tomber sur la partie *A* une goutte de sérum agglutinant A et sur la partie *B* une goutte de sérum B. Une gouttelette de sang à examiner, prélevée par piqûre au doigt, est

ajoutée avec un petit agitateur dans la goutte de sérum A ; une autre gouttelette est mise de même dans le sérum B. Au bout de deux ou trois minutes, le résultat se note à l'*œil nu*. Lorsqu'il n'y a pas agglutination, le mélange reste homogène, trouble ; s'il y a agglutination, les globu-les rouges sont groupés en amas. Rien n'est plus simple alors que d'établir le groupe sanguin du sujet en observation.

Cette étude des groupes sanguins, en dehors de son importance capitale en matière de transfusion, a reçu des applications en médecine légale pour la recherche des criminels d'une part, et d'autre part, pour la recherche de la paternité.

Les groupes sanguins ne sont pas répartis également parmi les différents peuples du globe. Ainsi, le groupe A domine en Europe centrale et septentrionale (Anglais, Français, Suédois, Allemands, etc.), le groupe B en Chine centrale, au Sénégal, etc. Supposons une tache de sang trouvée sur un linge manié par un individu venant de commettre un crime. Elle est de groupe A. B. A ce groupe appartiennent 3 p. 100 seulement des Français. Les recherches parmi les récidivistes se trouvent alors facilitées.

En matière de recherche de la paternité, l'étude des groupes sanguins peut fournir quelques indications. Les propriétés sanguines A et B sont héréditaires. Le groupe sanguin de l'enfant se retrouve chez l'un des deux générateurs au moins . Si, par exemple, un enfant a le groupe B et une mère du groupe A, on peut éliminer comme père tout homme appartenant au même groupe A, puisque l'enfant a nécessairement hérité ce groupe B de son père.

En Allemagne, en Autriche, en Amérique, nombre de tribunaux ont déjà basé leurs jugements sur les résultats de la recherche des groupes sanguins. Ainsi, à Vienne, une femme déclarant avoir été en relation avec deux hommes, les poursuivait tous deux en reconnaissance de paternité. L'enfant appartenait au groupe A, la mère au groupe B. l'un des hommes au groupe A, le second au groupe B, On put conclure que le second n'était certainement pas le père, que le premier *pouvait* l'être (au même titre que tous les hommes appartenant au même groupe). Les données de la recherche des groupes sanguins, pour ce qui concerne les revendications de paternité, sont en effet surtout d'élimination. Elles permettent de trancher une question par la négative, mais non (à elles seules) par affirmation. Tout au plus peuvent-elles pour les groupes rares constituer un élément (incertain) de probabilité, sur lequel il faudra faire toutes les réserves qui conviennent.

Essai de traitement du vitiligo par les rayons U. V. et l'essence de bergamote.

(MM. LOUSTE et JUSTER. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

Les rayons ultra-violets seuls ne paraissent donner aucun résultat dans le vitiligo. MM. Louste et Juster y ont associé, comme l'a conseillé Erich Uhlmann, l'essence de bergamote. Chez un de leurs malades, des plaques achromiques furent frictionnées à l'essence de bergamote ou à une solution de cette essence dans 9 parties d'alcool, puis exposées aux U.V. Après neuf séances, les plaques ont pris une teinte rosée, surtout celles traitées avec la solution alcoolique.

— M. HUDELO note ce résultat intéressant. Les plaques vitiligineuses, photosensibilisées si l'on peut dire par l'essence de bergamote, ont subi quelques modifications. La transformation est encore trop légère pour que l'on puisse se prononcer nettement.

Traitement de la paralysie générale par les injections de stovarsol sodique.

(MM. A. SÉZARY et BARBÉ. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-7-1927.)

MM. Sézary et Barbé ont traité par les injections de stovarsol sodique 68 paralytiques généraux, depuis un temps suffisant pour pouvoir apprécier l'action thérapeutique. Les résultats ont été les suivants :

Echec total : 20 cas.

Augmentation certaine de la survie (sujets cachectiques, voués à une mort prochaine, notablement prolongés, sans amélioration psychique) : 31 cas.

Amélioration des troubles psychiques et neurologiques incontestable, mais incomplète, ne permettant pas la reprise des occupations antérieures : 16 cas.

Guérisons apparentes totales ou presque totales permettant la reprise des occupations antérieures : 33 cas.

Ces résultats datent les uns de quelques mois, les autres de 2 et 3 ans. Il s'agit d'ailleurs de guérisons que l'on peut seulement qualifier d'apparentes, le liquide céphalo-rachidien n'étant pas devenu normal, bien qu'amélioré. Au passif de la méthode se placent les troubles visuels observés dans 7 % des cas, avec 3 % de cécité complète. Les auteurs n'emploient aujourd'hui le stovarsol que chez les malades dont l'acuité visuelle, après correction par les verres, n'est pas très diminuée. D'autre part, ils ont remplacé les injections intra-veineuses par des injections sous cutanées, à raison de 21 injections par série (3 par semaine) de 0 gr. 50 la première et de un gramme les suivantes. Les séries sont répétées plusieurs fois, avec un intervalle d'un mois entre elles. Avant chaque injection, l'état de la vision est vérifié, en faisant lire au malade un texte composé de petits caractères.

Cette méthode paraît aux auteurs soutenir la comparaison avec la malariathérapie. Au moins aussi efficace que cette dernière, elle est d'application plus facile. Si elle offre des risques de névrite, elle est moins dangereuse que la malariathérapie qui donne une mortalité s'élevant d'après certaines statistiques (Crouzon) jusqu'à 16 % des cas.

— M. Marcel PINARD estime que les résultats du stovarsol n'ont rien de supérieur à ceux fournis par

les autres arsénobenzènes qui, dans la paralysie générale, lui ont donné depuis dix ans d'aussi bons résultats.

— M. Milian remarque qu'autrefois, avec le professeur Fournier, on distinguait deux variétés de paralysie générale : la vraie, qui ne guérissait pas, et la fausse qui guérissait. On peut donc observer, à la suite de traitements spécifiques, la guérison de malades atteints du syndrome de la paralysie générale. Mais l'auteur ne voit pas l'avantage qu'il y a à s'adresser au stovarsol, moins actif et plus dangereux. L'arsénobenzol est capable de donner des résultats excellents dans la maladie de Bayle, à condition de le continuer longtemps. Les psychiatres hésitent à l'employer à cause de quelques accidents mortels ou autres qu'ils ont pu observer avec le 914 ou le 606. Ils lui préfèrent la malariathérapie, qui est loin d'être inoffensive et a une mortalité très supérieure à celle des arséno-benzènes.

— M. Sézary répond que le pourcentage d'améliorations atteint dans sa statistique un chiffre jamais noté jusque-là chez des paralytiques généraux non traités.

— M. Hudelo conclut de cette discussion qu'il est consolant de songer que la paralysie générale, dont le diagnostic jadis équivalait à un arrêt de mort, semble aujourd'hui susceptible, par des traitements divers, de présenter des rémissions (pour ne pas dire plus) vraiment impressionnantes.

Un nouveau sel soluble de bismuth : l'oxydiéthylo-dicarboxy-isobutyrate de bismuth.

(MM. Jausion et Pecker. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

MM. Jausion et Pecker, après avoir brièvement rappelé la querelle sur les solubles et les insolubles, rapportent les essais expérimentaux faits à Alfort par le professeur Panisset avec le sel bismuthique qu'ils présentent. Très maniable, ce composé a pu être administré à l'homme en séries intraveineuses. La tolérance est parfaite à 2,5 cgr. et 4 cgr. de Bimétal par injection.

Seize syphilitiques seulement ont été traités jusqu'à ce jour, qui ont été profondément modifiés par une seule série de 20 injections : épidermisation tégumentaire, amélioration des lésions viscérales (aortite), réduction sérologique, tels ont été les résultats constatés.

Cette brève étude est à parfaire, mais le médicament signalé offre l'avantage de pouvoir être associé dans la même seringue à la plupart des arsenicaux en usage, et tout spécialement au novarsénobenzol.

Essai de blanchiment des psoriasiques par l'oxy-diéthylo-dicarboxy-diamino-isobutyrate de bismuth.

(MM. Debucquet, Jausion et Pecker. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

MM. Debucquet, Jausion et Pecker présentent un composé arsenical nouveau, qu'ils ont associé à un sel soluble de bismuth (association ayant reçu le nom de Psothanol). C'est le composé arsenical sédatif neuro-végétatif de Debucquet, qui paraît donner au produit en cause sa vraie physionomie thérapeutique, car, avec la dose de 5 cgr. administrée chez l'homme en injections intraveineuses, nulle réactivation des lésions n'a été observée sur des psoriasis même aigus, généralisés et rebelles.

En revanche, quinze malades ont été blanchis par le mélange arsénobismuthique endo-veineux. Pour certains, de longues années de cures antérieures (14 ans, 6 ans, etc.), par les produits les plus divers, étaient demeurées sans résultat analogue.

Les succès sont encore trop récents et trop peu nombreux pour que les auteurs veuillent considérer la méthode, jusqu'ici d'action constante, comme un procédé infaillible ; viendront sans doute des échecs, mais le médicament n'en garde pas moins son intérêt.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Hémianopsies et selle turcique.

M. Jacqueau, qui a étudié, en 1896, dans sa thèse inaugurale, les « troubles visuels dans les tumeurs intéressant le chiasma » rappelle que l'hémianopsie bitemporale est synonyme d'affection chiasmatique : tumeurs chiasmatiques primitives ou secondaires, tumeurs nées aux dépens du tissu sphénoïdal, tumeurs de la glande pituitaire, acromégalie, anévrysme, propagation de tumeurs voisines, etc. Actuellement, la radiographie est souvent d'un grand secours dans la différenciation de chaque cas, car il y a fréquemment des modifications de la selle turcique. Comme traitement, c'est la radiothérapie qui donne le maximum de succès.

M. Arcelin, comme suite à la communication précédente, expose la technique qu'il emploie pour la radiographie de la selle turcique, dont il importe de bien connaître les nombreuses variations morphologiques, pour juger de l'état pathologique de cette région.

Abcès cérébelleux d'origine otique.

M. Alain présente une fillette de 13 ans vue au quinzième jour d'une grippe avec otite : l'enfant était couchée en chien de fusil, souffrant atrocement du côté droit de la tête ; vomissements bilieux ; pouls à 65 ; pas d'obnubilation, pas de Kernig, pas d'inégalité pupillaire, ni de contracture, ni de parésie d'aucune sorte. L'examen de l'oreille montre une otorrhée d'allure torpide avec lésions d'ostéite. On pense à un syndrome d'hypertension intra-cranienne accompagnant des lésions mastoïdiennes ayant évolué

d'une façon torpide. Trépanation mastoïdienne : l'aspect des lésions est celui qu'on voit dans les otorrhées très anciennes. L'état s'améliore le lendemain. Mais, dans la nuit apparaît une dyspnée avec crises paroxystiques, puis, le jour suivant, une parésie très nette du membre inférieur droit et enfin un syndrome cérébelleux assez net. On intervient une seconde fois : ouverture de la fosse cérébelleuse droite, ouverture de l'abcès et drainage. Suites très simples ; amélioration rapide ; l'enfant peut sortir de la clinique, une semaine après l'intervention.

La coexistence d'un abcès cérébelleux avec une vieille otorrhée est classique, elle est rare avec les otites aiguës. Le diagnostic de la localisation cérébelleuse est difficile ; celle-ci reste souvent latente. L'intervention doit être immédiate, à cause de la menace constante d'une syncope bulbaire.

Reposition sanglante d'une luxation ancienne du coude.

MM. André Rendu et Latreille présentent l'observation d'un enfant de 11 ans atteint de luxation du coude en arrière et en dehors ; amené à l'hôpital (service de M. Nové-Josserand) plus de deux mois après le traumatisme, l'enfant ne pouvait fléchir son coude à plus de 150 degrés. Le Dr Rendu pratiqua une reposition sanglante avec résection de la jetée huméro-radiale et désinsertion en sifflet des triceps sur l'olécrâne. Actuellement (cinq mois après l'opération), le résultat peut être jugé excellent, le coude est solide et la mobilité satisfaisante pour tous les usages.

Ostéotomie sus-condylienne du fémur pour « genu recurvatum ».

MM. André Rendu et Latreille. — Garçon de 15 ans atteint de *genu recurvatum* consécutif à une arthrite aiguë de cause indéterminée : la cuisse et la jambe faisaient entre elles un angle de 135° ; l'articulation était ankylosée . On pratiqua une ostéotomie sus-condylienne du fémur, opération simple dont le résultat a été très satisfaisant ; le membre est en bonne position et le sujet marche bien, sans se fatiguer.

Maladie de Recklinghausen avec troubles trophiques.

MM. Pollasson, Cibert et Dechaume. — Homme de 41 ans, entré à l'hôpital pour une ulcération de la cuisse droite remontant à quelques mois ; cette ulcération est large comme une paume de main, irrégulière, rouge vif ; tout autour, la peau est rouge et ridée. Le sujet présentait, en outre, une déformation de la jambe droite qui était incurvée en dedans avec saillie antéro-externe et pied en adduction et en varus. M. le prof. Tixier pratique l'ablation de la zone cutanée ulcérée et des plans sur lesquels elle repose. Cette intervention montre, après examen histologique, qu'il s'agit d'une neurofibromatose. A la suite de cette opération, la plaie ne se cicatrisant pas et le malade étant gêné par son membre inférieur droit déformé, on pratique une amputation de cuisse haute. L'examen de la pièce montra une augmentation de volume considérable du nerf crural, les vaisseaux fémoraux sclérosés et noyés dans un tissu fibromateux et adipeux ; un tibia court et grêle, plus petit que le péroné, et engaîné d'un périoste épais.

Polypose déformante du nez.

MM. Bérard et Sargnon relatent l'observation d'un homme de 48 ans qui présentait un nez énorme, déformé, les narines complètement bouchées par des masses polypeuses. On notait dans les antécédents un traumatisme violent du nez (bûche de bois reçue sur cet organe). Les polypes furent enlevés en plusieurs séances à l'anse froide et à la pince plate. L'examen histologique montra qu'il s'agissait uniquement de polypes muqueux ; il ne s'agit pas là de polypose simple, mais de polypose déformante avec lésions osseuses ; la première, en effet, ne refoule pas les os du nez.

Phlegmon du rebord orbitaire d'origine sinusienne.

MM. Genet et R. Rendu présentent une malade atteinte de pyo-sinusite fronto-maxillaire bilatérale latente et chez qui est apparue un phlegmon du bord supérieur de l'orbite avec énorme œdème palpébral. L'intervention a montré l'existence d'une perforation du plancher du sinus frontal avec fusée purulente sous-périostée s'étendant jusque vers la queue du sourcil ; un curettage de ce sinus, suivi d'un bon drainage nasal par élargissement du canal naso-frontal, a permis de fermer d'emblée toute la plaie opératoire et d'obtenir en huit jours une réunion par première intention.

Bacillose rénale et anomalie urétérale.

M. P. Michel présente, au nom du prof. Courmont, des pièces provenant de l'autopsie d'un malade qui, outre une tuberculose pulmonaire bilatérale fibro-caséeuse, présentait une tuberculose génito-urinaire avec pyurie, cystite et épididymite double. Les lésions tuberculeuses, au niveau du rein gauche, étaient localisées exclusivement à la moitié inférieure de l'organe, en même temps qu'il existait un uretère double (ou bifide, ce point n'ayant pu être précisé).

Ossification intra-amygdalienne.

MM. J.-F. Martin et R. Rendu présentent des coupes provenant d'une fillette de 14 ans très sujette aux angines et porteur de volumineuses amygdales. Une amygdalectomie bilatérale ayant été pratiquée, on trouva dans l'une des amygdales une petite masse du volume d'un grain de riz, dont la nature fut vérifiée à l'examen histologique.

Néphralgie unilatérale. Décapsulation. Néphrectomie secondaire.

M. Gayet. — Femme de 48 ans qui, un mois avant le premier examen, avait commencé à ressentir de violentes douleurs au niveau du rein gauche, simulant des coliques néphrétiques. L'examen des urines séparées montrait une infection très nette du rein douloureux. Cette infection céda à un seul lavage du bassinet. Les examens ultérieurs montrent une asepsie parfaite. Cependant, les douleurs persistaient et on se résolut à faire une décapsulation ; le rein était ficelé, enserré notamment par une bride à sa partie moyenne, bride qui fut réséquée. La malade cesse de souffrir pendant un an après cette intervention ; puis, les crises douloureuses se sont reproduites comme auparavant. On intervient à nouveau se proposant de faire une énervation du rein, si elle est possible, ou une néphrectomie. C'est cette dernière qui fut pratiquée, avec plein succès. Dans ce cas, la principale cause des douleurs résidait dans l'étranglement du rein par sa capsule sclérosée.

Phlegmon péri-amygdalien lingual.

MM. Rebattu et Parthiot relatent une observation de phlegmon développé tout autour de l'amygdale linguale. La symptomatologie a consisté principalement en : dysphagie, empâtement léger de la région sus-hyoïdienne, tuméfaction diffuse de l'amygdale linguale et de l'épiglotte. Une incision au galvano-cautère donna issue à un peu de sang et de pus. Soulagement immédiat.

Brièveté congénitale du quatrième métacarpien.

MM. Pallasse et Levet présentent un malade porteur d'une brachydactylie bilatérale par brièveté congénitale du quatrième métacarpien.

Corps étranger de la vessie.

M. Giuliani montre deux corps étrangers de la vessie : l'un consiste en un faisceau de crins de Florence couverts de petits calculs, reste d'une cystostomie faite antérieurement hors de Lyon et où ces crins avaient servi à drainer l'espace prévésical. Le second est un fragment de canule en caoutchouc couvert de concrétions et retiré de la vessie d'une femme.

Société médicale des hôpitaux

Infarctus myocardique à forme embolique.

MM. Gallavardin, Gravier et Lesbros. — Homme de 54 ans, entré à l'hôpital pour une oblitération artérielle du membre inférieur gauche. Cet homme présentait depuis un an des accès angineux d'effort et depuis six mois des accès au repos et nocturnes. Pas de syphilis. L'oblitération artérielle est survenue à la suite d'un accès particulièrement violent. Refroidissement de tout le membre inférieur gauche avec pâleur ; plaques violacées ; pas de battements de la tibiale postérieure, ni de la pédieuse ; fémorale sentie sous forme d'un cordon dur, sans aucun battement. Pas d'hypertrophie cardiaque ; tension artérielle : 110/70. On discuta chez ce malade la possibilité d'un infarctus myocardique avec embolie périphérique, mais on admit finalement l'existence d'une artérite oblitérante évoluant parallèlement avec des artérites coronariennes. A l'autopsie, infarctus étendu du ventricule gauche, avec thrombose intra-ventriculaire constituée par de nombreux caillots fibrineux adhérents ; embolie de l'artère fémorale ; pas de lésion syphilitique de l'aorte ou des orifices coronariens ; nombreuses oblitérations sur le trajet des coronaires.

Syphilis et rein polykystique.

MM. Bonnamour, Daubrow et Naussac présentent un cas de rein polykystique bilatéral chez un syphilitique. Cette présentation est suivie d'une longue discussion entre MM. Bonnamour et Bard, le premier soutenant l'origine syphilitique du rein polykystique, le second considérant cette pathogénie comme insuffisamment démontrée.

Caverne géante occupant la totalité d'un poumon.

MM. Langeron, Hour et Delcour (de Lille). — Homme de 61 ans, entré à l'hôpital pour de la toux et de l'œdème des jambes. L'examen montrait l'existence de signes cavitaires au niveau du poumon gauche : souffle amphorique étendu, abolition du murmure vésiculaire, bruit de pot fêlé sous-claviculaire ; l'image radiologique rappelait celle d'un pneumothorax avec adhérences, et révélait, en outre, l'existence d'une sinistrocardie ; l'exploration manométrique montrait que la cavité était fermée. Le diagnostic restait donc hésitant entre caverne et pneumothorax ; en faveur de la première, on trouvait l'absence de début brutal et des signes fonctionnels du pneumothorax, le bruit de pot fêlé, l'absence de signe du sou et de bruits métalliques, la persistance des vibrations ; en faveur du pneumothorax, il y avait les résultats de la radioscopie et l'exploration manométrique, l'étendue du souffle amphorique à tout l'hémithorax gauche, l'abolition du murmure et l'absence de bruits adventices, enfin la rareté des cavernes étendues à tout un poumon. Or, l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une caverne géante, occupant tout le poumon gauche et sans communication avec les bronches (ce qui expliquait les résultats de l'exploration manométrique).

L'adrénaline dans les capsules surrénales.

MM. G. Mouriquand et Leulier concluent de recherches expérimentales, que les capsules surrénales fraîches renferment de l'adrénaline combinée qui se libère après la mort.

Intolérance successive aux novarsénobenzènes, au bismuth, puis au mercure.

M. Gaté relate l'histoire d'une malade traitée d'abord sans incident par le novarsénobenzol et chez laquelle se produisirent, d'abord, après deux nouvelles injections de novarsénobenzol, puis après une injection d'iodo-bismuthate de quinine des accidents caractérisés chaque fois par l'apparition d'un œdème des paupières et de la face et d'une poussée d'urticaire avec légère ascension thermique. Ces faits avaient fait l'objet d'une communication à la Société de Dermatologie de Paris, où M. Gaté les présenta comme un cas de sensibilisation de l'organisme vis-à-vis de médicaments différents et pour un système particulier, le système vaso-moteur. M. Milian contesta cette explication ; selon lui, les réactions observées devaient être considérées comme des accidents de vaso-dilatation, le novarsénobenzol et l'iode contenu dans l'iodo-bismuthate de quinine étant tous deux vaso-dilatateurs. Depuis lors, M. Gaté a soumis sa malade à une cure de cyanure de mercure intra-veineux ; une première série de douze injections fut bien supportée ; il en fut de même pour les quatre premières d'une autre série ; à la cinquième se produisirent de petites rougeurs que le malade attribua à des piqûres de moustiques ; enfin, la sixième fut suivie d'accidents identiques à ceux causés antérieurement par le novarsénobenzol et le bismuth. Le mercure étant plutôt vaso-constricteur, il ne semble donc pas qu'on doive accepter l'explication de M. Milian.

Surrénales et intoxication diphtérique.

MM. Mouriquand, Leulier et Sédaillan ont étudié expérimentalement l'influence de la toxine diphtérique sur les capsules surrénales. Il résulte de leurs recherches que cette toxine fait diminuer considérablement la teneur en adrénaline de la médullo-surrénale du cobaye.

Du phénomène dit « d'opposition complémentaire ».

M. Bard propose une explication de ce phénomène qui consiste en ce que, dans la position couchée, l'élévation volontaire d'un des membres inférieurs s'accompagne d'un mouvement de pression sur le lit du talon opposé. Ce phénomène, bien qu'ayant été observé d'abord chez les hémiplégiques, est constant chez les sujets normaux, et, par suite, bien distinct des syncinésies. Pour M. Bard, on doit admettre l'origine *unihémisphérique* des deux parties constituantes du phénomène, la voie centrifuge étant le faisceau pyramidal direct.

Mal de Pott à grande déformation sans troubles de compression.

MM. Bonnamour, Badalle et Naussac rapportent une observation qui confirme une fois de plus ce que l'on sait de la pathogénie des paraplégies dans le mal de Pott, à savoir que ces troubles nerveux ne sont nullement la conséquence des courbures même considérables de la colonne. Le malade de MM. Bonnamour et Badalle, qu'ils ont pu étudier radiologiquement et anatomiquement avant et après la mort, présentait une énorme déformation de la colonne dorsale faisant un angle aigu, mais n'ayant jamais entraîné de troubles de compression médullaire. Par contre, ce malade, présentait des troubles cardiaques accentués et mourut d'asystolie.

Deux cas de spirochétose bronchique greffée sur cancer secondaire du poumon.

M. Lignières (de Béziers), présenté par M. Gaté, relate deux observations dont voici le résumé :

I. Femme de 32 ans, opérée il y a deux ans d'un ostéosarcome de l'extrémité supérieure du radius droit (amputation du bras). Apparition en décembre 1926, des crachats hémoptoïques, d'aspect « gelée de groseille », auscultation et percussion négatives ; légère augmentation des vibrations à la base droite. Radioscopie : à la base droite, on voit deux noyaux opaques. Les crachats ne renferment pas de bacilles de Koch, mais de nombreux spirochètes. La malade a présenté ultérieurement des signes de compression intra-cranienne dus vraisemblablement à une métastase cérébrale.

II. Mme G., ostéosarcome typique du fémur droit. Crachats hémoptoïques. Images radiographiques pulmonaires superposables à celles du cas précédent. Pas de bacille de Koch. Nombreux spirochètes dans les crachats.

Il semble bien, et c'est aussi l'opinion de M. Gaté, qu'il s'agisse de spirochétoses bronchiques greffées sur des cavernes secondaires du poumon.

Syndrome adiposo-génital chez un hydrocéphale.

MM. Mouriquand, Bernheim et Lesbros présentent l'observation d'un enfant de 6 ans 1/2 nettement hydrocéphale (circonférence cranienne : 58 centimètres ; enfant complètement inintelligent et ne parlant pas). Syndrome adiposo-génital caractérisé : pannicule adipeux anormalement développé ; verge minuscule, testicules ayant à peine le volume d'un haricot. Bordet-Wassermann positif dans le sang. Il s'agit donc d'une hydrocéphalie banale, d'origine probablement hérédo-syphilitique, ayant déterminé, par le mécanisme de l'hypertension intra-ventriculaire, des lésions infundibulaires génératrices du syndrome adiposo-génital.

Variations morphologiques du virus tuberculeux.

MM. F. Arloing et A. Dufourt présentent des préparations où le virus tuberculeux se présente sous forme d'un réseau mycélien, ayant complètement perdu l'acido-résistance. Leurs recherches appuient cette notion bien établie actuellement que l'agent de la tuberculose est un champignon ; la

forme bacillaire acido-résistante n'en est qu'une des formes, probablement la plus rare, de sorte que l'on doit admettre aujourd'hui que la recherche du bacille de Koch dans une lésion est dépourvue de toute signification, si elle est négative.

A. C.

Les Congrès

XXXVIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

Le drainage dans la chirurgie abdominale.

Par MM. CADENAT (de Paris) et PATEL (de Lyon).

Le drainage abdominal est contemporain de la chirurgie abdominale. C'était alors un moyen préventif de l'infection si couramment observée à cette époque. Plus tard, on l'utilisa non seulement dans la totalité des interventions pelviennes mais encore dans les inflammations aiguës du péritoine pour lutter contre une infection déjà manifeste.

L'évolution progressive de l'asepsie et de la technique opératoire, la connaissance plus précise des causes et des effets des péritonites aiguës, arrivèrent à en limiter et à en modifier les indications.

L'étude physique du drainage montre que l'évacuation complète de la totalité des liquides septiques contenus dans la cavité péritonéale est illusoire, quel que soit le mode de drainage employé, tubulaire ou capillaire.

L'évacuation ne porte que sur une zone limitée du péritoine. Les mèches de gaze agissent en outre en tamponnant et cloisonnant la cavité dans laquelle elles sont placées. Il ne faut pas oublier que d'un autre côté la séreuse péritonéale possède des propriétés remarquables de défense qui lui permettent de lutter d'une façon efficace contre certaines infections. Ce sont notamment la faculté d'absorption, de neutralisation des produits septiques et la propriété d'adhérer.

Ces considérations expliquent que les uns, se fiant uniquement aux moyens de défense du péritoine lorsqu'aucune cause infectieuse ne persiste, préconisent le non-drainage ; les autres, estimant que l'infection est parfois trop grave et que le péritoine ne saurait suffire à sa tâche, conseillent au contraire le drainage, d'autant qu'avec une technique aujourd'hui bien réglée, surtout pour le drainage à la Mikulicz, les accidents secondaires sont rares.

S'il est vrai que le drainage est contre-indiqué toutes les fois où l'opération a été régulière, aseptique, lorsque le péritoine a été reconstitué dans son intégrité, lorsqu'aucune cause d'infection ne subsiste, il demeure cependant certain qu'on ne saurait sans risque grave le rayer complètement de la pratique chirurgicale.

Il reste indiqué dans toutes circonstances où les conditions précédentes ne sont pas totalement réalisées, pour lutter contre l'infection quels que soient sa forme, son siège et son origine.

Enfin, accessoirement, il peut être appelé à parfaire l'hémostase à la fin d'une opération.

Dans la chirurgie gynécologique, le drainage conserve des indications impérieuses dans certaines suppurations pelviennes de haute gravité, à siège élevé, quand le péritoine a été inoculé.

Dans les cas de cancer du col utérin, en raison du caractère éminemment infectieux de la lésion, son emploi systématique sous la forme du Mikulicz a contribué à abaisser notablement la mortalité opératoire.

S'il s'agit d'appendicite aiguë sans perforation, le drainage est en général inutile. Dans le cas contraire, l'infection dont nous ne pouvons ni prévoir ni mesurer l'intensité et les altérations du péritoine voisin exigent le drainage. Celui-ci sera local si l'infection est limitée ; il sera plus étendu si l'infection s'étend à distance ou si elle se montre particulièrement sévère.

Dans la chirurgie des voies biliaires, s'il s'agit de cholécystectomie, l'insécurité de ligatures et de sutures commande un drainage restreint, mais prudent. En cas d'infections particulièrement graves ou gangréneuses, il faut avoir recours au tamponnement sous-hépatique.

Le drainage est, en général, inutile dans les interventions portant sur l'estomac et l'intestin grêle, pourvu que les sutures portent sur des tissus sains et que le péritoine s'accole facilement. Il reste formellement indiqué si les sutures sont précaires et si le contenu intestinal a souillé la séreuse péritonéale.

Au niveau des côlons, la suture demeure toujours douteuse, et l'infection du tissu cellulaire rétropéritonéal est la règle. Pour ces raisons, le drainage pparaît comme très utile.

Dans le traitement des infections péritonéales aiguës, la suppression de la lésion causale demeure au premier plan. Le drainage est superflu si le péritoine de voisinage est seul atteint, s'il a pu être nettoyé d'une façon satisfaisante et si l'on estime, d'autre part, que la séreuse est susceptible de lutter avec succès contre l'infection restante.

En cas de lésions diffuses, le drainage de la cavité abdominale devra, pour être efficace, être établi au point déclive.

(1) *Concours médical* nos 2, 3 et 4.

Discussion

M. Jonas Collin (de Copenhague) reproche au drainage de prédisposer à l'éventration et aux phénomènes d'occlusion.

Après avoir fait la « toilette » des régions suspectes, les recouvrir d'un large feuillet d'épiploon.

Jamais il ne draine dans les péritonites étendues. Dans les péritonites locales, dans l'appendicite, quand l'appendice est perforé, il utilise un drain de petit calibre. Il draine également dans les interventions portant sur les voies biliaires.

M. Hustinx (de Heerlen) condamne le drainage, car sans drainage, la mortalité dans sa statistique est tombée à 1,7 p. 100 alors qu'auparavant, quand il drainait systématiquement, elle atteignait 6 p. 100.

Pour éviter de drainer, l'auteur lave les régions infectées avec une compresse montée, largement imbibée d'éther. Il laisse ensuite dans le péritoine un mélange de cire et d'iodoforme. Il referme complètement en utilisant pour chaque plan du fil de lin.

M. Gianolla (de Charleroi) pense qu'en matière de drainage il n'y a pas de formule absolue. De plus en plus, il restreint les indications du drainage, notamment en ce qui concerne les opérations portant sur les voies biliaires. Il emploie toujours des fils de soie à l'exclusion absolue du catgut.

M. Hartmann (de Paris) estime que le drainage abdominal ne peut être rayé de la thérapeutique chirurgicale.

On doit l'employer dans les cas où, après une opération, il persiste dans la cavité péritonéale, soit des surfaces cruentées donnant un suintement sanguin, soit des parties infectées non susceptibles d'être résorbées.

Au contraire, on doit s'abstenir dans les cas où se trouvent dans le péritoine des exsudats séro-fibrineux, même dans ceux où il existe du séro-pus en petite quantité.

Lorsqu'il y a suppuration secondaire, celle-ci est limitée à la paroi, le tissu cellulaire ne possédant pas le pouvoir de défense du péritoine ; le drainage n'est pas à conseiller.

Par contre, il faut drainer la cavité abdominale lorsque sur le péritoine iliaque ou sur le cæcum existent des points noirâtres ou verdâtres d'apparence gangréneuse ; dans les autres cas, on se contente de drainer la paroi pendant quarante-huit heures.

Dans les lésions péritonitiques suppurées, diffusées, d'origine appendiculaire ou consécutives à la perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal, il est de bonne pratique d'insinuer un gros drain jusqu'au fond du Douglas, soit par l'angle inférieur de l'incision iliaque, soit par une boutonnière suspubienne. Le malade sera placé en position assise.

Dans les opérations sur les voies biliaires, d'une manière constante, dans un grand nombre de résections gastriques, ayant nécessité des décollements ou s'étant compliquées de l'extravasation du contenu gastro-intestinal, il faut drainer.

Après les résections coliques, le drainage est également indiqué.

L'auteur utilise un tube de caoutchouc n° 50 et pratique, à chaque pansement, l'aspiration des liquides à l'aide d'une sonde de Nélaton et d'une seringue.

D'une façon générale, l'auteur cherche toujours à isoler la cavité drainée du reste de la cavité péritonéale, soit en la limitant par quelques points de suture, comme après l'hémicolectomie droite, soit en ramenant l'épiploon au-devant de la masse intestinale.

Le Mikulicz a perdu bon nombre de ses indications depuis que l'on sait péritoniser les surfaces cruentées.

M. Témoin (de Bourges) ne croit pas que le drain qu'on a l'habitude de plonger dans un ventre contenant du pus, soit capable mécaniquement d'éliminer ce pus. « On ne draine pas un ventre ». Cela est si vrai que le liquide septique n'apparaît dans le pansement que le deuxième ou troisième jour après l'opération. Un peu d'attention montrera, du reste, que ce dernier provient du tissu cellulaire sous-péritonéal ou péritonéal et non de la profondeur. On n'a fait que « drainer la paroi ».

Le péritoine est capable quand il n'est que partiellement altéré de résorber le pus et les liquides septiques. C'est ce qui se passe dans la plupart des cas et notamment quand, à l'ouverture du ventre, le péritoine sous-ombilical est seul suppuré.

Quand le pus a gagné l'étage supérieur, quelles que soient les méthodes employées, quelle que soit l'ingéniosité du drainage, le pronostic est fatal.

Dans toute intervention abdominale pour lésions suppurées l'essentiel est l'ablation de l'organe responsable, appendice, trompe.

En matière d'appendicite, l'auteur persiste à affirmer que l'enfouissement du moignon est inutile et que l'écrasement suffit.

Le Mickulicz a le tort d'agir comme corps étranger. Il est, en principe, à éviter, surtout dans l'appendicite.

Dans les cas de péritonite tuberculeuse, après laparotomie largement conduite : insolation et fermeture complète sans drainage.

M. Tixier (de Lyon), après vingt-cinq ans de pratique chirurgicale, constate que les opinions sur la nécessité du drainage ont singulièrement évolué. Le drainage a d'abord régné en maître, puis est tombé dans un oubli presque absolu.

Il formule les conclusions suivantes : le Mikulicz a permis de sauver beaucoup d'opérés en chirurgie gynécologique à une époque où la technique abdominale était mal établie et respectait peu les propriétés physiologiques du péritoine.

A l'heure actuelle, toutes les fois où l'on peut opérer suivant les règles de la minutie et de l'asepsie établies par Terrier, il est permis de se dispenser de drainer. Dans les cas où les circonstances opératoires mettent les malades dans des conditions défavorables il faut savoir utiliser le Mickulicz qui constitue un

excellent drainage. Il faut reconnaître que ces cas sont devenus exceptionnels.

M. Dambrin (de Toulouse) étudie les applications du Mickulicz en chirurgie abdominale et en gynécologie.

Depuis juillet 1923, il a utilisé ce genre de drainage 42 fois au cours d'interventions portant sur l'utérus et ses annexes. Il a eu 40 guérisons et 2 morts.

L'auteur place habituellement un drain de caoutchouc au contact du sac de gaze. Après ablation du Mickulicz, il dispose dans le trajet une série de petits drains et fait de l'irrigation continue au liquide de Dakin suivant la technique de Carrel.

Jamais il n'a observé chez ses opérés aucun des méfaits que l'on reproche au Mickulicz, ni infection secondaire, ni fistule, ni éventration.

Il rappelle les indications de cette méthode qui a fait baisser considérablement la mortalité opératoire.

Il n'applique pas cette méthode systématiquement à toutes les hystérectomies pour cancer du col. Il la juge inutile quand l'opération a été facile, l'hémostase complète, la péritonisation soignée.

Il la réserve aux grosses pyosalpingites avec ruptures de poches purulentes, aux volumineux fibromes adhérents ou inclus dans le ligament large et dont l'hémostase laisse à désirer et qu'on ne peut pas péritoniser correctement.

Enfin le Mickulicz lui paraît particulièrement indiqué dans les cas de ruptures de grossesses extra-utérines avec hématocèle suppurée.

M. Guyot (de Bordeaux) rapporte les résultats de sa pratique en chirurgie abdominale gynécologique. Il partage l'opinion des rapporteurs et ne draine que dans les cas graves : pyosalpinx, Wertheim, hystérectomies laborieuses. Dans les cas moyens, le drainage vaginal par un drain entouré de mèches lui paraît excellent, cette technique permettant l'isolement du petit bassin par la péritonisation au moyen du côlon pelvien.

Depuis deux ans, sur 300 opérations abdominales, il a fermé sans drainage dans 170 cas. Il a drainé par un tube vaginal ou abdominal 96 fois. Il a recouru au Mickulicz 34 fois. Cette dernière technique d'exception mérite d'être conservée.

M. F. Papin (de Bordeaux) indique qu'après les opérations pour perforation d'ulcus, il existe presque toujours dans le Douglas, un épanchement beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait croire.

En chirurgie pelvienne, le Mickulicz, dont on retrouve la description dans Ambroise Paré, sous le nom de Tente, peut être une ressource infiniment précieuse à condition de le réserver strictement à certains cas graves.

Envisageant les échecs ou les accidents après Mickulicz, il signale l'insuffisance des Mickulicz faits avec des compresses grasses, et certains accidents de rétention septique dans le pelvis avec phlébites consécutives.

Dans le tamponnement à la Mickulicz, il faut distinguer deux rôles différents, un rôle de cloisonnement protecteur et un rôle de drainage. Ces deux fonctions peuvent se gêner réciproquement dans une certaine mesure ; aussi, dans quelques cas graves où l'on veut assurer chacun de ces deux rôles au maximum, il peut y avoir avantage à réaliser par deux dispositifs différents d'une part, le barrage protecteur, d'autre part le drainage sous-jacent.

M. Billet (de Lille) partage pleinement l'opinion d'Ombrédanne ; dans toutes les suppurations abdominales quelle qu'en soit l'origine, il referme systématiquement la paroi complètement.

Il ne l'a pas fait au début sans une certaine appréhension. Mais devant les excellents résultats obtenus, ses hésitations ont vite disparu. Il est persuadé que dans un avenir plus ou moins lointain bien des chirurgiens feront de même.

M. Peugniez (de Paris). La sagesse est dans un juste milieu. Il n'y a pas de formule absolue en matière de drainage. Cela dépend des cas, de la résistance du sujet, de l'étendue des lésions péritonéales.

Si l'on peut souhaiter la disparition du drainage, l'heure n'est pas venue de le supprimer complètement. La découverte de certains vaccins ou sérum permettra peut-être d'y renoncer. Nous n'en sommes pas encore là.

M. Albert Reverdin (de Genève) rappelle qu'il a dans sa thèse sur le drainage de la péritonite généralisée, proposé, à l'instigation de Roux (de Lausanne), un drainage « par plastron ».

Ce drainage capillaire, en contact avec la plus grande partie des anses intestinales, a donné des résultats très intéressants, mais il a, bien entendu, les mêmes inconvénients et les mêmes avantages que tous les drainages capillaires. D'une part, de retenir des parcelles infectées en dehors de son action et, d'autre part, de ne plus drainer après quelques jours. Il crée une barrière d'adhérences très étendue et cloisonne l'abdomen en permettant au péritoine une défense effective et rapide.

Reverdin a abandonné depuis dix ans cette manière de procéder, car il a trouvé dans le Dakin, employé selon la méthode de Carrel, un moyen beaucoup plus efficace d'asepsie dans les séreuses, et plus spécialement au péritoine, les indications de son emploi.

S'il juge qu'une péritonite localisée doit être drainée, il place dans la région infectée un tube de caoutchouc de petit calibre entouré d'une épaisseur de gaze ; celle-ci après avoir, dans les premières heures, créé l'hémostase, provoquera autour d'elle des adhérences qui formeront rapidement une cavité close que le Dakin aseptisera. Dans les péritonites généralisées, diffuses, sans adhérences, il injecte, après avoir supprimé la cause première de l'infection, une assez grande quantité de Dakin chaud dans la cavité close que représente le péritoine ; puis de deux heures en deux heures, il injecte de petites quantités de Dakin par des tubes dirigés vers le péritoine supérieur de façon à irriguer ainsi la séreuse de haut en bas. Un tube sus-pubien plongeant dans le fond du

douglas permet de temps en temps l'évacuation du liquide ou des débris accumulés.

Cette façon de procéder en neutralisant les produits septiques intra-abdominaux, ne diminue pas la défense propre du péritoine.

Il s'agit là d'une méthode qui ne s'inspire d'aucun des autres moyens de drainage habituellement employés.

M. Bérard (de Lyon). Dans les cas d'appendicite suppurée, l'auteur enlève toujours l'appendice et draine.

Il se souvient avoir été appelé bien souvent en consultation à la suite d'appendicectomies pratiquées dans ces conditions, mais à la suite desquelles, faute de drainage, s'était développé un phlegmon gangréneux de la paroi.

Dans les cas où le Mickulicz lui paraît indiqué, l'auteur l'emploie sans y apporter aucune modification. Il condamne l'adjonction de vaseline et de collophane au sac et aux mèches, Si l'on a parfois observé quelques complications lors de l'ablation du Mickulicz, la raison doit en être cherchée dans le fait que cette ablation a été prématurée. Le Mickulicz doit rester dix jours en place.

Le drainage, en notre siècle de progrès est peut-être humiliant, mais c'est une mesure salutaire.

M. Lardennois (de Reims) estime qu'il faut résister à la tendance de certains chirurgiens qui veulent restreindre de plus en plus les indications du drainage.

Ce qui prime, c'est la sécurité. Le « tuto » doit prévaloir sur le « cito » et le « jucunde ».

Il est convaincu que les suites opératoires sont plus bénignes après le drainage, et partage l'enthousiasme de J.-L. Faure pour le Mickulicz.

Il a du reste légèrement modifié le procédé du Mickulicz. Ce procédé a deux caractéristiques : le sac, le fil de traction. L'auteur supprime le sac qu'il remplace par une anse de gaze. Au sommet de l'anse qui sera la partie profonde, il fixe le cordonnet d'amarrage. Entre les deux moitiés de l'anse, dans l'angle dièdre que forment les deux lames écartées, il introduit une seconde, une troisième, une quatrième anses imbriquées et enserrées les unes dans les autres et toutes munies à leur partie distale d'un fil de soie. Dans un second temps, les tampons sont disposés à droite, à gauche, en haut en et bas pour établir des barrières d'adhérences. Il s'agit donc d'un tamponnement en entonnoir renversé.

Grâce aux cordonnets de soie, il est facile de dérouler les mèches et de les ramener à la surface.

(A suivre).

Les Livres

Norbert Maloine, éditeur,
37, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction des professeurs Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix. Tome IV, **Appareil circulatoire**. Fascicule II : **Vaisseaux**, par Jean Heitz, Leconte, Grellety-Bosviel (2e édition, 516 pages, 92 figures, Paris.)

J. Heitz traite des affections de l'aorte et des artères : anatomie et physiologie, examen et sémiotique, affections fonctionnelles (vaso-constriction, vaso-dilatation, hypo et hyper-tension), affections organiques (syphilis, anévrysmes, artérites, etc.).

Dans une deuxième partie Leconte et Grellety-Bosviel font une étude de la circulation capillaire, veineuse et lymphatique (phlébites, varices des membres, hémorroïdes, varicocèle, varices des organes génitaux de la femme, varices viscérales, etc.).

N. Maloine, éditeur, 27, rue de l'École de-Médecine, Paris.

Dr Paul Cantonnet.— **Traitement curatif de l'asthme.** (Un vol. in-8 de 100 pages. Prix : 4 fr., 1927.)

Dans ces cent pages, l'auteur apporte les résultats de vingt-trois années de pratique et donne les détails de son traitement de l'asthme, qu'il vient de communiquer à l'Académie de Médecine. Après un chapitre curieux sur l'historique de sa posologie, et l'exposé de ses traitements d'attaque et de maintien, il expose longuement et avec les plus grands détails la conduite quotidienne des traitements à appliquer dans les différents asthmes : A. banal, A. tuberculeux, A. infantile, A. des foins, A. des cardio-rénaux, A. des emphysémateux et A. chez les drogués.

Passant rapidement en vue les données pathogéniques actuelles, l'auteur suppose que l'hypercholestérinémie et surtout l'excès de cholestérine fixée tissulaire sont l'une des causes favorisantes les plus constantes. La vue pathogénique qu'il propose reste en accord possible avec les autres hypothèses actuellement admises et semble notamment de nature à pouvoir relier la théorie de Lemoine et les conceptions de Parturier sur certaines crises vésiculaires à l'importante notion des épines irritatives de Bezançon et de Jong.

Ces ouvrages sont en vente à la librairie Norbert MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, et expédiés par retour du courrier en France et en Belgique franco de port. Etranger port en sus.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille.

Les progrès récents en thérapie endocrinienne, par P. CARNOT, P.-E. WEIL, E. GLEY, P. HARVIER, Léon BINET, A. BAUDOUIN, L. HALLION, F. RATHERY, A. PÉZARD, H. VIGNES, R. GAYET, E. SERGENT. *Conférences faites au cours de thérapeutique du professeur* CARNOT. (Un vol. in-8, 293 p., 8 fig. Prix : 24 fr., sauf variation.)

Librairie J. HERMANN, 6, rue de la Sorbonne.

F. WOLFERS, agrégé de l'Université. — **Eléments de la physique des rayons X**. Introduction à la radiologie médicale et à l'étude générale des rayonnements. (Un vol. in-8, 400 p., avec fig. et pl. Prix : 25 fr., sauf variation.)

Librairie FÉLIX ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Dr A. SICCO, prof. agrégé à la Faculté de Montevidéo. — **Psychophysiologie et psychopathologie du corps thyroïde**. Préface du prof. G. DUMAS. (Un vol. 108 p. Prix : 10 fr., sauf variation.)

Librairie Eugène FASQUELLE, 11, rue de Grenelle Paris.

Dr SERGE VORONOFF. — **La conquête de la vie**. Quinzième mille. (Un vol. 228 p. Prix : 12 fr., sauf variation.)

Editions Ch. LAVAUZELLE et Cie, éditeurs militaires, 124, boulevard Saint-Germain.

Archives de médecine et de pharmacie militaires ; numéro d'octobre 1927, consacré au *Centenaire de Villemin* et à la *Journée de la tuberculose*. (Allocutions et communications diverses.)

Edition : 67, rue Joseph-Vernet, à Avignon.

La Provence médico-chirurgicale. REVUE MENSUELLE DU SUD-EST.

Premier numéro de ce périodique, décembre 1927. Abonnement annuel : 30 fr. *Sommaire* du no 1 : Les tumeurs latentes de l'estomac (Dr MONTAGARD). Cancer gastrique et exploration radiologique (Dr L. MOREAU). Les gros genoux à suppuration aiguë sans lésions articulaires (Dr E. GOLDLEWSKI). Compte rendu de la Société des chirurgiens de Provence, etc

DE L'UTILITÉ D'UN BON ANALGÉSIQUE

Par le Dr CHAUSSET.

Nombreux sont les cas où le médecin est obligé d'adjoindre, à la thérapeutique pathogénique de la maladie, la thérapeutique symptomatique, et, parmi les symptômes à traiter, le plus fréquent et le plus pénible pour le malade est la douleur.

Les médicaments analgésiques sont nombreux, mais aucun ne possède une action constante et une efficacité parfaite. De plus, certains sont fort toxiques et dangereux à manier, comme la morphine, l'héroïne, l'aconitine. Il faudrait donc que le praticien puisse trouver dans l'arsenal thérapeutique un médicament sûr et peu dangereux. Un produit nouveau, étudié depuis quelques années, paraît répondre à ces desiderata. C'est la combinaison d'un analgésique puissant, la diméthyl-amido-antipyrine, avec une base hypnotique du groupe des uréides : l'acide isopropylallylbarbiturique. Le corps ainsi obtenu, l'allonal, a été expérimenté tant en clinique, que dans les laboratoires par un grand nombre d'auteurs français et étrangers, il a donné lieu à de fort nombreuses publications qui concluent toutes à son action énergique et constante et à sa faible toxicité.

Nous n'analyserons pas tous les travaux qui ont été publiés, nous nous bornerons à rappeler brièvement les résultats obtenus, ce qui nous permettra de poser ses indications et de préciser sa posologie.

L'allonal, par sa constitution chimique, que nous avons sommairement exposée, est à la fois un analgésique et un hypnotique, et d'après les lois de la pharmacodynamie générale, chacun des deux corps qui le composent renforce l'action de l'autre composant. C'est ce qu'on peut appeler un « analgésique renforcé ». Il a été étudié d'une façon absolument complète, au point de vue chimique et pharmacologique par le professeur Pouchet (*Progrès médical*, 21 juin 1924.)

Il a été expérimenté au point de vue clinique dans les diverses branches de la médecine, dans toutes les maladies douloureuses aiguës ou chroniques.

Les névralgies sont une des principales indications de l'allonal, qui est, par la diméthyl-amido-antipyrine qu'il renferme, un calmant spécifique des excitations des nerfs sensitifs bulbo-protubérantiels.

Différents auteurs, Mounot (Thèse de Bordeaux 1926), Petiteau (Thèse de Lyon 1924), A. C. Messmer, Stieglitz, Burns, ont rapporté des cas de névralgies rebelles à tout traitement et calmées par l'administration de deux à quatre comprimés d'allonal.

Sydney Kuh a traité avec succès une malade présentant depuis huit ans une névralgie faciale, chez laquelle les injections d'alcool et la morphine ne produisaient plus aucun effet, avec deux ou trois comprimés d'allonal.

Estival rapporte, dans sa thèse, plusieurs observations probantes concernant, l'une, une malade atteinte de mal de Pott avec douleurs et insomnie, la deuxième, un malade atteint de poliomyélite antérieure aiguë avec douleurs vives et tenaces, et la dernière un amputé de jambe présentant de la causalgie avec troubles psychopathiques. La dose sédative d'allonal pour ces trois malades fut de deux comprimés chaque soir.

De même on a traité avec succès les douleurs fulgurantes, les algies viscérales du tabès, crises gastriques, douleurs en ceinture, les polynévrites (Bruns), les douleurs dans le zona (Sabrazès) avec des doses d'un à trois comprimés.

En chirurgie, Hubley Schall, soulage rapidement, avec l'allonal, les douleurs post-opératoires (hémorroïdectomies, fractures de côtes, avec contusion et lacération des muscles intercostaux).

Mallein-Gérin calme, avec deux comprimés d'allonal, une malade présentant une récidive de cancer du sein avec douleurs violentes, chez laquelle l'opium et la bellodone n'avaient, à dose moyenne, qu'une action transitoire.

Franck Wright a obtenu, avec l'allonal, de meilleurs résultats qu'avec la morphine dans un cas de pancréatite chronique et de colite chronique, et dans un cas de cancer du rectum. Dans une cholécystite chronique, chez un artérioscléreux, la douleur épigastrique a été calmée par l'allonal qui a été, dit-il, de beaucoup le sédatif le plus efficace qu'il ait pu donner.

M. R. Dinkelspiel a eu l'occasion de donner un à deux comprimés du médicament dans un cas de glaucome inflammatoire chronique et dans un cas de coliques néphrétiques violentes, et il n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

En stomatologie, l'allonal a été étudié par Petiteau, dans sa thèse (Lyon 1924), et par le professeur Tellier, qui, en collaboration avec M. Bessac, a publié une étude très approfondie de l'allonal en pratique odonto-stomatologique et qui demeure convaincu que la réelle valeur de ce médicament, ainsi qu'il le déclare dans la *Province Dentaire* de mars-avril 1924.

L'allonal a donné des résultats remarquables et constants dans le traitement des névralgies de la face et des douleurs consécutives à l'existence des pulpites aiguës et des douleurs post-opératoires. Les résultats ont été de même excellents dans le traitement des alvéolites consécutives à l'extraction des dents, de la périodontite suraiguë et aiguë, où il nous a semblé, dît-il, que l'allonal a donné des résultats supérieurs à ceux de tous les autres analgésiques connus.

Enfin, en médecine générale, l'allonal a également donné de bons résultats dans le traitement des algies diverses, on l'a employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, dans des cas où le salicylate de soude n'amenait pas la suppression immédiate de la douleur, dans le rhumatisme gonococcique, à côté du traitement spécifique.

Il est également une catégorie de malades chez lesquels l'allonal peut être administré avec succès, nous voulons parler de ceux atteints d'affections de l'appareil respiratoire, pleurésies, tuberculose pulmonaire s'accompagnant de point de côté violent et de toux. Le traitement symptomatique de la douleur passe évidemment au second plan de l'ordonnance médicale, mais un bon hypno-analgésique peut être utile, en procurant au malade un repos souvent nécessaire et en calmant l'agitation provoquée par la douleur et l'insomnie.

Cet exposé rapide permet de se rendre compte que les indications de l'allonal sont nombreuses et variées. Tout malade qui souffre peut-être soulagé par son emploi. Son efficacité est plus grande que celle des autres analgésiques habituellement employés, et il permettra souvent d'éviter d'avoir recours à la morphine, dont les inconvénients, difficulté pour se la procurer, accoutumance rapide, pouvant amener l'installation d'une toxicomanie, sont reconnus par tous les praticiens. La toxicité de l'allonal aux doses habituelles d'un à quatre comprimés paraît nulle. Son élimination rapide permet de l'employer sans risque d'accumulation et d'accoutumance. Il ne provoque aucun effet secondaire sur le foie, le rein, l'appareil circulatoire ; le pouls et la tension artérielle ne sont nullement influencés.

L'allonal est donc, à notre avis, un excellent hypno-analgésique agissant d'une manière régulière et constante sur la douleur, apaisant l'agitation et ramenant le sommeil et il rend dans beaucoup de cas de très utiles services au médecin praticien.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE SECRET MÉDICAL

L'internement des aliénés.

Le secret professionnel des médecins, qui vient d'être mis sensationnellement à l'ordre du jour de l'Académie de Médecine (1), n'a jamais cessé d'être à l'ordre du jour du *Concours médical*

En toutes circonstances, qu'il s'agisse soit des certificats de décès, soit de l'Assistance gratuite, soit de la médecine sociale en général, nous avons toujours proclamé qu'en dehors des cas où la loi oblige le médecin à révéler son diagnostic à des tiers — et ces cas sont relativement limités, puisqu'il n'est guère question que des maladies contagieuses — l'interdiction de parler est rigoureuse et absolue, et qu'en passant outre, le délinquant s'expose à de sévères sanctions pénales.

Sans doute nous a-t-on répondu que nous exagérions, que le secret professionnel n'est, le plus souvent, que le secret de Polichinelle : j'ai même ironisé à ce sujet. Sans doute un jour ne se passe-t-il pas sans que des indiscrétions plus ou moins graves soient commises. Je connais un confrère encore jeune, qui raconte tout ce qu'il observe dans sa clientèle à sa femme, laquelle le colporte sans vergogne à droite et à gauche ; il ne se doute certainement pas des risques qu'il court.

Ce n'est pas une raison pour que l'action publique ne soit pas disposée à se déclencher, spontanément ou sur une plainte d'un tiers. Un médecin parisien vient d'en faire la cruelle expérience. Si je m'en rapporte aux gazettes, en attendant que nous possédions le texte même du jugement, ce médecin, dans un procès en divorce, aurait écrit au mari pour lui confirmer que sa femme aurait été l'objet d'une « délivrance prématurée » avant son mariage. Poursuivi, il vient d'être condamné à cinq cents francs d'amende, avec des attendus qui, semble-t-il, qualifient durement son attitude.

Que ferait le tribunal si, saisi d'une indiscrétion du même ordre, à la requête d'un tiers, il avait à juger un médecin responsable d'avoir dévoilé son diagnostic de « délivrance prématurée » sur un bulletin de visite de l'Assistance médicale gratuite, ainsi qu'en certaines régions, le corps médical a accepté de le faire ? Ne pensez-vous pas qu'il aurait pareillement prononcé une condamnation ? N'est-il pas vrai qu'il n'y a pas, en la matière, d'espèces à considérer, et que le secret professionnel est *un*, et présentement intangible ?

Que cette condamnation fasse réfléchir tous ceux qui, sous le couvert de sophismes plus ou moins défendables, cherchent des justifications, lorsqu'ils passent outre, serait-ce le plus administrativement du monde.

***

La presse profane se mêle à l'occasion de dire son mot sur un sujet dont il semble bien qu'elle ne connaisse pas très exactement tous les tenants et aboutissants. Elle paraît persister à prétendre que les médecins tiennent au secret professionnel comme à un privilège qu'ils déclarent inattaquable. Le bon billet !! Lisez, à cet égard, ce petit papier découpé dans *Paris Midi* du 28 décembre dernier :

Le secret

Les médecins, avec le professeur Balthazard à leur tête, viennent de protester vigoureusement contre la mort du secret professionnel. Eux qui avaient coutume de se retrancher derrière ce fameux secret voient leur retranchement s'amincir de jour en jour. Pour un oui, pour un non, devant un tribunal, ou une Compagnie d'assurances, on les délie du secret professionnel. « Et s'il nous plaît à nous de n'être pas déliés ! » ripostent-ils.

Les médecins invoquent la tradition et l'usage, mais qu'ils veuillent bien observer que les choses ont singulièrement évolué. Il y a trente ans, il existait encore des mœurs ou des maladies qualifiées de honteuses. Les disciples de Corydon, par exemple, cultivaient leur penchant dans l'ombre et les intoxiqués n'avaient pas encore eu l'idée de s'assembler dans les derniers salons où l'on cocose.

(1) Voir ci-après le Rapport du professeur Balthazard.

C'était l'époque où l'on cachait certaines maladies parce qu'elles étaient considérées comme déshonorantes et entachant même la bonne renommée de toute une famille. On comprend donc que le médecin qui avait reçu une aussi grave confidence ne l'allât point répandre par la ville.

Mais nous avons changé tout cela. Il est élégant d'être spécifique, au moins à titre d'hérédo ; il ne messied point d'être légèrement psychopathe, comme disent les psychiâtres, traduisez : dingo ou piqué. Puisque l'on ne dissimule plus ses maladies par pudeur, pourquoi les cacherait-on à qui demande à les connaître, sinon par esprit de lucre ou dans l'espoir de rouler son prochain ?

Le respect du secret professionnel ? Que Messieurs les malades commencent.

Pierre Audiat.

***

Je ne sais ce qu'il sortira du vaste débat institué à l'Académie. Il ne serait pas mauvais pourtant qu'un peu de clarté fût projetée sur le secret professionnel des médecins, sa nature, ses limites s'il en possède... Vous examinez un sujet que vous déclarez sain d'esprit ; vous ne violez pas le secret professionnel. J'examine le même sujet et, en désaccord avec vous, je le déclare insane, je viole le secret professionnel... Tâchez de m'expliquer ce subtil distinguo qu'un avocat à la Cour trouve inattaquable ! Pour moi, je m'y perds. Si la loi me fait une obligation de ne rien révéler de ce que j'aurai observé, discerné, reconnu, au cours de ma pratique professionnelle, je suis aussi indiscret si je proclame la santé psychique de la personne examinée, que si je certifie son insanité.

Tout cela vient d'être examiné de près par notre excellent confrère Paul Gallois ,dans *La Vie médicale* du 10 décembre dernier.

Je ne saurais cependant souscrire complètement à son argumentation terminale, relative à l'internement d'un aliéné ou présumé tel. M. Gallois, en vertu du principe de la défense respective de tous les intérêts en présence, demande que, pour décider un internement, l'instrumentation de trois médecins soit nécessaire : un médecin défenseur du malade, un médecin représentant la famille qui réclame l'internement, et un médecin administratif.

Je professe que, bien que légalement, cela ne soit pas indispensable, aucun praticien ne devrait se risquer à délivrer *seul* un certificat d'aliénation mentale, concluant au placement de l'intéressé dans un asile (public ou privé), mais agirait prudemment et sagement en se faisant assister par un confrère. Une réforme de la loi de 1838 est depuis longtemps déjà pendante au Parlement. Mais nos bons députés et sénateurs ont bien d'autres chats à fouetter. On a proposé, s'il m'en souvient bien, de confier la décision de l'internement, et de son maintien, à un tribunal, se prononçant après expertise. Nous n'en sommes pas encore là, et la loi de 1838 est toujours en vigueur. Elle prescrit qu'aucun placement volontaire dans un asile d'aliénés ne pourra être effectué que sur production d'un certificat d'un docteur en médecine qui ne soit pas parent de l'intéressé — utilisé dans la quinzaine de sa date. L'aliéné est un mineur ; ses proches (parents ou amis) prennent la défense de ses intérêts en le faisant entrer dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales, où il sera surveillé et soigné. Je ne saisis pas la nécessité de deux praticiens, opposés en quelque sorte l'un à l'autre, comme, dans un prétoire, l'avocat de la partie civile est opposé à l'avocat du défendeur. Pourquoi faire ? Pour éviter une séquestration arbitraire ? Que M. Gallois se rassure, une séquestration arbitraire dans un asile réclamerait un tel concours de complicités qu'elle me semble absolument impossible, à moi qui, durant plusieurs années, ai dirigé un asile privé d'aliénés. C'est aussi l'opinion de Maurice de Fleury qui s'écrie : « *Songez que, depuis la promulgation de la loi de* 1838, *pas une accusation d'internement arbitraire n'a pu être prouvée* !! »

Voici en effet comment les choses se passent. Dans les vingt-quatre heures de l'admission d'un aliéné dans un asile, le médecin directeur adresse à la Préfecture (de Police à Paris, du département en province) un certificat énonçant son propre diagnostic et sa décision : à maintenir ou à faire sortir. Quinze jours plus tard, il devra renouveler son certificat, confirmant ou modifiant son diagnostic et sa décision. Entre temps, un médecin inspecteur des asiles aura été envoyé par la Préfecture pour examiner à son tour l'intéressé et dresser un rapport technique concluant soit au maintien, soit à l'élargissement.

Voilà une première étape d'un internement, qui comporte trois formalités accomplies à des dates différentes et par des techniciens différents.

Les procureurs et leurs substituts ont, en tout temps, leur entrée libre dans tous les asiles. Ils voient les internés, seul à seul, en dehors du personnel médical ou subalterne de l'établissement, et ils peuvent, sans autre forme de procès, décider la sortie immédiate d'un pensionnaire qui ne leur semble pas malade. Ils ne s'en font pas faute, et c'est ainsi que des persécutés ou des alcooliques, ayant réussi à en imposer à ces magistrats, ont pu être remis en liberté, et commettre immédiatement des délits et des crimes. Les *Annales de psychopathie* foisonnent de faits de ce genre.

Toute la correspondance d'un interné doit être acheminée vers sa destination ; aucun empêchement ne peut être apporté à son droit d'écrire, et à sa lettre de suivre son cours.

Tous les ans, le directeur de l'asile adresse à la

Préfecture un relevé de tous les malades présents dans son établissement, avec le diagnostic de leur affection.

Enfin, le personnel subalterne est toujours disposé à prendre la défense des malades contre l'administration et il n'est pas un infirmier ou une infirmière qui ne soient prêts à seconder toutes les tentatives d'un interné pour obtenir son élargissement.

Telles sont les garanties que la loi de 1838 donnent au public. Comprend-on pourquoi Maurice de Fleury peut se prononcer aussi catégoriquement et pourquoi je suis entièrement d'accord avec lui ?

Il me souvient d'avoir reçu dans la maison que je dirigeais une dame âgée, placée volontairement par sa famille, s'appuyant sur un certificat médical concluant à un délire hallucinatoire propre à justifier la mise en observation et le maintien en asile. Il était exact que cette dame avait, en effet, à la suite d'absorption exagérée de chloral, présenté ces hallucinations et ce délire. Le jour même de son entrée, je l'examinai longuement et me convainquis qu'elle ne délirait plus et qu'elle n'était plus hallucinée. Comme elle protestait contre son internement, je lui demandai de me faire crédit quelques heures. Je la revis de nouveau en effet ; je fortifiai ma conviction première, et le jour même, je mandais à la famille qu'il m'était impossible de conserver en quartier fermé une personne que je considérais comme déprimée sans doute, mais parfaitement saine d'esprit. Le passage en quartier libre eut lieu incontinent ; l'intéressée demeura quelques semaines, librement, dans l'établissement et en sortit complètement reposée et réconfortée, n'ayant jamais donné le plus petit soupçon d'un trouble mental quelconque.

G. DUCHESNE.

***

RAPPORT

SUR LE SECRET MÉDICAL présenté à l'Académie de Médecine, le 27 décembre 1927, au nom d'une Commission composée de MM. LETULLE, *président*; LE GENDRE, COUVELAIRE, BRAULT, BROUARDEL, LEGRI, DE LAPERSONNE, SERGENT et BALTHAZARD, *rapporteur*,

Les exigences croissantes des particuliers, des administrations privées et publiques mettent en péril la notion du secret médical, qui, depuis quarante ans, paraissait confirmée dans le sens le plus absolu par la jurisprudence, après l'arrêt de la Cour de cassation dans l'affaire du Dr Watelet (19 décembre 1885).

Le médecin ne doit, en aucun cas, révéler le secret dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, même lorsque la révélation est plutôt utile que nuisible à son client, même lorsque le médecin se trouve en état de défense légitime et que son honneu professionnel est en jeu.

Sur les conseils de Brouardel les médecins on avec raison, interprété cette jurisprudence de la C de cassation dans le sens du silence constant absolu ; ils refusent de révéler le secret confié pa malade ou découvert par eux à l'occasion de l'e men du malade, et ne se départissent pas de ce conduite, même quand le malade prétend les relev de l'obligation du secret.

Les médecins estiment également qu'ils sont dispensés de témoigner en justice sur les secrets qu'ils ont connus à l'occasion de l'exercice de leur profession ; la jurisprudence les a approuvés et a même admis qu'il ne devait être tenu nul compte d'une déposition faite en violation de l'art. 378 sur le secret professionnel.

La Commission que vous avez nommée pour étudier l'état actuel de la question du secret médical vous invite donc à proclamer une fois de plus que *la loi et la jurisprudence sont d'accord en France pour imposer au médecin le silence le plus absolu,* lorsqu'il est sollicité soit par les particuliers, soit par les administrations privées ou publiques, soit par la justice, de révéler la nature des maladies qu'il a observées chez ses clients.

Les médecins ne se départissent de cette règle que pour délivrer aux malades et blessés des certificats indiquant les maladies ou lésions dont ils sont atteints. Cette pratique trouve sa justification dans le fait que les certificats sont remis aux malades eux-mêmes qui les utilisent pour faire reconnaître leurs droits en justice dans les affaires d'accidents de droit commun, d'accidents du travail, de coups et blessures, etc. ; les faits que les médecins certifient en pareil cas, existence d'une entorse, d'une fracture, etc., n'ont rien de secret par eux-mêmes et les médecins restent libres de refuser le certificat au cas où celui-ci, pour être honnête et consciencieux, contiendrait certaines révélations nuisibles aux intérêts du malade ou devant rester ignorées du malade lui-même. En aucun cas, les certificats ne peuvent être remis à des tiers, conjoint ou parents du malade, héritiers d'un défunt, ou à des Compagnies d'assurances (assurances sur la vie) ou à des administrations publiques (assistance médicale gratuite, diagnostic des causes de la mort, etc.).

Votre Commission vous invite à protester contre la prétention des administrations départementales qui, se basant sur un arrêt du Conseil de Préfecture de Châlons-sur-Marne (27 mai 1927) n'ayant rien de définitif, émettent la prétention d'obtenir communication du diagnostic des maladies traitées chez les assistés. Elle vous demande également de condamner l'usage de la délivrance par le médecin traitant d'un certificat indiquant la cause de la mort ; cette pratique, instaurée par un grand nombre de municipalités, et non des moins importantes (Lyon, Marseille, etc.), dans le but d'esquiver les frais de vé-

rification médicale des décès, présente les plus graves inconvénients.

Le médecin est conduit, pour préserver la mémoire u défunt, à porter un diagnostic erroné (hémorragie ébrale pour syphilis cérébrale, par exemple), et ns les cas suspects, où la révélation du diagnostic nstituerait une véritable dénonciation, à jouer sur mots (péritonite pour avortement, œdème de la tte pour blessure par coup de feu, etc.).

Le refus de délivrer le certificat de décès dans les cas suspects, suivant la pratique des hôpitaux, n'est pas moins dommageable pour le défunt et pour sa famille, ce refus aboutissant à attirer l'attention de la justice sur les causes de la mort, dans tous les cas où le médecin traitant a l'habitude de délivrer ces certificats de décès.

Tel est l'état actuel de la question du secret médical ; les médecins doivent garder le silence constant et absolu sur les faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession, même en justice. Une seule tolérance s'est établie dans la délivrance au malade lui-même de certificats indiquant les lésions dont il a été atteint au cours d'accidents, à condition que ces certificats ne contiennent rien de nuisible pour le malade, rien qui soit secret par sa nature même.

L'article 378 du Code pénal doit être interprété par les médecins comme une interdiction absolue de révéler les secrets médicaux à qui que ce soit, comme une dispense complète de témoigner en justice, hormis les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, à savoir dans la déclaration des maladies évitables et dans la déclaration des décès.

Cette situation ne comporte-t-elle pas des abus et mérite-t-elle d'être modifiée ? Insistons de suite sur ce point que la modification des règles qui régissent actuellement le secret médical, étant donnée la constance de la jurisprudence, nécessiterait l'intervention du législateur et la modification de la loi.

Deux mémoires ont été récemment adressés à votre Compagnie, dans lesquels les auteurs indiquent les abus auxquels donne lieu la conception actuelle du secret médical et proposent les remèdes à apporter à cette situation.

Tandis que le Dr Gallois est avant tout frappé de l'impossibilité où l'observation du secret médical place le médecin traitant de jouer le rôle de défenseur de son malade en révélant les choses qui peuvent lui être utiles, M. Perraud-Charmentier se lamente surtout de l'obstacle qu'apporte le secret médical à l'action de la justice répressive.

Le Dr Gallois estime que le secret médical résulte d'une simple convention entre le médecin et son malade, par laquelle le premier s'interdit de révéler quoi que ce soit qui puisse être nuisible au malade. Dans cette hypothèse, le malade a toutpouvoir pour délier le médecin du secret professionnel : le médecin peut alors intervenir en justice dans un sens favorable au malade inculpé de quelque délit ou crime, ou simplement revendiquant une indemnisation pour les dommages accidentels qui lui ont été causés.

Cette doctrine, très commode en pratique, ne répond pas à la réalité des faits. Si le secret médical était uniquement d'ordre privé, comment expliquerait-on le privilège dont les médecins entendent jouir en justice et la dispense de témoigner qu'ils revendiquent ? Comment comprendrait-on également que l'Etat puisse intervenir dans cette convention privée pour obliger le médecin à déclarer les maladies évitables et les naissances ?

En vérité, le secret médical est bien d'ordre général ; comme l'a fort bien dit Garçon, « le bon fonctionnement de la société veut que le malade trouve un médecin, le plaideur un défenseur, le catholique un prêtre ». Le secret médical doit donc rester intangible, hormis les cas où le législateur a décidé que la société avait un intérêt supérieur à sa violation ; encore est-il nécessaire que le législateur énumère limitativement les cas où il impose la violation du secret. Dans l'intérêt de la tranquillité des familles, nous veillerons d'ailleurs à ce que l'extension de la violation du secret professionnel ne soit ni trop rapide, ni trop étendue, et à ce que subsiste une tradition médicale qui est l'une des causes de l'agrément de la vie familiale en France.

M. Perraud-Charmentier a le mérite d'avoir recherché dans l'ancienne jurisprudence de nos Parlements la tradition juridique relative au secret professionnel, qu'il envisage d'ailleurs non seulement au point de vue médical, mais dans les professions les plus variées. Il montre avec raison qu'il faut nettement distinguer la révélation des secrets faite par des professionnels à des particuliers et la dispense de témoigner en justice. La première relève du Code pénal, la seconde du Code d'instruction criminelle.

Autant il est désirable que soient étendues les professions où la divulgation des secrets, venus à la connaissance dans l'exercice de la profession, expose à des pénalités, surtout quand la divulgation est faite dans le but de nuire, autant doit être restreinte la dispense de témoigner en justice. La différence est en effet, immense entre celui qui trahit un secret à lui confié en raison de sa profession et celui qui sollicite de la justice l'autorisation de ne pas déposer sur les faits qu'il a connus en raison de la confiance que lui témoignait le malade. Le premier doit être puni ; le second peut être autorisé par le magistrat à conserver intact son honneur professionnel.

La distinction sur laquelle nous venons d'insister à la suite de M. Morizot-Thibault éclaire tout le débat. Des règles communes ne sauraient convenir aux deux circonstances et il y a longtemps que nous soutenons l'opinion que le médecin, dans certains cas, peut témoigner en justice si sa conscience lui commande de révéler certains faits, même secrets, dût-il risquer la pénalité prévue par l'article 378. Souvent, d'ailleurs, il se trouvera placé entre deux obligations légales également impératives, l'une qui lui prescrit d'observer le secret professionnel, l'autre qui lui

ordonne de dénoncer les crimes dont il a eu connaissance ; en pareil cas, il doit écouter la voix de sa conscience et parler s'il juge que l'intérêt de son malade l'exige ou s'il estime qu'un crime commis sur son malade ne doit pas rester impuni.

Telle est la ligne de conduite qui doit prévaloir et que M. Perraud-Charmentier appuie sur la théorie du secret médical d'ordre public relatif, un ordre public supérieur pouvant autoriser la levée du secret, en particulier devant la justice.

Ainsi donc, il serait désirable par des dispositions législatives nouvelles de préciser que l'article 378 s'applique aux révélations faites à des particuliers ou à des administrations privées ou publiques, l'obligation au secret résultant alors d'un contrat entre le malade et son médecin. Dans ces conditions, il serait toujours loisible au malade de délier son médecin du secret, ce dernier lui remettant les certificats dont il peut avoir besoin, soit pour faire valoir ses droits, soit pour établir son innocence. Les mêmes dispositions législatives préciseraient que la dispense de témoigner en justice pour le médecin peut être levée soit par le malade lui-même, soit par la conscience du médecin, si le malade est absent ou décédé. C'est en vain que l'on objecterait que le malade est inapte à dégager le médecin du secret professionnel, ignorant souvent quelles sont les révélations que peut faire le médecin à la suite de son examen ; car le médecin resterait toujours libre de ne rien dire qui pût être défavorable à son client.

Ainsi se trouverait ramené à son véritable motif, à savoir l'intérêt du malade, l'obligation du secret qui apparaît aujourd'hui comme une sorte de privilège destiné à défendre l'honneur de la corporation médicale. Le secret médical n'a pas été fait pour la commodité du médecin, mais, dans l'intérêt du malade et dans l'intérêt de l'ordre public.

Pour nous résumer, nous vous proposons d'approuver les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la loi et de la jurisprudence, le médecin ne saurait violer le secret médical en dehors des cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur (déclaration obligatoire de certaines maladies d'une liste arrêtée, déclaration des naissances). L'usage l'autorise à remettre au malade lui-même des certificats indiquant les lésions dont il a été atteint, à la suite d'un accident, par exemple, à la condition que le certificat ne renferme rien qui soit secret par nature, mais qui puisse nuire aux intérêts du malade.

2° Il serait désirable que le législateur fît une distinction nette entre la révélation des secrets faite dans le but de nuire au malade et le témoignage en justice dont l'opportunité serait laissée à la conscience du médecin. Le malade devrait toujours pouvoir délier du secret son médecin qui se garderait de rien dire de nuisible pour le malade. Ainsi se trouverait confirmée dans la pratique la théorie d'après laquelle le secret médical n'est pas seulement la conséquence d'un contrat entre le malade et le médecin, qu'il est d'ordre public relatif devant céder le pas devant un ordre public supérieur. Le législateur garde le droit d'obliger le médecin à violer le secret médical quand cet intérêt supérieur l'exige, mais il importe que l'extension de la violation du secret ne soit imposée que dans les cas où l'intérêt général est clairement démontré (déclaration de maladies évitables, des maladies professionnelles, des naissances, etc.).

M. Louis MARTIN. — Comme vient de le dire notre éminent collègue, M. Strauss, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec les médecins praticiens pour chercher dans quelle mesure ils pourraient indiquer, dans un but d'intérêt général, quelles sont les causes exactes des décès.

Les médecins ont répondu que, dans l'état actuel de la législation cette déclaration constituerait une violation du secret professionnel. Ils insistent sur ce point précis : il faut une loi pour les autoriser à déclarer la cause exacte des décès.

Le rapport devrait, à mon avis, viser ce point spécial.

LES CONTRATS ENTRE SYNDICATS ET COLLECTIVITÉS

Vous avez paru prendre un vif intérêt aux tractations engagées par le Syndicat médical des Deux-Sèvres avec la Commission administrative de l'hôpital de Niort, concernant le mode de nomination des médecins dans cet établissement. Le point terminal vient d'être mis à cette affaire par la signature d'une convention dont je vous adresse inclus copie.

Ainsi se termine un long conflit qui consacre une victoire syndicale dont je n'ai pas besoin de vous montrer la portée. La résistance est venue surtout de certains membres de la Commission qui pensaient déchoir en abandonnant les prérogatives conférées par la loi de 1851, qui laissent à la seule Commission les pouvoirs les plus étendus pour nommer selon son bon plaisir les médecins de l'hôpital, et bien que l'objet du conflit ait été aplani assez aisément — nos revendications étant acceptées — c'est sur la forme même à donner à l'accord que les résistances se sont montrées : la Commission voulait que les modalités du concours fassent l'objet *d'un règlement* ; le syndicat exigeait *une convention*. Nous l'avons enfin emporté, non sans lutte, et nous pouvons dire dorénavant qu'en ce qui concerne le corps médical hospitalier de Niort, le syndicat a les mêmes droits que la Commission administrative.

Je crois bien faire, en outre, en vous adres-

sant le règlement du service de santé de l'hôpital, dont il est fait mention au paragraphe 5 du titre 1er. Vous y verrez que les médecins et chirurgiens ne sont tenus aux soins gratuits que pour les malades indigents ou ceux ressortissant aux lois où figure le tout compris.

Une maison de santé est annexée à l'hôpital, les malades y ont le libre choix absolu de leur médecin ; tous les médecins de Niort y ont accès et enfin la détermination des honoraires entre malades et médecins ou chirurgiens s'exerce en dehors de toute ingérence de la Commission administrative.

Il ne reste plus qu'à entreprendre la lutte contre le tout compris. J'espère qu'une première étape franchie, nous pourrons arriver à nos fins.

Croyez, mon cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le secrétaire du syndicat,
Dr X.

Entre les soussignés :

1° M. le docteur ROULLAND, demeurant à Niort, agissant en qualité de vice-président de la Commission administrative de l'hôpital-hospice de Niort, en exécution d'une délibération de ladite Commission en date du 7 novembre 1927.

D'une part,

2° M. le docteur PETIT, demeurant à Niort, agissant en qualité de président du Syndicat médical des Deux-Sèvres.

D'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Le règlement de concours pour la nomination des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'hôpital-hospice de Niort, qui avait été approuvé par délibération de la Commission administrative de l'hôpital-hospice, dans sa séance du 18 juin 1923 est annulé et remplacé par le suivant :

TITRE Ier.

Conditions d'admission au concours.

Peuvent se présenter au concours les candidats qui rempliront les conditions suivantes :

1° Etre Français ;

2° Etre muni du diplôme de docteur en médecine conféré par une Faculté française ;

3° Etre âgé de 28 ans au moins et de 45 ans au plus.

4° Justifier qu'ils font de la clientèle depuis deux ans au moins dans le département des Deux-Sèvres.

5° S'engager à se conformer au règlement du service de santé de l'hôpital-hospice.

6° Des dérogations au présent règlement pourront être apportées après entente avec le Syndicat médical des Deux-Sèvres.

TITRE II.

Composition du Jury.

Le jury est composé comme suit :

1° Trois docteurs en médecine, désignés par la Commission administrative dont l'un sera pris parmi les membres de ladite Commission.

2° Trois docteurs en médecine désignés par le Syndicat médical des deux-Sèvres.

3° Un président qui sera choisi, après entente des deux parties, dans le personnel enseignant d'une Faculté ou Ecole voisine.

Au jour fixé pour les épreuves, le jury se réunira, choisira les malades à faire examiner par les candidats, et prendra connaissance des titres de ceux-ci.

Les épreuves terminées, le jury délibère et établit par ordre de mérite une liste de présentation.

TITRE III.

Des épreuves.

Elles seront de deux ordres :

1° Epreuves de titres et de déontologie.

Les candidats devront fournir, huit jours avant la date fixée pour le concours, leurs titres universitaires ou hospitaliers et, si possible, un exemplaire de leurs travaux scientifiques.

La valeur déontologique de chaque candidat sera aussi appréciée par le Jury.

2° Epreuves cliniques.

a) Médecine.

L'épreuve consistera en l'examen clinique de deux malades avec conclusions thérapeutiques. Les malades seront choisis par le jury parmi les hospitalisés de l'un ou de l'autre sexe, adultes ou enfants.

Le temps consacré à l'examen de chaque malade sera de 15 minutes de réflexion et 10 minutes pour l'exposition.

b) Chirurgie et spécialités.

Aux épreuves cliniques sera ajoutée une épreuve de technique opératoire pratiquée sur le cadavre ou sur le vivant suivant les circonstances et les décisions prises par le jury.

En cas d'intervention sur le malade, elle sera effectuée dans un service désigné sous la direction et la responsabilité du chef de service, en présence du jury.

En ce qui concerne les détails de l'épreuve opératoire, le jury veillera à ce que toutes les dispositions prises tendent à assurer la plus parfaite justice dans les chances des candidats.

L'hôpital de Niort sera consigné aux candidats huit jours avant l'ouverture du concours.

TITRE IV.

Nomination et durée des fonctions.

A la fin du concours, le jury remet à la Commission une liste des candidats par ordre de mérite : la Commission procèdera à la nomination suivant l'ordre de cette liste.

Les chefs de service seront désignés par la Commission administrative, compte tenu de l'ancienneté de leur nomination ou du rang de leur classement au concours.

Leurs fonctions s'étendront sur une période de cinq années au bout de laquelle elles pourront être renouvelées, après avis favorable donné par la Commission administrative au point de vue du service intérieur, et par le Syndicat médical au point de vue technique et déontologique.

La limite d'âge pour les médecins et chirurgiens de l'hôpital-hospice est fixée à 65 ans.

Fait en double à Niort, le 10 novembre 1927.

Le Président de la Commission administrative,
Signé : Dr ROULLAND.

Le Président du Syndicat médical,
Signé : Dr PETIT.

Commentaires.

L'initiative heureuse du syndicat médical des Deux-Sèvres est grosse de conséquences et nous ne saurions trop féliciter nos confrères du succès qu'ils ont remporté.

Les commissions administratives des hospices et hôpitaux ont souvent abusé du droit que leur donne l'article 8 de la loi du 7 août 1851, à savoir : « la commission arrête, également, mais avec l'approbation du préfet, les règlements au service, tant intérieur qu'extérieur et de santé et les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières. »

De ce texte a découlé l'article 11 du règlement modèle des hospices et hôpitaux. Celui qui est actuellement en vigueur a été adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1921 et a fait l'objet d'une circulaire ministérielle (Travail, 31 mars 1926).

« Les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission administrative. »

Et, en note : « La commission administrative peut instituer, et il est désirable qu'elle institue un concours préalable à la nomination des médecins et chirurgiens titulaires, on adjoints et à la nomination des pharmaciens. »

Or j'ai, à maintes reprises, signalé dans le *Concours médical,* des abus commis par certaines commissions hospitalières.

Ici, un chirurgien sera nommé, malgré la liste de présentation arrêtée par les membres du jury : parce que *persona grata,* le candidat arrivé second sera investi, par la commission, alors que le premier ne sera pas nommé, sous le prétexte que les résultats du concours ne servent qu'à titre indicatif et que les administrateurs des hôpitaux, maîtres chez eux, peuvent désigner qui bon leur semble.

Le Conseil d'Etat a été appelé, maintes fois, à trancher des difficultés, résultant de nominations abusives.

Un arrêt du 26 mars 1915 a reconnu qu'en principe les commissions administratives des hospices et hôpitaux ont un droit souverain de nomination.

Un second arrêt du 11 décembre 1908 décide que « lorsqu'une commission administrative a institué un concours, dont les résultats n'ont, d'après les termes mêmes de l'affiche, qui l'annonce, que la valeur d'une présentation, le candidat classé premier au concours, mais non désigné, ne peut invoquer la violation d'engagements pris vis-à-vis de lui, ni par suite, obtenir une indemnité. »

Un autre arrêt du Conseil d'Etat du 22 janvier 1909 est rendu dans le même sens.

En d'autres termes, les candidats devraient lire, avec des yeux de juristes — et non de médecins — les termes précis du règlement de l'hôpital, ainsi que les affiches annonçant l'ouverture d'un concours. Ils devraient rechercher si la commission administrative, tout en instituant un concours, entend ou non se conformer aux résultats des épreuves, surtout si le favori de la commission ne se classe pas en rang utile, pour être nommé.

La même haute assemblée rejeta, le 6 décembre 1911, une demande en nullité contre une nomination, qui n'avait pas tenu compte du rang de classement au concours, pour cet unique motif que la commission s'était réservé le pouvoir d'y déroger, en s'appuyant sur d'autres éléments de décision.

Néanmoins, un arrêt plus récent, du premier décembre 1922, a reconnu que la commission administrative doit être liée par les résultats d'un concours qu'elle a institué pour la nomination d'un chirurgien, lorsque le règlement, approuvé par le préfet, dispose que les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission à la suite d'un concours.

Si la commission estime, dit l'arrêt, que le jury ne s'était pas conformé aux conditions régissant le concours, tel qu'il avait été institué, il lui appartenait de ne pas nommer le candidat proposé par le jury et, tenant les opérations pour nuelles et non avenues, de faire procéder à un nouveau concours.

Mais, d'autres abus ont été également signalés.

Parce que son favori n'a pas été classé en rang utile, la commission administrative le nomme en surnombre.

Ou bien, on supprime froidement le concours, quelques jours avant son ouverture, parce qu'il n'y a qu'un seul candidat, lequel n'a pas l'heur de plaire aux administrateurs.

Enfin, interprétant d'une manière erronée la circulaire ministérielle du 31 mars 1926, un maire, président de la commission administrative, entre en conflit avec sa commission, qui démissionne et avec le corps médical local, parce qu'il veut, envers et contre tous, instituer un

concours, lorsque le besoin ne s'en faisait nullement sentir.

Nous félicitons donc le syndicat médical des Deux-Sèvres d'avoir été le premier, du moins à ma connaissance, à instituer une convention collective bilatérale, réglant cette question difficile du mode de nomination du corps médical hospitalier.

En effet, jusqu'à notre époque moderne, l'hôpital était plutôt un asile qu'une maison de cure. L'hostellerie de Dieu servait d'abri momentané, ou d'asile de retraite, pour pauvres et vieillards.

Mais, depuis surtout les progrès de l'art chirurgical et des autres spécialités, l'hôpital s'est transformé en centre curatif.

Aussi, dans les temps anciens, les médecins n'avaient qu'un rôle secondaire à jouer à l'hôpital, comme à l'hospice. S'associant à l'œuvre de philanthropie des administrateurs des hôpitaux, le corps médical avait peu à faire pour soigner et visiter les malades hospitalisés.

A l'heure actuelle, il n'en est plus ainsi : le rôle du médecin, du chirurgien, comme du spécialiste est devenu prépondérant, indispensable : l'ancienne collaboration gratuite s'est transformée en une sorte de contrat innommé, ressemblant au contrat de louage de services, bien que le mèdecin conserve, par rapport à la commission administrative qui l'emploie, son autonomie, sa liberté, en ce qui concerne l'exercice de la médecine dans l'établissement.

Jusqu'à présent, les errements passés pouvaient être acceptables : un contrat unilatéral, à prendre en entier, ou à laisser, sans discussion, liait la commission administrative aux médecins.

Quiconque, parmi les docteurs d'une ville, voulait avoir une fonction dans l'établissement, devait se soumettre aux conditions du règlement, sans discussion aucune, tant pour être nommé après concours, que pour être investi à la faveur.

Aujourd'hui, conscient du rôle qu'il a à jouer, le corps médical offre sa collaboration aux administrateurs des hôpitaux, sur un pied d'égalité et non de subordination.

D'une part, il est demandé que les docteurs puissent voir l'un des leurs être désigné par le préfet, pour siéger au sein de la commission administrative : il servira de liaison entre administration et praticiens, tout en donnant des avis autorisés en ce qui concerne les aménagements, les modifications, les créations de services hospitaliers.

D'autre part, les médecins des hôpitaux réclament un statut par contrat, ce dernier fixant les modalités de nomination, les droits aux avancements d'adjoints au titulariat, déterminant la manière de percevoir des honoraires de la part de malades pouvant payer et enfin, lorsqu'une maison de santé se crée à l'hôpital, la manière d'assurer, à tous les médecins, la possibilité de donner des soins dans cette maison de santé tout en respectant les droits acquis des propriétaires de cliniques et maisons de santé privées de la localité.

La notion de convention collective entre collectivités publiques ou privées et corps médical se précise : un syndicat médical est habilité, pour bénéficier des dispositions du titre II du livre premier du Code du Travail sur les conventions collectives.

Certes il se trouvera des administrateurs d'hôpitaux, qui seront choqués par ces prétentions du corps médical, qu'ils jugeront inadmissibles. Car l'on trouve bien souvent des philanthropes qui régissent le bien des pauvres avec beaucoup plus de rigueur, d'âpreté même que leurs propres affaires.

En acceptant de contracter avec les médecins, les commissions administratives perdront quelque peu de leur autonomie, de leur toute puissance ; mais elles y gagneront en autorité morale. Par une collaboration étroite avec le corps médical, il sera possible de transformer l'hôpital en centre de guérison et de diagnostic, partout où cela sera possible, en accord avec tous les intérêts privés en présence. Et les malades seront les premiers à y gagner.

Un dernier mot, pour finir : j'aime à croire que la convention intervenue entre la commission administrative de l'hôpital de Niort et le syndicat médical, a été soumise à l'approbation préfectorale. Sinon, elle serait sans valeur.

Dr Paul Boudin.

Hygiène publique

DE L'IMMIGRATION

Nouvelles formules à adopter,

Par le Dr René MARTIAL (1).

On a eu tort de considérer la question de l'immigration sous le seul point de vue économique, ce qui a fait oublier les autres points de vue et ce qui a conduit à des erreurs qu'il est très difficile de redresser maintenant.

A ce premier tort s'en est ajouté un autre : la méconnaissance du donneur au profit du récepteur. Cette méconnaissance est si générale qu'elle apparaît même dans les ouvrages des auteurs américains, lesquels il faut bien citer, puisque les Etats-Unis sont, depuis près de 60 ans, le pays qui a le plus et le mieux pratiqué l'immigration.

Lorsque l'on veut transplanter des animaux ou des plantes d'une contrée dans une autre, on étudie les conditions locales de vie et d'acclimatation de ces animaux et de ces plantes. Il est assez singulier qu'on n'ait pas pensé, jusqu'à présent, à faire la même chose pour les hommes que l'on veut transplanter. Les conséquences de cette omission sont de nature à discréditer l'immigration et à porter préjudice tant aux pays donneurs qu'aux pays récepteurs.

Cela est surtout vrai en matière d'agriculture, car l'ouvrier des usines est plus interchangeable que celui de l'agriculture.

Une étude de la psychologie de chaque peuple fournissant des émigrants doit donc être la préface de toute immigration.

Une comparaison : que dirait-on d'un téléphoniste qui ne connaîtrait de la téléphonie que le fil conducteur et l'appareil récepteur, sans connaître l'appareil émetteur qui est à l'origine du fil ?

Pour connaître cette psychologie, il faut étudier les différents facteurs de la vie des peuples, et les deux premiers parmi ces facteurs sont : la religion et la langue.

Dans nos pays d'Occident, ou tout au moins, en France, nous avons trop longtemps négligé les questions de religion en nous imaginant avec beaucoup de naïveté que la séparation des Eglises et de l'Etat, faite chez nous, entraînait *ipso facto* l'absence de réflexion ou de méditation sur ce sujet. Mais, il n'en est pas ainsi, même en France, où les religions restent un élément important de la vie nationale. Il en est encore moins ainsi dans plusieurs des contrées qui nous envoient de la main-d'œuvre.

Dans certains de ces pays, la question religieuse et la question de la langue nationale sont intimement liées parce que c'est dans les églises que la langue nationale a pu se conserver pendant de longues années. Il en est ainsi en Pologne. Dans d'autres pays, on peut dire que la religion est un tuteur indispensable aux indigènes et que, dès qu'on leur enlève ce tuteur, ils tombent d'une chute profonde. Il en est ainsi des Arabes de l'Afrique du Nord, qui, lorsqu'ils suivent les préceptes du Koran, ont une vie remarquablement morale, et qui tombent, dans nos pays, dans la débauche et l'alcoolisme, parce qu'ils n'ont plus le tuteur de la religion qu'ils avaient dans leur pays.

La langue, dans son génie propre, mérite aussi toute notre attention, car c'est elle qui contribue, avec le climat et le paysage, à former le fond de la mentalité d'un peuple. Dire « la langue » n'est pas suffisant, car, dans beaucoup de pays, dont l'unité est cependant très bien faite, il existe des langues variées ; exemples : la Suisse, la Belgique, la Pologne, la Tchécoslovaquie, etc. Il est, par suite nécessaire de connaître et de respecter l'attachement des travailleurs à leur langue originelle, de façon à ne point les froisser sur ce point délicat. Il ne faut pas commettre la même faute qu'ont faite les Allemands à l'égard de l'Alsace et de la Lorraine, lorsqu'ils voulurent en extirper le français pour le remplacer par l'allemand. Ces mesures de germanisation avaient provoqué la résistance intellectuelle absolue des Alsaciens et des Lorrains ; elles n'ont jamais manqué de provoquer la même résistance dans tous les pays où l'on a voulu les appliquer.

Il n'est pas mauvais non plus de connaître l'histoire des pays d'où l'on tire de la main-d'œuvre, car cette histoire, elle aussi, a contribué à former le caractère des habitants. Comment pourrait-on comprendre, par exemple, la psychologie des Polonais si l'on ignorait leur latinisation intensive et extraordinaire aux environs de l'an mille.

La psychologie d'un peuple n'est pas une notion simple ; c'est une notion à multiples aspects qu'il faut connaître pour comprendre les habitants.

(1) V. *Concours médical*, numéros 15, 16 et 17, 1926

Il faut aussi étudier les conditions de la vie journalière, connaître les usages, les habitudes, la manière de se loger et celle de se nourrir, non pas dans le but d'importer purement et simplement toutes ces coutumes et tous ces usages dans le pays où l'on reçoit des immigrants, mais dans le but de favoriser la stabilisation, et même l'assimilation, en donnant à ces hommes et à ces familles des moyens de vivre qui leur rappellent ceux de leur pays et qui, par conséquent, leur fassent trouver la vie plus douce et plus agréable à l'étranger. Ces dernières notions sont particulièrement nécessaires à connaître pour la main-d'œuvre agricole.

***

Ces considérations psychologiques entraînent le pays récepteur à des conceptions nouvelles et particulières sur l'exercice des religions, sur le régime des écoles, sur la surveillance, l'acclimatation, le logement des ouvriers et de leurs familles.

Elles entraînent encore, pour le pays récepteur, l'obligation d'une exacte observance des lois sociales (assurances, repos, etc.) et même, au bout d'un certain temps, de la mise en harmonie des lois nationales du pays qui reçoit avec celles du pays qui donne.

En ce qui concerne la France plus particulièrement, l'immigration doit être d'autant plus soignée qu'elle contribuera davantage à combler les déficits causés par notre faible natalité.

Il n'est pas enfin, jusqu'aux relations politiques des différents pays entre eux qui n'entrent en ligne de compte, car il n'est pas indifférent de faire venir comme main-d'œuvre des habitants d'un pays ami ou ceux d'un pays neutre ou même ex-ennemi.

***

Non seulement, l'Etat doit tenir compte des conditions psychologiques des populations d'où il extrait sa main-d'œuvre, mais même aussi les employeurs, qu'ils soient des industriels ou des agriculteurs ou de petits patrons agricoles. Il est nécessaire, en particulier dans l'agriculture, que le fermier fasse un effort pour comprendre la mentalité des ouvriers étrangers qu'il va employer, comme réciproquement, d'ailleurs, il est nécessaire que l'ouvrier étranger qui arrive fasse un effort pour s'adapter à la vie du pays qui le reçoit. Mais, à notre avis, c'est au pays récepteur à faire le premier l'effort et à montrer ainsi l'exemple aux nouveaux arrivants.

Cela suppose une culture et une éducation toutes nouvelles dans le pays récepteur, car peu d'agriculteurs sont disposés actuellement à modifier des idées reçues depuis des siècles et des siècles. C'est pourquoi, il ne serait pas mauvais de prévoir des sortes de moniteurs itinérants connaissant la langue et les mœurs des ouvriers étrangers et susceptibles d'aplanir les frictions qui se produisent entre ouvriers et employeurs.

Si nous considérons la question au point de vue du métier, il est bien évident qu'il faut faire attention de répartir la main-d'œuvre étrangère, et notamment la main-d'œuvre agricole, suivant des régions se rapportant aux travaux agricoles déjà faits par les immigrants dans leur pays d'origine. On a cité l'exemple d'ouvriers laitiers envoyés au travail dans des vignes françaises. Il est bien évident que c'était une erreur considérable et qu'il était impossible, dans ces conditions, d'attendre un bon résultat de la main-d'œuvre étrangère.

Si la question est complexe pour la France, elle l'est bien davantage encore pour les pays de l'Afrique du Nord, car là, les conditions climatériques sont tout à fait différentes et les mœurs de la population indigène sont encore plus nouvelles pour les immigrants que lorsqu'ils se contentent de venir en France.

Il y aura donc, là aussi, des dispositifs spéciaux de stabilisation à prendre.

Parmi les moyens envisagés, nous rappellerons, à côté de ceux déjà cités, la création de foyers, soit pour des ouvriers européens, soit pour des ouvriers de l'Afrique du Nord, foyers ou pourraient s'exercer des influences morales capables de conserver l'ordre et la dignité parmi la main-d'œuvre étrangère, idée que j'ai émise pour la première fois en avril 1924 dans les *Annales d'hygiène* à propos des africains du Nord.

Si ces idées générales sur la psychologie des immigrants avaient été connues et admises au cours de ces dernières années, nous aurions actuellement en France des groupements, soit de Hollandais, soit de Polonais, qui n'auraient aucune tendance à retourner dans leur pays parce qu'ils se trouveraient mieux chez nous, ayant davantage de profit pour la vie matérielle et tout autant de sécurité et de tranquillité pour la vie morale et religieuse.

***

Lorsqu'on aura déterminé les caractéristiques psychologiques des immigrants qu'on appelle, il faudra préparer, dans le pays récepteur, tous les organismes nécessaires au logement et au séjour des ouvriers. C'est ce qu'ont déjà compris la plupart de nos grandes industries françaises qui, à ce sujet, ont fait déjà de très belles choses sous forme de villages, de cités-jardins, d'écoles, d'organisations religieuses, etc. (1). Mais, au point de

(1) V. mon rapport au XIIIe Congrès des médecins-hygiénistes français 1926.

vue agricole, nous sommes très en retard et si quelques efforts ont été tentés et même réussis ici et là, il n'en est pas moins vrai que nous sommes fort loin de la généralisation et que nous avons mérité les critiques qui nous ont été adressées dans les pays donneurs de main-d'œuvre.

***

En admettant que ces études psychologiques aient été bien faites et qu'il en soit résulté des notions faciles à comprendre et possibles à réaliser dans le pays récepteur, il faut, pour que l'immigration donne tous les fruits qu'on attend d'elle, avoir une bonne technique pour déterminer le choix des immigrants.

Jusqu'ici, les immigrants ont été recrutés avec beaucoup trop de hâte et avec fort peu de discernement. Cette erreur est due en grande partie au besoin pressant que l'industrie française avait de main-d'œuvre et aussi en partie à la méconnaissance par les agents recruteurs des conditions psychologiques et physiques qu'un individu doit réaliser pour pouvoir travailler même dans son pays et *a fortiori*, dans un autre pays.

Jusqu'à ce jour, l'immigration s'est faite avec précipitation et sans moyens de sélection vraiment sérieux. Il en est résulté beaucoup de déboires pour chacun des pays intéressés ainsi que des frictions souvent très vives. Il en est résulté aussi l'introduction dans le pays récepteur de sujets indésirables, soit au point de vue moral, soit au point de vue mental, soit au point de vue physique, soit même au point de vue du caractère. Aujourd'hui qu'il s'agit surtout de fournir à l'agriculture de la main-d'œuvre, le recrutement ne peut plus et ne doit plus marcher aussi vite, même au simple point de vue professionnel, car un manœuvre industriel peut servir de manœuvre dans n'importe quelle autre usine, mais un ouvrier agricole qui fait de l'élevage ne peut pas être envoyé pour cultiver le blé, non plus que pour cultiver la vigne. Donc, déjà à ce simple point de vue, il faut prendre le temps de connaître les capacités manuelles de l'individu qu'on engage. Mais, même lorsqu'on aura acquis ces notions, il faut savoir aussi si la moralité de cet individu est suffisante. Enfin, si sa moralité est bonne, il faudra savoir s'il a les forces physiques nécessaires pour accomplir sa tâche et s'il ne porte pas une maladie capable de contaminer les habitants du pays où il entre.

En dernière analyse, c'est donc sur l'examen médical de l'émigrant qu'on se basera pour l'engager ou le refuser. Cet examen médical est fait depuis des années avec grand soin par les Américains. Chez nous, on peut dire qu'il n'existe pas. Il n'existe ni au départ, ni à l'arrivée. Nos voyages nous l'ont démontré. Ou quand il existe il est si expéditif qu'il ne peut donner aucune garantie. Aucun médecin ne peut examiner mille individus en 24 heures et moins : encore de temps. C'est pourquoi nous avons tant de malades étrangers dans nos hôpitaux. C'est pourquoi peut-être certaines affections contagieuses se sont multipliées sur notre territoire. C'est aussi pourquoi, nos asiles de fous recueillent bon nombre d'immigrants et nos tribunaux voient défiler devant eux quelques exemplaires des races les plus variées du monde.

L'examen sanitaire doit être fait dans le pays d'origine avec le personnel et les moyens d'investigation les plus complets. Il doit aboutir soit au rejet du candidat, soit à son admission ou tout au moins à son départ pour le pays récepteur. Lorsque l'individu aura été accepté, il ne devra pas se mettre en route sans une feuille d'observation détaillée assez semblable à celle que l'on établit pour les malades de nos hôpitaux, mais différente tout de même, car il s'agit d'individus probablement en bon état de santé. Le contenu de cette feuille d'observation sera encore contrôlé avant le départ et donnera lieu à un contrôle définitif à l'arrivée dans le pays.

Une des caractéristiques de cette feuille d'observation sera qu'elle mentionnera non seulement l'état de santé avec les antécédents au point de vue le plus ordinaire, mais aussi les résultats des investigations faites sur la santé tant au point de vue paludisme que syphilis, que parasites intestinaux, etc., le résultat des explorations faites au point de vue mental, au point de vue des organes des sens (ophtalmologie, laryngologie). Elle donnera toutes indications sur les intoxications (alcoolisme, toxicomanie), bref, toutes indications d'ordre médical, mais ayant ***des répercussions sociales.*** Précisons : par exemple, une congestion hépatique simple peut n'avoir aucune répercussion au point de vue social, mais une cirrhose évoluant chez un alcoolique, permet de prévoir ou de juger qu'il ne faut pas laisser partir cet émigrant.

Autre exemple : un syphilitique bien traité, ne présentant aucun symptôme de contagion peut n'être pas un danger social. Au contraire, si son Wassermann est positif et s'il présente des lésions ouvertes, il est un danger social.

Autre exemple : un paludéen qui ne présente plus d'accès de paludisme peut être considéré comme un individu normal au point de vue social ; mais si son sang contient encore des hématozoaires, il est susceptible, à lui seul, de contagionner un point dans une région où il travaille.

A fortiori, s'il s'agit de sujets ayant présenté des désordres mentaux, ou des tares de dégénérescence par trop accentuées.

Pour l'établissement de cette feuille d'observation non seulement les médecins auraient au départ les instruments nécessaires, mais même

on pourrait leur donner, comme font les Américains pour les leurs, un memento, ou vademecum, leur traçant la méthode à suivre pour établir la dite feuille et les examens à faire, les recherches à effectuer pour arriver à déterminer la valeur physique, la valeur de la santé d'un candidat donné à l'immigration.

Si l'on peut reprocher à l'établissement de cette feuille d'observation de nécessiter un travail relativement considérable, cet inconvénient est largement compensé par les résultats immédiats et ultérieurs. Sur-le-champ, on peut refuser tel ou tel ; à l'arrivée, on peut contrôler et refouler encore et enfin, quand le sujet est admis définitivement, il y a beaucoup de chances pour qu'il ne devienne pas un fardeau pour la nation dans laquelle il est arrivé, et, qu'au contraire, il y devienne un citoyen utile tant par sa bonne tenue morale que par son rendement comme travailleur.

Il n'est pas possible dans cette note brève d'entrer dans tous les détails techniques, nous y reviendrons prochainement dans un article strictement spécial. Nous nous bornerons à ajouter que tant dans le pays de départ qu'à la frontière, — nous disons à la frontière et non pas en arrière d'elle, à l'intérieur du pays d'arrivée — des locaux convenables doivent être prévus, meublés, installés, équipés pour satisfaire à tous les besoins de l'examen professionnel, de l'examen policier et de l'examen médical qui intervient en dernier ressort. Ce n'est qu'ainsi que nous arriverons à faire de bonne immigration et non pas comme cela se fait maintenant où l'on voit, au départ, un médecin obligé de visiter mille personnes en beaucoup moins de vingt-quatre heures.

***

On constate donc, en dernière analyse, que l'immigration n'est pas une opération que l'on peut faire avec rapidité, mais qu'elle nécessite une étude préalable (psychologique) et une étude immédiate (examens du candidat). C'est la méthode lente ou plutôt relativement lente opposée à la méthode de précipitation qui a prévalu jusqu'ici ; mais, c'est la seule méthode qui permettra d'éviter tous les inconvénients que l'on a signalés jusqu'à présent et tous les déboires qui ont pu aigrir à la fois les immigrants et les gens chez lesquels ils venaient travailler.

L'immigration n'est pas seulement une question importante pour l'année où nous vivons, mais, vu la transformation que subissent les peuples en ce moment dans leur vie nationale et internationale, il faut prévoir que les problèmes de l'immigration iront en se développant encore pendant de longues années bien qu'avec des fluctuations en plus ou en moins. Il importe donc de n'être pas pris au dépourvu et de préparer, voire même de réaliser, d'ores et déjà, la solution de tous les problèmes que soulève l'immigration.

Les traités qui règleront l'immigration ne doivent être que la conséquence des mesures expérimentées et appliquées, de même que nous disons que les mœurs précèdent la loi plutôt que les lois ne font les mœurs.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Nécrologie. — M. le Dr Sauvez, de Paris. — M. le Dr Lucien Rosenwald, de Paris. — M. le Dr C.-J. Pitard, professeur à l'Ecole de Tours. — M. le Dr Charles Moy, de Lannion. — M. Gustave Patein, ancien pharmacien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine. — M. le Dr Jean Keller, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital de Bicêtre. — M. le Dr J. Danysz, chef de service à l'Institut Pasteur. — M. le Dr Guillemin, de La Rochelle. — M. le Dr Leblanc, médecin des hôpitaux de Paris.

— Société d'anthropologie de Paris (15, rue de l'Ecole-de-Médecine,). — *Conférence annuelle Broca.* — Le jeudi 2 février 1928, M. le docteur Louis Montane a exposé l'Histoire d'une famille de chimpanzés, avec projections.

— École de psychologie. — *Cours de* 1928 (28e *année*), 49, rue Saint-André-des-Arts. — Les cours ont lieu les jeudis et les samedis, de 16 h. à 19 h. — *Programme* : Dr Bérillon : L'orthopédie mentale, l'euphronie, les aphronies, les paraphronies. Les jeudis, à 17 heures. — Dr Paul Farez : Les actualités médico-psychologiques. Les samedis, à 17 heures. — M. Guilhermet, avocat à la Cour : La psychologie du témoignage. Les samedis à 17 heures et demie. — Dr H. Lépinay, docteur-vétérinaire : Les troubles psychiques d'origine glandulaire sexuelle chez les animaux. Les jeudis à 17 heures et demie. — Dr Pierre Vachet : Etude critique de la psycho-analyse. Ses dangers. Les samedis à 16 heures et demie. — M. Louis Favre : De la méthode dans les recherches psychiques. Les samedis à 18 heures et demie. — Mlle Lucie Bérillon, professeur agrégée de l'Université : L'éducation du jugement dans les fables de La Fontaine. Les jeudis à 16 heures et demie. — M. de Hogues : La psychothérapie dans l'art dentaire. Les jeudis à 18 heures. — Dr Franguet (de Reims) : Les agents physiques adjuvants de la psychothérapie. Les jeudis à 16 heures. — M. Lejal : L'émotion dramatique. Les samedis à 16 heures. — M. H. Gosset : Les rééducations psycho-motrices chez les arriérés. Les jeudis à 10 heures et demie.

— **La reconstruction des hôpitaux de Paris.** — Le Conseil municipal de Paris a approuvé le projet du Directeur de l'Assistance publique, M. Louis Mourier, concernant la restauration des vieux hôpitaux parisiens. A la réalisation de ce projet sera affectée une somme de 188 millions, payable par annuités. Quatre grands hôpitaux, dont l'état lamentable a été constaté depuis longtemps sans qu'il ait été possible jusqu'ici d'y remédier, sont particulièrement visés. Ce sont *Broussais* et *Bichat* qui seront réédifiés sur leur emplacement actuel ; *Beaujon* qui sera reconstruit à Clichy sur un terrain appartenant à l'Assistance publique, et *La Charité* qui, lui, est appelé à disparaître complètement, mais dont le secteur hospitalier sera rattaché à celui de l'hôpital Broussais, lequel deviendra un grand hôpital moderne d'un millier de lits environ.

Le programme établi prévoit encore l'agrandissement de l'hôpital des contagieux Claude-Bernard et la création de deux hôpitaux suburbains destinés aux tuberculeux gravement atteints. Enfin, dans les crédits prévus, figure un don de 28 millions pour la création de maisons de retraite pour vieillards.

— **Clinique urologique (Hôpital Necker).** *Programme de l'enseignement.* — A. Leçons cliniques à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le mercredi, à 11 h. — B. Polyclinique à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le vendredi à 11 h. — C. Opérations, par M. Legueu, le lundi, de 9 h. 30 à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique. — D. Visites et consultations, par M Legueu, les mardis et samedis, à 10 h. — E. Opérations cystoscopiques, par M. Legueu, le jeudi, à 10 h. — F. Examen des malades dans les salles, par MM Flandrin et Gaume, chefs de clinique, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30. — G. Examen des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. Garcin, tous les jours, à la Terrasse, de 9 h. 30 à 11 h., et par M. Bac, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 30. — H. Conférences pratiques sur l'examen fonctionnel des reins, par M. Chabanier, chef du laboratoire de chimie, le samedi, à 11 h. — I. Présentation de pièces anatomiques et histologiques et examens bartériologiques, par M. Verliac, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le mardi, à 11 h. — J. Examens cystoscopiques et urétroscopiques, par M. Fouquiau, les mardis, jeudis et samedis, à 10 h. — K. Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. Marcel, assistant, le jeudi, à 11 h. — L. Démonstrations de radioscopie, par M. Truchot, radiologiste de la clinique, le mardi, à 10 h. — M. Service d'actinothérapie, par M. Sneier-Avram, assistant, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 30.

Enseignement complémentaire. — N. Des cours complémentaires de cystoscopie et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année, à 17 h., par les assistants.

Cours de perfectionnement. — O. Ce cours aura lieu au mois de mai 1928. Il comprendra 20 leçons sur le traitement, les indications opératoires et les examens complémentaires se rapportant aux principales affections d'urologie chirurgicale. Il sera fait en liaison avec le cours de technique chirurgicale des voies urinaires fait à l'Ecole pratique de la Faculté. Des affiches ultérieures en donneront le programme.

— **Clinique de dermatologie et de syphiligraphie, hôpital Saint-Louis.** — Des cours de perfectionnement de dermatologie et vénéréologie seront faits sous la direction de M. le professeur Jeanselme.

Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 16 avril au 12 mai 1928.

Le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 14 mai au 9 juin 1928.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 11 juin au 2 juillet 1928.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 fr. Un programme détaillé sera envoyé sur demande. Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe). Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie, etc.).

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 5 h. et les matinées seront réservées aux policliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier, hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

— **Institut de psychologie.** — Programme de l'enseignement pour l'année scolaire 1927-1928.

Psychologie générale. — M. Delacroix, **Questions de** psychologie, les mardis, à 17 h. Sorbonne, amphithéâtre Descartes (1er semestre). — Exercices pratiques. Leçons d'étudiants, les lundis à 14 h. Sorbonne, amphithéâtre Guizot (1er semestre) ; salle G (2e semestre). — Direction de travaux et de recherches, les lundis à 17 h. Sorbonne, cabinet attenant à la salle E (1er et 2e semestres).

M. Meyerson, Exercices pratiques. Leçons d'étudiants les samedis à 15 h. Sorbonne, salle F (1er et 2e semestres).

Psychologie pathologique et expérimentale. — M. Dumas, Les directions de la psychologie pathologique, les dimanches à 8h. 1/2, Asile clinique, 1, rue Cabanis (1er et 2e semestres). — Exercices pratiques, les mardis à 10 h. Asile clinique, 1, rue Cabanis (1er et 2e semestres).

Psychologie expérimentale et comparée. — M. Janet, L'évolution de la mémoire et de la notion du temps, les lundis et jeudis à 13 h. 3/4, Collège de France, salle 8 (1er et 2e semestres).

Psychologie physiologique. — M. Pieron, Les sensibilités cutanées, les mercredis à 14 h. 1/2, Collège de France, salle 3 (1er et 2e semestre). — M. Meyerson, Travaux pratiques (sensations, perceptions, motricité, émotions, efficience mentale), les vendredis à 9 h. 1/2. Sorbonne, laboratoire de psychologie physiologique (1er et 2e semestres).

Psychologie zoologique. — M. Rabaud, L'hérédité. Organes des sens et comportement, les mardis et mercredis à 10 h. Sorbonne, amphithéâtre de géologie (2e semestre)

Mlle Cousin, Démonstrations et exercices pratiques, les samedis à 14 h. Sorbonne, laboratoire de Biologie expérimentale (1er et 2e semestres).

Section de pédagogie. — M. Wallon, Psychologie appliquée à l'éducation. La pensée de relation chez l'enfant, les jeudis à 15 h. 1/2. Sorbonne, amphithéâtre Guizot (1er semestre). — Conférences de psycho-pédagogie, les jeudis à 14 h. Sorbonne, salle F (2e semestre). — Travaux pratiques, les jeudis à 9 h. 1/2, laboratoire de Psychologie pédagogique. Groupe scolaire, 28, rue de la Mairie, Boulogne-sur-Seine (1er et 2e semestres).

Section de psychologie appliquée. — (Applications au travail et à l'industrie, sélection et orientation professionnelles). — M. Pieron, Conférences techniques et direction de travaux d'élèves. La mesure en psychologie (Psychométrie et psychographie). Les méthodes de tests, Le calcul des corrélations, etc. (avec le concours

de MM. Fessard et François), les lundis à 17 h. Sorbonne salle S (1er et 2e semestres).

M. Lahy, Travaux pratiques et conférences techniques. La psychotechnique, science expérimentale. La méthode psychotechnique appliquée à la sélection, à l'orientation professionnelle, à la psychiatrie. Le calcul des machines, les vendredis à 14 h. Asile clinique, 1, rue Cabanis, laboratoire de Psychologie appliquée (1er et 2e semestres).

Les élèves pourvus du diplôme de Psychologie appliquée pourront être autorisés à suivre pendant une année des exercices pratiques de perfectionnement destinés à les préparer aux recherches et aux applications industrielles.

L'Institut de Psychologie décernera le titre d'élève diplômé (de psychologie, de pédagogie ou de psychologie appliquée) aux étudiants justifiant d'une scolarité de deux semestres, ayant suivi avec assiduité les enseignements de la section correspondante et ayant satisfait aux examens de fin de semestre.

Des recherches en vue des diplômes d'études supérieures et des doctorats pourront être poursuivies dans les laboratoires de l'Institut.

Les élèves pourvus du diplôme de psychologie générale et du diplôme de psychologie appliquée pourront, dans des conditions de scolarité déterminées et après un travail de recherches personnelles, briguer le diplôme d'expert psychotechnicien de l'Université de Paris.

Pour être admis aux cours et conférences les étudiants devront être immatriculés à l'une des Facultés de l'Université de Paris et inscrits sur les registres de l'Institut. Pour être admis aux travaux pratiques, ils devront verser un droit semestriel de 150 fr.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat, Sorbonne, salle R. escalier A, 2e étage, l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 4 h.

— Congrès international de protection de l'enfance. — PARIS DU 8 AU 12 JUILLET 1928. — Le Congrès est organisé par la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge, l'Association internationale pour la protection de l'en fance, l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, l'Union internationale de secours aux enfants, le Comité national de l'enfance.

A ce moment se tiendront la septième session de l'Association internationale pour la protection de l'enfance et la réunion du bureau permanent de l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : *Président* : M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ; *secrétaire général* : Dr Lesage, secrétaire général du Comité national de l'enfance, médecin des hôpitaux; *trésorier* : M. Lenoir, trésorier du Comité national de l'enfance ; *secrétaires* : Mlle Gros, secrétaire rapporteur du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et le Dr Cruveilhier, auditeur au Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, membre adjoint du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

La cotisation pour les membres *titulaires* est de 60 fr. français. Elle donne droit à la participation complète au Congrès (publications, fêtes, etc.). Tout membre titulaire qui désire faire une communication (en dehors des questions posées) sur un sujet intéressant la protection de l'enfance doit s'inscrire en adhérant au Congrès. La cotisation pour les membres *associés* est de 30 francs français. Elle leur permet *seulement* d'assister aux séances, fêtes et visites du Congrès.

Le Congrès comprendra : 1° *Une section de maternité.* Question : « Maisons maternelles » (asiles pour femmes enceintes et mères-nourrices). Rapporteur-général : Dr Trillat (France). Rapporteurs spéciaux : Miss Halford (Angleterre) ; M. Martinez Vergas (Espagne).

2° *Une section de première enfance.* Question : « Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel ». Rapporteur général : Dr Lereboullet (France). Rapporteurs spéciaux : Dr Matija Ambrosie (Serbie) ; professeur Cacace (Italie) ; Dr Dourlet (Belgique) ; Dr Growski (Pologne) ; Dr Helen Mac Murchy (Canada) ; Dr Sarabia (Espagne) ; Dr S. Vera (Grèce).

3° *Une section de seconde enfance.* Question : « Organisation des établissements de plei n air pour enfants, au double point de vue médical et pédagogique ». Rapporteurs généraux : Dr Dufestel (France), partie médicale ; M. Ad. Ferrière (Suisse), partie pédagogique. Rapporteurs spéciaux : M. Demazeures (Belgique) ; Dr Kita (Japon) ; M. Lemonier (France) ; Miss Margaret Mac Millan (Angleterre) ; Dr Eduardo Massip (Espagne) ; professeur Mario Ragazzi (Italie). Etude générale sur les colonies de vacances : Dr Dequidt.

4° *Une section de service social.* Question : « Les idées directrices du service social dans la protection de l'enfance. » Rapporteur général : Bureau fédéral de protection de l'enfance de Washington (Etats-Unis). Rapporteurs spéciaux : Dr Gonzalès Alvarez (Espagne) ; Mme Dr Ancona (Italie) ; Mlle Delagrange, Mme Getting (France) ; Frau Eiserhard (Allemagne) ; Mlle Haye (Hollande) ; Miss Mac Adam (Angleterre) ; Mme Mulle (Belgique) ; professeur Morquio (Amérique du Sud).

5° *Une section de l'enfance malheureuse ou moralement abandonnée.* Question : « Etude pratique du fonctionnement des tribunaux d'enfants. » Rapporteur général : M. X... Rapporteurs spéciaux : professeur Ugo Conti (Italie) ; M. G. T. de Jongh (Hollande) ; M. Lindsay (Etats-Unis) ; Frau d. Mende (Allemagne) ; M. Paz Anchorona (République Argentine) ; M. Weets (Belgique).

Les rapports généraux seront publiés en français en anglais. Le temps consacré à chaque communicatio era au maximum de cinq minutes. L'impression de toute communication ne dera pas dépasser quatre pages. Un règlement d'ordre intérieur sera publié au moment du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège du Congrès, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe) Tél. : Elysées-04-01.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Avis d'ouverture d'un concours pour l'emploi de médecin assistant des établissements de l'Office d'hygiène du département de la Seine.

Un concours sera ouvert à Paris, le lundi 19 mars 1928, pour un emploi de médecin assistant des établissements de l'Office d'hygiène.

Le poste à pourvoir est au preventorium du Glandier, par Arnac-Pompadour (Corrèze), destiné au traitement des tuberculoses occultes, ganglionnaires, non ouvertes, ainsi que des adénopathies trachéo-bronchiques chez les enfants et adultes du sexe féminin.

Le concours comprend une épreuve clinique éliminatoire et un examen des titres des candidats. L'épreuve clinique portera : 1° sur un malade adulte atteint d'une affection des voies respiratoires ; 2° sur un enfant atteint d'une des formes de tuberculose extra-pulmonaire justiciable du préventorium.

Les candidats devront adresser avant le 29 février 1928, à M. le Préfet de la Seine (Office public d'hygiène soiale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville), leur demande d'inscription accompagnée des pièces suivantes : 1° expédition de l'acte de naissance ; 2° certificat de nationalité française ; 3° diplôme de docteur en médecine ou copie certifiée conforme (ou certificat en tenant lieu) et, le cas échéant, certificat d'internat ; 4° pour les candidats hommes, certificat de position militaire ; 5° note indiquant les situations occupées antérieurement ; s'il y a lieu, les publications médicales.

Les médecins assistants sont nommés en qualité de stagiaires. Si leurs services ont donné satisfaction, ils sont titularisés après un an de stage ; l'effet de la titularisation remonte au jour de l'entrée en fonctions. L'échelle des traitements des médecins assistants est la suivante :

1re classe	23.000 fr.
2e classe	21.500 fr.
3e classe	20.000 fr.
4e classe	18.500 fr.
5e classe et stagiaires	17.000 fr.

Ces traitements sont soumis à une retenue pour versement à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse. Le logement, le chauffage et l'éclairage sont gratuits ; le séjour au Glandier comporte, en outre, une indemnité dite de mission de 772 fr. par an. Les médecins-assistants ont droit à un congé annuel payé d'un mois. Ils reçoivent, s'il y a lieu, des indemnités pour charges de famille dans les conditions prévues par les arrêtés en vigueur.

La liste des candidats admis à prendre part aux épreuves sera arrêtée par le Préfet de la Seine. Une convocation sera adressée aux candidats inscrits, mais l'administration décline toute responsabilité au cas où cette convocation ne parviendrait pas à destination ou en temps utile.

Le candidat classé premier au présent concours ne sera nommé en qualité de médecin assistant stagiaire qu'après que le médecin-chef de la préfecture lui aura reconnu les aptitudes physiques nécessaires. Dans le cas où le candidat classé premier ne serait pas reconnu physiquement apte à remplir ces fonctions, il serait fait appel à son suivant dans l'ordre du classement par le jury d'examen.

Fait à Paris, le 17 janvier 1928,

Le Préfet de la Seine :

Signé : Paul Bouju.

Une assurance attend neuf mois pour régler un sinistre de 180 fr.! !

Ayant eu à soigner dans le premier semestre de l'an passé, un accidenté, employé de l'un de ses clients, le Dr X. envoya sa note à l'assurance. Sans réponse, il fit un rappel après les vacances de 1927 ; même silence.

En janvier 28, il adressa un troisième rappel et reçut le poulet suivant dont nos lecteurs pourront savourer la teneur. Ils y verront pour quelles raisons impérieuses les pauvres compagnies se voient dans l'obligation de différer de plusieurs mois le règlement d'un sinistre insignifiant.

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous informer que nous prenons les mesures nécessaires pour assurer le règlement de votre note d'honoraires (1).

Toutefois, en raison de la nécessité de procéder actuellement à l'arrêt annuel de nos écritures et de l'important surcroît de travail qui en résulte pour nos services, nous nous voyons dans l'obligation de surseoir à ce règlement jusqu'à la fin du mois de février prochain.

Dans l'espoir que ce léger retard ne soulèvera pas d'objection de votre part, nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le Directeur,

Le secrétaire général :

SECRET PROFESSIONNEL

La déclaration des causes de décès.

J'ai lu avec beaucoup d'attention et d'intérêt les lettres échangées dans le *Concours médical* entre le savant juriste qu'est votre collaborateur, le Dr Paul Boudin, et l'hygiéniste très autorisé qu'est le Dr Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure. Le débat pourrait être considéré comme clos. Personne ne conteste plus l'utilité de la déclaration des causes de décès, comme durant la vie celle

(1) Le montant de la note était de 180 fr. !!!

de toutes les maladies contagieuses, dans le sens le plus compréhensif de ce terme. C'est moins une question de désinfection qu'une question de police sanitaire, de statistique et de prophylaxie, encore que la première, pratiquée avec intelligence et rigueur, ne soit pas sans efficacité comme on a trop de tendance à le croire. En ce qui concerne les décès seuls, la méthode imaginée et appliquée par le Dr Ott est parfaite. Très pratique, elle sauvegarde complètement le secret professionnel et la rémunération de 5 fr. qu'il a su obtenir pour chaque déclaration, si elle a déjà, par elle-même, une valeur appréciable, apporte de plus aux praticiens une réelle satisfaction de principe : ils ne se sentent plus taillables et corvéables à merci. Seulement, il faut reconnaître, avec le Dr Paul Boudin, que, quelle que soit l'ingéniosité, la sécurité même du procédé employé par le Dr Ott pour éviter toute indiscrétion, un texte de loi formel, délivrant le médecin du secret professionnel chaque fois qu'il s'agit de la santé publique, trancherait définitivement le débat. Or, on ne voit pas ce qui pourrait empêcher le vote à bref délai d'un pareil texte.

J'écrivais tout à l'heure que la controverse paraissait épuisée. Il resterait cependant à rechercher comment la cause d'un décès devrait être déclarée dans tous les cas. Il y a, en effet, des morts subites et d'autres qui surviennent sans que le malade ait été examiné ou soigné par un homme de l'art ; il y a enfin des maladies pour lesquelles aucun diagnostic certain n'a pu être fait. Il est évident, que, dans de pareilles situations, les services d'hygiène devront se contenter d'un renseignement approximatif, basé tantôt sur l'ensemble symptomatique tantôt sur les précisions fournies par la famille ou l'entourage, ainsi que sur les antécédents, quand ils sont connus. Le praticien, après une enquête aussi consciencieuse que possible, ne manquera pas alors de faire connaître, en deux mots, son incertitude.

Mais lequel fera la déclaration? En général, ce sera le médecin traitant. Il arrivera toutefois que ce soit le dernier appelé au chevet du moribond. En droit et en fait, ce ne pourra être que celui qui sera demandé par la famille pour constater le décès : à condition que la constatation médicale soit rendue obligatoire par une loi, car l'article 77 du Code civil est muet là-dessus. Il impose seulement aux maires la charge de se rendre au domicile du défunt, en vue de s'assurer que la mort est réelle : ce dont ils se déchargent souvent, dans les villes, sur un médecin délégué à pareille fonction. Les lois de 1919 et 1924 n'ont pas comblé cette grave lacune. Il faudrait donc qu'elle le fût, dans le sens que nous venons d'indiquer et la législation devrait écarter ou reléguer parmi les vieilles lunes le médecin dit « de l'état civil », qui n'a pas qualité dans la plupart des cas pour définir la cause du décès d'un malade soigné par un autre que lui-même.

Cette constatation ainsi comprise équivaudrait à une visite supplémentaire à la charge des héritiers et, s'il s'agissait d'un indigent, à la charge de la com-

mune ou du département. La déclaration à l'autorité sanitaire serait rémunérée à part, au tarif modéré de la Seine-Inférieure.

En résumé, il appartient au législateur de supprimer l'obligation du secret dans des conditions déterminées, en la maintenant en principe pour la tranquillité et l'ordre publics. Il lui appartient également de rendre obligatoire la déclaration des causes de décès, après constatation par un médecin, et d'en fixer les modalités accessoires. Dans l'état actuel des sciences hygiéniques et prophylactiques, il manquerait à son devoir en se désintéressant d'un problème dont dépend en partie la diminution de la mortalité française. En attendant que le Parlement se décide à agir, il me semble que le Corps médical pourrait sans inconvénient accepter, en exigeant des honoraires, la méthode fort simple imaginée par le Dr Ott et exposée à nouveau dans le *Concours* du 20 novembre, pour toutes les déclarations et en particulier pour celles où le diagnostic a été possible. Elle resterait très recommandable après le vote de la loi. Mais alors, les syndicats devront chercher à éliminer partout, d'accord avec les maires, les médecins de l'état civil.

Afin de donner satisfaction au Dr Ott, je proposerais la formule législative suivante :

La déclaration de toutes les maladies contagieuses et celle de toutes les causes de décès sont obligatoires pour le médecin traitant et pour le praticien qui est appelé à constater la mort. Aucun permis d'inhumer ne pourra être délivré sans un certificat médical relatant simplement celle-ci et adressé au maire. Cette pièce sera toujours accompagnée d'une autre, réservée au chef des services sanitaires et mentionnant la cause certaine ou probable du décès. Dans ce cas, comme dans le cas de maladies, le médecin est délié du secret professionnel. Mais il devra se conformer au règlement d'administration publique qui fixera le mode de déclaration, afin d'éviter la divulgation de faits venus à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. »

Dr Eugène François.

Note

J'attire l'attention du Dr Eugène François sur la gravité de la proposition qu'il formule, à savoir d'attendre une nouvelle loi, mais, tant que celle-ci ne sera pas votée, de déclarer les causes des décès au médecin inspecteur de l'hygiène publique. De la sorte, seraient supprimés les médecins de l'état civil.

Il faut faire la distinction entre ce qui est et ce qui devrait être.

Tant que le Parlement n'aura pas, par une nouvelle loi, diminué la portée générale de l'article 378 du code pénal, il est absolument impossible, dans l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, que le médecin traitant puisse déclarer à qui que ce soit, serait-ce même à un docteur en médecine, la cause d'un décès.

Le secret professionnel est absolu et ce n'est pas parce que beaucoup de confrères le violent chaque jour, que ces faits quotidiens ont pu, par leur répétition, modifier la portée de l'article 378 du C. pénal.

Une famille aurait parfaitement le droit de poursuivre, devant la juridiction correctionnelle, le médecin traitant qui, dans son certificat de décès, aurait dévoilé la cause de la mort d'un parent.

C'est pour ce motif que certaines municipalités ont institué un service de médecins de l'état civil, qui, n'ayant pas été le médecin traitant du défunt, pourront donner au maire des renseignements scientifiques sur la cause des décès. Ces médecins de l'état civil ont donc encore un rôle à jouer et par conséquent ne doivent pas être actuellement supprimés. Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

4.464 — Complication pendant le traitement d'un accident du travail.

Un ouvrier se contusionne au cours d'une chute en particulier les deux poignets et je lui applique un pansement à base de salicylate de méthyle + baume opodeldoch + coton, etc.

Deux jours après, chez lui, en passant le bras au-dessus d'une lampe, un des pansements s'enflamme, puis l'autre et il en résulte une brûlure assez sérieuse des deux poignets, qui prolonge son arrêt de travail d'une vingtaine de jours au moins.

Peut-on établir un rapprochement de cause à effet entre les deux accidents et la compagnie d'assurances qui assure le premier sinistre, doit-elle prendre à sa charge la prolongation du demi-salaire et l'augmentation des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Dr P.

Réponse.

D'après la jurisprudence, toute complication survenant à la suite d'un accident du travail et trouvant sa source dans la lésion initiale doit être considérée comme une conséquence de l'accident et indemnisée comme telle.

Dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, à notre avis, on doit estimer que la brûlure constitue une complication ayant une relation étroite de cause à effet avec l'accident initial, puisque la brûlure n'a pu se produire qu'en raison des pansements qui entouraient les bras du blessé.

Dans ces conditions il nous semble que le blessé a droit à son demi-salaire pendant l'incapacité temporaire due à ses brûlures et aux frais médicaux et pharmaceutiques qui en sont l'accessoire.

4.460. — Evaluation d'incapacité permanente d'un accidenté du travail.

Je vais devoir consolider un blessé : perte du majeur et de l'annulaire droits ; perte de deux phalanges de l'index. Le blessé a 20 ans. Il trouvera difficilement à se placer dans l'industrie. A-t-il droit à un appareillage ? Où s'adresser dans le but de lui donner entière satisfaction légale, matérielle ?

Dr B.

Réponse.

L'incapacité dont est atteint votre blessé à la suite de la perte de trois doigts de la main droite (index, médius, et annulaire) peut être évaluée à 40 %.

En raison de son incapacité permanente partielle, le blessé a droit à une rente, mais il ne peut prétendre faire supporter par son patron ou l'assurance les frais d'appareillage, ces frais ne pouvant être compris parmi les frais médicaux et pharmaceutiques accessoires de l'indemnité temporaire.

Pour déclencher la procédure en attribution de rente, remettez à votre blessé un certificat sur papier libre dans lequel vous constaterez son invalidité et en évaluerez le pourcentage. Le blessé deposera ce certificat au greffe de la justice de paix du canton où l'accident s'est produit et le juge de paix devra alors procéder à l'enquête prescrite par la loi. Ensuite le procès-verbal d'enquête sera transmis au président du tribunal civil qui convoquera les parties en conciliation pour la fixation de la rente. A défaut de conciliation les parties seront renvoyées à l'audience et l'affaire suivra son cours normal.

Dès la tentative de conciliation, le blessé sera pourvu de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire et pourra se faire assister par l'avoué ou l'avocat qui lui sera commis.

Application du tarif Fallières

I

4359. — *a*) Majorations dominicales ; *b*) Interventions multiples.

1° Une amputation (haut du bras) un dimanche, comprend-elle pour l'opération et les aides une majoration, opération d'*urgence* et d'*absolue nécessité*.

2° Une consultation à la demande de la famille et du patron, par le chirurgien traitant et un autre chirurgien, suivie d'une rédaction-rapport de la consultation. Quels honoraires pour le chirurgien traitant, le chirurgien consultant demandant 100 francs ?

3° Quels honoraires pour le chirurgien et ses aides, pour l'intervention suivante :

Ecrasement de toutes les parties molles du bras et de l'avant-bras, ouverture de l'articulation du coude. Nettoyage de la plaie, hémostase multiple, extraction de débris vestimentaires, d'esquilles osseuses.

Suture du biceps entièrement sectionné, dito du coraco-brachial, du long supinateur, fermeture de l'articulation, réfection et sutures de l'aponévrose du biceps. Pose d'un appareil métallique de tout le membre, maintenant celui-ci en flexion. Anesthésie générale sur un homme de 104 kgr., emphysémateux, cardiaque.

L'accident ayant eu lieu sur un chaland, en face de ma clinique, le blessé m'est conduit, il m'est inconnu.

Réponse, s'il vous plaît, par numéro d'ordre.

Dr L.

Réponse.

1° Il n'y a de majoration le dimanche que pour la *seule* visite (article 3-*b*), pas même pour la consultation et, *a fortiori* pour les interventions ;

2° C'est une « consultation entre confrères » (article 5) dans laquelle *chaque* confrère a droit « *au prix de trois visites* », plus les indemnités ordinaires de déplacement, s'il y a lieu ;

3° Ces multiples interventions ne peuvent être tarifées autrement que par *analogie de gravité*. Je proposerais l'analogie avec « réduction de luxation du coude par la méthode sanglante : 200 francs » (article 19), étant entendu que vous donnerez toutes explications nécessaires à la Compagnie sur ce que vous avez eu à faire.

Ajoutez à cela l'aide plus le chloroformisateur qui auront, eux-mêmes (article 30), à demander chacun 50 francs (article 11).

F. D.

II

4364. — Opération d'une fistule à l'anus.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire savoir, à quelle opération du tarif des *A. T.* 1925, doit être homologuée l'opération de la fistule à l'anus.

Dr D.

Réponse.

Votre fistule anale est-elle considérée comme accident du travail sans aucune contestation ? Point d'abord à régler. Si oui, je proposerais volontiers comme analogie de tarification : « Abcès profonds non viscéraux : 100 francs » (article 17).

F. D.

III

4357. — Pansement terminal d'une opération.

J'ai fait une amputation partielle d'orteil tarifée cinquante francs. Le pansement qui suit l'opération doit-il être compté 12 francs comme d'ordinaire ? ou bien, le prix de l'opération comprend-il le pansement ?

Dr L.

Réponse.

Le pansement n'est que la terminaison de votre acte opératoire. Ce ne sont que « les visites, consultations ou interventions *consécutives* à cet acte » (article 10) qui peuvent être tarifées en plus.

F. D.

IV

4447. — Autohémothérapie.

Quelle est la tarification : ventouse scarifiée à robinet, soustraction de 200 gr. de sang et réinjection du sérum sanguin et sang au niveau de la ventouse, au pourtour et même à cinq endroits différents le long du sciatique ?

Dr H.

Réponse.

La pose de ventouses, même scarifiées, est comprise dans le prix de la visite ou consultation (article 16). Quant à la réinjection du sang soustrait faite à de multiples endroits, il me semble qu'on pourrait légitimement demander 20 francs par analogie avec injection de sérum physiologique, naturellement sans compter alors la visite ou consultation, car ce serait le *cumul* interdit par l'article 13.

F. D.

V

4395. — Déplacement spécial non réglementé par le tarif.

Je vous serai obligé de me renseigner par la voie du *Concours* sur ce que je dois faire dans le cas suivant :

Accident du travail : soigne un jeune blessé à un doigt, écrasement du bout du doigt, lui propose l'ablation de la phalangette, refus, Le blessé traîne deux mois, l'agent d'assurance me demande des nouvelles, lui réponds ce qui s'est passé et lui propose contrevisite par un chirurgien, ce qui est accepté ; blessé envoyé chez chirurgien de la ville où habite l'agent : le chirurgien m'invite à assister à la contre-visite ; je m'y rends : 22 kilomètres de chez moi. Que dois-je compter à l'assurance ?

1° Mon déplacement 22 + 22 = 44 × 1.50.

2° Consultation simple ou consultation entre confrères ou n'ai-je droit à rien.

Dr D.

Réponse.

a) Le tarif des accidents du travail ne compte (article 2) l'indemnité de déplacement que du domicile du médecin au domicile du malade et non pas de chez vous au domicile d'un chirurgien consultant, et cela, de plus, pour la simple raison de la question du médecin le plus proche ». Ce n'est donc que par un accord *à l'amiable* (et non tarif en main) que ce déplacement pourrait vous être payé par la compagnie.

b) En tout cas, il y a eu « consultation entre confrères : 12 × 3 = 36 francs », ceci va tout seul.

F. D.

VI

4421. — Traitement de l'asphyxie avec injections intracardiaques.

Abonné du *Concours* et membre du « Sou » j'ai recours à votre compétence pour m'aider à établir

ma note d'honoraires pour le sinistre suivant : je suis appelé d'urgence avec un confrère à 5 kilomètres en l'absence du médecin de la localité pour une double électrocution.

Nous faisons, mon confrère et moi, sur deux électrocutés, agents des P. T. T. : 2 heures de respiration artificielle, injection intra-cardiaque d'adrénaline et piqûres multiples (éther, caféine, huile camphrée) sans pouvoir les ramener à la vie. Les P. T. T. nous réclament quatre certificats descriptifs (sans compter les deux réclamés par la gendarmerie. Qui doit les payer ?

Pouvons-nous envoyer aux P. T. T., chacun de nous notre note d'honoraires ainsi conçue :

1° Déplacement, 10 kilomètres	15 fr.
2° Traitement de l'asphyxie	50 fr.
3° Injection intra-cardiaque..........	?
4° Deux certificats descriptifs	20 fr.

Dr G.

Réponse.

Comptez comme vous avez fait, en ajoutant, pour injections intracardiaques, 20 francs, par analogie avec « injections intraveineuses ».

F. D.

VII

4423. — Région de plaine ou de montagne ?

Est-ce que au point de vue de la tarification des frais de déplacement pour les accidents de travail, le département des Ardennes est rangé dans les régions de montagnes ? Où peut-on trouver la désignation officielle ?

Dr M.

Réponse.

Il n'y a pas de région *départementale* de montagne, mais certains départements dans lesquels une partie plus ou moins grande, totale même au besoin, est considérée *administrativement* comme région de montagne (article 2-2). C'est la préfecture qui règle cela, par exemple à propos du tarif des pensionnés de guerre et c'est à l'administration préfectorale (pratiquement écrivez au secrétaire de votre commission de contrôle des soins aux pensionnés de guerre) que vous avez à vous adresser pour savoir si votre région personnelle est considérée comme région de plaine ou de montagne au point de vue administratif.

F. D.

Médecine Sanitaire maritime.

75. — Le médecin sanitaire maritime et le secret professionnel.

Le *Concours* publie, dans son premier numéro de 1928, une longue lettre de M. le Dr C., à laquelle M. le Dr Boudin répond non moins longuement et

qui est relative au : « Secret professionnel des médecins sanitaires maritimes ».

Ces deux confrères se trompent l'un et l'autre dans leurs conclusions car le fameux cahier de visite, sur lequel on doit inscrire « les faits de nature à intéresser la santé du bord » est un *cahier officiel, délivré par le service de santé au départ* et qui *lui est remis à l'arrivée*, sans *que l'armement en ait connaissance.* Sur ce livre, qui est le seul que l'on oblige le médecin à tenir régulièrement, doivent figurer, en effet, tous les évènements importants c'est-à-dire les maladies contagieuses, les décès, les blessures graves, etc., etc.

Dans les ports français, ce livre fait foi et il n'y a que le médecin de la santé qui en prend connaissance. Il fait également foi et dans les mêmes conditions, dans certains pays étrangers.

Dans d'autres, des livres spéciaux visés au départ par le ou les consuls respectifs de ces nations, visés ensuite dans les escales de ces pays par la santé, remplacent le livre français.

Le contenu de ces derniers livres n'est jamais communiqué à l'armement, qui du reste, ne le réclame jamais. Durant les voyages, il y a des maladies, des décès, des naissances, etc., soit parmi les passagers, soit parmi l'équipage.

En ce qui concerne les passagers, l'armement s'en rapporte au rapport du capitaine qui fait fonction d'officier de l'état-civil. Quant à l'équipage, deux cas se présentent : 1° le malade guérit complètement de sa maladie ou de son accident, ou il est affligé de séquelles ; 2° il meurt.

Dans *les deux cas*, il est fait des certificats aussi détaillés que possible, par le capitaine, deux témoins et enfin le médecin. Ces certificats ne sont pas destinés à l'armement, mais à la Marine qui gère « la Caisse de prévoyance des marins français ». Dès qu'ils sont faits, ils sont remis au capitaine, qui les fera parvenir en même temps que les papiers du bord à la Marine.

En somme, le médecin agit à bord, vis-à-vis de l'équipage, comme il agirait vis-à-vis d'un accidenté du travail et je ne crois pas qu'aucun confrère ait été poursuivi en violation du secret professionnel, lorsque un patron ou une compagnie d'assurances ont fait copier à la mairie du lieu de l'accident, le certificat d'origine de blessure.

Maintenant, que l'armement demande, puisqu'il paye, des renseignements qui peuvent lui être utiles, c'est normal. Comme le capitaine fait toujours en double son rapport, ainsi que les témoins (lorsqu'ils ne se bornent pas à signer les paperasses rédigées par le capitaine d'armes), que le rapport du médecin est souvent recopié, avec les autres sur un cahier spécial, qui reste dans les archives du bord, cela n'a aucune importance. J'ajoute, qu'en dehors du certificat d'origine de blessure, le médecin peut se récuser, en ce qui concerne tous les autres renseignements consignés sur son fameux livre, d'autant qu'à l'arrivée, il le remet au service de santé qui le vise et le

garde jusqu'au prochain départ du navire. *Ce livre n'est pas le livre du Dr Untel*, mais du *navire Untel*.

Outre la tenue du livre, la santé demande un *rapport succinct* sur les faits du voyage. L'armement en demande copie. Comme ce sont des généralités, elles ne violent rien du tout.

Que M. Boudin et M. C. ne se tourmentent pas à ce sujet et surtout que M. C. n'entre pas en conflit. Comme il est engagé au voyage, il se fera débarquer et aura tort. C'est un vieux sanitaire maritime, qui passait pour mauvais coucheur et pas facile à mener, qui lui donne ce conseil. Il est bon.

Jamais un capitaine n'a demandé, encore moins exigé la communication du livre de la santé.

Si le fait se produisait, exigez un ordre écrit, ensuite une annotation sur le livre officiel relatant le fait, enlèverait à jamais, à l'auteur, toute envie de récidiver. Dr Gontier-Lalande.

Questions médico-militaires

8651. — Effet de l'appel devant le Tribunal des pensions.

Une Commission de réforme a délivré un certificat d'allocation provisoire d'attente à un blessé qui, sur le vu de cette pièce, s'est fait inscrire sur les listes de gratuité ; par la suite le ministre des Pensions n'a pas validé la proposition de pension et l'intéressé fait appel de cette décision devant le Tribunal des Pensions.

Cet appel devant le tribunal des Pensions a-t-il un effet *suspensif* ? C'est-à-dire, le blessé peut-il continuer à jouir de la gratuité des soins jusqu'à la décision du Tribunal des Pensions ? Dr B.

Réponse.

Cet appel devant le tribunal des Pensions n'a pas d'effet suspensif, et le blessé ne pourra jouir de la gratuité des soins que si le Tribunal reconnaît ultérieurement ses droits à pension. Il n'était d'ailleurs inscrit jusqu'alors que sur la partie de la liste « provisoire » des bénéficiaires de l'article 64 (soins gratuist).

3624. — Obtention de la carte de surclassement.

Pour obtenir la carte de surclassement des officiers de réserve, voudriez-vous me donner la marche à suivre : où est l'Union fédérative des médecins et pharmaciens de réserve ? Quelle demande dois-je faire ? Dr P.

Réponse.

Pour obtenir la carte de surclassement, il faut avoir suivi, dans l'année précédente, au moins les deux tiers des conférences de l'école de perfectionnement.

Faites-vous inscrire à l'Union Fédérative des médecins et pharmaciens de réserve en adressant un bulletin d'adhésion au secrétaire général, 54, rue de Londres, Paris (8e).

Cinquantième année N° 7 12 Février 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 378-IV)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 61. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 62. — Dr grosse client. demande collabor. actif sérieux, au courant client., pourcentage intéress., avec minimum 2.000 mensuels garantis. Tous frais payés. Envisager cession ultérieure si pays et situat. plaisaient.

N° 63. — Cinq roues Michelin garnies de pneus Confort 730 × 130 et ch. à air, ayant peu roulé, le tout en bon état. Prix : 750 fr., port à la charge de l'acheteur.

N° 64. — A vend. appar. à rayons U.V. 1500 bougies, a servi seulement 8 heures. Parfait état. Cause achat app. plus puissant.

N° 65. — Jne méd. libre jusqu'au 10 mars, accepter. intérim Midi de la France, pour durée minim. de 8 jours, ou accomp. malade dans un long déplacement.

N° 66. — A céder bon prix, fauteuil n'ayant pas servi, avec tablette pupitre, pour coxalgie gauche. Visible à Paris Usine Vincent, 24, rue de Montsouris.

N° 67. — Cause santé, à céder poste campagne à 1 h. 30 Paris. Nombr. fixes ch. de fer. Maison à bail. A fait 60.000 .Laissé à 25.000 dont 15.000 compt.

N° 68. — Quittant médec. rurale, doct. 50 ans cherche place sédentaire, médic. ou para, ou dans administr. quelconque avec fixes dans Paris.

N° 69. — Paris, quart. commerc. et central, méd. génér., rapp. 6.000 par mois minimum, client. ancienne, appart. 5 p. avec salle de bains. Prix : 65.000 dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 70. — Centre. Ch.-lieu canton très agréable, excell. poste rapp. 75.000 ,méd. ch. de fer, très belle mais. confort. et vaste. A céder 20.000, compt. à débat. Cause santé. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 71. — Ménage médec. et pharmac. cherche poste à créer ou à reprend. de pharmac. ou méd.-propharm. sur la côte méditer., de préf. sur Côte d'Azur et dans un port. Accept. égalem. une sit. paramédic. import. et sérieuse.

Le Trynol aux sels de silicium, lipoïdes colloïdaux et hypotenseurs est préparé d'après les expériences concluantes du prof. Gouget. **Le Trynol** décholestérinise et décalcifie les artères. C'est le spécifique de l'artériosclérose. La cure doiit être prolongée. Vérifiez son action sur vos artérioscléreux. Envoi gratuit de boîte et littérature. Pharm., 32, avenue Carnot, Paris.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc. 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La conférence Broca.** HISTOIRE D'UNE FAMILLE DE CHIMPANZÉS. — A la mort de P. Broca, la Société d'anthropologie de Paris créa, pour commémorer le souvenir de son illustre fondateur, une conférence annuelle Broca où devait être traité un sujet intéressant l'anthropologie. Cette conférence s'est tenue le 2 février sous la présidence du Dr NOIR, président de la Société d'anthropologie.

Le conférencier, M. le Dr Louis MONTANÉ, un des rares survivants parmi les collaborateurs de Broca, ancien doyen de la Faculté de la Havane, ancien professeur d'anthropologie à cette Faculté, dont un musée porte le nom à Cuba, a fait l'histoire physiologique d'une famille de chimpanzés qu'il a observée d'abord à Cuba, puis à Cambo, où elle avait été transportée en 1915. Ses observations très intéressantes ont trait à l'accouplement des chimpanzés, à la menstruation des femelles, à la durée de la gestation (9 mois), à de nombreuses caractéristiques des mœurs de ces animaux si voisins de l'espèce humaine (amour maternel et paternel, par exemple). Des projections intéressantes illustrèrent la conférence qui fut longuement applaudie par les assistants nombreux et choisis qui étaient venus l'écouter.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire d'hydrologie.* — Dans sa dernière réunion, le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire d'hydrologie : en première ligne, M. VILLARET; en deuxième ligne, M. LÉRI.

— **Hôtel-Dieu.** *Leçons cliniques du dimanche.* — Le 12 février, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. BAUDOUIN, agrégé, sur *les formes nouvelles des neuro-infections (encéphalite, poliomyélite).*

— **Association d'enseignement des hôpitaux de Paris.** *Conférences du dimanche.* — Le 12 février, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. LORTAT-JACOB sur : *la cryothérapie en dermatologie.*

— **Hôpital Laennec.** *Phtisiologie.* — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait du 13 février au 10 mars au dispensaire Léon-Bourgeois, 45, rue Vaneau, Paris, VIIe. Il comprendra des exercices pratiques et des leçons théoriques.

— **Facultés de médecine.** *Agrégation.* — Questions des séances du 19 et du 20 janvier : les polyuries ; l'ulcère de l'estomac (*médecine*) ; les phlébites utéro-pelviennes du post-partum ; le môle hydatiforme (*obstétrique*).

— **Journées médicales de Bordeaux.** — Les Journées médicales de Bordeaux, qui doivent avoir lieu

cette année, à l'occasion du cinquantenaire de la Faculté de médecine de Bordeaux, ont été définitivement fixées du 4 au 7 novembre 1928.

Le programme détaillé de ces Journées sera donné prochainement.

— **Légion d'honneur.** — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur : MM. les docteurs Margueritte, de Castelculier, Métayer, de Moncoutant, Binet du Jassonneix, de Paris.

Ministère des Colonies : MM. les docteurs Crudeli, Lalung-Bonnaire et Manès.

Ministère des Pensions : M. le Dr Garrigues, de Rodez.

Ministère du Travail : le Dr Saias, de Marseille.

— **IIe Bal de la médecine française.** — Le deuxième bal de la médecine française aura lieu le samedi 24 mars, dans les Salons du ministère de l'Intérieur. Il sera précédé d'une soirée artistique qui commencera à 9 heures.

Soirée artistique et bal sont donnés au profit de la F.E.M., société de secours pour les femmes et enfants de médecins, sous le patronage de l'Association générale des médecins de France.

On trouve les cartes d'entrée au siège de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène ; chez M. Watelet, 21, rue Violet ; chez Mme F. Jayle, 2, rue Guynemer. Carte d'entrée : 50 fr., médecins, 30 fr., internes et étudiants, 20 fr.

— **Union médicale franco-ibéro-américaine.** *Convocation d'une assemblée générale extraordinaire.* — L'assemblée générale annuelle ayant voté la convocation d'une assemblée générale extraordinaire en vue de la modification à apporter aux Statuts de l'Umfia dans le but de faire entrer l'Italie dans cette association, le Conseil d'administration prie tous les membres de l'Umfia de se rendre, le samedi 25 février, à 9 heures du soir, dans les salons du Buffet de la gare de Lyon. Un dîner amical précèdera la tenue de l'assemblée générale. Pour le dîner s'inscrire immédiatement auprès du Dr Grimberg, 74, rue Blanche, Paris.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices commencera le 24 avril 1928.

— **Hôpitaux de Tunis.** — M. le Dr Cherouvrier est nommé oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital civil français. M. le Dr Cohen-Boulakia et Mme le Dr Raymond de Gentile sont nommés ophtalmologistes des hôpitaux de Tunis.

— **Lyon.** — M. le professeur Bard a été élu membre correspondant national de la société médicale des hôpitaux de Paris.

— **Concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés.** — Un concours pour l'adsion aux emplois de médecins-directeurs et médecins chefs de services du cadre des asiles publics d'aliénés

(autres que ceux du département de la Seine) s'ouvrira à Paris le lundi 19 mars 1928.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Conditions d'inscription. — 1° Etre Français ; 2° être docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ; 3° avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée ; 4° avoir moins de 33 ans au 1er janvier 1928 (cette limite d'âge est toutefois reculée d'une durée égale aux temps de service militaire effectivement accompli au cours de la guerre 1914-1919).

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues avant le 18 février 1928 inclus au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 1er bureau, 7, rue Cambacérès, Paris (8e).

Les candidats doivent déposer.

1° Une demande sur papier libre ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° une pièce établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires ; 4° un résumé de leurs états de services civils et hospitaliers et de leurs titres ; 5° les pièces justificatives de ces états de services et titres ; 6° leur diplôme de docteur en médecine ; 7° un résumé succinct de leurs travaux publiés ; 8° un exemplaire de chacune de leurs publications.

Chaque postulant est informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Epreuves : A. Epreuves d'admissibilité :

1° Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. 3 heures ; maximum 30 points ; 2° question écrite sur la pathologie mentale. 3 heures ; maximum 30 points ; 3° question écrite sur la pathologie interne ou l'hygiène hospitalière ; maximum 20 points ; 4° question écrite sur l'organisation et le fonctionnement des établissements d'aliénés et sur la législation applicable aux aliénés. 2 heures ; maximum 20 points.

B. Epreuves définitives :

1° Epreuve clinique orale portant sur un seul malade (diagnostic, pronostic, traitement et assistance) ; 20 minutes d'examen, 20 minutes de réflexion, 15 minutes d'exposition : maximum 40 points.

2° Epreuve clinique écrite portant sur un seul malade (diagnostic de l'état mental et conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle), 20 minutes d'examen, 1 heure de rédaction ; maximum 40 points.

Jury. — Le jury est tiré au sort dans les conditions fixées par le décret du 3 janvier 1922 (*Journal Officiel* du 14 janvier 1922) aussitôt après la clôture du registre des inscriptions.

L'arrêté fixant sa composition est publié au *Journal officiel.*

Le jury détermine l'ordre des épreuves, assure la police du concours et fixe le minimum de points nécessaire pour l'admissibilité et pour l'admission.

Situation des médecins des asiles. — Les candidats admis sont appelés à choisir, au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de classement.

Les médecins du cadre des asiles publics d'aliénés reçoivent :

1° Un traitement comportant 9 classes, par avancement tous les deux ans et fixé actuellement à : 19.000 ; 20.500 ; 22.000 ; 23.500 ; 25.000 ; 26.500 ; 28.000 ; 30.000 et 32.000 francs.

L'administration envisage d'accorder très prochainement un traitement de début de 22.000 fr. et de créer une classe exceptionnelle à 34.000 fr. qui serait attribuée aux médecins comptant au moins 2 ans de service dans la 1re classe et 25 ans de services civils et militaires valables pour la retraite.

2° Le logement, le chauffage et l'éclairage à titre gratuit dans l'établissement ;

3° Dans la plupart des départements, les indemnités de résidence et de charges de famille calculées sur le même taux que pour les fonctionnaires de l'Etat;

4° Pour les médecins directeurs, une indemnité éventuelle de fonction variable suivant les départements ;

5° Enfin, dans certains asiles, une indemnité complémentaire de traitement, dont le taux est fixé par le Conseil général ;

6° Dès l'entrée dans la carrière, un bénéfice d'ancienneté égal au temps de service militaire légal. Ils vont bénéficier prochainement d'une loi récente qui accorde des bonifications supplémentaires pour le temps passé dans les unités combattantes pendant la guerre ;

7° A 65 ans d'âge, une retraite calculée suivant les règlements départementaux, mais généralement aussi avantageuse que celle des fonctionnaires de l'Etat.

Après un minimum de 5 ans de service en province, les médecins des asiles peuvent se présenter au concours du cadre spécial de la Seine, qui leur assure actuellement un traitement comportant 5 classes, par avancement tous les deux ans et fixé à : 28.000, 30.000 ; 32.000 ; 34.000 et 36.000 fr.

— **Orchestre médical.** — Le concert de l'orchestre médical aura lieu demain lundi 13 février à 21 h. dans la salle des Concerts du Conservatoire ; avec le concours de Mme de Névrezé, cantatrice et de M. Uvelin violoncelliste. Au programme : *La Procession*, de C. Franck ; *Concerto* en ré mineur pour violoncelle, de Lalo ; *Freischutz*, ouverture de Weber ; 5e *Symphonie de Dvorjak* ; *Préludes de Litz* ; *Wallenstein de Vincent d'Indy*, etc. On peut louer encore à la salle des concerts du Conservatoire.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *janvier.*

Hygiène coloniale.

Création d'un service spécial de la trypanosomiase en Afrique équatoriale française.

La fragilité des races indigènes qui dépendentdu gouvernement général de l'Afrique équotoriale française n'a jamais cessé d'être pour ce dernier, ainsi que

pour le département des colonies, l'objet de constantes préoccupations.

Cette déficience sanitaire, en tous temps fâcheuse, revêt un caractère particulièrement angoissant, au moment où ,pour la construction du chemin de fer indispensable à la vie économique du pays, la colonie est dans l'obligation de faire appel à la main-d'œuvre indigène.

Parmi les causes les plus importantes de cet amoindrissement vital des races indigènes de l'Afrique équatoriale, se place au premier rang la maladie du sommeil, qui voit sa zone d'action s'étendre à la presque totalité de la colonie.

Sous peine de manquer à nos premiers devoirs de protection, il importe de mener sans retard, et d'une façon efficace, la lutte contre cette redoutable endémie, qui décime nos sujets équatoriaux.

Suivant l'opinion de l'Institut Pasteur de Paris, saisi de la question et selon la proposition du gouverneur général de l'Afrique équatoriale française, il est indispensable, pour obtenir un résultat favorable dans le combat contre la maladie du sommeil, de pourvoir la colonie d'un renfort exceptionnel de personnel sanitaire qui, sous l'autorité du gouverneur général et sous la direction du médecin inspecteur des services sanitaires et médicaux, sera appelé à servir dans les secteurs de prophylaxie et à en faire disparaître le fléau.

Le rôle dévolu à ce personnel, comme les dangers et les fatigues qu'il aura à supporter, constituent des facteurs spéciaux qui nécessitent un mode de recrutement exceptionnel dont l'aménagement fait l'objet du présent projet de décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute approbation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Le président du conseil, ministre des finances,
Raymond Poincaré.

Le ministre des colonies,
Léon Perrier.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies et du président du conseil, ministre des finances,

Vu le sénatus-consulte du 3 mai 1854 ;

Vu le décret du 15 janvier 1910 portant création du gouvernement général de l'Afrique Equatoriale française ;

Vu le décret du 17 août 1897 sur l'exercice de la médecine aux colonies ;

Vu le décret du 4 novembre 1905 relatif au fonctionnement du service de santé colonial ;

Vu le décret du 21 juin 1906 réorganisant le corps de santé des troupes coloniales ;

Vu l'article 9 de la loi du 18 octobre 1919,

Décrète :

TITRE Ier

Art. 1er. — Il est créé en Afrique Equatoriale française, sous l'autorité du gouverneur général et la direction du médecin inspecteur général des services

sanitaires, un service spécial d'une durée de cinq ans pour les secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Art. 2. — Le service spécial ainsi constitué comprend un personnel sanitaire composé de docteurs en médecine, d'un vétérinaire ou naturaliste, d'hygiénistes adjoints, d'agents sanitaires européens, d'infirmiers et écrivains interprètes indigènes.

Art. 3. — Le directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville remplit, auprès du médecin inspecteur général des services sanitaires et médicaux, les fonctions d'adjoint technique dans les questions de la maladie du sommeil.

A ce titre, il installe un bureau de centralisation de tous les renseignements concernant la trypanosomiase. Il a l'initiative de l'étude et de l'élaboration de tout projet de programme de travail et de mesures utiles au but poursuivi.

Art. 4. — Le médecin inspecteur général des services sanitaires et médicaux a le contrôle des mesures prescrites par l'autorité supérieure. Les observations qui en résultent sont transmises au gouverneur général avec l'avis des lieutenants gouverneurs, s'il y a lieu.

Le médecin inspecteur général des services sanitaires et médicaux établit en fin d'année, sur tous les faits concernant la lutte contre la maladie du sommeil, un rapport qui est transmis au ministre avec les observations du gouverneur général, s'il y a lieu.

TITRE II

Art. 5. — Le personnel actif, en service dans les secteurs de prophylaxie, se compose de :

Docteurs en médecine français (médecins contractuels ou, le cas échéant, officiers du corps de santé des troupes coloniales hors cadres), 10.

Vétérinaire ou naturaliste, 1.

Hygiénistes adjoints, 10.

Agents sanitaires européens : (agents contractuels ou militaires de la section des infirmiers des troupes coloniales hors-cadres), 12.

Infirmiers indigènes, 105.

Le personnel civil est assimilé pour les frais de déplacement et les diverses indemnités visées ci-après aux fonctionnaires des catégories suivantes prévues au tableau nº 2 annexé au décret du 6 juillet 1904 :

Docteurs en médecine français, vétérinaire ou naturaliste, hygiénistes adjoints, 2e catégorie.

Agents sanitaires, 3e catégorie.

Le personnel européen civil doit contracter un engagement de cinq ans comportant deux séjours de deux ans à la colonie séparés par un congé de six mois effectifs à passer en France.

Le contrat pourra être renouvelé, par accord réciproque.

Les médecins, vétérinaire ou naturaliste, hygiénistes adjoints sont astreints à accomplir un stage de trois mois, en partie à l'Institut Pasteur à Paris,

avant le premier départ pour la colonie, en partie à l'Institut Pasteur de Brazzaville à l'arrivée à la colonie.

Le personnel européen civil aura droit, en France, à un traitement calculé sur les soldes annuelles suivantes :

Docteurs en médecine, vétérinaire ou naturaliste	28.000 fr.
Hygiénistes adjoints	18.000
Agents sanitaires	13.000

qui seront portées après trois années de service à :

Docteurs en médecine, vétérinaire ou naturaliste	32.000 fr.
Hygiénistes adjoints	22.000
Agents sanitaires	15.000

Ce personnel aura droit, en outre, aux indemnités allouées au personnel des cadres réguliers de même catégorie pendant les séjours en France.

Durant leur stage à l'Institut Pasteur de Paris, les médecins, vétérinaires ou naturaliste, hygiénistes adjoints auront droit, éventuellement aux indemnités de déplacement et de charges de famille allouées aux fonctionnaires de la 2e catégorie, à l'indemnité de résidence prévue pour les fonctionnaires en service à Paris et à une indemnité fixée à 4.000 ou 3.000 fr. par an, suivant que le médecin, le vétérinaire ou naturaliste, l'hygiéniste adjoint est chef de famille ou non.

Le médecin inspecteur des services sanitaires et médicaux de l'Afrique équatoriale française percevra, tant au titre du service spécial de la trypanosomiase, que de l'inspection des services sanitaires civils, une indemnité dont le taux annuel est fixé à 20.000 francs. L'indemnité de 6.000 fr. qui lui est actuellement attribuée à ce dernier titre est supprimée.

Le directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville percevra, au titre des fonctions d'adjoint technique à l'inspecteur des services sanitaires et médicaux dans les questions relatives à la maladie du sommeil, une indemnité dont le taux annuel est fixé à 20.000 fr.

Durant le séjour à la colonie, le personnel européen civil percevra :

1° Solde annuelle de France ;

2° Supplément colonial prévu pour les fonctionnaires résidant en Afrique équatoriale française ;

3° Indemnité de zone, et indemnités de charges de famille allouées au personnel des cadres réguliers.

En cas d'hospitalisation, le personnel européen sera traité comme les agents des cadres réguliers à la catégorie duquel il est assimilé.

En plus de la solde et des indemnités ci-dessus déterminées, il sera alloué au personnel européen civil ou militaire, affecté au service, des indemnités de technicité de valeurs progressives et payables :

1° Pour les médecins, le vétérinaire ou naturaliste, les hygiénistes adjoints : 10.000 fr. après le premier séjour de deux ans de service à la colonie ; 30.000 fr.

après le deuxième séjour de deux ans de service à la colonie.

En cas de renouvellement du contrat, l'indemnité de technicité versée après le troisième séjour de deux ans de service à la colonie sera portée à 60.000 fr. Cette indemnité sera accordée aux médecins militaires affectés au service, après la même période de séjour à la colonie ;

2° Pour les agents sanitaires (agents contractuels ou militaires de la section des infirmiers des troupes coloniales hors cadres) ; 5.000 fr. après le premier séjour de deux ans de service à la colonie ; 15.000 fr. après le deuxième séjour de deux ans de service à la colonie.

Les périodes de deux années de services effectifs à la colonie donnant droit aux indemnités de technicité ne devront comprendre aucune période d'absence, exception faite pour les hospitaliastions.

En aucun cas les indemnités de technicité ne pourront être fractionnées. Aucun membre du personnel recruté en application de cet arrêté ne pourra donc prétendre à une part proportionnelle d'une de ces indemnités de technicité, dans le cas où il interromprait son service, avant d'avoir accompli intégralement la durée de la période ouvrant les droits à l'une de ces indemnités.

Au cas où le service de prophylaxie serait interrompu par ordre de l'autorité, tout le personnel aurait droit à l'indemnité en cours d'acquisition.

TITRE III

Art. 6. — Les présentes dispositions auront effet à compter du 1er juillet 1927.

Art. 7. — Le ministre des colonies et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal Officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* du ministère descolonies.

Fait à Paris, le 18 janvier 1928.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Examen médical des membres de l'enseignement.

14483. — M. Henri Camard, député, demande à M. le Ministre de l'instruction publique à quelle époque il compte déposer, comme il en a exprimé l'intention, un projet de loi rendant l'examen médical obligatoire pour tous les membres de l'enseignement. (*Question du 22 décembre 1927.*)

Réponse. — Ce projet sera déposé à bref délai.

(*J.O.*, 12 *janvier* 1928.)

Acuité visuelle exigée chez les pilotes et autres marins.

14448. — M. de Moro-Giafferri, député, demande à M. le ministre des travaux publics : 1° ce

Voir la suite page LIX-435

PROPOS DU JOUR

A l'Assemblée générale de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (UMFIA). La famille sera bientôt complète. Vers la réalisation très prochaine de l'Union médicale latine.

L'Union médicale franco-ibéro-américaine (l'UMFIA), qui entre dans sa seizième année, vient de tenir son Assemblée générale. Est-il besoin de rappeler à nos lecteurs, qui ont entendu les échos de sa dernière triomphale manifestation, ou qui y ont pris part, que cette utile Association est en pleine prospérité ? L'admission de plus de *huit cents* (800) nouveaux adhérents a été tout d'abord prononcée. Après un rapport très rapide et très clair du secrétaire général Molinéry, et l'approbation des comptes du trésorier, le Dr Digeon, qui, après avoir mis tout l'ordre désirable dans les finances de l'Association, laisse à son successeur, le Dr David de Prades, une situation prospère, le président Dartigues a adressé l'expression de la gratitude de la Société au Dr Digeon, acclamé trésorier honoraire. Puis, passant à l'ordre du jour, le président a signalé toute l'importance de la question qui allait être discutée, celle de l'entrée de l'Italie dans l'UMFIA.

Le premier but de l'UMFIA fut, d'après le *Livre d'Or*, édité l'an dernier, de *réunir la Latinité médicale*, et nous lisons dans ce même Livre d'Or le passage suivant dû à la plume du président Dartigues :

« L'UMFIA peut réunir en une masse de plus en plus compacte les médecins de même *haute culture* et de même *formation scientifique*. Or, cette même haute culture n'existe pas au même degré d'affinité dans tous les groupements ethniques. La haute culture, préparatrice de pensée, de méthode rationnelle, d'acuité spirituelle, n'est-elle pas celle des peuples latins, d'origine méditerranéenne, qui vivent sur le fond légué par les grands exemples d'action, et par les grands penseurs de l'antiquité ? L'*Italie*, l'Espagne, la France, en particulier, sont les héritières de cette haute culture à laquelle tous les autres peuples sont venus s'abreuver quand ils ont voulu s'affiner et se civiliser. »

La place de l'Italie est donc bien marquée au premier rang de l'Umfia.

Quelques-uns se sont étonnés que l'on ait attendu si longtemps pour ouvrir largement les portes de l'Union à l'Italie. C'est qu'ils ignorent les débuts de cette Association, et la rigueur de ses statuts.

Le 4 mai 1912, à l'Assemblée générale préparatoire de la création de l'Umfia, le Dr Dartigues, le fondateur de cette Association, « projetait (nous citons ses propres paroles) une union à Paris, sous forme d'association amicale, des forces que notre milieu médical peut réunir en groupant *tous ceux qui, parmi nous, parlent espagnol.* »

Le lien unique des membres de l'Umfia était donc la langue espagnole. Mais les fondateurs de cette Union ne tardèrent pas à constater qu'ils bornaient beaucoup trop ainsi son rayon d'action. Ils s'aperçurent qu'un nombre considérable de médecins français s'intéressaient vivement aux relations médicales franco-ibéro-américaines, sans pouvoir s'exprimer en la noble langue espagnole. En outre, pouvait-on raisonnablement s'intituler Union médicale franco-*ibéro-américaine* sans faire une place au Portugal et au Brésil ? L'Umfia franchit donc une seconde étape et, révisant ses statuts en 1925, à la demande de sa section toulousaine, inscrivit à l'article premier comme but principal :

« D'établir des relations entre les docteurs et médecins installés dans les pays de *langue française, espagnole et portugaise.* »

Cette rédaction fut trouvée encore trop restreinte et, à l'unanimité, la dernière Assemblée générale a décidé de faire franchir à l'Umfia sa dernière et définitive étape en faisant entrer dans son sein les pays de langue italienne. La famille latine sera ainsi complète, car, à la langue italienne, l'on ajoutera la langue roumaine.

Mais, pour réaliser l'Union médicale latine complète avec l'Italie, la Roumanie, la Suisse française et italienne, la Belgique et le Canada, il est nécessaire de réviser les statuts et de se plier aux formalités légales qu'exige cette revision.

Nous savons que le bureau de l'Umfia, qui est formé de gens actifs, fera diligence, que les nouveaux statuts seront rédigés dans l'esprit le plus large, permettant à l'Umfia de se développer de plus en plus. Nous savons que son Conseil a de

✦✦

nombreux projets pour la réalisation desquels il a su dès ce jour s'assurer de précieux et puissants concours.

Mais chaque chose viendra à son heure : contentons-nous d'annoncer qu'avant peu l'Umfia, sans perdre sa dénomination primitive qui est universellement connue et qui a fait fortune, deviendra l'Union médicale Latine, et que nous applaudirons à l'entrée officielle de l'Italie et de la Roumanie au sein d'une Association où une place leur est depuis longtemps marquée, sinon dans les statuts, du moins le cœur de tous les Umfistes. Nous féliciterons tout particulièrement le secrétaire général Molinéry qui, l'an dernier, au cours d'un voyage en Italie, s'est fait l'apôtre de l'Umfia et a obtenu de nombreux confrères italiens leur adhésion à l'Association qu'il leur a fait connaître.

1928 verra le couronnement de l'œuvre de Dartigues, réalisée grâce au concours actif de Bandelac de Pariente et de Gaullieur l'Hardy.

Souhaitons donc de tout cœur l'épanouissement prochain de l'Union médicale latine qui restera l'Umfia, nom de baptême que lui donna dans un moment d'heureuse inspiration Gaullieur l'Hardy, nom qui contribua pour une part à son succès et où l'initiale italienne se fond déjà harmonieusement dans l'initiale ibérique.

J. Noir.

***

Samedi 21 janvier 1928, en l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris, l'assemblée générale annuelle de l'Umfia tenait d'importantes assises. Au bureau avaient pris place : MM. Dartigues, président fondateur, accompagné de M. Bandelac de Pariente, vice-président fondateur ; M. R. Molinéry, secrétaire général, rédacteur en chef du *Bulletin* de l'Umfia ; M. Berry, secrétaire adjoint, rédacteur en chef de la *Médecine internationale* ; M. Digeon, trésorier ; M. Dausset, secrétaire des séances.

Membres présents : MM. Glénard, Bruder, de Parrel, du Pasquier, Raymond Torné, Piatot, Garcin, Truelle, Ray Durand-Fardel, Desfosses, Lucien Hahn, Mlle Hahn, Debidour, Pierre Molinéry, Dardel, Gambiès, Vitoux, Maurel, Barbier, David de Prades, Foveau de Courmelles, Dr Baqué, Prost, Pino-Pou (représentant le Vénézuela), Noir, rédacteur en chef du *Concours médical*, Rivière, Rafael Sedano Acosta, Pierre Mourgues, Paul Chaumeil, Jaime de Pariente, Caroli, Zarzicki, Pierra fils, Péribire, Ortega, externe des hôpitaux (Guatemala), etc.

Excusés : MM. Delaunay, L. Roule, Mlle S. Roule, Marc, Saïas, Le Masson, Delalande, Pierra Canale, Thierry, secrétaire général de l'A.G. des médecins français, Germès, Mothe, Cazal-Gamelsy, de Beauchamp, Bécart, Pauchet, Duchesne, etc.

M. le secrétaire général a la parole pour la lecture du procès-verbal de la dernière séance (adopté à l'unanimité). M. Digeon donne l'exposé financier de la Société et fait ressortir l'admirable progression des cotisations. M. Digeon annonce alors que trop absorbé actuellement, il donne sa démission. M. le Président fait applaudir la belle gestion de M. Digeon qui prit une succession difficile et annonce que le Dr David de Prades, trésorier adjoint, est nommé en remplacement de M. Digeon. M. Cambiès est désigné comme trésorier adjoint.

Le secrétaire général met au point la question de la Jeune Umfia. Le Bureau provisoire de ce jeune groupement s'est réuni au siège social et, après avoir adopté les statuts qui lui ont été proposés par le Bureau général, présente à l'assemblée comme président : M. Lapeyre, interne des hôpitaux. Comme vice-présidents : MM. Caroli, interne des hôpitaux ; Jaime de Pariente, externe des hôpitaux ; Marc, externe des hôpitaux ; Paul Chaumeil, étudiant en médecine. Comme secrétaire général : Mlle Suz. Roule est maintenue par acclamations ; M. Pierre Molinéry, secrétaire adjoint. Trésorier, M. Pierre Mourgues, externe des hôpitaux ; Mlle Hahn, externe des hôpitaux, archiviste. Membres du Conseil d'administration : MM. Boudreau, Guillaumat, Jaudin, externes des hôpitaux ; Pierra, Tantin et Roy, étudiants en médecine (*Applaudissements*).

M. Molinéry annonce officiellement à l'assemblée générale que le Ministère des Affaires étrangères a accordé son haut patronage à l'Umfia, que la reconnaissance d'intérêt publique, proposée par les Conseil d'administration, ne sera poursuivie qu'autant que l'A.G. en aura statué (*Approbations unanimes*).

Il est donné lecture d'une lettre du Bureau à M. Albert Thomas, en réponse à une note parue dans le *Temps* du 5 janvier. La Société des Nations établit une vaste enquête pour connaître les sociétés scientifiques qui ont favorisé les échanges de maîtres et d'étudiants. L'Umfia est, depuis 1912, l'une de celles qui a mis à l'ordre du jour de son programme « l'*intercambio de los professores* ».

Entrée de l'Italie dans l'Umfia : Cette importante question qui fut nettement exposée par le secrétaire général, amena une discussion générale où successivement prirent la parole : MM. Bruder, Noir, Foveau de Courmelles, Berry, Desfosses, Garcin, de Parrel, du Pasquier, Digeon. Le Dr Dartigues dirigea les débats avec une très grande autorité et, sur une remarque de M. Digeon, s'appuyant sur les statuts, fit adopter la motion suivante de M. Molinéry :

« L'Union médicale franco-ibéro-américaine (Umfia), réunie statutairement en assemblée générale, décide que le Bureau convoquera dans les délais voulus une assemblée générale extraordinaire en vue de modifier les statuts, afin de faire à l'Italie au sein de notre association, la place qu'elle mérite ; mandate le Bureau pour étudier toutes autres modifications statutaires qu'il jugera utile de présenter à l'assemblée extraordinaire ». (*Applaudissements et approbation unanimes.*)

Dès maintenant, l'assemblée ratifie l'adhésion des professeurs et médecins italiens qui ont donné leur nom à M. Molinéry lors de son voyage en Italie, voyage au cours duquel il exposa le programme de l'Umfia à diverses personnalités.

M. Desfosses donne le compte rendu de la vie du Comité des Dames de l'Umfia qui, sous la présidence de Mme Tuffier, étudie les moyens les plus pratiques de donner le plus de temps possible aux compagnes de nos collègues umfistes venant qui, d'Espagne, qui de République Argentine, etc.

Il est demandé à l'Assemblée générale de ratifier la candidature des 819 membres nouveaux entrés au cours de 1927 dans notre Union. Des félicitations sont votées à MM. Dartigues, Bandelac de Pariente, Turo, à Mlle Roule, à M. Molinéry, à M. Jaime de Pariente, Berry, Reinburg, qui se font, avec de nombreux membres de la Société, les ardents propagandistes de l'Umfia.

L'assemblée donne mandat à MM. Bruder, Livet, Grimberg de choisir les dates des dîners amicaux qui se tiendront en février, avril, octobre ; mai et décembre étant réservés aux grands dîners de printemps et d'automne.

MM. Desfosses, Berry, Glénard, Bandelac de Pariente, Dartigues, exposent le but poursuivi par l'Umfia en créant la *Maison de l'Umfia* qui, en accord avec la presse médicale latine, fera la *Maison de l'Union médicale latine.* (*Applaudissements.*)

L'Umfia est invitée à participer aux fêtes qui doivent célébrer à Tunis le 25e anniversaire de l'arrivée du professeur Nicole à l'Institut Pasteur de notre Protectorat de même que notre Président doit se rendre aux Journées médicales du Maroc.

Après divers échanges de vues sur la marche de notre Union, la séance est levée à 11 heures du soir.

Le secrétaire des séances :

Dr DAUSSET.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUAND ON PENSE SOUVENT A LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ON N'Y PENSE PAS ENCORE ASSEZ

Par M. F.-M. CADENAT

Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

La grossesse extra-utérine domine toute la pathologie gynécologique. C'est surtout en chirurgie d'urgence que cette notion se vérifie, et l'on ne se rend un compte vraiment exact de la fréquence de cette affection que lorsqu'on doit, comme chirurgien de garde, assurer toutes les urgences. On constate alors que par ordre de fréquence l'hématocèle vient en seconde ligne, immédiatement après la hernie étranglée.

Pour diminuer le nombre de ces interventions d'urgence, si graves en période d'anémie aiguë, il faudrait pouvoir diagnostiquer la grossesse extra-utérine avant sa rupture. Or, s'il est facile de reconnaître la lésion lorsqu'elle se présente avec les signes classiques, on risque parfois de commettre de grosses erreurs lorsqu'elle se manifeste par des symptômes un peu atypiques. De semblables confusions exposent non seulement à retarder une intervention opportune, ce qui n'est pas sans danger, mais encore à employer une thérapeutique irrationnelle comme celle qui consiste à faire un curettage de l'utérus lorsque la lésion siège en dehors de cet orgaane.

C'est parce que nous avons vu commettre, ou même commis nous-même, des erreurs de diagnostic, que nous croyons utile de revenir sur ce point. Autrefois notre formule était : chez la femme pensez toujours à la grossesse extra-utérine ». Actuellement nous avons encore accentué cette idée sous la forme inscrite en tête de cet article : « Quand on y pense souvent on n'y pense pas encore assez. » En effet quelqu'averti que nous soyons, il nous est arrivé encore parfois d'en laisser échapper.

Le trépied ectopique.

Douleurs, métrorragies après retard, tumeur juxta-utérine unilatérale, tels sont les trois éléments qui permettent de reconnaître la grossesse extra-utérine.

Une femme d'une trentaine d'années, en pleine période génitale active, a eu un retard de règles plus ou moins important, puis celles-ci sont revenues, mais ce n'est pas du sang pur qui s'écoule, c'est un sang brûnatre, rouillé, mélangé quelquefois de débris membraneux. De plus la malade éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre, douleurs intermittentes et d'intensité variable. Vous faites un toucher et vous constatez que le col est un peu ramolli, l'utérus un peu gros, et, si la malade n'est pas trop grasse vous sentez, à côté de l'utérus, ou plus ou moins prolabée, une tumeur, grosse comme un œuf ou davantage suivant l'âge de la grossesse. Dans le cul-de-sac opposé vous ne trouvez rien de semblable, la tumeur est nettement unilatérale. Le tout sans fièvre. Lorsque le syndrome est aussi net, le diagnostic est évident, mais il est un élément qui manque souvent, soit que la malade s'observe mal, soit qu'elle ait des raisons de cacher sa grossesse, c'est le *retard de règles*. Or c'est ce signe surtout (joint aux autres signes de grossesse) qui va vous permettre de faire le diagnostic. Vous ne perdrez jamais assez de temps à rechercher avec la malade la date de ses dernières règles, à gagner sa confiance, à la convaincre du danger d'une tromperie, pour obtenir ce signe précieux entre tous : un retard ne fût-il que de quelques jours. Si la malade est d'ordinaire bien réglée cette notion d'un retard même léger acquiert une valeur de tout premier ordre.

De même le diagnostic ne se discute pas chez une malade qui se présente avec des signes d'hémorragie interne : chacun connaît l'*hématocèle cataclysmique* et son danger. Mais il est une erreur que l'on commet parfois, c'est de croire que l'irruption, dans la cavité péritonéale, d'une quantité de sang plus ou moins abondante, doit entraîner une contracture de la paroi abdominale. Au contraire le *ventre reste souple*. La pression sur ce ventre douloureux peut à la rigueur provoquer une certaine réaction de défense de la paroi, mais celle-ci n'a rien de comparable à la contracture réflexe que l'on observe dans les péritonites, appendiculaires ou autres. L'absence de contracture ne doit donc pas faire rejeter le diagnostic d'inondation péritonéale, même si les signes d'anémie ne sont pas évidents, et empêcher une opération dont l'ajournement aurait les plus graves conséquences.

A côté de ces cas où le diagnostic est, sinon toujours évident, du moins facile, il en est d'autres, fréquents, où le trépied est boiteux, soit par hypertrophie, soit par absence d'un des éléments qui le constituent, et c'est surtout sur ces cas que je voudrais insister. car il m'a été donné d'en observer un certain nombre.

Formes anormales de la grossesse ectopique.

Nous envisagerons, avec exemples à l'appui, les les cas où l'un des symptômes, prenant une valeur particulière, risque d'entraîner à des erreurs.

I. **Douleurs.** — La douleur dans la grossesse ectopique est le symptôme le plus constant, mais combien variable dans son intensité et sa localisation.

a) Intensité. — S'il est des cas, assez rares, où les douleurs sont discrètes, il en est d'autres au contraire où leur violence même peut être un argument en faveur d'une rupture de grossesse tubaire. En voici un exemple : une femme de 29 ans est amenée dans notre service de Saint-Louis pour des douleurs abdominale vives. La notion de grossesse n'est pas nette, c'est avec peine qu'on parvient à reconnaître un retard de quelques jours .La malade n'a aucune perte. Le ventre est pafaitement souple à la palpation mais dès qu'on le déprime la malade réagit avec violence. J'essaye de la toucher mais elle se défend avec tant d'énergie que je ne poursuis pas plus loin et continue une visite très chargée. Or une heure à peine après, mon interne me la signale comme allant mal. En effet son pouls était très accéléré (130), et si petit, que je décidai une intervention immédiate et trouvai le ventre plein de sang ; la malade guérit d'ailleurs parfaitement. Lors donc qu'on se trouve en présence d'une malade qui, même sans contracture abdominale, s'oppose à l'examen au point qu'on serait tenté de la considérer comme une névropathe, avant d'accepter cette interprétation il importe de mettre cette malade en observation et, à la moindre aggravation, intervenir.

Il faut aussi se défier de certaines accalmies qui peuvent donner à la malade une fausse sécurité. J'ai opéré plusieurs femmes qui, après une période de vives douleurs qualifiées poussées salpingiennes, présentaient une période de rémission pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines. Opérées à l'occasion d'une nouvelle crise, elles présentaient une hématocèle enkystée déjà ancienne et un peu de sang libre dans le ventre. Mais souvent aussi c'est le contraire qui se produit et malgré un traitement par le repos et des injections ou lavements chauds qui auraient amélioré une poussée salpingienne, les malades continuent à souffrir et forcent le bistouri.

b) Localisation. — Rien n'est plus variable que le siège de la douleur dans la grossesse ectopique. Pendant tout le temps où la trompe se distend les malades peuvent souffrir localement, mais, très rapidement, surtout si l'hémorragie intra-

péritonéale est abondante, la douleur peut devenir paradoxale. C'est parfois très haut, dans la région épigastrique, voire même sous le diaphragme et derrière le sternum, que les malades accusent le maximum de douleur. Dans certains cas elles se plaignent surtout de souffrir dans la région de l'hypochondre droit, de l'épaule droite et de la région inter-scapulaire. Je viens d'observer tout récemment un cas de ce genre, d'autant plus troublant qu'il s'agissait d'une matrone mère de 9 enfants vivants. Cette femme avait ressenti la veille vers 10 heures du soir une douleur en coup de poignard qu'elle n'eut guère le temps de localiser car elle tomba aussitôt en syncope. A 11 h. 30 nouvelle syncope, suivie de vomissements. Lorsque je vis la malade le lendemain, à la visite, la malade attirait surtout l'attention sur sa région vésiculaire, et la pression de l'abdomen, en quelque point que ce fût, produisait une irradiation douloureuse dans cette région et dans l'épaule droite. Le toucher lui-même provoquait par la pression du cul-de-sac de Douglas, une douleur que la malade ne localisait pas tant à la région comprimée qu'à l'épaule droite elle-même.

Le diagnostic se fit sur le manque de souplesse de ce cul-de-sac, et surtout sur la notion d'un retard de deux mois. La douleur syncopale présentée la veille venait ajouter un appoint précieux à ce diagnostic que l'opération vérifia.

On se rend compte par ce simple exemple des erreurs graves que l'on peut commettre en traitant comme une vulgaire colique hépatique une malade qui saigne dans son ventre. Les autres erreurs telles qu'*appendicite, ulcère de l'estomac perforé*, ou plus vaguement *péritonite*, sont moins dangereuses puisque l'indication d'opérer est aussi impérieuse. D'ailleurs dans ces derniers cas, il existe une contracture de la paroi qui, comme nous l'avons dit plus haut, ne se retrouve pas dans l'hématocèle non infectée.

Il est un autre syndrome abdominal douloureux qui, lui non plus, ne s'accompagne pas de contracture bien que commandant une intervention d'urgence. Je viens d'en observer un cas à Saint-Louis : devant une malade dont l'arrêt des matières et des gaz était complet, et qui ne présentait ni fièvre, ni contracture, le chirurgien de garde fit le diagnostic d'*occlusion intestinale*. Erreur très excusable et sans gravité puisque la malade fut opérée sur-le-champ. Mais elle présentait une rupture tubaire et les signes d'occlusion étaient purement réflexes.

II. Métrorragies. — La première idée qui vient à l'esprit lorsqu'une femme, après un retard plus ou moins long présente des pertes continuelles est de croire à un *avortement* avec rétention placentaire. L'erreur est d'autant plus facile que la malade est souvent très précise dans ses descriptions. Elle a expulsé une fausse caduque qui, l'imagination aidant, peut faire croire à l'expulsion d'un œuf. De là à poser l'indication d'un curettage il n'y a qu'un pas, et, de fait, certaines malades arrivent à l'hôpital après avoir subi en ville un curettage qui n'a guère diminué les pertes et qui a souvent augmenté les douleurs. Aussi faut-il, en pareil cas ne se décider à un curettage qu'après avoir pratiqué un toucher avec l'idée préconçue de découvrir, à côté de cet utérus toujours un peu gros, une masse légèrement sensible. Nous allons dire dans un moment les caractères particuliers de cette masse, et la manière de la distinguer d'une annexite, mais dans aucun de ces cas il ne faut faire le curettage. S'il s'agit d'une grossesse tubaire le curettage est inutile et dangereux ; si la masse perçue par le toucher est une annexite refroidie, on risque en traumatisant la muqueuse utérine de réchauffer les lésions annexielles. Si le diagnostic de grossesse semble certain, il faut intervenir par l'abdomen. Si au contraire un doute persiste, on mettra la malade en observation pour intervenir à la moindre alerte.

III. Tumeur juxta-utérine. — Le caractère essentiel d'une grossesse extra-utérine est d'être *unilatérale*. Au contraire, les lésions annexielles inflammatoires sont le plus souvent bilatérales, un côté l'emportant cependant sur l'autre. De plus une grossesse ampullaire augmente progressivement et assez rapidement de volume, même si la malade subit le traitement de repos et d'injections et lavements chauds qui devrait avoir une heureuse influence sur des lésions inflammatoires.

On comprend que chez une malade mal réglée, un *petit kyste de l'ovaire*, unilatéral lui aussi, puisse être pris pour un hématosalpinx, surtout s'il présente au niveau de son pédicule de légers accidents de torsion. Mais dans les deux cas la malade doit être opérée sans délai.

Il est plus rare de confondre un *fibrome* et une hématocèle enkystée. Je m'y suis pourtant laissé tromper dans les circonstances suivantes : Une femme d'une quarantaine d'année vient me consulter pour des métrorragies datant de plusieurs mois. Mon attention est immédiatement attirée par une voussure siégeant au-dessus du pubis et remontant jusque trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur était dure et mate à la percussion ; au toucher il était impossible de sentir à côté d'elle le corps utérin, et d'autre part cette masse, perceptible tout autour du col, ne bombait pas particulièrement dans le Douglas. La malade n'accusait pas de retard, et j'avoue qu'en présence d'une tumeur aussi régulière je n'hésitai pas sur le diagnostic de fibrome. Or, il s'agissait d'une hématocèle enkystée. L'épiploon limitait par ses adhérences un hématome dû à la rupture de la trompe droite et des adhérences, probablement anciennes, avaient cloisonné le

Douglas et empêché le sang de s'épancher de ce côté, comme cela est la règle. J'aurais pû éviter l'erreur en faisant un cathétérisme de la cavité utérine. L'hystérométrie est dans les cas douteux un moyen de diagnostic précieux. En interogeant après coup la malade, j'arrivai à lui faire reconnaître que deux mois auparavant elle avait souffert du ventre, mais sans que la douleur fût suffisante pour lui faire interrompre son travail.

Un diagnostic des plus délicats et qu'on ne peut faire que rarement est celui de *grossesse angulaire* et de grossesse isthmique. Il faut que la malade soit particulièrement facile à examiner pour qu'on puisse apprécier le signe d'après lequel la trompe gravide se déplacerait en bas et en arrière, tandis que la corne utérine se déplace en avant et latéralement lorsqu'elle est elle-même le siège de la grossesse. C'est bien plutôt l'évolution qui fera faire le diagnostic : dans la grossesse angulaire, la déformation diminuera avec le développement de l'utérus, en cas de grossesse tubaire au contraire elle s'accentuera jusqu'à la rupture.

IV. **Fièvre.** — Normalement, la grossesse extra-utérine évolue sans température ; mais il n'est pas rare que le sang qui s'est épanché dans l'abdomen s'infecte au contact de lésions annexielles ou pour toute autre raison. De sorte que si l'absence de température est un signe en faveur de la grossesse ectopique contre le diagnostic d'annexite, la réciproque n'est pas vraie, et il ne faudrait pas rejeter ce diagnostic de la simple constatation d'une ascension thermique, La température peut monter à 38°5 et 39. Je viens d'opérer une malade qui présentait une collection bombant dans le Douglas et dont la température dépassait 40. Or par colpotomie j'évacuai la valeur d'un verre à Bordeaux d'un liquide rosé sans odeur. La température revint à la normale dès le surlendemain. Il s'agissait donc d'une collection très septique, et son aspect en signait l'origine, chez une malade qui, d'ailleurs, avait un retard de quinze jours. La ponction du Douglas aurait pu nous renseigner sur la nature de l'épanchement ; elle n'aurait rien changé à la thérapeutique. Il fallait opérer immédiatement et par voie basse puisque la collection faisait saillie dans le vagin.

Traitement.

Sans vouloir entrer dans des détails techniques qui sortiraient du cadre de cet article, il est quelques points qui méritent d'être énoncés.

Il n'y a pas de traitement médical de la grossesse extra-utérine. L'opération doit être précoce, abdominale, conservatrice.

En principe donc, opérer tôt, dès le diagnostic fait et avant que la trompe ne se soit rompue. Faire une laparotomie qui seule permettra de se rendre un compte exact des lésions et d'être conservateur au maximum. En effet l'utérus sera toujours conservé, sauf dans certains cas de grossesses interstitielles où l'hémostase semblera incertaine. Seule la trompe malade sera enlevée ; si l'ovaire peut être facilement conservé on le laissera en place. On pourra même, après l'avoir délivrée de son contenu, conserver la trompe gravide si la trompe opposée a déjà été enlevée et si la malade désire avoir des enfants. Cotte a observé une grossesse normale chez une malade à laquelle Patel avait fait dans ces conditions une opération conservatrice. Il importe cependant que la malade soit mise au courant des dangers que lui font courir une chirurgie aussi conservatrice comme en témoigne cette observation de Keller de grossesses tubaires récidivantes dans la même trompe. Dans tous les cas, il est inutile de draîner même si le ventre est plein de sang. Le tube « de prudence » que certains chirurgiens placent pendant 24 ou 48 heures, est plus dangereux qu'utile, puisqu'il laisse une porte ouverte sur un milieu particulièrement sensible à l'infection.

Tout ceci s'entend lorsque la malade n'a pas de fièvre et lorsque son état général ne commande pas une intervention rapide et minima. Lorsque la température est élevée, il faut opérer en deux temps : évacuer par colpotomie la collection qui bombe dans le Douglas, et, plus tard, en période d'apyrexie, enlever par laparotomie la paroi de la poche. Le tamponnement de Mickulicz est dans les opérations particulièrement laborieuses le moyen le plus sûr que nous ayons d'assurer, l'hémostase de surfaces suintantes impossibles à péritoniser, et d'écarter d'un foyer septique les anses intestinales.

Et chez les malades qu'une hémorragie a profondément anémiées, médecin et chirurgien se rappelleront qu'ils ont dans la transfusion sanguine un moyen héroïque de préparer les malades avant l'intervention ou de les aider à supporter le choc opératoire lorsque celle-ci est terminée.

CLINIQUE MÉDICALE

Caractères cliniques de l'emphysème.

D'après une leçon du Pr BEZANÇON (1).

Les grands cliniciens, à la suite de Laennec, avaient constitué le type nosographique de l'emphysème dont ils avaient fait une véritable maladie. La lésion macroscopique était caractérisée par une hypertrophie au moins apparente des poumons ; les lésions histologiques, par la destruction des fibres élastiques, l'altération des vaisseaux, la raréfaction des parois des alvéoles qui finissaient par communiquer les unes avec les autres et par constituer un véritable kyste du poumon.

Les signes cliniques étaient caractérisés par une voussure générale de la paroi thoracique, par du silence respiratoire, et surtout par la dyspnée.

Aujourd'hui, on peut se demander s'il existe bien un emphysème-maladie, l'emphysème constitutionnel des auteurs, ou bien s'il n'existe qu'un emphysème-syndrome. La question, d'ailleurs, a perdu beaucoup de son importance depuis que nos conceptions se sont modifiées sur la nature des maladies en général. Ce qui est beaucoup plus important et intéressant au point de vue pratique, et notamment pour les indications thérapeutiques, c'est de faire la démarcation entre toutes les causes qui peuvent déterminer l'oppression. C'est ce qu'a bien conçu M. Célice, dans sa thèse intitulée : « Les facteurs de dyspnée dans les scléroses pulmonaires et l'emphysème. »

Autrefois, le diagnostic clinique de l'emphysème reposait essentiellement sur l'aspect de l'emphysémateux (gros thorax, homme anhélant, diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles sibilants et ronflants). Aujourd'hui, nous avons une méthode qui nous permet d'explorer la cavité thoracique, le véritable thorax, le thorax respiratoire. Beaucoup de ces gros thorax, en réalité, ne sont pas des grandes cavités respiratoires. Selon l'expression de Leven, on voit des petites cavités respiratoires avec de gros abdomens.

L'examen radiologique a transformé la question de l'emphysème, car s'il y a des cas simples, comme celui de différencier d'un emphysémateux un gros obèse hypertendu, il en est d'autres plus difficiles, et de grosses lésions de tuberculose pulmonaire caverneuse ou scléreuse, cachées par l'emphysème, peuvent n'apparaître que sous les rayons X. Il faut bien savoir que l'auscultation et la percussion dans ces cas, si intéressantes qu'elles soient ordinairement, ne donnent que des renseignements extrêmement médiocres.

De même il peut y avoir des erreurs grossières dues à des apparences morphologiques, si intéressantes qu'elles soient. On verra souvent des individus ayant une apparence athlétique, un gros thorax, très bien développé, parce qu'ils ont une belle musculature. Cependant ils n'ont pas la cage thoracique altérée. Tous les gros thorax ne sont pas des emphysémateux. Des obèses et des sujets à développement thoracique d'un type particulier, ou présentant une musculature développée, pourraient être pris pour des emphysémateux.

Les services donnés par l'exploration radiologique sont donc considérables. Elle montre que l'emphysémateux a réellement une cage respiratoire très développée, dans tous ses diamètres, aussi bien dans le diamètre transversal que dans l'antéro-postérieur et le vertical.

En second lieu, les côtes, au lieu de présenter leur obliquité ordinaire, prennent un aspect horizontal, comme si le sujet était en inspiration permanente. En même temps, les espaces intercostaux semblent élargis. On doit penser que la quantité d'air étant plus considérable dans les alvéoles, un autre symptôme doit être la clarté exagérée, et, sur les négatifs, le noir exagéré. Il faut remarquer que les cas où l'on a cet aspect sont relativement rares. On voit souvent des parties plus opaques, donnant l'impression d'îlots d'emphysème.

C'est que, le plus souvent, à l'emphysème s'ajoutent d'autres lésions — sclérose pulmonaire par exemple — d'où un aspect grisaillé du thorax. Il y aura, dans d'autres cas, des points de clarté particuliers, soit aux sommets, ce qui n'est pas très fréquent, soit, beaucoup plus souvent, au niveau des bases, ou bien dans la partie moyenne du lobe inférieur, un peu au-dessus du diaphragme ; soit au niveau du médiastin, indiquant l'emphysème du bord du poumon.

Un autre symptôme décrit souvent par les auteurs comme caractéristique de l'emphysème, est l'uniformité de clarté dans les mouvements respiratoires et à la toux.

En oblique, on pourra constater une clarté insolite de la région rétro-sternale et pré-cardiaque, correspondant à la distension emphysémateuse de la languette pulmonaire.

Dans ces îlots de clarté, il est plus difficile de voir les lésions de condensation, et il est néces-

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine le 25 novembre 1927, recueillie par le Dr LAPORTE.

saire d'associer à l'examen radioscopique l'examen radiographique.

On doit compléter ces recherches par un orthodiagramme des cavités cardiaques et de l'aorte. L'emphysème et la sclérose pulmonaire souvent associées ont pour résultat d'entraîner des altérations du cœur droit qui entrent pour beaucoup dans la symptomatologie de l'emphysème, et dans son pronostic.

Cet examen permettra de fixer l'état de la colonne vertébrale. La scoliose est souvent une cause de gêne respiratoire et parfois d'emphysème secondaire.

Dans un grand nombre de cas, on trouvera simplement des troubles dynamiques : au moment de l'inspiration, l'absence de soulèvement des côtes, un soulèvement en masse de toute la paroi thoracique, ou même, dans certains cas, un véritable thorax immobile, avec non fonctionnement du diaphragme.

On sait que Freund a apporté une théorie basée sur les observations suivantes. Chez certains individus, les cartilages costaux sont capables de s'ossifier ; il en résulterait une rigidité du thorax et des modifications du type de l'emphysème. Cette ossification se fait, d'ordinaire, extrêmement tardivement ; c'est un phénomène de sénilité, qui, chez certains sujets, est plus précoce et qui chez d'autres ne se produit jamais. Cette ossification, pour Freund, était précédée d'une période d'irritation du cartilage, amenant une modification dans la courbure et un allongement de la côte, de sorte que la cavité thoracique prendrait l'aspect circulaire. De la théorie de Freund on a déduit la résection costale comme thérapeutique de certains emphysémateux graves.

M. Ameuille, en 1908, dans sa thèse, a fait une étude très complète des altérations des cartilages costaux dans l'emphysème. Douay, en 1914, a constaté ces altérations chez des individus âgés, emphysémateux et non emphysémateux. Il est donc impossible de lier la question de l'emphysème exclusivement à la question de l'ossification des cartilages costaux.

Cette ossification peut être précoce. M. Célice a observé un malade de 20 ans, et j'ai observé personnellement une jeune fille de 19 ans, qui avait une ossification complète des cartilages costaux. Elle n'avait pas trace d'emphysème. C'était une ptosique généralisée.

Il est indiscutable que cette rigiidité thoracique joue un rôle extrêmement important et que beaucoup d'emphysémateux ont des thorax rigides.

Les thorax rigides peuvent se diviser en deux catégories : ceux à immobilité complète, et ceux n'ayant de gêne que pour l'expansion antéro-postérieure et l'expansion latérale. Mais la rigidité la plus importante réside dans l'absence d'élévation et d'abaissement du diaphragme.

On peut rechercher ces modifications en clinique, en étudiant le soulèvement abdominal au moment de l'inspiration. Parmi les sujets à thorax rigide, ceux qui ont conservé le jeu du diaphragme sont extrêmement peu gênés. On connaît la vieille expérience de Mosso : un lapin anesthésié, suspendu verticalement, cesse de respirer, car le diaphragme n'a plus de point d'appui ; Fr. Frank a reproduit des expériences analogues chez le chien, et a signalé l'importance des ptoses abdominales. Glénard père, de Vichy, a montré que les ptoses abdominales entraînent une gêne au fonctionnement du diaphragme.

On a dit que la rigidité thoracique pouvait tenir à des lésions articulaires. D'autres ont dit qu'elle était due à l'atrophie musculaire. M. Célice, dans sa thèse, pense que les atrophies musculaires sont plutôt secondaires à l'immobilité de l'individu. Il est intéressant de rechercher si les muscles présentent une tendance à la contracture, ou de l'atrophie. Du fait des lésions emphysémateuses, ces sujets arrivent à avoir des susceptibilités nerveuses, peut-être du côté du pneumogastrique, qui les rendent sensibles, à la manière de certains asthmatiques, à toute une série de manifestations extérieures.

Même au point de vue anatomique, le mot emphysème peut s'appliquer soit à la distension des alvéoles, soit à l'état que Laennec avait appelé l'hypertrophie fonctionnelle du poumon. D'après Tripier, on voit souvent chez les tuberculeux un emphysème des bases ; Gouget, dans la *Presse médicale*, a rapporté une série d'expériences, par exemple, celle-ci : chez le lapin, cinq jours après l'ablation du poumon droit, on voit déjà une hypertrophie du poumon gauche. Six semaines après, le poumon gauche a le volume des deux poumons normaux.

On voit, après la pneumectomie, après une phase d'emphysème, se produire une prolifération du parenchyme pulmonaire, et le poumon laissé suffit à assurer pleinement la fonction respiratoire. M. Célice, dans son étude sur « l'emphysème et l'hypertrophie du poumon », rappelle une expérience curieuse de Vacek. Cet auteur a mis des souris dans une atsmosphère contenant très peu d'oxygène, donc dans des conditions d'anoxhémie, et a vu ces animaux ne rester dyspnéiques que pendant peu de temps ; la structure du poumon s'étant modifiée, a fait rapidement cesser la dyspnée. Il y avait une dilatation considérable des capillaires, et une véritable hypertrophie des poumons. Mariot, Dumarest et Lelong ont montré, au moyen des études spiroscopiques, chez les individus ayant un pneumothorax, que la dyspnée existe assez forte au début, puis va en diminuant, cependant que la capacité vitale du poumon augmente progressivement, parce que le poumon du côté

opposé supplée à l'absent. Donc, à côté de l'emphysème-lésion, il y a l'emphysème fonctionnel, ou mieux l'hypertrophie fonctionnelle du poumon. Chez l'emphysémateux lui-même, il peut se développer, soit spontanément, soit par l'éducation, soit par la thérapeutique, une hypertrophie fonctionnelle.

C'est pourquoi, il est nécessaire de se rendre compte de la manière dont un sujet respire, en cherchant, non pas son périmètre thoracique, mais ce qu'on appelle l'indice respiratoire ; chez le sujet normal, il y a environ 7 cm. d'écart entre l'inspiration maxima et l'expiration maxima. On peut mesurer chaque hémithorax en se servant du centimètre symétrique (Rosenthal). On peut encore recourir aux méthodes graphiques de Langlois et de Marey, mais le plus utile est l'étude de ce qu'on appelle la capacité vitale, réunion de ces trois éléments, l'air courant, l'air de réserve, et l'air complémentaire. L'indice respiratoire est le rapport de l'air courant (500 cc.) à la capacité vitale (3.500 cc.), qui est 0,142 à l'état normal.

On pourrait se servir aussi du masque de Pesch pour étudier le débit respiratoire, c'est-à-dire la quantité d'air qui pénètre dans l'organisme dans l'unité de temps.

L'orientation actuelle est plutôt dans l'étude, non plus du mécanisme respiratoire, mais de la fonction chimique, c'est-à-dire la recherche du quotient respiratoire et de la quantité de CO^2 dans l'air alvéolaire.

A ces données, il faudra toujours ajouter les renseignements fournis par l'état général du malade, la recherche des végétations adénoïdes, des déformations nasales, des déformations rachitiques, qui jouent souvent un rôle important, celle des dystrophies générales du tissu élastique, des ptoses abdominales, des hernies multiples, des troubles cutanés, des manifestations de la diathèse dite arthritique.

NÉCESSITÉ D'UNE ÉDUCATION PRÉCOCE CHEZ LES ENFANTS SOURDS-MUETS (1)

Par Mlle le Dr Hoffer,

Professeur de l'Université de Paris.

V

Au risque de mériter le reproche de nous répéter trop souvent, notre intention est d'attirer encore l'attention de nos confrères sur la nécessité de faire comprendre aux parents du petit sourd-muet que l'éducation de celui-ci ne saurait être commencée trop tôt.

Le petit sourd, en effet, de par son infirmité et quelle que soit son intelligence, aura toujours un retard de développement intellectuel sur les enfants entendant normalement ; il ne faut pas augmenter ce retard en négligeant son éducation première et en commençant à s'occuper de lui à 7 ans, alors qu'il peut tant apprendre avant cette époque.

Qui s'occupera de cette éducation première ? Répondons sans hésiter : la maman, ou à son défaut, une institutrice dévouée, guidée et conseillée par l'éducateur spécialisé. Qu'on ne nous dise pas que la mère en est incapable. A notre avis, au contraire, c'est elle qui, mieux que personne — à condition qu'elle soit dirigée — pourra mener à bien cette œuvre de tous les instants.

L'éducation des sourds-muets, telle que nous la comprenons, doit commencer le plus tôt possible, dès l'âge de 2 ans si l'enfant est intelligent. Or qui, sauf la maman, peut à cet âge s'occuper avec efficacité du bébé ? Qui peut dans cette éducation continuelle faire preuve plus qu'elle de patience, de dévouement, de compréhension ?

Le petit sourd-muet est un infirme et comme tel il nécessite plus de soins, plus d'amour que l'enfant normal.

Parmi les meilleurs résultats que nous ayons enregistrés l'année dernière dans notre *Centre de rééducation*, nous notons ceux dus à la collaboration d'une maman de condition très modeste, peu instruite, qui exécutant scrupuleusement nos consignes a fait travailler sa petite fille sourde-muette ; nos prévisions les plus optimistes ont été dépassées.

Soins médicaux à donner à l'enfant sourd-muet.

Non seulement le petit sourd-muet est un infirme de la parole, mais le plus souvent, du moins dans sa première enfance, c'est un bébé délicat qui a besoin d'être suivi de très près. Tout traitement améliorant son état général le disposera à être démutisé plus facilement.

Traitement anti-syphilitique s'il s'agit d'une surdité d'origine spécifique, traitement reconstituant dans le cas de rachitisme, surveillance étroite de l'appareil respiratoire qui doit jouer un rôle capital dans le travail de démutisation, sur-

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique* du Dr de Parrel, v. *Concours Médical* nos 2, 3, 4, 5, 1928.

veillance non moins attentive du fonctionnement si souvent anormal des glandes endocrines. Aucun des soins médicaux dont on entourera l'enfance du petit sourd-muet ne sera perdu pour le travail délicat de démutisation et pour la rééducation de l'oreille. De plus, le petit sourd-muet doit être tout particulièrement suivi au point de vue oto-rhino-laryngologique : il faut tarir chez lui les suppurations de l'oreille moyenne avant qu'elles n'aggravent les lésions déjà existantes. Il y a urgence chez ces enfants à maintenir libres les voies aériennes.

Gymnastique respiratoire.

N'oublions pas que l'enfant sourd-muet n'exerce pas comme l'entendant ses organes respiratoires. Ceux-ci en effet servent chez l'homme et chez certains animaux non seulement à l'acte de la respiration, mais encore à la production de la voix. Or, dès l'âge le plus tendre, l'entendant apprend à se servir de ses poumons, de ses bronches, ou pour mieux dire de sa soufflerie pulmonaire en vue de la parole. Il apprend empiriquement à la doser, la diminuant, l'augmentant suivant ses besoins. Ce travail de tous les instants fortifie et assouplit les poumons, les bronches, les cordes vocales aussi bien que les muscles du cou et du tronc.

Rien de tout ce travail ne se fait chez le petit sourd-muet, qui, si l'on n'y veille, respire mal et insuffisamment.

Il est donc de toute nécessité de le soumettre à une gymnastique respiratoire méthodique. Des exercices amusants et faciles pour les tout petits arrivent à ce résultat. Il n'est pas question bien entendu, à 2 ans, de mouvements coordonnés des bras et d'inspirations volontaires rythmées, mais de jeux qui amusent le bébé l'obligeant à prendre de profondes inspirations et le forçant, sans qu'il s'en doute, à des expirations lentes et mesurées, conditions indispensables pour l'acte de la parole.

Continuons notre comparaison de l'enfant sourd-muet avec le petit entendant. Non seulement celui-ci fait agir sans cesse, grâce à une variété infinie de cris et d'appels, sa soufflerie pulmonaire, mais encore, et très tôt, il prépare inconsciemment ses organes phonateurs à la parole articulée. Le balbutiement du poupon dans les bras de sa mère est l'ébauche informe, le moule grossier d'où sortiront voyelles et consonnes. Ce balbutiement qui fait la joie de son entourage n'est en effet que l'imitation maladroite et charmante des sons de la parole qu'il entend mal. Il a pour résultat de fortifier, d'assouplir les organes qui, plus tard, vont produire le langage articulé, c'est-à-dire le voile du palais, les parois du pharynx, la langue, le maxillaire inférieur et les lèvres.

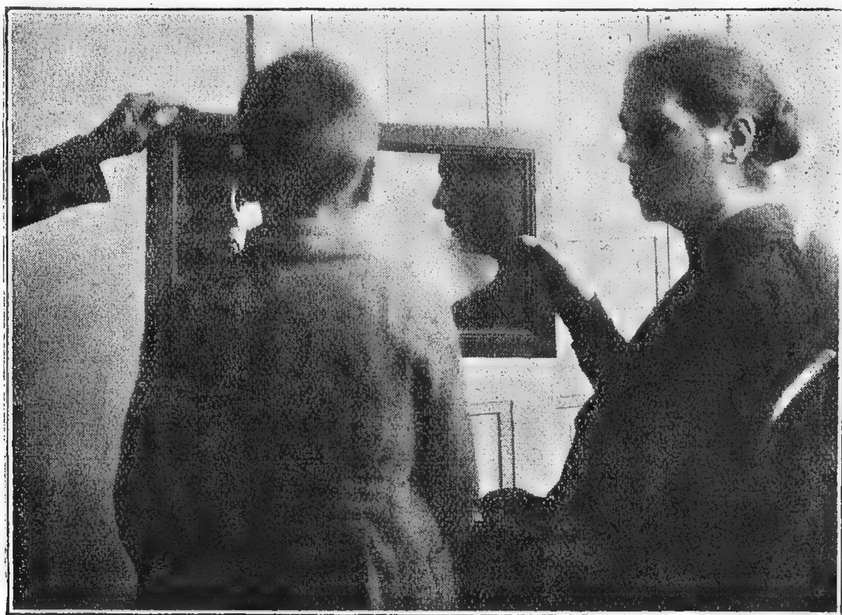


FIG. 8. — Exercice d'imitation des mouvements de lèvres du maître devant la glace.

L'enfant sourd ne balbutie pas. N'entendant ou entendant insuffisamment la voix des personnes qui l'entourent, il ne cherche pas à l'imiter et il grandit sans développer ni assouplir l'ensemble des muscles dont il aura cependant besoin pour parler.

Or pourquoi remettre à plus tard toute cette gymnastique assouplissante que les enfants les plus jeunes sont heureux de faire ? Nous n'avons

éprouvé aucune difficulté à faire exécuter à de tous petits bébés toute la série des grimaces, des mouvements des lèvres, de la langue, des mâchoires, nécessaires pour entraîner ces organes et leur donner de l'agilité. Au contraire, nous avons remarqué que plus l'enfant est jeune, plus il se livre volontiers à cette mimique utile. A 6 ou 7 ans, l'enfant est généralement plus timide et moins docile ; ses organes sont moins souples.

Or cette gymnastique imitative a une importance de tout premier ordre, car non seulement elle assouplit les organes, mais elle habitue l'enfant à diriger son attention sur la bouche et le visage des gens qui l'entourent, première ébauche du travail de lecture sur les lèvres.

l'enfant apprendra à reconnaître. A condition de faire cet enseignement sous forme de jeux avec des images appropriées, on arrive à des résultats qui récompensent les efforts des éducateurs.

Education sensorielle.

Tous les sens peuvent et doivent être éduqués pour servir de béquilles à l'ouïe déficiente. Le toucher, s'il est exercé avec méthode, donnera au petit sourd de précieux renseignements sur les vibrations du larynx, des lèvres, de la voûte cranienne dans la production des sons et dans leur localisation.

La vue bien entraînée, discernera peu à peu des détails de plus en plus délicats dans le jeu

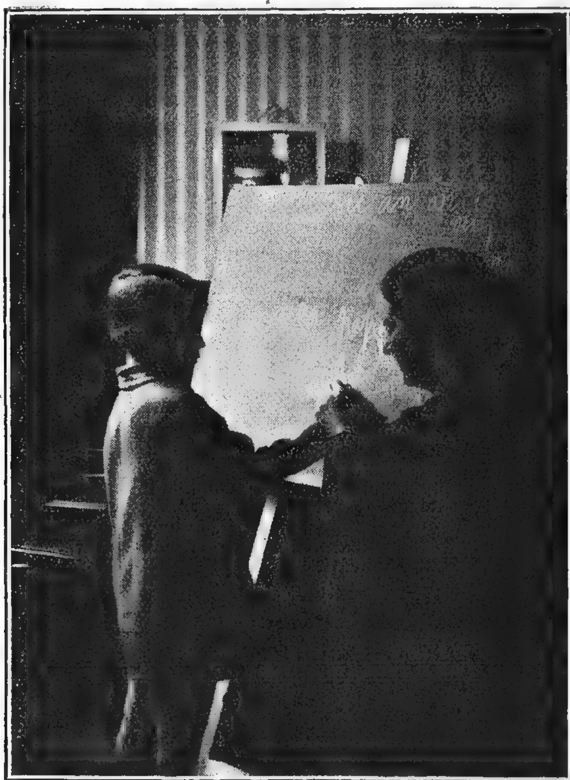


Fig. 9. — L'enfant sourd-muet apprend à écrire *papa* sur le tableau.

La lecture sur les lèvres.

C'est d'elle que dépend tout l'avenir de l'enfant sourd-muet. C'est grâce à elle, en effet, qu'on le démutisera ; grâce à elle encore qu'on fera son éducation auditive. Le sourd-muet, en effet, qui n'a pas des restes auditifs importants ne peut apprendre à entendre qu'après avoir appris à parler, donc à lire sur les lèvres.

Or la lecture sur les lèvres ne saurait être commencée trop tôt, du moins sous sa forme synthétique et globale. La maman répètera sans se lasser tous les jours, et plusieurs fois par jour, les mêmes mots, les mêmes phrases simples que

des muscles de la face et des lèvres en particulier.

L'éducation sensorielle des enfants devrait être très précoce.

Chez les enfants normaux, elle est commencée — à notre avis — beaucoup trop tard. A plus forte raison chez les petits sourds-muets, dont l'éducation est nécessairement plus longue que celle des petits entendants et qui, plus que ces derniers, ont besoin de s'aider de tous leurs sens pour suppléer à leur audition déficiente ou absente.

« Les enfants jeunes, dit Mendousse (1), ont la

(1) *Du dressage à l'éducation*, Alcan 1910.

mémoire des mouvements, il faut constituer chez eux des automatismes physiques ; plus tard l'incoordination psycho-physiologique est plus marquée, l'accommodation des réponses motrices est moins précise, la mémoire des images cinesthésiques diminue... aussi doit-on considérer comme perdu sans remède le temps qu'on laisse écouler sans initier l'écolier à la technique de la musique, du dessin »..., nous ajoutons de la parole au sourd-muet.

Conclusion.

Le petit infirme de l'ouïe a besoin, plus que l'entendant, d'être l'objet de soins constants et d'une éducation spéciale qu'il estde toute nécessité de commencer aussitôt que possible. Nous ne pouvons donner un âge précis pour tous les enfants dont les uns sont beaucoup plus développés que les autres à égalité d'âge.

La Tribune médico-scientifique des Abonnés

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA TUBERCULOSE DANS LA GROSSESSE

Par le Dr Bayle, de Cannes.

Depuis longtemps déjà, toutes les fois qu'il est traité de la question de la tuberculose dans la grossesse on a en vue uniquement la question de l'opportunité de l'avortement provoqué.

Comme cette question est à tous points de vue éminemment discutable, les auteurs sont partagés en deux camps, les interventionnistes et les non-interventionnistes ; mais, combien il est plus intéressant de pouvoir, dans la plupart des cas, améliorer et même guérir la femme enceinte atteinte de tuberculose sans avoir à poser les indications d'une intervention toujours contestable, rarement efficace.

Or, des statistiques établies sur les résultats d'un grand nombre d'auteurs par Bar, Rist, Léon Bernard, Mazet, il résulte que l'aggravation notable de la tuberculose par la grossesse est, en dehors de certaines formes fibreuses, une chose indubitable.

Bar note 55 décès sur 400 cas au cours du mois qui a suivi l'accouchement, en remarquant que ce nombre eût dépassé la centaine si l'on avait tenu compte des femmes qui ont quitté le service pour aller mourir chez elles.

Essen Möller donne une mortalité de 30 % après la délivrance.

Sur 327 observations de femmes tuberculeuses dont 166 en état de grossesse, 55 ont vu leur maladie débuter à l'occasion de la grossesse (Léon Bernard).

Sur 138 observations de Rist (rapport présenté à Lausanne), on peut dans 75 cas rattacher le commencement de la tuberculose à la grossesse, aux suites de couches ou à un allaitement.

Bar et Devraigne ont, d'autre part, constaté une diminution des anticorps vers le dernier mois de la grossesse, fait bien en rapport avec l'aggravation de la tuberculose.

Tous ces faits établissent d'une manière nette la gravité exceptionnelle de la tuberculose chez la femme enceinte.

En présence de cette gravité, il faudra redoubler d'attention pour prévenir la tuberculose chez toutes les femmes enceintes que l'on peut croire prédisposées ou en état de réceptivité.

Il faudra, dans le cas de tuberculose confirmée, appliquer le traitement d.une manière précoce, énergique et judicieuse.

Le praticien n'est pas désarmé : il possède à l'heure actuelle des moyens suffisants : évidemment les principes du traitement seront les mêmes que pour la généralité des tuberculeux ; mais, ainsi que je l'ai montré dans de précédents articles sur le traitement de la tuberculose, pour tirer d'un organisme tout ce qu'il peut donner, il faut tenir compte de tous les éléments, en un mot savoir adapter.

La grossesse est un état spécial, qui amène des conditions spéciales ; là, plus que dans tout autre état, il faut en tenir compte, c'est cette adaptation que je vais essayer d'exposer dans le présent article.

I. — Conditions spéciales inhérentes à la grossesse.

C'est qu'en effet la femme enceinte se trouve dans des conditions tout à fait spéciales : cette femme, qui va former en son sein un être nouveau et qui a besoin pour cela de toutes les forces de son organisme, va se trouver, du fait de sa grossesse, dans les plus mauvaises conditions possibles, conditions qui sont susceptibles de retentir gravement sur son état général et sur l'évolution des lésions tuberculeuses.

Ce sont d'abord les troubles réflexes des premiers mois, palpitations, vertiges, nausées, vomissements souvent rebelles, parfois incoercibles ; plus tard, les troubles de compression agissant sur l'intestin, l'estomac, provoquant des stases qui retentissent sur le foie.

Il y a en outre des troubles de la respiration et du surmenage du cœur.

Ce dernier point a été bien mis en lumière par des recherches récentes. Gammeltoft (C.R. de la Société de biol., Paris, 1926, tome XCIV p. 1099) nous apprend que le débit cardiaque par minute augmente pendant la gestation. Tandis que la moyenne extra gravidique exprimée en litres est de 3,65, les chiffres gravidiques ont toujours été supérieurs à 4 et parfois ont atteint 5,8.

Un cas suivi avant et après la gestation a montré une augmentation régulière jusqu'à 34 semaines, puis une baisse relative.

L'auteur attribue ce phénomène à une augmentation du métabolisme et surtout à l'accroissement de la masse sanguine.

Jensen et Norgaard (C.R. de la Soc. de Biol., Paris 1926, tome XCIV, p. 1213) ont démontré que sur 239 femmes enceintes saines, 39 présentaient des troubles fonctionnels et parfois de l'insuffisance valvulaire momentanée. Chez beaucoup de femmes avant l'accouchement, on peut voir le pouls veineux et chez 40 % il y a des extrasystoles.

Des röntgenocardiogrammes et des électrocardiogrammes pris sur les 200 femmes sans troubles et sur les 39 autres ont montré que dans 50 % des cas il y a hypertrophie cardiaque ou dilatation.

J'ai tenu à apporter ici, sur ce point laissé longtemps assez vague dans la clinique, ces précisions impressionnantes.

Il y a souvent dès le début, une constipation rebelle qui crée un état d'intoxication.

Ajoutons qu'il y a souvent de la déminéralisation, un certain degré d'anémie et parfois de l'albuminurie.

Les conséquences de ces conditions sont faciles à déduire.

La tuberculeuse enceinte aura souvent des troubles digestifs avec un estomac intolérant et un foie insuffisant.

Constipée elle sera intoxiquée : le foie dont une des principales fonctions est de détruire les poisons sera surmené : cette intoxication commandera donc l'insuffisance du foie.

De toutes ces conditions il se dégage des indications spéciales que nous verrons au fur et à mesure de l'exposé du traitement.

Il se dégage dès à présent les points suivants :
a) la tuberculeuse enceinte est une anémiée chez qui il conviendra de pousser l'hématopoïèse : on améliorera ainsi les conditions de tous les tissus ; on diminuera l'intoxication, on atténuera le surmenage des poumons et du cœur puisqu'avec un plus grand nombre d'hématies et un taux supérieur d'hémoglobine, la surface oxydante du sang se trouvera accrue et qu'un nombre moindre de respirations et de contractions cardiaques seront nécessaires pour la même oxygénation du sang ;

b) C'est une malade dont l'estomac sera à ménager : on donnera de préférence des aliments de grande digestibilité répartis par petits repas suffisamment espacés ;

c) C'est une intoxiquée chez qui plus que chez une autre, il faudra se défier de la suralimentation et de l'excès d'aliments albuminoïdes et chez laquelle il faudra toujours avoir l'œil sur le foie et les reins ;

d) C'est une insuffisante hépatique à qui il faudra donner le régime approprié et parfois un traitement s'adressant au foie ;

e) C'est une malade chez qui il faudra parfois, par périodes, concilier tout cela avec un traitement s'adressant à l'albuminurie ;

f) Les palpitations du début et le surmenage cardiaque de la fin, la présence fréquente de varices indiqueront là plus que partout ailleurs le repos.

g) La constipation, cause d'intoxication, devra être combattue avec constance et par des moyens doux.

Enfin il faudra, sous peine d'avoir une alimentation insuffisante, concilier tout cela avec les goûts capricieux de la femme enceinte. C'est dire qu'il n'est pas trop dans ces cas du savoir, de l'art et de la sagacité du praticien.

La base du traitement sera l'opothérapie splénique *qui s'adapte admirablement* aux conditions particulières de la femme enceinte puisqu'elle augmente de 50 % et plus le nombre des hématies (Simon et Spillmann, Monier) de 40 % l'hémoglobine (Danilewsky et Sélensky) de 50 % les globules blancs et parfois davantage (Goldschneider et Jacob, Simon et Spillmann, Monier), agit sur la formation de la trypsine (Schiff, Herzen, Bellamy), favorise l'assimilation et particulièrement celle des hydrates de carbone (Charles Richet), joue un rôle important dans l'assimilation et la fixation du calcium (Bayle, Harrower, Hall et Ahabedian), exerce un pouvoir anti-infectieux et antitoxique (Sajous). Il n'est besoin d'aucun commentaire pour démontrer combien ces actions sont particulièrement les bienvenues chez la femme enceinte.

Sans entrer dans le détail de cette action, qui n'est pas éphémère, mais durable, et dont j'ai longuement parlé dans mes publications antérieures (voir spécialement *Progrès médical*, n° 41, du 11 octobre 1913, *Concours médical*, n° 49 et 50 des 3 et 10 décembre 1922 et *Presse médicale*, n° 76 du 23 septembre 1925) je rappellerai seulement, pour en montrer l'intensité, qu'un tuberculeux qui numérait 3.800.000 hématies en numère 5.400.000 environ, vingt-quatre heures après une première injection d'extrait splénique.

Je renvoie aux articles cités plus haut pour l'action de l'opothérapie splénique sur les bacilles qu'elle fait disparaître et sur les lésions, qu'elle fait rétrocéder et cicatriser, ce que j'ai démontré

non seulement en clinique mais dans la tuberculose expérimentale (influence des injections sous-cutanées d'extrait splénique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale).

(*Archives internationales de médecine expérimentale*, Liège, mars 1925.)

Les indications spéciales à la grossesse ayant été dégagées, nous allons envisager successivement dans son ensemble le traitement préventif et le traitement curatif.

II. — Traitement préventif.

A. **Avant le mariage.** — On ne permettra le mariage aux jeunes filles ayant eu antérieurement une atteinte légère et guérie qu'à bon escient et après un examen complet. Lorsqu'on le permet, il y a avantage à les traiter préventivement par l'opothérapie splénique.

Les jeunes filles porteurs de lésions cardiaques légères, si leur médecin leur permet le mariage, devront être prévenues que le plus grand repos doit leur être imposé en cas de grossesse.

Toutes les fois que le médecin sera consulté avant le mariage, il devra convaincre les parents de la nécessité de traiter sérieusement les anémies, de mettre en état s'il y a lieu le tube digestif et le foie et de remédier aux insuffisances glandulaires (surtout ovaires, thyroïde, hypophyse) par une médication opothérapique appropriée.

B. **Après le mariage.** — Dès que le médecin sera consulté il devra faire un examen complet :

Il fera une auscultation minutieuse des poumons et s'aidera au besoin d'une radioscopie : s'il trouve la moindre lésion en évolution, il devra prévenir qu'il convient d'ajourner la grossesse et instituera de suite le traitement.

Un traitement préventif sera d'ailleurs institué chez toutes les jeunes femmes ayant eu antérieurement de l'adénopathie trachéo-bronchique ou des lésions pulmonaires guéries actuellement.

Le cœur sera ausculté non moins minutieusement et le repos conseillé dans tous les cas d'affection valvulaire même très légère.

Le tube digestif sera l'objet d'une attention particulière : toute affection de l'estomac, dilatation, hyperchlorhydrie, etc. sera traitée de suite avec le régime et la médication appropriés : la constipation, s'il en existe, sera traitée de préférence avec des moyens doux, agar-agar, paraffine, suppositoires, petits lavement glycérinés, au besoin, de temps en temps, de petites doses de calomel ou d'huile de ricin, ou parfois mais pas fréquemment, de poudre de réglisse composée ; les compotes de fruits, le lait caillé pourront rendre des services. Les anémies devront être traitées ; on s'assurera de la teneur du sang en hémoglobine avec la méthode colorimétrique, facile à employer par tout praticien. L'anémie reconnue sera traitée par le repos et l'opothérapie splénique à laquelle on peut adjoindre suivant les cas à faible dose le fer ou le manganèse.

L'intérêt se portera également sur le foie, qui est en principe insuffisant chez tous les dyspeptiques et chez les constipés. La palpation et la percussion renseigneront sur son volume et sur l'état du lobe gauche, les points douloureux sur l'état de la vésicule, et si tout cela ne donne rien, on pourra faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Si le foie est insuffisant, c'est le régime et le traitement hépatique que l'on appliquera immédiatement ; je n'en donne pas maintenant les détails, puisque je vais le faire plus loin, le régime hépatique devant être celui de la tuberculeuse enceinte.

Enfin toutes les insuffisances glandulaires, ovarienne, thyroïdienne, hypophysaire, seront combattues par l'opothérapie appropriée.

C. **Pendant la grossesse.** — Tout ce que je viens de dire s'applique également à ce moment.

Les personnes atteintes de lésions cardiaques légères seront mises au repos : *a fortiori* pour les cardiaques avérées. Celles qui ont été atteintes de lésions tuberculeuses actuellement guéries ou d'adénites, d'adénopathie trachéo-bronchique, etc., seront auscultées de temps en temps, de façon à dépister dès le début et à soigner de suite toute poussée de tuberculose.

L'opothérapie hypophysaire, au moins par la voie sous-cutanée, ne convient pas pendant la grossesse. Si elle est indiquée on peut l'employer pendant les premiers mois de préférence par voie buccale.

Les vomissements de la grossesse seront l'objet d'une attention spéciale ; on les traitera dès qu'ils commenceront à compromettre l'alimentation ; je ne rappelle pas ici comme moyen très simple et efficace la soupe épaisse de pain cuit ; mais lorsque des vomissements survenaient à l'occasion de toute ingestion et paraissaient incoercibles j'ai eu des succès par le procédé suivant : j'ai donné cinq minutes avant l'ingestion une cuiller à soupe de solution de novocaïne à 1 p. 300 ; ensuite la soupe de pain cuit à doses croissantes en commençant par une cuiller à soupe.

Si les vomissements incoercibles forcent à intervenir, ne pas le faire trop tardivement.

Inutile d'ajouter que c'est principalement pendant la grossesse que l'on devra lutter contre la constipation. Dans tout cela je n'ai pas la prétention d'être complet ; chaque personne a un point spécial qui doit être surveillé et c'est principalement sur ce point, sans préjudice des autres, que se portera l'attention du praticien.

III. — Traitement curatif.

Le traitement curatif de la tuberculose chez la femme enceinte est l'opothérapie splénique aidée de la cure de repos, d'aération et d'alimentation, du redressement des insuffisances glandulaires, de la surveillance du tube digestif et du foie et du traitement des troubles dont ils peuvent être le siège.

Je vais exposer en détail : 1° le traitement par l'opothérapie splénique ; 2° le régime, qui comporte des particularités intéressantes.

A. **Opothérapie splénique.** — Pour avoir des résultats avec l'opothérapie splénique, il est indispensable d'employer, non pas des lipoïdes, mais des extraits totaux de provenance (porc) et de préparation appropriées. L'extrait de rate convient à l'exclusion de tout extrait d'un autre organe hématopoiétique, qui ne peut ni le remplacer ni ajouter à son action.

J'emploie pour la voie hypodermique un extrait de rate de porc dosé à deux parties d'extrait glycériné pour trois de sérum physiologique et préparé en ampoules de 5 cc., et pour la voie buccale un sirop dosé à 25 grammes de rate par cuiller à soupe ou des flacons ampoules de 10 cc. On alternera des périodes de 22 jours de traitement avec des périodes de huit jours de repos. Pendant chaque période de traitement on donnera deux cuillers à soupe de sirop avec autant d'eau à la fin du repas de midi et du soir et l'on fera, intra-musculaires ou sous-cutanées profondes dans la fesse, sous-cutanées à l'abdomen ou dans la région de l'omoplate, 12 injections en 22 jours d'une ampoule du produit injectable, comme suit : injection le premier et deuxième jour ; pas d'injection les troisième et quatrième jours ; injection le cinquième et sixième jour, etc.

S'il y a des troubles digestifs on remplacera la dose journalière de sirop par un ou deux flacons ampoules de 10 cc. de la même formule que l'extrait injectable pris par voie buccale à distance des repas.

On fera des injections de 5 cc. dans les cas apyrétiques et de 10 cc. dans les cas fébriles.

Le traitement devra être continué pendant toute la grossesse et six mois au moins après l'accouchement.

Dans le traitement curatif, les injections sont indispensables ; on pourra employer dans le traitement préventif le traitement buccal seul avec le sirop ou les flacons ampoules.

B. **Alimentation.** — Les tuberculeux ont très fréquemment un foie insuffisant et on peut dire qu'à très peu d'exceptions près, la tuberculeuse enceinte l'a toujours. Le régime sera donc dans ce cas celui du tuberculeux hépatique.

ON DÉFENDRA : les œufs, le lait (hors le cas d'albuminurie), les viandes très cuites, les cervelles, rognons, etc., les poissons gras, thon, saumon, sardines, maquereau, anguille, les fromages faits, les légumes acides (tomate et oseille), le bouillon gras, les boissons alcoolisées, les sauces, les épices, les crudités, les fritures, le vinaigre.

ON RECOMMANDERA : les pommes de terre, les pâtes, le riz, bouillis brassés dans l'assiette avec du beurre frais, la viande crue pulpée de bœuf, mouton ou cheval (100 gr. par jour) prise dans de la confiture, un potage ou une purée et non en boulettes, ou la viande saignante grillée (de préférence) ou rôtie (150 gr. par jour), les poissons grillés ou bouillis, les compotes de fruits, les fruits crus bien mûrs et de digestion facile (pêches, poires, raisins, bananes, oranges) en petite quantité, le lait caillé par intervalles, la soupe de légumes et tous les potages maigres de régime à base de céréales.

ON PERMETTRA EN OUTRE tous les légumes frais au beurre, les légumes secs s'ils sont bien digérés, le gruyère, la confiture.

Chez la femme enceinte, il faut tenir compte de l'appétit capricieux et, tout en restant le plus possible dans le régime, satisfaire parfois aux envies qu'elle peut avoir d'un aliment contre-indiqué.

Il faut savoir qu'en général cet aliment sera bien toléré si l'on ne donne rien d'autre au même repas.

La tuberculeuse enceinte sera, si elle a de l'albumine, mise au régime lacto-végétal déchloruré ; dans ce cas examiner fréquemment les urines pour lui donner un régime plus varié dès qu'il n'y a plus d'albumine.

Chez la tuberculeuse enceinte atteinte d'une affection gastrique, lui donner d'abord le régime qui convient à cette affection avant de songer à celui de la tuberculose. Car la question de digestion et d'assimilation prime tout.

Il faudra parfois donner à ces malades un traitement s'adressant au foie : boldo, ipéca, sels biliaires, etc.

Chez la tuberculeuse enceinte, il faut procéder par petits repas ; ce qui convient le mieux, c'est cinq repas par jour espacés de trois heures au moins.

IV. — Résultats.

Toutes les malades que j'ai traitées ainsi ont eu un accouchement à terme avec un enfant vivant, d'un poids supérieur à 3 kgr.

L'effet de l'opothérapie splénique a été le même que chez les tuberculeuses non enceintes.

Toutes les formes limitées ont guéri. Une seule malade a succombé (phtisie galopante), environ six mois après l'accouchement ; elle avait été traitée tardivement en pleine période fébrile. Son observation est parmi les sept obser-

vations que je donne ci-après et qui représentent le tiers des cas que j'ai observés.

V. — Observations.

Obs. 1. — Mme G., 23 ans, primipare. Vient me consulter le 23 janvier 1911, enceinte de 3 mois 1/2 environ, tousse depuis quatre à cinq mois, sueurs nocturnes, température 38° environ le soir, a maigri de 5 kgr. environ.

A l'auscultation craquements secs au sommet gauche. Cinq bacilles par champ, hématies 3.760.000.

J'institue le traitement splénique suivant ma technique ordinaire. Le 15 avril, la malade a pris 7 kgr., plus de sueurs nocturnes, température normale. Appétit satisfaisant. A l'auscultation diminution considérable des craquements. Un bacille tous les cinq champs, hématies 5.600.000.

Le 28 mai, plus de craquements, plus d'expectoration. Le 15 juillet, accouchement normal: forceps à la vulve : enfant 3 kgr. 580.

J'interdis l'allaitement et continue le traitement jusque six mois après l'accouchement.

Guérison sans récidive malgré trois nouvelles grossesses en l'espace de huit ans.

Obs. 2. — Mme M., 26 ans, un enfant antérieur. Je suis appelé en consultation le 16 mai 1911. La malade enceinte de 5 mois environ est atteinte de phtisie galopante. Température 39°8 environ le soir, nombreux râles humides dans les 3/4 supérieurs du poumon gauche et dans le 1/3 supérieur du poumon droit. Signes cavitaires sous la clavicule gauche, très nombreux bacilles : hématies 3.600.000. J'institue le traitement splénique (injections de 10 cc.).

Rémission avec chute de la fièvre et régression considérable des lésions au bout de 3 mois, hématies 5.680.000. Accouchement normal. Enfant 3 kgr. 250.

Bien que l'allaitement ait été interdit, et malgré la continuation du traitement, la maladie reprend, trois mois après l'accouchement, sa virulence primitive, terminaison fatale trois mois environ plus tard. Enfant bien portant.

Obs. 3. — Mme D., 24 ans, un enfant antérieur. Je suis appelé le 12 mai 1911, toux depuis un mois et demi environ : température 37°8 à 38° le soir : la malade est enceinte d'environ 7 mois. A l'auscultation quelques craquements secs aux deux sommets hématies 4.030.000, bacilles un par champ. J'institue le traitement splénique par ma technique ordinaire. L'accouchement a lieu deux mois plus tard normalement. Enfant 3 kgr. 420. On ne perçoit plus rien à l'auscultation, température normale, hématies 6.200.000, plus d'expectoration, allaitement interdit. Le traitement est continué jusque 8 mois après l'accouchement. Deux grossesses ultérieures n'ont pas amené de récidive.

Obs. 4. — Mme F., 28 ans, deux enfants antérieurs. Je suis appelé le 10 février 1912, malade enceinte de 5 mois, craquements secs aux deux sommets avec quelques craquements humides sous la clavicule gauche, température normale, hématies 3.400.000 J'institue le traitement splénique (injections de 10 cc.) ; plus rien à l'auscultation au moment de l'accouchement : enfant vigoureux de 3 kgr. 450. Etat général très bon, hématies 5.250.000. Guérison maintenue en mai 1914.

Obs. 5. — Mme E., 28 ans, trois enfants antérieurs. M'est adressée le 15 février 1918. Elle avait maigri de 14 kgr. en trois mois et était dans un état asthénique tel qu'on me l'adressait avec le diagnostic probable de tuberculose surrénale.

A l'examen, diminution de la respiration et submatité au sommet droit en avant sous la clavicule et en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses. Température 37°8 le soir. Ne crache pas, tousse peu, hématies 3.650.000. J'institue de suite le traitement splénique et fais en outre de l'opothérapie surrénale par voie buccale. Deux mois après, la malade a repris 8 kgr. 900 ; à son départ, un mois plus tard 13 kgr. Il n'y a plus aucun signe morbide au sommet droit. Température normale : asthénie disparue. J'ai appris que la malade a accouché à terme d'un enfant de 4 kgr. 150. Elle a eu depuis trois autres enfants bien portants et n'a pas eu de récidive à l'heure actuelle.

Obs. 6. — Mme P., 25 ans, un enfant antérieur. Aucun antécédent héréditaire ni personnel. Au moment de mon examen, en juin 1923, la malade a maigri de 12 kgr. en deux mois : à l'examen je trouve au sommet droit de la diminution de la respiration et quelques craquements secs dans la fosse sus-épineuse avec exagération des vibrations sous la clavicule. Hématies 3.800.000. Hémoglobine 70 %. J'institue le traitement splénique. La malade reprend son poids : grossesse et accouchement normaux : enfant de 3 kgr. 320. Il n'y avait probablement rien à l'auscultation puisque le médecin traitant avait permis à la malade de nourrir. A mon second examen, quatre mois après l'accouchement, hématies 5.600.000, hémoglobine normale : rien à l'auscultation. Je conseille néanmoins de cesser l'allaitement. Guérison actuellementmaintenue.

Obs. 7. — Mme G., 32 ans, deux enfants antérieurs. Le 3 avril 1922, malade enceinte de 4 mois 1/2 environ. Très mauvais état général, râles humides disséminés dans les 2/3 supérieurs du poumon droit en avant et en arrière et sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse gauche. Température normale le matin : le soir 38,2 à 38,5, hématies 3.060.000, bacilles, 8 par champ. La malade est indigente et habite dans un taudis. L'opothérapie splénique est instituée (injections de 10 cc.). L'état général se relève rapidement. Régression considérable des lésions au moment de l'accouchement normal à terme (enfant de 3 kgr. 175, vigoureux).

Le traitement est continué un an après l'accou-

chement d'une manière intensive et repris de temps à autre après cette époque. La malade n'a pas cessé de mener sa vie habituelle et de s'occuper de ses enfants.

En février 1926, la malade peut être considérée comme à peu près guérie : hématies 5.100.000 ; plus de bacilles : plus de râles, température normale : on constate simplement de la diminution de la respiration au sommet droit, bon état général.

VI. — Conclusions.

Les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les tuberculeuses au cours d'une grossesse nécessitent un traitement très attentif et adapté à ces conditions. L'opothérapie splénique, dont les effets répondent si heureusement aux indications spéciales qui en découlent, constitue, avec une impressionnante efficacité, le fond de ce traitement.

Elle permet la guérison complète et durable des formes limitées, guérison qui ne sera le plus souvent pas compromise par des grossesses ultérieures suffisamment espacées, si le traitement a été suffisamment prolongé.

Elle donne dans les formes avancées et subaiguës une rémission telle qu'on peut espérer dans une grande partie des cas avoir un accouchement à terme avec enfant bien portant.

Enfin les enfants des malades traitées par l'opothérapie splénique sont d'un poids satisfaisant, plutôt supérieur à la moyenne. Il y a donc lieu d'instituer ce traitement dès les premiers symptômes de tuberculose ou d'anémie de cause indéterminée chez la femme enceinte.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La radiographie est aussi indispensable que la radioscopie pour l'examen pulmonaire.

Un diagnostic précis de tuberculose pulmonaire, surtout au début, ne peut être posé qu'avec le concours des rayons X. On se borne assez souvent à pratiquer un examen radioscopique qui permet d'obtenir des images multiples, d'apprécier l'étendue des mouvements respiratoires, de saisir l'éclairage du poumon à la toux. Mais, cet examen demande une compétence indiscutable, un entraînement prolongé, une installation perfectionnée. Nonobstant ces postulats, il arrive encore qu'il laisse passer, sans les révéler, des lésions importantes que, seule, la radiographie peut rendre apparentes.

C'est ce que démontre M. Laquerrière, qui fait état d'un certain nombre de cas pour établir que le praticien ne se sentira pas satisfait, devant un état pathologique que la clinique et la radioscopie n'expliquent pas, tant qu'il n'aura pas recouru à la radiographie, grâce à laquelle des cavernes muettes, des semis de granulations, des lésions de péribronchite, restés jusque-là inaperçus, ont été découverts, précisant ainsi le diagnostic et justifiant un pronostic sombre et fatal...

M. Laquerrière ajoute que la radiographie permet, au cours d'examens successifs, de faire des comparaisons basées sur une documentation irréfutable... et de conclure : « Il faut considérer que, si la radioscopie est indispensable, la radiographie ne l'est pas moins. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janvier 1928.)

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants.

C'est une affection grave, qui, laissée à elle-même, donne au moins 30 % de mortalité. Aussi le traitement doit-il être institué dès les premiers symptômes, et c'est une condition première de la réussite. Voici les prescriptions du Pr G. Lemoine :

1° L'enfant doit être tenu au lit dans une chambre chauffée à 18° et aérée le plus possible ; ne pas le tenir dans les bras, ni le promener ainsi dans la chambre ;

2° On maintiendra dans la chambre une atmosphère humide en faisant bouillir de l'eau sur une lampe à alcool ; inutile d'y ajouter certains produits (eucalyptus, etc.) dont l'odeur peut être incommodante;

3° Aussitôt le diagnostic fait, et sans attendre l'apparition de symptômes graves, on fera une injection de vaccin antipneumonique du prof. Minet, un tiers, une demie, ou une ampoule entière suivant l'âge, pour arriver très rapidement à donner l'ampoule entière si la médication est bien tolérée. L'action de ce vaccin, employé par l'auteur, est beaucoup plus constante que celle de tout autre vaccin, et, avec lui, la guérison est la règle;

4° Toutes les six heures, on donnera un bain tiède de 32° à 34° d'une durée de dix minutes ; après le bain sécher l'enfant et l'enrouler dans une couverture.

Si le bain est impossible, le remplacer par des enveloppements humides de tout le thorax, composés d'une couche de ouate hydrophile trempée

dans de l'eau bien chaude et bien exprimée, recouverte d'ouate sèche et de taffetas chiffon;

5° La médication interne se borne à bien peu de chose ; une cuillerée à café de sirop de codéine pour aider le sommeil la nuit. Une potion alcoolisée et sucrée comme tonique. Si le cœur avait tendance à défaillir, on devrait donner une toute petite dose de caféine et faire des injections d'huile camphrée ;

6° Des injections de sérum artificiel ou de sérum glucosé peuvent être indiquées.

L'alimentation doit toujours être continuée, que l'enfant soit au sein, au biberon ou sevré (aliments très digestibles : soupe au lait, soupe aux légumes passés, bouillons de légumes, laitage). Quand la convalescence commencera, on ajoutera des purées de pommes de terre, du jus de viande, des pâtes alimentaires.

Pendant toute la maladie, donner des boissons aqueuses en abondance, avec sirop, orangeade ou citron. L'enfant ne devra pas être privé de boire.

Depuis l'emploi des vaccins, la guérison est devenue à peu près la règle, à condition que le vaccin soit injecté le plus tôt possible. (*Le Nord médical*, 15 juillet 1927.)

Comment administrer le foie de veau dans les anémies graves ?

C'est la méthode de Whipple. Le foie de veau possède par son fer et aussi par ses oxydases, la propriété de favoriser d'une façon surprenante la réparation sanguine. De nombreuses observations démonstratives en ont été rapportées, mais il faut pouvoir continuer le traitement pendant un temps suffisant.

On peut donner le foie de veau cuit avec une trace de vinaigre, à peine saisi de façon que la tranche reste rose ; ce traitement toutefois ne peut être facilement continué.

Voici comment P. Rathery et M. Maximin conseillent d'opérer : dans 400 grammes d'eau froide légèrement salée, on met 250 grammes de foie de veau bien frais et on porte à l'ébullition. Après dix minutes d'ébullition, on retire le foie ; on le broie finement et on le passe dans un tamis, puis on le délaye dans son eau de cuisson. Ce mélange est très bien accepté des malades. La dose quotidienne sera en moyenne de 250 grammes de foie préparé.

Le traitement doit être poursuivi généralement pendant plusieurs semaines et repris pendant de nouvelles périodes s'il y a rechute. Il est prudent de le prolonger au-delà de la guérison apparente de l'anémie.

M. Fiessinger a adopté, quand les goûts de ses malades le permettent, la technique suivante pour l'administration du foie de veau cru, certainement plus actif:

Entre deux tartines de beurre d'anchois sur pain grillé sec, étaler une couche de foie de veau cru pulpé, et monter progressivement de 50 à 200 grammes de foie par jour.

Un malade a pris de cette façon du foie de veau cru pendant plus de quatre mois, et il a guéri d'une anémie splénique grave avec splénomégalie.

On ne saurait dire que cette méthode thérapeutique agisse avec certitude ; mais elle agit mieux que la transfusion et que les autres traitements médicamenteux, C'est un traitement à retenir que seule peut entraver la tolérance digestive. (*Journal des Praticiens*, 1er octobre 1927.)

La rœntgenthérapie dans le traitement de l'asthme et du coryza spasmodique.

D'une longue expérience, après un fort intéressant exposé, MM. Pasteur Vallery-Radot, Paul Gilbert, P. Blamoutier et P. Claude, concluent :

A mesure que l'on pénètre plus avant dans l'étude de l'asthme, on devient éclectique dans le traitement de cette affection ; on doit reconnaître que l'on est encore à la période de tâtonnements. Dans certains cas, ce sont des méthodes de désensibilisation spécifique qui pourront être essayées : dans d'autres des thérapeutiques anticlasiques telles que la peptonothérapie intradermique ; dans d'autres encore des traitements vago-sympathiques, parfois enfin la roentgenthérapie.

Celle-ci est une méthode de traitement de l'asthme et du coryza spasmodique susceptible de donner de très bons résultats, et elle mérite d'entrer dans la thérapeutique de ces deux affections. Les effets parfois remarquables qu'elle a produits dans des asthmes invétérés, ayant résisté à tous les traitements antérieurement institués, prouvent assez son efficacité. (*La Presse médicale* 5 octobre 1927.)

Le traitement local est-il indiqué dans l'infection puerpérale ?

La fièvre des accouchées existe toujours, à la ville, à la campagne, même dans les maternités les mieux dirigées, où, chaque année, principalement pendant la période de grippe, on la voit sévir sous forme de petites épidémies.

Le traitement local de l'infection puerpérale a suivi l'évolution du traitement des plaies septiques. On désinfectait au sublimé du temps de Tarnier, on nettoyait l'utérus du temps de Doléris et Budin ; on draina ensuite ; enfin plus récemment, on conseilla d'enlever l'organe malade.

Cependant le Pr A. Brindeau estime que si l'on compare les résultats de l'intervention avec ceux de l'expectation, ces derniers sont au moins aussi bons. D'ailleurs les chiffres montrent que

la fièvre puerpérale grave ne comporte pas une mortalité élevée, et que le traitement local n'est pas nécessaire ; il est, du reste, facile, en examinant des courbes, de voir des chutes de température qui auraient pu coïncider avec tel ou tel autre traitement local.

Cela ne veut cependant pas dire qu'il faille abandonner le traitement local dans tous les cas. Celui-ci ne sera d'ailleurs indiqué que très rarement ; il consistera, lorsqu'il existe une rétention placentaire, à pratiquer l'ablation du cotylédon avec le doigt. Le curettage doit être abandonné d'une façon définitive. Le drainage pourra rendre service dans certains cas de rétention lochiale ; lorsqu'il y a rétention lochiale par antéflexion utérine, une seule injection, à la rigueur deux injections intra-utérines suffiraient ; ces injections doivent être faites très prudemment avec une grosse sonde à double courant ; le liquide à employer importe peu, pourvu qu'il ne soit pas toxique.

L'hystérectomie présente une gravité qu'il ne faut pas nier ; l'auteur ne la pratique que dans les cas d'infections compliquées de rupture utérine, de fibrome sphacélé, d'hémorragies septiques incoercibles ou de gangrène utérine. Elle n'est pas logique dans les cas graves, car le sang est toujours infecté.

En fait, la grande majorité des infections puerpérales doivent être traitées médicalement. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1927.)

De quelques procédés préventifs destinés à éviter les inconvénients de la ponction lombaire.

Très importante est devenue la ponction lombaire, comme procédé de recherche et comme méthode clinique de diagnostic et de traitement ; mais elle est parfois redoutée par les malades en raison des malaises pénibles qui la suivent encore trop souvent, et qui sont d'autant plus accentués que le patient était mieux portant au moment de la petite intervention, étant mieux susceptibles d'immobiliser durant plusieurs jours des sujets en pleine activité.

Ces troubles sont dus le plus souvent à des modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien, soit par hypotension consécutive à la soustraction du liquide, soit par hypertension liée à son hypersécrétion réactionnelle. Cependant le diagnostic de la nature de ces accidents est habituellement des plus difficiles, et la solution doit être recherchée bien plutôt dans un perfectionnement des techniques de ponction, qui permette d'éviter les variations de pressions consécutives, et l'établissement de courants liquides dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Chez le malade en traitement, dit J. Mouzon, le problème est facile à résoudre, s'il peut sans gêne rester au repos complet. Le malade est à jeun ; il est ponctionné en position couchée et correcte, grâce à l'anesthésie locale et à un aide expérimenté. On peut dans ces conditions mesurer la pression du liquide au manomètre de Claude, manœuvre si simple, trop souvent négligée dans la pratique courante. L'écoulement du liquide est généralement lent ; on le modère au besoin en maintenant, une fois la pression mesurée, le mandrin plus ou moins engagé dans l'aiguille au moment de la ponction. Si la première goutte de liquide tarde à apparaître, une fois la dure-mère traversée, il ne faut pas se hâter de pousser l'aiguille, de la retirer, de la tourner ou même d'y pousser à fond le mandrin. Il faut, surtout, se garder d'aspirer à la seringue. La pression est parfois lente à se transmettre, et la ponction ne s'amorce pas tout de suite. Les gouttes se suivent parfois à de larges intervalles. Peu importe. Le médecin doit s'armer de patience ; il perdra peut-être quelques minutes de plus à sa ponction, mais il échappera aux malaises désagréables qui suivent les ponctions rapides. L'aiguille est retirée rapidement, et le point ponctionné est tamponné soigneusement.

Les oreillers et le traversin sont alors enlevés, et le malade est roulé sur le ventre sans avoir à faire aucun mouvement actif, qui provoquerait de sa part un effort ou qui le forcerait à relever la tête. Un traversin est placé sous son bassin, de façon à permettre le maintien de la position genu pectorale sans fatigue pendant 15 à 20 minutes. Au bout de ce temps, le malade passe, sans s'asseoir, au décubitus dorsal. Quelques heures après, on peut placer sous sa tête un oreiller, puis un traversin, enfin commencer l'alimentation. Vingt-quatre heures après, le malade se lève sans aucun malaise. Si, à un moment quelconque, un symptôme d'intolérance apparaît, il est rare que le malade ne puisse pas le faire disparaître en reprenant aussitôt la position de choix.

La question se pose tout différemment chez certains sujets, en particulier chez les anciens syphilitiques, qui ne semblent pas être des malades, et ne veulent pas suspendre leurs occupations pour vingt-quatre ou quarante-huit heures pour permettre les examens primordiaux nécessaires.

Aussi, a-t-on préconisé, comme moins traumatisante la ponction sous-occipitale ; mais celle-ci, d'une technique délicate et rigoureuse, ne peut être vulgarisée ; de plus, elle comporte des risques propres tels que la piqûre, parfois mortelle, de l'artère vertébrale anormale, la piqûre du bulbe.

Plus intéressante est, pour le traitement ambulatoire, la ponction avec une aiguille fine, cependant que la nécessité de conserver une résistance suffisante à l'aiguille de ponction lombaire, em-

pêche de réduire beaucoup son calibre. Aussi fait-on volontiers cette ponction avec une double aiguille : une aiguille engainante, forte, mais courte (3 cent.), qui sert à traverser le ligament interépineux et les ligaments jaunes, et une aiguille plus fine, mais plus longue (6 à 7 cent.), qui s'adapte à l'intérieur de l'aiguille engainante, et qui pénètre dans le sac dural. L'écoulement du liquide est souvent lent, goutte à goutte,et on doit se borner à 3 ou 4 cent. c. La plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer que les accidents d'intolérance consécutifs sont beaucoup plus rares qu'avec les techniques ordinaires.

Le danger de la technique est la rupture, qui semble menacer une aiguille si fine et si longue, et il importe, chose facile à tout praticien habitué à pratiquer la ponction lombaire, de s'assurer que l'aiguille engainante a bien pénétré dans l'espace épidural avant de dégager l'aiguille de ponction. (*La Presse médicale*, 13 août 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Comment détruire les rats ? L'exemple du Danemark. La conférence internationale du rat.

(M. Gabriel Petit. — *Académie de médecine* ; 3-1-28.)

Le rat, disait M. Gabriel Petit, dans une précédente communication, est un fléau pour la richesse et la santé publiques. Mais comment le détruire, comment décimer les bataillons sans cesse renouvelés de l'espèce murine ? Les pays du Nord, le Danemark particulièrement, ont fait un effort prolongé dans cette voie et ils ont abouti à des résultats très encourageants. Le Parlement danois a voté quatre lois successives visant la lutte contre les rats, et sous leur influence les procédés de dératisation ont été perfectionnés, des méthodes pratiques ont été préconisées et mises en œuvre avec des succès constants. Parti du système des primes accordées pour chaque animal détruit, on s'est adressé à des moyens plus scientifiques et plus efficaces : le *ratin* et le *ratinin*, grâce auxquels on a pu faire de véritables hécatombes de ces rongeurs néfastes.

Qu'est-ce que le « ratin » et le « ratinin » ? Le ratin est un produit bactérien, dont les bases ont été fixées par les travaux du Dr Louis Bahr, assistant du professeur Jensen, de Copenhague. La bactérie « ratin », comme la bactérie « Danysz », appartient au groupe des paratyphiques. C'est une souche du *bacillus typhi Murium*, jadis isolé par Lœffler au cours d'une épidémie qui décimait les petits animaux de son laboratoire. La préparation, l'entretien et l'application de ce virus, qui visent à provoquer chez le rat des épizooties meurtrières, exigent un contrôle et les soins attentifs.

Les rats sont très sensibles à la bactérie « ratin », dont la virulence a pu être fortement exaltée. Ils meurent d'entérite ou de septicémie en huit à quinze jours, dans la proportion de 80 pour 100. Les souris subissent le même sort et sont même plus sensibles encore ! La technique consiste en une distribution méthodique de petits blocs de pain blanc dense (comme l'est le pain danois), imprégné d'une culture qui garde pendant deux mois son activité. Si la destruction totale des rats n'est pas constatée après trois semaines, on passe à la préparation standardisée d'une variété très toxique de scille maritime, connue sous le nom de « ratinin » et qui tue ces petits rongeurs en vingt-quatre heures. Des petits cubes de pain, imprégnés de ratinin et parfumés (si l'on peut dire) de pulpes de harengs séchés ou de boudin, de fromage fermenté, sont répartis, enveloppés de fragments de journaux (le rat aimant l'encre d'imprimerie) dans tous les lieux encore infestés. Le système ratin est, d'autre part, inoffensif pour l'homme et les animaux domestiques, sauf peut-être (expérimentalement) pour les nouveau-nés.

M. Gabriel Petit annonce, en terminant, qu'une *conférence internationale du rat* s'ouvrira dans quelques mois au Havre pour coordonner les efforts des principaux pays en vue de la dératisation. C'est là, un problème d'hygiène sociale qui s'impose à toutes les Nations du monde.

Le vaccin B. C. G. chez le nourrisson en injections sous-cutanées.

(M. Weill-Hallé. — *Académie de médecine* 3-1-1928.)

On sait que le vaccin B. C. G., préventif de la tuberculose des nourrissons, s'emploie à l'habitude *en ingestion* et dès les premiers jours de la vie. M. Weill-Hallé a utilisé ce vaccin dans quelques cas, en *injections sous-cutanées*, chez des nourrissons particulièrement menacés du fait de leur hérédité et n'ayant pu bénéficier de l'administration précoce *per os* dudit vaccin.

Seize enfants ont été soumis à cette méthode, sur lesquels treize sont actuellement vivants. La dose utilisée a été de 1/16e de milligramme, soit environ 2.500.000 bacilles. L'injection est suivie de réaction locale, aboutissant à un petit abcès. La cuti-réaction devient après la médication rapidement positive.

L'auteur conclut que la méthode **de préservation du nourrisson par injection** sous-cutanée de B. C. G. lui est apparue inoffensive et sans doute par-

ticulièrement efficace chez le nouveau-né qui a dépassé l'âge de dix jours. Elle ne doit être réalisée qu'après avoir constaté à plusieurs reprises la négativité de la cuti-réaction tuberculinique, afin d'éviter le risque d'une contamination préalable.

La vaccination anti-tuberculeuse chez l'adulte par le B. C. G.

(MM. HEIMBECK et SCHEEL, d'Oslo (Norvège). — *Académie de médecine* : 3-1-1928.)

MM. Heimbeck et Scheel ont fait des essais assez concluants de vaccination anti-tuberculeuse de l'adulte par le B. C. G. en injections hypodermiques.

Ils sont partis des faits suivants. A l'hôpital Ulleval, d'Oslo (Norvège), sur 450 élèves-infirmières des années 1924-1927, 52 % offraient une cuti-réaction tuberculinique négative et 48 % une cuti-réaction positive. Parmi les premières, 23 % firent de la tuberculose pulmonaire alors que, parmi les dernières, 2,5 % seulement devinrent tuberculeuses pendant leur service hospitalier.

Pour protéger les infirmières dont la vulnérabilité était attestée par la négativité de la cuti-réaction, les auteurs eurent recours au vaccin Calmette Guérin. Mais, comme il s'agissait d'adultes chez lesquels la méthode *per os* est inefficace, ils s'adressèrent aux injections sous-cutanées de B. C. G. Après quelques essais préalables, ils se fixèrent à la dose de 1/20e de milligramme, répétée au bout d'une semaine, une fois. Le résultat fut intéressant : chez 44 infirmières vaccinées, la réaction de Pirquet est devenue positive et parmi elles, aucun cas de tuberculose n'est apparu. Chez douze infirmières à réaction négative également, mais qui avaient refusé la vaccination, la tuberculose a éclaté dans quatre cas.

Cette expérience, si elle est insuffisante pour conclure, atteste néanmoins l'innocuité du B. C. G., et éveille de réelles espérances. Comme accident, l'injection sous-cutanée de vaccin B. C. G. a simplement provoqué, chez les personnes à réaction négative, des infiltrations *in situ* assez fugaces. Chez un sujet à réaction positive (c'était l'un des expérimentateurs), l'injection d'une dose forte de vaccin a déterminé localement un petit abcès, sans suite.

— M. CALMETTE, en signalant l'intérêt de la note de MM. Heimbeck et Scheel, montre l'utilité qu'il y aurait à soumettre à l'épreuve de la cuti ou de l'intradermo-réaction tuberculinique, les candidats aux fonctions d'infirmiers ou d'infirmières dans les hôpitaux et plus spécialement dans les services de tuberculeux. Ceux qui présenteraient une réaction négative (indice de sensibilité aux infections tuberculeuses graves) pourraient être vaccinés suivant la technique employé à Oslo, mais par une seule injection de 1/20e de milligramme de B. C. G. qui est assurément suffisante pour assurer une prémonition efficace. Cette inoculation est certainement inoffensive, alors même que par erreur, on injecterait le B. C. G. à des sujets déjà infectés de bacilles de Koch virulents. Chez de tels sujets, l'injection n'aurait aucun pouvoir protecteur mais n'exercerait pas d'action nuisible. Il paraîtrait donc légitime d'essayer de prémunir à l'aide du B. C. G. toutes les personnes apparemment saines non encore sensibilisées à la tuberculine par une infection bacillaire spontanée, surtout si elles se trouvent exposées à des contaminations tuberculeuses fréquentes et massives.

Désensibilisation par cuti-réactions.

(M. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT. — *Soc. méd. des hôp.*; 4-11-1927.)

A propos de la communication de M. Reh relative à un cas d'asthme provoqué par les émanations de chat et guéri par cuti-vaccinations, M. Pasteur-Vallery-Radot rappelle qu'il a proposé en 1921, avec M. Haguenau, pour la première fois, la méthode de désensibilisation par cuti-réactions répétées.

Jusque-là, on utilisait la méthode américaine de désensibilisation par injections sous-cutanées, procédé qui peut avoir des inconvénients et provoquer des phénomènes de choc (urticaire, œdèmes...) assez pénibles. M. Pasteur Vallery-Radot préfère les cuti-réactions répétées qui sont sans danger. Sa méthode a été employée avec succès par MM. Widal, Abrami, et Joltrain dans un cas d'asthme déterminé par les émanations de lapin et de lièvre, par MM. Trabaud et Charpentier dans un cas d'asthme d'origine ovine, et récemment par M. Reh. M. Spillmann en a obtenu de résultats intéressants en dermatologie. Enfin, dans la thèse d'un élève de M. Pasteur-Vallery-Radot, M. Paul Giroud, quatre observations ont été rapportées de rhume des foins où la désensibilisation a été obtenue par cuti-réactions aux pollens.

Comme tous les moyens de désensibilisation, cette méthode a ses échecs. Néanmoins, c'est une thérapeutique assez souvent efficace, simple et d'application facile.

Platyspondylie congénitale.

(M. BOTREAU-ROUSSEL, de Marseille. — *Soc. de chirurgie* ; 26-10-1927.)

Un Annamite de 28 ans, engagé militaire au 4e tirailleurs tonkinois, s'étant toujours bien porté jusque-là, tombe un jour dans l'escalier de la caserne et ressent, à la suite, des douleurs lombaires.

A l'examen clinique, on note une douleur, d'acuité modérée, à la pression de la deuxième lombaire. On le radiographie et on constate un aplatissement de la vertèbre lombaire sensible. Suspectant un mal de Pott et en vue d'une réforme avec pension possible, il est adressé à M. Botreau-Roussel. L'examen général du malade ne montre rien d'anormal. Localement, la pression sur les apophyses épineuses n'est pas douloureuse sauf au niveau de la 2e lombaire. Les mouvements de la colonne vertébrale (flexion et extension) s'effectuent d'une façon satisfaisante. La radiographie de face montre un aplatissement de la

1re lombaire. De profil, cette vertèbre apparaît comme un coin à sommet antérieur.

L'auteur élimine le diagnostic de mal de Pott et celui de fracture méconnue et conclut à une platyspondylie congénitale. Il propose le malade pour la réforme ordinaire sans pension.

— M. Mouchet, dans le rapport qu'il présente sur l'observation de M. Botreau-Roussel, ajoute qu'il y a le plus grand intérêt social à ce que les platyspondylies congénitales soient connues de tous.

Malaria et paralysie générale.

(M. Gougerot. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

A la séance d'avril 1927, M. Gougerot a discuté la question de la malariathérapie systématique préventive des syphilis nerveuses. On sait que, se basant sur l'action curative de l'impaludation dans la paralysie générale, des auteurs allemands et autrichiens ont proposé la malariathérapie comme prévention des syphilis nerveuses. M. Gougerot rapporte une observation défavorable à cette méthode. Un de ses malades qui avait contracté un paludisme sévère pendant la deuxième année de sa syphilis n'en fit pas moins, dix ans plus tard, de la paralysie générale.

Ce même malade, chez lequel la malaria n'avait eu aucun effet prophylactique, fut alors soumis à l'inoculation paludéenne par M. Claude. Il eut onze grands accès fébriles, à la suite desquels une amélioration rapide et évidente de sa neuropathie se montra. Ses troubles mentaux, en particulier, se sont amendés au point qu'il a pu reprendre ses occupatons normalement. Bien entendu, il n'est pas possible de dire combien de temps durera cette « guérison » clinique.

Quoi qu'il en soit, l'auteur conclut que la malaria s'est montrée ici impuissante comme préventif, alors qu'elle a eu un rôle « curatif » très net.

P. L.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques.

Un cas de thrombose de l'artère centrale de la rétine (présentation de microphotographies).

MM. H. Villard et Ch. Dejean. — Une femme de 71 ans, artérioscléreuse et très hypertendue, fait des crises d'obnubilation passagère de l'œil droit, aboutissant progressivement à la perte visuelle. L'œil, enlevé trois mois après pour glaucome, présentait un énorme thrombus de l'artère centrale de la rétine, complètement organisé, avec fibres collagènes, vaisseaux et nombreuses cellules conjonctives. Les lésions de la paroi sont considérables : disparition de l'endothélium et de l'endartère, foyers de résorption, segmentation, dissociation et infiltration calcaire de la couche élastique. Le thrombus est nettement rattaché à la plus large de ces lésions d'artério-sclérose. C'est une des observations les plus probantes en faveur de la nature thrombosique et non embolique de l'obstruction de l'artère centrale.

Angiome de la lèvre inférieure traité par les injections de quinine uréthane.

MM. A. Augé et G. Costsaftis. — Les auteurs présentent un malade atteint d'un volumineux angiome des deux tiers droits de la lèvre inférieure provoquant un chevauchement de plus d'un centimètre sur la lèvre supérieure, et développé surtout sur la lèvre, la région mentonnière, la région jugale et le sillon gingivo-labial.

Une première série d'injections sclérosantes de quinine uréthane, de 1/2 cc. chacune, a circonscrit la base de la tumeur, de façon à réaliser un blocage par perte de ses racines vasculaires.

Une deuxième série de trois piqûres intra-tumorales a amené l'affaissement de la tumeur qu'une légère retouche commissurale par piqûre a tellement affaissée que le malade a repris un aspect normal.

La région tumorale rendue très dure, reprend peu à peu sa souplesse. Il ne persiste ni coloration ni érectilité.

Sur un cas d'alopécie peladique à forme décalvante guérie par les rayons U. V.

MM. P. Alinat et J. Berges. — Les auteurs présentent un malade qui fut atteint en mai dernier d'une pelade à forme décalvante très sévère, affection intéressant non seulement le cuir chevelu, qui était remplacé par un damier peladique, mais aussi la barbe et les sourcils. Echec total des moyens thérapeutiques usuels, notamment frictions excitantes avec des lotions et teintures variées. La guérison est obtenue par deux séries d'irradiations ultra-violettes (trois séances par semaine pendant deux mois, la durée des séances a été élevée progressivement jusqu'à trente minutes).

Les irradiations générales ont été nettement plus efficaces que les applications locales.

Tuberculose rénale. Néphrectomie sur constante d'Ambard et radiographie (présentation de pièces et de clichés).

MM. E. Jeanbrau, A. Bonnet et M. Nicolas. — Les auteurs, après quelques considérations sur le problème de la néphrectomie dans les cas où le cathétérisme est impossible, présentent une observation dans laquelle la néphrectomie a été faite avec plein succès en s'appuyant sur l'appréciation de la fonction rénale globale par l'étude de l'azotémie et de la constante d'une part, et, d'autre part, sur l'examen clinique et la radiographie qui ont permis de faire le diagnostic de localisation. Ils précisent, clichés et pièce en main, l'aspect que la bacillose rénale peut donner sur une radiographie.

Sensibilisation aux rayons ultra-violets de favus antérieurement traités par la radiothérapie.

MM. J. Margarot et L. Gondard. — Les rayons ultra-violets ont une action à peu près nulle sur les favus qui n'ont pas été antérieurement traités par les rayons X. Par contre, les récidives qui se produisent chez les sujets soumis à l'épilation par les mêmes rayons, présentent une grande sensibilité à l'action de la lumière ultra-violette, et les éléments mycéliens sont assez rapidement nécrosés.

Les Congrès

XXXVI[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1)

Deuxième question

Le drainage dans la chirurgie abdominale.

Discussion.

M. Costantini (d'Alger) péritonise et draine par le vagin. Utilise parfois le Mickulicz.

Les reproches adressés au Mickulicz, c'est-à-dire l'éventration, la déformation de la cicatrice et la production des fistules stercorales ne sont pas imputables dans tous les cas à la méthode.

L'emploi des fils de bronze permet d'éviter l'éventration et l'ombilication de la suture. Quant aux fistules stercorales, elles sont fonction des lésions intestinales plutôt que de l'emploi du Mickulicz.

M. Auvray (de Paris), longtemps hostile au drainage à la Mickulicz, s'est enfin laissé convaincre par J.-L. Faure et a utilisé, à son tour, la méthode très largement.

Il n'a eu qu'à s'en louer aussi bien en chirurgie abdominale qu'en chirurgie gynécologique. Le Mickulicz est à conseiller, en particulier, dans les cas de rupture de grossesses tubaires.

M. Lapeyre (de Tours) expose un procédé de drainage par le vagin qui constitue une modification ingénieuse du Mickulicz classique.

M. Hardoin (de Rennes) est partisan du drainage mixte, à la fois abdominal et vaginal.

Il draine toujours dans l'appendicite aiguë par crainte des abcès secondaires.

M. Arnaud (de Saint-Etienne). Le drainage est parfois une nécessité, mais une nécessité regrettable.

D'une façon générale, on draine trop. Le mieux est d'opérer avec minutie, de péritoniser avec soin. Dans ces conditions, le drainage, quelle que soit sa modalité, devient inutile dans la plupart des cas.

M. Termier (de Grenoble) croit qu'il faut schématiser en deux grandes classes les indications du drainage.

Dans un premier cas, il s'agit d'évacuer une collection purulente préexistante, qu'elle soit localisée ou généralisée au grand péritoine.

Dans un second cas, le drainage est institué à titre préventif.

Si le pus préexiste à l'opération, l'auteur utilise un gros tube sus-pubien allant jusqu'au Douglas, ou bien si la collection est localisée, péri-appendiculaire, tubaire ou vésiculaire, il place un drain localement, ou une mèche.

Quand il s'agit d'un drainage préventif, il importe encore de distinguer.

Dans l'appendicite à chaud, l'auteur ne draine que si l'appendice est friable ou s'il n'a pas la certitude de l'avoir enlevé dans sa totalité. Il draine encore lorsqu'il y a ouverture du gros intestin ou qu'il reste des plaques sphacéliques sur l'épiploon ou ailleurs.

En chirurgie hépatique, l'auteur opère en deux temps : extériorisation de la vésicule sous anesthésie locale, ouverture de la vésicule le lendemain seulement, ce qui permet le drainage parfait de la glande hépatique, et dans un deuxième temps, opérations complémentaires sur les voies biliaires.

Ces opérations complémentaires sont souvent inutiles. C'est ainsi que l'auteur a assisté à l'évacuation spontanée de calculs profondément enchâssés dans le cholédoque.

Dans la chirurgie du gros intestin il faut toujours drainer, soit avec un Mickulicz, soit avec une mèche placée au voisinage de la suture intestinale.

En gynécologie, le drainage est nécessaire dans tous les cas de cancer, mais il est superflu dans les opérations courantes, sauf s'il y a éclatement d'une poche purulente et surtout impossibilité de péritoniser. Presque toujours un drainage vaginal suffira.

L'auteur est convaincu que le Mickulicz rend de grands services dans la chirurgie du cancer utérin, après le Wertheim en particulier.

M. Pauchet (de Paris) ne considère que trois cas :

I. Le Mickulicz dans les appendicite septiques.

L'appendice est gangréné. Il faut le supprimer. Il y a du séro-pus dans le ventre, notamment dans le Douglas. Il faut l'assécher.

On introduit alors dans le Douglas, en se servant de deux valves vaginales, un sac de Mickulicz, sans frotter l'intestin, puis des mèches et un drain. Le tamponnement est laissé en place de dix à douze jours.

II. Rupture de la vésicule biliaire enflammée.

Incision paracostale droite. Si la vésicule ne se

(1) *Concours Médical*, n[os] 2, 3, 4 et 6.

présente pas, inutile de la chercher. Seul le tamponnement sous-hépatique suffit. Il se fait avec un sac Mickulicz bourré de lames de gaze et d'un tube pour en faciliter le décollement. Contre-ouverture sus-pubienne pour introduire un second drainage de gaze dans le Douglas où s'accumule la bile septique. Quelques mois plus tard, opération secondaire pour guérir l'éventration sous-hépatique et explorer les voies biliaires s'il y a lieu.

III. Cancer recto-sigmoïde adhérent et étendu.

Par voie abdominale, enlever la sigmoïde et leplus possible du rectum. Couper, fermer ou ne pas fermer le rectum. Une seule ligature sur la fin de la mésentérique inférieure. Tamponnement du bassin à la Mickulicz. Placer deux lames de caoutchouc sur les uretères s'ils ne sont pas recouverts et péritonisés. Placer l'anus terminal en sectionnant le côlon descendant à gauche.

M. Péraire (de Paris) a appris le drainage abdominal chez son maître Terrier qui, avant d'être l'apôtre de la péritonisation, drainait presque tous ses opérés, surtout après des interventions longues, purulentes et sanguinolentes par rupture d'adhérences.

C'est à J.-L. Faure qu'il doit l'enseignement du Mickulicz. Le résultat obtenu a toujours été parfait, surtout dans les cas désespérés. Après ablation du sac, autour du huitième jour, il fait l'aspiration des liquides et le lavage à l'eau salée. Ce lavage, il l'applique systématiquement une ou deux fois par jour jusqu'à tarissement des liquides après aspiration.

L'auteur conclut que, en matière de chirurgie abdominale, il convient d'être éclectique. C'est ainsi que les lavages abdominaux à travers un simple drainage caoutchouté, sans Mickulicz, lui ont donné de tous temps les mêmes bons résultats.

M. Reynes (de Marseille) emploie le drainage de moins en moins. Dans la chirurgie aseptique, il ne l'utilise jamais.

Dans les cas d'appendicite gangréneuse à pus ichoreux, grisâtre, il extirpe la plupart du temps l'organe malade, mais sans manœuvres dangereuses. Il lave à l'éther sans excès et referme le péritoine. Parfois il laisse ouverte la brèche pariétale par crainte de sphacèle des tranches musculeuses.

Il a refermé des collections suppurées du pancréas, des kystes suppurés du mésentère après éthérisation et nettoyage.

Il y a des cas qu'il faut drainer, d'autres qu'on peut drainer, d'autres qu'on ne doit pas drainer.

M. Jayle (de Paris). Des expériences déjà anciennes ont démontré que tant que le péritoine n'est ni lésé ni irrité, l'introduction de germes même virulents n'est suivie d'aucun effet, tant son pouvoir de résorption est grand.

Ce qu'il importe de drainer c'est le tissu cellulaire pelvien, c'est-à-dire les espaces vides qu'on peut laisser au-dessous de la séreuse péritonéale dans le cas de grand délabrement pelvien.

D'une façon générale, la nécessité du drainage est fonction des délabrements importants, mais on peut souvent restreindre ceux-ci ; c'est ainsi que l'auteur a recommandé la simple amputation du col utérin pour des cancers localisés, cas rares, mais non exceptionnels.

L'auteur recommande encore la reconstitution soigneuse de la cavité péritonéale, le cloisonnement du pelvis à la Chaput, l'exclusion du fond de la cavité pelvienne que l'on draine seul.

Ni les drains, ni les mèches ne drainent suffisamment. Il faut utiliser un gros tube de caoutchouc permettant le passage d'une sonde Nélaton par laquelle on fera de l'aspiration une ou deux fois par jour.

L'auteur n'a recours au Mickulicz qu'exceptionnellement.

Dans les cas de suppuration accompagnant le drainage, les lavages du trajet avec la sonde de Bozeman sont à recommander.

Il ne faut pas oublier que les éventrations consécutives aux larges drainages sont fort ennuyeuses et l'auteur cite trois cas de mort consécutives à la cure de ces éventrations.

Il relate également un cas de torsion du cæcum à la suite de l'ablation d'un sac. Il reste donc partisan d'un drainage limité, qui suffit le plus ordinairement.

Le drainage par voie vaginale est à utiliser toutes les fois que faire se peut, en y adjoignant un tube abdominal si on craint un suintement abondant.

M. Petit de la Villéon (de Paris) insiste sur une idée qu'il a défendue souvent : le drainage systématique par le Douglas et le vagin dans les suppurations appendiculaires. Cette technique ne dispense pas du drainage par voie haute, mais elle constitue une mesure de sécurité.

Dans la chirurgie abdominale, le Mickulicz est une « bouée de sauvetage ». Il ne faut l'employer que dans les cas graves, quand il y a péril. Dans ces conditions on aura des guérisons inespérées.

En dépit des reproches d'ordre moral, d'ordre chirurgical ou sentimental, l'auteur estime que le Mickulicz a droit à une place d'exception dans la chirurgie contemporaine.

M. Le Jemtel (de Cannes) pense que dans la chirurgie du tube digestif, estomac, appendice, gros intestin, le mieux est de fermer, toutes les fois qu'on le peut, sans drainage.

Pour les perforations de l'estomac ou du grêle, il n'y a pas de règle fixe. Le temps écoulé et la résistance du sujet doivent entrer en ligne de compte. Le péritoine se défend et absorbe volontiers les liquides, une fois la cause responsable supprimée. Mais il vaut mieux souvent laisser ouvert et empêcher ainsi une absorption qui intoxiquerait un organisme déjà déficient.

Dans les cas de péritonites appendiculaires opérées du premier au huitième jour, l'auteur a drainé presque toujours soit par un petit drain, soit par un Mickulicz suivant l'étendue de la péritonite.

Le drainage est encore la méthode de choix dans la chirurgie du gros intestin, même avec une dérivation cæcale.

L'auteur discute ensuite l'opportunité du drainage dans la chirurgie utéro-annexielle. Après une bonne péritonisation, pas de drainage pour les fibromes, ni même les salpingites, à condition que la suppuration ne dépasse pas les limites du petit bassin. Il referme complètement après les grossesses extra-utérines. Par contre, il draine constamment au Mickulicz dans la chirurgie du cancer du col. Depuis 1900 la mortalité est passée dans ces conditions de 25 à 12,5 p. 100.

En résumé, absence de drainage dans la chirurgie haute du tube digestif et souvent dans la chirurgie du grêle ; drainage constant dans les péritonites appendiculaires ou autres, et pour la chirurgie des côlons ; drainage au Mickulicz dans les cas de cancer du col utérin.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) draine le plus souvent à l'aide de lames de caoutchouc particulièrement souples auxquelles sont soudés des drains ordinaires de petit calibre.

Par l'intermédiaire de ces drains il lui est loisible de faire des lavages continus dans le foyer suppuré. Il présente un exemplaire de ces lames caoutchoutées.

M. de Fourmestraux (de Chartres) étudie les indications du drainage dans les cellulites pelviennes et dans les infections entéro-péritonéales. Il a opéré de 1908 à 1918, 27 cancers du col utérin qui lui ont donné une mortalité de 26 p. 100 : drainage vaginal après péritonisation haute. Depuis 1918, il emploie de façon systématique le drainage à la Mickulicz par sac de gaze et mèches enlevés tardivement ; 86 cancers de l'utérus lui ont donné une mortalité de 8 p. 100 et de 6 p. 100 seulement pour les vingt-cinq derniers cas.

Dans les appendicites aiguës, il draine le moins souvent possible, mais dans les cas douteux, il préfère le drainage par gaze et mèche au drainage par tube.

Sur 860 appendicites opérées à chaud dans les cinq dernières années, tant à l'hôpital de Chartres que dans sa pratique privée, il a eu une mortalité inférieure à 3 p. 100. 124 malades ont été drainés, 75 par Mickulicz, 41 par petit drain dans le Douglas à la façon de Rehn.

Il croit pouvoir attribuer ces résultats heureux à l'emploi du drainage par sac de gaze et à la fistulisation rapide du cæcum dans les cas particulièrement graves.

Les grands infectés entéro-péritonéaux meurent d'occlusion et il ne faudra jamais hésiter dans les cas sévères à faire un drainage de l'intestin par anus temporaire.

Il fait remarquer que l'histoire du drainage abdominal en chirurgie ne remonte pas à Chassaignac comme paraissaient le croire les rapporteurs et comme on l'admet généralement, mais aux chirurgiens du XVIII[e] siècle, à la vieille Académie de chirurgie, à Heister, à Dionis et surtout à Marchal, chirurgien de Louis XV. Ce dernier préconise un drainage dans les gastrorraphies par tente de linge, attachée avec un cordonnet et placée à l'angle inférieur de la plaie abdominale qui ressemble singulièrement au sac de gaze de Dupuytren-Mickulicz et qui est décrit avec précision dans les démonstrations de Dionis, au jardin royal (1745).

M. Léo (de Trouville) expose sa pratique considérée à trois points de vue principaux.

I. Dans l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. Il a adopté avec satisfaction l'emploi du drainage de lingerie préconisé autrefois par Mickulicz et rappelé par J.-L. Faure.

L'éloignement du grêle par la barrière de lingerie paraît l'acte essentiel. La suppuration qui s'écoule et qui détache les compresses est très souvent due à l'infection secondaire venue de la peau.

II. Dans les appendicites suraiguës, il a renoncé définitivement à la fermeture sans drainage. Il emploie le drainage de lingerie au caoutchouc le plus souple, et il use de topiques gras qui activent la désinfection du foyer opératoire et le bourgeonnement et permettent souvent une suture secondaire assez précoce de la paroi abdominale.

III. D'une façon générale, et en dehors des deux cas précités, la tendance à restreindre le drainage est à conseiller. La possibilité pour le drain de faire mèche de l'extérieur vers l'intérieur est certaine et plus fréquente qu'on ne le croit. Le drain dit de « sécurité » est parfaitement susceptible de devenir un drain de complication. Aucun chirurgien ne peut se vanter de n'avoir jamais drainé dans aucun cas, ni trop ni trop peu.

M. Grimaux (d'Algrange) pense que pour juger de la valeur du drainage dans la chirurgie abdominale, il est nécessaire non seulement d'en connaître le résultat immédiat, mais aussi les suites éloignées.

A ce sujet, il apporte l'observation d'une malade à laquelle il a réséqué une anse intestinale sphacélée au cours d'une péritonite grave, large drainage à la Mickulicz, fistule intestinale qui se ferme spontanément ; la malade guérit.

Trois ans plus tard, l'auteur opère à nouveau cette malade pour grossesse extra-utérine rompue : aucun trace d'adhérence épiploïque ou intestinale, la paroi abdominale ne présente pas d'éventration.

Il en conclut que dans les infections graves de l'abdomen, la crainte des fistules intestinales, de l'éventration et des adhérences ne doit pas faire rejeter l'emploi du large drainage à la Mickulicz.

M. Stefani (de Nice) est hostile au drainage préventif en chirurgie abdominale. En matière de chirurgie traumatique il le juge détestable. Il présente deux cas de blessures de l'abdomen particulièrement graves guéries sans incident par une intervention précoce et fermeture complète.

Il s'agit dans le premier cas d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui reçoit une balle de revolver au ventre.

Laparotomie une heure et demie après. Suture de six perforations du grêle et de quatre déchirures du mésentère. Evacuation d'un abondant hémopéri-

toine. Assèchement. Huile camphrée dans l'abdomen. Fermeture complète. Guérison en quinze jours.

Le second cas concerne une femme de vingt-six ans tombant d'un cerisier. Enorme déchirure abdominale « en Pfannenstiel » avec éviscération du grêle et de l'épiploon. Détersion, désinfection à l'éther iodé. Résection épiploïque et réintégration de l'intestin. Huile camphrée dans l'abdomen. Restauration soignée en trois plans sans drainage. Guérison avec obstruction intestinale tardive atténuée.

M. Sénéchal (de Paris) insiste sur l'efficacité du drainage déclive. Il le considère comme destiné à faciliter l'extériorisation secondaire à l'intervention de tous tissus morts ou destinés à une mortification totale.

Après avoir reconnu les avantages du Mickulicz, il s'en inspire pour aménager un drainage analogue, mais par mèches libres agencées autour d'un drain central et dont un chef pénétre dans le vagin ou bien affleure à l'orifice cutané.

En particulier pour les opérations gynécologiques, il est de notion acquise que l'hystérectomie vaginale est moins grave que l'hystérectomie abdominale. Pour l'auteur, cela tient au vaste drainage déclive qui suit l'intervention vaginale.

Il obtient le même avantage en installant un semblable drainage dans l'hystérectomie totale. Dans les cas de subtotale, il taille un large cylindre dans l'épaisseur du col. Le drain, dans les deux procédés, est retiré au bout de quarante-huit heures. La mèche est mobilisée au quatrième jour, et de jour en jour raccourcie pour être supprimée au dixième jour.

Quoique l'application d'un Mickulicz n'interdise pas l'emploi de l'incision de Pfannenstiel à laquelle l'auteur reste fidèle, il estime que le drainage déclive par drain et mèche lui est très supérieur en ce qu'il met l'opérée dans la situation qu'elle auraitaprès une hystérectomie vaginale.

Il montre que cette technique est applicable à tous les étages de la cavité abdominale et qu'elle réduit au minimum le risque d'éventration.

M. Masini (de Marseille) étudie les indications du Mickulicz dans l'appendicite à chaud.

Après avoir longtemps drainé au Mickulicz sous l'impulsion de Pozzi et de Villeneuve, l'auteur avait délaissé cette technique pendant la guerre pour suivre la pratique d'Ombrédanne. Il a ainsi refermé des appendicites suppurées et pour quelques cas heureux au début il a eu ensuite des désastres.

Revenant alors au Mickulicz, il procède de la façon suivante :

Dans tous les cas d'appendicite avec péritonite, qu'il y ait ou non du pus dans la cavité péritonéale, il écrase la base de l'appendice, le lie et le résèque. Il laisse tel le moignon appendiculaire sans l'enfouir, il place des fils d'attente et un seul plan à la grosse soie, et, après avoir nettoyé le péritoine à l'aide de compresses imbibées d'éther, il place un Mickulicz contre le cæcum, au niveau du moignon appendiculaire.

Les mèches sont retirées à partir du cinquième jour, le sac est enlevé le huitième et les fils d'attente sont alors serrés. On obtient ainsi une fermeture de la paroi par seconde intention.

Quand le pus a fusé dans le Douglas, l'auteur flanque le Mickulicz d'un gros drain plongeant au fond du bassin.

(à suivre.)

Les Livres

Imprimerie Médicale et Scientifique,
34, rue Botanique, Bruxelles.

R. Bernard.— **Aide-mémoire de syphiligraphie comparée et de thérapeutique.**
Un volume, 144 pages grand format. Dépôt à Paris, chez Lefrançois. Prix : 35 francs belges (25 fr. français.)

On n'aborde jamais, sans une certaine appréhension, la lecture d'un ouvrage scientifique, dont on se propose de rendre compte ultérieurement. On se demande dans quel esprit il est conçu, quelles en ont été les directives, quel plan l'auteur a adopté, comment enfin, il a traité son sujet. Si l'on a la chance, dès les premières lignes, d'être initié à l'idée maîtresse qui domine et donne son esprit, son caractère à tout l'ensemble du livre, l'on pourra, sans préconception paralysante, réaliser une sorte de vue générale qui permettra de calculer, dans une certaine mesure, l'attrait qu'offrira sa lecture à tête reposée, et l'intérêt qu'on y prendra.

Cette chance, je l'ai eue avant même que d'ouvrir le livre de Raoul Bernard, de Bruxelles ; ce calcul, j'ai pu le faire et m'en délecter, à l'avance, sans arrière-pensée, au risque de courir à une déception.

Mais, ce risque, désinvoltement affronté, je dois dire tout de suite que je ne l'ai pas subi, et que ma prime impression n'a fait que se confirmer avec force, de la première à la dernière page.

L'idée maîtresse de Bernard est condensée, en effet, dans ces lignes qui ornent la couverture de son aide-mémoire :

« On néglige trop les droits de la clinique... Le laboratoire est inconstant dans bien des cas... Des affections non spécifiques apparaissent fréquemment chez des syphilitiques... et c'est pour les avoir méconnues qu'on est allé souvent aux insuccès thérapeutiques... Quant aux traitements, ils doivent s'adresser, non pas à la maladie, mais à des malades... »

Paroles de sagesse, s'il en fut, dont nous retrouverons la réplique tout au long des pages qui suivront, tellement que nous ne nous étonnerons pas de l'esprit

philosophique qui les anime, si la philosophie n'est autre que l'amour de la sagesse...

Trois parties : Considérations générales sur la syphilis d'aujourd'hui. — Schématisations diagnostiques. — Thérapeutique.

La syphilis d'aujourd'hui est faite de la *rénovation d'aspects cliniques*, mais jusqu'à quel point, et dans quelle mesure le vieux cadre est-il brisé, le « tryptique primitif des maîtres d'hier », démoli ? ? ?

Lisez... et savourez. Savourez la forme autant que le fond :

« ... Elle a fait, elle aussi (la syphilis) sa crise de modernisme ; elle a cessé d'être la tragédie classique en trois actes bien cadencés, pour devenir le drame aux multiples tableaux ; les transitions y sont moins apparentes et l'intrigue paraît plus fractionnée. Mais si la trame ne s'étale plus aussi bien sur la scène, la coulisse nous révèle mieux qu'autrefois le fil invisible qui relie entre eux les éléments de l'action.

« N'empêche que le Code de la vérole, tel que les anciens l'ont dressé, demeure un monument qui conserve bien plus qu'une valeur historique. Pour nous — ceux d'aujourd'hui —, il reste le guide certain dans les hésitations de la longue route, le refuge où nos scrupules de cliniciens pourront toujours trouver l'apaisement, et leurs auteurs nous apparaissent encore comme de prodigieux directeurs de conscience.

« Et si, à la suite de causes diverses, — parmi lesquelles nous plaçons à l'avant plan les thérapeutiques modernes, — il y eut une rénovation profonde des aspects évolutifs, il serait à la fois injuste et dangereux de vouloir reléguer dans l'oubli cette ancienne classification où nous retrouverons toujours les descriptions intégrales ... »

Que penser des syphilis paradoxales ? des syphilis sans chancre, cryptocarciniques ? Et de ces malades arrivés au tertiarisme, et qui, brusquement, sont atteints de symptômes cutanés secondaires ? Mais comment se contracte-t-elle, et quel est le processus de l'infection ? Circulation sanguine... Prolifération locale, cutanée, du tréponème... Voie lymphatique... Et cela nous vaut un chapitre où les réactions humorales, mises en évidence, avec leurs alternatives d'immunité et d'allergie, expliqueront les caprices apparents de l'infection.

Les récidives viscérales et nerveuses sont plus fréquentes que les cutanées. Qui les conditionne ? Les causes prédisposantes dues à la vie contemporaine et à ses abus, ou bien le dualisme de l'agent infectant, dermotrope ici, neurotrope là ? Discussion serrée où les objections se manifestent contre ce dualisme, moins pertinent qu'on l'a cru, bien que les syphilis synchrones semblent donner raison à cette théorie.

Les moyens de contrôle sont nombreux, qui asseoient le diagnostic et vérifient le succès thérapeutique : ponction lombaire, à faire au moment voulu, sans jamais en abuser ; séro-réactions, desquelles il ne faut pas tout attendre, en raison de leurs variations et de leurs anomalies ; réactivation....

En guérit-on ? Peut-on la reprendre ? En d'autres termes, les réinfections sont-elles indéniables, démontrant la guérison positive des primes-infections ?

« ..... Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait plus sage de grouper en un seul syndrome les accidents se trouvant étagés d'un extrême à l'autre, ceux-ci inclus, et généralement dénommés superinfections et réinfections ; ..... et de les nommer simplement « réinoculation » ou bien encore « infection syphilitique seconde ».

Sans dire que la syphilis ne guérit jamais, comme il est impossible scientifiquement de prouver la guérison, le plus sage est de traiter et de surveiller le malade comme s'il ne devait pas guérir.

Les schématisations diagnostiques s'appliquent à toutes les manifestations syphilitiques, depuis le chancre initial jusqu'aux syphilis nerveuses, chacune d'elles formant un chapitre particulier où l'on trouve d'abord un schéma dont voici celui qui concerne le chancre :

I. Diagnostic d'après la lésion.

II. Diagnostic d'après la localisation.

Communs aux deux sexes.

Bouche (lèvres, gencives, amygdales, langue).

Œil (paupière, bord ciliaire, conjonctive).

Nez. Menton. Doigt. Sein. Anus.

Propres à l'homme :

Gland. Prépuce. Sillon balano-préputial.

Frein. Fourreau. Méat et urètre. Parties cutanées.

Propres à la femme :

Grandes lèvres. Muqueuse vulvaire. Méat.

Fourchette et vagin. Col utérin.

Traitements locaux.

Chacun des éléments du schéma est repris et son diagnostic différentiel est précisé sous la forme de tableaux synoptiques.

Et de même pour les syphilides cutanées, les syphilides muqueuses, les lésions caséeuses, musculaires et articulaires, la S. cardiaque et vasculaire ; la S. des voies respiratoires ; la S. des voies digestives et annexes ; la S. urogénitale ; la S. de l'œil et de l'oreille ; la S. des glandes endocrines ; les S. nerveuses.

Chaque chapitre, le schéma esquissé, est précédé de l'idée-maîtresse du diagnostic envisagé ; et pour qu'elle s'impose au lecteur, elle obéit à une disposition typographique telle, qu'en haut et à gauche de la page, on lit : **il ne faut pas...**

Et, en bas à droite : ... *accepter comme un dogme l'unicité et la dureté du chancre syphilitique : les chancres multiples existent et l'on peut trouver des chancres « durs » qui sont mous comme des chancres « mous » qui sont durs*, — tout le reste de la page étant immaculé.

J'ai donné comme exemple, l'*Il ne faut pas*... du chancre.

Voulez-vous celui de la S. du cœur et des vaisseaux ?

IL NE FAUT PAS...

.....oublier que la syphilis fournit une grande partie de la pathologie cardio-vasculaire sans s'imposer toujours par une symptomatologie spéciale. La plupart des angines de poitrine sont d'origine luétique, mais le Wassermann est inconstant.

Dans la troisième partie, la thérapeutique est étudiée dans tous ses détails, et dans son rythme : et l'iode, et le mercure, et l'arsenic et le bismuth et les traitements aspécifiques (malariathérapie, opothérapie, physiothérapie, crénothérapie). La prophylaxie termine cet exposé essentiellement pratique, et qui est le fruit d'une longue expérience, appuyée sur une érudition profonde et variée.

En vérité, cet aide-mémoire est une remarquable mise au point. Il fait le plus grand honneur à Raoul Bernard, et forme une pierre précieuse apportée à l'édifice monumental que représente depuis longtemps déjà la Science médicale belge. Je ne saurais en dire un plus grand bien...

G. DUCHESNE.

Librairie COULET, 5, Grande-Rue, Montpellier.

Fiches de pratique médicale, Direction et administration : Dr J. DESFOUR.

M. le Dr J. Desfour qui, comme secrétaire général, fut un des plus habiles et dévoués organisateurs des Journées médicales de Montpellier, a eu l'heureuse inspiration de faire traiter, sous forme de fiches, la pathologie et la clinique médicale et chirurgicale par les maîtres les plus appréciés de la Faculté de Montpellier.

Ces fiches se divisent en *Fiches de pratique médicale* qui réunissent les connaissances essentielles que doit connaître un praticien sur une question donnée, allégées de tout ce qui est inutile ou encore à l'étude ; en *Fiches de mise au point* pour les questions qui sont en voie d'évoluer ; en *Fiches formulaires* qui condensent les données classiques ; en *Fiches scientifiques*, destinées à mettre rapidement au courant des progrès de la science le médecin qui exerce et a peu le temps de chercher ; en *Fiches de publicité* sur carton en couleur donnant les spécialités sérieuses qui peuvent être recommandées contre telle ou telle affection. Des *Fiches personnelles*, sur lesquelles le praticien pourra noter ses propres observations, complèteront cet utile fichier dont le classement par ordre alphabétique permettra les consultations rapides.

La première série des *fiches de pratique médicale*, qui vient de paraître, ne nous permet pas de douter de la faveur avec laquelle les praticiens les accueilleront. Nous relevons au hasard les titres de quelques-unes de ces fiches que nous avons parcourues et les noms de leurs auteurs : Hypertension artérielle, par le prof. Rimbaud ; Tuberculose, par le prof. Gaussel ; Infections typhoïdes : diagnostic, par le prof. Lisbonne ; prophylaxie, par le prof. Carrieu ; Formes cliniques, par le prof. Baudet ; Traitement, par le prof. Giraud ; Epilepsies, par le prof. Vires ; Sclérose en plaques, apoplexie, encéphalites, goitre exophtalmique, par le prof. Euzière ; Puériculture, la version, par le prof. Paul Delmas. Nous ne pouvons tout citer, ni résumer des fiches dont la condensation parfaite ne permet pas l'analyse. Contentons-nous d'ajouter que MM. Euzière et Vires traitent les maladies nerveuses ; M. Paul Delmas, l'obstétrique ; que le Dr Baumel a rédigé ce qui a trait à l'appareil digestif, le prof. Rimbaud et le Dr Boulet les affections cardiaques.

Nous nous bornerons là, car il nous faudrait citer tous les maîtres de Montpellier et nous nous contenterons de conclure que les *Fiches de pratique médicale* rendront les plus grands services aux praticiens très occupés qui, en un coup d'œil, pourront se remémorer les symptômes, l'évolution, le traitement d'une maladie et être mis au courant des progrès nouveaux et utiles qu'ils pourront tout aussitôt utiliser. Nous remercions et félicitons le Dr J. Desfour d'avoir su réaliser et mener à bien cette intéressante innovation, sur laquelle nous attirons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs.

J. NOIR.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez GASTON DOIN et CIE, 8, place de l'Odéon.

R. ANTHONY, professeur au Muséum. — **Anatomie comparée du cerveau.** (Un vol. in-8, 372 p., 234 fig., Prix : 70 fr. sauf variation.)

Editions de l'O. P. H. S.,
9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris.

Henri SELLIER, conseiller général. — **La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne** (1896-1927). LE ROLE DE L'OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE. *Rapport présenté au Conseil général de la Seine* (décembre 1927 (in quarto en deux tomes, 795 p., avec cartes, graphiques et fig. Prix : 40 fr.).

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ALCOOLOMANIE (Son traitement), par BÉRILLON. Soc de médecine de Paris, 26 novembre.

APPENDICE (Les corps étrangers de l'), par Maurice TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale,* novembre 1927.

ARYTHMIE EXTRASYSTOLIQUE ET MARRUBE BLANC, par H. LECLERC. *Presse médicale,* 10 décembre 1927.

BOTANOMANCIE DE RABELAIS, par Albert GARRIGUES, *Concours médical,* n° 49, 4 décembre 1927.

CALS (Leurs maladies et leurs traitements), par R. LERICHE. *Gazette des hôpitaux,* numéro du Centenaire, novembre 1927.

CHOLESTÉRINE (Qu'est-ce que la), par G. LEMOINE. *Nord médical,* n^os^ 666 et 667, 15 novembre et 1^er^ décembre 1927.

CHIRURGIE (La), par H. BOUQUET. Un volume, Hachette, Paris, 1927.

DÉBUTS EN MÉDECINE (Lettre à un jeune médecin), par G. DUCHESNE. *Le Jeune médecin,* n° 7, 1^er^ décembre 1927.

DENGUE, DENGUÉS, DINGOS (Chronique sur les dangers de la vulgarisation médicale), par CASSUTO. *Revue tunisienne des sciences médicales,* 8 octobre 1927.

DIVORCE (Rôle des médecins dans le divorce de Louis d'Orléans et de Jeanne de France), par CABANÈS. *Revue thérapeutique des alcaloïdes,* n° 64, novembre 1927.

DRAINAGE EN CHIRURGIE ABDOMINALE, par J. DE FOURMESTRAUX. *Concours médical,* n° 51, 18 décembre 1927.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE (Est-elle une intoxication ?), par J. SEVAL. *Journal des Praticiens,* n° 47, 19 novembre 1927.

ENFER DE L'HISTOIRE (L'), (2^e^ série), par CABANÈS Un vol. in-16 jésus, Albin Michel, Paris, 1927.

ERYTHÈME INDURÉ DE BAZIN, par Clément SIMON. *Bulletin médical,* n° 51, 17 décembre 1927.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE, par G. DUCHESNE. *Concours médical,* n° 48, 27 novembre 1927.

FONCTIONNARISATION DE LA MÉDECINE (En marche vers la), par J. NOIR. *Concours médical,* n^os^ 47 et 51, 20 novembre et 18 décembre 1927.

FRANCE (Le cerveau d'Anatole), par H. BOUQUET, *Monde médical,* n° 720, 1^er^ décembre 1927.

FRAUDES ALIMENTAIRES ET LUMIÈRE, par FOVEAU DE COURMELLES. Soc. de pathologie comparée, 13 décembre 1927.

HERNIE OBTURATRICE, par J. DE FOURMESTRAUX. Soc. de chirurgie de Paris, 23 novembre 1927.

HYGIÈNE DENTAIRE (L'œuvre du Durtal Bord), par A. BOULAND. *Semaine dentaire,* n° 51, 18 décembre 1927.

INTERROGATOIRE MÉDICAL, par Jules TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale,* novembre 1927.

MÉDECINS FRANÇAIS (Education des), par M. DE FLEURY. *Vie médicale,* 25 novembre 1927.

NEURO-RÉCIDIVES SYPHILITIQUES ET NÉVRITES TOXIQUES, par Clément SIMON. *Bulletin médical,* n° 48, 26 novembre 1927.

ORDRE DES MÉDECINS, par G. DUCHESNE. *Concours médical,* n° 47, 20 novembre 1927.

PHYSIOGNOMONIE et GRAPHOLOGIE, par NOIR. *Concours médical,* n° 48, 27 novembre 1927.

PLASMOGÉNIE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical,* n° 43, 20 novembre 1927.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES (Peut-il y avoir des limites légales aux), par DUCHESNE. *Concours médical,* n° 49 4 décembre 1927.

PSORIASIS (Traitement par les rayons ultra-violets), par BIZARD. Soc. franç. de dermatologie et de syphiligraphie, 10 novembre 1927.

RABELAIS et CORNÉLIS AGRIPPA, par Albert GARRIGUES. *Concours médical,* n° 49, 4 décembre 1927.

RADIATIONS ASTRALES (Leur rôle possible dans la pathologie humaine), par Maurice FAURE. *Presse médicale,* n° 98, 7 décembre 1927.

RADIATIONS (Le cumul des), par FOVEAU DE COURMELLES. Soc. de Médecine de Paris, 29 octobre 1927.

SCARLATINE (Le sang dans la), par SABRAZÈS. *Marseille médical,* n° 32, 15 novembre 1927.

STOMATOLOGIE (Traité de), t. I. : anatomie de la bouche et des dents (nouvelle édition), un vol. in-8, Paris 1927.

THERMALISME (Les campements thermaux), par MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée,* n° 12, décembre 1927.

TUBERCULOSE *a*) Déclaraton obligatoire, par OZENNE, Soc. méd du 9^e^ arrondissement de Paris, 8 décembre 1927 *b*) traitement de la période d'état, par G. LEMOINE. *Revue moderne de médecine et de chirurgie,* n° 9, septembre 1927.

URÉTHRITE CHRONIQUE (Son traitement par la dilatation gazeuse), par BIZARD. Soc. de médecine de Paris, 11 novembre 1927.

VACCINOTHÉRAPIE DANS LES BRONCHO-PNEUMONIES DE L'ENFANCE (Résultats statistiques), par J. MINET. V^e^ Congrès de pédiatrie de langue française, Lausanne, 1^er^ octobre 1927.

VARICELLE (L'orchite de la), par J. SABRAZÈS. *Notes pratiques d'actualité médicale,* n° 71, novembre 1927.

VERSION (La), par Paul DELMAS. *Fiches de pratique médicale,* 1927

VIANDES DE BOUCHERIE (L'inspection des), par G. DUCHESNE,. *Concours médical,* n° 31, 18 décembre 1927

THÉRAPEUTIQUE

Appareil circulatoire et arthritisme.

Au Congrès de l'arthritisme, qui vient de se tenir à Vittel, le prof. Ed. Doumer, de Lille, a présenté un rapport très documenté sur les relations de l'arthritisme et des maladies de l'appareil circulatoire. Il a exposé la question de l'origine de l'artério-sclérose et des artérites chroniques et il a surtout présenté certaines conceptions nouvelles sur le rôle que jouent les troubles de la nutrition générale dans le déterminisme de certains états de défaillance cardiaque et de l'hypertension artérielle.

Lorsque la syphilis ne peut être mise en cause, l'artério-sclérose et les artérites chroniques sont le plus souvent primitives, en apparence, et surviennent en dehors de tout facteur connu. Elles sont provoquées, pour le prof. Doumer, par un état d'intoxication chronique, par des troubles complexes du métabolisme alimentaire et de la nutrition générale qui irritent à la longue les parois artérielles. Ce sont, comme l'a dit Leclerc, des maladies de la cinquantaine ; dans certaines familles, c'est une tare héréditaire, ce qui démontre une influence diathésique, l'influence de l'arthritisme, qui prédispose à ces troubles de nutrition. L'examen du sang montre presque toujours une exagération de l'urée, de l'acide urique, de la cholestérine. La présence de cette dernière, substance antitoxique sécrétée par l'organisme, est, pour Doumer, la preuve d'un état d'intoxication chronique que des troubles du métabolisme et de la nutrition peuvent seuls expliquer.

Dans son rapport, Doumer montre l'origine commune de tous ces états de sclérose artérielle ou rénale, de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension évoluant différemment suivant les individus mais découlant toutes de troubles de la nutrition générale. Dans tous les cas, à une période de la maladie, tantôt dès le début, tantôt, au contraire, plus tardivement, l'hypertension fait son apparition et conditionne l'évolution des symptômes et la marche de l'affection. Les causes de son apparition sont encore mal définies. Pour Doumer, il ne faudrait pas l'attacher aux scléroses rénales, comme le veut une opinion actuellement classique. Il se base sur ce fait que l'hypertension est souvent isolée et que, lorsqu'elle est associée à la sclérose rénale, il n'est pas certain qu'elle soit sous sa dépendance, car souvent elle la précède et la néphrite chronique apparaît plutôt comme une complication de trouble hypertensif. Il constate cependant que la plupart des hypertendus finissent par faire de la sclérose rénale et qu'en définitive tous ces troubles circulatoires : scléroses artificielles et rénales, défaillances cardiaques, hypertensions artérielles sont toujours conditionnés par des troubles de nutrition et de métabolisme alimentaire qui ont provoqué plus ou moins rapidement l'insuffisance hépatique et rénale qui se traduit par l'hyperuricémie, l'hypercholestérinémie et même l'hyperglycémie.

Doumer pense qu'on pourrait éviter ou retarder l'apparition de ces troubles en surveillant de bonne heure le régime de ceux qui sont prédisposés par hérédité arthritique à ces troubles de nutrition et tout au moins les amender dès qu'on en constate les premiers phénomènes.

Il est évident que la restriction alimentaire, l'hygiène raisonnée, l'hydrothérapie, l'exercice dosé, le repos intellectuel doivent jouer ici le premier rôle ; mais, dès que l'hypertension sera constatée, il faudra s'efforcer de diminuer et régulariser le travail du cœur, faire cesser le spasme artériel et améliorer la diurèse.

L'emploi de la guipsine répond à cette triple indication et, à la suite de son administration à la dose de 6 à 8 pilules par jour, pendant plusieurs semaines, on constate une baisse de la tension sanguine, une amélioration des symptômes fonctionnels, une sédation des phénomènes douloureux, une augmentation de la diurèse et des éliminations azotées et chlorurées. Cette médication est inoffensive, il n'y a pas pour elle de contre-indication ; on ne constate ni accoutumance, ni accumulation et la guipsine est réellement le médicament d'entretien des artério-scléreux et des hypertendus.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES EN SEINE-ET-MARNE

Par le Dr Fernand DECOURT.

L'inspection médicale des écoles est à l'ordre du jour dans le *Concours*, comme il l'est dans nos départements. Parmi ceux-ci, il en est certains où l'inspection « administrative » et fonctionnarisée fleurit dans toute sa beauté — sur le papier tout au moins. Notre excellent ami Noir disait dernièrement dans un de ses étincelants *Propos du jour* que bientôt « le médecin praticien regrettera amèrement de n'avoir pas voulu s'occuper de médecine sociale et d'avoir repoussé, au nom des principes sacro-saints du traditionalisme, la médecine collective qu'il est impuissant à empêcher de naître et d'organiser. Alors on pourra répondre à ses plaintes « Vous l'avez voulu, Georges Dandin.... »

Sans doute, nos confrères se souviennent encore de ces paroles si justes, mais j'ai désiré les reprendre à nouveau pour mieux « enfoncer le clou ». C'est ce que, de mon côté, je ne cesse de redire. Qu'on le veuille ou non, la médecine sociale augmente ses « rayons » de jour en jour. Elle nous submerge, nous, praticiens, comme, depuis un demi-siècle, les grands magasins ont submergé ces petites boutiques familiales et traditionnelles qui luttèrent vainement quelques années contre le torrent, puis disparurent peu à peu. Et même, parfois, les enfants de ces boutiquiers « vieux jeu » passaient dans le grand magasin où ils devenaient employés avec l'ambition d'être un jour promus chefs de rayon. N'est-ce pas Zola — ce n'est donc pas nouveau — qui nous a conté de tels avatars avec son implacable scalpel ?

Donc, ne laissons pas se faire *sans nous* la médecine sociale. Et comme devant toute collectivité, l'*isolé* ne compte pas, cela revient à dire : « *Ne laissons pas faire sans le syndicat médical la médecine sociale....* »

***

C'est en partant de ce principe que, lorsqu'il s'est agi de créer, en Seine-et-Marne, un « ***Règlement départemental d'inspection médicale des écoles*** », nous avons déclaré à M. le Préfet que le syndicat était prêt à collaborer avec l'administration dans ce but. Le 29 juillet 26, une *Commission spéciale* était donc réunie à la Préfecture. En outre de l'inspecteur d'académie, des inspecteurs primaires, du médecin inspecteur départemental d'hygiène et de deux ou trois ocnseillers généraux médecins, en faisaient partie le président et deux autres membres du syndicat médical, désignés au préfet par le syndicat lui-même.

Le projet, dressé par les soins de l'administration, après divers échanges de vue préalables avec les délégués du syndicat, fut longuement étudié en cette commission spéciale. Un certain nombre de modifications nouvelles furent demandées et obtenues par les représentants des praticiens du département. Pas toutes cependant, nous aurions voulu que chaque *fiche médicale* (détachée du *carnet de santé* délivré par l'administration) soit établie par les soins *du médecin de famille.* Nous dûmes nous incliner devant l'affirmation qu'on nous fît de l'impossibilité, scnstatée par de précédentes expériences, d'astorer ainsi une réelle *inspection individuelle* dans tous les cas, ni même dans la majorité des cas. Et d'ailleurs un jugement récent avait décliné à un maire le droit d'imposer « un système d'inspection et de réglementation de l'hygiène à l'école » (Décision n° 80.747 du 23 juin 1926, annulant l'arrêté du maire de Grenoble du 27 février 1923. Arrêt du Conseil d'Etat). Si l'on voulait donc un service réel d'examen individuel, il fallait que celui-ci fût fait *par des médecins payés sur le budget communal.*

Toutefois, dans le Règlement que nous donnons ci-dessous, et qui est en vigueur depuis le 1er janvier 1927, on remarquera quelle place importante est réservée au médecin de famille et combien il fut tenu compte, à cet égard, des désirs exprimés par les délégués du syndicat médical qui parlèrent toujours, d'ailleurs, dans l'intérêt même des enfants et de la santé publique.

RÈGLEMENT DÉPARTEMENTAL DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

ARTICLE PREMIER. — Il est créé un service départemental d'inspection médicale des écoles et des écoliers pour toutes les communes qui n'auront pas organisé directement un service municipal de cette nature. Ce service départemental est rattaché à l'Office public d'hygiène sociale.

ART. 2. — L'inspection portera sur la santé des élèves, sur la salubrité des locaux scolaires et sur l'observation des règles de l'hygiène scolaire. Elle comportera : 1° la surveillance de l'état physique des enfants, confiés à des médecins praticiens de la localité ou des localités voisines, ou à leur défaut à des médecins ne faisant pas de clientèle et désignés par l'Office d'hygiène sociale ; 2° l'indication des aptitudes physiques des enfants en vue de leur orientation professionnelle.

ART. 3. — Les médecins praticiens chargés d'un service d'inspection, seront désignés par les maires, dès que le Conseil municipal aura voté les crédits nécessaires au paiement de leurs honoraires, au taux de 3 fr. par enfant, avec minimum de 30 francs, par séance semestrielle d'inspection (1). Dans le cas où aucun médecin praticien ne pourrait ou ne voudrait assurer ce service, l'Office enverrait le médecin choisi par lui. Ce dernier recevrait dans ce cas, la rétribution consentie par la commune.

ART. 4. — Les médecins désignés par les maires doivent avoir accepté le règlement départemental. Ils peuvent être relevés de leurs fonctions, soit par les maires par arrêtés motivés après avis de l'Inspecteur départemental des services d'hygiène et approbation du préfet, soit par le Préfet sur proposition de cet Inspecteur et après avoir été appelés à fournir tous éclaircissements et explications, soit pour inobservation persistante du règlement ou des directives générales qui leur ont été données par l'Office.

ART. 5. — *Fiche sanitaire.* — Les médecins chargés de la surveillance médicale périodique des élèves des écoles sont assistés, chaque fois qu'il est possible, d'une visiteuse de l'Office. Ils doivent être pourvus de tout le matériel nécessaire aux examens techniques qu'ils auront à pratiquer. Cette surveillance s'exerce au cours de deux examens individuels complets, le premier ayant lieu au cours du premier trimestre de l'année scolaire et le deuxième étant pratiqué à six mois d'intervalle. Cet examen donne lieu à l'établissement d'une fiche sanitaire qui doit être la même dans toutes les écoles. Le médecin inspecteur devra faire connaître directement à la visiteuse assistante la date et l'heure de ses visites.

Les fiches ne donnant lieu à aucune remarque défavorable sur l'état de santé de l'enfant seront simplement mises par le médecin inspecteur dans un pli fermé par lui et déposé à l'école ; les fiches révélant des affections méconnues par les parents ou ignorées d'eux, seront enfermées par le médecin inspecteur, chacune dans une enveloppe séparée portant le nom de l'enfant, et communiquées seulement au médecin de la famille, *sur sa demande*, la famille ayant *simplement* été avisée par la visiteuse ou par l'instituteur que l'état de santé de l'enfant nécessite quelques soins.

Les fiches d'un modèle unique et les enveloppes qui devront, dans certains cas, les tenir secrètes, seront fournies à toutes les écoles par l'Office d'hygiène sociale.

Les fiches devront porter des réponses explicites à toutes les questions qui y figurent et être toujours complétées et tenues à jour par la consignation des résultats constatés au cours de tous les examens ultérieurs.

Si la famille se refuse à laisser examiner son enfant par le médecin inspecteur des écoles, elle devra fournir une déclaration de son médecin habituel attestant qu'il n'est atteint d'aucune affection pouvant être un danger pour ses camarades. Dans ce cas, seules les pesées et mensurations diverses seront inscrites sur la fiche.

Si un enfant passe d'une école dans une autre, la fiche sanitaire sera envoyée par l'instituteur à son collègue, sous une double enveloppe, la seconde fermée portant le nom de l'enfant.

ART. 6. — La visiteuse assistant le médecin inspecteur devra faire parvenir sans délai à l'Office d'hygiène sociale, tous les renseignements de statistique générale : nombre d'enfants examinés, nombre d'enfants dont l'état de santé a nécessité l'envoi d'un avis spécial à la famille, nature des affections dépistées, sans aucune indication nominative.

Le médecin inspecteur pourra, s'il ne le fait lui-même, charger la visiteuse de signaler l'état défectueux des locaux scolaires et leur tenue. Ces renseignements seront communiqués par le Préfet à l'Inspection académique, pour motiver une intervention auprès du maire de la commune intéressée.

ART. 7. — L'inspecteur départemental des services d'hygiène fera chaque année à l'Office un rapport d'ensemble sur le fonctionnement de l'inspection médicale et sur ses résultats. Ce rapport sera communiqué au Conseil général.

* * *

Dans ce Règlement, nous attirons l'attention sur le fait que la différence, entre l'*examen* de l'enfant fait lors de l'inspection et les *soins* à lui donner est nettement établie à l'art. 5. Ainsi, lorsque la santé de l'enfant examiné laisse à désirer sur un point quelconque et que des soins semblent nécessaires au médecin inspecteur, la famille est *avisée* simplement du besoin de soins, sans qu'il soit question d'*aucun diagnostic*. C'est

(1) Soit six francs par an, par enfant inspecté.

que, en vue de remédier à toute crainte de diffusion du *secret professionnel*, le diagnostic reste dans la fiche sanitaire *fermée* par le médecin inspecteur et mise exclusivement à la disposition du médecin traitant. Nous pensons intéressant de publier ici cet *Avis* à la famille :

OFFICE DÉPARTEMENTAL
D'HYGIENE SOCIALE. *Préfecture de Seine-et-Marne*

Inspection médicale scolaire

..... le ..... 19..

M......

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'au cours de la visite médicale à laquelle il a été soumis le ...
votre enfant .... a retenu tout particulièrement l'attention du médecin inspecteur des écoles.

En conséquence, je ne saurais trop vous recommander, dans l'intérêt majeur de sa santé, de confier sans retard cet enfant aux soins d'un praticien de votre choix qui pourra demander communication de la fiche sanitaire sous pli cacheté.

Nous avions demandé également que *les médecins inspecteurs ne soient pas désignés par les maires*, mais par la Préfecture, pour que l'influence « politique » et « locale » ait de moindres tendances à se faire sentir en de telles nominations. Mais les honoraires étant votés par le Conseil municipal et payés par le budget communal, la nomination par le maire s'imposait. Nous avons toutefois réussi à entourer de sérieuses garanties (V. Art. 4) la *révocation* de tout médecin inspecteur — et cela en prenant comme exemple, tout simplement, ce qui se passe pour la nomination et la révocation.... d'un garde-champêtre.

Toutefois, même pour la *nomination* nous sommes parvenus, par un moyen détourné, à ce que le syndicat médical puisse faire sentir sa saine influence à côté de la délétère influence politique... et cela, *en accolant cette inspection des écoles à celle des* NOURRISSONS, désignée par la Préfecture celle-là....

Le 24 octobre 1926, dans son Assemblée générale, le syndicat votait l'Ordre du jour suivant :

« Le Syndicat, etc..... demande que les maires soient invités à faire assurer l'inspection médicale des écoles par les médecins qui assurent l'inspection des nourrissons et les vaccinations ;

Mais demande qu'au préalable la distribution des circonscriptions d'inspecteurs des nourrissons, actuellement existante, *soit remaniée par accord* entre les délégués du Syndicat et l'Administration préfectorale, le Bureau du Syndicat étant chargé de faire un *referendum* à ce sujet entre tous les confrères, afin d'arriver à une répartition aussi équitable que possible. »

Ce qui fut fait. Et même il y eut *trois* referendums successifs, afin de mettre tout le monde d'accord — ce à quoi nous ne sommes arrivés qu'à peu près comme dans la fable du meunier, son fils et l'âne, tant il est difficile de contenter tout le monde... et ses confrères. Il y avait une centaine de circonscriptions d'inspection de nourrissons, il y en a maintenant 138 — à la suite d'un jeu de *puzzle* auquel se sont aimablement livrés les docteurs Faure, inspecteur départemental d'assistance et Fontaine, secrétaire du syndicat. A l'heure actuelle, tout médecin du département l'ayant demandé est pourvu d'une circonscription de médecin inspecteur des nourrissons et vaccinations. Quelques confrères se plaignent qu'on n'ait pas suffisamment respecté « les situations acquises ». On ne pouvait passer de 100 à 138, sans rogner certaines parts.

Et maintenant les maires sont priés de prendre pour inspecteur des écoles le médecin inspecteur des nourrissons. En général, cela se fait. Dans certains coins, il y a « du tirage » par questions *personnelles locales*. L'inspecteur départemental et le président du syndicat en confèrent ensemble d'un commun accord, s'efforcent de redresser la barque et de *componere fluctus*.

* * *

Tel est le fonctionnement de nos diverses inspections en Seine-et-Marne et de celle des écoles en particulier. C'est par la collaboration amicale et *voulue* telle, entre l'administration et le syndicat, que nous sommes arrivés à ces résultats. Délaissant les théories et les grands mots mystiques, nous nous sommes tenus dans la « pratique », en braves praticiens que nous sommes. Sans doute, il y a mieux. Il y a pire aussi. On jugera notre action comme on le voudra. Il m'a paru intéressant de la faire connaître.

Dr Fernand DECOURT.

LE RECRUTEMENT DU SERVICE DE SANTÉ

A la Chambre des Députés.

Le 17 janvier dernier, *la Chambre des Députés* discutant la loi sur le recrutement, a adopté les articles suivants, qui concernent les médecins.

« Art. 37. — Les étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire et les élèves des écoles vétérinaires accomplissent leur service actif dans le service de santé ou le service vétérinaire.

« Dans les facultés de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, dans les écoles vétérinaires, il est institué une préparation militaire supérieure spéciale dont les différents programmes, portant sur deux années d'études, sont arrêtés après entente entre le ministre de la guerre, d'une part, le ministre de l'instruction publique ou le ministre de l'agriculture, d'autre part ; elle est facultative.

« Les étudiants ou anciens étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire, et les élèves ou anciens élèves des écoles vétérinaires qui ont obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale accomplissent, en fin de sursis, leur année de service actif ;

« *a*) Six mois comme médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires et six mois comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires aides-majors de 2e classe de réserve ou dentistes militaires de 2e classe s'ils sont :

« Ou docteurs en médecine ;

« Ou nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté et pourvus de seize inscriptions validées ou pourvus du diplôme de pharmacien, de chirurgien dentiste ou de docteur vétérinaire.

« *b*) Un an comme médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires, s'ils sont seulement :

« Ou possesseurs de douze inscriptions validées de médecine ;

« Ou possesseurs de huit inscriptions validées de pharmacie ;

« Ou possesseurs de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire ;

« Ou admis en quatrième année dans une école vétérinaire. . .

« Les autres étudiants ou élèves qui n'ont pas obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale sont incorporés en fin de sursis pour un an dans une section d'infirmiers s'ils sont étudiants en médecine, en pharmacie ou en chirurgie dentaire, et dans un régiment monté s'ils sont élèves vétérinaires.

« S'ils entrent dans l'une des catégories comprises sous les rubriques *a*) et *b*) du paragraphe 1er du présent *article, ils suivent* obligatoirement, pendant leurs six premiers mois de service, des cours d'application spéciaux à la suite desquels ils peuvent être nommés médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires. »

« Art. 38. — Les officiers de réserve sont tenus de demeurer officiers de réserve et de rester, en cette qualité, constamment à la disposition du ministre de la guerre, jusqu'à leur passage dans la deuxième réserve, dans les conditions prévues à l'article 40. »

« Art. 39. — Les docteurs en médecine et les pharmaciens diplômés admis directement après concours dans le corps de santé militaire ou dans le corps de santé coloniale, et les vétérinaires admis comme vétérinaires aides-majors de 2e classe élèves à l'école d'application de cavalerie, doivent avoir accompli leurs obligations, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la présente loi, avant leur nomination comme aides-majors de 2e classe de l'armée active. Toutefois, la durée des services effectifs qu'ils auront accomplis comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires auxiliaires, ou comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires, aides-majors de 2e classe leur compte pour la détermination de leur prise de rang, sans rappel de solde, dans le grade de médecin, pharmacien ou vétérinaire aide-major de 2e classe de l'armée active.

***

L'obligation du brevet de préparation militaire supérieure spéciale étant conservée, le médecin, qu'il soit étudiant ou docteur, entre de plein pied dans l'armée avec un grade. C'est un avantage que n'offre pas le projet que j'ai exposé précédemment (1), et qui, à ce point de vue, lui crée une supériorité évidente. Ce qui m'a guidé dans ma conception, la directive à laquelle j'ai obéi, c'est le désir de donner une communauté d'origine aux médecins militaires de l'active et de la réserve. Or, l'article 39 ci-dessus édicte que les docteurs en médecine, admis directement après concours dans le corps de santé militaire, doivent avoir accompli leurs obligations telles qu'elles sont définies par l'article 37. . . c'est-à-dire, un an de service, soit comme médecins auxiliaires et aides-majors, s'ils sont pourvus de leur brevet, soit comme infirmiers pouvant être nommés médecins auxiliaires au bout de six mois. Ce n'est qu'après cet accomplissement qu'ils sont nommés *dans l'armée active.*

Ceux qui entrent *directement* dans les cadres

(1) Voir *Concours médical*, n° 6.

actifs, sans avoir passé par l'Ecole de Lyon, ont donc la communauté d'origine que je vise.

Quant à ceux qui passent par l'Ecole de Lyon. ....A cette heure, la nécessité de cette école s'impose-t-elle encore ??? Puisque, parmi les étudiants qui y sont admis, il en est qui poursuivent leurs études, en dehors de l'école, dans d'autres Facultés que celle de Lyon, il semble bien, sans émettre une idée subversive, que la preuve est faite par cela même de son peu d'utilité présente, telle qu'elle est affectée.

Si donc, tous les médecins militaires de carrière entraient directement dans le service de santé, comme cela se pratiquait avant 1889, la communauté d'origine totale serait réalisée...

Ceci étant, je n'en persiste pas moins à continuer à penser que l'école de Lyon pourrait servir de lieu de stage, durant trois mois, pour *tous* les étudiants sans exception : leur formation médico-militaire, en vue d'une mobilisation éventuelle, — ce qu'à Dieu ne plaise — ne pourrait qu'y gagner...

G. DUCHESNE.

LE SECRET MÉDICAL (1)

Discussion du rapport de M. Balthazard.

M. CAZENEUVE. — Messieurs, à lire attentivement le rapport de M. Balthazard sur le « secret médical », on constate que notre éminent collègue s'est attaché tout d'abord à préciser l'état actuel de la législation et en particulier de la jurisprudence sur cette importante question. Cette étude préliminaire s'imposait avant toute proposition modificatrice de la loi. Et la critique, en passant, formulée dans le rapport, de certaines mesures administratives un peu arbitraires, n'est que très justifiée.

J'aurais aimé cependant que le rapporteur, s'inspirant de la communication lumineuse d'ordre juridique présentée en 1919 à la Société de médecine légale par M. Berthélemy, aujourd'hui doyen de la Faculté de Droit de Paris, montrât plus explicitement que la jurisprudence actuelle, à propos de l'application de l'article 378 du Code pénal, est une entorse non douteuse à l'interprétation traditionnelle et rationnelle de la loi elle-même.

Il m'apparaît que M. Baltharard semble méconnaître le caractère véritable de cette jurisprudence tout à fait draconienne et qui a un sens beaucoup plus absolu qu'il ne semble l'admettre. Et ce que je vais en dire n'est que pour mettre en relief la nécessité urgente d'un texte législatif très net et très clair. M. Balthazard, qui voudra bien m'excuser de cette petite querelle, écrit en effet :

« L'article 378 doit être interprété par les médecins comme une interdiction absolue de révéler les secrets médicaux à qui que ce soit, comme une dispense complète de témoigner en justice, hormis le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, à savoir dans la déclaration des maladies évitables et dans la déclaration des décès. »

Ce n'est pas la *dispense* pour le médecin de témoigner en justice que veut la jurisprudence actuelle, c'est l'*interdiction absolue*, disons l'*incapacité absolue*.

La « dispense » veut dire que le médecin peut, suivant sa conscience, refuser son témoignage en justice ou bien au contraire l'apporter.

C'est ce qui devrait être d'après la véritable et judicieuse interprétation de l'article 378, comme le veulent les grands jurisconsultes Esmain, Garçon, etc. Mais c'est ce qui n'est pas. La jurisprudence actuelle — je tiens à le répéter — impose l'interdiction absolue au médecin de témoigner en justice, à tel point, comme l'a mis en lumière Garçon :

1° Que le médecin ne peut pas être entendu, même s'il consent à déposer ;

2° Que s'il dépose, les juges et les jurés ne doivent pas tenir compte de ce qu'il dit ;

3° Que s'ils en tiennent compte, la Cour de cassation doit annuler leur décision ;

4° Que le médecin, qui dépose en justice, peut être poursuivi en vertu de l'article 378.

Garçon trouve ces conséquences inadmissibles et avec lui M. Berthélemy.

D'où vient cette jurisprudence actuelle ? M. Berthélemy nous l'a racontée en un trait rapide.

Dans sa communication précitée, il dit : « M. le conseiller Muteau a érigé en incapacité absolue de témoigner en justice ce qui ne doit être tenu que pour une dispense. La jurisprudence — c'est-à-dire la Chambre civile de la Cour de cassation en 1899, la Chambre criminelle en 1900 — et après elles, les Cours et Tribunaux ont consacré cette thèse. »

Et M. Berthélemy de montrer dans une discussion juridique, intéressante et remarquable, faisant état des données historiques et traditionnelles, quels sont le caractère vrai et la véritable portée de l'article 378.

Mais ces réserves faites, je suis d'accord avec le rapporteur au sujet des conclusions soumises au vote de l'Académie.

(1) Académie de médecine, séance du 7 janvier 1928.

Lorsque la Commission et son rapporteur déclarent : « Que le secret médical n'est pas seulement la conséquence d'un contrat entre le malade et le médecin, qu'il est d'ordre public relatif devant céder le pas devant un ordre public supérieur », qui peut s'inscrire en faux contre cette assertion, qui, en fait, subordonne l'intérêt particulier à l'intérêt général ?

Lorsque la Commission et son rapporteur déclarent « désirable que le législateur fît une distinction nette entre la révélation des secrets faite dans le but de nuire au malade et le témoignage en justice dont l'opportunité serait laissée à la conscience du médecin », on ne peut que se rallier à cette thèse qui est la véritable solution juridique de cette délicate question du secret médical et qui est le retour aux anciennes règles qu'ont bouleversées les arrêts de 1899 et 1900 de la Cour de cassation.

Que le Gouvernement et le parlement se hâtent donc d'élaborer un texte législatif où le médecin trouvera un guide sûr pour l'accomplissement de ses devoirs professionnels. Cette tâche s'impose d'urgence à la veille du vote définitif de la loi sur les assurances sociales où le médecin aura à faire appel à sa propre conscience dans les conflits sans doute assez fréquents de l'intérêt privé et de l'intérêt général.

On ne verra plus alors un médecin scrupuleux, comme le Dr Gallois, cité par le rapporteur, se demander si le médecin ne doit pas créer lui-même sa jurisprudence, ni M. Perraud-Charmentier se lamenter de l'obstacle qu'apporte le secret médical à l'action de la justice répressive.

M. le Secrétaire général. — Notre collègue M. Weiss m'a chargé de vous donner lecture de la lettre suivante :

« J'ai le plus grand regret de n'avoir pas assisté à la séance de l'Académie où notre collègue Balthazard a lu son rapport sur *le secret médical.*

Quoiqu'arrivant un peu tard, je me permets quelques réflexions, non pas, bien entendu, sur les conclusions de ce rapport, que je trouve parfaites, mais sur un danger qui les menace.

Récemment les délégués de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France, de l'Union des Syndicats médicaux de France et du groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, se sont réunis, sous la présidence de Balthazard, pour examiner la situation qui sera faite au corps médical par la loi sur les assurances sociales.

Parmi les revendications du corps médical, se trouve sous le n° 2, comme condition absolue de son adhésion, « *le respect du secret professionnel* ».

Ceci me paraît simplement impossible, si les assurances sociales fonctionnent dans toute la France, hélas, même approximativement, comme je les vois fonctionner en Alsace, ou comme elles fonctionnent en Allemagne ; et voici pourquoi :

A Paris, à Lille, à Toulouse, dans toute ville, grande ou petite, comme à la campagne, une famille où il y a un malade fait venir le médecin, qui seul apprend ce qu'a le père, la mère ou un enfant, secret parfois terrible, je n'insiste pas. Il garde ce secret, parce qu'il est élevé dans les traditions du corps médical français. Du reste, s'il avait quelque tendance à faillir, il se rappellerait le cas Watelet.

En Alsace, en Allemagne, dans *les familles aisées*, le malade est couvert ; mais, pour celui qui est assuré contre la maladie, c'est une autre affaire. Il y a d'abord toute la paperasserie surabondante où traîne le nom du malade et ce pourquoi il est en traitement ; puis, vient le *contrôle* que les caisses exercent jusque dans les services hospitaliers. Croit-on que le secret soit possible ?

Et qu'on ne parle pas d'exception. Aucune exception n'est admissible en pareil cas. Le secret existe on n'existe pas, pour tout le monde. Du reste, voyons les faits.

En 1926, en Allemagne, 1.259.016 malades de 778 caisses d'assurance comprenant 7.918.412 assurés ont été contrôlés. Ajoutons que c'était justifié, puisque 56,5 p. 100 d'entre eux ont été reconnus aptes au travail ; et il y a les fuites.

J'ai sous les yeux le compte rendu de la VIIe Assemblée générale ordinaire du Syndicat des caisses-maladie d'*entreprises et de corporations* du Bas-Rhin et du Haut-Rhin et des régions limitrophes. (Remarquons qu'il ne s'agit que des caisses particulières et non des caisses générales de maladie, comme la caisse locale de Strasbourg, etc.)

Je lis dans le rapport du médecin chef du contrôle, précédemment appelé médecin de confiance : (charmant pour les autres), que dans l'année 1925-1926 (1er octobre 1925-30 novembre 1926) 1.672 malades furent cités à l'examen, dont 979, soit 58,55 p. 100, ne se présentèrent pas et, par suite, n'eurent plus droit aux soins. En 1924, 1925, 1.969 furent cités, dont 1.227, soit 62,31 p. 100, firent défaut, parce qu'ils n'étaient pas réellement malades, ou parce qu'il leur déplaisait de raconter à un inconnu, ayant la confiance de la caisse, mais pas la leur, qu'ils avaient eu la syphilis ou toute autre chose.

Bref, plus de droits aux soins pour lesquels ils avaient payé.

Voilà les faits, sans commentaire autre que celui-ci : les gens aisés échapperont à tous ces inconvénients ; les assurés, les familles ouvrières pour lesquels ces lois sont préparées, verront étaler toutes leurs tares, tous les malheurs les plus douloureux.

Et ce n'est malheureusement pas tout. »

M. Balthazard. — La question du secret

médical, qu'étudie l'Académie, a provoqué un tel mouvement d'intérêt dans le public médical et même dans le grand public qu'il est probable que la discussion devant l'Académie prendra une grande ampleur.

Je me réserve donc d'intervenir à la fin de la discussion après m'être entendu avec les membres de la Commission dont je suis rapporteur, pour indiquer si les conclusions de cette Commission doivent être maintenues ou modifiées.

Mais, dès à présent, je voudrais dissiper le malentendu qui surgit entre M. Cazeneuve et moi. Nous sommes en réalité tout à fait d'accord et je croyais avoir nettement indiqué dans mon rapport que le témoignage du médecin, fait en violation du secret professionnel, est irrecevable en justice.

Si le médecin interprète l'article 378 comme une *dispense de témoigner* en justice, la jurisprudence y voit une *incapacité de témoigner*.

VARIÉTÉS

LES MALADIES DE VINCENT VOITURE

Nulle part mieux que dans ses lettres on ne découvre un homme. Les lettres sont la fortune des biographes et les médecins y trouvent de curieux détails. Ces détails, je les ai cherchés dans l'œuvre de Voiture (1), qui fut surtout une œuvre épistolaire. D'une part, le *père de l'ingénieuse badinerie*, comme l'appelait Tallemant, mérite mieux que l'oubli où il est tombé. De l'autre, le lot de misères physiques dont le chargea la Fortune lui donne à nos yeux un intérêt particulier.

A cet égard dernier, Vincent Voiture exagérait un peu disant qu'il *n'avait eu depuis le maillot un jour de repos* (2) ; et il exagérait davantage encore quand il se faisait si sensible au froid que Mademoiselle de Rambouillet aurait failli de peu de le tuer en lui *jetant une aiguierée d'eau sur la teste* (3). Mais il reste vrai qu'avec sa taille *de deux ou trois doigts au-dessous de la médiocre, ses yeux doux mais un peu égarés et son visage assez niais* (4), il était de complexion délicate, de santé débile, qu'il vieillit tôt et qu'à quarante-huit ans Monseigneur d'Avaux pouvait lui reprocher cheveux gris, barbe grise et de porter aussi lunettes (5).

Laissons les menus accidents, encore qu'ils prissent grande importance chez le petit homme, tel ce malheureux furoncle de 1639, dont Voiture, en vers et en prose, ne fit grâce à personne. Il est vrai qu'il était assez mal placé pour que le goût du temps y trouvât matière à badinage, occasion de pointes, prétexte à jeux de mots.

Si vous en aviez un pareil sur le nez, écrit notre furonculeux à Chapelain (6), *vous l'auriez sur tout le visage Cela me dispense de vous aller voir. Car afin que vous le sçachiez, il y a* jus lati clavi.

Et à Madame la Princesse (7) :

A moins d'estre cloué à Paris, rien n'eust pu m'empescher d'aller auiourd'hui à Poissy. Mais, comme vous sçavez, Madame, qu'un clou chasse l'autre, il a fallu que la passion que i'ay pour vous ait cédé à une nouvelle qui m'est survenue et qui, si elle n'est pas plus forte, est pour le moins à ceste heure plus pressante. Ie vous asseure que i'ay une raison fondamentale de ne bouger d'icy sur laquelle ie n'ose appuyer. Ie ne peux aller à pied, ie vais fort mal à cheval ; le carosse m'est trop rude et les chaises mesmes de M. de Souscarrière me sont incommodes.

I'en mettrois encor plus de six (couplets)
Mais ie ne puis plus estre assis.
Landrirette (8).

Les premières grandes misères vinrent vers trente ans, probablement à la suite d'écarts de régime et furent des troubles digestifs à retentissements nerveux.

Ces heures que Monsieur le Marquis appelle les heures de la digestion, écrit-il à Mlle de Rambouillet (9), *me durent depuis le matin jusqu'au soir et ie suis de si mauvaise compagnie que M. de Chaudebonne s'en fasche. La mélancolie que i'ay dans le cœur et dans les yeux me fait paroistre tous les visages comme si ie les voyois au travers de la fumée de l'eau-de-vie et ie n'aperçois rien icy qui ne me semble effroyable.*

Parfois, les choses allaient plus loin et il lui prenait *de iour à autre des estouffements et des foiblesses* (10), quand ce n'était pas de *ces heures de chagrin et d'accablement qui empoisonnent*

(1) *Les Œuvres de Monsieur de Voiture*, édition d'Amédée Roux, in-8, Didot, Paris, 1856. Toutes les indications bibliographiques qui suivent se rapportent à cette édition.
(2) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre L, p. 175.
(3) Lettre à Mlle Paulet, lettre XXIII, p. 117.
(4) Lettre à une Maistresse inconnue, lettre LXXVIII, p. 223.
(5) Lettre à Monseigneur d'Avaux, lettre CLXXXVII p. 370.

(6) Lettre CV, p. 257.
(7) Lettre CIV, p. 256.
(8) Chanson à Mme la Princesse, sur l'air de Landriry, p. 509.
(9) Lettre VIII, p. 93.
(10) Lettre à Mme la Marquise de Rambouillet, lettre V, p. 91.

jusques à l'âme et qui peuvent tuër en une heure le plus fort homme du monde (1).

L'exagération, on le voit, est familière à Voiture. Il ne devait pas manquer d'occasions de s'abandonner à ce travers, car il n'était pas au bout de ses peines et bientôt allait pouvoir écrire à Mgr. d'Avaux, qui lui reprochait quelques fredaines : *Voulez-vous loger l'amour avec les rhumes, la goutte et la gravelle ?* (2) Les fièvres s'en devaient mêler aussi.

Pour les rhumes, du moins, il semble qu'ils n'aient là que place de saison ; car la lettre est du 9 janvier 1647 ; et, d'autres bronchites, il n'est pas ailleurs fait mention.

Les fièvres, il les gagna en Italie, comme son protecteur le Cardinal de la Valette, qu'une fièvre double tierce, qui devint continue, prit à Turin et emporta. Voiture était bon terrain pour l'infection. Son voyage l'avait épuisé et, dès Roanne, il eut une fébricule d'un jour qui le préparait au pire (3). A Rome, il se trouva tout de bon aussi mal qu'il le disait :

Il y a huict iours que me promenant le matin avec le chevalier de Iars, je fusse tombé de mon haut s'il ne m'eust receu entre les bras et le lendemain au soir, ie m'esvanouis encore une fois dans la chambre de la Mareschalle d'Estrée (4).

Le chauvinisme des médecins italiens fit appeler cela des vapeurs mélancoliques ; mais le paludisme tenait sa victime. Il l'épuisa à petits coups ; et, les deux dernières années de Voiture, la fièvre ne le quitta presque plus.

VINCENT DE VOITURE (1598-1648).

Je dirais volontiers que les troubles spléniques, dont à plusieurs reprises l'épistolier s'est plaint, portaient la signature de l'infection ; mais ce serait, en vérité, prêter à notre auteur plus qu'il n'a dit. Ce n'est pas que nous ayons inventé l'hyperplasie palustre. Sans remonter plus haut que les temps où nous sommes, Joh. Jonston écrivait alors (5) : *Causa lienis obstructionis est humor crassus qui sæpe ab aëre paludoso colligitur* (1). Et Jean Riolan, le père, celui que Gui Patin appelait Riolan le bonhomme et dont il regardait les traités comme classiques (2), Jean Riolan disait de son côté (3) : *Tumorem lienis mollem seu œdematosum... frequenter incurrunt qui degunt in locis palustribus* (4). Mais, honnêtement, il faut reconnaître que tout cela ne s'applique pas à la maladie de rate de Voiture. D'abord, parce que les lettres où il en parle sont antérieures à son paludisme italien. Ensuite, parce que l'amuseur qu'il était ne voyait dans la rate que l'organe qui se désopile par le rire. Quand il a mal à la rate, c'est simplement qu'il s'ennuie :

Quelque galante que soit la Cour de Lorraine, écrit-il à Mlle de Rambouillet (5), *ie m'y trouve aussi seul que ie faisois il y a huict mois dans les voyages de la Beausse. Ie ne sçay si c'est un effet de la rate dont ie suis tourmenté depuis quelque temps, mais il me semble qu'il n'y a plus dans le monde de personnes conversables.*

Et la gaieté guérit de ce mal :

Ie guéris les autres du mal de rate. I'ay osté ce mal à Madame vostre mère et ie ne m'estonne pas qu'elle souhaitte de me voir plus que personne ; car ie crois qu'il n'y aura point d'homme au monde si plaisant que moy si iamais ie me vois auprès d'elle (6).

Gardons-nous donc de charger de noir le tableau. Si les fièvres de Voiture se compliquèrent de réaction splénique, cela est possible ; cela est probable ; mais il n'en dit mot et avec certitude nous n'en savons rien.

(1) Lettre à Mlle Paulet, lettre XL, p. 154.
(2) Lettre CLXXXVII, p. 371.
(3) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre XCIII, p. 244.
(4) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre CXVII, p. 249.
(5) Joh. JONSTON. — *Idea universæ medicinæ practicæ*, in-16, L. Elzevir, Amsterdam, 1644, p. 572.

(1) La cause de l'obstruction de la rate est souvent une humeur épaisse que l'on gagne dans l'air des marais.
(2) *Puisque vous ne voulez pas que Mr. votre fils aille à Lion ces vacances, j'en suis bien content ; il ira manger de nos belles cerises et des mures à Cormeilles ; ensuite il reviendra ici pour apprendre le* Compendium Riolani patris. (Lettre à Falconet, du 9 avril 1660). — Gui PATIN, *Lettres choisies*, in-12, Van Bulderen, La Haye, 1707, t. II, p. 10.
(3) J. RIOLAN. — *Artis bene medendi, methodus particularis*, in-12, L. Boullenger, Paris, 1638, p. 281.
(4) Ceux qui vivent près des marécages y gagnent souvent une tumeur molle ou œdémateuse de la rate.
(5) Lettre VIII, p. 93.
(6) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre LVIII, p. 190.

Sur sa gravelle nous sommes à peine mieux renseignés. Ses plus forts accès lui vinrent à Madrid en 1638 ; il en eut un, en particulier, de dix-sept jours ; il l'écrit à Mlle Paulet à deux reprises (1) ; il l'écrit à M. de Chaude-Bonne (2) :

Il n'y a point de si bon maître que la colique ; et Socrate ni Platon ne persuadent pas si puissamment. Elle m'a donné depuis peu une leçon de dix sept iours dont ie me souviendray long-temps et m'a faict considérer beaucoup de fois combien nous sommes foibles puis qu'il ne faut que trois grains de sable nour nous abattre (2).

En juillet, les douleurs revenaient encore ; mais, quoi qu'il se prétendît désespéré de guérir, le mal ne l'empêchait pas de prier son correspondant de penser à sa fortune (3). Quelle idée médicale se faisait-il de la gravelle ? Hors ses trois grains de sable, Voiture ne nous en dit rien. Hors quelques détails de thérapeutique, qui n'ont pas leur place ici, il glisse et passe.

Cette discrétion chez un homme aussi parfaitement indiscret est une surprise. On la retrouve à propos de la goutte. Car notre homme fut goutteux à souhait, comme ses amis Costart et Conrart, comme son contemporain Claude Saumaise ; et, si le Dr Bienvenu l'a omis dans la galerie des *Goutteux célèbres* (4), M. le Dr Cabanès ne l'a pas oublié dans *La goutte et l'humour* (5).

Est-ce quelque honte secrète d'être malade ? Je ne trouve qu'une lettre où il se plaigne. *La fièvre et la goutte m'ont tenu long-temps chacune leur tour*, écrivait-il à M. de Chantelou le 22 août 1645 (?), *et ie n'en suis pas encore tout a fait remis* (6). Bien plus volontiers, il offre ses condoléances à un ami frappé comme lui (7), ou mieux encore, parce qu'il aime paraître savoir ses auteurs, il discute sur le sujet quelque texte obscur.

I'avais oublié de vous parler de votre passage de Sénèque : Valde me torsit illa podagra ; adeoque impliciti mihi videntur hi pedes, ut ad illos utrosque dextros explicandos, nullum dextrum pedem habeam ; *si ce n'est qu'il voulust dire que la goutte tourne quelquefois en dedans le pied gauche qui doict estre en dehors ; et qu'ainsi estant tourné du mesme costé que le pied droit, il dit* utrosque dextros. *Mais aussi ne pourrait-elle tourner le droict du costé du gauche ? et ce serait* utrosque sinistros. *Sans mentir, cela est bien difficile* (8).

Peut-être moins qu'il ne croyait, s'il y a là, comme il me semble, une petite malice de Costart. Quelque application que j'y ai mise, je n'ai pas retrouvé, en effet, le passage de Sénèque. Il y a seulement dans la cinquante-troisième lettre à Lucilius : *Dubio et incipiente morbo, quæritur nomen, qui ubi jam talaria cœpit intendere et utrosque pedes fecit dexteros, necesse est podagram fateri* (1). Costart, qui avait bien choisi son auteur, car *il y a du Voiture dans les Lettres à Lucilius* (2), a donné un texte bien plus amusant puisqu'il a trompé son homme ; et il est curieux que le faiseur de pointes qu'était son correspondant n'ait pas senti le jeu de mots fait sur *dextrum*. On peut comprendre, en effet : la goutte déforme si bien mes pieds qu'elle efface leur différence et les fait ressembler tous deux à des pieds droits. On prétend que le côté droit est de favorable augure ; mais, comblé de deux pieds si divinement bons, je n'en ai aucun qui le soit vraiment. Le jeu de mots porte, ici, sur le sens figuré de *dextrum*, opposé à *sinistrum*, fâcheux, funeste, d'où nous avons fait sinistre (3).

Quoi qu'il en soit, l'embarras du traducteur montre du moins que la goutte martyrisait Voiture d'autre manière que Sénèque. Cela, peut-être, explique qu'ailleurs il en plaisante :

Quand nous fusmes dans Estampe
Nous parlasmes fort de vous ;
I'en souspiray quatre coups
Et j'en eus la goutte-crampe. (4)

Le XIIe siècle avait emprunté à l'allemand krampf l'adjectif *cranpi* et l'entendait comme plié, courbé (5). Les étymologistes donnent à

(1) Lettre XXIII, p. 115 et lettre XXV, p. 121.
(2) Lettre à M. de Chaude-Bonne, lettre XXVI, p. 125.
(3) Lettre à M... du 9 juillet 1633, lettre XIII, p. 615.
(4) Dr Bienvenu. — *Les goutteux célèbres*, in-4° Devambez, Paris, 1921.
(5) Dr Cabanes. — *La Goutte et l'humour*, in-4, Paris, 1926.
(6) Lettre CLXX, p. 342.
(7) Lettres à M. Costart : lettre CXXV, p. 279 ; lettre CXXVI, p. 284.
(8) Lettre à M. Costart, lettre CXXVI, p. 291.

(1) A la première atteinte du mal, on doute encore ; on cherche son nom ; mais quand il a commencé à gonfler les chevilles et qu'il efface toute différence entre les deux pieds (mot à mot : qu'il a fait des deux pieds deux pieds droits), force est de reconnaître la goutte.
(2) J.-P. Charpentier, préface aux *Œuvres de Senèque*, in-12, Garnier, Paris, 1860, t. I, p. XXIII.
(3) Il est curieux que plusieurs marbres antiques représentent des divinités enfermées à mi-corps ou davantage dans un pied droit : Hadès Erichthonios de Florence (S. Reinach, *Répertoire de la Statuaire grecque et romaine*, p. 28, n° 6) et d'Alexandrie (*idem*, p. 20 n° 7), Serapis-Hadès (?) d'Alexandrie (*idem*, p. 20, n° 4), etc. *Les Alexandrins et les Celtes*, écrit J.-L. Courcelle-Seneuil (*Les Dieux Gaulois*, in-12, Leroux, Paris, 1910, p. 147) *représentent Adès sous la forme d'un pied droit gigantesque*. Mais il existe aussi au Musée de Toulouse un pied gauche de marbre portant sculptées la tête de Méduse et deux des têtes du chien Cerbère. S'il est vrai que ces monuments soient la représentation figurée de données géographiques si anciennes qu'elles ont été oubliées du plus grand nombre (consulter sur ce point l'ouvrage de J.-L. Courcelle-Seneuil cité plus haut), on ne peut trouver dans ces marbres une confirmation sculpturale du sens augural de *dextrum* et de *sinistrum*.
(4) Chanson sur l'air du branle de Metz, p. 502.
(5) C. Hippeau. — *Dictionnaire de la langue française au XIIe siècle*, in-8, Aubry, Paris, 1876, t. I, p. 104, col. 1.

notre mot crampe la même origine et B. de Roquefort (1), au souvenir sans doute de l'expression goutte-crampe, définit la crampe *une goutte subite qui dure peu.* L'accès de Voiture, moins long que la traversée d'Etampes, serait de cette nature s'il n'était pas, en réalité, de pure fantaisie. La goutte-crampe ne vient là que pour le besoin de la rime et le chansonnier l'avoue en finissant son sixain :

Estampe et crampe vrayement
Riment admirablement.

Malgré cela, l'expression reste à retenir sous la plume de Voiture, parce qu'elle se rapproche d'une autre, toute voisine et qui semble en être dérivée par altération du krampf primitif :

Mieulx luy vaulsist avoir
la goutte grappe (2).

L'amusant est que *grappe*, éveillant l'idée d'agripper, de saisir, de *prendre*, a donné *goutte-prenants*, qui fut le nom que le XV^e et le XVI^e siècles donnaient aux gens de mœurs dissolues devenant goutteux. Or, voici où nous retrouvons Voiture.

C'est une réputation bien établie que ceux qui ont mal lu Sydenham lui ont faite, à savoir que le sage médecin anglais faisait de *Venus immodica* la cause principale de la goutte. Le vrai est que, s'il lui donne place dans l'étiologie de l'affection, cette place est de second plan. *Qui huic morbo sunt obnoxii, jam vel ætate fuerint confecti, vel effrœnata morum licentia senectutem præmaturius accersiverint* (3) ne dit, en effet, qu'une partie de sa pensée. Il la découvre toute entière au début de son *Traité de la goutte* :

Podagra eos plerumque senes invadit, qui postquam meliores vitæ dies mollius ac delicatius transegerint, epulis lautioribus, vino aliisque liquoribus spirituosis liberalius indulgentes, tandem ob pigritiam ætatis ingravescentis semper comitem, ea corporis exercitia penitus omisere quibus juvenes assueverant. Non quod Podagra eos solum adoriatur. Aliquando etiam, etsi rarius, ætate florentes corripit, quoties scilicet infœlicia morbi semina a parentibus quasi ex traduce acceperint ; vel si hoc non fuerit immodicæ Veneri præmaturius indulserint, aut exercitiis omnino valedixerint, quibus prius etiam vehementioribus utebantur, edaciores insuper fuerint et liquores spirituosos immoderatius hauserint, postea derepente ad liquores tenues et refrigerantes se contulerint (1).

Cela, simplement, pour rendre à Sydenham, en passant, la justice qu'on lui doit. Car, à parler franc, nous ne pouvons même aujourd'hui, que répéter l'aveu d'Arétée de Cappadoce : Αἰτίην δὲ ἀτρεκέα μὲν ἴσασι μοῦνοι θεοί, ἐοικυίαν δὲ καὶ ἄνθρωποι. [Περὶ αἰτίων καὶ σημείων χρονίων παθῶν, βιβλ. II, κεφ. 12] (2) ; et, quant à ces causes vraisemblables, Sydenham n'avait pas si mal jugé, ni dans l'ensemble, ni quand il met le défaut d'exercice au premier rang. Voiture, volontiers, se serait accordé sur ce point avec lui.

Le vray secret pour avoir de la santé et de la gayeté, écrivait-il à M... (3), *est que le corps soit agité et que l'esprit se repose. Pour l'ordinaire, il nous arrive tout au rebours. Le trot de la plus meschante mule ne lasse pas tant que d'attendre Carnero sur les bancs de la Secretairerie.*

Après telle profession de foi, avec ce que l'on sait de la vie de Voiture, on ne peut guère accu-

THOMAS SYDENHAM (1624-1689).

(1) B. DE ROQUEFORT. — *Dictionnaire étymologique de la langue française*, in-8, Paris, 1829, t. I, p. 206.

(2) Charles de BOURDIGNÉ. — *La légende joyeuse ou Faitz et dictz joyeulx de Pierre Faifeu*, 1532, v. 374.

(3) Ceux qui sont sujets à cette maladie ou bien sont usés par l'âge, ou bien doivent à la licence effrénée de leurs mœurs une vieillesse prématurée (Th. Sydenham, *Tractatus de podagra, in Opera Omnia*, in-4, de Tournes, Genève, 1769, t. I, p. 308).

(1) Le plus souvent, la goutte attaque les vieillards qui ayant vécu longtemps dans la mollesse, les plaisirs, la bonne chère, l'abus du vin et des liqueurs spiritueuses, rendus ensuite paresseux par l'âge, renoncent aux exercices corporels de leur jeunesse. Cependant, ceux-là seuls ne sont pas frappés. Quelquefois aussi, mais plus rarement, la goutte atteint les jeunes. Parfois, ceux-ci en ont hérité de leurs parents. D'autres fois, ils se sont prématurément livrés à d'amoureux excès ; ou bien après s'être adonnés à des exercices violents, ils n'en firent plus aucun, ou bien gros mangeurs, buveurs immodérés de liqueurs fortes, ils sont passés d'un extrême à l'autre et mis aux boissons légères et rafraîchissantes (Th. Sydenham, *loc. cit*, p. 302).

(2) Les dieux seuls savent la cause vraie de la goutte ; les hommes n'en peuvent imaginer que les vraisemblables (*Aretei Cappadocis Œtiologica, simeiotica et therapeutica morborum acutorum et diuturnorum*, édit. G. Weinschius, in-fol., G. Windel, Augsbourg, 1603, p. 122, col. 1.

(3) Lettre XLIV, p. 164.

ser de sa goutte le manque d'exercice. Restent ces autres causes, tout discutables qu'elles soient pour le médecin sinon pour le public, le trop manger, le trop boire et le trop aimer.

Voiture avait-il fait des excès de table ? Peut-être bien, mais je ne saurais dire. Il était gourmet, en tous cas.

Monsieur de Balzac, écrivait-il un jour (1), *n'est pas moins élégant dans ses festins que dans ses livres. Il est* magister dicendi et cœnandi. *Il a un certain art de faire bonne chère qui n'est guères moins à estimer que sa rhétorique et, entre autres choses, il a inventé une sorte de potage que i'estime plus que le panégyrique de Pline et que la plus longue harangue d'Isocrate.*

Fils d'un marchand de vins, Voiture en avait-il trop bu et des meilleurs ? Je ne sais davantage ; mais peut-être volontiers le pensera-t-on au souvenir de ce passage d'une lettre à Mlle de Rambouillet que je rappelais au début et où notre homme assure que la tristesse lui fait paraître les visages comme au travers des fumées de l'alcool. Parlait-il en connaissance de pareil effet ? N'était-ce là qu'une simple image ? Ne décidons pas contre lui sans plus savoir. Pour moi, je crois plutôt à l'image ; et, si j'ai tort, il resterait que Voiture fut de ces sobres après coup, dont parle Sydenham, car il fut un réputé buveur d'eau et il s'en vantait.

Mais voilà bien l'aventure. Le rimeur, dans deux rondeaux, déclare que boire de l'eau rend gaillard en amour. Voici pour l'un :

Vénus d'Amour la gracieuse mère
Nasquit de l'eau sur les bords de Cythère.
Aussi, son fils favorise sur tous
Un buveur d'eau.
Il entend mieux ses loix et son mystère ;
Il sçait jouir et discret sçait se taire ;
A le rein ferme et fermes les genoulx ;
Et trente-six yvrognes comme vous
Ne valent pas en l'amoureuse affaire
Un buveur d'eau (2).

Il joignit du reste l'exemple au précepte et il n'exagérait pas, cette fois (3), quand, écrivant *A une maistresse inconnue*, il lui disait :

Une de vos amies vous dira que ie suis le meilleur garçon du monde et que pour aimer en cinq ou six lieux à la fois, il n'y a personne qui le fasse si fidèlement que moi. Si vous pouvez vous accommoder de tout cela, ie vous l'offriray à la première veue (4).

Que la goutte, vraiement, lui soit venue, au moins pour une part, de ce qu'il prouva trop bien son dire à propos des buveurs d'eau :

Ils ont l'estoc bien ferme et bien poinctu (5),

il n'importe ; une fois goutteux, il lui eût été prudent de devenir sage. Sydenham, sur ce point, a une claire image :

Quod Venerem attinet, is quis Podagra laborat æque improvidus meo judicio foret si ejus lenociniis indulgeret, at que ille qui cum longum iter emetiendum susciperet viaticum omne prius abliguriret quam se viæ commiteret (6).

Mais Voiture ne put lire Sydenham ; et, l'eût-il lu, le conseil fût tombé dans l'oreille d'un sourd. Tant que de trop avoir aimé, ou d'être goutteux, de ceci en apparence plus que de cela et des fièvres aussi, à cinquante ans à peine, il mourut. Au commencement du mois de juillet 1648, une purgation malheureuse en plein accès de goutte fut suivie d'une ardente fièvre. Mme de Saintot, la plus fidèle de ses maîtresses et la fille de Renaudot, le gazettier, qui l'aimait aussi, accoururent en vain à son chevet. Le mal, en quatre jours, fut plus fort que leur affection et que leurs soins. Cela fit faire un mot à Mlle Paulet, qui n'est pas à l'honneur de son cœur et que n'excuse pas sa brouille du moment avec Voiture : *il est mort*, dit-elle, *comme le Grand Seigneur entre les bras de ses Sultanes.*

Albert GARRIGUES.

(1) Lettre à M. Costart, lettre CXXV, p. 298.
(2) Rondeau, p. 518.
(3) On l'a dit pourtant et c'est à ne savoir que penser, ni qui croire : *Sur l'article de la galanterie*, écrit Paul Duport (*Ephémérides universelles*, in-8, Corby, Paris, 1829, t. V, p. 445) *il y aurait fort à rabattre de son orgueil, s'il fallait croire, avec certains biographes, qu'il y avait les meilleures raisons du monde pour qu'elle fut innocente. Ce qui semble le réhabiliter à cet égard, c'est qu'il laissa une fille naturelle, mais peut-être sa paternité n'était-elle qu'une fatuité de plus.* »
(4) Lettre à une maistresse inconnue, lettre LXXVIII p. 223.
(5) Rondeau, p. 517.
(6) Pour ce qui est des plaisirs de l'amour, le goutteux qui s'y abandonne me paraît d'une imprudence égale à celle d'un voyageur qui, ayant longue route à faire, dissiperait tout l'argent de son viatique avant de se mettre en chemin (Th. Sydenham, *Tractatus de Podagra. in Opera Omnia*, in-4, de Tournes, Genève, 1769, t. I, p. 324.)

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration,

27 *décembre* 1927.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, NOIR, MIGNON, GASSOT, PAMART, DUCHESNE, DE LA ROCHEFORDIERE, HENNE et BOUDIN, *secrétaire*.

Le Conseil ordonnance le remboursement aux ayants droit du Dr PRIOUZEAU, décédé, de la somme de 7.274, montant des cotisations contre-assurées versées par lui à la Combinaison P.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B :

16	BRICET	Côte-d'Or	3 mois	300 fr.
64	REY	Aveyron	3 jours	30 »
92	BONIFAY	Var	46 jours	460 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164	DE GRISSAC	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
175	ROUSSEAU	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
192	HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193	COLIN	Var	3 mois	300 »
228	TACHERON	Aube	3 mois	300 »
236	HERLAND	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
303	RINUIER	Seine-et-Marne	18 jours	180 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
357	MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
388	LAFFITTE	Marne	22 jours	220 »
409	CAFFEAU	Nord	3 mois	300 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
432	DE LAGOANÈRE	Gironde	3 mois	300 »
443	MOULLADE	Loire	un mois thermal	100 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
499	ABITBOUL	Alger	11 jours	110 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
354	EPRON	Vendée	3 mois	300 »
535	CUNNAC	Pyrénées-Orientales	6 mois	600 »
547	CLISSON	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
572	DIMEY	Eure	17 jours	170 »
576	CASTÉRA	Landes	36 jours	360 »
634	PIZE	Doubs	14 jours	140 »
657	NEYRON	Bouches-du-Rhône	11 jours	110 »
696	CÉZILLY	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
699	GOUEZ	Finistère	60 jours + 44 jours chr.	746 65
700	REY	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
757	FORESTIER	Savoie	22 jours	220 »
828	MERCIER	Paris	3 mois	300 »
834	MOHAMED	Mayenne	3 mois	300 »
860	ORTHOLAN	Gers	57 jours	570 »
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
892	SABADINI	Alger	60 jours + 3 mois et 15 jours chr.	950 »
900	DUCLOS	Seine	3 mois	300 »
934	GIRARD	Paris	24 jours chr.	79 90
958	SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	32 jours	380 »
967	BROUSSAIS	Eure-et-Loir	60 jours + 7 mois et 20 jours chr.	1.366 65
993	BOUTARD	Eure	3 mois	300 »
1057	BOUDOU	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1143	POULAIN	Côtes-du-Nord	19 jours	190 »
1224	SÉRÉGÉ	Allier	60 jours + 26 jours chr.	686 60
1238	CHOUSSAUD	Loiret	16 jours	160 »
1259	RILHAC	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1265	COULOMB	Gard	11 jours	110 »
1272	MOLINÉRY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
			à reporter	16.579.80

		Report	16.579 80
1281 Kerrien	Finistère	3 mois	300 »
1348 Chaffal	Isère	39 jours	390 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1401 Joly	Allier	5 mois + 3 jours chr.	510 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410 Montigny	Nord	3 mois	300 »
1520 Pouliguen	Finistère	11 jours	110 »
1534 Gayet	Seine-Inférieure	6 mois	600 »
1557 Magnin	Ain	6 mois	600 »
1573 Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1616 Bonhommet	Loire-Inférieure	un mois	100 »
1728 Marsat	Vienne	7 jours	70 »
1752 Brocard	Haute-Marne	27 jours	270 »
1772 Cohan	Seine-Inférieure	4 jours	40 »
1774 Riou	Haute-Loire	20 jours	200 »
1796 Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1891 Giraudeau	Loire-Inférieure	2 mois et 10 jours chr.	233 30
1896 Roure	Ardèche	3 mois	300 »
1916 Faivre	Ardèche	3 mois	300 »
1942 Ruais	Yonne	11 jours	110 »
		Total	22.213 10

Combinaison MAD :

15 Beaurepaire	Nord	15 jours	300 »
16 Bricet 1/2	Côte-d'Or	3 mois	300 »
64 Rey	Aveyron	3 jours	60 »
92 Bonifay	Var	46 jours	1.840 »
118 Boulangier	Moselle	28 jours	560 »
148 Ducruit	Jura	9 jours	180
286 Chaix	Var	14 jours	280 »
298 Bardou	Tunis	5 jours	100 »
388 Lafitte	Marne	22 jours	440 »
499 Abitboul	Alg r	11 jours	220 »
572 Dimey	Eure	17 jours	680 »
576 Castéra	Landes	36 jours	720 »
657 Neyron 1/2	Bouches-du-Rhône	11 jours	110 »
1238 Choussaud 1/2	Loiret	16 jours	160 »
1265 Coulomb 1/2	Gard	11 jours	110 »
1520 Pouliuen 1/2	Finistère	11 jours	110 »
1728 Marsat 1/2	Vienne	7 jours	70 »
1774 Riou	Haute-Loire	19 jours et 20 jours	780 »
1942 Ruais 1/2	Yonne	11 jours	110 »
		Total	7.130 »»

M. le Dr Rey (64) abandonne son indemnité à la Caisse auxiliaire : le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Conseil inflige au sociétaire n° 1557 une amende de 50 francs et au sociétaire n° 367 une amende de 200 francs pour retard dans leurs déclarations. Il sera mentionné au procès-verbal que le Conseil était en droit de refuser toute indemnité à ce dernier.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

M. Laffitte.

Combinaison MAD :

MM. Laffitte, Joly, Haton, Gaudefroy et Bazin.

Approbations d'admissions :

Le Conseil approuve les admissions provisoires suivantes prononcées par le Bureau après la séance du 4 octobre :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Lalieve, de Bordeaux.
Rousseaux, de Dunkerque.

Combinaison MAD :

M. le Dr :
Lalieve, de Bordeaux.

et l'admission à la combinaison R de :

MM. les docteurs :
Fischer, de Paris.
Tarrade, de Limoges.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
GOIRAND, de la Motte-d'Aveillans, (Isère).
RUNEL, de Soisy-sur-Ecole (Seine-et-Oise).
MILHAUD, de Narbonne (Aude).
LAFONT, de Clermont-Ferrand.
LIOTARD, de Nice.
PIBRE, de Beaucaire (Gard).
LAGARDE, de Marseille.
FRANÇAIS, de Lérouville (Meuse).
SERRÉ, de Savonnières (Indre-et-Loire).
GRIMAULT, d'Algrange (Moselle).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
PIBRE, de Beaucaire (Gard).
LAGARDE, de Marseille.
FABRE, de Saint-Rome-de-Tarn (Aveyron).
SERRE, de Savonnières (Indre-et-Loire).
GRIMAULT, d'Algrange (Moselle).

Combinaison MADº :

MM. les docteurs :
GOIRAND, de La Motte-d'Aveillans (Isère).
MAYET, de Bourg-Saint-Maurice (Savoie).
MILHAUD, de Narbonne (Aude).
LAFONT, de Clermont-Ferrand.
LIOTARD, de Nice.
FRANÇAIS, de Lérouville (Meuse).
UHL, de Donach (Haut-Rhin).

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin mars.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
LIOTARD, de Nice.
FRANÇAIS, de Lérouville (Meuse).
Madame :
GRIMAULT, d'Algrange (Moselle).

Combinaison V :

M. le Dr :
GRIMAULT, d'Algrange (Moselle).

M. le Dr Mignon attendant encore un certain nombre de dossiers, le Conseil autorise les membres du bureau à prononcer, s'il y a lieu, des admissions provisoires sous la réserve que ces admissions devront être approuvées lors de sa prochaine séance.

Pensions de retraite.

Sur le rapport du secrétaire général le Conseil alloue pour leur pension de l'année 1928, les sommes suivantes à Messieurs :

Combinaison P :

1	Du Fayet de la Tour, Charente-Inférieure	1.200 fr.
10	Gallois, Côte-d'Or	720 »
	Total	1.920 fr.

Combinaison R :

10	Gilbert Laurent, Alpes-Maritimes.	1.200 »
39	Siguan, Bouches-du-Rhône	1.200 »
77	Scheydt, Hérault	1.200 »
23	Bonnefous, Aveyron	1.200 »
70	Meyer, Seine-et-Oise	1.200 »
101	Patron, Gard	1.200 »
7	Pardoux, Paris	480 »
78	Pélissié, Lot	360 »
185	Jouve, Drôme	1.200 »
223	Vimont, Paris	120 »
15	Cabanès, Paris	1.200 »
	Total	10.560 »

Ces sommes leur seront remises sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier 1928.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du 4e trimestre 1927, les sommes suivantes à :

4	Mme Vve Lepage, Paris	150 fr.
13	Enfants Deshusses, Haute-Savoie.	100 »
38	Madame Gillette, Calvados	150 »
43	Mme Vve Chevreux, Paris	150 »
45	Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Mme Vve Rousselot, Marne	150 »
	Total	760 »

Ces sommes leur seront remises sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN.

Le Président, A. MAURAT.

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Réunion du Syndicat** du 6 **novembre** 1927, **à Bellegarde.

Présidence du docteur LEVRAT.

Présents : MM. les docteurs LEVRAT, JULLIARD, BRANDSTETTER, LARRIEU, MARICHAL, PATEL, PERRIER, PORTE, BONDET, COLMEZ, GIDON, GIRARDOT, GONNAND, GRÉZEL, FUSIER, MICHELLIAND, PAGET, PONSARD, TEMPORAL, RENARD.

Excusés : MM. les docteurs CARRON, CHABOUX, DE CHOUDENS, FAVRE, JULLIARD (Genève), MARTIN, REVERDIN, RIGAUD, ROCHETTE.

I. — *Assistance médicale gratuite. Grève administrative*

M. le docteur BRANDSTETTER, secrétaire du Syndicat, relate les faits, qui ont abouti à la *Grève administrative*, et dont l'historique chronologique est le suivant :

Envoi au *Préfet de l'Ain* d'une lettre exposant, comme suite aux décisions prises par les Assemblées générales antérieures du *Syndicat médical du Bugey et du Pays de Gex*, les demandes de *relèvement des tarifs* de l'*Assistance médicale gratuite*.

Séances du *Conseil général de l'Ain*, de septembre 1927, dans lesquelles le Préfet refuse de donner connaissance de cette lettre, *sous prétexte qu'elle contiendrait « des menaces » à l'adresse du Conseil général.*

Par suite de ce fait, pourparlers entre les Bureaux des deux *Syndicats médicaux de l'Ain*, et envoi, *à tous les médecins du département de l'Ain*, d'une circulaire recommandant la *grève purement administrative.*

Campagne de presse, *déclanchée par le préfet*, laissant entendre que les médecins refusent leurs soins aux indigents.

Réponse du bureau du Syndicat médical pour mettre la question au point ; et montrer que les *allégations du préfet sont erronées* ; *les médecins ne refusent pas leur soins aux indigents*, mais refusent de collaborer avec une Administration, qui ne daigne même pas examiner les demandes qui lui sont faites.

Aprés cet exposé, et sur les inpications du secrétaire du Syndicat, tendant à montrer que, du côté préfectoral, on serait peut-être enclin à une transaction : *l'Assemblée générale du Syndicat médical* prend les décisions suivantes :

I. — Elle approuve la lettre du bureau du Syndicat, en date du 17 mai, adressée au préfet et *n'en retranche aucun mot.*

II. — Une délégation composée des docteurs JULLIARD et BRANDSTETTER (le docteur PAGET, de Seyssel (Haute-Savoie), s'y joindra, *a titre officieux*) sera chargée, le moment venu, d'entrer en conversation avec la Commission du Conseil général.

III. — *Cette délégation devra demander les tarifs médicaux suivants* :

1° *Assistance médicale gratuite.* — Consultation : 10 francs. — Visite à domicile : 12 francs. — Indemnité kilométrique : 2 francs par kilomètre parcouru à l'aller et au retour *du domicile du médecin au domicile du malade.* — Tarif double (sauf pour l'indemnité kilométrique) pour les visites de nuit et du dimanche.

2° Le tarif concernant les *accouchements et les interventions de pratique courante*, en matière d'Assistance médicale gratuite, ***sera le tarif légal en cours pour les accidents du travail.***

3° Le tarif pour la *protection du premier âge*, et pour les *enfants assistés*, sera le même que pour l'Assistance médicale gratuite.

4° *Vaccinations.* — Par personne vaccinée : 1 franc. — Minimum par séance de vaccination : 20 francs. — Suppression du maximum. — Séance de revision : 20 francs. — Indemnité kilométrique : 2 francs par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, *du domicile du médecin au lieu de la vaccination.*

5° *Services d'hygiène.* — Vacation (*par demi-journée*) : 50 francs. — Rapport médical : 20 francs. — Indemnité kilométrique : 2 francs par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, *du domicile à la localité ou se réunit la Commission d'hygiène.*

N. B. — *La grève administrative continue et ne cessera que sur un avis officiel du bureau du Syndicat médical.*

II. — *Questions posées par la Fédération Nationale*

1° L'Assemblée générale du *Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex* approuve la décision du *Conseil de la Fédération Nationale*, en date du 3 juillet 1927, et se déclare, à *l'unanimité, en faveur de l'entente directe*, dans la question des Assurances sociales.

2° L'Assemblée médicale *adhère à la réunion d'un Congrès des praticiens*, qui devra trancher la question du tiers payant ou de l'entente directe.

M. le docteur BRANSDTETTER est désigné, comme délégué à ce Congrès des praticiens.

III. — *Assemblée générale de la Fédération Nationale.*

Le docteur BRANDSTETTER représentera le *Syndicat médical du Bugey et du Pays de Gex*, à l'Assemblée générale de la *Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France*, qui aura lieu à Paris, le 10 décembre 1927.

Si le docteur BRANDSTETTER se trouve dans l'impossibilité de se rendre à Paris, ce sera, comme l'année dernière, le docteur DUBY, de Bourg, auquel une subvention de 250 francs sera allouée, qui représentera le ***Syndicat médical du Bugey.***

IV. — *Commission de contrôle de l'article* 64.

Lecture est faite du rapport du docteur SERVAS, de Bourg, secrétaire de la *Commission de contrôle de l'article* 64.

Ce rapport est approuvé ; et des félicitations sont adressées au docteur SERVAS.

L'Assemblée médicale nomme, comme déléguésà la *Commission tripartite*, le docteur BRANDSTETTER en qualité de délégué titulaire ; et le docteur TEMPORAL, en qualité de délégué suppléant.

V. — *Compte rendu du trésorier.*

A. — MOUVEMENT DE LA CAISSE SYNDICALE.

ANNÉE 1927.

Etat au 6 *novembre* 1927.

Membres inscrits au Syndicat	55	»
Membres ayant cotisé	52	»
Membres ayant cotisé à 75 francs	49	»
Membres déjà inscrits à un Syndicat, et cotisant à 45 francs	3	»

B. — RECETTES

Touché 49 cotisations à 75 francs	3.675	»
Touché 3 cotisations à 45 francs	135	»
Touché 1 cotisation à 50 francs (en retard pour 1926)	50	»
Total	3.680	»

C. — DÉPENSES

Versé, le 19 novembre 1926, à la *Fédération nationale*, une demi-cotisation pour l'année 1926	495
Versé le 19 mai 1927, à M. le docteur DUBY	250
Note de M. le docteur BRANDSTETTER, du 15 mai 1927	150
Note de M. le docteur MARICHAL, du 11 juin 1927	196
Note de M. le docteur LARRIEU	78 5
Versement à la *Fédération nationale*, de 49 cotisations à 30 francs, pour 1927	1.470
Total	2.639 5

D. — BALANCE. — ANNÉE 1927.

Recettes 1927	3.860
Dépenses 1927	2.639 5
En caisse le 6 *novembre* 1927	1.220 5

E. — BALANCE GÉNÉRALE

En caisse le 11 novembre 1926	4.540
Profits, année 1927	1.220 5
En caisse total le 6 *novembre* 1927	5.760 5

VI. — *Réunion de printemps.*

La réunion de printemps aura lieu à Belley, e mai 1928.

Le secrétaire adjoint,
Dr MARICHAL.

Syndicat des médecins des Ardennes

Assemblée générale du 13 *novembre* 1927,

Le 13 novembre, à l'Hôtel du Lion d'Argent, à 6 heures se sont réunis, sous la présidence de M. le docteur Pol Vassal, vice-président :

MM. les docteurs Beaudoin, Baudry, Boucher, de Tagnon, Bertemès, Delmas, Devaux Drappier, de Liart, Drappier, de Rethel, Dupont, Gobinet, Gourand, Guérin (père), Henriet, Jullich, Lacassagne, Lemaire, Leroy, Mignon, Mouras, Péchenart, Pierson, Richelet, Rossignol, Rozoy, Rey de Boissieux, Séjournet, Tassigny, Tilman, Vassal, Louis, Woirin,

Du Syndicat de Sedan : MM. les docteurs Abd-El-Nour, Guerbé, Goguel (père), Goguel (fils), Lapierre, Hennecart, Pérignon Louis, Pérignon (Georges), Duchein.

Etaient présents : MM. les docteurs Charpentier, Guérin, fils, Mareschal fils, candidats.

Ne sont pas portés sur la liste des présents les confrères qui, après avoir entrebaillé la porte, entrent, sourient, saluent et sortent.

Excusés : MM. les docteurs Beaudier, Blairon, Boulay, Bréville, Bridoux, Carrié, Duchatelier, Deglaire, Ferval, Fontan, Jeanvoinne, Roland, Séch[e]ret, Tréheux, Vassal Philippe, Veyrat,. Du Syndic[at] de Sedan : MM. les docteurs Jaisson, Mialaret, M[i]lard, Risser.

Excusés non syndiqués : Docteurs Bastin, de D[...]ville, Cochart, Maquet, Caillas.

M. le docteur Boissel, installé à Revin, est pr[é]senté par MM. les docteurs Etienne et Deglaire.

Admissions Mareschal, Guérin, Veyrine. — MM les docteurs Mareschal et Guérin fils, présentés l[e] 14 novembre 1926, sont admis. M. le docteur Ve[y]rine, présenté le 13 mars 1927, est admis.

Il y a à l'heure actuelle 131 médecins établis da[ns] les Ardennes. 81 sont inscrits au Syndicat des A[r]dennes, 22 au Syndicat de Sedan, 4 retraités, 3 d[é]clarés indésirables, 21 non syndiqués,la plupart par[ce] que trop nouveaux venus.

Trésorier. — Le compte-rendu du trésorier donn[e] :

En caisse	3.768 50
Livret caisse d'épargne	6.071 37

A ce jour 64 cotisations ont été reçues, quelques-unes restent à recouvrer.)

Membre des Commissions. — Les membres du Syndicat faisant partie des diverses Commissions : contrôle des réformés de guerre, tribunal des pensions, sont réélus.

Conseil de famille. — M. le Docteur Pérignon est désigné comme rapporteur affaire Bridoux-Rossignol-Baltaux.

M. le docteur Pol Vassal, est désigné comme rapporteur dans l'affaire Duchein-Goguel.

Assurances sociales. — La parole est au docteur Jullich dont le rapport sur les assurances sociales est unanimement applaudi.

Après discussion il est décidé :

1° Le Syndicat des médecins des Ardennes confirme son vote du 20 juin 1926 ainsi conçu :

« Refuse de passer un contrat avec les Caisses ; déclare vouloir les ignorer. Pas de tarif. Pas de tiers payant. Respect du secret professionnel. Le médecin ne doit connaître que son client qui sera traité comme un client ordinaire. »

2° A l'unanimité des membres présents, le Syndicat des médecins des Ardennes se déclare partisan irréductible de l'entente directe, demande à l'Union des Syndicats médicaux de faire inscrire ce principe dans la loi en préparation et d'en faire permettre l'application par les Syndicats avec le régime de la liberté contractuelle totale ;

3° Le Syndicat des médecins des Ardennes se verrait dans l'obligation de reprendre sa liberté au cas où satisfaction ne lui serait pas donnée à la prochaine assemblée générale de l'Union.

Adopté à l'unanimité des 43 présents.

Auparavant 19 voix avaient voté la démission immédiate de l'Union et le passage du Syndicat à la Fédération, 17 voix avaient demandé de surseoir jusqu'à l'Assemblée générale de l'Union.

D'un commun accord, étant donné le peu d'écart de votants et la non-consultation des absents sur ce grave sujet, l'ordre du jour ci-dessus fut adopté à l'unanimité des 43 présents.

Lecture est donnée du résultat du référendum :

4 sont partisans de l'entente directe sans tarif.

13 sont partisans du paiement direct au tarif syndical local.

4 sont partisans du paiement par la caisse au tarif syndical local. Tiers payant.

2 sans opinion.

Ce qui donne avec le vote précédent :

4 voix pour l'entente directe sans tarif.

56 voix pour le paiement direct au tarif syndical.

4 voix pour contrat avec Caisse.

M. le docteur Jullich est désigné comme délégué du Syndicat pour assister à l'assemblée générale de l'Union.

La séance est levée à 11 h. 1/4 pour permettre la réunion de l'Association.

Un banquet commun réunit ensuite une trentaine de confrères.

Quelques femmes de confrères nous font l'honneur d'assister au banquet et reçoivent les remerciements du président de l'Association.

Le secrétaire du Syndicat se lève ensuite pour exprimer le regret de l'absence forcée de son président, si fidèle à nos réunions et agapes, excusés par son deuil si récent.

L'importance de la perte de celle qui fut de longues années une fidèle compagne et une dévouée collaboratrice est comprise et ressentie par tous.

Le président de l'Association, les confrères et leurs femmes présentes chargent le secrétaire du Syndicat de vouloir bien transmettre au docteur Beaudier leurs sympathiques condoléances.

Le secrétaire : Dr Rozoy.

Décisions adoptées en assemblée générale.

1° L'article 14 des statuts est supprimé ;

2° A la demande de la Caisse de compensation de l'industrie de la région ardennaise, une visite médicale prénatale se fera au début de la grossesse entre le deuxième et le troisième mois, une seconde entre le huitième et le neuvième mois.

Le prix en est fixé à 15 francs chaque visite ou examen, y compris la signature du bulletin établi et présenté par la caisse.

Le règlement se fera chaque trimestre par les soins de la caisse.

La première visite a pour but de permettre le dépistage de la syphilis, et, par un traitement approprié, de mener la grossesse à terme.

La deuxième visite a pour but d'assurer un accouchement dans les meilleures conditions (recherche d'albumine, dystocie, etc.).

Pour le moment, la caisse de compensation ne prendra à sa charge que les deux visites.

Le bulletin qui vous sera présenté ne contiendra aucun diagnostic, il servira simplement de contrôle pour assurer que la femme s'est bien présentée à la visite, sans plus ;

3° Le tarif des certificats d'assurance-vie est porté de 40 à 60 francs quelle que soit la somme assurée et quel que soit le questionnaire.

4° A partir du 1er mai 1927, aucun duplicata de certificat d'origine de blessure ne sera fourni à titre gracieux. La liste des compagnies d'assurances qui refuseront de payer le dit duplicata vous sera communiquée quand toutes les compagnies auront répondu.

Vous ne pouvez exiger le paiement d'un certificat que si la compagnie vous a demandé de l'établir...

Elle est toujours libre d'en prendre elle-même copie ;

5° Tarif minimum pour 1927 : consultation, 10 francs. Visite, 15 francs ;

6° Certains confrères paraissent avoir oublié l'article 9 des statuts. Le libre choix du médecin doit exister pour tous : assurés, mutualistes, indigents.

Les tournées à jours fixes sont toujours interdites.

Le secrétaire : Dr Rozoy.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Bauzon, de Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire). — M. le Dr Defossez, de Tourcoing.

— **Journées Médicales et Vétérinaires Marocaines de** 1928. Casablanca et Rabat, 3-13 *avril* 1928. *Renseignements généraux. — Conférences.* La conférence sur les « *Gastro-entérites de l'enfance* » sera faite par M. le professeur Mouriquand, de la Faculté de médecine de Lyon. La conférence de M. le professeur Lardennois portera sur les « *Pericolites droites et leur diagnostic différentiel. Appendicites. Cholécystites. Ulcère de l'estomac et du duodénum* ». M. Dartigues exposera les résultats de son expérience personnelle dans « *Les applications de la greffe génitale de l'animal à l'homme* ». M. le professeur Bordet, Directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, a fait le grand honneur d'accepter l'invitation du Comité d'organisation et présentera aux « Journées médicales et vétérinaires » ses travaux inédits sur le « *Bactériophage* ».

Réceptions à Rabat. Les 12 et 13 avril, les membres des « Journées médicales et vétérinaires » seront reçus à Rabat : par MM. les médecins et les vétérinaires de Rabat-Salé ; par le Comité de la Foire de Rabat ; par S. E. le Grand Vizir El Mokri ; à la Résidence par M. le le Résident général et Madame Steeg.

Excursion des fêtes de Pâques. L'excursion des fêtes de Pâques comprendra non seulement la visite de Mazagan, Safi, Mogador, Marrakech, mais encore : le samedi, une grande fête de nuit chez le Caïd Omubarek El Knaffi, avec danses chieulhs, chirais, musique indigène, charmeurs de serpents, etc., diffa et coucher à la mode indigène à la Kasba du Caïd ; le dimanche, la chasse aux sloughis et une diffa offerte par le Caïd Khoubane. Toutes ces fêtes seront organisées par le Dr Bouveret, de Mogador, et M. Charrier, contrôleur de la région. Les réceptions du Caïd Oumbarek el Knaffi et du Caïd Khoubane seront offertes gracieusement par les Caïds à l'occasion des « Journées ».

Réductions. Les *Compagnies de navigation* Paquet, Transatlantique et Touache ont accordé aux adhérents une réduction de 15 % sur le prix du billet simple, à l'aller et au retour. Les *grands réseaux des chemins de fer français* ont décidé d'accorder exceptionnellement aux adhérents des « Journées médicales et vétérinaires » une réduction de 50 % à l'aller et au retour, permettant à ceux qui participeront au Circuit Touristique projeté en Algérie de rejoindre leur résidence au retour par Oran et Port-Vendres ou par Alger-Marseille. Pour bénéficier de cette réduction, les membres des « Journées » devront indiquer au Secrétariat général les gares de départ, de transit et de destination à l'aller et au retour, et celui-ci demandera et adressera aux intéressés les permis de circulation individuels à demi-tarif qui seront passibles de l'impôt spécial de 15 %. Ces permis ne seront valables que du 24 mars au 27 avril inclus. Les *chemins de fer d'Alsace et de Lorraine* accordent une réduction de 50 % dans les mêmes conditions que les grands réseaux français. La *Compagnie des chemins de fer du Maroc* accordera une réduction de 50 % à l'aller et au retour sur présentation d'une lettre d'invitation. Les *réseaux algériens* accorderont une réduction de 50 % dans les mêmes conditions. Le voyageur prend un billet de place entière à l'aller et voyage gratuitement au retour. Les *Lignes aériennes Latécoères* ont consenti une réduction de 20 % sur les tarifs, sur présentation de pièces justificatives. Les places ne seront accordées que dans les limites des disponibilités.

De nombreux hôtels et restaurants, des commerçants d'articles indigènes, ont bien voulu accorder des réductions allant jusqu'à 25 %. Leur liste sera communiquée ultérieurement.

Tous les membres adhérents ou associés des « Journées médicales et vétérinaires » recevront avant les « Journées » un *Guide* édité par le *Maroc-Médical* où ils trouveront non seulement un programme, mais tous les renseignements dont ils pourraient avoir besoin pendant leur séjour au Maroc.

Circuit touristique pour la visite du Maroc et de l'Algérie. La Société des voyages et hôtels Nord-Africains a réduit à 6.300 francs par personne le prix du circuit (pour un groupe de 10 personnes).

A côté des « Journées ». Une *Exposition Philatélique* aura lieu à Casablanca pendant les « Journées ». Du 1er au 15 avril se tiendra la « Foire de Rabat », les adhérents aux « Journées » y seront reçus officiellement le 13 avril. Le *Circuit automobile Marocain* sera couru le 15 avril sur 700 km. de routes gardées en un seul circuit fermé. Doté de 100.000 francs de prix, il groupera d'après les engagements déjà reçus, les plus grandes marques de voitures et leurs champions. A ce titre indicatif la vitesse moyenne en 1927 a été de 127 km. pour le gagnant. Les *peintres du Maroc* présenteront leurs œuvres dans les salles d'exposition des « Journées ».

L'Institut des Hautes Etudes Marocaines tiendra son VIe Congrès à Rabat les 10, 11 et 12 avril 1928. Les sections prévues seront les suivantes : organisation de l'Instruction publique au Maroc : linguistique arabe et berbère ; histoire et littérature de l'Occident Musulman ; archéologie du Maroc ; urbanisme ethnographie et sociologie Nord-Africaine.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des « Journées Marocaines », Dr Lepinay, rue Marseille à Casablanca.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

qu'il faut entendre par « vue normale » pour un pilote et par combien de dixièmes on peut exprimer cette vue normale ; 2° quelle est l'acuité visuelle minimum qu'on doit exiger d'un pilote de plus de cinquante ans, au cours des visites périodiques prévues par le règlement ; 3° si le degré d'acuité visuelle exigé pour les officiers de la marine de guerre et de la marine de commerce n'est pas suffisant à un pilote pour lui permettre d'assurer normalement son service ; 4° quelle est l'acuité visuelle qu'on exige d'un candidat au poste de sous-lieutenant de port. (*Question du 20 décembre* 1927.)

Réponse. — Les règles concernant la constatation de l'acuité visuelle des pilotes sont définies dans une circulaire du 7 février 1887. Elles sont les suivantes pour les candidats aux fonctions de pilote et pour les pilotes ayant dépassé l'âge de cinquante ans : *a*) les candidats pilotes subissent, devant la commission d'examen une épreuve pratique en vue de s'assurer qu'ils ont très bonne vue et qu'ils distinguent parfaitement les couleurs à la distance où il est pratiquement utile de pouvoir les distinguer ; *b*) tous les cinq ans à partir de l'âge de cinquante ans, chaque pilote ou aspirant pilote en exercice subira une nouvelle épreuve pratique à l'effet de constater qu'il a encore une vue parfaitement suffisante pour le service ordinaire du pilotage ; *c*) les mêmes épreuves visuelles sont imposées à tout pilote qui, à un âge quelconque, a été signalé comme ne remplissant pas les conditions de vue requises pour son service ; 3° le pilotage est un service qui intéresse au plus haut point la sécurité de la navigation ; il n'est, en effet, institué de station de pilotage que dans les ports ou parages dont l'accès est jugé dangereux ou difficile. Les règles relatives à la constatation de l'aptitude professionnelle des pilotes, notamment en ce qui concerne l'acuité visuelle, pour laquelle l'administration a jugé nécessaire d'exercer un contrôle permanent sur les pilotes, sont donc établies en tenant compte de ces difficultés spéciales, et sans qu'on puisse se contenter pour eux des règles admises en pareille matière pour les officiers de la marine de guerre et de la marine de commerce ; 4° aucune condition spéciale n'est fixée par les règlements en vigueur en ce qui concerne l'acuité visuelle des candidats aux emplois de sous-lieutenant de port. Mais les candidats doivent appartenir à des catégories bien déterminées du personnel de la marine marchande ou de la marine militaire et l'administration est assurée de trouver chez ces candidats des garanties suffisantes en ce qui concerne leur aptitude physique et en particulier l'acuité visuelle. Il convient d'ajouter que toutes les candidatures aux emplois d'officier de port sont soumises à une instruction spéciale des chefs de service locaux qui doivent s'assurer, en particulier, de l'aptitude physique des postulants.

(*J.O.*, 18 *janvier* 1928.)

Durée de l'engagement d'un médecin-major.

14402. — M. Léon ARCHIMBAUD, député, demande à M. le ministre de la guerre si un médecin-major de 2e classe, sorti de l'école de Lyon en 1921 et nommé médecin aide-major de 2e classe à la date du 31 décembre 1924, peut valablement offrir sa démission le 31 décembre 1927, en vertu d'un engagement signé par lui à son entrée à l'école et stipulant qu'il « s'oblige à rester dans l'armée pendant six ans à compter du jour de sa nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe ». (*Question du 20 décembre* 1927.)

Réponse. — Réponse négative. L'intéressé doit rester dans l'armée pendant six ans à compter du jour de sa nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe, c'est-à-dire à partir de 1924.

(*J.O.*, 18 *janvier* 1928.)

Délivrance des médicaments par les sociétés de secours d'ouvriers mineurs.

I

13644. — M. DELOURME, député, expose à M. le ministre du travail : *a*) que la jurisprudence a nettement établi que les sociétés de secours sont autorisées à délivrer des médicaments aux sociétaires accidentés du travail, aux prix commerciaux et contre remboursement par la compagnie (jugement du tribunal de première instance de Douai, 29 février 1912, arrêt de la cour d'appel de Douai 7 mai 1912) ; *b*) que la décision ministérielle du 27 octobre 1926, confirmée par celle du 29 juillet 1927, enjoint aux caisses de secours d'avoir à cesser la vente des produits pharmaceutiques à ceux de leurs sociétaires accidentés du travail ; *c*) que cette décision va à l'encontre de l'esprit de la loi du 29 juin 1894 qui fait obligation aux sociétés de secours de délivrer des produits pharmaceutiques à leurs sociétaires dans les meilleures conditions possibles ; et demande si, en respect de la chose jugée les caisses de secours peuvent être autorisées ,comme par le passé, à délivrer des produits pharmaceutiques à leurs sociétaires accidentés du travail. (*Question du* 3 *novembre* 1927.)

Réponse. — La réclamation des sociétés de secours d'ouvriers mineurs, qui fait l'objet de la question posée par l'honorable député, a été suivie d'une décision qui donne satisfaction aux organismes intéressés.

(*J.O.*, 20 *janvier* 1928.)

II

13656. — M. Léon ESCOFFIER (Nord), député, expose à M. le ministre du travail : *a*) qu'un arrêté du ministre du travail, notifié par le service des mines, ordonne aux pharmacies mutualistes (caisses de secours des ouvriers mineurs) de ne plus livrer désormais de médicaments aux blessés ; *b*) que cette déci-

sion a créé une vive émotion dans certaines régions houillières ; c) que la jurisprudence semble avoir été méconnue, car certaines cours et la cour de cassation ont toujours donné raison à ces caisses de secours ; et demande : 1° comment, en face d'arrêts si formels, ledit arrêté, qui semble s'appuyer sur des rapports d'ingénieurs du contrôle des mines, rapports qui n'ont pas été soumis aux intéressés, a pu être pris ; 2° quel but on veut atteindre par cet arrêté. (*Question du* 3 *novembre* 1927.)

Réponse. — La réclamation des sociétés de secours d'ouvriers mineurs, qui fait l'objet de la question posée par l'honorable député, a été suivie d'une décision qui donne satisfaction aux organismes intéressés.

(*J.O.*, 20 *janvier* 1928.)

Les lacunes de l'application de la loi sur l'hygiène.

14672. — M. Gaston Bazile, député, demande à M. le ministre du travail quelles mesures il compte prendre pour assurer l'application de l'article 7 de la loi du 15 février 1902 et de l'article 9 du décret du 10 juillet 1906 sur la protection de la santé publique ; ajoutant que le service de désinfection n'existe pas dans le département du Gard. (*Question du* 12 *janvier* 1928.)

Réponse. — Le préfet du Gard a été invité à prendre toutes dispositions utiles pour faire créer, par le conseil général de son département, un service de désinfection, organisé conformément aux prescriptions de l'article 7 de la loi du 15 février 1902 et du décret du 10 juillet 1906. (*J.O.*, 25 janvier 1928.)

De l'irritabilité végétale dans ses rapports avec l'action solaire sur l'hyperthermie chez l'homme,

Par le Dr Ed. Crouzel (Le Buisson, Dordogne).

Irritabilité végétale. La science n'a pu encore parvenir à expliquer le singulier phénomène de cette irritabilité. En effet, presque toutes les plantes éprouvent un mouvement marqué au lever du soleil ainsi qu'au coucher de cet astre. On dirait que la retraite de celui-ci les engage à se parer de leurs couleurs et à exhaler leurs parfums. Bien plus, la *sensitive* se contracte pour se soustraire aux contacts étrangers ; les *attrape-mouches* d'Amérique rapprochent leurs folioles pour retenir prisonnier l'imprudent insecte qui est venu s'y placer. Les feuilles de l'*acacia* se contractent le soir sur leurs tiges comme pour se livrer au sommeil, tandis que celles de la *balsamine* s'inclinent vers la terre formant une voûte protectrice au-dessus de la fleur. Les fleurs de *nénuphar* tiennent aux racines par de longs pédoncules qui leur permettent de venir pendant le jour s'étaler à la surface de l'eau et de rentrer

le soir dans l'élément liquide pour ne reparaître qu'à la lumière du soleil. Dans un grand nombre de plantes, les filets des étamines se meuvent au temps de la fécondation sans qu'on puisse attribuer à leurs mouvements aucune force mécanique connue. Le *tournesol*, comme son nom l'indique, semble obéir aux mêmes forces, de suivre les mouvements de la terre par rapport au soleil.

L'irritation est l'acte de ce qui irrite les organes, les nerfs, etc. Au figuré, l'irritation est l'effervescence. (L'irritation des esprits.)

Fièvre. Evolution et oscillation. On sait que la fièvre tend à monter le soir, pour baisser dans la matinée, d'où, température au matin habituellement inférieure à celle du soir. L'effet mystérieux de la position du soleil à l'horizon sur les plantes.

Ces relations de cause à effet analogues mériteraient, je crois, une étude spéciale, dans le but d'en tirer des conclusions sans doute utiles au point de vue thérapeutique. Ce qui n'a pas été effectué, du moins à ma connaissance. On sait que la fièvre doit être absente le matin entre 7 et 8 heures et monte le soir entre 5 et 6 heures. Le pouls qui est habituellement, en accélération parallèle à l'hyperthermie bat à 70 par minute chez l'adulte et peut atteindre de 120 à 160. Il n'est pas question ici de la dissociation du pouls et de la température.

Quant à l'accélération de la respiration qui, normalement, chez l'adulte est de 16 à 18 par minute, elle peut atteindre 30, 40 et même plus avec diminution correspondante de la tension artérielle. Donc en résumé et de façon générale la fièvre tend à monter le soir pour baisser pendant la nuit d'où température du matin inférieure à celle du soir. Pourquoi ? Est-ce l'effet des *impondérables* ? Est-ce l'effet des *radiations solaires* ? On sait que tout se résume ici-bas par des *vibrations moléculaires et atomiques.* Par suite, sous l'influence de l'action des radiations solaires, les vibrations pourraient bien avoir leur maximum d'effet pendant le jour, en commençant dès le lever du soleil et en finissant au coucher de cet astre. Si l'on considère par exemple un être vivant, celui qui, par son élévation, occupe le sommet de l'échelle animale par la complexion de son organisme, l'être humain, il peut bien se faire qu'à l'état pathologique susceptible de provoquer la fièvre (hyperthermie) il résiste moins à l'accélération des *vibrations tissulaires* qui commencent à se faire sentir chez lui le matin, pour se continuer pendant toute la journée et pour prendre fin le soir avec suspension relative pendant la nuit pour reprendre le matin son cycle habituel.

Alors, pendant le jour, étant donné l'état de moindre résistance, cette augmentation de vibrations se traduit par un déséquilibre général avec indice indicatif de l'hyperthermie. Il serait inté-

ressant de déterminer si l'exposition à la lumière solaire indirecte ou à la lumière électrique (par exemple) ou l'obscurité serait capable de modifier les observations expérimentales pratiquées sur un individu fébricitant sous les diverses influences réactionnelles d'intoxication microbienne ou autre, toutes choses égales d'ailleurs. On pourrait faire intervenir divers facteurs capables de modifier les indications recherchées (saison, pression barométrique, altitude, etc.)

Les résultats obtenus seraient, je crois, de nature à ouvrir de nouveaux horizons thérapeutiques jusqu'ici insoupçonnés. On pourrait aussi faire porter les expériences sur plusieurs êtres occupant les divers degrés de l'échelle animale.

Il n'y a pas que le soleil qui ait une influence marquée sur divers mouvements de certaines plantes comme je l'ai indiqué plus haut, la lune, d'après les observations des paysans, aurait une influence manifeste sur la *germination* de beaucoup de plantes (fèves, pois, pommes de terre, haricots, ail, oignons, etc.). Tout cela prouve, comme le fait justement remarquer Charles Richet dans l'un de ses ouvrages (L'Homme impuissant) que le mystère couvre encore d'un voile bien épais la plupart des phénomènes qui nous entourent ; ce que Henry Marey, dans une boutade imagée a bien dépeint « *les savants sont trop savants pour ne pas savoir qu'ils ne savent rien* » et Brunetière dans sa formule « *la faillite de la science* » ne fait que le confirmer.

L'effet mystérieux de la position du soleil à l'horizon se révèle sur les plantes à l'état physiologique ; sur l'homme (et sans doute sur les animaux) à l'état pathologique par l'hyperthermie. Je le répète il serait intéressant d'étudier ces rapports dont la thérapeutique pourrait peut-être bénéficier.

CALENDRIER DES CONGRÈS

Février. Paris. Etats généraux du thermalisme et du tourisme. — Secrét. gén. : M. Moncorgé.

21-25 avril. Journées médicales belges. — Secrét. gén. : M. R. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.

22-30 avril. Salon des médecins. — Secrét. gén. : Dr Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

Avril. Jubilé Charles Nicolle à Tunis. — Secrét. gén. : Dr F. Gérard, rue de Serbie, Tunis.

3-8 avril. Journées médicales et vétérinaires marocaines. — Secrét. gén. : Dr Lépinay, rue de Marseille, Casablanca.

22-30 mai. Congrès international de thalassothérapie. Bucarest. Constantza. — Secrét. gén. : Dr Léo, 50, avenue du Président-Wilson, Paris.

Mai. Réunion neurologique annuelle. — Secrét gén. : Dr Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Mai. Réunion des Sociétés de biologie. Secrétariat général, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

14-18 mai. Londres. Troisième centenaire de la publication du Traité *De motu cordis* de William Harvey, célébré par le College Royal des médecins de Londres.

29-31 mai. Nancy. Conférence de défense sociale contre la syphilis. — Secrétariat général : Dr Sicard de Plauzolles, 44, rue de Lisbonne, à Paris.

Juin-juillet. Paris-Le Havre. Congrès international pour la destruction du rat. — Renseignements : Prof. Gabriel Petit, Ecole d'Alfort (Seine).

1er-5 juillet. Journées médicales de Rio de Janeiro. — Secrét. gén. : M. Balmiro Valverde, rue Sao José, 84, 4° ander, à Rio de Janeiro.

2-8 juillet. Congrès international de l'habitation. Fédération internationale de l'habitation et de l'aménagement des villes. — Secrétariat général 29, rue de Sévigné.

5-8 juillet. Congrès international d'assistance publique et privée. — Secrétariat général : 49, rue de Miromesnil.

8-12 juillet. Congrès international de la protection de l'enfance. — Secrétariat général : 37, avenue Victor-Emmanuel III.

8-13 juillet. Conférence internationale du service social. — Secrétariat général : 2, rue Vélasquez.

15 juin-15 juillet. Exposition internationale de l'habitation et du progrès social. — Secrétariat général : 29, rue de Sévigné.

23-27 juillet. Stockholm. IIe Congrès international de radiographie. — Secrét- gén. : M. Axel Renander, Sophia Remmet, à Stockholm.

23-28 juillet. Anvers. Congrès international des aliénistes et neurologistes. — Président : Prof. Claude secrét. gén. : Dr F. Meeus, 21, Nervierstraat, Anvers.

29 juillet-1er août. Copenhague. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Secrét. gén. : Dr R. Miégeville, 11, place Vintimille, Paris.

Juillet. Journées thermales de Clermont-Ferrand.

3-6 septembre. Budapest. Ve Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles.

25-27 septembre. Rome. Congrès international de la tuberculose.

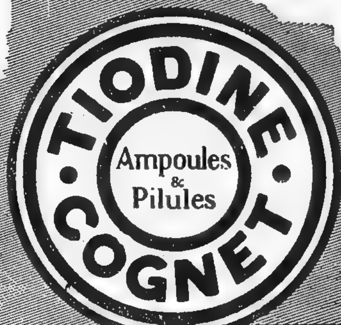
1er octobre. Paris. Congrès français de chirurgie. — Président ; M. A. Gosset ; secrét. gén. : Dr Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

2 octobre. Paris. Congrès français d'urologie. — Secrét. gén. : Dr Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

4 octobre. Paris. Congrès français d'orthopédie. — Secrét. gén. : Dr Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris (VIIe).

Octobre. Paris. Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils. — Dr Reynès, à Marseille.

Octobre. Paris. XXe Congrès d'hygiène. — Secrét. gén. : Dr Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.



Médication Iodée et Antiscléreuse
due à la combinaison soluble et définie
de l'Iode avec la Thiosinamine

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :
Hypertension artérielle, Artério-sclérose,
Rhumatismes, Arthritisme, Dyspnée,
Affections parasyphilitiques (Tabes, Leucoplasie)
Angine de poitrine, Asthme, Emphysème,
Tuberculose ganglionnaire, Abcès froids, etc.

Littérature et Echantillons

ARMINGEAT & Cie 43, Rue de Saintonge, PARIS

Édité par la Mon ARMINGEAT & Cie

LABORATOIRES DU DOCTEUR COIRRE

FONDÉS EN 1872

5, BOULEVARD DU MONTPARNASSE, PARIS-6e

ALLIUM COIRRE (Stasima) Préparation de plante fraîche stabilisée ALCOOLATURE & PILULES	**MÉDICATION PULMONAIRE.** Catarrhe, Bronchites fétides Gangrène pulmonaire, Tuberculose Tarit les expectorations **MÉDICATION HYPOTENSIVE.** Hypertension essentielle, et Hypertensions causées par lésions circulatoires ou rénales	**AFFECTIONS PULMONAIRES.** alcoolature XXX à LX gouttes par jour en deux fois Pilules - 4 à 8 par jour **HYPERTENSION.** alcoolature XX à XXX gouttes par jour en deux fois Pilules - 2 à 4 par jour
GRANULES "TROIS CACHETS" au PHOSPHURE DE ZINC COIRRE dosés à 4 millig.	Anémie cérébrale, Surmenage, Dépression nerveuse, Neurasthénie, Convalescence	4 à 8 granulés par jour
PILULES PODOPHYLLE COIRRE	Constipation habituelle Hemorroïdes, Coliques hépatiques	1 à 2 pilules le soir avant dîner ou en se couchant
LEVURE COIRRE (Levure sèche de Bière)	Anthrax, Furonculose, Acné, Phlegmon, Suppurations Gastro-entérite, Pneumonie	une cuillerée à café trois fois par jour délayée dans un demi-verre d'eau matin, midi, soir

Octobre. Paris. Congrès de médecine sociale et des accidents du travail.

Octobre. Paris. XIII[e] Congrès de médecine légale.

Décembre. Le Caire. Journées médicales et centenaire de l'hôpital Kaar et Aïni.

1929. — Printemps. Madrid. II[e] Réunion de la Fédération de la Presse médicale latine. — Secrét. gén. : M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris.

Mai. Journées médicales de Paris. — Secrét. gén. : D[r] Descomps, 44, rue de Lille, Paris (VII[e]).

Juillet. Congrès de la Société internationale de chirurgie (Varsovie). — Secrét. gén. : M. Léopold Mayer, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

Septembre. Montpellier. XX[e] Congrès français de médecine. — Secrét. gén. : Prof. Rimbaud, 1, rue Levat, Montpellier.

Septembre. Paris. VI[e] Congrès des pédiatres de langue française.

Novembre. Cinquantenaire du *Concours médical.*

Croisières médicales. S'adresser au D[r] Loir, 12*bis*, rue de Coligny, Le Havre, et au service des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Aldolphe-Max, à Bruxelles.

VARIÉTÉS

Un médecin poète : Charles Guéret.

La médecine et la poésie ont-elles vraiment d'étroites affinités ? Y a-t-il une poésie de la médecine ? Le fait est que, nombreux parmi nous sont les confrères qui se délassent des fatigues de la profession en enfourchant volontiers Pégase. Je n'en veux pour preuve que les nombreuses pièces que nous avons publiées, seulement depuis la fin de la grande guerre, pièces courtes, comme en trousse si joliment le D[r] Louvel, de la Ferté-Macé, pièces de longue haleine, comme celles qui s'inspirentd'un pur classicisme, sous l'inspiration du D[r] Grossier, de Saint-Fargeau. Et je ne parle pas d'Honoré Broutelle, de François, et de tant d'autres dont le nom m'échappe, et qui veulent bien entretenir notre rubrique Anthologique.

Il en est un cependant que je désire signaler aux lecteurs du *Concours Médical*, je veux parler du D[r] Charles Guéret, de Cette, sur lequel je viens de lire, dans le *Petit Méridional* du 21 août dernier, un article auquel j'emprunte les lignes qui suivent.

G. D.

« Voulant vous parler d'un poète, j'ai pensé aussitôt à Charles Guéret, cela parce que Guéret incarne très exactement l'idée que nous nous faisons du poète à notre époque si rigidement utilitaire.

« Le front haut et large, l'œil profond et semblant regarder bien loin par-dessus les objets placés directement dans son champ de vision, Charles Guéret est resté tel que je le vis pour la première fois sur le Plateau des Poètes de son Béziers natal.

....

« Les hasards de l'existence m'ont souvent remis en rapport avec Charles Guéret qui, dans l'intervalle — la poésie n'est pas l'idéal comme mère nourricière — est devenu docteur en médecine et exerce à Cette, à quelques pas de son pays natal.

« Je l'ai suivi avec intérêt dans son évolution. J'ai lu ses œuvres, rares comme il convient à quelqu'un qui est sévère pour ses propres productions : j'ai entendu ses pièces et j'ai vu, l'âge venant, son tempérament s'affirmer, son métier se préciser, sa valeur se classer définitivement.

« Et, ces temps derniers, à Orange, devant le Mur qui écrase les médiocres et grandit les grands, alors que Alice Ravaut faisait vibrer les foules aux accents d'Orphée pleurant Eurydice, me trouvant — le hasard est parfois plein de gentillesse pour les journalistes — assis à quelques mètres de Charles Guéret, je profitais du calme des entr'actes pour parler avec lui de ses conceptions littéraires.

« Sur les bancs du collège, Charles Guéret, emballé par Hugo, Banville et Rostand, débuta en romantique, et sa première œuvre, *A la Belle Etoile*, est une comédie nettement banvillesque — dont le temps n'a pas diminué l'intérêt, puisqu'on la joue actuellement sur les scènes d'été du Midi — où l'on voit, sous le poète, un homme de théâtre.

« Cette première œuvre — au contraire de ce qui se produit hélas ! trop souvent — ne passa pas inaperçue. Elle eut l'heureuse fortune de retenir l'attention de Camille le Senne, qui rédigeait alors le feuilleton dramatique du *Siècle* et celui du *Petit Méridional*, et l'appréciation, flatteuse, émise par un tel critique ne pouvait manquer d'être profitable à un jeune débutant.

« Depuis, Charles Guéret n'a cessé d'évoluer. Ses *Deux Triomphes*, chantés aux Arènes de Béziers, en 1910, et qui inspirèrent à Déodat de Sévérac quelques-unes de ses plus belles pages, affirment une volonté plus ferme de souci de la forme que l'on retrouve plus accentuée encore dans l'*Auberge sur la route*, un acte en vers, qui eut pour cadre le coquet théâtre de verdure de Marnes-la-Coquette.

« Mais c'est après la guerre — Guéret venait de passer le cap de la trentaine — que cette évolution se précipita. Des deux pièces où ses nouvelles tendances se caractérisent très nettes sont son *Ode à Molière*, dite par Madeleine Roch aux Fêtes du Tricentenaire de Molière en Languedoc. et son *Ode à Béziers*, que fit valoir, au Théâ-

tre des Arènes, Germaine Rouer et dont nos lecteurs pourront apprécier l'inspiration et la forme, car le *Petit Méridional* a tenu à la publier dans ce même numéro.

« Si l'on considère les dernières poésies publiées par Guéret dans des revues, ainsi que les pièces que nous venons de rappeler, on constate que toute l'évolution de Charles Guéret a tendu vers la perfection de la forme et vers le développement de sa personnalité, sans se laisser dominer par la tentation de ressembler à tel ou tel des poètes successivement à la mode.

....

« Ce nouvel effort du poète en vue de donner à sa poésie toute l'harmonie de forme qu'elle mérite est intéressant. Nous nous plairons à le suivre. »

THYNDARUS.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires.

3730. — Loi intéressant les victimes de la guerre.

Pourriez-vous m'indiquer un moyen de me procurer le texte complet des deux lois qui régissent le sort des victimes de la guerre ? Dr F.

Réponse.

Pour les blessés et malades de la guerre, les lois intéressantes sont celles du 31 mars 1919 et celle du 9 janvier 1926. Une autre loi intéresse spécialement les victimes civiles de la guerre, celle du 24 juin 1919.

Enfin, la loi du 11 mars 1927 complète pour les veuves orphelins et ascendants la loi du 31 mars 1919.

La librairie Lavauzelle, 124, boul. Saint-Germain, à Paris, en a mis les textes en vente.

3961. — Attribution du titre d'officier honoraire.

La position d'officier honoraire est-elle une faveur ou faut-il la demander ? Rayé des cadres le 1er janvier 1926, comme médecin major 2e cl. (réserve) je m'y attendais, normalement. C'est la lecture d'une liste récente qui me suggère de réclamer ce renseignement de votre bonne obligeance. Dr A.

Réponse.

L'honorariat n'est pas une faveur, mais il faut cependant en faire la demande à votre Directeur du Service de santé ; le titre d'officier honoraire s'accorde généralement à l'officier atteint d'une blessure de guerre, ou d'une maladie contractée ou aggravée par le service et aussi à tout officier de réserve âgé d'au moins 60 ans, après 30 ans de services.

3930. — Nomination comme aide-major de réserve.

Que dois-je faire et à qui dois-je m'adresser pour être nommé aide-major de réserve ? Je viens en effet de recevoir un nouveau fascicule de mobilisation et j'ai constaté que je n'avais pas eu d'avancement depuis janvier 1917, époque à laquelle j'ai été nommé médecin auxiliaire. Or, je sais que tous mes camarades, même plus jeunes, ont actuellement deux galons.

A titre de renseignement si cela peut vous être utile, j'appartiens à la classe 1915, marié, père de deux enfants, croix de guerre.

Dr F.

Réponse.

Il s'agit d'un oubli, qui remonte au jour où vous avez soutenu votre thèse.

Adressez aussitôt au Directeur du Service de santé de votre région une lettre pour lui expliquer votre cas, et lui demander votre nomination très légitime au grade de médecin aide-major.

Le Directeur constituera votre dossier et l'enverra au Ministre pour décret de promotion ; mais il vous faudra naturellement patienter quelque temps, peut-être quelques mois, avant d'être promu.

3773. — Suppression de pension. Droit aux frais médicaux.

Un pensionné de guerre voit sa pension progressivement réduite de 30 % à 20 %, puis à 10 % et enfin supprimée.

La suppression de la pension entraîne-t-elle la suppression du droit aux frais médicaux et pharmaceutiques ?

Dr L.

Réponse.

Lorsqu'une infirmité reconnue imputable au service a donné lieu, de par son pourcentage, à l'octroi d'une pension, le droit aux soins gratuits, une fois acquis par l'inscription sur la liste des bénéficiaires de l'article 64, reste toujours acquis même si le degré d'invalidité devenant inférieur à 10 % la pension vient à être supprimée.

Fiscalité.

4405. — Rehaussement irrégulier de l'impôt professionnel.

Le 28 février 1927, j'ai fait, comme tous les ans, ma déclaration d'impôt pour les bénéfices de l'année précédente. Cette déclaration est conforme à la copie ci-jointe n° 1. Dans le courant d'avril, j'ai reçu une note du contrôleur me demandant des explications sur la chiffre des dépenses. Je lui ai fourni le détail

ci-joint. Le 30 juin, j'ai reçu un avertissement, dont copie ci-jointe n° 2, que j'ai acquitté en totalité le 3 sept. Or, aujourd'hui je reçois un second avertissement, dont copie ci-jointe n° 3.

N'ayant reçu du contrôleur aucune demande nouvelle de renseignements, aucun avis préalable, aucune explication de ce nouvel avertissement, je ne sais ce qu'il signifie, et ne veux pas le payer avant d'avoir votre avis.

J'ai toujours fait des déclarations exactes et sincères et sans avoir une comptabilité modèle, j'ai une comptabilité suffisante pour apporter des preuves à l'appui de mes recettes comme de mes dépenses.

Je vous serai très obligé de me dire si dans les dépenses j'ai porté des articles qui ne doivent pas figurer ou si certains articles y figurent pour un pourcentage trop élevé.

Je ne m'explique pas non plus que le contrôleur ne m'ait pas fait d'objection à ma déclaration avant l'envoi de l'avertissement du 30 juin.

Je vous serai très obligé de vouloir bien me faire savoir ce qu'il convient de faire, et s'il y a lieu de réclamer de me donner toutes les instructions nécessaires.

Dr D.

Réponse.

La procédure suivie par le contrôleur n'est pas régulière ; il aurait dû vous notifier non seulement le chiffre sur lequel il entendait vous imposer, mais aussi les motifs qui, d'après lui, justifiaient le rehaussement et, en cas de désaccord, le soumettre à la Commission départementale.

Vous pouvez contester l'imposition par voie de réclamation, mais malgré cela il faudra acquitter la cotisation, les réclamations n'étant pas suspensives du paiement.

A. M.

4322. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile en remplacement d'une autre.

J'ai acheté en 1923, une auto 28.000 fr. ; dans mes déclarations je l'ai amortie chaque année pour 5.000 fr. Je l'ai revendue en 1927 (après 4 ans exactement) pour 9.000 fr., en rachetant une autre de 27.000 fr. Comment devrai-je compter l'amortissement dans ma prochaine déclaration ?

Dr H.

Réponse.

Vous pouvez amortir le prix total d'acquisition de la deuxième voiture (27.000 fr.). Cependant le contrôleur pourrait n'admettre l'amortissement que sur 26.000 fr., la différence de 1.000 fr. représentant l'excédent du prix de la vente de la première voiture : 9.000 fr., sur la somme restant à amortir (28.000 — 4 fois 5.000).

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 446-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Cap-Martin : Griffault.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chateauouo Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (*E.*) Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixe à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 72. — A prendre de suite, rég. Ouest, belle client. petite ville à 3 h. Paris, 75.000 touchés, cond. intéress., facil. paiement. Grande et belle maison et dépend., jardin. Bail 3, 6, 9 avec possib. vente.

No 73. — Bretagne. Très bon poste, seul médec. propharm., 15 km. mer, 1.800 m. gr. ligne (chasse, pêche) vacant. Maison conf. Urgent.

No 74. — Poste de méd.-adjoint vacant dans import. usine métallurg. de l'Est. Pas de chirurgie. Gros fixes, avantages matériels, conv. à jeune méd. célib.

No 75. — A céder d'urgence très bon poste méd. propharm. à 3 heures de Paris ; 30.000 de bénéf., en augment. constante. Indemn. 6.000 compt.

No 76. — Veuve de médec. très bonne famille, cherche sit. de personne de confiance, surveill. ou autre emploi dans maison médicale ou clinique. Pas exigeante.

N° 77. — Confr. offre 50 fr. d'un carnet timbres 0.10 verts envoyé comme réclame par Minéraline ou Phénoseptyl.

N° 78. — Renault 10 HP. 1926, cond. int., 6 p., nomb. access., état neuf, 13.000.

N° 79 Jeune chirurg. dent. cherche place collab. auprès confr. stomat. de préfér. Paris. Ecr. Dentiste « du Rhin » à Toulon.

N° 80. — Cond. int. Ford 1925, très bon état mécanique et carross. confort. Au plus offrant à part. de 6.000. Cause double emploi.

N° 81. — Semences de pommes de terre « industrie » sélectionnées, garanties saines et tout prem. choix, vendues par 50 kgr., 35 fr. et par 100 kgr. 65 fr. Dr Jouvin, à Pontorson (Manche).

N° 82. — Aude. Par suite décès, belle client. de propharmac. à céder avec facil. paiement. S'ad. au Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 83. — Près Paris. Banl. Ouest, anc. clin. méd. générale. On céderait une part moyenn. 40.000. très gr. install. et radio. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 84. — Jolie rég. 70 km. Paris (gr. ligne) très anc. client. (titul. souffrant) 50.000 facile à doubler. Gr. maison conf. A céder avec facil. paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46

N° 85. — Côte d'Azur, dans jolie plage 10 km ville, maison de convalesc., affaires 85.000 par an. Grand château 27 lits, nomb. dépend., loyer 10.000 bail, Cond. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 86. — Conduite intérieure carross. luxe, 4 pl., 10 HP, de Dion, en parf. état, à vendre pour cause achat voit. plus forte.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Trois cas de maladie n° 1 sont signalés dans la commune de Saint-Samson-la-Poterie (Oise).

— **Terminologie médicale.**— Les membres de la « Camera medica » de Malte et ceux de la section de Malte de la « British medical association » ont adressé à l'Académie de médecine un mémoire relatif à la suppression des noms d'origine géographique de la maladie connue sous les noms de *Fièvre de Malte, Fièvre méditerranéenne,* et à l'adoption générale de la dénomination de « *Fièvre ondulante* ».

— **Clinique médicale de Cochin.**— M. le professeur Widal a commencé ses leçons le 14 février et les continue tous les mardis, à 11 heures.

— **Clinique gynécologique (Broca).** *Cours de perfectionnement.* —MM. Douay, Bonnet et Chevalier feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du lundi 25 février au samedi 10 mars. Droit de 250 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le 19 février, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Lesné, sur *l'asthme infantile.*

— **Amphithéâtre d'anatomie.** *Cours d'anatomie pathologique chirurgicale.* — Ce cours en 12 leçons, fait par MM. Huguenin, Foulon, Delorme et Albot, commencera le 1er mars et aura lieu les jours suivants.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — M. le Dr Babonneix commencera, le 5 mars, une série de conférences sur l'*hérédo-syphilis nerveuse.* Il les continuera les mercredis et vendredis, à 16 h.

— **La Maternité,** 121, boulevard de Port-Royal. *Conférence.* — Le Dr Georges Schreiber, secrétaire général adjoint du *Comité National de l'enfance,* fera, le dimanche 11 mars 1928, à 14 heures 30, dans le nouvel amphithéâtre du la Maternité (service Paul Dubois) une conférence sur « l'enseignement aux enfants de la puériculture et de l'hygiène ».

— **Hôpital Beaujon.** *Conférences pratiques de radiodiagnostic des affections des voies respiratoires.* — Ces conférences sont faites le samedi par M.M. Mignon, assistant d'électro-radiologie de l'hôpital Beaujon, à 11 h., au laboratoire du docteur Aubourg.

Programme : 25 février : Lésions des voies respiratoires supérieures. Trachée et bronches. — 3 mars : Formes du début de la tuberculose pulmonaire. — 10 mars : Cavernes pulmonaires. — 17 mars : Pneu-

mothorax thérapeutique. — 24 mars : Tumeurs du poumon et du médiastin. — 31 mars : Syphilis pulmonaire. — 7 avril : Le lipiodo-diagnostic dans les affections respiratoires.

Avant chaque conférence, à 9 h. 1/2, dans le service de M. le professeur agrégé DEBRÉ, examen radiologique des malades.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** *Prix pour* 1928-1929. — Les prix mis au concours pour 1928-29 par la Société des hôpitaux sont les suivants : 1° *Prix Le Gendre.* — *Sujet proposé pour* 1929 : « Les lois françaises sur le secret professionnel et la jurisprudence qui les interprète sont-elles en harmonie avec la conception moderne de la fonction sociale du médecin ? » ; 2° *Prix Gingeot.* — *Sujet proposé pour* 1928 : « Les hépatites pigmentaires ».

Les mémoires devront être remis au Secrétaire général avant le 1er novembre 1928.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'électro-radiologiste.* — Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le 10 mai. Inscription, 3 avenue Victoria, du 16 au 25 avril.

— **Hôpice des Quinze-Vingts.** — Sont nommés : chef de clinique ophtalmologique, M. le Dr René NECTOUX ; aides de clinique, M. le Dr Pierre JOURDRY et M. Henri TILLÉ.

— **Hôpitaux de Marseille.** — Après concours ont été nommés : médecin adjoint des hôpitaux, M. le docteur Jean TURRIÈS ; chirurgien adjoint des hôpitaux, M. le docteur Jean COTTALORDA.

— **Marseille.** — *Le centre régional anti-cancéreux* de Marseille sera inauguré le 19 février par M. Paul STRAUSS, sénateur. Ce Centre, installé dans la propriété de l'hospice Sainte-Marguerite, exerce son action sur quatre départements : les Bouches-du-Rhône, le Var, les Basses-Alpes et la Corse.

— **Bordeaux.** *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Un cours de broncho-œsophagoscopie aura lieu, du 27 février au 8 mars, à la clinique oto-rhino-laryngologie de la Faculté de Bordeaux (Prof. PORTMANN).

— **Bordeaux.** *Hommage au professeur Dubreuilh.* — La remise de la médaille offerte au prof. Dubreuilh à l'occasion de sa mise à la retraite comme professeur de clinique dermatologique aura lieu le 20 février 1928, dans les salons de l'hôtel de Bordeaux.

— **Etats généraux du Thermalisme et du climatisme.** — On annonce, sous les auspices de la *Fédération thermale et climatique française*, la réunion des Etats généraux du thermalisme et du climatisme, qui se tiendront à Paris les 16 et 17 mars. Cette importante manifestation a pour but d'intéresser les Pouvoirs publics à la situation des stations françaises qui ont à lutter de plus en plus contre la

HYPERTENSION ARTÉRIELLE - ARTÉRIO-SCLÉROSE
TROUBLES CIRCULATOIRES DE LA MÉNOPAUSE

NEO-ASCLEROL

Teinture Cratægus — Silicate de soude — Nitrite de soude

Dose : *deux cuillerées à soupe par jour*

Action tonique hypotensive - Anti-scléreuse

GRANDE PHARMACIE DE PARIS - 45, rue Caumartin, PARIS

AFFECTIONS BRONCHIQUES et LARYNGÉES
LYMPHATISME - DERMATOSES

SIROP **CROSNIER** GRANULÉS
MINÉRAL SULFUREUX

AU MONOSULFURE de SODIUM
INALTÉRABLE et GOUDRON

SUCCÉDANÉ DES EAUX SULFUREUSES

APPROBATION SCIENTIFIQUE
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

T^TES PH^IES ET 6, RUE CHANOINESSE, PARIS

EXTRAIT DE FOIE DE MORUE MEYNET

Approbation de l'Académie de Médecine de Paris

MORUBIASE

Supérieur
aux succédanés et aux huiles
de **FOIE** de **MORUE**

T^TES PH^IES ET 6, RUE CHANOINESSE, PARIS

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE
DE LA
CONSTIPATION

A BASE DE :

1à 6 Comprimés avant chaque repas.

1°	2°	3°	4°
EXTRAIT TOTAL DES GLANDES DE L'INTESTIN *qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.*	*EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ* *qui régularise la sécrétion de la bile.*	*AGAR-AGAR* *qui rehydrate le contenu intestinal.*	*FERMENTS LACTIQUES SELECTIONNÉS* *action anti-microbienne et anti-toxique*

LABORATOIRES RÉUNIS, *11, Rue Torricelli,* PARIS. — R. C. Seine, N° 165 831.

concurrence étrangère, objet de la part de leurs Gouvernements respectifs d'une protection et de libéralités qui leur assureraient vite la prépondérance, jusqu'ici détenue indiscutablement par la France. Un intérêt national s'attache à ce que nos stations ne perdent rien de leur haut renom et continuent d'être les premières villes de cure du monde.

A ces Etats généraux prendront part, avec les délégués de toutes les stations, les représentants des organismes scientifiques et économiques accrédités du thermalisme et du climatisme.

Tous les renseignements sont fournis par le Secrétariat administratif de la Fédération thermale et climatique française, 14, rue Vézelay, à Paris, où sont également reçues les adhésions.

— **Association des médecins de la Gironde.** — L'association des médecins de la Gironde tiendra son assemblée générale le 26 février, à l'Athénée de Bordeaux, à 14 h., sous la présidence du Dr Rousseau Saint-Philippe.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de M. Henry Brousse, ingénieur agronome, fils de Madame et du docteur Pierre Brousse, de Châtel-Guyon, avec Mademoiselle Elisabeth Laroche. En raison d'un deuil récent, la bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le lundi 30 janvier 1928, en l'église Saint-Ferdinand des-Ternes. Nos compliments et nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 *février*

Service de santé de la marine.

Instruction relative à l'admission en 1928, dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine.

ECOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE

I. — **Institution des écoles.**

Les trois écoles annexes de médecine navale établies dans les ports militaires de Brest, Rochefort et Toulon, en vue de la préparation à l'école principale du service de santé, ont pour objet de faire accomplir par les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale la première année d'études médicales, et pour les candidats à la carrière pharmaceutique l'année de stage règlementaire.

II. — **Mode d'admission aux écoles annexes.**

Les jeunes gens désireux de suivre les cours des écoles annexes doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1928, moins de vingt-trois ans révolus (les postulants devront en outre

n'être pas susceptibles d'être appelés sous les drapeaux avec le premier contingent de la classe 1928.)

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée du temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ;

4° Pour la ligne médicale : être pourvu du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou de tout autre baccalauréat ou certificat permettant, aux termes des règlements universitaires en vigueur, de faire les études médicales et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Les pièces à produire à l'appui de la demande (qui doit indiquer le lieu de résidence du candidat) pour être admis à suivre les cours des écoles annexes sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat ;

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français ;

3° Un certificat d'un médecin de la marine ou de l'armée de terre constatant que le candidat est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

Les candidats doivent produire leurs diplômes ou s'ils n'ont pas été délivrés, les certificats provisoires ; les copies même certifiées, de ces pièces, ne sont pas admises à en tenir lieu. Exceptionnellement, les candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une école annexe sans produire l'un des diplômes, s'ils remplissent toutes les autres conditions règlementaires ; mais leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient, avant le 30 novembée, de la possession du diplôme manquant ;

5° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;

6° Le consentement des parents si le candidat est mineur.

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au préfet maritime du port où se trouve l'école annexe choisie par le candidat, entre le 1er et le 15 octobre.

Le préfet maritime statue sur les demandes après avis du directeur du service de santé, et arrête la liste des candidats admis à suivre les cours. Il avise les intéressés de leur admission et de la date à laquelle ils devront rejoindre le port.

Les élèves des écoles annexes s'entretiennent à leurs frais ; ils logent et prennent leurs repas en ville et ne portent pas d'uniforme.

Ces élèves acquittent les frais des quatre premières inscriptions et du premier examen de fin d'année.

Des bibliothèques, des amphithéâtres de dissection, des musées d'anatomie, des laboratoires d'histologie sont à la disposition des élèves, qui doivent verser au trésorier de la bibliothèque une somme de 100 fr. destinée à l'achat des livres.

Les élèves ayant subi un premier concours d'admission à l'école de Bordeaux sans succès pourront être autorisés par le préfet maritime, sur la proposition du directeur de leur école, à redoubler une année d'études, tant qu'ils réunissent les conditions d'âge et d'aptitude requises.

Les élèves des écoles annexes peuvent obtenir des « prêts d'honneur » dans les conditions fixées par le décret (instruction publique) du 15 mars 1924.

Les demandes des candidats doivent être adressées, pour les étudiants des écoles annexes de Brest et Rochefort, à M. le recteur de l'université de Bordeaux et pour ceux de Toulon à M. le recteur de l'université de Montpellier.

Ils sont susceptibles également de bénéficier des dispositions de l'article 109, *paragraphe* 3, *de la loi des finances du* 13 *juillet* 1925, *relatives aux exonérations partielles ou totales des frais d'études qui peuvent être concédées par MM. les recteurs des universités de Bordeaux et Montpellier aux étudiants appartenant à une famille nombreuse.*

Ecole principale du service de santé de la marine a Bordeaux.

L'école principale du service de santé de la marine, instituée près la faculté de médecine de Bordeaux, a pour but d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales.

Les élèves du service de santé de la marine se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale et parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés, des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

A leur sortie de l'école de Bordeaux, après obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre de leur dernière année d'études, les élèves sont affectés par voie d'option ou, à défaut, d'office, au corps de santé de la marine ou à celui des troupes coloniales.

I. — **Etudes préliminaires.**

Conformément à l'article 8 de la loi du 27 juillet 1907, il est compté pour la retraite aux élèves, à leur sortie de l'école, quatre ans de services à titre d'études préliminaires.

Ces années sont également décomptées pour le droit à la solde progressive d'ancienneté des officiers.

II. — **Inscriptions au concours d'admission.**

Un concours d'admission aura lieu les 17 et 18 juillet 1928.

Seront admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine réunissant quatre inscriptions valables pour le doctorat en médecine ;

2° Les étudiants en pharmacie justifiant soit d'une année d'étude dans une école annexe, soit d'une

année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien et possesseurs du certificat de validation de stage, avant le 15 novembre 1928.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français.

Pourront être admis à concourir les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1928, moins de vingt-quatre ans.

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ;

4° Etre pourvu, au moment de l'ouverture du concours ;

Etudiants en médecine, de quatre inscriptions, valables pour le doctorat.

Les étudiants ayant au moins quatre inscriptions et au plus sept seront autorisés à prendre part à ce concours ;

Toutes les conditions d'inscriptions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

En outre, les élèves reçus à l'école devront pour être admis à y entrer, être en possession, avant le 15 *novembre* 1928, *d'un certificat constatant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité ou, sinon, que l'éehec subi par eux ne les empêche par de poursuivre leur scolarité* (*art.* 32 *du décret du* 29 *juillet* 1912).

III. — Pièces à produire.

Les pièces à produire à l'appui de la demande d'inscription au concours sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat ;

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français ;

3° A. — *Si le candidat n'est pas sous les drapeaux* :

a) Un certificat du commandant d'un dépôt des équipages de la flotte ou du commandant d'un bureau de recrutement, établi postérieurement au 1er mai 1928 et constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, que le candidat est apte au service militaire ;

b) Un certificat du commandant du bureau de recrutement de la subdivision territoriale à laquelle appartient le candidat établissant la situation exacte de celui-ci au point de vue du service militaire (non lié au service, appelé, ajourné, sursitaire ou démobilisé) ; dans ce dernier cas, un état signalétique et des services devra être joint aux certificats ci-dessus.

B. — *Si le candidat est présent sous les drapeaux* :

Un état signalétique et des services arrêté à la date du 1er mai 1928 et auquel sera jointe une attes-

tation du chef de corps constatant sa bonne conduite;

4° *Étudiants en médecine* :

Un certificat de scolarité portant les indications suivantes :

Date d'obtention et nature du baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Date d'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Nombre d'inscriptions prises et date de concession de la dernière ;

5° Une déclaration écrite indiquant : 1° la langue étrangère choisie (anglais ou allemand) ; 2° la résidence du candidat ; 3° le lieu où devra lui être adressée, le cas échéant, sa lettre de nomination et 4° les centres d'examen (admissibilité et admission) choisis par l'intéressé, parmi les villes indiquées au titre IV.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ;

6° Une déclaration, faite sur papier timbré, du père de la mère, du tuteur ou du candidat lui-même, s'il est majeur et jouit de ses biens, reconnaissant qu'il s'engage : 1° à payer la pension, le trousseau, les livres et objets nécessaires aux études (cet engagement devient nul en totalité ou en partie en cas de concession d'une bourse ou demi-bourse, d'un trousseau ou demi-trousseau), 2° à rembourser au Trésor, dans le cas où l'ayant-cause serait exclu de l'école ou démissionnerait, ou n'obtiendrait pas à la fin de ses études le grade de médecin ou de pharmacien chimiste de 2e classe de la marine ou de médecin ou de pharmacien aide-major de 1re classe des troupes coloniales, les frais de scolarité ou d'examens payés pour lui par la marine et lorsqu'il n'aura pas eu à payer tout ou partie des frais de pension ou du trousseau, le montant des sommes de cette nature qu'il aura été dispensé de verser (modèle n° 1 annexé à la présente instruction).

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au ministère de la marine (direction centrale du service de santé), à partir du 20 mai 1928.

La liste d'inscription sera close le 15 *juin* 1928 *au soir, terme de rigueur.*

Suivent les indications concernant les conditions du concours, son programme, etc.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Conditions d'admission.

14793. — M. Buisset, député, demande à M. le ministre du travail : 1° quelle est la participation des communes, des départements et de l'État pour le secours d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables (loi du 14 juillet 1905) ; 2° quelles ressources il faut que le demandeur possède pour que ce secours lui soit refusé ; 3° quels sont les éléments qui le constituent et quel est le maximum et le minimum

Voir la suite page LV-499

PROPOS DU JOUR

L'Assistance aux Colonies.
A la Nouvelle-Calédonie. — En Algérie, à Constantine et à Bône.

Il nous arrive parfois de parcourir les journaux qui se publient dans nos colonies ; leur lecture nous permet toujours d'y relever des choses intéressantes.

Il y a quelques années, nous avons relaté, d'après la presse néocalédonienne, l'état sinistre de la léproserie, installée pour les colons à la presqu'île Ducos. L'épouvantable description qu'on nous en avait donnée, permettait de préjuger ce que devait être l'assistance pour les lépreux indigènes.

L'été dernier, nous avons, toujours avec des documents précis, émanant de divers journaux édités à Nouméa, et d'après les comptes rendus officiels du Conseil général de la Nouvelle-Calédonie ,indiqué le mépris stupéfiant que l'on a pour l'hygiène urbaine dans cette île.

Aujourd'hui, nous avons entre les mains plusieurs périodiques calédoniens, entre autres : le *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides* où nous lisons des articles sur l'hôpital Colonial qui font frémir d'horreur.

Ce n'est pas le Corps médical de cet hôpital qui est critiqué ; l'auteur des articles, M. Pierre Berger, rend hommage à sa science et à son dévouement. Mais il ne suffit pas pour bien soigner des malades d'avoir de bons médecins. L'état de délabrement des bâtiments de l'hôpital fait pitié. Le mobilier est usé et désuet. Quant au personnel secondaire, il consiste en de tous jeunes soldats (car n'oublions pas que l'hôpital colonial, entretenu ou plutôt étant censé entretenu par l'Etat, est doté d'un personnel emprunté à l'armée coloniale). Ces jeunes gens qui n'ont reçu aucun enseignement technique, ni aucune éducation morale et professionnelle, assurent leur service pour la forme et, comme il n'y a aucune surveillance, ni aucun contrôle, l'on peut se douter du soin avec lequel sont montées les gardes de nuit. Ne parlons pas de la cuisine, les habitants de Nouméa se font porter des aliments de la ville par leurs parents ou leurs amis, mais les malheureux qui viennent de la brousse, sont vraiment à plaindre s'ils doivent se contenter de l'ordinaire de l'hôpital.La conciergerie est inexistante ; entre qui veut, en apportant ce que l'on veut de jour et de nuit dans ce singulier hôpital où il est arrivé de trouver des malades qui ont pu s'enivrer dans leur lit. M. Pierre Berger a pu se promener dans l'hôpital, enquêter, interroger les uns et les aûtr, visiter les coins les plus secrets sans que personne daignât s'en préoccuper. Il découvrit, par exemple, qu'un poulailler avoisinait l'amphithéâtre qui en tous points est digne de l'Etablissement. Il n'y a pas d'isolement à l'hôpital de Nouméa pour les maladies contagieuses : tuberculeux, syphilitiques, typhiques, etc. vivent là pêle-mêle. Le local réservé aux lépreux a été pendant un certain temps affecté aux rougeoleux. Les crachoirs sont vidés sous les robinets où les malades font leur toilette. Les selles des contagieux sont évacuées dans les fosses septiques qui sont entretenues, Dieu sait comment ! avec le soin qui caractérise tous les services administratifs de l'hôpital. Les résidus de pansements, cotons, compresses ayant servi, sont accumulés en tas à proximité de la cuisine et l'on attend que le tas soit suffisamment élevé pour le faire brûler. L'on ne saurait décrire la sordidité des cabanons où sont enfermés les aliénés.

M. Pierre Berger ajoute à sa description un incident douloureux qui, dit-il, fera frémir d'épouvante ses lecteurs. C'est le récit des derniers jours du Capitaine Sandberg, Américain d'origine suédoise, propriétaire d'un petit vapeur, l'*Elsie*, qui dut se faire admettre à l'hôpital colonial en payant 28 francs 74 par jour. Ce moribond, baignant dans ses excréments, couvert de mouches, avait désiré vendre son bateau ; les acheteurs vinrent avec un notaire pour régulariser la vente. Ces personnes ne purent séjourner auprès du malade et l'acte de vente dût être rédigé à l'extérieur, un interprète seul ayant le courage de rentrer dans la chambre et de transmettre les paroles du moribond.

Tout cela ne nous étonne guère, nous qui depuis plusieurs années suivons dans les journaux locaux ce qui, au point de vue médical, sanitaire, hygiénique, se passe en Nouvelle-Calédonie, mais

✦✦

nous sommes attristés et humiliés dans notre honneur de Français de voir se perpétuer un pareil état de choses, maintes fois stigmatisé par la presse locale, et faisant, tous les ans, l'objet de discussions au Conseil général de la Colonie, et cela dans une de nos possessions qui devrait être la plus florissante et la plus saine.

***

A côté de ces tristesses sur lesquelles nous voudrions bien ne pas avoir à revenir, nous trouvons des consolations dans la Presse algérienne. C'est d'abord l'émouvant récit de la mort et des obsèques d'un jeune confrère de Constantine, le Dr Lucien Amram, décédé à 28 ans, victime du typhus exanthématique, contracté au chevet d'un malade. Le Syndicat des médecins de Constantine par la voix de son Président, le Dr Guigon, et le Gouvernement de la République, en déposant sur la tombe de cette victime du devoir professionnel la médaille d'or des épidémies, ont rendu au Dr Amram, l'hommage qui était dû à son dévouement sans limite que rehaussait chez ce jeune confrère une singulière modestie et une grande simplicité. Encore un que nous inscrivons avant la lettre au Livre d'Or du Corps médical français.

***

Signalons maintenant, une belle et bonne action que nous relevons dans un journal de Bône. C'est l'inauguration, dans cette ville, du refuge Sidi Mansour, organisé par la Société franco-musulmane dont un de nos confrères, le Dr Honorat, a été le créateur et l'animateur.

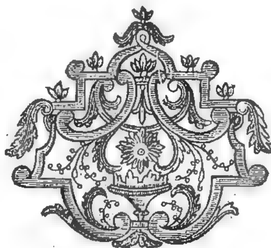
Dans cette ville de Bône, riche et prospère, il était fréquent de voir mourir dans la rue de froid et de faim, des miséreux arabes, des « mes kines », nom par lequel on désigne les indigèncs venus de la campagne dans l'espoir décevant de trouver à la ville le moyen de gagner leur vie. Le Dr Honorat fut ému par le spectacle de tant de misères. Son cœur de médecin et de Français se serra, en pensant que les indigènes que notre devoir est de protéger et de secourir, pouvaient manquer à ce point de tout, alors que les Italiens et les Maltais trouvaient le moyen d'assister efficacement leurs compatriotes. Il fit appel aux habitants de Bône, à des notabilités arabes et mozabites et créa la Société franco-musulmane, qui recueillit des dons. Ses adhérents furent quêter jusque dans les plus petits villages,

En quelques mois s'éleva le refuge de Sidi Mansour qui vient d'être officiellement inauguré.

Avec ses dortoirs, s a cuisine, sa buanderie, cet asile est un établissement de secours immédiat modèle. Grâce au Dr Honorat, l'on ne verra plus en 1928, comme on a pu le voir en 1927, de malheureux indigènes, hommes, femmes et même enfants, mourir de froid ou de faim dans les rues de Bône.

Ceci est une œuvre d'humanité, mais encore une œuvre de beau et de bon patriotisme, car c'est en leur donnant le bien-être, en leur assurant l'Assistance et les secours médicaux que la France s'attachera les indigènes dans toutes ses colonies. Cela est vrai, surtout en Algérie, où il est dangereux de laisser s'étaler le luxe, la prospérité et la richesse à côté de la plus sordide misère.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DE L'ETAT ACTUEL DES GREFFES SEXUELLES (EN PARTICULIER GREFFES TESTICULAIRES DE L'ANIMAL A L'HOMME)

Par le Dr Dartigues,

Ancien président de la Société des chirurgiens de Paris,
Ancien président de la Société de médecine de Paris,
Président-fondateur de l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou UMFIA.

La greffe sexuelle, testiculaire ou ovarienne, n'est qu'un chapitre de l'immense question des greffes tissulaires et organiques dont la chirurgie s'est accrue dans ces dernières années et, qui est certainement chargée d'un avenir qu'il est difficile de préciser encore, mais qui ne peut être que plein de surprises. Après *la découverte pastorienne*, on peut dire que *la découverte endocrinienne* est, dans le champ de la médecine, la plus importante : la question des greffes sexuelles est intimement liée à cette dernière.

Les expériences de Claude Bernard et de Brown-Sequard qui ont fondé, en somme, les bases d'une *endocrinothérapie médicale* qui a pris ces derniers temps une extension considérable, ont abouti, ces dernières années, à ce que j'ai appelé : *l'endocrinothérapie chirurgicale* qui n'est qu'à son aurore. Cette dernière a l'avantage de *la permanence* c'est-à-dire, qu'aux doses constamment renouvelées de poudres ou de sucs organiques, on a lieu d'espérer, par la greffe, en la création de réservoirs, qui donnent le produit ininterrompu de leurs sécrétions internes.

Le public, pour ainsi dire pas du tout, et les médecins pas beaucoup plus, ne se font une idée de ce qu'est en réalité la greffe testiculaire ; j'ai pu m'en convaincre par l'impression des nombreux médecins du monde entier qui sont venus assister à mes opérations et qui m'ont manifesté leur étonnement de voir réaliser si nettement, ce qui était si vague dans leur esprit.

En tout cas, il est un fait acquis, c'est que la greffe testiculaire de l'animal à l'homme est possible et qu'elle donne des résultats physiologiques et thérapeutiques. Serge Voronoff a réussi à faire vivre des greffons simiesques sur l'organisme humain. Ce fait seul me paraît prodigieux, quand on sait combien le corps humain s'infecte si aisément ; et pourtant ces parcelles organiques étrangères, si éminemment putrescibles, arrivent à s'unir intimement aux organes sur lesquels elles sont fixées et à vivre d'une vie commune ; l'organisme greffé fournit le sang au greffon et celui-ci, vitalisé, après quelques moments de suspension de l'attente vasculaire, lui rend en retour une sécrétion endocrinienne qui va se répandre dans l'économie tout entière.

Des essais de greffe ont, depuis les travaux de Voronoff, été tentés dans tous les pays, surtout en France et en Italie. En France, la question depuis ma communication au Congrès de chirurgie de 1923, la parution de mon livre sur la *Greffe de ravitalisation* en 1925, et de nombreuses publications que j'ai faites dans ces trois dernières années, a rencontré beaucoup moins d'hostilité. Mon ami, le professeur J.A. Sicard a consacré, l'an dernier, une leçon à la Faculté de Paris sur cette question, et mon ami le professeur Jeanbrau, de Montpellier, a consacré, cette année, à ce sujet, tout un chapitre dans la *Pathologie externe*, dite des neuf agrégés, destinée aux étudiants.

Dans quelques pays la question n'a pas gagné le terrain qu'elle aurait dû, et même éprouvé quelque recul, du fait que des chirurgiens ont été au devant d'échecs et de morts, très probablement parce qu'ils ont été un peu hâtifs et ont mal choisi leurs cas.

Nous avons fait plusieurs centaines de greffes testiculaires, et jamais, nous n'avons eu d'accident mortel ; et, je crois qu'il est possible, en presque certitude, de n'en pas avoir, si on suit bien tous les principes que nous avons scrupuleusement suivis d'après Voronoff. Nous avons étudié en comparant, en changeant des petits détails et, l'on peut dire que nous sommes arrivés à réaliser la technique aussi précise, brève et perfectionnée que possible.

Il est intéressant, d'envisager la question à nouveau car nous avons, maintenant, une *expérience clinique* en même temps qu'opératoire de plusieurs années faisant suite aux expériences de laboratoire et aux premiers essais sur l'homme.

Je puis dire, qu'à l'heure actuelle, j'ai vu et opéré presque toutes les espèces de cas justicia-

bles de cette opération et, que l'opérateur s'est doublé du clinicien : opérer convenablement c'est bien, mais savoir discerner les cas qu'il faut opérer c'est mieux.

Où en est à l'heure actuelle la greffe sexuelle et qu'y a-t-il de nouveau depuis quatre ans environ à ce sujet ? Je vais l'exposer très simplement et très brièvement.

Chirurgie expérimentale des greffes sexuelles.

Les expériences faites sur une vaste échelle, en Algérie par Serge Voronoff et qu'il a relatées dans son beau livre sur les *Résultats de la greffe appliquée au cheptel,* ne font que confirmer ce qu'on a obtenu et ce qu'on peut attendre encore de la greffe en chirurgie humaine. Il n'y a pas de raison, en effet, que ce qui se manifeste, et si concluant, sur les grands animaux, ne s'observe pas aussi chez l'homme.

On dira, sans doute, que chez ces animaux il s'agit d'homogreffe, alors que nous pratiquons ce que nous avons appelé l'homoeogreffe, c'est-à-dire, la greffe presque similaire en choisissant l'animal le plus proche de l'homme. Mais l'on a fait aussi la greffe d'homme à homme. J'ai, pour ma part, une observation d'un cas où un fils fut greffé avec le testicule ectopié de son père par un chirurgien très distingué de l'étranger, et à qui j'ai fait ensuite une greffe animale complémentaire, deux ans après. La greffe animale permettra toujours d'avoir un matériel qui deviendra plus considérable et peut-être même un jour inépuisable, alors que les donneurs humains seront toujours fort limités, sans qu'il soit nécessaire de l'expliquer davantage.

Nous arrivons d'ailleurs à cette conclusion que le greffon animal, plus fruste, plus rustique comme disent les vétérinaires, plus près de la nature, a une puissance de vitalité plus grande que le greffon humain ; de plus, l'animal étant bien moins touché par la maladie, dans le cours de son existence, est bien moins suspect que celui de l'homme, dont l'hérédité pathologique n'est jamais indemne.

Les journaux ont fait grand bruit de la communication faite par Serge Voronoff au dernier Congrès de Stockholm, mais l'expérience n'a pas été exactement rapportée, d'après ce que j'ai lu dans les *Archivos de medicina, cirurgia y especialidades de Madrid,* de 1927. Comme j'ai collaboré à cette expérience, on me permettra de faire la mise au point exacte : une femelle de chimpanzé, magnifique, dont la photographie est d'ailleurs reproduite dans mon livre sur *La greffe de revitalisation,* appelée Nora, a été castrée par Voronoff. Ayant l'occasion de faire une hystérectomie pour fibrome chez une femme, j'ai donné un ovaire à Voronoff qui l'a immédiatement, par la laparotomie, implanté dans le ligament large de Nora, et Nora a continué à avoir ses règles, grâce à cet ovaire humain.

Quelque temps après, Voronoff, assisté du professeur Metalnikoff de l'Institut Pasteur, qui fait des recherches sur la fécondation artificielle et avec l'assistance du Dr Didry et de la mienne, a cherché à féconder Nora avec du sperme humain. Mais il est inexact de dire qu'il y a eu fécondation et grossesse. Si cette expérience avait réussi, elle eût été, évidemment, grosse de conséquences incalculables surtout au point de vue biologique.

Autre chose : bien des médecins se sont demandé pourquoi on n'employait pas pour la greffe testiculaire, les testicules des animaux que j'ai appelé *les supergénitaux* : le bouc, le bélier, le taureau, etc. Je le répète (et d'ailleurs des essais ont été faits) ces greffes ne prennent pas, parce que, en réalité, ce sont des greffes parenchymateuses hétérogènes.

Clinique humaine des greffes sexuelles.

J'ai déjà, dans mon livre et ailleurs, posé les indications possibles de la greffe de l'animal à l'homme. Il y a quelques années je possédais, la tenant de Voronoff, la technique opératoire appliquée à un certain nombre d'individus ; depuis, j'ai vu se présenter à moi presque tous les cas possibles, de telle sorte, que j'ai pu acquérir une expérience clinique qui est aussi importante que l'expérience opératoire.

Je dois dire, d'une manière générale, que je n'ai retenu, comme justiciables de l'opération, que le tiers environ des malades qui sont venus me trouver, et c'est ainsi que j'ai évité tous les accidents pouvant survenir du fait de l'inapplicabilité !

Le public profane croit volontiers que le grand nombre des gens qui réclame la greffe se compose de vieillards, et cela, dans un but de renouveau génital et dans un esprit attardé de libidinosité, Je puis affirmer que le plus grand nombre des patients ne sont pas des vieillards.

De même, autant qu'on puisse deviner leur sincérité, on peut dire que la majorité des gens ne veulent pas recourir à la greffe pour le côté génital, mais le plus souvent pour remédier à un certain fléchissement prématuré de l'organisme, à une déficience de leurs facultés qui les diminue dans leur activité et leur rendement social.

Dans son ensemble, la greffe est indiquée pour la sénilité, la présénilité, la déficience de l'adulte, l'insuffisance juvénile et l'infantilité.

Pour la sénilité, l'on comprend que, sous le rapport génital, cela n'a qu'un intérêt fort médiocre ; d'abord parce que le vieillard doit avoir donné sa mesure dans une existence normale et puis, qu'en dehors de ce qu'a d'inesthétique la relation sexuelle du vieillard, il n'y a pas trop d'intérêt à réveiller un sens endormi, ce qui pour-

rait, s'il y avait excès, être nuisible. Le vieillard est intéressant, au point de vue de la greffe, quant à la conservation d'une vieillesse heureuse ou quant au retard apporté à la progression de la vieillesse, et enfin quant à la conservation d'une belle cérébralité.

Bien plus intéressants sont les cas où, en dehors de tares avérées, il y a de la *présénilité*. Beaucoup de gens voient avant l'heure les prodromes de la vieillesse. Et ceux-là sont de véritables malheureux, car d'abord ils en sont conscients, et, de plus, ils sentent que leur rendement social utile à eux-mêmes et à leur famille qui a besoin d'eux encore, est fatalement diminué. Il y a là une application très utile et très légitime de la greffe.

A ce groupe de malades, on doit rattacher un groupe important, plus important que l'on ne s'en doute, adultes jeunes, et bien constitués, n'ayant pas eu de syphilis grave, n'ayant aucun reliquat d'affection vénérienne en particulier blennorrhagique, et qui sont, à leur grande peine, impuissants ou demi-impuissants. Ceux-là sont vraiment à plaindre : ils ne demandent pas à être des Don Juan, ils voudraient simplement rentrer dans la normale et fonder un foyer, une famille. J'ai déjà un nombre important d'hommes jeunes qui avaient renoncé au mariage, dans l'impossibilité où ils se savaient d'en accomplir les devoirs. Du reste, nombre de ces impuissants ne sont pas stériles, et leur sperme, que j'ai fait examiner, contient souvent de nombreux spermatozoïdes : c'est l'érection qui leur manque ; ce n'est pas le liquide séminal qui fait défaut, c'est l'arrosoir, si je puis ainsi m'exprimer familièrement.

J'ai opéré, récemment, un jeune homme de 35 ans, superbe, devenu (sans aucune explication apparente) impuissant à 30 ans : il a épousé une jeune femme magnifique qu'il a laissée vierge ; depuis la greffe, il a déjà eu quelques manifestations érectiles, et comme il a du sperme abondant, j'espère qu'il pourra féconder bientôt sa femme que j'ai déflorée chirurgicalement pour lui rendre la tâche plus facile, sitôt que les érections seront suffisantes. Au moment où je fais imprimer ces lignes, je reçoit la visite de l'opéré absolument satisfait et de plus sa femme est enceinte.

On est venu me trouver pour des cas de stérilité masculine, alors qu'existent cependant les érections ; on peut dans quelques cas attendre de la greffe testiculaire, une exaltation des glandes insuffisantes ; mais il faut bien le dire, il y aurait autre chose complémentairement à tenter, car il s'agit souvent, en plus d'une cause mécanique, d'une oblitération épididymaire.

En passant, j'observerai que dans l'interrogatoire des gens impuissants qui n'ont pas de processus matériel pathologique de leur impuissance, j'ai noté très souvent un abus de l'onanisme pendant l'adolescence et la jeunesse.

Enfin, sont justiciables de la greffe, avec grande amélioration, tous les cas d'infantilité et de malformation par atrophie, absence, non développement des testicules ; il n'y a pas lieu d'espérer une possibilité d'éjaculation spermatique, mais tout au moins, une existence, un réveil, et un accroissement notable des fonctions hormoniques.

On peut ajouter à ce groupe où la greffe poursuit la réparation des aberrations anatomiques de la nature, celui presque similaire, où elle a pour objet la réparation des mutilations, soit par plaies de guerre, soit par accident comme j'en ai publié des cas.

Technique opératoire des greffes sexuelles.

En fait de nouveauté, pas de grandes acquisitions. Il reste entendu que nous observons, avec mon ami Georges Voronoff avec qui nous collaborons, les grands principes de Serge Voronoff qui a créé la méthode : c'est-à-dire principalement la fixation des greffons sur la riche membrane nourricière que constitue le feuillet pariétal de la vaginale, et la scarification préalable, condition de la néocapillarisation qui va permettre la vitalité de ces greffons.

Je dois dire que, dans l'ensemble, nous avons précisé, *standardisé*, si je puis employer cette expression, l'opération dont nous avons raccourci la durée totale à 20 minutes pour les deux côtés. La scarification est faite, soit à la pointe très aiguë de mon bistouri à lames interchangeables, soit par le griffage de la pariétale avec la pointe d'une aiguille de Reverdin.

Ayant vu, par expérience, que davantage de substance testiculaire étrangère pouvait être tolérée et pouvait vivre, nous appliquons maintenant quatre greffons, mais plus gros, au lieu de six, deux pour chacun des testicules et nous ne faisons plus d'enfouissement. Nous vidons systématiquement les petits épanchements hydrocéliques qui sont fréquents.

Quant au scrotum, il est fermé soit par des crins de Florence, soit par des agrafes appliquées avec le pose-agrafe automatique fabriqué par Vincent et qui va très vite. Ces deux modes de suture ont chacun leurs avantages.

Quant à l'anesthésie nous la faisons locale (99 %) au Nikétol qui donne une anesthésie immédiate. L'infiltrationest peut-être supérieure à l'anesthésie régionale, car elle facilite la dissection de la tunique pariétale, qui est le temps délicat de l'opération.

J'ai fait plusieurs fois la *greffe itérative* ; dans ces cas l'opération est plus difficile car la dissection des tuniques est un peu entravée par les zones adhérentes et le tissu cicatriciel.

Enfin, j'ai opéré des cas tout à fait anormaux

où il n'y avait plus de testicules servant de point d'appui et pas de vaginale ; alors il a fallu improviser et le point important a été surtout de procéder à la nidation des greffons et à l'établissement d'une zone de coaptation. J'ai décrit ailleurs ces techniques spéciales que j'ai été obligé de créer pour la circonstance. Il m'est arrivé de faire la greffe par une incision unique, médiane, pré-raphéique et d'arriver par cette voie sur les deux loges scrotales.

Je ne dirai qu'un mot des essais de greffe ovarienne de l'animal à la femme. Mon expérience est beaucoup plus courte. Pour ceux qui voudraient la tenter, j'indiquerai les quatre voies possibles : *abdomino-pariétale* (inclusion des greffons dans la paroi abdominale !; *intra-abdominale* (au niveau des ligaments larges, mais il est encore hasardeux chez une femme, à cause de l'infection possible, de faire la greffe animale intra-péritonéale) ; *intra-labiale* (c'est-à-diredans les grandes lèvres qui sont l'analogue des bourses de l'homme) ; *pré-utérine par voie colpotomique antérieure.* J'ai eu l'idée de pratiquer la greffe en incisant le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin sans pénétrer dans la cavité péritonéale, en appliquant les greffons sur la face antérieure de l'utérus et en rabaissant et recousant par dessus le vagin.

En passant, je rappelle les curieux et parfois efficaces essais de thérapeutique médicale par les injections de suc testiculaire chez la femme ; cette méthode autoriserait la greffe testiculaire chez la femme. Mon ami, le Dr Serna, de Cali (Colombie) a expérimenté la greffe du testicule du singe dans l'abdomen d'une guenon : il a eu un résultat remarquable et encourageant.

Indications, contre-indications et résultats thérapeutiques.

Si on veut obtenir des résultats, il est nécessaire de ne pas appliquer la greffe à tort et à travers. Avant d'opérer, il faut faire de la clinique, et bien poser les indications. C'est ainsi qu'il ne faut pas l'appliquer à des névropathes avérés, à des gens ayant des affections accentuées des centres cérébro-médulaires, à des syphilitiques non suffisamment blanchis, à des cardiaques en imminence d'asystolie, à des diabétiques ayant une dose trop considérable de sucre, bien que nous ayons eu la surprise de voir, chez certains opérés, une diminution très notable et peu explicable ; enfin à des vieillards tombés en gâtisme, bien que j'aie opéré des sujets de 84 et 86 ans ; mais nous opérons couramment des vieillards de 70 et 72 ans, dont nous maintenons la verte et lucide vieillesse.

Des travaux récents attirent l'attention sur l'influence de l'atteinte endocrinienne dans la production d'un terrain propice au cancer. Il y aurait lieu de tenter quelques expériences de ce côté, comme il y aurait lieu d'appliquer la greffe aux prostatiques opérés qui recouvrent une si étonnante vitalité après l'intervention, et, l'on pourrait parfaire le renouveau de santé et le rajeunissement, après parfois la si longue éclipse qu'a occasionné l'évolution de la maladie.

Pour être assuré de la réussite de la greffe, il faut veiller à l'examen approfondi de l'animal donneur, examiner en particulier son sang, ce que nous faisons au laboratoire et à l'Institut Pasteur : ne pas oublier qu'il peut être porteur de spirochétose hémorragique ; extrêmement important ; prendre toutes les garanties.

La présence de greffons détermine *souvent*, pas toujours, une réaction qui élève la température jusqu'à 39°, 39°5 ; dans les premiers temps on est impressionné ; mais l'expérience nous a appris qu'il ne fallait pas s'inquiéter, la température tombant vite, en trois ou quatre jours au plus, à la normale.

Je ne puis, dans un article d'ensemble, donner des résumés d'observations ; mais je puis dire que j'en ai de très nombreuses, et qui concernent tous les cas cliniques.

En principe, il faut distinguer le bienfait apporté à l'*état général* et le secours apporté à l'*état génital.*

Nous pouvons dire que l'état général, quand nous avons bien posé les indications comme ci-dessus, bénéficie, pour ainsi dire toujours, de l'application de la greffe (diminution de la sénescence ou de la présénescence, meilleur état de la surface cutanée, plus de plénitude des masses musculaires, tonus général donnant un état et un aspect d'euphorie et de rajeunissement, diminution de la tension vasculaire, meilleure mémoire, attention plus soutenue, plus de lucidité et de rendement du travail cérébral, etc.).

Pour ce qui est de l'*état génital*, l'effet est moins constant, et il y a un déchet qui varie d'un tiers à un quart sur la totalité des cas opérés, y compris les vieillards. Pour ma part, je ne promets jamais de rendre sûrement l'érection à qui l'a totalement perdue. Mais on peut laisser luire de belles espérances et, nous avons, sous ce rapport, des cas étonnants, certains malades ayant pu désormais se marier, avoir des enfants en même temps que reprendre une activité remarquable, leur permettant de voyager et d'intensifier leurs affaires ou de réaliser leurs travaux.

Il est, en tout cas, intéressant de constater un fait qui semble paradoxal et qui cependant est absolument vrai ; j'ai pratiqué un certain nombre de *greffes itératives*, à la demande des intéressés. Chose curieuse, ce n'était pas parce que la greffe n'avait pas été efficace, mais parce que les opérés en avaient obtenu des résultats si appréciables, qu'ils ont demandé à être réopérés avant la possibilité de l'extinction des effets de la greffe. A ce sujet, je répondrai à une question

qui est sur beaucoup de lèvres : combien en général dure le bienfait de la greffe ? Les cas les plus reculés remontent à 5 ou 6 ans, date à laquelle la greffe a été appliquée couramment par nous ; le temps pourra montrer la durée maxima que nous ne connaissons pas encore. En tout cas, il est faux de dire qu'il faille renouveler la greffe tous les ans (ce qui serait impossible d'ailleurs au point de vue économique) comme l'ont dit certains qui n'ont jamais vu pratiquer la technique de la greffe, qui n'ont jamais vu de malades étudiés cliniquement et qui ne connaissent même pas la question au point de vue théorique, ce qui ne leur empêche pas d'avoir une opinion tranchée et *aussi affirmative* que leur ignorance.

J'attache une très grande importance au *modus vivendi* des opérés après leur greffe, et je les soumets à un triple régime : régime de désintoxication, régime musculaire, régime alimentaire peu sévère d'ailleurs ; car, pour faire une comparaison un peu simpliste, mais que les malades comprennent bien, il ne suffit pas, comme je leur dis : « d'avoir bâti et établi une usine d'hormones au lieu d'élection, c'est-à-dire les testicules, mais il faut que les stocks créés circulent activement et aillent au loin se distribuer dans tous les coins les plus reculés de l'organisme ». C'est pour cela que je leur prescris une existence non sédentaire, où le système cardio-vasculaire, sous l'influence d'un certain exercice physique, vivifie toute l'économie, tout en charriant les hormones nouvelles élaborées et c'est pour cela aussi, afin d'atteindre plus vite à l'euphorie, que je leur défends tout surmenage intellectuel qui ne permettrait pas au système nerveux de bénéficier de la greffe, car il est inutile de bâtir, si on démolit parallèlement.

Aux cas bien étudiés et choisis la greffe donne des résultats inappréciables et elle est d'autant légitime qu'elle ne fait courir aucun danger et n'occasionne aucune douleur, à la condition que soient scrupuleusement suivies toutes les recommandations que je n'ai pu que sommairement exposer.

ARTÉRITES INCOMPLÈTEMENT OBLITÉRANTES ET ACCIDENTS DE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL OU DE GANGRÈNE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Considérations pathogéniques et thérapeutiques (1)

par

G. LIAN et R. BARRIEU

Professeur agrégé de la Faculté
Médecin de l'hôpital Tenon

de Royat

I. REMARQUES PATHOGÉNIQUES. — Il est important de bien prendre en considération, au point de vue pratique, le fait révélé par le regretté Foix et ses élèves (2) que dans la moitié des autopsies de ramollissement cérébral par artérite, l'oblitération artérielle est incomplète. Il y a lieu de penser avec ces auteurs que la nécrobiose cérébrale est alors sous la dépendance d'un spasme artériel surajouté, ou d'une chute de la pression artérielle générale (saignée abondante, insuffisance cardiaque) qui accentuent l'insuffisance préexistante d'irrigation sanguine.

D'autre part, C. Lian, Gilbert-Dreyfus, et P. Puech (3) ont vu le spasme en action dans une artérite des membres inférieurs, car le lipiodol, injecté au pli de l'aine dans l'artère fémorale, s'arrêtait brutalement bien au-dessus de la lésion artérielle constatée ultérieurement sur la jambe amputée. Ils ont montré aussi dans un autre cas l'intervention de ce qu'ils appellent l'oblitération en étages, par exemple la circulation, déjà très diminuée dans un pied parce que la fémorale est incomplètement oblitérée, est brusquement annihilée par l'apparition ultérieure d'une oblitération de la poplitée. Ils concluent donc que, pour expliquer le mécanisme des nécroses ischémiques dans les oblitérations anatomiques incomplètes d'une artère, il y a lieu d'incriminer quatre ordres de facteurs :

1° Le spasme artériel localisé. Il s'agit là d'un spasme comparable à celui que, dans les interventions chirurgicales, on voit se produire lorsqu'on pratique une sympathicectomie, ou, d'une façon plus générale, lorsque le bistouri ou la sonde cannelée irrite la paroi artérielle ;

2° L'oblitération en étages ;

3° La chute de la pression artérielle générale, comme dans les faits de Cl. Vincent et Darquier ;

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial, et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripters.
Envoyer avant le 15 mars : 20 fr. 75 (pour l'étranger : 24 fr.) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chèques postaux 712-04.

(2) Soc. méd. hôp. Paris, séance du 11 février 1927.

(3) *Id.*, 4 mars 1927, t. LI, n° 8.

4° Divers facteurs périphériques : traumatisme, refroidissement intense, infection secondaire (prof. Vaquez).

II. Déductions thérapeutiques. Ces considérations pathogéniques, quoique hypothétiques et renfermant bien des inconnues, suscitent diverses déductions thérapeutiques applicables aux cas d'artérites entraînant des accidents de ramollissement cérébral, ou de gangrène des membres inférieurs.

Ainsi *la prescription de médicaments antispasmodiques paraît très judicieuse*, dans l'éventualité d'un spasme surajouté à une lésion artérielle ; soit le *benzoate de benzyle* en solution alcoolique à 20 p. 100 à prendre *per os* à la dose de 30 gouttes, répétée trois à quatre fois par jour ; soit le *chlorhydrate de papavérine*, 2 pilules de deux centigr. chacune à prendre à la fois à trois ou quatre reprises dans les 24 heures, ou bien une injection sous-cutanée de cinq centigrammes à faire deux ou trois fois dans les 24 heures. La *diathermie* appliquée aux membres inférieurs agit dans le même sens ; quelques essais prudents mériteraient d'être tentés dans le ramollissement cérébral.

D'autre part, *il faut redouter les prescriptions qui risquent d'abaisser brutalement la pression artérielle comme une saignée abondante, un purgatif drastique.*

Les faits de Clovis Vincent et Darquier (1) ont bien montré le danger d'une saignée atteignant ou dépassant un demi-litre.

Toutefois, en raison des incertitudes pathogéniques et du caractère traditionnel des émissions sanguines, en général attendues ou sollicitées par l'entourage du malade, on pourra soustraire 100 ou 200 gr. de sang par sangsues, ventouses scarifiées ou même par saignée au pli du coude. Les faibles émissions sanguines en effet ne font pas baisser la pression artérielle générale.

On s'inspirera des mêmes directives pour le purgatif traditionnel dans les hémiplégies avec ou sans perte de connaissance : pas de purgatif drastique, mais une dose laxative ou légèrement purgative d'un purgatif huileux ou salin, afin d'assurer l'évacuation intestinale sans déprimer le malade.

D'autre part chaque fois que le malade aura des signes d'insuffisance cardiaque, la digitaline à dose faible ou moyenne (5 à 10 gouttes de la solution au millième) et la théobromine seront indiquées pour améliorer la circulation périphérique ; en cas d'urgence on recourra à l'ouabaïne intra-veineuse. Rappelons cependant que des hémiplégies, en général transitoires, ont été attribuées par l'école de Nancy (1) soit aux injections intra-veineuse d'ouabaïne, soit plus rarement à la digitaline prise *per os*, et expliquées par un spasme artériel dû à ces médicaments. Certes, ces faits sont troublants, et nous en avons personnellement observé quelques-uns, toutefois jusqu'à plus ample informé ils nous inspirent les réflexions suivantes : 1° ils restent à l'état de curiosités rarissimes parmi les innombrables malades à qui l'on prescrit la digitaline ou l'ouabaïne ; 2° ils sont probablement dans bien des cas une coïncidence fortuite (thrombose, embolie) ; 3° ils sont peut-être dus chez certains athéromateux cérébraux à la saignée, au purgatif et à la diète prescrits le jour qui précède l'administration du médicament cardiaque ; 4° peut-être quelques prescriptions brutales cardio-dynamiques sont-elles susceptibles d'être tout exceptionnellement en cause. Ces considérations sont donc un argument de plus contre les médications brutales quelles qu'elles soient dans les ictus cérébraux.

Pour prévenir l'oblitération en étages ne pourront intervenir que les prescriptions en rapport avec l'état actuel des connaissances étiologiques.

Enfin on luttera par des prescriptions appropriées contre les facteurs périphériques occasionnels (refroidissement, infection secondaire, etc.).

(1) *Sciences médicales*, 15 déc. 1923. *Annee méd. prat.*, 4e année, 1925, p. 342.

(1) Mathieu. *Revue Med. de l'Est*, 1er juin 1926. — Prof. Etienne, Soc. Méd. Hôp. Paris. 9 déc. 1926.

COMMENT ON INSTRUIT UN ENFANT SOURD-MUET (1)

Par Mlle le Dr Hoffer,

Professeur de l'Université de Paris.

VI

Dans la série d'articles que nous avons publiés sur la surdi-mutité, nous avons insisté sur le côté médical de la question, mais nous pensons que notre étude serait incomplète si nous ne disions quelques mots des *méthodes pédagogiques* qui se partagent les faveurs des éducateurs de sourds-muets.

Notre intention n'est pas de nous perdre dans les détails qui ne sauraient intéresser la majorité des médecins, ni à plus forte raison de les mettre au courant des querelles — courtoises d'ailleurs — des protagonistes des différentes méthodes. Nous voulons seulement indiquer les méthodes qui se sont affrontées autrefois et qui s'affrontent aujourd'hui.

Pour la clarté de cet exposé, nous envisagerons :

1° *Les méthodes avant le Congrès de Milan* (1880) ;

2° *Les méthodes après le Congrès de Milan* ;

3° *Les méthodes tout à fait récentes.*

***

I. Avant le Congrès de Milan.

Dans le passé, deux méthodes absolument opposées ont été appliquées :

1° *La méthode des signes méthodiques ou méthode française,* créée par l'abbé de l'Epée (1760 environ). Le bon abbé se servant comme point de départ des gestes de ses élèves inventa tout un système de signes, « la dactylologie », sorte d'écriture aérienne, rapide et commode, permettant au maître de communiquer avec ses élèves ; à ceux-ci de communiquer entre eux.

2° *La méthode dite allemande,* préconisée par Heinicke, basée sur l'enseignement de la parole.

Qu'il nous soit permis d'ouvrir une parenthèse pour indiquer que cette méthode n'a d'allemande que le nom. En réalité, c'est en Espagne qu'elle fut, deux siècles avant Heinicke, exposée et mise en pratique.

En France même, la parole était enseignée aux sourds-muets par l'abbé Deschamps et Péreire à l'époque où l'abbé de l'Epée et Heinicke combattaient pour leur méthode respective.

La supériorité de la méthode orale était telle cependant qu'elle devait triompher. Au Congrès international de Milan (1880), elle reçut une consécration officielle et à dater de ce jour l'enseignement de la parole, réservée jusqu'alors à quelques sourds-muets privilégiés, fut étendue à tous.

II. Depuis le Congrès de Milan.

Après le Congrès de Milan, on ne parle plus de méthode française ou allemande, mais de méthode orale pure, de méthode mixte, de méthode orale.

Le sourd-muet parlant par signes restait encore un isolé. Sans doute comprenait-il ses semblables puisqu'il lisait couramment sur les lèvres, mais il n'arrivait pas à se faire comprendre d'eux sauf par l'écriture lente et inutilisable pour les communications de tous les instants.

De nos jours, la méthode orale est la seule enseignée officiellement : c'est dire que les sourds-muets apprennent à parler ; ils sont démutisés.

Tous partisans de la méthode orale, les éducateurs des sourds-muets se divisent sur les modalités d'application de la dite méthode.

1° Les uns, *oralistes purs,* soutiennent que le sourd-muet doit apprendre sa langue par la parole seule et bannissent l'aide de l'écriture. Leurs élèves apprennent la parole par la lecture sur les lèvres seule. Leurs efforts moins dispersés, mieux concentrés sur la lecture sur les lèvres et l'articulation, ils parviennent — disent leurs maîtres — à acquérir une parole courante et naturelle.

2° Les partisans de la *méthode dite mixte* font flèche de tout bois se servant à la fois de la parole, du geste ou de la dactylologie et de l'écriture.

3° Enfin d'autres bannissent les gestes, mais enseignent la parole aux sourds-muets non seulement par la lecture sur les lèvres, fugace et ne laissant pas de traces, mais encore par l'écriture. Ce sont les *oralistes* sans aucune épithète.

4° Nous ne faisons que mentionner la *méthode mimique* tombée dans le discrédit.

III. De nos jours.

La discussion parfois passionnée qui a mis aux prises les partisans de la méthode orale pure et de la méthode orale ont cédé la place, ces derniers temps, à une question capitale à notre avis, à savoir comment on doit s'y prendre pour enseigner cette parole aux sourds-muets et faire en

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique* du Dr de Parrel. Voir *Concours médical,* nos 2, 3, 4, 5, et 7, 1928.

sorte que leur parler se rapproche autant que faire se peut du doux parler des enfants normaux.

Si, en effet, quelques sourds-muets parlent normalement (ce sont ceux qui, en général, ont des restes auditifs importants), la plupart ont une voix désagréable, sans timbre, une parole saccadée, mal rythmée.

Faut-il en accuser les procédés employés jusqu'ici dans cet enseignement de la langue ?

Cela ne fait aucun doute. Jusqu'à nos jours, en effet, les maîtres des sourds-muets enseignant la parole à leurs élèves ont commencé par des exercices d'articulation : 1° sur les voyelles ; 2° sur les consonnes ; 3° sur les diphtongues ; 4° sur les syllabes, etc.

La langue était enseignée par un procédé d'analyse. Il est intéressant de rapprocher cet enseignement de celui de la lecture et de l'écriture tel qu'on l'a donné autrefois et tel qu'on le donne encore dans bien des écoles, en partant des éléments : la lettre, la syllabe, le mot, la phrase.

Miss Gavrett en Amérique, M. A. Storay en Angleterre, opposèrent à cette méthode un procédé qui leur paraît plus naturel. Ils affirment que pour apprendre à parler au petit sourd-muet, point n'est besoin de lui apprendre à articuler. Il suffit de parler devant lui comme la mère le fait à l'enfant entendant. Cette méthode a certainement donné des résultats, mais nous pensons qu'elle ne peut résussir pleinement qu'avec des enfants ayant des restes auditifs importants et particulièrement intelligents.

La *méthode allemande de Malisch* se rapproche de la précédente. Elle abandonne l'articulation des phonèmes isolés, présente le mot entier et même la phrase, mais s'inspire des difficultés de l'articulation pour dresser les listes de mots et de phrases à enseigner.

Enfin, *la méthode dite Belge*, s'inspirant des travaux remarquables d'un de nos confrères, le Dr Decroly, sur la fonction de *globalisation*, enseigne la parole aux sourds-muets d'une manière synthétique.

L'enfant apprend d'abord à lire et à écrire, suivant la méthode idéo-visuelle de Decroly. Plus de barres fastidieuses, de lettres isolées, mais des mots entiers, des phrases complètes ; parallèlement il apprend à lire sur les lèvres les mêmes mots et les mêmes phrases et ces exercices amènent tout naturellement la parole. Les fautes d'articulation, inévitables avec une telle méthode, au début du moins, se corrigent d'elles-mêmes le plus souvent. Quand cette correction ne se fait pas naturellement, le maître intervient par des exercices appropriées d'orthophonie.

La méthode belge a déjà fait ses preuves ; elle a donné des résultats remarquables à tous ceux qui l'ont appliquée sincèrement et avec intelligence, non seulement dans l'enseignement particulier des sourds-muets, mais dans l'enseignement des anormaux et des normaux.

Elle bat en brèche bien des idées que d'aucuns avaient cru définitivement établies. Dans l'enseignement qui s'adresse aux enfants, disait-on, il faut aller du simple au composé ; le simple est facile, le composé difficile. Le Dr Decroly s'est attaqué à ces soi-disant vérités et a montré que ce qui est simple pour l'adulte ne l'est pas pour l'enfant. Celui-ci — l'expérience est faite — apprend plus facilement à lire des phrases entières exprimant une idée qui l'intéresse que des lettres isolées.

Ainsi que nous le voyons dans ce court aperçu de la méthode belge, c'est grâce à la collaboration étroite d'un médecin et des professeurs qu'on est entré dans une voie nouvelle en pédagogie. Quelle leçon pour nous tous médecins !

Médecins et professeurs ne peuvent s'ignorer. L'enfant a besoin, un besoin urgent, des uns et des autres : enfants sourds-muets aussi bien qu'enfants normaux.

Conclusion.

L'éducation du sourd-muet — plus encore que celle de l'enfant normal — est une œuvre d'art délicate. Les méthodes ne valent que par ceux qui les appliquent. Ceci dit, nous sommes heureux de souligner l'importance et la haute valeur scientifique des travaux du Dr Decroly. Il a ouvert une ère nouvelle dans l'enseignement en général et dans celui des sourds-muets. Il a eu la bonne fortune aussi de trouver des alliés parmi les éducateurs belges qui ont appliqué ses idées avec zèle et intelligence.

Une collaboration étroite entre le médecin qui connaît si bien les besoins de l'enfant, et le maître, donnera toujours d'excellents résultats. Cette collaboration s'impose.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Pyrétothérapie réglée dans la paralysie générale par l'injection intraveineuse de vaccin antichancrelleux.

Le traitement malarien de la paralysie générale, qui rallie beaucoup de partisans, offre le minimum de dangers, si on ne s'adresse qu'à des sujets relativement jeunes et en bon état général, ainsi qu'à une souche plasmodiale connue ; on peut, en effet, à peu près toujours, intervenir à temps par la quinine et éviter ainsi toute complication grave.

Les résultats favorables ainsi obtenus sont-ils sous la dépendance du choc thermique, ou sont-ils dus à une action spécifique d'arrêt ou d'évolution inhibitrice de l'hématozoaire sur le tréponème ? Dans l'ensemble,les auteurs sont d'accord pour dénier à l'hématozoaire tout pouvoir spécial vis-à-vis du tréponème. Aussi n'avons-nous pas le droit d'infliger à des malades, déjà suffisamment éprouvés, une seconde maladie dont ils n'ont nul besoin.

Mais, expliquent Sicard, Haguenau et Wallich, le problème ne pourra être résolu que si l'on dispose d'une substance susceptible de provoquer chez le paralytique général un accès thermique quasi identique à celui du paludisme, ou capable surtout de reproduire cet accès régulièrement, à tout coup, et à volonté, dans son intensité et sa répétition. Après divers essais, les auteurs se sont arrêtés à un vaccin microbien, le vaccin antichancrelleux de Nicolle, connu sous le nom de « dmelcos », et capable, avec certitude, de provoquer volontairement et indéfiniment chez le paralytique général un accès fébrile, variable entre 38° et 40°, suivant la dose de ce produit injecté par voie intraveineuse, et cela sans accoutumance, comme sans sensibilisation, les accès n'ayant pas tendance à s'aggraver, ni à déterminer un shock trop brutal.

On doit rechercher, pour ce produit commercialisé en ampoules à doses croissantes par la maison Poulenc, la dose utile chez chaque sujet en procédant avec progression. On injecte d'abord 1/2 cc., puis 1 cc., 1 1/2, 2, 2 1/2, jusqu'à 3, 4 et même 5 cc. de vaccin (1 milliard à 1 milliard et demi de germes environ). Si la réaction était trop violente, au cours des séances ultérieures on reviendrait à une dose plus faible. L'effet étant obtenu, il n'y a pas intérêt à augmenter indéfiniment les doses. Le contenu de l'ampoule doit être agité au préalable, et l'injection faite strictement intraveineuse. L'effet de l'injection commence à se faire sentir en deux ou trois heures ; la température s'élève progressivement pour plusieurs heures à 38°, 39° ; après une crise sudorale abondante, la chute thermique se fait rapidement.

Chez trois malades, on a associé prudemment à la pyrétothérapie la médication spécifique, à haute dose, sous forme de sulfarsénol, et surtout de tryparsamide ; les réactions provoquées par le « dmelcos » n'ont pas été modifiées. L'état psychique, autant que neuropathique (dysarthrie) et général de ces paralytiques généraux, ayant subi ce traitement, s'est remarquablement amélioré à partir de la huitième ou dixième injection.

Nous sommes donc en possession d'une méthode facile, sans danger, qui nous permet à notre heure de provoquer des chocs pyrétiques d'une intensité et d'un rythme réguliers et indéfiniment égaux et pour une période horaire toujours la même. (*La Presse médicale*, 14 septembre 1927.)

Que faire en présence d'une métrorragie ?

Tout d'abord, dit F.M. Cadenat, un diagnostic étiologique précis, qui seul permettra un traitement rationnel. Parfois cette cause s'impose ; mais il est des hémorragies dont nous ignorons encore la vraie nature et pour lesquelles nous devons nous contenter d'un traitement empirique.

I. *Quand la cause de la métrorragie est indiscutable*, la conduite est simple, et pour ne pas reprendre ici toute la pathologie gynécologique, il faut se contenter de quelques principes à retenir:

a) Métrorragies post-abortives : pas de curettage (sauf température ou hémorragie importante) avant d'être certain que l'œuf a été éliminé. Quelques malades comptent sur vous pour les faire avorter. Pas de curettage s'il existe un doute de grossesse extra-utérine. Pas de curettage, s'il y a des lésions annexielles. Les manœuvres intra-utérines peuvent être suivies en pareil cas d'une poussée de pelvi-péritonite avec 40°. Pas d'ergotine tant que la cavité n'est pas absolument vide.

b) Grossesse extra-utérine. Il faut opérer, d'urgence et sans drainage, la malade qui saigne rapidement, l'hématosalpinx, avant qu'il ne se rompe.

Au contraire, l'hématocèle enkystée et infectée doit être traitée comme une salpingite : colpotomie si la collection fait saillie dans le Douglas, expectation armée si la lésion semble

vouloir refroidir. A toute menace d'extension abdominale, laparotomie, suivie au besoin d'un Mikulicz (d'hémostase ou de protection).

c) Fibromes qui saignent. Il ne faut pas opérer les malades très anémiées : le radium (ou les rayons dans les fibromes volumineux) est le traitement de choix, car il jugule l'hémorragie. Il ne faut pas irradier les fibromes douloureux ou fébriles, pédiculés, enclavés, dégénérés ; ces fibromes doivent être opérés.

d) Cancer. Le cancer du corps doit être enlevé. Pour le cancer du col (en dehors des cas inopérables), le radium et la chirurgie ont de fervents défenseurs. Lorsqu'on a bien en mains la technique de l'opération de Wertheim et qu'on la termine par un Mikulicz, on peut, sans grande inquiétude sur le résultat immédiat, et avec de sérieux espoirs pour l'avenir, préférer la chirurgie.

II. *Métrorragies d'étiologie douteuse.*

a) Chez la vieille femme : doute : cancer du corps ; donc opérez. Par l'abdomen de préférence ; par le vagin (mais sans ouvrir l'utérus), si la malade est fatiguée ou grasse (opération plus facile, suites plus simples).

b) Chez la jeune fille, essayez d'abord un traitement médical. Si celui-ci échoue, si les pertes deviennent inquiétantes, le traitement direct devient indiqué, en l'espèce application de radium, à doses minimes.

c) Chez la femme en période génitale active. Précisément parce qu'on doute, faire d'abord un curettage discret, à moins d'être absolument sûr de la compétence de celui qui l'a pratiqué d'abord ; on ramène parfois des fragments placentaires d'utérus déjà curettés.

D'une façon générale, la vacuité utérine assurée, on peut sans inconvénients, ordonner, ergotine ou mieux gynergine, 1 cc. Les hémostatiques ordinaires : hémostyl, anthéma (10 cc. intramusculaires), etc. peuvent être essayés avec profit. Le paradoxal citrate de soude (10 cc. de la solution à 30 p. 100 en injection intraveineuse) donne de bons résultats immédiats, mais souvent peu durables.

Puis vient la série d'extraits glandulaires : l'hypophyse (1 cc. d'extrait), dont le rôle vasoconstricteur s'ajoute à sa valeur opothérapique, l'extrait d'ovaire (sistomensine), thyroïdien, surrénal, mammaire, etc.

Et on ne négligera pas le traitement antispécifique, s'il existe la moindre arrière-pensée, ni les traitements médicaux spéciaux, si l'examen général a montré une affection cardiaque, hépatique, rénale ou autre.

Comme traitement local, ou a recommandé dans les hémorragies rebelles, en gouttes intrautérines, le chlorure de zinc au demi, ou plus faible (au 1 /5 ou 1 /4), mais alors moins efficace et moins dangereux.

Le radium (peu filtré) agit aussi comme un caustique et son action est pour ainsi dire certaine. La seule contre-indication est l'existence de lésions annexielles, qu'il risque de réchauffer.

Enfin, dans les cas graves, de petites transfusions répétées pourront être une manière efficace de remonter les anémiées, et même, dans certains cas, d'arrêter des hémorragies rebelles à tout traitement. (*L'Hôpital*, juillet 1927, A-B.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La vaccination des nouveau-nés par le B. C. G.

(M. A. Calmette. — *Académie de médecine* ; 10-1-1928.)

M. Calmette présente une statistique des vaccinations préventives par le B. C. G. faites chez les nouveau-nés de 1924 à décembre 1927. Depuis 1926, ces vaccinations ont été employées sur une vaste échelle en France et à l'étranger.

L'auteur rappelle en quoi consiste cette méthode, qui est d'ailleurs bien connue. Elle a pour but de provoquer, le plus tôt possible après la naissance, l'imprégnation des organes lymphatiques de l'enfant par un assez grand nombre d'éléments d'une race spéciale de bacilles de Koch, constituant un véritable vaccin atténué au sens de Pasteur, c'est-à-dire vivant, capable de servir d'antigène, de déterminer la formation d'anticorps, et définitivement privé de toute aptitude à engendrer des lésions tuberculeuses virulentes.

L'imprégnation des organes lymphatiques est réalisée en faisant ingérer au nouveau-né, en trois prises espacées de 48 heures, une quantité convenable d'émulsion microbienne. L'absorption s'effectue facilement dans les dix premiers jours qui suivent la naissance parce que, pendant cette période, l'intestin du jeune enfant est tapissé de cellules protoplasmiques dont le pouvoir phagocytaire est intense. Les dites cellules, gorgées de microbes, passent dans la circulation lymphatique, les ganglions, la rate, la moelle osseuse. Elles y transportent les bacilles-vaccin qui sont à leur égard des parasites inoffensifs, producteurs d'antigènes.

Plus tard, aux environs du quinzième jour après la naissance, l'épithélium cylindrique de l'intestin forme un revêtement qui rend l'absorption des mi-

crobes plus aléatoire. Elle s'effectue cependant encore, mais avec une activité insuffisante pour une primo-vaccination ; elle semble utilisable toutefois pour une revaccination

Une autre raison incite à donner les bacilles-vaccins dès les premiers jours de la vie. L'enfant qui vit dans un milieu tuberculeux est menacé sans délai et l'immunité obtenue par le vaccin demande un certain temps pour s'établir. Au bout de trente jours, la prévention semble acquise.

Depuis le 1er juillet 1924, 52.700 enfants ont été soumis à la vaccination par le B. C. G. L'expérience a donc été, quant à ce jour, assez longue et peut permettre des conclusions. Ces conclusions confirment la durée assez grande de l'immunité acquise, l'efficacité de la méthode, son innocuité. On aurait pu craindre que les bacilles-vaccins puissent offrir avec le temps une nouvelle virulence dans l'organisme. L'expérience clinique a fait voir qu'il n'en était rien, confirmant les données expérimentales qui ont servi de base à ce vaccin.

— M. Béclère met en relief les immenses services qu'ont rendus MM. Calmette et Guérin en découvrant un bacille à la fois inoffensif et immunisant.

Natalité et mortalité en France et en Europe.

(M. Paul Strauss. — *Académie de médecine* · 10-1-1928.)

M. Strauss présente un tableau de la natalité et de la mortalité comparées en France et dans divers Etats européens, tableau tiré des statistiques publiées par la conférence économique de la Société des Nations.

De 1851 à 1921, la population a augmenté de moins de 10 % en France, alors qu'elle s'accroissait de 57 % en Italie, de 67 % en Belgique, de plus de 100 % en Angleterre et en Prusse. Cette infériorité tient à une insuffisance des naissances et surtout à un excédent de décès. La natalité, en effet, a moins diminué dans notre pays que dans les autres pays européens. La France est même la seule nation qui, depuis 15 ans, ait un taux de natalité en légère augmentation, tout en restant encore au-dessous des Etats voisins.

L'excédent de mortalité intervient peut-être plus que l'insuffisance de natalité dans le faible accroissement de notre population. La mortalité infantile et la forte mortalité par tuberculose jouent ici un rôle de premier lan. S'il faut chercher à augmenter la natalité, il est non moins nécessaire de réduire la mortalité. Les mesures de protection des enfants du premier âge ont donné déjà des résultats encourageants. La lutte contre la tuberculose doit s'intensifier en y joignant tous les moyens d'atténuer les maladies graves (cancer, maladies contagieuses, etc.)

— M. Léon Bernard demande qu'un débat s'ouvre à l'Académie sur cette communication et qu'il s'en dégage des conclusions qui seront soumises aux pouvoirs publics.

L'antigène méthylique anti-tuberculeux.

(M. J. Renault. — *Académie de médecine* ; 10-1-1928.)

MM. Nègre et Boquet, de l'Institut Pasteur, ont constaté que les extraits méthyliques purs de bacilles, préalablement dégraissés par l'acétone, provoquent chez les animaux neufs auxquels on les injecte la formation d'anticorps. Ils augmentent le taux des anticorps dans l'organisme de l'homme ou des animaux tuberculeux sans provoquer les réactions (générales ou de foyer) des tuberculines.

Chez l'homme, des essais faits depuis 1921 ont mis en relief l'action favorable de l'antigène méthylique, principalement dans les tuberculoses ganglionnaires, le lupus, les arthrites, la tuberculose péritonéale. M. Guinard le considère comme l'adjuvant le plus précieux dont on dispose en phtisiothérapie. Il s'emploie en injections sous-cutanées ou intramusculaires.

M. Roux ayant adressé une demande en vue d'autoriser l'Institut Pasteur à fabriquer l'antigène méthylique, l'Académie, sur un rapport de M. J. Renault, a émis un avis favorable.

Prophylaxie des corps étrangers broncho-œsophagiens

(M. J. Guisez. — *Académie de médecine* ; 27-12-1927.)

M. Guisez montre que l'on pourrait, par quelques mesures simples, éviter souvent les corps étrangers de l'œsophage et des bronches.

Chez l'adulte, la plus forte proportion de corps étrangers œsophagiens est due aux pièces dentaires, dégluties pendant le sommeil, plus rarement au cours des repas lorsque l'appareil se casse. On devrait donc conseiller aux porteurs de dentiers de toujours enlever leurs pièces dentaires le soir, au moment de se coucher et de faire remplacer les dentiers en ébonite en mauvais état, susceptibles de se briser pendant la mastication. La tendance actuelle de préférer aux appareils mobiles les appareils fixes (bridges) est également à recommander, à ce point de vue.

Les petits os et arêtes constituent un autre groupe de corps étrangers de l'œsophage. Ils sont déglutis par des sujets mangeant gloutonnement et mastiquant mal. Une bonne mastication éviterait la plupart du temps cet accident.

Chez les enfants, la majeure partie des corps étrangers œsophagiens est représentée par les pièces de monnaie, les sous en bronze qui, en raison de leur taille ne peuvent cheminer dans le canal œsophagien. Depuis l'apparition de la monnaie de nickel, dont les dimensions sont moindres, cet accident est beaucoup plus rare.

Pour les corps étrangers des voies aériennes, plus communs dans l'enfance, une place à part doit être réservée aux anches de trompette et aux épingles

de sûreté. On agirait sagement en faisant disparaître les trompettes des jouets de l'enfance ; du moins conviendrait-il de s'assurer de la bonne soudure des embouchures. Chez le nourrisson, il serait intéressant de rechercher un autre système de fixation que l'épingle de nourrice.

M. Guisez ajoute quelques mots concernant la prophylaxie des sténoses cicatricielles de l'œsophage par brûlures caustiques. Les liquides caustiques déglutis par mégarde le sont habituellement parce que ces substances sont conservées dans des bouteilles ordinaires, et prises pour du vin. Il y aurait lieu de conseiller de façon formelle de ne jamais mettre ces liquides dans des récipients pouvant prêter à confusion. Des flacons de forme facilement reconnaissable devraient être réservés à ces substances dangereuses.

Traitement du pannus trachomateux à la période de cécité.

(M. Bourland, d'Oran. — *Académie de médecine* ; 27-11-1928.)

M. Boulant a eu l'occasion de soigner beaucoup de pannus trachomateux en Algérie, terre du trachome. Lorsque le pannus est très développé et recouvre toute la cornée, amenant la cécité, il le traite par une méthode qui combine ensemble une série de moyens connus : destruction des vaisseaux par la pointe fine du galvano-cautère, instillation d'atropine et de dionine, cautérisation au nitrate, instillation de sulfate de cuivre, etc.

Diagnostic et traitement de la ptose du côlon.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-6-1927.)

La ptose du côlon transverse n'amène généralement par elle-même aucun trouble marqué dans l'organisme, mais elle est sérieuse par ses conséquences indirectes qui sont : la dilatation du cæco-côlon ascendant ptosique et la dilatation de l'estomac ptosique.

La dilatation du cæco-côlon ascendant affecte le sujet par la stase qui l'accompagne et par la douleur de la colite dérivée de la stase. Voici l'enchaînement des actes expliquant ces phénomènes. La ptose du côlon transverse entraîne une coudure de l'angle sous-hépatique, d'où un obstacle progressivement plus accusé au cheminement des matières stercorales. La stase stercorale cæco-ascendante qui en résulte provoque une intoxication lente et progressive de l'organisme. Le sujet maigrit, perd l'appétit, s'affaiblit, se plaint de migraines. Une dilatation cæco-colique s'ensuit, quelquefois douloureuse quand il y a colite et péricolite. Beaucoup de malades dont l'amaigrissement progressif, la fatigue physique, la paresse cérébrale et les céphalées paraissent inexplicables sont en réalité des intoxiqués stercoraux chez qui une radiographie montrerait une dilatation du cæco-côlon ascendant, associée à une chute du côlon transverse.

La deuxième conséquence grave entraînée par la ptose du côlon transverse est la dilatation du segment inférieur de l'estomac, le côlon transverse attirant la grande courbure qui se creuse en un bas-fond descendant vers le pubis. Il y a stagnation gastrique et digestions pénibles. Le malade prend quelquefois l'habitude d'évacuer son estomac en mettant les doigts dans la gorge.

Le problème thérapeutique à résoudre est avant tout d'ouvrir l'angle hépatique et de relever le bas-fond de l'estomac ptosé. Les moyens médicaux conseillés comprennent un régime (aliments peu toxiques), l'huile de paraffine, les appareils orthopédiques (pelotes dont l'application est réglée sous la radioscopie).

Au point de vue chirurgical, on a proposé la colectomie droite, la cæco-sigmoïdostomie. M. Dupuy de Frenelle trouve plus logique d'agir en libérant les adhérences qui relient l'une à l'autre les branches de l'angle colique fermé, et en maintenant cet angle ouvert définitivement par fixation du côlon à la paroi abdominale. Il a pratiqué cette colopexie dans trois cas. L'opération a été suivie d'une véritable résurrection qui s'est maintenue pendant les années suivantes.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

De la collaboration médico-chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire.

M. Ducuing, après avoir montré que l'évolution de la médecine a fait disparaître quelques-unes des barrières qui séparaient le chirurgien du médecin, insiste sur ce point que dans un grand nombre de maladies et en particulier dans la T. P., médecin et chirurgien doivent aujourd'hui échanger leurs lumières, partager les responsabilités et combiner leur thérapeutique.

Avant l'opération, cette collaboration s'exerce au sujet du diagnostic pour fixer le siège d'une adhérence ou d'un épanchement, elle s'exerce encore pour affirmer l'indication d'une phrénicectomie ou d'une thoracectomie, elle s'exerce enfin, pour la préparation morale du malade et de son entourage.

Pendant l'opération, il est nécessaire que le médecin soit auprès du malade : depuis l'acte le plus simple, la phrénicectomie, jusqu'aux thoracectomies les plus graves, la chirurgie de la T. P. se fait à l'anesthésie locale : le malade assiste à son opération, et rien ne peut mieux le rassurer que d'entendre de la bouche de son médecin des paroles de réconfort.

Après l'opération, la collaboration demeure une nécessité, et fait éviter les complications pleuro-plu-

monaires et cardiaques : il faut les dépister, les soigner. Ces dangers écartés, le chirurgien et le médecin auront à suivre le traitement de la T.P. et comme il n'existe pas de remède héroïque de cette affection, ils auront peut-être à lutter contre le progrès du mal, contre le refus et contre les appréhensions du malade et de sa famille.

Sérologie et prostitution.

M. CHATELLIER. — La meilleure prophylaxie de la syphilis consiste à tarir les sources de la contamination dont la prostitution est presque toujours l'origine : on sait en effet qu'au bout de deux ans de pratique, la syphilis est de règle chez les prostituées. Mais fréquemment, la syphilis, surtout chez la femme, devient ou est d'emblée sans manifestations cliniques et l'examen sérologique systématique montre que la fréquence de ces syphilis cliniquement muettes est considérable. Chez les prostituées, il a permis à l'auteur de dépister et de soigner un grand nombre de femmes en apparence saines, mais redoutables pour leurs clients.

Importance de la stabilisation des plantes.

M. VUALHIER. — La stabilisation des plantes médicinales à l'état frais par les vapeurs d'alcool offre sur les préparations des Codex de 1884 et de 1908 de sérieux avantages : destruction des ferments solubles qui dans la dessiccation modifient l'état moléculaire et les combinaisons complexes des principes actifs, conservation d'à peu près toutes les propriétés de la plante, obtention de produits (poudres et extraits) inaltérables.

Cette méthode permet de plus de maintenir presque constantes les proportions d'alcaloïdes contenues dans la plante fraîche, et d'obtenir une teneur en principes actifs plus élevée : un datura non stabilisé a ainsi perdu en trois mois par rapport à un autre stabilisé une proportion de 1/10 de ses alcaloïdes.

Cette pratique devrait donc se généraliser et s'appliquer surtout aux plantes médicinales à principes héroïques telles que les solanées (datura, jusquiame, belladone) et celles qui comme la colchique, l'aconit, la digitale, la lobélie, l'ipéca, le strophantus, ont fait l'objet d'une convention internationale pour la préparation de leurs teintures.

A propos d'un cas de pleurésie axillaire.

MM. SERR et P. BÉZY. — Les pleurésies axillaires constituent une modalité rare des pleurésies enkystées et leur présence, connue depuis longtemps, est devenue d'un diagnostic relativement facile, grâce à la radioscopie. Les signes physiques sont en général très frustes, localisés à la ligne axillaire et prêtent fréquemment à des erreurs de diagnostic : à l'écran l'ombre est caractéristique, bande sombre séparée de l'ombre cardio-vertébrale par une bande claire.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade, ancien pleurétique, qui présenta une pleurésie axillaire consécutive à une pleurésie non cloisonnée, comme cela se voit le plus souvent ; le diagnostic fut posé à l'écran et la guérison survint après ponction évacuatrice.

Traitement des abcès du sein chez les nourrices.

M. LEVRAT, après avoir rappelé les modifications du sein survenues au cours de la grossesse et sa préparation à l'allaitement, insiste sur la prophylaxie pré et post-natale des abcès, surtout chez les primipares, qui sont surtout exposées.

Il n'y a pas d'abcès sans gerçure, sauf quelques abcès du second sein par propagation lymphatique : on peut éviter la gerçure et donc son évolution en crevasse, lymphangite, galactophorite, abcès, mais il faut pour cela éduquer la future mère, la sage-femme, le médecin.

Lorsque l'abcès est formé, le traitement externe par le chaud et par le froid est souvent illusoire, parfois dangereux ; le traitement par les vaccins seuls paraît ne pas avoir satisfait toutes les espérances.

L'intervention chirurgicale paraît encore le traitement de choix : la vaccinothérapie par voie interne ou en pansements peut être un adjuvant précieux. Enfin, il ne faudra pas négliger de surveiller et d'essayer de sauver pour l'enfant l'autre sein.

L'opération de Lagrange dans le glaucome chronique.

M. Ed. GARIPUY fait l'historique du traitement dans le glaucome chronique : il était sans effet sur l'évolution de cette maladie fatale jusqu'au jour où le prof. Lagrange a fait connaître une méthode qui constitue une des plus belles découvertes thérapeutiques de ce siècle.

L'auteur donne le résultat constaté sur 20 malades qu'il a opérés et qu'il a pu suivre pendant plus d'une année : il a eu 4 insuccès, un cas qui s'est révélé glaucome hémorragique, dans deux cas avec champ visuel nul, un cas avec champ visuel à 5° dans les 3/4 de son périmètre.

Chez les 16 autres malades, la tension oculaire s'est maintenue bonne, la vision également, sauf chez un opéré, qui, 3 ans après, a eu une rétinite indépendante du glaucome.

L'auteur conclut que l'opération de Lagrange donne de très bons résultats dans tous les cas de glaucome chronique opérés à temps : c'est une opération simple lorsque l'on suit exactement la technique de Lagrange. Il la préfère à l'opération d'Elliot et s'étonne qu'elle ne soit pas plus généralement adoptée.

Quelques cas d'intoxication par le gaz d'éclairage

M. E. SOREL. — Les trois cas observés, suivis d'autopsie et d'examens de laboratoire, se rappor-

tent le premier à une intoxication par radiateur à gaz placé dans une chambre à coucher occupée par un agent de police en service dans un asile de nuit ; les deux autres sont ceux d'un ménage bourgeois intoxiqué dans son lit par du gaz émanant d'un tuyau souterrain de la rue, infiltré jusqu'au niveau des tuyaux d'évacuation et ayant ainsi pénétré dans l'appartement.

Les constatations nécropsiques ont montré dans deux cas l'aspect typique de l'intoxication par oxyde de carbone ; l'un des cadavres en état putréfaction avancée n'offrait pas de lésions caractéristiques apparentes. Les recherches spectroscopiques ont été fortement positives pour le sang de deux sujets, faiblement positives pour l'autre ; l'examen chimique par la solution de tanin a fourni dans les trois observations la réaction de la carboxyhémoglobine.

De ces faits, l'auteur déduit des règles d'hygiène relatives à l'habitation avec responsabilités pénale et civile en jeu, à la sensibilité et à la sûreté de la recherche de l'oxyde de carbone dans le sang par la solution de tanin.

Adénoïdite grippale de l'enfant.

M. Auban tient surtout à attirer l'attention sur la fréquence relativement considérable, ces derniers temps, des adénoïdites aiguës, que l'on peut considérer, par suite de leur évolution en milieu contaminé, comme étant une véritable forme clinique de grippe infantile.

Il y a lieu d'ailleurs d'établir une distinction entre les poussées congestives survenant au cours d'évolution des végétations adénoïdes, et d'autre part les inflammations en quelque sorte primitives de l'amygdale pharyngée.

Ces dernières doivent être bien connues des praticiens parce que les signes physiques sont fréquemment latents : la fièvre parfois assez élevée étant la seule manifestation d'emblée apparente de l'affection ; aussi l'auteur insiste-t-il sur la recherche systématique et méthodique de ces symptômes. La contagion et la propagation familiales ne seront souvent jugulées que par l'isolement de ces cas reconnus à temps.

Les complications d'otites moyennes aiguës et d'adénopathie sous-maxillaire sont très fréquemment observées et leur origine véritable souvent méconnue. Après quelques recherches bactériologiques, l'auteur constatant l'inutilité, peut-être la nocivité, des topiques dits antiseptiques ou balsamiques, assure avoir eu des résultats très intéressants par l'instillation dans les fosses nasales de vaccin antipneumococcique.

Les myopies monolatérales.

M. Frenkel, après avoir rappelé la fréquence des myopies monolatérales qui s'observent plus souvent chez la femme que chez l'homme et du côté droit que du côté gauche, établit que si l'origine scolaire peut être parfois admise pour les petites myopies, l'influence héréditaire doit au contraire être invoquée pour les fortes myopies : l'action de l'astigmatisme, des taies de la cornée, du strabisme, du staphylome postérieur et du colobome du nerf optique peut être rejetée.

On peut donc dégager un type de myopie monolatérale pure, soit légère, soit élevée : il est assurément difficile de démontrer l'hérédité directe, car on ne trouve guère de cas assez nombreux de transmission de ce caractère d'une génération à l'autre, mais ce que l'on peut trouver en les recherchant, ce sont des cas de myopies monolatérales familiales avec ou sans hérédité myopique combinée.

Il faut considérer l'influence héréditaire comme un cas de choc en retour, de réminiscence d'un fait ancestral. A défaut d'une telle constatation directe, on est obligé alors de considérer que la prédisposition héréditaire consiste en la diminution de la résistance de la sclérotique à l'allongement par l'exercice normal de la vision et que cette prédisposition peut être asymétrique et porter seulement sur un œil.

Radiologie de la vésicule biliaire par la méthode de Graham-Cole.

M. de Bertrand-Pibrac. — La méthode de Graham-Cole, dernière venue comme moyen d'exploration de la vésicule biliaire, soulève encore des critiques quant à la technique employée. Ce sont les résultats d'une quarantaine d'examens que rapporte l'auteur.

La voie buccale n'est pas exempte d'ennuis : l'absorption de pilules est souvent suivie de nausées, de vomissements ; l'imprégnation est toujours médiocre et bien souvent négative. Cette négativité est bien due à la méthode employée, puisque chez certains de ces mêmes malades une injection de tétra-iode pratiquée quelques jours plus tard a donné une vésicule parfaitement visible.

L'injection intra-veineuse fut toujours parfaitement bien tolérée, sans le moindre incident à signaler et les résultats ont été beaucoup plus constants. Schématiquement les résultats peuvent être divisés en deux groupes.

1° La vésicule est saine : l'ombre vésiculaire apparaît franchement très opaque, homogène, nettement limitée.

2° La vésicule est pathologique : l'ombre vésiculaire apparaît faiblement, à bords flous au lieu d'aspect marbré ; l'imprégnation peut être négative.

La cholécystographie fournit des renseignements intéressants, mais ne doit pas exclure la recherche des signes indirects, en particulier l'examen de l'estomac et du duodénum.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XXXVI[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite et fin*) (1)

TROISIÈME QUESTION

Indications et résultats de la sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres

Rapport de M. LERICHE.

Quoique née depuis peu, la sympathectomie péri-artérielle a eu une diffusion rapide. Mais ses bases physiologiques sont encore incertaines et elle a été appliquée au traitement de maladies mal connues. Aussi beaucoup d'erreurs d'indications ont-elles été commises. Tous les faits publiés n'ont donc pas la même valeur et il est difficile de juger cette méthode à l'aide des seules statistiques. On doit surtout analyser objectivement les maladies dans lesquelles elle a paru indiquée et chercher si, étant donné leur mécanisme, elles sont réellement susceptibles d'être modifiées par une telle opération.

Techniquement, la sympathectomie consiste, sous anesthésie locale, à exciser l'adventice de l'artère sans toucher à la tunique moyenne. Bien faite, elle est d'une extrême bénignité et n'expose pas à la thrombose.

Physiologiquement, elle détermine une contraction locale passagère, suivie à quelques heures d'une vaso-dilatation active qui atteint le membre en aval et souvent en amont, parfois le membre homologue et même les membres non homologues.

Cette réaction vaso-dilatatrice semble due à la section des filets nerveux centripètes, probablement sympathiques. La sympathectomie péri-artérielle mérite ainsi son nom.

Thérapeutiquement, la sympathectomie est le moyen le plus simple d'agir sur l'appareil vaso-moteur, mais elle n'est indiquée que dans les syndromes à déterminisme périphérique. Dès qu'il y a diffusion à tout un membre, elle doit céder le pas à la ramisection ou être combinée avec elle.

L'auteur examine successivement la chirurgie du sympathique dans toute la série des troubles morbides où elle a été employée. Ces troubles très nombreux ont été groupés de façon à constituer neuf chapitres:

I. **Les syndromes douloureux des membres.** — Quand on juge que la douleur reconnaît un mécanisme vaso-moteur et qu'on espère pouvoir la calmer par une opération sympathique, on doit tenir compte des deux principes suivants :

a. S'il y a une lésion provocatrice du trouble supposé de l'innervation vaso-motrice, il faut toujours la supprimer, si on le peut anatomiquement. Par exemple il y a lieu d'exciser d'abord les cicatrices vicieuses cutanées ou musculaires.

b. Il faut toujours intervenir précocement et choisir d'emblée la bonne intervention, car la douleur sympathique crée très vite un état psychopathique qui fausse les meilleurs résultats.

1° CAUSALGIE. — Il est admis que la causalgie est une maladie sympathique, mais nous n'en connaissons pas la pathogénie exacte et le traitement reste empirique. De tous les procédés thérapeutiques que la guerre a permis d'expérimenter, il ne doit rester que l'alcoolisation de Sicard et la sympathectomie péri-artérielle pour les cas normaux, et les opérations radiculo-médullaires pour les formes rebelles, c'est-à-dire en général celles qui ont été mal traitées au début.

L'alcoolisation est une bonne méthode par laquelle on peut et doit toujours commencer. Si elle ne réussit pas, ou d'emblée s'il y a indication d'aller vérifier un nerf blessé ou une artère traumatisée, ou si la causalgie n'a pas une topographie tronculaire, on doit recourir aux méthodes sympathiques : sympathectomie péri-artérielle si les troubles sont encore localisés et si l'opération peut être faite en amont, résection artérielle étendue si une artère est oblitérée, ramisection si la lésion est diffuse et ancienne.

Cette opinion est basée sur l'expérience personnelle de l'auteur et sur l'analyse critique des nombreux cas qui ont été publiés.

2° ALGIES DIFFUSANTES TRAUMATIQUES. — Il s'agit de ces anesthésies douloureuses qu'on appelait autrefois névrite ascendante. La sympathectomie péri-artérielle est, contre elle, inefficace. Mais les ramisections ont donné quelques résultats intéressants et paraissent indiquées.

3° MOIGNONS DOULOUREUX. — L'étude attentive des faits montre que la douleur des moignons n'est pas univoque et que ces algies revêtent trois types auxquels conviennent des traitements différents :

L'ablation du névrome dans les douleurs qui ont la topographie d'un tronc nerveux ;

La sympathectomie péri-artérielle précoce dans les moignons douloureux à poussées vaso-motrices, à œdème, à cyanose et à ulcération ; la ramisection si les troubles sont diffus ou en cas d'échec ;

La ramisection d'emblée dans les grands symptômes douloureux hyperesthésiques.

Dans les deux dernières formes, la neurotomie, la neurectomie, la sympathectomie péri-artérielle et la réamputation sont contre-indiquées.

En principe, la cordotomie est inefficace.

(1) *Concours médical* n[os] 2, 3, 4, 6 et 7.

4° ALGIES DIVERSES. — L'auteur n'envisage ici que les douleurs fulgurantes du tabes et les hyperesthésies des syringomyéliques et elles ne lui paraissent pas justiciables de la méthode.

II. **Les maladies vaso-motrices des membres.** — Sous le nom de maladie de Raynaud, on a opéré toutes sortes de maladies mal connues à manifestations vaso-motrices périphériques, des cyanoses habituelles, des troubles vaso-moteurs consécutifs à des côtes cervicales, beaucoup d'artérites oblitérantes et quelques maladies non classées. La maladie de Raynaud typique est caractérisée par des crises vaso-motrices débutant par des phénomènes de syncope locale et séparées par des périodes d'intégrité circulatoire sans diminution de l'indice oscillométrique.

Tous les syndromes vaso-moteurs doivent être réétudiés au point de vue de la physiologie pathologique. Ce sont des maladies du système artériolaire et capillaire dont la physiologie normale est elle-même à peine ébauchée. Ces maladies vaso-motrices comprennent cinq catégories de faits cliniques différents :

1° *Les syndromes vaso-moteurs de la puberté*, sans gravité, sont améliorés par l'extrait d'ovaire.

2° *La maladie de Raynaud typique* doit en principe être traitée par la sympathectomie péri-artérielle bilatérale si le traitement spécifique et les injections d'insuline ont échoué.

3° *Les syndromes de Raynaud unilatéraux symptomatiques* dépendent en général de la présence d'une côte cervicale ou de lésions artérielles. S'il s'agit d'une côte anormale il faut l'enlever. Dans le cas d'oblitération artérielle, c'est l'artériectomie qu'il faut faire.

4° *Les acrocyanoses.* — Elles sont de deux types. Dans l'un, la cyanose fait place par moments à de la rougeur et de la chaleur. Ce sont ces cas qui semblent avoir été décrits sous le nom d'acroparesthésies et d'angiotrophonévrose. Dans l'autre type, la cyanose constante s'accompagne de fortes douleurs et d'ulcérations. La baisse oscillométrique n'existe que très près de l'extrémité du membre. Il s'agit sans doute d'artériolite terminale. La sympathectomie réussit contre les acrocyanoses du premier type, non contre celles du second.

5° *L'érythromélalgie*, maladie de vaso-dilatation, n'est pas justiciable de la sympathectomie péri-artérielle.

Sclérodermie. Sclérodactylie. Dermatite atrophiante. — Les résultats obtenus montrent que les interventions combinées sur la sympathique sont formellement indiquées dans ces processus. Elles semblent en arrêter l'évolution et faire rétrocéder celles des lésions qui ne sont pas encore irréductibles, en apportant aux malades une sensation de bien-être très appréciée d'eux.

III. **Les maladies organiques des artères**. — Il y a lieu d'examiner successivement trois ordres de faits :

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTÈERS. — La sympathectomie peut être employée pour favoriser l'établissement d'une circulation collatérale. Par exemple dans le cas de ligature brusque d'un gros vaisseau, il est préférable de faire une résection artérielle entre deux fils car on a ainsi une vaso-dilatation immédiate en aval. Ou bien la sympathectomie permet de lutter contre les troubles engendrés par une ligature ou une thrombose post-traumatique.

2° ARTÉRITE SÉNILE ATHÉROMATEUSE. — Dans les artérites séniles, la sympathectomie a rendu des services durables là où elle a été appliquée à bon escient. Elle est indiquée :

A. Dans les grandes douleurs prémonitoires de la gangrène qu'elle calme de façon durable (deux ans et plus), à moins qu'il n'y ait des crises de vaso-dilatation parodoxale et d'hyperthermie du pied, cas dans lesquels il faut s'abstenir. Le pronostic opératoire est moins bon quand il y a de la cyanose habituelle, de l'œdème diffus ou des douleurs de type névritique que s'il y a uniquement des crises vaso-constrictives.

S'il y a des phénomènes infectieux, elle est contre-indiquée.

B. Dans les gangrènes au début, quand l'examen montre que les artères périphériques sont encore dilatables. Si elles paraissent oblitérées, l'opération ne peut se justifier que pour préparer les voies à une amputation à limite des lésions. Dans les cas où il y a une pulsatilité paradoxale, elle peut permettre une amputation réduite au strict minimum.

C. Elle n'est pas utile, semble-t-il, dans la claudication intermittente. Mais les documents sont encore insuffisants sur ce point.

3° ARTÉRITES JUVÉNILES CHRONIQUES. — C'est un groupe complexe. Quand la lésion frappe une seule artère, c'est généralement l'artériectomie qui s'impose.

Dans les artérites tardives après gelure, la sympathectomie peut être faite. Elle a donné de beaux résultats mais inconstants.

Dans les artérites post-infectieuses rares en France la sympathectomie a aussi des succès à son actif.

Elle ne peut rien contre les gangrènes des artério-scléroses juvéniles.

Restent les thrombo-angéites. Ici aucune opération sympathique ni artériectomie n'est indiquée. Les thérapeutiques efficaces sont sans doute celles qui s'adressent aux glandes à sécrétion interne, en particulier la surrénalectomie.

IV. **Les maladies des veines, les œdèmes et l'éléphantiasis**. — La pathologie veineuse est encore pleine d'inconnues. Mais il semble bien que là comme dans la pathologie artérielle l'obstruction du vaisseau ne suffise pas à expliquer les troubles et qu'il faille y joindre un autre élément, adventiciel, c'est-à-dire vaso-moteur, dont l'importance est considérable. La sympathectomie péri-artérielle agit utilement contre l'eczéma variqueux et les séquelles des anciennes phlébites. On doit la combiner, quand la veine est

enserrée dans du tissu inflammatoire ou oblitérée, avec la libération du vaisseau ou sa résection.

Les œdèmes post-traumatiques sont certainement en relation avec un trouble vaso-moteur et doivent être traités par la sympathectomie péri-artérielle.

Par contre, c'est à une opération rachidienne qu'il faut demander la guérison des œdèmes liés à un spina bifida latent.

Dans l'éléphantiasis, la sympathectomie ne donne pas de résultats constants ni toujours durables. Elle ne doit être employée que concurremment avec les autres procédés de traitement.

V. **Les ulcérations chroniques en dehors des lésions nerveuses.** — Le traitement de ces ulcérations doit résoudre un double problème, celui de la cause qui est une affaire de diagnostic clinique et celui de l'ulcération en soi.

Une ulcération devient chronique parce qu'elle est consécutive à une nécrose ischémique de la peau, parce que les conditions circulatoires locales sont mauvaises, parce que la lésion reste infectée par toutes sortes de germes.

Toute bonne méthode de traitement des ulcérations chroniques doit, après avoir supprimé la cause, modifier les facteurs de chronicité et de récidive locale, c'est-à-dire changer les conditions circulatoires et nutritives de la peau, stériliser l'ulcération, supprimer la peau cicatricielle et apporter ultérieurement sur place de la peau saine.

Or l'auteur a montré dans des travaux antérieurs que la sympathectomie péri-artérielle mise en œuvre dans un premier temps modifiait le terrain. La vasodilatation active et la phagocytose stérilisent rapidement l'ulcération et l'afflux des grands mononucléaires contribuent à sa réparation. Ainsi l'opération amène en général une cicatrisation rapide. Mais cette cicatrice est de mauvaise qualité en raison de son sol fibreux, dur, imperméable aux vaisseaux. Pour éviter les récidives, il faut, peu de temps après la sympathectomie, combler la perte de substance par une greffe, la meilleure étant sans doute celle de Halsted-Davis.

Cette méthode de sympathectomie suivie de greffes suffit au traitement des ulcérations d'origine traumatique, et de celles qui se forment sur cicatrice de brûlure. Dans les ulcérations consécutives aux gelures, il faudra en général combiner à la sympathectomie une résection de la pédieuse ou de la tibiale oblitérées. De même quand l'ulcère siège au niveau d'un cal exubérant, il faut toujours d'abord abattre la saillie osseuse. Dans les ulcères variqueux vrais, le traitement, plus complexe, comprend une sympathectomie périfémorale, des greffes, l'ablation des varices. Les faux ulcères variqueux presque toujours syphilitiques sont justiciables d'abord du traitement spécifique puis souvent ensuite d'une sympathectomie avec greffes.

VI. **Les ulcérations d'origine nerveuse.**— Ce groupe comprend des lésions très différentes.

La sympathectomie n'a rien à faire dans les ulcérations symptomatiques d'un tabes, y compris le mal perforant plantaire, d'une syringomyélie, d'une myélite, d'un spina bifida occulta.

Elle a donné des succès durables dans les ulcérations trophiques qui survivent à des traumatismes médullaires.

Les ulcérations consécutives aux blessures nerveuses ne se produisant que s'il y a un névrome sur le bout supérieur du nerf coupé, il faut tout d'abord intervenir localement, enlever le névrome et reconstituer le nerf au besoin par greffe. Ensuite il faut veiller sur la position du pied, car l'ulcération trophique ne se voit guère que sur un pied dévié. La sympathectomie n'est ici qu'une opération de nécessité, réservée aux mauvais cas. Cependant elle peut donner des résultats définitifs même quand le névrome persiste.

Quant aux moignons ulcéreux, ils sont presque toujours guéris par la méthode sympathique, seule ou combinée avec la résection du névrome.

VII. **Les troubles vaso-moteurs post-traumatiques.** — Tout traumatisme s'accompagne d'un déséquilibre vaso-moteur immédiat durable ou non. Ce déséquilibre, s'il persiste, est bientôt suivi de l'apparition des phénomènes décrits sous le nom de contractures réflexes, troubles physiopathiques. D'habitude, de tels troubles cessent d'eux-mêmes avec l'aide du bain chaud et de la mobilisation douce. Parfois ils persistent constituant une maladie grave. La sympathectomie les guérit s'ils sont localisés à l'extrémité du membre et encore récents. Si le trouble est diffus et ancien, il vaut mieux faire une ramisectomie.

VIII. **La maladie de Volkmann.** — Le syndrome de Volkmann est créé par une rétraction isolée des fléchisseurs des doigts. Cette rétraction est le fait soit d'une contracture réflexe consécutive à un traumatisme quelquefois assez léger du membre supérieur, soit d'une cicatrice fibreuse intra-musculaire, due à une nécrose ischémique parcellaire, elle-même causée par un appareil trop serré.

Quand il s'agit d'une contracture, la sympathectomie a un effet remarquable et presque instantané Dans la maladie vraie de Volkmann que caractérise la sclérose des fléchisseurs, l'auteur, se basant sur une constatation opératoire, croit que l'oblitération artérielle doit jouer un rôle important dans le mécanisme pathogénique de l'affection et il a actuellement tendance à considérer la sympathectomie péri-artérielle comme précocement indiquée.

IX. **Les maladies des os et des articulations.** — L'ostéo-génèse dépend de deux facteurs essentiels : 1° un état particulier du tissu conjonctif, qui doit être congestionné et pourvu d'une trame fibrillaire en voie de multiplication ; 2° un apport de sels de chaux. Or, les opérations sympathiques, par l'hyperhémie active qu'elles déclenchent, réalisent ces deux termes de la réparation osseuse et peuvent ainsi

redresser des états osseux pathologiques anormaux.

1° RETARDS DE CONSOLIDATION. RÉSORPTION DU CAL ET PSEUDARTHROSES. — Les expériences d'Uffreduzzi et de ses élèves, celles de Palma, de Fontaine, prouvent que la formation du cal de fracture est beaucoup plus rapide après sympathectomie.

Chez l'homme, les résultats les plus positifs ont été enregistrés aussi bien dans les fractures récentes que dans les défauts de consolidation. Il est bien évident que la sympathectomie ne peut constituer à elle seule le traitement des pseudarthroses. Mais quand la syphilis n'est pas en cause, la sympathectomie doit s'ajouter aux thérapeutiques locales comme la réduction exacte des fragments, l'ostéosynthèse et le greffe.

2° OSTÉOPOROSE TRAUMATIQUE. — Ces décalcifications singulières qui se traduisent par des douleurs et une impotence fonctionnelle parfois fort grave, dont la localisation au niveau des épiphyses semble correspondre à ce qu'on appelle l'arthrite traumatique, sont guéries de façon définitive et parfois très vite par les opérations sympathiques.

3° TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE. — Les faits publiés jusqu'ici semblent plutôt contre-indiquer l'emploi de la sympathectomie dans les tuberculoses des membres. Mais on a demandé à la méthode, en général, plus qu'elle ne pouvait donner. Elle ne doit avoir dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire qu'un rôle de second plan. Elle n'a pas d'action vraie sur la tuberculose elle-même, mais elle agit indiscutablement sur les processus de la réparation osseuse et conjonctive. Elle ne peut pas permettre d'éviter une opération osseuse, mais elle peut aider à étendre la limite des opérations conservatrices, compléter leur action et aider à la réparation

Rapport de M. ROBINEAU.

La sympathectomie péri-artérielle ne réalise pas l'interruption des voies excitomotrices sympathiques ; son mode d'action s'explique par une agression sur les nerfs sensitifs, point de départ de réflexes, dont l'aboutissant est une vaso-dilatation générale, plus marquée cependant sur le membre opéré.

Il ne semble donc pas que l'épluchage absolu d'une artère ou sa dénudation sur une grande longueur soient des conditions indispensables du succès.

Quand les parois d'une artère sont altérées, la dénudation expose à des accidents de perforation ou de rupture secondaire qui peuvent compromettre la vitalité du membre opéré ou l'existence du malade. L'opération n'est donc pas absolument bénigne et inoffensive.

Les indications opératoires sont multiples, mais aucune d'elles n'a en sa faveur ce double caractère de régularité dans les résultats favorables et de haut pourcentage dans les effets curatifs qui, seuls, peuvent entraîner la conviction.

La sympathectomie péri-artérielle agit immédiatement avec une fréquence assez grande pour activer temporairement la circulation dans le membre dont le status d'irrigation est perturbé dans le sens d'une réduction de l'apport artériel.

Les résultats éloignés sont beaucoup plus rares : pour beaucoup d'entre eux, il est douteux que les effets observés à longue échéance puissent être attribués à l'opération seule.

On peut donc recourir à cette opération toutes les fois qu'on pense tirer d'une amélioration temporaire des troubles d'irrigation un bénéfice certain pour le malade. Plusieurs faits ont montré que des interventions plus bénignes sur les nerfs sensitifs pouvaient être suivies des mêmes résultats. Les méthodes physiothérapiques assurent aussi sans aucun risque des résultats équivalents.

Discussion,

M. GILLIES (de Londres) compare les résultats que lui ont donnés dans le traitement des ulcères de jambe, d'une part les greffes cutanées employées seules, sans sympathectomie ; d'autre part, la sympathectomie péri-artérielle appliquée comme unique méthode de traitement ou combinée avec les greffes.

Le premier groupe d'ulcères comprend 22 opérations de greffes pratiquées chez 16 malades : 12 greffes de Thiersch ont donné 11 échecs et 1 résultat médiocre, 10 greffes à lambeaux ont donné 4 succès, 3 échecs et trois résultats médiocres.

Le second groupe d'ulcères comprend 15 cas, dont un ulcère double. Le résultat immédiat a toujours été bon. Pour juger les résultats éloignés, il faut distinguer les cas dans lesquels la sympathectomie a été employée seule, 4 cas : un résultat parfait, un bon résultat, 2 échecs, et les cas de sympathectomie et greffes combinées, 12 ulcères : 2 résultats parfaits, 3 bons, 3 résultats trop récents mais qui promettent d'être bons et 2 échecs.

M. UFFREDUZZI (de Turin). La sympathectomie péri-artérielle n'est pas seulement une méthode capable d'améliorer la circulation ; c'est aussi « un stimulant physiologique » agissant sur toutes sortes de phénomènes.

On ne saurait nier les résultats de cette opération. Ils se constatent cliniquement et se démontrent expérimentalement si l'on sait se servir d'une instrumentation précise : oscillomètre, dermatoscope, capillaroscope, thermomètre à température locale.

L'opinion générale est que la sympathectomie crée une vaso-constriction segmentaire. L'auteur croit que son action s'étend à distance. Elle se traduit surtout par la fermeture des capillaires à la circulation. Il s'agit de réflexes multiples et complexes.

Toute opération complémentaire jointe à la sympathectomie dans le but de lui donner un meilleur rendement est inutile. L'auteur a observé notamment que la section du saphène pratiquée en même temps que la sympathectomie n'a aucun avantage sur cette dernière pratiquée seule.

La prolongation de la décortication de l'artère soit en profondeur, soit en longueur ne donne pas non plus de résultats supérieurs à une décortication limitée et moyennement poussée. L'essentiel est de choisir les cas. Il est certain, par exemple, que l'opération ne peut agir sur la cicatrisation d'un ulcère très étendu, car les réactions qu'elle engendre ne sont que transitoires.

L'auteur termine en projetant sur l'écran un film plein d'intérêt permettant de vérifier la régénération du sympathique.

M. ROUBACHEFF (de Minsk) insiste sur l'action de la sympathectomie dans le traitement des ulcères variqueux. Il conseille d'adjoindre à la sympathectomie péri-artérielle, soit la ligature de la saphène au pli de l'aine, soit son oblitération par une injection de carbonate de soude.

Contribution clinique à la sympathectomie péri-artérielle. — M. G. PIERI (de Bellune), après divers échecs, a peu à peu limité les indications de la méthode.

Dans 2 cas de mal perforant, dans 1 cas d'ulcère variqueux (où, en plus, on avait lié la saphène interne à l'aine), dans 3 cas d'ulcérations de la jambe et de douleurs secondaires à une phlébite, dans 4 cas de tuberculose ostéoarticulaire, la sympathectomie péri-artérielle a été inefficace.

Dans 1 cas de vaste ulcère de la jambe consécutif à un traumatisme et qui avait résisté à tous les traitements, la sympathectomie péri-artérielle détermina une guérison qui date de trois ans.

Dans les maladies de Raynaud atypiques, 3 succès qui datent de quatre, trois et deux ans et demi.

Dans 4 cas de douleurs des membres inférieurs par artério-sclérose, 2 succès qui persistent depuis quatre ans et un an et demi.

Dans 4 cas de douleurs des membres inférieurs par endartérite, un seul succès (résection de l'artère) de date encore récente (trois mois).

Dans deux cas de troubles circulatoires des membres inférieurs dus à la thrombose progressive des artères, la résection de l'artère a donné un échec et un résultat douteux (la malade est morte soudainement un mois et demi après l'opération).

Sur la sympathectomie. — M. PHOCAS. L'auteur explique les bons effets de la ligature à distance dans les hémorragies secondaires par l'action sur le sympathique péri-artériel.

Une sympathectomie, dit l'auteur, est une ligature temporaire. Elle en a du moins tous les effets. Une ligature d'artère intéresse le plexus sympathique par les manœuvres de la dénudation. Elle interrompt le sympathique par la striction. Pendant la guerre M. Phocas a eu l'occasion d'arrêter plusieurs hémorragies secondaires sur des plaies septiques par la ligature du tronc artériel à distance. Dans ces cas, il a constaté, d'une façon constante, la stérilisation de la plaie ou du moins l'amélioration considérable de l'état septique faisant suite à la simple ligature. Il explique ces faits par une action sur le plexus sympathique péri-artériel, car il n'est pas admissible que le simple ischémie résultant de la ligature puisse avoir une influence bienfaisante sur les processus locaux de défense de l'organisme.

M. GIANOLLA (de Charleroi) compare quant aux résultats les sympathectomies péri-artérielles des membres et les sympathectomies viscérales. Ces dernières donnent toujours de meilleurs résultats parce que l'on coupe dans ce cas un plus grand nombre de filets nerveux.

L'auteur expose les succès qu'il obtient en énervant l'estomac suivant la technique de Latarjet : vaso-dilatation, diminution de la sécrétion, atténuation très marquée des douleurs dans la maladie de Reichmann.

Il a pratiqué un certain nombre de sympathectomies péri-artérielles, en particulier pour des ulcères variqueux et des troubles trophiques. Il a toujours obtenu de bons résultats. Dans le traitement des ulcères variqueux il ajoute volontiers à la sympathectomie une résection veineuse portant sur quelques centimètres de saphène.

Dans un cas de gangrène consécutive à l'application par un autre chirurgien d'un appareil plâtré pour fracture de cuisse, il fit une sympathectomie périfémorale à la base du triangle de Scarpa. Il obtint une disparition complète des phénomènes douloureux et la possibilité d'une amputation économique.

M. MAUCLAIRE et René BLOCH (de Paris) ont fait des sympathectomies dans les circonstances les plus diverses. Il leur est apparu que cette opération n'était pas sans danger. Une fois, l'artère a été partiellement sectionnée. Ils firent une suture du vaisseau, de plus ils n'ont jamais obtenu un seul résultat, pas même la cessation des phénomènes douloureux. Il s'est agi dans tous ces cas de malades bien suivis, bien observés. Et les auteurs concluent qu'il convient d'« éplucher » soigneusement les observations annonçant des succès.

M. DAMBRIN (de Toulouse) a réalisé onze sympathectomies péri-artérielles, dont une dans un cas de causalgie consécutive à une blessure de guerre, sept dans des cas de gangrène sénile, deux pour des ulcérations chroniques n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, une dans un cas de maladie de Buerger.

Le résultat a été excellent pour la causalgie, médiocre pour les gangrènes séniles, bon pour une des ulcérations chroniques, la seconde ayant récidivé assez rapidement. L'amputation a été nécessaire pour le sujet atteint de maladie de Buerger en dépit d'une amélioration passagère très marquée. La pièce opératoire montra la présence d'un caillot dans la lumière du vaisseau principal.

L'auteur insiste sur la bénignité de l'opération. Il la pratique toujours sous-anesthésie locale et n'a jamais observé de blessure de l'artère. Si l'on veut avoir des résultats satisfaisants, il faut savoir choisir les cas.

Dans l'ensemble il s'agit là d'une bonne opération, mais l'auteur estime que l'alcoolisation de la gaine artérielle donne des résultats identiques.

Sans aucune exception l'auteur a toujours noté la disparition rapide et définitive des phénomènes douloureux.

Valeur négative de la sympathectomie dans la tuberculose ostéo-articulaire. — M. Mencière (de Reims) est d'accord avec le rapporteur sur le peu d'utilité de la sympathectomie dans les tuberculoses ostéo-articulaires. Il apporte une observation qui a la valeur d'un fait expérimental jugeant de l'action de la sympathectomie dans les tuberculoses ostéo-articulaires.

Une femme de trente et un ans subit une sympathectomie en avril 1925. En juin 1927, toujours porteuse d'une tumeur blanche du genou et impotente depuis sept années, elle est opérée par Mencière, suivant sa technique de phénolisation et de phénopuncture à ciel ouvert. Prélèvement de tissus osseux au niveau des pointes de phénopuncture, inoculation positive au cobaye.

Un mois et demi après l'opération, le genou est cicatrisé, les contours osseux nets, la malade en pleine voie de guérison.

L'auteur rappelle sa technique déjà ancienne et sa statistique fournie au Congrès français de chirurgie de 1925, lors de la discussion sur le traitement de la tumeur blanche du genou.

M. Lardennois (de Reims) a toujours obtenu de bons résultats, et notamment chez un ancien blessé de guerre atteint de causalgie depuis plus de deux ans et chez qui les thérapeutiques les plus variées avaient échoué.

Il s'agissait d'une large blessure en séton par balle de fusil ayant touché le tronc du sciatique. On avait pratiqué notamment l'élongation et le hersage du nerf.

L'auteur fit une sympathectomie qui guérit immédiatement et définitivement le blessé de ses phénomènes douloureux.

Dans le traitement des maux perforants plantaires, l'auteur ajoute à la sympathectomie l'élongation du nerf tibial antérieur.

Dans tous les cas où l'auteur a eu recours à la sympathectomie il a toujours observé une sédation des phénomènes douloureux.

M. Bérard (de Lyon) a relevé sur les registres de son service 22 observations de sympathectomies périartérielles pratiquées seules, à l'exclusion de toute opération complémentaire, soit par lui, soit par ses assistants.

Il s'agissait de moignons douloureux d'arthrites tuberculeuses du genou, de maux perforants plantaires, de retard de consolidation, d'arthropathies tabétiques, d'ulcères variqueux, d'éléphantiasis, d'œdèmes, de troubles trophiques consécutifs à des sections nerveuses.

A côté d'échecs complets dans les cas d'éléphantiasis, l'auteur a observé des résultats parfaits dans les tumeurs blanches.

Entre ces deux extrêmes, les résultats ont été fort variables. Dans certains cas où la sympathectomie seule avait échoué, des succès ont été obtenus en y ajoutant en un second temps une ramisection.

L'auteur conclut que la sympathectomie est une opération précieuse qu'il faut conserver d'autant qu'elle s'applique à des lésions contre lesquelles nous sommes souvent désarmés. Les résultats seront meilleurs quand nous connaîtrons mieux ses indications.

M. P. Wertheimer (de Lyon), sur les conseils de son maître Leriche, a étudié la question de la participation sympathique dans le mécanisme du tonus musculaire et les modalités de cette participation en vue, le cas échéant, de justifier le bien-fondé d'une chirurgie sympathique des contractures. Les constatations expérimentales n'étant pas très concluantes par suite de leur variabilité en fonction de l'espèce animale choisie, des groupes musculaires considérés et des conditions trop artificielles dans lesquelles l'hypertonie est obtenue, l'auteur a voulu examiner des résultats cliniques et il a rassemblé 6 observations provenant de divers chirurgiens et dans lesquelles une ramisection a été faite chez un malade atteint de contracture.

La première observation concerne un cas de paraplégie ultérieurement démontrée pottique sur laquelle une ramisection a eu une action nette avec effet thérapeutique croisé.

Dans la seconde il s'agit d'une paralysie des extenseurs des doigts avec hypertonie des fléchisseurs due à l'ablation d'une tumeur cérébrale. La ramisection améliora l'hypertonie des fléchisseurs mais seulement au repos.

Le troisième cas est une hémiplégie cérébrale infantile avec contracture du membre supérieur qui bénéficia de la ramisection cervicale.

Dans une hémiplégie par blessure cranio-cérébrale, l'amélioration ne fut que temporaire.

Un cas de contracture physiopathique du membre supérieur fut par contre traité avec un excellent résultat par ramisection cervicale.

Enfin, une contracture myoclonique d'un moignon de cuisse fut guérie par la ramisection lombaire.

Ces observations, bien que dissemblables, montrent que la ramisection agit sur les contractures. Mais il semble que les contractures de cause centrale soient moins modifiées que les contractures de type périphérique.

Il est encore actuellement impossible de déterminer le mécanisme suivant lequel agit l'opération sympathique dans ces cas. L'auteur pense que la ramisection interrompt les voies centripètes d'arcs réflexes dont les voies centrifuges n'appartiennent peut-être pas exclusivement au système sympathique. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

MM. Jeanneney et Mathey-Cornat. Pour que la sympathectomie donne des résultats il faut qu'elle soit possible : 1° *anatomiquement* (artère relativement

saine) ; 2° *physiologiquement* (artère relativement souple et susceptible de présenter une vaso-dilatation secondaire nette, ce que l'on apprécie préalablement par l'épreuve du bain chaud ou l'épreuve de la diathermie ;) 3° *cliniquement* la sympathectomie doit s'adresser à un syndrome sur lequel elle peut agir utilement, mieux et plus vite que les autres méthodes. Les *résultats éloignés* montrent l'utilité de la sympathectomie dans les troubles vaso-moteurs (maladie de Raynaud), dans les moignons pathologiques et dans les ulcères (en liaison avec les autres interventions étiologiques). Dans tous ces cas il faut choisir ses indications en tenant compte des bases anatomo-physiologiques précitées. Les autres indications sont à l'étude.

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Présentation d'instruments.

M. DARTIGUES présente son *inciseur circulaire* pour le procédé de chirurgie esthétique du sein avec transposition de l'aréole et du mamelon. Le manche permet de supporter deux couteaux de diamètre différent (30 et 34 millimètres). Il présente aussi une nouvelle *Pince fixatrice à lambeaux cutanés* pour bâtir le travail avant la suture définitive.

Masque pour donner au goutte-à-goutte le kélène pur ou mélangé de 10 % de chloroforme. — M. DUPUY DE FRENELLE, avec le concours de M. CAZIN et de plusieurs de ses collègues a utilisé ce masque, depuis six ans sans aucun accident, dans plus de trois mille anesthésies. Ce masque comprend trois robinets à pointeau, sur lesquels viennent se visser les tubes des Usines du Rhône contenant trente centimètres cubes de kélène pur ou un mélange contenant 10 % de chloroforme, ou un mélange contenant 30 % d'éther. Grâce à ce dispositif il est permis d'utiliser, à tour de rôle, chacun de ces anesthésiques au cours de la même opération. Les mélanges permettant d'obtenir des anesthésies prolongées, avec le minimum d'intoxication et de malaises post-opératoires.

Les robinets a pointeau sont fixés sur des cheminée en verre qui permettent de vérifier la rapidité de la chute des gouttes. Un dispositif spécial dirige l'anesthésique dans une vessie annexée à l'appareil où il se mélange avec l'air chaud de la respiration du sujet. Cet appareil est construit par la maison Collin.

Les Livres

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

Dr G. BARRAUD (de Chatelaillon-Plage). — **Nos enfants à la mer.** (Guide médical pour le séjour sur les plages), avec préface du Dr COMBY. (Un vol. in-16 de 144 pages. Prix : 8 fr.).

Le but des premiers chapitres de ce petit précis est de faire connaître au médecin praticien les indications et les contre-indications des cures marines et les différentes plages où ces cures peuvent être pratiquées, suivant les saisons, suivant l'âge et l'état diathésique ou morbide des jeunes sujets. Dans les chapitres suivants, sont étudiées en détail les conditions de l'existence au bord de la mer, tout spécialement pour les jeunes enfants, ainsi que les principes, les résultats, la technique et la surveillance de la cure solaire. De même les bains de mer, froids et chauds, ainsi que les bains de varech et les bains de sable sont l'objet d'un long chapitre très détaillé, car le bain de lame surtout peut être beaucoup plus nuisible qu'utile. De plus, il est nécessaire de bien connaître la marche à suivre pour faciliter l'acclimatement, et de ne pas ignorer les troubles dus soit au climat marin, soit aux bains de mer, soit à l'héliothérapie. Enfin, il n'est point de puériculture complète si la culture physique n'est pas mise en œuvre, et les plages sont des lieux d'élection pour l'éducation respiratoire, la gymnastique éducative et pour la pratique des sports et des jeux de plein air. Le résumé des précautions à prendre et des erreurs à éviter dans la puériculture héliomarine forme le dernier chapitre de ce guide, dont les conclusions s'appliquent à toutes nos stations maritimes françaises.

Ce petit livre sera utile 1° aux médecins trop souvent embarrassés pour le choix d'une plage ; 2° aux familles, elles-mêmes, en les mettant en garde contre l'emploi inconsidéré d'un agent thérapeutique d'une grande puissance.

G. DOIN ET CIE, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

Dr P. PRUVOST, médecin du sanatorium de Villepinte. — **Tuberculose pulmonaire. Tuberculose des séreuses.** (Un vol. in-16 de 448 pages avec 33 figures dans le texte et 16 planches hors texte, *in* « **Les Consultations journalières.** ». Cartonné : 30 fr. sauf variation).

Le traitement de la tuberculose pulmonaire, ainsi que celui de la tuberculose pleurale et péritonéale, est souvent embarrassant, soit que la difficulté provienne de la multiplicité des formes, soit qu'on hésite à choisir parmi le nombre souvent excessif des méthodes ou des médicaments préconisés.

Dans ce livre pratique, le lecteur trouvera tous les renseignements indispensables classés méthodiquement, et il rappellera qu'il aura toujours trois élé-

ments à envisager : le bacille, le terrain, le foyer tuberculeux.

Poser d'abord un diagnostic précis, envisager les indications générales du traitement, réaliser les méthodes qui conviennent, telles sont les trois étapes que tout médecin doit parcourir pour bien conseiller un tuberculeux. Ce sont là les grands chapitres, où est exposé non seulement tout ce qui peut aider le malade à guérir, mais aussi tout le mal qu'un traitement mal approprié est capable de provoquer.

Le traitement médicamenteux, tout en gardant son intérêt, devra toujours céder le pas aux deux grands moyens thérapeutiques : la cure hygiéno-diététique et la collapsothérapie (pneumothorax artificiel, en particulier), qui se trouvent exposés avec détails, schémas et figures à l'appui.

L'auteur envisage aussi les formes cliniques, les complications, les symptômes et propose pour chaque cas quelques conseils.

Il termine en résumant de nombreux documents susceptibles d'être utiles au placement des tuberculeux et de leur entourage, en les classant par tableaux concernant les hôpitaux, les sanatoria, les œuvres de préservation de l'enfance, etc.

Les livres qui viennent de paraître.

Chez Gaston DOIN et Cie, 8, place de l'Odéon.

Nouveau traité de Pathologie interne, publié sous la direction de E. ENRIQUEZ, A. LAFFITTE, Ch. LAUBRY, Clovis VINCENT. TOME II (Deuxième partie) : **Maladies des reins. Péritoine. Glandes à sécrétions internes. Ecto-sympathoses. Rhumatismes chroniques**, par A. LAFFITTE, avec la collaboration de P.-A. CARRIÉ, Claude GAUTIER et Etienne MAY. (Un vol. gr. in-8°, 872 p., 139 fig., 11 pl. en couleurs. Prix, relié : 150 fr., sauf variation.)

Claude GAUTIER et René WOLFF. — **Le métabolisme basal.** SES APPLICATIONS EN CLINIQUE. *Collection des actualités de médecine pratique* (Directeur : Dr R.-J. WEISSENBACH). (Un vol. in-8, 180 p., Prix : 15 fr. sauf variation.)

J. RAMADIER. — **La syphilis auriculaire.** OREILLE ET NERF ACOUSTIQUE. *Collection des actualités de médecine pratique.* (Un vol. in-8°, de 180 p. Prix : 15 fr., sauf variation.)

Raymond MALLET. — **Les obsédés.** Préface du Dr SÉGLAS. *Collection des actualités de médecine pratique.* (Un vol. in-8°, 116 p. Prix : 12 fr., sauf variation.)

EDITIONS DU BON PLAISIR, 39, rue Peyrolières, à Toulouse.

Raymond GROC. — **Le chemin du bonheur.** Réflexions et maximes (74 p. Prix : 7 fr.)

THÉRAPEUTIQUE

Le Dial diurne.

Si l'on considère le mot *hypnotique* dans son sens strictement littéral, on peut admettre que tout médicament de cette classe est destiné à donner le sommeil. Et, en fait, pour beaucoup de médecins, un hypnotique n'a pas d'autres indications.

Cette exclusivité n'est cependant pas absolue et l'action sédative des hypnotiques peut être utilisée pour d'autres fins que le sommeil immédiat. C'est ainsi que, pour le dial, certaines de ses possibilités thérapeutiques dépassent maintes fois son cadre habituel de somnifère.

Sans revenir ici sur les propriétés calmantes du dial sur le système nerveux, qui le font utiliser, le soir, pour calmer l'éréthisme d'une journée plus ou moins agitée et assurer une nuit de repos et de sommeil réparateur aux sujets émotifs et vibrants, mis en « transe » par leurs occupations professionnelles ou mondaines du jour ou de la soirée, nous voudrions mentionner son efficacité trop peu connue comme *calmant diurne.*

Ce résultat est obtenu par l'administration le matin, au petit déjeuner, d'un demi-comprimé de dial. Cette dose minime est suffisante pour donner à des sujets qui allaient être repris par le rythme trop accéléré d'une journée nouvelle, le calme, l'équilibre, la sérénité, qui la leur feront entreprendre avec pondération, sans agitation vaine, pour le plus grand profit de leur organisme.

Ce mode d'administration du dial nous a été indiqué par notre distingué confrère, le Dr M. Rosanoff (de Nice), qui l'utilise souvent ainsi sur les anxieux et émotifs appartenant au milieu de l'aristocratie russe d'avant-guerre dont l'ancienne splendeur n'est plus qu'un souvenir. Si l'âme slave y trouve son compte, nous avons pu nous assurer que celle de beaucoup de nos affairés, de nos mondains et de nos mondaines y réagissaient non moins favorablement.

Dr SAVIGNY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Lettre ouverte à Monsieur le Président Herriot, ministre de l'Instruction Publique.

Monsieur le Président,

Le 15 octobre dernier, au Panthéon, dans une glorieuse solennité nationale, vous évoquiez par une émouvante prosopopée le grand athénien qui a donné son nom au plus beau siècle de l'époque hélénique : Périclès, fils de Xantippe, le vainqueur de Mycale. Vous vouliez vous inspirer de ses paroles quand, ayant à rendre hommage aux guerriers tombés au milieu des combats, il s'attachait surtout à célébrer la grandeur de la Patrie. Vous seul, comme Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, aviez été admis à parler devant le monument élevé aux 560 écrivains morts pour la France durant la dernière guerre, et nul ne pouvait le faire avec plus de délicate éloquence ou de magnificence littéraire. « Ils protégèrent, avez-vous dit, avec un sol durement travaillé par les épreuves de l'histoire , les droits de la qualité, la douceur des mœurs, la suprématie de l'idée, le trésor humain de la liberté , du savoir et de la bonté... On voudrait tout citer. Mais cette lettre n'a pas pour thème la glorification des héros. Son but est plus modeste, et si j'ai cité, en manière de préambule, quelques-unes de vos paroles, c'est afin d'y puiser le courage nécessaire à l'expression de quelques vérités. Aussi bien, les droits de la qualité et la suprématie de l'idée se trouvent d'autant mieux sauvegardés chez une nation que l'enfance et la jeunesse y sont protégée avec plus de clairvoyance , de judicieuse attention.

Il est question d'une réforme visant de détestables habitudes scolaires, dont nous avons tous été plus ou moins victimes, qu'il s'agisse d'enseignement primaire ou secondaire,et qui consistent à considérer les jeunes cerveaux comme des réceptacles où l'on doit entasser le plus de notions possibles dans le minimum de temps. Certes, on a beaucoup fait, depuis une vingtaine d'années, pour combattre cette fâcheuse tendance. Chacun sait, par exemple, pour ne citer qu'une ville qui vous est particulièrement chère, que Lyon est un modèle d'organisation en ce qui concerne la santé des écoliers et la prophylaxie des maladies contagieuses auxquelles ils sont exposés. Il reste plus à faire, les instituteurs, ainsi que j'en ai eu souvent la preuve comme hygiéniste, n'étant pas suffisamment pénétrés de certaines notions ni de la valeur de certaines mesures, que quelques-uns même regardent de très haut, les tenant pour indignes de leur attention. On s'attache partout, d'une manière immodérée, à développer la culture physique et l'on a raison ; seulement, il faudrait y mettre moins d'ostentation et plus de méthode, et se rappeler que le but est de diriger la croissance, non pas de détraquer l'organisme par des excès de force. Vous avez bien voulu faire à une importante revue de quinzaine, le *Siècle médical*, de fermes déclarations sur la nécessité qui s'impose d'étendre le champ de l'inspection médicale des écoles, et vous auriez l'intention, nous a-t-on appris, de mettre sur pied un système applicable, avec quelques variantes locales, à la France entière, dans les campagnes comme dans les villes. Vous auriez songé à créer un corps de médecins nettement spécialisés, devenus des fonctionnaires, auxquels la clientèle serait interdite, et que seconderaient un nombre impressionnant d'infirmières visiteuses. Cette conception, réalisée dans plusieurs domaines, a été importée chez nous, d'après la pratique anglo-saxonne, par quelques maîtres de la médecine sociale ; il y avait sans doute lie u de s'en inspirer , au moins provisoirement, encore qu'elle ait perdu beaucoup de son crédit durant ces dernières années, même auprès de ceux qui l'ont adoptée sans en avoir envisagé toutes les conséquences. Elle ne nous semble, pour le sujet qui nous occupe, ni rationnelle, ni pratique. Elle a d'abord le grave inconvénient d'écarter sans raisons valables les praticiens d'une haute entreprise de rénovation nationale à laquelle ils ne refuseraient certainement pas leur concours ; ils le donneraient même, j'en suis certain, avec empressement, avec dévouement, si on le leur demandait, en n'oubliant pas qu'aujourd'hui plus que jamais toute peine mérite salaire et que le temps est loin où les ad-

ministrations croyaient pouvoir exiger d'eux qu'ils assurent gratuitement des services publics ou privés.

C'est l'opinion d'un homme de grande expérience, particulièrement averti, l'un de ceux qui ont le mieux compris l'intérêt supérieur de l'inspection médicale scolaire et qui l'ont pratiquée, à Paris même, avec le plus d'autorité : M. le docteur Louis Dufestel (1). Il fait remarquer très justement, que le fonctionnaire qui aura en moyenne 10.000 écoliers à surveiller, ne parviendra pas à les bien connaître tous et ne saura jamais établir ce contact nécessaire avec les familles, que le praticien réalise pour ainsi dire chaque jour. Il appelle discrètement l'attention sur la part d'automatisme que n'éviteront point, que rechercheront peut-être, dans l'accomplissement de leur tâche quotidienne, de jeunes médecins qui n'auront pas hésité à briguer pour leurs débuts des émoluments certains et réguliers, sachant qu'ils ont l'avenir devant eux, et dont la grande préoccupation, au cours de ces visites prolongées, « sera de ne pas manquer le train destiné à les ramener tout à l'heure à la ville », à moins, ajouterons-nous, qu'on ne mette une automobile à leur disposition. Mais alors quels frais. Et combien plus lourds encore seraient-ils, si l'on s'avisait de doubler le nombre des inspecteurs en leur confiant seulement 5 ou 6.000 enfants, Dufestel pense, en effet, que l'organisation prévue sera très onéreuse ; et pareille objection n'est pourtant pas à nos yeux la principale. Nous regrettons qu'il paraisse admettre ici, sans enthousiasme il est vrai, l'utilité des infirmières visiteuses, envers lesquelles l'engouement des Pouvoirs publics confinera bientôt à l'aveuglement : comme s'ils oubliaient que le vrai rôle de la femme n'est point de parader, d'intriguer, de dénigrer et de dominer, mais de fonder une famille et de garder son foyer en y apportant tout le charme, toute la grâce toute la bonté agissante et l'abnégation qui sont en elles. Ce serait le ce cas de citer, en le modifiant, le vers célèbre de Boileau :

« Voulez-vous du beau sexe, on en a mis partout !»

Oh je connais des infirmières distinguées, et il en existe à coup sûr d'admirables ; mais, à part de rares vocations, à l'instar des ordres religieux, demandez-leur si c'est un choix réfléchi, le chagrin ou la nécessité qui les a jetées dans cette voie, et si le célibat auquel la plupart d'entre elles se trouvent condamnées, volontairement ou non, convient bien aux aspirations de leur cœur. Pour l'immense majorité, c'est le goût de l'indépendance et du moindre effort, la vanité, ainsi que la sécurité qui s'attache aux situations officielles, cet *affranchissement* prétendu que proclame le *féminisme*, qui ont été les mobiles de leur détermination, quand il n'y a pas lieu d'invoquer la mod e toute seule. Essayez donc de mener campagne pour le relèvement de la natalité française, avec ces primes accordées à l'individualisme féminin. Mais ce sujet nous entraînerait trop loin. Aussi bien, c'est de la surveillance médicale des écoles qu'il s'agit, et la question des infirmières n'a d'intérêt en l'espèce qu'à cause de la dépense qu'entraînerait leur création dans les campagnes alors que nous contestons leur utilité spéciale dans les villes où elles règnent. Elle ne se poserait pas, si les instituteurs étaient mieux préparés à leur tâche ou mieux informés de leurs devoirs sur ce point. « Ce qui importe, écrit le docteur Dufestel, ce n'est pas la création d'une nouvelle armée de fonctionnaires, pour remplir les cartons des préfectures et des mairies de copieux rapports, c'est l'organisation méthodique et pratique d'une œuvre de préservation dont la nécessité devient plus urgente par suite de la diminution constante du nombre de nos naissances. »

L'homme d'Etat qui a conçu ces deux livres, si remplis de sève : *créer*, *agir*, voudra certainement examiner les objections suscitées par un projet dont la mise en œuvre ne paraît être encore qu'à l'état d'ébauche. Il voudra de même saisir une occasion qui s'offre de faire l'unité du Corps médical, en le groupant autour d'une réforme imposée plus que jamais prar le souci de l'avenir du pays. Si la lutte contre la tuberculose et la syphilis est capable, dans l'état actuel de la science, de préserver ensemble cinquante mille existences humaines, si la protection du premier âge, organisée d'une manière moins bureaucratique et partant plus efficace, peut sauver une quantité équivalente de nourrissons, nul doute que l'inspection des écoles bien comprise ne parvienne à arracher également à la mort vingt-cinq mille petits Français qui seront des hommes et autant de Françaises qui seront des mères de famille. La récupération totale annuelle serait ainsi de cent cinquante mille âmes. Et ce n'est point là une chimère, puisque la mortalité générale est actuellement, en France, plus élevée d'un tiers, parfois de moitié, que celle de la plupart des nations civilisées. Qui sait si la diminution du nombre des décès n'aurait pas pour conséquence un relèvement inattendu de la natalité. Il faut à notre pays, et à bref délai, un excédent de 350 à 400.000 naissances : excédent qui devrait être bien supérieur, si nos célibataires, dont la plupart ont l'excuse de n'avoir jamais réfléchi à ce grand problème, apercevaient le danger auquel leur égoïsme paresseux ou leur fantaisie sceptique exposent la Patrie. Nous laissons de côté les exceptions respectables, car nous admettons le célibat obligatoire ou par vocation,

(1) Voir le *Siècle médical* du 15 novembre 1927. Maître de Conférences à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes.

qui peut être fécond à sa manière. Mais quel médecin ne serait pas fier de contribuer officiellement pour sa part, si minime soit-elle et en dehors des occupations coutumières tendant au même but, à diminuer la mortalité par maladies contagieuses, qui paraît immédiatement accessible à nos moyens d'action ?

Me permettrez-vous maintenant de vous dire, Monsieur le Président, comment je conçois l'inspection scolaire faite par le praticien ? Pour être mieux compris, je commencerai par examiner ce qu'elle serait dans la conception de l'inspecteur fonctionnarisé. Je suppose un département de moyenne importance, peuplé de 400.000 habitants dans 600 communes. A raison d'un médecin pour 100.000 âmes, dont 10.000 écoliers, il en faudra quatre au minimum qui, si le traitement était de 35.000 francs, en comptant les frais de tournées, coûteraient ensemble 140.000 francs, portés probablement à 200.000 par les mensualités des employés et les dépenses de bureau. Ils seraient assistés par vingt infirmières visiteuses au moins ayant chacune 2.000 enfants à surveiller, le total de ces derniers étant approximativement de 40.000. En accordant à chacune 12.000 francs tout compris, nous arrivons pour elles à une somme de 240.000 francs, qui, ajoutée à celle de 200.000 précédemment établie, donne 440.000 francs. Il convient d'observer, que, pour faire œuvre vraiment utile, par exemple dépister à temps la maladie dont tel écolier peut mourir, si la famille ou le maître ne s'en avisent pas à temps, l'inspecteur devra visiter une fois par mois toutes les communes de son ressort, soit 150. En comptant 25 jours de travail, cela fait six par jour. Quand on songe aux déplacements, c'est pratiquement impossible, et le fait n'a pas échappé au docteur Dufestel. Nous serions curieux de savoir quels résultats on a obtenus jusqu'ici, dans les départements où pareil système fonctionne : du mouvement certes, du bruit, beaucoup de papier, et quoi de plus ? Qu'on nous le dise. Mais la création de quatre inspecteurs, qui semble avoir donné satisfaction à plusieurs conseils généraux n'est, en réalité, qu'un leurre. S'ils avaient la mission d'examiner chaque enfant seulement une fois par an et de lui consacrer dix minutes, il en faudrait six en tenant compte des visites supplémentaires que nécessiteront les épidémies et les cas particuliers. Le budget que nous venons d'établir monterait alors à 510.000 francs . Et quel serait le rendement réel, utile, non pas au point de vue du nombre de fiches dressées par les visiteuses scolaires, mais de la mortalité et de l'hygiène ?

Il y aurait un grand avantage à tous les points de vue à utiliser la bonne volonté des médecins praticiens. Il n'est pas dans ma pensée de leur confier à tous une ou plusieurs écoles : cette dispersion ou cet émiettement iraient à l'encontre du but poursuivi, qui est d'intéresser sérieusement un homme d'action et de cœur à une tâche déterminée, par l'importance même de cette tâche et par la rémunération qui s'y rapporte. Le Syndicat départemental, — c'est avec intention que je ne dis pas les syndicats, profondément attristé de la discorde qui règne entre les médecins, comme trop souvent, hélas ! entre les parlementaires, à propos d'un mot, d'une formule, d'une étiquette, ou par suite de méfiances injustifiées, alors que l'union pour la grande patrie serait si nécessaire entre les Français de toutes confessions, de toutes philosophies, de toutes couleurs politiques et de toutes cultures — le Syndicat unique que je rêve, et qui devient ici une obligation professionnelle, établirait et soumettrait à l'Administration préfectorale, un plan de circonscriptions, comprenant chacune, six à douze communes, suivant l'importance de celles-ci, dix en moyenne, je suppose, pour simplifier la démonstration. Il présenterait en même temps, en considérant toujours ici un département de 600 villages, à l'exclusion des villes, où il faudrait diviser la population au lieu de la grouper, une liste de soixante confrères, plus trente, choisis par régions et sur laquelle le préfet désignerait les inspecteurs : ce seraient donc à peu près la moitié des praticiens du ressort qui se trouveraient proposés à son agrément. Ils devraient avoir au moins cinq années d'exercice de la clientèle et seraient tenus de faire, avant ou après leur nomination, un stage de quatre à six semaines dans une faculté, pour y recevoir un enseignement complémentaire ou synthétique approprié à leur nouvelle fonction. Cet enseignement, tout entier à créer, en vaut certainement la peine.

Quant aux infirmières, si on en maintenait l'emploi, leur rôle se bornerait évidemment à aider les instituteurs dans la poursuite de l'indispensable propreté des élèves et des classes, dans l'application des mesures connues de l'hygiène élémentaire, ainsi que dans la tenue des fiches dont nous parlions plus haut sans en contester l'utilité, et qui sont surtout destinées aux pesées et mensurations semestrielles. Mais ne pourraient-elles pas être remplacées presque partout par des dames de bonne volonté, qui offriraient leur gracieux concours ? Pourquoi, si cette collaboration bénévole se montrait insuffisante, ne ferait-on pas appel aux sages-femmes, qui manquent fâcheusement en beaucoup d'agglomérations ou de groupements ruraux, où elles se sentiraient attirées, assurées d'abord d'une besogne régulière ou rémunératrice ? Personne n'a jusqu'ici à ma connaissance envisagé la question sous cet aspect. Rien ne s'oppose à ce que l'expérience soit tentée, car les accoucheuses ne sont pas constamment occupées auprès des parturientes, et beaucoup d'entre elles n'ont que trop

de loisirs. Qui ne voit qu'il y aurait là un excellent moyen de relever leur prestige et de diminuer le nombre des matrones, qui pullulent dans nos campagnes de la manière la plus désastreuse au point de vue de la mortalité infantile ? Et ne serait-il pas nécessaire de saisir cette occasion pour donner plus d'efficacité aux textes de loi touchant l'exercice illégal de l'obstétrique, comme d'ailleurs de la médecine en général ?

Il est entendu que les visiteuses des écoles quelles qu'elles soient se trouveraient placées sous la direction des Inspecteurs, et que ceux-ci auraient à leur tour des comptes à rendre, parfois des avis à demander, à l'Administration préfectorale, en la personne du Directeur départemental de l'hygiène, un médecin comme eux et dont les attributions, pour le dire en passant, devraient s'étendre également à la surveillance des nourrices et des nourrissons.

Que coûterait l'organisation dont je viens de tracer les grandes lignes ? Moins cher assurément que la première. Je rappelle le nombre approximatif de dix communes, avec 6 à 700 écoliers, que j'ai attribué à l'Inspecteur. En raison d'une visite mensuelle de 60 francs chacune, y compris l'indemnité kilométrique — j'admets la distance moyenne de six kilomètres, — j'obtiens 600 fr. par mois, soit 6.000 annuellement à à cause des vacances. Pour le département de 400.000 habitants que nous avons retenu et ses soixante médecins scolaires, nous obtenons 360.000 francs. Je pense que, avec l'appoint des personnes de bonne volonté dont j'ai parlé, il ne faudrait pas plus de vingt sages-femmes pour remplacer les infirmières. En leur accordant mensuellement 300 francs pour dix mois, nous arrivons seulement à 60.000 fr. d'émoluments qui, ajoutés aux 360.000 déjà posés, donnent un total de 420.000. Donc, 90.000 francs, de bénéfices par rapport au système de la fonctionnarisation du service. S'il y avait lieu de créer trente postes de sages-femmes au lieu de vingt, le bénéfice serait encore de 60.000 francs pour notre département type et, pour la France entière, de cinq millions au minimum.

Dans les villes, que nous avons comptées au total de la population, le fonctionnement du service et les dépenses demeureraient les mêmes, et il serait possible d'y faire également appel à des sages-femmes ou de se passer de toute assistance de ce genre, sauf à la consultation hebdomadaire, que je crois indispensable, sur le modèle de la grande cité lyonnaise. Après mûre réflexion, j'estime que les visites faites à domicile sont vexatoires et sans effet : elles ne peuvent se défendre selon moi, que pour la lutte anti-tuberculeuse.

Le pire qui puisse se produire, c'est que, dans les deux systèmes, les dépenses fussent équivalentes. Mais ne croyez-vous pas, Monsieur le Président, que la marque de confiance donnée par le gouvernement au Corps médical, constituerait un geste de haute politique qui ne serait pas trop payé par cette équivalence ? Et voulez-vous que j'aille jusqu'au fond de ma pensée ? Je ne crois pas, en l'espèce, je le répète à dessein, à l'utilité des infirmières, et la seule collaboration des maîtres suffirait aux médecins. Il conviendrait seulement de leur rappeler avec autorité que l'intelligence ne saurait vivre et grandir sans le support d'un corps valide et qu'il lui appartient de veiller à l'un comme à l'autre, qu'au surplus la propreté et la tenue des élèves sont le plus bel ornement d'une classe. Quant aux fiches individuelles et aux mensurations , elles sont bien leur affaire aussi ; ils ne perdront pas plus de temps à s'en occuper eux-mêmes qu'à regarder faire une personne étrangère à l'école dont l'arrivée et l'activité bourdonnante sont toujours une cause de désarroi. Parlez-leur : ils sont trop éclairés et trop dévoués la plupart pour ne pas vous entendre.

Si, plus tard, le Parlement voulait bien prendre la peine de scruter du point de vue du lourd tribut que la France paye chaque année à la mort, la situation précaire faite à trop d'hommes de l'art — puisque cette dénomination leur est restée — par suite d'une concurrence qui va grandissant chaque jour, l'inspection des écoles, telle que je la conçois, pourrait être le point de départ d'une grande réforme de l'exercice de la médecine. Elle tendrait à assurer aux praticiens la sécurité dont ils ont besoin plus que tous autres dans la difficile et redoutable pratique de leur métier, en ménageant toutefois cette indépendance que leur rend si chère un instinct très sûr de l'ordre et de la liberté. En contact journalier avec toutes les misères humaines, ils sont par définition des démocrates, aussi ennemis de l'autocratie que de la révolution, où ils ne voient qu'une forme très basse de la servitude. Ils ne demandent qu'à être consultés et utilisés dignement pour les œuvres ou entreprises qui sont du domaine de la santé publique. Leur patriotisme ne sera jamais pris en défaut. Quant à leur unité syndicale, si nécessaire à leurs intérêts et à l'entente avec les Pouvoirs publics ou les administrations diverses, elle se réalisera, n'en doutez pas, avant qu'il soit longtemps.

Maintenant, Monsieur le Président, je ne vous parlerai pas de moi, personnalité modeste, qui ne suis que l'instrument d'une idée et dont l'initiative est strictement subordonnée au sentiment du bien général. Je vous dirai cependant, qu'il m'a fallu du désintéressement et un peu de courage pour écrire à un ministre cette trop longue lettre, car je ne suis le mandataire de personne : je n'ai pas reçu de mes confrères, la mission de vous exposer un plan d'avance approuvé par eux. Je serai peut-être critiqué, attaqué. Mais je ne prétends nullement avoir fait œuvre d'ar-

chitecte : c'est aux ministres et au Parlement qu'il appartient de construire. J'ai seulement tenté de marquer le terrain et d'apporter à l'édifice quelques matériaux à peine dégrossis. Il est un point toutefois sur lequel, après bien des méditations, je resterai inébranlable, d'accord avec la majorité des hygiénistes, même les plus spécialisés : il n'y a pas de médecine sociale possible, sans la collaboration des praticiens, ceux des campagnes comme ceux des villes. Il y a là des réserves de savoir, d'activité et de dévouement qu'il faut utiliser.

Cette vérité ne saurait échapper à l'homme d'Etat réalisateur que vous êtes. En exaltant, le 15 octobre, dans le temple de la gloire, les vertus et le passé de la Patrie, vous saviez bien que, si les mots les plus simples sont ceux qui conviennent le mieux aux idées élevées et aux suprêmes évocations du patriotisme, c'est aussi sur des évènements sans éclat que se fondent les grandes choses. Dans la reconstruction matérielle et morale de la France, l'organisation de l'inspection scolaire, de l'hygiène et de la médecine, compte parmi ces actes préparatoires d'où dépend le salut du pays.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, le très humble hommage de mon profond respect.

Dr Eugène François.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La Mutualité devant les Assurances sociales.

Maintenant que le Congrès a parlé, nous n'avons qu'à nous incliner et à accepter, quelle que soit notre conception de la médecine sociale, les conclusions votées a une majorité de 16.000 voix.

Nous n'avons plus à nous attarder à des discussions oiseuses sur le contrat coollectif, l'entente directe, la liberté contractuelle, etc. ; tout cela ce sont des mots. Plus de palabres, mais de l'action continue, intensive, je dirais presque de l'action directe, de l'action, de l'action et toujours de l'action, voilà le programme de demain, si nous voulons imposer les décisions du Congrès et réaliser les desiderata de la presque unanimité du Corps médical.

D'ici quelques jours, la loi des Assurances sociales, loi électorale par excellence, va être votée par la Chambre avec le texte intégral adopté par le Sénat. Il faut donner des gages au monde des travailleurs, essayer en même temps de barrer la route au communisme et même aux socialistes en ayant l'air de faire quelque chose pour le peuple. Mais cette loi sera reprise par la nouvelle Chambre et modifiée dans certains de ses articles. Promulguée, elle ne sera guère en vigueur que dans trois ou quatre ans. C'est ce temps que doit mettre à profit le Corps médical pour organiser la défense de l'exercice professionnel. Nous savons que la Mutualité va prendre en charge la mise en marche de la loi des assurances sociales Depuis plusieurs années, elle s'est agitée pou accaparer la loi à son profit. Les dirigeants se sont remués, ils ont renforcé d'abord les éléments politiques, fortifié leur groupe mutualiste parlementaire. Ils ont placé en tête de la fédération nationale un politicien de valeur, M. Raoul Péret, ancien président à la Chambre, ancien ministre, en même temps président du groupe mutualiste parlementaire. Il fut leur porte-parole autorisé. Les mutualitistes *bien unis* se sont mis en contact permanent avec les commissions de la Chambre et du Sénat, ont su y développer leur manière de voir, agiter le spectre de leur puissance, leur valeur électorale. Peut-être même sur ce dernier point y a-t-il eu des accords avec certains groupes politiques et certaines unions départementales ?

Pendant que l'état-major mutualiste se trouvait en rapport avec le Gouvernement et les Commissions, les présidents des Unions départementales et des sociétés des grandes villes ont pris un contact plus intime avec leurs élus et ont réclamé leur appui pour faire aboutir toutes leurs revendications ; expression de la volonté de la masse de leurs sociétaires. Ils n'ont pas manqué d'agiter le chiffre de 6.000.000 d'adhérents, masse imposante, quand on ne dissocie pas ses éléments.

Le Gouvernement et le Parlement désirant établir les assurances sociales étaient inquiets sur la possibilité de créer des rouages nécessaires à la mise en marche. Ils avaient toujours devant les yeux le lamentable échec de la loi des retraites ouvrières et de quelques autres lois électorales. Il y eut alors certainement des tractations et des compromis avec le Gouvernement. Au début, ne l'oublions pas, la mutualité était l'adversaire du projet des assurances sociales. Elle opposait la prévoyance libre qu'elle pratiquait à la prévoyance obligatoire, base des projets à l'étude. Elle craignait d'être dépossédée de son autorité, voyait fondre ses effectifs, disparaître ses membres honoraires, elle avait en perspective la faillite, chose abominable pour les dirigeants qui trouvent dans la mutualité honneur et profits.

Quand elle sut que le Gouvernement et le Parlement aux abois ne demandaient qu'à faire de la mutualité le moteur indispensable de l'assurance, quand elle fut assurée d'avoir le rôle prépondérant dans l'administration des caisses, quand elle fut convaincue que les caisses mutualistes pouvaient être changées en caisses primaires, alors elle changea d'avis sur l'utilité de la réforme sociale et fit une propagande intensive dans les milieux de ses adhérents et se préoccupa surtout de s'adapter à l'organisation future.

Elle avait déjà fait miroiter aux parlementaires son administration déjà ancienne, les cadres de ses œuvres, l'habileté et la bonne gestion de ses administrateurs, toutes choses qui semblent offrir une garantie pour l'avenir de la nouvelle loi sans laisser pressentir que cette organisation de façade masquait les défectuosités réelles.

L'Etat qui n'avait aucun projet réalisateur, qui craignait, comme nous l'avons déjà dit, l'échec de cette nouvelle loi, fut trop heureux de profiter des propositions de la mutualité et d'accepter comme base son fonctionnement. La mutualité, de son côté, à qui manquait surtout l'argent, puisqu'elle ne pouvait relever que difficilement ses cotisations, fut persuadée qu'elle arriverait avec le secours de l'Etat à donner au développement des assurances sociales, toute la solidité nécessaire et contribuer à l'établissement de ce nouveau rouage social.

Si elle avait fait une énorme campagne au sein du monde politique, elle fit une propagande incessante parmi ses membres pour les rallier au principe de l'obligation, base indispensable du projet. D'autre part, pour gagner ceux-ci aux idées nouvelles, elle réclama de nouveaux avantages à la loi en gestation pour y faire participer ceux de ses membres qui pouvaient ne pas y avoir droit. Elle réclama les soins médicaux pour les pensionnés, elle chercha à élever le chiffre de base des assujettis, réclama des avantages pour la femme et pour les vieillards, en un mot, elle voulut enfler les avantages pour faire une clientèle à la nouvelle œuvre d'assistance. Ce ne fut pas tout : elle ne se borna pas à faire de la propagande orale. Elle modifia sur certains points les règlements de la Mutualité pour les adapter à la nouvelle loi en préparation. Elle fit un gros effort pour créer de nouvelles sociétés assurances maladie, dans tous les centres, dans tous les pays un peu importants, qui en étaient dépourvus, dans le but de fournir le noyau de sociétés primaires. Dans d'autres centres elle essaya de fusionner un certain nombre de petites sociétés pour en faire une société ayant l'effectif réclamé des sociétés primaires. Enfin pour éviter que les fonds retraites passent dans les caisses départementales, elle créa des sociétés de retraite autonomes mutualistes avec l'organisation adéquate aux sociétés de même ordre prévues par la loi.

Elle fit plus ; elle organisa des consultations, et des cliniques chirurgicales comme celles du Midi et fit même des organisations plus complexes comme cela se fit à Limoges. Il est probable que d'ici 3 ou 4 années, continuant les efforts déployés jusqu'à ce jour, elle arrivera à offrir un fonctionnement pouvant répondre à tous les besoins du début. Mais en même temps, la Mutualité poursuivit un autre but ; lutte contre les syndicats médicaux, par tous les moyens pour annihiler leur résistance par suite et assurer le service médical de ses sociétés. Nous savons du reste qu'il ne fut jamais possible d'établir une entente entre les syndicats médicaux et les sociétés mutuelles. Nous avons encore à la mémoire, car nous en faisions partie, cette conférence sous la présidence de M. Loubet, qui accoucha d'une souris, si vous voulez donner ce nom à un échec complet. Je crois me souvenir du résultat analogue d'une nouvelle conférence après le Congrès de Montpellier.

La Mutualité triompha des syndicats dans certains milieux, comme à Limoges. Elle sut créer malgré l'opposition des syndicats, des cliniques chirurgicales en offrant à de jeunes confrères des gros appointements (car ils ne sont que des employés salariés), leur assurant pour le présent une situation enviée, mais qui peut crouler demain, si les cliniques perdaient leurs subventions. Dans d'autres centres, elle releva bien les tarifs, mais jamais au taux réclamé par les syndicats, car le rabais est la base essentielle de toute tractation. Dans bien des cas, les syndicats acceptèrent pour ne pas prolonger un conflit dont l'issue n'était pas certaine pour eux et craignant l'appel fait à des médecins étrangers à la région qui accepteraient une chaîne dorée.

Quand elle ne put s'entendre avec les syndicats, elle traita avec des confrères non syndiqués, car c'est surtout à cela que sert l'indépendance affichée des médecins réfractaires au syndicat. Ils sont indépendants pour avoir le droit de se mettre sous la dépendance d'une collectivité quelconque. En réalité, sauf dans quelques rares centres, partout la Mutualité est arrivée à organiser son service médical selon ses aspirations et ses désirs et toujours au-dessous du tarif syndical. Aussi c'est avec un ironique sourire qu'elle accueille les menaces de grève des médecins. Elle affirme qu'elle ne sera jamais embarrassée pour en recruter et la discussion au Sénat a été le reflet de ces allégations. Si nous consultons le dernier rapport fait au président de la République par le ministre du travail sur les opérations des sociétés de secours mutuels pour 1924, nous voyons que 15.000 sociétés approuvées assurent le service en cas de maladie, auxquelles il faut ajouter 1536 sociétés libres soit au total 16536, qui ont fourni des états statistiques à l'administration. Mais il faut tenir ce chiffre pour plus

élevé puisqu'un certain nombre n'ont pas fourni d'états statistiques et qu'un grand nombre de sociétés maladies ont été créées depuis 1924 sous l'impulsion donnée par le projet de loi.

Toutes ces sociétés qui, demain, deviendront sociétés primaires dans l'assurance sociale, ont leur service médical assuré et le jour de leur adaptation à la loi promulguée, ils auront leurs cadres médicaux sur lesquels ils comptent pour faire fonctionner le nouveau service social. Ces médecins continueront vraisemblablement avec les sociétés qui les ont agréés jadis : et leur clientèle de mutualistes deviendra une clientèle d'assujettis. Il ne faut guère admettre qu'ils refuseront cette clientèle accrue de la famille lorsqu'ils recevront en retour des honoraires beaucoup plus élevés.

Pendant que la Mutualité poursuivait sa réorganisation méthodique, que faisaient les médecins. Après avoir admis le principe de la loi, à laquelle du reste ils ne pouvaient guère s'opposer, ils passerent leur temps à se disputer, à se chamailler, à discuter sur des mots, à disséquer des formules ce qui eut pour résultat final, la division du Corps médical, son émiettement et sa disqualification auprès du Parlement. Nos élus nous disaient sans cesse, mettez-vous d'accord. Vous venez à nous avec des formules incompatibles, nous ne savons dans quel sens nous devons présenter vos revendications. Le résultat fut que la loi fut votée presque sans leur avis, dans le sens réclamé par la Mutualité. On accorda la liberté pleine et entière des tractations des caisses avec tel ou tel médecin. Il ne fut même plus question des syndicats, ni des Unions de praticiens. Les syndicats avaient aidé eux-mêmes à l'action poursuivie depuis longtemps par la Mutualité ; là désunion du Corps médical. Elle n'avait pas pu la réaliser par elle-même, mais elle profita largement du suicide des syndicats médicaux.

Comment sortir de cette situation ? Qu'elle action, à mon avis personnel, doit-on tenter, c'est ce que j'étudierai dans un prochain article.

Dr VIMONT.

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

LA MÉDECINE STANDARD

Il semble, à première vue, bien étrange d'associer les deux mots. L'infinie variété des cas médicaux, les changements fréquents de modes médicales, les discussions entre médecins, qui furent et qui seront de tous les temps : tout cela paraît incomptatible avec l'application, en médecine, de méthodes « standard ».

Pourtant celles-ci, à tort ou à raison, tendent à se répandre de plus en plus. C'est pourquoi nous croyons intéressant — et peut-être utile — d'en discuter l'opportunité.

Qu'est-ce donc qu'une méthode médicale « standard » ?

On peut la définir : une méthode scientifique, simple, efficace, inoffensive et, autant que possible, économique parce qu'applicable à une collectivité.

On peut l'envisager pour tout ce qui touche à la médecine : examens cliniques, recherches de laboratoire, applications thérapeutiques, mesures d'hygiène, etc.

Jusqu'ici, nous n'avons assisté qu'à des tentatives de standardisation — ou à la française — de normalisation.

Dans l'armée, elle existe déjà. N'était-elle pas, au premier chef, une méthode normalisée, celle qui fut imposée, à la fin de la guerre, aux médecins de l'avant, à qui il était interdit de faire des sutures primitives, sous peine de sanctions sévères.

Un autre exemple nous est fourni par la création de grands groupements de blessés triés : centres de gazés, de vénériens, de fracturés.

Dans un autre ordre d'idées, les barèmes d'invalidité, destinés aux accidentés du travail, ou aux mutilés de la guerre, n'expriment-ils pas, tout simplement, une méthode standard de « pronostic médico-social » ?

Ces exemples nous montrent déjà que, dès qu'elle intéresse des collectivités importantes, régies par une discipline — ou un contrat —, la médecine tend, par la force des choses, à une méthode uniforme, « normale ». Nous la voyons suivre le développement de toutes les organisations de médecine sociale : loi des accidents du travail, l'aînée de toutes les autres : loi des mutilés, lois d'assistance ; organisation des dispensaires, etc...

La médecine-standard a donc suivi l'évolution du malade-standard.

Mais nous la voyons apparaître, également, dans des cas particuliers : la méthode du jeûne pré-opératoire, ou, plus précisément, pré-anesthésique, dont la discussion est encore à l'ordre du jour, a été, cependant, adoptée par bien des tribunaux. C'est cette conception normalisée qui sert de base aux condamnations d'un chirurgien dont le malade est mort au cours d'une anesthésie.

Nous nous trouvons donc, que nous le voulions ou non, en face, non pas d'une suggestion ou d'une hypothèse ; mais en face d'une réalité admise déjà par une partie du public.

Voyons donc quels avantages, quels inconvénients, quelles possibilités d'application pourrait présenter une standardisation médicale ; et ceci aussi bien au point de vue scientifique que professionnel ou social.

Scientifiquement, il est certain que les méthodes standard, par leur unification, aboutissent à des résultats *comparables*. C'est parce qu'ils sont comparables que l'étude de ces résultats peut devenir fructueuse et arriver à des conclusions pratiques.

Les résultats d'une thérapeutique appliquée en grande série sanctionnent la valeur de cette thérapeutique. La loi du nombre a, pour ainsi dire, supprimé les discussions sur la prophylaxie séro-thérapique de la typhoïde et du tétanos.

Les congrès internationaux de médecine ou de chirurgie mettent en évidence des divergences de vues, quelquefois considérables, sur la valeur d'un traitement. Qu'est-ce à dire, sinon que les conditions d'examen, les techniques de laboratoire, d'application d'une médication n'ont pas été les mêmes ?

Les sociétés savantes auraient tout intérêt à identifier leurs méthodes pour pouvoir en comparer les résultats.

Il semble alors possible d'envisager l'amélioration d'une méthode médicale poussée presque jusqu'à la perfection, pour le bien commun.

Au point de vue de notre outillage, les avantages d'une standardisation apparaissent avec évidence. Une aiguille à injections devrait pouvoir s'adapter à n'importe quelle seringue.

L'appareil de Rouvillois, pour fractures de l'humérus, adopté par l'armée, constitue un excellent type standard : simple, robuste, efficace interchangeable, peu encombrant puisque pliable et bon marché parce que fabriqué en grande série.

Notre brancard militaire est un autre exemple. Si les brancards français, anglais et américains avaient été standardisés, que de commodité pour les évacuations, puisqu'ils auraient pu s'adapter à toutes voitures d'ambulances, à tous les trains sanitaires.

Professionnellement, la normalisation confère au médecin l'*irresponsabilité*. Une méthode, consacrée par une autorité médicale supérieure, permet au médecin qui l'applique de s'abriter derrière cette autorité.

Prenons un exemple. Un accidenté du travail meurt des suites d'une piqûre de sérum antitétanique : le médecin bénéficiera de toutes les chances d'un acquittement. Si le blessé meurt du tétanos, sans avoir été injecté, le médecin court tous les risques d'une condamnation.

Cette irresponsabilité est-elle souhaitable ? Oui et non. Oui, certainement, si l'on songe aux attaques multipliées depuis quelques années contre la responsabilité médicale.

La publicité excessive donnée à certaines victoires médicales exceptionnelles, le nombre infini de malades ou de blessés, qui, pendant la guerre, ont été les hôtes forcés de formations sanitaires et, souvent, les témoins de discussions médicales, l'impunité habituelle et le succès des charlatans-guérisseurs, la prétention généralisée, et, en particulier, de certains tribunaux, à une haute compétence médicale font que le malheureux médecins n'est plus libre d'un geste ou d'une parole qui ne soit l'origine d'une discussion technique.

Par un phénomène curieux, le public donne, surtout depuis la guerre, un crédit excessif à la médecine en général et un discrédit, non moins excessif, au médecin en particulier. La mort d'un malade n'est presque jamais imputée à l'impuissance d'une science relative : la médecine peut et doit tout guérir. Elle n'est imputée qu'à une faute lourde, une erreur grave ou l'incompétence d'*un* médecin.

Depuis la guerre, également, la « Princesse » a, si généreusement, indemnisé de faux mutilés — nous sommes mieux placés que n'importe qui pour le savoir — que la mentalité du « pensionné » se généralise. L'indemnisation n'est plus le bénéfice d'un geste individuel de prévoyance ; elle devient, dans tous les cas, et pour tout le monde, un *droit*. Les lois sociales actuelles ne peuvent que développer cet état d'esprit par leurs tendances souvent démagogiques.

De leur côté, les hommes d'affaires, de plus en plus nombreux, cherchent à exciter, chez leurs clients, le désir d'une indemnisation — ou plus souvent d'un profit — à propos de tout dommage subi. La discussion d'une note d'honoraires, de l'opportunité d'un traitement, la prétention de demander la garantie d'une guérison avant une opération et même de l'exiger sont des constatations de plus en plus fréquentes.

Nous en arrivons au tiers payant, personnage fatal, souvent insupportable, qu'il agisse directement ou dans la coulisse. Par le fait même qu'il paye, il réclame un droit de contrôle, ce qui se conçoit. Jusqu'à présent, ce contrôle ne visait

que les fraudes matérielles de médecins ; mais le contrôle technique est déjà créé. S'il n'est composé que de médecins, il deviendra suspect. Si nous demandons aux caisses un droit de regard médical dans leur gestion, elles exigeront une contre-partie. Demain, un de leurs délégués assistera à nos discussions techniques et, au besoin, donnera son opinion sur la valeur d'un traitement, l'opportunité d'une visite, etc.

Fausse science de certains tribunaux, qui jugent, parfois, au-dessus d'experts médicaux, mauvaise foi du mauvais payeur, discussion de tout ce qui touche à la médecine par n'importe qui : autant d'armes dangereuses dirigées contre la responsabilité du médecin.

C'est tellement vrai que l'*assurance-responsabilité*, nouvelle venue, se développe sans cesse. Les assureurs réclamèrent l'application de méthodes « normales » parce qu'inoffensives et couvrant, *a priori*, la responsabilité de leurs clients, les médecins. Ils pourront ainsi abaisser le taux de leurs primes et multiplier leurs polices.

Socialement, la médecine standard, donne-t-elle une garantie au public ? Oui, en ce sens que, dans certains cas, elle le protègera contre l'imagination un peu vive, une expérimentation insuffisante, l'hypothèse audacieuse d'un médecin qui pourrait faire de lui un danger social.

Un code médical technique protègerait, également les malades contre une foule de spécialistes dont la compétence et le sérieux prêtent à discussion. Avec la normalisation, en effet nous le verrons, tous les médecins deviendront' spécialistes...

Enfin, pour les collectivités contractantes : État, assurances, caisses, les méthodes standard ne peuvent amener qu'une sérieuse économie de litiges et de procédure.

Nous venons de voir, tout au moins superficiellement, les avantages que peut présenter la normalisation pour la médecine en général, les médecins en particulier et les collectivités. Mais au prix de quels inconvénients ?

Scientifiquement, la méthode standard, à cause de son uniformité, s'oppose à la variété des cas pathologiques. Au point de vue thérapeutique, si elle doit tendre à être inoffensive, d'une façon générale, elle risque de rester inefficace dans des cas particuliers. Le prix de la sécurité est donc, en définitive, la médiocrité.

Au point de vue professionnel, les inconvénients se multiplient.

Notre confrère de demain, le médecin fonctionnaire-social, a la chance d'être irresponsable, comme toute fonctionnaire. Il perd sa personnalité et le goût de sa profession. Il émargera au budget de l'État ou d'une caisse et ce sera tout. A quoi bon son dévouement ? On le taxera d'intérêt A quoi bon sa compétence, s'il applique une méthode « normale », comme le fonctionnaire applique un « règlement ».

D'autre part, la méthode standard aboutit à la suppression des spécialistes, ou tout au moins de certains d'entre eux. Le médecin doit pouvoir appliquer la plupart des méthodes ; sinon il se déconsidère vis-à-vis de sa clientèle et ses malades l'abandonneront. Vous me direz : nous revenons ainsi à l'ancienne et saine médecine. Un « docteur » doit pouvoir arracher une dent, enlever des végétations, réduire une fracture ou opérer une hernie étranglée. Parfait. Mais il devra, aujourd'hui, connaître l'usage de la radiographie, de la diathermie, des rayons ultra-violets. Il lui faudra un laboratoire doté d'autre chose qu'un simple microscope. Que de dépenses d'installation et comment exiger d'un seul homme, qui n'a fait que cinq ans d'études spéciales, des connaissances aussi complexes et étendues, puisque la médecine utilise toutes les sciences

Des associations médicales de spécialistes se multiplieront, peut-être, dans les centres urbains ; mais le médecin de campagne, le plus fréquent, doit se suffire à lui-même. Que de dangers et que d'inquiétudes pour lui ; mais de la part du médecin marron, que d'abus possibles, sous le prétexte de modernisme

Cette question des abus de la part des médecins doit retenir l'attention.

S'il est vrai, que, dans notre profession, comme dans toutes les autres, on assiste à un fléchissement de la moralité, il n'est pas moins vrai que ce changement est la conséquence obligée de la transformation de la clientèle. Elle se composait, autrefois, de malades libres, privés, payants. Aujourd'hui ce sont des malades-standard, appartenant à des collectivités et ne payant plus. Les rapports moraux du malade et du médecin sont profondément modifiés. Ce seront les « caisses » qui nous payeront. Bons payeurs ? Nous l'espérons ; mais payeurs au rabais, nous en sommes sûrs. Pour vivre, les lois démagogiques obligeront le médecin à devenir malhonnête, à abuser du nombre de visites ou de traitements spéciaux, à se laisser aller à des collusions avec ses malades. Dans les centres ouvriers, le jeune médecin, chargé de famille et sans fortune, ne peut vivre qu'en imitant son concurrent : le médecin marron.

Avec la loi des assurances sociales, nous le savons, les neuf dixièmes de nos clients seront inscrits sur les listes. L'abus des inscriptions sur les listes, voilà le danger de cette loi.

Ces abus seront commis par les malades sont les déclarations faussées ne sont pas vérifiables et par les maires, conseillers généraux et autres auxquels cette loi fournit un moyen électoral puissant, sous des dehors humanitaires de publicité commode.

Dès maintenant, l'établissement des listes d'assistance médicale et le contrôle de ces listes ne peuvent fonctionner sainement dans notre pays où le Parlement et la mentalité électorale prennent chaque jour une puissance plus grande. On voit quel parti des hommes politiques, soucieux de leur élection, pourront tirer de la loi des assurances sociales, beaucoup plus vaste et leur offrant, sous ce rapport, des possibilités considérables.

Nous, médecins, n'avons plus l'indépendance de notre générosité. Elle nous est imposée par des hommes qui en profitent à nos dépens matériels et moraux, car ces hommes cherchent souvent à exciter contre le corps médical un mépris qu'ils méritraient eux-mêmes.

Le monopole des soins à tous les malades, à très peu près, dans une nation, ne peut que devenir une source d'immoralité profonde, dans un pays comme le nôtre. Le Français, par ses caractères ethniques et par la déformation politique de son esprit, ne jouit, ni de la haute moralité sociale de l'Américain, ni de la rigoureuse discipline collective des masses allemandes.

C'est cette menace d'étatisme médical qui unit, aujourd'hui, les médecins, qui développe chez eux cette mentalité, non pas d'associés, mais de syndiqués, qui les pousse à la grève, qui les affiliera un jour à la CGT. Belle évolution, en vérité d'une profession libre, qui, pour garder sa noblesse devrait demeurer essentiellement individuelle.

La normalisation de la médecine, qui n'est que la conséquence de sa « socialisation » ne peut donc aboutir, professionnellement qu'à un avilissement des médecins, de leur mentalité, de leur compétence et de leur recrutement. Cette évolution est la faute directe d'un parlement démagogue qui ne peut ou ne veut pas comprendre les conséquences des lois qu'il vote.

Ce parlement si généreux, mais disposant d'un trésor si pauvre, se voit immédiatement obligé à l'économie. La médecine de pauvres et de riches existe. Le nier est une naïveté. On nous impose, à l'AMG, le traitement le plus économique. Le malade est soigné gratuitement, cela suffit. Il ne doit pas avoir la prétention d'exiger la qualité des soins.

Le souci politique de la médecine standard est tellement réel que nous voyons bien peu de veuves sur les listes d'AMG : elles ne votent pas.

Pour une autre qualité sociale de malades : les mutilés de la grande guerre, les barèmes d'invalidité, barèmes préférentiels, sont supérieurs aux barèmes des mutilés du travail. Cette inégalité constitue, médicalement, une absurdité.

Qu'on ne nous accuse pas d'antipatriotisme ou d'ingratitude envers nos blessés. Le grand mutilé restera toujours une victime lamentable pour qui le 400 % ne représenterait, parfois, qu'une réparation bien faible. Mais le petit mutilé devient un profiteur, au lieu d'un indemnisé, et le faux mutilé que l'on ne veut pas dénoncer est un escroc qui vit aux dépens de la société. Leurs revendications respectives sont inversement proportionnelles à la gravité de leur état et à leur héroïsme ; et c'est le vrai et grand mutilé qui en souffre.

Nous voyons donc que, somme toute, les malades, dans les formes diverses de la médecine standard, sont les premières et les plus graves victimes d'une méthode destinée à leur soulagement.

Quant aux collectivités contractant avec les organismes médicaux, les caisses, les assurances privées, l'Etat, l'application de méthodes standard, au lieu de devenir pour elles économiques, va leur coûter fort cher, et cela, en toute honnêteté de la part des médecins.

Voyons un exemple concret, actuel. Un employer, assuré, voit un de ses ouvriers blessé très légèrement. La moindre égratignure l'oblige, « pour se couvrir », à faire une déclaration d'accident, et à l'envoyer au médecin. « On ne sait jamais comment une plaie, présumée bénigne, peut évoluer ». Le médecin fera au moins deux visites, une piqûre de sérum antitétanique, un certificat et un pansement. Il exemptera l'ouvrier de travail pendant les douze jours indispensables pour qu'il soit indemnisé. Résultat : une blessure qui nécessiterait une goutte de teinture d'iode et qui permettrait de continuer le travail va coûter 37 francs d'honoraires médicaux, 15 ou 20 francs de pharmacie et 12 jours de chômage.

Nous ne voulons pas soulever ici la question des fraudes ouvrières, en prévision d'une grève, en particulier, à la veille de laquelle les petits accidents se multiplient. Le sujet est trop vaste et hors de notre cadre.

Il nous reste à voir maintenant les possibilités d'application de la médecine standard.

Scientifiquement, il faut que la méthode soit consacrée par une sorte de « conclave médical ». Comment le composer et quelle autorité légale lui conférer ? Ce conclave groupera, évidemment, les sommités médicales, c'est-à-dire, en France, des hommes âgés, fidèles à une idée ou à une routine. Rappelons nous les attaques contre Pasteur de la part des sociétés savantes ; rappelons-nous les séances orageuses de la société de chirurgie, lorsque Championnière bataillait, presque seul pour les idées de Lister.

Faites intervenir les questions d'écoles, les « chapelles », les rivalités personnelles.

Pensez aux intrigues des grosses firmes pharmaceutiques dont les produits seraient discutés ou condamnés. Tenez compte, enfin, du tempérament médical, essentiellement indiscipliné.

Que d'obstacles à vaincre avant de la mettre sur pied, cette fameuse méthode standard

D'autre part, à la base de toute méthode thérapeutique normalisée, il faut l'exactitude du diagnostic. Pour le rendre toujours possible, ce diagnostic, faudra-t-il établir le principe d'une consultation initiale et avec qui ??

La question des laboratoire, qui prend chaque jour plus d'importance, soulève, elle aussi, de grosses difficultés. Les dispensaires anti-vénériens confient leurs examens de sang à des laboratoires normaux de Facultés. On évite ainsi le danger de laboratoires incompétents ou malhonnêtes. Mais quelle garantie en ce qui concerne les résultats fournis par ces usines, privées de tout contact réel avec la clinique et dans lesquelles les examens seront confiés à des manipulatrices dont le désordre ou l'insouciance peuvent avoir les conséquences les plus sérieuses

Dans les hôpitaux, question capitale, la méthode standard sera-t-elle appliquée ? Le jour où l'Assistance publique assurera son personnel médical contre le risque-responsabilité, chefs de service, internes, etc... n'exigera-telle pas d'eux le renoncement à certaines méthodes dont la nouveauté paraîtrait dangereuse ?

Sans doute le public se féliciterait de la suppression de ce qu'il appelle l'expérimentation sur le malade d'hôpital. La théorie du malade-cobaye est reprise périodiquement par des journalistes en chômage ; mais ses conclusions sont fausses. Un malade ne sert, pour ainsi dire jamais de sujet de première expérience. Avant d'être appliqué à l'homme, un traitement a déjà subi l'épreuve du laboratoire, l'essai sur l'animal, la répétition sur le cadavre, s'il s'agit d'une opération. Ce traitement bénéficie, d'ailleurs, des idées de thérapeutique générale éprouvées et saines. Si le malade risque, c'est bien peu, et, la plupart du temps en toute connaissance de cause. Une méthode tout à fait nouvelle, donc éventuellement dangereuse, est généralement tentée par un médecin sur lui-même. Les exemples abondent.

En réalité, le malade d'hôpital reçoit des soins généralement meilleurs que le malade de ville dans les centres hospitaliers des villes de Faculté dotés d'un personnel éminent et d'un outillage parfait.

En définitive, la méthode standard, appliquée à l'hôpital, risque d'arrêter tout progrès scientifique.

Nous en arrivons à une conclusion... car il faut conclure.

D'une façon générale, la médecine standard présente beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Elle serait donc à rejeter. Mais, comme nous l'avons dit au début, elle semble fatale et elle nous est imposée, que nous le voulions ou non, par l'opinion actuelle et par les lois sociales modernes. Ce n'est pas nous qui sommes les maîtres de l'heure ; c'est le Parlement. Tachons donc de composer.

Il semble logique et indispensable que les questions médicales, techniques et déontologiques soient soumises au seul examen d'un conseil médical supérieur et non à d'autres juridictions.

Il est, d'autre part, évident, que le corps médical a perdu une autorité, qui était considérable, jadis, du fait d'un fléchissement de sa moralité, quelle qu'en soit la cause. Or, les syndicats n'ont aucun pouvoir effectif contre ceux qui déshonorent notre profession ou qui font simplement douter de la conscience médicale. L'autorité morale est la première de nos armes pour lutter contre des lois dangereuses. Si nous la possédons, nous serons aidés par la masse de nos malades qui font l'opinion publique. Sinon nous sombrerons.

Nous arrivons ainsi à la conception d'un Conseil de l'Ordre élargi et doté de pouvoirs légaux.

Sa composition équilibrerait les éléments jeunes et vieux, officiels et officieux, urbains et ruraux, et comprendrait des représentants de toutes les branches de la médecine.

Il serait renouvelable, en totalité ou en partie, tous les cinq ans.

Il aurait des délégués à un conseil international rattaché à la S.D.N.

Il jouirait, enfin, de pouvoirs étendus et ses décisions, légalisées, lui permetttraient d'appliquer des sanctions, quelquefois publiques, aux médecins actuellement soumis à une juridiction souvent incompétente.

Il étudierait les méthodes qui peuvent, dans l'état actuel de la science, être normalisées, exemptant de cette normalisation les hôpitaux et les médecins qu'il jugerait dignes. Il doit en effet rester entendu que le médecin demeurera libre devant sa conscience et d'accord avec son malade, de s'écarter d'une méthode standard pour suivre son inspiration personnelle.

Il étudierait, également, la possibilité de limiter le nombre annuel des étudiants en médecine, ce qui aurait pour avantages de faire une sélection à l'origine et de diminuer les effets d'une concurrence professionnelle déplorable.

Ce Conseil de l'Ordre élargi comprendrait une commission scientifique, une commission déontologique et une commission juridique, réunies périodiquement en séances plénières.

Ces suggestions n'ont pas la prétention d'une étude de longue date. Elles sont le fruit de réflexions nombreuses et pratiques. Nous aurons atteint notre but si nous éveillons chez nos confrères le désir formel de se donner une loi avant qu'on ne leur en impose une, et de reprendre les traditions de nos pères qui, sans aucun doute, étaient de belles et saines traditions.

Dr Delmas,
Ancien interne des hôpitaux de Paris

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Nos Pauvres Médecins. — Sainte-Pauline.

Ainsi que mon ami Noir le faisait récemment remarquer (*Conc. méd.*, 15-1-28), nombreux sont les médecins qui trouvent un délassement inappréciable en jouant de leur « violon d'Ingres », qui écrivant, qui rimant, qui peignant, qui sculptant, qui musiquant...., souvent avec un talent qui les classe bien au-dessus des simples amateurs, les apparentant même à des professionnels de marque.

C'est ainsi que Jean-Louis Faure vient de faire paraître, sous le titre de *En marge de la chirurgie*, un recueil de toutes ses productions para-médicales. Emile Forgue avait publié récemment ses analogues productions, en une brochure intitulée : *Au seuil de la chirurgie*, que j'ai pris plaisir à présenter aux lecteurs du *Concours médical*. Il est curieux de rencontrer, à Paris et à Montpellier, deux maîtres, d'une haute culture comparable, grands prêtres de la chirurgie à laquelle ils consacrent le meilleur de leur existence, qui en ont tellement exploré les abords que l'un d'eux a pu s'arrêter longuement sur le seuil de son domaine, tandis que l'autre se promenait dans ses bordures, dans ses marges...

Honoré Broutelle est un artiste et un poète. Ses burins, ses eaux fortes, dont le *Concours médical* a commencé d'orner ses numéros, sont d'une facture infiniment talentueuse, et il y a beau temps qu'ils illustrent certaines publications para-médicales qui consacrent à l'Art une place importante : j'ai nommé *Septimanie* et l'*Art médical*. Ses œuvres poétiques dénotent une infinie fraîcheur d'inspiration, en même temps qu'une grande richesse d'images et de rimes.

Je suis heureux de lui rendre ici cet hommage, en appelant sur lui l'intérêt bienveillant de nos lecteurs. Honoré Broutelle a dû, depuis plusieurs années, renoncer à exercer la médecine pour raison de santé. Il tire la plus grande partie de ses ressources de son burin de graveur et de son crayon de dessinateur. Et il a 60 ans...

***

Je signale aujourd'hui deux romans qui sont signés également du nom de deux confrères girondins : *Nos pauvres médecins* (1), de Louis Charron ; *Sainte-Pauline* (2), de Léon Gaubert, qui a obtenu le prix de l'Académie des Dix de province.

(1) *L'Expansion scientifique française*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

(2) *Les éditions du fleuve*, Lyon.

Le premier a paru par tranches dans le *Journal de médecine de Bordeaux* où j'avais un délicat plaisir à les parcourir. Aussi, ai-je tenu à consacrer quelques loisirs à le revoir dans son ensemble, pour vous en dire tout ce que j'en pense.

Louis Charron a entendu répliquer aux ouvrages qui, dans le roman et au théâtre, tendent à calomnier le corps médical méconnu. Il a décrit, ainsi que le fait remarquer le professeur Arnozan dans sa Préface, « les déboires et les embarras d'un débutant dans la carrière, qui se trouve en butte à la fois à la malveillance de l'Administration, à l'intransigeance des politiciens, à la mauvaise foi des clients, e t à la concurrence des sorciers. »

Ce débutant, le Dr Morandière, s'est installé à Campestras où il a pris la succession d'un confrère récemment décédé. C'est un poste rural, situé au nord de la Gironde, dans le pays des « Gabayes ».

En XVIII chapitres, plus alertement troussés les uns que les autres, et d'une acuité et d'une rigueur d'observation inattaquables, nous apprenons comment Morandière se trouve, malgré lui, embrigadé en quelque sorte dans un clan politique qui a pour adversaire le maire de sa commune ; comment, parce qu'il a complaisamment cédé un bidon d'essence à la fille dudit maire, en panne sur la route, il est soupçonné de pactiser avec le clan opposé ; comment il parcourt une longue route la nuit, appelé d'urgence auprès d'un brave homme atteint depuis plusieurs jours d'une fluxion dentaire ; comment il fait une fugue à Bordeaux où il retrouve une petite amie avec laquelle il sable le champagne que payent les honoraires chichement reçus de la Société de Secours mutuels ; comment il sauve une femme atteinte d'hémorragie par inertie utérine après un accouchement ; comment il assiste à une noce de campagne... ; comment il est mandé auprès du maire auquel il réduit habilement une fracture de jambe... ; comment finalement il s'éprend de Geneviève Bertinière, la fille de ce client inattendu, à qui il n'est pas demeuré indifférent, et l'épouse, après avoir été élu conseiller municipal, à son corps défendant, réunissant sur son nom la quasi unanimité des voix...

Je me suis délecté à cette lecture, tant tout y est pris sur le vif, scrupuleusement noté et exposé. Il me semblait que je rajeunissais de trente ans, et que je lisais le récit de mes propres exploits de débutant. L'élection au Conseil municipal me rappelait la mienne, en 1896, que je raconterai peut-être quelque jour....

Mais pourquoi ne cèderai-je pas la place à l'auteur lui-même ? Lisez donc à votre tour ces extraits du chapitre VII :

« *Dans lequel on attend, mais où l'on ne perd rien pour attendre, puisqu'on gagne deux vies humaines en ne sacrifiant que son temps et son argent :*

Dragons, aux portes d'Hespérides, le Dr Morandière et Mme Lastouillas, sage-femme, encadraient le lit.

Le globe des draps les unissait.

Rythmique, le cri, trop aigu pour être définitif, vrillait le silence...

Une fois de plus, Morandière lava ses mains, abaissa le drap, et se pencha, le doigt investigateur en avant..................................

....

Mme Lastouillas mangeait avec appétit. Victor Cartemèche, les coudes au bois graisseux de la table, avalait sans hâte les cuillerées de soupe. Sa main, à vrai dire, économisait un trajet que sa tête, en s'avançant, daignait lui épargner. Puis il prit la bouteille, enleva le bouchon, qu'il appliqua au goulot du creu de sa paume, tandis qu'il versait le vin dans son assiette, où le bouillon était prêt au « chabrot ». Il but à lentes gorgées. Puis, ses lèvres happèrent bruyamment les moustaches pour en extraire le liquide attardé... Il poussa un gros soupir, et, se retournant vers Morandière :

« Monsieur le docteur ne veut décidément pas nous tenir compagnie ? Allons ! Je n'insiste pas. »

La sauce du matin était un « reste » de lapin, rongeur domestique, au squelette abondant. Victor, de la pointe de son couteau, avait piqué un des rares morceaux encore immergés, pour l'offrir à Mme Lastouillas. Il finit par en découvrir un second ; il le plaça sur son pain en le maintenant du pouce. Alors commença le méthodique, le patient, l'interminable travail. Son couteau détachait en partie un vaste cube de pain; puis, la pointe allait quérir dans un recoin osseux quelque lambeau de chair encore adhérente. Alors, pain et viande, poussés par la lame, étaient enfournés, puis mâchés, triturés longuement en silence, avant que d'être déglutis.

« Ils ne devraient jamais avoir de maladies d'estomac ! » se disait Morandière.

La femme hurla.

« Faut que tu aies courage ! » dit Victor, bouche pleine.

Le repas fini, l'homme ferma son couteau avec un claquement sec. De la langue, il fit des aspirations sonores, par quoi il nettoyait ses dents, encombrées de fibres alimentaires. Il remit tout en place et revint s'asseoir devant le feu.

....

Un hurlement évita à Mme Lastouillas la violation du secret professionnel, cri rauque d'effort soutenu.

« Attention ! » dit Mme Lastouillas, en se hâtant vers le lit.

« Ça vient-il ? questionna la Grassille.

— Je vous crois, c'est-à-dire que ça va y être. »

Ils furent tous debout ; Morandière avait couru à la cuvette.

« De l'eau ! Donnez-moi vite de l'eau. Pas celle-là, ma pauvre femme. De l'eau bouillie. Bien ! Assez ! Mais elle est bouillante ! Il faudrait verser un peu froide. Vous n'en avez pas ? Allons, tant pis ! Tenez : faites couler cette teinture d'iode sur mes mains. »

Un vagissement surgit, faible d'abord, puis vite raffermi ; la sage-femme tapote le minuscule thorax à peau rougie, qui vient d'apprendre à respirer. Le petit visage grimace, la bouche voudrait cracher, les yeux sont une fente dans une peau ridée. Un éternuement. Et tous les liens coupés avec sa mère, mais conservant encore pour une semaine le vestige comiquement appendu d'un servage deneuf mois, l'Homme-Roi est emporté vers ses langes.

« C'est un garçon ! triomphe la Grassille. Avais-je t'y pas raison ? »

...La femme à Victor se prend à souffrir de nouveau.

« Attention ! dit Mme Lastouillas, c'est le moment où, les deux autres fois...

— Je sais, je sais », dit Morandière énervé.

... La Bergeronne emporte dans le vase de nuit la lourde chair gluante et tremblotante.

Morandière, une seringue en mains, pique la cuisse de la femme.

« Ce n'est rien... C'est fini. Là ! Restez tranquille maintenant. »

L'enfant est habillé.

« Ah ! mon pauvre Victor, tout d'même, c'est encore un Cartemèche tout craché, celui-là. Vous ne pouvez pas le renier. »

Victor ne manifeste qu'une joie relative d'une certitude qui lui paraissait acquise.

« Pauvre petit bougre, dit-il simplement. C'qu'y a d'certain c'est qu'y n'est pas venu au monde chez des riches...

— Que voulez-vous ! Çà l'empêchera pas de faire son chemin si la Destinée y est ... »

....

« Qu'avez-vous ? questionna le docteur.

— Oh ! je ne sais pas. Il me semble que ma tête tourne et j'entends des cloches tinter dans mes oreilles. »

Morandière et la sage-femme se regardent, angoissés.

« Pas de doute, dit Jean en palpant le ventre. Mou et distendu ! Otez-lui ses oreillers. Allons ! Mesdames, assez de bavardages. Il faut maintenant m'aider. »

....

Les coqs échangent leur salut. Les roues d'une charrette matinale craquent sur la route encore noyée d'aube grisâtre. Le moteur est froid devant la porte de la pauvre maison... Qu'importe puisque la femme à Victor a pu être réchauffée...

Le Dr Morandière se dirige vers sa voiture.

Il a passé sa nuit entière. C'est l'Assistance médicale gratuite qui le paiera. Dieu sait comment, et après quels délais ! Qu'importe ! La femme à Victor est réchauffée ! Aux six petits, il a conservé leur maman. Et de cela, ce n'est pas chez le percepteur qu'un brave cœur peut être payé !

La prose de Louis Charron est souple, coulante, agréable à lire, sans emphase, sans prétention. J'y ai cependant noté, de ci, de là, une pointe de lyrisme qui n'est pas déplaisante, tel le passage suivant :

« ... Les fenêtres de Morandière étaient demeurées ouvertes sur la tiédeur de la nuit. Le docteur gagna à tâtons un fauteuil. Les crissements des insectes trouaient l'obscurité et la goutte sonore de la flûte crapaudine tombait, harmonieuse. » (P. 101.)

Son roman contribuera-t-il à provoquer, dans le public, une réaction salutaire contre les campagnes malveillantes dont le corps médical est la victime depuis quelque temps ? Je le souhaite sans trop y compter.

Et je m'associe de grand cœur aux compliments qui ont été adressés au Dr Louis Charron, tant pour le mérite de son effort que pour la manière attachante dont il l'a réalisé.

***

Sainte Pauline, de Léo GAUBERT, une humble institutrice diocésaine, exerce son ministère dans une « ville aux contours légers, aux portails anciens, (qui) n'est plus hélas ! qu'un souvenir dans la mémoire des hommes. La guerre a passé sur elle et son sourire s'est effacé... sous la hideuse grimace de la dévastation... »

Ville de Picardie, comprise dans ce qu'on appelait le front, durant la guerre, où j'imagine que l'auteur a résidé à cette époque et dont il a conservé un souvenir passionnément ému, dont témoignent ces quelques lignes que j'ai empruntées à son avertissement liminaire (Montdidier.)

« Etre une sainte... une sainte... », telle est l'aspiration d'une des deux élèves préférées de cette Pauline Chapelain... « un rien par la ville, une ombre légère... »

Pourquoi faut-il que ces deux élèves appartiennent à des milieux jugés sévèrement par l'opinion publique, parce que la morale n'y est pas pratiquée, avec toute la rigueur qu'il conviendrait ? L'une d'elle, Gisèle, orpheline élevée par sa grand'mère, un peu à la diable, a une sœur aînée, ouvrière d'usine, aux mœurs faciles et qui, plus tard, succombera à la suite d'un accouchement. L'autre, Suzette, dont la mère, femme légère, a fui le domicile conjugal, laissant l'enfant désemparée aux soins de son père, Paul Arpheuil.

C'est de là que naîtra tout le drame qui troublera l'existence de Pauline. En effet, le soir même où Suzette, en sa présence, a constaté la fugue maternelle, l'enfant a contracté une affection grave, une broncho-pneumonie sans doute, qui la tuera. Et pour avoir passé la nuit à surveiller et soigner sa petite préférée, Pauline, Sainte Pauline, se verra irrémédiablement compromise. D'autant mieux qu'elle s'éprendra de Paul Arpheuil, près de qui elle sera surprise, lui disant très innocemment adieu à l'heure où il part lui-même.

Cette aspiration vers la sainteté, formulée par cette petite, Pauline l'a prise à son compte, et, à être en contact permanent avec sa directrice, ancienne religieuse sécularisée, et l'archiprêtre qui fait fonction d'inspecteur de l'école diocésaine, elle pense la réaliser en entrant elle-même dans les ordres. Mais quand elle s'en ouvre à son directeur, celui-ci l'en détourne en lui déclarant nettement : « Il faut vous marier... On fait son salut de toutes les façons... Vous êtes une excellente créature toute de sentiment. Vous allez au bon Dieu à travers les hommes. C'est une belle route aussi... »

Mais quand plus tard, à ce même directeur, elle confessera son sentiment pour Paul Arpheuil, dont la sépare à tout jamais sa situation d'homme marié, il ne pourra que lui répéter à satiété : « Ne le voyez plus, ne le voyez plus... »

Mais l'opinion publique la désigne comme la maîtresse de Paul Arpheuil. Congédiée de l'école, chassée par son père, elle ne trouve de refuge, — et quel refuge ! — que chez sa sœur où elle sera chargée des plus viles besognes ménagères. Jusqu'au jour inespéré où elle sera recherchée en mariage par un jeune bourgeois, une sorte de béjaune, Xavier Touzerie, qu'elle épousera d'ailleurs sans le moindre enthousiasme. Entrée dans le mariage, tout en ayant conservé ses aspirations vers la sainteté, elle est vite comprimée par son mari et par sa belle-mère, au point qu'elle sombre, désespérée, dans une sorte d'abêtissement... Et puis, voilà qu'un soir d'hiver, elle croit reconnaître Arpheuil à la recherche de la tombe de la petite Suzette... Elle le suit, prête à lui servir de guide dans le cimetière... Mais elle s'enfuit sans en rien faire, retrouvant en elle-même, dans toute sa force, l'amour qu'elle n'a cessé de ressentir pour lui.

Et puis, c'est la guerre. Un soir, un convoi de blessés s'arrête dans la gare de la petite ville. Pauline assiste à leur triage ; elle entend prononcer le nom de Paul Arpheuil ; elle s'approche et offre une tasse de thé, en lui disant publiquement : « Bois, mon Paul... », — a ce blessé qui boit... et meurt.

Comme elle a été vue par sa bonne, son mari et sa belle-mère sont mis au courant de son geste, et le lui reprochent brutalement, en l'injuriant au point qu'elle n'a plus qu'une pensée ; mourir...

jusqu'à la minute divine où elle sent palpiter en elle le petit être qui frappe aux portes de la vie...,— « bouger quelque chose — quelqu'un... encore — dans ses flancs qui avaient eux aussi la forme de l'amour. »

***

Sainte Pauline, victime et martyre... Victime de la malveillance, des préjugés, de la sottise dont débordent si souvent les petites villes de province. Contraste saisissant entre la chaste innocence de cette jeune fille dont les tendances morales sont toutes de sanctification, et la réputation imméritée qui lui est faite, les outrages, et les opprobes qui en sont la conséquence ! N'est-ce point là, en fait, tout le fondement du christianisme. Roman mélancolique, où l'auteur a peint, avec une notation exacte et rigoureuse de toutes les teintes, une tranche de cette vie provinciale, que n'aurait pas désavouée Balzac. La maison de la mère Gambu, la grand'-mère de Gisèle, Blaise l'innocent aux beaux yeux, le milieu familial de Pauline, ses parents, sa sœur, son beau-frère, tout cela est décrit de main de maître avec des touches réalistes qui n'excluentpas une intense poésie...

Un trait entre cent : lorsque Marcel Rioux, le beau-frère de Pauline, pense qu'elle a pu déjà se donner, il est envahi par un désir trouble et grossier :

«..... Quand elle se rassied en face de lui, il suit curieusement ses gestes. Les drôles de petites mains — et l'énigme de cette poitrine — et ses cheveux plats. Oui, encore, ses cheveux..... Il appelle : Sainte-Pauline ! et quand leurs yeux à cet appel se rencontrent, il se met à rire d'un rire trouble en donnant du poing sur la table un grand coup :

— Ah ! par exemple... Ah ! bon Dieu.....

Le lendemain, il revenait d'une foire. Il avait bu. La carriole dételée, il rentrait à pas lourds par le jardin. Ses breloques qui s'entrechoquaient sur son ventre lui donnaient de l'importance. Il s'arrêta pour regarder Pauline occupée à ramasser du linge épinglé sur un fil de fer. Elle lui tournait le dos. Elle allait doucement, un bras levé, l'autre encombré d'un paquet blanc qui s'élevait à chacun de ses pas... Marcel, s'approcha de la jeune fille et la prit aux épaules :

— C'est-y vrai, ce qu'a dit Louise ?... Voyons ça.

Pauline sans méfiance se mit à rire :

— Qu'est-ce qu'elle a dit ?

Il l'attira contre lui pour toute réponse, lui plantant un baiser brutal qui visait la bouche, mais qui tomba, humide, sur un de ses yeux.

— Ah ! non, vous savez, laissez-moi...

Comme il s'obstinait, elle le gifla.

— Eh ! mon Dieu, dit-il, tu n'es pourtant pas une vertu...

Il tourna les talons et elle resta toute pâle au milieu de son linge éparpillé... »

Est-ce assez pris sur le vif ?

Et voici la note poétique :

« ..... Dans sa chambre, Pauline Chapelain ne se trouva nulle envie de dormir... Elle s'étendit, habillée, sur son lit, le visage tourné vers la fenêtre ..... Pauline devinait autour d'elle des présences invisibles. Des êtres invisibles — n'était-ce point cette fois les anges ? — lui présentaient des philtres dans des coupes où elle s'abreuvait sans mouvement, sans effort..... Etre une sainte... Le ciel se versait ainsi, qui sait ? très doucement, avec des joies, comme l'aube vient. Et, juste, une petite lueur glissait sur le mur. Une blancheur de neige récente faisait ressortir l'angle de l'armoire. Au fond de la petite glace ternie, une féerie violette, à peine perceptible encore, s'organisait... Puis, une étoile d'argent s'alluma sur la cheminée au flanc d'un chandelier... Elle avait, suspendue, l'air de se lever dans un ciel... ».

Cette poésie se retrouve dans l'écriture de Léo Gaubert. Sa prose est, en effet, une prose rythmée en quelque sorte ; les alexandrins y déroulent, presque à chaque page, leur balancement euphonique. Tels :

.... un reste de jour
s'attardait au crépi de la maison d'école...

.... L'automne
avait désenchanté les jardins d'alentour...

.... de clignotantes lumières
qui lui donnaient l'aspect d'une chose vivante...

.... avait loué
une maison cossue au fond d'un vieux jardin...

.... Décollée proprement
les cheveux ramenés pour dégager la nuque...

Et vous ne verrez rien, bon petit cœur naïf...

Mais Léo Gaubert est médecin... Admirez comme il décrit le râle de l'enfant moribonde :

« Ce bruit... Le bruit que fait l'eau de savon dans le bol où l'on souffle avec un chalumeau mais plus petit, plus fin, plus constant, menu, menu, menu... un bruit d'eau morte et qui pourtant bouillonne... Un bruit inerte... Un bruit horrible, un bruit qui a un nom dans le langage, dans les livres, un nom hideux... Et ce bruit ténébreux, vaste aussi, de fût qui fermente, ce bruit de bulles, de marais, de marée, venait de là, sous la chemise de sous la poitrine de Suzette... »

Quelle subtile et pourtant exacte description ?

Mais il faut savoir me borner... Je ne puis tout citer... En ai-je assez dit pour montrer que le violon d'Ingres de Léo Gaubert est d'une belle résonnance, et que l'on peut prendre un vif plaisir à l'entendre ???

G. DUCHESNE.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social.

Par le Dr Henri ROUBE,

Médecin du Dispensaire.

(Suite.)

Travail intérieur du Dispensaire.

En 1926, le « rendement mensuel » du Dispensaire a subi des variations absolument semblables et exactement superposables à celles constatées les années précédentes. Affluence moyenne des consultants en janvier (145), février (181), mars (184) et avril (151) ; ascension rapide et considérable de la courbe des « présences aux consultations » en mai (190), juin (243) et juillet (237), période d'examen des enfants en vue de leur envoi à la montagne ou à la mer ; chute brusque et très accentuée en août (45) et septembre (95), période des vacances et des vendanges ; puis retour progressif à la normale en octobre (179), novembre (119) et décembre (127).

***

Le nombre de « séances de consultations » a été, en 1926, de 180.

En réalité, ce chiffre devrait être légèrement majoré.

En effet, en novembre 1926, a été créée au dispensaire de Béziers une « consultation du soir », qui a lieu le mercredi à 20 heures. Ceci, afin de permettre aux ouvriers, employés de bureau et de magasin, gens de maison, etc..., de bénéficier des avantages du dispensaire en dehors de leurs heures de travail.

Mais, cette consultation, toute récente, est encore peu connue et a été jusqu'ici peu fréquentée.

C'est pourquoi nous ne la signalons que pour mémoire, sans en tenir compte dans notre statistique.

Le nombre moyen de consultants, « anciens et nouveaux », vus à chaque séance, a donc été de 10 environ ; (10 également en 1925).

Celui des consultants nouveaux a été de 7 environ (6 en 1925).

Celui des « nouveaux diagnostics de tuberculose », négatifs et positifs, fait à chaque consultation, adultes seulement, a été de 1,6 environ ; (1,5 en 1925).

Celui des « nouveaux diagnostics de tuberculose positive », fait à chaque consultation, a été de 1 exactement, ou légèrement inférieur si on fait abstraction des 4 enfants « positifs »; (0,9 en 1925).

***

« Dépistage » des tuberculeux.

Pris dans son sens littéral qui est « la recherche systématique » des tuberculeux pour les « amener » au dispensaire, le mot « dépistage » employé ici est défectueux. Nous l'utilisons toutefois parce que consacré par l'usage. Mais il reste entendu que nous lui attribuons une toute autre signification : celle de « connaissance » ou « gnose ». Le « dépistage » proprement dit, c'est-à-dire la « recherche » du tuberculeux dans le milieu social n'incombe pas au dispensaire dont le rôle doit se borner à examiner (centre d'examen) les sujets qui se présentent, venus spontanément ou adressés par leur médecin traitant, les œuvres de bienfaisance, philantropiques, les administrations, etc., et a diagnostiquer (centre de diagnostic), parmi ces consultants, au recrutement desquels il est étranger, ceux atteints de tuberculose pour les éduquer hygiéniquement et au besoin les placer (centre d'éducation antituberculeuse et de placement). Cette recherche de « dernière main » peut, à la rigueur, être qualifiée de « dépistage » de la tuberculose, mais diffère complètement de la « poursuite » du tuberculeux, à la source même, à domicile ou dans la rue. Le recrutement « direct », par le dispensaire même, ne peut être admis que dans certains cas : dans l'entourage immédiat des « contagieux » et des enfants non contagieux mais « léchés » par la tuberculose, les uns et les autres *« déjà connus »* du dispensaire. Il se fait par l'intermédiaire des visiteuses d'hygiène. Il est par conséquent strictement *limité, raisonné* et nettement *orienté.*

Ceci dit, où en est, le 1er janvier 1927, le dispensaire de Béziers à ce point de vue ? Jusqu'à quel point le nombre de tuberculeux qu'il « connaît » se rapproche-t-il du nombre total de tuberculeux « positifs » « existants » réellement, à cette date, dans son secteur.

Nous limitons cette évaluation aux seuls cas « positifs » parce que, le dispensaire étant un organisme d'hygiène « sociale », ce qui l'intéresse avant tout, et même exclusivement, c'est la préservation de la « Société ». Or, seuls, les « positifs » sont dangereux parce que contagieux.

Pour avoir « *approximativement* » le nombre de tuberculeux « positifs » vivants, il suffit de multiplier par un coefficient donné, déduit de

multiples observations et recherches, le chiffre de la mortalité tuberculeuse pulmonaire enregistrée dans l'année. Ce coefficient, celui du moins récemment adopté en France, est 5.

Comme toujours, nous devons à l'extrême obligeance de M. le docteur Arquier, médecin-directeur du Bureau municipal d'hygiène de Béziers, de connaître la mortalité totale et la mortalité tuberculeuse de la ville pendant l'année 1926.

Les voici :

Mortalité totale : 991, soit 15,5 pour mille habitants (64.000) ;

Par tuberculose toutes formes : 110, soit 1,7 pour mille hab. ;

Par tuberculose pulmonaire : 96, soit 1,5 pour mille hab.

Ces pourcentages sont tous inférieurs à ceux de 1925 qui étaient respectivement : 17,6 ; 2,1 et 1,8.

Retenons uniquement les « positifs » et multiplions 96 (mortalité par tuberculose pulmonaire) par le coefficient 5.

Nous trouvons 480, chiffre qui représente « *approximativement* » la morbidité tuberculeuse pulmonaire à Béziers en 1926 (« positifs »).

Or, le 1er janvier 1927, le dispensaire connaissait, habitant la ville, 235 « positifs », (total des cas diagnostiqués en 1921-1922-1923-1924-1925 et 1926, défalcation faite, bien entendu, des décès enregistrés à cette date).

La différence entre ce dernier chiffre et le précédent est : 245, ce qui signifie que, le 1er janvier 1927, 245 tuberculeux pulmonaires « positifs » habitant la ville, échappaient encore à la surveillance du dispensaire, soit une proportion de 51 %, un peu plus de la moitié.

Béziers-ville, avec sa population de 64.000 habitants, ne représente pas tout à fait la moitié de la population totale du secteur du dispensaire qui est , en chiffres ronds, de 133,000 âmes. L'autre moitié vit à la campagne ou dans des agglomérations beaucoup moins importantes que Béziers.

Nous savons que la morbidité tuberculeuse rurale égale sensiblement la morbidité tuberculeuse urbaine.

La première est donc « approximativement » de 480 aussi, mettons 500 en chiffres ronds, puisque la population rurale est un peu supérieure à celle de la ville de Béziers.

Sur ces 500 tuberculeux « positifs » habitant la campagne, le dispensaire en connaissait seulement 145 à la date du 1er janvier 1927 (total des cas « positifs » diagnostiqués de 1921 à 1926 inclusivement, défalcation faite des décès.)

La différence, c'est-à-dire 355, représente « approximativement » le nombre de « positifs » ruraux encore « inconnus » du dispensaire, soit une proportion de 70 %.

En additionnant : 245 + 355 on obtient 600, nombre qui représente « approximativement » le total des « positifs » encore « inconnus » du dispensaire « existants » dans son secteur à la date du 1er janvier 1927, soit une proportion de 60 % environ.

Autrement dit, le dispensaire connaît 40 %, pas tout à fait la moitié, des tuberculeux « positifs » vivant dans son secteur.

Le 1er janvier 1926 ces proportions étaient respectivement : 65 % (inconnus), et 35 % (connus).

L'activité à déployer reste encore grande puisque 60 % de « positifs » restent encore à découvrir.

Mais le travail des derniers douze mois n'a pas été vain ; le nombre des tuberculeux « connus » s'est accru de 5 %, réduisant d'autant celui des « inconnus ».

***

« Le devenir » de la tuberculose à Béziers, et celui des « positifs » connus.

Il serait prématuré, encore une fois, et osé aussi pour ne pas dire tendancieux, de parler de diminution de la morbidité tuberculeuse dans le secteur de Béziers.

D'ailleurs, la déclaration obligatiore de la tuberculose pulmonaire ouverte, seule base solide sur laquelle on pourrait étayer semblable conjecture, fait encore défaut.

Tout au plus serait-il permis de faire état des chiffres connus de la mortalité tuberculeuse pulmonaire.

Or, ces chiffres, depuis 1921, date de l'ouverture du dispensaire, ont oscillé, à Béziers-ville, entre 126 en 1922, chiffre le plus élevé, et 96, en 1926, chiffre le plus bas.

La différence est sensible évidemment ; mais le faible taux constaté en 1926 se maintiendra-t-il ? Est-il simplement accidentel ? Il est prudent d'attendre les résultats des années à venir.

Par contre, nous connaissons un peu mieux « le devenir » des positifs « connus » du dispensaire.

Certes, le recul n'est pas encore bien grand : six ans à peine. Il est suffisant cependant pour montrer, rétrospectivement, ce que deviennent les tuberculeux d'un dispensaire. Pareille étude est intéressante et instructive pour quiconque veut connaître et établir un pronostic probable éloigné.

Dans le tableau ci-après nous donnons, année par année, le nombre des « positifs » diagnostiqués, des « perdus de trace », des « suivis », des décédés et des survivants.

Années	« Positifs » diagnostiqués	Perdus de trace	Restent « connus » et suivis	Décédés parmi les « suivis »	Survivants parmi les « suivis »	Pourcentage des survivants
1921	75	13	62	49	13	21 %
1922	77	11	66	51	15	23 %
1923	124	22	102	76	26	25 %
1924	131	20	111	79	32	29 %
1925	170	36	134	73	61	46 %
1926	180	28	152	44	108	71 %

Ainsi, abstraction faite des « perdus de trace » (déménagés, refus de visite, etc.),survivent :

A la fin de la 1re année, les trois quarts environ des « positifs » suivis ;

De la 2e année, la moitié environ ;

De la 3e année, un peu plus du quart ;

De la 4e année, le quart ;

De la 5e année, un peu moins du quart ;

De la 6e année, le cinquième environ.

Autrement dit :

Un quart environ sont morts à la fin de la première année ;

La moitié à la fin de la seconde année ;

Près des trois quarts à la fin de la troisième année ;

Les trois quarts à la fin de la quatrième année ;

Un peu plus des trois quarts à la fin de la cinquième année ;

Les quatre cinquièmes à la fin de la sixième année.

***

Résumons, dans un dernier tableau, l'activité du dispensaire depuis son ouverture, mars 1921, jusqu'au 1er janvier 1927 :

Présences aux consultations	9.557
Consultants inscrits (adultes et enfants)	5.540
Tuberculeux diagnostiqués (positifs et négatifs) (adultes et enfants)	1.348
» « positifs » (crachats bacillifères) (adultes et enfants)	757
Analyses de crachats	3.030
Crachats trouvés « positifs » (pour la 1re ou 2e fois)	963
» » » (pour la 1re fois)	784
Radioscopies pulmonaires	6.777
Familles surveillées	710
Placements d'enfants	368
» d'adultes	327

***

Généralisation du « B. C. G. » à TOUS les nouveau-nés.

Il nous est infiniment agréable de pouvoir faire connaître, en terminant ce rapport statistique, une initiative, unique encore en France, intéressante au plus haut degré et dont les résultats, appréciables seulement dans quelques années, pourront avoir sur l'orientation de la prophylaxie antituberculeuse une répercussion énorme.

Elle est due au Bureau de bienfaisance de la ville de Béziers.

Il s'agit de la généralisation à *tous* les nouveau-nés de la vaccination, ou plus exactement « prémunition », antituberculeuse par le « B. C. G. » du professeur Calmette, de l'Institut Pasteur de Paris.(1)

A dire vrai, depuis plus d'un an le dispensaire antituberculeux de Béziers administrait, comme du reste les autres dispensaires, le B. C. G. aux nouveau-nés issus de parents contagieux, père ou mère, connus de lui ; mais là se bornait et se borne encore son rôle. Il ne dispose pas du personnel suffisant pour faire davantage.

Dès le mois de juillet 1926, frappé des heureux résultats donnés par ce nouveau vaccin, en France et à l'étranger, chez les nouveau-nés « en contact de cohabitation » avec un tuberculeux contagieux, résultats confirmés par plusieurs années d'observations scrupuleusement suivies et publiées ; frappé aussi par son innocuité absolue et la facilité de son administration, le bureau de bienfaisance de Béziers s'était demandé pourquoi ne bénéficieraient pas de

(1) Sur la découverte du B.C.G. (bacille Calmette-Guérin), sa préparation, son administration, son mode d'action, les résultats obtenus jusqu'ici, lire : « *La vaccination préventive contre la tuberculose par le B.C.G.* », par le professeur Calmette, avec la collaboration de Guérin, Boquet et Nègre. Un volume de 250 pages, chez Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1927.

la « prémunition » les enfants nés en milieu « sain » de parents « sains » ? Quoique moins exposés à être contaminés ils ne sont pas, et ne seront pas toujours, même pendant les premiers mois de leur existence, période la plus favorable à la contagion, à l'abri de tout « contact infectant ». De fait, toutes les méningites et broncho-pneumonies tuberculeuses du premier âge ne sont pas l'apanage exclusif des nourrissons de tuberculeux.

Or « qui peut le plus, peut le moins ». Ce qui préserve ceux-ci doit *a fortiori* prémunir ceux-là

Après mûre réflexion, l'avis de M. le professeur CALMETTE fut sollicité. Le sous-directeur de l'Institut Pasteur approuva l'idée et laissa au Bureau de bienfaisance pleine liberté pour organiser au mieux cet essai de généralisation du B. C. G. à tous les nouveau-nés. Il promit, en outre, la fourniture et l'envoi gratuits de tout le vaccin nécessaire.

Pareille approbation, accompagné d'un tel geste, ne permettait plus d'hésiter.

L'organisation du service fut définitivement arrêtée, après entente parfaite entre la mairie et le bureau de bienfaisance. La population fut informée par des affiches apposées sur les murs de la ville dans les derniers jours du mois d'octobre 1926 et par la presse locale et régionale qui sans distinction de nuances, en reçut un exemplaire et le reproduisit.

En voici le texte :

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Emile FALQUET, de Genève. — M. le Dr Léon BOULLET, de Sully-sur-Loire. — M. le Dr DUCOR, de Paris. — M. le Dr VOYER, de Machecoul (Loire-Inférieure).

— **Journées médicales et vétérinaires marocaines.** *Casablanca — Rabat*, 3-8 avril 1928. *Différents itinéraires de Paris à Casablanca.* — 1° Paris-Marseille-Tanger-Casablanca (par mer) ; 2° Paris-Marseille-Tanger-Casablanca (par autocar) ; 3° Paris-Madrid-Algésiras-Tanger-Casablanca ; 4° Paris-Bordeaux-Casablanca ; 5° Paris-Marseille-Oran-Oudja-Fez-Casablanca; 6° Paris-Port-Vendres-Oran-Oudja-Fez-Casablanca ; 7° Paris-Oran-Casablanca ; 8° Paris-Toulouse-Casablanca (par avion).

Prix comparés des différents itinéraires :

1° *Paris-Marseille-Tanger-Casablanca* (par mer).

	1re cl.	2e cl.	3e cl.
Paris-Marseille	388 80	262 45	171 65
Marseille-Casablanca (1)	1.195 00	845 00	550 00
Marseille-Tanger (1)	990 00	685 00	430 00
Tanger-Casablanca (1)	205 00	175 00	130 00
Billets directs spéciaux.			
Paris-Casablanca : fer	353 80	239 45	155 80
mer	1.106 10	784 35	510 75
	1.459 90	1.023 80	666 55
Paris-Tanger : fer	369 35	249 30	162 50
mer	914 75	635 00	399 05
	1.284 10	884 30	561 55

2° *Paris-Marseille-Tanger-Casablanca* (auto-car).

Paris-Casablanca : Paris-Tanger dir.	1.284 10	884 30	561 55
Tanger-Casablanca (auto-car)	150 00	150 00	150 00
	1.434 10	1.034 30	711 55
Tanger-Casablanca (chemin de fer)	175 00	135 00	95 00

(1) *Cie navig, Paquet.*

3° *Paris-Madrid-Algésiras-Tanger-Casablanca.*

A. *Voie de terre Tanger-Casablanca.*

a) auto-car :			
Paris-Algésiras	1.270 00	935 00	580 00
Algésiras-Tanger (Pesetas 450)	165 00	125 00	70 00
Tanger Casablanca	150 00	150 00	150 00
	1.585 00	1.210 00	800 00
b) chemin de fer :			
Paris-Casablanca	1.610 00	1.195 00	745 00

— **Les Journées médicales bruxelloises de 1928 : ce qu'elles seront.** — La huitième session des « *Journées médicales de Bruxelles* » est en voie d'organisation (et déjà le programme se dessine), car il a fallu, pour réunir en une même journée la visite à l'Université de Gand et celle des Floralies célèbres, avancer de deux mois la date de cette importante réunion scientifique Les adhérents pourront visiter dans des conditions très spéciales, ces admirables ensembles floraux qui sont une des gloires mondiales de la vieille cité de Charles-Quint.

Comme chaque année, le haut Patronage des Souverains belges a été sollicité. Le comtié d'honneur, qui compte le corps diplomatique et les membres du Gouvernement sera constitué sous peu.

Quant au programme scientifique, nous pouvons dès aujourd'hui en donner les grandes lignes, tout au moins en ce qui concerne les conférences. Citons celles de MM. les docteurs GLEY, professeur à la Sorbonne, ancien président de l'Académie de Médecine de Paris ; DONATI, professeur à l'Université de Turin ; DAMAS MORA, directeur des Services de Santé et de l'Hygiène de l'Angola (Portugal) ; PAUTRIER, professeur à l'Université de Strasbourg ; SODERBERGH, médecin en chef des hôpitaux de Gothenbourg (Suède) ; BARDIER, professeur à l'Université de Toulouse ; EGAS MONIZ, professeur à l'Université de Lisbonne ; BASTOS, directeur des Services de rééducation des Armées espagnoles ; Noël FIESSINGER, médecin des hôpitaux de Paris ; Mathieu-Pierre WEILL, médecin des hôpitaux ; SAÑVENERO-ROSSELLI, professeur agrégé à la Faculté de Gênes ; Pierre NOLF, professeur à Liège et directeur de la Fondation

Reine-Elisabeth ; Ernest RENAUX, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles ; Jules DUESBERG, recteur de l'Université de Liège ; D'HOLLANDER, professeur à l'Université de Louvain ; Edgard ZUNG, professeur à l'Université de Bruxelles.

Le programme se complètera de celui des Journées de la Tuberculose qu'organise M. le Dr DERSCHEID, avec la collaboration de M. le Dr ROLLIER, de Leysin, et d'une équipe belge où nous relevons les noms de MM. DERSCHEID, GEERAERD, MAFFEI, BLANKOFF, TOUSSAINT, VANDERSMISSEN, etc.

L'inauguration des Floralies par la Famille royale, le samedi 21, oblige à reporter au dimanche matin 22 avril la SÉANCE SOLENNELLE des Journées médicales de 1928, au cours de laquelle M. Henry JASPAR, premier ministre parlera de l'« *Ordre des Médecins* ».

Mais les Journées s'ouvriront toutefois le samedi 21, à 2 heures, par l'inauguration de son Exposition et une série de conférences au Palais du cinquantenaire. Et c'est le soir de ce samedi qu'aura lieu le *Banquet officiel* où assisteront les membres du corps diplomatique accrédité auprès de S.M. le Roi.

Le dimanche soir, représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie.

Le lundi soir, soirée musicale.

La soirée du mardi sera libre, car les congressistes quitteront Bruxelles assez tôt le lendemain matin pour se rendre à Gand, où ils visiteront officiellement la ville et les Floralies. Un Comité d'honneur patronnera cette journée qu'organise M. le Dr André VAN CAUWENBERGHE. Après des séances scientifiques, il y aura au Palais du Gouvernement provincial une réception par le gouverneur et la comtesse de Kerckhove de Denterghem. Puis un déjeuner aux Floralies, la visite de cette exposition fameuse ; enfin, après une réception officielle à l'Hôtel de Ville, la visite des monuments historiques de Gand. Les excursionnistes se rendront à Gand et en reviendront en train spécial.

La cotisation sera de 75 francs, réduite à 50 fr. pour les dames et à 30 fr. pour les étudiants. Les inscriptions peuvent être envoyées dès aujourd'hui au secrétaire général, M. le Dr Beckers, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

— Les médecins de Toulouse à Paris. — La première réunion trimestrielle de l'année 1928 de la S.A.M.T.P. a eu lieu le mercredi 25 janvier au Buffet de la gare de Lyon.

Etaient présents : Docteurs Armengaud, Mallavialle, David de Prades, Terson, Lévy-Lebhar, Mont-Refet, Dartigues, Fau, Cambiès, Groc, Roule, Noguès, Flurin, Faulong, d'Ayrenx, Montagne, Bourguet, Digeon, Marty, Cenac, Privat, Busquet, Delater, Babou, Gorse, Artigues, Loze, Molinéry, Duraud, Buvat, Marcel Digeon, Lalbie.

S'étaient excusés : Docteur Caujole, Queriaud, David, Bory, Millas, Marcorelles, Alquier, Cany, Esclavissat, Vasselin.

Prirent successivement la parole après le renouvellement annuel du bureau : le Dr Groc, secrétaire général, pour la correspondance et communications diverses ; le Pr Busquet, qui exposa ses remarquables travaux sur le rajeunissement et les résultats thérapeutiques particulièrement brillants obtenus avec le sérum de taureau préparé selon sa technique ; le Dr Dartigues, qui précisa les indications de la greffe opératoire, méthode chirurgicale de rajeunissement qu'il contribua puissamment à mettre au point et à vulgariser et qui complète harmonieusement la méthode médicale du Dr Busquet ; le Dr Terson, qui souligna la valeur et l'importance de la méthode opératoire créée par Bourguet pour la réfection définitive des voies lacrymales imperméables ; le Dr Armengaud qui annonça l'ouverture d'une souscription à Toulouse par le Dr Garipuy, en vue de frapper une médaille commémorative de l'activité scientifique du Dr Terson, un des maîtres de l'ophtalmologie contemporaine ; le Dr Bourguet qui signala les féconds résultats du voyage du Dr Terson à Bruxelles, délégué par la Société ophtalmologique de France aux fêtes destinées à célébrer les 60 ans de pratique médicale du Dr Coppez ; le Pr Roule qui félicita notre Président sortant Molinéry de sa récente nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, récompense amplement méritée de sa brillante activité scientifique et journalistique, et principalement de la compétence avec laquelle il dirige les services techniques de la station thermale de Luchon qui a contribué au premier chef à la reclasser « reine *thermale* des Pyrénées » Le Dr d'Ayrenx, élevé à la fonction de président, remercia ses camarades de cette marque d'estime qui le touche profondément et enfin, Molinéry, avant de quitter le fauteuil présidentiel, en quelques mots émus et chaleureux, dit aux membres de la S.A.M.T.P. la joie qu'il a eue à les présider en 1927.

Composition du bureau de 1928 : Président : Dr d'Ayrenx ; vice-présidents : docteurs David de Prades et Ganyaire ; Trésorier : Dr Marcel Digeon ; Secrétaire général : Dr Groc.

La prochaine réunion aura lieu entre le 15 et le 20 mars prochain.

— Ier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Le 1er Congrès international d'oto-rhino-laryngologie se réunira à *Copenhague* du 29 juillet au 1er août 1928. Les langues officielles du Congrès seront le français, l'allemand et l'anglais.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour : 1° De l'opération radicale partielle ou conservatrice dans les otites moyennes suppuratives ; rapporteurs MM. Neumann (Vienne) et Tapia (Madrid). 2° Septicémie d'origine pharyngienne ; rapporteurs : MM. Ferreri (Rome) et Uffenorde (Greifswalde). 3° Le traitement par diathermie chirurgicale des tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures ; rapporteur : MM. Gunnar Holmgren (Stockholm) et Dan Mackenzie (Londres). 4° La structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille ; rapporteurs : MM. J. Mouret (Montpellier), K. Wittmaack (Hambourg) et G. Portmann (Bordeaux).

La souscription, qui donnera droit à un exemplaire des comptes rendus, est fixée à 30 couronnes danoises ; elle doit être payée au trésorier, Dr Morgen Moller, Lykkesholms Alle 8, Copenhague V.

Les avantages matériels, les facilités de transports qui seront accordées aux congressistes et à leur famille, ainsi que le programme d'une excursion-croisière dans les pays scandinaves coïncidant avec le Congrès, seront publiés dans la suite.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétaire général à Copenhague, ou au Dr R. Miègeville, 11, place Vintimille, à Paris (9e).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

de ces éléments ; 4° quel est le nombre d'assistés des deux sexes classés par catégories et à quelle date la statistique a été établie. (*Question du 17 janvier 1928.*)

Réponse. — 1° La participation des communes, des départements et de l'Etat aux dépenses occasionnées par l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables a été la suivante pour l'exercice 1926, le dernier connu : communes, 103.382.838 fr. 01 ; départements, 45.256.722 fr. 96 ; Etat, 168 millions 640.432 fr. 01 ; 2° pour que le demandeur puisse obtenir l'assistance dont il s'agit, il faut que ses ressources personnelles soient inférieures au montant annuel de l'allocation mensuelle qui lui serait accordée. N'entrent pas en ligne de compte dans le calcul des déductions à opérer sur ces ressources : 1° celles qui proviennent de son travail, s'il est septuagénaire ; 2° les pensions d'ascendants ; 3° les pensions accordées en vertu de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes. Enfin, les ressources provenant de l'épargne n'entrent en décompte que si elles excèdent 80 fr. (160 fr. si l'ayant droit justifie qu'il a élevé trois enfants jusqu'à l'âge de seize ans) et jusqu'à concurrence de la moitié seulement. Les ressources personnelles et l'allocation d'assistance ne peuvent en tout cas se cumuler que jusqu'à concurrence de 750 fr. ; 3° le taux maximum et le taux minimum prévus par la loi du 14 juillet 1905 sont 20 fr. et 5 fr. par mois, auxquels viennent s'ajouter depuis la loi du 28 juin 1918, 10 f. par mois à la charge exclusive de l'Etat. Toutefois, les conseils municipaux ont la faculté d'augmenter cette allocation mensuelle, mais, lorsqu'elle dépasse 30 fr., les communes n'ont plus droit, pour l'excédent, au concours du département ou de l'Etat ; 4° au cours de l'exercice 1926, le dernier connu, le nombre des vieillards, infirmes et incurables assistés au titre de la loi du 14 juillet 1905 a été le suivant : assistés à domicile, 488.210 ; hospitalisés, 66.712.

(*J. O.*, 1er février 1928.)

Les communes ayant une organisation spéciale pour l'assistance médicale gratuite n'ont pas droit aux subventions.

8533. — M. Emile HUMBLOT, sénateur, demande à M. le ministre de l'intérieur si les communes ayant une organisation spéciale, en vertu de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, sont exclues du bénéfice de l'article 28 de la même loi, alors que depuis la création de leur organisation spéciale, elles ont été obligées de recourir à des centimes additionnels pour faire face aux dépenses d'assistance médicale gratuite. (*Question du 14 janvier 1928.*)

Réponse de M. le ministre du travail. — Les communes qui ont sollicité l'autorisation spéciale prévue par l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 se sont ainsi placées en dehors de l'application de la loi. Elles

n'ont donc plus qualité pour réclamer le bénéfice des subventions prévues par l'article 28, ainsi qu'il résulte de la circulaire du 18 mai 1894.)

(*J. O.*, 1er février 1928.)

Solde et avancement des infirmières militaires.

14749. — M. Jean Goy, député, demande à M. le ministre de la guerre pourquoi les dames infirmières du Val-de-Grâce et des hôpitaux militaires ne sont pas soumises pour la solde et l'avancement, aux mêmes règles que les dames dactylographes du ministère de la guerre, alors que la commission Martin a classé, dans la même catégorie, ces dames infirmières et ces dames dactylographes. (*Question du 17 janvier* 1928.)

Réponse. — Le travail confié à la commission visée dans la question ci-dessus, n'avait pour objet que d'indiquer les limites extrêmes dans lesquelles devaient être compris les traitements des diverses catégories de fonctionnaires. D'autre part, selon les instructions gouvernementales, l'application des nouveaux traitements ne devait avoir en aucun cas, pour effet de modifier, soit le nombre des échelons existant, soit les règles d'avancement propres à chaque catégorie.

(*J. O.*, 3 *février* 1928.)

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Les séquelles des gaz asphyxiants.

Nous recevons du Dr Guyot, de Chateaumeillant, la lettre suivante que nous soumettons à nos lecteurs, dans l'espoir d'une réponse à la question posée par notre confrère :

« Je vous serais reconnaissant de m'indiquer les « livres d'après guerre qui traitent particulièrement « *des troubles pathologiques créés par les gaz asphy-* « *xiants* ».

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Comment on paye son médecin !

Cet extrait du jugement de paix du 18e arr. du 14 octobre 1927, est utile à connaître. Certains clients, très rares heureusement, entendent non seulement ne pas payer leur médecin, mais qui plus est, pensent que le fait de leur réclamer des honoraires légitimement dus, leur constitue un préjudice moral passible de dommages-intérêts Je crois qu'il s'agit là d'un fait sans précédent et que nous devons signaler :

Attendu que H. a régulièrement formé opposition au Jugement rendu par défaut par ce Tribunal, le huit juillet mil neuf cent vingt-sept, lequel l'a con-

damné à payer au Dr Foveau de Courmelles, la somme de deux cents francs à titre d'honoraires médicaux.

Attendu que H. réclame reconventionnellement la somme de deux mille francs à titre de dommages-intérêts pour préjudice moral.

En la forme :

Attendu qu'il y a lieu de le recevoir opposant à l'exécution dudit jugement ;

Et au fond :

Attendu qu'il résulte des explications fournies à la barre, que la demande principale est entièrement fondée.

Qu'il y a donc lieu de maintenir le jugement rendu par ce Tribunal, par défaut, le 8 juillet 1927 et de débouter H. de sa demande reconventionnelle.

Par ces motifs :

Statuant en premier ressort et contradictoirement;

En la forme :

Le recevons opposant audit jugement,

Au fond ;

Déclarons H. mal fondé en son opposition, l'en déboutons ;

Le déboutons également de sa demande reconventionnelle.

En conséquence :

Disons que le jugement rendu par défaut le 8 juillet 1927, par ce tribunal, sortira son plein et entier effet pour être exécuté selon sa forme et teneur ;

Et condamnons H. aux dépens.

Note

de Me Eugène Vigneron,
avocat-conseil du Dr Foveau de Courmelles.

La plupart des médecins sont, pour certains individus, une proie toute offerte. Ils estiment que payant leurs fournisseurs habituels, ils ont le devoir et le droit de mettre le médecin au régime de défaveur. Ils pensent avoir fait un grand honneur au praticien, en lui permettant d'exercer son art sur leur précieuse personne.

D'autres, moins absolus, croient cependant que le médecin doit se tenir heureux d'un remerciement adressé en termes laudatifs et mélangé d'une quelconque formule de reconnaissance.

Enfin, quelques-uns, moins sûrs de leur droit à se faire soigner gratuitement, emploient des principes peu élégants pour convaincre le médecin qu'il n'obtiendra rien, s'il persiste dans sa prétention de se voir allouer des honoraires.

A ceux-là tous les moyens sont bons, et il est assez pénible de constater que des avocats acceptent de défendre devant les tribunaux, des thèses aussi en dehors du Droit et de la Raison.

Une de ces prétentions anti-juridiques vient d'être mise à néant par M. le Juge de paix du 18e arrondissement de Paris.

Il s'agissait d'un médecin radiologue, qui, dans le courant de l'année dernière, alors qu'il était président d'une société philantrophique, avait radiographié un des sociétaires à qui il

rendait constamment service, ce sociétaire ayant affermé à forfait une fête de la Société.

Le radiographié soutenait, en justice, que le médecin lui avait offert son ministère gratuit pour le récompenser (?) de ses bons offices envers la Société.

Il offrait de faire la preuve de ces propositions de gratuité et à cet effet, s'était fait délivrer par deux ou trois sociétaires mécontents de la démission du médecin demandeur, des certificats attestant ces propositions de soins gratuits.

Il s'agit là d'un cas qui a été très souvent controversé en justice, celui de la preuve de la créance du médecin.

Lorsqu'il s'agit de la créance d'un salarié quelconque : ouvrier, employé, mandataire, d'un commerçant, d'un industriel, etc... ces questions sont tranchées depuis longtemps par des lois, règlements et usages, autant que par la jurisprudence.

Ces litiges reçoivent des solutions puisées à même les codes.

Pour le médecin qui n'a pas de livres comptables, qui n'échange pas de lettre ni de signature sacramentelle avec ses clients, il faut se baser sur des usages établis et la sagesse des juges, laquelle comme tout sentiment, est une affaire de tempérament, d'opinion générale et de convenances personnelles.

Sur la simple production de son livre de visites lorsque les visites ne sont pas contestées, il apporte la présomption de sa créance.

Mais si le malade affirme que le médecin lui avait promis la gratuité des soins, quelle devra être normalement la solution ?

Dans le cas qui nous occupe, c'est ce qui s'était produit.

Trois sociétaires avaient bénévolement affirmé sur des lettres adressées au malade récalcitrant, que le docteur lui avait formellement promis une radiographie à titre gracieux.

Pour qui connaît la valeur et l'amortissement rapide du matériel radiographique, cette proposition était déjà surprenante.

Le conseil du Dr F. de C. demandeur, a produit plusieurs moyens de droit :

1° Personne n'est présumé faire l'abandon de ses services, c'est au débiteur d'en apporter la preuve par moyen juridique (*Nemo res suas jactare præsumitur*).

2° La preuve testimoniale ne peut être admise en matière civile au delà de 150 francs, art. 1341 du Code civil.

3° Un témoin qui a délivré une attestation écrite ne peut témoigner valablement pour confirmer son attestation (art. 283 du Code de procédure civile).

4° La valeur des soins est en fonction de la nature de ceux-ci, de la renommée et notoriété

du médecin, compte tenu de la situation de fortune apparente du malade.

Malgré les arguties spécieuses du défenseur du mauvais client, le Juge de paix du 18e arrondissement a condamné celui-ci à payer au médecin l'intégralité de la somme réclamée.

Ce cas d'espèce est très intéressant à retenir par les médecins, car trop de clients tendent à employer ce moyen, qui leur semble économique, encore que malhonnête.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

I

4542. — Notes amputées par l'assurance.

Je viens vous demander ce que je dois compter les pansements multiples des doigts en matière d'accidents du travail :

Exemple : plaie contuse du médius et de l'annulaire ;

Plaie contuse du médius, annulaire, auriculaire et du poignet.

D'habitude je ne compte qu'un pansement, soit 12 francs, de même que je ne compte qu'un pansement pour : plaies du cuir chevelu, face et cou.

Mais comme les Compagnies locales veulent rester maîtresses de payer les notes d'honoraires, comme elles l'entendent, à chaque médecin pris séparément. accordant ou refusant le payement intégral des notes suivant que le médecin leur rend des services ou les gêne dans leurs procès avec les blessés, — attendue que j'entends rester honnête et ne pas me prêter à de petits services qui lèsent les accidentés (ne serait-ce qu'en ne leur disant pas toute la vérité sur leur cas) — et comme les Compagnies ont pris l'habitude, depuis deux années, de n'accepter de payer que les 2/3 ou la 1/2 de mes notes d'honoraires (ce que je ne veux plus accepter) prétextant que ma moyenne est supérieure à celle de mes confrères de la région (mais elles écrivent de semblables lettres aux autres médecins).

J'ai donc l'intention de démontrer aux experts qui estimeront si mes notes d'honoraires sont bien fondées ou non, que je passe sur beaucoup de petites interventions médicales.

Dr R.

Réponse.

Je suis étonné que vous ayez pu accepter d'une assurance une « amputation » sur vos notes du tiers ou de la moitié, et même d'un sou, *sans raison donnée et acceptée par vous*. Je dis parfois, dans mes réponses à un confrère : « Il est à supprimer ceci dans votre note, *parce que..* » Mais on ne doit accepter aucune modification de

note sans ledit « parce que », sans quoi c'est se reconnaître coupable d'une majoration chronique, si je puis dire. Prenez votre tarif en main et ne demandez jamais *rien de plus ni rien de moins* que ce qui vous est dû. C'est ce que je fais quand je réponds aux confrères.

Ceci entendu, revenons à votre question. Lisez, article 17, à la rubrique « pansements multiples sur un même segment de membre (autre que doigts et orteils en cas de plaies superficielles) : 15 fr. ». Pour vos plaies de doigts, cela veut dire que si lesdites plaies sont superficielles, c'est le pansement simple, compris dans le prix de la visite. Si ce sont des plaies profondes, vous avez à panser chaque doigt *séparément* et c'est alors la rubrique ci-dessus, donc 15 fr.

F.D.

II

4489. — Consultation avec un 3e confrère en cas de désaccord avec le médecin de l'assurance.

Je désirerais de votre obligeance, le renseignement suivant :

1° Un blessé du travail soigné par moi est convoqué pour une contre-visite devant un chirurgien de V. Le blessé s'y rend et la Cie d'assurances me communique le rapport du chirurgien en question, que je n'accepte pas. J'écris alors à la Cie et lui demande de soumettre le blessé à l'examen d'un autre, ce qu'elle accepte. Le blessé est donc convoqué devant un autre chirurgien de V., jouant pour ainsi dire le rôle d'arbitre.

Ce second chirurgien, auquel je téléphone, me dit que si je veux, je puis assister à son examen.

Ce que je fais.

Je me déplace donc à V. (37 km.), j'assiste à l'examen du deuxième confrère qui est de mon avis.

Lorsque je fais ma note d'honoraires, je ne porte pas de tarif pour cet acte médical.

Je porte : le ... nov. 1927, déplacement à V., 37 km., assisté à l'examen du Dr ...

Et je laisse à l'appréciation de la Cie le tarif de cet acte : déplacement et assistance à l'examen du confrère.

Voici la réponse de la Cie :

Bien reçu votre lettre du 16 courant, Vous nous écrivez que vous ne savez quel tarif porter pour l'accidenté C. que vous avez accompagné à V. Il est très délicat pour nous de vous suppléer dans la circonstance pour votre note d'honoraire.

L'examen du deuxième chirurgien a été fait non à titre de contrevisite, car la contrevisite a été faite par le premier chirurgien, mais parce que C. et vous particulièrement, vous êtes refusés à accepter les conclusions du premier chirurgien et avez demandé à avoir l'avis d'un autre chirurgien. Par esprit de conciliation, nous avons accepté l'examen par le deuxième chirurgien, qui a joué véritablement en l'espèce, le rôle d'un arbitre, dont l'intervention avait

été DEMANDÉE PAR VOUS (souligné dans le texte de la lettre). Dans ces cas-là, généralement, les parties couvrent chacune leurs frais. Nous préférons donc de beaucoup vous voir formuler vous-même votre demande à ce sujet.

Que dois-je faire ? Ne pas compter d'indemnité de déplacement ? Compter seulement le prix d'une consultation avec confrère, c'est-à-dire prix × 2 ou 3, je ne me souviens plus très bien, ou bien ne rien compter du tout ?

Cependant, si l'assurance a soumis le blessé à un premier chirurgien, c'était par manque de confiance à mon égard : il s'agissait d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius réduite et mise en plâtre par moi. L'examen du premier chirurgien a eu lieu 16 à 17 jours après l'accident. J'attends votre réponse et vos conseils. Dr S.

Réponse.

L'article 9 (parlant, il est vrai, d'une opération mutilante ou de grande chirurgie) dit, en son paragraphe 2 : « En cas de *divergence*, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou son assureur substitué ». Dans un tel cas, puisque ceci *fait partie* du tarif, il est hors de conteste que l'assurance doit payer *tous* les frais nécessités par cette divergence, puisqu'elle prend la place du patron *responsable des frais inscrits dans le tarif.*

Votre cas est *analogue*, à mon avis. Le deuxième chirurgien est bien « le troisième médecin choisi d'accord, etc... » Vous avez assisté à la consultation, vous devez donc toucher : *a*) consultation entre confrères : 12 × 3 = 36 fr. (article 5) ; *b*) déplacement en plus.

Pour une consultation entre le chirurgien et vous, il fallait bien vous rencontrer, donc paiement par la Compagnie du déplacement *de l'un ou de l'autre*, suivant celui qui s'est déplacé.

F. D.

III

4481. — Ablation du semi-lunaire avec ou sans arthrotomie du poignet.

Je suis embarrassé pour fixer les honoraires de deux opérations faites à des accidentés du travail :

1) Luxation du semi-lunaire (récente de 4 jours) :

1° Intervention, tentative de réduction sans anesthésie générale ;

2° Intervention, ablation par incision de la face antér. du poignet.

2) Subluxation du poignet et fracture de l'extrémité infér. du radius (ancienne de deux mois).

Intervention, arthrotomie par face dorsale du poignet, ablation du semi-lunaire pour obtenir la réduction du déplacement.

Je ne trouve nulle part tarifées ces opérations. Voudriez-vous m'indiquer ce que je peux demander ? Dr D.

Réponse.

1° *a*) Il n'y a aucune rubrique dans le tarif pour le paiement d'une simple tentative d'intervention.

b) Ablation du semi-lunaire. Je proposerais 125 francs, par analogie avec « ablation totale d'un doigt avec son métacarpien » (article 20).

2° *a*) Arthrotomie du poignet : 150 francs (article 19).

b) Ablation du semi-lunaire faite dans la *même* intervention : 125 : 2 = 62,50, soit au total: 150 + 62,50 = 212,50.

F. D.

IV

4492. — Consultation entre confrères suivie d'une surveillance prolongée.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis par retour si vous le pouvez, dans le cas suivant : Blessé grave du crâne, amené en demi-coma dans mon cabinet. J'appelle un confrère voisin.

Nous surveillons le blessé pendant 5 heures craignant une fracture du crâne.

Ce n'est qu'au bout de ce temps et la ponction lombaire ayant ramené un liquide clair, que nous décidâmes de ne pas faire transporter le blessé à N. (70 km. par les cols).

Pendant ces heures de surveillance je fis différentes petites interventions : sérum T, hémostase par ligature, curetage d'esquilles et ponction lombaire).

Comment faut-il établir la note d'assurances ? J'ai compté :

Visite entre confrères :

Pour moi	36 fr.
Pour le Dr X	36
plus son déplacement.	

Surveillance du blessé pendant 5 heures.

Pour moi (5 visites)	60 fr.
Pour le Dr X (*id.*)	60

Puis :

Certificat blessure grave	10
Curetage d'esquilles	50 »
Sérum T	20 »
Ponction lombaire	40 »
etc.	

Est-ce juste ? N'ai-je pas comulé visites et interventions ? Mais le moyen de faire autrement ? Comment mon confrère serait-il payé ? Si j'ai eu tort, dites-moi, je vous en prie, comment *il* faut établir cette note.

Dr R.

Réponse.

1° *Personnellement*, vous avez à compter : *a*) Consultation avec confrère : 12 × 3 = 36 fr. (article 5).

b) Surveillance prolongée durant 5 heures,

(maximum de 5 visites : 12 × 5 = 60 fr. (article 6).

c) Pas de ponction lombaire à compter : ce serait le *cumul* interdit par l'article 13. Pas d'autre intervention non plus.

d) Déplacement en plus, s'il y a lieu.

2° *Pour votre confrère.* :

a) Consultation avec confrère : 12 × 3 = 36 fr.

b) Quant à la surveillance prolongée, je crains fort que la Compagnie refuse de la payer à *deux* médecins à la fois, alors que vous étiez déjà là pour parer à tout accident.

c) Déplacement en plus, s'il y a lieu.

F. D.

Application du Tarif Maginot-Marin

I

115. — Opération mutilante ou de grande chirurgie ?

Je vous adresse ci-joint la correspondance que je reçois de la préfecture au sujet d'un mutilé que j'ai opéré pour un phlegmon du coude, suite de blessure ancienne ; j'ai négligé de prévenir la Commission de contrôle pour les raisons suivantes :

1° L'opération était urgente quand je l'ai pratiquée ;

2° Je n'ai pas vu là une opération mutilante ;

3° Ni une opération de grande chirurgie.

Suis-je dans mon tort ?

Si oui, quelles sont les opérations à tarif spécial que je puis pratiquer sans prévenir ? Puis-je faire du sérum, une suture simple, un cathétérisme, etc. ?

Si non, que dois-je faire auprès de la préfecture. D'un autre côté, j'ai vu le malade quelques jours avant l'intervention. La Commission a-t-elle le droit de me payer ces visites faites avant l'intervention. Pourquoi la Commission fait-elle application de l'article 18. S'il y a eu plusieurs visites après, il n'y en a eu qu'une seule à tarif spécial...

En somme l'art. 18 se contredit avec l'article 19. Dans l'un il faut cinq interventions à tarif spécial, dans l'autre et d'après l'avis de la préfecture une seule suffit.

Tout cela n'est guère clair et je compte sur vous pour faire un peu de lumière sur mon cas... qui doit être celui de bien d'autres de mes confrères.

Dr M.

Réponse.

1° Par sa lettre du 21 décembre, le Préfet vous notifie une décision de réduction de votre note. Ne pouvant l'accepter pour les raisons ci-dessus, vous avez à faire *appel*, dans les deux mois de la notification, soit au plus tard avant le 21 février, devant la Commission supérieure de contrôle, en envoyant votre dossier et vos raisons à M. le Président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

2° Raisons de votre appel :

a) La décision fut prise sans que vous ayez été convoqué auparavant, contrairement à *l'article 54 modifié*, ainsi conçu : « ...Mais, concernant les mémoires contestés, la Commission ne doit prendre sa décision *qu'après avoir convoqué* le créancier pour prendre connaissance de ses explications ».

b) Dans sa lettre du 21 décembre, pour notification, le Préfet base le refus de paiement des soins au blessé X... (que vous avez opéré d'un phlegmon du coude, avec plusieurs visites consécutives) sur le fait que n'avez pas donné avis de cette intervention à la Commission, conformément à l'article 19, disant : « Aucune *opération mutilante ou de grande chirurgie* ne peut être faite, sauf le cas d'urgence, qu'après avis donné 6 jours à l'avance, etc... » Et, sur votre réclamation, le Préfet vous fait répondre dans une deuxième lettre en date du 28 décembre, que : « L'article 19 est formel et il définit toute intervention médicale qui demande l'application de la nomenclature du tarif spécial dit des interventions médico-chirurgicales, *sans spécifier qu'il s'agisse de gravité d'interventions...* ». Et ceci est juste le contraire des mots « opération mutilante ou de grande chirurgie » qui sont la base du dit article.

c) Il s'agit si peu de *grande chirurgie* que l'on peut lire, article 74, sous la rubrique « *Petite chirurgie et chirurgie générale* » et cela dans la première section c'est-à-dire celle concernant la petite chirurgie, la mention d'intervention pour « abcès profonds non viscéraux : 100 fr. »

d) Evidemment, la Commission a confondu avec l'article 18 que le Préfet invoque, de plus, dans cette même lettre du 28 décembre. On y parle bien des « *interventions à tarif spécial* », en général, quelle que soit la gravité cette fois, mais dans ce cas, l'on doit prévenir *seulement* en cas de « *une série de plus de cinq interventions* » et non pour une seule intervention.

En conséquence, j'estime personnellement que votre appel est parfaitement justifié et je vous conseille de le faire dans les *délais* voulus surtout, c'est-à-dire au plus tôt. F. D.

II

4303. — P. G. comme suite de fracture ?

Je soigne un mutilé de guerre, réformé avec pension pour fractures. Il est devenu P.G. par la suite. Puis-je lui faire son traitement au titre de mutilé de guerre, en admettant que le traumatisme a joué un rôle prédisposant ?

En cas analogue, où puis-je m'adresser pour savoir si j'ai véritablement raison d'agir ainsi ?

Dr Q.

Réponse.

a) Vous me dites que votre P.G. est réformé

avec pension pour fractures. C'est assez vague, trop même pour répondre avec précision. Toutefois, *a priori*, je ne vois pas comment vous pouvez considérer une P.G. comme causée par des fractures produites autrefois lors de la guerre. Et je ne pense pas un seul instant que la Commission de contrôle de votre département consente (sauf raisons que vous ne me donnez pas) à vous suivre sur ce terrain.

b) En cas analogue, si vous ne voulez pas accepter la décision de la Commission de contrôle, que je suppose vous condamnant, vous pourriez toujours, dans les deux mois de la notification, faire *appel* devant la Commission supérieure de contrôle, mais je ne pense nullement, étant donné ce cas d'espèce, à vous le conseiller.

F. D.

Propharmacie

4476. — Dépôts de médicaments.

1° Un médecin propharmacien a-t-il le droit d'installer un dépôt de remèdes dans un village éloigné de 10 kilomètres du lieu de sa résisdence ?

2° Un autre médecin habitant une localité où réside un pharmacien, a-t-il le droit d'installer de son côté un dépôt de remèdes dans le village où le médecin propharmacien en a installé un ? S'il ne lui est pas permis de mettre ce dépôt, un pharmacien en a-t-il le droit, sans bien entendu habiter le village ?

Dr C.

Réponse.

1° Un médecin propharmacien a le droit d'installer un dépôt de remèdes dans un village éloigné de sa résidence, à la double condition qu'il n'existe de pharmacien ayant officine ouverte ni dans le village de sa résidence, ni dans le village où est installé le dépôt.

De plus, le dépôt ne doit pas être confié à la gérance d'une tierce personne. Seul, le médecin propharmacien doit y puiser pour distribuer des médicaments à ses malades lorsqu'il vient les visiter.

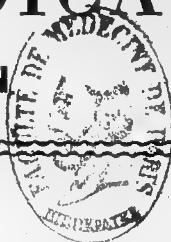
2° Un médecin ne peut en aucune façon exercer la propharmacie lorsqu'il est installé dans un village où se trouve un pharmacien ayant officine ouverte. Par conséquent, il lui est impossible d'avoir un dépôt de médicaments même dans un autre village dépourvu de pharmacien.

Quant au pharmacien, il n'a le droit d'exploiter qu'une seule officine, ce qui lui interdit d'avoir, dans une autre localité, un dépôt de médicaments destinés à la vente. D'ailleurs, comme il lui serait impossible d'assurer lui-même l'exploitation de sa seconde officine, la personne qu'il pourrait préposer à cet effet se rendrait coupable d'exercice illégal de la pharmacie.

Cinquantième année. N° 8 *bis*. 22 Février 1928.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

(*Voir suite page* 510-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE INDIVIDUELLE

Au confrère qui a attendu un an, et quatre appels, avant d'adhérer au Sou Médical.

Eh bien ! mon cher Confrère, regrettez-vous d'avoir enfin compris que votre intérêt était de faire partie du « Sou médical » ? Vous avez été admis à la fin de novembre, et voilà que déjà, par deux fois, vous avez eu besoin de nous.

La première fois, il s'agissait d'un litige insignifiant en lui-même, mais où vous estimiez, à juste titre, que votre dignité était en jeu. Ce mauvais payeur, qui vous devait 180 francs, se faisait tirer l'oreille pour vous honorer, et tentait, je ne dirai pas de vous déshonorer, — le mot est trop fort ! — mais de vous faire passer pour ce que vous n'êtes pas, un médecin qui réclame ce qui ne lui est pas dû.

Nous vous avons conseillé d'appeler ce client récalcitrant devant le Juge de Paix, en conciliation tout d'abord ; puis, comme il ne s'est pas présenté, à le citer devant le Tribunal où vous avez lu et commenté brièvement les conclusions que nous vous avions préparées. Et votre adversaire, quand il a vu de quelle façon, appuyé par le « Sou médical », vous exposiez les faits, n'en a pas attendu davantage et s'est immédiatement libéré envers vous, en pleine audience.

La seconde fois, l'affaire était plus sérieuse : votre propriétaire, refusant de tenir compte de la législation sur les loyers, vous menaçait de vous mettre à la porte. Avec l'appui moral et pécuniaire du « Sou médical », vous avez porté le litige devant le Tribunal civil qui vous a donné raison. Et comme votre propriétaire, imprudemment tenace, ne s'est pas incliné et en a saisi la Commission supérieure de Cassation, vous l'y avez suivi, toujours soutenu par nous, et obtenu définitivement gain de cause.

Convenez-vous maintenant que votre Compagnie d'assurances, qui vous couvre jusqu'à 250.000 francs contre le risque de responsabilité civile, ne pouvait rien pour vous dans les deux affaires pour lesquelles vous avez fait appel à nous ?

Ce qui ne nous empêche pas de garantir, nous aussi, ce même risque professionnel, mais jusqu'à soixante dix mille francs seulement (1), ce qui est présentement bien suffisant, aucune condamnation à des dommages-intérêts n'ayant jamais encore, à notre connaissance, atteint ce maximum.

Dites-le donc autour de vous, ce que nous sommes et ce que nous faisons. Puisque vous êtes satisfait des services que nous vous rendons et que

(1) Cent mille frs, pour les membres du « Sou » abonnés en même temps au *Concours Médical.*

vous vous félicitez d'être des nôtres, aidez-nous dans nos efforts de propagande, et contentez-vous, auprès des confrères que vous rencontrez, de raconter ce que nous avons fait pour vous.

Si vous décidez ceux qui sont jusque-là demeurés en dehors de notre groupement à y entrer, c'est à eux que vous aurez rendu service à votre tour, et à nous, en accroissant notre force numérique et nos ressources pécuniaires.

D'avance, je vous en félicite et vous en remercie.

G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du « Sou Médical ».

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Taux limite du loyer en cas de prorogation s'appliquant à des locaux professionnels.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION

3 *novembre* 1927.

Le loyer de l'appartement affecté à un usage professionnel ne peut être majoré que de 125 % de la valeur des locaux en 1914.

Sur le premier moyen. — Vu les articles 10 et 11 de la loi du 1er avril 1926,

Attendu que l'alinéa 3 de l'article 11 sus-visé édicte que : « Toutefois, si tout ou partie des locaux est « affecté à l'exercice d'une profession ou d'une fonc- « tion, le propriétaire sera en droit d'exiger une « majoration de 125 % ».

Qu'il résulte de cette disposition que, lorsqu'il s'agit d'un local affecté en tout ou partie à l'exercice d'une profession ou d'une fonction, le loyer ne peut être majoré que de 125 % de la valeur locative au 1er août 1914.

Attendu que d'après le jugement attaqué, L. locataire d'un appartement sis à Bordeaux, dans lequel il exerçait la profession de docteur en médecine, ayant réclamé le bénéfice de la prorogation, De K., propriétaire, a demandé une augmentation du prix du loyer ; que le jugement attaqué déclare qu'en prenant pour base la valeur locative du loyer en 1913, soit 2.000 francs, et en appliquant les règles de calcul édictées par les articles 10 et 11 de la loi du 1er avril 1926, soit 115 %, taux de la commission paritaire, plus 25 %, majoration légale des locaux professionnels (articles 11, § 3), plus 15 % pour les charges, on obtient ainsi un loyer de 6.250 francs au cours de la prorogation ;

Mais attendu que le loyer de l'appartement affecté à un usage professionnel ne pouvait être majoré que de 125 % de la valeur des locaux de 1914 et dépasser 4.500 francs, charges comprises ;

Qu'en statuant comme il l'a fait, le Tribunal n'a pas légalement justifié sa décision et a violé les textes visés au moyen.

Par ces motifs,

Sans qu'il y ait lieu de statuer sur l'autre moyen.

Casse et annule le jugement rendu le 3 décembre 1926 par le tribunal civil de la Gironde.

Note

L'article 11 de la loi du 1er avril 1926 dispose que la valeur locative de 1914 sera, pendant la durée de la prorogation accordée par application de ladite loi, et jusqu'au 1er avril 1919, majorée de 100 pour 100, sans que, néanmoins, cette nouvelle valeur locative puisse être inférieure aux décisions des commissions paritaires qui auraient fixé un pourcentage supérieur danç les conditions prévues à l'article 5 de la loi du 29 décembre 1923.

« Toutefois, ajoute le paragraphe 3 du même article, si tout ou partie des locaux est affecté à l'exercice d'une profession ou d'une fonction, le propriétaire sera en droit d'exiger une majoration de 125 pour 100. »

Le jugement attaqué, rendu le 3 décembre 1926 par le Tribunal civil de la Gironde, avait interprété ces dispositions en ce sens que le loyer de base, qui était, d'accord entre les parties, de 2.000 fr., devait être majoré d'abord de 115 pour 100, taux fixé par la Commission paritaire de Bordeaux par application de l'article 5 de la loi du 29 décembre 1923, plus 25 pour 100, « majoration légale des locaux professionnels », plus 15 pour 100 pour les charges. Il obtenait ainsi un loyer de 6.250 fr.

Ce calcul d'ailleurs, même en admettant que, à la majoration de 115 pour 100 pouvait s'ajouter une majoration de 25 pour 100, pour les locaux professionnels, était appliqué d'une façon inadmissible, car le loyer était majoré, d'abord de 115 pour 100, puis la seconde majoration de 25 pour 100 était calculée sur le loyer déjà majoré, de sorte que la majoration totale, avant celle de 15 pour 100 pour les charges, était, non pas de 115 + 25, soit 140 pour 100, mais de 115 $+ \frac{215 \times 25}{100}$, c'est-à-dire de 168 fr. 75 pour 100.

Mais, même calculée correctement, la majoration de 115 + 25 pour 100 était contraire à la loi, car celle-ci ne dit nullement que, lorsqu'il s'agit de locaux professionnels pour le tout ou en partie, la majoration sera celle du paragraphe 1er de l'article 11, augmentée de 25 pour 100. Elle dit très nettement que le propriétaire sera en droit d'exiger une majoration de 125 pour 100. C'est donc là un maximum et la Commission supérieure de Cassation s'est ralliée, sans abondance de motifs, à ce moyen invoqué par le pourvoi.

Elle a dit que le loyer ne pouvait dépasser 4.500 fr., *charges comprises*. Cette dernière expression ne saurait, à notre avis, s'appliquer aux

impôts qui peuvent grever l'immeuble loué au cours de la prorogation, impôt cédulaire foncier non compris et aux prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914 et qui étaient comprises, à ce moment, dans le prix du bail, tous impôts et prestations que le paragraphe 4 dudit article 11 autorise le propriétaire à réclamer dans la mesure où il justifiera de leur montant.

Ces impôts et prestations peuvent donc être réclamés par le propriétaire en sus de la majoration de 125 pour 100. Mais le tribunal n'avait pas le droit, les parties n'étant pas d'accord, d'appliquer lui-même le forfait de 15 pour 100 du montant du loyer majoré que le paragraphe 6 de l'article 11 autorise les parties à fixer, *d'accord*, entre elles.

A défaut de forfait amiable, dont le maximum est fixé par la loi à 15 pour 100, le propriétaire doit justifier du montant des impôts et prestations dont il demandé le remboursement.

Le jugement du Tribunal de Bordeaux aurait dû aussi être cassé pour ce motif, sur lequel la Commission supérieure n'a pas eu à statuer.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

Assurances sociales.

155. — Qui payera les soins médicaux pour les chroniques, les invalides, les vieillards ?

Pourriez-vous m'indiquer — dans l'assurance-maladie — après le vote du Sénat, dans quelles conditions les soins médicaux et pharmaceutiques sont dus : chez les malades chroniques ; chez les invalides ; chez les vieillards.

Je fais appel à votre documentation des Assurances sociales et à votre obligeance.

Dr E.

Réponse.

D'après l'article 4, paragraphe 7, les prestations en nature (soins médicaux, frais pharmaceutiques) sont dues à partir de la date du début de la maladie, ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

D'autre part, les articles 10 et suivants, concernant le risque invalidité et les articles 13 et suivants, concernant le risque vieillesse, sont muets, en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques.

En conséquence, le législateur a entendu lais-

ser à l'invalide ou au vieillard, le soin de payer son médecin et son pharmacien, avec l'indemnité qu'il touchera.

Il en sera de même pour les maladies chroniques, qui, lorsqu'elles n'entraîneront pas une diminution de travail des deux tiers, ne donneront pas lieu à attribution d'une pension quelconque.

Dans ce cas, les frais médicaux et pharmaceutiques resteront entièrement à la charge des malades, sauf pour les affections aiguës intercurrentes, qui permettront d'avoir recours au médecin, aux frais de la caisse d'assurances.

Dr Paul BOUDIN.

Fiscalité.

40. — Force imposable des voitures Ford.

Je suis propriétaire d'une automobile Ford, achetée en 1925, et classée, à ce moment, comme ayant une puissance de 14 HP. Le contrôleur des contributions continue à me faire payer, trimestriellement sur cette puissance, alors qu'en 1927, en mars, je crois, les nouvelles automobiles Ford sont classées comme n'ayant plus qu'une puissance de 11 HP. Pouvez-vous me dire si j'ai droit à cette réduction, et en ce cas, que dois-je faire : 1° pour obtenir cette réduction à l'avenir ; 2° pour obtenir le remboursement des sommes indûment versées depuis la réduction. Enfin, vous voudrez bien me signaler, si cela vous est possible, à quelle date a paru le décret ministériel réduisant la puissance des autos Ford, afin que je puisse faire ma réclamation avec certitude.

Dr H.

Réponse.

Seules les voitures Ford du type 1927 sont imposées pour une force de 11 CV. Les voitures des autres types restent imposables pour 14 CV.

A. M.

4348. — Base de la patente en cas de sous-location partielle.

Le local où je compte m'installer est un appartement occupé par un autre locataire. J'en sous-loue une partie. Dois-je payer la patente sur la totalité du loyer ou seulement sur les pièces que j'utilise ?

Dr D.

Réponse.

Votre patente sera basée uniquement sur la valeur locative des locaux occupés par vous, et non sur le loyer payé par le locataire principal.

A. M.

4319. — Les bordereaux d'honoraires-accidents ne sont pas exempts de timbre quittance.

J'ai une personne qui se charge de faire mes recouvrements d'*accidents du travail* dans les com-

pagnies d'assurances. Cette personne est munie d'un pouvoir sur papier libre et donne des acquits exempts de timbre. Lorsqu'elle me rembourse les notes touchées dans les assurances, elle me remet un bordereau détaillé de mes notes.

1° Ce bordereau que j'acquitte est-il *dispensé* du droit de timbre ?

2° Au cas où vous penseriez que l'apposition d'un timbre soit nécessaire, croyez-vous que le seul fait d'apposer ma signature et la date au bas de ce bordereau sans ajouter la mention « pour acquit », m'oblige à mettre un timbre ?

Dr L.

Réponse.

Les bordereaux de la nature de ceux visés dans votre lettre ne sont pas exempts du timbre quittance.

Le fait d'apposer votre signature et une mention quelconque qui constitue une décharge entraîne l'exigibilité du timbre quittance.

A. M.

19. — Imputation des impôts sur les dommages de guerre.

Depuis 1922 mes impôts directs ont été imputés sur mes dommages de guerre qui, au début, comprenaient (perte subie) des biens meubles, 7.095 fr. et immobiliers, 18.500 fr. Ces derniers ont été cédés en mai 1923 comme dommages après jugement.

L'article 54 de la loi du 31 décembre 1924 dit : le bénéfice de la compensation est réservé désormais aux seuls sinistrés dont les pertes subies dûment totalisées ne dépassent pas 10.000 fr.

Cette année la préfecture refuse ma demande d'imputation, prétendant que la somme de 18.500 fr. doit entrer en ligne de compte pour déterminer le droit à l'imputation. Que pensez-vous de cette interprétation ?

Dr Y.

Réponse.

L'article 54 de la loi du 31 décembre 1924 précise qu'il s'agit des dommages *accordés ou demandés.* En conséquence, il n'y a pas lieu de rechercher si vous êtes toujours propriétaire de titres de créances ou si vous les avez cédés, en totalité ou en partie. Le refus qui vous est opposé est légal.

Questions médico-militaires.

3907. — Périodes à effectuer pour la promotion au grade de médecin-major de 2e classe.

Classe 1919, j'ai été promu au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve par application de la loi du 15 mars 1927 (rang du 18 mars 1927.) :

1° Combien de périodes, de quelle durée et à quelle époque, dois-je accomplir pour ma promotion au grade supérieur ?

2° Ces périodes sont-elles obligatoires ? Peuvent-elles être ajournées ? Peut-on en être dispensé si l'on refuse l'avancement ?

3° Peut-on refuser d'accomplir ces périodes et quelles seraient les conséquences de ce refus ? démission ou maintien dans le grade actuel ?

Dr M.

Réponse.

Vous devrez effectuer deux périodes d'instruction, afin de pouvoir être proposé pour le grade supérieur. C'est le Ministre qui fixe chaque année la durée de ces périodes ; l'époque en est, en principe, laissée à la liberté du Directeur du Service de santé, suivant les nécessités du service dans le Corps d'armée.

Vous pouvez donc, en principe, chercher à obtenir satisfaction en ce qui concerne leur époque, peut-être même à obtenir une fois ou deux leur ajournement pour des raisons plausibles.

Refuser l'avancement ne garantit pas contre la suppression des périodes, qui, si elles sont imposées pour l'avancement, sont, d'autre part, justifiées par la nécessité de l'instruction des réserves.

Finalement, vous devriez obtenir votre mise hors cadres pour raisons de santé, afin de ne pas effectuer de périodes d'instruction.

4347. — Proposition pour le grade de médecin-major de 2e classe.

1° Médecin aide-major de 1re classe à titre définitif prenant rang à partir du 29 octobre 1922, c'est-à-dire depuis 5 ans et appartenant au ne corps, quand pourrai-je être proposé au grade de médecin-major de 2e classe ? Si à cet effet il est nécessaire de faire des périodes d'instruction, est-il possible de demander au Directeur du service de santé du C. A. de faire la ou les périodes nécessaires : 1° à une époque de mon choix et aussi 2° dans une résidence de mon choix soit Bordeaux, soit Paris, de combien de durée ? Combien dois-je faire de périodes ?

Dr N.

Réponse.

Il vous faut au moins six années de grade et deux périodes d'instruction pour pouvoir espérer votre inscription par le Ministre au tableau d'avancement.

Il n'est pas impossible de vous entendre avec votre Directeur sur l'époque et sur la garnison pour l'exécution de vos périodes d'instruction ; leur durée est, chaque année, fixée par le Ministre.

3834. — Droit à pension des parents d'une victime de la guerre. Droit aux soins médicaux.

1° Quels sont les droits à pension des parents d'un jeune militaire tué pendant la guerre ? Est-il vrai

qu'ils n'y aient droit qu'à partir d'un âge déterminé ? Quel est cet âge et y a -t-il lieu à rappel ?

2° D'autre part un de mes clients a contracté pendant la guerre une arthrite du genou avec hydarthrose légère et un peu d'épaississement de la synoviale. Les mouvements du genou s'accompagnent de craquements, mais se font dans toute leur étendue.

Jusqu'à ce jour le blessé n'a pas réclamé, mais voyant la persistance de la lésion et son membre plus lourd et plus gênant pour le travail, il serait décidé à demander à passer devant une Commission de réforme pour réclamer si possible une pension.

Je ne crois pas que son infirmité représente 10 % d'incapacité, car il conserve tous les mouvements du genou et n'a plus que très peu d'atrophie. En admettant qu'on ne lui alloue aucune indemnité, n'y aurait-il pas pour lui avantage à passer tout de même devant une commission de réforme, ne serait-ce que pour avoir droit à un livret lui assurant la gratuité des soins médicaux ?... Il a bien entendu un bulletin d'hôpital indiquant nettement l'origine de sa blessure.

Dr G.

Réponse.

1° Les ascendants n'ont droit à l'allocation que s'ils sont âgés de plus de 60 ans pour le père et de plus de 55 ans pour la mère, à moins d'être infirmes ou atteints d'une maladie incurable, s'ils ne sont pas inscrits au rôle de l'impôt sur le revenu, etc... (ce sont là les deux conditions principales). Il y a rappel du jour où l'ascendant remplit les conditions fixées par l'article 28 de la loi du 31 mars 1919.

2° Les soins médicaux ne sont dus que s'il y a pension ; une invalidité primitive fixée à moins de dix ne donnant pas droit à pension ne fait pas bénéficier des soins gratuits.

Cependant, si l'intéressé a bénéficié à un moment d'une pension temporaire pour l'infirmité en cause et si, dans la suite, la pension a été supprimée pour invalidité devenue inférieure à 10 %, le droit au bénéfice des soins gratuits est conservé la vie durant (article 5, § 3, décret du 25 octobre 1922).

4068. — Taux de pension militaire. Effet d'une promotion sur ce taux. Droit éventuel de la veuve.

1° Réformé ces jours derniers à 30 % pour emphysème, pleurite du poumon droit, suite d'intoxication par gaz, quelle est la somme annuelle que je dois toucher ?

2° Je suis A.-major 1re cl. réserve, marié, un enfant

3° J'ai la certitude d'être nommé prochainement médecin major 2e cl. de réserve. Ma pension établie au titre d'A.-major 1re cl. variera-t-elle avec ma nomination comme médecin-major 2e classe ?

(*Voir la suite page XLI-559*)

PROPOS DU JOUR

Considérations sur l'organisation du syndicalisme médical. Une constitution qui pourrait nous servir de modèle.

Une des difficultés qui joue un rôle important dans les scissions qui, de temps à autres, se manifestent dans l'Union des Syndicats médicaux, depuis son origine, est l'organisation même du Conseil de cette Union. Il existe toujours un groupe de syndicats qui prétend, et souvent non sans raison, qu'il n'est pas représenté au Conseil et que ses intérêts sont, de ce fait, sacrifiés. Depuis que l'Union existe, l'on a cherché à la doter de statuts, répondant à toutes les critiques, à toutes les objectoins, et l'on n'y a guère réussi. Bolliet (de Lyon) qui a consacré une vie laborieuse, modeste et dévouée, à chercher à résoudre le problème de la meilleure organisation du syndicalisme médical, s'était évertué à élaborer un projet de Fédérations régionales qui auraient envoyé des délégués au Conseil de l'Union. Nous nous souvenons du rapport qu'il avait rédigé et où il s'était appuyé, pour créer des circonscriptions fédérales, sur l'étude de toutes les divisions de notre pays, depuis César jusqu'à notre époque, sans négliger les projets que les régionalistes contemporains espéraient réaliser un jour. Or, le projet de Bolliet ne put être appliqué parce que, dans sa région lyonnaise même, il y eut des Syndicats ruraux (le Syndicat de la Vallée du Rhône, pour n'en citer qu'un) qui refusèrent formellement de faire partie de la Fédération lyonnaise, persuadés que l'important groupement lyonnais leur imposerait ses volontés et ne saurait comprendre les intérêts des médecins de campagne qui les composaient exclusivement.

C'est qu'en effet, le corps médical est formé de groupements dont les intérêts, s'ils ne sont pas opposés, sont loin d'être identiques, même quand ces groupements vivent dans la même région. Les médecins des grandes villes n'ont pas les mêmes intérêts que ceux de la campagne. L'indemnité kilométrique, qui touche au premier chef ces derniers, est inexistante pour les premiers. Dans une grande ville comme Paris, par exemple, les médecins des quartiers fort riches et cosmopolites exercent d'une façon sensiblement différente de celle des praticiens des quartiers ouvriers et pauvres. Il est des campagnes, dans le midi, où les honoraires du médecin ne sont guère qu'un complément, sans doute appréciable, mais seulement un complément de ses revenus. Ces honoraires, à eux seuls, ne lui permettraient pas de vivre ; encore moins d'élever une famille. Il est d'autres régions agricoles où le médecin, qui a la force et le courage de développer une très grande activité, peut arriver à gagner par an plusieurs centaines de mille francs. Cela est rare, très rare, mais cela existe et *nous en avons eu la preuve indiscutable.*

La médecine des régions industrielles est très différente de celle des régions agricoles.

A côté de ces praticiens qui n'ont pas des intérêts identiques, il y a encore les chirurgiens, les spécialistes, les médecins aliénistes, les médecins directeurs de maisons de santé, de sanatoriums, les médecins fonctionnarisés plus ou moins complètement (médecins et chirurgiens d'hôpitaux, de dispensaires, hygiénistes, légistes, etc. etc.) qui ont des intérêts encore plus différents.

Or, dans une Union, dans une Fédération bien organisée, il importe que tous ces intérêts soient pris en considération et que leur défense soit assurée sans heurt ni choc, sans que les uns puissent affirmer, avec une apparence de raison, qu'ils sont les victimes des autres. En un mot, il faut que le Conseil, qui doit assurer l'action syndicale, puisse fonctionner avec entente et harmonie et que, dans ce Conseil, chaque groupement d'intérêts différents ait son représentant, son délégué, son porte-voix.

Organiser pareil comité n'est pas chose facile et, depuis bien des années, avec beaucoup d'autres, nous avons longuement réfléchi à ce problème, lu bien des rapports, bien des projets, sans entrevoir sa solution. Cependant, elle n'est pas absolument impossible.

Si, au lieu de donner libre cours à notre imagination, nous regardons autour de nous et étudions ce qui a été fait et a réussi ailleurs, peut-être trouverons-nous la clef de l'énigme ?

Il existe une institution qui a fait, depuis de longues années, ses preuves, qui est parvenue à constituer une puissance formidable, basée sur une organisation solide, c'est la Confédération générale du Travail. L'on peut discuter, au point de vue social ou politique, l'action de la C.G.T. mais ses adversaires les plus déterminés

ne sauraient mettre en doute sa puissance, ni la force de son organisation. Bien qu'illégale, elle a résisté à tous les assauts et, cependant, elle est composée des éléments les plus disparates.

Nous doutons que, parmi nos syndicalistes, il y en ait beaucoup qui aient songé à étudier la constitution de la C.G.T. et à en tirer un enseignement pour l'organisation du syndicalisme médical. Ce que nous allons exposer pourra paraître étrange, mais, à notre avis, la meilleure solution du problème des statuts de l'Union des Syndicats médicaux de France consisterait à adapter au Corps médical, la constitution de la C.G.T.

Comment donc la C.G.T. est-elle constituée ?

La constitution actuelle de la C.G.T., qui date de 1902 et, par conséquent, a 26 ans d'existence, est la suivante :

Les Syndicats faisant partie de la C.G.T. y adhérent doublement :

1° Comme adhérents à la section des Fédérations d'industries et de métiers ;

2° Comme adhérents à la section de la Fédération des Bourses du Travail.

La C.G.T. est donc une sorte de Dieu en deux personnes, émanation de ces deux sections différentes et autonomes. *La section des Fédérations d'industries et de métiers* comprend des groupements de syndicats de professions similaires ou connexes. Exemple : La Fédération du Livre, la Fédération des métaux, la Fédération du bâtiment, la Fédération des transports.

La section de la Fédération des Bourses du Travail comprend le groupement des syndicats par département ou par région. La Bourse du Travail de Paris, par exemple, est une Union de tous les Syndicats de la Région parisienne. Chacune de ces sections est autonome, tient ses Congrès, élit son comité et son bureau. La section des Bourses du travail joue surtout un rôle de propagande.

Les comités des deux sections réunis forment le *Comité confédéral*, qui est l'exécuteur des décisions prises par les Congrès nationaux. Les bureaux des deux sections réunies forment le *Bureau confédéral* et le secrétaire de la section des Fédérations d'industries et de métiers prend les fonctions et le titre de secrétaire général de la C.G.T. Dans les Congrès nationaux, chaque Syndicat a un délégué.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de l'organisation de la C.G.T., de ses commissions et de son fonctionnement, mais le simple exposé que nous venons de faire suffit pour montrer les avantages que nous, médecins, aurions à calquer sur celle de la C.G.T. la constitution de notre organisme syndical central.

Comme dans la C.G.T. nos Syndicats pourraient être groupés : 1° en une SECTION DE FÉDÉRATIONS PROFESSIONNELLES ET DE SPÉCIALISATIONS : (Fédération des médecins de campagne agricole, F. des médecins de régions industrielles, F. des médecins de villes, F. des chirurgiens, F. des spécialistes, F. des médecins de villes d'eaux, F. des médecins fonctionnarisés, F. des médecins de marine, F. des médecins de colonisation).

2° En une SECTION D'UNIONS LOCALES (*départementales ou régionales*).

Chacune de ces sections aurait son comité et son bureau et les comités des deux sections réunies formeraient le comité confédéral, c'est-à-dire le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France. Comme dans la C.G.T., le secrétaire général de la section des Fédérations professionnelles pourrait être le secrétaire général de l'Union, car si la section des Unions locales a son importance pour étudier et résoudre nombre d'intérêts départementaux et régionaux, la section des Fédérations donnerait plus nettement l'opinion du Corps médical en ce qui concerne les intérêts généraux de la profession. Tous les ans, un Congrès général des Syndicats se réunirait et prendrait des décisions qui lui seraient soumises, soit par la section des Fédérations, soit par celle des Unions locales sur la proposition des Syndicats.

Le Comité confédéral (Conseil de l'Union générale) serait l'exécuteur des décisions du Congrès et pourrait être autorisé à prendre des initiatives, en cas d'urgence, quitte à en rendre compte au prochain Congrès.

Il serait possible de limiter le nombre des membres du Comité confédéral ou Conseil de l'Union générale de façon à permettre son bon et rapide fonctionnement.

Nous pensons que pareille constitution, dont il conviendrait de fixer les détails après mûre réflexion, répondrait à toutes les objections faites jusqu'à ce jour à la représentation, parfois un peu arbitraire et fantaisiste des Syndicats dans le Conseil de l'ancienne Union. Quels que soient l'origine et le domicile des membres du Comité, on ne pourrait pas leur reprocher d'avoir été élus par surprise au cours d'une Assemblée tumultueuse et de ne pas représenter vraiment les intérêts qu'ils sont chargés de défendre.

Le grand avantage de cette constitution, à

notre avis, est, avant tout, d'avoir fait ses preuves. L'expérience a été tentée en grand par la C.G.T. qui, on doit bien le reconnaître, a pu dans des milieux beaucoup plus disparates que celui des Syndicats médicaux, obtenir une autorité et mener depuis vingt-six ans une action dont personne ne saurait contester la puissance.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL FRANÇAIS EN 1927

Par le Dr Raphaël Massart,

Ancien Chef de clinique chirurgicale de la Faculté à Paris.

La roue du temps ramène les mêmes travaux et, pour le chirurgien, le moment est venu, dans toute la production d'une année, de mettre un peu d'ordre, de réunir ce qui présente de l'intérêt, de relire les discussions qui se sont élevées, sur des sujets d'importance, de grouper, dans la bibliothèque, les rapports des Congrès, les livres nouveaux, les articles instructifs, bref, de faire l'inventaire et le bilan des acquisitions de toute une année.

Ce serait être un bien mauvais ami, que de ne pas faire profiter de toutes ces lectures, où l'on s'instruit beaucoup, les confrères qui s'intéressent à nos travaux chirurgicaux et de ne pas, au moins une fois l'an, leur faire part de tout ce qu'ont fait, dit ou écrit les chirurgiens, en France.

Le Congrès français de chirurgie (c'est cette année, le trente-sixième) est toujours plein d'enseignements ; les questions qui y sont posées sont toujours d'actualité et il est intéressant de voir chacun y apporter ses idées, les résultats de son expérience, en exposant simplement, et sans être interrompu, ce qu'on croit être la vérité.

Trois questions étaient à l'ordre du jour :

Les Péricolites et les épiploïtes chroniques ;
Les Indications et les résultats de la sympathicectomie artérielle dans la chirurgie des membres ;
Le Drainage en chirurgie abdominale.

Lardennois et Silhol se sont partagé l'étude de la première question.

Les péricolites, ce sont ces brides, ces adhérences, ces membranes, qui siègent sur les différents segments du gros intestin, soit à la région iléo-cæcale, soit à l'angle droit, accolant les côlons en double canon de fusil, soit à l'angle gauche, bridant et garottant l'intestin, soit sur l'S iliaque, où la rétractino scléreuse du méso-côlon sigmoïde conditionne le volvulus.

Ces déformations intestinales, que viennent encore aggraver des phénomènes de stase, ont leur retentissement sur tout l'appareil digestif, le duodénum se dilate, la vésicule biliaire s'engorge et se distend, l'estomac lui-même devient irritable et réagit par le spasme.

Il n'est pas jusqu'au rein, qui ne soit touché et qui ne réagisse en présentant des troubles variés, dont le syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer est une des modalités les plus fréquentes.

Ces malades deviennent de véritables infirmes et si, parfois, l'on n'intervient pas, un incident aigu d'occlusion vient mettre un terme aux années de souffrances continuelles, qu'ils ont dû endurer.

Sans nous arrêter aux judicieux conseils donnés par le rapporteur, pour diminuer les causes des péricolites infectieuses (ne pas prendre certaines précautions au cours de l'opération, temporiser pour faire l'ablation d'un appendice ou d'une vésicule), nous en arrivons au traitement.

C'est le plus souvent un traitement chirurgical, qui comporte un inventaire rapide, mais complet de tous les organes abdominaux, la libération des adhérences, lorsqu'elle est possible, la résection intestinale, lorsque la libération est rendue impossible, car l'entéro-anastomose est infidèle ; seule la typhlo-sigmoïdostomie ayant donné des améliorations durables.

Silhol (de Marseille) distingue dans les épiploïtes chroniques, celles qui sont inflammatoires, celles post-traumatiques, celles de la tuberculose et de la syphilis, Lardennois a cru devoir séparer dans les péricolites ces deux facteurs étiologiques.

La symptomatologie des épiploïtes inflammatoires sert de type à l'étude qu'en fait le rapporteur, décrivant deux formes cliniques l'une à début aigu, l'autre chronique d'emblée.

Cette affection est difficile à séparer des lésions qui l'ont déterminée et la démarcation est difficile à faire entre ce qui revient à l'appendice, à la trompe, à la vésicule et ce qui appartient à l'épiploon.

Si le diagnostic est difficile à faire, il faut, lorsqu'il est bien établi, recourir à l'intervention chirurgicale, réséquer l'épiploon, (l'expérimentation ayant montré que des ligatures bien faites au catgut sont sans inconvénient).

Ces deux rapports ont permis une mise au point de cette question où les avis sont variés ; celui de PAUCHET qui a une si grande expérience des interventions sur le côlon ne peut être passé sous silence.

Pour lui, on a très souvent méconnu chez les malades porteurs d'appendicite chronique, les signes de péricolites.

La petite incision qui découvrait l'appendice, ne permettait pas de voir les lésions voisines, aussi l'incision médiane doit elle se substituer de plus en plus à l'incision dite esthétique.

A n'en pas douter, Pauchet a bien souvent raison, mais qu'il me soit permis de croire qu'au jour où il en sera ainsi, le nombre des balafrés de l'abdomen diminuera, car à n'en pas douter la petite boutonnière de la fosse iliaque n'a pas peu contribué à la grande vogue de l'appendicectomie.

La chirurgie du sympathique périartériel si en honneur chez nos collègues de Lyon et de Strasbourg et dont notre maître et ami LERICHE est le champion, faisait l'objet d'un rapport où le maître strasbourgeois étudie en détail les principes de la méthode, la technique opératoire, les différents cas où l'indication peut se poser, dans la chirurgie des membres.

Ces indications, l'auteur a su les grouper de façon lumineuse, étudiant successivement les syndromes douloureux des membres, les algies diffusantes, les moignons douloureux ; les maladies vaso-motrices comme la maladie de RAYNAUD, l'acrocyanose, l'érythromélalgie, la scléro-dactylie, toutes lésions contre lesquelles, la thérapeutique est inopérante ; les lésions artérielles, les gangrènes, les artérites juvéniles ; les œdèmes, l'éléphantiasis ; les ulcérations chroniques, les contractures, et la maladie de VOLKMANN où si peu de traitements sont agissants et où nous nous proposons de la faire ; les retards de consolidation, les pseudarthroses.

Cet intéressant rapport, sur lequel nous reviendrons dans une étude plus complète, nous a montré combien peu d'interventions de ce genre sont tentées, à notre avis faute d'indications opératoires précises et nous sommes reconnaissants au travail de LERICHE d'être venu préciser ces points, sur lesquels plus d'un de nous était hésitant.

Nous arrivons enfin à la dernière question : **Le drainage en chirurgie abdominale** dont CADENAT et PATEL étaient les rapporteurs.

Résumer leur rapport, c'est refaire l'historique du drainage, avec toutes ses variétés, avec ses défenseurs et ses détracteurs, avec ses indications et ses contre-indications, mais le point important, celui auquel les rapporteurs ont donné avec raison un développement particulier, c'étaient les indications particulières en gynécologie, en chirurgie gastrique, dans la chirurgie des voies biliaires, dans l'appendicite ; en réalité, c'était mettre en discussion publique *le Mickulicz.*

Ce drainage bienfaisant, j'ai appris à le connaître il y a près de vingt ans, dans le service de J.-L. FAURE où j'étais interne provisoire. On l'employait, alors qu'il était condamné par un grand nombre de chirurgiens, qui pensaient que la péritonisation l'avait relégué « avec les vieilles lunes », et il excitait à la salle de garde les sarcasmes faciles des collègues des services voisins. On m'eût alors bien étonné, en me prédisant que vingt ans plus tard, il trouverait d'ardents défenseurs dans la majorité des chirurgiens.

Le Mickulicz méritait-il jadis un tel ostracisme ; mérite-t-il aujourd'hui une telle faveur ?

La lecture des discussions de la Société de chirurgie est à ce point de vue des plus intéressantes.

Il y a deux camps nettement partagés, deux camps composés de lutteurs décidés, qui, par dessus la masse des hésitants, se ralliant, tantôt à l'un, tantôt à l'autre, rompent des lances pour que la vérité triomphe.

Depuis près de vingt ans, j'assiste en spectateur à cette joute, dont j'ai vu les premières passes dans le vieil hôpital Cochin, où un étroit jardin séparait le service de mon vénéré maître J.-L. FAURE, de celui de l'éminent chef d'école qu'a été le professeur QUÉNU. Il me souvient d'avoir plusieurs fois traversé ce jardin, pour aller voir à côté ce qui se faisait, pour essayer de comprendre pourquoi ce que j'entendais vanter d'un côté, paraissait de l'autre un procédé désuet, à peine digne de l'ancienne chirurgie, (Qui parle encore de Mickulicz ?) et les raisons que je m'en donnais alors, sont restées les mêmes.

La discussion s'est élargie, les partisans de chaque côté sont plus nombreux, et on peut prévoir que, les générations se succédant, un chirurgien pourra connaître le tempérament, la manière d'un de ses collègues, en lui posant cette seule question : *Utilisez-vous souvent le Mickulicz ?*

Les générations chirurgicales se suivent et celle qui monte veut mieux faire que celle qui l'a précédée. On s'explique qu'un jeune chirurgien, voyant en 1889 employer le Mickulicz en ait noté tous les inconvénients et se soit employé à lui substituer une meilleure réparation anatomique, tout en assurant un drainage aussi parfait. Les chirurgiens d'il y a quarante ans n'ont pu arriver à ce résultat qu'avec une méthode opératoire rigoureuse où l'hémostase était

scrupuleusement faite, où l'aseptie était poussée à l'extrême (c'est à cette génération que nous devons la perfection de notre stérilisation opératoire), où le patient était anesthésié avec un soin tout particulier (c'est ainsi qu'on vit l'appareil à anesthésie remplacer la compresse), où tout contact superflu et inutile entre les mains du chirurgien et la plaie opératoire était rigoureusement proscrit, où l'étude des technique opératoires réalisait une véritable «taylorisation» chirurgicale pour réduire au minimum le temps de l'acte opératoire.

Cette école où les critiques et les observations étaient plus fréquentes que les compliments, a donné des opérateurs, ayant une forte éducation chirurgicale et qui ont contribué au renom de la chirurgie française. Ils ne possédaient pas seuls la vérité.

A côté d'eux, avec des méthodes différentes, d'aussi brillants opérateurs accumulaient d'aussi beaux résultats ; l'opération gagnait en rapidité et, si l'hémostase n'était pas poussée aussi loin, elle était néanmoins très complète. Ces opérateurs exécutaient, avec des méthodes nouvelles, des opérations hardies, fertiles en incidents, en particulier dans la chirurgie du cancer, et ils étaient souvent dans l'impossibilité de suivre un plan tracé d'avance, dans tous ses détails ; c'est ainsi que *sauvant des malades qui autrement seraient morts*, nous vîmes réapparaître le Mickulicz que l'on pensait à jamais disparu.

Puis, ce fut la guerre, la chirurgie devint maîtresse de l'heure ; il fallut des légions de chirurgiens rapidement formés, les méthodes les plus simples eurent le plus de succès et *le Mickulicz s'installa dans la paix* ; il y est bien installé, il a conquis même les générations qui jadis en riaient sans en savoir les avantages, il sauve chaque jour des vies nouvelles, *il est commode* ; grâce à lui, les séries noires ont à peu près disparu ; *il donne la sécurité.*

C'est une méthode qui n'a pas contribué pour peu à la vulgarisation de la chirurgie, et à ce seul titre, le nom de FAURE dépasse de beaucoup celui de MICKULICZ.

Il est incontestable, comme l'a fait remarquer, en le regrettant, le professeur LECÈNE, que chaque jour on en fait un plus fréquent usage et qu'on en étend sans limites les indications.

Codifier son emploi est impossible autrement que par cette formule : « *A chacun, selon sa patience, son adresse, sa virtuosité, son habileté opératoire et son tempérament chirurgical* ».

Pourrions-nous passer sous silence le discours du professeur BÉGOUIN qui a présidé le congrès ? Ces discours inauguraux, en général on les oublie ; l'intérêt des questions traitées prime tout et leur fait du tort ; cette année, ce serait bien dommage.

Le professeur Begouin, étudiant **les rapports de la clinique et du laboratoire en chirurgie**, montre l'infinie reconnaissance que tous les chirurgiens lui doivent. C'est du laboratoire de chimie de PASTEUR qu'est sortie toute la chirurgie moderne, le laboratoire a enrichi la clinique de la méthode des vaccinations, le laboratoire par RŒNTGEN, nous a donné les rayons X, le laboratoire, avec les inoculations aux animaux et les biopsies, nous permet des diagnostics plus sûrs.

Mais, en dépit de ce qu'il nous apporte, le laboratoire, s'il va isolé, indépendant, est guetté à chaque pas par l'erreur. Ni l'un ni l'autre ne peuvent aller seuls, ils sont indissolublement liés, aussi bien pour l'exercice quotidien de la chirurgie, que pour la recherche des grands problèmes de la pathologie.

L'Association des gynécologues et des obstétriciens de langue française, réunie à Lyon, a entendu deux rapports qui doivent nous retenir, sur *la stérilité utérine et tubaire.*

La stérilité, d'origine utérine, est, pour Châtillon, la conséquence d'un ensemble d'affections et non d'une cause unique ; le rapporteur les passe en revue, en insistant sur les sténoses cervicales, pour lesquelles POZZI avait décrit une si ingénieuse intervention, les déviations utérines, les fibromyomes utérins, les endométrites fausses ou vraies.

La stérilité est aussi souvent d'origine annexielle, mais difficile à diagnostiquer. Le rapport que DOUAY présente au Congrès éclaire d'un jour nouveau toute cette question. L'examen radiologique des trompes après injection de lipiodol permet une étude précise de leur perméabilité ; on voit les points rétrécis ou oblitérés, et on peut poser des indications opératoires exactes. Proust et Ch. Béclère ont publié aussi sur ce sujet une étude intéressante.

Voilà encore une nouvelle conquête des rayons X et du lipiodol et il faut se féliciter, chaque fois qu'une méthode vient ajouter de la précision à nos examens de malades.

Cette collaboration des chirurgiens et des radiographes devient chaque jour si étroite, que c'étaient un urologue et un radiographe qui étaient rapporteurs au **Congrès d'urologie** de la question à l'ordre du jour. MM. BELOT et PASTEAU ont montré combien, en urologie, le radiodiagnostic avait étendu son champ, depuis l'époque où il était limité à la recherche des calculs. On a successivement précisé le contour du rein, puis sa forme, ses dimensions, les particularités de ses cavités par la pyélographie ; actuellement, on observe à l'écran le fonctionnement du bassinet et des calices, c'est la pyéloscopie.

Sans doute, si la méthode est bonne dans la lithiase, il faut faire quelques réserves sur les résultats obtenus avec elle dans la tuberculose

rénale, mais disons-nous bien que nous commençons à peine à utiliser la grande découverte de RŒNTGEN et que, d'une année à l'autre, on fait de tels progrès dans la précision des diagnostics qu'on ne saurait s'attarder à ces objections.

Je me suis trop étendu l'an passé sur la chirurgie dans *le traitement des tuberculoses articulaires et osseuses* pour redire encore, à propos du **Congrès d'orthopédie**, le bien que je pense de *l'intervention chirurgicale dans la tuberculose tibio-tarsienne.* La discussion, qui a suivi le rapport de DELAHAYE où de nombreux documents ont été apportés, semble montrer qu'on ne saurait séparer les chirurgiens orthopédistes en abstentionnistes et en interventionnistes, et comme l'a bien dit SORREL, la conduite tenue dépend surtout des cas qui se présentent.

Un très intéressant rapport de DUJARIER traitait la seconde question : *Le traitement des pseudarthroses congénitales.*

Il a suffi à l'auteur de montrer ce qu'il avait fait, de projeter des radiographies, de faire défiler des malades, pour nous convaincre tous, du grand pas qu'il a fait faire à la question et pour nous persuader que c'est la bonne manière qu'il nous a si magistralement exposée.

Tels furent **les Congrès**, pleins d'enseignements, pour ceux qui peuvent les suivre et qui, à la rentrée, nous rendent visite chaque année. Mais ces réunions annuelles ne sont pas le reflet de notre vie chirurgicale intense, il faut lire les bulletins des sociétés, les journaux, les périodiques, pour comprendre et sentir cette activité scientifique qui s'exerce dans toutes les branches de la chirurgie.

La chirurgie splénique a, cette année, été mise au premier plan ; la rate isolée dans sa loge ne tentait guère les chirurgiens, les indications de la splénectomie manquaient de précision et nous devons remercier MM. CONSTANTINI, PINOY et NANTA d'avoir montré la fréquence des splénomégalies parasitaires, dues à une mycose splénique et susceptibles d'être traitées chirurgicalement.

Un mémoire de MM. GRÉGOIRE et P.-E. WEILL est venu encore en préciser les indications.

Si jusqu'ici les avis étaient très partagés sur l'utilité de l'ablation de la rate et sur ses résultats, c'est qu'il est des rates auxquelles il ne faut pas toucher, les rates de la leucémie, des pseudo-leucémies, celles de la maladie de HODGKIN ; il faut aussi, avant de décider de l'intervention, savoir combien il est important d'examiner le foie, le système vasculaire et sanguin, de connaître le temps de coagulation du sang, et le degré d'anémie.

Ces rates sont souvent fragiles, elles peuvent se rompre sous l'influence d'un léger traumatisme ou même au cours de l'intervention. Le professeur LECÊNE, étudiant un cas de d'ALLAINES, conseille une voie d'abord qui favorise l'ablation ; la grande incision oblique de l'hypochondre gauche permet la section première du pédicule splénique principal et l'ablation totale de l'organe hypertrophié ou rompu, avec un minimum de risques.

A la Société des chirurgiens de Paris, PAUCHET et BÉCART ont étudié les indications de la splénectomie, décrivant, avec de nombreuses illustrations, leur technique.

Nous ne pourrons juger des résultats de ces splénectomies qu'avec un peu de recul, une observation de LECENE a retenu notre attention, c'est celle d'un opéré, mort six mois après l'ablation, à la suite d'une hématémèse foudroyante.

L'enquête faite par le professeur DUVAL sur l'action de **la rachianesthésie dans l'occlusion intestinale** s'est terminée par la communication de plus de 400 cas comprenant des hernies étranglées, des iléus dynamiques, des iléus mécaniques où l'action de l'anesthésie rachidienne s'était diversement manifestée.

Les succès les plus nombreux, ceux qui s'observent avec le plus de régularité, c'est dans l'ileus dynamique, 30 succès sur 44 cas, et fait paradoxal, on les note même dans l'iléus de la péritonite.

Dans la hernie étranglée, si la rachi amène la réduction spontanée, il faut craindre de voir rentrer dans l'abdomen une anse grêle sphacélée et si l'anesthésie lombaire est à conseiller, elle doit être suivie de l'intervention immédiate.

En somme, et c'est la conclusion de Pierre DUVAL, la rachi-anesthésie dans l'occlusion a une action paradoxale, elle peut triompher d'obstacles mécaniques, comme des torsions, des brides, des adhérences et elle se montre impuissante à réveiller des contractions pour des cas d'iléus réflexe.

On peut dire que bien que les résultats de son action soient inconstants ; c'est une technique qu'il faut conseiller.

Les observations publiées par TOUPET sur **les injections d'adrénaline, pour ranimer le cœur après des syncopes anesthésiques**, viennent nous donner un nouveau moyen d'action contre cet accident, qui laisse si souvent le chirurgien impuissant. C'est un procédé efficace, et il n'est pas admissible qu'un nécessaire permettant ces injections ne soit pas à la porºée du chirurgien dans chaque salle d'opérations. Nous savons une malade qui doit sa vie à la présence de ce nécessaire, et à l'heure actuelle, elle ne se doute pas du danger grave qu'elle a couru.

Il est bien entendu, comme le remarque le professeur HARTMANN, que ces injections ne doivent pas faire négliger la respiration artificielle et les tractions de la langue.

Les résultats du **traitement des cancers de la langue** soignés à la Fondation CURIE ont fait

l'objet d'une communication importante de MM. ROUX-BERGER et O. MONOD.

Distinguant les cancers suivant qu'ils siègent en avant du V lingual, ou en arrière, ou à la face inférieure, ou sur le plancher buccal, les statistiques accusent des guérisons de 31 % dans les premiers, de 19.5 % dans les deuxièmes et de 25 % dans les troisièmes.

Le traitement des cancers de la langue comporte le traitement de la localisation linguale et celui des adénopathies.

Il semble aux auteurs que, pour la localisation linguale, ce soit la radiumpuncture qui donne, les meilleurs résultats ; pour les cancers en arrière du V, elle est insuffisante et il faut la combiner avec l'irradiation extérieure.

Sur 133 cas où la guérison linguale a été obtenue, seulement 77 cas ont guéri totalement, ce qui montre la difficulté d'atteindre les ganglions.

Pour traiter les adénopathies, les auteurs combinent les applications de radium avec des appareils extérieurs moulés sur le cou, et des opérations consistant en l'évidement uni ou bilatéral des régions sous-maxillaires et carotidiennes, quelquefois même, ces ablations, pour être complètes, nécessitent la résection du sterno-mastoïdien et de la veine jugulaire interne.

La technique de ces évidements ganglionnaires a fait l'objet dans le *Journal de chirurgie* d'un article de Raymond BERNARD richement illustré où tous ceux que cette question intéresse puiseront de précieux conseils.

La statistique des résultats obtenus à Bordeaux par JEANNENEY, RECHOU et Mathey CORNAT montre aussi le faible pourcentage des guérisons définitives par le radium et la chirurgie combinés.

La vaccination préopératoire, née du désir qu'ont les chirurgiens d'augmenter la résistance de leurs opérés, a été exposée dans plusieurs publications de MORNARD.

Cette vaccination a trois indications fort nettes : dans les opérations septiques, dans les opérations aseptiques suivies de complications septiques spéciales, dans les opérations aseptique pour combattre les complications infectieuses en général.

En chirurgie gastrique où les complications pulmonaires sont graves puisqu'elles vont de la simple bronchite à la gangrène pulmonaire, la vaccination trouve ses indications.

X. DELORE et JOUVE (de Lyon), dans la *Revue de chirurgie*, ont publié une série de 24 observations de malades gastriques opérés et vaccinés ; ces auteurs utilisent le vaccin de WEILL et DUFOURT (dont nous avons nous-même l'expérience, pour les broncho-pneumonies de l'enfance); leur vaccination n'est pas pré mais post-opératoire et leurs observations pleines d'intérêt méritent d'être rapprochées de celles-ci.

Cette vaccination s'emploie en chirurgie urinaire et notre ami et distingué collègue ISELIN l'utilise avec d'excellents résultats depuis 1923; il constate que chez les malades vaccinés, les suites opératoires sont, en général, on ne peut plus simples.

Nous ne saurions oublier, quand il s'agit de vaccination préventive, que depuis de longues années, Louis BAZY en a posé le principe et l'a fréquemment utilisée.

A côté des complications infectieuses qui surviennent après les opérations sur l'estomac et le duodénum, il faut faire une place toute spéciale aux intoxications graves et même mortelles, consécutives aux gastrorragies profuses.

La résorption du sang accumulé dans le côlon, tue le malade, c'est suivant l'heureuse expression de PAUCHET « l'indigestion de boudin » à laquelle succombe l'opéré. Il est nécessaire, à son avis, de pratiquer une cæcostomie, par laquelle on fait une irrigation continue et abondante du côlon pour évacuer l'hématome.

La toxicité du sang dégluti, c'est la notion qu'on néglige très souvent et qui plaide encore en faveur de l'hémo-aspiration dans les interventions pour bec-de-lièvre ou fissure palatine chez le nourrisson et chez le jeune enfant.

On n'insistera jamais assez sur la nécessité qu'il y a à opérer avant qu'il ne soit trop tard les nourrissons atteints **de sténose hypertrophique du pylore ou d'invagination intestinale.**

Un récent travail de Fredet, le chirurgien qui, le premier, a fait la pylorotomie extra-muqueuse, montre comme cette sténose, moins rare qu'on le prétendait, est facilement curable. Les graphiques, qui illustrent l'article, permettent de suivre l'évolution pondérale de l'enfant et de se rendre compte de l'amélioration rapide apportée par l'intervention chirurgicale. Cette intervention rapide et simple comporte un pronostic grave si elle est faite trop tard, et surtout si l'enfant a perdu un tiers de son poids de naissance. Il faut se méfier des nouveau-nés vomisseurs, et la radioscopie vient là, encore, nous apporter l'appoint de son concours, en montrant qu'il y a un obstacle pylorique.

Pourquoi la radiographie est-elle si peu utilisée dans le diagnostic de l'invagination intestinale du nourrisson ? Il y a quelques années, à l'occasion d'un rapport, j'en faisais la remarque et je vois que depuis, il a été apporté bien peu de documents.

POULIQUEN aussi s'en étonne ; il y a certainement un grand intérêt, dans les diagnostics difficiles, à s'aider d'un radiodiagnostic. L'invagination, la vraie, est relativement rare (je me suis livré à une enquête personnelle chez les médecins qui ne soignent que des nourrissons). et je me demande si, passant d'un excès à un autre, on n'intervient pas quelquefois chez des

enfants dont l'intestin n'a jamais été invaginé.

Il semble qu'une intervention aussi grave, quoi qu'on dise, qu'une laparotomie chez un nourrisson, même si on doit retarder d'une heure la libération de l'intestin, devrait être précédée d'un examen à l'écran, après lavement baryté. Cette pratique est peut-être impossible dans les installations rudimentaires ; elle devrait être la règle dans des services hospitaliers organisés, où on pourrait avoir un radiographe de garde.

L'anesthésie rachidienne, chez le nourrisson, a été utilisée quatorze fois par un chirurgien anglais pour traiter l'invagination intestinale. Il semble, à lire le travail, que la rachi ait rendu l'opération plus facile ; d'ailleurs sur les quatorze opérés, il n'y a qu'un seul décès, c'est dire que la statistique est belle. Faut-il voir là une méthode d'avenir ou seulement la réunion d'un ensemble de cas heureux ?

La chirurgie des côlons et en particulier du côlon gauche se complique souvent d'accidents qui tiennent au fait que les sutures tiennent mal ou se désunissent. Nous devons savoir gré à M. Millière d'avoir étudié la vascularisation des tuniques du côlon gauche et d'avoir tiré de ses recherches anatomiques, très intéressantes, faites dans le laboratoire du professeur Cunéo, une application chirurgicale immédiate.

Pour faire une bonne suture, il faut avant tout faire le dégraissage de l'intestin avec prudence, pas à l'aveugle, et surtout respecter les vaisseaux droits longs. Lorsque l'on met le clamp, pour faire la section oblique en sifflet, aux dépens du bord libre, il faut éviter de blesser les arcades juxta-coliques, pour ne pas diminuer la vitalité des tuniques intestinales.

Dans **le traitement de la tuberculose pulmonaire**, on a pu conseiller diverses interventions chirurgicales et il est intéressant de savoir ce qu'on peut en attendre.

La phrénicotomie semble un moyen facile, mais peu efficace d'obtenir le collapsus pulmonaire.

MM. Bérard, Guilleminet et Dejacques nous expliquent ce qu'on en peut espérer. Ils étudient les résultats de 80 phrénicotomies associées ou non à des thoracoplasties extrapleurales ou associées au pneumothorax artificiel.

La phrénicotomie est surtout utilisée dans les formes chroniques de la tuberculose pulmonaire, c'est une opération bénigne, qui n'exige pas l'unilatéralité stricte des lésions et qui donne d'excellents résultats dans les formes fibreuses du sommet peu fébriles et évoluant lentement.

La phrénicotomie associée à la thoracoplastie permet, lorsqu'elle est faite quelques jours avant, de vérifier l'unilatéralité des lésions, les signes stéthoscopiques devenant plus nets du côté opposé ; elle améliore aussi l'état général et diminue les chances de pneumonie post-opératoire.

Associée enfin au pneumothorax la phrénicotomie a donné aux auteurs deux beaux résultats. Ces 80 cas ont fait l'objet avec 91 thoracoplasties d'un intéressant rapport au Congrès de la tuberculose, présenté par MM. Bérard et Dumarest où les mêmes idées sont développées.

La chirurgie du cerveau et de la moelle semble bénéficier des recherches de Sicard et Forestier sur l'examen de l'axe cérébro-médullaire par le lipiodol.

C'est ainsi que Desgouttes (de Lyon) a pu opérer 15 tumeurs de la moelle avec un diagnostic de siège précis.

Pour la localisation des tumeurs cérébrales, de Martel croit que le diagnostic clinique est supérieur au diagnostic par le lipiodol et à l'aéro-ventriculation. L'expérience de de Martel en chirurgie cérébrale est considérable et lorsqu'il nous dit qu'il considère la ventriculographie comme dangereuse, il faut le croire.

D'ailleurs, entre la chirurgie de la moelle bien réglée et la chirurgie cérébrale pleine de surprises, on ne peut établir de parallèle.

Le traitement du mal de Pott par la greffe osseuse gagne chaque jour du terrain ; peu à peu les résistances diminuent devant l'efficacité des résultats obtenus.

Si des chirurgiens comme Lauwers (de Courtrai) opèrent à l'anesthésie locale, avec la technique d'Halstead, il semble que la majorité se rallie à la technique d'Albée que nous avons déjà eu maintes fois l'occasion d'exposer, ici même.

Tavernier (de Lyon) a publié le cas d'un malade que nous avons eu l'occasion d'examiner et où il a obtenu une guérison rapide avec marche immédiate en moins de deux mois. Quarante-cinq jours exactement après la greffe, l'opéré marchait sans souffrir et sans que sa colonne vertébrale soit le siège d'aucune contracture. Il semble, comme le faisait remarquer le professeur Bérard, qu'en dehors de son rôle de soutien, le greffon vienne agir en accélérant la réparation anatomique locale.

E. Sorrel, rapportant treize observations de Guillemin (de Nancy) où les maux de Pott ont été traités par l'ostéo-synthèse vertébrale, puis revus, étudiés et radiographiés, montre que, quel que soit le siège du mal de Pott il n'y a pas de contre-indication à l'intervention. Les observations comprennent un mal de Pott cervical, un dorsal inférieur, deux dorso-lombaires et neuf lombaires.

Si Guillemin est partisan de l'opération précoce, Sorrel montre fort bien qu'il ne peut être question d'opérer dès le début des lésions ; quand le mal de Pott se décèle à nous, il évolue déjà depuis plusieurs mois.

Pour réaliser chez un adulte un traitement conservateur, par l'immobilisation et la cure héliomarine, on se heurte à des grosses difficultés. Conduire, chez un adulte, un traitement orthopédique complet jusqu'à la guérison définitive, SORREL croit cela impossible. Jamais les seules méthodes orthopédiques ne donneront la qualité et la sécurité dans la guérison qu'on aura avec l'opération d'Albee.

Mais là encore, il ne faut pas opposer à la chirurgie, l'orthopédie, si le traitement orthopédique est incapable à lui seul d'assurer la guérison ; il est nécessaire, pour amener les lésions à un stade tel que l'opération puisse être alors utilement pratiquée.

S'élevant enfin contre toutes les légendes qui courent sur le traitement des tuberculoses, SORREL montre qu'il a pu sans un seul accident faire plus de cent ostéo-synthèses et que l'ostracisme qui pèse encore sur la chirurgie dans la tuberculose n'est pas mérité.

Il semble même qu'une réaction opposée doive commencer à se dessiner ; les faits apportés par OMBREDANNE, ROBERTSON LAVAL, VIGNARD tendent à montrer que la greffe dans les épiphyses malades est un moyen d'améliorer vite les ostéoarthrites bacillaires. Tous les chirurgiens d'enfants sont actuellement attentivement penchés sur cette question, on voit même de timides essais de la méthode ; le souvenir des lamentables résultats des résections précoces hante encore la mémoire du plus grand nombre, et aucun de nous n'osera se prononcer avant d'avoir observé lui-même et suivi quelque temps les résultats promis par l'auteur de cette originale technique.

Les interventions sur la hanche, soit pour des subluxations congénitales, soit pour de vieilles arthrites douloureuses, se font plus nombreuses et à l'école d'OMBREDANNE et de LANCE puis de MATHIEU on commence à intervenir davantage et à se féliciter des résultats qu'on obtient.

Complétant la technique des opérations ostéoplastiques, le professeur OMBREDANNE expose, avec sa clarté habituelle, la manière dont il pratique les butées ostéosplastiques de la hanche.

Chez les jeunes enfants où la tête peut être facilement ramenée en face du cotyle, l'opération ostéo-plastique est idéale, mais chez les grands, cette réduction est difficile, souvent impossible, et OMBREDANNE conseille la résection butée ; le col fémoral est sectionné en son milieu et avec le fragment capital qu'on fixe à l'os iliaque, on fait la butée.

Nous avons eu nous-même plusieurs fois à intervenir sur des hanches soit pour des subluxations, soit pour fixer par l'arthrodèse une hanche douloureuse, nous avons obtenu d'excellents résultats, soit par les procédés dont nous venons de parler, soit par des techniques qui en sont dérivées et nous sommes persuadé que pour la coxalgie à la fin du traitement comme pour le mal de Pott la greffe deviendra peu à peu le procédé de choix pour obtenir la guérison complète.

Il est certain que toutes ces interventions doivent, pour être facilement et correctement exécutées, se faire sur la table orthopédique et le dernier modèle à bascule que viennent de réaliser MM. DUCRROQUET est particulièrement commode.

***

Telles sont, glanées dans un peu tous les domaines de la chirurgie, les études qui nous sont apparues comme très importantes.

Ces grandes questions intéressent aussi bien médecins que chirurgiens ; si l'un est chargé d'exécuter l'acte opératoire, l'autre est souvent appelé à donner un avis sur son opportunité ; comment le ferait-il s'il ne se tenait continuellement au courant des récentes acquisitions de la chirurgie, s'il ne trouvait dans nos discussions réponse aux arguments qui lui viennent à l'esprit, s'il ne pouvait se rendre un compte exact des résultats obtenus, par la lecture d'observations complètes et l'étude des résultats éloignés ?

Ainsi, chaque jour, la chirurgie étend son domaine, mais si chaque jour, elle étend ce domaine, chaque jour aussi, augmentent les responsabilités de ces hommes qui, comme l'écrivait un grand maître, ont cette fonction redoutable de tenir à chaque instant la vie et la mort dans leurs mains.

Avec les responsabilités, viennent les heures douloureuses et difficiles, les heures où seul avec soi-même, on cherche un réconfort, un soutien, un appui moral ; c'est cela que le magnifique livre du professeur FORGUE, « Au seuil de la chirurgie » est venu nous apporter.

Nous avons lu avec émotion les conseils qu'il donne à l'étudiant qui se destine à devenir chirurgien, les chapitres où il montre combien le respect de la vie s'impose à tous ; ceux où il montre la grande importance du moral en chirurgie aussi bien pour le chirurgien et ceux qui l'assistent que pour l'opéré. Et, nous avons fermé le livre et nous avons éprouvé, en réfléchissant à tout ce que le maître de Montpellier avait mis de sa propre vie chirurgicale dans ces trop courtes pages, la même joie émue que nous avions ressentie il y a quelques années à lire de J-L. Faure : « L'âme du chirurgien », auquel il fait un digne pendant.

LES TRAVAUX SUR LA TUBERCULOSE EN 1927

Faits — Déductions — Hypothèses,

Par Albert VAUDREMER,

Maître de Conférences à l'Ecole Pratique des Hautes-Etudes.

La fin de l'année 1926 et l'année 1927 ont été fertiles en travaux originaux, en Congrès et en réunions consacrées à la tuberculose. En 1926 : Congrès de Dusseldorf ; en 1927, : Congrès français de la tuberculose à Lyon, Congrès de la tuberculose en Pologne, Journées Villemin, etc.

Nous allons tenter dans une revue générale de mettre en valeur certains faits énoncés au cours de ces différentes manifestations et d'en tirer des conclusions.

Nous ferons une place à part aux études sur le développement et la filtrabilité du bacille tuberculeux qui ont ouvert un champ nouveau aux recherches sur la tuberculose et sur la biologie générale.

Le développement du bacille tuberculeux.

Parmi les données récemment acquises, il en est une qui, longtemps contestée, l'est beaucoup moins aujourd'hui. C'est le polymorphisme présenté par le Bacille Tuberculeux au cours de son développement et l'inconstance de l'acido-résistance. Cette acido-résistance, tellement admise jusqu'ici que, sans elle, un Bacille ne pouvait pas être un germe Tuberculogène, est remise, maintenant à son plan véritable, et l'on convient que, tout incontestable qu'elle soit, elle n'est pourtant qu'un état particulier du B. K.

Cette opinion, qui devient classique, a été établie par Bezançon, Philibert, Hauduroy au cours de leurs études sur *la substance cyanophile*. Elle a été confirmée par nos propres recherches, dont la plupart ont été publiées dans ce journal (1).

Cultures du bacille sur divers milieux nouveaux. — Jusqu'alors, il était admis que le B. K., toujours acido-résistant et producteur de tuberculine, ne pouvait pousser que sur des milieux riches en corps gras et en matières azotées. Or, nous avons montré avec Gessard qu'un milieu synthétique ne contenant que des traces de succinate d'ammoniaque dissoutes dans l'eau distillée suffisaient au développement du bacille de Koch.

Dans un milieu empirique, non moins pauvre que le précédent, tel que du bouillon de pommes de terre, nous avons pu, aussi, faire pousser le bacille. Ces constatations confirmaient les expériences anciennes de Samuel Arloing et mettaient en évidence les formes décrites par ce savant. Puis, dans une longue suite de recherches déduites les unes des autres, nous avons pu suivre le développement du germe de la tuberculose, et, voir passer celui-ci par une série de formes successives allant de la forme acido-résistante à la forme filtrante, suivant un cycle, dont les différents stades se sont toujours présentés à nos yeux sous des aspects semblables. Le caractère dominant de ces aspects était la présence constante d'éléments granulaires et, aussi la variation de l'acido-résistance en fonction de la richesse des milieux de cultures en hydrates de carbone.

Les expériences au cours desquelles ces faits ont été observés nous ont aussi montré que la tuberculine dépendait de la richesse des milieux en matières azotées et que, les conditions nutritives et thermiques suffisantes à la vie et au développement du bacille tuberculeux étaient voisines de celles réalisées dans la nature. Devant ces constatations nous en sommes venu à soupçonner que certaines formes du B. K. pourraient peut-être végéter en dehors de toute vie parasitaire. Si à cette question, il n'est pas encore de réponse plusieurs faits, cependant, demeurent établies, qui sont :

Le polymorphimse du germe tuberculogène ; l'inconstance de son acido-résistance ; son impuissance à produire de la tuberculine dans les milieux pauvres en azote ; son adaptation à des milieux nutritifs très pauvres et à des températures variées ; sa plasticité absolument inconnue et même niée, jusqu'ici.

A tous ces faits, en opposition avec la doctrine classique, il faut ajouter encore « la filtrabilité » de certains éléments pathogènes du B. K.

La filtrabilité du B. K. — Les premières recherches sur la filtrabilité du bacille de Koch ont été publiées en 1910 par Fontès dans les *Annales de l'Institut Oswaldo Cruz*, de Rio-de-Janeiro. Notre collègue et ami avait pris à tâche de savoir si certains éléments du pus des lésions tuberculeuses ne traverseraient pas les filtres Berkfeld ou le filtre Chamberland. Ses expériences avaient été couronnées de succès. Il avait obtenu, en effet, difficilement, il est vrai,

(1) Ces articles ont été réunis en volume sous le titre de « *Le bacille tuberculeux* ». (Presses universitaires 49, boulevard Saint-Michel, Paris.)

la filtration des pus étudiés par lui. Des cobayes, inoculés avec le liquide filtré, avaient présenté, quinze jours après l'inoculation, des gros ganglions indurés. A l'autopsie de ces animaux, sacrifiés, on avait trouvé la rate grosse et des ganglions volumineux. Les lymphocytes étaient bourrés de corpuscules chromophiles, mais, ne contenaient pas de bacilles acido-résistants. Pourtant la rate des animaux sacrifiés inoculée à des cobayes neufs déterminaient chez ceux-ci une infection tuberculeuse pulmonaire sans chancre d'inoculation préalable.

Cette expérience fut vivement contestée dans le propre pays de Fontès. Elle le fut d'autant plus que, répétée en France par Philibert, elle ne put être reproduite par le savant français. Elle tomba dans l'oubli, d'où nos recherches la firent sortir.

Nos expériences sur la culture du B. K. en milieux pauvres nous montraient en effet la présence constante des éléments granulaires que nous avons signalés à la page précédente, quelles que fussent les transformations subies par le Bacille Tuberculeux observé.

On pouvait voir celui-ci, abandonnant la forme classique devenir volumineux, perdre son acido-résistance, s'allonger, présenter des bourgeons latéraux, prendre la forme de massues, puis la forme mycélienne, au fur et à mesure de son développement. Sans cesse, la présence des éléments granulaires permettait de se rendre compte que ces formes, si nouvelles, dérivaient toutes du granule, élément générateur et reproducteur, qui trouvait lui-même son origine dans le bacile acido-résistant, point de départ de l'expérience.

Parmi ces éléments granuleux, il en était de si fins que, à Louis Martin et à moi, ils avaient paru pouvoir filtrer à travers les bougies serrées. Tel a été le point de départ des recherches qui nous ont permis de filtrer le Bacille tuberculeux en partant non plus du pus, mais des cultures et de suivre la transformation des germes filtrés puis leur retour à l'acido-résistance avec reprise du pouvoir pathogène.

Le professeur Bezançon, avec Hauduroy, voulut bien refaire et publier ces recherches qui furent dès lors poursuivies par Arloing et Dufourt, Calmette et Valtis, Sergent et Durand, Charchansky, Dino Vanucci, Park, etc.

Aujourd'hui la filtrabilité du B. K. est généralement admise et cet acquiescement des savants les a conduits à remettre en discussion la doctrine de l'hérédité tuberculeuse.

Tuberculose transplacentaire. — Nous nous sommes volontairement abstenu d'aborder ce sujet qui sortait de notre cadre expérimental et dont nous prévoyions qu'il donnerait lieu à des discussions vives. Faire admettre la filtrabilité des cultures de B. K. ayant été une tâche plus difficile que de découvrir le fait lui-même, il nous parut qu'il appartenait à d'autres de mener la campagne sur l'Hérédité Bacillaire. Philibert, le premier, à notre connaissance, posa la question dans un de ses cours d'Agrégé à la Faculté de médecine ; mais, elle fut surtout étudiée par Arloing et Dufourt, puis par Calmette et ses élèves, et après eux par de nombreux pédiatres.

M. Ribadeau-Dumas (1), et M. Malartre (2) ont publié récemment deux ouvrages où la question est traitée dans son ensemble, et, à l'aide desquels nous la résumerons.

L'Hérédité de la Tuberculose a été, nous le savons, longtemps admise. Elle a cessé de l'être dans la seconde moitié du 19e siècle. Surtout après que Nocard eut présenté ses belles expériences sur la transmission de la Tuberculose bovine. Nocard montrait, en effet, que des veaux enlevés dès leur naissance à leurs mères tuberculeuses ne devenaient pas Tuberculeux et que les veaux allaités par leurs mères Tuberculeuses s'infectaient, au contraire. Cette expérience, considérée comme démonstrative, ne l'était pourtant pas, en toute rigueur. Elle prouvait bien que la mère malade contaminait le nouveau-né, par son lait. Elle ne prouvait pas, étant donnée la notion maintenant acquise de la filtrabilité, que le jeune veau n'était pas porteur de germes ayant transgressé le placenta. Ces germes, en effet, ne sont pas des Bacilles « Tuberculinigènes », ils n'en sont que les éléments. La recherche de la cutiréaction le prouve. On sait que celle-ci est négative chez le nouveau-né, même issu de souche infectée et qu'elle ne devient positive qu'après un temps variable selon les individus, leur habitat et les risques de contagion qu'ils ont courus. Expérimentalement, l'inoculation du Filtrat Bacillaire au cobaye indemne ne détermine pas non plus l'apparition immédiate de la cutiréaction. Celle-ci, quand elle apparaît, est toujours différée, et Arloing et Dufourt, avec Malartre, ont montré, même, que cette réaction pouvait être fugace. Ce retard correspond à la germination des formes granulaires et à leur transformation en germes acido-résistants. Mais jusqu'à quelle limite de dimensions minima peuvent descendre ces éléments granulaires et sous quelle forme franchissent-ils le placenta ? Nous l'ignorons et nous répéterons ici ce que nous avons dit le 8 février 1927 à la Société de Pathologie comparée.

« Quels sont les éléments, filtrables à travers les bougies, et susceptibles de parcourir un cycle qui ne peut apparaître que dans l'animal infecté ? »

(1) Ribadeau-Dumas. — Tuberculose transplacentaire. (*Revue française de la pédiatrie française*, t. III, n° 3, 1927.)

(2) Malartre. — Acquisitions récentes concernant le B. de Koch (Thèse de Lyon, 8 juin 1927.)

Quels qu'ils soient, ces éléments peuvent-ils être inclus dans le sperme infecté et être transmis à l'embryon ? Peuvent-ils être transmis seulement par la femelle malade ? Dans tous les cas, quelle voie peuvent-ils suivre pour passer de la mère à l'enfant qui naîtra ?

De l'infection de l'embryon par le sperme virulent nous ne savons encore rien. Quant au chemin suivi par le germe infectieux, des expériences d'orientation nous ont montré qu'il fallait le chercher dans *le muscle utérin lui-même* et dans *les ganglions lymphatiques du cordon*. Ces deux données expérimentales coïncident avec certaines constatations cliniques, en particulier avec l'opinion de Leuenberger qui admettait la contamination par les contractions utérines et celle de Moll, pour qui la Tuberculose précoce de l'enfant a pour origine une infection transplacentaire.

Ces faits cliniques et expérimentaux nous renseignent quelque peu sur la présence de germes infectieux chez l'enfant, ils ne nous apprenent rien sur les germes eux-mêmes.

Sont-ce des éléments granulaires du bacille ou des éléments plus fins encore, des « particules morphologiques possédant les propriétés de la matière nucléaire » (1). Sont-ce des éléments micellaires à l'état d'ébauche organique. La première hypothèse répond aux besoins de l'esprit humain qui ne s'accommode qu'avec la conception morphologique accessible à nos sens. La deuxième, rendue séduisante par les idées nouvelles sur l'organisation de la matière, nous conduit à la physico-chimie comme l'a si brillamment démontré le professeur Couttière dans un travail récent (2).

Nous avons abordé ces questions dans une note ayant pour titre : « Réflexions sur la filtration des Bactéries » (3) que nous prions le lecteur de consulter si la chose lui paraît être intéressante. *Pratiquement*, nous retiendrons que, dans certaines conditions, l'infection transplacentaire existe. La conséquence de cette transgression du virus est que « il existe, chez le nouveau-né et le nourrisson une pathologie spéciale méconnue.

« Dans ce cadre rentrent, probablement, certains dépérissements et certains troubles trophiques dont l'origine n'a jamais été clairement élucidée ; les protocoles d'autopsie, toujours négatifs dans ce cas, n'en fornissent pas l'explication » (4).

(1) Kirchenstein. — Structure inférieure des bactéries. (Riga, 1922.)

(2) Professeur Couttiere. — Choses supravisibles. (*Bulletin mdical*, n° 8, octobre 1926, p. 350.)

(3) Vaudremer. — Réflexions sur la filtration des bactéries. (*Revue de pathologie comparée*, n° 323, 20 avril 1927.)

(4) Arloing et Dufourt. — *C. R.* de l'Académie de médecine, 23 février 1926.

Cette opinion était dès le début celle de M. Barbier, quand, après la première communication du professeur Bezançon à la Société de la Tuberculose en janvier 1924 sur la Filtration du B. K. par notre méthode, M. Barbier nous disait : « Je comprends maintenant la cause de l'athrepsie des enfants hérédo-Tuberculeux ». Aujourd'hui il est admis que l'infection Tuberculeuse transplacentaire est possible. Cette opinion est établie par les recherches de Calmette et Valtis, de Lacomme, Couvelaire, Léon Bernard, Sergent (etc.).

Que résulte-t-il de cette infection transplacentaire pour les enfants qui en sont atteints. Ceci, que M. Ribadeau-Dumas a résumé dans les termes suivants :

« 1° Une mère présentant des lésions de Tuberculose évolutive au cours de la gestation peut transmettre à travers le placenta le Bacille infectant à son enfant.

2° A côté d'une Tuberculose congénitale avérée il existe une Tuberculose occulte, probablement beaucoup plus fréquente.

3° Celle-ci, a, comme expression, une débilité caractérisée par le syndrome de dysthrepsie rapide ou temporaire.

4° Ces états dystrophiques répondent à un mode nouvellement connu d'infection Tuberculeuse par les formes filtrantes du Bacille de Koch.

La lyse du bacille tuberculeux. — L'infection Tuberculeuse transplacentaire étant ainsi démontrée par les travaux que nous venons de citer, on en vient à se demander comment les Bacilles Tuberculeux qui ne transgressent pas le placenta peuvent émettre le principe dont nous avons parlé et qui, sous une forme indéterminée, traversera le filtre placentaire.

Les études que nous avons faites et publiées sur le pus des tumeurs blanches non fistulisées, puis les recherches de M. Ch. Richet (fils), Paul Hauduroy et Delbreil vont permettre de poser quelques jalons sur la route (1).

On sait combien sont rares les B. K. dans les ganglions Tuberculeux suppurés et dans les collections purulentes d'arthrites Bacillaires.

Les Bacilles peuvent même être absents dans les pneumonies caséeuses. Ce fait est connu et le professeur Letulle l'a maintes fois signalé.

On sait aussi que dans les crachats de Phtisiques le nombre des Bacilles acido-résistants ne correspond pas toujours à la gravité et à l'étendue des lésions.

Les procédés nombreux d'homogénéisation

(1) Ch. Richet, Paul Hauduroy et Delbreil. — La lyse du bacille tuberculeux dans les crachats. La bactériolyse naturelle (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, t. XXIV, n° 4, décembre 1926.)

des crachats employés pour découvrir de rares Bacilles ne donnent même pas systématiquement une réponse certaine. C'est pourquoi le professeur Bezançon avec Mathieu et Philibert ont imaginé la méthode d'enrichissement qui consiste à mettre les expectorations Bacillifères pendant 24 ou 36 heures dans une étuve à 37°. Dans ces conditions, le plus souvent, le nombre des Bacilles augmente en même temps que se produit la lyse des éléments figurés des crachats. Ce phénomène n'est cependant pas constant : parfois le nombre des Bacilles au lieu d'augmenter, diminue. C'est ce fait, signalé par Lorion dans sa thèse en 1923 que Richet, Hauduroy et Delbreil ont étudié en grand détail.

Ces auteurs ont vu qu'il existe un principe Thermostabile qui provoque la lyse des B.K., dans les crachats mis à l'étuve à 38°. Le Phénomène commence vers la dixième heure et atteint son maximum en 10 jours environ. *Il est plus évident quand les crachats proviennent de malades en voie d'amélioration.* Or, si l'on met en parallèle ce fait et celui, si surprenant tout d'abord, de la rareté des bacilles dans le pus de Tumeurs blanches, on remarque entre les deux constatations une évidente concordance.

Le pus des Tumeurs blanches réalise, *in vivo*, les conditions de lyse expérimentalement reproduites *in vivo* par Richet, Hauduroy et Delbreil; et, s'il est reconnu exact que la lyse bactérienne est plus active dans les cas de Tuberculose en voie de régression, on comprend pourquoi les B. K. sont rares dans les affections chirurgicales fermées, dont le pronostic est généralement moins grave que celui des manifestations Pulmonaires. Il est intéressant pour le clinicien de réfléchir à ces faits qui donnent raison à Fiessinger et orientent vers une thérapeutique anti-tuberculeuse par stimulation des organes lymphatiques.

Culture du pus des tumeurs blanches sur gélose ordinaire. — Ce sont d'ailleurs des recherches voisines de celles que nous venons d'exposer qui nous avaient amené à cultiver le B. K. sur Gélose ordinaire en ensemençant des pus de Tumeurs blanches (1). Ce sensemencements de pus, dans lesquels on ne trouve aucun germe connu apparent poussent sur gélose ordinaire à 38°. Les cultures, composées de Bacilles granuleux en forme de massueet en courtes chaînettes, et non acido-résistantes, ne se développent qu'en présence de pus. Elles ne sont repiquables qu'en présence d'éléments de ce pus qui, nous venons de le voir, est capable de lyser les Bacilles acido-résistants.

C'est, vraisemblablement, une action semblable qu'exercent sur les B. K. les extraits d'Aspergillus Fumigatus dont nous avons fait usage pour lyser et débarrasser de leurs substances grasses des quantités massives de B. K. C'est aussi, par une action semblable que sont modifiés les B. K. soumis à l'action des extraits pancréatiques et qui peuvent, comme Auclair (1) l'a montré, vacciner le cobaye.

Nous reviendrons sur cette question quand nous traiterons ultérieurement de la Bacillothérapie.

La vaccination antituberculeuse du nouveau-né. — Mais avant d'étudier le traitement biologique de certains modes de Tuberculoses, il nous faut exposer *objectivement* les recherches faites par Calmette, Guérin, et leurs élèves, sur la vaccination antituberculeuse du nouveau-né par le B. C. G.

La préparation du B. C. G. (2). — Le B. C. G. est un Bacille Tuberculeux bovin obtenu à l'état de virus fixe par une série de repiquages successifs sur pomme de terre à la bile de bœuf. Ce virus fixe n'est plus Tuberculinigène et il a perdu toute virulence pour les mammifères domestiques et les animaux de basse-cour.

Lorsqu'on fait ingérer ces Bacilles avirulents aux animaux non Tuberculeux, ou si on les leur injecte sous la peau, aucune lésion Tuberculeuse n'apparaît par la suite. Non seulement ces animaux ne deviennent pas Tuberculeux, mais encore ils deviennent résistants aux infections tuberculeuses ultérieures. « Cette résistance dure aussi longtemps que persistent les germes vaccinants dans les organes lymphatiques du sujet immun.

Cette résistance conférée par la présence, dans l'organisme, de Bacilles avirulents, est celle que possèdent les habitants des pays où la Tuberculose est endémique mais dont sont privés les individus originaires de contrées où la Tuberculose n'est pas une pandémie, comme elle l'est en Europe, par exemple.

Ce sont là les faits sur lesquels Calmette a édifié sa doctrine de la « prémunition des nouveau-nés contre la Tuberculose ». En les coordonnant avec : la théorie de l'infection du nouveau-né, facteur des infections Tuberculeuses ultérieures ; le danger des infections massives et répétées génératrices de l'infection évolutive ; la fréquence de la contamination précoce par les voies digestives, Calmette a conclu que, la vaccination du nouveau-né par les voies digestives était possible et qu'elle serait efficace.

(1) Le bacille tuberculeux. (Presses universitaires de France.)

(1) Auclair. — *Presse médicale*, 19 mars 1927, n° 23, p. 353.)

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XL 1926, fasc. 2, page 89.

◆◆◆◆

Depuis lors, dans une série de communications faites à l'Académie de Médecine, l'auteur s'est efforcé de propager sa méthode et d'en généraliser l'emploi, même au moyen de circulaires préfectorales. Aujourd'hui 52.772 enfants ont été vaccinés en France. Ces vaccinations ont été faites avec des doses massives de Bacilles avirulents, ingérés dans les trois premiers jours de la naissance, à une époque de la vie où la structure de l'intestin est limitée à une mince couche de cellules protoplasmatiques capables d'absorber les toxines et les germes figurés.

Les derniers résultats de ces vaccinations ont été publiés le 11 janvier 1928, à l'Académie de Médecine par Calmette. En voici quelques-uns.

Sur 52.772 vaccinés, on en comptait 5.749 nés de *mères Tuberculeuses ou vivant en milieu contaminé.*

Au 1er décembre dernier 3.808 enfants de moins d'un an étaient vaccinés. Chez ceux-ci la mortalité causée par des maladies générales était de 3,9 % et la mortalité Tuberculeuse de 0,9. Pendant la période correspondante la statistique de mortalité des nouveau-nés en France a donné les nombre sde 8,5 % pour les morts par maladie générale, et de 26 % *pour les enfants surveillés par les dispensaires.*

Calmette, ayant plus tard atténué sa restriction première, a étudié la vaccination des enfants de un à trois ans. Ceux-ci au nombre de 1.941 étaient en contact avec des Tuberculeux. Au 1er décembre 1927, 917 enfants parmi les vaccinés étaient âgés de deux ans à trois ans et demi. Aucun décès par maladies Tuberculeuses ne s'est produit parmi eux.

De ces nombreuses recherches, Calmette a conclu que la vaccination par le B. C. G. est inoffensive et que « son efficacité ne peut plus être mise en doute ». Cette opinion est partagée par un très grand nombre d'expérimentateurs et en particulier par les Suédois ; ceux-ci ont même pratiqué, sans inconvénient, la vaccination avec le B. C. G. par la voie sous-cutanée, chez les adultes. Mais la vaccination des nouveau-nés est combattue par les auteurs viennois et allemands, et aussi certains auteurs suisses, en particulier par Taillens, professeur de Clinique infantile à Lausanne (1).

Cet auteur a publié dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, une observation de « Mort par Méningite Tuberculeuse d'un enfant vacciné par le B. C. G » (1).

A l'occasion de cette mort, Taillens a fait une critique parue dans les *Annales de l'I. P.* et dont nous avons plus haut donné l'indication bibliographique. Taillens, après avoir mis en opposition certaines phrases du texte des *Annales*, rappelle l'opinion de Kraus (1) qui, « preuves expérimentales en main, a pu démontrer que l'injection du B. C. G. au cobaye ou au lapin déterminait souvent des lésions ayant toutes les apparences d'une lésion Tuberculeuse. « Mais Kraus a ajouté que ces lésions rétrocédaient et que les organes atteints injectés à d'autres animaux de même espèce ne les tuberculisaient pas. Ce fait est conforme aux affirmations de Calmette. Calmette n'a pas écrit que le B. C. G. ne donnait jamais de lésions, mais il a dit que si ces lésions apparaissaient, elles n'étaient ni génératrices de Tuberculose extensive ni transmissible.

Plus directe est l'expérience de Galli Valerio (2). Celui-ci a infecté deux cobayes avec le B. C. G. injectés respectivement sous la cuisse et dans le péritoine de chacun des deux animaux. Ces cobayes sont morts le premier en 16 jours, le second *en 70 jours avec des lésions Tuberculeuses.*

Deux autres cobayes inoculés avec les produits Tuberculeux provenant de la première expérience ont présenté une lésion au point d'inoculation. Ils sont morts quelque temps après, avec des signes d'intoxication, mais sans lésions Tuberculeuses folliculaires et sans qu'on ait pu, à l'autopsie retrouver ces Bacilles. Cette expérience unique doit être refaite en série. Il faut savoir en effet si le B. C. G. est susceptible de donner dans l'organisme les formes non acido-résistantes que nous avons décrites dans notre ouvrage sur « le Bacille Tuberculeux » (3).

Un point du travail de Taillens doit pourtant être relevé. C'est celui où il déclare n'être « pas le seul a avoir observé un cas de mort par Tuberculose chez un enfant préalablement vacciné au B. C. G. « On entend en effet parfois des médecins signaler un fait semblable. Mais on doit s'étonner alors que ces cas ne soient pas publiés par ceux qui les ont observés. Il le faudrait dans l'intérêt même d'une méthode que son auteur s'applique à mettre au point et à perfectionner.

Si nous avons donné au travail de Taillens une place aussi grande, c'est qu'il contient des affirmations graves. Par exemple, quand l'auteur écrit qu'à la Pouponnière de Lausanne, on a remarqué que les enfants vaccinés avec le B. C. G. étaient chétifs et délicats et se développaient moins bien que les autres. Comme conclusions Taillens écrit :

« 1° La vaccination du nouveau-né, par le B. C. G. « n'est pas une pratique sans danger : outre que chez

(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, 14-25 décembre 1927. (Payot, éditeur, Lausanne.)

(1) *Zeitschrift fur Immunitätforschung und experimentale Therapie*, 51 Band, Heft, 3-4-15 juin 1927.

(2) *Revue médicale de la Suisse romande*, 16 mars 1927.

(2) Vaudremer. — Le bacille tuberculeux. *Loc. cit.*

« l'animal, elle est capable d'entraîner la mort, elle « semble l'avoir fait parfois chez l'enfant, elle nuit « en tout cas le plus souvent, au développement de « celui-ci.

« 2° Cette prémunition, comme on l'appelle, fait « en partie, oublier la pratique autrement plus im- « portante, plus effective, plus sûre et avec cela « dépourvue de tout danger : la séparation du nou- « veau-né de toute personne, parente ou non, at- « teinte de tuberculose ouverte. C'est actuellement « cette mesure qu'on doit s'efforcer de rendre tou- « jours possible.

« 3° Le B. C. G. est un virus tuberculeux atténué, « mais non dépourvu de danger : Son étude chez « l'animal doit être reprise et continuée avant qu'il « puisse être livré au médecin praticien et admi- « nistré au nouveau-né comme agent vaccinateur ».

Ainsi, arrivés à la croisée des chemins, nous, les praticiens, à qui incombe le devoir de décider, que ferons-nous ?

Calmette a fait lui-même la réponse à cette question en joignant aux ampoules de B. C. G. délivrées au médecin, une notice où il est conseillé d'employer le vaccin dans les milieux infestés. En milieu sain, il restera toujours à mettre en œuvre les règles prophylactiques habituellement requises et à surveiller le terrain morbide.

Car la question du terrain, si longtemps méconnue, reprend toute son importante dans les préoccupations du médecin. Elle a été étudiée au Congrès de Lyon et même en reparlerons-nous dans un prochain article en lui donnant le développement nécessaire.

Bacillothérapie des tuberculoses chirurgicales. — Nous avons incidemment signalé, au cours de ce travail, que les Bacilles Tuberculeux étaient partiellement lysés quand ils étaient soumis à un contact prolongé avec les produits élaborés par l'Aspergillus Fumigatus.

La technique à employer pour obtenir ce résultat est la suivante : une culture jeune d'Aspergillus Fumigatus, poussée sur gélose au bouillon de haricots, est ensemencée sur du liquide de Raulin contenu dans des matras de Fernbach. Après un mois de séjour à 15° dans l'obscurité, la récolte est mûre. A ce moment le liquide de culture est décanté, et le mycélium est broyé à part, dans un mortier, avec du sable stérile. Le jus de broyage est reversé dans le liquide de culture décanté. Le mélange, filtré sur bougie L3, est réparti en ballons flambés. La réaction est p. H. = 7,5. Après avoir contrôlé la pureté du milieu ainsi préparé, on procède à son ensemencement en immergeant au fond du ballon de gros fragments de voiles de bacilles de Koch pathogènes poussés sur du bouillon glycériné.

Après cinq ou six jours d'étuve (à 38°) les voiles immergés deviennent lourds, et leur couleur jaune pâle vire au brun. Si, à ce moment, on colore au Ziehl-bleu de méthylène un fragment de voile on voit, sur la préparation, des amas de bacilles acido-résistants granuleux, longs et grêles. Parmi ces bacilles, il en est qui présentent un granule terminal privé d'acido-résistance et colorable par le bleu de méthylène. Ces granules cyanophiles semblent être de même nature que d'autres granules *libres* qui entourent les amas acido-résistants. Ces éléments très fins, dépourvus d'acido-résistance, prennent le Gram et sont colorables au bleu de méthylène. Quand on les examine à un fort grossissement on voit qu'ils ressemblent à des méningocoques qui prendraient le Gram (1).

De jour en jour, le voile immergé devient plus épais, le nombre des bacilles acido-résistants diminue et, celui de granules cyanophiles augmente. A un moment donné, on ne voit plus, sur la préparation, que de rares amas de bacilles typiques. Ceux-ci sont remplacés par de nombreuses zooglées ovalaires composées de granules cyanophiles. Peu de temps après l'apparition de ces zooglées, le milieu de culture demeuré clair jusqu'alors, prend un aspect trouble. A ce moment, le voile immergé diminue de volume, devient friable et se fragmente quand on agite un peu fortement le ballon qui le contient. Bientôt, des voiles ensemencés, il ne restera plus que de minces lamelles. Il est à remarquer que la disparition quasi totale des voiles initiaux correspond au trouble apparu dans le milieu de culture. Ce trouble est produit par un développement massif de germes dont l'aspect varie avec l'origine des souches et avec leur adaptation plus ou moins ancienne aux milieux artificiels.

Cultures sur gélose. — Les éléments apparus dans le liquide aspergillaire sont repiquables sur gélose, mais il ne le sont qu'au moment où ils troublent le milieu de culture. Or, ce trouble dure peu, de huit jours à trois semaines, selon les souches. Quand il a disparu, on ne trouve plus d'autres traces de son existence antérieure qu'un fin dépôt pulvérulent et jaunâtre adhérent au ballon dans lequel il s'était développé.

Les cultures sur gélose poussent en vingt-quatre heures à 38°. L'aspect des colonies varie selon que les ensemencements sont faits avec d'anciennes souches de laboratoire ou avec des souches nouvellement isolées.

Les *souches anciennes* sont composées de colo-

(1) Nous avons signalé dans nos publications antérieures cette morphologie des granules tuberculeux qui nous a frappé depuis longtemps.

nies fines, irisées, parfois un peu grasses. Les éléments qui constituent ces colonies sont semblables à ceux développés dans le liquide aspergillaire et que nous avons précédemment décrits.

Les *souches nouvelles* poussent, tout d'abord, sous la forme d'un enduit blanchâtre, adhérent et difficile à cueillir avec le fil d'ensemencement.

Les éléments composant ces cultures présentent une évolution curieuse. Tout d'abord, ils conservent sur la gélose la forme bacillaire granulaire sous laquelle ils étaient apparus dans le liquide aspergillaire. Puis, au cours des repiquages successifs, ils se transforment en un feutrage, cyanophile granulifère, dont l'aspect est semblable à celui décrit par Bezançon et Philibert dans leurs études sur le développement des cultures du bacille de Koch.

Après une dizaine de repiquages, le feutrage devient moins épais et, sur les préparations, on voit un grand nombre de granules libres cyanophiles ; ceux-ci vont en augmentant au cours des repiquages successifs jusqu'au moment où le feutrage ayant disparu, on ne verra plus sur les préparations que des granules indépendants les uns des autres, *ou paraissont l'être.*

Dorénavant, la souche sera devenue *souche, acclimatée* et les éléments composant ces cultures sur gélose seront pareils à ceux des vieilles souches de laboratoire.

Mort apparente et reprise des cultures sur gélose .— Les cultures sur gélose semblent mourir vite. Les souches bovines surtout sont dans ce cas. Après un mois d'étuve, on ne voit plus sur la gélose que de rares colonies, fines et brillantes, qui ne sont plus repiquables sur le même milieu. Mais, huit ou dix mois plus tard, on constate que ces cultures, qui paraissaient mortes, ont redonné naissance à une « surculture » lamelleuse, sèche, développée au fond du tube. Dans celle-ci, on voit coexister de nombreux granules cyanophiles, des granules acido-résistants et des bacilles typiques. Ainsi sur la même préparation, on peut suivre les différents passages du granule d'aspect banal, au bacille de Koch classique.

Perte et reprise du pouvoir pathogène. — Les éléments poussés dans le liquide aspergillaire ou sur gélose ne déterminent pas la tuberculose expérimentale typique du cobaye. Pour produire celle-ci, il faut inoculer des *cultures régénérées* et revenues au type classique par passage sur un milieu d'origine animale, tel que le sérum de bœuf ou de cheval prélevé purement, non chauffé et glycériné à 5 %.

Ces cultures, inoculées sous la peau des cobayes, les tuent en huit jours. Les animaux meurent sans avoir présenté de lésions au point d'inoculation, mais les poumons et la rate sont envahis de tubercules. L'infection est transmissible en série. Cette expérience montre la nature tuberculeuse des cultures sur gélose ; elle montre aussi que la forme acido-résistante du bacille de Koch facteur du « tubercule » se développe en présence des substances organiques normales de l'animal en l'espèce *le sérum sanguin*

Formation d'anticorps. — La nature tuberculeuse des cultures sur gélose est encore confirmée par l'étude expérimentale des réactions sanguines. Ces cultures, en effet, émulsionnées dans l'eau physiologique, chauffées vingt minutes à 56° et inoculées à trois reprises, à un mois de distance à la dose de 1 cc., dans la veine marginale de l'oreille des lapins sains, provoquent l'apparition d'anticorps spécifiques, dans le sérum de ces animaux. Cette apparition est mise en évidence par l'antigène de Bezredka, dans le service duquel cette recherche a été faite.

Ainsi, les cultures sur gélose, quand elles vieillissent, reviennent au type classique, sans qu'il soit besoin de les repiquer sur des milieux spéciaux.

Ces cultures, repiquées sur un milieu contenant du sérum normal de cheval ou de bœuf additionné de glycérine, acquièrent une virulence exaltée. Les cultures sur gélose tuées par la chaleur peuvent provoquer chez l'animal sain, la formation d'anticorps. *Ces cultures chauffées, inoculées sous la peau des cobayes leur confèrent dans* **80 %** ***des cas****, une* ***résistance*** *accusée à l'infection tuberculeuse expérimentale durant au moins quinze mois* (1). Ce sont donc bien des formes modifiées de bacilles tuberculeux pathogènes. Ce sont ces cultures tuées par la chaleur qui ont servi aux essais thérapeutiques dont l'exposé va suivre.

Action thérapeutique des cultures sur gélose. — Préparation de l'émulsion. — Huit souches de bacilles de Koch (quatre humaines, trois bovines, une équine) ensemencées sur gélose depuis quatre jours sont émulsionnées dans l'eau physiologique. Les émulsions mélangées sont chauffées une demi-heure à 56° et réparties en ampoules. Celles-ci sont chauffées une deuxième fois à 56° pendant vingt minutes.

La stérilisation est contrôlée par ensemencement sur gélose.

Mode d'emploi. — Le traitement comprend douze injections sous-cutanées de 1 à 2 cc. pratiquées tous les quatre à cinq jours. Le soir des premières injections, on note de la céphalée, de la fièvre et parfois des vomissements, avec légère réaction focale, sans réaction au point d'inoculation. Après les trois premières injections, ces phénomènes cèdent. Généralement, ils ne reparaissent plus pendant le cours du traitement. Mais il y a des exceptions. C'est ainsi que l'on voit, parfois, une poly-adénite accompagnée de

(1)) C. R. de la Soc. de Biol., t. XCIV, p. 245, 20 février 1926.

fébricule survenir après la cinquième injection. Il faut alors interrompre le traitement et ne le reprendre qu'une fois le calme revenu. Ces signes de réaction ganglionnaire correspondent à une réaction humorale spécifique.

Réaction humorale. — Celle-ci a été étudiée par M. le Dr Guillot, chirurgien en chef, et M. Daufresme, pharmacien des hôpitaux du Havre. Ces études ont été faites sur des malades atteints de Mal de Pott, Epididymites, Néphrites, Péritonites et Annexites. Dans les cas observés, la déviation du complément par l'antigène de Besredka était faiblement positive avant le traitement : elle croissait après les deux premières injections et devenait massive après la troisième. Ce fait est le corollaire de celui précédemment décrit et qui montrait que, chez les animaux neufs, l'injection d'émulsion chauffée faite par la voie sanguine, provoquait la formation d'anticorps spécifiques.

Cas traités et résultats statistiques. — Les premiers essais thérapeutiques faits avec les cultures poussées sur gélose et tuées à 56° remontent au début de l'année 1925. Le traitement a été appliqué à des malades en cure libre, venant se faire soigner à la consultation externe de la Clinique chirurgicale de la Faculté à la Salpêtrière. Tous ces malades ont eu une fiche clinique et bactériologique et des radiographies en série. Au début de l'année 1927, on comptait 352 cas traités. De ceux-ci 92 en cours de traitement n'ont pas été portés sur la statistique publiée à cette époque (1) et reproduite dans le tableau suivant :

Nature des cas traités	Nombre	Guérisons		Améliorations		Stationnaires		Aggravations	
	Nomb. des cas	Nombre	%	Nombre	p. 100	Nombre	p. 100	Nombre	p. 100
Tub. ganglion ...	123	103	83,4	10	14,87	2	1,8	»	»
Tub. artic. et syn.	87	55	63,22	22	25,40	7	8	3	3,40
Orchi-épididymite.	21	20	95,24	1	4,26	0	»	»	»
Abcès ossfluents..	17	10	58,76	5	29,4	0	»	2	12,4
Tub. cutanées ...	7	4	57,1	2	28,07	1	11,28	»	»
Tub. rénales	6	5	83,2	»	»	»	»	1	16,6
Péritonites	2	2	100	»	»	»	»	»	»
Totaux	260	129	75,65	48	18,60	10	0,02	6	12,31

Considérations cliniques. — Le Tableau que nous venons de reproduire montre que la Bacillothérapie comporte des échecs. Ceux-ci sont devenus plus rares depuis, un an, comme l'a fait remarquer Van der Linden dans un travail publié par le *Bulletin médical* (2).

Il est intéressant de noter que les échecs ont été fréquents chez les hommes de couleur. Les Japonais et les Marocains n'ont retiré qu'un faible bénéfice du traitement et l'on peut se demander si, dans ces cas, l'infection n'était pas due à des bacilles de souches différentes des nôtres. On doit aussi mettre en valeur ce fait clinique important : des malades atteints de tuberculose mixte (lésions externes et pulmonaires) supportent un traitement intensif sans réactions pulmonaires Les lésions parenchymateuses peuvent même être améliorés par le traitement sous-cutané. *Mais ce n'est pas la règle.* En revanche, il faut employer prudemment le traitement sous-cutané chez les tuberculeux pulmonaires ne présentant pas de lésions externes à cause des réactions vives qu'il provoque.

Il semble que la fixation périphérique de l'infection bacillaire chez les malades atteints de lésions mixtes atténue leur sensibiliité au « schock ». Ce fait, qu'il nous a été donné de vérifier, a déjà été signalé par plusieurs auteurs et en particulier par le professeur Bezançon. Il serait important d'en poursuivre l'étude.

Mais si l'emploi des émulsions bacillaires *fortes* est interdit par la voie sous-cutanée chez les tuberculeux exclusivement pulmonaires ceux-ci peuvent bénéficier de la prise de l'émulsion par la voie buccale.

Conclusions.

Tel est l'ensemble des faits biologiques nouveaux qui, publiés par fragments au cours des années antérieures ont, l'année dernière, con-

(2) *Bulletin médical*, n° 42, année 1927, page 431.

(1) Vaudremer, Paulin et Puthomme. — Nouvelles recherches sur le développement du B. Tuber. Applications thérapeutiques. (*B. de l'Académie de médecine*, t. XCVII, n° 7.)

duit les auteurs à serrer de plus près le problème du Bacille Tuberculeux. Il reste à exposer les questions de l'allergie, de l'anergie et du terrain tuberculisable ; celle de la chimiothérapie ; et enfin les applications des méthodes chirurgicales au traitement de la Tuberculose Pulmonaire.

Les questions médico-sociales ne doivent pas être davantage exclues des pages du *Concours Médical* : elles touchent de trop près à la sociologie pour qe nous ne leur fassions pas la part qui leur revient. Ces études feront l'objet d'articles ultérieurs.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Interprétation des images orthoradioscopiques du cœur.

L'orthoradioscopie cardiaque donne la configuration exacte de l'ombre du cœur, telle qu'elle se projette sur le plan vertical. Le prof. LIAN et G. GUÉNAUX exposent les déductions pratiques qu'ils ont tirées de recherches expérimentales.

C'est une image exacte du cœur que l'on obtient, mais sous l'aspect d'une ombre homogène, dans laquelle il est impossible de dissocier les cavités cardiaques les unes des autres. Celles-ci ne sont accessibles au radiologiste que par une partie seulement de leur contour. Grâce à l'injection de ces cavités par de la baryte ou par de l'air, les auteurs ont pu contribuer à préciser leurs rapports entre elles dans les diverses positions, ainsi que le mode de constitution des contours du cœur. Cette étude leur a permis d'apprécier d'une façon vraiment objective les diverses méthodes d'interprétation orthoradioscopique du cœur et d'indiquer les conditions d'examen des diverses cavités cardiaques ; elle a confirmé une fois de plus cette notion classique qu'un diagnostic radioscopique exige un accord étroit avec la clinique. (*Paris médical*, 10 décembre 1927.)

Glandes endocrines et troubles oculaires.

Le Dr Paul SAINTON exposé que les relations entre certains troubles oculaires et les affections des glandes endocrines sont incontestables.

On peut envisager deux mécanismes différents dans les troubles oculaires : l'hypertrophie des glandes endocrines provoque des troubles de compression ; les modifications de leur sécrétion (hyper, dys- ou hyposécrétion) ont un retentissement sur les fonctions oculaires.

Les troubles d'origine mécanique se rencontrent dans deux cas : tumeurs de l'hypophyse comprimant les nerfs optiques, d'où cécité, ou les bandelettes optiques, d'où hémianopsie bitemporale, bilatérale et homonyme ; tumeurs de la glande thyroïde agissant sur le sympathique cervical avec excitation (élargissement de la fente palpébrale, exophtalmie, etc.), ou avec paralysie (diminution de la fente palpébrale, énophtalmie, myosis).

Quant aux troubles sécrétoires, trois glandes endocrines ont une importance de premier ordre ; ce sont la thyroïde, les glandes génitales et les parathyroïdes. Minime est la part de la surrénale, sauf en ce qui concerne son action générale sur la tension artérielle ; problématique est le rôle de la sécrétion hypophysaire.

Les sécrétions glandulaires internes agissent : 1° par leur action hormonique proprement dite ; 2° par les réactions qu'elles provoquent par l'intermédiaire des différentes parties du système nerveux (sympathique, bulbe ou mésocéphale) ; 3° par leur rôle dans le métabolisme, et principalement dans le métabolisme du calcium.

a) Les troubles du système moteur sont surtout en rapport avec des troubles de la sécretion thyroïdienne : exophtalmie par excitation du sympathique, signes de dyssynergie oculo-palpébrale ou oculaire ; sous cette rubrique, se rangent le signe de de Graefe, le signe de Moebius, le signe du frontal (immobilité ou retard dans le regard en haut), le tremblement des paupières fermées, le tremblement des globes oculaires. Relèvent aussi d'un trouble thyroïdo-sympathique les symptômes portant sur la musculature intrinsèque : mydriase, myosis, inégalité pupillaire.

b) Les troubles vasculaires où l'on peut incriminer une action des glandes endocrines sont nombreux : certaines congestions conjonctivales, les hémorragies récidivantes du corps vitré (thyroïde, hypophyse) ; les spasmes rétiniens (insuffisance ovarienne), la migraine ophtalmique (hypothyroïdie et surtout instabilité thyroïdienne).

c) Quant aux troubles de la tension intra-oculaire, son élévation accompagne l'hypothyroïdisme.

d) Les troubles du trophisme et de la morphogénèse peuvent porter : sur la sclérotique (syndrome de Van der Hoeve avec coloration bleue des sclérotiques d'origine polyglandulaire avec hypocalcémie, ou parathyroïdienne) ; sur la cornée (kératocône d'origine thyroïdienne ou géni-

tale ; certaines kératites du goitre exophtalmique) ; sur le cristallin (cataracte d'origine parathyroïdienne, thyroïdienne ou génitale, avec un fait commun, le trouble du métabolisme du calcium).

e) Il faut enfin citer les irido-choroïdites, les névrites et les atrophies optiques, mais la preuve de leur origine endocrinienne n'est pas toujours faite d'une manière absolue. (*Le Progrès médical*, 12 novembre 1927.)

Le traitement de l'avortement habituel par l'extrait thyroïdien.

H. Vignes a insisté à diverses reprises sur les mérites du traitement thyroïdien et du traitement iodé dans la cure de la stérilité et de l'avortement habituel.

La glande thyroïde, on le sait, intervient dans la plupart des métamorphoses qui transforment un état morphologique d'un tissu en un autre état ; il est donc permis de supposer qu'elle intervient dans les métamorphoses que subit la muqueuse utérine au cours de la nidation et de la gestation. C'est, sans doute, en vertu de ce mécanisme que l'avortement habituel, dans certains cas, est conjuré par un traitement thyroïdien.

Peut-être aussi l'extrait thyroïdien, activateur du métabolisme basal, agit-il chez certaines femmes, qui ne sont nullement hypothyroïdiennes, en donnant un coup de fouet aux oxydations organiques et à la vitalité des cellules génitales et des cellules utérines.

L'auteur rapporte le cas d'une femme, chez qui trois gestations précédentes se sont terminées par des avortements précoces ; au début d'une quatrième gestation, il pense à une insuffisance thyroïdienne fruste pour les raisons suivantes : absence de sourcils, placidité, effets particulièrement heureux de l'air marin, insuccès des traitements antisyphilitiques, fécondation après un traitement thyroïdien. Il prescrit un traitement par extrait thyroïdien, iode, chlorate de potasse et prises abondantes de lait. La gestation s'est continuée pour le mieux avec les particularités suivantes : nausées jusqu'à cinq mois ; constipation, œdème périutérin accentué au début.

L'accouchement et les suites de naissance sont normales, courbe de poids admirable.

En ce cas, on avait affaire vraisemblablement à un léger hypothyroïdisme, heureusement influencé par le traitement institué. (*Le Progrès médical*, 13 août 1927.)

Acidose dans les néphrites.

L'étude de MM. Rathery, Trocmé et Julien Marie est intéressante de ce fait que le rein joue un rôle capital dans le maintien de l'équilibre acido-basique des humeurs, soit par l'excrétion des acides, soit en utilisant les tampons et notamment les phosphates, soit par la sécrétion de l'ammoniaque. L'un quelconque de ces facteurs peut se trouver en défaut, mais, souvent, le trouble porte sur les trois mécanismes.

Des recherches entreprises par ces auteurs, il ressort que l'acidose est assez fréquemment constatée au cours des néphrites aiguës ou chroniques.

Ces phénomènes d'acidose peuvent être mis en évidence par la recherche de la réserve alcaline ; il semble cependant que l'épreuve au bicarbonate de soude soit plus sensible et permette de déceler l'acidose alors que la réserve alcaline n'est pas encore modifiée.

On fait absorber au sujet à jeun (sans bicarbonate de soude pendant cinq jours au moins), 4 gr. de bicarbonate de soude en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, dans 200 cmc. d'eau. On avait d'abord fait uriner le sujet le matin à 6 h. 30 ; on recueille l'urine de 6 h. 30 à 8 h. 30 ; puis on fait ingérer le bicarbonate et on recueille les urines d'heure en heure après l'ingestion. On suit sur ces échantillons les variations du pH urinaire et de l'acide carbonique. On dira que l'organisme a réagi à l'ingestion de bicarbonate de soude lorsqu'on observera une réduction de l'acidité ionique urinaire, égale ou supérieure à six fois sa valeur initiale dans les cinq heures suivant l'ingestion du bicarbonate. Chez le sujet normal, au bout d'une heure, on observe en général une réponse traduite par un changement notable dans les chiffres initiaux. Il n'en est pas de même en cas d'acidose.

Au cours de la néphrite aiguë, l'épreuve du bicarbonate de soude montre l'existence d'acidose nette, alors que la réserve alcaline est redevenue presque normale.

L'abaissement de la réserve alcaline va souvent de pair avec les modifications de l'azotémie : à azotémie élevée, correspond souvent une réserve alcaline abaissée, à azotémie normale une réserve alcaline normale, à azotémie moyenne une réserve alcaline en général normale. Cependant, il n'y a pas proportionnalité absolue entre le degré d'azotémie et l'abaissement de la réserve alcaline.

L'acidose dans les néphrites traduit le retentissement sur l'organisme de la lésion rénale. Au point de vue pronostic, elle a donc une signification différente de l'azotémie, qui nous permet de nous rendre compte de l'intensité de la lésion rénale elle-même, au même titre que la constante uréo-sécrétoire. Ces deux ordres de troubles sont en général très marqués en cas de lésions rénales graves ; mais ils ne sont pas toujours équivalents.

Bien qu'on note parfois dans l'acidose rénale une respiration à type de Kussmaul comme dans le coma diabétique, il est difficile à l'heure ac-

tuelle de faire la part des symptômes qui reviennent soit à l'intoxication acide, soit aux troubles relevant du fonctionnement rénal.

L'existence de l'acidose dans les néphrites devait conduire à des indications thérapeutiques. Cependant, la plupart des essais d'alcalinothérapie n'ont abouti qu'à des échecs. Du reste, une alcalinisation trop intensive des urines exagérant l'acidose au niveau de la cellule rénale pourrait aggraver les lésions. On a essayé les phosphates alcalins, les solutions exclusivement bicarbonatées sodiques.

En dehors de la médication alcaline, il est une autre thérapeutique qu'on ne doit pas passer sous silence dans les cas d'acidose rénale : c'est le régime déchloruré, puisque la rétention chlorurée sèche se caractérise par l'acidose. (*La Presse médicale*, 23 juillet 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le traitement chirurgical de l'infection puerpérale.

(MM. C. Jeannin et Ed. Chomé. — *Académie de médecine* ; 24-1-1928.)

MM. Jeannin et Chomé ont en vue le traitement des formes pyohémiques de l'infection puerpérale. La pyohémie puerpérale, disent-ils, est, dans la grande majorité des cas, fonction d'une phlébite utéro-pelvienne suppurée, intéressant par ordre de fréquence : les veines utéro-ovariennes, les veines utérines et vésico-utérines, les veines iliaques primitives, la veine cave inférieure. La phlébite constitue le point de départ d'embolies septiques qui vont ensemencer l'organisme et créer des abcès métastatiques dans les différents organes.

Le but du traitement chirurgical est de s'opposer à ces embolies septiques. On peut y parvenir par la ligature du tronc veineux (en aval de la lésion), ou par la résection de la veine malade. Cette thérapeutique a été mise en œuvre et étudiée par Sippel, Freund, Bumm, Trendelenburg, J.-L. Faure, Jeannin, Vanverts, Lequeux et Chomé, etc. MM. Jeannin et Chomé apportent aujourd'hui une nouvelle série de dix observations de phlébites utéro-pelviennes infectantes ainsi traitées chirurgicalement. L'opération veineuse, qui ne semble pas offrir une grande gravité, a été suivie sept fois de guérison.

Pour poser les indications, les auteurs se sont surtout basés sur les symptômes généraux : frissons intenses et répétés, pâleur particulière, premiers signes d'une complication pulmonaire. Les signes locaux ont moins d'importance. Dans la phlébite des veines utéro-ovariennes, on peut parfois mettre en évidence des points douloureux sur le trajet du vaisseau, mais c'est là un caractère inconstant et trompeur. M. Jeannin estime que le diagnostic de phlébite utéro-pelvienne suppurée est certain quand on voit les frissons se rapprocher, en même temps qu'ils deviennent plus violents et plus prolongés. On aura éliminé, toutefois, les phlegmons du ligament large et certaines endocardites puerpérales capables de donner le change.

— M. Bar montre que l'on comprend mieux aujourd'hui la place qu'il convient de faire dans l'infection puerpérale à la phlébite pelvienne : elle est un stade né de l'infection utérine ; elle peut se développer, suppurer, alors que la lésion utérine s'atténue. La communication de MM. Jeannin et Chomé complète celle de MM. Lequeux et Chomé au Congrès de Strasbourg.

— M. J.-L. Faure constate que l'on hésite de moins en moins à traiter par les moyens chirurgicaux, les infections puerpérales profondes.

— M. Léon Bernard s'élève contre la tendance que l'on a volontiers à oublier l'infection puerpérale. Sous prétexte qu'elle a diminué beaucoup de fréquence, quelques accoucheurs inclineraient à dire qu'elle n'existe plus, se refusant à accepter cette étiquette considérée comme une sorte d'humiliation.

En matière d'infection puerpérale, on peut hésiter à recourir à l'hystérectomie lorsque la malade est jeune, pour ne pas ruiner ses espoirs ultérieurs de maternité. Existe-t-il une méthode non mutilante aussi efficace que l'opération, à la condition d'être, elle aussi, employée précocement ? M. Léon Bernard, bien que non accoucheur, en signale une dont il a pu apprécier la valeur dans un cas le touchant personnellement. Cette méthode consiste en lavages intra-utérins avec un filtrat de streptocoques. Dans le cas en question, une infection puerpérale à allure grave fut jugulée au deuxième jour du traitement.

D'autres observations du même ordre existent, et M. Lévy-Solal, qui a l'expérience de cette thérapeutique, a réuni des documents assez nombreux à ce sujet.

Le charbon, véhicule de médicaments.

(M. Paul Blum, de Strasbourg. — *Académie de médecine* ; 24-1-1928.)

Le charbon peut servir de vecteur à certains médicaments. Touéry, de Montpellier, a appelé, il y a longtemps déjà, l'attention sur ce fait que la poudre de charbon neutralisait les alcaloïdes et pouvait rendre inoffensive l'absorption de poisons minéraux tels que l'arsenic et le phosphore. Les progrès réalisés en physico-chimie ont permis de donner à ces faits une interprétation plus scientifique. A la notion trop vaste d'absorption, s'est substituée celle plus précise

d'*adsorption*. Pour ce qui concerne le charbon, cette propriété a été attribuée par les uns à son extrême porosité et par les autres à des impuretés, aux traces de fer, de chaux, etc., qu'il contient.

Le pouvoir d'absorption du charbon varie suivant son origine et sa fabrication. Wiechowski l'a mesuré en évaluant la quantité de bleu de méthylène retenu par un gramme de cette substance et il a trouvé des chiffres variables, allant de 5 milligrammes à 240 milligrammes.

D'autres expériences ont établi que le charbon est susceptible de restituer, dans des conditions déterminées, les produits qu'il a absorbés. Lorsqu'on l'utilise, comme antidote de certains poisons, sans prendre la précaution d'éliminer le tout par une purgation il peut à nouveau céder le toxique à l'intestin. En d'autres termes, la combinaison *adsorptive est réversible*. Il est donc possible de confier au charbon des médicaments qu'il « rendra » à l'intestin. M. Paul Blum propose d'appeler « adsorbats » les préparations obtenues en faisant *adsorber* sur du noir animal des agents médicamenteux solides ou gazeux. L'auteur a ainsi étudié des adsorbats d'iode, de mercure, de gaz acide chlorhydrique, de brome, etc. Il lui a paru intéressant de signaler dès maintenant cette nouvelle forme pharmaceutique qui semble appelée à rendre des services en clinique. Elle convient à de nombreux produits gazeux ou solides.

Streptocoques et pityriasis rosé de Gibert.

(M. L. Périn. — *Soc. de dermatologie et syphiligraphie.* 10-11-1927.)

M. Périn rapporte l'observation d'un jeune malade qui fut atteint de pityriasis rosé de Gibert à la suite d'un impétigo bulleux streptococcique.

Des cas analogues assez nombreux de pityriasis rosé de Gibert développé consécutivement à des streptococcies de tout ordre (impétigo bulleux, intertrigo, etc.), ont été publiés et ils posent la question de l'origine infectieuse du pityriasis rosé. La culture des squames en bouillon pipette a montré chez la petite malade de M. Périn la présence du streptocoque.

— M. Montlaur a ensemencé en série, dans le service de M. Hudelo, de nombreuses squames provenant de lésions érythémato-squameuses du type eczématides. Toutes les cultures ont été positives quant au streptocoque.

— M. Sabouraud est d'avis que le pityriasis rosé a une autonomie pleine et entière et ne succède pas, au moins ordinairement, à une infection cutanée, streptococcique ou autre.

— M. Brocq a noté, à plusieurs reprises, que des malades atteints de pityriasis rosé présentaient des piqûres de puces. Peut-être y a-t-il parfois inoculation par les puces du germe encore inconnu du pityriasis rosé : cela expliquerait les petites épidémies de pityriasis, comme celle signalée récemment en Amérique chez des étudiants logeant en commun.

— M. Chevallier a relaté, il y a quelques années, l'histoire de trois cas à peu près simultanés de pityriasis rosé dans une maison de prostitution.

— M. Jansion n'a jamais obtenu d'hémoculture positive dans le pityriasis rosé, ce qui orienterait plutôt vers une origine infectieuse à virus cryptique.

— M. Milian a été impressionné, comme M. Périn, par la coïncidence fréquente de l'impétigo et du pityriasis rosé. Les piqûres de puces ne sont pas un empêchement à l'étiologie streptococcique, car les puces qui véhiculent le bacille pesteux peuvent véhiculer le streptocoque.

— M. Louis Bory invoque, en faveur de la contagiosité du pitryriasis rosé de Gibert, sa propre observation. Il a été atteint de cette affection très peu de temps après avoir vu une petite série de malades porteurs de taches et médaillons caractéristiques du pityriasis rosé. Le fait que les malades se déshabillent pour être examinés explique la possibilité du passage du germe, directement, ou indirectement par l'insecte vecteur.

Le traitement préventif de la syphilis avant le chancre et sa valeur.

(MM. Marcel Pinard, P. Vernier et Mlle Corbillon. — *Soc. derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

M. Marcel Pinard expose l'histoire d'un malade qui, ayant reçu de fin mai à juillet un traitement de douze piqûres de bismuth, vint consulter au début de juillet (en pleine imprégnation bismuthique) pour un chancre syphilitique. Le traitement bismuthé ne serait donc pas prophylactique.

— M. Milian considère comme une mauvaise méthode le traitement dit préventif commencé peu après un rapport suspect. Le sujet ainsi médicamenté reste dans l'incertitude : il est amené à se demander toute sa vie s'il a eu ou non la syphilis et ce qu'il doit faire.

— M. Clément Simon a observé un cas où la médication préventive par le tréparsol a abouti à un échec.

— M. Lortat-Jacob signale le fait suivant. Il était consulté l'an dernier, par un jeune homme atteint de chancre du menton. Ce jeune homme était fiancé à une jeune fille avec laquelle il n'avait d'ailleurs que des relations de pures fiançailles. Fallait-il instituer un traitement préventif dans la crainte d'une contamination ? M. Lortat-Jacob pensa qu'il valait mieux attendre une confirmation ou une infirmation naturelle. Néanmoins, contre son avis, on fit un traitement abortif, par une injection de novarsénobenzol, qui laissera planer l'incertitude d'une contamination possible.

— M. Queyrat croit, au contraire, qu'il est des circonstances où il y a intérêt à instituer une médication préventive. Il est nécessaire de s'assurer auparavant que le ou la partenaire est dûment syphilitique avec accidents contagieux. On traitera alors le sujet non avec des minorations mais énergiquement par une série intra-veineuse de 606 ou de 914.

— M. Marcel Pinard rejette toute règle absolue en

la matière. Dans les cas comme celui de M. Lortat-Jacob, il est indiscutable qu'il vaut mieux ne rien faire. Dans d'autres, il faut intervenir, lorsque la contamination a toutes les chances de s'être produite, si l'un des conjoints porteur d'accidents contagieux a eu plusieurs rapports avec le sujet à traiter préventivement.

— M. HUDELO conclut que le traitement préventif n'a d'indication formelle que dans des cas exceptionnels où l'on a la conviction morale d'une contamination. Ce traitement préventif, d'autre part, lorsqu'il est décidé, doit être soutenu et énergique, du type du traitement d'attaque de la syphilis et ne pas se borner à 2 ou 3 piqûres arsénobenzoliques, ou à quelques comprimés de stovarsol ou de tréparsol.

Ulcération blennorrhagique du méat. Action des pansements au sérum anti-gonococcique.

(MM. A. SÉZARY et F. BENOIST. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

MM. Sézary et Benoist ont observé un malade atteint de blennorrhagie avec ulcératio n du méat de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, ulcération profonde, creusée en cône. L'examen microscopique du pus prélevé par grattage à la surface de l'ulcération ne décela aucun bacille de Ducrey, mais en revanche montra de nombreux gonocoques. Sur cette ulcération, qui évoluait depuis un mois sans tendance à la guérison, les auteurs firent des applications locales de sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur. Très rapidement, en quelques jours, la guérison se produisit.

Les ulcérations gonococciques de ce genre sont rares. Il était, en outre, intéressant de noter l'action remarquable sur ces pertes de substance du sérum antigonococcique, en applications locales.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Myopathie à prédominance unilatérale.

MM. J. BARBIER et A. JOSSERAND présentent l'observation d'une malade de 15 ans, chez laquelle on notait : 1° des troubles fonctionnels accentués au niveau des membres supérieur et inférieur droits ; 2° une atrophie musculaire marquée à ces mêmes membres. Réflectivité normale. Pas de réaction de dégénérescence. Ultérieurement, on nota une légère atteinte des membres gauches, ce qui confirme le diagnostic de myopathie.

Pyélonéphrite aiguë ascendante chez la femme.

M. Ch. GAUTHIER. — Malade entrée à la clinique du prof. Tixier pour un état général grave avec fièvre à grandes oscillations, des vomissements, de vives douleurs abdominales, du ballonnement. Le maximum de douleur à l'angle costo-lombaire, la notion d'une période de cystite préalable, la découverte d'une pyurie à coli-bacilles font affirmer la pyélo-néphrite ascendante et instituer un traitement purement médical (glace sur le ventre, tisanes, urotropine) qui amène une amélioration rapide, complétée jusqu'à guérison complète par des instillations argentiques. Dans ce cas, la notion du processus ascendant était nette ; l'origine se trouvait dans des pertes blanches habituelles et une mauvaise hygiène génitale ; l'existence d'une phase de cystite antérieure à l'atteinte du rein soulignait le mode de contamination de celui-ci. Par contre, il n'y avait pas ici de dépression de l'état général antérieur à l'infection urinaire, comme il est fréquent de l'observer.

A propos de la communication précédente.

M. GUILIANI rapporte le résumé de deux observations de colibacilloses rénales évoluant en même temps que des lésions intestinales. M. Guiliani ne croit pas au mécanisme ascendant dans la pathogénie des pyélites : il n'y a pas, en effet, de reflux possible de l'urine dans l'uretère, sauf quand celui-ci est très enflammé et béant. M. Guiliani admet une origine intestinale et circulatoire.

Lithiase rénale infectée. Pyélotomie et néphrotomie combinées.

M. GAYET. — Femme de 34 ans, atteinte de lithiase rénale droite confirmée par la radiographie, avec urines fortement purulentes renfermant du colibacille. Deux points particuliers sont à souligner dans son observation : 1° des symptômes réflexes assez rarement observés (vertiges, tachycardie, troubles oculaires) ; 2° le mode d'intervention adopté : pyélotomie, qui permit d'enlever tous les calculs, sauf un seul, enfoncé au fond du calice inférieur où l'on dut aller le chercher en ponctionnant au bistouri le pôle inférieur du rein ; en somme, pyélotomie combinée à une petite néphrotomie, opération beaucoup moins grave qu'une véritable néphrotomie.

Calcification pleurale étendue.

M. PALLASSE rapporte un nouveau cas de plaque calcaire de la plèvre à localisation rare (région moyenne du thorax). Le malade était un ancien syphilitique et ne présentait pas de lésions tuberculeuses.

Lupus nasal et radiumthérapie.

MM. REBATTU et PARTHIOT. — Jeune fille de 14 ans, atteinte d'un lupus intéressant les deux fosses nasales (cloison et cornets), mais respectant les narines et les téguments. L'obstruction nasale était complète à gauche. Un tube de radium de 25 milligrammes fut placé dans cette narine et laissé quarante-

huit heures. Le résultat a été très favorable, même pour les lésions de la narine droite.

Mucocèle ethmoïdale.

MM. Rebattu et Parthiot exposent l'observation d'un homme de 34 ans qui eut en 1923 un coryza prolongé ; en décembre 1926, s'installe un écoulement nasal abondant, séreux, accompagné de douleurs au niveau de la racine du nez qui se met à augmenter progressivement de volume.

Au premier examen, on constate, au niveau des os propres du nez, une tuméfaction limitée, douloureuse, tendue, donnant une sensation profonde de fluctuation. La ponction donne un liquide ambré, filant et sirupeux. On pense, malgré l'absence d'antécédents spécifiques et un Bordet Wassermann négatif, à une gomme, et on institue un traitement spécifique qui reste sans résultat. On pratique alors une intervention qui conduit dans une cavité creusée dans les cellules ethmoïdales et que l'on reconnaît alors être une *mucocèle ethmoïdale*. L'extirpation totale de cette tumeur paraissant offrir des difficultés insurmontables, on se contente d'un drainage temporaire. Le résultat a été bon et le malade ne présente (près de trois mois après l'opération) ni récidive, ni fistulisation.

Albuminurie intermittente liée à l'ingestion de lait.

MM. Barbier et Parthiot relatent le cas d'un étudiant en médecine de 18 ans qui présentait une albuminurie intermittente prise tout d'abord pour une albuminurie orthostatique, mais qu'une analyse plus minutieuse permit de reconnaître comme étant liée à l'ingestion de lait ; le sujet prenait du lait deux fois par jour, au petit déjeuner et au dîner et l'albumine se montrait dans la matinée et dans la soirée. La suppression du lait la fit disparaître. D'autre part, en donnant de nouveau du lait au sujet et en lui faisant prendre de la peptone une heure avant, l'albuminurie ne se reproduisit pas ; elle reparut par contre, e n supprimant la peptone. Il s'agit là, sans doute d'une susceptibilité spéciale au lait, d'une sensibilisation voisine de l'anaphylaxie. A noter qu'il existait des pigments biliaires dans les urines.

Cancer et tuberculose du poumon.

M. Roubier et Mlle Guillemin rapportent l'observation d'un homme de 48 ans entré à l'hôpital avec un ensemble de symptômes faisant penser à une tuberculose du lobe supérieur du poumon droit : matité, souffle expiratoire intense à timbre un peu creux, sans râles ; expectoration abondante, fièvre continue oscillant autour de 38°6, amaigrissement marqué et cachexie ; à la radioscopie, opacité de toute la moitié supérieure du champ pulmonaire droit. Toutefois, il n'y avait pas de bacille de Koch dans les crachats et il existait des symptômes de compression médiastinale, notamment un peu de cornage, ce qui est rare dans la tuberculose. Enfin, il existait de gros ganglions dans le creux sus-claviculaire droit. Un de ces ganglions fut prélevé pour biopsie et l'examen histologique montra qu'il s'agissait de cancer.

L'autopsie montra, en effet, le lobe supérieur presque entièrement envahi par une volumineuse masse manifestement néoplasique ; histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma primitif d'origine bronchique. Mais, en outre, dans les régions éloignées du hile et non envahies par le néoplasme, on trouvait de nombreuses cavités pleines de pus et ressemblant à des cavernes tuberculeuses. L'examen histologique montra, dans leurs parois, de vastes nappes caséeuses avec cellules géantes. L'autre poumon était indemne.

Disjonction de la symphyse pubienne.

M. Roland présente, au nom de MM. Bérard et Mallet-Guy, un employé du P.-L.-M. qui fut serré entre deux tampons de wagons, l'un appuyant sur le sacrum, l'autre sur le pubis. La radiographie montra une disjonction symphysaire de trois à quatre centimètres, avec léger diastasis sacro-iliaque bilatéral. Les symptômes cliniques étaient réduits au minimum : point douloureux au niveau de la symphyse, ecchymose tardive inguino-crurale et sus-pubienne. *Pas de troubles urinaires.* Le traitement a consisté, en outre du décubitus dorsal prolongé (cinq semaines), à rapprocher les deux pubis au moyen d'un bandage de corps serré, maintenu pendant trois semaines. Actuellement, le malade marche et ne souffre plus.

Angine styloïdienne chronique.

M. Garel montre une radiographie prise sur une femme de 54 ans porteur d'une apophyse styloïde de longueur anormale et perceptible par le toucher buccal. à travers l'amygdale correspondante. Il s'agit d'une lésion relativement rare, dont M. Garel a observé quatre cas. Elle donne lieu à de la gêne dans la déglutition, ainsi qu'à des sensations de cuisson, qui arrivent à inquiéter beaucoup les malades, les portant à se croire atteints de tuberculose ou de cancer. Le toucher buccal permet le diagnostic, que confirme la radiographie.

Hémorragie intrapéritonéale, complication d'une cirrhose syphilitique.

M. Dechaume présente, au nom de M. Tavernier et au sien, l'observation d'une femme de 79 ans, entrée à l'hôpital pour un syndrome douloureux abdominal avec ballonnement. Le malade présentait un état lipothymique très marqué ; l'abdomen était météorisé, douloureux à la pression. Les jours suivants, la malade eut des vomissements noirâtres et du mélæna. Une laparotomie exploratrice montra une hémorragie intra-péritonéale qu'on évalua à un litre environ. La malade mourut le lendemain. L'autopsie

montra une monstrueuse dilatation des veines du ligament suspenseur du foie, épigastrique et mammaire interne, des reins scléreux et kystiques ; le foie pesait 1.500 grammes, présentait une périhépatite marquée et un aspect cirrhotique ; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'hépatite diffuse autour d'une gomme syphilitique. Nulle part, on ne trouva de lésions manifestes indiquant l'origine de l'hémorragie. Faut-il admettre que le mécanisme de celle-ci aurait été une exhalation sanguine au niveau de la séreuse intestinale ?

Image thoracique hydro-aérique d'interprétation difficile.

M. Raullier et Mlle Guillermin présentent l'observation, avec radiographie, d'un malade chez lequel l'auscultation pulmonaire révélait à gauche et en arrière, à la partie moyenne, des signes cavitaires très nets ; d'autre part, l'examen radioscopique donnait une belle image hydroaérique suspendue au milieu de l'hémithorax gauche. Cette image pouvait faire penser soit à un pyopneumothorax tuberculeux, soit à une vaste caverne tuberculeuse avec niveau liquide, soit encore, étant donnée l'absence de B. de Koch dans les crachats et l'existence d'un Wassermann très positif, à une bronchectasie géante à symptomatologie pyoaérique (Devé) ; on pouvait encore discuter le diagnostic d'abcès pulmonaire, ou d'une pleurésie interlobaire ouverte dans les bronches.

L'autopsie montra : 1° une cavité interlobaire du volume d'une petite orange, tapissée de fausses membranes, ne contenant pas de pus ; 2° au-dessous, un bloc pulmonaire hépatisé, avec en son milieu un abcès du volume d'une noix. A noter que ce malade présentait des signes d'endocardite infectieuse avec des oblitérations artérielles multiples d'origine embolique.

A. C.

Les Livres

Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Dr J. Aimard et H. Dausset. — **L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge.** *Notions indispensables en médecine. Technique. Indications cliniques. Résultats thérapeutiques.* 2e édition. (Un vol. in-8° cour. de 202 pages avec 21 figures hors texte. Prix : 15 fr. sauf variation).

Ces questions sont en évolution ; à mesure que le temps passe, les indications se précisent et les techniques s'améliorent ; il n'y a donc rien de définitif. Dans l'édition actuelle, les auteurs ont retranché et ajouté. Cependant, la forme, qui a paru si commode, et le plan, qui a été approuvé par tous, n'ont pas varié.

Ce livre, tel qu'il a été remanié, représente une nouvelle mise au point de la question, d'après les travaux les plus récents ; il bénéficie en outre de la très vaste expérience des auteurs, dont la compétence est bien connue. Il tiendra les praticiens au courant de l'actinothérapie et de ses applications.

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr G. Leven. — **Obésité et amaigrissement ; clinique et thérapeutique.** (Un vol. petit in-8 de 200 pages, 1927. Prix : 15 fr.).

D'après ses recherches poursuivies depuis 25 ans, l'auteur peut affirmer que l'obésité et l'amaigrissement ne sont pas des entités morbides opposables.

Si, au point de vue clinique, l'un est le contraire de l'autre, il nous démontre cependant qu'elles traduisent toutes deux les manifestations morbides du centre nerveux, régulateur du poids, troublé dans son mécanisme par des procédés variables : un intermédiaire habituel, l'irritation du plexus solaire, en d'autres termes, la dyspepsie, est un des facteurs directs ou indirects de l'obésité et de l'amaigrissement, puisqu'il s'observe chez presque tous les obèses et tous les amaigris.

Le poids du corps se règle automatiquement, comme la température du corps, tant que le centre régulateur a un fonctionnement physiologique. Dès que son mécanisme est faussé, l'un engraisse, l'autre maigrit.

G. L. nous démontre l'existence de ce centre par des preuves cliniques, physiologiques et anatomopathologiques.

Sans lui, comment expliquer que des obèses restent obèses en mangeant peu, en se surmenant physiquement, moralement et sexuellement, ou que des sujets deviennent obèses avec une alimentation peu abondante et avec ces surmenages divers ?

Cette régulation automatique retrouve son allure normale sous l'influence d'un même régime alimentaire, des conseils généraux et spéciaux donnés par l'auteur. Dans les chapitres consacrés à la thérapeutique nous voyons des observations d'amaigris et d'obèses, qui engraissent ou maigrissent avec une thérapeutique identique et bien simple. Ce sont des preuves en faveur de la théorie, émise par l'auteur, bien loin de ce que nous sommes habitués à lire sur ces sujets.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

ÉTUDE JURIDIQUE ET MÉDICO-SOCIALE SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Depuis quelques années, les journaux médicaux se sont, à maintes reprises, occupés des spécialités pharmaceutiques.

Tantôt, il s'agissait de savoir si ces médicaments spécialisés et répandus dans le domaine public, sous des noms particuliers, devaient être considérés comme des médicaments secrets ; tantôt, le Corps médical s'insurgeait contre l'absurdité de certaines taxes fiscales qui, pour essayer de combler le déficit budgétaire de la nation, prélevaient un impôt sur ces spécialités, partant sur les citoyens malades ; tantôt enfin, le médecin praticien se voyait refuser le droit de prescrire des spécialités pharmaceutiques à certains malades qui, tels les blessés du travail, ou les réformés de guerre, ne payent pas eux-mêmes les frais médicaux et pharmaceutiques.

Toutes ces questions ont été tour à tour plus ou moins complètement exposées et discutées, et c'est à la demande d'un certain nombre de lecteurs du *Concours médical* que nous avons décidé de publier une sorte de revue générale sur la question.

Statut légal de la spécialité pharmaceutique

Dans le *Concours médical* du 6 septembre 1925, pages 2079 et suivantes, nous avons exposé une étude juridique sur le point de savoir si les spécialités pharmaceutiques devaient ou non être considérées comme des médicaments secrets.

Jusqu'en 1926, les textes législatifs et réglementaires n'ont consacré la légalité que des préparations pharmaceutiques magistrales ou officinales.

Seuls, les produits officinaux, préparés d'avance par le pharmacien, conformément au Codex, ou les associations de drogues, composées d'après une ordonnance magistrale du médecin, pouvaient être débités par le pharmacien.

La loi du 21 germinal an XI, en son article 32, interdit la vente des médicaments secrets et, d'après un arrêt de la cour de Cassation, (Chambre criminelle) du 8 décembre 1906 (D. 1907.1. 113), on devait comprendre, sous la dénomination de remèdes secrets, toutes les préparations pharmaceutiques qui ne sont ni conformes aux formulaires, ou codex, légalement rédigés et publiés, ni achetées et rendues publiques par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810, ni publiées dans le *Bulletin* de l'Académie de médecine, en conformité du décret du 3 mai 1850.

Mais, sous la poussée des événements, force a été de considérer comme archaïque cet ostracisme contre la spécialité pharmaceutique. Comme nous le verrons ci-après, le médicament spécialisé est entré dans les mœurs. Le gouvernement a été conduit à consulter des hommes compétents en la matière, et une Commission fut instituée par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, pour étudier dans quelles limites il était possible de donner aux spécialités pharmaceutiques droit à la vie légale.

S'inspirant des travaux de cette Commission, qui était présidée par M. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, le Ministre du Travail fit signer au Président de la République un décret, en date du 13 juillet 1926.

Aux termes de cette disposition réglementaire, les médicaments, simples ou composés, préparés à l'avance, en vue de la délivrance au public, ne peuvent être considérés comme remèdes secrets, lorsqu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, paquets et emballages qui contiennent ou enveloppent les produits, le nom et la dose de chacune des substances actives, entrant dans leur composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien, qui a préparé le médicament.

Sont qualifiées substances actives celles qui sont réputées posséder des propriétés médicamenteuses, ainsi que celles que le pharmacien préparateur déclare contribuer à l'efficacité curative ou préventive du produit.

Le nom de chaque substance active s'entend de sa dénomination scientifique usuelle, toute notation en symboles chimiques ne pouvant intervenir que comme complément de dénomination ; la dose de chaque substance active s'entend, soit de son poids par unité de prise déterminée, soit de sa proportion centésimale pondérale dans la préparation.

Ainsi, désormais, ne seront plus médicaments secrets, mais bien préparations légales pharmaceutiques, tous produits spécialisés, dont les

préparateurs se seront conformés aux dispositions du décret ci-dessus.

Les conséquences en sont considérables, car si, jusqu'à présent, il pouvait être interdit au médecin d'ordonner des médicaments spécialisés, parce que médicaments secrets, lorsque le malade appartient à une collectivité publique ou privée, qui supporte les frais médicaux et pharmaceutiques, il n'en sera plus de même aujourd'hui et le praticien pourra faire bénéficier tous ses malades, sans exception, de toutes les découvertes de la science pharmaceutique moderne. D'ailleurs nous reviendrons sur ce point, au cours de cette revue générale.

La spécialité pharmaceutique est entrée dans les mœurs.

La faveur, dont jouissent les spécialités, tient à plusieurs causes, d'ordres divers.

Vis-à-vis du public, le client a tendance à se soigner seul, au début d'une maladie ou pour de simples malaises. Il se rend chez le pharmacien et lui demande un médicament spécialisé, dont on lui a vanté les effets, ou dont les propriétés curatives ont été célébrées dans un journal quotidien ou dans un prospectus.

Quant au médicament prescrit sur ordonnance médicale, le public donne sa préférence à un produit spécialisé, bien présenté, ayant souvent goût agréable. « Cela ne sent pas la pharmacie », dira-t-on facilement, car la préparation officinale ou magistrale conserve une odeur caractéristique et un goût de drogue plus ou moins prononcé.

Vis-à-vis du médecin : la spécialité pharmaceutique présente un certain nombre d'avantages.

La Faculté de médecine fait tous ses efforts pour que l'étudiant possède bien sa thérapeutique. Mais cette science reste, pour l'élève surtout, dans le domaine théorique, car tous ceux qui sont passés par les hôpitaux comme externes ou internes, savent bien que les formules magistrales y sont, la plupart du temps, très simplifiées.

On apprend vraiment sa thérapeutique, au point de vue pratique, lorsque l'on se trouve aux prises avec la clientèle, soit au cours d'un remplacement, soit lorsqu'on s'installe pour son propre compte.

Au bout d'un certain temps, chaque praticien a ses petites habitudes, au point de vue de sa thérapeutique ; ses formules magistrales se répètent, car la majeure partie des cas pathologiques que le médecin est appelé à traiter, sont souvent des affections banales et courantes.

Quoi de plus compréhensible que de voir le praticien se laisser aller à l'habitude de formuler telle ou telle spécialité pharmaceutique qui lui a donné de bons résultats ?

Joignons à cela le peu de crédit que le médecin — et surtout celui des grandes villes — accorde à l'officine voisine.

Nous voyons de plus en plus se créer de véritables bazars en pharmacie à réclame tapageuse.

Dans ces grands établissements commerciaux, le malade trouve tout ce dont il peut avoir besoin, tant en médicaments qu'en appareils d'hygiène, de beauté, etc.

Le rayon des lunettes voisine avec celui des bandages, alors que tout à côté, se vendent des baromètres, des thermomètres, des appareils de toilette.

Certaines pharmacies ressemblent aujourd'hui à ces rayons d'hygiène, installés dans quelques grands magasins et dont les vendeuses arborent fièrement le tablier, ou le sarreau de l'infirmière.

Tous les garçons de magasin de ces pharmacies commerciales n'ont pas leur diplôme de pharmacien : quelle confiance peuvent-ils inspirer au médecin traitant, au point de vue de la parfaite exécution de son ordonnance ?

Quant aux petites « boites », elles sont souvent tenues par des pharmaciens honnêtes et consciencieux, probes et aimant leur profession.

Mais combien connaissons-nous de « potards » qui, dans un esprit de concurrence rabaisienne, contre le voisin, n'hésitent pas à tromper, tant sur la qualité que sur la quantité du produit vendu ?

La loi sur les toxiques empêche certains de dormir ; aussi le pharmacien recommandera-t-il à son élève d'apporter beaucoup de prudence, lorsqu'il aura à préparer seul une ordonnance prescrivant des produits des tableaux A et B.

Pour mettre sa responsabilité et celle de son patron à l'abri, l'élève peu consciencieux — et hélas ! il s'en trouve parfois — n'hésitera pas à négliger le produit toxique. Et le médecin sera tout surpris de voir que son ordonnance n'a produit aucun effet.

Faire l'analyse d'une potion, ou du contenu d'un cachet, est chose pratiquement impossible : l'huissier doit intervenir, pour saisir le médicament au moment de sa livraison au client.

Quant aux inspections de pharmacie, si bien faites soient-elles, elles ne peuvent empêcher les tromperies sur l'exécution des ordonnances médicales.

Voilà pourquoi, peu à peu, le médecin préfère la spécialité à la préparation magistrale.

Que de fois, d'ailleurs, n'entendons-nous pas nos clients se plaindre que la même ordonnance, renouvelée chez le même pharmacien, n'a ni le même aspect extérieur, ni le même goût, ni le même prix !

Aussi, comprend-on facilement que le public préfère donner sa confiance à des produits toujours semblables à eux-mêmes et de même prix, quelle que soit la pharmacie de détail, délivrant la spécialité achetée.

De son côté, le médecin ne peut qu'approuver son malade qui lui vante l'efficacité du produit spécialisé sur le même, simplement officinal.

D'ailleurs, toujours à l'affût de présentations nouvelles, les pharmaciens spécialistes vont au devant des désirs de leur clientèle. Ainsi, en matière d'aspirine, par exemple, le même médicament est présenté sous forme de cachets, de comprimés ou de granulé. Au client de dire la forme préférée, cependant que le médecin peut être aidé dans sa tâche thérapeutique, lorsqu'il peut faire absorber tel ou tel médicament, sous une forme agréable, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants.

Sur ce point, comme sur bien d'autres, le public apprécie hautement les efforts faits, au point de vue d'une concurrence bien comprise, entre pharmaciens spécialisés, qui ne craignent pas de rompre avec les errements d'une routine surannée.

Vis-à-vis des pharmaciens détaillants, la vente des médicaments spécialisés facilite beaucoup la tâche.

Ils sont légion, les pharmaciens de France, aussi bien ceux des campagnes que ceux des villes, qui ont leur petite spécialité personnelle, spécialité qui n'est vraiment connue que dans un rayon très restreint.

Vendant sa propre spécialité, le pharmacien détaillant serait mal venu de boycotter les spécialités des autres confrères : n'est-ce pas lui qui a contribué, par la réclame locale qu'il a faite pour son propre médicament, à initier le public aux avantages des spécialités en général ?

Ne voit-on pas également certains pharmaciens confier à des grossistes le soin de préparer en vrac, par grandes quantités, pilules ou pommades, dont ils donnent la formule et qui sont d'un usage courant dans la région, ou sont fréquemment prescrites par les docteurs de l'endroit ?

Sont-ils encore bien nombreux, les pharmaciens de France qui préparent eux-mêmes tous leurs sirops médicamenteux, par exemple ?

Ces médicaments préparés d'avance par le grossiste, ou spécialités pharmaceutiques, facilitent le travail, surtout pour les jours d'affluence, de marché, de foire. Les paquets sont conditionnés d'avance et, par suite, immédiatement livrés.

S'agit-il de spécialité, la commission ou remise est vite gagnée, sans grand effort.

Arguments d'ordre technique, en faveur des spécialités.

Beaucoup de considérations d'ordre technique conduisent le médecin à employer les spécialités pharmaceutiques.

a) **Médicaments irremplaçables.**

Certains produits ne peuvent être débités que sous la forme spécialisée, car le pharmacien détaillant ne serait pas en état de les préparer lui-même.

Tels sont tous les produits opothérapiques, qui nécessitent une installation particulière, pour les prélèvements dans les abattoirs, la préparation, puis le conditionnement.

Joignons à ce groupe les médicaments qui doivent être délivrés au médecin, dans un état de pureté absolue : ce sont les arséno-benzènes, les produits bismuthiques, devant être injectés, soit dans les téguments, soit dans les veines, etc.

Disons, d'ailleurs, que presque toutes les ampoules qui servent aux injections diverses, sous-cutanées, intra-musculaires ou autres, ne sont plus préparées par le pharmacien détaillant, mais proviennent, soit de maisons spécialisées, soit de grossistes outillés en conséquence.

La question de la pureté du produit, la qualité du verre de l'ampoule, la stérilisation, font autant d'obligations au pharmacien de s'adresser, pour ses commandes, à des maisons spécialisées, au lieu de préparer lui-même ses ampoules hypodermiques.

b) **Médicaments très actifs (toxiques, ou alcaloïdes).**

Certains médicaments, tels que les digitalines, les strophantus, etc., ne donnent pas les mêmes résultats en thérapeutique, selon que le médecin a formulé le produit officinal ou une spécialité.

La question est jugée depuis longtemps et beaucoup de praticiens savent fort bien que l'alcaloïde, conforme au Codex, mais délivré par une pharmacie qui s'approvisionne chez un grossiste, est bien moins actif, moins stable comme effets, que le même produit provenant d'une firme spécialisée.

Dans cet ordre d'idées, le médecin praticien peut avoir plus grande confiance dans le produit spécialisé que dans celui provenant du grossiste.

En effet, beaucoup savent que les alcaloïdes peuvent différer d'action, partant d'efficacité, selon le moment de la cueillette des plantes par exemple, le mode d'extraction des extraits, des intraits, des teintures, etc.

Que dire également de certains produits, qu'il faut manier au quart de milligramme ? Le médecin ne peut-il craindre que le pharmacien, ou surtout l'aide de ce dernier, ne mette pas la dose du toxique, pour éviter des responsabilités futures ?

Au contraire, pour conserver se réputation et sa clientèle, une maison qui fabriquera et débitera, sous sa marque, tel ou tel alcaloïde, aura à honneur de délivrer un produit toujours identique à lui-même et surtout rigoureusement dosé.

Certes, le médecin voudrait bien conserver au pharmacien détaillant toute la confiance qu'il mérite ; mais malheureusement, là comme ailleurs, une certaine commercialisation a peu à peu discrédité une profession, jusqu'ici fort honorable, parce que libérale.

Les grandes pharmacies commerciales, à allure de bazar, les exigences de la vie, la concurrence contre une pléthore qui s'accroît, surtout dans les grands centres, ont conduit le pharmacien d'aujourd'hui à ne plus considérer sa profession comme le faisait encore l'ancien titulaire des officines de jadis.

Un certain relâchement dans les habitudes professionnelles ancestrales, les facilités d'approvisionnement dans les établissements de gros, transforment peu à peu une profession qui, à mon sens, finira un jour ou l'autre par fusionner avec la profession médicale.

Je ne veux pas m'étendre ici sur une idée toute personnelle ; mais j'estime que dans un avenir plus ou moins éloigné, la législation suivra les mœurs et qu'une loi, modifiant celle du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie, étendra à tous les docteurs en médecine le bénéfice de l'article 27 de ladite loi, à savoir le droit de délivrer des médicaments à leurs propres clients, comme le font actuellement beaucoup de médecins de campagne, dits médecins propharmaciens.

Ne voit-on pas, à l'heure actuelle, tant dans les hôpitaux qu'en clientèle privée, nombre de médecins fournir à leurs propres malades les ampoules pour les injections hypodermiques ou intramusculaires ?

Tantôt c'est un sérum, fabriqué sous la surveillance du médecin et destiné à un effet curatif, ou de rajeunissement ; tantôt, c'est un vaccin spécial, une formule magistrale quelconque due à l'invention du praticien : toujours est-il qu'entre progressivement dans les mœurs l'habitude, pour celui-ci, de comprendre soit dans un forfait de traitement, soit dans un prix global pour chaque intervention, le coût du médicament joint à l'honoraire de la consultation.

c) **Présentation du produit.**

Dans son excellent rapport à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XCVIII, 11 octobre 1927, p. 198), M. le professeur Achard considère comme étant un avantage sérieux, le mode de présentation des spécialités au public : « avantages esthétiques, dit-il grâce à des boîtes élégantes, aux couleurs chatoyantes, flacons aux formes harmonieuses, ampoules cristallines, dragées et pastilles qui semblent de délicates friandises, rien n'est épargné pour plaire. Point de ces précipités fâcheux, qui troublent la limpidité d'une solution et nécessitent qu'on agite avant de s'en servir. Le fabricant ne se borne pas à flatter la vue : il s'applique à ne pas offenser le goût, ni l'odorat ; il édulcore et il désodorise. Il use de toutes les coquetteries en son pouvoir. Tout est alléchant dans le produit, comme dans le prospectus qui l'enveloppe et il devient facile de faire accueillir du public un personnage aussi bien habillé. »

M. le prof. Achard a parfaitement raison et le médecin doit savoir gré au pharmacien spécialiste d'avoir su trouver le moyen de rendre la drogue moins désagréable, sinon moins répugnante.

Il est certes facile de faire accepter dans la clientèle, surtout dans celle des enfants, un produit qui flatte le goût, remplaçant d'anciennes préparations officinales ou magistrales, qu'il fallait prendre en faisant la grimace et en fermant les yeux.

Le médecin obtient, de la sorte, la certitude que ses prescriptions seront suivies, parce qu'elles ne nécessiteront pas du malade un effort de volonté, pour absorber quelque chose de peu agréable.

Pour obtenir ce résultat, les pharmaciens spécialistes ont dû faire des recherches, pour arriver à masquer des goûts désagréables, pour dissimuler des odeurs peu suaves, cependant qu'ils emploient, dans leurs préparations, des produits de très grande pureté chimique, partant, bien plus actifs, tout en étant plus agréables au goût.

Aussi, comprend-on pourquoi le docteur en médecine est entraîné par ses propres malades à prescrire des spécialités pharmaceutiques : les clients sont les premiers à réclamer tel produit spécialisé, dont ils connaissent, ou dont on leur a vanté le mode de présentation, surtout au point de vue gustatif, alors que la préparation magistrale formulée par le docteur donnera lieu à un mélange identique comme formule, mais bien différent au palais.

D'ailleurs, dans un esprit de concurrence mal comprise, pour lutter contre le potard voisin, un pharmacien emploie des produits moins bien épurés, parce que de prix inférieurs.

En conséquence, le médecin s'habitue peu à peu à perdre son ancienne confiance dans l'efficacité du produit officinal et le nom de quelques spécialités se trouve de plus en plus sous sa plume.

f) **Les prix de vente.**

Que de fois le médecin est très surpris, lorsqu'à sa visite suivante, le client lui avoue que la note des potions et pilules, formulées à sa dernière visite, a pu atteindre un prix très élevé !

N'étant pas pharmacien, il ne connaît pas le coût des drogues qu'il utilise, ni surtout les barèmes de variation de ces différents prix.

Le praticien a toujours un mouvement d'humeur, il croit qu'on porte atteinte à sa liberté de prescription, lorsqu'il reçoit une circulaire du préfet qui, pour le service de l'assistance médicale gratuite, limite ou interdit la quantité de certains médicaments que le médecin doit prescrire pour les indigents.

Il ignore complètement les cours des alcools, du sucre, de certaines teintures ; il ne

connaît pas les variations de prix entre l'héroïne, la codéïne ou le simple opium, qui compose le sirop diacode, et parfois, il ne comprend pas pourquoi on lui recommande de se montrer très réservé lorsqu'il prescrit du sirop de codéine, par exemple.

Au contraire, il connaît le prix des spécialités, du moins celles dont il a pris l'habitude, parce que ce prix est inscrit sur les échantillons qu'on lui adresse.

Avec ces dernières, il est donc possible, pour le praticien, d'établir une ordonnance, qui ne dépasse pas les capacités de paiement du malade.

Ici, nous devons aborder une objection, qui est très souvent faite, à l'encontre des spécialités pharmaceutiques. Ces dernières sont accusées d'être des médicaments de luxe, des préparations pour malades riches.

Je ne partage pas cette opinion, et personnellement, j'ai souvent été fort surpris, en comparant le coût d'une spécialité et le prix demandé, par le pharmacien détaillant, pour une formule analogue.

Lorsque les spécialistes sont organisés en grand, pour ne fabriquer qu'un ou que quelques produits, les frais généraux, le conditionnement, le bénéfice, ne grèvent pas aussi lourdement l'entreprise que les frais généraux d'une petite officine.

Je sais bien que les pharmaciens détaillants sont, pour la plupart, hostiles à la spécialité : d'abord parce qu'ils entendent placer la leur propre ; puis parce qu'ils estiment que la préparation officinale ou magistrale leur est d'un meilleur rapport que la spécialité.

Cependant, laissant de côté les spécialités dites irremplaçables, j'ai pu constater, dans ma clientèle, que le coût d'un médicament spécialisé et celui de la préparation magistrale que je rédigeais en me rapprochant autant que faire se peut de la formule de la spécialité, étaient à peu près équivalents.

Certains de mes malades m'ont même affirmé que le prix n'était bien souvent pas identique, lorsqu'ils faisaient refaire leur ordonnance, soit dans la même pharmacie, soit dans une autre officine. Pourquoi cette diversité de prix, qui déroute le client, alors que le coût d'une spécialité est toujours le même ?

Objections.

Elles sont nombreuses, à l'encontre des spécialités. Ces objections ont été magistralement rapportées par le prof. Achard, dans son exposé à l'Académie. Nous pouvons les ranger sous les rubriques suivantes :

1° Commercialisation et réclames abusives.

A côté des spécialités dites médicales, c'est-à-dire ne faisant de publicité qu'auprès des médecins, soit directement, soit par l'intermédiaire des seuls journaux médicaux, on peut voir un très grand nombre de marques plus ou moins fantaisistes, s'étaler à la quatrième page des quotidiens.

Ce sont des annonces fallacieuses, promettant la guérison de tous les maux, spéculant sur la crédulité publique et surtout sur la soif de guérison ou de soulagement.

Certaines sont accompagnées de prospectus, véritables cours de médecine à l'usage du public. Et le prof. Achard de montrer le danger de ces rédactions, habilement faites, destinées à créer une confusion dans l'esprit des naïfs lecteurs, leur laissant deviner, par l'exposé d'un grand nombre de symptômes, que le médicament proposé correspond parfaitement à leur cas, et promettant une guérison certaine.

Comment résister à tant d'attraits ? Pourquoi aussi faire la dépense d'une consultation de médecin ? Se soignant lui-même, le malade risque sa vie, en absorbant maints « reconstituants », ou « dépuratifs », qui, loin de le remonter, vont faire éclater une complication parfois mortelle.

Et le pharmacien spécialiste, coupable d'homicide par imprudence, échappe à la rigueur des lois, cependant qu'il continue sa lucrative, mais dangereuse industrie.

Hâtons-nous de dire que nous n'avons nullement l'intention de prendre la défense de ces dernières spécialités. Bien au contraire, nous sommes de ceux qui déplorent la toute puissance de la presse politique, qui sait imposer ses volontés, pour défendre les annonces si lucratives de la quatrième page.

Si la santé publique pouvait être véritablement défendue, de pareils procédés d'annonces devraient être passibles des pénalités prévues par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire devraient entraîner, pour leurs auteurs, des condamnations pour exercice illégal de la médecine.

Il est dangereux de mettre à la portée du public des médicaments qu'il ne sait pas employer avec discernement, alors surtout que le diagnostic causal n'a pas été établi par un médecin.

Le prof. Achard reproche également à quelques fabricants d'employer des noms de fantaisie tant comme marque de fabrique, que dans l'exposé d'une vague formule chimique.

Les composants sont indiqués avec des dénominations fabriquées de toute pièce, cherchant à avoir une allure hautement scientifique.

Heureusement, le décret de 1926 oblige le pharmacien à s'exprimer en langage clair, compréhensible, pour que le médecin, qui a bien fait des études de chimie, mais qu'il s'est empressé d'oublier, au chevet de ses malades, ne soit pas dérouté par des appellations bizarres et étranges.

D'ailleurs, beaucoup de ces spécialités peu sérieuses, dont la clientèle se recrutait par la quatrième page des journaux, ont disparu : systématiquement, le médecin s'abstient d'ordonner de pareils produits, alors surtout que la réclame faite dans les quotidiens incite le malade à se passer du docteur et à se soigner directement, grâce aux vertus mirifiques de ces produits.

Une spécialité, qui n'a pas pour elle l'appui du Corps médical, ne peut prospèrer qu'en faisant une réclame inténsive, partant fort coûteuse.

Quant aux spécialités, dites médicales, si l'une d'elles ne présentait pas toutes garanties de sécurité, les médecins auraient vite fait de s'apercevoir que le produit laisse beaucoup à désirer, tant comme constance que comme efficacité et ils laisseraient de côté ce médicament défectueux.

Je ne saurais faire de meilleure comparaison qu'en disant que les bonnes spécialités, dites médicales, n'ont pas plus à souffrir de la réclame maladroite, ou trop intensive de certains produits de quatrième page de journaux, que les médecins n'ont à pâtir de la réclame faite, dans les urinoirs, par certains spécialistes qui vivent en dehors de la profession.

2° Paresse du Corps médical pour formuler.

Malgré les épreuves de l'examen de cinquième année de médecine, peu de docteurs connaissent bien leur thérapeutique. Beaucoup apprennent des formules par cœur, formules toutes faites, qu'ils appliquent dans bien des cas.

Aussi, quoi de plus commode que de s'abstenir de rédiger une ordonnance magistrale de crainte de se tromper dans les doses, ou pour des incompatibilités médicamenteuses : on prescrira plus aisément des spécialités.

Cet argument n'est certes pas à la louange du Corps médical, mais il n'en est pas moins réel.

3° Formules imposées au médecin.

Une autre objection, formulée par le prof. Achard, c'est que la formule de la spécialité est imposée, *ne varietur*, au médecin praticien. Celui-ci ne devrait-il pas conserver la possibilité de varier les doses des composants, selon les malades et les cas pathologiques ?

Certes, en théorie, l'argument a grande force, parce que la formule magistrale doit correspondre exactement au cas à traiter.

Mais en pratique, il n'en est plus ainsi : chaque praticien possède son petit lot de formules personnelles, qu'il ordonne couramment. Ce qui varie surtout, c'est la fréquence des prises du médicament, ou la quantité : cuillerées à café pour l'un, à dessert pour un autre, à soupe pour le troisième.

Il n'y a donc guère de différence entre les spécialités et ces habitudes professionnelles de chaque praticien.

Or la formule de chaque spécialité devant être inscrite sur l'enveloppe, ou le flacon lui-même, selon les injonctions du décret du 13 juillet 1926, le médecin sait ce qu'il ordonne, ainsi que les quantités de principes actifs que chaque cuillerée, ou pilule comportera. Il aura de la sorte la possibilité de graduer ses doses.

Je ne crois pas que cette objection ait grande valeur, car les médicaments à formule complexe tels, par exemple, les sirops divers contre la toux bronchitique ou tuberculeuse, comportent avant tout un médicament actif spécialisé, avec un véhicule plus ou moins composé, mais dont la valeur thérapeutique est moindre.

D'ailleurs, ce qui importe surtout, c'est de savoir manier les alcaloïdes, les toxiques, de bien connaître les doses à prescrire, tant comme maximum que comme minimum et enfin de pouvoir prévenir l'intoxication ou l'intolérance au médicament.

Le reste est bien plus secondaire.

Ce sont justement les spécialités, dites médicales, qui contiennent des principes très actifs ; par conséquent le praticien s'apprend à les manier.

Au contraire, les spécialités de quatrième page de journaux, à formules très complexes, dans le but de frapper l'imagination du public auquel elles s'adressent directement, ne sont souvent que fort peu actives : avant de faire du bien, il faut surtout ne pas faire de mal : d'où, remède anodin, pouvant être employé par tous, sans le secours du médecin.

Celles-ci, nous ne les prescrivons jamais.

4° Exercice illégal de la médecine par le pharmacien.

Une grosse objection est faite souvent : « Vous n'avez aucun avantage, dit-on au médecin, à prescrire une spécialité à votre malade ; si celui-ci s'en est bien trouvé, il se passera de votre ministère, à la prochaine rechute : il achètera directement le produit chez le pharmacien et même le recommandera à ses amis et connaissances. »

L'argument a sa valeur, en théorie.

Mais il en est différemment en pratique.

Je connais beaucoup de malades, qui gardent précieusement les ordonnances de leur docteur, pour les faire renouveler, sans le prier de revenir.

Ils sont également légion, les malades qui s'adressent d'abord au pharmacien, pour demander un conseil à ce dernier. Cette consultation se terminera toujours par la vente d'un médicament, qui sera fréquemment une spécialité, surtout si le pharmacien a quelques formules personnelles, qu'il exploite sous sa marque.

Il est matériellement impossible d'interdire aux pharmaciens de donner ainsi des conseils à leurs clients.

Je sais bien que pareils procédés constituent l'exercice illégal de la médecine, mais jamais on ne pourra faire comprendre au client que celui qui manie des drogues toute la journée n'est pas très ferré sur la médecine.

C'est pour cela que je souhaiterais la fusion des deux diplômes de médecin et de pharmacien, pour que certains d'entre nous, malades, infirmes, âgés, puissent rester à demeure, en attendant le client, alors que les plus ingambes pourront aller à domicile.

En tous cas, je ne crois pas que le public puisse renoncer à son habitude de se passer du médecin, du moins au début d'une petite maladie, que la spécialité existe ou non ; le résultat sera toujours le même.

D'ailleurs, avec la loi sur les assurances sociales, les errements actuels sont appelés à disparaître, du moins dans le monde des salariés, employés ou ouvriers.

Pour avoir droit, en effet, aux médicaments, l'assuré social devra fournir au pharmacien une prescription du docteur.

Force sera donc d'aller au préalable chez le médecin, d'autant que la consultation de ce dernier sera gratuite ou presque.

5° Gain du pharmacien détaillant.

Beaucoup de pharmaciens sont nettement hostiles à la spécialité. Le Dr Henri Martin s'est, avec beaucoup de talent, fait le défenseur de ses confrères, non spécialistes devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, comme dans divers articles, publiés dans les journaux pharmaceutiques.

Mais on oublie trop aisément que presque tous les pharmaciens de France fabriquent leur petite spécialité personnelle, tant en ville qu'en campagne.

Que de fois avons-nous reçu des plaintes, au « Sou Médical », émanant de certains de nos confrères, qui accusent leur pharmacien de tenter de substituer leur propre spécialité à une autre, ordonnée par eux, voire même vendre leur produit à la place d'une formule magistrale !

Ce sont là faits répréhensibles, au point de vue déontologique ; mais combien la répression de pareils actes est difficile !

Le Dr Henri Martin ne défend que des confrères consciencieux. Le gros argument de ces derniers, c'est que la spécialité transforme peu à peu leur profession libérale en commerce de dépôt : au lieu de préparer et de débiter des drogues au poids officinal, le pharmacien n'a plus qu'à devenir le détenteur d'un certain nombre de produits, sur lesquels il touche une commission de 30 % en moyenne.

De sorte que le pharmacien se trouve privé progressivement de la rémunération de son travail intellectuel, du fruit de ses études, puisqu'il gagnera moins sur la vente d'une spécialité que sur la délivrance d'une préparation officinale ou magistrale.

Mais, pour toutes les raisons que nous avons successivement énumérées, il est, croyons-nous, impossible d'endiguer le mouvement actuel : l'évolution de la science pharmaceutique, le goût du public et même des médecins, les habitudes données par les pharmaciens eux-mêmes sont autant d'obstacles au retour aux anciennes habitudes corporatives.

Certes, nous nous joignons au Dr Henri Martin, pour flétrir toutes ces spécialités, à allures et réclames charlatanesques, dont les noms s'étalent un peu partout, ailleurs que dans les organes professionnels, ou scientifiques médicaux. La publicité pharmaceutique n'aurait pas dû pénétrer dans la quatrième page des quotidiens.

Cependant, l'habitude est prise : par des articles de vulgarisation, on incite l'opinion publique à se croire savante, le malade s'estime capable de tenir tête à son médecin, sur des questions de science médicale. Quoi d'étonnant qu'il discute médicaments et même qu'à l'insu de son docteur, il se soigne à sa guise, en adjoignant au traitement formulé des spécialités achetées à l'aveuglette.

Le Congrès de 1906, sur la répression de l'exercice illégal de la médecine, s'était déjà occupé de cette réclame intensive de la quatrième page des grands journaux. Rien à faire, justement, parce que les syndicats de publicité retirent un gros bénéfice de ces annonces pharmaceutiques.

Le seul procédé de lutte, en faveur de la santé publique, consiste, pour le médecin, à ignorer ces spécialités non médicales et à ne jamais les ordonner, ni les conseiller aux clients.

Quant aux spécialités dites médicales, elles jouissent de la faveur des médecins praticiens, les unes parce qu'irremplaçables, les autres parce que donnant plus de résultats que les préparations magistrales.

Aussi, nous plaçant simplement au seul point de vue de la santé publique, sommes-nous bien persuadé que partout où le médecin sait trouver à ses côtés un pharmacien consciencieux, s'occupant lui-même de son officine, au lieu de la faire gérer par un non-diplômé, il aura tendance, à mérite égal, à prescrire plus par formules magistrales que par spécialités ; mais partout ailleurs, le praticien est peu à peu conduit vers le médicament spécialisé, certain d'un effet et surtout d'une constance de posologie.

Les spécialités pharmaceutiques et les lois sociales.

Tant que la spécialité a été légalement considérée comme un médicament secret, il était interdit au médecin de la formuler et au pharmacien de la délivrer, tant en droit commun que pour l'application des lois sociales.

Depuis le décret du 13 juillet 1926, il n'en est plus de même. Cependant, la question se pose : pour l'application des lois sociales, le médecin est-il en droit de prescrire des médicaments spécialisés, pour le compte des caisses, qui doivent supporter les frais médicaux et pharmaceutiques ?

a) Accidents du travail.

Rien dans la loi du 9 avril 1898, ni dans les textes législatifs ultérieurs, n'est venu restreindre le droit absolu que le médecin a de soigner son malade, selon toutes les découvertes modernes de la science.

Déjà, un arrêt de la Cour de Cassation, en date du 16 mai 1911, avait reconnu que le tarif ministériel, prévu par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, n'était pas limitatif, mais simplement énonciatif, en ce qui concerne les traitements, que le médecin est en droit d'ordonner, lorsque ces traitements ne figurent pas à la nomenclature du dit tarif.

Préalablement à cet arrêt, un autre, de la Chambre des Requêtes, du 21 décembre 1909, avait décidé que le tarif ministériel était une base d'appréciation, pour le juge, pour la fixation des honoraires médicaux, pour les divers actes accomplis en soignant un blessé du travail.

Je ne citerai pas la jurisprudence qui est intervenue sur différents points de l'interprétation du dit tarif ministériel. Je me borne à signaler la lettre que nous avons publiée dans le *Concours médical* de 1928, page 292, lettre émanant de la Direction du contrôle des assurances, au Ministère du Travail.

Le Conseiller d'Etat, Directeur du service, reconnaît que le médecin reste, sous son entière responsabilité, maître de sa thérapeutique.

Comme nous l'avons fait remarquer, dans les commentaires qui suivaient cette lettre, le médecin doit s'abstenir de tout acte qui, d'une manière directe, ou indirecte, priverait le blessé du droit absolu qu'il a de s'adresser au pharmacien de son choix.

Le praticien doit également éviter toute pratique qui laisserait soupçonner une collusion possible entre médecin et pharmacien, au détriment du chef d'entreprise responsable des frais pharmaceutiques.

La question est donc réglée pour les victimes du travail et le médecin est en droit de formuler et de prescrire toutes les spécialités pharmaceutiques, du moins toutes celles qui se sont conformées aux prescriptions du décret du 13 juillet 1926.

b) Pensionnés de guerre.

Un grand nombre de lecteurs du *Concours médical* se sont émus d'un arrêté du 22 août 1927, interdisant aux médecins de prescrire et aux pharmaciens de délivrer un certain nombre de médicaments, pour les pensionnés de guerre.

Dans cette liste figuraient surtout des vins médicamenteux et autres produits peu curatifs.

La commission supérieure avait été obligée de donner avis favorable à cet arrêté, parce que quelques rares médecins avaient commis des abus intolérables de prescriptions.

Cet arrêté voulait-il dire que le droit de prescription pharmaceutique, en médicaments actifs, ou en spécialités, était limité par le législateur ?

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 spécifie que « l'Etat doit à tous les militaires et marins, bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé la pension. »

Plus loin, le même article 64 ajoute :

« Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. » Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés. »

Le décret du 26 septembre 1919, portant règlement d'administration publique décide, dans son article 19, dernier paragraphe, que « les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, ainsi que les dépenses d'hospitalisation, sont remboursés par l'Etat, sous réserve du contrôle adopté dans le département, pour l'assistance médicale gratuite ».

Ainsi, le législateur et le Président de la République, par son décret d'administration publique, n'ont apporté aucune restriction au droit du médecin d'ordonner tout ce qui est nécessaire pour la guérison de l'ayant-droit.

Seul, le contrôle prévu pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 est applicable.

Ce contrôle est organisé par la circulaire du Ministre de l'Intérieur, du 18 mai 1894 ; la composition de ce service de vérification est prévue à l'article 16 du règlement modèle pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, voté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique le 21 juillet 1894.

Or, en matière d'A.M.G. et d'après un arrêt du Conseil d'Etat, du 23 mai 1907, cette commission de contrôle a simplement pour but de vérifier si les honoraires réclamés par le médecin sont afférents à des opérations effectivement

exécutées et décomptées régulièrement d'après le tarif fixé conformément aux délibérations du Conseil général.

Revenant aux pensionnés, les lois ultérieures (loi de finances du 31 décembre 1920, article 54 ; loi du 21 juillet 1922) et les décrets du 25 octobre 1922 et du 6 juillet 1924 n'ont en rien restreint le droit du médecin de prescrire et celui du bénéficiaire de recevoir les soins nécessaires.

Il était si peu dans l'intention du législateur de limiter les droits du médecin et de son malade que l'article 64 de la loi encore en vigueur spécifie que : « un décret, rendu sur la proposition du Ministre de la Guerre et des Pensions et du Ministre des Finances, déterminera les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques les conditions et limites de remboursement des frais de voyage et de transport.... »

Ainsi, de ce texte, ressort clairement que, pour les médecins et pharmaciens, le décret devra fixer les tarifs, alors que pour les frais de voyages et de transport, il envisagera les conditions et les limites.

Les interprétations du Ministre des Pensions modifiant la loi et le décret commencent avec la circulaire (*Journal officiel* du 16 octobre 1919).

Le Ministre dit que « les soins médicaux et pharmaceutiques seront donnés dans les mêmes conditions que pour l'assistance médicale gratuite ».

Or, la loi du 15 juillet 1893, par son article 4, laisse à chaque Conseil général le droit absolu d'organiser le service médical et pharmaceutique de l'assistance médicale gratuite, selon les habitudes et nécessités de chaque département.

De plus, le législateur et le Président de la République n'ont fait allusion à la loi de 1893 que pour le contrôle et nullement pour le fonctionnement de la loi.

A l'heure actuelle, en ce qui concerne les prescriptions pharmaceutiques, le décret du 25 octobre 1922, modifié et complété par ceux du 8 juillet 1924 et du 14 octobre 1926, stipule que le tarif des produits pharmaceutiques est établi par arrêté ministériel, après avis d'une commission de neuf membres.

L'arrêté du 12 janvier 1923 décide, dans son article premier que « les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France ».

De tout ce qui précède résulte que ni la loi de 1919, ni les décrets n'ont limité le droit, pour le médecin, d'utiliser tous médicaments, sous la forme la plus apte à guérir le malade le plus vite et le mieux possible.

En serait-il différemment que, si le réformé de guerre est peu fortuné, il n'aurait pas la possibilité pécuniaire de prendre à son compte les dépenses de certains médicaments. Par suite, le médecin n'aurait plus la faculté de soigner son malade selon les indications de sa science et de sa conscience.

C'est le rôle des commissions de contrôle de déceler les abus et d'en demander la répression ; mais la faute de quelques-uns seulement ne doit pas porter préjudice aux autres médecins et surtout à la très grande majorité des malades honnêtes.

c) **Assistance médicale gratuite.**

La loi du 15 juillet 1893 laisse à chaque Conseil général le droit absolu de réglementer, pour le département, l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Jusqu'à présent, les conseils généraux se sont, pour la plupart, désintéressés de la question des spécialités pharmaceutiques : médicaments secrets jusqu'en 1926, on n'avait pas le droit de les ordonner.

En second lieu, il est toujours recommandé aux médecins de soigner les indigents avec le minimum de frais possible.

Mais la spécialité irremplaçable, la spécialité légale (décret de 1926) doivent aujourd'hui pouvoir être utilisées par le médecin, même dans un traitement aussi économique que possible.

C'est pourquoi certains départements ont autorisé les médecins à prescrire des spécialités, pour le compte de l'A. M. G. ; mais ils doivent contresigner, en mettant ces mots : « indispensable pour le traitement ».

Une commission, organisée par le Ministre du Travail, se réunit quelquefois à la Faculté de pharmacie. Nous avons déjà étudié si une nomenclature des spécialités pourrait être indiquée aux différents départements, liste de médicaments que le médecin serait en droit de prescrire.

Nous nous sommes heurtés à la difficulté de dresser une énumération, même à titre indicatif : pourquoi favoriser telle marque plutôt que telle autre ? D'ailleurs chaque médecin, de ville comme de campagne, a ses préférences et ses habitudes : pourquoi aller à l'encontre de ce que le docteur considère comme étant de sa pratique familière ?

A mon avis, toutes les spécialités médicales, s'étant conformées au décret de 1926, devraient pouvoir être ordonnées, pour le compte de l'A. M.G. avec l'obligation, pour le docteur, de contresigner, et en ajoutant les mots « indispensable pour le traitement ».

d) **Sociétés de secours mutuels.**

Les mutualités sont chacune maîtresses chez elles, aux termes de la loi du 1er avril 1898.

Elles aussi demandent à leurs docteurs de ne jamais prescrire de spécialités, en vertu des errements passés.

Mais un certain nombre d'entre elles accordent néanmoins la fourniture de produits spécialisés, lorsque le médecin en fait spécialement la demande en faveur d'un malade mutualiste.

e) **Les assurances sociales.**

Ici encore, le législateur a laissé la liberté complète de prescription pour le médecin. L'assuré social devra être soigné le mieux possible, bénéficiant de toutes les découvertes dans l'art médical et de la science pharmaceutique.

Mais, dans le but d'éviter des abus, les accords locaux, qui interviendront entre caisses d'assurances locales et médecins locaux, décideront des modalités selon lesquelles il sera possible de surveiller l'emploi des médicaments ordonnés par le docteur, sans crainte des abus et collusions possibles.

Les conséquences individuelles et sociales de la liberté de prescriptions.

De tout ce qui précède, concernant l'application des lois dites sociales, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Droits du malade quel qu'il soit.

Le bénéficiaire d'une loi sociale, qu'il soit blessé du travail, réformé de guerre, indigent, mutualiste, assuré social, a le droit d'être soigné, selon toutes les prescriptions de la science moderne. Malade ou blessé, il est privé de son gagnepain et de celui de sa famille, qu'il fait vivre du produit de son travail. Aussi, doit-il être guéri le plus vite possible, quel que soit le médicament ou la méthode thérapeutique qu'il faille employer.

2° Droits de la collectivité qui paye.

Mais celui qui est substitué au malade pour payer les frais médicaux et pharmaceutiques, est en droit de demander que le bénéficiaire soit soigné le mieux possible, mais aussi le plus économiquement possible.

Que ce soit le chef d'entreprise ou son assurance pour l'application de la loi sur les accidents du travail, l'Etat, pour les réformés de guerre, le département et la commune, pour l'indigent, la caisse d'assurance sociale, pour l'assuré de demain, chacun de ces responsables a le droit et le devoir de surveiller si aucun gaspillage n'est commis.

Aussi, un service de contrôle doit-il fonctionner, en plein accord avec les organisations professionnelles médicales, qui sont intéressées au bon fonctionnement des différents services, qui les concerne.

Mais, disons cependant qu'une économie bien comprise ne doit pas aller à l'encontre des intérêts mêmes de la collectivité publique ou privée, qui doit payer les frais médicaux et pharmaceutiques.

Bien soigné, alors que les procédés thérapeutiques les plus modernes sont employés, le malade ou blessé guérira plus vite. Par conséquent, les journées de maladie à payer seront moins nombreuses, partant, économie pour la caisse du responsable.

3° Droits de la nation.

La collectivité tout entière a le plus grand intérêt à ce qu'aucune limitation ne soit apportée à ce droit de prescrire pour le médecin.

Les travailleurs, facteurs de production nationale, doivent rester inactifs un moindre temps. Par suite, il est indispensable que ces malades et blessés puissent bénéficier de tous procédés curatifs.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que les spécialités pharmaceutiques constituent un chapitre très important dans la balance du commerce extérieur. Les exportations des produits médicamenteux français sont très considérables.

Comment cette exportation pourrait-elle jouir de la faveur des consommateurs des pays étrangers, si ces derniers apprenaient qu'une notable partie de la population française, bénéficiaire des lois dites sociales, n'a pas le droit d'user de ces médicaments spécialisés ?

Droits des médecins.

Les docteurs ont toujours été jaloux de leur indépendance scientifique et professionnelle. Chacun a sa pratique personnelle et ne saurait souffrir que des ordres lui soient donnés, pour que certaines catégories de malades soient soignées autrement que les autres clients payants.

Aussi, les praticiens se sont-ils fort émus de l'arrêté ministériel des Pensions, que nous avons cité plus haut, limitant le droit de prescrire certains médicaments.

Ils estiment devoir soigner leurs malades selon leur science personnelle et leur conscience. C'est pourquoi beaucoup accepteraient un contrôle, consistant, ainsi que cela se passe en matière d'accident du travail, en une visite que fait le médecin de l'assurance ou du chef d'entreprise, pour vérifier la véracité de l'accident et indiquer, à l'ayant-droit, s'il ne conviendrait pas d'employer une autre méthode de traitement.

Y a-t-il divergence de vues entre les deux docteurs, que le juge en nomme un troisième pour les départager.

La loi sur les assurances sociales institue une manière de contrôle quelque peu semblable, permettant à tous les intérêts en présence d'être défendus.

Mais, moyennant ce contrôle, le médecin esti-

me qu'il doit toujours et en toutes circonstances, rester maître de ses prescriptions.

Le contrôle de la spécialité.

Le prof. Achard stigmatise avec raison les trop nombreuses spécialités, médicaments de fantaisie, qui trompent sur la teneur des principes actifs ; ceux contenus réellement dans la préparation ne correspondent nullement, comme doses, à celles indiquées sur le prospectus ou sur l'étiquette.

Et le prof. Achard de conclure en demandant un contrôle sévère de l'Etat, ce dernier étant le gardien naturel de la santé publique.

Le savant professeur a parfaitement raison ; mais qu'il me permette de lui signaler que les lois, actuellement en vigueur, sont suffisantes pour lutter contre le charlatanisme.

Tout d'abord, l'article 32 de la loi de germinal an XI interdit aux pharmaciens de détenir des médicaments secrets.

Par suite, les inspecteurs des pharmacies devraient avertir les pharmaciens qu'ils auront désormais à ne plus détenir, ni débiter, les spécialités pharmaceutiques, qui ne se seraient pas conformées au décret de 1926. Celles-ci ne sont pas légales et sont encore des médicaments secrets, par conséquent interdits.

En second lieu, les spécialités devant comporter leur formule exacte, il est facile, pour les inspecteurs de pharmacie, de prendre tel ou tel médicament spécialisé et de faire faire une analyse par un établissement ou laboratoire idoine. Si la teneur des principes actifs trouvés par l'analyse ne correspond pas aux quantités annoncées sur le prospectus, ou sur l'étiquette, le pharmacien fabricant est passible des pénalités prévues par la loi sur les fraudes (loi du 1er août 1905).

Plusieurs décisions de jurisprudence ont été rendues en matière pharmaceutique en ce qui concerne la tromperie vérifiée après analyse.

Ce contrôle sévère fait par les inspecteurs des pharmacies, empêcherait également certains fabricants de lancer trop rapidement, dans le commerce, des préparations mal étudiées, comme posologie ou efficacité.

Certes, il convient de ne pas gêner l'essor de cette industrie chimique et pharmaceutique, si intéressante et qui est appelée encore à doter l'arsenal thérapeutique de grandes découvertes.

Néanmoins, il est utile, dans l'intérêt de la santé publique, que les inspections de pharmacie puissent arrêter la vente de médicaments, à allure faussement scientifique, n'ayant qu'un seul but : gagner de l'argent, *per fas et nefas*.

Disons enfin qu'une tentative devrait être faite, pour modérer la réclame faite dans les grands quotidiens. Devraient être défendus ces appels de toutes sortes aux malades, appels promettant la guérison pour des maladies véritablement incurables, duperie qui n'a qu'un but : enrichir des industriels peu scrupuleux au détriment de la santé publique.

Mais ici, je me heurte à la toute puissance d'argent, à l'omnipotence des consortiums de publicité des grands journaux politiques. Je préfère m'avouer d'avance vaincu et croire que l'ère des réclames médicales et pharmaceutiques n'est pas finie et que ce n'est pas de sitôt que les pouvoirs publics auront l'énergie de faire disparaître tant la publicité des urinoirs que celle qui s'étale sur les murs de la ville ou dans les pages d'annonces des journaux quotidiens.

Conclusions.

De tout ce qui précède, il faut conclure que la santé publique nécessite pour le médecin le droit absolu de soigner tous ses malades, quels qu'ils soient, avec tout ce qu'offre l'arsenal moderne de l'art de guérir.

Riches comme pauvres, indigents comme blessés du travail, ou millionnaires, doivent pouvoir utiliser toutes les méthodes nouvelles de traitement.

Dans notre société démocratique, ce n'est pas faire œuvre d'économie bien comprise que de défendre l'emploi de tel ou tel médicament chez un malade, parce que ce dernier ne peut pas payer de sa poche ce dont il a besoin.

Un contrôle, dira-t-on, est indispensable. J'en conviens, car il est nécessaire de mettre fin à tous les abus, lorsqu'il s'en produit.

Des accords locaux entre médecins et pharmaciens, d'une part, et de l'autre, collectivités publiques ou privées, arriveront à ce but par l'institution de commissions mixtes d'arbitrage.

Devant elles seront portés tous les conflits ou toutes les plaintes d'ordre professionnel. Et tel, qui a failli aujourd'hui, ne recommencera pas lorsqu'il se sentira surveillé par ses confrères.

Surveillance également des pharmacies pour que, conformément à la loi, une chasse sévère soit faite contre tout produit constituant un médicament secret ou n'étant pas conforme à la formule publiée sur l'étiquette.

Les lois existent ; sachons nous en servir, pour le plus grand profit et des malades et des praticiens consciencieux, qui, en médecine comme en pharmacie, entendent exercer leur art en toute conscience et probité.

Dr Paul Boudin,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Docteur en Droit.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Imprévoyance, indifférence.

L'histoire nous apprend que tous les grands cataclysmes laissent après eux des perturbations morales aussi bien que matérielles.

La guerre de 1914 ne pouvait échapper à la règle et, à côté des troubles économiques au milieu desquels nous nous débattons, on peut observer des troubles moraux qu'il serait impossible de comprendre si on ne savait qu'il en a toujours été de même : ce sont, malgré un renouveau sensible de mysticisme, une obnubilation du sentiment du devoir, une vague intense de paresse, un besoin effréné de plaisir et de jouissance.

On vit au jour le jour comme si le chambardement social devait être pour demain, on dépense sans compter, on travaille le moins qu'on peut. Après nous le déluge !

Rien d'étonnant si, dans de telles conditions, l'esprit de prévoyance disparaît, si on ne songe plus à l'avenir.

Et le pire est que le mal atteint toutes les classes de la société et que personne, ou à peu près, n'ose réagir. — Au diable les moralistes !

Faut-il donc se borner à constater le fait une fois de plus ! Et les médecins qui voient de près toutes les misères, qui constatent tant de déchéances, ne devraient-ils pas s'efforcer de combattre cette indifférence générale ?

Ils ne sont pourtant pas encore tout à fait fonctionnarisés et leur action dans les familles peut être encore grande : s'ils ne sont plus comme autrefois considérés comme des oracles, on les écoute encore plus que certains ne le supposent. Mais il leur faudrait d'abord prêcher d'exemple : *medice, cura te ipsum* !

Et ils ne le font guère. Quand on pense que certains envisagent pour eux-mêmes la participation aux futures assurances sociales et paraissent, par avance, disposés à s'en contenter !

Heureusement que le Corps médical, malgré la veulerie possible de quelques-uns de ses membres, n'en est pas là. Aussi, dût-on nous accuser de crier dans le désert, nous persisterons à tâcher de secouer sa torpeur, de faire appel à son énergie et de lui rappeler le devoir de l'effort personnel.

Oui, le médecin doit penser à l'avenir et doit être prévoyant ; il se le doit à lui-même, il le doit à sa famille, il le doit à ceux au milieu desquels il vit, car il a, outre son devoir familial, un rôle social à remplir — son caractère le lui impose.

Pour comprendre la nécessité de ce devoir, il lui suffit de regarder autour de lui : chaque jour, il voit des santés altérées, des activités amoindries sinon tout à fait abolies, des situations de fortune compromises ; il le voit chez ses clients, il le voit chez ses confrères. Et lui qui, jour et nuit, court les chemins, qui s'expose à toutes les intempéries, à tous les accidents, à toutes les contagions, il sait bien qu'il peut être atteint plus qu'un autre en dépit de la force et de la prudence qu'il croit avoir.

Il le sait, mais il ne veut pas en convenir : l'accident, il saura toujours s'en garer ; la maladie il saura toujours l'éviter ; la vieillesse, elle est si loin qu'elle ne viendra jamais — et il s'endort sur ses illusions... jusqu'au jour où la catastrophe le rappelle à la réalité.

En ne cherchant que parmi nous, combien pourrions-nous citer d'exemples ?

Ici c'est un confrère qui, en pleine prospérité et en pleine activité, se voit réduit à néant — l'expression n'est pas trop forte — par une infirmité incurable, séquelle d'une grippe. Là c'est un autre qui maladroitement se blesse avec un instrument, est infecté et doit subir l'amputation d'un membre. Un troisième est atteint d'un iritis qui le contraint à abandonner sa clientèle ; un quatrième, capotant dans un accident d'automobile, se fracture le col du fémur ; un cinquième est frappé d'hémiplégie, etc., etc.

Et dans tous ces cas, que devient la victime, que devient sa famille ?

On me dira peut-être que les secours assurés par une société de prévoyance sont bien peu de chose en présence de telles calamités — je conviens, certes, qu'ils ne sont pas adéquats au dommage ; on reconnaîtra pourtant qu'ils représentent quelque chose et valent mieux que rien du tout. Dans tous les cas, ils sont les bien venus si j'en juge par les lettres qui en accusent réception. Ces lettres, elles témoignent du service rendu, du mieux-être matériel apporté, quelque minime qu'il puisse être, mais elles font aussi parfois allusion au sentiment du devoir accompli dans les temps de prospérité et au réconfort moral qui en résulte : elles sont extrêmement touchantes.

En vous disant tout cela, je sais bien, confrères, que je ne vous apprends rien ; ce que je voudrais, c'est retenir quelques instants votre attention. Si vous consentiez à réfléchir une minute, je suis certain que vous-mêmes vous vous reprocheriez votre indifférence, et ce serait le premier pas dans la voie de cette prévoyance que nous ne nous lasserons pas de vous conseiller. Le *video meliora proboque* du philosophe

n'est pas toujours suivi des décisions contraires.

Quelle que soit votre situation, quels que soient vos besoins, vous trouvez à votre disposition la *Mutualité familiale du Côrps médical français*, société toute confraternelle , spécialement créée pour vous, société qui a fait ses preuves et vous présente le maximum des garanties que vous puissiez désirer : elle vous offre pour vous-mêmes une indemnité journalière d'abord, mensuelle ensuite, si la maladie ou l'accident viennent à vous arrêter ; elle vous offre la pension de retraite pour le jour où la vieillesse viendra ralentir votre activité ou vous contraindre au repos. Elle admet vos femmes, vos enfants à cette pension de retraite dans les mêmes conditions exactement que vous-mêmes. Elle vous permet enfin, si vous veniez à mourir prématurément, d'assurer à votre veuve une pension viagère.

Croyez-vous qu'une telle œuvre ne mérite pas que vous la preniez en considération ? que vous veniez renforcer son action par votre adhésion personnelle ?

Si vous reconnaissez dans votre conscience en avoir besoin, vous seriez coupables de vous abstenir, et, si vous vous croyez sérieusement hors d'atteinte des misères de la vie, vous ferez une bonne œuvre en prêchant d'exemple et en incitant vos confrères moins heureux à profiter de ses avantages.

Un homme, bien placé pour parler de ces questions avec compétence, nous disait récemment que toutes les œuvres de prévoyance, assurances, mutualités, voyaient leur recrutement diminuer. Nous avons pu lui répondre qu'à la Mutualité familiale le recrutement, trop lent certes à notre gré, était cependant en progression continue... et il en concluait qu'en ces temps d'indifférence générale — je crois, Dieu me pardonne, qu'il s'est servi du terme éminemment académique et surtout bien en situation de *ribouldingue générale*, — le *Concours médical*, par ses œuvres filiales et sa propagande incessante, continuait à bien mériter du Corps médical.

Je terminerai sur ces paroles aussi autorisées que désintéressées.

Confrères, écrivez au secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise), il vous donnera tous renseignements et tous conseils, sur votre cas particulier.

A. Gassot.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8.034 Falcoz, Brignoud (Isère). Parrains : Drs Faure et Rolland.
8.046 Servel, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
8.047 Marquet, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
8.048 Lauzier, Clermont (Oise), Association des médecins des établissements publics d'aliénés.
8.049 Boudey, Miélan (Gers), Syndicat du Gers.
8.050 Lauret, Saillant (Drôme), Syndicat de la Drôme.
8..051 Courtis, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat de Toulouse.
8.052 Chochon-Latouche, Autun (Saône-et-Loire), Syndicat de Saône-et-Loire.
8.053 Forest, Maubeuge (Nord), Parrains : Drs Cazin et Gassot.
8.054 Breitel, Pontoise (Seine-et-Oise), Syndicat de Pontoise.
8.055 Bousquet, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat des stomatologistes.
8.056 Fruchaud, Angers (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers.
8.057 Santelli, Belgodère (Corse), Association générale.
8.058 Domec, Arbis (Gironde), Assistance médicale de l'Indochine.
8.059 Duchamp, Ham (Somme), Syndicat de Péronne.
8.060 Chevalier, 36, rue de Fleurus, Paris, Syndicat de la Seine.
8.061 Bonnier, Le Pecq (Seine-et-Oise), Société médico-chirurgicale de Saint-Germain.
8.062 Boudry, La Bourboule (Puy-de-Dôme), Syndicat de La Bourboule.
8.063 Baude, Escaudœuvres (Nord), Syndicat de Cambrai.
8.064 Cannac, Carcassonne (Aude), Syndicat de l'Aude.
8.065 Lancon, Malakoff (Seine), Syndicat de la Banlieu Est.
8.066 Breton, Annemasse (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
8.067 Doussain, Pontvallain (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
8.068 Bertrand, Périgueux (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
8.069 Chevalier, Roanne (Loire), Syndicat de la Loire.
8.070 Marcoud, Tarbes (Hautes-Pyrénées), Syndicat des Hautes-Pyrénées.
8.071 Fabre, Saint-Rome-de-Tarn (Aveyron), Syndicat de Saint-Affrique.
8.072 Lemoine, Roisel (Somme), Syndicat de Péronne.
8.073 Allanic, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.

8.074 LESTRA, 6, rue Marietton, Lyon, Syndicat du Rhône).
8.075 LAMY, Grenoble (Isère), Syndicat de Grenoble.
8.076 VERNIER, Versailles (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles.
8.077 LOUET, Beauvais (Oise), Syndicat de l'Oise.
8.078 LEPALT (Victor), Wattrelos (Nord), Syndicat de Roubaix.
8.079 LEPALT (Jean), Wattrelos (Nord), Syndicat de Roubaix.
8.080 Mlle WACHI, Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
8.081 BONNET, Cette (Hérault), Syndicat de Cette.
8.082 CORNU, Neufchâteau (Vosges), Syndicat de Neufchâteau.
8.083 FÉLIX, Saint-Michel-Chef-Chef (Loire-Inférieure) Amicale de la Loire-Inférieure.
8.084 GUIBERT, Balaruc (Hérault), Prévoyance médicale de l'Hérault.
8.085 DUCHEIX, Bellegarde (Creuse), Syndicat de la Creuse.
8.086 GUEZ, Champigny (Seine), Syndicat de Nogent-le-Perreux.
8.087 FROISSARD, Hautes-Rivières (Ardennes), Syndicat de Charleville.
8.088 PELLETIER, La Chapelle-d'Angillon (Cher), Syndicat du Cher.
8.089 TERRASSON, Perpignan (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
8.090 JAUME, Pierrelatte (Drôme), Syndicat de Montélimar.
8.091 PIQUET, Evin-Malmaison (Pas-de-Calais). Parrains : Drs Théret et Lhermine.
8.092 GOUVERNAIRE (Georges), Montluçon (Allier) Syndicat de Montluçon.
8.093 BLANC, Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme), Syndicat de Thiers.
8.094 LAFON, Brive (Corrèze), Syndicat de Brive.

Accidents du Travail.

Le Dr L. (Charente) a été payé amiablement d'honoraires accidents contestés, pour le recouvrement desquels l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Les honoraires de son huissier se sont élevés à 25 fr., dont il fait abandon à la Caisse du « Sou ». Le Conseil l'en remercie.

Le Dr K. (Seine-Inférieure), convoqué pour assister à la contre-visite de divers accidentés du travail, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr C. (Seine) se voit refuser, par le Syndic de la faillite d'un patron, l'admission privilégiée d'une note d'honoraires pour soins donnés à l'un des ses ouvriers, accidenté du travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire, pour assigner le Syndic devant le Tribunal de Commerce.

Le Dr P. (Vendée), ayant radiographié, à son domicile, une accidentée du travail chez laquelle le chirurgien soupçonnait une fracture du bassin ou du col fémoral, la Compagnie refuse de payer son déplacement, prétendant que la blessée aurait pu se rendre chez lui.

Le Conseil accorde au Dr P. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, frais de déplacement compris.

Honoraires de droit commun.

Le Dr C. (Haute-Savoie) a recouvré à l'amiable 2.900 fr. d'honoraires dus par un client qui menaçait de mettre en cause sa responsabilité professionnelle. Il fait abandon à la Caisse du « Sou » des frais et honoraires de son avoué, qui se sont élevés à 100 fr, environ.

Le Conseil l'en remercie.

Le Dr M. (Charente-Inférieure) a payé 138 fr. 60 pour frais de justice de paix dans la contestation d'honoraires d'accouchement pour laquelle il est actuellement en appel.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme.

Le Dr M. (Gironde), ayant soigné une femme en instance de divorce, décédée depuis, le mari refuse de payer ses honoraires, qui s'élèvent à 3.529 fr. 50.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr C. (Mayenne) se voit refuser le paiement de ses honoraires (700 fr.) pour intervention et consultations chez une femme atteinte d'infection puerpérale, sous prétexte de mauvais soins et de négligence.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr F. (Seine) a recouvré, sans jugement, à la suite des démarches de Me Audebert, les 20 francs d'honoraires que lui devait, pour soins donnés à son fils, une cliente qui prétendait mettre en cause sa responsabilité.

Les frais et honoraires de Me Audebert dans cette affaire se sont élevés à 45 fr. 50, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr A. (Eure), ayant réclamé le paiement de ses honoraires (320 fr.) à un client soigné pour luxation grave de l'épaule, a été menacé, devant le juge de paix, d'une demande en 100.000 fr. de dommages-intérêts.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires et, éventuellement, le bénéfice de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr F. (Seine), ayant demandé 400 fr. d'honoraires à un client qui a quitté Paris pour habiter la Nièvre, celui-ci offre de lui payer 200 fr.

Le Conseil, étant donné l'éloignement de son client, accorde au Dr F. l'appui pécuniaire pour recouvrer ses honoraires.

Le Dr G. (Nord), ayant soigné des touristes bles-

sés, qui habitent Paris, n'a pu recouvrer les 150 fr. d'honoraires qu'ils lui doivent.

Le Conseil, étant donné l'éloignement de ses clients, accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour recouvrer ses honoraires.

Le Dr F. (Seine), n'a pu se faire payer par une cliente qui lui doit 130 fr. pour soins donnés à sa fille, malgré plusieurs réclamations et un appel en conciliation, à la suite duquel il a obtenu le permis de citer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour saisir le juge de paix.

Le Dr V. (Gironde) a été réglé amiablement de ses honoraires par un automobiliste qui l'avait appelé pour soigner sa victime.

Il a payé, pour frais et honoraires, 20 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Les Dr L. (Tarn-et-Garonne), P. (Sarthe) et M. (Gard) ne peuvent se faire payer des honoraires qui leur sont dus pour soins donnés à des victimes d'accidents d'automobile, par les automobilistes qui les avaient priés de donner ces soins.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Le Dr M. (Alpes-Maritimes) a fait condamner un automobiliste à lui payer les honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à sa victime.

Les frais et honoraires de l'huissier et de l'avocat se sont élevés à 214 fr. 30, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Responsabilité professionnelle.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais de l'adversaire du Dr C. (Eure), dans son procès en responsabilité civile, qui s'élèvent à 1.873 fr. 10 et sont réclamés par l'enregistrement, l'adversaire ayant eu l'assistance judiciaire.

Le Conseil est saisi de plusieurs affaires de responsabilité professionnelle dont la publication du compte rendu pourrait être de nature à porter préjudice aux intérêts du « Sou » et de ses adhérents.

Baux et Locations.

Le Dr D. (Seine) est assigné par son propriétaire, qui a manifesté l'intention de reprendre pour lui-même l'appartement qu'il habite et où il exerce la médecine.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr D. pour se défendre contre cette prétention.

Le Dr G. (Seine) envoie la note des honoraires de son avoué dans le différend survenu entre lui et un propriétaire à la suite d'une cession de clientèle.

Le Conseil ordonnance le paiement de cette note, qui s'élève à 216 fr. 50.

Exercice illégal.

Le Syndicat de Montluçon a à payer, dans l'affaire de l'illégal S., 735 fr. 75 pour frais judiciaires.

Un tiers de ces frais étant à la charge du « Sou », puisque un tiers des membres du Syndicat sont membres du « Sou », le Conseil ordonnance le versement au Syndicat de la somme de 245 fr. 25.

Divers.

Le Dr C. (Seine-et-Oise) a été attaqué, dans son cabinet, par un cultivateur qui l'accusait faussement d'avoir blessé son cheval avec son automobile. L'agression a eu lieu en présence de plusieurs témoins.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour porter plainte contre son agresseur, en se portant partie civile. La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 300 fr.

Le Dr R. (Pyrénées-Orientales) a été injurié en public par un individu dont il n'a jamais été le médecin, qui a déclaré qu'il n'était pas médecin et qu'il n'entendait rien à la médecine.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre l'auteur de ces propos en simple police et lui demander une somme peu élevée de dommages-intérêts.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Institut de criminologie.** — *Cours théorique* (en mai et juin). — Police scientifique : M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de police, tous les jours, à 6 h.

Section de police scientifique (les cours ont lieu, du 12 avril au 1er mai 1928, au service de l'identité judiciaire). — Organisation et technique policières (dix conférences) : M. Faralicq, commissaire à la Direction des recherches, tous les jours, à 5 h. — Médecine légale générale (dix conférences) : M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, tous les jours, à 6 h. — Médecine légale psychiatrique (dix conférences) : M. Claude, professeur à la Faculté de médecine, tous les jours, à 6 h. — Police scientifique (dix conférences) : M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de police, tous les jours, à 6 h.

Section de science pénitentiaire (les cours ont lieu à la Faculté de Droit et à l'Institut médico-légal). — *Semestre d'hiver* (à la Faculté de Droit). — Science pénitentiaire (huit conférences) : M. Mossé, inspecteur géné-

ral des services administratifs, mercredi, à 5 h. — Régime pénitentiaire (deux conférences) : M. Catry, directeur de la prison de la Santé ; M. Dufour, directeur de la prison de Fresnes. — Médecine mentale : M. Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, lundi, à 11 h. 15 (amphithéâtre III). — Procédure criminelle : M. G. Le Poittevin, président de chambre à la Cour d'appel, vendredi, à 5 h. — Médecine légale : M. Dervieux, vendredi, à 6 h.

Semestre d'été (mai et juin) (au service de l'identité judiciaire). — Organisation et techniques policières (dix conférences) : M. Faralicq, commissaire à la Direction des recherches, tous les jours, à 5 h. — Police scientifique : M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de police, tous les jours, à 6 h.

Les inscriptions doivent être prises : pour la section de droit criminel et la section de science pénitentiaire, à la Faculté de Droit ; pour la section de médecine légale et de psychiatrie criminelle et la section de police scientifique, à la Faculté de Médecine.

Le droit d'immatriculation est fixé à 100 fr. pour l'année scolaire.

Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de Droit, soit à la Faculté de Médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Sont perçus en outre : section de droit criminel et section de science pénitentiaire, 4 droits trimestriels d'exercices pratiques à 25 fr., et un droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 20 fr.

Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle, 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 fr. et un droit d'examen de 200 fr.

Section de police scientifique, un droit d'études, 60 fr. et un droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 20 fr.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1928.

— **Clinique obstétricale** (Baudeloque). — *Cours élémentaires de pratique obstétricale.* — Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi. — Première série : vacances de Pâques. — Deuxième série : première quinzaine de juin. — Troisième série : première quinzaine de septembre. — Quatrième série : première quinzaine d'octobre.

Cours réservé aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants pourvus de 16 inscriptions, sous la direction du chef de clinique. Droit d'inscription 200 fr.

a) Exercices cliniques individuels journaliers.

b) Conférences sur les sujets suivants : conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation et l'accouchement. — Complications de la délivrance. — Indications du forceps. — Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (femmes rachitiques, boiteuses, bossues, etc.). — Vomissements graves. — Albuminurie et éclampsie. — Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — Complications de l'avortement. — Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale et infantile.

c) Démonstrations et manœuvres sur le mannequin : Diagnostic de la présentation du sommet. — Forceps dans les variétés directes : OP et OS. — Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — Diagnostic de la présentation du siège, extraction du siège. — Diagnostic de la présentation de l'épaule, version par manœuvres internes. — Diagnostic de la présentation de la face et du front, applications du forceps dans ces présentations. — Mort apparente du nouveau-né. — Dilatation artificielle du col. — Ballons de Champetier de Ribes. — Embryotomie rachidienne. — Basiotripsie.

— **Croisière d'août du « Bruxelles médical »**. — *Tableau de marche probable du vapeur « Brazza ».*

Escales	Arrivée	Heure	Départ	Heure
Bordeaux	.....		29 juillet	15
La Corogne	31 juillet	7	31 »	9
Vigo	31 »	20	1 août	0
Leixoes (Porto)	1 août	6	1 »	20
Funchal	4 »	7	6 »	0
Sta Cruz de Ténériffe	6 »	23	»	0
Las Palmas	8 »	6	9 »	0
Casablanca	10 »	24	12 »	19
Ajaccio	16 »	7	15 »	19
Marseille	18 »	11		

N.B. — Un train spécial conduira les passagers de Paris à Bordeaux (quai du *Brazza*). Le trajet de la Corogne à Vigo se fera par auto, avec visite de Saint-Jacques de Compostelle. — Porto : visite de la ville et des environs. — Madère : visite de l'île. — Ténériffe : visite de l'île et excursion au Pic de Ténériffe. — Las Palmas, visite de la Canarie. — Casablanca (excursion à Rabat et Salé Facultatifs : Meknés ou Mazagan). — Ajaccio : circuit de Corse.

Un prix forfaitaire comprenant tous frais sera établi. Notre confrère le *Bruxelles médical* insiste pour que les médecins (et leurs familles) désireux de participer à cette croisière prennent date dès maintenant.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Cartes donnant droit à la délivrance de billets à demi-tarif.* — Jusqu'à présent, le voyageur, qui désirait obtenir des billets à demi-tarif, devait se munir de cartes de trois mois, six mois ou un an.

Désormais, il lui sera possible d'obtenir également ces billets sur présentation des cartes de un mois ou deux mois qui sont délivrées depuis le 1er janvier 1928.

Les nouvelles cartes sont valables sur l'ensemble des grands réseaux de chemins de fer français.

Elles sont de trois types suivant que le voyageur désire obtenir des billets à demi-tarif de toutes classes, de 2e et 3e classes, ou de 3e classe seulement.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

En cas de décès que toucheraient ma femme et l'enfant ?

Dr Z.

Réponse.

1° Comme médecin aide-major de première classe, pensionné à 30 %, vous toucherez 1.815 francs de pension annuelle, et 180 francs pour votre enfant ;

2° Votre pension ne variera pas avec votre promotion ; elle restera établie sur le taux de grade que vous possédiez au moment où vos droits à pension ont été établis ;

3° En cas de décès, votre femme touchera une pension, si vous mourez des suites de la maladie pour laquelle vous avez été pensionné, car il faudrait un taux de 60 % au moins pour donner droit, quoi qu'il arrive, quelle que soit la cause du décès, à une pension de veuve dite de réversion.

4008. — Proposition pour la Légion d'honneur.

Appartenant à la classe 1906, ayant fait une période comme soldat en 1909, nommé médecin auxiliaire en 1911, ayant fait comme tel une deuxième période en 1913, j'ai été affecté en août 1914 à un régiment d'infanterie où j'ai été nommé aide-major de 2e classe en novembre même année, aide-major de 1re classe à titre temporaire fin 1917, à titre définitif fin 1918. J'ai fait une période volontaire de 25 jours en juin 1927 et j'attends mon troisième galon dans un ou deux mois.

A titre de renseignements complémentaires : je suis parti comme volontaire à l'armée d'Orient en 1916 d'où je suis revenu avec le paludisme, et j'ai en outre une citation à l'ordre de mon régiment, étant en lignes en Belgique.

Quand puis-je espérer recevoir la croix et y a-t-il quelque démarche à faire dans ce sens ?

Dr Y.

Réponse.

Afin que vous soyez proposable pour l'inscription au tableau de concours de la Légion d'honneur (grade de chevalier), il faut réunir, cette année, comme officier de complément, 30 annuités, campagnes de guerre comprises ; or, à moins de blessures de guerre, de citations à l'armée, vous ne semblez pas encore en condition pour être proposé actuellement.

Baux et Locations.

393. — Droit à la prorogation.

Ayant un bail de 9 ans qui expire le 24 juin 1929, je vous prie de bien vouloir me faire savoir :

1° Si j'ai droit à la prorogation jusqu'en 1931.

Tuberculose et Grossesse

Nul n'ignore le problème angoissant posé par l'association « Tuberculose et Grossesse ». Qu'il s'agisse d'une éclosion bacillaire imprévue, ou de l'aggravation d'une forme torpide, les ressources thérapeutiques sont restreintes ; elles tiennent en deux mots : avortement, pneumothorax.

Les controverses sur l'*avortement* sont trop récentes pour être oubliées déjà. Qu'affirment les augures ? On peut y avoir recours, dit Sergent, dans des *cas exceptionnels et bien étudiés*. Pas d'avortement, déclare Dumarest, c'est aussi dangereux qu'inutile. Souvenons-nous des insinuations de Pinard sur les *consciences trop souples*, et concluons que la suppression de l'enfant, palliatif douteux, est un risque grave pour le praticien, *ce pelé, ce galeux*, si souvent responsable devant la soupçonneuse Justice.

On ne saurait contester l'utilité du *pneumothorax*, dont les indications ne sont pas spéciales à la grossesse et qui n'est pas toujours possible, ni efficace. De plus, sa raison d'être a une limite, bien précisée par Rist, phtisiologue en vedette, l'un des plus ardents protagonistes de son emploi : « « La guérison proprement dite est due à « un processus d'immunité acquise dont la nature « est encore extrêmement obscure. Il n'est pas « prudent de confondre ce processus avec l'ac- « tion mécanique du pneumothorax. Le but de « la méthode ne doit pas être de favoriser l'ac- « quisition de l'immunité, mais de produire le « meilleur collapsus possible. » (Rist, *La Tuberculose*, 1927, p. 274.)

Il serait donc désirable qu'on trouvât autre chose. Si nous examinons les éléments du problème tels que les présente la grossesse, une première notion se précise d'abord, c'est l'importance protuberculeuse des vomissements gravidiques, et de leur cortège d'amaigrissement et de dénutrition. C'est ensuite l'influence probable de l'hypofonctionnement de certaines glandes, si manifeste parfois avec le masque et l'amincissement du visage.

N'est-il pas logique de penser que si l'on pouvait supprimer ces troubles et ces déficiences, les femmes seraient dans de meilleures conditions pour se défendre ? Ce problème difficile, je crois avoir contribué largement à sa solution.

Voici bientôt deux ans et demi qu'a paru mon

2° De quelle façon dois-je notifier à mon propriétaire mon désir d'user de cette prorogation ?

3° A quel moment dois-je lui faire cette notification ?

Dr C.

Réponse.

Lorsque votre bail sera expiré, vous n'aurez droit à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, que si cette loi est applicable dans votre commune.

Or, elle est seulement applicable dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui se trouvent distantes de mioins de cinq kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et enfin dans celles dont la population a augmenté d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si votre commune rentre dans l'une quelconque de ces catégories, le bénéfice de la prorogation vous sera acquis de plein droit, sans que vous ayez à faire aucune demande à votre propriétaire et sans que celui-ci puisse exercer sur votre maison son droit de reprise pour habitation personnelle, une partie au moins des locaux que vous occupez étant affectée à un usage professionnel.

Par contre, si la loi du 1er avril sn'est pas applicable dans votre commune, vous ne pourrez rester dans les lieux, à la fin du bail, qu'en vous entendant avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail.

Dans ce cas, la fixation du loyer dépendra de votre accord avec le propriétaire, aucune taxation légale ne pouvant être invoquée.

Médecine légale.

22. — Frais de justice criminelle.

J'ai été réquisitionné deux fois cette année pour une noyée et pour un pendu, je n'ai pas de réquisition signée. Par qui dois-je me faire payer ?Est-ce par le maire ? Comment rédiger mes mémoires ? et quels tarifs : visite, indemnité kilométrique ? Rapport ? J'ai été réquisitionné par un maire le 9 avril 1926 pour examiner à la fois une personne assassinée et un suicidé au même endroit à 21 heures, j'ai une réquisition en règle. N'est-il pas trop tard pour me faire payer ? Comment m'y prendre ? Comment tarifer ? La nuit ?

J'ai été réquisitionné par le juge de paix le 5 avril 1926, à 17 heures pour aller à 10 kilomètres examiner une jeune fille sur laquelle il y avait eu tentative de viol. Puis-je encore me faire payer et comment établir ma note d'honoraires, à qui l'adresser ? Tarifs ? Rapport ? course ?

Les maires veulent bien me payer, mais demandent à quel chapitre ils doivent imputer ces dépenses.

Dr C.

---

premier travail sur l'action efficace dans la tuberculose de certains acides aminés, en injections sous-cutanées ; plusieurs observations concernaient des bacilloses *post-partum*. J'ai, depuis lors, traité sept tuberculeuses enceintes avec succès. Les résultats m'ont donné l'idée d'employer ma solution contre les vomissements de la grossesse ordinaire, et je n'ai eu qu'un échec dans un cas de vomissements incoercibles, où le traitement fut essayé cinq ou six jours seulement, dans le service du docteur Cathala, à Saint-Louis.

Toutes les bacillaires traitées étaient apyrétiques. Elles ont vu les vomissements cesser presque instantanément, les fonctions digestives se rétablir, le poids augmenter, et l'état général redevenir excellent, cependant que les signes stéthoscopiques s'atténuaient rapidement. Ce fut même une surprise pour moi, cette rapidité des améliorations obtenues. Il semblerait que la grossesse rende l'organisme plus sensible à l'action bienfaisante des A. A.

Les faits sont suffisamment probants pour me donner le droit de dire à mes confrères praticiens : «Le négativisme officiel, souvent justifié, est cependant basé sur des *a priori* inacceptables. Mes affirmations ont été confirmées de bien des côtés. Je serais heureux, et je demande qu'on les vérifie en toute conscience et impartialité.

Février 1928.

Dr Dani HERVOUET.

(*Communication à la Société médicale des Praticiens.*)

Réponse.

Dans tous les cas que vous nous exposez, que vous ayez été réquisitionné par le maire, le juge de paix ou le juge d'instruction, ces magistrats ont agi en leur qualité d'officiers de la police judiciaire ou de juges et vous avez droit aux honoraires de médecine légale. En ce qui concerne les réquisitions par les maires, il est toujours bon, pour éviter des contestations avec le Parquet, de demander une réquisition *écrite*, spécifiant la qualité en laquelle agit le maire et qu'il y a présomption de crime ou de délit, comme l'exige la loi.

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit, dans chacun des cas énumérés, à un honoraire de 15 francs, y compris la rédaction et le dépôt de votre rapport, par personne ou cadavre examiné. En ce qui concerne le déplacement que vous avez eu à effectuer la nuit, vous pouvez demander un honoraire plus élevé, en raison de cette circonstance particulière.

En outre de vos honoraires proprement dits, vous avez à compter vos frais de déplacement à raison de 0 fr. 60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, jusqu'au 20 octobre 1926 et à raison de un franc par kilomètre à partir de cette date.

Enfin, depuis le 20 octobre 1926, il est alloué aux experts une indemnité spéciale de 20 francs, quand ils se déplacent à plus de 5 kilomètres de leur résidence et de 30 francs quand le déplacement a lieu à plus de 20 kilomètres.

Nous vous signalons qu'un décret récent vient de modifier les honoraires de médecine légale.

Vous devez envoyer vos mémoires en double exemplaire sur papier libre (ou deux exemplaires dont l'un sur timbre si la somme réclamée dépasse 50 francs) au procureur de la République du ressort qui, après visa du Procureur général et taxe du Président ou du magistrat commettant, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

En cette matière, la prescription des honoraires est d'un an. Vous risquez donc de voir plusieurs de vos notes refusées pour ce motif par le Procureur. A l'avenir, n'attendez plus si longtemps pour vous faire payer.

Application du tarif Maginot-Marin

I

256. — Affection causale de pension ou non ?

La préfecture me refuse le paiement d'une note d'honoraires pour un tuberculeux de guerre sous le prétexte que ce motif n'est pas porté sur la liste spéciale et *bien qu'il soit porté sur le titre de pension que le malade m'a montré.* Que dois-je

faire ? Les victimes de la guerre n'ont-ils donc pas droit aux soins gratuits pour les maladies qui ont motivé la pension ? Je vous adresse en communication la lettre de la préfecture en vous priant de bien vouloir me la retourner. Dr F.

Réponse.

Ce qu'il y a de porté sur le titre de pension ne signifie pas toujours que tel point a motivé la pension. Il en est ainsi, lorsqu'il y a « pour mémoire », ce qui enlève la présomption d'origine. En tout cas, *seul* compte ce qui est porté sur la liste et, pour le médecin traitant sur le *livret* du malade, et encore en diminuant ce qui est reporté avec la mention « p. m.. ». Dans le cas que vous me signalez, s'il y a eu erreur ou omission, le malade doit la faire réparer au plus tôt. Il aura *ensuite* droit aux soins pour l'affection portée au livret et ses suites. Le livret de votre malade portant *seulement* comme mention : « amputation jambe gauche et blessures multiples », vous ne pouvez soigner sa tuberculose comme *suite* de la mention portée sur ce livret.

F. D.

II

52. — Autovaccin.

Voulez-vous me dire, je vous prie, si l'injection intra-musculaire de vaccin (auto-vaccin) est tarifée spécialement dans le tarif pour victimes de la guerre. Dr C.

Réponse.

L'injection intramusculaire n'est pas tarifée à part, donc elle est comprise, comme l'hypodermique, dans le prix de la visite ou consultation (article 60). Ici, il s'agit d'un *auto-vaccin.* On pourrait, ce me semble, le rapprocher de « *injections de petites quantités de sang (sous-cutanées ou intra-veineuses) qui constituent des pratiques d'hémothérapie* : 20 francs », que vous pouvez lire à l'article 1er du décret du 5 mars 1927. C'est là une analogie qui me paraît, *a priori*, pouvoir se soutenir, puisque dans le cas d'hémothérapie, il peut s'agir, le plus souvent, d'autohémothérapie, comparable à l'autovaccin. Ceci est une opinion personnelle, donnée sous toutes réserves, bien entendu.....

F. D.

Application du tarif Fallières.

I

4524. — Intervention dominicale.

Comme membre du « Sou médical » je viens vous soumettre une difficulté survenue avec une Compagnie à propos d'un accident survenu le dimanche.

Plaie par instrument tranchant dans une étable. J'ai compté :

Certificat .... 5 fr.
Pansement le dimanche ..... 18 fr.
Injection de sérum antitétanique .... 15 fr.

La compagnie sous prétexte de cumul refuse de me payer les 18 fr. du pansement.

Ai-je tort ; je me permets de vous le demander.

Dr S.

Réponse.

Vous ne pouvez compter à la fois une intervention (injection antitétanique) et une visite (qui comprend le pansement). Ce serait le cumul interdit par l'article 13. D'autre part, le dimanche, *seule* la visite simple est majorée de 50 % (article 3-*b*) et même pas la consultation. Enfin, l'injection antitétanique est tarifée dans toute la France 20 francs et non 15.

Conclusion. — Comptez injection antitétanique 20 francs + certificat 5 francs, soit au total : 25 francs.

Dr F. Decourt.

II

69. — Déplacement d'un médecin traitant chez le médecin consultant.

Ayant quelquefois à faire examiner en consultation un accidenté du travail par un chirurgien de B. et dans ce cas me rendant moi-même auprès de celui-ci, suis-je en droit de compter le déplacement kilométrique en plus bien entendu de ma consultation confraternelle (3 c = 36 fr.)

Que ce soit moi qui aille à B., ou le confrère chirurgien qui vienne ici, l'indemnité doit être comptée. J'ajouterai que l'accidenté est de ma région et se rend à B. par ses propres moyens ou quelquefois avec moi-même, à titre évidemment purement gratuit.

Dr S.

Réponse.

« Cette indemnité (de déplacement) s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade », peut-on lire article 2, alinéa 4. Il n'est pas dit « du domicile du médecin traitant au domicile du médecin consultant ». De plus, ne pas oublier que le déplacement ne peut être compté que lorsque le blessé « ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé », ce qui n'est pas le cas que vous invoquez, puisque le blessé s'est transporté. Tarif en main, je ne puis vous répondre autre chose..... à moins *qu'à l'amiable*, la Compagnie accepte de vous payer ce déplacement, mais je ne saurais vous en assurer...

F. D.

III

11. — Consultation en cas de radiographie.

Ayant donné mes soins à un blessé du travail atteint de fracture du pied droit, j'ai dû le faire ra-

diographier d'urgence chez un confrère spécialiste. J'ai accompagné ce blessé chez mon confrère pour décider d'accord avec lui du traitement.

La compagnie d'assurances à laquelle je réclame : 12 mars 1927 : consultation avec le docteur P, radiographe : Art. 5, 36 fr., me répond : « D'après le *Concours médical*, nº 19 *bis* du 13 mai 1925, la consultation avec le radiographe n'est pas à compter car elle est déjà payée dans le prix de la radio. L'article 26, chapitre V, dit en effet : « Le médecin radiologue devra fournir pour les prix ci-dessus deux exemplaires des épreuves avec leur commentaire détaillé » et ce commentaire n'est autre que la consultation demandée par le médecin traitant au radiographe. Telle est la réponse faite par le docteur Decourt à un médecin qui lui demandait s'il pouvait compter une consultation avec confrère soit 3 visites pour sa présence chez le radiographe ».

Je m'étais jusqu'alors appuyé sur une réponse faite à un autre confrère (25 février 1923, p. 673). « Il y a manifestement eu « consultation entre confrères » puisque vous avez eu à étudier le cas avec le radiographe et à en déduire le traitement. »

Veuillez être assez aimable pour me fixer à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

La réponse à laquelle vous faites allusion est du 25 février 1923, il y a bientôt 5 ans. Depuis, une discussion a eu lieu à ce sujet avec les assureurs, à laquelle a pris part le regretté Dr Quivy, radiographe. Ils nous ont fait remarquer que le prix d'une radio « *comprend son commentaire détaillé* », c'est-à-dire précisément « la consultation » qu'un praticien demande quand il envoie son blessé au radiographe. Cette consultation ne saurait, par suite, être payée *en plus* au médecin traitant qui n'a qu'à lire ce commentaire pour être fixé. Nous avons dû nous incliner devant la Commission, et c'est pourquoi ma réponse, *depuis longtemps déjà*, est celle que vous avez lue.

F. D.

IV

60. — Surveillance prolongée le dimanche ou la nuit.

Appelé hier soir auprès d'un grand blessé (à 2 ou 3 minutes près, c'est une question de pendule), il était 21 heures — 1 h. 1/2 de surveillance avant le transport à l'hôpital : trois visites (art. 6).

Ces visites de surveillance prolongée sont-elles de 12 fr., ou bien suivent-elles le sort de la visite initiale (18 fr. les dimanches et fêtes, 36 fr. la nuit ?

Je ne me souviens pas d'avoir vu poser la question dans le *Concours*, malgré ma puissante mémoire.

Je tiens à être tuyauté avant d'établir ma note, car la compagnie épluche les notes à fond, même au point de vue pharmaceutique et ramène impitoyablement au tarif A. T. les fournitures comptées

au tarif du syndicat des pharmaciens de la Seine. Si bien qu'au moment où les pansements haussaient aussi vite que le franc baissait, le tarif A. T. nous faisait manger de l'argent.

Dr C.

Réponse.

Les visites dominicales ou de nuit sont majorées à cause du dérangement qu'elles causent pour le médecin. Mais je ne pense pas qu'on puisse majorer la succession des visites comptées par demi-heure de surveillance prolongée. Je dis « je ne pense pas », d'après l'esprit qui a présidé aux majorations quand nous les avons discutées. Et aussi parce que je ne pense pas que vous puissiez avoir raison en justice en réclamant 36 + 36 + 36, etc..... par demi heure passée près d'un malade. Mais je tiens à ajouter que, à ma connaissance, cette question ne fut jamais discutée, ni tranchée.

(Il va sans dire que vous comptez la majoration pour la première demi heure).

F. D.

Accidents.

58. — Assurance d'une domestique. Garantie insuffisante par suite de la modification de la loi.

Je suis assuré à l'« A. » pour une domestique femme que je paye 180 fr. par mois, logée et nourrie. Or je viens de recevoir pour la seconde fois une lettre de la compagnie me proposant un avenant pour couvrir le supplément de charge provenant de la loi du 8 juillet 1926. J'avais déjà répondu une fois que ne je croyais pas tomber sous le coup de cette loi qui ne vise que les salaires supérieurs à 4.000 fr. je crois. Ai-je raison ? devant l'insistance de la compagnie, je viens vous demander conseil.

Dr C.

Réponse.

La loi du 8 juillet 1926 a relevé de 4.500 à 8.000 fr. la partie du salaire pour laquelle le salarié bénéficie intégralement de la législation sur les accidents du travail.

Par suite, si la rémunération de votre domestique, comprenant, outre le salaire en espèce, les avantages en nature, nourriture, logement, blanchissage, etc., dépasse 4.500 francs, ce qui est fort possible, pour ne pas dire probable, vous pourriez ne pas être complètement couvert par votre police des conséquences d'un accident qui surviendrait à votre bonne.

S'il en est ainsi, nous vous conseillons d'accepter la proposition que vous fait la Compagnie de signer un avenant, qui ne fera sans doute pas subir à votre prime une augmentation importante.

---

262. — Accident survenu aux membres d'une société sportive.

J'ai donné mes soins à deux membres d'une société sportive. J'établis mes notes d'honoraires suivant le tarif syndical. Elles s'élèvent respectivement à 40 fr. et 55 fr.

Ces blessés se trouvent couverts par une assurance qui m'écrit en date du 11 janvier 1928, la lettre que voici :

Monsieur,

« Nous avons l'honneur de vous informer que nous « avons vérifié vos notes d'honoraires pour les sinis« trés (40 fr.) et (55 fr.) de l'U. R. S. Q.

« Nous devons vous faire remarquer que vous « comptez 10 fr. au lieu de 5 fr. pour les certificats « et 15 fr. au lieu de 12 fr. pour les consultations.

« Par suite le montant de vos honoraires se trouve « réduit à 29 fr. et 41 fr. soit à 70 fr.

« Nous vous serions obligés de nous faire savoir « si vous êtes d'accord avec nous et nous vous en« verrons un mandat-carte ».

J'ai répondu que l'assimilation des blessures reçues sur un *terrain de foot-ball*, avec un *accident du travail* était un point de vue personnel que je n'acceptais pas, que par conséquent, il n'était pas question d'appliquer un tarif limitatif.

J'ai ajouté que j'en réfèrerai au *Concours médical.*

Je vous serais très reconnaissant d'avoir votre avis. Dr D.

Réponse.

Les membres d'une société sportive, blessés au cours de leur jeu, ne peuvent, en effet, être assimilés à aucun titre à des blessés du travail.

Pour vous, ce sont purement et simplement des clients de droit commun et vous devez vous faire payer *par eux*, suivant votre tarif syndical.

Mais il se peut que la société sportive ait contracté au profit de ses membres une assurance leur garantissant le paiement des frais médicaux suivant le tarif des accidents du travail, en cas d'accident.

Cette convention est valable entre les parties contractantes, mais elle ne vous est pas opposable. Vous restez toujours libre de vous faire honorer suivant votre tarif syndical par les blessés eux-mêmes (la solution serait d'ailleurs identique, même s'il s'agissait d'accidents du travail), quitte aux blessés à se faire rembourser ensuite par l'assurance d'après le tarif prévu dans la police.

Mais si vous vous adressez directement à l'assurance, sans rien réclamer aux blessés, vous ne pouvez exiger d'elle plus que ce à quoi elle s'est obligée en vertu de son contrat, c'est-à-dire plus que le tarif des accidents du travail, en l'espèce. En procédant ainsi, vous exercez en réalité non pas votre action personnelle contre les blessés, mais bien l'action de ces derniers contre l'assurance et alors les stipulations de la police s'imposent à vous.

ANTHOLOGIE

A mon confrère et trop bienveillant ami,
le docteur Noir.

Sur le conseil d'un vieux poète,
Blanc de tête et gris du menton,
Je mets au rancart la trompette
Et j'embouche le mirliton.

Instrument chéri de la mode,
Il répond au goût d'aujourd'hui,
La Muse aisément s'accommode
De peu d'étude et moins d'ennui.

Il enrichit la troupe auguste
Des grâces que la plèbe aima.
L'orchestre au théâtre s'ajuste
Et complète le cinéma.

Penser engourdit la matière,
Courons, boxons, et pourchassons
Le rêve à l'action contraire :
La gloire appartient aux chansons.

S'amuser de mots ? — Le silence
Suffit avec des yeux pour voir,
Des jambes fines pour la danse,
Et des mimes pour émouvoir.

Les journaux emplissent des pages
De lignes que pas un ne lit.
Madame avale les images,
Avec son chocolat au lit.

Pourquoi des vers ? — On rit, on cause,
On discute le cours du grain,
Jamais en vers, toujours en prose
Comme ce bon monsieur Jourdain.

Pour que ta rime pailletée
Trouve un écho dans tous les cas,
Mets ta romance à la portée
Des deux oreilles de Midas.

L'autre jour, lorsque sur la scène,
Parut Gringoire au rythme d'or,
Cydalise, en collier de reine,
Dit : « Allons-nous en. Il m'endort. »

***

« Seul, l'imbécile n'est pas riche »,
Grogne le mastroquet voisin,
Qui des pointes de sa barbiche,
Toise le pauvre médecin.

« Partons : notre fortune est faite ».
Nargue le seigneur de l'étal ;
Turcaret court de fête en fête,
Et Gilbert meurt à l'hôpital.

L'argent mène l'esprit en laisse.
A bas l'esprit ; vive l'argent !
Au coquin qui gonfle sa caisse,
Le monde se montre indulgent.

L'écrivain adroit se délivre
Des préjugés du biberon,
S'adapte à son milieu pour vivre,
Et lèche la main du patron.

***

Suis la grand'route, camarade,
Qui mène à l'hôtel de l'Ecu,
D'où l'on sort dans une embrassade,
Saoul d'une heure où l'on a vécu.

Dispensatrice du salaire,
Suis la foule, soleil levant.
Bon poète, marche derrière,
Laisse la foule aller devant.

Evohé ! sur ta lyre chante
Les bistrots et les électeurs,
Le nouveau riche et la mercante,
Les tutus, les gladiateurs.

Princes du poing et de la jambe,
Héros aimés et radieux,
Que Pindare, en son dithyrambe,
Attablait au banquet des dieux.

Tous les talents qu'un peuple vante,
Quand, las de ses pas de géant,
Il butte et redescend la pente,
A reculons, sur son séant,

Quand l'argent, seule étoile, brille,
Quand c'est le troupeau qui conduit,
Et que sans guide il s'éparpille,
Aveugle et bêlant à la nuit.

Sentant l'ail et le beurre rance,
La foule préfère toujours
Aux vers délicats de Térence
Un combat de tigres et d'ours.

Donne-lui ce qu'elle désire,
Des tangos à plein mirliton,
Du maquillage à plein sourire,
Et le rut à plein feuilleton.

Demande au dompteur de la foire,
Sa manière d'apprivoiser
Son lion ! Il répondra : « Voire,
L'amour s'acquiert par le baiser. »

Dr Paul GROSSIER,
Saint-Fargeau (Yonne).

Cinquantième année N° 9 26 Février 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 570-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », des docteurs DAUTREY, de Vignory et MAILLARD, de Dieppe, la somme de quarante francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 87. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir.

N° 88. — A vendre Amilcar 5 CV, cond. intér. de luxe, Bon état de marche, peinture neuve. 5.500 fr.

N° 89. — A vendre : 1° un groupe électrogène 110 volts, 15 amp. état neuf ; 2° un milliampèremètre de précision shunté p. R. X. neuf ; 3° un meuble Coolidge neuf (Sauze) ; 4° un chauffe-bain à gaz en bon état ; 5° 12 kgr. mercure ; 6° un poêle à pétrole « Le Sorcier », 2 becs neuf ; 7° un petit radiat. à gaz Mariéton. Métal, très pratique, bon état ; 8° un poêle à bois fonte état neuf.

N° 90. — A vendre : 1° le n° 51 de l'*Assiette au beurre* du 22 mars 1902 ; 2° les Médecins, par Abel Faivre.

N° 91. — A céder très forte clientèle de campagne dans pays riche, deux heures de Paris, rapport 120.000 fr. Conviendrait à jeune médecin actif. Conditions intéressantes ; facilités de paiement, longue présentation. Urgent. S'adresser à M. Tabart, 168, boul. St-Germain, Paris.

N° 92. — A vend. cond. intér. B. 12, luxe, 14.000, parf. état. Dr Lasaygues, 21, rue Poussin, Paris (16e).

N° 93. — Jeune homme, fils de médecin, cherche sit., dans maison de spécial. pharmac. ou tout autre commerce.

N° 94. — A céder :

1° Vosges, très jolie région, poste seul médec., aff. 70.000, mais. 10 p. Urgent, légère indemn. compt.

2° Vallée du Rhône, ancien poste propharm. aff. 90.000 env., peut faire davant., maison 9 pièces, jardin, eau, électr. Prix 30.000 dont partie compt.

3° Prox. Paris, jolie ville bord mer, important cabinet médec. générale, avec jolie propriété à acheter. Cond. avantag. à débatt. Urgent.

4° Banlieue proche agréable, poste de 10 ans, méd. générale, aff. 130.000 environ, gr. appart. avec jardin. Prix 110.000 dont 80.000 compt., ou 100.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un très profond regret la mort du général BERNARD, père de notre confrère et ami, le Dr Raoul BERNARD, le distingué syphiligraphe de Bruxelles, secrétaire de la rédaction du *Bruxelles médical*.

La carrière du général Bernard avait été des plus brillantes.

Major au 1er chasseurs à pied à la déclaration de guerre, il prit, comme tel, une part active aux combats de Sart-Tilman et aux sorties d'Anvers. Sa belle conduite le désigna à l'attention du commandement : en dix mois, il passait du grade de chef de bataillon à celui de lieutenant-colonel, puis de colonel, et de général de brigade. Au début de la bataille de l'Yser, avec ses vaillants chasseurs, la gauche de son régiment appuyée à la mer, il construisit la fameuse tête de pont de Nieuport, et tint courageusement cette position, sous les assauts répétés de l'ennemi, pendant les huit jours que nécessita l'arrivée des premières troupes françaises. Le Roi Albert lui confia alors le commandement de la troisième brigade mixte et son nom reste attaché à ce titre au « Boyau de la Mort », de triste mais glorieuse mémoire, dont il eut à construire les premiers éléments. Puis il reçut le commandement du camp d'Auvours avant de partir pour le Congo où il rendit encore d'éminents services à son pays.

Nous prions notre ami, le docteur Raoul Bernard, si cruellement atteint dans ses affections les plus chères, et sa famille, de croire à nos sentiments attristés de bien vive sympathie.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Jean LÉPINE et ABELOUS ont été élus membres associés nationaux de l'Académie de médecine.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Leçons cliniques du dimanche.* — Le 26 février, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. le professeur TIFFENEAU sur *les nouveaux médicaments diurétiques.*

— **Association d'enseignement des hôpitaux** *Conférences du dimanche.* — Le 26 février à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. CANTONNET sur le sujet suivant : *Quels sont les strabiques rééducables ?*

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité).* — Liste des candidats : MM. Pascalis, Wilmoth, Thalheimer, Gaume, Charrier, Senèque, Michon, Reinhold, Huet, Chastang, Aurousseau, Maurer, Bernard (Raymond), Bloch (René) Oberlin, Welti, Grouet, Chabrut, Soupault, Lorin et Gueulette.

Sont dispensés de prendre part aux épreuves d'admissibilité : MM. Pascalis, Wilmoth, Charrier, Senèque, Michon, Maurer, Bloch (René), Oberlin et Lorin.

— **Paris.** — M. le Dr Fredet, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, vient d'être désigné pour représenter les chirurgiens des hôpitaux de Paris au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— **Institut d'hygiène de Paris.** *Enseignement.* — Un enseignement spécial d'hygiène sera donné, du 5 mars au 15 juin, en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Maladies de la nutrition.* — MM. Marcel Labbé, professeur ; Henri Labbé, agrégé ; Stévenin, médecin des hôpitaux et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront, le vendredi 2 mars 1928, à 3 h., au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

— **Académie des sciences et lettres de Montpellier.** *Prix Alphonse Jaumes.* — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera en 1929 deux prix Alphonse Jaumes, l'un sur un sujet de pathologie et de thérapeutique générales, l'autre sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats.

Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de 2.000 fr. (deux mille francs). Les mémoires, imprimés ou dactylographiés, devront être déposés au Secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1928. Ils doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus. Sont exclus les travaux ayant plus de 4 ans de date et ceux qui ont pris part à d'autres concours.

Président : De Chapel d'Espinassoux ; secrétaire de la Section de médecine : Dr Carrieu, 5, bis, rue de la Merci, Montpellier.

— **Bordeaux.** *Concours de médecine à l'hospice général.* — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général sera ouvert à Bordeaux le 3 mai 1928. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 18 avril au secrétariat de l'administration des hospices, 91, cours d'Albret, Bordeaux.

— **Dispensaires antituberculeux.** *Concours sur titres pour la nomination d'un médecin des dispensaires dans le département de la Vendée.* — Conditions : Stage de 6 mois à un an, avec faculté de licenciement sans formalité ni indemnité. Pendant le stage : indemnité de 1.500 fr. par mois.

1° Après titularisation :

3e classe : 26.000 fr.

2e classe : 28.000 fr. (après 2 ans de 3e classe).

1re classe : 30.000 fr. (après 2 ans de 2e classe).

2° Une *indemnité de logement* serait allouée et les frais de déplacement seraient remboursés mensuellement sur état justificatif.

3° Le médecin-chef du dispensaire assurerait provisoirement le service de l'Inspecteur d'hygiène et recevrait à ce titre une indemnité annuelle de 10.000 francs.

— **Monument du professeur Gilbert.** — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du prof. Gilbert à l'Hôtel-Dieu, et sa remise à M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, auront lieu le samedi 3 mars, à l'Hôtel-Dieu, à trois heures de l'après-midi ; la cérémonie sera présidée par M. Charlety, recteur de l'Université de Paris.

— **Naissance.** — Le docteur et Madame Henri Alardo, d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), nous font part de la naissance de leur fille *Marie-Josèphe-Thérèse.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *février.*

Enseignement primaire.

Décret du 4 février 1928 relatif à l'examen médical exigé des candidats à un emploi dans l'enseignement primaire.

Art. 1er. — Nul ne pourra être nommé ou délégué à un emploi quelconque dans l'enseignement primaire (intérimaire, stagiaire, suppléant, titulaire, professeur, surveillant, auxiliaire, stagiaire d'économat, maître ouvrier, etc.), s'il n'a subi depuis moins de deux ans, devant une commission médicale, un examen constatant qu'il n'est atteint d'aucune incapacité physique le rendant impropre à un emploi dans l'enseignement.

Nul ne pourra être admis dans une école normale s'il n'a subi ce même examen médical pendant le concours d'entrée.

Nul fonctionnaire en congé, pour convenances personnelles depuis plus de trois ans ou démissionnaire, ne pourra obtenir à nouveau un emploi s'il n'a subi ce même examen médical.

Art. 2. — La commission médicale est composée du médecin de l'école normale et de deux médecins désignés par l'inspecteur d'académie.

La commission comprend au moins un médecin assermenté. Elle comprend autant que possible le médecin-chef d'un dispensaire antituberculeux ou, à défaut, un spécialiste des voies respiratoires.

L'inspecteur d'académie convoque et préside la commission médicale, sans toutefois assister aux opérations de visite. Il fournit à la commission tous les renseignements qu'il possède sur les candidats.

Pour examen de candidats aux écoles normales, le directeur de l'école normale pour les garçons, la directrice pour les jeunes filles, assistent obligatoirement, aux séances de la commission, avec voix consultative.

La commission se réunit, en principe, au chef-lieu du département, au mois de juillet de chaque année, avant la date fixée pour l'examen oral du concours d'entrée dans les écoles normales.

Elle peut être convoquée extraordinairement en cours d'année, selon les besoins du service.

Art. 3. — La commission prononce, soit l'accepta-

tion du candidat, soit son ajournement à l'année suivante. A titre exceptionnel, elle peut décider que le candidat se présentera, avant la rentrée scolaire, à une date qu'elle fixera, devant le médecin de l'école normale chargé sous sa responsabilité personnelle, de statuer définitivement. Si celui-ci juge nécessaire de recueillir l'avis de ses collègues de la commission, il en avise l'inspecteur d'académie, qui invitera le candidat à se présenter devant la commission réunie à nouveau.

La commission peut inviter les candidats à présenter tous documents radiographiques, bactériologiques ou autres selon qu'elle estimerait nécessaires.

Art. 4. — Avant l'examen médical, les candidats versent à la caisse de l'école normale d'instituteurs, les candidates versent à la caisse de l'école normale d'institutrices, une somme de 15 fr., à titre de droit d'examen médical. S'il n'y a qu'une école normale dans le département, elle centralise tous les versements.

Les candidats qui auront à passer une visite complémentaire, au plus tard avant la rentrée scolaire, verseront à l'issue du concours d'entrée la somme de 15 fr., dans les conditions prévues au paragraphe précédent.

Art. 5. — La décision de la commission est notifiée à chaque candidat, sans énonciation des motifs, par l'inspecteur d'académie. Elle n'est pas susceptible d'appel. Le certificat médical est classé au dossier du candidat et demeure strictement confidentiel.

Les documents produits par le candidat lui sont restitués en même temps qu'il est informé du résultat de l'examen.

Art. 6. — Les résultats du concours d'entrée à l'école normale sont publiés à l'issue du concours, dans les conditions fixées à l'article 73 du décret du 18 janvier 1887, modifié par le décret du 18 août 1927.

Au cas où l'un des candidats portés sur la liste d'admission doit être soumis à un complément d'examen médical, il est inscrit, pour ordre, à son rang de classement. Mais le recteur ne prononce son admission ou son remplacement qu'après avoir reçu l'avis définitif du médecin de l'école normale ou de la commission médicale.

Art. 7. — Les candidats à l'école normale, ajournés à la visite médicale, ne peuvent entrer à l'école normale l'année suivante que s'ils ont subi à nouveau et avec succès la visite médicale et le concours d'entrée.

L'ajournement des candidats à un emploi dans l'enseignement primaire est valable jusqu'à la prochaine visite médicale réglementaire du mois de juillet.

Art. 8. — Après la réunion de la commission médicale, l'économe verse entre les mains des médecins, à titre d'honoraires, le montant des droits de visite qu'il a perçus.

Art. 9. — Le décret du 7 juillet 1924 est abrogé.

Art. 10. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Assistance médicale en Indochine.

Liste des candidats admis à subir les épreuves orales et pratiques du concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine :

MM. Bacialone, Grimaud, Laval, Quenardel et Ragiot.

11 *février.*

Hygiène publique.

Médailles d'honneur des épidémies.

Médaille d'or : M. le Dr Guyonnet, à Saint-Etienne-de-Saint-Geoirs (Isère) et M. le médecin-major de 1re classe Chatinière, médecin chef de l'infirmerie indigène de Taroudant (Maroc).

Médaille d'argent : Mlle Bardy, interne à l'hôpital Saint-Louis, de Paris.

12 *février.*

Service de Santé de la marine.

Avis de concours pour les emplois de professeur (service de santé).

Des concours pour les emplois de professeur ci-après auront lieu dans le courant du mois de septembre 1928 et dans les ports qui seront désignés ultérieurement.

1° Professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux ;

2° Professeur d'anatomie aux écoles annexes de Brest et Rochefort ;

3° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de Toulon ;

4° Professeur de chimie biologique à l'école annexe de Rochefort ;

5° Prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par l'arrêté du 29 juin 1908 modifié les 17 juillet 1926 et 27 janvier 1927 (*B. O. M.*, volume 13, p. 46).

Par modification aux prescriptions de l'arrêté du 29 juin 1908, les médecins de 1re classe embarqués, qui ont accompli au moins une année de service à la mer, pourront prendre part au concours à l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

14 *février.*

Ecoles d'infirmiers et d'infirmières.

Sont approuvés les règlements des écoles ci-après :

1° Ecole de gardes-malades de l'annexe Parnet de l'hôpital civil de Mustapha ;

2° Ecole d'infirmiers et d'infirmières hospitaliers de l'hôpital civil de Mustapha ;

3° Ecole d'infirmières hospitalières de la clinique des sœurs de Niederbronn, sise à Colmar, 16, rue Roesselmann, sous réserve, pour cette dernière :

1° Que les cours théorqiues professés soient conformes à l'article 7 de l'arrêté en date du 1er octobre 1926 et soient répartis entre un certain nombre de professeurs ;

2° Qu'une monitrice qualifiée soit chargée de la répétition des cours théoriques ;

3° Que les stages dans les services de contagieux d'enfants, de dermatologie ou d'urologie soient effectués dans les hôpitaux de Colmar et de Mulhouse.

Enseignement de la médecine.

Sont déclarés vacants les emplois d'agrégés de la Faculté de Paris ci-dessous désignés :

Anatomie pathologique, I.

Histologie, I.

Un délai de 20 jours à compter de l'insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Accidents du travail causés par l'emploi des engrais et produits chimiques dans l'agriculture.

14850. — M. Léon Escoffier (Nord), député, expose à M. le ministre du travail : *a*) que la loi du 15 décembre 1922 fait bénéficier les ouvriers de culture des avantages concédés par la loi du 9 avril 1898 aux ouvriers de l'industrie et du commerce ; *b*) que les cultivateurs doivent indemnité pour tous accidents survenant pendant le travail ; *c*) qu'en culture, il est employé des engrais, des produits chimiques, virus, soit pour amender les terres, soit pour combattre les maladies cryptogamiques, soit pour détruire les insectes, les rongeurs ; *d*) que des intoxications ou empoisonnements peuvent en résulter pour les ouvriers appelés à utiliser ces engrais, produits ou virus ; et demande : 1° si ces empoisonnements ou intoxications sont considérés comme accidents du travail ; 2° s'ils sont, comme tels, d'office, à la charge du cultivateur et en vertu de quel texte ; 3° s'ils sont, au contraire, considérés comme maladies professionnelles régies par la loi du 25 octobre 1919, cette loi étendant à certaines maladies professionnelles la législation sur les accidents du travail, mais seulement pour certains travaux et pour les maladies causées par le plomb, le mercure et leurs composés (saturnisme, hydrargyrisme) ; 4° si un cultivateur peut être inquiété pour empoisonnement ou intoxication atteignant un ouvrier. (*Question du 19 janvier 1928.*)

Réponse. — Première question. — Les empoisonnements ou intoxications sont considérés comme accidents du travail — qu'il s'agisse d'une exploita-

tion industrielle ou agricole — lorsque, par la soudaineté et la violence de leurs effets sur l'organisme, ils ont le caractère d'un accident et non d'une maladie. La maladie professionnelle, au contraire, ne met en jeu la responsabilité du chef d'entreprise, dans les termes de la loi du 9 avril 1898, que pour certaines maladies (saturnisme et hydrargyrisme) et, dans les industries déterminées énumérées limitativement par la loi du 25 octobre 1919, et parmi lesquelles ne figurent pas les exploitations agricoles. Sont donc susceptibles d'être considérés par les tribunaux comme des accidents du travail : les intoxications et empoisonnements causés par l'absorption brusque d'une substance toxique, la brûlure par un acide, la destruction ou l'inflammation du tissu pulmonaire d'un ouvrier par la brusque inhalation d'un gaz délétère, l'empoisonnement brusque du sang, la contamination d'une plaie par l'introduction d'un produit chimique ou d'un corps étranger quelconque, l'empoisonnement par une piqûre d'insecte, l'ingestion d'un aliment corrompu, etc.,

Deuxième question. — Ces sortes d'accidents, lorsqu'ils surviennent à l'un de ses collaborateurs, salariés ou non, mettent en jeu la responsabilité du chef d'exploitation agricole, en dehors de toute faute de sa part. Cette responsabilité peut d'ailleurs être couverte par une police d'assurances, et c'est à ce chef d'exploitation qu'il appartient de veiller à ce qu'aucune clause de sa police ne vienne restreindre sur ce point la garantie promise par l'assureur.

Troisième question. — Les intoxications ou empoisonnements auraient au contraire le caractère de maladies professionnelles lorsqu'ils seraient dus à l'action prolongée des substances toxiques (coliques de plomb, maladies des poumons provoquées par une respiration prolongée de chaux vive ou de poudre de scories phosphoriques, etc.). Dans ce cas, le chef d'une exploitation agricole n'est tenu de la réparation du dommage causé au travailleur que dans les termes des articles 1382 et suivants du code civil ; par conséquent, la victime devrait, pour obtenir réparation, démontrer l'existence d'une faute, d'une imprudence ou d'une négligence à la charge dudit chef d'exploitation.

Quatrième question. — Le chef d'exploitation ou son assureur serait tenu d'indemniser, conformément aux dispositions de la législation sur les accidents du travail, et aux distinctions ci-dessus rappelées, l'ouvrier qui aurait subi un empoisonnement ou une intoxication ayant le caractère d'accident du travail.

(*J. O.*, 1er février 1928.)

Rémunération des médecins de Lycées.

14841. — M. André Escoffier (Drôme), député, signale à M. le ministre de l'instruction publique qu'un médecin de lycée, tenu de visiter tous les jours les élèves de ce lycée et souvent même dérangé le

soir, qui était payé 800 fr. par an avant la guerre et allait être payé 1.200 fr. à partir d'octobre 1914, n'a pu obtenir l'approbation d'une délibération portant son traitement à 1.800 fr. à partir de 1927, sous prétexte que le compte administratif dudit lycée révélait au 30 avril 1924 un déficit de plus de 30.000 fr.; et demande s'il est logique que le médecin en question soit obligé d'exercer gratuitement ses fonctions, sous prétexte d'un tel déficit, alors que le personnel du lycée a vu ses appointements mis en rapport avec le coût de la vie, ou si les services de contrôle du ministère n'ont refusé l'approbation de la délibération que dans l'espoir de voir le médecin abandonner ses fonctions et les élèves demeurer sans soins. (*Question du 19 janvier 1928.*)

Réponse. — Les médecins des lycées ne sont pas des fonctionnaires et leur rémunération est fixée par les conseils d'administration des lycées, qui sont des établissements autonomes. En supprimant au budget général de l'exercice 1926 le crédit qui permettrait d'allouer des subventions aux internats déficitaires, le Parlement a affirmé sa volonté de voir les dépenses proportionnées aux frais de pension et de demi-pension versés par les familles, Il n'a pas paru possible, dans le cas signalé par l'honorable député, d'autoriser une dépense que l'état des finances du lycée ne permettait pas de gager sur des disponibilités financières réelles.

(*J. O.*, 8 février 1928.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un préfet a-t-il le droit d'exiger d'un directeur d'hôpital de lui faire connaître les entrées et sorties des malades de l'établissement avec le diagnostic des maladies ?

Le titre II de la loi du 7 août 1851 place l'administration des hospices et hôpitaux sous la tutelle du préfet. Les commissions administratives ne peuvent accomplir certains actes de gestion qu'après avoir reçu l'approbation préfectorale pour les dits actes.

Les divers règlements modèles, qui ont été élaborés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique et publiés par arrêtés ou circulaires ministérielles, n'ont fait que préciser les dispositions de la loi.

Or, rien, dans ces textes législatifs ou règlementaires, n'autorise le préfet ou son délégué à s'immiscer dans certaines questions d'ordre intérieur. L'entrée et la sortie des malades sont du nombre.

Le préfet n'a nullement à connaître les noms, domiciles des malades hospitalisés et encore moins le diagnostic des maladies pour lesquelles ces malades ont été admis à l'hôpital.

Voir la suite page LV-623

PROPOS DU JOUR

L'Hygiène sociale.

Sa Mystique.
La Théorie. — La pratique.

Les mystiques sont à la mode. L'hygiène sociale a la sienne, que vous connaissez aussi bien que moi. Elle tient tout entière dans ces lignes, que j'extrais d'un leading article de l'*Ouest Eclair*, du 27 janvier dernier, sous la signature de M. Eugène Le Breton :

. . . .

. . . .

« L'heure viendra sans doute, elle vient, où le médecin, soigneur de malades, disparaîtra devant l'hygiéniste, dont le métier sera d'empêcher les maladies d'éclater, Il faut croire au progrès de la science dont l'intelligence humaine n'épuisera jamais les trésors. »

. . . .

. . . .

La Science... nouvelle Idole, dont le culte mènera l'humanité, assoiffée de bonheur, dans les plaines merveilleuses et idylliques du Paradis terrestre, où elle s'abreuvera à longs traits à la coupe de toutes les voluptés...

Prophylaxie, désinfection, tels sont présentement les dogmes de cette mystique.

Elle a ses grandes prêtresses : ce sont les visiteuses d'hygiène sociale... Suivons encore M. Eugène Le Breton, dans son plaidoyer en leur faveur.

. . . .

. . . .

« ...Elles prolongent, au domicile des malades, l'action de prophylaxie des dispensaires. C'est le moment de rendre hommage à ces humbles et précieuses collaboratrices du Dr Calmette, dévouées autant que compétentes. Elles sont les animatrices intelligentes de l'O.N.H. L'assistante d'hygiène, l'infirmière scolaire pénètrent dans la famille, elles en découvrent les tares (*lesquelles* ?), et, avec tact, avec bonté, avec savoir, elles apportent les remèdes. Elles forcent le tuberculeux à se soigner rationnellement, obligent les siens à vivre dans l'hygiène... A tous, elles distribuent le courage, le réconfort moral et les bons conseils. Le beau métier ! »

. . . .

. . . .

Et ce n'est que quand elles pénètreront partout, dans tous les milieux, avec leur influence féminine renforcée par leur formation professionnelle, que la législation médico-sociale produira son plein effet. Ce sont les infirmières visiteuses qui amèneront cette ère bienheureuse où toutes les maladies, quelles qu'elles soient, vaincues avant que d'apparaître, par une vaste vaccination polyvalente de tous les nouveau-nés, ne seront bientôt plus qu'un mauvais souvenir dans la mémoire des hommes, et où la rationalisation de l'hygiène, codifiée et obligatoirement observable, fera de tous les humains des athlètes complets, à l'abri de tous les assauts microbiens, virulents, toxiques, et, pourquoi pas ? de la mort elle-même...

Quelles seront alors les règles de l'hygiène, imposées, dans toute leur rigueur, à l'homme ? Je n'ose y penser. Mais si j'en crois Léon Daudet, à qui l'on ne saurait refuser de jouer volontiers, et non sans succès, le rôle de précurseur, je m'imagine que cela ressemblera sans doute singulièrement à cette contrée édénique qu'il a décrite surabondamment dans *Les Morticoles*, voilà déjà de trente-huit ans. Et je doute que le plaisir soit grand, ni les voluptés infinies, que prendront alors nos petits neveux, lorsque les soins corporels, l'alimentation, le logement, l'amour... seront soumis aux lois, placées sous l'égide de la divine Hygie, et qu'édicteront les Parlements futurs, siégeant dans les Facultés, non plus de

médecine, — elles n'auront plus de raison d'être — mais d'hygiène.....

De grâce, ô vous qui me lisez, n'allez pas me taxer de misonéisme, ni me croire systématiquement fermé au progrès... Ne m'accusez pas d'être l'ennemi né de l'hygiène, et de ses visiteuses...

C'est à dessein que j'ai exagéré ma boutade, dans un sentiment de réaction contre les exagérations de M. Eugène Le Breton, qui procèdent d'ailleurs sans doute de ce qu'il a appris de nos grands hygiénistes officiels.

Il y a, certes, beaucoup à faire, pour protéger la santé publique et la perfectionner. C'est un travail gigantesque qu'entreprendra le législateur le jour où il sera fermement résolu à défendre l'enfance. Travail, plein de risques, où se jouera son sort d'élu du suffrage universel, s'il appuie cette défense sur de rigoureuses sanctions, applicables aux délinquants...

J'ai foi cependant que ce travail s'accomplira un jour. Je veux croire que le bien-être de l'humanité est fonction d'une hygiène bien comprise, et je me garde de nier que, dans la croisade qui doit être prêchée en sa faveur, la visiteuse ne puisse jouer un rôle utile.

En théorie, nous pouvons la suivre, cette femme au grand cœur, aux sentiments nobles et généreux, à la formation technique exempte de pédanterie, modeste autant que discrète, se tenant strictement sur le terrain où elle a mission de remplir son ministère, évitant d'empiéter sur le domaine médical, refusant de prêter l'oreille aux critiques qu'elle ne manquera pas d'entendre contre tel praticien dont les prescriptions n'auront pas eu l'heur de plaire, joignant l'exemple à la parole, et portant sur toute sa personne les marques les plus évidentes du comportement et du vêtement les plus strictement hygiéniques qui se puissent voir...

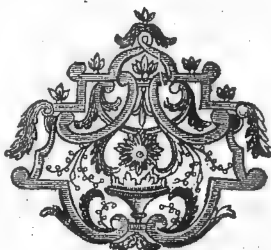
La Théorie, la voilà. Et l'Idéal...

Et voici maintenant la Pratique, la Réalité. Elle tient, en quelques lignes, dans cette lettre que m'adresse un de nos bons correspondants de l'Ouest, et que je transcris ici, sans y joindre le moindre commentaire.

« *Mon cher Confrère. Très heureux de pouvoir vous faire part des élucubrations d'un grand défenseur de l'hygiène sociale... Et dire qu'à trois kilomètres de chez moi, dans une petite ville, la « dame visiteuse » nommée par la Préfecture est une matrone — pas une sage-femme — qui porte aux ongles le deuil des 1.500.000 morts de la guerre !!! Après cela, on peut tirer l'échelle....* »

Encore qu'il soit dangereux de généraliser et puéril de conclure : *ab una, disce omnes*, tirons la en effet, avec notre confrère, et tirons aussi notre révérence à tous les pontifes de cette hygiène officielle dont un savant bien informé a pu dire avec raison, hélas ! que ce n'est qu'une façade.

G. DUCHESNE.



LA LOGIQUE DU FORGERON

— " Faut pas débiner ses confrères, Docteur, parce que *le marteau reçoit autant de coups que l'enclume.* "

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE

Manifestations cérébrales (1)

par

G. Lian
Professeur agrégé de la Faculté
Médecin de l'hôpital Tenon

et

R. Barrieu
de Royat

La grande insuffisance ventriculaire gauche paroxystique entraîne souvent un encombrement aigu de la circulation pulmonaire (2) se traduisant par divers accidents qui s'étagent depuis la simple toux pulmonaire, en passant par le pseudo-asthme et l'œdème pulmonaire aigu.

I. Accidents cérébraux. — M. Dumas (3) attire l'attention sur les symptômes cérébraux qui peuvent accompagner l'œdème pulmonaire aigu et même masquer ce dernier ou le reléguer au deuxième plan.

Dans une première série d'observations, il cite les cas de malades morts en présentant des accidents cérébraux à type apoplectique, convulsif ou comateux, et chez lesquels l'autopsie ne révéla aucun foyer d'hémorragie ni de ramollissement cérébral, mais qui, par contre, avaient des poumons ruisselant d'œdème.

Dans les autres faits, il s'agit d'hypertendus ayant eu des lipothymies, ou des convulsions ou des crises épileptiformes à l'occasion d'une chute brutale de la tension artérielle due à l'insuffisance ventriculaire gauche aiguë, qui s'est ou non traduite par une crise d'œdème pulmonaire aigu.

Dans les faits qui ont retenu son attention, M. Dumas a écarté l'origine urémique ou acétonémique. Il considère que le facteur décisif est représenté par l'insuffisance ventriculaire gauche qui entraîne à la fois un encombrement aigu de la circulation pulmonaire et une véritable ischémie cérébrale. Toutefois l'insuffisance de l'hématose doit intervenir grandement, lorsque le malade a une crise d'œdème pulmonaire aigu.

II. Déductions thérapeutiques. — Ces remarques de M. Dumas sont à rapprocher des considérations sur les dangers des saignées abondantes chez les athéromateux cérébraux (1). Elles montrent, elles aussi, les conséquences redoutables d'une brusque chute de pression artérielle sur la circulation cérébrale.

Pratiquement, la saignée s'impose cependant dans l'œdème pulmonaire aigu, car le danger maximum est représenté dans ces circonstances par l'asphyxie menaçante. Mais il est bon de mesurer la pression artérielle dont l'abaissement subit renseigne bien sur la faillite ventriculaire gauche et le corollaire est l'injection intraveineuse d'un quart de milligramme d'ouabaïne.

Enfin chez un sujet présentant des accidents cérébraux (coma, convulsions) sans signes évidents d'insuffisance cardiaque, il ne faut pas que le médecin ait comme réflexe immédiat le recours à la saignée. Il doit penser que dans la genèse de ces accidents cérébraux est peut-être déjà intervenue une baisse de la pression artérielle, ou tout au moins que de pareils malades sont souvent des athéromateux chez qui une chute brusque de la pression artérielle risque fort d'être nocive. Donc ici encore, il est bon de mesurer la pression artérielle et de proscrire la saignée s'il y a une grande diminution de pression (hypotension réelle ou relative). Dans le doute, hormis le cas d'œdème pulmonaire aigu, il est prudent de ne jamais faire une saignée abondante (un demi-litre et plus) à l'occasion d'accidents cérébraux.

---

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs. Envoyer avant le 15 mars : 20 fr. 75 (pour l'étranger : 24 fr.) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chéques postaux 712-04.

(2) C. Lian. — *Presse méd.* 9 juin 1926 ; *L'Hôpital*, nov. 1927 (A) ; Les maladies du cœur, t. IV, 2e édition du *Traité de pathol. méd. Sergent*, édit. Maloine.

(3) *Journ. de méd. de Lyon*, 20 sept. 1927.

(1) *Année méd. prat.*, 4e année, 1925, p. 341 ; 5e année, 1926, p. 385.

CLINIQUE CHIRURGICALE

D'après une leçon du prof. HARTMANN (1).

I. Epithélioma cutané de la région nasale. — II. Récidive et traitement d'un adéno-sarcome du sein. — III. Fracture de la rotule par choc direct. — IV. L'hydrocèle dite simple et son traitement. — V. L'entorse et son traitement.

I. Epithélioma cutané de la région nasale.

Une femme présente sur la face antéro-latérale droite du nez une ulcération remontant supérieurement jusqu'à la racine du nez, dépassant le pli naso-génien, tout en laissant une bande de peau saine autour de l'orifice narinaire, et dépassant largement à gauche la ligne médiane.

Cette ulcération a un fond inégal, recouvert de croûtes noirâtres. Le bord, un peu circiné, est surélevé, non pas seulement par rapport au fond, mais par rapport à la peau voisine. Le versant interne est ulcéré et en continuité avec le fond de l'ulcération. Le versant externe, au contraire, n'est pas ulcéré. L'ulcération repose sur une base indurée. Elle est un peu mobile sur l'os sous-jacent. Cependant, on ne peut affirmer que la partie inférieure et la partie moyenne ne sont pas adhérentes au squelette du nez. Cette exploration est d'ailleurs à peu près indolente.

Complétons cet examen en constatant l'absence de ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires. L'état général est bon.

Ces caractères permettent de porter le diagnostic d'épithélioma cutané. D'une manière générale, l'épithélioma se présente avec l'aspect d'une ulcération plus ou moins arrondie, quelquefois un peu circinée, comme ici, avec ce bord surélevé, non ulcéré sur son versant externe.

L'absence de ganglions est une particularité qu'on retrouve en général dans les épithéliomas cutanés.

L'évolution de ces lésions est extrêmement lente, leur durée très longue. Chez cette malade, il y a cinq ans que le mal a débuté. Ces épithéliomas ne s'accompagnent d'aucun retentissement sur l'état général. Leur évolution est donc très différente de celle des autres épithéliomas. La lenteur de la marche, l'absence d'engorgement ganglionnaire, sont deux caractères qui ne sont pas ordinaires dans les épithéliomas. Il faut signaler encore l'absence de ce qu'on appelle des métastases : ces épithéliomas ne donnent pas lieu à la formation de noyaux à distance. C'est ainsi qu'on voit quelquefois, dans les hospices, comme à Brévannes par exemple, des malades ayant la face envahie et presqu'entièrement détruite par un épithélioma, sans retentissement sur l'état général.

Les traitements divers qu'a reçus cette malade jusqu'ici n'ont eu d'autre résultat que d'irriter son épithélioma, ce qui est le meilleur moyen de le faire progresser.

Autrefois, nous n'avions qu'un moyen de lutter contre l'épithélioma, c'était l'ablation. Aujourd'hui nous avons à notre disposition le traitement par les rayons X ou par les rayons émanés d'un tube de radium. D'une manière générale, les épithéliomas cutanés sont très sensibles à ces rayons, mais chez cette malade il y a une contre-indication à l'emploi des rayons, et particulièrement du radium, c'est l'adhérence de cette ulcération, au moins dans sa partie inférieure, au squelette. Or, l'expérience a montré que l'emploi du radium au voisinage même du squelette détermine une radio nécrose, lésion inflammatoire chronique, très douloureuse et à marche excessivement lente. Voici un exemple à citer. Un malade avait un sarcome du mollet, arrivant très près du tibia, mais cependant mobile sur l'os. Le radium fit disparaître rapidement la tumeur, le malade garda deux mois l'apparence de la guérison, puis vint réclamer l'amputation de cuisse. Par conséquent, le traitement par les rayons, excellent pour les épithéliomas cutanés en général, est contre-indiqué par ce fait que la lésion arrive au contact même de l'os. Nous sommes réduits à faire une exérèse chirurgicale, à enlever la plus grande partie du nez, avec la plus grande partie du squelette sous-jacent. On laissera la brèche ouverte le temps nécessaire pour s'assurer contre la récidive, puis on la bouchera par une autoplastie.

II. Récidive et traitement d'un adéno-sarcome du sein.

Cette malade a été l'objet, en juillet dernier, d'une ablation partielle du sein. La malade avait remarqué, après un allaitement, disait-elle, l'existence d'une grosseur au niveau du sein. Nous avions constaté une grosse tumeur bosselée, lobulée, occupant la partie supérieure du sein. Elle était recouverte par une peau un peu amincie, mais sans aucune adhérence, absolument mobile. Au palper, cette tumeur donnait une sensation ferme et un peu élastique, en certains endroits paraissant fluctuante. Elle

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1927, recueillies par le Dr LAPORTE.

était complètement mobile sur les parties profondes, et ne s'accompagnait d'aucun engorgement ganglionnaire.

L'existence de ces signes, rapprochés des renseignements fournis par la malade, conduisai à reconstituer l'histoire clinique de cette lésion de la manière suivante. Il y a 30 ans, au moment d'un allaitement, avait débuté un adénome du sein, qui avait duré pendant très longtemps, sans augmenter d'une façon notable. Depuis la ménopause, cette petite tumeur s'était mise à prendre un développement beaucoup plus rapide. On doit, en présence de tels symptomes, penser à un adénome qui s'est transformé et a abouti à ce qu'on appelle un adéno-sarcome.

Cette évolution est toute différente de celle d'un épithélioma du sein. Ce n'en est pas moins une lésion sérieuse et sujette à récidive. Elle présente cette particularité d'être précédée souvent, pendant des années, par une tumeur du sein qui n'a pas progressé, jusqu'à un moment donné où elle a pris un accroissement rapide.

L'existence d'une tumeur bosselée, bien limitée, élastique, rénitente, l'absence d'engorgement ganglionnaire, révélées par l'examen, font de ce diagnostic d'adéno-sarcome du sein, encore incertain, indiqué par l'histoire de la malade, une quasi certitude.

En juillet dernier, on a donc enlevé la tumeur, sans enlever tout le sein, et aujourd'hui on voit qu'à la partie inférieure du sein il n'est apparu aucune nouvelle lésion, ce qui prouve que l'ablation totale du sein n'aurait pas rendu plus de service. Actuellement, à la partie toute supéro-interne de la cicatrice opératoire, on voit une tuméfaction un peu étalée, légèrement bosselée, au niveau de laquelle on peut glisser la peau. Cependant la peau est ici très légèrement infiltrée. Ce n'est pas habituel, c'est un caractère qu'il faut décrire comme une anomalie. En général, les lésions de la peau qui recouvre un sarcome sont totalement différentes de celles de la peau recouvrant un épithélioma. L'épithélioma est une tumeur mal limitée, poussant des prolongements en tous sens ; l'existence de la lymphangite explique l'infiltration de la peau, son envahissement par le cancer, et son ulcération. Dans le sarcome, c'est bien différent.

D'une façon générale, la tumeur grossit en restant limitée. Elle arrive au contact de la peau, mais ne l'envahit pas, se contente de l'amincir peu à peu par distension, si bien qu'à un moment donné cette peau éclate, et le sarcome apparaît, avec sa surface bourgeonnante et ulcérée. On peut quelquefois insinuer un stylet entre la peau ainsi amincie et le bord de l'ulcération. Exceptionnellement, on voit la peau s'infiltrer un peu, comme c'est le cas chez cette malade.

Cette seconde tumeur présentée par la malade est dans une certaine mesure mobile sur le squelette, elle est tendue, élastique, rénitente. C'est une récidive d'adéno-sarcome, ce qui arrive très souvent.

Dans les adéno-sarcomes, on voit aussi des métastases, mais elles se font généralement par un mécanisme différent. Pour les épithéliomas, le mode d'envahissement principal a lieu par le système lymphatique. C'est pourquoi on trouve presque toujours des engorgements ganglionnaires. Dans les sarcomes, l'engorgement ganglionnaire est rare, et les métastases se font par voie sanguine, les cellules cancéreuses pénétrant dans la circulation.

Cette tumeur sera traitée par l'implantation d'une série d'aiguilles de radium.

III. **Fracture de la rotule par choc direct.**

Ce malade, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital pour une impotence du membre inférieur gauche consécutive à un accident. Il raconte qu'il a glissé sur le bord d'un fossé, a fait une chute à la renverse, s'est relevé et a fait une seconde chute, contusionnant son genou gauche.

Le genou gauche a pris une forme globuleuse, et l'on voit une large ecchymose sur sa face externe .A la partie antérieure de la rotule, on constate une zone douloureuse avec maximum suivant une ligne transversale. La palpation permet de constater l'existence d'un épanchement sanguin intra-articulaire et toutes les probabilités sont pour une fracture de la rotule, bien qu'on ne sente pas de sillon net entre les os. Sur la radiographie, il y a un simple trait de fracture, on ne voit pas le grand écartement habituel. La fracture de la rotule est presque toujours le résultat d'un mouvement forcé. Ici, c'est une fracture par choc direct, variété rare. Le trait de fracture par choc direct peut être plus ou moins irrégulier, quelquefois même multiple, mais il n'y a pas d'écartement. Lorsque, au contraire, la fracture résulte d'une extension considérable, les ailerons et tous les replis fibreux sont déchirés et c'est le cas le plus habituel. Il est donc probable que ce malade s'est fracturé la rotule dans sa seconde chute.

Dans la fracture par extension forcée, il n'y a pas de contusion des parties molles. Cette contusion, révélée par une large ecchymose, indique bien qu'il y a eu un choc direct.

Le traitement n'est pas le même dans les fractures de la rotule par choc direct et dans les fractures par mouvement forcé avec grand écartement. Ici, les fragments étant maintenus en contact, une intervention chirurgicale est inutile. Il faudra simplement faire de la compression et l'élévation du membre pour détendre le quadriceps, puis, très rapidement, du massage.

IV. **L'hydrocèle dite simple et son traitement**

Un homme de 50 ans vient à l'hôpital pour

une tuméfaction des bourses à développement lent, progressif, absolument indolente, et qui le gêne simplement par son volume. On constate une tuméfaction de la moitié droite du scrotum, volumineuse, arrondie, plus développée à la partie inférieure, avec une dépression en brioche. au niveau de la racine de la verge.

L'extrémité supérieure, moins volumineuse, affleure l'orifice inguinal. Cette tumeur pyriforme est indolente à la palpation, tendue, rénitente, non adhérente à la peau du scrotum. Elle est irréductible. La peau ne présente aucune altération. Elle est absolument mobile sur la tuméfaction. En mettant une lumière à côté, on constate que celle-ci est transparente dans toute son étendue : il est impossible de voir ou de retrouver le testicule. Ces caractères permettent de reconnaître l'épanchement séreux dans la vaginale. On peut quelquefois arriver à déterminer la situation du testicule par sa sensibilité. Il est en général situé à la partie postéro-inférieure.

Il s'agit donc d'une hydrocèle simple, ce qu'on pourrait presque appeler une hydrocèle idiopathique. L'autre variété est l'hydrocèle symptomatique. Elle est très souvent symptomatique d'une épididymite tuberculeuse, d'autres fois d'une lésion syphilitique du testicule. Mais il ne faudrait pas considérer l'hydrocèle simple comme un simple épanchement séreux dans la tunique vaginale. C'est, à vrai dire, le résultat d'une inflammation chronique de la vaginale, avec exsudation séreuse. Ces hydrocèles, qu'on appelle des hydrocèles tout court, sont, en réalité, symptomatiques, et si on regarde avec attention, lors de l'opération, on constate presque toujours, au voisinage de l'épididyme, l'existence d'adhérences, parfois de petits kystes, en somme de petites lésions chroniques de cette région, qui sont le point de départ de l'hydrocèle. Y a-t-il une hydrocèle vraiment idiopathique ? On a tendance aujourd'hui à croire que l'hydrocèle dite simple est toujours symptomatique, mais la lésion est si minime qu'on n'a pas à en tenir compte ; il suffit de traiter la maladie en tant qu'hydrocèle sans s'inquiéter de la lésion causale, au contraire de ce qui se passe dans l'hydrocèle dite symptomatique.

La simple ponction est un mauvais traitement, parce que la récidive est très fréquente. La ponction suivie d'injection iodée donne des guérisons ; actuellement, elle est à peu près abandonnée. La méthode constamment employée est l'incision et le retournement ou bien la résection du feuillet de la vaginale. Or, si l'on compare les maladies de la région testiculo-scrotale soignées actuellement dans les services de chirurgie à celles qu'on y voyait jadis, on constatera qu'il est une de ces maladies qui a singulièrement diminué de fréquence, c'est l'hématocèle, l'épanchement sanguin dans la vaginale. Cette affection se rencontrait assez souvent, alors qu'aujourd'hui, elle est devenue très rare. Il est probable que ceci tient à la modification apportée au traitement des hydrocèles.

V. **L'entorse et son traitement.**

Une malade (48 ans) entre pour les suites d'une chute : elle a glissé, son pied s'est tordu, dit-elle, elle a été incapable de se relever seule. On constate du gonflement, surtout marqué au niveau de la malléole externe, à peine marqué au niveau de la malléole interne. On ne voit pas d'ecchymose.

Quand le pied se tord comme ceci, fortement en dedans, il peut se produire deux ordres de lésions : ce qu'on appelle simplement une entorse, ou bien une fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Dans les deux cas, le mécanisme est le même, c'est un mouvement forcé de l'articulation.

Il s'agit donc de rechercher s'il existe une fracture du péroné. Il faut, pour cette recherche, explorer l'os par la pression. L'absence de points douloureux permet de conclure que la malade ne présente pas de fracture transversale du péroné. Avant de continuer l'examen du péroné, on doit regarder un peu plus bas. Lorsque le pied est tordu fortement en dedans, les tiraillements intéressent d'abord la mortaise tibio-tarsienne, puis l'articulation médio-tarsienne : très souvent les lésions portent à la fois sur la tibio-tarsienne et la médio-tarsienne. On constate ici une légère douleur au niveau de la médio-tarsienne.

Cette douleur existe quelquefois dans des cas où il y a simplement une entorse. D'autres fois, il y a un arrachement du bord antérieur de la malléole, décrit souvent comme fracture marginale antérieure du péroné. Ici, l'absence totale d'ecchymose après vingt-quatre heures doit faire accepter le diagnostic d'entorse sans arrachement ou fracture marginale du péroné. On ne voit pas de trait de fracture sur la radiographie. Le traitement à faire est le massage, même s'il y avait une petite fracture. Dans l'intervalle, compression du membre. Le massage doit toujours être dirigé de l'extrémité du pied vers la racine du membre, en ayant le soin de s'enduire les doigts de vaseline pour faciliter le glissement ; on commencera la séance avec une très grande douceur, de façon à éviter la souffrance, et petit à petit on augmentera les pressions, qui, au bout de quelques minutes pourront être assez fortes.

LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Où en sommes-nous ? — Ce n'est pas tout.

Par le Dr R. Hervé, de Lamotte-Beuvron.

Personne ne contestera, à l'heure actuelle que, depuis l'avènement du pneumothorax thérapeutique, le traitement de la tuberculose pulmonaire a subi de profondes modifications.

Les résultats merveilleux qu'a donnés la compression du poumon, le spectacle de ces malades hier encore abandonnés, aujourd'hui pleins de vie et, à juste titre, confiants dans leur guérison ; la transformation de nos chambres de sanatorium et, mieux encore, des salles d'hôpital, autrefois garnies de moribonds ou de gens désespérés, aujourd'hui peuplées de malades gais, heureux ; tout cela nous confirme les résultats bienfaisants que nous a apportés la méthode Forlanini.

Pourquoi donc faut-il qu'un certain discrédit commence à planer sur ce procédé ? Après tant d'autres méthodes thérapeutiques qui sont allées rejoindre la case aux oublis, le pneumothorax va-t-il aussi nous laisser le souvenir de cruelles déceptions et être bientôt abandonné ?

Les complications immédiates : mort subite au cours de la première injection dans quelques cas, poussées évolutives du côté opposé, apparition de liquide qui, quelquefois, se transforme en pleurésie purulente ; les échecs lointains : réapparition de foyers tuberculeux actifs a près deux ou trois années d'une amélioration indiscutable, vont-ils avoir raison de la confiance, nous allions dire de l'emballement qui gagna les médecins au début de l'ère du pneumothorax.

Il sera permis à un médecin qui, depuis 14 ans passés, pratique le pneumothorax dans ses établissements, où il a fait lui-même plus de 2.500 interventions, où tous ces malades ont toujours été par lui examinés à l'écran et réinsufflés, où, non seulement les malades en séjour au Sanatorium, mais tous ceux qui l'ont quitté, ont été l'objet de sa surveillance pendant de longues années, — il sera permis peut-être à ce médecin d'apporter la faible contribution de son expérience dans la mise au point de cette question essentielle.

C'est en 1913 que les premiers pneumothorax ont été commencés au Sanatorium des Pins. Nous avions appris à Leysin et à Pavie même, chez Forlanini, les principes de la méthode. Quelle joie, lorsque après les premières tentatives, les résultats vinrent confirmer nos espérances ! A vrai dire, ni les indications, ni les détails de la méthode n'étaient encore précisés et, quand nous nous rappelons les premiers malades chez lesquels fut pratiqué le pneumothorax, nous voyons combien incertaine était notre méthode et combien de cas furent, à l'origine, ou privés de ce traitement, ou mal conduits au cours de son application. C'était l'ère de l'unilatéralité, fort heureusement d'ailleurs, car ce n'est qu'avec une expérience acquise au jour le jour que les indications furent, par nous, étendues.

Quels sont donc les reproches qui, à l'heure actuelle, sont adressés à la méthode de Forlanini et qui, chez beaucoup de praticiens, commencent à ruiner la confiance qu'ils avaient il y a quelques années, lorsqu'elle a commencé à se vulgariser.

Quand on suit les malades chez lesquels le pneumothorax a été pratiqué, on observe parfois que, après les premiers résultats très bons : amélioration de la température, diminution et même disparition de l'expectoration, retour à un état général plus florissant, le malade, quelques mois plus tard, se remet à tousser et à cracher, l'état général dépérit, la température remonte et le côté opposé qui, jusque là, était resté sain dans les cas d'unilatéralité, s'infiltre et devient le siège d'une nouvelle localisation qui, peu à peu, triomphera de tous les efforts. Dans d'autres cas, la crise de liquide est apparue avec tous ses inconvénients : d'abord, température très élevée, dépression du sujet pendant la période aiguë, puis gêne respiratoire dans les cas de pléthore liquidienne, enfin impossibilité de la surveillance radioscopique du malade, qui permet quelquefois au poumon de se décomprimer au sein de la masse de liquide sans que, ni l'auscultation, ni l'écran, ne laissent la possibilité de contrôler cette décompression, avec quelque jour réapparition des signes évolutifs dans le poumon à nouveau décomprimé.

Ajoutons de suite, en passant, qu'il y a cependant un contrôle, c'est la diminution à l'écran de l'opacité pulmonaire, grâce à quoi il est possible de préjuger l'épaisseur de la masse liquidienne et d'y remédier en insufflant du gaz à travers le liquide.

Tous ces incidents qui viennent atténuer notre confiance, entraver et ruiner parfois la marche vers la guérison, sont-ils tels qu'ils doivent faire abandonner ou même tenir en suspicion la méthode de compression pulmonaire. Pour un médecin qui a longuement pratiqué la méthode de Forlanini, le bilan des avantages et des inconvénients de la méthode s'inscrit largement en faveur de la pratique. Mais une condition s'impose : c'est que le pneumothorax ne doit pas être considéré comme la panacée, comme le traitement unique, indiscutable, des cas de tu-

berculose pulmonaire où il trouve ses indications.

C'est souvent une tendance fâcheuse du médecin d'oublier les bénéfices qu'il a retirés de certaines méthodes thérapeutiques pour se jeter à corps perdu sur un nouveau procédé. Quand il s'agit de tuberculose pulmonaire, il faut affirmer hautement que la vieille méthode hygiéno-diététique n'a rien perdu de sa valeur, rien perdu de son importance. C'est une faute, une grosse faute, de vouloir substituer le traitement de la compression pulmonaire à la cure d'air et à la cure de repos. Dès 1913, dans une communication faite à Berlin, nous attirions l'attention des médecins sur la nécessité d'adjoindre la cure de repos et la cure d'air à la méthode de Forlanini et nous montrions que, même dans les cas de bilatéralité, où nous avions eu, parmi les premiers, l'audace de pratiquer le pneumothorax, si les résultats que nous avions obtenus venaient à l'encontre de la thèse alors indiscutée de l'unilatéralité, c'était à la conjonction du traitement compressif et du traitement hygiéno-diététique, qu'il fallait attribuer ces résultats encourageants.

Depuis, si nous avons pu contribuer à étendre largement les indications du pneumothorax dans certains cas de bilatéralité (voir thèse Célestin, 1926) c'est que, à quelques rares exceptions près, tous nos pneumothorax ont été pratiqués au sanatorium où continue à régner en souveraine la méthode ancienne de la cure d'air et de la cure de repos. C'est que, même hors du sanatorium, les malades ont continué, sur nos conseils et sous notre surveillance intermittente, cette même cure d'air et cette même cure de repos à laquelle, dès 1914, nous avons adjoint systématiquement la cure solaire. Ces trois éléments de traitement sont des facteurs essentiels de la cure antituberculeuse et le pneumothorax ne peut être qu'un corollaire largement bienfaisant, mais un simple adjuvant de la cure de repos, de la cure d'air et de la cure de soleil.

Oublier cette maxime et prétendre que le pneumothorax peut être fait en ville et donner, dans la clientèle urbaine, sans l'adjonction de la cure d'air et de repos, des résultats définitifs, est une très grosse erreur. Sans doute, dans les cas franchement unilatéraux sévèrement choisis, on obtiendra parfois des guérisons définitives. Mais combien de malades de la catégorie des travailleurs, après une amélioration de quelques mois ou de quelques années, font de ces rechutes que nous signalions au début de cet article !

Ils ont obtenu une « guérison sociale ». La société, préoccupée de les rendre le plus vite possible au travail, a fait pour eux un effort et a vite reconstitué ce capital humain, mais « la guérison sociale » précaire et temporaire, va-t-elle être tout ce que le médecin doit prétendre à obtenir? Ne doit-il pas chercher à conserver l'individu qu'il a arraché à la catastrophe, à le guérir et à lui permettre, au prix d'une surveillance mieux exercée, d'un traitement plus longtemps prolongé, de reprendre sa place définitive dans le champ de l'activité humains ?

L'effort à faire est considérable, c'est entendu. A côté du traitement par le pneumothorax, il faut ériger des sanatoriums. Fort heureusement, depuis la guerre, le vent, autrefois hostile, a tourné et maintenant, nous sommes déjà abondamment pourvus d'institutions semblables.

Mais il faut que le malade réside au Sanatorium pendant un temps long. Là seulement, il accepte la discipline qui lui est nécessaire parce que, par la pratique journalière, il en comprend mieux la valeur ; là seulement, il peut pratiquer, sous la surveillance médicale et dans les conditions les plus efficaces, à la fois son traitement de compression pulmonaire et son traitement de cure d'air, de cure de repos et de cure solaire.

N'est-il pas évident que le contrôle du pneumothorax ne peut être fait d'une façon aussi attentive en cure libre que dans une cure sanatoriale ; ici, le malade vit avec le médecin, le moindre incident de sa vie journalière ne peut échapper au contrôle médical. L'oreille du médecin, l'écran, sont là pour lui révéler, au jour le jour, les incidents qui, dans la cure libre, échapperont nécessairement à la surveillance médicale. Ce sont les avantages de ce contrôle en comparaison avec la cure libre que mettait fort bien en lumière, dans un article du *Concours médical*, il y a trois ans déjà, le docteur Lamaison de Bayonne.

Nous avons vu, parmi les malades sortis hâtivement du sanatorium, des accidents produits en cure libre, qui eussent été palliés, corrigés ou évités même, si les malades avaient été sous nos yeux. Puis, le malade livré à lui-même se lasse de son pneumothorax. Après les premiers résultats brillants qu'il a obtenus, l'optimisme l'a gagné, il oublie de revenir à l'hôpital et prématurément, sa compression est abandonnée. Or, l'expérience nous confirme ce que Dumarest disait dans ses premières publications, ce que nous avons nous-même répété à plusieurs reprises : qu'il n'y a aucun inconvénient à prolonger presque indéfiniment, tout au moins pendant plusieurs années, les injections gazeuses, et qu'il peut y en avoir de très gros à les suspendre prématurément. Voici deux exemples à l'appui de notre thèse :

Tout récemment, une malade entre au Sanatorium ; un pneumothorax lui a été fait il y a deux ans. Après la quinzième injection, elle se croit guérie et, pour des motifs divers, abandonne son pneumothorax. Résultat : après une amélioration de début très belle, la malade a repris son évolution et elle rentre au Sanatorium avec un poumon symphysé, impossible à décoller. Le pronostic est fatal.

Second cas. — Une malade que nous avons

opérée au début de 1914, présentait, à droite, une vaste spélonque intéressant tout le lobe supérieur et complètement évidée, une spélonque intéressant le lobe moyen, en train de s'évider et une infiltration totale du lobe inférieur. Les deux cavernes supérieures présentaient chacune la grosseur d'une grosse pomme de reinette. Nous eûmes la chance de pouvoir décoller son poumon. Pendant sept ans, les insufflations furent continuées à cette malade qui resta sous notre surveillance, d'abord au sanatorium, puis, dans une villa voisine. Résultat : cette jeune femme a pu reprendre sa vie familiale, elle habite maintenant Bordeaux auprès de son mari, officier supérieur.

C'est une vérité qu'il faut affirmer : le pneumothorax doit être continué aussi longtemps que l'action compressive peut être pratiquée.

Que dire des incidents qui viennent s'interposer au cours du traitement : la crise de liquide, pour employer l'expression dont se servent les malades ! Elle n'a qu'une importance secondaire ; la présence du liquide remplace celle de l'air et exerce la compression que nous cherchons. Sans doute, à la longue, le liquide se transforme et devient puriforme, quelquefois nettement purulent. Doit-on l'extraire ? En principe, non, car les ponctions répétées ont le gros inconvénient d'augmenter les chances d'infection, mais si la masse liquidienne gêne les organes voisins, surtout si le liquide prend un caractère purulent, la question se posera de l'opération évacuatrice.

Toujours à propos de cette crise de liquide, un accident rare, mais particulièrement grave peut se produire : c'est la perforation du poumon au sein de la masse du liquide. Gros danger qu'il ne faut cependant pas exagérer, à la condition d'évacuer de bonne heure, par une intervention minima, pratiquée en principe sans résection costale et dans la partie la plus déclive de la cage thoracique. On peut, avec des soins consécutifs, avec la cure solaire, obtenir des guérisons qui se maintiennent, avec une fistule, bien entendu, et qui donnent une survie, même avec une reprise d'activité, que nous avons constatée chez un garagiste de Levallois.

Il est des cas où le pneumothorax n'est que partiellement opérant. Dès les premières injections, on a obtenu une belle compression suivie de résultats cliniques intéressants. Puis, l'amélioration est arrêtée, la température reste dans le voisinage de 37°6 ou 37°7, et l'écran révèle la présence d'une poche adhérente à la paroi, au sein de laquelle le processsus évolutif a continué. Si la liaison entre cette poche et la paroi se présente sous forme d'une adhérence sessile, rien à faire, qu'à attendre les évènements de la cure complémentaire. Et là, souvent le soleil donne des résultats inattendus : l'assèchement lent de ce foyer.

Si, au contraire, la liaison est faite par une corde tendineuse plus ou moins épaisse, mais ne donnant pas l'impression de contenir du tissu pulmonaire, il vient à l'idée que la section de cette bride tendineuse permettrait l'affaissement du foyer pulmonaire encore béant, son assèchement ultérieur, et transformerait un pneumothorax incertain en un pneumothorax efficace. C'est cette conclusion que nous avons tirée et que nous avons mise en pratique dès 1914, en créant le procédé de section des brides par la galvanisation ou par l'électro-coagulation (voir la thèse de Fritz).

Il est des cas où, malgré une compression qui, à l'écran, paraît fort belle, de saccidents peuvent se produire dus à l'évolution d'un foyer dans le fuseau pulmonaire précédemment comprimé. Nous avons, dans un article de la *Presse médicale*, signalé de ces cas. Il a suffi d'exercer sur le poumon une compression plus forte pour obtenir l'arrêt d'évolution de ce foyer, son évacuation et le retour à une marche normale du traitement du pneumothorax.

C'est, qu'en effet, le pneumothorax n'agit le plus souvent — presque toujours — que par son action compressive. Sans doute, certains malades, et nous en avons observé quelques-uns au cours de notre pratique, même avec une compression très légère, avec un déplacement minime du poumon, obtiennnent un e réaction bienfaisante qui a enrayé totalement l'évolution d'une tuberculose menaçante. Mais, c'est une grosse erreur de penser qu'une insufflation minime peut avoir une action durable sur un poumon où siège un foyer évolutif et, en passant, nous nous permettrons de donner notre opinion sur la question du pneumothorax électif.

Nous ne voyons pas comment un médecin peut choisir la région pulmonaire sur laquelle il va exercer sa compression ; la compression élective se fait malgré le médecin et non par sa volonté.

Il est enfin des cas où le pneumothorax se montre inopérant parce que toutes les tentatives faites pour décoller les deux feuillets pleuraux restent vaines ; la symphyse est totale et l'insistance du médecin ne donne aucun résultat.

L'échec de ces tentatives a amené le médecin à chercher autre chose. De là sont nées ces méthodes complémentaires du pneumothorax : la phrénicectomie et la thoracectomie. Nous ne voulons pas faire, dans cet article, une étude complète des deux méthodes, qui sont maintenant connues du public médical, la dernière surtout depuis le dernier Congrès de Lyon.

Pour la phrénicectomie , les résultats immédiats sont, en général, satisfaisants, lorsqu'elle est appliquée dans les cas classiques de foyer à la base, plus ou moins rapproché du dôme diaphragmatique. Nous avons même à notre actif quelques cas de résultats durables pour des lésions de la région moyenne et même de la région apexienne.

Mais l'intervention n'est pas exempte d'accidents. Un de nos collaborateurs a publié l'observation d'un malade chez lequel une phrénicectomie avait provoqué une ascension immodérée du diaphragme, telle que l'estomac avait suivi, se trouvait remonté jusqu'à la cinquième côte et complètement inerte ; le malheureux patient ne pouvait plus s'alimenter, il avait des troubles gastro intestinaux tels que sa vie fut en danger pendant quelques semaines.

Reste la question de la thoracectomie. Opération grave, qui ne semble pas encore avoir été adoptée d'une façon définitive. L'école de Leysin et celle d'Hauteville prônent cette intervention qui leur a donné des résultats inespérés. L'école parisienne est restée plus timorée. Pour notre part, nous avons fait trois tentatives, toutes les trois ont été suivies de décès. Le traumatisme causé par cette intervention est large et lorsqu'on se souvient qu'un tuberculeux est un être qui réagit facile ment à toute intervention, on est bien obligé d'être prudent.

Nous ne pouvons oublier, pour notre part, dans un ordre d'idées à côté, que les interventions sur le larynx, pratiquées en série dans un de nos établissements, à un moment donné, par un laryngologiste un peu trop interventionniste, furent toutes suivies d'accidents dont quelques-uns restèrent définitifs.

La thoracectomie donne-t-elle d'ailleurs des résultats définitifs ? L'affaissement du poumon ainsi obtenue reste médiocre, certainement beaucoup moindre que celui donné par un bon pneumothorax. Et nous avons vu échouer ici des malades qui à la suite d'une thoracectomie pratiquée en Suisse quelques années auparavant présentaient encore, le long de leur colonne vertébrale, des foyers perceptibles à l'auscultation et émettaient des bacilles dans leurs crachats.

Nous croyons donc qu'en cette matière, les médecins doivent être prudents et n'autoriser l'intervention qu'après avoir averti le malade du gros danger qu'elle lui fait courir. Et surtout, nous répéterons que les résultats de ces interventions ne peuvent être escomptés qu'avec le secours d'une cure d'air, d'une cure de repos et surtout d'une *cure solaire prolongées* et tout au *moins* répétées pendant plusieurs saisons.

En résumé et pour conclure, après avoir passé en revue tous les incidents qui peuvent plaider pour ou contre le pneumothorax et les actes complémentaires de phrénicectomie, de thoracectomie, nous pensons que cette méthode est parfaite et susceptible de donner des résultats définitifs.

Nous avons déjà publié maintes fois, à titre de documentation qui paraît irréfutable, le cas de nos 18 malades femmes, opérées par nous, mariées avec notre consentement, mères de famille de plusieurs enfants, tous très bien portants. Dans les cas d'unilatéralité, l'affirmation n'est pas à mettre en doute, mais le pneumothorax peut être étendu à des cas de bilatéralité, sous les réserves que les lésions du poumon opposé soient déjà anciennes ou mises en sommeil, et que l'observation préalable et plus ou moins prolongée du médecin lui ait donné la quasi certitude qu'il n'a pas à redouter l'évolution de ce côté.

La même action efficace du Forlanini s'exerce sur les laryngites tuberculeuses, dont il arrête l'évolution et dont il a modifié singulièrement le pronostic. Tout récemment, Ameuille ne rapportait-il pas, en citant nos premiers travaux de 1913, le cas d'une malade bilatérale et laryngée, chez laquelle une laryngite bacillaire indiscutée avait été apaisée d'abord, guérie, ensuite, par la pratique d'un double pneumothorax.

Conservons donc, médecins phtisiologues, notre foi dans la méthode de Forlanini. Nous n'avons pas déjà tellement d'armes dans notre arsenal qu'il faille oublier la révolution que cette méthode a apportée dans la thérapeutique antituberculeuse et négliger les avantages énormes qu'elle nous donne. Mais n'oublions pas que l'action du pneumothorax ne sera *durable*, ses indications ne seront étendues, que sous la réserve de le voir pratiqué par des médecins entraînés, dans des établissements où les malades seront surveillés et de le continuer pendant une période prolongée de plusieurs années, en lui adjoignant les éléments essentiels du traitement : cure de repos, cure d'air et cure solaire.

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT PAR LE CUTI-VACCIN DU Dr PAUL

Mise au point.

Nous avons publié, dans le n° 50, du 11 décembre dernier, un travail du Dr Ayguebère, de Toulouse, qui, par suite de fâcheuses interpolations dans le texte et les observations, n'a pas offert à la lecture toute la netteté désirable.

Afin de donner satisfaction aux nombreux correspondants qui nous ont adressé une demande de renseignements à ce sujet, nous reproduisons ici tout l'article du Dr Ayguebère, dans sa teneur originale.

Le rhumatisme chronique ou rhumatisme noueux déformant est certainement une des affections qui mettent à la plus dure épreuve le courage et la patience du malade d'une part, et, d'autre part, la ténacité et la subtilité du praticien.

Multiples ont été les moyens recommandés contre cette longue et cruelle maladie, et tout aussi nombreux ont été les échecs auxquels ils ont abouti. Médicaments internes (alcalins, arsenic, iode, soufre, mésothorium), bains, badigeonnages, onctions, thermothérapie, électrisation, etc., etc., ont tour à tour été préconisés, sans qu'aucun de ces différents modes de traitement ait pu donner une entière satisfaction. Même la thérapeutique par les corps irritants, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'ici (injections sous-cutanées ou profondes) n'a répondu que très imparfaitement à son but, qui était non seulement de créer une plus grande vitalité et une meilleure nutrition des tissus, mais surtout de déterminer une excitation directe sur le protoplasma cellulaire capable de redresser les perturbations du métabolisme basal.

Se basant probablement sur certaines notions pathogéniques récemment acquises et actuellement acceptées sans conteste (rhumatisme tuberculeux de Poncet), Ponndorf, adepte fervent et convaincu de la spécificité (il croit, en effet à l'origine tuberculeuse du rhumatisme chronique déformant, ce qui n'est pas prouvé et n'est pas d'ailleurs la conception généralement admise), avait préconisé, il y a quelques années, dans le traitement du rhumatisme chronique, des vaccinations cutanées avec une préparation de tuberculine de Koch. Les résultats obtenus avaient paru, d'une manière générale, des plus satisfaisants, mais ils n'avaient pas été durables.

Cependant, la répugnance des médecins etdes malades à user de la tuberculine, ainsi que l'apparition dans de nombreux cas de phénomènes d'hypersensibilité, amenèrent le Dr Paul, qui avait expérimenté, d'une façon suivie, la méthode de Ponndorf, à combiner un nouveau vaccin, le cutivaccin Paul, dans lequel la tuberculine à effet trop violent, était remplacée comme antigène par des dérivations de bacilles en combinaison avec d'autres substances d'un effet réactionnel certain (lymphe vaccinale et saprophytine), le mélange proportionnel ayant été déterminé après de nombreuses expériences et recherches cliniques.

Le traitement par le cutivaccin a été employé par le Dr Paul dans plusieurs centaines de cas de rhumatisme chronique déformant, de sciatiques et de névralgies du trijumeau, avec des résultats laissant loin derrière eux toutes les médications préconisées jusqu'à ce jour. C'est ainsi qu'en ce qui concerne la névralgie du trijumeau, 50 % des malades ont été complètement guéris, et 41 % ont éprouvé une très large amélioration. Pour les sciatiques, on compte 17 % de guérisons définitives et 45 % d'améliorations.

Quant au rhumatisme chronique, si la guérison est survenue dans 21 % des cas, c'est dans 64 % qu'une très grande amélioration a pu être constatée. Si l'on considère, que dans cette dernière forme, la plus grave du rhumatisme, on ne possédait jusqu'à aujourd'hui aucune médication susceptible de donner un résultat satisfaisant, on ne peut s'empêcher de qualifier d'inespérés les résultats obtenus. Et dans cet ordre d'idées, il convient encore d'insister tout particulièrement sur ce fait, c'est que le pourcentage de guérisons et d'améliorations est d'autant plus digne d'être remarqué, que l'immense majorité des cas traités concerne des malades ayant fait déjà usage pendant de nombreuses années, mais sans aucun résultat, de toutes les cures possibles, thermales, hélio ou radiothérapiques.

En ce qui nous concerne personnellement, sur une statistique de 44 malades atteints de rhumatisme chronique ou chronique déformant, qui ont reçu leurs cinq vaccinations depuis plusieurs mois, que nous avons pu suivre depuis lors, et chez lesquels il nous a été permis de constater qu'aucune modification ne s'était produite dans leur état depuis la fin de leur traitement, nous avons pu enregistrer seize guérisons. Quelques-uns de ces cas ont concerné des malades atteints de rhumatisme généralisé particulièrement grave et présentant de notables déformatons articulaires ou encore des ankyloses. Chez tous ces sujets, les phénomènes douloureux ont

complètement disparu et ne se sont plus manifestés, pendant que leur état général s'améliorait sérieusement ainsi que l'ont prouvé leur augmentation de poids et le relèvement de leur énergie physique et intellectuelle.

Dans tous ces cas, l'évolution du rhumatisme a été nettement arrêtée, mais il est bien évident que les ankyloses et les grandes déformations n'ont pas rétrocédé ; ce qu'on ne pouvait pas d'ailleurs espérer.

D'autre part, les grandes améliorations obtenues sont au nombre de 23. Elles ont été observées chez des malades ne présentant pas d'ankyloses ni de déformations articulaires très prononcées, mais chez lesquels l'élément douleur était particulièrement accusé et s'accompagnait d'un degré plus ou moins grand d'impotence fonctionnelle.

Ala suite du traitement, les do ulurs ont été très atténuées ou ont même disparu, alors que l'intégrité fonctionnelle n'était pas complètement récupérée.

Enfin, dans cinq cas, le résultat du traitement peut être considéré comme négatif, les phénomènes douloureux ayant persisté ou n'ayant été que très légèrement atténués.

Il nous a encore été donné de traiter quatre cas de sciatique chronique sans contracture, mais avec crises paroxystiques très violentes chez lesquels nous avons obtenu trois guérisons complètes et une amélioration très sensible.

En résumé, notre statistique peut donc s'établir ainsi :

Rhumatisme chr. et chronique déformant	guérisons	35 %
	larges améliorations	52 %
	sans résultat	12 %
Sciatique.	guérisons	75 %
	larges améliorations	25 %
	sans résultat	0 %

A titre documentaire, voici quelques courtes observations de malades qu'il m'a été donné de traiter.

Mme A..., 74 ans. — *Rhumatisme chronique déformant. Guérison.*

Vieux rhumatisme chronique plus spécialement localisé aux genoux, aux articulations tibio-tarsiennes, aux poignets, aux mains. Grosses nodosités aux articulations des doigts, un peu de raideur des deux poignets.

Douleurs vives survenant par crises, de courte durée, mais se répétant fréquemment, surtout aux mains et aux poignets.

Ne pouvant faire que difficilement son ménage, ses mains laissant échapper les objets qu'elles tenaient. Faisait aussi fréquemment des faux pas et même des chutes.

Dès la troisième vaccination, les douleurs ont à peu près cessé. L'état général s'est relevé. La malade se sent plus forte, peut faire son ménage et ne fait plus de faux pas.

La dernière vaccination date du 26 mars 1926. Les douleurs n'ont plus reparu. Les nodosités des doigts persistent toujours, mais les articulations sont souples et la malade se sent alerte.

M. G..., 37 ans. — *Polyarthrite déformante progressive. Guérison.*

A eu une première crise de rhumatisme aigu au genou droit à 21 ans. Un an plus tard, nouvelle crise au genou gauche. En 1922, sciatique gauche rhumatismale. En janvier 1925, nouvelle poussée de rhumatisme au genou gauche qui devient très volumineux, mais n'est pas très douloureux, puis au genou droit en juillet 1925 et enfin successivement à l'épaule droite, au poignet droit, au coude, aux articulations temporo-maxillaires, aux vertèbres cervicales et premières dorsales (actuellement soudure de ces vertèbres et déformation cyphotique).

Première vaccination le 12 novembre 1926. Poids : 56 kilogr.

Deuxième vaccination le 26 novembre. Poids : 56 kgr., amélioration déjà appréciable.

Troisième vaccination le 30 décembre, augmentation de poids de un kgr. Grande amélioration, relèvement des forces et de l'état général.

L'amélioration a été constante durant les deux dernières vaccinations. Après la cinquième vaccination, le malade n'accuse plus de douleur, ses articulations sont plus souples, il peut faire son travail, surveiller et diriger son usine.

Mme G. D..., 47 ans. — *Polyarthrite chronique déformante. Amélioration.*

Début de l'affection en 1910. Envahissement progressif des quatre membres et partiellement du rachis. Rhumatisme à forme particulièrement douloureuse. Cette malade ne garde pas le lit. Légère amélioration après la deuxième vaccination. Entre les troisième et quatrième vaccinations, réveil des douleurs, qui sont cependant moins fortes qu'avant le traitement. Après la cinquième vaccination, il existe encore quelques douleurs, mais elles sont très supportables.

La dernière vaccination date de cinq mois. L'amélioration persiste. La malade marche plus facilement et peut maintenant s'occuper un peu de son ménage.

Les autres observations publiées en détail dans le nº 50 du 11 décembre 1927 du *Concours médical,* concernent :

1) M. B...,70 ans. — *Rhumatisme chronique déformant généralisé. Très grande amélioration.*

2) Mme D...,44 ans. — *Rhumatisme chronique déformant. Grande amélioration.*

3) Mme E..., 44 ans. — *Rhumatisme chronique déformant généralisé. Amélioration.*

4) Mme S..., 54 ans. — *Sciatique chronique. Guérison.*

5) Mme L..., 65 ans. — *Sciatique. Guérison.*

Le traitement du rhumatisme chronique et déformant selon la méthode du Dr Paul, par le cutivaccin (méthode des irritants faibles), ne consiste pas en une inoculation profonde de vaccin au moyen d'une seringue, mais en une vaccination cutanée superficielle, vaccination épidermique avec sa technique toute spéciale.

Le traitement complet comprend habituellement cinq vaccinations, échelonnées sur une période de six mois, et nécessite l'emploi de deux sortes de concentrations du même vaccin, le cutivaccin *minor* et le cutivaccin *fortior*.

On emploie le cutivaccin minor pour les première, deuxième et cinquième vaccinations et le cutivaccin fortior pour les troisième et quatrième.

La première vaccination étant faite, on procèdera à la deuxième quinze jours après la première ; à la troisième un mois après la deuxième ; à la quatrième deux mois après la troisième, et enfin à la cinquième trois mois après la quatrième.

Les vaccinations se font habituellement au bras, dans la région deltoïdienne. On peut les faire également au niveau de la face externe de la cuisse. Elles ne laissent pas de traces indélébiles comme les vaccinations antivarioliques, ne sont pas douloureuses et n'empêchent nullement le malade de vaquer à ses occupations habituelles.

Voici la technique de la cutivaccination d'après le Dr Paul :

Après nettoyage et asepsie de la région à la benzine (le Dr Paul emploie la benzine, mais on peut, sans inconvénient, employer l'éther ou l'alcool), sur un espace environ de quatre centimètres sur cinq centimètres, on fait une douzaine de très légères incisions longitudinales dans le sens de l'axe du membre, très superficielles, n'intéressant que l'épiderme, et ne devant pas s'accompagner de suintement sanguin.

Après ouverture des deux extrémités du tube de vaccin, on répand le cutivaccin en gouttelettes, espacées sur la surface des incisions, puis avec un instrument arrondi (un tube de verre aseptisé, par exemple), on frotte légèrement pendant quelques secondes la région pour étendre et faire pénétrer le cutivaccin dans les incisions. Cette sorte de petit massage est absolument nécessaire.

Après la vaccination, il est inutile de faire un pansement, mais il convient de laisser la peau à l'air libre jusqu'à ce que le vaccin soit desséché sur la surface.

Pour procéder à ces vaccinations, on peut se servir d'un vaccinostyle ordinaire, mais non d'un instrument trop tranchant qui risquerait de produire des incisions trop profondes s'accompagnant d'hémorragie.

Le Dr Paul a établi, à cet effet, un vaccinostyle spécial comportant une pointe aplatie, très acérée, mais peu tranchante. La tige de ce vaccinostyle est en partie arrondie, et a été faite ainsi pour procéder au petit massage dont il a été parlé plus haut.

D'une façon générale, les réactions locales de la cutivaccination sont de moyenne intensité et ne se traduisent que par de la rougeur papuleuse de la région. Elles peuvent dans certains cas présenter un caractère plus marqué en évoluant sous la forme bulleuse. L'apparition de phénomènes suppuratifs, qui ne s'observe que très rarement, provient toujours d'une infection secondaire due à une faute d'asepsie.

Quant aux réactions générales douloureuses, elles sont habituellement nulles, ou peu prononcées.

Dans ce dernier cas, elles se manifestent par une petite élévation de température, un peu de courbature et une céphalée légère de courte durée. Par contre, après la deuxième vaccination, et plus ordinairement après la troisième, il se produit chez le malade un relèvement des forces, de l'énergie et de l'état général.

Les réactions au foyer de la maladie sont nulles ou peu marquées après la première vaccination, qui est uniquement sensibilisatrice ; mais elles peuvent se produire après la deuxième vaccination et sont encore plus manifestes après la troisième. Elles se traduisent par une diminution et parfois même par la disparition complète des douleurs, ainsi que par la diminution des œdèmes articulaires. Dans certains cas, on observe au contraire, au cours des premières vaccinations, un réveil des douleurs ; mais il est généralement de courte durée et il ne faut pas s'en alarmer, car il ne constitue pas un mauvais élément de pronostic.

Au cours du traitement, l'augmentation de poids du malade fournit un signe très favorable pour le pronostic, car ainsi qu'on peut le remarquer, elle coïncide presque sûrement avec une amélioration ; c'est pourquoi le Dr Paul a conseillé de peser régulièrement le malade avant chaque vaccination.

Par contre, l'absence de toute réaction locale, générale ou focale après les trois premières vaccinations et la diminution du poids du malade laissent présager un pronostic plutôt défavorable ; aussi convient-il dans ce cas d'envisager le résultat comme très problématique.

Dans l'immense majorité des cas, cinq vaccinations suffisent pour la cure. Cependant certains états, quoique fort améliorés après la cinquième vaccination, peuvent encore nécessiter deux ou trois vaccinations supplémentaires. Il y

a lieu dans ce cas, d'attendre au moins deux mois après la cinquième vaccination pour procéder à une sixième vaccination. De même pour les vaccinations consécutives. Pour ces vaccinations supplémentaires, il convient d'employer le cutivaccin fortior.

Seules les affections chroniques et graves du foie et des reins, les états cachectiques et le trop grand âge avec cachexie sénile constituent une contre-indication de la cutivaccination.

Le Dr Paul supprime systématiquement toutes les médications dites anti-rhumatismales pendant toute la durée de la cure par le cutivaccin. Cependant, au cas de crises trop vives, chez les malades peu tolérants, il permet d'emploi d'un cachet d'aspirine.

Il n'y a pas de régime alimentaire spécial à suivre. Le Dr Paul supprime toutes restrictions diététiques et conseille au contraire à ses malades une bonne alimentation.

Pour les sciatiques chroniques et, en particulier pour les névralgies faciales, l'efficacité du cutivaccin est encore plus grande, comme le montre le pourcentage des guérisons beaucoup plus élevé que celui du rhumatisme chronique déformant. On l'emploiera suivant la même technique et la même méthode indiquées que pour le rhumatisme chronique déformant, où en raison de son innocuité et de sa simplicité, la cutivaccination constitue bien la méthode de choix du traitement de l'avenir.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Valeur comparée de la tuberculino-réaction et de la réaction de fixation dans le diagnostic de la tuberculose latente.

Le prof. RIEUX expose qu'en raison des difficultés de diagnostic de la tuberculose latente par les moyens habituels, il convient de recourir aux réactions biologiques, parmi lesquelles deux méritent une préférence en raison même de leur spécificité : c'est, d'une part, la tuberculino-réaction, représentée surtout dans la pratique par la cuti-réaction, et, de l'autre, la réaction de fixation ou de déviation du complément pour un antigène tuberculeux.

Pratiquement, et surtout dans la première enfance, on doit proclamer la supériorité indéniable de la cuti-réaction sur la réaction de fixation. Le prélèvement de sang n'est pas si facile chez l'enfant que chez l'adulte ; ce prélèvement se fait au moment de la naissance sur le sang du cordon ; mais cette épreuve n'a qu'un intérêt doctrinal pour rechercher la présence d'anticorps tuberculeux chez des nouveau-nés de femmes tuberculeuses. La cuti-réaction suffisant à tous les besoins, il est inutile d'avoir recours à une autre technique.

Chez l'adulte, les deux opérations sont aussi faciles, sous la réserve que la réaction de fixation nécessite le secours du laboratoire. Mais la cuti-réaction est d'une sensibilité extrême en comparaison de la sensibilité très relative de la réaction de fixation ; ainsi chez les adultes non tuberculeux, la cuti-réaction est globalement positive dans 80 à 97 % des cas ; la réaction de fixation est positive dans 10 à 15 % des cas. Il suffit qu'un adulte ait, à un moment donné, hébergé le bacille tuberculeux pour que la cuti-réaction devienne positive. Les conditions sont loin d'être aussi larges pour permettre une réaction de fixation positive : il faut une lésion tuberculeuse ayant un certain degré d'activité.

La cuti-réaction, d'une valeur générale presque nulle, prend plus de valeur si on s'attache à sa précocité, à son caractère ultra-positif ; mais cela suppose un facteur individuel propice à des divergences d'interprétation.

Rien de tel dans la réaction de fixation. L'antigène une fois choisi, la réaction, bien exécutée, n'offre pas plus de variations qu'un simple dosage chimique ; sa réponse est positive ou négative.

Ainsi, d'une part, une réaction cellulaire d'imprégnation tuberculinique, la cutiréaction, dont le caractère positif est si répandu, au moins à partir de l'adolescence, qu'il comprend la presque totalité des individus soumis à cette épreuve ce qui en réduit dès lors considérablemen la portée et l'enseignement clinique.

D'autre part, une réaction humorale d'infection, la réaction de fixation, réaction franche, sans nuances, répondant dans le sens positif ou négatif.

Les contusions thoraciques envisagées comme cause directes de la tuberculisation du poumon.

Le traumatisme thoracique n'est pas susceptible d'engendrer la tuberculose, mais il peut réveiller une tuberculose restée jusque-là latente. Encore convient-il de distinguer, avec HINAULT et MORALIS, si la contusion du thorax a eu un effet direct et immédiatement perceptible, ont au contraire, et c'est l'opinion admise la plupart

du temps, si elle a agi à longue échéance en préparant le terrain à la maladie.

Si, contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori*, les plaies pénétrantes n'agissent pour ainsi dire jamais directement dans l'évolution de la tuberculose, les contusions ne le font qu'exceptionnellement. Certes, une plaie pénétrante de la région ganglio-hilaire, c'est-à-dire de celle qui bien souvent recèle la tuberculose à l'état latent, à toutes les chances de provoquer une mort rapide et la contusion thoracique peut bien amener des désordres importants de la même région sans avoir de conséquences immédiatement mortelles. La contusion, par les désordres qu'elle aurait créés dans cette région, a pu libérer les bacilles de leur enclave, et, en mettant à leur portée un foyer d'attrition de tissu pulmonaire, permettre l'éclosion de la tuberculose, étant donné surtout que le traumatisme peut facilement produire à distance un hématome dans un tissu aussi spongieux que celui du poumon.

Toutefois, l'extrême rareté de ces faits doit nous inciter à une très grande prudence dans une interprétation pathogénique qui est une simple hypothèse. (*La Presse médicale*, 13 juillet 1927.)

Etude topographique et clinique des abcès lombaires d'origine colique et leur traitement.

On connaît les abcès lombaires d'origine colique, mais il y a lieu de réviser l'anatomie chirurgicale des côlons transverse et gauche, leur circulation artérielle et lymphatique. H. LORIN et M. LAEMMER ont été incidemment portés à se demander comment des ulcérations coliques pouvaient contaminer la graisse contenue dans la gaine fibreuse du rein, et, malgré une aponévrose solide, déterminer des phlegmons périnéphrétiques. Ils ont envisagé les phlegmons rétrocoliques gauches, qui évoluent par rapport aux droits, dans des régions dissemblables ; ceux-ci ne sont pas d'emblée des phlegmons périnéphrétiques ; les abcès d'origine colique se développent initialement dans le tissu cellulaire du mésocôlon et surtout dans l'espace rétrocolique. Les lymphatiques du côlon gauche étant absolument indépendants des lymphatiques du rein et de ceux de la paroi abdominale, et les artères et veines coliques s'anastomosant avec les vaisseaux du rein et ceux de la paroi, c'est la voie sanguine qui peut sembler la seule capable de propager l'infection à distance

Au point de vue symptomatologique, les abcès d'origine colique, s'accompagnent de troubles gastro-intestinaux ; ils bombent plus en avant que les abcès de la graisse périrénale ; en palpant l'abdomen hors la masse du psoas, on sent une sailli un peu douloureuse, un empâtement ; ces abcès refoulent en avant et en dedans le côlon descendant qu'on peut trouver plus médian qu'à l'état normal . Le côlon descendant apparaît habituellement contracturé, en forme de cordon, comme dans beaucoup de colites, et un peu douloureux à la palpation. En dehors de ces caractères physiques un peu spéciaux, la symptomatologie ne présente rien qui mérite d'être signalé.

Les abcès périnéphrétiques donnent davantage de symptômes physiques lombaires. Les abcès sous-péritonéaux et rétro-coliques donnent davantage une tuméfaction abdominale et des signes intestinaux.

Comme traitement, il faut épuiser d'abord les moyens de la thérapeutique médicale : vaccinothérapie, désinfection chimique du côlon par l'acide lactique, le collargol, etc., lavages intestinaux avec une solution faible de nitrate d'argent, glace et compresses chaudes sur la région atteinte suivant l'état nerveux ou la tolérance du malade.

Pour l'intervention chirurgicale; préférer la voie lombaire à la voie antérieure quand on n'est pas certain de la localisation de l'abcès ; on reporte un peu en dehors l'incision lombaire quand on sait à l'avance que l'abcès est rétro-colique ; inciser plan par plan, en se laissant guider par l'infiltration des muscles, qui dirige vers l'abcès ; la gaine fibreuse du rein, qu'on n'ouvre pas, est repoussée un peu en dedans par l'abcès.

Les suites opératoires terminées, il faut dépister les causes de l'abcès. (*La Presse médicale*, 20 juillet 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement de la poliomyélite aiguë.

(MM. MARINESCO, MANICATIDE, DRAGANESCO et ROSIANO. — *Académie de médecine* ; 17-1-1928.)

M. Marinesco présente en son nom et aux noms de MM. Manicatide, Draganesco et Rosiano, une étude sur le traitement de la poliomyélite aiguë. Il expose, en particulier, les résultats qu'il a obtenus pendant l'épidémie roumaine de 1927 avec les diverses thérapeutiques préconisées contre cette affection.

L'auteur a essayé successivement : le *sérum de convalescent* (méthode de Netter), le *sérum anti-poliomyélitique* de Pettit, l'*auto-hémothérapie* de Sicard, l'hétéro-hémothérapie, la *radiothérapie* semi-pénétrante, dirigée sur les régions cervicale et lombaire;

de Bordier. Une série de 52 malades, même, n'a reçu (en dehors des médications internes par l'urotropine et le salicylate de soude) aucun autre traitement.

A la vérité, M. Marinesco a vu ces derniers malades et ceux des groupes précédents guérir dans une proportion à peu près égale. Il semblerait donc que la sérothérapie, la radiothérapie et l'expectation aboutissent aux mêmes effets. Tout cela, bien entendu, ne vaut que pour l'épidémie roumaine de 1927 et il serait sans doute exagéré de généraliser une telle conclusion.

Purpura rhumatoïde. Bacilles acido-résistants et ultra-virus tuberculeux.

(MM. G. Paisseau et Vialard. — *Soc. méd. des hôp.*; 4-11-1927.)

Les circonstances dans lesquelles peut intervenir l'ultra-virus tuberculeux, les formes invisibles du virus tuberculeux, n'ont pas été jusqu'à ce jour précisées, mais on a pu quelquefois les soupçonner. Poursuivant des recherches sur cette question, MM. Paisseau et Vialard sont arrivés, dans un cas de purpura rhumatoïde, avec le concours obligeant de MM. Boquet et Valtis, à mettre en évidence la présence de bacilles acido-résistants présentant les caractères de l'ultra-virus tuberculeux. Ayant inoculé à des cobayes la sérosité articulaire de leur malade, ils ont constaté à l'autopsie des animaux de nombreux bacilles acido-résistants dans les ganglions sans lésion tuberculeuse. Cette sérosité a ainsi fourni un germe dont les propriétés pathogènes pour le cobaye sont celles reconnues au virus tuberculeux filtrant.

L'azotémie explique-t-elle la courbe thermique de la spirochétose ictérigène ?

(MM. Et. Bernard et Gilbert-Dreyfus. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-10-1927.)

Le tracé thermique de la spirochétose ictéro-hémorrhagique est bien connu. Après s'être installée brusquement aux environs de 39° pour s'y maintenir pendant plusieurs jours, la température descend assez rapidement vers 37°, y reste un temps variable (entre deux jours et une semaine), puis remonte progressivement aux abords de 40° où elle oscille pendant quelques jours, pour revenir à la normale. A quoi est due cette phase intermédiaire d'apyrexie entre les deux poussées fébriles ? Y a-t-il arrêt véritable de la maladie, pause, ou bien une cause intervient-elle pour déterminer ce tracé si spécial ?

MM. Garnier et Reilly font jouer un rôle aux sels biliaires dans le sang, qui lyseraient les parasites. MM. Et. Bernard et Gilbert-Dreyfus pensent que l'azotémie, par son action hypothermisante intervient dans la provocation de la pause thermique intermédiaire. Cette propriété hypothermisante, de l'azotémie a été établie par M. Lemierre qui a montré, au cours d'une fièvre typhoïde par exemple, les effets anti-fébriles de la rétention azotée. Chez un malade atteint de spirochètose ictéro-hémorrhagique, MM. Et. Bernard et G. Dreyfus ont étudié parallèlement la courbe thermique et la courbe azotémique. Ils les ont vues suivre une évolution inverse et en particulier l'azotémie s'élever pendant la phase classique d'hypothermie en même temps que la symptomatologie accusait une gravité plus grande.

Pour les auteurs, le tracé thermique de la spirochétose ictéro-hémorrhagique est celui d'une infection qui se continue. La recrudescence fébrile, après la période intermédiaire d'apyrexie n'indique pas une rechute. Entre les deux segments fébriles de la courbe s'interpose une phase apyrétique qui serait provoquée par la rétention azotée agissant sur les centres thermo-régulateurs. Cette phase serait nullement d'indice favorable et ne constituerait pas un caractère spécifique définissant l'espèce morbide. On peut la voir au cours d'une septicémie éberthienne compliquée à un certain moment d'une néphrite avec azotémie élevée.

— M. Labbé ne croit pas que l'on puisse rattacher d'une façon aussi étroite l'hypothermie à l'hyperazotémie dans des cas de ce genre. Il est probable que d'autres causes sont aussi susceptibles d'intervenir.

La cryothérapie dans les affections des muqueuses buccale et linguale.

(M. L. Lortat-Jacob. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-10-1927.)

La cryothérapie est un bon traitement de la leucoplasie et des lichens buccaux, ainsi que des plaques opalines commissurales. Il importe de différencier le lichen plan de la muqueuse buccale de la leucoplasie, car il n'a pas de tendance à l'évolution néoplasique. Les plaques opalines commissurales, que Landouzy et Gaucher rattachaient à la syphilis, en sont quelquefois indépendantes. Quoi qu'il en soit, des applications cryothérapiques, avec pointe noyée, de 6 secondes, une fois ou deux par semaine, sont suffisantes pour amener la disparition de ces lésions. Sur la langue, en présence de leucoplasie épaisse syphilitique, on n'interviendra chirurgicalement par la décortication qu'après avoir épuisé les ressources d'une cryothérapie bien conduite.

D'autres lésions bucco-linguales sont avantageusement soumises à ce même traitement : les papillomes de la face dorsale de la langue, les verrues, les angiomes, les aphtes, les glossodynies, etc.

— M. Marcel Labbé, élève de Landouzy et imbu de sa doctrine de la leucoplasie syphilitique, a dû, comme M. Lortat-Jacob, reconnaître que, si en règle générale la leucoplasie buccale est syphilitique, il y a pourtant des leucoplasies (rares) qui ne relèvent point de la syphilis.

— M. Milian pense que la cigarette, la pipe et le tabac en général peuvent provoquer à la commissure labiale un petit triangle opalescent de la muqueuse comparable comme pathogénie à l'état jaune et parcheminé que le fumeur invétéré présente

à l'index, où il y a contact intime de la cigarette et de la peau. Mais, c'est la seule chose qu'il reconnaisse comme une leucoplasie non syphilitique possible. Toutes les autres leucoplasies sont pour lui syphilitiques. Le traitement spécifique prolongé des années est d'ailleurs capable de faire rétrocéder notablement et parfois guérir les plaques leucoplasiques.

— M. Flandin estime que la cryothérapie ne doit pas détourner du traitement anti-syphilitique, dans les cas de leucoplasie vraie.

La suture sans drainage des abcès amibiens du foie.

(M. Bressot. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 21-10-1928.)

M. Bressot signale la rareté plus grande des complications amibiennes depuis le traitement systématique de la dysentérie par l'émétine. Il a opéré plus de 30 abcès du foie de 1919 à 1922. Technique opératoire : incision et assèchement de la poche, examen extemporané du pus. Si celui-ci est aseptique, suture de la brèche hépatique, puis des parties molles. Lorsque l'abcès est profond ou difficilement accessible, simple ponction de la poche sans fermeture totale de la paroi et avec petit drainage. Traitement arsenico-émétinien prolongé.

Traitement des ulcérations des membres inférieurs par l'élongation nerveuse.

(M. Péraire. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 21-10-1928.)

M. Maurice Péraire fait la critique de la sympathectomie péri-artérielle dans le traitement des maux perforants et des ulcérations du membre inférieur. Elle peut entraîner des accidents immédiats et ses résultats définitifs sont en général loin d'être satisfaisants. Ceux qui pratiquent la sympathectomie la complètent habituellement par le curetage des ulcérations et aussi la greffe, d'où trois opérations au lieu d'une.

L'auteur a obtenu des effets curatifs meilleurs par une opération des plus simples : l'élongation nerveuse, imaginée par Chipault. Sur 10 cas, il a eu 10 guérisons. Il élonge tantôt le tibial postérieur et ses branches, nerf plantaire interne et externe ; tantôt le musculo-cutané, le sciatique poplité interne, le saphène interne ou externe.

Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie.

(M. Lavenant. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-11-1927.)

M. Lavenant rapporte un cas d'estomac biloculaire par ulcus siégeant sur la face antérieure, près de la grande courbure. Il fit une gastro-entérostomie postérieure sur la poche supérieure. L'introduction d'éther dans l'abdomen, à la fin de l'opération, provoqua une syncope qui céda au massage du cœur. Le malade, revu onze ans après, est en excellent état.

A l'examen radioscopique, la bouche anostomotique fonctionne bien, laissant passer les 9/10e de la bouillie barytée ; le pylore laisser passer l'autre dixième. Il n'y a plus trace d'aspect biloculaire.

— M. Pauchet, dans les cas d'estomac biloculaire, fait actuellement la résection annulaire, médio-gastrique, ou, mieux, la gastrectomie, la mort naturelle de l'ulcéreux gastrique, dit-il, étant le cancer de l'estomac.

Corps étrangers de l'appendice.

(M. Tussau. — *Soc. des chirurg. de Paris* ; 21-10-1928.)

M. Tussau communique deux observations de corps étrangers de l'appendice. Dans l'une, on trouva, dans l'appendice enlevé, une racine de dent molaire ; dans l'autre, un noyau de cerise.

Fibrome kystique présacré comprimant le rectum.

(M. Pierre Mornard. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 21-10-1928.)

M. Pierre Mornard rapporte, en son nom et au nom de M. Victor Pauchet, un cas rare de tumeur présacrée. La malade, âgée de 51 ans, se présentait en état d'occlusion intestinale succédant à un long passé de troubles de constipation avec déformation des matières, phénomènes urinaires, signes hépatiques et cardiaques d'intoxication intestinale. Le toucher rectal montrait une masse grosse comme une tête de nouveau-né refoulant un rectum sain contre la symphyse. Le 2 avril 1927, une exploration permit de sentir au promontoire le pôle supérieur de la tumeur et de créer un anus artificiel à la partie supérieure de la sigmoïde.

Quatre mois plus tard, on fit l'ablation de la néoplasie par voie sacro-cocci-périnéale. Le décollement fut facile en arrière et sur les côtés, difficile en avant. Extraction grâce au tire-bouchon à fibrome. Guérison complète avec marche normale ; fonctionnement ano-rectal parfait.

La tumeur, à structure de fibrome polikystique, est un « schwannome ».

Ces néoplasies pré-sacrées constituent un siège rare des tumeurs de la région sacro-coccygienne qui, presque toutes, sont postérieures. Elles sont bénignes, énucléables et développées aux dépens de débris embryonnaires de la région caudale.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Rupture traumatique des muscles de l'abdomen.

MM. Guilleminet et Mallet-Guy présentent l'observation d'hun homme de 26 ans qui tomba

d'un train en octobre 1925 (chute sur le dos) et n'interrompit pas son travail.

Un an plus tard, apparition sous les fausses côtes droites d'une tuméfaction grosse comme un œuf, dure et douloureuse. Une ponction faite par un médecin donne du sang pur, trois autres un liquide jaunâtre. A l'entrée à l'hôpital, on constatait l'existence d'une fistule au niveau de l'un de ces orifices de ponction, fistule conduisant dans un vaste décollement remontant vers les côtes, si bien qu'on pouvait se demander, s'il ne s'agissait pas de tuberculose costale. En raison de la notion d'une chute et d'une ponction ayant ramené du sang pur on pencha pour le diagnostic d'ancien hématome fistulisé. L'intervention confirma ce diagnostic en montrant une solution de continuité des aponévroses terminales des muscles grand oblique, petit oblique et transverse, ces deux derniers étant comme désinsérés du bord externe du grand droit. On fit un curettage des parois de la poche et une reconstitution de la paroi.

Rupture du grand droit au cours d'une fièvre typhoïde.

MM. Chalier et Vallery présentent l'observation d'une malade de 23 ans, entrée dans le service des typhiques avec une fièvre typhoïde typique, vérifiée par le séro-diagnostic. Au cours d'un bain, à l'occasion d'un effort de toux, la malade ressentit une douleur violente au niveau de la paroi abdominale, à droite, un peu au-dessous de l'ombilic. Quelques jours après, apparut une tuméfaction du volume d'une petite mandarine qu'en faisant asseoir la malade on localise nettement dans la paroi musculaire : hématome de la gaine du droit par rupture musculaire. Cet hématome diminua peu à peu après applications de glace, sans disparaître complètement. La malade, qui était devenue apyrétique, fit une rechute de sa fièvre typhoïde et vit de nouveau la tuméfaction de sa paroi abdominale grossir et s'étendre. Une incision est pratiquée (Dr Cotte) : l'abcès siège bien dans la gaine du droit ; les cultures montrèrent la présence du B. d'Eberth. L'évolution paraît donc s'être faite en deux temps : rupture musculaire et hématome d'abord, puis suppuration.

Méningite cérébro-spinale guérie après injection de sérum dans les ventricules.

MM. Valin et Vallery présentent, au nom de M. J. Chalier, l'observation d'un enfant de 7 mois entré à l'hôpital pour un état fébrile avec somnolence. A l'entrée, on ne note qu'une tension très nette de la grande fontanelle et une petite escharre de la fesse droite ; la ponction lombaire retire du liquide louche contenant du méningocoque B, avec 0 gr. 10 de sucre et 0 gr. 75 d'albumine. On injecte d'abord du sérum polyvalent par les voies rachidienne et musculaire ; puis, la ponction lombaire étant devenue impossible, on dut recourir à la ponction ventriculaire, pratiquée au niveau de l'angle externe de la glande fontanelle ; pendant une semaine le sérum fut injecté quotidiennement par cette voie en même temps que par la voie intra-musculaire. L'enfant guérit complètement.

Ulcère torpide de l'estomac. Phlébites multiples.

MM. Pallasse et Levet présentent l'observation d'une femme de 47 ans, entrée à l'hôpital pour une affection pulmonaire fébrile : on trouvait les deux bases obscures avec des râles inspiratoires, un gros foie, un œdème mou du creux sus-claviculaire gauche. Les jours suivants, on vit apparaître successivement un gros œdème du membre supérieur gauche, une phlébite du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit. La malade avait eu, quelques jours avant son entrée, des douleurs abdominales prédominant au creux épigastrique, puis, à la fin de sa vie, d'abondants vomissements rouges, puis noirs (Weber très positif). Pas d'autres symptômes gastriques.

A l'autopsie : ascite d'aspect chyleux, caillot d'environ 12 centimètres dans la veine cave inférieure s'étendant jusqu'à la bifurcation des iliaques ; caillot semblable dans le tronc veineux brachio-céphalique gauche ; au niveau de la petite courbure de l'estomac, ulcère de la dimension d'une pièce de deux francs ; l'examen histologique montra des lésions d'épithélioma atypique.

Luxation sous-glénoïdienne de la tête de l'humérus.

M. Amouroux présente, au nom de M. Tavernier, un malade atteint de luxation sous-glénoïdienne, de la tête humérale ; le bras est en très forte abduction (près de 90°), mais non dans l'attitude qui a fait donner à cette luxation assez rare, la qualification d'*erecta*. La radiographie montre très nettement la tête humérale ayant franchi le rebord inférieur de la glène scapulaire. La luxation s'est produite par la chute d'un seau sur la région deltoïdienne le choc ayant surpris le membre en abduction à 90°.

Ulcère double de l'estomac avec abcès sous-phrénique.

M. Amic relate l'observation d'un malade du service de M. Bonnamour qui, après avoir présenté pendant deux ans des troubles digestifs légers (anorexie, constipation), se mit à souffrir de l'estomac et à présenter des vomissements bilieux et de petites hématémèses noirâtres. Le malade est mort assez rapidement après son entrée à l'hôpital et à l'autopsie on trouva un double ulcère de l'estomac, l'un sur la face postérieure, l'autre sur la face antérieure ; ce dernier était perforé et cette perforation avait donné lieu à un abcès sous-phrénique situé en avant de l'estomac.

Modification durable de la vaso-motricité après sinapisation.

MM. Barbier et Jeannin, au cours d'expériences

sur la révulsion chez des sujets sains, ont constaté le fait suivant : un sujet s'étant soumis à la sinapisation au niveau de la face externe de la cuisse, le placard rouge persista quelques heures, puis disparut. Quarante-huit heures après l'application du sinapisme, le sujet prit un bain chaud, et vit, dès l'entrée dans le bain, la rougeur reparaître au niveau de la région sinapisée, en même temps qu'une vive cuisson. Les auteurs ont constaté des faits analogues chez des enfants pneumoniques soumis à la fois à des sinapisations et à des bains chauds. Ces constatations montrent l'action assez profonde et durable de la révulsion et tendraient à faire espacer les applications révulsives sur un même point.

Tumeur de la queue du pancréas.

MM. Pallasse et Levet présentent l'observation d'une malade de 79 ans entrée à l'hôpital pour faiblesse générale avec perte d'appétit. A l'examen, on trouvait une tumeur dans l'hypochondre gauche, mobile et donnant la sensation de ballottement rénal. On pensa à une tumeur rénale. Après un séjour de trois semaines, la malade quitte l'hôpital, puis revient quelques mois après avec une pneumonie droite ; la tumeur abdominale est de nouveau perçue. Mort six jours après l'entrée. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tumeur pancréatique encadrée par la petite courbure de l'estomac et que l'examen histologique montra être un épithélioma.

L'examen radioscopique dans une salle éclairée.

M. Nogier décrit un dispositif réalisé par une maison allemande, grâce aux recherches de Bucky (de New-York) et de Stumpf (de Munich) et permettant de faire de la radioscopie dans une salle éclairée par la lumière rouge. Les appareils nécessaires sont : un écran blanc spécial dont la lumière de fluorescence est franchement verte et devant lequel se place une glace également verte, et une source de lumière rouge. L'image radiologique est, dans cette lumière, aussi brillante que dans l'obscurité. Les avantages de cette méthode sont nombreux : malades moins impressionnés que dans le noir, possibilité de se déplacer facilement dans la salle, d'écrire, de lire les appareils de mesure, etc.

Elimination tardive par le flanc droit et la fosse iliaque droite de corps étrangers déglutis dans l'enfance.

MM. Guiliani et Goulliaud présentent chacun une observation de corps étrangers déglutis et tardivement éliminés par des voies assez insolites. La malade de M. Guiliani est une jeune fille qui fut tout d'abord, pendant la guerre, opérée à Strasbourg, par un chirurgien allemand, pour « ulcère de l'estomac » ; venue à Lyon comme domestique, elle présente des crises douloureuses avec fièvre ; amenée à l'hôpital Saint-Joseph, elle est vue par le Dr Olivier qui constate une induration à la partie supérieure de la fosse iliaque droite et pense à une appendicite haute ; une laparotomie iliaque montre que l'appendice a déjà été enlevé lors de l'opération de prétendu « ulcère de l'estomac ». La malade présentant des troubles urinaires concomitants, passe alors dans le service de M. Guiliani où l'on trouve une ptose du rein droit avec urines purulentes renfermant du colibacille. La fièvre persistant malgré des instillations de nitrate dans le bassinet, on fait une incision lombaire ; on trouve le rein abaissé avec de la périnéphrite, sans collection purulente ; on met un drain et quelques jours après on trouve dans ce drain une *plume à écrire* noire, détériorée et un peu rongée, mais entière ; quelques jours plus tard encore on vit sortir de la plaie la moitié d'une plume à écrire. Enfin, une semaine plus tard, la palpation de la cicatrice iliaque fit sentir un corps dur allongé : à l'incision, on découvre sous l'aponévrose un long fragment métallique recourbé qui paraît être un morceau d'épingle à cheveux. La malade paraît avoir oublié complètement l'ingestion de ces corps étrangers.

La malade de M. Goulliaud est une femme de 34 ans qui, à l'âge de 17 ans, avala une grosse épingle à tête de verre ; un médecin consulté alors conseilla de donner des purées épaisses et de surveiller les selles, ce qui fut fait pendant quelques jours ; puis, l'épingle n'ayant pas été retrouvée, on n'y pensa plus. Cette épingle devait cependant donner une série d'accidents dont l'origine fut constamment méconnue, la malade n'en ayant jamais parlé, sauf à un des chirurgiens qui la virent, lequel d'ailleurs ne prit pas cette « histoire » au sérieux. Ce fut d'abord, peu après l'ingestion, un abcès à l'épigastre ; vers 20 ans, douleurs abdominales et pleurésie purulente ; à 23 ans, pseudo-appendicite et intervention conduisant sur un os iliaque dénudé ; puis on porte le diagnostic d'ostéomyélite de l'os iliaque et pendant plus de dix ans la malade porta plusieurs fistules de la région iliaque et subit une série d'interventions. Enfin, après une dernière opération, en 1921, la malade garda plusieurs mois un drainage par crins et c'est par un des orifices de ce drainage qu'un beau jour elle retira elle-même l'épingle cause de tous ces accidents.

M. Guiliani et Gouillaud croient pouvoir admettre que ces corps étrangers ont, dans les deux cas, quitté le tube digestif au niveau du duodénum ; une longue période d'enkystement a dû suivre la sortie de l'intestin ; puis la migration s'est continuée sous l'influence de causes inconnues et ils ont dû suivre une voie analogue à celle que suivent les liquides dans les fissures de la région duodéno-pylorique qui sont orientées vers la fosse iliaque droite par l'insertion oblique du mésentère. A noter que dans les deux cas, la radiographie n'avait pas décelé la présence de corps étrangers. Enfin une conclusion à tirer de la seconde observation : c'est qu'il ne faut pas prendre trop à la légère les histoires de corps étrangers que racontent les malades!

Téno-synovite sténosante de de Quervain.

MM. Laroyenne et Bouysset présentent une jeune fille de 22 ans, atteinte d'une difficulté extrême d'écarter le pouce gauche ; l'abduction de ce doigt est très douloureuse et on note une tuméfaction allongée le long du bord radial du poignet. L'affection avait débuté, six mois auparavant par le côté opposé. Guérison par incision de la partie du ligament annulaire dorsal du carpe formant le couvercle des tendons long abducteur et court extenseur du pouce, bordure externe de la tabatière anatomique. Les auteurs relatent également l'histoire d'une malade antérieurement observée et présentant des troubles analogues.

Il s'agit de l'affection décrite par de Quervain sous le nom de téno-synovite sténosante. La pathogénie en est obscure ; on a incriminé le rhumatisme, la tuberculose inflammatoire, la syphilis, etc. La seule constatation positive qui ait été faite est la cessation des accidents après débridement de la gaine tendineuse du long abducteur et du court extenseur du pouce.

Prostatectomie périnéale.

M. Ch. Gauthier présente un malade auquel M. Tixier a enlevé la prostate par la voie périnéale. Celle-ci a été choisie pour gagner du temps, car, le sujet étant azotémique, l'opération de Freyer eût dû être faite en deux temps. Les suites furent remarquablement bonnes et rapides. Le but de cette présentation est de montrer que la prostatectomie périnéale peut avoir encore des indications.

Tumeur de la vessie.

M. Ch. Gauthier présente une tumeur encéphaloïde de la vessie pesant plus de 500 grammes. Les premiers symptômes : hématurie, dyspnée, baisse de l'état général ne remontaient qu'à quelques semaines.

Société médicale des hôpitaux.

Accidents graves consécutifs à une injection de citrate de soude.

MM. Rebattu et Parthiot relatent l'observation d'un homme de 42 ans, entré à l'hôpital pour une épistaxis rebelle ; plusieurs tamponnements et une injection de sérum de cheval ayant échoué, on se décida à injecter dans les veines 15 centimètres cubes de solution de citrate de soude à 30 %. L'injection est poussée lentement. Sitôt l'aiguille retirée, le malade se plaint d'une angoisse terrible avec sensation de mort imminente, fourmillements aux extrémités, barre épigastrique et lombaire ; à la tête, impression d'étau avec amblyopie. La crise ne dure que cinq minutes environ, mais il persiste pendant quelques heures de la céphalée et une sensation de froid aux extrémités. Pour éviter de pareils accidents il faut pousser l'injection très lentement et éviter les fortes doses; d'après M. Normet, 15 milligrammes par kilogramme serait efficace et sans danger. Le malade de MM. Rebattu et Parthiot était un hépatique et peut-être faut-il accuser l'insuffisance hépatique de prédisposer aux chocs.

Météorisme abdominal et pneumonie.

MM. Mouriquand, Bernheim et Lesbros présentent l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 entré à l'hôpital avec des signes de pneumonie de la base droite ; les jours suivants, le poumon gauche se prit à son tour ; en même temps, on notait un météorisme abdominal considérable, gênant les mouvements du diaphragme et augmentant notablement la dyspnée. Un moment, le tableau clinique devint alarmant : faciès péritonéal, pouls à 160, arrêt des matières et des gaz ; une sonde placée dans le rectum permit l'évacuation des gaz et amena un soulagement immédiat. La pneumonie continua à évoluer normalement. Actuellement l'enfant est dans un état satisfaisant, conservant seulement des signes de condensation pulmonaire à la base gauche. Les phénomènes abdominaux présentés par le petit malade doivent être mis sur le compte d'une péritonite légère, n'ayant pas abouti à la suppuration.

Sur les produits opothérapiques.

MM. Mouriquand, Leulier et Goyon ont constaté que les surrénales de cobaye sain prélevées immédiatement après la mort contiennent de très faibles doses d'adrénaline ; si ces glandes sont conservées pendant 24 heures dans le vide en présence de l'acide sulfurique, la teneur en adrénaline peut être doublée ou même triplée. Tout se passe comme si une partie de l'adrénaline des surrénales fraîches existait à l'état virtuel. Il apparaît d'après ces recherches, que des poudres de surrénales préparées avec des glandes fraîches auront leur maximum de principe actif si la mise en préparation est retardée de vingt-quatre heures, à condition de conserver les glandes dans le vide sulfurique.

Angines à pneumocoques simulant la diphtérie maligne.

MM. J. Chalier et Mestrallet en rapportent deux observations. La première concerne un jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital avec une température de 40° et les amygdales couvertes de fausses membranes très confluentes présentant quelques points grisâtres et sphacéliques ; adénopathie bilatérale avec périadénite. Les examens bactériologiques et les cultures pratiquées à trois reprises ont montré du pneumocoque à l'exclusion de tout autre microbe. Guérison après une évolution assez longue.

La seconde observation est celle d'un homme de 37 ans entré à l'hôpital avec du coryza et des fausses

membranes assez épaisses tapissant les amygdales, la paroi postérieure du pharynx et la luette ; grosse adénopathie et péri-adénite donnant l'aspect du cou proconsulaire, petit disque d'albumine. Trois examens bactériologiques avec cultures ont montré l'existence de pneumocoques, avec, au premier examen, quelques bacilles courts ayant les caractères du bacille de Hoffmann.

Il s'agissait donc dans ces deux cas d'une véritable pseudo-diphtérie maligne à pneumocoques. De tels faits sont d'ailleurs exceptionnels, et pratiquement, il faut, en pareil cas, instituer d'emblée le traitement sérothérapique, sans attendre les examens de laboratoire.

De la contagion entre conjoints tuberculeux.

M. Dufourt apporte une statistique faite au dispensaire antituberculeux de Villeurbanne (près Lyon) et portant sur les trois dernières années : dans ces trois ans, 134 ménages ont été surveillés par le dispensaire, l'un des conjoints étant tuberculeux au moment de l'inscription. Sur ce nombre, il y a eu 33 fois apparition d'une tuberculose chez l'autre conjoint, soit 24 % de contaminations conjugales. Le plus souvent c'est le mari qui contamine la femme.

Diabète infantile.

MM. Mouriquand, Bernheim et Lesbros présentent l'observation d'un enfant de 13 ans entré à l'hôpital en 1924 dans un état d'amaigrissement extrême, urinant de 9 à 11 litres par 24 heures ; glycosurie : 553 gr. 85 par 24 heures ; glycémie 4 gr. 80 ; corps cétoniques abondants dans les urines. Depuis, l'enfant a été traité régulièrement par l'insuline, la dose variant de 60 à 90 unités. Actuellement il a engraissé de plus de 8 kilos, la quantité d'urine est tombée à 3 litres, la glycosurie à 45 grammes par 24 heures, seule la glycémie se maintient assez élevée (3 gr. 50). L'enfant ne suit aucun régime.

Lse auteurs présentent un autre enfant, âgé de 7 ans, qui depuis avril 1925, reçoit 60 unités d'insuline par jour ; entré à l'hôpital dans le coma, ce malade est actuellement dans un état aussi satisfaisant que possible.

M. Mouriquand insiste sur la nécessité de grosses doses d'insuline, ce qui consitue un traitement onéreux : le premier malade a consommé en trois ans pour environ *quatorze mille francs d'insuline.*

Lait sec irradié et rachitisme expérimental.

M. Mouriquand présente des radiographies de rats soumis au régime rachitigène, dans l'obscurité. L'adjonction de lait sec non irradié n'a pas empêché le rachitisme ; celui-ci a été, par contre, écarté quand on a ajouté à ce régime du lait sec ayant subi une demi-heure d'irradiation par les rayons ultra-violets.

Tachy-arythmie paroxystique d'origine thyroïdienne.

M. Gallavardin présente l'observation d'une femme de 38 ans atteinte de goitre ancien, basedowifié depuis huit ans ; depuis huit ans également sont apparues des crises de tachy-arythmie paroxystique survenuant au nombre de sept à huit par an. Ces crises ont maintenant de la tendance à se rapprocher et à se prolonger ; alors que les précédentes duraient de vingt-quatre à quarante-huit heures, la dernière s'était prolongée pendant quatre mois. On fit pratiquer, en juin 1925, une thyroïdectomie (prof. Bérard). Depuis lors la malade n'a pas présenté une seule crise de tachy-arythmie.

A. C.

Les Congrès

XIXe Congrès Français de Médecine (1)

(*Paris, octobre* 1927)

Président : M le Professeur Teissier.

Sémiologie des septicémies médicales.

I. — Séméiologie générale de l'état septicémique.

Par MM. P. Gastinet et J. Reilly (de Paris).

La septicémie doit se définir : toute infection générale conditionnée par la présence, constante ou passagère, dans le sang, de bactéries pathogènes et de leurs poisons.

La constitution de l'état septicémique comprend plusieurs étapes : existence d'un foyer septique profond d'où partent des décharges microbiennes ; localisations viscérales multiples qui témoignent d'une fixation ou d'une colonisation métastatique des germes ; troubles généraux de métabolisme tenant aux destructions cellulaires ; inondation ou non par les bactéries pathogènes du milieu sanguin à la période préagonique.

Cette constitution d'un état septicémique n'est possible qu'à la faveur d'une insuffisance momentanée des moyens de défense de l'organisme, parmi lesquels le système réticulo-endothélial semble aujourd'hui jouer un rôle des plus importants.

(1) Association de la Presse médicale française.

En clinique, les éléments du *syndrome septicémique* reconnaissent une pathogénie différente :

1° **Symptômes imputables à l'existence du foyer septicémique.** — Parfois le foyer correspond à la porte d'entrée de l'agent microbien (plaie chirurgicale ou obstétricale).

Le plus souvent le foyer est profond. Il résulte d'une propagation microbienne de proche en proche ou d'une greffe métastatique consécutive à une bactériémie.

C'est dire que, dans la majorité des cas, l'incubation d'une septicémie répond soit à des phénomènes locaux, soit à des syndromes généraux d'ordre banal, réserve faite des septicémies suraiguës où tout prodrome fait défaut et où, d'emblée, le malade offre le tableau de l'état septicémique.

2° **Symptômes engendrés par les décharges microbiennes.** — A. Fièvre et frisson. — La fièvre avec ses différents types (continu, rémittent, intermittent), le frisson sous ses divers aspects, demeurent l'*élément majeur du tableau septicémique.*

Mais la seule présence de germes dans le sang paraît insuffisante à conditionner l'accès thermique. La fièvre nous apparaît aujourd'hui essentiellement liée à un *acte protéolytique s'apparentant aux chocs.* Aux décharges microbiennes dans le sang, avec lyses consécutives, correspondent les brusques accès de la fièvre intermittente qui s'accompagnent de frissons et de signes généraux. Dans les fièvres rémittentes, en raison même de l'existence d'un foyer, fièvre et frisson reconnaissent une origine complexe : produits de désintégration bactérienne et cellulaire émanés de ces foyers, décharges microbiennes, localisations viscérales métastatiques.

B. Pouls. Tension artérielle. — Le pouls est rapide, petit, plus rarement dicrote. Une élévation de la fréquence au-dessus de 140 est toujours sérieuse. Il en va de même si le pouls s'accélère plus que ne le comporte l'élévation thermique.

La pression artérielle est basse. Hypotension marquée et tachycardie commandent l'examen du cœur pour y rechercher les signes de défaillance ventriculaire : augmentation de l'aire de matité, affaiblissement des bruits, arythmie extrasystolique, bruit de galop diastolique.

C. Symptômes généraux. — Parmi les *signes nerveux,* les phénomènes d'excitation (délire, convulsions, méningisme) prédominent au début. Ultérieurement suit une phase de dépression (stupeur, état typhoïde, adynamie).

On note un *état saburral des voies digestives* , de la *diarrhée.*

La *respiration* est rapide, superficielle. Les *urines* sont diminuées, albumineuses. Elles éliminent souvent les germes en cause.

Des *exanthèmes* divers s'observent avec une grande fréquence.

Tous ces risques dénotent une imprégnation toxique d'origine complexe (lyse microbienne, mise en liberté des endotoxines, produits de désintégration ou d'autolyse secondaires).

3° **Symptômes liés aux réactions du tissu endothélial et des organes hématopoiétiques.** — A. Purpura. — Il se présente tantôt sous l'aspect de simples taches ecchymotiques, tantôt sous celui de vésiculo-pustules renfermant le germe en cause. Un syndrome hémorragique plus étendu est exceptionnel.

Ces manifestations purpuriques résultent à la fois d'une modification de la crase sanguine, d'une fragilisation de l'endothélium des capillaires, d'une diminution des hématoblastes par thrombocytolyse septicémique.

B. La rate est habituellement grosse, du fait de la congestion, de l'hyperplasie lymphoïde et réticulaire, de la réaction macrophagique.

L'apparition d'infarctus se traduit par une splénomégalie brutale et douloureuse.

C. Le sang. — *a.* Du côté des globules rouges , on note une *anémie,* qui peut prendre un type pernicieux (surtout si le streptocoque est en cause).

b) L'examen leucocytaire montre une *leucopénie passagère* avant l'accès fébrile (analogue à la leucopénie de la crise hémoclasique). Puis s'observe une *leucocytose polynucléaire.* Les *éosinophiles* sont constamment diminués. Leur réapparition doit être tenue pour un élément de pronostic favorable (sauf en cas d'endocardite). Une *monocytose* peut s'observer au déclin des poussées septicémiques.

4° **Les symptômes liés à l'élimination microbienne. Localisations viscérales et métastases.** — L'atteinte du *poumon* détermine des abcès miliaires avec ou sans réaction pleurale.

Au niveau du *cœur,* il s'agit le plus souvent d'endocardite aiguë, qui enrichit le tableau de la septicémie en favorisant au plus haut point l'essaimage microbien. L'atteinte du myocarde et du péricarde est plus rare.

Durant leur cheminement dans le torrent circulatoire, les germes pathogènes sont susceptibles de végéter au niveau des *parois artérielles ou veineuses* (artérites, thrombo-phlébites).

Le *foie* est fréquemment lésé. L'ictère n'est pas rare, qu'il s'agisse d'une hépatite isolée, ou d'une hépatite associée à la fragilité des hématies.

Le *tractus digestif,* le *péritoine* peuvent également être touchés.

Les *déterminations rénales* ne sont pas rares : albuminurie, hématurie, suppuration rénale ou périrénale. La *participation surrénale* paraît le plus souvent assez limitée.

Il en va de même du *système nerveux.* Plus imposantes sont les localisations sur les *organes des sens,* l'œil notamment (hémorragie rétinienne, irido-choroïdite, panophtalmie).

Enfin, les *articulations,* les *téguments* peuvent, eux aussi, être le siège de localisations métastatiques.

5° **Les troubles du métabolisme.** — L'étude des troubles du métabolisme est à peine ébauchée. On

sait néanmoins qu'il existe une élévation du taux des échanges avec augmentation de l'urée urinaire.

Dans le sérum sanguin, on trouve une diminution du taux de l'albumine et un abaissement du pouvoir lipasique, amylolytique et présurant du sérum (Achard et Clerc). La cholestérine est diminuée. Parfois s'observe un véritable diabète aigu. L'acidose a été signalée à titre exceptionnel.

6° **Les symptômes de généralisation terminale.** — *Aggravation progressive des signes généraux, abondance des colonies microbiennes obtenues par hémoculture* sont les signes annonciateurs de la phase terminale. L'hypothermie peut précéder l'issue fatale.

***

Tels sont les différents éléments du tableau septicémique. Selon leur groupement et leur évolution, on peut distinguer des *septicémies pures,* des formes *aiguës, intermittentes, prolongées, bénignes.* Les *septicémies* du nouveau-né se traduisent par la prédominance des signes toxiques, des troubles digestifs, des érythèmes.

Le *pronostic* varie suivant l'âge, le siège du foyer initial, la nature de l'agent infectieux, les facteurs pathologiques associés.

En résumé, les processus septicémiques s'observent au cours des infections les plus disparates : spirochétoses, trypanosomiase, leishmanioses, infection palustre, maladies bactériennes, mycoses, infections à virus filtrant.

Bien différentes des bactériémies, les septicémies ne concernent que les cas où la maladie évolue en laissant au deuxième plan le foyer initial qui lui a donné naissance.

(*à suivre*).

Les Thèses

P. — Dr E. Fellous. — **De la vaccinothérapie dans la blennorrhagie aiguë et l'anatoxine gonococcique.** (LeFrançois, éditeur, Paris, 1927.)

L'auteur, après s'être livré à quelques considérations sur la vaccinothérapie en général, passe en revue les différentes préparations vaccinales antigonococciques, crées jusqu'à ce jour, V. de l'Institut Pasteur, V. de Renaud-Badet, V. de Banque et Senez, V. de Parke et Davis. Ces différentes préparations agissent surtout dans les complications de la blennorragie, mais ne donnent, dans le traitement des gonococcies aiguës, que des résultats très inconstants.

Il estime que, pour obtenir un résultat thérapeutique dans ces infections, il est absolument nécessaire d'introduire dans le vaccin la totalité de sécrétions gonococciques, seules responsables des phénomènes inflammatoires et douloureux, et des manifestations chroniques.

Il a utilisé le vaccin « gonagone », qui renferme de l'anatoxine, préparée selon la méthode de MM. les docteurs A. Jaubert et P. Goy ; cette anatoxine est un antigène spécifique déterminant aussi bien chez l'animal d'expérience que chez l'homme des réactions humorales témoignant d'une réponse organique salutaire (apparition rapide des agglutinines et sensibilisatrices).

L'effet thérapeutique de ce vaccin est indéniable dans la cure des urétrites aiguës et les statistiques de guérison enregistrées dans le service de M. le professeur Legueu ne font que confirmer les travaux déjà publiés par de nombreux auteurs.

Tout un chapitre de cette thèse est consacré à la posologie vaccinale, qui, selon l'auteur, mérite grandement l'attention. L'effet thérapeutique d'un vaccin est intimement lié à la façon de s'en servir : de son mode d'administration dépendra le résultat.

Non seulement, il ne faut pas rechercher les chocs protéinothérapiques aveugles et brutaux, mais il faut les redouter. F. pense qu'une réaction locale nette est suffisante pour guider le clinicien dans ses interventions. Il ne peut y avoir de règle générale, car tous les organismes réagissent diversement : en principe, l'auteur estime que toute réaction générale est inutile, qu'une réaction locale est nécessaire et qu'une réaction focale est d'un bon pronostic.

Dans les blennorragies aiguës, en pratiquant 6 ou 8 injections de gonagone (une injection tous les deux ou trois jours) M. Fellous a enregistré avec une remarquable constance les résultats suivants :

1° Disparition complète et rapide des phénomènes douloureux et inflammatoires ;

2° *Absence de toutes complications* ;

3° Abréviation notable de la durée d'évolution de l'infection.

Ce vaccin a été également utilisé avec succès dans les complications de la blennorragie chez l'homme et chez la femme.

L'auteur se croit autorisé à conclure que, contrairement aux principes admis jusqu'à ce jour, la cure vaccinale des urétrites aiguës devient dès le début de l'infection un précieux adjuvant du traitement local, qui en reste cependant la thérapeutique de base.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

V. WALLICH, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine et Ed. LÉVY-SOLAL, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux. — **El ments d'obstétrique**. Cinquième édition refondue. (Un vol. de 740 pages avec 179 figures).

L'ouvrage a été entièrement remis au courant. On trouvera dans ce volume, divisé en trois parties : obstétrique normale, pathologie obstétricale, opérations, toutes les matières que l'on est en droit de demander à un manuel, exposées avec un souci tout particulier de la clarté.

Il est facile à consulter parce que les chapitres sont précédés d'un sommaire détaillé, que l'ouvrage est suivi d'une table analytique.

Il convient de signaler parmi les remaniements de cette édition ceux qui portent principalement sur les questions gravidiques : éclampsie, vomissements gravidiques, infection puerpérale, hémorragies, transfusion sanguine, anesthésie obstétricale et radio-diagnostic. Au point de vue opératoire, l'étude des césariennes est remise à jour ainsi que celle des pubiotomies.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie, 120, boulevard Saint-Germain.

G. LYON et P. LOISEAU. — **Formulaire thérapeutique**, 14e *édition.* (Un vol. de 955 + CLXIX pages. Prix : 50 fr., sauf variation.)

Chez DOIN et Cie, 8, place de l'Odéon.

J. GALUP et M. SÉGARD.— **Pathogénie et traitement de l'asthme. Essai de mise au point de notions anciennes et nouvelles.** *Collection des actualités de médecine pratique.* (Un vol. 262 p. Prix : 20 fr., sauf variation.)

A L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

René CRUCHET, professeur à la Faculté de Bordeaux. — **Les mauvaises habitudes chez les enfants.** *Bibliothèque de pathologie infantile*, publiée sous la direction des prof. Nobécourt et Cruchet. (Un vol in-8° couronne, 128 p. Prix : 12 fr., sauf variation.)

PRATIQUE MÉDICALE

Le traitement des troubles mentaux chez les parkinsoniens post-encéphalitiques.

Par le docteur DARRÉ.

Au cours de l'évolution des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, les troubles mentaux sont, en somme, assez rares si on élimine de ceux-ci la bradypsychie ou ralentissement de tous les processus intellectuels qui, par contre, est à peu près constante. Ces troubles, véritables complications de la maladie, sont aigus ou chroniques, analogues à ceux qu'on trouve chez les sujets non parkinsoniens après l'encéphalite, mais peuvent prendre une allure particulière, du fait des troubles moteurs dont le malade est atteint.

Les troubles aigus sont représentés, chez l'adulte, par des délires sans systématisation, polymorphes et variables, le plus souvent de type mélancolique et susceptibles de mener le malade au suicide. Il est inutile d'insister sur le fait que ce dernier est, en quelque sorte légitimé par l'état du malade dont la déchéance assez prononcée, physique et intellectuelle, peut se prêter facilement à des interprétations fausses ou même plus rarement délirantes, et l'amener à essayer d'en finir avec sa triste existence.

Les troubles chroniques sont, dans la plus grande majorité des cas, des troubles du caractère qui s'observent surtout chez les enfants ; ils peuvent s'accompagner de perversions sexuelles et morales, surajoutées à l'irritabilité et à l'impulsivité.

Mais ce sont les troubles du sommeil qui dominent la scène chez nos parkinsoniens, comme chez tous les post-encéphalitiques. Ils sont très fréquents et consistent surtout, au point de vue thérapeutique qui nous intéresse, en insomnie ou inversion du rythme du sommeil qui rendent la vie particulièrement plus difficile au malade et à son entourage. L'insomnie existe malheureusement dans la majorité des cas : pénible pour le parkinsonien, elle doit être encore plus surveillée en raison des complications apparaissant sur des terrains prédisposés et dont elle est souvent la cause adjuvante. C'est ainsi qu'on la trouve à la base de l'agitation nocturne et des syndromes dépressifs. Il convient donc d'étudier avant tout son traitement.

Il y a cependant un point sur lequel on n'insiste jamais assez quand on parle de traitement chez les post-encéphalitiques. On s'occupe, en effet, trop de rééducation chez ces malades, et on ne tient pas suffisamment compte de ce qu'ils sont en quelque sorte des « grands blessés du système nerveux ». La première condition est donc, avant tout, de les mettre au repos le plus complet, physique, intellectuel et moral !

ce n'est qu'ensuite que devra intervenir une thérapeutique plus active.

Ce repos accompagné, autant qu'il est possible, de changement de milieu, est en général insuffisant chez nos malades insomniques ; mais il est un appoint dont on ne doit pas négliger l'importance. Tout d'abord, pour le compléter, il convient d'utiliser les sédatifs nerveux comme les bromures (de deux à quatre grammes par jour) et dans ce but, nous avons toujours employé le sédobrol (de deux à quatre tablettes), qui présente l'avantage d'être à la fois bien dosé, actif et de pouvoir être administré au malade sans qu'il s'en aperçoive ; ainsi sont évitées bien des réflexions ou des discussions que le seul mot de bromure fait naître dans l'esprit du malade ou de son entourage ; c'est, à notre avis, le médicament de choix, surtout lorsque l'insomnie coëxiste avec un syndrome dépressif.

Si les sédatifs sont insuffisants, on sera obligé de recourir aux hypnotiques ; parmi ceux-ci, on n'aura que l'embarras du choix étant donné leur nombre. Mais, le somnifène et l'allonal, que nous avons utilisés fréquemment, sont particulièrement intéressants grâce à leur maniement facile et à la régularité des résultats obtenus. Au point de vue chimique, il est presque inutile de rappeler que ce sont deux dérivés de la malonylurée ; leurs propriétés sont connues par les nombreux travaux dont ils ont fait l'objet.

Nous nous en sommes servi, avec succès, à des doses variables selon les cas ou les sujets, surtout lorsqu'il s'agit du somnifène. Ce dernier n'a été appliqué qu'en gouttes, de trente à soixante, sans aucun accident, car, à notre avis, la forme sous-cutanée ou intraveineuse doit être réservée, en psychiatrie, aux agités que nous ne trouverons pas ici.

Nous avons également employé l'allonal à la dose de deux comprimés qui ont toujours été suffisants ; ce dernier nous semble particulièrement recommandable, car il produit, sans accoutumance, un sommeil dont le réveil ne diffère en rien de celui du repos normal.

Le repos obtenu la nuit fera tout naturellement disparaître cette somnolence diurne qui le remplace dans l'inversion du rythme du sommeil.

Au cours des états d'excitation apparaissant la nuit, chez l'adulte, à la faveur de l'insomnie ou de l'inversion du rythme du sommeil, la même thérapeutique agit en détruisant ces phénomènes qui sont, avant toute autre cause prédisposante, l'origine vraie de cette excitation, surtout intellectuelle, chez les parkinsoniens.

Dans le syndrome dépressif, à défaut de traitement étiologique à effet certain, nous ne pourrons employer ici, comme au cours de l'évolution d'autres syndromes analogues, qu'une thérapeutique symptomatique. Avant tout, il faudra lutter contre l'asthénie et l'insomnie qui ne fait que l'augmenter. A la thérapeutique générale par le repos, nous adjoindrons, tout d'abord, la médication bromurée à la dose de 2 à 4 grammes par 24 heures, particulièrement sous forme de sédobrol avec lequel on a des résultats excellents ; — le bromure étant par excellence le médicament des syndromes dépressifs. Ce n'est que lorsqu'il aura échoué que l'on devra utiliser les hypnotiques, comme plus haut. Puis, l'insomnie vaincue, on combattra l'asthénie avec le phosphore et l'arsenic, évitant d'employer la strychnine qui risque d'augmenter l'anxiété ou de la provoquer.

Chez les enfants, comme nous l'avons dit plus haut, les troubles mentaux, plus fréquents, plus marqués que chez l'adulte, prennent presque une allure chronique. Ils intéressent à la fois le caractère, l'humeur, le sommeil, les phénomènes intellectuels proprement dits, et à cela s'ajoutent dans la majorité des cas, des perversions morales, de l'excitation et des perversions génésiques. Contre tous ces troubles, nous ne pouvons guère lutter, mais il est possible d'avoir une action particulièrement active contre l'insomnie ou l'inversion du rythme du sommeil, qui rendent l'enfant plus gênant pour l'entourage, car il en résulte une agitation nocturne constante.

La médication sera la même ; avant tout, les sédatifs bromurés (le sédobrol est particulièrement bien toléré, grâce à la forme cachée sous laquelle il se présente) ; puis, les hypnotiques, dont nous avons déjà parlé ; bien entendu, la dose sera variable selon l'âge.

En résumé, par ce bref exposé, il est permis de se rendre compte qu'au cours des troubles mentaux dchez les parkinsoniens, grâce au repos auquel s'ajoutent le bromure et les hypnotiques, on peut faire beaucoup en utilisant le médicament reconnu actif à une dose bien adaptée à chaque cas, mais la vraie thérapeutique, qui est malheureusement encore inconnue, sera spécifique, évitera ces complications en agissant sur la cause dès son apparition et c'est vers elle que doivent tendre les recherches.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

III

Premières armes, premières alarmes [1].

Ainsi donc, mon cher ami, il aura suffi de quinze jours pour vous amener au degré de désenchantement, de désillusions que me révèle votre lettre si désolée, à laquelle je ne veux pas tarder à répondre.

Laissez-moi vous dire que vous n'êtes vraiment pas raisonnable. Vous n'imaginiez tout de même pas que vous étiez attendu comme le Messie, que vos nouveaux confrères allaient vous accueillir à bras ouverts, et que la clientèle n'espérait plus qu'en vous pour se jeter à votre cou... Il n'y a rien d'ailleurs dans votre cas, qui justifie votre découragement. Ce qui vous arrive est normal, et tous ceux qui sont entrés dans la carrière comme vous venez de le faire, ont éprouvé les mêmes impressions. J'espère vous le démontrer, et en même temps, vous redonner plus de confiance en vous-même, et aussi en l'avenir.

Récapitulons donc :

Vous avez fait toutes les visites que je vous conseillai. Le maire vous reçut protocolairement, avec l'amabilité officiellement due à un nouvel administré, demain peut-être, un nouvel électeur. Votre conversation s'est tenue sur le terrain des banalités. Elle a pris fin toutefois par votre enrôlement comme membre honoraire de la Société de Secours mutuels dont il est le président. Il vous a laissé entendre que, peut-être, il y aurait possibilité pour vous à consacrer certains de vos loisirs aux mutualistes, en y trouvant votre compte. Vous n'avez dit ni oui ni non, et vous vous êtes retiré. Chez le curé, accueil plein d'onction. Appel à vos sentiments charitables. Enrôlement comme membre honoraire du patronage. Des deux notaires, celui en l'étude de qui le bail de votre maison a été passé, vous a garanti le succès à bref délai ; ne devait-il pas ménager un client pour lequel il aurait d'autres actes à faire ? Son confrère vous a reçu froidement, et vous a prédit l'insuccès le plus radical. Comment vous en étonneriez-vous ? N'est-il pas le beau-frère de l'un des médecins dont vous êtes devenu le concurrent ? Tout cela est humain, et il n'y a là dedans rien qui n'eût pu être prévu et prédit à l'avance avec exactitude.

Les médecins, vos confrères, ont fait l'objet de votre part d'égards particuliers. Deux vous ont réservé une réception tout à fait cordiale : un troisième a été plus frais. Et vous n'avez pas rencontré l'autre. N'hésitez pas à retourner le voir. Et ne vous étonnez qu'aucun d'eux ne vous ait encore rendu votre visite. Cela viendra ; cela ne peut pas ne pas venir. Celui vers lequel vous vous sentez le plus attiré est précisément le Secrétaire du Syndicat médical. Cela tombe à merveille, et ce docteur Didier-Dubreuil me semble devoir vous prêter un appui sérieux. Ne le pensez-vous pas ? Didier-Dubreuil ! ! ! Attendez donc ! J'ai connu un Didier-Dubreuil .... Ah ! J'y suis... C'était en décembre 1914, à Saint-Dié, où je fonctionnais comme expert auprès du Conseil de révision. Il était médecin-chef de l'hospice mixte, et nous avons déjeuné ensemble. ... Je vais lui écrire un mot pour lui remémorer ces brèves relations, et le prier, à leur faveur, de s'intéresser à vous.

Avez-vous fait acte de candidature auprès du Syndicat, ainsi que je vous l'avais conseillé ? Bien que tous les médecins de X ne soient pas syndiqués, je continue à penser que vous devez, que tous les jeunes devraient donner cette preuve de leur intention de vivre en contact avec les autres, dans le plus grand respect de la correction professionnelle.

Vous vous étendez amèrement sur la qualité des personnes qui, tout d'abord, ont franchi le seuil de votre cabinet. Auriez-vous préféré ne voir âme qui vive ? Elles vous ont fait perdre votre temps, me dites-vous. En êtes-vous bien sûr ? Ainsi, l'agent d'assurances qui, le premier jour, s'est présenté à vous, et que vous prîtes tout d'abord pour un client sérieux accueilli avec enthousiasme, vous a rappelé que vous deviez vous assurer contre l'incendie, contre les

(1) Le jeune médecin, 1er février 1928.

accidents, sur la vie, et contre la responsabilité professionnelle. Vous n'avez encore rien conclu avec lui, et vous fîtes bien. Mais ne tardez pas à vous mettre en règle, ne serait-ce qu'en ce qui concerne le feu qui pourrait menacer votre mobilier et votre matériel ; c'est d'ailleurs une précaution indispensable pour vous et votre bail vous en fait très certainement une obligation.

Pour vous assurer contre les accidents, attendez que vous ayez une voiture, mais assurez sans tarder votre personnel domestique contre les accidents du travail ; pour vous assurer sur la vie, attendez d'être marié. *Pour vous assurer contre la responsabilité professionnelle, n'attendez pas un jour.* Vous ne trouverez pas mauvais que je vous conseille de faire partie du « Sou Médical»,dont vous savez que je suis Secrétaire général adjoint. Le « Sou médical » n'est d'ailleurs pas seulement une sorte d'assurance contre les risques professionnels jusqu'à concurrence de soixante-dix mille francs. C'est une Ligue de défense et de protection individuelle qui fournit son influence, ses conseils juridiques avec consultations d'avocats spécialisés, son appui moral, et s'il y a lieu, pécuniaire, à ceux de ses membres qui se trouveraient lésés ou menacés dans les intérêts qui découlent de leurs droits professionnels, et les soutient dans toutes les difficultés professionnelles dont la solution intéresse le Corps médical tout entier.

Si vous pensez qu'une couverture de 70.000 fr. contre ce risque est insuffisante, rien de plus simple que de contracter une assurance complémentaire. Ainsi font certains praticiens, qui s'assurent pour des 200.000, 300.000 et même davantage... C'est d'ailleurs une erreur et un mauvais calcul pour le présent. Cela peut-être un danger pour l'avenir. Le jour où les magistrats sauront que le médecin s'est donné une garantie de cette importance, ils n'hésiteront pas à augmenter singulièrement les dommages-intérêts qu'ils accorderont aux victimes des erreurs commises par lui.

Demandez donc sans plus différer, votre admission au « Sou Médical ». Comme vous ne faites pas encore partie d'un Syndicat, il vous faut être présenté par deux parrains. J'en fais mon affaire, et serai l'un d'eux si vous le voulez bien.

Deux jours plus tard, vous avez reçu, avec déjà plus de méfiance, le garagiste qui vint vous faire des offres pour vous vendre une voiture. Vous avez pris acte en remettant à plus tard ; je vous en approuve ; mieux vaut tout d'abord recourir à l'auto de louage pour les visites lointaines que vous seriez appelé à faire, quand vous ne pourrez pas utiliser la modeste bicyclette, dont il me semble bien que vous fûtes naguère un fervent. Avant même d'en arriver à la voiture, peut être, quand vos occupations seront devenues plus nombreuses, vous trouverez vous bien, durant quelque temps, d'une bonne moto. Les événements vous dicteront votre conduite.

Vous avez aussi subi, avec une irritation grandissante, le défilé de tous les fournisseurs venus solliciter votre clientèle. Même, l'un d'eux, le boulanger, vous a « tapé » d'une consultation pour son petit dernier qui a des « croûtes de lait », Vous avez marché, sans rien laisser voir de votre mauvaise humeur, et bien vous fîtes. Tout cela et ce qui vous arrivera encore de pareil très certainement, c'est la rançon de vos débuts dans la carrière ; c'est, en quelque sorte, façon de « payer la bienvenue ». Nous y passons tous plus ou moins, et il n'a rien d'exceptionnel, ni qui soit de nature à vous troubler au point où je vous sens.

Vous ne devez pas éprouver davantage de trouble à l'occasion de cet accouchement que vous avez été appelé à faire, dans un taudis, chez ces Polonais, que vous trouvâtes, le mari légèrement ivre, la femme couchée sur un grabat sordide, entourée de trois commères dont chacune voulait vous donner son avis.

Je comprends votre émoi, en vous remémorant votre stage de six mois à la Maternité où l'accoucheur quel, qu'il soit, depuis le chef de service jusqu'au dernier venu des stagiaires, en passant par la sage-femme, l'interne, les externes, se sent soutenu par les assistants, aidé, conseillé utilement au besoin, opère dans un milieu où tout concourt à réaliser les conditions les meilleures de la parturition, dans une atmosphère propre et saine. Mais vous en verrez bien d'autres. L'essentiel, c'est que tout se soit bien passé, et que vous n'ayez même pas « tiqué », quand vous avez entendu l'une des commères, vous voyant enfiler vos gants de caoutchouc, maugréer entre haut et bas : « Il a donc peur de se salir les mains ! ! ! »

Pareille mésaventure m'est arrivée, il y a trente ans, la première fois que, pour une application de forceps, j'ai voulu ébarber une vulve luxurieusement chevelue... J'ai passé pour un sadique, comme vous avez été pris vous-même pour un dégoûté.. Et il y avait de quoi ! ! ! Nous ne sommes cependant, ni l'un, ni l'autre, des dégoûtants ! !

Cette visite, à six kilomètres, chez ce gentilhomme fermier dont l'enfant, me dites-vous, vous a présenté tous les symptômes d'une cystite du col dont vous ne vous expliquez pas l'origine, me semble aussi d'excellent augure, même si vous avez payé trente francs la location d'une auto alors que vous n'avez reçu que vingt-cinq francs d'honoraires. Mais, il faut que vous précisiez votre diagnostic. Vous deviez revoir votre petit malade au bout de huit jours. Retournez-y donc, et examinez-le, si j'ose dire, de fond en comble. Faites-le mettre complètement nu ; il a à peine un an : rien de plus facile. Explorez tous les appa-

reils, les uns après les autres. Et ne manquez pas surtout d'examiner la gorge. Mais terminez par là. Les enfants se révoltent contre cette inspection ; ils se débattent ; ils crient...

C'est donc une tactique habile que de profiter de ce que vous pourrez obtenir de tranquillité, tout d'abord, pour étudier tout le reste, avant d'en arriver à abaisser la langue pour voir le fond de la gorge, au risque d'une rébellion qui éclate neuf fois sur dix.

Puisque le libre choix existe dans l'Assistance médicale de votre département, demandez à faire partie du service médical. Vous rencontrerez, là aussi, des difficultés insoupçonnées de vous. Et dites-vous bien que les assistés ne sont pas des clients toujours commodes. Mais ce sera un moyen de donner un aliment à votre besoin d'activité, que vous souffrez de ne pouvoir satisfaire suffisamment.

Vous me parlez également de cette pauvre femme dont vous avez trouvé tout le petit-bassin envahi par un néo utérin ; et vous me faites part de votre désarroi quand, votre examen fait, vous avez appris que tout ce qu'il était humainement possible avait été conseillé par tous les médecins de la cité, appelés successivement, alors qu'il était trop tard. Comme elle n'avait pas d'appétit, — cela se conçoit ! — vous lui avez prescrit des gouttes amères de Baumé, dont vous n'avez vu nulle mention sur les innombrables ordonnances qui vous furent communiquées. Eh bien ! Ce n'est pas déjà si bête, et je vous fais mon sincère compliment. Si, à côté de votre savoir, que je sais sérieux, vous avez du savoir-faire, je ne doute pas de votre succès. Mais il y faudra du temps, et que vous vous disiez bien, très philosphiquement, que vos premiers clients seront représentés par tous les chroniques, qui auront épuisé toute la science de vos confrères et qui épuiseront pareillement la vôtre ; par tous les mauvais payeurs ; et par tous les pauvres bougres , — telle votre famille polonaise, — qui spéculeront sur votre jeunesse, sur votre pitié, sur votre soif d'occupation à n'importe quel prix.

Car vous n'avez que vingt-sept ans, mon cher ami. Vingt-sept ans ! Et vous vous permettez d'être découragé, à peine vos premières armes faites ? Vous vous vantez amèrement de n'avoir que des sujets d'alarme ? Vingt-sept ans ! La vie est belle, et l'avenir est à vous.

Dans tout ce que vous m'avez raconté, là où vous ne trouvez motif qu'à désillusion, je ne vois, moi, que sujet de satisfaction. Souvenez-vous de cet homme politique qui s'écriait , devant une caricature qui le ridiculisait : « J'aime mieux, qu'on dise du mal de moi que de n'en pas parler du tout ». Il vaut mieux, pour vous, donner à l'œil quelques conseils à un fournisseur roublard, soigner non moins gratuitement quelque loqueteux, dont vous n'aurez peut-être pas même la reconnaissance, que de ne voir personne... Et puis, soignez-moi tout ce monde là avec la conscience la plus scrupuleuse ... Que votre dévouement ne lui soit pas marchandé. Cela se redira, et vous en recueillerez un jour le profit. Je souhaite que ce jour ne soit pas trop lointain. Et j'espère bien que mon souhait sera exaucé.

G. DUCHESNE.

LA RÉGLEMENTATION DES SUBSTANCES TOXIQUES

Arrêté du 20 juillet 1927 fixant les doses de substances vénéneuses, auxquelles les préparations médicamenteuses, pour l'usage de la médecine humaine, ne sont plus assujetties à la réglementation des substances vénéneuses.

Le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu le décret du 14 septembre 1916, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 19 juillet 1845 sur le commerce des substances vénéneuses, modifiée et complétée par la loi du 12 juillet 1916, et notamment, les articles 29, 39 et 47 dudit décret ;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en date du 11 juillet 1927 ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les dispositions du chapitre II du titre premier du décret du 14 septembre 1916 sur le commerce des substances vénéneuses ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine, qui renferment des substances désignées aux tableaux annexés au présent arrêté, lorsque ces substances s'y trouvent en quantité ou des concentrations égales ou inférieures aux quantités et aux concentrations indiquées aux dits tableaux.

Lorsqu'une préparation contient plusieurs des substances énumérées à ces tableaux, les maxima indiqués seront réduits, pour chacune d'elles, proportionnellement au nombre des dites substances.

ART. 2. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, et le conseiller d'Etat, directeur des services sanitaires et scientifiques et de la répression des fraudes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juillet 1927.

Signé : A. FALLIÈRES.

Préparations médicamenteuses renfermant des substances du tableau A.

DÉNOMINATION DES MÉDICAMENTS	MÉDICAMENTS POUR L'USAGE INTERNE			MÉDICAMENTS POUR L'USAGE EXTERNE	
	Non divisés en prises. Concentration maxima p. 100 (en poids).	Divisés en prises. Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Concentration maxima p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public. (en grammes).
Acide cyanhydrique à 2 %	0 025	0 015	0 30	0 20	10
Aconit racine (extrait)	0 033	0 003	0 66		
Aconit racine (poudre)	0 10	0 01	0 20		
Aconit racine (teinture)	1 00	0 10	2		
Belladone (feuilles)	0 20	0 020	0 40	2 00 (1)	10
Belladone (extrait)	0 025	0 0025	0 05	1 00	5
Benzoate de mercure				0 025	0 125
Bichlorure de mercure				0 025	0 125 (2)
Biiodure de mercure				0 075	0 40
Bromoforme	0 10	0 02	0 40		
Cantharides (poudre)				33 (3)	10
Cantharides (teinture)				10 00	50
Chloroforme	0 50	0 05	1 00	10 00	10
Codéine	0 10	0 01	0 20		
Codéine (phosphate)	0 15	0 015	0 30		
Colchicine	0 001	0 0002	0 004		
Colchique (poudre)	0 10	0 015	0 30		
Colchique (extrait)	0 03	0 005	0 10		
Cyanure de mercure				0 075	0 40
Fèves de St-Ignace (poudre)	0 10	0 01	0 20		
Fèves de St-Ignace (teinture)	0 50	0 05	1 50		
Huile de croton (p. topiques)				1 00	1 50
Jusquiame (feuilles)	0 20	0 02	0 40	2 00	10
Jusquiame (extrait)	0 10	0 01	0 20	1 00	5
Laudanum de Sydenham	0 50	0 10	2 00	2 50	2 50
Noix vomique (poudre)	0 10	0 01	0 20		
Noix vomique (extrait)	0 03	0 004	0 08		
Noix vomique (teinture)	1 00	0 10	2		
Opium (teinture)	0 50	0 10	2	2 50	2 50
Pilocarpine (sels)	0 02	0 002	0 04	1 00	0 50
Santonine (4)	1 00	0 01	0 10		
Stovaïne	0 10	0 01	0 20	1 00	1 00
Stramoine (feuilles)	0 20	0 02	0 40	2 00	10 00
Stramoine (extrait)	0 025	0 005	0 20	1 00	5 00
Strychnine (sulfate)	0 025	0 0005	0 010		

(1) Dans les cigarettes, ces feuilles peuvent être délivrées en nature à la dose de 1 gramme par cigarette et en quantité totale non supérieure à 10 cigarettes.

(2) Ces solutions ne peuvent être délivrées que colorées en bleu ou jaune.

(3) Cette dose n'est autorisée que pour les emplâtres et sparadraps.

(4) Ce médicament ne peut être délivré qu'en tablettes ou en pastilles.

Préparations médicamenteuses renfermant des substances du tableau B.

DÉNOMINATION DES MÉDICAMENTS	MÉDICAMENTS POUR L'USAGE INTERNE			MÉDICAMENTS POUR L'USAGE EXTERNE	
	Non divisés en prises Concentration maxima p. 100 (en poids).	Divisés en prises Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Concentration maxima p. 100 (en poids).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes)
Cocaïne (chlorhydrate) (1)		0 001	0 03	1 .00	0 30
Ethylmorphine	0 10	0 01	0 20		
Morphine (chlorhydrate)	0 005	0. 001	0 03		
Opium (extrait)	0 025	0 005	0 10	0 25	0 125
Opium (poudre)	0 05	0 01	0 20		

(1) Les doses ainsi indiquées ne s'appliquent qu'aux tablettes et aux pastilles pour ce qui concerne l'usage interne et aux pommades pour ce qui concerne l'usage externe.

Préparations médicamenteuses inscrites au tableau C et contenant des substances des tableaux A et B.

DÉNOMINATION DES MÉDICAMENTS	MÉDICAMENTS POUR L'USAGE INTERNE			MÉDICAMENTS POUR L'USAGE EXTERNE.	
	Non divisés en prises Concentration maxima p. 100 (en poids).	Divisés en prises. Doses maxima par unité de prise (en grammes).	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).	Concentration maxida p. 100 (en poids)	Poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public (en grammes).
Eau de laurier-cerise	0 50	0 30	6	5 00	25
Elixir parégorique	10 00		40		
Sirop de morphine	20 00		60		
Sirop d'opium	12 50		60		
Teinture de belladone	2 00	0 20	4	20 00	40
Teinture de colchique	1 60	0.15	3		
Teinture de jusquiame	2 00	0 20	4	20 00	40

Commentaires

Cet arrêté n'a pas encore été publié au *Journal officiel*. Nous pourrions donc discuter la validité de pareil texte, qui n'a pas été porté à la connaissance du public, par les voies ordinaires.

Je sais bien que les textes législatifs et réglementaires ne concernent que la promulgation et la publication des lois et décrets (ces derniers émanent du Président de la République, alors que les arrêtés émanent d'un ministre, d'un préfet ou d'un maire.)

Les ordonnances des 27 novembre 1816 et 18 janvier 1817, le décret du 5 novembre 1870, la loi du 25 février 1876, celle du 16 juillet 1876, article 7 et le décret du 6 avril 1876 ne concernent que la promulgation et la publication des lois et décrets, sans faire allusion aux arrêtés.

Cependant, la loi du 5 avril 1884, sur les conseils municipaux, spécifie, en son article 96, que « les arrêtés du maire ne sont obligatoires qu'après avoir été portés à la connaissance des intéressés, par voie de publications et d'affiches, tou-

tes les fois qu'ils contiennent des dispositions générales et, dans les autres cas, par voie de notification individuelle. La publication est constatée par une déclaration certifiée par le maire. »

Dans ces conditions, il serait possible de contester la mise en pratique de l'arrêté ministériel ci-dessus, du 20 juillet 1927, tant qu'il n'a pas été publié au *Journal officiel.*

Interrogé sur ce sujet, par M. Georges Faugère, député, le Ministre du Travail a fait paraître dans le *Journal officiel* du 9 décembre 1927 la réponse suivante :

14053. — M. Georges FAUGERE, député, demande M. le ministre du travail : 1° s'il est exact qu'il a apris, à la date du 20 juillet 1927, un arrêté aux termes duquel les dispositions du chapitre 2 du titre Ier du décret du 14 septembre 1916 sur le commerce des substances vénéneuses ne sont plus applicables à certaines préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine qui figurent dans des tableaux annexés audit arrêté ; 2° si cet arrêté a été publié au *Journal officiel* et à quelle date ; 3° dans le cas où cette publication n'aurait pas eu lieu, quels en sont les motifs et quelle valeur d'obligation peut avoir cet arrêté, qui n'a pas été officiellement porté à la connaissance des intéressés. (*Question du* 23 *novembre* 1927.)

Réponse. — 1° Il est prévu par les articles 29, 39 et 47 du décret du 14 septembre 1916, sur le commerce des substances vénéneuses, qu'un arrêté doit fixer les doses des substances des tableaux A, B et C que pourront contenir les préparations médicamenteuses sans être soumises aux dispositions du chapitre II du titre Ier du décret précité. Il n'avait pas paru possible jusqu'ici, en raison des nombreuses difficultés d'applications, de prendre l'arrêté susvisé. Cependant, sur la demande réitérée de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France, et après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France est intervenu à la date du 20 juillet dernier, l'arrêté dont il s'agit ; 2° cet arrêté n'avait pas à être publié au *Journal officiel* ; 3° les dispositions de cet arrêté sont applicables et, à cette fin, ont été notifiées, par l'intermédiaire de M. le ministre de l'agriculture, au service de l'inspection des pharmacies ; en outre, il en a été donné connaissance à l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France laquelle en a assuré une très large publicité.

Le ministre ne dit pas pourquoi ledit arrêté ne doit pas être publié au *Journal officiel.*

Certes, une certaine publicité a été donnée à ce texte, notamment par les journaux pharmaceutiques ; mais néanmoins, aucune de ces revues n'a le caractère officiel, que représente le *Journal officiel*, qui, avec le *Bulletin des Lois*, a seul qualité pour porter, à la connaissance de tous les Français, les textes législatifs et réglementaires, émanant soit du Parlement, soit du pouvoir exécutif central.

Aussi, donnons-nous à notre tour, communication de cet arrêté à nos lecteurs, mais en faisant toutes réserves sur sa légalité, en raison de son défaut de publication régulière.

Cet arrêté du 20 juillet 1927 a été pris en conformité des dispositions des articles 29, 39 et 47 du décret du 14 septembre 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

L'article 29 est ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent chapitre (régime des substances du tableau A, lorsqu'elles sont destinées à la médecine humaine, ou vétérinaire) ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses, renfermant des substances du tableau A à des doses trop faibles, pour que les dites préparations puissent être soumises à la présente réglementation »

« Ces doses seront fixées, pour chacune de ces substances, par arrêté du Ministre de l'Intérieur, pris l'avis du Conseil supérieur de l'Hygiène publique de France. Cet arrêté sera inséré au Codex. »

Article 39 : « Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances, prescrivant pour une période supérieure à sept jours, les substances du tableau B, lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdiction édictées par l'article précédent (article 38).

Enfin l'article 47 du décret de 1916 est ainsi conçu : « A dater de la publication de chacun des arrêtés prévus à l'article 29, un délai de six mois, en ce qui concerne l'article 25 et le dernier paragraphe de l'article 43 aux intéressés pour se conformer aux prescriptions desdits articles (médicaments préparés d'avance, en vue de la vente au public et renfermant des substances des tableaux A, B ou C.)

Des termes de cet article 47, nous concluons que, contrairement à la réponse donnée plus haut par le Ministre du Travail, chacun de ces arrêtés, pris en conformité du décret du 14 septembre 1916, doit être publié, c'est-à-dire paraître au *Journal officiel.*

Nous sommes étonnés que les bureaux, qui ont rédigé la réponse ministérielle ci-dessus, ne se soient pas reportés au texte même du décret.

Dr Paul BOUDIN.

LE SECRET MÉDICAL

Discussion du rapport de M. Balthazard sur le secret médical (1)

Par M. J. VANVERTS, membre correspondant.

Les médecins ont été heureux de voir la question du secret médical venir en discussion à l'Académie. La raison de leur satisfaction se trouve exposée dans la première phrase de l'intéressant rapport du professeur Balthazard : « Les exigences croissantes des particuliers, des Administrations privées ou publiques mettent en péril la notion du secret médical. » Voilà, messieurs, une constatation dont il est inutile de démontrer l'exactitude, mais dont il faut souligner l'importance et la gravité.

Le secret médical étant gênant, il n'y a qu'à ne pas en tenir compte, se disent ceux qui ont intérêt à le voir disparaître. Et, sans chercher les conséquences possibles de cette disparition, sans s'être préalablement documentés sur la nature et sur les raisons de ce secret, sans s'être même demandé si sa suppression atteindra le but qu'ils poursuivent et n'aboutira pas au résultat inverse de celui qu'ils désirent, ils le négligent et agissent comme s'il n'existait pas.

La Commission de l'Académie, par l'organe de son rapporteur, proclame une fois de plus que la loi et la jurisprudence sont d'accord en France pour imposer au médecin le silence le plus absolu, lorsqu'il est sollicité soit par des particuliers, soit par les Administrations privées ou publiques, soit par la justice, de révéler la nature des maladies qu'il a observées chez ses clients. Les médecins, qui ont toujours considéré le secret médical comme leur étant imposé par leur conscience, sont reconnaissants à la Commission de l'Académie d'avoir formulé en termes aussi nets l'obligation absolue de ce secret.

Le droit de garder le silence sur tous les faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession est un privilège que les médecins défendent jalousement. On en conclut trop souvent qu'ils agissent ainsi dans leur intérêt. Il s'agit là d'une erreur contre laquelle on ne saurait s'élever trop énergiquement. C'est, du reste, dans l'intérêt particulier des malades et dans l'intérêt général de la société que le respect absolu du secret médical a été codifié par la loi.

On a dit que le secret médical résultait d'un contrat entre le malade et le médecin, contrat en vertu duquel le premier s'engage à confier ses secrets les plus intimes au second, à la condition formelle que celui-ci s'engage de son côté à ne les révéler en aucune circonstance. Il faudrait ajouter au moins que ce contrat est tacite, puisque le fait pour un malade de demander les conseils d'un médecin suffit à l'établissement dudit contrat, sans autre formalité. Mais le secret médical est plus que la résultante d'un contrat. N'existe-t-il pas du fait qu'un médecin est tenu à le respecter en toute circonstance, même quand il est appelé par un tiers à donner ses soins à un malade qui ne l'a même pas choisi ?

Dans l'intérêt général de la société, il faut que le respect du secret médical soit assuré à tous ceux qui souffrent pour qu'ils puissent s'adresser en toute confiance au médecin et recevoir de lui les soins dont il a besoin. Combien de malades ou de blessés renonceraient à demander l'aide du médecin s'ils craignaient la dénonciation de faits dont celui-ci aurait connaissance au cours de l'exercice de ses fonctions ? N'avons-nous pas tous déploré que des erreurs commises volontairement par des malades aient rendu malaisé ou égaré notre diagnostic et qu'elles aient eu des conséquences fâcheuses pour les intéressés ?

Les médecins, dit-on parfois, sont les premiers à porter atteinte au secret médical et ils ne semblent pas lui attacher une grande importance. Tout en reconnaissant que certains de nosconfrères ne se rendent pas compte des devoirs qui leur incombent en cette matière et divulguent sans aucune nécessité à des tiers les maladies et les tares de ceux qu'ils soignent, nous devons déclarer qu'il s'agit là d'erreurs qui ne peuvent être invoquées contre le dogme de l'intangibilité du secret médical. Le Corps médical continue et continuera à défendre celui-ci dans l'intérêt de tous contre ceux qui veulent et voudront le détruire. Il a, sans doute, protesté avec une vigueur insuffisante contre les atteintes dont ce dogme a été l'objet dans les lois et règlements des Administrations publiques et privées ; mais, bien loin d'y renoncer, comme on l'a parfois soutenu, il a exprimé récemment une opinion catégorique à son sujet : au cours du Congrès des Syndicats médicaux il a, à l'unanimité des 17.000 médecins représentés, déclaré qu'il ne collaborerait à la loi d'assurances sociales que si celle-ci assurait le respect absolu du secret professionnel « qui ne devra être violé ni directement ni indirectement ».

La suppression du secret médical est commode, car elle permet de demander au médecin qui traite un malade ou un blessé des renseignements sur la nature, sur l'évolution, sur le pronostic et même sur les causes des lésions. Le médecin traitant n'est-il pas mieux placé que quiconque pour fournir les certificats utiles au fonctionnement

(1) *Académie de médecine*, séance du 31 janvier 1928.

d'une organisation publique ou privée, s'occupant des malades ou des blessés ?

Le système est très simple : il est même économique, car il permet de confier au même individu le soin du traitement et celui de la rédaction des certificats et des rapports ; il fait ainsi du médecin traitant un véritable médecin contrôleur. Mais il repose sur une erreur primordiale et il ne peut donner que de mauvais résultats. L'erreur consiste dans l'oubli du rôle et des devoirs du médecin traitant qui, comme l'indique son nom, est destiné à assurer le diagnostic et le traitement des malades et qui est tenu au secret absolu pour tous les faits dont il a connaissance au cours de l'accomplissement de sa tâche. Ce médecin n'a pas à s'occuper d'autres choses et — théoriquement du moins — il ne devrait jamais être appelé à fournir des renseignements sur son malade.

On a proposé de tourner la difficulté de la façon suivante : le médecin, pour respecter le secret médical, ne doit jamais remettre à un tiers un certificat concernant le malade qu'il soigne ; mais il a le droit de délivrer à celui-ci les certificats ou attestations qu'il demande et dont il fera l'emploi qu'il jugera bon. Ce raisonnement constitue une pure hypocrisie : quand un malade réclame un certificat, c'est pour le communiquer à un tiers ; le médecin sait l'usage qui sera fait de ce certificat et, en le délivrant en qualité de médecin traitant, il viole *indirectement* le secret médical. J'ai été particulièrement heureux de voir le professeur Balthazard soutenir, dans l'une des motions du Congrès des Syndicats, à laquelle je faisais allusion plus haut, que, dans la future loi sur les assurances sociales, le secret médical ne devait être violé ni directement, ni indirectement.

On a eu tort et l'on continue à avoir tort de confondre le médecin traitant et le médecin qui — expert officieux, mandaté, soit par un particulier, soit par une Administration publique ou privée — est chargé d'examiner un malade ou un blessé non à l'effet de lui donner des soins, mais pour établir un certificat ou un rapport qui sera communiqué à son mandant. Ce second médecin n'est pas tenu au secret vis-à-vis de celui qui l'a délégué et le malade sait, au moment où il est examiné par lui, le but de cet examen.

Les deux rôles dont je viens de rappeler la différence ne peuvent être remplis par le même médecin (1). Ils sont cependant confondus dans de très nombreux cas et les résultats de cette confusion sont loin d'être brillants. C'est, qu'en effet, le médecin traitant est tenu au secret médical et qu'il est mal placé pour rédiger des certificats et des rapports concernant les malades qu'il soigne : certificats ou rapports qui, pour répondre au but poursuivi, doivent être complets et impartiaux.

Le professeur Balthazard s'élève avec raison contre l'exigence des Compagnies d'assurances-vie qui réclament le diagnostic de la maladie ayant causé la mort d'un assuré. Il trouve de même inadmissible la prétention des Administrations départementales d'obtenir communication de la nature des maladies traitées chez les assistés. Cette protestation doit s'étendre à bien d'autres faits. Qu'il s'agisse de Sociétés de secours mutuels participant aux frais de traitement et de chômage de leurs membres, qu'il s'agisse d'Administrations publiques ou privées devant accorder des congés pour maladie, etc..., une attestation médicale, mentionnant la nature de l'affection, est exigée et, en son absence, l'intéressé ne peut obtenir l'indemnité ou le congé auquel il a droit. Il est à noter que cette formalité est inutile et vexatoire, que la connaissance du diagnostic des maladies ne présente aucun intérêt pour ceux qui sont chargés de délivrer des indemnités ou des congés et qu'il leur suffit de savoir qu'il existe une maladie. Mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que le médecin traitant est placé dans les conditions les plus mauvaises pour délivrer les certificats qu'on réclame de lui et que les diagnostics de la nature des maladies ou de l'existence d'une incapacité qu'il est obligé de fournir sont loin de répondre toujours à la vérité. Peut-il en être autrement ? La responsabilité de cette situation ne doit pas retomber sur les médecins, mais sur ceux dont les exigences illogiques ont établi une situation défectueuse.

Les exemples pourraient être multipliés et pris dans les lois sociales actuelles. J'ai fait allusion à l'assistance médicale gratuite. Mais que dire de la loi sur les accidents du travail qui charge les médecins traitants d'établir les certificats concernant la durée d'une incapacité provisoire, la date d'une consolidation, le taux d'une incapacité permanente ? Il n'est meilleure preuve de l'erreur commise par ceux qui ont rédigé et voté cette loi bienfaisante que celle des résultats trop souvent mauvais que donne son application.

Au lieu de persister dans la voie où l'on s'est engagé, il faut — le Corps médical le réclame — que l'on en sorte et que l'on voie les choses telles qu'elles sont. Au lieu de négliger le secret médical, il faut veiller à sa conservation et à son respect.

Je ne m'illusionne pas sur les difficultés de la tâche et je sais l'énergie et la persévérance qui seront nécessaires pour « remonter le courant » ; mais je considère qu'il s'agit là d'une œuvre indispensable.

Le secret médical doit toujours être respecté :

(1) Voir J. Vanverts. — A propos des certificats médicaux. Certificat et secret médical. (*Gaz. des hôpitaux*, 16 *septembre* 1913, p. 1643.)

voilà la règle. Il y aura donc à rechercher les cas où, sans le violer, le médecin traitant pourra délivrer des certificats. Quand je rappelais plus haut l'incompatibilité qui existe entre le rôle du médecin traitant et celui du médecin certificateur, j'énonçais un principe général qui présente des exceptions. Sans entrer dans la discussion de cette question, je citerai quelques exemples qui feront comprendre ma pensée. Un médecin, ayant pratiqué une vaccination chez un de ses clients, peut, sans violer le secret médical, attester dans un certificat l'acte qu'il a rempli et les résultats obtenus. Le médecin d'un individu est appelé pour constater l'accident dont celui-ci vient d'être victime au cours de son travail ; avant de lui donner aucun soin, il procède à des constatations et il établit son diagnostic ; il peut ensuite, sans violer le secret médical, exposer lesdites constatations et mentionner son diagnostic dans un certificat dit initial ; il se borne, en effet, à noter ce qu'il a vu, sans aucunement tenir compte de l'état antérieur qu'il peut connaître (1).

Je me permets donc de demander à l'Académie de vouloir bien émettre le vœu que, dans les lois et dans les règlements des Administrations publiques et privées, le respect du secret médical soit rigoureusement assuré. Le contrôle des bénéficiaires de toute organisation peut naturellement être fait, à la demande des Administrations, par des médecins que celles-ci mandatent et qui, n'étant pas médecins traitants de ces bénéficiaires, ne sont pas astreints au secret médical vis-à-vis de leurs mandants.

***

M. Balthazard, dans la seconde partie de son rapport et dans la seconde conclusion qu'il soumet à l'Académie, admet que le secret médical peut être violé dans l'intérêt du malade si le médecin estime en conscience être autorisé à parler et s'il a été libéré préalablement du secret par l'intéressé.

On voit très bien les motifs qui ont amené notre collègue à cette conclusion. Il est des cas où le médecin traitant, qui a eu connaissance de certains faits dans l'exercice de ses fonctions, peut seul apporter un témoignage sur ces faits et défendre son client contre les attaques dont il est l'objet. En gardant le silence, il risque de laisser la justice s'égarer et rendre un arrêt injuste, il semble devenir le complice d'actes mauvais qu'il aurait pu éviter en parlant.

Le médecin ne pourrait violer le secret que pour être utile à son client et il aurait le droit de se taire si sa conscience lui interdisait de parler ou de délivrer un certificat Mais le malade, qui serait appelé à le délier du secret, se rendrait-il toujours bien compte de ce dont il s'agirait et des conséquences de l'autorisation qu'il donnerait ? Des influences diverses ne pourraient-elles intervenir pour l'amener à accorder cette autorisation et son refus ne serait-il pas interprété comme une preuve de culpabilité ou de l'existence de faits dont la révélation serait redoutée ?

Le médecin lui-même pourrait-il toujours prévoir les conséquences de son intervention et ne risquerait-il pas, au cours d'un interrogatoire judiciaire, de se trouver entraîné à révéler des faits défavorables à son client ? Son silence ne serait-il pas considéré comme un argument dont on pourrait faire état contre l'intéressé ?

La situation des médecins, qui est actuellement nette et précise, puisque le devoir de garder le secret est absolu, deviendrait très délicate. A propos de chaque cas, nos confrères devraient réfléchir à la conduite qu'ils devraient suivre ; ils se demanderaient souvent, avec angoisse, si leur devoir et l'intérêt de leur client leur commanderaient de parler ou de se taire. Quelle responsabilité encourraient-ils vis-à-vis des intéressés dont les uns leur reprocheraient de se refuser à parler et les autres d'avoir trop parlé ?

Que l'on réfléchisse enfin à l'impression faite sur le public par ce nouveau dogme de la « relativité » du secret médical. Les malades, n'étant plus assurés de l'inviolabilité des secrets confiés aux médecins, hésiteraient à s'adresser à eux en toute confiance, ce qui entraînerait les conséquences fâcheuses rappelées plus haut.

L'inviolabilité du secret médical peut présenter, dans certains cas, des inconvénients sérieux. Mais n'en est-il pas de même et à un plus haut degré de celle qui concerne les confidences faites au prêtre et a-t-on jamais eu la prétention, bien inutile du reste, de demander à celui-ci la révélation des faits qu'il connaît ? La perfection n'étant pas de ce monde, il faut faire le mieux possible. Si l'on met en parallèle les avantages et les inconvénients du secret médical, on doit conclure que les premiers l'emportent nettement sur les seconds et qu'en conséquence cette inviolabilité doit être respectée.

Le Corps médical répugne à l'idée de dévoiler, même quand il est autorisé par les intéressés, les secrets qui lui ont été confiés et il se rend compte des dangers qui résulteraient de cette violation, même entourée des précautions signalées plus haut et autorisée par la loi. Il ne peut donc accepter que la moindre atténuation soit apportée à la rigueur du secret médical, et cela d'autant moins que, si celui-ci subissait une première atteinte, il continuerait à être peu à peu attaqué et finirait par disparaître.

Je ne puis que me ranger à cette doctrine du respect absolu du secret médical.

(1) L'opinion que j'expose ici est différente de celle que je soutenais dans le travail auquel j'ai fait allusion plus haut. J'ai, en effet, constaté que cette dernière n'était pas juste.

VARIÉTÉS

La thérapeutique au début du XVII[e] siècle

D'après les œuvres de Vincent Voiture.

« Il y avait à Paris, à la triomphante époque du *Cid*, un tout petit homme, bien fait, du reste, et portant avec désinvolture les dernières modes, lequel remplissait les salons, les ruelles, la ville et la cour de sa personne et de sa réputation. On le rencontrait partout : à l'hôtel Rambouillet, dont il était le roi ; au cabaret, quoiqu'il ne but que de l'eau ; dans les promenades en vogue ; chez toutes dames en renom, bourgeoises ou femmes de qualité ; chez le baigneur, au jeu, au Cours, au Louvre, où sa place de maître d'hôtel du roi lui donna ses entrées régulières à partir de 1639 ; à l'Hôtel de Bourgogne, dans les réduits et les cercles galants, à Rueil, à Chantilly, à Liancourt ; quelquefois même, quand il avait le temps, à l'Académie.

Cet heureux petit homme, ce favori du beau sexe, ce glorieux parangon sur lequel *tutti quanti* se modelaient avec empressement, — satellites de cet astre, lunes de ce soleil, — n'était autre que Vincent Voiture » (1).

Ajoutez qu'il courut la France, Madrid, l'Afrique du Nord, Lisbonne, Londres, la Belgique, Florence et Rome. Ajoutez qu'il suivit la faction de Monsieur, frère de Louis XIII, sans que Richelieu lui en ait gardé rancune et que ce fils de marchand de vin, avec la même élégance, savait perdre 1400 louis chez le premier en un seul soir et sous la haute direction du second aider Renaudot dans sa *Gazette* aux côtés de Mézeray, de Bautru et de La Calprenède. Il toucha à tout, à la prose, aux vers, au badin, à l'héroïque, à la plume, à l'épée et à la diplomatie. N'est-ce point là, en vérité, l'homme universel, de qui l'on peut le plus attendre de renseignements généraux et de détails piquants sur la médecine de son temps, vue non plus à travers les livres savants mais d'un regard profane ?

La chose est d'intérêt, car son temps n'est pas encore tout à fait celui maintes fois étudié de Molière. C'est une époque de transition, curieuse comme tous les moments pareils de l'histoire.

Voiture, par malheur, tient moins qu'il ne promet, à l'opposé de Mme de Sévigné, plus tard, dont les *Lettres* sont une mine inépuisable. Son caractère et la situation qu'il occupa dans le monde en sont la cause ; celui-là décida de celle-ci ; celle-ci fixa celui-là. Pour avoir surtout cherché à plaire, Voiture manque de nous instruire. Il tient une idée ; il la lance ; fait une pirouette et puis s'en va. Sous le brillant de la surface, un fond léger où on peut à peine prendre. On s'en aperçoit quand on étudie en médecin *les maladies de Voiture* d'après ses œuvres ; on s'en aperçoit quand on demande à celles-ci ce que fut la thérapeutique du temps.

(1) Victor Fournel. — *De Malherbe à Bossuet*, in-12, Didot, Paris, 1885, p. 25.

Pour aujourd'hui, laissons de côté *les maladies de Voiture* (1) et tenons-nous en au second point. Une raison de le choisir est, tout juste pourtant, que Voiture fut un perpétuel malade. Il eut ainsi assez nombreuses occasions d'apprendre à ses dépens pour pouvoir écrire à Mme la Marquise de Sablé, qui *ne se soucioit d'homme vivant que de son médecin et de son cuisinier* (2) :

Au pis aller, avec les secrets que j'ay dans la chymie et dans la medecine, vous me pourrez bien retirer chez vous et vous me ferez habiller en gentilhomme quand vous voudrez que ie vous mène (3).

Pur badinage, à dire vrai. Ses secrets ne sont pas profonds ; sa chymie et sa médecine sont courtes. Si vous lui parlez de la fièvre quarte, il vous dira qu'on en peut guérir *par une grande appréhension* (4). Comment cela ? — Bonsoir, Marquise. Voiture est loin...

Interrogez-le sur la petite vérole.

J'ay dit, Madame, que vous estiez aussi belle que vous l'estiez il y a quatre ans. Mais quand i'ay voulu dire que vous aviez plus d'esprit, on a creu que ie contois des choses incroyables et en cet endroit-là i'ay perdu toute créance. Aussi est-il vray qu'il se fait des miracles en vous qui ne se firent iamais en personne et il n'y a iamais eu que vous au monde qui soit sortie plus belle de la petite vérole et qui soit devenue plus habile à la campagne (5).

Et notre petit homme ne vous en dira pas plus long. S'il cite cette *maxime de médecine que toutes les choses douces se tournent en bile* (6) c'est pour la tourner, elle, en galanterie. Si le gourmet qu'il était décide qu'*un homme nourri de tisane et d'eau d'orge ne peut avoir la peau dure* (7), c'est

(1) Cf. Les Maladies de Voiture, *Concours Médical*, n° 7, 12 janvier 1928, p. 423.

(2) Lettre à Mlle Rambouillet, lettre LVI, p.185 (Je renvoie dans cet article à l'édition d'Amédée Roux des *Œuvres de Voiture*, in-8. Didot, Paris, 1856.)

(3) Lettre XIV, p. 106.

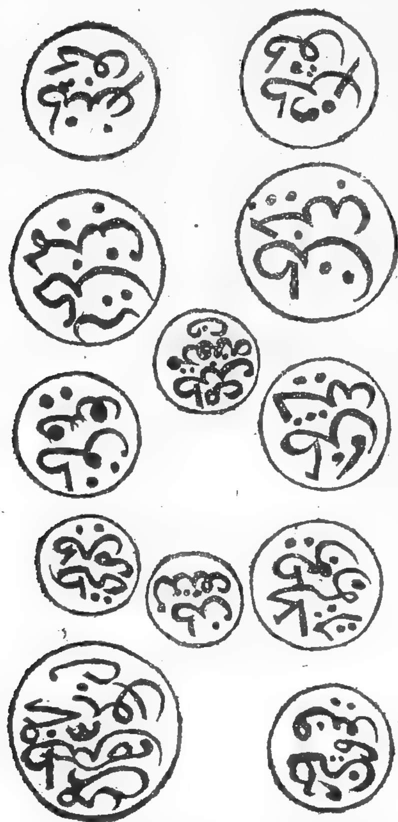
(4) Lettre à Mlle Paulet, lettre XXIII, p. 117. L'influence des émotions sur les fièvres était alors admise ; on y crut bien après Voiture et le tchèque Tznka von Krzowitz en rapportait encore de nombreux exemples à la fin du XVIII[e] siècle (*Historia febrium intermittentium*, Vienne, 1775, pars. II. sect, II. ct. 13 § 141.)

(5) Lettre à Mme la marquise de Sablé, lettre LXXXVIII, p. 235.

(6) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre LVII, p. 188.

(7) Lettre à M. le Marquis de Pisany, lettre LXXXIV, p. 230.

pour en tirer un compliment. S'il rappelle à Mlle de Rambouillet leur *querelle* à propos *du lait d'amande* (1), il ne la reprend pas pour nous en découvrir les détails. Et quand il reçoit de M. de Mauvoy de la *terre sigillée*, c'est tout badi-



Quelques sceaux de terre sigillée d'après les *Singularitez* de Pierre Belon.

nage (2), et nous restons ignorant du lieu d'où elle lui vint autant que des motifs qui firent qu'il en reçut.

Il est vraisemblable, d'ailleurs, que ce fut à titre de curiosité pure, car les vertus tonique, astringente, résolutive et antiputride attribuées à cette terre argileuse naturelle, faite de silice, d'alumine, d'oxyde de fer, de carbonates de magnésie et de chaux, intéressaient beaucoup moins Voiture, à coup sûr, que les marques très diverses qu'elle portait. Les Turcs, en effet, recueillaient alors cette terre à Lemnos en grande cérémonie ; ils la purifiaient par des lavages ; en faisaient des pains gros comme le pouce, arrondis d'un côté, aplatis de l'autre par l'empreinte d'un cachet qu'on disait être le sceau du Grand Seigneur. Le terme *terre sigillée* en est venu ; et, comme les marques étaient diverses, que sur de très anciennes pastilles même on trouvait *les armoiries de Diane sous la figure d'une chèvre* (1), la drogue était bien faite pour séduire non seulement un collectionneur mais encore un simple curieux.

Si ce fut ainsi en curieux, comme je le crois, et non en malade que Voiture reçut le cadeau de M. de Mauvoy, on s'explique la désinvolture avec laquelle il parle du remède. Aussi bien, nous l'avons vu et le retrouverons partout, cette tournure remplie de grâce, mais trop légère à notre gré, est la manière de Voiture. De là le besoin qu'a son texte d'un commentaire. Prenez un furoncle banal. Tout l'esprit du furonculeux ne le sauvera pas de cette banalité ; et pourtant il n'est pas sans intérêt de remarquer que le traitement des furoncles, au début du XVII[e] siècle, ne fut pas très différent du nôtre, à nos vaccins près. Volontiers nous nous imaginons que tout alors était cataplasmes. Cette erreur nous vaut la surprise de l'acte sanglant.

I'ay receu deux coups de ciseau
En un lieu bien loin du museau,
Landrirette.
Ie m'en porte bien, Dieu mercy.
Landriry (2).

Ciseau fut-il le mot propre ? Je ne pense pas ; mais il fallait ciseau pour la rime. Dans une autre circonstance, où Voiture fut meurtri en même région et où, plus encore, nous nous attendrions aux cataplasmes antiques, ce n'est encore pas à eux qu'on eut recours.

Les trois derniers chevaux que i'avois montez m'avoient mis en un pitoyable estat cet endroit que vous sçavez que Brunel monstroit à Marphise. I'en parlay a un fort honneste homme de Roane, que l'on m'a dit qui est apoticaire, lequel me donna quelque chose qui me soulagea fort. Depuis ie n'ay eu aucun mal que celuy de ne vous point voir. Mais à celuy-là il n'y a point de remède et le sel mercurial n'y fait rien (3).

Il y eut beaucoup de sels mercuriaux dans la vieille pharmacopée : le sel mercurial acéteux, le sel mercurial tartarisé (tartrate mercureux), le sel nitreux mercurial (oxychlorure ammoniacal de mercure, précipité blanc des anciens chimistes), le sel mercurial des alchimistes ou des philosophes, sel solaire ou armoniac et qui n'est que notre chlorure d'ammonium. Lequel employa l'apothicaire de Roanne ? Sans doute point le troisième ; car, s'il était d'usage autre-

(1) Lettre CXXXII, p. 300.
(2) Lettre CLIV, p. 326.

(1) N. Lémery. — *Dictionnaire universel des drogues simples*, Paris, 1698. § *Terra sigillata.* Voir dans *La Pharmacie française*, (septembre 1925) l'intéressante étude sur *La terre sigillée* de M.M. Bouvet, que nous remercions du cliché des *Singularitez* de P. Belon qu'il a bien voulu nous confier.
(2) Chanson à Madame la Princesse sur l'air de Landriry, p. 506.
(3) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre XCIII, p. 245

fois contre les affections cutanées, c'était comme cathérétique et l'écorchure du cavalier n'était pas de ces ulcères de mauvaise nature qu'on tente de ramener à meilleur état par action caustique. Plutôt le dernier, parce qu'il venait alors de loin, de Venise ou de Lybie, qu'il avait la vogue des choses un peu mystérieuses et parce qu'on l'employait, en effet, en solution comme stimulant léger des chairs contuses et des parties œdématiées. Mon *plutôt* est toutefois sans certitude et mieux vaudrait qu'il fût une méprise, car ce serait amusante chose que l'emploi antiseptique d'un sel mercuriel avant l'antisepsie.

Si de ces petites misères, nous passons aux maux plus graves dont souffrit Voiture, nous voyons qu'il avait confiance dans la thériaque contre ses étouffements et ses faiblesses, dans l'antimoine contre ses évanouissements.

I'ay des estouffemens et des foiblesses qui me prennent de jour à autre, sans que l'on puisse trouver icy de thériaque (1).

Il y a huict iours que me promenant le matin avec le chevalier de Iars, ie fusse tombé de mon haut, s'il ne m'eust receu entre ses bras et le lendemain au soir, ie m'esvanouis encore une fois dans la chambre de Mme la Mareschalle d'Estrée. Les médecins disent que ce sont des vapeurs mélancoliques et que ces accidents ne sont pas à mépriser. Pour moy, voyant que cela m'avoit repris deux iours de suite et que j'estois menacé de quelque chose de pis, ie n'ay esté ni fou, ni estourdi, i'ay pris de l'antimoine que M. Nerli m'a donné. En effet, cela m'a fait du bien. I'en porteray quatre prises avecque moy que ie veux faire prendre à Mme la Duchesse d'Aiguillon. Car il n'y a point de ripopés (2) *qui fassent de si bons effets ; et il faut me servir de cela, en attendant que celuy qui me l'a donné ait trouvé la recepte de l'*or potable *qu'il sçaura faire, à ce qu'il dit, au plus tard dans un an* (3).

Sur la thériaque on peut passer. Cet électuaire, imaginé, dit-on, par Andromaque, médecin de Néron, est la plus célèbre des préparations que les Anciens nous ont léguées et son histoire se trouve partout. Deux points seulement m'arrêteront : l'un qui n'a rien à voir avec Voiture : l'autre qui nous y ramène.

Disciples d'Hérophile, Philenus de Cos et Sérapion d'Alexandrie posaient en principe que toute recherche des causes des maladies est vaine, toute hypothèse stérile et qu'il fautpoursuivre la seule étude des substances médicamenteuses et de leurs effets. A des siècles d'intervalle, on croirait entendre Hahnemann. Le rapprochement est curieux en ce que, partis d'un même principe, celui-ci et ceux-là arrivent à deux extrêmes. Hahnemann, dans chaque cas donné, s'applique à découvrir la drogue unique dont les effets couvrent exactement les symptômes présentés par le malade. Les empiriques anciens, comme s'ils jugeaient insurmontable la difficulté de trouver à chaque fois une manière de spécifique, usaient de la plus étonnante polypharmacie, caressant l'espoir que la nature habile, parmi tant de remèdes, reconnaîtrait le bon.

Cela semble à nos yeux assez peu raisonnable ; mais, à la date où Voiture écrivait à Mme la Marquise de Rambouillet, la thériaque avait une grande vogue, que sa préparation solennelle faite à Paris par Moïse Charras vers le milieu du siècle, ne fit qu'assurer. Pourtant, il y avait quelques voix discordantes.

GUY PATIN (1601-1672)

« La réputation de la thériaque, écrivait Guy Patin à son ami Ch. Spon, de Lyon, le 4 février 1650, est sans effet et sans fondement. Elle ne vient que des apoticaires, qui font ce qu'ils peuvent afin de persuader au peuple l'usage des compositions et d'ôter s'ils pouvaient la connaissance et l'usage des remèdes simples, qui sont bien les plus sûrs et les plus naturels » (1).

Il y revenait quinze ans après (13 octobre 1665) :

« J'ai répondu à M. Grisi que je n'avois jamais rien fait pour me faire estimer de ces Mrs les Pharmaciens ; que je n'avais jamais ordonné de thériaque et autres telles bagatelles arabesques ; que j'aimois les petits remèdes qui n'étoient ni rares ni chers et que je faisois la Médecine le plus simplement qu'il m'étoit possible »(2).

(1) Lettre à Mme la Marquise de Rambouillet, lettre VI, p. 91.

(2) Ménage raconte que les moines mendiants portaient une outre de cuir où ils mêlaient les vins qu'on leur donnait. Rentrés au couvent, on vidait l'outre dans une futaille. Le mélange portait le nom de *ripopé*. D'où le sens de mélange de vins, de liqueurs, de sauces, de mauvais vin et même de mauvais discours. *Ripopé* appliqué aux préparations polypharmaceutiques du temps est une trouvaille de Voiture.

(3) Lettre à Mlle de Rambouillet, lettre XCVII, p. 249.

(1) *Lettres choisies de feu M. Guy Patin*, in-12, von Bulderen, La Haye, 1707, t. I, p. 99.

(2) *Idem*, t. III, p. 105.

On voit bien le bout de l'oreille. Pour grande part, le mal que pense Guy Patin de la thériaque vient de la haine solide qu'il avait vouée aux apothicaires. De même le rôle actif qu'il prit dans la guerre contre l'antimoine tient à son courroux contre toute école qui n'était pas la sienne. Etranger à telles querelles, Voiture, homme de cour, est pour la thériaque et pour l'antimoine contre le doyen.

Je me garde de refaire, ici, l'histoire de la *Dispute de l'antimoine* après tant d'autres qui l'ont écrite mieux que je ne saurais. Ceci seulement vaut d'être noté qu'à l'heure des lettres de Voiture, l'Arrêt solennel du Parlement de Paris de 1566, qui condamnait l'antimoine, valait toujours. Quand, plus tard, l'émétique guérit le jeune roi à Mardick (1658) et qu'un nouvel Arrêt du Parlement réhabilita la drogue (1666), il y avait dix-huit et dix ans déjà que Voiture était mort.

Vincent de Voiture (1598-1648).

Il fut donc avec les novateurs ; c'est bien quelque chose. Il dépassa la mesure ; c'est tout naturel. Ainsi, il crut à la vertu de l'antimoine même pour préserver de la peste. En 163 1, la peste, on le sait, frappa Paris. En trois jours, le vidame du Mans, second fils de Mme de Rambouillet, fut emporté à l'âge de sept ans (1).

Ie croy, écrivait alors Voiture à Mlle de Chalais (2) *que les personnes qui ont pris de la* teinture d'or *ne peuvent prendre de mauvais air. Pour moy, ie prends tous les matins trente grains* d'antimoine *et six* ieux de ce poisson *que vous sçavez. Avec cela, ie puis aller partout sans rien craindre.*

(1) Lettre à Mme la Marquise de Sablé, lettre XIV, p. 103.
(2) Lettre XIV, p. 104.

Je suis moins savant que Mlle de Chalais, car je n'ai pu découvrir de quel poisson parle Voiture. Je n'ai rien su trouver ni dans les *Traités de la peste*, écrits en français que ce dernier put lire, celui d'Ambroise Paré paru en 1568 et qui avait eu déjà plusieurs éditions, celui de Nicolas de la Framboisière qui était récent, ni dans nombreux recueils de secrets du temps. Le *Traité de la peste* en latin de François Deleboë Sylvius, un peu postérieur à la lettre de Voiture, est également muet ; et, s'il cite *oculos cancri*, ce n'est point comme remède et il ne s'agit pas de poisson (1). La saumure d'anchois, préconisée au siècle précédent par Gilbert Eroüard de Montpellier, est autre chose ; et, si Mizaud (1520-1578) rapportait (2) d'après Anthoine Louys Ulyssiponis que les lamproies souvent mangées en temps de peste, par une vertu naturelle, servent grandement contre une telle contagion (3), les lamproies ne sont pas davantage yeux de poisson.

A coup sûr, il s'agit d'un pur remède de bonne femme. Le public y ajoute foi volontiers et Voiture n'était pas médecin. Mais il n'était pas non plus le niais qu'il déclarait paraître et, pour dire tout franc ma pensée, je crois que ses six yeux de poissons ne sont qu'une plaisanterie, dont, par malheur l'explication échappe.

En est-il de même pour sa teinture d'or ? On pourrait le penser à se souvenir de la pointe de malice qu'il mit à parler à Mlle de Rambouillet de cet or potable qu'on lui promettait de découvrir dans un an. *Aurum potabile, Tinctura auri, Tinctura solis, Elixir auri* furent belles imaginations d'alchimistes, dont, au temps de Voiture, un médecin, cité par Liébault (4) disait :

« C'est une resverie comme quasi tous les escrits des alchymistes lesquels ainsi que plusieurs personnages de nostre tems ont triomphé de mettre par escrit leurs phantasmes ; mais, à la vérité et de fait, n'en ont jamais rien expérimenté ; ainsi se paissent et délectent de mensonges et vanitez et s'efforcent rendre les personnes de fols insensez ».

Cela n'empêche pas Liebault de donner près d'une vingtaine de manières de préparer cette merveille, propre à guérir à peu près tout et à

(1) *Francisci Deleboe Sylvii Opera Medica*, édit. in-4, Elzevir, Amsterdam, 1679, p. 627, col. I, § LXI.
(2) Mizauld. — *Memorabilium centuriæ IX arcanorum.*
(3) Cité par J.-J. Wecker. — *De Secretis libri XVII*, 1582, liv. V.
(4) J. Liébaut. — *Quatre livres des Secrets de médecine et de philosophie chymique*, in-12, Salles, Rouen, 1616, p. 327.

faire vivre les gens, comme disaient les commentateurs de Paracelse, « autant que Mathusalem ». Les fols passés insensez étaient légion.

« J'ay veu Mme la Duchesse de Valentinois en l'aage de soixante-dix ans, écrivait Brantome (1), aussi belle de face, aussi fraische et aussi aimable comme en l'aage de trente ans. Mais on dit que, tous les matins, elle usoit de quelques bouillons composez d'or potable ».

Et Mme de Sévigné, plus tard (13 octobre 1677) dira en écho :

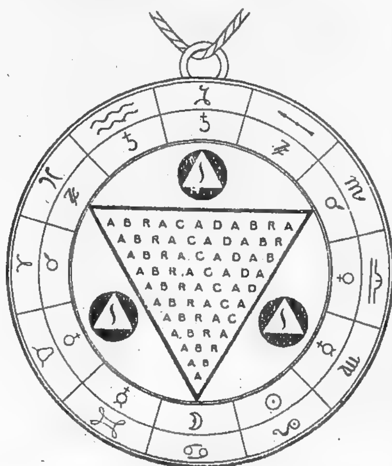
« Il a pensé mourir notre pauvre Corbinelli. Il prit de l'or potable qui le sauva par une sueur qui le laissa sans fièvre ; il n'est rien de tel que d'être riche ; un gueux en serait mort ».

La poursuite de la teinture d'or fut heureuse par ses résultats chimiques, car les alchimistes trouvèrent dans leurs creusets et dans leurs cornues foule de choses qu'ils ne cherchaient pas. Au point de vue thérapeutique, elle n'aboutit qu'à l'emploi empirique de remèdes généralement secrets ; les uns réellement à base de composés auriques (chlorure d'or surtout) ; mais les autres et de beaucoup les plus nombreux, qui n'étaient que malhonnête tromperie. *L'or potable de Mlle Grimaldi*, que Voiture ne put connaître, ne contenait qu'un peu de fer et l'*or potable des pauvres de J.-B. Zapata* (2), qu'on eut pu lui offrir, n'était qu'une solution de sucre dans de l'eau-de-vie.

Quand un auteur parle de teinture d'or ou d'or potable, s'il est médecin et s'il explique clairement son mode de préparation (3), on peut se faire une idée de ce dont il parle ; si c'est Voiture ou Mme de Sévigné, on ne peut que noter leur foi ou leur scepticisme en une drogue dont ils ne savaient et dont nous ne savons rien. Pour Voiture était-ce foi ? Etait-ce scepticisme ? Plus volontiers, quoi qu'à première vue il en semble, je crois au second. Car il n'était pas fort crédule, se moquant agréablement de maintes choses auxquelles beaucoup croyaient très ferme de son temps. Ainsi de la puissance des envoûtements, ainsi de la vertu magique des phylactères et des pierres.

Ha ! Florisse, que c'est une traistesse passion que la jalousie ! ... Vous me reprochez que ie n'ay pas esté assez diligent à vous envoyer mon portrait. En vérité, voudriez-vous que je fusse arrivé pour faire un tiers avec ces deux et que j'eusse esté présent pour estre tesmoin des contentemens qu'ils reçoivent auprès de vous ? Sans mentir, je ne croy pas mesme que ma peinture l'eust pu souffrir le c'eust esté me faire mourir en effigie. Encore ie pense que i'en eusse senty quelque chose d'icy ; et sans doute i'en fusse tombé en langueur, comme ceux que l'on tüe à cent lieües de loin en ne piquant que leur image (1).

Ie vous veux envoyer pour la fièvre semi-tertiane une recette aisée :
Inscribas chartæ quod dicitur Abracadabra.
Sæpius et subter repetas (mirabile dictu !)
Donec in angustum redigatur littera conum ;
c'est-à-dire Abracadabra et dessous abracadabr, et la troisième ligne abracadab, etc. Vous fussiez-vous iamais avisé de cela ? Et ne faut-il bien savoir la médecine et la vertu des choses pour avoir découvert la propriété de ce mot là ? Sans mentir, les vers d'Alexandre Sévère m'ont fait rire extrêmement de bon cœur (2).



Phylactère astrologique avec Abracadabra
(d'après une antique médaille d'étain.)

Pour les pierres, c'est toute une histoire. Il y eut, jadis, une thérapeutique par les pierres précieuses fort étendue, talismanique surtout. A nous en tenir à celles qui convenaient aux deux grandes maladies de Voiture, la goutte et la gravelle, on se servait contre la première du lapis-lazulis. Suivant Robert de Berquem, « il appaise subitement les douleurs de la goutte » ;

(1) *Vie des Dames galantes*, Discours V.

(2) J.-B. Zapata. — *Maravigliosi secreti di medicina e cerugia*, 1586.

(3) Cette clarté est loin d'être la règle. Voyez plutôt cette phrase que, dans un in-4 de Hambourg, Jean Frickius écrivait encore en 1702 : « L'or potable est une « médecine spiritueuse, tirée du corps même de l'or « résous radicalement, spagiriquement sublimée, exaltée et digérée par le moyen d'un menstrue permanent « homogène et universel, qui en fait un elixir très actif « et très pénétrant lequel se dissout et se communique « avec une facilité extraordinaire ».

(1) Lettres Amoureuses de Voiture, lettre I, p. 396.

(2) Lettre à M. Costart, lettre CXCII, p. 380. Alexandre Sévère est une erreur de Voiture ou de son éditeur. Les vers sont de Quintus Serenus Sammonicus au chap. 52 (contre la fièvre demi-tierce) de son *De Medicina*. La citation d'ailleurs en est tronquée et altérée. Voici le texte exact : *Inscribis chartæ quod dicitur* abracadabra *sæpius, et subter repetis, sed detrahe summæ, ut magis atque magis desint elementa figuris singula, quæ semper rapies, et cetera figes. Donec in angustum redigatur littera conum : His lino nexis collum redimere memento.* (Sur un morceau de papier, écris le mot *abracadabra* : puis, répète le au-dessous autant de fois qu'il a de lettres, mais en lui en enlevant une à chaque coup, de telle manière que ce que tu écris se réduise de plus en plus et que tu formes, en fin de compte, un triangle de lettres. Il n'y a plus qu'à suspendre le papier par un fil de lin au cou du malade.)

et qui n'était pas roi y pouvait recourir à défaut de cette autre pierre de même vertu, indéterminée il est vrai, qui figurait dans l'inventaire des meubles et joyaux de Charles V (1). Contre la gravelle, il y avait cette *pierre licanienne*,« utile dans les affections de la vessie » disent les vieux livres de magie et que rappellent encore les réimpressions modernes *ad usum populi* des plus ridicules de ces recueils. Elle était blanche ; mais je ne sais ce qu'elle était. Il y avait surtout le jade vert clair ou celadon, dont la couleur est olivâtre, que les anciens portaient comme amulette et auquel ils attribuaient contre les maux de reins des propriétés si merveilleuses qu'on le nommait *pierre nephrétique* et *pierre divine* (2). C'est seulement du jade qu'il est question dans Voiture.

Celuy avec qui ie demeure sçait que vous me faites l'honneur de m'escrire. I'estois avec luy lors que vo Lettres me furent rendûes. Il reconnut ou devina vostre escriture en voyant le dessus. I'eus la curiosité de voir premièrement un papier qui me sembloit plus pesant que les autres ; et l'ayant ouvert, i'en tiray en sa présence un bracelet le plus brillant et le plus galant qui fut iamais. Ie ne vous puis dire combien ie fus surpris de trouver une chose que i'attendois si peu de vous et de voir que i'eusse esté si peu discret en la première faveur que vous m'avez faite. Ie devins plus rouge que le ruban que vous m'aviez envoyé et celuy devant qui i'estois prit un visage sévère. Mais ayant leu vostre Lettre, ie trouvay que ce qui paroissoit une faveur estoit un remède et que le bracelet n'estoit pas envoyé à un galant mais à un malade. Ainsi, pour ce coup, l'Ejade a eu pour vous un effet que vous n'attendiez pas d'elle et sa vertu a défendu la vôtre qui estoit accusée. Après cela, ie ne la puis tenir que bien précieuse. I'avois besoin de ce remède en un païs où il n'y en a point d'autre et où l'on doit plustost attendre du secours des pierres que des hommes... Si les pierres que vous m'avez données ne peuvent rompre les miennes, elles m'en feront au moins porter la douleur avec patience (1).

Certes, le scepticisme prend là une forme aimable ; mais la galanterie de Voiture n'enlève rien à son bon sens.

Ie voy bien, Mademoiselle, qu'il me faudra chercher des remèdes plus solides que celuy de l'Ejade. Nous serons contraints de nous soumettre à l'advis des médecins (2).

Nous serons est un futur de politesse. Voiture n'avait pas attendu et la vérité lui échappe :

Les médecins de Madrid me donnent les mesmes remèdes que nous ont donnés autrefois Monsieur de la Grange et Monsieur de Lorme (3).

L'un et l'autre étaient médecins renommés à Paris, Charles de l'Orme surtout (4), que Voiture connaissait particulièrement et pour cause. Premier médecin de Monsieur, frère du roi, depuis 1629, il avait suivi aux Pays-Bas le Duc d'Orléans, révolté, qui était aussi le maître de Voiture. Mais quelle avait été son ordonnance, pareille à celle des médecins espagnols ? L'épistolier tourne court et n'en souffle mot.

Du moins, quelle qu'ait été la médication de base, il est vraisemblable que les clystères et la saignée n'y étaient pas oubliés. Celle-ci et ceux-là étaient les grands remèdes du temps, avec le même excès que nous mettons à injecter dans les veines de nos contemporains les plus diverses choses. Aussi, les premiers, comme la seconde, se retrouvent-ils dans Voiture ; et point même, pour les clystères, ne manque-t-il de nous rappeler que nous en devons l'invention aux cigognes.

La rigueur, dont les Thessaliens punissaient les Ciconicides me semble assez raisonnable. Mais ie ne sçay si c'estoit à cause que les cicognes mangent les serpens ; ou pour ce qu'elles nourrissent leurs pères en vieillesse : ou pour avoir esté les inventrices des clistères, qui est louable et utile invention (5).

(1) Inventaire dressé en 1376, Manusc. 8356 de la Bliblioth. Nationale, fol. LXXII, verso, d'après E. N Santini de Riols : « *Item*, la pierre qui guarist de la « goutte, en laquelle est entaillé un Roy et lettres en « hebrieu, d'ung costé et d'autre, laquelle est assise en « or a fillet et ha escript au dos sur ledict fillet, et est « ladicte pierre en ung estuy de cuir bouilly pendant a « ung laz de soye où il ha deux boutons de perles ».

(2) Cf. le *Discours touchant les merveilleux effets de la pierre nephrytique, surnommée pierre divine, qui sert à la guérison de la colique nephrytique, pierre, gravelle, retention d'urine par l'expulsion des phlegmes et glaires qui composent la dite pierre dans le corps humain*, discours sans nom d'auteur, dû peut-être à Saint-Romain, paru en 1684 avec une dédicace à Daguin, premier médecin du roi, réédité en 1689 et en 1703 (N. Padeloup, Orléans). — N. Lémery, dans son *Dictionnaire universel des Drogues simples*, fait mention du jade auquel « le « livre intitulé *Le Parfait Joaillier* donne le nom de « pierre divine à cause des grandes vertus qu'on lui « attribue ; car on prétend qu'étant portée vers la ré« gion des reins, elle soit propre pour en faire sortir la « pierre ou le sable et les faire couler par les urines ; « mais on ne doit pas beaucoup avoir de foi aux pré« tendues qualitez de cette amulette ». Ce raisonnable jugement faisait bon marché de la vieille doctrine thérapeutique des signatures, cherchant ses remèdes dans la substance ressemblant au mal par quelque côté ; mais Lémery ne s'y tient pas. Quelques pages plus loin, il a aussi sa pierre néphrétique qui, « rattachée au col « ou à la cuisse ou au bras ou au doigt en bague est esti« mée propre pour la colique néphrétique pour briser la « pierre des reins ». Je ne sais ce qu'est cette dernière, « médiocrement dure, opaque, de couleur ordinaire« ment grise, bleuâtre ou verdâtre, mais quelquefois « mêlée de blanc, ou de jaune, ou de noir et ne pouvant « pas être polie parfaitement parce qu'elle est onctueuse « comme le talc ». En tous cas, ce n'était pas l'Ejade brillant de Voiture. Il y eut, du reste, autrefois maintes autres pierres divines, qui n'ont rien de commun avec la sienne, par exemple la *pierre divine pour les yeux* de Biron (Cf. Biron, *Curiositez de la nature et de l'art*, Paris, 1703). Elles n'étaient plus d'ailleurs des produits naturels, mais des préparations de laboratoire.

(1) Lettre à Mlle Paulet, lettre XXIII, p. 115.
(2) Lettre à Mlle Paulet, lettre XLII, p. 157.
(3) Lettre à Mlle Paulet, lettre XXIII, p. 116.
(4) Cf. Un grand médecin, Charles de l'Orme dans N. M. Bernardin, *Hommes et mœurs du XVII[e] siècle*, in-12, Lecène, Paris, 1900, pp. 1-44.
(5) Lettre à M. Costart, lettre CXCIII, p. 384.

Cette origine du clystère était admise autrefois. Elle avait pour elle l'imposant patronage de Plutarque (1), de Pline (2) et de Galien (3) et la part de Voiture est seulement de choisir la cigogne de nos climats de préférence à l'ibis d'Egypte.

« Ce n'est pas à l'homme qu'appartient la gloire de l'invention du clystère, écrira plus tard (12 mai 1668) Régnier de Graff (4), mais bien aux animaux, guidés par leur instinct naturel. C'est en Egypte qu'un oiseau, assez semblable à la cigogne et qu'on appelle l'ibis, a enseigné tout d'abord aux hommes l'usage du clystère. Quand cet oiseau se sent incommodé par un excès d'humeurs nuisibles, il remplit son bec d'eau de mer et se l'introduit dans l'intestin qu'il arrose abondamment, afin de donner cours au fardeau qui le gène ».

Voiture volontiers parlait de cette médication. Il serait aujourd'hui malséant de le faire. Les temps sont changés. Aux *Précieuses*, toutes précieuses qu'elles fussent, on pouvait sans incorrection demander même en poésie ;

Mais, à propos, comment va cette affaire ?
Avez-vous bien esté tout doucement
Cinq ou six fois ? (5).

Tout de même, voici un compliment qui, s'il ne choqua pas sa destinataire, avait tout ce qu'il faut pour le faire (6) :

Pour le moins vostre compliment
M'a soulagé dans ce moment ;
Et dès qu'on me l'est venu faire
I'ay chassé mon apoticaire
Et renvoyé mon lavement.

Vous m'avez guéri promptement.
Vos mots coulent si doucement
Que chacun d'eux vaut un clistère
Pour le moins. (7)

(1) Plutarque. — *Les Œuvres morales et philosophiques.* Traité : Quels sont les animaux les plus avisez ceux de la terre ou ceux des eaux, traduction française de I. Amyot, in-fol. F. Morel, Paris, 1581, t. II, p. 516 E.
(2) Pline. — *Historia naturalis,* édition J. Dalechamp in-8, C. Marnius, Francfort, 1608, liv. VIII, chap. XXVII, p. 367.
(3) Galien. — *De venæ sect. advers Eras.*, 6a. 7. C. édit. des Juntes, Venise, 1577.
(4) *L'Instrument de Molière,* traduction du Traité *De Clysteribus* de Régnier de Graff, in-8, Morgand, Paris, 1878, ch. VI, p. 60.
(5) Rondeau (sans doute à Mme de Sainctot), p. 523.
(6) Rondeau, p. 524.
(7) Il est vrai que, au début du XVIIe siècle, on appelait encore les choses par leur nom sans rougir et sans la pudibonderie qui est plus tard venue. Témoin les *Stances* de Voiture *sur une Dame* (Mme de Sainctot) *dont la juppe fut retroussée en versant dans un carosse à la campagne.*

Il est vrai que je fus surpris.
Le feu passa dans mes esprits
Et mon cœur, autrefois superbe,
Humble se rendit à l'amour,
Quand il vit vostre cu sur l'herbe
Faire honte aux rayons du iour.

La Rose, la Reyne des fleurs,
Perdit ses plus vives couleurs ;
De crainte l'œuillet devint blesme ;
Et Narcisse alors convaincu
Oublia l'amour de soy-mesme
Pour se mirer en vostre cu.

Mme de Sainctot, à qui ce rondeau vraisemblablement était adressé, nous conduit à la saignée. Son frère, celui qu'on a appelé *le plus jovial des tragiques,* le gros d'Alibray, quand M. de Sainctot n'était pas là, donnait à Voiture du « beau-frère ». Pour ce dernier, Mme de Sainctot fut en effet, la plus aimante et la plus fidèle des maîtresses. Il était volage ; elle en souffrit et tout lui fut bon pour le retenir. Y a-t-il beaucoup de coquettes d'à présent qui iraient jusqu'où elle alla ?

Ie vous assure, ma M...., et ie vous appelle ainsi de bon cœur, que mon affection n'est pas diminuée. Vous m'estes aussi chère que vous l'estiez lors que vous vous faisiez saigner tous les iours pour l'amour de moy et que vous ne craigniez pas de diminuer votre vie pour prolonger le temps que vous auriez à me voir (1).

Ie serois bien ingrat si ie plaignois à cette heure quelques larmes à une personne qui a tant versé de sang pour moy. Il est temps que ie souffre à mon tour et que ie vous donne des preuves de mon affection après en avoir tan receu de la vôtre (2).

On ne saurait mieux montrer, ni en moins de mots, l'abus formidable qui se fit autrefois de la saignée, puisqu'on y recourait si bien hors de propos. Des flots de sang ont en effet coulé ; et si la querelle qui, de 1518 à 1529, mit aux prises notre Brissot (de Fontenay-le-Comte) et les médecins portugais au sujet du côté où il fallait saigner dans la pleurésie, nous semble aujourd'hui ridicule, on comprend, en revanche, la vivacité avec laquelle maints médecins s'élevaient au temps de Voiture contre la phébotomie, chère à Guy Patin autant qu'elle le devait être plus tard à Broussais. Voiture n'a pas pris parti dans le débat. Sans doute était-il plutôt hostile à la lancette. Du moins, il semble y avoir une ironie dans ce passage d'une lettre à M. Costart (3) :

Ce fut, sans doute, une grande et remarquable saignée que celle qui guérit de la fièvre Fabius Maximus. Croyez-vous qu'après cela, les Allobroges luy souhaitassent encore une fois ses fièvres quartes ?

L'an 122, les Romains, conduits par Fabius, franchirent l'Isère. Deux cent mille Gaulois les prirent à revers. Leurs chefs se moquaient de la fièvre du général romain et du petit nombre des légionnaires. Les Gaulois pourtant furent vaincus. Cent vingt mille périrent sur le champ

(1) Lettres amoureuses, lettre XXII, p. 419.
(2) Lettres amoureuses, lettre XXIII, p. 420.
(3) Lettre CXCII, p. 380.

de bataille et ce fut bien *une grande et remarquable saignée.* Double jeu d'allusion, d'une part à la saignée thérapeutique, d'autre part, à l'imprécation courante : Que la fièvre quarte te prenne ! L'esprit de Voiture a trouvé sa pointe ; ne lui demandez pas s'il croit vraiment aux bons effets de la saignée dans la fièvre ou s'il se moque. Le trait lui suffit ; mais on peut incliner à croire à moquerie en se souvenant de ces deux vers :

Quand on voit que les médecins
Se trompent dans tous leurs desseins (1).

Dans cette occasion dernière, nous retrouvons Voiture tel qu'il nous est apparu partout, tel qu'il est toujours. Il fut merveilleusement placé, comme je le disais en commençant, pour fournir à souhait à l'histoire de la thérapeutique de son temps vue du côté du public ; mais, s'il touche, en effet, à maints sujets qui s'y rapportent, c'est à peine. Il effleure seulement chacun d'eux et nous avons pu voir que ce qu'il sous-entend vaut mieux que ce qu'il conte.

L'ensemble, malgré tout, restait intéressant à recueillir et la curieuse figure de Vincent Voiture méritait bien d'ailleurs de revivre une heure dans nos souvenirs.

Albert GARRIGUES.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr F. HENNEGUY, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France, membre de l'Académie de médecine. — M. le Dr Paul MEYER, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Et. JOURDAN, de Marseille. — M. le Dr Jacques FOURNAC, de Brignoles. — M. le Dr GALLY, de Carcassonne. — M. le Dr Louis GUERSANT, d'Aulnoye. — M. le Dr ARNOZAN, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest.* Le *Concours médical* rend un hommage ému à la mémoire de ce Maître qui honora grandement, à la fois la Science et le Journalisme médical.

— **25e anniversaire du Dr Ch. Nicolle, à la direction de l'Institut Pasteur de Tunis.** — La cérémonie officielle de remise de la médaille d'or au Dr Ch. Nicolle aura lieu à Tunis, sous la présidente de M. Lucien Saint, ministre résident général de France, le 28 avril prochain. Cette solennité sera rehaussée par la présence de délégués de l'Institut de France, de l'Institut Pasteur de Paris, et de la ville de Rouen.

Le Comité organisateur a obtenu pour ses adhérents une réduction de 30 % des Compagnies de navigation « Générale Transatlantique » et « Compagnie mixte ». Renseignements auprès du secrétaire général, Dr F. Gérard, 100, rue de Serbie, Tunis.

Horaires et prix de voyage :

Départs de Marseille.

Compagnie transatlantique.
Départ de Marseille : mercredi 25 avril à 17 heures.
Arrivée à Tunis : vendredi 27 avril à 7 heures.
Départ de Tunis : Samedi 5 mai à 17 heures.
Arrivée à Marseille : lundi 7 mai à 7 heures.
Départ de Tunis (par Bizerte) : mardi 8 mai à 8 heures
Arrivée à Marseille : jeudi 10 mai à 7 heures.
Prix aller : 1re classe : 433 fr. 60 ; 2e classe : 341 fr. 60. Réduction déduite.
Compagnie de navigation mixte.
Départ de Marseille : lundi 23 avril à 17 heures.
Arrivée à Tunis : mercredi 25 avril à 7 heures.
Départ de Tunis : jeudi 3 mai à 17 heures.
Arrivée à Marseille : samedi 5 mai à 7 heures.
Prix aller et retour : 1re classe : 823 fr. ; 2e classe : 620 fr. Réduction déduite.

Départs d'Alger.

Compagnie transatlantique.
Départ d'Alger : mardi 12 heures.
— — jeudi 12 heures.
— — samedi 12 heures.
Arrivée à Marseille : mercredi 15 heures.
— — vendredi 15 heures.
— — dimanche 15 heures.
Compagnie de navigation mixte.
Départ d'Alger : vendredi 12 heures.
Arrivée à Marseille : samedi 15 heures.
Service d'hydravions Antibes-Ajaccio-Tunis.
Départs d'Antibes : les lundis et jeudi.
— de Tunis : les mardis et vendredis.
Durée de la traversée : 6 heures. Prix du voyage : 1.300 francs.

Nota. — Les voyages Hignard frères (65, avenue Jules-Ferry, à Tunis) se chargeront de réserver les places à bord des paquebots au départ de Marseille, de Tunis et d'Alger.

— **Bal de la médecine française.** — Comme nous l'avons annoncé, le deuxième bal de la médecine française, organisé par la Société pour femmes et enfants de médecins (5, rue de Surène, Paris, 8e), sous le patronage de l'Association générale des médecins de France, au profit des veuves et orphelins du Corps médical, aura lieu le samedi 24 mars prochain dans les salons du Ministère de l'Intérieur. Le prix de la carte est fixé à 50 fr. Il est réduit à 30 fr. pour les membres du Corps médical et à 20 fr. pour les étudiants en médecine et élèves des grandes Ecoles.

Au 30 janvier, le Comité a déjà reçu les dons suivants :

	fr.
Astier (Laboratoires), 45, rue du Dr Blanche, Paris, 16e	2.000
Badel (Laboratoires E.), Valence-sur-Rhône (Drôme)	50
Biomarine (La), Dieppe (Seine-Inférieure)	100
Bottu (Laboratoires), 35, rue Pergolèse, Paris, 16e	100

(1) Epistre à Monseigneur le Prince sur son retour d'Allemagne, p. 568.

Byla (Etablissements), 26, av. de l'Observatoire, Paris, 14e	100
Carrion et Cie, 54, rue du Fbg-St-Honoré, Paris, 8e	500
Churchill (Produits), 12, rue de Castiglione, Paris, 1er	100
Coirre, 5, boul. Montparnasse, Paris, 6e	200
Cortial, 15, boul. Pasteur, Paris, 15e	300
Debat (Dr), 12, rue Sainte-Anne, Paris, 1er	1.000
Eschbach (Dr), 4, rue Porte-Jaune, Bourges (Cher)	100
Ettinger (Maison de santé du Dr), 168*ter*, av. de Neuilly, Neuilly-sur-Seine	50
Falcoz et Cie, 69, rue Boissonade, Paris, 14e	10
Famel (Sirop), 16, rue des Orteaux, Paris, 20e	1.000
Fraisse, 8, rue Jasmin, Paris, 16e	100
Fumouze, 78, rue du Fbg-St-Denis, Paris, 10e	200
Galbrun (Laboratoires), 8, rue du Petit-Musc, Paris, 4e	100
Le Brun (Laboratoires), 155, boul. Magenta, Paris, 9e	100
Midy (Laboratoires), 4, rue du Colonel-Moll, Paris, 17e	500
Monin (Laboratoires), 49, rue de Maubeuge, Paris, 9e	10
Mouneyrat (Etablissements), 12, rue du Chemin-vert, Villeneuve-la-Garenne	100
Nativelle (Laboratoires), 49, boul. de Port-Royal, Paris, 13e	100
Odinot, 21, rue Violet Paris, 15e	1.000
Petit (Dr), 53, rue Clignancourt, Paris, 18e	50
Pharmacie Centrale, 21, rue des Nonnains-d'Hyères, Paris, 4e	100
Rémy et Lecoq, 6, place Clichy, Paris, 9e	10
Renard (Laboratoires), 142, av. de Clichy, Paris, 17e	50
Robin (Laboratoires), 13, rue de Poissy, Paris, 5e	2.000
Roussel (Dr), 97, rue de Vaugirard, Paris, 6e	1.000
Scientia (Laboratoires), 21, rue Chaptal, Paris, 9e, M. Ad. Beder	100
Scientia (Paboratoires), 21, rue Chaptal, Paris 9e, M. Perraudin	100
Trouette-Perret, 15, rue des Immeubles Industriels, Paris, 11e	300
Usines du Rhône, 21, rue Jean-Goujon, Paris, 8e	100
Verne (Boldo), 13, rue Dr Mazet, Grenoble (Isère)	100
Vichy (Compagnie de)	500
Vittel (Compagnie de)	500
Voronoff (Dr), Chateau Grimaldi, Menton (Alpes-Maritimes)	200
Total de la première liste .... fr.	13.020

— Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIe Congrès, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 14 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le Dr Mawas sur *La biomicroscopie de la chambre antérieure et de l'iris à l'état normal et pathologique.*

Une visite du château de la Malmaison et un dîner à Saint-Cloud seront organisés pendant le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la S.F.O., Dr Réné Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris, VIIe.

— Journées médicales d'Egypte de 1928 (Héliopolis Palais). — Les Journées médicales d'Egypte auront lieu au Caire du 12 au 24 décembre 1928, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Comité d'organisation : Président : M. le prof. C. Achard ; secrétaire général : M. Zeitoun ; secrétaire-adjoint : J. Khouri ; délégués : MM. Girode, Mawas, Zeitoun, avec la collaboration technique de MM. les présidents des Comités du Caire et d'Alexandrie, de MM. les prof. Abrami, Heckenroth, Gaujoux, V. Robin, A. Sartory, Violle, MM. les agrégés Brulé, Gougerot, J. Hutinel, Alajouanine, Portes, MM. F. Ramond, de Martel, A. Lippmann, Mouquin, M. Léger, Flandrin, Bidot, Bouquier.

Comité de réception (Alexandrie) : MM. I. Bey Abeld Sayed, président ; Abdel Rahman Bey ; Omar J. Khouri, vice-présidents ; C. Dorra, Assabghi, secrétaires ; membres : MM. N. Kenaoui Bey, Abdalla Kamel Bey, Mahmoud Kamel, Aly, Zarif Bey Abdalla, Riad Iskandar, M. Mahfouz, I. Sabri, O. Choucri, Mahmoud Afifi, Z. Abou Chadi, prof. Crescenzi, Pinto, Farmakidis, R. Briend, Puy Haubert, d'Hérelle, Campton, Lagrange, Latis Bey, Modinos, Calzolari, d'Orlandi, P. Pétridis, Trékaki, Parodi, Osborne, Ybanez, Domari, Tawai I. Nahas, M. Abdalla, D. Hazan, C. Anastassiadis, J. D. Giovanni.

Comité de réception du Caire et Comité d'honneur : La liste sera publiée ultérieurement.

Comité scientifique : M. le prof. J.-L. Faure, président ; MM. Andrew Balfour et les prof. Aldo Castellani, Stephens, viec-présidents ; MM. les prof. Strong, Aldo et Ed. Perroncito, Sanarelli, Madsen, Warrington Yorke, Broden, Delamare, Sicard, V. Hutinel, Brumpt, Tuffier, Duval, Guiart, Bezançon, Marchoux, Mandoul, Nobécourt, Léon Bernard, Bertin-Sans, Jeannin, V. Pauchet, Radais, Nieux, Nattan-Larrier, Vuillemin, Leenhardt, Lépine ; MM. Dalché, Elliot, Garin, Joyeux, Morax, Neveu-Lemaire, F. Ramond, Ravaut, Rist, Tanon, agrégés et médecins des hôpitaux.

Les titres des conférences et communications, demandes de renseignements et adhésions peuvent être adressées au secrétariat général, 32, rue Gay-Lussac, Paris (Ve), ou à M. Khouri, 4, rue de France, Alexandrie (Egypte).

— Hôpitaux de Paris. *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Les modifications suivantes sont apportées au règlement du concours pour les places vacantes de chirurgien des hôpitaux de Paris :

Art. 227 : *Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité.* — A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les points obtenus aux épreuves écrites et à l'épreuve clinique.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admissibles sera au maximum de trois pour une place et de cinq pour deux places, sous la réserve qu'ils auront obtenu un total de points au moins égal aux deux tiers du maximum fixé.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

D'ailleurs, intervient ici la question du secret professionnel. Un directeur d'hôpital a-t-il le droit de se refuser à indiquer, à un juge d'instruction par exemple, les dates d'entrée et de sortie du séjour qu'un individu aurait fait à l'hôpital ?

A cette première question, nous pouvons répondre de deux manières différentes, selon que l'hôpital est un établissement général, recevant toutes sortes de malades, ou bien un hôpital spécial, où ne sont traitées que des maladies très déterminées.

S'agit-il d'un hôpital général, les dates d'entrée et de sortie ne présentent aucun caractère secret, puisque ces indications peuvent être données par la mairie, ou le bureau de bienfaisance au cas où l'hospitalisé a bénéficié des dispositions de la loi du 15 juillet 1893 (assistance médicale gratuite), ou de celle du 9 avril 1898 (accidents du travail) cas auquel un certificat médical a été déposé à la mairie.

Un arrêt de la cour de Cassation du 16 mars 1893 précise que « le fait d'avoir été admis dans un hospice, où sont soignés les indigents, atteints de diverses maladies, ne rentre pas dans la catégorie des faits, dont l'article 378 du code pénal interdit la révélation.

« En conséquence, le directeur de cet hospice, interpellé par un juge d'instruction, sur le point de savoir si un individu désigné y a été reçu, à quelle date il y est entré et quel jour il en est sorti, ne peut refuser de répondre, sous le seul prétexte que le fait, sur lequel sa déclaration est requise, ne serait venu à sa connaissance que dans l'exercice de ses fonctions ».

Un arrêt de la chambre des requêtes de la Cour de Cassation avait déjà été rendu dans le même sens (30 août 1909).

Mais il en serait différemment, si le malade avait été hospitalisé dans un établissement nettement spécialisé, ne traitant qu'un seul genre de maladies : affections mentales, maladies vénériennes, accouchements, etc.).

Le fait d'indiquer la présence d'un malade dans un tel établissement équivaudrait à dévoiler la nature de la maladie pour laquelle le patient a été admis.

En ce sens, un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, du 14 mars 1885 : « si le directeur d'un hôpital ne peut, en principe, s'abriter derrière l'article 378 du code pénal, pour éviter de déposer en justice, il est cependant tenu d'observer le secret professionnel, dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles.

« Spécialement, le directeur d'une maternité est en droit de refuser de communiquer les registres tenus dans cette maternité au juge d'instruction, désireux d'y relever les noms et

adresses des femmes, qui auraient accouché dans et établissement ».

De la comparaison de ces deux arrêts, il résulte que les directeurs d'hôpitaux sont tenus de garder le silence, toutes les fois qu'ils seraient appelés à divulguer le nom des maladies, pour lesquelles tel ou tel malade a été admis à l'hôpital.

Il s'en suit que ni le juge d'instruction, ni à plus forte raison le préfet, ne peuvent forcer un directeur d'hôpital de faire connaître les diagnostics des hospitalisés.

D'ailleurs, même en matière d'accident du travail, l'hôpital est tenu au secret professionnel, par rapport au chef d'entreprise responsable. Tel a été l'avis de la Cour d'appel de Chambéry, par arrêt du 13 janvier 1926 :

« La compagnie d'assurances ne saurait reprocher à l'hôpital, qui n'est tenu d'aucune obligation à cet égard et est même étroitement soumis au secret, au regard des malades hospitalisés, d'avoir omis de lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée ».

Il en résulte que lorsqu'un préfet, ou sous-préfet demande à une commission administrative d'un hôpital de lui communiquer les noms, adresses, dates d'entrée et de sortie des malades hospitalisés, les administrateurs de l'établissement ne doivent se conformer à cette demande qu'autant qu'elle est compatible avec le respect du secret professionnel.

Toute divulgation entraînerait des poursuites correctionnelles à l'encontre de la commission administrative.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

4428. — Déduction des gages de la femme du médecin lui servant d'aide.

Puis-je compter, parmi les frais professionnels de ma future déclaration d'impôt sur le revenu, les gages que je pourrais donner à ma femme pour son assistance médicale dans l'exercice de ma profession médicale (aide pour les pansements et pour la petite chirurgie, stérilisation de mes instruments, tenue de mes livres, etc.).

Est-ce que ces gages sont considérés comme frais professionnels reconnus par l'administration des contrôleurs des contributions ?

Quels gages puis-je donner raisonnablement à ma femme comparativement à mes bénéfices bruts ?

Dr G.

Réponse.

Vous pouvez allouer un salaire à votre femme,

si elle vous aide effectivement par son travail dans l'exercice de votre profession. Ce salaire devra être compris dans vos dépenses professionnelles, mais il ne saurait être évalué que par comparaison avec celui qui serait alloué à une infirmière remplissant les mêmes fonctions sans que votre bénéfice brut puisse entrer en ligne de compte.

A noter que, sur votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu, vous devrez faire figurer ce salaire.

A. M.

4172. — Patente sur un second appartement.

En plus de l'appartement que j'habite et où j'exerce, je suis locataire d'un second appartement à N., mais quoique le bail soit à mon nom, je n'occupe pas et n'ai jamais occupé ce logement habité depuis déjà 3 ans par ma mère et où rien ne m'appartient (meubles, etc.). Le fisc peut-il m'imposer, comme patente, pour ce logement.

Dr X.

Réponse.

Le droit proportionnel frappe la valeur locative des locaux professionnels et des locaux servant à l'habitation *principale* du patentable, Votre second appartement de N. ne saurait donc donner lieu à une imposition à la patente.

A. M.

4502. — Le médecin qui exerce comme salarié n'est pas patentable.

Je suis actuellement en pourparlers avec un confrère propriétaire d'une clinique médicale qui me propose de devenir son assistant dans cette clinique. Je recevrais des honoraires mensuels fixes plus une participation dans les bénéfices.

Etant entendu qu'en dehors du travail fourni à cette clinique je n'exercerais la médecine en aucune façon, voulez-vous avoir l'obligeance de me dire si, comme le confrère me l'affirme, je ne serais pas soumis à la patente. Cette question a pour moi une énorme importance en raison du loyer très élevé que je paye pour mon appartement particulier, ayant une nombreuse famille.

Dr Y.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, le médecin qui, n'ayant pas de clientèle particulière, se borne à exercer la médecine en qualité d'assistant salarié d'un autre médecin, n'est pas imposable à la patente.

C'est votre cas.

A. M.

32. — Soins donnés gratuitement. Pas de patente.

Je suis âgé, je viens de me faire rayer de la patente pour 1928.

Je viens en conséquence vous prier de me faire savoir si, de temps en temps, il me sera possible de donner gratuitement chez moi et rarement à domicile quelques consultations et de rédiger les ordonnances.

J'ai des neveux et petits-enfants que je soigne, le cas échéant, me sera-t-il encore possible d'aller les soigner, en cas de maladie, et de faire les prescriptions nécessaires ?

Dr B.

Réponse.

Au cas où le contrôleur prétendrait vous imposer à la patente, il vous appartiendrait de justifier que les soins ont été donnés gratuitement. Il est évident que vous bénéficierez d'une présomption de gratuité pour les soins donnés aux membres de votre famille.

A. M.

4522. — Déduction du reveau général d'une pension alimentaire.

Je paye à ma belle-mère une pension alimentaire de 3.600 francs. Puis-je faire entrer cette somme en déduction de mes revenus dans ma déclaration.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas de la déclaration des revenus de la profession non commerciale, mais de celle de l'impôt général sur les revenus ?

Dr N.

Réponse.

La pension de 3.600 francs n'est déductible du revenu passible de l'impôt général sur le revenu que si elle est payée à titre obligatoire : jugement, donation régulière, acte de partage, acte sous signature privée enregistré, etc... c'est-à-dire en vertu d'un acte qui puisse faire preuve en justice et non pas seulement en vertu d'un simple engagement moral.

Accidents du travail.

4535. — Revision de la rente.

Accident du travail : Fracture ouverte du cou-de-pied. Un ouvrier maçon, victime d'un accident du travail le 13 avril 1925 a obtenu en conciliation le 29 juillet 1926, une rente basée sur 45 % de réduction de capacité.

Bien que sa blessure ne se soit pas depuis aggravée, ne peut-il demander une révision dans le but d'obtenir un plus fort pourcentage d'incapacité. En effet, je trouve que celle-ci a été sous-estimée : il y a un très notable raccourcissement du membre, avec forte incurvation de la jambe, ankylose de l'articulation, etc...

D'autre part, l'ouvrier prétend qu'il n'a jamais eu affaire qu'à son médecin traitant, et n'a jamais été expertisé par ailleurs, que du reste à sa connaissance, lors de la conciliation, aucun avocat ou avoué ne lui

a été désigné et commis d'office, et que par suite de son ignorance, il a signé tout ce qu'on lui proposait lors de la séance du tribunal.

Dans ces conditions, s'il était possible de réviser son affaire, je suis porté à croire qu'il y trouverait son avantage. Mais j'ignore si cela est possible et c'est ce que je vous demande de bien vouloir me dire

Dr B.

Réponse.

L'action en révision de la rente, en matière d'accidents du travail, ne peut être introduite qu'en raison d'une *aggravation* ou d'une *atténuation* de l'invalidité.

Or, dans le cas que vous nous soumettez, l'état du blessé n'a subi aucune modification depuis le jour où la rente lui a été attribuée en conciliation. Dans ces conditions, il est douteux qu'il puisse obtenir une majoration de rente.

Cependant, comme les blessés du travail bénéficient de plein droit de l'assistance judiciaire et n'ont aucun frais à exposer, il pourrait tenter la chance.

Qu'il se rende donc au greffe du Tribunal civil et déclare demander la révision. Le Président, saisi par cette déclaration, le convoquera à nouveau en conciliation avec l'assurance et le patron. A défaut de conciliation, l'affaire sera renvoyée à l'audience et suivra son cours normal. Des experts pourront donc être désignés par le Tribunal.

337. — Devoirs du médecin contre-visiteur.

J'avais posé la question suivante :

Un médecin contre-visiteur peut-il, dans son rapport, porter de bonne foi une accusation motivée par des faits, sans craindre une action de la part de celui qui y est visé ? Ce rapport pouvant être le point de départ d'une plainte en justice.

Votre réponse (*Conc. méd.*, 4 déc. 1927, p. 3214) est un exposé complet du rôle du médecin contre-visiteur, mais vous n'avez pas répondu à ma question.

J'ai trouvé indirectement cette réponse dans un rapport rédigé par M. Huguenéy au nom d'une Commission (Soc. de médecine légale, 11 juillet) dans lequel je relève ce qui suit :

« Les médecins experts sont, plus que tous autres, exposés à des poursuites téméraires, ou même inexcusées. L'expert, bien qu'il soit un auxiliaire du juge, n'est pas, comme ce dernier, protégé par la procédure de prise à partie et il est soumis au droit commun de la responsabilité civile ; il peut donc à tout moment, être traîné en justice... »

J'en conclus que si un expert désigné par un tribunal peut être cité en justice, *a fortiori*, le médecin contre-visiteur qui n'a aucune commission judiciaire, mais est seulement autorisé, pourra être la victime d'une action en justice intentée par l'accidenté qu'il aura examiné et dont les agissements frauduleux ont été dévoilés par le rapport.

Dr N.

Réponse.

Ce qui domine toute la question qui m'est posée, c'est la bonne foi.

Lorsque le médecin contre-visiteur examine un blessé, en présence du médecin traitant, son rôle est de représenter les intérêts du chef d'entreprise. Ce dernier, n'ayant aucune capacité médicale, donne mission à l'homme de l'art de le renseigner le plus exactement possible.

Par conséquent, si le médecin contre-visiteur croit découvrir une fraude quelconque, commise soit à l'insu du médecin traitant, soit avec la complicité de ce dernier, il a le devoir de le signaler à son mandant.

Cacher cette fraude serait rendre le contrôleur complice des fraudeurs.

Mais, avant de se porter dénonciateur auprès du chef d'entreprise, le médecin contre-visiteur devra montrer une certaine circonspection. Il ne faut pas, à la légère, accuser de fraude quiconque est de bonne foi.

Il ne faudrait pas, par exemple, crier à la plaie volontairement provoquée, alors que le blessé pourrait, par des témoins irrécusables, affirmer sa parfaite bonne foi.

Il ne faudrait pas non plus voir des carottiers partout et jeter la suspicion à la légère, parfois même d'une manière tendancieuse.

S'il peut être prouvé que le médecin contre-visiteur a porté une accusation grave, pouvant entraîner des poursuites correctionnelles contre l'ouvrier et même contre le médecin traitant sans que ce contrôleur se soit entouré de preuves convaincantes, si au lieu d'émettre des doutes sur la véracité des dires de la victime, quant à l'accident, il donne des affirmations, qui, par la suite, seront reconnues exagérées, le médecin contre-visiteur pourrait être poursuivi.

On lui réclamerait des dommages-intérêts, pour avoir porté, à la légère, ou volontairement, atteinte à la réputation d'autrui.

Il en résulte que le médecin contre-visiteur a le devoir d'éclairer le che f d'entreprise le plus exactement possible, sur les résultats de la mission dont il a été chargé ; mais il ne doit jamais porter une accusation à la légère.

A-t-il des doutes, il doit franchement les exprimer, dans son rapport et le chef d'entreprise pourra alors, s'il le juge à propos, demander au juge de paix la nomination d'un expert.

La fonction de contre-visiteur ne donne pas l'impunité ; elle est soumise aux règles du droit commun et si, par la légèreté apportée dans l'accomplissement de sa mission, ou par une intention de nuire, le contrôleur cause un dommage à autrui, il peut être condamné à le réparer (article 1382 du code civil.)

Dr Paul Boudin.

18. — Accident survenu à un rabatteur dans une chasse.

Un individu engagé comme rabatteur dans une chasse, au prix de 25 fr. par jour, reçoit un plomb au niveau de l'arcade sourcilière gauche, lequel par un heureux hasard va se loger le long de l'ethmoïde sans causer aucun désordre, du moins pour le moment.

Le propriétaire de la chasse est assuré pour lui et ses associés, de sorte que le blessé est soigné au compte de l'assurance. Mais celle-ci ne lui donne que son demi-salaire.

L'accident est-il considéré comme accident du travail et le blessé doit-il se contenter de cette indemnité ou est-ce droit commun et doit-il réclamer salaire entier, plus indemnité pour dommage causé ?

Il n'y a actuellement aucune difficulté, mais à la reprise du travail, celles-ci peuvent se produire et je voudrais pouvoir conseiller mon client en connaissance de cause.

Dr C.

Réponse.

Suivant l'opinion de Sachet (Traité de la Législation sur les accidents du travail, n° 2233 et 2234), la chasse a un caractère agricole et la capture du gibier à l'état *de res nullius*, produit naturel du sol, est comparable à la cueillette des fruits sauvages et des champignons.

Par suite, les sociétés de chasse, et aussi les particuliers qui chassent sur leur terrain ou celui d'autrui sont des exploitants agricoles responsables des accidents dont leurs employés, même temporaires, comme les rabatteurs, peuvent être victimes.

Le rabatteur blessé, dans les conditions rapportées dans votre lettre, est donc garanti par la législation sur les accidents du travail et ne peut exiger plus que son demi salaire pour une incapacité temporaire.

Il n'en serait autrement que s'il pouvait prouver avoir été blessé par un invité ne faisant pas partie de la Société de chasse et la faute de cet invité, considéré alors comme un tiers responsable de l'accident.

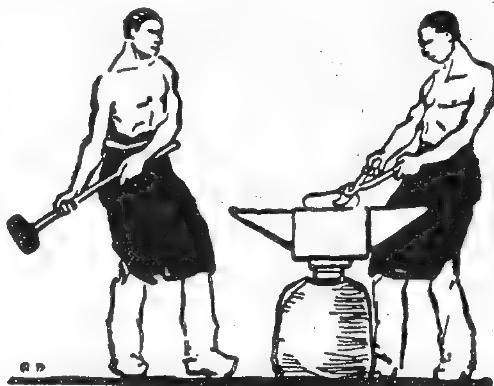
64. — Autopsie d'un accidenté du travail

Un juge de paix, à la suite du décès d'un ouvrier mort au cours d'une blessure due à un accident du travail, peut-il, a-t-il le pouvoir, à la demande de la compagnie, d'ordonner une exhumation et une autopsie ou est-ce au président du tribunal civil que la compagnie doit s'adresser ?

Je vous demande cela, car c'est à la demande de la famille du blessé mort depuis. Cet homme avait une fracture ouverte de la jambe, il est mort deux mois après de complications pulmonaires.

La compagnie est-elle en droit de demander l'autopsie et pouvons-nous nous y opposer ?

Dr B.



Réponse.

Dans son traité des accidents du travail, édition 1926, nº 1087, Sachet a examiné la question que vous nous posez et voici quel est son avis :

Le juge de paix peut-il ordonner l'autopsie ? La loi du 9 avril 1898 lui confère les pouvoirs les plus étendus pour éclairer le tribunal sur les circonstances, les causes et les conséquences de l'accident. S'il doit user de ses pouvoirs avec modération, il a cependant le devoir de ne rien négliger pour faire une lumière complète sur tous les points essentiels. Quand donc il se trouve en prépence d'un cadavre dont la cause du décès n'est pas établie, il commet tout d'abord un médecin pour procéder à un examen superficiel. Si l'homme de l'art déclare que cet examen est insuffisant pour asseoir sa conviction et que l'autopsie est nécessiaire, le magistrat ne doit pas hésiter à l'ordonner, mais l'assentiment au moins tacite des ayants droit est nécessaire. On ne peut, en effet, hors le cas de présomption de crime, porter atteinte à l'intégrité d'un cadavre sans l'adhésion des membres de la famille. Si le juge de paix se heurte à leur opposition, il en donne acte dans son procès-verbal et y relate les motifs qu'ils invoquent pour la justifier. Comme les ayants droit sont demandeurs dans l'instance judiciaire, ils ont à administrer la preuve de la relation de cause à effet entre le décès de la victime et l'accident ; en s'opposant à un mode d'investigation aussi important, ils compromettent leurs intérêts.

Dans le cas où le cadavre serait déjà inhumé, le juge de paix peut en ordonner l'exhumation, mais alors il doit spécifier dans son ordonnance que l'exhumation s'effectuera dans les conditions que l'autorité administrative croira devoir prescrire au point de vue de la salubrité publique.

Si la victime de l'accident laisse une veuve et des enfants mineurs, pouvant avoir droit à une rente, s'il est démontré que la mort est due aux conséquences de l'accident, il serait donc de leur intérêt de laisser pratiquer l'autopsie. Mais ils ont le droit de s'y opposer s'ils admettent qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'accident et la mort. Dans ce cas, l'assurance n'a aucun intérêt à ce que l'autopsie soit pratiquée, et le juge de paix devrait refuser son autorisation.

---

59. — Droit des blessés du travail à des allocations supplémentaires de rentes.

Abonné du *Concours*, membre du « Sou » je serais heureux que vous me disiez si :

1º Un blessé de 1922-23, ayant eu sa rente en 1923 (1.200 fr. par an pour 50 % d'incapacité) a droit à une augmentation quelconque d'après les nouvelles lois.

2° Un blessé ayant sa rente d'avant-guerre a-t-il droit à quelque augmentation alors qu'il a une incapacité de 33 % ?

Dr D.

Réponse.

Ni l'un, ni l'autre des blessés dont vous nous soumettez les cas ne peuvent obtenir les allocations supplémentaires instituées par les lois du 15 juillet 1922 et subséquentes (la dernière en date est du 15 juillet 1927), le premier parce que son accident est postérieur à l'entrée en application de la loi du 5 août 1920 et le second parce que son invalidité n'atteint pas 40 %.

320. — Retard dans le paiement des notes d'honoraires-accidents.

Excusez-moi de venir vous importuner, mais connaissant votre patience inlassable, j'ai recours à vous pour me renseigner sur la question suivante : comment dois-je m'y prendre pour me faire régler des honoraires par une compagnie d'assurance qui ne répond jamais à mes lettres et qui me doit plusieurs notes d'honoraires dont une ou deux datant de 10 mois au moins ? Toutes les autres assurances ont l'habitude de régler dans les 6 semaines à deux mois environ. J'adresse toujours mes notes aux agents dès que le blessé est guéri.

Donc j'ai adressé mes notes de cette assurance à l'agent de V. qui ne m'a jamais donné signe de vie et qui n'a jamais daigné répondre à une seule de mes réclamations. Devant ce silence, je me suis adressé au siège à Paris, demandant si les sinistres en cause étaient régulièrement couverts par eux ; sur leur réponse affirmative, je leur ai demandé de me régler eux-mêmes, leur agent faisant défaut, depuis plus de réponse du siège et toujours pas d'argent et il s'agit tout de même de 5 à 600 francs d'honoraires. Alors je ne sais comment m'y prendre pour obliger cette compagnie à bien vouloir me régler. C'est pourquoi, je vous prie d'avoir l'extrême obligeance de me conseiller.

Dr T.

Réponse.

Puisque vous ne pouvez obtenir de l'assurance une réponse quelconque à vos demandes de paiement, écrivez à chacun des patrons responsable, couverts par cette Compagnie une lettre recommandée pour les mettre au courant de la situation, en leur signalant que, faute de paiement dans la quinzaine, vous vous verrez contraint de les citer devant le juge de paix, conformément à la loi.

Il est probable que, devant les réclamations de ses assurés, la Compagnie se décidera à vous régler.

S'il en était autrement, n'hésitez pas à mettre vos menaces à exécution et à poursuivre les pa-

trons. En effet, c'est contre eux seuls et non pas contre l'assurance que la loi vous donne une action directe.

Le juge compétent est le juge de paix du canton où l'accident s'est produit et l'instance est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

Baux et locations.

4514. — Droit à prorogation. Prix maximum du loyer.

J'habite une ville de 200.000 habitants où j'occupe depuis le 24 juin 1919 un petit hôtel avec jardin loué à bail de 3, 6, 9 années finissant le 24 juin 1928.

Le prix du loyer actuel est de 1.800 fr.

Ai-je le droit à la prorogation de 3 ans, et le propriétaire sera-t-il en droit d'occuper sa maison en juin 1928, mon cabinet faisant partie de la maison ?

Quel prix maximum le propriétaire peut-il exiger à la fin de mon bail ?

La maison n'était pas louée avant la guerre, comment établir le prix de location à cette époque ? En cas de contestation sur ce prix à quelle juridiction avoir recours ?

Ai-je une formalité écrite à accomplir à une certaine date pour bénéficier de cette prorogation.

Dr X.

Réponse.

Lorsque votre bail sera expiré, vous aurez droit automatiquement et sans même avoir à la demander sous une forme quelconque, en vertu de la loi du 1er avril 1926 sur les loyers, à une prorogation qui ne prendra fin que le 1er avril 1931.

Votre propriétaire ne pourra pas faire échec à votre droit à la prorogation en excipant de son droit de reprise, ce droit ne pouvant porter, aux termes de la loi, que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Or, vous exercez votre profession dans les lieux loués, vous y avez votre cabinet de consultations et cela est suffisant pour que tout votre logement présente, au regard de la loi, un caractère professionnel interdisant l'exercice du droit de reprise.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer un loger égal à la valeur locative de 1914 majorée de 125 % (au lieu de 100 % pour les simples locaux d'habitation) et vous devrez rembourser à votre propriétaire les majorations subies, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies et par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière qui doit rester tout entier à sa charge.

Pour le remboursement de ces charges la loi permet aux parties de convenir d'un forfait dont le maximum qu'elle autorise est égal à 15 % du loyer majoré.

Cette taxation des loyers n'est applicable que

jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation pour la seconde période de la prorogation.

Puisque la maison n'était pas louée avant la guerre, la valeur locative de 1914 doit être déterminée par comparaison avec les prix payés à cette époque pour des locaux similaires.

Assistance.

187. — Attribution des primes d'allaitement.

Je vous serais reconnaissant de me dire si un maire ne commet pas un abus de pouvoir en décrétant que pour avoir droit à la prime d'allaitement au sein, les mères qui nourrissent leurs enfants sont dans l'obligation de se présenter à jour et à heure fixe à l'hôpital de la ville et retirer un certificat d'un médecin déterminé, en l'espèce le médecin inspecteur des enfants du 1er âge, ce certificat étant seul valable aux yeux du maire.

Il me semble qu'aux termes de la loi, il n'est exigé qu'un certificat médical donné par un médecin quelconque.

Du reste n'est-il pas abusif d'obliger une mère qui allaite à se présenter à heure fixe *avec son nourrisson* sous prétexte de pesée, par n'importe quel temps ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis à ce sujet.

Dr V.

Réponse.

Il résulte d'une réponse faite par le Ministre du Travail et de l'Hygiène à M. Fernand Merlin, sénateur, publiée par le *Journal Officiel* du 12 avril 1924 et par le *Concours médical* du 25 mai suivant, que, si la femme qui désire se faire inscrire sur la liste des bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches n'est pas inscrite sur la liste d'assistance médicale gratuite, les frais du certificat médical qu'elle doit produire, en s'adressant au médecin *de son choix*, sont à sa charge. Si, au contraire, elle est inscrite sur ces listes ou admise d'urgence, le médecin de l'assistance médicale peut se faire payer la visite ou la consultation au cours de laquelle il a délivré le certificat sur les fonds du service d'assistance médicale dans les conditions où lui sont payées ces visites nécessitées par l'application de la loi du 15 juillet 1893.

Comme les primes d'allaitement ne sont allouées, aux termes de la loi du 24 octobre 1919, qu'aux femmes françaises admises au bénéfice de la législation des femmes en couches, la mère dont il est question dans votre lettre avait le droit de choisir le médecin qui lui délivrerait le certificat, mais il lui appartenait alors de le payer. Si elle s'est rendue à l'hôpital pour obtenir un certificat d'un médecin fonctionnaire, cela lui a causé, en effet, un dérangement, mais

elle a dû faire l'économie du coût du certificat. Elle aurait été en droit de ne pas se rendre à la convocation qui lui a été adressée.

Questions médico-militaires

4106. — Service militaire d'un interne des hôpitaux.

Mon fils, 22 ans, interne des hôpitaux de province, aura en juillet prochain sa 20e et dernière inscription médecine et subira l'examen de dernière année P. M. S. pour ne faire qu'un an de service.

Trois solutions alors se présentent :

1° Ne demander aucun sursis et être incorporé en novembre 1928. Aurait-il le temps de passer une clinique ? — Grade d'inscription et solde. — Grade au bout de six mois de service et solde.

2° Demander un sursis de *six mois seulement* et être incorposé en mai 1929, avec vraisemblablement deux ou trois cliniques mais pas de thèse. Les grades d'incorporation et après 6 mois seraient, je pense identiques. Lui serait-il loisible de préparer et passer sa thèse dans le premier semestre comme militaire et cela influerait-il sur sa position ?

3° Demander *sursis d'un an*, donc n'être incorporé qu'en novembre 1929, avec le diplôme de docteur. Grade d'incorporation médecin auxiliaire à 3 fr. par jour je crois. Au bout de six mois est-on de droit aide-major de 2e classe, et à quel traitement ?

Dans le cas où au bout des six premiers mois le médecin auxiliaire n'a pas son diplôme de docteur, peut-il obtenir le galon d'aide-major, et sous quelles conditions ?

Dr X.

Réponse.

Voici la réponse demandée pour chacune des trois solutions pour votre fils, interne des hôpitaux, une fois doté du brevet de préparation militaire supérieure spéciale.

1° Grade d'incorporation : médecin auxiliaire 3 francs par jour. Au bout de six mois, médecin aide-major de 2e classe : 33 francs par jour, environ.

2° Mêmes grades dans les mêmes délais. Votre fils est toujours libre de ses loisirs de la vie militaire pour les occuper et travailler à sa guise, mais il ne peut être autorisé officiellement à passer un examen, ni soutenir sa thèse.

3° Mêmes grades et mêmes soldes dans les mêmes délais ; on est de droit aide-major au bout de six mois ; point n'est besoin pour cela du diplôme de docteur en médecine, il suffit d'avoir été nommé au concours interne des hôpitaux titulaire, dans une ville de faculté et d'être pourvu de seize inscriptions validées.

Cinquantième année · N° 10 · 4 Mars 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 636-IV)

(Suite du Sommaire)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et e plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino Colbert, Hamant, J. Trotot.,

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Cap-Martin : Griffault.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

AVIS

Tout médecin sollicité de s'installer dans un secteur de la caisse de secours des Mines de Marles-Ferfay-Cauchy, est prié de s'adresser au Président du Syndicat des méd. de Béthune, Dr Quénée, rue Louis-Blanc, à Béthune (Pas-de-Calais), qui lui donnera tous renseignements utiles et absolument nécessaires à connaître.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 95. — A céder dans bonnes condit. affaire paramédicale intéressante. Beaux bénéfices.

N° 96. — Dr recomm. vivement jeune pharmacienne 1re cl. qui accepter. gérance d'une pharm. ou direct. d'un labor. d'analyses ou collab. dans laborat. ou pharmac.

N° 97. — Clinique médico-chirurgicale à vendre, plein centre Paris, instal. moderne. Chiff. d'aff. 500.000 fr.

N° 98. — Enfants infirmes, paralysés, épileptiques, arriérés. Traitem. spéciaux, vie de famille. Résultats

intéress. Demander renseig. et conditions à Dr J. Gaston, La Petite Afrique, 104, Route Nationale à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.). Condit. spéc. aux confr.

N° 99. — Donnet-Zédel 7 CV 1926 type G. ; cond. int. 4 pl., 2 portes, entièrem. révisée. Prix 9.500 fr. Dr Sénéchal, 31, rue Scheffer, à Paris (16e).

N° 100. — Centre. Région riche, ancien poste, seul propharm., rapp. 62.000, loyer 1.500, maison 7 p., jardin, électr. Indemn. 22.000, dont 16.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 101. — Paris. Quart. plein centre, cab. gynécol. et voies urin., appart. profess., rapp. 100.000 env. Indemn. 90.000, dont 70.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 102. — Paris. Hôtel part. à usage médical, 2 étages, jardin, garage, 2 sorties, loyer 14.000, bail 3-6 ans. A céder avec install. et reprise meubles. Prix compt. à débatt S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Le Trynol aux sels de silicium, lipoïdes colloïdaux et hypotenseurs est préparé d'après les expériences concluantes du prof. Gouget. **Le Trynol** décholestérinise et décalcifie les artères. C'est le spécifique de l'artériosclérose. La cure doiit être prolongée. Vérifiez son action sur vos artérioscléreux. Envoi gratuit de boîte et littérature. Pharm., 32, avenue Carnot, Paris.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc. 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris.

Les Migraines, algies grippales et post-grippales si tenaces et si récidivantes sont calmées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 50 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux. Il y a abaissement de 1° à 1°5 dans les formes fébriles.

Pierre NATTAN-LARRIER

Le « Sou Médical » est en deuil : il perd un de ses avocats conseils, qui vient de succomber en pleine activité et en pleine force intellectuelle.

Lorsqu'en mai 1922, le regretté Georges Gatineau s'était doucement éteint, il nous avait légué un digne successeur, en qui il avait toute confiance. Combien cet artisan de la première heure du « Sou Médical » avait eu raison, en désignant Me Nattan-Larrier comme devant être son continuateur dans une société, dont il avait été un des animateurs.

Pierre Nattan-Larrier fut, pour notre société, un conseiller très averti. Jonglant avec les difficultés, il savait mettre en lumière les arguments décisifs, propres à entraîner la conviction des juges.

Aussi, que de fois, le Conseil d'administration du « Sou Médical » avait-il eu à se louer des résultats obtenus, en justice, à la suite des plaidoiries de notre regretté ami.

Il avait pris sa tâche à cœur. D'ailleurs, n'appartenait-il pas à la grande famille médicale, par son frère, professeur au Collège de France ?

Sa disparition est une perte énorme pour notre Ligue. Qu'il nous soit permis de pleurer celui qui fut, non seulement le conseil avisé de nos adhérents, mais aussi, pour beaucoup d'entre nous, un véritable ami.

Le « Sou Médical » prie M. et Mme Pecaut, Mlle Nattan-Larrier, ses enfants et son frère, M. le docteur Nattan-Larrier, d'agréer ses sentiments unanimes de condoléance et l'hommage des regrets que lui cause cette perte, aussi brutale qu'inattendue.

Dr Paul Boudin.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. JOLLY est élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la IVe section (*Sciences biologiques, physiques chimiques et naturelles*).

— **Légion d'honneur.** — Nous avons appris avec une vive satisfaction la promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur de M. le médecin inspecteur A. SAVORNIN, directeur du Service de Santé au Ministère de la guerre (7e direction).

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos bien sympathiques félicitations.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le dimanche 4 mars, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. MOUCHET sur : *les complications des fractures du coude chez l'enfant ; leur traitement.*

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Leçons cliniques du dimanche.* — Le 4 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. HALBRON sur *les angines de poitrine et leurs traitements.*

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur SICARD commencera ses leçons, le mardi 6 mars à 18 h., et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, même heure au petit amphithéâtre. Sujet du cours : Intoxications, pathologie de la hanche, du rachis et de la tête.

— **Psychiatrie médico-légale.** — M. le professeur Henri CLAUDE commencera, le lundi 5 mars, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale. Les leçons auront lieu tous les jours.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Cours de vacances de Pâques.* — Un cours de vacances de Pâques sera fait du 29 mars au 5 avril, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sur *les données nouvelles de clinique et de thérapeutique tirées du sang.* Droit de 250 fr.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux* (*admissibilité*). — Liste des candidats : MM. les docteurs Hirschberg, Weismann, Baruk, Deschamps, Isaac-Georges, Haguenau, Carrié, Boulin, Meyer, Paraf, Ravina, Mme Fontaine, née Bertrand, MM. Turpin, de Brun-de-Bois-Noir, Janet, Chevalley, Garcin, Coste, Péron, Decourt, Prieur, Hillemand, Schulmann, Pichon, Lelong, Pollet Bocage, Marceron, Rimé, Le Clerc, Mouquin, Nicaud, Froment, Terris, Bariéty, Lefèvre, Levesque, Thévenard, Plichet, de Massary, Rachet, Bith, Ollivier, Girot, Basch, Périsson, Debray, Bascouret, Gutmann, Clément, Libert, Darquier, Jacquelin, Mouzon et Christophe.

Sont dispensés] des épreuves d'admissibilité : MM. les docteurs Bith, Boulin, Carrié, Chevalley, Haguenau, Jacquelin, Mouquin, Nicaud, Paraf, Ravina, Schulmann et Turpin.

Le jury est définitivement composé de MM. René Bénard, Pissavy, Brouardel, Fiessinger, Lévy-Valensi, Guillemot, Teissier, Tixier, Hudelo, Lesage et Villaret.

— **Paris**. *Concours de médecin de l'Assistance médicale à domicile.* — Un concours pour la nomination à 8 places de médecin de l'Assistance médicale à domicile sera ouvert le jeudi 29 mars 1928 dans la Salle des concours de l'Administration de l'Assistance publique, 49, rue des Sanits-Pères.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) de 14 à 17 heures, du 1er au 14 mars inclus.

— **Faculté de médecine de Paris**. *A propos de la chaire d'histologie.* — Le Conseil de la Faculté avait proposé M. Verne pour la chaire d'histologie, vacante depuis la mort du professeur Prenant. Le ministre ayant nommé à ladite chaire M. Champy, a communiqué la note suivante expliquant cette nomination, qui aurait pu paraître en dehors des usages universitaires :

« Le ministre de l'Instruction publique précise que la nomination de M. Champy à la chaire d'histologie a été faite dans les conditions les plus irréprochables et, comme il convient, en dehors de toute considération politique.

« Conformément aux usages, ont été consultés tour à tour la Faculté, qui a proposé M. Verne et la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui a proposé M. Champy.

« Pour s'éclairer sur les mérites comparés des deux candidats, le ministre a sollicité l'arbitrage de M. le professeur Gley, alors président de l'Académie de médecine. A cet arbitrage, il a conformé sa décision. »

— **Hôpitaux de Toulouse**. *Internat.* — Sont nommés à la suite du dernier concours, internes titulaires : MM. Cantegril, Dieulafé, Brun, Calvet, Baudot, Albenque ; internes provisoires : MM. Escat, Merlin-Lemas, Favre.

— **Congrès de l'Association des anatomistes** (Prague, 2-4 avril 1928). *Avantages accordés par le gouvernement tchéco-slovaque.* — Le XXIIIe Congrès de l'Association des anatomistes aura lieu à Prague, les 2, 3 et 4 avril 1928. Des avantages importants ont été consentis par le Gouvernement tchéco-slovaque qui accorde la gratuité du visa, le voyage gratuit en 1re classe depuis la frontière tchéco-slovaque et le logement à Prague pendant trois jours.

S'inscrire auprès du Secrétaire général, M. le professeur Collin, 31, rue Lionnois, à Nancy.

— **Médecins limousins de Paris**. *Dîner.* — Le prochain dîner du groupement des médecins limousins

de Paris aura lieu le mardi 24 mars, à 20 heures, restaurant Rouzier, 2, place Saint-Michel.

— **Deuxième vente des collections du prof. Gilbert.** — La deuxième vente des collections du professeur Gilbert a été faite à l'Hôtel Drouot les 8, 9, et 10 février. Le montant s'est élevé à 288.000 fr.

— **Monument du Professeur Gilbert.** — C'est hier, samedi 3 mars qu'a été inauguré à l'Hôtel-Dieu, à 3 heures, le monument élevé à la mémoire du professeul Gilbert par ses élèves, ses collègues, ses amis.

Le monument, œuvre de l'artiste bien connu, M. Prud'homme, a été remis à M. Mourier, directeur général de l'assistance publique, par M. le Pr Carnot.

La cérémonie était présidée par M. Charlety, recteur de l'Université de Paris.

Des discours ont été prononcés par MM. Carnot, Lion, Pierre Teissier, Béclère, Roger, Mourier, Charlety.

La réplique de ce monument sera édifiée à Buzancy, dans les Ardennes, son pays natal, probablement au mois de mai.

— **Circuits Corses Cirnéa en torpédo : La Cie Cirnéa, 5, quai Rauba-Capeu, à Nice, enverra volontiers à nos membres les programmes de ces Circuits dans l'Ile : une réduction de 10 % leur sera consentie sur les prix indiqués.**

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *février.*

Service de Santé des Colonies.

Traitements des infirmières en service dans les établissements hospitaliers du service général aux colonies.

Le Président de la République française,

Vu le décret du 4 novembre 1903, portant organisation des services de santé coloniaux ;

Vu le décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales ;

Vu l'article 55 de la loi de finances du 25 février 1901 et l'article 9 de la loi de finances du 18 octobre 1919 ;

Vu le décret du 27 avril 1927, fixant le statut et les traitements des infirmières appelées à servir dans les établissements hospitaliers du service général aux colonies ;

Sur le rapport du ministre des colonies et du président du conseil, ministre des finances,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 5 du décret du 27 avril 1927 est abrogé et remplacé par le texte suivant :

Art. 5. — Les infirmières contractuelles engagées

par le ministère des colonies sont assimilées aux grades indiqués ci-après et reçoivent, d'après ces rades et suivant les colonies où elles sont en service, les traitements fixés par les tableaux suivants :

TABLEAU N° 1

Traitement des infirmières en service en Indochine.

Grades	Solde mensuelle. fr.	c.
Infirmière de 3e classe	420	»
Infirmière de 2e classe (1er échelon)	460	»
Infirmière de 2e classe (2e échelon)	480	»
Infirmière de 1re classe (1er échelon)	540	»
Infirmière de 1re classe (2e échelon)	570	»
Infirmière-major de 2e classe (1er échelon)	630	»
Infirmière-major de 2e classe (2e échelon)	690	»
Infirmière-major de 1re classe	750	»

TABLEAU N° 2

Traitement des infirmières en service dans les colonies autres que l'Indochine.

Grades	Solde mensuelle. fr.	c.
Infirmière de 3e classe	600	»
Infirmière de 2e classe (1er échelon)	675	»
Infirmière de 2e classe (2e échelon)	750	»
Infirmière de 1re classe (1er échelon)	825	»
Infirmière de 1re classe (2e échelon)	900	»
Infirmière-major de 2e classe (1er échelon)	1.000	»
Infirmière-major de 2e clas. (2e échelon)	1.125	»
Infirmière-major de 1re classe	1.250	»

Observations. — La solde ci-dessus est due :

1° Pendant la période qui s'écoule entre la nomination et l'embarquement ;

2° Pendant les traversées ;

3° Pendant le séjour dans la colonie ;

Elle sert de base pour l'établissement des allocations ou indemnités à payer en vertu des articles 21 et 22 du décret du 27 avril 1927.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui entrera en application à dater du 1er janvier 1928 et qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* des colonies.

Fait à Paris, le 11 février 1928.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 4 avril 1910 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène

en Algérie, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France et par le gouverneur général de l'Algérie.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bône (Algérie).

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an, sans indemnité d'aucune sorte.

Les candidats ont un délai de trois mois, à compter de la publication pour adresser au gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications rou références

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus. L'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

16 *février.*

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues optes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville d'Arles (Bouches-du-Rhône).

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

18 *février.*

Assistance publique.

Les récompenses ci-après ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'or : MM. les Dr Huguet et Tranier, radiologistes du centre anticancéreux de Marseille.

Médaille de bronze : Mmes Calmette et Imbert, Mlles Castelin et Gasquet, infirmières hospitalières au Centre anticancéreux de Marseille.

Soins aux pensionnés de guerre.

Application aux colonies de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 14 février 1928.

Monsieur le Président,

Deux arrêtés interministériels en date des 3 juin

1927 et 22 août 1927 ont modifié les conditions d'application de l'article 65 du décret du 25 octobre 1922 en ce qui concerne le tarif des produits pharmaceutiques à délivrer au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits aux mutilés).

Les mêmes modifications doivent être apportées au décret du 15 juin 1925 déterminant les modalités d'application de ces textes aux colonies.

Le projet de décret ci-joint a été préparé dans ce but.

Si vous en approuvez la teneur, nous vous prions de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Le président du conseil,
ministre des finances,
Raymond Poincaré.

Le ministre des colonies,
Léon Perrier.

Le ministre des pensions,
Louis Marin.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies, du ministre des pensions et du président du conseil, ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, modifié par les décrets des 8 juillet 1924, et 5 mars 1927 ;

Vu le décret du 15 juin 1926, modifié par le décret du 20 mai 1927,

Décrète :

Aré. 1er. — L'article 65 *bis* du décret du 15 juin 1926 est complété comme suit :

« Toute feuille d'ordonnance portant prescription d'eaux minérales, au titre de l'article 64, doit être transmise à la commission de contrôle avec l'avis du médecin traitant indiquant les raisons d'ordre médical qui motivent cette prescription. Seules les feuilles d'ordonnance de cette nature portant le « Vu bon à délivrer » de la commission de contrôle peuvent être remboursées au titre de l'article 64.

« En tout état de cause, les autorisations délivrées par la commission de contrôle seront limitées à 12 bouteilles d'eau minérale par trimestre et par bénéficiaire. Les eaux minérales ayant le caractères d'eau de table ne peuvent pas être remboursées au titre dudit article.

« Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas aux eaux purgatives.

« Ne peuvent être remboursés au titre de l'article 64 les produits suivants qu'il est interdit aux médecins de prescrire et aux pharmaciens de délivrer au titre dudit article :

« *a*) Les vins en nature ou mélangés, à l'exception du vin de digitale composé (ou vin de Trousseau ou

vin de l'Hôtel-Dieu), du vin de scille composé (ou vin de la Charité), du vin aromatique ;

« *b*) Les élixirs, à l'exception de l'élixir parégorique (ou teinture d'opium camphrée), de l'élixir de longue vie (ou teinture d'aloès composée), de l'élixir de Peyrilhe (ou teinture de gentiane alcaline) ;

« *c*) Les alcoolats en nature, à l'exception de l'alcoolat de cochléaria composé et de l'alcoolat de fioravanti.

« Sont considérés comme étant des alcoolats en nature tous les mélanges d'alcoolats insuffisamment dénaturés par l'adjonction de substances médicamenteuses ;

« *d*) L'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande, l'eau dentifrice, les pâtes, savons et, d'une façon générale, les produits de toilette. »

Art. 2. — Le quatrième paragraphe de l'article 65 *ter* du décretdu 15 juin 1926 est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Sur le montant total du mémoire trimestriel établi par chaque pharmacien au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il sera fait une réduction proportionnelle à l'importance du mémoire et calculée sur les bases ci-après :

« Jusqu'à 300 fr., néant.

« 1 p. 100 sur le montant des mémoires de 301 fr. à 500 fr.

« 3 p. 100 sur le montant des mémoires de 501 fr. à 1.500 fr.

« 5 p. 100 sur le montant des mémoires de 1.501 fr. à 3.000 fr.

« 6 p. 100 sur le montant des mémoires au-dessus de 3.000 fr.

« Les eaux minérales et les produits marqués P. M. O. (prix marqué obligatoire) au tarif, n'étant pas susceptibles de subir de réduction, devront être tarifés à prix nets ; leur montant s'ajoutera en fin du mémoire après que les abattements ci-dessus prévus auront été appliqués ».

Art. 3. — Le président du conseil, ministre des finances, le ministre des pensions et le ministre des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

Fait à Paris, le 14 février 1928.

19 *février*.

Tribunaux des pensions.

Sont nommés, pour l'année 1928 :

Membre du tribunal des pensions de Colmar (2e section), M. Nordmann, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal, MM. Schreiber et Duhamel, docteurs en médecine à Colmar.

Voir la suite page LV-689

PROPOS DU JOUR

A propos du Cinquantenaire de la Création des Ecoles d'Infirmières en France.

Florence Nightingale et son œuvre

Il y a cinquante ans (en décembre 1877) le Conseil municipal de Paris, « considérant qu'il est de la plus haute importance pour assurer des soins profitables aux malades dans les hôpitaux de Paris d'avoir un bon personnel d'infirmiers et d'infirmières », décida « que par les soins de la Société médicale des hôpitaux de Paris, il fût organisé un enseignement professionnel de petite chirurgie, de pharmacie et d'hygiène dans lequel les personnes qui désireraient se dévouer au service des malades pourraient recevoir l'instruction thérapeutique et pratique propre à en faire les utiles auxiliaires dont le corps médical a besoin ».

Telle fut l'origine en France de l'enseignement professionnel donné aux infirmières. Le Conseil municipal de Paris, en confiant la charge de l'organisation de cet enseignement à la Société médicale des hôpitaux, pensait ainsi répondre à toutes les objections et éviter tous les abus que l'on pouvait prévoir. Mais *de minimis non curat Prætor*. Le corps médical et chirurgical des hôpitaux se désintéressa en grande partie du personnel auxiliaire dont cependant il avait grand besoin et Bourneville, médecin de Bicêtre, qui, comme conseiller municipal, fut le promoteur de cette utile, même indispensable création, ne fut secondé que par quelques-uns de ses amis et de ses élèves ; citons parmi les plus connus et les plus distingués : Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre, P. Yvon, Bonnaire, Tissier, Pilliet, P. Sollier, Viron, P. Cornet, etc.

Le but, poursuivi par la création des écoles municipales d'infirmières, était nettement défini par le texte même de la délibération du Conseil municipal. Bourneville, en voulant instruire le personnel hospitalier, s'inspirait des Instructions de Saint-Vincent-de-Paul qui, en 1634, en créant ses Filles de la Charité, ne voulut jamais fonder un ordre religieux mais organiser un groupe de personnes habiles à soigner les malades. Il voulait, en outre, introduire dans notre pays l'admirable réforme que Florence Nightingale avait réussi à réaliser en Grande-Bretagne. Mais il rencontra en France une hostilité et surtout une indifférence qui gêna considérablement le succès de ses projets généreux et il fallut la grande guerre pour que la nécessité d'instruire de leur métier les personnes qui se destinent à soigner les malades, fut unanimement reconnu. Après cinquante années l'œuvre de Bourneville a triomphé bien que l'on ait singulièrement, et même systématiquement, oublié son promoteur dans les sphères officielles.

Nous avons dit que Florence Nightingale avait été en Grande-Bretagne l'admirable réformatrice des hôpitaux et que c'était à elle que revenait l'honneur et le mérite d'avoir créé l'infirmière moderne avec toutes les qualités morales et professionnelles que les malades et les médecins sont en droit d'exiger d'elle. Peu de praticiens en notre pays connaissent Florence Nightingale. En exposant ici la vie et l'œuvre de cette héroïne, nous espérons contribuer à dissiper certains préjugés qui règnent encore trop souvent dans le Corps médical français à l'égard des infirmières de profession. Sans doute, il est encore parmi elles beaucoup trop de personnes inexpérimentées, mal instruites, prétentieuses, manquant de tact et se rendant insupportables. Mais l'enseignement professionnel des infirmières, tel que l'a compris Florence Nightingale et tel que l'on s'efforce de le donner actuellement, est justement destiné à éliminer ces mauvaises infirmières qui se recrutent pour la plupart parmi ces dangereuses gardes-malades amateurs que Florence Nightingale poursuivait de son mépris et éliminait avec soin de ses œuvres.

Tout récemment, Mme le Dr Anna Hamilton, vice-présidente de notre Mutualité Familiale, directrice de l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux, (école fondée avec le produit d'une souscription des nurses américaines en mémoire de leurs nombreuses compagnes mortes en France victimes de leur dévouement au cours de la grande guerre), a publié en collaboration avec Mme Jules Forsans, une importante notice biographique sur Florence Nightingale (1), c'est

(1) Bordeaux, imprimeries Delmas et Ecole Florence Nightingale. Bordeaux-Talence,

l'analyse sommaire de ce remarquable travail que nous allons donner ici.

***

Issue d'une riche et aristocratique famille anglaise, notre héroïne naquit à Florence le 12 mai 1820 et ses parents lui donnèrent pour prénom le nom même de sa ville natale. Sa sœur était née deux ans plus tôt à Naples, l'antique Parthénope, et avait été dénommée Parthe pour la même raison.

Florence Nightingale passa sa première enfance dans les somptueuses propriétés de ses parents à Lea Hurst et à Embley en Hampshire. Son éducation fut plus particulièrement soignée ; elle savait le latin, le grec, le français, l'allemand, l'italien et était plus particulièrement douée pour la musique. Florence Nightingale devint une très belle jeune fille, remarquablement douée, très réfléchie, elle possédait un esprit net et était capable d'une grande concentration intellectuelle. Ajoutez à tous ces dons une grande piété, mais une piété d'une essence toute spéciale qui ne consistait pas en vaines pratiques mais se traduisait par le désir ardent de servir l'humanité et de se sacrifier pour le bien des autres.

Pour parfaire son éducation, ses parents la firent voyager avec eux. Elle séjourna avec sa sœur à Paris, y fut admise dans les salons les plus réputés, notamment dans celui de Mme Récamier.

Tout permettait de faire envisager pour Florence Nightingale un très brillant mariage, suivi des plus grands succès mondains. Fortune, santé, beauté, intelligence, éducation, instruction, elle avait tout pour elle, mais il fallut compter avec son cœur et ses parents qui espéraient un bel avenir pour leur fille cadette, furent terriblement déçus quand elle leur déclara qu'elle désirait devenir une infirmière, une « nurse ». Pour apprécier impartialement la stupéfaction douloureuse de M. et Mme Nightingale, il convient de savoir ce qu'était la profession de « nurse » à cette époque. La débauche, la grossièreté, l'ivrognerie en faisaient un métier méprisé et méprisable. — Dickens, dans un de ses romans, en a tracé, sous les traits de Sarah Gamp, un portrait peu flatteur mais rigoureusement exact.

Doutant que cette singulière vocation pût être réellement sérieuse, les parents de Florence Nightingale résolurent de la faire voyager et elle accompagna des amis de sa famille en Italie, en Egypte et en Grèce.

A Rome, où elle séjourna assez longtemps, elle fit la connaissance du cardinal Manning et de Sidney Herbert qui, comme philanthrope et homme politique, devait jouer un rôle important en Angleterre. Sidney Herbert comprit toute la valeur morale et intellectuelle de Florence Nightingale ; il devint son ami et lui fit part d'un projet d'asile de convalescents pour les malades sortant des hôpitaux de Londres. projet qu'il songeait à réaliser.

En 1850, Florence Nightingale avait trente ans et avait refusé de brillants mariages ; elle menait une vie assez indépendante. Froissée par le manque d'adaptation des cultes des diverse sectes aux besoins moraux du peuple, elle songeait à fonder une religion nouvelle, basée surtout sur une bienfaisance éclairée. Ses parents, ne la comprenant pas, se comparaient à des canards qui auraient couvé un cygne sauvage. Son idée fixe était de réformer l'état déplorable des hôpitaux anglais, foyers d'immoralité et d'alcoolisme. Elle voulait à tout prix soigner les malades délaissés avec une de ses tantes qui, seule dans sa famille, approuvait ses projets, et son jeune neveu Shore. Elle rêvait de fonder une sorte d'ordre sans vœux où des femmes de bonne éductation se consacreraient à donner des soins intelligents aux malades. Devant sa volonté tenace, ses parents finirent par céder et, durant une saison qu'ils firent aux eaux de Carlsbad, en Allemagne, ils l'autorisèrent à faire un stage dans l'Institution des Diaconnesses de Kaiserwerth près Dusseldorf, alors maison de santé fort réputée. Les Filles de la Charité de Saint-Vincent-de-Paul, comme les diaconnesses protestantes, avaient mérité l'admiration de Florence Nightingale. Aussi, malgré sa religion, elle obtint grâce à une recommandation du cardinal Manning, de faire en février 1853 un stage à Paris, dans la maison de la Providence, 5, rue Oudinot, chez les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Elle profita de ce séjour à Paris pour visiter les hôpitaux et les hospices de l'Assistance publique et en étudier l'organisation. Son stage fut interrompu par une rougeole qu'elle contracta au cours de ses visites. Revenue à Londres, elle prit, le 12 août 1853, la direction de la Maison de santé pour Institutrices malades, I, Upper Harley Street. Avec une énergie peu commune, elle imposa des réformes sérieuses aux Comités aristocratiques qui administraient cet établissement. Elle exigea le respect de toutes les religions, l'admission des malades de toutes les classes sociales, augmenta le confort tout en diminuant les dépenses, élimina les paresseux

parasites qui, une fois guéris, s'éternisaient à la maison de santé, organisa une sorte d'office qui se préoccupait d'assurer aux hospitalisés sortants un asile et une situation, créant en somme ce que nous appelons le *service social de l'hôpital.*

Le choléra ayant éclaté à Londres, elle interrompit les courtes vacances qu'elle prenait dans sa famille, pour aller soigner les cholériques en volontaire à l'hôpital de Middlessex.

Survint la guerre de Crimée. Après la bataille de l'Alma, un cri de détresse émouvant se fit entendre jusqu'à Londres. Le service de santé de l'armée britannique était en fait inexistant et ne pouvait être comparé à celui de l'armée française qui cependant était loin d'être parfait. Le *Times* ouvrit une souscription publique et de nombreuses dames de la Société s'offrirent pour aller en Orient soigner les blessés et les malades. Sir Sidney Herbert, devenu sous-secrétaire d'Etat adjoint à la guerre, écrivit à Florence Nightingale qu'il la considérait comme la seule personne capable d'organiser les secours. Il ne voulait avec raison à aucun prix utiliser les dames de la Société : « Un groupe de dames sentimentales et enthousiastes, lâchées dans l'hôpital de Scutari, écrivait-il à Florence Nightingale qui sur ce point ne différait pas d'opinion avec lui, seraient sûrement mises à la porte avant huit jours par ceux dont elles gêneraient le service et contesteraient l'autorité. »

Florence Nightingale, cédant aux instances de Sidney Herbert, accepta, après avoir obtenu l'assentiment du Comité de l'Institution qu'elle dirigeait. Elle posa ses conditions et se fit donner des instructions précises touchant la neutralité religieuse du personnel soignant.

« Je compte sur vous, écrivait le sous-secrétaire d'Etat, pour exercer avec tout le tact voulu une surveillance constante pour empêcher que votre personnel, choisi uniquement en vue de sa compétence, et non au point de vue sectaire, s'abstienne d'abuser de son rôle technique pour se mêler des croyances religieuses des malades, quelque puisse être leur dénomination religieuse, et d'arrêter toute tentative de ce genre, la réprimant par des mesures de la dernière sévérité. » Florence Nightingale partit avec trente-huit personnes de son choix : dix sœurs de la Charité (catholiques), six sœurs de Saint-Jean (protestantes), vingt-deux femmes de bonne volonté qui avaient eu l'occasion de servir dans les hôpitaux. Elle avait eu grand soin d'éliminer les dames appartenant à la classe des désœuvrées dont elle se méfiait tout particulièrement.

Admirablement accueillie en France, Florence Nightingale s'embarqua à Marseille le 27 octobre 1854, s'apprêtant à dissiper la méfiance des médecins peu au courant du but qu'elle désirait poursuivre, à vaincre les préjugés militaires, administratifs et surtout à surmonter les difficultés religieuses, l'*odium theologicum.* Pour arriver à ces résultats, elle se montra pour ses aides d'une bonté sans bornes mais les plia à une discipline sévère et exigea d'elles une obéissance absolue.

Son premier soin, en arrivant à l'hôpital de Scutari, fut de se préoccuper de la propreté et d'organiser une buanderie. Elle s'inquiéta ensuite des cuisines. Elle fit assainir les alentours de l'hôpital, détruire la vermine et les rats, installer des water-closets propres. Précurseur ne nos hyogiénistes modernes, Florence Nightingale s'attaqua aux moustiques, aux poux et aux rats qu'elle considérait comme tout particulièrement dangereux.

Elle prit l'initiative, à la grande indignation de l'administration militaire, d'acheter le linge nécessaire, de faire aménager des salles inhabitables en en couvrant les frais de sa bourse, frais qui lui furent d'ailleurs remboursés.

Elle usa de tant de tact et d'habileté qu'elle parvint à vaincre les préventions de la plupart des médecins qui redoutaient en elle et ses aides des amateurs brouillons et encombrants. « Nous avons beaucoup de chance avec nos médecins chefs, écrivait-elle. Il y en a deux qui sont des brutes, mais quatre qui sont parfaits, car ce genre de travail fait de l'homme un diable ou un ange — et de la femme aussi ! »

La Dame en chef, titre que lui avait donné le ministre de la guerre, jouissait d'une popularité sans exemple dans l'armée. Elle faisait elle-même les rondes de nuit et les blessés qui la voyaient passer dans l'obscurité, portant une petite lanterne à la lumière vacillante, la surnommèrent la Dame à la Lampe. Florence Nightingale, tout en reconnaissant le dévouement et les bonnes intentions des dames de la Société qui ne s'étaient pas astreintes à un sérieux et long apprentissage, ne pouvaient les admettre comme aides.

« Femmes admirables, écrivait-elle en parlant non sans ironie de ces dernières, douces et dévouées, plus faites pour le ciel que pour un hôpital, allant et venant comme des anges sans mains pensant à l'âme des blessés sans se préoccuper de leur corps qu'elles négligent de laver et de soigner. Elles ne se plaignent jamais, recherchant au contraire la mortification de la

chair. Mais moi, je n'ai pas pour rôle de martyriser des nurses, mais d'assurer le bon soin des blessés. »

Malgré l'influence extraordinaire dont elle disposait auprès du gouvernement et de la Reine Victoria, Florence Nightingale avait établi comme premier principe le respect absolu de l'autorité médicale ; rien ne devait être donné à un hospitalisé sans une prescription signée par un médecin.

En second lieu, elle n'admettait pas l'acceptation d'un cadeau par le personnel sans l'autorisation des chefs. Donnant elle-même l'exemple, elle ne voulut accepter les cadeaux du Sultan (un bracelet en diamants pour elle et une somme d'argent pour ses nurses) qu'après en avoir reçu l'autorisation de la Reine Victoria.

Il ne faut pas croire que Florence Nightingale arriva à ses buts sans difficultés. « Je devrais disait-elle, avoir le grade de général de brigades, car les quarante sujettes britanniques que j'ai, sont aussi difficiles à commander que quatre mille hommes. »

C'était un grand scandale dans certains milieux de voir qu'il lui était indifférent de savoir si une garde malade était catholique, anglicane, de la Haute ou de la Basse Eglise ou unitarienne. Un pasteur irlandais à qui l'on demandait à quelle secte appartenait la Dame en chef, répondait : « Elle appartient à une secte fort peu nombreuse malheureusement, celle du Bon Samaritain. »

Elle ne borna pas ses bienfaits à l'armée britannique ; elle fit de nombreux dons aux hôpitaux français et sardes et aux malades des hôpitaux prussiens et turcs.

En correspondance constante avec la Reine Victoria, elle lui fit parvenir une critique sévère des services de l'Intendance, lui écrivant que seule une personne indépendante comme elle pouvait dire à ce sujet la triste vérité. Un de ses plus grands soucis était la question de l'alimentation des malades que l'on néglige encore beaucoup trop dans nos hôpitaux français.

Au printemps de 1855, Miss F. Nightingale résolut d'aller inspecter les hôpitaux de Crimée ; elle fut reçue triomphalement à Balaclava par le généralissime, lord Raglan en personne, mais peu après elle dut s'aliter, atteinte de la fièvre de Crimée qui faisait de nombreuses victimes. Ce fut une consternation générale. On la ramena à Thérapia à la résidenced'été de l'ambassadeur ; les soldats se disputaient l'honneur de porter le brancard sur lequel elle reposait. En Crimée, elle s'était intéressée à la vie des soldats et avait constaté avec chagrin que les grands chefs n'y portaient aucune attention. L'ivrognerie, le jeu étaient les distractions habituelles des convalescents. Elle organisa pour eux des salles de lecture. « Comme vous gâtez ces brutes ! » lui reprochait un général. Elle s'ingénia à faire mieux, elle organisa des locaux avec salles de lecture, de récréation, d'école, en un mot elle créa en Crimée les *premiers Foyers du Soldat.*

La guerre terminée (1856), Florence Nightingale revint en Angleterre, mais après avoir procédé elle-même aux inventaires et à la liquidation du matériel des hôpitaux dont elle se considérait comme le chef responsable.

Elle fut reçue à Balmoral par la Reine, fit la conquête de Lord Panmure, ministre de la guerre, qui lui demanda un rapport sur ce qu'elle avait observé en Orient. Elle écrivit alors ses *Notes sur la santé, le rendement et l'administration hospitalière de l'armée britannique* et fit suivre ce rapport d'un second intitulé : *Notes complémentaires sur l'introduction du Nursing féminin dans les hôpitaux militaires.* Lord Palmerston, premier ministre, demanda à lire lui-même ces rapports. Aidée de son viel ami, Sir Sidney Herbert, devenu ministre de la guerre quand Gladstone fut porté au pouvoir, elle obtint la création d'un bureau de statistique pour l'armée et la fondation de l'Ecole de médecine militaire dont elle rédigea elle-même les programmes de cours pour l'éducation des infirmiers.

Bien que très fatiguée et très surmenée, elle envoya au Congrès de 1860 un projet d'unification des statistiques hospitalières.

La mort de Sidney Herbert, devenu Lord Herbert of Lea, fut pour elle une très douloureuse perte. Mais elle ne cessa de travailler et de poursuivre sa tâche. Elle avait écrit ses *Notes sur l'Hygiène des hôpitaux,* la publication des *Notes sur le Nursing* fut un véritable évènement Quinze mille exemplaires de ce petit livre furent vendus en un mois. Ce fut le bréviaire de celles qui se destinaient à soigner les malades et la préoccupation la plus grande de Fl. Nightingale dans cet ouvrage fut la poursuite de la préservation de la maladie.

Florence Nightingale est désormais l'Apôtre du Nursing. Si elle entre dans les moindres détails pour assurer les meilleurs soins aux malades, c'est surtout ponr parvenir à faire de la nurse jusque-là *aide-domestique* une *aide du médecin,* Sa grande préoccupation est l'hygiène. Ce fut-elle qui il y a soixante ans, alors qu'on ne parlait pas d'hygiène sociale avait dit : « *Il faut soigner les bien portants* » et avait

déclaré que la nurse devait être une *missionnaire d'hygiène.*

En mai 1860, Florence Nightingale fonda à l'hôpital Saint-Thomas, la première *Ecole des nurses.* Trop fatiguée pour en prendre la direction, elle la confia à Mrs. Wardroper, une administratrice de premier ordre. L'hôpital était organisé en vue de l'enseignement des nurses un «home» très confortable permettait de leur assurer des conditions de moralité et de discipline bien comprises. Les surveillantes et les médecins de l'hôpital étaient chargés de l'enseignement. L'éducation des nurses devait être l'objet d'une attention tout aussi grande que leur instruction.

Florence Nightingale ne se borna pas à l'école de Saint-Thomas, elle consacra une partie du fonds dont elle disposait à l'organisation au Kings College Hospital d'un service d'obstétrique pour y former des accoucheuses, car il n'existait pas jusqu'alors d'école de sages-femmes en Angleterre. Elle avait fait une enquête sur les maternités anglaises auxqu'elles elle donnait le surnom de *Pest house*, enquête qu'elle publia en 1871 sous le titre de : *Considérations sur les services d'accouchement*, où elle démontra la nécessité de l'isolement et d'une propreté excessive. Ici encore Florence Nightingale remplit le rôle de précurseur.

Lors de la guerre de 1870, Fl. Nightingale malade et ne pouvant guère quitter le lit, dut borner son intervention à des conseils. Elle avait une tendresse toute particulière pour la France qu'elle qualifiait de *sublime* dans son héroïque résistance.

Malgré l'état précaire de sa santé, Miss F. Nightingale continua d'entreprendre des campagnes pour la réforme sanitaire des Indes, pour la transformation des infirmeries des dépôts de mendicité qui sont en Angleterre les véritables hôpitaux civils d'assistance.

La vie active de notre héroïne se poursuivit sans arrêt jusqu'au seuil de sa 80e année. A cet âge, sa vue baissa, elle ne put plus écrire. La surdité et la perte de mémoire l'obligèrent à l'inaction. Elle cessa de recevoir et ne fit une exception que pour lord Kitchener qui fut étonné de sa lucidité.

L'on fêta son 80e anniversaire en 1900. Des adresses lui parvinrent de tous les pays du monde et de toutes les classes de la Société. La princesse royale du Japon lui rappela que, grâce à elle, 1.500 nurses nippones bien instruites et éduquées rendaient d'inappréciables services en Extrême-Orient. En 1907, le Roi Edouard VII lui conféra l'Ordre du Mérite ; en 1908, elle était promue : citoyen d'honneur de la Cité de Londres. Ses facultés s'éteignirent progressivement et le 3 août 1910 Miss Florence Nightingale s'endormit paisiblement pour ne plus se réveiller.

Son cercueil fut transporté à Embley au tombeau de sa famille sur lequel fut gravé cette simple inscription :

F. N. née en 1820, décédée en 1910.

Un service funèbre fut célébré en son honneur à la cathédrale de Saint-Paul. Les souverains s'y étaient fait représenter. Le Lord-Maire de la Cité de Londres et sa suite, les Ministres, les Généraux, les Ambassadeurs y assistèrent et la mémoire de cette femme de bien supérieure reçut des honneurs royaux.

Telles sont en résumé la vie et l'œuvre de Florence Nightingale. Nous remercions Mlle le Dr Anna Hamilton de nous les avoir fait connaître et d'avoir condensé en moins de cent pages, les deux gros volumes que sir Edward Cook leur a consacrés et qui n'ont pas été traduits.

Cette étonnante femme de génie doit avec Saint-Vincent-de-Paul, tenir le premier rang dans l'histoire de la philanthropie et de l'Assistance hospitalière. Elle parvint à elle seule à transformer les hôpitaux anglais, à réformer l'Administration militaire et, chose vraiment stupéfiante, dans un pays aussi traditionnaliste que l'Angleterre, à substituer des nurses de bonne éducation, instruites et disciplinées, universellement respectées et considérées, aux ignobles mégères qui remplissaient si mal avant Florence Nightingale le rôle de garde-malades.

La réforme de Florence Nightingale s'étendit à tous les pays civilisés et plus particulièrement aux pays anglo-saxons et scandinaves.

En France, Bourneville, à Paris, il y a exactement 50 ans, puis Lande à Bordeaux, secondé par Mlle Anna Hamilton, qui, plusieurs années auparavant, s'était vouée à l'éducation des infirmières et beaucoup d'autres personnes intelligentes et dévouées, notamment les directrices qui se succédèrent à l'école de la rue Amyot à Paris, s'efforcèrent d'introduire dans notre pays la réforme nigthingalienne. Tous rencontrèrent les mêmes difficultés que Florence Nightingale : préjugés d'ordre social, préjugés d'ordre religieux, indifférence, parfois hostile, du Corps médical. La grande guerre et les bouleversements économiques et sociaux qui la suivirent ont, dissipé bien des préventions et

atténué bien des préjugés ; la cause de l'instruction et de l'éducation des infirmières paraît être gagnée chez nous. Mais le triomphe des idées de Florence Nightingale n'est pas encore complet en France. On se heurte à des difficultés de recrutement tout au moins pour les hôpitaux. Les jeunes filles et les jeunes femmes instruites et bien éduquées n'acceptent pas souvent sans appréhension ni sans répugnance, les fonctions d'infirmières. Cela tient à ce qu'on ne donne pas à ces dernières la situation morale qui leur est indispensable, qu'on ne leur accorde pas toujours la considération et le respect auxquels elles devraient avoir droit. Il en résulte que le personnel des hôpitaux, des dispensaires, des offices sociaux est souvent médiocrement recruté, incapable parfois par défaut d'éducation et d'instruction, de se plier volontairement à une discipline indispensable, de comprendre les difficultés de sa tâche, d'acquérir le tact, la délicatesse nécessaires à l'infirmière modèle, à celle qu'a dressée Florence Nightingale.

Un de nos correspondants, homme de sens et d'expérience, à qui nous demandions de nous dire en toute franchise où en était la lutte antituberculeuse dans son département, nous répondait qu'à peine organisée, elle ne pouvait encore avoir donné les bons résultats qu'il en attendait, car il est de ceux qui ont foi en elle. Dans sa lettre qui n'est pas destinée à être publiée, il nous exposait assez crûment comment le public et le corps médical appréciaient certaines infirmières visiteuses de sa région qui paraissent avoir été recrutées un peu au hasard.

« L'éducation du public n'est pas encore suf-
« fisamment faite, nous écrivait-il. Certains, en
« nous parlant du dispensaire, nous disaient :
« A quoi bon aller là ? on ne nous dit jamais
rien ! Ou bien : Ah ! non, si je vais-là, les infir-
« mières viendront encore m' « embêter » chez
« moi ! (*sic*). Il est de fait que certaines infirmières
« visiteuses comprennent très mal leur rôle pro-
« phylactique, se mêlent de tout autre chose
« et surtout « rasent » les gens. Hier encore
« je trouvais un demi-litre de sirop iodotannique,
« donné par l'infirmière-visiteuse (une religieuse
« en la circonstance) à un jeune homme que je
« soigne, qui est dans un état très grave, su-
« jet à de fréquentes hémoptysies, et que j'avais
« envoyé de moi-même au dispensaire. La sœur,
« en question, attachée au dispensaire, savait
« bien cependant que je le soignais. Voilà com-
« ment elle comprend la prophylaxie ».

Ces faits sont malheureusement fréquents et s'observent partout, mais ils prouvent simplement qu'en France trop d'infirmières, laïques ou religieuses, ne sont pas à la hauteur de leur tâche et n'ont pas reçu l'instruction ni l'éducation que Florence Nightingale imposait à ses nurses. Mais peu à peu une évolution heureuse se produit, Florence Nightingale a fait de nombreux disciples dans notre pays. Nous lui connaissons à Paris et en province beaucoup d'émules et tous les ans, il sort de l'école Florence Nightingale de Bordeaux, de celle de la rue Amyot à Paris et de quelques autres, de véritables nurses parfaitement éduquées. Leur nombre est certes fort insuffisant, mais peu à peu l'Esprit de Florence Nightingale gagnera tout notre pays et nous sommes certains qu'alors le corps médical tout entier applaudira sans réserve à cette évolution bienfaisante quoiqu'à notre gré bien tardive.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

UNE MALADIE D'ACTUALITÉ

L'acrodynie infantile,

Par R. TURQUETY,

Chef de clinique de la Faculté.

L'acrodynie infantile, dont nous rapportons ici une observation personnelle, est une affection encore peu connue — trop peu connue, pourrait-on dire — en France. A l'étranger, par contre, surtout dans les pays de langue anglaise et, plus récemment, en Suisse et en Allemagne, la littérature médicale abonde en descriptions et en études de cette curieuse maladie. Peut-être son apparente rareté chez nous tient-elle, en partie du moins, à ce que les éléments du syndrome y sont encore peu connus. La plupart des cas observés dans notre pays ont été relatés dans les revues de pédiatrie ; la grande presse médicale n'a guère parlé de cette affection : aussi sommes-nous particulièrement favorisé d'avoir à notre disposition, pour en deviser, la tribune du *Concours médical.*

L'acrodynie infantile, remarquable par la fixité de ses symptômes, a été décrite, par contre, sous les noms les plus divers : trophodermatose, érythrœdème, pink disease, dermato-polynévrite, polynévrite pellagroïde, névrose du système végétatif. Le terme d'acrodynie (douleur des extrémités), utilisé en France, bien que peu explicatif, est actuellement consacré par l'usage. Il avait été créé par Chardon en 1828 pour désigner une maladie nouvelle, épidémique, éphémère, qui sévit en France à cette période et disparut dans la suite.

L'acrodynie infantile, maladie actuelle, fut observée pour la première fois en 1903 par Selter (de Solingen, Ruhr) et décrite sous le nom de trophodermatose. Mais, c'est en Australie, en 1914, que Swift, d'Adélaïde, en fit l'étude complète sous le nom d'érythrœdème, à propos de 14 cas observés chez des enfants de 6 à 18 mois. Dans la suite, en Australie encore, puis en Amérique du Nord, de nombreux cas furent signalés.

La maladie ne fut décrite en Europe qu'en 1921 : ce fut à Londres, par Parkes Weber. A dater de ce moment, des cas furent observés en Pologne, en Suisse où Feer (de Zurich) publia sur ce sujet une monographie de grand intérêt.

Comby, en 1922, fit connaître en France l'acrodynie australienne (érythrœdème). La première observation publiée en France est due, croyons-nous, à M. Robert Debré et à Mlle Petot qui présentèrent leur malade à la Société de pédiatrie (en octobre 24) sous le nom de : « Syndrome de Morvan et troubles nerveux divers chez un enfant de 4 ans. » Les auteurs rectifièrent dans la suite leur diagnostic que vint confirmer la publication d'observations françaises recueillies en diverses régions par Haushalter, Péhu, Woringer, Nobécourt, etc...

Nous retiendrons parmi les études parues sur ce sujet la thèse de Martin-Gonzalez (Paris, 1926) et l'article de Woringer (*Revue française de pédiatrie*, octobre 1926).

Posons de suite la question qui n'est pas encore résolue : l'acrodynie infantile est-elle une maladie nouvelle ou n'est-elle que la reviviscence, sous un aspect quelque peu modifié, de l'affection épidémique de 1828 ?

Observation personnelle. — L'enfant C.B. est conduit à notre consultation en novembre 1927 pour une maladie datant déjà de plusieurs semaines. C'est un premier enfant, né à terme, pesant 2.800 à la naissance. Enfant unique, pas d'enfant mort, ni de fausse couche, accouchement normal. Elevé six mois au sein, puis à l'allaitement mixte, a eu 17 mois en novembre 27. Avant de tomber malade pesait 11 kgr. 600 ; lors de notre examen, mesure 78 cm. et pèse 10 kgr. 100.

La maladie actuelle a débuté lentement, progressivement, il y a environ 6 semaines, sans fièvre, par un fléchissement général de la santé ; l'enfant devient triste, maussade, abattu, refuse de marcher, ne veut pas quitter son lit, crie quand on l'approche et quand on le touche. Un des premiers signes qui ont attiré l'attention des parents est la réduction de la quantité des urines (qu'expliquent suffisamment les transpirations profuses). La nuit, insomnie, agitation continue ; on constate, chaque fois qu'on vient visiter l'enfant dans son lit qu'il est constamment en sueurs.

Examen. — L'aspect de l'enfant est très particulier : il est pâle, amaigri et même émacié ;

les yeux reflètent la crainte, l'angoisse et ces sentiments s'accentuent quand on s'approche de lui. Il geint constamment, s'agite et crie dès qu'on veut le toucher ; bref, l'enfant donne au maximum l'impression de souffrance et de misère physiologique.

Sa peau est moite et, quand on le déshabille, son linge est humecté de sueurs. Déshabillé, il refuse de se mettre sur ses jambes et se tient agrippé aux bras de sa mère, les jambes repliées sur le ventre. A chaque instant il se frotte les jambes l'une contre l'autre, comme pour lutter contre les démangeaisons. On constate l'existence sur la poitrine et sur le ventre de plaques rouges dues au grattage et de lésions de miliaire sudorale. L'aspect des mains et des pieds est caractéristique : ils sont gonflés, luisants, rouge violacé, froids. La paume des mains est macérée et desquame ; la plante des pieds rouge, et gonflée, présente une desquamation à larges lambeaux et, par endroits, des vésicules du volume d'une tête d'épingle et même, en deux points, deux phlyctènes remplies de sérosité claire. La teinte des mains et des pieds varie, au dire des parents : livides à certains moments, ils prennent à d'autres instants une teinte rouge cyanotique qu'accompagne alors une recrudescence de la transpiration et de la douleur.

L'examen des divers organes donne peu de renseignements : gorge rouge, un certain degré de catarrhe du rhino-pharynx ; cœur rapide, pouls à 150 ; poumons normaux, urines normales, réflexes peu modifiés. La température a toujours été voisine de la normale, oscillant entre 36,8 et 37,4 ; on signale seulement, de temps à autre, une poussée de température à 38°, transitoire, coïncidant, semble-t-il, avec une recrudescence des signes nerveux et cutanés.

Etude clinique. — Cette affection s'observe chez des enfants de six mois à quatre ans, plus rarement de quatre à huit ans, sans prédilection de sexe. On ne lui connaît pas de causes prédisposantes. Elle sévit avec une plus particulière fréquence en hiver et au printemps.

Le *début* en est insidieux ; le premier signe qui attire l'attention des parents est le changement de caractère de l'enfant qui devient irritable, maussade, se plaint, refuse de marcher, donnant en somme une impression de malaise continu. Les nuits sont mauvaises, l'enfant paraît souffrir des jambes ; des transpirations abondantes se manifestent, accompagnées de prurit. Bientôt les mains et les pieds deviennent froids, rouges, cyanosés, gonflent, puis desquament. Le tableau clinique se constitue peu à peu sans accident aigu, sans fièvre et, au bout de trois ou quatre semaines, le syndrome est au complet, toujours pareil à lui-même, typique.

A *la période d'état*, les TROUBLES NERVEUX sont, avec les symptômes cutanés, les plus manifestes. On ne saurait trop insister sur l'importance des *troubles psychiques* : c'est le premier symptôme qui frappe les parents et il va persister durant toute l'évolution de la maladie, d'intensité variable, tantôt simple abattement, d'autres fois véritable état mental. L'enfant est triste, prostré, indifférent ; il gémit dès qu'on l'approche et refuse de se laisser examiner ; il semble porter la même indifférence à tous, même aux siens. Il y a là, comme l'ont signalé tous les auteurs, un état de souffrance morale très particulier. En même temps l'insomnie ne manque jamais, tenace, rebelle aux calmants usuels.

La sensibilité est toujours altérée, l'enfant éprouve des fourmillements, des démangeaisons, des sensations paresthésiques. Ces phénomènes prédominent au niveau des extrémités, c'est-à-dire dans les régions où la rougeur et le gonflement sont au maximum. On a parfois signalé des douleurs à type paroxystique au niveau des mains et des pieds.

La motilité est troublée, non qu'il s'agisse d'une parésie véritable, mais bien plutôt de l'action combinée de l'asthénie, des douleurs et de l'hypotonie musculaire. Les réflexes tendineux, d'une recherche difficile, sont souvent diminués.

Les SYMPTOMES CUTANÉS, tout aussi constants que les signes nerveux, constituent les manifestations les plus objectives de la maladie ; ils lui impriment un cachet spécial et traduisent des troubles de la vascularisation et de la sécrétion. La peau, qui reste pâle sur le corps, prend au niveau des mains et des pieds une teinte rouge vif ou cyanotique. Cette coloration est manifeste sur ces deux régions, remontant jusqu'aux poignets et aux chevilles. Il existe, joint à cette coloration, un gonflement des extrémités, les tissus donnant une impression de dureté, de tension sans que le doigt y marque de godet d'œdème. En ces points, au toucher, la température se montre notablement abaissée. Les *démangeaisons* qu'éprouve le malade en ces régions le portent à les frotter à tout instant contre ses vêtements ou contre les draps du lit.

Les *transpirations profuses* constituent, elles aussi, un symptôme majeur de l'affection ; elles sont continues, se produisent aussi bien le jour que la nuit, abondantes au point d'humecter à tout instant le linge et la literie de l'enfant. Généralisées, elles prédominent cependant à la tête, aux mains et aux pieds. Leur intensité détermine, par macération de l'épiderme, des miliaires sudorales, miliaire rouge et miliaire blanche et, par infection secondaire, des lésions de pyodermite dues au grattage. Il n'est pas rare non plus d'observer des érythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes ou des poussées d'urticaire.

C'est encore aux mains et aux pieds que les

lésions de la peau atteignent leur maximum ; sous l'influence de la macération de la peau, l'épiderme se détache en lambeaux de la paume et de la plante et il se forme dans ces régions de petites vésicules qui, en s'ouvrant, dessinent des figures polycycliques. Rougeur, gonflement, macération et desquamation de la peau donnent à la paume et à la plante cet aspect que les auteurs anglais ont comparé à la viande crue (Raw beef hands and feet). La micropolyadénie, habituelle, reconnaît sans doute pour cause les petites infections cutanées.

Ce sont ces symptômes cutanés, localisés aux mains et aux pieds qui constituent avec les signes physiques, les deux *maîtres-symptômes* de l'acrodynie infantile.

Il faut y joindre un troisième symptôme, négatif celui-là : l'*absence de fièvre*. La température, en effet, reste normale durant toute la maladie ; on a seulement observé chez quelques malades, de temps à autre, une élévation légère et fugace de la courbe thermique, à 38°. La fièvre au cours de l'acrodynie est l'indice de quelque complication.

Parmi les signes accessoires signalons le plus évident : l'*amaigrissement* constant, précoce, continu, qui amène au bout de quelques mois le malade à un véritable état de cachexie. La reprise de poids est un des premiers signes qui marquent le retour à la santé.

Feer (de Zurich) a beaucoup insisté sur les troubles de l'appareil *cardio-vasculaire* ; on observe, sans qu'il y ait de troubles du rythme, une accélération permanente du pouls qui bat à 150 ou 180, malgré une température normale. Il existerait en outre (Feer, Woringer) un certain degré d'hypertension qui ne cesse qu'à la guérison.

A part l'anorexie et la constipation on note peu de *troubles digestifs*. La sialorrhée est très fréquente. Les muqueuses buccale et linguale ont une coloration rouge vif, cette stomatite revêtant, dans les formes graves, un aspect ulcéreux. La chute des dents a été souvent signalée.

L'examen des *voies respiratoires* supérieures décèle l'existence d'un catarrhe du rhino-pharynx ; certains auteurs considèrent cette rhino-pharyngite, effectivement précoce, comme la localisation première de l'infection qui réalise le syndrome.

Les complications pulmonaires, par contre, ne s'observent que dans les formes malignes de la maladie.

L'*oligurie* est constante, en rapport sans doute avec les pertes d'eau dues à la transpiration. Dans notre observation, l'oligurie fut un des premiers signes qui attirèrent l'attention des parents.

Divers examens de laboratoire ont été pratiqués au cours de cette affection.

Le *liquide céphalo-rachidien* s'y montre de composition normale tant du point de vue chimique que cytologique. Le fait est d'importance, car quelques auteurs ont voulu rapprocher l'acrodynie de la névraxite épidémique ; l'examen du liquide céphalo-rachidien ne confirme pas cette hypothèse. La réaction de *Bordet-Wassermann* est négative, dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. La *cutiréaction* à la tuberculine est négative. L'examen de la *formule sanguine* révèle une leucocytose modérée à tendance polynucléaire.

L'*évolution* de l'acrodynie est fort longue, se prolongeant souvent durant plusieurs mois. Après un début insidieux, le syndrome se complète progressivement puis reste stationnaire et ce n'est en général que quatre à six mois après le début que l'on observe le retour à la santé. Lentement, progressivement, comme elle avait débuté, la maladie guérit. La guérison est complète, sans séquelles psychiques.

Le pronostic serait donc favorable si l'état de déchéance physique de l'enfant ne facilitait le développement d'infections intercurrentes : complications septiques bucco-pharyngées et surtout complications pulmonaires chez les très jeunes enfants. L'élévation durable de la température au cours d'une affection normalement apyrétique est d'un fâcheux augure. Une autre complication, rarement observée, il est vrai, doit rendre circonspect sur le pronostic de cette maladie : dans quelques cas les lésions des extrémités ont abouti à la gangrène et, par là ont été la cause de graves mutilations (Parkes Weber, Jenny, R. Debré et Mlle Petot). Dans les deux premières observations la nécrose intéressait seulement la peau et respectait le squelette des doigts, mais, dans la troisième, elle aboutit à la destruction des phalangettes des quatre doigts de la main gauche.

Le *diagnostic* de l'acrodynie infantile est en général aisé du fait de la fixité de ses symptômes : il est difficile de méconnaître cette affection pour peu que l'on en connaisse les signes caractéristiques.

L'acrocyanose banale, fréquente chez le nourrisson, est une simple modification de la coloration normale des extrémités, sans aucun trouble morbide. Dans l'érythromélalgie — qu'on n'observe guère, à notre connaissance, dans la petite enfance — il existe bien du gonflement, de la rougeur, des sueurs au niveau des extrémités, mais, outre que ces symptômes ne procèdent que par crises, il manque ici l'état général si particulier que l'on observe dans l'acrodynie. On en peut dire autant de la maladie de Raynaud.

On s'accorde en général à considérer l'acrodynie infantile comme la manifestation d'un désordre du système neuro-végétatif, ce déséquilibre suffisant à expliquer les signes cardinaux de la ma-

ladie : rougeur des extrémités, gonflement, transpiration, tachycardie, troubles trophiques. La difficulté commence lorsqu'il s'agit de préciser la *cause* qui engendre ces perturbations.

1° *L'acrodynie infantile est-elle une maladie nouvelle ?*

Le terme d'acrodynie fut créé par Chardon en 1828 pour désigner une maladie nouvelle survenue à Paris sous forme d'épidémie. Cette épidémie, en quelques mois, atteignit 40.000 personnes. Puis, peu à peu, elle disparut et on n'en trouva plus mention dans les écrits médicaux des années qui suivirent.

Cette affection, différente par bien des points de la maladie que nous étudions ici, offrait cependant avec elle quelques analogies, troubles nerveux et symptômes cutanés. Mais le fait le plus remarquable est que, respectant les sujets très jeunes elle frappait les adultes et les vieillards.

Il est bien difficile actuellement de conclure d'une façon affirmative à l'identité de l'acrodynie de 1828 et de la maladie observée en ce moment ; toutefois, eu égard à leurs analogies cliniques, on ne peut nier qu'il ne s'agisse là de deux syndromes très voisins.

2° L'acrodynie reconnaît-elle pour cause une *intoxication*, une *infection* ou une *carence* ?

Les observateurs qui étudièrent l'épidémie l'acrodynie de 1828 firent un rapprochement entre les symptômes observés lors de cette épidémie et ceux de l'*ergotisme*. On saitquels ravages fit au moyen-âge, dans les campagnes françaises, l'intoxication par le seigle ergoté, intoxication qui revêtait soit la forme convulsive, soit la forme gangréneuse. Toutefois les médecins du siècle passé ne purent jamais faire la preuve de cette origine toxique de l'acrodynie et, par ailleurs la multiplicité des cas observés, leur diffusion, ne s'accordent guère avec l'hypothèse d'une intoxication collective. Rien ne permet donc de rapprocher, si ce n'est un certain parallélisme des symptômes, l'ergotisme et l'acrodynie.

On en peut dire tout autant de l'hypothèse proposée par Karl Petren (de Lund, Suède) qui essaya récemment de porter au compte d'un arsenicisme chronique l'épidémie de 1828.

Plus intéressant peut-être est le rapprochement tenté par certains auteurs entre l'*acrodynie et la pellagre*. Signalée pour la première fois en Espagne par Casal, en 1735, sous le nom de mal de la rosa, la pellagre fut observée dans la suite en tous pays, bien qu'elle ait comme lieux d'élection l'Italie et, particulièrement, le Piémont et le Milanais. Elle frappe les gens de la classe pauvre qui font des préparations de maïs la base de leur alimentation. La maladie commence vers la fin de l'hiver et c'est au printemps que survient l'érythème pellagreux caractéristique de la maladie. Il apparaît au niveau des parties découvertes, cou, dos de la main, parfois dos du pied et consiste en une tache de couleur vineuse qui, peu à peu, se ternit et desquame. Cet érythème s'accompagne de troubles nerveux constants : faiblesse générale, céphalée, douleurs erratiques, brûlures et fourmillements au niveau des mains et des pieds. La stomatite, les troubles digestifs, la diarrhée sont constants. La paralysie pellagreuse des membres inférieurs apparaît ensuite On a discuté — et l'on discute encore — sur la nature de cette affection. Considérée par beaucoup d'auteurs comme le résultat d'une intoxication chronique par ingestion de maïs avarié ou parasité, on tendrait actuellement à la faire rentrer dans le cadre des maladies de carence, des avitaminoses. Il s'agirait là d'une carence complexe — une carence chevauchante, comme on dit — par insuffisance de vitamine B (antibéribérique) et absence, dans la substance protéique du maïs, des acides aminés indispensables à la vie : lysine, tryptophane, glycocolle.

Il existe, certes, entre les signes de chacune des deux maladies, pellagre et acrodynie, des analogies curieuses : absence de fièvre, troubles nerveux, lésions cutanées, déchéance physiologique. Mais l'acrodynie infantile s'observe chez des enfants ayant une alimentation normale et variée, et même chez des enfants au sein, toutes circonstances qui ne plaident guère en faveur d'une maladie de carence.

En somme, s'il est permis, du point de vue de l'étude de syndromes cliniques, de rapprocher l'ergotisme, la pellagre et l'acrodynie, le même rapprochement ne semble guère plausible du point de vue de la pathogénie.

L'hypothèse qui satisfait le mieux l'esprit est celle de l'origine *infectieuse* de cette affection, sans qu'on puisse préciser encore si elle relève ou non d'une infection spécifique.

La tuberculose, la syphilis, peuvent être éliminées (caractère négatif des Wassermann et des cuti-réactions pratiqués chez ces malades).

Certains auteurs ont considéré le syndrome neuro-végétatif de l'acrodynie comme la séquelle d'une grippe localisée sur le système nerveux. D'autres ont voulu en faire la manifestation d'une encéphalite épidémique. Bien des arguments vont à l'encontre de cette interprétation ; absence de fièvre, absence de somnolence et de myoclonies, absence des séquelles motrices ou psychiques de l'encéphalite. Enfin la ponction lombaire n'a jamais montré, dans le liquide des malades atteints d'acrodynie, la formule chimique que et cytologique de la névraxite épidémique.

La tendance qui se fait jour actuellement est de considérer l'acrodynie infantile comme la manifestation d'une infection par un *virus spécifique* ; peut-être faut-il considérer, comme le veulent certains, la rhino-pharyngite, si précoce et si tenace dans cette maladie, comme la localisation première du virus.

Les *essais thérapeutiques* tentés dans l'acrodynie infantile ont été jusqu'ici — il faut bien le reconnaître — assez décevants. Les calmants du système nerveux, bromures, gardénal, préparations opiacées, n'ont qu'une action passagère sur l'agitation et l'insomnie de ces malades. On a préconisé, contre les transpirations et, plus généralement, contre l'hypertonie du pneumogastrique, la belladone et l'atropine. L'extrait thyroïdien, l'extrait surrénal auraient parfois donné des résultats encourageants. Il semble que, parmi les divers traitements préconisés, l'actinothérapie par les ultra-violets compte le plus grand nombre de succès, améliore ces malades à coup sûr et réduise d'une façon notable la durée d'évolution de la maladie. Ce serait là déjà un résultat fort important puisque le principal facteur de gravité de l'acrodynie est la longue durée de son évolution qui, amenant l'enfant à un état de déchéance physiologique, l'expose à des complications plus redoutables que la maladie première.

LA RÉÉDUCATION DES PARALYSÉS

Méthode rationnelle pour le traitement des paralysés.

(Poliomyélites, Maladies de Little, Hémiplégies infantiles, etc.)

Par

M. le docteur Jules-Charles JACOB et Madame DELPECH-POIDATZ,

Médecin de la Colonie de Saint-Fargeau. Directrice fondatrice de la Colonie de Saint-Fargeau

La guerre, cette grande mutilatrice a attiré l'attention des médecins sur les questions de rééducation des infirmes. Que de malheureux ont été rendus à la vie sociale grâce à des rééducateurs ingénieux et surtout profondément dévoués.

Cependant, il ne faut pas oublier les infirmes « civils », tous ces êtres petits et grands, frappés de ces pitoyables affections : poliomyélite antérieure aiguë, hémiplégies infantiles, Little, dont l'état peut-être considérablement amélioré grâce à une méthode rationnelle de rééducation.

Mais quel rôle ingrat que celui de traiter un enfant paralysé : la lenteur des progrès décourage parents et médecins ; les déformations imputées le plus souvent au praticien viennent compliquer la situation, et, quand le chirurgien a corrigé une mauvaise attitude ou transplanté un muscle, la croissance de l'enfant ou une mauvaise surveillance post-opératoire viennent détruire le résultat obtenu.

Aussi, il est apparu à tous les spécialistes de la question que le traitement des paralysies qui exige la collaboration étroite du médecin, de l'électrothérapeute, du chirurgien, de l'orthopédiste, du masseur, ne pouvait être réalisé que, dans des centres spécialement organisés, afin que les paralysés soient traités avec tous les perfectionnements dont dispose la science actuelle. Ils passeraient dans ces maisons la période de leur croissance, ils y seraient instruits et pourraient y apprendre un métier compatible avec leur infirmité.

Cette vérité frappa Mme Delpech-Poidatz, qui ayant été atteinte de paralysie infantile, passa son enfance à errer du chirurgien à l'orthopédiste, de l'électricien au masseur et au mécanothérapeute, à faire de longs séjours dans les cliniques des pays voisins, et qui parvint à se guérir fonctionnellement par un effort de rééducaton musculaire poursuivi pendant des années.

Elle créa en mai 1919, une colonie modèle, pour le traitement et l'éducation des paralysés, au village de Saint-Fargeau (Seine-et-Marne), aux environs de la forêt de Fontainebleau.

La Colonie reçoit exclusivement les enfants et les jeunes adultes ; les personnes âgées n'y sont pas admises. Un appareillage des plus modernes dont une partie a été construite spécialement pour elle permet d'y appliquer aussi complètement que possible les principes d'une bonne rééducation musculaire, des médecins spécialistes y dirigent les traitements. Les jeunes peuvent s'instruire car un professeur attaché à l'établissement les prépare aux examens. L'œuvre est reconnue d'utilité publique, elle est grand prix de l'exposition) de la Maternité et de l'Enfance de 1921 et lauréate de l'Académie française en 1925.

Quels sont les principes de la méthode utilisée à Saint-Fargeau et ses moyens de réalisation ? — Nous allons les exposer brièvement.

C'est par la mobilisation active, par le travail progressif et raisonné des muscles que nous cherchons à obtenir la régression des atrophies et la régénération fonctionnelle. Il est classique, dans le traitement des paralysies spinales infantiles de donner une place prépondérante à l'électrothérapie. Pendant des années, on soumet des muscles paralysés aux différentes formes du courant

électrique, on règle la qualité, l'intensité et la durée du courant en suivant les progrès de la régénération musculaire au moyen d'électro-diagnostics fréquents, l'interrogatoire électrique restant pour nombre d'auteurs le moyen précis d'établir un pronostic ou de décider l'opportunité d'un traitement.

On admet généralement comme définitivement perdu au point de vue fonctionnel tout muscle présentant une réaction de dégénérescence complète persistant huit à dix mois ; or, l'observation a montré qu'il est heureusement de nombreuses exceptiones à cette règle : une malade de la Colonie qui présente depuis des années une réaction de dégénérescence complète du quadriceps droit a pu récupérer la motilité volontaire de ce muscle ; un électrothérapeute constatait chez une autre malade, frappée de poliomyélite depuis plus de dix ans, l'existence de mouvements volontaires dans des muscles atteints de réaction de dégénérescence complèete. Il ne faut donc pas renoncer à récupérer des muscles présentant depuis des années une réaction de dégénérescence complète et persistante.

En effet, la paralysie spinale infantile ne rétrocède pas seulement dans les premiers mois de l'affection, comme on le croit généralement, mais la récupération spontanée dure toute la période de croissance avec des arrêts et des reprises sans qu'il soit encore possible d'en fixer les modalités et la marche.

L'observation de nombreux cas nous a appris à ne donner qu'une valeur relative à l'électrodiagnostic et nous soumettons tous les groupes musculaires à l'épreuve de la « moibilisation active ». Nous essayons de profiter de la moindre ébauche de récupération spontanée en lui apportant l'appoint d'un travail musculaire prudemment dosé, et nous ne désespérons pas pendant les périodes plus ou moins longues d'arrêt dans les progrès, car nous savons par expérience qu'elles seront suivies fréquemment d'une reprise de l'amélioration.

Quant à l'électrothérapie, nous n'y avons recours que sous la forme « haute fréquence » en demandant à la diathermie d'atténuer le refroidissement des membres, qui favorise les troubles trophiques et diminue le rendement musculaire. L'électricité, sous la forme courant continu et faradique, donne une amélioration pendant les premiers mois de la paralysie : par la suite, son action devient beaucoup moins effective.

Nous avons, actuellement, des malades abandonnés par les électrothérapeutes et qui ont cependant bénéficié largement du traitement que nous employons pour la récupération musculaire.

Mais avant d'exposer le traitement par la « mobilisation active » nous dirons quelques mots de son grand ennemi : *les déformations.*

Chez les malades atteints de paralysie infantile, les déformations sont malheureusement trop considérées comme inévitables et on songe seulement à y remédier quand elles sont devenues impossibles à vaincre autrement que par une intervention chirurgicale ; or, la plupart des déformations sont la conséquence d'une négligence dans le traitement, elles peuvent et doivent être empêchées afin de permettre une récupération musculaire plus rapide.

La caractéristique de l'infection cause de la paralysie infantile est de frapper inégalement les groupes musculaires, il en résulte un déséquilibre au profit des groupes les moins atteints.

Le segment du membre sur lequel s'exerce l'action de ces groupes est rapidement entraîné dans une attitude vicieuse. Tous les muscles faibles de ce segment sont tiraillés de telle sorte que leur récupération devient plus difficile, le squelette se développe dans de mauvaises conditions et des déformations surviennent : équinisme irréductible, crosse fémorale, genu valgum, torsion du tibia, etc.

La croissance accentue ces déformations en rompant le parallélisme physiologique qui existe normalement entre le développement des leviers présentant un retard de développement, conséquence de leur dégénérescence. Ainsi se constituent des attitudes vicieuses : rétraction du tendon d'Achille qui entraîne l'équinisme du pied ; rétraction des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse qui empêche l'extension de la jambe, favorise la formation d'une crosse fémorale, la rotation externe de la jambe et son glissement sous-épiphysaire. Rétraction des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin qui maintient la flexion de la cuisse en rotation externe de telle sorte que la correction de cette attitude ne peut se faire qu'avec une ensellure lombaire compensatrice.

On conçoit facilement que lorsque ces rétractions ont dépassé un certain degré, que les muscles sont devenus fibreux et que le squelette même est modifié, aucune mobilisation passive, aucun appareil n'arrivera à les vaincre ; tout au plus ces moyens serviront-ils à redonner un peu d'élasticité aux muscles rétractés, à diminuer la résistance tendineuse et à favoriser l'acte chirurgical.

Il n'en est plus de même quand la dégénérescence fibreuse est incomplète et que la croissance n'est pas terminée, alors des déformations paraissant très accentuées peuvent facilement être réduites en un temps relativement court.

Cette correction s'obtient grâce aux arthromoteurs qui permettent par une mobilisation passive lente et progressive des articulations intéressées, l'allongement des tendons rétractés.

Les avantages de cette méthode sont de ne pas être douloureux, d'exercer quotidiennement des articulations immobilisées par la déficience des groupes musculaires, ce qui favorise la nutrition des tissus.

Le maintien du résultat obtenu est assuré entre chaque séance quotidienne par l'emploi d'appareils amovibles qui sont tantôt de légers tuteurs si l'enfant peut marcher, tantôt des gouttières appropriées si l'enfant est impotent. L'extension des cuisses sur le bassin est maintenue pendant quelques heures de la journée par l'immobilisation en décubitus ventral avec pression sur la région fessière.

On comprend sans peine l'avantage de cette méthode sur celle qui traite les membres atteints de paralysie et de troubles trophiques par la réduction forcée suivie d'une immobilisation absolue de 3 ou 4 semaines dans un appareil plâtré, méthode douloureuse qui a l'inconvénient d'empêcher la mobilisation et d'accentuer l'atrophie musculaire.

Par le procédé employé à la Colonie de Saint-Fargeau depuis plusieurs années, les améliorations obtenues sont nettement perceptibles après quelques semaines de traitement ; cependant, l'exécution des mesures correctives doit continuer jusqu'à ce que l'équilibre musculaire soit rétabli.

Nous venons de voir comment les déformations sont corrigées, mais il convient d'indiquer comment elles peuvent être évitées, des observations constantes dans un centre d'enfants paralysés nous permettent d'affirmer que presque toutes, pour ne pas dire toutes sont dues à un manque de surveillance de l'enfant dans ses différentes positions.

L'idée la plus répandue est celle-ci : laisser faire et inciter l'enfant à exécuter tous les mouvements qui lui sont possibles ; éviter l'emploi d'appareils parce que ceux-ci favorisent l'atrophie musculaire.

Or, le malade atteint de paralysie exécute toujours les mouvements avec les muscles les meilleurs au détriment des muscles déficients, suppléant aux mouvements impossilbles par des mouvements de compensation qui créent ou exagèrent les attitudes vicieuses.

On comprend que ces attitudes longtemps maintenues entraînent des déformations graves ; nous expliquerons comment on peut les corriger pendant le repos.

Position assise. — Eviter l'abduction et la rotation du membre en réunissant les deux jambes avec une courroie : celle-ci ne doit pas être serrée, mais ajustée, afin que les membres inférieurs, aient un écart normal ; placer une cale sous les pieds pour lutter contre l'équinisme.

Position couchée. — Il faut attacher une grande importance à l'attitude au lit qui est conservée pendant au moins dix heures. Rien de plus simple pourtant que de donner une bonne position à tout le corps en plaçant l'enfant dans une gouttière de Bonnet : les épines iliaques horizontales, une sangle placée au-dessus du genou maintenant l'extension de la jambe, des coussins latéraux corrigeant le genu valgum, une cale placée derrière le pied empêchant l'équinisme.

Contrairement à ce que l'on pense, les enfants s'habituent très facilement à dormir dans cette gouttière et la gêne qu'ils peuvent accuser au début ne doit pas empêcher les parents d'observer le traitement prescrit dont dépend la rapidité de récupération du membre malade.

Afin de prouver l'utilité de ces mesures préventives, nous citerons les cas de deux enfants atteints du même type de paralysie : *dont les muscles ont la même valeur fonctionnelle* et qui sont actuellement en traitement à la Colonie.

L'un surveillé par des parents attentifs à corriger toutes les mauvaises attitudes n'a presque aucune déformation, ou celles qu'il a sont si légères, qu'elles ne constituent pas un obstacle au traitement de récupération musculaire.

L'autre, abandonné à lui-même a de telles déformations qu'on a dû avant tout lui faire suivre un traitement correctif par la mobilisation passive.

Cet enfant commence seulement à faire ses premiers pas après six mois de traitement, tandis que son camarade après deux mois de mobilisation active se déplace dans le chariot de marche utilisé à la « Colonie de Saint-Fargeau ».

Nous exposerons maintenant les éléments du traitement principal de la Colonie auquel sont soumis les enfants atteints de poliomyélite antérieure ancienne, en vue d'obtenir la meilleure récupération musculaire possible.

Ce traitement, appelé « mobilisation active », est basé sur le « travail » du muscle.

En effet, le travail, agent physiologique, est un excitant naturel du muscle, alors que les autres agents ne sont que des excitants artificiels.

Cette conception n'est pas nouvelle ; elle a, d'ailleurs, été exposée dans divers travaux scientifiques, en particulier, dans ceux des docteurs Rochard et de Champtassin et ce sont les principes de ce dernier auteur qui sont appliqués en grande partie à la Colonie de Saint-Fargeau.

Mode de travail musculaire.

Il ne suffit pas de faire travailler un muscle, mais il est nécessaire dans tous les cas et principalement quand il s'agit de muscles malades dont l'effort doit être dosé, d'éviter tout travail inutile.

Nous rappelons les différents modes de contraction musculaire : contraction dynamique, statique ou frénatrice, dont nous tirons la des-

cription de la « gymnastique scientifique » du Dr Paul de Champtassin :

« *Dans la contraction dynamique, la contrac-* « *tion musculaire accomplit un travail mécanique* « *en élevant un poids à une certaine hauteur (tra-* « *vail positif)* ».

« *Dans la contraction statique, la contraction* « *musculaire fait équilibre à la pesanteur et main-* « *tient le membre immobile dans une position don-* « *née* ».

« *Dans la contraction frénatrice, la contraction* « *musculaire retarde simplement la chute du mem-* « *bre dans la pesanteur (travail négatif)* ».

« *Ainsi dans le mouvement de flexion et d'exten-* « *sion de l'avant-bras sur le bras, le fléchisseur (bi-* « *ceps) se contracte dynamiquement dans la* « *flexion et frénatricement dans le mouvement d'ex-* « *tension. A tout moment d'arrêt pendant l'exécu-* « *tion du mouvement, il est contracte statique-* « *ment* ».

Notre traitement destiné à la récupération musculaire par le *travail* est basé sur les principes suivants :

1° Utiliser les mouvements analytiques, afin que toute l'énergie de l'enfant soit concentrée sur la contraction du muscle ou groupe de muscles nécessaires à l'accomplissement de l'exercice ;

2° Empêcher les mouvements de compensation ;

3° Eviter le mode de contraction *statique* et surtout *frénatrice* dont le travail négatif engendre une fatigue inutile ;

4° Rendre possible aux muscles atrophiés une contraction *dynamique* puisque c'est ce mode de contraction qui exige le plus de travail physiologique.

Or, ces muscles peuvent encore fournir un effort, mais celui-ci n'est pas en rapport avec la résistance que leur oppose le poids du membre ou du segment de membre sur lequel s'exerce leur action.

En diminuant cette résistance, c'est-à-dire en équilibrant le membre pour en alléger la pesanteur, on permet aux muscles sollicités de se contracter dynamiquement.

Les muscles devant toujours lutter contre une résistance pour se développer, on augmentera progressivement leur travail en diminuant au fur et à mesure de leur récupération le contrepoids qui équilibre le membre, jusqu'au jour où par des poids on augmente la pesanteur de ce dernier.

Nous montrerons dans l'exemple suivant (flexion de la cuisse, jambe en extension). — comment nous réalisons ces principes.

Pendant l'exécution de ce mouvement, la contraction des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin est *dynamique*.

La contraction des extenseurs de la jambe sur la cuisse est *statique*.

Afin d'éviter ce travail *stérile* des extenseurs, il faut que le membre soit solidaire d'un appareil maintenant l'extension de la jambe ; le malade est placé en décubitus dorsal, avec le tronc fixé de manière à éviter tout mouvement de compensation.

Le poids du membre est allégé par un contrepoids réglé suivant la force des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin ; ce contrepoids est diminué au fur et à mesure de la récupération musculaire et remplacé par des poids pour que les muscles aient toujours à lutter contre une résistance.

Pendant l'exécution de ce mouvement, on s'oppose à la chute du membre afin que la contraction des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin soit uniquement dynamique (travail positif).

Quand la cuisse forme un angle droit avec le bassin, l'enfant cesse tout effort et le membre inférieur est ramené automatiquement en position de départ. Ce moment de l'exercice constitue la période de détente et de repos musculaire, puis le mouvement est repris.

Des appareils appropriés permettent de réaliser suivant les mêmes principes l'exécution de tous les mouvements analytiques.

C'est seulement quand ses muscles ont récupéré une force suffisante qu'on fait effectuer à l'enfant des mouvements coordonnés.

Il nous reste à fixer le moment le plus favorable à 'application du traitement par la mobilisation active. Doit-on l'appliquer tout au début, après la période fébrile, ou plus tard, quand la récupération spontanée semble ralentie ?

La Colonie de Saint-Fargeau n'a pas eu à traiter beaucoup d'enfants au début de leur paralysie, mais nous sommes persuadés qu'il faut mobiliser le plus tôt possible, en demandant un effort en rapport avec l'état général et l'état musculaire du petit malade et en établissant de fréquentes périodes de repos.

Mouvements coordonnés.

Nous avons décrit les principes de la méthode de récupération musculaire par la mobilisation active et montré comment la colonie de Saint-Fargeau réalise ces principes pendant l'exécution des *mouvements analytiques.*

Nous appelons *mouvements analytiques* ceux, qui en mobilisant une seule articulation nécessitent le travail d'un seul muscle ou groupe de muscles. Exemple : flexion de la cuisse sur le bassin en position couchée.

Exposons comment nous entraînons les enfants paralysés à exécuter convenablement des *mouvements coordonnés* qui mobilisent plusieurs articulations font travailler de multiples groupes musculaires et nécessitent pendant leur exécution le maintien de l'équilibre du corps. Exemple : la marche.

Ces deux genres d'exercices sont indispensables

dans le traitement des paralysies. En effet, si les mouvements analytiques sont les plus favorables à la récupération musculaire, les mouvements coordonnés sont nécessaires pour habituer le malade à se servir des muscles récupérés ; ce sont eux qui sont à la base de la récupération vraiment utile de l'individu en lui rendant ses *fonctions de relation.*

L'individu normal grâce à l'éducation musculaire qui débute avec ses premiers mouvements et qui se complète à mesure qu'il avance en âge, acquiert un automatisme qui coordonne les multiples efforts nécessaires aux mouvements et au maintien de l'équilibre pendant leur exécution.

Mais, que des groupes musculaires soient fonctionnellement détruits ou diminués ainsi que cela se produit dans la paralysie infantile, l'équilibre musculaire se trouve rompu et l'automatisme détruit. Les mouvements coordonnés que nous faisons accomplir à nos petits paralysés ont pour but la correction de ce déséquilibre en leur apprenant à utiliser les muscles récupérés ou en leur donnant des suppléances musculaires convenables.

Nous nous efforçons à l'aide d'appareils appropriés de rendre ces corrections automatiques afin d'éviter à l'enfant des efforts d'attention fatigants et nuisibles au travail musculaire.

Recréer un automatisme nouveau le plus voisin possible de l'automatisme normal, — tel est le but de ces mouvements coordonnés. La marche et la montée de l'escalier étant par excellence les mouvements coordonnés des membres inférieurs, la Colonie de Saint-Fargeau entraîne les malades à les exécuter correctement au moyen d'appareils construits spécialement pour elle.

Education de la marche au moyen du trottoir roulant.

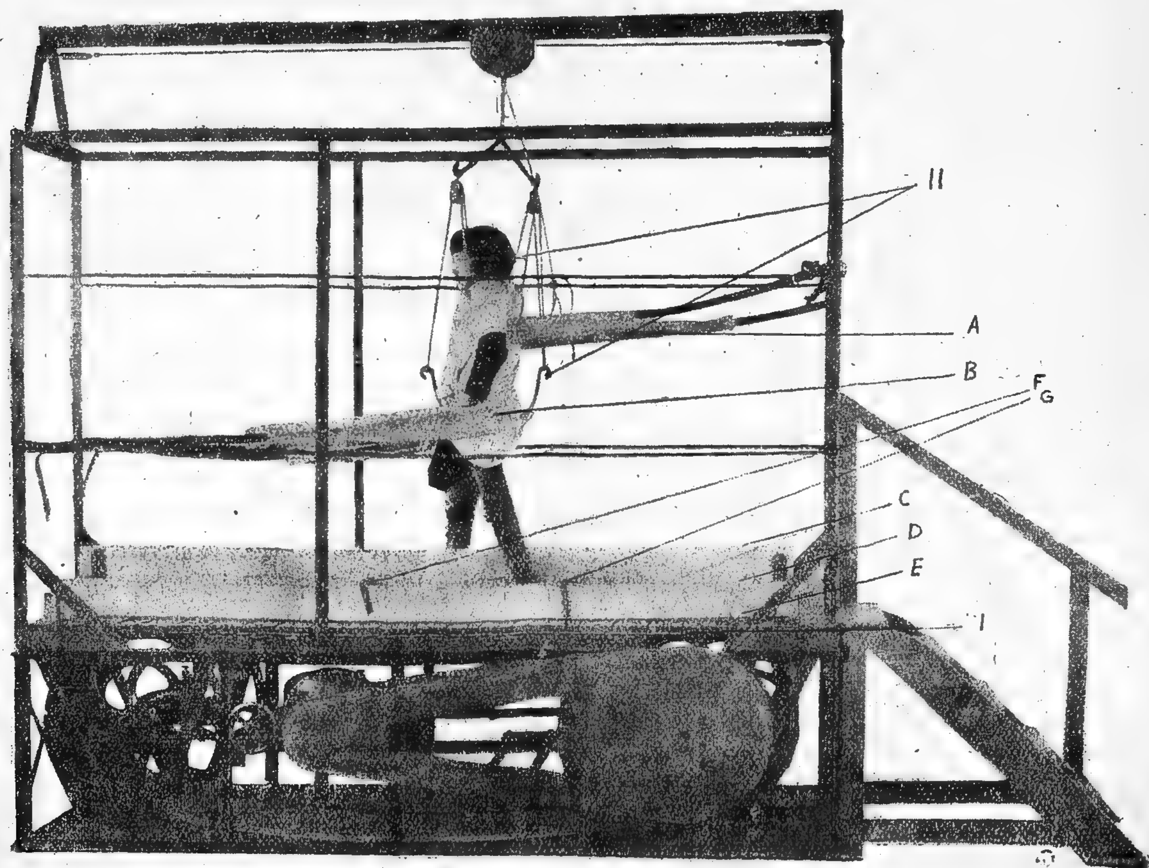
Cet appareil se compose d'un plancher roulant (1) mû par un moteur électrique, d'un système réglable de suspension pelvienne et axilière (2), de dispositifs spéciaux permettant la correction des mouvements défectueux.

Les deux sangles A et B empêchent l'inclinaison du tronc, et l'oscillation du bassin, leur action combinée corrigent l'ensellure lombaire.

Les colisons verticales, sagittales C, D, E, canalisent le mouvement des membres inférieurs et empêchent le fauchage, la rotation interne ou externe.

Les cales F, G règlent la course du membre et égalisent le temps d'appui de chaque pied.

La vitesse de marche du plancher roulant est réglable, ce qui permet d'obtenir des mouvements plus ou moins rapides des membres inférieurs.



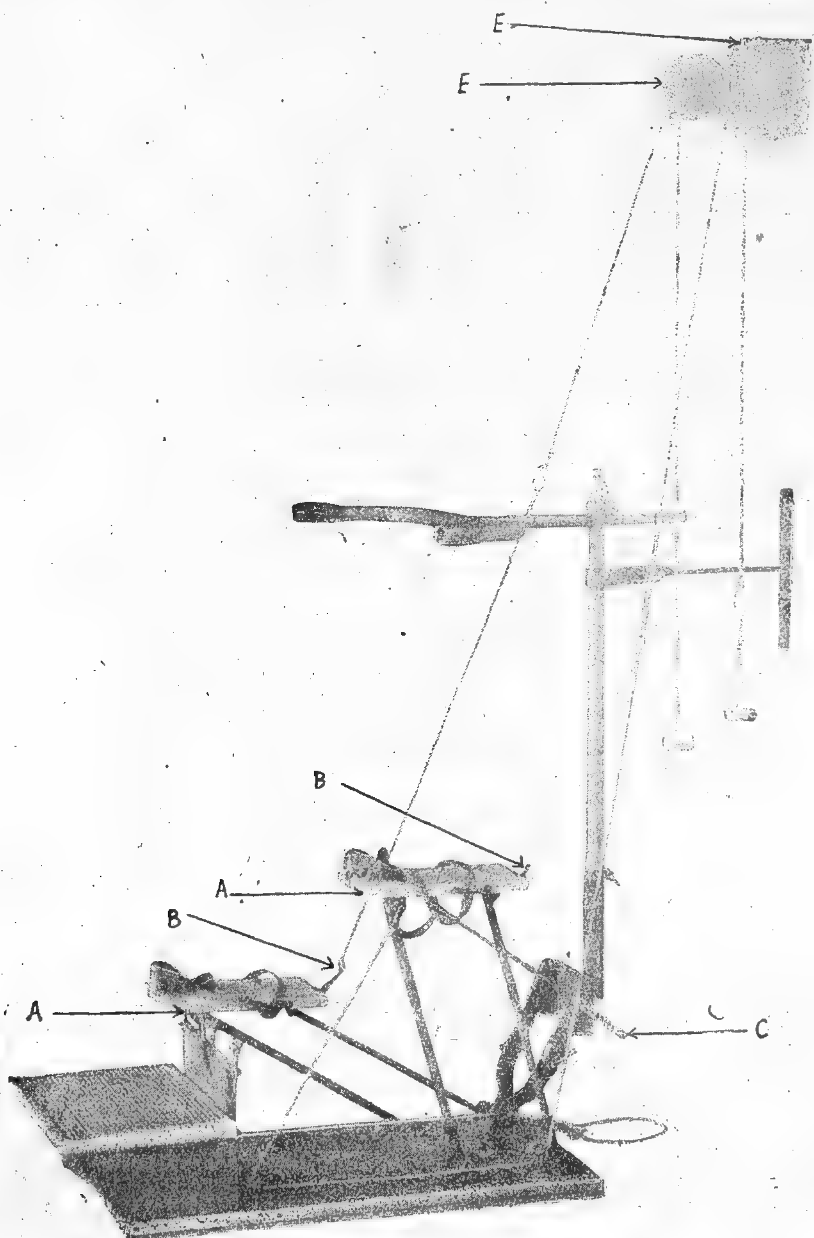
Utilisation du plancher roulant pour les exercices de marche.

Cet appareil est destiné principalement à faire exécuter au malade les mouvements nécessaires à la marche, dès qu'il a récupéré dans les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin une force suffisante pour avancer le membre inférieur, et que la force des extenseurs de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse est insuffisante pour lui permettre la station debout.

Grâce au système de suspension figuré plus haut, le malade est soulevé et son appui sur les membres inférieurs peut être presque nul, tandis que la rigidité de la jambe sur la cuisse est assurée par des attelles. Tous les mouvements de compensation étant corrigés par des sangles et des cloisons, il doit seulement penser à avancer le membre inférieur afin que la pointe du pied touche la cale F., puis il le laisse entraîner par le mouvement du trottoir jusqu'à ce que le talon touche la cale G. pendant qu'il avance l'autre membre.

Le malade est ainsi habitué progressivement à la marche, sans se fatiguer, sans se déformer, et en apprenant tout de suite à faire des pas de même longueur et à mouvoir les membres inférieurs dans l'axe normal.

Cet appareil sert aussi à corriger les marches défectueuses puisqu'il permet d'immobiliser le malade de manière à empêcher ses attitudes vicieuses. Dans ce cas, le système de suspension est rarement utilisé, la force des extenseurs étant



suffisante pour lui permettre la station debout.

Nous attachons une grande importance à cette marche sur le trottoir roulant, c'est même le seul exercice de marche que nous permettions aux malades qui ne peuvent marcher qu'à l'aide de cannes ou de béquilles. Nous interdisons formellement l'emploi des béquilles qui créent des attitudes vicieuses, accentuent les scolioses et compriment les creux axilaires et tolérons rarement celui des cannes qui habituent le malade à pencher le corps en avant et à prendre un mauvais point d'appui.

La plupart de nos malades ne sont autorisés à se déplacer que dans le chariot de rééducation adapté à leur cas, de façon à rendre impossibles de nouvelles déformations et à maintenir les résultats obtenus par les exercices de marche sur le trottoir roulant.

Exercice préparatoire de l'escalier au moyen du parallélo-marche.

L'appareil nécessaire à l'exécution de cet exercice se compose de deux pédales indépendantes fixées chacune sur deux tiges mobiles de telle sorte que malgré les différentes positions des tiges qui les soutiennent, ces pédales restent constamment horizontales, d'où le nom de parallélo-marche. Les exersiseurs E, E'. permettent de graduer le travail fourni par le malade, selon le point d'attache A ou B des cordes de ces exerciseurs. L'effort est fait :

Soit pour lever la pédale (A, travail des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin).

Soit pour la baisser (B, travail des extenseurs de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse).

L'enfant qui accomplit cet exercice se tient debout les pieds attachés aux pédales, les mains placées sur la barre d'appui.

Pour élever la pédale, il est forcé d'utiliser les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin en conservant le pied en bonne position et en fléchissant le genou. On corrige ainsi la tendance qu'ont les enfants paralysés à monter l'escalier en fauchant, c'est-à-dire en amenant le pied jusqu'à hauteur de la marche par un mouvement latéral de tout le membre.

Cet exercice peut être facilité par un ressort réglable qui tend à relever la pédale ; lorsque l'enfant a acquis suffisamment de force pour soulever la jambe sans l'aide du ressort, la corde de l'exerciseur est fixée au point A et la résistance est graduellement augmentée.

Dans un autre exercice, nous travaillons surtout les extenseurs du membre inférieur en plaçant la corde de l'exerciseur au point B, de façon à ce que l'effort s'exerce pendant l'abaissement de la marche.

Ces descriptions sommaires donneront une idée des appareils que nous utilisont pour la réalisation des mouvements coordonnés.

Résultats.

Une méthode thérapeutique se juge à ses résultats. Notre statistique est la suivante : malades traités, 103 se répartissant en :

72 paralysies infantiles ;

7 maladies de Little ;

6 hémiplégies infantiles ;

6 myopathies ;

6 encéphalites diverses (2 scléroses combinées, 1 maladie de Friedrich, 1 séquelle d'encéphalite léthargique, 2 symptômes cérébelleux).

6 impotences fonctionnelles (raideurs articulaires, rétractions tendineuses et parésies post-névritiques).

Les résultats varient avec les affections traitées :

Les paralysies infantiles donnent la meilleure statistique. Les 72 malades traités ont tous, à des degrés différents, bénéficié de la méthode : 18 ne pouvaient marcher lors de leur entrée à la Colonie ; une jeune fille de 18 ans vivait dans un fauteuil depuis l'âge de 3 ans ; les 18 paralysés marchent aujourd'hui :

2 sans appareil et sans canne ;

4 avec un petit appareil ;

6 avec deux appareils et une canne ;

6 font leurs premiers pas.

Les *maladies de Little* donnent des résultats moins brillants. Encore faut-il distinguer les Little avec raideur généralisée, rebelles à tout traitement, et les Little avec contracture des seuls membres inférieurs. Ces derniers seuls sont améliorables : une de nos enfants arrivée à la Colonie en glissant difficilement les pieds sur le sol pouvait sauter à la corde après le traitement.

Les *myopathies*, même traitées avec grand ménagement, vont en s'aggravant et nous ne les acceptons plus à la Colonie.

Les *hémiplégies infantiles* sont rendues plus souples, leur démarche améliorée, leur main plus habile.

Les cérébelleux sont très difficiles à rééduquer, nous ne les prenons qu'à titre d'essai sans pouvoir espérer un résultat sensible.

Les raideurs articulaires, les rétractions sont très améliorées par le traitement.

Durée du traitement.

Elle est variable suivant les cas traités. La Colonie reçoit des enfants complètement déformés, avec des rétractions tendineuses irréductibles ; il est bien évident que toute rééducation doit être précédée par des interventions chirurgicales et qu'un traitement de plusieurs années est alors indispensable.

Mais, dans les cas moyens, des améliorations

notables sont obtenues après six mois, un an ou deux ans de séjour à la Colonie.

Nous estimons souvent, après avoir obtenu une certaine amélioration, que le malade peut rentrer dans sa famille pour faire, plus tardivement, un nouveau séjour à la Colonie.

Pendant le séjour à la Colonie, les enfants suivent l'école, s'y instruisent, passent des examens. Ils jouissent des bienfaits de la cure d'air et de soleil, complément indispensable du traitement physiothérapique.

***

Nous donnons les photos de deux cas typiques de paralysies infantiles traitées à la Colonie de Saint-Fargeau.

Premier cas. — *Photos* 1 *et* 2. — Résultats obtenus en un an sur une fillette atteinte de paralysie infantile, avec paraplégie des membres inférieurs datant de deux ans.

La correction des déformations a été obtenue par le seul traitement physiothérapique. Cette enfant complètement impotente lors de son entrée marche actuellement avec un appareil.

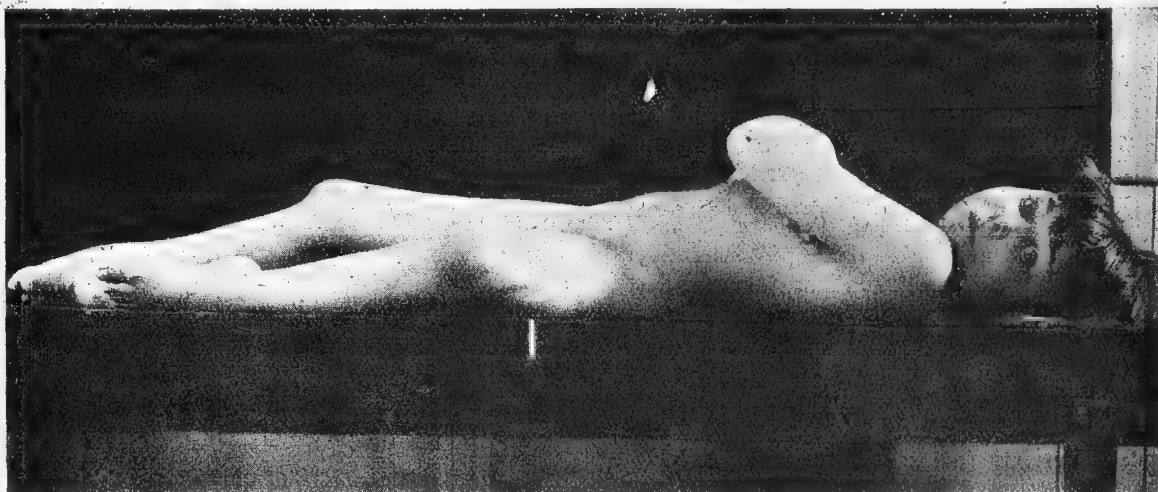


Photo 1.

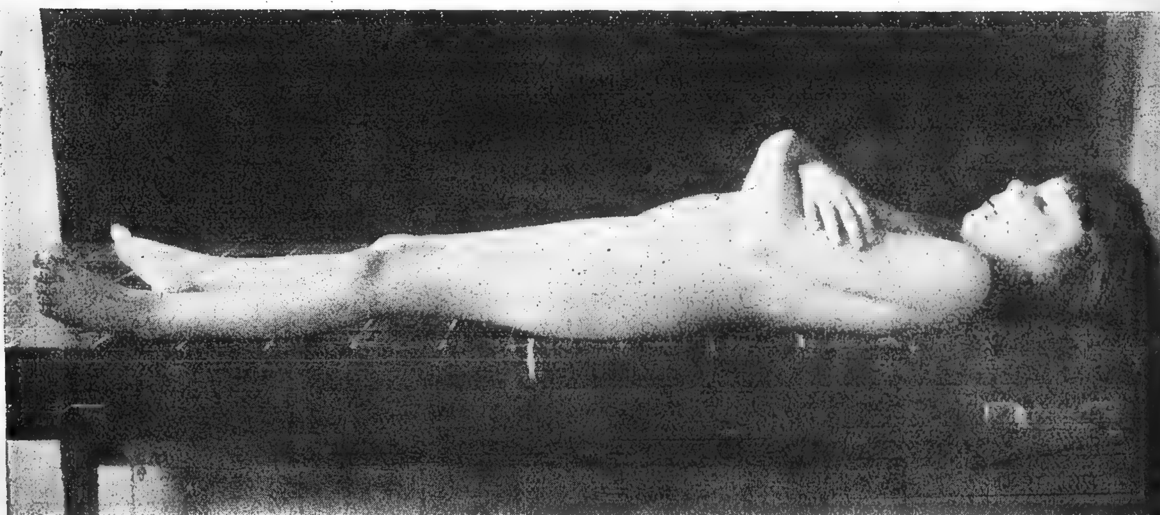


Photo 2.

Deuxième cas. — *Photos* 3 *et* 4. — Résultats obtenus en trois ans sur une jeune fille atteinte de paralysie infantile depuis dix ans. La correction parfaite des déformations a nécessité deux

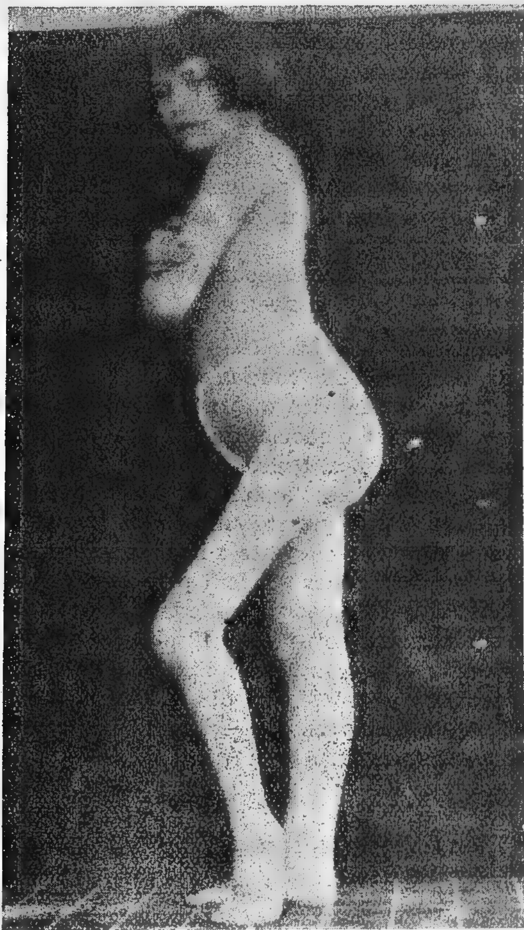


Photo 3.

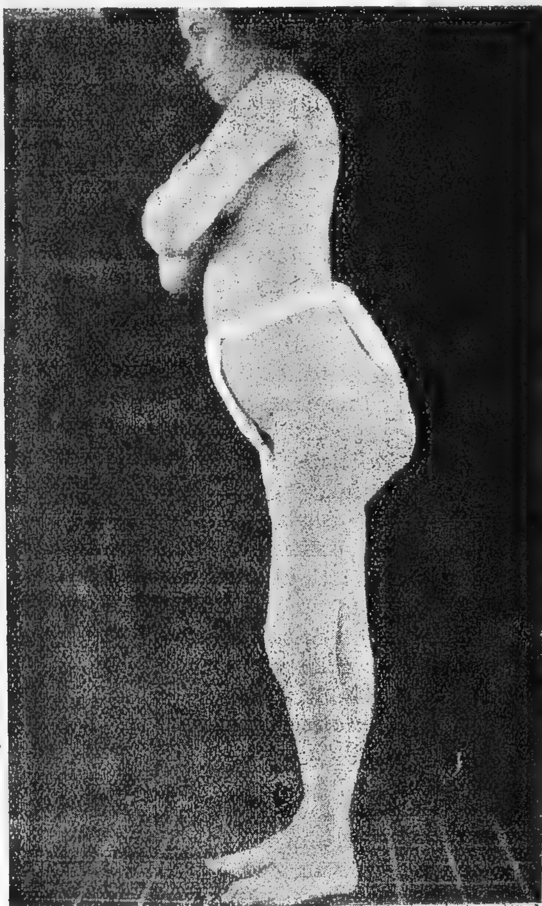


Photo 4.

interventions chirurgicales (allongement du tendon d'Achille gauche, et ostéo-synthèse du fémur gauche, pratiquée par le Dr Bailleul, chef du Service de chirurgie osseuse de l'hôpital Bon-Secours).

A son entrée à la Colonie, cette malade marchait très difficilement et avec un mouvement de salutation accentuée. Actuellement, elle marche sans canne et sans appareil avec une très légèr. claudication et peut faire plusieurs kilomètres (1)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement physiothérapique du prurit.

Lorsque nous ne connaissons pas la cause d'un prurit, et après échec du traitement médicamenteux, il convient de recourir rapidement aux agents physiques, qui ont le grand avantage d'éviter aux prurigineux la moindre intoxication surajoutée.

Les plus actifs sont de beaucoup la radio et la radiumthérapie, qui demandent à être appliquées avec prudence, suivant les données fournies par le Pr Jeanselme et le Dr Giraudeau.

Cependant il existe deux traitements physiothérapiques, qui peuvent être décrits à part, car ils sont utiles dans les dermatoses aiguës : ce sont l'effluvation d'aigrettes de haute tension et la

(1) Les médecins qui désireraient avoir sur cette œuvre des renseignements plus complets pourraient s'adresser à la Colonie de St-Fargeau, par Ponthierry (Seine-et Marne) où la Direction leur ferai parvenir un complément d'information.

lumière bleue.; il ne faut pas confondre cette dernière avec l'ultra-violet: elle est très simplement produite par des lampes électriques à incandescence, dont la paroi est faite d'un verre de couleur bleue coloré dans la masse, et non pas recouverte de vernis bleu. Les applications, nettement sédatives, doivent être prolongées pendant 3/4 d'heure et peuvent avoir lieu tous les jours. Elles s'adressent surtout aux lésions érosives ou vésiculeuses s'accompagnant de démangeaisons. Les mêmes résultats n'ont pu être obtenus avec les rayons rouges ou infrarouges car les prurits s'accommodent mal de la chaleur.

Le traitement physiothérapique doit prendre la place la plus importante dans le lichen plan, la mycose fongoïde à sa période initiale, et surtout dans les affections où le prurit est l'unique symptôme apparent, comme les névrodermites, le prurit *sine materia*, le prurit toxique, hépatique, gravidique, diabétique, etc., et cela, une fois le régime diététique institué.

L'action sera recherchée sur l'état général du malade (diminution de sa sensibilité nerveuse et de l'excitation) : bain statique, bain de haute fréquence, hydrothérapie, diathermie hépatique.

De plus, on agira directement sur les téguments prurigineux. La radiothérapie exerce un effet sédatif du prurit à peu près certain ; malheureusement le malade, pas toujours définitivement guéri, veut trop souvent recourir aux rayons X, ce qui constituerait un gros danger. En suivant les règles édictées par les auteurs, il est bon de compléter par quelques séances de haute fréquence.

Le rayonnement du radium produit des effets identiques ; mais le prix élevé des appareils s'oppose seul à la vulgarisation de ce mode de traitement.

La haute fréquence locale paraît surtout utile dans les prurits non irritables, tels que ceux qui accompagnent les lichens, particulièrement à la nuque, au cuir chevelu, et dans le prurit anorectal s'accompagnant d'hémorrhoïdes. Au contraire, le prurit des lésions eczémateuses ou enflammées ne bénéficie pas de ce traitement et se trouve souvent aggravé.

Le bon effet de l'introduction électrolytique à travers la peau de l'aconit dans les névralgies a fait essayer ce traitement dans les prurits névrodermiques. La solution médicamenteuse est incorporée dans une crème non conductrice du courant, mais miscible à l'eau. De ce fait la crème acquiert la conductibilité électrique par l'apport des ions médicamenteux et ce sont ces ions qui seront transportés par le passage du courant. On mélange 3 centimètres cubes d'une solution à 10 milligrammes de nitrate d'aconitine pour 100 d'eau distillée dans une petite quantité de diadermine. Le courant est réglé à 5 milliampères pour 20 cent. carrés de téguments, à traiter pendant quinze minutes.

On conseille également la douche filiforme, la neige carbonique.

Enfin on peut agir indirectement sur les centres ou ganglions nerveux ,origines centrales du réflexe générateur du prurit (irradiation radiculaire pour atteindre les ganglions vertébraux). (*Journal des Praticiens*, 20 août 1927.)

Des incidents de choc au cours de la fibrose curative des varices.

Ces derniers sont exceptionnels ; ils sont bénins mais ils doivent être connus comme tels pour ne pas alarmer malades ou médecins : crises de vagotonie, choc hémoclasique, lipothymie, éruptions urticariennes, bourdonnements, etc.

Ces phénomènes anaphylactiques peuvent, d'après G. Delater, survenir après la quinine, comme après le salicylate ; il n'est pas surprenant que les femmes y soient plus exposées que les hommes, si l'on admet qu'elles ont un équilibre endocrino-neuro-végétatif plus fragile.

Au cours de plusieurs milliers d'injections, l'auteur n'a constaté que des accidents bénins, et il les a évités chaque fois qu'il a employé l'adrénaline préventive. (*La Presse médicale*, 15 octobre 1927.)

Sur la prophylaxie vaccinale de la grippe.

Les premiers travaux datent du moment où l'on s'aperçut ,au cours de la guerre, que les hommes, vaccinés préventivement contre les germes d'infection secondaire de la rougeole, l'étaient en quelque sorte vis-à-vis des complications de la grippe. Les facteurs principaux de la gravité de la grippe étaient d'ailleurs des microbes bien connus : pneumocoques, streptocoques, etc.

En présence d'une affection aux manifestations si variables au cours d'une même épidémie, et *a fortiori* au cours d'épidémies plus ou moins éloignées les unes des autres, il y a évidemment défaut de spécificité et variété des formules de vaccin proposées. En matière de vaccinothérapie para-spécifique, aucune formule vaccinale ne s'impose. Une longue expérience a fait utiliser, par le Pr J. Minet et le Dr Benoit, la formule suivante depuis avril 1920 :

Pneumocoques ...	100 millions
Streptocoques ...	50 millions
Pneumobacilles...	150 millions
Staphylocoques...	200 millions

Elle leur a permis d'obtenir des résultats remarquables tant dans la prophylaxie que dans le traitement de la grippe et de ses complications.

Depuis 1924, à cette formule on a adjoint le bacille pyocyanique.

Ce traitement préventif de la grippe comporte les mêmes contre-indications que celui de la fièvre typhoïde.

La dose totale minima de vaccin à injecter sera de 3 cent. cubes, à raison de un centimètre cube par jour, en injections sous-cutanées, dans la région sous-scapulaire de préférence.

En résumé, il ne peut être question de pratiquer à l'heure actuelle une vaccination au sens propre du mot contre la grippe, mais seulement contre la flore microbienne susceptible de l'aggraver. Cette flore, d'ailleurs peu variée, est mise en évidence par tout examen des excrétions de l'arbre respiratoire. (*Le Nord médical*, 15 septembre 1927.)

Guérison d'un tétanos grave par injections massives de sérum ancien.

A propos d'un cas de tétanos des plus graves, guéri par la sérothérapie, MM. V. Audibert, Ch. Toinon et P. Guillot insistent sur la nécessité des injections à doses continues et vraiment massives. C'est sans intention ni préférence qu'ils ont employé l'ancien sérum antitétanique, puisqu'ils pouvaient disposer du nouveau sérum purifié de l'Institut Pasteur, renfermant 5.000 unités antitoxiques par 10 cmc., soit 3.500 unités de plus que l'ancien sérum.

Dans l'espace de 24 jours ils ont employé 2.700 cmc. de sérum, soit une moyenne de 112 cmc., 5 par jour ; à certaines périodes, 150 cmc. furent injectées dans les 24 heures. Tout le secret de la thérapeutique curative est là ; injecter de faibles doses ou s'arrêter au bout de quelques jours sous prétexte que la maladie ne s'amende pas constitue une grave erreur. Cette continuité dans l'effort ne fut permise que par l'absence complète de phénomènes anaphylactiques, et la voie rachidienne n'a pas été utilisée sauf le premier jour.

Le tétanos doit donc être combattu sans découragement d'une façon continue et massive jusqu'à cessation des phénomènes de contracture. Il est préférable d'employer le sérum purifié de l'Institut Pasteur ; l'ancien est cependant très actif. L'injection rachidienne n'est pas indispensable, les voies intra-musculaire et sous-cutanée peuvent être utilisées avec tout autant d'efficacité. (*Gazette des hôpitaux*, 31 août 1927.)

Du rôle du décubitus dans l'évolution et le traitement des hémoptysies congestives.

Dans cette étude, le Pr L. Bard (de Lyon) écarte les hémoptysies plus ou moins épisodiques au cours de la tuberculose ; il envisage celles, assez rares, qui par leur abondance immédiate ou par leur prolongation incoercible, mettent par elles-mêmes la vie en péril. Ces dernières résultent soit de l'ulcération et de la rupture consécutive d'un vaisseau important, soit d'une hémorragie en nappe par vaso-dilatation.

Dans ces deux cas, on prescrit également le repos absolu, dans la position horizontale, dans le décubitus dorsal, sans distinction du point d'origine de l'hémorragie, que l'on ne cherche guère d'ailleurs à déterminer par l'auscultation, dans la crainte légitime de l'influence aggravante des mouvements. Or, si le choix du décubitus peut être d'intérêt secondaire dans les hémoptysies rupturales du premier type, il n'en est plus de même dans les hémoptysies congestives en nappe du second. Dans ces dernières, le décubitus latéral sur le côté malade entretient et aggrave l'hémorragie, alors que le décubitus sur le côté opposé la combat efficacement, et souvent même en vient rapidement à bout, alors que depuis des semaines, elle résistait à toutes les médications employées.

Cette influence du décubitus, déjà notable dans les congestions actives, atteint une intensité particulière dans les congestions passives des hémoptysies, qui surviennent dans de vieilles lésions fibreuses. Le moyen est trop simple et trop inoffensif pour qu'on ne le tente pas dans tous les cas d'hémoptysies même non prolongées. (*La Presse médicale*, 17 août 1927.)

Les bronchopneumonies à streptocoques.

MM. Dufourt et Sédallian ont établi que les streptocoques, qui, pour 1/4 des cas occasionnent les broncho-pneumonies, sont en majorité des streptocoques hémolytiques, et en faible minorité des streptocoques viridans. Cependant il faut signaler que les streptocoques jouent un rôle plus important dans les broncho-pneumonies secondaires que dans les broncho-pneumonies primitives ; il s'ensuit que la gravité des broncho-pneumonies secondaires est due, pour une notable part, au germe redoutable entre tous qu'est le streptocoque.

Il y a des formes aiguës, qui évoluent en quelques jours et qui aboutissent rapidement à la mort. Aussi les autres formes ont-elles un intérêt plus considérable. Ce ne sont pas des foyers disséminés que donne toujours le streptocoque, mais souvent ce sont des foyers importants ou même pseudo-lobaires, par marche envahissante, serpigineuse, qui rappelle celle de la plaque érysipélateuse, et caractérise assez l'infection streptococcique.

La courbe thermique est spéciale ; elle présente d'abord un caractère oscillant avec des décalages de un ou deux degrés du matin au soir. Ensuite le tracé devient irrégulier en ce sens que par période de un, deux ou trois jours, on assiste à une accalmie de la fièvre avec température peu élevée et ne différant du soir au matin que par quelques dixièmes de degré. Quelquefois la fièvre

se fixe autour de 38° pour quelques jours, et brusquement elle remonte à 40°, 41°. Ces clochers thermiques, surtout quand ils sont espacés, impriment à la courbe une allure brisée bien caractéristique. Ces envolées thermiques durent quelques heures, un jour ou deux. Ce tracé oscillant, discontinu, persistant pendant plusieurs semaines a une réelle valeur. Il s'oppose au tracé plus continu, plus régulier, moins oscillant, parfois même en plateau par périodes, des broncho-pneumonies à pneumocoques.

Parmi les signes fonctionnels, il faut signaler la pâleur des enfants peut-être due aux propriétés hémolytiques du streptocoque. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la durée des signes physiques en foyer alors que la fièvre a disparu. En outre ce sont des broncho-pneumonies qui rechutent facilement et qui récidivent ; le streptocoque est, en effet, un germe dont l'organisme humain a la plus grande peine à se débarrasser. Ces broncho-pneumonies tendent à s'acheminer lentement vers la sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches.

Les trois points caractéristiques de ces broncho-pneumonies sont essentiellement : l'isolement du streptocoque par ponction du foyer pneumonique, la courbe thermique et l'échec du vaccin Weill-Dufourt ; lorsque cinq ou six injections de ce vaccin n'ont aucunement modifié la fièvre, il y a lieu de redouter la présence du streptocoque. Le vaccin Weill-Dufourt ne renferme, en effet, que du pneumocoque et de l'entérocoque, parce que les tentatives de vaccination contre les streptococcies en général se sont jusqu'à présent montrées inopérantes.

Bien que le pronostic des broncho-pneumonies à streptocoques soit des plus graves (environ 70 % de décès), nous disposons d'une thérapeutique spécifique, d'une valeur incontestable : c'est le sérum antistreptococcique, préparé par l'Institut bactériologique de Lyon. Les doses de sérum doivent être élevées. On injectera 30 cent. cubes par jour chez l'enfant au-dessous de 2 ans, 40 à 60 cent. cubes chez l'enfant de 2 à 10 ans. Ces injections seront répétées quotidiennement tant qu'il y aura de la fièvre et des signes d'auscultation en foyers. Si l'on cesse trop tôt la sérothérapie, on aura à peu près sûrement une rechute. Il sera prudent d'injecter encore du sérum tous les deux ou trois jours pendant une semaine au moins. (*Lyon médical*, 28 août 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les causes de mortalité évitables.

(M. Paul Strauss. — *Académie de médecine* ; 24-1-1928.)

M. Strauss complète sa communication antérieure sur la mortalité et la natalité en France. S'appuyant sur un examen comparatif des statistiques publiées dans différents pays d'Europe, il montre que la mortalité par variole et par diphtérie est plus faible en France qu'en Angleterre, Italie et Allemagne ; que la rougeole et la scarlatine sont moins meurtrières chez nous que dans les pays du Nord. Par contre, la situation n'est pas aussi favorable pour ce qui concerne la fièvre typhoïde et surtout pour la mortalité par tuberculose et la mortalité infantile, malgré les améliorations enregistrées dans ces dernières années.

L'auteur propose à l'Académie, la discussion et le vote des vœux suivants, susceptibles à son avis de diminuer la mortalité :

« 1° Déclaration exacte des causes de décès, sous la garantie du secret professionnel, en vue de réduire la proportion (1/3 environ) des causes de décès classées dans les statistiques sous la rubrique « autres maladies ; maladies non spécifiées » ;

« 2° Révision de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique ; inspection départementale d'hygiène obligatoire ; déclaration des maladies contagieuses aux autorités sanitaires ; dispositions relatives aux vaccinations et revaccinations ;

« 3° Généralisation et consécration légale des offices départementaux d'hygiène sociale ;

« 4° Déclaration obligatoire de la tuberculose aux autorités sanitaires ;

« 5° Organisation complète et méthodique de l'assistance maternelle ;

« 6° Prolongation des périodes de repos maternel indemnisé avant et après l'accouchement ;

« 7° Accroissement des ressources destinées à encourager et à faciliter l'allaitement maternel ;

« 8° Adjonction aux consultations maternelles d'un service annexe de dépistage et de traitement de la syphilis ;

« 9° Abaissement de la mortalité des enfants assistés par diverses mesures, notamment par la création d'établissements intermédiaires entre l'hospice dépositaire et le placement familial, par le renforcement du service médical, et par l'adjonction d'infirmières visiteuses aux centres d'élevage et de placement familial ;

« 10° Révision et extension de la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge ; utilisation des consultations de nourrissons, carnet de croissance obligatoire, etc. ;

« 11° Centres d'élevage des nourrissons ;

« 12° Emploi rationnel des sages-femmes et formation accrue d'infirmières visiteuses pourvues du diplôme d'Etat pour la protection maternelle et infantile ;

« 13° Inspection médicale obligatoire dans les écoles maternelles, les jardins d'enfants, les écoles primaires ;

« 14° Enquête approfondie sur la morbidité et la mortalité des enfants de un à quatre ans ;

« 15° Utilisation généralisée des infirmières d'hygiène sociale, sous l'autorité du médecin, pour la protection sanitaire des écoliers, pour la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer, pour l'hygiène mentale ;

« 16° Généralisation et extension du service social ;

« 17° Accélération du programme d'assainissement des localités et notamment des voies privées et des lotissements défectueux ; démolition des îlots et des immeubles insalubres, d'après les indications du casier sanitaire obligatoire des maisons ; alimentation des communes en eau potable ;

« 18° Accroissement des moyens financiers destinés : *a*) à la construction des habitations à bon marché pour familles nombreuses et jeunes ménages, et à la création de cités-jardins, avec adjonction d'un service social ; *b*) à l'accession à la petite propriété (loi Ribot) et au développement du crédit agricole ;

« 19° Assimilation des préventoriums aux sanatoriums publics; accroissement intensif de l'armement anti-tuberculeux ;

« 20° Liaison des conseils de révision avec les dispensaires d'hygiène sociale. »

Une commission composée de MM. Strauss, Bar, Léon Bernard, Marchoux, Auvray, Roux, Martin, J. Renault, Calmette, Vallée et Vaillard, est nommée en vue d'examiner les propositions de M. Paul Strauss.

Influence des rayons X sur les infections.

(M. Louis BAZY. — *Académie de médecine* ; 24-1-28.)

Le chirurgien qui emploie et associe les radiations à l'acte opératoire doit se préoccuper des effets particuliers des rayons sur les organes hémopoiétiques sur les globules blancs et sur le développement de certaines infections. Ces effets expliquent les complications septicémiques parfois observées après une intervention chirurgicale, tentée en période d'irradiation,sur des lésions inflammatoires encore évolutives. L'auteur rappelle qu'il a signalé ces faits, il y a plusieurs années, à la Société de chirurgie,et que Foveau de Courmelles y a insisté depuis en les rangeant sous le vocable de *radio-anaphylaxie*.

M. Louis Bazy rapporte aujourd'hui les résultats d'une série d'expériences pratiquées par lui chez le cobaye, montrant l'influence (expérimentale) des rayons X sur l'évolution des infections. Prenant des cobayes chez lesquels il avait provoqué la formation d'abcès localisés (par injections de streptocoques en milieu irrésorbable de Vallée) et les soumettant aux irradiations, il vit un groupe important de ces animaux succomber dans un délai rapide, avec phlegmon diffus de la paroi abdominale, ou phénomènes toxiques, sans troubles locaux. La question demanderait de plus amples études mais le problème, soulevé par M. Louis Bazy, du rôle de l'irradiation dans les complications opératoires chez les malades ayant des lésions inflammatoires évolutives, mérite d'être approfondi.

Atrophie congénitale du rein.

(M. René LE FUR. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 2-12-1927.)

M. Le Fur communique une observation d'atrophie congénitale du rein gauche chez une femme de 33 ans, s'étant accompagnée d'accidents graves d'infection urinaire d'origine coli-bacillaire. Le rein était réduit à deux petits lobes du volume d'un haricot chacun. L'auteur pratiqua d'urgence la néphrectomie et la malade guérit.

Les cas d'atrophie congénitale d'un rein sont très rares. Le volume de ces reins atrophiés varie de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix. La symptomatologie est souvent nulle et effacée, et le diagnostic difficile. L'atrophie acquise serait plus fréquente au dire de certains auteurs, bien qu'en général, lorsqu'il existe un obstacle inférieur au cours de l'urine, on observe plutôt une dilatation urinaire supérieure. La variété d'atrophie rénale acquise la plus nette est celle qui succède à l'obstruction totale de l'uretère, comme dans le rein mastic dû à la tuberculose, ou dans l'obstruction complète de l'uretère par calcul, éventualité peu commune d'ailleurs.

Greffes cutanées faciales.

(M. DUFOURMENTEL. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-11-1927.)

M. Dufourmentel présente plusieurs opérés chez lesquels il a fait : aux uns, pour réparer des brûlures, des greffes cutanées libres, non pédiculées, de peau totale ; à un autre, pour une perte de substance du nez par morsure de chien, une greffe avec lambeau pédiculé, à transplantation retardée.

Chirurgie et rœntgenthérapie dans le traitement des séminomes.

(MM. AUBOURG et JOLY. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-11-1927.)

MM. Aubourg et Joly rappellent les travaux récents montrant, au point de vue histologique, radiologique, radioclinique, l'action du rayonnement sur les cellules testiculaires et sur les séminomes. En ce qui concerne la clinique et le traitement, trois cas peuvent être considérés : 1° le testicule seul est atteint. Après ablation chirurgicale, il est prudent d'irradier la chaîne ganglionnaire lombo-aortique ; 2° le

testicule et les ganglions sont pris. Après ablation du testicule, on doit irradier la chaîne lombo-aortique ; 3° le testicule a été enlevé et il y a récidive inopérable. On doit pratiquer la röntgenthérapie. Les auteurs décrivent une technique particulière pour chacune de ces trois catégories et ils présentent des observations de chaque groupe avec persistance d'un bon état général.

— M. LAVENANT communique un cas de métastase ganglionnaire à la suite de castration pour séminome. Les diverses localisations successives (fosse iliaque interne, région lombo-aortique, creux sus-claviculaire), cédèrent rapidement aux applications de rayons. Le patient succomba, vraisemblablement par résorption rapide des cellules cancéreuses. Cette observation montre l'extrême sensibilité des cellules cancéreuses du séminome aux rayons X.

Reins polykystiques.

(M. SÉJOURNET. — *Soc. des chirurgiens de Paris* 4-11-1927.)

M. Séjournet en relate deux exemples. L'un concernait un nourrisson de six mois, mort d'accidents à allure urémique. A l'autopsie, on trouva deux reins polykystiques et un kyste de la rate. Dans l'autre, il s'agissait d'une femme de 31 ans, chez laquelle le rein gauche paraissait envahi. L'exploration fonctionnelle décelait une élimination globale déficiente avec un rein droit ayant conservé assez de perméabilité pour autoriser l'intervention. L'indication opératoire fut basée sur les douleurs devenues intolérables, le volume de la tumeur, l'unilatéralité apparente, la présence de crises fébriles, et ce fait que la malade venait de mener à terme une grossesse sans accident de toxémie gravidique.

L'auteur pratiqua une néphrectomie, l'ignipuncture lui ayant paru irréalisable en raison du nombre considérable des kystes. La malade reste guérie depuis deux ans. Malgré ce résultat en apparence favorable, Séjournet reste partisan de l'abstention opératoire en pareille circonstance, à cause de la bilatéralité habituelle et parfois latente des lésions.

Sur les dérivés de la malonylurée.

(M. DÉSESQUELLE. — *Société de thérapeutique* 14-12-1927.)

A la suite d'une communication de M. Désesquelle, la Société de thérapeutique a adopté le vœu suivant :

Considérant : que les cas d'intoxication aiguë par les dérivés de la malonylurée sont de plus en plus fréquents et quelquefois mortels ; que, dans les cas en question, ces médicaments ont été la plupart du temps délivrés sans ordonnance par les pharmaciens ; qu'il y a là un véritable danger social.

Emet le vœu : que, sans attendre l'inscription de tous les dérivés de la malonylurée dans la Pharmacopée, et la mise au jour du projet de réforme de la réglementation concernant les substances vénéneuses M. le Ministre de l'hygiène rende d'urgence un décret ordonnant l'inscription des dérivés de la malonylurée parmi les substances vénéneuses classées dans le tableau A.

Les produits pharmaceutiques français en Egypte.

(M. V. KOUCHNIR. — *Soc. de thérapeutique* ; 14-12-27.)

M. Kouchnir étudie les moyens de favoriser la vente des spécialités pharmaceutiques françaises en Egypte. Il montre que les maisons de spécialités françaises pourraient trouver dans ce pays un débouché important, les produits pharmaceutiques français étant à l'habitude bien accueillis en Egypte où les médecins parlent généralement notre langue. L'auteur indique les conditions du succès en cette matière: publicité par articles scientifiques, simplification des noms des spécialités, remise suffisante aux pharmaciens de détail, etc.

P. L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Aortite syphilitique à forme pleurale.

M. GALLAVARDIN. — Homme de 51 ans, atteint d'aortite syphilitique avec insuffisance aortique et hypertrophie cardiaque modérée. La scène clinique fut dominée par des épanchements pleuraux, bilatéraux, qui, dans l'espace d'un an et demi, nécessitèrent *quinze ponctions*. Le malade ne semblait pas, malgré cela, présenter un état cardiaque grave et avait plutôt l'aspect d'un cachectique. Il eut, au cours de l'évolution de sa maladie, qui dura environ trois ans, un seul accès d'œdème pulmonaire aigu. Dans les derniers mois, il eut à trois reprises d'abondantes hémoptysies. Il paraît évident que les épanchements présentés par ce malade n'étaient pas la simple manifestation d'une hydropisie pleurale localisée, mais la conséquence de lésions pulmonaires antécédentes d'origine cardiaque.

Hydropisie généralisée dans un cas de cirrhose évolutive du foie.

MM. A. DUMAS, CHRISTY et DUBAULOZ relatent l'histoire d'un homme de 60 ans entré à l'hôpital avec un œdème généralisé, mais prédominant aux membres inférieurs. Antécédents éthyliques certains ; on note aussi un certain degré d'intoxication saturnine ; pas de syphilis. L'œdème a commencé à apparaître, il y a un an et demi, au niveau du mollet. Actuellement, l'anasarque est généralisée, avec double épanchement pleural, mais sans ascite décelable. Le foie et la rate ne semblent pas gros ; pas d'albuminurie ; tension artérielle 14/8. Le malade mourut cinq mois après son entrée, après avoir présenté, dans les der-

niers temps, un état délirant. L'autopsie montra des lésions nettes de cirrhose du foie, sans néphrite ni lésions cardiaques notables.

Les auteurs pensent que, dans ce cas, l'insuffisance de la fonction protéolytique du foie a pu modifier les propriétés physico-chimiques des protéines, troubler les échanges osmotiques et, par là, provoquer l'œdème.

Tuberculose pulmonaire consécutive à un pneumotyphus. Thoracoplastie.

MM. Bérard, J. Chalier et Guilleminet présentent l'observation d'un homme de 23 ans entré dans le service des contagieux avec des signes de pneumonie lobaire droite. L'hémoculture et le sérodiagnostic typhiques positifs montrèrent qu'il s'agissait d'un pneumotyphus avec léger épanchement pleural. Quelques jours après, survint une vomique. Une ponction retira 400 cm. de liquide purulent.

La radioscopie montrait une image pyoaérique correspondant à l'interlobe. Devant la persistance de l'expectoration purulente, on se décida à faire opérer le malade : pleurotomie avec drainage du foyer interlobaire (Dr Cotte) ; ultérieurement, comme il persistait une fistule pleurale, on réséqua trois côtes. Le malade fut amélioré, et n'eut plus de fièvre.

Mais celle-ci reparut, cinq mois après le début, et on assista à l'apparition d'une tuberculose pulmonaire très nette avec une expectoration qui fourmillait de bacilles de Koch. Les lésions étant unilatérales, le pneumothorax impossible en raison de la symphyse pleurale ; on adressa le malade au prof. Bérard pour une thoracoplastie. Celle-ci fut pratiquée en deux temps. Le résultat a été très satisfaisant : actuellement (sept mois après l'intervention), l'état général est bon ; il n'y a ni fièvre, ni expectoration.

Thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire chez un enfant de dix ans.

MM. Bérard, Nové-Josserand et Guilleminet présentent un enfant de dix ans atteint de tuberculose du sommet gauche (souffle caverneux intense avec râles gargouillants ; opacité diffuse sans image nette de caverne à la radioscopie). Plusieurs tentatives infructueuses de pneumothorax. Intervention le 22 mai : on résèque huit côtes, de la dixième à la troisième . Les première et deuxième côtes furent réséquées dans un deuxième temps, environ quinze jours après. Suites très simples. Actuellement, l'enfant est apyrétique. L'opération a été admirablement supportée. La radiographie montre un déplacement important du médiastin et seulement une légère scoliose.

Syndrome pluriglandulaire avec anémie grave et parkinsonisme.

MM. Bouchut et Croizat présentent deux observations offrant plusieurs points communs. Il s'agit de deux hommes dont la virilité avait fait ses preuves, tous deux ayant eu des enfants, l'un une blennorragie, l'autre un chancre. Chez ces deux sujets, on a vu s'installer un syndrome pluriglandulaire, réalisant l'état eunuchoïde (perte du poil, peau du visage parcheminée et ridée, atrophie des testicules). Parallèlement sont apparus dans les deux cas : 1° un état anémique surtout grave chez l'un de ces malades, dont les hématies étaient tombées à 1.800.000 ; 2° un état soudé du type parkinsonien. On n'a pas retrouvé chez ces malades d'épisode encéphalitique.

Endocardite infectieuse. Mort subite par embolie coronarienne.

MM. Bouchut et Grandmaison. — Homme de 46 ans, gros éthylique, non syphilitique ; pas de rhumatisme. Début quatre mois avant l'entrée. A l'examen, sujet pâle, amaigri ; pouls accéléré et irrégulier, température oscillant entre 38°2 et 39°5, dyspnée marquée ; dans la région de la pointe et mésocardiaque, frémissement systolique, et à l'auscultation, souffle systolique d'insuffisance mitrale, en jet de vapeur ; tension, 13,5/6,5. Foie gros, légère ascite, rate hypertrophiée. Submatité aux deux bases pulmonaires, avec obscurité, diminution des vibrations, râles inspiratoires. Urines foncées avec gros disque d'albumine. Œdème des membres inférieurs. L'asystolie resta irréductible et le malade mourut subitement une nuit, sans présenter de phénomènes nouveaux. A l'autopsie, on trouva l'artère coronaire droite dont l'orifice était entièrement obstrué par un fragment de végétation d'endocardite engagé assez profondément comme une quille ; on trouva, sur le bord libre de la grande valve de la mitrale une encoche répondant certainement à la surface d'implantation de cette végétation.

Rigidité parkinsonienne atténuée par la prothèse.

MM. Froment et Paufique présentent un malade sur lequel ils font constater l'atténuation de la rigidité parkinsonienne qui résulte du port d'un appareil de prothèse approprié. C'est là, une conclusion logique des recherches de M. Froment qui montrent que le parkinsonien est un dystasique et que sa rigidité, variable avec l'attitude, s'atténue lorsqu'il est convenablement étayé.

Syphilis et cortico-pleurites.

MM. Gaté et H. Gardère rapportent deux cas de cortico-pleurite dans lesquelles l'étiologie syphilitique paraît probable du fait de la coexistence d'autres accidents spécifiques et de l'absence de tout antécédent et de toute manifestation de tuberculose. L'efficacité du traitement bismuthique est, du reste, en faveur de cette interprétation. Il semble s'agir là d'un stade de début curable de la syphilis pulmonaire, dont on connaît surtout les manifestations ter-

minales, scléreuses, qui échappent à toute thérapeutique.

Tumeurs intra-rachidiennes : adénie prurigène avec compression cervicale.

MM. Bériel et Jeannin rapportent l'observation d'une femme de 34 ans présentant une paraplégie complète à type spasmodique avec hypoesthésie à limite supérieure nette et constante au-dessus des seins et troubles urinaires. Comme complication peu fréquente de ce syndrome de compression médullaire, on notait une adénopathie volumineuse au niveau des deux faces latérales du cou, avec éosinophilie remarquable sur les coupes histologiques d'une biopsie d'un de ces ganglions ; en même temps, il existait un prurit très intense surtout localisé aux membres.

Rôle du bacille diphtérique dans la genèse des broncho-pneumonies.

M. A. Dufourt s'élève dans cette communication contre l'opinion récemment émise par M. Duchon et soutenue par M. Flandin, à savoir que le bacille de Lœffler cause non seulement des broncho-pneumonies diphtériques, mais encore nombre de broncho-pneumonies banales, grippales, rubéoliques ou autres. A. C.

Les Congrès

XIXe Congrès français de médecine

(Suite) (1).

Deuxième rapport

Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques, à virus connus ou méconnus

Par M. V. de Lavergne (Nancy).

I. **Septicémies dues au groupe des bacilles typho-paratyphiques.** — Tantôt la septicémie reste pure ; tantôt, au tableau de l'infection générale s'ajoutent des signes de déterminations intestinales : et, c'est la fièvre typhoïde. Tantôt enfin, la septicémie est discrète et l'infection se traduit cliniquement par des localisations en apparence primitives.

De ces trois formes de septicémies à T. A. B., la fièvre typhoïde est de beaucoup la plus commune. A son sujet, deux points ont été seulement retenus.

1° Est-il possible, d'après les seuls signes cliniques, de reconnaître qu'une fièvre typhoïde est due au bacille d'Eberth, au paratyphique A., B., de Gaertner, ou même au *Bacillus fœcalis alcaligenes* ? Non. La clinique permet de reconnaître une fièvre typhoïde. Seul, de façon assurée, le laboratoire indique le germe en cause.

2° Dans quelle mesure les symptômes de la fièvre typhoïde sont-ils déterminés par la septicémie ?

La période d'incubation correspond à une infection progressive du système lymphatique mésentérique. La lymphe se charge de bacilles qui arrivent de plus en plus nombreux au sang. Une septicémie s'ensuit, qui n'est donc que secondaire. Mais le sang élimine les germes par dépôt dans les tissus ou passages par voies biliaires. Au cours de la fièvre typhoïde les microbes ne se trouvent qu'en *transit* dans le sang. Eliminés du sang par voie biliaire, ils se retrouvent dans l'intestin, et le cycle tend à se reformer.

Dans la fièvre typhoïde, il y a deux ordres de signes cliniques. Les premiers sont d'ordre assez banal, tel que la fièvre, l'état des muqueuses, la prostration, l'hypertrophie de la rate. On les retrouve dans maint état d'infection générale. A côté, il y a ces symptômes particuliers qui appartiennent précisément en propre à la fièvre typhoïde : signes intestinaux relevant de l'ulcération des plaques de Peyer, et taches rosées lenticulaires. Or, il est probable que ce dernier groupe de symptômes fondamentaux ne relève pas directement de la septicémie. Il existe, en effet, un *état d'allergie typhique* et les lésions des plaques de Peyer correspondent à des lésions de surinfection, de même que les taches rosées correspondent à des cuti-réactions.

***

Les **septicémies à colibacilles** ont un aspect clinique très varié. Elles peuvent succéder à des suppurations à colibacilles, à point de départ différent, quoique, bien souvent, d'une topographie qui fait penser à cette étiologie. Elles peuvent aussi apparaître comme primitives.

La fonction essentielle du colibacille est de faire du pus. A ce titre, il est sans aucun doute capable de déterminer secondairement une septicémie. De fait, ces septicémies secondaires donnent lieu à des fièvres hachées, avec frissons et sueurs au moment de l'accès, avec possibilité de métastases suppurées.

Sur le tableau de fond, des variantes cliniques peuvent se produire, ictère, purpura, hypothermie, mais il ne faut pas les attribuer exclusivement à la seule coli-bacillémie.

Il faut, d'autre part, considérer que le colibacille est un germe qui passe volontiers dans le sang : après la mort, à la période agonique, chez les cachectiques ou au cours d'autres infections. Dans bien des

(1) *Concours médical*, n° 9.

cas, la présence du colibacille dans le sang est trompeuse ; il n'est que microbe de sortie.

***

III. Les **méningococcémies** sont bien connues, aussi bien celles qui accompagnent les méningites que celles qui restent pures. De celles-ci, les formes sont diverses : typhoïde, purpurique, pseudo-paludéenne.

L'affinité du méningocoque pour les méninges est, du reste, telle que les méningococcémies qui restent pures sont l'exception

Pour expliquer ce fait, différentes conceptions ont été proposées. La théorie ancienne est peut-être la plus satisfaisante, d'après laquelle le méningocoque accède du rhino-pharynx aux méninges par voie lymphatique directe, déterminant des lésions à la fois vasculaires et méningées.

***

IV. Les **gonococcémies** ressemblent d'ordinaire aux méningococcémies, donnant des formes pseudo-paludéennes, purpuriques et typhoïdes. Mais la gonococcémie, sauf de très rares exceptions, succède à une lésion initiale de topographie particulière. De plus, l'infection attaque profondément l'état général qui se conserve si bien au cours de méningococcémies, même prolongées. Enfin, la gonococcémie n'évolue guère sans complications, souvent successives, nombreuses, importantes, et dont l'évolution clinique n'est plus celle des déterminations méningococciques.

***

V. Les formes cliniques des septicémies à **mélitocoques** sont, le plus souvent, cliniquement bien reconnaissables, mais quelquefois, il peut y avoir confusion avec la fièvre typhoïde ou la tuberculose ; enfin, dans certains cas, le diagnostic ne peut être posé par la clinique, et les épreuves de laboratoire permettent seules de reconnaître la mélitococcie.

***

VI. Les septicémies à **bacille perfringens** sont moins communes que les précédentes et ont été moins souvent étudiées. Cependant, le microbe qui les détermine est aisé à reconnaître. Il manifeste dans les cultures un grand pouvoir hémolytique, il y peut aussi réduire rapidement l'hémoglobine et l'amener au stade de bilirubine.

Les septicémies à bacille perfringens ne sont pas primitives. Elles succèdent à une inflammation initiale localisée. A l'origine de la septicémie, on trouve le plus souvent des infections utérines ou des infections gangréneuses consécutives à des traumatismes.

Ces septicémies peuvent être transitoires et cliniquement méconnaissables ; d'autres fois, le seul signe clinique en est l'apparition d'une métastase ; mais la septicémie peut encore se révéler avec une personnalité clinique bien accusée, évolution d'un syndrome d'ictère grave hémolytique.

***

VII. Rares sont les observations de septicémies à **microbes anaérobies.**

S'il existe quelques cas de septicémies primitives, la règle est que la septicémie soit consécutive à une inflammation localisée masquant les signes de la septicémie. Le meilleur symptôme clinique de la septicémie consiste dans l'apparition des métastases. Les germes en cause sont le plus souvent multiples.

***

VIII. Quant aux **septicémies** dues à **spirochæta ictero-hemorragiæ**, on sait que certaines professions sont particulièrement dangereuses, celles qui exposent au contact des rats. Mais des observations de plus en plus nombreuses montrent aussi que la spirochétose peut être consécutive à des bains de rivière ou de piscine. Elle doit donc faire partie des maladies hydriques.

Ce caractère est d'autant plus à souligner que par leur étiologie se trouvent ainsi rapprochés ictère paratyphique et ictère spirochétosique.

TROISIÈME RAPPORT

La sémiologie des septicémies médicales non spécifiques.

Par MM. F. ARLOING, A. DUFOURT (de Lyon) et L. LANGERON (de Lille).

I. Les **septicémies à streptocoques** signalent souvent leur nature par des *conditions étiologiques* : puerpéralité dans 75 à 80 p. 100 des cas (accouchée infectée, avortement, plaie ombilicale du nouveau-né), plaies de guerre, septicité chirurgicale, scarlatine, grippe, variole, érysipèle, septicité bucco-dentaire. Il s'agit plus encore d'auto-infection que d'infection hétérogène.

Par ce mécanisme naissent les *septicémies suraiguës ou aiguës* avec fièvre soutenue à 41° et néphrite brutale, mortelle en cinq à dix jours dans 50 p. 100 des cas.

Ces *septicémies pures* sont assez rares, car très fréquemment elles aboutissent à des *localisations* dont quelques-unes typiques et, en général, peu suppuratives.

Elles prennent le plus souvent le *type septicopyorrhéique* avec des *endocardites* infectieuses, droites ou gauches, surtout valvulaires, silencieuses, primitives, c'est-à-dire atteignant un endocarde sain, ulcéreuses et végétantes.

Les *manifestations phlébitiques* simples ou doubles sont classiques. La *peau* se tache de purpura fulminans, de rash d'aspects divers ; des *arthrites* exsudatives ou suppurées surviennent enfin.

Le pronostic sombre s'éclaire de quelques cas de guérison.

En opposition à ces formes rapides, on décrit la *septicémie chronique* ou *endocardite chronique maligne, maladie de Jaccoud-Osler*, véritable entité pathologique, individualisée par sa sémiologie, son étiologie et ses lésions.

Des *septicémies streptococciques à formes plus rares, éphémères, bénignes, traînantes, associées au bacille d'Eberth, au staphylocoque, au gonocoque* ont été décrites avec une sémiologie spéciale.

Le *symptôme bactériologique* est dans toute l'histoire des streptococcémies *particulièrement important* ; les septicémies aiguës et suraiguës se rattachent au *streptocoque hémolytique* et les septicémies chroniques, subaiguës, l'endocardite maligne, les infections endoveineuses au *Streptococcus viridans*.

***

II. Les **septicémies à staphylocoques**. — *L'étiologie* revêt ici une exceptionnelle valeur. Les *furoncles* et les *anthrax*, surtout ceux de la *lèvre supérieure*, les lésions cutanées suppurées, des plus minimes aux plus graves, les fermentations digestives anormales, les suppurations osseuses sont à l'origine de bien des septicémies, surtout si le *terrain* est réceptif (prématurés, débiles, diabétiques). L'expérimentation nous a appris l'importance du facteur individuel, de l'âge, de la dose microbienne et de sa voie d'introduction.

L'infection réalisée évolue suivant diverses modalités.

a) La *septicémie aiguë typhoïdique, sans localisation apparente*, très grave, tuant en quatre à quinze jours, est la moins fréquente.

b) La *septicémie aiguë à localisations multiples prédominantes*, constitue la *septico-pyohémie staphylococcique* (95 p. 100 des cas). Evoluant moins vite, s'accompagnant d'une température oscillante, de frissons et de sueurs profuses, elle aboutit aux *abcès miliaires du rein*, aux localisations prostato-vésicales, à l'*ostéomyélite juxta-épiphysaire*, à l'exanthème pustuleux, aux abcès cutanés, aux érythèmes érysipélatoïdes.

Après celle du rein et des os, l'*endocardite aiguë* à staphylocoques, surtout mitrale, est la plus fréquente de ces manifestations ainsi que l'*abcès du poumon* et la *méningite*.

c) Plus rarement, on relève la *septicémie suraiguë* mortelle (7 p. 100 des cas), les *formes éphémères*, les *formes chroniques* durant de trois mois à plusieurs années avec métastases successives.

L'âge du sujet oriente la staphylococcémie vers les abcès cutanés multiples chez le jeune enfant (Hutinel et Marcel Labbé), vers l'ostéomyélite chez l'adolescent (Jaboulay, Rodet et J. Coumont), vers les viscères chez l'adulte.

La staphylococcémie peut s'*associer à la streptococcie ou à l'éberthose*.

Le laboratoire apporte le plus souvent la certitude là où la sémiologie n'a donné que probabilités. Mais il n'y a *pas lieu de décrire des formes bactériologiques des septicémies staphylococciques*. Le microbe doré est toujours le plus souvent rencontré.

Maladie toujours grave, souvent mortelle (55 à 70 p. 100 de mortalité dans les septicémies), elle tire un sombre pronostic du manque de résistance du sujet et de son jeune âge.

***

III. Les **septicémies à tétragènes** ont une *origine buccale*.

Rarement pures, elles offrent d'ordinaire de *multiples localisations prédominantes*. L'hémoculture est le seul symptôme précis et précieux dans une sémiologie banale d'infection générale.

***

IV. Une *grande rareté* caractérise les **septicémies à pyocyaniques**.

Elles ont comme caractère assez particulier leur tendance aux *hémorragies intestinales* et une lésion cutanée curieuse, l'*ecthyma térébrant d'Ehlers*.

Elles résultent le plus souvent d'une inoculation accidentelle.

***

V. L'histoire des **septicémies à pasteurella** est encore très fragmentaire. Elles semblent moins graves chez l'homme que chez l'animal.

***

VI. Les **septicémies à entérocoques**. — Le pouvoir pathogène local de l'entérocoque conduit à admettre qu'il soit à lui seul l'agent d'*états septicémiques purs d'ordinaire à allure typhoïde*, exceptionnellement mortels, d'*infections d'aspect pseudo-rhumatismal ou érythémateux*.

Plus rarement, l'entérocoque complique la septicémie d'une *endocardite infectieuse* bien décrite par Gallavardin et Langeron, ou s'associe à une éberthose.

Peu typique, la sémiologie exige ici l'appui diagnostique d'hémocultures et d'agglutinations sériques répétées. La réaction biochimique du milieu gélose-esculine permet de différencier l'entérocoque du pneumo et du strepto.

***

VII. Les **septicémies à pneumocoques**. — Les dé-

terminations pneumococciques et leurs formes sont essentiellement commandées par la *réceptivité ou la résistance du terrain.* L'absence foncière de résistance ou sa défaillance momentanée permettent l'installation d'une *septicémie d'emblée* pouvant se compliquer ou non d'une localisation pulmonaire secondaire.

Au contraire, l'*état allergique* de l'organisme vis-à-vis du pneumocoque, créé par de multiples et discrètes infections par ce microbe, interdit à l'infection sanguine de dépasser la *simple bactériémie,* qui demeure même parfois impossible à déceler.

Cette allergie *aboutit à une pneumonie en apparence primitive* ayant l'allure d'une maladie locale.

Très rarement, le pneumocoque de la mère peut franchir le placenta et créer chez le fœtus une *septicémie congénitale* rapidement mortelle après la naissance, *pure ou avec localisations pulmonaire, pleurale ou méningée.*

Le *nourrisson,* terrain vierge, est d'une très grande sensibilité au pneumocoque exogène. Il donne tantôt une *septicémie pure* de haute allure, hyperthermique, le plus souvent mortelle, ou s'accompagnant de *manifestations secondaires broncho-pneumoniques plutôt que pneumoniques,* pleurales, méningées, articulaires, rarement péritonéales. Ces septicémies sont brèves ou prolongées.

Certaines races présentent à l'âge adulte une sensibilité au moins aussi grande que le nourrisson au diplocoque de Talamon : *septicémies des tropicaux à forme typhoïde sans localisation.*

Sur le *terrain adulte* comme sur celui de la *seconde enfance* devenus plus résistants, l'infection sanguine tend à donner des localisations plus rapides, surtout pneumoniques.

Les *septicémies pures* vraiment typhoïdes sont exceptionnelles. Elles offrent un *syndrome abdominal* remarquable lié à la pneumococcémie, simulant la crise d'appendicite, l'occlusion aiguë ou la péritonite par perforation. La guérison est presque la règle.

D'autres fois, la *pneumococcémie* est *précédée d'une pneumonie ou d'une congestion pulmonaire,* réalisant ainsi l'*ancienne pneumonie infectieuse infectante* de G. Sée qui, au milieu d'une sémiologie ataxo-adynamique, engendre des localisations pleurales, articulaires, rénales, endopéricardiques.

Parfois aussi, *la septicémie traîne* avec une température oscillante, ou *se termine par une pneumonie ou par des manifestations exclusivement extrapulmonaires* (méningites, endocardite ulcéro-végétante, purpura).

***

VIII. **Les septicémies à pneumobacilles** sont *suraiguës,* foudroyant tuant, dans 80 p. 100 des cas, en deux à six jours avec hyperpyrexie et phénomènes congestifs mobilales.

Chez un sujet plus résistant, ou avec un pneumobacille moins hypervirulent, la *septicémie pure* évolue moins rapidement.

La *localisation pulmonaire est fréquente* au point d'être presque spécifique avec les signes d'un foyer pneumonique ou broncho-pneumonique évoluant vers l'abcès pulmonaire très grave ou la gangrène presque toujours fatale avec expectoration rouge-brique, chocolat ou hémoptoïque, visqueuse, fourmillant en pneumobacille.

Les *méningites* d'une haute gravité sont la première ou la dernière localisation d'une pneumobacillémie que signe la bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

***

IX. **La septicémie tuberculeuse** correspond plutôt à une *modalité clinique de la maladie* qu'à une réalité bactériologique.

Toutefois, si, cessant de considérer l'agent de la tuberculose sous sa forme tangible, visible, de bacille acido-résistant, on envisage son polymorphisme et, en particulier sa *forme filtrante invisible,* on peut concevoir de véritables *septicémies tuberculeuses d'origine transplacentaire* dont la sémiologie est encore à l'état d'ébauche.

Ce sont là des *syndromes qui méritent peut-être légitimement le nom de septicémies tuberculeuses,* en opposition aux *bacillémies chroniques* acido-résistantes qui n'ont de la septicémie vraie ni le critère bactériologique, ni le critère infectieux clinique.

Dans le cours de la vie, surviennent par la voie vasculaire des *états septicémiques tuberculeux acquis,* aux transitions innombrables et à la sémiologie profondément nuancée (granulie, typhobacillose, polynévrites, érythème noueux...).

Discussion des rapports sur les septicémies.

La conception de la septicémie présentée par les rapporteurs a soulevé des objections de la part de M. Béco (de Liège). Il pense que l'état septicémique est caractérisé par la présence abondante et croissante dans le sang de germes primitivement sédimentés dans le réseau capillaire de certains organes (foie, rate, moelle osseuse). Le diagnostic de septicémie ne peut donc être que bactériologique et doit reposer sur la numération répétée des germes présents dans le sang.

M. Roskam (de Liège) est du même avis. On doit en outre, toujours rechercher l'opsonisabilité du microbe infectant.

Pour M. Govaerts (de Bruxelles), la plupart des septicémies sont dues à des microbes instables, dont la persistance dans le sang ne s'explique que par un réensemencement continu.

M. Vaucher (de Strasbourg) insiste sur trois points : la nécessité d'hémocultures en milieu solide, qui permet la numération des germes, la nécessité d'hémocultures anaérobies, le rôle du système réticulo-endothélial.

M. Creyx (de Bordeaux) pense que la bactériémie

est, en clinique humaine, contingente et intermittente.

D'autres communications intéressantes furent faites par M. ETIENNE (de Nancy) sur le rôle des infections secondaires, par M. HAMMER (d'Amsterdam), sur les septicémies typhiques ; par M. DANIÉLOPOULU et ses collaborateurs Missirliu, Lupu, Nicolau et Venesco sur le mécanisme de production des différentes courbes du rythme cardiaque dans les infections, le tonus végétatif dan s la fièvre typhoïde, l'état du cœur dans le typhus exanthématique.

L'*endocardite maligne lente* a fait l'objet de nombreuses présentations : MM. Pr. MERKLEN et M. WOLF (de Strasbourg) étudient la participation des endothéliites artério-capillaires au syndrome de l'endocardite lente. Le professeur LAD. SYLLABA (de Prague) envisage la question de son diagnostic et de son pronostic ; le Dr SCHEINER (de Prague) rapporte les résultats de l'uroculture au cours des endocardites. E. LAZEANU, J. PAVEL et Mme MAVROMATI discutent la délimitation entre l'endocardite aiguë et l'endocardite chronique streptococciques. Ils signalent la péricardite et l'amylose au cours de leur évolution. M. HATZIEGANU (de Cluj) présente quelques considérations sur le syndrome septique dans l'endocardite lente et sur les manifestations cutanées au cours de cette affection.

Les *septicémies tuberculeuses* font l'objet des travaux suivants : essai de classification, par DUMAREST et BONAFÉ (d'Hauteville) ; formes cliniques, par LEURET et CAUSSIMON (de Bordeaux).

Signalons encore : la septicémie et la leucémie aiguë, par le professeur PELAAF (de Prague) ; les septicémies associées ou secondaires dans la diphtérie par MM. LEREBOULLET et M. DAVID ; les septicémies à pneumocoques, par le professeur TITU VASILIU (de Cluj) ; un cas de septico-pyohémie à streptocoques, par MM. MICHEL et POUMAILLOUX ; deux observations de septicémie charbonneuse, par le professeur TODOROVITCH (de Belgrade) ; septicémies prolongées à entérocoques (M. MOUTIER) ; évolution des accidents cardiaques au cours des septicémies sous l'influence des médicaments cardiotoniques, par MM. LIBENSKY, MENTL et BRUMLICK (de Prague) ; la conception des septicémies lentes et l'épreuve étiologique dans les septicémies, par MM. HATZIEGANU et IRIMINOIN (de Cluj) ; lésions papillaires au cours de certains états septicémiques (MM. Pr. MERKLEN et R. CAHN) ; le canal cranio-pharyngien, porte d'entrée des infections dans l'organisme (M. FROSSARD, de Paris) ; septicémie d'origine dentaire (Dr JEDLICKA, de Prague) ; septicémie d'origine dentaire (M. JONAAS).

Maurice BARIÉTY.

(A suivre).

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Editions de la « REVUE GÉNÉRALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE L'AFRIQUE DU NORD »,
8 *bis*, rue Lacépède, à Alger.

Annuaire médical et pharmaceutique de l'Algérie, Tunisie, Maroc, DES POSSESSIONS FRANÇAISES EN AFRIQUE ET DE LA SYRIE. *Edition* 1928 (huitième année). (Un vol. 330 p., franco contre mandat de 22 fr. 50.)

Cet annuaire, mis exactement à jour, contient la liste des médecins, pharmaciens, sages-femmes, dentistes, de l'Algérie, Tunisie, Maroc, Afrique occidentale et équatoriale françaises, Madagascar, Réunion, Somalis, Syrie.

LES « ANGOISSÉS » DU CŒUR

Par le Dr P. DE LISLE.

Définition.

« De toutes les souffrances dont la vie est semée, a dit Maurice de Fleury, l'angoisse est la moins tolérable. Faite de douleur physique et de torture morale, l'angoisse est particulièrement pénible lorsqu'elle est provoquée par certains troubles survenant au niveau du cœur et les nombreux malades qui s'en plaignent méritent toute notre sollicitude. »

Ces plaintes traduisent parfois un malaise imprécis et fugace, parfois une véritable douleur, mais toujours il s'en dégage une impression d'inquiétude angoissante et profonde.

A cause de sa constance et du premier plan qu'elle occupe, cette inquiétude, cette angoisse, donne à ce vaste groupe son caractère essentiel, et commande le traitement. Ainsi se dégage un syndrome dont la clinique nous montre chaque jour la réalité et la grande fréquence. C'est pour bien l'isoler que nous appellerons « angoissés du cœur » ces malades appelés autrefois faux cardiaques, faux angineux, éréthiques, anxieux, neurotoniques, etc...

L'angoisse.

Nous connaissons leur plainte : c'est l'angoisse qui en fait le refrain. A l'angoisse avec sa sensation d'étreinte thoracique, de poids présternal, d'étouffement, s'entremêle d'une façon constante un phénomène psychique de crainte, d'appréhension indéfinissable et tenace.

Cet état mental traduit, comme l'a dit Brissaud, le trouble, l'inquiétude, la terreur qu'inspirent les conséquences immédiates du malaise « c'est l'appréhension de la syncope, c'est la claire vision d'un danger supérieur ». Les malades s'éveillent souvent la nuit en proie à leur crise d'angoisse : l'un écoute son cœur, compte ses pulsations, l'autre se retourne cherchant un bon côté pour calmer son malaise, un autre s'assied sur son lit, terrifié par l'appréhension d'une menace imprécise mais imminente. Au milieu de l'agitation ou, au contraire, fixés dans une immobilité invincible que cette angoisse leur impose, ces malades ont tous la même impression pénible, et ils ont, pour la traduire, des paroles où l'on sent, volontairement dissimulée, leur terreur de la mort.

Si l'impression est moins profonde et la crise anxieuse moins intense, le malade n'en garde pas moins une appréhension pénible, et il reste toujours nettement dominé par cette crainte de l'arrêt du cœur ou par un sentiment imprécis d'un danger menaçant pour la vie.

Evolution.

Ces malaises évoluent de façon différente : de même qu'ils varient d'intensité, ils peuvent varier de fréquence ; ce trouble mental représente tantôt un simple épisode passager, tantôt un état à tendance chronique.

Parfois spontanément, sans raison apparente, parfois à l'occasion d'un effort plus ou moins violent, d'une émotion plus ou moins vive, d'une digestion difficile, le malaise apparaît représentant un des types de la crise anxieuse paroxystique : ce sont les formes les plus impressionnantes.

D'autres fois ces phénomènes aigus se montrent d'une façon exceptionnelle et le syndrome évolue à bas bruit, pendant des mois et des années, avec des réactions très estompées dont le malade éprouve néanmoins une crainte constante. Prolongée, intensifiée par l'auto-suggestion et par certaines prédispositions lointaines, cette attente anxieuse finit par créer de véritables obsessions fonctionnelles, capables à leur tour et sans autre intervention de déclancher les mêmes troubles. On peut voir alors s'établir un état chronique à type mélancolique : les « angoissés » sont devenus des obsédés cardiaques. « Il n'y a pas de trouble fonctionnel qui suscite une anxiété plus grande que ceux qui intéressent le cœur, dit Jamieson B. Hurry. Même quand ils sont insignifiants par eux-mêmes, ils peuvent éveiller, chez le malade, la conviction d'une mort rapide. Les cardiopathies imaginaires sont, croit-on, plus fréquentes que les cardiopathies organiques : elles montrent bien comment la crainte d'une maladie peut déterminer les sensations subjectives correspondantes. »

Formes cliniques.

Tel est le type pur de l'angoisse cardiaque, c'est-à-dire celui où l'angoisse et l'anxiété évoluent solitaires, en dehors de tout autre trouble cardio-vasculaire appréciable.

Mais très souvent existe une forme associée : l'angoissé est en même temps ou un palpitant se plaignant de sentir battre son cœur d'une façon pénible, ou un douloureux qui ressent dans la région cardiaque les douleurs les plus diverses, pincements, picotements, brûlures, élancements plus ou moins irradiés. D'autres malades accusent une impression de refroidissement périphérique, comme si le sang s'arrêtait ou se retirait des membres (Potain).

D'autres enfin n'accusent aucune souffrance, mais une sorte de malaise vague et diffus qu'ils ne rapportent au cœur que parce qu'ils le croient près de défaillir. C'est cette douleur vague que Mackenzie attribue à la sensibilité propre des viscères, sensibilité qui n'a rien de commun avec la sensibilité générale, mais dont la clinique ne permet pas de nier l'existence.

A côté de ces troubles fonctionnels associés, il appartient au médecin de rechercher au cours de son examen, tous les signes capables de l'éclairer pour un diagnostic pathogénique et étiologique complet : Existe-t-il de l'arythmie, et de quelle nature ? N'y a-t-il pas un souffle valvulaire ? Quel est le chiffre de la tension ?

Etiologie et pathogénie.

Que faut-il rechercher derrière ce symptôme d'angoisse qui forme le fond constant de tous les tableaux cliniques que nous venons d'ébaucher ? A quel mécanisme le rattacher ?

Il y a lieu, à ce point de vue, de distinguer deux grands groupes de faits : tantôt il s'agit d'un déséquilibre vago-sympathique en quelque sorte primitif, d'une neurotonie pure, c'est-à-dire que seuls des troubles nerveux peuvent être invoqués ; tantôt c'est une dystonie végétative dont la localisation s'explique par une épine cardiaque ou vasculaire.

Dans le premier cas, la dystonie du sympathique est facile à mettre en évidence. Rappelons les signes maintenant classiques qui nous font reconnaître ces malades : le vagotonique au regard morne, à la pupille étroite, aux mains froides et moites, se plaint de fatigue facile, d'oppression, de migraines, son cœur est ralenti

et sa tension basse, la circulation périphérique se fait mal avec stase veineuse, et parfois bouffées de rougeur cutanée et de transpiration. Tristes, mélancoliques, préoccupés de leur état, ils sont des invalides du système nerveux. Le sympathicotonique est un émotif au regard inquiet et mobile ; ses pupilles sont dilatées, ses mains tremblent, sa peau est chaude et sèche. Anxieux, craintif, il est violent, s'emballe à tout propos. Il a des palpitations et sa tension est plutôt élevée.

Ces types sont d'ordinaire moins bien dessinés, et les signes peuvent, ou se combiner, ou perdre de leur netteté. Il n'en reste pas moins que les déséquilibrés du sympathique sont légion, que le dérèglement du tonus des deux nerfs végétatifs, est extrêmement fréquent. Et quelle qu'en soit la forme, c'est sur ce terrain que germe l'angoisse. C'est elle, peut-on dire, qui fait le fond de tous ces tableaux, elle est le signe le plus sûr de la rupture de l'équilibre neuro-végétatif. Et à l'origine de ces états, nous retrouvons toutes les causes que peuvent accuser les angoissés du cœur. Ces causes sont souvent profondes et lointaines : une prédisposition héréditaire a pu créer cette « constitution émotive ». Un long surmenage, surtout le surmenage des intellectuels, des financiers, des gens d'affaires, un choc moral violent, un grand chagrin, des émotions pénibles, peuvent aussi faire naître la névrose d'angoisse. On dit aussi que la femme, à cause de sa sensibilité délicate qui vibre au moindre souffle est plus sujette à ces malaises.

Pour les ressentir, il n'y a pas d'âge, certes, mais les années qui correspondent aux grandes modifications organiques, la puberté, l'adolescence, la cinquantaine, celles où la lutte pour la vie conduit au surmenage, sont celles où l'angoisse apparaît le plus facilement.

Mais à côté de ces dystoniques purs, il y a tout un groupe de malades dont l'angoisse cardiaque s'explique, soit par un trouble fonctionnel, soit par une lésion du cœur qui en justifie la plainte.

Un examen minutieux peut faire, par exemple, découvrir une lésion valvulaire : la sténose mitrale si souvent méconnue donne en particulier à la femme qui en est atteinte une silhouette délicate et une émotivité excessive où naît volontiers l'angoisse cardiaque. Même inquiétude chez certains mitraux à caractère plus calme mais « teinté de mélancolie » (Laubry). L'aortique, plus vif, oublie plus facilement la menace qu'il sait peser sur lui. Les hypertendus enfin, sont peut-être les types les plus parfaits des angoissés cardiaques. Malgré leur maîtrise apparente, ils ne manquent pas d'être de grands anxieux préoccupés du chiffre de leur tension et du moindre malaise qui peut troubler leur cœur.

A côté de ces affections dont la gravité pourrait dans certains cas justifier l'angoisse qu'elles font naître, bien des malades éprouvent les mêmes malaises à l'occasion de simples troubles fonctionnels.

La tachycardie, l'arythmie extrasystolique s'accompagnent d'une impression précordiale pénible et les palpitations ne sont en somme que le résultat d'une vague douleur cardiaque associée à l'angoisse.

Mais qu'elle soit pure ou perdue dans le cortège d'une affection cardiaque vraie, l'angoisse ne peut exister que si le système nerveux végétatif est ébranlé. Si l'équilibre entre le tonus des deux nerfs vague et sympathique est rompu, surviennent des réactions anormales plus ou moins généralisées et lorsque ces réactions arrivent au seuil de la conscience, apparaît l'angoisse.

Traitement.

Maintenant que nous connaissons la nature si spéciale de leur malaise, et que nous en avons saisi le mécanisme, comment allons-nous traiter ces malades ?

A leur propos, disons avec Mackenzie, « qu'il est malheureux que l'esprit humain soit fasciné surtout par les choses tragiques » et considérons comme notre premier devoir de leur rendre confiance. Pour cela il faudra d'abord rassurer ces inquiets, car un examen minutieux nous fait d'ordinaire entrevoir un pronostic des plus favorables. Il faudra ensuite par un traitement bien choisi apaiser leurs malaises et en éviter le retour.

Pour atteindre ce but, nous donnons la préférence à la médication phytothérapique, qui a fait ses preuves.

Pourquoi une médication phytothérapique ?

Pour des raisons de premier plan et qui se déduisent de la brève étude clinique qui précède :

La médication à instituer ne doit renfermer *aucun toxique*, si faible en soit la proportion. Les malades que nous traitons sont des nerveux, des émotifs, ne s'accoutumant que trop aisément à certaines drogues dont il est très difficile, sinon impossible de les priver ensuite. Nous ne saurions trop insister sur le danger réel que nous soulignons ici.

Cette médication ne doit avoir aucun effet secondaire sur le foie, ni sur le rein.

Elle ne doit pas être susceptible d'élever la tension artérielle.

Ces deux dernières conditions ont une importance capitale pour nos malades : nous pensons aux hypertendus, aux aortiques, aux cardio-rénaux, et ils sont légion !

Or la phytothérapie moderne, basée sur la stabilisation des principes actifs des végétaux, nous permet de choisir dans une gamme très étendue, et *d'associer des extraits d'activité cons-*

tante. sans avoir à redouter les dangers que nous venons de signaler.

Parmi les médications *uniquement* phytothérapiques qui ont été proposées à l'attention des praticiens, nous n'hésitons pas à donner la préférence, après de nombreux essais thérapeutiques, à l'*euphytose.*

Calmant l'hypersensibilité nerveuse, cette préparation apaise la crise, et ce résultat immédiat est des plus bienfaisant, car elle réussit à rendre confiance au malade et à éloigner cette impression d'insécurité qui est à la base de son mal.

Les deux premiers éléments qui entrent dans la composition de l'*euphytose* répondent de façon directe au syndrome d'angoisse.

La Ballote depuis longtemps utilisée comme antispasmodique, puisque Boerhaave l'appelait le « castoreum des paysans », a les propriétés régulatrices des fonctions nerveuses : elle calme l'éréthisme nerveux sans toutefois produire aucune dépression. H. Leclerc qui l'a soigneusement étudiée, lui donne une place importante dans le traitement des états spasmodiques, des phobies anxieuses, des troubles nerveux graves liés à la ménopause, etc...

Dans le Paullinia sorbilis, c'est bien l'action tonique qui domine. Il s'agit encore ici non d'une action excitante, mais d'une *action régulatrice,* au point que chez certains sujets apparaît cette euphorie spéciale, très heureusement appréciée, qui traduit l'équilibre parfait des fonctions vitales, euphorie particulièrement bienfaisante après la phase d'angoisse qu'elle remplace.

Le Cratægus oxyacantha, après une réputation séculaire, a vu son action très heureusement précisée par des recherches expérimentales et cliniques modernes. Jennings, de Chicago, Clement, en firent le traitement de l'angine de poitrine, et tous les auteurs, avec Huchard, Renon, H. Leclerc, y voient le type du médicament régulateur du système sympathique du cœur, sédatif des plexalgies cardiaques tout en insistant sur son rôle nettement vaso-dilatateur et hypotenseur.

C'est enfin, la Valériane et la Passiflore. Pour la première, les expériences de Pouchet et Chevalier ont définitivement établi l'effet sédatif capable de diminuer la sensibilité générale.

Préconisée autrefois comme hypnotique léger, la Passiflore doit aux recherches de Renon d'avoir pris la première place comme calmant de ce qu'il a appelé les « angoissés de guerre ». Elle provoque un sommeil se rapprochant de celui de l'individu normal.

Nous avons montré comment cet effet sédatif se produit sans entraîner aucune dépression sur le cœur ou la circulation ; certains de ces éléments sont au contraire toni-cardiaques. D'autre part son action régulatrice explique que jamais elle n'élève la tension artérielle.

Enfin la combinaison des effets thérapeutiques empêche toute accoutumance, et l'élimination rénale, jamais entravée, évite toute accumulation.

Telle est cette préparation qui agit sur la sensibilité viscérale et sur l'excitabilité des nerfs végétatifs, apaise leurs réactions douloureuses et leur retentissement sur le cœur d'où naît l'angoisse cardiaque.

Elle représente à cause de cela le traitement parfait de la crise d'angoisse.

Mais elle est plus : en permettant des cures prolongées, elle devient pour les angoissés du cœur un médicament véritablement spécifique : en apaisant la crise, elle rend confiance au malade ; en en évitant le retour, elle le conduit à la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Pr Heckel. — La névrose d'angoisse. (Masson.)

(2) Ed. Brissaud. — Angor pectoris et angoisse laryngée (*Tribune médicale*, 1890.)

(3) Jamieson B. Hurry. — Les cercles vicieux en pathologie. (Traduct. Maloine, 1926.)

(4) Pr Potain. — Leçons cliniques de la Charité, 1894.

(5) Guillaume. — Vagotonies, sympathicotonies, néurotonies. (Masson, 1925.)

(6) M. de Fleury. — L'angoisse humaine. (*Les Editions de France.*)

(7) Laubry. — Leçons de sémiologie cardio-vasculaire. (G. Doin, 1924.)

(8) H. Vaquez. — Médicaments et médications cardiaques. (Baillière, 1924.)

(9) Mackenzie. — Les maladies du cœur. (Trad. Félix Alcan, 1926.)

(10) Chiray et Pavel. — Les syndromes fonctionnels neuro-végétatifs. (Traité de Méd., fasc. XXI, 1927.)

(11) H. Leclerc. — Précis de phytothérapie. (Masson, 1926.)

(12) L. Renon. — Conférences pratiques sur les maladies du cœur. (Masson, 1926.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

MÉDECINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISTES

L'Association, nécessité professionnelle.

Le Dr Louis Charron, dont je présentais récemment aux lecteurs du *Concours médical* le roman si fortement vécu : *Nos pauvres médecins !* est un praticien aussi distingué qu'un écrivain de premier ordre. Le médecin a mis, chez lui, ses qualités foncières d'observateur au service du lettré, et celui-ci, à son tour, saura dégager des méditations que lui imposent les faits concrets qu'il observe des conclusions d'ordre général qui en seront comme la philosophie.

Je viens de lire, sous sa signature, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1) un travail remarquable intitulé : *L'appareil circulatoire appartient-il au médecin ou au chirurgien ?* dans lequel il passe en revue « les affections des artères, celles des veines, les troubles vaso-moteurs secrétoires et trophiques et, de l'étude des moyens thérapeutiques offerts par la chirurgie, par la médecine et par les sciences médicales spécialisées, (il tentera) de dégager une conclusion à la question posée ».

C'est cette conclusion qui a retenu mon attention, car elle répond excellemment à la conception que je me fais de la collaboration de la spécialisation avec la pratique générale, dans l'art médical.

La voici :

« Que le médecin praticien demeure le médecin général. C'est à lui que le malade appartient, et il est essentiel pour le malade de continuer à lui appartenir. Mais que des médecins *lieutenants* se chargent, en collaboration avec lui, d'appliquer ou de faire appliquer, sous leur surveillance, les traitements médicaux, chirurgicaux, physiothérapiques ; que le client, partant avec une lettre de recommandation pour un spécialiste, ne soit plus pour le praticien un objet dont on est heureux de se décharger et dont le vagabondage ultérieur le préoccupe fort peu. Je sais d'avance qu'on va me répondre : « Vous n'empêcherez pas les malades de courir où bon leur semble. » Soit ! Mais, êtes-vous bien sûr d'avoir tout tenté, toujours, pour donner à vos chroniques toute satisfaction à leur désir de voir *ailleurs* ? Etes-vous certain que, parmi eux, il n'y en a pas qui aient trouvé d'*eux-mêmes* la spécialité qui les a soulagés ou guéris ?

« Et je voudrais, pour terminer, formuler un vœu :

« Que le malade traité par un spécialiste ne soit jamais l'anonyme. C'est un intérêt à très courte vue qui fait que le malade dissimule le nom des médecins qui l'ont déjà soigné et que le médecin du moment ne pousse pas trop loin ses investigations. Il importerait, pour tous, au plus haut point, que la liaison fût assurée obligatoirement. »

Le spécialiste présentement envisagé par le Dr L. Charron est un *lieutenant* du médecin général, qui applique sous sa propre surveillance, et par suite sous sa responsabilité, un traitement. C'est une des faces du problème. Il en est une autre où des médecins lieutenants, collaborant avec le médecin général, lui apportent leurs connaissances avant toute mise en œuvre d'un traitement quelconque, pour préciser et confirmer son diagnostic. Leur rôle n'a pas moindre importance.

Le temps est loin où la clinique devait suffire à peu près à tout ; où les examens qualitatifs d'urine se faisaient *grosso modo* au lit du malade, pour y rechercher extemporanément le sucre ou l'albumine ; et où le praticien ne s'adressait au chimiste que pour avoir des dosages précis de certaines substances, normales ou anormales.

A cette heure, si l'observation clinique du malade continue à être à la base de toute entreprise de soins, il n'y a guère de cas sérieux qui ne comportent, en dehors d'elle, le recours à une investigation spéciale. Une angine pseudomembraneuse réclame une recherche bactériologique ; une fièvre continue, un séro-diagnostic ; une méningite, une ponction lombaire avec examen du liquide céphalo-rachidien, cytologique et microbiologique. Quand je soupçonne un début de tuberculose pulmonaire, dont les lésions sont encore assez peu marquées pour ne donner que des signes stéthacoustiques fugaces et peu prononcés, je prie le radiographe de pratiquer une radioscopie et au besoin, comme le recommande si légitimement le Dr Laquerrière, une

(1) 10 janvier 1928.

radiographie ; tandis que les crachats seront remis au laboratoire pour y rechercher la flore microbienne. J'ai examiné récemment une femme de 56 ans qui se plaignait de soif ardente, de crampes terribles dans les mollets et de maux de tête. Son mari étant mort du diabète, j'ai fait immédiatement procéder à une analyse d'urine qui n'a révélé aucune trace de sucre, mais par contre, qui a montré la présence d'une forte proportion d'albumine... sans le plus petit soupçon d'œdème péri-malléolaire ou palpébral. J'ai, toute affaire cessante, réclamé un dosage d'urée sanguine (1 gr. 16), une constante d'Ambard, et une réaction de Bordet-Wassermann, dont je n'ai pas encore les résultats. Pour faire les choses comme il conviendrait, attendu qu'elle est très hypertendue (22-12), avec un cœur dont le ventricule gauche est très nettement hypertrophié, il faudrait demander une radioscopie cardio-vasculaire... Une fracture osseuse ne saurait être strictement et rigoureusement diagnostiquée, non plus que soignée, sans le contrôle des rayons X, et à cet égard, j'engage vivement tous les praticiens, quelque sûrs d'eux-mêmes qu'ils soient, à ne pas manquer de réclamer cette investigation, à l'imposer autant que possible, et en tous cas, à laisser une trace matérielle de la prescription qu'ils auront faite d'y recourir. Des poursuites ont été intentées contre des médecins, qui ont été condamnés pour complications plus ou moins graves de fractures, parce qu'ils n'avaient pas pris la précaution de mettre leur responsabilité à l'abri du contrôle radiographique, C'est là d'ailleurs un point de pratique tellement névralgique actuellement, que nous y reviendrons pour que l'attention de tous nos lecteurs soit appelée et retenue là-dessus.

Bref, le type de l'omni-praticien, qui faisait à peu près tout par lui-même, tend à disparaître sous la poussée du progrès scientifique, et des techniques perfectionnées qui en sont sorties ; et le souci bien compris de sa réputation et de sa responsabilité doit l'inciter à ne pas manquer d'employer ces techniques, ou du moins, de les ordonner, de manière à ce que, si le malade refuse de s'y soumettre il puisse justifier qu'il a fait son devoir.

Que sur cette évolution de la médecine, l'accord soit à peu près unanime, théoriquement, il reste à examiner comment, pratiquement, le médecin général peut en faire bénéficier sa clientèle privée.

A Paris et dans les grandes villes, aucun obstacle sérieux : les spécialistes de toute catégorie abondent et il est facile de leur demander leur avis. Dans les villes de moindre importance, mais qui, cependant, comptent un minimum de 12.000 à 15.000 habitants, il est exceptionnel, à cette heure, que certaines *spécialités ne soient* pas représentées, parmi les plus suivies : yeux, nez, gorge, oreilles, rayons divers, analyses, chirurgie.

Où cela devient plus compliqué, c'est dans les centres d'un maximum d'une dizaine de mille habitants, comptant, en moyenne, quatre à cinq médecins généraux au plus... Si l'oculiste, l'otorhinolaryngologiste (cela ne fait assez souvent qu'un) vient régulièrement y donner des consultations, d'accord avec ses confrères locaux, le laboratoire de radiologie et le laboratoire d'analyses y font ordinairement défaut, de même que le chirurgien de carrière.

Or, ces petits centres sont les plus nombreux, et leurs besoins tout aussi intéressants que ceux des grandes villes.

De toute façon d'ailleurs, ici et là, la mise en œuvre du spécialiste, quel qu'il soit, comporte toujours des frais relativement élevés, que tous les malades ne sont pas en état de supporter, surtout lorsque les investigations sont multiples, ainsi que certaines affections le nécessitent...

***

Comment triompher de ces difficultés ? A mon sens, et je ne suis pas seul de mon avis, en faisant du spécialiste, non plus le *lieutenant* du médecin général selon la formule du Dr L. Charron, mais *son associé*. Et l'idée n'a rien de neuf ni d'original. Tous les centres de diagnostic que nous connaissons, et la maison médicale d'Agen, et le centre de la rue Andrieu, à Paris, et tant d'autres, ne sont que la réalisation de cette conception. Le malade qui s'y présente est examiné d'abord par le médecin général. Si cette investigation clinique fait apparaître le besoin de l'intervention investigatrice de tel spécialiste, la chose peut être faite incontinent et le diagnostic, à la condition que le travail de synthèse nécessaire soit accompli par le médecin général, se trouve précisé avec une exactitude aussi grande que possible, de même que le ou les traitements indiqués seront mis en œuvre sous la surveillance respective de la compétence.

Pour moi, l'exercice de la médecine doit évoluer vers l'association. Le Dr Victor Pauchet était déjà parvenu à une conclusion identique dans des articles que j'ai lus avec infiniment d'intérêt dans l'*Informateur médical.*

Je crois que des temps viendront, peut-être avant peu, où il n'y aura plus aucune place pour l'isolé. Je crois que là où exercent côte à côte deux ou trois médecins, leur intérêt bien compris, et celui de leurs malades, qui doit primer tout, devrait les pousser, au lieu de vivre en rivaux, en concurrents, et parfois en adversaires, à unir leurs connaissances, à perfectionner celles pour lesquelles chacun d'eux se sent des aptitudes, et à mettre leur travail en commun, tout autant que les revenus de celui-ci. Il me semble avoir

entendu dire récemment que, dans une humble bourgade, deux confrères ont ainsi procédé et s'en félicitent.

O vous tous qui avez comme moi soixante ans, qui débutâtes dans la carrière il y a une trentaine d'années, alors que l'automobile était pour ainsi dire inconnue, le téléphone à peine industrialisé, les réseaux électriques exceptionnels, vous qui avez assisté insensiblement aux transformations qu'ont introduites dans les rapports des hommes les uns avec les autres, et des médecins avec leur clientèle, l'automobile, le téléphone et l'électricité, faites un effort, et essayez de vous représenter ce que deviendront ces rapports le jour, proche peut-être, où l'aviation sera d'une utilisation aussi pratique et aussi répandue que l'auto.

La tournée de visites que vous faisiez péniblement jadis en une journée, en raison du temps passé et perdu, à circuler hippomobilement, vous l'abattez, en auto, en quelques heures ; la distance ne compte pour ainsi dire plus. Essayez de vous rendre compte du peu de valeur qu'elle prendra le jour où un transport aérien réclamera une demi-heure pour aller, par exemple, de Paris à Mantes, ou à Melun, et vice-versa, quelques minutes par conséquent pour les différents relais d'une clientèle rurale. C'est à se demander si, dans ces conditions, le médecin de campagne ne disparaîtra pas. Sur un appel téléphonique, un médecin du grand centre voisin se rendra auprès du malade pressé, perdu au fond de la campagne, en moins de temps que n'en met présentement le praticien de sa circonscription.

C'est alors que la nécessité de l'association s'imposera pour édifier et exploiter des maisons de diagnostic et de traitement, qui seront de plus en plus en faveur.

***

Ce n'est pas tout. Cette association que j'entrevois, après d'autres, comme un but à atteindre, je veux la voir comme le moyen de faire peut-être disparaître la dichotomie dans sa forme la plus discréditée, celle d'une commission donnée par le spécialiste au médecin général qui lui adresse ses malades.

Cette forme de la dichotomie, il faut bien reconnaître qu'elle s'explique, sans y gagner cependant en relief ni en respectabilité. C'est cette explication que je vais tenter de mettre en évidence. Posons en principe que, si le médecin digne vraiment de ce nom ne doit pas avoir pour idéal de s'enrichir, il convient néanmoins qu'il vive de sa profession, et qu'il en vive avec assez d'aisance pour que les besoins de premier ordre insatisfaits ne soient pas les mauvais conseillers qui poussent à oublier scrupules et conscience.

De quoi vit donc le praticien sans fortune personnelle ? Du revenu de son travail, des honoraires que lui verse sa clientèle. Prenons maintenant le cas d'un tuberculeux pulmonaire, et mettons en parallèle le comportement médical envers lui, en 1890 et en 1928. En 1890, la clinique est toute puissante ; tout au plus demandera-t-elle au laboratoire une recherche du B.K. dans les crachats... Le médecin de ce tuberculeux le visite de temps à autre, selon son état et les péripéties de l'évolution de son affection ; à intervalles rapprochés si un épiphénomène aigu l'exige, à intervalles plus éloignés si le calme renaît.

Avec toute sa science et toute sa conscience, en recourant aux méthodes qui sont en honneur en 1890 parvenant parfois à l'améliorer au point qu'on pourra parler de guérison apparente, le médecin lui fera un certain nombre de visites et, — il faut vivre — en tirera un certain revenu, parfaitement légitime. Sa conduite sera irréprochable, et nul autre n'aurait mieux fait à sa place.

En 1928, dès qu'il soupçonne chez son malade la tuberculose, il prescrira un examen radiographique, une analyse bactériologique des crachats, et son diagnostic bien établi, après deux ou trois visites ou consultations, il s'efforcera de le diriger vers un sanatorium ou une cure climatique, perdant ainsi le bénéfice ultérieur des soins dont il aura besoin.

Prenons encore le cas d'une fibromateuse arrivée à la ménopause, et se plaignant de règles abondantes et prolongées. En 1890, le médecin la suivait régulièrement, et, s'il parlait d'une opération possible, le plus souvent, n'était pas écouté, de telle sorte qu'à moins de complications, il menait sa malade jusqu'à la réalisation de sa ménopause ; après quoi le fibrome devenait silencieux quand il ne régressait pas. Là encore, il avait en quelque sorte un revenu assuré dans les soins, que très honnêtement, très consciencieusement, il donnait à cette femme.

En 1928, qu'il l'adresse au chirurgien pour une opération radicale qui sera faite dans des conditions infiniment meilleures que quarante ans plus tôt, et plus facilement acceptée, ou au radiothérapeute, qui la traitera avec les radiations, elle est momentanément perdue pour lui et c'est une ressource qui se tarit, à partir du jour où, honnêtement, il passe la main.

Appliquez la comparaison aux multiples exemples qu'offrent la pathologie et la thérapeutique modernes. Et comprenez alors pourquoi certains médecins généraux en arrivent à dire au spécialiste : « Part à deux ! »

Encore une fois, je n'excuse pas, je justifie encore moins : j'explique.

Associez le médecin général avec le spécialiste dans une entreprise à frais communs, où les malades règleront leurs honoraires à l'association,

le partage a toujours lieu. Mais il perd son caractère de clandestinité et de mercantilisme, qui le rend actuellement haïssable.

***

Cette association, on peut la concevoir sous plusieurs types : totale ou partielle. Totale, les associés mettent le travail et ses revenus entièrement en commun, à la condition qu'aucune pression ne soit exercée sur la clientèle pour lui imposer l'un des médecins plutôt que l'autre ; en d'auters termes, que le libre choix soit respecté. Partielle, les associés s'entendant pour exploiter en commun un cabinet de consultations, une clinique, une maison de santé. Il appartiendrait aux Syndicats médicaux d'organiser eux-mêmes ces cliniques, ces maisons de santé dont ils pourraient être légalement les propriétaires, et qu'ils loueraient au besoin à des consortiums médicaux, si tous les médecins syndiqués n'acceptaient pas d'y assurer un service.

Si la création d'une maison de santé privée ou d'une clinique n'était pas pratiquement réalisable, une entente avec la Commission administrative de l'hôpital local pourrait permettre d'y consacrer des locaux déterminés à usage de clinique annexe payante, où les médecins associés viendraient soigner leurs malades, chacun dans la branche où il aurait quelque compétence spéciale, les conditions relatives aux honoraires faisant l'objet d'ententes particulières.

Il y a longtemps que toutes ces idées-là me sont venues à l'esprit ; l'enseignement de l'expérience, l'évolution de la science et des mœurs, n'ont fait que leur donner plus de corps et je pense que c'est vers leur mise en pratique que les Syndicats, et les médecins, devraient tendre. Nous l'avons dit souvent les uns et les autres ici : un jour viendra où l'on s'étonnera que cinquante ans auparavant, l'on soignât à domicile, dans des conditions évidemment défectueuses, les fractures, les maladies contagieuses, les accouchées etc. Un jour viendra où la maladie caractérisée, la blessure de quelque importance, seront transportées en avion, dès que reconnues, dans le centre de cure le plus rapproché ; où les affections chroniques elles-mêmes demanderont de temps à autre, à ce centre de les recevoir pour les rééquilibrer ; où aucun accouchement, en dehors des imprévus, ne se fera ailleurs que là ; où seules, les simples indispositions sans lendemain se contenteront du traitement à domicile.

Nous l'avons dit les uns et les autres, et nous ne saurions trop le répéter, à l'heure grave de son existence qu'atteint le corps médical. *C'est à lui qu'il appartient d'organiser la profession. S'il n'y pourvoit pas, d'autres le feront à sa place : entreprises privées, caisses d'assurances, œuvres d'assistance et de prévoyance, dont il sera ensuite le très humble et très obéissant serviteur.*

Si c'est pour de telles fins que nous aurons lutté, revendiqué le droit à l'indépendance et à la dignité dans la mesure où elles sont compatibles avec la vie sociale, ce n'aura vraiment pas été la peine d'avoir vu tant d'excellents esprits s'épuiser en efforts stériles pour la défense professionnelle.

Associons-nous ; adaptons-nous ; évoluons. Le salut est à ce prix.

G. Duchesne.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les médecins profiteurs des assurances sociales

M. A. Rey, délégué à la propagande de la Confédération générale du travail et auteur d'un livre très intéressant sur la question des assurances sociales publie à la fois dans le journal *La Mutualité* et le *Réveil mutualiste*, un article sous le titre : « Les médecins seront les principaux bénéficiaires des assurances sociales ». A entendre le signataire de cet article, les assurances sociales vont créer un pont d'or aux médecins, qui seront les gros profiteurs de la loi. Il essaye de démontrer par un exemple que dans une caisse de 2.000 assujettis ayant un salaire moyen de 5.000 francs, les médecins auront à se partager, en comprenant les soins de maternité, les soins aux invalides, une somme approximative de 200.000 francs. Il suppose que pour assurer le service médical de ces 2.000 assujettis, trois médecins seront nécessaires. Ils toucheraient donc près de 67.000, somme intéressante si les évaluations de M. Rey ne sont pas établies bénévolement dans l'intérêt de sa cause.

Mais pour démontrer le Pactole qui couvrirait les médecins, notre publiciste agrémente son article de propos désobligeants à l'égard des praticiens.

Jugez plutôt :

« Depuis que le projet de loi des Assurances sociales a vu le jour, le corps médical est très agité.

« Depuis que ce projet a été adopté par le Sénat, cette agitation s'est transformée en surexcitation, disons même en exaspération.

« Les raisons de ces messieurs ? Tenez-vous

bien : ils veulent être payés par les assurés et non pas par les Caisses d'assurance.

« Eh ! oui, ces grands hommes de science ont de ces caprices !

« Et ils frappent du pied, ils crient, ils trépignent, ils organisent des manifestations, ils vont même jusqu'à proférer des menaces..... d'autant plus que qui les connaît bien se contente de sourire.

« Pensez donc ! Quelle atteinte à leur dignité, à leur grandeur ! On ne prend pas leurs réclamations au sérieux !

« Mais nous reviendrons, voulez-vous, sur les motifs de leurs bruyantes et agressives manifestations.

« Celles-ci ayant attiré mon attention sur eux, je me suis posé cette question : Sur les ressources des Assurances sociales, quelle part sera prélevée pour les médecins ?

« Question qui participe d'une pensée sacrilège, diront de bons esprits ; ces messieurs sont si désintéressés ! Pour eux, seul compte le sort du malade. La diminution de la souffrance humaine est leur seul souci....

« Que l'on me pardonne. Je n'ai pas oublié que pendant les premières années de préparation de la future loi, chez nombre de médecins une préoccupation dominait toutes les autres : les Caisses d'assurance auront-elles assez d'argent pour payer.... ? »

Et il termine ainsi son article :

« Tranquillisez-vous donc, médecins que l'inquiétude exaspère : vous serez payés.

« Les malheureux qui n'ont qu'un salaire insuffisant pour vivre ne vous laisseront pas souffrir de misère.

« Vous en profiterez des Assurances sociales ».

Le dogme de base noté par le Congrès est ainsi formulé : « Paiement direct de l'assuré en prenant pour base minima les tarifs syndicaux ». Les médecins dans leur grande majorité tiennent au paiement direct parce qu'ils considèrent ce moyen comme la seule garantie d'avoir un exercice de la médecine probe et honnête et de mettre une barrière aux abus inhérents à la médecine collective provenant des malades ou des médecins et préjudiciable en tous cas aux deux. Il est évident que les médecins ne veulent pas trouver vides les caisses des sociétés primaires lorsqu'ils présenteront leurs notes d'honoraires. Je crois même que les ouvriers pensent comme nous ; ils peuvent craindre si leurs médecins ne sont pas payés par les caisses (en cas de tiers payants) d'être obligés de régler eux-mêmes les honoraires sauf remboursement par celles-ci, pour être assurés de trouver l'assistance médicale dont ils ont besoin. Je doute qu'il y ait beaucoup d'ouvriers qui acceptent d'être payés si les affaires de leur patron sont prospères et se résolvent à ne rien toucher si les affaires sont déficitaires.

Je suis de l'avis de M. Rey, les médecins ne risquent pas de trouver les caisses vides si la médecine est normale comme doit le supposer dans ses prévisions l'auteur, mais tout son système croule s'il y a des abus. Les médecins sont bien habitués à la médecine des accidents de travail, ils savent les agissements d'un certain nombre d'ouvriers tireurs au flanc qui se mettent à l'assurance en cas de chômage par des accidents simulés, ou prolongent leur période d'invalidité, avec la complicité fréquente de ceux que nous nommons les médecins marrons, les clinicards d'accidents de travail. Ce sont ces gens malhonnêtes qui sont une menace pour la solidité des caisses, qui nuisent à la fois à leurs camarades et au bon rendement des assurances sociales.

Le système de paiement par la caisse, c'est l'encouragement de ces abus, évitables par le paiement direct. Car si le malade paye de sa poche son médecin, il limitera lui-même les vacations de ce dernier, comme il le faisait avant le vote de la loi.

Le médecin réglé par son malade comme un malade ordinaire, n'aura pas à se noyer dans un flot de paperasseries, il aura par suite plus de temps à consacrer à son assuré. Du reste il aura à cœur de le rétablir le plus tôt possible pour mériter sa confiance et continuer ses soins pour lui et sa famille. L'ouvrier travailleur préfèrera toujours son salaire au demi-salaire de l'assurance, tandis qu'avec le système contraire plus le malade prolongera sa maladie et sa convalescence, plus son médecin aura de visites répétées à lui faire. Le médecin a l'expérience des autres lois sociales et il sait que quand on veut une compression de dépenses, c'est toujours sur sa part que l'on rogne et il a assez d'être tondu à merci. Qu'adviendra-t-il quand on établira l'assurance chômage et qu'on voudra assurer ce nouveau risque avec la même cotisation de 10 % des salaires et ajouter de nouveaux avantages aux bénéficiaires de la loi.

En résumé, le médecin préfère le paiement par le malade parce qu'il est seul concialiable avec l'intérêt bien entendu du malade, qu'il est le frein aux abus et rend inutile le contrôle. Mais si le médecin le réclame, il sait pertinemment que ce mode de perception d'honoraires lui donnera moins de profits que le système de paiement par les caisses et quoi qu'en pense l'auteur de l'article, le médecin préfère son indépendance et la dignité professionnelle à une chaîne même très dorée, pourvu qu'il puisse s'assurer modestement ses besoins et ceux de sa famille sans devenir pour cela un capitaliste.

Il est toujours facile d'agiter le spectacle de la misère des ouvriers, surtout quand il s'agit de taper par principe sur les bourgeois représentés

en l'espèce par les médecins. Personne ne conteste qu'il y a de la gêne dans certains milieux et certaines familles d'ouvriers, mais il ne faut pas généraliser et ranger dans des malheureux qui n'ont qu'un salaire insuffisant pour vivre la, généralité des ouvriers. On oublie volontiers qu'à côté des travailleurs manuels il y a les travailleurs aux mains blanches, les travailleurs intellectuels dont la situation est souvent inférieure à celle de nombreux ouvriers et un certain nombre de médecins sont dans ce cas et ceux qui dirigent nos œuvres de bienfaisance le savent bien.

Pourquoi mettre en doute le désintéressement des médecins. Ils en ont donné assez de preuves dans tous les temps et tous les milieux ?

Pourquoi donc dresser l'ouvrier contre son médecin ? Faites une enquête dans les milieux des travailleurs, parmi ceux qui ne poursuivent pas, dans un but intéressé, la lutte des classes. Demandez si la plupart des ouvriers ont à se plaindre de leurs rapports avec leurs médecins, de leurs soins, de leur dévouement et souvent de leur désintéressement. Y en a-t-il beaucoup qui ont refusé à un ouvrier de continuer leurs soins parce qu'il ne pouvait payer ?

L'ouvrier en général entretient les relations les plus cordiales avec le médecin qu'il a choisi librement, à qui il confie sa santé, son seul capital et la santé des siens, qu'il paye volontiers, sachant par lui-même que tout travail doit être bien payé. Une pratique de 34 ans dans les milieux ouvriers me permet de me porter garant de cette affirmation. C'est le médecin de famille que nous voulons conserver à l'assujetti des assurances sociales et non celui des caisses qui sera trop souvent médecin civil continuant les traditions de l'ancien médecin militaire ou parfois médecin marron s'enrichissant aux dépens des caisses avec la complicité de son malade.

Nous voulons médecins et malades probes, c'est le but poursuivi par les vœux votés au Congrès.

Dr M. Vimont.

LE CONFLIT MÉDICO HOSPITALIER DE ROMANS

La médecine salariée avec consultations gratuites pour malades riches.

Nous lisons, dans le *Petit Dauphinois* du 11 février 1928, l'entrefilet stupéfiant suivant :

Consultations médicales gratuites. — Le Conseil municipal, dans sa séance du 10 octobre 1927, a décidé la création de consultations médicales gratuites, dans le local du Dispensaire d'hygiène sociale, place de l'Hôtel-de-Ville.

Ce service débutera provisoirement par deux séances par semaine :

1° Tous les vendredis matin (1) de 10 heures 30 à midi, à partir du 17 février (docteur Davoine, médecin de l'Hôpital-Hospice) ;

2° Tous les samedis (2), de 13 h. 30 à 15 h. 30, à partir du 18 février (docteur Némorin, médecin de l'Hôpital-Hospice).

Ces consultations sont données à tout le monde sans distinction, sans formalités et sans production de pièces d'état-civil.

Les consultations médicales journalières de l'Hôpital-Hospice, réservées aux bénéficiaires de l'Assistance médicale, continueront à fonctionner à l'Hôpital, chaque jour, comme précédemment, de 9 à 10 heures du matin.

Permanence médicale. — Le Conseil municipal, selon délibération en date du 10 octobre 1927, et par suite d'un accord avec l'Administration hospitalière, a décidé la création d'une permanence médicale de nuit, de 21 heures à 6 heures du matin, les jours ordinaires et de jour et de nuit, les dimanches et fêtes. Cette permanence est destinée à assurer les soins médicaux dans les cas graves aux personnes qui ne pourraient rencontrer leur médecin.

Ce service fonctionnera à partir du 19 février. Pour la semaine du 19 au 25, la permanence sera assurée par M. le docteur Némorin, médecin de l'Hôpital-Hospice, 78, rue Saint-Nicolas.

Commentaires

Est-ce l'approche des élections, qui oblige un député-maire, pour assurer sa réélection, d'instaurer un régime communiste médical ?

« A chacun selon ses besoins » ; tout venant, riche comme pauvre, se sentant, ou se croyant malade, aura le droit de s'offrir une consultation gratuite.

Sans médire de la valeur des médecins employés à ce service, je crains fort que les malades en aient pour leur argent, au cours de ces consultations gratuites, surtout si, pendant une heure et demie, à deux heures, il y a quelque soixante à cent malades à examiner. Une minute à une minute et demie par client : à ce taux quels diagnostics sont-ils possibles ?

Voilà où conduit la lutte engagée par un maire, qui a voulu imposer aux médecins de la localité une organisation médicale

(1) Le vendredi est jour de marché, d'où affluence des paysans.
(2) Le samedi après-midi fermeture des usines.

hospitalière, repoussée par tous les praticiens du lieu.

Jadis, chaque docteur avait son service à l'hôpital, établi par roulement entre les divers praticiens de médecine générale, ou de spécialité.

Brusquement le maire entend changer tout cela et recruter les docteurs de l'hôpital par voie de concours.

Discussions courtoises d'abord, puis de plus en plus acerbes, lorsque le maire a vu de simples médecins oser résister à ses idées.

Nous avons beau être en *république* depuis quelque 58 ans ; les habitudes autocratiques de l'Empire, ou de la monarchie absolue persistent toujours, de la part de ceux qui nous gouvernent peu ou prou.

Quoi qu'il en soit, les médecins de Romans refusèrent de se présenter à un concours, qui ne put avoir lieu, faute de candidats et aussi de juges, car les médecins de Lyon, tant de la ville que de la Faculté, firent cause commune avec leurs confrères de Romans.

Cependant, respectueux des devoirs d'humanité, les médecins continuèrent leur service à l'hôpital, jusqu'à ce que le maire eut enfin déniché un praticien, venu du Midi, pour assurer, comme un salarié, les fonctions de médecin de l'hôpital.

Après de nombreuses péripéties, ce docteur partit, fut remplacé par un interne d'une ville d'école secondaire ; il y eut des incidents regrettables, car un seul homme, encore étudiant, ne peut assurer correctement tout le service médical et chirurgical d'un hôpital assez conséquent.

On trouva enfin deux docteurs, qui ne sont pas nés en France et qui ont accepté le salaire, qui leur était offert, pour remplir les fonctions de médecins de l'hôpital.

Ce sont ceux-là qui vont assurer de nouvelles fonctions salariées : celles de consulter gratuitement tous venants, riches comme pauvres, qui se présenteront aux jours fixés par l'annonce ci-dessus.

Bien des questions se posent.

Tout d'abord, le député maire avait sollicité la municipalité d'une ville voisine, pour que celle-ci votât une subvention de 4.000 francs, prise sur les fonds affectés à l'assistance médicale gratuite, en vue de faire bénéficier la population de cette localité, riches comme pauvres, de l'aubaine des consultations gratuites.

Pareils agissements sont illégaux, comme contraires aux stipulations de la loi du 15 juillet 1893 : lorsqu'une commune ne bénéficie pas de l'article 35 de ladite loi, c'est-à-dire n'est pas autorisée à avoir son service spécial d'A. M. G., elle doit se conformer au règlement départemental, arrêté par le préfet, après délibération du Conseil général.

C'est également détourner l'argent des contribuables, perçu pour le budget de l'A. M. G., que d'en distraire tout ou partie en vue de services médicaux, dont bénéficieraient les riches, qui n'y ont aucun droit. Le préfet ne tient-il pas, de la loi municipale de 1884, le droit de s'opposer à ce service médical gratuit pour tous alors qu'il existe suffisamment de médecins à Romans, pour assurer le service médical ? N'est-ce pas simplement un moyen de faire diminuer la clientèle des praticiens de la ville et obtenir leur soumission ?

En second lieu, on peut demander au Conseil d'Etat si un maire gère bien les finances d'un hôpital, en supprimant un service médical, qui ne coûtait pas cher, pour le remplacer par un autre, fait par deux médecins salariés, mais dont le salaire obère plus lourdement le budget hospitalier que les petites indemnités, allouées jadis aux docteurs qui faisaient ce service d'une manière quasi gratuite, à la satisfaction de tous.

Ne peut-on également se demander quels moyens de coercition pourront employer les syndicats médicaux, au lendemain de l'application de la loi sur les assurances sociales, s'il se trouve des praticiens qui, peu soucieux de l'entente directe, loueront à gages leurs services aux caisses locales d'assurances, pour soigner, à forfait, tous les malades assurés ?

La lutte que soutiennent les médecins de Romans devrait soulever une grosse émotion dans le corps médical, car ce qui leur arrive en petit aujourd'hui, pourrait bien atteindre en grand demain beaucoup de confrères.

Est-ce l'orée d'une médecine salariée qu'exercera l'employé-médecin aux gages d'une caisse d'assurances sociales ?

Que deviendront et la science pratique médicale et l'honorabilité de notre profession ?

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

Chirurgie bachique.

Un dimanche matin à 5 heures. Coup de sonnette retentissant. Au bas de la fenêtre deux copains légèrement gais, la voix cassée, la langue pâteuse mendient un secours immédiat pour un accident ? ? ? « Faut faire vite, sans cela on ira chercher M. le docteur X ». Diable, me dis-je, il n'y a pas de temps à perdre et de l'argent à gagner ; on passe un pantalon, un gilet de laine, ses pantoufles en trois minutes, pendant que retentit un nouveau coup de sonnette. Ces messieurs sont pressés ; enfin, sous la pluie fine du matin, je traverse la cour, j'ouvre la porte et spectacle saisissant, j'aperçois dans l'ombre 1, 2, 3, 4, 5 messieurs arrivant du banquet de la classe 07, qui accompagnent et m'amènent le blessé

Ah ! fameux ce blessé : personnage puissant, gros de corps, face rubiconde et ouvrant le bec comme un canard qui vient d'avaler une éponge. D'un geste du doigt, ponctué par les exclamations des copains, il me désigne un quelconque objet que je reconnais mal dans l'ombre et que je prends pour une téterelle en panne entre ses deux mandibules.« Allons bon, me dis-je, encore un qui a voulu téter trop vite. »

Effectivement notre homme ayant trop peu bu, voulut après la ribouldingue nocturne étancher une dernière fois sa soif trop vive, mais il avait en levant le coude mal calculé son élan. Ayant appelé Jules, il lui demanda de quoi se satisfaire. Jules apporta un petit verre ballon à pied qu'il remplit de porto. « Trop petit » dit le convive et d'un trait, il ingère contenant et contenu. La concavité de sa mâchoire inférieure heureusement fit frein, sans quoi, il buvait l'obstacle qui dévalait la pente rapide de son gosier trop sec — Le liquide seul passa, mais le solide resta fermement planté dans la bouche, la patte en l'air.

Tous les conscrits de la 07, en étaient sidérés ; pourtant se disaient-ils, ce n'est pas son coup d'essai puisqu'il a déjà réussi 350 fois l'expérience, mais aujourd'hui l'obstacle était insurmontable. On tripota la langue, les joues, les mâchoires du blessé, mais sans succès, en fin de compte , on eut recours au médecin et c'est ainsi que je fus réveillé tôt ce matin là du 15 janvier 1928.

Ces Messieurs très inspirés envahirent en force mon cabinet, j'en comptai dix, au bout de cinq minutes qui vénaient assister à l'extraction du corps étranger. Ma courte expérience médico-chirurgicale et la position de l'objet ne permettaient pas de résoudre le problème en un tour de main. Il fallut examiner, réfléchir, comparer les rapports de l'objet avec le maxillaire inférieur.

Et puis, que faire sans instruments *ad hoc* ?

Après réflexion et conciliabule avec l'entourage, je me décidai à briser le pied de verre avec une pince à valves de Bibendum afin de pouvoir plus aisément casser le globe du verre pincé dans la concavité du maxillaire. Je me servis, pour ce second temps de l'intervention, d'une petite clé anglaise avec laquelle je tapotai légèrement sur l'objet ; après quelques petits coups délicatement appliqués, j'eus l'agréable surprise de voir le verre faire un bond vers le gosier, basculer et sortir craché par notre gourmand, que j'avais placé courbé en avant et debout sur un escabeau afin d'éviter en cas de ruptures brusques et multiples du verre, des blessures menaçantes pour le pharynx.

« Mes amis, je vous paye à tous la tournée » telles furent les paroles de reconnaissance de l'opéré. Ah ! ces buveurs, ils sont incorrigibles : *Nunc est bidendum* lançait gaiement un des larrons, ancien humaniste déclassé. « Et surtout n'avalez pas le verre, leur dis-je en les reconduisant, j'userais trop vite mon matériel s'il fallait récidiver. »

Very-Dick.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Compte rendu de l'Assemblée Générale du 20 novembre 1927.

L'Assemblée générale s'est réunie à 17 heures, au *Foyer médical*, 10, avenue d'Iéna.

Etaient présents : les docteurs Beyrand, Boirac, Boulanger, Brenans, Butin, Caffeau, Cardot, Castellant, Cels, Darène, Daviot, Debrigode, Derome, Dumoulin, Dupret, Gourmand, Grabias, Herbinet, Marion, Philippon, Piettre, G. Reverdy, J. Reverdy, Rinckenbach, Senlecq, Thomas.

Excusés : les docteurs Berthaux, Bertrand, Bousquet, Breitel, Castaneda, Cesbron, Cossin, Dubs, Minotret, Oppenot, Pelletier, Tavernier, Gauthier.

Candidatures :

Le docteur Valade, de Villiers-le-Bel, présenté par les docteurs Castellant et Dupret.

Le docteur Ragonnet, de Beauchamp, présenté par les docteurs Oppenot et Minoret.

Le docteur Lemière, de Pontoise, présenté par les docteurs Butin et J. Reverdy.

Le docteur Pasqueron, de Boissy-l'Aillerie, présenté par les docteurs Butin et Derome.

Le docteur Cresson, d'Enghien, présenté par les docteurs Berthaux et Beyrand.

Le docteur Pottier, d'Ezanville, présenté par les docteurs Dupret et Daviot.

Demandent à être admis au Syndicat de Pontoise.

Aucune observation n'étant présentée, ces confrères sont admis et les docteurs Valade, Ragonnet et Lemière qui étaient présents, pénètrent dans la salle de l'Assemblée générale.

Le docteur Cels, président, annonce la mort du confrère de Saint-Avid, de Parmain, archiviste du Syndicat. Il exprime ses regrets, au nom du Bureau, de ne pas avoir été prévenu à temps pour assister aux obsèques de notre confrère. Il a exprimé après coup à la mère du docteur Saint-Avid, les condoléances du Syndicat, et profitant de notre réunion, il adresse un avenir ému à la mémoire du confrère disparu.

Le secrétaire donne un aperçu de la situation du Syndicat. Il y a 3 ans, au moment de l'élection du Bureau, nous étions 55 adhérents. Aujourd'hui, nous ne sommes plus que 48. Six confrères adhèrent aujourd'hui, ce qui porte notre effectif à 54. Il fait un appel pressant à tous les membres du Syndicat, pour qu'ils s'efforcent d'amener à nous ceux de nos confrères qui n'ont pas encore compris l'importance des Groupements syndicaux.

Tarif.

Il est rappelé aux confrères que le tarif de la visite et de la consultation aux bénéficiaires de l'art. 64, a été porté à 10 francs, d'une façon uniforme, avec suppression des catégories.

D'autre part, la Fédération de Seine-et-Oise a adopté, dans le courant de l'année, le tarif de 60 francs pour les examens d'assurance-vie. Tous les confrères qui n'avaient pas eu connaissance de cette décision ou qui n'appliquent pas encore ce tarif sont invités, d'une façon très pressante, à le mettre en application.

Renouvellement du bureau.

Le mandat du bureau actuel arrivant à expiration, il y a lieu de procéder à l'élection d'un nouveau bureau pour une période de 3 ans (1928 à 1930 inclus). Sont élus :

Président : docteur Rinckenbach, de Maffliers ;
Vice-président : docteur Butin, de Pontoise ;
Secrétaire : docteur Boirac, d'Auvers-sur-Oise ;
Trésorier : docteur Caffeau, de Luzarches ;
Archiviste : docteur J. Reverdy, de Pontoise.

Démission du syndicat de l'Union.

Le Syndicat, depuis que la question des Assurances sociales est posée, ayant toujours témoigné sa volonté de voir établir entre assurés et médecins le système dit de l'entente directe, se reportant à son ordre du jour du 21 novembre 1926, confirme une fois de plus son opinion et *décide d'adresser sa démission à l'Union des Syndicats médicaux. Il reprend toute sa liberté et attendra, pour adhérer à la Fédération nationale, le résultat du Congrès général des Syndicats qui doit se réunir le 30 novembre* 1927.

Cette décision a été prise par 23 voix contre 5 et une abstention.

Congrès des syndicats médicaux de France du 30 novembre 1927.

Le Syndicat désigne le docteur Butin pour le représenter à ce Congrès et lui donne mandat de voter sur les différentes questions, suivant les directives qui lui ont été indiquées.

La séance est levée et suivie d'un banquet, servi au *Foyer médical* et au cours duquel a régné la plus grande cordialité.

Le secrétaire,
Dr Butin.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

Compte rendu de l'Assemblée Générale du 20 janvier 1928,

Présents : MM. les docteurs Pallier, Lenormand, Maigné, Aubry, Delaporte, Rolland, Noury, Page, Ringuet, Derrien, Ferey, Leborgne, Descottes, de Lorgeril, Huet, Jourdain, Thubert, Guiot, Lebreton, Bazin (de Paramé).

Excusés : MM. les docteurs Jumelais et Gaudeul.

MM. les docteurs Derruppé, de Saint-Broladre et Pitois, de Plerguer, sont admis à l'unanimité à faire partie du Syndicat.

M. le docteur Jourdain, de Saint-Servan, est désigné comme secrétaire adjoint.

Le rapport de M. le docteur Aubry, trésorier, faisant ressortir pour l'année écoulée un léger excédent des recettes sur les dépenses syndicales est approuvé à l'unanimité.

M. le docteur Pallier, délégué au Congrès des Syndicats médicaux du 30 novembre dernier, et à l'Assemblée générale des Syndicats médicaux de France des 1er, 2, et 3 décembre, rend compte de sa mission au cours de laquelle il a soutenu énergiquement le principe de la liberté professionnelle vis-à-vis de la loi des Assurances sociales et de l'entente directe du médecinavec son client ; l'Assemblée approuve à l'unanimité l'attitude de son délégué.

En outre, constatant que l'ordre du jour voté le 2 décembre par l'Assemblée générale de l'Union constitue une grave atteinte à l'autonomie syndicale en même temps qu'il révèle l'influence prépondérante que conserve au sein de celle-ci un groupe manifestement opposé à la volonté exprimée par l'immense majorité du Corps médical, décide, dès à présent à l'unanimité que le Syndicat de Saint-Malo se sépare dès aujourd'hui de l'Union pour adhérer à la Fédération nationale jusqu'au jour où se fera la fusion espérée et voulue par le Corps médical tout entier.

Une suggestion du président sur une augmentation possible de la cotisation qui serait compensée par l'attribution de jetons de présence aux membres présents aux assemblées générales est favorablement accueillie. Cette modalité déjà mise en pratique par d'autres Syndicats sera étudiée au cours de cette année et soumise à l'Assemblée générale de novembre pour la décision à prendre.

Le président : Dr Pallier.

Le secrétaire : Dr Maigné.

P. S. — Les confrères qui n'assistaient pas à l'Assemblée sont priés d'envoyer sans tarder le montant de leur cotisation : 60 fr. à M. le docteur Aubry, trésorier, place Châteaubriand, à Saint-Malo.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Pallud, de Vif (Isère). — M. le Dr Raymond Journès, de Fanjeaux (Aude). — M. le Dr Jules Mouret, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Montpellier. — M. le prof. Johannès Fibiger, de Copenhague, prix Nobel de médecine en 1927, docteur *honoris causa* de la Faculté de Paris. — M. le Dr J. Paillier, ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Lassale, de Nîmes (Gard). — M. le Dr Déléglise, d'Aiguebelle (Savoie).

— **Clinique médicale des enfants** (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (Pâques 1928, 2 avril-14 avril). — *Lundi* 2, 10 h., professeur Nobécourt : ouverture du cours. — 10 h. 15, M. Lereboullet : notions nouvelles sur la diphtérie. — 16 h., M. Jean Hutinel : les bronchopneumonies et leur traitement ; 17 h. M. Babonneix : les poliomyélites.

Mardi 3, 10 h. 30, M. Bidot : urologie clinique. — 16 h., M. Jean Hutinel : méningite cérébro spinale. — 17 h., M. Babonneix : encéphalopathies et mongolisme.

Mercredi, 10 h. 30, M. Lereboullet : le diabète sucré — 16 h., M. Boulanger-Pilet : pneumococcies et streptococcies. — 17 h., M. Babonneix : hérédo-syphilis nerveuse.

Jeudi 5, 10 h. 30, M. Lereboullet : hypophyse et glandes endocrines . — 16 h., M. Prétet : septicémies de l'enfance. — 17 h., M. Nadal : l'asthme infantile.

Vendredi 6, 10 h. 30, M. Tixier : hérédo-syphilis (1re leçon).

Mardi 10, 10 h. 30, M. Tixier : hérédo-syphilis (2e leçon). — 16 h., M. Pichon : rhumatisme cardiaque évolutif. — 17 h., M. Lebée : les néphrites de l'enfance.

Mercredi, 10 h. 30, M. Paraf : rougeole. — 16 h., M. Tixier : rachitisme et rayons ultra-violets. — 15 h., M. Mathieu : épilepsie et traitement.

Jeudi 12, 10 h. 30, M. Paraf : tuberculose. — 16 h., M. Janet : syndromes thyroïdiens. — 17 h., M. Mathieu : encéphalite.

Vendredi 13 , 10 h. 30, M. Duhem: radiologie (1re leçon). — 16 h., M. Paraf : scarlatine. — 17 h., M. Janet : vomissements cycliques.

Samedi 14, 10 h. 30 : M. Duhem : radiologie (2e leçon). — 16 h., M. Pichon : acrodynie infantile. — 17 h., M. Bidot : coprologie clinique.

Professeur Nobécourt : à 9 heures, conférence clinique dans les salles de la clinique. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Diplôme d'hygiène de l'Université de Paris.** — La session d'examen en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène de l'Université de Paris, sera ouverte dès la fin de l'enseignement spécial.

Ce diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs et médecins français ; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « médecine » ; 3° aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions ou les internes en médecine des hôpitaux de Paris reçus au concours, pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen : 1° le certificat de scolarité au cours supérieur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris ; 2° soit le certificat du cours spécial de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris, soit le certificat du cours spécial de bactériologie délivré par la Faculté de médecine de Strasbourg ; soit le certificat de l'un des cours spéciaux de bactériologie de l'Institut Pasteur de Paris ; soit le certificat de l'un des cours spéciaux de bactériologie du Val-de-Grâce.

L'examen comporte : 1° une épreuve écrite sur des sujets d'hygiène traités dans le cours, et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête se rapportant à un stage ; 2° des épreuves pratiques comprenant des manipulations de bactériologie et de chimie. Les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales ; 3° des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie et d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 250 fr. Les droits à verser, pour le cours supérieur d'hygiène et l'examen, sont de : Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; un droit de laboratoire, 250 fr. ; un droit d'examen, 150 fr.

Diplôme de médecin sanitaire maritime. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecins sanitaires maritimes (Décret de Police sanitaire maritime du 26 août 1927. — *Journal officiel* du 12 octobre 1927. Titre XI, article 85) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation supplémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la Police sanitaire maritime.

— **25e anniversaire du Dr Ch. Nicolle** (Tunis, 28 avril **1928**). *Circuits tunisiens*.— Nous don nons ci-après deux itinéraires de *circuits tunisiens*, pour lesquels le délai d'inscription auprès de l'agence se termine le 10 avril :

Voyage (n° 1) :

Trois jours : vendredi, samedi, dimanche : trois journées à Tunis, repas et chambres Hôtel de France et Splendid. Visites de Carthage et du Bardo, en auto, entrées comprises. — 4e jour : lundi : 7. h. 40, départ de Tunis, par le train ; 12 h. 31, arrivée à El-Djem, déjeuner et visite du Colisée. Départ de El-Djem en auto pour Sfax. Dîner et coucher Hôtel des Oliviers. — 5e jour : mardi : 14 h. 27, départ de Sfax pour Gabès en train ; 18 h. 31, arrivée à Gabès. Dîner et coucher Hôtel de l'Oasis. — 6e jour : mercredi : tournée à Gabès, visite de l'Oasis à dos de chameau, mulets ou en voiture. — 7e jour : jeudi : départ pour l'île de Djerba en autos, repas et coucher au Grand Hôtel à Houmt-Souk. — 8e jour : vendredi : séjour à Djerba, visite de l'île en auto. — 9e jour : samedi : 12 h. 01, départ de Gabès en train pour Sousse ; 19 h. 40, arrivée à Sousse, dîner et coucher Grand Hôtel. — 10e jour : dimanche : 7 h., départ de Sousse pour Kairouan ; 9 h., arrivée à Kairouan. Visite de la ville, des Souks et des Mosquées. Déjeuner Hôtel Splendid ; 16 h. 25, départ de Kairouan, changements de trains à Ain-Ghrasesia et Kalaa-Srira, dîner au Buffet de la Gare ; 20 h. 05, départ de Kaala-Srira pour Tunis ; 23 h. 15, arrivée à Tunis. — 11e jour : lundi : journée à Tunis, l'après-midi visite des Souks avec guide. — 12e jour : 8 h., départ par le bateau de France.

1er projet en chemin de fer et automobile, comprenant le séjour et les repas dans les hôtels depuis le débarquement jusqu'au départ, taxes et pourboires compris, transfert en chemin de fer 1re classe et excursions en auto. selon le programme ci-dessus, transfert gare-hôtel-gare, etc. Prix par personne : 2.150 fr.

Voyage en autos particulières (n° 2).

1er, 2e et 3e jours : vendredi, samedi, dimanche : trois journées à Tunis, même programme que l'itinéraire n° 1. — 4e jour : lundi : 8 h., départ de Tunis en autos particulières, déjeuner à Sousse au Grand Hôtel, départ pour Mahdia, El-Djem, visite du Colisée ; départ pour Sfax, dîner et coucher Hôtel des Oliviers. — 5e jour : mardi : visite de Sfax dans la matinée. Après déjeuner, départ en auto pour Gabès, dîner et coucher Hôtel de l'Oasis. — 6e jour : mercredi : journée à Gabès, visite de l'Oasis à dos de chameaux, mulets ou en auto. — 7e jour : jeudi : départ pour l'île de Djerba en auto, repas et coucher au Grand Hôtel à Houmt-Souk. — 8e jour vendredi : séjour à Djerba, visite de l'île en auto. — 9e jour : samedi : retour de Djerba, Medenine, Gabès, Sfax, Sousse, dîner et coucher. — 10e jour : dimanche : départ de Sousse pour Kairouan, visite de la ville, des souks et des mosquées. ; déjeuner Hôtel Splendid. Départ pour Tunis. — 11e jour : lundi : journée à Tunis, visite des souks avec guide. — 12e jour : 7 h., transfert de l'Hôtel au bateau et départ pour la France.

Ce 2e projet en automobiles particulières et comprenant outre le transport, les séjours et repas dans les hôtels, taxes et pourboires compris, les excursions prévues, guides et visites, etc., reviendrait :

A 2.400 fr. par personne, dans une auto occupée par 4 personnes ;

A 2.600 fr. par personne, dans une auto occupée par 3 personnes ;

A 3.050 fr. par personne, dans une auto occupée par 2 personnes.

S'adresser à l'Agence des Voyages Hignard frères, 65, avenue Jules-Ferry, Tunis.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

21 *février.*

Thermomètres médicaux.

Décret du 15 février 1928 exigeant pour les thermomètres médicaux mis en vente aux Colonies le contrôle de l'Etat.

Art. 1er. — Il ne pourra être livré, mis en vente, ou vendu dans les colonies autres que la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, dans les pays de protectorat et territoires sous mandat placés sous l'autorité du département des colonies, que les thermomètres médicaux vérifiés et poinçonnés par le conservatoire national des arts et métiers, dans les conditions fixées par le décret du 3 mars 1919.

Art. 2. — Cette mesure ne recevra son application que dans un délai de trois mois après la promulgation dans la colonie.

Art. 3. — Les inspecteurs et inspecteurs-adjoints des pharmacies sont chargés, concurremment avec les officiers de police judiciaire, de procéder aux recherches pour constater les infractions au présent décret.

Ils peuvent, à cet effet, librement effectuer leurs opérations dans les ateliers, boutiques, magasins, foires et marchés où sont déposés pour la vente des thermomètres médicaux ainsi qu'en cours de transport des mêmes appareils, pour la livraison. Ils dressent procès-verbal de leurs constatations et placent sous scellés les thermomètres saisis.

Les procès-verbaux ainsi que les thermomètres saisis sont adressés au procureur de la République où le procès-verbal a été dressé. Le procureur de la République, dans le cas où il donne suite au procès-verbal, transmet les thermomètres aux laboratoires d'essais du conservatoire national des arts et métiers pour y être procédé à la vérification d'exactitude. Les résultats de cette vérification sont accompagnés d'un rapport qui est adressé au procureur de la République.

Les infractions constatées par les procès-verbaux et, le cas échéant, établies par les vérifications faites sont déférées par les soins du procureur de la République aux tribunaux comptétents.

Art. 4. — Les frais d'envois et de vérifications relevant de l'application des dispositions de l'article 3 sont supportés par les contrevenants ou les délinquants.

Art. 5. — Les pénalités prévues aux articles 3 et 4 de la loi du 14 août 1918 sont applicables.

Art. 6. — Les ministres des colonies, du commerce et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire.

Accidents du travail agricole. Responsabilité.

15207. — M. André Escoffier (Drôme), député, demande à M. le ministre du travail : 1° si un petit propriétaire foncier qui emploie, pendant trois ou quatre journées par an, un laboureur — lui-même

petit propriétaire — qui vient chez lui avec son matériel et les bêtes (ledit laboureur n'étant pas assuré personnellement), est responsable, au point de vue de la loi sur les accidents du travail, en cas d'accident survenu au cours du travail dudit laboureur ; 2º si, toujours au même point de vue, un propriétaire est responsable d'un accident survenu à son métayer. (*Question du 7 février* 1928.)

Répones. — 1º Réponse affirmative (art. 1er de la loi du 15 décembre 1922-30 avril 1926), sous réserve de l'appréciation des tribunaux ; 2º la question étant controversée et, à ma connaissance, aucune décision judiciaire n'étant encore intervenue dans une espèce de ce genre, il serait prudent pour le métayer d'adhérer volontairement à la législation sur les accidents du travail dans les termes de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922-30 avril 1926.

(*J. O.*, 17 février 1928.)

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Mon cher confrère,

Je viens d'avoir un cas peut-être unique, du moins à ma connaissance, voici : l'une de mes malades, chez laquelle le lavage de l'estomac par *le tube de Faucher* ne peut réussir à faire évacuer le liquide employé, pour ce lavage, soit à jeun soit *trois heures* après le dernier repas ?

Je vous serais très obligé de vouloir bien poser la question dans le *Concours*. Dr CROUZEL.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

I

164. — Certificat au cours du traitement.

J'ai soigné du 24 septembre 1927 au 19 décembre 1927 un ouvrier d'une fromagerie voisine, atteint de « *brûlure du 2e degré de toute la longueur de l'avant bras et de la main gauche* ». Son cas était très sérieux; le patron lui-même m'a demandé de le voir tous les jours, et, comme deux pansements étaient nécessaires par jour au début, on lui a même mis une religieuse à son chevet — pour faire le second —. J'ai rédigé une note scrupuleusement exacte, que la compagnie d'assurances trouve exagérée. Je vous joins ma note et les lettres de la compagnie et de l'agent.

Voulez-vous me dire *ce que je dois répondre* ?

Suis-je tenu de donner des *certificats de prolongation*, parce que l'accident dépasse la durée prévue ? la compagnie pourrait au moins les demander, alors qu'elle n'a pas donné de signe de vie pendant l'accident.

J'ai si peu exagéré ma note, que je n'ai pas compté de déplacement pour mes visites, alors que la fromagerie en question est à un kilomètre de mon domicile.

Je vous serais obligé de bien vouloir me dicter ma conduite. Dr D.

Réponse.

1o L'article 29, dit, alinéa 5 : « Tout certificat fourni au cours du traitement, *a la demande du patron ou de son assureur* ». Ce n'est d'onc pas au médecin traitant à prendre *l'initiative* de le fournir, comme vous en fait grief la compagnie.

2o La brûlure moyenne comprenant deux segments de membre ou surface équivalente : 30 francs (article 28), c'est bien ce que vous avez compté pour le tiers des visites, puis 15, puis 10, ainsi qu'il est dit dans le tarif « suivant les progrès de la cicatrisation ».

3o Quant aux *abus* de visites dont vous fait grief la compagnie, je ne puis « vous dicter votre conduite », n'ayant aucune base d'appréciation. Mais si, en votre conscience, vous jugez que ce grief est faux, il n'y a aucune raison de diminuer votre note et vous auriez tort de le faire

F. D.

II

152. — Comptez vos interventions et non pas d'après les lésions vraies ou supposées du blessé.

Aidez-moi de vos bons conseils pour rédiger ma note accident du travail : Appelé à 8 h. du matin à D. pour un blessé tombé de 3 mètres sur une barre de fer.

Etat syncopal, pâleur, sueur, douleur atroce du flanc gauche.

Pensant à une fracture de côte, je mets un bandage de corps.

En plus le blessé a au creux poplité gauche, une plaie, muscle à nu de 3/3.

Longue séance auprès du blessé toujours vert, transfert du blessé, accompagné au domicile, longue séance pour l'installation.

Une troisième visite le soir.

Le lendemain consultation avec confrère « fracture de côte, probablement rupture de la rate ».

Dans la suite : ponction exploratrice de la plèvre : sang ; puis phlébite *droite*, puis infarctus gauche, crachement de sang.

Tous ces détails pour conclure que la radio faite à consolidation n'a pas révélé de fracture de côtes ! !

Alors comment taxer ce traumatisme costal *qui* sans fracture a produit un épanchement ?

Première visite :

Visite à l'établissement : ne cumule pas l'intervention.

Certificat : blessure grave	10 fr.
Pansement du flanc gauche...........	?
Pansement de la plaie poplitée........	?

Dois-je compter le temps passé auprès du blessé en syncope ?

Si j'ai droit à deux interventions :

a) Côte.

b) Plaie poplitée, combien de temps compter cette dernière qui a duré jusqu'à la fin.

Enfin : combien demander pour la ponction de plèvre exploratrice ? le tableau ne mentionne que l'évacuatrice.

Dr B.

Réponse.

Premier jour, à l'usine :

Première visite : 12 + 2 (banlieue de Rouen), comprenant le pansement de *l'unique* plaie au creux poplité.

Deuxième visite, au domicile du blessé : 12 + 2 + *une visite* par demi-heure de « surveillance prolongée » (article 3).

Troisième visite à domicile : 12 + 2.

Le lendemain. — Consultation avec confrère : 36 francs (article 5) + 2 francs de moyenne de déplacement = 38 francs.

Ponction *exploratrice* = injection hypodermique (quoique le contraire puisqu'on extrait au lieu d'injecter), compris dans la visite ou consultation.

D. F.

III

179. — Epluchages multiples ?

Je vous donne inclus le détail d'une lettre adressée au représentant de la Y., dont le siège social n'accepte pas la tarification d'une grande plaie profonde pour deux plaies par transfixionde tube de fer de l'éminence thénar :

1° Face palmaire, 6 cm.

2° Face dorsale, 4 cm.

Anesthésie locale des régions dorsales palmaires ; régularisation, épluchage des deux plaies ; sutures multiples des deux faces ; drainage du trajet des deux plaies.

Je faisais remarquer qu'il s'agissait de deux plaies des deux faces éminence thénar et d'un trajet par transfixion, donc grande plaie ou deux plaies c'est-à-dire deux fois 40 fr.

Dr H.

Réponse.

Une transfixion par un bout de fer de l'éminence ténar ne me paraît pas pouvoir être comptée ni un épluchage de plaie étendue et profonde, soit 100 francs, ni deux épluchages de plaies non profondes, soit : 40 × 2 = 80 francs... Je ne pense pas qu'un juge vous accorderait plus d'un épluchage à 40 francs, y compris « les sutures multiples sur les deux faces », sans lesquelles il n'y aurait même plus aucun épluchage à envisager.

F. D.

IV

99. — Blessures multiples.

J'ai encore recours à votre obligeance afin que vous me donniez votre avis sur le fait suivant, un

accident du travail évoluant comme il suit et que la loi me permettrait de tarifer :

a) *Premiers pansements* : 4 plaies au niveau du membre inférieur gauche (cou-de-pied, jambe, genou), soit pansements multiples sur un même segment de membre : 15 francs ; 2 plaies également au niveau du pied droit (talon, malléole interne), soit encore pansements multiples sur un même segment de membre : 15 francs. Au total ; 15 fr. + 15 fr. = 30 francs pour chacun des premiers pansements.

b) *Ensuite pour quelques pansements suivants du même accident* : trois plaies du membre inférieur gauche, soit pansements multiples sur un même segment de membre : 15 francs, une seule plaie du pied droit 0 franc (les pansements multiples ne peuvent faire cumul avec le prix d'une consultation.

Donc ici, au total : 15 fr. + 10 = 25 francs.

c) *Pour la suite des pansements du même accident*, il reste :

Une plaie au membre inférieur gauche : 12 francs ;
Une plaie au pied droit : 12 francs.
Soit 12 fr. + 12 fr. = 24 francs au total.

Dans ce fait là il me paraît y avoir cette chose paradoxale que dans ma troisième série de pansements deux seules plaies seraient plus rémunérées que les quatre plaies traitées dans ma deuxième série (paragraphe B).

Mais peut être me suis-je trompé ?

Dr M.

Réponse.

A) A gauche, plaies multiples : 15 fr. ; à droite, « talon et malléole interne », je ne vois pas comment vous pouvez faire *plusieurs* pansements. Je compterais donc pansement simple à 12 francs.

B) *Idem* comme A. Vous comptez l'un et l'autre parce qu'il s'agit de « *blessures multiples* » (article 14) et non pas d'une seule blessure. Dans ce cas, « les soins donnés sont tarifés pour chacun des pansements ou chacune des interventions ». Ce n'est plus la question du *cumul* interdit par l'article 13.

F. D.

V

103. — Cumul des interventions ?

J'ai affaire à un juge de paix qui a renvoyé brutalement l'ouvrier que j'avais cité solidairement, *en lui demandant ce qu'il faisait-là* ! Il est indispensable de lui mettre les points sur les i, et je voudrais lui montrer votre réponse nette.

J'avais un blessé grave du crâne, fracture de la table externe, demi-coma. Je craignais une fracture étendue. Cette blessure pariétale était due à la chute d'un bloc.

J'ai compté le premier jour (notez que je suis à 70 km. du chirurgien, par deux cols terribles !)

Certificat d'accident grave (article 24) ..	10 fr.
Hémostase par ligature au fond de la plaie (article 17)	40 fr.

Curetage d'esquilles osseuses de la table externe du crâne) article 28 (par analogie)	50 fr.
Extraction du corps étranger superficiel, fragment de pierre (article 28)	20 fr.
Réunion par sutures	25 fr.
Sérum T	20 fr.
Surveillance du blessé pendant 5 h. 1/2	20 fr.

Est-ce exact. J'affirme sur l'honneur que toutes ces interventions ont été faites.

L'agent d'assurance *qui ne les nie pas* voudrait payer EN TOUT pour ce jour-là : 100 fr. (régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde). Il dit que le cumul des interventions n'est pas licite.

Dr R.

Réponse.

Vous devez, tarif en main, établir votre note comme suit :

Certificat descriptif	10 fr.
Hémostase par ligature au fond de la plaie (article 17)	40 »
Epluchage et suture d'une plaie étendue et profonde	100 »
Surveillance du blessé pendant 5 heures 1/2 (article 6), soit 5 visites	60 »
Déplacement, s'il y a lieu	» »

Le *cumul* est interdit (article 13) entre la visite et consultation et un acte opératoire quelconque. Mais le « cumul des interventions », dont vous parlerait l'agent, n'est interdit nulle part, quand malheureusement la blessée a dû en subir plusieurs... Et je ne comprends pas comment on pourrait interdire à un chirurgien de pratiquer plus d'une intervention, si le blessé en a besoin de deux...

F. D.

VI

4496. — Visite de médecin contrôleur.

Dans votre n° 52 du 25 décembre 1927, vous répondez à une question que nombreux nous aurions pu vous poser, 4109, et nous vous en remercions.

Mais plusieurs d'entre nous se demandent combien réclamer à une Cie d'assurances qui prie l'un de nous d'aller examiner un blessé en traitement et de fournir un rapport indiquant :

Tantôt s'il y a vraiment relation entre l'accident et les lésions ;

Tantôt s'il y a lieu de prévoir encore de nombreuses semaines de soins ;

Tantôt quel est l'état du blessé ;

Tantôt quel est le quantum d'incapacité fonctionnelle.

Il nous faut et par correction fraternelle et par conscience professionnelle voir et interroger le médecin traitant ou (et c'est le mieux) lui donner ren-

dez-vous près du blessé, pour enquête, et rédiger un rapport plus ou moins long.

Quels honoraires demander ?

Les uns disent 100 fr., Un autre 80 fr., plus les kilomètres naturellement.

Car il n'y a pas seulement : examen soit au cabinet, soit au domicile ; il y a C en C ou V en C, plus recherches, enquête, plus rapport.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me répondre par lettre dès que possible ?

Je pourrai montrer une fois de plus aux confrères non encore convertis au *Concours* votre serviabilité et les services que vous rendez.

Dr B.

Réponse.

Lorsqu'une Compagnie vous demande d'aller voir un blessé soigné par un confrère, vous agissez comme *mandataire de la Compagnie* et, non seulement par correction confraternelle, mais d'après l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 (sur les accidents du travail), vous devez convoquer le médecin du blessé quarante-huit heures à l'avance et par lettre recommandée, afin d'avoir accès auprès de la victnime, en sa présence.

Quant aux honoraires, il ne s'agit plus ici de soins donnés aux accidentés du travail. C'est une affaire de droit commun à traiter à l'amiable avec la Compagnie mandante, suivant les coutumes locales qui varient d'après les régions. En tout cas, vous avez à compter visite ou consultation à heure fixe + un rapport détaillé. Quant au médecin traitant, il est régi par l'art. 3 : *a*) du tarif et a droit à une visite majorée de 50 %, soit : 12 + 6 = 18 francs. Déplacement en plus, s'il y a lieu, pour tous deux, naturellement.

F. D.

Questions médico-militaires.

4380. — Radiation des cadres. Légion d'honneur.

Né en 1878 donc classe 98, mes obligations militaires se terminent en 1927 fin novembre si je ne me trompe pas. En octobre dernier j'ai reçu une lettre du directeur du Service de santé militaire de ma région me demandant si je voulais être maintenu dans les cadres ou rayé. Je suis médecin-major de deuxième classe de réserve nommé en 1918, J'ai répondu que je désirais être rayé des cadres. Dernièrement le directeur du service de santé de ma région m'envoie à remplir et à compléter une feuille de proposition pour la Légion d'honneur.

1° Puis-je me considérer comme rayé des cadres puisque j'ai accompli mon temps de service militaire malgré que je n'aie rien reçu de la Direction du Service de santé qui puisse confirmer que je suis rayé des cadres. Si non que dois-je faire pour aboutir à ma radiation.

2° Cette proposition pour la Légion d'honneur qui probablement est due à mon nombre d'annuités de service miliatire plus une citation à l'ordre du régiment (croix de guerre) est-elle susceptible d'aboutir quand même. Je maintiendrais ma demande de radiation ou au contraire veut-on me faire comprendre que si je maintiens ladite demande, cette proposition n'a aucune chance d'aboutir.

3° La proposition pour la Légion d'honneur entraîne-t-elle d'office l'inscription au tableau de la Légion d'honneur? Et dans ce cas quels délais approximatifs faut-il escompter pour être décoré ?

4° Je suis médecin de la gendarmerie c'est-à-dire que depuis 23 ans je donne mes soins gratuits aux agents de cette administration. Je crois avoir droit à une proposition pour la Légion d'honneur à ce titre (quoique je neme rappelle pas si c'est 20 ans ou 25 ans qui sont nécessaires). A ce compte serait-il bon de provoquer ladite proposition pour qu'elle vienne s'ajouter à la proposition du Directeur du Service de santé car la gendarmerie si je ne me trompe dépend aussi du Ministère de la guerre ?

Dr Z.

Réponse.

1° Vous ne pourrez vous considérer comme rayé des cadres que lorsque vous aurez été avisé par votre directeur que le Ministre accepte votre démission. Vous pouvez à nouveau actionner, par lettre le Directeur, pour obtenir une réponse.

2° Votre proposition pour la Légion d'honneur établie, cette année, avant votre radiation, est susceptible d'aboutir au titre des réserves, quelle que soit la date prochaine de votre libération des obligations militaires.

3° La proposition est faite par le Directeur régional, mais le Ministre seul inscrit au tableau d'avancement. Ce tableau paraît généralement vers la fin du premier semestre de l'année ; il est épuisé en principe au 1er janvier suivant.

4° Cette mesure serait sage. Cependant si cette proposition relevait du Ministre de l'intérieur, il serait bon de n'en pas aviser la guerre, car vous risqueriez de tomber entre les deux Ministres, l'un comptant sur l'autre.

4136. — Passage de la réserve dans l'active.

Un médecin aide-major de 1re classe de réserve garde-t-il son grade en s'engageant dans l'armée active ?

Dr V.

Réponse.

Dans les conditions habituelles, les officiers de réserve passant dans l'armeé active (au moins 26 ans et au plus 35 ans) (loi du 1er avril 1923) après un stage de longue durée (deux ans au Maroc, ou seulement un an en cas d'action d'éclat ou de blessure grave) sont titularisés avec leur grade.

4123. — Point de départ du droit aux soins gratuits.

Un militaire tombe malade au Maroc, est réformé et renvoyé en octobre 1927 dans ses foyers (tuberculose pulmonaire, pleurésie, 100 %), je le soigne depuis le 17 octobre ; il est en mauvais état (fièvre 39°-40°, oppression).

Je reçois une lettre de la commission de contrôle disant que ce militaire n'a été « inscrit sur les listes spéciales des ayants droit aux soins gratuits de sa commune » qu'à la date du 6 novembre. et que par conséquent les soins antérieurs au 6 novembre ne peuvent être payés au titre de l'article 64.

Si parfois les malaises des réformés peuvent laisser quelque doute sur le fait de savoir s'ils proviennent bien de la maladie contractée en service et ayant causé la réforme, ce n'est certainement pas le cas ici. Le malade est revenu du Máro avec tuberculose pulmonaire et pleurésie et état fébrile grave, et sa situation inquiétante ne laissait guère le loisir d'attendre, pour être soigné, la fin des formalités nécessaires pour que cet ancien militaire soit en possession de son carnet de mutilé.

Aussi, je vous demande s'il n'existe pas un moyen permettant de faire profiter ce malade de la gratuité de tous les soins auxquels, *équitablement*, il avait droit depuis le jour où il a été renvoyé malade dans ses foyers.

Dr J.

Réponse.

Les soins gratuits (article 64) sont dus du jour de l'inscription de l'intéressé sur la liste des bénéficiaires de l'article 64 ; tant pis, si celui-ci ne demande pas son inscription en temps voulu.

Cependant, vous pouvez toujours soumettre votre déclaration à la Commission départementale des soins gratuits ; peut-être pourrez-vous être rémunéré à partir du 17 octobre.

4318. — Montant d'une pension de guerre.

Je suis pensionné de guerre à 20 % pension permanente en date du 16 janvier 1926, avec le grade de médecin aide-major de 1re classe, 2e échelon.

Pension inscrite à cette époque à 770 francs par an.

En plus, une pension de 60 fr. pour un enfant âgé de moins de 18 ans.

Comme il y a eu une augmentation en date du 1er août 1926, voudriez-vous avoir l'amabilité de me dire le chiffre de ma pension actuellement d'après la loi du 16 juillet 1927 ?

A combien doit s'élever le rappel de pension que je dois toucher le 16 janvier 1928, c'est-à-dire au deuxième trimestre après l'augmentation ?

D'autre part, faut-il toujours avoir 25 % pour une réduction de demi-tarif sur les chemins de fer et

n'y a-t-il pas de projet de loi pour abaisser ce taux de 25 % ? Dr Y.

Réponse.

Si votre pension de médecin aide-major de première classe, deuxième échelon, 20 %, était initialement de 700 francs, vous avez droit à une majoration de 100 % du taux de soldat, soit : 408 et total nouveau : 1.250 francs.

Le rappel sera calculé sur le taux de cette augmentation.

25 % d'invalidité sont toujours nécessaires pour obtenir sur les chemins de fer une réduction de demi-tarif.

4244. — Obligations militaires d'un naturalisé.

J'ai comme remplaçant un médecin, âgé de 32 ans révolus et possédant le diplôme d'Etat de la Faculté de Beyrouth.

Ce confrère vient d'être naturalisé par décret du 15 novembre 1927.

1° Quelles sont les obligations militaires qu'il peut avoir à remplir ?

2° Peut-il faire une demande immédiate à l'autorité militaire, à l'effet d'être nommé aide-major de 2e classe ?

3° Cette nomination est-elle un droit ; quelles pièces doit-il produire et à quelle autorité doit-il adresser sa demande ?

A été mobilisé en Turquie dans les hôpitaux militaires de ce pays après avoir accompli six mois de service armé.

Dr P.

Réponse.

1° « Les hommes devenus Français par voie « de naturalisation, etc..., sont portés sur les « tableaux de recensement de la première classe « formée après leur changement de nationalité. « Ils sont ensuite incorporés en même temps que « la classe avec laquelle ils ont pris part aux opé- « rations de recrutement. Ils sont tenus d'ac- « complir le même temps de service actif, sans « que, toutefois cette obligation ait pour effet « de les maintenir sous les drapeaux *au delà de* « *leur trentième année révolue.* Ils suivent, dans « les réserves, le sort de la classe à laquelle ils « devraient appartenir d'après leur âge » (article 13 de la loi du 1er avril 1923.)

Ce confrère n'a donc aucune obligation militaire à remplir.

2° Cependant, la nomination au grade d'aide-major n'est pas un droit et, d'autre part, il ne peut être ainsi nommé officier de réserve sans avoir accompli de service militaire actif. A toutes fins utiles, qu'il adresse en ce sens une demande au Ministre de la guerre, 1re Direction, recrutement, avec toutes les références voulues sur sa naturalisation, etc.

Accidents du travail.

4438. — Date d'application de la loi sur les accidents agricoles. Calcul du demi-salaire.

1° A quelle date la loi et les tarifs médicaux entrent-ils en vigueur pour les accidents agricoles ?

2° Un blessé agricole vient de m'apporter la réponse suivante de son assurance. Il me demande s'il touche bien son dû.

Embauché au prix de 3.250 fr. pour 4 mois (du 24 juin au 11 nov. 1927) habitude locale, nourri et logé en plus du salaire en argent ; il prétend que les 11fr. qu'on lui alloue sont insuffisants. Il n'est pas encore guéri et finira certainement par une incapacité permanente partielle.

Dr P.

Réponse.

1° La loi du 15 décembre 1922, étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, est entrée en vigueur depuis le 1er septembre 1924.

2° La réponse faite par la Compagnie d'assurances à votre client est fondée dans son principe. En effet, voici ce que dit l'article 8 :

« L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire.

« En cas de salaire variable, cette indemnité journalière est égale à la moitié du salaire que touchait la victime au moment de l'accident et ce, pendant le temps qu'aurait duré dans l'exploitation le travail auquel elle était occupée.

« A l'expiration de cette période, cette indemnité journalière est calculée sur le taux arrêté, tous les deux ans, pour chaque département, par le préfet.....

« S'il y a rémunération en nature, elle est calculée, à moins de stipulation contraire élevant le chiffre de sa quotité, sur le taux arrêté comme au paragraphe précédent....

Pendant le temps où le blessé aurait été normalement employé dans l'exploitation, il avait droit à un demi-salaire égal à la moitié de son salaire total divisé par le nombre de journées de travail pendant la durée de son embauchage, augmenté de la moitié de la valeur de sa nourriture et de son logement, suivant le taux arrêté par le Préfet.

Par la suite, c'est-à-dire postérieurement au 11 novembre 1927, il n'avait plus droit qu'à la moitié du barème de la préfecture (salaire et nourriture), comme le dit l'assurance.

Pour apprécier, en fait, si votre blessé a bien reçu son compte, il faudrait savoir ce qu'il a touché du jour de son accident au 11 novembre 1927 et quel est le montant du salaire de base (salaire et nourriture) fixé par le préfet, dans votre département.

Cinquantième année N° 11 11 Mars 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 700-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr D., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 103. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 104. — A vend. Citroën torp. luxe B. 14 1927. Parfait état. Cause achat cond. intér. Dr Roos, à Grandvilliers (Oise).

N° 105. — A vend. pavillon à Neuilly-Plaisance (S.-et-O.). Gr. entrée forme véranda, rez-de-ch. : s. à m., salon, cuis. ; 1er ét. : 2 ch., s. de bains ; 2e ét. : 2 ch. bonnes. Eau, gaz, élect., jardin 300 m. avec entrée sur 2 rues, possib. faire garage. Prix 75.000.

N° 106. — Doct. franç. méd. gén., ch. client. moyenne ou noyau de client. bien placé à Paris. Paiem. compt.

N° 107. — Dr 20 ans prat. repr. suite Sud-Est ou Côte d'Azur mais. d'acc. gynéc. ou méd. gén.

N° 108. — 80 km. Paris, client. riche, pays agréable chasse, pêche, recet. 110.000. Indemn. 50.000 dont 20.000 compt.

N° 109. — Dr recomm. personne prenant en pension enfants et jeunes filles justiciables du climat marin. Ecr. Dr Barraud, à Châtelaillon (Char.-Inf.).

N° 110. — A vend. à des cond. avant. : 1° table d'opérat. Michel Bruneau, très solide, qui fer. excell. serv. ; 2° table pour chir. oculaire très solide. S'ad. Maison chirurgie, 4, rue Sergent-Hoff, Paris, 17e.

N° 111. — C.-du-N. A céder collect. des 28 dern. années du *Concours médical*, complètes, moins 11 numéros. Faire offres.

N° 112. — Méd. expér. dem. pour juillet et août situat. dans stat. climatique ou suppléer. confr. à la campag.

N° 113. — Torp. Renault 3 pl. 1924, récemm. revue, repeinte et recapotée, accus. remis à neuf, à vendre 6.500 fr. S'ad. Dr Lavalée, 42, av. de la République à Fontenay-sous-Bois.

N° 114. — Asnières, près gare, méd. fatigué, client. insignif. désire céder gratuit. à confr. exc. situat. pour tr. gr. client. médec. gén. ou spécial. Propr. à reprendre vente ou locat. vente. Grandes facil.

N° 115. — Paris, quartier central, cab. ancien gynéco., voies urin., peau, aff. 80.000 min. appart. 6 p., salle bains. Loyer 8.000, bail. Indemn. 100.000 dont 75.000 compt. ou 90.000 tout compt. compris dans la cession divers install. et appar. électr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 116. — Ville d'eaux, cab. de toute l'année, spécial. mal. femmes, peau, voies urinaires. Rapp. très important, maison tout conf., 12 p. bail. Indemn. 200.000 dont demi compt. y compris install. profess. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 117. — 30 km. Paris, à céder d'urgence client. seul méd., rapp. minim. 80.000, sans auto, belle maison avec loyer. Indemn. 40.000 dont demi-compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 118. — Torpedo Citroën, 2 p., excell. état, à vendre. Nice : 7.000 fr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Le Dr G. ROUSSEL, directeur des Laboratoires de l'Hémostyl, avertit ses confrères qu'il n'a rien de commun avec le Dr G. Roussel qui a donné son nom à un antiseptique gynécologique (gynepsine du Dr Roussel).

— **Mariage**. — Nous apprenons que le mariage de Mlle Nicole VAUDREMER, fille de Madame Vaudremer et de notre très distingué collaborateur et ami, maître de conférences à l'Ecole supérieure des Hautes-Etudes, avec M. René SAULNIER DE PRAINGY sera célébré le 12 mars 1928 à Notre-Dame-d'Auteuil.

A cette occasion, nous adressons au Dr Vaudremer et à sa famille nos vives et cordiales félicitations, et nos vœux de bonheur aux futurs époux.

— **Académie de médecine**. *Elections*. — MM. BORDIER et BONIN ont été élus correspondants nationaux dans la IVe section (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Hôtel-Dieu**. *Leçons cliniques du dimanche*. — Le 11 mars à 10 h. 1/2 à l'amphithéâtre Trousseau, leçon du professeur RATHERY *sur les nouveaux traitements du diabète* (insuline, synthaline, etc.).

— **Hôpital Saint-Louis**. — M. le professeur JEANSELME consacrera son cours du semestre d'été à l'étude de *la lèpre*. Leçons tous les vendredis à 10 h. 1/2, à la salle des conférences.

— **Faculté de médecine de Nancy**. — Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Nancy, en date du 16 décembre 1927, tendant à la transformation du titre de la Charge de cours de clinique chirurgicale élémentaire en celui de clinique complémentaire de gynécologie et celui de la Charge de cours théorique de neurologie en celui de clinique complémentaire de neurologie.

M. A. BINET, agrégé libre, est chargé du cours de clinique gynécologique. M. L. CARNIL, agrégé, est chargé du cours de clinique neurologique.

— **Institut Pasteur**. — M. le docteur Guérin, chef de service à l'Institut Pasteur de Lille, est chargé de la direction du laboratoire de vaccination antituberculeuse à l'Institut Pasteur de Paris.

— **Centenaire de la Faculté de médecine du Caire**. — Le centième anniversaire de la fondation de la Faculté de médecine du Caire sera célébré au Caire, du 15 au 22 décembre 1928, en même temps qu'aura lieu le Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène.

— **Tombola de bienfaisance du IXe salon des médecins**. — Faire qu'un plaisir puisse, à l'occasion, devenir un peu de joie pour certains déshérités du sort est l'idée qui est venue à l'organisateur du Salon des médecins, le Dr Paul RABIER, d'accord avec le Comité de la Société de Secours mutuel des femmes et enfants de médecins, dont le président est M. le Dr SIREDEY, de l'Académie de médecine. Qui

dit tombola, dit, bien entendu, lots. Or, ici, point de lots banals ou quelconques : tous, en effet, seront constitués par des œuvres d'exposants habituels du Salon des médecins. Donner ainsi un tableau, une sculpture, une gravure pour aider à soulager une infortune de la Famille médicale, n'est-ce pas, par ce fait même, en doubler la valeur. Des billets, au prix de 5 francs chacun sont en vente : à l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène ; chez M. le Dr Watelet, secrétaire général de la F. E. M., 21, rue Violet.

De plus, ces billets seront vendus par les dames patronnesses de l'œuvre à la soirée et au deuxième bal de la médecine française le 24 mars prochain, au Ministère de l'Intérieur, et enfin pendant la durée du IXe salon des médecins, du 22 avril au dimanche 29 inclus, jour ou cette tombola y sera tirée, à 4 heures de l'après-midi, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain.

— **IVe Congrès de la F.A.E.** — Le quatrième congrès de la Fédération des Associations d'externes et anciens externes des hôpitaux de France, aura lieu les 17 et 18 mars 1928, à Bordeaux. Ces deux jours seront consacrés à la discussion des rapports, à la visite de la ville et des hôpitaux et aux réceptions et banquets (soirée de gala au Grand-Théâtre de Bordeaux, etc.)

Les rapports suivants seront discutés : 1° Unification des concours d'internat et d'externat, par Max Girou, de Bordeaux ; 2° la protection du titre d'externe (nouvelle jurisprudence), par J. Besançon, de Paris ; 3° les études médicales et leur modification éventuelle par Behagne et F. Lepennetier, de Paris ; 4° les accidents professionnels et les maladies contractées en service hospitalier, par MM. Baudouin et Fortineau, de Nantes.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Max Girou, président du quatrième Congrès de la F. A. E., 23, rue de Lachassaigne, Bordeaux.

— **Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.** (Copenhague, 30 juillet-1er août). *Croisières.* — A l'occasion du Congrès de Copenhague, trois croisières ont été organisées : 1° au cap Nord (prix : 7.260 fr.) ; au Spitzberg (prix : 12.400 fr.) ; aux fjords du Sud (prix : 7.190 fr.). Inscriptions avant le 20 mars, à l'Agence Bennett, 4, rue Scribe, Paris.

— **Hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de cinq internes titulaires et cinq internes provisoires aura lieu le 22 mars 1928 à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Inscriptions et renseignements à la direction de l'hôpital. Les pièces nécessaires (acte de naissance, certificat de bonnes vie et mœurs, certificat de 12 inscriptions dans une Faculté, certificat du dernier chef de service d'hôpital) doivent être déposées huit jours au moins avant la date du concours.

Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage et traitement de 4.000 fr. par an.

— **Nécrologie.** — Madame Bayard, femme de notre excellent confrère et ami le docteur Bayard, 87, boulevard de Courcelles, à Paris.

M. H. J. Fourniat, fils du docteur et de Mme Fourniat, de Montrouge.

Nous adressons au docteur Bayard et à M. et Mme Fourniat, nos regrets émus et nos sympathiques condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 *février.*

Assistance publique.

Arrêté du 6 *février* 1928 *complétant l'arrêté du* 10 *novembre* 1906 *en ce qui concerne les pièces à fournir par les candidats au concours pour l'emploi de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique.*

Art. 1er. — L'article 3 de l'arrêté susvisé du 10 novembre 1906, modifié par les arrêtés également susvisés du 17 août 1907, du 12 novembre 1909, du 20 octobre 1911, du 30 juillet 1912 et du 28 juillet 1914, est complété ainsi qu'il suit :

Art. 3. — Les candidats doivent adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales..............................

....

6° L'engagement du candidat d'accepter le poste qui lui sera offert.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Avis de concours pour des emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique.

Un concours sera ouvert le 5 juin 1928, pour six emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 5 mai 1928, au ministère du travail (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 2e bureau) 7, rue Cambacérès, où les candidats pourront demander les conditions et le programme du concours.

24 *février.*

Médecine vétérinaire.

Loi du 20 *février* 1928 *portant création d'un Institut de médecine vétérinaire exotique.*

Assistance médicale en Indochine.

Liste des candidats reçus au concours pour l'emploi de médecin stagiaire.

MM. Laval, Baccialone, Ragiot, Grimaud et Quénardel.

25 *février*.

Accidents du travail.

Loi du 24 février 1927, *complétant l'article 2 de la loi du* 8 *juillet* 1926 *modifiant le paragraphe* 2 *de l'article* 2 *de la loi du* 9 *avril* 1898, *modifiée par les lois du* 22 *mars* 1902 *et du* 5 *août* 1920, *sur les accidents du travail.*

Article unique. — L'article 2 de la loi du 8 juillet 1928, modifiant le paragraphe 2 de l'article 2 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par les lois du 22 mars 1902 et du 5 août 1920, est complété par les dispositions suivantes :

« La présente loi ne sera applicable aux chefs d'entreprise que le premier jour du septième mois qui en suivra la promulgation ; ce délai sera calculé de quantième à quantième. »

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Les prestations sur les automobiles qui ne payent que la demi-taxe.

14559. — M. Brigault, député, demande à M. le Ministre des finances si une voiture automobile ayant plus de dix ans de service, et, de ce fait, payant la demi-taxe, doit être imposée au titre des prestations pour la puissance de 14 CV ou pour la taxe fiscale de 7 CV qu'elle acquitte. (*Question du* 12 *janvier* 1928. 1928'.)

Réponse. — La disposition de l'article 57 de la loi du 26 mars 1927, qui prévoit que les véhicules automobiles dont le châssis est sorti de l'usine depuis plus de neuf ans ne doivent payer que la demi-taxe, s'applique exclusivement à la contribution d'Etat sur les voitures automobiles et aux taxes départementales et communales établies en vertu de la loi du 13 août 1926. Elle n'a aucune influence sur l'assiette de la taxe des prestations qui doit continuer à être établie d'après la puissance effective des moteurs.

(*J. O.*, 24 février 1928.)

Revision du guide-barème des pensions. Délivrance d'appareils acoustiques aux pensionnés.

14973. — M. l'amiral Louis Jaures, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° pour quelles raisons la commission d'oto-rhino-laryngologie instituée le 1er juin 1927 — et dont le but principal est la revision du barème d'invalidité des sourds de guerre — ne s'est pas réunie depuis plus de sept mois ; 2° s'il n'est pas possible de hâter les travaux de cette commission et d'appliquer aussitôt le nouveau barème élaboré par elle ; 3° quels sont les marques et les prix des microphones et des piles fournis par les centres d'appareillage aux sourds de guerre ; 4° s'il n'est pas possible de délivrer aux mutilés porteurs de microphones une pile par semaine au lieu d'une pile par mois (nombre

reconnu absolument insuffisant par tous les intéressés) ; 5° si cette décision ne peut être prise immédiatement, la question étant à l'étude depuis plusieurs années. (*Questions du 26 janvier* 1928.)

Réponse. — 1° et 2° La commission d'oto-rhino-laryngologie constituée en vue de la revision du guide-barème a désigné parmi ses membres un certain nombre de rapporteurs, chargés de lui présenter un avant-projet sur chaque groupe d'infirmités. Dès que les rapporteurs désignés auront fait parvenir ces avant-projets, la commission sera convoquée et invitée à formuler son avis ; 3° les fournisseurs agréés par la ministère des pensions sur proposition de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour la fourniture des divers appareils acoustiques sont : MM. Stuxiano et Frank Valery, de Paris, Zussy, de Mulhouse. Les prix des appareils varient de 120 à 285 fr. Les prix des piles varient de 3.55 à 4.25 et 5° la question est soumise à la commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

(*J. O.*, 15 février 1928.)

Association des Médecins de l'avant

(62, *rue Erlanger, Paris*)

Les emplois réservés médicaux aux médecins mutilés et réformés.

Comme suite au premier vœu présenté par l'Association des médecins de l'Avant aux Etats généraux de la France meurtrie, et qui avait été voté par le Congrès, demandant qu'il fût réservé aux médecins mutilés et réformés de guerre une proportion importante des emplois médicaux créés ou à créer dans les ministères, services publics et grandes administrations, nous avions fait de pressantes démarches auprès de M. le Ministre des Pensions pour qu'une mention spéciale fût insérée en faveur des emplois médicaux dans le projet du gouvernement en instance sur les emplois réservés que rapporte M. Chollet, député du Loiret ; M. Thoumyre, député de la Seine-Inférieure, s'était spontanément offert à présenter notre demande sous la forme d'un amendement au projet en question.

Dans une dernière conversation, le 25 février 1928, avec M. Lorain, chef de cabinet de M. le Ministre des Pensions, le bureau de l'Association des médecins de l'Avant, a cru devoir accepter, dans un but de haute solidarité envers les autres catégories de mutilés et réformés de guerre, de ne

pas déposer en séance un amendement qui pourrait retarder le vote du projet que l'on voudrait voir passer sans débat à la Tribune de la Chambre. Mais il a reçu l'assurance solennelle que l'amendement Thoumyre en faveur des emplois réservés médicaux sera soumis immédiatement pour avis à M. le Ministre des Pensions, et que notre vœu sera examiné avec la plus grande attention et avec le désir de donner aux médecins mutilés et réformés, la satisfaction légitime qu'ils demandent.

En effet, à l'heure où notamment de nombreux postes de médecins inspecteurs des écoles vont être créés pour l'Inspection des écoles réorganisée, il importe de faire reconnaître le principe des revendications des médecins mutilés que l'Association des médecins de l'Avant a posé depuis 1921 dans une série d'articles parus notamment dans le *Fanion médical* ; les médecins ont été mobilisés en tant que médecins ; mutilés et réformés de guerre, ils ont droit à des emplois réservés ; il est juste que les emplois qui leur seront attribués soient des emplois *médicaux*.

M. le Ministre des Pensions, par la voix de son distingué chef de cabinet, M. Lorain, nous a promis de soutenir les droits des médecins mutilés et réformés aux emplois réservés médicaux. Nous devons le remercier de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et nous pouvons donner à nos camarades médecins réformés l'espoir qu'ils obtiendront justice à très brève échéance.

Ici encore est démontré l'adage éternel que : l'Union fait la Force, même pour les médecins de l'Avant.

Le secrétaire général,
Dr R. DE MÉDEVIELLE.

CORRESPONDANCE

Fiscalité

198. — Amortissement du prix d'achat des automobiles.

Le 22 décembre 1927, j'ai écrit à M. le contrôleur pour lui demander les raisons du rehaussement. N'ayant pas reçu de réponse, j'ai adressé à M. le sous-préfet une demande en décharge pour ce supplément d'impositions, que je pense ne pas devoir.

Mais aujourd'hui, je reçois une note du contrôleur me disant « *que les raisons majeures qui ont motivé l'imposition supplémentaire se résument en ce fait que le Conseil d'Etat a décidé que l'amortissement des voitures automobiles ou du mobilier n'étaient pas admis pour l'établissement de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales* ».

Avez-vous connaissance de cette décision du Conseil d'Etat ?

Si elle est exacte, dois-je retirer ma demande en décharge ?

Si l'amortissement des autos ne doit pas être déduit, est-ce le prix d'achat ? Et dans quelles conditions ?

Il me paraît vraiment extraordinaire que, d'une façon ou d'une autre, une dépense de l'importance de l'amortissement d'une automobile ne doive pas entrer en ligne de compte.

Dr D.

Réponse.

L'avis du contrôleur vise probablement l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 10 août 1926, intervenu en matière d'impôt sur les traitements et salaires, mais applicable, à notre avis, à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, attendu que les dispositions de l'article 1er du décret du 17 janvier 1927 invoquées par le dit arrêt concernent indistinctement ces deux impôts cédulaires. D'ailleurs, l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 30 juin 1926 intervenu en matière d'impôt sur les bénéfices non commerciaux de nature différente, confirme la règle formelle que le revenu imposable est constitué par la différence *entre les recettes et les dépenses.*

Cependant, comme l'Administration avait, antérieurement à ces arrêts, admis seulement l'amortissement du prix des acquisitions importantes, elle considère que les arrêts sus-visés ne font qu'accorder une faculté au contribuable, lequel resterait libre de déduire en une seule fois le montant de l'acquisition, s'il ne préfère en pratiquer l'amortissement.

Nous vous conseillons d'adresser une requête (sous forme de lettre) au Directeur des contributions directes de votre département ou même au Directeur général des contributions directes du Ministère des Finances.

A. M.

240. — Déduction des frais de déménagement et d'installation.

1o Obligé de quitter mon appartement, le propriétaire résolu à démolir pour m'expulser, j'ai dû pour ne pas perdre le rayon de ma clientèle devenir acquéreur dans un immeuble en co-propriété de cinq pièces. J'ai dû faire des frais d'installation nouvelle après 28 ans d'exercice de la profession. Dans ces frais, quelle part puis-je mettre au compte de l'exercice de la profession et cette somme doit-elle venir en déduction de mes impôts en une année comme dépense professionnelle ou dois-je la faire figurer en plusieurs années (en combien) comme amortissement ?

Dr N.

Réponse.

Vous ne pouvez tenir compte que des frais

afférents au déménagement de votre mobilier ou matériel professionnel et de l'installation des locaux professionnels.

A. M.

---

96. — Les dons volontaires ne sont pas déductibles du revenu.

J'ai une enfant qui est mariée. Je lui donne, mais non d'une manière régulière, chaque trimestre, un subside pécuniaire.

Je ne suis engagé d'aucune manière à fournir ce subside qui d'ailleurs, ne figure pas au contrat de mariage.

Ce n'est donc pas à proprement parler une rente, puisque rien ne m'oblige à faire ces versements qu'il m'est arrivé de suspendre pour des raisons spéciales.

Je voudrais savoir si les sommes ainsi versées doivent obligatoirement être déclarées par moi au contrôleur des contributions pendant le mois de janvier.

Dr X.

Réponse.

D'après l'article 10 de la loi du 15 juillet 1914, instituant l'impôt général sur le revenu, sont seuls déductibles les arrérages de rentes payées à titre obligatoire.

Tel n'est pas votre cas ; vous n'avez donc pas à les déclarer et, évidemment, votre gendre n'aura pas à en faire état.

A. M.

194. — Les propharmaciens ne sont pas assujettis à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Comme propharmacien, et ne vendant qu'à ma clientèle, je suis exempt de la taxe sur le chiffre d'affaires. La chose ne fait pas de doute, plusieurs réponses ministérielles sont pleinement affirmatives à ce sujet.

Or, la semaine dernière, le receveur des indirectes me tint le propos suivant : « Vous avez beaucoup trop de choses dans votre pharmacie, vous n'avez le droit que de tenir les choses indispensables. Pour les autres, vous aurez à payer à l'avenir la taxe sur le chiffre d'affaires et estimez-vous heureux si on ne vous fait pas payer depuis que vous êtes propharmacien (soit près de 8 années).

Sur ma réponse que tous les médicaments étaient indispensables — suivant les cas — et que je le priais de m'indiquer ceux qui, à son avis, ne le seraient pas, ce fonctionnaire le prit de très haut et me répondit qu'il m'appartenait d'établir une liste des produits indispensables et des autres.

Naturellement je ne ferai pas de liste, estimant que la prétention de ce fonctionnaire est aussi ridicule qu'illégale.

J'ai tenu néanmoins à avoir votre avis pour être à l'abri d'une surprise et je vous prie de me le donner par la voie du *Concours*, pour permettre à des

Voir la suite page LXIII-761

PROPOS DU JOUR

A propos de l'Administration sanitaire de la France.

Le Sénat a consacré la plus grande partie de sa séance du 1er mars à la discussion des interpellations sur la Protection de la Santé Publique. Tous les orateurs, MM. Strauss, Louis Martin, les Dr Chauveau, Fernand Merlin et le Ministre de l'Hygiène, M. André Fallières, après avoir cité des faits et des statistiques qui ne font guère honneur à notre pays, ont conclu qu'il était nécessaire de combattre les fléaux sociaux dont au premier rang, l'alcoolisme et de protéger efficacement la santé publique. Cette manifestation purement oratoire aura-t-elle une conclusion pratique ? L'histoire sanitaire de notre pays et l'incohérence de l'organisation de notre Administration sanitaire nous permettent de rester sceptiques à cet égard.

***

La boutade d'un de nos meilleurs hygiénistes aujourd'hui disparu : « L'hygiène en France est une façade derrière laquelle il n'y a rien » a été tant et tant de fois répétée qu'elle est devenue en quelque sorte le plus banal des lieux communs. Cependant l'image n'est guère exacte. L'administration sanitaire de la France est plus qu'une façade et nous faisions cette réflexion en lisant le cours professé sur ce sujet à l'Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris (1) par notre très distingué confrère, le Dr Ott, inspecteur d'Hygiène du département de la Seine-Inférieure. Le Dr Ott est un vieil ami du *Concours médical* ; certains praticiens peuvent ne pas approuver toutes ses conceptions en matière d'hygiène sociale, mais personne ne saurait discuter la très grande compétence, le travail acharné auquel il s'est livré dans un des plus importants départements de France, et les progrès très intéressants, qui, grâce à lui, y ont été réalisés et que nous avons fait connaître à nos lecteurs, il y a quelques années.

Le Dr Ott, hygiéniste de carrière, est certes un des hommes qui connaît le mieux notre organisation, disons plutôt notre désorganisation sanitaire. Dans l'exposé magistral qu'il en a fait, il borne ses critiques à quelques observations très judicieuses et très modérées ; sa haute situation dans le monde officiel de l'hygiène l'y obligeait, et le lieu officiel où il faisait son cours (la Faculté de médecine de Paris) ne lui permettait pas de souligner des constatations trop cruelles. Mais le simple et clair exposé qu'il a fait en détails sur l'administration sanitaire de la France et les exemples qu'il a fournis de son fonctionnement, nous ont paru, à nous, qui nous sommes efforcé de le lire sans prévention, la condamnation la plus sévère du chaos que, par euphémisme, le Dr Ott qualifie d'administration. S'il n'y avait rien, comme on l'a prétendu, derrière la façade hygiénique, ce serait mieux ; il serait possible d'y aménager quelque chose de bien compris, de coordonné, d'harmonieux, d'utile et de pratique. Mais le malheur veut qu'il y ait quelque chose, et tout le monde sait que dans cette France qui bien à tort, jouit d'une réputation révolutionnaire, il est plus difficile de démolir que de construire et que le progrès se borne souvent à accommoder les restes les plus antiques et à gêner par des pièces nouvelles maladroitement rapportées, le fonctionnement d'une vieille machine déjà terriblement compliquée. Jugez-en.

En France, l'administration sanitaire telle que l'a accommodée au goût du jour la loi du 15 février 1902, n'est pas à proprement parlé une administration. Le ministère de l'Hygiène a eu une existence éphémère (du 21 janvier 1920 au 29 mars 1924). Ministres, préfets, maires, chacun dans son milieu, selon ses goûts, ses intérêts, sa compétence, son tempérament et ses caprices, applique ou non, suivant les circonstances, les prescriptions de la loi.

L'administration sanitaire centrale qui, dans les quatre années d'existence du Ministère de l'Hygiène, avait été quatre fois remaniée, comprend actuellement trois bureaux de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique au Ministère du Travail. Ces quatre bureaux sont le 4e bureau (hygiène sociale) ; 5o bureau (hygiène générale et salubrité publique) ; 6e bureau (défense sanitaire, prophylaxie des épidémies).

Le ministre peut utiliser les services de deux conseillers techniques sanitaires, hauts personnages du monde médical, qui sont doublés par deux conseillers techniques adjoints. Le ministre

(1) M. Ott. — Administration sanitaire de la France. (Masson et Cie, 1927.)

est en outre assisté par le *Conseil supérieur d'hygiène publique de France*, organisé par la loi du 25 février 1902, modifiée par celles du 29 janvier 1906, du 25 novembre 1908, du 19 décembre 1921, lois complétées par les décrets du 18 décembre 1902, du 20 avril 1909. L'on peut se rendre compte par cette énumération que la perfection n'a pas été sur ce point atteinte du premier coup.

Ce qui frappe dans les attributions de ce Conseil supérieur, c'est qu'il fait double emploi avec l'Académie de médecine, et que, dans sa composition, le nombre de personnages officiels qui l'encombrent, personnages, dont les hautes fonctions ne leur permettent pas de s'occuper d'hygiène, sont autant de poids morts qui ne permettent guère d'utiliser le Conseil. Parmi les 100 membres ou plus qui constituent le Conseil supérieur d'hygiène, il y a de tout, même quelques médecins et de rares hygiénistes. Comme il a été facile de prévoir que pareille assemblée ne pourrait être utilisée, on lui a adjoint 23 auditeurs destinés à faire des études, des enquêtes, remplir des missions, rédiger des rapports, en un mot à mâcher la besogne de ce minotaure dont, sans eux, la digestion serait trop lente et trop pénible. Quatre sections émanent du Conseil supérieur, une Commission permanente et trois sections qui se partagent le travail. Il faut croire que le premier ministre de l'Hygiène, M. Breton, trouva la machine du Conseil supérieur un peu lourde à manœuvrer, aussi il organisa à côté un Comité technique permanent (28 juin 1920) capable de le guider et de le renseigner rapidement, mais cette innovation fut supprimée le 15 février 1923, sans doute parce qu'elle donnait trop rapidement des solutions aux questions que lui posait le ministre.

Voilà pour l'administration centrale, qui, hâtons-nous de le signaler, ne peut rien sans les Commissions d'hygiène du Parlement (Chambre et Sénat) qui tiennent les cordons de la bourse et sont maîtresses de la situation.

L'administration sanitaire départementale est calquée sur la centrale. Le préfet est le chef de cette administration qu'il peut faire ou ne pas faire fonctionner selon ses goûts. Il est assisté d'un Conseil départemental d'hygiène et de commissions sanitaires de circonscription (le plus souvent d'arrondissement). Si le Conseil général lui en fournit les moyens, ce qui n'est pas la règle, le préfet peut se faire assister par un inspecteur départemental des services d'hygiène, c'est-à-dire par un médecin technicien compétent, Maître-Jacques à l'heure actuelle, dont les attributions sont irrégulièrement définies. Le médecin inspecteur d'hygiène est ou devrait être la cheville ouvrière de l'administration sanitaire départementale ; il doit s'occuper de tout : inspection des services, statistiques, hygiène générale, désinfection, lutte contre les épidémies, vaccine, laboratoire, service anticancéreux, inspection médicale des écoles, lutte antivénérienne, protection de la maternité et de l'enfance, pupilles de la Nation ; il doit servir d'agent de liaison entre toutes les associations, les ligues, les offices qui s'occupent de prophylaxie et l'administration, avec les communes et les bureaux d'hygiène. Or, depuis 1902 que la loi sanitaire existe, c'est-à-dire 26 ans, ce fonctionnaire absolument indispensable, qui doit se dévouer entièrement à l'énorme tâche qu'il a à accomplir, n'existe pas dans 34 départements, n'assure qu'imparfaitement le service dans 27 autres. Il n'y a donc que 29 départements sur 90, moins du tiers, qui soient réellement pourvus d'une organisation sanitaire.

D'ailleurs le Conseil départemental et les Commissions sanitaires ne se réunissent que pour donner des avis dont le préfet est libre de tenir compte ou de dédaigner selon sa fantaisie.

Passons à l'administration sanitaire municipale, ici le maire est souverain maître comme le préfet pour le département, avec cette aggravation, c'est que le préfet est sous la dépendance directe du Gouvernement, tandis que le maire ne relève vraiment que de ses électeurs.

La loi exige pour les villes de plus de 20.000 âmes et les communes de plus de 2.000 habitants, sièges d'un établissement thermal, la constitution d'un bureau d'hygiène, c'est-à-dire, selon les termes de la loi, « d'un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la loi ». Un laboratoire d'hygiène doit être annexé au bureau. Le Conseil municipal doit fournir les moyens de l'organisation de ces institutions ; en cas de carence du Conseil, le préfet peut faire pourvoir à ces créations par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Il semblerait que la direction d'un bureau d'hygiène devrait être confiée à un médecin. Il n'en est rien et les maires peuvent se livrer à toutes les fantaisies. Il y a des architectes, des agents-voyers, même des pharmaciens qui dirigent des bureaux d'hygiène. Cependant le maire ne peut les nommer qu'en les choisissant sur une liste dressée par le Conseil supérieur qui constate la valeur des titres que produisent les candidats. Le directeur du bureau d'hygiène est un employé municipal dont le maire est le maître absolu.

Il a dans ses attributions la prophylaxie et la statistique des maladies transmissibles, la désinfection, les vaccinations, la salubrité des hôtels et logements garnis, les permis de construire, l'assainissement des demeures insalubres, la surveillance des eaux d'alimentation, des fosses d'aisances, le casier sanitaire des immeubles, l'assainissement général, le contrôle des distributions publiques d'eau potable, celui des égouts, la carte sanitaire, l'état civil, l'hygiène de l'enfance, l'hygiène scolaire, l'hygiène alimentaire (abattoirs, marchés, etc.), la police sanitaire des animaux, la surveillance des établissements insalubres, celle de la prostitution pour la prophylaxie des maladies vénériennes.

A côté des bureaux d'hygiène rendus obligatoires par la loi, il peut s'en créer de facultatifs. Mais il n'en existe que deux en France : Arcachon et Fécamp ; ce qui montre l'intérêt que portent à l'hygiène les municipalités de villes ayant moins de 20.000 habitants.

Telle est l'administration sanitaire de la France.

Pour indiquer comment elle fonctionne, M. Ott a choisi deux exemples de procédure administrative : 1° la procédure d'assainissement d'un immeuble insalubre et 2° l'assainissement obligatoire, en vertu de l'article 9 de la loi de 1902, d'une commune dont la mortalité a dépassé, pendant trois ans consécutifs, le chiffre de la mortalité moyenne de la France. La lenteur de ces procédures, le nombre des enquêtes, des contre-enquêtes, des mises en demeure, etc., font que, si les maires et les intéressés y mettent de la mauvaise volonté, il est impossible d'aboutir. Tout cela semble plus fait pour garantir les propriétaires des immeubles insalubres et les municipalités de ville malsaines contre l'initiative administrative que pour contribuer à protéger la santé publique. Depuis 1902, la procédure pour l'assainissement d'une ville insalubre a abouti *une seule fois*, ce fut pour la ville de Privas et l'arrêté du 16 juillet 1908, appliquant la loi et signé Clemenceau, est cité comme un document unique.

Dans les chapitres organisant l'administration sanitaire en France, nous cherchons la place qui est laissée à la collaboration du médecin praticien. Il y en a deux, deux faites dans le grand Conseil supérieur de plus de cent membres où l'Union des Syndicats médicaux et l'Association générale des médecins de France ont chacune un représentant. Nous savons bien que dans les départements où l'administration sanitaire est vraiment organisée, où le préfet laisse à l'inspecteur départemental de l'initiative et de l'autorité, cette collaboration parvient à s'établir tant bien que mal puisqu'elle est précaire. Le Dr Ott nous en a donné la preuve en Seine-Inférieure. Il en est de même dans les villes où un maire intelligent sait s'assurer la collaboration d'un directeur de bureau d'hygiène qui est réellement un hygiéniste, mais n'est-il pas navrant que la préservation de la santé publique dépende en France de la bonne volonté d'un préfet ou des caprices d'un maire, à qui la popularité ne confère ni l'intelligence ni la compétence en matière d'hygiène ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

REMARQUES AU SUJET DE L'ÉVOLUTION DE LA DENTITION

L'évolution de la dentition, même en conditions physiologiques, n'est soumise à aucune loi. Le stade de début, correspondant à la première dentition et le stade répondant au processus de substitution des dents permanentes aux dents temporaires sont essentiellement variables dans leurs durées d'un sujet à un autre.

On admet que normalement :

1° Les dents de lait apparaissent du 6e au 8e mois et que leur évolution est terminée entre 2 ans 1/2 et 3 ans, l'ordre d'éruption étant le suivant :

6 à 8 mois.....	4 incisives centrales
7 à 12 mois....	4 incisives latérales
12 à 18 mois....	4 première molaires
16 à 24 mois....	4 canines
24 à 36 mois....	4 secondes molaires

2° Les dents de remplacement, permanentes, sont échelonnées d'années en années :

à 6 ans .... 4 premières grosses molaires et 4 incisives centrales
à 7, 8 ans .... 4 incisives latérales
à 9, 10 ans ...... 4 premières petites molaires
à 10, 11 ans .... 4 deuxièmes petites molaires
à 11, 12 ans ..... 4 canines.
à 12 ans .... 4 deuxièmes grosses molaires
à 15, 30 ans et plus .... 4 troisièmes grosses molaires

Le Dr Maxyet a donné les schémas chronologiques ci-dessous :

I. Dents temporaires.

		Incisive centrale	Incisive latérale.	Canine	Prémolaire	Molaire
Demi-mâchoire supérieure	Ordre	2.	3	7	5	8
	Mois	8	9	18	12,13	24,26
Demi-mâchoire inférieure	Ordre	1	4	7	6	8
	Mois	7	11	18	12,13	24,26

II dents permanentes.

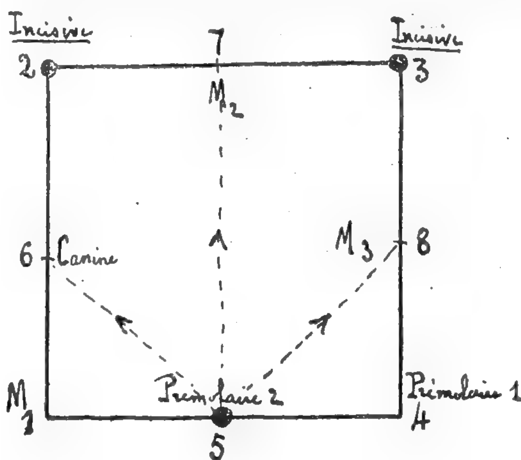
	Inc. cen.	Inc. lat.	Can.	1 prémol.	2 prémol	1 mol.	2 mol.	3 mol.
Ordre	2	3	5	4	5	1	7	8
Ans	7	8,8 1/2	12	10,11	12	6	12,14	19,25

(valable pour les deux demi-mâchoires).

Avec de l'habitude, on retient assez facilement des schémas analogues, d'autant plus qu'il est extrêmement fréquent d'avoir à donner son avis sur l'éruption dentaire d'un enfant. Nous avons pu rendre quelques services dans certaines familles même, en indiquant un moyen mnémonique simple, rapide, permettant de retrouver ces schémas : il nous a semblé utile de le communiquer ici.

Imaginons un carré parcouru dans le sens des aiguilles d'une montre et numérotons les sommets, puis les milieux des côtés : 1, 2, 3, 4 puis 5, 6, 7, 8 en commençant par le sommet de gauche correspondant au côté du carré, que l'on peut appeler inférieur par rapport à son côté opposé qui est tout naturellement son côté supérieur. Cela étant, on en déduit l'évolution de la dentition dans ses deux stades, pour chaque demi-mâchoire.

I Dentition



II Dentition

I. Première dentition.

1° Ordre d'apparition.

Les 4 incisives occupent les 4 sommets du carré dans l'ordre :

1, Incisive méd. Inférieure sur le côté Inférieur ;
4, Incisive latér. Infér. sur le côté Inférieur ;
2, Incisive méd. Supér. sur le côté Supérieur ;
3, Incisive latér. Supér. sur le côté Supérieur ;

viennent ensuite les prémolaires :

5, Prémolaire Inférieure sur le côté Inférieur ;
6, Prémolaire Supérieure.

et enfin les Canines qui occupent les deux points de division du Carré.

7, **C**anine **S**upérieure sur le côté **S**upérieur ;
8, **C**anine **I**nférieure.

(reste la **M**olaire, elle peut être figurée en M, **Mi**lieu du carré) ;

2° Date d'apparition.

Les dates d'apparition des dents ,1, 2, 3, 4, sont obtenues en mois en prenant le nombre qui les suit dans le parcours du carré : 6, 7, 8 qui suivent 1, 2, 3 sont les époques d'apparition de ces dents (auxquelles on peut ajouter 1 mois) ; 5 qui suit 4 ne pouvant évidemment représenter la date d'apparition de cette incisive, pas plus d'ailleurs que 5 + 1, on ajoutera à 5, le nombre suivant 6 ce qui donne 11.

Les dates d'apparition des dents 5, 6, 7, 8, s'obtiennent en ajoutant à chacun de ces chiffres les deux suivants dans le parcours du carré pour :

5...... $5 + 1 + 6 = 12$
6...... $6 + 2 + 7 = 15$
7...... $7 + 3 + 8 = 18$
8...... $8 + 4 + 5 = 17$

Enfin, la **M**olaire apparaît à une date égale à la somme des chiffres des **M**ilieux des côtés du carré : $5 + 6 + 7 + 8 = 26$.

***

II. **Dentition.**

1° Ordre d'apparition.

Lors de la deuxième dentition, les dents correspondantes apparaissent en même temps aux deux mâchoires, ce qui revient à supposer que, dans la figure précédente 1 et 2 ainsi que 4 et 3 se confondent, supprimant ainsi la dénomination de « côté inférieur » n'ayant plus raison d'être, on pourrait dire qu'il s'agit ici d'une dentition d'ordre « Supérieur » (le point 5 subsistera tel quel, répondra encore à une prémolaire).

Les sommets 2 et 3 répondent donc aux Incisives médiane et latérale.

Si on se souvient que 6 est occupé par la canine toutes les autres dents sont aisément placées ; elles occupent les sommets libres 1, 7, 8, 4, 5, dans l'ordre naturel, première molaire, deuxième molaire, troisième molaire, première prémolaire, deuxième prémolaire (sens de parcours du carré).

2° Date d'apparition.

Les dates d'apparition — ici en années — des dents 1, 2, 3, 4 s'obtiennent comme dans le cas de la première dentition.

Ajoutant à 5, les chiffres 6, 7, 8 , on obtient successivement 11, 12, 13 années approximatives d'apparition des dents 5, 6, 7. Enfin, en ce qui concerne la troisième molaire numérotée 8, il suffit de faire la somme $5 + 6 + 7 + 8 = 26$ ou simplement $8 + 7 + 6 = 21$ laissant de côté le chiffre 5.

Dr Lambolez (Nancy).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

M. le Pr F. Terrien.

La vision du strabique.

Nous devons aujourd'hui, à propos de deux malades particulièrement intéressantes, étudier le mode de vision du strabique.

Le sujet est loin d'être épuisé, et récemment encore, à la Société française d'ophtalmologie, M. Onfray insistait sur la pathogénie du strabisme. Buffon avait déjà remarqué que lorsqu'un individu louche, l'œil dévié a généralement une vision très mauvaise, il est amblyope.

On discute sur la réalité de cette amblyopie ou sur sa causalité. Pour certains auteurs, l'amblyopie est congénitale, antérieure au strabisme et cause de la déviation ; il est donc inutile d'essayer de l'améliorer.

Au contraire, l'opinion généralement admise est celle de l'amblyopie *ex anopsia*, par défaut d'usage ; l'œil dévié a perdu l'habitude de voir, et on peut, par le travail, par les exercices, remonter l'acuité visuelle.

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 16 décembre 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

La réalité de l'amblyopie *ex anopsia* n'est pas douteuse, tout au moins dans certaines observations. Souvent cette amblyopie peut être améliorée. La question de l'existence de l'amblyopie *ex anopsia* n'a pas seulement un intérêt doctrinal. Si elle existe réellement, nous devons faire tous nos efforts pour l'améliorer, pour traiter le strabisme.

Quand on examine un strabique, on constate qu'un œil fixe et que l'autre ne fixe pas : il est dévié en dedans, c'est le strabisme convergent, ou en dehors, c'est le strabisme divergent. C'est là tout le strabisme au point de vue objectif.

Mais, de plus, l'œil dévié ne voit pas, soit parce qu'il fait abstraction de l'image, la neutralise, soit parce qu'il ne peut pas voir. C'est ce qui arrive chez ces deux malades qui louchent, l'une en dedans, l'autre en dehors. La plus jeune a, de l'œil droit, une acuité de 1/10, qui n'a pu être améliorée.

Donc, dans le strabisme, il y a deux choses :

la déviation et l'absence de vision, soit momentanée, simplement lorsque les deux yeux sont ouverts, l'œil dévié, ou mieux le centre visuel, neutralisant l'image, soit d'une façon permanente, parce que l'œil dévié ne voit pas. Est-ce une amblyopie congénitale, ou est-ce une amblyopie qui s'est développée peu à peu par défaut d'usage, *ex anopsia* ?

Nous devons nous contenter de rechercher les caractères de cette amblyopie, en attendant que l'examen anatomique permette de trouver dans la macula, dans les fibres rétiniennes, de prétendues lésions démontrant la réalité de l'amblyopie congénitale, qui semble ne pas exister, quoi qu'on ait dit.

C'est une amblyopie en quelque sorte centrale, parce que dans l'amblyopie strabique la vision centrale est abolie ou considérablement diminuée mais le champ visuel est normal ou à peu près. C'est là une différence considérable avec les amblyopies pathologiques, qui ne touchent pas toujours la totalité de la vision,peuvent se limiter aux parties latérales, mais dans lesquelles le champ visuel est toujours plus ou moins rétréci.

Dans l'amblyopie strabique, l'amblyopie est centrale, et se manifeste par une diminution plus ou moins considérable de la vision centrale de l'œil dévié qui peut être de 1/10, 1/3, 1/6 et même 1/100, c'est-à-dire abolie presque complètement. Mais le champ visuel est normal en général.

La vision centrale est conservée du côté qui fixe, normale ou à peu près.

Cette diminution de la vision centrale de l'œil dévié varie avec les modalités du strabisme.

Si le strabisme est alternant, en général il n'y a pas d'amblyopie. D'ordinaire,en effet, le strabisme se développe deux ou trois ans après la naissance, et commence par être alternant. Il y a un trouble de la vision binoculaire. C'est tantôt un œil, tantôt l'autre, qui se dévie. Le strabisme est toujours bilatéral. Il paraît unilatéral, mais si on ferme l'œil qui n'est pas dévié, on voit l'œil dévié se redresser, alors que l'œil masqué s'est dévié à son tour. Le strabisme est donc toujours bilatéral et s'il ne le paraît pas, c'est que la déviation s'est localisée sur un œil.

Cette amblyopie est presque toujours une amblyopie acquise, puisqu'elle ne se développe pas ou plus rarement lorsque le strabisme demeure alternant. Il en résulte qu'avant d'opérer les enfants strabiques, il faut entretenir l'alternance, le passage du strabisme de l'un à l'autre œil, pour empêcher l'amblyopie de se développer.

L'amblyopie est en effet beaucoup plus rare dans le strabisme alternant. Si vous consultez la thèse de M. Puccinelli, vous verrez que, sur 21 observations de strabismes alternants ou intermittents, 19 fois l'acuité visuelle était normale des deux côtés. 2 fois, elle était inférieure à 1, mais la même aux deux yeux.

De même, sur 100 observations que j'ai pu relever de strabismes alternants ou intermittents, l'acuité visuelle était normale sur les deux yeux de 88 malades. 12 fois, l'acuité était diminuée d'un côté, ne mesurant parfois que 1/20.

Lorsque l'acuité visuelle est très mauvaise d'un œil, on trouve, soit une amétropie considérable, c'est-à-dire une hypermétropie, ou un astigmatisme, ou une myopie forte, soit des taies de la cornée.

Donc, chez les strabiques alternants, le plus souvent il n'y a pas d'amblyopie. Au contraire, lorsque le strabisme est fixé sur un œil, l'amblyopie existe presque toujours, et elle est d'autant plus accentuée que l'œil dévié est plus amétrope.

Enfin, il faut tenir compte aussi de l'âge d'apparition du strabisme. Uhthoff, sur 25 observations, trouve que, lorsque le strabisme est apparu dans la première année l'acuité visuelle de l'œil dévié dépasse rarement 1/10. Au contraire, lorsqu'il apparaît tard, l'acuité est supérieure et l'amblyopie se développe moins facilement.

Dans la thèse de M. Puccicnelli, sur 15 observations de strabismes apparus avant 2 ans, 13 fois l'acuité visuelle était inférieure à 1/10, 2 fois seulement supérieure à 1/10.

Sur 26 observations de strabisme apparu au cours des deux premières années, j'ai noté 2 fois une acuité visuelle de 1/2 ou 2/3, chez des sujets de 7 à 8 ans.

Au contraire, lorsque le strabisme apparaît tard, vers 3 ou 4 ans, l'amblyopie est l'exception.

Dans la thèse de Puccinelli, 9 fois sur 14 cas, l'acuité visuelle est supérieure à 1/2. Sur 66 observations personnelles, j'ai trouvé 45 fois l'acuité visuelle oscillant de 1/2 à 1/3 ou 1/4 ; 21 fois, très inférieure, mais il y avait presque toujours alors des lésions concomitantes.

En somme, l'acuité visuelle est d'autant plus mauvaise que le strabisme s'est développé plus tôt. Ceci montre que cette amblyopie est vraisemblablement due au défaut d'usage, qu'elle est la suite du strabisme.

C'est avant tout une amblyopie centrale, à la différence des amblyopies par lésion de la rétine ou du nerf optique, qui s'accompagnent toujours d'altération du champ visuel. Dans l'amblyopie strabique, on trouve presque toujours un scotome central qui oscille entre 3° et 5°, et qui est quelquefois difficile à rechercher. Le moyen le plus commode est l'emploi du stéréoscope, soit celui de Heitz soit celui de Pigeon, qui donne un champ plus étendu.

On peut aussi employer le périmètre, en neutralisant, par un verre rouge l'image vue par le bon œil.

Il y a cependant quelquefois des altérations du

champ visuel périphérique ; voici un cas de strabisme convergent avec une amblyopie considérable, dans lequel on trouvait, comme vous pouvez le voir sur le schéma, des altérations du champ visuel très étendues. C'est l'exception.

Ce qui n'est pas rare, c'est une petite limitation périphérique du champ visuel, portant sur l'extrémité du méridien horizontal, et en rapport avec la variété du strabisme. Généralement, le rétrécissement porte du côté dévié ; si le strabisme est convergent, il y a une légère limitation du champ visuel du côté nasal ; si le strabisme est divergent, une légère diminution du côté temporal. Il y a quelquefois des limitations du champ visuel du côté opposé, lorsque la déviation ne dépasse pas 10° ou 12°. Cela résulte de la non concordance des images rétiniennes. Ceci est intéressant au point de vue de la pathogénie de l'amblyopie *ex anopsia*.

A côté de ces symptômes fondamentaux, la déviation de l'œil et l'absence de vision centrale, il faut noter d'autres symptômes concomitants, quelques-uns positifs, le plus grand nombre déficients.

Tout d'abord, dans l'amblyopie strabique, ce qui est intéressant, c'est l'intégrité des réflexes lumineux de la pupille. Fait intéressant, parce que, toutes les fois qu'il y a des altérations de la macula, les réflexes pupillaires sont le plus souvent troublés. Cette notion permet de déjouer les simulateurs ou de reconnaître les pithiatiques.

Le fond de l'œil est tout à fait normal. Exceptionnellement, on a insisté sur la diminution de coloration de la papille qui est moins rosée chez les strabiques, mais on sait que les blonds ont une papille plus pâle que les bruns, de sorte qu'il ne faut pas y attacher d'importance.

Ce qui est intéressant, c'est l'intégrité du fond de l'œil et l'intégrité des réflexes de la pupille. c'est enfin, l'unilatéralité de l'amblyopie, avec quelques réserves, car le strabisme est souvent lié à des amétropies et si l'œil qui fixe est également très amétrope, l'acuité visuelle n'est pas toujours normale.

Parmi les symptômes positifs, à côté du signe capital, la déviation de l'œil, il existe souvent une amétropie plus accentuée du côté dévié que de l'autre côté, ou des taies de la cornée du côté dévié.

Le traitement sera d'autant plus efficace que l'amblyopie aura été plus tardive. Lorsqu'elle est apparue après 3 ans, il est rare qu'elle soit très accentuée, et on a d'autant plus de chances de l'améliorer. Le traitement réussit mieux lorsque le champ visuel est normal, lorsque l'amétropie n'est pas très considérable, lorsqu'il n'y a pas de lésions concomitantes du fond de l'œil ou de la cornée.

Donc, nous devons toujours, dans les cas favorables, essayer de les améliorer. Le traitement réside dans les exercices de l'œil dévié. Souvent on se contente de fermer le bon œil pour obliger l'œil dévié à voir. Chez les tout jeunes enfants, on ne peut pas faire autre chose, mais chez les enfants plus âgés, ce n'est peut-être pas une bonne méthode, sans compter qu'elle est très pénible. Ce qui est le plus important ce sont l'intensité de l'exercice, le désir du sujet de réussir, et des exercices de courte durée. Souvent, si on recommande à un sujet de faire un effort, de chercher à mieux voir, dans l'espace de cinq minutes on fait monter l'acuité visuelle de 3 ou 4 dixièmes. L'isolement des lettres est encore un moyen capable d'aider au redressement de la vision et à l'amélioration de l'amblyopie strabique.

Cette amblyopie n'est donc pas toujours congénitale, puisqu'elle peut être améliorée par l'exercice. Il est d'ailleurs très difficile, si on admet une amblyopie congénitale, d'expliquer l'absence constante de symptômes ophtalmoscopiques, l'intégrité des réflexes pupillaires, et l'amélioration possible.

Evidemment, l'amélioration n'est pas constante D'abord, il y a des cas où l'amblyopie n'est pas *ex anopsia*, mais où elle est due à des lésions de la cornée ou du fond de l'œil. On a exagéré l'importance des hémorragies rétiniennes. On a dit que les strabiques sont surtout des strabiques convergents. S'il s'agissait d'une amblyopie par défaut d'usage, l'œil devrait être dévié en dehors, car c'est la position de repos. Mais nous savons que le strabisme convergent est dû à une exagération du réflexe de convergence. Il suffit souvent d'une très petite taie de la cornée pour déterminer la déviation et l'amblyopie. Au contraire, nous voyons tous les jours des individus qui ont des taies quelquefois très étendues de la cornée, et dont l'acuité visuelle est très supérieure à celle de strabiques ayant une taie beaucoup moins accusée.

Dans l'ensemble, il semble bien que très souvent l'amblyopie doit être rapportée au défaut d'usage.

Notre première malade a commencé à loucher à 12 ans. On l'a opérée, et à la suite de cette opération elle serait devenue amblyope ; mais le réflexe pupillaire est aboli du côté dévié et à l'examen du fond de l'œil, on constate une atrophie post-névritique. C'est donc une déviation d'origine probablement méningée.

Notre seconde malade a commencé à loucher à l'âge de 18 mois, mais le strabisme est apparu à la suite de convulsions et a débuté par une paralysie du droit externe. Dans l'extrême limite du mouvement d'abduction, il se fait, vous le voyez, des secousses nystagmiformes. Cette variété de strabisme, consécutif à une paralysie musculaire, s'observe plus souvent qu'on ne le croit.

En somme, contrairement à certains auteurs qui ont nié sa réalité, l'amblyopie *ex anopsia* existe. On peut donc améliorer les sujets atteints de strabisme par le travail. Chez les strabiques, nous devons prévenir l'amblyopie *ex anopsia*. Chez les jeunes sujets, tant que l'alternance se maintient, il n'y a pas à intervenir. Si, au contraire, le strabisme commence à se fixer, on prescrira l'atropine, 2 ou 3 fois par mois, en instillations dans l'œil qui fixe, à condition que l'œil dévié ne présente pas de lésions ou ne soit pas trop amétrope, car dans ce cas on n'obtiendrait pas de résultats et on pourrait exagérer le strabisme.

Plus tard, il faut lutter contre l'amblyopie par les exercices. Lorsque l'enfant est devenu en âge de travailler et de porter des verres, si la déviation ne tend pas à disparaître, car le strabisme convergent, tend à disparaître plus tard, on peut intervenir chirurgicalement.

CORRESPONDANCE

A propos de son travail sur la tuberculose, paru dans le N° 8 bis, du 22 février dernier, M. le Dr Vaudremer nous adresse la lettre suivante dont il nous demande l'insertion dans le Concours Médical :

28 février 1928.

Cher confrère,

Je viens vous demander d'ajouter un erratum à mon article du 22 février :

Page 532, 1re colonne, cinquième avant dernière ligne, rétablir le texte ainsi :

« A l'occasion de cette mort, Taillens a fait une critique *d'un article du professeur Calmette*, paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur...* »

Les mots soulignés, tombés du marbre, faussent complètement le sens de la phrase.

En outre, une confusion bibliographique m'a fait commettre une erreur dans l'ordre chronologique des travaux faits sur la tuberculose transplacentaire.

La première communication a été faite à l'Académie des Sciences le 19 octobre 1925 par M. A. Calmette. Et la seconde, par M. Arloing, le 9 novembre de la même année.

M. Calmette a donc la priorité, et j'ai le devoir de le reconnaître.

Recevez.....

VAUDREMER.

ANGIOMES ET NEIGE CARBONIQUE (1)

La cryothérapie est un traitement de choix des angiomes plans, des angiomes saillants, des angiomes stellaires et des points rubis.

Par le Dr LÉVY (de Reims).

Définition des nævi. — Les nævi sont des malformations cutanées, généralement congénitales, affectant la forme de taches persistantes ou de tumeurs, et constituées par l'hyperplasie d'un ou plusieurs éléments normaux de la peau (Cette définition répond plus à la vérité que celles que l'on propose généralement, définitions trop larges (Brocq, Gaucher) ou trop absolues (Darier, Dubreuilh).

Variétés de nævi. — Cette définition laisse soupçonner les différentes variétés de nævi. On distingue, en effet, suivant la nature de l'élément hyperplasié (ou principalement hyperplasié, car les formes pures sont rares) : les nævi tubéreux ou charnus, les nævi kératosiques, les nævi pileux, les nævi pigmentaires, les nævi vasculaires et les nævi glandulaires (sébacés et sudoripares).

Nævi vasculaires sanguins ou angiomes. — Considérons les nævi vasculaires. Suivant que l'hyperplasie porte sur les vaisseaux sanguins ou sur les vaisseaux lymphatiques, on a affaire soit aux hémangiomes ou nævi vasculaires sanguins ou angiomes tout court, soit aux lymphangiomes ou nævi vasculaires lymphatiques.

On divise les angiomes eux-mêmes en angiomes plans (taches, rose, rouge, ou violet-bleuâtre, vulgairement appelées taches de vin), angiomes saillants ou tubéreux (masse de capillaires sanguins de couleur violacée, dont la saillie s'exagère parfois avec les efforts et les cris, et qui frappent souvent la face du nouveau-né), angiomes stellaires (taches rouges ponctiformes d'où rayonnent des arborisations vasculaires rappelant les pattes d'araignée) et points rubis (ou nævi ponctiformes.

Dans quels cas faut-il traiter les angiomes ? Il faut tenter de les faire disparaître :

1° Quand intervient la question d'esthétique ;

2° Quand l'angiome croît rapidement ;

(1) *Union médicale du Nord-Est*, octobre 1927.

3° Quand l'angiome saigne au moindre traumatisme.

A quel âge faut-il traiter les angiomes ? — L'expérience montre que plus un angiome est jeune, plus il est sensible à nos traitements et plus on a de chances de le guérir avec une cicatrice infime, parfois même sans cicatrice. (Nous avons traité avec succès un angiome de la paupière inférieure d'un nourrisson de 7 semaines.)

Différents traitements des angiomes. — Tout ce qui détruit peut guérir l'angiome. On a, en effet, employé avec succès : l'ablation chirurgicale, l'électrolyse, l'électrocoagulation, le thermocautère, le galvanocautère, les rayons X, le radium, la neige carbonique, la photothérapie, etc. La cryothérapie (traitement par la neige carbonique) doit être placée, à notre sens, en tête de ces diverses méthodes, à cause de son innocuité, de l'indolence de ses applications, de son prix de revient faible et de la beauté des résultats obtenus.

En quoi consiste la cryothérapie ? — Le froid produit sur les tissus des actions variées que Lortat-Jacob divise en trois catégories, selon le degré d'application :

a) Action congestive ;

b) Action thrombosante (c'est celle qui nous intéresse ici) ;

c) Action escharotique.

On utilise en cryothérapie le froid produit par la neige carbonique qu'on obtient par détente brusque de l'acide carbonique liquide contenu dans des cylindres à la pression de 50 atmosphères. La température obtenue est de 80° au-dessous de zéro (—80°). On n'utilise plus guère les crayons de neige carbonique fabriqués en comprimant dans des moules creux la neige carbonique recueillie dans un sac en peau de chamois. Leurs inconvénients sont évidents (friabilité du crayon, contact imparfait avec les tissus — à cause de la caléfaction (1), — opération septique). On emploie plus généralement des tubes métalliques où l'on fait un mélange pâteux d'acétone et de neige carbonique ; un ressort, joint à ce tube, donne la pression exercée. Il existe aujourd'hui de parfaits cryocautères à chargement direct et à détendeur central ; les pointes en cuivre rouge sont de formes variées suivant la surface à traiter ; le chargement en est très simple.

(1) Interposition d'une couche gazeuse entre les tissus et la neige carbonique, empêchant le contact parfait et diminuant ainsi la puissance caustique.

Application. Soins consécutifs. — Après avoir choisi la pointe convenable et l'avoir adaptée à l'appareil, on charge celui-ci et on commence l'application.

Trois facteurs sont à considérer :

1° La température. Elle est constante (— 80°) quelle que soit la quantité d'acétone ;

2° La pression exercée sur la lésion. On la lit sur l'appareil qui est gradué. Elle va de 0 à 2 k. ;

3° La durée de l'application varie de 10 à 40 secondes.

L'application est pratiquement indolore. Le petit jeton blanc qui montre la congélation des tissus touchés disparaît en quelques minutes ; la lésion évoluera comme une brûlure (phlyctène, croûte) et tout sera rentré dans l'ordre au bout d'une douzaine de jours. Il est sage de tamponner les régions traitées, pendant quelques jours, avec un antiseptique ; nous employons dans ce but le néol au 1/5. Nous n'avons jamais observé le moindre incident. Le nombre de séances bimensuelles varie généralement de 2 à 8.

Résultats. — A. *Dans les angiomes tubéreux ou nævi vasculaires saillants*, le résultat est d'autant meilleur, nous l'avons déjà dit, que l'angiome est plus petit et plus jeune. Le radium, les rayons X et l'électrolyse (piqûres monopolaires négatives) sont de très bons traitements de ces angiomes, mais c'est le grand triomphe de la cryothérapie.

B. *Les angiomes plans* sont plus rebelles aux traitements. Là surtout il faut agir de bonne heure. Le radium et les rayons X donnent, dans ces nævi, de moins bons résultats que dans les angiomes tubéreux. On les attaque parfois au galvano et à la lampe type Kromayer. Ils sont très nettement influencés par la cryothérapie, mais plus lentement que les nævi saillants.

C. La neige carbonique fait disparaître les *angiomes stellaires* aussi bien que le galvanocautère au rouge sombre ou que l'aiguille électrolytique.

D. Il en est de même des *points rubis* qui disparaissent en une application de la pointe fine du cryocautère.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le rôle nouvellement accordé au bacille diphtérique dans la genèse des broncho-pneumonies.

D'après le Pr Dufourt, il n'y a qu'un procédé précis pour étudier la flore microbienne des broncho-pneumonies : c'est la ponction des foyers broncho-pulmonaires pendant la vie ; et c'est ainsi que l'auteur n'a constaté du poly-microbisme que dans 20 % des cas ; pour lui, la broncho-pneumonie reste ainsi une affection monomicrobienne, et les germes qui lui donnent naissance peuvent presque toujours s'inscrire parmi les trois suivants : pneumocoque en premier lieu, treptocoque et entérocoque en proportion à peu près équivalente et en second lieu.

Utilisant d'autres procédés (ensemencements d'autopsie, examens du rhinopharynx), d'autres chercheurs viennent d'accorder une véritable place d'honneur au bacille de Löffler. Ce qu'il y a d'exact, c'est que l'association de la diphtérie et de la grippe est toujours grave et augmente le taux de la mortalité. Jamais, dans le passé, aucun auteur n'a incriminé dans la genèse des broncho-pneumonies le bacille diphtérique, sauf dans les cas où il y avait diphtérie confirmée. Le fait d'isoler ce bacille dans les poumons à l'autopsie ne permet pas d'affirmer que ce germe a causé les lésions broncho-pulmonaires, mais seulement qu'il existait pendant les derniers jours de la vie dans le rhinopharynx et qu'il a pu descendre durant la période agonique dans les bronches.

En réalité, il faut absolument distinguer deux choses, qui paraissent mélangées dans les publications récentes : le rôle du bacille de Löffler comme agent créateur des lésions broncho-pulmonaires, et le rôle intercurrent toxique de ce bacille chez des porteurs de germes, qui font une broncho-pneumonie banale.

Dufourt n'admet pas que le bacille soit par lui-même, à titre isolé, l'agent créateur de broncho-pneumonie, sauf peut-être chez des sujets atteints de diphtérie pseudo-membraneuse des voies respiratoires profondes. Les examens bactériologiques ont montré que, dans les broncho-pneumonies des diphtériques, lorsqu'on note le bacille de Loeffler, il y a de façon presque constante un autre germe, celui-là sûrement actif, streptocoque ou pneumocoque notamment.

Par contre, il est fort admissible que, chez des enfants atteints de coryza diphtérique méconnu, éclatent des broncho-pneumonies dues à des germes autres que le bacille de Loeffler, broncho-pneumonies qui ont une allure, une évolution plus redoutabe, une léthalité plus grande — l'intoxication diphtérique, plus ou moins latente de ces sujets, prenant, du fait de l'apparition d'une infection intercurrente, une vigueur nouvelle.

Se basant sur la fréquence du Loeffler, on a proposé d'appliquer aux broncho-pneumonies en général, et particulièrement aux broncho-pneumonies grippales et rubéoliques, un traitement mixte sero et vaccinothérapique opposé au Loeffler et aux multiples germes qui opéreraient avec lui. Le vaccin préconisé, lysat-vaccin antidiphtérique, est d'une grande complexité, et ne suffit pas à lui seul, puisqu'il faut lui associer la sérothérapie antidiphtérique.

Cependant si le rôle du bacille de Loeffler dans les broncho-pneumonies a été démesurément exagéré, il n'en est pas moins vrai qu'à l'occasion de certaines épidémies, dans certains milieux particulièrement infectés, le bacille diphtérique doit pouvoir surajouter son effet toxique à celui de n'importe quelle autre infection, y compris les broncho-pneumonies.

Quant au rôle heureux des injections préventives de sérum antidiphtérique chaque fois que l'on a des raisons de lutter contre l'infection latente ou avérée du bacille de Loeffler dans les milieux hospitaliers, c'est un point qu'il n'y a pas lieu de discuter et qui, depuis longtemps, a fait ses preuves. (*Lyon médical*, 24 juillet 1927.)

Les encéphalopathies post-vaccinales et leur pathogénie.

MM. Voizard et Baize rappellent que, depuis quatre ou cinq ans, on a signalé à plusieurs reprises, dans différents pays d'Europe, une complication nouvelle de la vaccination antivariolique, consistant en troubles encéphalo-myélitiques souvent graves, survenant dix à douze jours après l'inoculation cutanée du vaccin jennérien.

Près de 130 cas ont été enregistrés jusqu'à présent ; les uns admettent la vaccination jennérienne à titre de cause occasionnelle, favorisant l'éclosion d'une encéphalite léthargique, ou d'une autre infection, auparavant latente ; mais la chose est peu probable. Les autres la regardent comme la cause réelle, efficiente de l'encéphalite vaccinale ; et cette dernière hypothèse est plus vraisemblable pour les raisons suivantes : incubation constante de dix à douze jours ; fréquence

de complications identiques au cours de la varicelle et surtout de la variole ; apparition des accidents nerveux en relation avec une exaltation de virulence du vaccin ; reproduction expérimentale des accidents par inoculation cutanée cornéenne, etc. de vaccin ; reproduction de l'éruption vaccinale typique par inoculation cutanée de produits pathologiques.

Bref, les vaccins actuels, très actifs, diffusés dans l'économie, et particulièrement dans le névraxe vers le dixième jour après l'inoculation, peuvent dans certains cas, à la faveur d'un état de moindre résistance locale, ou d'un facteur adjuvant encore inconnu, déterminer une encéphalomyélite, alors qu'en temps normal, leur action pathogène est insensible ou nulle.

De ces observations découlent deux conséquences pratiques :

1° Il importe de connaître l'existence de ces encéphalites, mais en insistant sur ce point qu'elles sont une complication exceptionnelle de la vaccine, trop rare pour contre-indiquer sérieusement un procédé qui a donné des preuves innombrables de son innocuité habituelle et de son efficacité.

2° Les praticiens devront dorénavant être discrets dans leurs scarifications et se contenter de deux insertions superficielles et même d'une seule. Ces précautions seront particulièrement nécessaires quand il s'agira d'enfants et de primo-vaccinations. Comme le dit Netter, mieux vaut rechercher une immunité moins durable que de s'exposer à des accidents fâcheux et de courir le risque de discréditer la vaccine. (*Gazette des hôpitaux*, 24 septembre 1927.)

Les vaccinations par voie nasale. La rhino-vaccination antitoxique.

Zoeller et Ramon pour utiliser la voie nasale et dès lors éviter que l'anatoxine ne glisse rapidement vers le pharynx buccal et l'œsophage ont rendu celle-ci plus visqueuse par évaporation à 37° et par addition de glycérine pure stérilisée. Ils ont pratiqué des instillations biquotidiennes, pendant six à huit jours ; puis après un temps d'arrêt, ont fait une deuxième série et une troisième série d'instillations. En somme, chaque série d'instillations correspond à une injection sous-cutanée, avec cette différence qu'on injecte sous la peau des doses progressives d'anatoxine tandis qu'une série d'instillations correspond toujours à une même dose de vaccin. Cette dose est d'environ 1/2 cmc. par instillation. Entre chaque série, il a été laissé un écart de huit à quinze jours.

Il a été ainsi prouvé que, par la voie nasale comme par la voie sous-cutanée, il est possible d'obtenir l'immunité chez les sujets réceptifs dans un délai de six semaines à deux mois.

L'immunité ainsi réalisée par la voie nasale n'est pas une immunité locale, car elle est identique, dans tous ses caractères à celle qu'engendre la vaccination par la voie sous-cutanée. Comme cette dernière, elle est lente à apparaître chez les sujets réceptifs, rapide à se développer chez les sujets déjà immunisés. Elle est définie par deux propriétés : la présence dans le sérum sanguin de l'antitoxine spécifique et, d'autre part, l'aptitude à accroître rapidement ce taux d'antitoxine ou réactivité acquise.

L'efficacité de la rhino-vaccination éclaire le mécanisme de l'immunisation occulte ; il est probable que, chez les porteurs de germes, c'est au niveau de la muqueuse nasale et rhino-pharyngée que s'établit le contact entre l'antigène diphtérique et l'organisme.

Si des recherches ultérieures permettaient de généraliser ces résultats de la rhino-vaccination, il faudrait en établir les inconvénients et les avantages.

Inconvénients : on ne sait pas exactement quelle quantité d'anatoxine reste au contact avec la muqueuse nasale, quelle quantité est absorbée.

Avantages : pas de réaction vaccinale comme par la voie sous-cutanée. La méthode permet aussi d'immuniser contre la diphtérie certains sujets hypersensibles à l'anatoxine, certains enfants pusillanimes. Ceux qui cherchent à se soustraire ou à soustraire un des leurs à la vaccination antidiphtérique n'auraient désormais plus la mauvaise excuse d'une réaction vaccinale, d'ailleurs toujours inoffensive. (*La Presse médicale*, 27 août 1927.)

Le drainage de la vésicule biliaire par tubage duodénal chez les migraineux.

Toutes les crises de migraine ne sont pas influencées de façon favorable par cette thérapeutique, mais, ainsi qu'il résulte d'une étude de MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier, celles qui comportent dans leur symptomatologie une « note vésiculaire » prépondérante sont fréquemment très améliorées. Certaines migraines même guérissent complètement à la suite de tubages duodénaux répétés.

La fréquence des vomissements durant les crises, leur abondance, surtout la présence de bile dans ces vomissements, la sensibilité de la vésicule sont les principales indications du drainage. Des plus importantes notamment est la douleur vésiculaire à la pression ; il faut la rechercher par l'exploration sous-costale sur le malade en décubitus dorsal ou mieux latéral gauche, dans l'attitude en chien de fusil.

D'autre part, les migraineux susceptibles d'être améliorés sont très souvent subictériques durant les quelques jours qui précèdent leur crise ;

ou bien ils présentent un teint un peu plus foncé à ce moment ; leurs fèces sont alors peu colorées.

D'après la statistique des auteurs, un tiers des migraineux au moins est susceptible de bénéficier nettement de cette thérapeutique.

Aucune particularité pour la technique du drainage duodénal. Mais, comme il s'agit souvent de ptosés, d'atoniques de l'estomac, l'olive ne franchit le pylore que lentement ; le mieux est, pour faciliter et raccourcir ce passage, de soulever le siège des malades avec un oreiller tout en les faisant coucher sur le côté droit.

La solution tiédie de sulfate de magnésie à 33 p. 100 est préférée à la solution de peptone.

Quelle que soit la fréquence des crises, on fait un tubage hebdomadaire pendant six semaines à deux mois en moyenne. Certains malades sont améliorés dès le premier tubage ; d'autres ne le sont qu'au quatrième ou au cinquième ; aussi conseille-t-on de pratiquer toujours au moins six tubages avant de se prononcer sur le résultat.

Chez certains sujets, après la cessation des tubages, les crises n'ont pas réapparu ; chez d'autres, au contraire, les migraines se sont à nouveau manifestées plus ou moins longtemps après le dernier tubage, et l'on a dû poursuivre le traitement.

Si l'on voulait une démonstration de l'action des tubages sur la crise migraineuse, on la trouverait dans ce fait qu'un matin, un malade ayant éprouvé, vers 4 heures, les prodromes habituels lui annonçant une crise très prochaine, il prend la sonde, avale l'olive et se fait immédiatement un tubage ; le drainage biliaire s'effectue avant que la douleur n'ait atteint son paroxysme. La crise avorte.

Quelques malades ont présenté à la suite des tubages de violentes crises de migraine. Celles-ci ont bien été provoquées par l'excitation de la vésicule.

En effet, quelques heures après la fin du tubage, quelquefois même très peu de temps après l'injection de sulfate de magnésie dans le duodénum, les malades accusaient une vive douleur frontale ou pariétale ; ils devaient s'aliter, rechercher l'obscurité ; une crise typique et souvent longue éclatait. Il y a lieu naturellement chez de pareils malades présentant de tels réflexes, de ne pas continuer les tubages puisque, loin de les guérir, on déclanche chez eux des crises de migraine, de façon en quelque sorte expérimentale. (*Paris médical*, 3 décembre 1927.)

Le traitement moderne de l'ozène.

La théorie pathogénique, qui paraît rallier aujourd'hui la majorité des suffrages assigne à l'ozène une origine microbienne : coccobacille de Perez, diplocoque de Loewenberg (désormais identifié au pneumobacille de Friedlander), etc. Mais c'est le bacille paradiphtérique (Belfanti, 1896) qui doit retenir l'attention, en raison de sa présence constante. Il présente tous les caractères du vrai bacille, sauf la virulence pour le cobaye.

Après divers essais rappelés par P. Harvier, les auteurs eurent recours contre l'ozène à la vaccinothérapie, à l'aide d'émulsion du bacille de Belfanti ; la méthode se montra véritablement efficace.

C'est ce bacille, qui semble être l'agent essentiel de la formation des croûtes (comme le bacille de Loeffler est celui de la fausse membrane), et la béance des fosses nasales, atteintes d'un processus atrophique dont nous ignorons la nature, n'est peut-être pas la cause originelle de l'ozène, mais bien une simple opportunité morbide, favorisant l'implantation et la pullulation de ce bacille.

Les découvertes de Ramon devaient tout naturellement conduire à l'emploi de l'anatoxine diphtérique dans la cure de l'ozène.

Les ozéneux sont traités par des injections intra-musculaires d'anatoxine diphtérique, à la dose d'un demi-centimètre cube le premier jour, 2 cent. cubes deux jours après, la troisième injection et les suivantes étant faites à raison de deux injections par semaine, à la dose de 4 centimètres cubes. Ces injections sont inoffensives, si l'on a soin de diluer l'anatoxine dans une quantité égale de sérum physiologique. Elles sont pratiquées pendant deux mois consécutifs. Sous leur influence, l'odeur disparaît, les croûtes se détachent, la muqueuse reprend son aspect rosé. Pour consolider la guérison, on peut, un mois après le premier traitement, renouveler une série d'injections. Les résultats obtenus par l'anatoxine diphtérique sont, si paradoxal que cela puisse paraître, plus rapides et plus durables que ceux que l'on obtient avec les vaccins préparés à l'aide de cultures de bacille de Belfanti.

L'application au traitement de l'ozène de la découverte de Ramon constitue un progrès énorme sur les autres méthodes. Elle mérite d'être poursuivie contre une affection demeurée, jusqu'à ces derniers temps, aussi tenace que décevante.

Peut-être pourra-t-on améliorer la méthode en introduisant l'anatoxine dans les voies nasales ; ainsi seraient supprimés les inconvénients possibles e t la complication pratique des injections répétées d'anatoxine. (*Paris médical*, 9 juillet 1927.)

Traitement des furoncles de la lèvre supérieure.

Plus encore que les autres furoncles de la face, ceux de la lèvre supérieure sont dangereux pour les raisons que l'on sait : facile propagation en surface, puis en profondeur en raison de l'anas-

tomose à plein canal de la veine faciale avec l'ophtalmique : dès lors la thrombophlébite pourra atteindre le sinus caverneux homologue, puis l'opposé, puis les sinus pétreux et latéraux, d'où la propagation de l'infection aux méninges et la mort rapide.

Ainsi que le fait remarquer SENÉQUE, il y a une telle opposition entre interventionnistes et abstentionnistes, qu'on peut supposer à la base une erreur d'interprétation, qui réside dans la confusion de toutes les formes cliniques et anatomo-pathologiques, entièrement différentes comme pronostic et comme traitement.

A côté de formes bénignes (furoncle simple, furoncle avec abcès furonculeux), il existe des formes malignes : forme maligne de par son aspect extérieur, de par ses complications locales ; forme maligne de par ses complications générales, qui résultent d'une thrombo-phlébite du sinus caverneux se compliquant de septicémie généralisée.

Dans le premier cas, l'allure maligne du furoncle peut être spontanée, et elle résulte généralement de l'extension de l'infection d'un follicule aux follicules voisins, créant une véritable forme anthracoïde ; le gonflement est d'ordinaire extrême, même avec induration douloureuse dans la région de la veine angulaire. Une telle évolution résulte souvent de traumatismes locaux exercés par le malade ou son entourage du fait d'avoir pressé sur le furoncle dans le but de faire sortir le bourbillon, alors que la nécrose du follicule pilo-sébacé ne s'est pas encore produite ; une telle conduite ne peut qu'aggraver une lésion primitivement bien circonscrite et qui ne demandait qu'à guérir toute seule.

Dans les cas très graves, l'évolution peut dépendre d'une virulence microbienne très grande du staphylocoque doré ; mais elle est bien plus souvent sous la dépendance d'une *altération* de l'état général du sujet (surmené, albuminurique, diabétique).

Mais au début, le diagnostic de gravité n'est pas toujours facile à établir, et il est impossible de certifier qu'un furoncle est et restera bénin.

Il faut analyser de près les symptômes : la veine faciale devenue un cordon dur, l'infiltration marquée des tissus environnants, et une traînée très nette remontant vers l'angle interne de l'œil feront craindre une propagation vers les sinus caverneux.

Parmi les signes généraux, l'élévation de température, l'asthénie sont des symptômes graves ; mais il faut attacher au frisson une importance toute particulière dans le pronostic de gravité ; ne pas oublier l'examen des urines.

Le traitement doit être envisagé suivant les formes.

Formes bénignes. Furoncle simple : traitement local négatif, ni incisions, ni cautérisations, ni surtout expression. Pour mettre au repos les muscles du visage, le malade devra parler le moins possible, prendre une alimentation liquide ; localement, pansements humides discontinus, légers attouchements à la teinture d'iode, pulvérisations à l'eau phéniquée, pommades résolutives, vaccinothérapie.

Dans le furoncle avec abcès furonculeux, le pus collecté, il est de toute évidence qu'il faut l'évacuer ; recourir à la voie muqueuse si la collection est bien formée de ce côté.

Formes malignes. — Parmi les méthodes dites conservatrices, en plus de la vaccinothérapie, on pourra utiliser les injections intraveineuses d'électrargol, de violet de gentiane, de mercurochrome. En Allemagne, la méthode de Bier conserve toujours ses partisans (ventouse ou compression circulaire du cou suivant la méthode d'Hoffmann).

Parmi les méthodes sanglantes, l'incision ne devra pas être trop précoce ; on la fera sous anesthésie. L'extirpation peut être préconisée dans les furoncles anthracoïdes ; mais la perte de substance peut être longue à se réparer. Quand il y a menace de thrombophlébite on a préconisé l'incision de la veine jusqu'à l'os, ou sa ligature systématique.

Il semble que dans les formes malignes de par l'état local il n'y ait pas grand intérêt à se presser d'intervenir ; mais qu'au contraire, s'il existe une thrombo-phlébite menaçante, il soit préférable d'agir alors directement sur le furoncle et d'y adjoindre la méthode de Läwen. C'est l'incision combinée à l'auto-hémothérapie locale encerclant les lésions. Après avoir fait une incision linéaire ou cruciale du furoncle, il prélève du sang dans une veine du pli du coude (30 à 40 cmc.), qu'il réinjecte aussitôt à la périphérie du foyer inflammatoire . L'injection est très douloureuse et doit être faite sous anesthésie générale.

La proportion de mortalité dans les cas de furoncles malins traités soit par l'abstention systématique, soit par l'intervention systématique, oscille entre 7 à 11 p. 100, ce pourcentage étant plutôt favorable aux cas dans lesquels on est intervenu. Il est bien évident aussi que, dans certains cas, l'état du malade est tel que l'on ne peut plus attendre grand'chose d'un traitement chirurgical, quand le malade est amené avec une thrombophlébite en pleine évolution et dans un état septicémique.

Dans l'ensemble, les formes malignes sont donc exceptionnelles ; le furoncle est le plus souvent bénin et ne demande qu'à guérir à condition toutefois qu'on ne le « taquine » pas ; quand il prend une allure maligne, quelle que soit la thérapeutique employée, il faut bien savoir qu'il sera parfois impossible d'empêcher une issue fatale. (*La Presse médicale*, 23 juillet 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La sérothérapie dans la paralysie infantile.

(M. Arnold NETTER. — *Académie de médecine* ; 31-1-1928.)

A propos d'une récente communication de M. Marinesco, relative à l'épidémie roumaine de paralysie infantile de 1927, M. Netter revient sur la question du traitement sérothérapique de cette affection.

Depuis 1905, la poliomyélite antérieure aiguë a sévi dans la plupart des pays des deux hémisphères, procédant, sous forme d'épidémies d'importance variable, parfois grande : 9.500 déclarations en Suède de 1911 à 1923, 27.000 aux Etats-Unis en 1916. Contre la maladie de Heine-Médin, M. Netter a préconisé dès 1910 une médication spécifique consistant en injections de sérum provenant d'anciens malades. Cette méthode a été employée avec succès par lui et par les médecins américains et australiens. Elle réalise ses indications dans trois conditions différentes : à la phase pré-paralytique ; dans les formes extensives, à marche ascendante (paralysie de Landry) ; dans les cas de paralysies constituées encore assez récentes. On sait, d'ailleurs, que des régressions spontanées dans la maladie de Heine-Médin s'observent quelquefois tardivement et même au bout de plusieurs années,

L'injection se fait de préférence intra-rachidienne, à doses et en nombre variables.

Une des objections opposées à la méthode est la difficulté de se procurer du sérum d'anciens malades. M. Netter estime que cette difficulté n'est que relative les anciens poliomyélitiques étant souvent assez faciles à retrouver. Aujourd'hui, d'autre part, nous avons à notre disposition un sérum similaire, le sérum d'Auguste Pettit, obtenu en injectant à des chevaux des moelles de singes inoculés avec le virus de la poliomyélite. Ce sérum jouit des mêmes propriétés que celui d'anciens malades. M. Pettit le met à la disposition du corps médical dans les limites où il peut en avoir. L'unique cheval utilisé à sa production doit recevoir de temps en temps de nouvelles émulsions de centres nerveux de singes inoculés. Si les demandes se multipliaient, il serait possible d'amplifier la production.

Un médicament anti-tuberculeux : le tasch.

(MM. A. SARTORY, R. SARTORY et J. MEYER. — *Académie de médecine* ; 31-1-1928.)

Le *tasch* est un médicament d'origine suisse composé de tuberculine anticorps-Scheitlin (sérum obtenu d'après la technique de Behring, substance précipitante : acide sulfo-gaïacolique) d'où son nom. Les auteurs l'ont essayé expérimentalement sur des nimaux tuberculeux.

Hernie diaphragmatique de l'estomac.

(MM. Victor PAUCHET et G. LUQUET. — *Académie de médecine* ; 17-1-1928.)

MM. Pauchet et Luquet rapportent un cas de hernie de l'estomac à travers le diaphragme, au niveau de l'orifice œsophagien, très augmenté de dimensions. En ce point les hernies de l'estomac sont, de beaucoup, les plus fréquentes, et sont bien moins rares que celles de l'intestin par exemple.

Au point de vue symptomatique, la malade (enfant de 13 ans) n'offrait rien de spécial. On notait chez elle un certain nombre des signes généralement observés dans cette affection : mauvais état général dû à une nutrition défectueuse, respiration courte, barre épigastrique, constipation, vomissements, hématémèses ; par contre, pas de dysphagie, pas de troubles cardiaques, pas de déplacement du cœur et pas d'accidents pulmonaires.

Le diagnostic radiologique laissa quelques incertitudes, faisant hésiter entre la hernie en cul-de-sac de l'estomac, le diverticule de la portion inférieure de l'œsophage et la dilatation sus-cardiaque de cet organe. On fut finalement obligé de recourir à la laparotomie exploratrice pour être fixé complètement.

La laparotomie devint curatrice. Bien que certains auteurs préfèrent en pareille circonstance, si la hernie est peu gênante, l'expectative avec un régime, l'intervention parut ici indiquée en raison des vomissements, des hématémèses et des accidents généraux.

Gangrène sénile par artérite spasmodique guérie par l'insuline.

(MM. ARDIN-DELTEIL, R. AZOULAY, SALLES et CHOUSSAT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-12-1927.)

Malade de 65 ans, accusant depuis 1925 des phénomènes nets de claudication intermittente. En 1926, douleurs, sensations de cryesthésie au niveau du pied, de brûlure : œdème dur, rouge et douloureux du pied et de la jambe droite. En janvier 1927, phlyctènes sur les orteils, aspect de la gangrène sèche. Le malade entre à l'hôpital fin mars 1927.

A l'examen, gangrène intéressant les cinq orteils du pied droit. Battements très faibles aux pédieuse, tibiale, poplitée. L'indice oscillométrique au Pachon, recherché aux chevilles, est de 1/4 de division. On pose le diagnostic de gangrène sénile par artérite artério-scléreuse. Il était plus épineux de déterminer la part du spasme et celle de l'obstruction de l'artère dans la genèse des phénomènes ischémiques, d'autant que le malade refusait l'épreuve du bain chaud, douloureuse pour sa plaie suppurante. Pour tourner la difficulté, on fit une injection dans la

fémorale (au triangle de Scarpa) de 4 cc. de lipiodol. La radiographie, montrant, le lendemain, l'écoulement du lipiodol, permit de conclure à l'absence de thrombose et d'affirmer le spasme.

Le citrate de soude en ingestion, les douches d'air chaud, les antinévralgiques, les embaumements des parties sphacélées au baume du Pérou n'ayant amené aucune amélioration, on pratique une injection de 15 unités d'insuline. Immédiatement les douleurs se calment. Le troisième jour, le malade — qui jusque-là se plaignait amèrement — se déclare guéri par cette médication qu'il qualifie de « miraculeuse ». L'index oscillométrique s'élève, les parties gangrénées s'éliminent et les moignons se cicatrisent rapidement.

Cette observation apporte deux enseignements. D'une part, l'origine purement spasmodique de certaines gangrènes séniles, établie par l'épreuve du lipiodol. D'autre part, l'action heureuse de l'insuline dans le traitement des artérites spasmodiques, artério-scléreuses. Des nouveaux-cas seraient nécessaires pour confirmer la valeur de cette thérapeutique en pareille éventualité.

Péritonite subaiguë syphilitique.

(MM. Milian et Lotte. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-11-1927.)

M. Milian présente une malade entrée à l'hôpital pour des accidents de péritonite subaiguë (douleurs abdominales, ascite, asthénie, amaigrissement, foie de volume normal). Urines normales. Cœur normal. On note, dans les antécédents, une syphilis récente, et l'on institue un traitement par le cyanure de mercure intra-veineux. Guérison en six semaines.

Tumeurs du pancréas.

(M. Mornard. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-11-1927.)

M. P. Mornard est intervenu dans deux cas où le diagnostic clinique et l'aspect opératoire avaient fait conclure nettement à un cancer du pancréas comprimant les voies biliaires. Les malades, déjà cachectiques, semblaient perdus. La tumeur, grosse comme un œuf, offrait l'apparence cancéreuse. Or, les deux malades sont guéris, l'un depuis deux ans, l'autre depuis plus d'un an, et ont repris leur poids et leur vie normaux. Le premier subit une cholécysto-duodénostomie, le second une cholécysto-gastrostomie. Il s'agissait en réalité d'adénomes bénins.

L'auteur insiste sur l'obsence de gravité de l'opération, sur l'impossibilité d'un diagnostic du cancer du pancréas, parfois même le ventre ouvert, et sur la nécessité de ne pas se borner à une laparotomie dans les cas de ce genre. Les cancéreux gagneront, à l'intervention, de voir leur ictère et leurs démangeaisons disparaître ; les pseudo-cancéreux, plus fréquents qu'on ne le croit peut-être, guériront.

— M. Thévenard confirme la difficulté qui existe quelquefois, même au cours de l'intervention, à distinguer un néoplasme d'une lésion inflammatoire de la tête du pancréas.

Diplégie faciale syphilitique au cours du traitement arsénobenzénique.

(MM. Hudelo et Barbé. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

MM. Hudelo et Barbé relatent l'histoire d'un malade qui fut atteint de diplégie faciale au cours d'un traitement arsénobenzolique (914), six semaines après l'apparition d'un chancre du menton.

Cette observation offre plusieurs points intéressants.

La paralysie faciale a-t-elle été ici syphilitique ou toxique, question importante, pour le traitement en particulier, puisque dans le premier cas il faut continuer la cure et dans le second cas l'interrompre.

La paralysie du nerf facial au cours de la période secondaire de la syphilis est connue de longue date. En 1886, Dieulafoy l'a étudiée dans une leçon clinique et son élève Dargaud y a consacré sa thèse. Dans la suite les observations se sont multipliées. Depuis l'apparition des arséno-benzènes, la fréquence de cet accident s'est accrue. Comme pour les ictères du 914, on s'est demandé s'il s'agissait d'un processus toxique ou d'un processus syphilitique. Les conclusions de la plupart des auteurs s'accordent à admettre qu'il s'agit de névrite syphilitique, d'une neuro-réaction spécifique, pouvant survenir précocement par le mécanisme du phénomène d'Herxheimer. La localisation céphalique du chancre constitue un élément favorisant. Plusieurs nerfs craniens peuvent être intéressés ; toutefois la diplégie faciale est infiniment plus rare que la monoplégie.

— M. Marcel Pinard fait observer que les cas de neuro-récidives, si communs autrefois avec les premiers traitements arsénobenzoliques, le sont beaucoup moins maintenant en raison des techniques meilleures.

— M. André Léri souligne deux points de l'observation de M. Hudelo. D'abord, la bilatéralité de la paralysie faciale, chose exceptionnelle. Ensuite, la notion étiologique. S'agit-il de polynévrite arsenicale ou d'une véritable réaction d'Herxheimer ? La seconde hypothèse paraît plus vraisemblable.

— M. Clément Simon note l'embarras où l'on se trouve, pratiquement, en pareille circonstance. La névrite est-elle alors syphilitique ou toxique. Aucun signe clinique ne permet de faire la différenciation. Quelle conduite tenir ? Si l'on arrête le traitement on risque une aggravation lorsque la paralysie est spécifique. Si on le continue, on peut aggraver la névrite lorsqu'elle est arsenicale. Le bon sens conseille de poursuivre le traitement mais en changeant le médicament, en substituant à l'arsenic le bismuth ou le mercure.

P. L.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Un cas de dystocie par excès de volume d'un fœtus de 5.720 grammes.

MM. RATHELOT et ZUCCOLI rapportent le cas d'une espagnole de 42 ans, XVpare, ayant eu antérieurement deux avortements et douze accouchements eutociques, dont sept enfants décédés dans la première enfance. Le 5 juillet 1926, extraction au forceps d'un fœtus mort depuis 48 heures et pesant 5.720 gr. Les A. insistent sur l'étiologie syphilitique probable de seconde génération ; ils rappellent que les manœuvres exécutées pour délivrer la malheureuse ne purent être classiques en raison de la macération fœtale et soulignent l'importance du curage vérificateur. Les suites furent parfaites.

Maladie de Recklinghausen chez une femme de 75 ans.

MM. BOINET et ISEMEIN. — O. F., âgée de 75 ans et atteinte d'une maladie de Recklinghausen datant d'une trentaine d'années, caractérisée par deux volumineuses tumeurs (régions de la crête iliaque droite et lombo-sacrée gauche) et par une multitude de petites tumeurs réparties sur tout le corps et dont les dimensions varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une cerise. En outre, une tumeur névromateuse, douloureuse à la pression, de consistance assez dure, englobe le nerf médian sans troubles de la sensibilité. Les A. attirent l'attention sur la présence de plaques pigmentées cutanées sans mélanostomie. L'examen histologique (Dr Rouslacroix) a montré un fibrome pur, riche en collagène.

Note sur deux cas de mycose vaginale.

MM. LARAYVILLE et MARCOU présentent deux observations, chez de jeunes femmes, de vaginite, où l'oïdium albicans fut trouvé en cause par l'examen direct et la culture. Après avoir rappelé les caractères cliniques de cette affection, ils insistent sur les bons résultats obtenus au moyen de tampons à l'huile créosotée au tiers (méthode de Queyrat et Guy Laroche).

Purpura hémorragique chronique récidivant. Splénectomie. Guérison.

MM. Y. BOURDE et J. ZUCCARELLI. — Jeune fille de 22 ans, à hérédité hémorragique nette, chez qui, depuis l'âge de 4 ans, sont apparues des hémorragies spontanées sous-cutanées, muqueuses et viscérales, plus rarement des hémorragies provoquées. Toutes les thérapeutiques médicales ont échoué, y compris la transfusion sanguine et la radiothérapie splénique. Après la splénectomie, il y eut des phénomènes pulmonaires graves, mais, sauf quelques épistaxis légères, la guérison s'est établie vite et maintenue depuis. L'examen histologique de la rate n'a rien montré de caractéristique.

Perforation traumatique du rectum chez une fillette de 12 ans. Opération. Guérison.

M. G. DARCOURT rapporte l'observation d'une fillette de 12 ans qui, d'une échelle, tomba sur un manche à balai qui pénétra dans l'anus et perfora le rectum dans sa portion péritonéale. Opération à la seizième heure en pleine péritonite, avec drainage suspubien. L'enfant guérit malgré des suites opératoires très agitées : pneumonie au quatrième jour, fistule stercorale au troisième jour qui se ferma spontanément au quarante-deuxième jour.

Volumineux adénome du pancréas.

MM. OLMER et POINSO présentent une tumeur de la tête du pancréas extraite à l'autopsie d'une femme âgée de 67 ans qui était entrée à l'hôpital pour algies sciatiques et œdèmes des membres inférieurs depuis quelques mois et qui avait remarqué depuis quatre ans la présence d'une masse dure dans sa région ombilicale. Cliniquement et radiologiquement après pneumo-péritoine, le diagnostic de kyste avait été posé. A l'autopsie, les viscères sont normaux. L'examen histologique (Dr Rouslacroix) a montré un adénome à cellules langerhansiennes probables, à évolution cylindromateuse et hémorragique.

Suppuration chronique fétide du poumon droit d'origine mycosique.

MM. OLMER et POINSO rapportent l'observation d'un homme âgé de 40 ans dont l'affection pulmonaire avait débuté en novembre 1926 par des hémoptysies. Les symptômes présentés font penser à un abcès pulmonaire parascissural. Les crachats, non fétides au début, mais très abondants, n'ont pas montré de bacilles de Koch, mais la flore Veillon. Après esssais du pneumothorax et de la cure de soif, le malade meurt au cours d'une vomique de 500 cc. L'examen histologique (Dr Rouslacroix) montra des abcès multiples dans lesquels on décela des filaments sporulés ayant toute l'apparence d'un mycélium.

Erreur de localisation radioscopique d'un anévrysme de l'aorte.

M. ROUSLACROIX rapporte l'observation d'une femme de 75 ans chez laquelle l'examen radioscopique révélait un gros cœur gauche surmonté d'une volumineuse masse pulsatile saillante dans l'hémithorax supérieur gauche. Le diagnostic fut lésion aortique orificielle et anévrysme de l'aorte thoracique. A l'autopsie, rétrécissement de l'orifice aortique et anévrysme de l'aorte ascendante. L'aorte thoracique était fortement déviée à gauche par des adénopathies entourées de médiastinite scléreuse très dense.

Anévrysme de l'aorte ouvert dans une bronche.

M. PAYAN et Mlle GAYRAUD. — Malade de 70 ans présentant uniquement une paralysie récurrentielle ayant entraîné une aphonie complète pendant 8 mois sans autres signes cliniques. Hémoptysies répétées quatre jours. Le quatrième jour, mort brutale par hémoptysie foudroyante en trois minutes. L'autopsie a montré un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte du volume de deux gros poings, à parois calcifiées, ouvert dans une grosse bronche du poumon gauche.

Chorées de Sydenham guéries par une ponction lombaire.

MM. CASSOUTE, A. RAYBAUD et MONTHUS rapportent le cas d'un choréique de 10 ans, rhumatisant très probable, qui s'est trouvé complètement et définitivement guéri deux jours après une ponction lombaire. Les auteurs croient à la possibilité d'une action sédative par décompression des centres encéphaliques. Quoiqu'ils insistent sur l'inconstance d'un tel résultat, ils rappellent que l'un d'eux publiait en 1922 une observation analogue à la Société de pédiatrie. Le fait avait déjà été signalé dans divers travaux français et étrangers.

Médiastino-péricardite calleuse avec crises d'épilepsie cardiaque traitée par l'opération de Brauer. Survie de 23 mois. Autopsie.

MM. ROUSLACROIX et Félix TRABUC. — Autopsie du malade présenté au Comité en juillet 1926 (*Presse médicale*, 1926, p. 1033) comme syndrome symphysaire associé à un rétrécissement mitral. Il n'existait en réalité aucune sténose artificielle, mais une médiastinite calleuse très étendue. L'opération a amené la disparition totale des douleurs, une atténuation très marquée des crises épileptiformes, une amélioration passagère de l'insuffisance cardiaque et a permis une survie de 23 mois.

Volumineux tuberculome cérébral rolandique.

MM. H. ROGER et SIMEON présentent un volumineux tuberculome en voie de caséification de la région rolandique droite, de la dimension d'une mandarine, qui s'était traduit par des crises jacksoniennes à début brachial gauche, puis par une hémiplégie gauche. La lésion paraît s'être développée en quelques mois chez un nègre de 17 ans, porteur d'adénites cervicales et de gros ganglions trachéobronchiques. Le liquide céphalo-rachidien hypertendu (45, puis 75 au Claude en position couchée), présentait une légère dissociation albuminocytologique.

Ictère infectieux chez un enfant de 14 ans. Ictère grave terminal.

MM. CASSOUTE et Félix TRABUC. — Enfant de 14 ans, sans antécédents personnels, hospitalisé pour ictère infectieux bénin et qui brusquement a fait un syndrome typique d'ictère grave, rapidement mortel. A l'autopsie, lésions d'hépato-néphrite. A noter la grande rareté de l'ictère grave chez l'enfant et au point de vue clinique la rétraction progressive du foie qui, très gros, s'est rétracté progressivement. L'étiologie reste incertaine. Il semble logique d'admettre des lésions hépato-rénales antérieures méconnues.

Pemphigus épidémique, diphtérie, pneumococcie simultanés chez un nourrisson. Guérison.

MM. CASSOUTE, J. RATHELOT et SANGUY rapportent l'observation d'un enfant de 6 mois chez lequel ils ont vu apparaître et se développer simultanément un pemphigus généralisé, une diphtérie et une pneumococcie probable. Ils insistent sur l'intérêt clinique et bactériologique de cette observation et, au point de vue thérapeutique, sur l'efficacité de la sérologie polyvalente qu'ils ont employée.

Hydronéphrose congénitale par coudure de l'uretère.

M. TRISTANT.

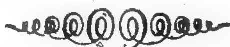
Botryomycome de la lèvre inférieure.

MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER présentent une jeune fille atteinte à la lèvre inférieure, près de la commissure droite, d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois chiche, molle, rouge et d'aspect frambésiforme, nettement pédiculée, survenue après un assez grand nombre de cautérisations successives.

Sarcome de la région pancréatique à symptomatologie biliaire aiguë.

MM. Y. BOURDE et TOINON relatent l'observation d'un homme de 27 ans, sans passé pathologique, qui a présenté brusquement un violent épisode douloureux sous-hépatique, avec ictère variable par rétention, épisode qui se renouvela à diverses reprises pendant quatre jours. Grosse tumeur profonde et douloureuse sous les fausses côtes. Mort rapide. A l'examen histologique (Dr Rouslacroix) : sarcome à petites cellules rondes. Origine ganglionnaire probable. Les A. insistent sur ce tableau clinique qui est plutôt celui d'une lithiase que celui d'un cancer de la tête du pancréas.

Emile CASTELLI.



Les Congrès

XIXe Congrès français de médecine

(*Suite*) (1).

II. — *Physio-Pathologie des œdèmes.*

PREMIER RAPPORT.

Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes.

Par MM. AUBEL et MAURICE (de Bordeaux).

L'étape est franchement dépassée, qui ne cherchait d'explication aux œdèmes que dans les troubles fonctionnels des reins, du cœur, des vaisseaux ou des nerfs.

C'est tout le problème du métabolisme de l'eau qui est mis en cause dans la physio-pathologie des œdèmes.

Que donnent les analyses des humeurs et des tissus chez les individus œdématiés ? — D'une façon générale on peut dire que l'eau est toujours augmentée dans les tissus ou les tumeurs des œdémateux. Le sodium est le plus souvent augmenté et aussi le chlore, mais dans de moindres proportions; le potassium est souvent diminué.

Encore ces résultats dépendent-ils de l'endroit où sont faits les prélèvements des tissus à analyser, et pour les muscles en particulier ces conclusions ne valent que pour les régions fortement œdématiées.

Donc, sans forcer les chiffres, on peut affirmer qu'il existe des variations importantes dans la répartition des ions minéraux aussi bien dans le sang que dans le muscle, dans certains cas d'œdèmes cliniques ou expérimentaux.

Ces troubles de l'équilibre minéral ne peuvent s'inscrire en une formule simple et définitive, applicable à toutes les régions de l'organisme. Et déjà on peut présumer que des facteurs locaux interviennent et que la cardiopathie ou la néphrite ne peuvent suffire à expliquer à elles seules la production de l'œdème.

Quel rôle jouent les différents éléments minéraux dans la pathogénie des œdèmes ? — Dans ce complexe qu'est NaCl, il existe deux éléments, le chlore et le sodium. Ces deux éléments jouent-ils également dans la rétention d'eau ? Ou bien un seul d'entre eux intervient-il ? Et lequel ?

Ce sont les chlorures, a-t-on affirmé pendant longtemps. Puis les recherches de Blum, de Magnus Lévy montrèrent toute l'importance du sodium. Et cette nouvelle conception trouve sa confirmation dans les deux propositions suivantes que de nombreuses expériences permettent d'avancer :

1° Tous les sels de sodium produisent de l'œdème ;

2° Par contre, tous les chlorures ne provoquent pas d'œdèmes. Le KCl, $CaCl^2$ en particulier non seulement n'amènent pas de rétention d'eau, mais, au contraire favorisent souvent la diurèse.

Mais si les rapporteurs croient à l'importance du sodium dans la genèse des œdèmes, ils ne croient pas qu'il soit le seul à jouer sa partie. En fait, *c'est tout l'équilibre minéral qui est troublé.*

Les expériences de Aubel, Mauriac, Boutiron, Nau, les recherches histologiques d'Auriat prouvent en outre que la cellule, la fibre musculaire en particulier, voit son pouvoir d'imbibition fortement modifié au cours des œdèmes. Or cette hydrophilie tissulaire coïncide justement avec un trouble profond de la composition minérale du tissu.

Lœb a mis en évidence le rôle joué dans l'imbibition par l'acidité et aussi par la tonicité du liquide ambiant. Mayer et Schœffer ont montré que le pouvoir d'imbibition d'un tissu variait dans le même sens que l'index lipocytique.

Aubel, Mauriac et Boutiron ont vu, en plongeant du muscle normal dans du liquide d'œdème, que ces modifications de l'imbibition tissulaire s'accompagnent toujours d'un trouble de la composition minérale. Quand l'eau est attirée, c'est toujours par les mêmes actions.

Par quel mécanisme ce trouble minéral complexe peut-il agir pour réaliser la rétention d'eau dans le muscle immergé ?

Les parois cellulaires vivantes (comme les parois inertes polarisées) présentent, vis-à-vis des ions, une perméabilité élective qui provoque un déséquilibre électrostatique et des regroupements chimiques secondaires.

Les troubles fonctionnels viscéraux (rénaux, cardio-vasculaires, nerveux) ne font que créer les conditions physico-chimiques, humorales et tissulaires nécessaires pour la rétention d'eau.

Le dépôt d'eau dans le péritoine et les espaces lacunaires est dû pour une part aux perturbations apportées par certains électrolytes dans la perméabilité des membranes.

Le gonflement du muscle est dû à une rupture des équilibres cellulaires, commandée par l'apport d'un cathion tel que le sodium en excès et aboutissant à une augmentation du pouvoir d'imbibition des tissus. Aussi le rôle joué par les ions minéraux dans ces ruptures d'équilibre est capital.

(1) *Concours médical* nos 9 et 10.

DEUXIÈME RAPPORT.

Rôles des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes.

Par M. Paul GOVAERTS (de Bruxelles).

La notion plus précise de pression-osmotique des protéines tend à se substituer à celle de l'imbibition.

I. L'imbibition des protéines et la pathogénie des œdèmes. — Le rapporteur présente d'abord l'exposé critique des différentes théories qui font jouer un rôle à l'imbibition des protéines :

a) *Modifications de l'imbibition sous l'action des acides et des bases* (H. Fischer).

b) *Modifications de l'imbibition des tissus par suite de leur envahissement par des protéines sanguines* (Eppinger).

c) *Modifications liées au coefficient lipocytique*(A Mayer et Schæffer).

d) *Modifications sous l'influence d'hormones* (thyroïde, hypophyse, insuline, foie, intestin).

e) *Influence des substances altérant la tension supericielle.*

f) *Influence des diurétiques.*

g) *Causes locales.*

II. La pression osmotique des protéines et la pathogénie des œdèmes. — a) *La pression osmotique des protéines en physiologie.* — Starling a établi en 1896 l'existence de la pression osmotique des protéines. Si du plasma est placé dans un osmomètre plongé dans l'eau physiologique et fermé par une membrane qui retient les protéines, mais laisse passer l'eau et les sels, ce plasma attire le liquide extérieur. Cette attraction due aux protéines plasmatiques équivaut à environ 30 millimètres de Hg ou 40 centimètres d'eau.

Krogh a montré que les capillaires possèdent d'une façon générale une paroi dont la perméabilité est analogue à celle de la membrane de Starling ; dès lors on doit admettre que la pression osmotique est active au niveau des capillaires. Là où existe une pression sanguine supérieure à la pression osmotique des protéines, le sang subit une sorte d'ultrafiltration et perd du liquide. Au contraire, aux endroits où la pression hydrostatique est faible (capillaires préveineux), l'attraction exercée par les protéines attire dans le sang les liquides interstitiels.

S'il en est ainsi, on peut reconnaître à la pression osmotique des protéines un rôle biologique important : elle intervient dans la régulation des échanges de liquide entre le sang et les tissus, dans le maintien de la masse sanguine et dans la filtration glomérulaire.

b) *Signification physique de la pression osmotique des protéines.* — Les travaux de J. Lœb ont montré que la pression osmotique des protéines, dans les conditions ordinaires de mesure, ne correspond pas au nombre des molécules de protéines dans le liquide étudié ; elle dépend avant tout de la distribution inégale des ions cristalloïdes des deux côtés de la membrane, en d'autres termes, de l'équilibre de Donnan. Ce fait permet de prévoir que la pression osmotique est influencée par :

La concentration des protéines ;

La nature des protéines et leurs proportions réciproques ;

La teneur du milieu en ions H ;

La quantité et la nature des sels dissous dans le plasma.

c) *La pression osmotique et l'œdème de stase expérimental.* — Il est impossible, chez l'homme, de mesurer la pression dans les capillaires artériels ; on ne peut dire par conséquent s'il existe des œdèmes par excès de filtration. Au contraire, la pression dans les capillaires préveineux a pu être directement mesurée par Miss Carrier et Rehberg : elle est un peu supérieure à la pression veineuse et largement influencée par la pesanteur, toujours élevée par conséquent au niveau des membres inférieurs. Lorsqu'à ce niveau le tonus musculaire est diminué ou les valvules veineuses insuffisantes, la pression dans les capillaires préveineux devient supérieure à la pression osmotique des protéines. Là où normalement existe une absorption de liquide interstitiel se trouvent ainsi réalisées les conditions d'une filtration et un œdème de stase tend à se produire. Ce phénomène sera beaucoup plus accentué si la pression osmotique des protéines est faible. Ainsi, même lorsque les capillaires sont normaux, deux circonstances pourront provoquer mécaniquement l'apparition d'un œdème : l'augmentation de la pression veineuse et la diminution de la pression osmotique des protéines.

d) *La pression osmotique des protéines dans les cas pathologiques.* —Epstein, en 1917, attribuait l'œdème des néphroses à la diminution de la pression osmotique des protéines.

Depuis 1923, P. Govaerts a étudié la pression osmotique des protéines dans les cas pathologiques. Chez les sujets normaux, cette pression atteint 35 à 40 centimètres d'eau. Ces valeurs ne sont guère modifiées chez les malades atteints d'affections diverses (à l'exclusion des œdémateux et des hypertendus). Chez les patients qui présentent des œdèmes de cause locale, on trouve généralement une pression osmotique des protéines normale. Exception faite de ces cas, les malades œdématiés ont en général une pression osmotique des protéines inférieure à 30 centimètres d'eau. L'étendue de l'infiltration est proportionnelle à la diminution de la pression osmotique des protéines : celle-ci peut descendre à 12 centimètres dans les néphrites parenchymateuses. Cet abaissement résulte de deux facteurs : la pauvreté du sang en protéines et le fait qu'à concentration égale, les protéines sanguines d'un œdémateux donnent une pression osmotique inférieure à celle des protéines d'un sang normal. Le phénomène inverse est ébauché chez les hypertendus, mais on ne peut affirmer qu'il existe une relation de cause à effet entre la pression osmotique élevée et l'hypertension.

Ces résultats permettent de reconnaître, parmi les

facteurs déterminant la formation des œdèmes cardiaques, cachectiques et néphrétiques, une condition mécanique commune : l'excès de la pression capillaire sur la pression osmotique des protéines. Selon les cas, ce déséquilibre est engendré soit par l'élévation de la pression veineuse, soit par l'abaissement primitif de la pression osmotique des protéines. Ce dernier phénomène, si marqué dans les néphrites parenchymateuses, ne résulte pas simplement d'une dilution du sang ; il provient aussi d'une modification qualitative des protéines. P. Govaerts a reconnu en effet que l'abaissement de la pression osmotique par gramme de protéines a pour cause essentielle un bouleversement des proportions normales d'albumines et de globulines.

Ainsi, connaissant pour un sérum donné la teneur en protéines totales (Kjeldahl) et le quotient albumines-globulines (méthode de Howe), il est possible de calculer la pression osmotique avec une approximation inférieure à 10 p. 100. Ceci démontre que les autres facteurs dont l'intervention est vraisemblable (*pH*, concentration saline) n'exercent qu'une influence faible sur la pression osmotique. La cause essentielle de l'abaissement de cette pression est la diminution de la sérumalbumine dans le plasma, phénomène particulièrement accentué dans les néphrites parenchymateuses.

D'où provient cette modification de la composition du plasma ? Elle s'observe particulièrement chez les néphrétiques et dans les cardiopathies valvulaires. Lorsqu'il existe une albuminurie abondante, on est en droit de penser que le sang s'appauvrit de la sérine qui se perd par l'urine. En l'absence d'albuminurie, il est permis de supposer que la diminution de l'albumine a pour cause un trouble du métabolisme de cette protéine (excès de destruction ou insuffisance de formation), sans rapport nécessaire avec un trouble primitif du fonctionnement rénal. Ces altérations du sang fournissent l'explication de certains œdèmes qui ne sont liés ni à des troubles rénaux ni à un déficit circulatoire et qui peuvent être améliorés par une thérapeutique augmentant l'albuminose sanguine.

III. **Classification des œdèmes.** — Les œdèmes peuvent être rangés en deux groupes fondamentaux :

1° L'infiltration résulte d'une modification primitive de la perméabilité des endothéliums. Ce groupe comprend :

a) Les œdèmes inflammatoires ;

b) Les œdèmes toxiques ;

c) Les œdèmes angioneurotiques ou vasomoteurs.

Leur caractère commun est de renfermer une quantité importante de protéines, dont l'abondance et la nature mesurent le degré d'altération des capillaires. Plus celle-ci sera prononcée, plus grande sera la perméabilité pour les protéines à grosse molécule : on trouvera successivement dans l'exsudat les albumines, les globulines et enfin le fibrinogène, dont le poids moléculaire est le plus élevé.

Ces œdèmes, dont la cause primitive est l'altération des capillaires, peuvent être exagérés par des conditions mécaniques (stase circulatoire, diminution de la pression osmotique des protéines).

2° L'infiltration a pour cause essentielle des conditions mécaniques qui favorisent la filtration ou entravent la résorption à travers un endothélium normal ou peu modifié.— On doit ranger dans cette catégorie :

L'œdème mécanique de stase ;
L'œdème cardiaque ;
L'œdème néphrétique ;
L'œdème cachectique ;
L'œdème de famine.

Leur caractère commun est de renfermer une faible quantité de protéines.

Les conditions de l'œdème de stase sont réalisées par l'exagération de la pression veineuse ; le même facteur explique l'œdème cardiaque, mais il s'y ajoute souvent une diminution de la pression osmotique des protéines. Cette dernière anomalie domine la pathogénie de l'œdème néphrétique ; elle résulte de la diminution de l'albumine sérique. La même condition s'observe dans beaucoup d'œdèmes cachectiques et aussi dans l'œdème de famine où l'on observe une hypoalbuminose sanguine prononcée.

Cette classification est présentée comme un schéma provisoire. Son but est de montrer que l'étude des facteurs mécaniques, bien définis et mesurables avec précision, a apporté dans l'étude de la pathogénie des œdèmes une incontestable clarté.

(*A suivre*)

Les Thèses

P. — Dr X. Leclainche. — **L'immunité transmise**. (Toulouse, Imprimerie ouvrière.)

Fils du très distingué professeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Institut, le Dr X. Leclainche était destiné à traiter, dans son mémoire inaugural, une de ces questions, toujours de brûlante actualité, qui dérivent de la doctrine pastorienne, en s'y intégrant. Il l'a fait avec une abondance de documentation, une clarté, et une précision de discussion qui donnent une valeur considérable à son travail, dont les conclusions sont ainsi formulées :

La résistance des jeunes à certaines infections est due à une immunité transmise par les ascendants, et qui présente tous les degrés, depuis la transmission d'anticorps à peine décelables jusqu'à celle d'un véritable état réfractaire.

La littérature fournit de nombreux exemples de

transmission de l'immunité, tant chez l'homme que chez l'animal, spontanément. Elle est aussi réalisable expérimentalement.

L'importance de la transmission cellulaire (séminale) est tout à fait secondaire.

Le rôle du père n'a jamais été démontré.

C'est la mère qui transmet au jeune toutes les immunités qu'il présente dans les premiers mois de sa vie.

La voie placentaire et la voie digestive constituent les deux principaux modes de transmission de cette immunité. Parfois, l'une de ces voies est seule en en cause ; plus souvent, elles se complètent et c'est l'une ou l'autre qui prédomine.

Dans la *transmission placentaire*, le placenta, qui arrête en général les antigènes, laisse passer librement les anticorps qui réalisent l'immunisation passive du fœtus.

Dans la transmission digestive, c'est le colostrum qui constitue l'agent de transmission par excellence *des anticorps qui, accumulés dans la glande mammaire* au cours de la gestation, sont éliminés à doses massives dès l'accouchement.

La transmission digestive de l'immunité relève de plusieurs facteurs (sujet, *âge du sujet*, qualité et quantité des anticorps, milieu vecteur). De tous, c'est l'âge qui est le plus important.

L'immunité transmise est *de nature passive*, fonction du sujet, de l'antigène et de l'immunité de la mère.

L'immunité de la mère la conditionne étroitement.

Le degré de cette immunité importe seul.

Le moment où la mère contracte son immunité n'est à considérer que dans la mesure où il en modifie le degré. Dans la majorité des cas, c'est l'immunité acquise pendant la gestation qui est le mieux transmise.

A degré égal, la nature de l'immunité maternelle est sans importance. Toutefois l'immunisation active semble préférable (uniquement parce qu'elle confère un degré d'immunité plus élevé).

L'étude de *l'immunité transmise à l'enfant* montre que :

1° *Le moment d'apparition* de l'immunité dépend :

a) Du milieu vecteur des anticorps ;

b) De la nature de l'immunité conférée à la mère ;

2° *Le degré* de l'immunité transmise à l'enfant peut être considérable (résistance à deux cents doses mortelles). Elle est aussi très variable. Ses variations sont conditionnées par les multiples facteurs de l'immunité transmise.

L'étude du rapport entre l'immunité de la mère et l'immunité du jeune montre que l'immunité du jeune peut être inférieure, égale ou supérieure à l'immunité maternelle. Dans la grande majorité des cas, elle est inférieure.

3° *La durée* de l'immunité transmise à l'enfant est relativement courte : maximum pour l'état réfractaire : 180 jours ; maximum pour la persistance des anticorps : 240 jours ;

Mais l'importance de l'immunité transmise tient autant à l'autovaccination qu'elle permet à l'enfant de réaliser qu'à la résistance qu'elle lui confère.

L'immunité transmise est capable de se constituer entièrement ou *tout au moins de se compléter par l'allaitement*. Aussi l'enfant ne doit-il jamais être privé du colostrum maternel, qui est le meilleur facteur de l'immunité transmise.

P. — Dr Roger Testart, — **Contribution à l'étude de la maladie de Basedow chez l'enfant.** *Travail de la clinique médicale des enfants.* Hôpital des Enfants-Malades : professeur P. Nobécourt. (Paris, librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 1927.)

La maladie de Basedow chez l'enfant est une affection beaucoup plus rare que chez l'adulte. On compte environ cinq cas chez l'enfant pour 100 chez les grandes personnes.

Elle se rencontre dans 1/3 des cas chez le garçon ; chez l'adulte homme, elle ne se rencontre que dans 1/10 des cas.

La fréquence de l'affection, qui n'existe pas chez le nourrisson, augmente avec l'âge de l'enfant.

La race ne paraît pas avoir d'influence dans l'étiologie ; l'hérédité par contre aurait un rôle prépondérant.

Les émotions ou les infections peuvent aggraver la maladie mais leur rôle est discuté dans la genèse du syndrome basedowien.

Il a semblé à M. Testart que chez l'enfant à la période pubérale la dysthyroïdie pouvait être quelquefois consécutive à une anomalie dans l'évolution des glandes génitales.

Le fait que la maladie de Basedow a été observée à la suite de l'ovariectomie ou que les symptômes basedowiens ont disparu après l'établissement de la menstruation semble montrer que, dans certains cas, la dysthyroïdie a des rapports avec une insuffisance génitale, ou avec une intoxication génitale, le syndrome s'observant parfois lorsqu'apparaît la première menstruation.

Au contraire de ce qui se passe dans le myxœdème les échanges nutritifs se font d'une manière intense dans la maladie de Basedow.

La dépense de fond, à laquelle on a donné le nom de métabolisme basal, est très augmentée et ce fait, susceptible de mesure, permet par sa recherche de confirmer le diagnostic et de suivre l'effet du traitement.

L'élimination de l'azote, et en particulier de l'urée, est augmentée.

La croissance n'est pas rapide chez les enfants basedowiens et la taille est le plus souvent normale.

On ne peut, en ce qui concerne l'évolution pubertaire, opposer la maladie de Basedow au myxœdème. La puberté n'est, en général, pas précoce chez les basedowiens.

Dans les deux affections il y a un trouble génital

La symptomatologie est la même que chez l'adulte mais plus atténuée.

La tachycardie est dans les 3/4 des cas inférieure à 120 pulsations par minute, chiffre qui n'est pas très élevé si l'on considère l'âge des malades. Elle est assez rebelle aux différents traitements et peut persister longtemps après la disparition des autres symptômes. Isolée ou même associée à un léger tremblement elle ne peut faire porter le diagnostic de maladie de Basedow sans qu'on se soit entouré des garanties données par le métabolisme basal. Elle s'exagère après une fatigue ou une émotion. La tension artérielle était assez élevée dans deux cas personnels de l'auteur.

Le goitre est constant mais souvent peu volumineux. Il est en général bilatéral avec prédominance de l'hypertrophie à droite et est le siège de thrills ou de souffles. Il gène rarement les enfants.

L'exophtalmie est en général très modérée ; elle s'exagère après une fatigue ou une émotion. Les signes oculaires qui l'accompagnent chez l'adulte se rencontrent rarement chez l'enfant.

Le tremblement serait moins fréquent ; l'auteur l'a constaté très nettement dans deux observations où il avait un caractère vibratoire. Il s'exagère comme la tachycardie et l'exophtalmie à la suite de fatigues ou d'émotions.

Les symptômes accessoires sont variés : éruptions scarlatiniformes, dermographisme, troubles respiratoires, diarrhée, albuminurie, fièvre, troubles trophiques, etc. Il y a parfois des troubles psychiques mais peu accusés (irritabilité, terreurs nocturnes, etc.).

Le diagnostic dans les formes typiques se fera facilement à l'aide des symptômes cardinaux. Dans les formes frustes il sera parfois difficile. On devra dans ces cas faire appel aux tests et en particulier au métabolisme basal qui est exagéré ; son degré mesurera la gravité du syndrome et donnera des indications précieuses pour la conduite du traitement.

L'évolution est plus rapide que chez l'adulte et varierait entre 6 mois et 3 ans. Certains auteurs ont même rapporté des cas dans lesquels l'évolution avait duré quelques semaines et s'était terminée par la guérison. La tachycardie peut persister longtemps après la rétrocession des autres symptômes.

La maladie chez l'enfant ne comporte pas un pronostic grave et n'a qu'une mortalité minime.

Le traitement différera selon que l'évolution pubertaire de l'enfant sera terminée ou non.

On pourra employer dans le premier cas, avec prudence, la radiothérapie qui donne de merveilleux résultats, mais on se gardera de l'employer pour le traitement des enfants dont l'évolution pubertaire est en cours.

On risquerait, lorsque l'hyperthyroïdie physiologique de la puberté serait terminée de voir le jeune basedowien transformé en myxœdémateux.

Aux enfants non complètement pubères et en particulier aux filles non réglées on se contentera de prescrire un traitement calmant (hydrothérapie, bromures, etc.) et de l'hématoéthyroïdine, en lui associant l'extrait d'ovaire quand il y a retard de la menstruation. Le syndrome basedowien sera grandement amélioré par cette médication et l'établissement de la menstruation viendra, en général, terminer l'évolution vers la guérison.

Dans les deux cas l'effet du traitement sera suivi à l'aide du métabolisme basal.

Les livres qui viennent de paraître

Chez A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, à Paris.

Dr Lucien Mayet, médecin-expert, chargé de cours à l'Université de Lyon. — **Barème à l'usage des médecins praticiens, pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail.** 2e édition revue et augmentée (un vol. 176 p.).

Chez Doin et Cie, éditeurs.

Dr E. Forgue, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. — **Précis de pathologie externe**, 8e édition (2 vol. formant 2.500 p., avec 1085 fig. en noir et 67 en couleur, 1927-1928, cartonné toile : 150 fr.)

Librairie « Le Livre pour tous », 37, avenue de Saint-Ouen, Paris.

Docteur Gabriel Bidou. — **Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques.** Préface du professeur Georges Guillain. (Un vol. 142 p., avec fig. Prix : 20 fr.)

Thérapeutique

L'EUMICTINE

Apte servabis urethras.
(ECOLE DE SALERNE.)

Les préparations à base de santal sont fort nombreuses. Mais les praticiens avouent qu'ils les prescrivent avec un résultat et surtout une tolérance assez variable. Ils se plaisent à préférer l'Eumictine, essentiellement constituée par le *santalol*, chimiquement défini C15, H16 O, alcool primaire représentant le principe actif du santal, efficace, aux doses les plus faibles, comme modificateur parfait de la muqueuse uro-génitale extincteur des purulences, clarificateur de la sécrétion rénale et sédatif du ténesme vésico-urétral. L'adjonction de deux précieux antiseptiques urinaires, le salol (agissant par ses principes phéno-salicylés à l'état naissant) et l'*héxaméthylène-tétramine* par son acide formique également naissant) vient corroborer le pouvoir du santalol contre les uropathies.

Toutefois, il nous semble équitable d'observer que la supériorité thérapeutique de l'eumictine est due surtout à la haute qualité de ses composants. Nous comprenons mieux, ainsi, que cette association de *remèdes parallèles* soit utilisable, non seulement au déclin des processus inflammatoires, mais même comme *polyvalent* métatrophique des phlegmasies aiguës. En attendant que les méthodes vaccinales aient droit de domicile incontesté dans la pratique, l'eumictine doit demeurer longtemps à la tête de la médication anti-gonococcique, parce qu'elle modifie activement la blennorragie à ses diverses périodes, tout en garantissant l'estomac, l'intestin et le filtre-rénal contre toute irritation, Amendement de la souffrance, des érections et de l'écoulement, absence de néphralgie et d'exanthèmes intempestifs, élimination prompte et régulière de l'essence, oxydée dans le sang, en même temps que des éléments naissants formo-phéniqués, voilà, en résumé, la signature du meilleur *modificateur centrifuge uro-génital.* Il détermine non seulement l'abortion gonococcique (*en créant rapidement un milieu humoral dans lequel les agents microbiens ne prolifèrent plus*), mais aussi l'accroissement du pouvoir défensif des *cellules de revêtement* urétral, ce qui fournit une solide assurance contre les tristes complications ou conséquences de l'intrusion du gonocoque dans notre organisme, engendrant la *gonococcémie.*

On peut, de ce qui précède, supputer la largeur du champ d'action dévolu à l'eumictine. L'importance de son pouvoir décongestif et analgésique découle de sa valeur balsamo-antiseptique. Comme corollaire d'activité, les pyuries cysto-prostatiques, hématuries, dysuries ; oliguries ou pollakiuries, catarrhes de la vessie, hypertrophie de la prostate (avec incontinence ou rétention) trouvent une amélioration prompte et souvent la guérison dans cette ingénieuse fédération des bienfaiteurs uro-génitaux les plus incontestés.

Ce que j'ai couramment observé, chez les sujets traités par l'eumictine, c'est la disparition des troubles nerveux et des désordres cérébraux qui accompagnent les lésions de la sphère génito-urinaire, surtout (ce qui est la règle) lorsqu'il y a déchéance sexuelle. On sait que les phobies et obsessions dépressives, avec amoindrissement du moi, inquiétude, mésestime, agitation anxieuse ou hypocondriaque (poussée parfois jusqu'au délire et à la vésanie) sont constamment signalées par les spécialistes, comme complications de ces lésions ; c'est ce qui faisait jadis dire à Ricord : « la chaudepisse est une maladie mentale ». Faites disparaître les symptômes pathologiques obsédants qui empêchent le malade d'avoir confiance en sa guérison, vous restaurerez ainsi l'euphorie physique et mentale. C'est, dans ce sens qu'un praticien célèbre a pu dire que « l'eumictine » est un excellent agent de la psychothérapie. »

Dr E. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

NÉCESSITÉ DES CENTRES DE DIAGNOSTICS ET DES MAISONS DE CURE

Avec la complexité des méthodes auxquelles il convient de recourir pour asseoir avec précision certains diagnostics, avec la nécessité d'utiliser, pour l'application de ces méthodes, une instrumentation importante, le malade est intéressé, non plus à aller successivement de porte en porte, chez le radiologue, chez le biologiste, chez l'oculiste, chez le rhinologiste, etc., mais à les trouver, réunis au médecin général, associés avec lui, dans les centres de diagnostic, comme il en existe encore trop peu à cette heure.

C'est ce que j'exposais récemment ici même. Et j'envisageais l'époque où, ces centres de diagnostic complétés par des maisons de cure s'étant peu à peu généralisés, le traitement des maladies à domicile deviendrait l'exception, les chroniques venant eux-mêmes de temps à autre s'y soumettre à certaines mises au point de leur état, et à certains contrôles thérapeutiques.

Il est bien évident que, dans la pratique de la clientèle privée moyenne, il est souvent difficile, à cette heure, de procéder à toutes les épreuves, à toutes les investigations qui offrent cependant un intérêt indiscutable.

Prenons, par exemple, le cas d'un diabétique dont il convient de mesurer la tolérance aux hydrocarbones, le seuil de sa glycosurie, afin de lui prescrire le régime alimentaire adéquat à ses possibilités métaboliques.

Voici comment le professeur RATHERY conseille de procéder.

On commencera par interdire brusquement l'usage de tout hydrocarbone, quel qu'il soit, et durant cinq jours, l'alimentation du diabétique sera composée de la façon suivante :

Petit déjeuner : café ou thé avec un nuage de crème sans sucre ; un œuf.

Grand déjeuner : 125 à 150 grammes de viande, légumes verts cuits ou crus, haricots verts, oseille, épinards, salades et 40 à 60 grammes de beurre. Café noir sans sucre. Eau comme boisson, avec ou sans vin : 50 à 60 centilitres.

Dîner : 125 à 150 grammes de viande ou de poisson, ou deux œufs, légumes verts comme ci-dessus. Beurre, eau et vin.

Au bout de cinq jours, l'examen des urines montre habituellement l'absence de sucre. On continuera donc le régime alimentaire qui vient d'être indiqué en y ajoutant 100 grammes de pommes de terre. Au bout de cinq jours, nouvel examen des urines. Si l'on n'y trouve pas encore de sucre, on portera la dose de pommes de terre à 200 grammes, et on continuera de la même manière, jusqu'à ce que le sucre urinaire apparaisse. On connaîtra dès lors le seuil de ce diabétique.

Je ne pense pas que, le malade demeurant chez lui, il soit pratiquement possible d'exécuter ce programme à la lettre. Je doute que l'on puisse obtenir une soumission absolue à la rigueur d'un régime aussi sévère et limité, et je craindrais des écarts qui risqueraient de fausser le résultat cherché. La répétition des analyses d'urine devient également une complication.

Dans une maison de cure ou dans un centre de diagnostic, au contraire, la chose devient pour ainsi dire un jeu.

Prenez le cas d'un cardio-rénal hypertendu, à la période de compensation. N'est-il pas infiniment plus commode de le suivre, pendant quelques jours, heure par heure, oserai-je dire, dans le centre de diagnostic où la mesure de sa tension artérielle, l'analyse de ses urines, après calcul exact de leur volume nycthéméral, le dosage de son urée sanguine seront répétés à volonté, que s'il demeure chez lui ? Et les conseils qui seront la conséquence de la première manière ne seront-ils pas plus autorisés que ceux de la seconde ?

Je persiste à penser que c'est dans cette direction que doivent s'orienter les Syndicats médicaux, en quête des moyens d'adaptation qu'imposent, et l'évolution des mœurs, et les progrès de la science.

Dans un article publié dernièrement par un de nos quotidiens les plus importants, un médecin allemand attribuait la diminution de la mortalité, surtout infantile, aux soucis plus grands que les travailleurs prennent de leur santé, à la faveur des facilités que leur apportent les assurances sociales, et aux nombreuses voies qui s'offrent à eux pour y parer : hôpitaux, dispensaires, maisons de santé, etc....

En admettant que la loi commence à être ap-

pliquée en France, seulement en 1931, ce n'est pas immédiatement que les Caisses pourront créer ces hôpitaux, ces dispensaires, ces maisons de santé. Si les praticiens y songeaient et prenaient les devants, ils se trouveraient dans des conditions infiniment meilleures pour — qu'on me permette l'expression — « tenir le coup ».

Les anticipations peuvent prêter à sourire. Le temps passe, et l'on s'aperçoit un beau jour que la réalité a dépassé les produits les plus invraisemblables d'une imagination clairvoyante. Que dirait Jules Verne, dont on évoque présentement les inventions romancées, s'il voyait évoluer, devant ses yeux, et les avions, et les sous-marins, et les maisons roulantes ? S'il avait vu Paris bombardé par des canons tirant de 120 kilomètres ? Et que disent à cette heure les gens d'âge qui, tout en prenant plaisir à lire ses ouvrages, il y a quarante ans, avaient un sourire un peu ironique et s'écriaient : « Quelle imagination déréglée ! ! ! »

Je ne crois pas qu'il y ait grand déréglement de notre part à entrevoir l'aboutissant d'une évolution à laquelle nous devrions collaborer, au lieu de lui opposer la force d'inertie, pour en subir un jour les conséquences que nous n'aurons pas contribué à provoquer.

G. DUCHESNE.

LA DÉFENSE DES MÉDECINS CONTRE LES MAUVAIS PAYEURS

Le Syndicat médical a institué un « Office départemental de recouvrement des honoraires médicaux » et m'en a confié la direction.

Dès qu'un confrère m'envoie une liste de clients en retard de paiement, j'adresse la lettre ci-jointe aux clients désignés (voir ci-après la lettre).

Comme vous le pensez bien, dans l'intervalle des quinze jours accordés il se produit soit :

Des paiements conformes à la demande ;

Des paiements directs au médecin créancier ;

Des envois d'acomptes à moi ou au confr ère

Des demandes de temps ;

Des contestations ;

Soit l'inertie absolue.

Dans ce dernier cas, les notes sont remises à l'huissier, qui, lui aussi, en raison de la crainte qu'inspire sa fonction, obtient de nouveaux paiements, envois d'acomptes, demandes de temps, contestations ; et à lui-même aussi, quelquefois, on oppose la force d'inertie.

Cependant, il n'exerce de poursuites que quand il a la certitude que le débiteur est solvable et quand la somme due est supérieure aux frais éventuels.

Avec ce système, qui donne presque entière satisfaction, il reste encore à atteindre quelques malins de très mauvaise foi, sur lesquels glissent nos sommations, s'ils flairent nos hésitations devant les frais de justice.

Cependant, j'ai trouvé le moyen d'ébranler leur quiétude.

Je leur écris ceci :

« J'ai l'honneur de vous rendre compte que si
« vous persistez dans votre obstination, encore huit
« jours, tous les médecins de votre région sauront
« que vous refusez de payer les soins qu'on vous
« donne, et que vous devez la somme de *N* fr. à
« l'un d'eux. »

Le directeur de l'O. de R. des H. M.

SIGNATURE.

Si cette lettre reste sans effet, au bout de huit jours j'envoie aux confrères que le cas peut intéresser, une carte de visite sur laquelle j'ai écrit, sans aucune mention, le nom et l'adresse du mauvais payeur et un nombre. Les confrères savent que ce nombre représente la somme due à l'un d'entre eux.

Voilà ce que nous faisons ici, où, à part cinq ou six, tous les médecins sont syndiqués.

Il ne faudrait pas en induire que nous avons des âmes de crocodiles. Nous n'usons de ces sévérités que dans certains cas rares et très spéciaux.

Cependant, comme directeur de cet Office de recouvrement des honoraires médicaux, j'ai des inquiétudes. Permettez, je vous prie, que je vous les soumette, et que je vous pose quelques questions.

N'est-il pas imprudent pour moi, de faire savoir par lettre, à quelqu'un, que je vais le dénoncer à mes confrères comme mauvais payeur et que je vais même faire connaître le montant d'une de ses dettes ?

Et enfin, m'est-il permis, sans danger, de mettre moi-même, sur une carte de visite blanche le nom d'un tiers avec son adresse et un nombre, puis d'envoyer cela sans mention aucune, par la poste, à mes confrères ?

Je vous assure que j'obtiens des résultats inespérés et que mes confrères, permettez-le mot, en sont « épatés ».

Mais, si le moyen employé dépasse les bornes de la légalité, pour si grands que soient les services à rendre et pour si agréable que soit pour moi la gratitude des camarades, je vais l'abandonner tout de suite.

Et pourtant, pour ne pas en arriver à cette extrémité facheuse, sans doute pourriez-vous m'indiquer les modifications à apporter au système afin de l'accommoder aux exigences de nos lois.

J'y compte bien et je vous envoie à l'avance l'expression de tous *nos* remerciements.

Dr X.

OFFICE DÉPARTEMENTAL

DE RECOUVREMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX.

Monsieur

Les honoraires que vous devez à Monsieur le Docteur Durand s'élèvent à la somme de 400 fr. plus 10 % frais recouvrement, *soit 440 fr.*

Veuillez vous libérer de cette dette, en en remettant le montant à votre facteur, en même temps que le papier rose (1) tout préparé à l'avance ci-joint. Cela ne vous coûtera que 0 fr. 40 de frais.

Si dans 15 jours je ne suis pas avisé par mon bureau de chèques ou par Monsieur le Docteur Durand que votre paiement a été effectué, je remettrai votre compte entre les mains de l'huissier chargé par l'Office de poursuivre les recouvrements en justice *à vos frais*.

X., le (date de la poste) 1927

LE DIRECTEUR.

Réponse

Il a été maintes fois jugé que le médecin est parfaitement libre de se refuser à donner des soins à un malade, sans indiquer les motifs de son refus, dans le cas où il n'a pas promis au préalable de soigner ce client, ou lorsque celui-ci, étant en traitement, n'a pas à souffrir, d'une manière immédiate, d'un abandon de médecin, lorsque le praticien n'a signé aucun contrat de louage de services avec une collectivité publique ou privée (A.M.G., hôpital, société de secours mutuels, etc.) ou enfin lorsque le médecin n'est pas régulièrement requis par l'autorité judiciaire compétente.

Mais un syndicat médical est-il en droit d'avertir ses membres des difficultés qu'un praticien éprouve à se faire payer par un client ? Peut-on, par lettre fermée et confidentielle, indiquer que, dans telle famille on change de docteur, pour ne pas avoir à payer les soins précédents, ou qu'on marchande âprement, pour lasser le médecin et obtenir de lui des rabais considérables, ou enfin selon la coutume trop fréquente actuellement, qu'en réponse à l'envoi d'une note d'honoraires, le client se retourne contre son docteur et l'actionne, devant les tribunaux, par une demande reconventionnelle en dommages intérêts.

Il est évident que le syndicat est en droit de défendre l'intérêt collectif de ses membres et de les prévenir des agissements dolosifs des clients : tel sera signalé comme mauvais payeur ; par conséquent les syndiqués agiront prudemment en se faisant régler comptant et en refusant de retourner chez le malade, lorsque la note en souffrance atteint un certain chiffre.

Ailleurs, sera mis en quarantaine le client peu reconnaissant, qui, injustement, attaque un confrère en responsabilité professionnelle.

Il y a donc, de ce chef, une action de défense collective. Est-elle licite ? Comment peut-elle s'exercer ?

La jurisprudence est peu abondante et contradictoire. Un arrêt de la cour d'appel d'Aix, sans date et rapporté par le *Temps* et le *Concours médical*, 1899, p. 132, décide que la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels autorise ces groupes corporatifs à créer et à administrer des offices de renseignements. Par suite le syndicat des hôteliers-logeurs-restaurateurs de la ville d'Aix a le droit de tenir un registre, sur lequel sont mentionnés les renseignements de nature à intéresser les membres de l'association. Parfois le bureau a adressé, sous enveloppe cachetée, aux seuls adhérents, des renseignements susceptibles à les mettre en garde contre des tiers, qui ont porté préjudice à certains d'entre eux. Cette mesure est parfaitement licite.

Dans le même sens a été rendu un jugement du tribunal civil de Châteauroux, du 1er août 1898 (*Gazette du Palais*, 23 novembre 1898 ; *Concours médical*, 1908.847).

Voici le sommaire de ce jugement : « Le ministère des médecins étant absolument libre, sauf le cas où il est requis par justice, ne peut donner lieu à aucune action en dommages-intérêts contre le refus d'un médecin de visiter un malade.

« Le médecin, qui ayant eu des difficultés avec un client au sujet du règlement de ses honoraires, avise, dans un but de solidarité professionnelle, ses confrères de cette circonstance, ne commet aucune faute de nature à engager sa responsabilité. »

Mais la cour de Bourges fut d'un avis opposé et, par arrêt du 3 août 1909 (*Gazette Pal.*, 14 décembre 1909) cassa le jugement de Châteauroux.

« Si, en principe, un médecin qui a eu des démêlés avec un client, au sujet du règlement de ses honoraires, a le droit de rompre toutes relations avec ce client, et de refuser de lui donner ses soins, alors d'ailleurs que la localité possède d'autres médecins, il ne peut cependant, sans commettre un abus, signaler ces difficultés à ses confrères et les inviter, en des termes suffisamment clairs, à se concerter avec lui, pour que ces praticiens suivent son exemple.

« Le client, eut-il, en effet, tous les torts dans le différend, il n'appartient pas au médecin de lui infliger comme sanction la privation de l'assistance médicale et d'assurer ainsi la sauvegarde de ses intérêts, au mépris des devoirs d'humanité les plus élémentaires.

« Et si, par suite de ces agissements, un préjudice matériel et moral a été causé au client, dont la famille a été privée de soins médicaux en

(1) Mandat-carte à inscrire à mon compte-courant.

plusieurs circonstances, ou qui a été tenu de s'adresser à un médecin éloigné de son domicile, la responsabilité de leur auteur se trouve engagée et il peut être condamné à des dommages-intérets. »

Il est regrettable que cet arrêt n'ait pas été porté devant la cour de Cassation : si les médecins en cause avaient fait partie du « Sou médical », nul doute que cette Ligue de défense professionnelle n'eût demandé à la cour suprême de dire si les médecins, par l'intermédiaire de leurs syndicats, n'ont pas le droit de se défendre contre les mauvais clients.

Tout d'abord, j'estime qu'un médecin agira sagement en ne prévenant pas lui-même ses confrères des démêlés qu'il a avec un certain client et en demandant aux autres praticiens de se solidariser avec lui.

Qu'il en réfère au syndicat médical, en signalant à ce groupe corporatif que le malade est un mauvais payeur, ou met en cause la responsabilité de celui qui lui a donné des soins, pour esquiver la note d'honoraires.

Dans un but de défense corporative, le syndicat pourra adresser, sous pli fermé, à tous ses adhérents, le nom de ce mauvais client, pour que chaque praticien sache à quoi s'en tenir, lorsqu'il sera appelé par ce malade, ou pour quelqu'un de sa famille.

D'ailleurs un praticien est, à mon sens, parfaitement en droit de dire à un malade : « Je refuse de vous soigner, parce que vous ne payez pas votre médecin, ou parce que vous avez attaqué M. le Dr A. devant les tribunaux. »

Dire que cette action concertée, en vue d'un refus collectif, empêche un malade de recevoir des soins, je ne le crois pas. Pour recevoir ces soins qu'il sollicite, le client n'a qu'à payer son docteur, ou à retirer sa plainte qu'il a déposée devant le tribunal.

Le devoir d'humanité, me dira-t-on, oblige le docteur à prodiguer les secours de son art : oui, lorsqu'il y a urgence : tout être humain doit assistance à son semblable : cela découle de la loi morale, de la loi naturelle et non d'un article quelconque d'une loi ou d'un code.

Mais, lorsqu'il n'y a pas urgence, lorsque la vie du client n'est pas en danger, le praticien a parfaitement le droit de se refuser à soigner quiconque ne lui plaît pas.

Quant au droit que peut avoir le syndicat à agir ainsi, je dirai que l'évolution se fait progressivement, en droit syndical, reconnaissant aux groupes corporatifs le pouvoir de défendre la collectivité de ses membres, contre tous ceux qui abusent.

Les syndicats ouvriers ont le droit de mettre un patron en interdit : ce même droit doit être reconnu aux syndicats médicaux.

Mais, je crois que ces groupes corporatifs feront bien de prévenir leurs membres par lettre fermée, pour qu'il n'y ait pas d'indiscrétion commise en dehors des adhérents. De plus, la circulaire doit s'abstenir de tout terme injurieux, ou péjoratif à l'endroit du ou des clients visés.

Enfin dans les textes qui nous sont soumis, je relève, dans la lettre qui est adressée par l'office de recouvrement, cette phrase : « j'ai l'honneur de vous rendre compte que si vous persistez dans votre obstination, encore huit jours, tous les médecins de votre région sauront que vous refusez de payer les soins qu'on vous donne. »

Le client sait donc à quoi s'en tenir et est seul responsable des suites de son obstination à ne pas payer. Il en subira donc toutes les conséquences, puisqu'il a été dûment averti.

S'il trouve la note du praticien exagérée, il a toute latitude soit de demander un arbitrage au syndicat médical, soit de s'adresser aux tribunaux de droit commun.

Mais son silence, son refus systématique de payer lui attirera des représailles dont il est averti.

D'ailleurs, la note de l'office ne dit pas que désormais tous soins seront refusés : elle dit simplement que les médecins de la région seront avertis que M. X. refuse de payer au Dr A. la somme de *n* francs.

Aux autres praticiens de faire ce que bon leur semble : ou bien de refuser d'entreprendre le traitement d'un client, qui ne paie pas ses docteurs, ou bien de se faire payer comptant, ou même d'avance en se faisant verser une provision.

Je crois qu'ainsi la conduite du syndicat n'est nullement répréhensible. Au surplus, et surtout en matière de responsabilité professionnelle, il serait utile que les syndicats médicaux puissent prévenir leurs adhérents que le Dr A. est poursuivi, en correctionnelle, ou au civil, par un client qui demande des dommages intérêts.

Le client sera repéré ; mais en outre, si ce malade a été excité par les propos malveillants d'un médecin voisin, si ce sont les critiques faites à la légère, ou dans le but de débiner son concurrent qui ont motivé la plainte du malade contre le docteur qui l'a soigné, le syndicat pourra démontrer combien l'invidia medicorum est néfaste à tous : aujourd'hui le Dr A. est la victime des propos désobligeants du Dr B. ; mais celui-ci sera atteint demain par les insinuations du Dr C., ou simplement parce que la clientèle aura pris la douce habitude de ne pas payer son médecin et, pour ce faire, attaquer en dommages intérêts, pour malfaçon professionnelle.

Conclusions. — J'estime utile et prudent de se défendre contre les mauvais clients, soit contre ceux qui paient mal, ou pas du tout, soit

contre ceux qui attaquent leur docteur injustement devant les tribunaux.

La défense corporative doit être confiée au syndicat et au « Sou Médical » : ces deux groupements pourront donner les conseils juridiques pour la marche à suivre dans l'exécution des procédés de lutte corporative.

Tout d'abord, l'envoi, sous pli fermé, d'un simple avis indiquant que M. A. doit la somme de *n* francs, au Dr B., lequel ne peut arriver à les toucher, incitera les autres médecins non pas à priver M. A. des secours de la médecine, en cas d'urgence, mais à prendre des mesures conservatoires, pour avoir la certitude de toucher le prix de leur travail.

Lorsque l'office de recouvrement du syndicat aura épuisé toutes les mesures de recouvrement, je conseillerais l'envoi de la lettre suivante, sous pli *recommandé* :

« Monsieur, Vous avez jusqu'à présent négligé d'acquitter les honoraires que vous devez à M. le Dr A., pour soins donnés et s'élevant à la somme de.......

« Le syndicat médical a le regret de vous informer que la créance de M. le Dr A. a été mise entre les mains de Me X., huissier, chargé de poursuivre le recouvrement des honoraires en justice.

« Nous vous avertissons, en outre, que le syndicat médical va, par lettre fermée, informer tous ses adhérents et les médecins exerçant dans la région, que vous refusez, sans motifs, d'acquitter vos dettes envers les praticiens, qui vous ont donné leurs soins, afin que, désormais, chaque docteur, appelé par vous, puisse se faire payer comptant, en vous refusant tout crédit.

« Au cas où vous auriez des plaintes à formuler contre la note que vous a adressée M. le Dr A., le Bureau du syndicat médical de .... accepterait de vous entendre et même au besoin, d'arbitrer, s'il y avait lieu, le différend.

« Veuillez agréer.....

Je crois que, de la sorte, la conduite du syndicat médical serait juridiquement irréprochable. En tous cas, en cas de procès, le « Sou Médical » n'hésiterait pas à soutenir ses adhérents jusque devant la Cour de Cassation, pour faire trancher cette question de principe.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La pension des enfants de Sociétaires.

La volumineuse correspondance que je reçois de mes confrères, soit qu'ils fassent déjà partie de la Mutualité familiale, soit qu'ils demandent des renseignements pour y entrer, me montre que cette question de la pension des enfants est mal comprise, souvent même complètement inconnue.

Notre Mutualité est familiale, son devoir était donc de s'occuper de la famille du médecin : aussi, après avoir ouvert ses combinaisons retraites aux femmes de ses sociétaires, y a-t-elle admis leurs enfants.

Quel intérêt, nous a-t-on dit, peut-elle avoir à attirer des personnes étrangères à la profession médicale ? — Un intérêt ? — aucun ; mais elle a cru qu'ainsi elle rendrait service à ses membres : elle a pensé qu'ils auraient le plus gros intérêt à assurer l'avenir de leurs enfants, à leur inculquer de bonne heure des idées de prévoyance et qu'en les faisant entrer jeunes dans ses rangs, ils diminueraient d'une manière notable leurs charges annuelles futures grâce à la modicité de la cotisation.

Tous, sans doute, ne deviendront pas médecins mais ils n'en auront pas moins, à un moment donné, fait partie de la famille médicale et, quoi qu'il arrive, ils n'y resteront pas complètement étrangers dans l'avenir. Et puis il y a le cas spécial des filles qui ne se marieront pas — et c'est une éventualité que les circonstances nous ont malheureusement contraints d'envisager — le père ne sera-t-il pas heureux de pouvoir leur constituer une retraite pour leurs vieux jours ?

Quoi qu'il en soit, tout fils, toute fille d'un sociétaire peut entrer aux combinaisons retraites de la Mutualité familiale dès qu'ils sont entrés dans leur vingtième année.

Notre éminent actuaire, M. Fleury, tout en nous encourageant vivement à entrer dans cette voie nouvelle, a cru devoir nous demander d'imposer cette réserve pour l'âge de l'admission : il voyait de graves inconvénients à accepter les jeunes enfants pour lesquels il y aurait eu un trop grand nombre de cotisations à verser et par conséquent trop de causes de défaillance ; par contre, cet âge de vingt ans pouvait permettre l'admission exactement dans les mêmes conditions que pour les parents.

Donc, à partir de la vingtième année, les enfants des membres de la Mutualité familiale peuvent être inscrits à la retraite à 65 ans ou à la retraite à 60 ans.

Comme pour leurs parents, la part type de la retraite est de 120 francs et ils peuvent prendre le nombre de parts qu'ils désirent jusqu'au maxi-

mum de 20 (retraite de 2.400 francs) ; comme eux, ils peuvent simultanément adhérer aux deux combinaisons pour avoir une première pension à 60 ans et une seconde à 65 ans, ce qui permet d'arriver au chiffre de 4.800 fr. ; comme eux enfin ils peuvent contre assurer leurs versements de telle sorte que, s'ils venaient à mourir prématurément, les cotisations versées par eux soient remboursées à leurs ayants droit.

En cas d'interruption du versement de la cotisation, ils n'encourent pas la déchéance : sous la condition d'avoir effectué cinq versements annuels, ils reçoivent, à l'âge voulu, une pension réduite proportionnelle à leurs versements. Du reste, ils ont toujours la faculté de reprendre ces versements pour arriver à une pension proportionnelle plus élevée et même, sauf dans les quatre dernières années précédant la retraite, d'effectuer ces versements en souffrance pour revenir à la retraite complète.

Le jeune âge de ces nouveaux sociétaires leur permet d'aborder la pension de retraite dans des conditions particulièrement avantageuses puisque les cotisations sont peu élevées et qu'elles restent constantes.

On en jugera par les barêmes ci-dessous.

Je crois devoir rappeler que l'âge d'entrée est celui que le candidat a eu ou aura dans l'année de son admission et que, par contre, il ne paie pas de cotisation dans sa 60e ou sa 65e année, selon le cas.

Les chiffres indiqués se rapportent à une pension de 1.200 francs, ils devraient être doublés pour une pension de 2.400 francs.

Combinaison R. Retraite à 65 ans.

Age d'entrée	Cotisation annuelle simple	Cotisation annuelle contre-assurée
20 ans	48 fr.	56 fr.
21 —	51 »	62 »
22 —	54 »	66 »
23 —	57 »	70 »
24 —	60 »	74 »
25 —	64 »	79 »
26 —	68 »	84 »
27 —	72 »	89 »
28 —	77 »	95 »
29 —	82 »	101 »
30 —	87 »	108 »

Combinaison P. Retraite à 60 ans.

20 ans	82 fr.	97 fr.
21 —	87 »	103 »
22 —	93 »	109 »
23 —	99 »	116 »
24 —	105 »	123 »
25 —	111 »	131 »
26 —	119 »	140 »
27 —	126 »	149 »
28 —	136 »	159 »
29 —	144 »	169 »
30 —	154 »	181 »

J'ai arrêté ces tableaux à trente ans, mais la limite d'âge pour l'entrée est 50 ans dans le premier cas et 45 ans dans le second, la loi exigeant une participation minima de quinze années.

Quand on pense qu'à vingt ans on peut, pour moins de trois sous par jour, s'assurer une pension de 1.200 francs, qu'à 25 ans il n'en coûte que quatre sous, dira-t-on que la chose n'est pas intéressante pour le médecin? qu'elle dépasse ses possibilités ?

Mais, pour la plupart, nos confrères ne le savent pas. Je n'en veux pour preuve que cet exemple récent : je venais d'exposer ce sujet à un confrère et celui-ci, tout surpris me quittait en disant : « Je vais immédiatement écrire au Dr Mignon pour faire inscrire ma fille. On me dit que je fume trop, je vais économiser quatre sous sur mon tabac.. et ce sera double profit ».

Peut-être avons-nous un reproche à nous faire: nous avons, au moment de sa création, exposé le mécanisme de la combinaison-retraite spécialement en ce qui concerne les enfants, mais je m'aperçois que nous ne sommes pas revenus sur cette question pourtant si importante. Nous savons cependant combien de fois il faut répéter les mêmes choses pour les faire connaître et comprendre !

Confrères,

J'appelle d'une manière toute particulière votre attention sur cette possibilité de la retraite pour vos enfants. Je n'insiste ni sur son caractère moralisateur ni sur son incontestable utilité, je vous dis simplement :

Vous connaissez les chiffres, voyez ce que vous pouvez assurer à votre fils ou à votre fille et quels sacrifices cela exige de vous d'abord, d'eux personnellement ensuite. Vous savez ce qu'est la Mutualité familiale, dans quel esprit elle fonctionne, les garanties qu'elle vous donne, n'hésitez pas à lui amener vos enfants.

Demandez à notre secrétaire général un bulletin d'admission, vous le lui retournerez rempli avec un bulletin de naissance sur papier libre, et il fera le nécessaire — il n'y a aucune autre formalité à remplir.

A. GASSOT.

Le secrétaire général de la Mutualité familiale Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise) a, depuis trois mois, envoyé *par centaines* à des confrères qui les lui avaient demandés des statuts, documents, pièces pour constitutions de dossiers, etc. ... Il serait très reconnaissant à ces confrères de bien vouloir lui faire réponse.

Beaucoup mettent ces papiers de côté pour les examiner plus tard... et les oublient. C'est ainsi qu'on voit revenir des adhésions sur des formules qui datent de plusieurs années

Nous demandons à nos confrères d'étudier les statuts et de prendre leur décision sans des atermoiements qui risquent de les faire évincer soit parce qu'ils ont passé l'âge limite d'entrée soit parce qu'une cause pathologique quelconque est venue compromettre leur santé.

M. le Dr Mignon reste toujours à leur disposition pour les renseignements complémentaires qu'ils pourraient désirer.

LE SECRET MÉDICAL

Discussion du rapport de M. Balthazard. (1)

I. Le secret médical et l'application des lois sur les accidents du travail et les accidents professionnels.

Par M. Cazeneuve.

Dans la séance de l'Académie du 31 janvier dernier, M. Vanverts rappelait, à l'occasion du respect du secret médical, cette déclaration du Congrès des syndicats médicaux représentant 17.000 médecins « que le corps médical ne collaborerait à la loi d'assurances sociales que si celle-ci assurait le respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement ».

M. Weiss, d'autre part, dans sa communication du 17 janvier, fait ressortir que le respect du secret professionnel est impossible « si les assurances sociales fonctionnent dans toute la France comme elles fonctionnent en Alsace ou comme elles fonctionnent en Allemagne ». Il le déplore, et met en évidence que les familles ouvrières pour lesquelles la loi d'assurances sociales a été élaborée, « verront étaler toutes leurs tares, tous leurs malheurs les plus douloureux. ».

Comme la loi sur les assurances sociales va probablement être votée sans retouches par la Chambre des députés, telle qu'elle est sortie des délibérations du Sénat, il faut s'attendre dans l'application de cette loi importante, qui codifie la protection des travailleurs contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse, à quelques heurts possibles, si l'attitude des médecins praticiens se confirme tel que l'a signalé M. Vanverts.

Je ne critique pas, je constate. Mais ce que je voudrais mettre en lumière aujourd'hui devant l'Académie, c'est qu'il est un peu tard pour le corps médical, gardien vigilant du secret médical absolu — dont, pour ma part, j'approuve théoriquement le principe — de faire des réserves sur la mise en application de la loi prochaine sur les assurances sociales.

Le régime qu'entraîne tout système d'assurances comporte forcément des révélations sur les infirmités ou maladies.

(1) Académie de médecine, séance du 7 février 1928.

Je n'en veux pour preuve péremptoire que les clairs enseignements que nous a apportés l'application déjà lointaine de la loi sur les accidents du travail, puis celle sur les accidents professionnels du saturnisme et de l'hydrargyrisme, laquelle sera, sans doute, bientôt suivie de celle sur les accidents professionnels, d'une façon générale dus aux nombreuses substances chimiques qu'énumère le décret du 19 février 1927.

Je rappelle, en passant, que les lois sur les accidents du travail et les accidents professionnels conservent leur autonomie absolue, en dehors de la loi prochainement votée sur les assurances sociales.

Mais procédons par ordre.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, qui remonte donc à trente ans, vient de subir une refonte complète. A lire le nouveau dispositif on constate que presque tous les articles ont été profondément remaniés, à commencer par l'article premier qui définit les bénéficiaires de la loi. « Les travailleurs intellectuels » y sont compris, ce qui est une nouveauté. Un professeur ou un aide est blessé dans un laboratoire de radiologie ou de chimie d'une Université ou d'un service public, il peut recourir aux bénéfices de la loi.

Je vais prouver, pièces en mains, que le respect absolu du secret médical, tel que certains veulent le défendre, est un dogme devenu insoutenable, vu les conditions d'application de ces lois en vigueur. Autrement dit,depuis nombre d'années déjà, la thèse rigoriste du secret médical absolu, soit directement, soit indirectement, — pour reprendre les termes de la décision des syndicats médicaux, — ne peut plus être défendue.

J'analyse et j'interprète : pas davantage.

Je prends l'article 4 de la loi récente revisant l'article 3 de la loi du 9 avril 1898. Il vise l'incapacité temporaire, l'incapacité permanente et partielle inférieure ou supérieure à 50 p. 100. Et un paragraphe ajoute : « Le taux d'incapacité est déterminé, d'après la nature de l'infirmité suivant un barème de classification des invalidités établi par arrêté du Ministre du Travail. »

Je le demande, en toute bonne foi, le médecin

praticien que l'accidenté d'ailleurs a le droit de choisir peut-il se prononcer sans violer le secret médical sur la nature de l'infirmité et le taux d'invalidité ?

Supposons ce taux d'invalidité discutable, ce qui est fréquent. L'article 5 de la nouvelle loi prévoit ce conflit possible et tel paragraphe précise qu'« au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin, chargé de le renseigner sur l'état de la victime, Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée ».

La victime doit se prêter à cette visite, sous peine de suspension du paiement de l'indemnité journalière.

Mais lisons le paragraphe suivant : « Si le médecin (lequel représente, cette fois, le chef d'entreprise) certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours. »

Est-ce que pareille procédure, cependant équitable, vu les intérêts graves et divers en cause, ne met pas à mal le respect absolu du secret médical ? Poser cette question, c'est la résoudre devant l'évidence de la situation.

Le dilemme suivant se présente aussitôt à l'esprit : ou l'accidenté renoncera à tous les bénéfices de la loi, ou il devra se soumettre à toutes les exigences légales, qui sacrifient, sans nul doute, le secret de son infirmité. Et ces mêmes observations, d'ordre général, s'imposent à l'occasion de l'application de la loi du 15 décembre 1922, loi assez récente donc, étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents de travail.

Je confesse, messieurs, que nos mœurs actuelles qui font bon marché du secret médical, plus qu'autrefois, à ce qu'il apparaît, ont peut-être été façonnées par les circonstances de la grande guerre où de nombreux mutilés ont dû être examinés au grand jour. Le régime des pensions militaires a imposé la discussion ouverte des intérêts du blessé. Et le secret médical semble s'être effondré dans cette vaste et journalière enquête que la médecine militaire, remplissant ses devoirs, a dû conduire avec toute la clarté et la loyauté désirables.

La psychologie des administrations a incontestablement subi l'influence des circonstances créées par les innombrables mutilés de la grande guerre, dont l'état a dû être révélé dans un but de réparation.

Analysons maintenant la loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Pour l'instant, comme je l'ai rappelé plus haut, elle se limite aux accidents occasionnés par le plomb ou le mercure et leurs composés. Demain elle sera donc généralisé à bien d'autres produits chimiques, comme il est fait dans plusieurs législations étrangères.

Examinons, en nous plaçant sur le terrain pratique et courant, à l'occasion du saturnisme, par exemple, à quelles vicissitudes aujourd'hui est soumis le respect du secret médical.

Prenons l'article 5 d'importance capitale. Que dit-il ?

« Toute maladie professionnelle, dont la victime demande réparation en vertu de la présente loi, doit être, par ses soins, déclarée, dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, au maire de la commune, qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé.

« Un certificat de médecin indiquant la nature de la maladie et ses suites probables doit compléter cette déclaration, dont la forme sera déterminée par décret. » Jusqu'ici la procédure est conforme à la vieille tradition médicale. Mais je continue : « Copie certifiée de cette déclaration est transmise immédiatement par le maire au chef de l'entreprise qui occupait l'ouvrier malade et à l'inspecteur départemental du travail ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise. »

Puis c'est la Caisse nationale d'assurances ou bien les Sociétés d'assurances privées qui auront à en connaître. Autrement dit, le constat médical va passer ouvertement de main en main suivant une filière bureaucratique comportant de multiples regards.

De nombreuses personnes donc vont fatalement connaître tous les détails concernant l'état de la victime. Elles sauront même qu'il est alcoolique, si le certificat médical, rédigé avec conscience, a dû faire état de tous les symptômes rencontrés. Mais je poursuis.

L'accidenté quitte l'usine où il s'est intoxiqué pour entrer dans une industrie similaire, ce qui est la règle.

Le nouveau patron, bien entendu, le fera examiner par un médecin ou par son médecin si l'entreprise en a un d'attitré, ce qui est fréquent.

Car, d'après la loi, le nouvel employeur ne peut être responsable, s'il y a rechute ou aggravation, chez le saturnin, que d'un surplus d'indemnité. La loi l'oblige d'ailleurs à régler la totalité de cette indemnité, s'il y a un nouvel accident, quitte à un recours contre les employeurs précédents.

Combien délicates seront les appréciations médicales, pivot du règlement d'un conflit qui peut s'élever entre deux employeurs à propos de la même victime. C'est au grand jour du prétoire

que va se débattre devant les tribunaux le bien ou mal fondé des responsabilités de tel ou tel chef d'entreprise. Que devient dans tout cela le secret médical lorsque le médecin même choisi par la victime sera appelé à venir défendre ses propres appréciations ?

Dans la séance du 11 juillet 1927 s'est poursuivie à la Société de médecine légale de France une discussion très importante sur « la prédisposition et l'invalidité antérieure en accident du travail. » Cette question épineuse était inscrite à l'ordre du jour sur la demande de M. Duvoir.

Sujet de polémique, sujet aride parfois de discussion entre le médecin de la victime et les médecins experts désignés pour apprécier le cas en litige.

Que peut devenir, dans pareil débat devant les juges, le respect rigoureux du secret médical, tel que certains le veulent encore entendre ?

Pour les pensions de guerre, à propos de la tuberculose, est-ce que les antériorités de la victime qu'on doit envisager n'ouvrent pas la porte à l'étalage de discussions qui figureront au dossier de l'intéressé, lequel dossier passera de main en main dans les bureaux du ministère des Pensions.

On ne peut qu'approuver, tenant compte des réalités, disons de l'évolution des mœurs démocratiques qui ont imposé la protection légale des travailleurs, quels qu'ils soient, intellectuels ou manuels, les conclusions de la Commission et de son rapporteur M. Balthazard :

« Le législateur garde le droit d'obliger le médecin à violer le secret médical quand l'intérêt supérieur l'exige, mais il importe que l'extension de la violation du secret ne soit imposée que dans les cas où l'intérêt général est clairement démontré (déclaration de maladies évitables des maladies professionnelles des naissances, etc.) »

Cet « *et cætera* » souligne que le secret médical ne peut plus aujourd'hui être envisagé avec le rigorisme de la jurisprudence actuelle — ceci à propos du témoignage en justice — ou, si l'on veut conformément aux vieilles traditions médicales, tel que les syndicats médicaux veulent le défendre.

Sans attendre le vote et la promulgation de la nouvelle loi très importante sur les assurances sociales qui émeut le corps des médecins praticiens j'ai cru devoir rappeler, en toute impartialité, que l'application des lois importantes actuellement en vigueur porte atteinte au dogme soi-disant intangible du secret médical.

Comme le veut la Commission, « l'intérêt général, l'intérêt social supérieur », et j'ajoute, pour ma part, l'intérêt matériel même des assurés, puisqu'il y a assurance sont appelés à enlever fatalement au secret médical tout caractère absolu. Au milieu de l'arsenal de nos lois sociales ou d'hygiène sociale qui se multiplient, la conscience du médecin doit rester l'arbitre de ses propres décisions et révélations sous l'égide de ces lois.

Encore faut-il que le législateur assouplisse l'article 378 du Code pénal, conformément aux exigences de ces lois sociales ce que demande en fait la Commission. Car, en ce moment, avec la jurisprudence actuelle, nous sommes en plein chaos. Qui me contredira ? Je crois qu'il est sage de voter sans hésitation les conclusions de la Commission, qui me paraissent empreintes du souci de sauvegarder la dignité médicale mais aussi de se plier à l'évolution démocratique qui s'accomplit. Toutes les Sociétés modernes civilisées, en dépit du régime politique, subissent cette évolution qui impose au secret médical de ne plus s'enfermer dans une tour d'ivoire.

II. Le secret médical devant les Assurances sociales (1).

Par M. L. Bard.

La question du secret médical, indépendamment même de son intérêt général, présente une actualité particulière du fait de la loi en préparation sur les Assurances sociales, et son importance s'accroît du fait de l'opposition qui s'accuse entre les intentions du législateur, telles qu'elles se manifestent dans le texte voté par le Sénat et la volonté bien arrêtée des médecins praticiens, exprimée à l'unanimité par l'Assemblée générale de leurs syndicats, de n'apporter leur collaboration qu'à une loi qui ne portera aucune atteinte, ni directe ni indirecte, au secret médical.

C'est pourquoi on peut regretter que la Commission n'ait pas abordé directement cette question particulière, et c'est pour l'envisager nettement que j'ai demandé la parole dans cette discussion.

Si la simple discrétion professionnelle, venue de la conscience, reste sous sa dépendance, il n'en est plus de même du secret absolu, venu de la loi, qui en a fait une prescription de droit public, placée au-dessous des consciences individuelles. Mais ce qu'une loi a fait, une autre loi peut le défaire, et c'est ainsi que s'est créée la notion d'un droit public relatif, susceptible de céder la place, quand il y a lieu, à un droit public supérieur ; c'est la thèse acceptée par le professeur Balthazard dans le rapport de la Commission et, qu'on l'approuve ou qu'on la contredise, il faut bien reconnaître qu'elle s'impose, depuis que certaines lois ont déjà porté atteinte à l'intangibilité précédente du secret.

Par contre, il est bien manifeste que le secret doit rester la règle ordinaire, et qu'il ne peut s'agir que de dérogations à envisager dans des espèces limitées. Pour les établir et les justifier,

(1) Académie de médecine, séance du 7 février 1928.

il est nécessaire d'examiner à part les diverses matières dans lesquelles a à intervenir le secret professionnel. Or, il touche, suivant les cas, au droit pénal, au droit privé, auquel se rattachent les responsabilités en matière d'accidents ou de maladies professionnelles, et à la médecine publique, sous ses deux espèces de l'hygiène préventive et de la médecine sociale. Il est bien évident que les solutions pourront être différentes dans ces trois domaines.

Alors que les deux premiers ne mettent en jeu que des intérêts individuels, occasionnels et limités, le troisième intéresse à la fois les intérêts généraux de la collectivité et les intérêts particuliers de tous, à tout instant ; c'est le seul que je veuille envisager dans cette communication.

Je suis tout disposé à reconnaître que le secret ne peut pas être absolu et intangible en pareille matière mais il est non moins certain qu'il ne saurait être question de le supprimer purement et simplement, comme le voudraient quelques administrateurs et quelques hygiénistes officiels, partisans sans doute de la loi du moindre effort.

On ne saurait davantage résoudre la question en s'en rapportant simplement à la conscience du médecin, ou en accordant au malade le droit de relever ce dernier du secret ; ce sont là des solutions que l'on pourrait discuter lorsque le droit privé est seul en jeu, mais qui, de toute évidence, sont absolument inapplicables en médecine publique.

Il ne reste de solution admissible que le fait de fixer par des textes législatifs, limitatifs et précis ne laissant aucune incertitude à la conscience du médecin et ne lui imposant aucune responsabilité dans la décision à prendre, les espèces pour lesquelles le secret cesserait d'exister.

Encore faut-il, pour légitimer ces textes, que les dérogations à la règle générale répondent à deux conditions préalables : en premier lieu, il faut que la suppression du secret présente en pareille matière une utilité certaine ; il faut encore que le but cherché ne puisse pas être atteint par d'autres moyens. C'est assurément le vœu du corps médical et c'est la seule concession qui puisse légitimement lui être demandée.

Malgré ce que l'on peut en penser au premier abord ces conditions sont rarement remplies en médecine publique. C'est ainsi que la Commission cite, comme devant échapper au secret médical, les déclarations des naissances, celles des causes des décès et celles des maladies transmissibles.

En réalité, dans la déclaration des naissances, la loi, permettant au médecin de déclarer une naissance de père et mère inconnus supprime de ce fait le seul cas où le secret professionnel eût été exposé à être violé.

Dans la déclaration des causes des décès, l'intérêt des statistiques, qui est seul en jeu, n'exige nullement des dossiers nominatifs. La Suisse, et sans doute d'autres pays, pratique depuis longtemps un système dans lequel le médecin répond à un questionnaire qui, quelques jours après le décès, lui est adressé directement par le Service fédéral de statistique de Berne, et qu'il lui retourne après l'avoir rendu anonyme, par le détachement du talon indicatif. Le secret professionnel est sauvegardé, et par surcroît les déclarations sont sincères et les statistiques exactes, ce qui n'est guère le cas avec notre système qui compte sur l'efficacité de la suppression du secret.

La déclaration des maladies transmissibles est une nécessité certaine de l'hygiène publique ; mais ici il faut distinguer deux cas : dans les collectivités qui comportent la vie en commun, telles que l'armée et les pensionnats, le médecin n'est pas choisi par les malades et il n'a jamais été question pour lui d'autre chose que de la simple discrétion professionnelle, dans les limites exigées par les intérêts de la collectivité dont il a la garde. Pour les malades soignés à domicile, la loi n'a pas hésité à imposer aux médecins traitants la déclaration des cas sans tenir aucun compte du secret qui pourrait leur être demandé ; je ne sais s'il se trouve quelqu'un parmi vous qui puisse se déclarer satisfait des résultats obtenus ; ils ne sont assurément pas tels qu'il ne faille pas chercher autre chose. Il est permis de penser que la déclaration imposée directement aux familles, comme les médecins l'ont souvent demandé, tout en sauvegardant le secret médical, permettrait d'obtenir de bien meilleurs résultats.

Dans les assurances sociales projetées, les déclarations d'invalidité ne seront que la partie accessoire de la tâche des médecins, qui auront surtout à jouer le rôle de médecins traitants. Or c'est là le domaine propre du secret, l'espèce dans laquelle les confidences complètes et sans arrière-pensée sont le plus nécessaires.

Pour justifier de lui porter atteinte on invoque deux raisons :

La première est la nécessité d'établir des statistiques exactes sur la fréquence et la durée des diverses maladies. On ne saurait contester l'utilité de ces statistiques, à de multiples points de vue, mais il est non moins vrai qu'elles n'exigent nullement des dossiers nominatifs et qu'il serait possible, comme pour les causes des décès, de trouver la solution du problème dans des modalités de déclarations anonymes, qui offriraient des garanties bien supérieures d'exactitude.

La seconde raison invoquée, et la principale, est la nécessité d'éviter les abus auxquels expose toute médecine sociale ; l'exemple des soins aux accidentés du travail et aux mutilés de guerre est là pour montrer que ces abus sont incontestables et graves ; il y a tout lieu de craindre qu'ils ne s'exagèrent encore dans les assurances sociales

et on ne saurait trop chercher à les combattre. Mais il n'est pas difficile de se rendre compte que ces abus ne proviennent nullement des exigences du secret médical et que, par suite, sa suppression ne pourrait rien y changer. Ils proviennent de l'indulgence inéluctable de médecins soumis au libre choix des assurés ; vous en connaissez tous les raisons et le mécanisme, il est inutile d'y insister.

La première des deux conditions préalables à la suppression du secret médical n'est donc pas remplie ; la seconde l'est encore moins, car, non seulement on peut atteindre le but par d'autres moyens, mais encore il y a tout lieu de penser qu'il ne peut être atteint que par eux. Je ne veux pas entrer dans la discussion de ces moyens, qui m'entraînerait à de trop longs développements. Il me suffit d'indiquer qu'il en existe d'efficaces, qui ont été déjà proposés de divers côtés. Ils se résument : d'une part, à intéresser les malades à l'économie des frais de traitement et à la rapidité de leur guérison, par des modalités appropriées ; d'autre part, à organiser un contrôle des invalidités de travail et de leur durée en dehors des médecins traitants.

Pour les médecins chargés de ce contrôle, jouant le rôle d'experts et non celui de médecins traitants, le secret n'existe pas ; il ne serait nullement nécessaire de contrôler tous les cas, car non seulement les sanctions en cas d'abus, mais encore la seule éventualité du contrôle, exerceraient déjà une influence puissante d'assainissement. Les médecins traitants consciencieux, qui sont de beaucoup les plus nombreux, pour peu qu'ils veuillent bien ne pas faire intervenir l'amour-propre là où il n'a rien à faire, trouveraient dans ce contrôle, tout à la fois, un moyen d'échapper aux pressions de leurs clients, et une protection contre la concurrence de confrères moins scrupuleux dont on est malheureusement bien obligé de reconnaître l'existence.

L'Académie ne saurait se désintéresser d'une question dont l'importance ne peut être estimée trop haut, aussi bien au point de vue des intérêts généraux des assurés et de la santé publique qu'à celui des intérêts particuliers du corps médical. C'est pourquoi il y a lieu de demander à la Commission de vouloir bein détacher de la question générale le point particulier des assurances sociales, pour soumettre à l'Académie une proposition qui lui permette de faire intervenir sa haute autorité dans le débat.

Si elle veut bien entrer dans cette voie je me permets de lui soumettre, comme base de discussion tout au moins, le projet de déclaration suivant :

« La question de l'intangibilité absolue du secret médical n'est plus entière, puisque certaines lois lui ont déjà imposé d'importantes dérogations ; mais s'il peut être nécessaire de suspendre l'obligation du secret, dans les matières où le droit public supérieur est en cause, cette exception à la règle générale ne saurait reposer que sur des textes législatifs, limitatifs et précis, supprimant toute appréciation individuelle, et par suite toute responsabilité éventuelle du médecin.

De plus, ces textes eux-mêmes ne pourraient être légitimes que dans la mesure où cette suspension du secret médical serait réellement de nature à présenter une utilité certaine dans les matières envisagées, et dans les cas où le but à atteindre ne pourrait pas être assuré par d'autres moyens.

L'Académie de médecine estime que ni l'une ni l'autre de ces deux conditions préalables ne se retrouve dans l'organisation à prévoir pour les assurances sociales, alors que, d'autre part, les malades qui leur seront soumis doivent évidemment trouver en elles les mêmes garanties que dans la pratique privée.

Dans l'esprit des législateurs et des fonctionnaires, la suppression du secret médical aurait pour but, et pour excuse, d'empêcher les graves abus que l'on constate incontestablement dans les organisations similaires des soins aux accidentés du travail et aux mutilés de guerre ; abus qui, par la force des choses, sont appelés à s'exagérer encore dans les assurances sociales, en même temps que leurs conséquences funestes s'accroîtront de toute l'étendue de leur terrain d'action. En réalité, cette espérance est une pure illusion, car les abus proviennent de tout autres causes que le secret médical et sa suppression ne saurait rien y changer.

Si l'on veut réellement supprimer ces abus, il ne faut pas se reposer sur l'oreiller de paresse de cette mesure simpliste, il faut en envisager franchement les causes pour pouvoir leur opposer des remèdes appropriés. Ce ne sont pas les exigences du secret professionnel qui amènent les médecins des diverses assurances officielles à ne pas exercer de contrôle efficace sur la réalité, et surtout sur la durée, des incapacités de travail ; c'est uniquement l'indulgence, plus ou moins consciente, qui s'impose inéluctablement à des médecins soumis au libre choix des assurés ; indulgence qui ne pourra que s'accroître encore du fait que les difficultés d'appréciation sont incomparablement plus élevées dans les maladies que dans les accidents.

Cette indulgence est d'ailleurs aussi nuisible aux intérêts bien compris des malades qu'aux intérêts économiques des assurances elles-mêmes; elle les entraîne, en effet, à céder à cette disposition psychologique, trop fréquente, qui leur permet de s'installer dans la maladie, comme d'autres jadis s'installaient dans la guerre, au réel détriment de leur santé future.

Il ne saurait y avoir que deux ordres de remèdes efficaces à opposer à ces abus : d'une part, l'adoption de dispositions règlementaires, de nature à intéresser les malades tout à la fois à l'économie des frais de traitement et à la rapidité de leur guérison ; d'autre part, l'organisation du contrôle des incapacités de travail et de leur durée, en dehors des médecins traitants.

Il est assurément plus facile de compter sur les résultats de la suppression du secret médical que de faire les études nécessaires pour réaliser des dispositions réglementaires utiles et pour organiser un contrôle efficace, mais l'Académie de médecine croit de son devoir de mettre en garde les Pouvoirs publics contre le caractère illusoire d'une pareille espérance.

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur, en vous faisant part de la constitution d'un Syndicat de praticiens de médecine générale, de bien vouloir, dans la mesure du possible, insérer dans votre très intéressant journal les documents ci-joints.

Je vous remercie d'avance et vous prie d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes salutations les plus distinguées.

Le secrétaire : Dr Martin.
(Plancher-les-Mines, Haute-Saône).

Aux Praticiens de Médecine générale

Mon cher Confrère,

L'évolution du Corps médical, dans le cours de cette dernière année, a montré que, sortant du cadre du Syndicat local, certaines catégories de médecins, les spécialistes, avaient réalisé une organisation destinée à défendre leurs intérêts, et cela sans demander avis à la masse des praticiens, dont ils sont solidaires.

Ils créent des syndicats généraux, leurs membres cotisent à l'Union ou à la Fédération par l'intermédiaire de leur syndicat de spécialistes. qui les représente seul. Leur voix ne compte plus pour leur Syndicat local.

Déjà défendus par leur seule présence à Paris et dans les grands centres ils considèrent qu'ils ne le sont pas assez encore.

Et pourtant, n'avaient-ils pas obtenu que les tarifs de médecine sociale (mutilés, par exemple) soient tout à leur avantage ?

Ces soins aux mutilés ne sont-ils pas payés suivant leur tarif ordinaire (20 francs) aux spécialistes, et un tiers au-dessous pour les médecins praticiens (10 francs) ?

Et les tarifs des radiologues ?

N'avons-nous pas remarqué que le tarif kilométrique, si important pour nous qui connaissons le budget écrasant de notre voiture, reste au prix ridicule de 1 fr. 24 en pays de plaine, moindre que celui des derniers des loueurs, et que, pour nous seuls, le temps perdu n'est pas de l'argent ?

N'avons-nous pas vu régler par les spécialistes, sans nous consulter, la question de la dichotomie ? N'ont-ils pas décidé, passant par-dessus la tête de nos Syndicats locaux, de conclure directement des contrats avec les Caisses départementales ?

Par quelle anomalie enfin, au dernier Congrès, les spécialistes ont-ils eu deux ou même trois voix, et que, de ce fait, sur 16.000 médecins représentés, y a-t-il eu 17.500 votants ?

Nous sommes mal défendus, parce que mal organisés.

Au Conseil du nouvel organisme, les spécialistes seront spécialement représentés, nos défenseurs, s'il s'en trouve, ne seront pas mandatés directement par nous.

Ils auront leur avocat, bien à eux, nous aurons un avocat « d'office ».

Notre but n'est pas de créer des luttes intestines au sein de notre profession. Nous voulons, au contraire, les éviter en substituant la collaboration a l'action unilatérale. *Nous voulons défendre nos Syndicats locaux menacés de désunion par un geste inconsidéré et dont un certain nombre de voix vont peut-être être utilisées lors d'un scrutin contre celles du Syndicat local lui-même.*

Nous voulons aussi faire valoir nos droits comme les autres font valoir les leurs, à l'intérieur d'une Union reconstituée.

Par notre nombre, par nos possibilités syndicales, nous sommes une force. Que tous ceux qui veulent nous aider nous envoient leur adhésion.

Le Conseil provisoire du Syndicat des praticiens de médecine générale :

Docteurs Liautey, de Saint-Ferjeux (Doubs),

président ; GOUHOT, de Mont-sous-Vaudrey (Jura), vice-président ; BAUFLE, de Saint-Hippolyte (Doubs), vice-président ; MARTIN, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), secrétaire ; PÉGEOT, de Melisey (Haute-Saône), trésorier.

Membres : Docteurs BERTRAND, Lure (Haute-Saône) ; BOISSON, Lure (Haute-Saône) ; BEQUAIN, Servance (Haute-Saône) ; BERNARD, Frasne (Doubs) ; HENRIET, Orchamps-Vennes (Doubs) ; PROST, Saint-Laurent (Jura) ; COULON, Amancey (Doubs) ; BOBILLIER, Voujeaucourt (Doubs) ; GUEUTAL, Charquemont (Doubs) ; NAPPEY, Morteau (Doubs).

P. S. — Prière d'envoyer les adhésions au docteur Martin, de Plancher-les-Mines, en y joignant deux francs en timbres-poste, montant de la cotisation pour 1928.

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Lettre au Dr Decourt.

Mon cher Confrère,

Je lis avec un léger retard le *Concours médical* du 12 février 1928 et votre article sur l'Inspection médicale des écoles en Seine-et-Marne.

Voulez-vous me permettre de résumer très amicalement les quelques réflexions que cette lecture m'a suggérées ? Car je suis de votre avis : il est « *certain clous* » qu'il faut enfoncer. J'ajouterai simplement qu'il est de toute nécessité de les enfoncer droit, sous peine de se blesser les doigts.

Vous dites, avec juste raison, qu'il ne faut pas laisser faire, sans le Syndicat, la médecine sociale, et comme preuve, vous nous donnez, en matière d'inspection médicale des écoles, le Règlement départemental de Seine-et-Marne, élaboré par une « *Commission spéciale* », où se trouvaient repésenter le Syndicat *trois* médecins perdus au milieu d'une quinzaine de membres, si je sais compter. Il est vrai de dire que ces trois là en valaient beaucoup d'autres, puisque vous y ètiez avec votre ardeur habituelle.

Alors ! C'est tout le résultat obtenu ? Vous me permettrez de ne pas partager votre optimisme, sur la « qualité syndicale » si l'on peut ainsi dire, de ce Règlement, auquel je vais essayer d'ajouter quelques idées strictement indispensables, à mon avis.

Je n'ignore pas qu'avec l'Administration il n'est pas facile de réaliser ce que l'on voudrait, et je ne doute pas qu'il ne vous ait fallu lutter pour tenter d'imposer votre conception : je crois simplement qu'il est parfois plus utile, pour le Corps médical et pour le syndicalime, de garder le silence de Conrard et ne pas crier sur les toits des résultats douteux.

Voyons un peu en détail les principaux articles :

Article 1er.— Il est créé... « *après entente et avec la collaboration du Syndicat*, ou du Corps médical... Il eût été bon de l'affirmer.

Art. 2. — J'aurais ajouté : ... portera sur la santé *des maîtres*, des... En ce qui concerne les enfants, j'aurais à tout prix exigé, pour la sauvegarde de la liberté individuelle et du libre choix, que le principe du Service de l'Inspection soit la simple production semestrielle d'un certificat du médecin traitant ; la modalité de l'examen à l'école par un médecin-inspecteur ne devant être qu'un pis-aller et une rareté, pour parents négligents. Les indigents eux-mêmes pourraient s'adresser à leur médecin, avec un bon de consultation, pour fournir ledit certificat.

Article 3. — Ici le Règlement est d'un mutisme qui en dit long sur le rôle réservé au Syndicat dans la nomination du médecin-inspecteur ! Ce n'est pas parce que le budget communal doit rémunérer le médecin, que celui-ci doit être nommé par le maire : des exemples journaliers prouvent que la nomination pourrait être faite par le Préfet. Mais nous savons trop bien pourquoi les maires tiennent à leur pouvoir de nomination ! La seule sauvegarde possible, c'est l'inscription de la mention : « *sur proposition et après accord du Syndicat local* ».

Le petit tour de passe-passe et le jeu de puzzle indiqué pour remédier à ce manque de contrôle syndical, ne font qu'en faire ressortir la nécessité. Le « tirage en raison de questions locales » c'est presque la règle générale, et c'est sur lui que les maires comptent pour se moquer des Syndicats. Imposons le Syndicat !

Je ne parlerai pas de la question « tarif » : 3 fr. par examen ! quelle bonne médecine on peut faire, à un taux pareil, et quel exemple encourageant à donner à nos Syndicats, pour le relèvement de leurs tarifs administratifs !

Art. 4. — Très drôle, votre comparaison avec la révocation d'un garde champêtre ! C'est le préfet qui sabrera : à moins que ce soit le maire, « après avis de l'Inspecteur, fonctionnaire du préfet » ! Et le Syndicat dira « Amen », sans même l'ombre fallacieuse d'une Commission mixte (! !) qui donnerait son avis sur la faute présumée, même si elle est d'ordre technique ! Allons, vous devez sentir qu'il y a sûrement une lacune à ce sujet dans cet article.

Art. 5. — Ici, la conception que vous exposez peut se défendre ; mais, pourquoi compliquer à ce point la communication des dossiers ? Le système qui consiste à remettre directement la fiche sanitaire à la famille, qui en reste la dépositaire (au lieu de **l'école, où des indiscrétions peuvent se faire plus facilement** que vous ne le pensez) simplifierait tout, et renseignerait très vite le médecin traitant.

Enfin, père de famille dont l'enfant est taré physiquement, je ne vois pas de quel droit (surtout si je fournis les certificats semestriels prévus) on deshabillera mon enfant pour le peser et le mensurer ? Le fait que je fournis les certificats demandés devrait être la preuve que je prends toute responsabilité et que je dégage, par le fait, celle de l'administration.

Voilà, mon cher confrère, très brièvement résumées, quelques-unes des objections qui m'ont incité à vous écrire que le Règlement n'était pas un modèle du genre. Ne vous en formalisez pas et croyez à ma bonne confraternité.

Dr PIERSON (de Saint-Mihiel).

Réponse.

Mon excellent confrère et ami, le Dr Pierson, de Saint-Mihiel, critique ce que nous avons fait en Seine-et-Marne, au sujet de l'Inspection médicale des Ecoles où nous avons réussi à faire sentir un début d'action syndicale, alors que cette influence était *nulle* jusqu'alors en cette matière, livrée au bon plaisir des municipalités, sans aucune réglementation départementale. En terminant mon exposé, je disais : « Sans doute, il y a mieux. Il y a pire aussi. On jugera notre action comme on le voudra. Il m'a paru intéressant de la faire connaître. »

Pierson la juge insuffisante. Pour tel article, « j'aurais ajouté ... » dit-il. Pour tel autre « j'aurais à tout prix exigé... » Voire ! Nous ne sommes pas de cette force là, chez nous..... Mais je suis en droit d'en conclure que c'est infiniment mieux dans la Meuse où on a dû « ajouter » ceci et « exiger » cela grâce à l'action du secrétaire syndical ..... Aussi combien je regrette que notre ami Pierson conserve, sur ce qui se passe chez lui, « le silence de Conrard », tout comme le merle de la fable, critiquant le chant des autres oiseaux, sans vouloir chanter lui-même. De grâce, donnez-nous le *la* et votre métronome...

En attendant, je ne puis m'empêcher de penser que, chacun racontant ce qu'il fait dans son coin, on ne peut qu'y gagner en général. En glanant ce qu'on trouve de bon chez le voisin, on peut s'en servir en le donnant comme exemple de la légitimité de ses propres demandes.

Nous attendons le règlement départemental d'Inspection médicale des Ecoles de la Meuse pour améliorer le nôtre, comme on bonifie l'eau-de-vie commune avec quelque peu de vieux cognac.

Dsr Fernand DECOURT.

***

Médecin de campagne et vieux praticien, je ne puis me défendre de répondre un mot à notre honoré confrère le Dr Eugène François à propos de sa lettre à M. Herriot sur l'inspection médicale des écoles. Je ne crois pas être trop présomptueux en pensant que la grande majorité des médecins partagera mon avis.

D'abord je ne puis comprendre pourquoi notre confrère veut limiter l'inspection des écoles à un certain nombre d'entre nous ; ne voit-il pas que ceux qui ne seront pas choisis protesteront et justement contre cette iniquité. Ensuite a-t-il bien réfléchi au travail et au temps que représente l'examen de 6 à 700 enfants *mensuellement*. Un médecin pris par ses malades habituels est incapable d'assurer ce service, c'est-à-dire pour 650 enfants à raison de cinq minutes pour chacun : 54 heures, soit en 26 jours : 2 heures par jour, et cela au prix, déplacement non compris, de 0 fr. 70 par enfant !

Non, ce que nous demandons est beaucoup plus simple. D'abord que chaque médecin inspecte les écoles de sa clientèle, parce que cela représente la justice et le bon sens, ne connaît-il pas presque tous ces enfants et leurs familles ? ne les a-t-il pas soignés pour la plupart, n'est-il pas averti des tares ou maladies familiales, et n'est-il pas le premier intéressé à leur santé ? Une seule difficulté : le cas ou plusieurs confrères exercent dans la même localité ; il faudra trouver un *modus vivendi*, sous forme de roulement par exemple. Et non pas une inspection mensuelle qui semble parfaitement inutile précisément parce qu'il est averti des maladies sérieuses qui surgissent à chaque instant, mais bien une ou deux fois par an seulement. Mais sans doute cette collaboration la plus naturelle entre la famille, son médecin et l'instituteur est-elle trop simple puisque le ministre et avant lui certains préfets tiennent absolument à de médecins fonctionnaires. Et ainsi chaque jour le praticien se voit menacé et diminué et cela, non pas à l'avantage mais bien au détriment de la santé publique. Mais j'espère que nos Syndicats et particulièrement l'organisme central qui les représente tous nous défendront avec énergie.

Ai-je besoin d'ajouter que nous comptons également sur le *Concours médical* qui ne saurait faillir à sa réputation et dont l'influence est loin d'être négligeable.

Dr G. (Aube).

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

La Révision des statuts de l'Union franco-ibéro-américaine (l'Umfia) L'Union médicale latine est constituée.

Samedi, 25 février, au Buffet de la Gare de Lyon, à la suite d'un dîner où la cordialité la plus grande n'a cessé de régner, sous la présidence de M. le Dr Cayla, un des doyens les plus aimés et les plus respectés du Corps médical parisien, l'Union franco-ibéro-américaine, a révisé ses statuts et est devenue l'*Union médicale latine*, tout en conservant sa dénomination, devenue populaire, de « Umfia ».

Après une allocution très applaudie du président de l'Assemblée générale, le Dr Dartigues, fondateur de l'Umfia, a signalé la présence parmi les convives du Dr Vaccaro, délégué de S. E. Manzonni, ambassadeur d'Italie, et lui a souhaité la bienvenue. Avec son éloquence enthousiaste, Dartigues a, en termes vibrants, fait acclamer l'entrée de l'Italie dans l'Umfia aux côtés de l'Espagne, du Portugal, de la France et de ces jeunes Républiques du Sud et du Centre de l'Amérique qui promettent l'avenir le plus brillant à la Latinité. Il fit en outre remarquer les nombreux confrères colombiens, certains accompagnés de leurs gracieuses épouses, qui étaient venus prendre part au dîner et aux Assemblées générales. Le délégué italien, M. le Dr Vaccaro, dans un très beau discours, a, en termes excellents, remercié l'Umfia d'accueillir dans son sein l'Italie. Il a exprimé chaleureusement son amour pour la France et émit l'espoir de contriber avec l'Umfia au développement de cette civilisation latine dont la France, l'Espagne et l'Italie ont recueilli de Rome, leur mère commune, le glorieux héritage. Des bans répétés et enthousiastes ont montré à notre confrère italien les sentiments de l'Assemblée pour son pays.

Le Dr Zappata, au nom des nombreux médecins colombiens résidant à Paris, a exprimé, à son tour, son dévouement à l'Umfia.

Au nom des jeunes umfistes, M. Jaimes de Pariente, étudiant en médecine espagnol, a, dans une allocution mi-partie en français, mi-partie en espagnol, remercié ses aînés de l'accueil fait à lui et à ses camarades.

Puis le secrétaire général, le Dr R. Molinéry, a exposé clairement le but très important de cette Assemblée générale extraordinaire, qui est de réviser les statuts pour élargir les cadres de l'Umfia et y admettre tous les représentants des pays de langue latine : l'Italie d'abord, la Roumanie, la Suisse, la Belgique, le Canada ensuite. Après une consultation juridique du Dr Boudin, indiquant la procédure à suivre pour opérer cette révision en respectant les obligations légales, les nouveaux statuts furent lus, commentés et adoptés article par article.

Le secrétaire général et le bureau de l'Umfia ont bien voulu, au cours de la séance, exprimer leurs sentiments cordiaux au *Concours médical* et témoigner à sa rédaction une sympathie dont nous leur sommes reconnaissants et dont nous restons un peu confus.

Certes, le *Concours médical* a donné, depuis la guerre, tout l'appui dont il a été capable à l'Umfia. Il admirait tout particulièrement l'enthousiasme et l'énergie de son bureau et appréciait à son grand mérite le but de cette association qui, nous ne saurions trop le répéter, est de resserrer les liens entre les médecins des nations de langues latines, de créer un nouveau foyer actif d'expansion de la civilisation latine et de contribuer ainsi par une initiative bien française à assurer la paix du monde. Le succès qui a répondu aux efforts des propagandistes de l'Umfia a dépassé toutes les prévisions ; le *Concours médical* est fier d'entendre dire qu'il y a contribué. Il continuera à soutenir la noble cause de l'Umfia, car il considère qu'il collabore ainsi à une œuvre de progrès, de paix et de clairvoyant patriotisme.

J. Noir.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8095 Curtat, Pontcharra-sur-Turdine (Rhône), Parrains : Drs Griffon et Bonnet.
8096 Seignobos, Saint-Héaud (Loire), Parrains : Drs Desvignes et Cochet-Balmey.
8097 Thébault, Redon (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
8098 Villeclère, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
8099 Delon, Lespignan (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
8100 Terrier, 7, square du Roule, Paris, Syndicat de la Seine.
8101 Habert, Neuilly-l'Evêque (Haute-Marne), Syndicat de Bourbonne-les-Bains.
8102 Guichard, Vichy (Allier), Syndicat de l'Allier.
8103 Vignolles, Labruguière (Tarn), Syndicat de Castres-Lavaur.
8104 Davigo, Chaumont-Porcien (Ardennes), Syndicat de Mézières-Charleville.
8105 Cambier Lens (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
8106 Barbaro, Brest (Finistère), Parrains : Drs Civel et Musso.
8107 Durbece, 48, rue Montmartre, Paris, Syndicat de la Seine.
8108 Genest, Châteauneuf-sur-Sarthe (Maine-et-Loire), Syndicat de Segré.
8109 Euvrard, Longres (Doubs), Syndicat du Doubs.
8110 Noblet, Neuilly-sur-Seine (Seine), Syndicat de la Banlieue Ouest.
8111 Roques, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat de Cannes.
8112 Astier, Alès (Gard), Syndicat d'Alès.
8113 Raison, Vendegies-sur-Ecaillon (Nord), Syndicat de Valenciennes.
8114 Tromeur, Bannalec (Finistère), Syndicat de Quimper.
8115 Fontaine, Saint-Sylvestre (Lot-et-Garonne), Syndicat du Lot-et-Garonne.
8116 Mas, Caderousse (Vaucluse), Syndicat d'Avignon.
5800 *bis* Mermillod (Jean), Saclas (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Hartglas et Mermillod, père.
8117 Grandboulan, Roufliac-Tolosan (Haute-Garonne), Syndicat de la Plaine de Toulouse.
8118 Mlle Devin, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
8119 Gaston, Charbonnières (Rhône), Syndicat du Rhône.
8120 Malfuson (Pierre), Saint-Satur (Cher), Parrains : Drs Malfuson et Gassot.
8121 Voyer, Saint-Philbert-de-Grandlieu (Loire-Inférieure), Syndicat de Loire et Sèvres.
8122 Reignard, Fontan (Alpes-Maritimes), Association des Médecins de France.
8123 Minon, Gamaches (Somme), Parrains : Drs A. Minon et Douriez.
8124 Conneau, Vatan (Indre), Syndicat de l'Indre.
8125 Ruais, Martigné-Briand (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers-campagne.
8126 Lange, Oran (Algérie), Syndicat d'Oran.
8127 Bonamy, 21, rue Vineuse, Paris, Syndicat de la Seine.
8128 Marc, Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
8129 Wigniolle, Douai (Nord), Syndicat de Douai.
8130 Fromenteau, Bagnolet (Seine), Syndicat de la Banlieue-Est.
8131 Gourin, Morizès (Gironde). Syndicat de la Réole.
8132 Delahet, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
8133 Bijon, Oran (Algérie), Syndicat d'Oran.
8134 Guillet, Bayeux (Calvados), Syndicat de Bayeux.
8135 Dumas, Le Mans (Sarthe), Parrains : Drs Plaisant et Roche.
8136 Batisse, Les Ancizes (Puy-de-Dôme), Syndicat du Puy-de-Dôme.
8137 Mercier, Pierrefeu (Var), Association des Médecins des Etablissements Publics d'Aliénés.
8138 Astraud, 47, rue de Rennes, Paris, Syndicat des Stomatologistes.
8139 Schtein, Avoine (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
8140 Vaudey, Marseille (B.-du-R.), Syndicat de Marseille.
8141 Stelianides, 197, avenue Daumesnil, Paris, Parrains : Drs Levassort et Boudin.
8142 Magnant, Bordeaux (Gironde), Parrains : Drss Chavannaz et Peyre.
8143 Corone, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
8144 Becuwe, Tourcoing (Nord), Syndicat de Tourcoing.
8145 Brisker, Fontenay-sous-Bois (Seine), Syndicat de la Banlieue-Est.
8146 Leclair, Vieux-Marché (Côtes-du-Nord), Syndicat de Lannion.
8147 Lacronique, 17, rue de Pétrograd, Paris, Syndicat des Stomatologistes.
8148 Michaud, Belley (Ain), Syndicat du Bugey.
8149 Fauverghe, Roubaix (Nord), Syndicat de Roubaix.
8150 Couetout du Tertre, Goven (Ille-et-Vilaine), Syndicat d'Ille-et-Vilaine.
8151 Silvan, Marseille (B.-du-Rhône), Société de Médecine et d'Hygiène Coloniales.
8152 Grillot, Autun (Saône-et-Loire), Association de Saône-et-Loire.
8153 Florentin, Norges-le-Bas (Côte-d'Or), Syndicat de Dijon.
8154 Ricord, Grasse (Alpes-Maritimes), Syndicat de Grasse.
8156 Garrigues, Rodez (Aveyron), Syndicat de Rodez.
8157 Mlle Jamin, 14, rue Emile-Zola, Lyon (Rhône), Parrains : Drs Duchesne et Mazeran.
8158 Boutiron, Saint-Sauveur-de-Nuaillé (Charente-Inférieure), Parrains : Drs Métais et Rastouil.

Accidents du travail.

Le Dr M. (Vaucluse), ayant obtenu l'appui pécuniaire dans deux affaires, qui ont été solutionnées favorablement, fait don à la caisse du « Sou » d'une somme de 20 francs pour bons offices.

Le Conseil l'en remercie.

Le Dr J. (Côte-d'Or) se voit refuser le paiement d'une note d'honoraires accidents sous prétexte que l'accident n'a pas eu de témoins ; la victime travaillait seule.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Les Dr H. et D. (Cantal), ayant soigné un charretier, victime d'un accident alors qu'il travaillait, avec son père, pour le compte des Ponts-et-Chaussées ne peuvent se faire payer, les Ponts-et-Chaussées rejetant toute responsabilité dans l'accident.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre, en vertu du droit commun, le père et le fils, sauf à ceux-ci à se retourner contre tout responsable de l'accident.

Le Dr A. (Maine-et-Loire) a payé, pour honoraires d'avocat, en justice de paix, dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé en cassation, une somme de 200 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Seine), ayant autorisé un blessé à reprendre son travail avant complète guérison, la compagnie refuse de payer ses honoraires pour les soins donnés après cette reprise.

Le Conseil accorde au Dr P. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr D. (Saône-et-Loire) a obtenu la cassation, pour un motif de forme, d'un jugement rendu dans une affaire d'accident du travail.

Les frais de la grosse du jugement se sont élevés à 10,50, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Honoraires de droit commun.

Les Drs P. (Rhône), V. (Seine-et-Oise), M. (Seine-et-Marne), D. (Ille-et-Vilaine), B. (Drôme), P., (Seine), dont les clients de mauvaise foi contestent les notes d'honoraires ou refusent sans motifs valables de les payer, obtiennent l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr V. (Var) réclame 50 fr. à un client, qu'il a soigné dans une station thermale et qui ne lui a payé qu'une partie du traitement. Les démarches amiables faites par Me Audebert étant demeurées sans résultat, l'appui pécuniaire est accordé au Dr V. pour citer devant le juge de paix.

Le Dr A. (Loire-Inférieure), ayant convenu avec un client du prix de 1.600 fr. à forfait pour une opération et les soins consécutifs, a reçu un acompte de 500 fr., mais le client refuse de lui payer plus de 300 autres francs pour le solde.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr A. pour le recouvrement des 1.100 fr. qui lui restent dus.

Le Dr G. (Côte-d'Or) ne peut se faire payer une note de 11.450 francs qui lui est due pour un traitement électrique ; le client a refusé une proposition d'arbitrage et se propose de contester l'utilité du traitement.

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 francs.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avocat du Dr M. (Gironde), de la somme de 300 francs, montant des honoraires alloués dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire a été accordé.

Le Dr T. (Pas-de-Calais) a recouvré amiablement les 610 fr. d'honoraires dont le paiement lui était refusé.

Il a payé, pour frais et honoraires d'huissier, la somme de 70.40, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr N. (Haut-Rhin) a terminé par un arrangement amiable, après faillite du débiteur, l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé, en appel, en 1922.

Les frais et honoraires de son avocat se sont élevés à 557.90, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr G. (Maroc) a fait condamner le client, qui menaçait de mettre en cause sa responsabilité, à lui payer ses honoraires.

Les frais et honoraires de l'avoué, en justice de paix et en appel, se sont élevés à 382.40, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Drs R. (Hérault) a été amiablement payé de 339.80 d'honnoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile.

Il déclare faire abandon à la Caisse du « Sou » de la somme de 20 fr. qu'il a payée pour honoraires d'huissier. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Les Dr C. (Oran), L. (Vaucluse), L. (Nièvre), ayant soigné des victimes d'accidents d'automobile, à la demande des automobilistes, ne peuvent obtenir de ces derniers le paiement de leurs honoraires.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr J. (Loir-et-Cher) a obtenu la condamnation d'un automobiliste qui l'avait mis en œuvre pour soigner la victime d'un accident qu'il avait causé.

Les honoraires de son homme d'affaires, le coût de la copie du jugement et de son envoi se sont élevés à 36 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Responsabilité professionnelle.

Les adversaires du Dr C. (Marne), dans le procès en responsabilité professionnelle qu'il a gagné, ont

payé les frais, bien qu'ayant eu l'assistance judiciaire) à l'exception du coût de la grosse.

Sur la proposition de l'avoué, le Conseil, étant donné leur situation pécuniaire, les tient quittes de ce coût (150 fr. environ) et accepte la demande de l'avoué de lui attribuer à titre d'honoraires 300 fr. à prendre sur la provision qui lui a été versée.

Le Dr X. condamné à 16 francs d'amende pour avoir délivré une ampoule de codéine, à une cliente, après la fermeture de la pharmacie, a payé, en plus de l'amende, 511,15 pour frais judiciaires et 300 francs pour les honoraires de son avocat, soit au total 811,15, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Seine-et-Marne) a obtenu du juge de paix la condamnation du patron au paiement de ses honoraires pour les soins donnés à un blessé du travail et un jugement d'incompétence sur la demande reconventionnelle en dommages-intérêts formée contre lui pour prétendue responsabilité professionnelle.

Une provision de 300 francs sera versée à l'avoué dans cette affaire.

Le Dr Y. a été condamné à mille francs d'amende pour violation de la législation sur les stupéfiants (prescription faite pour son usage personnel).

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui sont de 400 fr.

Le Dr A. (Seine) inquiété pour prétendue violation du secret professionnel, a été mis hors de cause après intervention de son avocat, dont les honoraires, soit 300 fr. sont ordonnancés par le Conseil.

La condamnation à 20.000 francs de dommages-intérêts prononcée contre le Dr L. (Meuse), parce qu'il aurait été cause du décès d'un blessé en laissant dans la plaie une bourre de cartouche, a été confirmée par la Cour d'Appel.

Le Conseil décide de demander l'avis de Me Auger sur les chances d'un pourvoi en cassation.

Le Dr G. (Seine-Inférieure) a été condamné à un cinquième des dommages-intérêts accordés à un client dont la jambe a été amputée à la suite d'une fracture bimalléolaire, soit à 16.000 fr., le médecin qui a réduit la fracture et posé l'appareil ayant été condamné aux quatre autres cinquièmes des dommages-intérêts totaux.

Le Conseil prendra ultérieurement une décision en ce qui concerne l'appel de cette décision.

Le Conseil prend, sur la demande de l'adhérent intéressé, des dispositions de nature à permettre un arrangement amiable dans une affaire de responsabilité professionnelle particulièrement délicate.

Baux et locations.

L'appui pécuniaire pour se pourvoir en cassation contre un jugement qui autorise son propriétaire à user du droit de reprise, parce que le bail contient la clause d'habitation bourgeoise et malgré qu'il exerce la médecine dans les lieux loués, est accordé au Dr D. (Seine) et le versement d'une provision de 1.200 francs à cet effet est ordonnancé par le Conseil.

Divers.

Le Dr C. (Seine-et-Oise) ayant reçu des excuses, dans le cabinet du juge d'instruction, du cultivateur qui l'avait frappé, l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé n'aura pas de suite.

Il a payé à son avoué 50 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Conseil intervient, à la demande des intéressés, dans deux différends ayant pour causes des cessions de clientèle en préparant l'organisation d'arbitrages interconfraternels.

Congrès des Syndicats médicaux.

Compte rendu de la réception de la Sous-Commission par la Commission d'Assurance et de Prévoyance sociales de la Chambre des députés.

La Sous-Commission permanente, composée de MM. Balthazard, Cibrie, Decourt, Fanton d'Andon, Jayle, a été reçue le 23 décembre à 11 heures du matin par la Commission d'Assurance et de Prévoyance sociales de la Chambre des députés, que présidait M. Grinda.

Les membres de la Commission étaient au nombre d'une douzaine environ.

M. Balthazard a lu la déclaration ci-jointe. M. le président Grinda, ainsi que d'autres membres de la Commission ont déclaré que le texte de loi du Sénat serait voté tel que, la Chambre voulant avoir voté la loi avant les élections.

M. le Président a ajouté que, très vraisemblablement, un certain nombre de députés, appartenant ou non à la Commission, signeraient une déclaration demandant qu'après les élections la loi soit étudiée à nouveau et modifiée sur certains points.

Aucune affirmation n'a été faite au sujet de l'introduction de l'habilitation dans la loi, lorsqu'elle

serait reprise. Il se dégage, cependant, de quelques déclarations, l'impression que la Commission actuelle de la Chambre est favorable à l'habilitation.

Au sujet de l'exclusivité d'un mode de paiement qui, dans la circonstance, est le paiement direct par le malade, M. LEBŒUF, député de la Nièvre, médecin syndiqué, s'est déclaré nettement contraire à un mode exclusif de paiement pour la raison suivante :

« Puisqu'un syndicat ne pourra contracter avec « les Caisses que s'il est habilité par une Union de « tous les syndicats de France, il est clair que cette « habilitation comportera un système approuvé de « paiement. Actuellement, il ne fait pas de doute, « qu'un seul mode de paiement, le paiement direct, « est réclamé par l'ensemble du Corps médical ; « donc l'habilitation comporterait le paiement direct « comme mode unique. Mais, si ultérieurement, pour « des raisons impossibles à prévoir en l'état actuel des « choses, le Corps médical changeait d'avis, il ne « faut pas qu'il se trouve bridé par la loi.

« La loi actuelle permet le paiement direct. Si « l'Union le décide, elle en fera une condition de « l'habilitation et par conséquent un mode exclusif « de paiement sera assuré ».

Relativement au § 4 de l'art. 4, dans lequel se pose la question du tarif contractuel, quelques membres de la Commission en ont parlé incidemment, mais aucune déclaration précise n'a été faite à ce sujet.

A un membre de la Commission de la Chambre qui demandait si nous apportions un texte de loi, M. BALTHAZARD a répondu négativement, ajoutant que nous n'avions pas eu l'intention d'empiéter sur les droits de la Commission qui, seule, peut élaborer le texte en conformité des décisions du Congrès que nous lui faisions connaître

L'entrevue a duré environ 30 minutes.

Texte de la déclaration lue par M. le professeur Balthazard à la Commission.

Messieurs,

Vous avez reçu au début de novembre une lettre par laquelle les représentants autorisés et mandatés du Corps médical organisé français vous annonçaient sa ferme décision de ne pas participer au fonctionnement de la loi, telle qu'elle sortait des délibérations du Sénat ; nous vous annoncions en même temps la réunion d'un Congrès des Syndicats médicaux de France pour le 30 novembre. Aujourd'hui nous vous apportons les décisions prises par ce Congrès à la quasi unanimité.

***

Pour le fonctionnement de la branche Assurance-Maladie, on a affirmé à maintes reprises, aussi bien à la Chambre qu'au Sénat, que la collaboration du Corps médical tout entier était indispensable. Vous voudrez donc bien admettre, Messieurs, que les médecins, préoccupés avant tout de maintenir les traditions d'une médecine utile, honnête et sans abus, tiennent à expliquer à quelles conditions ils peuvent apporter leur concours.

Nous avons d'ailleurs mandat de vous dire que la première décision du Congrès a été l'engagement pris par *tous* les syndicats médicaux de ne participer au fonctionnement de la loi qu'autant qu'il n'existerait dans cette loi aucune disposition contraire aux résolutions ci-jointes.

Le Corps médical n'est nullement hostile à la loi sur les Assurances sociales comme le démontre sa décision de contracter avec les Caisses, mais en retour il est obligé de demander que la possibilité de contracter soit limitée aux syndicats habilités par l'organisme central que nous représentons, afin d'éviter les scandales et les abus dont la loi sur les accidents du travail et la loi sur les mutilés ont donné de tristes exemples. Cette habilitation était d'ailleurs prévue dans le projet de loi soumis au Sénat, qui l'a même admise pour la représentation des médecins au Conseil supérieur des Assurances sociales (art. 72).

Le Corps médical a confirmé le principe, d'ailleurs inscrit dans le projet de loi voté par le Sénat, du libre choix du médecin par l'assuré, et a demandé des apaisements au sujet du respect absolu du secret professionnel, qui ne devra être violé ni directement, ni indirectement (exigence par les Caisses de certificats comportant le *diagnostic de la maladie*).

Il vous demande également d'admettre le principe d'une rémunération du médecin pour les soins donnés par lui aussi bien à l'hôpital que partout ailleurs contrairement à la disposition votée par le Sénat du fait de l'adoption de l'amendement de M. Dron.

La décision qui porte le nº 4 et qui maintient le fonctionnement de la médecine dans l'ordre traditionnel et moral, a la plus grande importance à nos yeux ; elle spécifie bien que le médecin ne doit avoir affaire en matière de soins et d'honoraires qu'avec le malade qui lui a donné sa confiance. Nous vous demandons d'exclure strictement la possibilité du règlement des honoraires par les Caisses et d'exclure également toute tarification fixée par contrat, ce qui nécessite la modification du texte de l'article 4.

Nous remettons entre vos mains, Messieurs, ces desiderata formels du Corps médical français. Ce sont les représentants mandatés de tous les syndicats médicaux de France qui vous adjurent de mettre la loi que vous étudiez d'accord avec les conditions nécessaires à son bon fonctionnement.

Le président : *Le secrétaire*,

Dr BALTHAZARD. Dr JAYLE.

Texte exact des décisions prises par le Congrès des Syndicats médicaux avec les votes approuvant ces décisions,

lu par M. le professeur BALTHAZARD, à la suite de la déclaration

Approbation à l'unanimité sans avis contraire

de la lettre adressée par la Commission d'organisation du Congrès à la Commission de la Chambre.

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES :

Les Syndicats prennent l'engagement :

1° De se rallier aux décisions prises par la majorité.

Adopté à l'unanimité moins 1 avis représentant 26 voix.

2° De ne collaborer à la loi d'assurances sociales que si tous les principes généraux inscrits dans les décisions du Congrès sont admis par le Parlement.

Adopté à l'unanimité moins 1 avis représentant 26 voix.

DÉCISIONS :

Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécessaire que chaque syndicat local ou spécial contracte avec les Caisses.

Adopté à l'unanimité moins 3 avis contre, représentant 154 voix.

Seuls peuvent contracter les Syndicats habilités par un organisme central (cet organisme étant actuellement un organisme fédératif comprenant les trois Groupements existants : Union, Fédération, Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, tout en laissant subsister leur autonomie.)

Adopté à l'unanimité.

La loi, le règlement d'administration publique ou les contrats ne devront comporter aucune disposition contraire aux principes définis ci-dessous :

Adopté à l'unanimité.

1° Le libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à conditions qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du Conseil de famille syndical avec droit d'appel, devant l'organisme central ci-dessus défini.

Adopté à l'unanimité.

2° Le respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement.

Adopté à l'unanimité.

3° Le droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à domicile soit à l'hôpital, ou dans tout autre établissement de soins.

Adopté à l'unanimité moins 1 avis représentant 55 voix.

Cette question devant être l'objet d'une étude ultérieure en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851.

Adopté à l'unanimité moins 5 avis contraires représentant 373 voix.

4° Paiement direct par l'assuré en prenant pour base minima les tarifs syndicaux.

Adopté par 16.033 voix contre 679 et 823 abstentions formulées (1).

5° La liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

Adopté à l'unanimité.

6° Contrôle des malades par la Caisse, des médecins par le Syndicat et Commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.

Adopté à l'unanimité moins 1 avis.

7° Nécessité de représentation du Syndicat dans les Commissions techniques organisées par les Caisses et de contrats spéciaux entre les Syndicats et les Caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.

Adopté à l'unanimité.

Principe d'un organisme central pour défendre les décisions prises dans la journée au sujet des Assurances sociales.

Adopté.

La Commission qui a présidé à la réunion du Congrès est désignée pour assurer cette défense.

Principe de la constitution d'un organisme unique réunissant tous les syndicats médicaux.

Adopté.

La Commission présidée par le professeur Balthazard est désignée pour étudier les statuts nouveaux du Groupement unique.

Signé : Dr DESROUSSEAUX, Dr JAYLE.

(1) Commentaire du § 4 lu en séance au nom de la Commission avant le vote de ce paragraphe :

« Cette rédaction exclut toute tarification contrac-
« tuelle fixée d'avance. Les syndicats peuvent inscrire
« dans les contrats à titre indicatif leurs tarifs syndi-
« caux ».

Dr D. Dr J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Voyage de Pâques sur la Côte d'Azur du 15 au 22 avril 1928 avec excursion facultative en Corse du 22 au 26 avril.

NICE, LE CAP-D'ANTIBES, JUAN-LES-PINS, GOLFE JUAN-VALLAURIS, CANNES, LE CANNET, GRASSE, VENCE, MENTON, MONTE-CARLO, MONACO, BEAULIEU, LES ALPES, NICE.

DIMANCHE, 15 AVRIL. — Arrivée à la Gare de *Nice*, selon l'horaire des trains, MM. les voyageurs sont priés de se rendre immédiatement à l'Hôtel Métropole, 8, boulevard Victor-Hugo, où la concentration et la répartition seront effectuées.

LUNDI, 16 AVRIL.— Petit déjeuner dans les Hôtels à 7 h. 30. Départ à 8 h. Le cap d'Antibes. Conférence sur la geographie climatique de la Côte d'Azur, Juan-les-Pins, le Golfe-Juan, Vallauris. — Arrivée à *Cannes*, à 11 h. aux Flots-Bleus. Démonstration d'exercices physiques sur la plage. Réception et déjeuner à 12 h. 30. Visite des établissements de cure hélio-marine de 14 à 16 h. Ascension à Super-Cannes à 16 h. Conférence sur la météorologie de la Côte d'Azur. A 18 h., répartition et dîner individuel dans les hôtels. Coucher à Cannes.

MARDI, 17 AVRIL.—Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. Départ à 8 h. Visite de l'Institut de Paraffithérapie. Le Cannet, *Grasse.* Visite des Jardins de la Princesse PAULINE. Causerie sur le climat de la zone intérieure. Déjeuner à 12 h. 30. Visite d'une parfumerie, à 14 h. 30. Départ pour Vence à 15 h., par les Gorges-du-Loup. Visite des sanatoria de *Vence.* Retour à *Nice* à 18 h. Dîner individuel dans les hôtels. Soirée dans les théâtres.

MERCREDI, 18 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. Départ à 8 h. Visite de l'Observatoire, La Grande Corniche. Visite des monuments de La Turbie. Causerie sur l'Histoire de la Côte d'Azur. Déjeuner à *Menton* à 12 h., à 14 h., visite de la Frontière italienne, des Grottes et du Château de Grimaldi (Institut du Dr VORONOFF). Retour par le boulevard de Garavan à 16 h. 30. Le cap Martin. Arrivée à *Monte-Carlo* à 17 h. 30. Répartition dans les Hôtels. Dîner et coucher à Monte-Carlo.

JEUDI, 19 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. Réunion à l'établissement physiothérapique à 8 h. Visite au palais de *Monaco* et au Musée d'anthropologie. Causerie sur la préhistoire de la région ; à 10 h., visite du musée d'océanographie ; à 12 h., déjeuner dans les hôtels. Départ à 14 h. Visite des jardins exotiques, à 15 h., visite de l'hôpital ; à 15 h. 30, départ pour *Beaulieu* par la Moyenne Corniche. Arrivée à Beaulieu à 16 h. Causerie sur la Flore du littoral. Retour à *Nice* à 18 h. Dîner individuel dans les hôtels. Soirée dans les théâtres.

VENDREDI 20 AVRIL. — *Les Alpes.* — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 50. Départ à 8 h. Déjeuner à Peyra Cava à 12 h. Départ pour Nice à 16 h. Arrêt à Luceram à 17 h. Arrivée à Nice à 18 h. Dîner individuel dans les hôtels. Soirée dans les théâtres.

SAMEDI, 21 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels à 8 h. 30. Départ à 9 h. Promenade autour de *Nice* et visite des usines d'ozonisation. Causerie sur les indications thérapeutiques générales de la Côte d'Azur Visite d'une maison de santé, à 12 h. 30, réception et déjeuner de la Société médicale. Après-midi libre. Dîner individuel dans les hôtels. Soirée dans les théâtres.

DIMANCHE, 22 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels. Départ à la gare P. L. M. selon les horaires des trains.

Excursion facultative en Corse.

DIMANCHE, 22 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels. Matinée libre. Embarquement au Port de Nice à 11 h. 30. MM. les voyageurs devront faire transporter eux-mêmes leurs bagages sur le paquebot. Départ à midi. Déjeuner et dîner à bord. Arrivée à *Bastia* à 21 h.

LUNDI. — Visite de la vieille ville de *Bastia* et tour du cap Corse.— MARDI : visite de la citadelle de *Corte* et de la forêt de Vizavona. — MERCREDI : visite de la Scala di Santa Regina, des *Calanques de Piana*, et de la ville grecque de Cargèse.

JEUDI, 26 AVRIL. — *Ajaccio.* — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. De 8 h. à 10 h., visite de la ville, du musée et de la Maison de NAPOLÉON. Départ à 10 h. 30 pour Nice. Déjeuner à bord. Arrivée au port de Nice à 19 h. 30. Fin du voyage.

INSTRUCTIONS. — Le nombre de places étant obligatoirement limité, MM. les voyageurs sont priés de se faire inscrire, dès à présent, ou du moins le plus tôt possible, soit pour la Côte d'Azur, soit pour la Corse, soit pour les deux parcours. Le délai nécessaire d'inscription, pour être assuré d'une place en Corse, est d'un mois.

MM. les médecins peuvent être accompagnés par des personnes de leur famille, qui seront inscrites aux mêmes conditions qu'eux-mêmes : il sera fait droit à leurs demandes, dans la mesure du possible et dans l'ordre des inscriptions. Les étudiants en médecine sont admis.

Tous les parcours seront effectués en voitures par-

ticulières. Les prix seront forfaitaires et comprendront toutes les dépenses du séjour effectuées en commun, avec le vin, les taxes et les pourboires. Le prix du voy ge en Corse comprendra la traversée en première classe.

Pour tous renseignements, s'adresser au président de la Société médicale : Dr M. FAURE, 24, rue Verdi, Nice.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'économie générale de ce voyage sur la côte d'Azur. Il fait pendant à celui qui a lieu généralement à Noël. Mais il est d'allures un peu plus restreintes, d'un prix moins élevé, et s'adresse plus directement auh professeurs, aux étudiants des Facultés françaises, ainsi qu'aux praticiens qui ne disposent ni du temps ni des ressources nécessaires pour prendre part au grand voyage de Noël.

Ceux qui désirent excursionner sur la côte d'Azur dans des conditions de confortable et d'atmosphère cordiale toutes particulières, n'auront jamais de meilleure occasion pour le faire.

N. D. L. A. D.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social.

Par le Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire.

(*Suite.*)

VILLE DE BÉZIERS

Bureau de Bienfaisance

Lutte contre la Tuberculose

Futures Mères, jeunes ménages,
Lisez.

La tuberculose tue 25 pour cent des enfants nés de parents tuberculeux ou élevés dans un milieu ou il y a un tuberculeux.

Elle tue aussi, un peu plus tôt ou un peu plus tard, beaucoup d'enfants nés de parents sains ou élevés dans un milieu sain.

Car cette maladie est si répandue et si contagieuse qu'il ne faut pas songer, malgré toutes les précautions et la vigilance la plus attentive, les soustraire à son emprise. Les plus forts résistent, et encore pas toujours ; les autres succombent ou restent infirmes (tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, etc.) et sont condamnés à une existence misérable. **La méningite, la brouncho-pneumonie,** *manifestations terribles de la tuberculose,* **les guettent** *à tout instant et peuvent en quelques jours vider votre foyer.*

Jeunes ménages, Mères de demain, songez-y !

Mais sachez aussi que vous pouvez, désormais, conserver vos enfants et les empêcher de succomber à la tuberculose.

Vous pouvez les faire vacciner.

Deux savants français, M. le professeur Calmette, membre de l'Académie de médecine et sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris et M. Guérin, son collaborateur à l'Institut Pasteur, viennent, en effet, après 15 années d'études et de nombreuses expérientes, **toutes concluantes,** *de découvrir un produit qu'ils ont appelé* **vaccin B. C. G.** (*bacille Calmette-Guérin*).

« *Ce vaccin est inoffensif, : il n'entraîne ni accident d'aucune sorte, ni réaction fébrile, ni troubles physiologiques quelconques* » (*Profes. Calmette*).

Ce n'est pas une spécialité commerciale. *Il est préparé à l'Institut Pasteur et fourni* **exclusivement et gratuitement** *par cet établissement.*

Il doit être administré au nouveau-né comme une simple tisane, dans les 10 premiers jours de sa naissance.

Depuis quatre ans, **plus de 10.000 enfants ont été ainsi vaccinés. Il n'y a eu aucun incident, ni aucun accident..** *Tous ces enfants, nés et élevés dans des milieux contaminés,* **sont aujourdh'hui bien portants.**

Mais il faut que le nouveau-né soit vacciné le plus tôt possible après sa naissance, en tout cas dans **les 10 premiers jours.**

Jeunes ménages, Mères de demain, ne l'oubliez pas !

Vous ferez vacciner votre enfant contre la variole pour le préserver de cette maladie, vaincue aujourd'hui grâce à cette vaccination.

Ne refusez pas le vaccin B. C. G. qui **demain vaincra la tuberculose.**

Dès la naissance de votre enfant, *prévenez le Bureau de bienfaisance, rue Boiëldieu, n° 54, où un service spécial,* **gratuit,** *est organisé ; par télégramme, il demandera à l'Institut Pasteur le vaccin préventif que, dès réception, une infirmière viendra administrer à votre nouveau-né.*

Comme tout oubli de votre part serait regrettable et irréparable, *nous enverrons chez vous, dès que nous connaîtrons la naissance de votre enfant, une infirmière vous offrir le vaccin sauveur.*

Acueillez-la en amie, *nous vous aiderons, mais* **aidez-nous.**

N'oubliez pas qu'il s'agit de la santé et de la vie de votre enfant, du bonheur et de l'avenir de votre foyer.

La Commission administrative du Bureau de Bienfaisance :

E. Suchon, maire, président ; J. Fabre, vice-président ; A. Desplats, ordonnateur ; Ch. Viennet, P. Pancol, Chanet et Bru, administrateurs

Dès le 1er novembre 1926, le service, auquel depuis rien n'a été changé parce qu'il donne toute satisfaction, fonctionna de la façon suivante :

1° Tous les jours, une infirmière visiteuse se rend à la Mairie, bureaux de l'état-civil, et relève les naissances enregistrées la veille.

2° Elle va ensuite, au domicile des nouveau-nés, explique aux parents le but de sa visite, et sollicite l'autorisation de laisser administrer le B. C. G. à leur enfant. Elle leur remet, en même temps, une feuille imprimée, qu'un pointillé permet de séparer en deux parties : sur celle de gauche, on lit le texte de l'affiche ci-dessus ; celle de droite est ainsi libellée :

Le 192

Monsieur,

Je vous signale la naissance de mon enfant : (nom et prénoms bien lisibles).......................
survenue le ....
à (*Adresse exacte et bien lisible*)...
....

Je vous prie de vouloir bien faire procéder à sa vaccination contre la tuberculose par le B.C.G.

Signature :

N.B. — Déposer ou envoyer cette lettre, datée et signée, au Bureau de Bienfaisance, 54, rue Boiëldieu, *dès la naissance de l'enfant,* la vaccination devant être faite *dans les dix premiers jours* et le vaccin demandé à l'Institut Pasteur à Paris, par télégramme.

La vaccination est *gratuite.*

Les parents sont invités à remplir cette partie, la signer, la détacher, en suivant le pointillé, et la déposer au Bureau de bienfaisance, ou mieux, la remettre, séance tenante, à la visiteuse.

3° Sitôt parvenue au Bureau de bienfaisance, celui-ci demande le vaccin par télégramme, à l'Institut Pasteur. Aucun stock important n'est possible, le dit vaccin ayant, au bout d'une dizaine de jours, perdu la plus grande partie de son efficacité.

4° Dès réception du vaccin, la même infirmière visiteuse va administrer les trois doses au nouveau né, à raison d'une dose tous les deux jours.

5° La vaccination terminée, elle la déclare au dispensaire antituberculeux par la remise d'un imprimé ainsi conçu :

DÉPARTEMENT
DE
L'HÉRAULT
—
Office départemental
d'Hygiène sociale
—
MONTPELLIER.

Immunisation
des nouveau-nés contre
la tuberculose
—

Le vaccin B.C.G. a été administré par le soussigné à l'enfant..............................
né le ....
et demeurant à..
rue ....
aux dates suivantes :...

1re dose..
2e dose..
3e dose..

Signature :

Nom de la personne qui a administré le B C G.................................
Qualité..
Contact tuberculeux..
Nom du contact...
Degré de parenté...

6° Le dispensaire antituberculeux fait parvenir le dit imprimé à la Préfecture de l'Hérault,- à Montpellier, bureaux de l'Office départemental d'hygiène sociale, 8, rue de la Coquille, après avoir relevé tous les renseignements qu'il contient sur une fiche spéciale qu'il conserve dans son fichier (une fichepour chaque enfant vacciné). Cette fiche, cartonnée, de format 12 × 19, absolument semblable à celui adopté par la majorité des dispensaires (modèle dit américain), s'adapte donc parfaitement aux enveloppes des dossiers médicaux et sociaux du dispensaire. De même elle peut être classée identiquement et retrouvée facilement dans les casiers du fichier.

Outre les renseignements ci-dessus, les espaces laissées en blanc au recto et au verso, permettent d'y consigner, tous les six mois, depuis la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans, les résultats des examens successifs de l'enfant.

Ces examens sont pratiqués à la « Consultation des nourrissons » où les parents sont invités à présenter régulièrement, tous les quinze jours, leurs enfants. Cette présentation, facultative pour les enfants nés et vivant en milieu sain, est obligatoire pour ceux vivant en milieu contaminé. Une infirmière du dispensaire va relever, tous les six mois, les renseignements econcernant ces derniers. Elle se rend compt ainsi s'ils y sont portés régulièrement. Les autres ne sont pas suivis par le dispensaire.

Plus tard, quand ces enfants quitteront la « Consultation des nourrissons » vers l'âge de 3 ans, ceux « en contact de cohabitation » seront amenés au dispensaire et surveillés directement par lui. Un dossier médical et social sera constitué pour chacun et la fiche cartonnée bleue ci-dessus jointe à ce dossier. Elle passera ainsi automatiquement du casier « B. C. G. » dans un des casiers du dispensaire.

Celle des enfants nés et vivant en milieu sain sera conservée dans le casier B. C. G. jusqu'au jour où, à leur tour, ils seront amenés, pour une raison ou pour une autre, au dispensaire. A ce moment, elle sera transférée dans un des casiers du dispensaire et complètera leur dossier médical créé dès cette première visite.

Voici le modèle, recto et verso, de cette fiche cartonnée bleue.

Fiche du dispensaire.

RECTO

VACCIN B.C.G.

Nom..
Prénoms..
Domicile.......................................
Né le..
Vacciné { 1re dose le..........................
2e dose le.....................................
3e dose le.....................................
par..
Contacts tuberculeux :.........................
....
....
....
....
....
....
....

Dispensaire de.........
N°.........
Année............

Examens successifs
Naissance (poids, etc.)........................
....
....
....
....
Six mois. Date :...............................
....
....
Un an. Date :..................................
....
....
....

VERSO

Dix-huit mois. Date : ....
....
....
....

Deux ans. Date : ....
....
....
....

Deux ans et demi. Date : ....
....
....
....

Trois ans. Date : ....
....
....
....

Trois ans et Demi. Date : ....
....
....
....

Quatre ans. Date : ....
....
....
....

Quatre ans et demi. Date : ....
....
....
....

Cinq ans. Date : ....
....
....
....

Fiche cartonnée, bleu clair, de format 12 × 19, *conservée au Dispensaire.*

Dès ce moment, une discrimination est faite parmi ces « vaccinés ».

Tous doivent être présentés régulièrement, tous les quinze jours, à la « Consultation des nourrissons » aménagée pour les peser,mesurer, baigner, etc., et dont le personnel, médecin et infirmières, est spécialement qualifié pour donner aux mères tous les conseils utiles.

Mais, *seuls* sont suivis et surveillés par le dispensaire antituberculeux les enfants « en contact de cohabitation ». Ils sont vus à domicile, au cours de leurs visites périodiques, par les visiteuses du dit dispensaire qui, en outre, se erndent tous les six mois, à la « Consultation des nourrissons » et relèvent les renseignements concernant ces enfants, jusqu'au jour où ils pourront être vus au dispensaire même, vers l'âge de 3 ou 4 ans.

7° Ces renseignements semestriels sont consignés sur la fiche cartonnée bleue du dispensaire et, en même temps, sur une autre fiche, cartonnée également, grise, destinée à l'Office départemental d'hygiène sociale, à Montpellier, et dont voici le modèle, recto et verso :

Fiche pour l'Office départemental d'Hygiène Sociale, remplie par le Dispensaire et utilisée uniquement pour les nouveau-nés en « contact ».

RECTO

HÉRAULT

—

Office départemental
d'hygiène sociale
MONTPELLIER

—

Immunisation
des nouveau-nés
contre la tuberculose

—

Premier examen de révision de l'enfant :
....
nom prénoms
n° ....; pratiqué le ....
à l'âge de ....mois .... jours, par le Docteur ....
....
Contact tuberculeux ....
....
....
....

degré de parenté avec l'enfant ....
le contact est-il permanent ou accidentel ? (fournir des précisions) ....
....
....
existe-t-il encore actuellement ? .... Sinon à quelle date a-t-il cessé ? ....
Indiquer l'âge exact de l'enfant à ce moment ? .... mois .... jours.

Où est actuellement l'enfant ? Indiquer ses relations avec le contagionnant ....
....
....
....

En cas de décès de l'enfant, consigner ici le plus de détails possible ainsi que la date et l'âge au moment du décès ....
....
....
....

VERSO

Renseignements rétrospectifs se rapportant à la naissance :
Poids.......................................Taille..............................
Aspect général...
....
....
Mode d'élevage...
Incidents pathologiques survenus...
....
....
....
....
Etat actuel : Poids .... Taille ....
Aspect général ....
Peau : ....
Œil :...
Naso-pharynx :...
Oraeilles :...
Poumons : Ausculattion...
....
Examen radioscopique :...
....
....
....

Le médecin examinateur :

Fiche cartonnée, grise, de format 11 1/2 × 19, *adressée, tous les six mois, à l'Office départemental d'Hygiène Sociale de l'Hérault à Montpellier, utilisée uniquement pour les nouveau-nés en « contact de cohabitation ».*

Ceci pour le premier examen, c'est-à-dire celui qui a lieu à l'âge de six mois, avec renseignements rétrospectifs se rapportant à la naissance.

Pour les examens ultérieurs, 12 mois, 18 mois, etc..., une autre fiche est prévue ; on utilise provisoirement celle-ci en remplaçant, en tête : « premier examen », par : « second... », troisième... » etc.

Ces fiches sont conservées à l'Office départemental qui, à son tour, les utilise, en temps opportun, pour renseigner l'Institut Pasteur à Paris.

8° Enfin, un dernier modèle de fiches, dites « Fiches de noms », du type ci-dessous, est utilisé au dispensaire pour classer les « vaccinés » par lettre alphabétique et pouvoir ainsi retrouver facilement leur dossier, c'est-à-dire leur fiche cartonnée bleue.

Nom .... N°
Prénoms ....
....
Né le ....
....
Domicile ....
....
.... B.C.G. 1

Ces « fiches de noms », cartonnées, blanches de format 12 × 8, sont conservées dans un petit casier spécial du Fichier du dispensaire.

9° De même que, seuls, sont suivis etsurveillés par le dispensaire, les enfants « en contact de cohabitation », de même, seuls ces enfants-là seront revaccinés, par ses soins, à la fin de la première et de la troisième année.

Il est inutile de revacciner les enfants nés et vivant en milieu sain (professeur CALMETTE). La revaccination, dont plusieurs enfants du dispensaire ont déjà bénéficié, est opérée avec le même vaccin, le matin à jeun, et les mêmes doses. Mention en est faite sur les fiches bleues et grises.

***

Le Bureau de bienfaisance deBéziers ne se contente pas de faire assurer et surveiller ce service, absolument gratuit ; il tient aussi du vaccin à la disposition des médecins et des sages-

femmes de la ville et de la région qui désirent l'administrer eux-mêmes.

Il ne peut, il est vrai, constituer aucun stock important de B. C. G., celui-ci perdant rapidement son efficacité ; après dix ou quinze jours, en effet, les bacilles « biliés » meurent et ne vaccinent plus. Malgré tout, il a pu jusqu'à ce jour, grâce à une petite réserve constamment renouvelée, satisfaire toutes les demandes qui lui ont été adressées par lettre, télégramme ou téléphone.

***

Voici maintenant, mois par mois, les résultats obtenus pendant les douze premiers mois de fonctionnement de ce service :

Mois et années	Nombre de naissances à Béziers	Nouveau-nés vaccinés à Béziers	Pourcentage des vaccinés	Nouveau-nés vaccinés en dehors de Béziers	Total des vaccinés
Novembre 1926	61	45	73,7 %	1	46
Décembre	78	54	69,2 %	0	54
Janvier 1927	54	40	74,0 %	6	46
Février	62	49	79,0 %	2	51
Mars	65	56	86,1 %	4	60
Avril	59	47	79,6 %	7	54
Mai	74	53	71,6 %	4	57
Juin	67	54	80,6 %	2	56
Juillet	56	43	76,7 %	2	45
Août	55	49	89,0 %	8	57
Septembre	51	45	88,2 %	3	48
Octobre	77	53	79,1 %	3	56

Soit, pendant une année, la première, pour 749 naissances à Béziers, 590 vaccinés, ce qui fait une proportion de 78,7 %, un peu plus des trois quarts.

La conclusion à tirer, dès maintenant, de la lecture de ce tableau, conclusion qui est en même temps un enseignement, est que : la généralisation à TOUS les nouveau-nés de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. est bien vue par la population entière, comprise, appréciée et bien acceptée par les familles intéressées. L'organisation d'un pareil service est, en outre, fort simple, peu compliquée et peu dispendieuse : une infirmière suffit pour une agglomération de plus de 60.000 âmes. Elle est donc possible et réalisable partout.

La preuve de son efficacité, par conséquent de son utilité et même de sa nécessité, ne pourra être définitivement établie que dans un laps de temps relativement éloigné : 15 ou 20 ans, c'est-à-dire lorsque les « vaccinés » atteindront l'âge de prédilection d'évolution de la tuberculose.

Toutefois, dans deux ou trois ans, il sera déjà possible d'émettre à son sujet une opinion raisonnée. Il suffira de connaître la mortalité tuberculeuse infantile de 0 à 1 an, ou deux ans, *avant* et *depuis* la vaccination, ou encore, pendant la période de vaccination, chez les « vaccinés » et chez les « non-vaccinés ». La comparaison permettra d'évaluer le bénéfice social réalisé. Nous avons la ferme conviction qu'il sera important, c'est-à-dire tel que l'escomptent les avisés promoteurs de cette initiative dont la répercussion sur la prophylaxie antituberculeuse peut être immense (1).

(1) A Béziers, les Sociétés de Secours Mutuels sont nombreuses, plus de cinquante, et florissantes. Certaines allouent à leurs adhérents, à la naissance de chaque enfant, un secours en argent : 200 francs environ. Or, l'une d'elles, apprenons-nous, exige, dès maintenant, pour l'octroi de ce secours, la présentation d'une attestation écrite que le B. C. G. a été administré au nouveau-né. D'autres vont agir pareillement.

Cet exemple mérite d'être signalé, connu..... et imité, en attendant le vote, très prochain, espérons-le, d'une loi rendant cette vaccination *obligatoire* pour *tous* les nouveau-nés sans exception. Dr H. R.

***

ERRATUM. — *Le dispensaire anti-tuberculeux de Béziers.* Dans le numéro du 29 janvier dernier, une erreur de composition a fait placer, à la page 243, un tableau qui aurait dû n'être publié que plus loin et qui s'est substitué à celui qui, régulièrement, aurait dû paraître — et que voici :

de 0 à 15 ans	2,	soit 4 % des décès	et 50 %	des 1 positifs	» entre ces	2	âges ;		
» 16 à 20 »	5,	» 11 % »	» 18 %	»	»	»	»	»	»
» 21 à 30 »	17,	» 38 % »	» 28 %	»	»	»	»	»	»
» 31 à 40 »	4,	» 10 % »	» 11,7 %	»	»	»	»	»	»
» 41 à 50 »	11,	» 25 % »	» 36,6 %	»	»	»	»	»	»
» 51 à 60 »	4,	» 10 % »	» 25 %	»	»	»	»	»	»
au-dessus de 60	1,	» 2 % »	» 12,5 %	»	»	»	»	»	»

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Vielliard, de Montataire (Oise). — M. le Dr Félix de Backer, de Paris. — M. le Dr Henri Gillet, de Paris. — M. le Dr Ernest Motel, de Vannes.

— **Union des médecins mutilés de guerre** (Siège social : Hôtel de la Société des Ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris, 9e). — Pendant l'année 1927, l'Union des médecins mutilés de guerre a alloué des subventions ou des prêts d'honneur à six médecins ou veuves de médecins et pour d'autres a obtenu des avantages intéressants.

Le Bureau a pensé que parmi les membres de l'Association Amicale des anciens médecins des Corps combattants, certains pourraient se trouver plus tard atteints de maladies ou infirmités, conséquences tardives de la guerre. Ceux-là n'obtiendront sans doute aucune allocation des caisses publiques puisqu'ils ne comptent pas parmi les pensionnés. Pour parer à une aussi pénible éventualité, l'Union a décidé de mettre en réserve 30 % de ses fonds qui seront affectés exclusivement à venir en aide à ces camarades. Elle espère que cet exposé incitera à recruter des membres bienfaiteurs qui sont indispensables à la vitalité de cette association philanthropique. La presque totalité des médecins mutilés de guerre *exercent encore la médecine* et la liste des membres bienfaiteurs leur est adressée régulièrement.

— **Croisière annuelle de « Bruxelles-Médical »**. — La Croisière médicale annuelle organisée par le *Bruxelles-Médical* s'effectuera cette année à bord du paquebot de grand luxe *Brazza*, dont l'exclusivité est réservée à notre confrère qui l'a affrété. Nul ne pourra prendre place à bord s'il n'est médecin (et familles) ou avalisé par un médecin.

Le *Brazza* est un bateau au mazouth à deux cheminées, 16.000 tonnes déplac. 144 m. de long, 19 m. de large ; 270 places de première A et B ; 70 places d'étudiants ; salons, fumoirs, palmarium, café-terrasse, méca nothérapie, théâtre d'enfants ,salon de dames, salon de bridge, 31 salles de bains ; — il vient d'accomplir son premier voyage. Les organisateurs ajoutent :

« Un prix médical forfaitaire complet, comprenant tous frais : chemins de fer, navigation, vie à bord, excursions, sera établi. Nous pensons pouvoir en donner bientôt l'échelle à *tarif médical réduit*. Nous insistons pour que les médecins et leurs familles (femmes, enfants) prennent date dès maintenant. Quant aux personnes étrangères qu'ils désireraient amener avec eux, leur inscription ne peut être prise actuellement que *sous réserves*. Les mêmes dispositions s'appliquent aux étudiants en médecine (parents admis) ».

Comme nous l'avons annoncé, la croisière, partie de Bordeaux, comportera la visite de Vigo, Porto, Las Palmas, Casablanca, Ajaccio, Marseille.

Renseignements et inscriptions à la *Section des Voyages du Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

— **Les Journées médicales de Bruxelles de** 1928, 21-22-23-24-25 avril 1928. — Programme.

Conférences : MM. Eugène Gley (Paris). Sujet réservé. — Mario Donati (Turin). L'exérèse iléo-cæcale dans les affections du côlon droit. — Egas Moniz (Lisbonne). L'encéphalographie artérielle. — Emile Bardier (Toulouse). Syncopes cardiaques et adrénaline. — Jan Van der Hoeve (Leiden). Sujet réservé. — L.-M. Pautrier (Strasbourg). Sujet réservé. — Bastos (Madrid). Sujet réservé. — Christian Zœller (Paris). Les vaccinations antitoxiques préventives. — Noël Fiessinger (Paris). La fonction chromagogue du foie en pathologie. — César Serono (Rome). Sur le métabolisme des hydrates de carbone. — Antonio Damas Mora (Angola). L'assistance médicale indigène. — A. Rollier (Leysin). L'héliothérapie des tuberculoses chirurgicales. — Mathieu-Pierre Weil (Lyon). Le rhumatisme de la ménopause. — Gotthard Soderbergh (Göteborg, Suède). Recherches sur la neurologie de la paroi abdominale. — G. Sanvenedo-Rosselli (Gênes). La chirurgie plastique de la face. — M. Descarpentries (Roubaix). L'hémolysothérapie. — P. Desrousseaux (Roubaix). L'assurance-maladie.

Le Comité, enfin, a invité pour représenter les grandes institutions scientifiques belges : Université de Liège : M. le professeur Duesberg : L'hérédité mendélienne : facteurs léthals et pathologie humaine. — Université de Louvain : M. le professeur Fernand d'Hollander : Sur les fonctionns des couches optiques. — Université de Bruxelles : M. le professeur Albert-P. Dustin : Comment les radiations agissent-elles sur les cellules cancéreuses ? — Fondation Reine-Elisabeth : M. le professeur Pierre Nolf : Le système nerveux entérique. — Institut Pasteur : M. Ernest Renaux : Le problème de l'immunité locale. — Société belge d'Etudes scientifiques sur la tuberculose : MM. Derscheid et Maffei. — Œuvre nationale de l'enfance : M. Possemiers (Anvers) : Le soignage à domicile des débiles congénitaux.

Programme des journées : Samedi 21 avril : Au Cinquantenaire : Ouverture de l'exposition et grandes conférences. 8 heures, Résidence-Palace : Banquet officiel (par souscription). — Dimanche 22 avril : Matin : Au Palais des Académies : Séance solennelle. Conférence par M. Henri Jaspar, premier ministre : L'Ordre des médecins. Après-midi : Au Cinquantenaire : Grandes conférences. Le soir : A la Monnaie : Représentation de gala : Le Chevalier à la Rose (par invitation). — Lundi 23 avril : Matin : Séances de pratique dans les hôpitaux et cliniques. Après-midi : Au Cinquantenaire : Grandes conférences. Le soir : Soiréemusicale (par invitation). — Mardi 24 avril : Matin : Séances de pratique dans les hôpitaux et cliniques. Après-midi : Au Cinquantenaire : Grandes conférences. Soirée libre. — Mercredi 25 avril : Excursion à Gand : Départ en train spécial. Visite de la Faculté de médecine et des Instituts. Réception par le Gouverneur de la Flandre Orientale. Banquet. Visite des Floralies. Réception à l'Hôtel de ville. Visite des monuments. — Jeudi 26 avril : Pour les médecins qui s'inscrivent d'avance : visite des Etablissements marins dépendant de l'Association Nationale belge contre la tuberculose : sanatorium de Breedene, préventorium de Clemskerke-s /-M, et préventorium de l'enfance contre la tuberculose à Breedene-s /M.

— **Clinique médicale propédeutique.** Professeur : M. Emile Sergent (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). *Cours de perfectionnement sur l'explaration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 23 avril au samedi 28 avril 1928 inclus, par MM. Sergent, Pruvost, Francis Bordet, Cottenot, Mignot, Henri Durand, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Couvreux et Benda. — Ce cours comprendra des leçons théoriques et des tra-

vaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les examens pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques (ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30).

Lundi 23 avril : 9 heures, M. le prof. Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 15 heures, M. le Dr Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales ; 17 h. 30, M. le Dr Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques. — Mardi 24 avril : 11 heures, M. le Dr Turpin : Diaphragme ; 15 heures, M. le Dr Durand : Médiatin (tumeurs et kystes) ; 17 h. 30 :, M. le Dr Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire. — Mercredi 25 avril : 11 heures, M. le professeur Sergent : Trachée et bronches ; 15 heures, M. le Dr Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales ; 17 h. 30, M. le Dr Bordet : Les images pathologiques élémentaires. — Jeudi 26 avril : 11 heures, M. le Dr Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 heures, M. le Dr Brel-lety-Bosviel : Scissurites et épanchements scissuraux; 17 h. 30, M. le Dr Pruvost : Pneumothorax et pneumoséreuse. — Vendredi 27 avril : 11 heures, M. le Dr Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 15 heures, M. le Dr Kourilsky : Abcès du poumon ; gangrène pulmonaire ; 17 h. 30, M. le Dr Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses. — Samedi 28 avril : 11 heures, M. le Dr Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le professeur Sergent: Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30, M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Programme des exercices pratiques. Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), sous la conduite des conféreincers, et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques), par le Dr Couvreux.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Premier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie** (Copenhague, 30 juillet-1er août 1928). — Il est rappelé que l'inscription au premier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie de Copenhague cessera le 1er mai prochain ainsi que l'envoi du titre des communications ou des présentations. Prière d'adresser l'un et l'autre à M. le Dr Blegvad, 3 Nytorv. Copenhague. K. en même temps qu'un mandat international de 30 couronnes danoises au nom du Dr Jorgen Moller, 13, Vestre Boulevard, Copenhague K.

D'autre part, à l'occasion du Congrès, trois croisières ont été organisées :

1° Celle du Cap Nord avant le Congrès. Départ de Paris le 11 juillet, Copenhague, la Croisière, le Cap Nord le Soleil de Minuit et les Fjords, Balholm, Oslo, Stockholm, Copenhague (du 30 juillet au 2 août) Hambourg, Paris (le 4 août).

Prix total de l'excursion à partir de 7.260 francs.

2° Celle du Spitzberg, après le Congrès. Départ de Paris le 27 juillet, Hambourg, Copenhague (30 juillet-2 août), Stockholm, Upsala, Trondhjem, Cap Nord, le Spitzberg, le Soleil de Minuit, la Banquise Polaire, les Fjords, Bergen, Newcastle, 3ondres, Paris le 27 août.

Prix total de l'excursion, à partir de 12,400 francs.

3° Celle des Fjords du Sud après le Congrès. Départ de Paris le 27 juillet, Hambourg, Copenhague (30 juillet-2 août) Stockholm, Upsala, Oslo, Bergen, Sognefiord, Näjofjord, Geirangerfjord, Nordfjord, Bergen, Newcastle, Paris le 18 août.

Prix total de l'excursion à partir de 7.190 francs.

— **Journées médicales de Rio de Janeiro.** — *Les Journées médicales de Rio de Janeiro* auront lieu les 1er, 2, 3, 4 et 5 juillet 1928.

Pour les médecins qui désirent se rendre au Brésil, le Comité a obtenu des Compagnies de navigation une réduction de 15 à 20 p. 100 sur leurs prix de passage habituels, réduction qui sera accordée aux membres des « *Journées médicales de Rio de Janeiro* », moyennant présentation de leur carte aux agences des Compagnies. Les Compagnies de navigation brésiliennes accordent cette réduction pour les voyages entre les ports du Brésil.

Les passages de la France à Rio de Janeiro, sur les vapeurs français, varient, selon les classes de ceux-ci, entre 5.000 et 8.000 francs français,

Les hôtels feront une réduction de 15 à 20 pour 100 et l'on peut compter, dans un hôtel raisonnable, assez confortable et bien installé, sur une moyenne de 100 à 120 francs par jour et par personne ; dans les hôtels de grand luxe la moyenne sera de 200 à 250 ou 300 francs.

La cotisation pour les membres des *Journées* est de 330 francs (cent milréis brésiliens). Pour ceux qui voudront prendre part au banquet qui aura lieu dans le meilleur hôtel de la ville, situé dans un lieu de rare beauté, s'ajoutera la taxe supplémentaire de 230 francs (soixante-dix milréis brésiliens).

Les médecins qui se proposent de venir à ces *Journées* sont priés d'avertir le Secrétaire général du nom du vapeur qui les amènera à Rio de Janeiro, pour qu'ils puissent recevoir à bord, avant de descendre à terre, les instructions concernant les hôtels, les promenades, le prix de la vie à Rio, ainsi que le programme complet des *Journées*.

Il y aura aussi un Comité féminin composé de dames et de demoiselles appartenant à la famille des médecins brésiliens, avec un programme spécial.

La correspondance ainsi que les adhésions devront être adressées au Secrétaire général des *Journées*, M. le Dr Belmiro Valverde, rue Sao José, n° 84, 4e andar, Rio de Janeiro, Brésil.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Foire internationale de Lyon.* — La Foire de Lyon ouvre du 5 au 18 mars. A cette occasion, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés pour Lyon, par les gares des grands réseaux français à partir du 5 mars, sont valables jusqu'au 19 mars inclus.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

confrères propharmaciens de répondre, le cas échéant à un contrôleur qui élèverait une prétention du même genre.

Dr B.

Réponse.

D'après une réponse du Ministre des Finances à une question posée par un membre du Parlement (*Journal officiel* du 20 janvier 1926, Chambre, débats, page 93) « le médecin qui, dans les localités dépourvues de pharmacien, fournit aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires sans tenir d'officine et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce ». En conséquence, les profits tirés de cette vente ne sont pas passibles de l'impôt sur les bénéfices commerciaux et, par suite, la taxe sur le chiffre d'affaires n'est pas applicable.

Le texte de la réponse du Ministre spécifie bien qu'il s'agit des médicaments *nécessaires* et non pas seulement de ceux *indispensables*.

A. M.

Accidents

275. — Accident survenu à une domestique faisant des commissions.

Une jeune bonne est envoyée par son patron faire des commissions ; en même temps elle doit aller chez sa mère pour ses affaires personnelles. Au cours de cette tournée elle est renversée par une auto.

Je la visite (un dimanche), je retourne le lendemain sur la demande du patron, j'établis les certificats d'usage.

L'assurance refuse le paiement car, dit-elle, il n'y a pas accident du travail ; j'envoie alors ma note à la mère de la jeune personne qui refuse de payer et me renvoie à l'assurance.

Que faire ?

Puis-je compter ma note à la mère au taux normal de clientèle et non pas au tarif d'assurance ? C'est-à-dire 50 fr. ou bien 35 fr.

Dr F.

Réponse.

Le problème que vous nous soumettez repose essentiellement sur une question de fait : la blessée a-t-elle été renversée par l'automobile pendant le trajet qu'elle effectuait, pour faire des courses pour son patron, ou pendant celui qu'elle suivait pour se rendre chez sa mère ?

Dans le premier cas, c'est un accident du travail, alors que l'applicabilité de la loi de 1898 peut être discutable dans le second.

Vous pouvez toujours poursuivre votre malade, selon le droit commun, devant le juge de paix du domicile de votre cliente, en fournissant une note rédigée d'après le tarif syndical de droit commun.

La domestique se retournera vers son patron et réclamera à celui-ci vos honoraires calculés

au tarif ministériel, au cas où la loi de 1898 serait applicable.

Que la loi sur les accidents du travail fonctionne ou non dans ce cas, vous devez toujours être payé pour le travail que vous avez fait.

Mais si le patron vous a fait appeler, s'il ne vous a pas déclaré vouloir rester étranger aux soins que vous avez donnés à sa domestique, à son propre domicile, vous pouvez l'actionner directement, soit en vertu de la loi de 1898, soit comme intermédiaire de droit commun.

Pour vous donner un conseil plus précis, nous aurions besoin de savoir si le patron vous a fait appeler, si les soins ont été donnés chez lui, pendant quelle portion du trajet la blessée a été renversée, etc.

Dr Paul Boudin.

---

278. — Responsabilité en cas d'accident de battage.

Comme abonné du *Concours médical*, et membre du « Sou médical », je viens vous demander quelques renseignements au sujet d'un accident qui est arrivé le 12 septembre 1927 dans une entreprise de battage. Un ouvrier engréneur qui introduit les bottes de blé ou d'avoine dans la machine à battre a reçu un coup de couteau du coupeur de liens sur le dos de la main droite avec section des tendons.

Cet ouvrier est venu me trouver lui-même et je l'ai conduit chez un chirurgien pour faire la suture des tendons. Au bout d'un mois cet ouvrier est déclaré consolidé avec une incapacité partielle et permanente de 10 % à cause de la cicatrice adhérente qui gêne la fonction de préhension de la main droite.

Tout ceci est normal, mais ce qui ne l'est plus, c'est que la compagnie d'assurances du patron ne veut pas couvrir ce sinistre sous prétexte que la blessure n'a pas été occasionnée par les organes propres de la machine, mais plutôt par le fait d'un autre ouvrier qui aurait agi par mégarde.

Je voudrais savoir quel est le responsable dans cette affaire, afin que je puisse me faire payer ; j'ai envoyé ma note à la compagnie d'assurances qui n'a pas daigné me répondre.

En admettant que le patron ne soit assuré que pour les accidents causés par sa machine, il devrait prévoir aussi que les ouvriers peuvent se blesser entre eux au cours du travail. Et cet ouvrier ?... contre qui peut-il avoir recours ? puisque son patron le lâche en même temps que la compagnie d'assurances.

Indépendamment de son incapacité partielle et permanente, il demande à être payé pour un mois d'incapacité totale ainsi que les honoraires du médecin et du chirurgien.

Dr L.

Réponse.

Dans l'affaire que vous nous exposez, la loi du

30 juin 1899, relative aux accidents causés par l'emploi des machines agricoles mues par des moteurs inanimés, ne peut en effet recevoir application, car il est admis par une jurisprudence constante, que cette loi ne concerne que les accidents dus au fonctionnement du moteur. Or, votre blessé a reçu simplement un coup de couteau accidentel d'un autre ouvrier avec lequel il travaillait.

Mais, si la loi du 30 juin 1899 n'est pas applicable en l'espèce, par contre l'accident est justiciable de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles.

Il en résulte que le responsable de l'accident est le patron au service duquel l'ouvrier était engagé, que ce soit l'exploitant de la machine à battre ou l'agriculteur qui faisait battre.

C'est à ce patron que vous devez présenter votre note et c'est lui qui doit vous payer.

Si le propriétaire de la machine est en même temps le patron, le refus opposé par l'assurance à votre demande de paiement peut reposer sur ce fait que la police a été contractée uniquement en vue de l'application de la loi du 30 juin 1899 et que le patron a négligé de se couvrir des risques mis à sa charge par la législation nouvelle.

Au cas où vous ne pourriez obtenir satisfaction à l'amiable, il faudrait citer le patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail. Cette procédure est peu coûteuse, étant exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

---

87. — Fourniture d'un appareil de prothèse dentaire.

J'ai recours à votre obligéance pour me renseigner sur le cas suivant. Accident agricole, fracture de trois incisives supérieures au ras de la gencive — l'assurance payera-t-elle la prothèse d'un dentier ; 2° sinon il me semble qu'il y aura incapacité permanente partielle dans ce cas ; à combien l'évaluer ? ; 3° même avec le port d'un dentier, n'y aura-t-il pas tout de même incapacité permanente ? Dans le cas du paiement d'un dentier par l'assurance, quel genre d'appareil doit-elle payer, le plus simple ou un appareil bridge par exemple ? Dr D.

Réponse.

Aux termes d'une jurisprudence constante, les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron, en matière d'accidents du travail, car le patron doit supporter seulement les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la lésion jusqu'à guérison ou consolidation de la blessure.

Par conséquent, votre blessé devra faire lui-même les frais d'un appareil pour remplacer les dents brisées par le traumatisme.

La perte de trois dents ne cause qu'une inca-

pacité infime, de 3 à 5 % environ. Certains tribunaux refusent même dans ce cas de reconnaître l'existence d'une invalidité quelconque.

---

9. — Droits du blessé en cas de revision.

Une jeune blessée au pouce gauche le 17 juin 1927 a fait un panaris osseux avec perte complète de la phalangette de ce doigt.

Expertisée, le tribunal, en date du 24 octobre 1927, a accordé 8 % d'incapacité permanente et une rente de 236 francs par an.

Cette blessée se présente aujourd'hui avec, au niveau d'une cicatrice d'incision du panaris ancien, une fistulette et un peu d'infiltration des tissus.

Je suis persuadé que légalement :

1° Les frais médicaux et pharmaceutiques sont à sa charge et non à celle du patron ou de l'assurance

2° Qu'elle n'a droit à aucune indemnité journalière.

3° Son seul droit consiste à demander une révision de sa pension pour aggravation dans les 20 ans qui suivent la décision du tribunal.

Veuillez je vous prie me dire si j'ai tort ou raison.

Dr P.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, lorsque le blessé, après consolidation de sa blessure, est pourvu d'une rente, la seule action qui lui reste ouverte est l'action en révision pour aggravation, à la condition que cette action soit introduite dans les trois ans de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Cette action en révision ne peut avoir pour résultat que de faire obtenir au blessé une majoration de rente. Jamais elle ne peut lui ouvrir à nouveau le droit à l'indemnité journalière et aux frais médicaux et pharmaceutiques qui n'en sont que le complément.

Il en résulte que si, postérieurement à la consolidation, une rechute ou une aggravation vient à se produire entraînant, comme dans le cas d'espèce, la nécessité de nouveaux soins, ces soins ne peuvent être mis à la charge du patron ou de l'assurance mais doivent être supportés par le blessé lui-même.

Cette solution, extrêmement rigoureuse pour les blessés, découle du texte même de la loi et ne pourra être modifiée que par la voie législative.

---

215. — Assurance de la responsabilité des conducteurs d'une automobile.

Ayant lu l'article paru dans le n° 47 du *Concours médical* du 20 novembre 1927, page 3081, intitulé *Remplacements*, n° 3657, et m'étant jugé dans un cas analogue, j'ai demandé à ma compagnie d'assurances pour auto, de faire ajouter à mon contrat la clause indiquée par le Dr Boudin : « Etant bien entendu que la garantie de la compagnie, etc. »

La compagnie accepte ... moyennement une surprime de 100 fr. ; je suis assuré pour 200.000 fr. ; or je trouve que 100 fr. c'est plutôt cher.

Que faire ? Serait-il possible au Dr Boudin de « concrétiser » sa réponse, pour me la mieux faire comprendre, dans le cas suivant :

Mon fils, âgé de 18 ans, une fille, majeure, ont leur permis de conduire ; ils utilisent ma voiture, sans que je les accompagne. Ils blessent ou même tuent quelqu'un, je suis assuré, je répète, pour 200.000 fr. Que se passera-t-il ? Dr J.

Réponse.

Pour vous, la question soulevée dans le *Concours médical* peut se résumer ainsi :

Votre fils mineur cause un accident avec votre voiture : vous êtes seul responsable en tant que propriétaire de la voiture d'une part et, d'autre part en tant que père d'un enfant mineur.

Mais si c'est votre fille majeure qui cause l'accident, vous pourrez être déclaré responsable en tant que propriétaire de la voiture, mais votre fille également peut être condamnée personnellement comme conductrice de cette dernière. Cette thèse qui n'est pas encore acceptée par tous les tribunaux, et est encore pendante devant la Cour de Cassation, qui doit trancher la question, toutes Chambres réunies est, néanmoins, celle suivie par la majorité des décisions jurisprudentielles. Or, la clause que « votre voiture peut être conduite par toutes personnes munies d'un permis de conduire » veut dire que la Compagnie garantira votre responsabilité *personnelle* même si votre voiture est conduite par une personne non à votre service ou non sous votre direction. Elle ne garantit donc pas la propre responsabilité du conducteur, en l'espèce, de votre fille majeure conduisant votre voiture en votre absence.

Pour la garantir, il vous faut donc faire prévoir par la Compagnie la clause citée à la page 3082 du *Concours médical* de 1927 :

« Etant bien entendu que la garantie de la Compagnie couvre tant la responsabilité de M. le Dr J. que celle des personnes autorisées à conduire sa voiture. »

Pour insérer cette clause dans votre contrat, la Compagnie vous demande la somme de 100 fr. ; je ne puis vous dire si ce prix est trop élevé sans savoir d'abord quelle est la puissance de votre voiture. D'autre part, il est possible que vous soyez titulaire d'un ancien contrat. Or, les tarifs augmentant considérablement chaque année, il est probable dans ce cas que la Compagnie ne veuille insérer dans votre contrat la clause précitée que moyennant une augmentation de prime de 100 francs. Je ne pourrais trancher ce cas d'espèce et vous donner toutes les indications dont vous pourriez avoir besoin que si vous me donniez communication de votre police.

Application du Tarif Fallières.

I

241. — Pansements de doigts.

Comment tarifer les pansements isolés faits à plusieurs doigts de la même main ?

J'interprèterais le tarif des accidents du travail en comptant autant de fois 12 francs que de doigts pansés. Est-ce ainsi qu'il faut établir la note ?

Dr F.

Réponse.

Deux cas (voir article 17) : 1° si blessures superficielles : pansement simple compris dans le prix de la visite ou consultation ; 2° si blessures graves, « pansements multiples : 15 fr. ». Mais *jamais* « autant de fois 12 fr. que de doigts pansés », puisqu'il s'agit de pansements multiples sur un même segment de membre.

F. D.

II

383. — Certificat initial en double et certificat final.

Jusqu'à ce jour lorsqu'une Compagnie d'assurances-accidents du travail me demandait un duplicata du certificat initial, je le fournissais et je portais sur ma note d'honoraires la somme de dix francs, par analogie avec le certificat demandé au cours du traitement par le patron.

Ce chiffre était toujours accepté. Aujourd'hui certaines Compagnies me refusent purement et simplement le paiement de cette pièce.

Que faire ? Quelle attitude prendre vis-à-vis de ces Compagnies ?

Je profite de la circonstance pour me permettre de vous suggérer s'il ne serait pas équitable que le certificat final cesse d'être fourni gratuitement.

Car pourquoi donner à plus riche que soi ?

Qu'en pense notre excellent confrère le Dr Decourt.

Dr B.

Réponse.

1° Le certificat *initial* ne doit légalement être fait qu'en un simple exemplaire, en vue d'être déposé à la mairie. Il appartient au patron (ou à son assureur substitué) d'en prendre copie auparavant, s'il le désire. Si la Compagnie d'assurance en réclame un deuxième, elle en doit le montant, soit 5 *francs* pour un certificat simple. Mais, pour avoir le droit de le lui réclamer, encore faut-il qu'il vous ait été demandé *par écrit* pour que vous puissiez le prouver en cas de contestation. Et pour cela, si vous voulez être payé, commencez par expliquer cela à la Compagnie et déclarez attendre sa demande par écrit.

2° Quant au certificat de guérison, s'il ne fait que déclarer le blessé guéri à telle date, il ne m'apparaît pas plus payable que l'ordonnance faite après examen du blessé. S'il y a certificat

descriptif, a fortiori avec incapacité permanente partielle (comme la plupart du temps dans ce cas), légalement il vous est dû 10 francs en plus de la visite.

F. D.

III

267. — 1° Extraction de corps étrangers. 2° Tentative infructueuse.

Je prends la liberté d'avoir recours à vos lumières pour l'établissement d'une note d'accident du travail.

Une ouvrière se pique en manipulant des dentelles au cours de son travail, l'aiguille pénètre au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne I à droite, et vient chez moi aussitôt.

Anesthésie locale et exploration négative, mais pénible.

Le lendemain, la douleur persiste, radio. Il y a bien un fragment d'aiguille d'un centimètre et demi environ, il est entré partiellement dans l'os au niveau du sésamoïde de l'art. métacarpo-phalangienne. Extraction. Que dois-je compter ? Le corps étranger était bien profond puisqu'il était entré dans l'os, mais je trouve la somme de 300 fr. exagérée malgré la nécessité de localisation radiographique.

Je demanderais volontiers :

Recherche infructueuse, assimilation à ouverture d'un panaris de la gaine .... 35 fr.

Deuxième recherche suivie de succès et accompagnée de la ligature de la collatérale, le tiers de ce qui est accordé pour l'extraction de corps étranger ayant nécessité la localisation radiographique, soit.................. 100 fr.

Dr J.

Réponse.

1° Vous devez avoir un vieux tarif ; il y a eu des modifications dans le dernier à ce sujet (tarif Fallières, du 16 décembre 1926). Vous y trouverez bien toujours « extirpation de corps étrangers *profonds* effectuée sous écran : 300 fr. », mais aussi, à la ligne au-dessus « extirpation de corps étrangers nécessitant un repérage radiologique : 100 francs ». Ce qui est précisément à la fois votre cas et la tarification que vous proposez de vous-même.

2° Quant à la « recherche infructueuse », je ne vois pas à quelle rubrique vous pouvez « l'assimiler ». C'est comme si vous demandiez un prix *spécial* pour n'avoir pas réduit une luxation ou pour n'avoir « pas fait », quoi que ce soit. Je n'oserais vous conseiller de soutenir ce prix spécial en justice.

F.D.

IV

434. — La majoration pour radio sous plâtre.

A titre de membre du « Sou Médical », abonné au *Concours médical*, j'ai recours à votre obligeance pour le renseignement suivant : j'ai adressé à la Cie F. une

note ad'honoraires pour radiographies à travers appareils plâtrés et j'ai compté 30 fr. de supplément par cliché, comme le comporte le tarif accidents du travail ci-inclus, édité par le Syndicat des médecins électrologistes et radiologistes (ci-inclus la page relative à ce supplément).

La Cie d'assurances veut ramener ce supplément à 20 fr. en se basant sur l'arrêté Justin Godart du 24 décembre 1924 et sur le tarif Fallières qui excluent en effet de toute majoration ce supplément, contrairement à toute logique.

Mais, du fait que le Syndicat des médecins électrologistes et radiologistes a porté ce supplément à 30 fr., je me demande s'il n'y a pas eu une décision de la sous-commission du tarif « accidents du travail », plus récente que le tarif Fallières et le modifiant selon les règles du bon sens.

Je vous serais obligé de me dire qui a raison en cette affaire et, si c'est la Cie, je vous demanderais de vouloir bien faire soulever ce cas auprès de la Commission ministérielle. Le tarif de radiographies est basé en somme sur la difficulté relative de chaque opération, perte de temps, gâchage de clichés.

Or la radiographie à travers appareil plâtré comporte un supplément de difficultés reconnu par le tarif officiel, exposant à une perte de temps et à des gâchages de clichés supplémentaires. Logiquement, la majoration de 50 % devrait être appliquée au supplément de 20 fr. prévu par le tarif Breton.

Dr G.

Réponse.

La majoration de 50 % s'applique à *tous* les prix de radiographie et c'est vous qui aviez raison, en bonne logique. Mais, *typographiquement*, la majoration est inscrite à la fin du § VI de l'article 26 et parle « des frais et honoraires *ci-dessus* », tandis que la majoration pour radio sous appareil plâtré est au § VII. Donc, la Compagnie est dans son droit, malgré toute logique. Toujours l'opposition entre la lettre et l'esprit!!!

Conclusion. — En vue de l'avenir, portez vous-même cette réclamation devant la Commission du tarif des accidents du travail, ou, si vous préférez, *écrivez-moi une lettre officielle exposant* les faits et je la transmettrai moi-même au Président de notre commission, en votre nom, en vue d'une modification à faire à ce sujet lors d'une prochaine réunion. Il vaut toujours mieux présenter *un cas concret qu'une réclamation* d'ordre général. C'est pourquoi je vous propose cette conclusion).

F. D.

V

139. — 1° Pansements multiples (article 17)
2° Blessures multiples (article 14).

Je vous serai très obligé de me donner votre avis sur la note d'honoraires ci-jointe qui est discutée par la Cie d'assurances.

Le premier certificat (sinistre grave) est à compter 10 francs.

Les sutures multiples de la jambe peuvent être supprimées peut-être ; je n'ai pas réfléchi, en faisant ma note, qu'elles devaient entrer dans les frais du traitement de fracture compliquée.

Mais les pansements jambe et main, doivent-ils être comptés comme visite simple, les premiers étant toujours compris dans le traitement « fracture compliquée » ?

Dr B.

26 *avril* 1927. — Certificat, blessure grave	10 fr.
Fracture compliquée de la jambe gauche, réduction	300 »
Sutures multiples de plaie de la jambe droite au niveau du foyer de fracture	25 »
Sérum antitétaniuqe	20 »
Pansement 3 doigts main gauche	12 »
Indemnité kil. (20 × 1,50)	30 »
27 *avril*. Désarticulation complète auriculaire gauche	95 »
Pansement 3 et 4e doigts gauches	12 »
Indemnité kil	30 »
28 *avril*. Visite, injection septicémine	12 »
Ind. kil	30 »
29-30 *avril*, 1er, 2 *mai*. 4 visites à 42 fr. (30 + 12)	168 »
3 *mai*. Visite, pansement main	12 »
Visite pansement jambe	12 »
Ind. kil	30 »
6 *mai*. *Id*	54 »
10 *mai*. *Id*	54 »
13 » *Id*	54 »
17 » *Id*	54 »
20 » *Id*	54 »
24 » *Id*	54 »
27 » *Id*	54 »
1er et 7 *juin*. 2 visites à 54 fr	108 »
13, 20 et 27 *juin*. 3 visites avec un seul pansement : 3 × 42	126 »
4 *juillet*. Visite et un seul pansement	12 »
Ind. kil	30 »
11, 18 et 28 *juillet*. 3 visites à 42 fr	126 »
8 *août*. Visite + ind. kil. + certificat réclamé par la Cie : 12 + 30 + 10	52 »
18 *août*. Visite simple	42 »
20 *septembre*. Visite simple	42 »
6 *novembre*. Visite + certif. final descriptif + ind. kil. : 12 + 30 + 10	52 »
	1746 fr.

Réponse.

1° Si le certificat est *descriptif* : 10 fra et, sinon 5 francs.

2° Supprimez « sutures multiples » qui font partie de l'épluchage (article 18, opérations sanglantes).

3° Comptez toujours *en plus* les pansements de doigts (article 14, *sur les blessures multiples*) et comptez les non pas 12 francs mais 15 francs,

puisque blessures non superficielles (article 17, pansements multiples), et n'acceptez pas leur suppression, que vous fait à tort la Compagnie.

F. D.

Application du Tarif Maginot-Marin

648. — Consultation de nuit entre confrères.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis, soit par lettre, soit par voie du *Concours*, sur le cas suivant d'application de l'article 64.

Appelé auprès d'un blessé de guerre, je constate une arthrite suppurée du cou-de-pied avec phénomènes généraux sérieux ; je décide avec la famille de le voir le lendemain matin avec un confrère ; mais le soir même les symptômes s'aggravent et la consultation a lieu à 21 h. 30. Dois-je compter :

Consultation avec confrère	20 fr.
Majoration de nuit	10 fr.
	30 fr.

Dr F.

Réponse.

a) La « consultation entre confrères » n'est pas tarifée au double du prix de la visite ordinaire, mais seulement avec majoration de 50 % (article 62).

b) Le prix de la visite est *doublé* la nuit (article 63).

Il s'en suit que vous avez à compter un prix de visite majoré de 50 %, soit : 10 + 5 = 15 fr., pour la consultation, et doubler ce prix pour la nuit, soit : 15 × 2 = 30 francs. Tel est du moins mon avis personnel basé sur la lecture même du tarif.

F.D.

Baux et locations.

851. — La loi sur les prorogations est applicable dans un rayon de 50 km. des fortifications de Paris.

Dans le no 8 *bis* à l'article Baux et locations (393 droit à la prorogation) vous écrivez : or, elle est seulement applicable dans les communes de 4.000 habitants.

J'habite une petite ville de 3.000 habitants dans un rayon de 50 kil. des fortifications de Paris. Comme il est stipulé dans l'article 1er de la loi du 2 avril 1926, je croyais que dans ce rayon de 50 kil. toutes les localités avaient droit à la prorogation sans tenir compte du chiffre d'habitants. Vous seriez bien aimable de me renseigner sur ce point.

Dr C.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 sur les loyers n'a pas cessé d'être applicable dans toutes les communes, quel que soit le chiffre de leur population,

situées dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris, ainsi qu'il est dit à l'article 1er.

Puisque la localité que vous habitez est à moins de 50 kilomètres des fortifications, vous n'avez aucune crainte à concevoir au sujet de vos droits à la prorogation.

Dans la réponse que vous citez dans votre lettre, nous n'avons pas fait allusion à cette catégorie de communes dans lesquelles la loi est également applicable parce que le confrère qui nous avait posé la question réside en province, très loin de Paris et que cette disposition ne pouvait en aucune façon concerner sa situation particulière.

Questions médico-militaires.

4223. — Titres pour la Légion d'honneur.

Un médecin auxiliaire de réserve, titulaire de plusieurs citations et susceptible de ce chef d'obtenir, au titre réserve, la médaille militaire, peut-il demander à passer médecin aide-major de réserve et obtenir ensuite, au lieu de la médaille militaire, la Légion d'honneur ?

Dr X.

Réponse.

Pour ce médecin auxiliaire devenu aide-major, les titres à décorations resteront les mêmes ; cependant, il concourra ensuite pour la Légion d'honneur au lieu de concourir pour la médaille militaire.

ANTHOLOGIE

Le Lis.

Lis, aux parfums troublants, qui donc te fit l'injure
De trouver virginal ton calice fécond ?
Ecarte ta chair blanche et montres en le fond,
Lis, de toutes les fleurs, la fleur la plus impure !

Tes pétales troussés étalent ta luxure.
Bande tes sexes d'or dans l'albe fleuraison.
Erige ton pistil ! L'anthère, en pâmoison,
Pollua ta candeur de flave flétrissure.

O lis, on s'est mépris à tes fraîches couleurs,
Car le vice éternel des hommes et des fleurs
N'eut temple plus ouvert que ta corolle pâle !

Garde ton impudeur, lilium de Paros !
Ne laisse distiller en ton urne d'opale,
Que l'arome lascif dont s'enivrait Eros ?

Dr G. LOUVEL.
(La Ferté-Massé.)

Cinquantième année | N° 12 | 18 Mars 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Cap-Martin : Griffault.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément. Ch. Fohanno, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Deloc-que-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Pothéau (E.) Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs GAUSSEN d'Avignon, CHÈZE de Peyrelevade, MAGUIN de Reuilly, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 119. — 80 km. Paris, client. riche, pays agréable, chasse, pêche, recet. 110.000. Indemn. 50.000 dont 20.000 compt.

No 120. — P.-de-C. A céder petite install. de R. X. « radiodiagnostic » de Radiguet complète : 2.500 fr.

No 121. — Sarthe, 12 km. du Mans. Poste proph., rapp. 40.000 sans pharm., fixe 7.000, belle mais., bail 3-6-9, loy. à déb., faible ind. pour cause dép. imp.

No 122. — Bretagne. A céd. très bonne client. de camp. Mais. conf., libre de suite. Pressé. S'ad. Dr Goulven à Clohars-Carnoet (Finistère).

No 123. — A céder avec bel appart. centre Paris cabinet V. U., gynéc., chirurg. 100 à 150.000 d'aff., 100.000 compt.

N° 124. — Ardennes. A céder client. très intér., gros rapp., fixe import., peu de fr. de locomot.

N° 125. — Rideaux Stepney pour 6 Renault, pour places avant, n'ay. presque pas servi, 300 fr. Dr Budin, à Rives (Isère).

N° 126. — Chirurg. recomm. viyem. jeune fille infirm. salle opérat. clin. chirurg. ou obstétr. Désire être logée et nourrie. Mlle Bernard, à Saint-Gilles (Manche).

N° 127. — Appartem. à vendre, conviendrait pour médecin. Près de Parc Monceau, 5, rue Léon-Cogniet (XVIIe). S'adr. à la concierge.

N° 128. A vend. après décès : pneumos, aspirat. Potain, thermocaut., forceps, trousse Michel, pinces, spécul., seringues, aig. Reverdin, etc., lavabo fer laq. man. péd., S'ad. Jacob, 70, rue Amiral-Roussin (XVe) mat. de 11 à 12 et mercr. de 15 à 18 h.

N° 129. — A vend. Cabr. 5 CV. Citroën en tr. bon ét.

N° 130. — B. 12, cond. int. luxe, pare-chocs, tr. bon ét. Pr. 13.000. Dr Lasaygues, 21, rue Poussin, Paris.

N° 131. — Torpedo Citroën, 2 p., excell, état, à vendre. Nice : 7.000 fr.

N° 132. — Banl. très agréab. (porte de Paris), anc. client., recettes 130.000 aug. facile, loyer 3.000 avec bail, grand appart. avec jardin, indemn. et compt. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 133. — Env. de Rambouillet, poste campagne, rapp. plus de 60.000 en progress., grande mais. tout confort. Loyer 2.000. Prix 30.000 dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 134. — Sud-Ouest. Chef-lieu cant., client. ancienne et sûre, aff. 85.000, loyer 1.000, mais. spac., 10 p., éectr. Indemn. 35.000 dont 25.000 compt. (chasse, pêche). S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Mariage.** — Nous apprenons que le mariage de Mlle Denise PAMART, fille du Dr Pamart, membre du Conseil du « Sou Médical » et de la Mutualité Familiale, avec M. Louis GORISSE, ingénieur E.P. C , sera célébré le 26 mars 1928, à midi, à Saint-Augustin.

A cette occasion, nous adressons à notre excellent confrère et ami Pamart, nos vives et cordiales félicitations, et nos vœux de bonheur aux futurs époux.

— **Les Journées médicales belges de 1928.** *Les délégations officielles.* — L'Université Libre de Bruxelles sera représentée à la huitième session par M le professeur Paul VANDERVELDE, président de la Faculté de médecine.

La Fédération de la Presse Médicale Latine et l'Association de la Presse Médicale Française ont délégué M. le professeur LOEPER, qui préside ces deux organismes.

L'Association professionnelle des Journalistes médicaux français a délégué pour la représenter M. le docteur DUCHESNE, rédacteur en chef adjoint du *Concours Médical.*

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Leçons du dimanche.* — Le 18 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. HARVIER, professeur agrégé, sur *les nouveaux médicaments opothérapiques* (thyroxine, polliculine).

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférence du dimanche.* — Le 18 mars, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. LE LORIER sur *les phlébites de la grossesse et du post-partum.*

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de stomatologiste.* — Le jury du prochain concours pour les places vacantes de stomatologiste des hôpitaux est actuellement composé de MM. Guilly et Cadenat, qui ont accepté, et de MM. Izard, Didsbury, Lacronique, Fargin-Fayolle et Herscher, qui n'ont point encore fait connaître leur acceptation.

— **L'Assemblée générale de la Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer** a eu lieu le dimanche 4 mars à la salle des Agriculteurs. Plusieurs ministres se sont fait représenter.

Le compte rendu moral et financier fut exposé par le docteur SIMIONESCO et des allocutions furent prononcées par le docteur BAILLEZ et le professeur BRUSCHETTINI.

Le bureau pour l'année 1928 se compose : professeur BRUSCHETTINI, président ; docteur Joseph THOMAS, docteur FOVEAU DE COURMELLES, docteur LECOURT, vice-présidents ; docteur SIMIONESCO, secrétaire général ; docteur de MORRIER, secrétaire trésorier.

Une matinée fut donnée au profit du « Dispensaire Marie de Roumanie » (Œuvre antituberculeuse de Paris) avec le concours de Mesdames Marie DELNA, Lucy ARBELL, VISENTINI, Anna THIBAUD, Jane HYREM, Alice BERNAY, Mesdemoiselles COTTIN, BOBESCO, Alice PASCALE, ROQUES-LASSALLE et MM. DORIVAL, JACOBS, Henri DICKSON, CHEPFER, etc.

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — A la suite d'une entente avec le corps médical grec, il est décidé que quelques professeurs français se rendront à Athènes pour y faire des conférences. Les professeurs Achard, Hart-

mann et Vaquez, le professeur agrégé Lian sont délégués pour s'y rendre cette année.

D'un dossier envoyé par le professeur Dubé (de Montréal), il résulte que le corps médical des Etats-Unis et du Canada approuve l'idée d'un enseignement médical donné en anglais à Paris. Il est décidé, dans ces conditions, qu'on organisera quelques cours cette année et que l'on fera un programme plus complet pour 1929.

Le professeur Villaret et le Dr Pierret sont délégués aux Etats généraux du Thermalisme et du Climatisme.

Le Dr Pierret est délégué aux cérémonies qui auront lieu en Angleterre à l'occasion du centenaire de Harvey.

Nouvelles adhésions : Mlle Léon, MM. Bourdier, Paul Desgrais, Lutembacher, Blechmann et Mme Hartmann-Coche.

— **Médaille du professeur Truc** (de Montpellier). — Nous rappelons qu'à l'occasion de sa retraite universitaire, les élèves et les amis du professur Truc ont décidé de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy.

Les souscriptions sont reçues par M. le docteur Velter, trésorier du Comité, 38, avenue du Président-Wilson, c/c n° 1146-21, Paris.

Un exemplaire de la médaille sera remis à tous les souscripteurs de 100 fr.

— **Bordeaux.** *Société de stomatologie.* — Les médecins stomatologistes de Bordeaux et du Sud-Ouest viennent de former une Société dont les réunions, auront lieu le deuxième jeudi de chaque mois. Adhésions auprès de M. le Dr Martinaud, secrétaire, 118, cours de Verdun, Bordeaux.

— **Montpellier.** *Réunion professionnelle des chefs de clinique.* — Les chefs de clinique, anciens et en exercice, réunis à Montpellier, ont décidé d'adresser au ministre compétent les vœux suivants : 1° assimilation des chefs de clinique aux préparateurs des Facultés de médecine ; 2° représentation des chefs de clinique au Comité consultatif de l'Instruction publique.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Un concours pour deux places de directeur adjoint du Service d'électrothérapie des hôpitaux aura lieu le 7 juin 1928. Inscription au Secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, avant le 24 mai 1928.

— **Pas-de-Calais.** *Concours de médecin de dispensaire anti-tuberculeux.* — Un concours sur titres est ouvert en vue de nommer un médecin spécialisé en tuberculose, pour l'une des circonscriptions du Pas-de-Calais comprenant les bassins miniers de Lens et Bruay.

Les candidats doivent être français, âgés de moins de cinquante ans et avoir fait de la tuberculose une étude spéciale.

l'Auvergne Thermale vous appelle....
Levez-vous, il faut partir
... tout malade doit aller vers Elle ;
Par Elle tout malade doit guérir.
ASTHME VOIES RESPIRATOIRES
AFFECTIONS INTESTINALES
LE CŒUR
TOUSSEURS GANGLIONNAIRES
ALBUMINURIE REIN
LE MONT DORE
Bronches - Nez
Asthme - Gorge
CHATEL GUYON
Affections Intestinales
ROYAT
Artères
Cœur
LA BOURBOULE
Anémie - Peau - Diabète
St NECTAIRE
Maladies des Reins

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs, susceptible d'augmentation de 2.000 francs tous les 2 ans, jusqu'à 40.000 francs. Ils devront s'engager à ne pas faire de clientèle pendant une période de 5 ans dans le département. Toutefois, après entente avec le Syndicat médical, ils pourront être appelés en consultation par les médecins de la région. Les frais de déplacement seront de 10.000 francs par an.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, où devront être envoyés les dossiers des candidats.

— **Egypte.** *Service quarantenaire.* — Un concours est ouvert pour un poste de médecin du service quarantenaire. Conditions : âge, de 25 à 40 ans ; parler au moins deux langues, dont l'une doit être le français ou l'anglais ; être prêt à se rendre en tout endroit d'Egypte où se trouve une station ; période d'essai de un an. Appointements mensuels de 40 à 60 livres égyptiennes.

Adresser les demandes avant le 31 mars, avec pièces requises (certificats de naissance, de bonne constitution, de bonnes vie et mœurs, copie des diplômes légalisée, états de service) au président du Conseil quarantenaire d'Egypte, à Alexandrie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er *mars.*

Enseignement de la médecine.

Création de chaires d'hydrologie thérapeutique.

Par décret du 26 février 1928, il est créé dans chacune des Facultés de Paris, Lyon et Montpellier, une chaire magistrale d'hydrologie thérapeutique et de climatologie. Chacune de ces trois chaires comporte un emploi de préparateur et un emploi de garçon de laboratoire.

Sont nommés professeurs des chaires ainsi créées : MM. Villaret, à Paris ; Piéry, à Lyon et Giraud, à Montpellier.

Assistance publique.

Médailles d'honneur de l'Assistance Publique.

Il est attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, les récompenses ci-après :

Aisne. *Médaille d'argent* : M. le Dr Carrez, de Saint-Quentin.

Bouches-du-Rhône. *Médaille de bronze* : M. le Dr Falien, d'Aubagne.

Charente-Inférieure. *Médaille de bronze* : M. le Dr Renou, de Saintes.

Finistère . *Médaille de bronze* : M. le Dr Odeyé, de Lesneven.

Gard. *Médaille de bronze* : MM. les docteurs Dufoix et Flaissier, de Nîmes.

Gironde. *Médaille d'argent* : M. le Dr Carles, de Bordeaux. *Médaille de bronze* : M. le Dr Delguel, de Castres.

Ille-et-Vilaine. *Médaille d'argent* : MM. les docteurs Baderot et Follet, de Rennes, Boivin, de Bruz.

Jura. *Médaille de bronze* : M. le Dr Poiffaut, de Chaussin.

Maine-et-Loire. *Médaille de bronze* : M. le Dr Breton, de Pellouailles.

Manche. *Médaille de bronze* : M. le Dr Schutzenberger, de Pontorson.

Moselle. *Médaille d'or* : M. le Dr Maret, de Metz.

Nord. *Médaille d'or* : M. le Dr Combemale, de Lille.

Rhône. *Médaille d'or* : M. Gouachon, secrétaire général du Conseil d'administration des hospices civils de Lyon.

Saône-et-Loire. *Médaille de bronze* : M. le Dr Levet, de Chalon-sur-Saône.

Sarthe. *Médaille d'argent* : MM. les docteurs Drouin et Hervé, du Mans.

Seine-Inférieure. *Médaille d'or* : M. le Dr Thivet, de Sotteville-lès-Rouen.

Somme. *Médaille d'argent* : M. le Dr Labarrière, d'Amiens. *Médaille de bronze* : MM. les docteurs Hannebelle, de Friville-Escarbotin et Ponthieu, de Doullens.

Vendée. *Médaille de bronze* : MM. les docteurs Filaudeau, de la Roche-sur-Yon et Henrot, de Challans.

Yonne. *Médaille d'argent* : M. le Dr de Mascarel, de l'Isle-sur-Sorain.

Pensionnés de guerre.

Concours annuel destiné à récompenser les inventions les plus utiles aux pensionnés appareillables.

Décret du 27 février 1928.

Art. 1er. — Il est institué au ministère des pensions un concours annuel destiné à récompenser les inventions et améliorations les plus utiles à l'appareillage des mutilés.

Art. 2. — La commission consultative de prothèse et d'orthopédie est chargée de recevoir, d'apprécier et de classer les appareils adressés au ministère des pensions en vue de ce concours, dont un arrêté pris par le ministre des pensions déterminera les modalités d'exécution.

3 *mars*.

Pensionnés de guerre.

Décret du 2 mars 1928 fixant le taux de la vacation journalière à allouer aux médecins civils chefs de centres d'appareillage.

Art. 1er. — Les médecins civils chargés des fonctions de médecin chef de centre d'appareillage sont rétribués sous forme de vacation journalière.

Art. 2. — Les taux de ces vacations sont fixés comme suit :

1° Taux 40 fr. ;

2° Taux 45 fr. ;
3° Taux 50 fr. ;
4° Taux 65 fr. ;
5° Taux 60 fr. ;

Ces taux correspondent à une journée de travail effectif avec un maximum de 30 vacations par mois et sans que le montant annuel des vacations puisse dépasser 20.000 fr.

Art. 3. — Les taux sont fixés par arrêté ministériel suivant l'importance du centre d'appareillage, compte tenu de l'ancienneté et de la manière de servir des intéressés et sans que la dépense totale pour l'ensemble des médecins, y compris l'indemnité prévue à l'article 4, puisse dépasser la dépense qui résulterait de l'application du salaire moyen.

Art. 4. — Il pourra être attribué au médecin chef du centre d'appareillage de Paris, dans les conditions fixées par l'article 3, une indemnité journalière supplémentaire de fonction et de responsabilité s'ajoutant à chacune des vacations effectuées et dont le montant maximum sera de 12 fr.

Art. 5. — Aucun avantage accessoire de quelque nature que ce soit ne peut être attribué aux médecins chefs des centres d'appareillage que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 6. — Le ministre des pensions et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à compter du 1er janvier 1928 et sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Enseignement de la médecine.

Sont déclarés vacants les emplois d'agrégé de médecine suivants ;

Faculté de Lille : anatomie.
Faculté de Lyon : médecine.
Faculté de Bordeaux : médecine, ophtalmologie, dermatologie et syphiligraphie.

Réponses des ministrés aux questions des parlementaires.

Les congés de maladie des membres de l'enseignement.

15096. — M. Masson, député, expose à M. le Ministre de l'Instruction publique que l'article 71 de la loi du 30 avril 1921 indique que des congés à longue durée seront accordés aux membres de l'enseignement primaire et secondaire et de l'enseignement technique atteints de tuberculose ouverte ou d'une maladie mentale ; et demande : 1° pour quelles raisons certaines catégories de fonctionnaires, parmi lesquelles les inspecteurs d'académie, les inspecteurs primaires, les commis d'inspection académique, les proviseurs, principaux, économes, sont exclus du bénéfice de cette loi ; 2° de prendre toutes mesures utiles pour que la loi s'applique sans aucune restriction, comme a été l'intention du législateur, à tous les

fonctionnaires de l'enseignement primaire, secondaire et technique. (*Question du* 2 *février* 1928.)

Réponse. — L'article 71 de la loi de finances du 30 avril 1921 porte : « Indépendamment des congés de maladie avec traitement prévus par les lois et règlements en vigueur, il peut être procédé, en vue de protéger l'enfance, à la mise en congé avec traitement intégral pendant trois ans et avec demi-traitement pendant deux ans des membres de l'enseignement primaire et secondaire et de l'enseignement technique atteints de tuberculose ouverte ou d'une maladie mentale. » C'est donc uniquement en vue de protéger l'enfance que les congés de longue durée ont été institués, et ils ne peuvent, par conséquent, être accordés qu'aux fonctionnaires que leur service met en contact permanent avec les élèvs. Tel n'est pas le cas de certaines catégories de fonctionnaires énumérées ci-dessus. Par contre les proviseurs, principaux, censeurs, économes ne sont pas exclus du bénéfice de cette loi. (*J. O.*, 3 mars 1928.)

Droit aux soins gratuits de certains pensionnés militaires.

14668. — M. André François-Poncet, député, demande à M. le Ministre des Pensions : 1° si les pensions accordées en conformité de l'article 47, 3e alinéa, de la loi du 14 avril 1924, sont des pensions d'invalidité au sens de l'article 59 de la loi du 31 mars 1919 ; 2° si ces pensions donnent droit, lorsqu'elles sont délivrées à des invalides de guerre et pour des infirmités contractées en opérations de guerre : *a*) aux soins pharmaceutiques et médicaux ; *b*) à la carte de priorité dans les voitures de transports e n commun ; *c*) à la carte d'invalidité de l'office national des mutilés et réformés pour l'obtention du tarif réduit en chemin de fer. (*Question du* 12 *janvier* 1928.)

Réponse. — 1° La disposition finale de l'article 47 de la loi du 14 avril 1924 a institué un minimum de pension qui est attribué toutes les fois qu'il est supérieur à la pension à laquelle l'intéressé peut prétendre au titre de la loi du 31 mars 1919, qu'il soit ou non bénéficiaire de l'article 59 de cette loi. Bien que son application soit ainsi indépendante du droit au bénéfice dudit article 59, l'attribution du minimum dont il s'agit ne modifie pas, au point de vue de la pension, le caractère intrinsèque de la situation de l'intéressé qui demeure un pensionné pour invalidité au titre de la loi du 31 mars 1919 ; 2° en conséquence, les pensions accordées en application de l'article 47 de la loi du 14 avril 1924 peuvent, lorsqu'elles ont été concédées à des invalides de guerre, ouvrir droit au bénéfice des soins gratuits dans les conditions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et à la délivrance de la carte d'invalidité dans les conditions de l'article 9 de la loi du 29 octobre 1921 et de la carte de priorité suivant la délibération du conseil général de la Seine. (*J. O.*, 3 mars 1928.)

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

857. — Allocations supplémentaires aux accidentés du travail.

Je me permets d'appeler votre attention sur une erreur qui s'est glissée dans la réponse faite au Dr D., à la page 631 du *Concours*.

Cette réponse est juste en ce qui concerne l'accidenté de 1922, mais elle est erronée quant au blessé d'avant-guerre atteint d'une incapacité évaluée à 33 %. En effet, la loi du 30 juin 1924 institue une allocation mensuelle de 20 francs pour les incapacités provenant d'accidents antérieurs au 5 août 1920 allant de 30 à 49 %. Avant cette loi, il fallait que l'incapacité fut au moins de 50 % ; c'est ce qui a causé l'erreur.

Par la même occasion, je crois devoir faire observer que la réponse au Dr B., de la page 627, serait plus précise s'il était dit, à la fin de son troisième alinéa, que les dépens peuvent être réclamés, tant par l'adversaire que par le Trésor, à l'assisté qui perd son procès, lorsqu'il a une solvabilité paraissant suffisante. Nombreux sont ceux qui croient que le bénéfice de l'assistance judiciaire les met à l'abri de toute réclamation, alors que cela ne constitue qu'une *avance* en faveur du plaideur considéré comme ne pouvant exposer les frais d'une instance.

E. Quillent,
Secrétaire du Conseil judiciaire de la C.G.T.

379. — Privilège en cas de faillite du patron d'accidentés du travail.

Un industriel de la région tombe en faillite.

Avant cet événement, j'avais soigné plusieurs ouvriers accidentés du travail.

La compagnie d'assurances dont la prime n'avait pas été payée me renvoie au syndic de la faillite.

S'agit-il là d'une créance privilégiée devant être réglée avant toutes les autres ou d'une créance ordinaire ?

Dr A.

Réponse.

Même en matière d'accidents du travail, vous avez toujours le droit de refuser d'user de l'action directe que la loi vous donne contre le patron responsable, et de vous faire payer par les blessés eux-mêmes, sauf à leur remettre un reçu de vos honoraires pour leur permettre de se faire rembourser dans la limite de leurs droits.

Mais, lorsque vous usez de l'action directe contre le patron, vous agissez en qualité d'ayant droit du blessé et votre action profite de tous les privilèges accordés à l'action du blessé.

C'est ainsi que, lorsque le patron est déclaré en état de faillite, vous devez être admis au passif de la faillite, pour les soins donnés à ses ouvriers blessés, à titre de créancier privilégié, en vertu des articles 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 du Code civil.

Voir la suite page LXIII-833

PROPOS DU JOUR

Vers la fonctionnarisation de la médecine.

L'organisation en Seine et Seine-et-Oise de la lutte antivénérienne par la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Pendant qu'hypnotisés par la mystique des Assurances sociales, nos Syndicats discutent encore sur la sauce à laquelle ils seront mangés lors de l'instauration de ces dernières, mutualistes, philanthropes, hygiénistes se hâtent à qui mieux mieux de leur forger des chaînes.

Les mutualistes ont un plan minutieusement étudié dans tous ses détails, répondant aux desiderata des progrès de la technique médicale et chirurgicale modernes, plan auquel il ne manque que l'argent pour être réalisé. Les Assurances sociales vont leur fournir cet argent nécessaire et demain sans doute le plan sera exécuté. Les médecins auraient pu intervenir en associés, en collaborateurs, et même en directeurs, s'ils avaient voulu se donner la peine d'étudier de leur côté, pratiquement, dans le détail, et non pas en rêves, comment le corps médical, en tenant compte de l'état actuel de la science et des procédés techniques mis à sa disposition, pourrait organiser l'exercice de la médecine pour remplir utilement le but des Assurances sociales. Au lieu d'entreprendre cette tâche difficile mais généreuse et pratique qui leur aurait donné une singulière force morale lorsque le moment aurait été venu de discuter la question des honoraires, nos Syndicats ont préféré mettre tout d'abord en avant la question de gros sous et discuter avant tout de quelle façon le médecin serait payé. C'était certes beaucoup plus facile et ne nécessitait pas un grand effort cérébral. Les mutualistes ont profité de la mauvaise impression que cette erreur de tactique a provoquée dans le monde parlementaire et administratif et l'un d'entre eux n'a pas hésité à dire, dans une réunion dont notre ami Vimont a donné ici le compte rendu, que les Syndicats médicaux avaient envisagé la question des Assurances sociales comme des syndicats d'épiciers.

Mais la question des Assurances sociales et de la Mutualité est une question d'avenir, d'avenir prochain, mais d'avenir quand même, voyons le présent.

Nous avons déjà signalé ici (*Concours médical* du 20 novembre 1927), que, prenant exemple sur d'autres nations, notamment l'Angleterre et la Belgique, l'on cherchait en France à organiser la lutte contre la syphilis. Pour permettre aux médecins praticiens de soigner dans leur cabinet ou à domicile les malades qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans les dispensaires et qui, d'autre part, ne peuvent faire les frais de médicaments coûteux, l'on a songé à remettre gratuitement aux médecins les médicaments nécessaires. Bien entendu un contrôle est indispensable pour éviter les abus provenant des malades, mais aussi des médecins (nous savons malheureusement que de la part de ces derniers ces abus sont quelquefois possibles). Des essais ont été faits dans plusieurs départements. Dans l'Aisne, le Loiret et la Nièvre, un contrôle mixte a été organisé par un représentant du Syndicat médical et un délégué de l'Administration. Mais, dans le département de la Seine-Innférieure, les syphiligraphes ont obtenu que les médicaments ne soient délivrés qu'après examen du malade par le médecin spécialisé du dispensaire central du département, lequel vérifie ou précise le diagnostic, prescrit et surveille le traitement. Le médecin praticien devient alors une sorte de manœuvre, d'infirmier, dont le rôle est borné à exécuter les prescriptions du médecin spécialisé du dispensaire.

Comme il est décidé d'appliquer dans les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise ces mesures de lutte contre la syphilis, l'Administration sanitaire a confié à la Ligue nationale française contre le péril vénérien leur réalisation à Paris et dans ces deux départements. Or la Ligue nationale a rédigé un règlement qui s'inspire, pour le contrôle, du système adopté dans le département de la Seine-Inférieure, système que nous ne saurions admettre. Aussi l'Union syndicale des médecins de la région parisienne, Syndicat parisien affilié à l'Union des Syndicats médicaux de France, a chargé son Conseil d'administration d'étudier la question. Celui-ci, après avoir pris connaissance d'un rapport du

→→

secrétaire général Drouet, qui, sur ce sujet, a acquis une compétence spéciale, a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

Le Conseil d'administration de l'Union syndicale des médecins de la région parisienne, réuni le 18 février 1928 à son siège social : 25, rue Louis-le-Grand, après avoir pris connaissance des règlements élaborés par la Ligue nationale française contre le péril vénérien pour le service départemental de la lutte antivénérienne au cabinet du médecin praticien dans les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise,

Déclare approuver les efforts de la Ligue pour faire participer tous les médecins praticiens à la lutte contre les maladies vénériennes,

Mais ne peut accepter le règlement actuel, notamment en ce qu'il refuse au médecin la direction du traitement des malades, tout en lui laissant la responsabilité pénale des accidents qui pourraient survenir

Et demande la révision de ce règlement d'accord avec les Syndicats médicaux du département de la Seine et de la Seine-et-Oise.

Est-il besoin d'insister de nouveau sur les inconvénients du système adopté dans la Seine-Inférieure ?

D'abord, quel médecin, ayant le sentiment de sa dignité et de sa compétence, accepterait de remplir le rôle d'un simple exécuteur de l'ordonnance d'un spécialiste. Sans doute il ne refuserait pas ses conseils. Ne lui arrive-t-il pas chaque jour de les provoquer dans une consultation ? Mais ne serait-il pas pour lui profondément humiliant d'être dépossédé de la direction du traitement et de voir borner son rôle à celui d'un manœuvre ? En outre, ce genre de contrôle qui inévitablement déconsidérerait le praticien dans l'esprit de son client, poserait un problème singulièrement délicat et dangereux dans ses conséquences, c'est celui de la responsabilité. Les injections d'arsénobenzols produisent quelquefois des accidents, parfois des accidents mortels, de plus en plus rarement, nous le voulons bien, mais indiscutables ; à qui en incomberait la responsabilité ? Est-ce au médecin spécialiste qui a prescrit ? Est-ce au médecin praticien devenu un exécuteur aveugle ? La responsabilité du médecin praticien que nos magistrats tendent à étendre de plus en plus, ne saurait être admise si ce dernier ne fait qu'exécuter les ordres d'un autre. Et cet autre a-t-il songé qu'en prescrivant et contrôlant un traitement dont il délivre même gratuitement les médicaments, il assume la responsabilité, toute la responsabilité des accidents qui pourront survenir ? Acceptera-t-il de gaité de cœur pareille situation ?

J. Noir.

Au sujet de l'organisation syndicale.

Nous avons reçu du Dr A. Martin, de Plancher-les-Mines, secrétaire du Syndicat des praticiens de médecine générale, la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier. Nous sommes heureux de voir que notre confrère n'est animé d'aucune hostilité ni d'aucune jalousie contre les médecins spécialistes dont les frais généraux, d'instrumentation et de matériel et la longueur et la délicatesse des interventions légitiment un tarif spécial. Nous ne pouvons que l'approuver sans réserves quand il fait remarquer que les questions médicales ne peuvent, ne doivent pas être résolues par des groupements séparés d'une façon unilatérale. Les intérêts des praticiens et des spécialistes sont et doivent être intimement liés et ni les uns ni les autres ne retireraient le plus petit avantage, bien au contraire, de tractations unilatérales. Là encore, il convient de rester unis.

J. Noir.

Le 29 février 1928.

Mon cher confrère,

J'ai pris la liberté d'adresser au début de la semaine un document à la rédaction du *Concours médical*.

Depuis j'ai eu le plaisir de lire votre article « Considérations sur l'organisation du syndicalisme médical » et la satisfaction de constater que la *constitution que vous proposez est celle qui correspond parfaitement aux conceptions du Syndicat des praticiens de médecine générale.*

Nous n'admettons en effet les catégorisations basées sur les différenciations techniques que comme des groupements d'études et nous nous dressons contre les tendances actuelles des spécialistes qui nous conduisaient à substituer l'action unilatérale à l'action collective.

D'autre part, nous voyons dans cette unilatéralité un gros danger de dissociation pour nos Syndicats locaux en raison de l'antagonisme qui pourrait se créer par suite de divergences d'intérêts.

Votre plan a le mérite de rétablir la cohésion du

Corps médical en permettant à toutes les initiatives de se manifester mais sans jamais subordonner des intérêts particuliers aux intérêts généraux.

Voilà pourquoi il nous a paru indispensable de créer un Syndicat de médecins praticiens et mieux que quiconque vous comprendrez que nous l'avons fait précisément dans un but d'union et non de dissension. Tout comme les spécialistes nous voulons avoir nos mandataires dans un organisme fédératif qui nous manquait.

Notre mouvement favorablement accueilli par la masse de nos confrères praticiens, prend corps. Nous règlerons petit à petit les modalités de notre organisation d'ores et déjà nous avons tenu à bien préciser nos vues. Il nous est excessivement précieux de nous sentir en communion d'idées avec les pionniers du syndicalisme médical !

Veuillez agréer,mon cher confrère,mes salutations empressées.

Dr MARTIN.

Le Bal de la médecine française et la Société pour femmes et enfants de médecins.

Nous avons déjà annoncé que, le samedi 24 mars, aurait lieu dans les salons du Ministère de l'Intérieur le bal de la médecine française, patronné par l'Association générale des médecins de France et organisé par la Société pour les femmes et enfants de médecins. Cette dernière société est relativement peu connue,pas assez connue du Corps médical à notre gré. Nous devons faire remarquer qu'elle n'est pas seulement destinée à créer des retraites pour les femmes et les enfants de médecins, mais qu'elle est une société d'entr'aide qu'il est de notre devoir de soutenir et de développer. Grâce aux bons offices de cette Société, nous sommes parvenus à faire secourir d'une façon efficace des veuves et des orphelins des médecins, non en leur donnant un secours, toujours précaire et qui ne peut que très momentanément et imparfaitement soulager des misères, mais en procurant à ces veuves et à ces orphelins des situations honorables leur permettant de gagner leur vie. Aussi nous croyons devoir remercier cordialement ici les directeurs de cette Société et engager vivement nos confrères à contribuer au succès du bal qu'elle organise.

J. NOIR.

Le siège de la Société est 5, rue de Surène, Paris, 8e.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

La dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons élevés au lait de vache. Opothérapie pancréatique (1)

M. le Professeur NOBÉCOURT.

L'alimentation des nourrissons avec du lait de vache, malheureusement trop répandue, entraîne très souvent des troubles de la digestion et de la nutrition. Le traitement de choix consisterait à donner une bonne nourrice à l'enfant ; il est presque toujours impossible à réaliser. Aussi, est-on obligé d'avoir recours à des régimes et à des traitements variés.

Aujourd'hui, je désire vous parler des formes banales de ces troubles digestifs et des effets de l'opothérapie pancréatique.

J'envisage uniquement les enfants âgés de quelques jours à 7 ou 8 mois, nourris exclusivement avec du lait de vache.

Ces enfants ont, d'une façon permanente, de mauvaises selles et, de temps en temps ou habituellement, des vomiturations ou même des vomissements. Ils souffrent de *dyspepsie gastro-intestinale banale*.

(1) Leçon du 3 décembre 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

Au sens étymologique, le mot dyspepsie indique simplement que la digestion est difficile. Il n'a aucune signification étiologique, pathogénique ou anatomique ; et d'ailleurs, les lésions des muqueuses gastrique et intestinale sont nulles ou très discrètes.

Ces troubles ont été décrits de tout temps sous l'appellation de *diarrhée des nourrissons*. Le professeur Marfan les qualifie de *diarrhée commune*.

Le mot diarrhée est toutefois un terme trop restrictif ; la diarrhée, c'est-à-dire l'évacuation plus ou moins fréquente et abondante de selles liquides, est souvent nulle ou épisodique.

***

Les SYMPTÔMES DIGESTIFS s'installent graduellement ou irrégulièrement avec des alternatives d'amélioration et d'augmentation. Souvent ils sont aggravés par des poussées aiguës.

L'*appétit* est diminué ou irrégulier. L'enfant refuse une partie de son biberon ; à certains moments, il le boit bien, peut-être parce qu'il a soif, car il accepte aussi volontiers un biberon d'eau qu'un biberon de lait.

La *langue* est généralement peu modifiée ; assez souvent, elle est blanche au milieu et à la base, mais n'offre pas l'enduit saburral qu'on voit chez les dyspeptiques plus âgés. La *muqueuse* des gencives et des joues est souvent rouge, surtout au moment de l'éruption des dents ; la *stomatite érythémateuse* est assez commune.

Les *vomissements* sont inconstants, irréguliers, espacés ; ce sont, le plus souvent, de simples régurgitations ou des vomiturations, rarement de véritables vomissements.

Tantôt, le vomissement est précoce, se produit peu après la tétée ; alors le lait n'est guère modifié. Tantôt le vomissement est plus ou moins tardif ; dans ce cas, le lait est plus ou moins modifié par la digestion gastrique ; c'est un liquide blanchâtre ou d'apparence séreuse, avec des grumeaux ou caillots de lait plus ou moins volumineux, d'une odeur aigre de lait tourné, quelquefois butyrique, de beurre rance.

Les *selles* présentent trois types principaux.

C'est d'abord la *selle mal liée*, peu copieuse, au nombre d'une, deux, trois ou quatre par jour. La coloration est tantôt uniforme, jaune, pâle, verdâtre, parfois verte, grisâtre ou blanchâtre ; tantôt panachée, avec un mélange de ces diverses teintes. La consistance est inégale, avec des portions consistantes et d'autres demi-molles ou même liquides. On voit des grumeaux blanchâtres ou jaunâtres et souvent des parcelles de mucus coagulé ; suivant l'appellation du professeur Marfan, la selle est alors muco-grumeleuse. L'odeur est mauvaise, aigre, ou fétide ; elle rapelle celle du lait aigri du bouillon tourné, ou du beurre rance.

La deuxième variété est la *selle diarrhéique*. Les évacuations quotidiennes sont au nombre de deux ou trois, quelquefois de quatre, cinq ou six. Elles sont parfois émises en jet et mêlées de gaz. La selle est plus ou moins aqueuse, mélangée de grumeaux, ou à la consistance d'une bouillie claire. La couleur et l'odeur présentent les mêmes différences que la selle mal liée.

Le troisième type, est la *selle ferme*. Il y a de la constipation. La selle est petite, sèche, homogène, ou plus ou moins volumineuse et de consistance pâteuse. Assez souvent, elle contient des parcelles de mucus. La couleur est uniforme ou panachée, blanc jaunâtre ou grisâtre, même blanche. La consistance et la blancheur font parler de selle mastic. L'odeur est désagréable et souvent fétide.

Du reste, les caractères des selles varient chez le même enfant, soit dans la même journée, soit dans le cours d'une même selle ; celle-ci peut d'abord être mal liée, puis finir liquide. Les caractères varient enfin suivant les périodes de l'affection.

L'*abdomen* est souvent peu modifié ; de temps en temps, il est légèrement météorisé. Quand il est modifié, il est tantôt tendu, météorisé, tantôt mou, dépressible ; il a alors la consistance d'un chiffon. Au palper, on constate, dans ce cas, que les grands droits ont perdu leur tonicité et que la ligne blanche est très élargie.

Le *foie* est normal ou hypertrophié. La *rate* n'est jamais modifiée, à moins que n'interviennent certains facteurs étiologiques.

Les SYMPTOMES GÉNÉRAUX tiennent une place importante dans le tableau clinique.

La *température* peut rester normale ; la monothermie n'est même pas rare. Certains enfants ont de faibles écarts de température du matin au soir : 37° à 37°2, le matin, 37°5 à 37°8 le soir, et cela par périodes plus ou moins longues. D'autres ont une température basse, 36°7-36°8. Souvent, à certaines périodes, il y a de la fièvre : 38°, 38°5, 39°, parfois 40°. Souvent on observe des périodes d'apyrexie suivies de périodes fébriles d'une dizaine de jours, coïncidant avec des selles plus mauvaises.

La *taille* peut augmenter régulièrement ; souvent elle s'accroît d'une façon insuffisante et une hypotrophie staturale s'installe, qui devient de plus en plus manifeste.

Le *poids* augmente peu et d'une façon irrégulière. Souvent, il reste fixe et il en résulte un amaigrissement relatif ou de l'hypotrophie pondérale. Certains enfants maigrissent véritablement et perdent du poids ; il y a des enfants qui, en une quinzaine de jours, perdent 300 à 500 grammes, et même davantage. Il existe donc des troubles plus ou moins profonds de la nutrition et des phénomènes de dénutrition.

D'après les modifications de l'état général, on peut distinguer *trois types cliniques*.

Le premier est le *type simple* : la taille s'accroît à peu près normalement, le poids augmente, quoique d'une façon un peu irrégulière ; il n'y a pas de dénutrition appréciable.

Le second est le *type hypotrophique*. L'enfant présente de l'hypotrophie staturale et surtout de l'hypotrophie pondérale.

Enfin, dans le troisième type ou *type cachectique*, les phénomènes de dénutrition deviennent manifestes. Ce type se rencontre surtout pendant les quatre premiers mois de la vie : l'enfant passe par les phases d'hypothrepsies du premier et du second degré, décrites par le professeur Marfan, et aboutit à l'athrepsie de Parrot, à l'atrophie-athrepsie.

A partir de quatre mois, la cachexie devient plus rare et n'atteint que rarement un degré aussi accentué.

Quand nous portons le diagnostic de dyspepsie gastro-intestinale, nous devons toujours spécifier l'état général : dyspepsie gastro-intestinale banale type simple, type hypotrophique, type cachectique.

Les malades peuvent présenter d'autres manifestations de l'atteinte de l'état général.

Ils sont pâles, bistrés, ont l'aspect anémique ; mais il ne faut parler d'anémie qu'après l'examen du sang. Leur peau mal nourrie devient facilement le siège d'érythèmes ou de pyodermites. Souvent ils présentent des signes de début du rachitisme, un léger bourrelet sus-malléolaire ou des petites nodosités costales. La fontanelle reste large ; elle se déprime et les os du crâne chevauchent quand l'athrepsie s'installe.

***

La dyspepsie gastro-intestinale banale n'est pas l'apanage exclusif des bébés élevés avec du lait de vache. Elle peut se rencontrer également chez les enfants allaités au sein ou recevant du lait de chèvre, des aliments divers, tels que la farine lactée, etc. Mais elle est surtout fréquente, persistante et sévère au cours de l'alimentation avec du lait de vache.

On a beaucoup écrit sur les causes de cette dyspepsie du lait de vache. De nombreuses théories pathogéniques ont été proposées, toutes plus ou moins éphémères. Si on reste sur le terrain de l'observation, deux facteurs étiologiques se dégagent :

1° Le lait de vache ;

2° Le terrain, l'enfant.

Etudions d'abord le LAIT DE VACHE.

Chaque espèce animale fournit un lait adopté à l'organisme du petit ; il est *homologue* ou *homogène*.

Le lait d'une espèce n'est pas adapté au petit d'une autre espèce ; il est *hétérologue* ou *hétérogène*.

Pour l'enfant, le lait de la femme est homogène, le lait de vache hétérogène.

Le lait de vache diffère du lait de femme sous plusieurs rapports.

Sa composition est différente comme le montrent les analyses :

	Lait de vache	*Lait de femme*
Lactose	50 gr.‰	79 gr.‰
Beurre	40 gr.	35 gr.
Caséine et albumines	35 gr.	14 gr.
Sels	6 gr.	2 gr.

Non seulement la teneur en substances constituantes est différente, mais encore la structure de chacune de ces substances : albumines et notamment acides aminés, beurre, sels.

Les propriétés biologiques que ces laits tiennent à la présence ou à l'absence de certaines enzymes ou exzymoïdes ne sont pas les mêmes.

Il résulte de ces faits que la digestion et l'assimilation du lait de vache demande à l'organisme de l'enfant un travail beaucoup plus grand que la digestion et l'assimilation du lait de femme.

D'autres facteurs ne sont pas à négliger pour expliquer l'infériorité de l'allaitement artificiel ; je cite, entre autres, la difficulté de se procurer du bon lait, l'alimentation souvent défectueuse des vaches laitières qui donnent du lait nuisible, les souillures du lait, la nécessité de la stérilisation, les erreurs de technique.

Etudions maintenant, le TERRAIN, l'ENFANT

L'organisme du nouveau-né n'est pas achevé ; ses organes et ses fonctions ne se perfectionnent que graduellement pendant les premiers mois. Or, l'enfant a besoin d'une alimentation proportionnellement beaucoup plus forte, quand il est tout jeune, qu'à un âge plus avancé, pour subvenir aux besoins de sa croissance et aux déperditions caloriques. Cet organisme imparfait doit donc recevoir une ration alimentaire élevée sous une forme facile à digérer et à assimiler ; il la trouve dans le lait de la femme, qui est homogène ; il ne la trouve pas dans le lait de la vache qui est hétérogène.

C'est surtout pendant les quatre premiers mois que l'enfant incomplètement développé a de la peine à digérer et à assimiler le lait de vache. A partir de quatre mois, s'il est bien portant, ses fonctions se sont perfectionnées et il devient plus apte à utiliser ce lait. C'est un fait bien connu et il faut insister pour que les femmes allaitent pendant quatre mois au moins, à défaut d'un allaitement plus prolongé.

A côté des enfants normaux, d'autres enfants présentent des activités amoindries et sont prédisposés aux troubles de la digestion et de la nu-

trition. Tels sont les enfants nés prématurément, dont l'âge physiologique est moindre que l'âge porté sur leur acte de naissance, surtout s'ils sont débiles, les enfants subissent des hérédités morbides et, notamment, les hérédo-syphilitiques, les fils de neuro-arthritiques, de dyspeptiques, d'hépatiques, etc.

A l'origine des dyspepsies gastro-intestinales, les *causes tenant à l'enfant* tiennent donc une place importante. Bien souvent, elles expliquent leur apparition. Ce sont l'âge, la constitution, le tempérament, des maladies et des affections diverses. Le professeur Marfan a proposé le nom d'*affections par dysergie* ou *dysergiques*, c'est-à-dire au, sens étymologique, par fonction difficile.

Ces divers facteurs plus ou moins intriqués concourent à la mauvaise digestion du lait de vache, d'où la fréquence des dyspepsies gastro-intestinales chez les nourrissons alimentés avec ce lait.

***

La digestion du lait commence dans la bouche et se poursuit pendant tout le parcours du tube digestif. Elle demande le concours d'actions mécaniques, succion, brassage et progression dans l'estomac et l'intestin, et d'actions chimiques dues à l'intervention des sucs digestifs. Tour à tour, la salive, le suc gastrique, le suc duodénal, le suc pancréatique, la bile, les sucs intestinaux jouent leur rôle, par les réactions du milieu, tantôt acide, tantôt alcalin, par leurs ferments solubles.

Il faut tenir compte des microbes, qui entrent en ligne surtout dans le gros intestin.

Je ne retiens aujourd'hui que le SUC PANCRÉATIQUE.

Le suc pancréatique est la sécrétion externe du pancréas. Il est déversé dans le duodénum au moment de l'arrivée du chyme gastrique. Sa sécrétion est sous la dépendance d'une hormone de la muqueuse duodénale, la *sécrétine*.

Il contient trois ferments.

Le premier est l'*amylase*, destiné à saccharifier l'amidon, dont je ne m'occupe pas, puisque l'enfant dont je parle à une alimentation privée de cette substance.

Le deuxième est la *trypsine*, qui transforme les matières albuminoïdes en albumoses, peptones, polypeptides, acides aminés, parmi lesquels la leucine et surtout la tyrosine. En réalité, le suc pancréatique ne contient pas la trypsine, mais le *trypsinogène* ou *protrypsine*, qui devient actif par son mélange avec un ferment ou une hormone sécrétée par la muqueuse duodénale, l'*entérokinase*.

Le trypsinogène est sécrété en petite quantité pendant les premières semaines de la vie ; son activité ne devient guère importante que quelques semaines après la naissance.

Le troisième ferment est la *lipase* ou *stéapsine*, qui émulsionne et saponifie les graisses. Son rôle est important avec l'alimentation lactée. Son activité est liée à la richesse de l'aliment en beurre ; elle est faible après la diète hydrique et c'est une des raisons pour laquelle la reprise du lait doit être progressive.

L'activité de la stéapsine est renforcée par la *bile*, comme l'a établi le professeur Pawlow. Celle-ci a une action saponifiante et favorise l'émulsion des graisses neutres et des acides gras.

Le suc pancréatique n'agit bien que si le milieu duodénal est neutre ou légèrement alcalin, que si des ferments provenant de la muqueuse duodénale et la bile sont sécrétés régulièrement. Son action ne peut être dissociée.

La digestion pancréatique du lait de vache est beaucoup plus difficile que celle du lait de femme. Au cours de l'allaitement naturel, le lait de femme, après avoir traversé l'estomac, arrive dans le duodénum notablement modifié et le chyme gastrique est peu acide. Au contraire, le lait de vache est moins modifié et le chyme est beaucoup plus acide. Il en résulte que la neutralisation de l'acidité gastrique est beaucoup plus difficile ; que la transformation de la caséine est beaucoup moins avancée ; que les caillots du lait de vache sont beaucoup plus gros et plus résistants à l'attaque.

En outre, la constitution chimique du beurre et des albumines, différente de celle des mêmes substances contenues dans le lait de femme, les rend plus difficiles à disloquer, à absorber et à assimiler.

Au total donc la digestion pancréatique du lait de vache demande un travail plus grand que celle du lait de femme.

Or, nous l'avons vu, la trypsine pancréatique est peu active pendant les premières semaines de la vie. Chez certains enfants même, l'activité de ce ferment peut être encore plus faible.

Chez le *prématuré*, le pancréas est moins évolué que chez le nouveau-né à terme. M. Chiftar, en 1913, a montré que les cellules des acini sont moins développées ; que leurs noyaux ont des formes irrégulières, un volume inégal, un réseau chromatique peu net ; que, d'autre part, le tissu conjonctif est plus abondant.

Chez les *hérédo-syphilitiques*, il existe fréquemment une *pancréatite chronique scléreuse*, qu'ont décrit Opie, Pearce, Himla, Faroy. On constate, à des degrés divers, de la sclérose périvasculaire et péricanaliculaire, qui peut étouffer les éléments glandulaires.

Au cours des *affections gastro-intestinales chroniques*, on décrit des altérations du pancréas ; elles sont d'ailleurs inconstantes et souvent discrètes.

MM. Salomon et Halbron, le 6 juin 1908, à la *Société de biologie*, ont insisté sur ce fait ; ils ont montré qu'en général les cellules des acini et des canaux excréteurs sont peu modifiés, que les îlots de Langerhans et le tissu interstitiel sont surtout intéressés. Cependant, MM. Arraga et Vinas, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1900 ont, décrit une sclérose du pancréas par angio-pancréatite chronique et des altérations cellulaires.

Dans l'*atrophie-athrepsie*, on observe également des altérations du pancréas. Le professeur Bloch, de Copenhague, en 1905, a montré que les cellules des acini sont transparentes, dépourvues de granulations, mais ont des noyaux et des contours nets.

Par contre, M. Charles Mattéi, dans une thèse soutenue à Montpellier en 1914, a trouvé généralement des pancréas peu altérés ; assez souvent il a noté un certain degré de sclérose au niveau des canaux excréteurs et des vaisseaux, mais les cellules acineuses étaient peu modifiées.

Dans les différents états que je viens de mentionner, il peut donc y avoir des altérations du pancréas, mais elles sont inconstantes.

Toutefois l'existence de troubles fonctionnels sans lésions est possible, comme l'établissent les digestions pancréatiques artificielles.

M. Gillet, en 1890, pratiquant des digestions artificielles avec des pancréas d'enfants morts de diarrhée ou d'athrepsie, a constaté que l'action sur l'albumine et l'amidon était nulle.

M. Jacubowitch, en 1898, étudiant *in vitro* l'activité des pancréas d'enfants morts d'affections diverses, a observé que la trypsine était très faible, la stéapsyne très faible ou nulle, l'amylase seule active.

Il existe peu de recherches sur les fonctions pancréatiques, *in vivo*, chez les enfants atteints de dyspepsie gastro-intestinale.

L'étude du suc pancréatique recueilli par le tubage duodénal est peu pratique.

La coprologie donne des renseignements d'interprétation difficile. Les selles muco-grumeleuses, mal liées, sont riches en graisses neutres, en savons et en acides gras ; la caséine a été décelée à l'aide de la réaction de précipitation par Talbot, Uffelmann, Combe et Galli, Maconi ; les grumeaux blancs contiennent, d'après Talbot, 67 % de savons, 17 % d'acides gras et une petite quantité d'azote.

Les selles liquides contiennent un excès des graisses neutres et d'acides gras, peu ou pas de savons.

Les selles mastic sont caractérisées, d'après les recherches de MM. Aviragnet et Dorlancourt en 1919, par des savons alcalino-terreux en excès, avec peu d'acides gras et de graisses neutres.

Rien de précis donc ne se dégage de ces constatations. Leur interprétation est d'ailleurs délicate ; il faut tenir compte, dans une large mesure, du plus ou moins de rapidité du transit intestinal et de la teneur de l'alimentation en graisse.

Il est incontestable que, dans la dyspepsie gastro-intestinale, il y a un trouble de la digestion de la graisse. Je l'ai constaté, pour ma part, dans des recherches poursuivies avec M. Prosper Merklen sur l'absorption des graisses, publiées dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* de 1904 et à la *Société de pédiatrie*, en juin 1906. En voici un exemple.

Un enfant de 10 mois et demi est nourri exclusivement au lait de vache. Dans une première phase, il présente des troubles dyspeptiques et perd du poids. Il prend avec le lait 19 gr. de graisse par jour ; le coefficient d'absorption digestive de la graisse est de 86 %. Dans une deuxième phase, il digère mieux, son poids augmente. Il prend avec le lait 21 gr. de graissse par jour c'est-à-dire sensiblement la même ration ; le coefficient d'absorption s'est élevé à 95 %. Il y avait donc un trouble manifeste de la digestion de la graisse pendant la période de troubles dyspeptiques.

On peut également apprécier ce trouble d'une façon indirecte en étudiant les *hémoconies* du sang, comme je l'ai fait, avec M. Marcel Maillet, dans des recherches publiées à la *Société de pédiatrie* en mai et juin 1914.

Les hémoconies sont de petites granulations graisseuses visibles à l'ultra-microscope. Leur présence et leur abondance dans le sang sont liées à la graisse de l'alimentation. Elles font défaut chez les nourrissons soumis à la diète hydrique et reparaissent quand on leur rend le lait, si l'état de l'enfant s'améliore rapidement. Par contre, dans certains cas, elles ne reparaissent pas ou restent rares, bien que l'enfant prenne du lait en quantité convenable et paraisse le digérer. Ces enfants restent maigres et même maigrissent davantage ; la réapparition ou l'augmentation des hémoconies coïncide avec la reprise du poids.

De ce fait, on peut conclure qu'il existe un trouble dans la digestion de la graisse. Pour l'expliquer, nous n'avons pas constaté de relation entre les hémoconies, d'une part, les pigments et les sels biliaires des selles, d'autre part. Il est donc permis de penser qu'il existe un trouble de la sécrétion pancréatique.

De cet exposé, nous conclurons qu'il n'y a pas de démonstration précise d'un trouble pancréatique chez les enfants atteints de dyspepsie gastro-intestinale banale. Mais, étant donné ce que nous savons de l'importance du suc pancréatique dans la digestion du lait, nous pouvons admettre qu'il doit exister une déficience pancréatique et que celle-ci joue un rôle dans la réalisation des troubles digestifs en quoi consiste

cette dyspepsie. On est donc autorisé à utiliser l'opothérapie pancréatique.

***

L'OPOTHÉRAPIE PANCRÉATIQUE est réalisée avec des extraits de pancréas de porc, préparés suivant plusieurs méthodes. On utilise de la pulpe desséchée et pulvérisée, des extraits liquides aqueux ou glycérinés. Une condition importante pour que les préparations soient actives, c'est de faire agir en même temps un extrait de la muqueuse intestinale contenant de l'entérokinase.

L'administration se fait sous forme de poudres facilement altérables ou d'extraits liquides, moins altérables. Une difficulté de l'emploi tient à l'action fâcheuse du suc gastrique sur le suc pancréatique ; il faut donc, en principe, que l'extrait de pancréas soit enrobé dans une substance qui le protège contre l'action du suc gastrique ; des pilules et des granulés le permettent. Mais ces préparations ne peuvent être présentées aux nourrissons ; pour ceux-ci, on ne peut utiliser que les poudres ou les extraits liquides.

Pour les nourrissons, on peut tourner la difficulté en faisant agir l'extrait de pancréas sur le lait *in vitro*. Cette technique a été utilisée par Pfeiffer, en 1880, Backhaus, en 1896, Budin et Michel, en 1897. Ils ont préparé des laits en les soumettant à des digestions pancréatiques, appelés à tort *laits humanisés*.

La préparation de ces laits est bien connue. Ils ne sont plus guère utilisés. Le lait de Backhaus, qui a été le plus employé, n'est d'ailleurs pas sans inconvénients. Son usage prolongé provoque des vomissements et de l'amaigrissement ; il n'améliore pas les troubles digestifs ; il peut faire apparaître la maladie de Barlow. Son mode de préparation en donne les raisons. C'est, en effet, un lait très travaillé ; il est centrifugé, soumis à l'action de la trypsine pancréatique et de la présure, additionné de beurre, et enfin stérilisé à 105°.

Nous utilisons ici depuis quelque temps un lait traité par l'extrait de pancréas suivant une technique que j'ai décrite avec mon interne, M. Bize. dans le *Bulletin général de thérapeutique* de juin et juillet 1925. Après plusieurs essais nous additionnons du lait coupé au tiers ou du lait condensé convenablement dilué avec un extrait de pancréas mélangé à de l'extrait de muqueuse duodénale. La maison qui fabrique ce produit nous fournit des comprimés contenant 0 gr. 08 de pancréatine, qui nous servent pour un biberon de 100 cc. Le biberon est placé à une température de 35° à 40° pendant quinze minutes, puis donné à l'enfant.

Au bout de ce temps, le lait ne présente pas de modifications apparentes. Si on laisse le pancréas agir plus longtemps, on voit apparaître après une heure, une couche inférieure semblable à du sérum de lait, qui s'étend graduellement ; à la température de 50°, la modification commence au bout de vingt minutes. Au bout de six heures à 50°, M. Torchon, du laboratoire Defresne, a constaté que, pour 10 cc. de lait, l'acidité libre correspond à 5 ou 6 cc. de soude décinormale et, après addition de 5 cc. de formol, de nouveau à la même quantité de soude décinormale. Il y a donc peptonisation et formation d'acides aminés. D'autre part, la polarimétrie décèle une forte proportion de peptone très dégradée.

Il ne faut pas attendre que la digestion soit si complète pour donner le lait à l'enfant. Il est préférable de l'administrer après un contact de quinze à vingt minutes à 35°-40°.

Nous avons utilisé ce lait chez un certain nombre d'enfants atteints de dyspepsie gastro-intestinale banale, causée par l'alimentation avec du lait de vache, dyspepsie du type simple, du type hypotrophique ou du type cachectique.

Voici quelques observations très succinctes.

Le garçon que je vous présente naît le 6 mai, à terme, avec un poids de 3 kgr. Il est élevé en nourrice au biberon. Depuis le milieu d'août, à l'âge de 3 mois, il vomit, a de la diarrhée et maigrit. Il entre ici le 15 octobre, à l'âge de 5 mois et demi. Il a l'aspect d'un hypothrepsique, avec une taille de 56 cm. et un poids de 3 kgr. 500. Il émet quatre selles vertes par jour et vomit après chaque tétée. Sa température est de 37°-36°8, I est traité par la diète hydrique, puis alimenté avec du lait condensé sucré ; ses selles deviennent jaunes, grumeleuses ; du 16 au 22 octobre, en six jours, son poids augmente de 100 gr., soit de 16 gr. par jour.

Du 22 octobre au 16 novembre, on lui donne du lait condensé traité par le pancréas. Pendant une première période, du 22 au 28 octobre, en six jours, il augmente de 160 gr., soit de 26 gr. par jour ; ses selles sont jaunes, normales. A ce moment, surviennent quelques vomissements et des selles nombreuses, diarrhéiques. Du 28 octobre au 3 novembre, en six jours, le poids baisse de 160 gr., soit 26 gr. par jour. De nouveau, les selles s'améliorent ; du 3 au 11 novembre, en huit jours, le poids augmente de 450 gr., soit de 56 gr. par jour.

Le 12 novembre, on cesse le pancréas ; les selles restent jaunes, mais deviennent abondantes et fétides ; le poids diminue ; il tombe de 4 kgr. 020, le 11 novembre, à 3 kgr. 870, le 19 novembre ; pendant ces huit jours, la perte quotidienne est de 18 grammes.

Actuellement, l'état est stationnaire. On alimente l'enfant avec de la bouillie maltosée ; le

poids n'augmente pas, malgré que les selles soient à peu près normales.

Ce deuxième garçon naît le 13 septembre à terme, avec un poids de 3 kgr. 500. Il estélevé en nourrice, au lait de vache. Vers le 5 novembre, il commence à vomir. Il entre le 13 novembre, à l'âge de deux mois. Il a une taille de 51 cm., un poids de 3 kgr. 500. Il a maigri et a l'aspect d'un hypothrepsique. Sa température est normale. Il émet chaque jour trois selles panachées, fétides ; les vomissements cessent. On le met au lait condensé. Du 15 au 23 novembre, en huit jours, le poids augmente de 130 gr., soit de 16 gr. par jour. Les selles deviennent jaunes et grumeleuses.

A partir du 24 novembre, on traite le lait condensé par le pancréas. Du 23 au 1er décembre, en huit jours, le poids s'élève de 3 kgr. 520 à 3 kgr. 870, soit de 43 gr. par jour. L'enfant a chaque jour, trois ou quatre selles fermes, jaunes, grumeleuses, d'odeur aigre, mais non fétide.

La troisième observation est celle d'une fille née le 24 mai avec un poids de 3 kgr. 990. Elle est nourrie au biberon. Au début de juillet, elle commence à vomir, a de la diarrhée verte et maigrit. Elle entre le 18 juillet, à un mois et 24 jours, avec une taille de 51 cm. et un poids de 3 kgr. 690. Elle a de la fièvre, qui cesse le 16, deux ou trois selles jaunâtres, muco-grumeleuses. Elle présente de l'hypotrophie statuarale et pondérale.

Nous donnons du lait condensé ; il se produit des phases d'amélioration et de reprise des troubles digestifs accompagnés de fièvre. L'enfant maigrit, prend l'aspect d'une athrepsique.

Le 18 septembre, l'enfant est âgée de 3 mois et 24 jours ; elle ne pèse que 2 kgr. 900 pour une taille de 53 cm. Elle a, chaque jour, quatre ou cinq selles vertes muco-grumeleuses. Elle n'a pas de fièvre.

On donne alors du lait traité par l'extrait de pancréas, du 20 septembre au 1er octobre. Les selles s'améliorent rapidement, deviennent jaunes, grumeleuses. Le poids, du 20 septembre au 2 octobre, en douze jours, passe de 2 kgr. 880 à 3 kgr. 560 ; il augmente de 680 gr., soit de 56 gr. par jour.

On interrompt le pancréas. Au bout de quelques jours, les selles deviennent mauvaises, la fièvre reparaît, le poids diminue. Enfin, sous l'influence du régime, l'état s'améliore. L'enfant sort de l'hôpital le 27 novembre dans un état satisfaisant, pesant 4 kgr. 300 et mesurant 57 cm., à l'âge de 6 mois.

La quatrième observation a été publiée dans le mémoire que j'ai écrit avec M. Bize.

Un garçon né le 2 décembre 1926, avec un poids de 3 kgr. 050, est allaité au biberon en nourrice. Il entre le 2 février 1927, à l'âge de 2 mois. Il mesure 55 cm. et pèse 3 kgr. 400. Il a l'aspect d'un hypothrepsique. Ses selles sont grumeleuses et, de temps en temps, verdâtres, liquides, fétides. Jusqu'au 2 mars, il a de la fièvre. Il ne s'améliore pas et maigrit et le 4 mars, à trois mois, il ne pèse que 2 kgr. 930. En un mois, il a perdu 500 gr., soit 16 gr. par jour.

Du 5 mars au 7 avril, on donne du lait condensé, comme auparavant, mais traité par le pancréas. Les selles s'améliorent rapidement, deviennent jaunes, normales. Le poids augmente : le 9 avril, l'enfant pèse 4 kgr. 040 ; le poids a augmenté de 2 kgr. 100 en trente-cinq jours, soit de 60 gr. par jour.

L'enfant quitte l'hôpital le 9 avril, à 4 mois. Il est très amélioré, mesure 58 cm. et pèse 4 kgr. 040.

La cinquième observation est celle d'un garçon né le 9 avril avec un poids de 2 kgr. 750. Il est élevé au biberon en nourrice. Il a des vomissements et de la diarrhée. Il entre le 27 septembre, à l'âge de 5 mois et demi. Il mesure 55 cm. et pèse 3 kgr. 630. Il est en état d'hypothrepsie. On l'alimente avec de l'eau sucrée, puis avec du lait condensé.

A partir du 5 octobre, on lui donne du lait traité par le pancréas. Le 4 octobre, il pèse 3 kgr. 650 ; le 12, il pèse 4 kgr. ; le poids a augmenté de 350 gr. en huit jours, soit de 43 gr. environ par jour. Les selles, d'abord jaunes, deviennent plus fréquentes et grumeleuses. Le poids diminue et tombe à 3 kgr. 810, le 16 octobre. La restriction de l'alimentation amène une amélioration des selles, mais le poids tombe à 3 kgr. 690 les 18 et 20 octobre.

On rend alors le lait traité par le pancréas, du 22 au 31 octobre ; le poids augmente d'une façon rapide ; il passe en huit jours de 3 kgr. 800 à 4 kgr. 340. L'augmentation est de 540 gr., soit de 67 gr. par jour.

Depuis la suppression du pancréas, le poids a diminué un peu. A sa sortie, le 3 novembre, l'enfant mesure 56 cm. et pèse 4 kgr. 190.

Voici une dernière observation. Je l'ai publiée avec M. Bizc dans le mémoire cité tout à l'heure.

Un garçon naît le 3 novembre 1926 avec un poids de 2.750 gr. Il est élevé au biberon en nourrice. Il a des vomissements, des mauvaises selles. Plusieurs régimes n'amènent pas d'amélioration.

L'enfant entre le 3 mars 1927, à l'âge de 4 mois. Il pèse 3 kgr. 700 et a une taille de 57 cm. Il présente de l'hypotrophie staturale et pondérale. Il a, chaque jour, trois selles jaunes, liquides. Son état s'améliore avec le babeurre, puis le lait condensé. Le 14 mars, nous l'envoyons à notre

Centre d'élevage de Chaumont-en-Vexin. Là il supporte mal l'alimentation qu'on lui donne ; il a des vomissements, de la diarrhée et maigrit. On nous le renvoie le 30 avril.

Il a 6 mois. Il a grandi (57 cm.) et maigri ; il ne pèse que 3 kgr. 740. Il présente des vomissements par spasmes gastriques, des selles panachées, plus ou moins liquides. L'alimentation avec le lait condensé, puis le babeurre ne l'améliore pas ; il a des selles variables, souvent liquides, des poussées de fièvre et maigrit. Le 19 mai, il pèse 3 kgr. 450. Il a perdu 200 gr. en seize jours.

A partir du 19 mai, on donne du lait condensé, traité par l'extrait de pancréas. En quelques jours, les selles deviennent jaunes, la fièvre cesse, le poids augmente. Le 19 mai, l'enfant pesait 3 kgr. 540 ; le 12 juin, il pèse 4 kgr. 060. Il a augmenté de 520 gr. en vingt-quatre jours, soit de 21 gr. par jour.

Il sort le 14 juin, très amélioré.

***

Les observations que je viens de raconter montrent que le lait traité par l'extrait de pancréas est souvent mieux digéré que le lait non traité.

Il y a des *cas favorables*. Sous l'influence de cette alimentation, les selles deviennent meilleures, le poids augmente. Tantôt l'amélioration est définitive ; tantôt elle est transitoire, elle cesse, si on supprime le pancréas, et elle reprend, si on le donne de nouveau.

Il y a des cas où, après quelques jours d'amélioration, on voit reparaître les troubles digestifs ; les selles redeviennent mauvaises et le poids diminue. Si on persévère, assez souvent, au bout de quelques jours, on voit le poids reprendre et les selles s'améliorer.

Il y a des cas *manifestement défavorables*. Le lait traité par l'extrait de pancréas n'est pas toléré. Tantôt, les enfants ont des selles fétides, mauvaises et on est obligé d'interrompre. Tantôt l'enfant ne subit aucune influence, ni bonne, ni mauvaise.

Nous ne sommes pas surpris de tels résultats. Nous ne connaissons pas de régime, pas de traitement qui réussisse à tout coup. Pour la médication pancréatique comme pour les autres, nous sommes obligés de procéder par tâtonnements, parce que nous n'avons pas de critérium permettant de préciser les modalités physiologiques de la dyspepsie gastro-intestinale.

Pour nous en tenir à l'extrait de pancréas, donné à des malades atteints de dyspepsie gastro-intestinale dépendant du lait de vache, nous ne pouvons pas prouver qu'il existe une insuffisance ou une déficience du pancréas ; même si celle-ci existe, elle n'est certainement pas le seul facteur qui intervienne. Je vous ai montré la complexité des facteurs pathogéniques.

Je ne vous donne donc pas le lait traité par le pancréas comme une panacée. Mais, parmi les régimes et les médications conseillés pour le traitement de la dyspepsie gastro-intestinale, liée à l'alimentation avec le lait de vache, l'opothérapie pancréatique doit être retenue ; elle est susceptible d'avoir de bons effets.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture du sternum.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

A propos d'un malade entré récemment dans notre service, je désire étudier aujourd'hui avec vous les lésions traumatiques du sternum : vous n'en rencontrerez vraisemblablement pas bien souvent au cours de votre carrière médicale, il importe cependant que vous possédiez sur elles quelques notions afin de ne pas les méconnaître, ce qui pourrait vous attirer pas mal de désagréments à l'heure où les accidents du travail mettent si souvent en jeu la responsabilité professionnelle.

Il y a un mois environ qu'entrait d'urgence dans notre service ce charretier, victime d'un accident d'automobile, qui occupe encore le nº 18 de la salle Saint-Pierre. Cet homme, âgé de 42 ans, de forte constitution et sans antécédents pathologiques quelconques, était assis sur sa charrette, qu'il conduisait à une allure très modérée, lorsqu'à la suite d'un fâcheux dérapage son véhicule fut bousculé par une voiture automobile. Ce qui se passa exactement à ce moment, je ne le sais trop, mais ce qu'il y a de certain, c'est que notre sujet fut apporté à l'hôpital en assez mauvais état : fracture de l'avant-bras droit, fracture de la cuisse droite, fracture ouverte de la jambe gauche et contusions multiples sur tout le corps, tel fut le premier diagnostic porté par l'interne de garde, appelé à lui donner les premiers soins. Ce n'est que quelques heures plus tard que, devant la douleur spontanée accusée par le

malade dans la région thoracique antérieure, douleur devenant extrêmement vive à la moindre pression, et devant la dyspnée intense qu'il ressentait, qu'il envisagea, après s'être assuré qu'il n'existait pas de fractures de côtes et que les organes intrathoraciques n'offraient rien d'anormal, la possibilité d'une lésion du sternum, bien qu'il n'y eût, ni à la vue ni au palper, la moindre déformation osseuse.

Le lendemain matin, lorsque je fus appelé à voir le blessé, la présence d'un gonflement localisé et d'une vaste ecchymose qui s'étendait sur tout le plastron sternal rendait tout à fait plausible ce dernier diagnostic, qui fut d'ailleurs confirmé par une des nombreuses radiographies que nécessitait l'état de notre sujet : on voyait, en effet, très nettement sur la plaque une solution de continuité qui siégeait dans un plan passant au niveau du bord inférieur des troisièmes cartilages, et s'étendait d'un espace intercostal à l'autre.

Etant donnée l'absence de tout chevauchement osseux, il n'y avait par conséquent aucune indication à procéder à des manœuvres de réduction quelconque ; un bandage de corps fortement serré soulagea très sensiblement les phénomènes douloureux.

Dans les jours qui suivirent, pendant lesquels on fut surtout occupé à réduire les nombreuses fractures et à les appareiller, la gêne respiratoire diminua petit à petit, puis disparut, mais il n'en fut pas de même de la douleur locale, qui persista pendant près d'une vingtaine de jours. Actuellement, notre blessé ne présente plus aucun phénomène du côté de son thorax, si ce n'est au niveau du sternum un peu de tuméfaction à consistance très dure, indice de la réparation osseuse et s'il n'était pas retenu encore dans son lit par les différentes solutions de continuité dont ses membres sont atteints, et qui sont d'ailleurs en excellente voie de guérison, il aurait déjà pu quitter notre service depuis quelques jours.

Les fractures du sternum, dont vous avez pu ainsi voir un fort beau cas, bien que connues depuis l'antiquité, puisque Paul d'Egine a pu en donner la symptomatologie et le traitement, n'ont pas donné lieu à de bien nombreuses études, la raison en est, d'après les auteurs, à ce qu'elles ne sont pas d'observation bien courante. Elles sont extrêmement rares, écrivait Malgaigne en 1847 dans son Traité des fractures et des luxations, et malgré que depuis cette époque les moyens d'investigation et d'exploration dont nous disposons actuellement aient permis de reconnaître toute une série de cas, qui n'étant pas accompagnés de déplacements, seraient fatalement passés inaperçus aux yeux des anciens chirurgiens, il est bien certain que ces lésions traumatiques ne se rencontrent que d'une manière très peu fréquente, particulièrement chez la femme, beaucoup moins exposée que l'homme aux violences extérieures.

Mais pourquoi le sternum, situé à la région antérieure du thorax, immédiatement sous la peau, s'offrant ainsi presque de lui-même à de nombreux traumatismes, est-il si rarement atteint ? A mon avis, il est infiniment probable, que la mobilité de cet os sur les plans sous-jacents, mobilité assurée par ses articulations propres et par l'élasticité des côtes et des cartilages costaux, constitue le principal facteur de la rareté de ces fractures. Celles-ci deviennent en effet de plus en plus fréquentes chez l'homme à mesure que ce dernier avance en âge : exceptionnelles, chez l'enfant, elles se rencontrent un peu plus souvent chez l'adulte, pour devenir relativement communes chez le vieillard, qui, par son genre de vie devrait être le moins exposé aux accidents C'est que la perte de la mobilité diminue singulièrement la faculté de résistance au choc que possède le sternum, et la violence se traduit alors par une solution de continuité là où chez le même sujet plus jeune, elle n'aurait donné lieu qu'à une inflexion exagérée. Il faut tenir compte, en outre, qu'en dehors des phénomènes d'ossification qui se passent au niveau des amphiarthroses et des divers cartilages articulaires, il se produit chez les gens âgés, du côté du sternum, les mêmes phénomènes de raréfaction osseuse, que l'on observe dans la tête ou dans le col fémoral, et c'est ce qui explique que l'on peut voir dans certains cas, un trauma d'une violence minime et même parfois très légère donner lieu à une véritable fracture.

Comme pour les autres solutions de continuité osseuses, il est classique de diviser les lésions sternales en pathologiques et en traumatiques : les fractures pathologiques, qui ne nous arrêteront pas longtemps, car elles sont dépourvues de tout intérêt chirurgical, peuvent succéder à la tuberculose, à la syphilis, à une néoplasie ou encore au choc constant d'un anévrysme amenant une usure progressive de l'os.

Quant aux fractures traumatiques, on doit au point de vue de leur étiologie et de leur mécanisme, les diviser en trois grandes classes, les fractures directes, les fractures indirectes et les fractures par contraction musculaire.

Les *fractures directes* succèdent à une violence traumatique s'exerçant sur la région thoracique antérieure ; c'est un choc sur un corps dur, sur un barreau d'échelle, sur une grosse pierre, sur le bord d'un bateau, c'est un coup de poing, un coup de pied de cheval ou de timon de charrette qui, brisent directement l'os ou qui séparent les deux pièces du sternum en enfonçant le corps. Dans certains cas, analogues à celui de notre sujet, il est assez difficile de pouvoir préciser d'une façon absolue le mécanisme de la lésion, et il est fort possible qu'à l'application de la force trau-

matisante soit venu se joindre un certain degré de flexion ou l'extension, ce qui fait que la fracture sternale est à la fois de cause directe et indirecte.

Les projectiles de guerre, balles et éclats d'obus fracturent le sternum, soit en produisant une simple perforation, soit en déterminant de grands fracas avec enfoncements d'esquilles, mais il existe presque toujours dans ces cas des lésions viscérales profondes qui rejettent complètement au second plan les altérations osseuses.

Le siège et la direction de ces fractures directes sont variables ; elles peuvent intéresser un point quelconque de l'os, rarement au niveau de la poignée, parfois au niveau de l'interligne articulaire ; dans l'immense majorité des cas, c'est sur le corps de l'os que siège la lésion et cela non seulement en raison de son étendue, mais surtout à cause de son mode spécial de formation qui le rend particulièrement vulnérable, vous n'ignorez pas, en effet, que le corps du sternum se développe aux dépens de quatre points d'ossification distincts, dont la réunion se fait plus ou moins tardivement suivant les sujets, ou peut même manquer totalement.

On connaît quelques cas de fractures incomplètes, qui ont pu être reproduites expérimentalement par Souligoux : la table postérieure seule est rompue, l'antérieure a résisté, mais le surtout ligamenteux postérieur s'est laissé décoller sur une étendue plus ou moins grande. Le trait de fracture est transverse ou oblique, et comme vous le pensez-bien, il n'y a jamais de déplacement.

Le plus souvent, la solution de continuité est complète, divisant le sternum dans toute son épaisseur et s'accompagnant de la déchirure des deux surtouts fibreux. Il existe quelques observations de fractures à trait vertical, mais en général, ce dernier, lorsqu'il est unique, présente une direction transversale ; le déplacement est nul ou bien le fragment inférieur se trouve refoulé en arrière. Mais, même lorsqu'il existe des traits multiples, il semble qu'il y ait toujours un trait transversal dont la situation se trouve dans le voisinage de l'articulation des deux premières pièces du sternum. Un ou plusieurs traits verticaux peuvent alors partir de la fracture horizontale, déterminant ainsi la production de figures variables, sous la forme d'un T droit, d'un T renversé ou d'une croix plus ou moins régulière, suivant que le trait vertical coupe le corps ou la poignée ou les deux à la fois.

Lorsque la lésion est plus complexe, avec des traits multiples et des esquilles, elle en arrive à échapper à toute description ; il en est ainsi le plus souvent dans les fractures par armes à feu.

Dans les *fractures de cause indirecte*, ce n'est plus le sternum qui a subi la violence, le traumatisme ayant atteint un point du corps éloigné de cet os : le sujet est tombé sur la tête, sur les épaules, sur les pieds, sur les ischions ou même sur le dos, ou bien encore c'est un fardeau pesant qui lui est tombé d'une grande hauteur sur les épaules. Le mécanisme de ces fractures, qui s'accompagnent fréquemment de lésions des corps vertébraux, a été diversement interprété par les auteurs, mais toutes les hypothèses qui ont été successivement émises s'accordent à reconnaître deux mécanismes principaux suivant que le traumatisme a agi par flexion ou par extension du sternum.

Les *fractures par flexion forcée* en avant sont de beaucoup les plus fréquentes et on peut en expliquer le mécanisme de plusieurs façons. Malgaigne, Dubroca et Ferré ont pensé que, tandis que les côtes supérieures, plus fixes, immobilisaient la partie supérieure du sternum, les côtes moyennes et inférieures, plus mobiles, repoussaient en avant la partie inférieure de cet os : le sternum soumis ainsi à ces deux impulsions, tendait à s'incurver en angle à sommet postérieur et se rompait au niveau du sommet de cet angle, la table postérieure ayant cédé la première. Tarnowsky, en admettant cette interprétation, a fait intervenir deux autres facteurs, la pression intrathoracique, portée à son maximum par le trauma et la disposition anatomique du deuxième cartilage costal, qui s'enfonce comme un coin entre les deux pièces du sternum en produisant un véritable diastasis.

Pour d'autres auteurs, tels que Pirotais, Rivington et Diday, le mécanisme serait tout différent : dans la flexion forcée de la tête sur le corps, le menton viendrait appuyer directement sur le poignée du sternum et ce serait cette compression directe qui causerait la fracture. Il est possible que ce mécanisme existe dans certains cas, mais il doit être sûrement très rare, car on trouverait quelquefois dans ces cas des traces de contusion sur la face antérieurs du thorax, ce qui n'a jamais été constaté, et, en outre, il ne faut pas oublier qu'Otz a pu réaliser des fractures expérimentales par flexion, forcée aussi bien sur des cadavres dont il avait sectionné les côtes supérieures que sur ceux dont il avait réséqué la mâchoire inférieure.

Quoi qu'il en soit de ces diverses interprétations, la fracture par flexion présente des caractères anatomiques constants, bien connus depuis Malgaigne. Rarement incomplète, elle est le plus souvent transversale à trait unique, et siège dans le voisinage de l'union des deux premières pièces du sternum, le manubrium entraînant le plus souvent avec lui les deuxièmes cartilages costaux. Les fragments sont souvent taillés en biseau, l'inférieur aux dépens de la face profonde postérieure, et le supérieur aux dépens de la face superficielle antérieure. Les ligaments pré-ster-

num sont toujours déchirés, les rétro-sternaux, plus épais, peuvent rester intacts et n'être que soulevés ou décollés. Il existe habituellement un chevauchement du fragment inférieur au devant du fragment supérieur, réalisant ainsi une saillie qui peut être très accentuée : ce chevauchement serait, d'après Malgaigne, tout à fait caractéristique de la fracture par flexion.

Dans les cas beaucoup plus complexes de *fractures par extension forcée* de la colonne vertébrale, la lésion se produit lorsqu'au cours d'une chute le dos vient à heurter un corps saillant comme une poutre ou une pierre. Elles sont d'observation très rare et d'un mécanisme assez incertain. Certains ont prétendu que l'hypertextension de la colonne vertébrale déterminerait du côté de l'extrémité antérieure des côtes un mouvement d'écartement forcé : le sternum entraîné par des forces contraires dans deux directions opposées tendrait à redresser sa courbure et se briserait comme un bâton sur le genou. Pour d'autres au contraire, ce genre de fractures serait d'ordre purement musculaire, mais comme les observations démontrent toutes que les traumas capables de produire de telles lésions sont toujours d'une violence considérable, il ne semble pas juste de les faire entrer dans le cadre des fractures par contraction musculaire, qui sont causées par une action lente, soutenue et surtout progressive des muscles.

Ces fractures qui peuvent siéger en un point quelconque de l'os, ne s'accompagnent jamais de chevauchement, comme les fractures par flexion : les fragments restent donc en contact ou tendent à s'écarter l'un de l'autre de un à deux centimètres.

Les *fractures par contraction musculaire* simple, extrêmement rares, ont été observées au cours d'accouchements, de crises de tétanos, dans des efforts de vomissements ; elles présentent les mêmes caractères anatomiques que les fractures par extension forcée dont elles se rapprochent beaucoup. Résultant de la traction en sens opposé des grands droits de l'abdomen et des stréno-mastoïdiens, et intéressant souvent le manubrium, elles sont ordinairement à trait unique de direction transversale, sans déplacement ou avec un léger écartement des fragments.

Différents auteurs se sont demandé si les solutions de continuité voisines de l'union du corps avec la poignée du sternum constituaient bien des fractures véritables et s'il ne s'agissait pas là plutôt des luxations. Vous savez que ces deux pièces osseuses restent séparées l'une de l'autre jusqu'à un âge très avancé, et que même après soixante ans leur soudure n'est pas constante ; aussi Maisonneuve avait-il admis la possibilité d'une luxation intersternale. A la vérité, il ne s'agirait pas d'une véritable luxation, mais plutôt d'une dislocation ou d'une disjonction articulaire, car les cas où les deux pièces osseuses sont réunies par une arthrodie avec cavité articulaire sont très rares, et le plus souvent les deux surfaces sont unies l'une à l'autre au moyen d'un fibro-cartilage, analogue à celui de la symphyse pubienne.

La fréquence de ces disjonctions ou luxations sternales a été très discutée : Maisonneuve les croyait habituelles, Souligoux et Schwartz sont d'un avis tout à fait opposé et pensent qu'il s'agit de fractures juxta-articulaires, se basant non seulement sur ce que l'interligne reste toujours intact mais encore sur ce qu'une mince lame osseuse reste toujours adhérente au cartilage articulaire.

Les fractures du sternum peuvent présenter un certain nombre de complications dues à d'autres lésions intéressant les parties voisines : tantôt il s'agit de fractures siégeant en d'autres points du squelette, les fractures directes s'accompagnant souvent de fractures ou de luxations des côtes et de leurs cartilages, et les fractures indirectes coïncidant parfois avec une fracture du rachis ou du bassin, tantôt ce sont des lésions viscérales profondes au niveau des poumons, du cœur, des gros vaisseaux du médiastin ou des organes abdominaux. La rupture des vaisseaux mammaires internes est exceptionnelle, mais on a noté dans un certain nombre de cas l'existence d'un hémo-médiastin par déchirure des vaisseaux nourriciers du sternum. L'ouverture primitive du foyer de fracture est fort rare en dehors des cas de lésions par armes à feu, l'ouverture secondaire par gangrène de la peau a été observée à plusieurs reprises.

Au point de vue de la symptomatologie, le tableau clinique offert par le malade diffère suivant que les fragments osseux ont subi un déplacement ou qu'étant restés en contact, ils ont conservé leurs rapports naturels.

Dans le premier cas, la déformation thoracique et l'attitude du malade sont le plus souvent caractéristiques. Le *chevauchement des fragments*, dû à ce que le corps du sternum, poussé en avant et en haut, est venu passer au devant de la poignée poussée en arrière, constitue une saillie de volume variable, siégeant sur la ligne médiane, généralement entre les deuxième et troisième côtes. La palpation permet de sentir au-dessus du fragment inférieur une dépression due à la différence de niveau existant entre les deux pièces et qui correspond à la partie moyenne du manubrium.

Lorsque ce chevauchement dépasse deux à trois centimètres, il entraîne toujours une déformation générale du thorax, le raccourcissement du sternum ne pouvant que déterminer une flexion du tronc en avant. Les espaces intercostaux correspondant au foyer de fracture subissent un rétrécissement, et l'on remarque au ni-

veau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales, dont les apophyses deviennent proéminentes, une voussure, plus ou moins prononcée qui donne au malade une attitude toute spéciale, la tête est fléchie et portée en avant, alors que le tronc est lui-même fléchi.

Dans ce cas, l'*impotence fonctionnelle* est alors extrêmement marquée, et le blessé se rend compte lui-même qu'il lui est difficile de mobiliser la tête : les moindres mouvements du tronc sont eux-mêmes accompagnés de douleurs intenses, et la gêne est parfois si grande, que les mouvements respiratoires même normaux, deviennent très pénibles.

Lorsque le déplacement consiste en un simple écartement des fragments, la gêne fonctionnelle est bien moins marquée : la douleur et l'attitude du malade sont variables, mais rares sont les cas où l'écartement des fragments est suffisant pour permettre l'introduction du doigt.

Dans les fractures du sternum sans déplacement appréciable, où les fragments ont conservé leurs rapports naturels, la séméiologie est toute différente. Les symptômes quoique en général suffisants, sont souvent variés et inconstants : la douleur et l'ecchymose peuvent être très manifestes, comme chez notre sujet, ou faire complètement défaut, s'il y a engrènement des fragments. Comme le sternum n'est ici le siège d'aucune déformation, il serait très important de pouvoir rechercher la crépitation et la mobilité anormale, mais en dehors des dangers que peut présenter cette manœuvre, elle est souvent rendue impossible par l'apparition au devant du sternum d'un gonflement qui le masque et empêche toute palpation précise.

La *sensation* perçue au moment du traumatisme constitue, lorsqu'elle existe, un très bon signe : c'est ainsi qu'un sujet a ressenti ou entendu un craquement très net au niveau de sa paroi thoracique antérieure, d'autres fois, le blessé reconnaît avoir éprouvé une douleur intense et aiguë dans le sternum au moment même du choc, alors que ce dernier a porté sur un point éloigné de cet os. Des faits de ce genre sont malheureusement très inconstants et ne peuvent être comptés que comme des raretés.

Dans les jours qui suivent le traumatisme, la *douleur localisée*, qu'elle soit provoquée ou spontanée, accompagnée ou non d'une ecchymose, est un signe d'une grande constance, qui constitue parfois le seul symptôme certain d'une solution de continuité osseuse. Lorsque le déplacement est nul, cette douleur précise, suivant une ligne transversale, coupant la face antérieure de l'os, peut à elle seule faire reconnaître le siège et la direction du trait de fracture. On la provoque en appuyant sur un point bien limité, mais il est rare que l'on puisse la réveiller par des pressions à distance sur la clavicule ou sur les côtes. Lorsque cette douleur est spontanée, elle diminue en général assez vite, pour faire place à une sensation légèrement pénible perçue seulement dans les grands mouvements d'inspiration et dans la toux.

La *dyspnée*, moins vive que dans les fractures de côtes, est très fréquemment observée ; elle est probablement ici de cause réflexe et en rapport direct avec la douleur, mais rares sont les cas où, comme dans l'observation rapportée par Levrat la gêne respiratoire était telle que l'on fut obligé de pratiquer une trachéotomie.

L'*ecchymose présternale* accompagne la douleur et la dyspnée ; rarement immédate, elle apparaît généralement deux ou trois jours après l'accident et tend souvent à gagner le creux épigastrique. Elle est due à la déchirure des ligaments antérieurs, aux lésions du périoste et de l'os, au niveau desquelles peut se faire en avant une légère infiltration sanguine. Plus fréquemment observée dans les fractures par extension, elle n'a de valeur symptomatique que dans les cas indirects et doit naturellement être considérée comme sans valeur dans les fractures directes où l'agent vulnérant a porté directement sur la région sternale.

La *mobilité des fragments* est bien le signe pathognomonique de la fracture : malheureusement elle est variable et toujours très difficile à obtenir nettement lorsqu'il y a engrènement. On la perçoit généralement en appuyant alternativement avec le doigt sur l'un et l'autre fragment, mais ces pressions directes sont très douloureuses, et il est préférable d'en pratiquer la recherche en agissant sur les épaules. Dans cette manœuvre les mouvements sont communiqués à la pièce supérieure par la clavicule, tandis que l'inférieure reste immobile : en regardant attentivement la région sternale, on peut alors apercevoir la ligne de séparation qui correspond au trait de fracture.

Quant à la *crépitation*, elle manque le plus souvent, d'ailleurs sa recherche par pressions directes est non seulement extrêmement pénible pour le blessé, mais doit être considérée comme une manœuvre dangereuse dont il convient de s'abstenir le plus possible. Se l'on veut l'obtenir nettement et sans préjudice fâcheux, il faut appuyer légèrement l'oreille sur la région sternale pendant que l'on fait tousser le blessé.

Il est bien évident, que les *fractures incomplètes* présenteront une symptomatologie beaucoup plus obscure, et que dans la plupart des cas, une douleur plus ou moins vive, nettement localisée au niveau du trait de fracture, constituera l'unique signe de la lésion.

Les fractures du sternum non compliquées ne présentent par elles-mêmes aucune gravité : la guérison s'effectue assez rapidement en trente à quarante jours par consolidation fibreuse ou

osseuse, la pseudarthrose qui n'est pas très rare, n'entraîne pas de troubles fonctionnels. Le chevauchement peut persister, sans amener aucun phénomène du côté des voies respiratoires, mais il peut gêner les mouvements du cou et déterminer même une flexion permanente de la tête en avant.

On a signalé des cas de suppuration du foyer de la fracture, complication à craindre lorsqu'il existe une plaie, mais, même lorsque la fracture est par elle-même à l'abri de toute infection, elle peut s'accompagner d'un hémo-médiastin, qui, lui, peut s'infecter et donner naissance à une médiastinite suppurée.

Les fractures du sternum sont surtout rendues plus graves par l'eistence fréquente de lésions des organes profonds du thorax ou de l'abdomen; c'est ce qui explique l'énorme mortalité de certaines statistiques, mais il ne faut pas oublier que dans ces cas, la solution de continuité sternale n'est plus qu'un épiphénomène.

Le diagnostic dans les fractures indirectes est, en général facile, lorsque l'on constate l'un des deux signes suivants : douleur vive en un point où n'a porté aucun traumatisme, déformation récente de la région sternale consistant en une saillie anormale ou en un écartement des fragments.

Au contraire, il est beaucoup plus difficile dans une fracture incomplète ou dans une fracture directe sans déplacement avec conservation des surtouts ligamenteux, que l'on peut confondre avec une simlple contusion : c'est, dans ces cas que l'examen radiographique devra venir préciser le diagnostic. Au surplus, dans l'immense majorité des cas, l'erreur ne présenterait pas une très grande importance, car presque toujours la guérison a lieu sans incidents.

Dans certains cas de fractures siégeant au voisinage de l'articulation de la poignée et du corps, le diagnostic entre luxation pure et fracture est fort difficile et même la plupart du temps impossible. D'après Maisonneuve, la saillie du fragment inférieur serait inégale et rugueuse dans la fracture, lisse et régulière dans la luxation, mais il faut bien reconnaître qu'il s'agit là d'une sensation bien difficile à percevoir à travers des parties molles gonflées et ecchymosées.

En ce qui concerne le traitement, s'il s'agit d'une fracture sans déplacement et à plus forte raison incomplète, il suffira d'immobiliser le thorax au moyen d'un bandage de corps, de calmer la douleur au besoin par une injection de morphine, et de surveiller les complications. S'il existe une fracture avec déplacement, l'intervention devra être dirigée suivant la symptomatologie ; s'il n'y a pas d'accidents de compression, le mieux sera de se conduire comme dans le cas précédent, car la persistance d'une légère difformité ne gêne nullement le malade, d'ailleurs la réduction se fait souvent d'elle-même, soit à la faveur d'un mouvement, soit au cours d'un violent accès de toux.

Mais, si au contraire, il existe des symptômes de quelque importance, il faudra essayer la réduction ; les procédés sont multiples, je ne vous les décrirai pas, tous ont d'ailleurs pour principe de faire de l'extension de la colonne vertébrale et de tirer ainsi sur les deux fragments, sur lesquels le chirurgien agit, en outre, directement.

La réduction est, en général très facile, mais plus difficile à maintenir : la position donnée à la tête est surtout importante pour empêcher la reproduction du déplacement, elle doit être maintenue en extension.

Lorsque la réduction est impossible, et qu'il existe des troubles fonctionnels persistants, on est autorisé à recourir à l'intervention sanglante, c'est-à-dire à inciser les parties molles, au devant du foyer de fracture et à réduire à ciel ouvert, en réséquant au besoin un segment osseux. Cette conduite est de beaucoup préférable à celle de Nélaton et de Malgaigne qui consistait à attirer le fragment enfoncé avec un poinçon ou avec un crochet.

Il est bien évident que si la fracture est compliquée de plaie, l'intervention devra être immédiatement pratiquée, consistant en nettoyage du foyer et en ablation des esquilles.

◆◆◆◆◆

LES TRAVAUX SUR LA TUBERCULOSE EN 1927

Une lettre du professeur Calmette

Monsieur le professeur A. CALMETTE, *sous-directeur de l'Institut Pasteur, nous adresse la lettre suivante :*

29 février 1928,

Monsieur le Rédacteur en chef
et honoré Confrère,

Le nº 8 *bis* du *Concours médical* (22 février 1928) a publié un article dont l'auteur est M. Albert Vaudremer. Il est intitulé : « *Les travaux sur la tuberculose en* 1927. *Faits, déductions, hypothèses.* »

Dans cet article, certains faits sont inexactement rapportés.

Je vous serais donc très reconnaissant de vouloir bien accueillir et insérer dans votre plus prochain numéro les rectifications qui suivent :

1º *Tuberculose transplacentaire* (p. 529, 2e colonne, ligne 6). M. Vaudremer attribue à Arloing et Dufourt les premiers faits expérimentaux démontrant le passage d'éléments filtrables du bacille de Koch à travers le placenta, et, par conséquent la possibilité de l'infection intra-utérine des produits de gestation des femelles tuberculeuses. Or, il n'ignore certainement pas que ma première communication sur cet important sujet a été faite à l'Académie des Sciences le 19 *octobre* 1925 tandis que celle d'Arloing et Dufourt est du 9 *novembre suivant* (1).

2º *Vaccination antituberculeuse du nouveau-né* (p. 532 et 533), M. Vaudremer écrit ce qui suit :

« Au 1er décembre dernier, 3.808 enfants de moins d'un an étaient vaccinés. Chez ceux-ci la mortalité causée par les maladies générales était de 3,9 p. 100 et la mortalité tuberculeuse de 0.9. Pendant la période correspondante, la statistique de mortalité des nouveau-nés en France a donné le nombre de 8,5 p. 100 pour les morts par maladie générale et de 26 p. 100 *pour les enfants surveillés par les dispensaires.* »

Or, les chiffres que j'ai publiés sont les suivants (2) :

Sur 3.808 enfants vaccinés depuis moins d'une année au 1er décembre 1927, on avait compté 118 décès dont 31 par maladies présumées tuberculeuses. Leur mortalité générale (par toutes causes de maladies) était donc de 3,1 p. 100, alors qu'en France la mortalité générale des *non vaccinés*, avec ou sans contact tuberculeux, est de 8,5 p. 100 nés vivants.

(1) M. Vaudremer a rectifié spontanément lui-même dans le nº 11, page 716. (N. D. L. R.)

(2) Voir *Bulletin* de l'Acad. de Médecine, janvier 1928 et *Annales de l'Institut Pasteur*, vol. XLII, janvier 1928, p. 1.

La mortalité générale de 0 *à* 1 *an est donc de plus de moitié moindre chez les vaccinés en contact tuberculeux que chez les non vaccinés avec ou sans contact.*

Pour ces 3.808 *enfants en contact tuberculeux et vaccinés*, la mortalité *par maladies présumées tuberculeuses* jusqu'à un an a été de 0,9 p. 100 (34 décès), alors que cette mortalité pour les enfants *non vaccinés* vivant dans les mêmes conditions de contact tuberculeux, varie de 24 p.100 (minimum des enfants surveillés par les dispensaires et les institutions antituberculeuses), à 70 et même 80 p. 100 !

M. Vaudremer écrit ensuite :

« M. Calmette, ayant plus tard atténué sa restriction première, a étudié la vaccination des enfants de un à trois ans. Ceux-ci, au nombre de 1941, étaient en contact avec des tuberculeux. Au 1er décembre 1927, 917 parmi les vaccinés étaient âgés de deux à trois ans et demi. Aucun décès par maladies tuberculeuses ne s'est produit parmi eux. »

Les chiffres cités sont exacts, mais il ne s'agit pas de vaccinations faites sur des enfants de *un à trois ans.* Ces chiffres se rapportent à 1941 enfants âgés de un à trois ans et demi, *qui ont été vaccinés à leur naissance, dans les dix jours suivant celle-ci.* J'ignore quelle restriction M. Vaudremer invoque. Je n'ai rien atténué ni rien modifié dans la technique que j'ai précisée en juillet 1924.

Plus loin (même colonne, paragraphe 6) M. Vaudremer ajoute que la vaccination des nouveau-nés est combattue par les auteurs viennois et allemands, et aussi certains auteurs suisses, en particulier par Taillens, professeur de Clinique infantile à Lausanne.

Les auteurs viennois visés par M. Vaudremer sont les professeurs R. Kraus et Gerlach qui, effectivement, en 1926, à la suite de leurs premières expériences sur les petits animaux sensibles à la tuberculose, avaient cru constater que le BCG, inoculé à fortes doses dans le péritoine ou dans les veines, détermine des lésions tuberculeuses. Mais d'autres expériences, qu'ils ont loyalement publiées depuis, leur ont fait reconnaître qu'il s'agit là de lésions non réinoculables et qui, si on conserve les animaux qui les présentaient, *guérissent toujours spontanément*, sans laisser même de traces de sclérose dans les organes.

Bruno Lange, de l'Institut Robert Koch, à Berlin, a récemment montré que le BCG est, en effet, dépourvu de virulence pour les espèces ani-

males sensibles à la tuberculose. A. Ascoli à Milan, Silbersmith à Zurich, Malvoz et Van Beneden à Liège, Van Loghem à Amsterdam, L. Cummins, Stanley-Griffith en Angleterre, W. Park à New-York, la Commission ukrainienne d'expériences sur le BCG à Kharkoff, etc., ont fait la même démonstration.

M. Vaudremer s'étend complaisamment sur l'article publié par Taillens dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (25 décembre 1927), qui ne renferme aucun fait d'observation personnelle autre que celui relatif à un enfant né d'un père tuberculeux, âgé de six mois, qui serait mort de méningite tuberculeuse à Lausanne, mais dont l'autopsie n'a pas été faite. Or cet enfant avait été vacciné avec le BCG, mais, dans des conditions incorrectes, les 9e, 11e et 13e jours après sa naissance, alors qu'on sait que la vaccination *per os* doit toujours être achevée au plus tard le 10e jour.

Dans son article, Taillens réédite les erreurs d'interprétation des premières expériences sur les animaux de R. Kraus et Gerlach, sans indiquer que l'opinion de ces savants s'est, depuis, tellement modifiée qu'ils ont eux-mêmes proposé aux autorités sanitaires autrichiennes d'autoriser (ce qui a été fait), la vaccination des nouveau-nés par le BCG. Il cite, en outre, une expérience de Galli-Valerio (de Lausanne) qui porte seulement sur deux cobayes lesquels, après avoir été injectés avec du BCG, sont morts l'un en 16 jours, l'autre en 70 jours avec des lésions tuberculeuses. Mais les organes de ces cobayes, réinoculés à des cobayes neufs, sont morts plus tard sans présenter de lésions tuberculeuses folliculaires et sans qu'on ait pu, à leur autopsie, retrouver des bacilles ! Il ne s'agissait donc pas, dans cette unique expérience de Galli-Valerio, d'autre chose que d'une constatation analogue à celles qui, au début avaient fait croire à R. Kraus et à Gerlach que le BCG était doué de virulence.

Mon collaborateur Weill-Hallé, a d'ailleurs répondu lui-même à Taillens et cette réponse doit paraître dans le prochain numéro de la *Revue médicale de la Suisse romande*. Elle établit que, contrairement à ce que dit Taillens, les enfants vaccinés au BCG ne sont nullement chétifs et délicats et qu'ils se développent très normalement. J'ajoute que beaucoup de confrères nous ont même signalé que les enfants *vaccinés* résistent beaucoup mieux aux maladies intestinales que les *non vaccinés*.

Enfin (p. 553, 1re colonne, paragraphe 4), M. Vaudremer écrit :

« Ainsi, arrivée à la croisée des chemins, nous, les praticiens, à qui incombe le devoir de décider, que ferons-nous ?

« Calmette a fait lui-même la réponse à cette question en joignant aux ampoules de BCG délivrées au médecin, une notice où il est conseillé d'employer le vaccin dans les milieux infectés. En milieu sain, il restera toujours à mettre en œuvre les règles prophylactiques habituellement requises et à surveiller le terrain morbide. »

Or, tout ceci est inexact. Voici ce qu'on peut lire dans la notice qui accompagne chaque boîte de trois doses de BCG :

Cette ingestion est absolument inoffensive. Elle ne détermine aucun trouble de la digestion, ni aucun malaise. Il n'y a aucun inconvénient, ni danger, à vacciner contre la tuberculose par le BCG les nouveau-nés de parents sains. Cette vaccination offre l'avantage de les mettre à l'abri d'une infection accidentelle toujours possible.

J'en ai dit assez pour redresser les erreurs de l'article de M. Vaudremer en ce qui concerne les travaux qu'avec mes collaborateurs j'ai publiés sur l'*ultravirus tuberculeux* et sur *la vaccination préventive des nouveau-nés par le BCG.*

La documentation apportée par le reste de l'article nécessiterait bien d'autres rectifications, mais ceux de nos confrères qui suivent les travaux expérimentaux publiés au cours de ces dernières années sur la biologie du bacille tuberculeux sont certainement en mesure de se faire eux-mêmes une opinion. La vérité finit toujours par s'imposer. J'ai désiré seulement affirmer aux médecins praticiens qu'ils peuvent continuer à faire confiance au BCG, dont l'efficacité apparaît évidente, et dont l'innocuité est parfaitement établie par plus de 70.000 vaccinations déjà effectuées en France à la date du 1er mars 1927 et par un nombre à peu près égal de vaccinations pratiquées dans beaucoup d'autres pays.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef et honoré collègue, l'assurance de mes sentiments les plus distingués,

Dr A. Calmette,
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine,
Sous-directeur de l'Institut Pasteur

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL EN 1927

A propos du Mickulicz.

Notre distingué collaborateur et ami Raphaël MASSART, auteur du « Mouvement chirurgical » publié dans le nº 8 *bis* du *Concours médical*, a reçu de M. le professeur Jean-Louis FAURE, une remarque relative au Mickulicz, et à la formule par laquelle il concluait son exposé.

Cette formule , pour être tout à fait complète, ainsi que le fait observer M. le professeur J.-L. Faure, doit s'énoncer ainsi :

« *A chacun, selon sa patience, son adresse, sa virtuosité, son habileté opératoire, son tempérament chirurgical, et l'état d'*INFECTION DES MALADES QU'IL OPÈRE AU LIEU DE LES LAISSER MOURIR. »

N. D. L. R.

ANATOMIE COMPARÉE

Anatomie comparée du cerveau (1)
Encéphale envisagé dans son ensemble. Télencéphale.

Par R. ANTHONY,

Professeur au Muséum National d'Histoire naturelle et à l'Ecole d'Anthropologie,
Directeur de l'Ecole des Hautes Etudes,
Secrétaire général de la Société d'Anthropologie de Paris.

M. le professeur Anthony a réuni en un beau volume, illustré de 234 figures, les leçons d'anatomie comparée du cerveau qu'il a faites au Muséum d'histoire naturelle et à l'Ecole d'anthropologie.

Son but, affirme-t-il, était d'écrire une introduction, non pas à l'étude, puisque l'ouvrage ne s'adresse qu'à des lecteurs connaissant les données classiques de l'anatomie cérébrale, mais à la compréhension de la morphologie télencéphalique des mammifères en général et des primates en particulier.

Le professeur Anthony, utilisant des travaux antérieurs et ses propres recherches, a cherché à apporter quelques lumières à un ensemble de problèmes réputés parmi les plus difficiles de l'anatomie. Il n'a pas la prétention d'avoir dissipé toutes les obscurités, mais il a mis en relief les lacunes qu'il reste à combler pour bien comprendre la morphologie du télencéphale mammalien. Il reste encore beaucoup à faire et le professeur Anthony, en véritable savant, s'est bien gardé de vouloir donner au lecteur, dans son livre, l'illusion d'une œuvre définitive.

L'auteur a eu la touchante inspiration de dédier son travail au regretté prof. Manouvrier, qui fut son maître et son ami.

Un livre de la valeur de l'*anatomie comparée du cerveau*, qui est l'expression de vingt années d'études, où sont accumulés de précieux et nombreux documents, ne saurait être analysé en quelques lignes et ce serait en donner une idée très fausse au lecteur. Nous nous contenterons d'en exposer le plan.

Après avoir dans un chapitre préliminaire rappelé la constitution du système nerveux (neurone, système cérébro-spinal et système sympathique) M. Anthony aborde l'étude de l'encéphale envisagé dans son ensemble chez les divers mammifères. Chemin faisant, il consacre un intéressant chapitre au poids de l'encéphale, poids absolu et poids relatif de Cuvier (rapport entre le poids total de l'animal et le poids absolu de l'encéphale) et il donne de longues listes de ces poids. Puis il aborde le problème délicat de l'interprétation du poids de l'encéphale pour apprécier numériquement les facultés intellectuelles et expose les procédés de Manouvrier et de Dubois et les observations de Ch. Richet sur les chiens.

La question du poids de l'encéphale suivant les sexes le retient et il conclut avec Manouvrier que la femme n'a pas besoin d'une masse cérébrale aussi grande que l'homme pour jouir d'une intelligence égale et que rien, en somme, ne nous autorise à penser que l'intelligence des femmes, pour différente qu'elle apparaisse, soit plus ou moins élevée que celle des hommes.

L'examen du développement pondéral de l'encéphale permet de constater que la croissance cérébrale se fait chez l'homme par poussées au sixième ou septième mois de la vie intra-utérine, puis, que son accroissement est lent jusqu'à la naissance où une nouvelle poussée se manifeste ; l'accroissement continue alors à se faire régulièrement jusqu'à sept ans où l'encéphale humain n'est pas loin de son poids définitif qu'il

(1) G. Doin et Cie, édit., 8 place de l'Odéon. Paris, 1928.

atteint lentement à 15 ans. Il n'y a aucune différence sur ce point dans les deux sexes. Chez les anthropoïdes, il semble que l'encéphale atteigne sa taille définitive plus tôt que chez l'homme.

L'étude de l'indice de valeur cérébrale que M. Anthony et Mlle Coupin ont établi, permet de constater que la femme conserve mieux que l'homme, pendant la période de décrépitude, l'intégrité de ses fonctions intellectuelles.

Enfin en faisant l'analyse du poids encéphalitique, en interprétant les pesées de Broca, les recherches de Manouvrier, de Meynert et de Sappey, M. Anthony constate que si l'on représente par 100 la masse de l'encéphale chez l'homme, les hémisphères y entrent pour 87 parties, le cervelet pour 11 et le reste pour 2 et que l'on peut donc sans faire une grosse erreur, apprécier l'intelligence en considérant l'encéphale tout entier au lieu du seul télencéphale.

M. Anthony étudie ensuite le *télencéphale* ou cerveau dans son ensemble. Il y distingue trois parties : 1° le *rhinencéphale* qui répond aux fonctions olfactives et peut-être gustatives et dont l'importance diminue considérablement chez les singes et surtout chez l'homme ;

2° Le *neopallium* qui forme la surface du cerveau en dehors du rhinencéphale et atteint chez les mammifères son maximum d'importance

3° Les *noyaux gris centraux.*

La forme du télencéphale donne lieu à d'intéressantes comparaisons qui tendent à démontrer qu'en augmentant de volume par rapport à la grandeur du corps, le cerveau prend de plus en plus la forme sphérique. L'homme d'ailleurs a son télencéphale beaucoup plus développé par rapport à sa masse somatique que n'importe quel mammifère. Symétriques chez les mammifères et même les anthropoïdes, les hémisphères sont dysymétriques chez l'homme, l'hémisphère gauche est légèrement plus développé (Manouvrier). Cette dysymétrie existait chez les hommes de la race de Néanderthal. L'on constate chez les primates et chez l'homme une augmentation progressive dans tous les sens du volume de la région antérieure du cerveau.

L'auteur étudie ensuite le *rhinencéphale*, son caractère régressif chez les mammaliens, la structure de son cortex, surtout chez l'homme, et établit que le cortex hippocampien et celui du lobe piriforme sont les véritables centres de l'olfaction. Cette étude du rhinencéphale, trop complexe pour pouvoir être analysée, est exposée avec toute la clarté désirable grâce à un grand nombre de figures schématiques.

L'examen du *neopallium*, qui fait suite, montre que, chez les vertébrés, son développement est en rapport direct avec la régression du rhinencéphale. Les plissements caractérisent la surface du neopallium et forment les circonvolutions. L'importance de ces plissements qui est en général mais non toujours (ex. du lamantin) en rapport avec le volume du cerveau, est proportionnelle à la supériorité intellectuelle de l'animal.

Les sillons du neopallium et leur développement sont l'objet d'une étude minutieuse dans les différentes espèces et M. Anthony constate que l'intelligence étant supposée égale, le neopallium est d'autant plus plissé que le cerveau est plus volumineux et ce dernier est d'autant plus volumineux, que la masse du corps est plus considérable. L'auteur examine tour à tour la région de la motricité volontaire (chez l'homme circonvolution frontale ascendante, moitié postérieure de la circonvolution frontale supérieure, racines des circonvolutions frontales moyenne et inférieure, lobe paracentral à l'exception de sa partie toute postérieure), la région de la sensibilité générale osseuse, musculaire, articulaire, tactile, thermoalgésique (chez l'homme, circonvolution pariétale ascendante, moitié antérieure du précuneus, extrémité postérieure du lobule paracentral, partie moyenne du gyrus callosus), la région visuelle, la région auditive (première circonvolution temporale), la région frontale. Adoptant une opinion moyenne dans la question si controversée du siège du psychisme, M. R. Anthony admet que le psychisme supérieur aurait son siège dans le cortex tout entier mais que la région frontale aurait pourtant une signification particulièrement intellectuelle.

Le système conducteur du neopallium et le trajet des voies neopalléales, les voies de projection descendantes (voies de motricité volontaire, principale et accessoire, voies motrices du centre visuel, du centre auditif), les voies ascendantes (sensibilité générale, vision, audition, gustation), les voies d'association, les voies commissurales sont tour à tour décrites.

Enfin les noyaux gris centraux du télencéphale (corps striés formés du noyau caudé et du noyau lenticulaire, noyau amygdalien, claustrum) sont l'objet d'un dernier chapitre, assez court car la connaissance de ces noyaux gris n'est qu'à ses débuts.

L'on peut juger, par cette ébauche d'analyse, du travail considérable que résume l'ouvrage magistral du prof. Anthony. Rappelons que la Société d'anthropologie de Paris a attribué à l'*Anatomie comparée du cerveau* le prix Joséphine Juglar (pour 1927) qui s'élève à 8.000 francs et que M. Anthony s'est généreusement empressé d'en verser le montant dans la caisse de la Société pour lui permettre de développer son *Bulletin* et faire face aux frais de ses publications.

J. Noir.

L'ENTRAINEMENT RESPIRATOIRE PAR LA MÉTHODE SPIROSCOPIQUE

Dr J. PESCHER.

A celui qui oserait douter que la fonction respiratoire soit la plus importante de toutes les fonctions de l'organisme, il devrait suffire, j'imagine, de rappeler que le premier acte de l'enfant qui jaillit hors du sein maternel est une profonde et bruyante inspiration, par quoi débute la vie, tandis qu'à l'autre pôle, l'homme qui meurt achève son existence par un acte ultime, le dernier soupir.

L'homme peut vivre longtemps sans manger ; combien de temps résistera-t-il à la privation de la respiration ?

L'importance de la fonction respiratoire, toute démontrée qu'elle soit, ne s'impose cependant pas avec assez de force à l'esprit pour que nous prenions d'elle tous les soins qu'elle réclame. Si les profanes sont rares, qui s'attachent à entretenir, par une gymnastique appropriée, à perfectionner le jeu de leurs poumons, les médecins qui pensent, en présence d'un sujet qui fait appel à leurs lumières pour toute autre chose qu'une affection broncho-pulmonaire, à l'insuffisance respiratoire et à ses conséquences, ne sont pas légion.

Il en est, parmi eux, toutefois, qui ont acquis une telle conviction des méfaits qui procèdent d'une respiration insuffisante, et des bienfaits d'une large amplitude de la cage thoracique entraînant, à chaque inspiration, une aération suffisante des poumons, qu'ils consacrent une grande partie de leur temps à tenter de faire passer leur conviction dans l'esprit de leurs confrères, et de mettre entre leurs mains une méthode pratique, et intéressante tout ensemble, pour réaliser cette aération optima. Leur expérience a tellement fortifié en eux cette conviction qu'ils ne laissent jamais échapper la moindre occasion de faire du prosélytisme en faveur de cette méthode, et de prendre ainsi figure d'apôtres.

C'est le cas de notre excellent confrère et ami, le Dr J. PESCHER, qui vient de publier la deuxième édition de son ouvrage sur l'Entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique (1).

Vous connaissez l'essentiel de la méthode, la rudiment de l'appareil qui sert à la mettre en pratique : *le procédé de la bouteille* : « Une bouteille remplie d'eau, renversée le goulot en bas, dans une cuvette d'eau, par le fait de la pression atmosphérique, ne se vide pas, bien que débouchée. Pour la vider, il faut insuffler dans son intérieur, à l'aide d'un tube quelconque, un volume d'air égal au volume d'eau qu'elle contient ; mais toute insufflation (expiration) étant précédée pratiquement d'une inspiration au moins égale, on conçoit qu'il est facile, en prenant des récipients de capacité croissante et en multipliant les insufflations, de faire de la gymnastique respiratoire avec l'intensité qu'on veut... » (p. 31).

Le spiroscope n'est qu'un perfectionnement scientifique de ce procédé de la bouteille.

L'ouvrage du Dr Pescher est divisé en six grandes parties dont je me bornerai à signaler les titres : 1° technique ; 2° la fonction respiratoire ; 3° applications pratiques en hygiène et en prophylaxie ; 4° applications pratiques en médecine infantile ; 5° applications pratiques en médecine générale ; 6° applications pratiques en chirurgie.

La spiroscopie est d'autant plus recommandable que, pour les enfants, elle constitue une sorte de jeu dans lequel l'émulation est sollicitée assez puissamment pour réaliser l'objectif cherché : l'entraînement. Un traitement qui est en même temps un amusement, c'est l'idéal. Et ce qu'il est permis de déplorer, c'est qu'il ne soit pas mieux connu et plus répandu.

Que le livre de Pescher bénéficie de la diffusion qu'il mérite, et les adeptes de sa méthode ne lui feront pas défaut.

Le chapitre suivant, que j'en extrais, donnera, j'ose l'espérer, aux lecteurs du *Concours médical*, le goût d'en savoir davantage.

G. DUCHESNE.

CHAPITRE II

Exercices spiroscopiques et prophylaxie.

....

On ne saurait trop rappeler que les troubles et insuffisances respiratoires — contrairement à l'opinion courante — s'établissent, le plus souvent, d'une manière fort insidieuse et qui passe inaperçue. Le fait est facile à expliquer : la capacité respiratoire moyenne d'un homme adulte oscille entre 3 lit. 1/4 et 3 lit. 3/4 ; celle de la femme va de 2 lit. 3/4 à 3 lit. 3/4. Or, à chaque mouvement respiratoire, nous n'avons besoin de faire passer dans nos poumoons qu'un demi-litre d'air.

La capacité vitale peut être réduite de moitié et plus sans que, *au repos*, nous nous en apercevions.

On ne sera essoufflé qu'au moment *des efforts*, c'est-à-dire quand on aura à faire appel à un plus grand rendement des poumons ; on considérera, dans ce cas, la gêne respiratoire momentanée comme tout à fait naturelle et l'idée de consulter un médecin ne viendra même pas.

Mais, suivons les événements !

L'inertie respiratoire, une fois installée, n'a plus

(1) N. Maloine, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

aucune tendance à s'arrêter ; bien au contraire, elle envahit, de proche en proche, des zones de plus en plus larges du parenchyme pulmonaire. L'essoufflement devient constant, même au repos.

Les malades songent alors, bien tardivement, à demander conseil.

Mesurez leur capacité respiratoire. Vous aurez des surprises :

Voici un enfant qu'on vous présente comme atteint d'anémie simple. Il a perdu la moitié de sa respiration !

Cette malade, un peu essoufflée mais qui ne vient pas pour cela, qui veut simplement vous consulter pour des troubles d'estomac, a perdu les 2/3 de sa capacité vitale !

Tel autre se croit atteint d'une affection cardiaque. Il n'a rien au cœur, mais la moitié inférieure de chaque poumon est en état complet d'inertie !

J'ai à cet égard des observations fort intéressantes de malades que le professeur Vaquez avait bien voulu me confier et qui ont vu leurs troubles peu à peu s'atténuer et disparaître sous l'influence de l'entraînement spiroscopique gradué.

La conclusion s'impose donc :

Pensez à l'insuffisance respiratoire ; pensez-y même quand rien ne vous autorise à la supposer.

Dans l'examen de vos malades, rendez-vous compte de ce que vaut la capacité respiratoire, comme vous auscultez ; cela prend deux minutes et donne des renseignements précis qui, bien souvent, modifient de la manière la plus heureuse le traitement à instituer.

Quant à la direction même de l'entraînement, je n'ai rien à en dire ici de spécial, le *modus faciendi* ayant été complètement exposé au chapitre III, première partie.

Une bonne respiration maintient le sujet en état constant d'euphorie. C'est la meilleure situation pour se garer des maladies ; les défenses organiques — insoupçonnées autrefois — si bien étudiées aujourd'hui, sont prêtes à intervenir au premier appel. Chaque organe donne, dans l'harmonie de l'ensemble, son plein rendement. Le cerveau, irrigué par un sang bien oxygéné, distribue partout abondamment l'influx nerveux. L'organisme est en confiance, si je puis dire. On se sent dispos et robuste avec une provision de forces dépassant de beaucoup les besoins courants. Le mal n'a aucune prise en pareil cas. Cet état est proprement le contraire de la dépression, des asthénies diverses, du pessimisme, de l'état de *minoris resistentiæ* pourvoyeur de maladies, et de ce qu'on appelait autrefois l'*opportunité morbide*, expression fatidique, prononcée avec gravité, comme il sied pour quelque chose de sérieux, d'inconnu et même d'un peu mystérieux.

Nous savons aujourd'hui qu'être en état d'*opportunité morbide*, c'est *déjà* être malade : défenses insuffisantes ou désorganisées, troubles fonctionnels graves, parmi lesquels figure, on peut dire toujours, car les faits le vérifient sans cesse, l'insuffisance respiratoire.

En la dépistant et en la combattant, sans négliger le reste, bien entendu, on fera la meilleure des prophylaxies.

Le 24 janvier 1925, j'ai fait, à la Société de Médecine de Paris, une communication intitulée : « Entraînement respiratoire, prophylaxie et thérapeutique. »

Je faisais remarquer que, grâce aux progrès de l'Hygiène et de la Prophylaxie, qui n'en sont encore cependant qu'à l'extrême début de leur développement, un bon nombre de maladies ont déjà disparu des cadres nosologiques.

On peut affirmer que neuf sur dix des autres affections que nous avons encore à soigner disparaîtront de même peu à peu.

Il suffit pour cela de ne pas laisser la maladie *s'installer*. Hormis les traumatismes et quelques autres cas tout à fait exceptionnels, *il est hors de doute que toute maladie constituée est, non pas le premier, mais le dernier acte du drame.*

Il y a, avant toute maladie, un « état préalable », comme dit Léopold-Lévi, qui peut durer fort longtemps. Ce n'est pas encore la maladie, mais ce n'est déjà plus la santé.

Cet état est caractérisé, soit par un *affaiblissement organique, sur lequel Pasteur avait beaucoup insisté* (malheureusement on a oublié cette partie de son enseignement), soit par des troubles fonctionnels plus ou moins importants et nombreux qui, hélas ! ne font partie en aucune manière de l'enseignement médical actuel.

C'est grand dommage, car on serait tout puissant si on savait intervenir à cette période de pré-maladie.

Il faut de toute nécessité que la médecine de l'avenir soit orientée dans ce sens.

Il y a longtemps qu'on y pense ; mais cette velléité est restée platonique jusqu'ici.

Mon ami le Dr Natier, vétéran de la prophylaxie, rappelle le vieil adage : *Principiis obsta...*

Rosenthal, en esprit avisé, réclame le « baccalauréat sanitaire ».

Un client ne se plaignant d'aucun trouble, mais soucieux de sa santé à venir, est allé prier le Dr Kouindjy de l'examiner à fond pour voir s'il n'avait à craindre aucune menace...

Les Américains ont fondé de nombreuses sociétés, notamment l' « Extension Life Institute » où l'on ne s'occupe pas de guérir les maladies, mais de les prévenir.

Autant de signes des temps. On prévient les maladies en empêchant la dépression organique et en corrigeant, dès qu'ils se manifestent et quels qu'ils soient, tous les troubles fonctionnels en tête desquels et par ordre d'importance se trouvent, à coup sûr, les déficiences respiratoires.

C'est pourquoi, dans un article de la *Presse médicale*, en date du 22 juillet 1918, j'écrivais ce qui suit et ne cessera d'être vrai : « L'entraînement respiratoire gradué et progressif, sagement conduit, et pratiqué pendant un temps suffisamment long, augmente

dans une large mesure, la vitalité générale et *fait acquérir aux poumons des qualités de résistance de valeur incomparable.*

Aujourd'hui, — et après combien de discussions — on exige que tout candidat au moindre emploi public ait été vacciné. D'autres fois la taille, le périmètre thoracique, la vue, l'ouïe doivent répondre à certaines conditions requises : *pourquoi n'exigerait-on pas de même, pour chaque postulant, une capacité respiratoire minima en rapport avec l'âge ?* Cela obligerait tous les enfants à s'entraîner pour le plus grand bien de leur santé générale. Les exercices de respiration font bien partie du programme des écoles, mais il suffit d'ouvrir les yeux pour constater qu'ils sont faits trop vaguement, sans entrain, sans but déterminé et sans vérification.

En stimulant maîtres et enfants par l'obligation de fournir des résultats contrôlés et précis, exigés comme indispensables, on aurait fait un très grand pas — des milliers d'observations le prouvent — dans la prophylaxie d'une foule de maladies et particulièrement de la tuberculose.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Urticaire géante observée chez un morphinomane à chaque tentative de sevrage ; étude biologique et thérapeutique du phénomène.

L'observation de MM. E. Joltrain, D. Morat et J. Ley est rapportée en détails. Pendant la convalescence de désintoxication de ce malade, de nombreuses thérapeutiques sont tentées contre l'urticaire sans résultats bien nets. L'autohémothérapie est la seule médication qui donne des résultats appréciables sans aboutir à la guérison. Bientôt le même cycle se reproduit, retour à l'alcool, réapparition des douleurs névritiques et troubles hépatiques, augmentation de l'urticaire et de la morphine.

Le 6 mai 1926, le patient entre à nouveau dans une clinique ; l'urticaire persiste avec des poussées très violentes ; le malade est désespéré et pense constamment au suicide. Dès son entrée, suppression de l'alcool et régularisation des doses de morphine et du nombre des injections. Sans augmenter sensiblement l'urticaire qui persiste, on peut descendre de 12 centigr. en vingt-quatre heures à 7 centigr. ; mais, c'est la dose limite, et dès qu'on essaye de diminuer encore, on crée un déséquilibre violent qui se manifeste par une forte poussée urticarienne, qui ne peut être arrêtée qu'en injectant au malade une dose de morphine supérieure à la dose ordinaire de 7 centigr. Plusieurs essais sont faits avec les mêmes résultats une fois même la crise urticarienne est tellement forte qu'elle provoque un œdème de la glotte des plus dramatiques.

Au cours d'une hospitalisation ultérieure, après de nouveaux cycles habituels, on eut l'idée d'associer quotidiennement 0 gr. 20 de gardénal à 1 milligr. de pilocarpine, mais on ne put cette fois descendre au bout de vingt-quatre heures au-dessous de 0,10 centigr. Etant donné que la pilocarpine excite le vague, et que le gardénal inhibe le vague, on eut l'idée de remplacer le gardénal pour un autre inhibiteur du pneumogastrique, le bromhydrate de scopolamine injecté au malade d'abord à doses de trois dixièmes de milligramme, ensuite de cinq dixièmes de milligramme chaque jour. L'effet en fut immédiat ; dès le troisième jour, on put reprendre la diminution de la morphine, le malade ne présentant plus comme crise urticarienne qu'une rougeur très fugace, sans la moindre difficulté, mais en continuant encore pendant une semaine les injections de scopolamine. Celle-ci fut à son tour supprimée sans le moindre incident dans les jours suivants.

Cet ensemble thérapeutique montre le déséquilibre total du système neuro-végétatif, puisque le meilleur résultat a été obtenu par l'association de médicaments antagonistes. Il ne faut pas oublier cependant que le terrain subsiste et que ce malade, actuellement équilibré et guéri, est encore exposé aux rechutes.

Il n'est pas de meilleur exemple d'un déséquilibre complet neurotonique et humoral et c'est, à ce titre que cette observation comporte de multiples enseignements. (*La Presse médicale*, 9 novembre 1927.)

Le traitement du tabès par le paludisme expérimental.

Les premiers travaux de Wagner-Jauregg ont fait connaître les résultats favorables de l'impaludation expérimentale dans la paralysie générale ; puis, les psychiatres ont essayé ce procédé dans les autres formes de la syphilis nerveuse, et, en particulier, dans le tabès. Aux médications spécifiques, arsenicale, bismuthique ou mercurielle, on a associé les méthodes de choc pyrétogènes, par le lait, les vaccins divers, la tuberculine, le nucléinate de soude, le phlagétan, méthodes de choc dont l'impaludation expérimentale ne semble être que la modalité la plus active.

La technique est toujours la même : injection sous-cutanée de 3 à 5 cent. c de sang d'un sujet

atteint de fièvre tierce bénigne non traité. L'examen complet du malade avant l'inoculation, en particulier de l'appareil vaso-vasculaire, est indispensable, car les accidents d'insuffisance cardiaque sont les plus fréquents au cours du paludisme expérimental. On peut l'appliquer même aux tabétiques cachectiques, en le faisant précéder d'une cure de repos avec injections de cacodylate de soude et de strychnine, et en morcelant le traitement. On laisse, par exemple, dit H., SCHAEFFER, le patient avoir quatre accès fébriles, que l'on arrête ensuite par la quinine, suivi d'un repos de quelques semaines avec traitement novarsenical. Une nouvelle inoculation est pratiquée et plusieurs cures analogues, ainsi morcelées, peuvent être faites successivement. Le nombre des accès devra être en moyenne de 10 à 12 accès. Un traitement novarsenical ou bismuthique devra toujours suivre l'infection palustre. Dans les cas de tabès rebelles au traitement, plusieurs inoculations, séparées par des périodes de repos, pourront être nécessaires.

Comparant l'action de la malariathérapie associée au traitement spécifique, et celle du traitement spécifique isolé, on peut dire qu'ils donnent des résultats comparables dans leurs grandes lignes. Il semble cependant qu'en présence d'une affection chronique comme le tabès, dont l'évolution en dehors de toute thérapeutique est si variable suivant les malades, qui réagit si différemment au traitement suivant les cas, il convient d'être extrêmement prudent dans l'interprétation des résultats, et que le recul du temps n'est pas encore suffisant pour apporter une opinion globale et définitive sur la valeur respective des deux méthodes. Certaines manifestations, comme les crises viscérales, si résistantes d'habitude au traitement spécifique isolé, ont été celles qui ont été le plus sensibles à la malariathérapie, et dans une large mesure. L'avenir permettra sans doute, grâce à l'apport de faits nouveaux, de préciser de nouvelles indications.

Il paraîtrait plus logique d'employer la malariathérapie comme préventif du tabès et de la paralysie générale, à la fin de la première ou au commencement de la deuxième année de l'infection, quand la rachicentèse permet de déceler dans la majorité des cas l'atteinte du système nerveux central par la présence d'une réaction méningée.

Bref, l'association du traitement spécifique à la malariathérapie est susceptible de donner des résultats supérieurs à celui du traitement spécifique isolé dans les formes de syphilis nerveuse et en particulier dans le tabès. Elle paraît avoir une action particulièrement efficace sur les douleurs lancinantes, les crises gastriques, l'état général qu'elle améliore, ainsi que l'incoordination dans les tabès récents. Son action sur les symptômes objectifs, les troubles des réflexes, les modifications humorales, est beaucoup plus limitée, encore qu'elle ne soit pas nulle. (*La Presse médicale*, 2 juillet 1927.)

Arrêt rapide des hémorragies génitales de la femme par des injections de solution concentrée de citrate de soude.

Dans leurs observations, quelle que soit la cause qui a produit les hémorragies génitales, S. TZOVARU et D. MAVRODIN croient pouvoir affirmer que les résultats obtenus par cette nouvelle médication ont été supérieurs à toutes les autres thérapies connues jusqu'à présent. Cette méthode, de plus, est non seulement efficace et prompte, mais la persistance des résultats et son innocuité sont vraiment remarquables.

La solution employée est la suivante : citrate de soude 30 gr., chlorure de magnésium 10 gr., eau distillée stérilisée 100 cmc. La solution doit être fraîchement préparée. Les auteurs préfèrent la voie endoveineuse à la voie intra-musculaire. La dose à injecter en une seule fois a varié entre 10-25 et même 30 cmc., selon le poids de la malade, la quantité de sang perdu et l'état de la malade. Si, quelques heures après on n'obtient pas les effets désirés, on peut répéter l'injection encore une ou deux fois, à un intervalle plus ou moins grand, sans le moindre inconvénient.

Le citrate de soude est réellement toxique ; d'autre part, il n'agit à titre hémostatique qu'en forte concentration. Aussi peut-on observer certains troubles : angoisse, malaises, petitesse du pouls, céphalée, saveur métallique, secousses électriques dans les membres inférieurs et le corps. Mais, ces désordres sont généralement rares et de courte durée ; si l'on pousse lentement le liquide dans la veine, tous ces troubles peuvent être facilement évités.

Le citrate de soude semble agir sur la crase sanguine, et, si les hémorragies génitales reconnaissent une altération de la crase sanguine, ou une cause tout à fait locale, il est certain, ainsi qu'il résulte des recherches cliniques des auteurs, que, de tous les médicaments employés jusqu'à présent comme hémostatique, les injections de solutions concentrées (30 p. 100) de citrate de soude constituent le plus efficace et le plus rapide moyen de traitement des hémorragies génitales de la femme. (*La Presse médicale*, 10 août 1927.)

L'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique.

L'hypotension artérielle permanente n'est, en général, considérée qu'en tant que symptôme d'une maladie causale. Elle n'est pas élevée à la dignité de grand syndrome morbide.

Cependant, le prof. LIAN et A. BLONDEL pensent que, de même que dans l'hypertension arté-

rielle permanente d'allure idiopathique, il est légitime de décrire, à côté de l'élévation de la pression artérielle, toute une série d'accidents ayant des liens de causalité avec elle, de même il y a lieu de décrire l'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique, en montrant les divers accidents, qui ont des liens de causalité avec l'abaissement de la pression artérielle.

Dans le domaine vasculaire, on y trouve les lypothymies et les syncopes, et aussi l'insuffisance cardiaque, le plus souvent légère, simple dyspnée d'effort sans signes viscéraux. Dans le domaine nerveux, c'est la fatigabilité ; dans le domaine digestif, les ptoses viscérales avec l'aérogastro-colie et la constipation; enfin, un certain degré d'insuffisance ovarienne, ou d'insuffisance thryroïdienne. L'insuffisance surrénale serait de règle.

Comme l'hypertension, cette hypotension serait sous la dépendance simultanée d'un trouble cardiaque et d'un trouble vasculaire. Le trouble endocrino-sympathique exercerait son action dépressive à la fois sur le cœur et sur les vaisseaux.

Ces hypotendus semblent plus aptes que les sujets sains à présenter un état de schok sous l'influence d'un traumatisme ou d'une grande hémorragie, des accidents cardio-vasculaires aigus dans les maladies infectieuses ou encore sous l'influence du surmenage. Par contre, ils ont de plus grandes chances d'échapper à l'hypertension.

Comme traitement, le sulfate de strychnine, l'ergotine ont fourni quelques résultats encourageants ; de même l'opothérapie surrénale en cachets et en injections intra-musculaires, et aussi l'oxygénothérapie. Il est bon de recommander une alimentation substantielle et de s'élever contre certaines prescriptions diététiques trop sévères, débilitant les malades. Mais le plus souvent, l'amélioration n'est que passagère ; car il paraît plus difficile encore d'élever une hypotension artérielle permanente que d'abaisser une hypertension artérielle permanente. (*La Presse médicale*, 31 août 1927.)

Les excipients pour pommades.

De l'avis du Dr VEYRIÈRES, pour être bon, un excipient de pommade doit avoir une viscosité suffisante pour tenir assez facilement en place, un point de fusion assez élevé pour ne pas couler à la moindre élévation de température ; il doit pénétrer dans les couches épidermiques pour aider à l'action des substances actives incorporées.

Sauf exception, paraffine ou vaseline sont de mauvais excipients ; l'axonge en reste un très acceptable ; la lanoline, malgré son odeur et sa viscosité exagérée, semble en être le meilleur parce que, plus que tous, elle pénètre les couches épidermiques ; que les graisses animales molles pénètrent mieux que les graisses animales consistantes, et, à cause de cette qualité se placent immédiatement après la lanoline.

Les deux meilleurs excipients animaux sont : le mélange à parties égales de lanoline et de graisse de cheval, et le mélange (suivant saison) de 2 ou 3 parties de graisse de cheval et d'une partie de cire, en augmentant la proportion de cire si on veut faire absorber de l'eau au mélange. (*Le Bulletin médical*, 13 août 1927.)

Pourquoi et comment surveiller le denture temporaire chez l'enfant ?

C'est, écrit R. THIBAULT, parce que ces dents temporaires, autant et même plus que les dents définitives, sont susceptibles d'être altérées par la carie ; leur chambre pulpaire est relativement très développée, d'où il s'ensuit que rapidement la pulpe va s'enflammer et réagir par de précoces douleurs. Cette pulpe, de faible réaction fibroplastique, se laissera vite détruire par les microorganismes buccaux, et la porte sera ouverte à l'infection. Mais l'âge du sujet prédisposera à la diffusion d'une infection osseuse ou ganglionnaire.

D'autre part, l'intégrité anatomique de la denture temporaire est indispensable à la croissance régulière des dents permanentes, des maxillaires et des muscles masticateurs.

L'examen de la denture par le médecin praticien devra porter d'abord sur les dents, puis sur les arcades dentaires considérées dans leur ensemble, et sur les rapports de ces arcades dentaires entre elles.

Le médecin surveillera aussi le remplacement des dents temporaires en se rappelant que leurs chutes s'effectuent à partir de 7 ans, à raison d'un groupe de quatre dents homologues par année : incisives centrales, 7 ans ; incisives latérales, 8 ans ; premières molaires, 9 ans ; deuxièmes molaires, 10 ans ; canines, 11 ans.

Si l'on est surpris de la persistance d'une dent temporaire (souvent une canine supérieure ou une deuxième molaire inférieure), avant toute intervention, s'assurer par une radiographie qu'il existe un germe sous-jacent et en bonne position.

A part l'extraction d'urgence pour une complication osseuse ou ganglionnaire, attendre pour enlever ces dents qu'elles soient mobiles ou que les dents permanentes soient nettement perceptibles. Jusque-là de simples applications d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 5 dans les cavités superficielles de caries préalablement asséchées avec une boulette d'ouate atténueront leur sensibilité et arrêteront, tout au moins provisoirement, la marche des lésions.

Mieux placé que le spécialiste pour instituer un traitement préventif, le médecin doit obte-

nir un brossage des dents et des gencives matin et soir avec une brosse semi-dure recouverte de savon ou d'une pâte alcaline ; il doit lutter contre les mauvaises habitudes (succion des doigts, de la lèvre), causes de déformations, et conseiller, à partir de la quatrième année, des visites trimestrielles chez le stomatologiste. (*Paris médical*, 3 septembre 1927.)

La vaccinothérapie en ophtalmologie.

Le Dr M. Teulières, après avoir rappelé les bases de la vaccination (acte préventif) et de la vaccinothérapie (acte thérapeutique), expose que cette dernière n'est pas sans contre-indications; on va demander à un organisme, qui se défend déjà contre une invasion microbienne, de subir le choc du vaccin, de faire ensuite les frais d'une réaction parfois violente, et de fabriquer lui-même des anticorps ; il est évident qu'il faudra s'abstenir d'une pareille pratique dans les cas d'infection générale grave, lorsque le malade a déjà de la peine à se défendre, ou qu'il est près de plier sous un labeur au-dessus de ses ressources en énergie et en réserves ; ce surcroît de travail pourrait être fatal.

La vaccinothérapie devra donc être réservée aux cas subaigus et chroniques, ou aux infections aiguës localisées. Ces dernières conditions sont surtout celles que l'on rencontre en ophtalmologie ; les infections sont localisées au globe de l'œil ou à ses annexes, et lorsqu'il n'y a pas de contre-indications tirées de l'état général, on peut user de la vaccinothérapie. Il ne faut pas que la réaction dépasse la limite de la résistance de l'organisme. C'est ainsi que l'état des poumons sera noté soigneusement ; il y a contre-indications pour la tuberculose pulmonaire ou les vieux emphysèmes avec dilatation du cœur droit, pour les affections cardiaques mal compensées, pour les lésions rénales.

Il faut de plus ne pas injecter une dose trop considérable de vaccin pour ne pas dépasser les limites de la force de réaction du sujet ; enfin l'injection, faite aseptiquement et en bonne place, ne laisse pas de complications à redouter.

Quant au choix du vaccin, l'autovaccin est évidemment supérieur au stock-vaccin ; mais sa préparation plus délicate demande trois ou quatre jours, ce qui empêche d'y avoir recours dans les cas urgents, au moins pour la première inoculation. De plus, la notion de spécificité des germes dans les auto-vaccins n'est vraie que pour un nombre de microbes très limités. Même pour le staphylocoque, qui est un des plus stables, on est parfois obligé de faire plusieurs vaccins au cours d'une même furonculose. Que penser alors du streptocoque, qui varie d'une culture à l'autre, et qui change, au cours d'une même culture, avec une simple variation de température. Aussi, le plus souvent, préfère-t-on, le stock vaccin.

En ophtalmologie, les vaccins sont employés pour prévenir les infections après l'opération de la cataracte, quand il y a conjonctivite chronique, voies lacrymales en mauvais état, difficiles à désinfecter. L'auteur emploie le lipo-vaccin anti-pyogène (staphylo-strepto-pyocyanique) en injections sous-cutanées, quinze jours avant l'intervention, pour laisser à l'organisme le temps de finir sa réaction vaccinale. Mais, lorsqu'on ne peut attendre quinze jours, mieux serait d'essayer la vaccination locale, comme on l'emploie au niveau de l'intestin. D'une part, l'action serait beaucoup plus rapide, et, d'autre part, cette application locale du vaccin en instillations répétées éviterait une injection sous-cutanée et dispenserait le malade d'une réaction de tout l'organisme. C'est dans ce sens que l'auteur poursuit ses recherches ; jusqu'à présent, même avec l'injection de vaccin ne précédant l'opération que de vingt-quatre heures, les résultats ont paru satisfaisants.

Quant à la vaccinothérapie curative, dans la tuberculose oculaire, les réactions sont locales (érythème), focales au niveau de la région malade, et générales (nausées, céphalées, température). La tuberculine peut être employée avec succès dans les cas de tuberculose ou de paratuberculose du segment antérieur (kératite, sclérite); pour être active, elle devra provoquer une réaction locale nette, et autant que possible pas de réaction générale ; plus délicate est la méthode dans la tuberculose du tractus uvéal ; les résultats sont satisfaisants, mais la coexistence d'une lésion pulmonaire, même torpide, est une contre-indication absolue. L'auteur débute par un millième de milligramme de tuberculine, en surveillant la température qui ne doit pas dépasser 37°5 ; en s'arrêtant dans le cas contraire jusqu'au retour à la normale ; en reprenant la dose qui a causé l'élévation thermique que lorsque toute réaction fébrile a cessé.

Dans les affections gonococciques qui sont les causes les plus fréquentes de la cécité malgré l'application des traitements usuels, les vaccins les plus employés sont le Dmégon, renfermant des gonocoques tués, stables et atoxiques, ou le lipo-vaccin, à la dose de 0,50 cmc., les injections étant faites tous les deux ou trois jours à l'occasion des poussées d'infection ; l'action en est souvent remarquable, mais parfois aussi incertaine. Cependant, en l'état actuel, la vaccinothérapie doit être employée concurremment avec les autres moyens thérapeutiques. Elle est un adjuvant précieux dans des affections aussi graves, et, d'après l'expérience acquise par tous les auteurs, elle est capable de donner des résultats très brillants.

Les staphylocoques se rencontrent associés à d'autres microbes dans certaines conjonctivites

ou kératites, et à l'état de pureté dans le cas de furonculose des paupières (orgelets à répétition, etc.). Ces dernières affections sont, on le sait, très difficiles à guérir. L'auto-vaccin est à préférer. Dix-sept cas de furonculose des paupières, rebelles à tout traitement, ont tous guéri en trois à douze semaines avec quatre à quinze injections, débutant par 0 cmc. 25, arrivant à 2 cmc. à la huitième.

La vaccinothérapie est également recommandée dans les infections à pneumocoques et à microbes associés (staphylocoques, streptocoques) (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juillet 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

De l'hypertrophie congénitale du col vésical.

(M. Marion. — *Académie de médecine* ; 7-2-1928.)

M. Marion a eu son attention attirée depuis quelques années sur un état morbide particulier de la vessie, qu'il estime être une hypertrophie congénitale du col vésical, offrant quelque analogie avec l'hypertrophie congénitale du pylore des nourrissons. Il s'agit toutefois d'une affection notablement plus tolérante et qui n'amène les malades à consulter que beaucoup plus tard.

Les sujets en question, à l'habitude jeunes (20, 30, 40 ans) voient apparaître à un moment donné des accidents de rétention d'urine, quelquefois très accusés. A la vérité, si on les interroge, on apprend qu'ils ont toujours uriné avec un peu de difficulté, mettant deux ou trois fois plus de temps que normalement pour évacuer leur vessie. Ils se plaignent donc un jour d'une dysurie prononcée, tantôt simple rétention incomplète, tantôt rétention complète. On ne trouve aucune des lésions ordinairement provocatrices de la dysurie : l'urèthre est perméable, la prostate n'est pas augmentée de volume, le col vésical (à l'examen cystocopique) n'accuse aucune saillie anormale ; pas d'affection rénale pouvant faire penser à une rétention réflexe, pas de signe d'affection médullaire.

Lorsque l'on examine ces malades au cystoscope, on voit le col vésical former un bourrelet qui se manifeste en arrière par une délimitation très nette entre la vessie et le col, fait que l'on ne constate pas à l'état normal. Au point de vue thérapeutique, la résection du col par voie haute amène la guérison des troubles accusés par le malade.

M. Marion a observé 13 cas de cette hypertrophie congénitale du col vésical, dans le cours des trois dernières années.

Action de l'or dans la syphilis.

(M. C. Levaditi. — *Académie de médecine* ; 7-2-1928.)

M. Levaditi a étudié l'action préventive et curative de l'or dans la syphilis expérimentale. Le sel utilisé a été le thiosulfate double d'or et de sodium (*crisalbine*). Comme agent préventif l'or s'est montré inférieur au tellure et au bismuth. Expérimentalement, l'injection de tellure ou de bismuth a un effet préventif qui se prolonge plus de cent jours, c'est-à-dire que l'animal qui a reçu une dose suffisante de ces substances est réfractaire aux inoculations ultérieures de tréponème dans un délai qui va jusqu'à 4 et 5 mois. Avec l'or, la prévention s'étend seulement jusqu'à 8 et 30 jours.

A titre curatif, la crisalbine est active expérimentalement. En clinique, MM. L. Fournier et Mollaret ont constaté les propriétés anti-syphilitiques nettes du thiosulfate double d'or et de sodium.

Résultats éloignés du pneumothorax.

(M. Pissavy. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-11-1927.)

M. Pissavy parle des résultats éloignés du pneumothorax en s'appuyant sur les cas traités dans son service durant ces dernières années. Sa statistique porte sur 89 malades chez lesquels la collapsothérapie a été appliquée depuis 3 ans. La moitié environ sont morts. Mais si l'on compare ce chiffre à celui que donne un groupe analogue de tuberculeux non soumis au pneumothorax, on le trouve tout à l'avantage de ce moyen thérapeutique.

— M. Rist estime également que les résultats éloignés du pneumothorax artificiel sont de nature à démontrer l'efficacité réelle de la collapsothérapie.

Les mycoses méconnues.

(M. G. Durante. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-11-1927.)

Les travaux de Nanta et Pinoy sur les rates mycosiques ont appelé l'attention sur la possibilité d'une fréquence plus grande que celle généralement admise des mycoses chez l'homme. M. G. Durante signale quelques exemples d'affections mycosiques qui ont été des surprises histologiques (mycose saprophytique du rein dans un cas d'éclampsie mortelle, mycéliums ramifiés dans un appendice ulcéré). L'auteur a observé ,d'autre part, avec M. Rudaux, une septicémie mycélienne, le mycélium paraissant avoir déterminé des accidents plutôt par sa présence que par sa virulence.

L'épreuve du rose bengale dans la fièvre typhoïde.

MM. Noël Fiessinger et R. Castéran. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-11-1927.)

M. Noël Fiessinger a préconisé avec M. Walter, pour explorer les fonctions hépatiques, l'emploi du rose bengale. L'épreuve consiste à injecter cette substance dans la veine à raison de 1 milligr. 1/2 par kilogr. de poids et à rechercher le même rose bengale dans le plasma après 45 minutes.

M. Fiessinger a appliqué cette épreuve dans la fièvre typhoïde. Tandis que normalement, l'indice rétentionnel du rose bengale oscille entre 1 et 2 milligr. par litre, dans la fièvre typhoïde l'auteur l'a vu se tenir entre 3 et 4. Céci indique un trouble (modéré) de la fonction chromagogue du foie, une insuffisance hépatique (modérée) que divers auteurs avaient déjà d'ailleurs signalée. Au point de vue thérapeutique, le rose bengale s'est montré sans valeur véritablement intéressante.

Pneumothorax artificiel chez l'enfant et chez l'adulte.

(M. P. Ameuille, Mlle Blanchy, M. Taquet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-12-1927.)

Le pneumothorax artificiel pour tuberculose pulmonaire se pratique aussi aisément chez l'enfant que chez l'adulte. Mais donne-t-il, chez le premier, des résultats aussi beaux que chez le dernier ? M. Ameuille ne le pense pas. Dans son service de l'hôpital Debrousse, il a pu traiter des enfants et des adultes par le pneumothorax. Les résultats ont été beaucoup plus nets chez l'adulte.

Sur la prostatectomie.

(M. Maurice Chevassu — *Soc. de chirurgie* ; 16-11-27)

M. Maurice Chevassu fait, dans la majorité des cas, la prostatectomie en un seul temps. Au moment de l'énucléation prostatique, il donne un peu de chlorure d'éthyle pour supprimer la douleur, assez vive, dans cette partie de l'opération.

— M. Michon précise les indications de la prostatectomie en deux temps : l'infection, l'azotémie élevée, l'épaisseur des parois abdominales.

Les platyspondylies congénitales.

(M. Lance. — *Soc. de chirurgie* ; 16-11-1927.)

Le terme de platyspondylie a été créé il y a vingt-sept ans par Putti. Il est tiré de deux mots grecs : σποδυλος, vertèbre, et πλατυς élargi. Il signifie vertèbre élargie, à corps vertébral étalé. Le diagnostic se fera avec le mal de Pott, la cyphose des adolescents, les écrasements vertébraux par métastase cancéreuse, les tassements traumatiques des vertèbres.

Le diagnostic de platyspondylie congénitale doit être posé avec une certaine prudence. L'aspect radiographique n'est pas toujours caractéristique et il faut associer les signes cliniques à l'examen aux rayons.

Les sucres en diététique infantile.

(Mme Randoin et M. R. Lecoq. — *Soc. de thérapeutique* ; 14-12-1927.)

En diététique infantile, on utilise couramment les matières sucrées suivantes : le sucre ordinaire ou saccharose, le sucre de lait ou lactose, le sucre de Soxhlet et l'extrait de malt sec.

Le sucre de Soxhlet est plus riche en dextrine qu'en maltose. C'est l'inverse pour l'extrait de malt sec. Au point de vue de la teneur en vitamines B, l'extrait de malt offre une supériorité très nette sur les autres substances sucrées. A ce sujet, les auteurs ont fait chez le pigeon des expériences comparatives avec les 4 matières sucrées en question. Ils ont vu que la consommation de sucres avitaminés ou presque avitaminés (sucre ordinaire, sucre de lait et même sucre de Soxhlet) exige l'ingestion simultanée d'une certaine quantité de vitamines B ; que l'extrait de malt sec apporte, au contraire, avec les glucides (maltose, dextrine) les vitamines B nécessaires à l'utilisation de ces glucides.

— M. Lesné montre que cette richesse de l'extrait de malt en vitamines B explique pourquoi, en hygiène alimentaire infantile, il suffit souvent de remplacer une bouillie ordinaire par une bouillie maltée, dont la valeur calorique n'est pas supérieure, pour assister à une poussée rapide de croissance de l'enfant.

D'autre part, chez l'enfant, le « lest » sous la forme de cellulose est une nécessité dans le régime alimentaire ; il favorise le transit et l'absorption intestinale. Aussi, dès que le nourrisson a fait ses premières dents, y a-t-il avantage à ajouter à son régime des légumes et fruits cuits passés au tamis.

Thyroidothérapie dans le traitement de l'obésité.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-12-1927.)

M. Marcel Labbé, comme M. Léopold-Lévi, estime que le corps thyroïde n'est pas, ainsi qu'on le croit trop souvent, le médicament de l'obésité. Il n'est indiqué que dans les obésités avec insuffisance thyroïdienne. C'est à propos de ce dernier groupe de malades que se place la nécessité de recourir aux doses suffisantes de corps thyroïde. Hors de ces circonstances, l'opothérapie thyroïdienne se saurait constituer un traitement fondamental de l'obésité. L'administration de corps thyroïde à dose active devrait être par prudence précédée de la mesure du métabolisme basal.

Le traitement des salpingites par la diathermie et l'hydrothérapie.

(M. Dausset. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-12-27)

M. Dausset emploie, dans le traitement des salpin-

gites, l'hydrothérapie associée à la diathermie. Nombre de fois, il arrive ainsi à refroidir les lésions, à soulager les malades et il peut leur éviter quelquefois l'opération.

L'hydrothérapie à laquelle il s'adresse est celle dite « cure de Luxeuil » ; injection de 100 litres d'eau à faible pression avec douche péri-pelvienne et douche générale.

Bromothérapie intra-veineuse dans les dermatoses prurigineuses.

(M. Burnier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-11-1927.)

En 1924, Lebedief attira l'attention sur les bons effets observés dans le traitement de l'eczéma aigu, subaigu ou chronique, de l'urticaire, du lichen plan, par les injections intra-veineuses de bromure de sodium à 10 % (1 gr. de NaBr pour 10 gr. de sérum physiologique).

M. Burnier s'est adressé à cette bromothérapie intra-veineuse depuis six mois. Il a utilisé le bromure de K, puis le bromure de sodium, enfin le bromure de strontium, qui lui a donné les meilleurs résultats.

Les injections ont lieu tous les jours ou tous les deux jours. Elles sont très bien tolérées. Leur nombre varie selon les cas. Pour les affections aiguës, 2 ou 3 injections suffisent en général. Dans les maladies chroniques, 10 à 15 injections sont souvent nécessaires.

L'eczéma aigu est sans contredit le triomphe de la bromothérapie intra-veineuse. L'eczéma chronique est amélioré plus lentement. Les prurits sont amendés ou guéris. Le lichen plan s'atténue.

Il est difficile de préciser le mécanisme d'action de ce traitement. Action sédative ? Modification du métabolisme ? Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'une méthode active, inoffensive, intéressante à connaître en pratique dermatologique.

P. L.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

De la contagion indirecte de la variole et de quelques mesures prophylactiques à lui opposer.

M. Carrieu. — L'auteur relate l'histoire de quelques malades observés au cours de l'épidémie de l'hiver dernier La première a été contaminée par un employé des pompes funèbres qui avait mis en bière un sujet mort de la variole. La seconde a contracté la maladie par l'intermédiaire d'une infirmière, une autre par le père d'un enfant atteint de la même maladie. D'où, en outre de la vaccination qui ne peut malheureusement toucher tous les habitants d'une région, l'obligation de mettre en œuvre d'autres moyens de lutte : isolement absolu, précautions sévères avant d'entrer dans la salle et surtout après en être sorti, désinfection des lettres (dont l'une contenait des mèches de cheveux remplies de croûtes) désinfection également de la voiture d'ambulance utilisée pour le transport des varioleux et enfin protection de ceux qui approchent le malade pendans le voyage ainsi que pendant la mise en bière. Telles sont les mesures particulières qui, associées aux méthodes générales, ont permis d'arrêter une épidémie qui avait déjà atteint une trop grande extension pour l'époque où nous vivons.

Luxation métacarpo-phalangienne irréductible de l'index. Présence d'un sésamoïde anormal.

MM. Etienne et Duponnois. — Il s'agit d'une luxation en arrière de l'index gauche à la suite d'un traumatisme. La radiographie a montré, en plus des signes évidents de luxation, la présence d'un os sésamoïde au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et un seul sésamoïde au pouce. Intervention sanglante qui permet de réduire cette luxation qui était irréductible à cause de l'interposition du sésamoïde anormal et aussi du fibro-cartilage articulaire qu'il est nécessaire d'enlever. Résultats fonctionnels excellents.

L'auto-dermothérapie du psoriasis par l'électro-coagulation.

MM. J. Margarot, P. Gondard et P. Dufoix. — L'essai de la méthode de P. Ravaut dans deux cas de psoriasis permet aux auteurs les remarques suivantes :

1° L'électrocoagulation de quelques taches de psoriasis a souvent pour conséquence une régression à distance des autres éléments cutanés ;

2° Les poussées nouvelles sont arrêtées et suspendues pour un certain temps. Les récidives qui se produisent alors sont ordinairement plus discrètes que l'éruption précédente.

3° Lorsque l'électrocoagulation ne donne lieu qu'à une simple amélioration des taches sans entraîner leur guérison, elles paraissent cependant modifiées d'une façon profonde. Des traitements qui, antérieurement, avaient donné des résultats nuls ou insuffisants, sont suivis d'un blanchiment rapide. Il semble que les éléments aient été fragilisés et comme sensibilisés à leur action.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale.

Valeur séméiologique de l'examen bactériologique dans la tuberculose pulmonaire.

M. Martin. — Après avoir exposé les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire, André Martin résume les différentes conceptions actuelles :

En ce qui concerne la bacilloscopie, de plusieurs

statistiques récentes (Rist et Ameuille, Cordier), il résulte que la constatation du bacille ne ferait pour ainsi dire jamais défaut, à condition de le rechercher par tous les moyens et de répéter les analyses pendant six mois. L'auteur montre que ces conclusions ne s'appliquent qu'à la tuberculose ulcéro-caséeuse. Une statistique analytique qu'il a présentée au Congrès de Lyon fait bien voir que la présence du bacille est en relation immédiate avec l'état lésionnel, tel que le symptôme radio-stéthoscopique permet de l'apprécier. De 95 % dans les syndromes ulcéro-caséeux de localisation, la proportion des cas bacillifères s'abaisse à 33 % quand les manifestations lésionnelles se réduisent à des signes de condensation discrète et limitée. Or ces lésions discrètes, dites scléro-fibreuses, méritent les honneurs du diagnostic même si le bacille fait défaut dans un délai de six mois. Ces lésions correspondent en effet aux éliminations bacillaires rares et épisodiques pour lesquelles les tableaux de mortalité d'Urbain Guinard indiquent après 12 ans une léthalité de 40 %. Dans la pratique le bacille ne peut être considéré comme la condition absolue du diagnostic ; c'est aux signes radiologiques avérés de lésion pulmonaire que doit être fixé actuellement le seuil du diagnostic de la tuberculose.

Un abcès de la paroi utérine.

M. Lamare. — L'auteur relate l'observation d'une malade qui, à la suite d'une légère rétention placentaire, fut curettée, mais dont les phénomènes fébriles ne s'amendèrent pas. Une laparotomie permit d'ouvrir et de drainer une collection suppurée à streptocoques incluse dans la paroi utérine et qui avait été diagnostiquée « pyosalpinx ». La malade guérit ensuite sans incidents.

Le Dr Lamare n'a pu relever dans la littérature médicale que peu d'observations de phlegmons de la paroi utérine.

Forme congestive de la tuberculose pulmonaire. Difficulté du diagnostic.

M. Dupont. — L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme qui fit, à droite, une congestion pulmonaire du type Woillez, qui guérit en trois semaines et qui fut suivie, trois ans après, d'une autre du côté gauche du même type. Un an après, le malade fait une tuberculose fibro-caséeuse du côté gauche. Le côté droit se montre intact à la radiographie.

Le diagnostic de la nature de ces congestions pulmonaires est malaisé. Leur présence chez des jeunes gens devra faire suspecter la tuberculose et provoquer la mise en œuvre de tous les procédés d'investigations bactériologiques et radiologiques. Ces formes sont parfaitement décrites par Bard sous le nom de « formes fibro-caséeuses congestives ».

L'IMPUISSANCE VIRILE ET SON TRAITEMENT

Par le Dr Ch. David,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Ex-Assistant de consultation à l'Hôpital Cochin.

Impuissance génitale et stérilité constituent deux formes d'incapacité sexuelle sur lesquelles, il ne saurait y avoir confusion. Nous n'envisageons ici que la première, c'est-à-dire l'absence d'érection, avec sa conséquence génitale, l'*impotentia cœundi*.

C'est une affection assez répandue et qui, à tort ou à raison, nous semble être devenue plus fréquente depuis la guerre. On peut trouver à cette augmentation du nombre des impuissants deux causes : d'une part, la fréquence des infections gonococciques prolongées et négligées ; d'autre part, la fatigue nerveuse et les préoccupations morales résultant des difficultés d'après guerre.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que nous voyons dans ces dernières années plus d'hommes jeunes, ou en tout cas loin encore de l'âge où cessent normalement les fonctions sexuelles, qui viennent nous consulter pour un état d'impuissance plus ou moins caractérisée. Or, il est peu d'affections qui retentissent davantage sur le moral de ceux qui en sont atteints ; il n'y en a guère qui, par le trouble qu'elles peuvent apporter dans les ménages, par la suppression de la fonction de reproduction, aient une plus grande importance sociale.

L'impuissance génitale peut tenir à des causes très diverses. Nous ne signalons que pour mémoire les impuissances liées à des lésions anatomiques des organes génitaux, soit congénitales, telles que malformation de la verge, ou acquises à la suite de déformations cicatricielles, de mutilation ou de castration.

Nous ne nous étendrons pas, non plus, sur les impuissances dues à des maladies générales, telles que le diabète ou l'albuminurie, ou à des affections du système nerveux telles que le tabès et la paralysie générale. Pour les premières, le traitement de la maladie causale, en améliorant tous ses symptômes, exerce d'une façon générale une action favorable sur l'impuissance ; pour les dernières, elles sont à respecter, car il vaut

mieux, chez ces malades, éviter toute excitation médullaire.

Reste cinq catégories d'impuissants qu'il convient de traiter et que l'on peut ainsi cataloguer :

1° Impuissances ayant pour cause des modifications ou des déviations de la fonction génitale par suite d'excès vénériens, de coïts prolongés, coïts interrompus, onanisme, homosexualité.

2° Impuissances ayant pour cause des lésions chroniques de l'urètre postérieur et du *veru montanum*, des prostatites ou des vésiculites chroniques, liées le plus souvent à des reliquats d'infection gonococcique. L'épididymite et le varicocèle peuvent également se compliquer d'impuissance.

3° Impuissances ayant pour cause une insuffisance glandulaire, primitive ou secondaire à certaines intoxications (alcool, quinine, mercure, plomb, toxines microbiennes) ; insuffisance testiculaire, soit isolée, soit associée à une déficience pluriglandulaire, en particulier thyroïdienne.

4° Impuissances dites psychiques ou émotives (*sine materia*) chez des sujets nerveux, timides, impressionnables ; celles-ci pouvant éclater à la suite d'un choc émotif, ou simplement par la crainte de ne point se trouver à la hauteur de la situation.

5° Enfin — cas très rares — impuissance que l'on pourrait qualifier d'*essentielle*, par frigidité, par anaphrodisie, qu'aucun stigmate physiologique apparent ne semble justifier,.

Il est bien évident qu'on ne saurait appliquer un traitement univoque à toutes ces formes d'impuissance. Il convient d'ailleurs de remarquer que, parmi les impuissants de la première catégorie, de la 3e et de la 4e, l'*impotentia cocundi*, n'est pas toujours absolue ; leur impuissance est parfois relative, comporte des degrés, et une des formes cliniques la plus fréquente est caractérisée par une érection à début normal qui « ne tient pas », et qui « tombe » au moment le plus opportun avec une éjaculation prématurée.

En ce qui concerne les impuissances de la deuxième catégorie, liées à des lésions urétrales, prostatiques, des vésicules, voire de l'épididyme, l'indication est particulèirement nette et le traitement de la prostatite et des vésiculites par le massage, les lavages au nitrate d'argent, la vaccinothérapie lorsqu'il y a sous roche du gonocoque décelé par la spermoculture, les cautérisations du *veru montanum* sous le contrôle de l'uréthroscope, amèneront facilement la guérison.

Dans l'impuissance émotive, le meilleur traitement à appliquer est celui indiqué par Hartemberg ; il consiste en la galvanisation rythmée des organes érectiles, destinée à fortifier leur musculature. Une électrode est appliquée, bien moulée, sur le périnée, et l'autre sur les reins. Un métronome produit des interruptions et des renversements de courant qui déterminent chaque fois des contractions musculaires énergiques et profondes. Les séances seront répétées chaque jour et auront une durée de dix minutes.

En outre, on fait, à la partie interne des cuisses, une injection de un à deux milligrammes, de yohimbine qui est le meilleur des aphrodisiaques et est absolument inoffensive ; ces injections seront répétées tous les deux jours au nombre de 12 à 15.

On peut alterner ces piqûres avec la prise par la bouche de phosphure de zinc en cachets selon la formule suivante :

Sulfate de strychnine........	deux milligr.
Phosphure de zinc..........	0,005 »
Glycérosphosphate de chaux.	0,10 cent.

Pour un cachet. 2 à 4 par jour.

Ce traitement améliore rapidement le symptôme et donne vite plus de durée et de consistance à l'érection.

Mais si par le muscle le coït est athlétique, il ne faut pas oublier qu'il est aussi glandulaire. Aussi serait-il vain de recourir à ce seul traitement chez les impuissants de la troisième catégorie, ceux par insuffisance glandulaire. C'est alors l'opothérapie qui doit occuper la première place, puisqu'il s'agit, avant tout, de stimuler une sécrétion déficiente. Nous nous sommes particulièrement bien trouvé chez ces malades, de l'extrait spermatogénétique (androstine), que nous administrons, soit sous forme de comprimés (4 à 8 par jour) soit, ce qui est mieux encore, par injections hypodermiques (une tous les deux jours). Nous lui associons parfois la thyroïde (chez les obèses), l'hypophyse (dans les cas de puberté retardée), la surrénale (chez les adynamiques). L'action de cette opothérapie est souvent remarquable ; nous ne parlerons pas ici de jeunes gens de 12 à 16 ans chez lesquels de très heureux effets généraux sont enregistrés, ce qui sortirait du cadre de notre sujet, mais chez les hommes de 40 à 55 ans, qui sentent fléchir précocement leur virilité, et qui présentent ces troubles vagues, mais non trompeurs pour un observateur averti, de leur involution régressive (Dartigues), nous avons observé de véritables et durables récupérations de facultés qui étaient bien près de s'éteindre.

L'opothérapie spermatogénétique par l'androstine joue aussi un rôle adjuvant non négligeable chez les impuissants émotifs et psychiques dont nous avons tracé plus haut le traitement principal. En stimulant leur spermatogénèse elle leur procure, que l'on nous passe cette expression, une abondance de munitions qui leur permet de faire face, au moment de la bataille, à plusieurs engagements. S'ils rompent leur épée au premier, mais peuvent sortir vainqueurs des

suivants, leur moral en sera très amélioré et ils ne resteront plus sur cette impression si déprimante de l'échec qui, répété, fait de beaucoup de ces sujets de véritables neurasthéniques. Sachant qu'ils peuvent affronter une seconde épreuve avec succès, ils reprennent confiance en eux et perdent la crainte inhibitrice de voir toujours tourner leurs entreprises à leur confusion.

Adjuvant utile encore, l'hydrothérapie sous forme de douches sur la région lombaire, de frictions au gant de crin. Ne pas omettre, non plus, d'agir sur le moral par la persuasion.

Le médecin rendra aux malades ainsi traités, un service considérable : il permettra à des malheureux devenus du fait de leur infirmité neurasthéniques et découragés, de reprendre goût à l'existence et de redevenir des hommes dans toute l'acception du terme.

Restent enfin les malades de la cinquième catégorie, ceux chez lesquels l'impuissance semble *essentielle*, qui n'ont aucun goût pour les femmes, qui n'ont jamais ressenti « cette douceur cruelle que donne aux âmes voluptueuses la beauté des formes vivantes ». (1)

Vis-à-vis de ceux-là, nous sommes à peu près désarmés. Nous avons l'impression qu'il s'agit, chez la plupart, d'un état d'inversion organique (et non vicieuse), mais ce sont des invertis honteux qui n'avouent pas et ne se targuent pas, comme d'autres, de leur tare

Certains, cependant, ont le désir de fonder un foyer et consultent à ce propos. Le rôle du médecin est alors extrêmement délicat. On peut tenter un traitement opothérapique d'épreuve, faire de la psychothérapie, de la psychanalyse... Si ces tentatives de redressement échouent, on ne peut que conseiller le renoncement à une union qui n'apporterait, de part et d'autre, que la déception et le chagrin, et peut-être susciterait des drames.

(1) Cité par BABONNEIX. — L'impuissance, suite possible de certaines chorées encéphalitiques. (*La Médecine*, n° 11, août 1927).

Les Congrès

XXX[e] Congrès Français de médecine

(Suite) (1).

TROISIÈME RAPPORT.

Les œdèmes brightiques.

Par MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Paul NICAUD

Jusqu'au début de ce siècle, les hypothèses les plus contradictoires ont été formulées pour expliquer les hydropisies des néphrites. C'est seulement à cette époque que fut émise une conception rationnelle, fondée sur l'expérimentation clinique : les œdèmes brightiques sont liés à la rétention du NaCl.

L'œdème n'est qu'une augmentation considérable du liquide interstitiel, qui normalement occupe les espaces intercellulaires décrits par Achard sous le nom de *système lacunaire*.

Le premier stade d'hydratation, qui n'est appréciable que par des pesées successives, a été dénommé par Widal *préœdème* et par Achard *œdème histologique*. C'est un stade intermédiaire entre le liquide interstitiel normal et l'œdème constitué.

I. **Le rôle de la rétention de NaCl dans les œdèmes brightiques.** — En 1901, Achard et Loeper étudient le *mécanisme régulateur de la composition du sang*. Le sang possède la propriété de maintenir invariable son état physico-chimique. Il chasse des vaisseaux toutes les substances étrangères à sa composition normale ou celles qui sont en excès. Si le rein a une perméabilité diminuée, il ne peut ramener l'équilibre de la composition du sang d'une façon instantanée ; le sang a alors recours à la circulation interstitielle, destinée ainsi à suppléer à une action rénale immédiate. Achard émet l'opinion que ce sont les substances retenues dans la circulation interstitielle, NaCl ou autres, qui y attirent l'eau nécessaire au rétablissement de l'équilibre osmotique.

C'est en 1903 que Widal, Lemierre et Javal démontrèrent que par la seule ingestion de NaCl, en dehors de toute autre cause et en dehors de l'absorption de toute autre substance, on peut à volonté, pour ainsi dire expérimentalement, faire réapparaître les œdèmes chez certains brightiques. Faisant varier alternativement chez le même sujet l'alimentation chlorurée et l'alimentation déchlorurée, ces auteurs ont constaté qu'aux périodes de chloruration correspondait une augmentation de poids et une apparition d'œdèmes, aux périodes de déchloruration une baisse de poids et une fonte des œdèmes.

Ces constatations eurent une application pratique immédiate : la cure de déchloruration.

On a supposé que c'était par la nécessité de l'équilibre osmotique des cristalloïdes dans les humeurs, suivant la conception physiologique énoncée par Winter, que s'expliquerait la rétention de l'eau par le NaCl retenu. On n'admet plus aujourd'hui que la rétention osmotique des cristalloïdes.

Variations physiologiques et pathologiques de la chloruration et de l'hydratation. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. — Widal et Javal ont

(1) *Concours médical*, n[os] 9, 10 et 11.

montré que si l'on soumet un sujet normal à un régime déchloruré, puis à un régime chloruré, l'organisme retient une certaine quantité de NaCl et d'eau correspondante, et cette rétention s'opère suivant un rythme en échelons.

Pasteur Vallery-Radot a montré qu'entre la rétention hydrochlorurée physiologique et la rétention hydrochlorurée pathologique aboutissant aux œdèmes, on peut observer tous les intermédiaires. Déchloruré puis chloruré, le brightique procède par échelons successifs et progressifs pour atteindre ou essayer d'atteindre son équilibre chloruré. On peut distinguer, d'après Pasteur Vallery-Radot, chez les sujets atteints de néphrite, quatre types d'élimination chlorurée ;

1° *Un type normal, en échelons de trois ou quatre jours* ;

2° *Un type d'élimination en échelons prolongés* ;

3° *Un type d'élimination avec ébauche d'échelon* ;

4° *Un type d'élimination sans échelons.* — Ce type représente le type le plus élevé de la rétention chlorurée. Il ne s'observe guère qu'aux phases ultimes du mal de Bright.

Rétention chlorurée sèche. Rôle des ions Na et Cl. — Si, dans la majorité des cas, il existe un parallélisme entre la rétention de NaCl et la rétention d'eau, on observe cependant des cas où la rétention de NaCl est *sèche* (Ambard et Beaujard).

Dans cette rétention chlorurée sèche, il y aurait une augmentation de chlore dans le sang et une diminution de sodium, d'après Blum. Le chlore serait combiné avec les protéines tissulaires (Ambard, Blum, et N. Fusé).

Dans la rétention hydrochlorurée, il y aurait au contraire, pour Blum, un excès de Na sur Cl. Blum, par des constatations faites dans quelques cas de néphrite hydropigène, par des observations de malades atteints d'œdèmes bicarbonatés sodiques et par des expérimentations avec Cl combiné à K ou à Ca, s'est efforcé de montrer que l'action hydratante dans les œdèmes brightiques serait due à Na.

Origine rénale de la rétention chlorurée sodique. Dissociation de la perméabilité du rein au NaCl et à l'urée. — D'après Widal, l'existence de néphrites avec imperméabilité élective soit à NaCl, soit à l'urée, donne la preuve de l'intervention rénale.

Lorsque Ambard émit sa conception des substances avec seuil d'élimination (NaCl)et des substances sans seuil (urée), il donna ainsi une interprétation physiologique de la dissociation de la perméabilité rénale (Widal, Ambard et A. Weill).

La constatation, chez le sujet normal, d'une rétention de NaCl se faisant non au hasard mais suivant un rythme en échelons, toujours le même, semble bien démontrer l'intervention rénale. Or, chez le brightique, la rétention de NaCl n'est que l'exagération de ce phénomène normal. Le rein serait donc bien l'agent de la rétention chlorurée sodique.

Si l'on ne trouve pas d'une façon constante une élévation de NaCl dans le sang des brightiques œdémateux, c'est que NaCl, en excès dans le sang au début de la formation des œdèmes, doit passer rapidement dans les espaces interstitiels ou que l'hydrémie empêche de constater l'hyperchlorurémie.

II. **Facteurs extrarénaux des œdèmes brightiques.** — **1° Théorie interstitielle.** — Achard pense qu'il s'agit, dans la pathogénie des œdèmes brightiques, de *troubles de la nutrition des tissus avec rétention des substances nocives qui attirent secondairement le sel et l'eau dans les espaces interstitiels.*

2° **Théorie vasculaire.** — Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle aux altérations des parois vasculaires qui faciliteraient l'extravasation d'un liquide moins riche en colloïdes que le plasma sanguin. Ils ont incriminé soit des *lésions toxiques des capillaires sanguins*, soit une *modification dans l'architecture des endothéliums*, soit une *action vasomotrice*, soit une *perméabilité des capillaires augmentée pour l'albumine.*

III. **Troubles de l'équilibre acido-basique.** — Fischer montre que la quantité d'eau que peut fixer un colloïde est variable avec la réaction du milieu. Dans l'eau pure, la gélatine et la fibrine absorbent une quantité d'eau qui provoque leur gonflement. Si on ajoute à l'eau un peu d'acide, le gonflement devient considérable, variant suivant l'acide ajouté et suivant sa quantité.

Le protoplasme cellulaire peut être comparé à une masse colloïdale à demi solide à laquelle on donne le nom de *gel*. Le gonflement de ce gel se fait par assimilation de la solution à la substance même du gel. Cette propriété d'absorption d'une solution est appelée par Fischer *hydrophilie.* L'assimilation de la solution par la masse colloïdale constitue l'*hydrosyntasie.* Ce phénomène est réalisable dans l'eau, mais est très favorisé dans l'eau additionnée d'acide ou de base. Les processus infectieux ou toxiques qui adultèrent le parenchyme rénal auraient pour conséquence l'accumulation d'acides dans le rein même, d'où s'ensuivraient l'hydrophilie et l'hydrosyntasie rénales. L'accumulation d'acides se ferait non seulement dans le rein, mais aussi dans tout l'organisme ; ainsi se constitueraient l'hydrophilie et l'hydrosyntasie des tissus dont la conséquence serait l'œdème.

IV. **Coefficient lipocytique.** — Les lipoïdes semblent jouer un rôle important dans les phénomènes d'imbibition. Le pouvoir d'imbibition d'un tissu serait en relation avec sa teneur en lipoïdes et serait d'autant plus élevé que le rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{acide gras}}$ est plus grand.

Achard, Ribot et Leblanc ont constaté que chez les néphritiques œdémateux, le rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{Acides gras}}$

dans le sang est supérieur à celui des sujets normaux.

V. **Pression osmotique des protéines.** — Starling a montré expérimentalement que les protéines ont une force d'attraction sur les molécules cristalloïdiques qu'il a désignée sous le nom de *pression osmotique des protéines* (Cf analyse du rapport de Govaerts).

La théorie de Starling, les travaux de Donnan et ceux de Govaerts s'accorderaient avec les conceptions de Widal et son école sur le rôle hydropigène de la rétention saline : l'étude de la pression osmotique des protéines et de l'équilibre de Donnan, en particulier, montre bien toute l'importance des sels. On peut donc se demander s'il ne faut pas chercher dans les modifications de la pression osmotique des protéines l'explication de l'action hydropigène de la rétention chlorurée sodique.

S'il existe une diminution de la pression osmotique des protéines quand la concentration saline du milieu augmente, on conçoit l'action exercée par le chlorure de sodium retenu en excès dans le sang. La diminution de la pression osmotique, sous l'influence de cette rétention de chlorure de sodium, permettrait l'exsudation de l'eau dans les espaces interstitiels et la formation des œdèmes. La rétention chlorurée sodique serait ainsi le facteur indirect du passage des liquides dans les tissus, son premier effet étant de provoquer une baisse plus ou moins importante de la pression osmotique des protéines dans le sang. Le chlorure de sodium n'agirait pas en se localisant dans les espaces interstitiels pour y fixer de l'eau ; il agirait en diminuant la pression osmotique des protéines du sérum.

* * *

Après la discussion critique des théories précédentes, les rapporteurs concluent :

L'hydratation des tissus est vraisemblablement un phénomène des plus complexes qui ne peut s'expliquer que par l'association d'éléments multiples. Les diverses théories émises en ces dernières années ont eu le tort de considérer isolément chacun des facteurs d'hydratation. Des perturbations continuelles d'équilibre sont les conditions mêmes des échanges dans l'organisme. La vie est un état dynamique perpétuel.

Le seul fait incontestable, qui reste à la base de la pathogénie des œdèmes brightiques, c'est la rétention du chlorure de sodium, démontrée par Widal.

Comment cette rétention dans l'organisme aboutit-elle à l'hydratation ? On est forcément tenté de trouver, dans chaque observation physico-chimique nouvelle, une explication. La plus rationnelle, à l'heure actuelle, paraît être celle de l'intervention de la pression osmotique des protéines ; mais, avant de la considérer comme définitive, il faut attendre l'étude de nouveaux faits.

Discussion des rapports sur les œdèmes.

La discussion des rapports sur les œdèmes a opposé deux théories : la théorie essentiellement rénale, la théorie extrarénale.

M. Chabanier (de Paris) estime que l'œdème brightique peut être expliqué par un appauvrissement du plasma en sérumalbumine, d'où résulte un abaissement de la tension osmotique des protéines. L'œdème, une fois constitué, rompt l'équilibre entre Cl du sang et Cl des tissus. Le trouble fonctionnel rénal n'est que secondaire.

De son côté, M. E. Feuillié (de Paris) pense que, le plus souvent, il y a indépendance des œdèmes et des lésions rénales : il s'agirait d'ordinaire d'œdèmes leucopathiques et histopathiques.

Pour M. Blum (de Strasbourg), l'œdème est conditionné par une rétention de Na et de Cl. avec toutefois prédominance de Na. Des facteurs périphériques peuvent intervenir, mais le rein n'en conserve pas moins un rôle primordial.

M. M. Labbé (de Paris) insiste sur la complexité des mécanismes. Il n'y a pas une pathogénie de l'œdème, mais des pathogénies des œdèmes.

Quoi qu'il en soit de ces discussions sur l'origine de l'œdème, la plupart des auteurs soulignent l'importance de facteurs périphériques pour la localisation de l'épanchement : facteur de perméabilité vasculaire (Daniel, de Bucarest), rôle de l'appareil vasomoteur (Schulmann et Marek, de Paris), facteur nerveux (Léri), perturbation circulatoire locale (Lian, Puech et Vian).

Le professeur F. Widal résume cette intéressante discussion en montrant que nous sommes aujourd'hui en possession d'une certitude : la rétention chlorurée sodique, et devant des inconnues ; l'expérimentation clinique précisera le rôle des différents facteurs humoraux, physico-chimiques ou périphériques invoqués par les travaux récents.

M. Kopaczewski pense néanmoins que de sérieuses réserves doivent être faites, du point de vue physico-chimique pur, sur la loi de Donnan et la pression osmotique des protéines.

A côté de cette discussion de fond, d'intéressantes communications furent faites par M. Le Calvé sur le traitement de certains épanchements et œdèmes par une méthode de désensibilisation anticlasique ; par le Dr Bohnmil Prusik (de Prague) sur l'action diurétique des extraits du lobe postérieur d'hypophyse ; par M. A. Dumas (de Oyon) sur les œdèmes d'origine hépatique ; par le professeur Perrin et Mlle Lacourt (de Nancy) sur l'œdème terminal des phtisiques ; par M. M. Weber et Syllaba (de Prague) sur l'élimination d'eau par le poumon et par la peau dans les états œdémateux ; par le Dr A. Leroy (de Paris) sur le rôle des électrons dans la genèse des œdèmes.

Maurice Bariéty.

(A suivre.)

Les Livres

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

L.-E. PERDRIZET. — **Manuel des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires.** *Notions générales et notions techniques en vue de l'obtention du brevet de préparation militaire supérieure spéciale.* 2e édition entièrement refondue et mise en concordance avec les derniers règlements, 1927. (Un vol. in-16 de 540 pages avec 19 figures. Prix : 20 francs, sauf variation).

La première édition de ce manuel a été publiée en 1914, quelques mois à peine avant la grande guerre ; mais, en raison des profonds remaniements imposés par les circonstances et par la guerre, une nouvelle édition est devenue nécessaire.

La loi des pensions du 31 mars 1919, la loi de recrutement du 1er avril 1923, l'organisation nouvelle de l'armée et les nouvelles directives du Service de santé en campagne ont, en particulier, modifié de fond en comble les données antérieures.

Il est donc utile pour les futurs médecins et pharmaciens de l'armée active ou des réserves, d'être familiarisés avec les notions actuelles, qui pourront leur être demandées à l'examen du brevet de la préparation militaire supérieure spéciale, et qui, par ailleurs, faciliteront sans doute l'accomplissement d'une partie de leur tâche ultérieure.

D'autre part, les étudiants en art dentaire, qui, comme les étudiants en médecine et en pharmacie, doivent obtenir ce brevet en vue du grade de dentiste auxiliaire, trouveront également dans ce manuel les renseignements indispensables à leur instruction médico-militaire.

Ernest FLAMMARION, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Louis ROULE, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. — **L'Histoire de la nature vivante d'après l'œuvre des grands naturalistes français. IV : Lamarck et l'interprétation de la nature.** Prix : 12 francs.

Le naturaliste Lamarck possède aujourd'hui une renommée mondiale. Son nom est devenu populaire. Il n'en fut pas ainsi lorsqu'il vivait, au début du siècle dernier. Seul un petit cénacle d'auditeurs, dans lequel figuraient Balzac et Sainte-Beuve, assistait à ses cours du Muséum, et s'intéressait à ses pensées. Une existence matérielle laborieuse et modeste ; une vie intellectuelle fougueuse et ardente ; une longue vieillesse infirme et abandonnée ; une mort ignorée puis l'oubli immédiat ; ensuite une résurgence glorieuse, s'achevant en apothéose : telle est l'histoire de Lamarck.

Son nom cependant, dans les sciences de la Nature et de la Vie, se lie désormais à la notion de l'évolution progressive des êtres au travers des âges, comme celui de son émule anglais Charles Darwin, venu plus tard : leur liaison est telle qu'on ne saurait les séparer. Et c'est justice. L'homme qui portait ce nom occupe le premier rang, par la date d'abord, ensuite par la puissance de son génie.

Le volume qui lui est consacré, le quatrième de la série que publie M. Louis Roule sur la Vie dans la Nature en prenant comme base les œuvres des grands naturalistes français, vient après ceux de Buffon, Daubenton, et Cuvier. On y lira les principaux épisodes de sa vie tourmentée, et de sa fin douloureuse. On y trouvera l'analyse de ses travaux sur l'interprétation de la Nature. On y suivra enfin les envolées de la biologie moderne dans ses synthèses et ses aspirations.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr KURT HEYMANN. — **Chimiothérapie par voie buccale avec l'arsenic.** Préface de M. Levaditi, de l'Institut Pasteur. (Un vol. gr. in-8o de 132 pa., 1928.)

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris, VIe.

André SAUZEDE, ex-contrôleur des contributions directes. — **Comment l'agriculteur peut vérifier sa feuille d'impôt sur les revenus.** 2e *édition, complètement remaniée.* Collection de « défense agricole ». (Une broch. 40 p. Prix : 3 fr.)

André PAVIE. — **Comment rédiger un bail à ferme payable en denrées. Nouvelles formules de taux.** 3e *édition.* Introduction d'Henry Girard. Collection de « défense agricole ». (Une broch., 32 p. Prix : 3 fr.)

A LA LIBRAIRIE ACADÉMIQUE PERRIN ET Cie,
35, quai des Grands-Augustins, Paris.

Dr Raymond PENEL. — **Sud contre Nord.** *Croisières latines : Argentine, Uruguay, Brésil, Espagne.* (Un vol. in-16, 370 p., Prix : 12 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

ASSURANCES SOCIALES ET MÉDECINS DE STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES

Un assuré social, qui aura besoin de faire une saison thermale ou climatique, pourra-t-il être dirigé sur la station, désignée par le médecin traitant, aux frais de la caisse locale d'assurances sociales, ou supportera-t-il à lui seul les dépenses ainsi nécessitées ?

A lire les termes de l'article 4 du projet de loi, nous estimons que les frais de séjour dans une station thermale ou climatique, nécessité par un état de maladie, doivent être compris sous la rubrique des frais de médecine générale et spéciale et frais pharmaceutiques.

Il n'est plus à démontrer aujourd'hui, que le séjour dans une ville d'eaux, ou dans une station climatique, soit un adjuvant sinon un facteur de la guérison.

D'ailleurs, en matière d'assistance médicale gratuite, les indigents des communes de France peuvent être soignés gratuitement, dans certains centres thermaux, Vichy en particulier. C'est donc la reconnaissance indubitable de la nécessité du traitement thermal, pour la guérison de certaines affections.

Néanmoins, je crois nécessaire de signaler que les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont à la charge de la caisse d'assurances sociales que pendant les six mois qui suivent le début de la maladie. Ce point a son importance, lorsqu'il s'agira de soigner des malades chroniques, des rhumatisants par exemple, qui solliciteraient un séjour thermal alors que le début de leur affection remonte à moins, ou à plus de six mois.

Frais de séjour.

Bien qu'à première vue, cette question ne semble pas devoir retenir l'attention du Corps médical, elle a cependant, pour nos confrères, une certaine importance.

L'assuré social sera-t-il admis à l'hôpital de la ville d'eaux, aux frais de la caisse d'assurances responsable ? Touchera-t-il au contraire une indemnité forfaitaire d'hébergement, pour qu'il se loge par ses propres moyens ?

Il se peut, dans cette dernière hypothèse, que l'indemnité journalière, prévue à partir du sixième jour de maladie (article 5, paragraphe 1) soit augmentée, pour permettre au malade de trouver son logement et sa subsistance dans la station thermale.

Mais il est également fort possible qu'invoquant les termes de l'article 6, paragraphe premier, la caisse d'assurances sociales passe des contrats avec les hôpitaux, dispensaires, cliniques ou maisons de cure de la ville d'eaux.

Il en résulte que les médecins de l'hôpital local, tenus par le règlement hospitalier de donner leurs soins à tous les malades, qui entrent dans les salles qui leur sont confiées, pourraient être obligés de donner leurs soins gratuits à l'hôpital à tous ces malades étrangers à la localité.

Les docteurs auraient aussi le droit de défendre les intérêts de leurs propres clients indigents, qui pourraient ne plus trouver de place dans l'établissement hospitalier, envahi par ces baigneurs.

Les soins. Libre choix du médecin.

Arrivant dans la station thermale, l'assuré social devra subir une visite médicale, de la part d'un praticien de la localité, afin que ce docteur puisse indiquer et graduer le traitement thermal nécessaire.

Le paragraphe 2 de l'article 4 prévoit le libre choix du médecin. Par conséquent, le praticien de médecine générale pourra adresser à son correspondant de ville d'eaux, les assurés sociaux, qui auraient besoin de suivre un traitement thermal.

Cependant, le paragraphe 4 de l'article 4 prévoit des contrats collectifs passés entre caisses et syndicats médicaux locaux. Les organismes d'assurances auront donc la possibilité, soit de contracter avec l'hôpital local de ville d'eaux, pour que cet établissement de soins puisse à la fois héberger et faire soigner par son personnel médical, les assurés en déplacement, soit de s'entendre avec les syndicats généraux, ou locaux de médecins thermaux, pour arrêter les modalités des traitements, ainsi que les honoraires.

Dans ce dernier cas, tout en conservant théoriquement la faculté de choisir librement son docteur, l'assuré sera dirigé vers le cabinet de tel

ou tel médecin, qui aura accepté les conditions des caisses.

Les soins thermaux.

En dehors de traitements généraux, qui peuvent être suivis, soit à l'hôpital, soit au cabinet du médecin de ville d'eaux, un traitement doit être institué à l'établissement thermal, sous la direction des docteurs.

Les caisses seront donc conduites à s'aboucher avec les directions des établissements thermaux pour décider des dates auxquelles les assurés pourront être dirigés sur la station, sans gêner les autres baigneurs ; pour fixer les catégories, les classes de cures et enfin les prix des différents actes thérapeutiques (bains, massages, physiothérapie, etc.).

J'estime, pour ma part, que les syndicats généraux ou locaux des médecins de villes d'eaux, ou de stations climatiques ont le plus grand intérêt à se préoccuper, dès à présent, de ces questions, qui ne sont pas des points de détail.

L'établissement thermal et le corps médical de chaque station doivent s'entendre pour fixer ces modalités : il faut éviter d'avance tous les points de friction.

Ainsi, la direction de l'établissement thermal pourrait traiter directement avec la caisse d'une grande ville, pour déterminer le mode des traitements, leur nature, leurs prix.

Par qui ces soins seront-ils donnés ? Par tous les docteurs de la station, ou simplement par quelques-uns qui seraient accrédités, dans ce but, par la direction ? A quelles heures les traitements seraient-ils institués ? Ne serait-il pas à craindre qu'on fixât ces heures, sans avoir pris, au préalable, l'avis du Corps médical ?

Surgiront les éternelles questions de préséance : le médecin est-il toléré dans l'établissement thermal, parce que la direction estime qu'elle est chez elle et a le droit d'ouvrir, ou de fermer la porte à qui bon lui semble ?

Le docteur est-il, au contraire, la pierre d'angle de tout l'édifice thermal, dont le traitement serait inefficace, voire même dangereux, si l'homme de l'art ne présidait pas à la graduation de l'intensité, ou à l'arrêt même de la cure ?

Il convient donc de prévoir d'avance de quelles manières direction et corps médical pourront traiter avec les diversses caisses locales, pour le plus grand bien des malades bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales et des autres baigneurs de chaque station.

Quelles stations seront-elles choisies ?

Ici, encore intervient la notion de contrat.

A la base, c'est un accord entre le syndicat des médecins de villes d'eaux et les organismes généraux de syndicats de praticiens.

Aux médecins d'abord de s'entendre sur l'utilisation de tous ces centres de cure thermale ; à eux de dire si, pour telle ou telle maladie, toutes les stations thermales appropriées doivent être accessibles aux assurés sociaux, ou bien s'il convient de ne diriger ces derniers que sur certaines localités nommément désignées.

Les praticiens spéciaux ou généraux doivent donner leur avis, car cette question sera certainement soulevée, lors des discussions préparatoires, pour l'établissement du règlement d'administration publique, réglant le fonctionnement de la loi.

Il ne faut pas que ces stations ne soient choisies qu'à la suite de tractations passées entre directions d'établissements thermaux et caisses locales d'assurances : les médecins ne doivent pas tolérer que la santé publique ait à pâtir de simples questions pécuniaires. Il est inadmissible qu'entre deux stations, à efficacité identique, l'une soit désignée et l'autre interdite, parce que mises en concurrence pour des prix de séjour, ou de traitements, la première a soumissionné à des prix inférieurs à la seconde. Les médecins doivent avoir voix au chapitre.

En matière de soins thermaux, comme en toute autre thérapeutique, le médecin traitant doit avoir le droit absolu d'ordonner et de prescrire tout ce qui peut être utile à la guérison, à quelque catégorie sociale qu'appartienne le malade.

Ce n'est pas parce qu'un citoyen appartient à une caisse d'assurances sociales, aujourd'hui à une mutualité, ou est bénéficiaire de la loi sur les accidents du travail, ou de celle des pensionnés de guerre qu'il faut restreindre, pour eux, le bénéfice des découvertes modernes de l'art de guérir.

Les cures thermales ne doivent pas être l'apanage des seuls clients susceptibles de supporter par eux-mêmes les frais de séjour dans une ville d'eaux ; elles ne doivent pas non plus être considérées comme de simples séjours de vacances, ou de repos.

Bien au contraire, un traitement thermal, pour ne pas parfois être nuisible, voire même mortel, ne doit pas être laissé sans direction médicale : le docteur doit préciser la progression de la cure, son intensité et, par une surveillance suivie, le praticien doit intervenir, au cours du traitement, pour modifier les indications du début.

Libre choix du médecin comporte, comme corollaire, liberté de thérapeutique, ordonnée par le praticien, sous sa surveillance.

Je rappelle d'ailleurs que, tout récemment, nous avons publié, dans le *Concours médical*, un document officiel, reconnaissant cette liberté de prescription, sous la responsabilité du médecin traitant, en matière d'accidents du travail.

Honoraires des médecins.

Comment seront réglés les honoraires des médecins thermaux ? Par qui le seront-ils ?

Le mode de paiement dépendra essentiellement des directives qu'arrêteront soit les syndicats généraux, soit les groupes locaux des praticiens de stations balnéaires et climatiques.

Sera-ce le forfait de saison, sera-ce le paiement à la visite ? Aux intéressés de s'entendre à ce sujet.

Par qui le docteur sera-t-il honoré ? Par la caisse locale responsable ? ou par le malade lui-même ? Quitte à ce dernier à se faire rembourser tout ou partie par qui de droit.

Certes, j'approuve ceux de mes confrères, qui ne veulent aucun intermédiaire entre leur malade et eux. Un assuré social doit avoir le caractère d'un client ordinaire, qui doit régler directement les soins donnés par le docteur.

Tout au plus, les groupes professionnels locaux pourraient-ils discuter le point de savoir si des réductions particulières doivent être accordées aux assurés sociaux, tout comme certains en consentent aux membres de l'enseignement, aux ecclésiastiques, ou autres.

Cependant, qu'il me soit permis de me faire l'avocat du diable et de faire entendre un autre son de cloche, que j'ai souvent perçu dans des milieux non médicaux.

Le législateur, comme demain les caisses d'assurances, estiment qu'il est prudent de ne donner à l'assuré que le minimum de prestations en argent et le maximum en nature.

De crainte que l'argent ne soit détourné de sa véritable destination et dépensé autrement qu'en soins médicaux et pharmaceutiquses, le législateur pensait que le corps médical accepterait d'être payé par les caisses d'assurances, tout comme cela se passe en matière d'accidents du travail, ou d'assistance médicale gratuite, ou de pensions de guerre.

En effet, ce n'est pas le malade, ou blessé, qui s'acquitte chaque fois des honoraires pour soins donnés : le docteur, s'adresse à la collectivité publique, ou privée, qui est substituée au client, pour solder les frais médicaux et pharmaceutiques.

Ne pourrait-il pas en être de même pour les assurés sociaux ? Le médecin thermal n'aurait affaire qu'à la caisse locale, qui honorerait le praticien, soit à la visite, soit d'après un forfait thermal, convenu d'avance.

Dans ce dernier cas, le client pourrait être porteur d'un chèque barré, tiré sur la caisse locale, chèque que le praticien ferait encaisser par sa banque.

Quelques bénéficiaires futurs de la loi sur les assurances sociales, avec lesquels je me suis souvent entretenu, m'ont également fait les objections suivantes : « Pourquoi exiger de nous le paiement direct de vos honoraires, au moment précis où la maladie ou l'accident m'arrête dans mon travail et me supprime mon gain journalier? Croyez-vous que les travailleurs aient les économies suffisantes pour assurer la vie de la famille, d'abord et pour solder, au jour le jour, les visites de médecins et les frais de pharmacie ?

« La classe ouvrière préfère les usages suivis en matière d'accidents du travail : le médecin fait confiance, non au blessé, mais au responsable, c'est-à-dire au chef d'entreprise, ou à l'assurance de ce dernier.

« Nous désirerions qu'il en soit de même en matière d'assurances sociales et que le malade puisse faire venir le docteur, ou aille le consulter, aussi souvent que ce soit nécessaire, qu'il puisse bénéficier d'examens coûteux, radiographies, examens de laboratoires, sans avoir le souci d'avoir à payer immédiatement ces frais élevés. »

L'objection a sa valeur et mérite d'être prise en considération, en dehors de toute conception de doctrine, ou de politique syndicaliste.

Aux syndicats de médecins thermaux et climatiques d'étudier les meilleures modalités de paiement, tant pour eux, que pour les malades eux-mêmes.

Conclusions.

Rien, dans la loi, ne concerne les traitements thermaux. Ceux-ci font partie de la thérapeutique générale que le médecin aura à employer, pour donner à l'assuré social, qui y a droit, tous les soins nécessités par son état.

Mais cette question thermale sera certainement l'objet de discussions, au sein de la commission qui arrêtera les termes du règlement , qui mettra en application pratique les règles générales édictées par le Parlement.

Rappelons les termes de l'article 73 de la loi :

« Au cours du douzième mois, qui suivra la promulgation de la présente loi, un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre du travail et des ministres intéressés, après consultations des organisations en cause, déterminera toutes les dispositions nécessaires à son application, laquelle entrera en vigueur dix mois après la publication de ce règlement au *Journal officiel.* »

Dans ces conditions, il importe que les groupes professionnels de médecins thermaux et climatiques puissent, dès aujourd'hui, étudier quelle doit être leur participation au fonctionnement futur de la loi et qu'ils saisissent ensuite les délégués des Unions de syndicats médicaux, qui auront la mission de représenter tous les intérêts du Corps médical, au sein de la Commission chargée d'établir le règlement d'administration publique.

Agir autrement, serait permettre aux caisses

locales de traiter soit avec des hôpitaux thermaux, soit avec des individualités médicales et faire assurer un service médical, thermal, dont les médecins indépendants seraient soigneusement éliminés.

Mieux vaut prévoir que d'avoir à subir, malgré de tardives protestations, qui resteraient vaines et inefficaces.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Seconde épitre aux praticiens.

Dans les questions préliminaires du Congrès des Syndicats médicaux sur les assurances sociales, l'article 2 est ainsi formulé :

Les syndicats médicaux prennent l'engagement de ne collaborer à la loi d'assurances sociales que si tous les principes généraux inscrits dans les décisions du Congrès sont admis par le Parlement.

En conséquence, il faut une entente avec le Parlement, sinon c'est la grève médicale ou tout au moins administrative, en tout cas, c'est un ultimatum.

Cette motion est votée par 16.000 médecins syndiqués sur 24.000 qui exercent, c'est-à-dire par les deux tiers. Un tiers se trouve donc en dehors du débat.

N'oublions pas que d'après les données statistiques, le tiers de la population de la France deviendra tributaire des assurances. Rapprochons ces deux chiffres, tiers de la population et tiers des médecins, et constatons que ce nombre est suffisant pour assurer largement le service maladie des assurances sociales. Car, vous pensez bien que parmi les 16.000 médecins qui ont par leurs syndicats donné leur parole d'obéir à la discipline syndicale, un certain nombre la reprendront sans vergogne. Il ne sera même pas question de chiffon de papier, puisqu'ils n'auront signé aucun engagement. Si nous ajoutons à ces réfractaires des confrères de l'armée ou de la marine retraités et cette légion de métèques qui pullulent et auxquels, en cas de difficultés avec le Corps médical, on donnera facilement l'investiture, on aura sous la main un service médical assuré qui rendra illusoire toute tentative de grève.

Le Parlement ne trouvant pas en face de lui un Corps médical homogène, assuré d'un groupe important de dissidents, ne prendra pas au sérieux les menaces de grève et opposera une négation formelle aux revendications des praticiens.

En vue de cette perspective de grève, que faire pour en assurer le succès ?

D'abord faire une propagande syndicale considérable, augmenter dans de notables proportions le recrutement. La crise de ces dernières années a été funeste au développement syndical. Les confrères, pour des motifs quelconques, le plus souvent intéressés, se targuent de vouloir conserver leur indépendance, ont un bon prétexte à le faire, au moins en apparence.

En présence de deux camps ayant des idées divergentes, auquel accorder sa confiance ?

Si j'entre, se dit-il, dans un syndicat, rangé aujourd'hui sous telle bannière, qui me dit que demain, il ne sera pas transfuge et ne servira pas sous le drapeau du groupement opposé. Dans le doute, il s'abstient et le doute profite toujours à l'accusé. Il est vrai que cet argument va disparaître, puisque le front unique se reforme et que bientôt il n'y aura plus qu'une union médicale, quelle que soit l'appellation qu'on lui attribue, mais le temps perdu en pourparlers pour fixer les détails de la coaptation ou du replâtrage, pour l'établissement méticuleux de nouveaux statuts, amène un freinage sérieux du mouvement corporatif.

Il faut donc avant tout accroître le nombre des syndiqués. Comment y arriver ? Par une propagande incessante auprès des non syndiqués, propagande non par des tracts ou des manifestes, qui rejoignent dans la corbeille à papier, les prospectus des spécialistes ou les boniments électoraux.

Il faut une propagande personnelle. Il faut que les médecins syndiqués, se répartissent entre eux les confrères non syndiqués, aillent les visiter, leur exposent les avantages qui poussent les médecins à s'unir, leur montrent les bénéfices qu'ont su tirer de l'union les ouvriers pour la défense de leurs intérêts matériels, leur prouvent les inconvénients qui résultent pour eux de se tenir à l'écart et placent devant leurs yeux l'emprise progressive de l'Etat et des collectivités sur le Corps médical, grâce à son manque de cohésion. Si nos confrères sont syndiqués, convaincus, ils arriveront à établir la conviction chez le dissident et à recueillir son adhésion. Mais les difficultés seront grandes : car il suffira que deux médecins fussent voisins, pour qu'ils fussent frères ennemis, et il faudra souvent que des médecins jouissant d'une autorité généralement reconnue se déplacent eux-mêmes pour remplir le rôle d'agents électoraux. La chose est-elle possible ? Ou si on le veut, mais difficile, je le confesse. Il faut, en outre, rendre le Syndicat utilitaire et vivant.

Car le confrère qui se tient à l'écart de nos

groupements et que vous sollicitez, vous répond :

Je vois bien ce que je perds en entrant au Syndicat, mon indépendance et les bénéfices qu'elle peut me rapporter, mais je ne vois aucunement les avantages qu'en compensation je puis en retirer. Est-ce pour entendre des palabres sur des formules creuses et oiseuses ou bien recevoir un bulletin qui les développera à l'usage des adhérents nombreux qui n'assistent pas aux séances. Cela n'est pas suffisant. La jeune génération ne se contente plus de formules, mais de réalités.

Il faut donc que les Syndicats deviennent utilitaires et offrent à leurs membres des avantages matériels , variables selon les régions et l'ingéniosité de leurs dirigeants et les possibilités financières. Et dans cette voie, toutes les choses sont possibles : création de maisons de santé ou de dispensaires, service de renseignements, service de recouvrements d'honoraires, service d'assurances, coopératives pour les achats d'essence et d'huile, création d'ateliers de réparation d'autos, bibliothèque circulante, (achats en commun, d'instruments d'un usage peu journalier, achat en commun d'appareils à fracture, de lits mécaniques à louer aux malades, de paperasserie et d'imprimerie pour leurs impressions, voitures d'ambulance pour le transport de leurs blessés ou malades dans les maisons de santé, service de désinfection, tourisme, etc., On pourrait continuer cette énumération. Il est évident que réunis par des avantages palpables, les médecins se trouveraient en contact plus intime et apprécieraient les avantages nets d'une union confraternelle et féconde.

Il faut aussi des syndicats vivants, car ainsi ils seront puissants. Or le plus souvent nos syndicats se réduisent au président et au secrétaire général qui font tout et qui avec la meilleure volonté sont un peu découragés de l'insouciance de leurs confrères. Ils consacrent tous leurs loisirs, qu'ils pourraient utiliser d'une façon plus agréable pour eux, à défendre les intérêts de leurs confrères qui s'en désintéressent.

Les réunions sont rares et peu suivies et, par suite dénuées d'intérêt dans la plupart des syndicats.

Il est de toute nécessité que les réunions syndicales soient fréquentes ; qu'elles ne soient pas toujours tenues dans la même localité, mais qu'elles se déplacent pour se transporter ainsi dans divers secteurs médicaux. Il faut aussi qu'on cherche à leur donner un attrait en dehors des questions en discussion. Les banquets avec leur saine cordialité servent souvent la cause corporative. Ces banquets peuvent, du reste, être communs avec d'autres groupements de l'Association générale ou de la Prévoyance qui fournissent des éléments communs de recrutement, ou bien suivies d'une conférence littéraire ou historique, voire même de conférences médicales avec lecture d'observations, comme nos sociétés d'arrondissement de Paris, quelquefois de séances de musique, etc. En un mot, tâcher de donner de l'attrait à ces réunions

D'autre part, il faut que ces syndicats aient une texture solide et des statuts bien étudiés. Ils convient qu'ils soient même autoritaires, que lel confrères y prennent des engagements écrits, même avec des dommages-intérêts en cas de manquements, tout au moins sur des questions étudiées ou des contrats particuliers.

Il faut un Conseil de famille autorisé qui juge en équité et non en camaraderie et qui prononce des sanctions réelles, qui soit un véritable conseil de l'ordre syndical.

Toutes ces idées sont-elles réalisables ? Je ne sais. Mais, en tout cas, je crois que si le Corps médical veut entrer dans l'action, dans la lutte, il faut qu'il puisse compter sur ses troupes, que celles-ci soient nombreuses et disciplinées et que les états-majors soient libres, vigilants, actifs et courageux.

Dans un prochain article, j'étudierai les autres conditions nécessaires à la réalisation des décisions du Congrès des Syndicats médicaux.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE FISCALE

Calcul des impôts

Impôt général sur le revenu.

Si le revenu est inférieur ou égal à 7.000 francs : pas d'imposition.
Si le revenu est compris entre :

7.000 et 20.000,	multiplier le total du revenu par	0,012	et retrancher	84 francs
20.000 et 30.000,	—	0,024	—	324 —
30.000 et 40.000,	—	0,036	—	684 —
40.000 et 50.000,	—	0,048	—	1.164 —
50.000 et 60.000,	—	0,060	—	1.764 —
60.000 et 70.000,	—	0,072	—	2.484 —
70.000 et 80.000,	—	0,084	—	3.324 —
80.000 et 90.000,	—	0,096	—	4.284 —
90.000 et 100.000,	—	0,108	—	5.364 —
100.000 et 125.000,	—	0,120	—	6.564 —
125.000 et 150.000,	—	0,132	—	8.064 —
150.000 et 175.000,	—	0,144	—	9.864 —
175.000 et 200.000,	—	0,156	—	11.964 —
200.000 et 225.000,	—	0,168	—	14.364 —
225.000 et 250.000,	—	0,180	—	17.064 —
250.000 et 275.000,	—	0,192	—	20.064 —
275.000 et 330.000,	—	0,204	—	23.364 —
300.000 et 325.000,	—	0,216	—	26.964 —

Remarque. — *Avant les calculs* indiqués ci-dessus, retrancher du revenu :

3.000 francs si l'on est marié ou veuf, avec enfants issus du mariage ;

3.000 francs par enfant de moins de vingt et un ans ;

2.000 francs par autre personne à charge, ce dernier chiffre étant d'ailleurs porté à 3.000 francs lors que le nombre total des enfants et personnes à charge dépasse cinq.

Majorations dues par les célibataires et les ménages sans enfants.

Au montant de l'impôt général calculé comme ci-dessus, il faut ajouter les majorations auxquelles peut donner lieu la situation de famille.

Ces majorations ne s'appliquent qu'à l'impôt général.

Le taux de ces majorations est de :

25 % pour les célibataires ou divorcés âgés de plus de trente ans et n'ayant ni enfant ni aucune personne à charge ;

10 % pour les contribuables âgés de plus de trente ans, mariés depuis deux ans au 1er janvier 1928 et n'ayant à cette date ni enfants ni aucune personne à charge.

Sont exempts de ces majorations :

Les titulaires d'une pension de guerre pour invalidité de 40 % et au-dessus ;

Les contribuables dont tous les enfants sont morts.

Traitements, salaires, pensions et rentes viagères.

Si les salaires sont inférieurs à 7.000 francs : pas d'imposition.

Si les salaires sont compris entre 7.000 et 10.000 francs : multiplier le total du salaire par 0,03 et retrancher 210 francs.

Si les salaires sont compris entre 10.000 et 20.000 francs : multiplier le total du salaire par 0,06 et retrancher 510 francs.

Si les salaires sont compris entre 20.000 et 40.000 francs : multiplier le total du salaire par 0,09 et retrancher 1.110 francs.

Si les salaires sont supérieurs à 40.000 francs : multiplier le total du salaire par 0,12 et retrancher 2.310 francs.

Exemple : soit un salaire de 54.800 francs.

54.800 × 0,12	6.576 fr.
A retrancher	2.310 »
Montant de l'impôt	4.266 fr.

Remarque. — *Avant les calculs* indiqués ci-dessus, retrancher du salaire :

3.000 francs si l'on est marié et si la femme n'a ni salaire ni revenus personnels ;

3 000 francs par enfant de moins de dix-huit ans et non salarié ;

2 000 francs par autre personne à charge ;

1.000 francs si l'on est mutilé titulaire d'une pension d'invalidité.

Bénéfices des professions non commerciales.
(*Charges et offices exceptés*)

Si les bénéfices sont inférieurs à 7 000 francs : pas d'imposition.

Si les bénéfices sont compris entre 7.000 et 10.000 francs : multiplier le total du bénéfice par 0,03 et retrancher 210 francs.

Si les bénéfices sont compris entre 10.000 et 20.000 francs : multiplier le total du bénéfice par 0,06 et retrancher 510 francs.

Si les bénéfices sont compris entre 20.000 et 40.000 francs : multiplier le total du bénéfice par 0,09 et retrancher 1.110 francs.

Si les bénéfices sont supérieurs à 40.000 francs : multiplier le total du bénéfice par 0,12 et retrancher 2.310 francs.

Exemple : soit un bénéfice de 54.800 francs :

54.800 × 0,12	6.576 fr.
A retrancher....................	2.310 »
Montant de l'impôt.............	4.266 fr.

REMARQUE. — Contrairement à ce qui existe pour les traitements et salaires, aucune déduction pour charges de famille ne peut être opérée sur le montant du bénéfice.

Réductions pour charges de famille.

Du montant des impôts calculés comme ci-dessus, il faut retrancher encore les réductions auxquelles on peut avoir droit pour charges de famille. Ces réductions s'appliquent aux impôts cédulaires et à l'impôt général. Les deux tableaux qui suivent en indiquent le taux.

Si le revenu total, défalcation faite des déductions pour charges de famille, n'est pas supérieur à 10.000 *francs :*

	Taux de la réduction
Pour 1 personne à charge............	7 50 %
— 2 —	15 %
— 3 —	30 %
— 4 —	45 %
— 5	60 %
— 6 —	75 %
— 7 —	90 %
— 8 —	100 %

Si le revenu total, défalcation faite des déductions pour charges de famille, est supérieur à 10.000 *francs :*

	Tanx de la réduction
Pour 1 personne à charge	5 %
— 2 —	10 %
— 3 —	15 %
— 4 —	25 %
— 5 —	35 %
— 6 —	45 %
Etc., etc...	

Maximum de la réduction par personne à charge : 300 francs pour chacun des impôts cédulaires, 2.000 francs pour l'impôt général.

Les opérations de défalcation doivent être effectuées séparément : 1° pour chacun des impôts cédulaires ; 2° pour l'impôt général.

D'après le tableau dressé par M. Jules CHAVENEAU, ancien inspecteur des contributions directes, docteur en droit.

(*Excelsior*, 25-2-1928.)

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

LA FONCTIONNARISATION

Puisqu'il s'agit sérieusement d'un mal qui gagne la médecine, « la fonctionnarisation », au sujet duquel notre confrère de Bouy (Marne) a bien voulu donner son idée, je me permets de vous adresser succinctement les résultats de l'expérience que m'ont donnée les cinq années pendant lesquelles j'ai exercé (suite de guerre) uniquement les fonctions de médecin inspecteur des pupilles de Saône-et-Loire (10.000 enfants) et qui répondent à la pensée de notre honorable confrère.

Le *modus faciendi* proposé par le docteur Jourdan est précisément celui qui a été adopté par nous. Les résultats décourageants donnés par lui ont tenu à trois causes différentes que je tiens à signaler venant :

1° De l'organisation elle-même ;

2° De la mentalité du public.

3° De la mentalité des confrères.

1° Les enfants réunis dans une salle d'école ou de mairie sont pesés et mesurés par le médecin, ou par l'instituteur (si celui-ci veut bien s'en donner la peine). Chaque enfant est ensuite examiné, ausculté par le médecin. Théoriquement, c'est au milieu de tous les autres enfants, au milieu du vacarme, que le médecin doit percevoir un murmure vésiculaire ou un bruit du cœur parce qu'il n'y a jamais de local disponible, ou jamais de serviette d'auscultation, ni jamais aucun instrument d'examen et c'est neuf fois sur dix, une bascule inexacte empruntée au boulanger qui sert pour la pesée.

Lorsque le confrère a affaire à un instituteur intelligent et dévoué, il arrive à se débrouiller comme il peut au milieu de tous ces enfants que cette visite rase considérablement, mais s'il se trouve en face d'un indifférent, il n'arrive à la terminer qu'en pratiquant une gymnastique qui n'est plus du ressort de la médecine et avec la conviction qu'il n'a rien fait d'utile.

Il se heurte, d'autre part, souvent à la mauvaise volonté évidente des municipalités, ennemies de l'inspection « sans soins » et qui s'en prennent naturellement à lui : exemple la réflexion qui me fut faite une fois par un maire dans un chef-lieu de canton qui me voyant venir me dit : « Vous venez pour la petite formalité ridicule. »

2° Une fois la visite terminée, ainsi que le propose notre confrère, un bulletin est envoyé à la famille de l'intéressé dont l'état de santé semble nécessiter une surveillance, afin que cette famille aille trouver le médecin de son choix. Lorsqu'il s'agit de gens très aisés, tout va à peu près bien, mais lorsqu'il s'agit de paysans ou de petits salariés, c'est bien autre chose. Les uns déchirent le papier qu'ils ont reçu et ne s'en occupent pas. Les autres écrivent pour savoir qui va payer la visite, d'autres vous disent nettement que si vous ne donnez pas une ordonnance en faisant la visite, cela ne les intéresse pas.

En général, le public n'admet pas qu'on l'oblige à subir un examen pour rien et considère que l'inspection sans soins est inepte.

3° Les derniers, très rares, vont avec leur papelard chez leur médecin. Qu'on me permette de dire, et ceci est bien regrettable pour le prestige que devrait toujours garder un confrère, qu'un bon tiers de ceux-ci, en voyant apparaître une note émanant de l'inspection des écoles ou des pupilles, systématiquement, par un mot qu'il est facile de glisser adroitement à leurs clients, leur inculquent la conviction, que la note qu'on leur a envoyée est stupide et sans fondement.

Et nous autres, racoleurs en leur faveur, nous sommes taxés gratuitement par eux auprès des seuls qui aient suivi intelligemment un conseil.

Alors que faire pour bien faire ?

Ceci veut dire qu'à l'heure actuelle, le médecin-inspecteur des écoles est :

1° Le domestique de l'Etat ; 2° l'inutile pour la société ; 3° le salarié indésirable pour les confrères. Dans ce cas, je suis étonné que le Corps médical entier ne se réunisse pas pour régler des questions qui n'intéressent que lui-même, questions dont l'organisation est telle qu'elle devient un danger et ne sert qu'à la décoration de ces « Messieurs les organisateurs » à condition toutefois que ceux-ci ne soient pas médecins.

Dr Copreaux.
Châlons-sur-Saône, (Saône-et-Loire).

LA RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

J'avais cru devoir prendre la défense d'un chirurgien d'Auxerre, condamné pour un accident survenu dans le traitement d'un malade, et le *Concours médical* avait bien voulu m'accorder l'hospitalité de ses colonnes.

Mon article et mon argumentation m'ont valu une belle réplique d'un avocat à la Cour d'appel de Paris, M. Guilhou, qui croit démontrer qu'à l'heure actuelle, les médecins et chirurgiens n'échappent plus à la responsabilité de leurs actes ; d'après M. Guilhou, ce n'est que tout à fait légitime !

Bonhomme Lafontaine, à mon secours ! Lève-toi de ta tombe, et avec ton bon sourire plein d'indulgence et de mansuétude, redis-nous la fable, d'éternelle actualité, de la paille et de la poutre !

En effet, si les médecins n'échappent plus à des poursuites judiciaires, grâce à une jurisprudence assez récente, il est cependant une catégorie de citoyens qui, jouissant de pouvoirs exorbitants, ignorent complètement toute notion de responsabilité. Ces citoyens tiennent entre leurs mains la liberté, l'honneur, les biens, la vie de tous, et malgré ce pouvoir formidable, ils sont complètement irresponsables. Ces citoyens, vous avez deviné : ce sont les magistrats de l'ordre judiciaire ! Comme a dit un grand juriste : « La Justice est comme certaine cuisine, ceux qui la préparent n'en mangent jamais. »

Le nombre des erreurs judiciaires est incalculable. Il n'est pas de jour sans que la chronique des tribunaux ne s'enrichisse d'un nouveau cas. Combien de « Crainquebilles », parmi ceux que l'on traîne sur les bancs du prétoire ! A-t-on jamais vu un magistrat inquiété pour une erreur commise ? Pourquoi ces messieurs échapperaient-ils à la loi commune ?

Mais, ce que je retiens dans la réponse de M. Guilhou, c'est la phrase dans laquelle il prétend que, lorsqu'un chirurgien aura été condamné, « son attention sera mise un peu plus en éveil pour l'avenir, et chacun s'en réjouira ». Voilà qui prouve que notre contradicteur ne nous a pas compris, et qu'il n'a pas compris la thèse que soutient le Corps médical tout entier. Nous prétendons que ces fautes ou maladresses sont dues à la seule fatalité, et que, sur le nombre d'interventions chirurgicales qui se font chaque jour, il n'est pas possible qu'un accident de ce genre ne puisse se produire. On a beau prendre toutes les précautions et être en garde contre les oublis, il faut ignorer totalement ce qu'est une opération pour ne pas admettre qu'une erreur soit toujours possible. Quand un chirurgien, ayant ouvert un ventre par exemple, utilise des compresses pour garantir le champ opératoire, il a soin de les compter au fur et à mesure. Mais ne se peut-il que l'aide qui lui tend les compresses lui en présente une à laquelle une seconde s'est accolée, et qui passera inaperçue ? N'arrive-t-il pas au caissier d'une banque de laisser passer deux billets pour un seul ?

L'erreur ne serait donc pas permise au médecin ? Et vous voudriez donc que les seuls médecins échappent aux lois de la fatalité ?

Pour terminer, et en revenant sur le cas du chirurgien d'Auxerre, la compresse a été oubliée dans le ventre, non par le chirurgien lui-même, mais par l'infirmière qui faisait le pansement tous les jours.

En outre, la fameuse compresse n'aurait été retirée du ventre du malade que très longtemps après (deux mois environ) sa sortie de l'hôpital, où il avait été opéré gratuitement par le chirurgien, et cette compresse aurait été découverte par un chirurgien d'une ville voisine, rival du chirurgien d'Auxerre ?

Devant des faits aussi troublants, n'a-t-on pas le droit de dire que médecins et chirurgiens n'échapperont pas à la loi commune, mais qu'ils devront bénéficier comme tout le monde de l'indulgence, lorsqu'il sera reconnu que la faute, l'oubli ne sont dus qu'à la seule fatalité. Et cela, nous le disons avec toute notre conviction, dans l'intérêt même des malades.

Dr B. ORTICONI,
d'Auxerre.

Les magistrats sont irresponsables, rappelle M. Orticoni. Et les avocats, dirai-je après lui ?

G. D.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Fédération des Syndicats Médicaux du Finistère.

Compte rendu de la Deuxième Réunion de 1927, tenue le 27 novembre, à Landerneau.

Etaient présents :

Brest : Docteurs LE GORGEU, TEURNIER, excusé : GLOAGUEN.

Morlaix : Docteurs BAGOT, BOLLOT, DAOULAS, MARTIN.

Châteaulin : Docteurs MARCHAIS, BASTIT, VOURCH.

Quimper : Docteurs CHAUVEL, DAMEY, excusé : MORVAN.

Le trésorier expose la situation de la caisse dont l'actif, avant la réunion (cotisations de 1927 perçues), est de 1.706 fr. 65.

TARIFS DÉPARTEMENTAUX

Tous les médecins du département sont, maintenant, avisés de l'acceptation par le Conseil général du tarif syndical minimum diminué de 25 % (mais ce sera seulement une étape, car le principe de l'échelle mobile n'est pas encore admis).

Les nouveaux tarifs seront applicables dès le premier janvier 1928.

Les tarifs pour les interventions n'ayant pas encore été débattus, surseoir en ce qui les concerne, lors de l'établissement des prochaines mémoires (de 1928)

Les accouchements des assistées doivent être laissés aux sages-femmes. — Si les circonstances obligeaient les médecins à en faire, ils devraient s'expliquer sur les billets).

Le tarif des accouchements, lui aussi, doit être relevé prochainement.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES.

L'Union est chargée de s'occuper attentivement de la tentative d'inspection qui serait faite à titre d'essai, par les médecins des dispensaires, dans certaines circonscriptions.

VACCINATIONS.

Il est entendu que ce n'est que le premier janvier prochain que doit entrer en vigueur la nouvelle répartition des médecins vaccinateurs (généralement bien accueillie).

Cette répartition doit d'ailleurs être revisée tous les ans.

LES CONTRÔLES.

ART. 64. — Nos délégués seront :
Titulaires : Docteurs MIGNARD et AUFFRET.
Suppléants : Docteurs MORVAN et GIFFO.

Les contrôleurs, tant pour la médecine générale que les spécialités sont désignés par leurs syndicats respectifs.

Le contrôle, tel qu'il fonctionne actuellement donne généralement satisfaction.

On voudrait que les hospitalisations puissent s'obtenir plus rapidement.

ASSISTANCE MÉDICALE.

Les quatre syndicats sont heureux de l'affectation des docteurs VOURCH et DUPOUY à ces fonctions, mais estimant qu'on leur fait jouer surtout le rôle de délégués et de conseillers voudraient qu'ils aient plus à contrôler (le contrôle devant ainsi devenir sérieux, effectif et technique).

LA VENTE DES MÉDICAMENTS DANS LES ÉPICERIES.

M. TALVARD, nouveau président du Syndicat des pharmaciens a adressé à M. le Dr CHAUVEL, notre Président, une lettre lui affirmant que désormais son syndicat est résolu à nous donner son appui, et cela, non seulement pour la question de la vente illégale de médicaments, mais toutes les fois que l'actualité l'exigera. Il désirerait voir des rapports suivis et cordiaux s'établir entre les organisations syndicales des deux professions, pour leur avantage réciproque.

L'assemblée très satisfaite de cette déclaration charge le Dr VOURCH, propharmacien, d'entrer en rapports avec M. TALVARD.

COTISATION A LA FÉDÉRATION.

Il est entendu que, si la situation de la caisse l'exigeait, la cotisation des Syndicats serait portée à 10 francs par membre.

RÉUNIONS INTERSYNDICALES RÉGIONALES.

On en approuve le principe et on en reconnaît l'utilité, mais on estime qu'une seule réunion par an suffit et de plus dans un seul centre, Rennes ou Nantes, et non Rennes et Nantes. (A la rigueur on admettrait une alternance entre elles).

Délégués pour ces réunions : Dr DAMEY ; suppléant, Dr DUPOUY.

TARIFS DES EXPERTISES MÉDICALES.
MÉDECINE LÉGALE.

Le tarif est ridiculement insuffisant. L'Union devra travailler à en obtenir le relèvement.

TRIBUNAL DES PENSIONS.

Tarif insuffisant également, aussi la plupart des médecins refusent-ils de collaborer aux expertises surtout s'il y a déplacement.

Là encore l'Union devra poursuivre son relèvement, ainsi que l'allocation d'indemnités de déplacements.

EXPERTISES CIVILES.

a) Accidents du travail.

Ici, c'est l'incohérence ; on obtient 60 francs à Rouen et 300 francs à Montpellier, pour un travail équivalent.

Dans le département le tarif minimum généralement admis serait de 90 francs.

Encore une question dont l'Union devra s'occuper.

Quant aux expertises purement civiles, pas de tarifs officiels à subir. Chacun estime les honoraires qu'il doit demander suivant le travail qu'il aura dû fournir.

SOINS MÉDICAUX AUX MARINS DU COMMERCE.

C'est encore une question pour l'Union.

Nous protestons tous contre l'abus systématique des HOSPITALISATIONS, qui découlerait, nous dit-on, de règlements datant de Colbert. C'est courant dans la Marine !

Nous protestons aussi contre l'envoi des malades dans les hôpitaux maritimes (qui ne sont pas faits pour les civils).

Nous estimons, en outre, que ces malades ne doivent nulle part être soignés gratuitement.

Il existe, paraît-il, un projet d'allocations forfaitaires à ces marins, basées sur une nomenclature des maladies avec évaluation de leur durée.

Le Dr LE GORGEU qui a trouvé cette nomenclature dans le journal *L'Immunité* en fait remarquer la fantaisie plutôt amusante.

Nul doute qu'elle ne soit l'œuvre d'un « technicien » !

ASSURANCES SUR LA VIE

Il est bien entendu que la manœuvre récemment tentée par un consortium de Compagnies, qui cherchaient à conclure avec les médecins des accords INDIVIDUELS (naturellement à tarif réduit), doit être déjouée

Notre tarif pour tout examen de candidats à une assurance-vie (grosse ou petite) doit être de 60 francs tarif syndical.

L'ORDRE DES MÉDECINS.

La question n'est pas encore mûre.

CODE DE DÉONTOLOGIE.

Le code proposé par l'Union peut être admis, cependant.... REMARQUE : La partie « discipline syndicale » n'est plus de la « Déontologie » !

LOI DES PENSIONS.

Tous les syndicats protestent contre l'extension donnée aux bénéfices de cette loi.

Nous avons contracté pour les VICTIMES DE LA GRANDE GUERRE.

A cette époque il ne pouvait être question que de ces malades-là.

Nous ne saurions consentir à soigner dans les mêmes conditions tous les anciens militaires.

L'Union devra agir énergiquement dans ce sens. Tel de nos Syndicats est déjà résolu à la grève administrative, si elle se montre nécessaire.

LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES.

C'est avec satisfaction que la Fédération apprend qu'enfin les trois grands groupements syndicaux (Union, Fédération, Spécialistes) ont fait une démarche commune.

Ils ont fait savoir à la Commission de la chambre que le CORPS MÉDICAL SYNDIQUÉ tout entier refusait de collaborer à la loi telle qu'elle résultait du VOTE du SÉNAT.

CONGRÈS DES MÉDECINS SYNDIQUÉS.

L'annonce de ce Congrès est bien accueillie. On espère qu'il contribuera beaucoup à éclaircir la situation syndicale.

Nous avons tous choisi des délégués pondérés et leur donnons mission de rappeler l'assemblée au calme qui apparaît nécessaire.

Que l'on se mette au moins d'accord pour éviter ce qu'aucun de nous ne saurait admettre, que l'on fasse tout le possible en vue d'un front commun, que l'on essaie de refaire l'unité dont la perte nous a déjà tant nui !

Au surplus, nous restons fidèles à la défense du « trépied » : secret professionnel, libre-choix, paiement à la visite.

Nous estimons que des contrats Syndicat-Caisse seront nécessaires, la prévision de tarifs dans ces contrats ne nous paraît pas indispensable, mais nous voulons l'assurance que l'on ne descendra jamais au-dessous du tarif syndical minimum.

Nous réclamons l'habilitation nécessaire des médecins par un organisme syndical central, seule garantie contre les marrons.

Les médecins traitants devront percevoir des honoraires partout, même à l'hôpital.

Nous sommes ici partisans du paiement direct, (mais Quimper ne croit pas qu'on doive imposer ce procédé aux Syndicats qui en préfèrent un autre).

. . . .

Quant au CONTROLE, il est évident que celui de l'ASSURÉ doit revenir aux CAISSES, celui des MÉDECINS, aux SYNDICATS MÉDICAUX (en cas de contestations on aurait recours à des commissions mixtes d'arbitrage).

Les Syndicats revendiquent leur représentation technique dans tous les organismes dépendant de la loi.

Dernière heure. — Les médecins ont appris le résultat du Congrès médical, dont est résultée une grande amélioration de la situation.

Le front unique est rétabli, nos conditions *sine qua non* ont été manifestées... et l'Union se refera évidemment !

Douarnenez, le 5 décembre 1927.

Le Président, Dr F. CHAUVEL.

Le Secrétaire. Dr E. DAMEY.

UNE CROISIÈRE MÉDICALE

Dans le « Journal des Praticiens » *du* 28 *janvier* 1928, *notre excellent confrère, le* Dr D. HERVOUET *publie sous le titre* : Impressions d'un néophyte, *un compte rendu détaillé de la croisière médicale du « Cap-Lay » à laquelle il a pris part.*

Nous en reproduisons très volontiers les extraits suivants :

Organisée par *Bruxelles médical*, qui a fait ses preuves, la croisière du *Cap-Lay* s'annonçait attrayante : se laisser bercer sur un cargo de 14.000 tonnes, tenant bien la mer, du Havre à Marseille, en voyant des pays nouveaux, fut une tentation à laquelle je ne résistai pas ; j'envoyai mon adhésion. Et, le 10 août, j'étais au Havre.

. . . .

Sans secousse, le navire a quitté le bassin Bellot ; il longe la jetée où les mouchoirs s'agitent ; et, bientôt, c'est la pleine mer, légèrement remuante.

Le gong retentissant annonce le dîner ; la salle à manger est accueillante ; c'est le premier contact au milieu des lumières et des fleurs. Les figures expriment la joie de la fête qui commence ; et le bruit des conversations croît rapidement. Les maîtres d'hôtel passent, alertes et adroits ; le repas est savoureux ; le vin se laisse boire : tout va bien.

Mais, par les hublots, on voit l'horizon monter et descendre : le roulis a une certaine amplitude. De-ci, de-là, des dîneurs jusqu'alors souriants, deviennent sérieux et laconiques : leurs yeux se perdent dans le lointain, pleins de mélancolie ; une légère pâleur envahit leurs visages ; ils cessent de manger, et, discrètement, se lèvent et s'éclipsent, accompagnés de quelques rires ironiques : la fâcheuse déesse Naupathie exige des sacrifices.

Après le café, excellent, on s'installe sur le pont pour jouir de la féérie mystérieuse de la mer et de la nuit, que traversent les éclats des phares, et où scientillent, à défaut d'étoiles, les agglomérations de lumières de la côte normande.

Puis, peu à peu, chacun regagne sa couchette, où malgré le bruit internal des machines, on finit par s'endormir du sommeil de l'innocence.

. . . .

Le défilé des îles, des promontoires et des golfes, est vraiment un spectacle qui attire et char-

me les yeux et l'esprit. Comme elles sont étendues et pittoresques toutes ces îles, si petites sur la carte, Aurigny, Guernesey, Belle-Ile, Yeu, Oléron ! Que de vie et de grâce aimable ont nos rivages de France ! Mais quelle grandeur sauvage présentent les côtes montagneuses de Galice et de Portugal, où s'ouvrent comme des refuges ou des pièges, le beau golfe de la Corogne et la magnifique embouchure du Tage ! Quant au détroit de Gibraltar, traversé la nuit, il ne laisse d'autre souvenir que celui de lumières lointaines perçant l'obscurité.

Il existe encore une distraction quotidienne, la rencontre de bateaux pêcheurs et de navires de toutes sortes, objets d'une curiosité sympathique et le passage des bandes de marsouins faisant la roue, que l'on peut suivre longtemps à la jumelle.

Enfin, il y a surtout les escales, vraie raison d'être de la croisière pour qui désire du nouveau.

Le soir du troisième jour, nous arrivons à l'embouchure de la Gironde, toujours éclairée par la vieille tour de Cordouan, et le lendemain matin à Bordeaux, capitale du sud-ouest et reine d'un grand royaume viticole. Ici, le *Cap-Lay*, pour le compte de ses armateurs, les Chargeurs Réunis, complète sa cargaison en deux jours.

Une excursion à Saint-Emilion, le premier jour, nous fait apprécier quelques crus savoureux et admirer de magnifiques souvenirs d'autrefois, tour, église, cloîtres et maisons sculptées, collection précieuse pour ceux qui aiment voir le passé vivant encore sous la patine des ans.

Le lendemain, visite de la Croix-d'Hins, grande station de T. S. F. fondée au milieu des pins par les Américains ; puis déjeûner à Arcachon, ville d'été avec sa jolie plage sur le bassin, et ville d'hiver par ses agréables et très nombreuses villas dans la forêt pour ceux qui toussent. On continue la promenade jusqu'à la station thermale récente des Abbatilles, coquettement installée entre Arcachon et le Moulleau ; la source fournit en abondance une eau de table limpide et peu minéralisée, qui n'a guère de contre-indication !

. . . .

Après la Garonne, le Tage que dominent de loin les hauteurs de Cintra et son beau château royal. La remontée du fleuve est plaisante ; sur la rive droite, c'est un défilé de petites villes qui s'allument dans le crépuscule ; et l'on voit le chenille de feu d'un train se promener lentement de l'une à l'autre. Avant d'atteindre Lisbonne, dont la rade est incomparable, on passe devant la célèbre tour de Belem de laquelle Vasco de Gama partit pour doubler le cap des Tempêtes et découvrir Madagascar et le Mozambique.

La capitale du Portugal étagée sur plusieurs collines, est importante, mais présente peu d'attrait aux visiteurs. Les tremblements de terre, raz de marée, incendies, qui la dévastèrent au cours des siècles, ont probablement découragé les architectes. La plupart des maisons sont sévères et monotones ; quelques-unes se revêtent de céramiques, sans grand souci d'art ni d'harmonie. Comme couleur locale, peu d'autos, des voitures quelconques traînées par des ânes, des cavaliers avec de larges étriers arabes, des étudiants drapés dans leurs longues capes trouées, des femmes portant les fardeaux sur la tête, comme Perrette son pot au lait, des enfants, nu-pieds et mendiant, des kiosques où l'on vend de l'eau pure et fraîche, enfin des routes tout à fait horribles, et qui expliquent l'état révolutionnaire chronique du pays par la mauvaise humeur des gens qui y sont véhiculés. Deux jours avant notre arrivée, une tentative de révolution avait échoué, le jardin public en témoignait encore par ses corbeilles de fleurs bouleversées.

Cependant une visite intéressante est celle du vieux couvent des Hiéronymites de Belem, qui a résisté aux siècles, et dont l'église garde les tombeaux de Vasco de Gama et de Camoëns. Dans son voisinage, le musée des Coches montre la fort belle collection des carrosses royaux, depuis celui de Philippe-II d'Espagne, jusqu'aux plus récents, avec tous les accessoires, en parfait état, et très bien présentés.

Notre départ à minuit faillit être tragique. Le pilote portugais après nous avoir laissé drosser par le courant presque sur les rochers de la rive gauche, nous porta ensuite dans le flanc d'un grand paquebot américain : la collision fut évitée de justesse. Une rude altercation entre notre commandant et le pilote maladroit donna un moment d'émotion à ceux qui ne dormaient pas.

Maintenant, au fond de sa rade adossée aux montagnes du Riff, et large ouverte à l'Ouest, voici Tanger, où l'on est comme par enchantement transporté en plein centre des *Mille et une Nuits*.

Dans la ville indigène, aux élégantes constructions mauresques, aux rues tortueuses et enchevêtrées, la population colorée nous offre le spectacle de la vraie civilisation arabe, pleine de bonhomie et d'indifférence. On a sous les yeux, non une imitation comme la rue du Caire à l'Exposition de 1900, mais la vie réelle au milieu des soukhs aux riches couleurs, des petites boutiques d'artisans qui font penser à Marouf, du marché du Grand Socco, abondamment pourvu, où les marchands allongés à côté des fruits et légumes, dorment insoucieusement. C'est aussi à l'entrée du Riff, la villa Harris, qu'enveloppe le bruit formidable et ininterrompu des cigales cachées dans les arbres du jardin ; puis un palais seigneurial, avec sa cour centrale, où murmure le jet d'eau du bassin ; enfin la charmante réception du Mendoub, représentant du Sultan, ses gâteaux dé-

licieux, son thé à la menthe, ses musiciens et chanteurs arabes.

Juxtaposée à la ville marocaine, qui semble restée très pure, se développe la ville européenne agitée d'ambitions et de convoitises. De grands projets et de grandes espérances se réaliseront peut-être : car Tanger a un climat délicieux, doux en hiver, tempéré l'été par la brise atlantique ; elle est une des portes de ce pays neuf riche et attrayant ; et l'on pense qu'avant peu les riches étrangers y vendront en toutes raison. Nous avons déjeuné, assez mal, au Kursaal français, où la roulette fonctionne en permanence comme à Monte-Carlo ; pour attirer les clients, la direction leur consent un gros avantage : de 10 heures à midi, et de 2 heures à 4 heures, le zéro est supprimé : avis aux amateurs.

....

Voici, à la queue leu leu, mes impressions algériennes de deux très chaudes journées d'été.

Alger, double ville : la française, une provinciale en période de croissance, qui sera peut-être jolie à sa maturité ; l'arabe, une dégénérée, sale, vermineuse, paresseuse, un parasite incrusté au flanc de la première.

Le Jardin d'Essai, remarquable par ses caoutchoucs monstrueux et ses énormes bambous hauts de 20 mètres, m'a fait rêver aux forêts inextricables, où, près des serpents et des rongeurs, dansent, dans l'air surchauffé, les insectes propagateurs des fièvres maudites.

La fertile plaine vineuse de la Mitidja nous mène à Blida, paradis des orangers, qui respire la paix et le bonheur de vivre. Peu après, sur la route de la Chiffa et du Ruisseau des Singes, nous devons subir toute la torridité céleste, et le siroco ardent comme la gueule d'un four : il fait au moins 45° à l'ombre. Sensation cruelle de la face et des yeux ! Mais souvenir précieux comme celui d'un danger couru et surmonté !

Dans le fond de la gorge, où s'abrite l'hôtellerie, de beaux cynocéphales descendent gauchement la montagne à travers les arbustes, pour recevoir les friandises accoutumées. De jolis petits singes se tiennent impassibles sur le dos de leurs mères qui mangent bananes et cacahouètes, courent et bondissent sans paraître s'occuper d'eux. Des adultes pénètrent effrontément dans la salle à manger pour chaparder, détalent comme des fous quand on les chasse, et ne se lassent pas de revenir en maraudeurs.

....

Voici les Baléares. L'ancre est jetée devant Palma de Majorque, à un kilomètre d'une côte accidentée, couverte de jardins et d'habitations, parmi lesquelles émergent le vieux château royal et quelques palaces. A droite, derrière le môle se cache l'ancienne cité, aux rues étroites, partagée en deux par un large boulevard assez animé. Elle a un Hôtel de Ville, assez intéressant, dans le style de la Renaissance espagnole, avec toit de bois sculpté débordant.

Comme impression d'ensemble, Palma, c'est la politesse et l'affabilité espagnoles, une belle apparence de propreté matérielle, et morale, un air de prospérité générale ; plaisante sans éclat, elle donne l'envie d'y revenir. Cela d'ailleurs se comprend sans peine, car Majorque ressemble à notre Côte d'Azur : rivages escarpés et découpés, campagnes fertiles, montagnes cultivées dont les rudes sommets se drapent le soir dans la pourpre solaire, comme l'Estérel vu de la Croisette, beaux golfes où la mer bleue s'abrite pour dormir, gorges mystérieuses, végétation puissante ; la plaine est une forêt d'oliviers millénaires, que le temps, grand artiste, a découpés et sculptés en groupes humains tordus par l'effort ou la douleur : l'impression en est puissamment saisissante.

Le couronnement de notre séjour à Palma fut l'exquise réception de nos confrères majorquais. Sur la haute plate-forme du vieux château rien ne manquait, gâteaux, glaces, vins fins, eau pure, service fait par des maîtres d'hôtel impeccables, et, mieux encore, une chaleur plus que confraternelle, à laquelle les médecins français ont répondu par de cordiales invitations qu'ils seront heureux de réaliser.

Existe-t-il des malades dans un si beau pays ? Assurément. Pourquoi des médecins, s'il n'y avait pas de malades ? Et le Collège médical de Palma compte 200 membres. Les maladies dominantes sont la tuberculose et la fièvre typhoïde. J'ai, à ce propos, rappelé à nos confrères que les laboratoires français, en rapport avec les grands savants Auguste Lumière et Besredka, étaient mieux placés que n'importe lesquels pour leur fournir les vaccins par voie buccale qui ont prouvé leur efficacité dans la prévention de la fièvre typhoïde.

Notre navire s'éloigne dans le soir. Un sans-fil va encore une fois exprimer à nos amis baléares la gratitude et la sympathie française.

L'entrée du port de Barcelone est occupée par une triple rangée de bateaux plats, immobilisés et habités, qui, sans gêner le passage des navires donnent l'impression d'un grand village nautique. C'est, paraît-il, un parc à moules, où on les pêche à la ligne. Chaque bateau est couvert de planches horizontales qui le débordent largement , de leur face inférieure partent des cordes qui plongent perpendiculairement dans la mer, et servent à fixer et à retenir les mollusques. J'ignore leur beauté et leur valeur comestible ; comme l'eau du port est une des plus sales que j'aie jamais vues, je pense, que, si l'on m'en eût offert, j'aurais, sans peine, résisté à l'envie d'en goûter.

Barcelone est un très grand port, et aussi une belle et puissante ville moderne ; et le mouvement de la Rambla, grand boulevard bordé de cafés, de banques et de théâtres, a une vie intense tout à fait séduisante. Mais il n'y faut pas chercher la couleur espagnole. N'oublions pas qu'un siècle a passé depuis l'Andalouse de Musset. Les Barcelonnaises suivent la mode parisienne, bien qu'on en voie quelques-unes tête nue et l'éventail au poing. D'ailleurs, par leur carrure, généralement solide, elles évoquent plutôt les belles maternités sereines que les folies amoureuses.

De la vieille ville traversée par la Rambla, et dont les rues étroites possèdent quelques beaux palais anciens, la ville nouvelle s'est prodigieusement développée sur de larges avenues régulières jusqu'au pied des montagnes. A l'une de ses extrémités un funiculaire nous élève à 400 mètres d'altitude, à Tibidabo, espèce de Luna-Park, où l'on trouve mille divertissements ; on y jouit surtout d'un panorama merveilleux sur la ville et sur les montagnes de Catalogne.

Au retour, on admire à la Faculté de Médecine de somptueux salons de réception. Puis, par le port des pêcheurs, où s'étalent à profusion tous les fruits de la mer aux riches couleurs, on retrouve le *Cap-Lay*. En route pour Marseille, porte de l'Orient et terminus de la croisière

....

Deux mots du tourisme marin et de son influence :

Le médecin du bord, homme charmant que j'avais le plaisir de connaître, me montra son infirmerie, modestement installée à l'arrière, et me confia qu'officiellement on n'est jamais malade à bord, sauf par hasard de quelques affections rapidement mortelles : donc, inutile de s'encombrer de nombreux et coûteux médicaments. On trouva néanmoins du sulfate de soude et de la belladone pour une passagère qui me touche de près, et eut la malchance d'être atteinte d'une entérite dysentériforme dont elle ne fut vraiment convalescente qu'à Marseille.

A défaut de tuberculeux pulmonaires, j'ai pu observer deux voisins de cabine, tousseurs chroniques ; l'un d'eux exigea la fermeture des hublots la nuit. La croisière parut sans effet sur eux: ils toussaient aussi fort et abondamment à la fin qu'au commencement. Je crois d'ailleurs qu'une cure marine ne doit être essayée sur un malade que lorsque tout a été préparé et établi avec méthode en vue du but à obtenir. Les croisières ordinaires ne sauraient servir d'étude expérimentale, ni autoriser un jugement.

Quelques passagers me firent part de troubles digestifs variés, dus évidemment à la nourriture, ce qui explique certains amaigrissements. Mais aux pertes de poids constatées, il y a d'autres causes. J'ai vu fondre progressivement deux confrères qui déclaraient se bien porter. Moi-même j'ai perdu un kilo et demi, sans raison apparente.

En réalité, alors que l'on préconise des croisières thérapeutiques offrant le repos, et à volonté, de l'isolement et du silence, je constate que celle-ci nous imposa le contraire, un bruit qui ne cesse pas, même la nuit, une vie obligatoirement mélangée, non seulement avec quelques personnes sympathiques, mais avec des indifférents et des fâcheux, et des gênes pour beaucoup de nécessités vitales, en raison de l'encombrement causé par l'admission d'un trop grand nombre de passagers. Il semble que ces conditions médiocres amenèrent, chez certains sensitifs, de la dénutrition, en provoquant une tension nerveuse spéciale que l'on peut étiqueter du nom d'*angoisse des croisières*.

Pour beaucoup, les jeunes surtout qui digèrent bien, aiment le mouvement, le bruit, la fête, dont les facultés d'adaptation sont disposées pour toutes circonstances, c'est la nouba et le parfait bonheur. Ils se créent rapidement, dans ce vase clos qu'est le navire, un milieu sentimental, mondain ou sensuel surchauffé qui augmente leur joie de vivre. Voilà ceux à qui réussissent les vacances marines par une croisière telle que celle du *Cap-Lay*.

Les autres pourraient également en bénéficier, s'ils y trouvaient un confort suffisant, une plus grande indépendance, une nourriture plus choisie. Ce n'est pas impossible à réaliser.

Avant de terminer, disons très haut que le personnel marin, depuis l'état-major jusqu'au dernier matelot, mérite notre estime, notre affection, notre admiration. Leur âme est tellement transparente, que, même dans les plus humbles besognes, on voit rayonner toutes les belles qualités héréditaires : droiture, loyauté, modestie, désintéressement, esprit de devoir et de sacrifice, qui font de ces hommes, selon les circonstances, aussi naturellement de grands enfants que des héros. Quand on songe à la catastrophe éventuelle, et l'on y songe dans ces petites cabines où l'eau brutale peut vous étouffer comme dans une ratière, ce ne sont pas les ceintures, ni les canots de sauvetage qui donnent confiance, mais la certitude que tous feront leur devoir, tranquillement, simplement, jusqu'au bout, comme ils l'ont toujours fait.

Vivent nos marins ! Vive la marine française

Dr Dani HERVOUET.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr MAILLON,

Médecin expert près des Tribunaux

Traumatismes du carpe.

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
Fractures et luxations	Voir : raideurs du poignet et des doigts.			

Traumatismes du métacarpe.

a) Fractures :				
a) Fracture d'un seul métacarpien avec cal difforme ou saillant ou adhérences cicatricielles, selon le degré de diminution de la mobilité du doigt correspondant :				
pouce	3 à 6	3 à 8	4 à 8	6 à 10
index	3 à 6	4 à 8	3 à 7	4 à 10
médius et annulaire	2 à 5	4 à 7	2 à 5	4 à 8
auriculaire	2 à 4	3 à 6	2 à 5	4 à 7
b) Fracture de plusieurs métacarpiens :				
b') avec cals difformes ou saillants ou adhérences cicatricielles, selon le degré de diminution de la mobilité des doigts correspondants, le nombre de doigts atteints	8 à 10	10 à 12	12 à 15	15 à 18
b') Avec perte de substance osseuse, déviation secondaire de la main, diminution assez notable de la mobilité des doigts et suivant le nombre de doigts atteints	8 à 12	12 à 15	15 à 18	18 à 20
b'') Avec perte de substance osseuse, déviation secondaire de la main, diminution très importante de la mobilité des doigts, suivant le nombre de doigts atteints	voir : gêne de la préhension de la main, et voir : section des tendons extenseurs des doigts.			
B) *Luxations* (suivant guide-barème 1919) :				
b) Luxation des deux derniers métacarpiens	12	15	15	20
b') Luxation de tous les métacarpiens	20	30	30	40

Section, rupture, arrachement d'un tendon.

DOIGTS

	PROFESSIONS EXIGEANT SURTOUT L'USAGE DES MEMBRES INFÉRIEURS		PROFESSIONS EXIGEANT SURTOUT L'USAGE DES MEMBRES SUPÉRIEURS	
	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT
1° *Tendons extenseurs* :				
1°) Pouce (court extenseur ou long extenseur). Selon le point de section, on peut avoir :				
a') Flexion permanente de la deuxième phalange seule, mouvement actif d'extension nul, mouvement passif conservé	2	4	4	6
b') Flexion permanente du *doigt*, mouvement actif d'extension nul	6	8	8	10
2°) Index. Flexion permanente du doigt, mouvement actif d'extension nul	4	6	6	8
c) Médius *id.* *id.*	4	6	6	8
d) Annulaire *id* *id.*	2	4	4	6
e) Auriculaire *id.* *id.*	2	4	4	6
2° *Tendons fléchisseurs* :				
1°) Pouce : selon le point où a porté la section, avec :				
a') Extension permanente de la deuxième phalange	4	4 à 6	6	8
b') Extension permanente du doigt tout entier (profonde section tendineuse et musculaire)	12	15	15	20
2°) Index : selon le point où a porté la section, on a :				
a') Extension permanente d'une ou deux phalanges	2 à 3	3 à 6	5 à 6	6 à 8
b'). Extension permanente du doigt tout entier	8	10	12	15
3°) Médius : *a'*) extension permanente d'une ou deux phalanges	2	2 à 4	5	6
b') Extension permanente du doigt	6	8	8	10
4°) Annulaire ou auriculaire : *a'*) extension permanente d'une ou deux phalanges	0 à 1	2	2	4
b) Extension permanente du doigt	4	6	6	8
3° *Au pouce : section du tendon du long abducteur* :				
Perte de l'abduction du doigt	2	4	4	6 à 8

Le chiffre de 6 à 8 % (pour le pouce droit peut, dans certaines professions où l'usage de ciseaux est constant (tailleurs, coiffeurs, couturières, etc.), mériter d'être doublé.

Section simultanée de tendons à plusieurs doigts.

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
1° Index et médius :				
Perte totale de l'extension....	6	8	10	12
Perte totale de la flexion.....	12	15	15	18
2° Médius et annulaire :				
Perte totale de l'extension....	4	6 à 8	8	10
Perte totale de la flexion.....	8	10	12	14
2° Annulaire et auriculaire :				
Perte de l'extension.........	3	5	6	8
Perte de la flexion...........	6	9	9	12
4° Index, médius, annulaire :				
Perte de l'extension.........	8	12	12	16
Perte de la flexion.	14	18	20	25
5° Médius, annulaire, auriculaire				
Perte de l'extension.........	6	10	10	15
Perte de la flexion...........	12	15	15	20

Section, arrachement, rupture de tendons au niveau du poignet.

1° *Tendons extenseurs :*				
a) Perte de l'extension dans le pouce seul (voir plus haut)....	6	8	8	10
b) Perte de l'extension aux quatre derniers doigts..........	8 à 10	10 à 12	12 à 15	15 à 20
voir : raideurs combinées des doigts).				
c) Perte de l'extension des cinq doigts	12 à 15	15 à 20	15 à 20	20 à 25
2° *Tendons fléchisseurs* (voir : raideurs combinées doigts) :				
a) Perte de la flexion aux quatre doigts	15 à 20	20 à 25	25 à 30	30 à 35
b) Perte de la flexion aux quatre derniers doigts et à la deuxième phalange du pouce.........	20 à 25	25 à 30	30 à 33	35 à 40

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Gaston ODIN, de Paris. Le Dr Odin, ancien élève de l'Institut Pasteur et de l'Ecole normale supérieure, avait présenté dans les sociétés savantes et publié une série de travaux de microbiologie et de biologie générale. — M. le Dr Henri GILLET, de Paris. — M. le Dr Octave GUILLIER, de Dijon. — M. le Dr Gabriel BOSVIEL, de Neuvic (Dordogne), père du Dr Bosviel, de Paris.

— **Bal de la médecine française.** 2e *et* 3e *listes des dons reçus par le Comité.* — Antiseptiques chlorés (Labor. des), 40, rue Thiers, Le Havre, 100 fr. ; Cantin (Laboratoires), Palaiseau (S.-et-O.), 100 fr. ; Catillon, 3, boul. Saint-Martin, Paris (3e), 200 fr. ; Chambre syndicale des produits pharmaceutiques, Paris, 1.000 fr. ; Chatel-Guyon (Eaux minérales de), 6, square de l'Opéra (9e), 100 fr. ; Chanteaud (Laboratoires), 54, rue des Francs-Bourgeois (4e), 200 fr. ; Ciba (Laboratoires), 1, place Morand, Lyon, 500 fr. ; Corbière (Pansements), 27, rue Deerenaudes, Paris (17e), 250 fr. ; Comar et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris (5e), 500 fr. ; Darrasse, frères, 13, rue Pavée, Paris (4e), 500 fr. ; Dausse (Labotoires), 4, rue Aubriot, Paris (4e), 100 fr. ; Deglaude (Laboratoires), 6, rue d'Assas, Paris (6e), 100 fr. ; Deglos (Laboratoires), 131, rue de Vaugirard, Paris (15e), 200 fr. ; Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris (15e); 100 fr. ; Dryco, 3, rue Saint-Roch, Paris (1er), 100 fr. , Ferovarine Vitalis, 38, boul. de Charonne, Paris (20e) 100 fr. ; Heudebert, 85, boul. Soint-Germain, Nanterre (Seine), 200 fr. ; Jacquemaire (Etablissements), Villefranche (Rhône), 100 fr. ; Lacto-mannitase, phosphogénase, 37, rue de Tivoli, Bordeaux, 100 fr. ; Le Perdriel (Laboratoires), 11, rue Milton, Paris (9e), 100 fr. ; Mairie du 1er arrondissement, 100 fr. ; Mairie du 7e arrondissement, 100 fr. ; Mairie du 11e arrondissement 100 fr. Masson (Librairie), 120, boul. Saint-Germain, Paris (6e), 200 fr. ; Monal (Laboratoires), 6, rue Bridaine, Paris (17e), 200 fr. ; Passiflorine Réaubourg, 1, rue Raynouard, Paris (16e), 200 fr. ; Pépin-Leboucq, 30, rue Armand-Sylvestre, Courbevoie (Seine), 100 fr. ; Plantier (Dr), Annonay (Ardèche), 1.000 fr. ; Poulenc, frères, 86, rue Vieille-du-Temple, Paris (3e), 500 fr. ; Rogier et Cie, 56, boul. Péreire, Paris (17e), 1.000 fr. ; Roxelane (Laboratoires de la), 38*bis*, rue Raphaël, Vanves, 100 fr.; Roxelane (Laboratoires de la) M. Raoul Estripeaut, 100 fr. ; Société française des Eaux minérales (Prévoyance médicale), 30, rue de Londres, Paris (9e), 200 fr. ; Thépenier, 12, rue Clapeyron, Paris (8e), 100 fr. Toraude (L.G.), 22 ,rue de la Sorbonne, Paris (5e), 100 fr. ; Wander (Etablissements), Ovomaltine, 33, rue de la République, Marseille, 100 fr. ; Zizine (Laboratoires res), 24, rue de Fécamp, Paris (12e), 200 fr. ; Achard (prof.), 37, rue Galilée, Paris (16)e, 100 fr. ; Albertini, (Dr), 67, rue de Paris, Vanves (Seine), 10 fr. ; Amido (Produits), pharmacie Beaugonin, 4, place des Vosges, Paris, (4e), 100 fr. ; Antiphlogistine, pharmacie Tillier, 11, rue du Petit-Parc, Saint-Maur-des-Fossés, 25 fr. ; Arquevaux (Lucien), droguerie centrale rationnelle de la Beauce, Etampes, 10 fr. ; Pexinine (Laboratoires de la), Cunlhat (Puy-de-Dôme), 10 fr. ; Bouju (M.,) préfet de la Seine, 100 fr. ; Bourboule (Cie des Eaux de la), 10, *bis*, rue de Châteaudun, Paris (9e), 50 fr. ; Chastaing (Dr), 54, rue Thiers, Rochefort (Charente-Inf.), 10 fr. ; Compagnie générale d'eaux minérales et bains-de-mer, 48, rue Taitbout, Paris (9e), 100 fr. ; Curatine Brunet, 23, rue des Ecouffes, Paris (4e), 100 fr. ; Dalsace (Dr), 195, boul. Saint-Germain, Paris (7e), 10 fr. ; Dibos (Dr), président de l'Union des Syndicats médicaux de France, Mont-de-Marsan (Landes), 100 fr. ; Dubois (Monseigneur), 50 fr. ; Gadaud (Dr), 99, boul. Péreire, Paris (17e) 10 fr. ; Guillain (prof.), 215*bis*, boul. Saint-Germain, Paris (7e), 100 fr. ; Hann, 50 fr. ; Hazard (Dr), hôpital Trousseau, Paris (12e), 10 fr. ; Huc (Dr), 44, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e), 10 fr. ; Janet (Dr), 54 rue de Varenne, Paris (6e), 200 fr. ; Kolb (P.), (Dr), 178, rue de Courcelles, Paris (17e), 200 fr. ; Laboratoires d'études biologiques, 28, place Bossuet, Dijon, 10 fr. ; Letulle (Mme Raymond), Paris, 100 fr. ; Liautey (Mme la Maréchale), Paris, 50 fr. ; Opocalcium du Dr Guersant, 121, av. Gambetta, Paris (20e), 100 fr. ; Phagolysine (Labor. de la), 14, rue Cantin, Courbevoie, 100 fr. ; Ploquin (Dr), 32, rue Massey, Tarbes (Hautes-Pyrénées), 100 fr. ; Printemps (Magasins du), Paris, 100 fr. ; Reipar (Ampoules), pharmacie Drapier, Lucquy (Ardennes)-100 fr. ; Requin (Mme le Dr Jeanne), 154, av. Emile-Zola, Paris (15e), 100 fr. ; Rothschild (Baronne de), 21, rue, Laffitte, Paris (9e), 100 fr. ; Rothschild (Dr de), 20, rue, Jean-Goujon, Paris (8e), 200 fr. ; Roussel (Mme), 13, rue Pierre-Ducreux, Paris (16e), 100 fr. ; Spindler (Dr), 5, rue d'Argout, Paris (2e), 30 fr. ; Taëtz (Laboratoires), 2, rue Lesdiguières, Paris (4e), 30 fr. ; Vannier (Dr), 45, rue de Lisbonne, Paris (8e), 500 fr. ; Widal (prof. Fernand), 155, boul. Haussmann, Paris (8e), 100 fr. Total 12.245 fr. ; report de la première liste, 13.020 fr. total : 25.265 fr.

— **Clinique eumorphique anti-glossoptosique.** — Le Dr Pierre ROBIN, médecin stomatologiste des hôpitaux, vient d'ouvrir, 50, *rue de Rennes* (Cour du Dragon) une clinique eumorphique anti-glossoptosique.

Consultations gratuites tous les jours de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

Traitement médico-pédagogique de la glossoptose, de la respiration par la bouche et des faux adénoïdiens. Redressement des mâchoires irrégulières, de la béance des maxillaires, des mentons fuyants et en galoche, chez les enfants et les adultes, par sa « *Méthode eumorphique* » non douloureuse, dès l'âge de deux ans.

Pour tous renseignements et littérature, s'adresser : Dr Pierre ROBIN, 9, rue Vézelay, (8e).

Circuits Corses Cirnéa, en torpédos : La Cie Cirnéa (5 quai Rauba-Capeu, à Nice,) enverra volontiers à nos Membres les programmes de ces Circuits dans l'Ile : (une réduction de 10 % leur sera consentie sur les prix indiqués).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Nous vous conseillons donc d'adresser votre réclamation au syndic et de demander votre admission au passif privilégié en vertu des dispositions légales sus-visées.

Au cas où le syndic refuserait d'admettre votre privilège, ne manquez pas de nous en aviser.

4536. — Revision de pension d'accidenté du travail.

Un ouvrier électrocuté présente postérieurement à la reprise du travail des troubles oculaires (cataracte bilatérale).

Il demande une révision de pension et le droit aux soins (opération).

En cas de majoration accordée, cette majoration sera-t-elle due du jour de l'instance ou du jour de la sentence ?

Le blessé aura-t-il droit au remboursement de ses frais d'opération et d'hospitalisation, des frais de déplacement et de son manque à gagner pendant cette hospitalisation et ces déplacements ?

Dr P.

Réponse.

1° En cas de révision pour aggravation ou pour atténuation de l'infirmité, le point de départ de la nouvelle rente est fixé par la décision qui admet la révision. Pour la détermination de cette date, les tribunaux doivent se fonder sur les circonstances et documents de la cause, tout spécialement sur le rapport d'expert (Sachet, Traité de la Législation sur les Accidents du travail, 1926, n° 1368 *bis*).

Dans la plupart des cas, la jurisprudence fixe le point de départ de la nouvelle rente au jour de la demande.

2° Les frais médicaux et pharmaceutiques sont un accessoire de l'indemnité temporaire (demi-salaire) et cessent d'être dus en même temps qu'elle. Or, l'action en révision ne peut porter que sur l'attribution ou l'élévation d'une rente, jamais elle ne peut avoir pour effet de faire courir à nouveau l'indemnité temporaire. Il en résulte que les frais médicaux postérieurs à la reprise du travail, même nécessités par une rechute ou une aggravation, ne sont pas à la charge du patron.

Cette solution est extrêmement rigoureuse pour les blessés, mais elle est conforme à une jurisprudence bien établie. Elle ne pourra être modifiée que par la voie législative.

---

440. — Accident survenu à un cantonnier.

Un cantonnier de la ville blessé dans son travail n'est pas étant fonctionnaire, il me semble assujetti à la loi sur les accidents du travail de 1898. C'est le droit commun avec tarif ordinaire.

Dr L.

Réponse.

De deux choses l'une : ou bien le cantonnier est assimilé à un ouvrier et, dans ce cas, vous pouvez vous faire payer vos honoraires par la ville, mais au tarif des accidents du travail, ou bien c'est un fonctionnaire exclu du bénéfice de la loi de 1898 et, dans ce cas, vous devez vous faire honorer par lui, conformément à votre tarif de droit commun, sauf à lui à se faire rembourser dans la mesure de ses droits par son administration.

En cas de difficultés, vous pouvez employer la seconde solution, même s'il s'agit d'un accident du travail, car, en cette matière, le médecin reste toujours libre de considérer le blessé comme un client de droit commun et de se faire payer par lui comme tel.

Baux et Loyers.

662. — Application de la loi sur les loyers par suite d'augmentation de la population.

Le recensement de la commune de X. en 1921 était supérieur de 5 % à celui de 1911.

Celui de 1926 est inférieur à celui de 1921.

Je vous prie de me faire savoir si la loi du 1er avril 1926 sur les baux à loyer s'applique à cette commune.

La commune compte environ 400 habitants.

Dr M.

Réponse.

La question que vous nous posez a été tranchée par un arrêt de la Commission supérieure de Cassation, en date du 7 avril 1927 (*Recueil hebdomadaire Dalloz*, 1927, page 321) qui contient l'attendu suivant :

« Attendu que les résultats du recensement de 1926 n'ont été publiés que le 27 décembre de la dite année ; que, dès lors, le juge de paix, statuant le 13 juillet 1926, ne pouvait faire état que du recensement précédent homologué par le décret du 28 décembre 1921, déclarant seuls authentiques, à partir du 1er janvier 1922, les tableaux de la population qui y sont annexés, recensement valable pour cinq années... »

Il résulte implicitement de cette décision, d'ailleurs conforme aux déclarations du rapporteur de la loi au Sénat, que, dans les contestations postérieures à l'homologation du recensement de 1926, c'est par comparaison entre ce recensement et celui de 1921 que le juge doit rechercher si la population municipale de la commune a augmenté du minimum de 5 % nécessaire à l'application de la loi du 1er avril 1926.

Par conséquent, dans votre affaire, la loi n'est pas applicable à la commune envisagée puisque sa population a diminué entre 1921 et 1926.

451. — Droit à la prorogation.

J'ai pour mon immeuble, à usage professionnel, un bail 3-6-9 partant du 1er octobre 1919 et prenant fin, par conséquent le 1er octobre 1928. Je vous prie de vouloir bien m'indiquer à quel titre je pourrais demander une prorogation avec quelques chances de réussite et, le cas échéant, la procédure à suivre.

Dr M.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre ville, puisque celle-ci compte plus de 4.000 habitants, et vous devez en bénéficier, puisque vous occupez votre maison pour votre habitation et l'exercice de votre profession.

Il en résulte que, lorsque votre bail sera expiré, vous aurez droit de plano, et sans même avoir à la demander sous une forme quelconque, à une prorogation qui ne prendra fin que le 1er avril 1931.

Et, tant que durera cette prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, le droit de reprise ne pouvant porter que sur un local servant *exclusivement* à l'habitation.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 % et vous devrez rembourser à votre propriétaire la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par lui et les impôts grevant l'immeuble, à l'exception toutefois de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière.

Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

La taxation des loyers sur ces bases n'est valable que jusqu'au 1er avril 1929, date à partir de laquelle doit intervenir une nouvelle taxation pour la seconde période de la prorogation.

Médecine légale.

584. — Honoraires médico-légaux.

J'ai été commis par le juge d'intruction à l'effet d'examiner une fille-mère inculpée d'infanticide et 2° faire l'autopsie de l'enfant, déjà inhumé depuis 8 jours. J'ai dû : 1° aller prêter serment auprès du juge de paix d'un canton voisin, distant de mon domicile de 10 kil. environ ; 2° aller examiner la fille-mère à son domicile distant de 6 kil. environ du chef-lieu de canton ; 3° aller ensuite procéder à l'autopsie de l'enfant dans le cimetière de la localité à 4 kil. de la ferme où habite la fille-mère et retour chez moi. Parcours aller et retour44 à 48 kil. en-

viron. Comment dois-je établir la note de mes honoraires, et quel tarif appliquer.

Dr V.

Réponse.

Puisque vous avez été commis par le juge d'instruction, c'est le tarif de médecine légale que vous devez appliquer pour vos honoraires. Les prix de vos opérations peuvent varier suivant qu'elles ont eu lieu avant ou après le 22 décembre 1927, date du décret qui a relevé ce tarif, mais, de toute façon, vous n'avez droit à aucune indemnité pour la rédaction et le dépôt de votre rapport, ainsi que pour la prestation de serment. D'autre part, quelle que soit la date de l'expertise, vos frais de déplacement restent les mêmes, savoir 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, chaque fois que vous avez eu à vous déplacer à plus de 2 kilomètres de votre résidence, ou le prix d'un billet en première classe, si le voyage peut s'effectuer en chemin de fer.

En outre, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de votre commune, vous avez droit à une indemnité spéciale de 20 francs, portée à 30 francs en cas de déplacement à plus de 20 kilomètres.

Pour l'examen de la fille-mère, il vous est dû 15 francs avant le 22 décembre 1927 et 25 francs après ; pour l'autopsie du cadavre du nouveau-né après exhumation, 50 francs avant le 22 décembre et 110 francs après.

Vous devez établir votre note en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré, puisque la somme que vous réclamerez dépassera 50 francs, et l'envoyer au procureur de la République, qui, après visa du procureur général et taxe du magistrat commettant, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

Questions médico-militaires.

4111. — Révision de taux de pension.

Un de mes malades est réformé pour « hémiparésie droite entraînant une gêne de la marche. Affaiblissement intellectuel, surdité et embarras de la parole ». Il touche 40 %.

A mon avis son diagnostic devrait ainsi se libeller : Plaie pénétrante par éclat d'obus région temporale gauche ; trépanation ; perte de substance osseuse, grande comme une pièce de cinq francs en argent. Il en résulte une hémiparésie droite entraînant une gêne de la marche, de l'affaiblissement intellectuel, de la surdité, et surtout de l'aphasie sensorielle, et à un degré plus élevé de l'anarthrie.

Le taux de 40 % me paraît insuffisant.

Soyez assez aimable pour me donner votre opinion. Le blessé en question n'est pas un réclamant, il se croit insuffisamment rétribué mais il n'a jamais réclamé.

Dr N.

Réponse.

Le nouveau libellé du diagnostic semble en effet justifier un taux d'invalidité supérieur à 40 %, en raison de la perte de substance osseuse du crâne et de ses dimensions.

Que ce blessé réclame une nouvelle visite (pour aggravation ou sous-estimation antérieure), par lettre recommandée adressée au Directeur du Service de santé de sa région.

4285. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre.

J'ai soigné un mutilé de guerre pensionné à 15 % pour une affection cardiaque (asystolie) consécutive à l'affection pulmonaire pour laquelle il était pensionné.

J'allais faire augmenter sa pension, puisqu'il était devenu incapable d'assurer le moindre service, quand au cours de la maladie pour laquelle je le soignais, il est mort brusquement de son asystolie.

1° La veuve (pas d'enfant) pourra-t-elle toucher une part de sa pension ;

2° Puis-je, après le décès de ce mutilé, faire augmenter sa pension ?et par suite de la veuve ?

3° Quelles seraient les formalités à faire en vue de ce résultat ?

Naturellement, je l'ai fait soigner à l'hôpital civil; nous avons été trois médecins à le traiter, nous avons pu constater la concomitance des faits :

Affection pulmonaire d'une part et asystolie d'autre part.

Dr F.

Réponse.

Si l'ex-militaire est décédé des suites de la maladie pour laquelle il était pensionné, sa veuve peut avoir droit à pension. Cette pension de veuve est d'un taux uniforme, contrairement à la pension d'invalidité de l'ex-militaire, qui toujours est proportionnée au taux d'invalidité reconnue.

L'augmentation posthume de la pension d'invalité est impossible ; elle serait d'ailleurs inopérante.

4179. — Nomination au grade d'aide-major.

J'ai été mobilisé le 4 août 1914 comme simple soldat, n'ayant à cette époque que mon P.C.N. J'ai servi pendant 5 ans dans le service de santé (section d'infirmiers) comme infirmier puis caporal infirmier. J'ai été libéré avec ma classe (1912) comme caporal infirmier. J'ai terminé mes études et suis docteur en médecine depuis 6 ans. Ne puis-je pas obtenir le grade de médecin aide-major sans passer par celui de médecin auxiliaire ? Dans la négative, m'obligera-t-on à faire des périodes comme médecin auxiliaire ?

Dans la nouvelle loi sur le recrutement de l'armée, n'accordera-t-on pas directement le galon de médecin aide-major à ceux qui sont dans mon cas ?

Dr D.

Réponse.

Vous ne pouvez être promu au grade de médecin aide-major sans avoir passé l'examen de médecin auxiliaire, même avec la nouvelle loi.

Si vous restez médecin auxiliaire, vous effectuerez les mêmes périodes d'instruction que les hommes de troupe de votre classe.

Application du Tarif Fallières.

I

634. — Interventions à tarif spécial.

Je suis en désaccor d avec la Compagnie d'assurances La B., au sujet d'un accident. Un doigt pris dans une machine a eu deux plaies par écrasement d'un même doigt, l'une au dos, l'autre à la face palmaire, ayant nécessité chacune régularisation et épluchage, la suture étant impossible vu la forte perte de substance. Je compte : « pansements multiples » puisqu'il ne s'agit pas de plaies superficielles (art. 17), on me le refuse. Au bout de vingt jours en présence de plaies atones ne se refermant pas, j'hésite à pratiquer l'amputation, ce qui ne m'est jamais arrivé (je n'ai jamais coupé , ni fait couper un dgit) et me décide à faire des ultra-violets. En cinq séances, l'amélioration est telle que huit jours après, la blessée reprenait son travail. On refuse de me payer ces séances d'ultra violets, qui ne sont d'ailleurs pas tarifées. Il me semble cependant qu'il n'y a pas de déclaration spéciale à faire lorsque le nombre des interventions à tarif spécial ne doit pas dépasser 5.

Dr C.

Réponse.

a) Chaque intervention de rayons ultra-violets doit être tarifée 15 francs plus 50 % = 22 fr. 50 (article 26—VI).

b) Ce n'est qu'au-dessus de cinq interventions à tarif spécial que vous avez à prévenir, au préalable, le patron ou son assureur substitué (article 7).

F. D.

II

421. — Exigences des notes séparées pour chaque accident.

Votre vieil abonné de 30 ans s'étonne des prétentions de la Compagnie accidents « L. S. », d'exiger autant de notes qu'il y a d'affaires.

La lecture de l'art. 30 (voir n° 5 du *Concours médical*, dimanche 31 janvier 1926) dans son 7° paraît faire la preuve qu'une seule note suffit puisqu'il faut l'établir telle que l'indication dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, etc...

D'autre part, je sais très bien qu'il y a une façon simple de couper court à cette querelle d'assurances, c'est de faire payer par les industriels, les notes dont ils ont réclamé la responsabilité.

Mais il est si commode de ne faire qu'un seul règle

ment, que jusqu'alors je laissais à certaines Compagnies le soin de régler de façon globale.

Dr B.

Réponse.

La compagnie est dans son droit *strict* en demandant une note pour chaque blessé, puisqu'il est dit, article 30 : « ... une note d'honoraires ... contenant... ; 2° les noms et adresse *du* blessé » et non pas *des* blessés. Néanmoins, c'est la première fois que j'entends parler de cette exigence et, personnellement, je n'ai jamais fait autrement que vous, à savoir réunir toutes les notes d'une *même* assurance sur une *même* feuille...

F. D.

III

699. — Visite « de contrôle » à Paris.

La P... propose pour visite au cabinet avec le médecin de la Compagnie et sur rendez-vous fixé, le prix de 18 fr. au lieu de 21 fr. que je croyais être admis.

Pour un pansement et une injection de sérum antitétanique 20 fr. au lieu de 20 + 12 fr.

Je vous serais obligé de m'éclairer sur ces deux pansements.

Dr T.

Réponse.

1° A Paris, la consultation est comme partout de 12 francs. La visite est également de 12 *francs*, plus 2 francs de déplacement moyen fixe, tout frais de déplacement kilométrique n'existant pas comme en province. Si vous avez fait la consultation avec le médecin de l'assurance à votre cabinet, donc sans déplacement, le prix est de 12 + 6 = 18 francs. Si vous l'avez faite au domicile du malade le prix est de 12 + 6 + 2 = 20 francs.

2° Vous ne pouvez compter à la fois injection de sérum + visite (comprenant le pansement, s'il y a lieu) ; ce serait le cumul interdit par l'article 13.

F. D.

IV

716. — Pansement et injection antitétanique non concomitants.

J'ai adressé à la Compagnie d'assurances la N. deux notes d'honoraires, dans lesquelles sont portées à la même date une visite, et une injection de sérum antitétanique ; la Compagnie refuse de payer la visite, prétendant qu'il y a cumul. Je réponds que la visite (en l'espèce un pansement) et l'injection de sérum sont bien du même jour, mais non de la même heure, le blessé étant venu à mon cabinet où il a été pansé et où il a reçu une ordonnance pour le sérum dont l'injection a été faite chez lui quelques heures après ; j'ajoute dans ma réponse que j'estime que même si j'avais fait le premier pansement et l'injection de sérum au même moment, j'aurais droit à des hono-

raires pour chaque acte particulier. La Compagnie me répond qu'elle ne peut que maintenir sa manière de voir et refuse de payer, parce qu'il y a cumul. Qui a raison en droit ?

Dr C.

Réponse.

Si vous aviez fait, en même temps, un pansement et une injection antitétanique, vous ne pourriez compter que l'injection (soit 20 francs), mais non le pansement (qui est compris dans le prix de la visite), puisqu'il est interdit par l'article 13 de compter intervention + visite, ce qui serait le cumul défendu.

Mais vous avez fait une consultation avec pansement d'abord, puis, dans la soirée, une visite avec injection antitétanique. Vous avez donc à compter : 1° une consultation: 12 francs 2° une visite avec injection antitétanique : 20 francs.

F. D.

V

708. — 1° Epluchage ou non ?
2° Déplacement supplémentaire.

Je vous prie de me donner les renseignements suivants pour accident du travail :

1° Que compter pour une déchirure par corps mousse en avant de la région axillaire avec plaie d'au moins dix centimètres sur la peau et décollement profond jusqu'au creux de l'aisselle nécessitant des sutures plan par plan avec drainage. L'opération a été faite d'urgence sans anesthésie chez un sujet courageux et très vigoureux.

S'il ne manquait l'anesthésie, il me semble que je pourrais compter 100 francs (régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde).

2° Quand, appelé pour un accident on se rend sur les lieux et que, apprenant que le blessé a été transporté chez lui on se rend près de lui, on fournit plus de kilomètres que ne l'indique le tarif. Qui doit payer ces kilomètres supplémentaires. Il me semble que ce pourrait être l'assurance et sans contestation. Est-ce votre avis ?

Dr J.

Réponse.

1° Voyez la note 1 de l'article 17 sur « l'épluchage ». Etes-vous dans ces conditions. ? Vous me parlez de sutures par plans, ce n'est pas un épluchage par cela même, *a priori*. Je n'ai pas assez de détails pour conclure : excision de tissus morts ou voués à la mortification, anesthésie (nulle), etc. Quant à une plaie « profonde », cela me semblerait difficile à soutenir, à moins de muscles sectionnés, ce dont vous ne parlez pas. Réexaminez avec soin toutes ces conditions.

2° Comptez les kilomètres que vous avez dû parcourir en allant et en revenant pour soigner

votre blessé. Ce n'est pas votre faute si vous avez dû faire un trajet supplémentaire par suite du transfert du blessé.

F. D.

Fiscalité.

127. — La rémunération fixe d'un médecin est-elle un salaire ?

Attaché à une clinique privée comme chirurgien adjoint, celle-ci me donne un fixe de 1.200 fr. par an.

J'ai l'intention de le déclarer en tant que *traitement* lors de ma déclaration fiscale. Le contrôleur peut-il refuser de le considérer comme un traitement qui me permettra de bénéficier d'un abattement à la base assez important sur l'ensemble de mes bénéfices professionnels (j'ai trois enfants) en arguant qu'il ne s'agit là que d'une indemnité ?

Ce traitement a pour raison la rémunération des soins gratuits donnés aux malades ou blessés et hospitalisés gratuitement par l'Administration (à côté des malades ou blessés payants qui m'honorent directement).

Dr X.

Réponse.

Le Conseil d'Etat n'a pas encore tranché la question de savoir si la rémunération visée dans lettre est un « salaire » ou un « bénéfice non commercial ». Nous vous conseillons de la déclarer comme salaire, mais en précisant bien sa nature.

A. M.

263. — Les médecins salariés d'une clinique ne sont pas patentables.

J'organise un dispensaire médico-chirurgical qui m'appartient en propre, en vue des assurances sociales notamment.

Je prends comme collaborateurs appointés par moi-même et au mois quelques jeunes confrères diplômés et payant déjà patente pour leur cabinet.

Le contrôleur des contributions directes peut-il imposer ces jeunes confrères au titre de la patente sur mes locaux ou bien étant mes employés comme dans un hôpital ou une clinique privée. Suis-je seul tenu de payer patente ?...

C'est ce que je soutiens.

Dr B.

Réponse.

Si vos collaborateurs sont appointés par vous-même, ils doivent être considérés au point de vue fiscal comme vos « employés salariés » et, par conséquent, les actes professionnels accomplis en cette qualité ne sauraient donner lieu à imposition à la patente sur la valeur locative des locaux de votre dispensaire.

A. M.

277. — Amortissement des frais d'installation.

Célibataire, installé depuis un an, j'ai dépensé une assez forte somme pour mon installation. J'ai acheté

un appareil de radiographie, des instruments de chirurgie, une lampe pour ultra-violets 35.000 fr. environ 10.000 fr. de mobilier, une auto d'occasion 10.000 francs. J'ai emprunté 20.000 fr. pour payer ces frais.

J'ai un loyer de 4.000 fr. plus 500 fr. d'impôts que je paye au propriétaire ; une bonne et un domestique à mon service.

Etant donnés ces dépenses, je vous demanderai d'avoir l'obligeance de me dire quelle somme, je dois déduire de mon bénéfice net.

Dr C.

Réponse.

Nous vous conseillons de déduire de vos recettes un amortissement de 10 % de vos frais d'installation professionnelle, une fraction de votre loyer proportionnelle à l'importance de vos locaux professionnels et les deux tiers des frais occasionnés par vos domestiques.

A. M.

---

543. — Amortissement du prix d'achat des automobiles.

Possesseur de deux voitures médicales, l'une voiture normale, l'autre voiture de secours, je fais intervenir l'amortissement de ces deux voitures dans mes dépenses professionnelles.

J'amortis la voiture normale en 5 ans et la voiture de secours en 10 ans.

Le contrôleur des contributions directes me fait savoir, d'une part, que je ne puis faire intervenir que l'amortissement d'une seule voiture et, d'autre part, que je ne puis amortir que le 15 % de la valeur de cette voiture, ce qui équivaut à l'amortir en 7 ans environ.

Je viens vous demander quelle doit être ma réponse mon cas ne devant pas être isolé.

Il me paraissait logique d'amortir mes deux voitures, toutes deux professionnelles, surtout en amortissant la voiture de secours en 10 années.

D'autre part, un amortissement en 7 annuités comme l'exige l'administration me paraît excessif, nos voitures professionnelles durant très difficilement 7 ans.

Dr D.

Réponse.

1° Il vous appartient d'établir que vos deux voitures servent exclusivement à l'exercice de votre profession et non pas également à un usage familial ou de pur agrément. Sinon, le contrôleur est en droit de rejeter une partie de vos dépenses d'automobiles.

2° Le taux de 15 % est un peu faible, mais, en fait, une voiture peut durer 7 ans. Il n'existe aucune jurisprudence en la matière. De nombreux contrôleurs acceptent 20 %, en considération de ce qu'après 5 ans d'usage, les dépenses d'entretien deviennent généralement très importantes. C'est une simple question d'appréciation.

A. M.

506. — Calcul d'impôt sur le revenu.

Je me permets, comme abonné du *Concours* et membre du « Sou Médical », de solliciter une fois de plus l'intervention de votre compétence.

Je vous remets ci-joint le double de ma feuille de déclaration pour l'impôt sur le revenu et vous prie de vouloir bien m'établir, d'après ces données et compte tenu des déductions pour charges de famille énoncées en première page, le chiffre que j'aurai à payer, en m'indiquant séparément le chiffre d'impôt sur les professions non commerciales et le chiffre d'impôt général sur le revenu.

De plus, ayant une petite clinique de 4 lits, dois-je payer un impôt sur le chiffre d'affaires et comment se calcule cet impôt ?

Dr X.

Réponse.

L'impôt sur un bénéfice non commercial de 19.750 francs, est de	615 fr.
Moins 7,50 % (fille *mineure*)	46 12
Net	568 88

Vous n'êtes pas passible de l'impôt général, puisque votre revenu ne dépasse pas le minimum imposable : 13.000 francs comme contribuable marié ayant un enfant mineur à sa charge.

Vous êtes redevable de la taxe sur le chiffre d'affaires, mais seulement sur les recettes provenant de la nourriture et du logement ; le taux de la taxe est de 2 %.

A. M.

626. — Montant de la patente.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de bien vouloir me dire :

1º Quelle est la patente, à Paris, pour un loyer de 20.000 fr. ?

2º Si les charges d'un appartement entrent en jeu pour la fixation de ladite patente ?

Dr B.

Réponse.

A Paris, pour 1927, la patente de médecin, pour un loyer de 20.000 francs, eût été de 13.000 francs environ.

Pour 1928, la patente sera de la même importance, mais nous ne pouvons la calculer exactement, le centime le franc n'étant pas encore connu.

Pour déterminer la valeur locative servant de base à la patente, il y a lieu de retenir la totalité des sommes payées au propriétaire (loyer proprement dit, plus les charges) et d'en déduire seulement, le cas échéant, les sommes versées en remboursement des prestations en nature fournies par le propriétaire dans l'intérêt particulier du locataire, en fait : eau et chauffage central.

A. M.

Cinquantième année — N° 13 — 25 Mars 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr LORTET, de Faverges, la somme de dix francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 135. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir.

N° 136. — A céder avec bel appart. centre Paris cabinet V. U., gynéc., chirurg. 100 à 150.000 d'aff., 100.000 compt.

N° 137. — Appartem. à vendre, conviendrait pour médecin. Près du Parc Monceau, 5, rue Léon-Cogniet (XVIIe). S'adr. à la concierge.

N° 138. — Dr cherche dans rayon 200 km. Paris, poste proph., faible ind. compt., le reste par annuités.

N° 139. — On dem. : ophtalmomètre de Javal, boîte de verres, tonomètre de Boillot, vitrine à instrum., table d'opéra., instrum. d'oculistique, lavabo. Faire offres.

N° 140. — Veuf avec trois enf. jeunes recher. person. de conf. capable tenir intér. et donner soins matér. aux enf. rég. normande. Ecr. Dr Gignier, 109, rue Vendôme à Lyon.

N° 141. — Somme. Ch.-lieu cant. poste méd., chiff 70.000. Ind. 25.000 dont 20.000 compt. Urg.

N° 142. — Industriel demande infirm. pour banl. est imméd. de Dunkerque. Ecr. avec référ. à M. Buisson, 34, rue de Chabrol, Paris (10e).

N° 143. — Instrum. pour dentiste neufs, 3 daviers, 4 élévat., 1 clef de Garengeot, 14 excavat., le tout 300 fr.

N° 144. — Cabriolet Citroen 5 CV. très bon état, 10.000 fr. Dr Chermezon à Passay (S.-et-O.).

N° 145. — Est. Dans stat. thermale réputée, à céder établiss. gros produit (renseignem. complém. adressés sur demande). Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (3e). Tél. Gob. 36-46.

N° 146. — Paris. Import. client. méd. générale, ancienne, rapp. 200.000 environ. Appart. (7 pièces, loyer 4.000, à céder 200.000 dont 150.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 147. — Doct. qualifié recherche, Paris, banlieue, import. affaire de spécialités pharmac., maison de santé, ou affaire para-médicale. Capitaux nécessaires. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46-.

N° 148. — Banlieue imméd., noyau de client., appart. bien situé, bail, très faible indemn. Reprise facult. du matériel, livres et instruments.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — On signale un foyer de fièvre ondulante dans une localité du département de l'Isère et onze cas de scarlatine au lycée de jeunes filles d'Orléans.

— **Académie de médecine.** *Service de contrôle des médicaments anti-syphilitiques.* — Dans sa séance du 6 mars 1928, l'Académie, siégeant en Comité secret, après avoir entendu la lecture d'un rapport rédigé par M. Tiffeneau, a procédé, par voie d'élection, à la nomination des Directeurs des deux laboratoires du service de contrôle des médicaments anti-syphilitiques, savoir : 1° *Laboratoire de chimie* : M. le Dr Blanchetière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; 2° *laboratoire de physiologie* : M. Charles Richet fils, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de physiologie et chef des travaux pratiques de pathologie expérimentale.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Leçons cliniques du dimanche.* — Le 25 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, leçon de M. le professeur agrégé Chabrol sur le *coma insulinique.*

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le 25 mars, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Leveuf sur le *traitement de l'ostéomyélite des adolescents.*

— **Ecole annexe de perfectionnement des médecins de réserve.** *Conférence.* — Le 25 mars, à 9 h. 30, au grand amphithéâtre de la Sorbonne (entrée, 41, rue des Ecoles), conférence de M. l'officier d'administration principal de réserve Bouillard, sur les *services administratifs du service de santé.* Les cartes de présence seront distribuées de 8 h. 45 à 9 h. 15. Les conférences suivantes auront lieu le 20 mai et le 17 juin.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de technique et diagnostic anatomo-pathologique.* — MM. Roger Leroux, agrégé, chef des travaux, Ch. Grandclaude, René Huguenin et A. Héraux, préparateurs, commenceront ce cours, le lundi 16 avril 1928, à 14 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le poursuivront les jours suivants, à la même heure.

— **Paris.** *Dispensaire de salubrité de la Préfecture de Police.* — Par arrêté du Préfet de Police, M. L. Bizard est nommé médecin en chef du dispensaire de salubrité en remplacement de M. Le Noir, admis à la retraite, et M. Bize est nommé médecin en chef adjoint.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien.* — Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux est définitivement

composé de MM. Souligoux, Lenormant, Martin, Mouchet, Legueu, Chevassu et Trémolières.

— **Hospice des Quinze-Vingts.** — Un concours pour cinq places d'aide de clinique ophtalmologique s'ouvrira le 7 mai. Peuvent y prendre part les docteurs en médecine et les étudiants ayant 12 inscriptions, de nationalité française. S'inscrire, 28 rue de Charenton, jusqu'au 21 avril.

— **Hôpitaux d'Alger.** — Un concours sera ouvert à Alger le 11 juin, pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux. Pour renseignements, s'adresser à la Direction de l'Hôpital civil de Mustapha.

— **Tanger.** — Un concours est ouvert pour le poste de médecin de la ville de Tanger. Traitement annuel fixe de 32.000 fr., plus supplément variable (s'élevant actuellement à 24.000 fr.). Demandes, avant le 31 mars, adressées à M. l'Administrateur-Directeur de l'Hygiène publique et de l'Assistance.

— **Congrès radiologique de Kieff (U.R.S.S.).** — Le Ve Congrès radiologique de l'U. R. S. S. aura lieu à Kieff du 19 au 23 mai. Des permis d'entrée et de sortie et des conditions de séjour confortable seront assurés aux congressistes étrangers. Adresser la correspondance à M. B.-M. Berenstein, secrétaire, Kiefl (U. R. S. S.), Institut radiologique, 7, rue Léon-Tolstoï.

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 mars

Muséum d'histoire naturelle.

M. le Dr Rivet, sous-directeur du Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anthropologie audit établissement, en remplacement de M. Verbeau, admis à la retraite.

9 mars.

Asiles publics d'aliénés.

Arrêté du 7 mars constituant le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés.

Art. 1er. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, qui doit s'ouvrir à Paris le 19 mars 1928, est constitué comme suit :

Président.

M. le docteur Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires.

M. le professeur Pfersdorff, professeur de clinique psychiatrique à la faculté de médecine de Strasbourg.

M. le docteur Privat de Fortunie, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

M. le docteur Quercy, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).

M. le docteur Pactet, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

M. le docteur Pautier, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

M. le docteur Lafage, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne).

M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Membres suppléants.

M. le docteur Lerat, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

M. le docteur Daday, médecin chef de service au quartier d'aliénés de la maison nationale de Saint-Maurice.

Art. 2. — M. Lévêque, rédacteur principal au 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, assurera les fonctions de secrétaire administratif du concours.

10 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira, le lundi 15 octobre 1928, devant la Faculté de Paris, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie, de physiologie et d'histologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

11 *mars.*

M. Debeyre, agrégé près la Faculté de Lille, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté (Chaire vacante : M. Laguesse, dernier tilaire).

Service médical de l'aéronautique.

Décret du 7 mars 1928.

Art. 1er. — Sont modifiés ainsi qu'il suit les articles 1er et 3 du décret du 1er décembre 1921 susvisé :

Art. 1er. — Le service médical du personnel fonctionnaire, régi par les lois des 9 juin 1853 et 14 avril 1924, des services dépendant de la direction générale de l'aéronautique et des transports aériens, à savoir : service technique et industriel de l'aéronautique, service de la navigation aérienne, office national météorologique, est assuré par un médecin nommé par arrêté du ministre du commerce et de l'industrie,

HYPERTENSION ARTÉRIELLE - ARTÉRIO-SCLÉROSE
TROUBLES CIRCULATOIRES DE LA MÉNOPAUSE

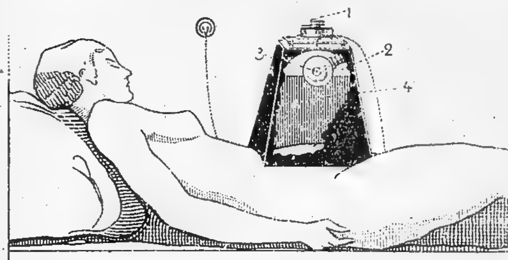
NÉO-ASCLÉROL

Teinture Cratægus — Silicate de soude — Nitrite de soude

Dose : *deux cuillerées à soupe par jour*

Action tonique hypotensive - Anti-scléreuse

GRANDE PHARMACIE DE PARIS - 45, rue Caumartin, PARIS



CHROMOTHÉRAPIE
par le
THERMO ERYTHROPHORE
Du Dr ANTOINE
MODÈLE BREVETÉ

TRAITEMENT DES AFFECTIONS ABDOMINALES

par les Applications locales

de Chaleur de LUMIÈRE ROUGE et d'INFRA-ROUGE

(*Concours Médical*, n° 46 de 1926)

PUNIET, fabricant
179, Faubourg Saint-Honoré
face l'Hôpital Beaujon — PARIS Tél. Ely. 03-51

LABORATOIRES du Docteur TISSOT

GRAINS ANISÉS de **Charbon Tissot**
ACTIVATION RÉELLE
résultant de son choix et de sa préparation
ABSORBENT — DIVISENT — EXPULSENT

Reconstituant rapide
Ferrygène Carrau
ARSI-PEPTONATE DE FER ET MANGANÈSE
Liqueur agréable

Suppargyres du Dr Faucher
VITALISATION ET ACTIVATION PAR LE FOIE DE Hg
Adultes, Enfants et Nourrissons
JAMAIS D'INTOLÉRANCE

Échantillons : 34, Boulevard de Clichy PARIS

ou, par délégation, par le directeur général de l'aéronautique et des transports aériens.

Art. 3. — Le médecin des services ci-dessus énumérés de la direction générale de l'aéronautique et des transports aériens reçoit une indemnité fixe annuelle de 1.800 francs payable par trimestre.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre du commerce et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à compter du 1er janvier 1927 et sera publié au *Journal officiel.*

Prophylaxie des maladies vénériennes.

Décret du 2 mars 1928 *réglant le fonctionnement du service central.*

Art. 1er. — Le fonctionnement du service central de prophylaxie des maladies vénériennes est assuré, sous l'autorité du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, par le personnel temporaire ci-après :

Un médecin chef de service.
Un rédacteur.
Un commis d'ordre et de comptabilité.
Une dame dactylographe.

Art. 2. — Il n'est apporté aucune modification aux dispositions des décrets des 13 mars 1924, 31 mars 1926, 29 décembre 1926 et 18 septembre 1927, notamment en ce qui concerne les indemnités annuelles allouées au personnel du service.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Les frais de maladie ne peuvent être déduits du revenu imposable.

8585. — M. Saurin, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances si un contribuable, assujetti à l'impôt sur le revenu et à l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, peut déduire du montant de sa déclaration : les frais de maladie qu'il supporte habituellement en raison de la mauvaise santé des membres de sa famille (femme et enfants) ; les frais occasionnés par un accouchement de sa femme ; les frais de séjour et de cure dans une ville d'eaux pour les soins à donner aux membres malades de sa famille ; les frais supplémentaires qui résultent pour lui des repas pris en dehors de son domicile, pendant le séjour de sa femme dans une ville d'eaux. (*Question du* 30 *janvier* 1928.)

Réponse. — D'après les dispositions en vigueur, les seules dépenses qu'il y ait lieu d'admettre en déduction du montant brut des traitements et salaires tant pour l'assiette de l'impôt cédulaire que pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu sont cel

les qui constituent une charge directe de la fonction exercée ou de l'emploi occupé. Or, les dépenses dont il est question ne rentrent pas dans cette catégorie et elles ne peuvent, dès lors, être admises en déduction pour la détermination des bases de l'impôt.

(*J. O.*, 9 *mars* 1928.)

Congés de longue durée des membres de l'enseignement

8625. — M. Louis Soulié, sénateur, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique dans quelles conditions un membre de l'enseignement peut obtenir un congé de maladie de longue durée avec traitement intégral, et si un tuberculeux non porteur de bacilles peut bénéficier des avantages accordés aux malades atteints de tuberculose ouverte. (*Question* 11 *février* 1928.)

Réponse. — L'article 71 de la loi du 30 avril 1921 est formel : il vise exclusivement les cas de tuberculose ouverte et de maladie mentale.

En ce qui concerne le maître signalé, il ne saurait donc être admis au bénéfice des congés de longue durée que si la commission spéciale instituée par le décret du 29 juillet concluait nettement qu'il est atteint de tuberculose ouverte.

(*J. O.*, 3 *mars* 1928.)

L'évaluation des infirmités ne peut être inférieure à celle du barème des pensions.

15013. — M. Bringer, député, demande à M. le Ministre des Pensions si, lorsqu'une maladie ou blessure est reconnue imputable au service, les experts, les commissions de réforme, la commission consultative médicale et les tribunaux peuvent fixer le taux d'invalidité au-dessous des minima prévus au guide barème annexé à la loi du 31 mars 1919, ou bien si ces autorités doivent se conformer strictement aux taux indiqués audit guide barème, qui fait partie intégrante de la loi. (*Question du* 27 *janvier* 1928.)

Réponse. — L'évaluation d'une infirmité reconnue imputable au service ne peut être fixée à un degré inférieur à celui qu'attribue le guide barème, dans tous les cas où la description de cette infirmité correspond exactement aux indications dudit barème (décision du conseil d'Etat du 11 mai 1927, affaire Lagny, pourvoi n° 93209). (*J. O.*, 3 mars 1928.)

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Un confrère serait désireux de posséder quelques observations inédites sur le sujet suivant : avenir des femmes qui ont subi l'ablation unilatérale de l'ovaire au point de vue de la récidive de l'autre côté.

Prière d'adresser les observations au Dr Dumas, de Fourmies (Nord).

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Organisations autonomes.

Invoquant le bénéfice de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, certaines municipalités demandent au Ministre du Travail l'autorisation d'organiser un service spécial et autonome d'assistance médicale.

D'une manière générale, sauf les exceptions prévues par l'article 35, les communes sont obligées de se conformer au règlement départemental, délibéré par le conseil général et arrêté par le préfet.

Ce service départemental règle les conditions d'admission sur les listes d'assistance, les voies de recours pour inscriptions ou radiations, le mode selon lequel les soins médicaux seront donnés, les honoraires des médecins et des spécialistes, enfin le tarif pharmaceutique.

Lorsque les médecins estiment que certaines modifications ou améliorations doivent être apportées à ce service, c'est au préfet ou au conseil général qu'ils s'adressent : cela ne veut pas dire qu'on leur donne satisfaction, témoin les luttes qui aboutissent souvent à des ruptures comme cela se passe actuellement dans le département de l'Ain.

Néanmoins, on peut soutenir que cette organisation départementale offre des garanties de stabilité, car les répercussions politiques se font moins sentir au sein d'un conseil général qu'au milieu d'un conseil municipal.

Mais, dans certains cas, les maires ont le désir d'avoir une organisation spéciale pour la commune qu'ils administrent. Ils invoquent l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, ainsi conçu : « Les communes ou syndicats de communes, qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades, peuvent être autorisés, par une décision spéciale du Ministre du Travail, rendue après avis du conseil supérieur de l'Assistance publique, à avoir une organisation spéciale. »

A la base donc se pose la question de savoir si la commune qui sollicite cette dérogation au droit commun a les ressources suffisantes pour remplir correctement son devoir d'assistance médicale gratuite.

Parfois, le bureau de bienfaisance est richement doté : des fondations, des legs, des ressources diverses (droit des pauvres, taxes sur les spectacles, etc.) assurent un revenu suffisant, pour que tous les indigents puissent recevoir l'aide médicale et matérielle, qui leur est nécessaire.

Mais, quelquefois il peut arriver que des communes acceptent de s'imposer, par des centimes additionnels, pour avoir ainsi les ressources suf-

fisantes, pour remplir leur devoir d'assistance.

A mon avis, pareil procédé n'offre aucune garantie aux ayants droit à l'assistance. Tous les quatre ans un conseil municipal peut défaire ce que la municipalité précédente a organisé. De plus il peut y avoir des déficits sur la rentrée des impôts.

Qu'un revirement se produise dans l'esprit des conseillers, après le renouvellement du conseil, que des dépenses imprévues ou indispensables surgissent, obérant le budget de la commune, et voilà une municipalité, qui cherchera, par tous les moyens, à se dérober aux dépenses de l'assistance médicale gratuite.

Ce seront alors des difficultés pour se faire inscrire sur la liste des indigents ; les inscriptions d'urgence auront beau jeu, car ce ne sera qu'au moment de la maladie grave que le maire consentira à admettre le malade au bénéfice de l'A.M.G.

On demandera aux médecins un sacrifice d'altruisme, en laissant à leur charge toutes les visites banales, pour maladies de faible durée.

Je sais bien que les articles 16 à 18 de la loi du 15 juillet 1893 prévoient un mode de réclamation contre les omissions sur la liste d'assistance, qui doit être arrêtée chaque année. Mais, combien sont-ils, les indigents qui connaissent les droits que leur donne la loi ?

D'ailleurs, toutes les fois qu'il s'agit d'une organisation communale autonome, le maire a beau jeu pour faire triompher sa manière de voir et de procéder.

Nous plaçant à un autre point de vue, nous pouvons dire que le service autonome prive les contribuables de la part qui incombe au département et à l'Etat, dans le paiement des dépenses d'assistance médicale gratuite.

Les articles 26 à 29 de la loi du 15 juillet 1893 déterminent quelle sera la contribution départementale, venant dégrever une partie des charges que supporte chaque commune, les municipalités riches venant ainsi au secours des communes pauvres.

Or, si une commune qui demande le bénéfice de l'article 35 n'a pas des ressources propres suffisantes, si elle doit faire appel à des centimes additionnels, pour boucler son budget, ce sont les contribuables de la commune qui pâtiront de cet état de choses, puisqu'ils supporteront seuls, sans l'aide du département et de l'Etat, les contributions nécessaires, pour assurer les dépenses d'A.M.G.

Mais un gros danger menace les médecins de l'endroit.

Sollicitant l'autorisation ministérielle, pour obtenir son service autonome d'assistance, le maire présentera un règlement, qui paraîtra normal.

On respectera le libre choix du médecin, on

payera les actes médicaux,non pas à forfait, mais à la visite.

Mais l'autorisation une fois obtenue, rien n'empêchera le conseil municipal de tout modifier.

Sous prétexte d'améliorations à apporter ou d'abus à réprimer, on confiera le service des indigents à un ou à deux docteurs, qui seront dans les idées gouvernementales locales, ou tout au moins seront *persona grata* auprès du maire.

On allouera une indemnité forfaitaire et annuelle à ces praticiens, cependant que les autres docteurs n'auront plus le droit de donner leurs soins aux indigents.

Il est si facile, pour un conseil municipal, de modifier de fond en comble un règlement municipal, alors que le règlement départemental offre plus de fixité.

Le service d'assistance médicale gratuite a été sagement placé, par le législateur de 1893, audessus des passions locales et des querelles de clocher. Le conseil général discute et délibère sur ce règlement, le préfet exécute.

Au contraire, dans la commune, le maire obtient tout ce qu'il veut de son conseil municipal, du moins dans la majorité des cas ; puis il est chargé d'exécuter lui-même, ce qui lui laisse une autorité fort grande.

Aussi, crois-je, pour ma part, que malades comme médecins, n'ont pas beaucoup à attendre des services autonomes d'assistance médicale gratuite : mieux vaut le droit commun.

Dans ses rapports annuels à l'Union des Syndicats médicaux, le Dr Rinuy donne la statistique de ces services autonomes. Ils ne sont pas très nombreux et intéressent surtout les grandes villes.

Les grosses agglomérations possèdent, non seulement un bureau de bienfaisance qui, depuis des siècles, administre un fonds de dotation important ; mais elles peuvent également imposer des taxes sur les spectacles, les concerts, etc. ; ressources qui manquent aux petites villes.

D'autre part, hôpital et bureau de bienfaisance ne font souvent qu'un et les administrateurs des hospices gèrent en même temps le service d'assistance à domicile.

Il est donc possible d'organiser un service médical, unique et autonome.

Mais, le fonctionnement se fait, la plupart du temps, d'après le mode des circonscriptions, des médecins imposés aux indigents, ces praticiens étant rémunérés à l'année et non pas à l'acte médical.

Aussi, crois-je personnellement que les services autonomes d'assistance doivent demeurer l'exception et que, dans l'intérêt des malades d'abord et, ensuite, dans celui des médecins, il est préférable de rester dans le droit commun, c'est-à-dire dans l'observance du règlement départemental.

Dr Paul Boudin.

Voir la suite page LV-897

PROPOS DU JOUR

Au sujet de l'organisation du Syndicalisme médical.

Lorsque je publiai, dans le numéro 8 *bis* du *Concours médical*, le 22 février 1928, un Propos du jour, intitulé : *Considérations sur l'organisation du syndicalisme médical. Une constitution qui pourrait nous servir de modèle,* — article où je conseillai à notre future Union de prendre pour modèle l'organisation simple, solide et qui a fait ses preuves, de la C. G. T., je m'attendais bien qu'un pavé de cette taille, lancé dans la mare aux grenouilles du traditionnalisme médical, n'y tomberait pas sans provoquer quelques coassements.

A mon grand étonnement, je ne reçus que des lettres d'adhésion à ma proposition, et je commençais à être quelque peu dépité, un peu comme le tireur qui croit avoir manqué le but, quand je lus, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 10 mars, un article intitulé : *Confédération générale du travail médical* ? —signé de mon excellent ami René Cruchet. J'allais écrire « mon vieil ami », si je ne m'étais à temps aperçu qu'il a quelques dix automnes de moins que votre serviteur, et que sa plume alerte, la légèreté de son style, et aussi de sa logique, dénotent chez lui une véritable jeunesse.

En lisant les premières phrases de l'article, je crus avoir persuadé R. Cruchet.

« *Je dois dire tout de suite*, écrit-il, *que, contrairement à ce que beaucoup de gens pensent, l'organisation de la C. G. T. n'est nullement à rejeter par définition. Il y a ainsi de par le monde des tas d'idées ou de réalisations même que nous mettons de côté, par intuition, par sentiment, sans les connaître et sans avoir jamais eu la moindre curiosité de nous faire expliquer leur mécanisme et les résultats obtenus. En quoi nous avons parfaitement tort.*

Il est indiscutable que les renseignements que nous possédons sur la C. G. T., et que le Dr *Noir confirme de sa haute autorité, ne peuvent que donner une excellente opinion sur cette organisation. Tous ceux qui ont approché le camarade Jouhaux, à quelque parti, ou quelque religion qu'ils appartiennent, conviennent que c'est un homme de premier ordre, et surtout un réalisateur : car il est arrivé à mettre sur pied un organisme dont la valeur positive s'accroît avec le nombre des années.* »

Après la lecture de ce passage, je me félicitais d'avoir convaincu mon distingué confrère, le savant professeur de Clinique infantile de la Faculté de Bordeaux. C'était, certes, une recrue de marque et de poids.

Mais je dus bientôt déchanter en continuant la lecture de l'article.

« *Je suis donc personnellement disposé*, continuait René Cruchet, *à reconnaître et apprécier les mérites de la C. G. T. Mais je suis littéralement confondu de constater qu'un homme, instruit et de quelque bon sens, vienne nous donner cette organisation purement ouvrière en modèle pour une organisation médicale.*

« *Quoiqu'il en soit, il importe de crever sans plus tarder cette bulle utopique. Car nos confrères* (le Dr Cruchet aurait pu mettre, pour être exact, *notre* confrère) *dont la sincérité n'est pas en cause, sont en train de se perdre dans des spéculations dans l'espace, susceptibles, si on en tentait l'expérience, de nous entraîner dans les pires difficultés.*

L'article de Noir, sous sa forme documentée et courtoise, est d'une plume qui a trempé dans l'encre bolchevique, ou anarchique, si l'on préfère. »

Bien que n'ayant jamais fait de politique et, depuis assez longtemps, de polémique, je sais ce

que parler veut dire ; aussi, je ne suis nullement froissé d'être accusé par R. Cruchet de bolchevisme ou d'anarchisme.

Je sais, en effet, que, dans un certain journalisme, l'on a l'habitude de traiter de canaille les gens qui, sur un point, ne pensent pas exactement comme vous. Je remercie cependant mon ami R. Cruchet de s'être contenté des euphémismes bolchevique et anarchique pour qualifier mon encre. Elle n'a pourtant servi qu'à écrire des articles réclamant la coopération des Syndicats médicaux et des Administrations dans les domaines de l'Assistance et de l'Hygiène, ce qui, convenez-en, Cruchet, n'a rien de bien révolutionnaire.

Après cette mercuriale, je m'attendais à être écrasé par des arguments. Hélas ! j'ai lu et relu l'article de Cruchet et je n'en trouve pas. J'y relève même une erreur qu'il me permettra de rectifier :

« *Comme les campagnes en France*, écrit-il, *sont plus importantes que les villes, cette politique ridicule aboutirait fatalement à imposer aux villes la tyrannie des campagnes.* »

Erreur, mon ami Cruchet, erreur !

Sur *vingt-cinq mille médecins* qui exercent en France, *onze mille* environ sont installés dans des villes comptant *plus de quarante mille habitants*, et si l'on ajoutait, à ces onze mille, les spécialistes qui exercent dans des villes de moyenne importance, les médecins des stations thermales et climatiques qui ne peuvent certes pas être considérés comme des médecins ruraux, ces derniers seraient une minorité bien incapable d'exercer à l'occasion une tyrannie quelconque. D'ailleurs, par la force des choses, ce sont les médecins des centres urbains qui sont obligés d'assumer les charges de la défense professionnelle.

Pourquoi parler de jalousie, de tyrannie ? Peut-il, en toute sincérité, en être question lorsqu'on recherche le moyen de pourvoir le Corps médical français d'une organisation syndicale puissante et utile ?

Cruchet prétend que si l'on entre dans la voie qui conduit à faire représenter dans le Conseil de l'Union les spécialisations médicales, « *le désordre le plus complet règnera bientôt dans cette nouvelle pétaudière.* »

Est-ce bien certain ?

J'ai cru, jusqu'alors, que le mécontentement (sur certains points légitime) qui a eu pour résultante la regrettable scission, tenait en partie à ce que des intérêts très respectables ne se jugeaient pas représentés et défendus au Conseil de l'Union. Et cela est si vrai que les chirurgiens, auxquels se sont adjoints les spécialistes, ont créé un groupement autonome, entre l'Union et la Fédération, groupement représenté à la Commission mixte qui s'occupe des Assurances sociales.

Que Cruchet me permette de lui faire encore remarquer que l'Assistance médicale gratuite, que les lois et règlements sanitaires s'appliquent d'une façon toute différente dans les villes et les campagnes ; que l'indemnité kilométrique, qui a une importance de premier ordre dans les campagnes, n'a pas de raison d'être dans les villes ; que les Assurances sociales et la Mutualité ne peuvent s'organiser dans les villes comme dans les campagnes ; que les propharmaciens n'existent pas dans les villes et que même, l'on ne peut pas envisager les questions de responsabilité sous le même angle à la ville et à la campagne. Il est donc tout à fait légitime de faire représenter dans le Conseil de l'Union les médecins ruraux par des délégués connaissant à fond les difficultés auxquels ils sont en butte, et qui ne sont pas les mêmes que celles que rencontrent les médecins des villes.

Quand Cruchet affirme que les règles de la pratique professionnelle du médecin sont toujours les mêmes, quelle que soit sa spécialisation, je suis absolument de son avis. Mais nos Syndicats ne se sont pas constitués pour faire uniquement de la Déontologie, œuvre dans laquelle ils ont jusqu'ici assez mal réussi. A côté des intérêts moraux, il y a les intérêts matériels, et il est assez plaisant de voir celui que Cruchet accuse d'utopisme et d'idéalisme (accusation, d'ailleurs, qui est loin de lui déplaire) obligé de rappeler ce dernier aux nécessités réalistes. Il faut vivre avant de philosopher (pour faire plaisir à Cruchet, je ne parlerai ni grec, ni latin, langues que d'ailleurs je connais assez mal (1)).

(1) « Il est bon d'avoir des humanités et de parler grec et latin ; cependant il serait utile d'oublier la sophistique qu'on nous enseigna en philosophie ». Art. de R. CRUCHET.

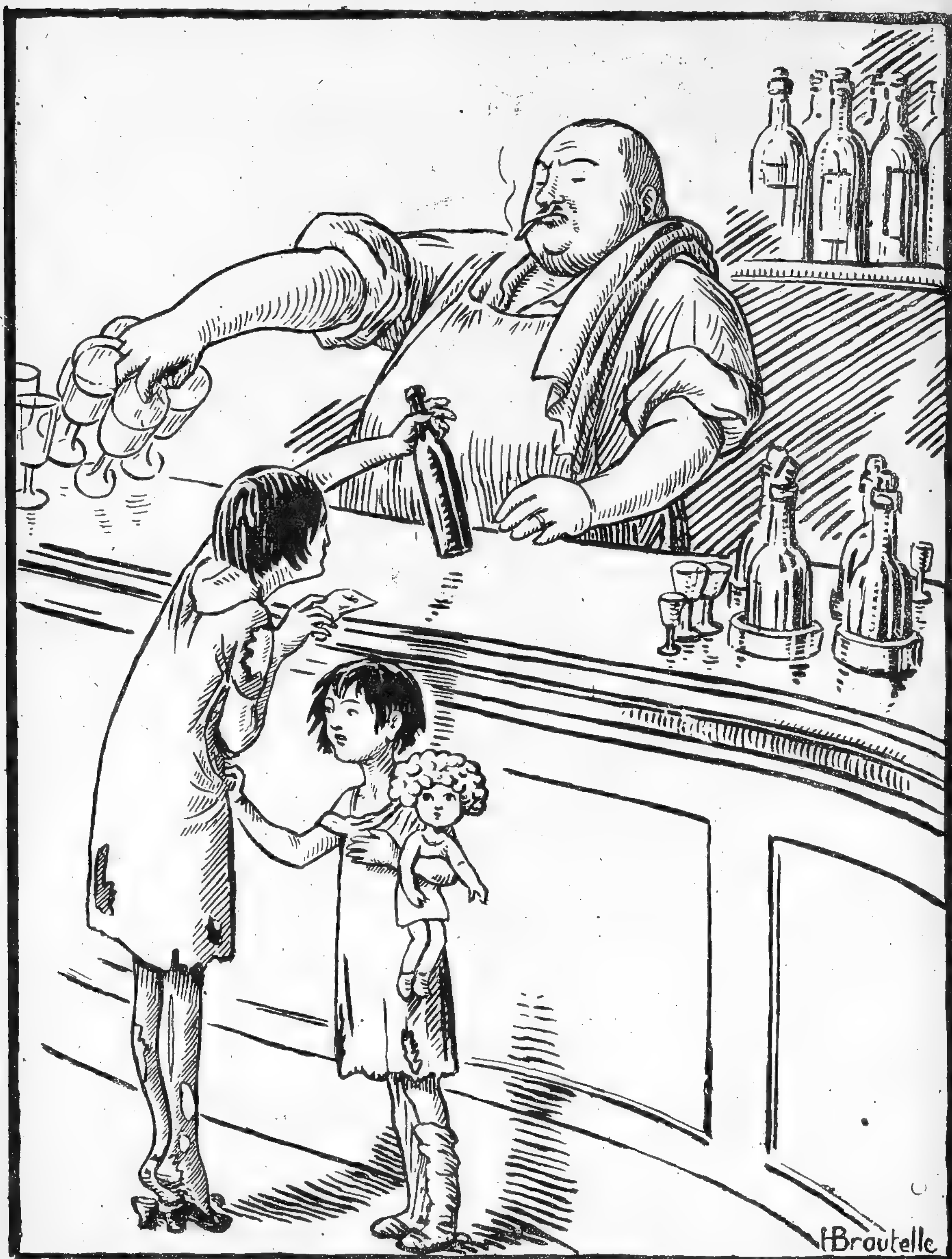
Or, les médecins spécialisés : chirurgiens, oculistes, oto-rhino-laryngologistes, stomatologistes, radiologistes, médecins de villes d'eaux, médecins sanitaires maritimes, médecins fonctionnaires, médecins de colonisation n'ont pas attendu la permission des Syndicats de praticiens pour créer eux-mêmes des Syndicats ou des Associations de défense qui sont de véritables syndicats. C'est que pour chacun de ces groupements le syndicat était devenu indispensable, c'est qu'il y avait pour eux des tarifs à discuter et à établir, des droits à défendre comme ceux des stomatologistes contre les chirurgiens dentistes, des réalisations nouvelles à étudier. Comme tous ces groupes de médecins spécialisés ont des intérêts à débattre avec les médecins praticiens (ne serait-ce que la plaie de la dichotomie occulte), comme ils ont aussi des intérêts communs, n'est-il pas logique de faire en sorte qu'ils soient représentés dans le Conseil Central de l'Union ?

S'ils en étaient exclus, chacun agirait à sa guise et tirerait à hue et à dia de son côté, c'est alors, ami Cruchet, que « *le désordre le plus complet régnerait bientôt dans cette nouvelle pétaudière.* »

Puisqu'au début de votre diatribe, vous reconnaissiez que l'organisation de la C. G. T. est bonne, pourquoi la repousser comme modèle ? Oubliez que la C. G. T. est ouvrière. Ne tentez pas d'organiser une lutte de classes en vous mettant d'un côté de la barricade, quand nous, avec notre esprit libéral, nous ne voulons pas savoir ce que c'est qu'une classe. Ne mettez pas le médecin en marge de la vie sociale ; il est homme avant d'être médecin et, s'il veut vivre honnêtement, il doit plus que jamais sortir de sa tour d'ivoire.

Et puis, mon cher ami Cruchet, ne me prêtez pas, je vous prie, des intentions que je n'ai jamais eues, n'instruisez pas contre moi des procès de tendance : cela ne serait digne ni de votre passé, ni de votre situation, ni de votre talent.

J. Noir.



LA POTION DE TODD DU BISTRO.

— M'sieu ! Du schnick plein ça, pour papa qu'est malade....

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FIÈVRE TYPHOÏDE ET DÉMENCE PRÉCOCE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Démence précoce, complication exceptionnelle et éloignée de la fièvre typhoïde. Les troubles mentaux de la période aiguë. Les psychopathies tardives.* Quid *du développement de la démence précoce ? Phénomènes hyperthymiques et phénomènes hypothymiques. Les formes de la démence précoce. Quatre observations : remarques. Conclusions*

La démence précoce, ou hypothymie juvénile chronique, est une complication tardive et exceptionnelle de la fièvre typhoïde. Nous en rapporterons trois observations typiques et une autre dont on peut discuter le diagnostic exact. Cette question de la démence précoce, survenant à la suite de la dothiénentérie, entraîne des considérations cliniques et étiologiques d'ordres divers : nous les résumerons ici.

***

D'abord, la démence précoce se développe-t-elle de préférence chez les typhoïdiques qui ont présenté des troubles mentaux à la période aiguë de l'infection ? Il ne semble pas. Nous croyons devoir rappeler quels syndromes psychopathiques sont susceptibles d'être observés durant la période fébrile de l'état typhoïdique. Ce sont : 1º *la confusion mentale subaiguë* : troubles de la perception et de la reconnaissance portant sur les lieux, le temps, les personnes et les objets ; ces troubles sont intermittents et généralement de courte durée ; on note presque constamment de la carphologie et ce qu'on a appelé du délire tranquille (le sujet marmotte des mots ou des phrases sans suite). Cette confusion mentale, comme celles qui suivront, se développe chez un sujet atteint d'asthénie musculaire et psychique, mais le symptôme confusion dans les idées (asthénie psychique), n'est pas la confusion dans les perceptions, propre à la confusion mentale vraie ; 2º *la confusion mentale aiguë ou suraiguë* : c'est la forme ataxique de la maladie (troubles de la perception avec grande agitation), ou ataxo-adynamique (troubles de la perception avec alternatives de grande agitation et d'anéantissement) ; 3º *le délire hallucinatoire aigu ou subaigu* : on observe surtout un thème de persécution, plus rarement un thème mélancolique ; les illusions et hallucinations sont actives, le délire mal systématisé ; 4º *l'onirisme pur* (syndrome onirique pur) : le sujet, bien qu'éveillé, éprouve des sensations analogues à celles du rêve, et secondairement des émotions variées ; l'onirisme pur est une hallucinose sans délire, alors que le délire hallucinatoire aigu est une hallucinose avec délire ; l'onirisme pur se manifeste souvent sous la forme du soi-disant délire professionnel (il vaudrait mieux dire onirisme professionnel) ; les faits d'onirisme comme les faits de délire hallucinatoire, ne sont pas suivis d'amnésie ; 5º *la confusion mentale délirante* : le patient présente alternativement de la confusion mentale et par exemple du délire hallucinatoire de persécution ; les phénomènes confusionnels ne laissent pas de trace dans la mémoire, tandis que les idées délirantes, après guérison, sont aisément évoquées ; 6º *la confusion mentale onirique* : on observe alternativement de la confusion mentale et de l'onirisme pur ; les phénomènes de confusion mentale sont oubliés ; les phénomènes d'onirisme sont conservés dans la mémoire ; 7º *le délire greffé sur l'asthénie* : le thème délirant est un thème hypocondriaque, plus rarement un thème mélancolique, avec ou sans idées de suicide, quelquefois encore un thème de persécution ; 8º *la psychose de Korsakoff* : elle est caractérisée par l'amnésie de fixation, la fabulation, la paragnosie, l'euphorie ; elle se complique maintes fois de confusion mentale, de délire hallucinatoire ou d'onirisme.

C'est dans la période de convalescence de la dothiénentérie qu'apparaissent les affections mentales ou nerveuses les plus graves : la manie (asthénie et manie post-typhoïdiques, qui seront parfois suivies de psychose périodique) ; l'asthénie chronique ; les délires systématisés chroniques ; l'amnésie chronique, en général de forme légère ; enfin la démence précoce, qui fait l'objet de ce travail.

***

Pour nous qui pensons que la démence précoce n'est pas une démence, c'est-à-dire n'est pas un syndrome d'affaiblissement de l'intelligence, mais une maladie de l'émotivité, caractérisée par un état d'hypothymie chronique, comment se développe cette entité morbide psychopathique à la suite de la fièvre typhoïde ? A notre avis, et comme toujours, des phénomènes hyperthymiques, de courte ou de longue durée, précèdent l'apparition des signes d'ordre hypothymique. Ces phénomènes hyperthymiques surviennent chez un sujet prédisposé, spécialement sensibilisé, soit à l'occasion de l'asthénie durable post-infectieuse, soit à l'occasion d'une séquelle délirante de la période aiguë, etc. Le patient fait du chagrin, de l'angoisse ou de l'énervement. Ces troubles émotionnels, si le sujet est expansif, sont bien constatés par l'entourage. Puis, en général assez rapidement, l'accès hyperthymique observé est remplacé par l'état chronique d'hypothymie.

La fièvre typhoïde peut donner naissance aux formes diverses de la démence précoce :

1) Soit la démence précoce avec idées délirantes ;

2) Soit la démence précoce avec asthénie chronique ;

3) Soit la démence précoce avec manie chronique ;

4) Soit la démence précoce avec asthénie et manie alternantes. La plus commune de ces formes paraît être la démence précoce avec asthénie chronique.

On dit que Kraëpelin ne décrivait pas moins de quatorze formes de démence précoce, plus une dizaine d'autres, caractérisées par des états terminaux spéciaux. Nous sommes persuadé de la réalité du polymorphisme extraordinaire des maladies mentales et nerveuses : nous croyons pourtant que la démence précoce est plus simple, à la condition, il est vrai, de la considérer comme une maladie chronique et d'attribuer à l'hypothymie la place de premier plan qui, disons-nous, lui revient dans cette affection.

Notre observation I représente un cas de fièvre typhoïde compliquée d'un petit épisode euphorique, puis d'amnésie et manifestement d'asthénie prolongée. Enfin, un an après l'infection, apparaissent des idées délirantes de persécution, avec hallucinations, sans phénomènes maniaques, semble-t-il. Très vite les signes d'indifférence, d'insouciance, de désintérêt sont venus donner la marque propre de la maladie. La tuberculose pulmonaire, redoutée chez ce malade, ne s'est pas développée (1912-1927).

L'observation II est un exemple de démence précoce post-typhoïdique avec asthénie chronique. Les signes d'hypothymie chronique sont apparus au bout d'un an environ. L'affection ne s'est jamais accompagnée ni de délire ni d'hallucinations. L'état hyperthymique, qui a dû précéder l'état d'hypothymie, a peut-être été déterminé par le fait de l'asthénie prolongée post-infectieuse : nous n'avons pas pu toutefois obtenir de précision sur ce point spécial.

L'observation III est un cas de démence précoce avec manie chronique atypique. Le sujet qui avait contracté la fièvre typhoïde en août 1907, à 19 ans, a présenté des signes d'excitation maniaque en mars-avril 1908 ; depuis cette dernière date, il n'a jamais cessé d'être agité. Son indifférence affective fut profonde dès le début. Son état maniaque est atypique en ce sens qu'il n'offre ni la variété, ni l'à-propos, ni le brio qu'on observe dans la manie chronique type.

Notre quatrième observation est un cas complexe. Il s'agit d'une psychose, avec asthénie et manie, qui s'est développée à la suite d'une fièvre typhoïde, et qui paraît représenter une forme d'asthénie-manie périodique, plutôt qu'une forme de démence précoce. Dans la psychose périodique, tantôt l'asthénie ou la manie sont observées à l'état de pureté, tantôt, du fait sans doute de la constitution dégénérative du sujet, l'asthénie et la manie sont illustrées de manifestations émotionnelles diverses avec ou sans idées délirantes. C'est dans ces derniers cas qu'on porte volontiers le diagnostic de démence précoce, alors que l'observation prolongée durant des années permet d'affirmer le diagnostic de psychose intermittente, atypique.

OBS. I. (RÉSUMÉ). — *Homme* 20 *ans* (1912). *Fièvre typhoïde avec rechute en janvier* 1911. *Asthénie prolongée. En janvier* 1912, *changement de caractère, irritabilité, idées de persécution, hallucinations. Agitation, surtout coléreuse, en avril-mai* 1912 ; *placement à l'asile en juin. Démence précoce. Hypothymie chronique, avec asthénie par intervalles, sans hypersthénie et sans idées délirantes à proprement parler. Stéréotypies. Etat stationnaire* : 1913-1927.

Oucetd... (Edmond), étudiant en notariat, 20 ans, entre au Quartier des M. M. de l'H. G. de N., le 19 juin 1912.

Antécédents. — Ses parents sont bien portants. Sa mère aurait eu des crises nerveuses à base d'énervement. Il est fils unique. Pas de maladie mentale dans la famille. De constitution plutôt fragile, il aurait eu à 18 mois des convulsions de nature indéterminée, à 5 ans de l'anémie après une rougeole, à 15 ans de la faiblesse et on a craint la tuberculose pulmonaire. A cette époque, il a quitté le collège et deux ans après, il a commencé ses études de notariat. Il n'aimait pas les sports, vivait plutôt seul près de sa mère, mais il était gai. Par moments, il se montrait irritable. Son tube digestif était délicat ; il souffrait de constipation.

Histoire clinique. — Il contracte la fièvre ty-

phoïde en janvier 1911. Son état est très grave ; il aurait fait une rechute au cours de la troisième ou quatrième semaine. La stupeur avec gâtisme est profonde. Toutefois, il n'eut pas de confusion mentale, ni délire durant les périodes fébriles de l'infection. Au cours de la convalescence, en mars (1911), on note de l'euphorie. Le malade est exubérant, chante, cause volontiers, dit des plaisanteries, joue comme un enfant. En avril, on constate de l'amnésie de fixation ; il oublie ce qu'il vient de faire, répète ce qu'il vient de dire ; par exemple, il recommence sa toilette qu'il a déjà faite, demande un livre qu'on lui a apporté à l'instant. De mai à décembre 1911, on observe dans cet état des alternatives d'amélioration et d'aggravation : en août-septembre, le patient paraît même très bien et la famille croit que la guérison va avoir lieu. Pendant toute cette période, on remarque de l'asthénie ; souvent, le malade dit qu'il est lassé, fatigué, qu'il souffre de la tête.

En janvier 1912, le malade devient particulièrement irritable. Il dort mal. Il exprime de vagues idées de persécution et parfois parle seul. Il s'amuse à des niaiseries. Les troubles de la mémoire ne sont plus guère évidents.

Nouvelle aggravation du syndrome psychopathique en avril-mai (1912). Il parle des Juifs, des francs-maçons, des Allemands. Il se croit accusé de crime et veut poursuivre en diffamation un ami de sa famille, un M. Ollivier. Il s'agite, tantôt énervé, tantôt anxieux (hallucinations probables). A la fin de mai, sur les conseils du médecin traitant, on le conduit au bord de la mer, chez sa tante. Là, son état ne cesse de s'aggraver, bien qu'on ne le contrarie pour ainsi dire sur aucun point. Il cause souvent seul. Il s'enferme dans sa chambre parce qu'il se croit surveillé. Il ne répond aux questions que par monosyllabes. Ses discours, quand il parle, sont nettement incohérents. Il se croit persécuté. Il prend sa tante pour une Allemande. Parfois, il se mettait sur un pied, le bras allongé, et restait ainsi un bon moment. Parfois, il montait sur la table de nuit et parlait à haute voix, tel un prédicateur. Quelquefois, il montait sur l'armoire : on l'y laissait, il descendait seul. Si on intervenait, il faisait une colère. Quelquefois il nommait à la suite une série d'empereurs, ou une série de fleurs, ou une série d'adjectifs comme : déicide, régicide, homicide, fratricide. D'autres fois, il mettait aux noms des terminaisons étrangères, et les prononçait par exemple, suivant son expression, à la polonaise, à l'anglaise, à la russe, à l'italienne, à l'espagnole. Si on l'interrompait, il se fâchait. Parfois, il répétait le même m ot, ou il énumérait des noms de famille en les dénaturant. A la fin, il refusait de manger, criait, insultait, cassait les objets mobiliers. Son placement à l'asile devint une nécessité (18 juin 1912).

Etat actuel : juin-juillet 1912. — Voici les symptômes constatés pendant les trois premières semaines : ce sont de vagues idées de persécution avec tendances très marquées, permanentes, à la colère. Quant à l'état sthénique, il paraît normal ; il ne semble pas qu'il s'agisse de manie.

18 *juin* 1912. — Le malade décline son nom et ses prénoms. Comme il énumère cinq prénoms (Edmond, Henri, Marie, Raphaël, Alexandre), on le prie de les répéter, et il prononce : « Edmond, Edmond, Henri, Raphaël, Edme..., comme j'ai dit » (d'un ton sec). — Il se trompe sur la date (dit 17 août 1912 au lieu de 18 juin 1912). — Il sait qu'il vient du Pouliguen ; le médecin avait conseillé le bord de la mer.

« D. — Eh bien, comment vous trouvez-vous ?... Ça ne va pas ? — R. Si, ça va mieux maintenant. J'ai eu la fièvre typhoïde en janvier 1908 (1911). Je ne suis pas encore guéri, mais ça va bien mieux... C'est Ollivier (un ami de la famille, son persécuteur, croit-il), qui est venu cogner à la porte chez moi, à Couëro (son domicile). Il m'a suivi au Pouliguen, et c'est assommant (coléreux). C'est sûrement lui. Je l'ai entendu qui passait et parlait seul ; il parlait contre moi et contre ma famille... J'ai reconnu cette tête-là. Il est juif, avec une tête comme il a ! Je n'aime pas les juifs.

D. Pourquoi ? — R. Mon arrière grand-père l'a dit. Je ne suis pas une machine à répétition. Fichez-moi la paix.

D. Vous avez eu des réactions violentes au Pouliguen ? — R. Ce n'est pas moi. On m'a poussé à ces violences. D'ailleurs, je ne sais pas. J'ai dit. » (Ton sec et tranchant.)

Il sait qu'il est à l'asile des aliénés : « On amène ici, dit-il, ceux qui n'ont pas d'esprit. Moi, j'y viens pour autre chose, mais je ne sais pourquoi. »

19 *juin*. — On a dû placer le malade dans une chambre d'isolement à cause de son énervement et de ses exaltations colériques. On le trouve avec un objet dans la main, une vieille montre que sa famille a voulu lui laisser. Il la regarde fixement, immobile. Interpellé, il tourne le dos, regardant toujours sa montre. Aucune conversation n'est possible avec lui.

20. Il a déchiré des objets de literie. Il est, ce jour, assez suggestible ; sur ordre, il se met sur le pied gauche, ou sur le droit ; il saute d'un pied sur l'autre, etc.

3 *juillet*. — Réponses aux questions toujours par monosyllabes et sur un ton bref. Il se laisse examiner au point de vue organique. Il tend la main sans difficulté. A un moment, il dit brusquement qu'on lui donne des coups de couteau dans le ventre, dans la tête...

4 *juillet*. — Il n'est toujours pas possible d'avoir avec lui une conversation suivie. Il déclare se trouver bien à l'asile. Il verra son père, dit-il, s'il ne reçoit pas de coups de couteau dans le cœur. Il ajoute : « J'ai dit. Je ne suis pas une machine à répétition. » Et il se tourne vers le mur, en se cachant la figure. Puis : « C'est le père Chapot (un voisin de ses parents) qui lui donne des coups de couteau dans le cœur. Il passe à travers les murs. Il m'insulte. Il me coupe par petits morceaux, menus comme chair à pâté. Il me cogne avec l'électricité... La conversation me déplaît surtout avec les juifs... Je ne suis pas fou.

Il y en a qui le sont radicalement ». Par moments, il se moque du personnel en répétant les questions qu'on lui pose, ou seulement le dernier mot de la phrase prononcée devant lui. Un jour que l'interne en médecine articule devant lui le mot thorax, il dit : « Combien d'r ? » Et il exprime d'autres mots dans lesquels il fait rouler les r. Quelquefois, il renverse les syllabes des mots. Parlant de la campagne, il dira « pagnecam », ou « manchedi » pour dimanche, etc., etc.

Evolution : 1912-1927. — Le malade est resté dans le service des aliénés de 1912 à 1920 : depuis cette dernière date, il est soigné dans sa famille.

Octobre 1912. — Le malade est toujours énervé et vaguement délirant ; ses hallucinations paraissent moins actives. Il a été visité par ses parents : la perte des sentiments affectifs est très prononcée. Il a un peu maigri : la famille se préoccupe de l'état pulmonaire, mais celui-ci est satisfaisant.

Novembre. — Un jour qu'on a causé assez longuement avec lui, et qu'on a essayé de fixer son attention sur ses parents, on lui dit finalement : « Eh bien, que désirez-vous d'eux ? », il répond vivement : « J'ai faim . » L'humeur est toujours maussade. Jamais on n'a vu rire le malade.

Avril 1913. — Etat stationnaire. Il ne veut pas sortir dans le parc. Il ne consentira à sortir, dit-il, que lorsque son corps aura été reconstitué, reformé. Il déclare, en effet, qu'il a eu le corps coupé en quatre. Nouvel examen pulmonaire : pas de signe de tuberculose. Pour se rhabiller, le malade regarde le mur, parle seul à mi-voix. Il refuse de se laisser aider. Pour prendre son paletot sur une chaise, il avance la main, puis recule et revient. Il prend enfin le paletot, passe une manche, mais la quitte bientôt et remet le paletot sur la chaise. Il finit pourtant par mettre seul son vêtement.

10 *juin.* — Le malade, plus tranquille et relativement docile, est placé au pavillon des pensionnaires calmes, avec un infirmier spécial. Il fait à l'extérieur quelques sorties accompagné de sa famille

18 *décembre.* — Il y a quelques jours, il a dit à sa mère, brusquement, sans préambule : « Vous êtes une martyre depuis 1891 » (date de sa naissance). Et une autre fois, dans les mêmes conditions : « Si je me coupais le cou, si je me frappais au cœur... ».

20 *janvier* 1914. — Il accuse parfois de l'asthénie : « Je suis anéanti. Je suis lassé. Je veux me coucher... Il ajoute : « Il faut que je me tue. »

1914-1920. — Démence précoce. Indifférence affective. Insouciance vis-à-vis de la famille, de l'avenir, etc. Pas d'idées délirantes. Pas d'hallucinations, semble-t-il. Vie stéréotypée.

12 *février* 1920. — La famille fait sortir définitivement le malade de l'asile pour le soigner chez elle.

1920-1927. — La famille a installé le malade à la campagne, dans une propriété dont le jardin est bien clos et elle a pris un infirmier pour le surveiller. Il n'y a aucun changement appréciable dans l'état psychique du malade. Physiquement, sa santé est bonne ; le fonctionnement de l'appareil pulmonaire, spécialement, est normal.

***

Obs. II. (Résumé). — *Homme*, 40 *ans* (1915). *Fièvre typhoïde à* 28 *ans, en* 1903. *Démence précoce, forme asthénique. N'a jamais présenté ni manie, ni idées délirantes. Etat stationnaire* : 1904-1915.

Esaëcl... (Joseph), 40 ans, cultivateur, soldat du n^e régiment territorial, entre à la C. P. B. le 9 septembre 1915.

Ses parents sont vivants et bien portants, mais sa mère serait « un peu » folle. Il a deux frères et deux sœurs, valides et mariés. Pas d'aliéné dans la famille. Marié à 25 ans, il était faible de constitution et, pour ce motif, n'avait pas fait de service militaire. Il est père d'une fille de 13 ans.

A 28 ans, en 1903, il a été atteint de fièvre typhoïde Guéri de l'état infectieux, il est resté longtemps un asthénique (dix mois à un an), puis il est devenu indifférent, insouciant. Il ne s'intéresse à rien, il ne s'occupe pas de sa ferme, il ne se livre à aucun travail, sauf par moments et s'il est accompagné de quelqu'un. Il n'a jamais un mot d'affection pour les siens. Il est inoffensif, mais inconscient de ce qui se passe autour de lui. Parfois, on dirait qu'il est craintif ; le plus souvent, il est comme songeur. (Renseignements fournis par sa femme).

Démence précoce, avec asthénie chronique (10 septembre 1915). Hypothymie chronique et syndrome asthénique sans idée délirante, sans irritabilité ni violences. Inertie. Stéréotypies des attitudes. Réformé n° 2, le 29 septembre 1915.

***

Obs. III (Résumé). — *Homme*, 20 *ans* (1908). *Fièvre typhoïde en août* 1907, *à* 19 *ans. Asthénie prolongée post-infectieuse. En mars-avril* 1908, *apparition de phénomènes maniaques. Traitement dans une maison de santé privée, puis, en octobre* 1908, *à l'asile des aliénés. Dès le début, le diagnostic de démence précoce a été envisagé. Etat maniaque chronique* : 1910-1927. *Manie atypique et incurable au cours de la démence précoce.*

Auvages (Pierre), 20 ans, marchand de chevaux, entre au Quartier des M. M. de l'H. G. de N. le 26 octobre 1908.

Antécédents. — Son père est défunt à l'âge de 74 ans par vieillesse, usure. (Les renseignements qui suivent ont été recueillis en novembre 1923). Sa mère est morte par ramollissement cérébral avec hémiplégie droite et aphasie, après deux années de séjour au lit : elle avait alors 72 ans. Le patient a deux frères, marchands de chevaux, qui sont bien portants. Pas de maladies mentales dans la famille. Elevé par ses parents, de condition aisée, A... n'a présenté aucune affection grave avant l'âge de 19 ans. Il a obtenu son certificat d'études primaires à 12 ans.

Ensuite, il a travaillé chez lui avec son père et ses frères. Ni syphilis, ni alcoolisme.

Histoire de la maladie : 1907. — Il a contracté la fièvre typhoïde à 19 ans, en août 1907. Il est resté quarante jours sur le lit, avec, par intervalles, dans la période aiguë de la maladie, des phénomènes confusionnels ou délirants. Guéri physiquement, il « traînait » ayant quelquefois des « paroles dérangées ». Il n'a jamais retrouvé son état normal : c'était une sorte de faiblesse, dit la famille.

En mars-avril 1908, il a commencé à présenter de l'excitation de forme maniaque, et, il fut, en conséquence, placé en mai 1908 dans une maison de santé fermée et privée. Il est difficile, dans le cas présent, de préciser avec la famille comment le malade est passé de l'asthénie à la manie ou hypersthénie, mais il semble bien que ce passage, comme cela est la règle, se soit fait progressivement. Après cinq mois de séjour dans ladite maison de santé, il a été évacué sur l'asile des aliénés de Nantes, en raison de ses réactions violentes vis-à-vis des choses et des personnes.

Evolution : 1908-1926. — Lors de l'entrée à l'asile des aliénés de Nantes (octobre 1908,), on constate « Excitation maniaque ; cris, gestes désordonnés ; délire absolument incohérent ; tendance à se moquer des personnes qui veulent causer avec lui. Folie furieuse. Impulsions très violentes. Voici ce qu'il aurait dit lors de son arrivée : « Je suis Anglais. Vous pouvez inscrire cela. Monsieur Abdelkader, je suis à vous pour toujours... » On porte le diagnostic de démence précoce.

En décembre 1909, le médecin traitant note : « Manie ayant évolué vers la démence précoce ». Quant à nous, qui avons commencé à observer le malade en mai 1911, nous l'avons suivi jusqu'en décembre 1927 et son état de manie, atypique, est toujours resté le même depuis 16 ans.

Etat actuel : décembre 1927. — Le tableau clinique d'agitation que présente cet aliéné, actuellement âgé de 39 ans, est curieusement invariable (1911 à 1927). Notons que les difficultés pratiques quotidiennes que crée un tel aliéné dans un service sont inimaginables pour qui n'a pas vécu près de malades semblables. On doit reconnaître que ni les locaux, ni le personnel ne sont appropriés à des cas d'agitation de cette sorte.

L'état physique général du patient a toujours été satisfaisant. A un moment (en avril 1914), on avait noté une légère tendance à l'obésité. Actuellement, et depuis des années, on ne constate ni amaigrissement ni embonpoint. La taille de cet agité chronique est élancée. La musculature est légère et ferme. En regardant le patient nu dans sa cellule (on verra qu'il détruit tous vêtements), on évoque la nervosité élégante de l'*Apoxyomène* de Lysippe.

Le malade passe sa vie en cellule, et à l'état de nudité. Il est impossible de le recouvrir de vêtements. Il déchire tout ce qu'on lui donne ou tout ce qu'on lui applique : chemises, couvertures, maillots, camisole. Il est impossible encore de le mettre dans une cour tellement est grande son impulsivité ou son agressivité violente vis-à-vis des autres malades. Sa cellule est garnie de paille. De sa cellule, il va au bain, et du bain il regagne sa cellule, toujours sans incident, à moins que le personnel n'ait été inconsidérément changé.

Il mange gloutonnement : si on n'y prend garde, il avale les œufs avec la coque, les artichauts avec les feuilles, etc. Il est malpropre, se salit beaucoup et mange avec ses doigts.

Il ne dort presque pas, deux ou trois heures, et c'est tout, rarement quatre ou six heures. L'hyoscine, seule, augmente la durée du sommeil : son emploi est vain.

L'*hypermyasthénie* est évidente. Le malade est sans cesse en mouvement. Il n'arrête pas pour ainsi dire dans sa cellule ou c'est pour exécuter quelques gestes brusques, vifs. Aucune sorte de vêtement ne résiste à son activité destructive. Il met sa paille en miettes. Il la dispose, quelquefois, dans un coin, en forme de lit, comme un vrai maniaque, mais sans art véritable. Il ne parle presque pas : oui, non. Le langage mimique, les gesticulations dominent dans le tableau clinique. Les cris sont stridents, incohérents, du type coléreux. Il arrive qu'on distingue : Hue ! Hue ! (Il est fils de marchand de chevaux). Ou encore : Pègne ! Pègne ! (Et il lance brusquement un coup de poing). On le voit parfois toucher du petit doigt soit le trou de la serrure de sa porte, soit une partie de l'appareil de chauffage. (On peut considérer ces gestes comme stéréotypés.) Quelquefois, il joue avec ses aliments, au lieu de les dévorer vivement et malproprement. Tantôt il mêle ses matières fécales à sa paille, tantôt il les dispose sur un petit tas de paille et l'infirmier peut sans inconvénient les enlever (pas de cuvette dans la cellule). Il urine dans sa paille. Ajoutons qu'il se masturbe presque chaque jour. Au bain, l'agitation est de même sorte. En principe, il prend un bain de deux heures le matin et un autre de deux heures l'après-midi. Il s'y rend sans difficulté : l'infirmier lui tend la main qu'il touche, et cela suffit (les bains sont à soixante mètres de sa cellule environ et le malade doit traverser un couloir vitré). Dans sa baignoire, il se lève fréquemment, se tourne et se retourne, en poussant parfois des cris terrifiants. Avec le plat de sa main (la baignoire n'a jamais de couvercle formant carcan), il lance de l'eau à ses camarades ou au personnel. Il ne quitte pas sa baignoire avant le moment voulu. Au retour, en cours de route, il lui arrive de dire : « Il fait beau aujourd'hui... Les petits oiseaux volent... Les petits oiseaux chantent. » Au moment d'entrer dans sa cellule, quelquefois il saisit la porte et la frappe terriblement, soit qu'il profite du fait qu'un seul infirmier l'accompagne, soit que le personnel ignore la possibilité de cette réaction spéciale.

L'*hypéridéation* n'est ici ni riche ni brillante. Au-

cune conversation n'est réalisable avec le sujet. Il ne répond du reste que par monosyllabes. Son frère (il le reconnaît toujours, ainsi que la femme de son frère lorsqu'elle l'accompagne) déclare que la mémoire du malade est bonne, qu'il n'a rien oublié de sa famille, de son enfance. Il en juge à certaines réflexions que fait le sujet, par intervalles : ces réflexions sont toujours très brèves, très mobiles, mais sans conceptions délirantes concomitantes.

Cet état maniaque, au point de vue émotionnel, s'accompagne d'une disposition extrêmement marquée à l'énervement. Les grandes colères sont rares à ce jour sans doute parce que le malade est connu et assez discipliné. Mais il est constamment de mauvaise humeur, toujours prêt, semble-t-il, à s'emporter. Il ne rit jamais ni ne chante. Vis-à-vis des siens, il se montre totalement indifférent. S'il fait une réflexion sur sa famille, c'est subitement. Il ne demande jamais à rentrer chez lui. Le plus souvent, l'entrevue avec son frère ne dure que quelques secondes. Ainsi son frère lui dit : Comment vas-tu ? — Il répond : « Je suis très bien. » Aussitôt il fait demi-tour et on ne peut plus le ramener. A d'autres moments, il cause un peu, mais comme inattentif et toujours très insouciant.

A noter que le patient, depuis 4 à 5 ans, a présenté trois ou quatre vertiges avec chute et perte de connaissance qui sont restés de cause indéterminée.

Telle est la vie asilaire de ce malade. Des cas de cette sorte sont très exceptionnels, cela va de soi (moins de 1 %), sinon, il faudrait de suite transformer de fond en comble les asiles d'aliénés et modifier le recrutement du personnel infirmier.

***

Obs. IV (résumé). — *Homme*, 21 *ans* (1915). *Dothiénentérie en janvier* 1915. *Asthénie prolongée suivie de manie vers avril* (1915). *Etat hyperesthénique durable. En décembre* 1915 : *syndrome hypomaniaque atypique. Placement à l'asile. Rendu à sa famille le* 25 *mai* 1916. *Travail assez régulier, de* 1917 *à* 1922. *Nouveau placement à l'asile : agitation de forme maniaque* (7 *mars* 1922). *Guérison en juin* 1923. *Récidive et asile en mai* 1924. *Psychose périodique plutôt que démence précoce* (1927).

Avref. ..-Croix (Louis), maçon, 21 ans, soldat du nᵉ régiment d'infanterie, entre au Quartier des M. M. de l'H. G. de N. le 4 décembre 1915.

Antécédents. — Ses parents sont bien portants. Sa mère a engendré cinq enfants ; un seul est mort à onze ans d'une maladie aiguë (?). Ses trois autres frères (19, 17 et 15 ans) sont valides. Pas de maladie mentale ou nerveuse dans la famille. Personnellement, il n'a souffert d'aucune affection grave avant d'être appelé sous les drapeaux. Il a reçu son certificat d'études primaires. De 12 à 18 ans, il a travaillé comme monteur en chaussures ; ensuite, il a appris le métier de maçon.

Histoire clinique. — Incorporé le 12 septembre 1914, il est parti pour le front vers le 15 novembre 1914. Le 7 janvier 1915, il était évacué pour fièvre typhoïde. Traité dans un hôpital militaire à Amiens, il entrait le 28 avril 1915 à la Clinique psychiatrique de Dury (service ouvert). Il a été traité dans cette clinique jusqu'au 22 novembre 1915. Lors de la sortie, on a noté : hyperactivité intellectuelle ; troubles de l'idéation ; fuite des idées. Caractère excentrique. Euphorie. Débit rapide, ton variable, gai, chantant. Hypermimie. Logorrhée. Incohérence. Association de mots à même assonnance. Manie aiguë sur fond névropathique. Démence précoce : hébéphrénie. Poids 63 kgr. Etat stationnaire ». Aucun détail sur le passage de l'asthénie post-typhoïdique à la manie ou hypersthénie.

Dirigé sur l'arrière, il est hospitalisé le 23 novembre 1915 à l'hôpital militaire Baur, puis, à cause de son agitation, interné à l'asile des aliénés de Nantes, le 4 décembre suivant.

Etat actuel : décembre 1915. — Le malade se présente en proie à de l'agitation hypomaniaque, atypique et plutôt légère. Il est très difficile de fixer son attention. La plupart du temps, il ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Il ne reste pas volontiers assis, se lève, va et vient, gesticule, rit niaisement, fait des grimaces, cligne des yeux, fronce les sourcils. A un moment, il regarde la carte qui se trouve au mur, mais sans faire aucune réflexion ; ensuite, il s'amuse avec son képi. Quelquefois, il parle seul ; on entend « Nous étions plus de deux mille à l'hôpital (par la fièvre typhoïde)... J'ai porté des sacs de cinq cents kgrs... J'ai perdu trois fois mes moustaches... ». Il ne se considère pas comme malade. Il n'attache aucune importance à sa fièvre typhoïde. A son avis, il a été très fatigué, mais c'est tout. Si on insiste, pour l'obliger à préciser, il manifeste des signes d'énervement et se met en colère. Il serait content d'aller chez lui ; il désire avoir du chocolat le matin. D'une façon générale, il paraît plutôt indifférent vis-à-vis de sa famille, vis-à-vis des évènements quotidiens. Sa mémoire n'est pas altérée ; parfois, il précise ou rectifie des dates ; il donne des renseignements exacts sur lui ou sur les siens. Il n'est pas suggestible, il serait plutôt négativiste ; ses attitudes ne sont pas stéréotypées.

L'examen organique, spécialement l'examen du système nerveux central et périphérique, ne révèle aucun signe digne d'être noté. L'état de santé général est satisfaisant, l'appétit bon et le sommeil relativement peu troublé : l'emploi des moyens de contention n'est jamais nécessaire.

Evolution. — Le malade a été réformé n° 2, le 21 décembre 1915. A l'asile des aliénés de Nantes en janvier et mars 1916, son état reste stationnaire, ou à peu près ; l'excitation hypomaniaque tend plutôt à diminuer.

Avril-mai 1916. — Le malade a été transféré à l'a-

sile des aliénés de Privas (Ardèche), le 28 avril 1916, et il en est sorti le 25 mai suivant.

Mai 1920. — Il exerce son métier de maçon, régulièrement, depuis juin 1917. La famille écrit cependant qu'elle ne le trouve pas guéri.

7 mars 1922. — Réapparition de l'agitation maniaque avec menaces de mort vis-à-vis de l'entourage (appoint toxique) et nouveau placement à l'asile des aliénés de Privas. Le malade avait travaillé jusqu'en février 1922.

8 janvier 1923. — Agitation persistante. Diagnostic : psychose périodique.

21 juin. — Sortie par guérison.

10 mai 1924. — Nouveau placement à l'asile, le 10 mai. A dû être interné à la suite de violences sur des tiers (appoint éthylique) ; intervention des agents de la force publique. Sujet sombre, renfermé, avec irritabilité. Incohérence des propos. Dégénérescence mentale.

Juin 1925. — Le malade se trouvait depuis plusieurs mois dans une section de malades tranquilles : nouvelle crise d'agitation avec bris d'objets.

Mars 1926. — Période de calme suivie encore d'agitation et surtout d'agitation nocturne.

Janvier 1927. — Agitation. Les renseignements, touchant la période 1922-1927, nous ont été aimablement fournis par M. le docteur Fargier, médecin-chef de service de l'Asile privé de Sainte-Marie de l'Assomption, à Privas ; nous l'en remercions très sincèrement.

***

La démence précoce ne succède qu'exceptionnellement à la fièvre typhoïde. C'est de plus une complication tardive de la maladie, en ce sens que les premières manifestations de la psychopathie ne font leur apparition qu'après six mois ou un an. L'asthénie post-infectieuse, au lieu de se dissiper en deux ou trois mois, comme cela est la règle, se prolonge, se complique de troubles de l'émotivité, ou se trouve remplacée par de l'hypersthénie, c'est-à-dire par des signes de caractères opposés aux signes de l'asthénie (asthénie : amyosthénie et anidéation ; hypersthénie : hypermyosthénie et fuite des idées), etc. Au point de vue étiologique, l'action de l'affection dothiénentérique est très probablement non pas directe, mais médiate ; elle peut favoriser l'éclosion de la psychopathie par ses séquelles nerveuses ou mentales ; elle peut, du fait de ces séquelles, contribuer à créer d'autres troubles, et spécialement des altérations de l'émotivité qui seront l'origine, à leur tour, de la démence précoce. Enfin des prédispositions individuelles doivent certainement intervenir. Cet aperçu sur les facteurs possibles de la maladie mentale montre combien d'inconnus obscurcissent le problème étiologique qui nous préoccupe (1).

(1) Voir R. Benon. — 1° Fièvre typhoïde et psychose de Korsakoff, *Journ. des prat.*, 1923, 20 janv., n° 3, p. 38 ; — 2° Les signes précoces de la typhoïde, *La Clinique*, 1924, avril, p. 96 ; — 3° Fièvre typhoïde et troubles mentaux, *Gaz. des hôp.*, 1924, 12-14 août, p. 1078, n° 65 ; — 4° Le syndrome onirique pur, *Bull. méd.*, 1927, 9-12 nov., n° 46, p. 1249.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT NON SANGLANT DES FISTULES (2)

Par M. A. Challamel.

Dire qu'une fistule n'est pas du ressort de la chirurgie ne suffit pas, il faut avoir un autre traitement à proposer. C'est à la contribution de ces traitements que s'applique cette courte note.

Il y a quelques semaines, une femme venait me consulter pour une fistule du périnée située à hauteur de la commissure labiale postérieure.

Avant tout interrogatoire le diagnostic s'imposait. Cette femme avait accouché en effet quelque temps auparavant, et avait eu une déchirure. Cette fistule ne pouvait provenir que d'un crin mal enlevé, dont le fragment sectionné était resté inclus dans les tissus.

Le traitement se déduisait de façon logique : il fallait distendre le trajet fistuleux pour permettre la sortie du corps étranger.

Je commençais donc dans le trajet fistuleux une série d'injections de pâte bismuthée, qui maniée aux environs de 45°, se solidifie avant 37° (3). Ces injections furent espacées de quelques jours. Après la cinquième le fragment de crin s'élimina.

Dans les fistules à l'anus, de cause toute différente, c'est ce même procédé opératoire que j'emploie, comme bien d'autres confrères du reste. La durée du traitement est assez variable, car il ne s'agit plus de l'élimination d'un corps étranger. Les résultats sont généralement satisfaisants.

(2) Communication faite à la Société de Thérapeutique, séance du 8 février 1928.

(3) La pâte que j'utilise a pour formule :

Carbonate de bismuth	30 gr.
Vaseline	60 gr.
Paraffine fusible à 49°	5 gr.
Cire blanche	5 gr.

Je ne me rappelle plus quel est l'auteur de cette formule déjà vieille de vingt années. Le maniement de ces pâtes est désagréable, il faut le reconnaître, à cause du court intervalle qui sépare la température à laquelle elles peuvent être employées de celle à laquelle elles se figent. La seringue doit rester jusqu'au dernier moment plongée dans de l'eau très chaude.

Mais aujourd'hui je désire avant tout rapporter le cas d'un trajet fistuleux d'origine tuberculeuse, situé au niveau du triceps brachial, ayant résisté à deux grattages, datant de plusieurs semaines, et dont la guérison totale fut obtenue par une seule séance d'électroionisation.

J'utilisai une mince tige de zinc, d'un diamètre de 15/10 de millimètre, dont l'extrémité fut garnie avec soin de très peu de coton stérilisé, trempé ensuite dans une solution de chlorure de zinc au 1/25. Le coton était destiné à assurer un contact intime et égal au niveau de tous les points du trajets fistuleux.

Cette électrode zinc fut reliée au pôle + de l'appareil galvanique (le pôle — étant relié à l'électrode indifférente), et pendant 10 minutes je laissais passer un courant de 10 milliampères. Cette intensité de début s'éleva progressivement et atteignit 15 milliampères à la fin de la séance.

Contrairement à ce qu'il peut sembler, cette intensité est fort élevée, car il s'agissait d'une surface d'entrée extrêmement réduite, et de plus la surface cruentée ne pouvait opposer de résistence au passage du courant.

Au bout de quelques jours il y eut élimination en bloc d'une escharre en forme de manchon, comprenant la totalité des tissus malades, et la cicatrisation complète était terminée dans les trois semaines.

Tandis que les attouchements par solutions caustiques ne peuvent agir suffisamment en profondeur, par contre, sous l'influence du courant galvanique qui dispose d'une même intensité du fond à l'orifice de la fistule, l'ion zinc pénètre ainsi sur toute la longueur du trajet à égale distance en profondeur et même au-delà des tissus malades.

Je n'ai pas eu à employer dans la fistule à l'anus ce procédé opératoire, mais je suis persuadé qu'il devrait donner d'aussi beaux résultats. Peut-être faudrait-il pendant les 24 heures précédentes dilater l'orifice à l'aide d'un fragment de laminaire, peut-être y aurait-il lieu de réduire légèrement l'intensité du courant.

Ce procédé ne saurait être appliqué que dans les fistules borgnes. Il ne saurait l'être dans les fistules avec diverticules. Pour le diagnostic de ces dernières dans les cas douteux, la radiographie, après injection de pâte bismuthée, peut rendre les plus grands services.

Faut-il avec une intensité si faible, durant un temps aussi court, parler de l'action de l'ionisation quand nous savons que les ions pénètrent les tissus fort peu en profondeur, et ne s'agit-il pas plutôt de l'effet caustique du courant continu, effet accru du fait que le chlorure de zinc est à l'état naissant sous l'influence du passage du courant.

Pour moi il s'agit d'une véritable *électrocoagulation par ionisation*, électrocoagulation qui s'oppose à celle par diathermie. Ce dernier procédé électrique ne saurait prétendre monopoliser un terme qui possède une signification générale.

L'électrocoagulation galvanique est employée de longue date avec un effet remarquable, dans le traitement de certaines métrites, mais rarement elle a été utilisée dans le traitement des fistules. Le voisinage d'un organe tel que vaisseau ou nerf doit commander une grande prudence ou même l'abstention.

Il m'a paru utile de signaler la *galvano-coagulation* et de la ranger parmi les procédés opératoires non sanglants, telle l'injection de pâte bismuthée, qui ne nécessitant que quelques précautions et un peu d'habileté, méritent soit l'un, soit l'autre, selon le cas de la fistule à soigner, être le traitement de choix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Essai de nosographie de l'automobile.

En dehors des accidents par la mécanique, l'abus de l'automobile ne va pas sans déterminer certains troubles et certains désordres qu'on pourrait facilement éviter. Le Dr Vergely dit fort justement que l'auto est un sport, qui ne convient pas à tout le monde ; c'est tout autre chose que de faire de l'auto pour des courses indispensables ou de se livrer à de longues randonnées uniquement pour l'amour de l'art.

Les longues courses en auto devraient être purement et simplement défendues à ces mêmes gens que les médecins jugeaient autrefois ne devoir se déplacer qu'avec beaucoup de ménagements ou de précautions : porteurs de calculs hépatiques, rénaux ou vésicaux, urinaires de quelque nature que ce soit ; gens à ceinture musculaire abdominale peu solide et à intestin déjà endolori ; femmes au moment de leurs époques menstruelles ou en état de grossesse, surtout dans les premiers mois, les dangers étant beaucoup moins grands à partir du 4e ou du 5e mois. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 nov. 1927.)

De la conduite à tenir en présence des hémorroïdes procidentes irréductibles.

En présence d'hémorroïdes procidentes irréductibles, exposent MM. Bensaude, A. Cain,

et P. Meyer, le médecin devra toujours se proposer de réduire le paquet procident.

Ce résultat pourra être souvent obtenu par la seule réduction manuelle. Celle-ci devra être tentée dans les seules formes où le paquet procident ne présentera aucune trace, aucune menace de sphacèle ; de même, il faudra s'abstenir de taxis chez un sujet âgé, fatigué, hypertendu, au cœur malade, aux réactions vago-sympathiques excessives, car ces manœuvres déterminent toujours un choc qui est considérable, quelques précautions qu'on puisse prendre. La réduction sera toujours une manœuvre de patience et de douceur, le plus souvent douloureuse.

Si cette manœuvre est contre-indiquée ou impossible, la dilatation anale pourra être pratiquée.

Les hémorroïdes seront réséquées dans les seuls cas où il n'existe ni phlébite, ni périphlébite, ni sphacèle.

Cependant, il a semblé aux auteurs que les applications de diathermie peuvent, dans toutes les formes de cette affection remplacer l'intervention chirurgicale. La technique qu'ils proposent demeure toujours indolore, ne comporte aucun danger, permet d'obtenir un soulagement presqu'immédiat, diminue rapidement le volume des hémorroïdes et abrège l'évolution de la crise douloureuse. Elle est applicable, même si la réduction manuelle n'est pas possible.

Les hémorroïdes pourront ensuite être soumises « à froid » à la méthode curative par les injections sclérosantes. (*Journal des Praticiens*, 29 octobre 1927.)

De la thérapeutique par l'eau tridistillée en injections intraveineuses et intramusculaires.

Le prof. Le Boutillier rapporte son expérience au cours de plus de 700 observations. L'action de l'eau trois fois distillée est de nature biochimique par l'hémolyse. Les cellules rouges se rompent, libérant leur contenu dans le plasma du sang, c'est-à-dire l'oxyhémoglobine, la lécithine, les sels, le ferment de fibrine, les enzymes, ce qui donne au sang des propriétés antitoxiques et bactéricides, quoique non spécifiques ; l'action est celle d'une protéine étrangère, sans toutefois provoquer la réaction violente qui suit fréquemment les injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses.

L'eau est distillée trois fois, car certains poisons peuvent être transportés de la première distillation à la seconde. Il est prudent ensuite de stériliser l'eau afin d'éviter la possibilité de désagrégation du verre dans l'eau. La dose varie suivant l'âge, le poids, l'état du malade, et aussi suivant la maladie que l'on a à traiter. La règle suivante doit être respectée : pour les enfants en bas âge et jusqu'à 12 ans, de 0 cc. 50 à 1 cc. ; de 12 à 50 ans, de 1 cc. à 1 cc. 50 ; après 50 ans, 1 cc. L'augmentation de la dose ne doit pas être de plus d'un demi centicube en une fois jusqu'à atteinte du maximum de 2 à 3 centicubes. Le plus souvent la meilleure dose pour un traitement continu est de 1 cc. 50 à 2 cc. En se conformant à cette règle, il sera très rare qu'une réaction se produise. Les maladies aiguës doivent être traitées par de plus petites doses, et plus fréquemment renouvelées, que pour les cas non aigus ou chroniques. C'est-à-dire que, dans un cas de sciatique aiguë ou dans un cas de pneumonie, les meilleurs résultats seront obtenus si la seconde injection est faite 48 à 72 heures après la première. Dans les cas de sciatique chronique et non aiguë, les meilleurs résultats seront obtenus quand l'injection ne sera répétée qu'à une semaine d'intervalle ou immédiatement après l'amélioration ressentie par le malade. L'intervalle entre les injections sera donc éloigné, le malade ne reviendra se faire soigner que lorsque la douleur restera stationnaire, ou quand elle augmentera légèrement.

La voie intra-veineuse est de beaucoup préférable à la voie intra-musculaire, car l'eau pénètre immédiatement dans les vaisseaux sanguins et les résultats sont beaucoup plus rapides ; chez les nourrissons et chez les jeunes enfants, on est parfois obligé d'employer l'injection intra-musculaire ; la dose doit être alors deux à trois fois plus forte que celle des injections intra-veineuses ; la douleur qu'elle provoque est extrême, mais pendant dix à quinze minutes seulement, et la région injectée n'est ni rouge, ni chaude. L'eau doit être poussée lentement, avec une aiguille fine, dans la veine, pendant une à deux minutes, afin qu'elle soit absorbée graduellement dans la circulation veineuse.

La névrite, dans toutes ses formes, tire bénéfice de cette méthode et guérit dans la majorité des cas ; cinq injections peuvent suffire. Contre le lumbago, les résultats sont identiques ; il en est de même pour la sciatique, le tic douloureux de la face.

Plus de cent cas d'arthrite ont été ainsi traités. Les uns duraient depuis quelques mois, d'autres depuis quinze ans, certains sans déformations, d'autres avec déformations exagérées. Les résultats ont été les mêmes dans les deux catégories.

Trente-quatre cas d'acidose chez les enfants, ont donné vingt succès, avec vomissements cycliques.

De nombreux cas d'asthme des foins ont été traités avec succès. La première année des injections, il y eut la disparition totale de tous les symptômes ; pendant les années qui suivirent, les accès réapparurent, mais moins violents ; ils furent plus rapidement réduits par elles, et, au

bout de cinq ans, la maladie restait apparemment guérie.

Vingt-huit cas d'affections pulmonaires ont été traités ; tous guérirent. Parmi eux, deux guérirent lentement, les autres plus rapidement qu'avec tous les procédés déjà usités. Tous ces cas avaient trait à des enfants, à l'exception de deux adultes. Un adulte et deux enfants étaient atteints de pneumonie lobaire, les autres de broncho-pneumonie. Dans ces trois cas de pneumonies, l'adulte, âgé de 50 ans, eut sa crise le quatrième jour après l'injection ; l'autre, un enfant de 10 ans, atteint de pneumonie double, vu et injecté de 1 cc. 50 au 4e jour de sa maladie, fit une pseudo-crise le lendemain ; le 7e jour de sa maladie 1 cc. lui fut encore injecté, et sa crise se produisit le lendemain ; le dernier, un enfant de 6 ans, avait, au bout de 24 heures, une condensation totale du lobe supérieur gauche ; il reçut une injection intra-veineuse de 1 cc. et sa crise eut lieu le quatrième jour de sa maladie. Six cas de broncho-pneumonies, injectés un jour après leurs débuts, firent leurs crises 24 heures après.

L'hémolyse, consécutive à l'injection d'eau tridistillée, provoque une légère augmentation des hématies, et, dans bien des cas une action tonique générale ; une amélioration fréquemment frappante a lieu dans les affections du système nerveux.

Les résultats les meilleurs ont lieu chez les enfants en bas âge atteints de vomissements cycliques ; ils guérissent plus vite qu'avec tout autre thérapeutique.

Il faudra encore expérimenter longuement cette méthode pour que ses indications en soient définitivement fixées. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 octobre 1927.)

Un nouveau traitement de l'asthme.

Le Dr Ségard vient d'utiliser, le premier en France, le chlorhydrate de phényl méthyl aminopropanol, ce produit qui, par voie de synthèse, reconstitue l'éphédrine, extraite de l'éphédra vulgaris. Il l'a administré dans 70 cas d'asthme bronchique ; les résultats sont : 60 % d'amélioration nette et durable ; 30 % de soulagement passager ou irrégulier ; 10 % d'échecs.

Les doses sont de 2 à 3 centigrammes donnés par la bouche dès la menace d'accès ; si le résultat est nul au bout de 20 à 25 minutes, on donne à nouveau 2 à 3 centigrammes. On peut aller jusqu'à 15 centigrammes par 24 heures, à la condition de les fractionner et de suspendre en cas de nervosisme, de palpitations ou de tremblements.

Sont les plus heureusement influencés :

1° Les bouffées asthmatiques ou asthmatiformes des asthmatiques emphysémateux ;

2° Les asthmatiques légers subcontinus ou chroniques ;

3° Les asthmatiques normo-tendus, et, avant tout, les hypotendus.

Aucun résultat chez les hypertendus, ni dans les grandes crises à déchaînement brutal. L'auteur s'est abstenu systématiquement chez les suspects d'angor pectoris.

Chez un asthmatique adulte à petit goitre basedowien, l'auteur a noté une légère poussée d'hyperthyroïdisme avec tachycardie et nervosisme.

A l'étranger, on a signalé des résultats très favorables dans le rhume et l'asthme des foins, le médicament étant pris à hautes doses *per os* et en pulvérisations nasales (solution à 1 p. 25).

Ce qui paraît intéressant pour ce nouveau médicament (corps voisin chimiquement de l'adrénaline), c'est (aux doses indiquées et qui pourront sans doute être dépassées) : sa faible toxicité, sa facilité d'administration, et surtout la possibilité de substituer un comprimé ou des gouttes aux injections nécessitées par les autres médicaments (adrénaline, évatmine, etc.).

C'est un médicament très recommandé, mais qui n'exclut, naturellement pas le régime, ni les précautions d'usage. (*L'Hôpital*, septembre 1927-B.)

Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle.

Parmi les causes de l'épilepsie, dite essentielle, la syphilis occupe une place indiscutable ; mais on est encore mal renseigné sur la fréquence de cette cause. MM. L. Marchand et E. Bauer apportent quelques nouveaux documents sur cette question ; ils distinguent le rôle joué par la syphilis acquise et par la syphilis héréditaire.

Pour eux, la syphilis acquise n'est pas une cause fréquente d'épilepsie dite essentielle. Ils ne l'ont rencontrée que chez dix-sept épileptiques sur 241, soit 7 p. 100 des cas.

Que l'épilepsie survienne à la période secondaire ou à la période tertiaire, on connaît mal les lésions cérébrales provocatrices (altérations toxiques, réactions méningées à la période secondaire ; sclérose cérébrale, lésions vasculaires à la période tertiaire).

Les réactions humorales du sang ont été trouvées négatives chez cinq sujets sur dix-sept ; chez trois épileptiques, la syphilis a été décelée par l'examen du sang.

Le laps de temps qui s'écoule entre la contamination et le début de l'épilepsie est très variable et s'étend, chez les sujets observés, depuis quelques mois à huit ans.

L'épilepsie d'origine syphilitique apparaît entre 20 et 50 ans, ; elle constitue une forme fréquente de l'épilepsie tardive.

Les tares héréditaires et les tares personnelles sont souvent associées à la syphilis acquise, de sorte que, dans un certain nombre de cas, il est difficile d'attribuer un rôle étiologique prépondérant à la syphilis.

Sur 241 épileptiques, on trouve 11 hérédo-syphilitiques, soit 4,5 p. 100. Si, pour plus de précisions, on ne prend dans ce nombre que les 180 cas dans lesquels l'épilepsie a débuté avant 20 ans, la moyenne n'est encore que de 6,1 p. 100. Les réactions humorales du sang ont été trouvées négatives dans quatre cas.

Les crises ont toujours débuté avant 21 ans.

Les dystrophies, les états méningés avec leurs séquelles cicatricielles, les ostéites de la table interne du crâne sont des lésions qui provoquent le plus souvent l'épilepsie d'origine hérédo-syphilitique.

La présence des stigmates de l'hérédo-spécificité est plutôt exceptionnelle.

Chez les sujets observés, les tares héréditaires (alcoolisme des parents) et les tares personnelles (convulsions, traumatismes craniens) s'associent souvent à la syphilis constitutionnelle.

Le traitement spécifique n'a donné que très peu de résultats favorables. (*Paris médical*, 15 octobre 1927.)

La saignée dans la thérapeutique obstétricale.

Les accoucheurs sont toujours restés fidèles à la saignée pour juguler certains accidents dramatiques de la puerpéralité, et dans ces cas, ils en ont toujours obtenu les meilleurs résultats.

La saignée, ainsi que le rappelle le Dr Paul Balard, possède une action avant tout d'ordre mécanique ; aussi est-elle formellement indiquée dans deux groupes d'états cliniques très distincts, chez les gestantes qui font des accidents gravido-cardiaques, surtout si ceux-ci se compliquent d'œdème pulmonaire, et enfin chez celles qui sont atteintes d'intoxication gravidiques à manifestations hypertensives et convulsivantes : chez les éclamptiques.

Les accidents gravido-cardiaques sont le plus souvent la conséquence de cardiopathies préexistantes, mais des troubles purement fonctionnels, sans lésions valvulaires préalables, peuvent être créés de toute pièce par la puerpéralité et disparaître après elle sans laisser de traces apparentes (développement exagéré de l'utérus dans la grossesse gémellaire et l'hydramnios, fatigues concomitantes, grossesses trop multipliées).

D'origine organique ou purement fonctionnels, les accidents gravido-cardiaques traduisent une insuffisnce cardiaque survenue progressivement pendant la gestation ou déclanchée à l'occasion du travail. Le critère oscillométrique de Pachon et son signal d'alarme (chute de Mx) renseigne à temps sur les fléchissements du myocarde.

Fréquemment, la prédominance des troubles pulmonaires donne à ces accidents, chez la femme enceinte, un caractère tout spécial ; ils sont d'ordre purement mécanique : stase pulmonaire, ou crise d'œdème aigu du poumon par défaillance subite du cœur gauche.

La saignée diminue alors l'apport sanguin qui, du cœur droit, vient encombrer le poumon, et soulage d'autant le cœur gauche ; d'autre part, abaissant de façon constante et immédiate la tension veineuse, elle réduit les résistances générales périphériques contre lesquelles lutte le myocarde. Ce qui se traduit par un abaissement de la minima traduisant le fléchissement des résistances périphériques, et ultérieurement par le relèvement de la maxima, qui témoigne de la reprise consécutive du cœur gauche.

A la saignée devront, bien entendu, être associés les tonicardiaques, et plus spécialement la digitale. Cependant, si la saignée et les tonicardiaques ne parviennent pas à soulager le myocarde et à le stimuler, il importe d'interrompre sans retard la grossesse.

Au cours des accidents éclamptiques, la saignée est non moins efficace ; mais le déterminisme de son action thérapeutique est infiniment plus complexe. L'intoxication détermine une hypertension permanente sur laquelle peuvent se greffer des bouffées d'hypertension accompagnée d'anurie et de crises convulsives. La saignée lutte d'abord directement contre l'hypertension et diminue ainsi les dangers d'hémorragie cérébrale, d'hémorragie viscérale et d'apoplexie utéro-placentaire ; la tension est abaissée et cet abaissement est durable ; elle diminue la masse sanguine, soulage le myocarde, décongestionne le rein, et rétablit la diurèse. A la saignée, l'auteur doit d'avoir pu abaisser à 8,33 % la mortalité maternelle de l'éclampsie.

Mais, pour obtenir ce résultat, la saignée ne doit pas être uniforme et aveugle. Elle doit être proportionnée au but à atteindre, et contrôlée pour en vérifier les effets ; elle doit toujours être pratiquée l'oscillomètre à la main.

Dans les accidents gravido-cardiaques, on sera ainsi amené à des saignées d'abondance moyenne de 400 à 500 grammes jusqu'à abaissement de la minima, et au relèvement de la pression variable.

Il en sera de même dans l'éclampsie : dans ce cas, l'évacuation sanguine sera continuée jusqu'à ce que la minima ait baissé d'au moins 2 cm. Hg. Le degré d'abaissement immédiat de la tension artérielle n'est, du reste, pas proportionnel à l'abondance de l'émission sanguine ; cependant, dans l'éclampsie, on est généralement conduit à des saignées abondantes (1.200 gr. dans un cas) ; le contrôle oscillométrique évitera de dé-

passer le but, et de provoquer des accidents par déséquilibre oscillatoire. La saignée doit être lente ; c'est le meilleur moyen d'amener une baisse durable de la pression et de permettre au système circulatoire de s'adapter à son nouveau régime. (*Le Bulletin médical*, 27 août 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La dilatation bronchique des gazés. Sa mise en évidence par le lipiodol.

(MM. Bonnamour et Badolle, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 14-2-1928.)

Ayant eu l'occasion, comme surexperts au centre de réforme de Lyon, d'examiner un très grand nombre d'anciens gazés, MM. Bonnamour et Badolle sont arrivés, en employant chez eux d'une façon systématique la radiographie après injection intra-trachéale de lipiodol, à mettre en évidence des lésions constituées par une forme très particulière de dilatation des bronches. Ils résument ainsi l'histoire de cet état morbide :

Etiologie : c'est l'intoxication par les gaz de combat, l'ypérite le plus souvent.

Syndrome clinique : il comprend une dyspnée plus ou moins forte, s'accompagnant d'accès asthmatiformes à l'habitude nocturnes, avec expectoration purulente le matin. Les examens de crachats se montrent négatifs. L'état général est ordinairement peu altéré. A l'auscultation, on ne constate que des signes d'emphysème avec des râles discrets à une ou deux bases.

Examen radiologique. L'examen radioscopique simple ne revèle qu'un aspect banal d'emphysème. Il ne permet pas à lui seul d'obtenir des renseignements plus précis. La radiographie après injection de lipiodol est par contre caractéristique. Alors que normalement le lipiodol passé dans les bronches fournit l'image d'un feuillage arborescent, chez le gazé en question le lipiodol dessine de véritables tubes d'aspect creux représentant les bronches ; celles-ci, d'autre part, sont notablement augmentées de volume. Une telle figure radiologique est la conséquence de la disparition de l'élasticité des parois bronchiques, laquelle entrave l'expulsion du lipiodol dans les alvéoles.

MM. Bonnamour et Badolle considèrent qu'il y a là une véritable signature de la dilatation bronchique des gazés, qui permettrait à la fois de reconnaître la séquelle respiratoire des gaz et d'éliminer l'origine gazeuse de certaines dilatations décélées chez d'anciens militaires prétendant avoir été intoxiqués. La radiographie après injection intra-trachéale de lipiodol ferait plus encore ; grâce à elle, il deviendrait possible de mesurer en quelque sorte le degré d'altération des bronches et d'estimer l'invalidité de ces sujets sur des bases anatomopathologiques.

Ces séquelles, ajoutent les auteurs, rendues visibles par une technique spéciale, montrent que les anciens gazés sont souvent de grands infirmes des voies respiratoires. Ils n'évoluent pas vers la tuberculose mais vers l'ectasie bronchique progressive. Comme l'a dit le professeur Sergent, « ils sont justiciables alors de pensions aussi élevées que certains tuberculeux plus ou moins avérés qui ne peuvent invoquer comme prescription d'origine qu'un court passage dans les bureaux ou dans un poste sédentaire de l'arrière ».

Etude expérimentale sur les tatouages.

(M. A.-C. Guillaume. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-12-1927.)

M. Guillaume a fait une étude expérimentale sur le mécanisme de production du tatouage. Les corps colorants en dissolution dans un liquide ne permettent pas d'obtenir un tatouage, car ils sont très rapidement éliminés des téguments en passant dans la circulation générale. Pour qu'il y ait tatouage indélébile, il faut introduire dans le derme un corps formé de granulations colorées (charbon, encre de Chine). Si l'on suit l'évolution et la marche des grains colorés, depuis le moment de leur dépôt, on voit qu'ils passent par les stades successifs suivants : arrivée de la substance colorante dans le derme ; épanouissement en « fusée » de cette substance ; transport des corpuscules colorants dans la profondeur du chorion du derme ; amassement des granules colorés autour des vaisseaux sanguins auxquels ils forment un manchon ; stabilisation de ce processus qui constitue le tatouage indélébile définitif. Il y a donc ainsi, dans le derme, un drainage des substances déposées, drainage qui les conduit jusqu'au contact des vaisseaux sanguins du chorion. Ce fait de la stagnation péri-vasculaire des granulations colorées explique leur non-absorption et l'indélébilité du tatouage.

— M. Variot présente une réclamation de priorité quant aux idées soutenues par M. Guillaume. M. Variot a fait en 1887 et 1888, on le sait, une série de travaux sur le tatouage et le détatouage. Il a montré déjà, à cette époque, l'accumulation des grains colorés autour des vaisseaux et il a tiré de cette notion des conclusions pratiques pour le détatouage. Pour enlever les tatouages, une escharification superficielle est suffisante. En ne dépassant pas la moitié de l'épaisseur du derme, on obtient une cicatrice minima. Le procédé de détatouage de M. Variot consiste à

faire pénétrer un caustique (en l'espèce, le nitrate d'argent dont l'action se limite bien) dans la partie superficielle du derme, en se servant du faisceau d'aiguilles du tatoueur.

L'épreuve à la mélitine de Burnet dans la fièvre ondulante.

(MM. Lemierre, Marchal et Jaubert. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-12-1927.)

La mélitine est un filtrat d'une culture de micrococcus melitensis, âgée de 20 à 30 jours, ayant eu le temps de s'enrichir en produits de sécrétion microbienne. Burnet, de Tunis, l'a utilisée en injection intradermique (deux gouttes de la préparation), déterminant ainsi une véritable intra-dermo-réaction qui offre une valeur diagnostique intéressante.

Chez une malade, MM. Lemierre, Marchal et Jaubert ont eu recours à l'épreuve à la mélitine de Burnet. L'injection de 1/10 de cent. cube a déclanché au bout de quelques heures deux réactions, l'une locale (placard rosé à développement excentrique), l'autre générale (fièvre, insomnie). La positivité de la réaction non seulement est venue confirmer le diagnostic, mais encore a paru avoir une action thérapeutique, la maladie s'étant heureusement calmée peu après.

— MM. Robert Debré, J. Marie et Paul Giroud ont observé un fait analogue, qui semble également appuyer la valeur diagnostique et thérapeutique de l'intra-dermo-réaction à la mélitine de Burnet.

Artérite sténosante dans le diabète traitée par le citrate de soude, l'insuline, la sympathectomie.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-12-1927.)

Des traitements nombreux ont été préconisés contre l'artérite douloureuse des diabétiques. M. Marcel Labbé a essayé ces médications diverses, successivement, avec des résultats le plus souvent mauvais. Seule, la sympathectomie péri-artérielle (opération de Leriche) lui a procuré de bons effets, amenant une sédation remarquable de la douleur. M. Labbé rapporte un cas d'artérite diabétique avec oblitération incomplète et douleurs vives dans lequel l'électricité, le citrate de soude, l'insuline n'avaient rien donné et qui a été très amélioré par la sympathectomie.

Les moyens de laboratoire dans le diagnostic des splénomégalies mycosiques.

(MM. P.-Emile Weil, P. Chevallier et Flandrin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-10-1927.)

Les auteurs ont recherché si des réactions de laboratoire ne permettraient pas de préciser le diagnostic clinique des splénomégalies mycosiques, affections dont l'existence et l'intérêt ont été mis en relief ces temps derniers. La réaction de fixation aspergillaire leur a fourni quelques données intéressantes. Elles posséderait une valeur indicative non négligeable sans qu'on puisse, toutefois, lui demander plus.

Les hypertensions rachidiennes d'origine mécanique.

(MM. Tzanck et P. Renault. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-10-1927.)

L'attention des cliniciens, en matière d'hypertension rachidienne, est presque exclusivement concentrée sur les variations de pression déterminées par les affections du système nerveux. Mais, à côté de ces hypertensions, il en est d'autres de nature essentiellement différente. MM. Tzanck et P. Renault parlent des hypertensions rachidiennes d'origine mécanique et circulatoire. L'effort entraîne une augmentation physiologique de la tension du céphalo-rachidien. L'injection de solutions hyper ou hypotoniques, comme l'ont montré Weed et Mac Kibben, provoque des variations notables de cette pression. Les mécanismes qui interviennent ici sont d'ordre circulatoire et mécanique

Sur une lésion rare de l'appendice.

(M. R. Petit. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-11-1927).

M. R. Petit communique l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui, en deux mois, eut quatre crises de coliques appendiculaires sans grande élévation thermique. L'appendice enlevé par opération comprenait deux portions distinctes : l'une cæcale, très dilatée ; l'autre terminale, mince. Cette dernière n'offrait aucune trace de muqueuse, tandis que dans la première la muqueuse était plissée, avec des houppes épithéliales. Il y avait un glissement de la muqueuse appendiculaire sur les autres plans, véritable prolapsus muqueux.

Quelques formes anormales du cancer de l'œsophage.

(M. J. Guisez. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-11-1927.)

M. Guisez signale, parmi les très nombreuses observations personnelles de cancer de l'œsophage qu'il possède, une vingtaine de cas où l'affection était tout à fait latente, sans dysphagie. Plusieurs fois, la tumeur fut une véritable trouvaille d'examen œsophagoscopique, au cours de la recherche d'un corps étranger ou d'une exploration pour dilatation œsophagienne.

L'évolution généralement lente du cancer de l'œsophage peut être particulièrement lente chez les sujets âgés — ou très rapide chez les sujets jeunes.

Il peut y avoir deux localisations séparées: l'une à l'entrée et l'autre à la terminaison de l'œsophage.

Un cas d'appendicite grave à symptomatologie réduite.

(M. DERVAUX, de Saint-Omer. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-11-1927.)

M. BUQUET fait un rapport sur une observation de M. Dervaux, de Saint-Omer : crise d'appendicite franche aiguë chez un enfant de douze ans ; application de glace sur l'abdomen et disparition en deux heures de tout symptôme local. A l'opération, pratiquée malgré cette absence de signes, on trouve un appendice perforé dans un foyer de péritonite péricæcale. Guérison.

La rachianesthésie dans l'iléus spasmodique.

(M. ISSAAKIAN, d'Astrakhan. — *Soc. des chirurg. de Paris* ; 18-11-1927.)

M. BONAMY lit un rapport sur un travail de M. Issaakian, d'Astrakhan (Russie) concernant trois occlusions aiguës guéries par rachianesthésie. On sait qu'il y eut récemment sur ce sujet une longue discussion à la Société de chirurgie. Le rapporteur propose, dans les cas où l'évacuation n'aurait pas lieu après l'injection rachidienne, de profiter de l'anesthésie obtenue pour pratiquer soit une entérostomie, soit une laparotomie itérative.

L'hypertrophie dite compensatrice du rein après néphrectomie.

(M. CATHELIN. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-11-1927.)

M. Cathelin qui a le premier soulevé cette question remarque que les travaux expérimentaux d'Ambard (de Strasbourg) viennent de confirmer la thèse qu'il a défendue : après néphrectomie, il s'établit une hyperactivité fonctionnelle du rein restant, sans augmentation de poids ni de volume de ce dernier.

P. L.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie

Un cas de môle hydatiforme.

M. MÉNACHÉ communique l'observation d'une femme présentant une grossesse de deux mois s'accompagnant d'hémorragies continues : un curettage pratiqué ramena des vésicules typiques ; il n'y avait pas d'embryon.

Cancer du corps utérin, kystes intra-ligamentaires cancérisés.

MM. MÉNIL et LAPASSET rapportent l'histoire d'une femme de 34 ans, atteinte de métrorragies légères et de leucorrée fétide : douleurs pelviennes, amaigrissement depuis 5 mois. Au toucher le col est gros et dur, l'utérus remonte à 2 cm. au-dessus du pubis, on sent des masses kystiques multilobées encombrant le bassin.

Laparotomie sous rachianesthésie, pas d'ascite, ablation de nombreux kystes, hystérectomie totale, Mickulicz. Mort subite le huitième jour après douleur dans la jambe gauche. Microscopiquement, il s'est agi d'un épithélioma cylindrique diffus étendu à toute la muqueuse utérine avec dégénérescence maligne des kystes intra-ligamentaires.

Les auteurs signalent la rareté de la coexistence du cancer utérin et du kyste de l'ovaire, la cancérisation des kystes paraît consécutive à celle de l'utérus par voie tubaire ou lymphatique.

Cancer du col et grossesse, accouchement spontané. Curiethérapie.

MM. AUDEBERT et GALY-GASPARRON relatent le cas d'une VIpare de 34 ans, sans hémorragies pendant sa grossesse, entrée à la clinique avec une dilatation de 4 cm. On sent sur la lèvre postérieure du col une tumeur bien localisée du volume d'une noisette

Le travail marcha rapidement, l'accouchement fut spontané ; l'examen d'une biopsie de la tumeur révéla un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

Les suites de couches furent apyrétiques, mais quelques jours après l'accouchement, la totalité du col fut envahie et recouverte de bourgeons, puis les paramètres s'indurèrent et l'utérus fut bloqué. Après une application de radium associé à la radiothérapie pénétrante, le col se cicatrisa régulièrement, et les culs-de-sac s'assouplirent.

L'auteur insiste sur la marche ultra-rapide de la lésion : on doit en pareil cas éviter l'accouchement par les voies naturelles pour supprimer le traumatisme obstétrical qui facilite la propagation et avoir recours à la césarienne et aux agents physiques.

Trois césariennes en trois ans chez la même malade.

M. DUCUING présente l'observation d'une femme à bassin rétréci, chez laquelle deux applications de forceps au détroit supérieur avaient donné deux enfants morts. Lors de la troisième grossesse, qui était gémellaire, il fit une césarienne conservatrice sous rachi et agit de même dans la quatrième grossesse, où sur la demande de la parturiente on pratiqua une double ligature de la trompe à la soie.

Il survint cependant une cinquième grossesse et l'auteur pratiqua après début du travail au cours d'une bronchite grippale une troisième césarienne suivie de Porro.

Réflexions sur trois césariennes pratiquées en trois ans et demi chez la même femme.

M. A. GARIPUY, malgré le récent engouement pour la césarienne basse, reste partisan de la césarienne haute : il fait toujours des incisions de la paroi abdominale assez courtes, car il ne cherche pas à

extérioriser l'utérus, ce dernier s'énucléant spontanément lorsqu'il est vidé. Il n'a chez sa malade trouvé d'adhérences que lors de la troisième intervention, ayant eu soin de protéger régulièrement la cicatrice utérine par de l'épiploon : il a pratiqué la stérilisation par la ligature des trompes après résection.

Dystocie par brièveté du cordon.

M. Gay a eu à intervenir dans un cas de brièveté absolue, le cordon de 28 cm. ayant occasionné pendant la grossesse des douleurs localisées à l'insertion placentaire. Au cours du travail, un défaut d'engagement et la souffrance fœtale obligèrent à pratiquer un forceps : la descente fut difficile, on obtint un enfant vivant. La délivrance suivit immédiatement le fœtus, des caillots recouvraient le placenta indiquant une hémorragie rétro-placentaire par tiraillement funiculaire.

Imperforation ano-rectale.

MM. Galy-Gasparron, Estienny et G. Fabre communiquent le cas d'un garçon de 3.270 kgr. présentant une imperforation anale : par une incision périnéale, on trouva l'ampoule rectale à 3 cent. de profondeur ; elle fut fixée à la peau.

Enfoncement du crâne.

MM. Galy-Gasparron et Estienny relatent le cas d'une femme à bassin rétréci, chez laquelle, deux accouchements antérieurs avaient donné des enfants morts-nés. La tête paraissait acceptable et ne débordait pas le plan pubien ; on dut faire un forceps pour souffrance fœtale. L'enfant vivant portait un enfoncement simple sans fracture au niveau de la bosse frontale gauche : la réduction par le procédé de Boissard fut facile et les suites excellentes.

H. Gay et J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XIXe Congrès français de médecine

(Suite et fin) (1).

III. — Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.

Premier rapport.

La splénectomie dans les processus hémolytiques.

Par MM. N. Fiessinger et P. Brodin (de Paris).

Sous ce titre, les auteurs ont étudié les indications et les résultats de la splénectomie dans les ictères hémolytiques, la maladie de Banti, le purpura hémorragique chronique.

A. **La splénectomie dans les ictères hémolytiques.** — On entend sous le nom d'ictère hémolytique un syndrome anatomo-clinique congénital ou acquis, où l'ictère, uniquement pigmentaire, sans cholalurie, mais avec urobilinurie, s'accompagne d'une grosse rate sans modification primitive de la fonction hépatique. Cet ictère est la conséquence d'une hémolyse sanguine que suit une anémie plus ou moins intense, plus ou moins permanente, avec ou sans réaction médullaire compensatrice. Les stigmates hématiques consistent surtout en une diminution de résistance des globules rouges et une augmentation du nombre des hématies granuleuses.

Ces ictères ne s'accompagnent jamais de décoloration des matières.

Indications. — Depuis que la splénectomie fut préconisée en 1907 par Vaquez et Giroux dans l'ictère hémolytique congénital, elle a été pratiquée dans un très grand nombre de cas, tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Mais, comme l'a dit très justement le professeur Chauffard, ces sujets sont plus des ictériques que des malades ; aussi la splénectomie, qui, malgré les progrès techniques, reste une opération sérieuse, n'est-elle indiquée que dans certaines conditions qui sont : la déglobulisation progressive, la fréquence et l'intensité des crises douloureuses hépatiques, les poussées douloureuses spléniques.

Dans l'ictère hémolytique acquis, la splénectomie donne également de bons résultats, mais elle est moins indiquée et doit être réservée aux cas très graves qui ne réagissent pas à d'autres indications.

Les **résultats cliniques de la splénectomie** sont remarquables et se produisent très rapidement :

L'ictère disparaît en quatre à dix jours ; souvent même du jour au lendemain on s'aperçoit de son effacement progressif. Cette disparition de l'ictère est définitive. L'urobilinurie et la cholurie disparaissent de la même façon avec une grande rapidité.

L'état général est rapidement amélioré. Chez les enfants, la croissance subit une poussée, les caractères sexuels se complètent.

L'anémie disparaît rapidement, le nombre des globules rouges augmente très vite, mais leur contenance en hémoglobine ne monte que beaucoup plus lentement ; la réparation de l'anémie se produit donc en deux étapes : réparation quantitative d'abord, qualitative ensuite.

(1) *Concours médical* nº 9, 10, 11 et 12.

Les hématies granuleuses disparaissent du sang circulant en même temps que disparaissent les autres signes de réparation rouge imparfaite : anisocytose, poïkylocytose, polychromatophile ; mais cette disparition ne se fait que lentement et ces altérations se retrouvent esquissées plusieurs mois après l'opération.

La résistance globulaire s'élève progressivement après la splénectomie, mais cependant le plus souvent une certaine fragilité persiste, parfois même la résistance globulaire n'est pas modifiée. Pour expliquer ce phénomène, le professeur Chauffard pense que la splénectomie supprime la destruction globulaire, processus splénique, alors qu'elle n'atteint que secondairement et d'une manière très tardive la fragilité, processus médullaire.

Seul de tous les traitements proposés pour l'ictère hémolytique, la splénectomie donne des résultats complets et définitifs, car la plupart des malades opérés et suivis conservent après plusieurs années une excellente santé. Elle ne paraît présenter aucun inconvénient sérieux et, chez l'enfant en particulier, il n'a pas été constaté de diminution de résistance aux maladies infectieuses.

Pour expliquer cette action de la splénectomie dans l'ictère hémolytique, anatomie pathologique et expérimentation conduisent à admettre que la rate détruit les globules rouges ; les rates des ictères hémolytiques présentent en effet comme lésions dominantes une congestion anormale de la pulpe prédominant dans les cordons de Billroth et une macrophogie hématique et pigmentaire. Cette destruction paraît se faire par action macrophagique de la rate, car, après bien des discussions, tout le monde admet actuellement que la rate normale ne sécrète pas d'hémolysine.

B. **La splénectomie dans la maladie de Banti.** — En 1882 puis en 1894, Banti a isolé un syndrome anatomo-clinique caractérisé par une splénomégalie primitive entraînant un syndrome anémique compliqué dans une deuxième étape d'ascite rappelant celle de la cirrhose de Laënnec et amenant la mort par insuffisance hépatique.

Indications. — La splénectomie est actuellement l'intervention nécessaire en face d'une splénomégalie sans ictère et sans autre altération sanguine que l'anémie et la leucopénie.

Elle peut être pratiquée aux trois périodes de la maladie. Commandée au début par l'anémie et les hémorragies gastro-intestinales, elle est bénigne à ce moment et donne une survie indéfinie. Plus choquante à la troisième période et de résultat immédiat plus aléatoire, elle est cependant le seul traitement qui, associé à l'opération de Talma, peut améliorer le sort des malades.

Le pronostic opératoire s'est d'ailleurs beaucoup amélioré dans ces dernières années.

Les principaux facteurs de gravité sont : l'intensité de l'anémie, à laquelle on peut remédier par une transfusion, les hémorragies gastro-intestinales qui peuvent se produire après l'intervention, l'importance de la cirrhose, les adhérences spléniques. Ces dernières sont difficiles à prévoir : on peut cependant les soupçonner par l'examen radiologique et l'étude de la mobilité splénique et de la déformation de la coupole diaphragmatique.

Les **résultats cliniques** de l'intervention sont non seulement très bons, mais durables :

L'état général se transforme rapidement : les forces augmentent, le poids se relève, les retards de développement disparaissent chez l'enfant comme au cours des interventions pour ictère hémolytique.

L'anémie diminue rapidement ; le nombre des globules rouges se relève, l'hémoglobine également, mais moins vite cependant, les globules blancs augmentent, la formule leucocytaire se modifie.

L'état digestif s'améliore et le plus souvent hématémèse et mélæna disparaissent. S'il existe une atteinte hépatique, les signes d'insuffisance hépatique disparaissent et l'intervention, en supprimant la cause de la lésion hépatique, empêche la progression de la cirrhose.

Comment agit la splénectomie tant sur l'anémie que sur la sclérose hépatique ?

Comme dans l'ictère hémolytique, la rate paraît être la cause de la destruction globulaire et par conséquent de l'anémie. Toutefois on ne retrouve pas dans la maladie de Banti les signes de macrophagie intense de l'ictère hémolytique. Cela s'explique, puisque l'anémie de cette dernière affection est beaucoup moins marquée ; il s'agit d'un processus très étalé dans le temps.

La lésion dominante réside dans ce que Banti a nommé la fibro-adénie, épaississement du réticulum qui aboutit lentement à l'infiltration scléreuse diffuse.

A quoi est due cette sclérose, faut-il incriminer une cause infectieuse ?

La maladie de Banti va-t-elle être absorbée par la splénomégalie granulomateuse bactérienne ou mycosique de Nanta ? Il est actuellement impossible de le dire.

La rate paraît bien être également la cause de la sclérose hépatique, car, en dehors des faits cliniques montrant l'arrêt des lésions hépatiques après ablation de la rate, de nombreuses expériences, en particulier celles réalisées par Fiessinger et ses élèves, mettent en évidence le retentissement sur le foie des lésions d'autolyse splénique.

C. **La splénectomie dans le purpura hémorragique chronique.** — En 1916, Kaznelson, partant de la notion soutenue par J. Homer Wright (de Boston) que la rate détruit les plaquettes sanguines, pratiqua le premier une splénectomie dans un cas de purpura chronique. Le résultat ayant été favorable, un **grand nombre d'interventions ont été pratiquées** depuis pour des cas comparables.

Grâce aux progrès techniques réalisés, la mortalité est peu élevée et les résultats obtenus sont bons.

Dès les jours qui suivent l'opération, les hémorragies muqueuses cessent et les lésions cutanées s'effacent et dans la très grande majorité des cas, ce résultat paraît définitif et durable. Cet arrêt s'explique par les modifications sanguines presque immédiates que provoque l'intervention.

La modification la plus importante et la plus impressionnante est celle du temps de saignement qui redevient normal dans les jours et le plus souvent dès les heures qui suivent l'intervention.

Presque aussi remarquable et aussi rapide est le relèvement du taux des plaquettes sanguines, mais il semble que pour ces données le résultat obtenu soit moins durable.

Comme pour le temps de saignement, il se produit très rapidement, dans les heures qui suivent, un relèvement considérable du taux des plaquettes sanguines. Ce taux passe par un maximum aux environs du quinzième jour pour redescendre ensuite au-dessous de la normale et se maintenir à un chiffre peu élevé.

Les autres éléments du sang subissent également des modifications importantes : l'irrétractilité du caillot diminue rapidement pour disparaître bientôt complètement.

Le nombre des globules rouges et des globules blancs se relève progressivement.

Il semble cependant que, même dans les cas de guérison complète et durable, il persiste toujours un certain degré d'anémie et de leucopénie.

Aucun autre procédé thérapeutique ne donne des résultats comparables et si la transfusion et la radiothérapie ont donné dans les cas légers des améliorations passagères, elles n'empêchent pas les rechutes de se produire.

Si la splénectomie constitue le traitement héroïque du purpura chronique hémorragique récidivant, elle reste néanmoins une intervention sérieuse à laquelle il ne faut recourir qu'une fois le diagnostic solidement établi par un examen du sang complet et après avoir éliminé l'insuffisance hépatique, l'hémophilie proprement dite dans laquelle il existe un trouble considérable de la coagulation, et enfin la syphilis, au besoin par un traitement d'épreuve.

Déductions générales que l'on peut tirer des résultats fournis par la splénectomie dans les affections précédentes. — De l'étude de la splénectomie dans les affections précédentes, on peut déduire que l'ablation de la rate supprime l'hémolyse, supprime un foyer de destruction des hématoblastes ainsi qu'un centre toxicogénétique.

La splénectomie exerce également une action remarquable sur le temps de saignement ; cette action est nettement indépendante de l'augmentation des plaquettes sanguines et, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'en préciser le mécanisme.

Deuxième rapport

La splénectomie dans les processus anémiques.

Par M. A. Nanta (d'Alger).

Le rapporteur envisage plusieurs groupes d'anémies spléniques :

1° **Syphilis, paludisme, kala-azar.** — Dans ces cas, *la splénectomie est inutile*, soit qu'après l'extirpation chirurgicale l'infection récidive, soit que la thérapeutique médicale offre des médicaments spécifiques d'efficacité supérieure. Il en va de même de certaines splénomégalies septiques qui ont déjà commencé à propager l'inflammation à la veine porte.

2° Dans la **tuberculose primitive de la rate**, s'il n'existe pas de foyer viscéral extrasplénique important, il faut opérer.

3° Le rapporteur s'étend plus longuement sur les **splénomégalies mycosiques et bactériennes**, dont il a eu l'occasion d'observer d'assez nombreux cas avec M. Constantini et le professeur Pinoy.

Ces rates mycosiques présentent une lésion anatomique spéciale : le nodule de Gandy-Gamma, et l'on peut y déceler la présence de champignons type *Aspergillus nidulans*.

Là encore, s'il n'existe pas de foyer viscéral extrasplénique important, il faut opérer.

4° Dans certaines infections généralisées, avec des foyers viscéraux secondaires (cirrhose du foie, localisations pulmonaires, lésions pulmonaires ou rénales) la splénectomie est cependant réalisable (splénomégalie égyptienne, certaines splénomégalies bactériennes avec cholécystite, certains cas de kala-azar infantile, etc.). Ce sont là des cas d'espèce : seul un examen clinique minutieux permet de faire le départ entre les cas qu'il convient d'opérer et ceux qui sont inopérables.

En ce qui concerne l'anémie, y a-t-il un **critérium hématologique de l'opérabilité** ?

Il semble actuellement que le « seuil de l'opérabilité » soit marqué par le taux d'un million de globules rouges au millimètre cube et de 0.20 d'hémoglobine.

Les splénomégalies avec anémie plastique à peine ébauchée et leucopénie supportent généralement bien l'ablation.

Au contraire, les formules de leucocytose et celles de réaction myéloïde accusée fournies tant par l'examen du sang périphérique que par la ponction de la rate sont celles qui comportent des réserves.

Troisième rapport

La splénectomie dans les anémies pernicieuses et les leucémies.

Par M. Jean Tapie (de Toulouse).

1° **Dans les leucémies** : la splénectomie est contre-indiquée. C'est une opération illogique et toujours insuffisante.

2° **Dans les anémies spléniques pseudo-leucémiques infantiles** (syndrome de von Jacksch-Luzet), la splénectomie est contre-indiquée en principe. On n'en discutera l'opportunité que si un traitement médical ou radiothérapeutique ne donne pas de résultat.

3° **Les anémies pernicieuses** proprement dites doivent être divisées en deux groupes :

a) Les unes sont *symptomatiques* d'une infection, d'une intoxication, d'un néoplasme. Ici, la splénectomie n'a pas de réelle indication.

b) *L'anémie pernicieuse cryptogénétique type Biermer* : l'opération a pu donner quelques résultats favorables Mais en réalité il ne s'agit pas de guérison durable. L'amélioration est simplement transitoire. Puis une rechute survient à plus ou moins longue échéance.

Les seuls cas vraiment justiciables de la splénectomie sont les faits de passage avec l'ictère hémolytique.

Discussion des rapports sur la splénectomie.

Le professeur LEMAIRE (de Louvain) a tout d'abord rapporté les beaux résultats obtenus par la *simple ligature de l'artère splénique.* Dans la thrombopénie chronique cette intervention, beaucoup plus bénigne que la splénectomie, donne des résultats en tous points comparables à ceux de cette dernière opération. On ne constate par la suite ni nécrose splénique, ni signes de déficit pancréatique. Dans la thrombopénie aiguë essentielle, la ligature de l'artère splénique doit être préférée à la splénectomie. Néanmoins une transfusion sanguine doit toujours précéder l'acte opératoire.

Dans ce domaine chirurgical de la splénectomie, divers résultats favorables ont été présentés par MM. GOSSET, CHEVALLIER et GUTMANN (grande hémogénie chronique cryptogénétique guérie par la splénectomie) ; par MM. HATZIEGANU et I. IAEOVICI (deux cas d'hémogénie guéris) ; par M. BÉCART, par MM. ROCH et MOZER, de Genève (un cas de syndrome de Banti). MM. SABRAZÈS, DUPÉRIÉ et BONNIN étudient les indications de la splénectomie précoce dans la maladie de Gaucher et les tumeurs spléniques ; MM. BENHAMON, GILLE et JUDE, celles de la splénectomie dans les formes douloureuses des splénomégalies primitives. Dans la leucémie myéloïde, MM. LECÈNE et AUBERTIN estiment que la splénectomie est nettement inférieure à la radiothérapie. Le professeur HYNECK (de Bratislava) a fait une communication sur l'asthme bronchitique et la splénectomie. M. CONSTANTINI (d'Alger) a précisé les indications opératoires dans les splénomégalies mycosiques.

La discussion ne s'est pas cantonnée sur ce terrain médico-chirurgical. M. P.-E. WEIL, a étudié les splénomégalies mycosiques dont un cas a encore été présenté par MM. SABRAZÈS, MURATET et BONNIN, après que M. PINOY (d'Alger) eut rapporté le résultat de ses cultures mycosiques. MM. E. CHABROL et Henri BÉNARD ont rappelé leurs nombreuses et belles recherches sur la biligénie après splénectomie. M. E. FEUILLIÉ a exposé sa conception de l'hématopoïèse. MM. Léon KINDBERG et GARCIN ont publié l'observation d'une linite plastique de l'estomac qui fut prise pour une splénomégalie. Enfin MM. DE LÉOBARDY et RAYMOND (de Limoges) ont observé au cours d'une splénectomie, une véritable chasse sanguine par contraction de la rate. Ils se demandent si certaines hémorragies intestinales n'ont pas pour cause ce phénomène.

Maurice BARIÉTY.

Les Livres

Librairie G. DOIN ET CIE, 8, place de l'Odéon, Paris.

A. BÉCART. — **Le sang**, abrégé d'hématologie. (Un vol. in-8 de 140 pages, avec 51 figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte. Prix : 18 fr. saufva riation).

L'auteur montre tout l'intérêt pratique de l'examen du sang pour le médecin praticien, à qui il destine cet opuscule. En parcourant ces quelques pages, tout médecin est capable non seulement d'exécuter correctement un examen de sang, mais aussi et surtout de l'interpréter facilement : énumération globulaire, dosage de l'hémoglobine et valeur globulaire; formule leucocytaire, équilibre leucocytaire, rapport neutro-lymphocytaire.

On doit se rappeler les principes suivants :

1° Si, pour une cause quelconque, la demande en globules est supérieure à la production des organes hémopoiétiques, ceux-ci sont obligés de lancer dans la circulation des globules non complètement évolués , et plus ces cellules se rapprocheront de la cellule souche originelle, plus le pronostic sera grave.

2° Les globules blancs, qui ont essentiellement un rôle de défense, augmentent de nombre à la moindre infection ; de plus, chacun de leurs types est spécialement adapté pour tel o u tel agent pathogène ; ainsiles « neutrophiles » qui sont des phagocytes par excellence, s'attaqueront plus particulièrement au groupe des cocci, les lymphocytes sécréteurs d'anticorps s'attaqueront de préférence aux bacilles. Les monocytes ou grands mononucléaires, capables de remplir à la fois ces deux rôles, s'attaqueront aux protozoaires, alors que les éosinophiles augmenteront de nombre quand il s'agira de parasites plus gros, tels que les vers.

Après avoir décrit le matériel hématologique, et la technique hématologique, l'auteur étudie successivement le sang dans les infections, l'état anémique,

l'état leucémique, l'anémie splénique, le sang dans les affections parasitaires, les syndromes hémorragiques.

Albin Michel, édit., Paris, 22, rue Huyghens.

Dr Cabanès. — **L'Enfer de l'Histoire** (IIe série).

En continuant la série de biographies critiques qu'il publie sous le nom de l'*Enfer de l'Histoire*, le Dr Cabanès réussit à détruire certaines légendes qui, trop souvent répétées, ont fini par s'imposer aux historiens comme des vérités.

Ainsi, le « bon » roi Dagobert que la chanson rend à la fois ridicule, sympathique et populaire, était un chef barbare et cruel comme tous les bons rois de son époque. Les massacres qu'il ordonna, l'assassinat de son oncle, les exactions qu'il commit pour remplir son trésor sont loin de faire de lui un monarque débonnaire. Il répudia sa première femme, la remplaça par trois autres qui habitèrent ensemble son palais, entourées d'un nombre incalculable de concubines. Voilà ce qu'était le pieux ami de Saint Eloi, de Saint-Ouen, de Rouen et de Saint-Didier, de Cahors, le protecteur de l'abbaye de Saint-Denis qu'il sut enrichir.

Le pape Jean XXII, cardinal et évêque de Porto, originaire de Cahors, appelé à 72 ans au Pontificat et qui mourut à 90 ans, dont on a exagéré les défauts, ne fut pas parfait, mais fut indiscutablement une des plus grandes figures de la Papauté.

Louis XI, que la légende s'acharne à rendre odieux et ridicule, fut un très grand roi qui aima son peuple, dota son pays de nombreuses institutions utiles, telles que les Postes, travailla sans relâche à assurer la grandeur, la sécurité et la prospérité de la France et fut le véritable précurseur de Richelieu.

Charles IX, avec sa lourde hérédité, restera le prince mélancolique et sombre, dissimulé et sournois, qui portera toujours la lourde responsabilité des massacres de la Saint-Barthélemy.

Henri IV, dont on fait le type du meilleur des rois, fut d'une ingratitude notoire, changea sans scrupules trois fois de religion ; il se montra vindicatif et souvent cruel, et fit pendre tous ceux qui lui résistèrent lors de la prise des ponts de Charenton et de Saint-Maurice. Malpropre, très négligé, il sentait mauvais. Mari déplorable, il poussa, à l'égard de sa femme, la désinvolture jusqu'à vouloir faire élever ses bâtards avec ses enfants légitimes. Il fut un homme dans toute l'acception du mot, avec tous ses défauts et ses faiblesses. Ce fut, avec sa fin tragique, la véritable cause de sa popularité.

Louis XIII, que l'on s'est efforcé de peindre comme un monarque faible, sans énergie, sorte d'automate à la merci de la volonté de Richelieu, son grand ministre, fut, au contraire, un grand roi, très conscient des services que le terrible cardinal rendait à la France et qui lui conserva toujours sa confiance et son amitié.

Madame Royale, qui devint la duchesse d'Angoulême, ne sut se rendre populaire. Malveillante, manquant de tact et de clémence, elle aida à rendre odieuse la monarchie restaurée.

Louis XVIII ne manquait pas d'esprit, mais alors qu'il était comte de Provence, on le jugeait fourbe et ambitieux ; il conspira contre son frère Louis XVI, et ne fut pas étranger à la triste fin de ce dernier. Somme toute, il fut un égoïste, haineux, vindicatif, et il faut le comparer au triste sire que fut son frère et successeur pour lui trouver figure de grand roi.

Après cette série de souverains et de princes, Cabanès passe en revue quelques personnages célèbres dont il rectifie, dans la mesure de la vérité, l'opinion que les passions des faiseurs de légendes nous ont laissée. Ce sont Etienne Marcel, Etienne Dollet, le père La Chaize, La Brinvilliers, la princesse des Ursins, le cardinal Alberoni, Saint-Just et Collot d'Herbois. La lecture de tous ces chapitres est d'un intérêt passionnant. C'est par la lecture de maints menus faits que Cabanès sait mettre en valeur et qui constituent la petite histoire, que l'on parvient autant qu'il est possible de se faire une idée exacte et juste sur les évènements de la grande Histoire.

J. Noir.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (6e).

J. Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — **La syphilis auriculaire. Oreille et nerf acoustique.** *Collection des Actualités de médecine pratique.* Directeur : Dr R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. (Un vol. in-8o de 180 pages. Prix : 15 fr.)

Le dernier travail d'ensemble sur la syphilis auriculaire date de 1907. Depuis lors, ce sujet a été complètement renouvelé grâce aux perfectionnements des méthodes d'examen labyrinthique et des procédés d'exploration des milieux méningés, en même temps qu'aux progrès généraux de la syphiligraphie et de la syphilithérapie.

L'étude de la syphilis auriculaire réclamait donc une nouvelle mise au point. Nul, plus que l'auteur de ce livre, n'était qualifié pour l'écrire. Quinze ans de travaux critiques et surtout de recherches personnelles sur ce sujet, exposés dans sa thèse « Les accidents nerveux auriculaires de la syphilis acquise » (1915) et dans toute une série de mémoires parus depuis lors, l'avaient préparé à cette tâche et lui ont permis d'y réussir parfaitement.

Si l'auteur s'adresse aux otologistes, aux syphiligraphes et aux neurologistes, il s'adresse avant tout aux *médecins non spécialisés*, à qui auront recours, d'abord, et le plus souvent, les malades atteints de syphilis auriculaire, en particulier lorsqu'ils sont atteints de formes tardives et isolées. L'auteur montre aux médecins non spécialisés l'importance du rôle de la syphilis dans l'étiologie des surdités graves et de différents autres syndromes auriculaires. Il montre aux spécialistes la valeur

sémiologique que présente l'étude de ces accidents dans le diagnostic de la syphilis, et, en particulier, de la syphilis nerveuse.

Ce livre offre donc un intérêt d'actualité, dépassant de beaucoup le cadre de l'otologie pure.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain.

G. LYON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine et P. LOISEAU, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie, avec la collaboration de L. DELHERM et Paul-Emile LÉVY, anciens internes des hôpitaux de Paris. — **Formulaire thérapeutique**, 14e *édition.* (Un volume de 955 + CLXIX pages tirés sur véritable papier indien relié toile souple. Prix : 50 fr., sauf variation.)

Cette nouvelle édition a été entièrement remise à jour et elle est au courant des derniers progrès de la thérapeutique. Bien que comprenant 100 pages de texte de plus qe la précédente, tirée sur un papier très mince, elle constitue un véritable formulaire de poche.

Les modifications et additions de cette nouvelle édition concernent principalement les chapitres suivants : formulaire magistral, opothérapie, sérothérapie, régimes, électrothérapie, radiothérapie, photothérapie, radiumthérapie, climatothérapie, aérothérapie, pneumothérapie, thermothérapie, eaux minérales, documents d'analyse biologique, memento thérapeutique.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain.

P. NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. — **Clinique médicale des enfants : affections du système nerveux.** (Un vol. 374 p., avec fig. Prix : 45 fr.)

EDITIONS UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (*Strasbourg médical*), 1a, place de l'Université, à Strasbourg.

Professeur agrégé René SIMON. — **Chirurgie d'autrefois et d'aujourd'hui.** Plaquette de luxe, illustrée de vieilles gravures originales (Prix : 15 fr.).

THÉRAPEUTIQUE

La médication bromurée en médecine générale.

Par M. le Dr J.-M. SACAZE.

Seuls, les bromures alcalins permettent de réaliser la médication bromurée. Les bromures d'ammonium et de strontium n'ont pas d'indications bien précises, et l'on n'utilise que le bromure de potassium et celui de sodium.

Les bromures alcalins sont les prototypes des agents sédatifs. Ce sont des modificateurs nerveux qui exercent une action dépressive tout particulièrement sur l'encéphale et la moelle. Ils diminuent la sensibilité et l'excito-réflectivité.

La valeur thérapeutique du KBr et du NaBr est sensiblement identique. La toxicité et les modifications secondaires que l'on observe dans la marche des divers appareils sont dues à l'influence du métal potassium, uni au brome. Il agit surtout sur le système nerveux de l'appareil cardio-vasculaire, et c'est au potassium « dépresseur du cœur » qu'il faut attribuer le ralentissement des battements cardiaques, la vaso-constriction et l'augmentation de tension déterminées par les petites doses de ce bromure, l'arythmie, la chute de tension occasionnée par les hautes doses. Il ralentit la respiration et la nutrition, irrite l'estomac, et son usage prolongé entraîne de la dyspepsie atonique.

Le bromure de sodium n'exerce aucune action secondaire sur ces divers appareils ; il est de plus admirablement supporté par les enfants (Dujardin-Beaumetz).

C'est donc au NaBr que nous donnerons la préférence toutes les fois, et elles sont nombreuses, où nous aurons à user de la médication bromurée.

Spécifions tout de suite, qu'il existe suivant leur degré de pureté, plusieurs sortes de bromures de sodium. Leur caractère général est d'être très hygroscopique. C'est pourquoi il nous faudra choisir une préparation où le NaBr soit présenté sous une forme tout à fait spéciale. De plus, ce médicament doit souvent être employé à doses élevées et prolongées ; aussi, suivant le conseil de G. Lyon, faut-il choisir du bromure extrêmement pur, sous peine de conséquences fâcheuses pour l'organisme. Le sédobrol, extrait de bouillon végétal concentré achloruré, est dosé à un gramme de NaBr spécialement préparé et rigoureusement pur : il permet avec avantages, toutes les modalités de la médication bromurée. Les indications du bromure en neurologie sont nombreuses. Nous n'insisterons pas sur sa néces-

sité dans l'épilepsie. En effet, que ce soit l'épilepsie essentielle ou le syndrome de Bravais-Jackson, le bromure est l'aliment de l'épileptique. Il devra en prendre jusqu'à 6 grammes par jour. Donné à cette dose, le bromure présente l'inconvénient d'abrutir le malade , aussi Richet et Héricourt ont-ils proposé la méthode de déchloruration. « Elle agit en rendant l'organisme plus avide de bromure, de sorte qu'avec des doses moindres, on obtient un effet sédatif intense ». Cette méthode est difficile à réaliser, car les épileptiques, qui présentent habituellement une atteinte intellectuelle et des troubles du caractère assez marqués, acceptent difficilement un régime sans sel. Une manière très ingénieuse et agréable pour le malade consiste à faire prendre le bromure sous forme d'un bouillon à goût salé ; c'est ce qui a été réalisé par le sédobrol. Cette pratique permet, en outre, de donner le bromure sous forme de solution très étendue et au début des repas (mode d'emploi recommandé par les psychiatres pour son efficacité).

Le brome, sédatif puissant de l'éréthisme nerveux et dépresseur des phénomènes excito-moteurs, cérébro — et bulbo-médullaires, est à recommander comme médicament passager de toutes les névroses ou psychoses avec excitation, dans la « névrose d'angoisse de Freud » (neurasthéniques sujets à des crises d'angoisse paroxystiques avec crainte de mort), contre l'anxiété, l'agitation et l'insomnie des psychopathies aiguës, dans les états délirants, l'onirisme agité avec confusion, chez les hallucinés, dans les états d'agitation aiguë des maladies infectieuses. Le NaBr doit être prescrit contre l'insomnie : il ne provoque pas l'hypnose comme les narcotiques, mais agit en interceptant la perception des influences extérieures.

En cardiologie, nous avons vu plus haut que le KBr doit être rejeté parce « dépresseur du cœur » tandis que le NaBr combat efficacement l'éréthisme cardiaque, fait disparaître les palpitations nerveuses, et est le médicament de choix des névroses tachycardiques (Gallavardin).

L'action des bromures sur le tube digestif est assez complexe. D'une part, il agit comme antispasmodique et permet de lutter avec succès contre les vomissements réflexes de la grossesse et de la tuberculose, contre les vomissements post-anesthésiques (dans ce cas, on a intérêt à le faire absorber par la voie rectale), et, d'autre part, il agit directement en analgésiant la muqueuse gastrique et en diminuant sa sécrétion, d'où son indication dans les dyspepsies avec hyperchlorhydrie et l'ulcus.

Le vaginisme, les érections nocturnes, l'incontinence nocturne d'urine, la spermatorrhée, sont des misères du domaine uro-génital qui sont justiciables de l'emploi du bromure.

Enfin, on ne compte plus les améliorations dues à cette médication dans certaines formes de migraine, dans l'asthme et dans même certaines dermatoses.

Le NaBr, bien supporté par les enfants, va nous permettre d'amender de nombreuses affections spasmodiques. Les convulsions infantiles si fréquentes seront très diminuées et parfois même supprimées. Dans la chorée, le bromure sera associé au traitement arsenical. La coqueluche, qui est la plus pénible des maladies de l'enfance, verra les quintes très diminuées pour le plus grand bien de l'arbre pulmonaire qu'elle laisse trop souvent en état de pré-emphysème. Le NaBr est à conseiller aussi dans la laryngite striduleuse, les spasmes de la glotte, etc.....

De par ses indications multiples, médication de fond dans certaines maladies du système nerveux, et médication symptomatique dans de très nombreux états pathologiques, le bromure nous apparaît comme un médicament à employer souvent. La posologie en est très simple : chaque tablette de sédobrol que l'on fait dissoudre dans cent grammes environ d'eau très chaude représente un gramme de NaBr. Une à deux tablettes suffisent dans les cas habituels. Cette dose sera très augmentée chez les épileptiques. Pour les enfants, les doses seront moindres bien que le sédobrol puisse être administré sans inconvénients, à raison d'une demi-tablette par année d'âge.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

IV

Embûches, bûches... (1)

Parce que vous avez mis deux mois avant de me récrire, je n'en ai nullement été froissé, mon cher ami. J'en ai conclu que, comme les peuples heureux, vous n'aviez pas eu d'histoires, et je m'en suis réjoui pour vous. De fait, le ton de votre épitre est d'humeur autre que celui de la précédente.

Je ne vous ferai pas attendre aussi longtemps ma réponse : aussi bien, tous les faits de votre vie professionnelle que vous m'exposez sont-ils matière à commentaires dont je souhaite que vous fassiez votre profit.

Je conçois votre stupéfaction lorsque, ayant fait mettre tout nu le petit enfant à la cystite dont vous m'entreteniez précédemment, vous avez constaté qu'il portait au bras droit un vésicatoire permanent entretenu avec une pommade épispastique. Vous avez compris alors la cause de cette irritation vésicale qui vous intriguait si fort, et vous avez obtenu un succès facile en faisant supprimer ce vésicatoire. Vous ne saviez pas qu'il existe ainsi de vieilles médications populaires qui se transmettent de générations en générations, et qui semblent indéracinables, en dépit du progrès. Les vésicatoires permanents ont conservé la réputation d'être souverains contre la gourme, les blépharites, tout ce qui, chez les profanes, est attribué aux mouvements d'humeur.

Je pense bien que vous avez gardé pour vous tous les sarcasmes dont vous avez accablé *in petto*, le préjugé, et la méthode qui en est dérivée. Il importe d'apporter, dans vos rapports avec la clientèle, un doigté particulièrement délicat. Gardez-vous bien, en toutes circonstances, de tourner en ridicule ou de condamner avec véhémence les pratiques étranges que vous rencontrerez au cours de votre carrière. Quand elles vous paraîtront nuisibles ou dangereuses, expliquez patiemment pourquoi à vos clients. Mais ne les heurtez jamais de front.

Et puis, ne médisez pas d'une façon définitive de ces antiques procédés qui sont pour vous une révélation, et dont on ne vous a jamais parlé au cours de vos études. Ces révulsions, temporaires ou continues, ont encore leurs partisans. Le vésicatoire traverse présentement une ère de réhabilitation. Le cautère à la pâte de Vienne peut avoir ses indications. Et moi qui vous parle, j'ai vu, il y a vingt ans, Gilbert Ballet appliquer un séton à la nuque d'une malade atteinte d'épilepsie jacksonienne, provoquée par une irritation corticale de la base du cerveau, de nature tuberculeuse ou syphilitique : il n'avait pas pu préciser son diagnostic étiologique. Et je me hâte d'ajouter que l'événement donna raison à l'hypothèse syphilis : la malade guérit complètement à la suite d'un traitement spécifique mis en œuvre à tout hasard, sur ma suggestion, je dois le dire.

Vous me promettez que la leçon de cette cystite cantharidienne vous a profité, et que vous ne manquez jamais d'examiner entièrement tous vos malades. Je vous en approuve pleinement. Outre que vous aurez mis ainsi de votre côté toutes les chances de poser un diagnostic exact, vous vous ferez la réputation d'être très soigneux et l'on vous en saura gré. Toutefois, n'exagérez pas ; sachez discerner, et n'allez pas, par exemple, pratiquer systématiquement le toucher chez toutes les femmes qui vous appelleront. Quand vous aurez quelque raison de le faire, mettez-y toute la discrétion possible. Ne découvrez jamais complètement vos clientes, et ne les regardez pas particulièreemnt pendant que vous opèrerez. Donnez bien l'impression que c'est le médecin qui cherche à se renseigner et que l'homme demeure complètement étranger à cette intervention.

La plupart de vos clientes vous en seront obligées. Et s'il s'en trouve qui, pour des motifs peu avouables, et qui n'ont rien à voir avec la pathologie, cherchent à appeler votre attention virile sur leur sexe, elles en seront pour leurs frais.

(1) Le Jeune Médecin 1er mars 1928

Vous en rencontrerez : ne vous y laissez jamais prendre. C'est là une des *embûches* professionnelles qui sont tendues devant les pas du jeune médecin et qui, s'il n'y prend garde, lui font facilement ramasser la *bûche.*

La médecine des accidents du travail est également féconde en embûches. Vous l'avez bien vu avec cet ouvrier qui vint vous demander de certifier qu'il était atteint d'une hémarthrose traumatique du genou, et chez lequel vous n'avez pas eu de peine à reconnaître une arthrite blennorrhagique. Je vous félicite de la façon dont vous vous êtes tiré de ce mauvais pas. Vous avez décrit minutieusement les signes observés, le gonflement de l'articulation, la chaleur de la peau à son niveau, le caractère de l'épanchement, examiné à la faveur d'une ponction capillaire. Vous vous êtes bien gardé de noter la moindre relation de cause à effet entre cette arthrite et un prétendu accident. Vous avez conclu à l'existence d'une arthrite inflammatoire. Il appartiendra à son patron ou à la Compagnie d'assurance de celui-ci de procéder à une enquête et de faire intervenir le contrôle de leur propre médecin, ainsi que la loi leur en donne le droit, pour établir la nature exacte de l'affection dont est atteint cet ouvrier et ses conséquences.

D'une façon générale, soyez très prudent dans la rédaction des certificats qui vous seront demandés. Vous serez certainement appelé à constater les contusions, les ecchymoses que vous exhibera une femme qui se plaindra d'avoir été rossée par son mari, et qui vous priera de lui délivrer un certificat. Souvenez-vous tout d'abord que de telles attestations doivent toujours être transcrites sur papier timbré. Souvenez-vous aussi que ces querelles de ménage sont essentiellement éphémères, que le ressentiment de la femme ne va généralement pas plus loin que l'espace d'un traversin, que la réconciliation est proche, et que vous risquez d'en être pour vos frais, si vous n'avez pas été honoré immédiatement. Encore qu'il soit moins gênant de réclamer, séance tenante, le prix d'un certificat que celui d'une visite médicale, voici le moyen que je vous conseille d'employer pour vous défendre contre cette petite exploitation.

Avant d'entreprendre l'examen de votre éventuelle cliente, demandez-lui si elle s'est munie du papier timbré nécessaire pour l'établissement du certificat. Il y a neuf chances sur dix pour qu'il n'en soit rien. Priez-la alors de vouloir bien s'en procurer une feuille, la loi vous faisant une obligation de procéder ainsi. Je parie tout ce que vous voudrez que vous ne la reverrez pas. Que de certificats de ce genre ai-je délivrés quand j'avais vingt-cinq ans, poussant la naïveté jusqu'à fournir moi-même la feuille timbrée (qui coûtait alors 0,60), dont je n'ai jamais touché un centime, apprenant par surcroît quelques jours après, que les époux en guerre s'étaient réconciliés ! C'est mon expérience qui me suggère le conseil que je vous donne.

C'est elle qui m'engage aussi à appeler votre attention sur tout ce que l'établissement et la délivrance des certificats médicaux présente de délicat, voire de scabreux. Soyez toujours d'une circonspection extrême toutes les fois que vous serez appelé à certifier un état pathologique avec toutes ses conséquences. Quand il s'agit du certificat indispensable à l'internement par placement volontaire, d'un aliéné, vous ne prendrez jamais trop de précautions. Celle qui s'impose, bien que la loi ne l'exige pas, consiste à appeler un confrère à examiner avec vous l'aliéné présumé et à signer avec vous le certificat. Ne faites état surtout que de ce que vous observez par vous-même, et faites-en la description détaillée, sans chercher à formuler un diagnostic que vos connaissances, probablement rudimentaires en psychiatrie, risqueraient de ne pas énoncer avec toute la précision désirable. Mentionnez bien que l'aliéné est dangereux pour lui-même et pour autrui, et concluez à la nécessité de le placer en observation dans un établissement spécialement consacré au traitement des maladies mentales. C'est au médecin de cet établissement qu'il appartiendra de confirmer ou de réformer votre appréciation et de conclure, s'il y a lieu, au maintien de l'internement.

Les placements volontaires, par opposition aux placements administratifs prononcés par le Préfet, sont ceux que réclame la famille ou l'entourage d'un aliéné. Si votre examen ne vous permettait pas d'acquérir la conviction scientifique d'un état psychopathique plus ou moins défini, n'hésitez pas à refuser de délivrer la pièce qui vous est demandée.

Il y a des cas où toutes les apparences, aux yeux des profanes, sont en faveur de la folie, alors qu'elle n'est pas en cause. Tels ces douteurs, psychasthéniques invétérés, qui s'irritent au point de paraître violents, contre un entourage, malavisé qui ne sait pas les prendre ; tels ces paraphasiques par séquelle d'hémorragie ou de ramollissement cérébral, qui prennent de fortes colères parce que, employant les mots les uns pour les autres, les déformant, ils provoquent le rire et les moqueries de la part de parents qui ne les comprennent pas.

Certes, de tels malades sont parfaitement justiciables de la maison de santé où l'on pourra assez souvent les rééduquer en les améliorant. Mais de la cure libre à l'internement avec toutes ses conséquences sociales, il y a un abîme qu'il ne faut franchir que très prudemment et en parfaite connaissance de cause.

Ce côté de la pratique médicale est, lui aussi, plein d'embûches : gare à la bûche !!!

Méfiez-vous aussi des femmes qui viendront

vous demander de certifier qu'elles sont atteintes de syphilis ou de blennorragie, promptes à se servir de votre attestation pour introduire une demande en divorce contre un mari peut-être coupable en effet de les avoir contaminées, peut-être coupable seulement d'avoir cessé de plaire.

Vous voyez combien il importe que vous preniez garde à tous les pièges que renferme la délivrance des certificats médicaux. Et je ne parle pas aujourd'hui des relations étroites de ces certificats avec le respect du secret professionnel. En tout état de cause, faites toujours contresigner ceux que vous établirez par les personnes qui vous les auront demandés.

Cela m'amène à répondre à la question que vous me posez, à propos de la conduite que vous aurez à tenir vis-à-vis de cette femme qui vient de vous demander de l'accoucher dans un mois, sous le sceau du secret le plus absolu, et en vous chargeant de faire vous-même, le moment venu, la déclaration de la naissance de l'enfant.

Cet accouchement demeurera-t-il ignoré, ainsi que votre veuve joyeuse l'espère ? Cela ne vous regarde pas. Tout votre devoir, à vous, est de n'en parler à quiconque. Et si vous êtes interpellé à ce sujet, de vous dérober. Mais vous ne pouvez vous dérober pareillement à l'accomplissement de la formalité de la déclaration de la naissance. On ne vous a probablement pas appris, à l'école que, aux termes de l'article 56 du Code civil : « La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les *docteurs en médecine*.... ou autres personnes *ayant assisté à l'accouchement* ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée ». Et cela, dans les trois jours de la naissance.

Vous vous présenterez donc au bureau de l'état civil de la mairie de la commune où aura eu lieu l'accouchement, et vous déclarerez à l'officier ou à son représentant que, tel jour, à telle heure, un enfant du sexe masculin ou féminin, est né sur le territoire communal, et a reçu les prénoms de... C'est à ces mots seuls que doit se borner strictement votre déclaration. Et ne vous en laissez pas imposer par l'officier de l'état civil ou (son représentant) s'il cherche à vous en faire dire davantage. Il n'a rien à exiger de plus, et vous avez l'obligation rigoureuse de vous taire sur tout le reste : domicile et nom de la mère.

J'allais terminer ma lettre sans vous dire que Didier-Dubreuil m'a répondu ces jours-ci qu'il se souvenait parfaitement de notre rencontre pendant la guerre, et qu'il n'aurait aucune peine à s'intéresser à vous parce que, d'ores et déjà, vous lui êtes très sympathique. Il appuiera votre candidature au Syndicat médical. Mais il ne peut faire que vous puissiez être admis avant l'accomplissement du stage de six mois que les statuts de ce groupement exigent de tout nouveau venu.

Soumettez-vous-y donc de bonne grâce. Et continuez à progresser comme vous venez de le faire au cours de ces deux mois. Je vous suivrai dans cette voie avec infiniment d'intérêt, si vous voulez bien continuer à me tenir au courant de tout ce qui vous arrivera, le bon comme le mauvais. Puisse celui-ci vous épargner !

G. DUCHESNE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Conditions techniques d'une saine immigration.

I. DÉPART. — Comment le tri sanitaire des émigrants doit-il être organisé pour être efficient au point de vue technique et possible au point de vue financier.

II. ARRIVÉE. — Comment le contrôle sanitaire des immigrants doit-il être organisé pour être efficient au point de vue technique et possible au point de vue financier.

III. SÉJOUR. — Le contrôle sanitaire des immigrants doit-il être continué à l'intérieur du pays récepteur et comment ?

Par le Dr René MARTIAL.

Causes des erreurs.

Les causes des erreurs constatées, tant au Conseil municipal qu'à l'Académie de médecine au seul point de vue particulier qui nous occupe ici, résident dans le fait de vouloir importer un très grand nombre d'individus en un temps très court afin de réduire les dépenses au minimum. Cette prétention n'est même pas justifiable au point de vue économique, car tout le monde sait qu'un travail mal préparé est toujours d'une exécution défectueuse, que le temps et les moyens dépensés pour la préparation sont récupérés et au-delà au moment de l'exécution, parce que celle-ci est tellement facilitée qu'elle ne demande plus qu'un temps et des moyens minimes, Cet axiome est vrai qu'il s'agisse d'un travail industriel, agricole, artistique, scientifique, historique, etc. Cette prétention ne peut s'expliquer que par la méconnaissance : 1° des qualités physiques que doit présenter tout travailleur ; 2° des répercussions sociales et budgétaires d'un certain nombre de maladies ou de tares individuelles et familiales.

Très peu de personnes d'ailleurs possèdent ces notions, car elles supposent, non seulement la compétence médicale, mais encore un long entraînement dans l'étude de toutes les questions médico-psychologiques, médico-sociales et médico-statistiques, et, de plus, une pratique réelle et non seulement administrative de la main-d'œuvre importée conférant la connaissance de la race, de son mode de vie, de sa mentalité, etc. On l'a bien vu, pendant la guerre, en recrutant des Epagnols, des Africains du Nord, des Chinois, des Arméniens, des Grecs, etc. On l'a vu depuis à propos des Hollandais et des Italiens.

***

Rapports des divers examens entre eux, prépondérance de l'examen sanitaire.

La théorie strictement et étroitement économique du recrutement de la main-d'œuvre n'est donc pas ou plus valable. Au moment de la Ruhr, on avait déjà signalé l'erreur. Mais on se plaçait au point de vue qualité morale de l'individu, et nous désirons nous borner, ici, à l'examen de la qualité physique.

La séparation entre les points de vue ne peut d'ailleurs pas être absolue comme bien l'on pense. On peut même dire que le point de vue sanitaire confine très étroitement au point de vue moral et au point de vue policier, car tel criminel ne le serait point devenu s'il ne portait en lui des tares de dégénérescence qui l'ont conduit au crime.

De même, l'examen professionnel auquel l'émigrant est supposé être soumis ne peut-il avoir une valeur complète que si l'examen médical confirme les facultés physiques et l'aptitude au travail de l'émigrant examiné.

L'examen sanitaire individuel qui doit suivre l'examen professionnel et l'examen policier — déjà éliminatoires par eux-mêmes — constitue donc la pierre de touche d'une saine immigration.

C'est ce que — abstraction faite d'autres conditions très spéciales — les Américains ont fort bien compris, eux qui font de l'immigration depuis soixante ans environ, et pourquoi leur tri sanitaire est très complet et, partant, très sévère.

***

Ce qui existe. — Départ.

Il ne s'agit cependant pas de copier servilement l'organisation américaine quelque excellente qu'elle soit, mais de mettre sur pied une organisation qui corresponde à des moyens financiers restreints tout en donnant au point de vue technique le maximum d'efficacité.

Qu'existe-t-il actuellement en Pologne, ce pays étant pris pour exemple, et nos investigations nous ayant mis à même de nous renseigner de tout près comme à distance.

Il existe : 1° des rassemblements campagnards où un seul et unique médecin examine *grosso modo* les candidats pendant que l'agent recruteur les interroge au point de vue professionnel. L'examen médical porte surtout sur la stature de l'individu, il est rapide, et n'aboutit qu'à un refus où à une acceptation. 25 % des candidats seraient rejetés alors. Mais pour ceux admis, je n'ai pu trouver aucune trace d'aucune espèce de renseignement médical, ni fiche, ni feuille d'observation ;

2° Au point de départ, dans l'espace de vingt-quatre heures, de 500 à 1.000 immigrants doivent accomplir toutes les formalités bureaucratiques — et elles sont nombreuses — se restaurer, dormir, passer chez le coiffeur (facultatif), être vaccinés et subir un examen médical. Ceci laisse tout au plus 7 à 8 heures au seul et unique médecin pour examiner 1.000 individus. Une sage-femme examine les femmes au point de vue grossesse. On peut dire qu'il n'y a pas en réalité de deuxième examen médical. Cela est impossible, il n'y a pas assez de temps, et la feuille d'observation qui permettrait d'abréger certains examens n'existe pas.

Le centre de Weirehowo est moins deshérité que celui de Mislowice, mais il ne reçoit plus que très peu d'émigrants pour la France ; presque tous ceux qui passent par là vont au Canada. Ce centre comporte plusieurs classes. Le service d'épouillage y est très bien fait.

Il ne faut donc pas s'étonner s'il passe des gens qui seront malades trois mois ou six mois ou plus tôt, peut-être, après leur arrivée en France : tuberculeux, syphilitiques, dégénérés de toute catégorie, intoxiqués, etc.

***

Ce qu'il faut faire.

Que faut-il donc faire ?

Augmenter la durée des rassemblements ? Augmenter le nombre des médecins ?

Non, puisque nous devons viser à l'économie.

Il faut viser à l'économie des gestes. Il faut appliquer les méthodes de Taylor et de Gilbreth à l'examen médical, sinon dans le fait, du moins dans l'esprit ; il faut, par dessus tout, établir la feuille ou fiche d'observation. Son établissement constitue la bonne préparation du travail dont nous parlions plus haut. C'est elle qui permettra d'agir *cito, tuto et jucunde*.

De la feuille d'observation et du fonctionnement.

On appelle ainsi, dans nos hôpitaux, une feuille sur laquelle est inscrite l'histoire de la maladie

dont souffre le patient avec les faits cliniques qui s'y rapportent, les résultats des examens cliniques et de laboratoires, les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux.

Dans le cas qui nous occupe il ne s'agit pas, en principe, de malades, mais de gens en apparence bien portants ; il ne s'agit pas de maladies aiguës mais de maladies chroniques, invisibles souvent sans recherche, latentes, ou de tares de divers ordres qu'il faut aussi trouver.

Or ce sont ces maladies, ces tares, qui ont des répercussions sociales de divers ordres. Elles sont bien plus importantes au point de vue de l'économie sociale que n'importe quelle maladie aiguë quand ce ne serait — et ce point de vue n'est pas le seul — que par le nombre de journées d'invalidité qu'elles entraînent. La feuille d'observation de l'émigrant n'est donc pas semblable à celle d'un malade, mais elle est tout aussi nécessaire.

Feuille d'observation ou fiche ? fiche suggère quelque chose de plus sommaire, de trop sommaire — c'est pourquoi nous préférons le mot feuille — laquelle feuille peut être double si l'on veut ou si l'examen de tel candidat le rend nécessaire.

Comment et par qui la faire établir ?

Dans les centres de rassemblement primaires, avec un seul médecin, en même temps que l'agent recruteur enquête au point de vue professionnel ?

Non.

Car il faut du temps, un personnel, et des moyens d'examen.

Où donc ?

Dans une localité pourvue d'un bon hôpital, ou d'une clinique privée ou publique, ou d'un ou de plusieurs dispensaires bien fournis en appareils et laboratoires, bien pourvus de personnel, ou auxquels la S. G. d'I. en adjoindra ou ajoutera.

L'agent recruteur ira recruter dans les villages et y faire son examen professionnel. Aux candidats qu'il acceptera, il enjoindra de se rendre à la ville et à l'hôpital désignés, à un ou à des jours choisis d'avance avec le corps médical choisi pour l'examen des émigrants.

Là, sera établie la feuille d'observation. Les frais de séjour seront à la charge de l'émigrant, les honoraires médicaux, et les frais de premier établissement (appareils) à celle de la Société qui assume l'entreprise de l'immigration.

Il n'est pas nécessaire que la feuille d'observation soit de date absolument récente par rapport à celle de l'examen dans les centres secondaires (départ), car les notions qu'elle fournit sont durables puisqu'il ne s'agit nullement d'affections aiguës. Elle peut être établie trois mois ou même quatre mois, voire même au besoin plus encore, avant le second examen. Cela pourrait même être avantageux dans le cas d'évolution de signes de dégénérescence, de syphilis, de paludisme, d'intoxication, de psychose, soit pour permettre à l'émigrant de se soigner, soit pour laisser à la maladie le temps de se déclarer et de faire ainsi éliminer le candidat.

Donc, inutilité des grands rassemblements, simple fixation de jours et d'heures pour examens réservés à des candidats émigrants.

L'émigrant accepté doit emporter avec lui cette copie jusqu'à destination. S'il arrive au centre-frontière sans cette feuille, il est refoulé, *ipso facto*, sans autre examen médico-sanitaire.

Il la conserve avec lui, même lorsqu'il est rendu chez son employeur ; car, alors encore, elle peut être utile au médecin, s'il devient malade ; elle lui est nécessaire, s'il y a lieu de s'occuper des parasites intestinaux, de la syphilis, du paludisme, etc.

L'original est envoyé par le chef de mission à la société qui a entrepris l'immigration — où elle est classée méthodiquement, à toutes fins utiles — et notamment, pour le cas de contestations ayant pour point de départ une question de santé.

Nombre des médecins où la feuille d'observation est établie, appareillage locaux.

Combien de médecins faudra-t-il pour répondre à toutes les questions posées par la feuille d'observation ? Un bon médecin de médecine générale, médecin chef de service, un médecin de laboratoire (sérologie, hématologie, bactériologie clinique, radioscopie), un médecin des maladies nerveuses et mentales, ce dernier chargé aussi de l'examen du fond de l'œil, du champ visuel et de la réfraction, soient trois médecins (minimum).

Personnel auxiliaire : 3 infirmières. Mais comme on sera dans un hôpital, un dispensaire ou une clinique, ce personnel auxiliaire sera aisément trouvé, ses honoraires viendront en surplus de son traitement normal, habituel, et de ce fait seront relativement peu élevés.

Comme il y aura un ou des jours chaque quinzaine ou chaque mois, comme l'agent recruteur travaillant dans les districts n'enverra pas tout le monde le même jour, comme la mise en route vers le centre secondaire ne se fera que plus tard, on peut très bien admettre qu'il n'y ait pas plus de 30 à 40 personnes par séance d'examen. Ce qui constitue une tâche possible pour trois médecins, qui peuvent d'ailleurs s'entr'aider, car celui chargé des examens de laboratoire aura surtout du travail le lendemain tandis que les deux autres auront tout à faire le jour même.

Appareils. — C'est ce que nous appelons la première mise de fonds — quand ils n'existent

pas déjà dans le centre choisi — auquel cas il suffirait d'indemniser pour leur usage, et encore cela dépendrait-il des appareils.

Pour le médecin-chef : petits appareils d'examen clinique : chaise-longue, spéculum pour le nez, les oreilles, miroir frontal, stéthoscope, marteau à percussion, gants, doigtiers, table d'examen avec supports, spéculum, deux plateaux métalliques, lampe à alcool, tubes pour analyse d'urines, blouses, tabliers, lavabo, serviettes.

Pour le médecin chargé du laboratoire (appareils les plus coûteux) : verrerie pour sérologie, hématologie et bactériologie élémentaire, microscope, 2 étuves, appareil pour faire la radioscopie, chambre noire, gants, etc.

Pour le médecin chargé de l'examen des nerveux, des mentaux et de l'examen des yeux de certains candidats : ophtalmomètre, ophtalmoscope, boîte à réfraction, marteau-percuteur, etc.

Locaux : une salle d'attente, 2 cabinets médicaux, une pièce pour le laboratoire, un vestiaire, lavabo pour le personnel médical et infirmier.

Il est probable que dans beaucoup de cas, l'institution qui abritera le service sera déjà pourvue de tout ou partie de ces appareils et de ces locaux.

Il incombera aux médecins d'organiser leurs séances d'examens de manière à perdre le moins de temps possible.

Le vade mecum qui leur sera donné, d'une part, le texte même de la feuille d'observation, d'autre part, leur permettront d'arriver à une vitesse optima, c'est-à-dire, à une vitesse telle que l'examen soit effectif et complet dans un temps cependant relativement court.

La feuille d'observations et sa copie sont signée par le médecin-chef du service, *responsable*.

***

Suite du fonctionnement. Examen au départ.

Une feuille d'observation aussi soigneusement établie et à loisir, permet, un examen plus rapide au centre où se rassemblent les émigrants en vue du départ.

Là, il s'agit de voir si, entre le moment où la feuille d'observation a été établie et ce jour de visite, ils n'ont pas contracté et ne portent pas les signes de quelque maladie contagieuse leur interdisant le départ (blennorrhagie fraîche, syphilis, angine suspecte, etc.), ou si l'état de santé général noté comme bon sur la feuille d'observation n'est pas devenu mauvais, par exemple, par évolution d'une tuberculose latente non reconnue.

Il s'agit aussi de les épouiller, s'il y a lieu, et de les vacciner.

Il n'est pas indifférent de se rendre compte de l'état d'avancement de la grossesse chez les femmes qui partent enceintes.

Honoraires médicaux : x francs par sujet examiné, à répartir entre les divers médecins ayant collaboré à l'établissement de la feuille d'observation.

Chaque médecin reçoit un vade-mecum destiné à le guider dans l'établissement de la feuille d'observation ; car il importe d'avoir une unité de méthode.

Pour tout candidat émigrant, il est établi une feuille d'observation. Une copie en est donnée à l'intéressé lorsqu'il est jugé apte à émigrer, Ce candidat doit conserver cette copie et la présenter le jour de l'examen au centre secondaire, faute de refus pur et simple. Le candidat jugé inapte ne reçoit aucune copie de sa feuille d'observation et par suite ne peut partir.

Toutes les feuilles d'observations, duement remplies, sont envoyées au chef de la mission française, à Poznan. Elles portent la mention accepté ou refusé en face du nom de chaque candidat.

***

Création du réservoir de main-d'œuvre.

A ce moment, non seulement on connaît déjà bien les sujets aptes à partir, mais encore, comme les examens sont faits sans hâte ni précipitation, on a constitué au bout de quelques mois un réservoir de main-d'œuvre *sélectionnée*, et l'on est prêt à répondre aux demandes formulées par l'agriculture ou l'industrie.

Lorsque le chef de mission recevra une demande pour 100, 300, 1.000 travailleurs, c'est lui qui avisera chacun des candidats reconnus aptes, d'avoir à se diriger sur tel centre de départ muni de sa feuille d'observation (copie), faute de laquelle il sera renvoyé sans autre explication.

Le chef de mission ayant constitué le dossier de chaque candidat avec les fiches professionnelle et policière, avec la feuille d'observation, et les autres renseignements qu'il aura pu recueillir aura droit de veto après examen du dossier.

Donc, le choix devient de plus en plus sévère, et les garanties de toute nature augmentent.

***

Type de la feuille d'observation.

La feuille est établie au moment du premier examen ; l'original est envoyé au chef de la mission française. Une copie est remise à l'émigrant accepté. Celui qui est refusé ne reçoit rien. Les feuilles sont répertoriées au premier centre d'examen.

Service d'émigration de .... en France.

Observation médicale et sanitaire.

Localité Médecin-chef Médecins-adjoints

Date Nom du candidat Prénoms Adresse Age Sexe

AH
AC (très brefs, rechercher tub. éthyl. H Σ, aliénation mentale).
AP

Examen clinique : Taille, périmètre thoracique. Poids.
Peau et cuir chevelu.
Appareil locomoteur.
Cœur et vaisseaux.
Poumons.
Estomac, foie, autres organes splanchniques.
Ganglions.
Appareil génito-urinaire.
Système nerveux.
Yeux.
Grossesse et gynécologie.

Examens de laboratoire : Crachats, éventuellement porteurs germes pharynx.
Sang (parasites ou formule hémo-leucocytaires).
Sérum (Wassermann).
Urines (albumine, sucre).
Fèces (parasitologie et éventuelleement porteurs germes).
Peau et poils (teignes).

Radioscopie :
Alcoolisme, toxico-manies, infirmités diverses.
Tares héréditaires Dégénérescences.
Diagnostic avec ses considérants.

Conclusion : refusé ou accepté.

Signature du Médecin-chef

Visa du Chef de la Mision française

Maladies éliminatoires d'emblée : Toutes les maladies contagieuses aiguës, la tuberculose, la blennorrhagie aiguë, la syphilis en période de contagion, les métrites et maladies des annexes, la lèpre, les dysenteries, les affections organiques du cœur, la syphilis nerveuse, l'alcoolisme et les toxicomanies, les dégénérescences mentales, les anomalies de développement susceptibles de diminuer la capacité de travail ou d'entraîner l'hospitalisation, l'idiotie, etc...

D'une manière générale, sont éliminatoires toutes les maladies qui font retomber le sujet à la charge de la collectivité.

Centre de départ.
Révision de l'observation ci-dessus décrite.

Confirmation ou modification du diagnostic :

Remarques estimées utiles par les médecins, mais qui n'entraînent pas le rejet.

Conclusion : refusé ou accepté.

Vaccination :

Signature du Médecin-chef du Centre :

Visa du Chef administratif du Centre.

Les examens qui ont donné lieu à l'établissement de la feuille d'observation ayant été bien faits, on peut admettre que 85 % environ des partants n'auront besoin d'autre chose que d'être vaccinés. Pour les autres, un examen complémentaire localisé : poumon, gorge, organes génitaux, cuir chevelu, etc., sera aisé, et, si besoin est, complété par une épreuve de bactériologie clinique extemporanée, ou sinon extemporanée, du moins susceptible d'être concluante en quelques heures.

Deux médecins tous deux sachant le peu de laboratoire qu'il faut pour répondre aux questions qu'ils se poseront à eux-mêmes, une sage-femme, un infirmier et deux infirmières pourront, avec quelque entraînement, examiner — dans les conditions sus-dites — trois cents personnes par jour, car il n'y en aura pas plus de 45 suspectes, et, vraisemblablement, peut-être même pas, la moitié de ces 45 demanderont un examen prolongé, et encore peut-être pas plus de 10 à 12 un examen de laboratoire.

Il faut des locaux *commodément* disposés où l'on puisse circuler rapidement, un laboratoire rudimentaire (microscope, deux petites étuves verrerie), un matériel clinique encore plus réduit : serviettes, abaisse-langue, vaccino-styles, balance, un lit d'examen pour les femmes grosses.

Dans ces conditions on pourra même dépasser 300 personnes par jour et arriver à 1.000 en trois jours.

Il va de soi qu'en multipliant le nombre des médecins et en augmentant la grandeur des locaux, on pourrait aller encore plus vite. Mais, à la vitesse actuelle de débit de l'émigration, il semble que l'on se place là dans les conditions optima de sélection.

Bien entendu, le chef administratif du centre de départ a droit de veto sur l'avis donné soit par le service de police, soit par le service médical soit par les deux conjointement.

On peut ainsi espérer que ne seront mis en route que des individus sains.

II

A l'arrivée.

En raison des précautions déjà prises dans le pays d'origine, et abstraction faite des accidents qui peuvent survenir en cours de route ou des maladies qui peuvent se déclarer pendant ce temps — et qui seront très rares — tout contingent devra arriver à destination en bon état de santé — et chaque immigrant porteur de la copie de sa feuille d'observation — sous peine de refoulement immédiat.

Les feuilles d'observation originales demeurant dans les bureaux du chef de la mission, dans le pays d'origine, qui les classe en « sujets refusés » et « sujets acceptés ». Les « sujets refusés » sont gardés définitivement à la mission pour le cas où ils se présenteraient à nouveau. Les « sujets acceptés » sont adressés à l'entreprise d'immigration qui les classe méthodiquement, à toutes fins utiles, et, notamment, dans le but d'appeler l'attention des employeurs sur la nécessité d'obliger tel ou tel ouvrier à surveiller sa santé (parasites intestinaux, paludisme, syphilis ancienne, etc.).

Au centre d'arrivée, chaque immigrant produit sa feuille d'observation et subit un examen général, dont la durée se trouve abrégée par la lecture de la feuille, mais qui est complété par des épreuves de laboratoire plus complètes ou renouvelées : Wassermann, hématologie, porteurs de germes (pharynx, fèces), parasitologie, radiologie pour les suspects, et, au besoin par une quarantaine de quelques jours destinée à l'observation du sujet suspect de maladie (angine, fièvre, point de côté, hémorrhagie utérine, etc.).

Locaux, personnel, matériel.

D'où nécessité de locaux médicaux assez vastes comportant salle d'attente, salle ou salles d'examen avec tout le matériel clinique, laboratoire de sérologie, bactériologie, de radiologie, petit hôpital avec ses services accessoires, service d'épouillage et service de désinfection.

Bien entendu, les dimensions de ces locaux seront proportionnés au nombre d'immigrants reçus.

Le personnel médical et sanitaire est composé de deux espèces de personnes : des permanents et des temporaires. Ceci par raison d'économie.

Ainsi que je l'ai indiqué dans mon rapport au XIIIe Congrès des médecins hygiénistes français, il existe une catégorie de médecins qui doivent trouver leur place naturelle dans de tels organismes (1), ce sont les médecins-hygiénistes en fonctions dans les villes de plus de 20.000 habitants ou ceux placés à la tête des départements.

Ceux-là sont légalement et techniquement qualifiés pour s'occuper de prophylaxie, qu'il s'agisse d'immigrants ou non. Il est surprenant qu'on n'ait pas fait appel à leur compétence. Donc suivant le cas et la localité — et je ferai remarquer en passant que c'est à tort qu'on a

(1) Je ne fais aucune allusion à ce qui existe ou n'existe pas, car, en mai ou juin 1926, lorsque le président de la Société de médecine publique et de génie sanitaire a demandé pour moi l'autorisation de visiter le centre de Toul, officiellement, parce que rapporteur désigné de la Société de médecine et d'hygiène publique, cela a été refusé non moins officiellement.

Depuis lors, l'état du Centre de Toul a été connu du grand public par l'intervention du Dr Even (1927). J'ignore si et quelles modifications ou améliorations ont été apportées. Je n'ai donc pas à en parler dans cet exposé.

reculé les centres, qu'ils doivent être placés à la frontière même, terrestre ou maritime — ce sera le médecin-directeur du bureau municipal d'hygiène, ou le médecin-inspecteur d'hygiène d'arrondissement (il y en a dans certains départements), ou le médecin-inspecteur départemental d'hygiène qui sera le médecin-chef du centre d'arrivée des immigrants. Il est permanent et responsable. Loin d'être incompatible, cette nouvelle attribution complète celles qu'il a déjà. Dans certains ports, il pourrait être remplacé ou suppléé par un médecin-sanitaire maritime. Etant déjà en fonctions, il ne lui sera pas attribué de traitement spécial, mais seulement une indemnité.

Le personnel permanent comprendra en outre : un médecin chef de laboratoire, deux infirmiers (laboratoire et désinfection), une infirmière chef et une infirmière sous-chef.

Le personnel temporaire comprendra un, deux ou trois médecins désignés d'avance parmi ceux de la localité ou du voisinage, et qui ne viendront au centre que suivant les besoins, soit ensemble, soit à tour de rôle. L'un d'eux devra connaître l'ophtalmologie et un autre la pathologie nerveuse ainsi que la pathologie mentale.

Les infirmières temporaires sont des femmes désignées d'avance parmi la population féminine de la ville ou de la région avoisinante qui sont convoquées en temps opportun.

Une sage-femme fait partie du personnel temporaire.

Chacun est instruit à l'avance de ses fonctions, chaque médecin reçoit un vade-mecum, et tout le personnel temporaire est encadré, à chaque mobilisation par le personnel permanent. L'importance de ces mobilisations varie suivant le nombre d'immigrants qui débarquent.

Fonctionnement.

Si des immigrants arrivent malades, ils sont hospitalisés à l'hôpital du centre d'arrivée. Ils y sont soignés et au moment de la guérison admis à entrer en France ou refoulés, suivant le cas.

Si, en dépit des examens précédents, des immigrants non acceptables sont parvenus jusqu'à notre frontière, le nouvel examen permet de les refouler.

Le matériel et les locaux nécessitent une mise de fonds assez importante : cinq personnalités peuvent y contribuer : l'Etat, le département, la commune, les groupements industriels et les groupements agricoles.

De même pour le traitement du personnel. La charge pour chacun sera minime, mais le total permettra de faire quelque chose de bien (v. mon rapport de 1926).

Parmi ceux admis à entrer en France, deux groupes : ceux sur lesquels il n'y a plus rien à dire, ceux qui peuvent entrer, mais au sujet desquels une certaine surveillance sanitaire devrait être continuée: parasites intestinaux, paludisme, syphilis, etc.

III

Surveillance sanitaire pendant le séjour dans le pays.

Elle existe déjà en partie, puisque dans toutes les grandes industries il y a un service médical fortement organisé, et que, dans les usines du Nord, au moins, on pratique normalement le dépistage de l'ankylostomasie, ce qui permet de trouver aussi les autres parasites intestinaux.

De même pour la syphilis, mais là il y a encore un effort de coordination et de généralisation à faire.

Enfin, il faudrait se préoccuper du paludisme auquel on ne songe pas assez et qui pourrait être surveillé comme l'ankylostomasie.

Les frais de cette surveillance sanitaire à l'intérieur du pays incombent normalement à l'employeur qui a déjà ses médecins et ses laboratoires. S'il n'a ni l'un ni l'autre, il s'adressera au bureau municipal d'hygiène le plus proche, ou au besoin à l'inspecteur départemental d'hygiène qui opèreront gratuitement ou presque, vu le petit nombre de cas et l'armement technique dont ils disposent déjà pour la prophylaxie.

L'immigrant demeure porteur de la copie de sa feuille d'observation jusqu'à destination.

A l'intérieur du pays, elle pourrait être transformée en un livret sanitaire, si on le jugeait bon.

BIBLIOGRAPHIE

L'*Ouvrier*, préface du prof. A. Calmette. G. Doin, éd., Paris, 1909.

Travaux du Bureau municipal d'hygiène de Douai, Douai, 1913.

Conditions particulières imposées par la guerre à *la prophylaxie. Montpellier médical*, n° 23, 1917.

Organisation sanitaire du camp des travailleurs coloniaux de Castres (Camp Moutonnet, 6.000 Annamites). 1917.

Prophylaxie du paludisme dans la seizième région, 1917-1918. *Montpellier médical*, n° 6, 1918.

Organisation de l'immigration espagnole, 1917, à la frontière des Pyrénées. Voir : *immigration, varicole, vaccination. Revue d'hygiène*, n° 11, 1919.

Epidémie de *fièvre typhoïde survenue chez des travailleurs annamites. Bulletins* de la Société médico-chirurgicale de Montpellier et de l'Académie de médecine, janvier 1918.

Organisation de la *prophylaxie du typhus exanthématique* à Cette et à Port-Vendres, 1918. Voir aussi *Revue d'hygiène*, n° 10, 1919.

Chapitre XIV, in « Principes d'hygiène ». G. Doin, édit., 1920.

Création du premier *Fondouk-preventorium* à Fez. *Bulletin Académie de médecine*, nov. 1922 ; *Revue d'hygiène*, n° 11, 1922 et *Informateur médical*, n° 20, 1923.

Immigration, prophylaxie sanitaire et sociale, in *Annales d'hygiène*, n° 4, Baillière édit., 1924.

Congrès pour l'avancement des sciences, Grenoble, 1925. Rapport sur l'*immigration en France*. La Société pour l'avancement des sciences, édit.

XIII[e] Congrès des Hygiénistes français. Rapport sur : *L'examen sanitaire des immigrants à la frontière et leur logement dans le pays*. *Bulletin* de la Société d'hygiène, in *Revue d'hygiène*, n° 12; Masson, édit., 1926.

Voir aussi : Société de Médecine de Paris, mars 1926. *Archives de médecine navale*, avril-juillet 1926. *Annales d'hygiène*, mai-juin 1926. *Concours médical*, n[os] 15, 16 et 17, 1926. *Le Monde nouveau*, mars 1926, etc.

A l'impression : Psychologie et technique de l'immigration.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Massages. — Soins donnés par un infirmier sous le contrôle et la surveillance du médecin.

COUR DE CASSATION (Ch. civile).

21 *novembre* 1927.

Gaz. Pal., 20 décembre 1927.

Les massages opérés non par le médecin, mais sous son contrôle et sa surveillance par le personnel infirmier doivent être rétribués suivant le taux fixé au tarif établi par l'arrêté ministériel du 8 *juillet* 1920, *art.* 30, *pour les soins donnés par le médecin lui-même.*

M. Rontaix s'est pourvu en cassation d'un jugement du tribunal civil de la Seine, rendu le 2 février 1923 au profit du docteur Lepers.

Moyen unique du pourvoi : « Violation de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905, des art. 15, 16 et 30 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que le jugement attaqué, après avoir constaté qu'en l'espèce, des massages ont été faits et des soins donnés à un accidenté du travail par des masseurs et des infirmiers dépendant d'une clinique, décide cependant d'accorder auxdits soins la rémunération fixée par le tarif du 8 juillet 1920, alors que ce tarif exceptionnel, calculé à raison de la compétence professionnelle des médecins, n'est applicable qu'aux soins donnés par le médecin traitant lui-même ».

Arrêt :

La Cour,

Sur le moyen unique :

Attendu qu'à la suite d'un accident du travail, survenu le 10 avril 1922, à Gubin, ouvrier de Rontaix, le docteur Lepers a donné, dans sa clinique, ses soins au blessé, atteint d'un fracture du radius gauche, et a réclamé au patron une somme de 528 fr. pour ses honoraires ; que, sur le refus de celui-ci de payer au prix du tarif établi par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, ceux des massages opérés non par le médecin mais par le personnel infirmier sous ses ordres, le docteur Lepers l'a actionné en justice ; que le jugement attaqué a accueilli la demande du médecin par le motif que les massages avaient été faits sous son contrôle et sous sa surveillance ;

Attendu, d'après le pourvoi, qu'aux termes de l'art. 30 de l'arrêté ministériel précité, le médecin ne peut réclamer des honoraires que pour les soins qu'il a lui-même donnés, et que si le docteur Lepers peut légitimement invoquer l'application du tarif légal pour la rémunération des massages qu'il a lui-même pratiqués, les massages opérés par les infirmiers sont laissés par l'arrêté susdit en dehors des prévisions du tarif qu'il établit et ne sauraient être rétribués suivant le taux qui y est fixé :

Mais attendu que l'art. 16 du tarif prévoyant les consultations avec ou sans pansement, massages, pointes de feu, ventouses... s'applique nécessairement aux soins donnés par les infirmiers au domicile du médecin, sous son contrôle et sous sa surveillance, ce contrôle et cette surveillance impliquant nécessairement l'intervention personnelle du médecin, qui justifie, conformément à l'art. 30, l'attribution de l'honoraire de 7 fr. fixé au tarif médical ; d'où il suit que le jugement, loin de violer le texte visé au moyen, en a fait au contraire une exacte application ;

Par ces motifs,

Rejette...

NOTE. — Aux termes de l'art. 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, lorsque la victime choisit elle-même son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence du tarif, actuellement fixé par l'arrêté ministériel du 31 décembre 1925, (qui a remplacé celui du 8 juillet 1920). V. Sachet, Tr. de la législ. sur les accid. du travail, 7° éd., t. I, n. 619 ; Trib. civ. Rouen 6 juillet 1925 (*Gaz. Pal.*, 1925.2.605). V. pour le texte de cet arrêté : Sachet, op. cit., t. III, p. 414. Dans l'espèce ci-dessus, on était encore sous le régime de l'arrêté du 8 juillet 1920.

L'art. 30 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 (d'ailleurs maintenu par l'arrêté du 31 décembre 1925) porte : « Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même ». D'autre part, la Cour de cassation a décidé que le tarif ne s'applique qu'aux honoraires du médecin choisi par la victime et laisse en dehors de ses prévisions les différents moyens curatifs qui, admis par le médecin traitant, ne sont cependant pas mis en œuvre par lui-même : Cass. civ. 16 mai 1911 (*Gaz.

Pal., 1911.1.652 — D. 1913.5.13). Le pourvoi, dans l'espèce ci-dessus, où il s'agissait de massages ordonnés par le médecin et exécutés par des infirmiers, prétendait en tirer cette conséquence que le tarif médical n'était pas applicable. Mais la Cour de cassation a décidé que la distinction par elle précédemment faite ne s'appliquait pas parce que si les soins avaient bien été donnés par des infirmiers c'était sous le contrôle et la surveillance du médecin, en sorte qu'ils devaient être considérés comme dispensés par le médecin lui-même.

Commentaires.

A première vue, il semble qu'il y ait contradiction entre cet arrêt et les décisions précédentes de la Cour de Cassation : il n'en est rien.

En effet, la loi du 9 avril 1898, modifiée par des lois ultérieures, a mis à la charge du chef d'entreprise tous les soins nécessités pour le traitement du blessé.

Mais, lorsque la victime fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise n'est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence des prix fixés par arrêté ministériel.

Ceci posé, différents ministres, MM. Dubief, Breton, Durafour, Fallières ont pris un certain nombre d'arrêtés, établissant les prix des diverses interventions médicales, chirurgicales, ou de spécialités.

Or, quelques compagnies d'assurances avaient émis la prétention de se refuser à payer tout acte médical, qui ne figurait pas sur la liste ci-dessus.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 16 mai 1911 décida que ledit tarif officiel était simplement énonciatif et non pas limitatif. Dans ces conditions, lorsque le médecin juge à propos d'ordonner, ou de faire des interventions, non mentionnées au tarif, le prix doit en être payé et le juge de paix, pour déterminer ces honoraires, procèdera par analogies.

Une difficulté avait surgi : d'après le tarif ministériel (article 30, paragraphe 10) le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Par conséquent, lorsque le docteur, ne pratiquant pas le massage, a ordonné des séances faites par un masseur de profession, non diplômé docteur en médecine, qui payera ce masseur ? Sera-ce le chef d'entreprise responsable ? Le blessé ou le médecin traitant ?

Disons de suite que, pour se faire payer, infirmiers, masseurs, etc., n'ont pas l'action directe, c'est-à-dire n'ont pas le droit de s'adresser directement au chef d'entreprise, pour se faire rémunérer pour les pansements, ventouses, massages, ordonnés par le médecin traitant pour un blessé du travail.

Un arrêt de Cassation, du 2 février 1925 (*Concours médical,* 1925, 1463) en a décidé ainsi : « Si les frais médicaux et pharmaceutiques comprennent toutes les dépenses nécessitées par le traitement de la victime d'un accident du travail, ils n'en sont pas moins un des éléments de l'indemnité, laquelle est due, en vertu du contrat de louage de services, par le chef d'entreprise, à l'ouvrier blessé seul, ou, en cas d'accident mortel, à ses représentants.

« Dès lors, en permettant aux médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers, d'exercer, pour le recouvrement de ces frais, une action directe contre le chef d'entreprise, l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898 a institué, en leur faveur une procédure exceptionnelle qu'aucune autre catégorie de personnes agissant comme créanciers de frais médicaux ou pharmaceutiques n'est autorisée à employer.

« Par suite, l'action directe, exercée par un masseur, est irrecevable. »

Ne pouvant pas s'adresser au chef d'entreprise, le masseur qui a travaillé sur l'ordre et sous la direction du médecin, devra-t-il s'adresser au blessé lui-même pour se faire payer de ses soins ?

Oui, en théorie, car le blessé a profité des soins : c'est à lui de les régler, quitte à se retourner vers son patron et à demander à ce dernier le remboursement de la part qui lui incombe.

Non, en pratique, car l'ouvrier est souvent insolvable, ou bien a quitté le pays. Enfin, l'habitude est prise et le blessé considère que c'est l'assurance qui doit tout payer.

Le masseur ne peut donc avoir affaire qu'au médecin, qui l'a fait travailler.

Si le masseur avait *proprio motu* fait des massages au blessé, sans que ce dernier ait eu une ordonnance de docteur, il n'aurait droit qu'à la rémunération qu'il pourrait réclamer à la victime elle-même. Allant plus loin, on pourrait prétendre et soutenir qu'en agissant ainsi, le masseur a commis le délit d'exercice illégal de la médecine : il a pris part d'une manière suivie au traitement d'une maladie.

Mais le projet de loi, de même que la Cour de Cassation semblent vouloir refuser l'action directe aux auxiliaires des docteurs : force leur sera de remettre leur note d'honoraires au praticien, qui les a prescrits, lequel la transmettra au responsable (chef d'entreprise ou assurance).

Il est clair que les masseurs auraient bien préféré avoir l'action directe, eux aussi, car ils peuvent être victimes de la négligence ou de la mauvaise volonté d'un docteur, qui laisserait s'écouler un certain temps avant d'adresser les mémoires collectifs d'honoraires. A moins que ce ne soit le masseur lui-même qui soit négligent et qui ne remette sa note au docteur qu'un certain temps après que ce dernier aura transmis la sienne propre.

Une autre réflexion doit venir à l'esprit : quelques médecins considèreront que la jurispruden-

ce, comme le texte du projet de loi, vont favoriser certaines pratiques coupables, en honneur dans quelques officines louches d'accidents du travail.

Il est de notion courante que, dans nombre de cliniques pour blessés du travail, une permanence est faite par un non diplômé, qui examine et panse tous malades, à toute heure du jour.

Le docteur, propriétaire ou salarié de la clinique, passe à heures fixes et signe les certificats qu'on lui a préparés, alors qu'il n'a pas examiné les nouveaux blessés ; laisse faire les pansements par les infirmiers, sans surveiller ces derniers (ce qui constitue le délit d'exercice illégal de la médecine et celui de complicité).

Mais, en fin de traitement, le médecin réclame des honoraires, non seulement pour lui mais aussi pour ses aides, alors que tout s'est passé le plus irrégulièrement du monde.

Cependant, il ne faut pas que, pour une poignée de médecins indésirables, toute une corporation ait à souffrir.

D'ailleurs, si les compagnies d'assurances voulaient bien s'entendre et se concerter avec les syndicats médicaux, une surveillance technique et un contrôle seraient établis de telle sorte que tous ces forbans de la profession seraient rapidement déférés au tribunal correctionnel. Ce serait de l'assainissement.

Malheureusement, des puissances occultes protègent les délinquants.

Quoi qu'il en soit, l'arrêt de cassation, que nous avons publié a grande valeur, surtout à la veille des assurances sociales, qui, pour leur application, auront à se rapprocher beaucoup de l'expérience tirée de la mise en pratique de la loi du 9 avril 1898.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Ecole d'instruction du Service de santé du G.M.P.

L'organisation et le fonctionnement du service de santé d'une division d'infanterie au combat.

Médecin-major de 1re classe SCHNEIDER.

Le 19 février à 9 h. 30, une conférence a été faite dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris aux officiers de réserve de service de santé : médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration, par le médecin major de 1re cl. SCHNEIDER, médecin chef de l'Ecole supérieure de guerre.

Le médecin inspecteur général Fournial, directeur du service de santé du Gouvernement militaire de Paris, présidait la séance. Cet officier général qui doit passer, bientôt, dans le cadre de réserve, profita de cette occasion pour faire ses adieux aux officiers de réserve.

Dans un court et brillant exposé, le médecin inspecteur général Fournial rappela sa conception générale de l'hospitalisation en temps de guerre ; il insista sur la nécessité de créer de vastes centres hospitaliers sous baraques, en dehors des grosses agglomérations, exposées à la destruction rapide par des bombardements aériens.

Le médecin major de 1re cl. Schneider expose ensuite, dans une brève conférence, les principes généraux de l'*organisation et de fonctionnement du service de santé d'une division d'infanterie au combat.* Après avoir rappelé les caractéristiques essentielles des éléments sanitaires de la Division d'infanterie (groupe sanitaire divisionnaire, section sanitaire automobile, personnel et matériel sanitaires des régiments), le médecin major Schneider insista sur les principes de direction, principes exigibles de tout chef de service, officier d'administration, pharmacien, dentiste, médecin : sens des possibilités techniques, confiance dans le personnel subalterne, entretien du moral de ce personnel par une attribution équitable et rapide des récompenses....

Pour terminer, le médecin major Schneider rappela les missions essentielles que doit remplir le service de santé aux échelons de l'avant : échelon régimentaire, échelon divisionnaire.

Dans une deuxième partie, le médecin major Schneider étudie un cas concret : fonctionnement du service de santé d'une division d'infanterie dans un combat défensif : emplacement des postes de secours des régiments d'infanterie, des groupes d'artillerie, poste de secours divisionnaire, répartition des moyens sanitaires, calcul des nécessaires en équipes de brancardage et en voitures sanitaires, fonctionnement du service de santé pendant une journée caractérisée par une violente offensive ennemie.

En terminant, la conférencier insiste sur deux points suivants :

1° Nécessité à tous les échelons de constituer des réserves importantes ; à l'extrême avant, ces réserves doivent être à pied d'œuvre.

2° Fusion intime, au combat, de tout le personnel sanitaire de l'avant : personnel officier (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration), personnel subalterne (infirmiers, brancardiers). Disparition des spécialités devant la grande et simple mission à remplir : relève des blessés.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

INAUGURATION DU MONUMENT DU PROFESSEUR GILBERT A L'HOTEL-DIEU

Instantané,

Par le Dr Pierre MAUREL (de la Bourboule).

Amphithéâtre Trousseau, au-dessus de la porte d'entrée, le buste de Trousseau semble présider de loin et de haut. Aux murs : encore Trousseau en tenue de ville, portrait signé de Duchesne de Boulogne et venant de la collection de MM. Baillière. Il est là avec son grand air, sa belle tête d'allure « romantique », sa physionomie grave et intelligente. Près de lui est Germain Sée au masque énergique et un peu renfrogné, tandis que Dieulafoy, plein de grâces, en costume d'apparat professoral et « parlant » comme on dit, gesticulant avec sa verve méridionale. Gilbert, le dernier venu dans cette belle lignée, est représenté avec son fier profil d'ardennais placide, mais résolu, ayant en plus son sourire douloureux des dernières années. Nombreuse assistance masculine et féminine. Amphithéâtre plein comme un jour de leçon des maîtres qui y ont enseigné. Taches blanches d'élèves en blouse et à l'arrière-plan, d'une cohorte d'infirmières.

Dans l'hémicycle se pressent des amis de Gilbert, de ses élèves devenus des maîtres selon la formule consacrée et parmi eux les professeurs Hartmann, Achard, Bar, Sicard, Rathery, Villaret, le Benjamin de la Faculté entre autres, et pour ne parler que des collègues du disparu, parmi la foule de ceux qu'on ne peut tous citer. Ils sont trop ! Sur les fauteuils de cuir du service, alignés derrière la table, s'assoient sans apparat, les « officiels » en jaquette ou veston, tandis qu'en face d'eux se lève, en tenue d'hôpital, le professeur Carnot, l'animateur, le « manager », si l'on peut dire, de la cérémonie. Il fait la remise à l'A.P. du monument de Gilbert et parle avec ferveur et une belle ardeur contenue, au nom des élèves du maître dont il fut un des premiers dans tous les sens du mot. Il rappelle brièvement sa magnifique et rapide ascension, son inlassable activité et son attitude stoïque dans son âpre grandeur, pendant la seconde partie de sa carrière, attitude héroïque, pourrait-on dire, qui grandit encore la valeur morale de l'homme, si possible, et revint comme un leitmotiv douloureux dans les souvenirs égrénés au cours de cette séance. Dans cette profonde esquisse, on sent la vénération, l'amitié, l'affection d'un des élèves préférés et pour remercier ceux qui vont célébrer le maître, il met l'accent qu'il fallait dans un beau raccourci, toujours animé de cette avenante et cordiale simplicité qui est un charme, surtout chez un maître.

Le Dr Lion, au nom du professeur Hayem, retenu dans le Midi par son grand âge, lit son allocution qu'il voulait, toujours friand de nouveautés scientifiques, envoyer par T.S.F. La pensée d'Hayem vient de loin avec la belle sérénité de la vieillesse, mais avec la douleur du vieux maître pleurant son élève. Le Dr Lion, représentant aussi les amis de Gilbert, trace avec l'émotion d'un de ses amis les plus anciens et une jolie délicatesse les traits du Gilbert intime dans ses détails et sa complexité.

Le professeur Teissier représente la Société médicale des hôpitaux. De sa voix forte et nette, avec sa grande distinction de terme et de style, il fait un éloge particulièrement applaudi avec toute son autorité, sa haute élévation de pensée, sa finesse psychologique. Comme tous, il célèbre et magnifie, après la vie d'activité intense, la fin stoïque, l'isolement tragique de ce blessé à mort qui voulut rester seul, face à face avec le destin et disparaître sans livrer son secret.

Puis, le doyen représente la Faculté à qui le disparu laissa une grande partie de sa fortune et de ses œuvres d'art dont on sait maintenant la valeur, qu'on ne faisait que soupçonner, ne connaissant pas Gilbert sous cet aspect de collectionneur émérite qu'il était devenu, cherchant peut-être un idéal et artistique refuge dans sa cruelle détresse. Le professeur Roger d'une voix qu'on sent un peu assombrie au début par l'émotion au souvenir d'un ami de longue date parle, entre autres, de l'enseignement de Gilbert, qui, après ses illustres prédécesseurs, sut cependant bien tenir sa place dans cet amphithéâtre célèbre et loue son emprise pédagogique sur l'étranger, entre autres. Une des preuves en est le succès de ses cours complémentaires qu'il fit avec le professeur Villaret et qui attiraient une nombreuse assistance étrangère. En terminant, l'ami parle douloureusement de cette plaie secrète des âmes trop hautes pour vouloir se plaindre et inspirer la pitié.

Le Dr Béclère, dans une jolie allocution apporte l'hommage de l'Académie de médecine, dont Gilbert déclina la présidence tant qu'il serait professeur de clinique. Sans doute, il se sentait trop atteint pour assumer deux tâches dont, dans sa belle conscience, il ne voulait négliger aucune.

Le Dr Mourier, comme Directeur de l'A.P. se lève avec l'aisance robuste de celui qui fut habi-

tué à d'autres réunions, et, avec son chaud accent méridional, il dit quelques mots, la tête haute, fréquemment tournée à droite, à gauche comme nombre de ceux qui ont l'habitude de la tribune parlementaire. Administrateur doublé d'un technicien expert (*rara avis* !) il annonce la juste et louable décision de donner le nom de Gilbert à la Clinique physiothérapique qu'il a contribué, de toutes façons à fonder et à développer.

Enfin, M. le recteur Charléty, d'autant plus fin et mince auprès de la superbe prestance, de la vaste carrure du précédent orateur, se lève modestement et les mains croisées, sans un geste, sans une note, d'une voix douce et simple, au nom de l'Université remercie et parle avec éloges de l'A. P., de la municipalité parisienne qui fonda des chaires avec générosité. Il célèbre la médecine française qui semble donner la juste mesure de la formule idéale, unissant la clinique au laboratoire. Il put l'apprécier à Strasbourg, dit-il, quand l'école française prit la suite d'une organisation étrangère.

Tous les discours terminés et applaudis comme ils le méritaient, l'assistance se transporte sur la galerie de la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu. Là, sur le mur de la Clinique physiothérapique se détache le médaillon de Gilbert, face à celui de Dieulafoy. Dans ce haut relief en bronze, le maître est représenté de trois quarts, comme dans une de ses dernières photographies. Le statuaire semble avoir voulu jouer la difficulté et la ressemblance en souffre. Le visage si fin et régulier s'en ressent, quelle que soit la maîtrise de l'artiste de longtemps apprécié de Gilbert dont il fit la médaille.

Ainsi se termina très simplement par un défilé devant cet émouvant souvenir, cette cérémonie très digne et sobre telle que l'aurait souhaitée le maître disparu. Il était légitime et de noble inspiration de réparer en quelque sorte par un hommage public l'injustice du sort de celui qui, après la plus brillante carrière, cruellement frappé, continua à remplir sa tâche, à faire son devoir jusqu'au bout, et pour mourir s'était farouchement terré... On raconte que, se sentant atteints dans leur belle vaillance, ainsi font des sortes de fauves, nobles hôtes des forêts des Ardennes, petite patrie profondément aimée de cet ardent patriote.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat de la région Nortaise

Réunion du 9 novembre 1927 à Nort-sur-Erdre.

Etaient présents : les docteurs de Sallier Dupin, Bichon, Allaire, Barbier, Chauvin, le Bourhis, Partenay, Chevreuil, Briau, Daveau, Breger, Monnier, Gauthier, Bernou, Boussion, Landais, Goubin, Clenet, Gaschignard, Guesné, de Sallier, Dupin (Yves).

Invités : D^r^ Chauvet, Greslé, Michel, Chauveau, Bousseau, Kordy.

La séance est ouverte à 16 h. 30 par le D^r^ Clenet. Notre président résume les questions à l'ordre du jour, et après avoir fait l'éloge funèbre du D^r^ Michon, président d'honneur de la F. N., il a souhaité la bienvenue à nos invités : le D^r^ Chauvet, du Syndicat de Nantes ; D^r^ Greslé, du Syndicat de Saint-Nazaire ; les D^rs^ Michel, Chauveau, Bousseau, du Syndicat d'Ancenis, le D^r^ Mordy du pays de Retz et excuse le D^r^ Méloche, notre président de Fédération, empêché.

La parole est au secrétaire adjoint pour la lecture du compte rendu de la dernière réunion.

Le D^r^ Bichon à ce sujet demande s'il est opportun de maintenir le prix de 80 fr. alors que l'Union ainsi que la F. N. l'a abaissé à 60. Le président répond que chacun est le maître chez soi, que le prix adopté n'est pas exagéré, il devrait être de 100 fr. au minimum, si nous avions suivi l'indice de la vie, que les compagnies sont riches et peuvent payer sans récriminer, que si l'assuré doit se déplacer pour aller quérir ailleurs ce certificat, les frais de déplacement augmenteront notablement le prix, qu'enfin la question est de minime importance, la plupart des médecins ne faisant par an pas plus de un ou deux certificats Assurance-vie.

Il est décidé que la question sera portée devant la F. N. et que le délégué sera chargé de réclamer le prix uniforme de 80 fr.

L'ordre du jour de la dernière réunion est ensuite adopté.

Le D^r^ Gaschignard, trésorier, rend compte de sa gestion. Apres la réunion de ce soir la caisse aura encore des disponibilités suffisantes pour faire face à l'imprévu. Il est vivement félicité.

I. *Réunion interdépartementale.* — Le D^r^ Guesné, secrétaire nous met au courant de la réunion interdépartementale qui a eu lieu à Nantes le 12 juin 1927 sous la présidence du D^r^ Méloche.

Il signale les résultats obtenus dans les divers départements pour l'A. M. G., les Pupilles de la Nation, etc.

II. *A. M. G.* — Notre président mêlé à toutes les tractations pour l'A. M. G. nous parle ensuite de cette question.

Les représentants des divers Syndicats réunis en Fédération à Nantes le 2 août 1927, avaient décidés diverses modifications à apporter au règlement

actuel, modifications approuvées d'ailleurs par les divers syndicats de la Loire-Inférieure entr'autres par le Syndicat de la région nortaise le 31 mai dernier et de porter à 20% la réduction consentie sur leurs honoraires, les 25 % n'étant accordés que jusqu'en 1928.

Le Dr Méloche fut chargé de présenter ces revendication au préfet et de lui demander la réunion de la Commission mixte prévue dans le rapport Dejoie. Le préfet absent ne répondit que le 13 août et convoqua la dite Commission pour le 23 c'est-à-dire au moment de la session du Conseil général.

La Commission composée de MM. Linyer, rapporteur du budget et Dejoie, chargé du rapport de l'A. M. G. en 1926 ; les Dr Méloche, et Clenet, Arène, chef du service de l'A. M. G. à la préfecture se réunit au jour et à l'heure dite, sous la présidence de M. Vauthier, président de la Commission interdépartementale.

Le Dr Méloche exposa le but de l'entrevue et notre profond étonnement de ce que la Commission prévue et comprenant les représentants du Conseil général ne se soit jamais réunie avant l'adoption du règlement par la Commission départementale le 13 novembre 1926 et le 13 novembre par décision ministérielle, alors que la première Commission qui s'était réunie le 30 septembre, 3 et 7 octobre et le 18 novembre n'était pas d'accord à cette date et faisait toutes réserves avant d'avoir en mains le texte écrit.

Le président Vauthier protesta et dit que tous les articles avaient été adoptés sauf un seul et que le procès-verbal de séance l'avait été également, qu'il n'y avait donc pas lieu d'y revenir.

MM. Linyer et Dejoie se montrèrent plus conciliant et voulurent bien entendre les revendications du Corps médical.

La discussion porta sur les divers articles dont nous demandions l'addition, la modification ou la suppression.

Les représentants du Corps médical apportèrent à l'appui de leur thèse les règlements de l'Aube où le diagnostic est envoyé à un médecin nommé par ses pairs, de Maine-et-Loire ainsi que le système Roubaix-Tourcoing qui n'exigent pas de diagnostic.

M. Linyer voulut bien admettre que certains articles pouvaient être modifiés, que pour le secret professionnel dont il était un chaud défenseur et dont il ne méconnaissait pas l'importance, il ne croyait pas facile de le remplacer car le contrôle deviendrait impossible. Il ne parut pas partisan de donner cette charge aux maires bien que nous lui eussions cité le cas d'une commune.

Quant à la réduction de 20 % il nous rappela les énormes charges au budget départemental, dit que le Conseil général avait fait un sérieux effort pour le relèvement des tarifs d'A. M. G. qu'aucun fait nouveau ne semblait justifier cette réduction portée de 25 à 20 %, qu'enfin le rapport du préfet n'en faisait pas mention, la question ne pourrait venir en discussion à la session présente.

M. Dejoie, rapporteur de la question A. M. G., fit siennes les objections de M. Linyer et dit que son rapport n'avait été qu'une proposition et qu'il n'avait pas été voté.

M. Vauthier dit à son tour que ce règlement donnait satisfaction à l'ensemble du Corps médical et qu'il n'était pas possible de refaire un règlement tous les ans.

Malgré les arguments que nous avons présentes, les pièces justificatives que nous avons produites, notre thèse n'a pas prévalu. Nous n'avons donc rien à espérer pour cette fois.

Cette réunion n'a pas été tout à fait inutile en ce sens qu'elle reconnaissait le droit aux médecins d'être reçus par les représentants du Conseil général pour entendre leurs desiderata. Nous avons insisté pour qu'il en soit ainsi à chaque session, comme cela a lieu du reste dans le Finistère, qui permettra au Corps médical de présenter ses doléances au Conseil général. A nous de renouveller cette demande chaque année, afin que cette question soit agitée avec les représentants du Conseil général jusqu'à l'obtention de nos justes revendications.

Notre président nous lit une lettre qu'il a reçue ces jours derniers du Dr Méloche lui donnant connaissance d'un nouvel arrêté du préfet au sujet de la Commission de contrôle.

Deux médecins seraient désignés par la Fédération, un autre par une certaine « Amicale des médecins ».

La guerre continue, Mathivet et ses bureaux n'ont pas désarmé. Ils essayent d'opposer les médecins les uns aux autres, créent un Syndicat dissident comprenant les rares médecins qui n'ont pas eu la dignité de tenir leurs engagements et qui ont estimé que quelques billets valaient mieux que leur parole.

Les médecins de la région Nortaise s'engagent à refuser de faire partie de la Commission de contrôle.

Pour le système à adopter dans le département, le Dr Chauvet préconise le système de l'Aube et en attendant le Dr Chauveau propose de demander à M. Linyer qui a oublié un peu vite les promesses faites, à s'engager par écrit à soutenir à l'avenir les revendications du Corps médical. Adopté. Une lettre lui sera écrite dans ce sens.

III. *B. G.* — Le Syndicat avait déjà protesté contre la délivrance des carnets médicaux à des réformés ou pensionnés n'ayant jamais fait la guerre et qu'on a assimilé par décret aux B. G. Le secrétaire propose d'adopter le vœu émis par le Syndicat d'Ille-et-Vilaine protestant contre cet abus, demandant des honoraires pour les praticiens plus en rapport avec le coût de la vie, pour les contrôleurs plus en rapport avec l'ingratitude de leur tâche.

IV. *Tarifs.* — La Fédération d'Ille-et-Vilaine demande à ce que les médecins appliquent dans les départements limitrophes les tarifs en vigueur dans

ces départements. Alors que nos tarifs étaient supérieurs à ceux des médecins de Redon, nous avions demandé et obtenu la même chose ; il est tout à fait juste d'user de réciprocité.

V. *Assurances sociales. Rapports de l'Union et de la Fédération nationale.* — Le secrétaire adjoint nous fait l'historique des rapports de l'Union et de la F. N. en nous parlant en même temps des assurances sociales. Avant la loi, il nous montre l'Union imbue des théories utopistes de Lafontaine et de Lenglet, partisans de la liberté contractuelle, qui serait à peu près fatalement le tiers payant et la F. N. fidèle à l'entente directe ainsi que d'ailleurs un grand nombre de syndiqués et même de Syndicats de l'Union.

Il nous montre les efforts du Syndicat médical de la Seine, resté à l'Union quoique partisan de l'entente directe, auprès des syndiqués, auprès des sénateurs pour l'envoi avant la discussion du projet de loi, d'un manifeste signé Cibrie et Hartenberg qui est en quelque sorte la charte de la médecine traditionnelle.

Pendant ce temps le groupement des médecins spécialistes, la F. N. et l'U. essayaient de faire un front commun contre les assurances sociales ; et le premier groupement cité avait préparé un ultimatum à envoyer au Sénat ; le 2 juin 1927 le secrétaire de l'U. faisait savoir que son groupement ne s'associait pas à cette démarche.

Dans notre petite sphère le Syndicat ne restait pas inactif, il félicitait Cibrie et le S. M. S. de leur initiative et écrivait à tous les sénateurs du département pour leur demander d'appuyer un amendement que plusieurs confrères sénateurs dont le Dr Roche devaient présenter et soutenir. En juin, le projet de loi est discuté au Sénat où notre thèse fut brillamment défendue par les Drs Roche, Labrousse et Merlin ; le mardi l'amendement proposé semblait devoir être voté à une grosse majorité quand le vote fut renvoyé au jeudi et remplacé par un texte qui ne peut nous satisfaire.

Le résultat du vote, c'est que personne n'est satisfait, pas plus à l'Union qu'à la F. N., ainsi qu'en témoignent les ordres du jour des Conseils des deux groupements après ce vote, et les impressions des leaders des deux parties, relevées dans diverses publications médicales.

Maintenant il reste le retour à la Chambre, un bien petit espoir nous est laissé mais qu'il ne faut cependant pas négliger.

Il nous faut faire l'Union contre les assurances sociales, et voici ce qui a été fait jusqu'ici dans ce but. Le S. M. S. a proposé aux divers groupements un Congrès de tous les Syndicats médicaux de France il n'y avait plus ni Union ni F. N., seulement une assemblée de Syndicats venant voter sur des questions précises au sujet des assurances sociales. Cette assemblée devait avoir lieu le 18 septembre 1927. Tout semblait devoir marcher a souhait, F. N. et U. avait donné leur adhésion de principe, quand l'Union adressa à ses membres la circulaire 51 qui vint embrouiller totalement les cartes, cette circulaire changeant les questions posées par le S. M. S. et portant de fausses accusations contre la F. N. Le Congrès avait vécu.

Ceci eut cependant un résultat heureux pour nous partisans de l'entente directe ; le S. M. S. a quitté l'Union et s'est joint à la F. N. venant grossir nos rangs d'un nombre imposant d'adhérents. D'ici peu semble-t-il la F. N. sera la majorité, c'est avec les procédés de l'Union, la seule façon de rétablir l'unité du Corps médical.

Il est grand temps que cette unité se fasse si nous voulons faire apporter quelques amendements à la loi.

Le Dr Chauveau qui, dernièrement a fait un voyage en Alsace, nous parle du fonctionnement des assurances sociales en cette province et nous dit l'impression des médecins de cette région sur cette médecine sociale. Il nous dit être partisan d'un Congrès et serait assez d'avis de voter sur les questions posées par l'Union dans la circulaire sur papier bleu. Le Dr Chauvet signale que la seconde question n'est pas très claire et peut prêter à confusion ; qu'à son avis il faut voter sur des questions précises, nous connaissons trop le fâmeux ordre du jour bouillabaise de l'Union qui a noyé la question et qui a été la cause de la rupture : les dirigeants de l'Union partisans du tiers payant qui constituaient la minorité, ayant fait adopter cet ordre du jour sous prétexte de respecter les minorités.

Le Dr Michel avec plusieurs autres confrères soutient aussi que les questions posées lui paraissent ambiguës.

Notre président honoraire le Dr de Sallier Dupin serait assez d'avis d'un referendum auprès de tous les médecins mais il est à craindre que trop de médecins ne répondent pas soit par négligence soit par désintéressement.

Le président résume la question en disant que nous maintenons ce que nous avons voté dans nos précédentes réunions : c'est l'entente directe avec paiement direct sans l'interposition d'un tiers quelqu'il soit. Un ordre du jour est déposé en ce sens et voté à l'unanimité.

La discussion devant revenir au Parlement en février, le président donne la composition de la Commission. Seul de nos parlementaires, M. Bellamy, député, en fait partie. Il sera bon d'intervenir près de lui.

VI. *Documentation professionnelle.* — Certains d'entre nous ont reçu une lettre émanant de l'Office de documentation professionnelle comprenant 54 compagnies d'assurances, leur demandant de désigner des médecins éprouvés qu'elles puissent charger d'examiner leurs candidats à l'assurance-vie, quel serait le tarif des examens, qu'enfin le désir

des compagnies est de conclure des accords individuels avec les médecins examinateurs.

Le président propose de répondre que tous les médecins sont libres de faire des certificats d'assurance-vie, qu'aucun médecin n'a le droit de s'arroger un monopole quelconque, que le prix adopté pour le Syndicat est de 80 fr. par examen, prix nullement exagéré étant donné le temps de l'examen étant donné certaines recherches particulières : pression artérielle, analyse d'urine, etc. Il en est ainsi décidé.

Paiement par chèque postal. Il serait désirable que tous les médecins aient un compte de chèque-postal et se fassent régler pour les accidents de travail par ce moyen ce qui supprime le reçu et le timbre d'envoi.

VII. *Délégué à la Fédération nationale.* — Le président est désigné comme délégué à l'Assemblée de la F. N. qui aura lieu au début de décembre à Paris ; le Dr Y. de Sallier est désigné comme suppléant

VIII. *Lieu de la prochaine réunion.* — Le Dr De Sallier-Dupin père signale que certains confrères n'ont pas été satisfaits des banquets qui ont suivi la réunion de Nozay et qui ne correspondent pas au prix versé. Les confrères de Nozay sont tout à fait hors de cause et ne sont d'ailleurs nullement opposés au changement. En conséquence l'assemblée décide que le tour de Nozay sera supprimé et que la prochaine réunion aura lieu à Blain en février ou mars.

L'ordre du jour étant épuisé la séance est levée 19 h. 1 /4.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Maillon,

Médecin expert près des Tribunaux

(*Suite*).

Crâne et cerveau.

1° Lésions du cuir chevelu :
- *a*) Perte des cheveux 10
- *b*) Scalpe, arrachement du cuir chevelu (selon l'intensité de la douleur et de la gravité des troubles névropathiques .... 15 à 33

2° Contusion, commotion cérébrale, fracture sans brèche osseuse complète avec douleur au niveau de la lésion, ou céphalée simple, sans éblouissements ou troubles psychiques .... 0 à 10

3° Fracture des os du crâne, sans trépanation, avec syndrome subjectif commun des blessés du crâne : céphalée, éblouissements, troubles psychiques (changement d'humeur, amnésie partielle, diminution de l'attention, de l'activité, etc. (Cf. : Crouzon, in *Monde Médical*, 15 avril 1924) sans nécessité de changement de profession dans les professions nécessitant la station sur les toits, échafaudages (couvreurs, charpentiers, maçons) .... 5 à 20

Avec nécessité d'abandonner la profession 30

4° Fracture avec perte de substance osseuse, trépanation, avec battements dure-mériens, impulsion à la toux :
- *a*) Brèche inférieure à la surface d'une pièce de cinq francs, sans troubles subjectifs 5 à 20
- *b*) Brèche supérieure à la surface d'une pièce de cinq francs, sans troubles subjectifs .... 20 à 30
- *c*) Brèche osseuse (quelle que soit sa surface), avec troubles subjectifs .... 20 à 40
  - avec névralgies persistantes .... 25 à 50
- *e*) — — avec vertiges avérés :
  - *a'*) Abcès rares .... 20 à 40
  - *b'*) Avec accès fréquents, nécessitant une profession n'offrant pas de danger. 30 à 60

5° Traumatisme du crâne, suivi de :
- *A*) Epilepsie : accès rares .... 25 à 30
  - accès assez fréquents (un toutes les deux ou trois semaines) .... 30 à 50
  - accès très fréquents .... 50 à 80
  - accès subintrants 100
- *B*) Paralysie :

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
1° Monoplégie d'un membre supérieur :				
incomplète	15	30	20	50
complète	50 à 55	55 à 60	60 à 65	65 à 70
d'un membre inférieur :				
incomplète, (marche possible	40	40	20 à 40	20 à 40
complète	65 à 70	65 à 70	50 à 60	50 à 60
2° Hémiplégie, d'un membre supérieur et d'un membre inférieur :				
incomplète, marche possible	30 à 60	30 à 60	30 à 60	30 à 60
complète	90 à 100	90 à 100	90 à 100	90 à 100

3° Aphasie seule, peu marquée .... 10 à 30
très marquée .... 60 à 80

4° Aphasie peu marquée avec hémiplégie incomplète .... 40 à 80

Aphasie avec hémiplégie 100

C) Troubles cérébraux :

a) Simple changement de caractère, préoccupations, tristesse, mais permettant un travail assez rémunérateur et la vie en milieu familial .... 10 à 20

b) Troubles mentaux sans possibilité de travail bien rémunérateur, permettant la vie en milieu familial .... 80 à 90

c) Troubles mentaux nécessitant l'internement ou la surveillance continue dans la famille 100

Lésions de l'urèthre chez l'homme.

1° Urèthre antérieur :

a) Rétrécissement moyen (laissant passer au maximum le n° 18 de la filière Charrière : 6 millimètres ou le 42 de la série des bougies Béniqué), sans infection, avec nécessité de sondages périodiques .... 10 à 30

b) Rétrécissement plus serré (au-dessous du 18 de la filière charrière ou du 42 de la série des Béniqué), sans infection 40

c) Rétrécissement très serré, destruction de l'urèthre, fistule ou méat artificiel, sans infection .... 60 à 70

d) Rétrécissement plus ou moins serré, avec infection vésicale 80

e) Rétrécissement plus ou moins serré, avec infection vésicale et rénale .... 80 à 100

2° Urèthre postérieur :

a Rétrécissement facilement dilatable, moyen, avec nécessité de cathétéris es périodiques, sans infection .... 20 à 40

b) Rétrécissement difficilement franchissable, sans infection 60

c) Rétrécissement infranchissable, dérivation par fistule ou méat artificiel périnéal ou hypogastrique, sans infection 90

d) Rétrécissement avec infection vésicale 80

e) Rétrécissement avec infection vésicale et rénale .... 80 à 100

Lésions des organes génitaux.

A. CHEZ L'HOMME.

1° Verge :	
a) Cicatrice sans gêne de l'érection, sans troubles urinaires	0
b) Dépouillage ou décortication de la verge, coït possible, san s troubles urinaires	10
c) Destruction partielle des corps caverneux, inflexion de la verge, coït impossible	30
d) Perte de la verge : sans rétrécissement du méat, sans troubles urinaires	20 à 25
e) Perte de la verge, avec rétrécissement du méat, selon le degré de rétrécissement	40 à 70
2° Testicules :	
a) Epididymite tuberculeuse aggravée par traumatisme	10 à 15
b) Perte d'un testicule par atrophie (suite d'orchite) par ablation, etc	10
c) Perte des deux testicules :	
a') Chez l'enfant ou l'adolescent	40 à 60
b') Chez l'adulte	25 à 35
c') Chez le vieillard (après 60 ans)	10
d) Emasculation totale : perte des testicules et de la verge, miction par méat artificiel	90

B. CHEZ LA FEMME.

Prolapsus génital (si origine traumatique bien établie)	15 à 20

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Ecole de sérologie.** *Diplôme.* — Les conférences et travaux pratiques de l'Ecole de sérologie ont lieu à l'hôpital Saint-Louis. Les cours sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de Médecine de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzoles, directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 54, rue de Lisbonne, Paris (8^e).

— **Conférence internationale de la lumière.** — Cette conférence se tiendra à Lausanne et à Leysin ,cet été. Placée sous le patronage de la Faculté de médecine de Lausanne, elle coïncidera avec le 25^e anniversaire des premiers travaux de Rollier sur les cures solaires. Pour renseignements s'adresser au Dr ROSSELET, avenue du Léman, à Lausanne.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée** *Pour voyager à demi-tarif.* — Les cartes de voyages à demi-tarif, valables un ou deux mois, que toutes les gares des grands réseaux de chemins de fer français délivrent depuis le 1er janvier 1928, donnent aux touristes des facilités analogues à celles que leur procuraient les billets circulaires d'avant-guerre. Elles leur permettent de combiner à leur gré n'emporte quel voyage, de s'arrêter où bon leur semble, et, s'ils le désirent, de changer d'itinéraire en cours de route.

Vous avez intérêt à vous munir d'une carte de voyage à demi-tarif de 1 ou 2 mois au lieu de prendre des billets simples, toutes les fois que le trajet à effectuer pendant 30 jours dépasse 1.200 kilom. en 1re classe, 1.440 kilom. en 2^e et 3^e classes ; toutes les fois que le trajet à effectuer pendant 60 jours dépasse 2.000 kilom. en 1re classe 2.400 kilom. en 2^e et 3^e classes.

La réduction augmente avec la distance. Pour la carte de 1 mois, elle est pour 2.000 kilom. de parcours, de 20 % en 1re classe, de 14 % en 2^e et 3^e classes. Pour la carte de 2 mois, elle atteint, pour 4.000 kilom. de parcours, 25 % en 1re classe, 20 % en 2^e et en 3^e classes. La validité de ces cartes peut prendre date de n'importe quel jour au gré du touriste.

Pour des déplacements de plus longue durée, les voyageurs peuvent se munir de cartes valables 3 mois, 6 mois, un an.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

I

569. — Visites ou consultations ?

Un ouvrier se fait une piqûre le 16 décembre 1927, au cours de son travail. Celle-ci, malgré les soins appropriés donnés dans mon cabinet, le 23 décembre, s'envenime à tel point qu'on me prévient qu'il ne peut venir lui-même (il habite à 7 kil. de chez moi et à 5 kil. environ du médecin le plus rapproché). Je vais le voir et constate, en effet, qu'il présente un phlegmon grave de la main (que j'incise profondément) et de l'érysipèle avec T. assez élevée. Dans ces conditions, j'estime que, sans inconvénients graves pour sa santé (nous avons eu ici à cette époque, du reste, un temps particulièrement rigoureux, neige et verglas, etc.), il ne pouvait se déplacer et jusqu'au 3 janvier, je me suis astreint moi-même à aller tous les deux jours faire son pansement à domicile et procéder à une injection de vaccin antitoxique (Grémy 31). J'ai, du reste, avisé la Compagnie d'assurances par rapport, dès le 24 décembre, de l'aggravation de cette blessure. Voici comme je pense établir mon mémoire pour cette partie des soins :

23 décembre : ouverture phlegmon, paume main (par analogie avec abcès profonds non viscéraux)	100 fr.
Indemnité kilométrique (5 × 2)	15 »
24 décembre : rapport à la Compagnie	30 »
25 décembre : injection vaccin antimicrobien	20 »
Indemnité kilométrique	15 »
27, 29, 31 décembre, 3 janvier : 4 injections vaccinales	80 »
4 indemnités kilométriques	60 »

(M'étant toujours rendu spécialement dans la région du blessé pour lui seul.)

Dr B.

Réponse.

Il est certain que si votre blessé a présenté « de l'érysipèle avec température assez élevée », il ne pouvait « se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé ». Vous étiez donc dans *l'obligation* d'aller faire son pansement à domicile, du moins tant qu'il eut de la température, en le faisant venir ensuite. Quant au pourcentage de visites et de consultations en résultant, c'est là une question d'espèce...

F. D.

II

612. — Hémostase d'une plaie.

Comme membre du « Sou », voudrez-vous me donner le renseignement suivant :

Au tarif Durafour, je lis : hémostase par ligature : 40 francs.

Si on fait trois ligatures dans une même plaie, est-ce 3 × 40 fr. ou 40 fr. pour les trois ligatures ?

Dr P.

Réponse.

Il me paraît difficile, *par définition*, de faire trois hémostases d'une même plaie.

F.D.

III

625. — Application de rayons ultra-violets.

Combien doit-on tarifer les séances de rayons ultra-violets chez un blessé, la Compagnie d'assurances m'ayant autorisé à faire ces séances ?

Dr M.

Réponse.

Voir article 26 : VI : « Traitement comprenant l'électrisation... traitement par air chaud, *lumière*, ionisation, chaque : 15 francs ». Ajoutez à ce prix une majoration de 50 % (voir *id. in fine*). Donc, en conclusion : 15 + 7,50 = 22,50 par séance.

F. D.

IV

594. — Pansements multiples « voisins ».

J'ai soigné un blessé accidenté du travail.

Trois lésions : main, avant-bras, bras gauche.

Trois pansements nécessaires sur trois segments de membre.

Dois-je compter 12 fr. par pansement ou 36 fr.

Dr F.

Réponse.

Ne pas oublier ce que dit l'article 17 qui ne parle pas seulement d'un seul pansement : « Pansements multiples sur un même segment de membre *ou sur une partie du corps très voisine*, 15 francs ». Le point litigieux est de savoir : 1° si trois pansements *séparés* étaient nécessaires en l'espèce ; 2° si les plaies de l'avant-bras étaient très *voisines*, soit du bras, soit de la main.

Conclusion. — Voir le cas d'espèce et agir en toute conscience professionnelle.

F.D.

Application du Tarif Maginot-Marin

I

697. — L'appel à la Commission supérieure peut être fait par l'intéressé, mais aussi par le Préfet ou le Ministre.

Je soigne depuis quelques années un réformé de guerre, présentant un syndrome de Parkinson qui est, actuellement, à un stade avancé. En décembre, il a fait, par stase et paralysie, une congestion pulmonaire bilatérale passive qui a menacé sa vie et se liquide très péniblement. Ayant soigné ce malade comme réformé de guerre, j'ai continué mes soins à ce titre en prenant soin d'écrire, dès le début de la

complication, à la Commission départementale de contrôle pour signaler la nature des incidents survenus et la nécessité de fréquentes visites. Or, j'ai reçu ce matin du secrétaire de la Commission de contrôle, la lettre que je vous copie intégralement ci-dessous :

Le Ministre des Pensions refuse de payer au titre de l'article 64, les soins donnés par vous à ..... pour congestion pulmonaire bilatérale au cours de sa maladie de Parkinson.

Pourtant la Commission avait adopté votre manière de voir et autorisé le paiement.

Pour faire appel de notre décision, le Ministre rappelle que seules les infirmités ayant motivé la pension et l'inscription sur les « listes spéciales » donnent droit à la gratuité des soins.

Il me semble que le Ministre exagère : la paralysie ou la parésie des muscles du thorax ou des intercostaux facilitent la congestion, et sont fréquentes chez le parkinsonnien.

Je vous invite à défendre par lettre votre point de vue, qui est le nôtre également, et même si vous pouviez à la prochaine séance de la Commission de contrôle le mercredi 29 courant à 15 heures, venir le défendre en personne, tout serait pour le mieux.

J'ai l'intention de répondre par les explications nécessaires et par lettre, les distances ne me permettant guère d'aller au chef-lieu.

Toutefois, je serais heureux d'avoir votre avis sur cette question.

Que dois-je faire ensuite, si je suis à nouveau avisé du refus ministériel ? Le « Sou médical » peut-il m'appuyer et, si oui, quelle est la procédure à employer ?

Dr C.

Réponse.

D'après votre lettre, il y aurait *appel* du Préfet ou du Ministre contre la décision de la commission départementale. Votre affaire va donc passer devant la Commission supérieure. Il vous appartient d'adresser un *dossier de défense* au Président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris. Si la Commission supérieure vous donne tort, il n'y aurait plus que le Conseil d'Etat pouvant casser le jugement (en cas de vice de forme seulement). L'affaire retournerait alors devant la Commission supérieure.

F. D.

II

540. — Massages.

Soyez assez aimable de me dire dans la correspondance de l'estimable *Concours Médical*, le tarif du massage actuel pour mutilés de guerre, massage de cuisse et hanche pour arthrite chronique.

Dr S.

Réponse.

La séance de massage par kinésithérapeute est toujours de 15 francs (article 79). Ajoutons que, d'après la loi votée par la Chambre (voir mon rapport au Conseil de l'Union), les *masseurs* seront en droit de réclamer directement « *leurs* honoraires » aux patrons.

F.D.

Accidents du travail.

979. — Accident de battage.

Le 6 décembre dernier, un homme (journalier) tombe d'un tas de gerbes alors qu'il battait à la machine à feu chez un fermier.

Déclaration de l'accident est faite aussitôt par l'entrepreneur de battages et adressée à sa Compagnie d'assurances.

Le 8 février, l'agent de cette Compagnie m'écrit que l'entrepreneur de battages n'est pas, aux termes de la loi, responsable de l'accident : le responsable est le fermier que l'entrepreneur, averti au début de janvier, a négligé de renseigner de ce fait.

Bien qu'assuré, le fermier n'est donc pas couvert par son assurance à qui aucune déclaration n'a été faite.

C'est donc à lui que je dois, me semble-t-il, envoyer ma note d'honoraires et s'il refuse le paiement, le poursuivre devant le Juge de paix de son canton.

Avant de me lancer dans cette affaire, je tiens à savoir si le « Sou » approuvera ma façon d'agir, assez légale, semble-t-il.

Dr M.

Réponse.

L'entrepreneur de battage ne saurait, en effet, être rendu responsable de l'accident, puisque celui-ci n'a pas été causé directement par le fonctionnement de la machine.

Le seul responsable est donc le fermier au service duquel se trouvait le blessé.

Il se peut que ce dernier ne soit pas couvert par son assurance, ayant encouru une déchéance pour non déclaration du sinistre dans les délais prévus dans la police ; c'est là une question à débattre entre son assurance et lui et dans laquelle vous n'avez pas à intervenir.

En ce qui concerne vos honoraires, c'est au fermier responsable que vous devez vous adresser et, en cas de non-paiement à l'amiable, c'est contre lui que vous devrez exercer l'action directe que vous donne la loi sur les accidents du travail.

Le juge compétent sera le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, et l'instance, introduite en vertu de la loi sur les accidents du travail, sera exempte des frais de timbre et d'enregistrement, ne manquez pas de le faire observer à l'huissier que vous chargerez de la procédure.

692. — Fourniture d'un appareil de prothèse dentaire à un blessé du travail.

Un de mes clients a reçu un coup de pied de cheval dans la figure. En plus d'une fracture du nez et de la mâchoire supérieure droite, le blessé a eu la majorité de ses dents enlevées.

La Compagnie d'assurances veut bien payer les soins donnés par le chirurgien dentiste, mais ne veut pas prendre à sa charge la fourniture d'un râtelier.

Le patient, faute de dents, ne peut pas manger d'aliments solides (pain, viande), présente des troubles gastro-intestinaux et ne se sent plus capable de travailler comme auparavant avec le peu de nourriture qu'il prend en ce moment.

Veuillez me dire si légalement, on peut obliger la Compagnie d'assurances de lui payer un appareil de prothèse dentaire, ou si le blessé, étant donné les troubles gastro-intestinaux et la difficulté de s'alimenter, réduisant sa capacité de travail, peut prétendre à une rente pour cette diminution de sa capacité de travail et à combien on pourrait l'estimer le cas échéant.

Dr S.

Réponse.

Les blessés du travail ne peuvent prétendre qu'aux indemnités limitativement énumérées dans la loi. Or, parmi ces indemnités, les frais médicaux et pharmaceutiques, accessoires de l'indemnité temporaire, cessent d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire lorsque le blessé se trouve atteint d'une incapacité permanente définitive ou guéri.

Il en résulte qu'une jurisprudence constante décide que les appareils de prothèse dont le blessé peut avoir besoin après consolidation de sa blessure ne sont pas à la charge du chef d'entreprise et doivent être payés par le blessé seul.

Par conséquent, la Compagnie d'assurances est dans son droit en refusant d'assumer les frais d'un ratelier.

Mais, en revanche, le blessé a droit à ce que son incapacité permanente soit calculée d'après son état actuel, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'amélioration qui pourrait être due au port d'un râtelier.

En cas de perte complète ou presque complète des dents, sans appareillage, l'incapacité peut être évaluée de 40 à 50 % (ouvrage du Dr Lucien Mayet).

---

644. — Refus par une blessée de subir une opération.

Mad. Le..., a été blessée, le 2 novembre au pouce, panaris, une partie de la phalangette s'élimine, la plaie se cicatrise, mais la blessée qui, pendant un temps, est venue fort irrégulièrement se faire soigner, se plaint toujours. Comme cela me semble tirer en longueur et que la plaie est cicatrisée, je propose

à l'assurance de l'envoyer, consulter un chirurgien — accepté. Celui-ci répond, la blessée souffre d'ostéite du reste de son os, elle est incapable de travailler actuellement, seule solution, enlever le reste de l'os. L'assurance accepte. La blesse refuse. Bien que la crainte de l'intervention lui fasse dire qu'elle souffre moins et que cela s'améliore, je crains que cela dure.

Quoi faire ? La plaie est cicatrisée.

Dr V.

Réponse.

Tout blessé, même en matière d'accidents du travail, peut refuser de subir une intervention et rien ne peut le contraindre à s'y prêter. Mais, lorsqu'il est démontré que l'intervention proposée ne présentait aucun danger pour la vie du blessé et aurait été de nature à atténuer son incapacité permanente, les conséquences de son refus peuvent être laissées à sa charge. C'est là une question de fait qui ne peut être appréciée, par les Tribunaux que suivant chaque cas d'espèce.

Par conséquent, si votre cliente avait incontestablement le droit de refuser de subir l'ablation de l'os, il appartiendra au Tribunal, statuant sur l'allocation d'une rente pour accident du travail, de déterminer dans quelle mesure l'intervention aurait pu réduire l'incapacité et de fixer en conséquence le pourcentage d'invalidité.

En ce qui vous concerne, vous avez rempli tout votre devoir en signalant à votre cliente l'intérêt qu'il pouvait y avoir pour elle à accepter l'intervention et vous n'êtes pas responsable de son refus.

Maintenant, il ne vous reste plus qu'à envoyer à l'assurance votre note pour les soins que vous avez donnés jusqu'à ce jour et à faire savoir à votre cliente que vous refusez de continuer à la soigner, puisqu'elle ne tient aucun compte de vos conseils.

---

372. — Evaluation d'incapacité permanente.

Je viens de voir un ouvrier, un de mes ex-clients actuellement éloigné, qui revient me demander conseil pour une blessure pour laquelle je ne l'ai pas soigné.

Ouvrier blessé le 19 novembre 1927. Consolidé le 13 janvier vraisemblablement.

Amputation de l'index, médius, annulaire droits.

Raideur, cicatrice chéloïdienne auriculaire droit, espace interdigital.

Gain 6.848 fr. 25, une femme, pas d'enfants jeunes.

Combien de pension ?

Un confrère lui a fait un certificat avec 48 %, il me demandait de certifier davantage, j'ai refusé, estimant que le confrère avait agi judicieusement.

Dr B.

Réponse.

L'évaluation à 48 % de l'invalidité résultant de l'amputation de l'index, du médius et de l'annulaire droits combinée avec la radieur de

l'auriculaire droit est conforme aux indications données par les ouvrages spéciaux et notamment par le barème pour l'évaluation de l'incapacité partielle en matière d'accidents du travail du Dr Lucien Mayet. C'est donc avec raison que vous avez refusé d'attribuer au blessé un pourcentage d'invalidité supérieur.

En se basant sur une invalidité de 48 % et un salaire annuel de 6.848,25, la rente annuelle sera obtenue au moyen de la formule suivante :

$$\frac{6.848,25 \times 48}{100 \times 2} = 1.643,25.$$

Cette rente ne sera pas majorée du fait que le blessé est marié ; elle ne le serait pas non plus du fait de l'existence d'enfants mineurs.

Fiscalité.

452. — Déductions diverses du revenu professionnel.

Je vous serais très reconnaissant de me donner ou plutôt de me confirmer les renseignements suivants, parus déjà dans le *Concours*, mais que je n'ai pu retrouver :

1° Dans le calcul des bénéfices, peut-on porter au chapitre des frais les sommes versées pour l'obtention d'une retraite ? Ainsi, je verse à la Caisse de l'Association générale des médecins pour une retraite, également à la Boule de Neige au titre de légionnaire. Enfin, dois-je compter à la même rubrique ce que je verse comme assurance sur la vie ?

2° Dois-je retrancher également des bénéfices bruts toutes les impositions payées, patente, revenu, personnelle, etc... ou simplement les signaler dans la case *ad hoc* de l'imprimé spécial ?

Dr B.

Réponse.

1° Réponse affirmative en ce qui concerne les versements effectués en vue de la constitution d'une retraite.

Réponse négative en ce qui concerne les primes d'assurances sur la vie.

2° Du bénéfice brut professionnel, retrancher les impôts professionnels, c'est-à-dire patente et impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Les autres contributions sont indiquées à la page 3 de la formule de déclaration pour l'impôt général.

A. M.

503. — Amortissement du prix du mobilier et des instruments professionnels.

Au sujet du mobilier de bureau et des instruments médicaux, dans la déclaration des dépenses professionnelles, devons-nous déclarer un prix d'amortissement chaque année ou bien devons-nous tout déclarer l'année de l'achat sans amortir en un certain nombre d'années ?

Quels sont les textes sur lesquels on peut s'appuyer ? Dr T.

Réponse.

Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, les dépenses de la nature de celles indiquées devraient être déduites en totalité des bénéfices de l'année au cours de laquelle elles ont été payées. Mais, par tolérance, l'administration admet un amortissement sur plusieurs années. Cette seconde méthode est, généralement, la plus avantageuse. Cependant, pour les dépenses de peu d'importance, il est plus simple de les déduire une fois pour toutes et en totalité.

A. M.

---

413. — Lieu où doit être faite la déclaration du revenu.

J'ai quitté M. fin juillet 1927 pour venir à F. où j'exerce actuellement. Je vous serais reconnaissant de me dire si je dois déclarer mes bénéfices et mes revenus à ma nouvelle ou à mon ancienne résidence.

D'autre part, puis-je déduire de mes bénéfices mes frais de déménagement ?

Dr M.

Réponse.

Vous devez déclarer vos bénéfices de 1927 au contrôleur de F., où vous exerciez au 1er janvier 1928.

En ce qui concerne vos frais de déménagement, vous ne pouvez faire état que de la quote-part afférente à votre mobilier professionnel.

A. M.

---

467. — Amortissement de la différence des prix de l'auto achetée et de l'auto vendue.

J'ai recours à votre revue pour obtenir un renseignement de votre conseiller fiscal.

J'avais une auto que j'ai revendue 4.500.

J'ai acheté une auto d'occasion pour 10.000. Comment dois-je faire l'amortissement ?

Dr T.

Réponse.

Si la première voiture était complètement amortie, il y a lieu d'amortir seulement la somme effectivement déboursée, soit : 10.000 — 4.500 = 5.500 francs.

A. M.

---

495. — Les contributions établies au 1er janvier restent dues pour l'année entière.

J'ai quitté mon appartement de P. le 1er juillet 1927 et j'ai payé le reliquat des contributions qui m'étaient imposées pour cet appartement. Puis-je obtenir remboursement d'une partie, puisque j'ai cessé d'habiter P. depuis le 1er juillet. A qui dois-je adresser une demande s'il y a lieu ?

Dr P.

Réponse.

La patente et toutes autres contributions sont établies d'après les faits existant au 1er janvier de l'année de l'imposition et restent dues pour l'année entière, nonobstant le déménagement ou la cessation de la profession.

A. M.

---

616. — L'indemnité versée au décès doit être comprise dans l'actif successoral.

Un de mes amis faisant partie de la Confraternelle des médecins français vient de décéder et sa veuve voudrait savoir si la somme de dix mille francs qu'elle va toucher et qui est censée être nécessaire aux frais d'inhumation et aux divers frais d'urgence doit être déclarée au fisc dans la succession ou ne doit pas être déclarée.

Dr G.

Réponse.

La somme de dix mille francs doit, à notre avis, être considérée comme le montant d'une assurance au décès et comme telle comprise dans l'actif successoral à déclarer.

A. M.

Questions médico-militaires.

4422. — Honoraires des experts au Tribunal des Pensions.

Je suis désigné par le tribunal pour faire une expertise pour l'Intendance militaire au sujet d'un mutilé qui demande une augmentation de pension :

Dans ce cas :

1° Quel est le tarif kilométrique à appliquer ?

2° Quel prix compter pour l'expertise elle-même ?

Dr D.

Réponse.

Il est alloué aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le Tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 francs à 50 francs (plutôt 50 d'après les dernières dispositions).

Quant aux frais de déplacement, l'article 47 de la loi du 31 mars 1919 prévoyait que les témoins recevraient, s'ils étaient domiciliés hors du canton à plus de 2 myriamètres et demi, et moins de 5, 4 francs. S'ils étaient domiciliés au-delà de 5 myriamètres, la somme allouée était portée à 5 francs par 5 myriamètres ou fraction de 5 myriamètres.

Mais ces tarifs doivent avoir été augmentés depuis.

4230. — Promotion d'un médecin auxiliaire au grade d'aide-major.

A ma démobilisation, en 1919, étant étudiant à dix inscriptions, classe 1915, et versé dans les services auxiliaires depuis 1916, j'étais médecin auxiliaire. N'ayant jamais réclamé depuis lors, ma situation militaire actuelle est : médecin auxiliaire (service auxiliaire).

Je ne pense pas pouvoir augmenter de grade dans l'auxiliaire, d'autre part, j'ai conscience que les raisons de santé qui m'ont fait verser dans ces services, n'existent plus maintenant.

Quel serait pour moi le moyen le plus rapide d'avancer en grade, étant donné que je suis docteur en médecine ? Y aura-t-il des périodes à faire, puis-je choisir l'époque ?

Dr S.

Réponse.

Il est plus que probable que, pour être nommé médecin aide-major de deuxième classe de réserve, vous devrez auparavant être reversé dans le service armé, chose facile puisque les raisons de santé qui ont jadis motivé votre classement service auxiliaire n'existent plus.

Cependant, pour ne pas vous adresser à plusieurs autorités militaires et, puisque vous devrez sûrement passer par le Directeur du service de santé de la Région, écrivez-lui directement pour lui signaler votre situation et lui exprimer le désir d'être nommé médecin de réserve au rang d'officier. Celui-ci vous indiquera la marche à suivre et les formalités à remplir.

Vous pourrez être appelé à faire, pendant toute la durée de vos obligations militaires, au plus 40 jours de périodes en des moments fixés par le Ministre.

Si vous désirez monter en grade, vous aurez en moyenne deux périodes à faire avant chaque grade nouveau à acquérir.

---

113. — Proposition pour la Légion d'honneur.

Quelles sont les conditions d'inscription au tableau de concours pour la Légion d'honneur ? J'ai fait la campagne, mais à deux reprises, j'ai dû être mis hors cadres, pour maladies graves contractées au cours des opérations.

Dr X.

Réponse.

Il faut, cette année, réunir trente annuités de service afin de pouvoir être proposé pour la Légion d'honneur. L'examen de vos états de service permet de conclure que vous remplissez, et au-delà, ces conditions, puisque vous avez cinq campagnes de la guerre et que c'est pour maladie contractée en service que vous avez été placé hors cadres durant la guerre.

21. — Promotion au grade d'aide-major de 1re classe.

J'ai été nommé aide-major de 2e classe le 25 octobre 1925, avec rang à prendre à partir du 1er octobre 1924.

Je vous serais obligé de me dire à quelle époque je peux demander mon deuxième galon, sachant qu'il est nécessaire de faire une période préalable.

Dr V.

Réponse.

Une loi récente vous accorde, pour passer au deuxième galon, une bonification d'années de service, en raison du nombre de vos années d'études, c'est-à-dire que, suivant votre régime d'études ancien ou nouveau, au lieu de 4 ans, vous mettrez 2 ou 1 an pour passer au grade supérieur.

Cette disposition favorable nouvelle n'exige pas, en principe, l'accomplissement préalable d'une période d'instruction.

4. — Obtention de la carte de combattant.

Dans le *Concours* du 11 décembre 1927, p. 3224-X, je lis : « les demandes (pour l'obtention de la carte de combattant, pourront être établies par l'intermédiaire, etc. ».

Pourront être, mais si on ne passe pas par cet intermédiaire de l'Association des médecins de l'avant, *à qui* adresser sa demande ?

Dr C.

Réponse.

Il s'agit d'un service qu'offre de vous rendre l'Association des médecins de l'Avant. La voie régulière est la gendarmerie ou le Général Commandant la Région.

243. — Droit à pension d'une veuve de victime de la guerre.

La veuve d'un ancien militaire ayant été hospitalisée pendant la guerre pour une affection analogue à celle à laquelle il vient de succomber, peut-elle faire une demande de pension ? N'est-ce pas trop tard ? (il est mort en décembre 1927).

Dr G.

Réponse.

Cette veuve bénéficie d'un délai de 5 ans après le décès pour adresser une demande de pension de veuve au sous-intendant militaire des pensions de la Région. Celui-ci est chargé de constituer le dossier.

Mais il faut que, par un certificat médico-légal, vous établissiez, avec arguments médicaux à l'appui, la relation de cause à effet entre la maladie contractée pendant la guerre et la maladie terminale.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

I

SERVICE de PROPAGANDE *"du CONCOURS"*

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

(*Voir bulletin page XXVIII*).

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE PROFESSIONNELLE

L'opinion d'une femme de médecin sur le « Sou Médical ».

Vingt fois sur le métier remettons notre ouvrage... Vingt fois et davantage, et autant qu'il faudra pour convaincre tous ceux qui s'effrayent à juste titre des risques que leur fait courir la pratique médicale, que c'est encore le « Sou médical » qui leur offre les avantages les plus complets et les plus confraternels.

Je voyageais, il y a un mois, avec une dame, que je sus bientôt être la femme d'un médecin. Pour tromper les loisirs du trajet, et en raison de nos qualités respectives, j'engageai la conversation avec elle. Je sus ainsi qu'elle se rendait aux obsèques d'une vieille parente à laquelle elle voulait rendre les derniers devoirs.

De fil en aiguille, elle en vint à me parler des conditions dans lesquelles son mari exerce, des difficultés que lui suscite un confrère local qui vit avec lui en mauvaise intelligence, et finalement, elle me narra certain conflit auquel il s'était trouvé mêlé et qui lui avait occasionné tracas et soucis.

Puis, ignorant ma fonction au « Sou médical », elle me dit : « Je suis allée au « Sou médical » dont mon mari fait partie depuis de longues années... Vous savez, c'est une institution très sérieuse... On y trouve des avocats très renseignés... J'y ai rencontré M... ah ! son nom m'échappe... Il a souri en entendant mes explications, et m'a renvoyée tranquillisée, et sur le peu de gravité du conflit au regard de mon mari, et sur l'éventualité de l'appui que lui donnerait le « Sou médical », si, contrairement à ses prévisions, l'affaire avait des suites. ... Je suis partie réconfortée, et, de fait, mon mari n'a pas été inquiété... »

J'ai tenu à rapporter cette conversation, à la lettre, car elle montre quel genre de services le « Sou médical » est à même de rendre aux praticiens. Dans le cas présent, il ne s'agissait pas de responsabilité professionnelle, mais d'une histoire administrative, insignifiante en elle-même, mais que l'intervention malveillante du confrère adverse risquait de compliquer.

Ce n'est pas là matière à intervention des compagnies d'assurances qui proposent aux médecins de les garantir contre certains risques limités, ceux que leur fait courir la recherche de leur responsabilité. Et de même en est-il de ces affaires de dénigrement, voire de diffamation, qui surgissent malheureusement trop souvent à l'encontre des médecins. Comme aussi, de ces contestations d'honoraires où la mauvaise foi du débiteur met en branle l'appareil judi-

ciaire, et de ces difficultés qui naissent, entre confrères, à l'occasion des conditions de cession d'une clientèle médicale.

Voilà trois espèces, évoquées au hasard, et qui retiennent chaque jour l'attention du « Sou médical », mais qu'on tenterait vainement de confier à une compagnie d'assurances.

Mais le « Sou médical » n'en retient pas moins également les questions de responsabilité professionnelle, et il en couvre les risques jusqu'à soixante-dix mille francs (70.000 fr.), couverture qui se trouve portée à cent mille francs (100.000 fr.) pour les membres du « Sou » qui sont en même temps abonnés du *Concours médical.*

Et tout cela, moyennant une cotisation annuelle de 40 fr. pour le « Sou médical », et un abonnement également annuel de 45 fr.

Le « Sou médical » compte actuellement près de cinq mille cinq cents membres. En vérité, c'est trois fois plus nombreux qu'ils devraient être, si tous les praticiens de France comprenaient leur véritable intérêt, et utilisaient le bulletin d'adhésion qu'ils trouveront à la page XLIII ci-après.

G. DUCHESNE.
Secrétaire général adjoint du « Sou Médical ».

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Soins aux pensionnés de guerre. Preuve.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE SURVEILLANCE ET DE CONTRÔLE DES SOINS GRATUITS AUX MUTILÉS DE GUERRE

24 *novembre* 1927.

La perte du premier bulletin de visite ne saurait priver le médecin de la rémunération d'un acte médical dont la preuve a été faite.

Considérant que M. le docteur S. (Lot-et-Garonne) a donné ses soins à M. R., inscrit à la liste de la commune de X. (Gers) ;

Qu'il a, conformément à l'article 17, envoyé à la Commission de contrôle du Gers le premier bulletin de visite ;

Qu'il réclame à la Commission du Lot-et-Garonne le paiement de cette visite ;

Que ce paiement lui est refusé, le bulletin n'étant pas joint au mémoire d'honoraires ;

Que des pièces du dossier, il résulte que ledit bulletin a été envoyé par la Commission de contrôle du Gers à la préfecture du Lot-et-Garonne pour être transmis au docteur S. ;

Que celui-ci ne l'ayant jamais reçu de la préfecture du Lot-et-Garonne n'a pu le joindre à son mémoire ;

Attendu que l'appel est recevable ;
Qu'en l'espèce aucun manquement n'est imputable au docteur S. ;
Que la perte du bulletin ne saurait le priver de la rémunération d'un acte médical dont la preuve a été faite ;
Que la Commission départementale peut d'ailleurs vérifier le bien fondé de la demande d'honoraires par l'examen des souches du carnet de soins ;
Pour ces motifs ;
Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;
Décide que M. le docteur S. recevra la totalité des honoraires qu'il réclame pour les soins donnés au bénéficiaire R. pendant le deuxième trimestre 1926.

Note

M. le Dr S., qui a obtenu la décision ci-dessus, nous l'envoie avec le commentaire suivant :

« Jusqu'à cette décision, il était admis que toute visite au titre de l'article 64 n'était payée qu'en fonction de la présentation du bulletin. Et il se produisait cette injustice que le médecin pouvait ne pas être payé si l'Administration égarait les bulletins. Il était jugé que le bulletin devait être présenté : si l'administration l'égarait... tant pis pour le médecin.

« J'ai fait un appel de principe à la Commission il y a... un an et demi.

« Je suis heureux de voir cette injustice réparée, car en l'état actuel de la jurisprudence, si le feu avait pris au bureau où sont centralisées les fiches de tout le département, personne n'aurait été payé ! »

M. le Dr S. a raison. La décision de la Commission supérieure met fin à une injustice. Mais il faut que le médecin, pour être payé, fasse la preuve que le bulletin a été envoyé. Il ne suffit pas qu'il affirme qu'il a été perdu et que ce sont les Bureaux administratifs qui en sont cause. Le bulletin devra donc être envoyé à la Commission par lettre recommandée, pour éviter toute difficulté.

J. D.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

940. — Application de la loi sur les accidents du travail aux étrangers.

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner votre avis sur le cas suivant qui pose une question de principe. J'ai eu à faire ici, pour un accident du travail, deux pansements à une jeune Anglaise au service d'une de ses compatriotes habitant N.

L'assurance est une compagnie anglaise la Y.

représentée à N. par une maison de banque. L'accidentée, l'assurée ainsi que la compagnie d'assurance étant des étrangers, le tarif français des accidents du travail leur est-il applicable ou ne suis-je pas plutôt en droit d'appliquer le tarif normal de mes consultations en clientèle qui est de 40 fr. alors même que cette assurance anglaise est représentée à N. par un agent auquel sera adressée ma note d'honoraires ? Connaissez-vous des précédents et une jurisprudence à ce point de vue ?

Dr P.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail, ayant le caractère d'une loi de police et de sûreté et étant d'ordre public, s'impose à tous les habitants du territoire français sans distinction de nationalité et il ne peut y être dérogé, même par des conventions passées à l'étranger.

Par suite, tous les étrangers travaillant sur le territoire français peuvent invoquer le bénéfice de la législation sur les accidents du travail, alors même qu'ils seraient au service d'une entreprise de nationalité étrangère et que le contrat aurait été conclu à l'étranger.

Mais la loi sur les accidents du travail a fixé, pour l'application aux étrangers, quelques règles, restreignant leurs droits, en ce qui concerne l'indemnisation de l'incapacité permanente, pour le cas où ils cessent de résider sur le territoire français.

D'ailleurs, il peut être apporté à ces restrictions des exceptions par des traités conclus avec les nations étrangères et il existe notamment avec l'Angleterre une convention accordant entièrement aux ouvriers anglais travaillant en France le bénéfice de la loi française, de même que les ouvriers français travaillant en Angleterre bénéficient intégralement de la loi anglaise.

Donc la jeune Anglaise que vous avez soignée a droit aux soins médicaux ; elle y aurait même droit à défaut de tout traité avec son pays et vous pouvez appliquer le tarif Fallières.

Mais vous êtes également en droit d'appliquer votre tarif de clientèle de droit commun, soit à la blessée, en ignorant sa patronne, soit à cette patronne elle-même si vous pouvez prouver que c'est elle qui vous a choisi.

Atteinte au libre choix. Détournements de clientèle.

Les usines X. procèdent comme suit :

Un médecin lié par deux contrats : un contrat avec la compagnie d'assurance, un contrat avec la direction des usines, passera tous les matins la visite des blessés du travail où une infirmière à demeure fera les pansements dans une infirmerie où le dit médecin donnera des consultations gratuites aux ouvriers de l'usine et à toute leur famille.

A. H. ce médecin touche par contrat résiliable annuellement 20.000 fr. par an de la direction de l'usine et 100 fr. par expertises de contrôle hebdomadaire pour le compte de la compagnie d'assurance pour d'une part dans son usine (350 à 400 ouvriers) et d'autre part pour les blessés de la compagnie de son usine et de toutes les autres usines de la région assurées à la dite compagnie.

Avant ce contrat, le libre choix effectif existait plus ou moins pour les blessés et les honoraires se répartissaient entre tous les médecins d'H.

Les deux contrats sont parfaitement licites, mais leur réunion sur un même médecin étant donné les faits de la cause ne constitue-t-elle pas le fait de détournement de clientèle et d'entrave au libre choix du médecin, tout au moins selon la rédaction du nouveau texte de la Chambre des députés des 20 et 22 décembre 1927 ? Article 30 : « Tout médecin ayant par promesse d'argent ou ristourne sur les honoraires médicaux fait directement à des accidentés, chefs d'entreprise, assureurs ou toute autre personne attiré ou tenté d'attirer des accidentés du travail dans le cabinet médical (loi de l'usine) et de porter ainsi atteinte au libre choix... »

Selon la loi actuelle le délit de détournement de clientèle ne ressort pas nettement de la loi de 1898, mais en droit commun il a été décidé par des juristes et par un ministre tout récemment que le fait, par exemple, par une compagnie de chemin de fer de ne payer à un accidenté n'ayant pas fait choix du médecin de la compagnie que le demi-salaire avec la carence des quatre jours au lieu du salaire entier sans carence payé aux blessés s'adressant au médecin de la compagnie constituait une atteinte au libre choix et dernièrement, dans un cas rapporté par la *Tribune de la voie ferrée*, un blessé ainsi lésé ayant poursuivi la compagnie devant le conseil des prud'hommes, celle-ci a été condamnée à verser dans les cinq jours le demi-salaire retenu et a payé de suite.

Le Syndicat des Ardennes a protesté à l'unanimité et les Syndicats ouvriers ont porté plainte à l'inspection du travail.

Dr D.

Réponse.

On ne peut pas dire qu'il y ait don, ou ristourne sur les honoraires médicaux : un médecin est parfaitement en droit de louer ses services à une usine, ou à une compagnie d'assurances, pour soigner tous les malades qui lui sont confiés.

Il en est de même pour la visite de contrôle et le praticien contre visiteur est le représentant médical de son mandant.

De plus, la loi, modifiant la législation sur les accidents du travail, a été votée par la Chambre ; mais ce texte n'a pas été ratifié par le Sénat : il n'a donc encore aucune valeur juridique.

Pour qu'il y ait véritablement détournement

de clientèle, il faudrait démontrer que les ouvriers sont obligés de se faire soigner par le médecin de l'usine. Par exemple, on les menace de leur supprimer leur demi-salaire ; on leur laisse entendre que s'ils choisissent un autre médecin, ils auront des ennuis ; ils pourront être renvoyés, etc.

Il est donc nécessaire d'avoir des preuves de cette pression, opérée sur le personnel ouvrier, pour l'empêcher d'user du libre choix du médecin, ordonné par la loi.

Je ne crois pas qu'une action judiciaire, basée sur l'article 30 de la loi du 9 avril 1898, ait grand' chance de succès. J'estime qu'il vaudrait mieux se placer sous l'empire du droit commun : le syndicat médical local assignerait l'usine, pour détournement de clientèle, au détriment des blessés et des médecins.

Au surplus, les agissements de cette usine pourraient être signalés au ministre du travail (direction du contrôle des assurances privées, 80, rue de Varenne).

On pourrait encore faire poser une question écrite par la voie du *Journal officiel*, par un député, pour savoir ce que pense le ministre du travail de ces agissements d'usines, qui empêchent ainsi leurs ouvriers de choisir librement leur médecin.

En dernier lieu, il faudrait savoir s'il n'y a pas exercice illégal de la médecine, par les infirmiers de l'usine, avec complicité du médecin.

Aux termes de la loi du 30 novembre 1892, seul le titulaire du diplôme a le droit de soigner. Je sais bien qu'en cas d'urgence, un infirmier peut poser un premier pansement ; mais ensuite, le médecin doit prendre la direction des traitements et les faire exécuter sous sa surveillance immédiate.

Il serait donc intéressant de savoir comment se pratique la médecine des blessés du travail dans la dite usine.

D^r^ Paul Boudin.

---

168. — Réponse à la proposition d'être le médecin unique d'une compagnie d'assurances.

Transmis au *Concours médical* cette petite histoire de lutte entre une réassurance départementale des accidents agricoles, et une section d'un Syndicat médical, laissant au *Concours* la liberté d'en disposer comme il voudra. Dr A.

Réassurance départementale accidents

St-S., le 3 janvier 1928.

Monsieur le Docteur A.

J'ai l'honneur de vous informer que nous avons organisé une Caisse de réassurance accidents conformément aux instructions et tarifs du ministre de la Prévoyance sociale. Notre organisation a pris, no-

tamment dans les environs d'A., un grand développement. Nos Caisses locales et notre Caisse départementale se sont aperçues que les tarifs appliqués par les docteurs n'étaient pas toujours conformes au tarif Durafour. D'autre part, il arrive que, pour des accidents bénins, ils accordent trop facilement des périodes exagérées d'incapacité complète. Sans nuire à nos assurés, nous voudrions faire admettre un pourcentage d'incapacité suivant la gravité des cas pour nous permettre plus facilement le règlement des sinistres. Dans notre organisation, nous admettons la déclaration de guérison d'un accidenté comme valable dans la plupart des cas, cela pour le dispenser de perdre une journée pour se présenter au docteur et lui faire constater la guérison.

Comme nous allons demander à nos Caisses locales le choix d'un docteur unique, je vous demande de vouloir bien me dire si vous acceptez notre manière de procéder dans le cas où notre choix porterait sur vous. Vous nous faciliteriez ainsi notre œuvre de mutualité appelée à rendre de grands services à nos agriculteurs.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, mes salutations empressées. G.

Réponse du médecin sollicité.... et de ses confrères.

A., le 7 janvier 1928.

Monsieur,

La section du Syndicat s'est réunie pour examiner votre lettre et lui répondre point par point.

Vous dites : « *Nos caisses se sont aperçues que les tarifs appliqués par les docteurs n'étaient pas toujours conformes au tarif Durafour* ».

Le tarif Durafour a fixé la part contributive du patron dans les honoraires du médecin pour les soins donnés aux salariés blessés. Par philanthropie, les médecins ont pris l'habitude de se contenter de ces honoraires et de ne rien réclamer aux ouvriers. Mais il n'a jamais été dans leur intention de faire bénéficier de cette philanthropie, des patrons, souvent gros capitalistes. Ainsi agissant, ils restent dans la légalité. Un récent jugement d'un juge de paix de l'arrondissement en est un exemple tangible.

2° « *Il arrive que pour des accidents bénins, les médecins accordent trop facilement des périodes exagérées d'incapacité complète. Nous voudrions faire admettre un pourcentage d'incapacité suivant la gravité du cas* ». — La loi a fait intervenir le médecin parce qu'elle a estimé que, seule, sa compétence pouvait sainement apprécier l'importance de la blessure. Le pourcentage d'incapacité ne trouve pas chez nous une hostilité irréductible ; nous l'appliquons pour les assurances individuelles. Mais la loi est la loi, et nous vous prions de nous donner connaissance d'un texte qui autorise son application.

3° « *Nous admettons la déclaration de guérison de l'accidenté comme valable dans la plupart des cas* ». — A votre aise, cette question nous laisse indifférents.

4° « *Nous allons demander à nos caisses locales le choix d'un docteur unique. Je vous demande de vouloir bien me dire si vous acceptez votre manière de procéder dans le cas où notre choix se porterait sur vous.* » — Vous ignorez sans doute que nous sommes organisés en syndicat et vous vous adressez à chacun de nous, escomptant que chacun de nous isolé s'en irait accepter vos propositions alléchantes. Et alors, en possession de nos acceptations, que feriez-vous ? Fixer votre choix sur l'un de nous, pour faire une pirouette et tirer votre révérence aux autres à qui vous avez fait des propositions et qui les auraient acceptées !

Voyons, Monsieur, nous ne sommes pas en adjudication d'une fourniture de comestibles. Assurément, vous n'avez pas voulu ça, d'autant plus que vous n'ignorez pas que la loi vous interdit de toucher au libre choix du médecin, qu'elle vous traînerait devant la justice de votre pays, si vous exerciez une pression quelconque sur vos assurés. Croyez-nous, nous sommes des collaborateurs, non des dupes.

Veuillez agréer...

Signature des sept médecins d'A.

756. — Accidents survenus à des bûcherons.

Je suis propriétaire d'environ 5 hectares 1/2 de plantations de peupliers divisées en 30 parcelles environ.

Dans ces plantations j'emploie deux catégories d'ouvriers :

Les uns sont payés à l'heure pour fauchage des herbes, binages, etc.

2° D'autre part pour l'élagage des arbres, je traite, avec un élagueur spécialisé, à tant du pied d'arbre et n'ai aucune surveillance sur lui, il travaille avec son matériel, quand il lui plait et peut employer les ouvriers qu'il veut.

Il est forain pendant la saison d'été et l'hiver s'emploie chez différents propriétaires pour élagage ou coupes de bois. Dernièrement il travaillait pour les Ponts et Chaussées avec un ouvrier.

Cet élagueur vient à se blesser chez moi, suis-je responsable ? Vous voudrez bien me fixer à ce sujet en m'indiquant la jurisprudence afin que je puisse la produire en justice. Inutile de vous dire que je suis assuré pour tous les ouvriers de mes plantations, élagage compris, mais je voudrais cependant être fixé.

Dr X.

Réponse.

La loi du 15 juillet 1914, qui a étendu aux exploitations forestières la législation sur les

Voir la suite page XLV-961

PROPOS DU JOUR

Lamarck et son œuvre.
L'interprétation énergétique de la nature vivante.

Le dix-huit décembre 1829, mourait dans la maison de Buffon, au fond du Jardin des Plantes, un vieux savant, aveugle depuis de longues années. L'Administration du Muséum lui donnait encore asile, à lui et à sa famille par déférence et par pitié. On procéda sans grand bruit à son enterrement ; un service simple eut lieu à Saint-Médard, où 41 ans auparavant avaient eu lieu les fastueuses obsèques de Buffon dont le cortège était parti de la même maison. Quelques professeurs du Muséum, quelques membres de l'Académie des Sciences accompagnèrent le cercueil jusqu'au cimetière Montparnasse où il fut inhumé. E. Geoffroy Saint-Hilaire, cependant, fit, au nom de l'Académie, un discours sur cette tombe où il affirmait que le défunt était un grand savant méconnu. Il parla « des voix impartiales, écho anticipé de la postérité, qui le jugèrent comme le jugera l'histoire. »

La famille, moins que fortunée, vendit les collections, dispersa les papiers du vieux maître. Au bout de cinq ans, personne ne renouvela la concession quinquennale au cimetière, l'on ouvrit le cercueil et les ossements furent jetés, au milieu de tant d'autres, à la fosse commune. Ce fut l'oubli.

Quarante ou cinquante ans plus tard, on exhumait les œuvres du vieux savant et la parole prophétique de Geoffroy-Saint-Hilaire se réalisait. L'Histoire le proclama un Génie et la postérité éleva une statue à ce vieillard si longtemps et si complètement oublié. Ce savant était LAMARCK.

***

M. le Dr Roule, l'éminent professeur du Muséum d'histoire naturelle, qui a entrepris d'écrire l'apologie de la célèbre Institution, qu'il contribue à illustrer, vient de publier un remarquable ouvrage sur *Lamarck et l'interprétation de la nature* (1). Dans ce livre M. Roule non seulement conte la vie du grand savant, expose ses importants travaux dans les diverses branches de l'Histoire naturelle, montre quelles furent ses qualités de professeur, de botaniste, de zoologiste, de biologiste et de philosophe, mais encore, paraphrasant la doctrine de l'évolution, donne lui-même une interprétation énergétique de la nature vivante et trace l'esquisse d'une biogénie, véritable développement de la pensée de Lamarck.

***

Dernier né d'une famille noble de onze enfants dont cinq garçons, Jean-Baptiste-Pierre-Antoine de Monet, chevalier de Lamarck, naquit à Bazentin, modeste hameau, situé entre Albert et Bapaume en Picardie, le 11 août 1744.

Sa mère, Marie-Françoise de Fontaine de Chignolles, issue d'une vieille famille picarde avait épousé un ancien officier d'origine gasconne, du Bigorre, dont le père était venu se fixer en Picardie. Ce dernier, baron de Monet, de Lamarque, de Saint-Martin, marié en 1656 à Catherine de Fécamp, était devenu Seigneur de Bazentin. Il était lui même le descendant d'un compagnon d'Henri IV et d'un Commandant du château de Lourdes.

Grâce à cette double origine, la fougue et la vive imagination gasconnes tempérées par le réalisme picard, expliquent la dualité intellectuelle de Lamarck, chez qui la précision du savant, homme du Nord, se rencontre avec l'esprit méridional de généralisation du philosophe enthousiaste.

Lamarck fit ses humanités chez les Jésuites d'Amiens et était destiné à entrer dans les ordres. La fermeture du Collège des Jésuites en 1761 et la mort de son père lui firent changer de route ; il se fit soldat suivant l'exemple de quatre de ses frères.

Entré dans l'armée du Duc de Broglie, il prit part aux opérations de la fin de la guerre de Sept ans en Allemagne contre les troupes du Grand Frédéric. Il se distingua dans divers combats, devint enseigne, puis lieutenant au régiment de Beaujolais, il avait à peine 20 ans.

Après la guerre, le jeune officier fut attaché jusqu'en 1765 au service des ports et des colonies. Il tint successivement garnison à Monaco, à

(1) Ernest Flammarion, édit., Paris 1928. Prix : 12 francs.

Antibes, à Toulon, à la frontière des Alpes, à Mont-Dauphin et à Dunkerque. Las de cette vie errante, il démissionna et revint à Bazentin. Dans l'obligation de gagner sa vie, il rejoignit un de ses frères à Paris et entra comme commis dans une banque. Il entreprit en même temps des études de médecine et suivit les cours du Jardin du Roi.

Ce fut à 26 ans, en 1770, que Lamarck commença à s'adonner à l'étude des sciences naturelles. La première communication qu'il fit alors à l'Académie des Sciences avait trait à la météorologie, science bien conjecturale qui hanta son esprit pendant toute sa vie. En même temps, Lamarck s'initiait à la botanique et suivait assidûment les herborisations de Bernard de Jussieu.

Unissant la méthode de Jussieu au système de Linné, Lamarck imagina une clé dichotomique pour la détermination des plantes et ce fut ainsi qu'il commença la rédaction de sa *Flore française*. B. de Jussieu apprécia à sa valeur l'œuvre de son élève, en parla à Buffon qui l'accueillit avec enthousiasme et obtint son impression en 1778 par l'Imprimerie Royale. Lamarck, à 34 ans, venait de se révéler un grand botaniste. Peu après (mai 1779), il était élu membre adjoint de l'Académie des Sciences, devenait associé ordinaire en 1783, et pensionnaire en 1790.

Buffon qui avait pris Lamarck en grande estime, ayant résolu de faire voyager son fils en Europe Centrale et aux Pays-Bas pour parfaire son instruction, espérant un jour obtenir pour lui la survivance de sa charge d'Intendant du Jardin du Roi, pria Lamarck de l'accompagner. Ce voyage dura de 1781 à 1782 et ne fut pour lui d'aucune utilité. Buffon fils de caractère et de goûts tous différents, ne sympathisait guère avec le mentor qu'avait voulu lui donner son père.

Au retour, Buffon attacha Lamarck au Jardin du Roi au titre de Conservateur bénévole de l'herbier, sans traitement. Le botaniste déjà renommé trouvait là le moyen de continuer ses études, mais il fallait vivre et une situation rémunératrice s'imposait d'autant plus que Lamarck s'était marié et devait assurer l'existence d'une famille. Il végéta péniblement, misérablement en collaborant à la nouvelle édition de l'*Encyclopédie méthodique* de Panckoucke et au *Dictionnaire de botanique* (1783-1789).

La mort de Buffon en 1788, aggrava encore sa situation. La Billarderie, devenu intendant du Jardin du Roi, était par alliance le cousin de Lamarck, il essaya de régulariser ses fonctions en le nommant gardien de l'herbier aux appointements de 1.000 livres.

Les conservateurs titulaires, Desfontaines et Laurent de Jussieu, craignant d'être dépossédés, protestèrent avec énergie et interdirent l'accès de l'herbier à Lamarck qui conserva le titre et les appointements sans pouvoir remplir ses fonctions. Bernardin de Saint-Pierre qui remplaça La Billarderie émigré, voulut faire sortir Lamarck de cette situation irrégulière et paradoxale en lui confiant une mission, mais la Révolution triomphait et le Jardin du Roi fut supprimé.

Lakanal et Fourcroy obtinrent de la Convention la transformation de l'Etablissement en Muséum d'Histoire naturelle. Daubenton fut chargé de l'organiser. Appréciant la valeur de Lamarck, il lui offrit la seule chaire vacante, celle de zoologie des animaux non vertébrés et en juin 1793, il le fit nommer professeur. La situation de Lamarck qui avait 49 ans, était enfin assurée.

Bien que peu versé dans les études zoologiques, il se mit courageusement à l'ouvrage, appliquant à ses nouvelles recherches les méthodes qui avaient guidé ses travaux en botanique. Mais en même temps il fut repris de sa manie pour les études de physique, de chimie et surtout de météorologie. Dans cet ordre de sciences, il ne fut pas très heureux, il publia en 1794 des *Recherches sur les causes des principaux faits physiques* ; en 1796, il eut la malencontreuse inspiration de vouloir combattre la grande découverte de Lavoisier et publia une *Réfutation de la théorie pneumatique*.

De 1797 à 1798, dans des mémoires de physique et d'histoire naturelle, dans les mémoires sur la matière du feu et du son, il entreprit de réhabiliter les théories du phlogistique.

En l'an X (1802) Lamarck fit paraître son *hydrogéologie* où, adoptant les doctrines neptuniennes, sans tenir compte de celles des plutoniens, il expliqua la formation de l'écorce terrestre par l'unique action des eaux. De 1800 à 1810, entre sa 56e et 66e années, tant pour satisfaire sa manie que pour augmenter ses ressources trop modiques, il publia des annuaires météorologiques, véritables almanachs populaires où il donnait les prévisions du temps. Cette erreur après celle où il était tombé en combattant Lavoisier, le discrédita dans l'esprit du public savant et provoqua l'intervention de Napoléon qui arrêta la publication des almanachs.

Cependant Lamarck ne négligeait pas ses études sur les invertébrés ; il travaillait sans relâche à leur classification et des méditations auxquelles il se livra à ce sujet sortirent deux publications de tout premier ordre : la *Philosophie zoologique* (1809) et l'*Histoire naturelle des animaux*

Acad^ie des sciences. (Botanique et Zoologie)

LE CHEVALIER DE LAMARCK,

(Jean-Baptiste-Pierre-Antoine-Demonet.)

Membre de la Légion d'honneur.

Né à Bazentin, près Bapaume, (Somme) le 1er Août 1744, élu à l'Académie en 1779, à l'Institut en 1795.

sans vertèbres dont les sept volumes parurent de 1815 à 1822. Ce fut là qu'il exposa magistralement sa doctrine de l'Evolution. Notons qu'en 1815, Lamarck avait 71 ans. A partir de cette époque le savant devint progressivement aveugle. Ses deux filles aînées, Rosalie et Cornélie, véritables Antigone, se dévouèrent à leur père, écrivirent sous sa dictée les derniers volumes de ses œuvres et lui aidèrent à terminer son ouvrage. Peu à peu, il devint de plus en plus impotent ; au cours des deux dernières années de sa vie, Lamarck était tout à fait caduc quand survint la mort libératrice le 18 décembre 1829 ; il avait 85 ans.

Lamarck avait été trois fois marié.

1° Sa première épouse, qui partagea les difficultés de ses débuts, était Marie-Rosalie de la Porte qui mourut au début de la Révolution. Elle lui donna deux filles, Rosalie et Cornélie, et quatre fils, dont un, Auguste de Lamarck, fut ingénieur des Ponts et Chaussées ;

2° La seconde, Charlotte-Victoire Reverdy, qu'il épousa quand il fut nommé professeur, lui donna deux enfants qui ne vécurent pas ;

3° Enfin, la dernière, Louise-Julie Maillet, fut avec ses filles, la compagne dévouée de sa vieillesse.

***

Pour bien apprécier Lamarck, M. le prof. Roule l'envisage comme professeur au Muséum, botaniste, zoologiste, biologiste et philosophe, car Lamarck fut, successivement ou à la fois, tout cela.

Comme professeur, il fut indiscutablement supérieur. S'il avait l'apparence d'un modeste, d'un timide, à attitude parfois embarrassée, si son corps débile lui donnait un aspect faible et irrésolu, il changeait du tout au tout lorsqu'il était appelé à exposer ou à défendre ses idées ; il devenait alors enthousiaste, fougueux et volontaire et faisait preuve d'une indomptable énergie morale. Son cours consistait surtout en explications méthodiques et techniques mais, dans les discours d'ouverture et de clôture, il exposait ses idées générales, ses vues philosophiques et les esprits distingués de l'époque accouraient à ces leçons pour s'instruire. Balzac, Sainte-Beuve et bien d'autres furent l'entendre, le citèrent et le vantèrent.

Bien que ne partageant pas les opinions de Cuvier sur les espèces, Lamarck ne fut jamais en conflit avec lui. Aucun dissentiment n'exista entre ces deux grands hommes dont les procédés de travail étaient tout différents et qui se complétaient l'un l'autre. D'ailleurs, la grande différence d'âge qui les séparait ne pouvait permettre entre eux la plus petite rivalité.

Dans son enseignement comme dans ses travaux, on retrouve toujours chez Lamarck cette dualité que M. Roule se plait à signaler : d'un côté le naturaliste précis se livrant à l'analyse concrète et méticuleuse ; de l'autre, le penseur imaginatif, hardi et généralisateur. Il était l'ennemi des idées mesquines et reconnaissait l'utilité des hypothèses dans les sciences, comme plus tard Claude Bernard. « Les hommes à petites vues ne peuvent se livrer qu'à de petites choses », a-t-il écrit, et encore : « Le parti du silence n'est bon à rien, et il faut supposer, même si on ne peut prouver ».

Le prof. Roule fait de Lamarck un véritable inspiré. N'a-t-il pas parlé lui-même de « la force des choses qui nous entraîne malgré nous. » Très juste est le rapprochement de Lamarck et de Galilée ; celui-ci s'obstine à répéter : « Et cependant, la Terre tourne » tandis que celui-là ne cesse d'affirmer « Et cependant, les espèces se transforment. »

Nous avons vu que Lamarck avait tout d'abord borné ses études en sciences naturelles à la botanique, que sa *Flore française*, lui ouvrit les portes de l'Académie des Sciences ; que, avec une ingénieuse clé dichotomique, il sut unir le système de Linné à la méthode de Bernard de Jussieu.

Quand il fut chargé de la chaire de zoologie des animaux sans vertèbres, tout était à faire dans l'étude de ces êtres. Lamarck y appliqua les mêmes méthodes d'observations et de classement qu'en botanique. Il s'ingénia à faire des descriptions minutieuses pour légitimer sa classification. Il s'adonna surtout à l'étude des mollusques et des coquillages et, même de 1802 à 1810, publia de nombreux mémoires sur les coquillages fossiles. A l'exemple de Cuvier, il écrivit, en l'an X (1801), un petit Manuel zoologique qui précéda le *Système des animaux sans vertèbres* et fut suivi de son ouvrage capital, l'*Histoire naturelle des animaux sans vertèbres*, dont les sept volumes, commencés en 1814, alors qu'il avait 71 ans, furent terminés en 1822. L'ouvrage fut en partie rédigé, alors que Lamarck était aveugle et fut dicté par lui à ses filles.

Une des meilleures preuves de la valeur des classifications de Lamarck en zoologie est que l'on continue, plus d'un siècle après leur création, de les utiliser presque sans les modifier.

Lamarck fut le créateur du mot *biologie*. Le

terme a fait fortune, car il répondait bien à sa passion d'étude de la nature vivante. C'est en observant les phénomènes de la vie que Lamarck, dont l'esprit généralisateur se plaisait aux spéculations philosophiques, entreprit d'établir la doctrine de l'Evolution.

Lamarck avait eu des précurseurs ; certains avaient, un demi-siècle auparavant, émis l'hypothèse de la transformation des êtres d'une façon tellement fantaisiste que personne ne pouvait la prendre en considération (1).

Buffon admit la modification des êtres à travers les âges et leur liaison et leur continuité changeante au cours du « torrent des temps ». Cabanis avait aussi émis l'opinion que « les espèces des êtres vivants s'étaient formées les unes des autres grâce à des changements opérés par l'apparition d'habitudes nouvelles, produisant à la longue, de leur seul moyen dans la série des générations, certaines conformations inexistantes auparavant. » Lacépède, et Lamarck reprirent en même temps les hypothèses de Buffon et de Cabanis. Lacépède dans le discours préliminaires de son Histoire naturelle des poissons, écrivit un chapitre évolutionniste sur la durée des espèces (1800). La même année, Lamarck dans une leçon qui servit d'introduction à son petit volume de zoologie élémentaire, reprit l'idée de Buffon et celle de Cabanis, mais sans oser encore conclure. Il revint sur ce sujet dans ses leçons en 1802, 1803 et 1806, pour conclure enfin en leur faveur en 1809 dans son œuvre maîtresse, la *Philosophie zoologique*. A l'exemple de Cabanis, il base sa doctrine sur deux considérations : l'une sur le fait qu'un organe qui fonctionne se fortifie et s'amplifie, tandis que l'arrêt de sa fonction amène sa disparition; l'autre, que les tissus se modifient du fait d'un excès de vitalité et d'une accélération des mouvements des fluides dans leur substance. Ces modifications iraient en progressant au cours de la série des générations successives. Il décrivit l'espèce, à l'encontre de Cuvier : « une collection d'individus semblables que la génération perpétue dans le même état tant que les circonstances de leur situation ne changent pas assez pour les faire varier ». Il montra la gradation nette et explicite des êtres formant une série à peu près continue, des animaux les plus simples aux plus complexes. Il admit qu'il y avait en outre un « sentiment intérieur », agent de coordination et de perfectionnement, chez les êtres vivants.

(1) Exemple : M. de Maillet dans l'ouvrage fantaisiste qui fut publié après sa mort en 1748 sous le titre de Telliamed.

C'est ce sentiment intérieur, cette « force excitatrice » qui donne sa marque, crée les êtres vivants et dirige leur évolution. Mais Lamarck, catholique sincère, arrêtait à l'homme, pourvu d'une âme immortelle dont on ignore le siège, les conséquences de sa doctrine.

En même temps, en Allemagne, l'Ecole des Philosophes de la Nature avec Kielmeyer, Schelling, Oken et Gœthe étudiait les transformations des organes. Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, après la disparition de Lamarck, soutenait brillamment contre Cuvier dans des disputes académiques mémorables, la notion de créations nouvelles par changement. Lamarck paraissait bien oublié quand un demi-siècle après la publication de la *Philosophie zoologique*, les naturalistes anglais, Ch. Darwin et Rüssel Wallace, imposèrent définitivement à la science les idées transformistes et firent, de ce fait, donner à Lamarck, biologiste et philosophe, le premier rang auquel il avait droit, dans l'histoire de la doctrine de l'Evolution.

***

Le prof. Roule, dans une dernière partie de son ouvrage, et non la moins intéressante, expose les conclusions que la science moderne, mieux outillée scientifiquement, a données au Lamarckisme.

Ces conclusions consistent dans l'*interprétation énergétique de la nature vivante.*

Si l'on admet les espèces en pratique pour faciliter les études, il n'y a réellement dans la nature que des individus ; la notion absolue des espèces est une fiction. Mais l'évolutionnisme qui n'est autre, dans l'approximation scientifique du vrai, que la représentation d'un phénomène, pris pour réel et naturel, et le transformisme qui, voulant aller plus loin, tient à en démontrer la vérité, ne peuvent satisfaire le savant dont l'esprit doit rester objectif et concret dans l'observation et l'interprétation des faits. La doctrine évolutionniste, si elle satisfait davantage les naturalistes, n'est qu'une hypothèse comme la doctrine créationniste et les différences de ces deux doctrines relèvent plus souvent de conviction intime que de réelle démonstration.

Pour donner à l'évolutionnisme un caractère absolument scientifique, il lui faut une base solide, un fait servant d'argument démonstratif, s'adressant à des phénomènes de création vitale et possédant en lui un caractère indiscutable de généralité. Or, ce fait naturel existe. Il est celui du

développement embryonnaire, de l'ontogénèse. Et M. Roule, dans des pages véritablement inspirées, montre l'évolution du germe devenant embryon qui se transforme, évolue continuellement jusqu'au moment où il devient un être adulte. Cet embryon, d'ailleurs, en se transformant, rappelle, au fur et à mesure de son développement, la morphologie de la série des êtres, depuis les plus rudimentaires jusqu'aux plus complexes.

Revenant aux vieilles doctrines d'Aristote, M. Roule indique, dans cet embryon qui évolue, l'existence d'une puissance mystérieuse qui modèle ses tissus toujours de la même façon; cette puissance, cette *forme formante*, fournie en dedans, faite d'une énergie intime associée à la substance du corps, modifie incessamment cette dernière, la *forme formée*, en la dotant de structures et de fonctions.

L'embryologiste, dans ses recherches, n'observe que des étapes successives de ces transformations continues. Il faudrait qu'un naturaliste magicien, dans un film cinématographique merveilleux, put nous faire saisir cette évolution continue de l'embryon vers l'être adulte aux formes relativement plus durables, plus permanentes. Et ce film ne devrait pas se borner là. L'être adulte par un germe unique ou fécondé par un autre être adulte, continue l'évolution, en sorte que l'individu nous conduit à la lignée qui perpétue l'être avec ses caractères principaux. De l'ontogénèse, nous passons ainsi à la phylogénèse.

M. Roule, signalant simplement les explications des variations des espèces par voie de mutation où des changements, longuement préparés par la forme formante, sont rapidement réalisées par les formes formées, esquisse un tableau prodigieux de l'ensemble des lignées, étendu dans l'espace et le temps, formant un seul Être Global et total, utilisant la matière organique, constituant les milieux, leur empruntant substances et forces pour se façonner lui-même.

Cet Être Global vivant cherche à équilibrer progressivement son pouvoir avec l'inanimé qui l'entoure, parmi les changements qu'il a subis dans le passé et qu'il subira dans l'avenir.

Cette conception qui paraît, dans son énormité, une rêverie, ne peut être assimilée à une fiction ; elle a sa réalité première dans la constatation des faits qui peuvent tomber sous nos sens, dans l'évolution de l'embryon.

M. Roule termine par l'esquisse d'une biogénie où il s'efforce de préciser la pensée de Lamarck. Et tout d'abord, il rencontre la propriété d'édification vitale. Les formes matérielles empruntent leurs éléments au milieu environnant et ces éléments retournent à ce milieu. Mais tout ne se borne pas là ; ces formes groupent ces éléments, les coordonnent, selon un modèle qui leur est propre. Elles se dissocient et se reconstituent, toujours conformément à ce modèle. La vie utilise la nature non organisée, constitue avec elle les corps de ses êtres et lui rend ses déchets. Puis, vient l'extension vitale dans l'espace et dans le temps et cet emploi de la nature inorganique de l'Univers physique, selon l'expression de Lamarck, ne peut se faire sans modifier ses objets.

La vie étend sans cesse le domaine qu'elle exploite. « Ayant débuté par naître dans les eaux, elle a dépassé les limites de ce premier habitat, elle a pris possession des terres et des airs.

Ayant commencé par des êtres rudimentaires et minuscules, elle a persévéré par des organismes plus complexes et plus forts. »

Vient ensuite la propriété de conservation vitale. Les corps des êtres qu'a formés la vie, ne pouvant supporter la lourde tâche de coordonner l'énergie qui parcourt le monde, meurent, se dissocient et leurs matériaux utilisés momentanément par la vie, retournent à la nature brute. Mais l'impulsion qui les entraînait ne disparaît pas, elle passe à d'autres qui la transmettront à leur tour. « La vie n'abandonne rien en puissance de ce qu'elle a su acquérir. » Elle renaît de ses cendres, se refait perpétuellement.

La puissance vitale est énorme et si, comme on le présume, tout se ramène a du mouvement, au milieu des vibrations des autres sortes d'énergie, la vie représente dans l'Univers sensible ce qu'il y a de plus parfait et de plus complet et porte au plus haut point l'utilisation de toute chose.

« Si le monde vivant utilise le monde inorganique, l'Homme, grâce à sa science, l'utilise lui-même à son tour, et bénéficie des efforts accomplis par la vie. »

M. le professeur Louis Roule ne pouvait donner une meilleure conclusion à un ouvrage consacré au génie de Lamarck que cette remarquable interprétation énergétique de la nature vivante, qui, par son élévation d'idées et son inspiration poétique, évoque dans notre esprit le poème génial de Lucrèce.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DU RACHITISME D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS

Par le docteur Germain BLECHMANN,
Ancien chef de clinique infantile à la Faculté.

Depuis cinq années, le rachitisme a suscité une série d'études cliniques, radiologiques et expérimentales, en Amérique, en Allemagne et en France. Il nous a semblé intéressant de résumer ces notions nouvelles sur la maladie rachitique, tout en rappelant celles qui nous paraissent définitivement acquises à la suite des travaux du professeur MARFAN et de ses élèves.

I. Etiologie.

L'origine du rachitisme a exercé depuis longtemps la sagacité des observateurs et les causes les plus diverses ont été invoquées.

Pour éviter des détails fastidieux, nous admettrons avec Marfan que le rachitisme peut être la conséquence de toutes les infections ou intoxications chroniques survenant pendant la période active de l'ossification ou période de croissance des os, qui s'étend des derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à l'âge de la soudure des épiphyses. Cette ossification est surtout active dans la première enfance et plus spécialement de la naissance au neuvième mois. Les causes qui interviennent alors le plus souvent sont, au premier rang, la syphilis congénitale, puis les troubles digestifs sérieux et prolongés, la tuberculose et enfin les infections pulmonaires ou cutanées chroniques.

Avant d'étudier ces causes efficientes du rachitisme, nous passerons rapidement en revue les causes prédisposantes, puis nous exposerons les recherches récentes qui ont fait jouer un rôle excessif au manque de vitamines, à la carence solaire et à la carence en phosphore et calcium.

A) Causes prédisposantes.

Fréquence du rachitisme suivant certaines conditions. — Le rachitisme est extrêmement fréquent en Europe. Dans les hôpitaux de Paris, on trouve à peu près un rachitique sur deux sujets de six mois à trois ans ; c'est la période de pleine activité du rachitisme.

On note dans la plupart des auteurs des assertions qui nous paraissent contestables, concernant la fréquence du rachitisme suivant les pays. Tout ce qui, jusqu'à l'heure présente, a été écrit sur la distribution géographique du rachitisme doit être soumis à une révision (Marfan).

La vie confinée dans les habitations privées d'air et de lumière favorise le développement du rachitisme ; c'est pourquoi il est un peu plus fréquent dans les milieux urbains, parmi la population ouvrière et se développe plus souvent à certaines époques de l'année : c'est au printemps qu'on l'observe surtout.

La plupart des causes de débilitation des géniteurs favorisent l'apparition du rachitisme chez les enfants, tels l'alimentation insuffisante, le défaut d'air et de lumière, le surmenage, les grossesses répétées, l'âge trop avancé des conjoints et surtout l'alcoolisme.

L'hérédité directe ou similaire du rachitisme a été notée dans certaines familles par Trousseau et par Marfan. L'hérédité intervient souvent pour localiser le rachitisme sur tel ou tel segment similaire du squelette (prognathisme, scoliose, genu varum).

L'insuffisance thyroïdienne est aussi une cause prédisposante. Les troubles fonctionnels des autres glandes endocrines jouent certainement aussi leur rôle (thymus, parathyroïdes, surrénales).

B) Causes efficientes.

Depuis J.-L. PETIT (1741), il a été admis que les enfants deviennent rachitiques si on les sèvre prématurément, et l'alimentation défectueuse a été considérée par beaucoup d'auteurs comme la cause principale, sinon unique, du rachitisme. Cette manière de voir est erronée : M. Marfan a soutenu que le rachitisme est loin d'être rare chez les enfants nourris exclusivement au sein. Ce fait capital montre que si l'allaitement artificiel, surtout quand il est mal toléré, doit être regardé comme un facteur important de rachitisme, il ne saurait être considéré comme sa seule cause. D'ailleurs, il existe de nombreux cas dans lesquels les déformations osseuses n'ont pas été précédées ou accompagnées de troubles digestifs.

1° *Syphilis congénitale.* — Pour PARROT, le rachitisme n'a qu'une seule cause : la syphilis héréditaire, tandis que pour Alfred FOURNIER la

syphilis n'est qu'une cause prédisposante banale de rachitisme.

Pour M. Marfan, nombre de faits prouvent que la syphilis peut à elle seule produire le rachitisme et qu'elle est une des causes les plus fréquentes du rachitisme. Le plus souvent, ce rachitisme syphilitique revêt une forme spéciale qui se distingue par quatre caractères :

a) La précocité du début : le rachitisme syphilitique est congénital ou débute dans les trois ou quatre premiers mois de la vie.

b) La prédominance des altérations osseuses sur le crâne, plus particulièrement existence de cranio-tabès, contrairement à l'opinion de Comby qui se refuse à admettre la nature et l'origine syphilitiques de cette lésion.

c) L'association, au moins dans les premiers mois, à une anémie assez marquée.

d) L'hypertrophie chronique de la rate, quand elle existe, a une grosse valeur diagnostique.

La plupart des rachitismes à grosses déformations observés après l'âge de un an ont une origine syphilitique.

2° *Troubles digestifs.* — Parmi les troubles digestifs, celui qui intervient ordinairement, c'est la diarrhée commune des enfants nourris de lait de vache ou recevant de la farine trop tôt ou en excès.

Le rachitisme d'origine digestive est ordinairement un « petit rachitisme » qui épargne le crâne ou le modifie peu.

3° *Tuberculose.* — La tuberculose est une cause de rachitisme, comme le montre quelquefois la cuti-réaction à la tuberculine ; ce n'est pas une cause fréquente. Le rachitisme tuberculeux présente les mêmes caractères que le rachitisme d'origine digestive.

4° *Infections et intoxications diverses.* — Le rachitisme peut apparaître à la suite d'une broncho-pneumonie prolongée ou à rechutes, comme celle qui complique la coqueluche, il peut aussi survenir à la suite de pyodermites, ou de paludisme, ou de diabète.

C) Recherches récentes.

1° *Le rachitisme est-il une avitaminose* ? Dès 1914, Funk, en formulant sa conception des vitamines, avait émis l'idée que le rachitisme pouvait provenir de l'absence ou de l'insuffisance d'une certaine vitamine dans l'alimentation de l'enfant. Mellanby affirma par la suite que le rachitisme se développe chez les jeunes sujets dont l'alimentation est dépourvue de la vitamine A ou facteur lipo-soluble. Si ses expériences et ses conclusions ont été ultérieurement infirmées par les travaux de Hess, Mac Cann, Pappenheimer, etc., il n'en est pas moins resté, dans cet ordre d'idées, la connaissance de ce fait essentiel, vérifié par de nombreux auteurs (Dorlencourt, etc.) que certaines graisses animales, huile de foie de morue, de phoque, etc. contiennent une substance de nature indéterminée douée de propriétés antirachitiques : elle empêcherait la constitution des altérations osseuses et les guérirait si elles existent déjà, son mode d'action restant entièrement inconnu.

D'après les Lyonnais (Mouriquand et Lieux), le rachitisme ne serait pas dû exclusivement à la carence en vitamine lipo-soluble et ils concluent qu'il est même douteux qu'il soit une maladie par carence de vitamines.

2° *Rôle de la carence du phosphore et du calcium.* — En même temps que se poursuivaient les recherches précédentes, Mac Collum, Simmonds Shipley et Park, Mernan et Pappenheimer montrèrent qu'il est possible, en soumettant de jeunes rats à un régime carencé en phosphore (dit régime 84 ou 85), d'obtenir chez ces animaux des lésions macroscopiques et microscopiques comparables à celles observées chez l'enfant rachitique. Ces expériences ont été vérifiées en France par Marfan, Lesné et leurs élèves. Mais il faut bien reconnaître que la privation de phosphore et de calcium comparable à celle réalisée dans les régimes rachitigènes du rat n'existe pratiquement pas chez l'enfant. Il est démontré que le rachitisme peut survenir chez l'enfant au sein tétant un bon lait et chez l'enfant à l'allaitement artificiel apportant et au-delà les doses nécessaires de phosphore, de calcium et toutes les vitamines désirables.

En somme, l'étude de la maladie rachitiforme des rats blancs, si intéressante qu'elle soit, ne fournit encore aucune donnée décisive sur les causes et la nature du rachitisme de l'espèce humaine (Marfan).

3° *Rôle de la carence solaire.* — Ultérieurement, un autre fait, essentiel au point de vue thérapeutique, a été, après les premiers travaux de Vogel, Kassowitz, Fischl, mis en évidence par Hess, etc. : la carence de lumière, s'exerçant sur de jeunes rats, suffit pour déterminer du rachitisme, et la carence phosphorée, facteur certain de rachitisme, chez ces jeunes animaux, devient inopérante s'ils sont en même temps soumis à des irradiations lumineuses assez puissantes. Dans le spectre lumineux, seule la région photo-chimique ultra-violette possède à un haut degré les propriétés ci-dessus énoncées. Les auteurs américains, particulièrement A. Hess, ont vérifié ces données à New-York. De plus, si l'on fait vivre des rats blancs dans l'obscurité, ils deviennent rachitiques, même si leur alimentation est suffisamment riche en phosphore et en chaux ; inversement, si l'on expose au soleil les rats blancs soumis au régime 84 ou 85, on prévient ou on guérit le rachitisme ;

pendant l'été, il suffit de les y exposer quinze minutes par jour. Sans entrer dans le détail de la discussion, il faut, avec M. Marfan, et jusqu'à plus ample informé conclure ceci : la carence des rayons solaires est une cause prédisposante du rachitisme ; elle explique sans doute pourquoi, en certains pays du nord, le rachitisme paraît plus fréquent au sortir de l'hiver. S'il est possible que dans l'espèce humaine, la carence de rayons solaires puisse à elle seule déterminer le rachitisme, cela n'est pas encore démontré. De fait, en France, la carence solaire n'est pas la cause principale du rachitisme.

II. Pathogénie.

Une pathogénie doit donner la raison de l'ensemble des altérations du squelette et des symptômes concomitants qui font partie du syndrome rachitique. Or le phénomène initial du processus rachitique, c'est la prolifération anormale et aberrante des cellules de la moelle osseuse et du cartilage, qui détermine un commencement de raréfaction du tissu osseux. De telles modifications du cartilage et de la moelle osseuse sont précisément déterminées par les infections et les intoxications sérieuses et durables de la première enfance. D'autre part, l'anémie rachitique ressemble à toutes les anémies toxi-infectieuses du jeune âge ; la leucocytose et la myélémie sont dues aux réactions de la moelle osseuse et des divers organes hémolymphatiques.

Nous admettrons donc, en définitive, avec M. Marfan que les vraies causes du rachitisme sont les infections ou les intoxications chroniques survenant à une certaine période de l'ossification, allant des derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à la deuxième année. A cette période, l'activité de la moelle osseuse et celle des tissus hémolymphatiques est très intense ; leurs réactions morbides sont également très vives, elles sont aussi très spéciales, elles aboutissent à des altérations osseuses et déterminent toute une série de symptômes concomitants dont l'ensemble constitue le syndrome rachitique ou ostéo-lymphatisme.

On doit donc admettre que tout rachitique porte en lui un foyer d'infection ou d'intoxication chronique.

III. Traitement.

Le traitement du rachitisme doit être prophylactique, étiologique et curatif.

A) Traitement prophylactique.

Le traitement prophylactique consiste à faire vivre l'enfant dans de bonnes conditions d'*hygiène* : chambre propre, bien aérée et ensoleillée, promenades au grand air, et à lui donner un *régime rationnel* : éviter l'usage trop prolongé des succédanés du lait de vache (lait humanisé, lait condensé non sucré, lait en poudre, etc.) ou trop précoce de certaines farines (farine lactée), de la croûte de pain, des panades et de la pomme de terre ; faire prendre toujours du jus de fruit si l'enfant n'est pas nourri au sein (on sait en effet qu'au scorbut s'associent toujours des lésions rachitiques). Les recherches récentes d'auteurs anglais et américains tendent à prouver que l'action de la lumière peut se transmettre par l'intermédiaire de corps organiques ou d'aliments végétaux soumis à l'*irradiation* ultra-violette (huile de foie de morue irradiée, lait irradié, ergostérine, etc.). Cette notion appelle la confirmation de recherches nouvelles avant d'entrer dans la pratique ; nous en reparlerons plus loin.

B) Traitement étiologique.

Le traitement étiologique comporte avant tout une thérapeutique antisyphilitique si la syphilis est certaine ou probable. Il faut également traiter les pyodermites et les infections broncho-pulmonaires prolongées, modifier le régime si des troubles digestifs ou alimentaires sont en cause.

C) Traitement curatif.

Il comprend plusieurs parties :

a) *Traitement médicamenteux* : 1° On prescrira, contre la *carence du phosphore et du calcium*, les sels de chaux et l'adrénaline qui paraît jouer un rôle tonique et fixateur du calcium.

Faire prendre la potion suivante :

Formiate de chaux (ou lactate de chaux purifié) .... }	ââ 2 gr.
Glycérophosphate de chaux ... }	
Sirop d'éther.................	30 gr.
Sirop de limon ....q. s. p.	150 cc.

Une cuillerée à café par jour et par année d'âge (Marfan).

et de l'adrénaline au millième :

II à IV gouttes par jour et par année d'âge. Ce traitement terminé, donner une à deux cuillerées à café par jour pendant quinze à vingt jours de glycérophosphate de chaux granulé.

2° Etant donnée l'importance qu'on a attribuée au facteur liposoluble, les Américains ont recommandé l'*huile de foie de morue* dans les dystrophies osseuses de l'enfance. C'est un médicament de haute valeur ostéo-eutrophique et en particulier un médicament nettement antirachitique. Il doit ce pouvoir à certaines substances, pour la plupart mal déterminées chimiquement et dont quelques-unes se rapprocheraient de la vitamine lipo-soluble. Ces substances actives

contre le rachitisme sont à peu près inexistantes dans les autres corps gras, notamment les huiles végétales et le beurre, qui ne contient que la vitamine A et semble n'avoir aucun pouvoir antirachitique.

L'expérience clinique et les expériences de laboratoire de Mouriquand et de ses élèves indiquent que de très fortes doses d'huile de foie de morue ne sont nullement nécessaires pour favoriser la trophicité. On ne donnera pas plus d'une demi-cuillerée à café par jour. L'huile de foie de morue phosphorée, si souvent prescrite, peut être mal tolérée.

b) Stimulation externe. — 1° On fera prendre aux rachitiques un bain salé tous les jours ou tous les deux jours (bain à 37°, de dix à douze minutes de durée, contenant une grosse poignée de sel gris).

2° On frictionnera ensuite tout le corps avec de l'eau de Cologne ou avec le liniment :

Ammoniaque liquide	ââ	20 gr.
Savon noir		
Eau	ââ	100 gr.
Essence de térébenthine ...		

(MARFAN).

c) Traitement hélio-marin. — Le séjour à la mer possède une action tonique incomparable, non pas due au sel ni à l'iode, mais aux rayons ultra-violets. En été, le climat le plus rude (Berck par exemple) est souvent le plus efficace, sauf peut-être pour de trop jeunes nourrissons. En hiver, nous conseillons un séjour à la Baule, à Châtelaillon, etc.

D'après une pratique calquée sur celle de Rollier, Hess et ses collaborateurs exposent les petits rachitiques pendant quinze minutes, puis jusqu'à une heure, directement la peau nue aux rayons solaires en commençant par les bras et les jambes et quand la température le permet, en exposant aussi la poitrine et le dos.

Signalons qu'à l'hôpital maritime de Berck, par une tradition déjà ancienne, on installe les petits rachitiques sur le sable chauffé au soleil. La cure de soleil suivra le bain de mer : bain chaud si l'enfant à moins de trois ans, bain en plein eau après cet âge si l'enfant paraît le supporter. On fera patauger l'enfant dans l'eau le plus possible.

Ne pas envoyer à la mer les rachitiques atteints de tuberculose, d'otite ou de dermatose persistante.

d) Actinothérapie. — En hiver, si l'enfant ne peut quitter la ville, on conseillera l'actinothérapie. Ce traitement, pratiqué depuis 1919 (Huldschinsky) donne des résultats remarquables, d'autant plus rapides qu'il est institué plus tôt. Après quelques séances (quatre ou cinq), l'état général est déjà amélioré et l'examen du sang montre la diminution de l'anémie et l'augmentation du calcium et du phosphore. Les lésions osseuses sont dès le début rapidement améliorées; les plaques de cranio-tabès disparaissent quelquefois en moins de six séances, presque toujours en moins de quinze ou vingt. La radiographie montre que le processus de guérison est très actif. Vingt à quarante séances comportant un temps total d'irradiation de dix à vingt heures suffisent généralement pour arrêter l'évolution d'un rachitisme en pleine activité et rendre la marche possible.

D'après Marfan, Lesné et Dorlencourt, il y a avantage, sauf dans les rachitismes graves, à alterner les séries de séances avec des périodes de repos.

L'actinothérapie ultra-violette constitue actuellement l'un des traitements les plus efficaces que nous possédions contre le rachitisme. Certains orthopédistes conseillent cependant de n'appliquer les rayons ultra-violets qu'après redressement orthopédique des grosses déformations pour éviter leur consolidation en mauvaise position.

e) Aliments irradiés et ergostérine irradiée. — On a remarqué que certaines substances soumises à l'irradiation ultra-violette acquéraient des propriétés antirachitiques ; c'est ainsi qu'on a employé le lait sec irradié (A. F. Hess et Weinstock), puis le lait ordinaire irradié avec des résultats analogues à ceux obtenus par l'irradiation cutanée. Ces aliments activés ont une odeur et un goût rappelant ceux de l'huile de foie de morue, d'où le nom de jécorisation donné par György.

Les recherches chimiques ont montré que ce sont surtout les stérines qui sont activées par les rayons ultra-violets, en particulier la cholestérine qui a été effectivement employée dans le traitement du rachitisme expérimental des rats et celui des enfants. Mais une stérine végétale, extraite en particulier de l'ergot de seigle, d'où son nom d'ergostérine, s'est montrée après irradiation beaucoup plus active que les autres stérines. Elle est employée en Allemagne depuis le printemps dernier par de nombreux auteurs (György, Beumer et Falkenheim, etc.) en solution huileuse à 1 % irradiée deux minutes à trente centimètres d'une lampe à vapeurs de mercure : la dose est de 2 à 3 milligrammes chez le nourrisson, 3 à 4 chez l'enfant plus grand. Les résultats obtenus auraient été très satisfaisants (1).

f) Opothérapie. — Le traitement du rachi-

(1) MOUZON. — Mouvement thérapeutique. (*Presse médicale*, n° 96, 30 novembre 1927.)

tisme bénéficiera dans certains cas d'une stimulation opothérapique, surtout par l'extrait thyroïdien et la moelle osseuse.

g) *Traitement orthopédique.* — Il faut éviter de laisser marcher de bonne heure les rachitiques et ne pas les laisser se tenir trop longtemps debout. On pourra se montrer moins rigoureux si l'enfant séjourne au bord de la mer.

Le redressement des jambes arquées se fait en général spontanément avant l'âge de quatre ans quand l'enfant est bien soigné. En cas d'incurvation excessive, on pourra essayer de petites attelles matelassées qui resteront en place la nuit, mais sont souvent mal supportées : ce traitement serait inutile si on pouvait obtenir que l'enfant reste complètement couché, ce qui est souvent difficile à obtenir des parents et de l'enfant. Dans certains cas, il sera indiqué de faire porter à l'enfant des chaussures orthopédiques. Quand il sera en âge de comprendre, on ordonnera la gymnastique respiratoire (contre les déformations thoraciques) et la gymnastique des muscles du tronc et de l'abdomen contre le gros ventre flasqué.

h) *Traitement chirurgical.* — Quand les déformations osseuses sont trop accentuées ou définitives, on devra recourir à un traitement chirurgical pour les corriger (ostéostomie, etc.).

VALEUR ACTUELLE DE NOS MOYENS DE LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

Par le Dr Louis Bory.

La syphilis reste et doit toujours rester au premier plan de l'actualité . C'est une des rares maladies que nous avons la possibilité de combattre, avec des moyens suffisants pour que l'espoir nous soit permis de voir quelques efforts coordonnés aboutir un jour à la disparition de ce mal, ou tout au moins, à la raréfaction de ses atteintes.

Il n'est pas inutile de faire le point de temps à autre et de se demander si les faits acquis autorisent toujours ce bienfaisant optimisme, base nécessaire d'une activité raisonnée.

Si nous posons la question de la valeur actuelle de nos moyens de lutte contre la syphilis, c'est donc qu'on a pu, pour quelques-uns au moins, la mettre en doute.

Il faut reconnaître que notre confiance, issue de la rigueur mathématique apparente des chimiothérapeutes et des sérologistes, nous avait faiénoncer un certain nombre de lois, sanctionnées par des chiffres, que le bon sens pratique, basé sur l'esprit clinique, nous a bientôt démontré n'être que des énoncés théoriques basés moins sur des faits que sur des impressions. Je m'élevais ici-même, il y a trois ans, et à propos du même sujet, sur cette introduction prématurée de l'esprit géométrique en médecine. A ce moment, après une période d'optimisme exagéré, la réaclution avait commencé de se produire et, comme toujours, elle nous a portés à l'exagération contraire : de la notion de cure radicale de la syphilis considérée non seulement comme possible, mais encore comme certaine dans certaines conditions, il semble que beaucoup de syphiligraphes actuels en soient revenus au pessimisme d'avant les arsénobenzènes et la guérison de la vérole serait pour eux un mythe, inutilement poursuivi. La vérité, heureusement, est comme l'aiguille du fléau : balancée entre deux extrêmes, le bon sens, c'est-à-dire l'équilibre, la trouve fixée dans le juste milieu.

Essayons de l'y découvrir.

***

Les moyens dont nous disposons pour combattre la syphilis sont de quatre ordres.

Préventifs, cliniques, sérologiques, curatifs.

I. Moyens préventifs.

Ils relèvent autant de l'organisation sociale que de l'action médicale. Ils doivent tendre à dépister, supprimer les foyers infectieux ; éviter aussi les contaminations par l'intervention des manœuvres de prophylaxie individuelle ; enfin, au cas de contamination probable , empêcher la syphilis d'apparaître, à l'aide d'un traitement préventif approprié.

Quelle est l'opinion actuelle sur l'efficacité de ces divers moyens ?

Nous pouvons passer rapidement sur les mesures de :

1° **Prophylaxie sociale**, qui ne font pas partie, à vrai dire, de la pratique médicale habituelle. Il n'est pas douteux que la surveillance de la prostitution est une mesure efficace, mais insuffisante, illusoire presque, en regard du nombre de foyers contagieux qui échappent à tout contrôle, à toute obligation thérapeutique. Cependant, les tentatives de réglementation, faites dans les pays étrangers, dans le sens de la déclaration et du traitement obligatoires des maladies vénériennes, ont échoué : l' « enfant de Bohême », déci-

dément, ne veut connaître aucune loi, excepté la sienne, si tant est qu'il en ait une et qu'il la respecte. Aussi la tendance actuelle évolue-t-elle chaque jour vers l'éducation habile, tenace, mais affectueuse, de ce grand inconscient indiscipliné ; on réveille un peu sa raison et, comme, blessé, il ne demande qu'à guérir, pourvu qu'on ne parle pas de lui couper les ailes, il consent presque toujours à faire les premiers pas. Cette psychologie a été bien comprise un peu partout ; c'est ainsi que la prochaine Conférence de la Défense sociale contre la syphilis, organisée à Nancy par la Ligue Nationale française contre le péril vénérien, s'occupera surtout des deux questions suivantes inscrites à son ordre du jour, l'une avoisinant l'autre : 1° l'éducation publique et son organisation contre la syphilis ; 2° le dispensaire antisyphilitique, son rôle et ses moyens d'action. D'un côté l'avertissement, de l'autre le refuge. L'avenir de la prophylaxie tient dans cette très simple formule. Elle représente les deux meilleurs moyens de défense sociale contre la syphilis.

2° **Prophylaxie individuelle.** — L'individu lui-même peut se protéger efficacement contre une contamination possible. M. Queyrat a encore insisté récemment, comme nous l'avons fait nous-même, sur l'efficacité d'un bon savonnage suivi d'une lotion avec la solution chirurgicale de cyanure de mercure, immédiatement après le coït. La méthode est simple, repose sur les bases scientifiques les plus certaines, est applicable à toutes les muqueuses ou surfaces accessibles au virus ; elle est pratique, à la portée de tous, des hommes tout au moins ; mais qui préserve un homme préserve bien des femmes !

3° **Traitement préventif.** — Dans certains cas, il ne s'agit plus de stériliser la source du mal ; il faut empêcher ce mal d'éclore. Ici se place la question, controversée aujourd'hui, du traitement préventif. Voici quel est le problème : un sujet, ayant négligé toute mesure de prophylaxie individuelle immédiate, apprend que le ou la partenaire portait des manifestations de syphilis virulente. Il voit le médecin ; celui-ci a toutes raisons de penser que la contagion est inévitable ; que doit-il conseiller ?

Il y a quelques années, nous étions d'accord pour indiquer la nécessité d'un traitement préventif destiné à prévenir l'apparition du mal. Une série normale de novarsénobenzol paraissait à la plupart nécessaire et suffisante ; de trop courtes séries en effet (deux ou trois injections à faibles doses) n'avaient pas empêché, dans quelques cas, l'accident primitif d'apparaître dans les délais habituels ou avec un retard, logiquement attribué à cette intervention. Des échecs ont été signalés aussi après l'emploi des préparations *phénylarsiniques* (stovarsol, tréparsol...), données par la voie buccale et qui permettaient une utilisation discrète, évidemment appréciée par les conjoints, désireux d'éviter la révélation de leurs faiblesses. La crainte des arsénobenzènes a fait employer le bismuth dans le même but et a donné de constater de semblables échecs ; bien mieux, une observation de M. Pinard, Vernier et Mlle Corbillon (1) signale le cas d'un homme qui, au moment du contact suspect, venait de commencer un traitement par le quinio-bismuth, subit la plus grande part de ce traitement (douze piqûres) durant la période d'incubation et vit apparaître néanmoins, dans les délais normaux, un chancre à tréponèmes. Ces constatations sont de prime abord bien troublantes. Le sont encore davantage celles-ci : Cl. Simon cite le cas d'une jeune femme qui, ayant eu des rapports avec son mari porteur d'un chancre syphilitique de la verge, fut traitée préventivement par le tréparsol, deux ou trois jours après le contact, pendant un mois ; deux mois après, sans chancre décelable, la réaction de Wassermann devint peu à peu positive. Une malade de Fernet, après un traitement préventif par le stovarsol, fut atteinte, sans chancre préalable, d'une myélite syphilitique six mois après la contamination.

Dans d'autres cas, le traitement prophylactique a simplement allongé le temps d'incubation, avant l'apparition du chancre : 44 jours (Jamain), 49 jours (Montlaur et Ledoux), 63 jours (J. Montpellier), 100 et 110 jours (Gougerot).

En présence de ces faits et d'autres encore, où, en l'absence de tout traitement préventif, des sujets dûment exposés n'ont cependant pas été contaminés, Milian conclut de façon catégorique : il préfère attendre l'apparition du chancre. « On sait au moins à quoi s'en tenir et l'on soigne le malade en conséquence et non par un simulacre de traitement comme dans les cas visés. »

Cette opinion apparaît trop exclusive et laisse deviner le correctif dans son expression même. *Certains traitements préventifs ont échoué parce qu'ils étaient insuffisants* : ne doit-on pas, en effet, considérer comme tels ceux qui comportent deux ou trois injections de novar, à 0,15 puis 0,30, puis 0,45 même 0,60, dont on connaît le pouvoir plutôt réactivant que stérilisant à ces doses, si elles ne sont pas suivies des doses véritablement utiles ? Peut-on compter également sur le pouvoir stérilisant de quelques comprimés absorbés par le tube digestif ou même de quelques injections d'un sel de bismuth *insoluble*, dont la résorption peut être lente, minime et soumise en tout cas au caprice des réactions tissulaires ?

Lorsque l'opportunité d'un traitement préventif a été démontrée, il faut agir le plus tôt possible,

(1) *Bull. de la Soc. française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 10 novembre 1927, pp. 745-751.

avec le médicament reconnu le plus actif (novarsénobenzol intraveineux) *et prolonger son action, aux doses utiles* (0 gr. 015 par kilo), *atteintes aussi rapidement que possible, comme s'il s'agissait d'une syphilis à la période présérologique*. Une série complète paraît suffisante ; il sera prudent cependant de la faire suivre, après un très court repos (10 à 15 jours), d'une série de bismuth *soluble* intra-musculaire (trois injections par semaine) durant trois à quatre semaines. La réaction de B. W. sera faite ensuite tous les trois mois pendant un an. Il s'agit, en somme, d'un traitement d'attaque, tel que nous le ferions en cas de syphilis confirmée, mais réduit cependant à un minimum de durée que nous n'oserions ni conseiller, ni laisser espérer comme suffisant dans cette dernière éventalité. Il y a donc un intérêt certain à ne pas se croiser les bras devant une contamination très probable et à agir au contraire avec une énergie suffisamment soutenue.

II. Moyens cliniques.

J'entends par moyens cliniques de lutte contre la syphilis l'ensemble des observations et des recherches qui permettent de dépister et d'identifier le plus rapidement possible les syphilis actives, de les soumettre dans les meilleures conditions au traitement d'attaque et de déterminer dans la suite l'opportunité soit du repos, soit des reprises thérapeutiques. Tous les moyens de diagnostic et de pronostic sont compris en somme, dans cette définition. Nous n'en isolerons les moyens sérologiques qu'en raison de la spécialisation nécessitée par ce genre de recherches. Mais notre esprit ne les sépare pas de la clinique, aujourd'hui encore moins que jamais.

Sur ce chapitre, nous pourrons être court ; car il ne prête guère à discussion et nos moyens d'investigation ne sont pas devenus plus nombreux ou efficaces, dans le cours de ces toutes dernières années. L'éducation syphiligraphique de tous les praticiens, de jour en jour plus complète, rend de plus en plus rares les cas où l'on passe à côté de la syphilis sans la reconnaître.

Il serait bon à ce sujet de rappeler **quelques aphorismes sur le diagnostic précoce**, qui doivent toujours être présents à l'esprit :

1° Le diagnostic ne doit pas être précoce ; *il doit être ultra-précoce* ;

2° *L'accident primitif n'est pas forcément unique* ; il n'est pas rare de voir deux chancres syphilitiques simultanés ou successifs ; on peut en voir davantage ;

3° *Le chancre à tréponèmes n'est jamais induré d'emblée* ; s'il le devient habituellement en quelques jours, *il peut* cependant *rester mou durant toute son évolution* (chancres du fourreau surtout et de la racine de la verge).

4° *Toute érosion ou ulcération suspecte, qui n'est pas clairement, incontestablement, de l'herpès doit provoquer un examen ultra-microscopique* ou, à son défaut, un examen microscopique après coloration par le procédé de Fontana-Tribondeau, qui le remplace parfaitement en pratique.

5° Pour laisser à cet examen toute sa valeur, *il faut s'abstenir de tout traitement local ou général, avant d'en connaître le résultat*. S'il est négatif, il faut le renouveler immédiatement d'abord, en essayant d'obtenir un suc exsudé d'origine moins superficielle ; s'il est encore négatif, le renouveler dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent.

6° Tout diagnostic d'angine, d'aphtes, d'herpès, d'écorchure, doit (à moins de caractères clairement incontestables) éveiller immédiatement la réserve d'une syphilis possible et l'attention doit s'appliquer à confirmer ou éliminer ce diagnostic.

Ici se pose la **question des syphilis sans chancre**, de ces syphilis décapitées, surtout observées chez la femme et le nouveau-né et généralement attribuées, chez la première du moins, au fait que le chancre a pu facilement passer inaperçu. Pour l'enfant, cependant, la notion d'un chancre placentaire ne pouvant constituer qu'une explication hypothétique et fort peu vraisemblable, il semble qu'on ait toujours admis la possibilité d'une infection d'emblée, d'origine sanguine.

En dehors de ce cas très spécial du fœtus, dont le contact placentaire très intime avec les tissus maternels explique la facile contamination, existe-t-il des cas où cette inoculation directe, sans l'habituelle réaction du chancre, ait pu déterminer la syphilis ?

Audry et Chatelier, Gougerot, ont rapporté des cas où la syphilis s'est montrée d'emblée ganglionnaire, et j'ai moi même publié un cas de syphilis grave me paraissant appartenir à ce groupe de faits, l'adénopathie durant depuis un mois quand un chancre typique s'est manifesté, au point d'inoculation probable, en même temps qu'apparaissaient les phénomènes secondaires (1).

De pareils faits sont évidemment discutables, nul ne pouvant affirmer qu'un chancre nain, imperceptible, ne soit pas passé inaperçu du malade, même du médecin attentif. En pratique, leur rareté permet de ne tenir qu'un compte très relatif de ces exceptions. Et cependant, nous avons vu, tout à l'heure, des auteurs signaler, à la suite de traitements préventifs insuffisants, l'apparition, sans chancre préalable, de B. W. positifs ou d'accidents syphilitiques certains ; c'est donc que le

(1) AUDRY et CHATELIER. — *B. de la Soc. de Dermatologie*, n° 6, 1921, p. 292. — L. BORY. *Ibid.*, n° 2, février 1927, p. 79. — GOUGEROT. C.-R. de la *S. Méd. des hôp. de Paris*, 11 nov. 1921, n° 33, p. 1522.

chancre n'est pas indispensable à l'éclosion de la syphilis ; il est remarquable que ces syphilis décapitées soient particulièrement observées chez la femme, comme le sont plus particulièrement chez elle les **syphilis occultes**, révélées seulement au long de leur vie par la réaction de B.-W., plus souvent par des morts fœtales ou la naissance de produits syphilisés. En dehors de ces accidents conceptionnels, ces femmes sont souvent cliniquement et sérologiquement indemnes ; c'est pour expliquer leur immunité apparente ou réelle que j'ai invoqué la *notion des porteuses de germes*, tréponèmes apportés par le sperme dans le milieu de culture vivant utéro-salpingien, milieu idéal pour la conservation des parasites, capables dans ces conditions, soit de pénétrer directement (sans chancre) dans le milieu intérieur, soit de demeurer indéfiniment dans les méandres du canal sexuel et de vacciner ainsi l'organisme maternel, tout en rendant presque inévitable la contagion au passage de l'ovule fécondé (1).

Cette conception personnelle des syphilis congénitales et des syphilis maternelles occultes trouve, me semble-t-il, sa justification dans les recherches de Meirowsky, qui a démontré l'existence chez le spirochète de nœuds et de boutons, qui sont le point de départ d'organismes spiralés nouveaux : il existe donc un agent de la syphilis qui n'a pas l'aspect spirillaire. Hochsinger (2), rappelant ces constatations de Meirowsky, conclut ainsi : le spirochète peut donc accompagner le spermatozoïde et l'ovule sous une forme particulière évolutive.

La preuve en est dans l'apparition des spirochètes dans les fœtus macérés au cinquième mois de la grossesse ; il existe probablement dans l'ovule une forme granulaire de spirochète, qui n'arrive au stade spirillaire qu'au bout de cinq mois. Plusieurs constatations cliniques plaident également en faveur de la transmission germinative de la syphilis, notamment l'hérédité alternante de cette maladie, dans une même famille ; enfin, l'existence de cas non douteux d'enfants syphilitiques, dont la mère n'a pas été contaminée.

Conclusion pratique : *lorsque la syphilis d'un des conjoints est certaine et que l'autre, la femme surtout, paraît indemne, n'acceptons son intégrité, au point de vue de la descendancce surtout, que sous bénéfice d'inventaire* : si les réactions sanguines sont constamment négatives, attendons les grossesses, et si le mari spécifique n'avait pas subi avant son mariage un traitement suffisamment intense et prolongé, traitons la femme enceinte durant le cours au moins de ses deux premières grossesses (quelques mois avant même s'il est possible).

S'il est utile, pour lutter efficacement contre la syphilis, de dépister rapidement les manifestations actives contagieuses ; de penser aux syphilis féminines occultes, si fréquemment génératrices d'accidents conceptionnels ; il ne l'est pas moins de prévoir les complications possibles chez les sujets non ou insuffisamment traités et plus particulièrement les complications nerveuses, si justement redoutées.

A ce propos, peut se discuter la nécessité d'être renseigné, de temps en temps, par la **ponction lombaire**.

Malgré l'engouement de certains pour les ponctions répétées à intervalles plus ou moins éloignés, je crois pouvoir affirmer qu'il y a à cela un intérêt plus théorique que pratique. Les ponctions faites dans un but de pronostic au début de la syphilis me paraissent inutiles, puisque, en tout état de cause, le traitement est indiqué, aussi énergique que possible, suivant des règles que nous rappellerons tout à l'heure. Qu'une ponction soit faite dans les deux années qui suivent la cessation de tout traitement, qu'elle soit répétée à la rigueur vers la sixième ou septième année du début de l'infection, voilà ce qu'on peut admettre comme une précaution utile et suffisante. La concordance de négativité de toutes les épreuves (tension du liquide, albumine, réaction de B.-W., réaction du benjoin, cytologie), permet de conclure vraiment à un pourcentage quasi absolu de sécurité.

Au point de vue cytologique, on s'est contenté jusqu'à ce jour des résultats donnés par la numération des lymphocytes présents dans un millimètre cube de liquide C.-R. récemment prélevé, une quantité supérieure à un ou deux devant être considérée comme suspecte.

MM. Ravaut et Boulin (1) considèrent cette numération dans la cellule de Nageotte comme infidèle, surtout pour les faibles quantités. Aussi proposent-ils de substituer à l'étude de la quantité celle de la qualité des éléments cellulaires. En réalité, les deux études se complètent, celle de la qualité permettant d'accorder une importance plus ou moins grande à la quantité constatée, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Le procédé est simple : on centrifuge le liquide, dès le prélèvement et l'on mélange sur une lame une goutte de culot de centrifugation et une goutte de mélange de Pappenheim (pyronine-vert de méthyle), sans fixation ; on recouvre d'une lamelle. Les cellules apparaissent colorées, le noyau en bleu, le protoplasme et le nucléole en rose. Il s'agit donc d'une coloration vitale.

(1) L. Bory. — A propos des syphilis occultes de la femme. La notion des porteurs de germes. *B. de la S. de Dermatol.*, 2 avril 1925, p. 171.

(2) Karl Hochsinger. — A propos du mécanisme de production des syphilis congénitales. *Wiener Mediz. Woch.*, 6 mars 1926, p. 312.

(1) Ravaut et Boulin. — La cytologie du liq. céphalo-rachidien des syphilitiques. (*Ann. de Dermatologie et de Syph.*, nº 12, déc. 1927, ct. VIII, p. 681.

Les auteurs, qui signalent la richesse morphologique insoupçonnée des éléments cellulaires, supérieure à celle des éléments du sang, distinguent deux grands types ou plutôt deux degrés de gravité croissante des réactions cytologiques céphalo-rachidiennes :

Le premier type se caractérise par un afflux de lymphocytes et de moyens mononucléaires (à noyau et protoplasme extrêmement polymorphes) plus ou moins panachés de polynucléaires;

Le deuxième type par l'apparition, surajoutée aux éléments précédents, de plasmazellen et de grandes cellules mononucléées.

Au premier correspond une inflammation purement superficielle méningée (celle de la période secondaire) ; elle n'est du reste pas spéciale à la syphilis, on la trouve dans les infections n'ayant pas le temps de déborder sur la profondeur (méningites tuberculeuse, cérébro-spinale).

Au deuxième correspond une inflammation profonde, parenchymateuse ; on ne le voit apparaître, en effet que, dans les cas graves de la période secondaire ou tertiaire ; il atteint son degré maximum dans la forme anatomo-clinique la plus diffuse et la plus profonde, la paralysie générale. Le pronostic dans ce dernier cas est naturellement plus grave et la résistance au traitement plus considérable.

III. Moyens sérologiques.

Malgré leurs imperfections , les procédés sérologiques demeurent encore le meilleur moyen de confirmer le diagnostic de la syphilis à la période secondaire, alors que l'aspect des lésions ou l'absence de celles-ci pourrait en faire douter. C'est le seul moyen que nous ayons (tout en reconnaissant son approximation) de vérifier l'efficacité de nos traitements. Aussi le laboratoire de sérologie est-il resté l'auxiliaire indispensable du thérapeute syphiligraphe.

Réaction de Bordet-Wassermann ou réaction de floculation. — Les questions de technique ne peuvent nous retenir : elles nous mèneraient trop loin ; des procédés nouveaux, des variantes innombrables, des appréciations diverses sur la valeur des tests apparaissent chaque jour ; le flot des publications déborde et la question ne fait pas un pas, si ce n'est vers le chaos. Faut-il vous citer, à titre d'exemple, quelques variantes de réactions de floculation étudiées comparativement par un auteur récent : R. de Sachs Georgi originale ; Sachs-Georgi modifiée par Dreyer-Ward ; Sachs avec baume ; Sachs-Georgi modifiée par Kahn ; Meinicke (3e modification) ; Meinicke avec baume ; Dold ; nous pourrions ajouter : R. de Vernes ; de Dujarric de la Rivière et Gallerand ; variante Dujarric-Kossovitch ; Starobinski, etc.

Et de tout cela que, résulte-t-il ? Que la réaction de Bordet-Wassermann est encore l'étalon auquel se comparent toutes les autres méthodes, qu'elle est encore en définitive la plus simple et la plus sûre.

En France, conformément aux efforts de standardisation des techniques que je crois avoir particulièrement conseillés (1), l'habitude s'est établie, dans la plupart des laboratoires, d'effectuer la réaction de B.-W. suivant la double technique du sérum chauffé (W. classique) et du sérum frais (Hecht), en utilisant pour chacune au moins deux antigènes de sensibilité différente et en dosant au préalable ou simultanément l'activité du complément et celle du système hémolytique. On y ajoute parfois le procédé de Jacobstal qui laisse le premier temps de la réaction s'effectuer à la glacière et qui paraît très sensible.

A ces procédés basés sur le phénomène de l'hémolyse et que l'on peut grouper sous le nom général de R. de B.-W., on ajoute parfois (complication inutile) ou l'on substitue l'un des procédés basés sur l'opacification ou la floculation du milieu, le procédé de Meinicke, le procédé de Vernes surtout, qui évalue théoriquement le degré d'infection syphilitique par la mesure de la densité optique de l'opacification ; cette mesure a l'inconvénient de nécessiter un appareillage coûteux et des conditions physiques qui ne sont pas toujours faciles à réaliser. Parmi ces procédés, l'un des derniers venus, celui de mon ami Dujarric de la Rivière, me paraît digne de retenir l'attention, en raison de sa simplicité, qui en permet l'emploi dans les cas où le laboratoire susceptible de faire un bon Wassermann est trop éloigné du praticien ; il pourrait s'initier et réaliser lui-même la technique de Dujarric. Nul besoin d'appareil optique pour la lecture des résultats ; matériel réduit à quelques tubes, à un peu de sérum à examiner, à un antigène banal additionné de teinture de benjoin. Le sérum d'un individu normal ne flocule jamais en présence du mélange teinture de benjoin-antigène ; un sérum entaché de syphilis donne une floculation apparente que l'auteur et ses collaborateurs divisent en trois degrés : floculation à grains fins : floculation à gros grains ; floculation totale. Seules les floculations faibles sont difficiles à interpréter sans l'aide des réactions d'hémolyse (B.-W., Hecht, Jacobstal). La concordance avec ces dernières est de 96 % (2).

En somme, les *résultats obtenus avec les deux variétés de recherches sérologiques sont à peu près superposables ; mais un B.-W. standard bien fait est plus sûr jusqu'à nouvel ordre.*

(1) *Presse Médicale*, 14 janvier 1922 ; *Journal médical français*, août 1923.

(2) DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, GALLERAND et KOSSOVITCH. — *Presse médic.*, 21 août 1926 et 1er déc. 1926.

Les séro-réactions négatives. — Qu'il s'agisse de réactions d'hémolyse ou de réactions de floculation, la séro-réaction ne prête guère à discussion quand elle est franchement positive ; seul le pian, maladie exotique, donne des réactions aussi nettement positives que la syphilis active de la période secondaire : le pian est d'ailleurs si proche parent de la syphilis qu'on peut encore se demander s'il n'en est pas une variété essentiellement dermotrope (1). Dans la lèpre, mal surtout exotique également, la positivité n'est pas constante et a pu être attribuée le plus souvent à une syphilis coexistante.

Les séro-réactions de moyenne ou de faible intensité sont presque toujours d'une interprétation discutable ; question relativement facile à juger quand le médecin possède déjà la notion de la syphilis, ancienne ou traitée, de son malade et cherche dans la baisse graduelle du B.-W. ou du degré de floculation un contrôle de l'efficacité de son traitement ou de l'atténuation apportée généralement par le temps à l'activité morbide. La difficulté de conclure se manifeste cependant, comme nous le verrons tout à l'heure, lorsqu'il s'agit de baser sur la séro-réaction l'inutilité ou l'opportunité d'une thérapeutique. C'est alors que le médecin doit se souvenir de l'aphorisme que voici : *les résultats fournis par les épreuves sréologiques doivent être considérés au même titre qu'un simple symptôme dans l'ensemble des données qui aboutissent à faire considérer comme le plus probable le diagnostic choisi.*

Aux séro-réactions négatives, cette règle doit être appliquée avec la même rigueur ; elles n'ont de valeur que dans un ensemble : lui seul permet de juger. Nous reviendrons sur cette question au sujet du contrôle du traitement et de la guérison. Pour l'instant, nous devons l'envisager seulement au point de vue du diagnostic d'une lésion que les données cliniques peuvent à bon droit faire attribuer à la syphilis.

On admettait jusqu'à ces dernières années que des manifestations tertiaires pouvaient coïncider avec une séro-réaction parfaitement négative ; que celle-ci ne pouvait en aucune façon faire éliminer le diagnostic de syphilis, ni à plus forte raison l'épreuve thérapeutique. En période secondaire par contre, et en l'absence de traitement, la positivité du B.-W. était considérée comme la règle ; la négativité absolue pouvait, en présence de lésions considérées cliniquement comme des syphilides secondaires possibles, faire éliminer presque certainement ce diagnostic. Or, il n'en est rien : on peut voir des accidents secondaires virulents et contagieux très légitimes (puisqu'on y découvre du tréponème), coïncider avec des séro-réactions négatives. Hudelo et Rabut (1), Cl. Simon et Bralez... ont signalé récemment de ces observations et l'on savait déjà que, dans les syphilis malignes le B. W. pouvait rester négatif.

Je ferai toujours le reproche aux auteurs de ces communications de rester dans le vague sur la technique de leurs B.-W. et, en particulier, sur le point capital du contrôle préalable de l'index hémolytique des sérums examinés. Cependant, les faits ne paraissent pas niables, car il y a, le plus souvent, mais non toujours, coïncidence des résultats donnés par les réactions d'hémolyse et les réactions de floculation. En dehors des cas de syphilis maligne, ils concernent presque toujours des cas *de récidive chez des malades traités.* Cette constatation, comme le font remarquer Hudelo et Rabut, est d'un intérêt capital, puisqu'elle met en évidence un manque de parallélisme dans l'action du traitement vis-à-vis de l'infection syphilitique et de sa manifestation sérologique. « C'est dire combien est fragile la base fournie par le contrôle sérologique pour la conduite du traitement antispécifique. »

Tel est, en effet, le point essentiel du problème pour le malade et pour le praticien : la certitude de l'efficacité de nos traitements et la probabilité de la guérison.

IV. Moyens curatifs.

Quelle est donc la valeur actuelle de nos moyens curatifs ?

Nous ne pouvons qu'en faire une comparaison très rapide et au point de vue général seulement de la stérilisation de la syphilis.

I. — **Les médicaments.** — **Les nouveaux antisyphilitiques.** — Voici deux médicaments nouveaux qui nous serviront peut-être dans un très prochain avenir.

L'*or* tout d'abord ; ce n'est pas tout à fait une nouveauté, puisque les empiriques, dès le XVe siècle, utilisaient l'arsenic, l'or et le mercure (2) dans le traitement de la syphilis ; que le sel de Chrestien (chlorure d'or et de sodium) en particulier était utilisé jusqu'à notre époque sous forme de pilules dosées à un demi ou un centigramme ; que le cyanure d'or était employé en injections hypodermiques contre l'atrophie papillaire des tabétiques. M. L. Fournier, plus récemment, avait démontré l'action tréponémicide des sels d'or et tout dernièrement MM. Jeanselme et Burnier (3)

(1) L. Bory. — Le pian, affection parasyphilitique ou syphilis primordiale. (*Progrès médical*, 28 juin 1924.)

(1) Hudelo et Rabut. — Syphilis secondaire avec sérologie négative. (*B. de la Soc. de Dermatologie*, 7 avril 1927, p. 195.)

(2) L. Bory. — Comment Torella traitait la syphilis au XVe siècle. (*Progrès médical*, suppl. illustré, n° 5, 3 mai 1924.)

(3) Jeanselme et Burnier. — Syphilis primaire et secondaire poly-résistante vis-à-vis des trois médica-

ont eu l'occasion d'utiliser le thio-sulfate d'or et de sodium (crysalbine), en injections intra-veineuses (0 gr. 25 deux fois par semaine) ; ils ont pu ainsi faire disparaître les accidents constatés, au bout de huit à douze injections ; dans un cas surtout cette médication fut particulièrement précieuse, car elle permit de guérir un malade ayant résisté aux trois médicaments classiques (novarséno, carbonate de Bi, cyanure de Hg).

Le *tellure* a une action antisyphilitique certaine, démontrée par M. Levaditi et ses collaborateurs (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 4, 1927, pp. 371-458) et expérimentée cliniquement par MM. L. Fournier et Guénot. L'action du produit s'est montrée puissante ; mais sa toxicité est assez grande , les phénomènes qui la traduisent sont assez curieux (bleuissement de la peau, spécialement des parties éclairées ; éclaircissement au contraire de la couleur du système pileux : les bruns blondissent durant le traitement) ; l'amaigrissement est notable. Aussi les auteurs concluent-ils sagement que, dans l'état actuel, le tellure ne peut être utilisé.

Pratiquement, nous ne pouvons donc retenir que l'action adjvuvante de l'or et sous réserve encore d'une expérimentation plus étendue.

Les médicaments de base demeurent aujourd'hui ce qu'ils étaient hier et je n'ai que bien peu de chose à reprendre dans l'article que j'écrivais ici-même il y a quatre ans (1).

L'arsenic est toujours le médicament de premier plan, sous la forme des *arsénobenzènes* et de leurs dérivés ; quelle que soit la variété choisie (arsénobenzol, novarsénobenzol, sulfarsénol, sulfarsénol-zinc), ils sont les médicaments d'attaque par excellence des accidents primaire et secondaires ; ils sont non seulement les plus rapidement efficaces sur les accidents locaux qu'ils stérilisent dans le minimum de temps, mais encore les plus sûrement et profondément actifs sur la maladie générale syphilitique, dont ils sont jusqu'à nouvel ordre les plus puissants agents de guérison, à condition de frapper vite (les premières heures du chancre si possible), fort (arriver progressivement, mais le plus rapidement possible, à la dose du centigramme et demi par kilo) et assez longtemps.

Au début de la syphilis, on peut dire que rien ne remplace les arsénobenzènes en injections intra-veineuses ; il faut le dire et le répéter ; car le traitement de la syphilis au début ne souffre pas, sauf exception, de demi-mesures. Si une intolérance particulière ou les circonstances empêchent le malade de profiter de ce médicament, nous le privons par cela même de la seule véritable chance de guérison définitive et nous allongerons par cela même la durée probable de son traitement. Il me paraît infiniment regrettable de voir la publicité de certaines spécialités s'emparer d'une phrase de Sabouraud (« ce qui est acquis par le mercure est définitivement acquis »), qui, dans l'esprit de son auteur n'avait certainement pas la valeur d'un axiome et qui laisserait aisément supposer que les résultats donnés par les arsénobenzènes n'ont aucune durée ; il suffit cependant de se reporter aux plus beaux jours de la médication mercurielle (bien mauvais souvenirs pour ceux qui l'éprouvaient) pour se rendre combpte combien l'axiome ci-dessus est le contraire de la vérité : que d'ennuis, que de récidives, que d'illusoires guérisons, que de ta bès enfin, malgré les plus persévérantes séries d'huile grise !

Les dérivés des *acides phénylarsiniques* ont conquis, ces dernières années, une place importante dans le traitement de la syphilis et de ses complications, nerveuses surtout : tels sont les dérivés acétylés (stovarsol), les dérivés formylés (tréparsol, vexillan), les acétyl-phénylarsinates de diéthylamine (acétylarsan). La possibilité d'administrer presque tous ces médicaments par voie buccale, sous forme de comprimés est pour beaucoup dans la faveur avec laquelle les travaux démontrant leur efficacité, ceux en particulier de Cl. Simon sur le tréparsol, furent accueillis. Leur puissance est moindre que celle des arsénobenzènes ; par ailleurs, la voie buccale rend leur absorption totale bien incertaine ; ils doivent surtout être réservés pour les cures dites de consolidation ou d'assurance ; leur emploi doit être contrôlé par le médecin, car leur toxicité, bien que réduite, n'est pas négligeable ; on a signalé des accidents sérieux ; en définitive, la voie buccale pour les arsenicaux est beaucoup moins pratique qu'elle le paraît au premier abord ; seules les formes injectables, intra-veineuses (stovarsol sodique, plus toxique que le novar) et surtout intramusculaires (acétylarsan) permettent un contrôle suffisant ; les premières sont plus particulièrement utilisées dans le traitement des complications nerveuses ; les secondes, beaucoup plus généralement maniables sont très employées après les premières séries d'attaque, en alternance avec des séries bismuthiques ou mercurielles.

Le bismuth demeure le médicament de second plan, utilisable à toutes les périodes et pour toutes les formes de la syphilis. Mais ici quelle avalanche de produits et de combinaisons ; quelle difficulté pour le praticien de choisir.

Et d'abord se présente à son esprit l'éternelle question renouvelée de l'ère mercurielle : SOLUBLES OU INSOLUBLES ? L'apparition du bismuth a

tions : arsenicale, bismuthique et mercurielle. Guérison par les sels d'or. (*B. de la Soc. de Dermatologie*, 10 décembre 1927, p. 895.)

(1) L. BORY. — Comment faut-il concevoir et pratiquer le traitement actuel de la syphilis. (*Concours médical*, 12 nov. 1924.)

rajeuni ces vieilles polémiques dont l'ardeur se retrouve dans le petit fascicule de Drouin, qui porte ce titre, Iliade véritable de cette petite guerre d'où le benzo-bismuth ou le quino-bismuth doivent sortir vainqueur ou pantelant.

Bien d'autres peuvent leur disputer la victoire. Une question préalable pourrait déjà limiter le problème et même le résoudre : injections INTRA-VEINEUSES OU INTRA-MUSCULAIRES ? Il est évident que si nous adoptons les premières, nous n'utiliserons par cela même que les sels solubles. Or les injections intra-veineuses de bismuth ne sont pour ainsi dire jamais employées, pour plusieurs raisons dont les principales sont : l'élimination trop rapide du médicament ; le choc dentaire immédiat, si douloureux parfois et persistant que les malades demandent que nous renoncions à ce mode de traitement, plus rapidement générateur du reste de stomatites ; la nécessité de répéter plus fréquemment les doses en les diminuant, si on veut réduire au minimum ces inconvénients.

Les injections intra-musculaires ont donc la faveur et il faut reconnaître aussi que les sels insolubles sont plus généralement employés. Pourquoi ? Ils sont habituellement à peu près indolores, bien tolérés localement et généralement et peuvent être utilisés au rythme de deux injections par semaine, douze injections constituant une série de six semaines, s'intercalant parfaitement entre deux séries de novar, par exemple, durant le traitement d'assaut ; ou susceptible d'être répétée ultérieurement après une série intercalaire de novar, ou d'acétylarsan, pendant la durée du traitement de consolidation. Ainsi le bismuth, qui aurait plutôt tendance à fatiguer le rein, repose de l'arsenic plutôt lourd aux fonctions hépatiques.

Il n'est pas douteux que les sels insolubles, à côté de ces qualités, donnent prise à quelques reproches :

La résorption est lente, trop lente souvent et une quantité assez appréciable de métal reste fixée sur les tissus, pendant de longs mois, comme les radiographies le démontrent, l'élimination continuant à se faire cependant à des doses infimes et paraissant devoir être *à priori* plus irritantes, activantes même, que tréponémicides ; cette objection aurait sa valeur si les traitements étaient longtemps interrompus ; mais, durant deux à quatre semestres au moins, les séries se succèdent et les médicaments nouveaux s'ajoutent à ceux demeurés en réserve.

C'est d'ailleurs là, théoriquement toujours, le danger de l'accumulation et des accidents, déclanchés le jour où la coupe déborde ; nous sommes obligés de reconnaître qu'en pratique ces accidents sont exceptionnels et qu'une observation prudente les évite.

Ce qui malheureusement s'est montré plus fréquemment à une certaine période, ce sont les enkystements et les abcès bismuthiques profonds. Il n'est pas certain que tous fussent aseptiques et qu'ils n'aient pas été consécutifs à une faute opératoire ; d'autre part, ils furent observés surtout avec des préparations contenant de fortes proportions de bismuth métal et plus particulièrement avec certaines marques, ce qui montre que le mode de préparation, la teneur en bismuth, la qualité de l'excipient, la finesse de l'émulsion interviennent certainement dans la tolérance locale et dans la résorption plus ou moins facile du médcament. On avait accusé surtout les oxydes ; mais les carbonates, le bismuth métallique ont donné lieu aux mêmes incidents. Je n'ai pas eu à en déplorer pour ma part et je n'ai guère utilisé que les oxydes. Mais je ne fais jamais deux séries consécutives d'un même médicament, sauf pour le novar, durant les mois d'attaque. C'est, je crois, l'une des meilleures façons d'agir : ne pas trop demander à un même tissu et lui donner le temps de réorganiser ses défenses.

Vous rejetez en somme, me direz-vous, l'emploi des sels solubles de bismuth ? Non, pas *a priori* ; la logique voudrait, au contraire, que nous n'utilisions que ces derniers ; il en est d'excellents et le benzo-bismuth, le quinio-bismuth soluble sont de ceux-là ; mais, depuis qu'ils ignorent les douleurs et les ennuis constants des médications d'autrefois, nos malades ne veulent plus souffrir, ni avoir mal aux dents, ni être gênés dans leur vie quotidienne par de trop fréquentes attentes dans nos cabinets. Or les sels solubles sont habituellement plus douloureux (c'est très individuel, je le reconnais), plus actifs sur les gencives, nécessitent le rapprochement des injections (ils sont plus rapidement actifs aussi, il est vrai sur les accidents). Je les réserve donc pour les cas où la cure d'attaque ne peut être menée avec les arsénobenzènes : les bismuth solubles alternant avec l'acétylarsan par exemple me semblent constituer dans ces cas une excellente formule.

Le mercure, que devient-il dans tout cela ? Il faut se résoudre à reconnaître que les syphiligraphes en usent de moins en moins pour les cures d'attaque, depuis qu'ils disposent de ce « mercure supérieur » (Drouin) que constitue le bismuth, Le cyanure de Hg intraveineux garde une faveur justifiée, mais il faut faire un minimum de 20 à 30 injections, une chaque jour à un centigramme, pour une série active. Cela ne va pas parfois sans quelques inconvénients. Il existe encore quelques fidèles partisans de l'infidèle huile grise.

C'est surtout le suppositoire, dont la vogue s'est développée : il est commode en effet, mais c'est là son principal mérite. Il est à réserver

pour les cas où l'on peut difficilement employer autre chose, par exemple lorsqu'un voyage inévitable vient interrompre une série arsenicale ou bismuthique ; on peut la compléter par une série d'une vingtaine de suppositoires. Il est un cas pour lequel je considère leur emploi indiqué, et par la voie vaginale : c'est dans ces syphilis occultes féminines dont il a été question tout à l'heure et où les voies génitales paraissent être les seuls réceptacles des tréponèmes ; les suppositoires vaginaux sont placés un tous les soirs, (en même temps que sont faites les injections de novar ou d'acétylarsan), tous les deux soirs au cas d'irritation locale ; un tampon d'ouate est placé à l'entrée du vagin pour éviter de salir les draps ; une injection chaude est prise le lendemain.

C'est avec quelque regret qu'on abandonne l'excellent médicament qu'était le calomel ; aussi a-t-on essayé de l'associer au bismuth dans un même excipient (bismu-Dausse par exemple); c'est une excellente formule, peu douloureuse, et qui sera parfaite le jour où la nature de l'excipient et une très fine porphyrisation permettront d'obtenir des émulsions très homogènes.

L'iodure de potassium est un médicament désagréable, mais encore très utile et trop souvent négligé. Il guérit et prévient les scléroses ; dans certaines syphilis viscérales, il prépare admirablement la voie aux médicaments plus actifs, qui ne sont bien tolérés qu'après son intervention. Il devrait trouver sa place dans les traitements de consolidation et pour ma part je le conseille toujours, aux doses progressives de deux à huit grammes par jour (en trois ou quatre fois) pendant 15 à 20 jours, avant les deux séries annuelles d'assurance (acétylarsan bismuth généralement) qui sont à recommander après les trois ou quatre semestres de traitement d'assaut.

II. **Le contrôle. La guérison.** — La question la plus délicate à résoudre dans la thérapeutique de la syphilis est de savoir quand nous avons le droit de l'interrompre définitivement, à supposer que cette maladie ne doive pas être traitée durant toute l'existence.

C'est toute la question du contrôle de l'action médicamenteuse qui se trouve ainsi soulevée et avec elle celle de la guérison de la syphilis.

La syphilis guérit-elle ? — Oui, affirmait-on il y a quelques années ; non, tendent à affirmer certains aujourd'hui, en se basant sur quelques récidives survenues après un silence clinique, sérologique et céphalo-rachidien qui, depuis l'ère de l'arsénobenzol, était considéré comme le critère de la guérison, confirmé souvent par une preuve péremptoire : la possibilité dela réinfection. Celle-ci serait donc la seule preuve de la guérison ; peut-on affirmer qu'elle existe, tout est là.

Il semble *a priori* qu'il soit facile de reconnaître une syphilis nouvelle, et d'en conclure, lorsqu'elle est constatée chez un ancien syphilitique certain, que ce malade avait été guéri une première fois. La chose est beaucoup plus compliquée ; rien ne permet de s'en rendre compte aussi nettement que le très remarquable rapport de M. R. Bernard (1), si parfaitement étayé par ceux de Carle et de Pinard, discutés à notre dernier Congrès de Dermatologie de Bruxelles.

Les cas dits de RÉINFECTION ne se comptent plus ; avant même l'apparition des arsénobenzènes on connaissait bien la réinfection des hérédo-syphilitiques, sous le nom de syphilis doublées ; ce sont surtout les cas traités précocement par les arsénobenzols qui ont fourni le plus grand nombre de réinfections, dans les cas de syphilis acquises. Plusieurs mois, rarement plusieurs années, après la première infection apparaît un accident d'allure chancriforme, chancre parfois typique, parfois un peu anormal, accompagné ou non d'adénopathie, d'une reprise du B.-W., parfois suivi d'accidents secondaires. Cependant le tréponème peut être difficile à déceler ; on peut n'en pas découvrir, comme je l'ai observé sur un petit chancre induré, en cupule, survenu trois ans après l'accident primitif légitime et qui, cependant guérit très rapidement sous l'influence du traitement, ce qui m'avait fait conclure à une syphilide tertiaire chancriforme (pas de tréponèmes, à plusieurs examens ; pas de ganglion). Le malade avait eu, un mois auparavant, un rapport très suspect. Cette syphilide tertiaire chancriforme avait ainsi toutes les allures d'une réinfection ; n'était-elle qu'une PSEUDO-RÉINFECTION ? Le sujet, énergiquement, mais trop brièvement (six mois) traité lors de son premier accident, n'avait-il pu recueillir à nouveau quelques tréponèmes, qui n'auraient pu germer aisément ou sous la même forme sur sa peau encore à demi immunisée ; s'agit-il en somme d'une SUPER-INFECTION, c'est-à-dire d'une réinfection *cutanée* véritable chez un sujet presque guéri, insuffisamment tout de même ? On sait, en effet, depuis les belles recherches de Queyrat, de Finger et Landsteiner, et de M. Pinard que la superinfection est possbile aux trois périodes classiques de la maladie, certainement non éteinte et que l'inoculation d'un virus frais développe sur la peau un accident, une réaction, dont l'allure objective est celle que comporte le stade chronologique : chancre en période primaire, papule en période secondaire, ulcération gommeuse ou chancriforme en période tertiaire. C'est l'état allergique du malade qui règle le type de ces manifestations nouvelles. Contraire-

(1) Réinfection syphilitique, pseudo-réinfection, superinfection. Rapports de MM. R. BERNARD, CARLE, M. PINARD. IIIe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Bruxelles, juillet 1926.

ment à l'opinion ancienne, *un syphilitique n'est donc pas assuré d'une immunité cutanée absolue, quand il s'expose au contact d'accidents nettement contagieux* : quelques unes de ses récidives peuvent avoir pour origine non ses propres tréponèmes, mais des parasites étrangers. Telle est la super-infection, dont les manifestations doivent leur réalité et leurs formes à un état allergique intermédiaire à l'immunité totale et à la réceptivité.

On voit combien il devient difficile désormais d'affirmer que le cas de réinfection supposé n'est pas une simple superinfection et nous tournons alors dans un cercle vicieux, assez pénible pour nos méninges et que R. Bernard a très spirituellement concrétisé de la façon suivante :

« La réinfection est-elle une preuve de guérison ? — Assurément, et c'est la seule ! — Mais puisque rien ne prouve la guérison avant une nouvelle infection, il faut bien avouer qu'il s'agit là d'un critérium presque irréalisable ! — Soit. Mais pour assurer le maximum de chances de guérir, faites un traitement suffisant. — D'accord, mais quand un traitement a-t-il été suffisant ? — Quand il aura été tel qu'il aura permis une réinfection, preuve de guérison ! — Ou une guérison, condition indispensable de réinfection. »

Il est impossible d'en sortir. Il en est malheureusement ainsi pour toutes choses dès qu'on veut les passer au crible de la logique pure pour ne laisser filtrer que l'absolu ; celui-là refuse obstinément de se laisser isoler de l'ivraie ou de la folle avoine des relativités et des contingences.

Quelle preuve avons-nous de la guérison d'une scarlatine, d'une rougeole ? Pratiquement aucune, si nous posons en principe que seule une seconde infection peut constituer cette preuve. Il y a dans ces conditions quelque paradoxe à considérer l'immunité comme une chose désirable en général, alors qu'elle est seulement la marque d'une infection encore non éteinte.

En pratique, il est un fait certain (mettons à peu près certain, c'est une approximation suffisante), c'est que *tout syphilitique traité énergiquement, le plus près possible du début de l'infection, par les arsénobenzènes et le bismuth, aux doses utiles et suffisamment prolongées, est à peu près sûrement à l'abri de tout nouvel accident attribuable à l'infection première*, s'il ne s'expose pas un jour à de nouvelles inoculations exogènes.

La clinique, la sérologie, l'étude du liquide céphalo-rachidien, ne permettent pas de trouver différents des individus sains les syphilitiques correctement traités. Une expérience de bientôt vingt années, depuis l'apparition des arsénobenzènes, nous donne un recul suffisant pour reconnaître que, dans ces conditions, les récidives, les accidents, les désastres de l'aorte ou du système nerveux n'existent pas. Si cela ne constitue pas l'assurance scientifique d'une guérison absolue, cela équivaut du moins à sa plus grande probabilité et c'est ce pourcentage le plus élevé des chances qui nous permet de dire à nos malades qu'ils guériront ou qu'ils sont pratiquement guéris.

Qu'appelez-vous donc un traitement correct ? C'est le seul point qui compte. En effet et, sous réserve des cas particuliers, en voici un schéma, qui ne saurait exclure d'autres formules.

I. **Cas traités dès les premiers jours du chancre.** — Syphilis normale. B.-W. entièrement négatif. Poids 70 kgr. Deux semestres de traitement d'assaut. Un troisième de consolidation.

Trois séries pour chacun.

Premier semestre d'assaut.

Première série. Novar. intra-veineux. Atteindre aussi rapidement que possible la dose de un centigramme et demi par kgr. (0,15, deux jours après 0,30, trois jours après 0,45, quatre jours après 0,60 ou même 0,75 si la tolérance a été bonne, cinq jours après 0,90, six jours après 1,05 et trois fois encore cette dose à sept jours d'intervalle.

Quinze jours de repos.

Deuxième série. Bismuth intra-musculaire. Une des ampoules classiques d'oxyde, de carbonate ou de quinio-bismuth trois fois par semaine les deux premières, deux fois seulement ensuite. Total de 12 piqûres.

Vingt et un jours de repos.

Troisième série. Novar. intra-veineux. Comme ci-dessus, sauf début à 0,30, trois jours après 0,60, quatre jours après 0,75, cinq jours après 0,90, six jours après 1,05 et trois fois encore cette dose à sept jours d'intervalle.

Un mois de repos.

Deuxième semestre d'assaut.

Quatrième série, bismuth.

Cinquième série, novar.

Sixième série, bismuth.

Deux mois de repos, B.-W. négatif total.

Troisième semestre, de consolidation.

Septième série, acétylarsan, 3 cc., trois fois par semaine, 12 injections au total.

Huitième série, bismuth.

Neuvième série, novar.

Trois mois de repos, B.-W. négatif total.

L'épreuve sera répétée tous les trois mois pendant deux ans, une fois au moins après réactivation. Nous supposons toutes ces épreuves négatives. Ponction lombaire dans le cours de la quatrième année : négative.

Nous pouvons affirmer alors que les chances de

guérison sont de 99 %. Par extrême prudence et en considération de cette chance contraire, je recommande de faire, à partir de ce moment, chaque année pendant trois ans deux séries d'assurance, groupées (bismuth, acétylarsan), immédiatement précédées d'une cure d'iodure de K pendant trois semaines.

Cela équivaut à une surveillance médicale active pendant sept ans.

Le mariage peut être autorisé après la première de ces cures d'assurance, soit vers la quatrième année.

II. **Cas traités tardivement**, après le dixième jour du chancre. B.-W. : positif.

Même programme que ci-dessus, si le B.-W. est devenu et se maintient négatif ; le traitement de consolidation sera néanmoins prolongé sur un quatrième et un cinquième semestre.

Trois mois de repos après ce dernier. S'il est négatif, même programme que pour le cas précédent. Sinon, reprise des séries actives, en variant les médicaments (bismuth soluble, calomel-bismuth, cyanure de Hg intra-veineux et iodure de K simultané). Mais il s'agit dès lors de cas d'espèce, pour lesquels aucune règle ne saurait être formulée d'avance.

En résumé, il faut tout mettre en œuvre pour que la syphilis puisse être traitée dès les toutes premières heures de son apparition. C'est la première condition, la plus importante de la guérison.

Il est plus facile de maintenir un B.-W. négatif, quand il n'a jamais été que cela, que de l'empêcher de « remonter » quand il a une fois été positif.

Un B.-W. négatif, c'est entendu, ne signifie pas que le mal soit sûrement éteint ; il constitue cependant, dans l'immense majorité des cas un retour à l'équilibre humoral antérieur ; il n'est donc pas illogique d'essayer de le rétablir et mieux de le maintenir quand il n'a pas encore été troublé.

A ce point de vue, il est difficile de souscrire aux conclusions de R. Bernard, qui se demande si le traitement précoce intensif n'empêche pas l'immunisation secondaire de s'établir et ne favorise pas les localisations méningées. Cela équivaudrait à l'attente de la roséole pour commencer le traitement ; on ne voit pas pourquoi on ne pourrait attendre davantage. Non ! Traitez vos malades tout de suite, avec toute l'énergie compatible avec une bonne tolérance ; soignez-les longuement, d'après le schéma ci-dessus ; mais ne les condamnez pas à porter toute leur vie le boulet de cette conviction qu'ils sont inguérissables. C'est le contraire qui reste la vérité.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le traitement du charbon humain par la sérothérapie.

Chez l'homme, le charbon n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement ; si, grâce aux mesures prophylactiques appliquées, les animaux charbonneux sont des agents moins actifs de propagation de la bactéridie à l'homme, il persiste une autre source de contamination : c'est l'emploi de plus en plus répandu, dans les tanneries, de peaux de provenance asiatique ou coloniale.

Elles sont infectées assez souvent, la prophylaxie anticharbonneuse et la surveillance des animaux malades étant probablement difficiles et rudimentaires en ces pays, et en tout cas très inférieures à ce qu'elles sont en France.

Le prof. Bodin démontre ainsi combien il est important de signaler aux intéressés le danger d'infections par ces peaux venant de l'étranger, afin que les personnes appelées à les manipuler puissent prendre toutes les précautions requises ; rien ne permet *à priori* de reconnaître les peaux infectées. Tout ouvrier manipulant des peaux doit obligatoirement se désinfecter les mains après le travail, et toute plaie, toute écorchure, si minime soit-elle, doit être stérilisée immédiatement à la teinture d'iode. S'il survient une lésion suspecte, il faut consulter aussitôt ; c'est une condition essentielle dont dépend le résultat du traitement et la vie même de l'intéressé.

A la phase initiale, l'infection de l'homme reste localisée au point d'inoculation et c'est alors que la thérapeutique est toute puissante. A l'étape suivante, et c'est ici le plus souvent une question d'heures, l'infection devient générale, et elle acquiert très vite une intensité telle qu'il n'est plus possible de la combattre.

Aujourd'hui, nous sommes mieux armés qu'autrefois avec les cautérisations ignées et les injections de liquides antiseptiques ; nous possédons un sérum anticharbonneux, spécifique, préparé selon les méthodes pastoriennes, c'est-à-dire avec le sérum d'animaux fortement vaccinés contre la bactéridie, et dont l'action rapide permet de lutter avec succès contre ce virus.

Depuis 1924, l'auteur a traité ainsi et guéri 5 cas de pustule maligne, dont 4 ont été pris tar-

divement, le troisième et le cinquième jour de l'infection, et présentaient déjà une température élevée et des phénomènes d'infection générale.

Chez tous, le charbon a été jugulé rapidement par les injections de sérum, sans cautérisations. La chute de la température et la diminution des œdèmes ont été obtenues en trois ou quatre jours après le début du traitement. Grâce au sérum anticharbonneux on a réussi, en Hongrie, à faire tomber la mortalité au-dessous de 3 p. 100.

L'Institut Pasteur prépare le sérum anticharbonneux sous deux formes, des flacons de sérum liquide (plus commodes) et des flacons de sérum desséché qu'il faut dissoudre dans l'eau stérile au moment de l'emploi. Ce dernier peut se conserver actif pendant longtemps et convient ainsi très bien pour constituer une provision permettant d'avoir toujours prêt le remède spécifique. Le seul inconvénient du sérum desséché est que sa dissolution à faire au bain-marie, dans l'eau stérile à peine tiédie, est assez longue. Ensuite, l'injection est plus douloureuse localement que celle du sérum liquide.

Dès que le diagnostic est fait, on injectera le sérum dans le tissu sous-cutané du flanc ou de la cuisse. La dose doit être d'autant plus forte que la pustule maligne est plus avancée ; et, dès le début, il y a intérêt à employer des doses massives : 20 cmc. matin et soir, puis 40 cmc. en une seule fois, répétée au besoin dans la soirée, et en tout cas, les jours suivants, jusqu'à la chute des phénomènes généraux et arrêt des symptômes locaux. En quatre jours, un malade a reçu ainsi 190 cmc. de sérum sans inconvénient. Les autres ont guéri avec des doses variant de 50 à 100 cmc. Chez les sujets traités, on n'a observé aucun accident sérieux, sauf, une ou deux fois, une réaction sérique tardive, érythémateuse et arthralgique, sans gravité, ni durée.

La seule règle à suivre est de continuer le sérum, 2, 3, 4 jours de suite, tant qu'il n'y a pas arrêt et sédation des phénomènes locaux et généraux.

Il est le plus souvent inutile de joindre d'autres traitements internes à la sérothérapie. Si les escarres des pustules sont assez étendues, il convient de les panser soit avec des topiques gras comme une pommade au baume du Pérou et à l'iodoforme à 1 p. 100, soit avec des poudres comme l'aristol ou le dermatol. (*La Presse médicale*, 3 août 1927.)

Le traitement des brûlures par l'acide tannique.

M. Floresco commence par administrer au malade une injection de morphine pour calmer ses douleurs, puis il procède à un nettoyage soigné de toute la surface brûlée. La plaie est recouverte par un simple pansement sec stérile fixé par des bandes stérilisées ; le pansement est ensuite arrosé avec une solution d'acide tannique, dont la concentration peut varier de 0,75 à 5 p. 100. La solution doit être préparée juste au moment de s'en servir, parce qu'elle s'altère très facilement par la formation de composés astringents d'acide gallique. Pour surveiller l'action caustique de l'acide tannique et pour empêcher une coagulation trop profonde, on fait des petites incisions dans le pansement par lesquelles on regarde la plaie au bout de 12, 18 et 24 heures. Sitôt qu'une partie de la plaie a acquis la coloration brune caractéristique, le pansement est enlevé en totalité. Pour faciliter le premier changement du pansement, il est prudent de l'imbiber avec la solution tannique avant de l'enlever. La plaie est ensuite exposée à l'air, sous un cadre protecteur stérile. Dans les cas plus sérieux, on doit continuer la coagulation et l'assèchement de la plaie par des bains d'air chaud, réalisés avec un des multiples appareils connus.

Dans certains cas, la solution d'acide tannique peut être remplacée par la pommade à l'acide tannique (parties égales de vaseline et lanoline). L'usage de la pommade facilite l'application de l'acide tannique dans certaines régions (autour des yeux par exemple). Elle paraît avoir une moindre valeur comme action coagulante.

Le traitement local doit être complété par un traitement général dont le principal but doit être le rétablissement de l'équilibre sanguin (hydrater le malade par tous les moyens classiques).

Le traitement local comprend deux phases bien différentes :

La première tend à prévenir les complications graves, qui suivent les grandes brûlures par la coagulation et l'assèchement rapide des tissus dévitalisés jusqu'à l'obtention de la croûte. On peut, au lieu de pansement, arroser la plaie toutes les demi-heures jusqu'à l'obtention de la couleur brune.

La deuxième comprend l'excision de celle-ci et le traitement de la plaie restante. La croûte peut être excisée aux ciseaux et au bistouri ; il peut être plus avantageux de la ramollir avant l'intervention par l'application d'une pommade.

La croûte enlevée, la plaie doit être greffée le plus tôt possible ; cette greffe hâtive est le moyen le plus sûr de prévenir une infection secondaire toujours possible, mais elle est en même temps le meilleur traitement préventif de la rétraction secondaire et du tissu de granulation.

L'emploi de l'acide tannique comme pansement initial d'une plaie exerce un important effet analgésique.

Si des signes d'infection apparaissaient au cours du traitement d'une brûlure profonde, les croûtes devraient être enlevées et un traitement anti-infectieux institué. (*Gazette des hôpitaux*, 28 septembre 1927.)

Les paralysies tardives du cubital à la suite des fractures du condyle externe de l'humérus.

L. Desgouttes et R. Denis exposent que ces paralysies tardives sont certainement liées à la fracture ; mais le temps écoulé entre l'accident initial et l'apparition de la paralysie est tellement long, parfois, qu'un médecin peut très bien refuser d'établir entre eux une relation. L'image radiographique permet de concevoir la genèse de l'affection.

Dans une fracture du condyle externe, le fragment condylien s'élève ; l'interligne articulaire devient oblique en bas et en dedans par le glissement en dehors des os de l'avant-bras. Si le coude est fléchi, le nerf cubital n'est pas lésé, car l'olécrâne reste loin de l'épitrochlée. Mais, au contraire, si l'avant-bras est en extension, l'extrémité supérieure de l'olécrâne dévie de plus en plus en dedans, se rapprochant de l'épitrochlée et diminuant ainsi la gouttière épitrochléo-olécranienne. Ce sont ces pincements à répétition du nerf cubital, qui engendrent la névrite et la paralysie.

Puisque l'on connaît le point exact où le nerf est blessé, il faut agir chirurgicalement en ce point, soit par élargissement de la gouttière épitrochléo-olécranienne, soit par ostéotomie supra-condylienne, soit par déplacement du cubital en avant de l'épitrochlée.

Le praticien qui a soigné une fracture du coude chez un enfant, et qui assiste à la naissance du cubitus valgus, sera prudent de prévenir les parents que des complications tardives peuvent survenir du côté du bras malade. D'autre part, en présence de troubles nerveux, localisés à une main, survenant chez un adulte, avant de penser à des affections rares d'origine complexe et de pathogénie vague, le médecin traitant ne fera jamais trop minutieusement l'interrogatoire du malade, et cela surtout au point de vue des traumatismes anciens que les patients ont tendance à oublier. (*La Presse médicale*, 9 juillet 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Prophylaxie de la grippe par instillations oculo-nasales.

(M. Raoul Blondel. — *Académie de médecine* ; 21-2-1928.)

M. Raoul Blondel s'est bien trouvé, comme moyen prophylactique de la grippe, d'instillations conjonctivales de sérum antidiphtérique et d'instillations d'électrargol, à raison de quelques gouttes, deux et trois fois par jour. On agirait ainsi sur un des points d'entrée du germe grippal, qui est peut-être la porte principale de pénétration de ce germe.

L'exercice est un moyen thérapeutique dont la formule doit varier.

(M. Maurice Boigey, de Vittel. — *Académie de médecine* ; 21-2-1928.)

Lorsque l'on prescrit l'exercice, il faut, après en avoir posé les indications, préciser sa modalité, en un mot le formuler. Chez les malades et les sujets âgés en particulier, on ne doit pas oublier que ce moyen thérapeutique, malgré son utilité, peut offrir des dangers s'il est appliqué en dehors de la mesure qui convient.

M. Boigey rapporte, tout d'abord, trois observations personnelles où il a vu l'exercice provoquer des accidents graves. Un de ces cas concerne un homme de 57 ans, pléthorique et hypertendu, qui mourut subitement à la fin de l'une des séances d'exercice en chambre qu'il faisait chaque matin au lever, étendu sur sa descente de lit. L'autopsie révéla une congestion intense des vaisseaux de la base et une hémorrhagie au niveau du troisième ventricule gauche. Le second cas est celui d'un homme de 49 ans, d'apparence bien portant et de taille svelte, auquel un masseur ignorant avait conseillé d'exécuter chaque jour une course au pas de gymnastique Au cours d'une séance de ce genre, le malade (il était atteint d'insuffisance aortique, jusque-là tolérée) dut s'arrêter en proie à une douleur rétro-sternale vive et il succomba rapidement. Le troisième cas concerne un sujet de 59 ans, pléthorique et hypertendu, qui prit, au cours de l'été, malgré la défense de son médecin, une série de bains de mer. Au troisième bain, il éprouva une céphalée intense et présenta dans la suite les symptômes d'une hémiplégie droite.

L'exercice, comme les autres remèdes, a ses indications et ses contre-indications. Il a aussi ses modalités adaptées à chaque état. Chez les hypertendus et chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine, il faut proscrire les exercices pratiqués dans la position couchée. Seuls, les exercices dans l'attitude de veille sont applicables. Pas de position congestionnante pour le cerveau, alors,et pas de vitesse. L'exercice est un moyen thérapeutique très utile chez les obèses , les pléthoriques, les sédentaires, mais il est nécessaire de le doser et de formuler sa nature. Les exercices à recommander en pareille circonstance sont la marche à pied, la manipulation de la machine à godiller, de la machine à ramer, etc. Ils doivent être mis en œuvre, il va sans dire, avec méthode et sans exagération.

Faut-il toujours traiter les vieilles syphilis nerveuses ?

(M. G. Heuyer. — *Soc. médicale des hôp.* ; 13-1-1928.)

M. Donzelot signalait dernièrement l'abus quelquefois fait des médications anti-syphilitiques dans les affections cardio-vasculaires. M. Heuyer reprend aujourd'hui la même question à propos des syphilis nerveuses. L'auteur relate un certain nombre d'observations dans lesquelles une médication anti-syphilitique employée dans une maladie du système nerveux a paru aggraver sensiblement l'affection. En voici un exemple :

Un homme de 60 ans, ancien syphilitique, en bonne santé apparente, se fait faire une série d'injections d'arsenic. A la cinquième injection éclate un ictus avec hémiplégie. Un consultant appelé, pensant toujours à la syphilis, conseille le cyanure de mercure. A la deuxième injection de cyanure, crises convulsives d'origine urémique. On laisse passer l'orage et on remplace le mercure par le bismuth : nouvelles crises convulsives. On cesse le traitement et spontanément l'hémiplégie guérit.

M. Heuyer ne dit nullement qu'il faille renoncer à la cure spécifique dans les neuropathies syphilitiques de l'adulte, mais il pense que des précautions doivent être prises dans l'administration de ce traitement, qu'il faut subordonner à l'état des fonctions hépato-rénales.

— M. Sicard conseille, dans les neuropathies syphilitiques, un traitement non univoque. Le clinicien doit faire une thérapeutique d'opportunité, selon l'âge, les tares organiques du malade.

— Pour M. Flandin, il ne paraît y avoir rien à retenir de la communication de M. Heuyer, qui ne contient, à son avis, aucune observation démonstrative.

La stéréoradiographie.

(M. Dioclès. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-1-1928.)

La stéréo-radiographie est une combinaison de la stéréoscopie et de la radiographie. Elle permet de dissocier les ombres pathologiques que l'on aperçoit généralement superposées et de donner à l'examen aux rayons une précision beaucoup plus grande. Peu utilisée encore en France, il en est fait un usage courant dans les pays anglo-saxons.

M. Dioclès présente quelques téléstéréogrammes des poumons, du cœur et du tube digestif et il se déclare convaincu que d'ici à peu d'années la majeure partie du travail des laboratoires de radiologie s'effectuera stéréodiagraphiquement. Cette méthode, dit-il, est appelée à se généraliser et constituera probablement la radiographie de l'avenir.

On sait, en outre, que l'astronomie utilisée avec avantage l'hyperstéréoscopie, qui amplifie la sensation de relief et permet de mieux dissocier les plans. Cette même technique pourra sans doute être appliquée dans le domaine médical.

L'intra-dermo-réaction cholestérinée.

(MM. Loeper et Lemaire. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-1-1928.)

L'injection intra-dermique d'huile cholestérinée est susceptible de produire une réaction se traduisant par de l'induration et de la rougeur, apparaissant vers le troisième jour et se prolongeant trois à quatre jours. Cette réaction n'est pratiquement positive que dans les différents types de maladies précipitantes.

Traitement du diabète pendant la gestation.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-12-1927.)

La grossesse retentit d'une façon constante sur le foie. On sait la fréquence des glycosuries observées chez les femmes enceintes. Les recherches de MM. Labbé et Monzafer, à l'aide de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée ont établi que la gestation détermine un trouble de la glyco-régulation, accompagné parfois d'un abaissement du seuil rénal du glucose et de symptômes d'insuffisance hépatique. Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner si l'évolution d'une grossesse chez une femme diabétique entraîne une aggravation du diabète.

Seuls les diabètes légers et convenablement soignés peuvent ne pas souffrir de la gestation et laisser celle-ci évoluer jusqu'à terme normalement. Les diabètes sérieux, avec dénutrition et acidose, subissent toujours une aggravation profonde, une évolution vers le coma, en même temps qu'ils entravent le développement du fœtus, produisent de l'hydramnios, l'avortement et la mort de l'enfant. Avant la découverte de l'insuline, la grossesse chez une femme atteinte de diabète grave pouvait être considérée comme fatale et le seul recours était l'avortement pratiqué dès le début de la gestation. Aujourd'hui, il n'en est plus de même. Grâce à l'insuline combinée au régime, la grossesse peut être menée à terme et la la mère peut survivre. M. Marcel Labbé en relate trois observations.

Le premier conseil à donner aux femmes atteintes de diabète est d'éviter la conception. Si elle se produit, une surveillance attentive doit être exercée. Un régime convenable, modéré, mixte, pauvre en hydrocarbonés, sera institué. Une cure d'insuline sera poursuivie à dose suffisante pour supprimer la glycosurie et l'acidose. M. Labbé ajoute que l'hydramnios a été habituellement noté chez les diabétiques en état de gestation.

— M. Dartigues demande comment se produit l'hydramnios en pareil cas.

— M. Rosenthal répond que l'hydramnios contient du glucose, que le traitement insulinique fait disparaître.

La quinine dans le paludisme.

(M. Georges Rosenthal. — *Soc. de médecine de Paris*; 24-12-1927.)

A propos d'une communication de M. Rosenthal sur l'injection intra-veineuse de quinine sucrée dans le paludisme, une discussion s'ouvre, à la Société de médecine de Paris, sur les doses et le mode d'administration de la quinine dans la malaria.

— M. Marcel Labbé préfère la voie buccale dans les cas ordinaires, mais à la dose de 2 gr. au moins. La voie intra-veineuse convient aux accès pernicieux.

— M. Gaultier rappelle que Lancereaux donnait 3 à 4 gr de quinine.

— M Rosenthal emploie avec avantage les injections intra-veineuses de quinine sucrée.

Double intoxication par les cantharides.

(M. Paul Muller, de Belfort. — *Soc. de médecine de Paris* ; 14-11-1927.)

M. Muller rapporte un double cas d'intoxication cantharidienne intéressant le mari et la femme. Un homme de 28 ans, cultivateur, dont les désirs génésiques étaient allés s'affaiblissant de même que ceux de sa femme, eut l'idée d'administrer à celle-ci et d'absorber lui-même une poudre qu'un vétérinaire avait livrée pour être donnée à ses vaches dans le but de leur faire demander le taureau. Cette poudre contenait par paquet de 30 grammes : 5 gr. de cantharides de Chine et un mélange de poivre, piment de la Guyane, gingembre et matico. L'homme ingéra une cuillerée à dessert de cette préparation. Il eut, une demi-heure après, une érection dont il profita pour pratiquer le coït avec sa femme. Il éprouva ensuite de fréquentes envies d'uriner avec légères hématuries et mictions douloureuses ; des vomissements et des coliques apparurent, qui résistèrent à la belladone et à la morphine. Puis, au bout de 24 heures, les troubles se calmèrent.

La femme n'absorba qu'une dose moindre (une cuillerée à café de poudre). Elle eut de légères nausées, quelques vomissements, des mictions fréquentes, des coliques sèches, dans l'ensemble moins accusés que chez le mari. Pas de désir sexuel, le coït n'ayant pas été suivi, pour elle, de satisfaction génésique. Guérison le lendemain.

— M. Provent, à propos de l'usage ancien de la cantharide comme aphrodisiaque, rappelle l'anecdote suivante racontée par Ambroise Paré : « Un abbé du moyen âge, écrit le chirurgien dans le langage de l'époque, estant en ceste ville pour soliciter un procez, solicita pareillement une femme honneste de son mestier pour deviser une nuict avec elle, si bien que marché faict, il arriva en sa maison. Elle recueillit monsieur l'Abbé aimablement, et le voulant gratifier , luy donna pour sa collation quelque confiture en laquelle y entroit des cantharides, pour mieux l'inciter au déduit vénérique ». Et Ambroise Paré ajoute : « Et partant, je conseille à telles dames ne prendre de telles confitures, et moins encore en donner à homme vivant, pour les accidents qui en adviennent » (Œuvres d'Ambrois Paré, 7e éd., 1614).

Un cambrioleur albuminurique dénoncé par ses urines.

(M. Lahaye, de Nogent-le-Rotrou. — *Soc. de méd. légale* ; 14-11-1927.)

M. Lahaye, pharmacien à Nogent-le-Rotrou, au cours d'une enquête pour cambriolage de maison, découvrit avec le commissaire de police dans une chambre, sur une table de nuit, un vase de nuit contenant 175 cent. cubes d'urine. L'urine était en bon état de conservation et fraîche, de faible acidité, décelant un cambriolage récent. Elle renfermait une petite quantité d'albumine, environ 10 centgr. par litre. L'un des cambrioleurs avait ainsi laissé un indice personnel pouvant aider les recherches judiciaires. Une simple analyse d'urine peut donc à l'occasion venir au service de la justice.

P. L.

Les Livres

Librairie Félix Alcan.

Professeur I. Ovio (de Padoue), — **Anatomie et physiologie de l'œil dans la série animale. Traduction** revue par le Dr Dejean. (1 vol. 736 pages avec 307 figures dans le texte. Prix : 120 francs sauf variation) 1927.

Dans cet important ouvrage, l'auteur considère l'organe de la vue et il met en évidence la supériorité de notre organisme par l'étude analytique et comparée de toute la série animale. On voit ainsi la structure et la fonction procéder de pas égal comme l'exige le lien de cause à effet qui les unit ; et devant la transformation lente et graduelle de l'état rudimentaire à l'état le plus parfait, on éprouve l'impression que l'on ressent devant le développement historique d'un art ou d'une science.

Les discussions, les critiques, les hypothèses, les théories, ne sauraient manquer au cours de cette longue étude ; mais l'auteur a tâché de s'en tenir strictement aux faits, s'appuyant sur plus d'un millier d'ouvrages patiemment compulsés, ouvrages traitant d'anatomie et de physiologie comparée de l'œil.

Le livre I traite de la réaction à la lumière, des tropismes, de la vision primitive.

Le livre II étudie l'anatomie : divers types d'yeux (épithéliaux, simples, composés, cérébraux) ; formes particulières de certains yeux ; nombre et grandeur des yeux ; parties constituantes : rétine, organes pigmentaires, appareil refringent, organes de protection, appareil moteur, système vasculaire, nerveux, etc.

Le livre III est consacré à la physiologie : nutrition, mouvements extrinsèques, mouvements de l'iris et du pigment, réfraction, accommodation, finalité dans la vision, sensations lumineuses, adaptation, sens chromatique, vision des formes et du mouvement, champ visuel et vision binoculaire.

Librairie Félix ALCAN.

Albert DESCHAMPS et Jean VINCHON. — **Les maladies de l'énergie. Les asthénies et la neurasthénie.** 3e édition refondue. (1 vol. in-8, 420 pages. Prix : 40 fr.).

Les asthénies et la neurasthénie représentent des faits banaux dans la pratique neuro-psychiatrique. Le médecin, quelle que soit l'interprétation qu'il en donne, ne peut les traiter avec profit que s'il s'appuie sur une méthode qui a fait ses preuves. Dans cette 3e édition, des notions nouvelles comme le métabolisme basal et la mesure de l'acidité ionique viennent compléter les moyens d'investigation primitivement décrits.

La méthode se perfectionne chaque jour davantage et le problème de la neurasthénie approche de sa solution.

C'est d'abord : les sources de l'énergie, définition, puis la neurasthénie et l'asthénie (étiologie, causes prédisposantes et déterminantes, symptomatologie, symptômes communs, symptômes fonctionnels, symptômes chimico-physiques et chimiques, thermiques, symptômes de l'état du sommeil) — la pathogénie étude très détaillée, — enfin la thérapeutique (repos, isolement, aérothérapie, les régimes, la reminéralisation, la réaction urinaire, la pression sanguine, les médicaments et les médications) et le traitement des diverses catégories d'asthénies (par épuisement, par insuffisance, asthénies secondaires, asthénies traumatiques).

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Léon SCHEKTER. — **Comment consulter ? Essai d'hygiène et de médecine préventive.** (Un vol. in-8 de 340 pages.

Quand le malade vient consulter le médecin, il expose quelques malaises, mais oublie des troubles qu'il est très utile de faire connaître.

Les maladies ne sont pas simples, pas toujours localisées, car tout s'enchaîne et s'intrique dans l'organisme humain. Le malade a donc intérêt d'exposer à côté du mal qu'il ressent, le fonctionnement de tous les appareils.

L'auteur a écrit le manuel du consultant, cherchant à éduquer le malade sur la façon de présenter au médecin un tableau complet clair et méthodique des troubles ressentis.

Le malade ne peut et ne doit pas vouloir faire le diagnostic de son affection ; il ne le trouvera pas dans ce livre, qui n'est que l'introduction à la consultation. Le diagnostic et le traitement d'une maladie exigent l'étude approfondie du malade par le médecin.

Dans une seconde partie de l'ouvrage, l'auteur donne des conseils d'hygiène.

Hygiène alimentaire et digestive ; ce que toute maman doit savoir ; comment faire pratiquer l'analyse des urines.

Soins généraux à donner à tout malade fébrile ; la culture physique et la gymnastique respiratoire ; ce que tout diabétique doit savoir.

Ce qu'il faut connaître pour combattre la tuberculose, la syphilis, la blennorragie et le cancer.

La deuxième édition de cet ouvrage, qui vient de paraître, est la preuve évidente de son succès mérité.

PAYOT, 106, boul. Saint-Germain, Paris.

Dr E. MINKOWSKI. — **La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes.** (Un vol. in-8 de la Bibliothèque Scientifique : 20 fr.).

La schizophrénie constitue un des chapitres les plus importants de la psychiatrie moderne. Cette notion marque une étape importante dans l'évolution de la médecin mentale ; elle a modifié sensiblement la façon d'interpréter les troubles mentaux, et elle a donné une impulsion nouvelle aux recherches psychopathologiques.

Issue des recherches de Krœpelin sur la démence précoce, et influencée d'autre part par les idées de Freud, la notion de schizophrénie acquiert, au cours de son évolution, de plus en plus d'indépendance. Elle suit son propre chemin et arrive ainsi à tracer ses limites, à préciser ses caractères essentiels, à poser ses propres problèmes. La notion de schizophrénie aboutit, dans le domaine des constitutions psychologiques à la notion féconde de schizoïdie, qui vise un comportement caractéristique de l'individu par rapport à l'ambiance.

Tous ces problèmes se trouvent réunis dans le présent volume, qui en est d'ailleurs la première mise au point en langue française. De nombreux exemples empruntés aussi bien à la clinique qu'à la vie courante viennent illustrer la conception d'ensemble, qui y est mise en relief, et rendent ainsi ce livre accessible à tous ceux qui s'intéressent à la connaissance de l'âme humaine.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

LE VERSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX POUR LES MALADES PAYANTS TRAITÉS DANS LES HOPITAUX PUBLICS

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique s'est occupé de cette très grosse question, au cours des deux séances de la section permanente, puis à l'Assemblée générale du 29 janvier 1928.

Devant l'importance du problème, nous avons pensé devoir donner le rapport général de M. Verdet-Kléber. Nous publierons ultérieurement les deux autres rapports, rédigés par M. Gauguery et par moi-même.

P. Boudin

Rapport général présenté au Conseil supérieur de l'Assistance Publique,

Par M. Verdet-Kléber,

Vice-président de la Commission administrative des hôpitaux d'Avignon.

C'est au départ de notre éminent collègue Noël, appelé à de hautes fonctions, que je dois l'honneur et la charge de vous présenter un rapport sur la question si délicate des honoraires à accorder au corps médico-chirurgical des hôpitaux. Toutefois ma tâche a été sensiblement facilitée par la communication préalable des rapports remarquables de mes collègues Gauguery et Paul Boudin sur la même question. Avec le talent et la compétence que nous apprécions à leur valeur, ils ont examiné ce problème sur toutes ses faces et lui ont donné la solution qui leur a paru conforme à leur jugement et à leur indépendance. C'est avec cette même indépendance que j'apporte aujourd'hui mon tribut à leur travail et mes conclusions, regrettant que cette mission n'ait pas été remplie par notre collègue Noël, désigné tout naturellement par sa science juridique et sa large compréhension de toutes les questions sociales. Pour faire cette étude avec impartialité, j'ai essayé de m'extérioriser, par là j'entends dire que j'ai porté tous mes soins à juger la question en me plaçant sur les différents terrains d'observation ; cependant j'ai été amené à revenir parfois dans ce cadre particulier pour y puiser des exemples précis et des bases solides.

En accord avec mon collègue Boudin, obéissant au même scrupule, quoique placé dans un centre différent, je me hâte d'affirmer que j'ai développé mes arguments sans me préoccuper de la question d'argent. J'ai poursuivi un but plus noble et plus élevé, celui de la défense des intérêts des hospitalisés d'aujourd'hui et de demain, comme celui de la défense des intérêts des médecins et chirurgiens dans leurs rapports avec les Commissions administratives.

Divers principes sont à la base de cette étude Il convient de les dégager.

1° Tout d'abord quelle est l'origine des hôpitaux, à qui sont-ils réservés ?

Nul ne contestera ce fait, et l'histoire de l'Assistance le confirme, que les hôpitaux ont été créés à l'origine par la charité privée. Sans aucun doute, ils étaient réservés aux déshérités de la vie. C'est donc à eux qu'appartient la propriété, comme la dotation de ces établissements, et c'est à juste titre qu'on emploie l'expression « Patrimoine des pauvres ». Les pauvres sont les propriétaires exclusifs des hôpitaux ; si d'autres catégories d'individus y sont reçues, c'est alors le pauvre qui leur a fait la charité de les accueillir chez lui.

Le jour où le législateur a rendu l'assistance obligatoire, il a eu le soin de réserver l'entrée de l'hôpital aux indigents, c'est-à-dire précisément à la catégorie de ceux pour qui la charité était intervenue ; il ne peut donc être question d'un détournement de destination. Il ne me paraît pas utile de définir le terme « Malade indigent » pour l'opposer au terme « Malade payant ». Nous avons toujours été d'accord pour reconnaître que l'indigent est l'individu privé de ressources au sens large de cette expression, le jour où la maladie s'introduit à son foyer ; c'est ce malade qui doit bénéficier de l'hospitalisation gratuite, tout autre n'a aucun droit d'entrée dans un domaine qui ne lui appartient pas.

Toutefois, surtout avec la perturbation économique de ces dernières années, il a fallu étendre cette conception d'indigence à une classe de la

société qui était peut-être la plus digne d'intérêt, parce que sa prévoyance avait été mise en défaut bien malgré elle, celle des demi-pauvres ; ceux-là ont aussi un droit, pour partie tout au moins, au « Patrimoine des pauvres » et l'hôpital devait leur être ouvert sous certaines conditions. Vous l'avez compris, vous avez créé l'assistance médicale partielle, et la légalité de votre décision a été reconnue, justifiant ainsi ce droit de propriété qui s'alliait à un devoir d'humanité.

Mais le jour où le législateur a ouvert la porte de l'hôpital à des malades « accidentés du travail », « membres de sociétés de secours mutuels », « réformés de guerre », « militaires », etc., il a usé de la chose d'autrui en utilisant les bâtiments et le matériel existant, tout en respectant les dotations et leurs revenus. Et le jour prochain où, par le jeu d'application de la loi sur les assurances sociales, ce seront les malades assurés qui rentreront à l'hôpital, la porte légèrement entrebâillée jusqu'ici sera grande ouverte, et l'origine et la destination des hôpitaux pourront être méconnues. Et cependant la nécessité imposera l'admission de ces catégories de malades. Il faut donc examiner sous quelles conditions.

2° Conditions d'admission des malades payants dans les hôpitaux.

Il faut distinguer aujourd'hui plusieurs catégories de malades payants :

1° Ceux qui bénéficient de l'assistance partielle en contribuant au payement du prix de journée par un pourcentage ;

2° Ceux qui, reçus en salle commune, payent le prix de journée ;

3° Ceux qui, reçus en salle commune, payent le prix de journée augmenté d'une contribution pour les soins médicaux ou chirurgicaux ;

4° Ceux qui sont soignés dans des chambres particulières ;

5° Ceux qui sont soignés dans de petits pavillons ou dans des cliniques annexées à l'hôpital.

Nous allons examiner successivement la situation de chacun de ces hospitalisés.

1° Hospitalisés qui contribuent au payement du prix de journée.

1° Ces malades sont incontestablement des « indigents ».

Ils ont des ressources insuffisantes pour acquitter l'intégralité du prix de journée, mais ils peuvent participer dans ce prix, soit par eux-mêmes, soit par leurs familles, par un versement variant de 25 à 75 p. 100 du montant de ce prix.

Ces malades ont le droit d'entrée à l'hôpital, ainsi que je l'ai déjà exposé. Le corps médico-chirurgical lui donnera ses soins comme aux « indigents ».

2° Hospitalisés en salle commune qui payent le prix de journée.

2° Certains malades peuvent payer l'intégralité du prix de journée, mais ne peuvent pas faire un effort supplémentaire.

Dans quelle catégorie faut-il les classer ? Parmi les indigents ? Parmi les malades payants?

A mon avis ce sont encore des indigents. Ils sont privés de ressources dans une certaine mesure puisqu'ils ne peuvent pas choisir l'établissement de cure et que seul l'hôpital, par la modicité de son prix de journée, leur est accessible.

D'ailleurs une remarque s'impose. L'indigent hospitalisé est, en réalité, un payant à l'égard de cette personne morale qu'on appelle l'hôpital, quelqu'un paye pour lui l'intégralité du prix de journée, c'est ou bien le « bienfaiteur » qui a constitué des revenus suffisants depuis des siècles, ou bien c'est, à défaut des revenus de la dotation, la commune, le département ou l'Etat, de telle sorte qu'on peut dire qu'un indigent a toujours auprès de lui quelqu'un qui répond de ses frais de séjour. Le malade qui paye le prix de journée peut lui être assimilé avec cette différence qu'il paye par lui-même ou par les siens.

Ici aussi le corps médico-chirurgical hospitalier lui devra des soins gratuits.

3° Hospitalisés en salle commune qui payent une contribution en sus du prix de journée.

3° Toute une classe de la société, assez importante aujourd'hui, peut acquitter non seulement le prix de journée, mais une contribution supplémentaire. C'est encore un demi-pauvre, mais à ressources suffisantes, quoique limitées, pour se faire soigner. Il peut payer le prix de journée d'hôpital et davantage, mais il ne peut pas payer le prix de journée d'une clinique avec tous ses accessoires.

Il est acquis depuis longtemps que tout malade payant entrant à l'hôpital doit payer un prix de journée supérieur à celui de l'Assistance médicale gratuite, et c'est légitime. Ce malade jouit d'une faveur exceptionnelle ; il n'a pas contribué à l'édification de l'établissement qui le reçoit, il est juste qu'il supporte une charge supplémentaire, mais jusqu'à ce jour dans les éléments de cette charge ne figuraient pas les honoraires des médecins.

J'estime qu'il est juste de les y comprendre à l'avenir, suivant des modalités que nous examinerons plus loin.

4° Hospitalisés soignés en chambres particulières.

4° La plupart des hôpitaux ont organisé des chambres particulières. C'est une nécessité dans les villes où n'existent pas de cliniques médicales ou chirurgicales, c'est une nécessité parfois aussi pour recevoir des malades atteints d'une affec-

tion particulière qui ne pourra être soignée qu'à l'hôpital.

Il est évident que cette catégorie de malades doit payer un prix de journée particulier avec le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Il est aussi évident que le corps médico-chirurgical a droit à des honoraires. Ce n'est qu'accidentellement que ces malades sont à l'hôpital, mais la détermination propre de cet établissement n'est pas pour les malades de cette catégorie.

5° Malades soignés en petits pavillons ou dans des cliniques.

5° Notre collègue Gauguery, à l'exemple de Nancy, préconise la création de petits pavillons ou de cliniques particulières dépendant de l'hôpital.

Je n'en conteste ni l'utilité ni les avantages et je déplore que les Commissions administratives n'aient pas pris autrefois l'initiative de créations de cette nature. Il est peut-être bien tard aujourd'hui pour l'entreprendre depuis l'éclosion abondante de cliniques particulières.

Mais ici, me reportant au principe qui est à la base de l'institution des hôpitaux, je répète « l'hôpital est fait pour les pauvres » et j'ajoute « le jour où vous faites un établissement annexe pour une autre catégorie de malades, vous sortez du caractère qui vous est assigné par la charte originale de votre constitution. Et alors vous ne pouvez plus appliquer les règlements hospitaliers ; vous pouvez, si vous le voulez, ouvrir ces cliniques ou pavillons à tous les médecins et chirurgiens, vous faites une exploitation qui, à son caractère d'humanité, ajoute malgré vous un caractère commercial ». Il est vrai que les bénéficiaires en seront les pauvres ou les collectivités puisque le bénéfice qui en résultera diminuera les charges hospitalières et par là même le prix de journée ; mais vous, Commissions administratives, vous n'avez à gérer que des hôpitaux pour y recevoir des indigents.

Il faudra donc examiner les conditions particulières de règlement des honoraires médico-chirurgicaux sous un angle très spécial.

6° Hospitalisés « accidentés du travail », « réformés de guerre », « au compte des compagnies de chemin de fer ».

6° J'avais négligé volontairement dans la classification de malades payants les « accidentés du travail », « les malades au compte des compagnies de chemin de fer », « les réformés de guerre ». Ce ne sont évidemment pas des indigents ni des assistés, et, par suite, leur admission à l'hôpital, peut paraître en opposition avec sa destination ; mais aussi la force des choses, l'évolution des événements, dominent les principes et les font fléchir pour les mettre en harmonie avec les temps présents. Ces malades peuvent et doivent parfois être reçus à l'hôpital, à condition qu'ils ne préjudicient pas aux véritables ayants droit. Le Conseil d'Etat a reconnu en particulier que les « accidentés du travail » ne pouvaient pas se prévaloir d'un privilège pour être admis à l'hôpital en cette qualité : « Considérant, dit-il, qu'aucune disposition législative ne règle spécialement l'admission des accidentés du travail dans les hôpitaux et n'oblige ces établissements lorsqu'ils ont des lits disponibles à les recevoir en tant que tels. » (7 juillet 1925.)

Pour cette catégorie, j'admets volontiers l'attribution d'honoraires aux médecins appelés à leur donner des soins dans nos établissements hospitaliers.

7° Hospitalisés au compte des assurances sociales.

7° Reste également une dernière catégorie d'hospitalisés « futurs » pour lesquels la question de l'admission dans les hôpitaux ne se pose pas ; ces hospitalisés qui seront non plus des assistés, mais des assurés, pourront et parfois devront être reçus dans les établissements hospitaliers, en salle commune, cela va de soi. L'hôpital sera donc ouvert à une classe spéciale de la société, sans doute la plus nombreuse. S'il faut en croire les statistiques d'Alsace-Lorraine, les assurés sociaux représenteraient environ 40 p. 100 de la population hospitalière.

La rémunération du corps médico-chirurgical sera très légitime.

Nous avons ainsi déterminé les catégories de malades pour lesquels l'exonération de tous honoraires doit s'imposer et celles qui, au contraire, doivent les acquitter. Il nous reste à fixer les bases de ces honoraires, mais il est utile d'étudier au préalable la question des conditions de recrutement des médecins et chirurgiens hospitaliers.

La solution de cette étude précisera si l'hôpital doit être ouvert à tous ou à quelques-uns.

Intérêts du Corps médical.

1° Son recrutement.

Notre collègue Gauguery a mis en lumière, d'une façon parfaite, le conflit d'intérêts qui peut naître entre les Commissions administratives et le corps médico-chirurgical à l'occasion de l'entrée des malades payants à l'hôpital. De son côté, notre collègue Paul Boudin a très nettement établi que, depuis la guerre, l'hôpital ne fait plus peur et que le malade sait qu'il y recevra, à très bon compte, des soins éclairés. Il a aussi nettement distingué les trois classes principales du mode de recrutement des médecins et chirurgiens chargés de services hospitaliers, c'est-à-dire :

1° Recrutement au concours dans les grandes

villes — ou bien professeurs dans les villes sièges de faculté ;

2° Même recrutement au concours, mais avec quelques exceptions dans les villes de moyenne importance ;

3° Recrutement au choix ou par roulement dans les petites villes.

Il stigmatise avec raison la concession accordée « par quelques hôpitaux à un personnel médical du droit aux honoraires par rapport aux malades aisés hospitalisés, comme compensation de leur désintéressement vis-à-vis des hospitalisés indigents ». Il indique que cette manière de faire a créé en faveur des médecins de ces hôpitaux une sorte de monopole et que l'injustice est souvent d'autant plus flagrante que les places de médecins ou de chirurgiens de ces petits hôpitaux sont données non pas au concours, mais au choix.

Et comme conclusion, il propose que chaque Commission administrative soit invitée par M. le Ministre du Travail, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales à conclure un accord local avec le corps médical local. Une Commission spéciale déterminerait non seulement les conditions de rémunération du corps médical hospitalier, mais aussi le droit ou le refus du libre choix du médecin pour les malades payants, en dehors des docteurs ayant un service à l'hôpital.

Sur ce chapitre, je me sépare nettement de mon éminent collègue. A aucun prix je n'admettrais qu'un tiers, étranger à l'hôpital, s'immisce dans des questions d'ordre intérieur, quelles qu'en soient les conséquences hors de l'hôpital. L'hôpital n'a de relations qu'avec son corps médical hospitalier et avec les autorités supérieures.

Je n'admettrai pas davantage qu'un médecin étranger à l'hôpital ait le droit d'y venir soigner un malade payant soit en salle commune, soit en chambre particulière. Le médecin de l'hôpital a le plus souvent été nommé au concours ; il a acquis au prix d'un effort supplémentaire un titre qui consacre encore mieux sa valeur, il a le droit absolu d'exiger que cet effort et les frais supplémentaires qu'il a pu exposer n'aient pas été faits en vain. Or, ouvrir l'hôpital à tous c'est méconnaître ce droit. Et d'ailleurs au point de vue pratique à quelles complications nous mènerait cette liberté de choix : plus de discipline, l'ordre bouleversé constamment dans le roulement des interventions chirurgicales, internes et externes sans direction, défaut d'unité de vues, que sais-je encore ? Les services d'un hôpital doivent être méthodiquement ordonnancés ; dans ce but, il faut à la tête des services d'une salle un homme et un seul, prenant les responsabilités et les décisions utiles.

2° Modalités du payement.

Avant toutes choses, j'ai le devoir de proclamer hautement le désintéressement du corps médical hospitalier ; je vis assez intimement depuis plus de vingt-cinq ans dans ce milieu hospitalier pour rendre ce témoignage à ces hommes d'élite qui se penchent sur les souffrances humaines, les soulagent, exposent souvent leur vie avec une abnégation complète d'eux-mêmes, et dont le dévouement ne sera jamais assez apprécié. S'ils trouvent à l'hôpital le vaste champ de recherches scientifiques qui doit leur permettre de poursuivre des études difficiles et souvent décevantes, s'ils ont des compensations aux charges des fonctions bénévolement acceptées, ils ont surtout l'ardent désir de faire du bien. A ces collaborateurs précieux des Commissions administratives je devais le juste tribut de notre admiration et de notre gratitude.

A l'heure où la charité alimentait seule les ressources des hôpitaux, à l'heure où « les pauvres seuls » y avaient accès, ces hommes de bien ont consacré leur temps et le meilleur temps de leur vie aux soins des malades hospitalisés avec le même dévouement qu'ils apportaient dans leur clientèle privée. Aujourd'hui les temps sont changés : les grands bouleversements de ces années de guerre et d'après-guerre ont modifié la thérapeutique assez simple des temps anciens, pas très loin de nous encore. Il faut reconnaître qu'un médecin d'hôpital est obligé de consacrer de plus en plus un temps précieux à ses malades, il faut reconnaître que les difficultés de l'existence existent pour tous, pour le médecin comme pour le boutiquier.

Si la vieille conception du médecin gratuit pour les pauvres subsiste encore pour l'honneur du corps médico-chirurgical des hôpitaux, il est constant que cette gratuité n'a de raison d'être que pour les malades pauvres, c'est-à-dire pour les malades privés de ressources. Et, par suite, rien n'est plus légitime que l'attribution d'honoraires aux médecins des hôpitaux soignant les malades payants des catégories ci-dessus déterminées.

Il faut « honorer » les médecins hospitaliers ; mais, ce principe acquis, il faudra rechercher dans quelles conditions, et c'est ici que les difficultés surgissent.

Pour cette étude reprenons les catégories distinctes d'hospitalisés et étudions le *modus faciendi* propre à chacune d'elles :

1° Pour les indigents, les assistés qui payent partie du prix de journée et ceux qui payent intégralement ce prix de journée, notre accord doit être complet. Ce sont des malades privés de ressources, ils ont droit aux soins gratuits, le corps médico-chirurgical hospitalier les leur donnera comme par le passé parce qu'il a à cœur de s'associer à l'œuvre charitable et sociale de l'hôpital.

Cette gratuité n'est pas exclusive d'une indemnité que les Commissions administratives

peuvent bénévolement accorder à ces praticiens, indemnité qui représente à peine le montant de leurs frais de déplacement et ne peut en aucune manière avoir le caractère d'une rémunération des services rendus.

2° J'ai reconnu le droit aux honoraires pour les malades qui, soignés dans les salles communes, peuvent payer une somme complémentaire au prix de journée.

S'il existait des cliniques privées pour malades de condition moyenne, ces malades y seraient admis et payeraient non seulement le prix de la journée, mais les honoraires du médecin et différents autres menus frais. Il n'existe aucune raison de les en exempter à l'hôpital.

Les médecins ont protesté parfois à juste titre contre certains abus ; des malades n'hésitent pas à cacher leur situation de fortune pour se glisser au nombre des hospitalisés de cette catégorie, parce qu'ils savent qu'ils trouveront dans nos centres hospitaliers toute la gamme scientifique des soins largements dispensés sous l'autorité de médecins, chirurgiens, spécialistes réputés (1).

Certes, nous n'aurons jamais la possibilité de connaître d'une manière parfaite les ressources des hospitalisés, des abus pourront se produire, abus bien rares dans les villes qui auront eu la sagesse d'organiser des bureaux d'assistance actifs disposant de moyens de contrôle pour faire des enquêtes sérieuses et agir en pleine indépendance.

2° Le droit aux honoraires est à plus forte raison justifié pour les malades soignés en chambres particulières à l'hôpital, mais au profit seulement des médecins ou chirurgiens de l'hôpital chargés du service d'une salle commune auquel ces chambres sont rattachées.

Pour les autres catégories de malades soignés en petit pavillon ou en cliniques annexées à l'hôpital, mais qui, selon mon jugement, constituent des services extra-hospitaliers, j'accepterais les règles les plus larges, suivant un règlement particulier à leur institution, mais ne faisant pas corps avec le règlement de l'hôpital ; par suite le droit aux honoraires, l'accès libre à tous les médecins, me paraissent choses réalisables, si c'est là le meilleur mode d'exploitation ou de fonctionnement de ces institutions.

Comment rémunérer les médecins et chirurgiens ?

Deux systèmes principaux ont été proposés pour leur assurer une juste rémunération. Passons-les rapidement en revue :

(1) Voir, immédiatement après le présent rapport général, le rapport particulier de M. le Dr Boudin, qui s'est placé spécialement au point de vue médical corporatif, suivi du rapport particulier de M. Gauguery, qui s'est placé au point de vue administratif hospitalier (N.D.L.R. Ces deux rapports seront publiés dans les numéros suivants du Concours médical).

1° Système forfaitaire.

Ainsi que son nom l'indique, les médecins et chirurgiens recevraient un traitement fixe annuel et soigneraient tous les malades admis par les Commissions administratives.

J'écarte l'application de ce système ; il ne pourrait se justifier que pour les médecins appelés exclusivement à l'hôpital en vertu d'un contrat de louage de services, ne faisant pas de clientèle extérieure. S'il en était autrement le taux devrait varier suivant le nombre de lits par salle et on pourrait aboutir à des injustices ; ainsi le même taux étant fixé par hypothèse pour le chef de service de médecine générale ou le médecin de service des contagieux en admettant un nombre égal de lits, il se pourrait fort bien que les lits des contagieux ne soient que rarement occupés dans l'année ; on aboutirait à ce résultat que pour un travail bien différent le salaire serait le même. Les principes d'équité seraient violés.

2° Système mixte.

Dans ce système on envisage :

1° Un forfait annuel pour les soins à donner aux bénéficiaires des lois de 1851 et 1893, forfait inadmissible puisque ces malades soumis au régime de ces lois sont les véritables ayants droit à l'hospitalisation gratuite. ;

2° Pour les autres malades chaque médecin aurait le droit, reconnu par le règlement de l'hôpital, de demander des honoraires.

Sur ce principe nos vœux sont conformes, mais nous différons d'avis sur les modalités locales prévues en ce qui concerne :

a) Le taux des honoraires.

« On peut laisser, dit M. le Dr Boudin, le médecin ou le chirurgien libre de ses tractations avec les malades de droit commun, puisque pour les accidentés du travail, le Sénat acceptera peut-être le texte voté par la Chambre allouant au médecin d'hôpital des honoraires, mais si la Commission administrative entend savoir quels seraient les honoraires réclamés par chaque cas particulier, les médecins locaux pourront discuter avec les administrateurs de l'hôpital pour tomber d'accord sur le choix, soit du tarif syndical médical local, soit de celui des accidentés du travail ou des réformés de guerre. »

Pour nous, seule la Commission administrative a le droit de fixer le tarif de ces honoraires après avoir consulté le corps médical hospitalier, jamais une Commission administrative ne devra laisser un médecin, ni un chirurgien, libre de ses tractations avec son malade ; on serait amené à faire abandon de ses droits de contrôle sur tous les services hospitaliers et ouvrir la porte à des abus provoquant des réclamations fâcheuses pour le bon renom de nos établissements.

b) Le mode de perception des honoraires.

On envisage que tantôt les honoraires peuvent être perçus par les médecins de l'établissement sans intervention de l'Administration hospitalière, tantôt qu'au contraire les Commissions administratives percevront elles-mêmes ces honoraires.

Mon sentiment personnel est qu'en toute circonstance c'est l'Administration hospitalière qui doit recouvrer le montant des honoraires dont elle fera la répartition en totalité ou en partie aux ayants droit ; je n'admets d'exception que pour les malades traités en petit pavillon ou clinique annexe.

Ainsi donc les médecins ont droit à des honoraires qui seront recouvrés par les Commissions administratives et répartis à chacun d'eux.

Comment fixer ces honoraires ?

Je m'occuperai plus spécialement des malades de moyenne condition qui peuvent payer le prix de journée augmenté d'une somme à déterminer ; pour les autres, le règlement spécial de ces « Maisons de santé » annexées aux hôpitaux établira les accords intervenus librement avec les médecins hospitaliers et locaux dans la Commission tripartite conseillée par notre collègue Boudin.

Un malade entre à l'hôpital : il a des ressources « moyennes », qu'allons-nous lui demander en plus du prix de journée ? Faudra-t-il augmenter le prix de journée de tous les malades de cette catégorie d'une somme X, le quart, le cinquième et répartir le supplément entre tous les médecins ? Faudra-t-il lui demander s'il a une affection nécessitant une intervention chirurgicale, le prix de cette intervention suivant un tarif établi en accord avec le corps médico chirurgical ? S'il a une affection médicale, par exemple, la fièvre typhoïde un prix forfaitaire ajouté au prix de journée ?

C'est ici, Messieurs, que fort d'une expérience personnelle vieille de cinq ans, je vous demande la permission de me référer aux fruits de cette expérience. Depuis le 1er janvier 1922, après un accord établi avec le corps médico-chirurgical de l'hôpital d'Avignon, la Commission administrative a décidé :

1° D'appliquer aux malades des services de chirurgie le tarif des accidentés du travail et pour les cas non prévus à ce tarif, celui du syndicat médical de l'arrondissement diminué de 50 p. 100.

La Commission administrative s'est réservé le droit d'exonérer les malades de tout ou partie des taux prévus audit tarif suivant leurs charges de famille.

Le produit de ce tarif est divisé par égales parts, dont l'une est attribuée à l'hôpital et l'autre aux chirurgiens des services des malades.

2° D'appliquer aux malades des services de médecine un tarif forfaitaire par décades dont le produit est également partagé comme ci-dessus. La Commission administrative des hôpitaux d'Avignon a estimé que s'il était juste de rémunérer les praticiens, il était aussi juste que nécessaire de faire contribuer le malade, en quelque sorte, à cette dépense qui n'a jamais été amortie pour la construction des bâtiments et l'aménagement des salles dans lesquelles il est recueilli par faveur exceptionnelle. Une part du produit supplémentaire du prix de journée devait à ce titre être alloué à l'hôpital.

D'autre part, elle a estimé qu'il ne serait pas équitable de faire masse commune du produit des interventions pour les répartir ensuite par parts égales entre tous les chirurgiens. Il fallait faire l'application du principe «à chacun selon son travail ». Tous les trimestres, sur un état de répartition, un mandat de payement est établi au nom de chaque praticien.

En ce qui concerne les malades, la question s'était posée de savoir si on devait fixer un tarif différent suivant les maladies ; les données du problème et les solutions diverses aboutissaient à des résultats si fantaisistes qu'il parut plus conforme à la réalité des choses de fixer une somme forfaitaire évaluée à 40 francs par décade.

Je dois dire que depuis cinq ans ce système a fait ses preuves et a donné satisfaction au corps médical hospitalier. Fort de ce passé, des principes d'équité qui sont à sa base, je crois pouvoir vous demander de le généraliser.

Dans son rapport, M. Gauguery se montre assez sceptique sur les résultats de ces tarifs supplémentaires. Il cite à l'appui l'hospice général de Tours qui n'a récupéré en 1926, pour 13.600 journées de malades payants soignés en salle commune, que la somme de 4.000 francs à répartir entre les médecins et chirurgiens. Me permettra-t-il de détruire ce sentiment en lui faisant observer qu'à Aviguon (ville où fonctionne un bureau d'assistance avec service d'enquête assez bien organisé), pour 7.227 journées de malades payants soignés en salle commune, il a été récupéré 16.630 francs pour la participation du corps médical ? Je crois même pouvoir affirmer que si les villes voisines ne facilitaient pas l'entrée des malades faute d'organisation, l'hôpital régional d'Avignon, dont le budget s'est élevé en 1925 à 2.782.625 fr. 99, pourrait percevoir une somme bien supérieure pour cette classe de malades.

M. Gauguery craint que les malades indigents se croient l'objet de moins d'égards et redoutent des soins moins suivis du fait qu'ils ne versent pas d'honoraires au médecin. Son erreur est profonde : jamais nous n'avons fait cette constatation parce que les malades à l'hôpital, en salle commune, sont traités sur le même pied. Ce serait

faire injure au corps médical de lui prêter ce bas calcul. Je sais que M. Gauguery n'a pas cette pensée et qu'il exprime le sentiment de ceux qui lui sont le plus chers « les indigents ».

M. Gauguery préconise enfin d'incorporer le montant des honoraires médicaux sous la forme d'un pourcentage dans le prix de journée. Il ne m'en voudra pas de ne pas partager son avis pour les motifs déjà exprimés.

Est-ce à dire que ma proposition de détermination des honoraires et de répartition soit l'idéale ? Je n'aurai pas cet aveuglement ; je crois même qu'il présente un certain déséquilibre entre la valeur du travail d'un chirurgien et celle d'un médecin. Le chirurgien opère, perçoit des honoraires relativement élevés pour un hôpital, et après cette opération à laquelle il aura sacrifié une ou deux heures, tous les soins post-opératoires seront à peu près assurés par les chefs de clinique, internes, externes, etc. Le médecin, lui, suit le malade tous les jours, parfois matin et soir en cas de gravité ; il lui consacre un temps long et précieux. Y a-t-il un rapport suffisant entre ces deux collaborateurs des hospices au point de vue de la rémunération des services rendus ? Je ne le crois pas et je recevrai volontiers vos lumières sur ce point.

Il me resterait, Messieurs, quelques éléments à envisager pour les accidentés du travail et les caisses d'assurances sociales. J'ai admis pour ces hospitalisés la participation du corps médical aux honoraires que devraient verser les chefs d'entreprise ou les caisses. Je serai bref sur ce point, mais, comme notre excellent collègue Ricordeau l'a fait observer, le nouveau projet de loi sur les accidentés du travail, s'il est appelé à donner une satisfaction légitime au corps médical, sacrifie les intérêts des hôpitaux en supprimant la majoration de 30 p. 100. Or ces malades n'ont pas droit à l'hôpital, je l'ai établi, et cette faveur, s'ils la demandent, ils doivent la payer à ceux qui la leur accordent, les pauvres. Nous devons donc protester énergiquement et au plus tôt contre une décision légale qui préjudicierait aux droits des pauvres et ferait retomber sur les collectivités les charges que les chefs d'entreprise ou les compagnies d'assurances doivent seuls supporter.

Quant aux assurés sociaux, comme pour tous les malades payants reçus à l'hôpital, j'admets une rémunération pour le médecin hospitalier et pour que le prix de journée soit le régulateur parfait et sincère, souhaité par notre collègue Boudin, je vous propose d'incorporer à ce prix la valeur de la rémunération qu'il y aura lieu de déterminer.

J'avais, souhaité, Messieurs, faire un travail de conciliation, ai-je réussi ? Vos délibérations l'établiront. Soyez cependant persuadés que par l'attachement profond que je porte aux institutions sociales et particulièrement aux institutions hospitalières, j'ai consacré tous mes efforts dans ce but.

Conclusions proposées à l'Assemblée générale du Conseil supérieur.

La Section permanente, après délibération, a adopté les conclusions suivantes :

1° La présence, dans les hôpitaux, de malades traités à leurs propres frais et n'appartenant pas aux catégories d'individus qui manquent totalement ou partiellement de ressources suffisantes pour payer leurs frais de maladie ou d'opération, peut donner pour le corps médico-chirurgical le droit à percevoir des honoraires pour les soins ou opérations dont ces malades sont l'objet.

2° La quotité, le mode de perception et de répartition de ces honoraires sont fixés et contrôlés par les commissions administratives des hospices, en accord avec le corps médico-chirurgical des établissements relevant d'elles.

3° Lorsqu'une commission administrative, en conformité de l'alinéa final de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, exploite comme annexe de ses établissements, dont l'accès est réservé aux malades privés de ressources, une clinique indépendante destinée aux personnes possédant au contraire des ressources suffisantes pour payer tous les frais qu'elles occasionnent, une entente doit avoir lieu avec le corps médico-chirurgical hospitalier et celui de la ville, que celui-ci ait ou non libre accès dans cette annexe.

Paris, le 27 janvier 1928.

Déclaration faite par le Dr Rinuy, au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France

Messieurs et chers Collègues,

C'est au titre de délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France que je dois l'honneur de siéger parmi vous.

Mais je n'appartiens pas à votre section permanente et je n'ai pas participé aux travaux préparatoires du projet soumis à vos délibérations.

Il est donc de mon devoir de vous exposer ici l'opinion du corps médical organisé sur les honoraires des médecins dans les hôpitaux.

J'envisagerai rapidement les trois conclusions de la section permanente que sanctionne l'excellent rapport de M. Verdet-Kléber.

***

La première conclusion est la constatation d'un

fait : présence dans les hôpitaux de malades n'appartenant pas aux catégories d'individus manquant totalement ou partiellement de ressources. Ce fait n'est pas nouveau, mais il tend à prendre de l'extension dans l'avenir, alors qu'il n'existait autrefois qu'à titre d'exception.

Les médecins des hôpitaux sont ou seront donc dans des conditions différentes de celles où étaient leurs devanciers.

C'est cette situation qui « ouvre » pour eux le droit à des honoraires.

Je désirerais donc que le texte de la première conclusion fût plus affirmatif.

La rédaction « peut ouvrir » ne changerait rien à l'état des choses actuel.

J'ai réuni dans le modeste rapport que j'ai présenté au VII[e] Congrès de Nancy un nombre assez important d'hôpitaux de France ayant déjà le payement des honoraires du chirurgien par les malades hospitalisés non indigents.

Si nous restons dans le domaine des possibilités, nous risquons de faire deux catégories de médecins dans les hôpitaux : ceux qui seront honorés et ceux qui ne le seront pas.

***

Au sujet de la seconde conclusion, il est de toute urgence de réaliser une collaboration étroite entre les commissions administratives des hôpitaux et les médecins. Il nous faut provoquer « l'adhésion confiante du corps médical », pour employer l'expression heureuse de M. Mirman au Congrès de Nancy.

Et je prends pour mon compte l'idée du D[r] Paul Boudin sur les commissions locales susceptibles d'établir un *modus vivendi* sous la forme d'un contrat.

Je demanderai donc que la quotité, le mode de perception et de répartition des honoraires soient fixés et contrôlés par une Commission mixte, présidée par le préfet et composée d'administrateurs de l'hôpital local, de délégués de médecins de l'établissement et du syndicat médical de la région.

***

J'arrive à la troisième conclusion et j'y donne mon adhésion, à la réserve de deux points particuliers.

Il y aurait lieu de préciser que les pavillons ou cliniques créés par les commissions administratives des hôpitaux et hospices et s'adressant à la clientèle plus ou moins payante seront dotés d'un budget autonome.

C'est une garantie que le patrimoine des pauvres ne sera pas touché.

Le prix des journées sera un prix de revient réel : il sera établi, en tenant compte du loyer, calculé suivant le prix actuel des constructions, des amortissements normaux, de l'intérêt légal du capital engagé, etc...

Enfin, je pense que la formule de ces établissements, dans l'intérêt même de leur succès, doit être le libre choix du médecin et du chirurgien.

Le type « Bon-Secours » de Nancy est le seul susceptible d'avoir l'agrément de nos organisations professionnelles.

***

Pour terminer je demanderai d'adopter les trois conclusions ainsi modifiées :

1° La présence dans les hôpitaux de malades n'appartenant pas aux catégories d'individus qui manquent totalement ou partiellement de ressources suffisantes, pour payer leurs frais de maladies ou d'opérations, *ouvre* pour le corps médical le droit à des honoraires pour les soins ou opérations dont ces malades sont l'objet.

2° La quotité, le mode de perception et de répartition de ces honoraires sont fixés et contrôlés localement, par des Commissions composées d'administrateurs de l'hôpital, de délégués des médecins de l'établissement et du syndicat médical de la région.

3° Lorsqu'une commission administrative, en conformité de l'alinéa final de l'art. 8 de la loi du 7 août 1851, exploite comme annexe de ses établissements, dont l'accès est réservé aux malades privés de ressources, une clinique indépendante destinée aux personnes possédant au contraire des ressources suffisantes, pour payer tous les frais qu'elles occasionnent, une entente doit avoir lieu avec le corps médico-chirurgical hospitalier et celui de la ville.

Ces organisations seront dotées d'un *budget autonome* et comporteront le libre choix du médecin et du chirurgien par le malade.

Impressions personnelles du D[r] Boudin.

Des discussions qui eurent lieu au cours de deux séances de la section permanente du Conseil supérieur et à celle de l'assemblée générale, qui s'occupa de la question, j'emporte personnellement l'impression qu'un pas en avant vient d'être fait.

Un grand principe a été formellement reconnu : celui de la spécialité des hôpitaux, qui ne doivent recevoir que des malades indigents et ne doivent admettre de payants qu'à titre exceptionnel.

Le très remarquable rapport général de M. Verdet Kléber, vice-président de la commission administrative des hôpitaux d'Avignon, le démontre surabondamment. Lorsqu'on se place du point de vue historique, tout le monde est d'accord, pour considérer l'hôpital comme ayant été créé dans un but de philanthropie et d'assistance, envers les déshérités de la vie.

Mais où surgissent les difficultés, c'est lorsqu'il s'agit de définir les mots : « privés de ressources ». Le *dignus intrare* ne doit s'appliquer qu'aux malades qui ne peuvent pas recevoir chez eux, ni dans une maison de santé, les soins

nécessaires à leur état, surtout parce que leurs ressources pécuniaires sont insuffisantes.

Pour M. Verdet-Kléber, « l'indigent est l'individu privé de ressources, au sens large de cette expression, le jour où la maladie s'introduit à son foyer : c'est ce malade qui doit bénéficier de l'hospitalisation gratuite ; tout autre n'a aucun droit d'entrée dans un domaine qui ne lui appartient pas. »

Avec l'assistance partielle qui a été instituée au cours de ces dernières années, la catégorie des demi-pauvres s'est considérablement accrue : ce sont tous les malades qui, devant subir une opération chirurgicale, ou traitement par appareils spéciaux, soutiennent ne pas pouvoir s'acquitter des frais coûteux de l'admission dans une maison de santé, ni des honoraires médicaux.

Au cours de la discussion, nous avons démontré que cette classe de nouveaux pauvres est fort intéressante et que le corps médical ne se refusera jamais à son devoir social d'assistance. Mais, avec ces personnes de condition modeste, se faufilent à l'hôpital, sans y avoir aucun droit, des gens qui spéculent sur l'altruisme et la philanthropie de tous ceux qui collaborent à la gestion des hôpitaux et aux soins qui y sont donnés.

Pour faire des *économies aux dépens d'autrui*, nombreux sont ceux qui s'affublent de vêtements modestes, qui présentent un certificat d'indigence, délivré à un de leurs domestiques, ou à leur concierge.

Ces gens riches ne craignent pas de se faire admettre même en salle commune, ou alors ils encombrent les consultations gratuites, déjà surchargées et par conséquent mal faites.

De ces exploiteurs de la charité publique, les médecins en souffrent depuis toujours : ils ont exprimé leurs doléances au cours de nombreux congrès professionnels, ou tout au long d'articles ou de mémoires sur le sujet.

Rien n'y fait : la bonne foi des administrations des hôpitaux est souvent surprise : il y a même trop fréquemment des complicités à l'intérieur même de l'établissement.

Le jour où les commissions administratives voudront véritablement faire la police à ce point de vue, elles devront s'entendre avec les organisations professionnelles médicales : la chasse pourra être donnée aux exploiteurs de la charité publique et ceux qui auront fourni de faux certificats, ou auront donné des explications erronnées pourront être poursuivis pénalement et civilement, pour avoir voulu s'approprier le bien d'autrui, en se parant de fausses qualités et en utilisant des attestations qui n'ont pas été délivrées pour eux.

D'ailleurs, le syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé, d'accord avec le syndicat général des chirurgiens et celui des médecins et chirurgiens des hôpitaux de France, vient d'ouvrir, parmi ses membres, une enquête aux fins de connaître tons les cas d'abus.

Il est inadmissible qu'un riche propriétaire, un rentier ou un gros fermier, puisse convenir avec un chirurgien du prix de l'intervention chirurgicale et des frais de séjour dans une maison de santé ; après quoi, ce malade se fait admettre, par fraude, à l'hôpital, dans le service même du chirurgien qui devait l'opérer en maison de santé et ose prétendre aux soins gratuits, au même titre que l'indigent couché dans le lit voisin.

Ici, nous devons faire allusion à une discussion, qui s'est ouverte au cours de la séance dernière du Conseil supérieur.

Nombreux ont été les assistants, qui déclarèrent que doit être considéré comme ne devant pas payer son médecin ou son chirurgien, tout malade admis en salle commune.

Il ne peut être question, disaient certains, d'établir une distinction parmi les malades, couchés côte à côte, entre ceux qui payent et ceux qui sont admis gratuitement. Les soins doivent être identiques, quelle que soit la condition sociale et la situation pécuniaire des malades hospitalisés dans la même salle.

Ce sentiment part d'un grand cœur ; cependant, j'ai souvent constaté la tendance à la généralisation. Parce qu'un membre du conseil supérieur administre, ou connaît un hôpital, il incline à considérer que tous les hôpitaux de France ressemblent à celui qui lui est familier.

Bien au contraire, les modalités d'hospitalisation sont très diverses en France. Ici les bâtiments ont été construits de telle manière qu'indigents et payants peuvent être séparés, alors que dans beaucoup d'établissements, de date fort ancienne, il est impossible de ne pas mélanger les malades ; quelquefois même, ceux de chirurgie voisinent avec ceux de médecine.

Le médecin, dans ces hôpitaux, soigne avec le même dévouement et sans le faire remarquer, les malades gratuits et ceux pour lesquels il est autorisé par l'administration à réclamer des honoraires.

Quant à la question nourriture et autres soins ou gâteries, tout le monde sait fort bien que dans tous les hôpitaux de France, celui qui a de l'argent peut se procurer tout ce qu'il désire, pourvu que ce ne soit pas contraire aux prescriptions médicales du docteur ni aux termes généraux du règlement.

Le malade riche se fera apporter sa nourriture du dehors ; il a même parfois un lit au bout d'une salle et l'on pousse la délicatesse jusqu'à le séparer, (par un paravent) du reste des hospitalisés. Personnellement, j'ai visité de très nombreux hôpitaux de France, j'ai passé, dans certains, une grande partie de ma vie : je suis donc à même d'en parler savamment.

J'estime donc, pour ma part, que ce n'est pas

la présence en salle commune qui doit exempter les malades payants de l'obligation de reconnaître les bons soins deleur docteur d'hôpital.

D'ailleurs, demain, lorsqu'entrera en vigueur la législation sur les assurances sociales, il n'y aura plus, en salles communes, que des malades payants, du moins pour la très grosse majorité de ces hospitalisés.

Pêle-mêle, dans la salle, nous trouverons des blessés du travail, admis aux frais des chefs d'entreprise, ou des assurances de ces derniers, des réformés de guerre, pour lesquels paye l'Etat, des assurés sociaux, à la charge des caisses d'assurances sociales, des militaires, pour le compte de l'administration de l'armée, des marins, dont les frais de séjour incombent à l'armateur du navire, etc.

Les pauvres d'aujourd'hui seront l'infime minorité et, de gratuite, la salle commune deviendra payante, pour presque tous ses habitants.

Est-ce à dire que les docteurs devront, comme par le passé, soigner gratuitement tous ces malades ? Sera-t-il possible de demander au corps médical la même abnégation et pareil désintéressement alors qu'il ne s'agira plus de bienfaisance ni de charité ?

J'ai donc raison de déclarer, dans mon propre rapport au Conseil supérieur, que l'hôpital d'aujourd'hui n'est qu'une transition entre l'hostellerie de Dieu d'hier et la maison de cure de demain.

D'ailleurs, si je me reporte au rapport si intéressant de M. Verdet-Kléber, je pourrai dire que sa division en classes d'hospitalisés, soignés en salles communes, ou en chambres particulières, est un peu théorique.

Je connais des hôpitaux dans lesquels gratuits et payants sont logés dans la même salle, alors même que le chirurgien tient de la commission administrative le droit de se faire payer directement des honoraires par ces hospitalisés non-indigents.

Ailleurs, des salles communes, mais entièrement payantes, ne reçoivent pas les bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 ; ce sont des salles tantôt de 20 à 30 lits, tantôt de 2, 4 ou 6 lits seulement.

Les chambres particulières, dans les hôpitaux, sont toujours en petit nombre.

Quant aux pavillons spéciaux. Ils sont beaucoup plus rares.

En tous cas, on peut dire que, lorsque s'étant mis d'accord avec le corps médical local, une commission administrative d'hôpital admet des malades payants, l'établissement fait fonction de maison de santé, selon les ressources qu'il peut tirer principalement de la disposition des bâtiments.

De l'enquête que nous avons faite, beaucoup de commissions administratives ne se préoccupent pas de la question des honoraires des médecins soit que le droit en soit reconnu formellement à ces derniers, par le règlement de santé soit, plus souvent, parce qu'une longue tolérance, basée sur des habitudes anciennes, laisse au corps médical toute liberté à ce sujet.

Je persiste à croire qu'un règlement général est impossible, pour fixer les modalités du paiement de ces honoraires médicaux par les hospitalisés payants : mieux valent des ententes locales.

D'ailleurs, j'ai entendu, au cours de la discussion au Conseil supérieur, des membres demander si la partie « maison de santé », instituée par l'hôpital, soit à l'intérieur, soit indépendamment des bâtiments de l'hospice, comportait sa salle d'opérations individuelle. Pour certains, tout doit être séparé entre la partie gratuite et la partie payante.

Certes, il serait désirable qu'une seconde salle d'opérations soit organisée, à l'usage des seuls malades payants ; mais à quels prix ?

D'autant que si une grande ville, comme Nancy, peut avoir une organisation spéciale, en ce qui concerne la partie « maison de santé », il n'en est plus de même pour de très nombreux hôpitaux cantonaux, ou communaux, qui doivent mettre à la disposition des malades et des médecins tout ce qu'ils possèdent, n'ayant pas les moyens de couvrir les frais d'organisations spéciales fort coûteuses.

A ce sujet de la distinction entre partie hospitalière et partie maison de santé, un point de droit a été soulevé.

Dans son rapport, M. Verdet-Kléber reconnaît que la plupart des hôpitaux ont organisé des chambres particulières : « c'est une nécessité, dans les villes, où n'existent pas de cliniques médicales ou chirurgicales, c'est une nécessité parfois aussi pour recevoir des malades atteints d'une affection particulière, qui ne pourra être soignée qu'à l'hôpital. »

Le rapporteur général est resté dans les termes de la note de l'article 28 du règlement modèle des hôpitaux. Il est, en effet spécifié que : « sont seuls admis, à titre exceptionnel, dans les hôpitaux proprement dits, les malades payants, rentrant dans l'une des catégories suivantes :

« 1° Malades *atteints de maladies contagieuses*, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile, utilement pour eux-mêmes ou sans péril pour autrui ;

« 2° Malades étrangers, *de passage*, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés à leur domicile ou dans une maison de santé, sans danger pour eux ;

« 3° Malades n'ayant pas dans leur commune de résidence, de maison de santé, ou ne pouvant pas être transportés dans une maison voisine de santé facilement et sans danger pour eux, ou n'*ayant pas de ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé* et seulement dans le cas *où le traitement à domicile sera impossible dans des conditions satisfaisantes* ;

« 4° Malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est *impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile*, soit dans une maison de santé. »

Or, la jurisprudence du Conseil d'Etat est bien fixée en ce sens qu'une commune ou un établissement public ne peut pas faire concurrence aux institutions commerciales ou autres, dues à l'initiative privée.

Les décrets des 5 novembre et 28 décembre 1926 sont conçus dans le même esprit.

Il s'en suit que les hôpitaux ne peuvent recevoir de malades payants, que lorsqu'une des quatre situations, prévues par le règlement modèle, se produit. Sinon, les maisons de santé avoisinantes seraient en droit de réclamer que l'hôpital se confine à sa spécialité : celle d'admettre uniquement les gens privés de ressources.

Voilà pourquoi l'assemblée générale du Conseil supérieur a préféré ne pas voter le troisième paragraphe des conclusions présentées par le rapporteur général, au nom de la section permanente et ainsi conçu :

« 3° Lorsqu'une commission administrative, en conformité de l'alinéa final de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, exploite, comme annexe de ses établissements, dont l'accès est réservé aux malades privés de ressources, une clinique indépendante, destinée aux personnes possédant au contraire des ressources suffisantes, pour payer tous les frais qu'elles occasionnent, une entente doit avoir lieu avec le corps médico-chirurgical hospitalier et avec celui de la ville, que celui-ci ait ou non, libre entrée dans cette annexe. »

Le conseil supérieur a pensé qu'il était préférable de rester dans le *statu quo*, car les cliniques, fondées par les hôpitaux sont encore extrêmement rares et ne peuvent bien fonctionner qu'avec l'appui du corps médical local tout entier.

Il est donc indispensable que des ententes locales puissent préciser toutes ces questions, réservant les doits que possèdent les médecins de prélever des honoraires de qui peut les acquitter et respectant la possibilité, pour les maisons de santé, de vivre, sans subir la concurrence des établissements publics, qui sont exempts d'impôts et autres taxes.

C'est pour cette raison que le Dr Rinuy, représentant l'Union des Syndicats médicaux, au Conseil supérieur, demandait que toute partie payante d'hôpital puisse avoir un budget autonome et soit traitée comme un établissement commercial.

Remarquons que certains se sont plaints que trop de cliniques privées voyaient le jour drainant les malades payants, principalement les blessés du travail, vers ces établissements, alors que ces clients auraient pu entrer à l'hôpital.

Ce serait pour cette raison que le Sénat aurait voté l'amendement Dron, par lequel, pour les assurances sociales, les caisses n'auront à rembourser aux cliniques privées, que le prix de journée demandé dans l'hôpital le plus voisin, pour les indigents.

Ces ententes locales ,que je préconise, auraient également l'avantage de permettre une collaboration entre la bienfaisance publique et l'initiative privée.

Certains malades ne doivent pas avoir leur place à l'hôpital, parce qu'ils ne sont pas indigents ; cependant, il leur serait difficile de supporter la tolalité des frais occasionnés par le séjour dans une clinique privée.

Des accords locaux permettraient à l'hôpital de recevoir cette clientèle, sans qu'il soit fait de concurrence aux maisons de santé, réservées aux malades plus fortunés et sans que les médecins de la localité aient à pâtir de cet exode vers l'hôpital.

Ailleurs, il serait au contraire possible à certaines cliniques de recevoir, à prix réduits, des malades de condition modeste, alors que ces établissements privés pourraient bénéficier de dégrèvements d'impôts ou s'entendre avec l'hôpital pour des achats en commun, etc.

A mes yeux, il ne doit pas exister de concurrence entre l'hôpital, établissement public, dont la destination est fixée par des textes législatifs et réglementaires et les établissements organisés par des chirurgiens ou par l'initiative privée.

Bien au contraire, les malades auraient tout à gagner d'une collaboration de tous les efforts, destinés à lutter contre la maladie et la souffrance.

Reste maintenant la question du droit aux honoraires pour les médecins qui soignent des payants à l'hôpital.

« S'il existait des cliniques privées pour malades de condition moyenne, écrit, M. Verdet Kléber, ces malades y seraient admis et payeraient non seulement le prix de la journée mais les honoraires du médecin et différents autres menus frais. Il n'existe aucune raison de les en exempter à l'hôpital. »

Ce droit aux honoraires étant reconnu, comment les médecins les toucheront-ils ?

Il a semblé, au cours des trois séances pendant lesquelles ces questions ont été mises en discussion, que la majorité des administrateurs des hospices manifeste la crainte de voir quelques praticiens exiger, des malades de condition mo-

deste, des honoraires disproportionnés avec leur situation de fortune.

Aussi, certains ont-ils émis différentes propositions.

Je sais bien que quelques rares irréductibles considèrent encore le docteur d'aujourd'hui comme un subordonné, auquel on donne des ordres (le mot a été prononcé lors de la discussion en assemblée générale).

Non ! la plupart des administrateurs d'hôpitaux sont assez avisés pour ne voir, dans leurs docteurs, que des collaborateurs, des savants, qui ne sont pas mis dans une situation d'infériorité. Ces praticiens distribuent leur science et leur dévouement aux malades, cependant que les administrateurs assurent à ces derniers, tout le confort matériel compatible avec les finances de l'établissement.

Beaucoup de médecins feraient de fort mauvais administrateurs, mais, parmi ceux-ci, beaucoup n'ont pas le diplôme nécessaire pour soigner leurs hospitalisés : une collaboration s'impose donc sur un pied d'égalité et non d'infériorité.

Aussi ai-je réclamé des accords locaux entre corps médical et commission administrative de chaque hôpital. Ces ententes détermineront le quantum et les modalités de recouvrement des honoraires pour soins donnés aux malades payants hospitalisés.

Enfin, un dernier point a été soulevé au cours des discussions : quels sont les docteurs qui pourront être autorisés à donner des soins contre rémunération, aux malades payants hospitalisés à leurs propres frais ?

Les représentants des grands hôpitaux ont montré leur préférence pour réserver ce droit à leur seul personnel médico-chirurgical nommé au concours.

Il y a là garantie du savoir, puisque le concours désigne les plus capables.

Il faut également donner une compensation aux praticiens, qui consentent à donner leur science et leur dévouement, pour des indemnités fort modestes, à tous les pauvres, les indigents hospitalisés.

Que ces praticiens puissent bénéficier d'une augmentation de traitement, par les honoraires, qu'on pourra percevoir en leur nom, ce serait justice, disent certains administrateurs d'hôpitaux.

Enfin, beaucoup furent ceux qui manifestèrent leur crainte, au nom de la discipline intérieure de l'établissement. Si la partie réservée aux malades payants est ouverte à tous les praticiens de la ville, il est à redouter un surmenage du personnel infirmier, puisque chaque docteur peut venir à toute heure visiter ses malades hospitalisés payants. Il peut se produire des conflits entre confrères, pour l'utilisation de la salle d'opérations, ou autre local. On peut enfin redouter d'ouvrir la porte de l'hôpital à quelques rares praticiens indésirables.

Cependant, l'exemple de Nancy est probant. Dans la maison « Bon-Secours », tous les praticiens de la ville ont libre accès et jamais la discipline n'a eu à en souffrir.

Ailleurs, nombreux sont les hôpitaux, de moyenne importance, dans lesquels la commission administrative laisse aux malades payants le libre choix du médecin, tout comme cela se passe dans une maison de santé, qu'il s'agisse de patients hospitalisés en salles communes, en chambres de 4 à 4 lits, ou de chambres particulières.

La discipline intérieure n'a pas à souffrir de pareils états de choses et il convient de respecter ces coutumes locales, en laissant la liberté des tractations entre commissions administratives et corps médical local.

Pour terminer, signalons l'objection, que nous avons entendu faire : le Dr Rinuy avait parlé des syndicats locaux. Mais, a demandé un membre de l'assemblée, comment nous y reconnaître, lorsque la commission administrative de l'hôpital se trouve en présence de deux syndicats médicaux, dans la même ville ? Quel est le bon, l'orthodoxe ?

Ce rappel à nos divisions intestines doit nous faire souvenir que les étrangers à la médecine ne comprennent rien à nos luttes fratricides et même peuvent se servir de nos divisions pour mieux nous imposer leurs volontés.

Conclusions.

J'estime, pour ma part, que du bon travail a été fait. Certes, les desiderata du corps médical sont loin d'être acceptés ; mais je crois ouverte une ère de collaboration et non de luttes. J'ai tout lieu d'espérer qu'administrateurs d'hospices et médecins comprendront l'utilité d'unir leurs efforts pour le plus grand bien des malades locaux, riches comme pauvres.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

A ceux qui n'en font pas partie.

Pourquoi, chers confrères, ne faites-vous pas partie de la Mutualité familiale ?

Je ne parle pas de ceux que leur âge ou leur état de santé tiennent malheureusement à l'écart, je m'adresse à ceux qui sont en état d'y entrer.

Les raisons que vous allez me donner sont multiples et d'ordres divers, je vais avec vous en examiner quelques-unes.

Vous ne faites pas partie de la Mutualité familiale parce que vous ne la connaissez pas, vous ne savez pas ce que c'est, vous n'en avez jamais entendu parler.

Vous avez cependant bien, à quelques moments perdus, songé à l'avenir : vous n'avez pas pu ne pas vous dire qu'il pourrait vous arriver de tomber malades, que vous arriveriez un jour à la vieillesse et que, d'autre part, vous aviez une famille... et vous ne vous êtes jamais demandé comment il vous serait possible de vous garantir, dans une certaine mesure tout au moins, contre ces éventualités ? Vous n'en avez jamais causé avec quelque confrère ? Votre attention sur ces questions n'a jamais été attirée par une rubrique quelconque dans un journal ?

Cela est impossible. Tous, plusieurs fois chaque année, vous avez reçu le *Concours médical*, et ces numéros contenaient une étude plus ou moins longue sur la Mutualité familiale — n'avez-vous donc jamais rompu la bande et parcouru tout au moins le contenu ? Cela me paraît inadmissible et, si vous ne savez pas ce qu'est la Mutualité familiale, c'est bien plutôt, avouez-le, parce que vous n'avez pas voulu le savoir.

Et pourquoi cette indifférence ?

Parce que vous êtes jeunes, parce que vous êtes bien portants, parce que vous avez confiance en vous-mêmes.

Tous les jeunes voient l'avenir en rose : ce n'est que plus tard que le désenchantement fera son apparition et que vous admettrez la possibilité de revers, de difficultés, tout au moins de peines.

Et pourtant, confrères, vous n'avez pas à regarder bien loin autour de vous pour trouver des exemples qui devraient faire tomber vos illusions et vous donner à réfléchir.

Si vous ne connaissez pas la Mutualité familiale, cherchez à la connaître, ce ne vous sera pas bien difficile.

Vous ne faites pas partie de la Mutualité familiale parce que vous n'en avez pas besoin.

Vous avez un certain avoir familial, votre clientèle vous permet de gagner convenablement votre vie, votre santé n'a jamais laissé à désirer ... en quoi une œuvre de prévoyance et de secours pourrait-elle vous intéresser ?

Elle devrait vous intéresser d'abord parce que, si vous avez la chance de compter parmi les heureux de la profession, vous ne sauriez méconnaître le sort de ceux qui sont moins bien partagés et qui seront contraints pour vivre de trimer jusqu'à leur dernier jour. La solidarité confraternelle n'est pas un vain mot, et c'est véritablement remplir un devoir social que tendre la main à qui a besoin d'aide et de secours.

Elle devrait encore vous intéresser parce qu'en croyant faire simple œuvre d'altruisme vous n'êtes pas bien sûrs de ne pas faire en même temps œuvre utile pour vous-mêmes et pour les vôtres. Croyez-vous qu'il me serait bien difficile de vous citer des noms de confrères, qui, comme vous, se croyaient en droit de compter sur l'avenir, qui ne venaient à nous que pour prêcher d'exemple et qui, un beau jour, se sont aperçus qu'ils avaient aussi fait œuvre de prévoyance personnelle, mouvement dont ils se sont hautement félicités ?

Les plus belles fortunes s'écroulent, les meilleures santés s'évanouissent, l'accident guette le riche à l'égal du pauvre et les services qu'on a pu rendre ne comptent guère devant l'ingratitude et l'indifférence universelles.

Vous estimez œuvre utile la Mutualité familiale, *mais vous vous abstenez parce que vous considérez comme une charge la cotisation annuelle qu'elle vous réclamerait.*

Avez-vous bien lu les statuts ? Vous-êtes-vous bien pénétrés des avantages qu'elle vous offre, et, en face, avez-vous bien examiné ces barèmes de cotisations qui vous effrayent ?

Vous savez — je n'ai pas besoin d'insister — qu'avec rien on ne peut rien faire. Or, vous le savez ou si vous ne le savez pas, apprenez-le, les cotisations de la Mutualité familiale correspondent exactement et sans aucune addition au coût des charges qu'assume la société.

Vous comprenez bien que, praticiens comme vous, nous ne pouvions prétendre à aucune compétence en matière de chiffres — nous nous sommes donc adressés à des spécialistes en la ma-

tière, nous leur avons dit ce que nous voulions et ils nous en ont calculé le prix.

Ces chiffres nous permettent de faire ce que nous vous offrons mais seulement cela ; ils sont suffisants mais ils sont réduits au strict minimum.

Et puis, veuillez remarquer que la Mutualité familiale s'adresse à toutes les convenances comme à toutes les possibilités — nul n'est tenu de prendre le maximum.

Une grosse erreur, c'est de croire que les indemnités moyennes sont sans utilité ; il faut la somme la plus forte et si la cotisation correspondante paraît trop élevée, on s'abstient — c'est le tout ou rien.

Pourquoi donc, confrères, si vous ne pouvez pas aborder l'indemnité de 50 ou 40 francs, ne prenez-vous pas celle de 30 ou de 20 ? C'est déjà quelque chose d'appréciable et vous aurez toujours la possibilité d'augmenter si la chose vous devient possible.

Enfin, vraiment, faites votre examen de conscience, ne gaspillez-vous pas en pure perte des sommes autrement importantes ?

Vous ne faites pas partie de la Mutualité familiale parce que vous n'avez pas confiance : vous craignez qu'elle ne dure pas, qu'un jour il lui devienne impossible de tenir ses engagements et qu'à l'exemple de certaines autres sociétés elle en arrive à l'obligation de se dissoudre.

C'est que vous n'avez étudié ni son organisation ni son fonctionnement.

La Mutualité familiale n'a pas été édifiée sur des données empiriques, sur les illusions de ses fondateurs ; elle a été scientifiquement organisée par des compétences. Ce sont des actuaires qui ont calculé ses barèmes, qui surveillent son fonctionnement et procèdent périodiquement à des inventaires analogues à ceux des compagnies d'assurances.

Les charges de la société sont uniquement compensées par des ressources normales (cotisations, intérêts, primes de remboursements) et il n'est pas tenu compte de recettes éventuelles telles que legs et dons qui pourraient lui être faits mais qui demeurent toujours hypothétiques.

Il n'y a pas à craindre que les frais de gestion puissent rompre cet équilibre puisqu'ils forment un compte à part, qui ne reçoit pas un centime des cotisations et est alimenté par des ressources spéciales.

La Mutualité familiale vous présente donc toutes les garanties que vous pouvez souhaiter et c'est en toute confiance comme en toute conscience que nous pouvons vous la recommander.

Vous ne pas faites partie de la Mutualité familiale parce que vous remettez à plus tard : vous avez bien le temps, vous examinerez un jour à loisir la chose, qui vous semble sérieuse — ce sera pour ce demain qui ne vient jamais.

Ici, chers confrères, vous êtes impardonnables. Vous n'avez donc pas pensé que ce que vous pouvez faire aujourd'hui vous deviendra peut-être demain impossible ! Ne pouvez-vous être victimes d'un accident, ne pouvez-vous tomber malades tout d'un coup et vous trouver alors dans l'impossibilité d'être admis ?

Pourquoi attendre si vous êtes convaincus ?

Je crois avoir passé en revue les principales raisons que vous pouvez invoquer — laissez-moi vous dire, en terminant, qu'aucune n'est valable. Pour le médecin la prévoyance est un devoir absolu auquel il est coupable de se soustraire.

Vous avez devant vous une œuvre qui a été créée pour vous, qui répond à vos besoins, qui est en droit de vous inspirer toute confiance : pourquoi hésitez-vous ?

Vous vous assurez contre l'incendie et pourtant vous avez la conviction que vous ne brûlerez jamais... et vous avez raison — assurez-vous une indemnité en cas de maladie, une retraite pour vos vieux jours ... et vous aurez encore bien plus raison car sûrement vous en bénéficierez.

A. Gassot.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8.155 Dubois, Moreuil (Somme), Parrains : Drs Blaire et Deschamps.
8.159 Chompret, 182, rue de Rivoli, Paris, Syndicat des Stomatologistes.
8.160 Gibert, Saint-Etienne (Loire), Syndicat de la Loire.
8.161 Bordenave, Niort (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
8.162 Loup, Bonneval (Eure-et-Loir), Parrains : Drs Larrieu et Challamel.
8.163 Genay, Vittel (Vosges), Syndicat des Vosges.
8.164 Serre, Saint-Nazaire (Loire-Infre), Amicale de la Loire-Inférieure.

8.165 Poulain, Evreux (Eure), Syndicat d'Evreux.
8.166 Lerond, Villeneuve-le-Roi (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Lacroix et Duchesne.
8.167 Merat, Sainte-Savine (Aube), Syndicat de l'Aube.
8.168 de Sallier-Dupin (Henri), Rennes (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
8.169 Lelorrain, Vrécourt (Vosges), Syndicat d'Epinal.
8.170 Payen, Martigny-les-Bains (Vosges), Syndicat des Vosges.
8.171 Colleville, Douai (Nord), Syndicat de Douai
8.172 Bonhomme, Fontainebleau (Seine-et-Marne), Syndicat des Stomatologistes.
8.173 Fumery, Ploermel (Morbihan), Syndicat de Ploermel.
8.174 Gueugnon, Tenay (Ain), Parrains : Drs Ferré et Martigny.
8.175 Chapard, 9, rue du Havre, Paris, Ecole française de Stomatologie.
8.176 Truchet, Chambéry (Savoie), Syndicat de la Savoie.
8.177 Lebard, St-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme), Parrains : Drs Chapon et Noir.
8.178 Hoffmann, Delme (Moselle), Syndicat de Chateau-Salins.
8.179 Resling, Vaucouleurs (Meuse), Syndicat de la Meuse.
8.180 de Champtassin, 2, rue de Pétrograd, Paris, Parrains : Drs Durey et Gires.
8.181 Antonin, Ecole française de Stomatologie, Paris,
8.182 Barzilay, » » » »
8.183 Brill, » » » »
8.184 Dechaume, » » » »
8.185 Fleury, » » » »
8.186 Fraenkel, » » » »
8.187 Mme Fischer » » »
8.188 Georges, » » » »
8.189 Houzeau, » » » »
8.190 Maffei, » » » »
8.191 Mlle Munier » » » »
8.192 Rostirolla » » » »
8.193 Schmite, » » » »
8.194 Valls, » » » »
8.195 Verger, » » » »
8.196 Solau, Caudebec-en-Caux (Seine-Infre), Syndicat d'Yvetot.
8.197 Lemoine, Tinchebray (Orne), Syndicat d'Alençon.
8.198 Hedoire, Chocques (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
8.199 Branthomme, Noailles (Oise), Syndicat de l'Oise
8.200 Durand-Boisléard, 7, rue Royale, Paris, ancien membre du « Sou Médical ».
8.201 Thomas, Hyères (Var), Syndicat d'Hyères.
8.202 Changeux, Créteil (Seine), Syndicat de la Banlieue Est.
8.203 Koechlin, Mailly-le-Château (Yonne), Syndicat de l'Auxerrois.
8.204 Bohec, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat des médecins sanitaires maritimes.
8.205 Duclos, La Plaine-St-Denis (Seine), ancien membre du « Sou Médical ».
8.206 Quilliot, 12, rue Jacob, Paris, Syndicat de la Seine.
8.207 Ruppe, 99, boul. Haussmann, Paris, Association Mutuelle de la Seine.
8.208 Gruzu, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
8.209 Chermezon, Pussay (Seine-et-Oise), Syndicat de la Vallée d'Orge.
8.210 Calton, 302, rue des Pyrénées, Paris, Société des Eaux minérales.
8.211 Keun, Burzet (Ardèche), Syndicat du Bas-Vivarais.

Honoraires de droit commun.

Le Dr C. (Hérault) a fait condamner les héritiers d'un client à payer les honoraires dont ils contestaient le montant.

Le Conseil ordonnance le remboursement des frais et honoraires d'huissier, qui se sont élevés à 80 francs.

Le Dr L. (Somme) a obtenu la condamnation au paiement de ses honoraires d'une cliente qui s'était fait inscrire tardivement sur la liste d'assistance.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de l'avocat, qui se sont élevés à 150 fr. et remercie le Dr L., qui a déclaré prendre à sa charge les frais de copie du jugement.

Le Dr G. a transigé, avec l'approbation du « Sou », sur la demande en paiement des frais et honoraires d'un traitement électrique pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Il a payé, pour honoraires d'avoué et d'avocat, 500 fr. et pour frais 30 fr., ensemble 530 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Seine) a soigné chez ses parents un jeune homme sans domicile fixe et sans moyens d'existence et ne peut obtenir le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour citer en conciliation le père, qui habite actuellement la province.

Le Dr B. (Manche) chirurgien, ayant accouché une châtelaine à 35 km. de sa résidence, a demandé 4.700 fr. d'honoraires pour l'accouchement gémellaire et les visites consécutives. La cliente lui a offert par huissier 1.250 fr., qui ont été déposés à la Caisse des Dépôts et consignations.

Le Conseil accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de sa note intégrale.

Le Dr B. (Loire) ayant soigné le fils d'un cultivateur blessé dans son travail, la Compagnie d'assurances prétend payer ses honoraires au tarif ministériel.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement au tarif de droit commun.

Le Dr P. (Rhône) ne peut obtenir le paiement de 800 francs qui lui restent dus sur une note d'honoraires de 1.300 fr., par un client dont il a soigné la maîtresse.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr L. (Pas-de-Calais) a donné ses soins à un ouvrier blessé en labourant pour le compte d'un propriétaire, qui le lui a amené en le priant de le soigner.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour poursuivre le propriétaire, qui l'a mis en œuvre.

Le Dr H. (Seine) se voit refuser par le mari d'une cliente, décédée, le paiement de ses honoraires, avant la majorité de sa fille, qui est mariée.

Ce prétexte étant inadmissible, le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr H. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr A. (Rhône) a soigné la victime d'un accident d'automobile, sur la demande de l'automobiliste, qui lui a réclamé un certificat et ne peut se faire payer ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr B. (Seine-et-Oise), a soigné un maçon, blessé en travaillant pour le propriétaire d'un château, sur la demande de ce dernier, qui, appelé en conciliation devant le juge de paix, ne s'est pas présenté.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour citer le propriétaire à l'audience du juge de paix.

Le Dr V. (Meuse) ayant soigné un cantonnier, la Compagnie d'assurances lui demande des explications sur sa note de 675,80, qu'elle trouve trop élevée, en joignant à sa lettre une notice injurieuse pour le corps médical.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr V. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le même Dr V., à qui il est dû 3.824 fr. d'honoraires, pour soins donnés à un client décédé, ne peut en obtenir le paiement, les héritiers contestant le montant de sa note.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Il est dû au Dr J. (Haute-Garonne) 1.200 fr. pour radiothérapie et visites. Bien que le malade ait été guéri depuis, il refuse de payer, dénigrant le Dr J. et prétendant qu'il a entretenu volontairement la maladie.

Le Conseil accorde au Dr J. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr P. (Hautes-Pyrénées) a accouché, chez ses parents, une jeune femme habitant Paris, actuellement disparue. Sur une demande de 500 fr. d'honoraires, il a reçu un mandat de 250 fr. qu'il a retourné.

Le Conseil, tout en faisant observer que le Dr P. aurait dû conserver la somme envoyée, comme acompte, lui accorde l'appui pécuniaire pour citer en paiement de ses honoraires les parents de l'accouchée.

Accidents du travail.

Le Dr P. (Haute-Marne) a été admis, par jugement, à titre privilégié, au passif de la faillite d'un patron dont il avait soigné les ouvriers, blessés dans leur travail. Sa note était de 80 francs.

L'avoué a déclaré laisser au Conseil du « Sou » le soin de fixer le montant de ses honoraires. Le Conseil lui alloue la somme de 100 francs.

Dans l'affaire du Dr D. (Jura), (paiement d'honoraires pour soins donnés dans une clinique privée à un blessé du travail), qui, après avoir été gagnée devant le juge de paix, a été perdue en appel, le Conseil ordonnance le paiement des frais judiciaires et des honoraires de l'avoué, déduction faite des frais de timbre et d'enregistrement, payés à tort, soit, y compris 400 francs d'honoraires, la somme totale de 2.937.85. Les honoraires de l'avocat, s'élevant à 500 fr. ont été ordonnancés antérieurement.

Le Dr D. (Cantal) a été payé amiablement de ses honoraires pour soins donnés à un charretier qui travaillait pour le compte des Ponts-et-Chaussées.

Il a versé pour les honoraires de son avoué 10 fr. dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr L. (Bouches-du-Rhône) demande l'appui pour recouvrer les honoraires qui lui sont dus pour les soins qu'il a donnés, dans sa clinique, à un blessé du travail atteint très gravement, qui y a été admis d'urgence. Cet appui lui est accordé.

Le Dr O. (Finistère), ayant soigné un maçon, blessé dans son travail, ne peut se faire payer ses honoraires, sous prétexte que le blessé travaillait comme sous-entrepreneur, pour le compte de deux autres sous-entrepreneurs qui, eux-mêmes, avaient traité avec l'entrepreneur principal.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour faire citer devant le juge de paix du lieu de l'accident, l'entrepreneur principal et les premiers sous-entrepreneurs.

Le Dr T. (Gironde), ayant soigné un blessé du travail, la Compagnie prétend ne payer les frais médicaux qu'à concurrence du tarif Breton, conformément à sa police.

Le Conseil accorde au Dr T. l'appui pécuniaire pour citer le patron, son débiteur direct, devant le juge de paix du lieu de l'accident, en paiement de ses honoraires, établis conformément au tarif ministériel qui était en vigueur au moment où il a donné les soins.

Le Dr M. (Seine), ayant obtenu gain de cause, en appel, dans une affaire d'accident du travail contesté, le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué de ses honoraires, qui sont de 15 francs. Le montant des honoraires recouvrés, soit 78,70, et des frais de copie du jugement de justice de paix qu'il a avancés (14,75) sera envoyé au Dr M.

Le Dr C. (Isère) ne peut obtenir le paiement de 142 fr. d'honoraires dus pour deux accidents du travail, la Compagnie ne répondant pas à ses réclamations et le patron refusant de payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le patron.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr H. (Pas-de-Calais) est assigné en 125.000 fr. de dommages-intérêts par un client dont la jambe a dû être amputée, à la suite d'un traitement diathermique qu'il prétend avoir été appliqué d'une façon défectueuse.

Il est admis à la garantie statutaire de la Caisse spéciale, qui n'est engagée en première ligne qu'à concurrence de 20.000 fr., une autre Compagnie d'assurances intervenant entre cette somme et le surplus de la somme garantie par le « Sou ».

Dans l'affaire du Dr X. (Meuse), l'adversaire s'est désisté de son action en responsabilité, à la suite de l'intervention d'un confrère, également membre du « Sou », auquel le Conseil adresse ses remerciements.

Le Dr M. (Isère) a été condamné à 40.000 fr. de dommages-intérêts plus divers frais de traitement et autres.

Il est garanti en première ligne, à concurrence de 50.000 fr., par une autre assurance. Mais le « Sou » se trouve intéressé, cette garantie se trouvant dès maintenant épuisée. L'opportunité d'un appel sera examinée, dès que le texte du jugement sera connu.

Baux et locations.

A la suite de l'arrêt de cassation qui a mis à néant le jugement de justice de paix qui lui refusait la prorogation pour son garage professionnel, le Dr L. (Haute-Garonne) a remboursé au « Sou » la somme de 747,20, montant des frais récupérables.

Son affaire se poursuit contre le propriétaire, à qui le Dr L., demande sa réintégration et des dommages-intérêts.

Divers.

Le Conseil ordonnance le paiement, à l'huissier qui a été chargé d'exécuter le jugement rendu contre la diffamatrice du Dr B. (Seine), de la somme de 697,85, montant des frais faits à ce jour, sans résultat, la majeure partie des objets saisis ayant été détournés.

Le Dr M. (Loire-Inférieure) obtient l'appui pécuniaire pour se défendre contre une inculpation pour exercice illégal de la médecine et violation de la loi sur les aliénés.

Secret professionnel.

Le Conseil donne son approbation, après lecture, à une déclaration rédigée par M. le Dr Paul Boudin, pour faire connaître l'opinion du « Sou Médical » sur la question du secret professionnel, actuellement en discussion devant l'Académie de médecine.

Cette déclaration sera adressée à M. le Président de l'Académie.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **VIIIe Congrès national de la Société italienne de radiologie médicale.** — Ce Congrès aura lieu à Florence du 14 au 16 mai 1928. Pour tous renseignements, écrire à M. le Dr Maulio Gambillo, Instituto di radiologia della R. Universita, via Degli Affani, 33, Florence.

— **Le IIe Congrès international de radiologie** se tiendra à Stockholm du 23 au 27 juillet 1928 sous le haut patronage de S.A.R. le Prince Royal de Suède et la présidence de M. le prof. Gösta Forossel. Le secrétaire général est M. A. Renander. L'Exposition radiologique s'ouvrira le lundi matin 23 juillet 1928.

A l'ordre du jour du Congrès : diagnostic Roentgen, radiothérapie (Roentgenthérapie, Curiethérapie, héliothérapie), électrologie médiacle, radiophysique et enseignement de radiologie médicale.

Les adhésions et la cotisation au Congrès (40 couronnes suédoises) doivent être adressées dans le plus bref délai à M. le secrétaire général du deuxième Congrès international de radiologie, Sophiehemmet, Stockholm, Suède. Les cartes de membres tiendront lieu, en Suède, de passeport pour les congressistes et leur famille.

Une liste des congressistes accompagnée de leurs portraits sera publiée. Prière d'envoyer la photographie munie de toutes indications, en même temps que le bulletin d'inscription.

Une exposition d'instruments, appareils de radiologie sera organisée au Hall des Beaux-Arts.

Pour tous renseignements (logement, voyage, etc.) s'adresser au Comité d'organisation.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — (Professeur F. Bezançon). *Leçons et conférences du 2e semestre.* — Du 2 au 30 mai, douze conférences sur les Suppurations broncho-pulmonaires et infections putrides par le prof. F. Bezançon, MM. G. Picot, chirurgien des hôpitaux ; R. Moreau, Etienne Bernard, médecins des hôpitaux ; André Jacquelin, R. Azoulay, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine ; E. Etchegoin, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Mercredi 2 mai, M. le prof. F. Bezançon : La courbe fébrile dans les suppurations broncho-pulmonaires. — Vendredi 4 mai, E. Etienne Bernard : Les vomiques des suppurations broncho-pulmonaires.

Lundi 7 mai, M. R. Azoulay : Les hémoptysies dans les suppurations pulmonaires. — Mercredi 9 mai, M. E. Etchegoin : La bactériologie des infections putrides du poumon. — Vendredi 11 mai, M. le prof. F. Bezançon : Les formes cliniques de la dilatation des bronches.

Lundi 14 mai, M. R. Azoulay : Le lipiodo-diagnostic. — Mercredi 16 mai, M. le prof. F. Bezançon : Le traitement de la dilatation des bronches. — Vendredi 16 mai, M. E. Bernard : L'amibiase pulmonaire.

Lundi 21 mai, M. André Jacquelin : Les abcès à pyogènes du poumon. — Mercredi 23 mai, M. R. Moreau : Les formes à rechutes et chroniques de la gangrène pulmonaire. — Vendredi 25 mai, M. le prof. Bezançon : Le traitement médical de la gangrène pulmonaire.

Mercredi 30 mai, M. Picot : Le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires.

Du 4 au 29 juin, douze leçons sur la Tuberculose pulmonaire, par le prof. F. Bezançon, MM. P. Braun, André Jacquelin, Robert Azoulay, Tribout.

Lundi 4 juin, M. le prof. Bezançon : Le problème de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 6 juin : M. P. Braun : La notion de contagion. La tuberculose familiale. — Vendredi 8 juin, M. le prof. F. Bezançon : La période préphtisique, la notion de tramite.

Lundi 11 juin, M. André Jacquelin : Le facies tuberculeux et les renseignements donnés par la morphologie. — Mercredi 13 juin, M. R. Azoulay : Les hémoptysies des tuberculeux. — Vendredi 15 juin : M. F. Tribout : Le hile pulmonaire et les ombres broncho-vasculaires à l'état normal.

Lundi 18 juin, M. Destouches : Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 20 juin, M. le prof. F. Bezançon : Tuberculose pulmonaire et tuberculose externe. — Vendredi 22 juin, M. P. Braun : Les formes dites pneumoniques.

Lundi 25 juin, M. le prof. F. Bezançon : La chimiothérapie antituberculeuse. — Mercredi 27 juin, M. P. Braun : Les indications comparées du pneumothorax, de la phrénicotomie et de la thoracoplastie. — Vendredi 29 juin, M. le prof. Bezançon : La cure d'air et les stations d'altitude.

Les leçons de ces cours, qui sont ouverts à tous, ont lieu à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, enseignement des stagiaires, par MM. Weissmann-Netter, Pollet, Célice, Caylat, chefs de clinique. Les mardi, jeudi et samedi, à 10 h. 1/2, visite dans les salles, la visite du mardi étant réservée au service des tuberculeux. Le service est ouvert à tous les médecins français et étrangers, et aux étudiants en médecine.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Conférences de pathologie chirurgicale.* — M. Jean Gatellier, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale et le continue les lundis, mercredis et vendredis à 18 heures.

Programme : — Pathologie chirurgicale de la tête et du cou.

— **VIe Congrès de l'Association des pédiatres de langue française.** — Le VIe Congrès des pédiatres de langue française se tiendra à Paris fin septembre, commencement d'octobre 1928, sous la présidence de M. Barbier. La date en sera ultérieurement précisée.

Rapports : I. Les morts subites ou imprévues chez les nourrissons et en particulier à la suite des interventions chirurgicales. Rapporteurs : MM. les prof. Ombrédanne et Nobécourt.

II. Les ictères des nouveau-nés. Rapporteur : M. Roccaz.

III. Les œdèmes des nouveau-nés et des nourrissons. Rapporteur : M. Cathala.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Ribadeau-Dumas, secrétaire général, 61, rue de Ponthieu, ou hospice de la Salpêtrière.

— **IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie.** — Le IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra à Marseille les vendredi 25, samedi 26 et dimanche 27 mai 1928. Des rapports seront présentés et discutés sur « Les spasmes vasculaires en oto-neuro-ophtalmologie ». Les rapporteurs sont : MM. Bremer (Bruxelles), Aubaret et Sedan (Marseille) et Portmann (Bordeaux).

Le programme détaillé des séances sera annoncé ultérieurement.

Secrétaire général : M. le Dr Verter, 38, avenue du Président-Wilson, Paris (16e).

— **IIIe Congrès polonais de stomatologie.** — Ce Congrès aura lieu à Cracovie en mai 1928 à l'occasion du 25e anniversaire de la création de la chaire de stomatologie et de l'Institut de stomatologie. Secrétaire général: Professeur Ciessynski, à Lwow, Ul Zielona, L5A, Pologne.

— **Un Congrès hôtelier à Vichy.** — La Chambre nationale de l'Hôtellerie organise pour 1928, un Congrès national hôtelier qui aura lieu à Vichy, avec le concours du Syndicat des Hôteliers de cette grande station.

Ce Congrès aura pour objet de resserrer les liens de confraternité existant entre les hôteliers de toutes les régions. Il donnera également l'occasion à tous les hôteliers syndiqués de France de faire entendre leurs suggestions et souhaits, soit au point de vue légal, soit au point de vue professionnel.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Indicateur des principaux horaires pour le transport des marchandises en grande et en petite vitesse.* — La compagnie des chemins de fer de P. L. M. vient de faire paraître un indicateur des principaux horaires pour le transport des marchandises en grande et en petite vitesse par wagons complets en transit par les lignes du réseau P. L. M.

Cet indicateur mentionne, pour les meilleures relations entre les principales villes des pays étrangers, en transit par les lignes du P. L. M. ; les heures de départ et d'arrivée à destination ; il permet de connaître l'heure la plus favorable de remise de l'expédition à la gare de départ, la durée pratique du transport, ainsi que le moment à partir duquel la marchandise a dû arriver à destination. Cette innovation sera certainement très appréciée par ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent au trafic international. Le nouvel indicateur, qui sera réédité aux principaux changements de service, peut être obtenu en s'adressant à M. l'ingénieur en chef de l'exploitation de la Compagnie P. L. M., service de la publicité, 20, boulevard Diderot, Paris (prix : 10 francs).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

accidents du travail, a laissé en dehors de son domaine d'application tous les travaux de culture et d'entretien, tels que l'élagage. Mais les risques inhérents à ces travaux tombent sous le coup de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles.

Par conséquent, les ouvriers que vous employez à l'entretien de vos plantations de peupliers doivent être considérés comme des ouvriers agricoles et, comme tels, sont appelés à bénéficier des dispositions de cette loi en cas d'accident.

En ce qui concerne l'élagueur, qui travaille chez vous moyennant un prix fait par pied d'arbre, aux heures qui lui conviennent et en se faisant aider s'il lui plaît par d'autres ouvriers, placés sous sa direction et payés par lui, il importe de déterminer la nature du contrat qui le lie à vous, pour savoir si la loi sur les accidents du travail lui est applicable ou non.

D'une façon générale, sont seuls garantis par la législation sur les accidents du travail, les ouvriers liés au patron par un contrat de louage d'ouvrage. Quand, au contraire, il y a contrat d'entreprise, la loi sur les accidents du travail est inapplicable.

Pour apprécier s'il y a contrat de louage d'ouvrage ou contrat d'entreprise, il convient de rechercher à qui appartiennent la direction et la surveillance du travail. C'est là le critérium admis par Sachet, dans son traité des accidents du travail, et par la jurisprudence.

Or, dans le cas d'espèce, l'élagueur a traité avec vous à prix fait ; il travaillait quand il voulait et comme il voulait, hors de votre direction et de votre surveillance. Au besoin, il se faisait aider par des ouvriers placés sous ses ordres et que vous n'aviez ni à payer ni à commander.

Dans ces conditions, il apparaît bien que le contrat qui le liait à vous était un contrat d'entreprise et non de louage d'ouvrage et que, par conséquent, vous ne pouvez être déclaré responsable de l'accident dont il a été victime en exécutant le travail que vous lui aviez commandé.

---

641. — Accident survenu à un facteur des postes titulaire.

Ayant eu à soigner un facteur des postes titulaire blessé au cours de sa tournée, alors qu'il était transporté par un tiers à titre de complaisance en automobile — il m'est allégué, pour le paiement, qu'il s'agit d'un accident du travail, parce qu'accident survenu à l'occasion du travail. Je pense que la loi de 1898 ne s'applique pas en fait, mais qu'au plus cette loi ne peut s'appliquer à un facteur qui est fonctionnaire. C'est surtout sur ce dernier point que je vous serais fort obligé d'éclairer ma lanterne par

votre avis motivé et par la jurisprudence que vous possédez certainement.

Membre du « Sou », je pense qu'il suffira de fournir de vive voix les arguments que vous voudrez bien me donner pour éviter d'être obligé à une action judiciaire. Dans ce cas je ferais appel à vous pour m'aider.

Dr A.

Réponse.

Il est exact que la loi sur les accidents du travail ne peut s'appliquer aux fonctionnaires soumis au régime des pensions civiles, par conséquent *titularisés* dans leur emploi. C'est ainsi que dans l'administration des postes, bénéficient seuls de la loi de 1898 les auxiliaires et non les agents commissionnés.

Vous devez donc vous faire payer par votre client, conformément à votre tarif de droit commun et lui remettre un reçu acquitté de vos honoraires pour qu'il puisse ensuite se faire rembourser par son administration. A noter d'ailleurs que, quand bien même il s'agirait d'un accident du travail, vous auriez encore le droit de vous faire payer par le blessé comme par un client ordinaire.

Ces principes ne font aucun doute et ne peuvent être l'objet d'aucune contestation. Ils ont encore été rappelés dans une circulaire du Directeur des P. T. T. de Montpellier, du 6 décembre 1927, dont nous possédons une copie.

Présentez ces observations à votre client et, s'il refuse encore de vous payer, nous pourrons demander au Conseil du « Sou », qui seul a qualité pour cela, de vous accorder l'appui de la ligue pour intenter une action en justice.

---

784. — Blessé du travail assuré en outre individuellement.

Je viens de soigner un employé d'un fromager, accidenté du travail, consolidé à 40 %. Cet ouvrier est couvert par l'assurance-loi de son patron et par une seconde assurance, celle-ci individuelle.

Je crois équitable, puisque couvert deux fois, de lui demander des honoraires établis suivant le tarif syndical ; ce n'est pas positivement un simple salarié puisqu'il vient de quitter son patron et de s'installer à son compte dans une fromagerie qu'il avait achetée bien avant son accident.

Avant de lui envoyer sa note, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre appréciation.

Dr C.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, vous avez *toujours* le droit de vous faire payer par le blessé suivant votre tarif de droit commun ou de lui réclamer la différence entre ce tarif et la part des frais médicaux mise par la loi à la charge du patron.

En effet la loi n'a jamais limité ni taxé les honoraires médicaux ; ce qu'elle a limité, c'est seulement *la part de ces frais* qui doit être supportée par le patron ou son assurance.

Par conséquent, vous avez parfaitement le droit, dans le cas d'espèce, de réclamer un complément d'honoraires au blessé. Vous aurez seulement à lui remettre un reçu pour qu'il puisse ensuite se faire rembourser par la compagnie auprès de laquelle il a contracté une assurance individuelle, dans la mesure prévue dans la police.

Fiscalité.

750. — Patente en cas de changement de résidence.

J'ai un cabinet professionnel à usage exclusivement professionnel, rue M. J'ai un appartement, privé, rue D.. Ma patente porte comme il est légal, je crois, sur la totalité des deux locations.

J'ai l'intention en cours de cette année (probablement juin) de déménager au point de vue appartement privé. Est-ce que je risque que ma patente porte sur la totalité des prix annuels de location du local professionnel et des deux appartements privés successifs, mais qui vont être déclarés la même année par les propriétaires : cela au point de vue patente principalement et secondairement impôts. Que puis-je faire ? ? Dr N.

Réponse.

Il est bien exact que la patente doit porter sur le total des valeurs locatives des deux locations, relatives l'une aux locaux professionnels et l'autre aux locaux d'habitation.

Si vous changez d'appartement en cours d'année, la patente ne peut porter sur le total de la valeur locative des deux appartements occupés successivement.

Cependant, si le deuxième local comporte une valeur locative plus élevée, vous serez imposé supplémentairement dans les conditions suivantes :

Patente primitive basée sur un loyer de 6.000 fr., droit (en principal) au 12e sur 6.000 = 500 fr.

Au premier juillet, vous prenez un appartement d'un loyer de 9.000 fr., la patente supplémentaire sera établie comme suit :

A partir du 1er juillet :

Droit (en principal) au 12e sur 9.000	750 fr.
A déduire droit primitif	500 fr.
Reste	250 fr.
Pour 6 mois — 6/12 ou 1/2 = en principal	125 fr.

Pour la contribution personnelle mobilière et les autres taxes municipales, c'est la valeur loca-

tive des locaux occupés au 1er janvier qui seule doit être retenue.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

868. — Déduction du revenu des intérêts d'un emprunt.

J'ai soumis vainement les deux questions suivantes au contrôleur des contributions :

1° J'ai emprunté à M. X. 20.000. J'en ai réglé les intérêts par virement de chèque postal ou par chèque barré. Ce mode de paiement libératoire doit-il être admis par le fisc et dois-je déduire de mes revenus la somme de 1.400 fr. en montrant le reçu de la poste ?

2° J'ai emprunté la somme de 20.000 fr à M. X.. J'ai établi la reconnaissance de cette lettre sur une feuille de papier timbré à 3 fr. 60, intérêt 7 %.

Cet acte doit-il être enregistré. Si oui, que devient le secret et l'intérêt du débiteur qui vit souvent sur le crédit ?

Dr X.

Réponse.

Vous pouvez déduire de vos revenus la somme de 1.400 francs, montant des intérêts payés, mais à condition que votre créancier ait payé sur ces intérêts l'impôt de 18 % sur le revenu des créances.

Votre reconnaissance de dette devrait être enregistrée.

A. M.

745. — Quittance d'honoraires. Exemption du timbre.

1° Un médecin est-il obligé de remettre à tout client qui lui en fait la demande un reçu d'honoraires, même pour une seule visite ou consultation ?

2° Pour que ce reçu soit dispensé du timbre, faut-il stipuler qu'il est remis à un sociétaire de Secours mutuels, et qu'il est fourni pour être remis à la Société de Secours mutuels ?

3° S'il y a amende pour reçu non timbré ou insuffisamment timbré, n'est-elle pas appliquée, moitié à celui qui a reçu les fonds et moitié à celui qui les a versés ?

Dr P.

Réponse.

1° Le client a toujours le droit d'exiger une quittance, même pour un paiement peu important, mais c'est lui qui doit supporter les frais du timbre de quittance.

2° Aucune disposition légale n'exempte du timbre la quittance remise par un médecin à un malade membre d'une société de secours mutuels. C'est un écrit libératoire dont il peut être fait usage autrement que vis-à-vis de la Société de secours mutuels.

3° Seul, le créancier qui a délivré quittance sans timbre est tenu personnellement, et sans recours, nonobstant toute stipulation contraire, des droits, frais et amendes.

A. M.

645. — Amortissement des frais d'installation.

Un jeune médecin qui s'installe peut-il amortir le prix d'achat de son bail, de ses instruments, de sa salle d'attente et de son bureau ?

En combien de temps l'amortissement est-il possible ?

Dr B.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, les dépenses d'installation visées dans votre demande devraient être déduites intégralement des bénéfices de l'exercice au cours duquel elles ont été engagées. Par tolérance, l'administration en admet l'amortissement. A notre avis cet amortissement peut porter sur dix années pour les frais d'acquisition d'instruments et sur une durée égale à celle du bail pour le prix d'achat du bail (ou plutôt la fraction correspondant à l'importance des locaux professionnels par rapport à l'importance de l'ensemble du local), et les frais d'installation des pièces affectées à l'exercice de la profession.

A. M.

581. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Je crois avoir lu quelque part (dans le *Concours* ou ailleurs), que le prix d'achat d'une automobile pouvait être incrit aux frais professionnels d'un médecin et venir en déduction des recettes pour le calcul de l'impôt. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si je me trompe.

Je dois vous dire que par un accord passé entre le contrôleur et le syndicat, dont je suis membre, les médecins établissent leur chiffre de dépenses professionnelles en ajoutant à un fixe de 10.000 fr. pour frais divers le nombre de kilomètres parcourus multiplié par 1.50.

J'ai remplacé ma voiture l'année dernière, et déboursé de ce fait un chiffre de kilométrage bien supérieur à celui que je déclare habituellement. Croyez-vous que je puisse en faire état dans ma déclaration ?

Dr T.

Réponse.

Il est exact que le prix d'achat d'une automobile peut être déduit des frais professionnels. Mais l'accord intervenu entre le contrôleur et le syndicat (accord officieux d'ailleurs et qu'un autre contrôleur pourrait très bien ne pas admettre) semble devoir s'opposer à cette déduction, car le taux de 1,50 au kilomètre doit comprendre l'amortissement de la voiture.

A. I.

Application du tarif Fallières.

I

912. — Du prix des certificats simples.

Pour ce qui regarde les diverses questions concernant les accidents du travail dont je vous entretenais dans ma dernière lettre, je crois bien m'être mal expliqué étant donnée la réponse de votre confrère le docteur Decourt. En effet :

1° Je demandais — *comme conseil* — si par analogie avec l'art. 29 (certificat demandé au cours du traitement par le patron) il n'y aurait pas lieu de porter le prix du duplicata du certificat initial à 10 francs.

Je ne proposais donc pas à la Commission du tarif d'intervenir à ce sujet, sachant bien que cette question est *en dehors* de la loi, mais je ne demandais, dis-je, qu'un conseil.

Je dis donc : si un confrère portait sur sa note d'honoraires la somme de 10 francs pour ce second certificat et si la compagnie en refusait le paiement, le « Sou » interviendrait-il ?

Pour le certificat final, mais pour *ce certificat seulement,* je demandais l'intervention de la Commission du tarif et je suggérais l'idée de déclarer que désormais il ne serait plus délivré gratuitement et je proposais d'en fixer dès lors le prix.

3° Je demandais s'il serait possible de libeller la note d'honoraires pour ce qui concerne la dernière visite avec délivrance du certificat :

Visite	12 fr.
Certificat final	P. M.
Total	12 fr

Au lieu, comme on fait généralement :

Visite	0 fr.
Certificat final	P. M.
Total	0 fr.

Il me semble que *pratiquement* ce serait la somme de 12 francs qu'encaisserait le confrère au lieu de 0 fr.

Peut-on dès lors rédiger la note d'honoraires ainsi que je l'indique et si la compagnie refusait de payer cette dernière visite, le «Sou » interviendrait-il ?

4° Je ne demandais pas au *Concours* d'intervenir dans une question de déontologie, mais seulement *de conseiller*, dans un de ses prochains numéros, d'exiger toujours le paiement du deuxième certificat initial.

Dr B.

Réponse.

Le prix d'un certificat *simple* est de 5 fr.et non pas 10 fr. Le « Sou » ne pourrait intervenir, puisque c'est contraire au tarif. Si la compagnie vous demande *par écrit* un deuxième certificat, vous seriez en droit de lui réclamer *cinq francs en plus* pour ce certicat donné en double de celui légal.

2° Vous pensez bien que lors de l'élaboration

du tarif, nous n'avons pas manqué de demander que le certificat *final* soit payé. Ceci nous fut refusé : il est donc *compris dans le prix de la dernière visite ou consultation.*

3° Où diable avez-vous vu que « généralement » les confrères ne réclament *rien* pour cette dernière visite ? C'est bien la somme de 12 francs que « pratiquement on encaisse » pour la dite visite, certificat simple compris.

4° Le « conseil » de demander le paiement d'un deuxième certificat initial fut déjà donné ici plusieurs fois... à condition de « demande écrite », sans quoi vous ne pouvez rien « exiger ».

Dr F. DECOURT.

II

843. — Blessures multiples.

Un blessé du travail présente une épistaxis et une entorse du genou droit. Je fais un tamponnement et bande le genou, comment tarifer cette double intervention.

2° Une jeune femme (40 ans) présente, à la suite d'un accident de la voie publique, les cicatrices suivantes : une de 2 cm. 1/2 au niveau de la branche inférieure du maxillaire droit, une de 2 cm. 3/4 à la lèvre inférieure. Cette dernière cicatrice est très visible et présente un bourrelet saillant d'au moins 1 mm. Comment évaluer le dommage esthétique subi par ma cliente ? Voudriez-vous avoir l'amabilité de me donner votre estimation dans ce cas peu fréquent dans la pratique médicale ?

Dr G.

Réponse.

1° Il s'agit (si l'épistaxis provient de l'accident) de « blessures multiples » (article 14) et vous avez à compter *deux pansements.* Si vous avez dû faire le tamponnement *postérieur* des fosses nasales, ce serait 30 francs pour celui-ci plus 12 francs pour le massage du genou (si vous l'avez massé seulement, le fait de mettre une bande ne me paraissant pas pouvoir être considéré comme un pansement). Cas d'espèces que tout cela.

2° Il m'est impossible de vous donner de loin un avis, même approximatif, sur ce point.

F. D.

III

810.— Suture du tendon d'Achille.

Accident du travail : section complète du tendon d'Achille.

Pour la suture, combien compter ? Dr L.

Réponse.

Pour une suture complète d'un tendon d'Achille, je ne vois autre chose que « suture des tendons superficiels du poignet et *des tendons du cou-de-pied* : 150 fr. (article 17). F. D.

Questions médico-militaires.

246. — Conditions imposées aux bénéficiaires de l'indemnité spéciale aux tuberculeux.

Pensionné à 100 % pour T. P. et désirant toucher l'indemnité supplémentaire de 7.000 fr. par an, me serait-il permis de voir occasionnellement des malades en cas d'absence ou indisposition de mon fils auquel j'ai cédé ma clientèle.

Si je n'en ai pas le droit, quelles sont les pénalités que je puis encourir ?

Dr N.

Réponse.

En principe, vous n'avez pas le droit de vous livrer à aucune occupation, puisque cette indemnité doit vous permettre de vous soigner sans travailler. Cependant, en cas d'urgence, un secours donné en somme par humanité ne semble pas constituer, *a priori*, une violation de la règle imposée.

Vous risqueriez la suppression pure et simple de cette indemnité supplémentaire.

90.— Proposition pour la Légion d'honneur.

Médecin aide-major au ne Génie, j'ai été proposé pour la Légion d'honneur par le commandement du génie de la ne armée en 1918, avec avis favorable du chef supérieur du service de santé de l'armée.

Classe 1893 ; ai fait toute la campagne, du 2 août 1914 au 6 mai 1919 *dans des unités combattantes*. Croix de guerre avec citation à l'ordre du corps d'armée.

Combien d'annuités pour la Légion d'honneur cela me donne-t-il et suis-je en droit d'obtenir cette distinction et quand ?

La proposition dont j'avais été l'objet en 1918, en pleine guerre, n'aurait-elle pas dû être renouvelée en 1919 et les années suivantes, puisque le ministre Clémenceau avait déclaré que *tous* les militaires dont les propositions pour la Légion d'honneur auraient été agréées à l'échelon du corps d'armée seraient promus ?

Je ne m'explique pas que je sois encore à attendre cette distinction, alors que des camarades, qui non seulement n'ont pas servi dans des unités combattantes mais n'ont même pas été sur le front, sont titulaires de la Légion d'honneur depuis plusieurs années et sans avoir le nombre d'annuités que je réunis.

Dr X.

Réponse.

Il faut actuellement réunir au moins trente annuités, afin de pouvoir être proposé pour la Légion d'honneur. Classe 1893, incorporé en 1894, vous comptiez donc au 1er octobre 1927, 33 annuités plus 5 campagnes de guerre, soit 38 annuités au total, puisque la citation à l'armée seule (et non au corps d'armée) compte pour une

campagne. Vous remplissez donc les conditions pour que proposé par votre directeur du service de santé en bon numéro, le ministre vous inscrive au tableau de concours pour la Légion d'honneur.

Il devrait vous être tenu compte de vos propositions antérieures de 1918 et 1919, que vous pourriez rappeler le plus tôt possible à votre directeur, sans oublier de mentionner que vous avez fait toute la campagne au front et dans des unité combattantes.

---

210. — Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé.

Lisant la chronique médico-militaire du numéro du 8 janvier, je vois : école de perfectionnement des officiers du service de santé de réserve.

Médecin aide-major de 1re classe C. R., veuillez m'indiquer l'utilité de ces cours, si j'y suis astreint, quels avantages militaires entraînent-ils (dispensent-ils des périodes d'instruction) ?

Affecté au XVIIe corps, je désirerais suivre les cours de Paris, comment s'effectuent les déplacements ?

Où dois-je me faire inscrire pour ces concours ?

Dr B.

Réponse.

Si vous suivez au moins les deux tiers de ces cours, vous aurez droit à une carte de surclassement pour les voyages en chemin de fer (prenant un billet de 3e classe, vous pourrez voyager en première classe).

En plus, pour chacun des cours (en moyenne un par mois), vous aurez droit au voyage à tarif militaire pour vous rendre à Paris, la carte de surclassement ne pouvant être utilisée en pareil cas. Pour obtenir ce voyage à tarif militaire, il faudra en faire la demande une quinzaine de jours auparavant au secrétaire de l'Union Fédérative, qui vous donnera tous renseignements utiles. Par le fait que vous adhérez à l'Union Fédérative, 54, Rue de Londres, Paris, vous êtes inscrit à l'école de perfectionnement.

Ces cours ne dispensent pas des périodes d'instruction.

4321. — Promotion au grade de médecin aide-major.

1° Je suis de la classe 1915, service armé, et j'ai fait toute la guerre avec ma classe, comme simple soldat. Nommé médecin auxiliaire en juillet 1919, depuis ce moment il m'a été demandé (à deux reprises, je crois) si je voulais être nommé officier de réserve. J'ai refusé. Quelles formalités aurais-je à accomplir pour être nommé officier de réserve ? A quelles obligations serais-je astreint ? (Ne serais-je pas par exemple obligé d'effectuer une période d'instruction annuelle de 1 mois ?

Dr J.

Réponse.

Il vous suffit de demander cette promotion au directeur du Service de santé, en indiquant la date et la faculté de votre soutenance de thèse.

Vous ne serez pas astreint à une période d'instruction annuelle, mais à des périodes dont la durée totale au cours de vos obligations militaires ne pourra excéder quatre mois. La durée de ces périodes est fixée chaque année par le ministre. Des périodes, au nombre de deux, sont exigées pour passer d'un grade à l'autre.

ANTHOLOGIE

Rendez-vous.

Ma belle, la nuit est noire
Et l'on voit tout juste assez
Pour ne pas se perdre, voire
En se tenant embrassés.

La lune qu'un voile échancre
Nous rit d'un air familier,
Le menton barbouillé d'encre
Comme des doigts d'écolier.

C'est l'heure à l'amour propice
Où la mystique forêt
Pour le divin sacrifice
Tient un autel toujours prêt.

Ah ! mon âme se dérobe
Quand j'entends par les sillons
Venir le chant de ta robe,
Dans l'orchestre des grillons.

Tu viendras par la vallée
Qui garde un bout du satin
De mainte jupe envolée
Aux approches du matin.

Tu viendras par l'herbe haute
Du vieux chemin peu foulé,
Où le cœur point ne tressaute
Au bruit d'un caillou roulé.

L'air est doux, une odeur chaude
Monte du chaume des blés
Et le braconnier qui rôde
A peur des pas accouplés.

Tu viendras aux heures calmes,
Quand les voisins sont couchés,
Nous marcherons sous les palmes
Que font les rameaux penchés,

Et pour peu que l'ombre fasse
En s'accroissant sous le bois,
A mon désir plus d'audace,
A ta pudeur moins d'effroi,

Si quelque ronce opportune
Nous empêtre et nous fait choir,
A la barbe de la lune
Nous nous aimerons sans voir.

Dr Paul Grossier.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr PILLOUARD, de Mainneville, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 149. — A céder, avec bel appart., centre Paris cabinet V. U., gynéc., chirurg. 100 à 150.000 d'aff., 100.000 compt.

N° 150. — Bretagne. Urgent, excell. poste propharm. 75 à 80.000 prouvés. Proxim. ville.

N° 151. — A vend. cab. Citroën 5 CV., parf. état mécan., cause achat voit. plus grande. Dr Girod à Ducey (Manche). Prix 10.000.

N° 152. — Veuve de confr. pourrait diriger intérieur chez Dr propharm. de préfér. seul.

N° 153. — J'achète timbres Minéraline et Phéno par unité, paire ou carré et carnet. Minéraline 20 fr. pièce, Phéno 10 fr.

N° 154. — Doct. connaiss. les agents physiques est demandé pour assoc. ; banlieue imméd.

N° 155. — Veuve avec référ. recomm. par doct. désire trouver place chez médec., pour recev. les clients ; pourrait s'occup. de l'intérieur, du linge et de la cuisine.

N° 156. — A céder, cab. médical parfaitement situé, loyer avantageux. Ecr. Dr S. 13 *bis*, rue d'Aumale, Paris.

N° 157. — A céder bon prix fauteuil n'ayant pas servi, avec tablet. pupitre, pour coxalgie gauche. Visible à Paris Usine Vincent, 24, rue de Montsouris.

N° 158. — Ouest. Dans ch.-lieu cant., poste de méd. génér. à céder. Pays riche, belle maison 8 pièces et dépend. Bail 9 ans, conviendr. à confr. jeune, catholique et pratiquant de préf.

N° 159. — A vend. torpédo Peugeot, 10 CV. 1926. très bon état mécanique. Dr Vautier, à Liffré (I.-et-V.),

N° 160. — Paris, plein centre, ancien cab. très sérieux, gynécologie, syphiligr., rapp. envir. 80.000 ; loyer 8.000 superbe appart. 6 pièces, indemn. 60.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Gob. 36-46.

N° 161. — Côte d'Azur. Stat. très agréab., cab. chirurg. et parachirurg., très gros rapp. et avant. particul. bel appart., 10 p. A céder avec install. profess. 240.000 fr. dont le plus poss. compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 162. — Sud de Paris, 140 km., dans rég. très riche et agréab., anc. client. rurale, aff. 126.000, gr. maison mod. avec confort, jardin. Indemn. 60.000 dont 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Le Dr J. J. MATIGNON, médecin consultant à Châtel-Guyon, est mort subitement le 18 mars dernier. Il débuta dans la carrière médicale comme médecin militaire, et c'est en cette qualité qu'il suivit de près la révolte des Boxers en Chine, au commencement du siècle, et plus tard la campagne russo-japonaise, comme attaché à l'armée japonaise. Chef du laboratoire de pathologie tropicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, il quitta précocement l'armée pour ouvrir à Châtel-Guyon un cabinet que fréquentaient particulièrement les coloniaux, dont il connaissait et soignait de façon infiniment experte tous les troubles ressortissant à la ville d'eaux d'Auvergne.

Esprit aussi curieux qu'observateur, il publiait volontiers le fruit de ses méditations sur les cas cliniques qu'il recueillait. C'est ainsi qu'il décrivit, voilà quelques années, les petits signes de l'entéro-colitisme. De ses séjours en Extrême-Orient, naquirent une série d'ouvrages joliment écrits et très intéressants. Je m'incline respectueusement sur la tombe de ce bon confrère et excellent ami et j'adresse à tous les siens, l'hommage de mes condoléances les plus attristées et les plus sympathiques.

G. DUCHESNE.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique chirurgicale infantile.* — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales infantiles sera fait, du 2 au 15 avril, sous la direction de M. le professeur Ombredanne, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie, Aurousseau, chef de clinique, Saint Girons, chef de laboratoire et Huc, ancien chef de clinique. Droit de laboratoire de 250 fr. Inscription au Secrétariat de la Faculté.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastro-entérologie.* — MM. les docteurs Bensaude, Le Noir et Félix Ramond feront, du 23 avril au 13 mai, une série de conférences de gastro-entérologie avec travaux pratiques. Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques, se faire inscrire à l'hôpital Saint Antoine. Droit d'inscription : 250 fr.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé à la fin du cours. Le prix du voyage à Vichy sera fixé ultérieurement.

— **Lyon.** *Cours de perfectionnement d'électro-radiologie.* — Le cours de perfectionnement, préparatoire au diplôme de médecin électro-radiologiste de l'Université de Lyon, commencera le mardi 1er mai 1928, à 14 h., au laboratoire de Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie, et aura une durée de six semaines environ.

Les inscriptions sont reçues, jusqu'au 26 avril, au Secrétariat de la Faculté de médecine, 18, quai Claude-Bernard, à Lyon.

— **Conférence internationale de la lumière.** — Le Comité d'organisation a décidé que la première conférence internationale de la lumière (physique, biologie, thérapeutique) se tiendrait les 4, 5, 6 septembre à Lausanne et le 7 septembre à Leysin, où sera fêté le 25e anniversaire de l'installation du Dr Rollier dans cette station.

Les travaux scientifiques, dont les sujets seront prochainement publiés, comporteront pour la plupart une conférence-rapport introductive, suivie d'une discussion et de courtes communications.

— **Congrès de thalassothérapie de Bucarest**, 21-27 mai 1928. *Prix de voyage.* — Quatre itinéraires de voyages ont été organisés par ce Congrès : Paris Bucarest-Constantza-Paris (5.500 fr.) ; Paris-Bucarest-Constantza-La Turquie (7.800 fr.) ; Paris-Bucarest-La Turquie-La Grèce-Venise-Paris (10.500 fr.) ; même voyage moins Venise (9.800 fr.). Inscriptions (*avant le* 10 *avril*) et renseignements à l'agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris.

— **Hommage au professeur Cunéo.** — Les élèves et amis du professeur Bernard Cunéo, désireux de fêter ses vingt-cinq ans d'enseignement dans les hôpitaux ainsi que son élévation au grade de commandeur de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir une médaille, exécutée par le maître Auguste Maillard. Le Comité est composé de MM. les professeurs Charles Richet, Roger, Hartmann, Gosset, Pierre Duval, Lecène, Sergent, Jeannin, Rouvière, professeur agré-

gé Lemaître, MM. les docteurs V. Veau, Henri Collin, M. Pierre Masson.

Les souscriptions seront reçues par M. Pierre Masson, trésorier, 120, boul. Saint-Germain (6e). Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la médaille.

— **Paris**. *Concours de médecin de l'assistance médicale.* — Sont désignés pour faire partie du jury pour le concours de médecin de l'Assistance médicale : M. Quinqueton, qui a accepté, et MM. Lubetzki, Le Bas, Dufour et Descouleurs qui n'ont point encore fait connaître leur acceptation.

— **Office national d'hygiène sociale.** *Avis.* — Les médecins diplômés d'hygiène, susceptibles de s'intéresser aux questions d'hygiène sociale, sont informés que si, en attendant leur nomination à un poste définitif, ils désirent participer comme enquêteurs à des recherches concernant la protection de la santé publique, qui vont avoir lieu dans un certain nombre de départements, ils doivent s'adresser pour tous renseignements à l'Office national d'hygiène sociale, 26, boul. de Vaugirard.

— **Voyage médical de Pâques sur la Côte-d'Azur.** — Comme chaque année, la Société médicale du littoral méditerranéen organise un voyage médical sur la Côte d'Azur, durant la semaine de Quasimodo. La concentration se fera à Nice, le dimanche 15 avril et l'on visitera, les jours suivants, le cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasse, Vence, la grande Corniche et les monuments romains de la Turbie, Menton et la frontière italienne, le cap Martin, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu. Le voyage se terminera par une excursion dans les Alpes, la dislocation aura lieu à Nice le samedi 21.

Un voyage en Corse sera également organisé par la Société du 22 au 26 avril, pour ceux qui en feront la demande.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale : Dr M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 *mars*.

Hygiène publique.

Protection de la santé publique au Cameroun.

Décret du 8 mars 1928.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies,

Vu le mandat confié à la France par le conseil de la Société des nations en exécution du traité de Versailles du 28 juin 1919 ;

Vu les décrets des 23 mars 1921 et 21 février 1925,

déterminant les attributions du commissaire de la République française au Cameroun ;

Vu le décret du 22 mai 1924, rendant exécutoires au Cameroun les lois et décrets promulgués en Afrique équatoriale française avant le 1er janvier 1924 ;

Vu le décret du 7 juin 1922, sur la police sanitaire maritime et le décret modificatif du 1er mars 1923 ;

Vu les décrets des 19 juillet 1927, réorganisant la justice française, et 31 juillet 1927, réorganisant la justice indigène au Cameroun.

Décrète :

Art. 1er. — En cas d'épidémie ou de tout autre danger imminent pour la santé publique, déclaré par arrêté du commissaire de la République, après avis du conseil supérieur d'hygiène, les contrevenants aux dispositions arrêtées par les autorités administratives seront immédiatement appréhendés et jugés dans les conditions prévues par la loi du 20 mai 1863 sur l'instruction des flagrants délits.

Ils seront passibles des pénalités suivantes, toutes les fois que ces peines seront prévues par les arrêtés pris en exécution du présent décret ou par les décrets des 7 juin 1922 et 1er mars 1923 susvisés.

Amende de 500 à 1.000 fr. et, en cas de récidive, de 1.000 à 5.000 fr.

Emprisonnement de un à six mois et, s'il y a récidive, de six mois à un an.

L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler.

L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par le présent décret.

Art. 2. — Dans les mêmes cas d'épidémie ou d'autres dangers quelconques pour la santé publique, les contrevenants pourront être expulsés du territoire du Cameroun par arrêté du commissaire de la République.

Art. 3. — Dans les mêmes cas la contrainte par corps est applicable par défaut de payement de l'amende.

Art. 4. — Les mesures prises par l'autorité administrative pour la protection de la santé publique pourront être permanentes et les pénalités prévues à l'article 1er du présent décret prononcées même en dehors des périodes d'épidémie.

Art. 5. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 6. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française, au *Journal officiel* du Cameroun et inséré au *Bulletin des lois* ainsi qu'au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

14 *mars*.

Enseignement de la médecine.

Par décret du 9 mars, il est créé à la Faculté de Paris une chaire de clinique de la tuberculose (fondation du département de la Seine, chaire d'université).

Par décret du 13 mars, M. Léon Bernard, profes-

seur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de Paris, a été nommé professeur de clinique de la tuberculose à ladite Faculté.

Accidents du travail.

M. Doat, directeur de la Société d'assurance mutuelle La Responsabilité agricole, a été nommé membre de la deuxième section (tous accidents agricoles) de la Commission chargée de l'élaboration des tarifs des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

18 *mars*.

Accidents du travail.

Loi supprimant les déchéances prévues aux alinéas 16, 17 *et* 18 *de l'article* 3 *de la loi du* 9 *avril* 1898, *concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, en faveur des protégés français.*

Article unique. — Ne sont pas applicables aux protégés français les 16e, 17e et 18e alinéas de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Eaux minérales.

Déclaration d'intérêt public des sources d'eaux minérales de Châtel-Guyon.

Décret du 9 *mars* 1928.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la demande présentée, le 25 avril 1926, modifiée et complétée, les 3 mai et 10 septembre 1926, par la société des eaux minérales de Châtel-Guyon, dont le siège social est à Paris, 6, square de l'Opéra, agissant poursuites et diligence de M. Rougé, président du conseil d'administration de la société, à l'effet d'obtenir la déclaration d'intérêt public des sources Gubler, Deval, Marguerite, Gubler IV, Gubler V, Suzanne, alimentant les deux établissements thermaux de Châtel-Guyon ;

Les plans, en triple expédition, mémoires et documents à l'appui de la demande ;

Les pièces de l'enquête constatant l'accomplissement des formalités d'affichage et de publication prescrites par les règlements ;

Les protestations en date des 8 et 9 novembre 1926, de MM. Miraton, agissant tant en leur nom personnel qu'en celui des établissements Miraton ;

Les analyses et jaugeages effectués ;

L'avis de la commission spéciale prévue par le décret du 8 septembre 1856 ;

Les rapports et avis des ingénieurs des mines en date des 21 mars et 11 août 1927 ;

L'avis du préfet du Puy-de-Dôme en date du 9 juillet 1927 ;

L'avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 24 octobre 1927 ;

L'avis du conseil général des mines en date du 23 décembre 1927 ;

Vu la loi du 14 juillet 1856, le décret du 8 septembre 1856, l'arrêté du chef du pouvoir exécutif du 30 août 1871 et les décrets des 11 avril 1888, 5 janvier 1889 et 27 janvier 1920 ;

Vu l'arrêté ministériel du 1er octobre 1883 autorisant l'exploitation de plusieurs sources à Châtel-Guyon, et notamment celle des sources Gubler et Deval ;

Vu l'arrêté ministériel du 12 juillet 1892 autorisant l'exploitation des sources Marguerite, Gubler IV et Gubler V ;

Vu l'arrêté ministériel du 21 juin 1927 autorisant l'exploitation de la source Suzanne ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Sont déclarées d'intérêt public les sources Gubler, Deval, Marguerite, Gubler IV, Gubler V, et Suzanne, alimentant les établissements thermaux de la société des eaux minérales de Châtel-Guyon, sur le territoire de la commune de Châtel-Guyon, canton de Riom-Est, arrondissement de Riom, département du Puy-de-Dôme.

Art. 2. — Le présent décret sera publié et affiché, aux frais de la société pétitionnaire, dans la commune de Châtel-Guyon, dans les chefs-lieux de canton de l'arrondissement de Riom et au chef-lieu du département du Puy-de-Dôme.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Hygiène Publique.

Médaille des épidémies.

Médaille d'or : M. le Dr Saillard, médecin chef du groupe sanitaire mobile de Mogador.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Droits et obligations des médecins des lycées.

15465. — M. André Escoffier (Drôme), député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique, comme suite à la réponse donnée à sa question écrite no 14841 : 1o si le médecin d'un lycée, inscrit uniquement au budget de l'internat de ce lycée, est tenu de donner ses soins aux élèves externes et au dépensier et au veilleur ; ajoute que ces deux derniers sont inscrits au budget de l'externat ; 2o si le conseil d'administration d'un lycée qui, ayant voté une augmentation pour le médecin de l'établissement, a vu sa délibération repoussée par l'administration supérieure, peut, en cas de démission de son médecin, pro-

poser une indemnité supérieure pour le nouveau médecin. (*Question du* 22 *février* 1928.)

Réponse. — 1° Le médecin d'un lycée est, en principe, affecté au service de l'internat ; mais il est naturel que, dans des cas urgents et exceptionnels, il puisse être appelé à soigner des externes ; 2° les attributions du conseil d'administration ont été déterminées par le décret du 7 août 1916 ; il ne lui appartient pas de faire des propositions pour fixer les émoluments du nouveau médecin ; il a seulement qualité pour délibérer sur la demande de crédit supplémentaire qui pourrait être déposée à cette occasion par l'administration collégiale.

(*J. O.*, 14 *mars* 1928.)

Examen ophtalmologique des candidats à l'école navale.

8650. — M. MOUNIÉ, sénateur, demande à M. le Ministre de la Marine, si le clignement d'un œil suffit pour éliminer un candidat à l'école navale et s'il n'estime pas qu'il y aurait lieu, en ce qui concerne la vue, de faire examiner les candidats par des professeurs de faculté ou des spécialistes qualifiés. (*Question du* 23 *février* 1928.)

Réponse. — 1° Le clignement invétéré d'un œil (blépharospasme unilatéral intermittent chronique) motive la réforme définitive ou temporaire. Cette infirmité entraîne tout spécialement l'élimination des candidats à l'école navale, parce qu'elle apporte une gêne dans l'exécution du service de l'officier de marine et que, pour les fonctions du quart sur la passerelle en particulier, elle peut aller jusqu'à constituer une menace pour la sécurité du bâtiment et de nombreuses vies humaines ; 2° la marine possède dans ses hôpitaux des médecins spécialistes, notamment en ophtalmologie, à l'examen desquels sont soumis tous les cas litigieux ou même laissant place au moindre doute. Non seulement ces spécialistes sont en tous points qualifiés pour diagnostiquer les affections oculaires et les interpréter du point de vue de l'aptitude au service, mais ils ont de plus, sur leurs confrères civils l'avantage incontestable d'être parfaitement au courant des exigences spéciales de la profession.

(*J. O.*, 14 *mars* 1928.)

Le secret professionnel dans les sociétés de secours mutuels.

15307. — M. Gustave GUÉRIN, député, demande à M. le Ministre du Travail : 1° si une société de secours mutuels a le droit de refuser de payer à ses sociétaires les indemnités auxquelles ils ont droit en cas de maladie, si ces sociétaires ne produisent pas à l'appui de leur demande un certificat médical « motivé » donnant le diagnostic de la maladie ; 2° si cette prétention n'est pas contraire à la loi qui oblige au

secret professionnel et, en particulier, à l'article 378 du code pénal qui punit les violations de ce secret. (*Question du 14 février* 1928.)

Réponse. — Les conditions et formalités exigées des membres participants des sociétés de secours mutuels, en vue de bénéficier des indemnités de maladie auxquelles ils peuvent avoir droit, sont déterminées par les statuts, auxquels il convient de se référer dans tous les cas. Quant aux litiges qui pourraient survenir au sujet de l'interprétation et de l'application des dispositions statutaires sur la matière, ils sont, en vertu d'une jurisprudence constante du conseil d'Etat, de la compétence exclusive des tribunaux judiciaires.

(*J. O.*, 15 *mars* 1928.)

Comment est saisie la Commission consultative pour l'application de l'impôt sur les bénéfices professionnels.

8532. — M. Viellard, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances par quel moyen un contribuable peut demander la réunion et l'avis de la commission consultative instituée par l'article 9 de la loi du 4 avril 1926, la persistance du désaccord entre lui et le contrôleur des contributions directes ne lui étant pas signifiée après sa réponse, dans les vingt jours, à la demande d'explications du contrôleur ; et, lorsqu'un contribuable, dans sa réponse, a demandé qu'en cas de désaccord persistant celui-ci soit soumis à l'avis de la commission consultative, si le contrôleur est tenu de provoquer, par l'intermédiaire du directeur, l'avis de cette commission. (*Question du* 13 *janvier* 1928.)

Réponse. — Le contribuable qui est en désaccord avec le contrôleur au sujet de la fixation des bases de son impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et qui désire soumettre le différend à la commission consultative peut en demander l'intervention dans sa réponse à l'avis par lequel le contrôleur l'informe des redressements qu'il se propose d'apporter à sa déclaration. Lorsqu'en réponse à cet avis, le contribuable produit des observations sans manifester l'intention de recourir à la commission, le contrôleur doit, après examen des observations et s'il n'admet pas leur bien-fondé, aviser l'intéressé des points sur lesquels le désaccord persiste en l'invitant à faire connaître, dans un délai de dix jours, s'il entend que l'affaire soit portée devant la commission. Celle-ci doit obligatoirement être consultée lorsque le contribuable l'a demandé dans les conditions susindiquées.

(*J. O.*, 16 *mars* 1928.)

FAITS CLINIQUES

Guérison clinique d'un cancer de l'épiglotte par diathermo-coagulation.

Le docteur DAURE, de Béziers, communique un cas d'épithélioma baso-cellulaire volumineux occupant presque toute la face postérieure de l'épiglotte jusqu'aux cordes vocales, qu'il a guéri, cliniquement, après trois séances de diathermo-coagulation. L'épiglotte, conservée, est intacte actuellement depuis plus d'un an et le malade a repris son état normal.

Ce cas est très intéressant :

1° Par son résultat obtenu sans mutilation grave habituelle et avec conservation de l'organe ;

2° Parce qu'il souligne la différence de malignité des néoplasies épiglottiques, en général beaucoup plus graves du côté pharyngé que laryngé ;

3° Par la prévision du rôle futur de la diathermo-coagulation considérée trop longtemps comme palliative qui, très souvent sans doute pourra remplacer avantageusement et sans mutilation grave l'acte chirurgical dans la plupart des néoplasmes endolaryngés. Son association avec les radiations, toujours possible, sera souvent utile. (*Communication au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie*, octobre 1927.)

Un succès sans précédent dans les Annales de la Bienfaisance médicale : Le deuxième bal de la médecine française.

Le deuxième bal de la médecine française au profit des veuves et des orphelins du Corps médical a eu lieu le samedi 24 mars, à 21 heures, dans les salons du Ministère de l'intérieur.

Ce bal fut un succès sans précédent. On s'écrasait littéralement dans les salons très insuffisants du Ministère où plus de 1.500 personnes se pressaient. Ce chiffre de 1.500, qui nous a été donné par un contrôleur avant la fin du bal, est une approximation sans doute bien inférieure à la réalité. Il faudra, l'an prochain, chercher des salons beaucoup plus vastes ; sans cela la fête n'aurait du bal que le nom, car l'affluence était telle qu'il ne fut possible de danser qu'après minuit, après qu'une notable partie des invités accourus se fut retirée. On parle de l'Opéra pour le troisième bal de la médecine française. C'est peut-être beaucoup, mais l'élan dont nous avons été le témoin stupéfait ne nous fait plus envisager cette hypothèse comme une folie.

L'organisation eût été parfaite sans l'affluence des invités qui rendait tout service d'ordre à peu près impossible ; mais, comme l'on avait affaire

Voir la suite page LV-1027

PROPOS DU JOUR

Les Guérisseurs.

Tous les journaux ont reproduit la singulière histoire de cette guérisseuse qui, sur la plainte en escroquerie de malades qu'elle a soignés et insuffisamment guéris, est l'objet d'une instruction à Nancy. Le fait de voir une guérisseuse poursuivie sur la plainte de ses clients, est vraiment rare et mérite d'être enregistré. La responsabilité médicale s'étend tous les jours, même jusqu'à ceux qui exercent illégalement la médecine ; c'est un signe des temps !

Cette guérisseuse, qui se fait appeler G... de R..., est une femme de 45 ans, installée luxueusement à Nancy. Par une habile publicité, elle attire chez elle de nombreux malades venant des quatre coins de la France. Le procédé thérapeutique qu'elle applique consiste en une imposition des mains qui lui permet, selon elle, de transmettre au malade les émanations d'un fluide aux propriétés curatives merveilleuses. Ce fluide s'accumule dans son organisme du fait de l'absorption d'une substance mystérieuse dont elle garde jalousement le secret. Trois impositions suffisent le plus souvent à la cure qui s'honore au prix forfaitaire de 500 francs.

Pour se mettre à l'abri de toute poursuite judiciaire, G..., de R..., s'était associé un médecin, présenté comme ancien interne des hôpitaux de Paris, s.v.p., dont les journaux donnent les nom et prénom en toutes lettres, mais que nous ne trouvons dans aucun annuaire. Cette association ne devait pas durer ; le médecin abandonna la guérisseuse, lui intentant un procès au civil dans le but d'obliger cette dernière à lui verser le pourcentage porté sur le contrat qu'ils avaient tous les deux signés. Nous serions curieux de connaître le jugement qui terminera ce dernier procès et quelle sera la valeur reconnue à ce contrat qui n'a rien de collectif. G..., de R..., aurait été déjà l'objet, à Lyon, d'une plainte en escroquerie ; mais elle bénéficia d'un non-lieu.

N'aurait-elle pas, au cours de l'instruction, s'il faut l'en croire, guéri le juge d'une attaque de rhumatisme ?

Les malades affluaient à son cabinet de Nancy en tel nombre que la police, après enquête, dut établir un service d'ordre devant son domicile. G..., de R..., parmi les gens qu'elle prétendait avoir guéris, aimait à produire un brigadier de gendarmerie en retraite qu'elle affirmait avoir débarrassé d'un cancer de l'estomac. De sorte que son action bienfaisante s'étendait de la magistrature à la maréchaussée.

Il est fâcheux que cette affaire n'ait pas été connue quelques mois plus tôt : elle aurait pu servir à illustrer l'intéressante réunion de la *Section de Folklore de l'Institut international d'Anthropologie* du 8 novembre 1927 où, sous la présidence du docteur Capitan, MM. les docteurs Jean Vinchon et Vergnes, M. P. Saintyves et Me Maurice Garçon traitèrent à divers points de vue la question des Guérisseurs. La lecture de ces communications qui viennent d'être publiées dans la *Revue anthropologique* (nos 1-3 janvier-mars 1928) présente un réel intérêt.

Le Dr Jean Vinchon expose le rôle de la suggestion dans les succès obtenus par les guérisseurs. Le Dr Vergnes énumère en détail les remèdes et les doctrines des empiriques guérisseurs. M. P. Saintyves traite des guérisseurs mystiques, enfin Me Maurice Garçon qui ne cache pas une certaine sympathie pour quelques uns dont il a assumé la défense, décrit quelques types de guérisseurs qu'il distingue en ceux qui se croient dépositaires traditionnels de doctrines métaphysiques, voire même scientifiques, en purs empiriques et enfin en escrocs. Me Maurice Garçon croit les premiers, au moins en partie, convaincus et sincères. Bien que cela puisse paraître étrange, je suis de son avis, je puis citer au moins un exemple certain de cette sincérité.

Une nuit d'été, il y a quelques trente ans, un de mes vieux amis et moi, passions sur la place de l'Opéra, déserte à cette heure avancée, quand nous vîmes devant le Cercle militaire une petite vieille qui, tête baissée, traversait l'avenue en courant. En même temps arrivait au grand trot par la rue du Quatre-Septembre un haquet, attelé de deux chevaux en flèche. Le charretier, assis sur le haquet, ne vit sans doute pas la petite vieille qui fut brutalement renversée par le premier cheval. Un vétérinaire de l'armée, qui prenait le frais à un balcon du Cercle militaire, descendit en courant et nous devança pour porter secours à la pauvre vieille. Il l'enleva dans ses bras et nous nous trouvâmes tous réunis au poste de police le plus voisin. J'examinai la vic-

◆◆

time et je constatai une fracture de jambe classique dont le diagnostic ne pouvait donner lieu au moindre doute.

Comme nous nous ingénions à confectionner un appareil de fortune pour permettre le transport sans trop de souffrances de la blessée à l'hôpital : « Pardon, mon bon Monsieur, me dit doucement la petite vieille qui peu à peu avait repris ses sens, voudriez-vous bien me dire ce que j'ai ? — Vous avez la jambe cassée, Madame, répliquai-je. — Impossible, Monsieur, c'est impossible, tout à fait impossible, car je suis médium guérisseur. Je guéris les autres et pareil accident ne peut pas m'arriver. »

Hélas ! la pauvre femme dut, en entrant à l'hôpital, être bien désillusionnée sur son pouvoir de médium, mais je fus convaincu désormais qu'il ne fallait pas considérer tous les gens de son espèce comme des farceurs. C'est d'ailleurs leur foi dans leur propre puissance, leur confiance en eux qui font la force de beaucoup de guérisseurs et leur permettent de suggestionner les malades isolément ou en foule. Sans cette foi, sans cette conviction, sans cette sincérité du thaumaturge, le pouvoir curatif mystérieux disparaît.

Je me souviens être allé, quelques années avant la guerre, avec notre regretté ami, le Dr Gairal, visiter les Saintes-Maries de la Mer tout au fond de la Camargue. Le vieux curé d'alors, un brave et saint homme qui ne manquait ni d'érudition, ni d'esprit, nous fit visiter sa très curieuse église et nous montra la crypte où les bohémiens viennent tous les ans faire leurs dévotions à leur patronne Sarah. Un puits est creusé au milieu de cette crypte et l'on y puise de l'eau douce, malgré le voisinage immédiat de la mer. Sur la margelle du puits était un bloc de marbre blanc, provenant, d'après le curé, d'un autel de Mithra découvert lorsqu'au temps du bon Roi René, l'on trouva à cet endroit les ossements des Saintes Maries, de Lazare et de leur servante Sarah. Quand quelqu'un en Camargue était mordu par un chien ou un loup, que l'on croyait enragé, on le conduisait aussitôt aux Saintes-Maries de la Mer, et on lui faisait boire de l'eau du puits dans laquelle on délayait un peu de poussière blanche obtenue en grattant avec un couteau le bloc de marbre. Le curé disait une messe, au cours de laquelle il récitait une prière en latin demandant aux Saintes-Maries la guérison de l'enragé ; cette prière fort ancienne était imprimée sur un carton que le curé nous montra. « Je ne sais si vraiment l'eau de ce puits a le pouvoir de guérir la rage, nous dit le bon prêtre avec un sourire sceptique. Nous ne sommes pas forcés d'y croire, ce n'est pas un article de foi. Tout ce que je puis vous affirmer, c'est que je n'ai jamais entendu dire qu'une personne mordue, qui est venue boire de cette eau, soit devenue enragée. » Et au cours de la conversation il nous avoua que, depuis bien des années, le sanctuaire était à peu près délaissé par ceux qui étaient mordus, quand aux siècles précédents on y accourait en foule et de fort loin. C'est sans doute la découverte de Pasteur qui fut cause de l'abandon du puits miraculeux, mais je suis persuadé aussi que le doute du bon curé y est aussi pour quelque chose.

Me Maurice Garçon affirme que le médecin ne saurait remplacer avec succès le thaumaturge auprès des malheureux qui, en dernier ressort, s'adressent à lui et qu'il soulage quand il ne les guérit pas. Nous sommes bien de son avis. Nous n'irons pas cependant jusqu'à accepter certaines de ses conclusions quand il conseille aux médecins se trouvant en présence de certains incurables, d'avouer leur impuissance et de les envoyer eux-mêmes, en désespoir de cause, au thaumaturge dont ils relèvent vraiment. C'est aller un peu loin et, d'ailleurs, le distingué avocat ne se fait pas d'illusion sur le succès qu'attend pareil conseil auprès du corps médical.

Mais nous sommes encore de son avis, quand il nous affirme que les poursuites en exercice illégal sont inopérantes contre les guérisseurs convaincus et sincères, qu'elles aboutissent au résultat absolument opposé à celui qu'on veut obtenir car on fait de ce chef au guérisseur une formidable publicité.

Quant à la catégorie des escrocs, à laquelle appartient vraisemblablement la guérisseuse de Nancy, c'est une tout autre affaire. Mais, en toute sincérité, dans une société civilisée, est-ce que le Parquet et la Police devraient avoir besoin de l'intervention des syndicats médicaux pour protéger les citoyens et la santé publique contre pareille exploitation ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DES GASTRORRAGIES D'ORIGINE ULCÉREUSE

Par

LE NOIR, et R. LIÈGE,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Interne des hôpitaux de Paris.

Les gastrorragies au cours de l'ulcère de l'estomac peuvent se présenter sous des allures cliniques très variables allant de l'hématémèse foudroyante qui tue à la simple hémorragie occulte. Importante ou minime, la gastrorragie est la signature de la lésion gastrique qui devra ultérieurement être traitée, mais, en elle-même, c'est toujours un symptôme grave nécessitant la mise en œuvre d'une diététique et d'une thérapeutique immédiate.

C'est surtout ce *traitement immédiat* que nous voul... ..visager ici, cette thérapeutique est parfois difficile ; aux règles classiques fixées par l'expérience, il convient dans certaines hémorragies d'ajouter les ressources d'une thérapeutique plus moderne.

Quelle que soit l'abondance de ces gastrorragies, il importe avant toute chose de mettre le malade au repos *complet*, et nous entendons par là le repos *physique* et *moral* que seul permet de réaliser l'*alitement*. Dès qu'un ulcéreux gastrique saigne, il faut le mettre au lit, et pour le moins, aussi longtemps que l'examen systématique et quotidien des selles révélera la présence de sang. A ce repos général, on adjoindra la glace en permanence sur la région épigastrique et au besoin la *morphine*.

Il tombe sous le sens que pendant cette période on s'abstiendra de toute exploration gastrique ; le tubage (sauf exceptions que nous envisagerons), la radioscopie, ne seront pratiqués qu'ultérieurement.

L'alimentation et les médicaments à donner aux malades variant un peu selon la forme de gastrorragie à laquelle on a affaire, nous les envisagerons en allant des cas les plus difficiles à traiter aux cas en apparence les plus simples.

L'hémorragie de l'ulcère de l'estomac peut être un vomissement de sang rouge rutilant, très abondant pour lequel on est appelé d'urgence. Que convient-il de faire dans ces cas où l'on se trouve en présence d'un malade décoloré, dont le pouls est faible et rapide, qui accuse des bourdonnements d'oreille, des tendances à la syncope ?

Dans de telles éventualités, c'est la vie du malade qui semble souvent menacée d'une manière immédiate par l'importance de la spoliation sanguine ; il faut alors agir au plus vite, parer au plus pressé : l'*anémie aiguë post-hémorragique*.

Or, il découle d'expériences récentes et très précisées faites par Ch. Richet, Brodin et Saint-Girons que l'injection de solutions salines intraveineuses est inefficace dans les grandes hémorragies, aussi est-ce à la transfusion du sang qu'il faut recourir sans tarder.

Nous ne voulons pas entrer ici dans les détails d'une méthode devenue maintenant de pratique courante. Le choix de la meilleure technique est encore l'objet de discussions ; les uns sont partisans de la transfusion de sang pur, les autres restent fidèles à la transfusion de sang citraté. L'avantage pratique semble cependant rester à cette dernière méthode ; car, lorsqu'on sait rechercher les incompatibilités sanguines, elle est à la portée d tout praticien.

Heureusement, les gastrorragies ne prennent pas toujours cette allure grave et menaçante ; souvent, bien qu'abondantes et déterminant un état anémique marqué, traitées comme nous allons l'indiquer, elles ne constituent qu'un accident épisodique au cours de l'évolution d'un ulcère gastrique.

La *diète* est un des premiers facteurs de réussite du traitement. Elle doit être *absolue* pendant vingt-quatre heures et ce n'est qu'au cas où il n'y aura pas eu de nouvelles hématémèses que l'on sera autorisé à donner de l'eau *hypersucrée* par cuillerées à café, puis par cuillerées à soupe pour revenir ensuite au régime strictement lacté.

Dans ces cas, la prudence commande l'emploi d'hémostatiques susceptibles d'éviter une nouvelle hématémèse.

Nous en avons plusieurs à notre disposition.

Le *sérum de Dufour et de Hello* ou anthéma, *l'hypophyse* jouissent à l'heure actuelle d'une renommée qui semble justifiée.

On peut également employer le *chlorure de calcium* en injections intraveineuses en solution à 50 p. 100. Nous ne saurions trop recommander

à ce point de vue les plus grandes précautions. Il convient d'aspirer le liquide de l'ampoule avec une autre aiguille que celle devant servir à l'injection. Une gouttelette de chlorure de calcium dans le tissu cellulaire sous-cutané peut déterminer de vives douleurs ; l'injection ne sera jamais poussée quand on n'aura pas la certitude absolue d'être dans la veine, on s'exposerait en effet, à provoquer une escarre des plus graves.

L'état du cœur et le degré de faiblesse du malade règleront l'emploi de l'huile camphrée.

Dans quelques cas, malgré ce traitement, un nouveau vomissement de sang survient. Il faut alors renouveler les médications hémostatiques précédentes et ne pas oublier que ces malades obligés de rester à la diète se déshydratent rapidement, aussi, l'emploi du goutte à goutte rectal avec solution glucosée est-il particulièrement recommandable. Au besoin, on pratiquera des injections sous-cutanées de sérum glucosé, mais en petite quantité pour éviter l'hypertension. Dans certains cas, on peut être obligé de recourir aux lavements alimentaires, leur efficacité réelle est discutée, mais ils ont l'avantage d'une action psychique, le malade ayant par eux la tranquillité de se savoir suffisamment nourri.

Si, malgré ce traitement, l'hémorragie continue que convient-il de faire ?

Bourget a préconisé les lavages de l'estomac avec une solution de perchlorure de fer et déclare avoir arrêté par ce procédé des hématémèses graves.

Ici, comme dans les hématémèses graves par leur abondance immédiate, la transfusion du sang combattra heureusement l'anémie. Peut-on espérer dans ces cas quelques succès d'une intervention chirurgicale ?

La majorité des chirurgiens s'accorde pour reconnaître que le traitement médical reste le meilleur ; cependant, Cazin dans une statistique récente relève sur 25 cas, 23 guérisons pour ouverture de l'estomac et hémostase directe, soit par excision, soit par ligature en masse de la muqueuse, soit par cautérisation et enfouissement ou même par simple gastro-entérostomie, quand les précédentes interventions ne sont pas possibles.

Il faudrait pour juger de la valeur de la thérapeutique chirurgicale en une telle matière avoir des statistiques importantes. Tout autre est le problème thérapeutique posé par la constatation d'hémorragies occultes.

Voici un malade qui vient consulter pour la première fois ; le caractère de ses douleurs indique un syndrome ulcéreux ; il est pâle, ses muqueuses sont décolorées et on a tout lieu de supposer qu'il saigne ; il faut exclure de son alimentation la viande, l'extrait de viande, le bouillon, le poisson et pratiquer plusieurs jours de suite les réactions de Meyer et Weber. Positives, elles révèlent l'existence « d'hémorragies occultes ».

Au repos au lit, à la glace sur l'épigastre, on se contentera d'adjoindre un régime strictement lacté, si le malade souffre, on lui fera prendre du kaolin ou du bismuth ; enfin, s'il est affaibli par ces hémorragies minimes, mais déjà de longue durée, on donnera de l'hémostyl et on prescrira des injections d'huile camphrée.

On a coutume de dire que l'ulcère saigne par intermittence tandis que le cancer saigne d'une manière permanente. En réalité, l'ulcère saigne pendant les poussées évolutives, il est fréquent d'observer alors pendant un temps parfois assez long des réactions de Meyer et Weber journellement positives ; mais en règle, sous l'influence du traitement précité ces réactions deviennent négatives. Quand ces hémorragies occultes cessent, il faut examiner complètement le malade, pratiquer la radioscopie et le tubage de l'estomac et essayer le traitement médical de l'ulcère.

Lorsque ces hémorragies occultes persistent malgré le repos et la diète et lorsque le malade accuse un amaigrissement net, un changement dans le caractère des douleurs, il y a tout lieu, surtout s'il avoisine la quarantaine, de suspecter une transformation néoplasique de l'ulcère ; dans ces cas, il n'y a pas à hésiter et il faut conseiller l'intervention chirurgicale.

Ces hémorragies occultes relèvent donc plus en définitive du traitement général de l'ulcère de l'estomac que d'une thérapeutique immédiate.

En résumé, abondantes ou modérées, apparentes ou occultes, les hémorragies gastriques sont, avant tout, justiciables du repos, de la diète et des moyens hémostatiques que nous avons signalés. parmi lesquels la transfusion sanguine tient une place importante. Le traitement chirurgical doit être réservé aux hémorragies répétées, persistantes, occultes ou non.

CLINIQUE MÉDICALE

L'état du cœur dans l'emphysème.

D'après une leçon du professeur BEZANÇON (1).

L'emphysème pulmonaire est souvent un symptôme associé à d'autres manifestations, parmi lesquelles les scléroses pulmonaires jouent un rôle extrêmement important. Le retentissement que peuvent avoir sur le cœur, non pas seulement l'emphysème comme on le comprenait autrefois, mais les scléroses pulmonaires avec emphysème, et aussi les rigidités et déformations de la cage thoracique, aboutissent à ce que les anciens ont appelé la dilatation du cœur droit.

Corvisart avait signalé qu'au nombre des obstacles qui deviennent ordinairement causes des anévrysmes passifs du cœur, il y a place pour presque toutes les affections, tant aiguës que chroniques, du poumon. Il voit nettement les relations qui existent entre la gêne de la circulation pulmonaire et les troubles cardiaques.

Laënnec a décrit le cœur des phtisiques. Il a montré qu'il est petit. C'est ce qu'on appelle souvent aujourd'hui le cœur en goutte, le cœur vertical. Portal s'aperçoit que, dans certains cas, le cœur des phtisiques peut être ramolli et dilaté. La raison en est donnée surtout par Gouraud, qui, vers 1865, dit que le cœur est gros quand le tuberculeux est en même temps emphysémateux et scléreux. Le professeur Bard, de Lyon, montre que, dans la phtisie fibreuse, il y a souvent une hypertrophie avec dilatation des cavités droites. Grisolle dit que l'emphysème fait des gros cœurs. Le professeur Jaccoud dit qu'il s'accompagne d'une insuffisance tricuspidienne. Merklen, dans ses leçons sur les troubles fonctionnels du cœur, arrive à la notion des asystolies partielles. Il décrit d'abord l'asystolie des mitraux, enfin l'asystolie du cœur droit. Il dit que son caractère principal est la cyanose. On l'a appelée aussi l'asystolie pulmonaire. Merklen cite une première observation, celle d'un peintre en bâtiments, qui eut une première crise d'asthme à 25 ans. A 47 ans, il entra dans la phase cardiaque. Le facteur de l'âge joue, en effet, un rôle extrêmement important. Les anciens auteurs avaient signalé que l'emphysème s'aggrave avec la vieillesse.

Le malade de Merklen, qui avait débuté dans l'emphysème à l'âge de 25 ans, n'eut ses premières manifestations cardiaques qu'à l'âge de 47 ans. A ce moment, apparut de la dyspnée d'effort, d'abord avec les grands efforts, puis le malade avait de la peine à parler, à porter le moindre paquet, à manger, car la déglutition des aliments entraînait de la dyspnée. Enfin, cet individu présentait de la cyanose. Merklen a le mérite d'avoir le premier insisté sur la cyanose ; elle est marquée surtout au visage, aux mains, aux oreilles, au nez. Elle diminua à la suite d'une saignée. On constatait un cœur volumineux, et même un bruit de galop.

Mais ce malade était en même temps un cardio-rénal ; c'est pourquoi cette première observation de Merklen est moins typique que la deuxième.

Celle-ci concerne un homme de 64 ans, entré dans le service, asphyxiant et délirant, avec un certain degré de fièvre. On pensa à un cas de granulie généralisée. La cyanose existait à un haut degré à la face et aux mains, en même temps qu'une congestion du foie et de l'œdème des membres supérieurs et inférieurs. On donna de la digitale, sous forme de pilules de Lancereaux (scille, scammonée et digitale), sans aucun résultat. On fit des applications répétées de ventouses scarifiées , sans résultat, mais après une saignée de 350 grammes, le malade ressuscita en quelques heures. Dans ces états, en effet, la véritable thérapeutique consiste dans la déplétion de la circulation veineuse, et la véritable médication, c'est la saignée.

Ce malade était tout simplement un ancien emphysémateux qui était arrivé à une phase d'asystolie aiguë du cœur droit. Il était sujet aux bronchites depuis l'âge de 32 ans, et jusqu'à 62 ans, c'est-à-dire pendant 30 ans, il avait bien supporté ses bronchites et son emphysème ; il était entré dans la phase cardiaque depuis deux ans ; cette phase cardiaque avait été relativement bien tolérée jusqu'au jour où était survenue une de ces complications, banales pour les individus bien portants, extrêmement graves, terribles même, pour les malades présentant de l'emphysème, de la sclérose pulmonaire et qui sont en imminence de défaillance cardiaque.

Avant Merklen, on rattachait l'asystolie pulmonaire à l'insuffisance tricuspidienne, caractérisée par le souffle systolique de la région xiphoïdienne, les œdèmes périphériques et la congestion du foie. Le mérite de Merklen est d'avoir attiré l'attention sur le symptôme cyanose. Cette cyanose traduit surtout la gêne de la circulation veineuse. Elle tient en partie à l'anoxhémie, c'est-à-dire à ce que, du fait des lésions pulmonaires, le sang s'oxygène mal, mais, en même temps, à un certain degré de stase. Cette cyanose est permanente, et subit des exacerbations au moindre effort. Il y a aussi une cyanose de

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 décembre 1927, recueillie par le Dr LAPORTE.

décubitus : quand le malade passe de la position verticale à la position horizontale, la dyspnée et la cyanose augmentent.

Merklen précise que, dans les asystolies du cœur droit, en dehors de la dyspnée et de la cyanose, on peut trouver une congestion du foie, assez précoce, et s'accompagnant, lorsqu'on le recherche, de reflux hépato-jugulaire.

Les œdèmes, lorsqu'ils existent, portent plus sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs.

Les symptômes périphériques peuvent manquer, le symptôme fondamental étant la dyspnée et la cyanose. A l'auscultation, on ne trouve le plus souvent rien, et Merklen signale qu'il n'a jamais observé la fameuse insuffisance tricuspidienne de Jaccoud. Le pouls est régulier ; la pression artérielle est plutôt faible ; il n'y a généralement pas d'arythmie. Enfin, le pouls est souvent ralenti.

Cette asystolie survient souvent brusquement, à l'occasion d'une complication broncho-alvéolaire. On peut momentanément l'améliorer par la saignée, mais très rapidement le malade retombe, et tous les auteurs insistent sur la gravité de cette asystolie qui est, pour ainsi dire terminale ; les individus qui ont présenté ce syndrome, en général, ne résistent pas, ou ne survivent pas plus de quelques mois, rarement plusieurs années. Tel était l'état de la question en 1904, au moment où Merklen publiait ses travaux.

M. Douay établit une solidarité entre les phénomènes pulmonaires, les phénomènes cardiaques, et les phénomènes thoraciques. Il admet que, dans l'emphysème pulmonaire, les conditions de l'aspiration thoracique sont changées, et que, par conséquent, les lésions du cœur droit se produisent avec une facilité plus grande que dans d'autres maladies.

Les progrès techniques ont permis d'étudier la cardiologie sous d'autres formes et d'apporter des précisions nouvelles.

Tous les auteurs signalent combien il est difficile de délimiter les cavités cardiaques, dans les cas d'emphysème et de sclérose pulmonaire, par la percussion.

Le jour où l'examen radiologique est devenu possible, on a recouru à cette méthode. MM. Vaquez et Bordet, principalement, ont fait voir tout l'intérêt de ces études. Ils ont précisé les caractères que prend le cœur dans les différentes cardiopathies, et, en particulier, dans les lésions du cœur droit. En pareil cas, on peut trouver, surtout si la dilatation est assez ancienne, un aspect dit le cœur en sabot : par suite de l'énorme hypertrophie du ventricule droit, la pointe du cœur est remontée et relevée.

Les travaux de MM. Delherm et Chaperon, dans ces derniers temps, ont apporté une notion très importante sur le hile du poumon. Les aspects radiologiques dits hilaires sont dus, en partie, à l'artère pulmonaire.

Dans certains cas, le tissu pulmonaire est modifié par des dilatations vasculaires. Dans ces cas, il peut se produire une diminution de la transparence, une obscurité pulmonaire, tenant à la réplétion du poumon par le sang. Il est souvent très difficile de dire ce qui appartient à la sclérose pulmonaire et aux lésions vasculaires.

Il n'est pas sans intérêt d'étudier la pression veineuse, suivant la technique de MM. Villaret et Saint-Girons. Elle est souvent augmentée chez les vieux tuberculeux fibreux avec emphysème, s'élevant à 18, 20, 25 et même 31 (mesurée en colonne d'eau) ; chez les asthmatiques, au cours de la crise d'asthme, il y a une dilatation cardiaque temporaire, démontrée par l'étude de la pression veineuse et par la radiologie.

La question de l'asystolie du cœur droit a été l'objet, dans ces derniers temps, de nouveaux travaux, qui ont confirmé les données du passé, pour une grande part, mais qui, sur certains points, montrent que la question est beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait cru jusque-là. C'est ce qui ressort, notamment, d'un travail important de M. Lutembacher, qui s'est attaché à l'étude de ces asystolies droites consécutives aux affections pulmonaires. Avant la période des accidents graves, dans certains cas, on peut, par l'auscultation, trouver un éclat diastolique de l'artère pulmonaire. La radiologie montre l'aspect du cœur en sabot.

L'exploration de la région hépatique, d'après M. Pouliot, peut indiquer l'imminence de dilatation du cœur droit : le foie est un peu gros, douloureux, et même on peut avoir un reflux hépato-jugulaire. M. Lutembacher dit que, chez les emphysémateux surtout, et les vieux asthmatiques, on voit souvent des palpitations qui coïncident avec des irrégularités du cœur d'origine auriculaire.

D'après M. Laubry, on a donné beaucoup trop d'importance aux signes périphériques, et trop négligé l'examen du cœur. On trouve quelquefois un souffle systolique dans la région de l'appendice xiphoïde, mais ce n'est pas un souffle d'insuffisance tricuspidienne, c'est un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. A la région de l'artère pulmonaire, on trouve un souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire. Enfin, dans certains cas, on peut trouver un redoublement du premier bruit et un bruit de galop droit. On a trop parlé du ralentissement des bruits cardiaques : on peut observer de la tachycardie, dans certains cas. Pour faire de la cyanose, il n'est pas suffisant d'avoir de l'emphysème et de la sclérose pulmonaire, il faut une lésion de l'artère pulmonaire elle-même, ou du réseau artériel du poumon.

Le professeur Bard, avec M. Curtillet, a montré que, dans certains cas, la cyanose pouvait être due à ce que les conditions de pression changent ; à un moment donné, la pression augmentant dans le ventricule droit, il se fait une recommunication par le trou de Botal. Les observations de ce genre sont rares. M. Lutembacher en a publié deux. D'après les travaux d'auteurs récents, de Buenos-Ayres, il y aurait une maladie complexe touchant à la fois la bronche, l'alvéole et les vaisseaux du poumon, avec étiologie syphilitique possible.

L'UTILISATION PRATIQUE DES RÉCENTS PROGRÈS DANS LA THÉRAPEUTIQUE ANTITUBERCULEUSE (1)

Messieurs,

Qui ne sut se borner ne sut jamais écrire.

J'ai besoin de me rappeler cette vérité au moment où j'entreprends de transcrire les réflexions observations et souvenirs ayant trait à une aussi vaste question et que je rassemble depuis l'invitation à cette journée, les retrouvant au cours d'une période de dix-huit ans de pratique médicale.

Ne sachant si c'est le voisinage de Berck ou si c'est la propagande méthodique de votre Comité, allant jusqu'aux confins de la Picardie qui m'a valu cette invitation, je ne puis mieux faire que de remercier votre sympathique président de la Société médicale, rencontré jadis en des heures sombres que nous n'avons pas oubliées, et votre dévoué secrétaire qui m'a transmis si aimablement votre ordre du jour.

Peut-être aurais-je pu me contenter d'écouter et de recevoir les leçons et les exemples venant de bouches autorisées. Quand une école compte des maîtres comme Pauchet et une pléiade de médecins et chirurgiens éminents comme les vôtres, on a tout intérêt à les entendre.

Ils savent si bien montrer les aspects scientifiques et pratiques des choses qu'il est osé de s'aventurer à leur suite. Je ne prétends trouver d'excuse à ma hardiesse que dans l'amitié de quelques membres de votre Société, de l'un surtout qui m'a encouragé à son insu en m'exhortant à suivre avec lui le « chemin du bonheur » dans l'activité et la volonté d'ordre et de progrès.

Il y a donc vraiment des progrès récents dans la thérapeutique antituberculeuse ?

Comment pouvons-nous, praticiens, espérer les utiliser ? Telles sont les deux questions que je me suis promis d'envisager brièvement, sans prétention scientifique, m'en référant aux enseignements des maîtres.

Votre ordre du jour, les articles de nos périodiques mentionnant le rajeunissement des méthodes anciennes, leur adaptation ingénieuse aux acquisitions quasi-quotidiennes, les innovations de toutes sortes dans l'ordre médical ou chirurgical en témoignent. Malgré le vent de scepticisme et de critique outrancière qui souffle parfois au point de tout emporter, nous pouvons l'affirmer, il y a des progrès énormes dans la thérapeutique qui nous occupe, les communications diverses vous l'ont d'ailleurs démontré.

Pour les apprécier à leur juste valeur, il faudrait parcourir tous les domaines de spécialisation et toute la gamme de la thérapeutique depuis l'hygiène et la diététique jusqu'à la chirurgie, en passant par les agents physiques avec leurs rayons X, ultra-violets, rouges, infrarouges, l'oxygène, l'ozone, l'électricité sous toutes ses formes et, en particulier la diathermie et la haute fréquence, sans oublier les innombrables produits de la pharmacopée (terres rares, huiles camphrées, cholestérinées, complexes biologiques et opothérapiques, voire radifères de toutes sortes) qui se présentent parfois sous les patronages les plus autorisés et les plus consciencieux. Que dire de ces merveilleuses interventions chirurgicales (exérèses totales, greffes dans les maux de Pott et même dans les formes cavitaires de la T. P., thoracoplastie, phrénicectomie, etc... ?

Le pneumothorax artificiel n'a-t-il pas élargi singulièrement ses indications, ne réclamant plus d'une façon aussi stricte l'intégrité du poumon non opéré ?

C'est le Dr Armand-Delille qui signalait à l'Académie trois cents cas de Forlanini effectués, dans des lésions bilatérales, chez des enfants et même des sujets d'âge moyen, avec un pourcentage très appréciable de guérison.

Si nous abordons la question des sérums et des vaccins, que ne dirons-nous pas de ces méthodes ?

Est-ce exagéré de prétendre qu'elles ne constituent pas seulement la voie de l'avenir, mais qu'elles ont presque réalisé déjà dans le présent ce que nous en attendions ?

D'autres peuvent, au nom de la doctrine, et nous n'aurons pas la prétention de les discuter, douter de leurs résultats, nous sommes, du moins par!è-je pour moi, des croyants à la sérothérapie et à la vaccinothérapie. Nous sommes des convaincus désireux de suivre jusqu'au bout cette voie déjà si bien frayée, pour assurer, dans le sillon des Pasteur, des Villemin, des Landouzy, des

(1) Communication à la Journée médicale d'Amiens, le 29 janvier 1928.

Letulle, des Calmette et de plusieurs autres, la guérison solide et certaine de ces malheureux qui nous intéressent aujourd'hui. On en pourrait citer beaucoup de nos contemporains qui ont éclairé de lueurs saisissantes l'obscurité où nous marchions péniblement à travers les réactions humorales, ces vieux spectres ressuscités sous les noms d'allergie, de sensibilisation, d'immunisation.

D'autres, plus autorisés, ont célébré comme il convenait cette merveilleuse vaccination par le B. C. G.

Après avoir salué le prof. Calmette et avoir dit avec quelle émotion nous avions enregistré les résultats dus à son vaccin qui appartiennent désormais à l'histoire, qu'il me soit permis de citer le nom d'un homme, d'un savant qui nous apporte avec son sérum et son vaccin les fruits de trente ans de travaux sans relâche, le prof. André Jousset. Je ne vous apprendrai pas grand'chose, car vous avez pu lire comme moi dans la presse ses communications à ce sujet. Si j'en parle, c'est parce que j'eus l'honneur de le rencontrer en 1916, d'employer avec lui son sérum qui se montrait alors déjà singulièrement puissant dans les formes fébriles. Son vaccin pour les formes chroniques ferme ainsi, avec son sérum, le cercle où désormais la maladie se trouve isolée, sinon vaincue complètement.

Les indications du vaccin de Jousset sont les suivantes (je transcris exactement la notice à son usage). « Il convient à toutes les *tuberculoses chroniques*, constructives ou destructives. Son succès dépend uniquement de la résistance générale du malade. On peut donc y recourir chez les suppurants chroniques et les cavitaires, eussent-ils une forte fièvre si leur état général reste bon. Doit être éliminé tout sujet cachectique, tout sujet à courbe thermique irrégulière, tout malade à cutiréaction nulle ou douteuse. La tuberculose pulmonaire limitée à l'infiltration simple d'un sommet est rapidement améliorée par quelques injections de vaccin ; les formes ulcéreuses exigent au contraire un traitement prolongé consistant en trois ou quatre injections mensuelles, d'ailleurs minimes et peu offensives mais qui, continuées sans interruption amènent la disparition et la *stérilisation définitive dess crachats*.

Les tuberculoses des séreuses, suppurées ou non, s'amendent quelquefois avec une rapidité surprenante. Les adénites et synovites suppurées sont favorablement et rapidement améliorées par le vaccin, mais à condition qu'un acte opératoire large et hardi libère la collection suppurée comme s'il s'agissait d'une suppuration aiguë banale.

Pour les *tuberculoses osseuses*, les résections, grattages, ablation de séquestres précéderont de quelques jours l'application du vaccin.

Les tuberculoses génitales, vésicales ou rénales sont également justiciables de la vaccinothérapie. Elle est, dans bien des cas, l'auxiliaire indispensable du chirurgien.

La plupart des tuberculides ou tuberculoses cutanées sont rapidement guéries par le traitement vaccinal.

Seul le lupus présente une certaine résistance qui exige des injections ininterrompues.

La vaccinothérapie est un précieux adjuvant dans nombre d'interventions dirigées contre la tuberculose. Elle seconde admirablement le pneumothorax artificiel. Quand l'efficacité de ce dernier demeure incertaine, que la maladie tend à s'installer du côté sain, il suffit souvent de quelques doses de vaccin pour tout remettre en bon ordre.

On cessera le traitement vaccinal *si le malade n'en bénéficie pas immédiatement* ou quand le sujet apparaîtra cliniquement guéri, ce dont on jugera chez les pulmonaires par la disparition de la fièvre, de la toux et des crachats, par les sensations du malade, le bien-être, le relèvement de l'appétit et des forces, beaucoup plus que sur les signes d'auscultation et que sur l'examen radiologique des lésions dont la guérison anatomique est toujours très lente et souvent même irréalisable, telles les cavernes pulmonaires. »

Devant de telles affirmations Messieurs, devant de tels faits, n'êtes-vous pas d'avis que nous touchons presque au but ? On ne peut exprimer qu'un regret, c'est celui de ne pouvoir utiliser aussi largement qu'on le voudrait une préparation qui n'est pas encore commercialisée, pour le vaccin du moins.

Je me reporte à 1919 quand, sur les données du Dr Stéphen Chauvet à qui je dois tant, j'avais été mis en rapport avec un éminent bactériologiste au sujet de l'introduction en France de ses vaccins antituberculeux (l'un pour les formes pures, l'autre pour les formes associées).

Encouragés par les succès remarquables, tant par leur rapidité que par leur constance et leur durée obtenus depuis 1916 avec les vaccins du même savant dans les cas d'angines, d'otites, d'anthrax, de bronchites et bronchopneumonies, nous avions été amenés à désirer une large expérimentation en France de ces produits antituberculeux d'ailleurs répandus presque universellement. Je me rendis en Italie et après bien des difficultés dont je vous fais grâce, je recevais de quoi opérer largement et je décidais deux maîtres à faire l'application de ces vaccins dans leurs salles d'hôpital. Quels que fussent les résultats excellents sur l'appétit, la fièvre, l'état général, après quelques mois d'essais et, malgré toute notre bonne volonté, nous devions renoncer à les désigner en France comme produits curatifs.

Si j'ai rappelé ces souvenirs, et je m'en excuse, c'est pour montrer avec quelle impatience, nous attendions ce que Calmettte a si bien réalisé pour

les sujets indemnes, et ce que Jousset, à côté de Vaudremer et d'autres, ont réalisé en partie pour les sujets déjà atteints par le bacille.

Ne sommes-nous pas autorisés à dire que nous avons de bonnes armes constituant un progrès indéniable ?

Un aperçu des progrès médicaux et chirurgicaux vis-à-vis de la tuberculose étant ainsi fait, comment allons-nous pouvoir utiliser tous ces procédés ? En aurons-nous seulement la possibilité ?

Ici, Messieurs, il faut bien avouer que souvent nous n'avons pas cette possibilité d'utilisation, spécialement chez les indigents. Pour les cas chirurgicaux que de fois nous sommes obligés de faire appel au dévouement de nos confrères dont les seuls honoraires sont la gratitude ou le contraire !

En définitive, les malades sont toujours opérés à temps et dans de bonnes conditions. La difficulté consiste surtout dans l'utilisation *courante* des médicaments considérés comme spécifiques ou à leur défaut d'adjuvants éprouvés. Il en est de même pour l'utilisation courante des moyenss de diagnostic (rayons X, examens de laboratoire) et des moyens de cure par appareils (rayons X, U. V., oxygénothérapie, transfusion du sang, spirométrie).

Ne vous apparaît-il pas que le seul moyen d'aboutir est de constituer soit des centres de diagnostic et de cure dans les agglomérations, un peu importantes, soit de former des équipes par secteurs médicaux à rayons plus ou moins étendus, chaque praticien ayant pour rôle d'assurer, concurremment à la médecine générale une spécialisation ?

Notre souci constant doit être d'arriver à réaliser dans la profession, la taylorisation qui a si parfaitement réussi dans les autres domaines. L'art, guidé par la mesure et la conscience, évitera toujours les exagérations et les spéculations qui répugnent au caractère médical et ne sauvegardent pas la dignité du malade.

Au Touquet-Paris-Plage, il nous a été assez aisé, dans un milieu privilégié, grâce à des concours qui jamais ne nous ont fait défaut, d'organiser un de ces centres groupant hygiéniste, chirurgien, oto-rhinolaryngologiste, oculiste, medecins d'ordre général, chirurgien-dentiste et sages-femmes, avec salles de consultations et d'opération, laboratoire d'examens, rayons X et ultra-violets, désinfection. L'inspection des écoles utilise tous ces services pour la prophylaxie, le dépistage des lésions à leur début et des insuffisances respiratoires qui les préparent, faisant ensuite la rééducation spirométrique. La consultation des nourrissons et la maternité permettent d'entreprendre facilement la vaccination des nouveau-nés. Nous surveillons systématiquement la cuti-réaction des suspects.

Il nous a paru intéressant de signaler une réalisation qui assurera au mieux la thérapeutique de progrès que nous visons et qu'il nous faudra mettre en œuvre, si nous voulons, en face des prétentions législatives touchant les assurances sociales, nous trouver unis pour organiser, sans esprit de fonctionnarisation, dans le cadre de la profession, tous les soins et en particulier ceux contre la tuberculose.

Trouvant ici des pharmaciens et des médecins, je m'en voudrais de ne pas saisir l'occasion d'émettre quelques vœux qui seront ma conclusion :

1° Que pour les assistés de tous genres, victimes de la guerre, et indigents, il soit établi une liste *unique* des médicaments autorisés ;

2° Que cette liste comprenne les spécialités indispensables, les produits de tous ordres reconnus les meilleurs, sans exclure les produits opothérapiques, les sérums et les vaccins ;

3° Que les variations se rapportant au tarif du Syndicat général des pharmaciens, tout au plus annuelles, soient notifiées aux médecins comme aux pharmaciens ;

4° Que la limitation du prix des ordonnances si elle doit exister soit compatible avec une thérapeutique complète.

Si on la fixe à 15 francs, comme dans notre département, il n'est même pas possible de prescrire un thermomètre dont le prix est légèrement supérieur. Peut-on vraiment engager ainsi une lutte sérieuse contre la tuberculose ?

Au moment où l'on sent le besoin d'intensifier la lutte contre ce fléau, il n'était pas inutile de faire ressortir la nécessité de la lutte *par les praticiens eux-mêmes*, investis de la confiance des pouvoirs publics, secondés par eux dans leur action soit au domicile même des malades, soit dans les centres de diagnostic et de cure s'il se peut et préférablement. Les armes ne leur manqueront pas pour accomplir leur œuvre.

Si ces vues n'étaient pas admises, la lutte ne saurait être efficace et les nouveaux sanatoria seraient bientôt insuffisants. Nous sommes ainsi ramenés au cœur même de la thérapeutique, faite de confiance et d'espoir que votre belle journée médicale permettra de réaliser pour la guérison de la tuberculose.

Dr Decreton,
Le Touquet-Paris-Plage (P.-de-C.).

LE CANCER MALADIE LOCALE OU AFFECTION GÉNÉRALE ?

Par le docteur Sebenq.

Il est permis désormais, d'envisager le problème du cancer sous ses deux formes essentielles : maladie locale ou générale ? C'est, croyons-nous, une question qui s'impose.

De récents et consciencieux travaux, preuves irréfutables à l'appui, plaident avec une telle persuasion en faveur du cancer affection générale que nous croyons utile, par ce modeste article, de comparer ces deux conceptions en pesant la valeur réelle des arguments de chacune d'elles pour en tirer tel enseignement logique qu'elles comportent, tant au point de vue scientifique que pratique.

Dans l'intérêt de la question, avant de pénétrer dans le vif de la discussion, nous prions instamment le lecteur d'écarter toute idée préconçue, et de ne prendre uniquement en considération que les faits matériels que nous allons exposer ici, avec une complète impartialité.

Les partisans du cancer maladie locale sont de deux ordres principaux : les uns considèrent la localisation cancéreuse comme étant d'origine parasitaire, les autres la croient consécutive à des troubles cellulaires.

Les parasitaires admettent l'intervention de certains microbes spécifiques qui sont restés introuvables malgré de louables efforts. Il nous semble donc que tous les travaux basés sur cette croyance sont des plus hypothétiques. L'intervention d'un parasite paraît d'autant moins explicable que les tumeurs sont constituées par la prolifération locale des éléments de l'organisme, et que toutes les néoplasies produites, soit par extension du foyer primitif, soit à distance par métastase, dérivent de ces éléments proliférés. Admettons qu'un parasite s'implante dans un organe quelconque, ses ravages ne porteront que sur une espèce de tissu qui réagira selon ses habitudes, mais son influence sera nulle sur la nature et l'aspect des lésions qui se développeront au voisinage. Il en est tout autrement pour le cancer : Est-il né de l'épithélioma cutané, il gardera toujours et partout le type de l'épithélioma pavimenteux. De même un épithélioma cylindrique, un sarcome ou un chondrome ne procréeront respectivement que de l'épithélioma, du sarcome ou du chondrome partout où il se formera des métastases : La différence avec une poussée d'infection parasitaire est flagrante.

Jusqu'à présent tous les essais de culture ont échoué. Les inoculations sont restées négatives, car nous estimons qu'en aucun cas il n'a été prouvé que la transmission pût être le fait de parasites indépendants des cellules elles-mêmes. L'étude minutieuse du processus montre que la cellule transmise aux souris seule prolifère et constitue la nouvelle tumeur. La greffe cancéreuse semble donc soumise aux mêmes lois que les greffes de tissus normaux (Ménétrier).

Pour établir d'une manière scientifique la nature parasitaire du cancer, il eût fallu d'abord isoler le parasite, sinon le cultiver, et reproduire expérimentalement l'affection en excluant tout apport de cellules cancéreuses d'un organisme à l'autre. Dans ce cas seulement la démonstration serait concluante.

La contagion du cancer n'est pas démontrée davantage : la fréquence du cancer de l'utérus contraste avec l'extrême rareté du cancer des organes génitaux de l'homme.

La théorie cellulaire n'éclaire pas davantage la question. La plus connue est celle de Cohnheim « qui considère que toutes les tumeurs sont d'origine congénitale, ce qui était déjà démontré pour tout un groupe : kystes dermoïdes, nævus, tératomes etc. Pour les autres, il en serait de même, car les tissus embryonnaires seuls seraient capables d'une force proliférative suffisante pour former des masses néoplasiques sans demeurer assujetties au plan d'organisation. Mais comment admettre que ces cellules, ne présentant aucune propriété spéciale, puissent par la prolifération dégénérer en cancer si une impulsion de l'organisme tout entier ne leur était donnée ? Il faut donc quelque chose de plus que la simple existence de ces proliférations embryonnaires pour constituer le processus néoplasique. Seule la conception qui considère le cancer comme une affection générale est susceptible de nous donner la raison de ces proliférations subites, par suite des modifications pathologiques de tout l'organisme.

De ce bref exposé, il est permis de conclure que la théorie pasasitaire et la théorie cellulaire ne reposent sur aucun fait précis. D'éminents esprits, qui considèrent le cancer comme une maladie exclusivement locale, déclarent qu'une tumeur récente ne récidive pas après son ablation. Cette objection serait d'une valeur irrésistible si la réalité des faits la justifiait ; mais, malheureusement, tous les praticiens savent par expérience qu'il n'en est rien, car, quelles que soient les précautions prises, le pronostic d'une tumeur maligne comporte toujours de prudentes réserves après l'intervention chirurgicale, et si réellement le cancer était une affection locale, comment concevoir ces fréquentes récidives ? Il y a vraiment là une contradiction.

Les succès opératoires indéniables que l'on

fait valoir comme un argument péremptoire en faveur du cancer maladie locale ne prouvent, en réalité, qu'une chose : c'est que l'organisme du cancéreux est susceptible, au même titre que dans n'importe quelle affection pathologique, de réagir une fois débarrassé de sa fâcheuse localisation.

Examinons maintenant l'ultime argument du savant Lyonnais M. Auguste Lumière, qui considère le cancéreux atteint d'une affection exclusivement locale parce qu'il ne présente, non seulement aucun trouble général au début de sa néoformation, mais qu'il a toutes les apparences d'une personne en bonne santé.

Il est évident qu'*à priori*, cet argument pourrait paraître prépondérant, mais en réalité, il ne résiste pas plus que le précédent à un examen approfondi de la question, car, les viciations biologiques et les signes cliniques, malgré leur variabilité, démontrent suffisamment l'existence de certaines perturbations humorales initiales chez le cancéreux et constituent parfois d'excellents éléments de diagnostic précoce. Nous citerons en premier lieu les réactions d'Ascoli et Fischer, de Botelho, de Thomas et Benetti, qui donnent, règle générale, de précieuses indications dès la naissance d'une néoformation. Ces réactions étant basées exclusivement sur les modifications précoces du sérum sanguin du cancéreux, il serait difficile de les expliquer autrement que par une altération préalable de son sang.

D'autre part, les variations de densité et la toxicité précoce du sérum sanguin du cancéreux sont un fait acquis, ainsi que l'accumulation de l'urée et du glycogène dans tout son organisme.

Les troubles globulaires, assurément plus accusés à un stade avancé de l'évolution néoplasique, n'existent pas moins souvent au début d'une néoformation, ainsi qu'il nous a été donné, en maintes circonstances, de le constater.

Les signes cliniques englobent des troubles psychiques et physiques complexes et il suffit d'un interrogatoire minutieux des malades pour en tracer la symptomatologie.

Quant aux apparences extérieures de certains cancéreux auxquelles M. Lumière paraît attacher quelque importance, nous savons tous quelle valeur on peut leur accorder, car maintes fois, au cours de notre carrière, nous avons été consultés, en particulier par des diabétiques, paraissant en excellent état physique, et qui, cependant, étaient gravement atteints.

Pour toutes ces raisons et beaucoup d'autres que nous ne pouvons énumérer dans ce cadre restreint, nous pensons que le cancer n'est pas une maladie essentiellement locale, quel que soit l'attrait que cette théorie exerce encore aux yeux de beaucoup.

Tout autre est la conception sur le cancer de notre maître et ami le Dr Baronaki, qui soutient depuis une douzaine d'années, preuves tangibles à l'appui, que le cancer est une affection générale, d'une symptomatologie suffisamment caractérisée, dont la localisation n'est que la conséquence tardive. Cette affection générale, d'origine humorale, paraît être consécutive à des déviations endocriniennes. De ces déviations, résulte d'abord une viciation séro-sanguine, et, ensuite, celle de la composition du milieu de l'organisme. Finalement, il se produit, non seulement une rupture de l'équilibre des échanges nutritifs intimes, mais des troubles fonctionnels des organes hémopoïétiques. Ainsi, les corrélations intimes entre les éléments tissulaires et le milieu nutritif étant troublées, la cellule se trouve atteinte dans sa nutrition et ses fonctions. C'est à un stade de ces perturbations organiques que la cellule, privée de son ferment hormonal régulateur, est susceptible de devenir le siège d'une prolifération anormale pour constituer le point de départ d'une néoplasie. Certaines influences extérieures telles qu'une érosion, une irritation, un traumatisme, une cicatrice ou un obstacle embryonnaire comme un nævus, un tératome, etc., peuvent favoriser l'éclosion de la néoformation si le terrain s'y prête, car, pour que le cancer naisse et se développe, il faut, non seulement une disposition humorale particulière, mais un milieu spécial pour sa progression locale.

C'est sur ces principes que le Dr Baronaki a établi, en parfaite concordance avec sa conception, un traitement organo-chimique qui a amplement fait ses preuves.

Telle est, très succinctement, cette théorie sur la genèse des néoplasmes. Elle est d'autant plus séduisante qu'elle éclaire d'un jour nouveau la pathogénie du cancer restée jusqu'ici obscure et qu'elle résout, en grande partie, sa thérapeutique, soit en association avec la chirurgie et les agents physiques, soit isolément pour toutes les variétés de néo-pavimenteux récents, les récidives et toutes les formes inopérables.

En terminant, nous ajouterons enfin que nous avons largement puisé les arguments de cette discussion dans la dernière brochure du Dr Baronaki « Les néoplames et leur thérapeutique médicale ».

Etant un des premiers convaincus de la matérialité des faits énoncés, nous sommes heureux, par ce modeste article, de rendre hommage à l'auteur.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les traitements actuels de la paralysie générale.

Les recherches de ces dernières années ont permis d'*ajouter aux médicaments mercuriels, bismuthiques* et arsenicaux, deux méthodes particulièrement importantes de traitement, sur lesquelles insiste le Dr TINEL : ce sont les arsénicaux pentavalents et l'impaludation.

Mais il faut bien remarquer que, loin de supprimer les autres traitements employés jusqu'ici, ces méthodes ne font qu'en compléter les effets et en renforcer l'action.

Les arsenicaux pentavalents (stovarsol, tréparsol) accusent des résultats vraiment supérieurs à tous ceux observés antérieurement.

Le traitement habituellement pratiqué consiste en injections intraveineuses quotidiennes de stovarsol, 1 gramme environ. En pratique, on peut commencer par 0,50 et augmenter rapidement jusqu'à 1 gramme, pour atteindre même, à la fin de la série, des doses quotidiennes de 1 gr. 50. Les injections intraveineuses sont répétées 15 à 20 jours de suite, représentant une quantité globale de 20 à 22 grammes de stovarsol par série de piqûres.

Puis, on renouvelle plusieurs séries semblables de 15 à 20 piqûres, en laissant entre chaque série un intervalle d'un mois environ.

Les mêmes doses peuvent du reste se faire en injections sous-cutanées ou intra-musculaires, mais elles semblent nettement moins efficaces. En tous cas, chez la plupart des malades, la tolérance est parfaite. Les accidents d'intoxication arsenicale, et en particulier les éruptions cutanées, sont vraiment exceptionnelles. Le seul danger, très grave, il est vrai, réside dans la fréquence de la névrite arsenicale du nerf optique, accident évoluant rapidement vers une cécité plus ou moins complète (8 p. 100 des malades traités).

Cependant, on obtient 33 p. 100 d'améliorations considérables contre 66 p. 100 de résultats médiocres ou nuls.

C'est bien souvent au cours même de la première série que se manifeste l'amélioration ; si bien que, dès la première ou la deuxième série, on est fixé sur les résultats probables du traitement et sur l'opportunité de continuer plus longtemps cette même indication. Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont particulièrement nettes ; mais elles n'ont qu'une importance secondaire, et ne sont pas nécessairement parallèles avec les améliorations cliniques.

Pas plus d'ailleurs qu'aucune autre médication arsenicale, le stovarsol et le tréparsol ne donnent dans la paralysie générale de résultats définitifs ; ils ont besoin d'être sans cesse renouvelés tous les trois ou quatre mois par de nouvelles cures, au risque de voir réapparaître les troubles nerveux indiquant une nouvelle poussée évolutive.

Quant à l'impaludation, on s'est arrêté sur la forme tierce bénigne du paludisme. Celle-ci est réalisée facilement par l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire de 5 à 6 cc. de sang veineux d'un paludéen à accès francs ; il semble indifférent que le sang soit prélevé au cours ou dans l'intervalle des accès, mais toujours chez un malade non traité par la quinine.

Les manifestations de ce paludisme expérimental sont très différentes selon les malades ; mais, en général, c'est entre le 8e et le 11e jour qu'apparaît le premier accès franc, précédé pendant deux ou trois jours d'une légère fièvre d'invasion. Dès lors, les accès se répètent à peu près régulièrement. Quand les accès sont nettement caractérisés, on laisse en général, si l'état du malade le permet, se dérouler une dizaine d'accès successifs sans autre traitement que la surveillance de l'état général et de la diurèse, quelques tonicardiaques, des boissons abondantes, quelques lavements ou laxatifs, un régime hypotonique. Après ces dix ou douze accès, l'infection paludique est coupée par la quinine à raison de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour, pendant quelques jours.

C'est donc un traitement violent, et il est contre-indiqué chez les vieillards, les cardiaques, les rénaux ou les tuberculeux, les malades affaiblis ou en état de dénutrition accentuée. Dans tous les cas, il est sage de préparer le malade à l'avance pendant quelques jours par l'administration de quelques toniques, et, en particulier par une petite cure arsenicale. Ceci dit, chez les malades bien surveillés, le danger de l'impaludation est minime.

Le traitement antisyphilitique sera réalisé, avec avantages, avant et après l'impaludation.

La plupart des statistiques accusent une amélioration dans 35 à 40 p. 100 des cas. Elle s'obtient d'autant plus facilement que le malade est en meilleur état général et plus résistant, et que la maladie est d'apparition plus récente, et en dehors de périodes évolutives. Elle est, en ces cas, à la fois clinique et anatomique. On a pu observer la disparition presque complète des troubles psychiques ; mais les signes neurologiques (syndrome pupillaire, réflexes, etc.), sont très rarement modifiés. L'état général est, en

général, nettement influencé de manière favorable.

Mais, dans un nombre de cas assez élevé, le traitement reste sans effet : ni amélioration, ni aggravation.

Quant aux rechutes, chez les malades qui ne sont pas soumis à un sérieux traitement d'entretien, on observe généralement au bout de quelques mois une reprise de l'évolution paralytique.

A remarquer que toutes les méthodes donnent environ 30 à 40 p. 100 de cas favorables ; mais cette concordance des chiffres incite à se demander si ce parallélisme des résultats ne correspond pas, en réalité, à une certaine proportion des cas de paralysie générale, qui, par leur nature même, seraient plus accessibles aux actions thérapeutiques. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1927.)

La clinique et l'anatomie pathologique pratique ; les caillots métrorragiques.

Maurice Letulle estime, à juste titre, qu'un examen microscopique est indispensable, car il mettra souvent le médecin traitant à même d'établir sur une base solide un diagnostic jusque-là mal précisé, sinon hésitant. La moindre parcelle de substance paraissant étrangère au sang et tranchant, par sa coloration, sa forme ou sa consistance, sur les blocs coagulés qui l'entourent, doit être recueillie sur-le-champ, avec un soin méticuleux ; elle est plongée sans retard et sans malaxations brutales, dans une suffisante quantité de liquide conservateur (alcool ou, mieux, solution de formol à 5 p. 100) et portée, en toute hâte au laboratoire.

Que de fois on découvrira, à l'occasion de caillots dysménorrhéiques ou ménorragiques, la preuve d'une grossesse arrêtée dans sa marche et les signes d'une infection utérine, cause ou conséquence de l'avortement. Ce n'est pas qu'il soit toujours aisé de trouver, ni même de reconnaître quelque villosité placentaire à demi détruite, noyée parmi les lacs de fibrine et de globules rouges qui l'enserrent de toutes parts.

D'autre part, la proportion parfois inusitée des leucocytes et tout spécialement des polynucléaires immigrés dans les espaces interstitiels permettra d'établir la double constatation d'un avortement et d'une métrite infectieuse.

Bien mieux, par comparaison avec l'état normal du tissu « cytogène » on établit, sans peine, que l'on est en présence d'une muqueuse utérine profondément modifiée, en hypertrophie évidente, telle qu'on la voit, soit au cours de l'hyperémie cataméniale, soit du fait de l'imprégnation ovulaire dans la grossesse incipiente. (*La Presse médicale*, 24 août 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Que valent les statistiques du cancer.

(M. Auguste Lumière. — *Académie de médecine* ; 14-2-1928.)

M. Auguste Lumière montre qu'il n'est pas possible d'utiliser les statistiques officielles pour étudier les relations pouvant exister entre la genèse des tumeurs malignes et les races, les coutumes, l'alimentation, la civilisation, le climat, la nature géologique du sol, etc. Ainsi, par exemple, tandis que dans le département de l'Aveyron et dans celui de la Lozère on note une mort par cancer pour 153 et 160 décès, dans le Rhône, le chiffre est de 1 pour 14, dans la Seine 1 pour 12.

A Lyon, dans le 2e arrondissement de la ville, la léthalité par cancer atteint 11 %, soit le double de celle des autres quartiers. Cela tient à ce que dans cet arrondissement se trouvent l'Hôtel-Dieu et le centre anti-cancéreux régional. Si l'on rapporte les décès aux domiciles d'origine des malades, on trouve au contraire que le 2e arrondissement de Lyon est celui où il meurt le moins de cancéreux.

Les statistiques en question ne sauraient offrir de valeur que si leurs bases sont remaniées. Pour les dresser, il y aurait lieu de tenir compte du domicile réel des malades, ce qui se heurte à des difficultés et en particulier au secret professionnel. Ces difficultés, toutefois, n'apparaissent pas insolubles.

La mortalité des nourrissons assistés. Comment l'améliorer ?

(M. Louis Mourier — *Académie de médecine* ; 14-2-1928.)

La diminution constante du nombre des nourrices au sein a obligé l'Assistance publique de Paris à recourir à l'élevage au biberon pour les enfants assistés. Malgré les soins apportés dans ce service, la mortalité des petits abandonnés a varié, pendant la période de 1916 à 1920, entre 30 et 40 pour 100.

En raison d'un aussi fort déchet, l'administration dont M. Mourier est le directeur s'est efforcée de rendre plus efficace la surveillance des enfants, par la création, en 1921, de centres d'élevage pourvus d'infirmières-visiteuses, où les nourrissons séjournent jusqu'au sevrage (quinze mois, en général). Cette organisation a déjà donné des résultats encourageants, la mortalité des enfants ayant baissé de

30 et 40 % à 16 et 15 %. Ce progrès déjà très appréciable, ajoute M. Mourier, a pu être accru encore.

Un fait particulier avait été remarqué. Les nourrissons malingres ou malades que l'on avait coutume de retenir à l'hospice jusqu'à mise en meilleur état de leur santé, mouraient en nombre moindre que les enfants sains élevés dans les centres. On en déduisit que l'envoi prématuré dans le centre d'élevage offrait pour le nourrisson un danger provenant du défaut d'accoutumance au lait de vache. L'Assistance publique de Paris fonda alors à Antony une pouponnière qui en dehors des malingres (50 lits environ) garde les enfants normaux (60 à 80 lits) pour les adapter progressivement à la nourriture du centre d'élevage, c'est-à-dire au lait de vache stérilisé. L'accoutumance est obtenue en constituant, les premiers jours, la totalité des biberons avec du lait de femme ou du lait condensé et en substituant progressivement le lait de vache à ces laits. En général, au bout de 2 mois, la tolérance s'est produite et le nourrisson peut être envoyé au centre d'élevage.

Le résultat de cette combinaison de la pouponnière et du centre d'élevage a été, en 1927, le suivant : sur un effectif de 1.246 enfants, la mortalité, déjà tombée à 15 %, s'est abaissée à 7 %, inférieure à la mortalité générale infantile en France qui atteint 12 %.

Asthénie bulbaire.

(MM. E. Apert, Odinet et Long. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-1-1928.)

MM. Apert, Odinet et Lang rapportent un cas d'asthénie intense suivie de mort due à une compression du bulbe par l'apophyse odontoïde. Leur malade, jeune fille de 15 ans, se plaignait depuis un certain temps d'asthénie profonde, de troubles de la déglutition et de la respiration (sans dyspnée), d'atonie générale. Ce syndrome rappelait la *paralysie asthénique bulbaire d'Erb-Goldflam.* Il y manquait seulement les symptômes bulbaires supérieurs (chute des paupières, etc.). La patiente ayant succombé, on trouva à l'autopsie une compression du bulbe par l'apophyse odontoïde remontée dans le trou occipital. Le point de départ des lésions était une luxation de l'atlas, d'origine difficile à préciser, traumatique probablement.

Anémie pernicieuse gravidique guérie par la méthode de Whipple.

(MM. P.-N. Deschamps et A. Froyez. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-1-1928.)

L'anémie pernicieuse gravidique est généralement considérée comme l'un des plus graves états qui soient. Il était intéressant, dès lors, d'essayer contre elle le traitement par l'ingestion de foie de veau selon la méthode américaine de Whipple.

MM. Deschamps et Froyez ont eu l'occasion d'observer une femme enceinte de 6 mois entrée à l'hôpital, dans le service de M. Clerc, avec un syndrome typique d'anémie grave et un chiffre globulaire ne dépassant pas 1.800.000. On soumit la malade à l'ingestion quotidienne de 250 gr. de foie de veau cuit pendant trois semaines. Durant cette période, le chiffre globulaire remonta à 5.000.000 et tous les signes cliniques disparurent. Accouchement à terme normal.

Au point de vue clinique, une telle anémie rentrait bien dans le cadre de l'anémie pernicieuse gravidique, si bien précisé dans une revue d'ensemble de M. Aubertin. On y retrouvait le début insidieux dans les six premiers mois de la grossesse, l'éclosion des accidents graves vers le sixième mois, l'apparition d'œdèmes, d'albuminurie, le tableau hématologique. La malade, toutefois, était une primipare, alors que la plupart du temps l'anémie pernicieuse gravidique frappe des multipares.

L'évolution de l'anémie a été totalement différente de ce qu'elle est d'habitude. Toutes les observations concordent pour affirmer l'impossibilité d'une rémission, quel que soit le traitement institué, tant que le fœtus n'est pas expulsé. L'accouchement, spontané ou provoqué, ne parvient pas toujours, d'ailleurs, loin de là, à enrayer l'évolution mortelle.

« La guérison d'une anémie pernicieuse confirmée de la grossesse, dit M. Aubertin, avant l'expulsion du fœtus, n'a jamais été observée ». Le cas de MM. Deschamps et Froyez est donc un succès remarquable à mettre à l'actif de la méthode de Whipple. Le foie de veau fut pris, ici, à peine cuit, en tranches légèrement passées à la poêle; l'ingestion de foie râpé dans du bouillon ayant été moins bien supportée.

Dans l'opinion première des auteurs américains, la méthode de Whipple n'avait d'efficacité que dans l'anémie pernicieuse cryptogénétique du type Biermer. Les faits démontrent que l'action de ce traitement déborde les limites primitivement fixées à ses indications. L'anémie pernicieuse gravidique rentre en effet dans le groupe des anémies symptomatiques.

— M. Aubertin estime également que la cure de foie de veau peut agir sur les anémies graves *symptomatiques.* Il a suivi, avec M. Bith, une malade atteinte d'anémie cancéreuse chez laquelle l'ingestion de foie associée à une seule transfusion fit monter en trois semaines le chiffre globulaire de 1.500.000 au-dessus de 3 millions.

Radiumthérapie du cancer de la vessie.

(M. Ingebrigtsen, de Stravanger, Norvège. — *Soc. de chirurgie* ; 23-11-1927.)

M. Ragnwald Ingebrigtsen rapporte un cas de cancer de la vessie qu'il a traité par le radium et qui est guéri depuis sept ans. Le diagnostic histologique avait été précisé par une biopsie.

L'auteur rapproche ce cas favorable des conclusions plutôt pessimistes vis-à-vis de la radiothérapie

des cancers de la vessie formulées au Congrès de 1927 de Bruxelles.

Un cas de « chlorome » de l'humérus.

(M. Lecène. — *Soc. de Chirurgie* ; 30-11-1927).

Sous le nom de *chlorome* (ou cancer vert des os, d'Aran), on décrit certaines tumeurs rares du squelette qui ont comme caractère particulier de présenter une teinte verte sur la coupe de la pièce fraîche. En général, ces tumeurs ont été observées chez des sujets jeunes et au niveau des os du crâne, de l'orbite, de la face et du rachis.

M. Lecène a eu l'occasion d'opérer il y a un an un de ces chloromes bien localisé à l'extrémité supérieure de l'humérus. L'examen de la pièce montra l'humérus engainé d'une couche de tissu pathologique vert pomme et dans l'extrémité supérieure de l'os deux noyaux de coloration verte en pleine épiphyse. Il s'agit de myélocytome dont la malignité est certaine.

L'origine de la coloration verte reste inexplicable. M. Lecène remarque que nous ne savons pas beaucoup mieux expliquer pourquoi le pus des suppurations banales à staphylocoques est lui aussi souvent d'un beau vert.

Vaccinothérapie de la mammite aiguë de l'allaitement.

(M. Antoine Basset. — *Soc. de chirurgie* ; 14-12-1927.)

M. Basset présente, en son nom et au nom du Dr Bourlakoff, une malade atteinte de mammite aiguë de l'allaitement qu'il a traitée avec bon résultat par la vaccinothérapie. Le traitement a consisté en injections *dans la peau du mamelon* de stock-vaccin anti-staphylococcique (1/4 de cent. c., réparti en quatre piqûres, chaque fois). Deux injections ont été suffisantes.

Extraction d'un clou de l'intestin chez un nourrisson.

(M. Jean Quénu. — *Société de chirurgie* ; 7-12-1927.)

Appelé, comme chirurgien de garde, à soigner un enfant de 7 mois qui avait avalé six heures auparavant un clou volumineux provenant d'une voiture d'enfant, M. Jean Quénu constata à la radioscopie l'ombre du corps étranger au-dessus et à droite de l'ombilic, la pointe tournée vers la droite. Le clou était certainement dans l'intestin grêle, car en palpant l'abdomen on déplaçait aisément son ombre. Après avoir attendu et constaté vingt minutes plus tard la même position du clou, M. Quénu intervint et enleva le corps étranger qui mesurait près de 5 centimètres. Suites opératoires simples et sortie de l'hôpital, en excellent état, le dixième jour.

Dans son rapport sur l'observation de M. Quénu, M. Paul Mathieu rappelle que tous les corps étrangers déglutis par l'enfant et ayant passé dans l'intestin grêle ne sont pas généralement justiciables d'une intervention, même lorsqu'ils sont pointus. La conduite semble aujourd'hui bien tracée. Dès qu'un corps étranger pointu est dégluti par un nourrisson, une série d'examens radiologiques est nécessaire. En pratique, la plupart des corps étrangers pointus cheminent grosse extrêmité en avant et s'éliminent par les voies naturelles. Toutefois, si l'arrêt fixe est constaté à plusieurs examens successifs, si la pointe est menaçante, le chirurgien, placé dans de bonnes conditions techniques, ne devra pas hésiter à intervenir

Cordotomie antéro-latérale pour algie cancéreuse.

(M. Yves Delagénière. — *Soc. de chirurgie* ; 7-12-1927.)

M. Yves Delagenière, chez une femme atteinte d'algies intenses provoquées par un cancer avancé du col utérin pratiqua une cordotomie antéro-latérale. Le soir même de l'opération les douleurs, qui nécessitaient des injections incessantes de morphine, avaient disparu.

— M. Robineau, dans son rapport sur l'observation de M. Yves Delagenière, constate que la cordotomie entre dans la pratique courante. L'opération a de grands avantages et aussi quelques inconvénients : rétention d'urine, petites escarres.

— M. de Martel croit la cordotomie très utile aux cancéreux souffrant de douleurs vives. C'est une opération bénigne, que l'auteur a pratiquée cinquante-huit fois.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Péricardite tuberculeuse avec gros cœur primitif.

MM. H. Gardère et J. Rousset présentent des pièces provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Courmont entré à l'hôpital avec des signes d'épanchement pleural droit, sans phénomènes de tuberculisation. Cet épanchement évolua vers la résorption et le malade sortit volontairement du service quoique encore subfébrile et conservant un peu de liquide à sa base. Près d'un an plus tard, le malade revint, présentant une forte dyspnée et de l'œdème des membres inférieurs. A l'examen, nombreux râles dans les deux poumons ; base gauche mate et silencieuse ; tachycardie (120-140) ; abdomen tendu, foie douloureux ; urines rares, foncées, avec gros disque d'albumine. Le malade meurt la nuit après son entrée.

A l'autopsie : on trouve du liquide dans la plèvre gauche ainsi que dans le péritoine, qui présente des granulations tuberculeuses. Les poumons présentent également des lésions tuberculeuses ; il en est de même du foie. Le péricarde renferme un épanche-

ment de sérosité louche avec des exsudats gélatineux à sa surface. Cœur énorme avec hypertrophie des deux ventricules. Les reins sont simplement congestionnés, la rate est normale. En somme, il s'agit d'un gros cœur primitif, sans lésions valvulaires, ni lésions rénales. A noter aussi la présence de tubercules dans le foie avec intégrité de la rate.

Epithélioma de l'œsophage thoracique. Généralisation à la trachée cervicale.

MM. LANNOIS et GAILLARD relatent l'observation d'un homme de 56 ans, entré à l'hôpital pour dyspnée et dysphonie progressives. L'examen laryngoscopique montrait une paralysie récurrentielle bilatérale incomplète, sans lésion laryngée.

Il n'y avait pas de dysphagie et la radioscopie ne montrait rien d'anormal du côté de l'œsophage. Par contre, la trachéoscopie montrait, à 3 centimètres sous la glotte, une sténose trachéale assez serrée. L'évolution ultérieure et l'autopsie montrèrent qu'il s'agissait d'une métastase à distance d'un cancer œsophagien de la partie thoracique.

Gangrène des extrémités.

MM. BÉRARD, BARBIER et GUILLEMINET présentent un malade qui fut atteint de gangrène bilatérale des extrémités inférieures et amputé de la jambe gauche. L'intérêt du cas est dans une radiographie de la jambe amputée, faite après injection de lipiodol dans les artères et montrant que le système des gros troncs artériels était libre et que les oblitérations ne siégeaient que dans les vaisseaux distaux. La connaissance de ces faits fut utile pour la suite du traitement ; pour les lésions du pied droit, on se borna à une désarticulation de Chopart, dont les suites ont été simples.

Endométriome dans une cicatrice de déchirure périnéale.

M. VIOLET relate l'histoire d'une femme qui eut, il y a quatorze ans, une déchirure du périnée ; depuis deux ans, s'est développée au niveau de cette cicatrice une petite tumeur du volume d'une amande, douloureuse à la pression ; cette tumeur augmentait de volume et devenait plus douloureuse à des dates fixes correspondant au milieu de la période intermenstruelle. M. Violet pratiqua l'ablation de cette tumeur que l'examen histologique montra être un endométriome. Quant à l'origine de cette néoformation, il s'agissait vraisemblablement d'une greffe de muqueuse utérine dans la déchirure périnéale lors de l'accouchement.

Endométriome dans une cicatrice de laparotomie.

MM. GOULLIOUD, J.-F. MARTIN et MICHON apportent une observation analogue à la précédente, mais concernant un endométriome développé sur une cicatrice de laparotomie pratiquée pour un volumineux fibrome utérin ; la transplantation des cellules d'origine utérine a sans doute été favorisée par l'ouverture de la cavité utérine au cours de l'intervention.

Kyste de la queue d'un cornet.

MM. REBATTU et GARCIN. — Malade opérée d'un kyste de la queue du cornet inférieur de la fosse nasale droite ; il s'agit là d'une lésion fort rare.

Tuberculose généralisée consécutive à un rein tuberculeux exclus.

M. R. CADE présente une pièce provenant de l'autopsie d'une malade morte dans le service de M. Bonnamour, où elle était entrée avec des signes d'infiltration des deux sommets, et où elle avait présenté à la fin de sa vie, des symptômes abdominaux (douleurs, diarrhée, météorisme) qui firent penser à de la péritonite tuberculeuse, mais sans aucun symptôme urinaire. L'autopsie montra des lésions tuberculeuses classiques des deux poumons et des deux plèvres. L'intestin était couvert de granulations et de gros ganglions caséeux existaient dans le mésentère et divers points du péritoine; nombreuses ulcérations intestinales. Foie graisseux avec périhépatite intense, lésions caséeuses de la trompe droite. Enfin, le rein gauche était entièrement transformé en un amas d'abcès froids et complètement exclu. Il est permis de penser qu'il y avait là un processus tuberculeux ancien qui semble avoir été la lésion primitive, origine de toutes les autres. Le rein tuberculeux exclu a été interprété parfois comme un processus de guérison de la tuberculose rénale ; mais cette guérison n'est qu'apparente.

Maladie de Recklinghausen.

MM. LAROYENNE et BOUYSSET présentent un malade atteint d'une paralysie complète des sciatiques poplités interne et externe avec pied tombant en varus équin ; il y a de l'hypoesthésie à la jambe et de l'anesthésie du bord externe et de la plante du pied ; il existe de l'atrophie des muscles de la jambe et sur la peau du dos du pied une vaste zone de pigmentation. Abolition des réflexes achilléens et plantaire de ce côté. A la face postérieure de la cuisse, on trouve une volumineuse tuméfaction allongée, indolente. En poursuivant l'examen, on découvre disséminées sur le tégument une série de petites saillies cutanées, ainsi que des taches lenticulaires brunâtres. La palpation profonde des gros troncs nerveux permet enfin de constater la présence de quelques nodules disposés en chapelet sur la face interne des deux bras. Cet ensemble symptomatique fait poser le diagnostic de syndrome de Recklinghausen, auquel on rattache la tumeur de la cuisse.

Enfoncement ouvert de l'os frontal.

M. MALLET-GUY. — Homme de 42 ans qui fut

renversé par une automobile et amené à l'hôpital avec, entre autres plaies faciales et crâniennes, une fente verticale du front avec des signes locaux de fracture de l'os frontal ; hémorragie par les deux narines. Intervention d'urgence après injection de sérum antitétanique. Epluchage de la plaie frontale qui mène sur le foyer de fracture : le frontal est effondré sur quatre doigts environ ; il y a issue de matière cérébrale, les sinus frontaux sont ouverts. On enlève les esquilles et on laisse un drain. Pendant quarante-huit heures, le blessé reste dans un demi-coma avec délire et agitation extrême. Puis tout rentra dans l'ordre ; le malade garda seulement de la diplopie par parésie du grand oblique, diplopie qui est actuellement en voie d'amélioration.

Hydropisie intermittente de la vésicule biliaire et tuberculose sous-hépatique.

M. Mallet-Guy présente une jeune fille envoyée à l'hôpital pour appendicite. On relève dans les antécédents un abcès froid de la cuisse, une adénite cervicale, une congestion du sommet droit avec bronchite. Depuis trois ou quatre ans, crises douloureuses dans la moitié droite de l'abdomen, avec constipation, nausées et vomissements. La palpation réveille une douleur diffuse dans la fosse iliaque droite, sans localisation nette au point de Mac-Burney, mais avec irradiation lombaire. On pratique une appendicectomie ; l'appendice est trouvé un peu gros et hypervascularisé. Suites simples. La malade quitte l'hôpital paraissant guérie. Elle revient un mois et demi après, ayant présenté dans l'intervalle des crises douloureuses dans l'hypochondre droit avec irradiations à l'épaule droite, nausées et vomissements bilieux. A la palpation de la région sous-hépatique, on note une douleur diffuse et une contracture très marquée de la paroi ; on perçoit une masse peu nette qui semble être la vésicule. Il semble qu'on doive admettre le diagnostic de péritonite tuberculeuse localisée à la région sous-hépatique avec hydropisie intermittente de la vésicule. Les résultats du tubage duodénal confirment cette hypothèse, qu'appuient surtout les antécédents bacillaires de la malade.

Société médicale des hôpitaux.

Phénomène de la « boule musculaire » dans un cas de syringomyélie.

MM. Bériel et A. Devic rapportent l'observation d'un malade atteint de syringomyélie typique, chez lequel ils ont constaté le phénomène de la « boule musculaire », symptôme considéré classiquement comme ne s'observant que dans les myopathies. Lorsque ce malade contractait son biceps gauche, on voyait très nettement se former une boule dans sa partie médiane.

Syringomyélie avec absence presque complète de troubles objectifs de la sensibilité.

MM. Bériel et Bocca. — Femme de 47 ans, ayant présenté divers incidents pathologiques antérieurs, peut-être syphilitiques (quatre fausses couches, paralysie d'une corde vocale soignée à l'iodure, crises nerveuses avec perte de connaissance) ; apparition depuis quatre ans et demi de gène dans le membre supérieur gauche, puis de douleurs extrêmement violentes ; développement progressif d'une paralysie atrophique de la ceinture scapulaire avec état spasmodique des membres inférieurs. Recherches humorales entièrement négatives au point de vue syphilis. Evolution progressive malgré divers traitements. Dans les derniers temps, on note des troubles extrêmement limités de la sensibilité objective ; le peu d'importance de ceux-ci fit rejeter l'hypothèse de syringomyélie et le diagnostic hésita entre une sclérose latérale, une myélite syphilitique scléreuse et une tumeur intra-médullaire. Une intervention montra une dilatation de la moelle cervicale par une masse centrale liquide. L'autopsie, bien qu'ayant dû être limitée à la région opératoire, montra l'aspect classique de la moelle en roseau de la syringomyélie.

Sur la rigidité parkinsonienne.

MM. Froment et Paufique attirent l'attention de la Société sur ce fait que la rigidité parkinsonienne se déplace quand se modifie l'attitude statique : par exemple, le malade assis dans son lit, le dos non étayé, a le poignet très figé et le cou-de-pied assez souple ; s'il se met en décubitus dorsal (sans oreiller) c'est l'inverse que l'on observe. Rien de pareil dans l'hypertonie pyramidale.

Méningo-encéphalite hémorragique tuberculeuse.

MM. Bonnamour et R. Cade présentent une pièce provenant de l'autopsie d'une malade de 23 ans entrée à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire à forme aiguë broncho-pneumonique qui, au bout de trois mois se compliqua de troubles nerveux consistant en douleurs dans l'épaule droite, en phénomènes parétiques dans le membre supérieur, puis dans le membre inférieur droits. Il y avait de la céphalée, de la constipation, des nausées, parfois de légers vomissements. On notait à l'examen une raideur marquée de la nuque et une ébauche de Babinski à droite. On fit le diagnostic de méningite tuberculeuse avec phénomènes hémi-parétiques. L'autopsie montra, outre les lésions tuberculeuses des poumons, du foie, des reins et du tube digestif, une congestion intense des méninges avec de nombreuses granulations le long des vaisseaux à la surface des hémisphères. Ces granulations étaient presque confluentes au niveau de l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando du côté gauche. En outre, les coupes pratiquées après durcissement dans le

formol montrèrent l'existence d'un foyer de ramollissement hémorragique situé au niveau du lobule paracentral.

Visibilité de l'aorte thoracique aux rayons X.

MM. Bonnamour et Badolle. — Normalement, l'aorte thoracique est, on le sait, invisible aux rayons X. Vaquez et Bordet ont montré les premiers que dans certains cas, elle pouvait devenir visible et que cette visibilité présentait trois degrés : le premier dans lequel la partie horizontale est seule visible, mais sans atteindre la colonne, le second dans lequel l'opacité atteint le rachis en même temps que se voit le commencement de la portion descendante, le troisième enfin dans lequel la totalité de l'aorte thoracique est visible dans l'espace clair jusqu'au diaphragme. MM. Bonnamour et Badolle ont repris cette étude et montré, dans de précédents travaux, que le premier degré de Vaquez et Bordet était de type constant de *l'aorte sénile*, les deux autres étant beaucoup moins fréquents et pouvant s'observer chez des sujets jeunes. Ils présentent aujourd'hui 17 clichés, dont 5 représentent des aortes du second degré de Vaquez et Bordet et 12 des aortes du troisième degré. L'âge des sujets va de 32 à 77 ans. Il n'y a pas là uniquement une question d'athérome. Ce n'est pas non plus une question de tension, celle-ci variant chez ces sujets de 8,5/4 à 19/11. Les auteurs inclinent à adopter l'opinion de Leconte qui pense que l'opacité aortique est due en pareil cas à une aortite ou à une périaortite d'origine variable : syphilitique, infectieuse, tuberculeuse même.

Maigreur d'origine hérédo-syphilitique.

MM. Mouriquand, Bernheim et Lesbros présentent un enfant de 12 ans qui, à son entrée à l'hôpital, pesait 30 kgr. pour une taille de 1 m. 38. Aucun signe clinique autre qu'une déformation typique des tibias en lame de sabre. Wassermann du sang très positif. Un traitement bismuthique fait passer le poids de 30 à 32 kgr. Un certain nombre de maigreurs peuvent donc relever de l'hérédo-syphilis.

Epidurite rachidienne suppurée.

MM. Mouriquand, Bernheim et Lebros. — Fillette de 12 ans 1/2, envoyée à l'hôpital pour méningite cérébro-spinale. Début quatre jours auparavant par des douleurs au niveau du sacrum. Les jours suivants, céphalée, frissons, nausées. A l'entrée, température : 39° ; ni prostration, ni céphalée. Raideur de la nuque, Kernig très net, pas de raie méningitique ; réflexe cutané plantaire en extension à droite. Sept ou huit tentatives de ponction à différents étages du rachis, sans résultat ; à la dernière seulement, en retirant le mandrin du trocart, on a une goutelette de pus très épais, teinté de sang, dans lequel l'examen direct montre de nombreux cocci. Plus de quinze tentatives de ponction sont faites par la suite ; deux fois seulement on obtient une gouttelette de pus. Mort trois jours après l'entrée. A l'autopsie, dès qu'on enlève les lames vertébrales on trouve un véritable lac de pus, de couleur chocolat, étendu depuis le trou occipital jusque dans le canal sacré ; ce pus est situé *dans l'espace épidural* ; il n'y a pas de méningite, ni rachidienne, ni cranienne ; le cerveau est normal. L'origine de cette suppuration se trouvait dans une ostéomyélite de l'aileron sacré droit.

Gommes tuberculeuses à type sporotrichoïde.

MM. Gaté et Christy présentent l'observation d'une femme de 46 ans entrée à l'hôpital pour une lésion ulcéreuse de la jambe gauche : ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs, à fond suppurant, à bords décollés et entourée d'une auréole inflammatoire. On pense à de l'ecthyma. Il existe en même temps une arthralgie du poignet droit ; examen négatif au point de vue gonococcie. La lésion ne s'améliorant pas par le repos, on pense à la syphilis, d'autant qu'il existe de l'inégalité pupillaire et un Wassermann légèrement positif. Mais le traitement spécifique reste sans effet. On assiste, par contre, à une véritable éclosion de nodules dermiques et hypodermiques en différents points du tégument ; ces nodules se ramollissent, présentant une zone centrale dépressible entourée d'un bourrelet dur, puis s'ulcèrent et donnent un pus mal lié, parfois hémorragique. Les ensemencements de pus sur milieu de Sabouraud sont restés négatifs, ce qui élimine l'idée de sporotrichose. Par contre l'inoculation au cobaye démontra la nature tuberculeuse de ces manifestations.

Deux cas de sclérodermie.

MM. Bériel et D. Devic présentent deux observations de sclérodermie dont l'une concerne une femme dont l'affection a débuté il y a deux ans par des douleurs articulaires suivies de prurit au niveau des mains. Actuellement la peau est très épaissie au niveau des mains, du cou, des épaules et de la poitrine. Mais l'intérêt du cas réside dans le fait que cette sclérodermie coexiste avec une atrophie musculaire du type myopathique siégeant au niveau des deux épaules. La seconde observation est celle d'un homme qui fut présenté à la Société par l'un des auteurs en 1912 ; il avait alors un état sclérodermique très net de la face et du cou, avec trismus très accusé. Or, ce malade, qui avait suivi un traitement par la thyroïdine, est actuellement considérablement amélioré.

Compression médullaire par pachyméningite.

MM. Bériel et A. Devic rapportent l'observation d'un jeune homme de 21 ans, ayant eu en décembre 1923 une méningite cérébro-spinale. En juin 1924, apparition d'une paraplégie qui en un mois rend le

malade complètement impotent. A son entrée à l'hôpital, on note : paraplégie totale ; réflexes rotuliens normaux, achilléens, cutanés abdominaux et crémastériens abolis ; Babinski bilatéral ; pas de douleurs ; sensibilité obtuse dans toute la moitié inférieure du corps ; escarres sacrées. Spina bifida occulta au niveau de S^1. On fait une injection de lipiodol par ponction sous-occipitale : le lipiodol s'arrête à trois hauteurs : D^1, D^5 et D^8. Plusieurs tentatives de ponction lombaire n'ont ramené qu'une goutte de liquide céphalo-rachidien. Une intervention est pratiquée : laminectomie sur la cinquième dorsale ; on trouve seulement un gros épaississement de la dure-mère. Il est possible qu'il se soit agi d'une pachyméningite tuberculeuse développée dans la convalescence de la cérébro-spinale.

Péricardite tuberculeuse. Epanchement évacué par ponction axillaire.

MM. Mouriquand, Bernheim et Lesbros rapportent l'observation d'un enfant de 5 ans qui présentait un gros épanchement péricardique, avec zone de matité très étendue, débordant largement la région précordiale et s'étendant à toute l'aisselle et à la sous-aisselle. Ayant trouvé le maximum de matité au niveau de l'aisselle, c'est à ce niveau que l'on pratiqua une ponction exploratrice d'abord, puis une ponction évacuatrice de 400 centimètres cubes. Le liquide était hémorragique et on ne put y déceler aucun microbe, mais l'inoculation au cobaye en démontra la nature tuberculeuse. Le liquide ne s'est pas reproduit par la suite et, au point de vue fonctionnel, l'enfant paraît guéri, sous réserve d'une symphyse possible.

Hémophilie. Hémothérapie maternelle.

MM. Bertoye, Brunat et Rochet relatent l'observation d'un enfant de 4 ans, dont un oncle est hémophile et qui lui-même saigne facilement à l'occasion de plaies minimes. L'enfant fait une chute et deux jours après les parents constatent une pâleur extrême avec faiblesse et augmentation de volume de la tête et amènent l'enfant à l'hôpital : on constate l'existence d'un volumineux hématome étendu à toute la région cranienne. Cet épanchement va en augmentant les jours suivants, en même temps que la pâleur et l'affaiblissement. On fait alors une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sang maternel prélevé par ponction veineuse sans adjonction de citrate de soude. Le lendemain l'épanchement cesse de s'accroître et le poids s'améliore. On continue les injections tous les deux ou trois jours, puis à des intervalles plus éloignés pendant près d'un mois et demi (huit injections en tout). L'hématome s'est complètement résorbé et l'enfant a pu quitter l'hôpital.

L'hypertension artérielle à évolution dépressive et cachectisante.

MM. A. Dumas et Dubouloz décrivent un syndrome qu'ils ont observé chez des sujets atteignant ou dépassant la soixantaine et qui est constitué par un état de dépression, perte de la mémoire, prédisposition aux vertiges et quelquefois à la syncope et aboutissant à un véritable état cachectique. Ces sujets présentent une hypertension modérée mais qui dérive d'un état hypertensif franc antérieur. D'après les auteurs, l'état de dépression paraît être, en pareil cas, la conséquence et non la cause de l'abaissement de la tension artérielle. D'où la conclusion à laquelle ils arrivent, c'est que chez certains hypertendus arrivés à un âge avancé, quand ils n'ont ni hypertrophie du cœur, ni symptômes d'insuffisance cardiaque, il ne faut pas chercher à abaisser la tension artérielle.

A. C.

Les Livres

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

A. Rouquier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.— **Précis de séméiologie neuro-psychiatrique à l'usage des praticiens**. (Un vol. in-8 de 272 pages avec figures : 32 fr.).

Ce livre met à la portée du grand public médical des notions de séméiologie, et aussi, dans une certaine mesure, de pathologie neurologique et psychiatrique. Il est très difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de s'occuper de neurologie sans faire de psychiatrie, et réciproquement. L'auteur résume, d'une façon claire et précise, ce qu'il importe de connaître, de l'une et de l'autre, quand on veut diagnostiquer et traiter une affection du système nerveux.

Chargé d'un service de neuro-psychiatrie militaire dans lequel sont traités ou expertisés côte à côte des malades atteints de troubles neurologiques et des malades mentaux, le Dr Rouquier était bien placé pour le faire.

Pour permettre au lecteur de retenir les idées générales, acquises ou paraissant telles, avant d'aborder les cas concrets, il a adopté un plan original, en ce qui concerne la partie neurologique, et il étudie, successivement, la séméiologie générale et la séméiologie particulière de la voie pyramidale, du cervelet, et des voies cérébelleuses, des noyaux gris centraux et du système moteur extrapyramidal, les divers syndromes sensitifs, d'origine cérébrale ou médullaire, la séméiologie des atrophies musculaires progressives, celle du système nerveux périphérique, des syndro-

mes d'hypertension cranienne, des troubles du langage et du système organo-végétatif.

En ce qui concerne la séméiologie psychiatrique, sans négliger l'étude des grands syndromes mentaux chroniques évolutifs, le Dr Rouquier a particulièrement insisté sur celle des états psychopathiques constitutionnels, des troubles mentaux aigus, de diverses épilepsies, et sur les notions modernes concernant l'hystérie et les troubles pithiatiques ; ce sont, en effet, ces derniers que le praticien a le plus couramment l'occasion d'observer à l'hôpital ou en clientèle.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Cœur et vaisseaux, par Fr. Bordet. — **Sang et organes hématopoiétiques**, par A.-R. Turpin. (*In* : « Les Consultations journalières ». Un vol. in-16 de 440 pages avec figures dans le texte, cartonné : 28 fr., sauf variation).

Le Dr Bordet a résumé les notions qui sont indispensables à la recherche et à l'exécution des trois grandes indications qui dominent la thérapeutique cardiaque : l'insuffisance du myocarde, les troubles de l'appareil cardio-régulateur, l'existence de lésions inflammatoires évolutives.

Pour éviter l'inconvénient de formules thérapeutiques trop schématiques, l'auteur a groupé également la pathologie vasculaire autour des trois ou quatre grands facteurs qui doivent guider le médecin dans son œuvre de diagnostic et de traitement, à savoir : l'origine fonctionnelle ou organique de troubles circulatoires constatés, leur localisation et la nature de leurs causes.

Dans le même esprit, le Dr Turpin a exposé les notions pratiques de séméiologie et de thérapeutique hématologique, classant chaque maladie d'après ses dominantes sanguines, permettant ainsi au médecin de ne pas s'égarer dans l'imbroglio des maladies du sang et d'appliquer à bon escient des traitements héroïques, auxquels il doit parfois recourir. Rien n'a été négligé en particulier pour le renseigner sur la technique simplifiée de la transfusion.

Editions médicales N. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Collection « **Du symptôme à la maladie** », collection de guides de diagnostic clinique à l'usage du praticien. Tome I. F. Coste. — **Séméiologie médicale.** 6e édition 1927. (Un vol. 350 pages).

Dire aussi simplement que possible, au sujet de chaque symptôme dominant (vomissement, mauvaise digestion, hémoptysie, etc., etc.), comment il faut d'abord s'assurer de l'existence de ce symptôme ; puis dans quel sens il faut diriger l'interrogatoire et l'examen ; désigner les affections fréquentes auxquelles il faut d'abord penser, en rappelant, au sujet de chacune d'elles, les éléments du diagnostic différentiel ; les affections fréquentes éliminées, dire enfin les affections rares, tel est le but de ce travail. C'est un aide-mémoire , un guide pour arriver plus sûrement au diagnostic de la maladie.

Dans cette nouvelle édition quelques chapitres ont été supprimés, qui ont trouvé leur place ailleurs ; d'autres ont été ajoutés ; les aphasies, les délires, les enflures des membres inférieurs, les purpuras. Toutes les questions ont été revues et mises à jour.

Tome II. — Dr Cazalis, Barthes et Coulazou. — **Séméiologie des spécialités.** (Un vol. 385 pages, 80 figures dont 17 en couleurs, 1927. Prix: 35 fr., sauf variation).

Cette séméiologie des spécialités, il faut le dire, ne s'adresse pas au spécialiste ; elle ne lui apprendrait rien. Elle s'adresse uniquement au praticien de médecine générale. Sous la forme directe d'une causerie, elle conduit à l'occasion de chaque symptôme oculaire, nasal, pharyngé, laryngé, auriculaire ou génito-urinaire, à travers le dédale du diagnostic, signalant les erreurs et les dangers de la route.

C'est pour aider le praticien perplexe de savoir que faire, s'il faut garder le malade ou l'envoyer sans retard au spécialiste de la ville voisine, que ce livre a été écrit.

Editions de la Revue de Pathologie comparée et d'hygiène générales,
8, rue des Acacias, Paris.

Les phénomènes de photo sensibilisation, par MM. Pr Jausion, Dr-Vét.-Richert, Dufrenoy et Dr A. C. Guillaume. (Un fasc. in-8 de 165 pages. Prix : 20 fr.)

C'est la mise au point du problème biologique de la photosensibilisation.

Le Prof. Jausion étudie les *phénomènes de photosensibilisation en pathologie humaine.* Son travail a déjà fait l'objet d'une analyse détaillée dans le *Concours médical.*

La photosensibilisation chez les animaux est traitée par le Dr Vét.-Richert ; on observe ces phénomènes chez les animaux comme chez l'homme. Toutes les maladies à photosensibilisation traduisent des intoxications chroniques par ingestion d'aliments végétaux contenant certains principes fluorescents. Elles exigent pour se manifester l'action ultérieure, sur la peau, de rayons solaires suffisamment intenses. Leur syndrome commun consiste en accidents digestifs, nerveux et cutanés, ces derniers localisés en général aux régions claires ou découvertes. Les radiations solaires qui déterminent les troubles sont des infra-rouges.

J. Dufrenoy, dans sa monographie sur la *photosensibilisation chez les végétaux,* dit que les réactions de la cellule végétale vis-à-vis de l'irradiation dépendent non seulement des qualités de la radiation ressentie au moment considéré, mais en-

core des effets différés, des irradiations antérieurement ressenties. Toute modification de l'éclairement, par un effet de choc, détermine des phénomènes de photo-sensibilisation. Enfin ceux-ci sont favorisés par l'action photodynamique de corps optiquement actifs colorés ou fluorescents.

Au Dr A. C. Guillaume nous devons : *Physique et physiologie générales de la photosensibilité et des phénomènes de photosensibilisation.* Il est possible par l'emploi de certains artifices, de transformer la photo-sensibilité d'un individu normal en degré de photo-sensibilité pathologique. D'après leur cause et leur mécanisme, ces accidents se classent en accidents par pénétration dans le milieu humoral (thérapeutique, alimentaire, accidentelle) de produits sensibilisants (directement ou indirectement) non détruits par les appareils organiques et en accidents spontanés sans identification possible d'une substance sensibilisante exagérée quelconque. Ce travail est à lire en entier, et se prête mal à une analyse sommaire.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, Paris.

Léon Schekter. — **Comment consulter ?** *Deuxième édition entièrement revue et complétée* (un vol. 172 p.).

Les Thèses

B. — Dr Paul Guinaudeau, interne des hôpitaux. — **Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale du post-partum par le sulfarsénol.** Travail de la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux (professeur M. Rivière).

Depuis quarante-six mois, dit le Dr Guinaudeau dans son travail inaugural, la fièvre puerpérale est combattue, à la clinique obstétricale de Bordeaux, uniquement par les arsénobenzènes. La mortalité par infection y a été de 0 en 1924 et 1925 et de 0,11 p. 100 dans les années 1926 et 1927, alors qu'elle était en moyenne de 0,33 p. 100 avant 1924.

La conviction de l'auteur en faveur de la thérapeutique par le sulfarsénol se base sur un total de 3.352 accouchements et sur 225 observations relevées Les avantages du sulfarsénol sont multiples : toxicité minime, injections sous-cutanées, absence d'accidents graves. Le zinc-sulfarsénol, dérivé organo-métallique, d'une toxicité moindre, peut lui être substitué à des doses de moitié inférieures.

Au point de vue curatif, ces médicaments se montrent au moins aussi actifs que les autres thérapeutiques, sauf dans les cas très graves, et doivent être employés précocément, dès l'apparition des symptômes infectieux.

Au point de vue prophylactique, le sulfarsénol doit être employé dans tous les cas où on a des raisons de redouter l'infection, et immédiatement après les accouchements compliqués.

Les injections doivent être répétées les jours suivants, si besoin est. Ainsi on aura, soit des suites normales, soit une infection atténuée.

Cette thérapeutique se montre au moins aussi active que la vaccinothérapie, et son action est plus immédiate. La vaccinothérapie locale semble seule donner des résultats aussi immédiats, mais elle nécessite des pansements intra-utérins, ce qui est une complication. La chimiothérapie par le sulfarsénol sous-cutané est donc préférable.

Les doses utilisées étant minimes peuvent être répétées et ne déterminent pas d'accidents graves. Elles sont : *a)* Pour le sulfarsénol, de 0 gr. 12 dans les cas ordinaires, de 0 gr. 18 dans les cas graves ; *b)* pour le zinc-sulfarsénol, de 0 gr. 06, cette dose pouvant être doublée sans inconvénient.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

A propos d'un article du Dr Toulouse.

Si je reviens sur cette question, c'est qu'elle a donné lieu, de la part d'un psychiâtre des plus distingués, à la publication, dans un de nos plus grands quotidiens, *Le Journal*, d'articles dont certains passages eussent gagné à n'être pas livrés en pâture au public ; car je cherche vainement le profit qu'il en aura pu retirer, alors que je crois bien discerner les inconvénients qu'ils peuvent offrir.

La loi de 1838 est mauvaise, écrit M. Toulouse, dans *Le Journal* du 10 février dernier, parce que : *elle donne d'abord trop de puissance au médecin... Or, un médecin n'est pas forcément compétent en psychiatrie, qui est la science médicale la plus complexe.*

L'auteur s'élève, en outre, contre la toute puissance du pouvoir administratif dans les placements d'office. Et il termine en déplorant la vieillesse de la loi, « *cette antique personne (qui) ne peut plus rien comprendre à l'assistance actuelle, qui spécialise les moyens d'action selon les cas... et qui n'a prévu que linternement pour la cure de la folie, alors que la grande majorité des psychopathes sont justiciables uniquement d'hôpitaux ouverts....* »

Dans un second article, le Dr Toulouse demande qu'aucun internement ne puisse être réalisé sans un certificat établi par un spécialiste, *le Psychiatre.*

Je rappelle brièvement que l'internement d'un aliéné s'effectue de deux façons distinctes : *par placement volontaire,* à la demande d'un membre de la famille ou de l'entourage, appuyée sur un certificat médical ; *par placement d'office,* prononcé par l'administration (préfet de police à Paris, préfets départementaux en province), après avis médical, habituellement autorisé.

Ce sont les placements volontaires qui ont donné naissance à la légende des séquestrations arbitraires. Et si je dis *la légende,* c'est que, je le répète avec Maurice de Fleury, jamais la preuve d'une pareille séquestration n'a pu être produite.

Or, des médecins n'en ont pas moins été inquiétés pour avoir délivré des certificats destinés à appuyer un placement volontaire.

Appartenait-il à l'un de leurs confrères, d'autant plus écouté qu'il occupe une place plus élevée dans la hiérarchie psychiâtrique, de clamer sur le forum que leur puissance fût trop grande, et d'aggraver cette proclamation par ce corollaire : fait d'autant plus grave qu'un tel pouvoir dépasse leur compétence ? Je réponds *non,* et j'ajoute que, en donnant à ses opinions une telle publicité, le Dr Toulouse a eu un geste dangereux et regrettable. Qui me dit que, demain, dans un prétoire de justice, un procureur ou un avocat ne se lèveront pas, agitant, de leurs mains frémissantes, l'article du Dr Toulouse, et ne s'en serviront pas pour requérir contre un modeste praticien impliqué dans une affaire de soi-disante séquestration ?

Les allégations de M. Toulouse sont donc d'une utilité contestable, dans un grand quotidien.

***

Quelle est donc cette puissance formidable dont disposerait l'omnipraticien, et que son habituelle incompétence ne lui permettrait pas d'employer utilement ? Quelle est son étendue ? Quelles sont ses limites ?

L'omnipraticien est appelé à examiner un malade présumé atteint de troubles mentaux qui le rendent insociable. Il établit un certificat dans lequel il définit, parfois inexactement, j'en conviens, la nature de ces troubles, qu'il a dû préalablement décrire ; mais où il peut conclure légitimement, ayant mesuré la réalité des réactions, dangereuses pour soi-même ou pour autrui, de ce malade, à la nécessité et à l'urgence de l'admettre dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales.

Fort de ce certificat, celui qui réclame le placement volontaire de ce malade (conjoint, ascendant, descendant, collatéral, ami) le conduit dans l'établissement qu'il a choisi, et l'y conduit par ses propres moyens ; il est, en effet, interdit au

personnel médical et subalterne de l'asile d'intervenir pour l'amener.

A l'asile, le malade est reçu par un médecin. A la porte de l'asile s'arrête donc la puissance du praticien qui a établi le certificat initial. Car ce médecin aura le devoir d'examiner, toute affaire cessante, cet entrant, afin d'envoyer dans les vingt-quatre heures, — *dans les vingt-quatre heures, vous entendez bien !* — son propre certificat à l'administration, et d'y relater son propre diagnostic, et la nécessité de maintenir le malade, tant pour l'y soigner que pour le soustraire aux conséquences de ses réactions antisociales.

Que réclame donc M. Toulouse, pour prononcer valablement l'internement d'un aliéné ? Un certificat d'un psychiatre ? Eh mais ! Le voilà, ce certificat, qui corrigera les inexactitudes techniques du médecin de la famille, et ses conclusions s'il y a lieu. Bien plus, ce certificat d'un psychiatre, ce n'est pas le seul qui réglera le sort de l'intéressé. Dans les huit jours de l'admission, un médecin inspecteur des asiles d'aliénés, délégué par l'administration, se présentera en effet, et, à son tour, examinera le malade, après quoi, il rédigera un rapport formulant un diagnostic et concluant au maintien ou à l'élargissement du malade. Deuxième certificat d'un spécialiste en psychiatrie, mandaté par l'administration, dont les intérêts sont par conséquent d'ordre général, et différents de ceux de l'asile, plus particuliers. Et quinze jours après l'admission du malade, obligation pour le médecin de cet asile d'adresser un nouveau certificat médical à l'administration.

Quelles autres garanties faut-il donc à M. Toulouse, contre cette puissancse formidable du médecin traitant ? Celles-là ne suffisent donc pas ? Où voit-on donc là-dedans la possibilité d'une séquestration, à moins que le personnel de l'asile et l'inspecteur des aliénés ne se fassent les complices du médecin traitant ?

La fameuse puissance du médecin de famille est donc d'un ordre de grandeur vraiment insignifiante, puisqu'encore une fois, elle s'arrête aux portes de l'asile.

***

Quelles sont maintenant les raisons qui justifient l'internement des aliénés, sous les garanties de la loi ?

Elles dérivent de la définition même de l'aliéné. C'est, en effet, un étranger à lui-même (*alienus*) auquel échappe la direction de sa propre activité, et qui n'est pas responsable de ses actes. Il a perdu son libre arbitre, son *self control, il n'est pas responsable de ses actes*, dont il est incapable de calculer les conséquences, et on ne saurait lui en demander compte. C'est pour le protéger lui-même et protéger la Société, c'est pour le mettre hors d'état de nuire, à lui-même et à autrui, aussi bien dans les personnes que dans les biens, que la loi autorise cette mesure de sauvegarde : l'internement, quand une famille se déclare impuissante à l'assurer par elle-même, puisqu'elle en doit être sans doute la première bénéficiaire. Voilà la première raison d'être de la loi. La seconde raison est d'ordre technique. Les psychoses, quelles qu'elles soient, sont justiciables de la soustraction du milieu habituel, et de l'isolement. Pour certaines, c'est un facteur de traitement de premier ordre, et de guérison. Pour d'autres, c'est toujours un facteur d'apaisement, toutes les causes d'excitation sensitivo-sensorielle et psychique étant réduites au minimum à l'asile.

Peut-on réaliser cet isolement ailleurs que dans les asiles d'aliénés ? Sans doute ; nombreuses sont les maisons de santé qui reçoivent en cure libre certains psychopathes que j'appellerai atténués. Il en est d'autres, excités, agités, à réactions violentes, qu'il faut pouvoir retenir malgré eux. C'est pour eux que l'internement s'impose. Les maisons ouvertes sont d'ailleurs inspectées périodiquement par un médecin administratif qui vient s'assurer qu'on n'y soigne précisément pas d'aliénés confirmés. J'ai eu jadis maille à partir avec un de ces inspecteurs qui voulait faire passer de la partie libre de la maison que je dirigeais, dans la partie fermée, une stupeur mélancolique, qui demeura inerte dans son lit, nourrie par moi à la sonde pendant plusieurs mois et guérit complètement.

Les accidents, en cure libre ne sont d'ailleurs pas rares. En voici un que j'ai connu de première main ; on verra quelles conséquences juridiques il eut. Une jeune fille, mélancolique avérée, mais qualifiée neurasthénique, est placée en cure libre dans une maison de santé de la région parisienne. Hantée par des idées de suicide, elle trouve le moyen de fabriquer un lien avec ses draps et se pend dans les W. C. où elle s'est enfermée. La famille poursuit le médecin directeur de la maison de santé. Condamné en première instance, il fut acquitté en appel, motif pris que, la malade étant libre, *aucune contrainte ne pouvait être exercée sur elle pour l'empêcher de se suicider*, — le suicide n'étant considéré, en France, ni comme un crime ni comme un délit.

En voici un autre dont je fus témoin. Une femme de cinquante ans environ, également mélancolique avérée, et pareillement qualifiée neurasthénique, est placée en cure libre dans une autre maison de santé parisienne. Deux infirmières sont attachées à sa personne, car on soupçonne qu'elle pourrait bien avoir des idées de suicide : une surveillance étroite s'impose donc. Or, un matin où chacune des deux infirmières était occupée, dans la chambre de cette malade, alors alitée, à faire le ménage la fenêtre ouverte,

dans un raptus comme on en observe fréquemment chez ces mélancoliques, elle se précipite dans le jardin de l'établissement, se fracture la cuisse, un orteil, se scalpe presque entièrement, est soignée habilement par un chirurgien connu... et meurt huit jours après du tétanos. Il y trente ans de cela ; le sérum antitétanique n'était pas encore connu ni employé.

La cure libre n'est donc pas toujours de tout repos, et voilà deux cas où il est possible que l'internement aurait permis certaines mesures coercitives contre les possibilités de suicide.

Un aliéné existant dans une famille, celle-ci ne pouvant le surveiller utilement et désirant le faire soigner, demande son placement dans un établissement d'où il ne pourra pas sortir librement. A l'appui de sa demande, elle devra fournir un certificat médical. A Paris, et dans les grandes villes, ce certificat sera sans doute établi par un spécialiste qu'on aura appelé en raison de sa spécialité. Dans les petites villes et dans les campagnes, le spécialiste n'est pas à portée de la main, et un médecin de médecine générale en sera chargé. Examinons rapidement les cas habituels, ceux de la pratique courante, qui motiveront son intervention. Nous verrons si, en admettant que son diagnostic péche dans sa précision, ses conclusions en faveur de l'internement peuvent être controuvées.

***

Une démence sénile, avec gâtisme, coprophagie, agitation, ne prête pas à discussion. Elle se constate *de visu* ; le médecin qui l'observera n'aura qu'à énumérer les diverses manifestations dont il aura été témoin pour justifier sa conclusion de placement.

Un paralytique général tiendra des propos extravagants, accomplira des gestes étranges, et présentera certains signes somatiques qui ne laisseront aucun doute sur la nature de son affection : là encore, le certificat énonçant les manifestations observées sera concluant, sans contestation possible.

En 1918, on me signala, dans le régiment dont j'étais le chef de service, un sergent-major qui semblait divaguer. Je le fis venir et entamai la conversation avec lui. — « Eh bien ! S..... ça ne va donc pas ? — Mais si, M. le Major, cela va très bien, excessivement bien... Et je m'explique pourquoi, quand je prends ma douche, le doucheur me laisse nu pendant plusieurs minutes avant de me doucher. — Ah ! Ah ! — Oui, M. le Major, j'ai fini par me rendre compte que c'est pour que tout le monde puisse venir me voir dans ma nudité. — ??? — Savez-vous pourquoi, M. le Major ? C'est parce que je suis beau. Et puis, je suis musicien, et sans avoir jamais appris la musique, je compose... Et puis, ma femme ne me suffit plus. Alors, j'ai pris une maîtresse... »

Je l'étudie en détail. Je note de l'inégalité pupillaire, des réflexes abolis, de l'achoppement syllabique... Et je l'adresse au centre de psychopathie, dirigé alors par le regretté Briand, qui le fit interner.

Une agitation maniaque ne prête pas davantage à équivoque. Il suffit d'en avoir vu une fois pour être familiarisé avec cette psychose générale aiguë, qui d'ailleurs guérit habituellement en quelques semaines.

Les mélancoliques sont surtout dangereux pour eux-mêmes, soit qu'ils poursuivent activement leur suicide, soit que, passivement, en refusant toute alimentation, ils menacent leur existence. Ceux qui sont en état de stupeur sont généralement reconnaissables. Les délirants, plus ou moins agités, avec leur négativisme, par exemple, sont pareillement dépistés sans difficulté. Plus délicate peut-être est la tâche du médecin à l'égard de ces mélancoliques qui se trouvent à la limite de leur affection, présentant uniquement de la dépression et dénommés volontiers, sinon toujours, neurasthéniques. Un psychiatre ne s'y trompe pas. Un omnipraticien pourra hésiter : c'est cette hésitation qui le poussera à appeler sagement en consultation un confrère, autant que possible averti de ces troubles mentaux.

Voilà donc déjà un certain nombre d'états qui ne risquent guère de donner lieu à une erreur de conclusion. Ils comportent, en effet, des réactions anti-sociales qui justifient pleinement le placement dans un établissement spécial.

Les délires partiels systématisés au début ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Ceux qui les présentent sont des réticents qui se livrent difficilement. Si leurs gestes, leur attitude, leurs propos, attirent l'attention de leur famille qui, à son tour, appellera le médecin, celui-ci agira prudemment en se récusant, si sa religion n'est pas suffisamment éclairée à la suite de ses examens. Quand, par contre, les divagations sont évidentes et s'accompagnent de manifestations physiques, telles que des violences envers l'entourage, le doute n'est plus permis, et l'établissement du certificat ne comporte guère de difficultés.

Le dernier certificat de ce genre que j'ai délivré, il y a cinq ans, en collaboration avec un de mes bons amis, concernait une jeune femme que je connaissais depuis longtemps. Au début de la guerre, elle s'était montrée processive à l'excès, à propos de certains règlements de compte de famille. Mais cela ne dépassait pas les limites des actes raisonnables. En 1918, je fus étonné de recevoir d'elle une lettre dans laquelle elle m'apprenait qu'elle était internée dans un asile parisien et me demandait de l'en faire sortir. Ce qui eut lieu d'ailleurs, son état s'étant amélioré. L'amé-

lioration fut de courte durée. Les idées délirantes reparurent, avec intensité, entraînant des plaintes au commissaire de police, des injures aux passants, des gifles à son mari... Bref, je fus appelé à la voir et à décider de son réinternement. Elle se plaignait surtout de recevoir des secousses électriques qui la parcouraient toute, provoquant des troubles de la cœnesthésie. C'est ainsi qu'elle m'affirma qu'elle avait à la base du crâne une fissure par laquelle s'écoulait sa cervelle. Elle en était sûre, me disait-elle, puisqu'elle sentait l'odeur de cervelle au beurre noir. ... Nous n'hésitâmes pas, le regretté I... et moi, à signer un certificat avec lequel elle fut internée dans un asile où elle est sans doute encore.

Restent enfin les demi-fous, tous ces psychopathes atténués, paranoiaques rudimentaires, schyzophréniques, pervers, avec qui la vie est évidemment impossible, mais qu'il est difficile pourtant de décréter absolument irresponsables, surtout quand on n'en a pas l'expérience. Ce n'est guère dans ces cas que le médecin est sollicité de délivrer un certificat concluant à l'internement des intéressés. Précisément parce qu'ils sont difficiles, le médecin de famille n'hésite pas à les adresser au spécialiste qui prendra la responsabilité de leur traitement.

Mais je m'arrête. Je ne saurais passer en revue ici toute la pathologie mentale. J'ai voulu seulement énumérer brièvement les types de malades mentaux qui se rencontrent ordinairement dans la pratique et dont l'examen met à l'épreuve la sagacité du médecin de leur famille. Et montrer ainsi que celui-ci sera peut-être embarrassé pour définir avec exactitude certaines subtilités symptomatologiques, mais non pour reconnaître que ces symptômes caractérisent une psychopathie, et qu'en raison des réactions qu'elle comporte, elle rend le malade dangereux pour autrui ou pour soi-même, ce qui justifie le placement dans un asile.

Au médecin de cet asile, et au médecin inspecteur, psychiâtres de carrière —, d'éclaicir toutes les finesses du diagnostic, et de confirmer ou d'infirmer la nécessité de l'internement.

***

Est-ce à dire que les critiques de M. Toulouse ne sont pas à retenir ? Ne peut-on déplorer avec lui que tant de jeunes médecins quittent la Faculté, diplôme en poche, sans avoir jamais vu un aliéné ? Certes. Et, il est, en effet, infiniment regrettable que l'étudiant ne reçoive pas un enseignement, rudimentaire sans doute, mais suffisant pour le familiariser avec les principaux types de psychopathies. Quand il aura vu un maniaque, un dément précoce catatonique, un persécuté, un mélancolique anxieux, il en retiendra l'aspect, et sera mieux armé, dans la suite, pour poser des diagnostics psychopathiques suffisamment exacts.

Ma protestation ne se motive que parce que M. Toulouse a cru devoir saisir le grand public de ses critiques, qui auraient dû être réservées aux revues spéciales, ainsi qu'aux sociétés savantes. S'il s'agit de réclamer l'obligation pour l'étudiant de faire un stage dans un service d'aliénés, je me range aux côtés de M. Toulouse. S'il s'agit ensuite de modifier la loi de 1838, notamment en n'autorisant tout d'abord que la mise en observation des aliénés, ou présumés tels, avant de décider de leur internement légal, celui-ci ne pouvant être prononcé qu'à la suite d'une expertise autorisée, d'accord encore, quoique, pratiquement, c'est bien ainsi que les choses se passent, puisque , je le répète, tout placement volontaire dans un asile n'est maintenu qu'après l'avis du médecin de l'établissement, spécialiste, et du médecin inspecteur, autre spécialiste. Il faudra bien d'ailleurs que le malade ne puisse se soustraire à cette observation, de telle sorte que, pratiquement, il n'y aura de différence avec un internement, que dans la forme de l'admission.

Mais cela n'empêche pas qu'avec la loi de 1838, toute défectueuse que M. Toulouse la reconnaisse, aucune séquestration arbitraire n'a été démontrée. Et j'en appelle ici à tous les directeurs de maisons de santé recevant des aliénés : combien de fois leur est-il arrivé de rendre immédiatement, à sa famille, un interné par placement volontaire reconnu par eux sain d'esprit, et nullement justiciable de cet internement, contrairement aux conclusions du médecin rédacteur du certificat de placement ?

La vérité, qu'il ne faut pas craindre de proclamer, ce n'est pas que des individus sains d'esprit soient pris pour des fous et privés de leur liberté, c'est, au contraire, que des fous soient méconnus, continuent à vaquer en liberté, et commettent des actes délictueux ou des meurtres,ou encore se suicident, augmentant ainsi le taux de la mortalité qui se passerait bien de ce contingent ; alors que, mis hors d'état de nuire, et soignés, ils auraient pu guérir, en certains cas, et reprendre leur place utilement dans la Société.

Dans le temps où M. Toulouse publiait son article dans *Le Journal*, je lisais dans *Le Matin*, la nouvelle suivante :

« *A Saumur, un fou libéré saute dans le train omnibus de Thouars et tente d'assommer deux employés. Il est maîtrisé.* »

Voici un autre fait du même genre, plus grave encore :

Le drame conjugal de Beaujeu

LYON, 4 mars. — Télégr. *Matin* — Nous avons relaté brièvement le drame qui s'est déroulé à Beaujeu. C'est au cours d'une violente querelle, alors qu'il était en état d'ivresse, que le fermier Michaudon, 45 ans, tua sa femme. En le voyant décrocher son fusil, celle-ci se réfugia dans la chambre où dormait leur petite fille, âgée de 6 ans, et se dirigea vers la fenêtre sans doute pour appeler au secours.

Froidement, Michaudon déchargea son arme, atteignant sa femme au côté droit. La malheureuse s'enfuit alors dans la cuisine où se déroula dans la demi-obscurité une scène de sauvagerie. Le meurtrier s'acharna sur sa victime, lui martela la tête à coups de crosse, la défigurant horriblement.

Devant M. Bertrand, juge d'instruction, Michaudon a fait des aveux complets. *Déséquilibré, ayant le délire de la persécution*, il est fréquemment en proie à des crises de *delirium tremens.*

Autre cas encore d'hier :

La fille Goudard qui, à Marinier (Haute-Savoie), tua sa mère octogénaire, soumise à un examen mental, est déclarée irresponsable.

Tous les jours, la presse nous apprend qu'une mère, atteinte de neurasthénie, ou d'un accès de fièvre chaude, ou encore d'anémie cérébrale, — ce sont les formules consacrées —, a tué ses enfants, et s'est tuée ensuite. Que de suicides sont enregistrés dans les faits divers des journaux, provoqués par des troubles mentaux qui, soignés comme ils le méritent, auraient pu s'amender ? ? ?

Non seulement on n'interne pas trop, mais encore on n'interne pas assez. J'entends par là qu'on ne met pas assez souvent hors d'état de nuire de malheureux déments (je prends cette expression dans son sens juridique) irresponsables, contre lesquels la Société devrait se défendre, en les défendant contre eux-mêmes.

La Société est mal faite : voilà ce que M. Toulouse peut affirmer avec nous. En dépit des proclamations des sociologues, l'assistance sociale est insuffisante. Et si une réforme de la législation s'impose, c'est dans le sens d'une meilleure sauvegarde du capital humain, dans tous ces cas où la folie le met en péril, et où l'asile demeure encore le plus sûr des moyens de défense.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Rapport particulier sur le versement d'honoraires médicaux pour les malades payants traités dans les hôpitaux publics, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. Gauguery, secrétaire-rapporteur (1).

Directeur des services administratifs des hôpitaux de Nancy.

La Section permanente m'ayant, à sa réunion du 27 novembre dernier, chargé de lui présenter un rapport sur la question des honoraires médicaux près des malades payants traités dans les hôpitaux, en envisageant la question au point de vue administratif, mon collègue, M. le Dr Paul Boudin ayant été chargé de l'examen de cette même question au point de vue médical, j'ai l'honneur de vous présenter ci-après les réusltats de l'étude à laquelle je me suis livré, étude appuyée sur des constatations pratiques faites au contact de la vie quotidienne des hôpitaux et sur les observations qui m'ont été présentées par un certain nombre de grands, de moyens, et de petits hôpitaux, que j'ai tenu à consulter avant de présenter mon rapport à la Section permanente.

I. — **Principes généraux.**

Il existe deux principes qu'il me paraît tout d'abord indispensable de dégager au début de cet exposé, de façon à ce qu'il ne se produise aucune erreur de conception ou d'interprétation, tant de la part des Administrations hospitalières que du corps médical :

a. Que doit-on entendre par malades indigents et par malades payants ?

b. L'hôpital doit-il être réservé aux malades indigents seulement et exceptionnellement, à quelques malades payants, ou au contraire peut-il recevoir, indépendamment des malades indigents, des malades payants dans la mesure de sa capacité d'hospitalisation ?

A. — **Qu'entend-on par malades indigents et par malades payants ?**

Je pense que les deux parties intéressées seront d'accord pour reconnaître qu'à la désignation « malade indigent » on ne peut que laisser le sens que le législateur a donné c'est-à-dire « malade bénéficiant de l'hospitalisation gratuite, soit au compte des établissements hospitaliers ou de fondations charitables, soit au compte des communes, des départements, de l'Etat ».

Par « malades payants » il convient d'entendre toutes autres catégories de malades, c'est-à-dire malades traités, soit à leur compte, soit au compte de tiers (personnes diverses, patrons,

(1) Ce rapport fait suite à celui du Dr VERDET-KLÉBER paru dans le nº 13 bis du 28 mars 1928 commenté par le Dr Paul Boudin.

N. D. L. R.

assurances, compagnies de chemins de fer, sociétés de secours mutuels, etc.). C'est dans cette seconde catégorie que viendront se classer dans un avenir prochain sans doute, les futurs bénéficiaires des assurances sociales.

B. — **Affectation des hôpitaux.**

Le règlement modèle des hôpitaux, qui constitue la charte administrative réglementant la matière, prévoit à son chapitre IV, article 28 (services spéciaux) qu'un hôpital peut recevoir non seulement les malades indigents, mais encore des malades payants, soit en salles communes, soit en chambre séparées. Et les commentaires qui accompagnent cet article en donnent comme suit le sens précis :

« Sont seuls admis, à titre exceptionnel, dans les hôpitaux, proprement dits, les malades payants rentrant dans l'une des quatre catégories suivantes :

« 1° Malades atteints de maladies contagieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes, ou sans péril pour autrui :

« 2° Malades étrangers, de passage, atteints de maladies, soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés à leur domicile ou dans une maison de santé, sans danger pour eux ;

« 3° Malades n'ayant pas, dans leur commune de résidence, de maison de santé ou ne pouvant être transportés dans une maison voisine de santé facilement et sans danger pour eux, ou n'ayant pas de ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé, et seulement dans le cas où le traitement à domicile sera impossible dans des conditions satisfaisantes ;

« 4° Malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé. »

L'article 28 du règlement modèle et les commentaires qui l'accompagnent démontrent bien avec évidence, malgré leur caractère limitatif, que les hôpitaux non seulement peuvent, mais sont encore amenés par nécessité, à recevoir des malades payants, indépendamment des malades indigents dont l'hospitalisation constitue encore de nos jours la mission principale.

Mais il convient d'ajouter que sous la pression des circonstances et devant les besoins sociaux qui se sont progressivement fait sentir, les grands et les moyens hôpitaux surtout, ont dû envisager une hospitalisation des malades payants beaucoup plus large que le règlement modèle l'a prévue, du moins si l'on observe les commentaires, ci-dessus rappelés, dans leur sens strictement limitatif.

Si nous fouillons en effet nos archives hospitalières, nous nous rendons compte que la coutume de recevoir les malades payants n'est pas nouvelle.

Naturellement, plus on remonte en arrière, moins ce genre d'admission a été fréquent ; parce que jadis les besoins n'étaient pas aussi nombreux qu'ils le sont aujourd'hui, parce qu'on ne peut toujours trouver en dehors de l'hôpital, les conditions d'hygiène, d'asepsie, ainsi que les installations chirurgicales et scientifiques modernes qui assurent la qualité des soins, surtout en matière d'affections relevant des spécialisations médicales ou chirurgicales, parce qu'autrefois aussi l'hôpital ne jouissait pas de la réputation honorable qu'il a acquis de nos jours, réputation qu'il doit et au très louable effort de ses administrateurs et à la science et à l'art de notre corps médical.

Pour certains, aller à l'hôpital constituait jadis presqu'une honte ! Aujourd'hui, la mentalité est toute différente : on ne vient plus à l'hôpital que pour y mourir, on y vient avant tout pour y guérir !

Il faut aussi se rendre compte qu'entre le malade dont l'indigence est permanente ou temporaire, lequel a droit aux soins gratuits et le citoyen aisé qui peut se faire soigner à domicile ou dans une clinique privée, il y a la catégorie des petits rentiers, des petits retraités, des peu aisés, dont le nombre s'est accru sensiblement de nos jours, qui peuvent supporter des frais réduits dans un hôpital, mais qui ne peuvent faire face, par exemple, à des frais opératoires élevés, soit à domicile, soit dans une clinique. On trouve même, trop souvent hélas ! au sein de cette catégorie, surtout dans les petits rentiers ou retraités d'avant-guerre, des misères cachées dont les victimes se saignent pour payer leurs frais d'hospitalisation. Ce sont des pauvres honteux qui bien souvent ne peuvent bénéficier de l'Assistance partielle, non encore appliquée partout, ou qui n'en sollicitent même pas le bénéfice alors qu'ils le pourraient.

Il me paraîtrait donc bien difficile de songer, dans ces conditions, à restreindre l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux alors qu'elle n'est pratiquée que dans la mesure où elle ne porte aucun préjudice à l'hospitalisation des malades indigents.

II. — Répercussion de l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux sur les intérêts du Corps médical.

A. — **Exposé général.**

L'exposé ci-dessus m'ayant permis de dégager les deux principes que je désirais mettre en lu-

mière, je dois examiner maintenant quelle répercussion l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux a sur les intérêts du corps médical.

Je ne saurais contester que l'hospitalisation des malades payants n'est pas sans causer quelque préjudice précunier au corps médical. Il est bien certain également que le médecin ne peut pas vivre aujourd'hui que d'apostolat et qu'il lui faut compter avec les difficultés de l'existence.

Il convient donc de rechercher dans quelle mesure il pourrait être apporté remède à cette situation sans détruire l'effet de l'action éminemment sociale poursuivie par les hôpitaux, action reposant sur une double hospitalisation, celle des malades indigents d'abord, celle des malades payants ensuite.

Le problème est, sans aucun doute, assez complexe à résoudre. Il n'est pas d'ailleurs envisagé d'une façon uniforme par le corps médical lui-même, suivant qu'un praticien est propriétaire d'une clinique privée ou qu'il ne l'est pas, suivant qu'il est professeur d'une clinique de Faculté ou d'Ecole de médecine ou qu'il ne l'est pas, suivant qu'il est à la tête d'un service de malades dans un hôpital ou qu'il ne l'est pas, suivant encore qu'il professe dans une ville ou dans une campagne.

Les Commissions administratives hospitalières se sont de leur côté montrées rebelles jusqu'ici, dans une importante proportion tout au moins, à l'introduction dans leur règlement d'une clause permettant aux médecins et chirurgiens de percevoir des honoraires près des malades payants. La cause principale réside sans nul doute dans le fait que la presque totalité des hôpitaux ne sont pas dotés de services spéciaux de malades payants et que, de ce fait, ils ne possèdent guère qu'une classe de payants, celle de malades de petite condition, traités en salles communes et soumis au même régime que les malades indigents.

Le Corps médical, au cours de ces dernières années, a souvent fait le reproche aux Administrations hospitalières de recevoir en salle commune, des malades qui pourraient supporter au dehors le coût de frais médicaux ou opératoires. Il est bien certain que s'il était possible de pénétrer dans la situation de fortune de chacun de ces malades, on en découvrirait de temps à autre quelques-uns qui pourraient supporter au dehors le coût de frais médicaux ou opératoires. Mais je pose la question : comment les distinguer ?

S'il se produit parfois quelques abus de ce genre, je ne crois pas qu'ils proviennent de la population urbaine qui fréquente nos hôpitaux ; je les soupçonne plutôt dans la population rurale où il peut exister quelques économies cachées. Et ces abus sont certainement d'autant moins fréquents que les malades, possédant quelque aisance, hésitent à subir la promiscuité qui leur est imposée dans les salles communes.

Eh bien ! peut-on, humainement, fermer la porte de l'hôpital à des malades payants, dont on ne connaît pas exactement la capacité de payement, dans la seule crainte d'en prendre quelques-uns assez aisés, et au risque de priver de soins bien des braves gens intéressants, petits épargnants de chaque jour ?

On a parlé parfois de juger sur les signes extérieurs : on sait que ces signes sont des plus trompeurs ! La population urbaine, assez bien mise, est généralement plutôt gênée ; la population rurale, au contraire, généralement moins à l'étiquette, est plutôt plus aisée.

Doit-on envisager de provoquer une enquête sociale avant chaque admission ou en cours d'hospitalisation ?

Avant l'admission, cette enquête serait très souvent impossible, car l'urgence des soins ne le permettrait pas. En cours d'hospitalisation, comme d'ailleurs auparavant, je n'en entrevois pas le résultat pratique ; j'y vois un travail très absorbant pour les Administrations hospitalières, pour n'obtenir la plupart du temps qu'un résultat négatif, attendu que les renseignements recueillis sont presque toujours appuyés sur des signes extérieurs !

Je ne citerai qu'un exemple, celui de l'Hospice général de Tours, qui pour donner satisfaction à son Corps médical, a voulu tenter cette dernière procédure. Cet important établissement de 1.800 lits a un budget annuel de 5.200.000 francs Sa moyenne de journées de malades payants près desquels il est possible de tenter la perception d'honoraires médicaux est annuellement de 13.600. Après chaque entrée de malade payant, l'Administration fait procéder à une enquête sur la situation de fortune du malade. Ces enquêtes répétées constituent un très gros travail qui, en 1926 n'a permis de récupérer comme honoraires que la somme de 4.000 francs environ destinée à être répartie entre les médecins et chirurgicaux d'une dizaine de services (chefs de services et leurs aides). Cet exemple montre bien le maigre résultat que peut donner la mise en pratique de l'enquête sociale sur la situation des malades payants de nos salles communes.

Il faut aussi se rendre compte que les malades payants n'existent qu'en nombre insignifiant dans les petits hôpitaux et que même dans certains, ils n'existent pas du tout ; qu'ils sont en nombre très modéré dans les hôpitaux moyens, et qu'ils n'existent véritablement en nombre important que dans les grands hôpitaux et surtout dans les hôpitaux à caractère régional.

Il est facile de s'en expliquer la raison : ce que les malades payants recherchent, ce n'est pas le besoin d'être soignés à l'hôpital, alors qu'ils pré-

fèreraient très certainement l'être chez eux, mais bien celui de trouver auprès de chirurgiens réputés, de spécialistes qui ne se trouvent que dans les grands centres, dans des institutions hospitalières scientifiquement outillées, des chances de guérison ou tout au moins d'amélioration qu'ils ne peuvent espérer, soit à leur domicile, soit dans un petit hôpital, soit même souvent aussi dans un hôpital moyen.

B. — Classification des malades payants dans les hôpitaux.

Il me faut maintenant examiner comment sont classés les malades payants dans les hôpitaux. On rencontre quatre classifications.

1° *Salles communes.*

Actuellement la presque totalité des malades payants sont traités en salles communes, parce que peu d'Administrations hospitalières possèdent des installations indépendantes, des salles suffisamment confortables, pour attirer le pensionnaire aisé qui ne veut pas subir la promiscuité des salles communes. Ils sont alors soignés par le médecin ou chirurgien de l'hôpital, chargé du service médical de la salle.

2° *Chambres particulières ou petites pièces à deux, trois ou quatre lits* avec ou sans boxes, attenantes aux salles communes.

Un certain nombre d'hôpitaux ont créé quelques chambres particulières ou de petites pièces à plusieurs lits, divisées parfois en boxes, attenantes aux salles communes et où les pensionnaires sont soignés par les médecins ou chirurgiens des grandes salles auxquelles sont attenantes leurs chambres ou petites salles.

3° *Petit pavillon particulier.*

Quelques hôpitaux ont pu construire ou aménager un petit pavillon particulier pour leurs malades payants. Dans certains hôpitaux, ce pavillon est réservé aux médecins ou chirurgiens de l'hôpital : dans certains autres il est à la disposition des différents médecins de la localité.

4° *Clinique particulière, dépendant de l'hôpital.*

Peu d'hôpitaux, je crois, ont pu encore créer une véritable clinique médicale ou chirurgicale d'une certaine ampleur *avec libre choix du médecin* : à ma connaissance, seules les Commissions administratives des hospices civils de Nancy et de Grenoble ont pu résoudre ce difficile problème. La mise de fonds qu'il faut trouver pour une installation de cette envergure, et l'accord préalable, nécessaire, entre le Corps médical local et l'Administration hospitalière sont deux obstacles qui jusqu'ici ont fait échouer les projets élaborés par certaines Commissions administratives hospitalières pour réaliser cette belle œuvre sociale aussi intéressante pour les praticiens qui sans risques de fonds, sans soucis du fonctionnement de la clinique, y trouvent un excellent terrain de travail avec le maximum de garanties d'installation technique, d'aseptie, de personnel, que pour les Administrations hospitalières qui trouvent dans le rendement des pensions payées par les hôtes de la clinique, une source de revenus importants venant chaque année améliorer la situation générale des hospitalisés indigents et les services dans lesquels ils sont placés.

C. — Situation des intérêts du Corps médical au regard de la classification ci-dessus.

Devant cette classification, comment sont alors sauvegardés ou lésés les intérêts du Corps médical ?

1° *En salles communes.*

Je me suis précédemment attaché à mettre en relief la situation de fortune peu brillante des petits payants des salles communes d'hôpital, lesquels sont soumis pendant leur hospitalisation au même régime que les malades indigents. Cette situation serait donc de nature à nous inciter à renoncer à l'institution de la perception d'honoraires médicaux auprès de cette catégorie de malades payants. Seuls, d'ailleurs les médecins hospitaliers pourraient se croire fondés à réclamer des honoraires, chacun dans son propre service, car en aucun cas il ne pourrait être question que les praticiens de la ville, siège de l'hôpital aient accès aux salles communes, le libre choix du médecin ne pouvant absolument pas y être admis. Je crois que si un certain nombre de médecins ou chirurgiens hospitaliers réclament cette institution des honoraires dans les salles communes, un nombre encore important de nos chefs de service ne la sollicite pas : certains n'ont même pas hésité à nous déclarer que si elle était envisagée un jour, ils se refuseraient à en bénéficier. Et puis, en soignant chaque jour dans leurs salles communes, les petits payants qui y voisinent avec les indigents, nos médecins et chirurgiens n'accomplissent-ils pas, en même temps qu'une charge hospitalière, une véritable œuvre sociale, qui contribue hautement à les mettre en relief, à leur permettre d'acquérir un renom dont la répercussion se fait sentir activement dans leur clientèle privée ? Nombreux sont les petits payants de nos salles communes qui, avant d'y entrer, ont été envoyés à nos chefs de service par nos médecins ruraux, qui sont passés préalablement à leur consultation privée, et qui, après leur sortie de l'hôpital, fréquentent leur cabinet de consultations, pour parfaire leur guérison ou leur amélioration. Certaines Commissions administratives hospitalières, peu nombreuses cependant, sont entrées, au cours de ces dernières années, dans la voie des honoraires

médicaux auprès des malades payants des salles communes. Elles ont autorisé leurs médecins et chirurgiens hospitaliers à en percevoir, soit directement, soit en passant par l'intermédiaire de leur Administration hospitalière. Ces Commissions administratives ont-elles eu raison d'entrer aussi hardiment dans les vues de leur Corps médical ? Je me garderai de répondre, me réservant dans quelques instants de revenir sur cette partie du problème qui nous est soumis.

2° *En chambres particulières ou en petites pièces à deux, trois ou quatre lits avec ou sans boxes, attenantes aux salles communes.*

Dans un certain nombre d'hôpitaux, dotés de ces petites installations, les Commissions administratives ont autorisé les médecins et chirurgiens à percevoir des honoraires auprès des malades payants de cette seconde catégorie. soit directement, soit en passant par l'intermédiaire de l'Administration hospitalière. Mais il convient de faire observer que seuls les médecins et chirurgiens hospitaliers, chacun dans les chambres ou petites pièces rattachées, comme service spécial, aux salles communes dont il assure le service médical, peuvent y placer des malades et par conséquent toucher des honoraires. Les praticiens de la localité étrangers au service hospitalier ne peuvent y avoir accès.

3e *En petit pavillon particulier.*

Dans quelques hôpitaux, un petit pavillon particulier de malades payants a pu être organisé. Dans certains endroits, comme je l'ai déjà exposé précédemment ce pavillon est réservé aux médecins et aux chirurgiens de l'établissement ; dans d'autres endroits au contraire, tous les praticines de la localité peuvent y avoir accès, le malade ayant le libre choix de son médecin. Dans ce genre d'installation, le mode de perception qui paraît avoir prévalu est celui du règlement direct entre le malade et son médecin sans intervention de l'Administration hospitalière. J'ajoute que les Administrations consultées se déclarent satisfaites de ce mode de règlement des honoraires médicaux.

4° *En clinique particulière, dépendant de l'hôpital.*

Ne connaissant personnellement que la clinique Bon-Secours à Nancy, créée par les hospices civils, clinique dotée de près de 200 chambres, divisées en quatre classes, avec prix de pension variant entre 35 francs par jour et 60 francs, honoraires médicaux et frais de salle d'opérations et de pansements non compris, scientifiquement organisée avec salles d'opérations, salles de pansements, etc., admirablement tenue par un personnel congréganiste d'élite, brassant un chiffre d'affaires hospitalier de près de 1.100.000 francs chaque année, je ne puis qu'apporter les résultats de la situation créée par le fonctionnement de cette clinique. Accessible à tous les praticiens de la ville, et plus particulièrement aux chirurgiens, le malade y a le libre choix de son médecin, auquel il règle les honoraires qu'il lui réclame, sans que l'Administration hospitalière ait à intervenir. C'est une admirable institution sociale à laquelle sont fermement attachés et le Corps médical local, et la population de plusieurs départements de la région de l'Est. Non seulement le Corps médical ne combat pas cette institution qui n'offre pour lui que de très sérieux avantages, mais encore il en demande constamment l'extension à la Commission administrative des hospices.

D. — Examen des remèdes susceptibles d'être apportés à la sauvegarde des intérêts du Corps médical.

Après l'exposé de la situation existante, il convient de rechercher s'il est possible d'y apporter des modifications et des améliorations pour donner satisfaction au Corps médical.

A nouveau, je vais examiner cette situation, en suivant les quatre classifications énoncées ci-dessus, mais dans l'ordre inverse que celui adopté jusqu'ici dans mon exposé.

1° *En clinique particulière, dépendant de l'hôpital.*

Quand le problème de la création d'une institution de cette nature est réalisable, c'est incontestablement la forme la plus heureuse du traitement des malades payants dans les hôpitaux, Administrations hospitalières d'une part, médecins et chirurgiens d'autre part y trouvent avantageusement leur profit : les premières en touchant un prix de pension rémunérateur, les seconds en recevant des honoraires appropriés à la situation de fortune de leur client et à la nature et à l'importance des soins donnés ou des interventions pratiquées. Malheureusement, il faut bien se rendre à l'évidence, ce n'est que dans de bien rares villes que les hôpitaux pourront arriver à réaliser une œuvre sociale aussi dérirable et cela pour les deux raisons que j'ai déjà indiquées :

a. Parce que toutes les Amdinistrations hospitalières ne sont pas à même de trouver les capitaux nécessaires pour créer une institution de ce genre ;

b. Parce qu'ensuite presque toujours l'existence dans la ville de cliniques privées puissantes, qui voient une concurrence dans la clinique hospitalière, provoque une opposition du Corps médical qui rend difficile, sinon impossible la réalisation de l'œuvre projetée par la Commission administrative des hôpitaux locaux.

2° *En petit pavillon particulier.*

Ce pavillon particulier ou petite clinique, doté de ses salles d'opérations, de stérilisation, de pansements, indépendantes, est plus facile à créer que la grande clinique dont je viens d'examiner la possibilité d'existence. D'importance limitée, sa création demande un effort financier moindre et sa capacité d'hospitalisation, étant plus réduite, doit être une cause d'opposition moins grande de la part du Corps médical, dont une partie peut trouver là le placement de sa clientèle privée. Sans nuire aux intérêts des services hospitaliers, ni à celui des médecins ou chirurgiens des hôpitaux, le libre choix du médecin peut parfaitement être établi (il est même désirable qu'il le soit), de façon à donner satisfaction au Corps médical local. Dans ce service particulier, le malade payant, d'existence aisée, peut être appelé à supporter le prix de pension dû à l'Administration hospitalière et les honoraires médicaux dus au médecin ou au chirurgien.

3° *En chambres particulières ou petites pièces à deux, trois ou quatre lits, avec ou sans boxes, attenantes aux salles communes.*

Ce mode d'hospitalisation de malades payants est aujourd'hui en usage dans un certain nombre d'hôpitaux, où il existe d'une façon plus ou moins étendue. La plupart des Administrations hospitalières possédant une petite organisation de ce genre, autorisent aujourd'hui les médecins ou chirurgiens traitants à percevoir des honoraires près des malades soignés dans ces services. Il n'apparaît pas qu'il puisse y avoir un inconvénient quelconque, à ce que tous les malades payants reçus dans ces conditions soient soumis au régime des honoraires médicaux, indépendamment de l'obligation de verser le prix de journée fixé par l'Administration hospitalière. Mais cette catégorie de malades payants ne peut que rester la clientèle personnelle du chef de service ou de ses aides, qui ont charge d'assurer le service médical des salles communes auxquelles sont attenantes les chambres particulières ou petites salles et dont elles empruntent les services spéciaux (salle d'opérations, salle de stérilisation, salle de pansements, installation radiologique, office, etc.). Il serait en effet inconcevable qu'un praticien de la ville puisse venir opérer, par exemple, dans la salle d'opération réservée aux chefs de service des salles d'hôpital proprement dites.

4° *En salles communes.*

La perception d'honoraires médicaux près des malades payants en salles communes est beaucoup plus délicate et difficile à autoriser que pour les trois classifications précédentes. Si, comme je l'ai exposé précédemment, certaines Commissions administratives ont cru pouvoir instituer en faveur de leur Corps médical hospitalier la perception d'honoraires près des malades payants des salles communes, elles ne sont encore qu'en tout petit nombre à être entrées dans cette voie, et la presque totalité des Commissions sont restées jusqu'ici rebelles ou tout au moins hésitantes.

Deux considérations ont dicté la conduite de ces dernières.

La première, la plus importante, c'est que sans douter un seul instant du dévouement de leurs médecins et chirurgiens à l'égard de tous les malades des salles communes, qu'ils soient indigents ou payants, elles craignent que les malades indigents se croient l'objet de moins d'égard et moins bien soignés du fait qu'ils ne versent pas d'honoraires au médecin : ce côté moral n'est pas sans importance au point de vue social ! La seconde, c'est que contrairement aux déclarations de certains praticiens, les Administrations hospitalières, souvent confidentes, soit directement, soit indirectement, de bien des misères cachées, sont convaincues que la presque totalité des malades payants des salles communes, presque tous malades d'ordre chirurgical, ne sont que de petits épargnants, qui ne peuvent supporter ni frais opératoires, ni honoraires médicaux. Je ne parle pas bien entendu, des accidentés du travail, dont les patrons et leurs assurances pourraient être appelés à supporter ces frais, mais il n'est pas possible d'envisager cette dernière institution d'honoraires tant que la législation sur les victimes du travail, avec le tout compris, n'aura pas été modifiée dans un sens qui, tout en sauvegardant les droits des Administrations hospitalières, donnera satisfaction aux desiderata du Corps médical. Peut-être, trouvera-t-on, tout au plus, dans nos salles communes, quelques malades traités au compte des Compagnies de chemin de fer, les uns bénévolement, les autres au titre accidentés du travail, et peut-être dira-t-on que les Compagnies sont assez riches pour supporter le coût d'honoraires médicaux ? Ces malades ne sont, de toute façon, qu'en nombre bien infime dans les salles communes.

J'ajoute qu'en Alsace et en Lorraine, où les salles communes reçoivent les bénéficiaires des assurances sociales, l'hospitalisation de ces derniers ne donne pas lieu, malgré les réclamations du Corps médical héospitalier, à la perception d'honoraires médicaux. Mais, en salles communes, comme dans la classification précédente (chambres particulières et petites salles attenantes aux salles communes), si la perception d'honoraires médicaux était autorisée, elle ne pourrait l'être qu'au seul profit des médecins et chirurgiens hospitaliers, chargés du service médical de ces salles et pour certaines catégories déterminées seulement de malades payants.

Il restera toujours fort désirable, en effet, que les petits payants bénéficiaires de l'assistance partielle et les malades traités aux frais des sociétés de secours mutuels, non indigents parce qu'ayant par leur prévoyance contribué à s'assurer les soins nécessaires en cas de maladie, continuent à rester exonérés de tous honoraires médicaux. Ces honoraires ne pourraient d'autre part qu'être *extrêmement réduits*, et ne devraient se manifester, il nous semble, que sous la forme d'un pourcentage fixe dans le prix de journée, dont l'Administration hospitalière serait redevable envers ses médecins et chirurgiens hospitaliers, chefs de service, de façon à éviter que l'hôpital soit exposé, comme l'écrivait un jour M. Vidal-Naquet, vice-président de la Commission administrative des Hospices civils de Marseille, à devenir un lieu de commerce médical, ce qui risquerait de lui faire perdre sa dignité ! Il nous semble que c'est là le maximum de concessions que les Commissions administratives hospitalières pourraient envisager en faveur du Corps médical hospitalier.

III. — **Conclusions.**

Il m'est donc maintenant possible de conclure en résumant sous la fomre ci-après l'exposé général qui précède.

1° Nécessité de ne pas entraver l'action sociale des hôpitaux dans l'hospitalisation des malades payants, les malades payants, comme l'écrivait il y a peu de temps encore, M. Alfred Krug, vice-président de la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, n'étant dans la maladie ou la souffrance pas plus dignes d'intérêt que les indigents, mais l'étant autant, à condition que l'hospitalisation des malades indigents soit auparavant et en tout temps entièrement satisfaite.

Il ne faut, en effet, pas perdre de vue que s'il est nécessaire *aujourd'hui* de ne pas entraver l'action sociale des hôpitaux dans l'hospitalisation des malades payants, cette nécessité apparaîtra encore bien plus grande *demain* quand notre législation aura été dotée du Code des assurances sociales. L'assistance devra alors diminuer progressivement, quant à l'importance de son application et à l'étendue de ses dépenses. Ses bénéficiaires seront alors remplacés par ceux des assurances sociales, où en Alsace et en Lorraine, à titre d'exemple, ils entrent dans la population des hospitalisés des hôpitaux importants pour une proportion de 40 p. 100. En effet sur 100 malades :

40 p. 100 sont des bénéficiaires des assurances sociales ;

25 à 30 p. 100 sont des malades payants à leur compte ou au compte de tiers.

30 à 35 p. 100 seulement sont des bénéficiaires de l'Assistance publique.

2° Quand, après entente, tout au moins tacite, avec le corps médical local, la création de clinique semblables à celles de Nancy et Grenoble sera possible dans certaines grandes villes, encourager des créations de ce genre, au lieu de les combattre, en admettant pour le malade le libre choix du médecin.

3° A défaut de cliniques hospitalières encourager la création de petits pavillons de malades payants surtout dans les grands et moyens hôpitaux, *avec libre choix du médecin*, de façon, tout en respectant les intérêts des cliniques privées de la localité, à apporter à la population aisée les soins et le soulagement dont elle a besoin dans la maladie ou la souffrance et trouver là une source de revenus dont bénéficieront les indigents hospitalisés.

4° Faute de pouvoir réaliser l'une des deux organisations ci-dessus énoncées, encourager les Commissions administratives hospitalières à créer, surtout dans les moyens et les petits hôpitaux, des chambres particulières ou de petites salles à deux, trois ou quatre lits, de préférence avec boxes, pour donner satisfaction dans la mesure du possible à la population aisée qui a besoin de soins et éviter d'une façon aussi complète que possible de recevoir en salles communes des malades payants susceptibles de supporter le coût d'honoraires médicaux, mais cela en faveur du Corps médical hospitalier seulement.

5° Agir avec une extrême prudence dans les autorisations à donner au Corps médical hospitalier pour toucher des honoraires près des malades payants traités en salles communes. Si on entre dans cette voie, déterminer d'une façon précise les catégories de petits payants qui pourraient être appelés à supporter les coûts d'honoraires médicaux *réduits*, lesquels ne devraient se traduire que sous la forme d'un pourcentage fixe incorporé dans le prix de journée arrêté par la Commission administrative et approuvé par le Préfet, la Commission administrative étant redevable vis-à-vis de son Corps médical des pourcentages encaissés.

6° Laisser à chaque Commission administrative hospitalière le soin de régler avec le Corps médical hospitalier et le Corps médical local le mode de recouvrement des honoraires dont la perception a été autorisée, perception directe ou perception par l'intermédiaire de l'Administration hospitalière, le mode de perception directe entre le médecin et le malade pouvant parfaitement être autorisé pour les payants des trois premières classifications, mais le mode de perception par l'intermédiaire de l'Administration devant être rendu obligatoire pour le recouvrement des honoraires près de certaines catégories de malades payants des salles communes, au cas où cette dernière perception serait envisagée et accordée.

7º Fixation de prix de journées gradués, suivant la classe, pour les malades des trois premières classifications, mais suffisamment rémunérateurs pour laisser un bénéfice aux services des indigents. Fixation d'un prix de journée légèrement supérieur au prix de la journée d'assistance médicale gratuite, pour les malades payants des salles communes, mais suffisant cependant pour couvrir tout supplément d'augmentation pouvant survenir en cours d'année, le rappel de prix de journée prévu par le décret du 30 janvier 1926 pour les malades de l'Assistance médicale gratuite, ne pouvant avoir d'effet sur les mandats

8º Inviter les Commissions administratives hospitalières à prévoir dans le règlement intérieur de leurs établissements, les conditions d'installation et de fonctionnement de leurs services de malades payants, et notamment les classifications prévues pour cette catégorie de malades, les conditions d'admission, le mode de recouvrement des honoraires et toutes autres dispositions de nature à éviter toute discussion entre l'Administration hospitalière, le médecin et le malade.

Nancy, le 20 décembre 1927.

VOYAGE MÉDICAL DANS LES KARPATHES (1)

La chaîne des Karpathes, qui forme, entre la Tchéco-Slovaquie et la Roumanie, la limite méridionale de la Pologne, si elle attire les touristes par ses sites magnifiques, n'intéresse pas moins les médecins par ses nombreuses stations thermales, ses cures d'altitude et d'air.

Une des plus remarquables de ces dernières est Ojcow, près de Cracovie ; c'est un lieu célèbre par des souvenirs historiques qui ont inspiré beaucoup de légendes nationales.

Kazimierz, sur la Vistule, près de Lublin et jadis résidence du roi Casimir-le-Grand, est une station climatique de premier ordre ; on y trouve quelques constructions anciennes fort intéressantes pour les archéologues et les historiens.

Busko.

A une heure de chemin de fer de Lublin, sur la roule de Lwow, on rencontre la ville de Kielce, d'où l'on peut se rendre rapidement en automobile à la très importante station thermale de Busko, appartenant à l'Etat.

Elle est située sur un plateau élevé de 183 mètres au-dessus du niveau de la mer. L'action salutaire des sources salino-sulfureuses a été reconnue dès le 12e siècle, mais ce n'est qu'en 1836 qu'on construisit un établissement thermal en style roman.

L'analyse faite en 1925 nous montre que l'eau de Busko contient pour un litre :

Chlorure de sodium	11,15	grammes
Hydrogène sulfuré......	59,6	milligr.
Sulfates de calcium et de magnésium	3,50	grammes

Et, en outre de l'acide carbonique, des iodures de magnésium et de fer et du sulfate de soude.

Les bains salino-sulfureux donnent de bons résultats dans toutes les perturbations des échanges nutritifs : arthritisme, rhumatisme, scrofulose, mal de Pott, syphilis.

Les excursions dans les environs sont très belles, mais un peu lointaines pour les malades ; ceux-ci ont à leur disposition un grand parc dans lequel sont installés des bains de soleil.

Au sud de Busko, une belle avenue ombragée conduit à une colonie d'enfants fondée par le docteur Starkiewicz, sur une hauteur ensoleillée.

La station possède aussi des bains de boue très bien aménagés et très efficaces contre l'arthritisme, l'obésité, les névralgies, etc.

Une commission officielle dirigée par le professeur Nadleski s'est réunie en septembre dernier pour s'occuper de son développement. Il est indispensable de faire des sondages pour trouver de nouvelles sources et satisfaire aux besoins des nombreux malades. C'est une station de grand avenir.

C'est sous la direction de ce même professeur Nadelski qu'ont été exécutés des travaux d'amélioration de la station thermale de Krynica.

Krynica.

C'est une des stations les plus importantes que celle de Krynica.

Déjà en 1891, on s'est préoccupé de son développement. Le docteur Ebers a fait venir, à cette époque, le professeur Zuber, pour faire des recherches de nouvelles sources et des sondages.

La station située à une altitude de 590 mètres et entourée de montagnes couvertes de forêts de conifères, jouit d'un climat sous alpin très vivifiant.

Grâce au zèle de l'Administration de l'Etat elle possède maintenant un nouvel établissement

(1) Ayant appris que Mlle la doctoresse Lipinska entreprenait un voyage dans les Carpathes, nous l'avons priée de bien vouloir nous faire au point de vue médical un court compte rendu de son voyage. Nous la remercions bien vivement d'avoir fidèlement répondu à nos désirs.

thermal doté de tout le confort moderne bien que les travaux d'aménagement de la localité, ne soient pas encore terminés ; il y est passé, l'an dernier, 25.000 malades.

Des bains ferrugineux, analogues à ceux de Luxeuil, sont indiqués pour les maladies des femmes, pour les anémiques, les névropathes, etc. l'eau de la source Zuber, alcaline comme celles de Vichy, est préconisée contre l'insuffisance hépatique et les maladies des voies digestives ; ses bains bicarboniques, comme ceux de Spa, donnent de bons résultats dans les maladies de cœur, les insuffisances rénales, etc... ; ses bains de boue sont employés dans toutes les perturbations des échanges nutritifs ; arthritisme, obésité, névralgie, etc...

Les environs font l'objet de magnifiques promenades offrant de superbes points de vue.

Zegestow.

Zegestow, à trois quarts d'heure environ de Krynica, en est, en quelque sorte, le prolongement. Située dans la vallée de Poprad, à une altitude de 486 mètres, elle est, comme sa voisine, entourée de montagnes couvertes de forêts de conifères. Comme à Krynica, il y a des sources d'eaux ferrugineuses et d'eaux bicarbonatées et des bains de boue.

Indications : maladies des femmes, maladies nerveuses, maladies de cœur, insuffisance rénale, scrofulose, anémie.

Tandis que Krynica prend, peu à peu, les proportions et le mouvement d'une ville, Zegestow conserve ses dimensions et son cachet de petite localité compagnarde, chose fort appréciée des intellectuels, qui viennent y chercher le calme et la belle nature. Ils y trouvent aussi des bains dans une rivière limpide et des bains de soleil.

L'analyse de l'eau ferrugineuse de la source Anna donne pour 1.000 grammes :

Anhydride carbonique, 4,23232 gr. ; silice 0,34012 ; oxyde ferrique 2,23329 ; phosphate d'aluminium 0,0007881 ; oxyde et sulfure de calcium 0,5920712 ; oxyde de magnésium 0,229529 ; acide sulfurique 0,004156 ; oxyde de potassium 0,0054430 ; oxyde de sodium 0,0480439 ; oxyde de baryum 0,001352 ; oxyde de manganèse 0,001191 ; oxyde de lithium 0,015617.

Szczawnica.

A mi-chemin entre Zakopane et Krynica se trouve la station thermale de Szczawnica, située à 500 m. au-dessus du niveau de la mer et adossée aux monts de Pinin, où prend naissance le cours impétueux du Dunaïets.

L'analyse de l'eau de la source *Josephina*, faite par le professeur Marchlewski, donne, pour 1.000 grammes :

Bicarbonate de sodium	4,667 gr.
Bicarbonate de calcium......	0,937 gr.
Bicarbonate de strontium	traces
Bicarbonate de baryum.......	»
Bicarbonate de magnésium...	0,613 gr.
Bicarbonate de fer	0,008 gr.
Chlorure de sodium	2,841 gr.
Chlorure de potassium	0,094 gr.
Chlorure de lithium...........	0,003 gr.
Iodure de potassium.........	0,001 gr.
Bromure de potassium	0,005 gr.
Sulfate de sodium...........	0,041 gr.
Silicate de soude	—
Phosphate d'aluminium	traces
Anhydride carbonique	1,600 gr.

La source *Madeleine* contient, en outre, du brome et de l'iode ; la source *Wanda*, du chlorure de lithine.

Toutes les sources sont radio-actives. Elles sont indiquées surtout contre les maladies des voies respiratoires, contre l'insuffisance rénale, l'anémie et toutes les perturbations des échanges nutritifs.

Szczawnica est un lieu de tourisme. On y organise des promenades en bateau sur le Dunaïets et des excursions dans les montagnes, qui offrent des sites d'une beauté incomparable.

— Non loin de cette dernière station thermale, se trouve la remarquable station d'altitude de Zakopane (850 à 1.000 mètres).

Zakopane.

Située sur les pentes septentrionales des monts Tatra (point culminant : 2.250 mètres au Bystra) Zakopane est répandue dans une large vallée bornée à l'Est par les hauteurs d'Antolowka, au Nord-Ouest par la chaîne de collines de Cubalowka, hautes de plus de mille mètres.

Le climat de Zakopane est sous-alpin. Il est recommandé à tous les malades atteints d'affections des voies respiratoires, aux nerveux et aux convalescents. Il existe un grand nombre de sanatoria parmi lesquels nous signalerons celui qui a été fondé par Madame la Doctoresse et M. le docteur Dluski, de la Faculté de Paris.

Zakopane est, en outre, un centre d'excursions dans les monts Tatra qui, sans être très hauts, sont remarquablement pittoresques et offrent tantôt des cimes sauvages et déchiquetées, tantôt des paysages d'une harmonie exquise.

Parmi les plus beaux sites, on peut remarquer le *Morskié oko* (l'œil de la mer), à 1.395 mètres d'altitude ; le *Czarny Staw* (l'étang noir) à 1.584 mètres et une série de cascades connues sous le nom de chutes de Mickiewicz. La Société des Tatra encourage les touristes en organisant des excursions sur des cimes allant jusqu'à 2.150 m. ou dans les belles vallées qui abondent dans ce massif.

A côté de Zakopane se trouve une source d'eau chaude à 21° appelée *Jaszczuzowka.*

Zakopane est aussi une station hivernale. La neige durcie, beaucoup de soleil en font un séjour très recommandé aux convalescents, et très apprécié des amateurs de sports d'hiver.

La station est très fréquentée. Il y est passé l'année dernière 25.000 personnes, comme à Krynica.

Rabka.

En quittant Zakopane dans la direction de Krynica, on rencontre Rabka, station thermale pour les enfants et centre de tourisme. Les enfants y sont envoyés pour y faire des cures d'air et pour y prendre des bains salins. Elle possède cinq sources d'une valeur de beaucoup supérieure à celles de Bad Hall, en Haute-Autriche.

Les projets ont été établis en vue de la construction d'un nouvel établissement de bains et leur réalisation ne se fera pas attendre.

Iwoniez.

Une autre station saline de la région est Iwonicz, bien connue pour ses salines et ses sources iodurées et ferrugineuses. Elle est entourée de forêts remarquables, qui offrent des promenades attrayantes.

Rymanow.

Rymanow est aussi une station thermale saline. Ses sources salines froides sont beaucoup plus puissantes que celles de Kissingen. On y envoie un grand nombre d'enfants rachitiques, scrofuleux et anémiés.

Truskawiec.

Truskawiec se trouve non loin de Lwow, dans une vallée, entre des monticules couverts de forêts.

Grâce à la proximité des puits de pétrole de Borislaw et des salines de Drohobycz et de Stebnib, ses sources contiennent des sels minéraux en abondance.

La source la plus fréquentée et la plus importante, la *Naphtousia* est indiquée dans les maladies de cœur, dans les maladies des voies urinaires et dans toutes les perturbations des échanges nutritifs.

L'analyse faite en 1925 par le professeur Marchlewski montre que 100 grammes de son eau contiennent :

Bicarbonate de calcium	0,43100
Bicarbonate de magnésium.....	0,16567
Bicarbonate de sodium	0,02137
Bicarbonate de potassium......	0,01075
Chlorure de magnésium	0,02525
Sulfate de magnésium	0,04656
Sulfate de silice	0,00819

La source *Jozia* est radio-active. La source « Marysia », prescrite dans les troubles des voies digestives et dans l'anémie contient : sulfate de sodium 1,38095 ; sulfate de magnésium 0,44549 ; chlorure de sodium 4,64440 ; carbonate de sodium 0,22160 ; carbonate de fer, 0,01024 ; carbonate de potassium 0,03799 ; silice 0,01473 gr.

Jaremcze.

Jaremcze est situé aux pieds des Carpathes, dans la magnifique vallée du Prut, dont les eaux limpides coulent sur un fond de sable parsemé de pierres et de roches, et dont le cours sinueux est entrecoupé de cascades. Ses rives sont couvertes d'une riche végétation.

La station est abritée des vents par les hauteurs de Makowice et de Gorgany couvertes de magnifiques forêts. C'est une cure d'air fort appréciée et un lieu de tourisme d'où l'on a un beau panorama des Carpathes.

Le terrain est, en général, sablonneux ; les parties marécageuses pourraient facilement être asséchées si une société anonyme voulait y faire fructifier des capitaux.

Les nombreux malades des voies respiratoires y trouvent beaucoup d'amélioration. Il y a, pour les convalescents, pour les anémiques et les intellectuels fatigués, des bains de rivière et des bains de soleil.

Kossow.

Kossow est situé dans la vallée de la Ribnica au pied des monts Beskides, près de la frontière roumaine.

L'établissement hydrothérapique de M. le docteur Tarnowski se trouve à proximité de la ville, au milieu d'un verger fleuri. Un grand parc appartenant à l'établissement le relie à la forêt toute proche.

La cure d'air que l'on pratique s'accompagne de gymnastique respiratoire, de bains de soleil, l'hydrothérapie sous toutes ses formes et surtout de diète rationnelle et de jeûne selon le cas et le désir des malades.

Il y a lieu de remarquer ici que le jeûne bien compris n'est pas la sensation de la faim ; c'est un nettoyage des organes intérieurs ayant pour but de les débarrasser des microbes, des toxines et des divers poisons accumulés dans notre organisme.

Insensible aux railleries et au ridicule, le docteur Tarnowski fut le premier en Pologne à introduire dans la thérapeutique le traitement par les agents physiques naturels qu'il s'efforce d'employer.

Doctoresse M. Lipinska.

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

BUT, ROLE ET ORGANISATION DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LES GRANDS FLÉAUX SOCIAUX

Par le Dr Ph. Kopp.

Membre titulaire de la Société française de Physiothérapie.

Quand, dans notre belle France, nous parlons de la lutte contre les grands fléaux sociaux et que nous avons évoqué les vocables : tuberculose, syphilis, cancer, alcoolisme, dépopulation, nous disons tout le bien que l'on peut penser des œuvres de l'hygiène sociale, les dispensaires, les préventoria et sanatoria, les laboratoires officiels, nous lisons les lois et multiples règlements qui, pleins de bonne volonté, régissent la matière et nous présentons à l'attention — en ont-elles vraiment besoin ? — l'armée des infirmières, infirmières de dispensaires, infirmières visiteuses, infirmières sociales ; mais, statistiquement, nous ne présentons rien, car le recul des pertes paraît relativement insignifiant.

Aussi bien cherchons-nous alors plus loin et, rappelant que ce qu'il y a de meilleur dans la médecine est, à coup sûr, l'hygiène et que, dès lors, il ne suffit pas de s'attaquer aux seuls malades ou aux seules personnes en voie de l'être, mais qu'il faut aguerrir l'humanité montante nous prononçons le mot, le grand mot, : Education physique... et nous trouvons tout le monde d'accord.

Seulement ce sont là des accords qui sont manifestés dans un fauteuil. Sans doute, tous les programmes, tous les journaux, tous les bureaux tous les discours, toutes les bouches prônent et recommandent l'éducation physique, sans doute y a-t-il une société de gymnastique — tambours, drapeau et clairons en tête — dans tout chaque patelin, mais quels dessous électoraux, quel chaos, que de chose à faire ! Qu'importe pourtant, travaillons !

***

Dès 1924 nous avons d'ailleurs commencé par là. Successivement, le Dr Crié et moi écrivions dans notre *Revue médicale* des articles dont j'énumère les titres : « Au lendemain des jeux de la VIIe Olympiade (1) » ; « Le chaos de l'éducation physique (2) » ; « Une lacune fondamentale dans le projet de loi concernant l'éducation physique (3) » ; « Une formule nécessaire : l'hygiène sociale par l'éducation physique (4) », et, dernièrement, en février 1927, à l'occasion d'une manifestation de la Ligue du Nord contre la tuberculose, je parlai à Tourcoing sur ce même thème et vous en donnai un résumé (5).

Je disais en substance :

« D'importation américaine, l'hygiène sociale antituberculeuse s'adresse, là-bas, comme chez nous, surtout aux facteurs: dépistages, visites des intérieurs (infirmières visiteuses), dispensaires, soins, séparation des malades dangereux, sanatoria.

Mais tandis que, là-bas, elle peut se confiner dans ce cadre. étant données la sportivité générale du peuple américain, ses habitudes généralisées de culture phsysique et ses dispositions de travail, il faut que, chez nous, où le peuple vit plus à l'étroit, où, du haut en bas de l'échelle, les habitudes, les dispositions de travail, la lutte pour sa vie nous absorbent et confinent à l'excès, nous songions à favoriser la compréhension, le besoin, et la pratique systématique de l'éducation physique pour combattre l'extension de nos fléaux sociaux (tuberculose, alcoolisme, etc.), développer les forces de résistance de chacun et améliorer physiquement notre race, en améliorant l'individu (*homme et femme*).

La santé est à la source de la production et la conditionne. Nous avons fait la guerre, beaucoup de morts, les plus vaillants.

Devenons forts, résistants, bien équlilibrés.

(1) *Revue médicale*, n° 925.
(2) *Revue médicale*, n° 928.
(3) *Revue médicale*, n° 932.
(4) *Revue médicale*, n° 935.
(5) *Bulletin de la Soc. Fr. de physiothérapie*, n° 18.

Donc nécessité, en France, de lier à l'organisation actuelle de l'hygiène sociale celle, *méthodique*, de l'éducation physique (médecins scolaires, post-scolaires et instituteurs spécialisés, professeurs brevetés, école normale d'éducation physique, programmes uniformes), de développer et aider, moralement et matériellement, les institutions existantes : section d'éducation physique militaire (Ministère de la guerre), section d'éducation physique (Instruction publique) et les organisations municipales et privées, reconnues administrativement, sur le schéma éducation physique dans les écoles, éducation physique post-scolaire, préparation militaire. Cet acheminement permettant, d'autre part, d'envisager (Painlevé) une réduction de la durée du service militaire et de pouvoir compter sur la « nation armée ».

J'ai employé ces mêmes arguments dans une communication que j'ai tenu à présenter au VIIe Congrès national d'assistance publique et privée, Congrès qui vient d'avoir lieu à Nancy, les les 27, 28, 29 et 30 octobre 1927 sous la présidence effective de M. Népoty, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, secrétaire général, M. Marcel Gauguery, chef des services administratifs des hospices civils de Nancy et qui par les questions qu'il a traitées, l'intérêt qu'il a suscité, les représentants officiels qu'il a rassemblés et les compétences qu'il a su mettre en action, a eu le plus vif et le plus mérité des succès.

Rattachant mon travail à la première question à traiter : « La lutte contre les grands fléaux sociaux. Rôles des différents organisateurs publics et privés dans cette lutte et rapports de ces organismes entre eux » je craignais, il est vrai, et étant donné le milieu : assistance, bureaux, infirmières, que mon rapport de même que le vœu par lequel je voulais conclure ne soient, en bloc, jugés comme en dehors du cadre de la question.

Si pourtant j'ai osé les présenter c'est qu'il m'apparaissait des plus intéressants de porter la parole précisément dans le dit milieu, marquant, à mon avis, dans la lutte contre les grands fléaux sociaux, un seul côté de la médaille, puis d'étendre mon action aux sociétés, journaux, bulletins et revue de physiothérapie et d'éducation physique, marquant l'autre côté.

Avant tout, il m'importait de ne pas seulement critiquer, nier et démolir, mais de construire et organiser, en faisant des propositions réalisables dans notre France. Je réunissais donc mes arguments et concluais ainsi que suit :

Le VIIe Congrès national d'Assistance publique et privée, estimant que la lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, syphilis, cancer, dépopulation, sera d'autant plus efficace que les très bonnes œuvres existantes d'hygiène sociale auront comme corollaire l'organisation nationale de l'éducation physique des enfants et jeunes gens.

Emet le vœu :

1) Que l'éducation physique continue à retenir la sollicitude du Parlement et des Pouvoirs publics.

2) Qu'elle soit obligatoire : scolaire, post-scolaire et militaire.

3) Qu'elle soit méthodique : examen et sériage médical des élèves en vue de leur envoi en gymnastique de développement, gymnatsique naturelle, gymnastique appliquée, jeux et sports.

4) Qu'elle soit attrayante : basée sur un règlement conduisant les élèves à travers la gymnastique analytique (gymnastique suédoise, gymnastique médicale, gymnastique orthopédique), à la gymnastique appliquée (gymnastique naturelle, jeux et sports) ; créant ainsi le désir de se développer, caressant celui d'exceller, favorisant dans la juste mesure, les concours et compétitions, admettant, analogues aux fêtes des Sokols (gymnastes Tchécoslovaques) les réunions publiques locales, départementales, interdépartementales et nationales, répondant en un mot, au tempérament français, *cela sous réserve d'un acheminement méthodique, sérié et surveillé, vers ces buts élevés.*

5) Qu'elle soit : enseignée, contrôlée, dirigée par des compétences :

a) Pour ce qui concerne l'enseignement pratique : écoles normales d'éducation physique : instituteurs et professeurs civils et militaires brevetés comme éducateurs physiques ;

b) Pour ce qui concerne l'examen médical, le sériage, la direction et le contrôle médical : médecins scolaires, désignés sur leurs compétences ou après court stage de spécialisation.

6) Qu'il soit créé un bureau officiel établissant et entretenant une liaison étroite entre les différents organisateurs publics de l'éducation physique (Ministère de l'Instruction publique, de l'Hygiène, de la Guerre, de la Marine, Comité central des sociétés de gymnastique et de préparation militaire) et *ayant qualité, fonctions et attributions de direction centrale de l'*ÉDUCATION PHYSIQUE NATIONALE.

***

Empêché d'aller à Nancy (par un malencontreux mal de gorge) j'ai pourtant reçu des nouvelles sur le sort de ma communication.

Déjà je lisais dans l'excellent rapport (page 85) du Rapporteur général de la première question, M. Sarraz-Bournet, inspecteur général-adjoint des services administratifs du Ministère de l'Intérieur le paragraphe suivant :

« Si la lutte contre les fléaux sociaux est prin-

cipalement de l'assistance préventive, elle n'est pas que cela ; elle soulève, nous l'avons dit, en matière de lutte antivénérienne et de dénatalité, des problèmes d'ordre moral. D'autre part, elle n'est pas une, elle ne revêt pas la forme seule que nous lui avons donnée à dessein dans ce rapport, pour ne pas sortir du domaine de l'assistance. *Les mesures signalées, pour être plus efficaces, doivent être épaulées sur d'autres; mesures contre le taudis, mesures contre l'alcoolisme, mesures pour maintenir en bonne condition physique les enfants et jeunes gens et jeunes filles sans tares et éviter que, pour une raison quelconque ils viennent grossir l'armée des malades*, atteints par les fléaux sociaux et parmi ces mesures, *organisation d'une éducation physique obligatoire pour les enfants et les jeunes gens des deux sexes, comme le réclame dans le vœu qui vous a été présenté par M. le docteur Kopp.* etc., Toutes ces mesures, avec celles que nous vous soumettons, doivent être appliquées parallèlement pour que les résultats soient meilleurs et plus rapides et pour que s'arrête la marche des fléaux qui menacent notre nation. » Au surplus, M. Sarras-Bournet a bien voulu m'écrire à la date du 2 novembre 1927 : « A Nancy le vœu général présenté dans le rapport général et qui est en somme la reproduction du vôtre « Organisation d'une éducation physique obligatoire pour les enfants et jeunes gens des deux sexes » a été voté à l'unanimité. Aucune objection n'a été soulevée sur ce point. En ce qui concerne le vœu détaillé transmis par vous, acte a été donné à la section de l'enfance de votre communication. Le Congrès étant congrès d'assistance ne pouvait discuter un plan aussi détaillé comme le vôtre et s'est contenté du vœu de principe, comme il l'a fait pour la lutte contre l'alcoolisme et pour l'inspection scolaire médicale. Toutes ces questions débordaient le cadre assistance. »

Mon but était atteint. Seul, j'avais représenté l'éducation physique dans l'examen des moyens de lutte contre les grands fléaux sociaux. Ce faisant, je n'avais pas seulement critiqué, mais montré le chemin qu'elle devait prendre.

***

Mais puisque j'ai l'honneur, aujourd'hui, de parler à la Société française de physiothérapie, à mes pairs, je vous demande de me dire, si j'ai bien fait, et, si oui, d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de prévoir pour 1928-29, à Paris, un congrès de physiothérapie et d'éducation physique organisé en commun :

Par la Société française de physiothérapie ;

La Société d'éducation physique et des sports ;

Le Syndicat des médecins hygiénistes ;

La Société des médecins scolaires ;

Le Syndicat et les sociétés de médecins des stations thermales, balnéaires et climatiques ;

La Société de pédiatrie ;

Toutes autres sociétés médicales intéressées qui viendraient s'adjoindre aux sociétés et syndicats susnommés ;

Et les journaux : le *Mouvement sanitaire*, la *Revue médicale*, les *Bulletins* des dites sociétés et syndicats, les *Annales de l'enfance* et tous autres.

Et de confier la préparation et conduite à bonne fin de ce Congrès français médical à une commission.

De toutes façons je vous remercie d'avoir bien voulu m'écouter.

En conséquence j'ai l'honneur de déposer l'ordre du jour suivant :

La Société française de physiothérapie, réunie le 8 novembre 1927 chez son président, le Dr Pierre Robin, *envisage* d'organiser, en commun avec les Sociétés médicales parisiennes intéressées par les mêmes buts, un Congrès français de physiosiothérapie et d'éducation physique qui aurait lieu en 1928-29.

Nomme une Commission de six membres, chargée de mener à bonne fin cette entreprise.

Invite cette Commission à commencer immédiatement ses travaux et à lui rendre compte, à ses différentes séances, de l'état de la question et passe à l'ordre du jour.

Ordre du jour adopté à l'unanimité.

Paris, 21, rue Cujas, 10 novembre 1927.

LA SITUATION ACTUELLE AU SUJET DES ASSURANCES SOCIALES

Je condense au maximum l'exposé de la loi, d'après ce que le Sénat a voté :

La loi, d'abord, *couvre le risque* maladie. C'est déjà là pour nous un grand danger que ce mot : couvre.

Et je dis avec Renon : « La mentalité du salarié va immédiatement changer le jour où il saura qu'assuré, *il a droit* au médecin ».

A nous donc d'agir pour qu'on n'ait pas le droit de disposer de nous, car il ne faut pas compter pour cela sur les parlementaires.

Au fond, on compte bien faire supporter au corps médical le plus gros poids de la loi, et l'on spécule déjà sur l'excédent de médecins que les Facultés produisent tous les ans.

La loi, qui devait tout d'abord ne s'étendre qu'à des catégories limitées d'assurés, s'étend de plus en plus. Aujourd'hui, on ne limite plus le droit d'assurance d'après les revenus réels des assujettis ; on dit : d'après les revenus du travail.

Mais voyons plus en détail ; nous avions toujours revendiqué : libre choix, maintien du secret professionnel et paiement à l'acte médical. En outre, nous étions généralement hostiles au tiers payant.

Eh bien, le libre choix, on nous l'accorde théoriquement, mais on a le machiavélisme de rendre la liberté du choix si absolue, que les marrons auront beau jeu. Nous avions demandé que le choix fût limité aux membres des Syndicats adhérents aux Unions nationales. C'était là une garantie pour nous. On ne nous l'accorde pas.

Le paiement à la visite ? Cela, on prétend nous l'accorder, mais dans quelles conditions !

Les prestations en nature, dit-on... « sont réglementées d'après des conventions, et évaluées « *compte tenu* » (c'est moi qui souligne) des tarifs syndicaux ordinaires ». Remarquez, en passant, ce « ordinaires », suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

Donc, des syndicats marrons pourront se fonder, et auront la même autorité que les autres.

2° On tiendra compte de nos tarifs !

Ceci veut dire, évidemment, qu'on restera en dessous d'eux et même qu'on nous payera au prorata de nos actes médicaux dans le cadre d'un maximum total représentant les disponibilités des caisses (vous voyez cela !).

En somme, c'est la consécration, quoi qu'on dise, du tiers-payant et du rabais.

Hospitalisations.

En principe, on accorde aux assurés le droit de se faire soigner dans des cliniques particulières,... oui ! mais, plus tard, on a spécifié que celles-ci ne pourraient se faire payer plus cher que les hôpitaux. La concurrence étant impossible, c'est donc tous les assurés, à traiter gratuitement à l'hôpital (15 millions d'individus) ou dans les cliniques des Caisses. Chez eux, on les traitera au rabais, et à l'hôpital pour rien !

....

Pendant ce temps, Union et Fédération cherchent, nous dit-on, à se mettre d'accord.

Pendant ce temps le Parlement se moque de nous.

Nous pouvions autrefois discuter dans l'abstrait, mais aujourd'hui la guerre nous est déclarée, plus de querelles byzantines. Nous devons agir, et agir en bloc, sous un commandement unique.

Il nous est facile de laisser de côté « entente directe ou liberté contractuelle » et de nous accorder pour dire ce que tous (car c'est un fait), nous ne pouvons admettre.

Pour cela nous sommes, en effet, tous absolument d'accord.

Et puis, et ceci est notre affaire à nous, dans nos syndicats, décidons bien fermement de ne rien faire, de ne rien accepter *individuellement*. Que seuls nos syndicats prennent les décisions. Et nous n'admettons jamais l'interposition entre nos malades et nous de qui que ce soit.

Les faits nous y contraignent aujourd'hui.

Qu'on appelle notre attitude du nom que l'on voudra ! Peu importe.

L'important, l'essentiel, l'indispensable, c'est que nous formions le bloc médical.

Nous devons déclarer sa mobilisation.

Il est urgent que les dirigeants des deux grands groupements le comprennent, ou qu'ils s'effacent et laissent les praticiens se faire entendre.

Dr Eug. Damey.

AUTOUR DES THÉATRES

Comte Obligado — Œdipe et le Sphinx. — La Basoche. — Une femme dans un lit.

Au Théâtre des *Nouveautés*, « COMTE OBLIGADO ! ... », opérette en trois actes de M. André Barde, est un bien charmant spectacle qui doit tenir longtemps l'affiche et que Mme Régina Camier a mis elle-même en scène avec un luxe de trouvailles harmonieuses et délicates auxquelles... on la reconnait tout de suite !

Le grand couturier Amandine... et Victor (mais Victor n'est qu'un mythe) a une « mascotte » la jolie seconde Mitaine. Mitaine a bien ses petits défauts, mais il la garde quand même à cause de sa « qualité » spéciale.

Le garçon d'ascenseur, le « lift » Antoine (le désopilant Milton) se dessèche de dépit à la pensée que tous ses rapports avec les jolies clientes se limitent à l'ordre « au deuxième » qu'elles lui jettent dédaigneusement du bout des lèvres ; Antoine et Mitaine se racontent leurs rêves, il confie son amour pour une jolie pâtissière qui a une belle boutique, elle conte combien un beau magasin à l'enseigne Mlle Léocadie, marchande de frivolités ferait son bonheur !

Brusquement Antoine hérite de 250.000 fr. d'un cousin inconnu... il reprend ses rêves, mais tel Perrette— il est quelque peu déçu quand le notaire ne lui remet que trente mille francs le fisc ayant absorbé le reste. Il décide alors, puisque la belle pâtissière lui échappe, de vivre grandement trois jours seulement sur le pied de 10.000 francs par jour et de voir de très près ce que sont les belles clientes d'Amandine et en particulier la superbe Xavière de Miranda.

Mettant « son » ascenseur à « l'arrêt momentané » il se transforme en gentleman, rase sa moustache et arrive juste au moment où le Comte de Miranda cherche un commanditaire, le sien ayant pris son vol.

Mitaine fait les présentations, Antoine devient le « Comte Obligado », comte parce qu'il lui faut bien un titre ; Obligado parce que c'est la station d'où elle descend du métro. Elle fait discrètement savoir à Robert, (le gigolo de Xavière de Mirande) qu'elle aime, qu'Antoine à dix mille francs à dépenser par jour et toutes ces dames n'ont plus d'yeux que pour le Comte Obligado qu'il faut décider à placer ses fonds dans des Phosphates africains.

Antoine d'abord se fait prier, puis accepte l'invitation à la soirée du comte de Miranda. On lui a promis de jolies femmes, et Mitaine (qui est venue apporter les costumes et faire les dernières retouches) est invitée par le comte de Miranda, qui pris d'un béguin subit lui enjoint d'endosser une robe que Xavière vient justement de refuser.

Il s'agit de faire signer le comte Obligado, toutes ces dames sont dans le complot ; afin de bien montrer qu'il connait l'Afrique, Antoine leur chante « La Fille du Bédouin », chanson de gaieté, d'entrain dont la musique agréable reprise en chœur par tous les spectateurs met dans la salle une note de gaieté folle. Milton chante dans une note d'un comique incomparable. Le Tango chanté par Urban doit être particulièrement signalé. Dans deux notes d'un art différent ces deux chants sont ce qui doit rester de la soirée.

Au Bar des Courses, la fête continue : la belle Miranda (Marthe Ferrare) est de plus en plus élégante, de plus en plus éprise, de plus en plus séduisante... Hélas, Antoine a perdu, il ne lui reste plus que 3.000 fr.... Le Barmann lui donne un tuyau à 3.000 contre un... il joue son reste !

Mais la « Première » a reconnu Antoine dans le comte Obligado et tout le monde sauf Mitaine s'apprête à lui faire payer cher son usurpation de titres et qualités lorsque par suite d'une réclamation le toquard qu'il a joué devient gagnant. Le voici à la tête de 900.000 fr. Il annonce à Mitaine « la Mascotte » qu'il va acheter la Pâtisserie et la pâtissière et qu'il commanditera Mlle Léocadie, marchande de Frivolités... Et voici « Monsieur Léocadie » dit-elle en montrant Robert cependant que Xavière de Miranda — cependant de toutes la plus belle — abandonnée du comte comme de Robert se sent reprise d'un subit amour pour le comte de Miranda.

Soirée de fol entrain dont il faut savoir gré à M. Benoit-Léon Deutsch, le plus avisé des directeurs.

Théâtre de Grenelle : ŒDIPE ET LE SPHINX. Très bel effort réalisé sous les auspices de Mme Paulette Max et de M. Paul Castan par le groupe des Comédiens de la Croix-Nivert et digne des meilleurs éloges : ils sont parvenus à faire venir de partout dans cette jolie petite salle un public de qualité grâce à la fixité de leur effort. *Œdipe et le Sphinx* fait partie du théâtre de Joséphin Peladan-le-Sâr (auquel M. Castan n'a pas peu contribué à faire rendre justice en mettant à la scène, *Babylone, la Prométhéide et le Fils des Etoiles*).

C'est la première partie d'une trilogie comprenant *Œdipe* Roi et *Les frères ennemis* et dont il est toujours intéressant de remémorer en quelques mots l'ensemble :

Les oracles ayant annoncé à Laïus, roi de Thèbes qu'il serait tué par son fils, il fit dès sa naissance suspendre par les pieds à un arbre celui qui naquit de son union avec Jocaste et lui mérita ainsi le nom d'Œdipe (pieds enflés) que lui donnèrent les bergers qui le recueillirent. Ils le portèrent à Corinthe où le roi lui fit donner une éducation princière. Lorsqu'il fut grand et que se posa pour lui et pour ses entours la question de sa naissance Œdipe alla consulter

l'oracle et apprit qu'il ne devait jamais retourner dans son pays car il était écrit qu'il y tuerait son père et épouserait sa mère.

Rentrant à Corinthe, il rencontra sur la route un vieillard avec lequel il se prit de querelle et le tua : c'était Laïus son père ! Le successeur de Laïus, Créon, promit le trône de Thèbes et la main de Jocaste à qui débarrasserait le pays de Thèbes du Sphinx qui dévorait tout passant qui ne devinait pas son énigme.

Œdipe devina l'énigme du Sphinx devint Roi et épousa Jocaste sans savoir qu'elle était sa mère.... L'oracle ayant révélé les faits, Jocaste se pendit, Œdipe s'arracha les yeux. Demeuré Roi de Thèbes, il y fut emprisonné par ses deux fils Etéocle et Polynice qu'il maudit... leurs querelles furent célèbres — c'est alors que chassé de Thèbes, il gagna le bourg de Colone, guidé par sa fille Antigone et entra dans le bois des Euménides où il disparut.

La mise en scène est sobre et pure, les acteurs sont dans la note juste.

La *Gaité Lyrique* en remontant la *Basoche* de M. Albert Carré, musique de M. André Messager, l'a placée dans un cadre tout neuf, dernier cri de confort et d'élégance. La *Basoche*, Cour de Justice privilégiée vient d'élire pour un an un chef, qualifié « Roi de la Basoche » mais qui doit être célibataire ! Le Roi Louis XII a envoyé le vieux Duc de Longueville (Lucien Fugère) épouser pour lui la Princesse Marie d'Angleterre (la jolie Georgette Simon). Devant l'auberge du Plat d'Etain, sur une place publique Clément Marot et un clerc nommé Roland se disputent les suffrages des Basochiens. Clément Marot, marié en cachette, a laissé sa femme Colette à Chevreuse et vient d'être élu Roi de la Basoche. Colette (Mlle Louise Dhamarys) s'est mise en route pour rejoindre son mari, elle le reconnaît au moment où il sort du Plat d'Etain... Malgré les signes que lui fait Clément qui feint de ne pas la reconnaître la vérité risque d'éclater et se laisse soupçonner : Colette est avertie et son mari doit la rejoindre le soir au Plat d'Etain où faute d'argent elle s'engage comme servante.

En compagnie du duc de Longueville, Marie d'Angleterre court la capitale avant d'y faire son entrée solennelle : elle voit défiler le cortège de la Basoche et prend Clément Marot pour le vrai roi son mari qu'elle souhaite jeune et beau. Elle s'installe au Plat d'Etain où Colette qui la sert se persuade que Clément Marot est le vrai roi et s'explique en cette hypothèse tous les mystères dont elle est entourée... Un écuyer venant de la part du roi chercher la Princesse, tout de bon, elle se donne pour la Reine : on voit deux Reines en scène, et comme Colette conte au roi son amour et ses malheurs, Louis XII indigné va la renvoyer au roi d'Angleterre son père au grand dam du pauvre Longueville qui se voit déjà en voyage et en disgrâce. Les situations se dénouent, Marie d'Angleterre se fait connaître. Cependant que Clément Marot décide de renoncer à la Royauté de la Basoche plutôt que de rester un instant de plus séparé de Colette... Mais comme la vraie Reine a eu un « regard » pour le cher Clément, le roi juge prudent de confier pour quelque temps à celui-ci une mission poétique et un peu éloignée.

L'interprétation est très belle, Mlle Dhamarys est une gracieuse Colette, Mlle Georgette Simon a une voix de velours. Il serait injuste de ne pas parler du Ballet très heureusement intercalé, il forme au troisième acte un délicieux divertissement réglé par Mme Stichel et aimablement dansé par des artistes dont on parle trop peu: de leur grâce légère et fine, Mlles Guzel, Zehrer, Myriam, Raimonde, du Rouvray, premières danseuses de belle classe encadrent Mlle Sonia Batehef, travesti très original.

Au *Palais Royal* MM. Yves Mirande et Gustave Quinson obtiennent un grand succès avec leurs trois actes *Une femme dans un lit*, dont la mise en scène d'Edmond Roze est des plus heureuses.

Le comte de Lussang qui doit se marier dans deux jours rentre chez lui et trouve une femme dans son lit : à sa maîtresse, qui est jalouse, il la présente comme sa fiancée, à son futur beau-père il la présente comme sa sœur.

L'inconnue est très jolie, le beau-père futur lui offre d'abord de l'épouser alors qu'elle serait avant tout satisfaite de s'en aller. Le comte lui persuade de rester jusqu'après la noce et sans savoir davantage qui elle est ni même ce qu'elle fait dans son lit, il s'endort dans un fauteuil.

Or, la jeune fille, Geneviève, noble et pauvre est la fille de l'ancien associé du futur beau-père et si elle est pauvre c'est que ce dernier ne lui a, peut-être pas dans le règlement des comptes fait la part qui lui revenait ; elle est venue chez le comte pour voir un ancien serviteur de ses parents, valet de chambre de la maison et qui croyant son maître en voyage lui a offert le lit et la chambre de ce dernier à cause de l'orage affreux et de l'heure tardive.

La maîtresse du comte n'ayant rien trouvé de mieux que de se faire également passer pour sa sœur qui doit venir pour le mariage, le beau-père, toujours épris de nouveau, lui demande à elle aussi immédiatement sa main !

Mais Geneviève a un demi-frère que son père au cours d'un voyage en Amérique eut d'une sauvagesse des Pampas, et ce demi-frère devenu un homme et dont elle ignore l'existence arrive à Paris avec le joli nom de « Coquelicot dans les blés » : ardent il subjugue la maîtresse du comte, mais grâce à l'obscurité c'est la véritable sœur de celui-ci, sourde et plutôt défraîchie qui pour la première fois et à sa grande surprise connaît les joies de l'amour !

Il devine que le comte aime Geneviève sans le savoir et prend pour but de donner à sa sœur et le comte et la fortune.

La fiancée du comte, exaltée et romanesque

s'éprend passionnément du magnifique sauvage ce qui facilite les choses : au jour du mariage, ils parviennent à empêcher la cérémonie et quand le comte ravi, veut s'étendre sur son lit, il y a encore là une femme couchée et ... c'est toujours la même, c'est Geneviève qui pleure son doux rêve détruit.

Et la nuit se passe et le réveil est doux, l'ex-fiancée devenant sa belle-sœur partage sa dot avec Geneviève.

Tout ici est très gai, amusant et plein d'entrain, Le Gallo joue le rôle du comte, Marguerite Templey celui de la Maîtresse et Simone Dulac est une Geneviève exquise.

Dr G. Poleme.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

L'ASSOCIATION DES CHEFS DE CLINIQUE DE MONTPELLIER

Le 3 novembre 1926, à la Faculté de Montpellier, furent célébrées les fêtes du centenaire de la création des chefs de clinique, qui remettaient en mémoire un arrêté ministériel datant de plus d'un siècle, puisqu'il était du 4 mars 1826, par lequel fut créé pour la première fois le concours du clinicat. Il est juste d'ajouter que cette décision administrative ne faisait elle-même que consacrer une mesure prise déjà antérieurement par le professeur Fouquet, l'an III de la République.

Cette mesure consistait à conférer déjà le titre de chef de clinique aux *collaborateurs* de ce maître, chargés de l'assistance dans son service d'enseignement à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, qui, depuis est devenu le Palais de l'Université.

Les fêtes de ce centenaire constituèrent un évènement sensationnel et comme le premier acte et l'aurore de ces brillantes journées médicales qui firent de Montpellier pendant une semaine le rendez-vous aristocratique de tous les princes de la science, français ou étrangers.

Dans une séance mémorable présidée par M. le recteur de l'Académie et où prirent tour à tour la parole devant une assemblée d'élite, M. le doyen Euzières, le Dr Diffre, ancien chef de clinique ; le doyen Abelous, de la Faculté de Toulouse ; le Dr Porte, chef de clinique de Paris et le Dr Devé, professeur de clinique médicale à l'école de Rouen, fut acclamé le principe de l'Association des chefs de clinique, avec une solennité et une magnificence comparables à celle que l'on accorde à la pose de la première pierre d'un beau monument.

Désormais la graine précieuse était semée... Pendant plusieurs mois le silence se fit autour d'elle mais quand le printemps parut, une vie secrète accumulait déjà dans ce germe des réserves de force précieuses pour un avenir prochain.

Un bureau provisoire avait été constitué avec mission de préparer les voies et moyens nécessaires ; il élabora des statuts, les déposa à la préfecture et donna ainsi l'existence légale à l'embryon de la Société.

Des correspondances furent établies avec les diverses Facultés de France, la liste des chefs de clinique actuellement en service fut dressée, et aussi celle plus difficile à retrouver des chefs de cliniques anciens ; on échangea ensuite de part et d'autre, des vues susceptibles de favoriser dans les différentes régions une entente commune d'où pourrait sortir bientôt une alliance générale de tous les clinicats de France ; enfin le 22 février 1928 une assemblée générale avait lieu à Montpellier, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, où se trouvèrent réunis pour la première fois tous les chefs de clinique actuellement en service, entourés de nombreux vétérans, parmi lesquels plusieurs professeurs de la Faculté, des chefs de laboratoire, un grand nombre de praticiens de la ville, des délégués des Facultés de Bordeaux, de Lille, de Toulouse, tous nommés au concours et unis, sans distinction d'origine, par des sentiments de solidarité affectueuse basée sur une estime réciproque.

L'Association des chefs de clinique de Montpellier était fondée. Elle fut acclamée à l'unanimité et le bureau définitif fut nommé au bulletin secret.

Furent désignés : président : Dr Léon Diffre ; vice-président : Dr Coll de Carrera, prof. agrégé ; secrétaire général : Dr Viallefont ; secrétaire trésorier : Dr Janbon.

Ce vote fut suivi de la révision et adoption définitive des statuts.

Enfin fut décidée la création prochaine de la Fédération des Associations de toutes les autres Facultés.

Ce dernier point était vraiment le nœud de la question. La Fédération représente en effet la base capitale et indispensable qui permettra de grouper plusieurs centaines de membres en un faisceau, seul capable de poursuivre avec succès les revendications légitimes du clinicat. Il faut bien reconnaître que jusqu'à présent les chefs de clinique n'avaient été que trop longtemps des isolés perdus dans la foule, et leurs services, à cause de cela même, n'avaient jamais été appréciés à leur valeur réelle parce que ces isolés sont des travailleurs silencieux, calmes et résignés, et qu'on les sait ennemis des manifestations bruyantes et du désordre.

Ce sont des méconnus qui fournissent un travail considérable dont ils sont récompensés d'une façon dérisoire et avec une parcimonie qu'on ne saurait imaginer.

Qui pourrait se figurer que des docteurs en méde-

cine déjà sélectionnés par des concours difficiles et nombreux, acceptent jusqu'à l'âge de trente ans et plus, dans toute la force de leurs énergies physiques et morales, de passer leur journée entière dans les salles d'hôpital pour s'occuper du soin des malades en même temps que de l'enseignement des jeunes étudiants ; sans cesse et volontairement exposés aux épidémies, qui, hélas ! ne les épargnent guère à en juger par les noms de quelque victimes récentes : le Dr Roux, chef de clinique à Bordeaux ; le Dr Harbruger, chef de clinique àLariboisière, autrefois le Dr Blocq, mort à Montpellier d'une diphtérie contractée en service et d'autres qu'il serait facile de relever.

Qui voudrait croire que les pareils de ces héros ne touchent pour accomplir leur rude labeur quotidien, et aussi pour mourir quelquefois, que 250 fr. par mois ? .... Alors que les ouvriers de corvée grossière reçoivent dans n'importe quel métier des appointements beaucoup plus élevés leur permettant de vivre sans difficultés et même avec plaisir. N'est-ce pas une ironie outrageante que de voir des infirmiers de bas étage mieux rétribués que des chefs de clinique déjà connus dans la science et qui vivent, sans qu'on s'en doute, dans une gêne de pauvres honteux.

Il est pénible mais il est nécessaire de faire connaître en toute vérité cette situation lamentable du clinicat et on ne peut que protester contre une injustice aussi criante qui demande une prompte réparation.

Evidemment jusqu'à ce jour, il ne pouvait venir à l'esprit de personne de combattre une ignominie dont les intéressés eux-mêmes ne se plaignaient pas et qui semblait définitivement acceptée comme un mal et une fatalité inéluctables, mais aujourd'hui la vie est trop dure et il ne faut pas que ceux qui, par générosité et grandeur d'âme, négligent leurs intérêts matériels pour ne s'occuper que de science pure, soient exposés à être traités en vaincus.

Une réaction énergique doit se dresser contre cet abandon impardonnable des pouvoirs publics, et il est urgent que les travailleurs désintéressés qui n'ont en vue que le bien général puissent donner tous leurs efforts dans le silence et le recueillement que, seule, peut permettre la sécurité pécuniaire indispensable.

Les Conseils de Facultés ont à plusieurs reprises attiré l'attention du gouvernement sur cette nécessité, et c'est sur la proposition du professeur Cour mont qu'a été émis le vœu suivant :

« Considérant que la situation trop modeste faite « actuellement aux chefs de clinique peut interdire « à certains d'entre eux l'accès de ces fonctions, « l'Association des membres du corps enseignant « émet le vœu que le traitement des chefs de clini- « que soit doublé et rapproché de celui des prépara- « teurs de troisième classe, car le chef de clnique « remplit à l'hôpital dans les services de clinique « un rôle aussi important que celui des préparateurs « dans les laboratoires de l'Association ».

Le parlement, la presse, les syndicats médtcaux devront aussi connaître et dévoiler cette détresse et joindre leurs efforts pour y porter remède car des revendications aussi légitimes et aussi urgentes ne peuvent pas ne pas être prises en considération.

Il y va de la dignité d'une nation comme la France de traiter avec sollicitude et respect l'élite de cette jeunesse qui, à l'héroïsme des champs de bataille, sait joindre l'héroïsme peut être plus difficile d'un labeur obscur et acharné qui fait sortir d'une pauvre chambre d'étudiant ce pur rayonnement de la pensée française que l'univers admire, et qui fait la gloire toujours enviée de notre cher pays.

Dr Diffre,
Président de l'Association des chefs de clinique de Montpellier.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le professeur Guignard, membre de l'Académie de médecine, ancien doyen de la Faculté de pharmacie. — M. le Dr Louis Tuvache, de la Flèche.

— **Ecole annexe de perfectionnement des médecins de réserve (Union fédérative).** *Conférences.* — Le 16 avril, à 21 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, conférence de M. le Dr Gastou, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, sur *la lutte antivénérienne dans l'armée.*

Conférences faites au grand amphithéâtre de la Sorbonne (entrée par la rue des Ecoles n° 41) :

Dimanche 20 *mai*, à 9 h. 30 : « Le service dentaire dans l'armée mobilisée, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires. Son utilité au point de vue de l'hygiène sociale », par M. le médecin principal de réserve Friteau.

Dimanche 17 *juin*, à 9 h. 30 : « Equipement du Service de santé d'un front d'armée », par M. le médecin principal de 2e classe Schicklé, de la section technique du Service de santé.

Afin d'éviter au dernier moment l'encombrement des bureaux de contrôle et pour assurer, en même temps qu'un courant régulier des arrivées, l'installation convenable des officiers dans l'amphithéâtre, les cartes de présence seront distribuées de 8 h. 45 à 9 h. 15, la conférence devant commencer à 9 h. 30.

— **Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.** — *Prix Fauré.* Suivant l'intention du fon-

dateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un point intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *Logements ouvriers insalubres et tuberculose, à Bordeaux.*

Prix Jean Dubreuilh. Suivant l'intention du fondateur, ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *Myomectomie et puerpéralité.* Valeur du prix pour : 1.600 francs.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. de Coquet, secrétaire général de la Société, 3, cours Balguerie-Guttenberg, Bordeaux. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 30 avril pour le prix Fauré et jusqu'au 31 mai pour le prix Jean Dubreuilh.

— **Clinique médicale de Beaujon.** *Syphiligraphie.* — Du 20 avril au 29 juin, des leçons de syphiligraphie serait faites par M. TOURAINE, le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de Beaujon. *Programme des leçons* : vendredi 20 avril, généralités sur la syphilis ; microbiologie ; évolution clinique. — Vendredi 4 mai, le chancre syphilitique. — Vendredi 18 mai, la syphilis secondaire cutanéo-muqueuse. — Vendredi 1er juin, manifestations viscérales de la syphilis secondaire. — Vendredi 15 juin, Syphilis secondaire tardive. — Vendredi 29 juin, Syphilis tertiaire.

— **La lutte antisyphilitique et les études médicales.** — La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes du ministère de l'hygiène a adopté le vœu suivant :

La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes :

Considérant l'importance, de plus en plus grande, du diagnostic et du traitement de la syphilis ;

Considérant que pour pouvoir être bien établis, ce diagnostic et ce traitement nécessitent une instruction médicale spéciale, et un stage prolongé dans les services spéciaux, sous peine de graves erreurs ;

Considérant que le stage de deux mois, existant depuis 1919, est insuffisant ; que d'autre part les externes et les internes des hôpitaux n'y sont pas obligés.

Demande à M. le ministre de l'Instruction publique que dans toutes les Facultés de médecine de France, le stage des étudiants dans les services de syphiligraphie soit porté à trois mois et rigoureusement accompli ; que les internes et les externes des hôpitaux n'en soient pas dispensés. Pour ne pas nuire au fonctionnement des services hospitaliers du matin, ces internes et externes des hôpitaux pourraient accomplir leur stage syphiligraphique dans les consultations du soir.

— **Xe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.** — Ce congrès aura lieu à Québec les 5, 6 et 7 septembre 1928 sous la présidence de M. le Dr C. Dagneau.

Deux questions sont à l'ordre du jour : 1° L'infection puerpérale ; 2° la diphtérie.

Cette réunion coïncidera avec la célébration du 25e anniversaire de la fondation de l'Association.

— **Office public d'hygiène sociale du département de la Seine,** 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (IVe).

L'Office met en vente, au prix de quarante francs (y compris les frais de la quittance que son régisseur est tenu de délivrer pour tout encaissement) un ouvrage en deux tomes (795 pages in quarto) avec cartes, graphiques et nombreuses gravures hors texte, sur «L'organisation de la lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine et le fonctionnement de l'Office « départemental d'hygiène sociale » (rapport de M. Henri Sellier, Secrétaire général du Conseil de surveillance de l'Office, Président du Conseil général de la Seine).

L'ouvrage est délivré dans les Bureaux de l'Office ou adressé à domicile après envoi d'un mandat à inscrire au compte chèque postal Paris 665-65 du Régisseur de l'Office. Joindre dans ce cas à la somme de quarante francs les frais d'expédition, soit 1 fr. 25 pour Paris et 4 fr. 65 pour les départements, l'Algérie et la Tunisie.

Dans le tome Ier sont exposés les premiers efforts faits pendant la période d'avant-guerre (1896-1914) sanc action d'ensemble, et plus encore par les œuvres privées que par des organismes publics, dans le champ de la lutte antituberculeuse.

Sont ensuite étudiés les résultats obtenus pendant la période de guerre (1914 à 1918) alors que l'état lamentable des prisonniers de guerre rapatriés et le nombre croissant des réformés pour tuberculose amènent les pouvoirs publics à organiser une assistance effective aux malades tuberculeux et à accélérer l'élaboration d'une législation antituberculeuse.

La dernière partie du tome Ier et le tome II tout entier sont enfin consacrés à la création et au fonctionnement de l'organisme chargé dans le département de la Seine d'exercer l'intervention publique en matière de prophylaxie des maladies transmissibles et principalement de la tuberculose : l'Office public départemental d'hygiène sociale.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

à une foule de gens courtois et bien élevés, aucun incident fâcheux ne devait se produire.

Le concert très bien composé, qui précéda le bal, eut le plus grand succès. Le quator de l'*Amour médecin* de F. Poiré, brillamment enlevé par MM. René de Ryol, Henri Vallière, le baron Despatys et Roger de Liotard, fut longuement applaudi. Madame Isabelle Fusier, dans son répertoire endiablé, provoqua dans l'auditoire l'explosion de la plus franche gaité. M. Fresnay, de la Comédie-Française, qui déclama avec talent plusieurs poésies, fut l'objet d'une véritable ovation. Les danses serpentines de Mlle Vanah-Yami furent encore fort appréciées. Un médecin fakir, dans lequel nous avons cru reconnaître un de nos stomatologistes les plus distingués, fit devant nous un certain nombre d'expériences des mieux réussies qui le classent au premier rang des prestidigitateurs. Enfin, à minuit, l'artiste à la mode, M. Maurice Chevalier, produisit un certain nombre de ses créations devant un public de plus en plus enthousiaste.

Ajoutons à tout cela, le jazz : The Egelet Melody Orchestra, tout à fait extraordinaire, et dont le chef est bien le danseur modern-style le plus désopilant qu'il soit possible de rencontrer.

Le bal s'est prolongé jusqu'au jour. Nous l'avons quitté à quatre heures du matin alors qu'il était encore en pleine animation. Le buffet, d'accès relativement facile, était abondamment pourvu et bien ordonné.

Le succès de cette fête, sans précédent dans les annales des manifestations de la bienfaisance confraternelle, fait le plus grand honneur au Comité des dames qui l'organisèrent et au bureau de la Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, au profit de laquelle elle avait été donnée.

Nous avons d'ailleurs remarqué dans l'assistance tous les membres du bureau : le président, M. le Dr Siredey ; les vice-présidents, Mme Jayle et le Dr Darras ; le secrétaire général, le Dr Abel Watelet ; la secrétaire, Mme Margain-Poulalion, et notre excellent ami, le Dr Bongrand, trésorier général de l'Association des médecins de France, que l'on trouve toujours au premier rang quand il y a une bonne œuvre à accomplir. Tous étaient venus pour prendre une part active à l'organisation du bal et nous fûmes heureux de les voir, réjouis et émus, assister au triomphant succès de leurs efforts.

Rappelons que le bal de la médecine, comme d'ailleurs la Société de Secours mutuels pour femmes et enfants de médecins, est placé sous le patronage de notre grande Association générale des médecins de France.

Un tout petit regret en terminant, regret tout petit puisque le succès dépassa, et de combien ! notre attente : C'est d'avoir constaté l'absence presque complète (nous disons *presque*, car nous avons reconnu dans l'assistance plus d'un maître) de la plupart des hautes personnalités médicales parisiennes. Leur apparition cependant eût été un encouragement pour les organisateurs et un geste de sympathie envers les misères médicales qu'ils savent, certainement, et nous n'oserions en douter, contribuer à soulager avec discrétion, discrétion qu'il nous permettront de trouver excessive, car l'exemple doit toujours partir de haut.

Nous n'avons pas non plus rencontré les confrères parisiens qui s'occupent le plus activement des intérêts du Corps médical, mais peut-être étaient-ils perdus dans la foule et se sont-ils retirés, modestement, de trop bonne heure pour être remarqués.

Concluons que le succès extraordinaire de la fête du 24 mars démontre éloquemment que ce n'est pas en vain que l'on fait appel au Corps médical quand il s'agit de bienfaisance et de solidarité confraternelle, et qu'il suffit, pour réussir brillamment, de l'activité, de l'énergie et du dévouement de quelques-uns.

J. Noir.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

I

1097. — Visites multiples un jour férié.

Encore une fois j'ai recours à vous au sujet d'une note d'accidents du travail.

Le 1er janvier 1927, je suis appelé auprès d'une jeune fille qui, descendant à la cave a glissé dans l'escalier et est allée s'abattre sur le sol dallé et contre le mur. Il en est résulté une plaie du sommet du crâne, aplatissement au niveau de la voûte, au niveau du point traumatisé, coma, puis obnubilation, qui persista pendant plusieurs jours. J'ai établi ainsi ma note :

1er janvier (jour férié), trois visites, pansement à la première et injections de caféine et huile camphrée aux deux premières (18 fr. par visite), 54 fr. La Société offre 44 fr. (?) sous prétexte de cumul.

2 janvier (dimanche), une visite 18 fr. La Compagnie offre 12 fr.

Elle prétend que pour le premier jour, il y a cumul. Or, je n'ai compté que le prix des visites, augmenté de 50 %, le dimanche et jours fériés.

Ayez l'obligeance de me dire qui a raison.

Dr M.

Réponse.

Il m'apparaît que le texte de l'article 3-*b*) est

formel et que *chacune* de vos visites doit être majorée de 50 %, puisqu'il y eut, *chaque fois*, un dérangement dans un jour férié. Et le cas, d'après votre lettre paraît assez grave pour avoir nécessité ces visites multiples.

F. D.

II

1073. — Certificat de prolongation ?

Je n'ai jamais vu passer dans les colonnes du *Concours* si nous étions obligés de fournir un certificat de prolongation à un accidenté du travail.

Devons-nous attendre que la Compagnie nous le demande et, dans ce cas, avons-nous le droit de le tarifer 5 fr. ?

Dr P.

Réponse.

1° Le certificat « de prolongation » n'existe pas dans le tarif et vous n'avez pas à le fournir de vous-même. Si la Compagnie vous le demande, le tarif en est fixé par l'article 29, § 5 : « Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur substitué, pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou *la cause qui l'a retardée*, sera tarifé 10 francs. Ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie, les attestations affirmant simplement que les blessés ne sont pas guéris. Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance. »

2° Vous n'avez *jamais* à le tarifer 5 francs. Ou bien vous écrivez simplement que le blessé n'est pas guéri = aucune tarification ; ou bien, vous donnez la « *cause qui a retardé la guérison* », donc certificat descriptif = 10 francs.

F. D.

III

956. — a) Réduction et contention ; b) Aide pour intervention.

J'ai compté :

Réduction de l'extrémité inférieure du radius	80 fr.
Appareil le même jour	50 fr.
Aide et assistance d'un confrère (art. 11)	50 fr.
Total	180 fr.

La Compagnie d'assurances offre :

Réduction et appareil plâtré	80 fr.
Appel d'un confrère pour cas urgent (art. 5) 12 × 3 =	36 fr.
Total	116 fr.

Votre avis ?

Dr S.

Réponse.

a) L'appareil posé après la réduction est compris dans la rubrique « réduction et *contention*

d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius : 80 francs. »

b) L'aide tarifé 50 francs est indiqué à l'article 11, qui débute par ces mots : « Pour les interventions de *grande chirurgie* ?... ». Pensez-vous que votre intervention puisse être considérée comme telle ?

F. D.

IV

859. — Questions de radiographie.

Je viens de prendre connaissance dans le *Concours* nº 8 *bis* de vos réponses pour l'application du tarif Fallières (A. T.) concernant : 1º le déplacement du médecin traitant chez le médecin consultant et 2º consultation en cas de radiographie.

Première question. — Le confrère a raison. La consultation et le déplacement du médecin traitant devraient être payés. Si la loi est mal faite, il faut la faire changer. Même si le blessé peut se déplacer (cas personnel contusion du coude avec fracture, *il n'y a pas eu de radiographie*) la consultation et les frais de déplacement doivent être comptés Car, pour qu'il y ait consultation, il faut qu'il y ait discussion du cas entre les confrères et je ne vois pas pourquoi la consultation doit se faire toujours au domicile du blessé, même quand il peut se transporter ! ! !

Deuxième question. — Radiographie.

Les assureurs ont tort. Car une radiographie même avec commentaires détaillés n'est pas une consultation médicale, de même qu'une analyse d'urine ou de produits pathologiques n'est pas une consultation. Une radiographie n'est qu'un moyen d'exploration, ce n'est pas une conduite à tenir vis-à-vis d'un blessé.

Muni de la radiographie, si je suis indécis, je puis faire appeler un autre médecin ou chirurgien ou accoucheur en consultation pour discuter, s'entendre et adopter une ligne de conduite quant au traitement. Un radiographe m'a répondu une fois : « Je ne puis vous renseigner sur ce que vous devez faire, allez consulter une compétence, je ne suis qu'un photographe docteur en médecine, mais je ne pratique plus l'art médical depuis longtemps et je suis incompétent quant au traitement ».

Certes, la loi est muette sur ces deux points. A nos représentants à la faire compléter. En attendant, les confrères lésés n'ont qu'à présenter leurs cas d'espèces aux assureurs qui depuis 25 ans que je les connais ont toujours agi de bonne foi avec moi. Quand il y a eu contestation entre nous et quand mes raisons étaient bonnes, l'affaire se terminait à mon avantage. Ils savent bien que les lois sont imparfaites et doivent être commentées. (C'est pour cette raison qu'il existe des tribunaux, mais entre gens de bonne foi, ces derniers sont inutiles).

Dr B.

Réponse.

1º Je n'ai pas, dans mes réponses, à discute

la loi, mais plus modestement à donner des avis sur l'*application du tarif*. Ceci bien convenu, voyons vos objections. Le radiographe n'est pas un « médecin consultant », discutant avec vous le traitement. De même que le chimiste, il donne les résultats *explicatifs* de son intervention. Si vous avez besoin d'une consultation, c'est un chirurgien alors qu'il faudrait. Mais c'est son métier de radiographe (et c'est ce qu'a dit le tarif à l'article 26, chap. VII, § 5) de donner « deux exemplaires des épreuves, avec... et et avec leur *commentaire détaillé* ». Contrairement à vous, je ne trouve pas cela anormal, et, en tout cas, on ne peut, pour le moment, que s'incliner devant les termes du tarif et je ne conseillerais pas sans crainte d'aller devant un tribunal pour soutenir votre thèse.

2° Quant aux déplacements, l'article 2 les fixe en disant que « les visites faites à domicile au blessé qui ne peut, *sans inconvénient pour sa santé* », se présenter à sa consultation, donnent lieu, etc... » Là encore, je ne conseillerais pas d'aller devant un tribunal pour y soutenir le contraire.

F. D.

V

534. — Localisation et extraction de corps étranger.

Je vous prie de vouloir bien me donner votre avis sur le cas suivant : votre arbitrage devant être accepté par la P..., qui assure l'accidenté du travail dont il s'agit :

Malade m'étant adressé parce qu'il présente une suppuration prolongée, fistuleuse, datant de deux mois. Je fais faire une radiographie qui montre un éclat métallique profond dans les muscles de la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Je fais pratiquer *sous l'écran*, après cette radiographie, la localisation du corps étranger : situation exacte en orthodiagramme, et profondeur approximative : j'enlève ensuite l'éclat sur la table d'opérations.

Le malade guérit.

J'adresse à l'assurance une note d'honoraires de 100 *francs* pour soins chirurgicaux (extraction de corps étranger profond après localisation radioscopique). Le radiographe, de son côté, demande 90 *fr.* pour la plaque qu'il a tirée.

La compagnie ne veut payer que les 100 *francs*, en comprenant la radiographie que j'aurais donc à rembourser au radiographe. Il me resterait comme honoraires 10 *francs*. Cela me semble extravagant.

Dr C.

Réponse.

Il doit y avoir malentendu, car il est hors de doute que la compagnie doit payer : *a*) *au chirurgien* : extraction de corps étranger nécessitant un repérage radiologique : 100 francs ; *b*) *au radiologue* : 1° la première radiographie de l'avant-bras : 40 francs (art. 2-1) ; 2° l'examen

radioscopique pour localisation de corps étranger membre : 50 francs (art. 26-11), soit exactement les 90 francs réclamés par le radiographe.

F. D.

Questions médico-militaires.

193. — Démission. Promotion. Légion d'honneur.

1° Etant classe 99, dans combien d'années puis-je démissionner ?

2° Si je ne démissionne pas, jusqu'à quel âge suis-je encore mobilisable ?

3° Nommé à la dernière promotion, médecin-major de 1re classe de réserve, combien me faut-il d'années pour être susceptible d'être nommé au grade supérieur ?

4° Fait chevalier depuis le 19 juillet 1918, croix de guerre avec palmes, médaille d'argent des épidémies, médaille d'Orient, puis-je espérer en restant mobilisable être fait officier ?

Dr X.

Réponse.

1° Dès maintenant, vous pouvez démissionner et vous suivrez le sort des hommes de votre classe, vraisemblablement en qualité de sous-officier (médecin auxiliaire).

2° Votre classe sera dégagée de toute obligation militaire le 1er novembre 1928.

3° Pour être promu au grade supérieur, il vous faut au moins quatre ans de grade et une période d'exercice, à la condition d'être ensuite inscrit par le ministre au tableau d'avancement, ce grade supérieur étant conféré exclusivement au choix.

4° Il est impossible de vous renseigner exactement à ce sujet, ne connaissant pas vos états de service ; mais, *a priori*, il semble que vous réunissez les annuités nécessaires pour l'inscription au tableau de concours pour officier de la Légion d'honneur.

317. — Mise hors cadres.

Etant né en 1880 (classe 1900), père d'un enfant, major de 2e classe, je serais désireux de savoir à quelle époque je puis demander ma mise hors cadre et à qui adresser cette demande. J'ai été maintenu dans la réserve.

Dr L.

Réponse.

Vous pouvez à tout moment demander votre mise hors cadre, qui s'appelle maintenant « mise en disponibilité », pour infirmités temporaires.

Adressez votre demande au Directeur du Service de Santé de votre région, et celui-ci vous fera convoquer devant une commission de réforme, qui émettra un avis. Le Ministre statuera.

245. — Promotions dans la Légion d'honneur.

1° Qu'appelle-t-on tableau de la Légion d'honneur ?

2° Quelle différence y a-t-il entre les candidats nommés d'emblée tels pour le dernier mouvement et ceux du tableau ?

3° Combien de tableaux se font par an et à quelles époques ?

4° Les nominations isolées, ne faisant pas partie d'un grand mouvement, tel le dernier ou celui du 14-juillet, doivent-elles être précédées d'une mise au tableau ? Dr M.

Réponse.

Avant d'être promu à un grade dans la Légion d'honneur, il faut être inscrit par le Ministre au tableau de concours. A part le temps de guerre, cette règle est immuable. Les propositions partent du Corps d'armée vers la fin de chaque année et le tableau, composé par le Ministre, paraît vers le mois de juin. Ce tableau est annuel.

Les nominations collectives, comme les nominations individuelles, doivent être précédées de l'inscription au tableau de concours.

---

39. — Situation d'un médecin qui n'a pas fait de service militaire.

Classe 1920, je n'ai jamais fait de service militaire. Ajourné plusieurs fois, j'ai été pris bon pour le service armé ensuite.

Je suis actuellement installé comme médecin propharmacien.

En mars 1927, j'avais reçu une convocation pour remplir une période de 28 jours. J'ai obtenu un sursis d'une annéee.

Que dois-je faire actuellement ? Suis-je astreint obligatoirement à remplir cette période sous les drapeaux.

Je suis seul médecin de la région. Je n'ai jamais fait ni service, ni préparation militaire.

Les quatre conseils municipaux des villages que je dessers sont tout disposés à rédiger une note constatant que ma présence est indispensable.

Veuillez, je vous prie, me dire quelle doit être ma ligne de conduite à ce sujet. Dr X.

Réponse.

N'ayant jamais fait de service militaire, n'étant pas non plus, de ce fait, officier de réserve, vous êtes astreint à faire des périodes de réserve au même titre que les autres hommes de troupe de votre classe.

Comme eux, vous pourrez essayer d'obtenir des sursis, pour des causes très légitimes d'ailleurs.

---

100. — Taux de pension militaire pour une bronchite chronique.

Je désirerais connaître le taux officiel de réforme auquel peut prétendre une victime de la guerre, atteint de bronchite chronique emphysémateuse, sans signe de tuberculose, avec état général mauvais.

L'examen actuel révèle :

Sonorité + dans toute l'étendue des deux poumons et principalement aux sommets.

Vibrations un peu diminuées.

Respiration humée : gros râles disséminés, râles muqueux aux deux bases.

Cœur normal, tension normale.

Cette infirmité empêche le malade de se livrer à un travail normal en temps d'hiver ; en été, s'occupe un peu comme valet de chambre en hôtel.

Dr P.

Réponse.

Une bronchite chronique emphysémateuse sans signe de tuberculose est généralement évaluée au taux de 30 %, d'après le barème le plus favorable annexé à la loi du 31 mars 1919, sur les pensions d'invalidité.

---

148. — Première mise d'équipement. Périodes d'instruction.

Classe 1918, j'ai été promu au grade de médecin-aide-major de 2e classe de réserve le 25 octobre 1927. Ai-je le droit de toucher une première mise d'équipement ? (si oui, à qui dois-je adresser ma demande ? Suis-je tenu à des périodes d'instruction et à quelle date ?

Dr C.

Réponse.

Promu officier le 25 octobre 1927, vous avez droit à une première mise d'équipement. Adressez votre demande à votre Directeur du Service de Santé.

Vous êtes tenu à des périodes d'instruction ; le Ministre en fixe la date chaque année . Au cours de vos obligations militaires, leur durée totale ne peut excéder quatre mois.

Fiscalité.

469. — Amortissement du prix d'achat d'automobiles.

J'ai vendu cette année 9.000 fr. une des mes autos pour en acheter une de 31.000 fr. Comment dois-je établir ma déclaration d'impôt cédulaire. Je n'avais l'auto vendue que depuis trois ans ; elle n'était donc pas complètement amortie. Je suppose qu'il me faudra retrancher des 9.000 fr. la somme qui restait à amortir et porter le reste en recettes ; puis, l'an prochain commencer à amortir l'auto achetée. L'échange a été fait en juin, ce qui complique un peu les choses. Que faire ?

Dr C.

Réponse.

L'excédent des 9.000 francs sur la somme restant à amortir de la première voiture sera déduit du prix d'achat de la deuxième. Le reste sera amorti comme prix réellement déboursé. Ne faites pas état de ce que le changement a eu lieu en juin, ou alors comptez six mois d'amortissement pour la première voiture et six mois pour la deuxième, soit, pour chacune, au taux habituellement pratiqué.

A. M.

497. — Amortissement du prix de la carrosserie d'une automobile.

Ayant fait remplacer la carrosserie d'une de mes voitures, le contrôleur refuse d'accepter, soit comme frais d'entretien, soit comme somme à amortir, le prix de cette carrosserie.

Il prétend que pendant les cinq années d'amortissement de mes voitures, j'ai mis de côté de l'argent pour couvrir ces frais.

1º Puis-je demander que le prix de ma carrosserie figure soit en amortissement, soit en frais professionnels ?

2º A qui doit-on adresser une semblable réclamation. Dr M.

Réponse.

La prétention du contrôleur est insoutenable en droit. Les amortissements pratiqués pendant cinq années sont destinés à reconstituer le capital engagé dans l'achat de la voiture, et non pas à subvenir à des dépenses futures.

S'il maintient sa thèse, présentez une réclamation, rédigée sur timbre, au préfet du département.

A. M.

606. — Déduction des frais de déménagement.

Fin octobre 1927, j'ai changé de domicile, j'ai déménagé de R. à A. (110 kil.), pour reprendre une clientèle. Puis-je, lors de la déclaration de mes revenus imposables, déduire les frais de déménagement du total des sommes à déclarer ?

Il s'agit d'une somme de 4.000 francs environ.

Dr S.

Réponse.

Il est à présumer que l'administration admettra seulement la déduction de la quote-part des frais afférente au déménagement du mobilier professionnel.

A. M.

649. — Lieu de déclaration du revenu en cas de changement de domicile.

Au 1er janvier 1928, j'ai quitté mon poste de C.,

pour venir à Paris où actuellement je n'exerce pas, suivant les cours d'une école dentaire.

D'autre part, j'étais arrivé à C. fin avril 1927. J'ai payé mes impositions pour l'année 1927 intégralement au percepteur de N. où je me trouvais alors.

Quelle est ma situation actuelle, vis-à-vis du contrôleur des directes ?

Je réside ici chez mon beau père

J'ai exercé huit mois à C.

Dr L.

Réponse.

Il faudrait nous indiquer pour quels impôts vous désirez avoir des renseignements.

S'il s'agit de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, nous supposons que vous désirez savoir à quel contrôleur adresser votre déclaration. C'est à celui de C, où vous avez exercé votre profession.

S'il s'agit de l'impôt général, c'est en tout état de cause à celui de votre résidence au 1er janvier 1928, à Paris en l'espèce.

A. M.

---

417. — Timbre des certificats.

1° Dans le *Concours du* 22 janvier 1928, je vois qu'il faut faire sur papier timbré un certificat pour l'état civil.

En est-il de même : *a*) pour un certificat délivré pour un jeune homme qui doit passer le conseil de révision ; *b*) pour un certificat délivré pour une assurance individuelle à la suite d'accident. Dans ce cas, les Compagnies d'assurances disent que non, que cela ne se fait jamais. Malgré leurs dires, je refuse de les faire sur papier libre. Dois-je continuer ou puis-je le faire sur papier libre surtout pour le certificat de guérison qui relate simplement que le blessé est guéri.

2° Il y a un mois et demi environ, j'ai opéré de corps étranger intra-oculaire un élève d'une école professionnelle. J'ai adressé une note au tuteur de celui-ci. Aujourd'hui je reçois une lettre d'une Compagnie d'assurance (je suppose que c'est celle de l'école) me demandant de me faire connaître le détail de m a note. Comme détail, je pourrais seulement indiquer : opérations et soins consécutifs. Dois-je envoyer cette mention à l'assurance ou au tuteur qui pourra la transmettre à l'assurance.

Je ne pense pas que cet accident puisse entrer dans le cadre de la loi sur les accidents du travail et ne suis pas obligé en conséquence de réclamer ce tarif accident.

Dois-je, au contraire écrire au Directeur de l'école à ce sujet ?

Dr D.

Réponse.

Tous les certificats délivrés en vue de l'application de la loi du 9 avril 1898 sont exempts de timbre, c'est là le seul critérium certain.

Les certificats délivrés pour les assurances individuelles devraient, en principe, être rédigés

sur timbre, mais les Compagnies les considèrent comme des documents d'ordre intérieur ne formant pas titre et elles estiment qu'ils peuvent être établis sur papier libre tant qu'elles n'ont pas à les produire en justice. Si elles en faisaient usage dans un procès en règlement d'indemnité, elles devraient les faire régulariser préalablement.

2° Dans cette affaire, le droit commun est seul applicable. Vous devez donc vous faire payer par le tuteur de l'enfant suivant votre tarif ordinaire, sauf à lui remettre un reçu détaillé de vos honoraires, afin qu'il puisse se faire rembourser par l'assurance dans la mesure fixée à la police. Mais si vous acceptez d'être payé par l'assurance, vous ne pouvez demander à celle-ci plus que ce à quoi elle est obligée en vertu du contrat.

Accidents

927. — Responsabilité en cas d'accident survenu à un ouvrier travaillant pour un patron autre que le sien.

J'ai donné mes soins à deux accidentés dont le propriétaire était assuré à la Compagnie d'assurance X., ces deux domestiques travaillaient au moment de l'accident pour un autre propriétaire assuré à la Compagnie d'assurances Z. quelle est la Compagnie qui doit me payer les honoraires ? La Compagnie Z. prétend que les deux accidents étant assurés à la Compagnie X., c'est cette dernière qui doit me régler les honoraires, la question doit être déjà solutionnée, car ce cas se présente souvent dans certaines régions du Centre de la France.

Dr C.

Réponse.

Il a été jugé (Civ., 3 juillet 1912, D. P., 1913-1-92) que le chef d'entreprise qui a la charge de l'indemnité, en cas d'accident du travail, est celui qui a loué les services de l'ouvrier, alors même que l'accident serait survenu au cours de travaux exécutés pour le compte d'un tiers à la dispositinon duquel l'ouvrier aurait été mis.

Il en résulte que, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, le patron responsable de l'accident est non pas celui sous les ordres duquel les ouvriers travaillaient momentanément au moment de l'accident, mais celui qui les avait à son service et les avait prêtés à son voisin.

Par conséquent, c'est à la Compagnie X..., qui couvre ce patron, que vous devez adresser votre note d'honoraires, et non pas à la Z..., qui couvre le voisin.

797. — Accident survenu à une personne servant d'aide à titre bénévole.

Un cultivateur appelé par son voisin, à titre gracieux sans être payé, pour l'aider à tenir un cheval

que le vétérinaire saignait est blessé par ce cheval, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Le propriétaire du cheval responsable de l'accident en somme est assuré pour accident du travail et risque aux tiers.

Voulez-vous me dire si cet accident peut être considéré comme accident du travail, ou plutôt comme accident au tiers. Je vous en remercie d'avance.

Dr P.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail ne saurait trouver son application dans l'espèce, qui fait l'objet de votre lettre, car il n'existait aucun contrat de louage d'ouvrage entre le propriétaire du cheval et le voisin qui prêtait son concours à titre gracieux.

Dans ces conditions, c'est à l'assurance qui le couvre contre sa responsabilité à l'égard des tiers que le propriétaire du cheval doit faire sa déclaration d'accident et c'est à cette assurance que le blessé doit adresser sa demande d'indemnité.

---

983. — Assurance des domestiques.

Je lis dans le *Concours médical* du 22 février au sujet d'assurance-accidents d'une domestique, que pour être complètement couvert par sa police, il faut porter son assurance sur la base de 8.000 fr.

Or, j'ai pris une assurance sur le taux de 6.500 fr. pour une bonne à tout faire et une assurance de 2.000 fr. par an pour une femme de ménage que je pourrais éventuellement occuper dans l'année.

Je paye ma bonne 250 fr. par mois. Suis-je assez couvert ? Dans le cas contraire que me conseillez-vous ?

Dr B.

Réponse.

L'assurance d'une bonne, basée sur un salaire de 6.500 francs par an, en province, et attendu que vous lui donnez 250 francs en espèces par mois, est suffisant. E n effet, pour la province 15 francs par jour de nourriture et de logement est une prévision suffisante.

Cependant, il serait bon que vous fassiez insérer dans votre contrat la clause suivante :

« Si, par décision du tribunal, les appointe-
« ments réels et dûment déclarés sont taxés d'in-
« suffisance et que, par suite le règlement du si-
« nistre soit imposé sur la base d'un salaire supé-
« rieur, la Compagnie s'engage à régler intégra-
« lement le sinistre. »

Je ne pense pas que la Compagnie se refuse à insérer cettte clause gratuitement dans votre contrat, cette clause étant devenue courante et presque de style.

Pour les salaires déclarés de la femme de ménage, le chiffre de 2.000 francs est également suffisant. Toutefois, comme il est probable que la Compagnie vous ait imposé une prime minimum pour ce poste, je ne pense pas que vous auriez payé plus cher en déclarant 3.000 francs.

Cinquantième année | N° 15 | 8 Avril 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 163. — A vendre clinique médico-chirurg. en plein centre de Paris en progress. continue faisant actuelle. un chiff. d'aff. ann. de 450.000 faciles à prouver, local comp. de huit pièces avec salle d'opérat. moderne et cabinet dentaire, long bail.

N° 164. — A vendre cond. intér. Ford excell. état. avec malle et access. Dr Souquet, Salon (B.-du.Rhone)

N° 165. — M.-et-M., Peugeot 9 CV 3-4 pl. très bon état de marche, 10.000 fr.

N° 166. — Cond. int. Renault, 6 HP, 3 pl, et strap., parf. état chamb. increv. Dexpert. Dr Baysellence, Eymet (Dordogne).

N° 167. — S.-et-O. Bon poste à céder d'urg. Condit. avantag. résid. agréable.

N° 168. — Villa 4 k. Paris, salon, s. à m., 4 ch., 3 cab. de toil., eau, gaz, électr., tél., gd. jard., à louer août et septembre, conviendr. à fam. médic.

N° 169. — Ouest, grd. clien. 132.000 aff. contrée agréab., grde mais. conf. eau, gaz, élect., ch. centr., jard., garage.

N° 170. — Rég. Nord. Grande ville après décès client. chirurgic. et médic. avec clinique. Recettes moyennes 127.000 fr. suscept. d'augment. Belle maison avec tout confort. Loyer, prix, et comptant à débattre.

N° 171. — Renault cond. int. 12 CV. 1913 1/2 taxe, garant. parfait état mécan. et carross., véri. occasion, Houët, 74, rue de Miromesnil. Paris.

N° 172. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 173. — A céder bon prix fauteuil n'ayant pas serv. avec tablet. pupitre, pour coxalgie gauche. Visible à Paris Usine Vincent, 24, rue de Montsouris.

N° 174. — Vallée de la Seine, ds. site agréable, poste seul médecin, rap. 73.000 fixe en plus, très belle maison confor. jardin et rivière, indem. 45.000; cpt. à déb. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 175. — 2 H. 1/2 est de Paris, import. chef-lieu de canton, petit rayon, client. facile à desser. aff. 75.000 fr. loyer, 2.500, bail, 6 p. Indemn. 35.000 dont 25.000 cpt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 176. — 2 H. Paris, import. ville industr. client. médico-chirurg., rap. moyen annuel 210.000 fr. minim. fixes en plus, grande maison de maîtres très conf., indem. 120.000 fr. dont 90.000 cpt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél Gob. 36-46.

N° 177. — Docteur recommande excell. sage-femme connaiss. salle d'opér. désirant trouver place dans clinique chirurgic. ou maternité.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — L'Académie a émis l'avis qu'il y avait lieu d'inscrire les dérivés de la malonylurée parmi les substances classées au tableau C annexé au décret du 14 septembre 1916.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien.* — Sont nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris à la suite du dernier concours : MM. Charrier et Sénèque.

— **Clinique urologique Necker.** *Cours de perfectionnement.* — Un cours de perfectionnement, théorique et pratique, d'urologie chirurgicale aura lieu du 6 au 16 juin 1928. Inscriptions à la Clinique urologique de Necker. Droits : 1.000 francs.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Dermato-syphiligraphie.* — M. le prof. agrégé A. Sézary fera pendant le second semestre des conférences hebdomadaires de pratique dermato-syphiligraphique.

Ces conférences, au cours desquelles sont présentés des malades et des moulages, ont lieu tous les samedis, à 14 h., au musée de l'hôpital Saint-Louis. Elles sont spécialement destinées aux médecins praticiens et aux étudiants empêchés par leurs fonctions hospitalières de faire un stage régulier de dermato-syphiligraphie.

— **Institut catholique de Paris.** Trois conférences sur la *psycho-pathologie de la volonté* seront faites les 25 avril, 2 et 9 mai, à 17 h. 1/4, par M. Van der Elst.

— **Paris.** — MM. les professeurs Achard et Hartmann qui ont représenté l'Académie de médecine à l'Exposition d'Athènes, viennent de recevoir le titre de professeur honoraire de l'Université d'Athènes.

— **Montpellier.** *A la mémoire du professeur Grasset.* — Un comité s'est constitué dans le but d'élever à Montpellier un monument à la mémoire du professeur Grasset, unes des plus grandes figures de la médecine et de la science françaises.

Les souscriptions devront être adressées le plus tôt possible à M. le Dr Diffre, trésorier, 10, boulevard Victor-Hugo (chèque postal n° 229, Montpellier).

Une plaquette commémorative sera offerte aux souscripteurs de 100 fr. et plus.

Le Comité d'organisation est composé de MM. les professeurs Vedel, président ; Gaussel, secrétaire général ; Estor et Rimbaud ; de MM. Hortolès, ancien interne des hôpitaux de Lyon ; Diffre, président de l'Association des chefs de clinique de Montpellier, trésorier.

— **Montpellier.** — Le Conseil de la Faculté de médecine de Montpellier a émis le vœu que la chaire d'oto-rhino-laryngologie de cette Faculté soit transformée en chaire de dermato-syphiligraphie.

— **Lyon.** *Prix Riboud* (12.500 fr.). — Le prix quinquennal Riboud vient d'être décerné au Dr Charles GARDERE, médecin des hôpitaux de Lyon.

— **Lyon.** — MM. CLAVEL et BÉRARD, internes des hôpitaux, sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

— **Faculté libre de médecine de Lille.** *Prosectorat.* — Le concours pour une place de prosecteur à la Faculté libre de médecine de Lille est remis au 21 mai, à la Faculté de médecine, 56, rue du Port. Inscriptions jusqu'au 16 mai.

— **Ligue internationale contre le rhumatisme.** — Pour renseignements concernant cette ligue, s'adresser à M. H. FORESTIER, , 10, rue du Mont-Thabor.

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 15 mars 1928.

Art. 1er. — Les programmes pour l'emploi de chef de travaux de physique et pour l'emploi de chef de travaux de chimie dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont fixés ainsi qu'il suit :

I. — *Chef de travaux de physique.*

A. — Epreuves écrites :

1° Composition sur une question de physique générale ;

2° Composition sur une question de physique biologique et médicale.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces deux compositions.

B. — Epreuves pratiques :

1° De physique générale ;

2° De physique biologique et médicale.

C. — Epreuves orales. — Une leçon de trois quarts d'heure de physique générale ou biologique avec applications médicales.

D. — Appréciation des titres et travaux scientifiques.

II. — *Chef de travaux de chimie.*

A. — Epreuves écrites :

1° Composition sur une question de chimie générale ;

2° Composition sur une question de chimie biologique et médicale.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces deux compositions.

B. — Epreuves pratiques :

1° De chimie générale ;

2° De chimie biologique et médicale.

C. — Epreuves orales. — Une leçon de trois quarts

d'heure de chimie générale ou biologique avec applications médicales.

D. — Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent règlement.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Pensions militaires.

Allocation d'indemnité aux médecins chefs des centres de réforme.

Décret du 9 *mars* 1928.

Art. 1er. — Une indemnité spéciale, fixée au taux annuel de 1.080 fr., est allouée à partir du 1er janvier 1928, à titre de frais de service, aux médecins militaires détachés du ministère de la guerre à l'administration des pensions, pour exercer les fonctions de médecins-chefs des centres de réforme régionaux de la métropole, de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc.

Art. 2. — Le ministre des pensions et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel.*

22 *mars.*

Hygiène publique.

Mesures d'hygiène à prendre dans les opérations d'inhumations, de transports de corps, d'exhumations et de réinhumations.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 15 mars 1928.

Monsieur le Président,

Les mesures d'hygiène à prendre dans les opérations d'inhumations, de transports de corps, d'exhumations, de transports de corps, d'exhumations et de réinhumations étaient jusqu'à présent réglementées par des textes différents, notamment le décret du 15 avril 1919 et les dispositions approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France dont l'exécution était prescrite par la circulaire du 7 août 1916.

Le présent projet de décret a pour but principal de réunir tous les textes réglementaires antérieurs sur la question, en en reproduisant les dispositions qui sont toujours en vigueur et en mettant en concordance celles qui sont contradictoires.

Ce nouveau texte comporte les innovations suivantes :

Il adopte les prescriptions du conseil supérieur d'hygiène publique de France en ce qui concerne

l'emploi des cercueils hermétiques et des matières antiseptiques.

Il supprime la présence obligatoire des médecins lors des opérations d'exhumations.

Il fixe les frais d'analyse du liquide prélevé dans les cas d'embaumement et les met à la charge des familles en précisant le mode de recouvrement.

Enfin, tenant compte des nombreuses interventions de la société pour la propagande de l'incinération, il réduit les formalités et les frais nécessités par les incinérations afin de mettre cette pratique à la portée de tous dans l'intérêt de l'hygiène publique.

Nous vous serions reconnaissants, si vous en approuviez la teneur, de vouloir bien revêtir de votre signature le présent projet de décret.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
André FALLIERES.

Le ministre de l'intérieur,
Albert SARRAUT.

Le Président de la République française,

Vu la loi des 16-24 août 1790 ;

Vu les arrêtés des consuls des 12 messidor an VIII et 3 brumaire an IX ;

Vu le décret du 23 prairial an XII sur les sépultures;

Vu le décret du 27 avril 1889, pris en exécution de l'article 3 de la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles ;

Vu les décrets des 13 août 1918 et 15 avril 1919 concernant les opérations consécutives au décès ;

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et du ministre de l'intérieur ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

TITRE Ier

INHUMATIONS.

Art. 1er. — L'inhumation dans le cimetière d'une commune du corps d'une personne décédée dans cette commune est autorisée par le maire de la commune, après accomplissement des formalités d'état-civil prescrites par les articles 77 et suivants du code civil et, s'il doit être procédé à la mise en bière d'urgence, dans les conditions prévues par l'article 1er du décret du 27 avril 1889.

A Paris, l'autorisation est donnée par le maire de l'arrondissement du lieu du décès, remplissant les fonctions d'officier d'état-civil, en vertu de l'article 16 de la loi du 28 pluviôse an VIII, même si le corps doit être inhumé dans un des cimetières dits « parisiens », situés à proximité mais en dehors du territoire de Paris.

La sépulture dans le cimetière d'une commune est due :

1° Aux personnes décédées sur son territoire, quel que soit leur domicile ;

2° Aux personnes domiciliées sur son territoire, alors même qu'elles seraient décédées dans une autre commune ;

3° Aux personnes non domiciliées dans la commune mais y ayant droit à une sépulture de famille.

Art. 2. — L'inhumation dans le cimetière d'une commune du corps d'une personne décédée hors de cette commune est autorisée (sans préjudice de l'autorisation prévue pour le transport par l'article 6), par le maire de la commune du lieu d'inhumation ; par le préfet de police si l'inhumation doit être faite dans le ressort de sa préfecture.

Si le décès a eu lieu à l'étranger, l'inhumation ne peut avoir lieu que si le ministre de l'intérieur a préalablement autorisé l'introduction du corps en France et son transport au lieu de sépulture.

Art. 3. — Le corps d'une personne décédée peut être déposé temporairement dans un édifice cultuel, dans un dépositoire, dans un caveau provisoire, ou à son domicile si le décès a eu lieu hors de son domicile.

L'autorisation de dépôt est donnée par le maire de la commune du lieu de dépôt.

A Paris et dans les communes du ressort de la préfecture de police, elle est donnée par le préfet de police sur attestation que les formalités de l'état civil prévues par les articles 77 et suivants du code civil ont été accomplies.

Lorsque la durée du dépôt n'est pas supérieure à quarante-huit heures, le corps doit être placé dans un cercueil en chêne de 27 millimètres d'épaisseur avec frettes en fer et garniture étanche.

Si la durée du dépôt doit dépasser quarante-huit heures, ou si le décès est dû aux sultes d'une des maladies contagieuses énumérées à l'article 7, le corps sera placé dans un cercueil hermétique, conformément aux dispositions de l'article 9.

Art. 4. — Dans les villes où il existe une ou plusieurs chambres funéraires, les corps ne pourront y être admis que sur la production :

1° D'une demande écrite du chef de famille ou de toute autre personne, ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Cette demande énoncera les noms, prénoms, âge, profession et domicile du décédé ;

2° D'un certificat de décès dans lequel le médecin traitant constatera que le décès n'a pas été causé par une maladie contagieuse.

A défaut du certificat du médecin traitant, l'admission à la chambre funéraire ne pourra avoir lieu qu'en vertu d'une autorisation du maire s'il s'agit d'une personne décédée à son domicile, et du maire et du commissaire de police s'il s'agit d'une personne étrangère à la commune, décédée dans un lieu ouvert au public ou sur la voie publique.

Dans ce dernier cas, le commissaire de police pourra requérir l'admission à la chambre funéraire.

Dans les cas prévus par l'article 81 du code civil, l'admission d'un corps à la chambre fuéraire devra être autorisée par le procureur de la République.

Les corps devront être transportés à la chambre funéraires dans des voitures spéciales ou sur des civières fermées. Ils devront avoir le visage découvert et les mains libres.

Art. 5. — L'inhumation d'un corps dans une propriété particulière est autorisée par le préfet du département où est située cette propriété, dans le département de la Seine, par le préfet de police sur attestation que les formalités de l'état civil prescrites par les articles 77 et suivants du code civil ont été accomplies par le maire de l'arrondissement ou de la commune du lieu de décès.

TITRE II

TRANSPORTS DE CORPS EN VUE D'INHUMATION OU DE RÉINHUMATION.

Art. 6. — Lorsque le corps d'une personne décédée doit être transporté dans une commune autre que celle où le décès a eu lieu ou s'il doit séjourner dans un édifice cultuel, un dépositoire, au domicile du défunt, ou dans tout autre lieu, situé dans la commune du lieu du décès, l'autorisation de transport est donnée :

Par le sous-préfet de l'arrondissement si le corps est transporté dans une commune de l'arrondissement du lieu du décès ;

Par le préfet du département où s'est produit le décès dans les autres cas ;

Par le préfet de police, si le décès a eu lieu dans le ressort de sa préfecture.

Art. 7. — Le corps doit être placé dans un cercueil hermétique, établi conformément à l'article 9 :

1° Lorsqu'en cas de transport de corps hors du territoire de la commune où a eu lieu le décès et à une distance ne dépassant pas 200 kilomètres, le délai compris entre le moment de la mise en bière ou de l'exhumation et celui de l'inhumation ou de la réinhumation doit dépasser quarante-huit heures ;

2° Lorsqu'en cas de transport de corps en dehors du territoire de la commune où a eu lieu le décès le trajet à parcourir, quels que soient la durée et le mode de transport est supérieur à 200 kilomètres ;

3° Lorsque le corps reste en dépôt pendant une durée excédant quarante-huit heures, soit au domicile du défunt, soit dans un édifice cultuel, soit dans un dépositoire ou un caveau provisoire. En cas de réintégration, à son domicile, du corps d'une personne décédée hors de son domicile, le délai de quarante-huit heures compte, non pas du moment de la mise en bière, mais de celui de la réintégration ;

4° Lorsqu'il y a lieu de transporter hors du territoire de la commune où a lieu le décès ou de garder en dépôt, soit à domicile, soit dans un édifice cultuel, soit dans un dépositoire ou dans un caveau provisoire, pour quelque durée que ce soit, le corps d'une personne décédée des suites d'une des maladies contagieuses ci-après : charbon, choléra, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde et

para-typhoïde, infection puerpérale, lèpre, méningite cérébro-spinale épidémique, ophtalmie des nouveau-nés, peste, poliomyélite ou paralysie infantile, rougeole, scarlatine, suette miliaire, typhus exanthématique, variole, trachome, fièvre ondulante ou de toute autre maladie qui aura été soumise à la déclaration obligatoire ;

5° Dans tout cas exceptionnel, tel que doute sur le caractère infectieux de la maladie, circonstances atmosphériques, mode de transport utilisable, etc., où, par décision préfectorale, le cercueil hermétique aura été reconnu nécessaire.

Art. 8. — Dans tous les cas de transport non spécifié à l'article ci-dessus, le corps sera placé dans un cercueil en chêne de 27 millimètres d'épaisseur, avec frettes en fer et garniture étanche.

Dans les mêmes cas, le cercueil en chêne n'est pas exigé dans le ressort de la préfecture de police lorsque le transport n'en dépasse pas les limites.

Art. 9. — Les cercueils hermétiques peuvent être établis d'après l'un ou l'autre des systèmes suivants :

1° Cercueil en plomb confectionné avec des lames de plomb de 2 millimètres 1/2 pour les adultes et de 2 millimètres pour les enfants ;

2° Cercueil en zinc confectionné avec des feuilles de zinc de 45 centièmes de millimètre d'épaisseur ;

3° Cercueil en ciment armé de 3 centimètres d'épaisseur.

Quel que soit le système adopté, le cercueil hermétique devra lui-même être renfermé dans une bière en chêne ou tout autre bois présentant une égale solidité, dont les parois auront 25 millimètres d'épaisseur et seront maintenues par des frettes en fer.

Dans les cercueils métalliques ou dans les cercueils en ciment armé, un mélange désinfectant, fait à parties égales de poudre de tan ou de poudre de charbon de bois ou de sciure de bois et de sulfate de fer pulvérisé, recouvrira le corps d'une épaisseur moyenne de 4 à 5 millimètres.

Le cercueil intérieur sera placé dans le cercueil extérieur sur une couche de 3 à 4 centimètres du même mélange.

TITRE III

Exhumations.

Art. 10. — Toute demande d'exhumation doit être faite par le plus proche parent de la personne défunte.

La signature du pétitionnaire sera légalisée, après justification de la qualité en vertu de laquelle est faite la demande.

L'exhumation sera faite en présence d'un parent ou tout au moins d'un mandataire de la famille.

Si le parent ou le mandataire dûment avisé n'est pas présent à l'heure indiquée, l'opération n'aura pas lieu, mais les vacations versées seront attribuées aux fonctionnaires intéressés comme si l'opération avait été entièrement exécutée.

Art. 11. — L'exhumation des corps des person-

nes ayant succombé à l'une des maladies suivantes : charbon, choléra, lèpre, peste, variole, ne pourra être autorisée qu'après un délai de trois ans à compter de la date du décès.

Art. 12. — L'exhumation des corps des personnes ayant succombé à l'une des maladies autres que celles ci-dessus énumérées et soumises à la déclaration obligatoire, ne pourra être autorisée qu'après un délai d'un an à compter de la date du décès.

Art. 13. — Les prescriptions des articles 11 et 12 ne seront pas applicables aux corps déposés dans les caveaux temporaires à titre provisoire, ou dans les caveaux des édifices cultuels, à la condition que ces corps aient été placés dans des cercueils hermétiques établis conformément à l'article 9 du présent décret.

Art. 14. — Les personnes chargées de procéder aux exhumations doivent revêtir un costume spécial qui sera ensuite désinfecté, ainsi que leurs chaussures. Elles seront tenues à un nettoyage antiseptique de la face et des mains.

Si, au moment de l'exhumation, le cercueil est trouvé en bon état de conservation, il ne pourra être ouvert que s'il s'est écoulé cinq ans depuis le décès.

Si le cercueil est trouvé détérioré, le corps sera placé dans un autre cercueil ou dans une boîte à ossements.

Tous les cercueils, avant d'être manipulés et extraits de la fosse, seront arrosés avec un liquide désinfectant tel que solution d'hypochlorite de chaux ou d'eau de javel.

TITRE IV

INCINÉRATION.

Art. 15. — Les incinérations seront autorisées par les maires officiers de l'état civil, en vertu de l'article 17 du décret du 27 avril 1869.

L'autorisation ne peut être donnée que sur le vu des pièces ci-après :

1° Une demande écrite du membre de la famille ou de toute autre personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;

2° Un certificat du médecin traitant, affirmant que la mort est le résultat d'une cause naturelle ;

3° Un rapport du médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil pour vérifier les causes du décès ;

4° A défaut du certificat du médecin traitant, le médecin assermenté doit procéder à une enquête sommaire dont il consignera les résultats dans son rapport.

Dans aucun cas l'autorisation ne peut être donnée que si le médecin assermenté certifie que la mort est due à une cause naturelle.

Art. 16. — Si l'incinération doit être faite dans une commune autre que celle où le décès a eu lieu, le demandeur justifiera de l'autorisation de transpor-

Voir la suite page LXIII-1101

PROPOS DU JOUR

A propos de l'Ordre des Médecins.

Serions-nous à la veille de voir réaliser l'Ordre des médecins ? Avant le départ du Parlement, un député du Nord, M. Couteaux, a déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi, tendant à la création d'un ordre de ce genre. Ce dépôt ne peut avoir que la valeur d'un geste, car il devra être renouvelé à la rentrée de la nouvelle Chambre, les propositions de loi, dues à l'initiative parlementaire, disparaissant avec chaque législature. Néanmoins le geste de M. Couteaux, nous a valu dans l'*Œuvre*, un intéressant article de M. G. de la Fouchardière qui approuve la création de l'Ordre. Dans cet article le brillant chroniqueur, se basant sur certains faits, heureusement assez rares, mais dont nous ne saurions contester la fâcheuse existence, se montre d'une singulière sévérité pour les médecins. Ceux qu'il qualifie d'« honnêtes » seraient, s'ils existaient tels qu'ils les décrit, les derniers des malfaiteurs puisque, par une singulière tolérance dse méfaits dont ils sont témoins, ils s'en rendraient réellement les complices.

« La création d'un ordre, écrit M. de la Fouchardière, gênera les médecins marrons, mais apportera une grande satisfaction aux clients et un profond soulagement aux praticiens qui estiment que la Société est un peu mêlée dans leur corporation. »

Nous craignons bien que M. de la Fouchardière ne s'illusionne. Sans doute, la création d'un Ordre gênera quelques médecins marrons stupides ; mais les malins, et ce sont les plus nombreux, sauront parfaitement se mettre en règle avec les statuts de l'Ordre. Si bien que soit organisé l'Ordre des médecins, son action ne pourra jamais s'exercer avec autant de facilité dans les moyens de coercition que celle de l'Ordre des avocats et qui oserait prétendre qu'il n'existe pas d'abus dans le barreau et qu'il n'y ait pas des avocats marrons aussi malhonnêtes et proportionnellement aussi nombreux que les médecins marrons ?

Là où les abus sont les plus fréquents, dans la médecine des accidents du travail et celle des pensionnés de guerre, nous savons parfaitement que ceux qui s'en rendent coupables sont souvent ceux qui tiennent la comptabilité la plus impeccable et qui respectent le plus les règlements administratifs et dans leur moindre détail.

M. de la Fouchardière reproche aux médecins d'exagérer les règles de la confraternité. Il nous permettra de ne pas être de son avis sur ce point. Comme lui nous pensons que si « la confraternité peut inspirer l'indulgence dans l'erreur, elle ne doit pas imposer la solidarité dans le crime. »

Nous serions curieux de connaître dans quelles circonstances nos syndicats médicaux et nos associations se sont solidarisés avec des médecins criminels. Il y a assez d'exemples contraires et récents pour réfuter l'affirmation de M. de la Fouchardière. N'est-ce pas l'intervention opiniâtre du Syndicat des médecins de Marseille qui a obligé le Parquet de cette ville à poursuivre les médecins coupables dans les scandaleux abus des carnets de soins gratuits pour les pensionnés de guerre ? A quelles influences puissantes s'est heurté le Syndicat ? De quelle ténacité a-t-il dû faire preuve pour obtenir que justice fut faite ?

Et quand récemment dans un département de Normandie un médecin, très coté dans le monde de la politique locale, fut accusé d'avortement, est-ce que la justice aurait suivi son cours si les syndicats médicaux fédérés de cette région ne s'étaient portés partie civile ? Le suicide du malheureux aux abois démontra sa culpabilité. Est-ce dans ce cas que la confraternité médicale devint la solidarité dans le crime ?

Il nous est arrivé plus d'une fois au « Sou Médical » de refuser d'admettre ou d'exclure un confrère pour des fautes infiniment moins graves et, parmi les milliers et les milliers de procès que nous avons soutenus depuis près de trente ans, nous mettons quiconque au défi de signaler un seul cas où nous sommes venus en aide à un malfaiteur. Ce n'est pas chez nous que l'on pourrait trouver cette « complicité coupable » dont M. de la Fouchardière accuse « l'étrange faiblesse des médecins honnêtes dans leurs rapports avec les malfaiteurs qui déshonorent la profession. »

M. de la Fouchardière prétend que dans les

procès « il ne se trouvera jamais un autre médecin, témoin ou expert, pour déclarer qu'un confrère a pu se tromper. » Quelle erreur ! Combien de fois, au contraire, n'avons-nous pas vu des experts et des témoins prendre parti systématiquement contre leur confrère ? Nous avons dû même au « Sou Médical », dans plus d'une circonstance, critiquer le rapport de l'expert, montre les parti-pris qui l'ont entraîné à l'erreur et réclamer une contre-expertise.

C'est qu'il convient pour être un bon expert d'être un homme de caractère, et le reproche le plus fréquent que l'on pourrait faire aux rapports d'experts, c'est d'être rédigés par des médecins qui deviennent inconsciemment injustes, considérant *a priori* l'inculpé comme coupable tant ils craignent d'être suspectés et de se voir taxés de confraternelle indulgence.

Les causes qui ont déterminé l'éclosion des médecins marrons sont nombreuses ; elles ont pris un développement plus grand depuis la guerre, car il est résulté de ce bouleversement sans précédent une crise indiscutable de la moralité professionnelle, non seulement dans le corps médical mais dans toutes les professions libérales, commerciales, industrielles, manuelles. Ce fléchissement de la conscience professionnelle s'observe partout et peut-être surtout chez les fonctionnaires.

Dans le corps médical, comme ailleurs, ce fléchissement est favorisé par l'ingérence des politiciens qui couvrent de leur influence les méfaits de tous ceux qui peuvent leur rendre service ; par la servilité de certains magistrats et des administrations qui, dépendant étroitement des fantaisies des Parlementaires, s'inclinent devant les désirs des politiciens ; par les complaisances de la Grande Presse qui, à la première ou à la seconde page du journal, s'érige en justicière rigide et redresseuse de torts, comme dans l'article de M. de la Fouchardière, et fait à la troisième et à la quatrième pages une publicité éhontée aux pires charlatans quand ce n'est pas à la première page, si ces derniers peuvent et savent y mettre le prix. De sorte que l'on serait tenté, quand on lit un article moralisateur dans un journal, de rappeler à son auteur la parabole de la paille et de la poutre de l'Evangile selon saint Mathieu.

Bien que nous ne soyons pas un très chaud partisan de l'Ordre des médecins dont nous prévoyons l'impuissance, nous consentirions volontiers à en faire l'expérience. Mais si, dans quelques cas, le Conseil de l'Ordre pourra avoir une action sur les médecins, il sera toujours impuissant contre les parlementaires, les politiciens, les magistrats, les administrateurs, la presse, principaux agents de démoralisation du corps médical. Nous conclurons : Ce n'est pas seulement dans le corps médical qu'il y a quelque chose de pourri, c'est dans la société tout entière.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DEUX CAS D'HÉMIPLÉGIE SYMPTOMATIQUE DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Conférence clinique du Val-de-Grâce,

Par A. Fribourg-Blanc,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Je voudrais aujourd'hui aborder, devant vous, un des problèmes les plus délicats qui se posent au clinicien quand il est en présence d'un malade atteint d'une hémiplégie. C'est celui de la détermination de la cause de cette hémiplégie. Je ne parle, bien entendu, que des cas d'hémiplégies organiques. M. Babinski a suffisamment précisé les signes différentiels des hémiplégies organique et pithiatique pour qu'un médecin averti ne se méprenne plus sur la nature hystérique d'une paralysie et, dans ce cas, le diagnostic est facile. Il n'en est pas toujours de même lorsqu'il s'agit de déterminer la cause qui a provoqué les lésions organiques dont dépendent les troubles moteurs. On peut invoquer, vous le savez, de multiples facteurs déterminant les lésions du névraxe :

Méningites (tuberculeuse, syphilitique).

Tumeurs cérébrales (où l'hémiplégie est d'ail-

leurs rarement le premier symptôme apparent. Tuberculomes, gommes...).

Affections cérébro-spinales (tabès, paralysie générale...).

Affections pleurales (suite d'empyème, thrombose infectieuse).

Affections chirurgicales : traumatisme cranio-encéphalique. blessures de guerre (coup de fleuret transorbitaire atteignant le pédoncule cérébral, comme vos camarades ont pu en observer un cas l'an dernier dans notre service), narcose, ligature carotidienne.

Maladies infectieuses (puerpéralité, fièvre typhoïde, pneumonie...).

Intoxications diverses.

Mais surtout, trois facteurs capitaux auxquels il faut toujours penser :

Les *affections du cœur* et surtout le rétrécissement mitral, maladie embolisante.

Les *lésions vasculaires* : artériosclérose et hypertension, facteurs d'hémorragie ou de thrombose.

La *syphilis* qui s'attaque si souvent à tout le système vasculaire.

La fréquence de la syphilis comme facteur étiologique des hémiplégies est si grande que Pierre Marie avait pu dire que « tout individu atteint d'hémiplégie organique avant 50 ans, s'il n'est pas cardiaque, est syphilitique. »

Certes cet aphorisme est très fréquemment confirmé par les faits. Mais il arrive trop souvent qu'un examen clinique et biologique approfondi ne nous permet de déceler chez nos malades ni lésion du cœur, ni hypertension, ni syphilis. Nous nous trouvons alors dans un réel embarras pour fixer l'étiologie d'une hémiplégie. Nous cherchons dans ce cas les signes concomitants qui pourraient nous mettre sur la voie d'une des autres causes que je viens de vous énumérer rapidement et, parfois, nous ne trouvons rien pour nous éclairer. C'est, croyons-nous, que de nombreux facteurs plus délicats nous échappent encore, facteurs que les procédés d'investigation de l'avenir nous apprendront sans doute à connaître.

Parmi ces causes méconnues, les intoxications ou les infections discrètes jouent très probablement un rôle important.

Nous en avons la preuve dans les cas d'hémiplégies déterminées par l'encéphalite épidémique, maladie dont vous savez l'allure parfois si atténuée que l'épisode infectieux du début peut passer inaperçu.

Je puis aujourd'hui vous en présenter deux cas. Voyons d'abord ensemble les faits cliniques : nous les discuterons ensuite.

Première observation. — Le caporal G... René, âgé de 19 ans, engagé volontaire pour 4 ans en mars 1924, n'avait jamais eu de maladie sérieuse. Etudiant avant son incorporation, il n'était pas suspect d'éthylisme et n'avait pas contracté de maladie vénérienne. Du côté familial, il n'y a rien à retenir au point de vue pathologique.

G..., qui est d'une excellente constitution, avait accompli sans fatigue les premiers mois de son service, quand, vers la fin de septembre dernier, en descendant la dernière marche d'un escalier, ses talons glissèrent sur une queue de poireau. Il tomba sur le dos. La colonne vertébrale frappa à plat lourdement sur le sol, dit-il, et la tête heurta légèrement le rebord de la marche d'escalier. G... se releva aussitôt de lui-même et se rendit au bureau où il travaillait sans interrompre son service. Il n'avait pas attaché d'importance à sa chute. Le surlendemain seulement il se mit à souffrir d'une céphalée d'abord légère, puis plus intense qui apparaissait tous les soirs vers la même heure. Huit ou dix jours plus tard il fut pris de somnolence pendant la journée. Il s'endormait dans l'après-midi au bureau et ses camarades étaient obligés de le secouer pour le réveiller. Ces accès de somnolence allèrent en s'accentuant et il lui arrivait de rester dans un demi-sommeil depuis midi jusqu'au lendemain matin. Ces phénomènes durèrent environ cinq jours. Il ajoute qu'il était enrhumé et attribue ce fait à ce qu'il couchait près d'une fenêtre aux carreaux brisés. Le 5 octobre, il se présenta à la visite médicale, se plaignant de céphalées et de douleur dans tout le côté droit du corps, survenant par élancements. Le lendemain, il ressentit quelques secousses musculaires rapides et fugaces et une lassitude des membres gauches. Le 14 octobre, en voulant se lever, le matin, il s'aperçut que sa jambe gauche pliait sous lui et que son gras gauche était tout engourdi. Il fut alors hospitalisé à M...

A son entrée à l'hôpital, il présentait un léger état confusionnel avec température subfébrile = 37°9. Cette fébricule ne dura qu'un jour, le pouls était normal. On constata alors une ***hémiplégie flasque complète du côté gauche.*** Parole un peu embarrassée. Légère parésie vélo-palatine droite, avec déviation de la luette vers la gauche. Déviation minime de la pointe de la langue vers la gauche.

On relevait en outre : des troubles visuels légers, consistant en une certaine difficulté et douleur dans les mouvements des globes oculaires tant vers la droite que vers la gauche. La convergence était également difficile et douloureuse. Il n'y avait pas de diplopie, mais une vision trouble des objets. La veille de son hospitalisation, le malade aurait éprouvé une grande peine à soulever sa paupière supérieure gauche, mais à l'hôpital on ne constata pas de ptosis ; d'ailleurs tous les phénomènes oculaires furent d'intensité extrêmement variable. Les pupilles étaient égales et réagissaient bien à la lumière, mais l'accommodation était incomplète et paresseuse à gauche et la vision de près difficile.

A l'hémiplégie gauche se superposait une hémianesthésie très marquée avec perte partielle du sens

des attitudes segmentaires. Les piqûres étaient senties sous forme de fourmillements ou de brûlures avec un retard de 2 à 3 secondes. A l'hémiface gauche on ne relevait qu'une très légère hypoesthésie.

Le réflexe rotulien était aboli à gauche, normal à droite. Les réflexes cutanés étaient impossibles à provoquer à gauche, en particulier le réflexe plantaire. Ils étaient faibles à droite. Le malade accusait de vives douleurs spontanées, intermittentes avec fourmillements dans les membres gauches. Il n'y avait aucun signe de réaction méningée.

Le cœur était normal ainsi que la tension artérielle 15 × 8 au Pachon. L'intégrité des autres organes était complète. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine. Le Wassermann et le Sachs-Georgi du sang étaient négatifs. La recherche du bacille de Löffler dans le mucus rhino-pharyngé ne révéla aucun germe.

Le 17 octobre, le malade se plaignit de douleurs dans l'épaule droite avec un peu de gêne dans les mouvements et de diminution de la force du membre supérieur droit. Les symptômes de ce côté furent très fugitifs.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital de M... et malgré la négativité du Wassermann, on institua un traitement d'épreuve antisyphilitique (injections intraveineuses alternées de cyanure de mercure et d'arsénobenzol), mais ce traitement resta sans effet et on dut le suspendre en raison d'accidents d'intolérance et d'une poussée de congestion pulmonaire discrète de la base droite accompagnée de légers phénomènes méningés avec diplopie.

Le 13 novembre, G... fut dirigé sur le Val-de-Grâce. A cette date, l'hémiplégie gauche était encore très nette bien que moins accusée qu'au début, le réflexe rotulien gauche était réapparu faiblement, mais le malade était encore incapable de marcher et ne pouvait faire que quelques pas avec peine. L'état confusionnel et les douleurs avaient disparu. La céphalée était moins intense ainsi que les troubles visuels. L'hémianesthésie gauche gardait les mêmes caractères.

Le 18 novembre nous pratiquâmes une ponction lombaire qui nous donna les résultats suivants : liquide céphalo-rachidien hypertendu, 50 cm. au manomètre de Claude avant prélèvement en position assise — 30 cm. après prélèvement de 16 cmc.

Albumine : 0.18.

Sucre : 0.68.

Lymphocytose : 10 lymphocytes par mmc. à la cellule de Nageotte.

B. W. : négatif.

Le 1er *décembre*, l'examen clinique révèle une céphalée en cercle survenant chaque soir par élancements. Un sommeil nocturne normal sans hypersomnie diurne. Une fatigabilité encore assez marquée: la marche, redevenue possible, se fait : le membre inférieur gauche en extension le pied raclant le sol sans fauchage. L'hémiparésie gauche très atténuée reste étendue aux deux membres et prédomine à la préhension. Les réflexes rotulien et achilléen sont diminués à gauche, vifs à droite. Le réflexe des adducteurs aboli à gauche, normal à droite ; par contre les réflexes osso-tendineux des membres supérieurs sont exagérés à gauche par rapport au côté droit. Le réflexe plantaire est sans réponse à gauche, en flexion à droite. Les réflexes crémastérien et abdominaux sont redevenus normaux des deux côtés. L'hypoesthésie persiste aux deux membres gauches, mais a disparu au tronc et à la face. Cette diminution de la sensibilité est globale pour toutes les sensations : tact, piqûre, chaud, froid, sans dissociation. Il y a retard dans la sensation et paresthésie ; le pincement, la piqûre sont ressentis comme une brûlure. Le sens musculaire et le sens des attitudes segmentaires sont aussi légèrement émoussés. Il n'existe pas de troubles de la coordination musculaire, ni asynergie, ni dysmétrie, mais seulement une maladresse des mouvements des membres gauches et surtout de la main. Les signes oculaires ont beaucoup regressé. Les mouvements des yeux ne paraissent plus limités que par une certaine photophobie. Quand on abrite les yeux de la lumière leur course en dehors et en dedans est complète sans nystagmus. Les pupilles sont égales et réagissent bien aux deux modes. Le cœur est normal. La tension est de 13 × 7 au Vaquez.

Le réflexe oculo-cardiaque est de 83 — 63 = — 19.

Le réflexe solaire est de 84 — 88 = + 4 avec diminution nette de l'amplitude des oscillations enregistrées au polygraphe de Jacquet.

Il y a donc à la fois excitabilité facile du vague et du sympathique.

Aucun signe pathologique urinaire.

En résumé. — Il s'agit dans ce cas d'une hémiplégie gauche organique intéressant la face du même côté avec hémianesthésie à tous les modes. Cette hémiplégie s'est installée en deux jours puis a régressé rapidement pour les troubles moteurs, plus lentement pour les troubles sensitifs. Elle s'est accompagnée au début d'une parésie vélo-palatine droite transitoire — et de parésie plus accusée et plus persistante des muscles moteurs des deux yeux sans strabisme avec troubles portant surtout sur la convergence et l'accommodation. Précédée pendant une dizaine de jours par des céphalées, puis par de la somnolence ; l'affection a débuté par un léger état confusionnel et a été marquée, au quinzième jour, par une congestion pulmonaire discrète. On n'a pu relever chez le malade aucune trace de syphilis, ni de maladie du cœur, la tension artérielle est normale.

Deuxième observation. — S... Jules, 20 ans, soldat, ne présente rien d'important à retenir, tant dans ses antécédents héréditaires que dans son état de santé antérieur :

Père bien portant, mère morte d'anémie pernicieuse, 3 frères et une sœur en bonne santé.

Il eut la grippe en 1927. Nie toute affection vénérienne.

Du 15 au 20 juillet dernier, le malade eut de légers maux de tête et s'aperçut que son œil droit se déviait en dedans et qu'il voyait double, mais il ne se fit pas porter malade et continua son service sans se soucier de sa diplopie.

Le 6 août cependant, il entra à l'infirmerie de son corps pour courbature généralisée, douleurs dans les jambes, céphalées et fièvre (aux environs de 39°). Pendant son séjour à l'infirmerie il ne se plaignit pas de ses yeux, mais il était, dit-il, très somnolent et, la fièvre ayant disparu, il reprit son service le 17 août. Cependant, sa diplopie persistant, il se représenta à la visite le 29 août et fut admis à nouveau à l'infirmerie, où il fit un séjour d'un mois pendant lequel, au bout du quinzième jour, il sentit ses deux membres gauches s'affaiblir peu à peu. Il n'avait pas de fièvre. Evacué sur l'hôpital de R... le 30 septembre, il fut dirigé de là sur le Val-de-Grâce le 14 octobre.

A cette date, nous faisons les constatations suivantes :

Station debout normale, pas de Romberg, même sensibilisé ; le malade toutefois se tient difficilement sur la jambe gauche, en raison de la faiblesse du membre. Dans la marche, raideur du membre inférieur gauche. Le malade talonne de ce côté sans faucher, perte relative du balancement automatique du bras gauche pendant la marche. La force musculaire est nettement diminuée au bras gauche surtout pour les fléchisseurs, tant au bras qu'à l'avant-bras et à la main. Au membre inférieur gauche également, diminution légère de la force prédominant sur les fléchisseurs, tonus musculaire normal, pas d'atrophie apparente. Réflexe rotulien exagéré à gauche avec clonus rotulien et ébauche de trépidation épileptoïde ; achilléen également exagéré à gauche, ainsi que le réflexe des adducteurs. Réflexe cutané plantaire normal à droite, extension ébauchée à gauche. Réflexes crémastérien et abdominaux abolis à gauche, conservés à droite. Réflexes tendineux du membre supérieur gauche nettement exagérés. Par le pincement de la peau de la région antéro-latérale de la jambe gauche on obtient une extension très nette du gros orteil et une ébauche de la triple flexion d'un réflexe de défense.

Sensibilité subjective normale, objective normale à tous les modes. Pas de troubles sphinctériens. Sens musculaire et sens des attitudes normaux. Coordination des mouvements normale aux membres inférieurs tant à droite qu'à gauche. Du côté du membre supérieur gauche on note une légère dysmétrie et un peu d'hypermétrie dans les mouvements volontaires. Le mouvement de porter l'index sur le bout du nez se fait en deux saccades. Pas de tremblement :

Nerfs craniens : 1re, 2e, 3e, 4e, 5e paires, normales.

Paralysie de la 6e paire droite avec strabisme interne de l'œil droit ; diplopie horizontale homonyme s'exagérant dans le regard à gauche, tendant à disparaître dans le regard à droite.

Pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation ; à noter quelques secousses nystagmiques prédominant du côté de l'œil gauche dans les deux positions extrêmes horizontales du regard. Fond d'œil et milieux normaux. V. O. D. = 1 ; V. O. G. = 1.

La 7e paire droite est intacte ; par contre, il existe une parésie nette du facial inférieur gauche du type central, caractérisé par un abaissement de la commissure labiale et par le signe du paucier.

8e paire : le malade accuse des bourdonnements (bruits de moteurs) à droite et à gauche, mais plus accusés à gauche. Examen des tympans négatif. Pas d'hypoacousie, pas de vertiges, pas de troubles de l'équilibration.

Aucune lésion des dernières paires craniennes. Réflexe pharyngé normal.

Céphalées du type occipital.

Wassermann sanguin négatif.

Ponction lombaire du 18 octobre :

Liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu.

Tension : 40 cm. avant prélèvement ; 30 cm. après prélèvement (en position assise).

Wassermann négatif.

Albumine : 0.35.

Sucre : 0.80.

Lymphocytes : 0.4 par mmc. à la cellule de Nageotte.

Cœur : pointe dans le 5e espace sur la ligne mamelonnaire, premier bruit un peu roulé, deuxième bruit clangoreux avec dédoublement inconstant. Tension artérielle 15 × 7 au Pachon — 12,5 × 5 au Vaquez.

Orthodiagramme : Légère augmentation des dimensions de l'oreillette gauche.

R. O. C. = 91 — 96 = + 5 (inversé).

R. S. = 88 — 98 = + 10 avec forte diminution de l'amplitude des oscillations.

Sympathicotonie accentuée.

Appareils digestifs, pulmonaires et génito-urinaires normaux.

Il s'agissait donc d'une hémiplégie alterne type Millard-Gubler avec paralysie du moteur oculaire externe droit et hémiparésie gauche, intéressant le facial gauche et les deux membres gauches.

Bien que le malade n'ait jamais présenté de signes de spécificité et que le Wassermann ait été négatif, on avait institué à l'hôpital de R... un traitement d'épreuve par association d'injections de novarsénobenzol et biiodure de mercure. Mais ce traitement ne donna aucune amélioration et après l'avoir continué pendant 15 jours au Val-de-Grâce, nous l'abandonnâmes. Nous avions d'ailleurs de sérieuses raisons de penser qu'il s'agissait d'une étiologie autre que la syphilis et l'évolution de la maladie vint confirmer notre impression par l'apparition d'un cortège symptomatique des plus significatifs. En effet, après une période de cinq semaines durant laquelle l'état général s'était maintenu satisfaisant et l'hémiplégie stationnaire, le malade n'accusant qu'une céphalée persistante, une aggravation très marquée se pro-

duisit. Le 20 novembre, S... fut pris de vertiges avec vomissements survenant après des nausées, se répétant six à huit fois par jour et quelquefois la nuit. Les vertiges devinrent incessants, se manifestant aussi bien dans la position couchée que dans la position assise et rendant impossible la station debout ou la marche. Le malade accusait en outre des bourdonnements et des sifflements dans ses deux oreilles. Un examen otologique pratiqué le 23 novembre révéla une inexcitabilité du nerf vestibulaire de chaque côté. Le nystagmus spontané qui s'observait surtout dans le regard latéral gauche, n'était nullement augmenté par irrigation à l'eau froide. Dans le regard direct, il ne se produisait pas de nystagmus, ni de vertiges, ni de nausées, même après irrigation de deux minutes.

Ces phénomènes s'accompagnaient de somnolence dans la journée (A noter qu'il n'y avait pas d'azotémie. Urée sanguine : 0.56 à cette date) et l'hémiplégie s'était nettement accrue. Clonus net, Babinski très positif. Le malade, même couché, ne pouvait plus exécuter que de faibles mouvements de ses deux membres gauches. La parésie de la 6e paire droite persistait il s'y associait une parésie légère de la fonction dextrogyre du regard.

Un abcès de fixation fut pratiqué le 25 novembre, il entraîna la réaction habituelle avec élévation thermique à 38°5 le lendemain, s'atténuant les jours suivants.

Le 26 novembre on note des accès de hoquet fréquent durant chaque fois près d'un quart d'heure et quelques secousses dans le pied droit qui effectue de brusques mouvements de flexion dorsale.

Le malade accuse en outre des fourmillements presque constants dans tout le corps. Les vomissements ont diminué. Nous pratiquons, le 28 novembre, une deuxième ponction lombaire qui donne les résultats suivants :

L. C. R. clair. Tension : 17 cm. avant prélèvement, 7 cm. après (en position couchée).

Albumine : 0.22.

Forte hyperglycorachie : = 1 gr. 04.

Lymphocytose = 13 lymphocytes par mmc. à la cellule de Nageotte.

Les urines restent en tous points normales en quantité et qualité, mais une rétention vésicale est apparue qui nécessite des cathétérismes pendant trois jours. Cette rétention d'urine cède peu à peu aux bains chauds. Une constipation opiniâtre est combattue par lavements glycérinés.

Les 29 et 30 novembre, l'attention est attirée par des troubles marqués de la phonation (voix nasonnée) et de la déglutition sans paralysie appréciable du voile ni du pharynx. S... dit que sa tête est lourde, la tient toujours penchée du côté droit et accuse de vives douleurs dans les muscles de la nuque.

Le premier décembre, une amélioration se produit. Les vertiges ont diminué ainsi que la torpeur. Les vomissements sont exceptionnels. Mais le 3 décembre, nouveaux accidents sous forme de troubles de la respiration. L'auscultation ne révèle pas de lésion pleuro-pulmonaire, mais le malade a l'impression d'un poids très lourd qui lui pèse sur la poitrine et contre lequel il doit faire un effort pour respirer. Plusieurs fois la nuit il se réveille parce qu'il croit qu'il va étouffer. Objectivement, on note en effet des pauses respiratoires qui s'intercalent entre des phases de polypnée. Le pouls reste régulier à 90. Le 5 décembre, l'hémiplégie gauche tend nettement à régresser. L'abcès de fixation se collecte et, malgré les troubles du rythme respiratoire qui persistent, l'état paraît moins inquiétant. Mais, brusquement, le lendemain, dans l'après-midi, S... est pris d'un grand accès de suffocation qui se prolonge jusqu'au soir, le pouls s'accélère à 110, la face se cyanose, la céphalée est intense et une perturbation d'ordre sympathique se produit avec mydriase et sueurs profusses. L'état nous paraît si grave que nous avisons télégraphiquement la famille. Les injections d'huile camphrée éthérée, l'application de glace sur la tête calment cependant ces phénomènes qui s'apaisent durant la nuit.

Depuis trois jours le malade est sensiblement mieux et je vous l'aurais présenté aujourd'hui si je n'avais craint que ce déplacement ne provoquât de nouvelles complications.

Dans ces deux cas cliniques l'étiologie encéphalitique de l'hémiplégie me paraît non douteuse. Cette étiologie toutefois ne s'imposait pas d'emblée et méritait qu'on la discutât.

Le diagnostic au début manquait de certitude, il fallut procéder par élimination. Nous avons pu éliminer d'abord chez nos deux malades tout soupçon de syphilis, car ils ne présentaient aucun signe clinique de cette affection et les recherches sérologiques répétées ont toujours été chez eux négatives. Ni l'un ni l'autre n'avait d'hypertension artérielle et il était impossible de retrouver la trace d'une intoxication.

Mais, pourriez-vous me dire, chez le premier malade G... il y aurait peut-être lieu de tenir compte de cette chute qu'il fit d'un escalier 13 jours avant son entrée à l'hôpital de M. A considérer de près ce traumatisme, on se rend compte qu'il a été très bénin. La tête a à peine heurté la dernière marche, le malade s'est relevé aussitôt, a repris son travail et n'a commencé à souffrir de céphalées que deux jours après. Il ne s'agissait donc pas d'une hémorragie méningée importante. Tout au plus pourrait-on penser à ces petites suffusions sanguines du cortex entraînant des manifestations cliniques tardives telles qu'on en a observé dans certaines commotions ou contusions cérébrales de guerre. Mais dans ce cas nous n'aurions pas assisté à une régression aussi rapide de la paralysie et l'hémianesthésie eût été moins marquée.

Pour le second malade, S.., le diagnostic d'encé-

phalite épidémique s'impose depuis le 20 novembre, date à laquelle les multiples symptômes surajoutés à l'hémiplégie sont apparus. Mais, à l'entrée du malade au Val-de-Grâce, le 14 octobre, nous étions en présence d'un syndrome d'hémiparésie alterne d'apparence relativement simple et, bien que l'origine infectieuse de la maladie nous parût déjà nette, il y avait lieu d'analyser de près les quelques signes que nous fournissait l'examen du cœur : 1er bruit un peu roulé, dédoublement inconstant du second, oreillette gauche un peu forte à la radioscopie. Mais ces signes étaient manifestement insuffisants pour diagnostiquer un rétrécissement mitral. La sympathicotonie nettement révélée à l'enregistrement du réflexe solaire suffit à les expliquer. D'ailleurs l'apparition lente de l'hémiplégie ne pouvait s'accorder avec un accident embolique.

On aurait pu discuter encore chez ce malade la nature de l'infection originelle. Il présentait une fort mauvaise dentition, l'examen des fosses nasales avait révélé la présence de sécrétions au niveau des méats moyens et les radiographies avaient montré une légère opacité du sinus maxillaire droit sous toutes les incidences. Or, vous n'ignorez pas le rôle que peut jouer l'infection des sinus de la base du crâne dans l'étiologie des infections méningo-encéphaliques (1). Le cas de S. aurait pu être considéré comme relevant d'une infection de nature banale. Mais l'évolution ultérieure montra que le virus responsable de l'infection était bien celui de l'encéphalite épidémique et il ne nous paraît pas impossible d'ailleurs que l'atteinte du sinus ait pu servir dans ce cas de voie d'accès vers l'encéphale.

Toutes causes différentes d'hémiplégie nous paraissant suffisamment éliminées, il nous reste à préciser les éléments positifs de la nature encéphalitique de l'affection dans ces deux cas. Ces éléments sont importants et constituent tout un faisceau de preuves.

Ce sont d'abord les *prodromes* de l'affection. Dans les deux cas, nous notons comme tout premier signe la *céphalée*. Ce symptôme est constant dans l'encéphalite et M. le médecin inspecteur Dopter en a rappelé l'importance en signalant le caractère un peu spécial de la cuisson à la racine des cheveux que revêt parfois cette douleur de tête (2). Peu après, chez l'un et l'autre malade, la *somnolence* avec son allure particulière de demi-sommeil diurne qui cesse lorsqu'on secoue le malade pour reprende aussitôt après. L'*élévation fébrile*, légère dans le premier cas, plus accusée dans le second, mais fugace comme il est de règle dans l'encéphalite et sujette à recrudescence.

Les *troubles oculaires*, représentés chez G. par une gêne douloureuse des mouvements des yeux prédominant à la convergence, une paresse de l'accommodation et une diplopie momentanée lors de la reprise fébrile du 1er novembre. Troubles visuels beaucoup plus sérieux chez S. où la diplopie par paralysie du moteur oculaire externe droit a été le premier signe de localisation apparu dès le 15 juillet, deux mois avant l'hémiplégie qui date du 15 septembre. Il est très important de remarquer au point de vue clinique que le malade ne se rendit à la visite médicale que 15 jours après l'apparition de cette parésie oculaire et qu'à la suite de son séjour à l'infirmerie pour « courbature fébrile » il reprit encore son service pendant 12 jours, conservant son strabisme et sa diplopie. Ce fait est à rapprocher du cas rapporté par M. Achard, dans son livre remarquable sur l'encéphalite léthargique, cas concernant une jeune fille qui ne cessait d'aller à l'école cachant un de ses yeux pour voir au tableau à cause de sa diplopie et qui conserva des troubles oculaires pendant deux mois et demi (1). Ces faits se rattachent aux formes ambulatoires parfois monosymptomatiques de la maladie et mérite d'être bien connus des médecins.

Voilà donc un cortège de signes qui devait nous suffire à porter le diagnostic d'encéphalite épidémique : *céphalées, somnolence, élévation thermique, troubles oculaires*, nous retrouvons chez nos deux malades ces symptômes fondamentaux de l'affection.

Le syndrome humoral et l'évolution de la maladie devaient achever de nous convaincre.

Syndrome humoral. Pour G.., la ponction lombaire qui fut pratiquée au Val-de-Grâce montra une hypertension notable du liquide céphalo-rachidien (50 cm. avant prélèvement, 30 après prélèvement en position assise au manomètre de Claude) et 10 lymphocytes par mmc. à la cellule de Nageotte, pour une albuminose normale (0 gr. 18) et une glycorachie très légèrement augmentée (0,68) Wassermann négatif.

Pour S..., la ponction lombaire du 18 octobre donnait un liquide clair, de tension 40 cm. 30 en position assise ; avec albuminose à 0,35, hyperglycorachie à 0,80 et 0,4 lymphocytes par mmc. La deuxième ponction du 28 novembre donnait une tension de 17 cm. 7 en position couchée avec diminution de l'albuminose : 0,22 forte hyperglycorachie : 1 gr. 04 et augmentation de la lymphocytose = 13 lymphocytes par mmc.

Nous avons là des éléments probants en faveur

(1) WORMS et FRIBOURG-BLANC. — Syndrome méningé aseptique au cours d'une polysinusite latente d'origine dentaire. (*Soc. d'oto-rhino-laryngologie de Paris*, 13 mars 1924.)

(2) DOPTER. — Précis de pathologie interne. Maladies infectieuses. (Edition Gilbert et Fournier.)

(1) ACHARD. — L'encéphalite léthargique, p. 125. Editeurs : Baillière et fils.

de l'encéphalite : hypertension du liquide céphalo-raichidien, albumine normale ou faiblement augmentée, lymphocytose augmentée sans parallélisme avec l'albuminose avec « dissociation cyto-albuminique » et hyperglycorachie. Je n'ai pas le temps de m'appesantir aujourd'hui avec vous sur les détails de ce syndrome humoral, pourtant si intéressant de l'encéphalite épidémique, et je vous renverrai pour cela à l'article très documenté où M. Benard, dans la *Presse médicale* du 5 juin 1920, rappelant les travaux de MM. Dopter, Netter, Achard, etc., met au point les connaissances acquises à cette date. Je vous signalerai seulement un fait qui aurait pu paraître troublant dans l'examen du liquide céphalo-rachidien de S., du 28 novembre, c'est l'augmentation de la lymphocytose par rapport à celle de la première ponction du 18 octobre. Cette augmentation des lymphocytes aurait pu faire penser à une méningite tuberculeuse, car il est de règle, ainsi que l'a dit Netter (1), que la lymphocytose va en croissant avec le cours de la maladie dans la méningite tuberculeuse et en décroissant dans l'encéphalite épidémique. Mais il faut savoir aussi que, dans l'encéphalite, la lymphocytose après avoir décru, peut remonter à nouveau, ce qui témoigne généralement d'une reprise de la maladie. Netter lui-même a signalé ce fait et cette constatation s'applique au cas de notre malade qui était précisément en pleine reprise de la maladie lors de la deuxième ponction lombaire. Benard a même constaté dans un cas, en dehors de toute rechute, une réascension de la lymphocytose après la chute de la lymphocytose du début. Sur ce point encore notre diagnostic n'est donc pas infirmé.

Enfin *l'évolution de la maladie* est venue dans nos deux cas confirmer pleinement le diagnostic. L'encéphalite épidémique est une affection essentiellement polymorphe, vous le savez, et l'on ne saurait trop y insister. Lorsqu'un symptôme a disparu, un autre se manifeste. Quand on croit le malade guéri, une rechute vient modifier le pronostic. C'est une maladie à reprises et à surprises. Les manifestations cliniques sont multiples, variées, parcellaires, mobiles, acycliques et M. Achard a bien traduit l'allure déconcertante de l'affection par la dénomination « *d'évolution serpigineuse* » qu'il lui a donnée.

N'est-ce pas là le tableau que nous avons observé chez nos deux malades ? G. a présenté au début une atteinte lentement progressive qui s'est compliquée d'hémiplégie au quinzième jour, a regressé ensuite pour présenter, deux semaines plus tard, une reprise avec congestion pulmonaire fugace. Depuis lors l'amélioration s'est dessinée et paraît se poursuivre sans trop d'à coups. S., après une longue phase ambulatoire marquée par l'atteinte de la sixième paire droite et entrecoupée de phénomènes tour à tour douloureux, fébriles et hypersomniques, a vu se constituer son hémiplégie gauche. Un mois plus tard, tout paraissait devoir rentrer dans l'ordre. Pendant cinq semaines le malade allait et venait, présentant un état général tout à fait rassurant, quand, brusquement, au cinquième mois de la maladie, se déclenchèrent toute une série d'accidents multiples traduisant l'atteinte successive des noyaux vestibulaires et des centres bulbo-médullaires (vertiges, vomissements, hoquet, myoclonies, troubles respiratoires) faisant redouter une issue fatale.

En présence d'une telle symptomatologie, étayée par les résultats des recherches biologiques, le diagnostic d'encéphalite épidémique ne fait plus ici le moindre doute. L'hémiplégie, symptôme dominant chez les deux malades au point qu'il avait à lui seul attiré l'attention, est donc dans ces deux cas d'origine encéphalitique.

Il n'est pas très fréquent de rencontrer, au cours de l'encéphalite une atteinte du faisceau pyramidal. *A priori*, il peut même paraître surprenant que les lésions encéphalitiques, dont chacun connaît la localisation élective sur la substance grise, puissent s'étendre aux faisceaux blancs. Les faits cliniques sont là cependant pour le prouver et les deux cas dont nous vous parlons aujourd'hui ne sont pas les premiers dans la littérature médicale.

Avant même que l'encéphalite épidémique ait été identifiée dans son unité pathogénique et clinique par les travaux de Cruchet, Moutier et Calmette en France (1) et par ceux de von Economo en Autriche (2), Cayet en 1875 avait signalé des paralysies des membres associées aux paralysies oculaires dans la polioencéphalite, aujourd'hui rattachée à la maladie qui nous occupe.

En 1918, Halbron et Coudrain (3) rapportaient à la Société médicale des hôpitaux de Paris le cas d'un sergent aviateur manifestement atteint d'encéphalite épidémique qui présenta une hémiplégie gauche complète, avec clonus et signe de Babinski, s'étant établie en quelques jours et qui régressa dès la convalescence.

En janvier 1920, Sicard et Kudelski (4) signalaient à la même société un syndrome de Millard

(1) Netter. — Académie de médecine, 20 janvier 1920 ; Soc. méd. des hôpitaux, 13 février 1920.

(1) R. Cruchet, Moutier et Calmette. — Quarante cas d'encéphalo-myélite subaiguë observés depuis la fin de 1915 au Centre de neuro-psychiatrie d'armée de Bar-le-Duc. (Soc. méd. des hôp. de Paris, 27 avril 1917.)

(2) Von Economo. — Encéphalite léthargique. (*Wiener. Klin. Wockenschrift*, 10 mai 1917.)

(3) Halbron et Coudrain. — Un cas d'encéphalite épidémique. (Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 28 juin 1918.)

(4) Sicard et Kudelski. — Syndrome de Millard-Gubler dans l'encéphalite épidémique à rechute. (Soc. méd. des hôp. de Paris, 23 et 30 janvier 1920.)

Gubler dans l'encéphalite épidémique à rechute. MM. Clovis Vincent et J. Darquier (1) aux mois de janvier et février signalaient à leur tour 3 cas de syndrome protubérantiel aigu d'origine encéphalitique.

Dans un de ces cas, les lésions des noyaux de la protubérance s'étaient accompagnés d'une atteinte pyramidale avec double hémiplégie, dont l'une, alterne, superposée à une hémianesthésie alterne dissociée.

Rathery et Kourilsky (2), à la suite de la précédente communication rapportaient un cas d'encéphalite épidémique à localisation bulbo-protubérantielle, dans lequel ils avaient observé une simple gêne des mouvements des membres supérieurs due à une diminution de la force musculaire, mais sans signes pyramidaux.

Enfin, M. le médecin principal Labougle (3) rapportait le 3 avril 1924 à la Société de médecine militaire un cas de parésie de type alterne inférieur avec hypoesthésie superposée. L'atteinte pyramidale a été, dans ce cas, très légère et fugace et s'est limitée au membre supérieur droit.

La plupart des auteurs qui se sont attachés à l'étude de l'encéphalite épidémique et en particulier MM. Dopter (4), Achard (5), Lhermitte (6), Souques, ont signalé dans leurs travaux de synthèse sur cette affection la possibilité des atteintes du faisceau pyramidal.

Ces atteintes sont le plus souvent légères, fugitives, dissociées, elles ressemblent d'ailleurs en cela aux autres symptômes de la maladie. Les signes objectifs de l'altération du faisceau moteur sont en général très atténués.

Dans les observations antérieurement publiées que j'ai pu parcourir, ces signes objectifs n'étaient très nettement accusés que dans le cas rapporté par Halbron et Coudrain et dans celui de Cl. Vincent et Darquier.

Certains auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'un simple déséquilibre du tonus musculaire.

Il existe par ailleurs des formes pseudo-bulbaires bien décrites par Lhermitte (7) où les troubles moteurs ne s'accompagnent pas de signes pyramidaux. Mais il n'en est pas moins vrai que la voie pyramidale elle-même peut être lésée. Les cas sont rares, il est vrai, mais incontestables à mon avis et les deux malades que je vous ai présentés en sont, je crois, des exemples manifestes.

Pour bien comprendre la *physiologie pathologique* de ces hémiplégies, il est bon que nous revoyons ensemble quel est le *genre des lésions* constatées habituellement dans l'encéphalite épidémique. Vous savez que macroscopiquement on constate une congestion intense de tout l'encéphale et des méninges qui revêtent une teinte « hortensia ». Les coupes du cerveau présentent un piqueté hémorragique qui apparaît surtout au niveau du mésocéphale, dans les pédoncules et la protubérance, en se propageant vers les couches optiques et vers le bulbe. Les suffusions sanguines sont nettement prédominantes au niveau des noyaux gris c'est-à-dire dans la calotte pédonculaire et protubérantielle. Il s'agit donc avant tout, comme le dit Achard, d'*une méso-encéphalite* et d'*une polio-encéphalite.*

Mais les vérifications anatomiques ont montré dans divers cas une atteinte inflammatoire nette des vaisseaux de l'étage antérieur (pied des pédoncules et de la protubérance) et des thromboses veineuses s'étendant au polygone de la base. On a même signalé des altérations inflammatoires des nerfs et surtout des nerfs craniens. *L'électivité du processus pour la substance grise n'est donc pas absolue.*

L'étude microscopique a montré que les lésions essentielles siègent dans toute la région juxta-épendymaire (3e et 4e ventricules, aqueduc de Sylvius). Elles sont représentées par une infiltration péri-vasculaire dans les gaines dilatées, de Virchov-Robin, avec extra-vasation de multiples cellules : lymphocytes, plasmocytes, polyblastes, polynucléaires et hématies provenant soit du torrent circulatoire, soit du tissu conjonctif enflammé. Il peut s'y adjoindre de petits foyers infectieux indépendants des vaisseaux où l'on trouve des cellules névrogliques à type amiboïde, mêlées à des éléments leucocytaires et constituant parfois de petits abcès miliaires. Il s'agit en somme de lésions surtout vasculaires diffuses, non destructives, s'opposant aux grosses lésions de neuronophagie de la poliomyélite.

Les caractères anatomiques de ces lésions, leur dissémination, expliquent l'allure transitoire des paralysies. Les troubles oculaires sont légers, car les lésions se limitent au cytoplasme des cellules nucléaires. Ils sont multiples et combinés, car les lésions sont surtout internucléaires. L'altération porte sur les faisceaux d'association des noyaux oculo-moteurs en touchant le faisceau longitudinal postérieur et le faisceau longitudinal dorsal. Nous en avons un exemple chez S.

---

(1) Cl. Vincent et J. Darquier. — Syndrome protubérantiel aigu probablement d'origine encéphalitique (Soc. méd. des hôp. de Paris, 11 janvier et 8 février 1924.)

(2) Rathery et Kourilsky. — Un cas d'encéphalite épidémique à localisation bulbo-protubérantielle.(Soc. méd. des hôp. de Paris, 18 janvier 1924.)

(3) Mein pal Labougle. — Synd. bulbo-protubérant'el au cours d'une encéphalite infectieuse léthargique, parésie du type alterne inférieur avec hypoesthésie superposée. (Soc. de méd. militaire, 3 avril 1924.)

(4) Dopter. — *Loc. cit.*

(5) Achard. — *Loc. cit.*

(6) Lhermitte. — L'encéphalite léthargique. Questions neurologiques d'actualité.

(7) Lhermitte. — *Journal médical français*, avril 1923

qui présente associées une parésie de la 6e paire droite et une parésie dextrogyre du regard.

La dissémination des lésions explique en outre tous les troubles fonctionnels si variés de la maladie : hypersomnie par atteinte infundibulaire, troubles sympathiques (que vous avez vus très accentués chez S.) par altération des centres sympathiques du mésocéphale; vertiges, vomissements et inexcitabilité vestibulaire par atteinte du noyau de Deiters dans la protubérance ainsi que l'ont démontré Barré et Reys et toutes autres manifestations sur lesquelles je ne puis m'attarder.

Les faisceaux blancs eux-mêmes peuvent être atteints par propagation de voisinage des altérations de la substance grise et c'est là le fait qui nous intéresse particulièrement aujourd'hui.

Ainsi donc, nous venons de le voir, *la voie motrice peut être intéressée par deux processus différents : petites lésions inflammatoires des vaisseaux de la base et de l'étage antérieur, propagation discrète de l'atteinte des noyaux gris.*

Il nous reste à déterminer *le siège en hauteur* de l'atteinte du faisceau pyramidal chez chacun de nos deux malades.

Pour le premier, G..., c'est très vraisemblablement au niveau du pédoncule cérébral droit que siège la lésion, car l'hémiplégie gauche est globale intéressant la face, ce qui fait supposer une atteinte du faisceau géniculé avant qu'il ne se soit séparé du faisceau pyramidal. De plus nous avons noté chez ce malade une hémianesthésie qui se superpose à la paralysie et qui fait penser à une atteinte du ruban de Reil dans la même région. M. Achard fait observer que, dans les lésions pédonculaires, les fibres sensitives peuvent être atteintes et qu'elles ne le sont que beaucoup plus rarement dans les lésions protubérantielles. Enfin les troubles de la convergence et de l'accommodation indiquent dans ce cas une lésion de voisinage du noyau de la 3e paire confirmant la localisation pédonculaire.

C'est au contraire au niveau de la protubérance que nous localiserons le maximum des lésions chez notre second malade, S. Chez lui, en effet, c'est le noyau du moteur oculaire externe droit qui a été touché dès le début. L'hémiplégie gauche est venue se surajouter à cette première lésion par extension de voisinage réalisant ainsi un syndrome de Millard-Gubler, hémiplégie alterne de type protubérantiel inférieur. Le facial périphérique droit n'est pas touché, ce fait peut se voir dans le syndrome de Millard-Gubler où la 6e paire est parfois seule atteinte du côté de la lésion. Nous avons indiqué, par contre, une parésie faciale gauche (du côté de l'hémiplégie) de type central qui semble indiquer que le faisceau pyramidal a été touché avant la décussation complète du vaisseau géniculé. Les symptômes qui sont venus ultérieurement s'associer à ce syndrome alterne confirment encore la localisation protubérantielle. Ce sont en particulier les accidents vestibulaires dont nous avons parlé, revêtant le type du vertige de Ménière, accidents qui caractérisent l'atteinte du noyau de Deiters. Barré et Reys ont signalé la possibilité, dans des cas analogues, d'une atteinte de la racine sensitive du trijumeau (toute voisine du noyau de Deiters) donnant lieu à une anesthésie faciale dissociée de type syringomyélique. Nous ne l'avons pas observée ici.

La lésion initiale s'est diffusée depuis et a gagné les centres bulbaires, où, sans déterminer de paralysie nette de chacune des quatre dernières paires, elle a cependant entraîné du hoquet, des troubles de la déglutition, de l'articulation des mots et du rythme respiratoire qui nous inspirent les plus vives craintes.

Que dire du *pronostic* dans ces deux cas ? Il paraît certainement favorable pour G. Chez lui, depuis un mois tous les symptômes ont régressé d'une façon continue, l'état général est des meilleurs et il est à espérer que l'hémiplégie ne laissera pas de trace.

C'est un sujet qu'il faudra néanmoins ne pas perdre de vue, car vous savez les redoutables complications qui surviennent souvent à longue échéance chez les anciens encéphalitiques et vous rencontrez chaque jour trop de syndromes du type parkinsonien pour que j'aie à insister sur les formes prolongées ou les séquelles de cette maladie.

Pour S., vous le devinez, le pronostic non seulement tardif, mais même immédiat, est des plus réservés. Je vous ai fait part de mes craintes à son sujet et l'inquiétude reste grande aujourd'hui. Les atteintes bulbaires dans l'encéphalite sont, en effet, les plus graves, car elles touchent les centres indispensables à la vie. La mortalité, qui est normalement de 20 à 30 %, atteint 35 % et plus dans ces formes graves.

Il y a lieu de redouter les complications d'ordre circulatoire et respiratoire. Les troubles de la déglutition favorisent les accidents pulmonaires qui entraînent souvent ces malades, et le cœur est à surveiller de très près.

Le traitement de l'hémiplégie chez ces deux malades devait être avant tout, un traitement étiologique.

Vous savez que l'on a préconisé de multiples moyens de lutte contre l'encéphalite épidémique à ses phases aiguës ou chroniques. Injection de sérum de convalescents, par analogie à ce qui se fait avec d'heureux résultats dans la poliomyélite (injections sous-cutanées répétées, de 20 à 30 cm. de sérum de sang citraté de convalescents) Cette méthode a donné des résultats très divers aux praticiens qui l'ont employée (Achard, Emile Weill, Sicard, Roger).

Injections intra-rachidiennes, de sérum de

convalescent ou de sérum normal ou de sérum antitétanique.

Injections sous-cutanées du liquide céphalo-rachidien du malade lui-même (Rogett). Autohémothérapie (Mouriquand).

Ces méthodes paraissent assez aléatoires et certaines ne sont pas exemptes même de dangers, car nous ignorons encore la vitalité exacte et la durée de contagiosité du virus de l'encéphalite. Il nous est par conséquent bien difficile de dire à partir de quand un malade donneur éventuel de sérum est « convalescent ».

On a tenté une vaccination spécifique en injectant, comme l'a fait Sicard, de l'extrait aqueux de pédoncule cérébral et de corps strié d'encéphalitiques.

Enfin, M. Levaditi a exposé, le 11 février 1924, à l'Académie des Sciences, les résultats qu'on pouvait espérer des injections intra-rachidiennes d'un virus fixe encéphalitique atténué et entretenu sur le lapin par de multiples passages cérébraux.

Avec ses collaborateurs, MM. Poincloux et Nicolau, il précise les conditions d'application de cette méthode thérapeutique qui a été utilisée avec certains succès par MM. Fournier, A. Marie et A. Schwartz. Nous appliquons actuellement ce traitement à un de nos malades atteints de parkinsonisme post-encéphalitique et nous nous réservons d'en communiquer les résultats, mais nous n'avons pas jugé opportun de l'utiliser chez S. en raison des réactions très vives que provoque ce traitement.

En dehors de la thérapeutique spécifique, on a recommandé à la phase aiguë de la maladie de nombreuses médications anti-infectieuses que je ne peux vous citer toutes : quinine et arsenic, cacodylate de soude à hautes doses, salicylate de soude, qui paraît donner de bons résultats dans les formes douloureuses. Urotropine, surtout en injections intraveineuses de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour en solution à 25 %, ou par ingestion à doses fractionnées pour éviter les accidents possibles d'hématurie. Enfin l'abcès de fixation que Netter considère comme le remède le plus efficace contre les cas graves et qui agirait en provoquant une réaction des organes de défense et une stimutation de la moelle osseuse prouvée par la présence, après injection d'essence de térébenthine, de myélocytes dans le sang. Tous les auteurs ne sont pas également partisans de cette thérapeutique et M. Dopter la considère comme peu efficace.

Sans entrer dans les considérations épidémiologiques que comporte l'encéphalite épidémique, je vous signalerai seulement qu'à titre prophylactique il convient d'isoler les malades et de pratiquer une soigneuse désinfection du rhino-pharynx. Vous veillerez enfin aux complications pulmonaires dont je vous ai dit la gravité. A la phase aiguë il faut voir et revoir plusieurs fois chaque jour ces malades pour pouvoir, au moins, par un traitement symptomatique judicieux, enrayer les accidents graves.

G. a été traité seulement par l'urotropine en ingestion.

S. a reçu aussi de l'urotropine par la bouche et en injections intraveineuses. Un abcès de fixation, pratiqué chez lui le 25 novembre, me paraît avoir donné de bons résultats. Les injections d'huile camphrée éthérée au 1 /10 ont très nettement atténué les troubles du rythme respiratoire.

L'hémiplégie sera combattue par des massages et une réadaptation motrice précoce, même au lit si le malade ne peut se lever, car il faut éviter les raideurs articulaires que pourrait produire une trop longue immobilisation. La galvanisation enfin, si vous la faites pratiquer, doit être très prudente pour éviter l'apparition de contractures.

Par la combinaison judicieuse de ces moyens thérapeutiques vous parviendrez, dans un bon nombre de cas, à préserver l'avenir de vos malades.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Epithélioma de la langue. — II. Maladie de Paget. — III. Infiltration d'urine. — Luxation du ménisque.

D'après une leçon du professeur HARTMANN (1).

I. — Epithélioma de la langue.

Un homme âgé de 53 ans présente depuis plusieurs mois une petite tumeur ulcérée et douloureuse du bord gauche de la langue. Pour éviter de souffrir en mangeant, il est obligé d'éviter tout aliment solide, ne prend que des liquides ou des aliments pâteux n'exigeant pas une mastication considérable. Il éprouve des douleurs dans l'oreille.

Ces symptômes permettent, non pas de préciser le diagnostic, mais de penser à un épithélioma. Ce diagnostic sera vérifié par l'examen de la langue. Il faut toujours s'enquérir de la spécificité possible. Mais on se gardera bien de faire un traitement d'épreuve. Il fut une époque où ce traitement d'épreuve était la règle. Cette pratique, qui a été suivie pendant des années, et qui est malheureusement encore suivie par un certain nombre de médecins, est tout à fait déplorable. On a vu souvent, à la suite de ce traitement, surtout avec les préparations mercurielles, des phénomènes inflammatoires amenant une poussée aiguë très grave du côté de la lésion. On ne devra jamais faire de traitement d'épreuve dans une lésion ayant les caractères d'un épithélioma de la langue.

Il y a des cas où le diagnostic n'est pas douteux. Ici, l'histoire de la maladie est bien celle d'un épithélioma de la langue. La lésion est à bord peu surélevé, dure au palper, ayant tous les caractères d'un épithélioma de la langue à forme creusante.

Certains malades ont des épithéliomas végétants, constituant des tumeurs d'apparence énormes impressionnantes, véritables choux-fleurs, mais qui, en réalité, ne sont pas graves, car ce sont généralement les formes qui donnent les meilleurs résultats au point de vue chirurgical.

Au contraire, les formes creusantes sont les plus défavorables, elles s'accompagnent souvent de propagations à distance, à travers les muscles de la langue, si bien que l'ablation de la tumeur ne peut amener qu'une guérison incomplète, et que la lésion récidive fatalement après l'intervention.

Ce malade a donc une forme creusante, par conséquent sérieuse au point de vue opératoire. Il a une particularité favorable, indiquant que l'envahissement néoplasique n'est pas extrêmement étendu en profondeur, c'est qu'il tire bien la langue : ceci indique que le plancher de la bouche n'est pas envahi par l'épithélioma ; par conséquent, il sera possible d'obtenir une guérison durable.

On doit toujours dans les cas de ce genre regarder l'état du système ganglionnaire. Il est atteint d'une façon tout à fait générale. Il faut donc palper la région sous-maxillaire et chercher si l'on sent dans cette région des ganglions, ou un épaississement, puis la région carotidienne. Ici, sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, on sent un petit ganglion ; puis, on fait ouvrir doucement la bouche, et on glisse l'index gauche en arrière du maxillaire, entre la langue et la mâchoire, de façon à soutenir le plancher de la bouche, et à l'empêcher de fuir ; l'on constate, de cette manière, un petit ganglion que l'on ne pouvait sentir au palper extérieur. Ceci montre la nécessité de créer un plan résistant pour palper une région. Il y a, chez ce malade, un épaississement de la partie postérieure de la loge sous-maxillaire, et des ganglions dans le loge carotidienne.

Le traitement de la lésion ganglionnaire doit être différent de celui de la lésion linguale. Le mieux est d'enlever la masse ganglionnaire, et il faut, non pas enlever les ganglions un à un, comme on le faisait autrefois, — mauvaise pratique, qui sème toujours de la graine — mais enlever les lames conjonctives qui contiennent l'appareil ganglionnaire, et, de plus, descendre assez bas dans la région du cou, plus bas que les points où les ganglions sont perçus, car d'autres ganglions peuvent exister au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde.

La lésion linguale sera traitée par le radium. Au début de l'emploi du radium on a eu de mauvais résultats dans le traitement de l'épithélioma de la langue, parce qu'on se servait d'une grosse dose de radium, contenue dans un tube unique que l'on mettait en un point de la tumeur dans l'espérance de détruire celle-ci en totalité. Les résultats étaient déplorables, parce que le rayonnement de ces tubes décroît en raison du carré de la distance, de sorte que la partie périphérique de la lésion ne subit aucune action. Il faut mettre de petites aiguilles, chargées de petites doses de radium, et réparties tous les centimètres et demi.

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1927, recueillies par le Dr LAPORTE.

II. — Maladie de Paget.

La malade est une femme âgée de 64 ans. La première lésion constatée, c'est il y a deux ans, la présence d'une petite croûte jaunâtre sur le bout du sein et au-dessous, une surface rouge, très légèrement suintante. Pendant un an, la malade n'eut pas autre chose que cette petite lésion du mamelon, qui donnait un peu de prurit par moments. Un an après, elle s'est aperçu de l'existence d'une tumeur.

On voit à la place du mamelon, une surface croûteuse, un peu jaunâtre, occupant non seulement la région du mamelon, mais toute la région de l'aréole. Cette plaque croûteuse a des contours généraux un peu arrondis, mais présentant, en certains endroits, une apparence légèrement polycyclique. Ces croûtes sont sèches. Au-dessous d'elles, on trouve une surface rouge, très légèrement exulcérée, un peu suintante.

En même temps, on remarque à l'inspection, à la partie supérieure du sein, vers sa région périphérique, une voussure, et on constate, au palper, la présence d'une tumeur dure, se dissociant du tissu mammaire environnant. Cette tumeur adhère à la peau.

A la partie la plus externe du sein, on trouve une autre nodosité, ayant des caractères analogues à la précédente, mais plus petite, et que l'on dissocie mal du tissu mammaire. Elle n'adhère pas à la peau. Il n'y a rien d'anormal dans le reste du sein, ni dans le sein opposé. Contre la paroi axillaire, on trouve un paquet de ganglions manifestes.

Ces caractères et l'âge de la malade font penser tout de suite à un carcinome, avec cette particularité que ce cancer du sein a été précédé, pendant plus d'un an, d'une lésion de la région du mamelon, caractérisée par cette éruption croûteuse. Ceci fait penser à la maladie décrite par le chirurgien anglais Paget et qui porte son nom. Paget a décrit une variété de tumeur du sein se développant en même temps que des lésions ressemblant à l'eczéma et siégeant au niveau du mamelon, cette tumeur du sein évoluant tout à fait comme le cancer. Ce chirurgien avait noté une particularité, c'est que, en général (il n'avait encore vu que 29 cas environ, quand il écrivit son mémoire), la tumeur n'est pas en contact direct avec la lésion du mamelon et de l'aréole. C'est ce qui est arrivé ici. La lésion du mamelon existe depuis deux ans, et on trouve deux tumeurs du sein, ayant le caractère néoplasique, qui ne sont pas au contact même de la lésion de l'aréole.

Paget a considéré que les deux lésions étaient liées, l'une étant la conséquence de l'autre. Ceci a été discuté. Un certain nombre de chirurgiens ont dit que la présence des deux lésions était une coïncidence. Le cancer du sein n'est pas rare ; il est donc naturel que, chez des malades ayant un eczéma du bout du sein, on voit quelquefois une tumeur, un cancer se développer. Cette théorie paraît erronée, d'abord parce que la lésion superficielle de l'aréole n'a pas absolument les caractères de l'eczéma. L'eczéma a pour élément essentiel la vésicule. Plusieurs vésicules se confondent et donnent une plaque suintante, mais, presque toujours, on voit des petits éléments d'eczémas égrenés au voisinage, la plaque n'est pas toujours très nettement limitée. Il y a donc là, déjà, un caractère clinique qui n'est pas en faveur de l'eczéma du sein.

Il y en a un autre, c'est l'étude histologique qui le met en évidence. Darier a constaté, en effet, que la lésion, différente de celle de l'eczéma, est un état de dyskératose de la peau tout à fait spécial.

En tout cas, il est un fait certain, c'est qu'en même temps que cette lésion spéciale de l'aréole, il y a des cas où, au bout d'un temps variable, — ici un an, quelquefois beaucoup plus longtemps — se développe dans l'épaisseur de la glande une tumeur ayant tous les caractères d'un cancer du sein.

L'indication thérapeutique est d'opérer, car cette malade a un véritable carcinome. Les cas de ce genre ne sont pas très fréquents.

III. — Infiltration d'urine.

Le malade raconte qu'il avait des difficultés pour uriner, que depuis deux mois, il sentait entre les jambes une petite bosse et que, il y a huit jours, il a vu ses difficultés pour uriner augmenter.

Sa température est à 38°. Ses bourses sont très augmentées de volume, et elles ont une coloration légèrement rosée ; le périnée, visible après avoir soulevé les bourses, est le siège d'un gonflement considérable, avec une teinte rosée ; au palper on trouve une sensation de rénitence profonde.

Ce sont des malades qu'il faut opérer immédiatement. D'après ce que le patient raconte, il est probable que l'abcès urineux est resté stationnaire pendant une quinzaine de jours ; puis, à un moment donné, a diffusé dans le périnée. Le mot infiltration d'urine est mauvais, parce qu'en réalité c'est un phlegmon gangréneux urinaire, à envahissement rapide. L'infiltration d'urine peut se produire sans donner lieu à ces symptômes. J'ai vu un enfant qui était tombé à califourchon ; l'urine diffusait dans la paroi abdominale, dans les fesses. Il n'y avait pas de rougeur, ni de fièvre, il y avait de l'urine extravasée. Mais cette maladie, qu'on a appelée l'infiltration d'urine, est une maladie infectieuse et gangréneuse. Il importe de la connaître, parce que du traitement que l'on fera dépend le sort

du malade. Si on le traite convenablement, il guérit, si on le traite mal, il meurt.

Il y a un premier point à considérer. Le malade dit qu'il a de la peine à uriner. On pourrait être tenté de le sonder. Mais les malades de ce genre ont un rétrécissement considérable de l'urèthre ; on ne peut passer une sonde, on ne peut pousser qu'une bougie filiforme, pour faire une uréthrotomie interne immédiate. Eh bien, cette méthode ne donne pas de bons résultats. Le professeur Guyon a insisté autrefois sur ce point. En présence d'une infiltration d'urine, il ne faut pas dire : je vais rétablir la perméabilité du canal. Ce qui importe, ce n'est pas la rétention d'urine, c'est le phlegmon infectieux dans le périnée ; il est probable qu'après avoir vidé le périnée, le malade videra sa vessie partiellement par l'urèthre, sans uréthrotomie.

Le passage d'une sonde fera monter la température à 40°, avec frisson, puis des lésions rénales. Par conséquent, pas d'exploration, pas de manœuvres intra-uréthrales. Ce premier point est d'importance capitale. Il faut donc faire l'intervention immédiate.

En quoi consiste-t-elle ? Ce malade présente un gros gonflement des bourses. Quelquefois, il est bien plus marqué, et l'on voit des médecins qui, ne regardant pour ainsi dire pas le périnée font des incisions sur les bourses, purement et simplement. C'est tout à fait insuffisant ; il faut ouvrir le foyer périnéal, c'est là le plus important. Ces infiltrations d'urine ont pour point de départ une lésion uréthrale siégeant presque toujours au niveau de la portion de l'urèthre située en avant de l'aponévrose moyenne du périnée ; cette lésion n'est pas médiane, elle est toujours latérale, à droite ou à gauche. Ici, on peut le dire, c'est du côté droit qué siège cette lésion, parce que l'infiltration, à la vue, remonte plus du côté droit que du côté gauche.

Il faut donc faire une incision ouvrant le foyer périnéal ; on constatera qu'il y a un décollement remontant sur une partie latérale de l'urèthre. Comme il faut un bon drainage, et que le drain ouvert dans le périnée tomberait au premier pansement, le drainage à la région inguinale, en dehors du cordon, est préférable.

Il faut aussi faire des incisions complémentaires de dégagement, mais la capitale, c'est l'incision médiane du périnée, avec drainage, au plafond. C'est ce qu'on va faire à ce malade afin que dans une quinzaine de jours, on puisse lui pratiquer l'uréthrotomie interne.

IV. — Luxation du ménisque.

Le malade, âgé de 24 ans, mécanicien, se plaignait depuis un certain temps d'une grande difficulté à la marche. On apprend que, le 23 décembre, en tirant fortement avec un instrument qui lâcha prise, il tomba, la jambe gauche étant fléchie sur la cuisse et en rotation forcée. Néanmoins, le malade put se relever et continuer son travail, mais il avait le genou gauche douloureux, gonflé ; l'extension complète devint bientôt impossible ; le genou était bloqué ; le malade, ne pouvant plus se tenir debout, fit appeler un médecin, qui le traita pour entorse, lui ordonna des massages et pointes de feu. Après un mois de repos, se croyant guéri, il reprit son travail, mais, au bout d'une quinzaine de jours, étant à genoux, en train de réparer quelque chose, il perçut un craquement dans son articulation, en même temps que sa jambe se mettait en rotation forcée, comme précédemment, et de nouveau le blocage du genou se produisit.

Ceci est le type de la luxation du ménisque. Il y a aussi une autre maladie, dans laquelle on voit quelquefois une impossibilité immédiate de mouvoir le genou, c'est le corps étranger articulaire, mais la jambe se dérobe. Dans la luxation du ménisque, la jambe ne se dérobe pas, elle est fixée, et quelques mouvements la remettent en place. Dans le corps étranger articulaire, il n'y a pas de blocage, quoiqu'il y ait impotence momentanée.

Ce malade présente une zone douloureuse qui correspond à l'interligne articulaire de genou. On sait que la situation de l'interligne dans un genou en extension correspond au sommet de la rotule.

Les lésions du ménisque atteignent presque constamment le ménisque interne, l'externe n'est presque jamais lésé. Dans ces derniers temps, on a proposé d'étudier ces lésions par la radiographie après insufflation d'air dans le genou.

La question la plus discutée est celle du traitement. Il est certain qu'il y a de ces malades qui peuvent guérir sans intervention, en portant une genouillère un peu serrée pendant assez longtemps (deux ans environ), et en évitant les mouvements dans lesquels se luxe le ménisque. Mais, d'une manière générale, à l'heure actuelle, on recourt au traitement opératoire. Les uns proposent d'enlever la totalité du ménisque. Or, ceci oblige à couper, puis suturer le ligament latéral interne. En enlevant une partie du ménisque, sans couper de ligament, on guérit les malades complètement. Etant donnée la bénignité de cette petite opération qui ne lèse en rien le genou, c'est celle-là qu'il faut préférer.

PHYTOTHÉRAPIE TROPICALE

Le Danghot.

Sous l'heureuse initiative du Directeur local de la santé au Cambodge, nous avons été conduit à étudier quelques simples très employées au Cambodge.

Le Danghot, dont les propriétés thérapeutiques ont été étudiées par le docteur Menaut, est employé à la pharmacie centrale du Cambodge pour la préparation de la pommade au Danghot qui se montre efficace contre les dermatoses rebelles.

Au Cambodge on désigne sous le nom de « Danghot » un arbrisseau à fleurs jaunes en épis terminaux. Les fruits sont de longues gousses noires à enveloppe ligneuse dont l'intérieur est cloisonné et divisé en nombreuses cellules. On trouve dans chaque cellule une graine rougeâtre, lisse, ovoïde, aplatie, plongée dans une pulpe noire molle sucrée. Les feuilles sont petites, de forme ovale.

Le Danghot est identifié sous le nom de Cassia Alata et connu en français sous le nom de dartrier.

Les parties employées sont surtout les feuilles et les racines. Les indigènes emploient le jus de feuilles qu'ils font prendre trois jours de suite, le matin à jeun, contre les dermatosesc hroniques.

L'absorption de jus de feuille produit un effet laxatif.

On utilise contre les dartres, en frictions, les feuilles de Danghot froissées.

Le suc des feuilles et des racines broyées à parties égales est utilisé en applications par les indigènes contre les piqûres venimeuses des insectes .

Nous utilisons pour l'usage externe, la pommade au Danghot préparée comme suit :

Feuilles fraîches contusées.........	ââ
Racines fraîches contusées.........	
Axonge.........................	

Bien mélanger, faire bouillir le tout durant deux heures.

Appliquer la pommade après détersion soigneuse de la région malade. Au bout de quelques jours, la lésion régresse et les symptômes prurigineux sont notablement améliorés.

Il est de toute évidence que l'application externe ne contribue que dans une faible mesure à la guérison, qui doit être poursuivie et obtenue par un traitement interne où la désintoxication générale de l'organisme ne doit pas être perdue de vue.

Par des purgatifs salins répétés, une alimentation appropriée et des applications de pommade au Danghot, nous avons pu améliorer plusieurs cas d'eczéma rebelles et de nature indéterminée.

La pommade au Danghot se montre dussi efficace que les applications de pommade au goudron végétal et est plus facilement tolérée par les malades.

Dr M. Tirouvanziam,
à Takéo (Cambodge).

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'alimentation des tuberculeux devant les nouvelles conceptions alimentaires.

Durant la dernière guerre, l'extension de la tuberculose dans les pays ennemis assiégés s'est trouvée nettement en rapport avec les progrès de la sous-alimentation forcée, indépendamment des autres conditions d'hygiène défectueuse.

Mais le prof. G. Mouriquand montre que la sous-alimentation ne crée que lentement le terrain tuberculeux, que la sous-alimentation carence est plus importante que la sous-alimentation quantitative (insuffisance de calories), et que l'association de l'inanition vraie (insuffisance calorique) à l'insuffisance qualitative, à l'avitaminose (carence) paraît avoir été le facteur le plus certain des troubles nutritifs profonds, qui ont fait pour ainsi dire le lit à l'invasion tuberculeuse dans les régions envahies ou les empires assiégés.

Les recherches de l'auteur comportent quelques indications pratiques : elles établissent en premier lieu l'importance de l'aliment frais dans l'alimentation du tuberculeux ; sa suppression provoque le syndrome scorbutique classique, altère gravement sa réserve alcaline, ainsi que le métabolisme du fer et de la cholestérine. L'atteinte de la cholestérine est révélée uniquement

par le dosage de cholestérine des surrénales ; les chiffres les plus bas ont été notés avec l'avitaminose C (citrons, oranges), et l'on sait le rôle de la cholestérine dans la lutte antibacillaire. Quant à la vitamine A, on sait que les chiens nourris de v ande crue ou recevant du jus de viande crue résistent infiniment mieux à la tuberculose que les chiens nourris de viande cuite.

On sait d'autre part que la présence du calcium à doses suffisantes passe pour protéger l'organisme contre le processus tuberculeux. Or, il ne suffit pas d'introduire du calcium dans l'organisme, il faut encore l'y fixer. Ni l'adrénaline, ni la poudre de surrénale, ni l'extrait thyroïdien ou parathyroïdien ne fixent le calcium dans le cas de rachitisme expérimental ; l'auteur n'a rencontré que deux agents fixateurs certains : l'huile de foie de morue et l'ultra-violet. L'huile de foie de morue, à faible dose, n'est pas lourde à l'estomac et exerce un rôle fixateur suffisant ; elle renfermerait une vitamine D, que l'on ne trouverait pas dans ses succédanés.

L'ultra-violet doit être manié avec prudence chez les tuberculeux pulmonaires, qu'il paraît choquer. Le lait irradié possède un puissant pouvoir antirachitique ; le lait irradié en poudre conserve son pouvoir fixateur pendant plusieurs mois.

Ces notions nouvelles pourront peut-être, elles aussi, s'appliquer, avec toute la prudence clinique désirable, à l'alimentation des tuberculeux. (*Lyon médical*, 18 décembre 1927.)

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Ses indications et ses résultats.

L'ère de la phtisiothérapie chirurgicale a commencé ; les indications se précisent ; la technique se perfectionne ; la mortalité opératoire s'abaisse ; les résultats obtenus sont encourageants.

La phrénicectomie est une opération simple et bénigne, qui consiste à sectionner le nerf phrénique devant le scalène sous anesthésie régionale, et à extirper par arrachement le bout inférieur sur une longueur d'une douzaine de centimètres ; il se produit ainsi une paralysie, puis une atrophie de l'hémidiaphragme, de telle sorte que, durant six mois la coupole diaphragmatique monte dans le thorax, de 4 à 12 cm. Les résultats immédiats en sont généralement vite appréciables ; mais employée isolément, cette opération a des indications restreintes, en raison des résultats éloignés incertains. C'est plutôt un adjuvant des autres procédés. La phrénicectomie est indiquée contre les lésions ulcérofibreuses ou même ulcérocaséeuses peu évolutives localisées à une base ou à un sommet avec intégrité du champ pulmonaire opposé. Toutefois, elle ne doit jamais être préférée au pneumothorax qu'elle peut compléter, ou bien auquel elle supplée s'il est irréalisable, ou si l'état général du malade ne permet pas de recourir à la thoracoplastie.

Cette dernière opération, qui donne une mortalité de 13 à 18 p. 100 ne doit, d'après G. Poix, être conseillée qu'après des examens répétés, et si un pneumothorax est impossible ou inopérant ; les résultats en seront d'autant plus favorables que l'on constatera de plus grandes tendances à un processus fibreux spontané. D'ailleurs, l'expérience montre qu'on a intérêt à associer successivement les différents procédés de collapsothérapie, puisque chacun d'eux tend à réaliser le même but, la réduction de volume du parenchyme pulmonaire lésé. Pour la thoracoplastie, il est bon notamment de substituer à l'opération totale des opérations partielles, intéressant soit les côtes supérieures — thoracoplastie haute — soit les inférieures — thoracoplastie basse — dont les suites opératoires ne sont pas graves, mais il convient de faire le diagnostic de l'étendue de la zone lésée, et de combiner les opérations plastiques de telle sorte que seule cette zone subisse la réduction de son volume, à l'exclusion des parties saines qui l'avoisinent ; c'est donc une vraie chirurgie d'épargne. Une statistique de vingt-quatre cas ainsi traités ne mentionne aucun cas de mort post-opératoire, et accuse dans dix-sept cas un arrêt du processus évolutif.

La thoracoplastie n'en reste pas moins un procédé d'exception, qui est indiqué environ une fois sur cent cas de tuberculose ; enfin, l'acte opératoire ne supprime pas la nécessité d'une cure hygiéno-diététique prolongée dans des conditions climatiques favorables. (*La Presse médicale*, 26 novembre 1927.)

Traitement des néphrites aiguës infantiles.

Les infections rhino-pharyngées et la scarlatine méconnue constituent les causes habituelles des néphrites aiguës de l'enfance, dites *à frigore*.

Le Dr Blechmann indique le régime et le traitement, qui doivent être ad pt aux deux variétés les plus fréquentes :

1° Néphrite avec prédominance des œdèmes.

Régime : réduction des liquides, eau pure ou tisane de chiendent, queues de cerises, légèrement lactosée ; le premier jour, 800 à 900 gr., le deuxième 1.000 gr. Dès que l'œdème diminue, on permet le jus de raisin, d'orange ou de mandarine ; une ration progressive de lait coupé d'eau alcaline, et par petite quantité à la fois.

Il faut peser l'enfant tous les jours ; la courbe des pesées est jointe à celle des urines et de l'albumine.

Purgation pour hâter la résorption de l'anasarque : teinture de jalap composé, sirop de ner-

prun ââ 1 gr. Si ce purgatif est vomi, administrer le lavement purgatif du Codex (250 gr.).

Déplétion sanguine, s'il y a tension artérielle élevée avec bruit de galop, augmentation de volume du foie, dilatation du cœur ; saignée de 120 à 300 gr. par ponction veineuse, ou ventouses scarifiées sur les lombes. Le sang recueilli permet de doser l'urée et de faire, au besoin, le Wassermann.

Quand la résorption est amorcée, diurétiques : doses faibles de théobromine associées au phosphate de soude, ââ 0 gr. 02 à 0 gr. 10, ou oxymel scillitique.

Si la résorption est complète : régime déchloruré avec légumes verts, pommes de terre, beurre, fruits, puis pain sans sel, pâtes, etc.

Ne permettre la marche (quelques pas) que si l'œdéme a disparu depuis une semaine au moins.

Traitement reconstituant : adrénaline, sels de chaux, ferrugineux, etc.

2° Néphrite hématurique (œdèmes discrets ou absents).

Phase hématurique, comme plus haut, mais déplétions moins abondantes.

Faire prendre du chlorure de calcium.

Après l'hématurie, le régime déchloruré sera continué moins longtemps et moins vigoureusement ; en faisant suivre par le laboratoire la réaction rénale (cylindres hématiques, hématies), faire prendre rapidement de la viande rouge, des œufs bien cuits et des aliments riches en fer, puis traitement reconstituant.

Une cure à Saint-Nectaire parachèvera la guérison, suivie d'un curettage soigneux du cavum. (*La Pratique médicale française*, déc. 1927-B.)

Quelques réflexions sur la thoracectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue de leur gravité, les diverses modalités de la collapsothérapie ne sauraient être comparées : le pneumothorax, en effet, n'entraîne qu'exceptionnellement des accidents sérieux (syncope, embolie gazeuse, épilepsie pleurale, perforation pulmonaire) ; la phrénicectomie est une opération essentiellement bénigne ; la thoracectomie comporte au contraire une mortalité opératoire considérable.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le pneumothorax est le procédé de choix auquel il faut préalablement recourir. La thoracectomie extra-pleurale ne pourra être envisagée qu'après l'échec du pneumothorax, rendu impossible ou inefficace par l'existence d'une symphyse pleurale plus ou moins étendue.

Le prof. Jean Tapie et A. Lyon estiment que la phrénicectomie doit systématiquement précéder les résections costales. Ici, l'unilatéralité des lésions doit être beaucoup plus stricte qu'en matière de pneumothorax. Ce diagnostic d'unilatéralité exige une observation clinique prolongée et la prise de plusieurs clichés radiographiques.

En ce qui concerne les formes anatomocliniques de la tuberculose pulmonaire qui sont particulièrement justiciables de l'intervention, il paraît difficile d'enfermer dans une formule rigide les indications de la thoracoplastie ; il faut juger des cas d'espèce en collaboration médico-chirurgicale.

Cependant il est une indication d'urgence : ce sont les grosses perforations pleuro-pulmonaires qui s'observent spontanément au cours d'une tuberculose ulcéreuse, et qui constituent aussi une des plus redoutables complications du pneumothorax artificiel : seule la thoracectomie est capable d'obturer ces larges perforations et de parer au danger menaçant de l'infection secondaire de la plèvre. Les résultats immédiats sont souvent excellents ; les résultats lointains sont plus aléatoires, mais on a parfois la bonne fortune d'agir à la fois sur la perforation et sur les lésions pulmonaires.

L'oléothorax préconisé en pareil cas a pu donner quelques beaux résultats ; mais il compte aussi de nombreux échecs, et il ne faut pas s'attarder aux injections huileuses, lorsque les vomiques pleurales n'ont pas rapidement disparu. Seule, la thoracectomie précoce peut sauver le malade.

Cependant certains facteurs peuvent améliorer le pronostic des résections costales : il faut une préparation du malade mis en confiance, une thérapeutique toni-cardiaque préventive, et une évacuation complète de la plèvre la veille de l'opération. La gravité peut être diminuée aussi par l'emploi de l'anesthésie régionale et le principe des interventions en plusieurs temps, phrénicectomie combinée à la thoracectomie-partielle supérieure, ce qui donne un collapsus aussi efficace avec beaucoup moins de dangers. (*La Pratique médicale française*, octobre 1927 B.)

Diagnostic et traitement de l'invagination intestinale.

L'invagination intestinale est une affection très grave ; il s'agit, en l'espèce, non pas d'un cas d'urgence, mais d'extrême urgence, où, dès la première visite, une décision immédiate est à prendre ; elle est trop souvent méconnue ou trop tardivement traitée.

Plutôt rare, elle se rencontre constamment dans sa forme typique chez le nourrisson. La perception du « boudin » est difficile et le signe capital, presque pathognomonique est la selle sanglante. Signe d'occlusion plus émission de sang par l'anus = invagination intestinale. Plus la selle est sanglante, plus la forme est grave.

Chez l'enfant, l'invagination est beaucoup moins fréquente que chez le nourrisson, et sou-

vent beaucoup plus difficile à diagnostiquer. En effet, à côté de formes aiguës, on observe assez souvent une forme subaiguë ou chronique à évolution lente, quelquefois très difficile à diagnostiquer parce que l'hémorragie peut ne pas exister. Chez le nourrisson, il ne faut pas se tromper et croire à l'entérite qui donne des selles glaireuses sanguinolentes ; chez l'enfant on peut confondre avec l'appendicite à cause de la tumeur, mais dans l'invagination l'enfant se tord dans son lit au moment des crises, puis il redevient calme, ce qui est caractéristique. S'il subsiste un doute, il faut recourir au lavement baryté, donné par le Dr POULIQUEN sous une pression de 60 à 80 centimètres ; sur la table de radiologie, la colonne barytée monte très rapidement jusqu'à l'obstacle et là s'arrête brusquement, avec formes variables suivant que le boudin est vu de profil ou de face. Rien ne peut donner pareille image radiologique.

Une fois le diagnostic posé, il faut opérer vite dans les toutes premières heures, car souvent à la 20e heure la désinvagination est déjà difficile. Dans un cas foudroyant, chez un nourrisson de 4 mois, la lésion était inopérable à la sixième heure.

Un seul fait contre-indique l'intervention immédiate : quand l'enfant, après avoir eu une selle sanguinolente, rend une selle normale.

L'opération chez le nourrisson peut être faite en 6 minutes, si tout est prêt ; ne pas enlever les fils avant quinze jours ; si on les enlève le huitième jour, l'éviscération est fatale.

La méthode des lavements ne doit plus être employée pour traiter l'invagination ; le lavement baryté est très rarement indiqué comme moyen thérapeutique, lorsque par exemple la selle sanglante fait défaut. (*La Médecine*, octobre 1927.)

Insuffisance surrénale et diphtérie.

D'après le professeur LEREBOULLET, cliniquement, on observe souvent, dans les diphtéries graves, un syndrome malin secondaire, dans lequel l'asthénie considérable, la pâleur marquée, l'hypotension, les tendances syncopales ont pu être rattachées à l'insuffisance surrénale, surtout à l'insuffisance cardio-angio-tonique des surrénales. Il ne faut pas oublier d'ailleurs la fonction antitoxique de ces glandes et on peut ainsi admettre qu'une bonne part des accidents toxiques des diphtéries malignes peut être considérée comme la conséquence de leur atteinte.

La recherche de l'hypoglycémie, constante en pareil cas, est importante, et le taux de la glycémie se relève progressivement au cours de l'évolution, quand celle-ci est favorable. Ces remarques viennent à l'appui de la notion de l'insuffisance surrénale dans la diphtérie.

Son rôle, à côté de l'insuffisance cardiaque et des troubles nerveux, dans la malignité comporte une conclusion thérapeutique : c'est l'opothérapie surrénale systématique.

Sans doute, la sérothérapie précoce, intensive, prolongée, est à la base du traitement ; mais on améliore encore les résultats en administrant méthodiquement l'adrénaline à haute dose par la bouche et par la voie rectale, et surtout en injectant de l'extrait surrénal une à deux fois par jour. L'adrénaline peut être donnée facilement à la dose de 10, 15, 20 gouttes trois ou quatre fois par jour par voie buccale dans très peu d'eau, ou mieux sur un demi-morceau de sucre, afin d'en permettre l'absorption immédiate par la voie buccale. L'extrait surrénal en poudre peut être donné sous forme de cachets de 0 gr. 10 à 0 g. 15 répétés deux à trois fois par jour. On peut encore essayer de petits lavements d'eau salée physiologique additionnée d'adrénaline, mais la méthode la plus active est la voie hypodermique. L'extrait persurrénal est recommandé par l'auteur, à la dose de 1 à 2 cc. tous les jours, mais en commençant par un quart de cc. ; cet extrait entraîne une réaction immédiate (pâleur extrême, tremblement, modifications respiratoires, vomissements), qui est parfois impressionnante et nécessite une certaine prudence au début de la médication. Mais, sous son influence, on a vu la tension se relever d'une manière durable, le fonctionnement cardiaque s'améliorer, l'asthénie et la torpeur diminuer ; mais il y a quelques risques et il faut employer cette médication avec prudence.

Une opothérapie surrénale judicieuse peut aider à l'action du traitement sérique intensif dans les diphtéries malignes malheureusement encore trop fréquentes. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 octobre 1927.)

Technique de la dilatation artificielle du col de l'utérus pendant l'accouchement.

La dystocie des parties molles est peut-être encore la cause la plus fréquente de la mortalité maternelle pendant l'accouchement (Prof. GARIFUY). L'agrandissement du col utérin insuffisamment dilaté peut être obtenu par dilatation manuelle, par dilatation instrumentale, par incisions des bords de l'orifice.

1° On emploie surtout la méthode de la dilatation bimanuelle de Bonnaire ; on introduit successivement le plus grand nombre de doigts, qui vont, par leur pulpe accrocher l'orifice interne du col et faire à ce niveau un massage excentrique en vue de dilater cet orifice. Ce qu'il y a de particulier à cette méthode, c'est que dès le début on utilise les deux mains par les index qui s'accolent par leur face dorsale. La dilatation doit être poussée pour être complète

jusqu'à ce que les doigts arrivent au contact des parties osseuses : changer très souvent les points où s'exercent les pressions, s'écarter des points qui semblent vouloir se déchirer et aller très lentement. Chez la multipare, la dilatation pourra être obtenue assez correctement ; mais chez la primipare, la manœuvre est délicate surtout, si, s'énervant sur l'obstacle, on emploie une vigueur excessive.

Pour la dilatation instrumentale, on distingue la méthode lente et la méthode rapide.

Pour la première, ce sont les ballons dilatateurs venant remplacer la poche des eaux : le plus employé est le ballon de Champetier de Ribes ; le savonner et se contenter d'une ébullition de 20 minutes ; essayer son gonflement à l'eau bouillie, le rouler, le vaseliner et l'introduire par la pince spéciale ; une fois gonflé, le ballon a la forme d'une cornue à grosse extrémité intra-utérine et à petite extrémité vaginale; on conçoit dès lors que son expulsion progressive amènera la dilatation, qui sera au total proportionnée au plus grand diamètre de la grosse extrémité du ballon.

Se méfier toujours des déplacements de la présentation consécutifs à la mise en place du ballon.

La dilatation rapide se fait par les dilatateurs métalliques ; on risque des déchirures mais ces instruments ne rendront des services que pour le début d'une dilatation, et si on les manie avec grande prudence.

Une grande prudence est également recommandée pour la dilatation par incisions, car les incisions pratiquées au niveau du col peuvent devenir le point de départ de déchirures graves du segment inférieur, véritables ruptures utérines posant l'indication formelle d'une laparotomie.

Les incisions simples, celles qui doivent rester limitées à la portion vaginale du col, seront réservées au cas où la tête fœtale surtout est profondément engagée dans la filière pelvi-génitale, le col insuffisamment dilaté coiffant la tête d'une calotte distendue, les doigts en explorant les culs-de-sacs vaginaux constatant que la zone d'insertion du vagin est assez dilatée pour permettre le passage de la plus grande circonférence fœtale sans extensions des incisions. Il faut au plus deux incisions sur la ligne médiane en avant et en arrière. (*Toulouse médical*, 15 décembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pour le progrès de l'hygiène.

(M. Marchoux. — *Académie de médecine* ; 28-2-28.)

M. Marchoux présente un rapport sur les vœux proposés par M. Strauss et dont nous avons donné déjà l'énumération. L'auteur approuve le cri d'alarme de M. Paul-Strauss et il demande à l'Académie de voter les vœux en question en y ajoutant toutefois, à titre d'introduction, diverses mesures concernant l'enseignement et la réglementation de l'hygiène.

L'opinion publique, en France, est peu attachée aux réformes d'hygiène. Il faudrait lui en montrer la portée et faire l'éducation hygiénique de tous, de l'enfance en particulier. Les statistiques ont besoin d'être objectivées. Ainsi, la mortalité qui a été chez nous en 1925 de 17,5 p. 1.000 n'atteignait en Angleterre que 12,2. Ce chiffre de 5 décès de plus pour 1.000 n'est pas frappant par lui-même. En réalité, c'est la population d'une ville comme Bordeaux que chaque année nous perdons alors qu'elle est acquise chez nos voisins.

Là où l'hygiène est convenablement organisée, la mortalité est faible. Il conviendrait, d'abord, de constituer un Ministère de l'Hygiène amplement organisé ayant vue, dans les limites de son action, sur les ministères voisins. Son fonctionnement comprendrait tout un ensemble de formations locales, régionales et centrales, à créer, à modifier, à perfectionner. Il faudrait dès le jeune âge, à l'école, inculquer des habitudes d'hygiène à l'enfant par la pratique, plus que par la théorie. Au lieu de dire, par exemple, aux enfants : « Lavez-vous les mains », il faudrait les leur faire laver.

Aux vœux de M. Paul Strauss, l'auteur propose d'ajouter les desiderata généraux dont ci-après l'exposé :

« L'Académie émet le vœu que soient réorganisés les services publics d'hygiène d'après les principes suivants :

1° L'organisation des services publics d'hygiène doit être technique et non bureaucratique ;

2° La direction des services d'hygiène doit être à l'abri des fluctuations politiques; elle a besoin d'autorité et de durée pour faire œuvre utile ;

3° Une relation étroite sera établie entre les services d'hygiène épars dans les diverses administrations ;

4° L'hygiène ne peut se faire à distance, mais par des techniciens en contact permanent avec les autorités locales, les médecins praticiens et les populations ;

5° Les services publics d'hygiène doivent collaborer avec les organisations privées ;

6° Les auxiliaires du médecin hygiéniste seront

des infirmières capables non seulement de faire une enquête sociale, mais aussi d'exécuter les mesures d'hygiène, de donner aux malades les soins prescrits par les médecins. »

Les caprices de l'immunisation occulte.

(M. Chr. ZŒLLER. — *Soc. médicale des hôp.* ; 2-3-28.)

M. Zœller fait une communication sur l'immunisation occulte dont il commence l'exposé par l'observation suivante : un colonel âgé de 50 ans est atteint de laryngite d'apparence banale, diagnostic confirmé par l'examen laryngoscopique. Quelques jours plus tard, la situation se modifie et l'on se trouve en présence d'une laryngite diphtérique toxique, avec fausses membranes, bacilles de Löffler. Guérison par la sérothérapie.

Or, le croup d'emblée chez l'adulte est fort rare. Collet n'en a observé que 8 cas. Mégias cite 3 cas de laryngite diphtérique chez l'adulte, qui tous trois furent méconnus au début. On sait que Washington est mort à 77 ans d'une laryngite pour laquelle Bretonneau aurait porté rétrospectivement le diagnostic de laryngite diphtérique.

Un autre point de l'observation de M. Zœller a trait précisément à l'immunité. Le malade, quoiqu'ayant atteint la cinquantaine, était resté réceptif à la diphtérie. On comprend cette absence d'immunité chez un rural qui a vécu loin des foyers de contagion, mais pour un sujet qui s'est trouvé sans cesse en contact avec l'antigène diphtérique il y a là un fait particulier.

Ce n'est pas la première fois que M. Zœller note ces « caprices » de l'immunité occulte. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des réactions de Schick positives, chez des personnes (bactériologistes, étudiants en médecine) qui auraient dû, semble-t-il, acquérir, du fait de leur âge et de leur profession, une immunité suffisante. Par contre, on voit des réactions négatives chez des campagnards qu'un séjour de quelques mois dans une grande ville suffit à protéger. Il faut se résigner à faire en épidémiologie la part de la chance, de la malchance, de la fatalité, du hasard, en un mot de l'imprévisible. Pour ce qui concerne les médecins et les infirmières appelés à séjourner dans les services de contagieux, il serait utile de dresser un « signalement immunologique » comportant au moins deux notations : la réaction de Schick et la réaction de Dick. Une réaction de Schick positive entraînerait une vaccination par l'anatoxine. Bien que la réaction de Dick soit un test de réceptivité à la scarlatine moins absolu, elle n'en est pas moins intéressante à connaître.

— M. RIST se demande si ce n'est pas dans l'hérédité qu'il faut rechercher l'origine de ces caprices de l'immunité spontanée. Ayant été lui-même pendant 4 ans chef de laboratoire de la diphétrie à l'hôpital Trousseau, en contact incessant avec les diphtériques, leurs fausses membranes et les bacilles de Löffler, il ne fut atteint de diphtérie qu'à la fin de la quatrième année. D'autre part, ayant recherché la réaction de Schick, ces temps derniers chez cinq de ses enfants, M. Rist l'a trouvée positive quatre fois, indiquant une certaine réceptivité familiale à la diphtérie.

— M. NETTER remarque que les récidives de la diphtérie ne sont pas rares.

La consolidation accélérée des fractures.

(M. EBRARD, de Trouville. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 2-12-1927.)

M. G. LÉO présente un rapport sur un travail de M. Ebrard, de Trouville. MM. Léo et Ebrard ont administré dans 17 cas de fractures, avec 82% de bons résultats, un produit composé de silice et de chaux qui favorise la calcification du cal. Ce traitement est basé sur les travaux expérimentaux du Dr Cretin, du Mans, qui montrent le rôle joué par la silice contenue dans les tendons pour la « prise » du cal, à la fin de l'évolution de la fracture. Le cal, imbibé de calcaire soluble, se solidifie brusquement au contact du silicium. Sur les 17 cas traités, il y a eu 3 échecs seulement. Cette thérapeutique peut abréger la durée du traitement du tiers ou de la moitié.

Traitement des gastrorrhagies profuses.

(M. V. PAUCHET. — *Soc. des chirurgiens de Paris* 2-12-1927.)

Les gastrorrhagies, dit M. Victor Pauchet, sont dues 9 fois sur 10 à un ulcus. Dans ces cas, le traitement réellement logique est la gastrectomie ou la gastro-duodénectomie. Le malade meurt souvent quelques jours après l'opération, non pas de shock, ni d'anémie aiguë, mais d'intoxication due à la résorption du sang accumulé dans le côlon. Il est donc nécessaire, alors, après avoir pratiqué une cæcostomie, de faire une irrigation continue et abondante du côlon pour évacuer l'hématome. Chez un de ses malades, l'auteur fit une irrigation avec 90 litres de sulfate de magnésie à 1 %, utilisés en 10 heures, jusqu'à ce que le liquide introduit dans l'anus normal ait ressorti clair par l'anus cæcal.

Décapsulation du rein pour néphrite douloureuse hématurique.

(M. PÉRAIRE. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 17-2-1928.)

M. Péraire relate l'observation d'une malade chez laquelle il pratiqua une décapsulation rénale avec néphrotomie pour des hématuries douloureuses datant de 4 ans et s'accompagnant d'anémie profonde. L'opération amena une guérison très rapide.

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs.

(M. G. LUYS. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 2-12-1927.)

M. Luys donne les résultats de sa pratique du

cathétérisme des canaux éjaculateurs qu'il a réalisé dès 1913. Cette intervention est indiquée dans les rétrécissements de ces canaux, dans les rétentions vésiculaires non amendées par le massage des vésicules séminales, dans les douleurs de l'éjaculation, dans l'hémospermie, dans les éjaculations sans force, dans l'azoospermie, etc. L'opération est quelquefois très difficile.

Anesthésie cutanée par introduction électrolytique de carbaïne.

(MM. Zimmern, Nicolleau et Arvanitakis. — *Soc. de derm. et syph.* : 10-12-1927.)

Dans les petites interventions courantes de la thérapeutique dermatologique, et notamment dans les interventions électriques (électrolyse, électrocoagulation), comme aussi dans les biopsies, il est souvent difficile de se passer de l'anesthésie locale. Le chlorure d'éthyle en pulvérisations *in situ* a l'inconvénient de modifier l'aspect de la lésion ; les injections de stovaïne peuvent gêner par la tuméfaction qu'elles provoquent. L'introduction électrolytique d'un anesthésique offre donc des indications.

Cette méthode a ses difficultés pratiques. Quand on se sert de cocaïne, la pénétration électrolytique entraîne de l'anémie, et possiblement de l'œdème et des mortifications ultérieures des tissus. La novocaïne n'offre pas sous cette forme une activité suffisante. M. Zimmern, par contre, a trouvé dans le carbonate de cette base (la carbaïne), dont la combinaison vient d'être réalisée par M. Maurice Vincent, un cathion anesthésique qui paraît répondre aux desiderata de la petite chirurgie cutanée.

Ainsi que l'ont montré Mawas, puis Terrien, en ophtalmologie, Lemaître, en oto-rhino-laryngologie, ce sel en simple application sur les muqueuses, a permis des interventions indolores sur la cornée, les amygdales, la muqueuse nasale. Mais, quand l'opération doit porter sur la peau, le badigeonnage est sans effet. Les auteurs ont eu recours à la voie de pénétration électrolytique. Avec un courant de 2 à 10 milliampères et une petite électrode imprégnée de solution de carbaïne à 5 %, ils ont obtenu au bout de 10 à 15 minutes, une anesthésie convenable (cas de nævi télangiectasiques, de lupus, etc.).

— M. Jausion a eu recours à cette anesthésie locale chez un malade atteint de tumeur cutanée rétro-angulo-maxillaire. Quinze minutes après une séance pratiquée par M. Nicolleau, il a pu enlever la néoplasie sans douleur.

Les sels d'or dans la syphilis.

(MM. Jeanselme et Burnier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-12-1927.)

MM. Jeanselme et Burnier, chez un sujet porteur de lésions de syphilis secondaires rebelles aux trois médications: arsenicale, bismuthique et mercurielle (polyrésistance d'ailleurs rare) se sont adressés aux sels d'or. Après une série d'injections intra-veineuses de crisalbine (thiosulfate double d'or et de sodium), les lésions cutanées spécifiques guérirent.

Cette observation montre l'action tréponémicide des sels d'or, déjà constatée par M. Fournier. Les sels d'or, qui ne semblent pas une médication de premier plan, paraissent pouvoir rendre des services comme adjuvants, en particulier dans les polyrésistances aux autres médicaments anti-syphilitiques.

P. L.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques.

Deux cas de névralgie faciale traités et guéris par l'ionisation d'azotate d'aconitine.

MM. E. Euzière, P. Lamarque et H. Viallefont. — Les auteurs présentent deux cas de névralgie du trijumeau rebelles à toutes les médications ordinaires et ayant été traités par l'ionisation d'azotate d'aconitine. Le premier cas est guéri depuis trois ans. Le second cas est beaucoup plus récent mais a été guéri très rapidement.

Les auteurs donnent quelques renseignements sur la technique de l'ionisation d'aconitine et ils concluent en disant que parmi toutes les méthodes physiothérapiques, il semble que c'est celle qui donne les meilleurs résultats ; il faut dans les cas de névralgie faciale essentielle essayer toujours cette thérapeutique avant d'avoir recours aux injections d'alcool ou à la chirurgie.

Travail musculaire et ration d'albumine.

M. L. Hedon. — L'auteur apporte les résultats d'une expérience faite sur lui-même pour savoir si un travail musculaire intense et prolongé peut être accompli avec une ration azotée relativement faible. L'expérience a consisté à parcourir à bicyclette un trajet de 1450 kilomètres en un mois, en traînant une remorque chargée d'un matériel de campement et pesant 80 kgr. Le travail total effectué a été de 7.157.000 kilogrammètres, soit une moyenne de 250.000 kilogrammètres par jour environ. L'alimentation a été strictement végétarienne. L'excrétion azotée a été de 13,2 grammes par 24 heures en moyenne, correspondant à une destruction dans l'organisme de 82 gr. d'albumine par jour. L'auteur admet les avantages du régime végétarien et l'inutilité des fortes rations d'albumine pour alimenter le travail musculaire, même très violent et durable.

Recherches sur la coloration histologique des graisses par la chlorophylle.

M. Jean Broussy. — L'auteur recherche ce qui, dans une solution alcoolique de feuilles vertes, colore électivement en vert les enclaves graisseuses. La chlorophylle seule est justiciable de cette action

L'auteur espère, grâce à cette propriété, suivre la chlorophylle dans l'épithélium intestinal de certaines chenilles riches en enclaves graisseuses.

Quelques cas de névralgie faciale traités par les injections d'alcool.

M. Riche rapporte six observations de névralgies faciales rebelles traitées par l'alcoolisation des branches périphériques. Quatre de ses malades avaient été déjà traités par le professeur Sicard, avec une durée moyenne de guérison allant de un an à dix-huit mois.

M. Riche emploie l'alcool à 95° qu'il injecte, par la voie zygomatique, dans les troncs du nerf maxillaire supérieur et du nerf maxillaire inférieur dès leur sortie du crâne. Pas d'analgésie préalable, pour ne pas diluer l'alcool, qu'il y a avantage à injecter en très petite quantité, 1 cc. en moyenne, mais à 95° au lieu de 80° comme le conseillaient les promoteurs de la méthode. Chez deux de ses malades la guérison se maintient depuis plus de deux ans.

Dans le cas de névralgie faciale rebelle au traitement médical, l'alcoolisation pourra être et devra tentée avant de songer à la thérapeutique chirurgicale.

Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni.

MM. Bonnet et E. Truc. — Ces auteurs rapportent une observation de torsion de l'hydatide sessile de Morgagni chez un enfant de 14 ans.

Les signes d'orchite subaiguë primitive et la présence d'une petite tumeur du volume d'un pois au niveau du pôle supérieur du testicule avaient permis de faire le diagnostic, qui fut confirmé par l'intervention. Les auteurs insistent sur les signes cliniques d'orchite subaiguë primitive qui permettent de faire le diagnostic de la « maladie de Mouchet ».

Les Congrès

DE LYON A ROME

Autour d'un congrès international d'hydrologie et de climatologie (1)

Par le Dr R. Molinéry,
Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse
Directeur technique des Etablissements de la Compagnie Fermière de Luchon.
(Médaille d'or de l'Académie de Médecine)

Avant-Propos.

Donner à une collectivité des impressions intimes sur un sujet déterminé, où il appartient à chacun de penser à sa guise, me paraîtrait une suprême imprudence si je n'avais à obéir à la tout aimable injonction de M. Moncorgé, avec qui, auparavant, je m'étais entretenu de la chose avec un de nos amis communs, M. Rémy Montalé. Celui-ci, fort versé dans le monde des lettres, me donna de sages conseils. Si cette glose est donc inférieure à ce que vous en attendez, c'est que son auteur n'aura pas su écouter de judicieux avis. Aussi bien, je me hâte de le dire : je prends seul la responsabilité de manières de voir, de jugements que je ne voudrais en rien faire vôtres, si vous ne les acceptez.

Au début du siècle, Biarritz ; Madrid, à la veille de la guerre ; Monaco, au lendemain de l'armistice ; Bruxelles avant-hier ; et, cette année même, Lyon, ont été le siège de ces grands tournois internationaux que l'on nomme Congrès.

Dans ces assises où, quelquefois, vingt peuples sont représentés, il est fait assaut de science, de clarté, mais aussi d'urbanité et de courtoisie. De bonnes camaraderies s'affinent et se complètent se muant en amitiés solides. Les mentalités se liment entre elles, à me servir de l'expression de notre Montaigne et de ce qui n'est pas qu'un tintamarre de cervelles naissent des liens qui, par-dessus les frontières, pourront un jour, par leur solidité, aider à apaiser bien des conflits internationaux ou tout au moins à en atténuer les riguenrs.

Nos Congrès internationaux d'hydrologie ne sont autre chose que la large mise en pratique, avant la lettre, de la « politique » préconisée par l'UMFIA et sa grande sœur cadette, l'ADRM. Ces abréviations, passées dans l'usage, m'interdisent de m'étendre davantage sur leur signification.

Montalé, que j'ai tout à l'heure cité, me le disait un jour : les médecins de villes d'eaux sont des manières de diplomates. Ils vont sous toutes les latitudes, ils parlent généralement plusieurs langues. Leurs relations sont des plus étendues soit avec leurs clients soit avec leurs correspondants. Leur culture générale les fait pénétrer dans tous les milieux sociaux français ou étrangers. Ce sont de véritables ambassadeurs.

N'est-ce pas à Lyon au soir de notre premier contact, au cours d'une réception qui marquera parmi les plus belles et les plus significatives, que l'un de nous disait : « On se croirait, en vérité, à une séance de la Société des Nations. »

---

(1) Communication lue à la Société d'Hydrologie et de Climatologie de Paris.

Pourquoi pas ?

Lyon, ce grand boulevard de l'époque gallo-romaine, ne vous semble-t-il pas tout désigné pour centraliser — et de l'Orient et de l'Occident — tout ce qui peut intéresser notre Science ? La preuve se donne par le fait. Les grands animateurs de ce Congrès, Piéry, Milhaud, Mazeran, Piatot, Poirot-Delpech et, avec eux, le professeur Pic, si j'en oublie qu'ils veuillent m'excuser, avaient vu juste quand, à Bruxelles, ils lancèrent, *urbi et orbi*, leurs invitations. Vous tous, Messieurs, qui participiez aux séances, en avez vu l'harmonie, la haute tenue, la valeur didactique.

A Lyon : Les séances de travail.

Ce ne fut pas sans quelque stupeur, que nous assistâmes d'emblée, à une séance de travail, au matin même de l'ouverture ! Ce fut une innovation que le mémorialiste marquera d'un caillou blanc ; les discours furent réservés pour la séance de clôture et cela fut très bien ainsi.

Glénard, tout auréolé d'un grand nom de l'Histoire du thermalisme français, attaqua de front — et je dis bien « attaqua » — car son exposé, alerte, claironné à la Chantecler, avait toutes l'allure « d'un direct »...

Porte-parole de Mathieu de Fossey et de Manceau, notre très distingué ami, bousculant, si j'ose dire, les conceptions vieillotes d'une doctrine qui se cherche, jeta dans les débats qui 's'ouvraient « l'*équilibre acide-base et la thérapeutique hydro-minérale* ». Mais, comme je remercie Glénard de laisser encore du travail aux ouvriers, de demain, en nous affirmant en manière de conclusion, que « nos Eaux minérales, agents thérapeutiques naturels, sont encore bien loin de nous avoir livré tous leurs secrets. »

Les prospecteurs d'horizon, ces guetteurs d'avant-garde de notre science, — n'est-ce pas Regnault, Ferreyrolles, Boyd Abräms, Malespine, Voivenel, Maigre, Bétoulières, Charette, Séval et cent autres ? — sauront bien nous faire part un jour de leurs rêveries... enseignement officiel de nos chaires de l'avenir...

L'avenir ? Le règne de la chirurgie atteint son apogée ; non certes, que ses techniques ne soient sujettes à de nouveaux perfectionnements et ne conditionnent de nouvelles hardiesses. Mais il est banal de le répéter dans ce milieu : enveloppé que nous sommes de mille forces inconnues qui se résument en une seule « l'*énergie* », dont les diverses manifestations, dans la pauvreté de notre esprit, de notre jugement, exigent de nous des vocables variés autant que peu explicites, il viendra un jour où les éléments cellulaires, émanation du cosmos qui nous environne, connaîtront les sources « spécifiques » de leur revitalisation — le mot est en vogue — et c'est alors que la gynécologie trouvera dans les cures hydro-minérales, des succès plus grands encore — et ils sont cependant manifestes — que ceux que nous enregistrons tous les jours. MM. David, Macrez, Macé de Lépinay Pierra, Cotte le prouvent, le démontrent : *Düi certant.*

J'ai parlé tout à l'heure de tournoi. Ce fut une simple passe d'armes à laquelle nous assistâmes entre MM. Pech et Lepape ; la reine du jour, la radioactivité, tout comme une belle dame d'antan, en fut le sujet, l'objet, l'enjeu ou la cause ; il m'est difficile de préciser. Mais nous ne sommes pas satisfaits. Il nous a été ouvert des perspectives nouvelles. Physiciens, chimistes et encore physico-chimistes — puisque ceux-ci tienent des deux et cependant ont une science bien personnelle — se doivent à eux-mêmes, nous doivent, à nous, les spectateurs, de nous apporter avec leurs conceptions hardies ou sages — en tous cas — étayées de précises expérimentations, les conclusions que notre thérapeutique impérieuse exige. Laissons faire le temps et les savants.

Tout de même un « fait » nouveau — et je le souligne — nous fut apporté par M. Laignel-Lavastine.

La météréologie, l'astronomie (et Dieu me préserve de prononcer le mot d'astrologie ! furent à l'honneur. « Le climat est comme une potion physiothérapique dont les éléments sont multiples, mais dont la résultante est exprimée par la tension électrique ». Cette potion électrique agit sur le sympathique, sur le parasympathique. L'hypervagotonique — ou son contraire — l'hypovagotonique seront, dès maintenant, canalisés, dirigés vers le climat chargé de rétablir l'équilibre. Mais, au fait, tout ce système nerveux dont l'action sur les endocrines est manifeste, à son tour n'est-il pas « réactionné » par elles et l'*harmonie* n'est-elle autre chose qu'une bonne HORMONIE ? Je vous laisse à penser tout ce qui peut être déduit de l'influence du soleil et de ses taches. Maurice Faure, Sardou, Laignel-Lavastine nous font assister au choc des vibrations, diversement rythmées, venues de l'énergie universelle à qui le sympathique sert d'antenne et voilà matière à philosopher dans une tour d'ivoire ...

Mais l'heure qui passe est déjà passée : elle ne nous appartient plus alors qu'il appartient à chacun de nous de réaliser, de creuser le sillon... Milhaud, Piéry, Urbain, se plaçant, dans l'état actuel de la Science, après avoir recherché l'origine des eaux radioactives, tracent, à larges traits, mais avec maints détails, l'organisation de la station-type hydrominérale radioactive. On nous permettra bien de dire qu'il s'agit ici d'une charte directrice dont devront s'inspirer tous ceux — et ils sont actuellement nombreux en France et à l'étranger — qui ont à manier la radioactivité.

Cent et cent autres communications furent données, présentées, discutées. Il y aura certainement lieu de les limiter : le Congrès futur y gagnera en cohésion. L'on dut créer des sections, élargir les locaux des séances. Professeurs, praticiens, physiciens, chimistes, se faisaient un honneur, un devoir d'entrer dans la lice. Rarement, il fut donné de voir pareil ensemble. Il est bon de noter que les Maîtres des Facultés et des Hôpitaux, trop longtemps « distants » de nos réunions, ont franchi le pont qui semblait les séparer de l'hydrologie. Les professeurs

Desgrez, Rathery, Serr, Léri, Blum, Perrin, Pic, Coste, Piéry, Villaret, Chassevant, Pinilla, Gabi et encore d'autres Sellier, Giraud, Urbain étaient là. Nous souhaitons ardemment que les chaires nouvelles — dont on attend avec une certaine impatience la création — puisque leur principe est voté et que les fonds sont attribués, viennent consacrer — et de façon définitive — que le scepticisme dont il était de bon ton de se parer depuis Guy Patin, n'est plus de mise sous peine de passer, tout simplement, pour le Monsieur « qui n'est pas à la page ».

A Lyon : Les Réceptions.

En belle et bonne page, comme nous disons entre professionnels, nous imprimerons ce que furent les réceptions de Lyon.

Cette immense ville, hautaine un peu,a la réputation de se laisser très peu pénétrer. Il ne m'appartient pas de juger. On avait bien quelque difficulté à se rendre au Palais de la Foire (la Faculté, me fut-il dit, en imminence de complètes transformations ne pouvait recevoir le Congrès), on perdait bie n un temps précieux à revenir de « là-bas » vers le centre en raison d'une unique « navette », plus peuplée que le métro aux heures d'affluence ; on eût pu, peut-être prévoir une restauration dans l'un de ces immenses bâtiments qui courent le long du célèbre parc... Pauvres petites choses qui, dans le souvenir, s'estompent comme les pastels de La Tour le font avec le temps et le midi nous ramènait dans un restaurant fameux où M. Regaud, directeur de l'O.N.T., en hôte lyonnais qui connaît tous ses devoirs traitait S. A. François-Joseph de Habsbourg, docteur en médecine, chimiste averti. Un autre jour, Madame et M. le docteur René Biot nous ouvraient leur intérieur peuplé de nombreux et beaux bébés. Le soir, le Dr Piéry, avec une extrême élégance, nous recevait chez lui, en véritable gentilhomme — et nous pensons qu'à Lyon, il en est partout ainsi. Le dîner de clôture fut grandiose. M. le doyen Lépine en fit les honneurs. L'archiduc se trouvait un peu loin des délégués de la R. soviétique et je le regrettai infiniment. L'incident que l'on sait — et auquel le Dr Gardette a donné sa véritable portée — aurait pu revêtir une autre ampleur.... Mais le goût et la mesure règnent en France. Quoi qu'il en soit,je pus causer deux bonnes heures avec le Dr Mouguilevitch, délégué de Moscou, qui ne laissa pas que de m'étonner beaucoup en me disant le respect pour la propriété individuelle dans les pays russes ...

Le maire de Lyon, qui nous traita royalement comme il convient en démocratie, répondit en latin au sénateur Romain, Queirolo, que nous retrouverons à Monte-Cattini et cette improvisation, au matin du départ, revêtit une note antique qui nous préparait bien à notre voyage à Rome où, de par la volonté doucement dominatrice de M. le Dr Fortescue-Fox et de la toute gracieuse Mademoiselle Hilda Fox, nous allions tenir la section de la Société internationale d'hydrologie.

Sur le chemin de Rome.

Non cependant sans une excursion à Charbonnières où une fête nocturne nous fut réservée, à Aix-les-Bains, où nos confrères se multiplièrent avec une bonne grâce qu'il faut rappeler et dont nous leur gardons une infinie reconnaissance ; à Allevard, où l'on nous fit part de prochaines transformations tout comme, au reste, dans la cité thermale illustrée par Lamartine.

Oserais-je dire que ce voyage fut l'occasion pour moi d'écouter le Dr Lassance et Mathieu, de Bains-les-Bains, me conduire aux confins de la médecine.

Ah ! le joli article qu'ils ont, tous deux, écrit ce jour-là alors que de Lyon nous gagnions la région savoyarde.....

Les confins de la médecine ? Ne les avons-nous pas entrevus un soir de Congrès quand le très aimable docteur René Biot voulut bien nous conduire auprès de M. Auguste Lumière ? Que de choses insoupçonnées dans ses vastes laboratoires où tant de chercheurs sont passés déjà, laboratoires dont les portes seront toujours ouvertes à celui qui voudra apporter de la méthode dans son labeur ! Que nous n'étions nous cent et plus à écouter celui qui s'est acharné à la poursuite de la pathogénie du cancer en étudiant les infiniment petits physico-chimiques et dont la vie si parfaitement « une » a toute la valeur d'un symbole.....

Et nous devisions de tout cela quand Madame Schmidt et son mari, l'universel polyglotte tchécoslovaque, le Dr Colles, de Londre, très gentiment, facilitèrent mon arrivée à Rome.

Rome.

Prise de contact décevante : trop de souvenirs classiques se heurtent confusément au premier abord... Trop peu de temps donné à un séjour qui demanderait des mois et des mois. Et cependant vous rappelez-vous, Foucaud, Beauman, Martin, Mazeran, quelle soirée nous passâmes au Forum où notre savant et jeune ami M. Brousse, fils de notre charmant confrère et collègue, nous aida dans nos recherches du temps passé et guida nos pas hésitants ? Cependant, le prof. Gabbi, MM. Rebucci, Queirolo, Ascoli, etc., nou s entourèrent de prévenances. Je dois une particulière reconnaissance à M. Rebucci, directeur des cures fascistes et de la « Revista delle stazioni di Cura, soggiorno e turismo » de m'avoir reçu personnellement et de m'avoir permis, au cours d'un déjeuner intime, de causer avec les maîtres de la Science italienne et de noter le charme de l'hospitalité romaine.

Il y fut parlé de bien des choses qui n'intéressent que de loin l'hydrologie à moins que, vous le verrez tout à l'heure, parler de son S. E. Mussolini ne nous conduise tout droit à une « politique thermale et climatique » dont de prochains « états généraux » — ceci n'est plus un secret pour personne — vont tout prochainement à Paris tracer les grandes et nécessai-

res lignes. Au cours de ce déjeuner, j'eus la très grande satisfaction de remplir le mandat qui m'avait été confié par l'UMFIA. Ce fut pour moi une grande joie d'entendre mes éminents amis porter un toast à l'UNION MÉDICALE LATINE, L'UMFIA allait pouvoir devenir l'UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE !

Rome : La Société internationale d'hydrologie.

A Rome, et cela nous fut un sujet d'orgueil, le professeur Desgrez, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, le prof. Desgrez, dont la science et la conscience ne font qu'une et même chose et qui se trouve l'héritier du flambeau que les Wurtz, les Berthelot, les J.-B. Dumas ont un moment possédé, fit acclamer en sa personne le nom français quand avec une éloquence qui nous émut profondément, il magnifia l'effort de tous ceux qui, sans distinction de nationalité, consacraient leur vie tout entière à apporter à l'humanité un peu de mieux-être en reculant le domaine de la souffrance. J'entends encore l'écho prolongé des applaudissements.

Les travaux commencèrent. Chacun s'exprimant dans sa langue, le Dr Schmidt venait porter secours à ceux qui ne savaient que le français... Cependant, le prof. Straser, de Vienne s'exprima en notre langue et cela valut une curieuse argumentation de l'un de nous sur la balnéation dans les affections aiguës. Je passe, car le prochain numéro des *Annales de la Société internationale d'hydrologie*, éditée à Londres, vous donnera, par le menu, tous les éclaircissements sur cette session dont l'importance fut aussi très grande. Au reste, cette session devait se continuer à Monte-Catini et à Salso maggiore où nous l'accompagnerons.

Au Vatican.

A Rome, deux hautes personnalités appellent l'attention. Un certain nombre d'entre nous, à des jours et des heures séparés, ont eu l'honneur d'être reçus par l'Homme devant qui s'inclinent les hommes, à quelque confession qu'ils puissent appartenir et quelle que soit leur philosophie ou leur métaphysique Au moment où cette autorité — toute spirituelle —, cherche à être détournée au profit de certaines nations, je me demande s'il n'eût pas été heureux — habile — d'unir en un seul groupement, tous ceux qui, ainsi, lui rendirent visite afin d'être présentés, en corps, par l'une des autorités magistrales de ce Congrès et ainsi ce rôle d'ambassadeur, de diplomate qui nous est volontiers reconnu eût eu, à Rome, au Vatican, l'occasion de se manifester. La France est assez calomniée pour que nous ne laissions échapper aucune occasion de sauvegarder ou de défendre son prestige.

Au Capitole.

L'*Informateur médical* a publié la belle photographie du Congrès se rendant à la Tombe du Soldat Inconnu, ce grandiose monument élevé à la gloire de l'unité italienne. De là, on gagnait la Capitole, où l'on devait nous recevoir et le professeur Gabbi, sénateur de l'Université de Parme, nous ménagea également la visite de la Chambre des Députés, visite au cours de laquelle il fut également pris une photographie et où l'on nous annonça que M. Mussolini nous recevrait probablement le lendemain soir vers six heures.

Au Palais Chigi.

Tous les congressistes au grand complet et peut-être, aussi, d'autres personnes (car il me sembla que la foule singulièrement dense débordait nos cadres), furent exacts au rendez-vous, passeport à la main. Chacun disait à son voisin : « On dit qu'il a une garde du corps, on dit que nos passeports vont faire l'objet d'un examen tout particulier avant l'entrée et que nous serons sévèrement surveillés ; on dit que, mais, que ne disait-on pas !

Tout de même les plus sceptiques — ou ceux qui voulaient le paraître — étaient parmi ceux qui se pressaient au premier rang. On voulait le voir. Première surprise : on ouvrit toutes grandes les portes du cabinet de travail du premier ministre et l'on entra sans autre forme de protocole. Le Ministre était en conversation avec un sculpteur à même de modeler le buste de l'homme d'Etat. Le sculpteur, au reste, ne fut en rien ému par cette irruption du public et interrompit seulement son travail durant les dix minutes qui nous furent accordées. Le sénateur Gabbi présenta les notabilités du Congrès qui, faisant le salut romain, s'approchèrent du Ministre. Rebucci, que j'avais autrefois rencontré au Congrès de Monaco et qui est un excellent journaliste thermal m'avait dit, à midi, qu'en ma qualité de journaliste, mandaté par l'Association des journalistes médicaux français, il se pourrait que je sois appelé à prendre la parole, mais que tout dépendrait de la volonté du « duce ». Quoiqu'il en soit, le sénateur Gabbi me pria de m'avancer et j'apportai l'hommage des médecins journalistes à un homme qui avait rétabli l'ordre dans la Cité et replacé Rome dans le chemin de ses destinées éternelles! M. Mussolini répondit à peu près en ces termes : « Je me garderai bien de faire de la politique auprès de vous. Vous êtes un Congrès de médecins, donc d'observateurs, regardez, voyez, comparez et puis... vous conclurez. »

Monte-Catini.

La leçon, le conseil, étaient excellents puisque, le soir même, on devait quitter Rome pour gagner Monte-Catini, encore sous l'impression de la visite aux thermes célèbres de Caracalla, visite que nous avions faite dans tous ses détails. Ces bains sont vraisemblablement les plus grandioses de l'antiquité romaine.

Le train spécial qui nous amenait à Monte-Catini, permit à chacun de s'installer confortablement. Avec notre cher ami Mazeran, nous partageâmes un compartiment où l'on avait l'impression d'être en cou.

chette, ce qui nous valut une excellente nuit de repos bien gagné.

A Monte-Catini, il nous était offert de somptueux logements, une chère exquise avec un service impeccable. La session internationale se poursuivit par une conférence du Sénateur Queirolo, professeur de clinique, directeur de la station. Car, en Italie, presque toutes les stations ont à leur tête un professeur de clinique médicale qui apporte à la ville d'eaux qu'il dirige et son prestige et sa clientèle de choix.

Monte-Catini est le Châtel-Guyon italien : sans tomber dans l'hyperbole, il est difficile de rendre compte de la magnificence de ses thermes, de leurs proportions, dont nous ne pouvons nous faire aucune idée, de leur agencement général qui ne laisse rien à désirer, mais qui les différencie nettement de ceux que nous sommes accoutumés à voir chez nous. De larges, de très larges dégagements, de gracieux péristyles ornés de somptueuses colonades de marbre brun-rouge, courent suivant les harmonieuses conceptions d'un architecte épris de beauté antique.

Dans les thermes eux-mêmes, sont aménagés, avec tout le luxe possible, bureau de change, restauration, bibliothèque, office de renseignements avec interprète. Ces divers services annexes font partie intégrante des thermes et s'ouvrent dans le plus merveilleux parc qu'il soit donné de parcourir. La présentation des buvettes est ici incomparable et les jeunes filles ou jeunes femmes, chargées du service ont une grâce toute florentine dans leur costume d'étoffe blanche, toute rayée de larges bandes bleu ciel ; dans ce cadre de fleurs, de mosaïques, de marbres aux couleurs claires et chaudes, où les eaux bouillonnent intarrissables en de superbes griffons de verre, aménagés avec tout le soin désirable, cela constitue un ensemble qu'il est difficile de retrouver ailleurs. Châtel-Guyon italien, avons-nous dit. Les confrères de la station d'Auvergne qui nous accompagnaient nous firent remarquer que les dégagements prévus à Monte-Catini pour les W. C. occupaient un espace qui ne comprenait pas moins de 400 de ces petits édicules, établis avec tout le confort, toute l'hygiène souhaitables, où le marbre, le grès blanc avaient été jetés à profusion et où un petit système de lampes allumées ou éteintes montrait, à chaque instant, l'appartement dont vous pouviez librement et d'urgence disposer...

Et de voir tant de discipline alliée à tant de goût et à une telle compréhension des besoins du thermalisme, comme nous nous étonnions — car tout cela est neuf — le prof. Gabbi de nous répondre : « *Tout cela de par la volonté du gouvernement national fasciste* »...

De très nombreuses cures ont été, l'an dernier, suivies à Monte-Catini... Mais, les cures se continuent par les sels de cette station. Le complément, en effet, de Monte-Catini est une usine où sont industrialisés les sels extraits de ces eaux et l'on compte par centaines de mille les expéditions dans toute l'Italie, mais aussi et surtout en Amérique du Sud, pays pour lequel la marine italienne a encore réalisé un gigantesque effort dans la rapidité et la somptuosité de ses bateaux.

A Monte-Catini, comme nous le retrouverons à Salsomaggiore, est un hôpital thermal, admirablement conçu, dirigé, agencé où sont traités, uniquement par les Eaux de la station, les malades envoyés par l'organisation communale des cures thermales. Tous les examens de laboratoire accompagnent l'examen clinique : ainsi une véritable expérimentation constitue la base même des observations de clinique thermale.

Monsummano.

Un matin, M. Schweiner, le sympathique directeur de Monte-Catini, mettant très obligeamment son automobile à notre disposition, nous partîmes, Mme Schmidt, son mari, le professeur Piéry et nous-même, pour Monsummano, grotte naturelle où les malades vont faire une cure de sudation. Cette grotte a un aspect qui rappelle, en tout petit, celui de Padirac ou de Bétharam.

Après avoir longé un couloir de près de 200 mètres de long, on arrive à une sorte de rotonde dont la température maxima ne dépasse pas 33 degrés et où malades des deux sexes, vêtus d'une sorte de gandoura, font leur cure en commun.

Ceci n'est en rien comparable aux températures du radio-vaporarium-sulfuré de Luchon qui à ces propriétés thermiques (28 à 45 degrés, suivant les galeries) joint ses propriétés sulfurées fortes et radioactives. Cependant Monsummano jouit d'une grande vogue pour les malades arthritiques en particulier : près de 15.000 cures y ont été données l'an dernier.

Salsomaggiore

Salsomaggiore devait nous réserver d'autres raisons de nous étonner. Nous arrivâmes à Salsomaggiore par un temps franchement mauvais et nous maugréâmes un peu de ce que notre train de nuit — si agréable — ne nous ait pas convoyé jusqu'à la station. Là, les automobiles furent rares sous la pluie et l'impression tout au moins fâcheuse, d'une arrivée un peu pénible, ne perdit ce caractère qu'après la réception aux hôtels des cures fascistes : c'est leur nom. Là, même bienveillante et large et entière hospitalité nous fut encore réservée tout comme à Monte-Catini.

Le palais des thermes, car il me serait difficile de lui donner un autre nom, doit avoir été conçu par un habitué des *Mille et une nuits*. Les marbres les plus riches, les onyx les plus rares, les mosaïques les plus artistement dessinées, les jeux de lumière les plus heureux, défient notre imagination de thermalistes français... et toujours même réponse à nos questions — mais comment avez-vous trouvé les millions nécessaires ? (50 à 60 pour Monte-Catini et autant à Salsomaggiore)..... « La Volonté du Gouvernement national fasciste ».... Sans commentaires !...
Et la visite de commencer. Ici, nous sommes dans

le domaine des eaux chlorurées sodiques iodo-bromurées.

La technique de l'inhalatorium, de la salle de brumification, dirions-nous, qui permet une grande absorption de sel par les voies respiratoires, est des mieux étudiées. L'atmosphère est saturé de chlorures de sodium et le calcul est fait de telle sorte que, chaque mètre cube d'air, contient une proportion connue de principe actif.

L'organisation médicale nous intéresse vivement. Chaque confrère exerçant dans la station, possède son cabinet de consultation et d'examen dans les thermes eux-mêmes, en outre du cabinet de leur villa.

Le médecin inspecteur, professeur de clinique également dans une faculté, consulte de même. Mais un médecin sanitaire, qui ne fait pas de clientèle, assume les services techniques, leur bonne marche, la formation du personnel.

Les relations des médecins de la station avec les médecins correspondants sont des plus étroites. Le professeur Cattani nous disait en effet, qu'un referendum avait été tenté en 1925, pour connaître ce qu'étaient devenus les malades traités au cours de l'année. Sur 5.000 médecins à qui il avait été écrit, on avait obtenu 3.785 réponses au bout de trois mois.

Une toute moderne usine d'extraction des sels est adjointe aux Thermes. Mais l'extraction de l'iode est la grande préoccupation, puisque, chaque jour, l'usine va pouvoir donner 50 kgr. d'iode pur au commerce. Comme les besoins d'iode sont considérables, l'usine va être doublée.

Un sanatorium d'enfants, justiciables de la cure chlorurée, relève en partie de l'Etat, en partie de l'initiative privée, un hôpital thermal communal fonctionne comme à Monte-Catini. M. Rebucci estl'animateur de Salsomaggiore.

Plaire ! plaire ! faire oublier au malade qu'il est malade tel est, semble-t-il, le but poursuivi dans ces deux stations.

Conclusions.

a) *Société internationale de praticiens hydrologues.*

Au soir du départ de Salsomaggiore, quand les diverses nations — sauf une et vous la connaissez — dirent à nos hôtes, en français, et nos remerciements et notre gratitude, le Dr Montcorgé se leva, au nom de notre Confédération Nationale. Dans une improvisation d'une superbe envolée, notre président fit appel à la paix dans le travail, à la concorde et, aux applaudissement enthousiastes de l'assemblée, paraphrasant la charmante allocution que Mme Schmidt avait prononcée au nom des dames du Congrès, proposa la formation d'une Société Internationale de Praticiens Hydrologues !... où thermalistes, touristes, hôteliers, administrateurs pourraient se retrouver.

b) *Publicité.*

La publicité faite par les stations italiennes m'a paru intéressante à relever et je vous prie de jeter les yeux sur les divers albums qui circulent dans la salle.

A Salsomaggiore chacun de nous trouva dans sa chambre, avec de multiples cartes postales fort élégantes, les documents que vous voyez : belles éditions, texte agrémenté de photogravures impressionnantes.

c) *Service de presse.*

A Lyon, comme à Rome et dans les stations que nous visitâmes, en raison de la session internationale d'hydrologie, nous n'avons pas trouvé un service de presse qui puisse faciliter notre travail. Ceci n'est pas une critique, c'est une simple remarque. Il nous souvient, en effet, qu'à Toulouse, lors des J. M. organisées par le professeur Bardier, journées médicales qui furent les premières données en France, un service de sténo-dactylographie avait été organisé de façon tellement parfaite que dans le quart d'heure qui suivait chaque conférence ou communication, il était distribué, à chaque journaliste un résumé au net de ce qui venait d'être dit. Nous avouons n'avoir jamais rencontré un service aussi heureux que celui-là...

A Lyon, les rapports eux-mêmes ne nous parvinrent que vingt-quatre heures avant le Congrès. Etant donnée leur importance, il fut matériellement impossible de les étudier comme ils le méritaient.

Nous sommes assurés que les prochains Congrès internationaux apporteront à ces points de détail, les améliorations que nous souhaitons.

d) *Immenses progrès du thermalisme français.*

Il reste du Congrès international de Lyon que le thermoclimatisme affirme sa marche en avant et renverse, peu à peu, les barricades que l'ignorance, le scepticisme avaient élevées contre lui. Les chaires d'hydrologie, les laboratoires de stations, les cliniques thermales, les établissements thermaux rivalisent d'ardeur. Partout on signale des perfectionnements. Vichy annonce de splendides constructions et le vaste agencement de laboratoires d'études. Aix-les-Bains établit de grandioses projets ; Salies-du-Béarn impose de nouveaux thermes ; Salies-du-Salat a réalisé les siens et, depuis un an, les a ouverts à sa nombreuse clientèle infantile. Cauterêts possède un plan de restauration dont la mise en train ne saurait tarder ; Luchon continue, pallier par pallier, la transformation de tous ses grands services et la création d'un gigantesque radio vaporarium sulfuré qui n'aura pas d'égal en Europe. Combo, dit-on est féérique.

D'Angleterre, est parti le grand mouvement international créé par Fortescue-Fox. L'Europe centrale, la Hongrie, la Tchéco-Slovaquie mettent leurs thermes en valeur. Le Portugal, nous l'avons vu à Lyon,

fait un effort dont nous pouvons à peine soupçonner l'étendue ; l'Italie tient actuellement la tête de ce mouvement.

Les Congrès internationaux ont l'avantage d'aller voir ce qui se fait ailleurs de comparer, de juger.

c) Etats généraux du thermo-climatisme.

A nous, Français, de savoir conclure : les Etats généraux du thermalisme, auxquels nous sommes conviés pour le début de mai 1928, doivent être l'acte par lequel de tous les efforts dispersés, il sera fait un faisceau tel que le Parlement, sous la poussée de l'opinion que nous devons avoir pour nous, devra voter les lois nécessaires à la création du CRÉDIT THERMAL FRANÇAIS, organe indispensable à notre développement.

Une fois encore : Front unique et volonté.

Paris, nov. 1927.

Les Livres

Librairie LE FRANÇOIS, 91, boul. St-Germain, Paris.

Professeur LOISELET. — **Vade mecum de parasitologie.** (1927, un vol. in-16, 153 pages : 12 francs.)

C'est un résumé de son cours de parasitologie, que publie l'auteur.

Première partie. — Tréponèmes et spirochétoses.

Deuxième partie. — Protozoaires : amibes, hématozoaires, leishmaniose, trypanosomes, lamblias.

Troisième partie. — Helminthes : nématodes, tænias, ascaris, ankylostomes, filaires, avec un chapitre général de symptômes et de thérapeutique.

Quatrième partie. — Arthropodes : acariens, puces poux, etc.

Cinquième partie. — Mycoses.

Chacun de ces chapitres est précédé d'un tableau synoptique, qui précise les notions nécessaires sur chaque parasite.

C'est un précis, qui rafraîchit les souvenirs, que le praticien garde à portée de sa main, que le missionnaire même peut utiliser dans la brousse.

PAYOT, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

E. KRETSCHMER. professeur de psychiatrie, à Marburg. — **Manuel théorique et pratique de psychologie médicale**, traduit d'après la troisième édition par le Dr S. JANKELIVITCH. (Un vol. in-8 de la Bibliothèque scientifique avec 24 illustrations : 30 fr. net.)

Le plus célèbre et le plus original des psychiatres allemands contemporains expose dans ce volume ses méthodes de traitement, et ses théories, qui renouvellent complètement les données de la science, et ont obtenu un grand succès.

Quels sont les rapports exacts existant entre la vie physiologique et la vie psychique, tant à l'état normal qu'à l'état de maladie? Existe-t-il des types d'individualités psychiques comme il existe des types d'individualités anatomo-physiologiques ? Quels sont les liens qui rattachent les uns aux autres ? Telles sont les questions que l'auteur cherche à résoudre, en utilisant d'une part les données fournies par l'étude des localisations cérébrales, du système nerveux végétatif et du système endocrinien, d'autre part, celles de la neuro et de la psycho-pathologie, qui nous ont ouvert des vues si profondes sur le fonctionnement des mécanismes psychiques, sur le rôle que ces mécanismes jouent dans la vie totale de la personnalité et sur la profonde influence qu'ils exercent sur sa manière de se comporter à l'égard du monde extérieur, de réagir aux situations normales et anormales.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Norbert MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Albert FRAIKIN, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux. — **Etudes radio-cliniques sur l'appareil digestif. Déséquilibre du ventre et appendicite chronique.** (Un vol., 116 p. avec fig.) Préface du professeur Arnozan.

Chez MASSON ET Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Archives roumaines de pathologie expérimentale et de neurobiologie, publiées sous la direction de J. CANTACUZÈNE, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest. Tome I, nº 1, janvier 1928. (165 p., fig. et planches). Trimestriel. Abonnement : 50 francs.

Thérapeutique appliquée.

COMMENT LE PROFESSEUR ROBIN COMPREND LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

« J'attache une grande importance à l'emploi de la silice dans la réminéralisation des terrains tuberculisables des tuberculeux. »

De son élève le Dr Marq (thèse 1911) :

« Il faut essayer de faire fixer de la silice par l'organisme tuberculeux ;

1° Parce que le bacillaire perd la silice normale de son poumon... ;

2° Parce que s'il ne la perdait pas, il lui en faudrait un surcroît sensible, puisqu'il lui faut fabriquer du tissu fibreux pour encapsuler ses lésions et qu'un des principes constituants de ce tissu est précisément la silice ;

3° Parce qu'il doit en même temps, non seulement calcifier mais encore silicifier la partie détruite : le centre du foyer. »

Cette opinion est appuyée par des analyses chimiques, où l'on voit que le poumon tuberculeux perd sa silice, et qu'épuisant de 41 % les faibles réserves qu'en renferment ses os, le poumon sain ne parvient pas à en accumuler une quantité suffisante pour se défendre.

Il faut donc, ajoute le professeur Robin (in : *Thérapeutique usuelle du praticien*, page 59) « il faut reminéraliser le phtisique en lui fournissant sous une forme assimilable, les éléments inorganiques qu'il déperd en excès, et qu'il puise pour se défendre dans ses réserves osseuses. »

Mais le même Maître qui a recommandé si vivement la résilicification du tuberculeux, a hâte d'ajouter page 58 :

« La deuxième indication du traitement comporte la surveillance constante des fonctions digestives dont les altérations s'obervent chez le plus grand nombre de prédisposés. »

Et déjà, cherchant à satisfaire ces deux nécessités essentielles, Robin conseillait les infusions de plantes contenant le maximum de silice, c'est-à-dire les infusions de prèle.

Imbus des mêmes idées, les Allemands ont fait la plus grande part à la silice dans le traitement de la tuberculose, et Zickgraf a pu écrire que sous l'influence prolongée des préparations de silice, il observait « de l'amélioration chez la plupart des malades, avec diminution du catarrhe bronchique, de la toux, augmentation du poids, et Kuhn indique qu'à l'examen radioscopique, il a pu constater nettement au bout de plusieurs mois des formations fibreuses pulmonaires confirmant ainsi le résultat de Kuhn qui avait pu constater des modifications histo-anatomiques de lésions tuberculeuses avec encapsulement et formation de tissu cicatriciel, à la suite de l'emploi prolongé de préparations de silice ». Cité par le Dr Chevalier, Société de thérapeutique, avril 1927.

Or, qu'est la prélase ? C'est un comprimé qui tient compte très exactement des indications du professeur Robin.

En effet, c'est une poudre de prèle stabilisée.

Robin donnait l'infusion de prèle parce que la silice se trouve dans cette plante, assimilée déjà, donc toute prête pour être incorporée à l'organisme humain.

Elle s'y trouve combinée avec 13 % de chaux, 7 % de manganèse, conditions admirables pour réaliser la réminéralisation.

La prélase contient encore une levure activée par un manganèse colloïdal, ce qui, d'après les travaux les plus récents donnent à cette composition une puissance d'action jusqu'ici inconnue.

Enfin, non toxique, non nocive pour les voies digestives, la Prélase résume tout le désir du Maître, en donnant une silice stable, d'absorption facile, de nocivité nulle, apte à réaliser à elle seule la réminéralisation totale à la dose de 4 à 6 comprimés par jour, et ce, vingt jours par mois.

Les praticiens qui désirent tenter une réminéralisation totale sur leurs tuberculeux ou leurs prédisposés, peuvent demander des échantillons (1).

(1) Laboratoire de la Prélase, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CHRONIQUE MEDICO-HOSPITALIÈRE

Rapport particulier sur le versement d'honoraires pour les malades payants traités dans les hôpitaux publics, présenté par M. le Docteur Paul Boudin, secrétaire-rapporteur (1).

Dès l'abord, je tiens à insister sur ce fait, que le but de ce rapport est moins de discuter une question d'argent, que d'aborder franchement le problème de l'hospitalisation de demain.

L'application des lois dites sociales et surtout la prochaine mise en vigueur de la législation sur les assurances sociales, la tendance actuelle à la concentration de l'art de guérir, nous font une impérieuse obligation de concevoir l'hôpital de demain sur des bases nouvelles, partant à étudier les diverses modalités de tractations entre commissions administratives et corps médical.

Pour quelles catégories de malades est fait l'hôpital ?

Pendant de très nombreuses années, l'hôpital-hospice fut surtout un asile destiné à abriter les déshérités de la vie. Les fonctions du corps médical étaient peu absorbantes et c'était de grand cœur que les médecins s'associaient à l'œuvre admirable de charité des administrateurs d'hôpitaux, qui, gratuitement, géraient le patrimoine des pauvres, provenant de legs et de fondations.

Avec l'ère chirurgicale, l'hôpital se transforma: d'asile pour malades, il devint peu à peu établissement de cure et de soins.

A l'heure actuelle, beaucoup de grandes villes de Faculté peuvent offrir à l'humanité souffrante des organisations médicales, chirurgicales ou de spécialités, véritablement dignes de la science moderne.

Par suite, le corps médico-chirurgical vit augmenter ses occupations hospitalières et, au lieu de ne consacrer que peu d'heures par semaine à la visite des salles de malades, ce sont des matinées entières qu'il faut passer aujourd'hui pour les soins à donner aux malades hospitalisés.

A cette catégorie des bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, vinrent se joindre d'autres clients.

Ce furent les blessés du travail, les pensionnés de guerre, des personnes de condition modeste, telles que les membres des sociétés de secours mutuels, des petites gens, ne pouvant supporter les frais d'une opération chirurgicale ou d'un traitement médical de longue durée.

C'était donc la porte ouverte aux malades, dits payants : demain ce sera l'entrée à l'hôpital des bénéficiaires des assurances sociales.

Cependant — et ceci a une grande importance pour le sujet du présent rapport — ne sont malades gratuits, pour l'hôpital, que ceux qui sont admis dans l'établissement par application de l'article premier de la loi du 7 août 1851.

Les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite voient leur prix de journée être remboursé par l'Etat, les départements et les communes.

Pour les blessés du travail, ce sont les chefs d'entreprise responsables ou les compagnies d'assurances, qui se substituent à eux.

Pour les réformés de guerre, ce sera l'Etat ; demain, pour les assurés sociaux, ce seront les caisses locales d'assurances sociales.

Il en résulte que lorsque les médecins acceptent de soigner, pour des indemnités minimes, tous les malades que l'administration de l'hôpital a placés dans leurs salles, ce n'est pas à l'établissement qu'ils font une faveur, mais aux tiers (individualités ou collectivités) qui doivent rembourser les prix de journée d'hospitalisation.

Quant aux malades individuels, qui demandent leur admission payante à l'hôpital, leur nombre va grossissant.

Depuis l'avènement de la chirurgie, et surtout depuis la guerre, l'hôpital ne fait plus peur : il n'est plus considéré, comme jadis, tel un lieu de souffrances, dans lequel les vaincus de la vie venaient terminer leur triste existence.

L'hôpital moderne est une maison de cure, dont l'aspect est loin d'être rébarbatif.

Dans cet établissement, le malade sait qu'il y recevra, à très bon compte, des soins éclairés. Que de gens abusent de la philanthropie des administrateurs d'hôpitaux, se font passer pour besogneux, afin de faire de sérieuses économies, en se faisant admettre, non à la maison de santé, mais dans les salles payantes !

Bien entendu, lorsque, dans la localité, n'exis-

(1) Conseil supérieur de l'Assistance publique.

te pas de clinique privée, il est tout naturel que l'hôpital puisse faire fonction de maison de santé, en plein accord avec les médecins du lieu ; mais lorsqu' il existe un ou plusieurs établissements dus à l'initiative privée, l'hôpital ne peut recevoir de malades payants, que dans les limites assignées par l'article 28 (en note) du règlement modèle des hospices et hôpitaux, voté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1921.

Rapports professionnels de l'hôpital avec son corps médical.

Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France peuvent être groupés en trois classes.

Dans les très grandes villes, le corps médico-chirurgical est recruté au concours, ou occupe une chaire de Faculté (service de clinique).

Dans les villes de moyenne importance, comportant un certain nombre de médecins, les fonctions hospitalières sont encore données au concours, mais pas toujours.

Enfin, dans les petites villes dans les hôpitaux de canton ou de commune, les fonctions hospitalières sont données au choix, ou sont attribuées à tour de rôle, par roulement, entre les quelques médecins locaux.

A. Le corps médico-chirurgical de la première catégorie tient à honneur de subir les épreuves difficile des concours. Ces médecins constituent une élite savante, cependant que le vaste champ de recherches scientifiques que leur offre un service d'hôpital leur permet de pousser de plus en plus la lutte contre la maladie et la mort, tout en faisant bénéficier les élèves d'un enseignement clinique de premier ordre.

Quelles que soient les conditions pécuniaires qui leur sont allouées pour soigner les pauvres et les personnes de condition modeste, ces praticiens tiendront à s'associer à l'œuvre charitable de l'hôpital, sachant que soit dans leur clientèle de ville, soit pour leurs travaux scientifiques, ils trouveront des compensations intéressantes.

Il ne faut pas croire, cependant, que le corps médico-chirurgical des hôpitaux se désintéresse de la question de l'admission de malades non-indigents dans leurs salles. Bien au contraire, et si l'on feuillette la collection du *Concours médical*, ou du *Bulletin de l'Union des syndicats médicaux*, on pourra se rendre compte que des médecins et chirurgiens de grands hôpitaux, et non des moindres, ont fait rapports ou protestations contre certains abus d'hospitalisation.

Ici, c'est un professeur de clinique ophtalmologique, laissant, sans l'opérer, un malade payant, admis par fraude dans son service ; là, ce sont des pratiques détournées pour percevoir des honoraires de qui peut les payer.

Un chirurgien des hôpitaux d'une fort grande ville s'était cru autorisé à demander, dans son cabinet, des honoraires à un malade, qu'il devait opérer dans son service d'hôpital ; ailleurs, le chirurgien demandera 1.000 ou 1.500 francs d'honoraires, pour une consultation donnée à son domicile, à un client qui sollicite son admission à l'hôpital, pour se faire opérer gratuitement par ce maître.

De pareilles coutumes, ont tendance à s'établir, parce que le chirurgien ne peut admettre d'être contraint, par la commission administrative, à opérer gratuitement à l'hôpital, un malade qui, traité dans une clinique privée, pourrait parfaitement bien acquitter des honoraires médicaux et chirurgicaux.

B. Le corps médical des moyens et petits hôpitaux supporte encore plus difficilement ce manque à gagner, consécutif à l'exode de plus en plus grand de la clientèle payante vers l'hôpital. Ces praticiens ne retirent pas, de leur titre hospitalier, le même renom que leurs collègues des grands établissements, ni la possibilité de faire bénéficier leurs élèves d'un enseignement au lit d'hôpital.

Lien juridique de l'hôpital avec son corps médico-chirurgical.

Il est très difficile de classer, parmi les modalités diverses de contrat de travail, les tractations passées entre la commission administrative d'un hôpital et son corps médico-chirurgical. Je ne m'attarderai pas ici à discuter s'il s'agit d'un contrat de louage de service, d'un contrat d'entreprise, ou mieux d'un contrat innommé.

Disons simplement que le médecin, qui postule une fonction médicale dans un hôpital, se trouve en présence d'un véritable cahier des charges, représenté par le règlement de santé de l'établissement, indiquant ce qu'il doit faire et ce qu'il ne faut pas faire.

Le contrat qui lie le médecin à la commission administrative est un contrat unilatéral, contrat d'accession, qu'il faut prendre en son entier, ou ne pas accepter, sans qu'il soit possible d'en discuter les termes, pour obtenir la modification de tel ou tel article.

Je ne rappellerai que pour mémoire certains conflits, qui eurent leur répercussion jusque devant le Conseil d'Etat, à propos de certaines révocations déguisées, de violation des engagements pris, voire même de nominations abusives, malgré les décisions d'un jury de concours.

Mais, signe des temps, certaines associations médicales désirent avoir voix au chapitre, en ce qui concerne les modalités du service médical de l'hôpital. C'est ainsi que la commission administrative de l'hôpital de Niort a signé avec le syndicat des médecins des Deux-Sèvres une convention collective de travail, arrêtant en commun

le mode de nomination du corps médical hospitalier, par voie de concours.

Signalons encore la tendance actuelle à considérer le médecin comme étant un employé supérieur de l'hôpital, puisque, une loi, votée par la Chambre et actuellement soumise au Sénat, envisage la réparation du dommage occasionné par les accidents, ou par certaines maladies professionnelles infectieuses.

Enfin, pour être complet, disons qu'il entre dans l'esprit de certains administrateurs de grands hôpitaux d'organiser un corps de santé hospitalier, se consacrant uniquement à ses fonctions hospitalières.

A l'instar de ce qui se passe en Allemagne, les médecins, chirurgiens et spécialistes de certains hôpitaux seraient suffisamment appointés, pour qu'ils puissent n'exercer leur art que dans l'établissement. Ils pourraient donner des consultations payantes, dans leur cabinet d'hôpital, aux malades externes, mais il leur serait interdit de faire de la clientèle en ville.

Conflits d'intérêts.

Nous avons déjà vu que si le corps médical des hôpitaux, petits ou grands, a jusqu'à présent accepté les très modestes indemnités qu'on lui alloue — bien que cependant certains hôpitaux, comme ceux de Bordeaux, ne donnent aucune rétribution à leurs médecins — c'est parce que les docteurs avaient à cœur de s'associer à l'œuvre de bienfaisance des administrateurs des hospices et hôpitaux.

Mais, du moment où l'asile des pauvres ouvre ses portes à des malades qui, souvent, sont en état de payer leur médecin soit directement par eux-mêmes, soit par l'intermédiaire d'un tiers responsable (accidents du travail, par exemple), le corps médical souhaite et demande depuis longtemps que cette question du droit aux honoraires, par rapport aux hospitalisés payants, soit enfin réglée.

Je ne parle pas des consultations externes, que certains hôpitaux ont tendance à ouvrir trop largement. C'est ainsi que l'hôpital de Romans a organisé une consultation gratuite, pour tous venants riches comme pauvres, et sollicite même les communes voisines, comme celle de Bourg-de-Péage, par exemple, à lui verser des subventions sur le fonds de l'assistance médicale gratuite (bien que la commune ne soit pas autorisée au bénéfice de l'article 35 de la loi de 1893), pour que cette consultation hospitalière soit organisée, suivant la formule socialiste, pour donner à chacun suivant ses besoins.

Cependant si les médecins d'un hôpital se plaignent amèrement d'être contraints de soigner ou d'opérer gratuitement à l'hôpital le malade qui, la veille, discutait avec eux les conditions d'admission dans leur clinique, ainsi que le coût de l'intervention, il faut néanmoins envisager l'intérêt des praticiens, qui ne font pas partie du corps médical hospitalier.

Certains hôpitaux ont accordé à leur personnel médical le droit aux honoraires par rapport aux malades aisés hospitalisés, comme compensation de leur désintéressement vis-à-vis des hospitalisés indigents.

Cette manière de faire a créé en faveur des médecins de ces hôpitaux une sorte de monopole. Si, dans la localité, il n'existe pas de maison de santé privée, les malades sérieux, admis comme payants à l'hôpital en raison de leur état de santé, ou ayant besoin d'une intervention chirurgicale, ne recevront des soins que des praticiens attachés à l'établissement, au détriment des autres mdéecins de la localité.

L'injustice est souvent d'autant plus flagrante que les places de médecin ou de chirurgien de ces petits hôpitaux sont données non pas d'après un concours, mais au choix, ou même à la faveur.

En dernier lieu, l'admission de malades aisés dans un hôpital peut créer une concurrence aux maisons de santé privées de la localité. Bien que la note de l'article 28 spécifie que l'hôpital ne doit recevoir de malades payants qu'à titre exceptionnel, alors qu'il existe des cliniques dans la région, les établissements hospitaliers ne se font pas faute de se priver de ces admissions qui, bien souvent, sont une source importante de bénéfices.

Je sais que ces derniers ne seront utilisés que pour le bien commun et que les premiers bénéficiaires seront justement les indigents ; il ne faut pas néanmoins oublier que beaucoup de chirurgiens, même de petite ville, engagent une partie, sinon la totalité de leur patrimoine familial pour créer et organiser une petite clinique privée, dans lauqelle ils opèrent leurs malades, avec l'assistance du médecin traitant.

Ces praticiens entendent jouir du revenu honnête et licite de leur travail, sans se voir concurrencés par l'hôpital.

D'ailleurs, cet établissement sortirait de son rôle lorsqu'il présenterait, comme explication de cette concurrence, la nécessité de protection de la santé publique, contre les manœuvres malhonnêtes de quelques rares médecins. Ces derniers sont justiciables des tribunaux de droit commun.

L'hôpital régulateur des prix.

Deux événements récents ont une grosse importance pour la solution du problème que nous étudions.

Le Sénat a voté un amendement présenté par le Dr Dron, à propos de l'article 6 du projet de loi sur les assurances sociales. Sans avoir peut-être bien entrevu la portée considérable de ce texte, la haute assemblée a décidé qu'en cas d'hospita-

lisation, les frais supportés par la caisse d'assurance sociale seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique, à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite, ou des accidentés du travail.

De son côté, dans sa séance du 22 décembre dernier, à propos de la discussion des projets de loi modifiant la législation des accidents du travail, la Chambre a voté l'obligation, pour le chef d'entreprise, d'avoir à payer les frais d'hospitalisation aux taux et conditions normaux et courant des établissements publics de la localité, où la victime est reçue et soignée.

Dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée, dont les taux et conditions sont plus élevés que ceux des établissements hospitaliers publics, l'employeur n'est tenu que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics.

Remarquons d'abord que les 30 p. 100 de majoration, accordé par la loi du 6 juillet 1920 est supprimé. Mais je tiens, en rapprochant les deux textes ci-dessus, à signaler que le législateur a tendance à considérer l'hôpital comme devant donner l'étiage inférieur des prix d'hospitalisation pour une région.

Donc, les propriétaires de cliniques privées auront grand intérêt à surveiller que le prix demandé par l'hôpital voisin, servant d'étalon pour la journée d'hospitalisation, soit établi juste et équitable, c'est-à-dire sans bénéfices ni pertes.

D'ailleurs, y aurait-il des minorations dans ces prix de journée et l'établissement public serait-il dans l'obligation de demander des subventions communales, que les contribuables de ces communes pourraient protester : ce n'est pas à eux à supporter l'incidence de ces prix déficitaires, alors que les bénéficiaires immédiats seraient, soit de riches compagnies d'assurances contre les accidents, soit l'Etat, pour hospitalisation des réformés de guerre, soit enfin les caisses d'assurances sociales, c'est-à-dire les sociétés mutuelles d'aujourd'hui s'étant conformées aux dispositions de la loi, qui sera votée dans quelques jours par la Chambre, retour du Sénat.

Dans l'établissement de ces prix de journée, les hôpitaux devront comprendre les honoraires des médecins ; car il n'est pas douteux que les praticiens demanderont des suppléments de traitements et d'indemnités, puisqu'ils auront à soigner à l'hôpital des malades qui ne seront pas des indigents.

Remarquons d'ailleurs que si le texte du Dr Dron, voté par le Sénat, est muet quant aux honoraires des médecins d'hôpitaux, pour soins donnés aux assurés sociaux. la Chambre a, au contraire, reconnu qu'en matière d'accidents du travail, le chef d'entreprise était débiteur des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, dus au personnel médical, chirurgical et pharmaceutique de l'hôpital, lorsque ces frais ne sont pas expressément compris dans les frais d'hospitalisation.

Ces honoraires seront payés conformément au tarif ministériel, arrêté pour les accidents du travail.

Conclusions.

De tout ceci découle l'urgence de l'étude du statut du corps médical hospitalier, car l'hôpital tend à être doté d'une clientèle nouvelle. Le pauvre d'hier sera, en très grande partie, remplacé par l'assuré social qui, à l'hôpital, coudoiera l'accidenté du travail, hospitalisé aux frais du chef d'entreprise, ou de l'assurance de ce dernier, le réformé de guerre à la charge de l'Etat, le malade payant, de condition diverse, surtout lorsqu'il n'existe pas de maison de santé privée dans la localité.

Le corps médico-chirurgical demandera donc des honoraires, en rapport avec le travail nouveau, qui lui sera confié. Il les réclamera d'autant plus qu'on le chargera de donner des soins à des hospitalisés, dont les répondants sont loin d'être des indigents.

Faire une réglementation pour toute la France me paraît difficile, car, ici, dans une grande ville de Faculté, le corps médical hospitalier acceptera un *modus faciendi* que repousseront les docteurs, qui assurent le service médical d'un petit hôpital.

Mais, plutôt que d'en arriver à des conflits, je crois fort intéressant l'exemple donné par l'hôpital de la ville de Niort, qui, par convention avec le syndicat médical, a organisé son service hospitalier à la satisfaction des deux parties.

Je propose donc que chaque commission administrative soit invitée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, à conclure un accord local avec le corps médical local.

Ce dernier doit comprendre, non seulement les docteurs en fonctions dans l'établissement, mais aussi des délégués des associations professionnelles médicales locales et des représentants de propriétaires des cliniques privées.

Ensemble, ils arrêteraient la manière de rémunérer le corps médical hospitalier, selon une des modalités ci-dessous.

Ces conversations locales permettraient aussi de concevoir des collaborations entre l'hôpital et ces cliniques privées, pour l'hospitalisation des personnes de condition modeste.

C'est par des entrevues que des intérêts, en apparence divergents, arrivent à se concilier, surtout lorsqu'il s'agit du bien public.

Cette proposition n'a rien de subversif ; je la

formule dans l'esprit de la note de l'article 28 du règlement modèle, qui s'exprime en ces termes :

« Ces honoraires médicaux, chirurgicaux, seront réglés sur un tarif établi par la commission administrative et après avis du corps médical de l'établissement. »

La circulaire ministérielle du 31 mars 1926 insiste (page 35) sur ces tractations, tant au point de vue du taux de ces honoraires, que du mode de recouvrement de ces derniers ; de même sur le point de savoir s'il y a lieu de permettre ou d'interdire aux médecins et chirurgiens du dehors de donner leurs soins aux malades payants hospitalisés.

Ma proposition a simplement pour but d'étendre la consultation que la commission administrative demandera à tout le corps médical local et aux propriétaires des maisons de santé locales, pour établir une collaboration utile aux malades, à la place de concurrences qui vont sans cesse en s'exacerbant.

Modalités du payement des honoraires médicaux.

A. — Système forfaitaire.

Moyennant un traitement fixé d'avance, d'accord entre commission administrative et médecins de l'hôpital, ces derniers s'engagent à soigner, sans demander à leurs clients d'indemnité supplémentaire, tous les malades, payants ou non, que la commission administrative fera entrer dans les salles, dont chacun a la charge.

B. — Système mixte.

Forfait annuel, uniquement pour les soins à donner aux bénéficiaires des lois de 1851 et de 1893.

Quant aux malades payants, chaque médecin a le droit de demander des honoraires, ce droit étant reconnu par le règlement de l'hôpital.

Ici, nous concevons des modalités locales.

a. Taux de ces honoraires.

On peut laisser le médecin, ou le chirurgien, libre de ses tractations avec son malade de droit commun, puisque, pour les accidentés du travail, le Sénat acceptera peut-être le texte voté par la Chambre, allouant au médecin d'hôpital des honoraires fixés d'après le tarif ministériel.

Mais si la commission administrative de l'hôpital entend savoir quels seraient les honoraires réclamés pour chaque cas particulier, les médecins locaux pourront discuter avec les administrateurs de l'hôpital, pour tomber d'accord sur le choix soit du tarif syndical médical, soit de celui des accidents du travail ou des réformés de guerre.

b. Mode de perception des honoraires.

Dans tel hôpital, la commission administrative ne voudra prendre aucune responsabilité dans le recouvrement des sommes que les médecins de l'établissement croiront devoir réclamer à leurs malades non indigents.

Ailleurs, au contraire, la commission percevra elle-même ces honoraires, quitte à les distribuer, en totalité ou en partie, aux ayants-droit.

Dans un autre hôpital, les médecins désireront toucher ces sommes, alors qu'ailleurs ces dernières seront abandonnées par les docteurs pour l'amélioration de certains services spéciaux.

C. — Libre choix du médecin.

La convention locale déterminera encore le droit qui sera accordé, ou refusé, aux malades payants de pouvoir choisir leur médecin traitant, en dehors des docteurs ayant un service à l'hôpital.

Dans certains hôpitaux faisant fonction de maison de santé, comme à Nancy par exemple, les indigents doivent se contenter du praticien, chef de la salle où ils sont admis, alors que les malades payants, reçus dans la partie maison de santé, peuvent faire appel à tel médecin de la ville, dans lequel ils ont placé leur confiance.

Mais, ce qui est possible à Nancy peut être impossible dans une autre ville : d'où nécessité d'ententes locales.

D. — Répression des abus.

Si l'hôpital et les médecins marchent d'accord, il sera possible de dépister les faux pauvres, qui cherchent à abuser de la philanthropie à laquelle ils n'ont nul droit.

Egalement, médecins et commissions administratives s'entendront pour exercer un contrôle et réprimer les abus, si quelques médecins indignes, ou imprudents, se laissent aller à des compromissions coupables.

Conclusions générales.

Tout récemment, en rendant compte du VII[e] Congrès national d'assistance, qui s'est tenu à Nancy, je proposais (*Concours médical*, 1928, p. 32) la constitution de Commissions départementales, ou locales, composées de délégués du Conseil général, des maires du canton, des Commissions administratives des hôpitaux locaux, du corps médical hospitalier local, du syndicat médical local et des propriétaires de maisons de santé.

Sous la présidence du préfet, cette Commission étudierait la manière de coordonner les services rendus par les établissements publics et par ceux dus à l'initiative privée, en matière d'hospitalisation et d'assistance.

En attendant que cette idée soit prise en considération et soit discutée, je proposerais que, par voie de circulaire, le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance

sociales invite les préfets à réunir, sous leur présidence, de petites Commissions locales, composées de trois délégués de la Commission administrative de l'hôpital local, d'un délégué des médecins de l'établissement, d'un délégué du syndicat médical local, d'un délégué des propriétaires des maisons de santé et d'un délégué du syndicat des pharmaciens locaux.

Cette Commission aurait pour objet d'arrêter des conventions locales qui, laissant à chaque hôpital son autonomie entière, en ce qui concerne l'hospitalisation des bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, envisageraient le mode d'admission tant à l'hôpital, que dans les cliniques privées des nouvelles catégories de malades payants, à tous les degrés divers.

Ainsi pourraient être discutés la collaboration entre l'hôpital et les maisons de santé privées, le mode local de rémunération du corps médical, pour les soins donnés à ces malades non indigents et le droit, ou l'impossibilité de faire ou non participer les médecins, qui n'ont aucune fonction à l'hôpital, au traitement des malades payants, admis dans l'établissement public.

Je la souhaite de tout cœur cette collaboration étroite entre les médecins et les hommes de grand cœur, qui sont les administrateurs des hôpitaux. Ainsi pourrait être envisagée la transformation des établissements publics qui, demain, avec l'application de la loi sur les assurances sociales, verront diminuer, sinon disparaître ,leur clientèle gratuite, qui sera remplacée par celle payante des assurés sociaux.

J'entrevois également la possibilité d'unir tous les efforts des honnêtes gens, pour lutter et réprimer les abus, d'où qu'ils puissent venir, car si parfois, à son insu, la charité publique est exploitée par des admissions irrégulières de faux pauvres à l'hôpital, il convient également de protéger la santé publique contre quelques rares individualités médicales, qui auraient tendance à trop envisager le côté commercial de leur profession.

Il y a longtemps que le bon fabuliste a démontré que l'union faisait la force : appliquons cette maxime à la lutte pour le bien de la santé publique.

Paris, le 20 décembre 1927.

ABUS DES INSCRIPTIONS D'URGENCE EN ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Une circulaire préfectorale de Seine-et-Marne.

Depuis quelque temps, un nombre grandissant de confrères de Seine-et-Marne écrivaient au président du Syndicat pour lui signaler que, de plus en plus, les municipalités prenaient l'habitude d'inscrire sur la liste de l'A. M. G. des malades, et des parturientes, longtemps APRÈS l'accouchement ou le début de la maladie *avec effet rétroactif*. Ces plaintes firent l'objet d'un *Exposé* lors d'une réunion de la *Commission départementale de contrôle d'A. M. G.*, dans laquelle on trouve *cinq délégués* du Syndicat médical.

Ceux-ci firent observer qu'il était inadmissible que, pour un accouchement par exemple, et pour des gens relativement aisés, le plus souvent dans ces cas d'inscription « à retardement » plusieurs semaines après cet accouchement pour lequel la parturiente *avait retenu* le médecin, pour un prix convenu ou non, mais, dans ce dernier cas, naturellement celui ordinaire de clientèle courante — il arrivait qu'au moment de payer la note, on présentait au médecin tout simplement un *carnet d'assistance*, en lui disant de se faire payer par le département... et au prix de l'A. M. G.

Et les délégués médicaux d'ajouter : « Que le Conseil municipal décide d'aider les gens dans le besoin, c'est parfait... mais rien que ceux dans le besoin, *sans assistance « électorale »* et sans abus scandaleux, sans prétexte que c'est le département qui paye... De plus, le médecin n'a pas le DROIT *de détacher et* D'ANTIDATER *pour se faire payer, des feuilles d'un carnet qui lui est présenté ultérieurement.* Si le maire veut aider quelqu'un dans le besoin, qu'il se mette dans la règle commune de l'inscription — d'urgence au besoin — mais qu'il ne « *truque* » pas les dates. S'il est prouvé que la famille a décidément du mal à payer les soins qui furent donnés par le médecin, qu'on aide cette famille par un *secours pécuniaire* dans ce but. Mais c'est là une affaire entre la commune et la famille, *en dehors* du médecin à qui est due une note légitimement établie selon le tarif de la clientèle ordinaire.

La Commission départementale, ainsi éclairée, se rangea *à l'unanimité* à l'avis des délégués médicaux et c'est ainsi que M. le Préfet de Seine-et-Marne envoyait aux maires, comme conclusion des délibérations de la Commission, la circulaire suivante :

PRÉFECTURE DE SEINE-ET-MARNE.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — ADMISSION POSTÉRIEURE AU TRAITEMENT OU PRONONCÉE AU COURS DE LA MALADIE. OBSERVATION DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE CONTROLE.

Melun, le 24 janvier 1928.

A Messieurs les maires du département,

La Commission départementale de contrôle

de l'assistance médicale gratuite a remarqué que, parfois, l'admission à l'assistance des malades indigents était *postérieure* à leur traitement ou avait lieu au cours de la maladie.

D'une part, les décisions prises en pareille matière ne peuvent avoir d'effet rétrocatif et, d'autre part, la procédure d'urgence prévue par les articles 19 et 20 de la loi du 15 juillet 1893, pouvant toujours être utilisée en cas de nécessité, la Commission a estimé qu'il y avait là *un abus qui devait prendre fin.* Elle a émis, en conséquence, l'avis qu'il convenait de **refuser le paiement par le service** (1) *de tous frais engagés antérieurement, à l'admission régulière des intéressés* à l'assistance et qu'il appartenait, en pareil cas, *aux communes*, si elles le jugeaient à propos, d'accorder *sur leurs propres ressources aux assistés, un secours* destiné à les indemniser, en tout ou en partie des frais de traitement restés à leur charge.

Je ne saurais, dès lors, trop vous engager, dans l'intérêt des malades nécessiteux et des finances communales, à prononcer, en temps opportun, l'admission à l'assistance médicale gratuite des personnes appelées à bénéficier de cette assistance.

Le Préfet,
G. GARIPUY.

(1) C'est nous qui soulignons ainsi.

Bien qu'un confrère nous ait dernièrement reproché de publier dans le *Concours* ce que nous faisions en Seine-et-Marne, en nous disant qu'il valait mieux garder « le silence de Conrard », en vieil impénitent de la défense professionnelle que nous sommes, et malgré les « foudres » que nous attira un « précédent », nous réitérons en pensant que, malgré les dites foudres, il y a tout de même, un certain intérêt à dire ce qui se passe « de bon » chez chacun de nous, afin d'amener notre petite pierre à l'édifice de défense, ce qui vaut mieux que de s'en servir, comme de projectile, contre ceux qui font ce qu'ils peuvent...

Dr Fernand DECOURT.

LES PETITS HOPITAUX ET LEURS MÉDECINS

Le numéro du 31 août 1927 de la *Revue des hôpitaux* donne le compte rendu des Congrès des Unions hospitalières du Sud-Est et du Nord-Est où l'on s'occupe des malades payants en salle commune et de la mission des hôpitaux en ce qui concerne les fléaux sociaux.

Ceci me suggère quelques réflexions qui, je le crois, sont celles de beaucoup de médecins de petits hôpitaux et même d'administrateurs de ces mêmes hôpitaux, et qui peuvent se résumer de la façon suivante : les hôpitaux ont les mêmes intérêts que leurs médecins et les hôpitaux doivent collaborer très étroitement avec leurs médecins, s'ils ne veulent pas disparaître bientôt les uns avec les autres.

Parlons d'abord des hôpitaux. Ils ont été faits pour les indigents. Pas de doute sur ce point. Mais, combien les choses ont changé dans ces quarante dernières années. D'une part, les soins médicaux, aussi bien que les chirurgicaux, se sont compliqués et ont demandé des interventions variées (laboratoires, rayons X, salles d'opérations, etc.) qui ont obligé les malades à recevoir les soins hors de leur domicile. Dans les villes riches, on a peu à peu créé des cliniques, mais seulement pour la clientèle riche. Dans les villes moyennes et, à plus forte raison, dans les petites villes, on a eu recours aux hôpitaux existants. Ceux-ci se sont agrandis, améliorés ; ils ont reçu des non indigents. Leurs améliorations, agrandissements, transformations, se sont faits avec l'aide du Pari-Mutuel, mais aussi, et souvent, au moyen d'une aliénation partielle de la dotation, et des quelques bénéfices que ces quelques hôpitaux ont pu faire avec leur clientèle de non indigents. *Or, il reste beaucoup plus à faire qu'il n'a été fait pour mettre tous les hôpitaux de France au point* voulu par les exigences de l'hygiène et les besoins médicaux. Pour cela, les hôpitaux ne peuvent plus, ne doivent plus même compter sur une aide importante du Pari-Mutuel. Ils doivent encore moins espérer recevoir des dons et legs comme autrefois, en raison de la transformation des mœurs publiques, *notamment du caractère de bienfaisance que les lois d'assistance leur font perdre.*

Dès lors, si les hôpitaux ne peuvent pas faire du commerce (commerce de soins !) ils arriveront, plus rapidement qu'on ne le pense communément, à des situations financières misérables. Par la force des choses, se créeront davantage des cliniques privées. Et il ne faudra pas un effort bien grand des médecins pour dévier la clientèle des hôpitaux sur leurs cliniques et ruiner irrémédiablement les hôpitaux. Même de très grands hôpitaux des centres universitaires ne résisteront pas à cette poussée, parce que les médecins, trop lésés dans leurs intérêts à l'hôpital, finiront par créer des cliniques avec enseignement, comme on en voit déjà quelques-unes, à Paris. Tout cela ne se faisant pas en un jour, on n'y prend pas garde. Mais, qu'en se remémore ce qu'était la vie médico-chirurgicale il y a 40 ans et qu'on compare avec aujourd'hui !

Donc, les hôpitaux n'ont pas pu ou n'ont pas su garder, seuls, le monopole des soins aux malades. Sans parler des cliniques d'accidents du travail, il s'est créé, même dans certains petits centres, des cliniques qui ont enlevé à leurs hôpitaux tout ce qu'il a été possible de leur enlever, même les petits payants.

N'y a-t-il donc pas lieu de s'étonner que l'Union hospitalière du Nord-Est demande à ce qu'on reconnaisse aux hôpitaux la mission spéciale de s'occuper de la lutte contre les fléaux sociaux ?

Comment ! ils n'ont pas été capables de soigner tous les malades et voudraient même faire de l'hygiène sociale ?

Pour ma part, j'approuve pleinement les idées émises dans son rapport par M. Gauguery. Oui, les hôpitaux devraient seuls s'occuper d'hygiène sociale. Oui, ce devrait être leur rôle ; à tout le moins, on ne devrait pas pouvoir se passer d'eux, afin d'éviter la dispersion des efforts et des dépenses.

Mais, à qui la faute, si elle n'est pas uniquement aux hôpitaux. Ils n'ont pas le sou. Que pouvaient-ils entreprendre ? Sanatoria, preventoria ont été en grande majorité, d'abord, des œuvres privées. Et pourquoi ? Parce que les hôpitaux n'ont pas compris cette vérité que les médecins ont la pudeur de ne pas dire : *un hôpital ne vaut que ce que valent ses médecins.* Il n'y a pas d'hôpital sans médecin. Et on peut être médecin sans hôpital. La seule personne qui importe dans un hôpital, c'est le médecin. Or, on l'a tenu éloigné de toute administration hospitalière jusqu'il y a 15 ou 20 ans. Ce n'est que timidement aujourd'hui qu'on met un médecin dans une Commission hospitalière. Commission composée de qui ? de braves gens, bien dévoués aux bonnes œuvres, sans nul doute, mais qui, jusqu'ici, ont considéré leurs médecins comme leurs salariés et non, comme l'évolution des mœurs les y appelle, leurs collaborateurs les plus importants.

Parlons maintenant des médecins.

La médecine, par son développement de plus en plus scientifique, s'est décentralisée pour le plus grand bienfait de la population, dans ces trente dernières années, au point que chaque département a maintenant, pour la chirurgie comme pour la médecine proprement dite, un certain nombre de ressources techniques qu'on ne trouvait autrefois que dans les centres universitaires.

Il y a encore et il y aura toujours nécessité d'avoir recours aux spécialités de ces centres universitaires. Mais il y a aussi intérêt, pour le public, à voir se multiplier les techniques, en des points plus nombreux du territoire.

Le public doit encore désirer que le médecin conserve une conscience professionnelle scrupuleuse. Or, ne suffit-il pas pour cela que chaque médecin ait la possibilité de vivre largement de son travail, qu'il soit même encouragé par le gain, à travailler davantage, à s'instruire davantage ? On a eu peur qu'il s'enrichisse ! Et on a voulu lui faire payer comme aux avocats, la faculté de travailler en travaillant pour rien. On a tant et si bien fait que le médecin passe pour gagner de l'argent lorsqu'il soigne les assistés, les accidentés du travail et les mutilés. A ce jeu, le médecin a perdu cette belle considération dont on l'entourait autrefois. Il discute tarifs : il devient épicier, comme auraient dit nos pères !

Les hôpitaux ont d'ailleurs fait de même. Aussi personne ne leur lègue plus un sou pour améliorer leur sort. Ils ont des tarifs pour tous. De quoi se plaindraient-ils ?

Hôpitaux et médecins ont eu le tort de ne pas comprendre que leurs situations étaient semblables, et qu'à travailler pour la gloire, ils récolteraient bien quelques médailles, mais qu'ils ne feraient plus leurs affaires.

La loi sur l'Assistance médicale gratuite ne leur a jamais permis de s'opposer aux abus que commettaient en maints endroits des maires soucieux surtout des avantages électoraux à retirer de cette loi. Mais, passons sur les inconvénients de cette loi. S'il n'y avait qu'eux ! Notons seulement que l'Etat verse, sans contrôle sérieux, sa part des dépenses, comme s'il lui était indifférent d'être volé.

Il semble d'ailleurs que parler argent fasse honte aux hôpitaux comme aux médecins. Ainsi, lors de la discussion des lois sur les accidents du travail, les hôpitaux auraient dû s'associer aux médecins pour s'opposer à soigner à un tarif réduit des blessés qui ne sont plus des indigents. Or, les hôpitaux n'ont jamais élevé de protestations bien sérieuses contre ces lois.

Ils ne se sont non plus pas plaints de soigner, au tarif de l'Assistance, des mutilés de guerre, qui pouvaient être riches et riches surtout d'une prétendue mutilation que la guerre n'a pas faite, parce que les Allemands devaient payer.

Ils ne protestent aussi pas lorsqu'on propose de leur faire soigner à des tarifs réduits, les bénéficiaires des Assurances sociales. On va voir comment les trois quarts de la population française enrichira nos hôpitaux ?

Or, comme les malades ne vont que là où les médecins les envoient (sauf pour les indigents vrais) il en résultera qu'avant peu d'années, les malades n'iront et ne seront soignés que là où les médecins pourront se faire payer. Toute peine mérite salaire. Et soigner honnêtement un malade est une rude peine.

On pourra faire de beaux hôpitaux, y installer même du luxe, on n'y attirera comme clientèle que ce que le médecin y conduira.

Nous arrivons à cette période où l'on veut

fonctionnariser la médecine, qui est bien la fonction qui demande le moins à être fonctionnarisée. La guerre l'a prouvé. Les médecins sérieux y échapperont. Grâce à cela, ils conserveront leur autorité morale et leur liberté professionnelle. Ils créeront davantage de cliniques. Déjà, nous voyons les prix des cliniques se rapprocher beaucoup des prix d'hôpitaux ; il n'y a plus la grosse différence qu'on constatait avant-guerre. Veut-on alors la lutte entre hôpitaux bon marché et cliniques ? Si on veut le bien public, on ne doit pas le désirer, car, quoi qu'on fasse, le médecin restera le maître de la situation, maître de son travail, de ses efforts, de sa valeur, et le malade ira avec lui.

Le public a intérêt à voir médecins et hôpitaux s'entendre. Mais, les hôpitaux n'auraient-ils pas intérêt aussi à s'entendre avec les cliniques privées, toujours en vue du bien public ?

Dans la lutte, le médecin peut y perdre quelque chose. Les hôpitaux y perdront tout. Ils deviendront de vastes asiles pour vieillards et infirmes, et cesseront peu à peu d'exercer le rôle pour lequel ils ont été créés.

En résumé, s'il y a, en France, à considérer plusieurs genres d'hôpitaux, suivant la clientèle qu'ils ont à servir, il faut arriver à ce que cette clientèle leur permette d'améliorer leur situation, afin qu'ils puissent continuer à pourvoir aux exigences, chaque jour plus grandes, de l'hygiène, de la médecine et des besoins sociaux qu'ils seraient parfaitement plus aptes que d'autres à remplir. Mais il faut changer la mentalité des administrateurs d'hôpitaux. Il faut qu'ils voient leur situation présente sous son vrai jour, car le sort des hôpitaux dépend du sort libéral et généreux qu'ils aideront leurs médecins à se faire.

Les besoins des hôpitaux sont grands. Ils exigent de l'argent. Or, on n'a pas encore trouvé le moyen de faire quelque chose sans argent. Il faut donc revenir sur toutes les lois faites jusqu'à ce jour. Plus d'assistance. Plus d'accidentés du travail. Plus de mutilés. Tout le monde paye à l'hôpital, comme dans une clinique privée, une journée d'hospitalisation, augmentée des frais médicaux et pharmaceutiques, seuls variables avec les affections. Rien n'empêche l'Etat, les départements, les communes et autres collectivités de prendre en charge ces dépenses. Comme elles croîtront, ils les contrôleront ; c'est leur affaire. Médecins comme hôpitaux ne doivent point participer à ces charges. Les médecins accepteront volontiers de n'être pas payés pour les indigents et les peu fortunés, qu'ils connaissent toujours bien, afin d'être payés par cette foule de farceurs, qui gagnent aujourd'hui beaucoup d'argent et que les Assurances sociales couvriraient de leurs ailes protectrices.

Si on n'en vient pas à cette formule, je vois dans moins de 50 ans les hôpitaux transformés tous en d'immenses.... couvents pour quelques vieilles gens.

En tout cas, l'heure est venue de décider si les malades seront soignés dans les hôpitaux, tout comme s'ils étaient en cliniques ou si les médecins doivent faire, partout, des cliniques pour leurs malades.

Dr CORONAT.
Administrateur des hospices de Gap.

La Tribune médico-professionnelle des Abonnés

LE SECRET MÉDICAL

Je viens de lire l'article sur le secret médical (numéro du *Concours* du 11 mars 1928). Voici, je crois, une mise au point de la question, ou plutôt une mise en équation du problème.

Le secret médical n'est pas ce que beaucoup croient ou *feignent de croire.*

Il n'est pas, par exemple, le droit pour un individu, que des tiers ignorent son état de santé. Le secret médical n'a pas pour but de consacrer le droit absolu pour l'individu de cacher son état.

Le secret médical est tout simplement l'interdiction absolue, *erga omnes*, pour un médecin, de dévoiler ce qu'il sait sur le malade auquel il a donné des soins.

Comparons avec le secret de l'avocat : le secret professionnel ne consacre pas le droit pour le criminel que les tiers (la Société par exemple) ignorent ses actes. Il est simplement l'interdiction que cette connaissance soit faite par l'intermédiaire de l'avocat. C'est à la Société de s'arranger autrement pour savoir la conduite exacte du prévenu.

De même, il peut se faire, à tort ou à raison, que la Société ou des tiers aient à connaître de la santé d'un individu. Jamais le médecin traitant ne doit être appelé dans cette affaire.

Toute la question est là. Il suffit de poser le problème nettement pour chercher ensuite les solutions pratiques.

2° *Droit des tiers de connaître de la santé de l'individu.* Les lois doivent être précises à ce sujet. L'individu discute lui-même de ces cas et des modalités par l'intermédiaire du Parlement.

Exemples : Est-il utile ou non que la collectivité connaisse les cas de tuberculose, de maladies professionnelles, d'épidémies, etc.

L'idéal, c'est que l'individu soit tenu lui-même de faire ces déclarations. On pourrait objecter qu'il peut ne pas les connaître, si le médecin traitant ne fait pas connaître le diagnostic. Il

m'est arrivé à moi-même de laisser ignorer une tuberculose à des patients afin de ne pas les épouvanter : il s'agissait d'ailleurs de malades qui observaient bien les prescriptions d'hygiène, de thérapeutique ou autres.

C'est, je le répète, le point le plus délicat.

2° *Droit pour les tiers de faire par eux-mêmes les investigations nécessaires.*

C'est encore une chose difficile. Dans certains cas (accidents du travail, de droit commun, mutualités), l'individu, poussé par l'intérêt, fait de lui-même une première déclaration qui éveille l'attention du tiers intéressé. Celui-ci déclanche l'action de son contrôle ;

3° *Droit pour l'individu qu'il n'y ait pas abus d'investigations au sujet de sa santé.* Je vise surtout le cas des fonctionnaires malades — à leurs frais — et qui doivent dévoiler le diagnostic de leur maladie à l'Administration pour avoir un congé. Vexation des indigents d'A. M. G. Futures vexations des assurances sociales. Dans ces cas, le diagnostic importe peu. Ce qui importe surtout : c'est la *certitude* qu' « une » maladie existe (peu importe laquelle) réclamant « tant » de jours de congé ou autres nécessités.

C'est l'individu qui informe le tiers, avec ou sans certificat médical. C'est au tiers de savoir s'il doit se fier à cette déclaration ou la faire contrôler par son *expert à lui*. S'il y a accord, c'est parfait. S'il y a désaccord, le juge est appelé à trancher.

Le médecin *traitant* ne doit *jamais* intervenir. L'idéal serait que le malade prenne, lui aussi, un expert, à côté du médecin traitant. A cet expert, il est libre de raconter toutes les balivernes possibles afin d'obtenir une première expertise. C'est à l'expert de ne pas se laisser tromper. (Je n'affirme pas que souvent le médecin traitant n'est pas aussi trompé qu'un expert par un patient) ;

4° *Tout individu a parfaitement le droit de dévoiler ses maladies* à qui bon lui semble. C'est son affaire. Pour cela, il se sert de ses propres déclarations écrites ou orales. Il peut les appuyer de toute la documentation qui lui paraît propre à étayer ses dires. Parmi ces documents peuvent figurer des certificats délivrés par le médecin traitant.

Certificats délivrés par le médecin traitant. Ceci est tout simplement une parenthèse ouverte dans la discussion de savoir quels moyens un individu peut mettre à contribution pour dévoiler sa maladie, même sur simple « fantaisie ». Car, pour moi, un individu peut parfaitement déclarer à tout venant, si la chose lui est agréable, qu'il a la syphilis ou autres maladies.

a) Le médecin traitant a-t-il le droit de dévoiler sa maladie à l'intéressé ? Oui. Le bon sens l'indique, la loi ne le défend pas, c'est une chose si naturelle que le législateur n'a pas pensé à s'en occuper spécialement. Il a voulu surtout, *indubitablement*, viser les tiers en prescrivant le mutisme au médecin ;

b) Le médecin traitant a-t-il le droit de dévoiler la maladie *par écrit* à l'intéressé ? Oui. C'est encore le bon sens qui l'indique, la loi ne le défend pas, l'usage est là, d'ailleurs, et qui est la *vraie* loi. ;

c) *Le médecin traitant a-t-il le droit de* REFUSER *à son malade de lui dire le diagnostic de sa maladie* ? Oui. Et il y a d'abord quelquefois une raison d'humanité. Souvent, c'est une question d'opportunité pour faciliter le traitement. Ce sont là des raisons d'ordre moral.

Bien que la loi — du moins si mes connaissances à ce sujet sont exactes — ne le vise pas expressément, je crois que la jurisprudence a jugé en ce sens, tout au moins en Belgique.

Et c'est cette considération qui est capitale et dont personne ne m'a paru tenir compte depuis qu'on discute, dans la presse, au sujet du secret médical.

En effet, partant de ce principe que souvent le médecin, pour des motifs impérieux qui touchent parfois aux plus hautes sphères de la conscience, est amené à cacher au patient lui-même ce qu'il a (soit par humanité dans les cas désespérés, soit pour mieux guérir, dans les cas moins graves), un tiers ne doit jamais intervenir entre le médecin traitant et son malade. Songez souvent que le médecin ment effrontément à son malade.

Je soigne en ce moment un pauvre cancéreux dont tous les ganglions du cou sont pris. Il souffre atrocement. Il a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique (radium, etc.). Il va mourir. Il sait qu'il a eu « mal à la langue ». J'ai eu le « culot » de lui dire que c'était de la « buccopathologie ». Et toutes ces « boules » ou « grosseurs » qui lui fascinent le cou, sont des « nodules ». Il est très fier de savoir tous ces mots qu'il ne connaissait pas jusqu'à présent.

Je n'imagine pas sans appréhension le jour où, en assurances sociales, je délivrerais le certificat-arrêt de mort : cancer ! Cet homme se brûlerait la cervelle.

Je sais qu'il n'en est pas de même avec tous les malades. Mais là, c'est une question à poser avec chacun. Et c'est pourquoi, le médecin traitant doit être laissé en toute latitude agir suivant sa conscience.

Guérir quelquefois. Soulager souvent. Consoler toujours.

Le médecin traitant n'a pas autre chose à faire et *on doit même s'opposer à ce qu'il s'occupe d'autre chose.*

Déclaration des maladies, relations de l'individu avec la société ou les tiers, tout cela ne doit pas occuper le médecin.

Le secret médical a été institué par la collec-

tivité qui a jugé qu'il était indispensable afin que le médecin ait sa tâche facilitée pour la sauvegarde de la *vie* — richesse la plus importante et passant avant tout. Il a été institué comme aide de diagnostic, comme adjuvant dans l'instruction du médecin, comme encouragement suprême à l'individu à se faire soigner lorsque sa vie est tant soit peu en danger.

Mais les nécessités de la sauvegarde d'une existence individuelle sont *une chose.*

Les nécessités de la collectivité en général, des tiers en particulier sont une *autre chose.*

Ces choses ne doivent pas être confondues. Encore une fois, je le répète :

La nécessité pour un criminel d'avoir à se défendre ne doit pas être confondue avec l'utilité pour la collectivité de connaître la vérité.

C'est pourquoi l'avocat est *astreint,* non parce que la chose lui est agréable, mais par haute morale et humanité, à se taire.

C'est pourquoi la Société a recherché d'autres moyens de savoir, sans seulement jamais penser à l'avocat ou au confesseur-prêtre.

Il faut en faire autant pour ce qui concerne la médecine.

Si la chose est difficile, il faut y réfléchir. Si elle apparaît impossible, c'est que, sans doute, on se bute à des *absurdités.* D'ailleurs, toutes ces histoires sont souvent très inutiles. Un exemple :

Faites des hôpitaux pour tuberculeux. Vous n'aurez plus besoin de déclarations : les malades y viendront tout seuls. Vous en aurez plus que vous n'en désirerez.

Des lois pour dire aux médecins de déclarer ? Pourquoi faire ? Le Français n'est pas un imbécile, il ne marchera pas !

Et nous touchons à une chose excessivement délicate. Faites une loi supprimant le secret professionnel et ordonnant aux médecins de parler. Demain vous aurez 15.000 médecins sur les bancs de la correctionnelle ou de la Cour d'assises. Et je serais un de ceux-là ! Car vous demandez là une chose impossible pour beaucoup. Parler de son malade ? C'est une impossibilité morale pour trop de praticiens.

Je vous assure que je suis très respectueux des lois et je me prends pour un excellent citoyen.

Mais cette loi-là...

Et d'ailleurs a-t-on consulté le public, dans cette affaire-là ? Tout le monde a dit son mot excepté lui.

Il serait temps de lui demander son avis *mais après lui avoir exposé toutes les phases de la question.*

Alors on verra.....

Dr SENDRAL.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Clinique Médicale des Enfants (*P. Nobécourt*). — Sud contre Nord (*R. Penel*). — Le chemin du Bonheur (*R. Groc*). — Chirurgie d'autrefois et d'aujourd'hui (*R. Simon*).

« A tout seigneur, tout honneur », dit le proverbe. Le professeur P. Nobécourt est, de toute évidence, l'un des maîtres en pédiatrie qui font présentement le plus autorité. Son enseignement tient essentiellement dans ses leçons cliniques, si documentées, si complètes, qu'on a pu dire de chacune d'elles qu'elle épuise le sujet qu'elle traite. Un grand nombre en ont été publiées dans le *Concours médical* qui s'honore de compter ainsi au nombre de ses collaborateurs les plus éminents, le médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Ce sont celles de ces leçons qui concernent les affections du système nerveux qui font l'objet de ce cinquième livre de Clinique médicale des enfants (1).

Affections très fréquentes, dit le professeur dans sa préface, dont les unes sont congénitales, résultant de dystrophies ou de lésions des centres nerveux ; les autres acquises, dues à des traumas obstétricaux, à des troubles nutritifs, à des intoxications...

(1) Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Les affections envisagées dans cet ouvrage sont l'encéphalite épidémique et ses tenants et aboutissants : ses débuts, la somnolence, le syndrome de Parkinson ; — les troubles psychiques dans la fièvre typhoïde ; — la chorée de Sydenham ; — la méningite tuberculeuse ; — les méningites à pneumocoques, à méningocoques ; — les convulsions et la syphilis congénitale ; — les tumeurs cérébrales et les céphalées; — paralysie faciale ; — la fièvre zoster ; — la paralysie infantile ; — les paralysies diphtériques ; — la maladie de Friedreich.

C'est surtout du point de vue clinique que ces sujets sont exposés, à l'occasion des petits malades observés et étudiés par le maître. A propos de ces observations, des problèmes étiologiques et nosographiques se sont posés devant le distingué professeur. « J'en ai esquissé quelques-uns, dit-il, mais sans m'y arrêter ».

« La clinique, dit-il encore excellemment, c'est l'observation des malades, complétée et contrôlée par les recherches de laboratoire ».

Terminons cette présentation sur ce mot,

Les lecteurs du *Concours médical* sont trop familiarisés avec la manière pédagogique, si j'ose dire, de M. le professeur Nobécourt, pour qu'il me soit besoin d'en dire davantage.

Tous ceux qui s'intéressent à la médecine infantile trouveront dans cet ouvrage une série d'exposés d'un certain nomgbre d'entités morbides : certaines sont de découverte relativement récente, telle l'encéphalite épidémique.

Ils acquerront ainsi des lumières précieuses, aptes à dissiper les obscurités qui planent encore, dans bon nombre d'esprits, sur des formes nosologiques complexes et d'interprétation difficile.

***

Luc Durtain nous avait familiarisés avec l'esprit et les mœurs des Américains du Nord, ceux qu'on nomme communément les Yankees, dans *Quarantième Etage*, dont j'ai rendu compte ici même. Voici qu'aujourd'hui, le Dr Raymond Penel nous entraîne à sa suite dans les Croisières qu'il a faites chez les Américains du Sud et qu'il relate en détails dans « Sud contre Nord » (1). C'est ainsi qu'il a visité l'Argentine et Buenos-Aires ; la Plata ; l'Uruguay, et Montevideo ; le Brésil et Santos, et Saint-Paul, et Bahia, et Rio-de-Janeiro, pour terminer en Espagne.

Mais pourquoi ce titre Sud contre Nord, qui évoque une idée de révolte ou de réaction, de lutte pour tout dire ? L'auteur nous l'apprendra lui-même. Ecoutons-le :

« Je demandais à un jeune ingénieur de Montévideo, qui a étudié plusieurs années aux Etats-Unis, s'il n'avait pas été tenté de rester dans le Nord. Il n'y a pas songé pour des motifs qui se réduisent à ceci : il s'y est senti méprisé par des hommes brutaux...

« Pour comprendre ces réactions, il faut avoir goûté l'atmosphère de courtoisie de l'Amérique du Sud... Nul ne songe à faire figure de malotru au milieu d'une humanité aussi gracieuse, qui manie avec tant d'art naturel la forme la plus familière de la charité qui s'appelle la politesse. L'exemple est excellent, le résultat aussi.

« Dans le port de Montevideo dominait un Leviathan qui porte le nom belliqueux de « *American Legion*. » Massif, de fière allure, ma foi, avec un avant tranchant comme un argument, et en effet, il y a quelques paires d'années, il a coupé trois bateaux en quittant le port de Buenos Aires d'une marche trop conquérante. American Legion... Quelle légion ? Celle de toutes les Amériques faisant face à l'univers ? Celle des Etats du Nord voguant à la conquête de toutes les Amériques ? Quoi qu'il en soit, le tact n'y est pas pour un simple commerçant. Avec « American Union » par exemple, nul ne s'y serait trompé, et c'eût été une parole d'amitié. L'instinct est tombé sur un autre langage, parce que l'instinct qui domine est celui du mépris. C'est Nord contre Sud, toujours, qu'il s'agisse des Etats-Unis, qu'il s'agisse de l'Amérique, ou même de l'histoire du monde depuis deux mille ans....

« Pour en revenir aux Amériques, la forme la plus grave, la plus révoltante aussi, que cette manifestation de mépris ait rencontrée dans le temps, est la manière dont l'histoire nous présente le tableau des moyens et mérites respectifs de la colonisation anglo-saxonne et de la colonisation latine dans le Nouveau-Monde. Jugements élaborés dans le Nord, imposés à l'ensemble de l'univers jusqu'à l'étouffement de toute pensée de contradiction, selon lesquels la soif barbare de l'or et du sang aurait dominé d'un côté, l'esprit de civilisation éclairé par l'Evangile étant resté l'apanage de l'autre. »

Ces quelques lignes suffisent à montrer dans quel esprit R. Penel a entrepris son voyage et recueilli ses observations. Cet esprit, tout imprégné de culture gréco-latine, s'émerveille de retrouver celle-ci toute puissante dans les républiques sud-américaines, et y voit de nouvelles raisons de s'insurger contre la culture anglo-saxonne, avec son rigorisme... et ses hypocrisies.

L'Atlantide, chère à Platon, renaît dans ces républiques qui apparaissent comme une sorte de prolongement de l'occident méditerranéen, et des peuples qui l'habitent.

Et vous comprendrez pourquoi R. Penel a placé son livre sous la haute invocation suggestive d'Euripide qui s'écrie : « Puissé-je atteindre le rivage ou les Filles du Soir chantent dans les pommeraies, où le roi de la mer et de ses ondes empourprées n'accorde plus passage aux navigateurs, car il a fixé en ces lieux la limite sacrée du ciel que soutient Atlas ».

Plein d'optimisme, d'ailleurs, il s'en vante, et cela ressort à l'évidence de certaines proclamations, telle : « ... La bienveillance divine a conçu la machine humaine de telle sorte que les souvenirs heureux s'effacent les derniers, ce qui suffit à démentir les esprits chagrins pour lesquels tout est pour le pire dans le pire des mondes ».

Et intéressant à suivre, encore que sa phrase s'élève parfois vers des concepts métaphysiques qui réclament un effort pour être saisis. Mais c'est là la marque personnelle de cet écrivain. Une prédilection, aussi, pour les néologismes : du riz *lucullant*... Du riz que Lucullus n'aurait pas désavoué, quand il s'invitait à dîner... Et c'est dans une prison que le cuisinier accommode ce mets ! ! !

« Sud contre Nord », c'est manière de célébrer l'Union franco-ibéro-américaine, l'U. M.

(1) Perrin et Cie, éditeurs, 35, quai des Grands-Augustins, Paris.

F. I. A., et cela ne manquera pas de réjouir le cœur de notre ami Dartigues.

***

« Le Chemin du Bonheur », Essai de Raymond Groc (1). Voulez-vous vous y engager avec lui ? Ecoutez-le :

« Ouvrez vos yeux.... regardez autour de vous, apprenez à regarder et vos yeux, votre cœur et votre âme seront rapidement éblouis devant l'émerveillement de la sainte Révélation. Les choses les plus banales vous proposeront de multiples sujets de méditation ; vous éprouverez de naïfs étonnements, des enthousaismes subits, vous connaîtrez des précisions simples et définitives. Le brin d'herbe qui pousse, la fleur qui éclôt, l'oiseau qui passe, le nuage qui fond dans le ciel vous donnent le mot de l'énigme qu'est la Vie : ils vous apprendront que chaque chose, ici bas, doit strictement obéir à la volonté absolue des puissances supérieures, de puissances inconnues, ni méchantes, ni bonnes, indifférentes simplement..., que chaque chose doit demeurer ce qu'elle est, ce pourquoi elle est, et ce qu'elle doit être. Elles vous enseignent que la vraie sagesse est de vivre normalement votre vie à la place précise qui vous fut assignée..., que c'est uniquement dans la sphère bien déterminée dont vous êtes le centre que vous devez agir, lutter, aimer..., que toute tentative pour sortir de cette sphère est chimérique, imprudente et fatalement vouée à l'échec le plus douloureux et le plus définitif. »

Le Bonheur... qu'est-ce au demeurant ? Est-il rien de plus subjectif ? de plus varié ? de plus fragile ?

Ambitions satisfaites, désirs réalisés, obstacles surmontés, découvertes des savants, conquêtes des amants, sont-ce là des éléments de bonheur ? Le bonheur ne serait-il pas plutôt fait de modestie et de médiocrité ? Car le sage a dit :

Pour vivre heureux, vivons cachés,

avec cette variante de l'humoriste : *vivons couchés*, ce que ratifie l'arabe qui proclame : *il vaut mieux être assis que debout, couché qu'assis...* Il est vrai qu'il ajoute : *mort que vivant...*

Sans doute un autre poète a chanté sur sa lyre que :

Tout bonheur que la main n'atteint pas n'est qu'un rêve...

Que de fois pourtant le bonheur cesse-t-il, dès que la main l'a atteint ?

(1) Editions du Bon Plaisir, Toulouse.

Je crois que l'homme heureux est celui qui, parvenu au déclin de sa vie, peut se dire qu'il n'a pas été malheureux, en ce que, ni dans sa personne, ni dans ses sentiments, ni dans ses biens, il n'aura supporté de ces secousses répétées et violentes qui ébranlent l'optimisme le mieux assis.

Si malheureux qu'on soit ou qu'on se croie, on trouvera toujours plus malheureux que soi. Regardons donc toujours au-dessous, plutôt qu'au-dessus de nous ; donnons un but sans cesse renouvelé à notre activité. Vivons d'espoirs et nourrissons-nous de désirs. Ménageons-nous des émotions douces et bienfaisantes, autant que possible. Ayons surtout un idéal. Sentons, vibrons.

Et quand le terme suprême se rapprochera jusqu'à être atteint, puissions-nous résumer notre existence tout entière dans cette sage constatation du philosophe à ses derniers moments :

J'ai vécu !

***

« Chirurgie d'autrefois et d'aujourd'hui » du professeur agrégé René Simon (1), élégante plaquette de soixante pages, fait revivre devant nos yeux toute l'histoire de la chirurgie depuis la préhistoire, puisque des découvertes, authentiques celles-là, ont permis de reconnaître sur des crânes humains, d'indiscutables traces de trépanations.

Le texte est soutenu par des reproductions artistiques de vieilles gravures originales et très rares.

Les progrès de la chirurgie n'ont pu être réalisés et accentués qu'à partir du jour où la découverte de l'anesthésie générale a permis d'opérer les patients sans douleur, — première étape franchie aux environs de 1847, avec la découverte du chloroforme ; de cet autre jour, à jamais glorieux, où le génie de Pasteur nous révéla les infiniments petits et leurs méfaits, et nous apprit à être antiseptiques, puis aseptiques, et sous le couvert de l'anesthésie d'une part, de l'asepsie de l'autre, autorisa toutes les audaces, dans la réalisation des interventions viscérales les plus délicates, depuis le cerveau, au sommet jusqu'à la prostate, à la base, — auxquelles tant de vies doivent d'avoir été conservées.

G. Duchesne.

(1) Editions Universitaires de Strasbourg.

***

Marat inconnu.

Le Dr Cabanès, dont on connaît tant de beaux livres, *Indiscrétions, Cabinet secret de l'histoire, Morts mystérieuses,* a donné tout d'abord *Marat inconnu,* dont il vient de nous donner une nouvelle édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Que de choses cependant à dire encore sur l'énigmatique conventionnel, tour à tour décrié, vanté, si puissant, puis, redécrié, honni... après sa mort même. !

Destin bizarre, aspects multiples de ce médecin, de ce savant, de ce politicien, cherchant sans cesse sa voie, peut-on dire ? Esprit encyclopédiste s'il en fût, c'était encore possible à cette époque, et encore quelque peu maintenant quoi qu'on en dise. Le prof. Ch. Richet le prouve surabondamment.

Des *Chaînes de l'esclavage* à l'électricité, comme on la connaissait, le Dr Marat passa par *le feu, la lumière, les recherches physiques sur l'électricité, le mémoire sur l'électricité médicale,* ce mémoire d'abord anonyme et couronné par l'Académie de Rouen...

J'ai publié moi-même sur *Marat* savant : « Marat électrothérapeute », une de mes leçons inaugurales de mon cours libre d'électrologie de l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, le 25 avril 1894 (1) et j'y suis revenu souvent, en maints « Propos du Docteur », au *Voltaire,* à la *Justice* (sous la direction du Dr G. Clemenceau), au *Paris* (direction d'Arthur Ranc), etc., etc.

En son beau livre, *La forêt normande,* M. Edouard Herriot, ancien président du Conseil. Ministre de l'Instruction publique, qui cite les gens et les choses de l'ancienne Neustrie, et parlant de Charlotte Corday qui poignarda Marat, cite les travaux de celui-ci, a cité longuement notre étude de « Marat électrothérapeute » ; il s'est appuyé aussi sur les travaux du Dr Didelot, d'ailleurs professeur agrégé de physique de la Faculté de médecine de Lyon.

En 1894, me trouvant à Lyon, où je voyais assez souvent le prof. Raphaël Lépine, le père du doyen actuel Jean Lépine, le nouvel élu de l'Académie de médecine, et qui m'honorait de son amitié, R. Lépine m'avait parlé de Didelot et même donné sa brochure sur Marat corroborant pas mal de mes idées.

***

D'autre part, quand vinrent les rayons X, je pus, et je les citai, trouver dans les *Recherches physiques sur l'électricité* de Marat, des recherches d'étincelage électrique dans le vide barométrique qui préparaient certainement les travaux devant aboutir aux tubes de Gessler, puis de Crookes. En mon enseignement, le premier sur les rayons X, j'y insistai longuement (1). Les perméabilités lumineuses de certains verres, traversés électriquement ont été retrouvés telles par le regretté Radiguet.

Il est bon de rappeler tous ces points, car combien discutée encore la personnalité scientifique — pour ne parler que de celle-là — de notre *savant confrère,* médecin des Gardes du Corps du Comte d'Artois, le Dr Marat ! En *La Chronique médicale,* tour à tour, le Dr Romain Vigouroux et moi-même, soutinrent des thèses un peu inverses, sous l'égide, c'est le cas de le dire, du Dr Cabanès lui-même : Vigouroux niant, diminuant du moins la valeur des travaux de Marat ; moi, les vantant, légitimement, j'en reste convaincu. A l'Exposition universelle de Paris, 1900, la section d'électricité dont je fus du Comité d'organisation, eut une « rétrospective » : livres et appareils anciens furent conviés à y figurer ; en y remettant notre *Mémoire sur l'électricité médicale* de Marat, nous en parlâmes entre collègues, et toute valeur lui fut déniée par les autres. Persistance des haines d'antan !

La paix sur Marat, même après sa mort, lui est déniée. Le polémiste souvent poussé à bout plagié, volé, s'étant vengé... trop ! demeure honni !...

Personnellement, j'estime qu'en électricité statique, dite « franklinisation », au lieu de plus justement « maratisation », nous n'avons pas fait mieux, et que nous pouvons, *devons,* — en ce moment, rayons X, radium, diathermie, auxquels nous sommes aussi fidèle, accaparant toute l'attention — y recourir plus souvent, et selon les préceptes de Marat.

L'érudit Dr Cabanès, en son nouveau ou du moins plus étendu, *Marat inconnu,* nous parle des recherches électriques du XVIIIe siècle. On permettra à l'électricien de 40 années de pratique que nous sommes, de nous attarder surtout à notre spécialité. Marat, connut donc les expériences et faits de l'abbé Nollet (nous devrions parler de ses ouvrages aussi en notre possession), de Buffon, Dalibard, Franklin... Cabanès ne nous cite pas, croyons-nous, le magistrat de

(1) Dr Foveau de Courmelles. — *L'électricité curative.* (1 vol., 300 p. Delarue, édit. Paris, 1895.)

(1) Dr Foveau de Courmelles. — *Traité de radiographie médicale et scientifique,* cours libre de la Faculté. (1 vol., 500 p., in-8°, ill. Préface du prof. A. d'Arsonval, de l'Institut, Paris, mai 1897.)

Romas, de Nérac, qui eut le premier l'idée du cerf-volant pour aller soutirer l'électricité atmosphérique du sein des nuages, la communiqua en juillet 1752 à l'Académie de Bordeaux, et que Franklin réalisa en des conditions déplorables fin septembre 1752.

En une leçon que j'ai consacrée à de Romas en mon cours libre de la Faculté en 1895 et republiée en 1904, Bergonié, de son côté, en son volume consacré au grand savant, son compatriote, l'a dit longuement. Mais c'est étonnant, comme ce grand physicien de Nérac est encore oublié et méconnu, au grand bénéfice de Franklin.

***

Le Dr Cabanès cite surtout, qu'il s'agisse de *Marat inconnu* ou de ses tout récents livres : *Le sixième sens, Le mal héréditaire*, une nouvelle série (la deuxième) de *L'enfer de l'histoire*, sans préjudice de son *Balzac ignoré*, de son *Napoléon jugé par un Anglais, surtout*, les témoignages des contemporains. Il a raison pour situer ses héros en leurs milieux, en leurs temps... Mais, au point de vue d'appréciation sur des sciences ayant évolué et comment ! il nous semble, comme lui, mais un peu plus, que les opinions de compétences actuelles ont aussi quelque valeur, et la preuve en est que maints auteurs contemporains y recourent abondamment.

D'ailleurs, c'est plutôt en ce domaine scientifique, qu'éclairés à la lumière des découvertes actuelles, dégagés de tout parti-pris d'époque, d'école ou de politique, les faits d'antan peuvent mieux être appréciés en leurs valeurs, en leurs réalités. Cabanès, consciencieux comme à l'ordinaire, l'a fait.

Marat, type peu banal, était aimé ou haï, d'où le peu de valeur des opinions de son temps et les idées scientifiques alors si souvent erronées, les animosités (Charles...).

Dans la vie courante, que valent les témoins oculaires ? On cite tel historien Anglais réputé, recevant la visite d'un ami ayant assisté à un fait de la rue, alors que lui l'avait vu de sa fenêtre : les deux narrations furent différentes, et l'historien anglais constatant ainsi la fragilité de ses travaux, en déchira un volume prêt à être livré à l'impression.

En science, sans voir, avec des descriptions d'expériences et si le savant n'a pas de parti-pris, le chercheur peut légitimement apprécier la valeur de ses prédécesseurs : c'est le cas pour Marat.

Nous ne sommes pas encore très nombreux, ceux qui admirent le *savant* !

Il n'est pas jusqu'à la notion de *potentiel* — moins le mot — de pression électrique, que l'on ne trouve dans Marat. Il ne s'occupe pas de sens de courant, de pôle, mais de quantités d'électricité, en + ou en —, qui dirigent l'électricité, d'ailleurs dans les deux sens, comme deux chambres à températures différentes en voyant, pour s'équilibrer, leur excès et leur défaut de chaleur, double courant, allant du chaud au froid et réciproquement. En la *Revue d'électro-radiologie dentaire*, organe de la Société de ce nom, M. Barail fait une enquête sur le sens du courant électrique, ce qui prouve la question non encore résolue, malgré les usages et les conventions.

***

Que d'inconnues, en physique ou en psychologie ! Pénétrer la nature vivante ou morte, les caractères... que de problèmes ? Lucienne Favre, l'auteur admirée de *Bab-el-Oued*, vient de nous donner le palpitant récit de *L'homme derrière le mur*. Tous, nous opposons « un mur derrière lequel il se passe quelque chose » ; nous voyons rarement clair, même en nous-mêmes, et sans exagérer le freudisme, il dénote souvent nos préoccupations, même les plus cachées. Marat est encore obscur. Cet homme sanguinaire avait du cœur et fut aimé. L'étudiant des fluides électriques, lumineux, calorifique... en émettait, sa popularité le prouve !...

Nous nous ignorons, répétons-le. Le « connais-toi toi-même » des Grecs prouve qu'il en fut toujours ainsi. Il nous faut le freudisme non exagéré ou la psychanalyse, le livre, le roman, le pamphlet qui fouette, pour, parfois, nous révéler à nous-mêmes, et encore savons-nous rarement nous voir, tels que nous sommes, malgré les ennemis plus clairvoyants ou tant d'exemples qui nous devraient frapper.

Le théâtre, le vrai, image de la vie, nous sert parfois. Tel, celui de Romain Coolus aux dix volumes parus ; le dernier, les *Vacances de Pâques*, nous montre l'enfant précoce aimant sa mère avec fougue, amour ignoré de lui et d'elle, compris seulement par un vieil admirateur de la mère demi-mondaine ; et *Cœur-blette*, de ce même et dernier volume, aux gens si rosses inconsciemment et s'ignorant.

Marat fut plus que... rosse, certes, car, que de têtes il demanda et obtint... ! Il s'ignorait lui-même quand il n'était que médecin et savant, et si les succès avaient couronné ses efforts, combien loin probablement il serait resté lors de la Révolution et demeuré pour la postérité le savant qu'il fut et que Cabanès fut des premiers à révéler, et sur lequel il y aurait encore tant à dire !...

Il faut des historiens comme Cabanès, comme J. Noir, en d'autres domaines, pour bien connaître la médecine en son passé, en ses ressortissants. Des cendres sortent des restes du bois consumé — arbres de la *Forêt normande* ou non

— et l'on en déduit les essences qui s'y brûlèrent, comme Cuvier d'un os d'animal disparu, reconstituait le géant préhistorique ; ainsi le curieux de la pathologie médicale, à la vue d'un instrument ancien (P. Hamonic), de médailles (A. Gilbert),... reconstitue le Passé !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LETTRE OUVERTE A TOUS LES PRATICIENS

Mon cher Confrère,

Vous avez précédemment lu notre appel-manifeste-statuts. Et nous avons tout lieu d'espérer que l'examen de notre proposition a été inscrite à l'ordre du jour de la plus prochaine assemblée de votre syndicat : il ne vous échappe certainement pas que le moment est particulièrement opportun pour réaliser une organisation que nous désirons tous et qui est un rouage *indispensable* dans la réorganisation générale du Corps médical !

Ne craignez donc pas que notre mouvement soit une pure manifestation sans lendemain. Des quatre coins de la France, nous avons reçu les encouragements les plus enthousiastes ; à peine constitués nous avons posé la question de notre représentation directe aux Conseils de l'Union et de la Fédération, pas assez tôt cependant pour empêcher la Commission mixte (Union-Fédération-Spécialistes) d'adopter dans l'élaboration des statuts du futur superorganisme une solution bâtarde qui ne répond pas à nos aspirations, *parce que nous n'étions pas représentés !*

Pour que nous soit attribuée la représentation que nous sommes en droit d'avoir ; il est indispensable que tous les praticiens adhèrent à notre groupement et cela tout de suite. Si nous donnons le spectacle attristant de notre impuissance par inertie, vraiment nous ne sommes pas dignes de nous conduire ; nous n'avons pas le droit de récriminer et de nous plaindre ; il nous restera celui de nous taire par pudeur !

Nos confrères spécialistes se refusent à nous prendre au sérieux : ils ne nous ont encore pas fait l'honneur de répondre à la démarche de courtoisie interconfraternelle par laquelle nous avons tenu à nous introduire auprès d'eux. Justifierons-nous à leurs yeux l'aveu de notre faiblesse par une incurie coupable !

Praticiens, l'heure est venue de vous manifester : être ou ne pas être, tout est là. Nous vous demandons au nom de la solidarité collective et non en dehors d'elle, d'affirmer votre puissance ou d'avouer votre carence !

ADHÉREZ EN MASSE AU SYNDICAT DES PRATICIENS DE MÉDECINE GÉNÉRALE !

Le Bureau provisoire.

Prière d'envoyer son adhésion au Dr Martin, à Plancher-les-Mines (Haute-Saône), accompagnée de deux francs en timbres-poste.

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

De même que nous avons publié *in extenso* les débats parlementaires de la discussion de la loi sur les Assurances sociales au *Sénat*, dans tout ce qui a trait aux soins médicaux, et à la prophylaxie ; de même nous commençons aujourd'hui la publication des débats relatifs au même objet à la *Chambre des Députés.*

G. D.

2e *Séance du 8 mars 1928.*

M. le Rapporteur. — Votre commission a fait une étude très minutieuse du projet de loi modifié par le Sénat. Elle a entendu les représentants les plus autorisés des divers groupements intéressés : confédération générale du travail, confédération des travailleurs intellectuels, union centrale des syndicats agricoles, confédération générale de la production française, comité intersyndical des médecins et des pharmaciens. Elle a entendu, en un mot, tous les producteurs, tous ceux qui, à des titres divers, collaborent au développement économique et au rayonnement intellectuel de la France.

En matière sociale, nous devons être particulièrement attentifs aux échos du dehors. Les lois sociales n'ont pas le caractère impératif absolu des lois de sécurité publique. L'adhésion morale des intéressés leur est indispensable (*Très bien ! très bien !*) et cette adhésion sera d'autantplus complète, d'autant plus intime que nous nous montrerons plus respectueux des traditions, plus respectueux des usages et des libres initiatives.

Au cours des travaux de votre commission, des vœux et des suggestions tendant à modifier le texte

du Sénat ont été émis. Nous examinerons plus particulièrement ce qui intéresse l'organisation du service médical et pharmaceutique et les prestations maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

L'organisation du service médical et pharmaceutique constitue un des problèmes les plus importants et les plus délicats. La bonne marche des assurances, l'équilibre financier des caisses, sont en corrélation étroite avec la valeur de cette organisation.

Nous n'avons cependant pas cru devoir assujettir tous les groupements, ainsi qu'on le fait en Angleterre et en Allemagne, à une réglementation rigide, fixant les moindres détails du fonctionnement des services, sans tenir compte des usages professionnels, des traditions, des libres initiatives et des contingences locales.

Les conditions dans lesquelles s'exerce la médecine sont infiniment variables suivant les régions et suivant les milieux ; elles diffèrent à la ville et à la campagne, suivant qu'elles intéressent des employés de commerce ou des ouvriers d'usine, de petits agriculteurs ou des ouvriers de grandes entreprises agricoles industrialisées. L'étendue et la durée des déplacements imposés aux praticiens sont ici considérables, là réduites à presque rien. La médecine sociale, si rudimentaire, si incomplète dans certains départements, est, dans d'autres, très développée et bien organisée.

Aussi, fidèles aux principes dont s'inspire tout le projet de loi, avons-nous laissé la plus grande liberté aux caisses et aux syndicats professionnels pour préciser dans des contrats collectifs librement débattus les conditions de fonctionnement du service médical et pharmaceutique.

Toutefois, le Corps médical demande que certains principes, auxquels il est à juste titre passionnément attaché, soient inscrits dans la loi.

Ces principes, nous le disons ici avec la plus absolue conviction, constituent la base d'une bonne organisation médicale. Ils établissent les garanties protectrices tout à la fois des malades, des assurés, des caisses et des praticiens eux-mêmes.

M. Legué. — Très bien !

M. le Rapporteur. — Tous ces principes sont inscrits dans les articles du projet du Sénat concernant les prestations médicales.

Nous croyons les avoir établis très nettement dans notre rapport, et, seules, l'imprécision des textes et leur trop grande concision ont pu créer le malentendu qui a provoqué les protestations véhémentes du Corps médical au Congrès tenu à Paris le 30 novembre dernier, protestations dont nous avons tous eu des échos dans cette Assemblée. (*Très bien ! très bien !*)

Et cependant, le libre choix, le secret professionnel absolu, le contrôle technique, la suppression de tout forfait, la non-limitation des tarifs au-dessus d'un minimum fixé dans le contrat collectif, la faculté pour les syndicats d'exiger, d'accord avec les caisses, le payement direct du médecin par l'assuré, la liberté de thérapeutique, la représentation des médecins dans tous les organismes d'assurances à tous les degrés, tous ces principes, d'une façon indiscutable, sont contenus dans le texte du Sénat.

D'autre part, la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés a exprimé le vœu que, dans le règlement d'administration publique soit précisée la pensée du législateur sur l'obligation pour les caisses de traiter avec des syndicats habilités par un organisme central, sur le droit à des honoraires pour les soins donnés aux assurés hospitalisés, sur l'obligation pour les médecins non syndiqués d'adhérer aux clauses du contrat collectif.

Il est vraisemblable que ces questions pourront recevoir une solution favorable dans le règlement d'administration publique, mais, s'il n'en était pas ainsi, les vœux du Corps médical seront certainement inscrits dans un texte de loi rectificatif, puisqu'ils ne soulèvent aucune espèce d'objection.

Sur un seul point — c'est le point névralgique, pour employer une expression médicale — sur un seul point, le Sénat ne donne qu'une satisfaction partielle au Corps médical : les syndicats professionnels, dans les contrats collectifs, auront la faculté, d'accord avec les caisses, d'adopter le payement des honoraires médicaux par l'assuré ou par les caisses. En d'autres termes, le payement direct du médecin par l'assuré est facultatif ; il ne constitue pas une obligation.

Messieurs, dans une réforme qui comporte déjà bien des obligations, le Sénat n'a pas cru devoir porter atteinte à une liberté dont le respect — je tiens à bien l'affirmer — laisse intacts tous les droits des partisans du payement direct par l'assuré.

Cette question pourra être examinée de nouveau sous la prochaine législature quand sera rédigé un texte rectificatif. Pour le moment, c'est la liberté contractuelle qui a été consacrée par le Sénat et qui est demandée, il faut bien le dire, sinon par le Corps médical, corporativement, du moins individuellement par bien des médecins.

La promulgation du projet adopté par le Sénat, interprété par le Conseil d'Etat conformément aux vœux exprimés par la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre, consacrera donc d'une façon légale et définitive tous les principes que le Corps médical a déclarés intangibles. Les intérêts des malades et des médecins — je l'ai dit et écrit bien souvent — sont des intérêts solidaires et ils sont parfaitement sauvegardés dans le texte du Sénat.

Aucun trouble n'est apporté dans l'exercice de la médecine. Comme par le passé, fidèle à ses traditions séculaires d'honneur et de dévouement, le médecin pourra accomplir sa mission avec dignité et en pleine indépendance.

Messieurs, plusieurs de nos collègues m'ont exprimé les craintes qu'avaient les pharmaciens. Il me suffira, pour leur répondre, de lire une lettre très brève

que j'ai reçue avant-hier. Cette lettre est signée de M. Lépine, le très distingué secrétaire permanent des groupements pharmaceutiques nationaux ; en voici le texte :

« Monsieur le Président,

« Après avoir pris connaissance du rapport que vous venez de déposer, à la Chambre des députés, sur le projet de loi sur les assurances sociales, je tiens, au nom des groupements pharmaceutiques nationaux, réunis en comité intersyndical, à vous adresser nos plus chaleureux remerciements pour la bienveillante attention que vous avez apportée à l'étude des desiderata qui vous étaient soumis et pour les conclusions que vous leur avez données.

« Mes collègues, en me chargeant de vous témoigner leur reconnaissance au moment où vous allez monter à la tribune, ne pouvaient me confier plus agréable mission, car vos actes d'aujourd'hui reflètent avec une exactitude parfaite les sentiments que vous avez bien voulu nous témoigner. »

M. Gustave Guérin. — Cette lettre ne devrait pas être signée « Lépine » ; elle devrait être signée « Larose ». (*Rires.*)

M. le Président de la Commission. — Messieurs les conditions d'obtention des prestations de maladie ont donné lieu à quelques observations de la part de votre commission.

Tout d'abord, elle estime préférable de réduire à trois jours la durée du délai de carence, c'est-à-dire du délai pendant lequel l'intéressé ne touche aucune indemnité pécuniaire.

Le Sénat a porté ce délai à cinq jours. C'est excessif. Le délai de trois jours a été adopté par la plupart des législations étrangères ; il a été proposé comme maximum pour l'assurance-maladie par la conférence internationale de Genève de juin dernier.

La France peut-elle adopter un délai de carence qui ne lui permettrait pas de signer le projet d'assurance-maladie proposé par la conférence internationale de Genève ? (*Très bien ! très bien ! à gauche et à l'extrême gauche.*)

En Alsace et Lorraine et dans toute notre législation sociale, qui finira bien par s'unifier, le délai de carence est de trois jours.

Enfin, je vous ferai observer que la Chambre — le Sénat ne s'est pas encore prononcé — dans les modifications à la loi sur les accidents du travail a totalement supprimé ce délai de carence.

Dans le même ordre d'idées, il conviendra de modifier la participation des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques fixée par le Sénat à 15 à 20 p. 100 pour les frais médicaux et à 15 p. 100 pour les frais pharmaceutiques.

Cette participation a un grave défaut, une véritable tare ; elle n'est pas proportionnée à l'indemnité journalière comme elle l'était aux termes du projet de la Chambre. Dans ces conditions, la proportion d'indemnité affectée par l'assuré à sa participation aux frais médicaux sera d'autant plus élevée que cette indemnité sera elle-même plus basse.

Ainsi, Messieurs, l'égalité rigide engendre l'iniquité. D'ailleurs, cette égalité est contraire à l'esprit de toutes nos lois qui, lorsqu'elles établissent des charges, tiennent compte des revenus. L'assurance ne serait pas sociale si ce principe était méconnu. (*Applaudissements.*)

M. André Join-Lambert. — Ne soyez pas trop sévère pour un texte que vous nous demandez de voter sans modifications.

M. le Président de la Commission. — Je m'expliquerai sur la façon dont on peut le rectifier.

M. Legué. — Tout le monde est d'avis qu'il doit être rectifié ; il sera rectifié.

M. le Président de la Commission. — Il est intéressant d'indiquer, d'ores et déjà, les rectifications qu'il sera utile d'y apporter. (*Applaudissements.*)

M. André Join-Lambert. — D'accord.

M. le Président de la Commission. — Sans doute, pour réprimer les abus, la participation de l'assuré aux frais est indispensable ; l'assuré devient ainsi, dans une certaine proportion, son propre assureur, il se trouve directement intéressé à réduire au strict nécessaire ses frais de maladie.

Toutefois, sa participation doit être assez faible pour qu'il n'hésite pas à recourir au médecin toutes les fois que cela est nécessaire, tout en étant suffisante pour l'empêcher de l'appeler hors de propos ou dans des conditions onéreuses pour la caisse.

En toute sincérité, Messieurs, l'on doit reconnaître que le projet du Sénat fixe cette contribution à un taux trop élevé, particulièrement pour les petits salariés. Ajoutée au délai de carence de cinq jours, elle est susceptible d'empêcher le père de famille, dont le salaire quotidien représente une ressource indispensable pour la nichée, de se faire soigner dès les premiers symptômes de la maladie.

Or, au point de vue de la prévention, qui est l'objet essentiel de la loi, c'est infiniment regrettable et, sur ce point encore, nous serons obligés de revenir à la doctrine de la Chambre dans un avenir prochain. (*Applaudissements.*)

Les deux Chambres ont tenu à faire bénéficier la maternité et la première enfance des allocations les plus larges. Il y va du salut du pays, de l'avenir de la race si gravement menacé par la dépopulation.

La femme a droit, pendant toute sa grossesse et les six mois qui suivent sa délivrance aux soins médicaux et pharmaceutiques. Si elle est assurée, elle a droit pendant les six semaines qui suivent à l'indemnité de chômage-maladie.

La mortalité des enfants allaités au biberon par les nourrices mercenaires est considérable. C'est une douloureuse, une honteuse hécatombe des enfants des grandes villes. Cette mortalité est presque nulle pour les enfants allaités au sein. Cette grande différence est due non seulement à ce que l'enfant nourri au sein reçoit l'alimentation la plus convenable, mais encore à ce qu'il est entouré de tous les soins indis-

pensables à sa fragile existence, et ces soins, seule la mère peut les donner.

Outre les avantages énumérés, pendant les deux premiers mois, les plus dangereux pour l'enfant, la femme reçoit une allocation mensuelle de 100 fr. qui, pendant les dix mois qui suivent, est successivement réduite à 75, 50, 25 et 15 fr.

Ainsi les mères, grâce aux assurances sociales, se trouveront dans des conditions qui leur permettront d'accomplir la plus naturelle, la plus utile, la plus sacrée de leurs fonctions, qui consiste à nourrir elles-mêmes leurs enfants.

L'attribution de ces allocations est subordonnée à l'observation par la mère des soins prescrits pour elle et pour son enfant.

Tous les puériculteurs estiment que, grâce à l'allaitement maternel généralisé, on peut sauver, chaque année, 50.000 enfants. C'est la population d'une grande ville. (*Mouvements divers.*)

M. le Président de la Commission. — Messieurs, je ne crois pas nécessaire d'insister longuement sur les raisons qui nous imposent le vote immédiat de la loi sur les assurances sociales.

La France est un des pays où la maladie fauche tous les ans le plus grand nombre d'existences. Notre mortalité est trop élevée. (*Très bien ! très bien !*)

Le 28 janvier dernier, dans une communication à l'Académie de médecine qui vient d'avoir des échos au Sénat, M. le sénateur Strauss a cité quelques chiffres impressionnants.

En dépit de l'amélioration qui apparaît dans nos dernières statistiques, nous voyons que, sur 10.000 enfants, de la naissance à un an, nous en perdons 892 — c'est-à-dire un sur onze — tandis que l'Angleterre n'en perd que 750.

Sur 10.000 enfants de 1 à 4 ans, nous en perdons 159, alors que l'Angleterre, n'en perd que 97, moins des deux tiers.

Pour 10.000 habitants, nous enregistrons 25 décès dus à la tuberculose, alors que l'Angleterre n'en a que 13, environ la moitié.

La conférence économique internationale de la Société des nations vient de publier un tableau comparatif portant sur 41 États d'Europe et d'Amérique. Ce tableau fait ressortir que, pour l'excédent des naissances sur les décès, la France occupe le dernier rang. (*Mouvements divers.*)

Si nous avions le taux de mortalité de la Norvège ou de l'Angleterre, nous économiserions tous les ans 150.000 existences, dont 50.000 seraient des existences d'enfants.

Cette mortalité excessive, humiliante pour un pays qui jouit d'un climat privilégié, dont la science médicale a toujours brillé d'un éclat incomparable, n'a pas d'autre cause — je le dis hautement — que la carence de notre législation sociale et l'insuffisance de notre organisation sanitaire. (*Applaudissements.*)

Dans tous les pays dotés de lois d'assurance, dès les premières années du fonctionnement de ces lois, on a vu la mortalité diminuer rapidement.

En Alsace et en Lorraine — je fais appel au témoignage de mes collègues — la mortalité dépasse à peine les deux tiers de notre mortalité générale.

Ces résultats ne sont pas dus seulement au fait que les malades sont soignés plus rapidement et plus complètement dès les premiers symptômes ; ils sont dus à l'organisation de la prévention...

M. Joseph Brom. — C'est exact.

M. le Président de la Commission. — ..... qui est infiniment supérieure, au point de vue social, à la thérapeutique. (*Applaudissements.*)

Les caisses d'assurances, dans leur propre intérêt, en dehors des considérations humanitaires qui, à elles seules, justifieraient tous les sacrifices, seront obligées, pour éviter des frais trop considérables, de s'attaquer aux causes des risques qu'elles couvriront et d'organiser la prévention.

Ne croyez pas, Messieurs, que ce soient là des considérations purement théoriques. Vous n'avez qu'à considérer ce qui se passe à l'étranger et dans nos départements d'Alsace et de Lorraine. Partout, les caisses d'assurance consacrent des capitaux considérables — qu'elles peuvent réunir grâce au fonctionnement des assurances sociales — à la création d'établissements de prévention, de cure et de convalescence, et à la construction d'habitations à bon marché.

M. Joseph Brom. — Et de sanatoria.

M. le Président de la Commission. — Je comprends les sanatoria dan s les établissements de prévention.

Cette réduction des risques, poursuivie et réalisée par les organismes même d'assurances, met en lumière leur haute valeur sociale.

Les organismes d'assurance prendront en mains l'éducation hygiénique de la classe laborieuse. Grâce à leur protection active de la famille, de la maternité, de la première enfance, ils contribueront à atténuer notre crise si angoissante de la natalité.

Ces considérations seules ne devraient-elles pas suffire à nous imposer le vote immédiat de la réforme ? (*Applaudissements.*)

1re *Séance du 9 mars* 1928.

M. Pierre Tattinger. — Je n'ai pas l'intention, après une discussion déjà longue, d'évoquer le problème des assurances sociales dans son ensemble. Je veux simplement attirer votre attention sur un point qui me tient à cœur, celui de l'impulsion qui peut être donnée par la loi à la lutte contre la tuberculose. Je serais, en particulier, heureux d'amener M. le ministre de l'hygiène à nous donner ici la définition que nous attendons tous de la politique qu'il entend suivre pour combattre un fléau qui, vous le savez, a en France d'inquiétantes répercussions.

Notre ami M. Grinda a cité des chiffres. A ces chiffres, je puis en ajouter un autre. Il est triste de songer qu'en France, pays de faible natalité, 80.000 personnes meurent chaque année de la tuberculose. Devant une pareille constatation on se demande si, jus-

qu'ici, nous n'avons pas failli à notre tâche et si, vraiment, nous avons bien fait notre devoir.

La question de la tuberculose m'a toujours beaucoup préoccupé parce que, comme beaucoup d'entre vous, messieurs, j'ai été gazé pendant la guerre. J'ai vu, tant dans les hôpitaux du front qu'après la démobilisation, tant de camarades disparaître. D'autres, revenus sans certificat d'origine de blessure, sans secours de l'Etat, voyaient leur mal se développer et contaminaient leur femme et leurs enfants.

Les enfants de tuberculeux ne naissent pas tuberculeux, ils le deviennent. Ces hommes, dans l'état de notre législation, n'avaient aucun appui, aucun secours, ils travaillaient jusqu'au bout, parce que,s'ils allaient se faire soigner dans un sanatorium, c'était la misère qui s'installait à leur foyer. Et ainsi, comme je viens de le dire, ils communiquaient le mal à leur famille. De là vient ce formidable déchet que l'on peut constater depuis quelques années.

L'orateur qui m'a précédé a donné à ce fléau une qualification que je trouve très juste. Il a dit : « La tuberculose est une maladie sociale. » C'est vrai, elle s'attaque rarement aux riches, aux privilégiés de la fortune ; elle s'attaque surtout aux pauvres, aux groupes humains, à ceux qui vivent dans des logis insalubres, dans des taudis, dans une promiscuité malsaine, et qui n'ont ni assez de place pour respirer, ni assez d'argent pour se soigner. La tuberculose soignée à temps est un mal que l'on peut arriver à dominer. Mais ceux qui n'ont pas le moyen de le faire sont inévitablement condamnés.

C'est pour cela qu'au moment où l'on va voter cette loi sur les assurances sociales, une grande espérance naît dans mon cœur ; en effet, cette loi créant à la fois l'assurance maladie et l'assurance invalidité, assurera aux travailleurs arrêtés par la maladie, d'une part la gratuité des soins, d'autre part la conservation d'une partie de leur salaire. Ainsi beaucoup de personnes qui, actuellement, faute d'argent et de crainte de perdre leur gagne-pain, continuent de travailler, quoique malades, pourront désormais s'arrêter à temps et se soigner. C'est dire que des milliers d'hommes , de femmes, de jeunes gens qui, aujourd'hui, quoique portant les premiers symptômes de la tuberculose, continuent de fréquenter l'atelier ou l'usine, iront demain frapper à la porte du médecin et lui demanderont un certificat de maladie et un titre d'admission à l'hôpital.

Résultat heureux à coup sûr, et dont bénéficiera largement l'hygiène nationale, mais résultat dont il faut dès aujourd'hui prévoir les conséquences.

Etant donné le grand nombre de demandes qu'on peut prévoir, sommes-nous outillés pour y satisfaire?

Notre organisation sanitaire est-elle suffisante pour recevoir et isoler nos tuberculeux ?

M. Merma, secrétaire de la fédération ouvrière des services de santé, répond : notre service hospitalier est insuffisant, même pour les besoins actuels de notre hygiène sociale. Que sera-ce quand la loi nouvelle aura donné à tous ces malades l'envie et le moyen de se soigner ?

Allons plus loin : soigner ces individus atteints de tuberculose déclarée, c'est bien, c'est enrayer le progrès du mal, ce n'est pas le faire reculer. La thérapeutique de la tuberculose n'est efficace que dans la mesure où elle est préventive. (*Très bien ! très bien !*)

Je recevais hier une lettre d'un pauvre homme qui demeure dans le douzième arrondissement. C'est un ancien gazé de la guerre, devenu tuberculeux. Il est père de 11 enfants, et il me dit : « La société devrait m'aider à sauver mes enfants si elle ne peut pas m'aider à me sauver moi-êmême. »

Je voudrais que M. le ministre de l'hygiène vienne, à cette tribune, nous exposer la façon dont il entend se servir de la loi sur les assurances sociales pour répondre efficacement à de pareils appels.

La thérapeutique de la tuberculose, avons-nous dit, est surtout une thérapeutique préventive. Comment combattre préventivement la tuberculose? Il faut pouvoir traiter le malade dès les premières menaces de la maladie, l'éloigner de l'atelier où il répand les mauvais germes, l'arracher à son logement malsain et sans air, le conduire à la campagne ou à la montagne. (*Très bien ! très bien !*)

Oh ! je sais, c'est un vaste problème. Il importe aussi d'appuyer la lutte antituberculeuse par une politique de l'habitation. Mais il y a une partie matérielle sur laquelle je veux attirer l'attention de M. le ministre de l'hygiène.

La participation de l'Etat est nécessaire. Il faut qu'il donne les crédits nécessaires pour la construction des preventoria, des sanatoria. C'est du capital humain que vous sauverez ainsi.

Il y a deux catégories de dépenses, des dépenses contre lesquelles nous devons tous nous élever parce qu'elles ne servent à rien et des dépenses productives que tous les députés, sans distinction de parti, devraient se faire un honneur de voter chaque fois qu'un Gouvernement les propose.

Il y a là quelque chose à faire : installations insuffisantes, donc nécessité d'arriver dans un délai, le plus rapide possible, à les créer.

Je serais heureux qu'un projet concernant la lutte antituberculeuse et déposé par M. le ministre de l'hygiène fût annexé par la suite au projet de loi sur l'assurance-maladie.

Les caisses d'assurance-maladie, d'assurance-invalidité devraient, en attendant cette disposition, s'attacher à mener la lutte préventive contre la tuberculose. C'est ce qui se passe déjà en Alsace et en Lorraine. Je voudrais le voir faire en France.

Il y a des exemples qu'il est bon d'aller chercher à l'étranger. Aux Etats-Unis, pays qui n'a pas de loi sur les assurances sociales, mais où l'esprit de prévoyance des citoyens, le désir de s'assurer est excessivement développé, les citoyens américains sont assurés à une, même à deux ou trois compagnies d'assurances.

En 1916, l'une de ces compagnies trouva que la tu-

berculose lui coûtait trop cher. Elle s'adressa à une association de lutte contre la tuberculose, la subventionnant largement. Une ville fut choisie comme terrain d'expérience, tous les moyens de propagande et de lutte furent utilisés. Au bout de quatre ans, des résultats remarquables étaient enregistrés. Alors qu'au début 42 p. 100 des malades étaient atteints de tuberculose, la proportion était descendue à 17 p. 100. La répercussion sur la mortalité fut impressionnante. De 121 décès pour 10.000 habitants, elle descendit à 40 pour l'année 1921, c'est-à-dire qu'il avait été possible d'éviter 2 décès sur 3 ! (*Mouvements divers.*)

Il y a des exemples qui méritent d'être enregistrés. Nos collègues d'Alsace et de Lorraine pourraient nous dire ce qui, au point de vue pratique, a déjà été réalisé là-bas par leur grande association contre la tuberculose, qui est subventionnée par les caisses d'assurance-maladie.

Eh bien, à Saales, à Aubure, à Charleville, près Boulay, à Massevaux, Labroque, etc., il a été créé des installations modèles, des installations magnifiques grâce auxquelles on préserve, tous les ans, des centaines, pour ne pas dire des milliers d'existences. (*Très bien ! très bien !*)

Ainsi, l'institution des assurances sociales en Alsace et Lorraine n'a pas craint d'entreprendre, après la thérapeutique curative, la thérapeutique préventive, et la décroissance du taux de la maladie et de la mortalité résultant de la lutte énergique contre la tuberculose est telle que les caisses d'assurances trouvent encore leur intérêt à subvenir aux frais de cette lutte.

Ce qui s'est fait dans les départements recouvrés doit être généralisé dans tout le pays.

Je fais en ce moment une sorte de voyage circulaire. Il est triste, en pareille circonstance, d'être obligé — comme je l'ai constaté à la lecture du rapport de M. Grinda et de M. Antonelli — de prendre des exemples en Allemagne, en Autriche, en Hongrie, en Italie, en Angleterre, alors que notre désir serait de donner en exemple au monde les progrès réalisés en France.

En Italie, par décret en date du 27 octobre 1927, existe l'assurance obligatoire contre la tuberculose, avec, comme corollaire, la création de 300 établissements de cure, dans lesquels le gouvernement italien n'a pas hésité à investir une somme de 450 millions de lire.

L'assurance contre la tuberculose est obligatoire pour les travailleurs des deux sexes, et on évalue à sept millions le nombre des assurés. En cas d'hospitaliation ceux-ci ont droit à une indemnité journalière de quatre et six livres, selon que leur salaire quotidien est inférieur ou supérieur à huit livres.

Je voudrais qu'en France, l'œuvre de redressement financier arrivant à se parachever, nous entrions résolument dans la voie de réalisations de ce genre.

Je ne crois pas qu'il y ait ici des ennemis du progrès social. Nous avons parfois des façons différentes d'envisager les choses ; il y a sur ces bancs des industriels qui attireront votre esprit sur certaines répercussions économiques de la loi ; d'autres qui se sont consacrés aux œuvres de mutualité, se feront les porte-paroles d'un certain état d'esprit ; d'autres, enfin, défenseurs qualifiés d'intérêts agricoles, vous apporteront certaines suggestions. Mais n'interprétez pas ces critiques comme une opposition dissimulée à la loi. Au moment du vote sur l'ensemble d es propositions gouvernementales nous réunirons la quasi-unanimité des suffrages. (*Très bien ! très bien !*)

M. Joseph Brom. — Nous demandons l'assujettissement aux assurances sociales de tous les salariés, quel que soit le montant de leur rémunération, avec assurance effective jusqu'à concurrence d'un salaire d'au moins 18.000 francs ; les salariés dont les revenus annuels dépasseraient ce chiffre seraient soumis aux obligations de la catégorie la plus élevée et bénéficieraient des prestations de cette catégorie. Nous avons été frappés, en effet, des conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de la fixation, comme le prévoit le projet, d'un maximum de salaire exclusif de l'assurance. L'existence humaine est remplie de changements, de fluctuations impossibles à prévoir. Le salarié peut devenir patron, et il faut, hélas ! prévoir également le cas où le patron devient salarié.

Cette proposition nous paraît satisfaire la justice sociale et le souci de protection des salariés plus que celle du Sénat, qui consiste à prévoir une majoration du chiffre du salaire-limite, uniquement basée sur les charges de famille.

En ce qui concerne la pension d'invalidité, nous insisterons pour que celle-ci puisse être accordée à partir de 50 p. 100 d'incapacité professionnelle, ne faisant en cela que nous inspirer de la règle appliquée en Alsace et Lorraine à l'assurance des employés.

Nous persistons à demander que la pension soit reversible sur la tête du conjoint ou des enfants. La disposition votée à ce sujet par le Sénat nous apparaît comme notoirement insuffisante.

Les prestations de l'assurance-maladie devront être améliorées, notamment en ce qui concerne le délai à partir duquel l'assuré a droit à l'indemnité pour maladie, qui, à notre avis, devrait être accordée dès le début même de la maladie, du jour où le malade ne perçoit plus son salaire.

En ce qui concerne les services de gestion, d'administration et du contentieux, nous ne voulons pas de ce système étatiste trop compliqué, qui, à notre avis, ne pourra jamais bien fonctionner ; nous désirons que ces services soient confiés aux intéressés eux-mêmes, sans restriction, sous le contrôle seulement de l'Etat, d'après le système qui a fait ses preuves en Alsace et en Lorraine, et que surtout les offices du contentieux soient distincts des tribunaux de droit commun.

Enfin, nous tenons particulièrement à la création et au développement de toutes les institutions de prévoyance, cliniques, hôpitaux, sanatoria, maisons de convalescence, habitations salubres, lutte contre

les maladies contagieuses, développement des œuvres de l'enfance, etc. Assurer les risques, c'est bien, les éviter autant que possible, maintenir la santé et la capacité de travail, c'est mieux. (*Applaudissements.*)

M. Gustave GUÉRIN. — Messieurs, je serais heureux, comme en 1924, de donner mon adhésion à un projet d'assurances sociales. J'ai le regret de déclarer que je ne puis la donner au projet qui nous revient du Sénat.

Ce projet créera une organisation centralisatrice qui amènera entre les mains de l'Etat des sommes formidables...

M. Henri LANIEL. — Ce n'est pas contestable.

M. Gustave GUÉRIN. — ... sur l'emploi desquelles il y aurait beaucoup à dire, qui serait mieux gérées par nos mutuelles locales et qui, trop souvent, seront formées de l'épargne d'hommes qui feraient mieux fructifier, dans leur intérêt propre et aussi dans l'intérêt de la collectivité, les richesses qu'ils ont su créer.

Ce projet brimera des professions libérales : on verra les médecins transformés en scribes chargés continuellement d'établir des comptes et vérifier, par exemple, s'ils ont le droit ou non de soi-gner un malade parce qu'un de leurs confrères habite un peu plus près qu'eux de ce malade.

On verra les pharmaciens menacés tous les jours dans leur situation matérielle — je crois que M. le rapporteur nous donnera, à ce sujet, des apaisements — et, en tout cas, forcés de tenir une comptabilité importante. On verra des commerçants, les cultivateurs qui, parce que, fiers de vivre libres, se sont créé une situation modeste, mais leur permettant de vivre indépendants, supporter des charges considérables par le fait de la loi actuelle.

C'est à eux, artisans, cultivateurs, commerçants, travaillant seuls, avec les membres de leur famille ou avec un seul employé que je pense en ce moment, à eux qui, par un travail acharné, incessant et par leur esprit d'économie ont créé cette épargne qui, au cours des siècles, a fait la solidité du crédit de mon pays. (*Applaudissements au centre et à droite.*)

Vers eux qui constituent une classe sociale intéressante entre toutes, que nous devons favoriser par nos lois et non détruire, le Sénat n'a pas daigné jeter un regard.

Cela, je ne peux l'admettre ; vous ne l'admettrez pas non plus, messieurs. C'est pourquoi j'espère que vus ne voudrez pas voter sans des modifications profondes le texte qui, si vous l'adoptiez tel qu'il vous est proposé, non seulement jetterait dans notre pays une perturbation profonde, mais en outre, en faisant porter sur de nombreux citoyens une charge trop lourde, amènerait certainement une aggravation très notable de la cherté de la vie. (*Applaudissements à drotite.*)

M. Henri LANIEL. — Vous êtes saisis de protestations unanimes du monde agricole. Vous savez que, pour certaines industries exportatrices, cette loi va être une loi de mort. Un grand nombre d'organisations ouvrières vous déclarent qu'elles s'opposent absolument au prélèvement de 5 p. 100 sur le salaire. A ce propos, voulez-vous, monsieur Grinda, me permmetre de répondre au principal effet oratoire de votre discours d'hier ?

Vous avez cherché à établir, entre les républicains que je me permets d'appeler les républicains raisonnables, qui critiquent votre projet, et le parti communiste, je ne sais quelle collusion.

Or, soyez certain, monsieur le président de la commission, que beaucoup 'd'ouvriers, qu'un nombre considérable d'ouvriers, qui ne sont nullement communistes, tiennent absolument à ce que leur salaire soit intangible.

Ces ouvriers, vous allez les jeter, vous, dans les bras du parti communiste, à moins que, mieux inspi rés et sachant bien qu'ils ont en nous des amis profondément dévoués, ils ne se jettent dans les nôtres, qui leur sont tout grands ouverts. (*Applaudissements à droite et au centre.*)

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Je crois que c'est vous qui allez les jeter dans les bras du parti communiste et grossir de tous les mécontents sa redoutable armée. Notre réforme est le moyen le plus efficace d'enrayer les progrès du communisme.

M. Henri LANIEL. — En prélevant 5 p. 100 sur leur salaire, qu'ils considèrent comme intangible ? Jamais ! C'est une profonde erreur.

M. Ernest LAFONT. — Au nom de l'Union nationale, ne vous disputez pas ! (*Sourires.*)

M. Henri LANIEL. — Ce sont les syndicats médicaux eux-mêmes qui vous préviennent, à l'unanimité de leurs adhérents moins une voix, qu'ils ont pris l'engagement de ne pas collaborer à l'application de cette loi telle qu'elle vous est présentée.

Hier encore, je rencontrais un éminent docteur de Paris, bactériologiste des plus distingués, qui, me parlant du projet de loi qu'il avait sérieusement examiné, me disait : « Savez-vous, monsieur le député, quels seront les principaux bénéficiaires de la loi que vous allez voter ? Ce seront les médecins marrons et les ouvriers simulateurs. » (*Applaudissements à droite et au centre.*)

En face de cet état de choses, quelques graves, pour l'avenir économique du pays, que puissent être les conséquences de la loi, quelque dépression qui puisse en résulter dans la production nationale, on vous invite à mettre les électeurs en présence du fait accompli, après une délibération de quelques heures en fin de législature.

C'est la répudiation absolue de tous les principes qui régissent le régime parlementaire.

Permettez-moi de vous dire : faites attention ! Ou bien je connais fort mal l'état d'âme du suffrage universel, avec lequel je vis cependant en rapports quotidiens depuis plus de trente ans, ou bien vous devez vous attendre à le voir juger très sévèrement ceux qui se seront refusés à lui donner la parole dans une aussi grave circonstance.

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr LENOBLE, de Brest, correspondant national de l'Académie de médecine. M. le Dr André CHAVOIX, de Bordeaux. — M. le Dr RICARDO BOTEY, oto-rhino-laryngologiste à Barcelone. — M. le Dr F. COLANERI, de Reims.

— **Ve Congrès de Thalassothérapie à Bucarest-Constanza** 21-27 *mai* 1928. — *Programme définitif et complet du voyage.* — 19 mai, départ de Paris, gare de Lyon par le Simplon-Orient-Express à 20 h. 35 (wagons-lits).

20 mai, arrivée à Vallorbe à 4 h. 05 ; départ de Vallorbe à 5 h. 28 (h. E. C.) ; arrivée Domodossola, à 9 h.22 ; départ à 9 h. 37. — Arrivée Postumis à 22 h. 44 ; départ à 23 h. 05 (repas en wagon-restaurant).

21 mai, arrivée à Jimbolia (frontière roumaine) à 17 h. 11 (h. E. O.) ; réception par les délégués roumains au Congrès ; départ de Jimbolia, à 17 h. 41 ; arrivée aux Bains d'Hercule, à 22 h. ; conduite et installation à l'hôtel (repas en wagon-restaurant).

22 mai, visite des bains, fête ethnique et militaire. Déjeûner offert par le Ministre de la Santé publique ; départ à 14 h. en excursion pour les Portes de fer du Danube ; après la visite, dîner à Séverin offert par le Comité d'organisation ; départ pour Bucarest en wagons-lits à 23 heures.

23 mai, arrivée à Bucarest à 9 h. 05 ; conduite et installation à l'hôtel ; séance d'ouverture du Congrès ; après-midi, visite de l'exposition et hommage au Soldat Inconnu roumain ; à 17 h., séance de travail ; le soir, banquet offert par la municipalité de Bucarest.

24 mai, séance de travail ; après-midi, conférences et visites des institutions roumaines ;le soir, festival en l'honneur des congressistes.

25 et 26 mai, excursion dans les Alpes de Transylvanie ; visite des grandes exploitations pétrolifères, en Morenie ; visite de l'exploitation de sel gemme, de Slanicul ; visite de la ville thermale et résidence royale d'été Sinaïa ; visite de la vallée de Prahova ; descente à Braseov et retour à Bucarest.

27 mai, départ pour Constantza à 7 h. 03 ; arrivée à Constantza à 11 h. 30 ; déjeuner à Tchirgiol ; visite de la plage ; séance du congrès et clôture ; réception à la mairie de Constantza et dîner offert par la municipalité de la ville.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Prix de thèses* (1926-1927). — MÉDAILLE D'ARGENT : MM. Arnould, Azam, Azerad, Banzet, Bariéty, Bascourret, Benda, Boyer, Bruchon, Celice, Chabrut, Christophe, Coffin, Coutelen, Derocque, de Vadder, Duhamel, Fèvre, Garcin, Mlles Gauthier-Villars, Gobert, MM. Heim de Balzac, Kourilsky, Lacome, Lamache, Lamy, Le Chaux, Declainche, Lévy, Martin, Mayer, Motz, Renault, Sureau, Thomas, Triboulet, Trocmé, Veil-Picard, Van der Horst, Weill, Hamburger, Escalier, Renard, Desgrez, Bordas, Garnier.

MÉDAILLE DE BRONZE. : MM. André, Aubry, Barret, Bidermann, Brisebois, Cannac, Cayla, Cottet, Darquier, Decourt, Descomps, Ducourtioux, Durand, Mlle Frey, MM. Gaston, Gerson, Grenaud, Guilmard, Grullon, K Jardet, alt, Kendiger, Kimpel, Laroche, Lazard, Lévy, Maduro, Nicolas, Phelipeau, Poublan, Prévost, Rétat Ricaud, Palmgren, Mlle Saint-Laurent, MM. Samsoen, Testart, Thibault, Topart, Valat, Vasseur, Carrega, Busy.

MENTIONS HONORABLES : MM. Deglaude, Obaton, Morand, Pradier, Blanche, Tissier, Baconnet, Deléage Willemin, Mlle Tisserand, MM. Bartet, Lacaisse, Huet, Ardoin, Duclos, Harburger, Blanc-Champagne, Hortopan, Guyot, Schmidt.

— **Consultations médicales en mer par T. S. F.** *Le service radio-médical belge.* — A partir de maintenant le service radio-médical belge pour navires en haute mer est assuré de telle manière que les consultations peuvent être données en français, néerlandais, anglais, allemand et espagnol. Il est assuré par l'hôpital militaire d'Anvers qui, en plus de son personnel, a acquis le concours volontaire d'un médecin polyglotte, le docteur Brees, de l'inspection maritime.

L'organisation du service radio-médical en mer a, de plus en plus retenu l'attention. C'est ainsi que la Tour Eiffel en a vulgarisé les modalités récemment. D'autre part, l'Allemagne a demandé au Gouvernement belge si l'hôpital d'Anvers répondrait à des navires allemands, et, subsidiairement, si l'allemand pourrait être utilisé. Il a été répondu affirmativement. Notons, en passant, que ni l'Allemagne, ni l'Angleterre, pas plus que le reste de l'Europe, sauf la Scandinavie, ne possédent un service radio-médical.

Citons, enfin, le *Journal of Commerce*, de Liverpool, du 20 décembre 1927 (extrait de l'article : Medical aid at Sea) :

« L'organisation en Belgique d'un service de consultations médicales par radio dans le but de faire connaître aux capitaines de navires et autres, le traitement à appliquer à des malades à bord, constitue un progrès de plus dans le développement des avantages de la T. S. F. en faveur des gens de mer.

« Un des aspects les plus intéressants de la dernière organisation est la codification des symptômes à décrire en vue d'obtenir un diagnostic rapide. La nécessité de cette méthode a déjà été mise en relief par le *Journal of Commerce*, car il est notoire qu'en maintes occasions un délai considérable s'est écoulé entre le premier appel à l'aide médicale et l'envoi du diagnostic et du traitement à appliquer, délai dû à la nécessité de demander des renseignements complémentaires. Il est intéressant de faire ressortir que les éléments indiqués comme essentiels par le *Journal of Commerce* sont repris par le radio-médical belge comme étant nécessaires pour tirer tout le parti possible de l'organisation. La grande publicité faite au nouveau service doit provoquer un usage plus efficace de la T. S. F. en vue d'un diagnostic rapide pour tous les cas de maladies en mer. »

Etant donnée l'extension que prend le service radio-médical, et d'autre part, en raison de certains aspects techniques et linguistiques, il est question de solliciter le dédoublement des formations médicales susceptibles d'être appelées.

(*Bruxelles médical.*)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

ter le corps conformément à l'article 6 du présent décret.

Art. 17. — Le corps à incinérer sera placé dans un cercueil en bois léger (peuplier, sapin, bouleau ou aulne rainé), chevillé en bois et sans clous ni vis, dont les dimensions seront au maximum : longueur 2 mètres, largeur 60 centimètres, hauteur 50 centimètres.

Art. 18. — En cas de transport du corps à incinérer, les parois intérieures de ce cercueil seront garnies de toile caoutchoutée ou de carton bitumé. En outre, ce premier cercueil sera renfermé dans un autre cercueil hermétique établi conformément à l'article 9 ou dans un cercueil en chêne de 25 millimètres avec frettes en fer et garniture étanche, selon que le transport rentrera dans les cas prévus aux articles 7 et 8 du présent décret.

Art. 19. — Après l'incinération, les cendres sont recueillies dans une urne et, selon le désir des familles, déposées dans une sépulture ou dans un colombarium.

Art. 20. — Les autorisations de transport de cendres sont délivrées dans les conditions prévues à l'article 6.

Lorsqu'un transport de cendres sera opéré, l'urne qui les renferme devra être protégée par une enveloppe en chêne ou en métal.

TITRE V

EMBAUMEMENTS.

Art. 21. — Il ne peut-être procédé aux opérations tendant à la conservation des cadavres par l'embaumement ou par tout autre moyen sans une autorisation délivrée par le maire de la commune du lieu du décès, par le préfet de police, si le décès s'est produit dans le ressort de sa préfecture.

Pour obtenir cette autorisation, il y a lieu de produire :

1° Une demande écrite du membre de la famille ou de toute autre personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;

2° Une déclaration indiquant le mode et les substances que l'on se propose d'employer, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération ;

3° Un certificat du médecin traitant affirmant que la mort est due à une cause naturelle

La décision sera prise sur le rapport d'un médecin assermenté, commis pour vérifier le décès. L'autorisation ne sera accordée que si le médecin assermenté certifie que la mort est due à une cause naturelle.

Art. 22. — Conformément à l'article 11 du décret du 14 septembre 1916, l'emploi de l'arsenic, du plomb et du mercure est interdit dans les opérations d'embaumement.

Le fonctionnaire désigné par l'article 62 de la loi du 30 mars 1902 pour assister à l'opération devra préalablement à celle-ci se faire présenter l'autorisation, puis prélèvera et mettra sous scellés deux échantillons du liquide employé pour l'embaumement.

L'un des échantillons sera laissé à la garde de

l'opérateur, et l'autre, qui sera au moins de 125 grammes, sera envoyé à la préfecture pour être soumis à l'analyse.

A la fiole contenant le liquide prélevé, il joindra une note indiquant le nom de la personne embaumée, le nom et le numéro de la rue où cette personne était domiciliée, le nom de l'embaumeur et la date du procès-verbal de l'embaumement.

Il sera dressé procès-verbal des opérations de l'embaumement et du prélèvement.

Les frais de l'analyse sont à la charge des familles et sont recouvrés dans les conditions fixées pour les vacations funéraires.

TITRE VI

Moulages et autopsies.

Art. 23. — Sauf dans le cas de l'article suivant, il est interdit de faire procéder au moulage ou à l'autopsie d'un cadavre avant qu'il ne soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration du décès à la mairie et sans avoir, au préalable, obtenu l'autorisation du maire de la commune où a eu lieu le décès ; du préfet de police, si le décès s'est produit dans le ressort de sa préfecture.

Art. 24. — Si le moulage ou l'autopsie d'un cadavre est nécessaire avant l'expiration du délai de vingt-quatre heures, la demande d'autorisation doit être accompagnée d'un certificat de médecin, légalisé, constatant que des signes de décomposition rendent l'opération nécessaire avant les délais prescrits.

Art. 25. — Les dispositions des articles 23 et 24 ne sont pas applicables aux opérations pratiquées dans les hôpitaux, ni dans les amphithéâtres de dissection légalement établis.

TITRE VII

Surveillance des opérations consécutives au décès.

Art. 26. — Les fonctionnaires désignés à cet effet par l'article 62 de la loi de finances du 30 mars 1902 assistent aux opérations consécutives aux décès dans les conditions prévues par cet article, pour assurer les mesures de police prescrites par les lois et règlements et, en particlier, les mesures de salubrité imposées par le présent décret.

Les fonctionnaires susvisés dressent des procès-verbaux des opérations auxquelles ils ont procédé et les transmettent au maire, dans le département de la Seine au préfet de police, après avoir apposé sur le cercueil, lorsqu'il est transporté hors de la commune, deux cachets de cire revêtus du sceau de la mairie, ou, dans le département de la Seine, du commissariat de police (les cimetières parisiens *extra muros* étant considérés comme situés dans Paris).

Art. 27. — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Fait à Paris, le 15 mars 1928.

23 *mars.*

Brevet d'infirmières.

Examens d'Etat d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

Par arrêtés du Ministre du Travail et de l'Hygiène :

Une session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières est ouverte à Marseille. Le même arrêté a désigné le jury de cet examen d'Etat qui aura lieu en mars 1928.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières est ouverte à Strasbourg. Le même arrêté a désigné le jury de cet examen d'Etat qui aura lieu en avril 1928.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance est ouverte à Strasbourg. Le même arrêté a désigné le jury de cet examen d'Etat qui aura lieu en avril 1928.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance est ouverte à Nantes. Le même arrêté a désigné le jury de cet examen d'Etat qui aura lieu en mai 1928.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières est ouverte à Limoges. Le même arrêté a désigné le jury de cet examen d'Etat qui aura lieu en mai 1928.

24 *mars.*

Médailles des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le médecin-major de 2e classe Amidieu, des troupes du Maroc.

25 *mars.*

Accidents du travail.

Loi du 24 mars 1928, portant relèvement des majorations de rentes accordées aux mutilés du travail par la loi du 15 juillet 1922 et les lois subséquentes.

Art. 1er. — A partir du 1er juillet 1928, les allocations temporaires prévues par les lois du 15 juillet 1922, du 30 juin 1924, du 1er juillet 1925, du 1er juillet 1926, du 15 juillet 1926 et du 15 juillet 1927 sont remplacées par les allocations suivantes :

300 fr. par an, pour une invalidité de 30 à 39 p. 100 ;

480 fr. par an, pour une invalidité de 40 à 49 p. 100 ;

720 fr. par an, pour une invalidité de 50 à 59 p. 100 ;

960 fr. par an, pour une invalidité de 60 à 69 p. 100 ;

1.200 fr. par an, pour une invalidité de 70 à 79 p. 100 ;

2.400 fr. par an, pour une invalidité de 80 à 99 p. 100 ;

3.000 fr. par an, pour une invalidité de 100 p. 100.

Art. 2. — Les mutilés du travail borgnes, ayant perdu la visibilité entière d'un œil, auront droit à l'allocation de 360 fr. par an, même si le taux de

l'invalidité qui leur est accordée est inférieur à 30 p. 100.

Art. 3. — Le montant total de la rente et de l'allocation accordée aux conjoints et aux ascendants par l'article 3 de la loi du 15 juillet 1922 ne pourra, en aucun cas, être inférieur à 900 fr. pour les veuves et les ascendants.

Art. 4. — Les maxima de 500 et 800 fr. prévus pour les orphelins par l'article 4 de la loi du 30 juin 1924, sont portés respectivement à 600 et 900 fr.

Art. 5. — Dans les trois mois de la promulgation de la présente loi, un arrêté ministériel déterminera les conditions dans lesquelles des avantages équivalents seront alloués à partir du 1er juillet 1923 aux bénéficiaires de rentes accidents servies par application du code des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

24 mars.

Enseignement de la médecine.

La chaire de clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication à l'*Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Avis de vacance d'emplois d'agrégé à la faculté de médecine de l'Université de Montpelllier.

Les emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier ci-après désignés sont déclarés vacants :

Médecine : 2.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Avis de concours pour un emploi de chef de travaux à l'école de médecine et de pharmacie de Marseille.

Un concours s'ouvrira le lundi 22 octobre 1928 à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille pour l'emploi de chef de travaux de physique générale et biologique à ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Malades payants et médecins payés

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a inscrit à l'ordre du jour de sa très prochaine session, la question des honoraires auxquels peuvent prétendre les médecins et chirurgiens d'hôpital, soignant et opérant dans leurs services des malades que l'Assistance publique fait payer.

La question est grave et complexe, parce que divers intérêts sont en présence : intérêts du corps médical, intérêts de la population peu aisée, intérêts des indigents et des nécessiteux.

Le principe de la spécialité des établissements

publics veut que les hôpitaux soient réservés aux pauvres ; mais la loi du 7 août 1851 avait déjà fait échec à ce principe, en ouvrant leur porte aux personnes étrangères à la commune où elles tombent malades qui, en la circonstance, n'ont pas des ressources suffisantes pour se procurer à leurs frais les soins que réclame leur état.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail est venue élargir la brèche en réglant l'admission des accidentés du travail d'après un tarif qui devient celui de la classe ouvrière.

La loi sur les assurances sociales va y faire entrer toutes les catégories de malades de condition moyenne.

Les hôpitaux se trouvent ainsi amenés par la législation même, à devenir industriels et commerçants, ce qui n'est point tout à fait nouveau, puisque certains exploitaient déjà des pharmacies ouvertes au public, des bains-douches, des cabinets de radiographie.

L'ancien principe cède devant un autre qui règle les régies communales ; la collectivité a le devoir, et par conséquent le droit, d'assumer la gestion économique des services indispensables à l'individu, en cas de carence de l'initiative privée. C'est ce qui justifie les créations de cliniques hospitalières à bon marché dans lesquelles les malades se placent directement, moyennant un prix concerté entre eux et les commissions administratives.

Mais les médecins qui font le service de l'hôpital gratuitement ou à peu près, vont-ils ne rien toucher pour ces malades, qui s'évadent en quelque sorte de leur clientèle privée ?

Et les chirurgiens ? Quand on entre à l'hôpital pour se faire opérer, l'établissement peut réclamer un prix d'opération en plus des frais journaliers de séjour ; ce prix sera-t-il conservé par lui intégralement, sans que les opérateurs en perçoivent même une part ?

D'un autre côté, reversera-t-on au chirurgien le prix total de l'opération ? Ce serait avantager exclusivement ce dernier, qui se borne à faire œuvre de son art, les frais généraux de local, de personnel et de fournitures étant couverts par l'établissement, c'est-à-dire par des ressources qui font partie du patrimoine sacré des pauvres?

Et puis, si on laisse se développer ces services payants sans construire en conséquence, la place manquera pour les indigents, qui seront tenus à l'écart de leur propre maison.

Mettons que tout s'arrange par un accord convenable entre les médecins de l'hôpital et les représentants de l'Assistance publique ; il restera à répondre aux revendications légitimes des médecins de l'extérieur, qui protestent déjà contre le monopole que s'arrogent les médecins d'hôpital, de traiter seuls les malades payants et d'en tirer bénéfice.

Cependant, si la clinique hospitalière était ouverte à tout médecin de l'extérieur appelé par un malade plus ou moins aisé, à quoi servirait le titre de médecin des hôpitaux, qui est aujourd'hui si recherché dans toutes les grandes villes ?

Enfin, quels que soient les médecins admis à toucher des honoraires pour soins donnés dans les hôpitaux à des malades payants, la Commission administrative de l'établissement devra-t-elle renoncer à exercer un contrôle sur leur perception ; devra-t-elle fermer les yeux, quand ils s'élèveront à des taux prohibitifs pour la catégorie la plus intéressante des hospitalisés payants, celle qui se rapproche des hospitalisés gratuits ?

Le temps n'est plus ou, à moins d'être un déclassé, l'on naissait et l'on mourait chez soi. Actuellement, la mère de famille bourgeoise est obligée d'aller accoucher à la clinique, et le petit rentier qui veut se débarrasser d'une hernie, ne saurait risquer l'opération à son domicile.

Hier, l'hôpital était un objet d'horreur et de crainte, et les pauvres eux-mêmes n'y entraient qu'à la dernière extrémité ; demain les neuf dixièmes de la population n'envisageront pas d'autre lieu de recouvrement de la santé.

Il faut qu'avant la réalisation des assurances sociales la formule soit trouvée, qui non seulement conciliera équitablement les intérêts opposés, mais surtout marquera le progrès social, en faisant de l'hôpital public, bien aménagé, la maison commune des malades et, dans une mesure à déterminer, la maison commune des médecins.

Georges Rondel,
Secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

(*La Liberté*, 20 février 1928.)

CORRESPONDANCE

Expertises.

366. — Honoraires d'expertises.

L'an passé, le Président du Tribunal civil de X., par commission rogatoire du président du tribuna civil de 1re instance de la Seine, m'a commis à l'effet d'examiner un blessé du travail, dire si l'accident a entraîné une réduction de travail, en fixer le quantum et la date de la consolidation de la blessure ; du tout, dresser rapport. Ce que j'ai fait. Quel est le tarif de cette visite et de ce rapport pour un blessé que je n'avais pas soigné ?

D'autre part, quels sont les tarifs pour 1927, pour visiter une fillette (attentat à la pudeur).

Kilomètre....	1 fr. par kilomètre parcouru ?
Visite........	15 fr. ?
Rapport.. .	Combien ?

Dr P.

Réponse.

1° En matière d'accidents du travail, il n'existe pas de tarification des honoraires d'expertise. C'est à l'expert qu'il appartient de demander les honoraires que lui paraissent justifier le temps passé et les difficultés techniques de sa mission. En pratique, il est d'usage de demander environ 100 francs pour une expertise ne présentant pas de difficultés particulières.

2° Pour une visite judiciaire effectuée en 1927, en matière criminelle, vous avez droit à un honoraire de 15 francs y compris la rédaction et le dépôt de votre rapport, plus vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. En outre, si vous avez eu à vous déplacer, à plus de 5 kilomètres de votre résidence, vous avez droit à une indemnité spéciale de 20 francs et de 30, si le déplacement a eu lieu à plus de 20 kilomètres.

Nous vous signalons qu'un décret récent vient de relever le tarif des expertises en matière criminelle.

Propharmacie.

1150. — Situation fiscale d'un propharmacien.

Je suis pro-pharmacien, et viens de faire ma déclaration de mon bénéfice médical. Les receveurs des contributions indirectes me demandent quel est mon bénéfice pharmaceutique. Suis-je obligé de leur dire exactement et ont-ils droit à une vérification de mes livres ?

Dr B.

Réponse.

La propharmacie n'est que l'accessoire de la profession principale de médecin et ne saurait conférer au médecin qui l'exerce la qualité de commerçant.

Il en résulte que le médecin propharmacien n'a pas à se faire inscrire au registre du commerce, qu'il n'est assujetti ni à la taxe sur le chiffre d'affaire, ni à l'impôt sur les bénéfices industriels ou commerciaux et qu'il n'a pas l'obligation de tenir une comptabilité régulière.

Les bénéfices qu'il retire de la vente de médicaments à ses clients doivent être déclarés par lui avec ses bénéfices purement médicaux et sont imposables au même titre.

Si vous avez compris vos bénéfices pharmaceutiques dans votre déclaration de bénéfices professionnels, faites-le savoir au contrôleur.

Dans le cas contraire, produisez une déclaration additionnelle.

Mais si le contrôleur prétend vous faire supporter, pour vos bénéfices pharmaceutiques, l'impôt sur les bénéfices commerciaux, avisez nous immédiatement et communiquez nous tout ce que vous recevrez.

Questions médico-militaires.

479. — Mise hors cadres.

Je viens vous demander s'il y a une limite d'âge fixée (48, 50 ou 55 ans) à partir de laquelle un médecin officier de réserve peut demander sa mise hors cadre ou en disponibilité et l'obtenir automatiquement sans avoir à passer devant une Commission de réforme ? Dr L.

Réponse.

Il n'existe aucune limite d'âge pour la demande de mise en disponibilité « pour infirmités temporaires » ; l'examen par des médecins militaires est indispensable (pas la Commission de réforme), — et il faut que l'officier soit reconnu incapable d'exercer ses fonctions pendant six mois au moins.

Cette situation de « non-disponibilité » ne peut se prolonger que durant trois années, au bout desquelles l'officier, encore inapte, est traduit devant un conseil d'enquête qui émet un avis au sujet de sa radiation ou de sa réintégration (article 20 de la loi du 8 janvier 1925, statut des officiers de réserve).

239. — Service de santé des troupes coloniales.

Un de mes jeunes amis veut faire de la médecine coloniale.

Existe-t-il une école spéciale, comparable à celle de Bordeaux pour la médecine navale ?

Ou bien est-ce à la fin des études ordinaires de médecine qu'on peut concourir ?

Quelles sont les formalités ?

Dr G

Réponse.

Les médecins du corps de santé des troupes coloniales se recrutent :

1° Parmi les élèves des écoles militaires du service de santé ayant obtenu à la sortie des dites écoles le diplôme de docteur en médecine ;

2° Parmi les docteurs en médecine admis à la suite d'un concours dont les conditions sont arrêtées de concert entre les ministres de la guerre et des colonies.

Les uns et les autres sont nommés aide-majors de deuxième classe. Ils suivent, pendant un an, les cours de l'école d'application (à Marseille). A la sortie de cette école, ils subissent des examens de fin d'études et prennent rang entre eux dans l'ordre de leur classement de cet examen.

Si vous désirez vous procurer le programme et les conditions d'admission soit à l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, soit à l'Ecoe du Service de santé militaire, écrivez à la Librairie Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain, Paris.

395. — Demande de pension. Preuve à fournir.

Ayant été évacué de mon régiment en 1917 pour dysenterie, à l'armée d'Orient, après 44 mois de campagne au même bataillon d'infanterie, j'ai égaré depuis longtemps mon billet d'hôpital.

Souffrant du foie depuis ce temps et voyant mon état s'aggraver, je fais une demande de constatation de maladie par le centre de réforme de ma région.

Le billet d'hôpital est-il une pièce indispensable, et dans ce cas, où puis-je demander un duplicata si comme je l'espère les archives du service de santé de l'armée d'Orient existent encore.

Ou si le billet d'hôpital n'est pas indispensable ; par quoi puis-je le remplacer.

Je suis encore en relations avec le médecin chef de régiment qui m'a évacué et qui me donnerait sans difficulté une attestation. Dr X.

Réponse.

Sous le régime de la loi du 9 janvier 1926, qui a prolongé jusqu'en fin 1928 les délais de demande de pension pour les malades de la grande guerre, le billet d'hôpital témoignant d'une évacuation des *armées*, sert de pièce d'origine.

Si vous n'êtes plus en possession de votre billet d'hôpital, donnez toutes indications utiles au centre de réforme qui se chargera d'en faire établir un duplicatum.

D'autre part, il serait bon que vous puissiez joindre au dossier une attestation de votre ancien chef de service.

311. — Cours de perfectionnement des officiers de réserve.

Je viens vous demander quelques renseignements sur les cours de perfectionnement des médecins de réserve, donnant droit à la carte de surclassement.

Je sais qu'il faut assister aux deux tiers des conférences et que les conférences ont lieu une fois par mois. On peut, je crois, obtenir des bons de réduction sur les chemins de fer au tarif militaire.

Les frais de déplacement sont-ils remboursés ? en quelle classe ? Reçoit-on une indemnité de voyage ? A qui doit-on s'adresser pour s'inscrire aux cours ? Les cours ont-ils tous lieu à Paris, pour toutes les régions ? Je suis de la 6e région.

Dr. R.

Réponse.

Nous vous adressons un bulletin, qui vous permettra de vous faire inscrire à l'Union Fédérative des médecins de réserve ; vous serez ainsi automatiquement inscrit à l'Ecole de perfectionnement.

Celle-ci est actuellement unique en France et fonctionne à Paris. Vous êtes avisé une quinzaine de jours à l'avance avant chaque conférence et, si vous désirez y assister, vous en pré-

venez aussitôt le secrétaire général de l'Union, qui remplit les formalités nécessaires afin de vous adresser en temps utile les pièces nécessaires à votre voyage au tarif militaire, dans la classe de votre choix.

Ni les frais de voyage, ni les frais de séjour ne sont remboursés.

Accidents.

1220 — Tarif applicable à un patron cultivateur assujetti volontaire à la loi accidents.

J'ai donné mes soins pour une fracture de jambe à un riche cultivateur possédant auto et maison de rapport qui refuse de me payer sous prétexte qu'il est assuré contre les accidents et qu'il a fait sa déclaration à la mairie pour profiter des avantages de la loi des accidents du travail.

Je croyais que les accidents agricoles pouvaient être assimilés aux accidents du travail mais que cela ne concernait pas le chef d'entreprise.

Le juge de paix prétend que la loi protège même le patron s'il a fait les formalités nécessaires.

Comme mon client a changé de médecin en cours de traitement :

1° Ai-je le droit de réclamer de suite mes honoraires sans attendre le règlement de l'assurance.

2° Est-ce que je suis obligé d'appliquer le tarif des accidents du travail pour un riche propriétaire qui a des revenus bien supérieurs à ceux d'un petit chef d'entreprise ?

Dr V.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ni taxé les honoraires médicaux, Ce qu'elle a limité, c'est seulement *la part* de ces honoraires qui doit être supportée par le chef d'entreprise responsable, lorsque le blessé a choisi lui-même son médecin.

Dans tous les cas d'accidents du travail, le médecin reste libre de considérer le blessé comme un client de droit commun et de se faire payer par lui, sauf à lui remettre un reçu des honoraires pour lui permettre d'exercer tout recours utile dans la limite de ses droits.

Ces principes sont indiscutables et se trouvent sanctionnés par la jurisprudence et même par un projet de loi qui a précisément pour but d'interdire au médecin l'action de droit commun contre le blessé.

Il n'y a qu'une difficulté apparente lorsqu'au lieu d'un ouvrier il s'agit d'un patron agriculteur assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail. Sans doute, il réunit en lui-même la double qualité de bénéficiaire de la loi et de patron responsable, mais comme le médecin a toujours le droit d'exercer contre le blessé son recours de droit commun, rien ne l'empêche d'agir de même à l'égard d'un patron agriculteur.

A noter d'ailleurs que le tarif des accidents du travail n'a pas à être appliqué lorsque c'est le patron qui a choisi le médecin. Dans ce cas, le médecin peut se faire payer par le patron suivant son tarif ordinaire.

Nous vous conseillons donc d'exiger de votre client le paiement de vos honoraires sur la base de votre tarif de clientèle courante. Il lui appartiendra ensuite de se faire rembourser par son assurance dans la limite de ses droits.

Il est à regretter que vous ne fassiez pas partie du « Sou médical », car l'appui de la ligue vous aurait sans doute été accordé pour porter cette affaire en justice.

1116. — Honoraires de contre-visite d'un accidenté du travail.

Une compagnie d'assurances m'a demandé de contre-visiter un de ses assurés blessé dans un accident du travail. La cause de cette contre-visite est une divergence de vues entre le médecin traitant et le chirurgien.

J'ai donc visité le blessé et fait mon rapport.

Mais je suis embarrassé pour établir ma note d'honoraires. Faut-il appliquer le tarif ordinaire de clientèle ? ou le tarif des accidents du travail ?

Dans ce dernier cas comment compter ?

1° Examen du blessé : 12 fr. ou bien :

par assimilation avec « visite avec un confrère » : 36 fr.

2° Rapport : assimilation avec « certificat détaillé demandé en cours de traitement » : 10 fr.

3° kilométrage, 11 kil. : 16 fr. 50. Dr F.

Réponse.

Le tarif des accidents du travail ne concerne que la part des honoraires du médecin traitant, choisi par le blessé, mise par la loi à la charge du patron. Il ne saurait s'appliquer en aucune façon aux honoraires du médecin contre-visiteur représentant l'assurance.

Par conséquent, vous pouvez vous faire honorer par la Compagnie qui vous a commis, sans avoir à tenir compte du tarif Fallières.

En fait, vous pouvez demander de 40 à 50 francs pour votre visite et la rédaction de votre rapport, plus vos frais de déplacement.

Fiscalité.

616. — L'indemnité versée au décès d'un membre de la Confraternelle des médecins français *ne doit pas* être comprise dans l'actif successoral.

« Depuis la publication de notre réponse à la question n° 616, concernant l'indemnité que la Confraternelle des Médecins français verse au décès de ses membres, nous avons appris que l'Etat accepterait de considérer, eu égard à la situation sociale des médecins, comme un simple secours et non comme une assurance l'aide pécuniaire que cette Société apporte à la Famille de ses membres défunts. »

Cinquantième année N° 16 15 Avril 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 178. — Rég. Nord. Grande ville après décès client. chirurgic. et médic. avec clinique. Recettes moyennes 127.000 fr. suscept. d'augment. Belle maison avec tout confort. Loyer, prix, et comptant à débattre.

N° 179. — A céder bon prix fauteuil n'ayant pas serv. avec tablet. pupitre, pour coxalgie gauche. Visible à Paris, Usine Vincent, 24, rue de Montsouris.

N° 180. — Enfants infirmes paralysés, épileptiques, arriérés. Méthode spéc. Résult. très intér. Pension médic., vie de famille. Condit. spéc. aux confr. Dr Gaston, La Petite Afrique, 104, route Nationale à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

N° 181. — Centre, très bon poste médic. dans banlieue grande ville universitaire. Rapp. 100.000, on peut quintupler chiffre pharmac. actuel. 6.000. Indemn. 60.000.

N° 182. — Anc. interne hôpit. Paris, très au courant client. remplacer. confr. en vue success. poste import. et sérieux, Centre préférence. Ecr. Brehm, 5, rue Civiale Paris (4e).

N° 183. — Bonne situat. à Paris de directrice clinique école infirmières offerte à doctores. franç., diplôme d'Etat, ayant qualités requises de direction, enseignement et professionnelles. Service tous les jours (dim. except.) de 14 à 18 h. 1/2. Envoyer curricul. vitæ et timbre pour convoc. Urgent.

N° 184. — Docteur recommande excell. sage-femme connaiss. salle d'opér. désirant trouver place dans clinique chirurgic. ou maternité.

N° 185. — A céder : 1° Paris, excel. quart., cab. de méd. générale, rapp. annuel 72.000 envir., en augment., appart. 5 p. et salle bains. Indemn. 65.000 dont 50.000 compt.

2° Côte d'Azur, anc. client. stable en ville, rapp. tout ché 65.000, appart. 6 p. salle bains, loyer 3.000, à céder avec mobilier, 60.000 dont 40.000 compt. Urgent.

3° Centre, jolie résid. bon poste actif, aff. 75.000, méd. du ch. de fer, gr. maison avec électr. Cause fatigue, 20.000 compt.

4° Sud-Ouest, gr. ville littoral, client. de 20 ans, rapp. 60.000 prouvés, belle maison moderne, présentation. Indemn. 35.000 dont 20.000 compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Mariage**. — Le mardi 3 avril 1928, a eu lieu, dans la plus tricte intimité, le mariage de Mlle Daisy Machtou, fille de Madame et du docteur Maurice Machtou, de Paris, avec M. Etienne Feuchtwanger.

— **Académie de médecine**. *Elections*. — Sont élus correspondants étrangers dans la 4e division (*sciences biologiques, chimiques et naturelles*) : MM. Johansson (de Stockholm) et Nutall (de Cambridge).

— **Hôpitaux de Paris**. *Concours de médecin des hôpitaux*. Admissibilité. — Sont déclarés admissibles: MM. Decourt, 72 1/2 ; Coste, 71 1/2; Mme B. Fontaine, 71 ; MM. Levêque, 70 1/2 ; Pichon, 70 1/2 ; Janet, 70 ; Pollet, 70 ; Debray, 69 ; Bariéty, 69 ; Hillemand, 68 ; Lelong, 67 1/2 ; Clément, 67.

— **Faculté de Paris**. *Adjuvat et protectorat*. — Des concours pour cinq places d'aide d'anatomie et deux places de prosecteur s'ouvriront le 14 mai et le 15 mai à la Faculté de médecine de Paris.

— **Faculté de Paris**. *Leçons sur le diabète*. — M. le professeur Rathery fera le dimanche à 10 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu, du 22 avril au 1er juillet, huit leçons sur le diabète.

— **Hôpital des Enfants-Malades**. *Leçons sur la diphtérie*. — M. Lereboullet, agrégé, commencera

le 16 avril un cours sur la diphtérie, d'une durée de dix jours, à l'hôpital des Enfants-Malades.

— **Institut médico-légal.** — M. Kohn-Abrest commencera son cours de chimie toxicologique, destiné aux élèves de l'Institut médico-légal, candidats au diplôme de médecin légiste de l'Université de Paris, le mardi 17 avril, à 15 h., au laboratoire de toxicologie, 2, place Mazas.

— **V. E. M. d'étudiants.** — Un voyage d'études aux eaux minérales, réservé aux étudiants de 5[e] année ayant subi leur examen de thérapeutique, sera organisé par M. Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique à la Faculté de Paris, pendant les vacances de la Pentecôte (28-29-30 mai), dans la région du Bourbonnais. Cotisation de 250 fr. maximum. Inscription auprès de M. Deval, laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 15 mai.

— **Paris.** *Médecins inspecteurs des écoles.* — Le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi au Bureau du Comité du budget d'une proposition de MM. Robert Bos et André Guyot, tendant à porter à 6.000 fr. le traitement des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité). *Cours de radiologie de l'appareil respiratoire.* — Rappelons que ce cours, dont nous avons publié le programme complet, sera donné du 23 au 28 avril 1928.

— **Dispensaires anti-syphilitiques.** *Concours de médecin adjoint.* — Un concours pour la nomination à huit places de médecin adjoint de dispensaire antisyphilitique sera ouvert à l'hôpital Saint-Louis, le 6 juin. Inscription du 12 mai au 19 mai, au siège de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris, VII[e]. Nous donnerons dans un prochain reportage des renseignements complémentaires sur ce concours.

— **Belgique.** *Bruxelles.* — Le collège des médecins de Bruxelles étudie l'élaboration d'un service médical dominical destiné à assurer les dimanches et jours fériés, les soins médicaux d'urgence. Des services de ce genre commencent à fonctionner dans divers quartiers de Paris, par simple entente entre praticiens d'un même quartier.

— **Angleterre.** *Conférence des maladies rhumatismales.* — Les 11 et 12 mai prochain, se tiendra en Angleterre, à la station de Bath, une conférence ayant pour objet l'étude des maladies rhumatismales, conférence qui sera présidée par Sir George Newman, directeur médical au ministère de l'hygiène.

Des conditions spéciales seront faites par les hôteliers de Bath aux membres de la Conférence qui pourront jouir aussi de tarifs réduits sur les chemins de fer.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire de la conférence, M. John Hatton, The Pump Room, Bath Enlgand.

— **Russie** (U. R. S. S.). — 356 médecins de Moscou, ayant refusé d'aller exercer en province, viennent d'être rayés des listes de la Bourse du Travail. Cette mesure leur retire le droit d'exercer à Moscou et ils ne jouiront plus des avantages accordés à la profession médicale. (*Journal.*)

— **Circuits Corses Cirnéa en torpédo** : La Cie Cirnéa, 5, quai Rauba-Capeu, à Nice, enverra volontiers à nos membres les programmes de ses Circuits dans l'Ile : une réduction de 10 % leur sera consentie sur les prix indiqués.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 *mars.*

Hôpitaux.

Décret du 21 mars 1928 modifiant le décret du 2 août 1922 portant répartition des frais d'hospitalisation des indigents en Algérie.

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 2 août 1922, susvisé, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans toutes les formations hospitalières de l'Algérie, la moitié des frais d'hospitalisation des indigents malades est à la charge de la colonie, l'autre moitié de la dépense étant supportée par la commune du domicile de secours si les hospitalisés en ont un, ou par la colonie dans le cas contraire. »

Art. 2. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de l'Algérie, et dont l'effet partira du 1er janvier 1928.

Hygiène publique.

M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le Pr Guignard, décédé.

30 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 10 mars 1928 complétant l'article 20 du décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études et des examens en vue du doctorat en médecine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février 1880, 18 mars 1880 et 10 juillet 1896 ;

Vu les décrets des 21 juillet 1897 et 31 juillet 1920 ;

Vu le décret du 10 septembre 1924, portant réorganisation des études et des examens en vue du doctorat en médecine ;

Le conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

UNE FORMULE HEUREUSE

Les pneus des grandes marques généralement adoptées par les automobilistes coûtent relativement cher ; les pneus d'occasion sont meilleur marché, mais comportent des aléas.

Les Établissements AUTO-ACCESSOIRES ont trouvé la formule heureuse du juste milieu : ils se sont assuré la représentation générale d'un nouveau pneu, le REX-CORD.

Ce pneu REX-CORD n'a pas la prétention d'être une innovation, tout au moins en ce qui concerne sa fabrication ; il a les mêmes caractéristiques, dimensions, poids, présentation que les pneus des marques les plus réputées, mais il est vendu à des prix très inférieurs à ceux couramment pratiqués.

Cependant chaque REX-CORD est livré avec fiche de garantie pour 10.000 kilomètres minimum.

Une qualité que l'on dit parfaite, une garantie formelle, voilà de quoi intéresser les automobilistes.

Tous renseignements et tarifs gratuits sur demande adressée aux Ets AUTO-ACESSOIRES, 32, rue Parmentier, à NEUILLY-SUR-SEINE ou aux Magasins de Vente, 66, avenue de la Grande-Armée, à Paris.

Décrète :

Art. 1er. — L'article 20 du décret du 10 septembre 1924 est complété comme suit :

Art. 20, § 1er. — Sans changement.

§ 2. — Sans changement.

§ 3. — Sans changement.

§ 4. — Pourront également, à titre exceptionnel, faire partie des jurys les chefs de travaux titulaires. Ils seront désignés annuellement par le ministre sur proposition de l'assemblée de la faculté.

Art. 2. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'application du présent décret.

31 *mars*.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rennes sera vacant à dater du 15 avril, par suite de la mise à la retraite de M. le Dr Sizaret.

1er *avril*.

Assistance publique.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Médaille de bronze : M. le Dr Libert, 118, boulevard Raspail, à Paris ; M. le Dr Rose, à Senones (Vosges).

Médaille d'argent : M. le Dr Robert, à Versailles.

3 *avril*.

Preuve testimoniale.

Loi du 1er *avril* 1928, *modifiant les articles* 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1923, 1924, 1950 *et* 2074 *du Code civil.*

Art. 1er. — Les articles 1341, 1342, 1343, 1344 et 1345 du Code civil sont ainsi modifiés :

Art. 1341. — Il doit être passé acte devant notaires ou sous signatures privées de toutes choses excédant la somme ou la valeur de cinq cents francs (1), même pour dépôts volontaires, et il n'est reçu aucune preuve par témoins contre et outre le contenu aux actes, ni sur ce qui serait allégué avoir été dit avant, lors ou depuis les actes, encore qu'il s'agisse d'une somme ou valeur moindre de cinq cents francs.

Le tout sans préjudice de ce qui est prescrit dans les lois relatives au commerce.

Art. 1342. — La règle ci-dessus s'applique au cas où l'action contient, outre la demande du capital, une demande d'intérêts qui, réunis au capital, excèdent la somme de 500 fr.

Art. 1343. — Celui qui a formé une demande excédant 500 fr. ne peut plus être admis à la preuve testimoniale, même en restreignant sa demande primitive.

Art. 1344. — La preuve testimoniale, sur la demande d'une somme même moindre de 500 fr. ne peut être admise lorsque cette somme est déclarée

(1) Antérieurement, 150 francs.

être le restant où faire partie d'une créance plus forte qui n'est point prouvée par écrit.

Art. 1345. — Si, dans la même instance, une partie fait plusieurs demandes, dont il n'y ait point de titre par écrit, et que, jointes ensemble, elles excèdent la somme de 500 fr., la preuve par témoins n'en peut être admise, encore que la partie allègue que ces créances proviennent de différentes causes, et qu'elles se soient formées de différents temps, si ce n'était que ces droits procédassent par succession, donation ou autrement, de personnes différentes.

Art. 2. — Les articles 1923, 1924 du code civil sont ainsi modifiés :

Art. 1923. — Le dépôt volontaire doit être prouvé par écrit. La preuve testimoniale n'en est point reçue pour valeur excédant 500 fr.

Art. 1924. — Lorsque le dépôt, étant au-dessus de 500 fr., n'est point prouvé par écrit, celui qui est attaqué comme dépositaire, en est cru sur sa déclaration, soit pour le fait même du dépôt, soit pour la chose qui en faisait l'objet, soit pour le fait de sa restitution.

Art. 3. — L'article 1950 du Code civil est ainsi modifié :

Art. 1950. — La preuve par témoins peut être reçue pour le dépôt nécessaire, même quand il s'agit d'une valeur au-dessus de 500 fr.

Art. 4. — L'article 2074 du Code civil est ainsi modifié.

Art. 2074. — Ce privilège n'a lieu qu'autant qu'il y a un acte public ou sous seing privé, dûment enregistré, contenant la déclaration de la somme due ainsi que l'espèce et la nature des choses remises en gage, ou un état annexé de leurs qualité, poids et mesures.

La rédaction de l'acte par écrit et son enregistrement ne sont néanmoins prescrits qu'en matière excédant la valeur de 500 fr.

Maladies professionnelles.

Commission supérieure des maladies professionnelles.

Par décret en date du 29 mars 1928, ont été maintenus membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre ans : MM. Lacroix, conseiller d'Etat ; Leclerc de Bulligny, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; le Dr Got, directeur de la société mutuelle d'assurances la Mutualité industrielle ; Delmas, directeur de la compagnie d'assurances la Préservatrice.

Par arrêté du 30 mars 1928, sont spécialement adjoints à la Commission supérieure des maladies professionnelles en vue de l'extension de la loi du 25 octobre 1919 aux maladies causées par le radium et autres substances radioactives et dans les termes de l'article 10 : MM. Pilon et Albert Buisson ; MM. Vaillant et Becquerel.

Union Radiophonique des Sociétés d'Auteurs (U.R.S.A.).

(*Communiqué.*)

En vertu de ses traités avec les postes d'émission, l'U.R.S.A. (Union radiophonique des sociétés d'auteurs : secrétariat et service administratif en l'Hôtel de la Société des auteurs et compositeurs dramatiques, 12, rue Henner, Paris, 9e) organise la perception d'un droit sur tous les articles de journaux ou revues dont il est donné lecture intégrale ou fragmentaire par T.S.F., quand ils n'ont pas le caractère d'informations anonymes. Cette perception est attribuée par l'U.R.S.A. à la Société des gens de lettres. Tous les journalistes, de Paris, des départements, des colonies ou des pays de langue française ont donc le plus grand intérêt, pour participer à la répartition, à donner leur adhésion à la Société des gens de lettres. (S'adresser au Délégué général du Comité, 10, Cité Rougemont, Paris, 9e, Provence 24-66).

Nous rappelons que la perception radiophonique sur les manifestations oratoires (leçons, conférences, discours, sermons, etc.) est attribuée par l'U.R.S.A. à la Société des orateurs et conférenciers (s'adresser au Secrétaire général, 12, rue Henner, Paris, 9e. Trudaine 76-90). La *Confédération nationale des Radio Clubs* présidée par le Dr Foveau de Courmelles, demande aussi la liberté contrôlée et la pensée rétribuée et combat le monopole par l'Etat de la T.S.F. Le médecin qui parle pour combattre les fléaux sociaux ne rend-il pas un grand service méritant rémunération ?

Les Journées Médicales Bruxelloises de 1928

Sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine et la présidence de M. le professeur Auguste Slosse.

(*Bruxelles*, 21, 22, 23, 24 *et* 25 *avril* 1928, *Palais du Cinquantenaire*).

Du « *Bruxelles Médical* » :

La huitième session des Journées Médicales de Bruxelles s'annonce comme un nouveau et grand succès. Le nombre d'inscriptions reçues à ce jour dépasse de loin celui des autres années. Le programme, enfin, dont nous donnons encore un résumé, semble répondre de façon parfaite à la conception pratique d'enseignement post-universitaire qu'a voulu le Comité lorsque, en 1921, il créait la formule nouvelle des Journées Médicales. La réalisation de ce programme, qui envisage toutes les questions à l'ordre du jour en médecine, en chirurgie et dans les différentes spécialités, nous la devons à la collaboration de nombreux savants étrangers, qui ont répondu d'enthousiasme à notre appel, à celle

aussi, précieuse et dévouée, du corps professoral de nos Facultés belges, des chefs de service des hôpitaux et des cliniques de la capitale, de leurs adjoints et assistants, du corps professoral de l'Université de Gand, enfin, qui a réalisé, au point de vue scientifique, un programme qu'on pourra apprécier le mercredi 25 avril, lors de la visite que nous ferons à Gand et qui promet d'être inoubliable.

Le programme, enfin, se complètera de ceux qu'ont établis les différentes sociétés savantes qui ont voulu tenir des séances publiques ou qui ont organisé des Journées pendant la durée de notre session : La Société Belge d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose, la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, l'Association Générale des Dentistes de Belgique et la Ligue Belge contre le Rhumatisme.

Parmi les conférences et communications qui sont annoncées, rappelons celles de MM. :

Eugène Gley (Paris) : Relation entre les diverses activités des organes pluriglandulaires.

Egas Moniz (Lisbonne) : L'encéphalographie artérielle.

Mario Donati (Turin) : Technique et résultats de l'exérèse iléo-cæcocolique dans certaines affections du côlon droit.

L. M. Pautrier (Strasbourg) : Quelques aspects de la question du cancer épithélial.

Emile Bardier (Toulouse) : Syncopes cardiaques et adrénaline.

Gotthard Soderbergh (Göteborg, Suède) : Recherches sur la neurologie de la paroi abdominale.

Manuel Bastos y Ansart (Madrid) : La chirurgie réparatrice des grands estropiés.

Jean van der Hoeve (Leiden) : Affections de l'œil dans la maladie de Bourneville et quelques considérations sur l'ophtalmologie en médecine générale.

Cesare Serono (Rome) : Sur le métabolisme des hydrates de carbone et ses rapports avec la pathologie clinique.

Antonio Damas Mora (Angola): L'assistance médicale indigène.

Rappin (Nantes) : Pouvoir immunisant de la tuberculine sensibilisée.

Gustavo Sanvenero-Rosselli (Gênes) : Méthodes et résultats de la chirurgie plastique de la face.

Maurice Descarpentries (Roubaix) : Considérations sur l'hémolysothérapie.

Noël Fiessinger (Paris) : La fonction chromagogue du foie en pathologie.

Mathieu-Pierre Weil (Paris) : Le rhumatisme de la ménopause.

Edmond Doumer (Lille) : Les formes cliniques de l'hypertension artérielle et leur pronostic.

Paul Desrousseaux (Roubaix) : L'assurance-maladie : à quelles conditions le corps médical peut-il y collaborer ?

V. Demole (Bâle) : Thyroxine synthétique naturelle et substances apparentées.

Et parmi les Belges :

Pierre Nolf (Liège) : Le système nerveux entérique.

Fernand d'Hollander (Louvain) : Sur les fonctions des couches optiques.

Jules Duesberg (Liège) : L'hérédité mendélienne : facteurs léthals et pathologie humaine.

Albert-P. Dustin (Bruxelles) : Comment les radiations agissent-elles sur les cellules cancéreuses.

Ernest Renaux (Bruxelles) : Le problème de l'immunité locale.

Isidore Gunzburg (Anvers) : Les atrophies musculaires particulièrement d'origine articulaire.

V. Possemiers (Anvers) : Le soignage à domicile des débiles congénitaux.

Beaucoup d'autres encore, que nous ne pouvons citer toutes, parmi lesquelles : MM. *Henry Coppez* (Nouveaux traitements médicaux et chirurgicaux du glaucome) ; *Paul Hermans* (Les infections de la prostate) ; *Maurice Cerf* (Etude de l'activité fonctionnelle du foie par l'injection de Rose Bengale) ; *F. Watry* (Les malformations dento-maxillo-faciales chez les enfants débiles) ; *Albert Govaers* (L'obésité et son traitement) ; *Bodart* (Les plus récentes applications des courants de haute fréquence en clientèle); *Hannaert* (Quelques applications thérapeutiques de l'insuline dans les affections non diabétiques) ; *Imianitoff* (Le traitement des paralysies intestinales post-opératoires) ; *Bigwood* (Les sucres normaux du sang et de l'urine) ; *Cohen* (De l'utilité du radiodiagnostic dans la tuberculose de la première enfance) ; *Max Cheval* (Démonstration de la perméabilité tubaire par l'insufflation intra-utérine et l'examen du lipiodol) ; R. *Wybauw* (Pratique cardiologique) ; *J.-L. Wodon* (Idées nouvelles sur la prophylaxie et le traitement de l'éclampsie) ; *A. Ley* (Le traitement libre des malades mentaux); *Poulain* (Les soins du post-partum) ; *De Guchteneere* (Technique et démonstration de l'insufflation tubaire).

Signalons aussi que le prof. *Vandervelde* et ses collaborateurs consacreront la séance de leur service clinique à l'étude de l'hypertension : Thérapeutique de l'hypertension ; l'hypertension et les glandes endocrines ; l'hypertension et les infections intestinales ; l'hypertension et le diabète ; types cliniques d'hypertensions.

Le docteur *Robert d'Ernst* (Genève), fera une communication à la séance publique de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique.

La Société Belge d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose a inscrit à son programme, en plus de la visite des Etablissements marins (le jeudi 26 avril), quatre conférences de MM. :

Auguste Rollier (Leysin) : Le traitement hélio-alpin des tuberculoses osseuses : son importance prophylactique et sociale.

Maffei (Bruxelles) : Le traitement chirurgical et marin des tuberculoses osseuses.

Voir la suite page LV-1165

PROPOS DU JOUR

L'art et la science. Les arts et la critique médicale.

Dans l'Avant-Propos du dernier livre qu'il vient de faire paraître : *Esculape chez les artistes* (1), Cabanès examine le prétendu antagonisme de la science et de l'art. Il rappelle que Renan avait écrit : « L'avènement de la science verra la fin du règne de la beauté. » Et cependant, combien de grands savants furent des artistes et de grands artistes furent de vrais savants ! Il suffit de citer les deux plus célèbres de ces derniers : Michel-Ange et Léonard de Vinci.

Les vrais grands artistes ne méprisèrent jamais la science et, comme le dit le peintre Gérôme, que cite Cabanès : « Il ne saurait y avoir d'œuvre durable et sérieuse, si elle n'est basée sur la raison et les mathémathiques, s'il n'y a pas alliance intime entre l'art et la science. »

Mais la science ne peut exclure l'inspiration dans l'art et elle ne doit pas y tenir le premier rang. Elle « reste subordonnée à l'art, au sentiment, à l'inspiration ; la science est un moyen pour l'art. » Selon l'expression d'un médecin qui est à la fois un savant et un grand artiste, le Dr Paul Richer : La science est faite pour servir l'art.

Léonard de Vinci a bien défini les rapports de l'art et de la science, dans cette citation que nous empruntons encore au livre de Cabanès : « La science a pour office de distinguer ce qui est impossible de ce qui est possible. L'imagination livrée à elle-même s'abandonnerait à des rêves irréalisables ; la science la contient en nous enseignant ce qui ne peut pas être. Il ne suit pas de là que la science renferme le principe de l'art, mais qu'on doit étudier la science, ou avant l'art, ou en même temps, pour apprendre dans quelles limites on est contraint de se renfermer. »

Mais s'il en est ainsi, si la science joue un rôle de contrôle utile dans l'art, si elle sert de frein aux excès de l'imagination et de l'inspiration, qui, sans elle, pourraient atteindre les pires extravagances, il est logique d'admettre que la critique des œuvres d'art peut être scientifique et que, parmi les savants, les biologistes et les médecins, dont la science consiste à observer, à étudier la vie sous tous ses aspects, dans tous ses avatars, sont fondés à s'occuper de critique artistique et littéraire et à rechercher si, dans une œuvre d'art, l'artiste a su, selon l'expression de Léonard de Vinci, rester dans les limites où il est contraint de se renfermer.

Or, artistes et écrivains cherchent toujours à refuser au médecin, et en particulier au psychiâtre, le droit d'examiner leurs œuvres, à la lumière de leur science et ils s'acharnent à dénier toute valeur à leurs critiques.

Dans un intéressant article, intitulé l'*Inspiration et le sexe* (1), le Dr Paul Voivenel traite cette question qui n'a cessé de le passionner depuis vingt ans, et affirme que le problème de l'Inspiration appartient de droit au médecin. M. P. Voivenel cite toute une page du livre de Camille Mauclair sur le *Génie d'Edgard Poë*, où le distingué écrivain repousse avec dédain la prétention des psychiâtres de chercher à expliquer le mystère du génie et sa genèse physiologique. Il est vrai que Camille Mauclair base sa virulente diatribe sur les excès de certains critiques scientifiques, Moreau (de Tours), Max Nordau et Lombroso, dont les doctrines sont actuellement périmées. Ces savants et leurs émules assimilaient le génie à la folie et qualifiaient les grands artistes du titre singulièrement paradoxal de dégénérés supérieurs.

Avant Camille Mauclair, Brunetière avait aussi dénié aux savants le droit de s'occuper de critique, lui qui s'était arrogé celui, un peu ridicule, de proclamer la faillite de la science qui était pour lui tout à fait une inconnue.

Les théories de Moreau (de Tours), de Max Nordau et de Lombroso n'étaient pas cependant nouvelles. Le mot μανια en grec désignait à la fois l'inspiration et le délire. Le poète vraiment inspiré s'appelait en latin *vates* du même nom que l'illuminé, le prophète, le qualificatif de *poeta* étant plus général et réservé à tous les versificateurs. Aristote, dans les *Problemata*, assimile l'inspiration poétique et même philosophique à la folie : « Les hommes illustres dans la poésie et dans les arts, dit-il, ont été souvent des

CABANÈS. — *Esculape chez les artistes.* (Paris, libr. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 1928.)

(1) *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, février 1928.

fous, des mélancoliques et des misanthropes. On a pu constater une telle disposition chez Socrate, Platon et d'autres, surtout parmi les poètes » (1).

Un vieil adage latin disait : *Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiæ*, et Boerhaave le traduisait à son tour, en disant : *Et aliquid delirii in omni magno ingenio.* Montaigne, puis Pascal dont le génie, à la fin de sa vie, confina à la folie, affirmaient qu'une trop grande élévation d'esprit voisinait avec les troubles mentaux. « Il n'y a qu'un demi-tour de cheville, affirmait Montaigne, pour passer de l'un à l'autre ». « L'extrême esprit est accusé de folie, comme l'extrême défaut », disait à son tour Pascal. « Hélas ! que le génie et la folie se touchent donc de près ! », écrivait encore Diderot dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Cette brève énumération suffit à montrer que lorsqu'en 1859, Moreau, de Tours, qualifia le génie de névrose dans son ouvrage : *Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie et l'histoire*, il fut loin d'inventer une doctrine nouvelle. D'ailleurs Moreau, de Tours, donnait au mot *névrose* un sens un peu particulier: pour lui, c'était le synonyme d'exaltation intellectuelle. Après les paradoxales théories de Max Nordau et surtout de Lombroso qui allait jusqu'à faire du génie une forme de l'épilepsie, il fut de mode, par une aberration qui nous paraît aujourd'hui bizarre, de désigner sous le nom de dégénérés supérieurs les hommes de talent et de génie. Comme si Morel, en précisant chez les aliénés, les imbéciles et les idiots, les stigmates de la dégénérescence, avait voulu appliquer ce terme à l'idée opposée à une déchéance. Grasset fit remarquer avec raison qu'il était vraiment singulier de considérer la supériorité exceptionnelle d'une fonction comme une manifestation morbide ; de même nous trouverions tout à fait excessif d'établir une similitude entre les mouvements puissants et coordonnés d'un athlète et les convulsions d'un épileptique. Mais le fait que des esprits distingués aient songé depuis l'antiquité à rapprocher le génie, l'inspiration poétique et artistique du déséquilibre mental et de la folie, montre combien il est légitime au médecin et surtout au psychiâtre de soumettre à l'épreuve de leurs méthodes scientifiques les productions des poètes et des artistes.

(1) Consulter à ce sujet l'important ouvrage des docteurs Antheaume et Dromard: *Poésie et Folie.* (O. Doin, édit., 1908.)

Comme l'a fort bien dit Maurice de Fleury, dans son *Introduction à la médecine de l'esprit*, la critique médicale des œuvres de l'esprit a pour but de « discerner, dans ces œuvres, l'avortement morbide de la saine création et de savoir à quoi s'en tenir sur l'état cérébral de celui qui les a écrites. »

Est-ce à dire pour cela que la science doit dominer l'art ou même, comme le prévoyait à tort Renan, soit destinée à le faire disparaître ? Non, la science et l'art sont deux manifestations de l'esprit tout à fait différentes.

« Plus la science avance, a dit Claude Bernard (1), plus elle prend la forme impersonnelle et se détache du passé... Pour les arts, les lettres, la personnalité domine tout. Il s'agit là d'une création spontanée de l'esprit, et cela n'a plus rien de commun avec la constatation des phénomènes naturels dans lesquels notre esprit ne doit rien créer. Le passé conserve toute sa valeur dans ces créations des arts et des lettres ; chaque individualité reste immuable dans le temps et ne peut se confondre avec les autres. Un poète contemporain a caractérisé ce sentiment de la personnalité de l'art et de l'impersonnalité de la science par ces mots : l'art, c'est *moi* ; la science, c'est *nous.* »

J. Noir.

(1) Cl. Bernard. — *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* : Du raisonnement expérimental. De l'idée *a priori* et du doute.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

COMMENT TRAITER LE CANCER DE LA LANGUE [1]

Par le docteur G. JEANNENEY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint au centre du Cancer de Bordeaux.

Le cancer de la langue est une affection grave : tout cancer de la langue, ulcéré, meurt dans l'année, disent les classiques.

Prophylaxie.

Réaliser la prophylaxie du cancer lingual, c'est conseiller une correcte hygiène de la bouche, l'abstention d'irritants, la mise en état des dents, le traitement régulier de la syphilis. Lorsqu'un malade présente une plaque de leucoplasie ou une ulcération pré-cancéreuse, il faut poursuivre cette prophylaxie avec une règle plus sévère encore ; supprimer tabac et alcool ; traiter la syphilis et, si la plaque est limitée, l'extirper ; si elle est étendue, la traiter par l'application de radium.

Il importe donc de savoir reconnaître ces plaques de leucoplasie, blanches, nacrées, siégeant sur la face dorsale de la langue et différentes du lichen plan en particulier.

Diagnostic.

Il importe aussi de dépister le cancer dès son début. Toute ulcération linguale attribuée à une dent cariée qui ne diminue ou ne disparaît pas quinze jours après avulsion de la dent, doit être examinée par biopsie. Si un doute existe avec une ulcération syphilitique, même lorsque la réaction de Bordet-Wassermann est positive, il ne faut pas perdre de temps au traitement pierre de touche, mais recourir à une *biopsie*. Celle-ci est aisée à pratiquer avec une pince à emporte-pièce, après anesthésie par badigeonnage à la cocaïne ou au liquide de Bonain.

Traitement.

Nous savons :

1° Que ce cancer, comme tout épithélioma d'origine épidermique, est radium-sensible. La biopsie vient confirmer sur ce point particulier nos connaissances générales : d'ordinaire, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, spino- ou baso-cellulaire avec des mitoses relativement peu nombreuses ;

2° Qu'il envahit rapidement le territoire ganglionnaire correspondant (Poirier) ;

3° Que lorsqu'il est ulcéré, il est le siège d'infections secondaires importantes.

Le traitement chirurgical classique (voir Sébileau, Vallas, Congrès de Chirurgie, 1919) tend à l'heure actuelle à être remplacé par un traitement radium-chirurgical qui comporte :

1° Un temps chirurgical ; 2° un temps radiumthérapique et 3° un temps radiothérapique.

1° Temps chirurgical. — Ligature de la carotide externe et curage ganglionnaire. Puisque la chirurgie a fait ses preuves, on doit l'utiliser plus systématiquement pour ce curage, quitte à compléter les exérèses jugées insuffisantes par les radiations. Notre technique ne s'écarte de celle de Proust et Maurer que par quelques variantes. Nous préconisons l'évidement cervico-ganglionnaire *au thermocautère*, avec ligature de la carotide externe. La résection du sterno-cleido-mastoïdien est, en général, épargnée, de même que celle de la veine jugulaire, à moins, bien entendu, que le paquet ganglionnaire n'y adhère. Pour l'exérèse lymphatique qui doit enlever en bloc tous les ganglions cancéreux ou présumés cancéreux le *thermocautère*, qui clive rapidement les espaces cellulo-ganglionnaires, rend les plus grands services et nous paraît respecter au mieux l'*asepsie cellulaire*.

Les soins pré- et post-opératoires sont essentiels (désinfection bucco-pharyngienne, traitement des caries dentaires, injections de sulfarsénol, etc.).

Nous utilisons d'ordinaire l'anesthésie générale (chloroforme après atropine-morphine).

2° Temps curiethérapique. — Il est employé soit un sel de radium, soit de l'émanation ; les aiguilles (ou si leur application est impossible, les tubes), seront également répartis autour de la tumeur ou bien dans la tumeur elle-même. Avec l'école de Proust, on se basera pour la durée d'application du radium sur l'*index karyokiné-*

(1) Travail du Centre contre le cancer de Bordeaux et du S.-O. Directeur : Prof. RÉCHOU.

tique de De Nabias et Forestier, le temps d'irradiation étant inversement proportionnel au pourcentage des mitoses : par exemple, pour un index de une karyokinèse pour 100 cellules, on placera huit aiguilles de 2 milligr. pendant dix jours, soit 17,28 M. C. D. Pour un index de une karyokinèse pour 100 à 200 cellules, nous avons placé six aiguilles de 2 mill. pendant quinze jours soit 32,40 M. C. D. On oscillera entre ces doses extrêmes.

3° **Temps radiothérapique.** — La radiothérapie a pour but de détruire les cellules néoplasiques cervicales qui ont pu échapper au curage ganglionnaire. On fera une fois par mois, pendant les trois premiers mois, deux séances cervicales de 1.000 R. chacune avec une forte filtration ; on continuera le traitement s'il est nécessaire, ou bien on fera d'emblée une dose suffisante ou on appliquera des colliers pour curiethérapie externe

Les résultats fournis par ces interventions concordent pour tous les auteurs (Roux-Berger et Monod, Regaud, Bérard, Jeanneney, Réchou et Mathey-Cornat (1).

Dans les cinq dernières années, nous avons soigné au Centre du cancer de Bordeaux plus de cent cas de cancers de la langue ; nous en avons opéré une soixantaine avec 22 % de guérisons après *trois ans pour tous les cas pris en bloc* (1) *et* 40 % de guérisons après trois ans pour les cas au début.

De plus en plus, notre conviction s'affirme que pour le cancer de la langue comme pour tous les autres cancers, c'est le *diagnostic précoce* qui nous donnera la clef du succès ; c'est donc aux dentistes et aux médecins qui peuvent voir de bonne heure le malade, de penser au cancer de la langue et de l'adresser *aussitôt* au chirurgien. Dans ces conditions, on peut dire que la thérapeutique moderne de ce cancer a réalisé, grâce à la liaison de la curiethérapie et de la chirurgie, d'immenses progrès.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les contusions de poitrine.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Vous avez pu voir, ces derniers temps, dans les salles de notre service un certain nombre de malades qui avaient été hospitalisés à la suite de divers traumatismes ayant porté sur la région thoracique, les uns assez légers et n'ayant causé qu'une légère attrition des plans superficiels, les autres plus graves ayant déterminé des altérations viscérales profondes ; le moment me paraît donc assez bien choisi pour procéder avec vous à une étude d'ensemble des diverses lésions qui peuvent survenir au cours des contusions de poitrine, dénomination sous laquelle on englobe tous les traumatismes de cette région ne s'accompagnant ni de fractures ni de plaies des téguments.

Suivant leur intensité, ces traumatismes peuvent déterminer des lésions plus ou moins considérables, atteignant soit le contenant soit le contenu thoracique, d'où leur division naturelle en deux grandes classes, les *contusions superficielles* n'intéressant que les parties molles, et les *contusions profondes*, s'accompagnant de lésions viscérales.

Les contusions simples ou superficielles, sur lesquelles je serai assez bref, car elles sont de beaucoup les moins importantes et les moins intéressantes, sont d'observation très fréquente, et succèdent à des causes très nombreuses ainsi que vous pouvez facilement le penser : c'est une poutre tombant d'une certaine hauteur, c'est une pierre ou un projectile quelconque animé d'une certaine vitesse, dans d'autres cas, il s'agit d'un sujet pris dans un éboulement ou serré contre un mur.

Suivant la force et la violence de ce traumatisme, les parties molles présentent alors des attritions plus ou moins considérables se traduisant par des ecchymoses et des épanchements sanguins : dans certains cas, à intensité plu marquée, on a pu relever des ruptures musculaires siégeant presque toujours au niveau du grand pectoral ; dans d'autres, où l'agent contondant avait intéressé les téguments de la partie latérale du thorax d'une façon presque tangentielle, il s'est produit un de ces vastes épanchements traumatiques de sérosité, si bien décrits par Morel-Lavallée en 1833, et qui ne sont autres que des lymphorragies sous-cutanées.

La symptomatologie de ces contusions superficielles présente nécessairement une grande diversité, en rapport avec les sujets et aussi avec l'étendue de la région contusionnée. C'est ainsi que certains auteurs, tels que Nélaton, que

(1) Voir : JEANNENEY, RÉCHOU, MATHEY-CORNAT. Traitement du cancer de la langue (*Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, Paris 1927) et JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. Traitement actuel du cancer de la langue. *Gaz. des Hôp.* fév. 1928.

Paget et que Riedinger ont signalé des cas de mortalité succédant presque toujours à des traumas de la région précordiale : les constatations nécropsiques ayant montré que dans ces cas il n'y avait pas de lésions traumatiques du cœur, mais qu'il existait des altérations valvulaires organiques, il est assez rationnel d'admettre que la mort doit être attribuée à une diminution brusque de la pression sanguine causée par l'excitation traumatique du pneumogastrique dans un cœur déjà insuffisant. Dans d'autres cas, on a pu noter de la tendance à la syncope avec pâleur de la face et affaiblissement du pouls, mais, dans l'immense majorité des cas, le tableau symptomatique présente beaucoup moins de gravité, tout se bornant à de la douleur et à de la dyspnée.

Cette douleur est ordinairement assez vive, plus souvent diffuse que localisée, exaspérée par la pression et par les mouvements respiratoires, et peut parfois s'irradier le long des nerfs intercostaux : elle ne tarde pas cependant à s'atténuer progressivement puis à disparaître. Quant à la dyspnée, assez marquée au début, elle diminue bientôt comme la douleur, bien que dans certains cas, comme chez les enfants par exemple, elle puisse persister pendant un certain temps.

En ce qui concerne les signes physiques ils sont d'ordinaire assez effacés, et manquent parfois même complètement : le plus souvent, le gonflement et l'ecchymose restent très limités, et ce n'est que dans le cas de rupture musculaire que l'on peut observer un épanchement sanguin d'une certaine étendue.

La guérison est la règle au bout de quelques jours pour les contusions superficielles ; cependant dans certains cas d'attrition de filets nerveux, il peut persister pendant quelque temps de la douleur au niveau du point contus ; certains auteurs ont accusé la contusion de favoriser la production d'ostéites sur les côtes et sur le sternum. D'autres, parmi lesquels Chauffard et Herbert, ont attiré l'attention sur les pleurésies traumatiques consécutives aux traumatismes du thorax. Il est bien évident que dans ces différents cas, la contusion n'a agi que comme simple agent localisateur chez des sujets porteurs d'un foyer latent de tuberculose.

Le diagnostic, très simple dans l'immense majorité des cas, pourra parfois être très délicat pour vous par suite des symptômes fort graves que présenteront les malades ; pourtant l'absence d'hémoptysie et de signes stéthoscopiques devra vous permettre d'éliminer l'hypothèse de lésion intra-thoracique. Vous devrez également ne pas oublier l'existence possible de fractures au niveau des côtes et du sternum, la radiographie pourra vous servir dans les cas douteux, enfin la présence d'un volumineux épanchement dans la région du grand pectoral joint à l'écartement des deux tranches musculaires dans les tentatives de contraction devra vous faire penser à une rupture.

Au point de vue du traitement, vous pourrez dans les cas simples vous borner à prescrire l'immobilisation du thorax par un bandage de corps ; dans d'autres, où la douleur et la dyspnée seront plus marquées, vous pourrez soulager votre malade par l'application de quelques ventouses scarifiées au point contus ou par une piqûre de morphine. Un épanchement traumatique de sérosité demandera à être ponctionné et fortement comprimé ; quant à la rupture musculaire, elle nécessitera une petite intervention.

Les contusions profondes de poitrine sont caractérisées au contraire par des déchirures des organes intra-thoraciques ; les plus souvent atteints sont les poumons et les plèvres, puis en seconde ligne le péricarde et le cœur, beaucoup plus rarement les lésions portent sur les gros vaisseaux artériels et veineux ou sur le canal thoracique.

Etudions tout d'abord les ruptures pleuro-pulmonaires. Au point de vue étiologique, je dois en premier lieu vous signaler un certain nombre de causes qui tendent à les favoriser ; les unes sont générales, comme la question du sexe, les hommes étant atteints plus souvent que les femmes, ou comme l'âge, ces accidents s'observant surtout entre 10 et 30 ans, vous en saurez la raison dans un instant, et les autres purement locales, tenant aux altérations pathologiques de l'appareil respiratoire, adhérences pleurales, emphysème pulmonaire, cavernes qui favorisent singulièrement l'action vulnérante du traumatisme.

Quant à la contusion elle-même, elle peut être produite, soit par un choc direct, timon de charrette ou coup de pied de cheval venant frapper violemment la poitrine, soit par une pression, le sujet étant pris et serré entre deux forces, deux tampons de wagon par exemple, ou encore le sol et une roue de voiture.

Le mécanisme de la production des lésions, assez difficile à comprendre à première vue, car il semble paradoxal que le poumon puisse être déchiré alors que le squelette demeure intact, est cependant des plus faciles à élucider ; il tient tout entier dans les propriétés d'élasticité de la paroi thoracique. Vous savez en effet, que jusqu'à un certain âge, 25 ou 30 ans, le sternum peut dans les compressions antérieures être amené au contact de la colonne vertébrale sans qu'il en résulte une fracture, de même des compressions latérales peuvent aplatir la cage thoracique, et cet aplatissement peut être porté assez loin sans *déterminer de solutions de continuité. Il* en résulte que dans ces conditions l'agent conton-

dant agit pour ainsi dire directement sur les viscères par l'intermédiaire de la paroi thoracique et peut les contusionner, les écraser ou les faire éclater, bien que le poumon, organe éminemment compressible et élastique, dût sembler devoir échapper à cette action directe.

Gosselin, pour expliquer l'existence de ces diverses lésions, pensait qu'il fallait que le poumon surpris brusquement par le traumatisme ne put s'affaisser en se vidant de l'air qu'il contenait et que l'obstacle apporté à cette évacuation résultait de la fermeture physiologique de la glotte. Pour lui, les choses se passaient ainsi : un homme surpris par un choc violent, par une pression, pour donner un point d'appui puissant à ses côtes et en empêcher la fracture, fermait sa glotte et emmagasinait de l'air dans ses poumons. Le choc compr.mant la cage thoracique et réduisant son volume, le poumon brusquement serré entre la puissance du trauma et la résistance opposée par la glotte, éclatait comme le fait une vessie distendue par un gaz et brusquement comprimée.

La théorie de Gosselin, qui paraissait rendre un très bon compte des faits, a joui pendant longtemps d'une très grande faveur : elle n'a pas cependant pu satisfaire tous les esprits, car différents auteurs ont cru devoir mettre en doute la constance de l'effort fait par le blessé au moment de l'accident. Ainsi que l'a fait observer Dionis du Séjour, on peut fort bien comprendre la rupture pulmonaire sans faire intervenir à chaque fois la fermeture de la glotte : le poumon est en effet en tous points comparable à un récipient à parois souples et élastiques renfermant un gaz et communiquant avec l'extérieur par un orifice relativement étroit, la glotte. Or, on ne peut vider d'un seul coup un tel récipient, la vitesse du débit de son contenu étant limité par les dimensions de l'orifice, et si, par un effort suffisant, l'on essaye de chasser brusquement tout le gaz enfermé dans le récipient, on en détermine la rupture. Cette théorie, qui dérive de celle de Gosselin, et qui ne nie pas le rôle de l'effort dans certains cas, paraît de beaucoup la plus satisfaisante ; elle est certainement plus simple et plus logique que celle de Peyrot, qui invoque l'adhérence de la surface du poumon à la paroi thoracique par suite du vide pleural.

Au point de vue des lésions, la déchirure pulmonaire peut être unique ou multiple et siéger en un point quelconque des trois lobes : elle est dite directe lorsqu'elle est située au point d'application de la force traumatique ; si elle siège au contraire en un point éloigné, elle est dite alors indirecte.

Jobert de Lamballe, appliquant au poumon la classification adoptée pour les autres organes, avait admis trois degrés dans la contusion, le simple piqueté hémorragique, le foyer sanguin de faibles dimensions avec ouverture de bronches et de vaisseaux de petit et de moyen calibre, la grande déchirure intéressant les grosses ramifications bronchiques et artérielles. Cette classification des lésions pulmonaires, des plus séduisantes au premier abord, présente le grave défaut d'être un peu trop théorique, aussi est-il de beaucoup préférable de les diviser en ruptures centrales et en ruptures périphériques, qui se rapprochent bien davantage de ce que l'on observe en clinique.

Dans les ruptures centrales, de beaucoup les plus rares, il se constitue en plein parenchyme pulmonaire un foyer irrégulier plus ou moins étendu : la plèvre demeurant intacte, il ne pourra y avoir, comme vous le comprenez aisément, ni penumothorax, ni hémothorax. Mais si une bronche d'un calibre assez important est ouverte, l'air ne tardera pas à s'infiltrer le long des ramifications bronchiques pour donner un emphysème médiastinal, qui pourra gagner la base du cou, et même dans certains cas se généraliser.

Les ruptures périphériques sont celles que l'on observe le plus fréquemment ; souvent fort étendues, elles intéressent la plèvre dans son feuillet viscéral, et pénètrent plus ou moins profondément dans le poumon, lésant un certain nombre des vaisseaux et de divisions bronchiques. Elles s'accompagnent par conséquent presque toujours de pénétration d'air et de sang dans la cavité pleurale, et si le feuillet pariétal a été également déchiré, ce qui ne se voit qu'assez rarement, sauf en cas d'adhérences, il peut se produire de l'emphysème sous-cutané. Dans tous ces cas, le squelette thoracique reste indemne, mais l'on observe assez souvent, comme l'a fait remarquer Schwartz, une luxation des cartilages costaux.

Au point de vue clinique, les contusions profondes de poitrine évoluent sous deux formes restées classiques depuis la description qu'en a donnée Duplay : une forme légère et une forme grave.

Dans la forme légère, les symptômes se rapprochent assez sensiblement de ceux que l'on observe dans les cas de contusion superficielle ; la douleur et la dyspnée sont un peu plus prononcées, et s'accompagnent généralement de quelques crachements de sang peu abondants. La percussion donne, plutôt qu'un son mat, une diminution de sonorité pulmonaire très localisée répondant à la partie lésée.

La forme grave se caractérise, elle, par des symptômes assez bruyants : tout d'abord, le malade se trouve toujours dans un état de schok assez marqué, avec souvent une perte de connaissance complète, un pouls petit extrêmement rapide, des extrémités froides. A ces symptômes s'ajoutent rapidement ceux que détermine la compression thoracique, le visage est cyanosé,

les conjonctives infiltrées, les globes oculaires saillent et il existe presque toujours une dyspnée considérable. Comme cette forme est caractérisée anatomiquement par la déchirure des vaisseaux et des bronches mettant en liberté du sang et de l'air, deux éventualités peuvent se produire suivant l'état du feuillet viscéral de la plèvre. Si ce dernier est rompu, le sang et l'air s'accumulent rapidement dans la cavité pleurale constituant un hémo-pneumothorax ; si au contraire ce feuillet est demeuré intact, il se forme dans le poumon une caverne pleine de sang, qui donnera des symptômes cavitaires, à noter que dans ce dernier cas le sang et l'air peuvent suivre les bronches, le premier étant rejeté à l'extérieur sous forme d'hémoptysie, alors que le second apparaît à la base du cou sous forme d'emphysème.

C'est ainsi que suivant les cas, vous pourrez observer chez vos malades les symptômes suivants : *des hémoptysies*, parfois assez légères et discrètes, tantôt au contraire presque foudroyantes, le blessé crache un sang rouge spumeux en véritables flots, dans d'autres cas, ce sang est rendu sans effort ; *de l'hémo-pneumothorax*, avec ses caractères bien particuliers, voussure, matité déclive et sonorité tympanique supérieure à la percussion, absence des murmure vasculaire, souffle amphorique et tintement métallique à l'auscultation, avec parfois bruit de moulin si l'épanchement est venu siéger dans le voisinage du cœur.

De l'emphysème pariétal, à point de départ variable, localisé à une partie de la paroi thoracique, ou étendu sur une grande surface, se caractérisant par sa crépitation neigeuse.

Des symptômes cavitaires, avec gros râles humides, gargouillements et souffle caverneux.

L'évolution de ces lésions est excessivement variable ; dans certains cas, la guérison peut être simple et rapide, dans d'autres, la mort survient immédiatement, peu de temps après l'accident ou dans les jours qui suivent ; elle peut être provoquée par l'hémoptysie, plus souvent encore par l'asphyxie ; lorsqu'elle est plus tardive, elle doit être mise sur le compte d'une des différentes complications qui peuvent survenir.

Certaines de ces dernières sont immédiates, et ne sont en somme que l'aggravation d'un symptôme ; les autres, toujours plus graves, tiennent aux réactions inflammatoires de la plèvre et du poumon.

C'est ainsi que l'hémothorax peut prendre une extension rapide et entraîner la mort du blessé par la soudaineté et l'abondance de l'hémorragie à laquelle s'ajoute la gêne respiratoire. De même, le pneumothorax et l'emphysème peuvent arriver à menacer la vie du malade, particulièrement l'emphysème, qui continuant à s'infiltrer dans le médiastin parvient par ses grandes proportions à le distendre au point de gêner la circulation dans les gros vaisseaux et dans le cœur, ce qui entraîne une dyspnée extrême, de la petitesse, de la fréquence, de l'irrégularité du pouls, de la cyanose de la face et du cou pouvant parfois se terminer par la mort.

Toutes ces complications pour ainsi dire mécaniques cèdent le pas et comme gravité et comme fréquence aux complications infectieuses.

La bronchite généralisée, avec expectoration muco-purulente, s'observe dans un très grand nombre de cas : elle est surtout à redouter chez les sujets dont l'appareil respiratoire n'était pas indemne au moment de la contusion thoracique.

La pleurésie est sèche ou séreuse avec un épanchement d'abondance variable : d'apparition toujours insidieuse, elle survient du deuxième au quinzième jour après l'accident ; ses signes fonctionnels étant nuls ou peu marqués, c'est par l'auscultation seule qu'elle peut être diagnostiquée.

La pneumonie, un peu plus rare, ne présente pas les allures à grand fracas de la pneumonie ordinaire ; elle débute ordinairement vers le deuxième ou le troisième jour, et s'annonce par une augmentation de la dyspnée et une élévation de la fièvre. Les signes stéthoscopiques sont bien moins nets que dans la pneumonie ordinaire, étant masqués par les bruits qui se produisent dans la plèvre et dans le poumon au niveau de la déchirure.

La broncho-pneumonie, la pleurésie purulente, le pyopneumothorax et la gangrène pulmonaire, d'évolution beaucoup plus redoutable, ne sont pas heureusement d'observation courante.

Malgré l'apparition possible des diverses complications que je viens de vous signaler rapidement, la guérison survient le plus souvent dans les cas simples : la plaie pulmonaire se cicatrise, pendant que pneumothorax, emphysème et hémothorax disparaissent peu à peu. Le pronostic est évidemment beaucoup plus réservé dans les cas de ruptures étendues, où il dépend de la gravité des lésions et aussi de l'existence d'altérations antérieures de l'appareil pleuro-pulmonaires.

Au point de vue du diagnostic, il est fatalement des cas qui vous passeront inaperçus, ce seront ceux dans lesquels la contusion ne s'accompagnera que de symptômes insignifiants ; mais dans la grande majorité, vous trouverez suffisamment de signes pour vous permettre d'affirmer l'existence d'une lésion pulmonaire, tels seront, l'hémoptysie, l'emphysème et le pneumohémothorax. Quant aux complications, vous devrez les rechercher soigneusement, ce qui nécessitera de votre part un examen attentif et constant de votre blessé pendant les pre-

miers jours qui succèderont au traumatisme.

Dans les cas simples, vous pratiquerez le même traitement que dans les contusions superficielles du thorax ; dans les cas plus graves, vous devrez vous comporter comme dans les cas de plaie du poumon, en immobilisant votre sujet, dans le repos le plus complet, en luttant d'abord contre l'état syncopal, et ensuite contre la dyspnée et contre la toux.

Si vous vous trouvez en présence d'un pneumothorax suffoquant avec dyspnée progressive et menaçante, vous devrez intervenir soit par une ponction avec trocart à demeure, au mieux encore par une pleurotomie ; vous suivrez la même conduite dans les cas d'emphysème généralisé avec menaces d'asphyxie.

En ce qui concerne l'hémothorax, si l'épanchement ne s'est produit que lentement, vous pourrez rester dans l'expectative, et ne vous décider à ponctionner que tardivement, en cas de non résorption ; mais si vous constatez une véritable inondation pleurale, vous serez autorisés, tout comme dans les plaies de poitrine à pratiquer une large thoracotomie, afin de découvrir la lésion pulmonaire et suturer la plaie, conduite qui a permis à Merkens de sauver son blessé.

Ultérieurement, l'observation de votre malade vous conduira à compléter ce traitement par l'emploi des ressources thérapeutiques applicables aux diverses complications qui pourront survenir.

Beaucoup moins fréquentes que les déchirures pleuro-pulmonaires, les ruptures de l'appareil cardio-vasculaire en présentent la même étiologie : choc et pression ou chute d'un lieu élevé. En général, cœur et péricarde sont frappés simultanément mais il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles la séreuse seule avait été déchirée, ou le cœur seul rompu. La déchirure du péricarde peut être minime ou étendue, le cœur peut présenter des ruptures incomplètes, sous la forme de fissures simples ou étoilées n'intéressant pas toute l'épaisseur du myocarde, ou au contraire être rompu en totalité au niveau d'une oreillette ou d'un ventricule, presque toujours du côté droit ; parfois il existe un véritable arrachement traumatique du cœur par rupture de ses moyens de fixation, enfin, dans d'autres cas, les lésions siègent du côté de la cavité cardiaque, intéressant les cloisons, les piliers ou les valvules, créant dans ce dernier cas une insuffisance immédiate.

Toute rupture complète s'accompagnant d'hémorragie immédiate, le sang s'accumule dans la séreuse, et cet hémo-péricarde qui comprime le cœur et en arrête les battements, est la cause la plus habituelle de la mort ; mais s'il existe une déchirure du péricarde, le sang s'épanche alors dans le médiastin.

Quant au mécanisme de ces lésions, il comprend différentes interprétations : dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un véritable éclatement, le cœur, gorgé de sang, violemment comprimé, se rompt par surdistension comme un ballon plein de liquide ; plus rarement c'est un écrasement de l'organe contre le rachis qu'il faut incriminer, enfin, dans les chutes, le cœur brusquement déplacé par le traumatisme est arraché au niveau de sa base.

Les ruptures du cœur constituent des lésions d'une extrême gravité, et entraînent bien souvent la mort immédiate ; dans les autres cas, elles permettent une survie de quelques heures à quelques jours, et la mort est alors la conséquence de l'hémorragie interne ou de la compression du cœur par l'épanchement sanguin intra-péricardique. On observe dans ces cas de la dyspnée progressive, de l'augmentation de la matité cardiaque, ainsi qu'un affaiblissement progressif, des bruits du cœur. La possibilité de la guérison spontanée est admise par les classiques en ce qui concerne les ruptures incomplètes, mais les faits signalés par Fischer et par Loison restent très discutables, la lésion cardiaque n'ayant pas été constatée de façon directe.

Les ruptures vasculaires se caractérisent par des symptômes d'insuffisance, mais les signes recueillis par le stéthoscope ne présentent pas une aussi grande netteté par suite du flottement dans le courant sanguin des lambeaux des valvules rompues. L'évolution de la lésion est habituellement plus rapide et d'un pronostic beaucoup plus grave que dans les insuffisances valvulaires pathologiques, car le cœur n'a pas le temps de s'adapter aux troubles de la fonction et de les compenser.

En présence de ces lésions immédiatement très graves, vous vous trouverez le plus souvent complètement désarmés : dans les cas où la mort n'est pas immédiate, étant donné le pronostic absolument fatal des ruptures du cœur, la seule thérapeutique rationnelle et effective serait pour vous l'ouverture du péricarde et la suture immédiate de la déchirure cardiaque.

En tant que lésions isolées, les ruptures traumatiques des gros vaisseaux du médiastin sont très rares ; le plus souvent, elles sont associées à des déchirures du cœur, et atteignent surtout l'aorte et l'artère pulmonaire. Les fissures plus ou moins étendues intéressent d'ordinaire toute l'épaisseur de la paroi et amènent une mort foudroyante ou très rapide par hémorragie interne sans laisser au chirurgien le temps d'intervenir : on a signalé quelques cas où il n'y aurait eu qu'une rupture incomplète et qui auraient guéri avec ou sans formation d'anévrysme.

On compte enfin une douzaine d'observations de rupture du canal thoracique consécutives

à une contusion très violente du thorax. Cette lésion se traduit par un épanchement de chyle dans la plèvre, épanchement parfois assez faible et alors à résorption spontanée rapide. le plus souvent considérable menaçant l'existence par l'asphyxie mécanique qu'il provoque et par la dénutrition très rapide qui l'accompagne. Le traitement appliqué jusqu'ici a surtout consisté en ponctions pleurales, mais en cas de reproduction rapide et abondante de l'épanchement vous seriez parfaitement autorisés à pratiquer une thoracotomie et à tenter la suture de la plèvre ainsi que l'a conseillé Œken.

Telles sont, Messieurs, les principales lésions que vous pourrez rencontrer au cours des contusions du thorax, lésions fréquentes au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire, plus rares en ce qui concerne le système cardio-vasculaire, et vous avez pu vous rendre compte également que si un certain nombre de ces lésions ne présentent en somme qu'un pronostic assez bénin,il en est d'autres au contraire extrêmement graves et se terminant fréquemment par la mort.

Il ne semble pas que la thérapeutique mise en jeu, jusqu'ici, thérapeutique presqu'exclusivement médicale, soit parvenue à modifier la gravité de certains pronostics : la chirurgie du thorax, longtemps timide, a pris au cours de ces dernières années un caractère beaucoup plus interventionniste, et sans compter les plaies du cœur que nul ne songe plus désormais à traiter par l'expectative, les plaies du poumon ont, elles aussi, bénéficié de ces nouvelles tendances dans une très large part. Je crois pour ma part qu'il convient de faire un pas de plus, et j'estime qu'une intervention chirurgicale est parfaitement légitime dans les cas de rupture cardiaque, comme dans les cas de déchirure étendue du poumon.

Il est infiniment probable qu'en agissant de la sorte, on assistera à la disparition de ces statistiques particulièrement décevantes, et que la chirurgie du thorax pourra enregistrer dans le traitement des contusions graves les beaux succès qu'elle a obtenus dans le traitement des plaies du poumon et du cœur.

PRÉCIS DE PATHOLOGIE EXTERNE

E. Forgue.

(8e *édition*).

« *Aux étudiants, qui débutent dans l'étude de* « *la pathologie chirurgicale, je dédie ce livre élé-* « *mentaire, où j'ai condensé toute la substance* « *de mon enseignement clinique. Puisse-t-il gui-* « *der et simplifier leur instruction première, ren-* « *dre plus facile et plus profitable leur premier* « *contact avec le malade, et solliciter leur assi-* « *duité clinique ; car l'hôpital demeure la seule* « *école de la pathologie* ».

C'est sous l'égide de ces lignes dédicatoires que M. le professeur Forgue a placé son Précis de pathologie externe, dont la 8e édition vient de paraître, revue et considérablement augmentée (1). Œuvre de propédeutique, cela va sans dire, puisqu'il s'agit d'initier les débutants au rudiment de la pathologie chirurgicale. Et le but est atteint par le Maître, par des descriptions d'autant plus assimilables qu'elles sont opportunément illustrées de figures qui en augmentent l'éloquence et la clarté. Plus encore pourtant qu'un exposé élémentaire, simplifié à l'excès ; plus et mieux qu'un Manuel, réduit à quelques notions plus ou moins schématisées, ce Précis ne se contente pas en effet de relater ce qui est, mais surtout d'expliquer pourquoi cela est. Les idées générales y ont leur place en bon rang ; elles savent rendre intelligible la nature et l'évolution de certains processus dont la séméiotique des cas particuliers, qui en sont l'expression, se trouve singulièrement illuminée.

Tout le premier chapitre du tome 1er, relatif aux infections chirurgicales, est un exemple probant du plan directeur auquel l'auteur s'est soumis. L'immunité et l'immunisation avec leurs corollaires, la vaccinothérapie et la sérothérapie, sont traitées d'une façon lumineuse ; et si vous voulez bien saisir le mécanisme de la réaction de Wassermann, je vous conseille de vous imprégner de la force démonstrative des figures 23 et 24 : vous serez éclairés.

Les vingt-six pages consacrées à la tuberculose vous donneront l'essentiel des conceptions modernes sur cette infection.

Le chapitre des plaies, et spécialement des plaies par armes à feu, a bénéficié largement des enseignements de la grande guerre, et le professeur Forgue, qui se souvient de ses origines l'a orné de trois illustrations tirées du *Livre d'or des médecins morts pour la Patrie* : Le médecin de bataillon. — Brancardierss dans la Somme. — Poste chirurgical avancé.

La pathogénie des tumeurs est envisagée sous un jour très séduisant et original.

Et tout le reste est à l'avenant... C'est tout dire...

Et puis, huit éditions, cela représente un bilan plus qu'honorable, qui démontre en quelle fa-

(1) Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris. 2 vol. 150 fr.

veur justifiée est tenu le Précis de pathologie externe du professeur Emile FORGUE par la jeunesse étudiante de nos Facultés médicales.

Il y a quarante ans, plusieurs générations d'étudiants ,dont je fus, ne durent qu'au Manuel de Dieulafoy leur initiation à la pathologie médicale, et cet ouvrage, qui eut lui aussi de multiples éditions, connut une vogue sans égale, durant de nombreuses années. Le « Dieulafoy » était alors le livre de chevet de l'élève de troisième année désireux de se familiariser rapidement avec la connaissance, suffisamment détaillée, des cas qu'il rencontrait dans le service de médecine qu'il fréquentait comme stagiaire ou comme externe. Et j'ose dire qu'il m'arrive encore parfois de feuilleter cet ouvrage où je trouve, en bien des circonstances, de précieux renseignements.

M'est avis que, pour les élèves assidus des modernes services chirurgicaux, le Précis que je présente aux lecteurs du *Concours médical*, le « Forgue », a déjà connu et continuera à connaître une gloire semblable, et à jouir aussi d'une pareille faveur auprès des praticiens qui peuvent y puiser un précieux rafraîchissement de leurs connaissances, une rémémoration, oserai-je dire, de toutes les notions indispensables à la solution des problèmes de diagnostic, de traitement et d'appareillage que pose la pratique chirurgicale de chaque jour.

G. DUCHESNE.

***

Pathogénie des tumeurs.

Ayant exposé les faits nouveaux qui, expérimentalement, entre les mains de FIBIGER, BULLOCK, CURTIS, PEYTON-ROUS, GYE et BARNORD, donnent un regain à la doctrine du cancer, maladie infectieuse et parasitaire, le professeur Emile FORGUE continue en ces termes :

Ces recherches, sans apporter une solution définitive, méritent du moins, par leur méthode, leur netteté, des expériences de contrôle. Elles apportent, en tout cas, une idée neuve : c'est que, pour déclancher un cancer, il ne suffit pas d'un virus ; il est nécessaire que ce virus trouve des cellules mises préalablement en état de réceptivité et lui fournissant l'indispensable substance chimique sensibilisatrice. Et, c'est peut-être là la clef du problème pathogénique du cancer. L'agent virulent du cancer est partout, peut-être même est-il unique, banal, pouvant produire toute tumeur. Mais, il ne peut être effectif que s'il trouve un groupe cellulaire sensibilisé. Par là, s'établit une jonction entre les théories cellulaires (*endogènes*) et les théories infectieuses ou parasitaires (*exogènes*) : la substance spécifique,la sensibilisation cellulaire serait l'agent *intrinsèque* de la production de la tumeur ; le virus serait l'agent *extrinsèque*. Par là, comme l'observe judicieusement BAYET, se ferait la conciliation entre ces deux caractères *contradictoires* qui définissent les tumeurs malignes, *l'unité de leur évolution, leur spécificité de genre et d'espèce.* Nous nous expliquerions bien, ainsi, le rôle réel de certaines *altérations cellulaires*, qui ont été *haussées jusqu'au rang de cause première*, alors qu'elles ne sont que des conditions *prédisposantes, préparantes, sensibilisantes* : les cellules ectopiques de CONHEIM seraient simplement des cellules originalement prédisposées à subir l'action du virus, *plus réceptives*, parce qu'étant plus près de la cellule embryonnaire elles ont gardé un plus grand potentiel de croissance ; les cellules soumises à des irritations chroniques seraient sensibilisées, peu à peu préparées, incitées à la prolifération par cette action répétée des irritants mécaniques, physiques ou chimiques, et, partant, plus aptes à évoluer vers le cancer sous l'action du virus auxquelles elles fourniraient, plus que des éléments normaux la substance chimique spécifique, qui complète le couple pathogène. Cette notion de la coexistence nécessaire d'une *condition cellulaire prédisposante* avec une *cause cancérigène*, plus ou moins active, rend compte de l'*incidence* ou de la *non incidence* de la maladie : on comprend ainsi que l'hérédité puisse transmettre une fragilité cellulaire favorable, que toutes les causes qui troublent la régulation trophique des tissus interviennent pour sensibiliser les cellules et créer la susceptibilité morbide, et qu'il y ait, entre les individus, de grands écarts de réceptivité cellulaire, dus surtout au terrain constitutionnel, à l'âge, aux troubles des grands systèmes endocriniens.

L'Actualité Scientifique

La Presse

A propos du traitement des plaies infectées chez les diabétiques par le pulvi-lactéol.

MM. Cornioley et Ichlinsky, chirurgien en chef et interne du second service de chirurgie de l'hôpital cantonal de Genève, publient une série d'observations tout à fait typiques montrant l'action du pulvi-lactéol dans les plaies infectées des diabétiques. Ils rappellent les expériences de Pawlowsky et Bujwid, qui ont montré que l'inoculation de cultures non-virulentes de staphylocoques chez l'animal amène des suppurations si l'on ajoute plus ou moins de sucre aux cultures.

Les auteurs ont eu par hasard l'idée d'appliquer le pulvi-lactéol sur des plaies qui suppuraient abondamment chez des diabétiques, malgré de grands lavages et de larges débridements.

Après débridement et épluchage, ils lavent les plaies au sérum physiologique pour les déterger ; puis ils insufflent copieusement du pulvi-lactéol dans toutes les anfractuosités.

Après quelques jours, les plaies se transforment, la suppuration tarit et des bourgeons sains remplacent les tissus atones et nécrosés.

Ils supposent que l'action particulièrement efficace du pulvi lactéol chez les diabétiques est due à ce que les ferments lactiques sont renforcés par la présence du glycose ou par l'acidité des humeurs.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, les observations publiées par les auteurs sont de nature à influencer le praticien en lui montrant l'action favorable du pulvi lactéol dans les plaies en voie de suppuration, si fréquentes chez les diabétiques. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 57 Jarhrang 1927, n° 44, Seite, 1953.)

L'aspirine dans certaines dermatoses.

L. Brocq estime l'aspirine susceptible de calmer les crises de prurit et même d'en prévenir la venue. Un cachet de 50 centigrammes à 1 gramme peut, chez certains sujets atteints de prurit rebelle, supprimer leur crise vespérale, et leur permettre de dormir ; quand elle est supportée par l'estomac, administrée une demi-heure ou une heure avant le moment probable de la crise, elle peut empêcher le prurit dans les névrodermites, le lichen plan, les dermites polymorphes douloureuses, les éruptions papulo-pustuleuses miliaires récidivantes.

Avant de la prescrire, il faut demander au malade si son filtre rénal fonctionne bien, s'il n'a pas, ou s'il n'a jamais eu d'albumine dans les urines ; s'il a déjà pris de l'aspirine et s'il la supporte bien ; si l'ayant prise pour des manifestations douloureuses, il en a ressenti de bons effets ; enfin, au bout de combien de temps il en ressent généralement les effets, car il faut administrer le médicament de telle manière que le maximum de son action se produise au moment de la crise de prurit. (*La Médecine*, novembre 1927.)

Des rétrodéviations utérines du port-partum immédiat.

Cette question est jugée importante par le Prof. Fruhinsholz, car beaucoup de rétrodéviations prennent naissance à cette occasion, et qu'à ce moment s'accentuent beaucoup d'autres déviations congénitales ou antérieurement acquises. D'autre part, la puerpéralité peut être exceptionnellement curatrice de certaines d'entre elles.

L'auteur a pu réunir, abstraction faite de toute lésion utérine (fibromes par exemple) ou annexielle surajoutée, 77 rétrodéviations puerpérales précoces se répartissant d'une manière à peu près égale entre les primipares et les multipares. Sur 200 accouchements, vingt fois pour 1000 le post-partum a pu donner naissance à une rétrodéviation temporaire ou définitive du post-partum. Cinq cas de grossesse gémellaire n'ont donné lieu à aucun cas de rétro-version. Il semble que la pierre d'achoppement de la rétroversion se place après le premier accouchement ; c'est généralement celui-ci qui installe la rétroversion, lorsqu'elle doit demeurer. Cependant on ne doit pas considérer ce retour de la déviation primitive comme fatal et inéluctable lors des accouchements ultérieurs. C'est là un fait très important, qui met bien en évidence le travail de pétrissage et de modelage en pleine pâte qu'apporte la puerpéralité, et dont une thérapeutique avertie devra tirer parti.

Ni l'allaitement, ni la présence de lésions, toujours réparées des parties molles, ne semblent jouer un rôle essentiel.

Mais le lever précoce est important : la rétrodéviation se fait surtout entre le 16e et le 28e jour, c'est-à-dire dans la période où se place généralement l'entraînement à la station debout et à la marche. D'où il suit que le lever est plus particulièrement l'agent déterminant de la déviation, et qu'au surplus un utérus qui a tenu en place pendant toute une semaine après le premier lever risque encore la chute pour une

cause quelconque (effort, chute, trépidation d'auto) dans une proportion non négligeable, et cela approximativement jusqu'au retour de couches, qui représente à ce point de vue le dernier moment de la période puerpérale.

La symptomatologie est généralement discrète et banale (pesanteur périnéale, douleurs lombaires, prolongation de l'écoulement sanguin). Pour être reconnue, la lésion doit être recherchée délibérément et systématiquement aux dates critiques : avant le premier lever, après le premier lever, huit jours après et ensuite après le retour de couches. Jusqu'à cette époque, les femmes, et surtout les primipares, devraient être étroitement surveillées.

Dès qu'elle est constituée, la rétroversion doit être combattue, de préférence par la reposition manuelle et par le massage ; ni tampons, ni pessaires. Les séances ont lieu tous les jours ou tous les deux jours (une main vaginale, une main abdominale) ; on prolonge légèrement le repos au lit ; on permet ensuite un lever prudent progressif, surveillé, avec ceinture hypogastrique, exclusion faite de tout effort ou fatigue, avec des injections chaudes prolongées et quelques précautions additionnelles (décubitus latéral, position genu-pectorale).

Si la rétrodéviation est invétérée ou congénitale, on profitera d'une grossesse ultérieure pour faire le redressement, vers le 12e ou 14e jour, en le conduisant assez longtemps et avec beaucoup de persévérance (trois semaines, un mois) ; on obtient parfois des résultats inespérés avec cette méthode, dont le seul défaut est d'être lente. (*Revue médicale de l'Est*, 15 octobre 1927.)

Coliques appendiculaires, coprolithes et appendicite gangréneuse.

Le Dr G. Métivet estime que, d'une part, il existe certainement des appendices à lumière large et habituellement habités par des matières fréquemment transformées en scyballes. La présence de ces scyballes entraîne l'apparition de contractions violentes de l'appendice, contractions à tendance expulsive, qui se traduisent cliniquement par l'existence de coliques. La colique appendiculaire existe. D'autre part, la gangrène appendiculaire est liée dans l'immense majorité des cas à la présence d'un calcul stercoral dans l'appendice.

Conclusions pratiques :

1° Chez un malade (surtout chez un enfant), qui présente des coliques à type intestinal et chez lequel il n'existe pas de lésions intestinales nettement caractérisées, on doit penser à l'existence possible de coliques appendiculaires.

2° L'ablation de l'appendice est le seul traitement curateur de ces coliques appendiculaires. C'est le traitement préventif de l'appendicite gangréneuse dont on doit toujours craindre l'apparition chez de tels sujets. (*La Presse médicale*, 21 décembre 1927.)

Mort inopinée rapide au cours d'un pneumothorax artificiel bilatéral simultané jusque-là parfaitement toléré.

Considéré tout d'abord comme une intervention des plus hardies, le pneumothorax artificiel bilatéral tend à devenir une opération plus courante que la plupart des phtisiologues ont eu l'occasion de pratiquer chez quelques malades. On distingue : 1° le pneumothorax bilatéral successif, le premier étant supprimé par guérison et remplacé par un pneumothorax au niveau du poumon opposé ; 2° le pneumothorax bilatéral simultané par mise au repos simultané des deux poumons.

MM. Roubier et Basonnet ont appliqué cette dernière méthode chez une jeune malade de leur service ; régulièrement et simultanément entretenu des deux côtés, il a été remarquablement toléré pendant un an, sans occasionner de signes fonctionnels appréciables, jusqu'au jour où des accidents asphyxiques graves, survenus sans raison plausible, ont amené la mort en quelques heures. Les auteurs relatent en détail cette observation, vu la rareté des faits semblables.

A droite (côté atteint en second lieu), le collapsus pulmonaire était total, il n'y avait aucune adhérence, ainsi que le montrait l'examen radioscopique et plus tard l'autopsie. A gauche (côté atteint en premier lieu) le lobe inférieur (siège de la lésion pneumonique initiale) avait repris son expansion et adhérait à la paroi, alors que le lobe supérieur était complètement affaissé. La dernière injection d'azote fut pratiquée du côté droit vers 10 h. du matin ; elle fut de tous points semblable aux précédentes (400 cmc, pression finale négative) et ne fut suivie d'aucun accident immédiat. Les accidents asphyxiques commencèrent vers 16 h. pour s'accentuer vers 20 h. Fait curieux, l'autopsie vint montrer l'absence de toute perforation pulmonaire.

A signaler l'analogie de semblables accidents avec ceux déjà signalés depuis longtemps au cours de certaines pleurésies avec épanchement, qui, d'abord bien tolérées, s'accompagnent brusquement de phénomènes asphyxiques rapidement mortels, sans explication bien plausible. (*Lyon médical*, 20 novembre 1927.)

La protection de l'enfant contre les dangers du cinématographe.

G. Ichok, dans une étude très détaillée, envisage les problèmes soulevés, qui sont en relation

avec les dangers menaçant l'enfant au cinématographe ; ils se groupent en deux catégories. La première s'occupe de l'enfant spectateur, la deuxième de l'enfant-acteur.

On envisage tout d'abord le contrôle moral des affiches, la censure des films, l'âge d'admission aux représentations (âge minimum fixé suivant les pays à 15, 16 ou 18 ans), l'organisation de spectacles spéciaux pour les enfants, les sanctions pénales.

Les punitions, qui ne sont peut-être pas trop rigoureuses, feront cependant réfléchir tous ceux qui, avec une préméditation criminelle ou sans se rendre compte de la gravité de leurs actes commerciaux, s'attaquent à la santé des enfants. Cependant il est bon aussi de ne pas les priver de cette source merveilleuse d'instruction qu'est le cinématographe, et de l'utiliser pour eux d'une manière rationnelle.

Enfin, il faut encore protéger l'enfant contre l'atmosphère de la salle, dont l'installation est à soumettre aux règles d'hygiène.

Quant au travail des enfants dans les studios cinématographiques, il est devenu un chapitre important de prophylaxie sanitaire. Quelques États ont mis sur pied une législation spéciale. La loi de protection doit intervenir surtout pour deux catégories d'enfants : 1° les bébés et les très jeunes enfants, qu'il est indispensable de protéger contre les dangers qui menacent leur santé générale ou leur état nerveux ; 2° les enfants d'âge scolaire, dont la santé physique ou morale pourrait souffrir en raison de la nature de leur travail ou des conditions dans lesquelles il est effectué. Il est utile d'insister sur les services que peuvent rendre les infirmières industrielles à la protection de l'enfance contre les dangers du cinématographe. Il ne s'agit pas d'enlever à l'industrie cinématographique le concours indispensable des enfants, mais d'éviter certains abus. (*Revue d'hygiène et de médecine préventive*, novembre 1927.)

L'empoisonnement par les champignons.

M. René Guyot classe l'action toxique des cryptogames en quatre catégories.

La *première*, la plus dangereuse, champignons toxiques qui tuent dans 52 % des cas : phalloïdes verte, citrine, blanche, dont les principes sont une hémolysine détruite par la chaleur, et une amanito-toxine, subsistant après la cuisson (toxique). Incubation lente ; les premiers phénomènes apparaissent, 6, 12, 24, 40 heures après absorption. A ce moment les vomissements et la diarrhée ont déjà débarrassé l'estomac du poison non absorbé ; le poison absorbé commence ses ravages : soif ardente, perte de poids. Période de rémission ; on croit le malade sauvé ; les vomissements, la diarrhée reprennent ; le cœur se prend, cyanose des extrémités, le rein ne sécrète plus, l'intelligence reste intacte, puis le système nerveux se paralyse, collapsus, coma algide, mort. Albuminurie (ictère), hémoglobinurie, dégénérescence graisseuse.

Dès qu'on s'aperçoit de l'intoxication :

a) Vomitif : ipéca, purgatif huileux, jamais salin, lavements huileux.

b) Calmer les vomissements par l'eau de Seltz potion de Rivière, champagne.

c) Soutenir le cœur : caféine, spartéine, huile camphrée éthérée.

d) Sérum antiphallinique en injections intramusculaires ou sous cutanées du Dr Dujarric de la Rivière (Institut Pasteur).

Deuxième classe : champignons souvent mortels par poison du système nerveux : l'amanite tue-mouches, fausse oronge, l'amanite panthère. Principes actifs : 1° muscarine contracte la pupille ; 2° mycéto-atropine qui la dilate et agit dans la manifestation nerveuse. Incubation, 2 à 3 heures : accès cholériformes, ivresse, folie muscariennes, puis perte de connaissance, amnésie, délire, coma ; guérison quelques heures plus tard. Le poison (mycéto-atropine) inhibe le système nerveux, dilate la pupille, d'où contre-indication d'emploi à l'inverse de ce qui se faisait autrefois.

Traitement : vomitifs, purgatifs, cardiaques ; faire uriner par infusion de digitale, lactose, théobromine ; jamais d'atropine.

Troisième classe : accidents cholériformes (entolome livide, Boletus satanas, luridus pachypus ; les russules émétiques, rouges ; lactaires poivrées, zonées, à tranchées, le tricholome tigré).

Quatrième classe : champignons à acide helvétique. Les accidents cholériformes n'apparaissent que dans les cas où l'on n'a pas fait cuire ces espèces : helvelles, morilles, gyromitres et verpas.

L'eau acidulée, vinaigrée ou chlorurée est incapable d'enlever les principes toxiques des espèces les plus vénéneuses (savoir les phalloïdes). Le traitement par le charbon est inefficace car la dessiccation n'enlève qu'une partie du toxique. Il n'y a pas de familles de champignons bonnes ou mauvaises, puisqu'à côté d'espèces bonnes (Bolet edulis), il y a des espèces dangereuses (Bolet satanas), l'amanite citrine (toxique) l'amanite jonquille (bonne), lactaire poivrée (dangereuse), lactaire délicieuse (bonne).

La connaissance mycologique permet, seule, de distinguer les unes des autres. Il faudrait répandre le sérum antiphallinique de l'Institut Pasteur. (*Gaz. hebdom. des sciences médicales, de Bordeaux*, 2 octobre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le diagnostic de l'infarctus du myocarde.

(M. G. Donzelot. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-2-1928.)

La symptomatologie de l'infarctus du myocarde est très polymorphe. Sans parler des formes latentes et de celles avec mort subite, qui n'ont pas d'histoire clinique, il existe toute une série d'infarctus dont la symptomatologie se perd au milieu des signes d'une insuffisance cardiaque progressive dans l'évolution de laquelle la thrombose coronarienne peut n'être qu'une simple complication. A côté de ces formes de l'infarctus du myocarde, il en est une autre, angineuse, qui, pour M. Donzelot, a une physionomie assez nette pour être diagnostiquée en clinique. Les signes en sont de deux ordres : les uns, essentiels ; les autres, accessoires.

Les signes essentiels sont au nombre de quatre : la douleur angineuse, prolongée et extrêmement intense ; l'effondrement de la pression artérielle ; la fièvre et le frottement péricardique.

Alors que la douleur de l'angor ordinaire ne dure que quelques minutes, celle de l'infarctus se prolonge pendant des heures et des jours. La fièvre est modérée et n'apparaît habituellement que du deuxième au quatrième jour. Le frottement péricardique est souvent fugace et, de plus, inconstant. Il n'en constitue pas moins un indice capital. M. Donzelot le considère, lorsqu'il existe avec les trois autres symptômes, comme la signature même de l'infarctus du myocarde.

Les signes accessoires, de moindre valeur, sont les suivants : les troubles du rythme cardiaque (tachycardie...) ; les troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements) ; les phénomènes pulmonaires (crise œdémateuse...) ; les troubles électro-cardiographiques (échancrure et élargissement du complexe ventriculaire Q. R. S., etc.).

L'infarctus du myocarde n'est pas toujours mortel. Il guérit quelquefois et les examens nécropsiques l'ont déjà montré. M. Donzelot en relate trois cas, reconnus cliniquement, qui ont été suivis de guérison. Pour l'auteur, la guérison peut être affirmée au bout de 3 à 4 semaines. Jusque-là, en effet, les rémissions sont parfois suivies de syncopes fatales.

— M. Clerc ne croit pas que l'on puisse réellement affirmer la réalité de l'infarctus d'après la symptomatologie. Celle-ci est plus riche apparemment que mathématiquement concluante. Les données électrocardiographiques entraînent aussi des incertitudes.

— M. Laubry formule, de même, des réserves sur l'opinion de M. Donzelot touchant la certitude avec laquelle se poserait, selon lui, le diagnostic d'infarctus du myocarde. La douleur angineuse, la chute de tension, sont monnaie courante en pathologie cardiaque. Le frottement péricardique peut tenir à une péricardite évoluant avec un syndrome angineux tout aussi bien qu'à un infarctus du myocarde.

Insuffisance pluri-glandulaire post-ourlienne.

(M. J. Huber. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-3-1928.)

Le malade de M. Huber, jeune homme de 26 ans, présenta, consécutivement à des oreillons graves compliqués d'orchite unilatérale, une série de manifestations d'insuffisance pluriglandulaire : exagération du système pileux, tachycardie, frigidité génitale, adynamie, constipation opiniâtre, etc., non améliorées d'ailleurs par la thérapeutique opothérapique.

Sclérose pulmonaire avec arrêt de développement du sein homologue.

(MM. Rist et Cournand. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-3-1928.)

M. Rist présente deux jeunes filles offrant l'une et l'autre un arrêt de développement du sein gauche. Chez les deux, on trouve des antécédents pathologiques pulmonaires du poumon gauche remontant à quelques années, et l'examen actuel révèle l'existence de signes de sclérose du poumon, avec bronchiectasie, de ce même côté. La radioscopie fait voir une condensation de tout le champ pulmonaire avec rétraction des côtes. La symptomatologie est assez atténuée, n'altérant pas gravement la santé.

Dilatation aiguë mortelle de l'estomac.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie* ; 25-1-1928.)

On connaît les dilatations aiguës de l'estomac qui apparaissent comme complication — complication grave — à la suite d'opérations sur le tractus digestif. M. Auvray rapporte un cas différent, non post-opératoire, de dilatation aiguë gastrique, à caractères particuliers, qu'il a observé il y a déjà un certain nombre d'années à l'hôpital de la Charité et qui fut suivi de mort.

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-huit ans, auprès de laquelle M. Auvray fut appelé une nuit et qu'il opéra à une heure du matin. Le début des accidents s'était traduit par des vomissements et des douleurs abdominales et remontait à trente heures. Pas d'opération abdominale antérieure. Ventre très ballonné, état grave, faciès péritonitique, pouls imperceptible. Le diagnostic le plus vraisemblable parut être celui d'appendicite avec péritonite généralisée. Le ventre ouvert, on ne trouva rien dans la fosse iliaque, ni dans le petit bassin, mais, explorant en haut et en dedans, on découvrit une énorme tumeur médiane. La ponction au trocart ramena des

masses alimentaires et un liquide noir, marc de café. L'estomac en question était surdistendu et offrait une paroi amincie, réduite à une véritable *pelure*. Pas d'obstacle pylorique expliquant la dilatation de l'organe. Mort de la malade le lendemain.

A l'autopsie, poche gastrique d'apparence putréfiée dans sa partie gauche, saine dans sa partie droite. Pylore et duodénum normaux. Pas de lésion des autres organes. En l'absence d'antécédents connus (l'état de la malade ne permit pas de l'interroger longuement) aucune pathogénie n'a pu être invoquée pour expliquer cet amincissement de la paroi gastrique coïncidant avec des modifications non caractérisées mais profondes de l'aspect de l'estomac.

Il existe donc, en dehors de la dilatation post-opératoire de l'estomac, bien connue celle-ci, une dilatation aiguë de cet organe, brutale dans son mode d'apparition, à évolution extrêmement rapide, redoutable dans ses conséquences et dont la cause intime semble jusqu'ici nous échapper. Si le diagnostic pouvait en être fait, l'intervention logique serait le lavage de la poche gastrique.

Migration d'un clou de tapissier avalé.

(MM. P. Brocq et Laiani. — *Soc. de chirurgie* ; 25-1-1928.)

Un tapissier de quarante-sept ans avale un jour par mégarde un clou long de 6 cent 1/2 et assez gros. *Dix-huit mois plus tard*, le sujet entre à l'hôpital se plaignant de crises de douleurs abdominales très violentes et d'acuité de plus en plus grande. Sous l'écran, on aperçoit un corps opaque, qui se profile horizontalement au-dessus du promontoire. A l'opération, ablation du clou, logé dans l'épaisseur du mésentère, près de l'angle iléo-cæcal, et enkysté.

— M. Lenormant signale un cas analogue. Explorant un abcès du psoas, qu'il venait d'ouvrir, l'auteur se piqua le doigt avec une vieille épingle rouillée, avalée sans doute par mégarde par le malade.

Sur la neurotomie rétro-gassérienne.

(M. de Martel. — *Soc. de chirurgie* ; 11-1-1928.)

M. de Martel emploie, pour pratiquer la neurotomie rétro-gassérienne une technique améliorée, avec anesthésie locale au lieu de narcose générale. La gravité de cette neurotomie est nulle. L'auteur a pratiqué à l'heure actuelle 92 de ces opérations sans une seule mort et parmi les opérés se trouvent plusieurs sujets très âgés.

Le résultat thérapeutique est généralement excellent, sauf dans quelques cas où il ne s'agit pas de névralgie typique et alors l'insuccès ou le succès médiocre sont faciles à prévoir. La gassérectomie et l'arrachement des branches nerveuses ne peuvent être comparées à la neurotomie. La première est dangereuse, la seconde inefficace.

— M. Leriche a pratiqué 40 neurotomies rétro-gassériennes pour névralgie vraie du trijumeau. L'opération, lorsqu'elle est faite correctement, n'a pas de gravité. Chez trois malades, la névralgie a récidivé. L'auteur est réintervenu et a trouvé des fibres radiculaires qui avaient échappé à la première opération. La guérison est la règle. Comme troubles trophiques, M. Leriche a vu quatre kératites neuro-paralytiques dont aucune n'a amené la perte de l'œil et une ulcération de l'aile du nez qui a guéri avec la poudre d'insuline.

Fièvre typhoïde ambulatoire débutant par une perforation.

(M. Couréaud. — *Soc. de chirurgie* ; 8-2-1928.)

Un homme, occupé aux travaux pénibles des vendanges, est pris brusquement de douleur abdominale vive, syncopale, en coup de poignard. M. Couréaud l'opère et constate une perforation intestinale et des lésions de fièvre typhoïde. Le diagnostic de dothiénentérie fut d'ailleurs confirmé par une hémoculture. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde ambulatoire ayant débuté cliniquement par des signes de perforation. Le malade guérit.

— M. Grégoire remarque qu'en pareille circonstance, il n'est guère possible de faire le diagnostic avant d'être intervenu. Comment soupçonner la fièvre typhoïde chez un homme qui vient de passer sa journée et les journées précédentes aux durs travaux des champs. Les exemples de ce genre sont bien connus , mais l'erreur reste inévitable.

L'anesthésie régionale par voie veineuse.

(M. Pierre Cahen. — *Société de chirurgie* ; 8-2-1928.)

M. Cahen présente vingt observations d'opérations faites dans le service de M. Cunéo à l'aide de l'anesthésie régionale par voie veineuse (amputation de l'avant-bras, désarticulation des doigts, etc.). La technique suivie a été celle de Bier légèrement modifiée : découverte de la veine (veine du pli du coude, en l'espèce), pose de la bande d'Esmarch qui sera très serrée, pose d'un lien de caoutchouc (drain) à la partie basse, ouverture de la veine, introduction de la canule, injection de novocaïne. L'anesthésie est obtenue au bout de cinq minutes.

C'est au membre supérieur que l'anesthésie par voie veineuse paraît surtout devoir s'appliquer. Elle est inopérante dans les états d'infection aiguë, comme le panaris par exemple.

Arthrite aiguë de la symphyse pubienne.

(M. Jean, de Toulon. — *Société de chirurgie* ; 8-2-28.)

L'arthrite aiguë ou subaiguë de la symphyse pubienne, survenue sans ouverture accidentelle ou opératoire de l'articulation, qu'elle soit primitive ou secondaire à une ostéomyélite, est une affection rare. Lorsqu'elle est primitive, elle se montre surtout à la suite d'infections générales.

Au point de vue clinique, on peut distinguer des

formes septicémiques rapidement mortelles (le diagnostic n'est alors presque jamais fait) et des formes subaiguës ou chroniques. Les signes articulaires restent ignorés au début et ce n'est qu'au bout de quelques jours ou de quelques semaines que l'on constate un point douloureux sur la symphyse, puis l'apparition de l'abcès. Il peut exister des signes abdominaux et vésicaux. On interviendra par une voie qui permettra une opération complète.

P. L.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Suppuration pulmonaire fétide à évolution prolongée.

MM. Olmer, Poinso et Jacques rapportent un cas de suppuration pulmonaire intéressant par la transition qu'il offre entre les formes aiguës classiques de gangrène pulmonaire et l'abcès chronique fétide et caractérisé cliniquement et radiologiquement par un syndrome cavitaire du sommet et par un pyopneumothorax partiel de la base ; anatomiquement par des cavités du volume d'un œuf de poule au sommet et à la base avec cavités plus petites dans le voisinage et par une poche pleurale sans communication avec le parenchyme et bactériologiquement par une flore du type Veillon et surtout B. ramosus et staphylococcus parvulus associés au streptocoque et staphylocoque. Pas de spirilles.

Anémie pernicieuse rapidement améliorée par la méthode de Whipple.

MM. Olmer, Poinso et Jacques ont traité par l'ingestion de foie de veau un cultivateur bas-alpin qui, ayant eu en 1915 et 1916 de la dysenterie et quelques accès palustres, était depuis le début de 1926 dans un état d'anémie parvenu à un degré extrême fin octobre 1927. Après échec des divers traitements habituels, on essaye la méthode de Whipple. Mal toléré au début (vomissements incoercibles), le foie de veau, après une période de suspension pendant laquelle une transfusion de 220 cc. est faite sans résultat (21 novembre), est repris à partir du 1er décembre à la dose de 100 gr. par jour le premier mois, puis 200 gr. par la suite. Au 31 janvier, état général excellent, teint coloré, reprise de 11 kilos. Numération globulaire normale.

Tuberculose cavitaire du nourrisson.

MM. Cassoute et Poinso rapportent l'observation d'un cas de tuberculose cavitaire chez un nourrisson de dix-neuf mois ayant évolué en trois mois, où l'on notait une concordance remarquable des signes cliniques et radiologiques et où ils ont eu la vérification nécropsique.

Application du drain à valve de Boinet dans un cas de pneumothorax récidivant.

M. Rouslacroix et Mlle Coulange ont obtenu une évacuation très rapide de l'air contenu dans la cavité pleurale, sous pression positive de 15 cm. d'eau, après application de cet ingénieux petit trocard dont la simple valve en caoutchouc incisé s'oppose à toute entrée nouvelle d'air pendant l'inspiration.

Insuffisance surrénale aiguë par hémorragie capsulaire au cours d'une fièvre typhoïde.

MM. Cassoute et A. Raybaud fils relatent l'observation d'un jeune Arménien de trois ans qui fit au seizième jour d'un pneumotyphus (séro positif à l'Eberth au 100e), un syndrome pseudo-péritonéal ayant fait penser à une perforation intestinale et qui mourut en quelques heures de collapsus. L'autopsie révéla un éclatement de la capsule gauche sous la poussée d'un hématome (apoplexie surrénale d'Arnaud). Lésions insignifiantes de l'intestin. A cet occasion, les auteurs recherchent les signes qui permettent de distinguer les péritonites hypertoxiques chez ces grands infectés, du syndrome pseudo-péritonéal d'Ebstein.

Les pseudo-cystites d'origine urétrale chez la femme.

M. Antoine Dor. — Après avoir rappelé que souvent « la vessie parle à tort » comme elle le fait pour les reins, l'uretère, et résumé les caractères de la cystite vraie, l'auteur attire l'attention sur les signes particuliers à ces cystalgies d'origine urétrale : intermittence des crises, irradiations vulvaires et anales, douleur lancinante en dehors des mictions, absence d'intolérance vésicale à la réplétion et surtout absence de pyurie. Il conclut au traitement étiologique local, seul efficace dans ces cas.

Emile Castelli.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale.

Un cas d'idio-syncrasie à l'iode.

Dr Bertrand. — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de trente mois qui fit à deux reprises, une poussée d'urticaire de la face avec prurit extrêmement intense quelques secondes après un simple attouchement des amygdales avec un collutoire de glycérine iodée à 1/200e, ce qui représente une quantité infinitésimale d'iode métalloïdique déposée sur l'amygdale.

L'auteur pense qu'il s'agit bien d'idio-syncrasie et non d'anaphylaxie. En effet : 1° il s'agit d'un cristalloïde et non d'un colloïde ; 2° cet enfant n'avait pas été au préalable sensibilisé ; 3° la réaction fut à peu près immédiate, dès le premier attouchement.

Des faits analogues, très connus en ce qui concerne l'iodoforme, sont, pense l'auteur, beaucoup plus rares avec l'iode, surtout lorsqu'il s'agit d'une quantité aussi infime de ce métalloïde.

Un cas d'érythrodermie exfoliante mortelle du nouveau-né.

M. Dupont. — Il s'agit d'un nouveau-né du sexe féminin dont le corps, d'une rougeur diffuse, est le siège d'une desquamation très abondante, en larges squames blanches et sèches, plus fines au cuir chevelu, respectant la paume des mains et la plante des pieds, qui présentent seules une coloration bleuâtre contrastant avec l'érythrodermie généralisée. L'enfant entre progressivement dans le coma et meurt au bout de vingt-trois heures. L'examen des autres appareils est négatif : pas de signes d'hérédo-syphilis ; aucune maladie maternelle. Ce cas, tout en se rapprochant de la maladie de Ritter von Rittersheim, s'en distingue par le début congénital, par la généralisation d'emblée à tout le corps, par la mort très rapide. Il semble constituer un type à part parmi les diverses érythrodermies des nouveau-nés.

Les Congrès

Ve Congrès des Pédiatres de langue française (1)

Tenu à Lausanne, sous la présidence du professeur Taillens.

En présence d'une nombreuse assistance, le professeur Taillens a ouvert le cinquième Congrès des pédiatres de langue française dans la salle du Sénat de l'Université de Lausanne, le jeudi 29 septembre 1927.

Dans son discours d'ouverture le professeur Taillens a adressé ses remerciements au recteur de l'Université, au syndic de la ville de Lausanne, aux consuls de France et de Belgique, qui ont bien voulu honorer de leur présence la séance inaugurale de cette importante manifestation scientifique. Il a souligné l'honneur fait à notre ville et à notre pays d'abriter cette année le congrès de pédiatrie, dont il rappelle brièvement les précédentes réunions à Paris et à Bruxelles. « La communauté de la langue rapproche les médecins de France, de Belgique et de Suisse, et l'échange des idées franchit heureusement toutes les frontières. » Il regrette l'absence du professeur Netter, des docteurs Comby, Bazile, Pochère, etc., qui se sont fait excuser. En terminant, il souhaite à tous les congressistes étrangers la bienvenue sur le sol helvétique et fait des vœux pour la réussite du Congrès.

M. Rosset, syndic de Lausanne, prend ensuite la parole pour exprimer la gratitude de la municipalité de Lausanne, honorée de recevoir dans ses murs les représentants de la médecine infantile. Il souligne l'importance des problèmes qui concernent l'enfance et fait ressortir les relations qui existent entre les discussions scientifiques et les progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène infantile : les pouvoirs publics, appelés à légiférer dans toutes les questions qui concernent l'enfance tirent profit des travaux et des discussions de réunions telles que celles-ci. Il émet le vœu que le résultat des travaux qui vont être l'objet des discussions de ce présent congrès soit de ceux qui apportent une contribution au grand problème de l'hygiène de l'enfance.

M. Chamorel, recteur de l'Université de Lausanne, prononce quelques mots aimables à l'adresse de M. le professeur Taillens, ancien recteur et président du Congrès de pédiatrie. Il est heureux d'associer l'Université qui veille à ce que la science reste pure, noble et désintéressée, aux travaux qui vont avoir lieu à Lausanne. « C'est, dit-il, la pensée et le souci de l'humanité qui doit présider aux travaux de cette assemblée. La pédiatrie est une science importante pour l'avenir de l'humanité », et, en termes éloquents, il célèbre « le médecin de l'enfant qui se penche sur l'humanité la plus frêle, la plus délicate. Dans la science du pédiatre le monde met beaucoup d'espérance. L'Université de Lausanne, qui collabore avec les autres universités du monde à la science, fait des vœux pour la réussite de ce Congrès. »

Puis, c'est le professeur Marfan (de Paris) qui apporte les remerciements de l'Association française de pédiatrie pour l'accueil que Lausanne réserve aux congressistes. Il est heureux de se trouver dans une ville romande qui est un lieu de culture connu, à l'étranger et qui occupe une place importante parmi les villes universitaires du monde. Il rappelle le nom des médecins suisses qui se sont fait connaître au loin : les docteurs d'Espine, Picot et Combes, et souligne à ce propos la grande place qu'occupe l'enseignement de la médecine à Lausanne. Il remercie particulièrement le professeur Taillens, président du Congrès, et le Dr Exchaquet, secrétaire général, d'avoir accepté la lourde charge d'organiser à Lausanne le cinquième Congrès des pédiatres de langue française.

Le Président donne ensuite lecture d'un télégramme de la Société des pédiatres polonais et de son président qui souhaite pleine réussite au Congrès de Lausanne.

(1) Association de la Presse médicale française.

Le Dr Exchaquet, secrétaire général, porte à la connaissance des congressistes quelques communications d'ordre administratif, puis la présidence de l'assemblée passe au professeur Marfan.

Le nouveau bureau de l'Association française de pédiatrie est ainsi constitué :

Président : Dr Barbier.

Secrétaire général : Dr Ribadeau-Dumas.

Trésorier : Dr Cathala.

Membres : Docteurs Rocaz et Nové-Josserand.

Le prochain Congrès est fixé à Paris en septembre 1929.

La partie scientifique du Congrès est ouverte par la lecture du rapport Etienne (de Strasbourg) :

Sur la sérothérapie des myélites.

Ce rapport, très écouté et très complet, traite de la sérothérapie des myélites par la méthode du professeur E. Netter, puis par le sérum antipoliomyélite de A. Petit. Landsteiner et Levaditi ont établi que le sang des singes inoculés ayant présenté des signes de paralysie et ayant survécu, possède des propriétés neutralisantes vis-à-vis du virus. Le sang de ces animaux, en effet, mélangé au virus poliomyélitique le rend inoffensif pour les sujets neufs. Partant de ces données, Netter pense que le sérum d'anciens malades doit se comporter de même. Ainsi peut-il appliquer chez l'homme la conséquence de ses recherches expérimentales. Il inaugura la sérothérapie par le sérum d'anciens malades et obtint de frappants résultats. Étienne lui-même expérimenta avec succès dans certains cas la méthode de Netter. Le premier point important qui ressort des observations publiées est l'efficacité du sérum d'anciens myélitiques dans les myélites aiguës évolutives. La sérothérapie est intervenue dans trois conditions différentes : 1° Dans la phase initiale préparalytique, possible dans les périodes d'épidémie ; 2° dans la phase d'extension des paralysies. La plupart des cas rentrent dans cette catégorie, et Netter a constaté le plus souvent dans ces cas un arrêt net de l'évolution. Très souvent même il y a eu rétrocession rapide des accidents établis ; 3° dans la phase de stabilité des paralysies. Ici encore il semble qu'on observe une rétrocession des paralysies plus complète et plus rapide que dans les cas qui évoluent spontanément.

La méthode Netter, qui comporte essentiellement l'injection de sérum intrarachidienne d'anciens malades expose cependant les malades traités à des réactions méningées fréquentes. En outre, la difficulté de se procurer du sérum en quantité suffisante constitue un gros obstacle à sa réalisation. Pour parer à cet inconvénient et pour permettre une préparation intensive d'un sérum actif pouvant répondre aux nécessités de la clinique courante, A. Petit réussit à fabriquer un sérum en se servant, comme antigène, de moelle de sujets poliomyélitiques. Cette moelle, convenablement préparée, est injectée à des chevaux, dont l'Institut Pasteur recueille le sérum. Étienne a pu traiter un certain nombre de cas de myélites diffuses par ce sérum ainsi préparé à l'Institut Pasteur par le professeur A. Petit.

Il divise ces cas en trois groupes : 1° sérothérapie à doses suffisantes ; 2° sérothérapie à doses insuffisantes ; 3° pas de sérothérapie.

Il ressort de ses observations, que des 11 cas traités et rentrant dans le premier groupe, 9 ont été guéris avec *restitutio ad integrum*. Dans ces 9 cas, la sérothérapie intervint le troisième jour après le début des accidents médullaires, le quatrième, le cinquième, septième, neuvième, dix-huitième, trente-neuvième, soixantième jour. Les doses employées ont été de 100 centimètres cubes en sept jours, de 110 centimètres cubes en cinq jours, 160 centimètres cubes en quatre jours, 260 centimètres cubes en sept jours, 310 centimètres cubes en quatre jours, 340 centimètres cubes en six jours, 350 centimètres cubes en cinq jours, 350 centimètres cubes en six jours. Les deux autres cas ont été moins favorablement influencés par le sérum de A. Petit. Un n'a présenté qu'un résultat incomplet, l'autre fut un échec. Les cas traités par le sérum Petit et rentrant dans le deuxième groupe par suite d'un manque de sérum, sont au nombre de trois. Dans ces cas, les doses employées ont suffi à enrayer nettement l'évolution, mais n'ont pas suffi à amener une rétrocession. Dans le troisième cas, il y a eu d'abord atténuation des accidents paralytiques, puis une deuxième attaque foudroyante. Des cas témoins n'ayant pas reçu de sérothérapie Étienne cite 9 cas. Sur ces 9 cas, un a succombé dans le marasme, un a eu une restauration satisfaisante, les autres ont présenté tous des séquelles plus ou moins graves.

Tous les cas rapportés par Étienne concernent les adultes. Cependant, d'après les observations de Mlle Laurent, de MM. Giraud, Roger (de Marseille), Debré, Lemierre, Barbary (d'Angers), Lemesle, Bobillier, Babonneix, la sérothérapie semblerait avoir obtenu des résultats assez bons dans la paralysie infantile. Étienne, s'appuyant sur toutes les observations publiées et sur les cas qu'il a traités personnellement, établit que le sérum de Petit a montré une action remarquablement constante dans la poliomyélite de l'adulte. Bien que la sérothérapie banale ait pu dans certains cas atténuer l'action du virus poliomyélitique et agir favorablement sur l'évolution des myélites aiguës, Étienne pense qu'à l'heure actuelle, seuls les sérums des malades guéris et le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur, employés à dose suffisante, paraissent doués d'un pouvoir neutralisant complet, ayant une action nette sur les lésions cellulaires médullaires déjà constituées et permettent de ce fait une rétrocession complète des accidents et une guérison absolue.

Étienne conclut que dans la paralysie infantile, comme dans les myélites diffuses, aiguës ou subaiguës de l'adulte, la sérothérapie antipoliomyélitique peut être utilisée. Dans la méthode de Netter, la voie intrarachidienne est la règle. En ce qui concerne le sérum antipoliomyélitique de Petit, qui paraît être

actuellement au point, on peut admettre que la sérothérapie a une action remarquablement constante dans les cas de myélite de l'adulte. L'amélioration se fait sentir souvent dans les premières heures. A doses suffisantes, on peut escompter l'arrêt de l'évolution et presque à coup sûr la rétrocession des paralysies, à condition d'intervenir à temps. Il est désirable pour cela que la sérothérapie intervienne dès que possible au cours de l'évolution des myélites. Plus son action est précoce, moindres sont les doses massives employées. A la phase de stabilisation, le sérum paraît pouvoir être encore actif.

Les injections intramusculaires et sous-cutanées sont très souvent pratiquement suffisantes. Il est utile et économique d'y joindre la voie intrarachidienne, quand il est possible, sans se préoccuper de la réaction méningée parfois vive mais sans gravité. Il est nécessaire d'employer un traitement d'assaut d'emblée par de fortes doses de sérum. Étienne s'est arrêté à une moyenne de 80 à 100 centimètres cubes dans les premières vingt-quatre heures en injection intra-musculaire. Il faut continuer les mêmes doses les jours suivants, jusqu'à ce que l'amélioration se dessine nettement, puis la consolider par des doses de 80 et 40 centimètres cubes. A doses insuffisantes résultats incomplets. Si l'on n'a pas à sa disposition du sérum, on peut espérer un certain ralentissement de l'évolution, soit par le traitement du choc banal, soit par la sérothérapie non spécifique par un sérum banal.

Étienne termine en émettant le vœu que l'Académie de médecine approuve le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur.

Le D^r Hallé donne ensuite lecture d'une communication du D^r Netter, concernant la **sérothérapie de la maladie de Heine-Medin**. Netter regrette que la sérothérapie antipoliomyélitique n'ait point encore reçu la place qu'elle mérite dans les pays au courant de la nouvelle méthode. Il signale par contre les heureux résultats obtenus aux Etats-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Il rappelle en quelques mots les bases expérimentales de la sérothérapie, et les premières applications qui en furent faites. Les cas observés et traités par lui-même, ainsi que ceux traités et publiés par son élève Salanier, lui permettent de conclure à l'efficacité du sérum d'anciens malades injecté dans le canal rachidien des malades atteints de poliomyélite. Ce sérum est susceptible d'enrayer l'extension des altérations médullaires, s'il n'est pas à même d'amener la régression des lésions. Netter insiste sur la nécessité d'utiliser le sérum au début de la maladie, c'est-à-dire dans la phase préparalytique et dans les premiers jours de la paralysie. Il rappelle qu'en dehors de toute notion épidémique, un examen attentif permet souvent de soupçonner, voire même d'affirmer le diagnostic de bonne heure. Par conséquent, les occasions ne manquent pas d'utiliser le sérum dans la phase préparalytique. Dans les cas où la paralysie est déjà constituée, on peut obtenir l'arrêt de l'extension et même le retour des mouvements, mais cette possibilité a ses limites et ne se retrouve plus après plus d'une semaine. Il faut peut-être chercher dans le retard apporté à l'application du traitement la raison des reproches d'inefficacité de la sérothérapie antipoliomyélitique portés par certains auteurs. Netter pense qu'on a exagéré certainement la difficulté de se procurer le sérum d'anciens malades. Dans toutes les localités importantes, le corps médical connaît des sujets atteints pendant l'enfance de poliomyélite et à qui l'on pourrait facilement s'adresser pour l'obtention du sérum. Au sujet du sérum antipoliomyélitique de A. Petit, Netter déclare l'avoir utilisé avec succès comme l'a fait Etienne. La voie intramusculaire peut être substituée à la voie rachidienne.

Le professeur Rohmer (de Strasbourg) cite quelques résultats excellents obtenus par **la sérothérapie antipoliomyélitique**, lors d'une petite épidémie survenue à Strasbourg.

Gauthier (de Genève) a traité des cas de **poliomyélite par le sérum de A. Petit**, injecté par voie rachidienne et intramusculaire ; les résultats n'ont pas été très démonstratifs. Pour Roch (de Genève), le sérum agit bien mais d'une façon incomplète. Gauthier a traité la poliomyélite par autohémothérapie à raison de 8 à 10 centimètres cubes de sang en injection sous-cutanée pendant cinq à huit jours. Il aurait obtenu une bonne amélioration.

Lemaire (de Paris), se basant sur les expériences qu'il a faites concernant l'action du sérum antitétanique, se demande si l'usage d'une médication anesthésique et hypnotique ne serait pas un adjuvant de la sérothérapie dans le traitement de la poliomyélite. La sérothérapie de la poliomyélite, comme celle du tétanos, comporte l'injection de doses élevées de sérum par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Dans l'une ou l'autre affection, le virus n'a son action pathogène que lorsqu'il est fixé dans la cellule nerveuse. Lemaire et Debré ont démontré en 1911 que dans les conditions normales, les sérums antitoxiques ne passent dans le liquide céphalo-rachidien, ne traversent la barrière encéphalo-hématique qu'en minime quantité. Or l'usage de la morphine dans la sérothérapie du tétanos facilite à l'antitoxine le passage de la barrière vasculo-encéphalique. Lemaire se demande donc si une association semblable ne permettrait pas de rendre efficace à une moindre dose la sérothérapie antipoliomyélitique.

M. Lereboullet a, au cours de l'épidémie de 1926, soigné avec MM. Janet et Pierrot, 13 cas de poliomyélite, amenés quelques jours après le début de la maladie. Onze d'entre eux ont été soumis au traitement par le sérum de Petit à doses relativement élevées. Un seul a succombé à une broncho-pneumonie. Deux n'ont pas été influencés et ont gardé des séquelles importantes. Un est sorti trop tôt pour juger du résultat. Chez sept enfin une évolution favora-

ble a été constatée et ils sont sortis de l'hôpital avec des séquelles peu marquées. Mais, simultanément, deux à l'hôpital et plusieurs en ville étaient soignés sans sérothérapie avec une évolution tout aussi favorable.

Réserve faite des cas rares où la généralisation ascendante et la participation bulbaire entraînent une mort rapide, la plupart des poliomyélites présentent une tendance spontanée à la régression qui empêche de juger l'action de la sérothérapie.

Il faut la pratiquer toutes les fois qu'on le peut, par voie intra-musculaire et sous-cutanée (lavoie intra-rachidienne ne semblant pas indispensable et parfois nuisible) ; des doses élevées sont, ici comme ailleurs, nécessaires ; il faut se rappeler aussi les bienfaits de la physiothérapie dès que la régression commence à se manifester.

M. Tixier (de Paris) trouve les statistiques du Dr Étienne fort intéressantes, mais elles concernent presque exclusivement des adultes. Tixier se demande si les conclusions du rapport Étienne ne sont pas un peu trop optimistes. En clinique infantile, il semble bien qu'il y ait deux variétés de maladies, peut-être de la même famille, mais bien différentes au point de vue de leur pronostic. Il y a d'une part les formes de myélites ascendantes à évolution rapide et qui sont extrêmement graves *quoad vitam*, mais rares heureusement. D'autre part nous observons beaucoup plus souvent la poliomyélite courante de l'enfance avec un début qui tend de plus en plus à ressembler au début d'une méningite tuberculeuse.

Pour les formes ascendantes à évolution rapide, la sérothérapie est inopérante Tixier croit qu'il est imprudent de laisser s'accréditer l'assertion que la myélite ascendante est toujours curable du moment que les injetcions de sérum sont faites en quantité suffisante. Cette assertion laisserait planer la suspicion sur la technique de confrères qui ont cependant des échecs en se plaçant dans les meilleures conditions. Tixier cite un cas qui fut un échec malgré la dose massive de sérum injecté.

En ce qui concerne l'influence de la sérothérapie sur la poliomyélite courante de l'enfance, nous manquons de documents à la fois nombreux et précis. Tixier, qui a pratiqué la sérothérapie antipoliomyélitique n'a jamais eu l'impression d'une régression des paralysies très différente de ce qui se passait autrefois, avant l'emploi de la sérothérapie. Il met en garde contre les méningites sériques auxquelles on expose les malades en pratiquant les injections de sérum par voie intra-rachidienne.

Pour conclure, Tixier déclare que les remarques qu'il vient de présenter ne sont pas des critiques de principe à l'égard d'une méthode qui est la thérapeutique rationnelle de l'avenir. Il rend hommage aux travaux de M. Netter, aux recherches de M. Petit et au rapport de M. Étienne.

M. Forest présente l'observation d'un enfant de seize mois traité par des injections de sérum, les dixième, onzième et douzième jours de la période ascendante. Il a observé une régression rapide des phénomènes paralytiques.

Lesné pense qu'il est difficile d'affirmer la valeur de la sérothérapie dans le traitement de la poliomyélite, dont les formes cliniques sont si peu comparables comme évolution et comme pronostic. A côté des formes graves aboutissant à la mort, il y a les formes bénignes de la poliomyélite de l'enfance qui régressent spontanément. Il cite un cas traité avec succès, semble-t-il, par la sérothérapie. Lesné pense que la sérothérapie doit être employée au moins dans les formes graves, en y associant, bien entendu, la physiothérapie, dont l'utilité est incontestable.

M. Babonneix (de Paris) apporte les observations de quelques cas personnels, traités soit par le sérum de malades convalescents, soit par le sérum de A. Petit. Les résultats ont été assez variables. Babonneix conclut cependant que la sérothérapie est une arme merveilleuse à laquelle il faut toujours recourir quand la chose est possible. Les échecs peuvent s'expliquer, soit par le retard apporté dans la mise en œuvre du traitement, soit par l'insuffisance de doses injectées, soit par la virulence excessive de l'infection.

M. Lereboullet. Les injections par voie intra-rachidienne sont dangereuses. Il préconise la voie intra-musculaire à condition d'injecter des doses massives de sérum.

M. Nobécourt estime qu'il est difficile de se faire une opinion sur la valeur de la sérothérapie dans la poliomyélite. Il n'est pas démontré que le sérum de convalescent soit vraiment efficace. Les statistiques publiées semblent vouloir montrer que les résultats obtenus avec la sérothérapie ou sans sérothérapie sont à peu près identiques. En effet, la poliomyélite épidémique est une maladie essentiellement polymorphe, dont le pronostic est très variable. Dans la plupart des cas, les paralysies ont une tendance spontanée à la régression et à la localisation. Nobécourt cite les cas traités à la clinique médicale des enfants. De ses observations personnelles, on peut tirer les conclusions suivantes : un traitement précoce, régulier donne des résultats favorables ; un traitement irrégulier, ne procure aucune amélioration. Il faut tenir compte dans chaque cas particulier de la gravité de la maladie. Les cas légers et moyens ont tous été améliorés ou guéris, les cas graves ont été plus ou moins notablement améliorés. Cependant Nobécourt pense qu'il n'est pas possible de formuler aucune conclusion précise sur la valeur de la sérothérapie, celle-ci ayant été utilisée dans un nombre de cas trop restreint ou insuffisamment démonstratifs et associée d'ailleurs à d'autres méthodes de traitement.

M. Étienne répond qu'à côté des cas où il y a régression spontanée des phénomènes paralytiques, il a l'impression cependant que les formes envahissantes sont susceptibles de guérison avec la sérothérapie

à hautes doses. Il a l'impression également qu'on observe plus de guérisons dans les cas traités avec le sérum que dans les cas traités sans sérum. Pour lui, l'injection intra-rachidienne paraît préférable à la voie intra-musculaire ou sous-cutanée, parce que permettant une action plus rapide du sérum.

M. Plumier (de Liège) rapporte un cas traité par la sérothérapie avec résultats favorables. Deux ans plus tard, le même malade est revenu, présentant les mêmes symptômes de poliomyélite, symptômes qui se sont aggravés. Le malade est mort. A l'autopsie, on trouve une tumeur de la moelle. Plumier discute du diagnostic et se demande s'il y a eu d'abord maladie de Heim-Medin et ensuite tumeur, ou si le contraire s'est produit.

(*A. suivre.*)

Les Livres

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A. Kotzareff et Roger Fischer. — **Les cancers et la physico-chimie**. (Un vol. in-8 de VIII-336 pages, avec 83 figures et tableaux démographiques ; 50 fr. net.)

Le problème des cancers est présenté à un point de vue tout à fait nouveau.

Laissant au second plan la morphologie, qui, trop longtemps, a retenu l'attention des pathologistes et qui ne paraît plus être à même de permettre de nouveaux progrès, les auteurs ont surtout porté leur attention sur la physico-chimie et les phénomènes physico-chimiques, qui, dans le domaine des cancers notamment, précèdent les manifestations morphologiques.

Les facteurs déterminants de toute division cellulaire seraient les mêmes dans les divisions normales et typiques que dans les divisions cancéreuses et atypiques. Les causes déterminantes de la cancérisation peuvent être d'ordre chimique, physique et biologique, aucune d'elles n'étant spécifique, ou, prise seule, susceptible de produire un cancer. Par contre, leur mode d'action est unique, il est d'ordre photo-électro-chimique, et modifie l'état électro-colloïdal de la cellule et du milieu dans lequel elle baigne.

La cancérisation serait une localisation de cette modification physico-chimique avec retentissement général sous forme d'un déséquilibre électro-colloïdal général, et la thérapeutique des cancers devrait toujours comprendre un traitement local et un traitement général. Après de longues expériences, les auteurs ont choisi pour ce dernier l'émanation du radium dont ils chargent des liquides colloïdaux, inoffensifs pour l'organisme qui les reçoit par injections intraveineuses ; il y a fixation physico-chimique élective sur les cellules cancéreuses, ce qui leur a permis d'obtenir, dans certaines conditions, sur des plaques sensibles, des images de tumeurs, procédé auquel ils ont donné le nom de curiegraphie.

Enfin la curiethérapie interne des cancers par injections locales et intraveineuses est étudiée, ainsi que la théorie du mode d'action des rayons X, du radium et des injections radioactives.

Ces conceptions nouvelles et hardies s'adressent à l'un des plus grands problèmes actuels de la pathologie.

Ch. Guéret. — **Poésies**.

Le deuxième fascicule du tome I des Poèmes, de Charles Guéret, vient de paraître, tiré par l'auteur lui-même, à Sète, sur la presse à bras de sa Tour d'ivoire. Deux pièces, de caractère différent.

Un *Nocturne* qui se termine ainsi :

Mais soudain la lune apparaît
. . . .
Voici la minute éblouie
Dont la surprise atteste encor
Dans le printemps de ce décor
Le renouveau d'une féerie

Retour des sylphes oubliés
Reflets de neige éclos sur l'onde
Ce sont vapeurs glissant en ronde
Et nénufars multipliés.

Un *Hymne au vin*, mis en musique par Paul Le Flem, stances alternées d'alexandrins et de vers de 8 pieds, aux belles résonnances :

Les stances de la paix méditerranéenne
Les rythmes alternés du rêve et de l'outil
Ont noté leurs accords aux lignes de la plaine
Sous les points d'orgue du soleil. . . .

Les amateurs d'un lyrisme enthousiaste, rythmé d'un verbe richement sonore, y trouveront ample matière à satisfaire leur goût.

G. D.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie,
8, Place de l'Odéon.

R. Leibovici, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux. — **Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles par artérites chroniques non syphilitiques**. (Un vol. in-8°, 230 p., 20 fig. Prix : 25 fr.).

Editions du Bureau International du Travail, Genève.

Série M. Assurances sociales, N° 6. — **L'assurance-maladie obligatoire**. Analyse des législations nationales et des résultats de leur application. (In-8°, 863 p. Prix : 15 fr. suisses.)

SÉRIE M. ASSURANCES-SOCIALES, Nº 6. — **L'assurance-maladie libre**. Monographies contenant l'analyse des législations nationales d'assurance-maladie libre et des résultats de leur application. (In-8º, 400 p. Prix : 10 fr. suisses.)

EDITIONS DE LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, 10, rue de l'Université.

Dr SICARD DE PLAUZOLES. — **L'allaitement maternel obligatoire**. *Rapport présenté à la Commission de défense du droit à la vie saine* (1927) (Une broch. 32 p. Prix : 2 fr.).

Les Thèses

P. — Dr L. HUET, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Le prurit périnéal (étude clinique, étiologique et thérapeutique)** Imprimerie du Progrès, Rambouillet, 1927.)

Le prurit périnéal fait, de ceux qu'il atteint, de véritables martyrs, dont certains, désespérés, ne reculent pas devant le suicide pour s'y soustraire.

En consacrant à cette redoutable affection son mémoire inaugural, M. le Dr Huet a fait une œuvre essentiellement pratique dont il mérite d'être complimenté et remercié. Cette œuvre peut être condensée dans les propositions suivantes :

Les démangeaisons de l'anus et des organes génitaux externes sont des modalités d'un prurit régional. Localisées à la zone ano-génitale, elles ont pu être dénommées par MM. Hudelo et Rabut : prurit périnéal.

Le prurit périnéal primitif survient sur une région saine, sans lésion antérieure cutanée ou muqueuse. Simple symptôme clinique, ressortissant à des affections très variées, sa constatation commande toujours un examen médical complet. Il est en rapport constant avec un « nervosisme » spécial, qui semble être à la fois une cause et une conséquence du prurit.

La pathogénie et le mécanisme en sont attribués, au sympathique, au système cérébro-spinal, à un choc humoral.

Une synthèse de ces théories semble possible.

Cliniquement, on constate des démangeaisons survenant par crises d'intensité variable, et toujours suivies de grattages, s'accompagnant d'une sorte de volupté et terminant la crise lorsqu'ils ont finalement lésé et ensanglanté le tégument.

L'évolution est chronique. A la longue, surviennent des troubles généraux, mentaux et nerveux, plus ou moins accusés.

On peut constater localement : une simple moiteur, des fissurations épidermiques, parfois de l'eczématisation ou bien encore une lichénification avec pigmentation dues au grattage. L'infection secondaire peut transformer l'aspect objectif de la région.

Le prurit ano-génital relève : 1º de causes prédisposantes, dues à des tares héréditaires ou acquises ; 2º de causes occasionnelles qui déclanchent la crise pruritique ; 3º enfin de causes déterminantes : locales, de voisinage, générales. Il est fréquent de les voir s'intriquer et se stratifier.

Certaines causes locales sont facilement reconnues (parasites divers, hémorroïdes, leucorrhée, fissures, etc.).

D'autres sont cachées et ne peuvent être découvertes que par l'examen au spéculum, l'urétroscopie, la rectoscopie. L'entretien et l'aggravation du prurit sont souvent dus au microbisme régional. Mais ce dernier ne peut toujours être rendu responsable des démangeaisons, comme le voudraient les auteurs américains. Assez fréquente est l'origine indirecte du prurit. Celui-ci peut constituer un signe d'alarme d'un néoplasme viscéral.

Les causes générales sont les plus importantes. Citons parmi elles :

1º Chez la femme : la grossesse et la ménopause ;

2º Dans les deux sexes : l'intoxication intestinale chronique avec insuffisance hépatique, le diabète et surtout la syphilis.

A propos de ces deux dernières affections, on ne négligera aucune recherche de laboratoire pouvant servir à les dépister (acidose, hyperglycémie, Bordet-Wassermann, réactivation, ponction lombaire). Il ne faut jamais oublier l'action prurigène incontestable de l'alcool et du café.

En présence d'un prurit « essentiel », on pensera aux insuffisances glandulaires, aux intoxications médicamenteuses, à la syphilis héréditaire. Certains relèvent plus simplement de la psychothérapie. Le traitement doit toujours être à la fois local et général.

La thérapeutique locale comporte :

1º Des conseils d'*hygiène* ; 2º des *médications chimiques* simples, dont on se doit de connaître l'efficacité : lotions chaudes vinaigrées, liniment oléo-calcaire, nitrate d'argent, goudron de houille, poudres inertes, etc. ; 3º on peut utiliser les *agents physiques* : l'effluvation de haute fréquence, la douche filiforme, les rayons ultra-violets, etc. L'application des rayons X doit être réservée aux seuls spécialistes ; 4º quant aux *traitements chirurgicaux*, ils ne sont de mise qu'après échec de tous les autres procédés thérapeutiques.

La médication générale comprend :

1º Une *hygiène* rigoureuse : *a*) du tube digestif, basée sur la lutte contre la constipation et la tachyphagie, les soins de la dentition et du rhino-pharynx ; *b*) du système nerveux. Il faut associer judicieusement : la psychothérapie, l'isolement, et l'hydrothérapie. On leur adjoindra si possible, des cures hydro-

minérales dans les stations sédatives possédant des eaux « douces pour la peau ».

2° Un traitement par : *a)* des substances chimiques antiprurigineuses (gardénal) ; *b)* des méthodes désensibilisantes.

3° Une *thérapeutique* des affections causales : qu'il s'agisse de lésions locales ou de voisinage, de maladies générales, d'intoxications ou d'insuffisances glandulaires.

Enfin, il sera toujours légitime d'essayer le traitement antisyphilitique dans un prurit de cause obscure, car il peut donner, dans certains cas, des résultats presque miraculeux.

Fort de toutes ces données, et en instituant un traitement rationnel, le praticien aura souvent la joie de soulager son malade et de le guérir d'une si gênante affection, et en les traitant immédiatement, d'arrêter l'évolution d'affections sérieuses jusque-là occultes, tels qu'un néoplasme viscéral, un diabète, une leucoplasie vulvaire précancéreuse, une syphilis inconnue ou un tabes fruste.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La Cibalgine.

La douleur est utile à son début, inutile en suite, nuisible en se prolongeant.

La douleur a son utilité : sentinelle vigilante veillant aux extrêmes bords du domaine de la santé, elle dépêche des avertissements d'abord discrets, puis des appels de plus en plus pressants lorsque la maladie fait une apparition sinistre et menaçante sur son territoire inviolé.

Avant de faire taire ou de modérer la douleur, il convient par conséquent d'écouter son langage et de l'interpréter.

Or, toute sensation douloureuse a pour conditions essentielles :

1° Une excitation périphérique, par traumatisme ou localisation morbide ;

2° L'excitabilité (normale ou exagérée) de l'appareil nerveux conducteur ;

3° La réceptivité psychique vis-à-vis de l'influx dolorifique.

S'attaquer à la condition première est le traitement causal, pathogénique. S'attaquer aux deux autres est le traitement symptomatique, toujours le plus apprécié des malades qui souffrent, et non toujours vain du point de vue étiologique, car l'exagération de la condition seconde (excitabilité excessive de l'appareil conducteur) devient en général la règle lorsque la douleur persiste un certain temps.

Il s'établit presque toujours, en effet, un cercle vicieux entre la douleur et la cause qui la provoque, surtout lorsque cette cause ressortit aux inflammations, aux contractures, aux spasmes viscéraux, par réversibilité de la sensation douloureuse sur l'organe malade.

Et alors cette douleur exacerbée, dépassant son but, est inutile : elle justifie et légitime l'emploi des analgésiques.

Leur usage permet, lorsqu'il est opportun, une sédation plus prolongée qu'on ne l'attendrait de leur seule action dolorifuge et il n'est pas rare que, dans certains reliquats douloureux plus ou moins *sine materia*, ils déterminent une cessation définitive du phénomène algique.

La Cibalgine, qui ne contient pas d'alcaloïdes, aucune substance du tableau B, qui calme la souffrance sans entraîner jamais de conséquences fâcheuses, sans inciter le malade aux doses itératives comme le font les opiacés, qui apaise le mal en éliminant l'irritabilité qu'il a créée, mérite l'épithète de *bon analgésique.*

Sous ses deux formes, comprimés et ampoules, c'est un médicament des plus recommandables. Doses utiles : 2 à 4 comprimés ou 1 à 3 ampoules par 24 heures, ces dernières aux lieu et place de la morphine dans la crise d'asthme, les hémoptysies, les coliques hépatiques ou néphrétiques, les fractures, traumatismes, etc.

Dr Savigny.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

Le Témoignage de M. Léon MIRMAN,

Conseiller à la Cour des Comptes,
Ancien Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Au Dr Duchesne

Paris, le 30 mars 1928,

Monsieur,

J'ai lu avec grand intérêt dans le *Concours médical* votre article sur « l'Internement des aliénés ». A l'appui de votre thèse, voici mon témoignage :

Lorsqu'en 1905 je fus appelé à la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, j'étais de ces nombreux Français dont la sensibilité avait été fort émue par des campagnes récentes menées dans la presse, et même au théâtre, contre les séquestrations arbitraires de pseudo-aliénés. J'avais souvent gémi sur le sort de ces malheureuses victimes. A la tête d'une Direction dont dépendait le service général des aliénés en France, j'étais donc désormais à un poste de choix pour exercer une surveillance, et je résolus de l'exercer en effet avec un soin particulier. Vous le dirai-je ? dans mon ardeur de néophyte, je mettais une sorte de point d'honneur à découvrir et à sauver l'une de ces victimes.

Je fis donc classer attentivement *toutes* les communications, de quelque nature qu'elles fussent, y compris les nombreuses lettres anonymes, dénonçant de façon plus ou moins directe quelque « séquestration ». Il n'y a pas une seule de ces communications, lettre ou coupure de journal, que je n'aie moi-même examinée. J'ai fait procéder à un nombre énorme d'enquêtes administratives et même extra-administratives. Plus d'une fois enfin, ayant cru discerner, d'après le dossier, un cas intéressant, j'ai procédé à cette enquête moi-même, arrivant dans un établissement sans être annoncé, de la façon la plus inopinée, allant droit à la personne que je voulais voir, prenant les précautions les plus minutieuses pour n'être point trompé sur son identité.

J'ai constaté, au cours de ces visites fortuites, bien des choses intéressantes dont j'ai fait mon profit, plus d'une négligence qu'il fallut réprimer, surtout des insuffisances d'organisation que je me suis efforcé de faire disparaître. Mais pas une fois — je dis : *pas une* — je n'ai eu la « satisfaction » de découvrir la victime que je rêvais de libérer.

Sans doute ai-je trouvé un nombre notable de malades qui auraient été mieux à leur place dans un hospice que dans un asile (et que la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards et aux incurables permît en effet de mettre dans les hospices) ; d'autres qui, à la rigueur, auraient pu être soignés à domicile ; d'autres encore, dans certains asiles de province mal outillés en personnel et en matériel, qui peut-être auraient guéri s'ils avaient pu recevoir des soins appropriés, etc... Mais « un sujet sain méchamment séquestré grâce à la complicité d'un médecin » est resté, malgré tous mes efforts, *introuvable*. Je dus, après plusieurs années de vaines recherches, renoncer décidément à la gloire d'être un sauveur.

Je ne prétends pas du tout que la loi de 1838 soit parfaite et intangible (encore ne suis-je pas sûr que, s'il avait à construire aujourd'hui de toutes pièces une loi de ce genre, le Parlement la ferait aussi bonne), et je n'ai nullement l'intention de tirer de mon expérience personnelle et directe des conclusions générales. J'ai considéré que j'avais simplement le devoir de vous apporter le premier témoignage de cette expérience.

En voici un second qui appuie l'autre partie de votre thèse : de 1905 au mois d'août 1914, si je n'ai pu découvrir une seule séquestration arbitraire (j'entends d'ordre médical dans un établissement public ou privé destiné aux *aliénés*), en revanche j'ai été, durant cette période et dans l'exercice de mes fonctions, à même de connaître bien des cas lamentables de familles martyrisées

parce que l'un de leurs membres constituait pour elles un danger permanent, et parce qu'elles n'avaient pu — pour des causes diverses qu'il serait trop long d'énumérer ici — obtenir l'internement de ce malade ou son maintien dans un de ces établissements. Mon cœur se serre au souvenir de toutes les misères, de toutes les angoisses, et aussi des catastrophes dont j'ai été ainsi le confident ou le témoin !

J'exprimerai donc ainsi ma double conclusion qui concorde exactement avec la vôtre :

« Durant toute la période de temps — 1905 à août 1914 — où je suis resté directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, d'une part je n'ai, malgré mes recherches persévérantes et longtemps même passionnées, découvert aucun cas de séquestration arbitraire médicale dans un établissement d'aliénés ; d'autre part, j'ai pu constater combien la répugnance de certaines mères à faire interner un enfant aliéné, leur volonté d'attendre, d'attendre encore, de se dévouer... jusqu'au bout, combien dans d'autres cas la crainte de la calomnie, combien enfin, chez certains médecins et certaines autorités administratives, la peur des responsabilités, l'effroi d'être accusé d'avoir prêté la main à une séquestration, combien toutes ces causes déterminaient chaque jour de misères et de drames. »

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma haute considération avec, pour le *Concours médical*, mes sentiments de vieille et fidèle sympathie.

L. MIRMAN.

***

Je remercie bien vivement M. MIRMAN de l'appui précieux qu'apporte sa lettre à l'étude que j'ai publiée sur l'Internement des Aliénés.

C'est une nouvelle preuve d'estime et de cordialité qu'il donne au *Concours médical*.

Si tout est loin d'être pour le mieux dans la façon dont sont soignés les aliénés ; si de récents scandales ont montré quelles coupables insuffisances ont pu être reprochées à un personnel dont le recrutement laisse trop souvent à désirer, il n'en reste pas moins qu'avec Maurice de Fleury et M. Mirman, je puis affirmer avec plus de fermeté encore, que la loi de 1838, tout amendable qu'elle soit, ne se prête à aucune possibilité d'internement arbitraire. Et c'est bien quelque chose !

G. DUCHESNE.

ACCIDENT DU TRAVAIL — DÉCÈS SUBIT — RELATION DE CAUSE A EFFET

Plusieurs de nos confrères se sont adressés au *Concours* et au « Sou médical », parce que certains de leurs clients leur avaient demandé dans quels cas il était possible de faire admettre, comme résultant d'un accident du travail, la mort subite d'un ouvrier, survenue pendant et sur le lieu du travail.

D'une manière générale, si la loi du 9 avril 1898 dispense l'ouvrier, ou ses ayants-droit, de prouver la faute du patron, ils restent tenus, comme demandeurs, de prouver l'évènement même de l'accident.

Ainsi en a décidé la Cour de cassation, en de nombreux arrêts (Civ., 10 juin 1902 ; Req., 23 juillet 1902, 23 décembre 1903 ; 22 juin 1905 ; Civ., 24 février 1914 ; Req., 24 février 1915 ; Req., 4 avril 1917).

Cette preuve peut être faite par tous moyens légaux et notamment à l'aide de présomptions graves, précises et concordantes, dont l'appréciation rentre dans les pouvoirs souverains des juges du fond.

En second lieu, l'accident une fois établi, l'ouvrier, ou ses ayants cause sont, en outre, tenus, en vertu de l'article 1315 du Code civil de prouver la relation de cause à effet entre cet accident et le travail.

Ainsi en ont décidé de nombreux arrêts de cassation et de cours d'appel.

En matière de décès, survenu à l'occasion du travail, il faut distinguer les cas où la mort survient brusquement au lieu et pendant le temps du travail et ceux où le décès ne survient que quelque temps après l'accident présumé.

1° Cas de mort subite.

En cas de contestation sur le point de savoir si la mort d'un ouvrier est due à une cause naturelle ou à une cause accidentelle, les héritiers de l'ouvrier sont tenus de prouver le caractère accidentel de la mort (Cassation, civ. 10 juin 1902 ; D. P., 1902.1.273 ; Req., 23 juillet 1902 ; D. P. 1903.1.274).

Faute de rapporter cette preuve, les héritiers de l'ouvrier doivent être déboutés de la demande, sans qu'on puisse exiger du patron la preuve de la cause actuellement inconnue, qui aurait provoqué l'accident ou le mal (Req., 19 janvier 1903 ; D. P., 1904. 1.516).

Cependant, la Cour de cassation (toutes chambres réunies) par arrêt du 7 avril 1921 (*Rec. Gaz. Trib.*, 1921.1.130 ; *Gaz. Pal.*, 1921.2.122) a décidé qu'au cas où un ouvrier tombe frappé de

mort sur le lieu de son travail, il n'y a pas lieu de mettre à la charge de ses ayants-droit la preuve que ce décès n'est pas dû à une cause naturelle.

La cour de Paris a appliqué le même principe. Par arrêt de la 7e chambre, du 21 juin 1926, elle a décidé que toute lésion qui se produit dans un accident, survenu par le fait, ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident ; en conséquence, la chute d'un facteur des postes, au moment où il faisait sa tournée professionnelle à bicyclette, sans qu'on puisse savoir si c'est une hémorragie cérébrale foudroyante qui a déterminé la chute, ou si c'est la chute qui a déterminé l'hémorragie cérébrale, donne lieu à application de la loi du 9 avril 1898, même dans le cas où la veuve s'est refusée à laisser procéder à l'autopsie, la preuve ne lui incombant pas.

Le refus de laisser pratiquer l'autopsie ne pouvait dès lors être reproché à la veuve, qui avait administré la preuve, qui lui incombait, à savoir la relation entre l'accident et le travail, sauf à l'employeur de démontrer que la mort était due à une cause antérieure au travail, par exemple à une action soudaine des forces de la nature.

Mais, de ce qu'il était établi qu'il y avait eu chute et même une lésion consécutive à cette chute, résulterait-il que le fardeau de la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le travail, qui, en principe, incombe à l'ouvrier, ou à ses ayants-droit, devait être déplacé ?

Cette question est extrêmement délicate.

C'est ainsi que la Cour de cassation, chambre civile, par arrêt du 10 mars 1924 (*Gaz. Pal.*, 1924-1-680 ; *Gaz. Trib.*, 19 mars 1924) a décidé que la mort subite d'un ouvrier, survenue au temps et au lieu de son travail, ne donne pas à sa veuve le droit d'invoquer les dispositions de la loi du 9 avril 1898, s'il est souverainement constaté par les juges du fait, qu'elle ne résulte pas d'un accident, mais qu'elle a été causée par des lésions pathologiques de la victime, abstraction faite de toute cause extérieure.

Un arrêt de la Chambre des requêtes du 17 mai 1925 (*Gaz. Pal.*, 7 juillet 1927) est ainsi rédigé :

« Attendu que la Cour d'appel déclare que Souillot, chauffeur aux usines Schneider, au Creusot, était assis sur un tabouret devant le tableau des chaudières et lisait un journal, lorsque, soudain, il s'affaissa et que, quand on le releva aussitôt, il portait au front des contusions superficielles et sans gravité et il avait cessé de vivre ;

« Attendu que de ces faits, souverainement constatés, la Cour d'appel a pu déduire qu'on n'y trouvait pas les éléments constitutifs d'un accident du travail et que, dès lors, la veuve n'était pas recevable à invoquer les dispositions de la loi du 9 avril 1898 ;

« Attendu, en effet, que si la mort subite de Souillot est survenue au lieu et au temps du travail, il n'est pas établi qu'elle résulte d'un accident, ni même qu'elle ait eu lieu dans un accident ».

Disons cependant que, dans ce cas, aucune expertise n'a démontré la cause de la mort. Les contusions qu'on a relevées au front de la victime étaient peut-être plus graves qu'elles ne paraissaient. Peut-être aussi, Souillot a pu être intoxiqué par des émanations, provenant des feux de la chaudière.

Il est évident que seule l'autopsie, faite en temps opportun, peut déceler la cause véritable de la mort. C'est ainsi qu'un arrêt de la cour de Cassation, chambre des requêtes, du 13 décembre 1927 (*Gaz. Pal.*, 1er février 1928) décide que lorsqu'il est établi qu'aucune ecchymose n'a été relevée sur le corps d'un ouvrier, qui s'est affaissé soudainement et est mort au cours de son travail et que, par suite, la chute qu'il avait faite, n'a pu être la cause de l'accident et qu'en outre, la mort trouvait son explication dans l'état pathologique de la victime, abstraction faite de toute cause extérieure, c'est à bon droit qu'il est décidé que la mort de cet ouvrier n'a pas eu pour cause un accident du travail.

De tout ceci résulte que, comme l'indiquent les arrêts ci-dessus, les ayants-droit d'un ouvrier, victime d'un accident mortel, survenu au lieu et au temps du travail, qui réclament l'indemnité déterminée par la loi du 9 avril 1898, doivent prouver l'accident et sa relation, tant avec le travail qu'avec la mort de l'ouvrier.

Mais, aux termes d'un arrêt de Cassation, chambre civile, du 30 décembre 1919 (*Gaz. Trib.*, 31 janvier 1920), ils n'ont pas à en établir la cause. C'est ainsi que le chef d'entreprise ne dégage sa responsabilité qu'en prouvant que la victime a intentionnellement provoqué l'accident.

Ces preuves du caractère accidentel de la mort peuvent résulter d'un ensemble de présomptions graves, précises et concordantes.

Ainsi, on peut tenir pour accidentel le décès d'un muletier, trouvé mort sur un sentier de montagne, alors que sa tête, siège de blessures, est en contact avec un rocher et que son état de santé antérieur n'autorisait pas à supposer une mort subite naturelle (Montpellier, 27 mars 1926 ; *Mon. jud. Midi*, 1er juin 1926.)

Le décès subit d'un ouvrier, employé au creusement d'un puits, peut être considéré comme un accident du travail, lorsque diverses circonstances précises permettent de penser que la mort a été déterminée par la conjugaison soudaine et violente d'un ensemble d'éléments, qui ont agi sur l'organisme de la victime (Mont-

pellier, 24 juin 1925 ; *Mon. jud. Midi*, 1925.219).

L'accident survenu sur le lieu et pendant le temps du travail est présumé survenu par le fait, ou à l'occasion du travail, même si la cause de l'accident demeure douteuse (Dijon, 1re chambre, 25 avril 1921 ; Rec. Dijon 1921.68).

C'est donc à bon droit qu'a été déféré à la cour de Cassation un arrêt de la Cour d'appel de Bourges, en date du 15 novembre 1927 (Archives du « Sou médical »). Un ouvrier avait eu le matin une syncope, à la suite d'un effort, alors qu'il plaçait avec l'aide d'un camarade, sur une brouette, un cylindre du poids de cent kilogr. environ.

Ayant néanmoins repris son travail, il fut appelé à livrer, le même jour, des sacs de farine : il en monta 18 au premier étage sans accuser ni trouble, ni fatigue apparente.

Il venait de monter le 19e, lorsque, ne le voyant pas redescendre, on le rechercha et on le trouva les mains appuyées sur le sac, qu'il venait de placer auprès des autres, la tête penchée en avant et ne donnant plus signe de vie.

La veuve réclama l'autopsie ; mais, par suite de lenteurs inexplicables, cette opération ne fut faite qu'un mois plus tard.

Voici sur ce point, la rédaction de l'arrêt :

« Attendu que l'autopsie pratiquée près d'un mois plus tard, par le docteur Bonneau, n'amena la constatation d'aucune lésion, ni de désordres dans l'organisme, de nature à expliquer le décès de Véron ;

« Que le cerveau liquéfié par la putréfaction ne se prêta d'ailleurs à caucune vérification utile ;

« Qu'au vu des documents de la cause, trois experts commis par les premiers juges, faisant état de l'analogie existant entre la syncope éprouvée le matin par Véron, au cours d'un effort et les circonstances de la mort de celui-ci, survenue dans l'après-midi, au moment où il portait au premier étage des sacs de farine de 75 kilogr., ont conclu « que sans préjuger du mécanisme même de la mort qu'ils ne peuvent trouver ni dans les certificats, ni dans le procès-verbal d'autopsie, il y a cependant relation de cause à effet, entre l'effort de Véron et sa première syncope et, par conséquent, entre son travail et sa mort ;

« Attendu qu'en cas de décès d'un ouvrier pendant son travail, la loi du 9 avril 1898 ne peut recevoir son application que si ceux qui s'en prévalent rapportent la preuve d'une relation de cause à effet, entre un accident du travail, ou tout au moins entre une lésion provoquée par un effort même normal dans le travail et la mort survenue subitement ;

« Que cette preuve ne saurait résulter de vraisemblances ou hypothèses, reposant sur la similitude entre les manifestations morbides successivement éprouvées dans une même journée au cours de ses occupations habituelles par l'ouvrier décédé ;

« Qu'elle ne peut être déduite que de la constatation formelle de lésions ou de troubles organiques caractérisés, reconnus comme étant une conséquence du travail et comme ayant été la cause déterminante de la mort.

« Que la cour ne saurait donc entériner les conclusions du rapport des experts, alors que ceux-ci, tout en concluant à une relation de cause à effet entre le travail de Véron et la mort subite de celui-ci, reconnaissent cependant que, ni les certificats produits, ni le procès-verbal d'autopsie ne leur permettent de préjuger du mécanisme de la mort.

« Que la dame Véron, faute de rapporter la preuve dont la charge lui incombe, doit donc être déclarée mal fondée dans sa demande ».

Remarquons que, pour des circonstances indépendantes de sa volonté et provenant de retards provoqués par ailleurs, la veuve n'a pas pu obtenir l'autopsie en temps utile, pour qu'il soit possible au médecin de vérifier la cause de la mort sur un cerveau, qui n'aurait pas été déjà liquéfié.

Certes le fardeau de la preuve incombe aux ayants droit de l'ouvrier, mais à la condition qu'on ne mette pas obstacle aux opérations utiles propres à renseigner la justice.

2° Espace de temps entre l'accident et le décès.

Il peut arriver que le décès ne se produise que plusieurs jours ou mois après l'accident. Y a-t-il relation de cause à effet ?

Dans une espèce soumise à la Cour de Cassation, (chambre civile, 12 janvier 1925 ; *Gaz. Trib.*, 12 avril 1925) un mécanicien tombant de sa locomotive, s'était fracturé plusieurs côtes. Il reprit son travail un mois et demi après, mais décédait subitement 6 mois après l'accident.

« Attendu que l'arrêt attaqué déclare que les médecins, qui ont examiné Purel, n'ont diagnostiqué comme résultant de l'accident, aucune lésion de nature à provoquer la mort ; que l'expert commis, pour procéder à l'autopsie, a attribué la mort à une péricardite suppurée et déclaré formellement qu'il ne lui était pas possible d'affirmer catégoriquement que le décès était la conséquence de l'accident ajoutant qu'il était possible que la péricardite, cause de la mort, n'ait aucun rapport avec ledit accident ».

Un arrêt de la cour de Rennes (12 février 1924) repoussa la demande des ayants droit d'un homme, qui, heurté violemment par un camion automobile et projeté dans un fossé qui bordait la route, était décédé quinze jours après, alors qu'il avait pu, entre temps se rendre et revenir à la ville voisine, à bicyclette.

L'autopsie prouva qu'il était mort d'une pneumonie double.

Par contre, le décès d'un ouvrier doit être considéré comme étant la conséquence d'un accident, quand, en l'absence de preuves contraires résultant d'une autopsie, les experts n'ont pas craint d'affirmer que l'hypothèse la plus rationnelle leur a paru être celle de mort par septicémie aiguë, consécutive à une contusion suivie d'hématome suppuré de la région temporo-maxillaire.

L'accident, ayant mis l'ouvrier en état de moindre résistance, a pu permettre l'éclosion de la maladie, en aggraver les conséquences et, par conséquent, hâter l'issue fatale (Douai, 7 avril 1924 ; *Rev. gén. accidents du travail*, 1924, 303).

Conclusions.

De tout ceci résulte qu'il appartient aux ayants droit de la victime d'un accident du travail d'apporter, par tous moyens, le rapport de cause à effet entre l'accident et la mort.

Aussi l'autopsie doit-elle être pratiquée le plus rapidement possible, même avant inhumation, pour qu'il soit possible de vérifier l'état des organes, avant que la décomposition n'ait commencé son œuvre de destruction.

On peut donc reprocher comme une faute à l'encontre du chef d'entreprise, ou de toute autre personne, les obstacles accumulés, empêchant la veuve de faire pratiquer l'autopsie en temps utile, et par suite d'apporter aux juges la preuve que ceux-ci sont en droit de réclamer.

Dr Paul BOUDIN.

LES « ENQUÊTES » DE L'A.P.I.M.

Par le Dr Fernand DECOURT.

L'*Association professionnelle internationale des médecins*, accueillie favorablement dès le début, dans les groupements médicaux professionnels étrangers, a pris maintenant droit de cité parmi eux et la correspondance entre ceux-ci et le secrétariat de l'A. P. I. M. devient chaque jour plus intense, et aussi plus intime, comme sont également plus grands les espoirs que l'on fonde sur l'action de cette Association, au sein des Congrès professionnels et des institutions internationales où le praticien devra être désormais représenté.

Jusqu'ici, en effet, celui-ci fut trop traité en quantité négligeable. Si nous prenons comme exemple les Assurances sociales, il est regrettable de constater que, lors de la *Xe conférence internationale du travail*, à Genève, dont les délibérations durèrent du 25 mai au 16 juin 1927, cette question des assurances sociales fut traitée complètement *en dehors* de tout représentant des médecins praticiens. Et cependant, les délégués des gouvernements, des patrons, des ouvriers, les seuls officiels légalement, avaient des conseillers techniques représentés, à propos du service médical des assurances, par des médecins fonctionnaires d'assurance qui purent faire entendre les desiderata des Caisses-maladie ou des Mutualités. *Seuls*, ceux qui sont, en réalité, la cheville ouvrière de ce service médical, les *praticiens* n'avaient personne ..... Aussi nos grandes revendications internationales (comme le paiement des honoraires à l'acte médical et mieux encore le *libre choix* lui-même) ne purent-elles être officiellement admises comme bases intangibles d'un service médical normal, équitable et seul correspondant aux intérêts de tous, et particulièrement des assurés eux-mêmes.

Nous avons des raisons sérieuses de penser qu'il n'en sera plus de même désormais. C'est là un encouragement à continuer l'œuvre de l'A. P. I. M. et à l'intensifier chaque jour, comme l'ont si bien compris et proclamé hautement les « correspondants » de l'Association, membres de son Conseil général. Or, parmi les divers moyens mis en œuvre, le premier est la série d'ENQUÊTES faites dans chaque pays sur de multiples questions, de façon à savoir d'abord ce qui se passe chez les autres, d'en mettre en lumière les points intéressants, puis d'en faire chacun son profit *dans chaque groupement national* à titre d'exemple à suivre parfois, mais aussi à donner à son propre Gouvernement quand on fait entendre des revendications trop souvent écartées comme utopiques, inopérantes, dangereuses même..... aux dires des administrateurs, toujours ennemis des « nouveautés ».

Mais pour que ces *enquêtes* soient irréfutables, il faut que leurs SOURCES soient reconnues de tous comme reflétant la réalité et que leurs résultats soient, *a priori*, hors de toute contestation. Il faut donc que ceux qui ont fourni les réponses au questionnaire de chaque enquête soient, non pas une personnalité *isolée*, si éminente qu'elle puisse être, mais le *représentant qualifié* du Groupement médical professionnel dans chaque cpays.

C'est précisément ce qui a lieu, pour les enquêtes de l'A P. I. M. et c'est pour bien mettre ce point en lumière que nous allons donner ici les explications nécessaires sur la façon matérielle suivant laquelle elles sont menées.

***

Examinons tout d'abord la CONSTITUTION DE L'A. P. I. M., en général et les BUTS que ce Groupement international s'est proposé.

C'est une Association internationale s'occupant exclusivement de la pratique de la médecine au point de vue de l'exercice journalier de la profession et laissant en dehors de son action les questions scientifiques.

Son fonctionnement est réduit à la plus grande simplicité :

1° *Un Conseil général* composé de tous les « *correspondants* » délégués par les groupements professionnels médicaux des pays adhérents ;

2° *Une Commission administrative* de neuf membres, nommée par le Conseil lors de sa session annuelle ;

3° *Un secrétaire général et un trésorier.*

Le Secrétaire général n'a de rapp orts qu'avec les correspondants donc avec un *seul* confrère par pays adhérent. S'il y a, dans un pays, plusieurs groupements professionnels, ceux-ci, en effet, doivent se concerter pour nommer un seul correspondant. Et c'est ce correspondant qui, seul, est reconnu par le secrétariat, comme pouvant parler au nom des praticiens de son pays.

Nous verrons plus loin le rôle du correspondant. Auparavant, nous allons exposer les *buts* de l'A. P. I. M., et les questions qui relèvent de son activité.

Ces questions ont été précisées dans l'art. 1er de notre *règlement intérieur* qui les a divisées en trois grandes séries que voici :

ART. 1. — Ainsi qu'il est dit à l'article 2 des *statuts*, les problèmes à étudier sont tous d'ordre *professionnel*, c'est-à-dire en dehors des questions purement scientifiques réservées à d'autres groupements. Ces problèmes sont d'ailleurs fort variés et on peut, *a priori*, les diviser en *trois séries* :

a) *Rapports du praticien avec l'Etat ou les grandes collectivités* DANS L'ORGANISATION MÉDICALE SOCIALE assurance-maladie, invalidité, médecine dans les mines, les chemins de fer, les usines et tous les grands établissements de l'industrie, du commerce et de l'agriculture — avec étude du libre choix du médecin par le malade, de l'exercice illégal de la médecine, du mode de paiement des honoraires médicaux, du rôle et de l'utilité du Groupement dans le contrôle médical par la profession même, en vue du maintien des hautes qualités morales du médecin etc...

b) *Rapports du praticien avec l'Etat ou les grandes collectivités en* HYGIÈNE SOCIALE, au sujet des maladies contagieuses et épidémiques ou dans la lutte, contre les fléaux sociaux : tuberculose, syphilis cancer... et la situation du praticien par rapport aux dispensaires, préventoria, sanatoria, hôpitaux, avec les questions d'enseignements s'y rattachant directement, etc.

c) *Rapports des praticiens* ENTRE EUX ; groupements professionnels divers : secours aux vieux médecins sans fortune, à leurs veuves et orphelins ; assurance contre la maladie aiguë ou chronique et l'invalidité du médecin lui-même ; retraites de droit ; assurance du praticien contre les risques de la responsabilité professionnelle, la mauvaise foi de certains clients, et en général, tous les ennuis professionnels de la pratique journalière, etc...

On peut voir que, dans la première série se trouve précisément en première ligne, la grosse question de l'*Assurance maladie* qui préoccupe, à l'heure actuelle, plus que toute autre, les groupements professionnels nationaux de tous les pays, comme nous en sommes préoccupés, nous-même, en France.

Quant aux *correspondants* eux-mêmes, ceux qui fournissent les *éléments des résultats des enquêtes*, voici ce qui les concerne, dans le RÈGLEMENT INTÉRIEUR de l'A. P. I. M.

II — Correspondants.

ART. 7. — Les correspondants assurent *seuls* la liaison entre leur propre groupement national et le secrétariat général. Par le terme « Groupement national » il faut entendre le groupe représentant l'ensemble de tous les groupements professionnels médicaux d'un pays ou, à son défaut, un groupement ou une Fédération de Groupements représentant la grande majorité des médecins de ce pays.

ART. 8. — Comme il ne peut y avoir qu'*un seul* correspondant par pays (art. 4 des statuts) au cas où, dans une nation, il y aurait *plusieurs* groupements professionnels, ceux-ci auront à s'entendre pour désigner *un seul correspondant* qui sera ainsi mandaté pour écrire et parler à l'A. P. I. M. au nom de *tous les praticiens organisés* dans sa propre nation ainsi réunis, à l'A. P. I. M avec un seul représentant national.

ART. 9. — La correspondance adressée en commun *à tous les correspondants* est classée et numérotée, tant aux archives qu'en tête de chaque envoi, sous le nom générique de « *circulaire* ». Les réponses faites à toutes circulaires doivent être étudiées détaillées, précises, de façon à prendre utilement place dans les *archives internationales* de l'A, P. I. M. et de pouvoir servir de base aux *études d'ensemble* à envisager.

ART. 10. — Vu la difficulté de se charger *seul* des enquêtes, des travaux et des études qui lui sont demandés, chaque correspondant aurait avantage — si tel était l'avis de son propre Groupement — à avoir à ses côtés, « un comité (nom de la nation) de l'A. P. I. M. » comité qui serait composé au choix de chaque groupement national et pourrait même être au besoin, le Bureau même, ou le Secrétariat général du Groupement national.

ART 11 — En tous cas, le Correspondant recevra toujours du Secrétariat général, les circulaires et les communications en *double exemplaire*, l'un de

ceux-ci étant destiné à être déposé aux *archives* du secrétariat de son groupement national, afin qu'on puisse s'y reporter, suivant les besoins, même en cas de changements multiples de correspondants.

ART. 12. — Dans ses réponses, le correspondant ne doit pas, en principe, envoyer des *documents en entier* (lois, règlements, articles de journaux ou de revues, brochures, etc.), mais seulement l'*analyse* des documents, avec toutes références utiles, et la copie *de la partie du document* ayant un rapport précis avec la question posée — ceci, afin d'éviter au Secrétariat des *frais* trop onéreux de *traduction* de pages inutiles et en dehors de la question mise à l'étude. Ces frais de traduction sont à la charge du Secrétariat. De même, et pour la même raison, le correspondant est prié de répondre plutôt en langue française s'il en a la possibilité, soit par lui-même, soit dans son entourage.

ART. 13. — Les correspondants sont tenus de répondre à toute demande d'enquête du Secrétariat dans les trois mois qui suivront la date d'envoi de la circulaire, sauf cas de force majeure. Pour les pays d'outre-mer, ce délai sera augmenté de la durée des transports postaux.

VINGT-SIX pays sont actuellement adhérents à l'A. P. I. M. Ils ont nommé autant de « *correspondants* » qui sont tous : *président* ou *vice-président* ou *secrétaire général*, ou, tout au moins membre du Comité de direction de leur groupement respectif — et encore . . fort peu n'en sont que membres. On peut donc déclarer, à bon droit, que la totalité des correspondants de l'A. P. I. M. est constituée par ceux qui, dans leurs pays, furent considérés comme LES PLUS QUALIFIÉS pour représenter leurs confrères, en ce qui concerne les questions journalières intéressant les praticiens, dans l'exercice même de leur profession.

***

Il convient maintenant de montrer comment — pour toute question, sur laquelle une ENQUÊTE fut décidée par le Conseil général — l'A. P. I. M. étudie un sujet, le met « au point » et en fait un *exposé* dont chaque groupement peut tirer partie, soit en vue d'une action *nationale*, soit en vue d'une action *internationale* éventuelle. . .

Pour cela, le secrétariat général dresse un QUESTIONNAIRE le plus complet possible : celui sur l'assurance-maladie, lancé le 17 février 1927, comprenait 65 questions, dont un certain nombre renfermait plusieurs questions subsidiaires. Ce questionnaire, point de départ de l'enquête convenue, est envoyé à chaque correspondant. C'est parfois un gros travail pour celui-ci que de répondre à un copieux questionnaire. Il y a des recherches personnelles à faire et des *compétences* à interroger pour faire des réponses *précises* et *exactes*. C'est pourquoi, on a prévu à l'art. 10 du règlement intérieur (voir ci-dessus) un *Comité national* pour aider éventuellement le correspondant.

Deux à trois mois après, une grande partie des « réponses » sont parvenues au secrétariat général de l'A. P. I. M. Le secrétaire général dépouille alors ces diverses réponses, question par question, les assemble et les compare sur chaque point de détail, note les idées communes ou divergentes, les coutumes et les faits nationaux communs ou divergents, en dresse des *tableaux d'ensemble* qu'il fait suivre d'un *exposé particulier* pour chaque nation — et cela point par point, à l'intérieur de chaque enquête, — en un mot, en extrait les *résultats*, en toute impartialité, cela va sans dire, et d'une façon complètement *objective*. . . . .

Puis, toutes les réponses collationnées et « épluchées » si l'on peut dire, les tableaux d'ensemble dressés sur chaque point, ainsi que les exposés particuliers, l'ENQUÊTE, ainsi terminée, forme un travail complet qui est envoyé en double, ou en triple, à chaque correspondant, en vue d'être déposé aux *archives* du Groupement national pour servir, suivant les besoins . . . . .

Nous avons tort de dire « l'enquête ainsi terminée », car il faut bien se mettre dans l'esprit qu'une enquête n'est *jamais* vraiment terminée et cela pour deux raisons : la première parce qu'il y a toujours, parmi les correspondants, des « retardataires » qui envoient leurs réponses après la clôture de l'enquête, et cela est tout naturel pour nos correspondants du Sud-Amérique (Chili, Argentine, Pérou, etc. . .) qui sont membres de l'A. P. I. M.. La deuxième raison provient de ce que les questions professionnelles sont toujours « e n mouvement » et jamais « stabilisées ». C'est pourquoi chaque enquête paraissant porte en sous-titre : « *Premier fascicule* » lequel sera suivi, suivant l'occurence d'un deuxième ou troisième Et c'est ainsi que l'enquête (C), sur les assurances sociales, qui a paru dans le *Concours* il y a quelques mois, est suivie, en ce moment de l'enquête (C^2), c'est-à-dire d'un deuxième fascicule, portant sur les réponses de nations non représentées dans le premier, et, en particulier de la France, où sont exposées les principales caractéristiques de la loi nouvelle sur l'assurance-maladie et des sentiments des praticiens français à son égard . . . . .

***

De ce bref exposé que nous venons de faire sur l'A. P. I. M. et ses enquêtes internationales, il semble que l'on peut tirer les CONCLUSIONS suivantes :

1° Il serait difficile de créer une organisation professionnelle internationale dont la constitution et le fonctionnement soit plus *simples* que celui de l'A. P. I. M. ;

2° Le système des questionnaires détaillés et

des enquêtes auprès des correspondants — tous d'une compétence justifiée par leurs titres et leurs fonctions dans leurs propres groupements professionnels — permet de connaître ce qui se passe dans chaque pays et de « tâter le pouls » de l'opinion médicale de chaque pays, avec la plus grande exactitude possible.

3° Grâce à ces enquêtes, l'action de l'A. P. I. M. peut être double : *a*) une action d'*aide mutuelle* entre les groupements nationaux pour leur *propre défense intérieure*, par l'EXEMPLE donné chez d'autres ; *b*) une action d'*ensemble*, dans les réunions internationales, pour la *défense générale* des médecins praticiens.

Et nous terminerons par la conclusion que tirèrent, eux-mêmes, des travaux déjà effectués et des premiers résultats produits, les membres du Conseil général, à la fin de la deuxième session du Conseil, en septembre dernier : « Si l'A. P. I.M n'existait pas, il faudrait se hâter de la créer. »

Dr Fernand DECOURT,
Secrétaire général de l'A.P.I.M.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Les évacuations dans l'armée.

La conférence du 18 mars, faite dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne presque entièrement occupé par les médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'Administration appartenant à l'Ecole d'instruction du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, a été donnée par M. le Médecin major de 1re classe BOYE, de l'état-major de l'Armée, sur les évacuations dans l'armée.

Le conférencier a rappelé qu'en campagne, une armée se composait de 3 à 4 corps d'armée, parfois plus, et de quelques éléments d'armée. Le corps d'armée se compose de trois divisions dont les éléments d'armée assurent l'entretien et l'évacuation de ses déchets.

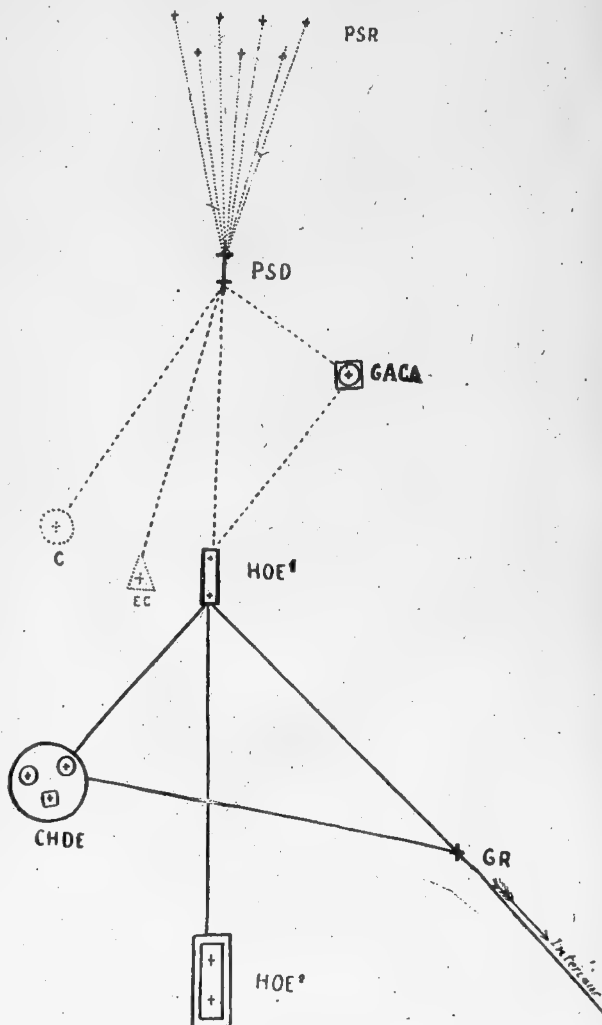
L'effectif d'une armée va de 240.000 hommes à 400.000. L'armée occupe en largeur un front de 30 kilomètres, et en profondeur, 60 kilomètres, cette profondeur étant divisée en trois zones : avant, étapes, arrière.

L'expérience de la grande guerre a démontré que la qualité des résultats obtenus par le Service de santé est fonction de la rapidité des interventions, confiées à des mains expérimentées, dans des installations convenablement outillées. C'est cette notion qui domine le fonctionnement du service dans la zone des armées.

Elle a pour corollaire immédiat le classement des blessés, effectué le plus tôt possible, en blessés de première urgence, de deuxième urgence, de troisième urgence.

Pour y parfaire, les différentes formations sanitaires sont échelonnées en profondeur et reliées les unes aux autres par des lignes d'évacuation organisées pour fonctionner, dans le temps et dans l'espace, avec le meilleur rendement possible.

En conséquence : tous les blessés doivent être acheminés dans un délai maximum de 24 heures sur la ligne d'évacuation qui leur convient, Et, à cet effet, ils seront l'objet d'un triage médical qui commence au poste de secours divisionnaire, considéré comme un dégrossisseur et qui



LES COURANTS D'ÉVACUATION DANS L'ARMÉE
PSR — Poste de secours régimentaire,
PSD — — — divisionnaire.
GACA — Groupement d'ambulances de corps d'Armée.
HOE¹ — Hôpital d'évacuation primaire.
HOE² — — — secondaire.
C — Centre de contagieux.
EC — Dépôt d'éclopés.
CHDE — Centre hospitalier de la zone des étapes.
GR — Gare régulatrice.

se continue, plus minutieux, à l'hôpital d'évacuation et au Groupe d'ambulances du corps d'armée.

Le Poste de Secours régimentaire assure la relève sur le champ de bataille, donne les soins de première urgence, procède aux évacuations, et assume surtout un rôle moral de tout premier ordre auprès de la troupe. Le courant d'évacuation des P. S. R. converge vers le Poste de secours divisionnaire. Il utilise d'abord les brouettes brancard, et les propres moyens de certains blessés pouvant marcher ; puis, les autos sanitaires du Poste de secours divisionnaire.

Au Poste de secours divisionnaire, commence, avons-nous dit, le triage. Cette formation dispose de 15 lits pour les intransportables, et les courants d'évacuation qui en partent se dirigent : vers le Groupe d'ambulances du corps d'armée (première urgence, ypérités, gazés) ; vers le dépôt d'éclopés, vers le centre de contagieux ; et enfin vers l'hôpital d'évacuation primaire, dont il existe un par corps d'armée, disposant de 1.500 lits.

Le P. S. D. utilise les autos sanitaires pour l'évacuation vers le groupe d'ambulances du corps d'armée (1er courant), et les autos sanitaires et les camions pour les autres courants.

L'hôpital d'évacuation primaire se trouve à l'origine de la zone des étapes (H. O. E. O[1]). C'est un centre de traitement, d'hospitalisation, de récupération, et d'évacuation. Les courants d'évacuation qui en partent se dirigent, en utilisant les voies ferrées et les trains sanitaires : 1° vers la gare régulatrice ; 2° vers le centre d'hospitalisation de la zone des étapes ; 3° vers l'hôpital d'évacuation secondaire (H. O. E.[2])

La gare régulatrice, qui est à la limite de la zone de l'arrière, peut exercer un dernier contrôle médical, et apparaît comme la clé qui ouvre ou ferme l'accès de la zone de l'intérieur.

L' H. O. E. [2] se trouve reporté à 6 ou 8 heures, par voie ferrée, des H. O. E. [2] soustrait aux contingences des zones plus rapprochées de la ligne de feu ; apte par suite à compléter utilement la tâche des H. O. E[1].

***

L'exercice pratique qui a suivi la conférence dont l'analyse précède a consisté à suivre un médecin-major envoyé en reconnaissance préalable en vue d'installer un H. O. E[1].

A cet effet, le conférencier a rappelé que l'H. O. E. doit comprendre six blocs : le bloc de triage et de réception, subdivisé en bloc des blessés et bloc des gazés ; le bloc de traitement, soumis à la même subdivision ; le bloc d'hospitalisation, le bloc des évacuations ; le bloc des Services généraux ; le bloc du personnel.

La topographie et la disposition des locaux d'une localité déterminée étant connue, les raisons ont été données pour lesquelles l'H.O.E. utiliserait une petite gare avec ses hangars couverts et son épi de dégagement, une infirmerie hôpital et une caserne toutes proches, reliées les unes aux autres par des chemins facilement utilisables, en un point où la conjugaison de la voie ferrée et de la route rendent les mouvements des courants d'évacuation relativement pratiques et faciles.

G. DUCHESNE.

VARIÉTÉS

De la conservation des belles formes et de l'usage des bains.

Dr Albéric BOUDRY,

Médecin consultant aux Eaux de la Bourboule.

....

Le bain s'honore de toutes les époques, de toutes les religions et de tous les peuples.

C'est, en effet, dans leur bain, que l'infidèle Betzabée et la chaste Suzanne laissèrent apercevoir leurs formes séduisantes et sculpturales que l'onde avait conservées dans la fraîcheur du marbre et le satin de l'ambre ; leur pudeur, accusée par trois vieillards fougueux et libertins, s'y révéla tout entière.

Le bain sera recherché, encore, pour son action lénitive, et parfois cicatrisante des misères corporelles : aussi, le fier Naaman, sur la bonne foi d'Elisée, plongera-t-il sept fois dans le Jourdain ses membres pustuleux et recouvrera-t-il la santé.

Sous le ciel azuré de l'Orient, la coutume du bain fut respectée et perpétuée avec une vénération religieuse : cette pratique précisa, sans doute, ces traits caractéristiques et inaltérables, aux formes vigoureuses et dans l'élégance desquels la race reconnut sa beauté : dans l'orient noir de grands yeux voluptueux et changeants, dans la fantaisie délicate d'une bouche fraîche et arquée, et dans le pur émail des dents.

Les Musulmanes, voluptueusement étendues sur des tapis de pourpre, essayant de nouvelles danses en de bizarres travestissements, ou racontant, dans un caressant murmure, leurs premières et tendres amours, étaient réunies dans de vastes étuves où elles passaient des jours entiers, mollement assises sur de riches carreaux, dans la féerie du luxe asiastique.

Elles se livraient aux jeux et aux ris de l'adolescence ou trompaient, avec une inconsciente langueur, les désirs de leur puberté. Elles ne sortaient point, se formaient en groupes, demi-nues ou voilées, mâchant le bétel, ou prenant le pilau et le sorbet. Baignées de vapeurs et d'insouciance, elles conservaient la souplesse et la fraîcheur de leur corps, les roses de leur teint et le velours lilial de leur épiderme, dans la prospérité physique et l'embonpoint. Leur babil éperdu cédait bientôt au calme empire du sommeil provoqué par le bain.

Les Grecs possédaient de vastes bains publics, ouverts à toute heure et à tout le peuple : du froid au tiède, du tiède au chaud, du chaud à l'eau vaporisée, le corps subissait toutes les transitions et toutes les impressions physiques du fluide en action ; il acquérait, ainsi, son superbe et légendaire épanouissement ; il se fixait en traits immortels, dans la beauté plastique.

Les Romains, à leur tour, honorèrent, avec Asclépiade, l'usage et les délicates recherches du bain : ils proclamèrent Hercule Dieu de la Force et protecteur des eaux thermales.

Dion, dans la *Vie d'Auguste*, cite Mécène et le premier bain public construit par lui.

Agrippa en fit élever 170, et, successivement, Néron, Vespasien, Tite, Domitien, Sévère, se disputèrent l'honneur d'ériger et d'embellir ces monuments indispensables pour un peuple à qui l'usage du linge était inconnu.

Au nombre de ces huit cents édifices, les thermes de Dioclétien sont demeurés le modèle d'une magnificence sculpturale que les siècles ont respectée dans sa massive fierté et dans sa forme. La « sette sale » que décrit Vitruve, était composée de sept salles contiguës : *frigida lavatio*, le bain froid, où l'on se faisait frotter avec le strigile ; la deuxième, l'*oloeothoesium*, la chambre aux frictions huileuses ; la troisième, *le frigidarium*, où l'on se rafraîchissait ; la quatrième, *le propnigeum* ou vestibule du poêle ; la cinquième, la salle du bain chaud ou *caldarium* ; la sixième, l'étuve ou bain de vapeurs, *trepidarium* ou *laconicum* ; la septième, l'*apodyterion* ou vestiaire.

La continuité de ces pratiques, leur monotonie et leur fatigue étaient rompues par des jeux et des exercices variés contigus aux salles. Les empereurs Commode et Galien éprouvaient, de la sorte, et sans lassitude, les bienfaits du bain cinq ou six fois par jour. (*Mém. de l'Acad. des Belles-Lettres*, t. I. et III).

Vitruve nous apprend aussi que les bains particuliers et détachés des palestres étaient représentés par un grand bassin, entouré d'une balustrade ; plusieurs canaux collectaient l'eau du bain, au fond duquel quelques degrés conduisaient.

Les étuves étaient rondes, aussi larges que hautes. La vapeur, refluant de la périphérie de cette circonférence, vers le centre, baignait l'atmosphère d'une saturation progressive. D'un jour central pendait, accroché à des chaînes, un bouclier d'airain qui, haussé ou baissé à volonté, dilatait ou condensait la vapeur, augmentait ou diminuait la chaleur.

Un immense fourneau (*hypocaustum*) chauffait l'eau, qui, bientôt vaporisée, saturait l'atmosphère à travers le plancher creux des étuves.

Trois cuves immenses : les *millidaria*, pleines, la première, d'eau froide, la seconde, d'eau tiède, la troisième, d'eau chaude, alimentaient, par des canaux, le bassin commun des baigneurs, et des robinets, intérieurs à l'étuve, permettaient à chacun de régler, à sa convenance, la température de l'eau.

Assis sur le bord de sa baignoire, le voluptueux se faisait frotter le corps par un jeune garçon, avec des éponges, racler ensuite les squames de l'épiderme avec une sorte de faucille, en fer, en cuivre, en écaille, en ivoire ou en or, le *strigilis*, que les fouilles d'Herculanum ont ramené à la lumière. Des huiles précieuses étaient, ensuite, répandues sur le corps dans la chambre aux parfums ou *oloethoesium* (JUVÉNAL, Sat. III, PERSE, Sat. V.)

La salle du bain d'eau chaude était deux fois plus grande que les autres. Une piscine d'eau froide et vive, immense, permettait, ensuite, une transition favorable à l'expansion fonctionnelle des organes : la promenade et la natation disputaient, à la conversation, les avantages de ce séjour.

Les Romains avaient acquis, à l'égard des impressions physiques, une telle indifférence, qu'ils pouvaient se mouvoir avec facilité dans ces atmosphères aux températures et aux saturations opposées. Leur corps y acquérait la résistance sportive, et l'habitude de passer, inondé tout entier de sueur, de l'étuve chaude à la piscine glaciale, opposant, aux impressions de l'atmosphère, un mépris qu'égalait son allégresse à les braver impunément.

Les Sybarites, les Lesbiens, les Tarentins, les Milésiens, les Rhodiens, dont Athènes et Plutarque ont étalé l'ardente dépravation, et aux habitudes desquels on rapporte qu' « un citoyen fut fatigué, toute une nuit, d'une rose qui s'était repliée dans son lit, plus doux que le sommeil », adoptaient, sur la gamme de leurs voluptueuses fadeurs, le bain, dans ses concessions à la mollesse du corps.

A Alexandrie, où les bains de Cléopâtre étaient un modèle de cette perfection absolue, l'usage en fut continué, aménagé dans ses raffinements et définitivement adapté au double besoin de la satiété voluptueuse et de la santé.

Savary, Desgenettes, Larrey, et les membres de l'Institut d'Egypte, nous firent une savoureuse description des bains chauds du Grand Caire :

Après avoir traversé une rotonde ouverte librement à l'air, en son sommet, et déposé ses vêtements, le voyageur, ceint d'une serviette et chaussé de sandales, entre par une première porte, dans une allée chaude et étroite. Cette porte, d'elle-même, se referme. A vingt pas une autre porte ouvre, à l'horizon, le couloir perpendiculaire d'une deuxième allée où la chaleur, plus condensée, augmente. Après une salle de marbre où un repos préalable peut être consommé, la porte de la salle de bain est franchie ; celle-ci se présente, spacieuse, voûtée, pavée et revêtue de mar-

bre : une fontaine, un bain d'eau chaude et parfumée, y mélangent leurs vapeurs odorantes, et cette humidité élastique, saturée d'aromes, pénètre les pores béants, tout entiers.

Le massage (du verbe arabe : *mass*, qui signifie toucher d'une manière délicate, SAVARY) accomplit alors sur ce corps ruisselant de vapeurs, — moite et docile aux impressions, — le miracle des perfections plastiques, lorsqu'un serviteur, jeune et adroit, presse, de ses mains légères, les membres devenus souples et flexibles.

Armé d'un gant d'étoffe, il frotte le corps très longtemps. Conduisant son patient dans un cabinet, il lui verse alors sur la tête un savon parfumé, et se retire ensuite.

Enveloppé de linges chauds, et conduit sur l'estrade extérieure, insensiblement porté du chaud au froid, le voyageur, couché sur un lit, subissait, de nouveau, la pression délicate, en un tourbillon rapide et agile, de deux mains exercées : le corps était séché promptement et l'euphorie atteignait l'extase lorsque, les calus frottés et poncés, la pipe et le moda étaient apportés. Le repos acquérait alors le ton le plus élevé de la perfection matérielle, dans la joie du corps délassé et satisfait profondément.

A Paris, sous le Premier Empire, les bains chinois s'inspirèrent de ces pratiques, et adoptèrent le massage en France :

L'eau, vaporisée par un tourniquet mis brusquement en action par l'impulsion du fluide et du calorique répandus en filets capillaires, semblable à un transparent brouillard, enveloppe, de ses douces fluidités, notre nouvel Ixion. Son corps, ainsi imbibé, frotté de savon, frictionné lentement avec une forte poignée de chanvre, essuyé avec un linge de coton chaud, est étendu sur un lit de repos. Le sacerdoce du « massement » va commencer :

Le serviteur, armé d'une poche d'étoffe en laine, aussi douce et imperméable que possible, la promène avec douceur sur toute l'habitude du corps : les pieds, les jambes, les articulations, les cuisses, la main, le bras, les reins, les fesses et les organes extérieurs, sont effleurés. Un linge très fin et doux, des doigts tendres, mobiles et exercés sont tout l'arsenal technique de ces délicates manutentions.

A l'encontre des Egyptiens, qui graduaient insensiblement la température de leurs chambres de bain, les Russes, au début du XIX[e] siècle, éprouvaient une immense jouissance des brusques transitions.

Sortant d'un bain de vapeurs, à la température de 42°, ils se faisaient étendre sur des nattes, arroser de douches d'eau glacée, ou se roulaient dans la neige. S'enveloppant ensuite de couvertures, revêtus de fourrures, ils fendaient rapidement, en traîneau, l'air condensé de — 30° (ce qui donne cette incroyable différence de 72°).

TRIBUNAL DU BON SENS

Affaire : Hygiène réglementée contre Hygiène réalisée !

Joseph, 15 ans, petit ouvrier agricole, revient chez maman porteur d'une belle *angine diphtérique*. Ça ne nous émeut pas beaucoup : nous savons la guérison certaine, au prix de quelque exanthème sérique, après l'injection de 80 cc. -100 cc., d'un seul coup, de sérum antidiphtérique ou d'une quantité équivalente (?) d'antitoxine.

On fermera la porte à Eusèbe (17 ans) et à Fernand (13 ans), autres petits ouvriers agricoles (que maman blanchit, comme elle blanchit Joseph). Mais il reste, à la maison, Fernand et Louis avec les deux jumelles : 11 ans, 9 ans, 7 ans.

Tout ce monde est inscrit à l'A. M. G. et papa aussi.

Seulement, moi, je suis vice-président de la Commission sanitaire (sous-détachement du Conseil départemental d'hygiène) et je ne blague pas avec le service.

Au lieu d'attendre, donc, que quelqu'un des quatre petits ait la diphtérie, c'est-à-dire soit *malade* et d'avoir ainsi l'occasion de donner des *soins payés, payés* puisque *à des malades*, je soustrais 20 cc. de sérum à Joseph (en fait j'en ajoute 20 qui feront 40 cc.) et je partage équitablement cette provision entre ces quatre petits, qui n'auront pas, qui n'ont pas eu (les délais sont acquis), la diphtérie. Vaccin rapide et sûr, encore que provisoire.

Pour être payé, je n'avais qu'à me taire. Un, deux, trois. . . huit bulletins, au nom des quatre, auraient passé comme lettre à la poste, dans le tas de fin d'année (1).

Point ! j'ai écrit à Monsieur le Préfet : « Vous « *parlez* tout le temps d'hygiène, même vous me « déléguez pour en parler en votre nom, voici « que j'en *fais*. Payez-moi donc ! »

La réponse fut : « l'A. M. G. paye les soins don« nés à des *malades* ; elle ne paye pas les soins « *préventifs*. C'est la Loi ! »

Je n'ignorais pas que telle fut la loi. Je demande seulement qu'on la change de telle sorte que les *faits* puissent être d'accord avec les *discours*.

Je n'en suis pas d'ailleurs à mon coup d'essai : j'ai, jadis, injecté préventivement une centaine de jeunes enfants (4 ans et au-dessous) à X. . . et

(1) Le plus drôle c'est que trois des petits ayant eu des accidents sériques bénins, à des dates différentes, l'A. M. G. me paiera les visites faites à ces enfants que *j'ai rendus malades moi-même*.

une vingtaine à Y, lors d'une épidémie de diphtérie bénigne.

Tellement bénigne que j'ai eu à soigner, entre autres, une paralysie du voile sur une fillette (13 ans) dont j'avais méconnu l'angine, une autre (grave) après une angine tard injectée, (tard injectée parce que tard vue) et deux grandes paraplégies (un instant menaçantes) sur des adultes dont l'angine n'avait été montrée à aucun médecin. Un jour je dirai ce que je pense de la dissociation des toxines diphtériques : celle qui tue tout de suite de celle qui paralyse plus tard, mais je retiens ici que le danger croup veut qu'on préserve les jeunes, quatre ans et au-dessous même dans ce pays où on ne meurt plus de l'angine diphtérique, ni des paraplégies tardives.

Et pour en revenir à mes moutons, je dois déclarer que jamais je n'ai été payé de mes cent vingt (120) injections préventives.

L'anatoxine n'existait pas alors. Si ces lignes tombent sous les yeux de son inventeur (de l'anatoxine), il comprendra le peu de succès (pratique) de ses efforts. M. le Préfet ne me payerait pas mieux les trois petites interventions préventives — nécessaires, mais efficaces à terme — qu'il ne m'a payé mon injection préventive, facultative, mais seule efficace immédiatement.

Vous allez trouver que j'abuse de votre patience, peut-être, mais j'ai trop envie de vous rappeler, e n cette présente occasion, une autre petite histoire, qui, portée à la connaissance de l'Académie de médecine, ne m'a même pas valu une médaille d'or.

Une veille de Noël me vint, en mon village, un varioleux, collégien en vacances et seul de sa génération à n'avoir été revacciné ((Jenner), par mes soins, en sa onzième année d'âge. Il guérira... et n'en parlons plus.

Mais il avait une famille... et des compagnons de voyage. Cric-crac ! Le hasard fait que j'ai un peu de vaccin : bon pour les proches, bon pour les voyageurs !

Bon pour le confrère appelé à contrôler mon diagnostic, il fera une vaccine fort méchante s'étant oublié depuis... assez longtemps ! Bon pour moi-même (pendant que le camarade était présent... n'est-ce pas !) qui aurai un vague bouton rose..... Je m'étais oublié depuis 1914 !

Télégramme, rue Ballu. Provision bien reçue. Tambour de ville : je revaccine quelque chose comme quatre cents personnes en cinq jours et, le jour de la rentrée parce qu e c'est plus commode à l'école, une centaine d'écoliers.

Tarif : cent sous par famille, ce que chacun paye à l'envi.

Pour les écoliers, je ne me fais pas payer. *exprès,* et pour le malsain plaisir de mettre en contradiction les *actes* avec les *discours*, je demande, à M. le Préfet, l'autorisation d'inscrire ces écoliers sur les listes d'avril. Oui ! les beaux papiers à 36 colonnes qui relatent la marche des vaccinations publiques.

Les instituteurs-institutrices aidant, j'avais la liste et cette inscription se pouvait faire. Même cela m'aurait été payé : 40 sous par tête !

Mais Monsieur le Préfet m'a répondu... flûte ! La revaccination n'est *obligatoire* — donc payée — qu'en avril. Au *trois de janvier*, mon cher docteur, c'est de la fantaisie... allez vous faire lanlaire..... au Caire !

Le plus drôle, c'est que, dans mon coin, à moi tout seul, j'avais si bien étranglé l'épidémie que le cas initial est resté seul... sans le moindre déshonneur, car l'acide picrique l'a préservé de toute cicatrice visible. J. C.

Saint-Arnoult (S.-et-O.) le 11 décembre 1927.

VACCIN B.C.G. **Protection de la Santé publique.**

Monsieur le Préfet,

Je suis en possession de votre lettre du 1er novembre 1927, par laquelle vous voulez bien attirer l'attention des médecins sur les bienfaits à attendre de l'usage du vaccin B. C. G. au titre de la lutte antituberculeuse.

Très vieux praticien, je peux prévoir les difficultés auxquelles nous nous heurterons, dans les familles même, quand nous introduirons cette mode nouvelle (j'emploie le mot : *mode* dans son sens honorable). Il y aura des difficultés morales qu'il nous appartient de surmonter et même de braver.

Mais il y aura aussi, des *difficultés pécuniaires* : familles peu aisées dont il faut ménager la bourse — surtout à l'heure où la prévention (sinon la cure) de la tuberculose, impose un régime alimentaire plus soigné, — donc plus onéreux. On peut déjà prévoir ici que *la dépense* devra être supportée par la collectivité.

Pour ma clientèle, je viens de faire, de mémoire, une manière d'inventaire : dans quelles familles aurais-je besoin, — au cas d'une naissance — du vaccin B. C. G. ? La réponse est claire : *chez les bénéficiaires de l'A. M. G.*

Il semble donc que la question pécuniaire se trouve résolue.

Mais il n'en est rien.

Cette année 1927, — à propos d'un traitement *préventif* — contre la diphtérie il est vrai — vos services m'ont informé officiellement que les crédits de l'A. M. G. s'appliquaient aux *soins donnés à des malades* et non à la *médication préventive.*

Un refus analogue m'a été opposé, au début de 1926, à propos de la vaccination (contre la variole) des écoliers de Saint-Arnoult (et plusieurs fois, auparavant, pour la diphtérie en particulier).

C'est ainsi que je suis conduit à attirer votre attention sur ces véritables contradictions; qui tendent à rendre inutilisables les progrès de la science,

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CHRONIQUE SYNDICALE

Fédération Nationale des Syndicats de France.

***Ordre du jour sur le Secret médical, voté par le Conseil d'administration le* 26 *février* 1928 :**

« Le respect du secret médical constitue pour le médecin une règle absolue en toute circonstance.

« L'expérience du passé montre que la violation de ce secret n'a donné aucun résultat favorable dans les lois et règlements et confirme la justesse des principes fondamentaux de la médecine.

« En conséquence le corps médical demande non seulement que le secret médical soit rigoureusement respecté par les lois et règlements futurs, mais aussi que les lois et règlements actuellement en vigueur soient revisés au même effet, dans la mesure du possible.

« Il est à la disposition du législateur et des administrations publiques ou privées pour étudier avec eux les moyens d'assurer la défense de la santé publique sans violation du secret médical. »

Cet ordre du jour a été transmis à l'Académie de médecine.

***

L'Inspection médicale des Ecoles en Eure-et-Loir

Le 12 février 1928.

Mon cher Confrère,

La Fédération des Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir et l'Association générale des médecins d'Eure-et-Loir ont décidé de faire connaître à tous les médecins exerçant en Eure-et-Loir les décisions prises pour assurer l'inspection médicale des écoles.

Pour faire œuvre utile, il ne faut pas se contenter d'établir une fiche consignant la taille, le poids, le périmètre thoracique, l'acuité visuelle et auditive, mais pratiquer un examen approfondi de chaque enfant portant sur tous les organes capables de révéler les tares apparentes ou cachées afin de les indiquer aux familles, qui devront en informer le médecin de leur choix.

Dans les villes, les différentes écoles devront être réparties entre les médecins désirant participer à ce service.

Dans les campagnes, le médecin inspecteur des enfants du premier âge semble tout désigné pour assurer ce service dans sa circonscription.

La Fédération et l'Association ont décidé que les honoraires qui devront obligatoirement être demandés par les médecins seront de 2 fr. 50 par enfant et par séance, plus, s'il y a lieu 3 fr. d'indemnité kilométrique-distance, par séance.

Deux séances annuelles semblent suffisantes, l'une au début, l'autre à la fin de l'année scolaire.

La Fédération et l'Association vous demandent de faire acte de discipline et de solidarité en ne prenant avec les maires aucun engagement à un tarif inférieur à celui ci-dessus énoncé. Cet effort est nécessaire au moment où le corps médical est menacé de voir l'inspection des écoles, l'inspection des enfants du premier âge, des enfants assistés, des pupilles de la Nation, des dispensaires, passer aux mains de médecins fonctionnaires nommés par l'administration.

Une lettre adressée à tous les maires du département leur fait connaître les conditions proposées par le corps médical.

Veuillez....

Le Président de la Fédération,
Dr Foisy.

Le Président de l'Association,
Dr Larrieu.

Le 12 février 1928.

Monsieur le Maire,

La Fédération des Syndicats médicaux d'Eure-et-Foir, comprenant les Syndicats de Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent-le-Rotrou, et l'Association générale des médecins d'Eure-et-Loir, après étude de la question de l'inspection médicale des écoles, ont décidé de s'adresser aux maires et de leur faire connaître les conditions proposées par le corps médical pour assurer ce service.

Ces deux groupements médicaux estiment que, pour faire œuvre utile, il ne faut pas se contenter d'un examen superficiel de l'enfant, mais qu'il est nécessaire de pratiquer un examen approfondi portant sur tous les organes, capables de révéler les tares apparentes ou cachées. Deux examens annuels semblent nécessaires : l'un au début de l'année scolaire, l'autre à la fin. Le résultat de cet examen comprenant la taille, le poids, le périmètre thoracique, l'acuité visuelle et auditive, la mention des lésions organiques découvertes, serait consigné sur une fiche spéciale, et avis de cet examen communiqué aux familles.

Les honoraires dus au médecin examinateur seront de 2 fr. 50 par examen et par enfant. Pour les communes n'ayant pas de médecin résident, une indemnité de 3 fr. par kilomètre-distance sera due pour chaque séance d'inspection.

Dans les villes, la répartition des écoles pourrait être faite entre les médecins résidents désirant participer à ce service. Dans les campagnes, le médecin inspecteur des enfants du premier âge semble tout désigné pour assurer le service de l'inspection médicale des écoles.

Le corps médical, en vous offrant sa collaboration, désire qu'elle soit utile et profitable à l'enfant.

Veuillez agréer, Monsieur le Maire, l'assurance de notre parfaite considération.

Le Président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir,
E. FOISY.

Le Président de l'Association générale des médecins d'Eure-et-Loir,
LARRIEU.

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(*Suite*)

M. Adolphe PINARD. — Mes chers collègues, je commence par vous faire une profession de foi, je suis absolument partisan des lois sociales, telles que je les comprends du moins.

Cette loi, aboutissant après tant de labeur dépensé soit à la Chambre, soit au Sénat, sous la direction de mon éminent collègue, confrère et ami le docteur Chauveau, pour qui on ne saurait avoir assez de reconnaissance, mettra un terme à l'obsession du travailleur n'ayant pour vivre que le fruit de son travail, et qui, le soir, s'endort difficilement, péniblement, en se disant : pourvu que, demain, je puisse recommencer ! (*Très bien ! très bien !*)

Si la loi sur les assurances sociales fonctionne comme je l'espère, tout travailleur pourra enfin s'endormir tranquillement, sans avoir le grand souci, l'obsession, le cauchemar du lendemain. (*Applaudissements.*)

Hier, le rapporteur de la loi, mon ami et confrère le docteur Grinda qui, avec ses collaborateurs, MM. Cahen-Salvador et Antonelli, s'est adapté à un labeur immense depuis sept ans, disait : « Cette loi sera une des plus grandes réformes de l'époque. » Je crois plutôt, en vérité, que ce sera la plus grande étape qui jalonnera l'évolution sociale de l'humanité. (*Très bien ! très bien !*)

Cependant, cela ne veut pas dire que l'œuvre qui nous revient du Sénat, soit une œuvre parfaite.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Personne n'a cette prétention.

M. Adolphe PINARD. — C'est la raison pour laquelle je prends la parole. Et, ce faisant, on ne pourra pas dire que j'agis dans un but électoral, puisque je n'aurai plus l'honneur, dans quelques mois, d'appartenir à cette Chambre. (*Mouvements divers*), dont je garderai un si excellent souvenir. (*Applaudissements.*)

M. Frédéric BRUNET. — Nous le déplorons, mon cher collègue.

M. LE PRÉSIDENT. — Toute la Chambre regrettera cette retraite. (*Vifs applaudissements sur un grand nombre de bancs.*)

M. Adolphe PINARD. — Le travailleur, je le répète, ne peut pas continuer à s'endormir avec la pensée que, le lendemain, s'il ne travaille pas parce qu'il éprouve un malaise, sa femme et ses enfants souffriront, comme c'est, hélas ! le cas aujourd'hui. Il faut calmer son inquiétude du lendemain.

Vous comprenez combien je souhaite que l'application des lois sociales soit facile.

Tout d'abord, et nous sommes sur ce point, je pense, tous d'accord, ces lois promulguées ne pourront fonctionner qu'avec le concours, la collaboration certaine du Corps médical.

Eh bien, mon cher président, permettez-moi de vous adresser une question dont l'importance est extrême : êtes-vous complètement d'accord avec le Corps médical ?

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Nous sommes d'accord.

M. Adolphe PINARD. — Je voudrais avoir de vous, mon cher président et ami, l'assurance formelle que vous avez accepté les conditions qui vous ont été présentées par une délégation de la fédération sociale des syndicats médicaux de France. (*Mouvements divers.*)

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — J'ai répondu à la tribune.

M. Adolphe PINARD. — Je vous demande pardon si j'insiste encore, car, si vous n'avez pas le consentement absolu du Corps médical, la loi des assurances sociales ne pourra fonctionner.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Ma réponse est très nette : elle est pleinement affirmative.

M. Adolphe PINARD. — Vous acceptez complètement les conditions du Corps médical ?

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Je les accepte.

M. Adolphe PINARD. — Le professeur Balthazard est-il informé de cette acceptation ?

Voix diverses à droite. — Non !

M. Adolphe PINARD. — Tout est là. Désirant par dessus tout que la loi puisse fonctionner régulièrement, je veux des précisions.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Je les ai données dans mon rapport et à la tribune. Je ne peux pas faire plus.

M. Adolphe PINARD. — Le Président de la délégation vous a posé des conditions en des termes qui

avaient quelque ressemblance avec ceux d'un ultimatum. (*Mouvements divers.*)

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Il n'y a pas d'ultimatum.

M. Adolphe PINARD. — Suis-je dans l'erreur en disant : la loi ne peut fonctionner sans le secours des médecins ?

M. GADAUD. — Je me propose de donner, ce soir, à la tribune, lecture des décisions prises au dernier Congrès des syndicats médicaux, qui résument le point de vue médical.

Le jour où ces décisions seront incorporées dans le texte de la loi, le Corps médical donnera à son application sa collaboration la plus totale. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec lui, mais il faut si peu de choses que l'accord se fera, j'en suis certain. (*Applaudissements et mouvements divers.*)

M. Adolphe PINARD. — Donc, il n'est pas encore fait.

M. Henri LANIEL. — Que demande l'unanimité des médecins ?

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — J'ai indiqué, hier, à la tribune, le seul point sur lequel nous n'étions pas d'accord avec eux. (*Interruptions à droite.*)

M. André JOIN-LAMBERT. — Le Corps médical n'accepte pas la loi actuelle.

M. CAMILLE BLAISOT. — Nous sommes en présence de cette situation...

M. LE PRÉSIDENT. — Il n'est pas possible d'interrompre pendant dix minutes un orateur qui n'a le droit de parler que pendant un quart d'heure !

Monsieur Pinard, je vous demande de vouloir bien interrompre votre discours. Vous le reprendrez cet après-midi.

2e *Séance du vendredi* 9 *mars* 1928.

M. Adolphe PINARD. — Mes chers collègues, ayant été obligé d'interrompre mon intervention ce matin, je vous demande la permission de rappeler en quelques mots ce que je vous ai dit.

Je ferai d'abord une profession de foi. Nul plus que moi ne désire le succès de la loi sur les assurances sociales. Si elle fonctionne suivant le programme désiré par tous ceux qui l'ont conçue, elle jalonnera la plus longue étape de l'évolution sociale de l'humanité — je ne dis pas de notre temps.

En dépit des discours prononcés hier et ce matin, la France n'est pas restée aussi en arrière qu'on l'a dit. J'ai montré quels seraient les résultats de la loi nouvelle pour tous les travailleurs et, ramassant ma pensée, faute du temps nécessaire pour la développer en toute clarté, j'ai dit que tous les travailleurs pourraient alors s'endormir sans craindre que l'impotence fonctionnelle les empêche de travailler et plonge leur famille dans la misère.

Pour mettre tout à fait à nu mon état d'âme, je dois ajouter que je n'admets pas que, dans notre société dite civilisée, un homme soit condamné à ne pas travailler, c'est-à-dire réduit au chômage.

En quelques mots, j'ai montré que ces assurances ne pouvaient fonctionner que grâce à la collaboration, complète, entière, humaine, du Corps médical.

J'ai alors interrogé mon éminent ami, celui qui a dépensé tant de temps aux assurances sociales depuis bientôt sept ans, en lui demandant s'il était assuré de ce concours.

Je puis dire que j'ai une réponse affirmative sur ce point, n'est-ce pas ?

M. Edouard GRINDA, *président de la commission.* — Nous vous apporterons la réponse dans quelques instants.

M. Adolphe PINARD. — Alors, je m'adresse particulièrement à M. le ministre de l'hygiène, et je lui dis : nous avons, me dit-on, le concours assuré du Corps médical. C'est un résultat qui était bien désirable. Mais il vous appartient maintenant, monsieur le ministre de l'hygiène, de prendre en garde ce nouveau-né. Vous pouvez restreindre d'une façon considérable le nombre des malades, des invalides, en organisant l'hygiène en France.

Vous êtes le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et nous sommes obligés de reconnaître que la première et la dernière de vos attributions ont quelque peu comprimé celle qui est au milieu.

En voulez-vous une preuve ?

Il faut rendre justice à tout le monde. Vous allez me dire que la commission de l'hygiène aurait pu s'en préoccuper, elle aussi.

Mais, monsieur le ministre, depuis trois ans, cette commission a consacré de longues séances à l'étude de la réforme de la loi de 1902.

Le projet de loi qui réorganise, pourrais-je dire, la loi qui devrait être la sauvegarde de la santé publique, est tout prêt. Le rapport, adopté à l'unanimité de la commission de l'hygiène, a été déposé. Il est encore dans le labyrinthe parlementaire, bien qu'ayant été plusieurs fois inscrit à l'ordre du jour.

Je suis peiné de vous dire cela, car je connais vos sentiments, mais je montre les choses telles qu'elles sont. Depuis bientôt trois ans, le ministre de l'hygiène n'aurait-il pas dû faire sortir ce projet de loi du labyrinthe parlementaire et le faire discuter et adopter ? De ce fait, nombre de malades et d'invalides seraient aujourd'hui en bonne santé. Je ne parle pas des morts.

De votre action résultera ou non le succès ou l'insuccès du fonctionnement des assurances sociales.

Je n'ai envisagé jusqu'ici, dans les lois d'assurances sociales, que le risque maladie, le moyen de les soigner et de les restreindre. J'arrive à une question extrêmement importante, qui me préoccupe particulièrement depuis cinquante ans, autant que celle qui préoccupe le plus notre président du conseil à l'heure actuelle.

Les assurances sociales doivent parer, d'après le programme que se sont tracé les auteurs de la loi, aux

risques de la maladie, de l'invalidité, de la vieillesse, de la mort..... et de la maternité.

De la maternité ! Comment qualifier la conception qui rapproche, qui considère comme semblables : la maternité, et qui, au point de vue sociologique, ose mettre au même plan que la maternité la maladie, l'invalidité, la vieillesse et la mort ? Je trouve cette assimilation vraiment injurieuse, pour ne pas dire plus.

Monsieur le ministre, on ne peut pas vous accuser de malthusianisme. Mais comment pouvez-vous parler des risques de la maternité ? Vous envisagez donc la maternité sous cet angle, alors que la femme, toute femme, qui accomplit la fonction de reproduction, accomplit la plus haute fonction sociale (*Applaudissements*), car elle assure la pérennité de la nation en accomplissant cette fonction et, par ce seul fait, elle devient créancière de la nation. (*Nouveaux applaudissements.*)

Jusqu'à présent, on s'est contenté de mots. Il y a une loi qui protège, dit-on, les femmes en couches. Elles sont assimilées aux malades, de par la loi de 1893. Mais cette loi n'a jamais été suivie d'un règlement d'administration publique. Il faut voir ce qui se passe dans tous les départements. Les conseils généraux font ce qu'ils veulent.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — C'est exact.

M. Adolphe PINARD. — Il suffit d'interroger les statistiques, de lire les rapports qui sont présentés chaque année à l'Académie de médecine. On peut y voir qu'il est des départements où l'on n'a pratiqué aucune revaccination pendant plusieurs années.

Est-ce que, maintenant, on doit mourir de la variole, en France ? Il faut rendre tous les individus réfractaires à cette maladie.

Je pourrais ainsi vous citer beaucoup de faits du même genre. Mais je reviens à la question de la maternité. Il existe, disais-je, une loi de 1893 sur les femmes en couches. Il en est une autre, la loi de 1913, dite loi d'assistance aux femmes en couches.

Mes chers collègues, je suis obligé de rappeler ce que cette loi assure aux femmes qui accomplissent la fonction de reproduction. La femme doit faire une déclaration à la mairie. Cette déclaration ne doit arriver ni trop tôt, ni trop tard, parce que, dans nombre de mairies, on dit qu'il est trop tôt ou qu'il est trop tard. Cela, je le sais.

A cette époque, les législateurs étaient certains du jour de la naissance d'un enfant. Les accoucheurs, eux, ne peuvent le prévoir.

Donc, quatre semaines avant l'accouchement et quelques semaines après, la femme obtenait un secours, mais à la condition qu'elle cessât de travailler. Il fallait que sa demande fût agréée par le conseil municipal. Mais, après l'agrément du conseil municipal, cette femme était obligée de cesser son travail. Il y a des fonctionnaires dont c'est la fonction, de surveiller ces femmes, de s'assurer si elles ne travaillent pas ou si elles travaillent.

Elles recevaient, primitivement, d'après la loi, une somme qui ne pouvait être inférieure à 50 centimes par jour ni supérieure à 1 fr. 50 par jour. (*Mouvements divers.*)

Depuis, on y a ajouté une majoration de 1 fr. 10 lorsque la femme allaite. Une femme privée de ressources ou qui ne vivait que par son travail, vous la condamnez à vivre dans ces conditions-là ! Et vous appelez cela une assistance ? Faites cesser cet état de choses, messieurs. (*Applaudissements.*)

M. Georges NOUELLE. — Ce n'est même pas une aumône.

M. Adolphe PINARD. — Monsieur le ministre, je vais vous montrer les conséquences de cet état de choses.

Un grand citoyen, Théophile Roussel, qui a fait voter la première loi de protection infantile inscrite dans nos codes, formulait en ces termes un aphorisme adopté par le monde entier, le monde médical et l'autre : « Tout ce qui éloigne l'enfant de la mère le met en état de souffrance ou en danger de mort. »

Monsieur le ministre, vous connaissez le *Bulletin municipal officiel.* Il paraît maintenant tous les dix jours, il est décadaire. Savez-vous combien d'enfants, pendant la dernière décade, ont été séparés de leur mère aussitôt après leur naissance ?

Voici ce qu'on trouve dans le *Bulletin municipal officiel* du dimanche 4 mars 1928 :

Du 11 au 20 février 1928 : nombre de naissances enregistrées : 1.239. On a déclaré la mise en nourrice de 283 de ces enfants, quelques jours après leur naissance, hors Paris. Le *Bulletin municipal officiel* ajoute : « Aucun de ces enfants ne sera allaité au sein. »

Il y a une loi, en France, qui protège les animaux...

M. Albert FOURNIER. — Très bien !

M. Adolphe PINARD. — ... et on laisse ces crimes se commettre. (*Applaudissements.*)

Personne n'en parle. Tous les dix jours, une telle statistique montre un martyrologe analogue.

Le chiffre des enfants arrachés à leur mère varie entre 250 et 300. Voilà ce qui se passe. Voyez donc si la loi des assurances sociales fera cesser cet état de choses. Je l'espère, mais, hélas ! je suis désolé de voir la part que l'on a faite dans cette loi au chapitre « maternité ».

Il faudra qu'il y ait des excédents de recettes pour qu'on puisse donner aux mères sans ressources — oh ! à peine de quoi vivre. Je n'entre pas dans les détails parce que cela m'entraînerait trop loin. Permettez-moi cependant de rappeler que lorsqu'en 1920 j'ai déposé une proposition de loi ayant pour objet le redressement de la natalité française en nombre et en qualité, je me suis trouvé en présence de ce projet ; c'est alors que mon ami M. Grinda, qu'il me permette de le lui rappeler, m'a déclaré qu'un chapitre spécial serait réservé dans la loi des assurances sociales à la solution de cette question capitale de l'assurance-maternité.

M. Albert FOURNIER. — Il y a loin de la coupe aux lèvres.

M. Adolphe PINARD. — Mon cher ami Grinda, je ne vous accuse pas ; vous avez lutté afin d'obtenir le peu qui est prévu au chapitre « maternité ».

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Il faut bien tenir compte des possibilités financières.

M. Adolphe PINARD. — Il serait vraiment temps que ce martyrologe nous fût épargné tous les dix jours.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Nous sommes d'accord.

M. Adolphe PINARD. — Ainsi que je le disais dans ma dernière allocution de président de la commission de l'hygiène, il est un capital plus précieux encore que celui qui est géré par M. le président du conseil, c'est le capital humain. (*Vifs applaudissements.*)

J'en ai fini, monsieur le président, mais je voudrais dire à mes collègues tout ce que j'ai sur le cœur ! (*Applaudissements.*)

Ce n'est pas seulement dans les derniers mois que la femme qui accomplit la fonction de reproduction doit être protégée, mais dès que la personnalité humaine devient double, dès que l'on perçoit les battements du cœur de l'enfant. C'est à ce moment-là qu'elle doit être protégée, traitée avec honneur et rémunérée comme il convient.

C'est encore un moyen, monsieur le ministre, de faire des économies considérables. Il faut que le nombre des prématurés qui bien souvent meurent, dit la statistique, de débilité congénitale, ou, survivant plus ou moins longtemps, malgré les soins dont ils sont entourés, ne sont que des déchets sociaux coûtant à la société au lieu de lui rapporter, diminue et finisse par disparaître. Cela est facile à obtenir. (*Très bien ! très bien !*)

Mes chers collègues, je vous demande pardon si j'ai été peu éloquent, incorrect, je voulais simplement vous montrer quelque peu ce qu'on pouvait faire, ce qu'on devrait faire pour assurer le fonctionnement et l'application et le succès des assurances sociales.

M. CHASSAING. — Ce sont des vérités éclatantes, que personne ne devrait méconnaître.

M. Adolphe PINARD. — La question est capitale. J'avais déposé une demande de disjonction du chapitre concernant la maternité ; je la retire. (*Applaudissements.*)

Je compte sur vos promesses, monsieur le ministre. J'espère que, grâce à vous, nous allons entrer dans une ère nouvelle. (*Vifs applaudissements.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Si je néglige le contre-projet déposé par M. Fournier et nos collègues communistes — j'y reviendrai d'ailleurs — je puis affirmer que tous les autres amendements ne portent que sur des modalités d'application. Les uns réclament des corrections ou plus exactement des précisions qui trouveront facilement place dans le texte rectificatif qu'on nous a promis ou même dans le règlement d'administration publique prévu pour l'application de la loi.

Il en est ainsi des amendements de M. Thoumyre sur l'exclusion de l'assurance obligatoire des salariés disposant de revenus importants autres que ceux du travail ; sur la non-responsabilité pénale de l'employeur en ce qui concerne la sincérité des déclarations du salarié ; sur les mesures de précaution sanitaires à prendre, à l'entrée en France des salariés étrangers ; sur la nécessité pour les syndicats professionnels passant des contrats avec les caisses d'être affiliés à des unions nationales ; sur la simplification de la comptabilité entre les caisses et la caisse des dépôts.

M. Antériou, M. Fiori, M. Taton-Vassal, demandent de leur côté, par des amendements distincts, qu'un barème unique national soit établi pour les produits pharmaceutiques et qu'en conséquence les pharmacies de caisse soient interdites. Il me paraît difficile de stipuler dans la loi même des dispositions qui, logiquement, présupposent des accords entre les institutions d'assurances et les organisations professionnelles pharmaceutiques. Mais il m'apparaît que rien n'interdit, dans le texte de la loi, de substituer aux tarifs locaux un tarif national pour les prestations pharmaceutiques par un contrat collectif entre les intéressés et les caisses. (*Très bien ! très bien !*) Ceci entraînerait normalement, logiquement, l'interdiction de fait de la création de pharmacies de caisse.

M. Louis ANTÉRIOU. — Monsieur le rapporteur, vous êtes d'accord avec moi pour reconnaître qu'il y a lieu d'assurer au corps pharmaceutique des garanties qu'il réclame à juste titre, dans l'intérêt général lui-même.

Je demande au Gouvernement de bien vouloir faire connaître son avis.

M. LE RAPPORTEUR. — Je suis d'accord avec vous, sur ce point, dans le sens que je viens d'indiquer.

M. Gustave GUÉRIN. — Il était très utile de poser la question.

M. LE RAPPORTEUR. — D'autres amendements, comme celui de M. Lévy-Alphandéry, paraissent avoir reçu satisfaction, sinon dans leur lettre, du moins dans leur esprit, dans le texte même de la loi.

D'autres encore appelleraient une sérieuse discussion, mais elle pourrait être utilement instituée au moment du débat sur le projet rectificatif. Je citerai seulement ceux de M. Thoumyre sur l'octroi des soins médicaux et pharmaceutiques aux retraités, qui présente un si puissant intérêt, mais qui se heurte hélas ! à de graves difficultés financières d'application, ou encore sur la participation des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques, dans la proportion maxima de 25 p. 100 de l'indemnité journalière, amendement que, pour ma part, j'accepterais immédiatement très volontiers, mais qui se heurte aussi, il faut le reconnaître, à des difficultés financières d'application, comme celui, du reste, qui étend aux vieillards mutualistes les avantages des assurés, et dont

les répercussions financières ne sont même pas chiffrées.

Je rangerai dans la même catégorie l'amendement de M. Guérin réclamant la fixation du maximum de salaire pour les assujettis à 15.000 fr., ce que, pour ma part, je ne saurais accepter, pour des raisons financières autant que pour des raisons de technique administrative.

Pour être complet, je signale, enfin, l'amendement de M. Gadaud, qui réclame, dans les rapports entre médecins et assurés, non seulement la possibilité du payement direct, mais encore l'interdiction par la loi du tiers payant, et l'amendement de M. de Ramel demandant un fonds spécial de solidarité professionnelle pour la retraite-vieillesse des assurés exerçant des professions pénibles ou malsaines.

Ce sont là de très graves questions qui ont été très longuement discutées depuis sept ans qu'elles se posent et sur lesquelles il sera toujours possible de revenir, même après la mise en œuvre de la loi, s'il est nécessaire.

Même l'amendement de M. Marin-Quilliard, qui demande la suppression de toutes les dispositions de la loi visant l'agriculture, en attendant une nouvelle loi, ne touche aucunement aux principes généraux de la loi.

Je m'excuse de cette revue des principaux amendements. Mais elle avait pour but de vous montrer qu'aucun d'eux ne touche aux principes fondamentaux de la loi et que tous ne visent que des corrections de détail.

M. Robert THOUMYRE. — Nous sommes d'accord.

M. LE RAPPORTEUR. — Dans ces conditions, l'adoption de l'un de ces amendements, même de celui qui peut paraître le plus justifié, n'aurait pas d'autre conséquence que de retarder l'application de la loi, de rouvrir le débat parlementaire, et cela ne serait admissible que si les critiques générales qui ont été apportées à cette tribune justifiaient une remise entière de la loi sur le chantier. (*Applaudissements à l'extrême gauche et à gauche.*)

(*A suivre.*)

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr MAILLON,

Médecin expert près des Tribunaux

(*Suite et fin*).

Lésions traumatiques de la vessie

1º Séquelles légères de plaie ou de rupture de la vessie........ 15 à 20
2º Fistules vésicales........ 50 à 90
3º Cystite chronique d'origine traumatique, consécutive à des sondages répétés ou à des lésions de la vessie ayant nécessité longtemps une sonde à demeure........ 30 à 40
4º Cystite avec pyélonéphrite........ voir : lésions rénales
5º Rétention chronique d'urine due à des lésions médullaires (voir fracture du rachis) ou à des lésions de la vessie :
a) Incomplète : vessie se vidant incomplètement........ 20
b) Complète (usage constant de la sonde obligatoire)........ 40
c) Avec pyélonéphrite ascendante uni ou bilatérale........ voir : lésions rénales
6º Incontinence d'urine : suite de lésions nerveuses (voir : fractures du rachis) ou de lésions vésicales........ 60

Séquelles de lésions traumatiques des reins.

1º Ptose rénale post-traumatique........ 15 à 20
2º Ptose rénale avec hydronéphrose........ 50
3º Néphrectomie........ 50
4º Néphrectomie avec complications cicatricielles (éventration, paralysie partielle des muscles de l'abdomen)........ 50 à 70
5º Eventration lombaire : voir : abdomen : cicatrice abdominale après lésion de la paroi abdominale dans toute son épaisseur :
a) Cicatrice de quelques centimètres, pas de hernie........ 0 à 10
b) Cicatrice plus importante avec hernie limitée (volume d'un œuf ou d'une orange), selon que la profession exige ou n'exige pas le port de poids lourds ou de violents efforts de........ 10 à 30
c) Cicatrice vaste. Eventration, hernie volumineuse, selon la violence des efforts à déployer dans la profession........ 20 à 60
6º Fistule lombaire urinaire ou uro-purulente........ 40 à 60

7° Néphrite chronique post-traumatique :

a) Unilatérale :	*a'* Sans troubles fonctionnels notables	10
	b' Avec troubles fonctionnels modérés	10 à 30
b) Bilatérale : suivant l'intensité des troubles fonctionnels		50 à 80
8° Pyélonéphrite :	*a*) unilatérale, suivant l'état général	40 à 70
	b) bilatérale, suivant l'état général	50 à 80
	c) unilatérale avec cystite, suivant l'état général	50 à 80
	d) bilatérale avec cystite, suivant l'état général	70 à 90

Séquelles d'intoxications aiguës.

1° Par oxyde de carbone (mineurs, cuisinières, etc.).

Peuvent persister :	des troubles cérébraux et psychiques, hystérie	voir : fractures du crâne et maladies professionnelles. -
	b) des troubles trophiques, polynévrites	voir : maladies professionnelles, paralysies.
	c) des troubles cardio-pulmonaires	voir : lésions des organes intra-thoraciques.

2° Par sulfure de carbone (ouvriers traavaillant le caoutchouc) :

Peenvut persister :	*a*) de la gastro-entérite, variable en gravité	voir : maladies professionnelles.
	b) de la néphrite	voir : lésions rénales

3° Lésions dues à l'absorption de corrosifs ou caustiques :

Peuvent persister :	*a*) de la gastro-entérite	voir : maladies professionnelles.
	b) de la néphrite	voir : lésions rénales.
	c) des rétrécissements.	voir ci-joint.

Rétrécissements, suites d'absorption de liquides caustiques ou corrosifs.

1° Rétrécissements de l'orifice buccal :	
a) Rétrécissement modéré entraînant une légère gêne de l'alimentation, sans amaigrissement ou perte des forces	10
b) Rétrécissement modéré, sans dénutrition consécutive, mais avec défiguration notable	20 à 30
e) Rétrécissement serré occasionnant une grande gêne de l'alimentation, de la dénutrition assez notable, défiguration	30 à 50
2° Immobilisation de la langue par cicatrice :	
a) Gêne de l'alimentation, de la déglutition, sans dénutrition	10 à 30
b) Gêne de la déglutition, dénutrition consécutive assez marquée	20 à 40
3° Rétrécissement du pharynx supérieur6	voir : fractures du nez sténose
4° Rétrécissement du pharynx inférieur :	
a) Gêne de la déglutition, suivant son degré de gravité	10 à 30
b) Gêne notable de la déglutition, dénutrition consécutive assez marquée	30 à 40
5° Rétrécissement de l'œsophage :	
a) Gêne de la déglutition, sans dénutrition, suivant son degré	10 à 30
b) Gêne de la déglutition sans dénutrition, mais avec nécessité de cathétérismes périodiques	20 à 35
e) Grande gêne de l'alimentation normale, nécessité d'aliments liquides ou mous (pâteux) sans dénutrition notable	30 à 50
d) Grande gêne de l'alimentation normale, grosse dénutrition consécutive	40 à 60
6° Rétrécissement du pylore avec dilatation d'estomac, amaigrissement très marqué	50 à 80

Séquelles de maladies professionnelles.

Les éléments d'appréciation sont très divers, les lésions étant parfois complexes ou associées à d'autres : l'état général, la nécessité d'un changement de profession, etc., sont à considérer ; une évaluation succincte ne peut être que vague, on ne peut fixer des taux qu'avec des limites extrêmes très larges.

A. SATURNISME (voir : Dr Lucien MAYET, barême).

1° Coliques saturnines : temporaires en général, disparaissant sans séquelles	0
En cas de coliques récidivantes, de changement de profession nécessaire, selon l'état général	30 à 60
2° Myalgies : temporaires, sans séquelles	0
3° Arthralgies : récidivantes, suivant la gêne fonctionnelle, le nombre d'articulations atteintes	15 à 45
4° Paralysies des extenseurs : unilatérale (voir : paralysie radiale)	40
bilatérale (cas le plus fréquent)	60 et plus
5° Néphrite	voir : lésions rénales
6° Goutte saturnine : suivant la fréquence des accès, le nombre d'articulations atteintes, les impotences réalisées, l'état général	10 à 60

B. HYDRARGYRISME (voir : Dr Lucien MAYET : barème).

1° Stomatite mercurielle : ayant entraîné la perte des dents, la dénutrition	voir : fractures des maxillaires
2° Tremblements mercuriels :	
a) Tremblements limités aux membres supérieurs	15 à 30
b) Tremblements étendus à tous les membres, à la langue	30 à 60
3° Troubles nutritifs mercuriels : amaigrissement, diarrhée chronique	25 à 40
4° Cachexie mercurielle	60 à 100
5° Paralysies mercurielles du type polynévritique avec prédominance sur les membres supérieurs (extenseurs)	40 à 65

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Georges-Louis GUÉRET, fils du Dr et de Madame Charles GUÉRET, de Sète. Nous adressons à notre confrère et à Madame Charles Guéret l'expression de nos sincères condoléances. — M. le Dr DAWSON WILLIAMS, editor (Rédacteur en chef) du *British medical Journal*, vient de mourir à Londres. — M. le professeur PITRES, professeur de Neurologie et doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le mercredi 21 mars dernier, a eu lieu, au Buffet de la gare de Lyon, le dîner de printemps de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris : réunion réussie en tous points.

Y assistaient : les docteurs MOLINÉRY, DELATER, VASSELIN, GROC, DARTIGUES, CAMBIÈS, NOGUES, DE BEAUCHAMP, MARCORELLES, BOURGUET, FAULONG, GANYAIRE, DIGEON, QUERIAUD, MONTAGNE, PÉDEBIDOU, ROULE, ESCLAVISSAT, BABOU, D'AYRENX, GORSE, BORY, MILLAS, LASSANCE, LALBIE, THOMAS.

S'étaient excusés, les docteurs CAUJOLE, SIMON, DAVID DE PRADES, PRIVAT, LÉVY-LEBHAR, BACQUÉ DURAUD, BARQUIER, LABOUGLE.

A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Dr R. Groc, secrétaire général, pour lecture de la correspondance et questions diverses ; les docteurs Moliméry et Bory pour émettre des suggestions pratiques particulièrement intéressantes ; le Dr Ganyaire pour attirer l'attention des confrères présents sur certaines grottes ignorées de la région du Lot qui peuvent rivaliser, au point de vue historique, avec les fameuses grottes des Eysies .Le morceau de résistance de la soirée fut l'allocution du nouveau président en exercice pour 1928 : le Dr d'Ayrenx, qui, avec infiniment de verve, évoqua, criantes de ressemblance, un certain nombre de silhouettes d'anciens professeurs de la Faculté des Sciences et de la Faculté de Médecine de Toulouse. Son succès fut des plus vifs. Le Pr Roule, avec sa bonhomie coutumière, se fit l'interprète de tous les convives présents pour remercier le Dr d'Ayrenx de cette évocation si pleinement réussie des anciens milieux professoraux toulousains. Au bref, excellente soirée de contact amical et de chaude camaraderie.

La prochaine réunion de la S.A.M.T.P. aura lieu dans la première dizaine de mai, afin de permettre aux médecins de villes d'eaux d'y assister avant leur départ dans leurs stations respectives. Cette réunion promet d'être particulièrement intéressante : le Dr Dartigues doit, en effet, donner ses impressions de voyages sur le Maroc où il part assister aux Journées médicales, invité à y faire une conférence.

Pour tous renseignements concernant la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris, s'adresser au Dr Raymond Groc, secrétaire général, 40, rue d'Enghien Paris (10e).

— **Ecole française de stomatologie.** *Dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique*, 20, Passage Dauphine, Paris. — L'école française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, Directeur de l'école, 20, passage Dauphine, Paris.

— Les tuberculeux ne doivent pas être envoyés à Villars-de-Lans. — La station d'altitude de Villard-de-Lans (Isère) a été organisée spécialement pour le séjour des enfants, aussi bien en été qu'en hiver à l'abri de toute contagion tuberculeuse. Toutes les mesures ont été prises pour qu'aucun tuberculeux ne puisse y séjourner ; cependant, ces temps derniers, trois ou quatre malades atteints de tuberculose avaient tenté de s'installer par surprise dans cette localité : ils ont été contraints de la quitter sans délai.

Nous croyons rendre service à tout le corps médical en lui signalant à nouveau d'une façon pressante cette spécialisation de Villard-de-Lans, pour la réalisation et le fonctionnement de laquelle a été constitué un comité consultatif médical présidé par le professeur Nobécourt. On demande instamment à tous les médecins de tenir le plus grand compte de cet avis. Ils s'associeront ainsi à l'exécution d'un programme qui doit être poursuivi sans défaillance et ils éviteront à leurs clients tuberculeux les frais et les fatigues d'un voyage inutile.

— Journées médicales bordelaises (4, 5, 6 et 7 novembre 1928). — Voici le programme résumé des Journées médicales bordelaises, qui auront lieu à l'occasion du Cinquantenaire de la Faculté de médecine de Bordeaux :

Dimanche 4 novembre. — Ouverture des Journées à la Faculté de médecine, à 16 heures.

Lundi 15 novembre. — De 8 h. 30 à 10 h. 30 : Conférences et démonstrations dans les services hospitaliers une affiche spéciale sera publiée ultérieurement).

10 h. 30, professeur PETGES : *Les traitements actuels de la syphilis.*

10 h. 30, professeur BÉGOUIN : *Les traitements actuels de l'appendicite.*

15 h. 30, professeur GOYANES, directeur de l'Institut du cancer de Madrid.

17 heures, professeur PACHON : *L'oscillométrie ; sa spécificité ; son champ d'information.*

Mardi 6 novembre. — De 8 h. 30 à 10 h. 30 : Conférences et démonstrations dans les services hospitaliers (affiche spéciale).

10 h. 30, professeur CRUCHET : *Traitement préventif et curatif de la diphtérie.*

10 h. 30, professeur GUYOT : *Les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie.*

14 h. 30, professeur MAURIAC : *Diabète et insuline.*

15 h. 30, professeur H. VERGER : *L'encéphalomyélite épidémique. Etat actuel de la question.*

17 heures à 19 heures : Médecine sociale ; intérêts professionnels. (Programme complet sera connu ultérieurement.)

Mercredi 7 novembre. — 8 h. 30 à 10 h. 30 : Conférences et démonstrations dans les services hospitaliers (affiche spéciale).

10 h. 30, professeur ANDÉRODIAS : *Traitement actuel de la fièvre puerpérale.*

10 h. 30, professeur E. LEURET : *Les traitements actuels de la tuberculose.*

10 h. 30, professeur RÉCHOU : *Nouvelles méthodes radiologiques d'exploration avec les substances opaques.*

15 heures : Médecine militaire, navale et coloniale. (Programme à l'étude.)

17 h. 30, Dr S. A. KINNIN WILSON (de Londres) : *Considérations générales sur le système moteur extrapyramidal.*

— Clinique urologique de Necker. — *Un cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale* sous la direction de M. le professeur Legueu, avec la collaboration de MM. Chabanier, Dossot, Fey Fisch, Flandrin, Fouquiau, Garsin, Gaume, Truchot et Verliac, chefs de clinique et de laboratoire et de M. Wilmoth, prosecteur à la Faculté, commencera le mercredi 6 juin 1928 et durera jusqu'au samedi 16.

Il comportera trente leçons, ainsi réparties, à raison de trois par jour : 1° 10 leçons théoriques (le matin, à 11 heures, à la Clinique de Necker) portant sur le traitement et les indications opératoires ; 2° 10 leçons de technique urologique, avec répétition par les élèves, sur le cadavre, des opérations enseignées (l'après-midi, à 14 heures, à l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine) ; 3° 10 leçons pratiques (l'après-midi, à 17 heures, à la Clinique de Necker), portant sur l'anatomie pathologique, l'examen fonctionnel des reins, la cystoscopie et l'urétroscopie, la radiographie et la radioscopie de l'appareil urinaire, avec présentation de malades.

Les auditeurs doivent se faire inscrire à la Clinique urologique de Necker, pour l'ensemble des cours. Prix total : 1.000 francs.

Programme de l'enseignement. — *Traitement et indications opératoires* (Necker, 11 h.). — Tuberculose rénale (Prof. Legueu). — Lithiase rénale et phlegmon périnéphrétique (M. Fouquiau). — Hydronéphrose et pyonéphrose (M. Fey). — Tumeurs du rein (M. Gaume). — Examen fonctionnel des reins séparés (M. Chabanier). — Fistules vésicales et urétérales (Prof. Legueu). — Tumeurs de la vessie (M. Flandrin). — Hypertrophie prostatique (M. Dossot). — Rétrécissements et ruptures de l'urètre (M. Garcin). — Tuberculose génitale (M. Fey)

Technique opératoire (Faculté, 14 h.). — Néphrectomie lombaire, néphrostomies, néphrectomies secondaires (M. Wilmoth). — Nhéprolithotomie, pyélotomies (M. Wilmoth). — Chirurgie de l'uretère supérieur (M. Wilmoth). — Néphrectomies trans- et para-péritonéales (M. Wilmoth). — Cystostomies et voies d'abord de la vessie (M. Wilmoth). — Chirurgie des fistules (M. Wilmoth). — Cystectomies (M. Wilmoth). — Chirurgie de la prostate (M. Wilmoth). — Chirurgie de l'urètre (M. Wilmoth). — Chirurgie des organes génitaux (M. Wilmoth).

Démonstrations pratiques (Necker, 17 h.). — Cystoscopie et cathétérisme des uretères dans la tuberculose (M. Flandrin). — Radiographies de l'appareil urinaire (M. Truchot). — Pyélographie et pyéloscopie (M. Truchot). — Examen global de la fonction rénale (M. Chabanier). — Le rôle du colibacille dans l'infection de l'appareil urinaire (M. Fisch). — Anatomie pathologique (M. Verliac). — Cystoscopie et électro-coagulation (M. Flandrin). — Anatomie pathologique (M. Verliac). — Urétroscopie (M. Fouquiau). — Examen fonctionnel des reins (M. Chabanier).

Pour tout renseignement complémentaires et l'inscription à ces cours, s'adresser à M. Flandrin, chef de clinique à la Clinique urologique de Necker, 151, rue de Sèvres, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Derscheid et Toussaint (Bruxelles) : Etat actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

A. Verstraeten (Gand) : Diagnostic différentiel entre la tuberculose et le cancer pleuro-pulmonaire.

Enfin, sans pouvoir entrer dans les détails, signalons les séances opératoires des chirurgiens Jean Verhoogen, Léopold Mayer, Robert Danis, Fernand Neumann, Derache, De Smeth, Van Lint, et la collaboration des services des hôpitaux Brugmann et Saint-Jean, de l'hôpital militaire, de la Policlinique de Bruxelles, de l'Institut du Radium, de la Policlinique du Parc Léopold, de l'Institut du Square Marie-Louise, de l'Institut Le Marinel, etc., etc.

La question de l'*Ordre des Médecins*, qui faitle sujet de toutes les conversations médicales, sera exposée par M. *Henry Jaspar*, Premier Ministre, au cours de la *séance solennelle* au Palais des Académies (dimanche 22 avril, à 10 heures), en présence de *S. M. la Reine.*

A côté de ce programme scientifique copieux où chacun pourra, suivant ses convenances, choisir les points qui l'intéresseront, un programme récréatif sera offert aux membres des J. M. le samedi 21, à 20 heures, au Résidence-Palace, dans la Salle des Spectacles et le Foyer dont ce sera l'inauguration : le *banquet*, auquel assisteront la plupart des membres du corps diplomatique, accrédité auprès du Roi. Le dimanche 22, à 20 h., au Théâtre Royal de la Monnaie, le *gala*, honoré de la présence de LL. AA. RR. le Duc et la Duchesse de Brabant : *Le Chevalier à la Rose*, l'opéra de Richard Strauss. Le lundi 23 une soirée musicale dont le programme sera annoncé sous peu.

Une *Exposition internationale des Arts et Sciences Appliqués à la Médecine, la Chirurgie, la Pharmacie et l'Hygiène Publique*, qui a réuni plus de trois cents exposants, se tiendra dans les Musées Royaux du Cinquantenaire pendant toute la durée des J. M.

De même, un *Quatrième Salon des Médecins Artistes* permettra aux congresssistes d'apprécier le talent des nombreux confrères qui manient le pinceau, le crayon ou la plume. Les inscriptions pour cette exposition sont reçues par le Commissaire général, docteur J. Rosenthal, 14, rue du Musée, à Bruxelles.

Un programme, enfin sera, comme chaque année, réservé aux Dames des Congressistes. Nous le publierons prochainement de même que ceux élaborés par l'Association Générale des Dentistes de Belgique, la Ligue Belge contre le Rhumatisme et la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique.

La place nous manque aujourd'hui pour publier le programme qu'à élaboré le Comité de réception de *Gand* sous la présidence de notre dévoué confrère, M. le docteur *André Van Cauwenberghe.* Nous le donnerons *in extenso* dans notre prochain numéro. Disons toutefois que la visite de la *ville*, de la *Faculté* et des *Floralies* célèbres, constituera une apothéose inoubliable de la huitième session des J. M. de

Bruxelles. Les participants à la journée du 25 avril seront particulièrement nombreux.

L'organisation des Journées Médicales nécessitant une mise au point que la lecture de ces lignes fera juger importante et difficile, nous serions reconnaissants à nos confrères qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion à cette session, de le faire sans tarder.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Association avec un mécanicien pour dentiste.

Un mécanicien pour dentistes peut-il devenir l'associé d'un diplômé ? Cette association serait propriétaire de deux cabinets, situés en deux endroits différents et éloignés l'un de l'autre. Le diplômé se rendrait trois jours par semaine dans l'un et les trois autres jours dans le second cabinet.

Peut-on s'autoriser des habitudes prises par de nombreux « Instituts dentaires » ou autres établissements plus ou moins occultes qui utilisent des non-diplômés, ou bien qui sont la propriété d'un mécanicien pour dentistes, lequel occupe, comme salariés, des diplômés chirurgiens dentistes, ou étudiants en cours de scolarité ?

De nombreux problèmes juridiques sont soulevées par les questions ci-dessus.

Tout d'abord, la propriété du cabinet dentaire n'est pas l'apanage du chirurgien dentiste, ou du docteur stomatologiste. Ce n'est qu'en matière de pharmacie, où la loi du 21 germinal an XI oblige le pharmacien, qui dirige l'officine, d'être en même temps le propriétaire de son fonds.

Un docteur en médecine, un chirurgien dentiste peuvent parfaitement exercer leur art, dans un appartement, dans des meubles, avec des instruments professionnels qui sont la propriété d'autrui.

Un arrêt de la cour de Besançon, du 24 décembre 1926, est très net à ce sujet:

« Contrairement à la législation relative à l'exercice de la pharmacie, le propriétaire d'un cabinet dentaire peut ne pas être diplômé. Il peut avoir acquis la clientèle, le droit au bail, le mobilier et le matériel, exploiter la partie commerciale de l'entreprise en chargeant un chirurgien dentiste d'apporter à la clientèle les soins d'ordre médical. »

C'est ce qui a lieu, ajoute l'arrêt, dans beaucoup de cliniques, où les chirurgiens dentistes exercent leur art, en toute indépendance professionnelle.

Par conséquent, un mécanicien dentiste pouvant être propriétaire d'un cabinet dentaire, peut également devenir l'associé d'un diplômé.

Mais, ce mécanicien pour dentiste devra se cantonner à la gérance de la partie commerciale de l'affaire, et à l'exercice de son art de mécanicien.

Il pourra fabriquer des appareils prothétiques mais il lui sera interdit de prendre des empreintes, d'essayer les appareils, pour les modifier. Encore moins, ne pourra-t-il pas donner des soins, procéder à des extractions, s'il n'est pas assisté par un diplômé et s'il ne travaille pas sous la direction suivie et effective de celui-ci.

La jurisprudence est bien fixée en ce sens que seuls peuvent exercer l'art dentaire ceux qui sont munis du diplôme de docteur en médecine, ou de celui de chirurgien dentiste, ou enfin les praticiens, qui ont pu justifier qu'ils étaient inscrits au rôle des patentes au premier janvier 1892 (article 32 de la loi du 30 novembre 1892).

Aucune exception autre n'est permise.

Aussi, convient-il, pour un diplômé, de bien faire attention lorsqu'il s'associe avec un non diplômé, ou lorsqu'il utilise les services de quelqu'un, qui ne remplit pas les conditions légales pour exercer, de ne pas s'exposer à des poursuites correctionnelles, pour complicité d'exercice illégal de l'art dentaire.

Ainsi en serait-il si un docteur, ou un chirurgien dentiste, propriétaire de deux cabinets éloignés l'un de l'autre, passait trois jours par semaine, dans l'un et trois jours dans l'autre. Si, pendant son absence, un non diplômé faisait des pansements, opérait quelques extractions, prenait des empreintes et rectifiait, sur le malade, des appareils de prothèse, ce non diplômé serait passible des pénalités prévues à l'article 18, paragraphe 2 de la loi du 30 novembre 1892 (amende de 50 à 100 francs, et, en cas de récidive, amende de 100 à 500 francs).

Le diplômé, qui aurait couvert de son diplôme ces agissements interdits, serait passible des mêmes peines (article 18, § 3 de la même loi).

Mais il n'est pas interdit de contracter l'association suivante avec un mécanicien pour dentistes :

Qu'il y ait, ou non, mise de fonds en commun, avec apport de chacune des deux parties, il est licite d'exploiter deux cabinets, dans deux lieux différents.

Mais les soins dentaires ne seront exclusivement donnés que par le diplômé : seul, il pansera, obturera, prendra les empreintes, essayera les appareils.

Le mécanicien pour dentiste se contentera de fabriquer les appareils selon les indications qui lui seront fournies par son associé, le diplômé.

Cependant, ce dernier pourra dans certains cas, en sa présence et sous sa direction immédiate, demander au mécanicien d'essayer un appareil et de l'ajuster.

Mais ici, intervient une question de fait : il ne

faudrait pas que le diplômé ait l'air de se considérer incompétent en matière de prothèse et bien que présent dans la pièce, voire même aux côtés du malade, il laisse le mécanicien agir à sa guise pour prendre les empreintes ou essayer l'appareil et le modifier à son gré.

En cette matière, nous pouvons établir l'analogie avec le praticien de médecine générale, ou le spécialiste, qui donne l'ordre à une infirmière de panser tel malade avec tel ou tel produit médicamenteux, ou qui ordonne la pose de ventouses, scarifiées ou non, et avec l'infirmier qui, de son propre chef, panserait des blessures, poserait des ventouses, ferait des injections hypodermiques, etc.

Le principe veut que seul le diplômé exécute, ou fasse faire sous sa surveillance immédiate, tous actes aboutissant à la guérison ou à l'atténuation d'états maladifs.

Mais il faut également considérer les questions de fait et examiner si, dans tel cas particulier, il y a ou non délit d'exercice illégal de la médecine, ou de l'art dentaire avec complicité.

Cette question d'association soulève des problèmes connexes.

Tout d'abord, la propriété du second cabinet peut appartenir au non diplômé ; mais le diplômé ne pourra pas y exercer sous un pseudonyme (article 9 de la loi du 30 novembre 1892).

Par conséquent, le docteur ou chirurgien dentiste devra pratiquer son art, sous son nom.

C'est également lui qui devra payer patente, pour ce second établissement.

Mais, comme le praticien a déjà fait enregistrer son diplôme au lieu de son domicile, où il exerce déjà sa profession, il n'aura pas besoin de s'assujettir à un second enregistrement, puisqu'il ne porte pas son domicile dans un autre département, mais simplement y aura une seconde résidence.

Quant à la question des plaques apposées à la porte de ce second cabinet, elles pourront comporter, au choix, la mention « docteur dentiste, ou chirurgien dentiste, ou stomatologiste » (selon le diplôme possédé).

Si un nom doit figurer sur cette plaque, ce sera celui du diplômé et nullement celui de l'associé.

Les actes d'associations peuvent ne consister qu'en simples sous seings privés, qu'on fait enregistrer, mais ces actes demandent à être judicieusement rédigés, parce que le droit professionnel médical comporte des points particuliers, différents du droit commun.

Quant aux questions responsabilité professionnelle, ce sont surtout questions de fait. Le client ne connaît que le titulaire du diplôme. Lorsqu'un malade accepte que son dentiste lui fasse un appareil de prothèse, c'est à ce praticien qu'il a affaire et non au mécanicien dentiste,

qu'il ne connaît pas et qu'il considère comme un employé du diplômé.

S'il y avait défectuosité dans l'appareil, c'est au chirurgien dentiste (et non au mécanicien) à faire le nécessaire pour la réparation.

Y aurait-il tromperie sur la marchandise vendue (tromperie sur l'alliage, sur les qualités des dents artificielles, etc.) ? c'est encore le diplômé qui aurait à répondre des personnes qu'il a scientifiquement sous ses ordres.

Un jugement du tribunal civil de Bourg(1er décembre 1925) confirmé par arrêt de la cour de Lyon (15 juillet 1926) fait grief à un chirurgien dentiste d'avoir vendu à une cliente un bridge, qui n'était pas composé d'or, mais d'un al iage sans valeur ; cet appareil était mal composé, de métal trop léger et n'était pas constitué suivant les règles de l'art.

Ce n'est pas le mécanicien pour dentiste, qui a fabriqué l'appareil, qui a été rendu responsable, mais le diplômé auquel, seul, la cliente avait eu affaire.

Le diplômé a été condamné : libre à lui de se retourner contre le mécanicien pour malfaçon et tromperie sur la marchandise vendue et livrée.

Donc, encore questions de fait, à apprécier selon les cas, entre les associés.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Accidents et maladies professionnelles

1243. — Maladies professionnelles non garanties par la loi.

Un entrepreneur m'envoie en consultation avec un bulletin de Cie d'assurances un ouvrier tailleur de pierre, qui me dit avoir eu le matin une hémoptysie légère après avoir soulevé un bloc de pierre dans la carrière. Il se plaint de son côté gauche. Examen : palper profond région sous-mamelonnaire un peu douloureux. Auscultation : signes pulmonaires nets. Je pense à l'anthracose par association d'idées et le terme de pneumokoniose me semble plus exact. Alors il me semble qu'il y a bien là relation de cause à effet et que j'ai affaire à une maladie professionnelle. Est-ce prévu par la loi ? Si oui, l'ouvrier a droit à son demi-salaire. Si non, il perd toutes ses journées et doit lui-même payer ses frais médicaux et pharmaceutiques.

La Cie d'assurances déjà ne veut rien entendre et je ne veux pas engager le malade à faire un procès s'il ne doit pas obtenir gain de cause.

Dr R.

Réponse.

Le cas d'espèce qui fait l'objet de votre lettre

ne peut rentrer dans le cadre des « maladies professionnelles » assimilées par la loi aux accidents du travail. En effet ces maladies sont limitativement énumérées et ne concernent pas les cas de ce genre.

Pour savoir si l'ouvrier a droit aux indemnités de la loi du 9 avril 1898, il faut donc uniquement rechercher s'il y a eu accident du travail.

Or, pour qu'il y ait accident du travail, il faut qu'il y ait une atteinte au corps humain provoquée par l'action *violente* et *soudaine* d'une cause extérieure. Ces caractères de violence et de soudaineté sont les éléments essentiels de l'accident du travail.

D'autre part, aux termes de la jurisprudence la plus récente, l'état antérieur du blessé ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation de l'accident. Quand bien même la lésion aurait été aggravée ou n'aurait été rendue possible qu'en raison de l'état morbide préexistant, il y a accident du travail quand il est possible de démontrer une liaison directe entre la lésion et le traumatisme.

Donc, en fait, s'il est possible à l'ouvrier de faire la preuve (par témoins) du violent effort qu'il a eu à fournir pour soulever le bloc de pierre et si, d'autre part, vous estimez qu'il y a relation de cause à effet entre cet effort et les lésions présentées, il y a bien accident du travail.

Puisque l'assurance conteste l'accident, pour obtenir gain de cause il faudrait que l'ouvrier fasse tout d'abord la déclaration de l'accident à la mairie, si elle n'a pas été faite par le patron, et qu'ensuite il cite ce dernier devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en paiement de son demi-salaire. Pour cette procédure, l'ouvrier bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire.

1239. — Privilège pour soins donnés à des accidentés du travail.

Dans le cas d'une faillite, quand l'assurance ne couvre plus le patron (ce que ne sait pas lemédecin), par défaut de paiement des primes, les honoraires médicaux pour soins aux ouvriers victimes d'accidents du travail dans l'entreprise, sont-ils admis au titre de créances privilégiées ?

Il me semble que vous avez répondu dans le *Concours* par l'affirmative. Or, dans une faillite récente, le Syndic refuse de me reconnaître ce droit et il en fut de même il y a quelque temps dans une affaire analogue.

Pouvez-vous m'indiquer les textes et la jurisprudence favorables à notre thèse, afin que je les communique au Syndic de faillite. Dr C.

Réponse.

L'article 23 de la loi du 9 avril 1898 sur les

accidents du travail accorde à la victime de l'accident *ou à ses ayants droit*, en ce qui concerne les frais médicaux, pharmaceutiques ou funéraires, le bénéfice du privilège de l'article 2.101 du Code Civil.

Or, le médecin traitant choisi por le blessé, auquel la loi accorde une action directe contre le patron responsable en paiement de ses honoraires, est incontestablement un « ayant droit » du blessé, puisque son action trouve sa source dans le droit de l'ouvrier blessé. Comme tel ,le médecin traitant peut se prévaloir, pour ses honoraires et à l'encontre du patron, du privilège de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898.

La jurisprudence sur cette question est peu importante, car les contestations au sujet du privilège du médecin traitant sont rares. Nous pouvons vous signaler seulement un jugement du Tribunal de Commerce de la Seine rendu tout récemment dans une affaire du « Sou Médical » et que nous publierons prochainement.

Le « Sou Médical » a déféré d'autre part à la Cour de Cassation un jugement d'un autre Tribunal de Commerce refusant le privilège (c'est le seul jugement dans ce sens que nous connaissions). Le pourvoi a été admis par la Chambre des Requêtes le 30 mars 1927 et se trouve soumis maintenant à la Chambre civile.

Il est regrettable que vous ne fassiez pas partie du « Sou Médical », car l'appui de cette ligue vous aurait sans doute été accordé pour forcer le syndic, par une instance en justice, à vous admettre au passif privilégié.

1213. — Majoration de prime d'assurance, par suite de l'augmentation du risque.

Assuré à la M. pour les accidents pouvant arriver à mon personnel professionnel et agricole, sans que le salaire le plus élevé d'un quelconque de mes domestiques dépasse 5.000 fr., je me vois demander la majoration de prime de 15 %, en vertu de la loi du 8 juillet 1926.

J'ai jusqu'à ce jour, refusé d'accepter cette majoration, persuadé que j'étais qu'elle ne pouvait être exigée que lorsque il s'agissait de salaires de 8.000 et au-dessus.

L'assurance me relance encore aujourd'hui. Avant de lui répondre, je serais heureux d'avoir votre sentiment, et de savoir lequel a raison, ou de l'assureur ou de moi.

Dr G.

Réponse.

La loi du 8 juillet 1926 a élevé de 4.500 à 8.000 francs la partie du salaire qui ne doit subir aucune réduction pour le calcul de la rente, en cas d'incapacité permanente.

Cette loi a eu pour effet d'augmenter dans une proportion appréciable les charges incombant aux patrons et chefs d'entreprises, lors-

que les salaires payés dépassent 4.500 francs par an et par ouvrier ou domestique, et il est normal que les Compagnies d'assurances demandent à leurs assurés un supplément de prime pour les couvrir de ce risque supplémentaire, non prévu par la police.

Dans votre cas particulier, il est de votre intérêt d'accepter la majoration de prime proposée, si vous payez à chacun des membres de votre personnel professionnel ou agricole un salaire annuel supérieur à 4.500 francs. A ce propos, nous vous signalons que, dans le salaire, doivent être compris, en outre de la rémunération en argent, les avantages en nature tels que la nourriture et le logement.

Dans le cas contraire, la loi du 8 juillet 1926 ne modifie en rien vos obligations ni le risque couru et il n'y a pas de raison pour que la prime soit augmentée.

Fiscalité.

739. — Calcul du droit proportionnel de patente.

Le calcul du droit proportionnel de patente doit-il être établi sur le prix du loyer porté sur un bail ou sur la valeur locative de l'immeuble estimée d'après le prix des loyers en 1914 augmentée du coefficient de majoration fixé par la dernière loi sur les loyers ?

Je vous demande cela parce que je viens de recevoir ma feuille d'avertissement et que ma patente est calculée sur un loyer de 2.800 fr. qui est bien le prix porté sur mon bail (impôts à ma charge).

Ce loyer est élevé et dépasse de beaucoup celui que j'aurais à payer s'il était tenu compte des lois en vigueur car la valeur locative de l'immeuble était de 600 fr. en 1914. Mais j'ai dû accepter les dures conditions du propriétaire, sans pouvoir songer à introduire une demande en réduction, à cause de la brièveté du bail consenti et de l'impossibilité où je me trouve de me loger ailleurs.

Dans ces conditions pensez-vous qu'il me soit possible de faire une demande de réduction d'impositions en faisant valoir les raisons ci-dessus ?

On peut m'objecter qu'en signant le bail j'en acceptais toutes les conditions. Mais il s'agit en ce qui me concerne d'une situation un peu particulière. Mon acceptation n'a pas été librement consentie mais imposée par la nécessité.

Dr S.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente doit être établi sur la valeur *locative réelle actuelle des locaux* occupés par les patentables. La dernière loi sur les loyers ne fixe pas la valeur locative (au sens fiscal du mot), mais le maximum du prix du loyer. Vous n'avez aucune chance de voir réduire la base de votre imposition, fixée conformément au prix de votre bail, si vous

n'obtenez pas auparavant la réduction dudit loyer.

A. M.

892. — Dans quelle cédule doivent figurer les traitements fixes.

L'article 66 des lois codifiées prévoit l'application à la totalité des revenus professionnels du régime de faveur des traitements quand ces revenus comportent un traitement fixe. Médecin du réseau de l'Etat en 1927, je reçois de ce réseau un traitement de 1.089.25. J'ai posé la question à l'administration des contributions directes de M.-et-L. dont je joins la réponse.

La question étant d'intérêt général, je vous prie de l'étudier avec le soin habituel et de me dire à temps ce que j'ai à faire et les droits à exercer.

Dr N.

Réponse.

Comme nous l'avons exposé à différentes reprises dans les réponses parues, la thèse de l'Administration n'a pas encore été sanctionnée par la jurisprudence du Conseil d'Etat. Il y a donc lieu de présenter au Préfet, dans les trois mois de la mise en recouvrement du rôle, une pétition rédigée sur papier timbré et, le cas échéant, de se pourvoir en Conseil d'Etat contre la décision du Conseil de Préfecture rejetant la réclamation.

A. M.

883. — Pas de taxe pour l'échange d'automobiles entre particuliers.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire combien il faut payer de taxe pour l'échange d'automobiles entre particulier.

Dr B.

Réponse.

Il n'est dû aucune taxe pour l'échange d'automobiles entre particuliers.

A. M.

837. — Chiffre élevé de la patente dans la banlieue de Paris.

L'an passé, je vous avais prié de me renseigner au sujet de la patente à payer dans la région parisienne. Pour un loyer de 9.500 fr., m'avez-vous répondu, votre patente sera comprise entre 3.500 et 7.000 fr.

Or, j'ai ici un loyer de 7.500 fr. et le percepteur me réclame 7.060 fr. de patente.

Je trouve le total un peu raide et dur à digérer.

Ne pensez-vous pas qu'il soit possible de revenir sur cette taxe inhumaine, et pourriez-vous m'en indiquer les moyens ? Voici quelques éléments que je vous donne à titre indicatif.

J'ai un loyer de 7.500 fr. parce que j'ai trois enfants à élever.

Je n'ai ni bonne à tout faire, ni chauffeur, ni infirmière, ni concierge, ni valet de pied.

L'année 1927 a été ma première année d'exercice à C. c'est-à-dire une année déficitaire comme bien vous pensez.

Nous sommes ici cinq médecins et je suis à peu près sûr d'être parmi eux le plus imposé bien que n'étant pas celui qui a encaissé le plus d'honoraires. Est-ce juste ?

Qu'ai je donc bien pu faire pour mériter un traitement si rigoureux ?

Dr B.

Réponse.

Le montant de la patente, pour un loyer déterminé, varie avec le centime le franc. Comme il nous est matériellement impossible de connaître les centimes le franc de toutes les communes de France, nous ne pouvons tabler, surtout avant la mise en recouvrement des rôles, que sur une approximation, la marge indiquée en est la preuve.

Veuillez nous transmettre votre avertissement à fin de vérification.

Dès à présent, nous vous signalons que les faits invoqués ne peuvent justifier aucune réduction. A. M.

650. — Amortissement du prix des automobiles.

Veuillez avoir l'obligeance de m'indiquer comment je puis faire ma déclaration sur le point suivant :

J'ai acheté en avril 1923 une auto Citroën 10 HP. conduite intérieure : 23.000 fr. à 10 % d'amortissement (le contrôleur n'admet pas davantage) soit : 2.300 fr. par an.

Je l'ai revendue en avril 1927 : 12.000 fr.

J'ai racheté en avril 1927 : la B. 14, Citroën : conduite intérieure : 25.000.

J'ai donc déboursé : 13.000 fr.

Dr D.

Réponse.

Vous avez amorti votre première voiture pendant 4 ans (1923 à 1927) à raison de 10 % par an, soit au total quatre fois 2.300 francs = 9.200 francs.

Vous l'avez revendue 12.000 francs, l'ayant achetée 23.000, elle vous a donc coûté : 23.000 — 12.000 = ...	11.000
Les amortissements pratiqués s'élevant à	9.200
Amortissez pour solde en 1928........	1.800

Portez en plus l'amortissement de votre nouvelle voiture, calculé sur 25.000 fr.

A. M.

901. — Calcul de la patente.

Nous vous serions très obligés de nous dire si sur une valeur locative de 600 fr. par an, le percepteur est en droit de nous demander la somme de 249 fr. 15

comme impôts, plus une taxe vicinale de fr. 33,50, pour contribution foncière des propriétés non bâties

Du reste, nous joignons cette feuille à notre lettre.

Nous tenons à X. une petite succursale dentaire. 1fois par semaine, dans 2 pièces que nous sous-louons.

Dr M.

Réponse.

Votre imposition à la contribution des patentes est régulièrement calculée ; le produit du quinzième du loyer (600 : 15 = 40) par le centime le franc (6,22884) donne bien : 249,15.

A. M.

Baux et Locations.

1167. — Droit de prorogation sur un garage professionnel.

J'ai pris en 1921 la suite de mon père médecin, ai occupé son logement et sa remise pour auto.

En 1915, ou 1916 mon père avait loué sans aucun papier, à un mécanicien, cette remise que je payais au trimestre. Je payais d'ailleurs une patente pour mon garage comme sur ma maison. Le mécanicien était lui-même locataire et avait un atelier et le garage qu'il sous-louait.

Ce mécanicien a cédé il y a quelques mois sa clientèle et son droit au bail. Le successeur me donne congé, désirant faire un autre atelier dans mon garage.

Ce garage est près de mon domicile et m'est très pratique. Puis-je y rester ?

Dr A.

Réponse.

Il résulte de deux arrêts de la Commission supérieure de Cassation des 30 juin et 21 juillet 1927, que nous avons obtenus au profit de deux de nos adhérents, et que nous avons publiés dans le *Concours médical* du 18 septembre 1927, page 2.444, que le garage dans lequel un médecin remise l'automobile affectée à l'usage de sa profession doit être considéré comme un local à usage professionnel, même quand ce garage est indépendant des locaux principaux servant à l'exercice même de la profession, et comme tel bénéficie de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, *sans droit de reprise pour le propriétaire,* puisqu'il s'agit d'un local présentant un caractère professionnel.

Et, bien que vous ne soyez pas locataire principal, mais sous-locataire, vous avez droit à la prorogation.

Il s'ensuit que, si le congé a eu pour effet de mettre fin à la sous-location, à celle-ci s'est substituée de plein droit la prorogation de la loi du 1er avril 1926, sans même que vous ayez eu besoin de la demander, et que votre propriétaire ne peut reprendre possession de votre garage avant le 1er avril 1931.

Au cas où votre propriétaire, devant votre

refus de partir, porterait l'affaire en justice, ne manquez pas de nous en aviser immédiatement.

Questions médico-militaires.

149. — Indemnité de première mise d'équipement.

Classe 1914, nommé médecin-auxiliaire le 5 juillet 1919 et démobilisé comme tel. Nommé aide-major de 2e classe le 1er février 1924, sans avoir touché d'indemnité de première mise d'équipement.

Sollicité à diverses reprises pour faire des périodes volontaires pour passer au 2e galon, j'ai refusé. Malgré cela je suis promu aide-major de 1re classe le 18 mars 1927, toujours sans indemnité.

Or, je serai sûrement convoqué pour faire une période d'instruction. Mais comme ma tenue de médecin auxiliaire est hors d'usage (d'ailleurs je faisais sur la bascule 52 kilos en 1919 et actuellement je frise les 85 ! !) et comme je n'ai pas touché un sou de mise d'équipement, j'ai l'intention de me présenter au corps en tenue de civil. Suis-je répréhensible ou dois-je sacrifier bénévolement 7 à 800 fr. pour avoir une tenue idoine ?

Dr Y.

Réponse.

L'indemnité de première mise d'équipement n'est due que dans la limite des disponibilités budgétaires ; au moment où vous avez été promu officier, cette indemnité n'était pas payée, faute de crédit. Elle est de nouveau versée actuellement aux jeunes promus, mais vous n'y avez pas droit rétroactivement.

Tout au plus pourriez-vous, par l'intermédiaire de votre directeur du service de santé, demander au général commandant le Corps d'armée, l'autorisation de percevoir à l'intendance, à titre gratuit des vêtements de sous-officier.

Lors de la récente discussion sur la loi de recrutement, à la Chambre, la question a été soulevée ; le ministre a promis de la régler.

Vous seriez répréhensible de vous présenter en tenue civile, si vous étiez convoqué pour une période d'instruction ; la tenue de campagne est obligatoire (article 43 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre).

532. — Honoraires des experts près de la Commission pour l'examen des mutilés.

1° Quels sont les honoraires du ou des médecins experts fonctionnant auprès de la Commission, pour l'examen des mutilés d'après la loi du 26 avril 1924. Art.: 13, 14, 15, sur l'emploi obligatoire des mutilés.

Est-on payé par malade ou par séance, et combien ?

Dr F.

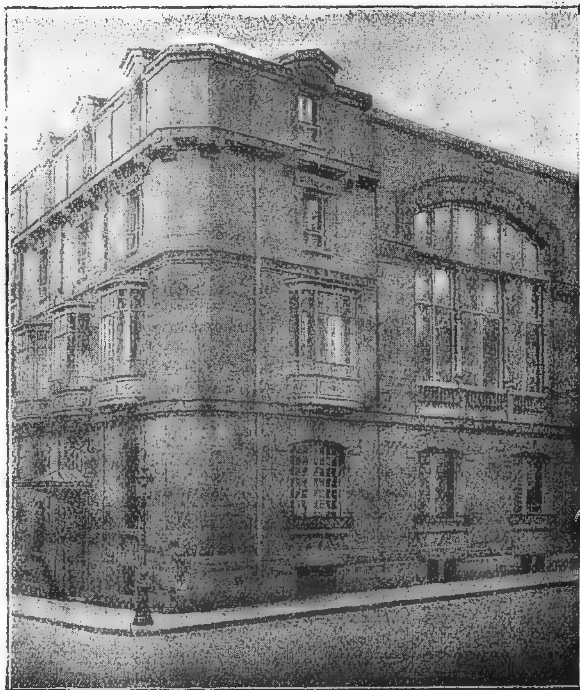
Réponse.

Les médecins experts fonctionnant dans les conditions que vous indiquez, sont payés à raison de 5 francs par malade pour les dix premiers malades, 4 francs par malade du onzième au trentième, et 3 francs par malade au-delà.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE



Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

A Travers l'Officiel

Droit médico-professionnel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr L.-P., de Paris, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

I

Tout médecin sollicité de s'installer à Saint-Amand-les-Eaux (Nord) est prié de s'adresser au Syndicat médical de l'arrondissement, dont le siège est à Valenciennes, où il recueillera des renseignements de la plus grande importance.

II

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 186. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 187. — Rég. Nord. Grande ville, après décès, client. chirurgic. et médic. avec clinique. Recettes moyennes 127.000 fr. suscept. d'augment. Belle maison avec tout confort. Loyer, prix, et comptant à débattre.

No 188. — Enfants infirmes paralysés, épileptiques, arriétés. Méthode spéc. Résult. très intér. Pension médic., vie de famille. Condit. spéc. aux confr. Dr Gaston, La Petite Afrique, 104, route Nationale à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

No 189. — A céder cause retraite, avec bel appart., stat. balnéaire et climat. fréquentée, cabin. convenant à jeune médec. Faible indemn.

No 190. — Doct. Faculté Paris, dipl. d'Etat, chev. Lég. d'honn., longue prat. médico-chirurg., libre toute la journée, cherche occupat., diriger. clinique.

No 191. — Côte d'Azur. Cab. O. R. L. à céder dans très grande ville, créé en 1911. Client. de 1er ordre.

No 192. — Rayons X. A vendre radiophore Fournier-Guerpillon complet. Etat neuf. Prix 2.000 fr., port dû.

No 193. — A céder pompe Técalemit neuve 50 fr. Vues stéréoscop. de la guerre, sur verre, pour project., par 10 ou 20 vues, 30 et 50 fr.

No 194. — Chirurg. recomm. partic. infirmière pour clinique chirurg. ou obstétricale. Désire être logée et nourrie. Mlle Bernard, à Saint-Gilles (Manche).

No 195. — Coutainville (Manche) : A louer pour saison maisonnette bien située, à 1 minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 person. maximum. S'adr. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

No 196. — Oculiste ayant expér. et clientèle est recherché pour clinique sérieuse.

No 197. — Savoie. Centre import. sur grande ligne, poste rapp. 91.000 fr. Gr. maison 10 pièces conf. et jardin. Client. agréable et facile à exercer. Prix 45.000 dont 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 198. — Paris. Très bon quartier, appartem. bien situé et agréable, conven. partic. à doctoresse. Loyer 3.600 avec nouveau bail. Indemn. 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

No 199. — Banl. Ouest imméd., clinique A. T. rapp. 137.000, loyer 3.500, bail 6 ans, à céder 65.000 dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Léon MIDY, pharmacien spécialiste bien connu, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 81 ans. Ses obsèques ont eu lieu le 3 avril, en l'église de Saint-Pierre-de-Chaillot. Le *Concours médical* adresse à Madame Midy, à MM. André et Marcel Midy, ses fils, ses sincères condoléances.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. BARRAL (de Lyon) et BILLARD (de Clermont-Ferrand) sont élus correspondants nationaux dans la 4e division (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Congrès de la Société française d'ophtalmologie.** — Le XLIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, du 14 au 16 mai 1928.

— **Hôpital de la Pitié.** — M. LAIGNEL-LAVASTINE, agrégé, a repris ses leçons cliniques avec présentation de malades nerveux et mentaux.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Dermatologie.* — M. GOUGEROT, agrégé, fera, le 24 avril, à 20 h. 45, à la consultation du soir, des présentations de malades et une leçon sur *les directions des traitements externes en dermatologie.*

— **Hôtel-Dieu.** — *Diabète.* — M. le professeur RATHERY fera, le 29 avril, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, une leçon sur *les comas diabétiques.*

— **Etats généraux du thermalisme et du climatisme.** — Les états généraux du thermalisme et du climatisme se tiendront à Paris, les 9 et 10 mai, salle des Ingénieurs civils, 19, rue Blanche, sous la présidence d'honneur du Président de la République, du Président du Conseil et de plusieurs ministres.

Ces états généraux comporteront trois assemblées, consacrées : la première à l'exposé de la situation des stations thermales et climatiques ; la seconde au crédit thermal ; la troisième à la propagande.

Leur but est de rechercher les moyens de faciliter les agrandissements , réfections, perfectionnements, création de bureaux d'hygiène, etc., nécessaires à ces stations et de leur assurer en outre une publicité qui réponde à l'effort que font sur ce plan les stations étrangères du même ordre.

Le prix de la carte d'adhérent est fixé à 25 fr.

Les grands réseaux de chemins de fer ont bien voulu accorder une réduction de 50 %.

Tous les renseignements sur ces états généraux sont donnés au secrétariat administratif de la Fédération thermale et climatique française, 14, rue Vezelay, Paris.

— **Banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine.** — Le banquet du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi, 5 mai, à 7 heures 1/2 du soir, dans les salons de l'hôtel Lutetia, sous la présidence du docteur Cibrie, ancien président du Syndicat.

Le banquet sera suivi d'une soirée dansante à laquelle sont invités tous les membres et amis du S. M. S.

S'adresser, pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, au siège du Syndicat, 28, rue Serpente, VIe.

— **Foyer médical de Tours.** — Un foyer médical, dû à l'initiative du Dr Guillaume-Louis, de M. Métadier et du Dr Cosse, vient d'être créé à Tours, 37, boulevard Heurteloup. Il comprend un restaurant et est à la disposition des médecins et des étudiants.

— **Ecole de malariologie de Paris.**— Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine du 1er juin au 5 juillet 1928 en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris. Nous en donnerons ultérieurement le programme.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Langeron, médecin des hôpitaux de Lyon, a été nommé professeur suppléant de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

— **Hôpitaux de Nantes.** — Un concours pour une place de chirurgien suppléant sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le lundi 25 juin 1928.

— **Paris.** — *Cours sur le cancer*, du 26 avril au 5 mai, par M. Proust, agrégé et M. de Nabias, organisé par la « Ligue française contre le cancer » au Dispensaire de Charonne, 18, rue Croix-Saint-Simon, Paris, XXe, pour les infirmières, les visiteuses sociales et surintendantes d'usines.

— **Æsculape.** *Sommaire de mars* 1928. — Le médecin au chevet de l'âne malade (1 ill.). Comment Jean de Doot, forgeron, s'opéra de la pierre (4 ill.), par le Dr J. de Lint. Les médecins urologues dans l'art (14 ill.), par le Dr Henry Meige. Guyon et la chirurgie urinaire (4 ill.), par le prof. Jean-Louis Faure. Sainte-Barbe qui guérit des calculs (2 ill.), par le Comte de Lapparent. De quelques lithotomistes : les Colot, Frère Jacques (5 ill.), d'après L. Colot et Dionis. L'effroi de Ganymède enlevé par l'Aigle (1 ill.). La « Maladie » de Mathurin Régnier (6 ill.), par le docteur R. Lecoutour. L'aspersion des époux Hottentots (2 ill.), d'après Pierre Kolbe. Les reins de Scarpa ; la vessie de Spallanzani (4 ill.), par le Prof. A. Monti. Deux mots sur l'histoire du Santal et du Copahu (3 ill.), par Jean Avalon. St. Benoît guérit l'empereur Henri II (1 ill.). Sonnet du Dr Camuset (2 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 *avril.*

Enseignement de la médecine.

La chaire d'hygiène et médecine préventive de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre) est vacant, par suite du départ de M. le Dr Levet.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Bas-Rhin), par suite du décès de M. le Dr Zwibel.

8 *avril.*

Pensionnés de guerre.

Service des expertises médicales.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 19 mars 1928.

Monsieur le Président,

La direction du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions comporte certains services qui, depuis la création du ministère, ont dû être confiés à des médecins, parce qu'ils nécessitent la compétence technique d'un docteur en médecine et qu'aucun fonctionnaire de l'administration centrale ne possède ce titre.

Par suite du départ du médecin chargé du service des expertises médicales, nous proposons dans un but d'économie et de coordination, de ne pas le remplacer et de confier son service au médecin qui a déjà été successivement chargé du service des soins gratuits et de l'appareillage des mutilés. Toutefois, il paraît équitable d'accorder à ce dernier, en raison de ces attributions supplémentaires importantes, une indemnité spéciale.

Tel est l'objet du présent décret. Si vous en approuvez la teneur, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, les assurances de notre respectueux dévouement.

Le président du conseil,
ministre des finances,
Raymond POINCARÉ.

Le ministre des pensions,
Louis MARIN.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre des pensions et du président du conseil, ministre des finances,

UNE FORMULE HEUREUSE

Les pneus des grandes marques généralement adoptées par les automobilistes coûtent relativement cher ; les pneus d'occasion sont meilleur marché, mais comportent des aléas.

Les Établissements AUTO-ACCESSOIRES ont trouvé la formule heureuse du juste milieu : ils se sont assuré la représentation générale d'un nouveau pneu, le REX-CORD.

Ce pneu REX-CORD n'a pas la prétention d'être une innovation, tout au moins en ce qui concerne sa fabrication ; il a les mêmes caractéristiques, dimensions, poids, présentation que les pneus des marques les plus réputées, mais il est vendu à des prix très inférieurs à ceux couramment pratiqués.

Cependant chaque REX-CORD est livré avec fiche de garantie pour 10.000 kilomètres minimum.

Une qualité que l'on dit parfaite, une garantie formelle, voilà de quoi intéresser les automobilistes.

Tous renseignements et tarifs gratuits sur demande adressée aux Ets AUTO-ACESSOIRES, 32, *rue Parmentier, à NEUILLY-SUR-SEINE ou aux Magasins de Vente,* 66, *avenue de la Grande-Armée, à Paris.*

Vu les articles 9 et 10 de la loi du 18 octobre 1919 ;

Vu le décret organique du 19 septembre 1920 fixant les cadres et les traitements du personnel de l'administration centrale du ministère des pensions, modifié par les décrets des 26 août 1921, 4 décembre 1923, 14 janvier 1926, 2 novembre 1926, 13 novembre 1926 et 4 août 1927,

Décrète :

Art. 1er. — Le service des expertises médicales à la direction du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions est provisoirement rattaché aux services des soins gratuits et de l'appareillage des mutilés.

Art. 2. — La direction de l'ensemble de ces services sera assurée par M. le Dr Paloque (A.-A.-J.), chef des services des soins gratuits et de l'appareillage des mutilés.

Art. 3. — En raison des fonctions supplémentaires résultant du rattachement prévu à l'article 1er, il sera alloué à ce fonctionnaire une indemnité forfaitaire mensuelle, non soumise à retenues, de 600 fr.

Art. 4. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre des pensions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui aura effet du 1er janvier 1928 et sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 22 mars 1928.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un médecin propriétaire de deux cabinets peut-il en faire gérer un par un remplaçant non diplômé ?

Prenons un exemple : un médecin exerce l'hiver dans une station et l'été, dans une autre. Peut-il, alternativement, pratiquer son art dans une de ces villes, pendant que, dans l'autre, son cabinet sera géré par un étudiant en médecine, dûment autorisé par le préfet, en vertu des dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par celle du 6 mai 1922 ?

A priori, rien ne semble s'opposer légalement à pareille manière de faire. Cet article 6 est ainsi conçu :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions et les étudiants en médecine, ayant terminé leur scolarité, et étant dès lors munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable, dans les mêmes conditions.

« Toutefois, pour les étudiants en médecine, soumis encore à l'ancien régime comportant au

maximum seize inscriptions, l'autorisation en question pourra continuer à leur être accordée, comme précédemment, lorsqu'ils auront leurs seize inscriptions, ou au moins douze s'ils sont internes des hôpitaux ou hospices français.

En cas de non-observation de cette formalité de l'autorisation préfectorale, l'étudiant serait considéré comme exerçant illégalement la médecine et le docteur, comme complice d'exercice illégal ; tous deux seraient passibles des pénalités prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892.

Ajoutons cependant que le dernier alinéa de l'article 16 stipule que : « les dispositions du paragraphe premier du présent article (définition de l'exercice illégal) ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine, qui agissent comme aides d'un docteur, ou que celui-ci place auprès de ses malades. »

Il est hors de doute que l'alinéa ci-dessus ne s'applique pas au cas qui nous occupe. Le médecin, qui s'absente et prend un remplaçant, laisse à ce dernier l'initiative complète, pour soigner les malades en cours et ceux à venir.

De l'étude du texte législatif (article 6), il ressort que, *stricto sensu*, le médecin qui quitte une de ses résidences professionnelles, pour se rendre dans une autre, peut demander au préfet l'autorisation de se faire remplacer par M. X., étudiant en médecine, ou interne des hôpitaux, nommé au concours, remplissant les conditions de scolarité exigées par cet article 6.

Dans sa toute puissance administrative, le préfet sera seul juge de savoir s'il devra ou non accorder l'autorisation sollicitée.

Néanmoins, les syndicats médicaux locaux, ou même un praticien de la ville, ont le droit de faire remarquer au préfet que ces agissements ne sont pas conformes à l'esprit du législateur de 1892.

Bien que les discussions parlementaires aient été brèves, sur ce point, on peut dire que le Parlement a entendu faciliter l'exercice de la médecine, au cours d'une épidémie, lorsque les docteurs sont surchargés de besogne, ou bien accorder aux praticiens la possibilité de prendre des vacances, ou même d'être malades, sans que leur absence momentanée puisse leur faire perdre leur clientèle.

Mais, je ne crois pas qu'interrogé sur l'interprétation à donner à cet article 6, le ministre de l'Intérieur, ou celui de la Justice ne répondrait en ce sens : « Qu'il n'est pas possible d'accorder les autorisations de remplacement d'un docteur en médecine par un étudiant, lorsque le praticien possède deux ou plusieurs cabinets professionnels, qu'il entend industrialiser son diplôme par l'exploitation de plusieurs centres médicaux, souvent fort éloignés les uns des autres.

La jurisprudence a très fréquemment déclaré qu'une clientèle de médecin est incessible, parce

qu'elle repose sur la confiance personnelle qu'ont les malades en leur docteur.

C'est même encore au nom de cette confiance, qui forme la base de la clientèle, que la jurisprudence estime que deux praticiens n'ont pas le droit de s'associer pour mettre en commun l'exercice de leur profession, sans laisser aux malades le droit de choisir librement le docteur, qui leur donnera des soins.

Par analogie, un médecin ne peut donc pas faire gérer, exploiter son cabinet par un tiers, alors que lui-même s'en ira ailleurs exercer la médecine.

Cette industrialisation de la profession, qui permettrait à un diplômé de créer plusieurs centres d'activité professionnelle, irait à l'encontre de cette confiance que les tribunaux mettent à la base des tractations entre malades et médecins.

Au reste, les syndicats médicaux se sont toujours montrés hostiles aux cabinets multiples, alors même que ces cabinets sont gérés chacun par le même docteur : ce praticien donnant des consultations à jours fixes dans plusieurs communes à tour de rôle.

Conclusions :

Juridiquement et interprétant, *stricto sensu*, les termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, il semble *a priori* qu'un médecin est en droit d'exploiter plusieurs cabinets médicaux, à la condition de se faire remplacer, pendant ses absences, par un étudiant dûment autorisé par le préfet.

Mais, l'administration préfectorale peut (sinon devrait) refuser l'autorisation de remplacement sollicitée, car une interprétation trop large du texte législatif aboutirait à des abus, dont la santé publique aurait à pâtir.

Pendant plusieurs mois de l'année, ce ne serait pas un docteur en médecine, connu de ses clients, qui exercerait, mais un remplaçant, non encore reçu docteur, alors que dans la région, d'autres médecins pratiquent l'art de guérir et que les malades de la région n'auraient pas à souffrir de la pénurie de praticiens.

Comme moyens pratiques d'action, un syndicat médical, ou un médecin peut s'adresser au préfet, pour que ce magistrat refuse l'autorisation de remplacement qui lui est adressée.

Le préfet passerait-il outre et accorderait-il le droit de se faire remplacer pendant plusieurs mois, par un étudiant en médecine, alors que le diplômé exercerait ailleurs son art, qu'on pourrait s'adresser soit au ministre, supérieur hiérarchique du préfet, ou au Conseil d'Etat, par un recours pour excès de pouvoirs.

On peut encore s'adresser au Ministre de l'Intérieur, ou à celui de la Justice, sous forme d'une question écrite, formulée par la voie du *Journal officiel*, par un député ou un sénateur :

« M. X., député, demande à Monsieur le Ministre de l'Intérieur si un docteur en médecine, qui exerce dans une localité, peut obtenir du préfet du département, conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, l'autorisation de se faire remplacer pour plusieurs mois, par un étudiant en médecine, ou un interne des hôpitaux nommé au concours, dans le but de s'installer provisoirement dans une autre localité, où il créerait une seconde résidence professionnelle et y exercer la médecine. Cette autorisation préfectorale ne doit-elle être accordée que lorsque le praticien est malade, ou qu'il est obligé de quitter momentanément sa clientèle pour tout autre motif que celui d'aller exercer momentanément ailleurs. »

D^sr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Baux et locations.

1077. — Le droit à la prorogation de la loi du 1^er avril 1926 est acquis sans formalité.

Me voilà à fin de bail pour septembre prochain et comme j'ai un propriétaire tout particulier et avec lequel je suis en mauvais termes je voudrais savoir :

1° Bail de 9 ans, 1.800 puis trois dernières années 2.000 fr.

Prix avant guerre 1.300 et 1.500 fr. en 1914.

Ma location part du 1^er octobre 1919, je suis pensionné en plus de 50 %.

Ma prorogation est de droit jusqu'en 1931. Parfait.

Mais le 1^er octobre mon propriétaire va m'envoyer par exemple une quittance de X francs (mettons 8.000 fr.). A ce moment que dois-je faire si je n'ai rien fait auparavant, si je ne l'ai pas prévenu de mon intention de rester et de jouir de la prorogation ? dois-je le faire avant la fin de mon bail ?

D'après la procédure de la loi, art. 15, titre III, je dois saisir par lettre recommandée ou déclaration faite au greffe, le président du tribunal civil. Très bien, mais à quelle époque me conseillez-vous ? Je m'absente tout l'été jusqu'au 4 ou 5 octobre. Dois-je attendre ou faire le nécessaire avant la fin de mon bail pour être fixé. Ne dois-je pas faire une demande de conciliation ou une entente devant huissier, car je ne veux accepter que les termes de la loi (125 % + les majorations) car je n'ai pas de cadeau à faire à un citoyen qui a été toujours excessivement grossier à mon égard, qui ne m'a jamais éclairé mon palier, et à qui j'ai versé les majorations d'eau et d'assainissement comme en font foi ses reçus depuis 1919 — et ceci de plein gré de ma part — car cette clause n'était pas dans mon bail.

Je voudrais être très nettement fixé, afin de ne

pas faire de gaffe et surtout de rester dans tous mes droits. Veuillez, je vous prie, me donner tous les tuyaux nécessaires, car j'ai appris en sous-main que le propriétaire voulait me faire tous les ennuis si je ne passais pas sous ses fourches caudines, même il a dit vouloir me demander 10.000 francs de loyer ! ! et ceci pour un appartement sans aucun confort, et loué par moi, en 1919, 1.800 francs, très heureux encore de m'avoir trouvé.

Dr X.

Réponse.

Votre droit à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, lorsque votre bail sera fini, est hors de toute discussion.

Aux termes de la loi, prorogation est acquise de plein droit aux locataires « *sans l'accomplissement d'aucune formalité* ». Par conséquent, vous n'avez pas besoin de prévenir votre propriétaire sous une forme quelconque de votre intention de bénéficier de la prorogation. Inutile de lui adresser une lettre, de l'appeler en conciliation ou devant un huissier. Attendez sans rien faire. Au cas où, contre toute vraisemblance, votre propriétaire vous contesterait la prorogation, c'est à lui qu'incomberait l'initiative des hostilités.

Au sujet de votre loyer, attendez également la présentation de la quittance. Si celle-ci dépasse le maximum autorisé par la loi, refusez-la purement et simplement, et envoyez à votre propriétaire une lettre recommandée avec avis de réception pour lui offrir de payer votre loyer sur les bases légales et avisez-le que, faute de présentation d'une quittance régulière dans la quinzaine de votre lettre, vous lui ferez faire des offres réelles et, en cas de refus, consignez le montant du loyer à la Caisse des dépôts et consignations.

D'ailleurs, au cas où cette éventualité viendrait à se réaliser, nous serions immédiatement à votre disposition pour vous donner tous les renseignements et avis nécessaires.

Application du Tarif Fallières.

I

1234. — Intervention de nuit.

J'ai encore une fois recours à votre obligeance pour vous demander de vouloir bien me préciser la façon dont je dois établir la note de mes honoraires au sujet d'un accidenté du travail qui, tombé de sa grange, s'est fendu le cuir chevelu sur une longueur de quinze centimètres environ, la plaie intéressant tous les plans cutanés, musculaires et aponévrotiques, mettant l'os frontal *complètement à nu*, a nécessité quatorze points de suture au crin.

Voir la suite page LV-1231

PROPOS DU JOUR

En attendant l'épilogue de l'affaire de Glozel. Curieux exemples de faussaires et de mystificateurs en préhistoire et en archéologie.

Le mélodrame glozélien est à son dernier acte. La plainte, déposée par le Dr Félix Regnault, au nom de la Société préhistorique française dont il est le président, la brusque perquisition, opérée à Glozel avec toutes les précautions et les garanties dont s'entoure la police judiciaire, l'envoi à Paris, au service compétent, des objets saisis pour déterminer scientifiquement leur origine et leur authenticité, et aussi les nouvelles fouilles que M. Depéret, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, dirige, mettront fin avant peu à une agitation où l'intérêt de la science a joué un rôle bien effacé (1).

A propos de Glozel et quelle que soit l'issue de cette affaire, il est permis d'évoquer de curieux souvenirs d'abracadabrantes falsifications ; nous avons conté l'an dernier les avatars du mystificateur belge qui, après avoir prospecté au Maroc des gisements préhistoriques imaginaires, finit par se faire arrêter misérablement dans un cimetière parisien dont il fouillait les tombes.

A la Société d'Anthropologie de Paris, en sa séance du 1er mars, M. Adrien de Mortillet, a rappelé une histoire de mystification dont il a été témoin et évité d'être dupe. C'était bien avant la guerre. Au cours de ses voyages en Italie, M. de Mortillet avait constaté dans les Musées à Rome, à Turin, à Vérone, la présence de centaines de silex d'aspect singulier, chefs-d'œuvre d'une industrie néolithique jusqu'alors sans exemple, qui étaient classés sous la mention : objets à formes étranges! M. de Mortillet s'enquit de l'origine de ces silex et on lui fit savoir qu'ils provenaient des abris sous roche de Breonino dans la vallée du Haut Adige. Notre savant collègue partit aussitôt pour Vérone et fut rendre visite à un homme fort savant qu'il connaissait bien, officiellement chargé des recherches archéologiques de la province. Ce dernier, malade, ne put servir de guide à M. de Mortillet, mais il le recommanda chaudement au maire de la commune où se trouvaient les gisements néolithiques les plus importants. Le maire reçut fort courtoisement le savant français et se mit à sa disposition. Il lui apprit que l'archéologue de Vérone lui envoyait chaque semaine une certaine somme dont il pouvait disposer pour indemniser les paysans qui pratiquaient des fouilles et lui remettaient les objets préhistoriques trouvés. Ces objets étaient périodiquement transportés à Vérone. Ils étaient expédiés de là dans les divers Musées italiens où ils étaient exposés par centaines.

Très intrigué, M. de Mortillet demanda à faire lui-même quelques recherches. On lui indiqua un nommé M.... qui avait la spécialité de pratiquer les fouilles et de diriger une équipe d'ouvriers. M.... conduisit le voyageur à un abri sous roche et mit à jour sur un point qui n'avait pas été fouillé, un amas de silex néolithiques, mélangés à des fragments de poteries, en nombre considérable et d'un travail remarquable. Les silex étaient indiscutablement authentiques. Au cours des recherches, M.... montra à M. de Mortillet quelques échantillons d'objets d'aspect étrange qu'il prétendait avoir découvert à l'instant. Voyant le peu d'intérêt que le Français portait à ces instruments, malgré leur singularité, et comparant cette réserve à l'enthousiasme délirant des touristes italiens et étrangers qu'il avait préalablement guidés, M.... cessa tout à coup de découvrir des « objets d'aspect étrange », objets que, d'ailleurs, il avait été seul à avoir la bonne fortune d'exhumer. M. de Mortillet revint en France avec sept de ces « objets d'aspect étrange », peignes, croix de Saint-André, pointes de flèches, harpons à nombreuses barbelures, tous ces objets étaient de facture très soi-

(1) Avant que la justice se soit prononcée sur Glozel, rappelons que la commission, nommée par l'Institut international d'Anthropologie, que la Commission de classement des monuments historiques et que le rapport technique de M. Champion qui a la charge, depuis de longues années, d'étudier et d'authentifier les objets du Musée National de St-Germain, ont conclu qu'aucun des objets conservés à Glozel ne présentait un intérêt quelconque pour la préhistoire. Or nous lisons dans le *Journal de Rouen* du 3 mars 1928, qu'a bien voulu nous communiquer le Dr P. Noury, que M. Léon Coutil, l'éminent archéologue des Andelys, qui depuis 40 ans, se livre à l'étude des falsifications archéologiques, conclut dans une brochure intitulée « les Vases à figure humaine et les bobines de Glozel » que « Glozel devait être rayé de la préhistoire et de la protohistoire ». Nous nous contentons d'enregistrer sans commentaires ces conclusions qui ne sont pas sans impressionner ceux qui, comme nous, essayent d'envisager le conflit sans parti pris, ni passion.

gnée, mais la patine qui leur avait été donnée et la trop grande habileté de l'artiste qui les avait fabriqués, indiquaient au moins averti que c'était les œuvres d'un faussaire. M. de Mortillet a montré ces objets faux à la Société d'Anthropologie à côté de pointes de lance en feuilles de laurier et d'autres silex taillés, absolument authentiques, provenant du même gisement. D'ailleurs, l'histoire de ces mystifications était connue dans le pays et le maire de la commune, un très honnête homme, en causant avec M. de Mortillet, l'avait averti de l'intérêt indiscutable des gisements dont il affirmait la richesse sans se porter garant de l'authenticité de toutes les trouvailles que M. . . savait en exhumer. C'était rigoureusement exact et la supercherie fut depuis irréfutablement établie.

Notre excellent et très érudit correspondant, M. le Dr P. Noury (de Rouen) qui ne perd jamais l'occasion de nous renseigner sur tout ce qui se découvre ou se publie dans sa région et peut nous intéresser, vient de nous envoyer une chronique du *Journal de Rouen* du 19 janvier 1928, où, à propos de Glozel, M. Etienne Deville raconte l'étonnante mystification dont fut victime en 1854, un membre de l'Institut, M. Charles Lenormant, de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres. Cette affaire fit grand bruit à l'époque et mérite d'être contée.

Il s'agit de l'histoire de la découverte du prétendu cimetière mérovingien de la Chapelle Saint-Eloi. qui (comme Glozel, 74 ans environ plus tard) fut l'objet de plusieurs communications à l'Académie des Inscriptions et Belles-lettres.

Un paysan, M. Boutel, du village de Fontaine-la-Soret, voulant se construire une maison, découvrit, en creusant les fondations, un mur en pierre qu'il démolit. Il rangea les pierres en bordure du sentier qui bornait son champ. Ces pierres furent remarquées par le jeune François Lenormant, fils de l'archéologue très connu à l'époque, Charles Lenormant.

Ce jeune homme crut reconnaître dans ces pierres des vestiges de colonnes antiques et en prévint son père. Ce dernier visita les ruines et son imagination féconde eut vite fait de retrouver dans ces blocs informes des fragments de statues antiques et des débris de colonnes. Certaines des ces pierres portaient des inscriptions en caractères runiques, grecs et latins. Ch. Lenormant crut reconnaître là un cimetière mérovingien avec des tombes aux multiples épitaphes, entourant un baptistère chrétien, construit lui-même sur les ruines d'un monument romain. Ch. Lenormant, avec son imagination exaltée, fit plusieurs communications à l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres qui trouva la découverte intéressante et le 25 octobre 1854, il lut devant les cinq Académies réunies en leur séance solennelle annuelle, un mémoire sur la *Découverte d'un cimetière mérovingien à la Chapelle Saint-Eloi.*

Dans ce mémoire, avec un art consommé et une érudition remarquable, Charles Lenormant racontait la vie d'un riche romain, Serquinius, qui aurait donné son nom au bourg de Serquigny. Ce Serquinius, époux d'Eutychia, grecque chrétienne, aurait eu un fils, Taurin, un saint martyr, qui aurait été supplicié à la Chapelle Saint-Eloi.

Plus de soixante inscriptions, interprétées par Ch. Lenormant avec une verve étourdissante, permettaient d'établir l'histoire de Serquinius et de Saint Taurin et, sur ces pierres le monogramme de Childebert Ier voisinait avec la signature de saint Germain d'Auxerre. C'était une « découverte unique, comme on n'en trouve pas beaucoup en un siècle » ; « une bonne fortune inattendue avait multiplié en peu de jours les révélations les plus curieuses ». écrivaient les journaux de l'époque.

Cependant la Société libre de l'Eure qui, elle aussi, s'était passionnée pour la découverte de Ch. Lenormant, un de ses membres, nomma une Commission, chargée de visiter et d'examiner les précieuses découvertes. La Commission (tout comme celle de l'Institut international d'Anthropologie pour Glozel) se rendit sur les lieux, enquêta et publia un rapport. Hélas ! le baptistère, l'édifice romain, le cimetière mérovingien et les 75 pierres portant les fameuses inscriptions que Ch. Lenormant avait achetées 15 francs au paysan Boutel s'évanouirent, dépouillées de la poésie dont l'imagination de l'académicien les avaient revêtus.

Tout cela se bornait aux ruines d'un banal four à chaux abandonné et à des pierres portant des inscriptions relativement fraîches dont l'auteur ne tarderait pas à être découvert. Alors une polémique, dépourvue d'aménité, s'engagea entre le jeune Lenormant, porte-parole de son père, et la Commission de la Société de l'Eure. Ils firent appel aux savants étrangers. Plusieurs archéologues anglais s'intéressèrent à l'affaire. Tous conclurent que les inscriptions de Saint Eloi étaient l'œuvre d'un faussaire. En 1857, Alfred Darcel publia une brochure intitulée : « Histoire d'une

guerre d'érudition, M. Lenormant et la Société du département de l'Eure », et il conclut, comme on vient de le faire pour Glozel : « Tant qu'une enquête scientifique, faite avec l'exactitude et la sévérité d'une enquête judiciaire, n'aura point été poursuivie sur cette question du cimetière mérovingien de la Chapelle-Saint-Eloi, il sera bien difficile de ne pas approuver en partie les dénégations de la Société libre de l'Eure. »

La vérité finit toujours par sortir de son puits, plus ou moins vêtue. Au cours des polémiques, la Société de l'Eure découvrit le mystère. Un demi-fou, nommé Rouillon, d'Evreux, qui fut interdit et interné dans un asile d'aliénés aux environs de 1844, s'ingéniait à mystifier les savants. Il passait son temps à la bibliothèque d'Evreux, y feuilletait des livres sur l'antiquité, copiait des inscriptions en caractères runiques, grecs et latins et allait les graver un peu partout sur les pierres. Il s'était plus particulièrement attaché à l'étude de la vie de saint Taurin et après avoir gravé des inscriptions sur ce saint légendaire et le prétendu Serquinius qu'il lui avait donné pour père, il signalait ses trouvailles aux savants de la région et essayait de leur extorquer quelque argent. Aucun ne s'y laissa prendre. Ch. Lenormant, de l'Institut, devait donner dans le piège, tendu quatorze ans auparavant.

Aussi, sans vouloir conclure avant la fin de l'enquête judiciaire, nous pensons que les membres de l'Académie des Inscriptions qui s'intéressent à Glozel devraient s'armer de patience et de prudence et feuilleter, en attendant, le recueil de l'Institut de 1854 ; ils y trouveront l'histoire de leur collègue, Ch. Lenormant, et de la « Chapelle-Saint-Eloi ». Qu'ils songent que l'histoire (et même la préhistoire) est parfois simplement un recommencement ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les variations numériques du rachis,

Par MM.

le Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL, et Henri FISCHER,

Professeur à l'Ecole de médecine de Tours, Ancien président de la Société d'Anthropologie de Paris.

Assistant de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre de la Société d'Anthropologie de Paris.

La colonne vertébrale, sorte de tige osseuse, flexueuse placée à la partie postérieure et centrale du tronc unit la tête au bassin. Elle est le levier principal du corps humain, servant de soutien à presque tout l'édifice osseux et, en même temps, de cylindre protecteur à la moelle.

Chez l'être humain, un certain nombre d'os, très anguleux, superposés et comme empilés, dont les deux derniers ont reçu le nom de sacrum et de coccyx et dont les autres constituent le rachis proprement dit et sont appelés vertèbres, composent cette partie du squelette.

Il est classique de décrire 7 verbèbres pour la région du cou, 12 pour la région thoracique 5 pour la région lombaire, 5, pour la région sacrée 4 ou 5 pour la région coccygienne.

La formule vertébrale est donc la suivante :

C. 7 Th. 12 L. 5 S. 5 Cx 4 ou 5

Ces vertèbres présentent des caractères dans chaque région qui les différencient très nettement.

Une seule particularité permet immédiatement de faire le diagnostic.

A la région cervicale les apophyses transverses offrent un orifice pour donner passage à l'artère vertébrale et aux vaisseaux veineux.

A la région thoraco-lombaire on trouve à l'état normal une côte ou une apophyse costiforme.

Le sacrum est caractérisé par la réunion en une pièce osseuse unique des différents métamères qui entrent dans sa constitution.

Le coccyx est représenté par 4 ou 5, parfois

6 ou 7 tubercules aplatis, successivement décroissants qui sont des éléments vertébraux rudimentaires.

En dehors du coccyx on constate que chez l'homme le nombre des éléments vertébraux constituant chaque segment du rachis est soumis à de rares variations, si nous ne tenons pas compte bien entendu, de ce qu'on a appelé les *variations numériques* compensées.

Certains auteurs ont, par exemple, considéré comme vertèbre lombaire une douz'ème thoracique ne présentant pas de côte, et réciproquement comme vertèbre thoracique une première lombaire pourvue de côtes articulées. Ils ont établi alors la formule suivante :

C. 7	Th. 11	L. 6	S. 5	Cx 4 ou 5
et C. 7	Th. 13	L. 4	S. 5	Cx 4 ou 5

De même, ces auteurs considèrent comme sacrée une cinquième vertèbre lombaire sacralisée, et, comme thoracique, une septième vertèbre cervicale munie de côtes, avec les formules suivantes :

C. 7	Th. 12	L. 4	S. 6	Cx 4 ou 5
C. 6	Th. 13	L. 5	S. 5	Cx 4 ou 5

Ces variations constituent ce qu'on a nommé l'hétéromorphisme régional, c'est-à-dire qu'une vertèbre liminaire d'un segment rachidien peut prendre un ou plusieurs caractères de la vertèbre située immédiatement dans le segment voisin.

Ce sont là de fausses interprétations qui encombrent le problème des variations numériques du rachis.

Que la septième vertèbre cervicale n'ait pas ou ait des côtes articulées, elle conserve son type de vertèbre cervicale.

Que la douzième vertèbre thoracique ait ou n'ait pas de côtes articulées, elle conserve son type de vertèbre thoracique.

Que la cinquième vertèbre lombaire soit libre ou soudée au sacrum, elle n'en est pas moins une vertèbre lombaire.

Que la première vertèbre coccygienne soit soudée au sacrum ou non, elle n'en est pas moins une vertèbre coccygienne.

Ces variations numériques par compensation sont donc de fausses variations numériques, parce qu'en réalité le nombre total des vertèbres du rachis n'a pas changé.

Les vraies variations numériques ont une tout autre importance. D'abord, elles ne siègent ordinairement pas dans les régions de transition ; ensuite, de leur fait, le nombre total des vertèbres du rachis est diminué ou augmenté.

Les variations numériques des pièces du rachis comportent la suppression ou l'apparition d'un élément vert bral.

Cet élément vertébral sera *complet* ou *incomplet.*

Complet : Il s'agit soit d'une vertèbre de forme régulière qui s'intercale entre deux vertèbres normales ; soit, au contraire, d'une vertèbre totalement absente.

Incomplet : Il s'agit d'une pièce irrégulière représentant soit un élément normal atrophié, soit un élément surnuméraire n'ayant pas atteint son parfait développement : ce sont les *hémivertèbres.*

Variations cervicales. — Les variations numériques des pièces du rachis cervical sont extrêmement rares et Topinard, qui avait examiné avec un soin minutieux plusieurs centaines de colonnes vertébrales, n'en avait jamais rencontré un seul exemple. Sur 152 rachis de la collection F. de Macedo, M. Barbosa Sue'rio, de Lisbonne, n'a trouvé aucun cas de variations du nombre des vertèbres cervicales. Elles se rencontrent néanmoins, de temps à autre, soit qu'il s'agisse de sujets avec huit métamères cervicaux, soit qu'on ait affaire à des hommes n'en possédant que six.

Variations thoraciques. — Moins rares que les précédentes, elles sont cependant peu fréquentes.

Les variations numériques des pièces du rachis thoracique, pour être moins exceptionnelles que celles du cou, sont cependant très rares.

Lorsqu'il manque une vertèbre thoracique ou qu'il y a une pièce surnuméraire, on aura les deux formules suivantes :

C. 7	Th. 11	L. 5	S. 5	CO. 4 ou 5
ou C. 7	Th. 13	L. 5	S. 5	CO. 4 ou 5

Lorsqu'il y a un élément supplémentaire il s'intercale entre la dixième et la onzième vertèbres normales ou entre la neuvième et la dixième. Il reproduit à peu près exactement tous les détails anatomiques d'une neuvième ou d'une dixième vertèbre. Les côtes qui s'attachent à cette pièce surnuméraire ont un cartilage qui s'unit au cartilage de la côte située au-dessus.

Lorsqu'il y a absence d'une vertèbre thoracique, c'est ordinairement la neuvième ou la dixième qui manque. Le thorax dans ces cas aura sept côtes sternalisées, deux non sternalisées et deux côtes libres.

La présence ou l'absence d'une vertèbre thoracique avec ses côtes est le plus souvent une trouvaille de dissection ou de radiographie. La morphologie générale du thorax est peu modifiée, non plus que celle du tronc tout entier. L'accroissement de hauteur du rachis dans les cas de vertèbre surnuméraire, la diminution de hauteur dans les cas d'absence d'une vertèbre ne sont que peu de chose, deux centimètres environ, c'est-à-dire, ne dépassent pas les variations

staturales individuelles que l'on constate chez les sujets ayant leurs douze vertèbres régulières.

Variations lombaires. — Les variations numériques du rachis lombaire sont bien plus fréquentes que celles des régions cervicale et thoracique. On peut constater l'absence d'une vertèbre ou la présence d'un métamère surnuméraire.

C'est ainsi qu'on trouve des rachis lombaires à quatre ou six métamères, les autres segments de la colonne vertébrale présentant leur chiffre habituel d'éléments.

Les rachis à six vertèbres se voient environ deux fois sur cent sujets examinés, ceux à quatre pièces sont certainement plus rares.

On peut se demander quel est le rang qu'occupe la vertèbre supplémentaire. Ordinairement, on constate que la première et la dernière pièce sont régulières, mais on note qu'une vertèbre reproduit par détail, les caractères de la seconde ou de la quatrième pièce. Lors donc qu'il y a un rachis avec six éléments, la vertèbre en plus s'intercale entre le second et le troisième métamères, ou entre le quatrième et le cinquième.

Cet élément ajouté présente la morphologie d'une pièce normale ayant même hauteur et les mêmes proportions générales.

Lorsqu'il y a au contraire disparition d'une vertèbre, c'est ordinairement la seconde ou la quatrième qui fait défaut.

De ses longues recherches sur le rachis, TOPINARD a conclu « qu'une vertèbre peut s'ajouter « aux lombes et en accroître seulement la lon« gueur sans qu'il en résulte le moindre change« ment anatomique dans les vertèbres de la ré« gion comme dans celles des régions voisines ».

Et le grand anthropologiste d'établir le tableau suivant fort instructif sur les mesures de la colonne thoraco-lombaire, suivant que celle-ci possède 4, 5 ou 6 métamères lombaires.

	4 vertèbres	5 vertèbres	6 vertèbres
Rapport du rachis thoracique.........	672	587	525
Rapport du rachis lombaire.	328 / 1.000	413 / 1.000	475 / 1.000

Ce rapprochement montre que l'équilibre est rompu dans les deux types de variations numériques.

Qu'une vertèbre s'ajoute ou se supprime, la longueur de la région lombaire varie à peu près exactement de la hauteur d'une vertèbre c'est-à-dire de 35 à 40 millimètres.

Si la hauteur du rachis lombaire à 5 vertèbres est en moyenne de 186 millimètres, cette hauteur sera réduite à 150 millimètres dans les rachis à 4 vertèbres et porté à 220 millimètres dans ceux à 6 vertèbres. Ces mesures sont prises sur des sujets d'une taille variant de 1 m. 68 à 1 m. 71. M. PAPILLAULT a publié des chiffres qui se rapprochent de ceux-ci.

Aussi bien ces variations numériques peuvent entraîner des modifications importantes dans la morphologie de la région lombaire.

Nous avons examiné des séries de jeunes gens chez lesquels nous avions constaté l'absence ou l'adjonction d'un métamère lombaire. Ne pouvant entrer ici dans tous les détails des mensurations, nous donnons simplement ces conclusions très générales.

Le type morphologique à 4 vertèbres lombaires est caractérisé par une réduction absolue de la hauteur des lombes, par l'effacement de l'ensellure lombaire, par un dos plat ; les parois lombaires sont verticales, la distance séparant la dixième côte de la crête iliaque est réduite à trois ou quatre centimètres. Le thorax paraîtra long par rapport à l'abdomen qui sera court et comme écrasé.

Le type morphologique à 6 vertèbres lombaires est caractérisé par une augmentation absolue de la hauteur des lombes, par l'accentuation de l'ensellure lombaire ; les parois lombaires sont excavées en forme de sablier. La distance séparant la quatrième côte de la crête iliaque est portée à dix ou douze centimètres. Le thorax paraîtra court par rapport à l'abdomen qui sera haut.

L'EXAMEN DES HYPERTENDUS CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LEUR TRAITEMENT

Par M. le Dr M. Henry,

Médecin consultant à Bains-les-Bains.

Les hypertendus sont légion et il n'est pas de jour que le médecin ait à e n examiner un ou plusieurs à son cabinet ; en tout cas, quelle que soit l'affection pour laquelle il est consulté, il est presque toujours utile, sinon indispensable, de prendre la tension artérielle, car l'hypertension artérielle est un symptôme que l'on trouve dans différentes maladies ; elle peut en être la cause ou la conséquence, être consécutive à une infection, accompagner des troubles de certaines glandes endocrines, être sous la dépendance de troubles sympathiques, du surmenage, de l'obésité, de repas copieux, d'intoxications alcooliques, d'infection syphilitique, être la cause ou la conséquence d'une affection rénale, cardiaque ou vasculaire, ou même exister seule, sans lésion rénale ou cardiaque ; l'artério-sclérose en est aussi une grande pourvoyeuse ; bref, l'hypertension est très commune ; il faut toujours la rechercher, en préciser le plus possible les causes et constater les troubles organiques qui l'accompagnent.

Je ne dirai que peu de choses des instruments servant à prendre la tension artérielle ; personnellement, je donne la préférence au Vaquez-Laubry et au Lian qui donnent des renseignements précis et toujours comparables à eux-mêmes pour la prise des tensions maxima et minima ; les appareils oscillatoires ont leurs indications à cause de l'indice oscillatoire qu'il est indispensable de connaître dans certains cas, mais les prises de tension maxima et minima sont moins pratiques qu'avec les premiers cités. Je m'en voudrais de ne pas citer le sphygmométrographe d'Amblard qui permet la mesure graphique et visuelle des tensions maxima et minima et leur comparaison par des graphiques successifs renseignant également sur la forme, le rythme et la fréquence du pouls.

La tension artérielle doit toujours être prise autant que possible dans les mêmes conditions : le mieux est de la prendre le matin, au lit, à jeun, et non à n'importe quelle heure de la journée, les chiffres trouvés étant différents suivant le moment ; la tension est toujours plus élevée après les repas ou après une course en ville ou après les tracas et les fatigues d'une journée de travail physique ou intellectuel. Si la tension ne peut être prise au lit le matin , elle ne sera prise, en tout cas, qu'après un repos d'une demi-heure et dans la position couchée. Il ne sera pas inutile de prendre cette tension à plusieurs reprises, les premiers chiffres n'étant presque jamais ceux de la tension vraie, soit que le malade soit impressionnable, soit qu'il se produise du spasme des vaisseaux au niveau de la manchette ; on arrêtera les mensurations lorsque les chiffres trouvés ne varieront plus ; ces prises de tensions successives devront être aussi rapides que possible, ce qui est très facile avec le Vaquez et le Lian. Il ne faut jamais se contenter de la mesure de la maxima, mais prendre aussi la mesure de la minima, car il est important de connaître la pression différentielle pour en tirer des indications précieuses.

Avant ou après cette prise de tension maxima et minima, il faut procéder à un interrogatoire minutieux du patient, connaître les affections pour lesquelles il a été soigné, lui faire préciser les troubles qu'il ressent, le genre de vie qu'il mène, la façon dont il se nourrit, ce qu'il boit, ce qu'il fume, rechercher ses antécédents, etc. ; bref, faire l'enquête approfondie qu'il est indispensable, d'ailleurs, de faire quand on examine un malade sérieusement, en dirigeant l'interrogatoire de façon à ne pas le laisser s'égarer, mais en donnant au sujet la liberté de s'épancher un peu, car des détails qui peuvent paraître oiseux sont parfois précieux pour faire un diagnostic.

Chez un hypertendu, il faut faire un examen très complet de tout l'appareil circulatoire ; fréquence des battements des artères, leur rythme, leur rigidité, leur sinuosité ; rechercher la matité cardioaortique, et, par une auscultation attentive, constater l'état du cœur et des orifices. Lorsque cela sera possible, il sera bon de procéder à un examen radioscopique du cœur et de l'aorte de face et en oblique et d'en faire le diagramme, les renseignements fournis par cet examen étant des plus précieux.

L'examen de la fonction rénale est au moins aussi important que le précédent : il faut avoir le résultat d'une analyse complète des urines, ce qui est d'ailleurs tout à fait insuffisant ; il est nécessaire de connaître le dosage de l'urée sanguine, et mieux encore, faire faire une constante d'Ambard et, parfois, chercher la durée d'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine à l'aide du chromoscope néphrométrique de Lian. Il est impossible, en effet, de conseiller utilement un hypertendu sans avoir tiré de l'examen cardio-rénal tout ce qu'il peut donner.

Cet examen n'exclut d'ailleurs pas une étude de TOUTES les autres fonctions, car il faut penser que l'hypertension peut exister chez les gros

mangeurs, les constipés ; qu'elle peut être occasionnée par des troubles des glandes endocrines et qu'il faut rechercher celles qui ont de l'hypo ou hyperfonctionnement, on sait qu'il existe une hypertension de la ménopause, du goitre exophtalmique ; il y a des hypertensions qui existent seules et qui proviennent d'une hyperexcitabilité du système nerveux. Une des causes fréquentes de l'hypertension et des affections cardio-aortiques engendrant l'hypertension est la syphilis, particulièrement chez les sujets jeunes ; il faudra toujours y songer, faire une enquête approfondie à ce sujet et obtenir du laboratoire tous les renseignements utiles à ce point de vue. De la discussion récente provoquée par la communication de M. Donzelot, il semble résulter que la très grande majorité des cardiologues et des syphiligraphes sont d'accord pour reconnaître que l'infection spécifique est à la base de bien des hypertensions.

Dans le courant de la saison de 1926, j'ai eu l'occasion de voir deux malades jeunes (32 et 38 ans) ayant une grosse hypertension avec de l'aortite chronique et qui avaient pris tous les médicaments hypotenseurs possibles sans aucun résultat ; chez l'un et l'autre, le Wassermann fut faiblement positif, et après un traitement bismuthique chez l'un et l'acétylarsan chez l'autre, il y eut chez les deux malades une diminution *durable* de la tension avec amélioration des troubles objectifs.

S'il faut toujours songer à la syphilis chez les hypertendus jeunes, il faut songer chez les hypertendus de la cinquantaine et au-delà à l'athérome et à l'artério-sclérose, bien que la sclérose artérielle puisse exister sans hypertension. La sclérose des artères se manifeste par des signes différents suivant la localisation : s'il s'agit des artères du cerveau , il faut noter les vertiges, les troubles de la mémoire, les céphalées, les fourmillements dans un côté du corps, le ramollissement cérébral, les hémiplégies qui en sont les accidents les plus graves ; si les artères des membres inférieurs sont atteintes, nous constatons des crampes, de la claudication intermittente et à un stade plus avancé, de la gangrène d'un orteil, du pied, d'une jambe, de tout le membre inférieur ; si l'aorte est sclérosée, le patient accuse des douleurs dans cette région, tantôt présente un un syndrome angineux, la matité aortique étant élargie ; l'examen radioscopique permet avec certitude de délimiter les contours de l'artère et d'en apprécier l'opacité et l'élasticité.

Il peut y avoir aussi des hypertensions très élevées et passagères dans l'éclampsie puerpérale, chez les saturnins et dans certaines néphrites aiguës.

On voit d'après le rapide résumé ci-dessus tout ce qu'il faut passer en revue lorsque l'on se trouve en présence d'un hypertendu. La simple constatation de l'hypertension est insuffisante, il faut en chercher l'étiologie, ce qui n'est pas toujours possible, et il est nécessaire aussi de constater tous les dégâts organiques accompagnant cette hypertension ou en étant la conséquence.

Ce n'est donc qu'après un examen somatique des plus complets, des épreuves de laboratoire, et parfois un examen radioscopique que l'on pourra essayer de donner un traitement efficace à un hypertendu. La base du traitement sera un régime alimentaire qu'il faudra toujours prescrire avec beaucoup de précision, sans crainte d'entrer dans des détails culinaires ; il ne faut pas que ce régime soit trop sévère parce qu'il ne serait pas suivi, il faut une certaine souplesse, une certaine tolérance, une grande variété dans le choix des aliments et la façon de les préparer, on saura permettre de temps en temps chez certains malades une petite infraction qui donnera satisfaction à leur gourmandise. Il n'est pas possible de fixer le régime type de l'hypertendu, il est trop variable suivant chaque cas, mais pour chacun, il faudra donner des indications qualitatives et quantitatives : peu ou pas de viande, peu ou pas de sel, peu de liquides, telles sont les directives.

Chez un hypertendu assez élevé avec rein ne fonctionnant pas très bien, je prescris toujours : lait, légumes et fruits en abondance ; il faut indiquer la quantité de lait dans les vingt-quatre heures (3 /4 de litre à un litre), éliminer certains légumes tels que légumes secs, oseille, insister sur le régime fructarien, fixer la quantité de pain (200 gr. environ par jour) ; si le sel ne peut être permis, autoriser un peu de vinaigre de vin ou de jus de citron qui empêcheront le malade de récriminer contre la fadeur des aliments ; on permettra aussi le beurre (60 gr.), le sucre et du fromage frais.

Plus tard, si la situation s'améliore, on permettra la viande en en fixant la quantité et le nombre de repas par semaine auxquels on en mangera ; il faudra toujours éliminer le gibier, les conserves, le poisson de mer en général, la charcuterie (sauf le maigre de jambon cuit) et les cervelles, ris de veau, foie, etc. La seule boisson permise sera une eau très pure (eau de Saint-Colomban par exemple) qui pourra parfois être additionnée d'une ou deux cuillerées à soupe de vin blanc qui donnera au malade l'illusion qu'il n'est pas condamné à ne boire que de l'eau ! Mais encore une fois, il n'y a rien d'absolu ; chaque cas particulier guidera dans cette prescription du régime auxquels les malades attachent une grosse importance, ils feront en effet beaucoup plus attention à ce qu'ils auront à manger qu'au médicament qu'ils devront prendre, c'est pourquoi il faudra de la souplesse, du doigté, une autorité bienveillante, confiante, mais ferme.

La majorité des hypertendus sont des cardio-

rénaux : aussi importe-t-il de stimuler chez ceux-ci la fonction rénale et de tonifier le muscle cardiaque.

Parmi les diurétiques, il faut citer en première ligne la théobromine associée ou non au phosphate de soude ou à la caféine, que l'on pourra prescrire d'une façon régulière avec des périodes de repos, le scillarène, excellent diurétique azoturique, le chlorure de calcium en solution titrée (chlorocalcion), la lactose, et les nombreuses tisanes diurétiques.

Aux médicaments précédents dont l'utilisation est variable suivant la forme de l'hypertension traitée, on peut associer ou alterner avec eux la digitaline, dont Lian a merveilleusement précisé les indications et qu'il ne faut pas craindre de prescrire, même dans les néphrites. Personnellement, nous l'employons couramment chez beaucoup d'hypertendus à des doses variables suivant les cas, en en surveillant les effets et il ne nous a jamais été donné de constater des accidents ; il y a de nouvelles médications tonicardiaques qui ont leurs indications, mais les préparations digitaliques bien maniées (ni trop, ni trop peu) sont celles qui donnent les résultats les meilleurs. Lorsque l'on veut agir vite chez un insuffisant cardiaque, l'ouabaïne en injection intra-veineuse, à la dose de 1/4 de milligramme, donne de merveilleux résultats, mais ceci n'est qu'une médication d'urgence qui ne doit être qu'exceptionnelle et chez un malade bien tenu en mains, obéissant aux prescriptions, la digitaline suffit dans la majorité des cas. Il est difficile de préciser la façon d'administrer la digitaline, c'est variable suivant chaque cas.

Un traitement d'urgence des grosses hypertensions et de l'éclampsie, c'est la saignée qui doit être assez copieuse pour faire baisser la tension artérielle de quelques centimètres, baisse de tension qui n'est d'ailleurs que passagère mais qui permet de parer aux gros accidents imminents.

Il y a quelques années, arrive chez moi, à 6 heures du soir, un malade envoyé par un confrère de Reims pour faire une cure thermale à Bains-les-Bains ; frappé par le gonflement des artères temporales du patient et la dureté du pouls, je prends la tension, avant toute chose, avec le Vaquez dont le manomètre ne marque que 30, la tension du malade étant supérieure à ce chiffre, je la reprends avec le Lian auquel est adapté le manomètre d'un ancien Potain marquant jusqu'à 35, et je trouve 33-21 ; un peu impressionné par cette tension que je n'avais jamais constatée, je fis une saignée immédiate de 600 cc. et la tension après une demi heure descendait à 28-17 : j'ai eu l'impression d'avoir évité au malade une hémorragie cérébrale imminente... hémorragie don il est mort d'ailleurs deux ans plus tard dans une rue de Reims. Les petites saignées de 150 à 200 gr. ont aussi leurs indications chez certains malades, soit qu'elles soulagent le cœur, soit qu'elles décongestionnent localement (ventouses scarifiées).

La purgation (saignée blanche) est une excellente méthode déplétive à laquelle il faut recourir d'une façon régulière chez beaucoup d'hypertendus en l'ordonnant tous les 15 ou 30 jours et en l'accompagnant d'un ou deux jours de jeûne ; on donnera la préférence aux purgatifs drastiques à des doses plus ou moins élevées ou aux purgatifs salins.

Les traitements qui précèdent rendront de réels services dans différentes manifestations de l'hypertension, mais ces traitements n'ont rien de spécifique et on peut se demander s'il existe des médicaments hypotenseurs ? Les seuls qui méritent ce nom sont ceux qui s'adressent *à la cause* de l'hypertension. Nous avons dit plus haut que la syphilis était à l'origine de bien des hypertensions, et des affections cardio-aortiques, particulièrement chez les sujets jeunes ; après avoir serré le diagnostic de très près, s'être entouré de tous les renseignements que peut donner le laboratoire, il faut faire le traitement antisyphilitique qui donne des résultats absolument étonnants : on pourra employer l'arsénobenzol, le bismuth, l'acétylarsan ou les injections mercurielles et même conjuguer ces traitements en prenant bien entendu toutes les précautions nécessaires. Dans les cas douteux, dans lesquels le laboratoire ou l'examen clinique n'aurait pas donné « la clef » il ne sera même peut-être pas inutile d'instituer un traitement antisyphilitique prudent dont les avantages peuvent être beaucoup plus considérables que les inconvénients.

Certains troubles des glandes endocrines peuvent occasionner de l'hypertension, dans la maladie de Basedow par exemple, et, dans ce cas, l'hémato-éthyroïdine donne de bons résultats. Le prof. Sergent et Mignot ont rapporté plusieurs observations très nettes d'hypertension dans la ménopause (*Bulletin médical*, juin 1927) et R. Mignot dans le numéro de *L'Hôpital* de février 1928, en a fixé le traitement opothérapique par l'association thyro-hypophyso-ovarienne combiné avec le traitement général de l'hypertension.

Ces deux traitements : antisyphilitique et opothérapique, agissant réellement sur la cause de certaines hypertensions donnent des résultats certains et durables.

Le silicate de soude (silisode) agit préventivement chez des malades qui sont à l'âge de l'hypertension par suite de la calcification des artères.

Les autres médicaments soit disant hypotenseurs, les nitrites, le gui, la teinture d'ail, le benzoate de benzyle, etc., etc., agissent évidemment, mais d'une façon tout à fait passagère et à condition de ne pas prolonger l'emploi du même médi-

cament ; il faut cependant accorder une mention spéciale à la trinitrine, dont l'action est presque spécifique sur la crise d'angine de poitrine, complication fréquente de certaines formes d'hypertension et il existe dans le commerce certaines dragées et des comprimés qui, croqués, arrêtent instantanément la crise angineuse.

Dans les hypertensions nerveuses, les bromures, la valériane, le gardénal, le cratægus, la génésérine, la passiflore ont une action manifeste sur le système nerveux sympathique et font baisser passagèrement la tension.

Les agents phy iques ont été utilisés pour lutter contre l'hypertension, je ne citerai que pour mémoire les courants de haute fréquence et la diathermie dont l'action est au moins douteuse ; mais il faut retenir la radiothérapie des capsules surrénales, traitement qui a été préconisé par Zimmern et Cottenot et appliqué avec des résultats favorables dans certains cas par le prof. E. Sergent et Cottenot ; il est basé sur l'hypothèse pathogénique de l'hypertension qui serait due à un hyperfonctionnement des capsules surrénales qui sécrèteraient de l'adrénaline en excès (Josué).

Dans les hypertensions des néphrites aiguës et des saturnins, il faudra, chez ces derniers, supprimer les causes d'intoxication, chez les premiers, soigner la néphrite aiguë par un traitement et un régime appropriés jusqu'à disparition complète et définitive de l'albumine.

Il faut compléter le traitement de l'hypertendu par des conseils d'hygiène générale, le conseiller pour ses promenades, ses heures de repos, la durée et la température de son bain, l'exercice qu'il peut prendre, l'altitude qu'il ne doit pas dépasser, la plage où il peut ou ne peut pas prendre ses vacances ; toutes choses qui ont une grande importance et qu'il n'est pas possible de fixer avec précision, chaque cas particulier nécessitant des conseils différents. On peut cependant dire en général, que l'hypertendu ne doit pas dépasser 6 à 700 mètres d'altitude, que le climat marin est interdit, sauf celui de la côte méditerranéenne, que les bains doivent être plutôt courts (8 à 10 minutes) et ne pas dépasser 35 à 36 degrés, que la conduite intérieure est seule permise pour des promenades en auto un peu longues.

L'hypertendu questionne fréquemment son médecin sur l'utilité d'une cure thermale ? Lorsque cela sera compatible avec les « moyens » du malade, il faudra toujours la lui conseiller surtout lorsque celui-ci sera habituellement très occupé, menant une vie active, ne lui permettant pas toujours de se soigner et de suivre son régime ; en faisant une cure thermale, il se reposera généralement, il n'aura plus le souci de ses affaires, ses préoccupations habituelles, il mènera une vie plus régulière, pensera plus à son régime et tout ceci sera déjà un appoint sérieux dans l'amélioration qui sera apportée par une cure hydro-minérale bien dirigée.

La cure thermale comprend généralement des bains auxquels on peut adjoindre certaines douches et une cure de boisson avec une eau diurétique faiblement minéralisée.

Il y a en France un certain nombre de stations où vont habituellement les hypertendus ;

Une de celles qui répond le mieux au traitement de toutes les formes d'hypertension, c'est Bains-les-Bains, station des Vosges spécialisée pour les maladies des artères, dont la gamme des sources permet une variété de traitements répondant à chaque cas et où la cure de diurèse est particulièrement efficace chez les artério-scléreux, grâce à la source Saint-Colomban, si riche en silicate de soude. Le traitement thermal de Bains-les-Bains a une action sédative, antispasmodique et diurétique appréciée par tous les hypertendus .

Quelle que soit la station conseillée, il y a intérêt à renouveler les cures thermales, car l'hypertension est une affection très souvent chronique qui nécessite une vigilance continuelle pour éviter ou retarder le plus possible les graves inconvénients qui en sont la conséquence.

LA GRIPPE ET LES ÉTATS GRIPPAUX

Au cours de l'hiver qui se termine, et dont les dernières vagues viennent encore de temps en temps nous lécher fâcheusement de leurs frimas, de leurs bourrasques, de leurs ondées, si la grippe n'a jamais pris le caractère d'une épidémie, à proprement parler, elle a touché un nombre suffisamment élevé de sujets pour être en droit de prétendre au titre, peu enviable, d'endémie.

A l'occasion de ces manifestations endémiques, des discussions se sont rouvertes sur les différents aspects de la maladie, sur son étiologie, sur sa pathogénie. Y a-t-il une grippe, ou des grippes, ou des états grippaux ? Quel est le germe pathogène incriminable ? Comment doit-on en classer les formes cliniques ? Quel en est le traitement le plus efficace ? Autant de questions que l'on s'est efforcé de résoudre, à la lueur des recherches les plus récentes.

C'est en 1889 que se montra la première grande pandémie qui attira l'attention du monde savant sur la grippe, qualifiée alors volontiers d'influenza. Aucun fait intéressant n'est à signaler dans les travaux qui se poursuivirent alors sur la bactériologie de cette affection ; aucun

germe ne put revendiquer le caractère de spécificité cherché.

Ce n'est qu'en 1892, que Pfeiffer put mettre en évidence un petit bacille, qui porte son nom, qui possède des propriétés bien tranchées, et auquel il attribua cette spécificité. Sa découverte fut confirmée par d'autres chercheurs, et l'on professa alors que ce bacille s'associe volontiers avec d'autres espèces microbiennes, tels le streptocoque et le pneumocoque, fauteurs des complications secondaires si souvent observées : pneumonies, broncho-pneumonie, etc.

Le dogme de la spécificité du bacille de Pfeiffer fut pourtant de courte durée, et dès 1902, il advint que, dans des cas manifestes de grippe, ce bacille était très rare ou même absent. Et certains auteurs, notamment Bezançon et I. de Jong, allèrent même jusqu'à nier l'autonomie morbide de la grippe, et à n'accepter que des états grippaux dus à l'exaltation de la virulence de certains saprophytes, sous l'influence des saisons.

Les choses en étaient là, lorsque la grande pandémie de 1918-1919 vint remettre sur le plan de l'actualité le problème de la microbiologie de la grippe. Tandis que le bacille de Pfeiffer perdait définitivement son lustre de germe spécifique, Nicolle (de Tunis) et Le Bailly démontraient, par des expériences très sérieusement conduites, que l'agent pathogène de la grippe était sans doute un virus filtrant. D'autres auteurs, tant en France qu'à l'étranger, arrivèrent aux mêmes conclusions. N'est-ce pas un virus filtrant qui est responsable du coryza vulgaire, si fréquent au seuil de la grippe ? de la grippe équine ? de la rougeole ?

Cette doctrine parut même recevoir une confirmation éclatante dans la découverte, en 1922, par Olitsky et Gates, d'un germe auquel ils donnèrent le nom de Bactérium pneumosintes, nettement différencié, et se prêtant, chez plus de la moitié de 47 malades en expérience, au phénomène de la réaction d'agglutination sérique.

Il importe cependant de dire qu'à cette heure, aucune preuve convaincante n'est venue démontrer l'identité de cette bactérie avec le virus filtrant de la grippe.

Il faut bien reconnaître, en effet, qu'à côté de ces espèces, on a trouvé des streptocoques particuliers, des pneumocoques, des spirochètes, des cocci spéciaux... De telle sorte que les sérums et vaccins anti-grippaux, partis de ces découvertes, n'ont pas réussi à imposer leur efficacité dans le traitement de la grippe pure, leur action ne paraissant établie que dans les complications secondaires dues à des espèces correspondant à l'évidence au produit organique employé.

Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'à côté d'une forme de grippe qui sévit épidémiquement, par périodes, sur tout l'univers, on observe endémiquement des états grippaux, ainsi dénommés pour leur analogie symptomatique avec la maladie typique, et dus à des associations microbiennes dont la variation explique la variation parallèle des types cliniques.

***

C'est ainsi que les grippés de l'hiver 1927-1928 ont souvent présenté des troubles nerveux prédominants, et notamment d'atroces céphalées, durant plusieurs jours, avec fièvre élevée, jusqu'à 40° et plus, sans atteinte de l'arbre respiratoire. Ailleurs, des trachéites se sont montrées, empreintes d'une ténacité qui se traduisait par une toux quinteuse persistante, difficile à calmer. Enfin, comme toujours, des cas de broncho-pneumonies graves, et même mortelles, ont été notés.

***

C'est dans ces grippes thoraciques que les sérums et vaccins ont été utilisés avec le plus de bonheur. Les hyperthermies se sont bien trouvées des grands bains et des enveloppements humides. Tous les malades n'ont eu d'ailleurs qu'à se louer d'une méthode de balnéation interne dont j'ai souvent entretenu les lecteurs du *Concours médical*, quand ils y ont eu recours.

Cette méthode, qui ne fait aucun tort à toutes les autres médications en usage, et leur vient au contraire en appoint, consiste à faire boire abondamment de l'eau de Vals, Source La Reine.

La Reine de Vals, sapide infiniment, grâce à sa grande richesse en acide carbonique, doucement alcalinisante, en raison de son bicarbonate de soude, véritable eau naturelle champagnisante, possède en effet des vertus désaltérantes, anti-émétisantes, diurétiques et désinfectantes, qui lui valent les suffrages unanimes, tant des malades qui lui doivent tant, que des praticiens qui la connaissent bien et qui en ont l'expérience (1).

E. D. GASTON.

(1) Référence bibliographique : Le problème pathogénique de la grippe, par P. BAIZE. *Gaz. des hôp.*, 24 mars 1928.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des métrites du col de l'utérus par la diathermo-coagulation.

De tous les caustiques employés jusqu'à présent, MM. Henri DAUSSET, CHENILLEAU et TEDESCO ne retiennent que le caustique de Filhos ; or ce traitement exige une main experte et prudente, et de plus il est contre-indiqué s il existe une infection utérine ou salpingienne quelconque, et nécessite, pendant toute sa durée, un repos quasi absolu. C'est pourquoi ls ont cherché un moyen de destruction de la muiqueuse qui, tout en donnant des résultats aussi parfaits que le Filhos, n'en présente pas les inconvénients. Ils ont choisi la diathermo-coagulation *bipolaire*, où les deux électrodes sont actives et sont constituées par deux pointes métalliques. La coagulation se produit ainsi entre les électrodes et au niveau de chaque pointe métallique, suivant un demi-ellipsoïde, qui, aux intensités recommandées, ne dépasse pas 1 millimètre à 1 millimètre 1 /2 de profondeur.

Fait important, la diathermo-coagulation de l'utérus est tout à fait indolore avec la technique et l'instrumentation indiquées. Avec les intensités de 200 à 300 millis, il suffit de faire passer le courant de 3 à 5 secondes. Pour ce qui est de la cavité du col, les auteurs la cautérisent par l'étincelage de tension, au moyen d'une électrode condensatrice, quelque temps après la chute de l'escharre extérieure.

La diathermo-coagulation terminée, on fait un pansement à l'ichtyol sous forme de glycérine ichtyolée au 1 /10e, qu'on laisse en place 24 heures.

L'escharre est blanche, sèche, correspond à la zone de tissus coagulés ; on ne doit jamais tenter de l'arracher ; elle s'élimine seule, sans aucune hémorragie, du dixième au douzième jour ; d'autres escarres plus petites s'éliminent encore par la suite ; elles sont toutes él'minées vers le 25e jour ; elles laissent une surface rouge, et la réparation s'opère lentement, mais sans aucun incident ; deux mois après l'électro-coagulation, elle est complète. Jusqu'à ce moment, on fait un pansement quotidien à l'ichtyol ; après,deux injections vaginales par jour avec de l'eau bouillie et un antiseptique faible ; deux fois par semaine, jusqu'à guérison complète, un pansement à l'ichtyol, qu'on laisse en place 24 heures.

Pendant la période dcs règles, tout pansement est supprimé.

Les malades, qui pour la plupart étaient atteintes de salpingites, ont pu reprendre, dès les premiers jours qui suivent la cautérisation,[1] la cure dite de Luxeuil, qui consiste en de larges irrigations vaginales de 100 litres d'eau. De plus les malades sont autorisées à ne pas interrompre leurs occupations et jamais aucun accident n'a été constaté de ce chef.

Les indications sont les métrites du col avec ectropion de la muqueuse ou ulcérations. Aucune contre indication.

Dès les premiers jours, qui suivent la diathermo-coagulation, il y a une diminution très grande des pertes, et au bout de quelques semaines, elles ont presque disparu. En deux mois on obtient une cicatrisation complète du col ; s'il reste quelques parties ulcérées, on recommence ; mais en général une seule diathermo-coagulation suffit.

Fait à noter : les cicatrices obtenues sont souples, sans aucune rétraction scléreuse.

Jusqu'à présent, les auteurs ont ainsi électrocoagulé 25 cols utérins. (*Paris médical*, 8 octobre 1927.)

Les consultations radio-médicales de haute-mer.

L'usage des consultations médicales en mer par télégraphie sans fil ne constitue pas spécialement une nouveauté. L'initiative de capitaines de navires sans médecins et celle de quelques pays avaient, depuis un certain temps déjà, suppléé à un manque d'organisation internationale qui est à l'étude en ce moment ; c'est à la Ligue des Croix-Rouges et à l'Office international d'hygiène publique que revient l'honneur d'avoir posé la question sur le plan mondial et d'être entré dans la voie des réalisations. Les Drs R. BERNARD et M. J. HAECK ont rédigé un rapport détaillé et une étude fort complète. Etant entendu qu'il ne s'agit pas d'ériger en principe la possibilité de faire de la médecine par correspondance, mais seulement d'aider des malades ou des accidentés, privés de médecins, — dans le même esprit (question de durée en plus) où cela se pratique à terre par téléphone en attendant un secours médical effectif, — il résulte de ce rapport :

1° Que, la majorité des navires marchands (85 % du total mondial) ayant des postes de radio d'une portée de 100 à 150 milles marins, les consultations radio-médicales de haute mer (appelées à rendre les plus grands services) doivent rentrer dans la pratique maritime courante qu'elles sont réalisables même à des distances

énormes par le système de relais proposé ; qu'elles ne soulèvent aucune difficulté insurmontable ; mais qu'elles nécessitent des accords internationaux ;

2° Qu'en particulier, en ce qui concerne la codification, les avantages qu'on pourrait invoquer — spécialement au point de vue linguistique — ne paraissent pas compenser les inconvénients qui en résulteraient au point de vue exactitude, précision et même rapidité ; mais que, par contre, une formule radio-télégraphique spéciale internationale serait souhaitable ;

3° Que les transmissions radio-médicales, tout en jouissant de la priorité (et de la gratuité) ne doit pas gêner le trafic international, ni être incommodées par lui ; qu'il suffit pour cela de lui assigner une « onde spéciale » ;

4° Qu'il y a lieu de saisir de la question la conférence internationale radiotélégraphique de Washington, seule compétente en ce domaine.

5° Que du point de vue médical, la réalisation parfaite du service international proposé est fonction des instructions à donner aux capitaines des navires sans médecins (y compris les les patrons des chalutiers et des bateaux feu) et de la standardisation des équipements pharmaceutiques de ces unités. (*Bruxelles médical* 9 octobre 1927.)

Le massage gynécologique ; sa place dans la thérapeutique gynécologique ; mode d'action ; technique ; indications.

Le massage gynécologique peut se suffire à lui-même, ou bien il précède, ou encore il suit l'acte chirurgical.

Des arguments évoqués par le Dr Louis Netter, il semble que le massage du plexus hypogastrique, facile par la voie rectale au niveau de la région présacrée, des ligaments utéro-sacrés et de la face postérieure de l'isthme, soit susceptible de provoquer la guérison des dysplasies douloureuses ou trophiques, et que par son action purement mécanique il puisse remédier à certaines défectuosités du statisme pelvien.

Son action thérapeutique est d'autant plus marquée qu'une cure de repos est suivie parallèlement ; ensuite il faut dire que les mouvements de gymnastique congestionnante et décongestionnante ne doivent être utilisés qu'avec modération, sous peine d'agir en sens inverse de l'effet cherché ; enfin, il est nécessaire d'avoir de la douceur dans toutes les manœuvres : c'est pourquoi l'auteur a renoncé à certaines manœuvres telles que l'étirement, l'élévation, la malaxation, toujours inutiles et quelquefois nuisibles.

Puis sont décrits le matériel et la technique employés après vingt années d'expérience. Les manœuvres de massage recommandées sont au nombre de quatre, dont trois principales : les effleurages en frictions circulaires ; les effleurages de haut en bas, de l'ombilic vers le pubis ; la pression redressante ; les vibrations.

Indications et contre-indications.

A la phase aiguë, aucune affection génitale n'est justiciable du massage ; on ne devra l'essayer qu'après refroidissement complet des lésions, et lorsqu'une première et timide séance d'effleurage se sera montrée complètement inoffensive.

Les kystes de l'ovaire contre-indiquent totalement le massage ; toutefois, certains ovaires scléro-kystiques, très douloureux d'ailleurs, pourront être massés, à la condition que les kystes soient imperceptibles au toucher bimanuel. Il faudra bien se garder, en particulier, de toucher à certains gros kystes séro-hématiques qu'on aura pris pour des fibromes sous-séreux ; de même, prendre un sarcome pour un fibro-myome est une erreur qui fait perdre un temps précieux pour l'intervention chirurgicale ; il en serait de même pour une grossesse ectopique au début qui passerait inaperçue. Cela revient à dire, en somme, qu'un diagnostic précis doit procéder toute manœuvre.

Masser un utérus qui saigne par rétention de débris ovulaires et par polype sous-muqueux est une erreur grossière.

Certaines salpingites enkystées, habituellement très douloureuses, ne s'améliorent pas par le massage, ou bien alors il faut de longs mois pour obtenir un résultat toujours précaire ; l'abstention sera vraiment préférable. Les grands prolapsus génitaux n'ont rien à gagner du massage ; ils sont du domaine de la chirurgie. Enfin l'aménorrhée est plus efficacement traitée par l'endocrinothérapie.

Ceci dit, un des plus gros succès du massage est la paramétrite consécutive aux diverses inflammations péri-annexielles, qu'elles soient d'origine gonococcique ou puerpérale : effleurages doux et patients associés au repos, tout au moins au début du traitement.

Dans les annexites et périannexites, parvenues au stade parfait de refroidissement, on obtient quelquefois des résultats rapides.

Toutes les formes de la dysménorrhée (ovarienne ou utérine par obstruction à l'écoulement) relèvent du massage ; mais il faut employer ici le massage abdomino-rectal, parce que l'utérus étant en général rétroversé, on peut l'aborder par la voie rectale dans toute sa hauteur, et atteindre ainsi le plus sûrement le plexus sacré, les ganglions le long des ligaments utéro-sacrés, la face postérieure de l'isthme généralement très tuméfiée et comme plicaturée par une sorte de contraction très bien perçue par le doigt rectal.

Les amaigrissements consécutifs aux infec-

tions et aux dyslalies pelviennes guérissent par le massage.

Les rétrodéviations utérines sont presque toutes justiciables des manœuvres de massage (effleurages et pression redressante) ; dans les cas favorables, la guérison exige 3 à 4 mois ; il peut évidemment y avoir des échecs.

Les métrites parenchymateuses hypertrophiques et les fibromes de l'utérus peuvent être traités par le massage, ainsi que les accidents douloureux consécutifs aux ventro-fixations, les empâtements résiduels au voisinage des trompes, ovaires, ou paramètres après un délai suffisant à partir de l'intervention qui les a causés.

Enfin, on soigne actuellement la stérilité par les dilatations du col, les insufflations tubaires et le massage ; l'association de ces trois méthodes donne le maximum de chances de réussite. (*Le Monde médical*, 13 octobre 1927.)

Les résultats de 6000 rachi-anesthésies.

En voici d'abord les indications et contre-indications, telles qu'elles résultent de l'expérience du Prof. Ducuing. Il ne pratique jamais de rachianesthésie au-dessous de 15 ans, ni au-dessus de 70 ans ; il ne l'utilise pas pour la chirurgie du thorax, ni pour une opération de courte durée ou pour une opération qui peut se faire à l'anesthésie locale ; il en est de même chez les sujets qui ont présenté ou présentent encore en évolution des troubles du système nerveux. Jamais elle ne doit être employée chez les hypotendus, car elle entraîne régulièrement une chute de la pression sanguine ; aussi ne faut-il jamais opérer sous anesthésie rachidienne les hémorragies, les sujets atteints de péritonite généralisée ou largement diffusée, les shockés et les grands infectés.

Technique. Ne jamais pratiquer, avant l'opération ou en cours de l'opération, de piqûre d'huile camphrée, d'éther ou de caféine, la chose est inutile. Pour faire la ponction, utiliser une aiguille fine, et ne pas rater la piqûre de façon à ne pas faire dans la dure-mère plusieurs gros trous par lesquels s'échappe le liquide céphalo-rachidien. Piquer aussi bas que possible pour les opérations des membres inférieurs ; ne pas dépasser le premier espace lombaire pour les opérations abdominales les plus élevées.

Il faut enlever au préalable une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien ; si le liquide s'échappe en jet, attendre qu'il vienne en goutte à goutte, afin d'éviter une trop grande dilution de la solution anesthésique du fait de l'hypertension céphalo-rachidienne.

L'auteur emploie depuis dix ans la syncaïne Clin à 8 p. 100, solution préparée à l'avance, et toujours, il en a obtenu les meilleurs résultats. La dose employée varie de quelques centigrammes à 18 ou 20 pour les opérations hautes et difficiles.

Après l'opération, ne pas relever brusquement le malade s'il a été placé en position de Trendelenburg ; on recommandera l'obscurité, le calme, le silence ; défense au malade de lire ou de parler avant le troisième ou le quatrième jour.

Incidents et accidents.

L'anesthésique étant bien injecté, il ne peut exister d'échec ; il y a quelquefois une anesthésie incomplète en hauteur, jamais en qualité ; mais il suffit d'injecter une petite quantité supplémentaire d'alcaloïde pour obtenir toujours l'anesthésie parfaite à la hauteur désirée.

Les vomissements s'observent irrégulièrement ; ils sont en rapport plus avec l'abaissement de la tension céphalo-rachidienne qu'avec l'intoxication des centres nerveux ; ils sont plus rares avec une petite aiguille qu'avec une grosse ; les malades doivent respirer profondément quand apparaît l'état nauséeux. Après l'opération, les vomissements persistent rarement, et jamais plus de quelques heures.

Les syncopes sont exceptionnelles, et les injections de tonicardiaques inutiles, car les alertes sont injustifiées. Pour comprendre cela, il faut savoir que le rachianesthésié est parfois pâle, qu'il est angoissé, couvert de sueurs froides, qu'il a l'impression de la mort imminente, que son pouls est imperceptible et lent, qu'il existe des anesthésies générales apparaissant sans qu'on les recherche et qu'il convient, par conséquent, de ne pas s'alarmer inutilement sous peine d'aggraver la situation par des injections ou des manœuvres intempestives.

Grâce aux précautions précédentes, les céphalées post-opératoires sont de plus en plus rares ; dans 2 p. 100 des cas cependant, elles peuvent persister pendant quelques jours et prendre un caractère pénible.

A noter un seul cas de réaction méningée chez un malade ayant eu une encéphalite à l'âge de 6 ans ; quatre cas de contractures des membres supérieurs, qui disparurent spontanément au bout de quelques heures dans les cas les plus longs. Les rétentions d'urine peuvent survenir pendant quelques jours ; plus tard elles n'ont rien à voir avec la rachi. Trois cas de mort à signaler, mais ici la rachi n'aurait pas dû être employée (vieillard, péritonite, hémorragie, fatigue).

Faite à bon escient, la rachianesthésie est à recommander. (*La Presse médicale*, 24 septembre 1927.)

Cinquante observations de rachianesthésies.

M. Raphaël Massart relate le sommaire de cinquante observations de rachianesthésies faites à différents étages de la colonne vertébrale,

observations recueillies il y a plus de dix ans, et qui comportent, à côté d'excellents résultats, de mauvais souvenirs.

Trois séries selon le produit employé : 1° novocaïne, en solution de 12 centigr. dans 3 cmc. de sérum ; 2° stovaïne dissoute à chaud, au moment de s'en servir, à raison de 6, 4 ou 2 centigr. dans un cmc. de sérum additionné d'un milligr. de strychnine ; 3° novocaïne dissoute à raison de 8, 6 ou 3 centigr. dans un ou deux cmc. de sérum additionnés d'un milligr. de strychnine.

Les 24 premiers cas ont été observés pendant la guerre, sans incident, ni accident. Rentré en France en février 1918, l'auteur a pratiqué 26 autres rachianesthésies, à la région dorsale, à la région lombaire, avec 24 résultats excellents et deux morts consécutives à l'injection.

Il a abandonné cette méthode d'anesthésie, parce que, dit-il, « j'avais perdu la confiance, après les deux morts opératoires ; je sentais autour de moi, dès que je parlais de reprendre l'aiguille, un silence qui m'en disait long ; je ne voulais pas opposer une très jeune expérience aux idées généralement admises de n'en pas dépasser en hauteur le premier espace lombaire ; ainsi s'explique que mes observations soient si peu nombreuses. Je ne les aurais jamais publiées, si je n'avais pensé qu'elles puissent être de quelque intérêt dans un débat public. » (*Bulletin de la Société des chirurgiens de Paris*, 3 février 1928.)

La cavité buccale et sa flore bactérienne normale et pathologique.

La salive d'un sujet sain offre une richesse nouïe de micro organismes de toute nature : microccus catarrhalis, m. flavus, spirilles, cocci et anaérobies divers.

La carie dentaire, d'autre part, entretient un état d'infection permanente du milieu buccal, auquel les Américains attribuent une importance considérable, et qui doit être considérée comme l'origine de nombreuses affections.

C'est ce que fait ressortir M. Pinchart, montrant par surcroît la présence, à côté des espèces précédemment mentionnées, d'autres germes, vivant en saprophytes, « en attendant que des circonstances favorables à leur évolution leur permettent d'exalter leur virulence ». Bacilles pseudo-diphtériques, pneumocoque, méningocoque...

Chez le malade, les microbes spécifiques de chaque entité morbide surajoutent leur action à celle des précédents, en s'y associant : bacille fusiforme, spirille de Vincent, bacille de Lœffler, bacilles de la gangrène...

La scarlatine, le rhumatisme articulaire, débutent le plus souvent par une angine qui marque que c'est à ce niveau sans doute que l'agent pathogène a exercé tout d'abord sa fâcheuse influence.

Quoi qu'il en soit, l'auteur recommande d'exercer une action prophylactique en soignant les dents, et en réalisant l'antisepsie des alvéoles, localement avec les arsénobenzènes, généralement avec la vaccination, et d'autre part, avec des badigeonnages profonds entre le collet et le bord gingival libre, au moyen d'eau oxygénée, ou mieux, de Néol.

C'est encore au Néol qu'on recourra préférentiellement quand une affection apparaîtra dans le milieu bucco-pharyngien, à l'aide de grandes irrigations, nonobstant la médication spécifique propre à chaque catégorie morbide. (*Bruxelles médical*, 4 mars 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La vaccination antidiphtérique.

(M. Jules Renault. — *Académie de médecine* ; 13-3-1928.)

L'Académie de médecine, nous l'avons indiqué déjà, a émis, dans sa séance du 6 décembre dernier, le vœu que la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine soit employée systématiquement chez les enfants. A la suite de ce vœu, le Ministre du Travail et de l'Hygiène a nommé une commission, ayant pour président M. Jules Renault, chargée d'étudier cette question et de l'aborder par son côté pratique.

La commission ministérielle est non seulement d'avis que la vaccination antidiphtérique est désirable, mais qu'il convient de la diffuser, de montrer aux familles — par tous moyens appropriés — ses avantages, voire, dans l'avenir, de la rendre peut-être obligatoire comme la vaccination anti-variolique.

Jusqu'à ces dernières années, la prophylaxie de la diphtérie comprenait l'isolement des malades, la désinfection, et l'injection préventive de sérum qui ne confère, on le sait, qu'une immunité de trois ou quatre semaines. En 1913, Behring découvrit une méthode de vaccination qui permet d'obtenir une immunité durable, méthode que Park et Zingher, aux Etats-Unis, Jules Renault et Pierre-Paul Lévy, en France, perfectionnèrent. Malheureusement, les difficultés de préparation du produit vaccinant (mélange de toxine-antitoxine) ont retardé l'emploi de la vaccination dans tous les pays, sauf aux Etats-Unis, où elle est pratiquée en grand sur des centaines de milliers d'enfants.

C'est alors que Ramon, à l'Institut Pasteur de Paris, obtint, par passage à l'étuve et contact du formol, une toxine nouvelle, l'anatoxine, ayant perdu à peu près tout pouvoir toxique, bien que conservant son pouvoir vaccinant. L'injection d'anatoxine, répétée deux ou trois fois, procure une immunité contre la diphtérie qui dure plusieurs années au moins et peut-être toute la vie. Elle n'offre aucun inconvénient important, son usage n'étant suivi que rarement (une fois sur dix) d'accidents d'ailleurs sans gravité. On possède donc, avec l'anatoxine Ramon, un moyen de prévention anti-diphtérique certain, d'emploi facile, pouvant être mis en œuvre par tous les praticiens, les injections se faisant sous la peau, en toutes régions, d'une façon assez analogue aux injections vaccinantes contre la fièvre typhoïde, mais d'une tolérance plus favorable que ces dernières.

A quel âge faut-il pratiquer la vaccination anti-diphtérique ? Les enfants de moins d'un an jouissent d'une immunité naturelle vraisemblablement transmise par la mère. A cette immunité, qui disparaît progressivement du sixième au douzième mois, fait suite une très grande réceptivité qui souvent s'atténue ensuite, tout en persistant généralement chez les enfants et les adolescents. L'âge de la réceptivité maxima est de un à cinq ans. C'est donc dès la fin de la première année que la vaccination aura un rôle optima et qu'il faudra s'efforcer de la pratiquer. Sont justiciables de la vaccination d'une manière systématique tous les enfants d'âge scolaire, la réaction de Schick ayant montré qu'en pratique ils étaient pour ainsi dire tous réceptifs dans cette période de la vie. Plus tard, le nombre des réfractaires augmente et il y aura lieu alors de faire une discrimination, réservant la vaccination aux sujets à Schick positif.

La commission ministérielle a rédigé une série d'*instructions* pour la vaccination au moyen de l'anatoxine, qui seront reproduites sur chaque boite d'anatoxine délivrée par l'Institut Pasteur.

INSTRUCTIONS POUR LA VACCINATION ANTI-DIPHTÉRIQUE AU MOYEN DE L'ANATOXINE.

L'anatoxine confère une immunité active de très longue durée, peut-être même définitive. Elle offre un haut pouvoir immunisant qui, joint à son innocuité, en font la substance de choix pour la vaccination anti-diphtérique.

Technique de la vaccination. — Il y a grand avantage à vacciner les enfants dès la fin de la première année. On peut sans inconvénient vacciner les adolescents et les adultes (il est bon de réserver la vaccination à ceux dont la réaction de Schick est positive).

Trois injections sont nécessaires pour assurer l'immunisation .Elle peuvent être faites, après asepsie de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané de toutes les régions et de préférence dans celui de la fosse sus-épineuse.

Première injection : 1/2 centimètre cube (0 cc. 5).

Deuxième injection : 1 centimètre cube (1 cc.) trois semaines plus tard.

Troisième injection : 1 centimètre cube (1 cc.) trois semaines plus tard.

Si pour une raison quelconque la série des injections a été interrompue, on peut ultérieurement la reprendre au point où on l'a laissée, sans être obligé de la recommencer.

Réactions vaccinales. — On peut observer, le lendemain ou le surlendemain de la première ou de la deuxième injection, des réactions chez 5 à 10 p. 100 des sujets vaccinés : locales (rougeur plus ou moins étendue) ou générales (température : 38° à 39°, fatigue, malaises).Ces réactions, rencontrées surtout chez les adolescents et les adultes, ne sont jamais dangereuses. Elles sont d'autant plus rares et plus légères que les sujets sont plus jeunes. Leur durée est de 24 à 48 heures, pendant lesquelles le repos à la chambre est indiqué.

Contre-indications. — En cas de maladie fébrile ou d'infection de la peau, il est préférable de surseoir à la vaccination. L'anatoxine ne contient pas de sérum. Son emploi n'est pas contre-indiqué par une injection antérieure de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum.

Date d'apparition et durée de l'immunité. — L'immunité produite par l'anatoxine commence peu après la première injection, augmente progressivement et n'est complète que huit jours après la troisième injection.

Il ne faut pas attendre l'apparition d'un cas de diphtérie, à plus forte raison d'une épidémie, pour préconiser la vaccination anti-diphtérique dans les familles et les collectivités. L'immunisation se produisant lentement, on ne peut compter sur la vaccination par l'anatoxine pour juguler immédiatement une épidémie.

Au cas d'épidémie, néanmoins, on doit compléter l'immunisation immédiate obtenue par l'injection de 10 cc. de sérum par une injection d'anatoxine faite quelques minutes avant. Les deuxième troisième injections d'anatoxine seront pratiquées ensuite dans les délais habituels.

L'Institut Pasteur insère dans chaque boîte d'ampoules d'anatoxine un certificat de vaccination qu'il suffit de remplir et de remettre à la famille pour éviter les confusions ultérieures entre les diverses vaccinations.

— M. Léon BERNARD montre l'utilité qu'il y aura, en matière de vaccinations anti-diphtériques, à procéder par échelons. On ne saurait obtenir, pour le moment, une vaccination générale et le mieux est d'aller au plus pressé d'abord : la vaccination dans les milieux scolaires.

Fièvre typhoïde, accident du travail.

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE et J. RAVIER. — *Soc. de méd. légale* ; 12-12-27.)

MM. Laignel-Lavastine et Ravier ont traité un malade qui, travaillant dans un égout, fut entraîné par l'eau de l'égout sur une longueur d'une centaine

de mètres et en absorba une certaine quantité. Les accidents ultérieurs comportèrent plusieurs phases morbides : une, d'infection aiguë des voies digestives (vomissements, diarrhée) ; la seconde, de fièvre typhoïde ; la troisième, de rechute de fièvre typhoïde. Les troubles gastro-intestinaux ont suivi immédiatement l'ingestion d'eau d'égout ; la septicémie éberthienne s'est manifestée une huitaine de jours plus tard.

Le rapport entre l'absorption d'eau et l'éclosion de la fièvre typhoïde apparaît évident. L'incubation a été plus courte qu'à l'habitude, mais ce fait n'est pas exceptionnel.

Dans ces conditions, force est de reconnaître que la maladie est la conséquence directe du travail. C'est la suite, la complication d'un accident du travail.

— M. Duvoir a eu à expertiser un cas analogue, concernant un égoutier, chez lequel il eut à rechercher le spirochètose ictéro-hémorrhagique.

Petit traumatisme du genou suivi de mort chez un cardiaque.

(M. Naville, de Genève. — *Soc. de médecine légale* ; 12-12-1927.)

Un ouvrier de 41 ans, considéré comme bien portant, fait une chute de bicyclette pendant son travail. Il se blesse, assez légèrement, au genou, et se rend de lui-même chez un médecin qui ponctionne un petit hématome pré-rotulien et ne constate aucun autre trouble chez l'accidenté. Ce dernier rentre chez lui et se couche. Le lendemain matin, sa femme constate qu'il est mort pendant la nuit, sans qu'elle s'en soit aperçue et sans qu'il ait appelé.

L'autopsie montre un épanchement sanguin dans le muscle vaste interne, une fissure de la face postérieure de la rotule, et c'est tout pour la région directement traumatisée. Par contre, on trouve des altérations profondes de la plupart des organes : poumon (stase pulmonaire), foie (stéatose hépatique), rein (légère néphrite), aorte (aortite), cœur (myocardite, conglomérat fibrineux intra-cardiaque). *Quid*, de la relation entre l'accident et la mort ?

L'accident est réel et il y a présomption d'origine traumatique pour le décès. Mais les lésions de la région directement traumatisée ont été insuffisantes pour causer la mort, que les tares ignorées du sujet expliquent, sans solutionner le problème toutefois. La loi suisse sur les accidents du travail dit que l'indemnité sera réduite si la maladie ou la mort ne sont qu'en partie la conséquence de l'accident assuré. Dans le cas particulier, M. Naville (qui est directeur de l'Institut de médecine légale de Genève) pense que les lésions viscérales révélées par l'autopsie étaient d'un degré tel que le décès de l'assuré serait survenu dans un délai de quelques mois sans le concours de l'accident. Une allocation correspondant à 6 ou 12 mois de salaire serait alors le maximum de ce que les héritiers pourraient demander.

Cette solution, qui vaut à l'égard de la loi suisse n'est plus également acceptable vis-à-vis de la loi française, qui, elle, ne tient pas compte de l'état antérieur, en matière d'accident du travail.

Bromoforme et Codex.

(M. Desesquelle. — *Soc. de thérapeutique* ; 11-1-28.)

A propos du bromoforme, dont s'occupe actuellement la commission du Codex, M. Desesquelle propose de demander l'introduction dans la Pharmacopée française de l'*eau bromoformée* saturée à 3 p. 1.000.

La Société de thérapeutique partage cet avis et voudrait aussi le maintien de l'inscription au Codex du *soluté de bromoforme*. Ce soluté, à usage interne, est une dissolution de 5 gr. de bromoforme dans un mélange de glycérine (15 gr.) et d'alcool à 90° (30 gr.). Un gramme ou 1 cc. (ou 60 gouttes) de ce soluté contiennent 0 gr. 10 centigr. de bromoforme.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Mal de Pott grave. Greffe d'Albee.

M. Creyssel. — Malade de 22 ans ayant déjà eu un mal de Pott avec autres lésions bacillaires à l'âge de 12 ans. Cliniquement guérie de 16 à 20 ans, elle eut à ce moment une récidive de son mal de Pott. Malgré l'immobilisation en décubitus et corset plâtré, il n'y eut pas d'amélioration ; un volumineux abcès froid se forma ; la radiographie montrait des lésions osseuses importantes, entre autres, l'effondrement de la 12e dorsale et la destruction presque complète de la 11e. On pratiqua alors une greffe d'Albee, au moyen d'un greffon tibial, que l'on dut fracturer partiellement, pour l'adapter à la gibbosité. Les suites immédiates furent simples. Ultérieurement, l'abcès froid iliaque dut être ponctionné trois fois, et la fracture du greffon se compléta. La malade dut être immobilisée six mois en décubitus puis quitta l'hôpital munie d'un corset ; une nouvelle immobilisation fut jugée nécessaire, à cause de la persistance des douleurs. Actuellement, la malade a cessé tout traitement depuis plusieurs mois et a repris son travail de cultivatrice. La souplesse du rachis est très grande.

Utilité de l'examen radiographique des voies urinaires.

M. Arcelin insiste sur cette utilité qui est encore trop souvent méconnue dans la pratique. Il cite le cas d'une malade qui, souffrant de crises douloureuses au niveau du rein gauche depuis trois ans, consulta successivement un urologue (qui négligea l' xamen radiologique), un gynécologue et un accoucheur. Elle raconta finalement son histoire au Dr Thèvenet, qui, songeant à la lithiase, l'adressa au Dr Arcelin. Celui-ci fit deux radiographies (dont

l'une en inspiration forcée), qui révélèrent l'existence d'un calcul du bassinet, qui fut enlevé par M. Rafin.

M. Arcelin insiste en outre sur les erreurs possibles de la radiographie rénale, certaines ombres purement accidentelles pouvant faire croire à des calculs inexistants. C'est dans le but d'éliminer ces causes d'erreur que l'auteur préconise la radiographie du rein en inspiration et en expiration.

Lymphosarcome du médiastin.

MM. Roubier et P. Michel présentent l'observation d'un jeune homme de 20 ans entré à l'hôpital pour une dyspnée laryngée intense avec tirage et cornage, cyanose, bouffissure de la face ; pas de fièvre. A l'examen, bronchite diffuse intense avec respiration soufflante aux deux sommets ; pas de bacilles de Koch dans les crachats. Quelques ganglions hypertrophiés dans le creux sus-claviculaire droit. Pas de modification de la formule leucocytaire. A la radioscopie, ombre médiastinale uniformément opaque, à contours nets, noyant l'ombre cardiaque. On pense à un lymphosarcome du médiastin. La mort survint en quelques jours ; le début remontait à un mois avant l'entrée. L'autopsie confirma le diagnostic de lymphosarcome : la tumeur occupait tout le médastin antérieur, enserrant la trachée et sa bifurcation. On trouva en outre des métastases au niveau des deux reins. L'origine ganglionnaire de la tumeur paraît certaine. A noter : le jeune âge du malade et la rapidité de l'évolution.

Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Philip fait part à la Société des bons résultats obtenus par lui dans le traitement des rétrécissements de l'urètre par l'emploi de la dilatation et de la haute fréquence, à l'aide et sous le contrôle de l'endoscopie.

Tuberculose ulcéro-caséeuse du sein.

MM. Delore et Amouroux présentent l'observation d'une femme dans les antécédents de laquelle on relève diverses manifestations d'origine tuberculeuse, notamment du côté des trompes. Cette malade présenta par la suite une petite tuméfaction du sein droit, ayant les caractères d'un adénome simple ; il y avait en même temps un gros ganglion dans l'aisselle du même côté. On enleva la tumeur et le ganglion, qui étaient caséifiés.

M. Amouroux rapporte, en outre, au nom de M. Tavernier un autre cas de tuberculose mammaire ; celui-ci présentait plutôt l'aspect d'un chancre syphilitique : ulcération à bords amincis reposant sur un nodule du volume d'une noisette, grosse adénopathie axillaire ; le sein renfermait trois autres nodules. Nodules et ganglion furent enlevés : ils se présentaient à la coupe comme formés d'une substance caséeuse ramollie. Inoculation au cobaye positive. Guérison.

Lithiase géante des deux reins.

M. Guiliani présente un calcul et les radiographies d'une malade de 62 ans, souffrant de coliques néphrétiques depuis *trente ans*. La radiographie montre à droite un assez gros calcul paraissant siéger dans le bassinet et, à gauche, de nombreux calculs dont l'un surtout est énorme. On intervint sur le rein droit, le moins malade, afin de prévenir des lésions plus profondes. On enleva un calcul du volume d'une noix. Les suites furent simples, et les douleurs du côté gauche se sont notablement atténuées depuis l'opération. Si elles ne reparaissent pas, M. Guiliani pense qu'il n'y aura pas lieu d'intervenir sur le rein gauche, car il est presque complètement détruit par les pierres ; celles-ci constituent un corps étranger qui pourra être bien toléré.

Hydronéphrose congénitale infectée.

M. Guiliani présente un rein qu'il a enlevé à une jeune fille de 19 ans, entrée à l'hôpital pour collection volumineuse de la région rénale gauche. Ce rein est une énorme poche divisée en deux zones, l'une correspondant au bassinet, l'autre au rein lui-même. La poche contenait plus d'un litre de pus. Il s'agit vraisemblablement d'une hydronéphrose congénitale restée longtemps silencieuse.

Faux kystes post-traumatiques du brachial antérieur.

MM. Mallet-Guy et Heitz. — Malade de 36 ans qui, mordu par un cheval au bras gauche, présenta un phlegmon grave de ce membre, ayant nécessité plusieurs incisions. Celles-ci cicatrisées, le sujet continuait à se plaindre de douleurs et de gêne des mouvements. A la palpation, on sentait deux tuméfactions dures semblant siéger profondément dans les masses musculaires du bras. La radiographie montrait deux images en cupule se détachant de la face antérieure de l'humérus sur lequel elles semblaient s'implanter. On pensa à des ostéomes. L'intervention modifia ce diagnostic en montrant qu'il s'agissait de pseudo-kystes formés de tissu fibreux et hématique, partiellement ossifiés à leur partie profonde, qui, d'ailleurs, n'adhérait pas à l'humérus, comme la radiographie semblait l'indiquer. Ce cas semble être en faveur de la théorie qui veut voir dans l'ostéome post-traumatique le résultat d'une transformation spéciale d'un hématome.

Fibrome de l'isthme utérin.

M. Cotte et Mlle Pallot. — Malade de 38 ans entrée à l'hôpital pour des métrorragies ; au toucher, col abaissé et refoulé en avant par une masse volumineuse qui lui est attenante et remplit les culs-de-sac postérieurs et latéraux ; la main abdominale repère un utérus de volume normal. Il s'agissait d'un fibrome gros comme deux poings, développé aux dépens de l'isthme à sa partie postérieure : hystérectomie totale.

Abcès froid ovarien.

M. MONTEL présente, au nom de M. Patel, une pièce opératoire d'abcès froid *isolé* de l'ovaire. L'atteinte de l'ovaire dans les salpingites tuberculeuses est déjà signalée comme peu fréquente, son atteinte isolée est exceptionnelle. Cliniquement, l'affection avait débuté et évolué comme un pyosalpinx ordinaire.

Syphilis tertiaire du col utérin.

MM. GATÉ et CHRISTY présentent l'observation d'une femme porteur d'une ulcération du col utérin qui simulait le chancre syphilitique : ulcération à bords réguliers, non décollés, avec induration sous-jacente manifeste. La recherche du tréponème était négative. Par contre, il existait quelques signes nerveux (inégalité pupillaire avec perte du réflexe à la lumière d'un côté, abolition du réflexe achilléen droit) qui firent admettre qu'il s'agissait d'une syphilis ancienne avec lésion tertiaire du col : cicatrisation rapide par l'arsénobenzol.

Société médicale des hôpitaux.

Leucémie lymphoïde à type splénique pur chez un nourrisson.

M. A. DUFOURT rapporte l'histoire d'un enfant de 8 mois qui présentait une rate énorme, descendant jusqu'au pubis ; l'examen du sang montrait : 2.955.-000 hématies et 178.000 globules blancs dont 66 % de mononucléaires atypiques et 23 % de lymphocytes. L'enfant mourut au bout de quelques jours. Il s'agissait d'une leucémie lymphoïde à type splénique pur, forme relativement rare, caractérisée par l'augmentation lente du volume de la rate, sans atteinte des ganglions.

Péricardite aiguë avec syndrome pseudo-pleurétique axillaire.

MM. GARDÈRE et CORRÉARD. — Enfant de 11 ans entrée une première fois à l'hôpital en octobre 1926 ; pas de rhumatisme dans les antécédents ; à l'entrée symptômes d'asystolie remontant à trois mois : œdèmes, dyspnée, cyanose, ascite, épanchement pleurétique gauche. Sous l'influence du traitement, l'état s'améliore et l'enfant peut quitter le service au bout d'un mois. Elle revient en octobre 1927 avec une température de 39°, de la dyspnée et des douleurs précordiales. On note un gros souffle systolique de la pointe et un léger frottement à la base. Il existe, entre la pointe et la ligne axillaire une zone de matité avec souffle expiratoire tubaire ; à ce niveau la radioscopie montra une ombre transversale qui ne paraît pas faire partie de l'ombre cardiaque. La position génu-pectorale n'apporte pas de modifications à ces signes. L'autopsie montra qu'il n'y avait aucun liquide dans les plèvres, ni aucune lésion du poumon gauche. Sur les deux feuillets du péricarde existaient des exsudats fibrineux en tartine de beurre avec adhérences sur presque toute l'étendue, sauf en arrière où existait une poche contenant environ 150 grammes de liquide citrin. Endocardite récente avec végétation en chou-fleur, au niveau de la mitrale et des sigmoïdes aortiques. L'intérêt de ce cas est dans l'existence de signes pseudo-pleurétiques à localisation un peu spéciale, antérieure, alors que ces signes se manifestent habituellement en arrière (signe de Pins).

Artérite oblitérante à forme amyotrophique.

MM. GALLAVARDIN, P. RAVAULT et MALARTRE insistent sur un symptôme de l'artérite oblitérante auquel les auteurs n'ont peut-être pas attribué l'importance qu'il mérite : l'*atrophie musculaire*. Celle-ci peut être le seul symptôme d'artérites oblitérantes importantes ; c'était le cas de deux des malades de M. Gallavardin ; le premier porteur d'un rétrécissement de la sous-clavière et en même temps d'une atrophie d'ensemble du membre supérieur, sans qu'on trouve rien du côté du système nerveux, le second atteint d'une artérite oblitérante du membre inférieur droit, sans claudication intermittente, ni gangrène, mais avec atrophie musculaire importante. D'autres fois, l'atrophie a pu être constatée tardivement, à une période où ont apparu des accidents gangréneux des extrémités : c'était le cas de deux autres malades dont les auteurs présentent l'observation. Quant au mécanisme de l'amyotrophie dans les artérites oblitérantes, il est difficile de dissocier ce qui peut être dû à la simple diminution de l'apport du sang artériel aux masses contractiles ou à un trouble de l'innervation qui serait lui-même de nature ischémique.

Artérite oblitérante à forme de névriteis chémique.

MM. GALLAVARDIN, P. RAVAULT et MALARTRE appellent l'attention sur une forme clinique d'artérite oblitérante où les seuls symptômes observés sont d'ordre névritique. Tantôt il s'agit de formes exclusivement douloureuses ; tantôt l'élément douloureux existe, mais s'accompagne d'ulcérations trophiques et d'une atrophie musculaire diffuse. Il en était ainsi chez un homme de 40 ans, envoyé à M. Gallavardin d'un service de chirurgie où il avait été adressé pour une ulcération du dos du pied droit. On ne sentait de ce côté aucun battement ni dans la pédieuse, ni dans la tibiale postérieure, ni dans la poplitée. A gauche celle-ci était sentie, mais non les deux premières. Il n'y avait, d'autre part, aucun trouble ischémique : orteils chauds, pas de claudication intermittente. Pas de syphilis. L'artérite ne s'est traduite, chez ce malade, que par trois symptômes : un ulcère trophique du dos du pied, des douleurs accompagnant le début de l'ulcère et pour lesquels on lui fit à Mâcon (Dr Denis) une sympathectomie qui l'a nettement amélioré ; enfin une atrophie musculaire importante du membre inférieur droit.

Crises hypertensives répétées chez une rénale.

MM. J. Barbier et Josserand relatent l'histoire d'une malade de 38 ans qu'ils ont pu suivre pendant un an dans le service de M. Bard. Cette malade était atteinte de néphrite chronique, diagnostic confirmé par l'autopsie. L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que la malade, qui était hypertendue, présentait des crises hypertensives, périodes où la tension montait à 25 et même 27, certaines de ces crises hypertensives ne s'accompagnaient presque d'aucun malaise fonctionnel, non plus que de trouble du rythme cardiaque, ni de modificat ion de la diurèse. D'autres, au contraire, s'accompagnaient de céphalée pénible, avec dépression nerveuse, état nauséeux et parfois vomissements, ralentissement du pouls et oligurie. En outre, chez cette malade, la tension étant de 22/11, le pouls parfaitement régulier comme rythme, si on ramenait la pression du brassard à 21, on perdait par moment une, deux ou trois pulsations de suite, ceci indépendamment des mouvements respiratoires ; il fallait ramener la pression à 19,5 pour avoir toutes les pulsations de la radiale ; c'est le phénomène qui a été décrit par Boulet (de Montpellier) sous le nom d'« arythmie de tension ». Il existait, en outre, un retard manifeste du pouls radial, au-dessous de la manchette, quand la compression était comprise entre 19,5 et 22, retard disparaissant brusquement quand on abaissait la pression dans la manchette au-dessous de 19,5.

Diagnostic des grandes cavernes et du pneumothorax (étude manométrique).

M. Langeron (de Lille) conclut de ses recherches que l'étude manométrique ne peut, d'une façon formelle, trancher le diagnostic entre cavernes et pneumothorax. Ce mode de mesure ne permet de préciser que le mode de communication de la cavité observée avec les bronches : on pourra dire ainsi s'il s'agitd'une cavité fermée, largement ouverte ou pourvue d'un trajet fistuleux fonctionnant plus ou moins en soupape.

Accès de cyanose avec apnée et mort apparente chez un nourrisson.

MM. Ch. Gardère et Mlle Weill rapportent l'observation d'un nourrisson de 20 jours qui présenta, à partir du troisième jour de la vie, des accès caractérisés par une pâleur brusque, un arrêt des mouvements respiratoires, puis de la cyanose avec refroidissement des extrémités, sans raideur ni crise convulsive. L'enfant mourut et l'autopsie ne montra d'autre lésion qu'une hypertrophie de la rate (22 gr.) qui était d'ailleurs perceptible pendant la vie. Il ne s'agissait là ni de laryngospasme (absence de stigmates de spasmophilie et d'inspiration bruyante), ni de cyanose due aux malformations cardiaques (le cœur était normal), ni d'accès de cyanose des débilités décrits par Mme Henry, Budin, d'Astros, l'enfant n'était en effet nullement hypotrophique. L'hypothèse la plus plausible est qu'il s'agissait d'hérédo-syphilis (hypertrophie de la rate), bien que l'enfant fut né à terme et que le Wassermann du sang chez la mère se fût montré négatif.

La méthode de Minot et Murphy, dite de Whipple, dans le traitement de l'anémie pernicieuse.

M. Cordier explique d'abord le titre, en apparence un peu paradoxal, de sa communication, en indiquant que les travaux de Minot et Murphy, sur l'anémie pernicieuse lui paraissent prépondérants dans cette question. Les *indications* ont été surtout bien précisées par eux : il semble que seules, l'anémie pernicieuse essentielle du type Biermer et celle provenant de la grossesse et du mal de Bright méconnu (anémie pernicieuse toxique) peuvent bénéficier de la méthode, à l'exclusion des anémies pernicieuses symptomatiques ou des anémies simples. Les *résultats* sont nets : M. Lemaire a insisté sur la rapidité d'action, le relèvement presque instantané dans le premier mois. Personnellement, M. Cordier apporte quatre observations : deux échecs, deux réussites ; les deux échecs se rapportent l'un à une anémie que l'évolution montra comme devant êtrevraisemblablement rattachée à un néoplasme gastrique, l'autre à une maladie de Banti. Le premier des deux cas heureux est celui d'un homme de 42 ans qui présentait un chute globulaire à 1.200.000 hématies ; au bout de deux mois de traitement le chiffre des globules rouges était de 3.600.000 et actuellement, au bout de quatre mois de traitement, il est de 4.050.000 ; le malade a repris ses forces et son activité. Le second cas concerne une jeune femme en état de grossesse qui, au moment du premier examen, avait 1.340.000 globules rouges ; au bout de quatante jours de régime de Whipple, ce chiffre passa à 2.842.000 et le dernier examen, moins de deux mois après le début du traitement, en a montré 3.125.000 ; le résultat est cependant encore incomplet : l'asthénie persiste et les fonctions digestives restent à peu près abolies ; cela tient sans doute à ce que la grossesse n'est pas encore arrivée à son terme, ce qui laisse persister la cause de l'anémie. La *technique* comporte un régime pur, consistant à faire ingérer quotidiennement 250 gr. de foie de veau ou de bœuf absolument cru, ce qui est passablement répugnant ; un régime mitigé (Minot et Murphy, Lemaire) comportant : 1° une quantité aussi faible que possible de corps cétogènes (graisse, lait, œufs, beurre) ; 2° l'adjonction de corps vitaminés : salades, fruits ; 3° l'administration de jus de viande crue ; 4° enfin l'adjonction de foie de veau, rognon de veau, cœur de bœuf, non pas absolument crus, mais passés au beurre ; le foie peut être rapidement passé à la poêle, puis haché, pulpé et préparé en sandwichs. Quant à l'interprétation des résultats, c'est un problème non encore résolu. On a invoqué l'action du fer, celle des vitamines ; peut-être les substances toxiques existant dans le sérum des malades atteints d'anémie pernicieuse sont-elles neutralisées par le foie cru.

A. C.

Les Congrès

Ve Congrès des Pédiatres de langue française

(*Suite*) (1)

Sur le traitement physiothérapique de la poliomyélite.

Dr Duhem.

Dans ce rapport, Duhem discute la valeur des procédés physiothérapiques employés dans la poliomyélite. En principe, il faut poser nettement que, quelles que soient les méthodes employées, quels que soient les succès obtenus, on ne peut absolument rien conclure de toutes les expériences faites avant que la période de régression de la maladie ne soit accomplie. Autrefois on ne cherchait pas autre chose que de lutter contre les troubles musculaires. On employait pour cela le courant faradique et les secousses musculaires produites par les ondes de fermeture des courants continus ou galvaniques. Aujourd'hui on cherche avant tout à combattre les troubles nutritifs profonds en agissant, et sur la circulation périphérique, et sur la circulation profonde. On cherche à agir sur les éléments de prolifération conjonctive qui viennent étouffer les cellules de la moelle touchées par la poliomyélite. C'est le rôle d'une part de la diathermie et de la balnéation locale chaude, d'autre part de la radiothérapie. Après avoir fait la critique de ces divers procédés, Duhem conclut que la méthode générale qui peut être tirée de l'étude de tous les procédés employés se résume en quelques mots :

1o **Début : période fébrile** : sérothérapie.

2o **Période post-fébrile** : radiothérapie ; deux séries de quatre séances : diathermie tous les deux jours d'abord pendant deux mois ,puis après six semaines de repos. Nouvelle série de deux mois ; ainsi de suite pendant toute la période de régression. Bains chauds locaux : quatre fois par jour, six fois quand les troubles circulatoires sont précoces et accentués. Mécanothérapie manuelle : selon les localisations musculaires.

3o **Période des paralysies systématiques.** Après réchauffement et circulation bien rétablie : courant continu ; secousse de fermeture négative au tampon. Pour la conduite du traitement, alterner les périodes de traitement et de repos. Pendant l'hiver qui suit l'apparition de la poliomyélite le traitement doit être énergique et peu interrompu. Pendant l'été, l'enfant pourra avantageusement passer deux ou trois mois sur une plage chaude, à condition de pouvoir continuer l'hydrothérapie chaude. L'électrothérapie sera reprise au mois d'octobre avec de grands intervalles de repos. On constate toujours une accentuation des phénomènes régressifs après chaque période de repos quand on reprend le traitement. Commencer alors par quelques séances de diathermie et continuer par la galvanisation.

A propos de la radiothérapie, Duhem déclare que dans tous les cas où elle a été pratiquée tardivement elle n'a absolument rien donné. Dans tous les cas où elle a été appliquée d'une façon précoce. il est possible de déterminer la part qui revient à la radiothérapie et celle qui est due à l'évolution spontanée de la maladie. Par contre, la diathermie et la balnéation chaude ont pris la valeur de faits expérimentaux rigoureusement contrôlés.

M. Babonneix parle du traitement physique de la poliomyélite et des régressions spontanées de la maladie. Pour les classiques, l'examen électrique permet de diviser en deux groupes les membres paralysés. Ceux dont les réactions sont normales et qui en quelques semaines et en quelques mois redeviendront normales, et ceux qui présentent des réactions de dégénérescence et qui, quoi qu'on fasse, seront voués à la paralysie et à l'atrophie.

Pour les auteurs plus récents, la régression peut porter aussi sur les muscles présentant des réactions de dégénérescence, à la condition qu'elle soit favorisée par la thérapeutique.

En général, la régression des paralysies dépasse presque toujours les prévisions. Aussi Babonneix préconise-t-il toujours le recours à la thérapeutique classique : sérothérapie, médication physique. Il cite un cas remarquable à régression spontanée chez une jeune fille atteinte de paralysie flasque totale et qui ne fut l'objet d'aucun traitement.

M. Rocher (de Bordeaux) déclare que, pour parler de récupération anatomique et fonctionnelle dans les lésions graves, il faut de toute nécessité avoir un terme de comparaison initial : l'électro-diagnostic. Il ne faut pas se laisser illusionner dans le jugement de certains résultats thérapeutiques ou de l'évolution de certaines lésions par les phénomènes de suppléance ou d'adaptation fonctionnelle. Rocher demande à M. Babonneix si les examens électriques ont vraiment confirmé la dégénérescence musculaire dans le cas qu'il vient de citer.

M. Babonneix répond à M. Rocher qu'il n'y a pas eu d'examens électriques dans le cas cité par lui. Mais le diagnostic de paralysie infantile était évident, de même que l'atrophie et la paralysie flasque des membres qui ont peu à peu récupéré leurs fonctions.

Tixier : Si le doute peut être permis sur le résultat de la sérothérapie dans la poliomyélite, on a, après discussion du rapport Duhem, une impression bien meilleure sur les résultats que donnent dans leur

(1) *Concours médical*, no 16.

ensemble les méthodes thérapeutiques modernes. Tixier, se reportant à quinze et vingt ans en arrière, voit chez un certain nombre d'enfants des reliquats extrêmement sévères. Depuis quelques années où il fait d'une façon aussi précoce que possible la sérothérapie par le sérum de A. Petit, puis radiothérapie, diathermie, balnéation chaude, traitement de Bordier, enfin électrisation et massages, il peut dire qu'il ne connaît pas d'infirmités véritables.

Sans doute quelques malades ont de minimes atrophies musculaires, mais ces séquelles sont très peu importantes. Les traitements modernes, quand ils sont bien maniés, ne sont pas dangereux et l'on peut dire aujourd'hui que le pronostic de la paralysie infantile est meilleur que par le passé.

Le traitement orthopédique de la paralysie infantile.

Dr Nicod.

Nicod (de Lausanne) rapporte sur le traitement orthopédique de la paralysie infantile et présente une série de malades traités par lui. Si, dans certains cas, la mobilité redevient complète, le plus souvent la maladie nous laisse en présence de lésions définitivement constituées. Le traitement orthopédique de la paralysie infantile commence immédiatement après la période régressive. L'électrodiagnostic peut donner des indications très précieuses sur le retour futur de la motilité dans tel muscle ou groupe musculaire, mais il ne constitue pas à lui tout seul une base suffisante pour juger des lésions futures définitives. L'orthopédie doit intervenir dès qu'un membre ou segment de membre, sous l'action des muscles antagonistes restés sains, prend de mauvaises positions. Attendre le terme des phénomènes régressifs si variables et irréguliers pour entreprendre le traitement orthopédique constitue une erreur. Le traitement orthopédique est un traitement réparateur et de compensation physiologique. Nicod étudie les troubles dynamiques caractérisés par l'inertie plus ou moins grande d'un ou de plusieurs membres et par la rupture de l'équilibre musculaire sur une certaine étendue de l'appareil locomoteur. Il souligne les conséquences produites par les paralysies musculaires sur la conformation du squelette. Pour l'orthopédiste, deux éventualités peuvent se produire dans le traitement des séquelles de la poliomyélite antérieure.

1° Le traitement orthopédique est réclamé dès les premières semaines de la paralysie, conjointement et parallèlement avec le traitement médical pur (en ce cas le pronostic est plus favorable).

2° On n'a recours au dit traitement que deux ans, cinq ans, dix ans après l'atteinte de poliomyélite. Nicod étudie la première éventualité dans laquelle le chirurgien orthopédiste ne cherchera que le maintien des membres en bonne position. Les frictions calmantes, le massage très doux, l'effleurage très léger constituent des adjuvants précieux des appareils fixateurs en diminuant les contractures. L'électricité est un agent précieux à cette période de l'affection et qui doit être lié d'une façon régulière au traitement orthopédique. Nicod préconise le courant galvanique à faible dose ; 5 à 10 milliampères. Les séances seront de courte durée. Le traitement sera interrompu pendant deux à trois semaines tous les trois mois. Le traitement orthopédique, dans les cas de poliomyélite ancienne, a deux voies à sa disposition : la méthode lente et non sanglante et la méthode chirurgicale proprement dite. Ces deux procédés ne s'excluent pas l'un l'autre. Nicod étudie successivement le redressement et la correction des difformités d'origine paralytique par la méthode lente et non sanglante (massage, bains de lumière, électricité, mécanothérapie, appareils orthopédiques de soutien et de redressement, etc.), puis le redressement et la correction des difformités d'origine paralytique par la méthode sanglante ou chirurgicale (élongations tendineuses, ostéotomie). Il discute de la valeur des opérations plastiques et réparatrices dans la paralysie infantile (greffes nerveuses, greffes musculo-tendineuses, transplantations tendineuses, ostéopériostées, ténodèse, arthrodèse, etc.). Lorsque le paralytique s'adresse à l'orthopédiste plusieurs années après la période aiguë et qu'il présente de nombreuses déformations, il faut les corriger par un traitement lent essentiellement conservateur. Si les déformations sont trop invétérées et le sujet trop âgé, on recourt alors à des interventions sur les tendons et les aponévroses ,les os et les articulations. Le traitement orthopédique demande beaucoup de patience. En principe il faut éviter le port définitif des appareils orthopédiques de maintien. L'exposé du Dr Nicod et la présentation des cas traités par lui ont vivement intéressé les membres du Congrès qui ont pu constater les excellents résultats obtenus par lui.

M. Brunschweiller (de Lausanne) expose ensuite des observations personnelles sur l'héliothérapie, la balnéologie et l'électrothérapie dans la poliomyélite.

M. Laze (de Lisbonne) expose sa méthode de traitement de la paralysie infantile. Il prescrit l'urotropine dans les premiers jours de l'infection et conseille la méthode de Bordier associée à la physiothérapie. Il traite ses malades : 1° par la radiothérapie médullaire ; 2° par la diathermie ; 3° par la galvanisation et la faradisation, selon les indications fournies par l'électro-diagnostic. Après avoir entendu le rapport Duhem, Laze commencera à faire l'hydrothérapie chaude selon ses indications ; il essayera également la sérothérapie.

M. Tixier vient confirmer les conclusions du rapport Nicod au sujet de la conduite à tenir dans les cas de scoliose grave lombaire dont il a observé un cas dans sa clientèle, et qui fut grandement amélioré par le massage et l'électrisation, après avoir été au début maintenu sous bonne position par le port d'un corset orthopédique léger. Il a observé que les malades présentés par le Dr Nicod avaient une différence

de température importante entre le membre sain et le membre malade. C'est pour cette catégorie d'enfants que le traitement préconisé par Duhem, à son avis (diathermie, hydrothérapie chaude), fait des merveilles.

M. Nobécourt communique quelques observations de cas traités à l'hôpital des Enfants-Malades. Il souligne l'importance qu'il y a de suivre de très près, avec persévérance, les malades atteints de poliomyélite. Les chances d'amélioration des cas deparalysie infantile sont en raison directe des soins et de la patience qu'aura le médecin traitant.

M. Delcroix (d'Ostende) parle du traitement des membres atteints de paralysie infantile par les bains actinomarins. Depuis 1926, il soumet les membres paralysés à des bains de mer irradiés par une lampe productrice de rayons ultra-violets. Il apporte à l'appui de sa méthode neuf observations personnelles.

Les principaux faits à retenir sont les suivants : 1° les modifications de l'indice oscillométrique, qui est l'expression visuelle du poids total d'un membre ; 2° la rapidité de l'amélioration des troubles moteurs ; 3° la constance des résultats.

En résumé, la méthode préconisée par Delcroix synthétise deux éléments importants, un élément thermique et un élément électrique.

M. Duhem : Evidemment les bains proposés par le Dr Delcroix sont probablement bons, mais la thérapeutique usuelle doit être plus simple pour être applicable facilement. Les bains d'eau chaude résument cette thérapeutique.

A propos du rappord Nicod, Duhem ajoute qu'à son avis les troubles tropho-musculaires et osseux ne s'observent pas quand les malades sont régulièrement traités.

M. Rocher (de Bordeaux), à propos du rapport Nicod, s'associe aux conclusions du Dr Nicod. Le traitement des séquelles de la paralysie infantile est un traitement par étapes progressives. Toute opération orthopédique doit être suivie d'un traitement de convalescence avec surveillance des récidives et maintien des corrections obtenues par le minimum d'appareillage. Les résultats à longue échéance ne sont pas seulement les conséquences des effets conjugués des médecins et du patient ; il faut tenir compte de la réadaptation instinctive et automatique de tout infirme. Dans la série de malades montrés par le Dr Nicod, il ressort nettement que la conservation d'une fesse au point de vue de sa musculature est la garantie de la reprise de la station debout, quelle que soit la déficience musculaire des deux membres inférieurs. La rééducation de la marche, la création du genu recurvatum fonctionnel, l'arthrodèse du pied, les myotomies, ténotomies et aponévrotomies seront à appliquer après avoir établi un plan opératoire précis basé sur un bilan précis de la valeur fonctionnelle de chaque muscle du membre paralysé. Il faut que les pédiatres et électrologistes soient bien convaincus que les plus affreuses difformités, les plus graves impotences peuvent toujours être plus ou moins améliorées par les ressources de l'orthopédie moderne. Rocher ajoute des observations de cas traités et notamment de bons résultats qu'il a obtenus par la sympathectomie périfémorale, pour lutter contre les troubles de nutrition des membres refroidis sujets aux engelures et aux ulcérations. Il conseille l'arthrodèse même chez le jeune enfant.

M. Sorel (de Paris) s'associe pleinement aux conclusions du Dr Nicod sur le rôle que doit avoir la chirurgie dans le traitement de la paralysie infantile. Il est bien certain que le traitement chirurgical proprement dit ne peut entrer en jeu que lorsqu'on est certain que les lésions sont définitives. La difficulté est de savoir à quel moment est perdu tout espoir de voir un muscle retrouver partiellement son pouvoir fonctionnel. C'est pourquoi Sorel insiste sur l'importance qu'il y a de poursuivre avec persistance le traitement physiothérapique. Il faut toujours penser, comme l'a fait remarquer M. Ducroquet (1909), que des muscles en apparence complètement paralysés peuvent reprendre une certaine puissance motrice lorsque la correction des attitudes vicieuses leur permet de fonctionner dans une position normale. A partir de quel âge peut-on pratiquer alors l'arthrodèse avec succès ? Ombrédanne indiquait huit à neuf ans comme âge minimum, nombre d'auteurs indiquent onze à douze ans et M. Nicod préfère opérer plus tard encore. Sorel, qui a opéré un enfant âgé de six ans, a obtenu de bons résultats, et il croit que lorsqu'il s'agit d'arthrodèse de l'astragale, il est inutile d'attendre davantage ; la huitième ou la neuvième année, au contraire, est un âge minimum pour une arthrodèse du genou ou de la hanche. Sorel indique ensuite les principales indications opératoires dans les paralysies des membres inférieurs.

M. Lamy (de Paris) s'associe aussi aux conclusions du Dr Nicod. Il pense que les résultats remarquables qu'il vient de voir défiler sous les yeux montrent que la pratique répond à la théorie. Avec le professeur Rocher, il pense que l'arthrodèse de l'épaule peut être pratiquée de façon précoce, mais au pied la question est différente. Les arthrodèses faites au dessous de neuf ans pour les uns, de douze et même de seize ans pour les autres, donnent de mauvais résultats. Or il arrive parfois et malheureusement trop souvent que nous voyons des enfants de cinq à six ans dont la paralysie remonte à la première année de leur existence et qui n'ont pas été traités. Il persiste bien chez eux quelques faisceaux musculaires, soit à la cuisse, soit à la hanche, mais, par suite de la déformation considérable du pied, aucun d'eux ne peut fonctionner. Une mise en bonne position du pied rend donc un service signalé à de tels enfants. Quelle conduite doit-on tenir ? Pour sa part, Lamy n'hésite pas à opérer aussi économiquement que possible, bien entendu quitte à devoir recommencer éventuellement plus tard. Lamy termine en signalant un fait curieux. Personne n'a vu jusqu'à ce jour une tumeur blanche greffée sur un membre frappé de

paralysie infantile, qui est pourtant un lieu de *minoris resistentiæ*. Depuis vingt ans qu'il les recherche, Lamy ne connaît pas de tuberculose osseuse greffée sur un terrain paralysé. N'y a-t-il pas là un problème troublant ? Si l'on connaît des cas de tuberculose osseuse greffée sur le membre sain d'un individu porteur d'un membre paralysé, l'immunité du membre paralysé paraît paradoxale et peut être grosse de conséquences thérapeutiques pour l'avenir. Injecterons-nous du sérum du sujet paralysé sur les tumeurs blanches ?

(*A suivre.*)

HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE APPLIQUÉES

Luchon, Reine Thermale, Climatique et Touristique des Pyrénées, 630 m. alt.

Rappeler sommairement les origines de Luchon, à travers les millénaires enfuis à jamais ; déterminer les principales indications de cette station sulfurée, radio-active, thermale et climatique déduites des recherches modernes de la physico-chimie ; signaler au malade et au touriste les agréments de la région — complément naturel de toute cure — tel sera le sujet de ces notes qui ne seront, au demeurant, qu'un schéma.

Luchon dans l'Histoire.

Plus heureuses que de récentes fouilles préhistoriques, celles de Luchon ne sont pas contestées. L'admirable collection Julien Sacaze, qu'il est possible d'admirer dans les salons de la « Maison du Touriste », comprend, en effet, de nombreux éclats de roche façonnés, des haches, des poinçons, des flèches barbelées, des poteries et des fragments de poteries, d'ossements fossiles, qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'homme préhistorique, contemporain de l'âge du renne dans notre contrée. Au sortir de la terrible période glaciaire serait-il étonnant que l'homme ait cherché, auprès des érosions qui permettaient le passage de sources chaudes, le bienfait de leur température ? Ceci sera longtemps objet de discussion. Mais ce qui est tout à fait certain, c'est que les Celtes et les Ibères habitèrent la Novempopulanie, délimitée, à peu de choses près, par l'Océan d'une part, les Pyrénées et la Garonne d'autre part.

L'époque romaine : Pompée, vainqueur de l'Espagne, réunit en une seule tribu les Convènes et leur assigne « *Lugdunum Convenarum* » Saint-Bertrand-de-Comminges, comme capitale. Les découvertes de MM. Lizop, Bertrand et Sapène offrent un document irrécusable de la magnificence de la période gallo-romaine. Le dieu Lixon ou « Illixo » protégeait déjà nos sources, et les nombreux cippes ou autels votifs, dédiés à la Divinité souveraine, sont le témoignage de la reconnaissance des malades envers les eaux curatrices. « Les Thermes Onésiens magnifiques et d'eau très bonne à boire » désignent, sous la plume de Strabon, le Luchon dont il est question dans cette monographie.

Chartes diverses, traditions orales, mémoires — et aussi la légende quelquefois plus vraie que l'histoire à qui sait la comprendre — nous renseignent sur Luchon au Moyen-Age et plus tard, sous les rois Louis XIII et Louis XV.

Nous touchons, dès maintenant, à la période « au règne de Bordeu » dans les Pyrénées. Des cures célèbres accompagnent ou suivent celle du Maréchal Richelieu. A des incendies successifs qui désolent les établissements à diverses reprises, des habitants dont la ténacité a été et est toujours admirable, répondent par la construction de bâtiments de plus en plus beaux pour en arriver à ceux que l'on peut contempler aujourd'hui, et qui furent inaugurés sous le second Empire. La majesté de leur colonnade de vingt-huit beaux monolithes de marbre blanc atteste la sûreté du goût de nos pères.

Depuis 1920, sous l'active impulsion d'une municipalité dont le chef est un médecin et d'une Compagnie fermière avisée, les études scientifiques, base nécessaire d'un thermalisme qui, peu à peu, s'évade d'un empirisme qui, trop longtemps, eut force de loi, sont menées avec la plus extrême rigueur. MM. Lepape, Bardet, Dufrénoy, Lanos, Desgrez, membres de l'Institut, Biéry, Bertrand, Urbain, physico-chimistes, géologues, médecins biologistes, viennent, les uns ou les autres, chaque année, étudier le secret de l'activité de nos eaux. Les voyages d'études médicales — et 1927 fut particulièrement féconde — se font de plus en plus nombreux et pressants : Paris, Strasbourg, Montpellier, Toulouse, Lyon, Londres, Barcelone conduits par MM. les professeurs Carnot, Rathery, Harvier, Delépine, Blum et Arbinet, Léonhard Williams, Turo Sellier et Barthe, Serr et Aloy, Piéry et Milhaud, Giraud et Delmas, caravanes évocatrices de leurs fondateurs Landouzy et Carron de la Carrière, viennent et étudient sur place et le médicament et sa technique

Les indications thermales et climatiques.

Les indications thermales et climatiques d'une station se déduisent et de sa richesse thermale et de l'orientation et de l'altitude de sa position géographique, du régime des vents et des pluies, des heures d'insolation, des forêts.

Près de soixante-dix sources captées en griffons indépendants puis réunis en divers groupes établis sur leur similitude de propriétés physico-chimiques, émergent dans un périmètre de moins de 300 mètres. On retrouve à Luchon toute la gamme de la sulfuration ; ce qui a permis au professeur Rathery de dire : « *Luchon est la synthèse des diverses stations thermales sulfurées pyrénéennes* ».

1° Sources polysulfurées, fixes, excitatrices de l'état général.

2° Sources sulfitées et hyposulfitées, radio-actives, fortement sédatives.

3° Sources blanchissantes, aimées des lésions cutanées.

4° Sources suflhydriquées à dégagement d'hydrogène sulfuré.

5° Sources uniquement radio-actives (Lepape, 51 millimicrocuries).

Utilisées en bains individuels, en bains de piscine, en douches de diverses natures, en étuves dont le radio-vaporarium sulfuré sera le proto-type en Europe, en humage, *dont la technique particulière est la caractéristique de Luchon*, en boisson... les sources de Luchon constituent un « clavier » admirable, dont jouent, avec autorité, les médecins de la station.

Maladies de l'appareil respiratoire.

Naso-pharynx, larynx, bronches supérieures, localisent les affections dont Luchon est justifiable. Plus le catarrhe est humide plus il est purulent, plus indiqué est le soufre. Catarrhe de la trompe d'Eustache : *station des sourds*. Catarrhe nasal chronique, l'ozène, les sinusites (soins post-opératoires). Pharyngite granuleuse : *station des fumeurs*. Laryngite muco-purulente - *station de tous les professionnels de la voix*. Bronchites, bronchectasies avec sécrétions muqueuses abondantes. Enfin, bronchites des anciens gazés.

Maladies de la peau.

Nos eaux ont une action sédative et kératinisante : aussi seront tributaires de Luchon les eczémas humides impétigineux, séborrhéiques, l'impétigo, l'acné, les scrofulides cutanées et celles des muqueuses, les prurigos, les urticaires, la kératose palmaire, l'ichtyose, le psoriasis... les manifestations spécifiques.

Maladies articulaires et rhumatismes.

L'action du soufre, si particulièrement étudiée récemment, permet mieux de comprendre l'action des eaux sur les lésions articulaires signature d'un état général déficient.

Cure de diurèse, cure de désintoxication par sudation, cure de récalcification, cure en faveur d'une hématopoièse renouvelée, transformation du métabolisme, sont les é éments qui conditionnent la spécialisation dans le traitement des séquelles du rhumatisme : algies, ou amyotrophies, ou ankyloses fibreuses.

Il faut que le médecin sache que les *affections gynécologiques* : métrites chroniques, leucorrhées, sont profondément modifiées par les eaux de Luchon.

Luchon : *station d'enfants* ; Luchon : *station des coloniaux*, se justifie : 1° par son altitude dont l'échelle varie de 630 m. à 1.800 mètres d'altitude (Superbagnères) ; 2° par sa protection contre les vents ; 3° par son climat, tonique et sédatif.

Les *affections oculaires* relèvent, depuis des siècles, de la source dite : « des Romains », communément appelée, autrefois, source des yeux. Les récents travaux de Rey-Pailhade sur la cataracte ouvrent encore à ce sujet de nouveaux hozizons.

Les agréments de Luchon.

Tous les thérapeutes insistent, à juste titre, sur la nécessité de joindre l'agréable à l'utile et de traiter le malade en lui faisant, le plus possible, oublier sa maladie.

Abandonner tout souci à la porte de la station, rechercher une compagnie agréable, s'adonner au plaisir de la marche en se livrant à des promenades qui ne seront jamais une source de fatigue mais une saine distraction, pratiquer équitation, tennis, golf ou même croquet comme moyen et non comme fin. Casino, théâtre et cinéma : permis en fonction de la sévérité de la cure.

Sans hyperbole, Luchon est une verte oasis de repos où toutes les villas se parent de jardins, aux frais ombrages. De belles routes, de bons chemins, plus haut des sentiers nettement tracés, conduisent à Castelvieilh, à la vallée de la Pique, au Gouffre d'enfer, à Sauvegarde, à Couradilh, à Meyrègne... Et le Monné et les Crabioules et la Maladetta appellent les plus intrépides.

Un chemin de fer électrique gravit Superbagnères, permettant des arrêts à 800 mètres, à 1.200 mètres, à 1.800 mètres enfin, sur le plateau (au centre duquel s'élève l'hôtel grandiose de Superbagnères), d'où l'on part pour le Céciré. De là, le voyageur contemple le cirque grandiose des montagnes dont la plus élevée est le Néthou.

Cure de repos, cure d'air, cure de soleil, cure de silence si l'on veut aussi, et encore pratique de tous les sports de haute montagne (d'hiver et d'été), dans un cadre prestigieux avec un climat

fortement tonique : voilà ce qu'offre le plateau de Superbagnères de Luchon. La communication si remarquée de M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine au Congrès international d'hydrologie de Lyon permet, dès maintenant, de concevoir scientifiquement l'action des climats sur les sympathicotonies.

Les courts de tennis qui se multiplient, un terrain de golf qui s'améliore d'année en année, de vastes pelouses pour les enfants, le parc du Casino avec des concerts, dont chacun se plaît à louer l'artistique ordonnance, des hôtels confortables à l'étiage de tous les besoins, mais où toujours la cuisine est renommée...

Voilà, avec un établissement dont la technique se modernise à chaque saison, ce qui fait que Luchon conserve son titre de reine thermale, climatique et touristique des Pyrénées.

Raymond MOLINÉRY,
Médaille d'or de l'Académie de médecine, Directeur technique des E. thermaux de la C.F.L.

Les Thèses

P. — Dr M. BLANCHE. — **Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte.** (Amédée Legrand, éditeur, Paris, 1927.)

Les travaux récents qui ont bien mis en valeur le rôle essentiel du processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire, les recherches cliniques et radiologiques de plus en plus nombreuses et précises, conduisent à modifier la conception classique selon laquelle le début de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte serait presque toujours lent et insidieusement progressif.

D'après l'étude approfondie de l'histoire clinique de 200 malades tuberculeux (dont 100 hommes et 100 femmes), il existe trois modes principaux de début clinique : un début brusque (sans hémoptysie) ; un début par hémoptysie ; un début progressif.

Chez les deux cents malades étudiés, on a trouvé 107 lésions bien limitées à type de lobite, soit 53,5 %, et 93 lésions diffuses, soit 46,5 %.

La localisation au lobe supérieur droit est extrêmement fréquente.

Le sexe n'a pas paru apporter de différence, tant dans le mode de début que dans l'aspect des lésions.

D'autre part, les lésions constatées radiologiquement dans les dix premiers mois ayant suivi le début clinique se sont montrées unilatérales dans 173 cas, soit avec une moyenne de 86,5 %. Parmi ces 173 cas, nous avons trouvé 94 lésions du poumon droit et 79 lésions du poumon gauche.

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire doit être basé sur la connaissance exacte des premières manifestations cliniques de la maladie.

Le diagnostic des débuts brusques par pneumopathie aiguë, avec ou sans participation pleurale, n'est pas fait en général parce qu'on se contente presque toujours d'un diagnostic séméiologique, sans chercher à faire un diagnostic étiologique. Quant aux autres modes de début brusque, ils n'éveillent nullement l'idée d'une tuberculose pulmonaire.

C'est en pensant à la tuberculose qu'on pourra faire le diagnostic et dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un début brusque, d'un début par hémoptysie, ou d'un début progressif, le diagnostic précoce ne sera fait que par le triple examen systématique, à la fois stéthacoustique, bacilloscopique et radiologique.

Les débuts brusques à allure de pneumopathie aiguë sont vraisemblablement en rapport avec l'état allergique du sujet et représentent la réaction aiguë d'un organisme allergique à une réinfection plus ou moins massive, endogène ou exogène.

Il est plus difficile d'interpréter les débuts brusques dans lesquels, le développement plus ou moins soudain d'une lésion tuberculeuse du poumon, s'accompagne d'un catarrhe aigu banal des voies aériennes supérieures. On peut se demander néanmoins si celui-ci n'est pas dû à un brusque fléchissement de la résistance opposée par la muqueuse des premières voies aériennes à la virulence de ses hôtes habituels et si ce fléchissement n'est pas lui-même déterminé par la poussée évolutive pulmonaire. L'affection aiguë ainsi surajoutée serait alors en quelque sorte le fait de ce qu'on a appelé des « microbes de sortie ».

Mtp. — Dr J. CHARDONNEAU, interne des hôpitaux de Montpellier. — **Etude clinique de l'action de quelques médicaments dits « hypotenseurs ».** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon, 1927.)

L'*hydrate de chloral* et le *nitrite de soude en injections intra-veineuses en solution à* 2 % sont les plus efficaces des hypotenseurs.

Le premier a une action hypotensive assez accentuée qui se manifeste surtout à partir du quatrième ou cinquième jour du traitement. On constate à la fin de la cure une baisse sensible surtout à la tension maxima. Les symptômes fonctionnels, l'arythmie de tension sont favorablement influencés. L'élimination rénale est augmentée. L'amélioration obtenue est d'assez courte durée.

Le second a une action immédiate très active. On constate, dans les dix minutes qui suivent l'injection, une baisse pouvant atteindre 2 à 3 cm. à la maxima, 1 cm. à la minima, quelquefois davantage. Les effets sont très fugaces.

Par la répétition des injections, l'augmentation progressive de la dose, on obtient à la fin du traitement une baisse de tension surtout sensible à la maxi-

ma. Il y a en même temps, augmentation de l'indice oscillométrique, et accélération du pouls. Les symptômes fonctionnels sont favorablement influencés, mais l'élimination rénale est plutôt diminuée.

Le *benzoate de benzyle* possède des propriétés hypotensives moins énergiques. Il a cependant l'avantage de réduire assez favorablement la tension diastolique. Les malades s'accoutument à ce médicament ; les résultats définitifs sont faibles. Il paraît sans action sur l'excrétion urinaire.

Le *gui* est surtout actif en injections intra-musculaires, mais il donne des résultats assez faibles. Sa principale qualité est d'être un diurétique moyen.

L'*ail*, employé sous forme de teinture à petite dose (XXX gouttes), est un hypotenseur de faible action, ne paraissant pas susceptible d'être employé dans ce traitement.

La *trinitrine* a une action énergique mais fugace sur la tension artérielle. Employée pendant plusieurs jours, elle ne donne pas un résultat définitif notable. Susceptible de produire des poussées hypertensives, son emploi peut être dangereux dans le traitement des formes permanentes de l'hypertension artérielle.

Le *nitrite de soude par voie buccale* nous a paru le plus mauvais de ces hypotenseurs. Pouvant abaisser la tension artérielle, il donne lieu dans certains cas à des poussées hypertensives. Les résultats obtenus sont faibles et fugaces. Il a une action néfaste sur l'élimination rénale.

D'*une façon générale*, les résultats obtenus par l'emploi de ces hypotenseurs ne sont pas encourageants.

Leurs effets sont d'une brutalité parfois dangereuse, et en tous cas, de courte durée. Ils « décapitent » les tensions, en modifiant à peine la tension diastolique.

Certains ont une action néfaste sur le rein, peut-être sur le cœur. Ils doivent être surtout employés au traitement des crises paroxystiques, des poussées hypertensives ou de leurs accidents.

La médication hypotensive peut, par la détente passagère qu'elle procure, être un adjuvant du traitement de l'hypertension permanente.

Le traitement le plus efficace de l'hypertension artérielle permanente compensée reste le traitement général, les prescriptions hygiéniques, le repos, la cure de diurèse, le régime, la réduction des liquides et des aliments, la médication hydro-minérale.

P. — Dr A. Denoyelle. — **Contribution à l'étude des souffles continus de la région xiphoïdienne.** (Amédée Legrand, éditeur, Paris, 1927.)

Indépendamment de certaines affections telles que la pyléphlébite oblitérante, la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten, au cours desquelles on a pu décrire un souffle continu sans renforcement de la région xiphoïdienne, il semble qu'un tel souffle puisse exister chez des sujets atteints d'anémie.

La preuve qu'il s'agit bien d'un souffle dit « anémique » est fournie par ce fait que son intensité diminue progressivement à mesure que, sous l'influence du traitement, le nombre des globules rouges, le taux de l'hémoglobine, la tension artérielle, se rapprochent de la normale. Le lieu de production de ce souffle paraît être la veine cave inférieure dans sa portion sus-diaphragmatique.

Il semble que l'amplitude plus grande du souffle pendant l'inspiration soit en rapport :

a) Avec le vide thoracique qui accroît la vitesse du courant sanguin dans les gros vaisseaux du thorax.

b) Avec la constriction plus forte exercée par l'anneau fibreux diaphragmatique sur la veine cave inférieure qu'il enserre.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

Anatomie pathologique (Le Musée-laboratoire de l'hôpital Boucicaut), par R. Martial, *Concours médical*, n° 43, 23 octobre 1927.

Appendice (Corps étrangers de l'), par Maurice Tussau, Société des chirurgiens de Paris, 21 octobre 1927.

Arthralgies sériques, tumeur blanche consécutive, par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 46, 13 novembre 1927.

Arthritisme, maladie cholestérinique, par G. Lemoine, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 7, juillet 1927.

Assistance aux personnes de condition moyenne par P. Boudin, *Concours médical*, n° 42, 16 octobre 1927.

Asthme infantile (Vaccinothérapie), par J. Minet *Nord Médical*, n° 663, 1er octobre.

Bagnères-de-Luchon (Préhistoire et histoire de la vallée de la Pique), par J. Noir, *Concours médical*, nos 45, 23 octobre 1927.

Bleu de méthylène à 1/500 sous lamelle, renforçateur des préparations de sang, d'exsudats, etc., par J. Sabrazès, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 46, 13 novembre 1927.

Cancer, maladie locale ou générale, par Foveau de Courmelles, *Courrier médical*, n° 40, 30 octobre 1927.

Cellulites pelviennes et drainage, par J. de Fourmestraux, XXXVIe Congrès de chirurgie, 3-8 octobre 1927.

Clientèles médicales (L'achat des), par G. Duchesne, *Le Jeune médecin*, n° 6, 1er novembre 1927.

Coloration hématologique, cytologique, bactériologique et parasitologique au bleu de toluidine phéniqué hydro-alcoolisé, par G. Sabrazès, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 46, 13 novembre 1927.

Corps étrangers d'origine dentaire et odontotechnique dans l'organisme (d'après la thèse de

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ORDRE DES MÉDECINS

L'Ordre des médecins semble devoir entrer bientôt, en Belgique, dans la voie des réalisations. M. Jaspar, premier ministre, traite cette question à la séance inaugurale des *Journées médicales de Bruxelles*, aujourd'hui même. J'emprunte au *Scalpel* (février 1928) l'article suivant qui renferme le projet de mon excellent confrère et ami, le Dr Van Langendonck.

G. D.

Voici les conclusions du rapport présenté à l'Académie de Médecine par le Pr. de Beco, au nom de la Commission instituée, en 1924, pour étudier la question. Comme on le verra et comme le dit le rapporteur lui-même, la Commission a retenu l'armature solide du projet du Dr Van Langendonck auquel elle a cru devoir apporter cependant des modifications importantes.

Sur un point, la Commission est restée hésitante : celui de savoir si la juridiction d'appel devait être constituée par un conseil de six membres médecins, titulaires ou correspondants belges de l'Académie de Médecine, auquel on adjoindrait un bureau, formé du secrétaire perpétuel de l'Académie et d'un président, conseiller à la cour de cassation, nommé par ordonnance du premier président, ou par la cour d'appel du ressort.

Voici les réflexions de la Commission sur ce sujet :

« Evidemment, du point de vue compétence, on soutient avec raison qu'une juridiction composée de médecins, recrutés suivant le mode que nous proposons offre plus de garanties que les Cours d'appel ordinaires.

Mais ce n'est là qu'un des aspects de la question.

Le point faible des juridictions professionnelles, vis-à-vis des prévenus et même jusqu'à un certain point vis-à-vis de l'opinion publique, est que les juges sont les concurrents des accusés.

Deux fois condamné par ses confrères, le guérisseur passera vite, aux yeux du public, pour une victime de la jalousie. En tout cas, il s'imaginera facilement lui-même qu'il est en butte à l'opposition systématique de ses confrères.

Et puis, si l'on va au fond des choses, n'apparaît-il pas contraire à l'esprit qui imprègne nos lois et coutumes en matière répressive et qui en a confié l'application à des corps spécialement constitués et préparés, de soustraire totalement à leur juridiction des délits qui, pour ne pas rentrer dans le droit commun, n'en comportent pas moins des pénalités aussi graves que l'interdiction ou la suspension de l'activité professionnelle, c'est-à-dire, du gagne-pain quotidien ?

On pourrait encore soutenir que la question de l'incompétence des juridictions de droit commun pour l'appréciation des litiges de ce genre, n'a guère plus d'importance, en matière de déontologie médicale, qu'en bien d'autres quotidiennement soumises à la justice. Eclairée par la décision première des chambres de discipline, la Cour d'appel, échappant à tout reproche éventuel de rivalité, de concurrence, de jalousie, de rancune, pourra, sans trop de difficultés, juger en connaissance de cause.

Après avoir pesé tous ces arguments, la Commission se rallierait, si telles étaient les préférences de l'Académie, à la proposition Van Langendonck confiant entièrement la juridiction d'appel à la Cour du ressort. »

Nous pensons, pour notre part, que la juridiction de la Cour d'appel, tout en offrant au corps médical et aux accusés toute garantie, mettra plus sûrement qu'une juridiction purement médical le Conseil de l'Ordre à l'abri de la malignité ou de la naïveté du public médical et du public tout court.

Voici le projet, tel que l'a proposé la Commission :

« Article premier. — Il est créé un ordre légal des médecins.

Art. 2. — En font de droit partie, tous les praticiens inscrits sur les listes dressées par chacune des Commissions médicales provinciales du pays, conformément à l'article 10 de l'arrêté royal du 13 mai 1880 réorganisant les Commissions médicales.

Art. 3. — Ces praticiens, convoqués uniquement à cet effet, élisent un Conseil de discipline formé de six membres médecins qui choisissent, dans leur sein, un Président et un Secrétaire.

Il sera élu un nombre de membres suppléants égal au nombre des titulaires.

Le Conseil devra toujours siéger au complet.

Art. 4. — Le siège et le ressort des Conseils

de discipline, la modalité des opérations électorales seront ceux des commissions médicales provinciales tels qu'ils sont organisés par l'arrêté du 28 février 1895, modifié par l'arrêté royal du 17 août 1925.

Art. 5. — Les membres des Conseils, titulaires et suppléants, sont nommés pour six ans et renouvelés par moitié tous les trois ans. Après la première élection, le tirage au sort déterminera quels seront les membres titulaires et suppléants dont le mandat n'aura, à titre exceptionnel, qu'une durée de trois années.

Art. 6. — Sont de la compétence des Conseils toutes les questions de déontologie professionnelle, y compris le charlatanisme, et de déontologie confraternelle.

Art. 7. — Les Conseils de discipline pourront être consultés par les tribunaux pour des délits de droit commun, en matière civile ou pénale.

Art. 8. — Toutes les plaintes sont transmises au Bureau du Conseil qui les instruit avant de convoquer, s'il y a lieu, le Conseil. Si la plainte comporte un différend, le Bureau s'efforce de concilier les parties. Si cette tentative échoue, le Conseil est convoqué par le Bureau.

Art. 9. — Les sanctions dont dispose le Conseil sont l'avertissement, la censure, la suspension pendant un temps qui ne pourra excéder une année, l'exclusion ou la radiation du tableau de l'Ordre.

Art. 10. — Le Conseil ne prendra ces sanctions qu'après avoir entendu ou appelé au moins deux fois, à quinze jours d'intervalle, le praticien incriminé qui pourra disposer de quinze jours pour préparer sa défense.

Art. 11. — L'avertissement ou la censure sont infligés directement par le Bureau.

Art. 12. — Les sanctions comportant la suspension ou l'exclusion sont susceptibles d'appel devant une juridiction supérieure.

Art. 13. — La juridiction d'appel est constituée par un Conseil de six membres médecins, titulaires ou correspondants belges de l'Académie Royale de Médecine de Belgique nommés, au scrutin secret, par les membres titulaires et les correspondants belges de la dite Académie.

Un nombre égal de suppléants sera désigné à la même élection. Les membres seront nommés pour un terme de six ans renouvelés, par moitié, tous les trois ans.

A ce Conseil sera adjoint un Bureau formé par le Secrétaire perpétuel de l'Académie, qui remplira les fonctions de Secrétaire, et le Président conseiller à la Cour de Cassation, nommé par ordonnance du Premier Président.

Art. 13 (subsidiaire). — La juridiction d'appel est la Cour d'appel du ressort.

Art. 14. — Les sanctions seront votées par les Conseils de discipline à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante. Les sanctions portées devant la juridiction d'appel seront confirmées, modifiées ou rejetées à la majorité des voix, les membres étant au complet, en ce qui regarde la suspension. L'exclusion requiert l'unanimité des voix, le Président n'ayant que voix consultative.

Art. 15. — Quand la sanction prononcée comporte la suspension ou la radiation, la décision est communiquée, aux fins d'exécution, par les soins du Bureau au Président de la Commission médicale provinciale du ressort dont dépend l'inculpé ».

Souhaitons que ce projet ne se momifie pas dans les cartons et que, bientôt, la question de jour en jour plus urgente de l'Ordre des Médecins entre dans la phase des réalisations !

J. D.

***

D'autre part, la Fédération médicale belge, qui est l'analogue de nos Union et Fédération des Syndicats médicaux, a adopté un projet dont voici les articles essentiels :

Art. 29. — Les Conseils de l'Ordre constituent une juridiction de discipline professionnelle des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de leur province. Ils sont chargés : 1° d'assurer la conservation de la libéralité de la profession et à cet effet combattront par les moyens en leur pouvoir toute attitude, tout acte de médecins inscrits au tableau dont ils ont la surveillance, tendant à asservir ou à commercialiser l'exercice de leur art ; 2° de veiller à l'intégrité de l'honneur des membres de l'Ordre ; 3° de maintenir les principes de probité, de délicatesse et d'altruisme qui sont la base de leur profession ; 4° de donner aux membres de l'Ordre, et à leur demande, des avis sur des questions d'ordre professionnel ; 5° de réprimer les manquements graves aux règles de la déontologie dans les relations entre les membres de l'Ordre, ainsi que de r gler par voie d'arbitrage, à la demande des parties, les différends professionnels survenus entre médecins ou entre médecins et toutes autres personnes, sauf en ce qui concerne des intérêts pécuniaires.

Art. 30. — Les Conseils auront le pouvoir de réprimer ou de faire punir, par voie de discipline, les infractions et les fautes, sans préjudice de l'action des Tribunaux s'il y a lieu. Ils seront entendus de droit, par l'organe d'un de leurs membres à cette fin désigné, dans toute action devant les Cours et Tribunaux de Belgique, chaque fois qu'un médecin inscrit au tableau de l'Ordre dont ils ont la surveillance est mis en cause. Ils éviteront rigoureusement de s'immiscer dans l'examen de toute question d'intérêts professionnels d'ordre matériel.

Art. 31. — Les Conseils de l'Ordre pourront

suivant l'exigence des cas : avertir, censurer, réprimander, interdire pendant un temps variable ; le Conseil supérieur de Belgique pourra exclure ou rayer du tableau. Ces peines seront prononcées à la majorité absolue des voix des membres présents, la voix du président étant prépondérante. Ces votes sur l'application de peines ne sont valables que si les deux tiers au moins des membres du Conseil sont présents.

***

Ce que souhaitent, décident et réalisent nos confrères belges ne nous regarde pas, et je n'aurai pas l'outrecuidance de discuter leurs projets.

La seule remarque que je me permettrai de leur faire est du même ordre que l'observation que j'ai déjà adressée aux projets français :

Les fautes réprimées par le Conseil de l'Ordre ne sont pas définies explicitement, pas plus que ne sont précisées les sanctions correspondant à chacune d'elles.

En d'autres termes, le Code de Déontologie n'est pas rédigé et cela équivaut, révérence parler, à mettre la charrue devant les bœufs.

Je suis curieux d'entendre S. E. M. Jaspar et je ne manquerai pas de donner à son exposé la publicité du *Concours médical*.

Je suis curieux de voir comment les Pouvoirs Publics belges feront le départ entre les fautes strictement déontologiques, justiciables du Conseil de l'Ordre et les fautes de droit commun, commises cependant dans le cadre de la profession, et qui resteront justiciables des Tribunaux de droit commun, lesquels n'abandonneront pas très volontiers, j'imagine, leurs attributions, dans ce pays de langue française et d'esprit latin, pour une large part, où la Justice est rendue selon des lois dont le plus grand nombre sont analogues aux lois françaises.

Les médecins belges sont assoiffés de moralité. Les médecins français n'ont rien à leur envier à cet égard. Je professe, pour ma part, que les lois dites médico-sociales (Assistance, Accidents du travail, Pensions de guerre, Assuranecs sociales) sont et seront génératrices de ces abus qui peuvent dégénérer trop volontiers en actes immoraux et même délictueux.

Je souhaite qu'une organisation disciplinaire professionnelle, plus agissante que le Conseil de famille du Syndicat, puisse permettre la répression de ces abus et de ces actes.

Mais je ne connais qu'une sanction qui doive être pratiquement applicable et efficace, c'est l'exclusion, à temps ou à vie, du service médical de toute la médecine sociale.

Si on commençait par là, je crois qu'on obtiendrait rapidement des résultats surprenants. Je le crois, j'en suis même sûr.

Que n'en essaye-t-on ?

G. Duchesne.

HONORAIRES MÉDICAUX

Soins donnés aux blessés par automobile.

De nombreux confrères, mis en œuvre par un conducteur d'automobile, sont priés par ce dernier, de donner des soins à un blessé.

Sous le coup de l'émotion, ou ne se rendant pas compte de sa propre responsabilité, au sujet de l'accident lui-même, comme au point de vue du payement ultérieur des honoraires médicaux, l'automobiliste donne son nom, l'adresse de l'assurance, demande d'être tenu au courant par le médecin, de l'état ultérieur de la victime.

Le praticien estime donc que plus tard, l'automobiliste, ou l'assurance ne fera aucune difficulté pour payer.

Il n'en est rien : nombreux sont les procès que le « Sou médical » doit soutenir. Aussi, avons-nous cru utile de nous adresser, par la lettre suivante, au Président de l'Automobile Club et à celui du Touring Club de France, pour demander à ces puissantes organisations, si elles ne pourraient pas nous aider, pour établir un *modus faciendi*, propre à protéger les intérêts légitimes de nos confrères.

Voici notre lettre et les réponses.

22 novembre 1927.

Monsieur le Président,

Notre Ligue, qui défend les intérêts des médecins, comme la vôtre défend ceux des touristes, est très souvent saisie par ses adhérents des difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir le paiement des soins qu'ils ont donnés à des victimes d'accidents d'automobile.

Le médecin est appelé, non pas par la victime évidemment, qui est dans l'incapacité de le faire, mais par l'automobiliste auteur de l'accident lui-même, qui le prie de donner ses soins, lui indique souvent la compagnie à laquelle il est assuré, puis continue sa route.

Lorsqu'il a terminé le traitement du blessé, le médecin envoie sa note, soit à l'automobiliste, soit à l'assurance de ce dernier. Mais, dans la très grande majorité des cas, il lui est répondu que la responsabilité de l'automobiliste n'ayant pas été prouvée, c'est à la victime seule qu'il doit s'adresser pour être payé. Il devient donc nécessaire

d'intenter un procès à l'auteur de l'accident, en s'appuyant, non sur sa responsabilité dans l'accident même, que le médecin n'a pas à prouver, mais sur le fait que, en mettant en œuvre le médecin, il a pris, au moins tacitement, et quelquefois même expressément, l'engagement de payer ses honoraires.

Pour éviter ces nombreux procès, le Conseil du « Sou Médical » a pensé que votre Ligue pourrait intervenir auprès des compagnies qui assurent le risque automobile, pour qu'elles acceptent de payer toujours au médecin, qui a donné les premiers soins aux blessés les honoraires de cette première intervention. Une clause de la Police pourrait stipuler formellement cet engagement, qui réserverait aux compagnies le droit de discuter la responsabilité civile de l'assuré.

Espérant que vous voudrez bien prendre en considération notre demande et que l'intervention de votre puissante Ligue pourra la faire accueillir favorablement par les Compagnies d'assurances, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

Le secrétaire général,
Dr Paul BOUDIN.

Réponse de l'Automobile Club.

Paris, le 12 décembre 1927.

Monsieur le Secrétaire général,

Vous avez bien voulu attirer notre attention sur les difficultés rencontrées souvent par les médecins pour se faire payer des soins donnés par eux aux victimes d'accidents d'automobiles et demander notre intervention auprès des compagnies d'assurances pour qu'elles acceptent, par l'insertion dans leur police d'une clause formelle, de payer toujours au médecin appelé à donner les premiers soins aux blessés les honoraires de cette première intervention.

J'ai attentivement étudié la question et je l'ai même soumise à l'examen des Compagnies d'assurances. Les compagnies sérieuses ne font aucune difficulté à régler l'intervention médicale, qu'elle ait été provoquée ou non par la victime, soit que le règlement leur incombe du fait de la responsabilité engagée, soit que la victime insolvable soit incapable de l'assurer. Le cas général résultant des statistiques est, en effet, que l'intervention médicale est sollicitée par la victime elle-même. Mais ce sont là des cas d'espèce que les Compagnies sérieuses, bien qu'y apportant l'esprit le plus libéral, se réservent le droit d'apprécier.

L'introduction d'une clause spéciale dans les polices ne pourrait, dans ces conditions, être adoptée qu'à la suite d'un accord unanime des compagnies. Il appartiendrait donc à votre Association d'entrer en pourparlers avec elles, à cet effet, l'intervention de l'Automobile-Club de France ne pouvant se produire qu'en faveur d'intérêts généraux.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président de l'Automobile-Club,
P. DE VOGUÉ.

Réponse du Touring-Club.

Paris, le 19 décembre 1927.

Monsieur le Secrétaire général,

Votre lettre du 23 novembre 1927 à M. le Président du Touring-Club de France, dans laquelle vous exposez les difficultés que rencontrent, souvent les médecins pour obtenir le paiement des premiers soins qu'ils ont donnés à des victimes d'accidents d'automobiles, a été communiquée au Comité de Contentieux et j'ai été chargé de vous répondre.

En fait, et du point de vue humanitaire, il n'y a pas de question ; l'automobiliste, auteur de l'accident, et le médecin, prié par celui-ci de donner ses soins à la victime, remplissent un devoir auquel ni l'un ni l'autre ne songent à se soustraire.

En droit, la question est plus délicate. Il est admis que la démarche de l'automobiliste auprès du médecin laisse entière la question de la responsabilité de l'accident ; elle ne constitue de la part de l'auteur de l'accident qu'un geste d'humanité élémentaire. Le médecin ne saurait donc l'actionner directement en paiement de ses honoraires pour soins dispensés à la victime en invoquant un aveu de responsabilité. Le médecin ne peut pas non plus agir contre la compagnie d'assurances, tant que la responsabilité de l'assuré n'a pas été établie.

Vous nous demandez d'intervenir auprès des compagnies qui assurent le risque automobile pour qu'elles acceptent de régler *toujours*, au médecin qui a donné les premiers soins au blessé les honoraires de cette première intervention, et pour qu'une clause de la police stipule formellement cet engagement qui réserverait aux compagnies le droit de discuter la responsabilité civile de l'assuré.

Nous sommes convaincus que les compagnies d'assurances dont le budget est très fortement grevé par les lourdes indemnités qu'elles ont à payer, n'accepteront jamais d'insérer dans leurs polices une clause semblable.

Le médecin a une action directe contre le blessé en raison d'une gestion d'affaires opérée au profit du blessé par l'automobiliste, auteur de l'accident. S'il ne veut pas attendre, comme cela se conçoit, le résultat du procès en responsabilité, qu'il adresse donc sa note au blessé.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'expression de mes sentiments distingués.

A. BLAISOT.

***

Il n'y a donc rien à espérer, sinon par des arrangements à l'amiable, ou par voie judiciaire.

Le « Sou médical » a été assez heureux de faire donner satisfaction à certains de ses adhérents, par des démarches personnelles, faites auprès du siège social de la compagnie d'assurances.

Lorsqu'il s'agit de sommes peu importantes, pour premiers soins donnés, les compagnies d'assurances n'hésitent pas à régler en honoraires, bien que souvent la responsabilité de leur assuré ne soit nullement engagée.

Mais elles n'accordent ces gracieusetés qu'à titre bénévole.

S'agit-il de sommes plus importantes, surtout lorsque le praticien a donné des soins ultérieurs, longs et minutieux, l'assurance ne peut évidemment rembourser ces frais médicaux que si l'assuré est véritablement responsable de l'accident.

Si, au contraire, la victime a été blessée à la suite de sa propre imprudence, elle doit supporter elle-même les conséquences de sa négligence, c'est-à-dire des frais occasionnés par l'accident.

Le médecin pourra donc donner les premiers soins, parce qu'il y a, avant tout, une question d'humanité ; mais pour les soins ultérieurs, il fera bien de s'assurer que soit l'automobiliste prendra, par écrit, l'engagement de payer soit le blessé lui-même, ou sa famille, saura que le docteur présentera sa note et que le blessé se fera rembourser ultérieurement par qui de droit pour ces frais médicaux, si la responsabilité de l'accident est mise à la charge d'autrui.

Dans tous les cas, où l'automobiliste demandera, devant témoins, au docteur de donner à la victime tous les soins nécessaires, le praticien agira sagement, en notant le nom des témoins pour, plus tard, si besoin en est, en appeler à leur témoignage.

Néanmoins, nous recommandons toujours aux membres du « Sou médical » de ne jamais entamer une procédure quelconque, sans en avoir informé le secrétariat général de notre Ligue. Les cas d'espèces sont fort nombreux et tantôt l'automobiliste peut être présumé avoir agi au nom de l'humanité et sous le coup de l'émotion, bien compréhensible ; tantôt au contraire, on pourra penser qu'il agit pour le bien de la compagnie d'assurances et qu'en faisant donner immédiatement des soins, il a été le *negotiorum gestor* de l'assurance, diminuant ainsi les conséquences de l'accident, en évitant des complications, dans le cas où le secours de l'homme de l'art se serait fait attendre.

Ajoutons que très souvent, des solutions à l'amiable interviennent, soit à la suite de démarches, soit parce que l'adversaire ne veut pas faire les frais d'un procès ; mais, dans tous les cas, le premier responsable des frais médicaux est le blessé lui-même. C'est lui qui a bénéficié des soins et en a profité.

A la victime, si elle estime ne pas être responsable des conséquences de l'accident, de se retourner vers qui de droit, pour se faire rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques, dans la proportion utile.

Le médecin ne peut, accessoirement, poursuivre solidairement le paiement de sa note auprès de l'automobiliste, que s'il peut faire la preuve que ce dernier l'a mis en cause et l'a personnellement prié de soigner le blessé.

Donc question de fait et de circonstances, que le « Sou » appréciera pour faire obtenir satisfaction à son adhérent.

Dr Paul BOUDIN.

L'A.P.I.M. EN BELGIQUE

Dans le grand journal « LE SOIR », de Bruxelles, à la date du 19 mars 1928, on lit, en tête de la première page, l'article suivant que nous nous faisons un plaisir de reproduire, pour rendre hommage à notre ami DECOURT, le créateur et le secrétaire général de notre grand groupement médical international. Voici donc ce que Jules DESTRÉES l'ex-ministre socialiste belge, écrit :

L'APIM

Qu'est-ce que c'est l'Apim ? Ce nom-là ne vous semble-t-il pas avoir comme un goût de miel ? On songe à Maeterlinck et à la poésie champêtre des abeilles.

Eh ! bien, ce n'est pas cela du tout. C'est encore un de ces abominables mots — par exception, celui-ci est gentil — composé d'initiales, par lesquels est empoisonnée la pureté de la langue française. Vocables modernes, sans passé, sans étymologie possible, véritables rebus qui ont besoin d'explication.

A. P. I. M. veut dire : Association Professionnelle internationale des médecins. J'ai parlé dans mon dernier article de la nécessité des relations intellectuelles internationales, que seuls des nationalistes bornés peuvent contester ; l'Apim me fournit l'occasion d'attirer l'attention sur un autre aspect du même problème. Les relations intellectuelles nous mènent aux

relations professionnelles, tant il est vrai que dans les mouvements sociaux l'économique ne peut être négligée.

Voici donc les médecins, organisés internationalement, comme les ouvriers, pour défendre leurs intérêts. Les travailleurs intellectuels ont compris ce que les travailleurs manuels avaient compris depuis longtemps. Ils se défendent par les mêmes méthodes : le groupement national et la Fédération internationale, le bureau central permanent, les enquêtes et les congrès.

Ne nous étonnons pas trop. Cette tendance, commandée par les chemins de fer, la presse, l'automobile, l'aviation, s'indiquait avant la guerre, mais l'institution de la Société des Nations lui a permis de se développer. Si le traité de Versailles, ce gros volume, contient, du point de vue politique, des clauses discutables, il a probablement inauguré un monde nouveau, lorsque dans le préambule de la partie VIII, il a déclaré que la justice sociale est une condition de la paix entre les peuples, et que l'on ne pourra régler cette justice que par des conventions internationales, car dans la lutte économique, un Etat qui ne consent point aux sacrifices nécessaires à la prospérité des travailleurs empêche les autres Etats d'accomplir ces mêmes sacrifices, même s'ils y inclinent, par crainte de se trouver distancés, par l'effet de leur générosité sur le champ de la concurrence. Pour établir autant que faire se peut, l'égalité des charges sociales, il faut travailler à égaliser, à harmoniser les lois et les régimes de travail au moyen de conventions ratifiées par tous. Cette harmonisation est la tâche et la raison d'être de l'organisation internationale du travail : le B. I. T. de Genève, organe autonome de la Société des Nations.

Il y a dans cette déclaration qui proclame des vérités que nous, socialistes, avions propagées longtemps avant la guerre, notamment pour les huit heures, le germe d'un grand avenir.

Au 1er janvier 1927, la Conférence du travail avait obtenu la ratification de deux cent trente-sept conventions.

Et ce n'est qu'un commencement. Ne croyez pas que cela n'intéresse que les intéressés, cela nous intéresse tous. Qui ne voit que dans cinquante ans, lorsque des milliers de conventions de justice sociale auront, tout autour du globe, lié et enchevêtré les intérêts économiques, la guerre sera emprisonnée dans un si formidable réseau qu'elle n'en pourra plus sortir ses fureurs imbéciles ?

Jusqu'en ces temps derniers, le Bureau International du Travail, que dirige avec tant de dévouement et d'éclat mon ami Albert Thomas, s'était occupé surtout des travailleurs manuels. Mais il est bien des questions concernant ceux-ci qui ont leurs parallèles pour les travailleurs intellectuels. Ces derniers ont, à leur tour, reconnu l'utilité du groupement : Aide-toi, le ciel t'aidera, et se sont rapprochés du B. I. T.

A leur récent congrès (octobre 1927), les médecins ont prié M. Maurette, du B. I. T., de venir leur expliquer les mécanismes du B. I. T. et M. Maurette, avec une parfaite obligeance, s'est mis à leur disposition. Aujourd'hui, l'A. P. I. M. est né sous les meilleurs auspices ; demain, les avocats auront aussi leur union internationale qui pourrait s'appeler A. P. I. A., ce qui aurait du moins l'avantage de rappeler Rome, mère du Droit. Après-demain, d'autres.

Les travailleurs intellectuels ont ainsi, pour favoriser la justice sociale en ce qui les concerne, deux organismes grandis sous le patronage pour la Société des Nations, le B. I. T. de Genève pour les problèmes économiques et professionnels, l'Institut international de Coopération Intellectuelle de Paris pour les problèmes scientifiques, par exemple, pour les avocats et les médecins, l'équivalence internationale des diplômes. Une commission mixte a été créée en décembre dernier, à Bruxelles, pour veiller à la concordance de ce double travail.

Ainsi se réalise, en dehors des gouvernements, des diplomates et des hommes politiques, un mouvement international aux conséquences incalculables. Le passant distrait n'en voit pas l'importance, pas plus qu'au Moyen-Age, ceux qui voyaient apporter les pierres au chantier d'une cathédrale, ne pouvaient soupçonner l'édifice qui ne s'achèverait qu'un siècle après eux, mais ceux qui ont l'enthousiasme et la foi dans le futur pourraient reprendre pour la S. D. N., le mot fier du jeune Bonaparte à propos de la République : « Elle est comme le soleil ; aveugle qui ne la voit pas ! »

Quant à ceux de mes lecteurs désireux de se renseigner sur l'Apim et ses travaux, je ne puis que les renvoyer au Dr Kœttlitz secrétaire pour la Belgique, rue Blanche, 3, à Bruxelles.

Jules DESTRÉE.

LES SOINS MÉDICAUX AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Peut-on imposer au médecin traitant une limite du prix de ses ordonnances ?

Le secrétaire d'une Commission de contrôle a adressé à plusieures confrères la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Il a été signalé, dans le service, l'année dernière, un relevé des ordonnances médicales. Leur prix moyen a été établi pour le département ainsi que pour chaque médecin :

Le prix moyen départemental est de 23 fr. 48
Le vôtre est de.................... 39 fr. 54

Par conséquent supérieur à cette moyenne.

Le médecin a droit d'ordonner, dans les limites du tarif pharmaceutique, tout ce qu'il juge utile à son malade.

Il ne doit cependant pas perdre de vue que la charge imposée aux contribuables est lourde, de même qu'il n'accepte pas de soigner, au compte de l'article 64, des maladies autres que celles du motif de pension, il ne doit pas se laisser entraîner, pour satisfaire son malade, à employer des médicaments en nombre tel que, d'après certaines ordonnances, un infirmier paraisse devoir être indispensable pour suffire à les administtrer sans qu'il semble que leur nombre soit nécessaire au traitement de la maladie indiquée.

La Commission Tripartite a décidé de signaler ces faits à tous les médecins, dont la moyenne est trop élevée.

Elle vous demande, en même temps, de réduire, autant qu'il vous sera possible, les dépenses que vous engagerez à ce sujet.

Il n'y a que trois médecins dont la moyenne soit supérieure à la vôtre.

Confraternelles salutations,

Dr X.

Le Président du Syndicat médical de la région en ayant été saisi, a adressé au Secrétaire de la Commission, la lettre suivante :

Monsieur le Secrétaire de la Commission de Contrôle,

Mon cher Confrère,

Plusieurs médecins appartenant au Syndicat ont reçu de vous, au sujet des bénéficiaires de l'article 64, une lettre en date du 3 mars dernier qu'ils ont bien voulu me communiquer et dont la portée me paraît devoir dépasser le cadre des individualités et appeler des réflexions d'ordre général. C'est à ce point de vue que je me crois autorisé à vous répondre en leur nom.

Il est fait grief à ces médecins d'avoir, pour les soins à donner aux victimes de la guerre, fait des ordonnances dont le coût dépasse la moyenne départementale qui est de 23 fr. 48, certaines d'entre elles tellement complexes que, selon vous, un infirmier serait nécessaire à l'Administration, en temps opportun, des remèdes qu'elles énumèrent.

Voulez-vous me permettre de vous faire remarquer :

1° Que le rôle du médecin, en face d'un malade quel qu'il soit, est, avant tout, de lui prescrire les médications qu'il estime nécessaires à son rétablissement ;

2° Que les médecins ne sont, à aucun degré, comptables des deniers publics, qu'ils ne sont pas payés pour cela, ni n'accepteraient de l'être, bien qu'on ait à maintes reprises tenté de leur imposer ces fonctions pour lesquelles ils ne se sentent pas faits, je parle ici, bien entendu, uniquement des médecins traitants ;

3° Qu'il n'y a aucune commune mesure entre le coût d'une ordonnance et les nécessités de la maladie, et qu'une moyenne de 23 fr. 48 ne saurait s'imposer pour les prescriptions aux victimes de la guerre pas plus qu'une longueur uniforme de 0 m. 97 de pantalon, le jour où l'Etat aura décidé de leur fournir le vêtement ;

4° Que le médecin devra continuer à prescrire les médicaments qu'il juge utile, si nombreux qu'ils puissent être, et dût leur administration réclamer le ministère d'un infirmier... ou même d'une infirmière ;

5° Qu'il pourrait être intéressant de rechercher si les médecins qui font les ordonnances les plus coûteuses ne seraient pas également ceux qui en font le moins, étant de ces praticiens consciencieux qui n'abusent pas du nombre des visites et ne voient leurs malades que quand ceux-ci ont réellement besoin de soins ;

6° Enfin, et pour conclure, qu'il est attristant de voir discuter âprement le prix des soins que la loi accorde à diverses catégories de citoyens à qui l'on a promis de payer tous les traitements nécessaires et que l'on cherche à réduire à *une médecine pour pauvres*. Que nos parlementaires cessent donc de promettre ce qu'ils ne pourront tenir et de flagorner l'électeur pour le duper ensuite : il y aura quelque chose de changé dans l'Etat. L'ordonnance médicale qui guérira cette maladie de nos hommes politiques pourra être coûteuse, elle ne sera pas trop payée.

Veuillez croire, mon cher Confrère, à mes sentiments distingués.

Le Président du Syndicat.

***

Les remarques du président du Syndicat sont parfaitement judicieuses. Nous les faisons nôtres, avec toutefois une prudente réserve d'ordre général : « La Commission de contrôle, dans une organisation mise sur pied par le Corps médical lui-même, est faite pour contrôler : s'il advenait qu'un médecin commît des abus avérés dans ses prescriptions, on ne saurait cependant reprocher au Secrétaire de la Commission de les lui signaler aimablement et officieusement, avant d'en saisir officiellement celle-ci.

N. D. L. R.

VARIÉTÉS

La vie d'un sculpteur contée par un médecin. La critique de ses œuvres sculpturales et littéraires.

Falconet par le Dr Fernand Vallon (1)

Falconet ! C'est le nom du sculpteur de la *Baigneuse*, de l'*Amour*, des *Grâces*, de *Pygmalion*, de *Léda* et de cent autres œuvres délicates, fines et adorables qui ne dénotent certes pas le génie, mais qui représentent si bien une époque évidemment frivole mais indiscutablement française et charmante. C'est l'époque de la Pompadour, le règne de la Grâce plus belle encore que la Beauté.

A considérer les mille objets ravissants que cet incomparable modeleur a pétris dans la porcelaine de Sèvres, on serait tenté de croire que leur auteur fut lui-même un petit maître, un courtisan poudré et flatteur. Il n'en est rien et grâce à Diderot et à sa correspondance, un de nos confrères, le Dr Fernand Vallon, fait revivre Falconet, nous le montre tel qu'il fut depuis l'atelier de Lemoyne, sculpteur du roi où il fit son apprentissage, jusqu'à la Cour de Catherine II de Russie où ce faiseur de gracieux bibelots, ce modeleur de nymphes et d'amours eut l'audace de se rendre pour entreprendre une œuvre grandiose et puissante, la statue équestre de Pierre-le-Grand en bronze et, le plus étonnant, c'est qu'il y réussit.

Issu d'une famille savoyarde dont une branche se rendit célèbre à Lyon et compta de nombreux médecins, le père de notre sculpteur était un simple menuisier. Etienne-Maurice Falconet naquit le 1er décembre 1716 rue de Bourbon-Villeneuve ou des Poulies (l'actuelle rue de Lille). L'enfant fit preuve d'un goût tout particulier pour la sculpture et il fit ses essais comme apprenti chez un parent, maître Nicolas Guillaume, fabricant de mannequins pour coiffeurs. Les premières œuvres de Falconet furent donc des marottes de bois, des « têtes à perruques».

En 1731, à 15 ans, il fut présenté à Lemoyne, sculpteur du Roi, qui apprécia son talent et le prit dans son atelier. A 28 ans, en 1744, il présenta à l'Académie royale de peinture et de sculpture un *Miton de Crotone* et exécuta un Génie de la sculpture donné comme épreuve par l'Académie. Ces œuvres furent admises au Salon de 1745 et dix ans après, en 1754, Falconet était reçu académicien.

A 25 ans, il avait épousé Suzanne Moulin, sœur d'un « ébéniste du Roy ». Jusqu'à son entrée à l'Académie qui se fit si longtemps attendre, Falconet mena une existence obscure, vivant dans un état voisin de la misère avec ses quatre enfants. Ce fut pendant cette période qu'il travailla avec ténacité à s'instruire lui-même, il apprit le latin avec facilité et arriva à lire Pline et Cicéron dans le texte. Il fut un bel exemple d'autodidacte. En 1755, après la mort de Lemoyne, le Roi donna une pension de 600 livres à Falconet et un atelier dans la cour lépreuse du vieux Louvre. Le frère de Madame de Pompadour, Alain-François Poisson, devenu Marquis de Marigny, directeur et ordonnateur général des bâtiments, jardins, arts, académies et manufactures royales, distingua Falconet parmi les artistes qui travaillaient sous ses ordres. Il le recommanda à sa sœur, la Favorite. Celle-ci, se reconnut dans la statuette de l'Amitié que Falconet avait modelée pour la manufacture de Vincennes, et lorsqu'à l'instigation de Madame de Pompadour, fut créée la manufacture de Sèvres, Falconet en fut nommé directeur de l'atelier de modelage. En reconnaissance, l'artiste fit hommage à sa protectrice de sa Baigneuse et de l'Amour qui excita l'admiration de Voltaire. Falconet avait dépassé la quarantaine. Psyché, pendant de l'Amour, et Pygmalion (1763) portèrent à leur sommet la réputation de Falconet et intérêt que ne cessait de lui témoigner son ami Diderot.

Maître modeleur, Falconet fut l'âme de la manufacture de Sèvres, l'animateur de la porcelaine, il sut avec un incomparable talent traduire Boucher en sculpture.

Au bout de onze ans, il abandonnait la manufacture, appelé par Catherine de Russie à Saint-

(1) Dr F. Vallon. — Falconnet, préface de M. G. Hanotaux, de l'Académie française. — Edit. de luxe avec planches, chez Flammarion, libr. Prix : 20 fr.

Petersbourg pour y exécuter une statue équestre gigantesque de Pierre-le-Grand. Diderot avait contribué beaucoup à faire choisir Falconet pour cette œuvre à laquelle ses antécédents ne paraissaient pas le moins du monde le destiner. D'autres sculpteurs avaient eu des exigences jugées trop élevées par l'économe Impératrice de Russie et ce fut surtout une raison de parcimonie qui détermina le choix de Catherine II. Il partit en 1766 avec son élève, Marie-Anne Collot, jeune fille de 18 ans, qui devint sa belle-fille. Elle avait pour son maître une véritable adoration et ne l'abandonna qu'à sa mort.

D'abord admirablement reçu par Catherine, Falconet se mit courageusement au travail et réalisa une œuvre grandiose que les difficultés matérielles de l'exécution, le manque de souplesse dans ses rapports avec la Souveraine et surtout avec le favori, le ministre Betzki, ne lui permirent pas de voir achever. Son départ de Russie en 1778 eut presque l'apparence d'une fuite. Sa belle-fille et élève, sur le point de devenir mère et qui avait été abandonnée par son volage mari, resta en Russie où elle jouissait toujours de la faveur impériale qui l'avait enrichie, revint en France avec son enfant quelques mois plus tard. Ne pouvant accepter la vie indigne que lui offrait de partager son mari, elle fut rejoindre le père Falconet à La Haye où grâce à la protection de l'ambassadeur russe Galitzin, elle devint le sculpteur officiel du Stathouder.

Revenu en France en 1781, Falconet s'apprêtait à faire un voyage en Italie quand il fut frappé de paralysie en 1783. Il se retira à Chatenay avec sa belle-fille, se consacra désormais uniquement aux Belles-Lettres qui furent toujours d'ailleurs sa passion. Il s'éteignit en 1791 à 75 ans.

Sa belle-fille, son élève, Marie-Anne Collot fit transporter son cercueil à l'église Saint-Louis-en-l'Isle où il fut inhumé. Puis elle, qui comme l'Antique Antigone avait sacrifié sa jeunesse à l'affection de ce vieillard qui avait été son maître et lui avait transmis son talent, elle se retira avec sa fille qui devint princesse de Jankowitz, au château de Marincourt en Lorraine, qu'elle avait acquis, et y mourut en 1821.

***

Falconet avait la manie d'écrire. Fier d'une érudition assez confuse, il fut poussé à prendre la plume par Diderot lui-même qui lui demanda un article sur la sculpture pour le Dictionnaire de l'Académie. Il rédigea des Réflexions sur la sculpture qu'il lut en 1760 à l'Académie des Beaux-Arts et qu'il édita. La critique y releva maints paradoxes et s'en donna à cœur joie ; l'ombrageux Falconet en fut exaspéré.

Le sculpteur si fin, si gracieux dans ses statues fut un écrivain gauche, confus, paradoxal, étriqué, sec et dur et c'est bien le cas de dire ici avec Buffon : Le style, c'est l'homme même.

Le Dr Vallon a entrepris la tâche ingrate de le lire, il en a été récompensé en faisant la connaissance intime de Falconet, en pénétrant son âme assez compliquée.

Pour Falconet, le sculpteur, moins favorisé que le peintre, doit faire œuvre d'enseignement moral. La statue ne doit être ni austère, ni morose, elle doit flatter les yeux, ces pièges de l'âme et pour trouver par eux le chemin de cette âme, il faut que l'œuvre soit eurythmique, parfaitement harmonieuse et amène le repos et la joie des yeux. La nature doit être le grand maître, mais le statuaire doit faire plus beau que le vrai. Il n'arrive à ce résultat qu'en réunissant en un tout harmonieux des détails parfaits recueillis çà et là. Les Anciens plus favorisés que nous ne pouvant être surpassés, il ne faut pas les copier dans le but de les égaler. Il ne faut pas cristalliser la beauté, il faut traduire la vie.

Falconet était un fervent admirateur de l'Antiquité mais il ne l'a pas connue ou très mal connue et seulement par quelques moulages, et il ne faut pas le regretter, car ses nymphes, son Pygmalion sont de son époque et non d'un autre âge. Nous ne saurions que l'approuver quand il conseille aux artistes d'être de leur temps et tout en prenant les anciens comme maîtres, de regarder la vie autour d'eux et d'essayer de la fixer. Mais étrangement paradoxal, Falconet qualifie de barbare impéritie la naïveté des expressions des statues archaïques les plus belles. La statue équestre de Marc-Aurèle sur la place du Capitole à Rome, statue qu'il n'a jamais vue, l'exaspère et il écrit contre elle une longue diatribe. Il trouve les bas-reliefs antiques ridicules. La Renaissance italienne n'obtient pas grâce auprès de lui. Le Bacchus de Michel-Ange est trop gras et sa tête est médiocre. Le Moïse est mal vêtu, son attitude n'exprime rien. Ce sont Annibal Carache, Angelo Rossi, le Corrège qui ont sa faveur. Il admire le Perugin et l'Algarde. Les Flamands et les Hollandais sont pour lui de prodigieux artistes et il exalte Rubens, Rembrandt, Van Dyck, Van der Helst.

Chez les Français, il préfère Jouvenet, Watteau et surtout Boucher à Lesueur et à Poussin, il exècre Lebrun et son école et félicite Carle Van Loo d'avoir réagi contre eux.

Comme sculpteurs Jean Goujon, Legros, Sarrazin, Coysevox, sont ses favoris, mais Puget est son dieu. Il apprécie ses contemporains Lemoine, Pigalle, Bouchardon. Il affirme que les Français sont les égaux des Italiens qu'il ne connaît guère.

Falconet n'admet pas les critiques d'art. L'art doit être aux artistes et ne supporte ni l'érudition, ni la philosophie. S'il ménage Diderot,

Voltaire et Lessing bien que leurs jugements lui déplaisent, il injurie sans ménagement le comte de Caylus, Barthe, Mosé Mendelsohn et parmi les anciens Cicéron, Sénèque et surtout Pline l'Ancien. Il avait traité d'ineptes et d'ignorants les rédacteurs de la *Gazette de Göttingue*, mais il reçut de l'abbé Aubert une verte leçon dans le *Journal des Beaux-Arts et des Sciences*, où il lui fut conseillé de se borner à la statuaire où il excellait et de ne plus s'aventurer dans la littérature où il était déplorable. Et le pauvre Falconet, bafoué, malmené un peu beaucoup par sa faute, en France et en Europe, devait être encore en butte à la haine et à l'envie en Russie. Comment pourrait-on supposer que cet écrivain hargneux et grognon était capable de créer en statuaire des œuvres aussi délicieusement fines, vivantes et gracieuses ?

Le Dr F. Vallon ne s'est pas borné à lire les écrits de Falconet, il a dépouillé la correpondance qu'il a échangée avec Diderot. Ce dernier avait pour le sculpteur une affection sincère, parfois même un peu indiscrète et tandis que Falconet se morfondait à Pétersbourg en butte aux tracasseries des uns et à la sottise des autres auxquelles son esprit susceptible et hargneux ajoutait une excessive importance, Diderot le soutenait de son robuste bon sens et de sa gaité. Mais Falconet était un bourru, dur, inquiet, acrimonieux , pédant et injuste. Il finit par se brouiller avec son ami fidèle et commit la mauvaise action de publier sa correspondance en altérant les lettres de Diderot.

On ne saurait s'étonner si avec un pareil caractère et aussi une insigne maladresse le pauvre Falconet ne put maintenir jusqu'au bout son crédit auprès de Catherine II, une fois installé à la cour de Russie.

Le Dr Vallon nous fait le récit des étapes où l'artiste, d'abord en pleine faveur, finit progressivement par tomber en disgrâce. Le général Betzky, ministre favori, a pris Falconet en grippe et par mille tracasseries le lui fait sentir. Maladroitement le sculpteur accable de ses plaintes l'Impératrice qui, d'abord, avec bienveillance cherche à le rassurer tout en lui donnant doucement des leçons : « L'on dit que quand l'on devient vieux, lui répond-elle, l'on prend de l'humeur ; le ciel veuille nous en préserver et vous et moi, sur nos vieux jours ». Falconet ne comprit pas et à la fin, Catherine II, excédée, le congédia. Mais la tsarine conserva néanmoins pour le vieux sculpteur un souvenir ému et lorsque la statue de Pierre-le-Grand, enfin fondue, fut inaugurée à Saint-Pétersbourg en l'absence de son auteur, l'Impératrice de Russie lui fit remettre la médaille commémorative qu'elle avait fait frapper en cette circonstance. Cette médaille en or et en argent représentait d'un côté le portrait de Catherine et de l'autre la statue de Pierre-le-Grand. Falconet reçut ce souvenir au début de 1783, peu après il était frappé d'hémiplégie. Aussitôt Marie-Anne Collot, son élève chérie, devenue sa belle-fille accourait, abandonnait la sculpture qui, cependant grâce à un véritable talent, lui avait valu réputation et succès, et, nouvelle Antigone, elle se consacra jusqu'à la fin à soigner le vieillard et à adoucir l'amertume de ses dernières années.

***

Remercions le Dr Fernand Vallon de nous avoir fait connaître Falconet. En lisant son livre, si attachant, si bien écrit si indulgent pour l'artiste déconcertant, l'on est tenté d'évoquer Pygmalion achevant, étonné, l'œuvre qu'il a si amoureusement élaboré.

J. NOIR.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des médecins du Havre et de l'arrondissement

Résultats de la lutte avec les mutualistes.

1° *Résultat des chiffres.* — Le 14 janvier 1928, l'Union mutualiste, au nom de toutes les Sociétés de Secours mutuels du Havre et communes suburbaines a renouvelé avec le Syndicat, le contrat expiré le 31 décembre 1927.

A partir du 1er janvier 1928, le prix de l'acte médical (consultation et visite) est porté de 8 et 9 fr. à 11 francs et de 12 à 15 francs, pour les spécialistes ; ces chiffres étant payés intégralement par les Sociétés au médecin. Avant la guerre, les chiffres étaient : 3 francs la consultation et 4 francs la visite ; pour quelques sociétés, il était même de 1 franc et 2 francs. Pas de contrat, pas de libre choix réel. En 1919, un contrat fut passé entre le Syndicat et la moitié environ des sociétés de secours mutuels, à 4 et 5 francs ; le libre choix n'existait que sur le papier, beaucoup de Sociétés signataires ou non signataires ayant leurs médecins.

En 1921, même situation, mais les chiffres sont portés à 6 francs la consultation et à 7 francs la visite, avec seulement *la moitié* environ des Sociétés.

En 1925, un contrat est signé avec l'Union mu-

tualiste au nom de *toutes* les Sociétés, à 8 francs la consultation et 9 francs la visite, 12 fr. pour les spécialistes ; prix doublés dimanches et fêtes en cas de première visite ; visite de nuit : 25 francs, libre choix et secret professionnel.

2° *Résultat. Valeur du referendum comme méthode d'action.* — Le 7 décembre 1927, le secrétaire fait un référendum qui donne les résultats suivants : 56 voix pour renouveler le contrat avec tiers payant ; 43 voix pour 12 francs l'acte médical ; 2 pour 10 francs ; 11 pour 10 francs la consultation et 11 francs la visite.

26 voix pour le paiement direct avec contrat ; les Sociétés s'engageant, en échange des papiers remplis par le médecin, à ne pas avoir leurs médecins attitrés, les médecins s'engageant à ne pas traiter individuellement avec les Sociétés et à prendre le tarif syndical minimum de 15 francs.

Cette solution, évidemment idéale, et qui est celle même votée par le Congrès des Syndicats médicaux de France pour les Assurances sociales a donc eu nettement la minorité, dès que les médecins ont été mis devant la réalité des faits tangibles (les Sociétés de secours mutuels au Havre) et devant l'obligation de prendre individuellement leur responsabilité en donnant une réponse écrite. Tous les médecins syndiqués du Havre et communes suburbaines ont répondu. Parmi les très rares non syndiqués, 1 a répondu pour le paiement direct. On m'a objecté que les médecins « ne faisant pas de mutualité », n'auraient pas dû avoir voix au chapitre.

J'ai répondu que nous étions tous solidaires ; d'ailleurs, parmi les médecins ne faisant pas de mutualité, 8 ont voté pour le tarif à 12 fr. et 11 pour le paiement direct.

La raison évidente de cette majorité pour le tiers payant est que, devant la réalité des faits, les médecins se rendent compte que le contrat avec tiers payant bien organisé vaut mieux que la fameuse liberté, celle-ci amenant fatalement la sous-enchère et l'abaissement consécutif des tarifs de clientèle ordinaire. En fait, tous se rendent parfaitement compte de la quasi impossibilité d'obtenir d'un certain nombre de confrères l'engagement réellement suivi de prendre le tarif syndical minimum de 15 francs.

Je suis trop partisan de l'apaisement, si heureusement réalisé par le Congrès des Syndicats médicaux de France, pour avoir une intention malicieuse en publiant ces chiffres. Je veux seulement indiquer le fait.

3° *Résultat.* — Affirmation de l'existence du Syndicat et de la discipline syndicale.

A la veille des Assurances sociales, nous sommes fiers d'avoir pu affirmer *devant la Mutualité* et *devant les médecins* que nous existons, que nous sommes capables de nous plier à une discipline (grève des papiers qui s'est montrée d'une efficacité indiscutable, à condition qu'elle ne soit pas trop prolongée).

Malgré les démarches pressantes (visites et lettres) faites par l'Union mutualiste pour tenter de détacher des médecins, aucun médecin n'a accepté de traiter séparément, et jamais les mutualistes n'ont pu citer un seul nom.

C'est un résultat dont nous sommes particulièrement fiers et dont nous remercions sincèrement tous les confrères, spécialement ceux qui ont été sollicités.

4° *Résultat.* — Nécessité, pour les médecins, d'adapter au taux de la vie leurs tarifs réellement pratiqués.

La grosse objection des Mutualistes au tarif de 12 francs demandé par le Syndicat, a été que ce prix n'est même pas réclamé aux clients ordinaires par un certain nombre de médecins (au Havre, le tarif syndical minimum de l'acte médical est 15 francs).

Cette objection, malheureusement trop exacte, ainsi que le désir de ne pas demander un effort trop prolongé pour la grève des papiers, nous a incités à proposer aux mutualistes de couper la poire en deux ; le Syndicat demandait 12, les mutualistes ne voulaient pas démordre de 10. Le chiffre 11 nous a paru une transaction honorable pour les deux parties qui effectivement s'y sont ralliés après quelques semaines de lutte.

C'est un fait qu'il faut bien reconnaître (et que les *mutualistes nous ont d'ailleurs reproché*) que les tarifs obtenus des tiers payants grâce à l'action syndicale, permettent aux médecins d'adapter leurs tarifs de clientèle ordinaire au taux de la vie.

5° *Résultat.* — La majorité des mutualistes, surtout pris individuellement, tient essentiellement au libre choix de son médecin, et se déclare prête à augmenter leurs cotisations, pourvu qu'elle soit bien soignée, et par le médecin de son choix.

Notre grande objection, aux mutualitses qui nous accusaient d'être trop gourmands a été celle-ci : Les mutualistes ne font pas un effort suffisantpour remplir leurs caisses et comptent trop sur la générosité du corps médical ; telle Société qui payait 3 francs de cotisation mensuelle, avant guerre, paye maintenant 5 francs ; telle autre qui payait 2 francs, avant guerre, paye actuellement 4 francs ;

Il faut que les collectivités comprennent que le corps médical ne peut plus continuer à faire les frais des lois et des organisations sociales. Les dirigeants des mutualistes sont pour la plupart acquis au principe du ticket modérateur, mais un gros effort est encore à faire pour en persuader leurs adhérents. En tout cas, le seul moyen pratique pour que ce ticket fonctionne réellement, est la généralisation de carnets de bons détachables avec talons émargés par le médecin.

Le sociétaire payant à sa Société une certaine somme fixée par elle pour ce carnet.

Ce système de carnets est le seul qui permette, aux Sociétés, le contrôle de ses sociétaires.

Tels sont les réusltats de notre lutte avec la Mutualité. Les Sociétés donnant les soins médicaux et pharmaceutiques, comprennent, au Havre, 16.500

adhérents. Ces mutualistes, comme chefs de famille, comme loi des pensions, comme accidents du travail, comme futur noyau des Assurances sociales, comme prévoyants organisés, sont intéressants pour les médecins.

Comme toujours, nous continuerons à collaborer à leur œuvre d'une utilité incontestable, si elle est bien organisée.

Je terminerai en remerciant tous mes confrères et plus spécialement notre président, M. le docteur Leroy, de leur précieuse et confiante collaboration.

Le secrétaire : Dr Th. SEBALD.

ANNEXE

Réponse au referendum sur les Sociétés de Secours Mutuels.

Nom et adresse du Médecin.

PREMIÈRE SOLUTION

Proposition du Syndicat :

Contrat avec carnet de bons à 12 francs l'acte médical, 15 francs pour les spécialités, doublé le dimanche et fêtes en cas de première visite, 25 francs la nuit.

— L'approuvez-vous ? (43 voix).

— Désirez-vous être inscrit sur « la liste des médecins acceptant de soigner les mutualistes suivant ce contrat » ?

DEUXIÈME SOLUTION

Proposition des Mutualistes :

Carnet de bons : 10 francs l'acte médical ; le reste comme ci-dessus.

— L'approuvez-vous ? (2 voix).

— Désirez-vous être inscrit sur la liste ?

TROISIÈME SOLUTION

Proposé par un Mutualiste :

Carnet de bons : 10 francs la consultation ; 11 francs la visite ; le reste comme ci-dessus.

— L'approuvez-vous ? (11 voix).

— Désirez-vous être inscrit sur la liste ?

56 voix pour le tiers payant.

QUATRIÈME SOLUTION

Paiement direct par le mutualiste au tarif syndical minimum avec contrat : les médecins rempliront les papiers des mutualistes, mais engagement des Sociétés à ne pas prendre de médecin à forfait, ou attitré (sauf pour les examens d'admission à la Société).

Engagement des médecins de ne pas traiter séparément avec une Société et de prendre le tarif syndical minimum : 15 francs.

— L'approuvez-vous ?

— Prenez-vous l'engagement ci-dessus ?

CINQUIEME SOLUTION

Rupture avec les Sociétés de secours mutuels.

Traiter le mutualiste comme un client ordinaire au tarif syndical minimum.

Refuser de remplir les papiers et empêcher ainsi le fonctionnement des Sociétés de secours mutuels.

— L'approuvez-vous ?

Non à l'unanimité ou seulement comme moyen transitoire de lutte.

— Prenez-vous l'engagement, en cas de rupture, de ne traiter séparément, sous aucune forme, avec les Sociétés de secours mutuels ?

Réponse :

Le Havre, le ....

(SIGNATURE LISIBLE DU MÉDECIN).

Fédération des Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir.

Assemblée extraordinaire du dimanche 12 février 1928, à l'Hôtel-Dieu de Chartres, sous la présidence du docteur FOISY. *Docteur* MONIER, *secrétaire de séance.*

I. — **Délégués présents**. — Docteurs Baudin, Durand, Monier, Poirel, Vaillant, pour Chartres ; docteurs Foisy, Larrieu, Maksud, Petit, pour Châteaudun ; docteurs Dugué, Durand, Gauthier, Lhomme, pour Dreux ; docteurs Coudray, Hervé, Morchoisne, Sédillot, pour Nogent-le-Rotrou.

II. — **Inspection médicale des écoles**. — Trois modes d'inspection sont possibles. Le premier, administratif, condensé dans le projet HERRIOT dont il est donné lecture, envisage des médecins fonctionnaires sans clientèle ; il a trouvé son application à Lyon même. Le deuxième fait appel aux médecins praticiens ; l'écolier est adressé au médecin de son choix, qui établit une double fiche : l'une, scolaire, à la disposition de l'instituteur ; l'autre, qu'il garde, véritable fiche de santé restant secrète. Paiement au tarif syndical, soit par les familles, soit par le budget départemental, comme pour la vaccination. Ce système, qui fonctionne dans l'Eure depuis 2 ans, quoique séduisant, ne rallie pas la majorité des délégués comme exigeant étude et préparation peut-être longue. Et l'Assemblée adopte le troisième mode. Des médecins contrôleurs sont nommés par les maires, agréés par le préfet, parmi les médecins praticiens sur la base des circonscriptions de nourrissons que l'on réviserait au besoin, seront payés par les communes.

Une lettre adressée à tous les confrères et maires du département par les présidents des deux groupements médicaux demandera le tarif syndical 2 fr. 50

par visite et par enfant, soit 5 fr. annuels, et 1 fr. 50 d'indemnité kilométrique.

III. — **Pupille de la Nation**. — L'Office départemental envisagerait l'adoption de nos propositions. Examen circonscrit aux malingres ou suspects, soit 1/5 ou 1/6 des enfants.

Paiement au tarif syndical. Aucune proposition officielle ne nous est encore parvenue.

IV. — **Questions diverses**. — *La Commission tripartite* de contrôle des soins aux réformés a désigné comme secrétaire le docteur Poirel, délégué du Syndicat de Chartres, en remplacement du docteur Damiot, démissionnaire pour raison de santé.

L'Entente de l'Orléanais se réunira à Nogent-le-Rotrou courant mai.

Un groupement régional semblable est créé en *Normandie*, constitué par l'Eure, la Seine-Inférieure et l'Orne.

La Fédération d'Eure-et-Loir, sollicitée, ne peut que décliner cette invitation gracieuse.

Compte rendu de l'Assemblée générale du 30 *octobre* 1927, 15 *heures, à l'Hôtel-Dieu de Chartres, sous la présidence du* Dr Foisy. Dr Monier, *secrétaire de séance*.

I. — Etaient présents : Dr Deniau, Durand, Monier, Poirel, Vaillant, pour Chartres ; Dr Foisy, Macksud, Petit, pour Châteaudun ; Dr Dubost, Dugué, Lhomme, pour Dreux ; Dr Coudray, Deschamps, Hervé, Morchoisne, pour Nogent.

Le procès-verbal de la dernière Assemblée générale (circulaire n° 9) est adopté. Dorénavant, les comptes rendus seront adressés à tous les membres.

II. — Le secrétaire général rend compte de la situation du groupement : 37 membres à Chartres au lieu de 35 ; 25 à Dreux ; 17 à Châteaudun, dont le Dr Larrieu père, nouvellement inscrit ; 19 à Nogent, soit 98 dont 10 des départements voisins.

III. — **Budget**. — La cotisation reste fixée à 10 francs, seules les indemnités aux délégués de la Fédération (Orléanais, commission fiscale, etc.), seront versés par celle-ci. Les délégués à la Fédération seront indemnisés par leur syndicat respectif.

Sur ces bases le budget s'établit comme suit :

En caisse, le 1er octobre 1926, déficit	143 fr. 20
Recettes	865 fr. »
Dépenses. Secrétariat	30 fr.
Indemnités à délégués	130 fr. 90
En caisse, le 1er octobre 1927	560 fr. 85

IV. — **Assistance médicale gratuite**. — Lecture est faite de la lettre préfectorale faisant connaître les conclusions du Conseil général notamment au sujet du tarif électricité et radiologie : « les examens doivent être pratiqués dans les hôpitaux ».

Tenant compte à la fois du désir commun à l'Assemblée départementale et à la Fédération médicale d'éviter les abus difficiles à contrôler dans cette branche — et de la nécessité de limiter les hospitalisations prolongées à l'occasion d'un simple examen radiologique, l'Assemblée décide de réétudier la question.

Une commission composée de trois radiologistes fera des propositions en ce sens.

Au sujet des suppressions opérées sur les mémoires, il est demandé aux confrères visés d'adresser dès avis leurs explications à un des quatre délégués à la Commission : Dr Dudefoy, Macksud, Coudray père et Lhomme.

Les modifications de la *nouvelle comptabilité* restent à l'étude. Dès que la mise au point sera terminée, une circulaire explicative précédant de nouveaux bulletins roses sera adressée à tous les confrères.

Les desiderata exprimés par les *propharmaciens* ont été exposés à l'Assemblée syndicale des pharmaciens. Prière de les formuler par écrit pour permettre à une commission de les étudier le Dr Morice répond le 12 octobre qu'il n'a aucune proposition à faire : la question reste donc en suspens.

V. — **Loi des Pensions**. — Cette loi présentement faite pour les réformés de la guerre est aussi appliquée aux réformés d'après guerre.

Cette extension permet d'envisager une modification favorable du tarif.

VI. — **Assurance-Vie**. — Chaque Syndicat reste libre de son tarif. Le *minimum* pour l'Eure-et-Loir est actuellement de 60 francs.

Dans trois arrondissements les bureaux se chargent de répondre à la lettre du groupement syndical des Assurances, les confrères s'étant généralement refusés à une réponse individuelle susceptible de desservir trop facilement les intérêts de la profession.

Il est à souhaiter que dans tout le département les médecins syndiqués ou non se rendent à cette évidence que le tarif de 60 francs ne représente que trois fois le tarif adopté en 1903 par l'Association sur la proposition du Dr Maunoury ce qui dans les indices actuels est une exception — et que faire cavalier seul à un prix inférieur est d'une tactique imprudente même pour les protagonistes occasionnels.

VII. — **Assurances sociales**. — Les quatre Syndicats tout en appartenant ni à la Fédération nationale, ni à l'Union, sont d'accord :

1° Pour demander que soit repris l'article du projet Chauveau prévoyant les conventions avec les syndicats, seuls affiliés à un groupement national ou, à défaut de ceux-ci, à la Fédération départementale.

Les médecins non syndiqués pourraient librement adhérer à ces conventions ; le Syndicat ne devant pas être une contrainte légale, mais rester un organisme de défense professionnelle dont les adhérents reconnaissent l'action bienfaisante et même nécessaire dans le milieu social actuel ;

2° Pour demander le rejet de l'amendement Dron et son tout compris ;

3° Pour accorder la préférence au paiement direct du médecin par le malade tout en envisageant une entente avec les Caisses.

Il est entendu que chacun s'efforcera dans son ressort de convaincre les représentants législatifs de ces conditions indispensables au fonctionnement normal de la loi.

VIII. — **Code de déontologie et Ordre des médecins.** — Celui-ci implique celui-là avec de véritables sanctions difficiles à définir et à appliquer dans notre profession. Là est le hic à résoudre avant de nous engager dans l'engrenage d'un nouvel organisme d'Etat.

La séance est levée à 17 heures.

Le secrétaire général : Dr POIREL.

P. S. — Depuis la réunion, des confrères nous font part de propositions qui leur sont faites directement par les maires au sujet de l'*Inspection médicale des écoles*. La question n'ayant pas été prévue, elle sera examinée aux prochaines réunions tant des syndicats que de la Fédération.

En attendant une étude d'ensemble et une mise au point départementale, les confrères pourraient n'envisager qu'une visite par mois sans carnet, ni fiche sanitaire avec le tarif actuel de 1 fr. 50 le kilomètre et 15 francs *minimum* par visite — seules les propositions de forfait seraient à rejeter comme devant entraîner des difficultés d'avenir.

La réunion de l'*Entente régionale de l'Orléanais* a eu lieu à Blois le 23 octobre 1927. La Fédération d'Eure-et-Loir y était représentée par les Dr Macksud et Petit.

Dr P.

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(*Suite*)

M. LE RAPPORTEUR. — Mais alors apparaît ici un problème redoutable, angoissant même, pour le législateur représentant de l'intérêt de la collectivité, un problème qui prend toute sa signification politique et sociale lorsque, des revendications des agriculteurs et des revendications des employeurs, nous passons à celles du Corps médical, dont je dois maintenant parler.

La commission d'assurance et de prévoyance sociales est présidée par un médecin, qui a été rapporteur, depuis le début, du projet de loi à la Chambre. Ce projet a été étudié, au Sénat, par une commission dont le président et le rapporteur sont également des médecins. Dans les deux commissions, il y a beaucoup de médecins.

Je puis dire que, toujours, tous les membres de ces commissions, comme nous tous, ont demandé que le contact fût maintenu très étroit avec les organisations professionnelles, parce que, comme nous, ils sentaient bien que la loi ne pouvait vivre, ne pouvait devenir une réalité vivante, comme le disait tout à l'heure M. le professeur Pinard, qu'avec le concours loyal, actif et dévoué du Corps médical tout entier.

Or, messieurs, nous avons tous reçu, il y a deux semaines environ, une lettre adressée par les délégués mandatés du Corps médical, lettre qui n'a pas manqué, je le sais, d'étonner beaucoup d'entre vous.

Cette lettre tenait toute dans cette phrase :

« Le Corps médical syndiqué, représenté par les délégués de :

« L'Union des syndicats médicaux de France ;

« La Fédération nationale des syndicats médicaux de France ;

« Le Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés,

« Refuse de collaborer aux assurances sociales telles que les établit le projet de loi voté par le Sénat. »

Ce ton était d'autant plus surprenant que la lettre était suivie de l'énumération des décisions votées par le Congrès des syndicats médicaux.

J'ai sous les yeux ces décisions, et la question est tellement importante et délicate que je ne peux résister au désir de vous les lire. Je les lirai toutes, sans exception.

« Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécessaire que chaque syndicat local ou spécial contracte avec les caisses. »

Le texte du Sénat donne satisfaction à cette revendication.

« Seuls peuvent contracter les syndicats habilités par un organisme central. »

Sur ce point, l'accord est très facilement réalisable. Nous l'avons indiqué dans le rapport. Il suffira de consacrer cet accord dans le rectificatif qui sera déposé.

« La loi, le règlement d'administration publique ou les contrats ne devront comporter aucune disposition contraire aux principes définis ci-dessous :

« 1° Le libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical avec droit d'appel, devant l'organisme central ci-dessus défini. »

Cette revendication trouve satisfaction dans le texte actuel de la loi.

« 2° Le respect absolu du secret professionnel, qui ne devra être violé ni directement ni indirectement. »

Ici nous sommes d'accord. Le projet fait tout ce qui est possible pour qu'aucune atteinte ne soit portée à ce secret professionnel.

« 3° Le droit aux honoraires pour tout malade soigné soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. »

Ceci est dans la loi elle-même.

« 4° Payement direct par l'assuré, en prenant pour base minima les tarifs syndicaux. »

Ici aussi, en se bornant au texte même qui nous est présenté, et en considérant le payement direct comme une possibilité et non une obligation, nous sommes entièrement d'accord.

« 5° La liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique. »

Nous sommes d'accord.

« 6° Le contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord. »

Ce sont les dispositions de l a loi.

« 7° Nécessité de la représentation du syndicat dans les commissions techniques, organisées par les caisses, et de contrats spéciaux entre les syndicats et les caisses, pour l'organisation technique de tout établissement de soins. »

Nous sommes d'accord.

Le texte de la loi n'interdit nullement ces dispositions. Il suffira de les inscrire dans les règlements d'administration publique qui interviendront.

Et c'est tout. Il n'y a pas d'autres revendications du Corps médical.

Dans ces conditions, je me demande pourquoi ce refus brutal de collaboration et la formule violente, comminatoire de la lettre d'envoi ?

Messieurs, prenez garde ! Nous touchons là à un des problèmes les plus redoutables de l'organisation de l'Etat moderne, que j'appellerai « le problème de l'égoïsme syndical. » (*Très bien ! très bien !*)

Vous avez donné la vie — et vous avez bien fait — à l'organisation des intérêts. Vous avez appelé d'abord à la vie syndicale les intérêts corporatifs ouvriers. Puis s'est développée une admirable floraison d'organisation syndicale de toutes sortes. Sous nos yeux s'élabore maintenant une nouvelle organisation de l'Etat à laquelle on a déjà donné son nom : l'Etat syndical.

Tous ceux qui savent, comme moi, que ces idées-là sont déjà anciennes, tous ceux qui leur ont manifesté, depuis longtemps, leurs sympathies, n'ont jamais négligé d'apercevoir le danger qui réside dans ce monde social nouveau et qui risquerait de le faire éclater si l'on n'y prenait garde. Oui, le danger se manifeste, à l'heure actuelle, sur un incident, à propos des assurances sociales ; mais il se manifestera demain à propos d'une autre loi et, si vous n'y prenez garde, il risquera de saper tout l'édifice de l'ordre social.

M. LE GÉNÉRAL DE SAINT-JUST. — C'est fait.

M. LE RAPPORTEUR.— Les médecins comme les employeurs, comme les mutualistes, comme les associations agricoles, comme les futurs assurés, ont le droit et le devoir de défendre, par l'intermédiaire de leurs organisations syndicales, ce qu'ils considèrent comme leur intérêt. Mais il faut bien que tous comprennent que, pour la réalisation d'une grande œuvre collective comme celle des assurances sociales, il arrive nécessairement un moment où les intérêts particuliers corporatifs les plus légitimes doivent s'incliner devant les représentants de l'intérêt de la collectivité. (*Applaudissements à l'extrême gauche et à gauche.*)

M. Alexandre LEFAS. — Devant l'intérêt général !

M. LE RAPPORTEUR. — Sur le terrain syndical, comme sur le terrain international, l'arbitrage obligatoire m'apparaît comme la contre-partie logique et nécessaire de l'émancipation des intérêts. (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche.*)

Nous devons le proclamer fortement : lorsque, après avoir épuisé son effort de conciliation, la collectivité se jette, de tout son poids, du côté de l'équité et de la justice elle ne peut pas ne pas avoir raison.

Messieurs, pour avoir vécu depuis quatre ans tous les pourparlers — et ils furent nombreux et délicats — entre les organisations syndicales et ceux qui ont essayé d'élaborer le projet qui vous est aujourd'hui soumis, je sais, et je peux le déclarer hautement, que l'esprit de conciliation a été poussé jusqu'à ses extrêmes limites.

Le projet qui vous est soumis renferme le maximum de solutions conciliatrices ; maintenant, il faut aboutir et il faut que ces discussions — j'allais dire ces marchandages — cessent.

Messieurs, j'ai le droit de dire que la loi que vous allez voter — car vous allez la voter, n'est-ce pas ? — c'est la vaste et lumineuse préface d'un chapitre nouveau de notre histoire sociale, où l'on verra la démocratie travailleuse de ce pays, écartant toutes les méthodes usées d'une protection sociale de classe ou d'Etat, assurer elle-même par ses propres ressources et par ses propres mandataires, sa sécurité, son mieux-être et sa dignité sociale.

Certes, nous eussions préféré que l'Etat prît sa part de cette œuvre, mais le projet que nous discutons n'exige de lui aucun sacrifice financier. Les intéressés vous demandent seulement de leur donner l'instrument législatif nécessaire à cette œuvre collective d'émancipation matérielle et morale. Ils vous le demandent de tout leur cœur, de toute leur ferme volonté de progrès social. Vous ne le leur refuserez pas. (*Vifs applaudissements à l'extrême gauche et à gauche.*)

M. Alexandre LEFAS. — Messieurs, je n'ai demandé la parole que pour répondre à une des questions qui ont été posées par M. le président de la commission, et renouvelée tout à l'heure par l'honorable rapporteur, question précise, très limitée, mais qui a son intérêt pour la suite des débats.

Il s'agit, en effet, de savoir quelle est l'attitude générale que l'on peut raisonnablement nous deman-

der d'avoir vis-à-vis des amendements qui seront présentés.

Je prends deux exemples. Au premier alinéa de l'article 6, le Sénat a édicté que « l'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure dépendant de la caisse d'assurances ... »

Or, il a été déclaré et entendu devant la commission que le texte dit là tout le contraire de ce qu'on a voulu dire ou tout au moins tout le contraire de ce qu'on va faire. Il faut, au contraire, dire dans la loi que l'assuré peut se faire soigner dans tous les établissements, dépendant ou non de la caisse d'assurances, c'est-à-dire qu'il faut modifier ce texte, pour qu'il soit bien spécifié que l'assuré devra pouvoir se faire soigner partout où il entend le faire, dans la clinique où il entend entrer.

Quand nous viendrons ici demander la mise en harmonie du texte avec tous les principes qui vont présider à la mise à exécution de la loi et à la rédaction du règlement d'administration publique, on ne pourra pourtant pas nous proposer de voter une disposition qui est contraire littéralement à celle que M. le rapporteur nous déclare être adoptée par la commission.

Dire que l'assuré ne peut se faire soigner que dans les établissements qui dépendent de la caisse d'assurances et dire qu'il peut aller se faire soigner dans tous les établissements, ce sont deux formules matériellement contradictoires. Il a été déclaré à la commission que l'intéressé peut se faire soigner dans l'établissement qu'il désire, que cet établissement dépende ou non de la caisse d'assurances.

M. André FALLIERES, *ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.* — Nous sommes d'accord sur ce point.

M. GADAUD. — Messieurs, il n'est pas un orateur qui, parlant des assurances sociales dans l'une ou l'autre Assemblée, n'ait reconnu le rôle primordial que seront appelés à jouer, dans la loi, les médecins.

M. Georges NOUETTE. — Et les pharmaciens.

M. GADAUD. — Pour une grande part, des rapports des médecins avec les caisses et de leur rôle dans le fonctionnement de la loi dépendra la bonne marche des assurances sociales.

C'est ce rôle que je voudrais essayer de tracer devant vous.

Pour que les assurances fonctionnent bien, en ce qui a trait aux prestations médicales, il est nécessaire que l'entente la plus parfaite s'établisse au sujet du texte de la loi et de son jeu, avant les décrets d'administration publique, entre le Parlement et l'ensemble des médecins du pays. Certes, cette entente est proche, mais elle n'est pas totale, nous l'avons déjà dit ce matin. Que faudrait-il pour qu'elle le fût ? Il me paraît utile de le savoir et de le dire.

C'est pourquoi, et c'est là le but de mon intervention, je voudrais préciser la question par un court exposé dans la discussion générale, mettre sous les yeux de la Chambre les points de vue officiels des médecins, enfin indiquer plus tard, à propos de l'article 4, quelles sont, à mon sens, les modifications de l'article qui, acceptées par nous, assureraient la collaboration pleine et entière du Corps médical.

Du Corps médical ! On peut à l'heure où je parle, employer ce mot dans un sens précis et univoque. Car fort heureusement pour l'œuvre législative qui nous tient à cœur, le Corps médical devant la loi est, en ce moment unanime. Si, au Sénat, en juin dernier, l'éminent rapporteur de la loi, mon distingué confrère et ami le docteur Chauveau, avait à parler de l'Union des syndicats médicaux de France, de la Fédération nationale des syndicats médicaux de France, du groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, aujourd'hui l'union complète a été réalisée par le Congrès du 30 novembre dernier. Ce Congrès a décidé la création d'un organisme central, organisme fédératif comprenant les trois groupements précités, tout en laissant subsister leur autonomie, et capable d'habiliter les divers syndicats médicaux qui auront à contracter avec les caisses, Le fait est d'importance. Il faut le retenir.

Si le Corps médical adresse aujourd'hui encore, après le vote du Sénat, des critiques au texte de l'article 4, ce n'est pas parce qu'il est hostile, consciemment ou inconsciemment, directement ou indirectement, à la loi sur les assurances sociales. Une loi qui permettra au praticien de ne pas se sentir désemparé en présence de certaines conditions sociales, de ne plus éprouver la vanité de ses actes devant la misère et le taudis, de se rendre compte qu'à cause même du milieu nouveau dans lequel il posera son diagnostic et formulera sa prescription, ceux-ci deviendront plus utiles et plus efficaces, une telle loi non seulement ne doit pas être redoutée, mais même doit être attendue par lui : parce que cette loi accroîtra ses possibilités d'agir, son désir de progresser, son souci de savoir, et, par conséquent, augmentera les garanties données au malade.

C'est pourquoi l'ensemble des médecins veut que la loi d'assurances sociales garde, du point de vue des soins médicaux, une qualité, une hauteur, dont nul ne saurait méconnaître la nécessité ! (*Très bien ! très bien !*)

Que faut-il pour cela ?

D'abord, que, dans le jeu de la loi, la profession médicale demeure une profession libérale. Etre une profession libérale, c'est là le caractère intellectuel de la médecine. La médecine, dans la pratique, ne vaut que si elle est exercée librement par le médecin et réclamée librement par le malade. Diagnostiquer, c'est penser, c'est raisonner. On ne diagnostique pas, on ne pense pas par contrainte. Le malade le sait, et il a seulement confiance dans le médecin qu'il a lui-même choisi.

Sans doute on pourrait concevoir une fonctionnarisation des médecins des caisses ; mais, en ce moment, de tous côtés — et pour ma part je m'en félicite — cette conception du médecin fonctionnaire ne prévaut pas. (*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Vatel, de Segré. — M. le Dr Tolédano, de Paris. — M. le Dr Albert Ruault, de Paris, laryngologiste honoraire de l'Institution nationale des sourds-muets. Le Dr Albert Ruault est l'auteur de la méthode aujourd'hui classique, d'ablation des amygdales par morcellement. Comme Fauvel, G. Poyet et Gouguenheim, ayant débuté à une époque où l'otologie n'était pas encore unie à la laryngologie, il pratiquait et enseignait la laryngologie seulement. — M. le Dr Simonnot, d'Abbeville (Somme).

— Ligue nationale française contre le péril vénérien. *Concours pour la nomination à huit places de médecin adjoint de dispensaire.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 6 juin 1928, à 9 h. 30, dans la salle des conférences au Musée de l'hôpital Saint-Louis. Seront admis à concourir les docteurs en médecine et les internes des hôpitaux de Paris de quatrième année, de nationalité française. Les candidats devront se faire inscrire au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris VIIIe, du samedi 12 mai au samedi 19 mai inclusivement, de 10 heures à midi, où ils pourront prendre connaissance des conditions de fonctionnement des dispensaires et du règlement du concours.

Les médecins adjoints nommés auront pour fonction de remplacer en cas de maladie, d'absence et pendant les vacances, les médecins titulaires des dispensaires de la Ligue. Ils toucheront, les jours où ils seront de service, les mêmes indemnités que les titulaires (100 francs plus les frais de déplacement). En cas de nomination,les internes ne pourront entrer en fonction qu'après avoir passé leur thèse de doctorat.

Lorsque des postes des médecin chef deviennent vacants ou en cas de création de nouveaux postes, les médecins chefs et médecins adjoints sont appelés dans l'ordre de leur nomination à occuper ces nouveaux postes.

Le jury sera tiré le lundi 21 mai 1928, à 11 heures au siège de la Ligue. Le secrétaire général de la Ligue : Dr Gougerot ; le président de la Ligue : Dr Louis Queyrat ; le directeur général de la Ligue : Dr Sicard de Plauzoles.

— **Monument au Professeur Grasset.** — Un Comité d'organisation et un Comité d'honneur se sont constitués dans le but d'élever à Montpellier un monument à la mémoire du professeur Grasset.

Pour permettre la réalisation de ce projet, une souscription est ouverte. Le souvenir admiratif qui reste attaché à l'œuvre scientifique et à la carrière professionnelle du si regretté maître montpelliérain paraît être un sûr garant de l'accueil favorable qui sera réservé à cette initiative.

Toutes les souscriptions seront reçues avec reconnaissance et devront être adressées à M. le docteur Diffre, trésorier, 10, boulevard Victor-Hugo (chèque postal n° 229, Montpellier).

Une plaquette commémorative sera offerte à ceux dont la souscription atteindra ou dépassera cent francs.

Nota. — Les noms des souscripteurs seront publiés ultérieurement, sauf avis contraire de leur part.

Comité d'organisation : MM. Vedel, professeur à la Faculté de médecine, *président* ; Gaussel, professeur à la Faculté de médecine, *secrétaire général* ; Diffre, président de l'Association des chefs de clinique de Montpellier, *trésorier* ; Estor, professeur à la Faculté de médecine ; Rimbaud, professeur à la Faculté de médecine ; Hortoles, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Comité d'honneur : MM. Abelous, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse ; Achard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; Ardin Delteil, Doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; Bentkowski, président du Consistoire Protestant ; Billod, maire de Montpellier, président de la Commission administrative des hospices ; Bourget (Paul), de l'Académie Française ; Charmeil, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; Coulet, recteur de l'Université de Montpellier ; Daugan, général commandant le 16e Corps d'armée ; Delmas, médecin inspecteur, Directeur du Service de santé du 16e Corps d'armée ; Derrien, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Desfour, Président du Syndicat médical de Montpellier-Lodève ; Ducaud, préfet de l'Hérault ; Dumas (Georges), professeur au Collège de France ; Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Flahault, membre de l'Institut, professeur honoraire à la Faculté des Sciences de Montpellier ; Forgue, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Godechot, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier ; Grasset (André), conseiller honoraire à la Cour d'Appel de Montpellier ; Guibal (Joseph), membre de la Commission administrative des hospices ; Guibal (Louis), président de l'Association des Amis de l'Université de Montpellier ; Hédon, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Injalbert, membre de l'Institut ; Janet (Pierre), membre de l'Institut, professeur au Collège de France ; Jeanbrau, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon ; Massol, doyen de la Faculté de pharmacie de Montpellier ; Mignen (Monseigneur), évêque de Montpellier ; Moye, doyen de la Faculté de droit de Montpellier ; Negre, président du Conseil général de l'Hérault ; Pezet, membre de la Commission administrative des hospices ; Pitres, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux ; Ricateau, premier président de la Cour d'Appel de Montpellier ; Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Roger (H.), professeur à l'Ecole de médecine de Marseille ; Sicard, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; Teissier (P.), professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Truc, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier ; Vialleton, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Vianey, doyen de la Faculté des Lettres de Montpellier ; Widal, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Dois-je compter :

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle ou d'une plaie de la main ou du pied : 40 francs ;

Ou :

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde : 100 francs.

Cette intervention a été faite de nuit à 3 km., le malade ne pouvant, par suite de la commotion consécutive à sa chute, se déplacer.

Dr B.

Réponse.

La plaie est *superficielle*, sans aucun doute. Votre « épluchage, etc... » ne peut donc être tarifé que 40 francs. Mais ajoutez à cela 25 % de majoration pour intervention de nuit (article 8), soit : 40 + 10 = 50 francs. Ajoutez encore 6 kilomètres de déplacement (pas de majoration de nuit), soit 1,50 × 6 = 9 francs. Donc, au total : 59 francs.

F. D.

II

1180. — Lire attentivement le tarif avant d'envoyer sa note d'honoraires, quand on n'est pas sûr.

Voudriez-vous me dire de quelle façon vous libelleriez la note suivante concernant un accident du travail (fracture de l'olécrâne). J'ai fourni à la Cie une note que je vous joins.

Elle conteste le 23 décembre la consultation et le sérum antitétanique, ce qui, je crois, est légal.

Avant d'entreprendre l'ostéosynthèse, j'ai fait un essai de réduction plâtrée : elle le conteste également sous le prétexte, à mon avis, fallacieux « que le tarif n'alloue des honoraires que pour les réductions effectives ». Il faut aussi remarquer que la pose d'un appareil provisoire, ajoute-t-elle, n'est pas rémunérée au médecin qui pratique par la suite la réduction et contention de fracture. Cette explication me semble fausse, car si j'ai tenté une réduction plâtrée, c'est avec l'espoir d'éviter une ostéosynthèse au blessé. Je ne l'ai pas plâtré dans l'attente de l'intervention, ce qui est différent.

Elle demande que l'aide du Dr A. soit facturée par lui, ce qui se défend évidemment.

Après l'intervention j'ai fait un plâtre. Or, il me semble qu'à l'art. 18, *toute répétition* d'appareils plâtrés ou silicatés des segments des membres est comptée 50 francs.

Enfin, elle conteste la suture et l'épluchage d'une plaie de la région frontale droite, en disant que « si le Dr A. a relaté « blessure au front » dans son certificat initial, le blessé par contre, a seulement signalé à l'enquête sa blessure du bras, ce qui laisse à supposer que la plaie frontale était négligeable et qu'il n'a pu y avoir au bout de cinq jours anesthésie, excision de tissus morts, et suture primitive, comme il est dit pour tout épluchage à l'art. 17 du tarif. Or pour pratiquer cette petite intervention, j'ai naturel-

lement profité de l'anesthésie générale, que nécessita l'ostéosynthèse, et comme les bords de cette plaie qui siégeait au-dessus de l'orbite droit était violacés, avant d'en faire la suture, j'en ai pratiqué l'excision, Au reste la cicatrice montre qu'il ne s'agissait pas d'une égratignure.

Dr I.

Réponse.

1° On ne peut compter à la fois une intervention (ici injection antitétanique) et une visite ou consultation sans contrevenir à l'article 13, qui interdit le *cumul* des deux.

2° « L'essai de réduction plâtrée », que vous portez sur votre note, ne peut être tarifable, aucun article du tarif ne portant sur un « essai » quelconque.

3° Le plâtre posé aussitôt après une intervention osseuse est compris, par définition, dans la « réduction et *contention* » d'une fracture.

4° Le Dr A... doit envoyer sa note *lui-même* (article 30, *in fine*).

5° *A priori* un « épluchage » qui a pour but une « réunion par première intention » (voir article 17, note 1) ne paraît pas devoir être fait 5 *jours* après la blessure.

Conclusion. — Je n'oserais vous engager à porter vos revendications en justice.

F. D.

III

1182. — Sutures de plusieurs tendons du poignet.

J'ai eu un blessé qui, par éclatement d'une bouteille, a eu une plaie transversale profonde de la face dorsale du poignet avec section de tous les extenseurs des 4 doigts hormis du pouce, ouverture de l'articulation.

J'ai ouvert la gaine des extenseurs en dessous et au-dessus avec section de ligament transversal recouvrant la gaine des extenseurs pour les découvrir, sutures séparées des 4 tendons extenseurs, suture pour reformer la gaine, drainage sous-cutané, suture des 2 plaies verticales et transversales.

Quel tarif appliquer : la suture des tendons profonds du poignet, suture des nerfs : 300 fr. ou 150 fr., les nerfs n'ont pas été suturés.

Dr H.

Réponse.

D'après votre lettre, il s'agit, ce me semble, des tendons *superficiels* du poignet, tarifés 150 francs, y compris naturellement les sutures nécessaires des plans sus-jacents, puisqu'on ne peut suturer les tendons sans qu'ils soient mis à jour par le traumatisme ou par l'opération.

Il y a « suture *des* tendons ». On pourrait donc soutenir que la tarification est la même, qu'on ait eu à suturer un ou plusieurs tendons. Par contre, on pourrait également soutenir que le mot « su-

ture » étant au singulier, vous devez compter 4 sutures, puisque vous en avez fait 4 séparées. En équité, on ne saurait compter ni l'un ni l'autre et, en suivant celle-ci, à mon avis, je compterais 300 francs pour vos sutures de 4 tendons superficiels du poignet.

F. D.

IV

1153. — Grand pansement de plusieurs segments de membres.

Voudriez-vous me permettre d'abuser de votre coutumière obligeance en vous soumettant le cas suivant :

J'eus à soigner dernièrement un blessé atteint de piqûre septique de la paume de la main gauche. A la suite de cette piqûre, le blessé fit une lymphangite importante de l'avant-bras, du bras, avec une réaction ganglionnaire sous le pectoral qui se termina par une incision.

Le médecin contrôleur a constaté l'importance de l'infection, la nécessité du pansement s'étendant du poignet à la région pectorale ; sur ces points, pas de désaccord.

Mais il n'en est plus de même sur le tarif à appliquer.

Réponse.

Au point de vue de la « lettre » du tarif, il est certain qu'il n'y eut pas le cas de « blessures multiples » dont traite l'article 14. La Compagnie est donc dans son droit strict de refuser de l'appliquer. Il n'y a pas davantage lieu d'appliquer l'article 17 sur les « pansements multiples sur un même segment de membre », alors qu'il s'agit d'un pansement unique sur de multiples segments de membre (main, avant-bras, bras).

Conclusion. — C'est là un cas d'espèce qui comporte une solution à l'amiable, par équité. Et sur ce dernier point, il me semble que 20 fr., le prix d'une incision d'abcès ou d'une injection antitétanique, et autres menues interventions, serait équitable, mais sans obligation « tarifable » de la Compagnie.

F. D.

V

1154. — Spécialiste et médecin traitant.

Un blessé, atteint de fracture du coude actuellement consolidée, est adressé à un électro-radiologiste pour traitement.

Ce blessé en même temps qu'il suivait ce traitement allait voir tous les trois ou quatre jours le médecin traitant qui se rendait compte de son état et faisait un peu de mobilisation.

Je pense qu'une fois le blessé pris en charge par le spécialiste, le médecin traitant n'aurait plus dû intervenir. Mais n'y a-t-il pas des cas d'espèces, et pensez-vous que notre confrère pourrait soutenir que parallèlement au traitement du spécialiste, il

avait le devoir de surveiller son blessé et de mobiliser l'articulation enraidie ?

En tous cas, la Compagnie d'assurance refuse d'adopter cette thèse.

Dr F.

Réponse.

La réponse ferme est impossible, car il y a autant d'espèces que de cas. *A priori*, un spécialiste n'a pas à « prendre en charge » un blessé, mais à faire le traitement *spécial*, qui le concerne. Ici, un électro-radiologiste faisant de l'électricité en vue d'empêcher une atrophie du membre par exemple ne peut supprimer au blessé parce qu'électrisation, le massage dont celui-ci peut avoir besoin, ainsi que les mouvements mécanothérapiques, etc...

Naturellement, il ne faudrait pas *d'abus* en tout cela. C'est une question de conscience. Quant au principe même, je suis d'avis qu'il doit être soutenu jusqu'au bout.

F. D.

Médecine légale.

1228. — Honoraires.

Je viens d'être commis, sur l'ordre téléphonique du procureur de la république, par le juge de paix de mon canton, à l'effet d'aller examiner une jeune fille inculpée d'infanticide après accouchement clandestin et de dire si elle est ou non transportable. J'ai fait une visite et délivré un certificat. Combien m'est-il dû pour cela ? Sur le *Concours* il est indiqué pour une visite judiciaire dans une localité ou ne siège pas un tribunal de 1re classe : 15 fr. Est-ce cette somme que je dois demander ? N'a-t-on droit à rien pour le certificat ? Que dois-je faire pour être payé ? A qui adresser la note de mes honoraires ? Est-ce au procureur ou bien au juge de paix (juge qui a signé la réquisition) ?

J'ajoute que l'inculpée demeure à 1 kilomètre de chez moi dans un hameau, mais je ne crois pas avoir droit à une indemnité pour cela.

Dr D.

Réponse.

En vertu du décret du 22 décembre 1927, qui a modifié le décret du 5 octobre 1920, sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit, pour votre visite, à un honoraire de 25 fr., y compris la rédaction et le dépôt de votre rapport.

N'ayant pas eu à vous déplacer à deux kilomètres au moins de votre résidence, vous n'avez pas à compter de frais de déplacement.

Vous devez envoyer votre mémoire, établi suivant le modèle ci-joint, et en deux exemplaires (tous les deux sur papier libre, la somme réclamée ne dépassant pas 50 francs), au Procureur de la République qui, après visa du Procu-

reur général et taxe du magistrat commettant, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

Questions médico-militaires.

533. — Augmentation des taux des pensions militaires. Point de départ.

Je vous serais très reconnaissant de me donner le renseignement suivant au sujet de l'augmentation du tarif des pensions militaires. Cette augmentation annoncée comme provisoire l'an dernier est-elle applicable à dater du 1er août 1927 ou du 1er août 1926 ? Certains journaux avaient mentionné cette dernière date en disant que les bénéficiaires recevraient directement une feuille spéciale, leur permettant de toucher la ristourne pour la période écoulée du 1er août 1926 au 1er août 1927. Si le fait est exact à qui faut-il s'adresser pour réclamer cette augmentation ? Dr M.

Réponse.

Le rappel des pensions militaires part du 1er août 1926. Afin de toucher le montant de l'augmentation pour 1926-27, il faut, au moment où l'on touche sa pension, réclamer la feuille à remplir au percepteur ou au receveur des postes, bref à l'agent payeur. Une feuille de décompte est établie et, à l'échéance trimestrielle, on perçoit le montant de ce rappel 1926-27.

763. — Périodes d'instruction.

J'ai fait la guerre comme médecin auxiliaire (classe 1917). J'ai été depuis peu nommé médecin aide-major de 2e classe de réserve. Comme tel, puis-je être appelé à faire des périodes ? Dans l'affirmative, puis-je, le cas échéant, demander (et à qui ?) a être appelé à une date ultérieure, si par hasard mon appel coïncide avec le moment où la clientèle est la plus forte ? Existe-t-il un moyen de ne pas faire du tout de périodes qui me seraient très préjudiciables, les clients du pays où je suis depuis peu installé admettant difficilement les remplaçants ?

Dr G.

Réponse.

Comme médecin de réserve, vous serez certainement appelé à faire quelques périodes d'instruction. Chaque année, le Ministre désigne les classes qui doivent être convoquées, mais c'est le Directeur du Service de Santé de la Région qui fixe, suivant les besoins du service, l'époque à laquelle tel ou tel médecin sera tenu de faire sa période. Avec lui seul vous pourrez donc vous entendre au mieux de vos intérêts, en vous y prenant au reçu de la lettre de convocation.

549. — Droit à pension d'un combattant de 1870.

Un ancien combattant de la guerre 1870 a-t-il droit à une pension ? Si oui, quelles sont les démarches à faire ?

Dr G.

Réponse.

Un ancien combattant de 1870 avait droit à pension s'il pouvait établir que la blessure (ou la maladie) qu'il invoquait était bien imputable au service, en ce sens qu'elle résultait directement ou par aggravation d'un fait de service, conformément aux dispositions de la loi de 1831.

Mais ces droits sont échus depuis le 22 juin 1927, date d'une loi promulguée sur cette question.

432.— Invalidité inférieure à 10 %. Pas de droit de pension.

Un militaire libéré en 1923 est porteur d'un certificat de visite ainsi conçu :

« En exécution de l'art. 143 du règlement sur le Service de santé (nº 2 au registre des constatations des blessures survenues pendant le service) le médecin major certifie que le 2e classe X. du 1er groupe de chasseurs cyclistes au trou d'Enfer est atteint de « désarticulation du 5e doigt de la main gauche nécessitée par un écrasement par une chaîne de bicyclette ». En conséquence lui donnons une convalescence de un mois.

Il me semble qu'on aurait dû, pour cette blessure, survenue au cours du service militaire, donner à cet homme une pension équivalente à son infirmité. N'est-il pas trop tard, à votre avis, pour réclamer et à qui faut-il réclamer ?

Dr D.

Réponse.

Au taux du barème des pensions militaires de 1919, la perte de l'auriculaire gauche ne vaut que 8 %. L'invalidité étant inférieure à 10 %, le droit à pension n'existe pas (article 4 de la loi du 31 mars 1919).

1298. — Tableau d'avancement des officiers de réserve.

Je vous serai très obligé de vouloir bien me faire savoir si le tableau d'avancement dans le grade pour les médecins de réserve a paru et à quelle date de l'*Officiel*.

Dr M.

Réponse.

Le tableau d'avancement pour les officiers de réserve n'a pas encore paru au *Journal officiel* : il faut attendre vraisemblablement le mois de mai.

734. — Demande de pension.

Un jeune homme gazé le 3 octobre 1918, et atteint de conjonctivite, ainsi qu'en fait foi un certificat de visite établi le 5 octobre 1918, demande en mars 1926 une pension.

Le 3 novembre 1926 est examiné par une commission de réforme.

Dernièrement, se sentant plus fatigué et présentant des troubles nerveux, demande à repasser devant la Commission pour aggravation et présente à cet effet, un certificat d'un oculiste et un autre de moi pour ses troubles nerveux.

Le centre de réforme lui retourne les pièces à la date du 7 novembre 1927 et la notification suivante : « Ancien militaire ne bénéficie pas de la présomption légale d'origine, son infirmité n'ayant pas été constatée au cours de sa mobilisation et sa demande de pension ayant été déposée après expiration des délais légaux. Il n'a pas apporté la preuve que son infirmité avait été contractée ou aggravée au servivice. »

Se retranchant sur cette notification, le centre se déclare incompétent.

Or ce militaire présente un certificat de visite du 5 octobre 1918, a été examiné par une commission de réforme le 3 novembre 1926. Comment se fait-il, alors, qu'on invoque qu'il n'y a pas présomption légale d'origine et qu'il ne puisse faire valoir ses droits pour aggravation ?

Dr P.

Réponse.

Vous ne faites pas connaître le diagnostic de la lésion oculaire, mais, d'après votre communication, il semble bien que les troubles nerveux n'aient pas été constatés au cours du service.

D'ailleurs, l'intéressé, étant bénéficiaire de la loi du 9 janvier 1926 qui a prorogé les délais de demande pour les blessés et malades de la grande guerre, ne peut plus bénéficier de la présomption légale (arrêt du Conseil d'Etat du 18 janvier 1928) ; il doit faire la preuve entière de l'imputabilité au service.

La Commission de réforme est, en effet, incompétente, le Ministre aussi ; pusque le rejet a été notifié, la cause dépend uniquement du Tribunal des Pensions, à condition que, dans les six mois du rejet, un pourvoi soit introduit.

Secret professionnel et certificats

1° Certificat indiquant la cause des décès, pour Compagnies d'assurances sur la vie ;

2° Existe t-il un texte de loi, obligeant le médecin à délivrer un certificat de décès ?

Permettez-moi de vous remercier de la publication de mes deux études sur la déclaration des maladies contagieuses et l'inspection des écoles : pour moi d'a-

bord, car je considère comme un honneur d'être admis dans les colonnes du *Concours*, mais surtout pour le Corps médical, qui finira par comprendre la nécessité de l'unité et de l'entente syndicale, en même temps que celle de la collaboration d'égal à égal avec les Pouvoirs publics dans l'organisation inévitable de la médecine sociale. Il y aura lieu de revenir encore sur toutes ces questions, avec vos rédacteurs en chef, les docteurs Noir et Duchesne, avec notre distingué confrère Decourt, qui a su obtenir en Seine-et-Marne de si intéressants résultats en ce qui concerne l'inspection médicale scolaire, avec d'autres praticiens que n'absorbent pas complètement les soucis de la clientèle et les passions anticonfraternelles.

Pour l'instant, osè-je poser ici deux interrogations précises à l'éminent juriste du *Concours*, le docteur Paul Boudin ? Il s'agit du secret médical et de la constatation des décès. Des discussions récentes sur le premier à l'Académie de médecine, il semble résulter qu'il y ait violation de la loi dans la délivrance des certificats très détaillés exigés par les compagnies pour les assurances sur la vie. Devons-nous donc refuser de pareils certificats, au risque de compromettre le fonctionnement des assurances ?

Quant aux décès, un médecin écrivait récemment au « Siècle médical » une lettre dont l'argumentation était en partie basée sur la croyance à l'obligation légale d'un certificat constatant la mort, avant la délivrance du permis d'inhumer : il ne s'agit point des causes, au sujet desquelles le Dr Boudin a nettement répondu. Y a-t-il vraiment un texte de loi prescrivant cette mesure de prudence et, dans ce cas, les maires qui délivrent à la campagne des permis d'inhumer sans aucune attestation d'un technicien, ne se rendent-ils pas coupables d'une négligence grave ? Personnellement, je crois que notre confrère s'est trompé, mais il se peut que j'aie ignoré cette loi en vous envoyant les réflexions que vous avez bien voulu publier sur la déclaration des causes de décès. Quant aux médecins de l'état civil, le fait d'être chargés par les maires de villes des constatations techniques, les autorise-t-il à révéler les causes ?

Dr Eugène FRANÇOIS.

Réponse.

En matière de délivrance de certificats *post mortem*, pour une compagnie d'assurances sur la vie, il a été maintes fois décidé par des tribunaux, ou des cours d'appel, que les hétritiers, ou toute autre personne ne sauraient obliger un médecin à délivrer un certificat constatant les causes du décès d'un assuré, alors que, pour payer les primes convenues, les compagnies d'assurances exigent un certificat médical, relatant le nom de la maladie qui a occasionné la mort. (Tribunal civil du Havre, 30 juillet 1887 ; Cour de Besançon 7 juin 1899, etc.).

Allant même plus loin, la Cour d'appel de Besançon, par arrêt du 17 février 1887, juge insuffisante l'autorisation, donnée par avance, dans

sa police d'assurances sur la vie, au médecin quelconque, que l'assuré ne connaît même pas et qui donnera des soins dans sa dernière maladie, de remettre à l'assureur un certificat relatant la cause du décès.

Par conséquent, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin agira prudemment en refusant de délivrer un certificat de décès, concernant un assuré sur la vie et relatant les causes de la mort.

Sur la deuxième question, l'article 77 du code civil prescrit qu'aucune inhumation ne sera faite, sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer, qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès et que vingt-quatre heures après le décès.

Il en résulte que le législateur n'a nullement prévu la délivrance d'un certificat médical *post mortem*.

Mais, comme les officiers de l'état-civil n'ont cure de se transporter en personne auprès des gens décédés, ils délèguent souvent ces fonctions à un médecin, dit de l'état civil, lequel, s'il n'est pas le médecin traitant du *de cujus*, peut dire, dans son certificat, toutes les constatations médicales qu'il a faites.

Serait-il le médecin traitant, qu'il est lié par le secret professionnel.

Mais la plupart des municipalités, désireuses de faire l'économie d'un médecin de l'état civil, demandent à chaque praticien de rédiger un certificat de décès, pour ses propres clients.

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le docteur, qui a soigné le *de cujus*, ne peut que certifier l'état de mort, sans pouvoir dévoiler la cause.

Qu'il soit désirable, au nom de la protection de l'hygiène publique, de provoquer une loi, qui autoriserait les médecins à dévoiler les causes des décès, à des docteurs chargés de fonctions administratives d'hygiène, c'est une autre question.

Pour le moment, nous pouvons affirmer qu'il n'existe aucun texte de loi, ordonnant l'énonciation, par le médecin traitant, de la cause des décès.

Lorsqu'un décès s'accompagne de causes, ou d'indices suspects (mort violente, ou autre), un officier de police, accompagné d'un docteur en médecine, dressera procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives (article 81 du code civil).

Ici encore, le médecin traitant doit se récuser, au cas où il serait désigné pour accompagner l'officier de police.

Dr Paul Boudin.

Fiscalité.

1146. — Amortissement des frais d'installation.

Voudriez-vous me dire si les médecins sont autorisés à compter comme frais professionnels — au point de vue déclaration en vue d'imposition sur le revenu — les frais d'amortissement d'installation de la partie professionnelle de leur appartement.

Si oui, peut-on déduire chaque année 1/10e de la valeur totale de ces frais d'installation pendant les dix premières années.

Cette question peut paraître oiseuse, car jusqu'à présent, elle me paraissait résolue par l'affirmative ; mais aujourd'hui — pour la première fois depuis mon installation qui date de 1922, le contrôleur des contributions directes me fait savoir que « les amortissements ne sont pas admis du point de vue des bénéfices non commerciaux. »

Que dois-je lui répondre ?

Dr .

Réponse.

Nous estimons que l'arrêt du Conseil d'Etat sur lequel le contrôleur base son appréciation doit être considéré comme accordant au contribuable la faculté, soit de déduire de ses bénéfices la totalité des frais d'acquisition de matériel ou d'installation sur les bénéfices de l'année au cours de laquelle la dépense a été effectivement payée, soit de procéder à un amortissement de ces frais.

Nous vous conseillons de répondre au contrôleur en lui faisant remarquer que le changement intervenu dans la thèse de l'administration, qui jusqu'alors n'admettait que les amortissements, aboutirait à vous priver d'une déduction à laquelle vous avez droit.

A. M.

---

992. — Contribution personnelle-mobilière.

Domicilié à X., et possédant à la mer une villa où je passe juste un mois de vacances, je suis imposé pour la contribution personnelle mobilière dans les deux localités à la fois. Est-ce légal ?

Dr L.

Réponse.

La contribution mobilière est due pour toute habitation meublée dont le contribuable a la disposition. Vous êtes donc régulièrement imposé une première fois sur votre habitation principale et une seconde fois sur votre propriété à la mer, bien que vous n'occupiez cette dernière qu'un mois par an.

A. M.

1085. — Amortissement et frais d'une automobile.

Le fisc me demande le détail de mes dépenses professionnelles pour 1927 :

1° Pour quelle somme dois-je faire figurer l'amor-

tissement de ma voiture automobile. Elle m'a coûté 26.000 fr.

(En règle générale, une voiture de médecin à la campagne après cinq ans d'usage est bonne à être vendue à un prix dérisoire).

Si j'estime par suite l'amortissement annuel à 5.000 fr. environ, est-ce exagéré ? Ai-je en plus le droit d'ajouter au montant de mes dépenses professionnelles l'intérêt de cette somme de 26.000 fr. consacrée à l'achat de la voiture soit 1.500 fr. (intérêt calculé à 6 %) ce qui ferait un total de 6.500 fr. pour ce chapitre (5.000 × 1.500) ;

2° D'autre part, l'entretien et le nettoyage de ma voiture et de mes locaux professionnels : cabinet, salle d'attente, garage, sont effectués tantôt par des personnes salariées, tantôt par des membres de ma famille. Ai-je le droit d'esstimer ce travail fait par des membres de ma famille comme s'il était exécuté par des étrangers que je serais obligé de rémunérer ?

Dr C.

Réponse.

Pour votre voiture, comptez un amortissement en cinq ans, soit 20 % du prix d'achat pendant cinq ans. Vous ne pouvez compter en plus les intérêts du prix d'achat.

Vous pouvez bien estimer la valeur du travail effectué par des membres de votre famille, mais alors, il aurait fallu faire figurer ces salaires dans votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu.

Accidents du travail.

1276. — Accident du travail causé par un tiers.

Un cantonnier S., travaillait sur la route nationale pour le compte des ponts et chaussées lorsqu'il fut renversé par le camion d'un commerçant voisin. La jambe du cantonnier fut écrasée. Le médecin du pays appelé conduisit le blessé dans une clinique où je l'amputai d'extrême urgence.

L'écraseur est poursuivi par le parquet et semble d'après les témoignages être nettement en faute ; il est assuré. L'instruction est en cours .

S., est actuellement consolidé. Il ne veut ni quitter la clinique, tant qu'il n'est pas appareillé, ni payer personne. La directrice de la clinique a cependant obtenu de l'ingénieur des ponts et chaussées qu'on vint prendre demain ce cantonnier guéri et le sortir de son établissement.

Il s'agit d'un accident de droit commun survenant à un employé des ponts et chaussées au cours de son travail.

1° Je pense que ma note doit être établie au tarif de droit commun et non au tarif des accidents du travail. Suis-je dans le vrai ?

2° Dois-je faire immédiatement signifier au blessé d'avoir à me régler mes honoraires, par voie d'huissier ou dois-je faire faire cette signification au responsable de l'accident, je veux dire à l'écraseur contre lequel le parquet instruit ?

Quel est le procédé le plus rapide, le plus sûr pour que si l'écraseur est condamné, je touche mes honoraires avec les intérêts légaux, si le procès dure longtemps. Le fait que le patron est l'administration des ponts et chaussées et le fait que l'écraseur est poursuivi me paraissent comporter une tactique spéciale, que je vous demande de me préciser.

Dr T.

Réponse.

Puisque le blessé a été renversé par une automobile au cours de son travail, il faut considérer, pour le payement de vos honoraires, vos rapports : 1° avec l'administration qui l'emploie ; 2° avec l'automobiliste responsable de l'accident.

1° Si le blessé est un fonctionnaire soumis au régime des retraites, la loi sur les accidents du travail ne lui est pas applicable. Il en résulte que, dans ce cas, vous n'avez pas contre l'administration l'action directe de la loi du 9 avril 1898. Néanmoins, il se peut qu'en vertu de règlements intérieurs, l'administration soit tenue de payer les frais de traitement en cas d'accident survenu au cours du service. S'il en est ainsi, bien que vous n'ayez aucun lien de droit avec elle, il est très probable que l'administration consentira à vous régler directement.

Par contre, si le blessé appartient au cadre auxiliaire, c'est-à-dire s'il est lié à l'administration par un simple contrat de louage de services, la loi sur les accidents du travail lui est applicable, vous avez action directe contre l'administration dans les limites du tarif des accidents du travail et sous réserve du « tout compris. » ;

2° Contre l'automobiliste, vous n'avez aucune action personnelle, puisque ce n'est pas lui qui vous a mis en œuvre et prié de donner vos soins au blessé. Mais vous pouvez former opposition entre ses mains ou entre les mains de son assurance, pour le payement de vos honoraires, sur l'indemnité qui pourra être allouée au blessé.

Si vous pouvez vous faire payer par l'administration dans une mesure quelconque, nous vous conseillons de l'accepter, en faisant réserve de tous vos droits pour la différence entre ce que vous toucherez ainsi et vos honoraires suivant votre tarif de droit commun.

Pour le solde, demandez au blessé un engagement écrit de vous payer sur l'indemnité qu'il touchera de l'auteur de l'accident et écrivez à ce dernier ou à son assurance pour leur signaler qu'il vous reste dû tant sur vos honoraires et leur demander de vouloir bien, aimablement, retenir cette somme sur l'indemnité à verser au blessé. S'ils n'acceptaient pas cette procédure, pour vous prémunir contre tout danger de règlement direct entre l'assurance et le blessé et d'insolvabilité consécutive de celui-ci, il ne vous resterait plus qu'à former une opposition régulière par ministère d'huissier et en vertu d'une ordonnance du président, ce qui entraînerait des frais assez élevés.

Cinquantième année — N° 18 — 29 Avril 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr DURAND, de Châlons-sur-Saône, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 200. — Enfants infirmes paralysés, épileptiques, arriérés. Méthode spéc. Résult. très intér. Pension médic., vie de famille. Condit. spéc. aux confr. Dr Gaston, La Petite Afrique, 104, route Nationale à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

N° 201. — Rég. Nord. Grande ville, après décès, client. chirurgic. et médic. avec clinique. Recettes moyennes 127.000 fr. suscept. d'augment. Belle maison avec tout confort. Loyer, prix, et comptant à débattre.

N° 202. — Coutainville (Manche) : A louer pour saison maisonnette bien située, à 1 minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 person. maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

N° 203. — Méd, milit. hôpitaux retraité, ch. Lég. d'hon., Cr. guerre, spéc. ray. X, U.V., électr., yeux. oreilles et nez, ch. situat. avec fixe, direct. clinique, Paris ou banl. immédiat.

N° 204. — Poste méd. de 45 ans, campagne, voisin, grande ville, condit. très douces, cession très pressée.

N° 205. — Veuve méd. diplômée, désir. direct. clin., mais. santé, sanat.

N° 206. — On dem. à acheter d'occas. bocaux et pots de pharmacie pour agencem. d'une officine.

N° 207. — Matér. complet de stérilis. (autoclave 3 kgr. condensat., réserv. d'eau chaude et d'eau froide, appar. à savon liquide, etc.).

N° 208. — Dr Poullain, à Blainville-sur-Orne (Calvad.) recomm. dem. 50 ans, ayant expér. éduc. jeunes enf. et prenant pensionn. toutes saisons. Ouistreham, Riva-Bella.

N° 209. — Doct. ch. associat. avec doct. âgé ou fatigué habitant Marseille, en vue success.

N° 210. — Client. à reprend. après décès, ville de 25.000 hab., 80 km. Paris, condit. except.

N° 211. — Somme, proxim. ville, client. à céder, rapport 50.000 min. Indemn. demandée 25.000 fr.

N° 212. — 20 km. Paris, belle banl. fréquentée, bien desservie. Seul méd. rapp. 85.000, pavill. avec gr. jardin. Indemn. 60.000 dont 40.000 compt. S'ad. Cab Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 213. — Paris, quart. en pleine extens., petite maison d'accouch. bail intéres. à reprend. contre indemn. avant., droit au bail et instal. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 214. — Ouest, ville agréable, centre instruct., cab. méd. génér. rapp. 60.000, augm. intéress. avec nouveaux tarifs. Loyer 2.500, belle maison 13 p., jardin. Indemn. 30.000 dont 20.000. S'ad. Cab. Greitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 215. — Dr recom. vivem. chauffeur 30 ans, sér., bonnes réf., 10 ans permis, hab. voy ,ges, notions anglais toutes voit. Dr Bornand, 17, av. Friedland, Paris. Tél. Elys. 09-71.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — M. le Préfet du Rhône signale un cas de maladie n° 3 constaté à l'arrivée du vapeur *Valdivia*, des transports maritimes.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Dermatologie.* — Le 1er mai, à la consultation du soir (20 h. 45), présentation de malades et leçon de M. le professeur agrégé Gougerot sur : *l'état actuel des traitements internes et généraux de l'eczéma : méthodes de désensibilisation, autohémothérapie*, etc.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** *Chirurgie oto-rhino-laryngologique.* — Un cours d'opérations chirurgicales (oto-rhino-laryngologie), en dix leçons, commencera le 7 mai. Droit : 350 fr.

— **Hôpital Cochin.** *Endoscopie urinaire.* — Des leçons pratiques d'endoscopie urinaire seront faites du 7 au 19 mai, dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, sous la direction de M. Chevassu, par MM. Bayle, Gautier et Lazard. Droit : 1.000 fr.

— **Hôpitaux de Paris.** *Jurys de concours.* Sont désignés et ont accepté de faire partie du jury :

Pour le concours de médecin des hôpitaux : MM. Ravault, Milian, Laffitte, Hudelo, Teissier, Lesage, Carnot, Grenet, Darré, M. Renaud, Desmarets.

Pour le concours de chirurgien des hôpitaux qui s'ouvrira le 2 mai, à l'Hôtel-Dieu : MM. Hartmann, Gernez, Auvray, Okinczyc, Baudet, Lejars, Emile Weill.

— **Journées thermales, climatiques et touristiques des Vosges.** — Ces journées se tiendront à Luxeuil-les-Bains, les 2 et 3 juin. Nous en donnerons le programme dans un prochain reportage. Inscription auprès du secrétaire général, M. le Dr L.-M. Pierra, 14 rue des Thermes, à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône). La cotisation est fixée à 20 fr.

— **Congrès du Caire.** — Le Congrès international de médecine tropicale, coïncidant avec l'anniversaire du centenaire de la Faculté de médecine du Caire, tiendra ses assises du 15 au 22 décembre 1928, au Caire, sous le haut patronage de S. M. le roi Fouad 1er.

— **Journées thermales de Clermont-Ferrand.** — Les Journées thermales de Clermont-Ferrand, sous la présidence de M. le professeur Castaigne, seront consacrées aux maladies des voies respiratoires et comprendront des excursions à La Bourboule et au Mont-Dore les 27 et 28 mai 1928. Inscriptions jusqu'au 1er mai au « Centre Médical », 23, place Bréchimbault, Moulins (Allier).

— **Réunion médicale de Nancy.** — La première réunion médicale de Nancy, de 1928, aura lieu le 6 mai, au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois.

— **Bal de la médecine française.** — Le bal de la médecine française du 24 mars dernier a rapporté la somme de 93.000 fr., qui sera versée à la Société bénéficiaire des veuves et enfants de médecins.

— **Clinique des Quinze-Vingts.** *Ophtalmologie.* — Pendant le mois de juin, le docteur J. CHAILLOUS, médecin des Quinze-Vingts, fera un enseignement pratique de clinique ophtalmologique. Chaque élève sera exercé à prendre l'observation du malade examiné. Cet enseignement aura lieu les mardis, jeudis, samedis de 4 à 5 heures. Les observations pourront être rédigées en anglais et en espagnol.

Les adhésions doivent être envoyées, avant le 15 mai, au docteur BERNARD, clinique des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau.

— **Nantes.** — M. le Dr Marcel BAUDOUIN fera le 2 mai, à 17 h., à l'Ecole de médecine de Nantes, une conférence sur : *Les monstres doubles.*

— **Nîmes.** — M. le Dr CHAMBON est nommé, après concours, médecin-adjoint des hôpitaux de Nimes.

— **Besançon.** — M. le Dr BESSOT et M. le Dr GOMET ont été proposés à la nomination du ministre, à la suite d'un récent concours, pour les fonctions de chef des travaux d'anatomie et de chef de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Besançon.

— **Maison de santé chirurgicale du Dr Briault.** — Le Dr F. Briault vient d'organiser, 11, rue Violet, Paris (XVe), une maison de santé de chirurgie qui accepte *à forfait* les malades de condition *modeste*. Pour renseignements, tél. : Ségur 77-41.

— **Naissance.** — Le docteur DEBIDOUR, du Mont-Dore, nous fait part de la naissance de son petit-fils Jacques-André BLANCHERIE.

— **Société d'Anthropologie.** CONFÉRENCE LAMARCK. — Jeudi 3 mai, à 16 heures, conférence du Dr Félix REGNAULT sur « *Les Savants aveugles et le Rôle des Sens dans le génie* ». (16, rue de l'Ecole-de-Médecine).

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *avril.*

Assurances sociales.

Loi du 5 avril 1928 *sur les assurances sociales.*

Les articles de cette importante loi qui peuvent intéresser nos lecteurs seront publiés ultérieurement dans le corps du Journal.

13 *avril.*

Hygiène publique.

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en or est

décernée, à titre posthume, à M. le Dr Solmiac, décédé à Grand (Vosges), victime de son dévouement.

Service de santé militaire.

Extrait de l'instruction relative au concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1928.

Un concours sera ouvert le 3 juillet 1928, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'école du service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1928 est fixé comme suit :

A. — *Section métropolitaine.*

A 100 pour les étudiants en médecine (y compris les candidats P.C.N.).

A 6 pour les étudiants en pharmacie.

B. — *Section médecine. — Troupes coloniales.*

A 40 pour les étudiants en médecine (y compris les étudiants P.C.N.).

Seront admis à y prendre part :

A. — Section médecine.

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat (étudiants P.C.N.) ;

2° Les étudiants en médecine pourvus de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

B. — Section pharmacie.

. . . .

Nul n'est autorisé à prendre part au concours s'il n'a préalablement justifié qu'il remplit les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français.

Peuvent être admis également les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Avoir eu au 1er janvier 1928 :

a) Pour les étudiants P.C.N., vingt-trois ans au plus ;

b) Pour les étudiants en médecine concourant à quatre inscriptions valables pour le doctorat, vingt-quatre ans au plus ;

c) Pour les étudiants en pharmacie :

Vingt-trois ans au plus pour les stagiaires ayant un an de stage.

Vingt-quatre ans au plus pour les étudiants à quatre inscriptions.

Nota. — Pour les candidats qui sont présents sous les drapeaux ou ont déjà fait leur service militaire, les limites d'âge sont reculées d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux.

3° Etre robuste, bien constitué et présenter les conditions d'aptitude physique exigées des étudiants concourant pour l'école du service de santé militaire par l'instruction du 29 septembre 1926, relative à l'application du décret du 10 juin 1926 en ce qui con-

cerne l'école du service de santé militaire (*Bulletin officiel*, partie permanente, page 2550).

4° Etre pourvu, au jour de l'ouverture des épreuves orales dans le premier centre d'examen.

a) Etudiants en médecine :

Pour les candidats P.C.N. du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats ne sont pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité au jour de l'ouverture des épreuves orales d'admissibilité, ainsi :

Concourront à quatre inscriptions :

Les étudiants ayant quatre inscriptions au minimum et sept au maximum.

b) Etudiants en pharmacie....................

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats reçus au concours ne pourront être admis définitivement à l'école du service de santé militaire que s'ils justifient avant le 10 novembre 1928 au plus tard, qu'ils ont subi avec succès les examens afférents à leur scolarité.

Les candidats devront se faire inscrire, s'ils sont civils, à la préfecture du département d'où ils font leurs études médicales, s'ils sont présents sous les drapeaux, à la préfecture du département où ils tiennent garnison.

La liste d'inscription sera ouverte le 14 mai et close le 7 juin 1928, terme de rigueur.

Les demandes de bourses et trousseaux seront déposées dans les préfectures où résident les familles du 14 mai au 15 juin inclus, lors même que les intéressés feraient leurs études ou leur service militaire dans un autre département. Les demandes de bourses doivent préciser si la famille sollicite une pension avec trousseau ou demi-trousseau ou une demi-pension avec trousseau ou demi-trousseau ou seulement une pension ou une demi-pension.

La circulaire sur l'admission à l'école du service de santé militaire en 1928, comportant les modalités et les programmes des épreuves du concours et indiquant les avantages offerts aux élèves de l'école du service de santé militaire, est déposée dans les préfectures, dans les facultés de sciences, de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et dans les directions du service de santé des corps d'armée.

Pour tous renseignements complémentaires, les candidats devront s'adresser au directeur de l'école du service de santé militaire à Lyon.

Nota. — Les élèves de l'école du service de santé militaire sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin sous-lieutenant ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active et à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les

fonctions de ce grade, ou, au plus tard du 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde) qui varie avec la date de nomination et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine (1).

15 *avril.*

Stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.

Taxes des stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.

Arrêté du 12 *avril* 1928.

Art. 1er. — La taxe additionnelle à percevoir en sus de la taxe de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, en exécution des articles 18 et 19 de la loi du 24 septembre 1919 est fixée, pour l'année 1928, aux taux ci-après :

10 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net de la taxe principale n'a pas dépassé 20.000 fr. pendant l'année 1927 :

Alet (Aude) ; Allos (Basses-Alpes) ; Ambleteuse (Haute-Savoie) ; Annot (Basses-Alpes) ; Audinac-les-Bains (Ariège) ; Bastia (Corse) ; Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées) ; Bormes (Var) ; Bougie (Algérie) ; Bussang (Vosges) ; Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) ; Chambéry (Savoie) ; Chambon-sur-Lignon (le) (Haute-Loire) ; Chaudesaigues (Cantal) ; Durtol (Puy-de-Dôme) ; Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise) ; Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure) ; Gréoux-les-Bains (Basses-Alpes) ; Hauteville-en-Bugey (Ain) ; Lacaune (Tarn) ; Laveissière (Cantal) ; Loures-Barousse (Hautes-Pyrénées) ; Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ; Lyons-la-Forêt (Eure) ; Marly-le-Roi (Seine-et-Oise) ; Martigny-les-Bains (Vosges) ; Menthon-Saint-Bernard (Haute-Savoie) ; Mimizan Landes) ; Mont-Louis (Pyrénées-Orientales) ; Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin) ; La Nouvelle (Aude) ; Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales) ; Passy (Haute-Savoie) ; Portiouis (Morbihan) ; Pralognan (Savoie) ; La Roche-Posay (Vienne) ; Salins (Jura) ; Sallanche (Haute-Savoie) ; Servoz (Haute-Savoie) ; Sorèze (Tarn) ; Stella-Plage (Pas-de-Calais) ; Saint-Agrève (Ardèche) ; Saint-Eugène (Algérie) ; Saint-Flour (Cantal) ; Talloires (Haute-Savoie) ; Tréguier (Côtes-du-Nord) ; La Turbie (Alpes-Maritimes); Vallorcine (Haute-Savoie) ; Vals-les-Bains (Ardèche) ; Le Vésinet (Seine-et-Oise) ; Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes).

15 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net supérieur à 20.000 fr. n'a pas dépassé 50.000 fr.

(1) Application de la loi du 24 décembre 1925 modifiant la loi du 6 janvier 1923.

pendant l'année 1927 ou dans lesquelles la taxe n'a pas été perçue pendant une année entière :

Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ; Ajaccio (Corse) ; Allevard (Isère) ; Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales) ; Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées); Bains-les-Bains (Vosges) ; Balaruc-les-Bains (Hérault) ; Beausoleil (Alpes-Maritimes) (1) ; Besse (Puy-de-Dôme) ; Binic (Côtes-du-Nord) ; Biskra (Algérie) ; Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) ; Bourbon-l'Archambault (Allier) ; Briançon (Hautes-Alpes) ; Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes) ; Capvern (Hautes-Pyrénées) ; Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) ; Carcassonne (Aude) ; Challes-les-Eaux (Savoie) ; Châtelaillon (Charente-Inférieure) ; Cluses (Haute-Savoie) ; Constantine (Algérie) ; Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) ; Etables (Côtes-du-Nord); Etretat (Seine-Inférieure) ; Granville (Manche) ; Grasse (Alpes-Maritimes) ; Grau-du-Roi (Gard) ; Langrune-sur-Mer (Calvados) ; Le Lavandou (Var) ; Lion-sur-Mer (Calvados) ; Riers-Alvignac (Lot) ; Palavas-les-Flots (Hérault) ; Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; Salies-du-Salat (Haute-Garonne) ; Sanary (Var) ; Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre) ; Saint-Martin-Vésuble (Alpes-Maritimes) ; Sainte-Maxime (Var) ; Saint-Servan (Ille-et-Vilaine) ; Thonon (Haute-Savoie) ; Trébeurden (Côtes-du-Nord) ; Trégastel (Côtes-du-Nord) ; Vallée-des-Eaux-Chaudes, commune de Digne (Basses-Alpes) ; Vence (Alpes-Maritimes) ; Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales) ; Yport (Seine-Inférieure).

(1) 20 p. 100 dans le cas où la station aurait perçu 50.000 fr. de taxe principale en 1927.

20 p. 100 dans les stations suivantes, où le produit net a dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1927 :

Aix-les-Bains (Savoie) ; Alger (Algérie) ; Annecy (Haute-Savoie) ; Arcachon (Gironde) ; Avignon (Vaucluse) ; Ax-les-Thermes (Ariège) ; Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne) ; Bagnoles-de-l'Orne (Orne) ; Bandol (Var) ; Bayonne (Basses-Pyrénées) ; Beaulieu (Alpes-Maritimes) ; Berck (Pas-de-Calais) ; Biarritz (Basses-Pyrénées) ; La Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Brides-les-Bains (Savoie) ; Cabourg (Calvados) ; Cannes (Alpes-Maritimes) ; Cauterets (Hautes-Pyrénées) ; Chamonix (Haute-Savoie) ; Châtelguyon (Puy-de-Dôme) ; Contrexéville (Vosges) ; Dax (Landes) ; Deauville (Calvados) ; Dieppe (Seine-Inférieure) ; Dinard (Ille-et-Vilaine) ; Divonne-les-Bains (Ain) ; Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure) ; Evian (Haute-Savoie) ; Fontainebleau-Avon (Seine-et-Marne) ; Gérardmer (Vosges) ; Grenoble (Isère) ; Hendaye (Basses-Pyrénées) ; Houlgate (Calvados) ; Hyères (Var) ; Lamalou (Hérault) ; Luc-sur-Mer (Calvados) ; Luxeuil (Haute-Saône) ; Lyon (Rhône) ; Malo-les-Bains (Nord) ; Menton (Alpes-Martitimes) ; Mont-Dore (le) (Puy-de-Dôme) ; Néris (Allier) ; Nice (Alpes-Maritimes) ; Ouistreham (Calvados) ; Paramé

(Ille-et-Vilaine) ; Pau (Basses-Pyrénées) ; Perros-Guirec (Côtes-du-Nord) ; Pléneuf (Côtes-du-Nord) ; Plombières (Vosges) ; Pornichet (Loire-Inférieure) ; Pouliguen (le) (Loire-Inférieure) ; Quiberon (Morbihan) ; Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes) ; Royan (Charente-Inférieure) ; Royat-Chamalières (Puy-de-Dôme) ; Sables-d'Olonne (les) (Vendée) ; Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) ; Soulac-sur-Mer (Gironde) ; Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados) ; Saint-Cast (Côtes-du-Nord) ; Saint-Gervais (Haute-Savoie); Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes) ; Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées) ; Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine) ; Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) ; Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) ; Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord) ; Saint-Raphaël (Var) ; Touquet-Paris-Plage (le) (Pas-de-Calais) ; Trouville (Calvados) ; Uriage-les-Bains (Isère) ; Vichy (Allier) ; Villers-sur-Mer (Calvados) ; Vittel (Vosges) ; Wimereux (Pas-de-Calais).

Art. 2. — Le recouvrement aux taux ci-dessus sera effectué en même temps et dans les mêmes formes que celui de la taxe principale et les fonds versés mensuellement dans les conditions et suivant les règles fixées par l'article 83 du décret du 4 mai 1920, modifié par le décret du 30 mai 1923.

Art. 3. — L'administrateur directeur de l'office national du tourisme est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Pensions militaires.

Revision du guide barème des invalidités en ce qui concerne les affections oculaires.

Arrêté du 6 *avril* 1922.

Art. 1er. — Il est constitué au ministère des pensions une commission chargée de reviser le guide barème des invalidités en ce qui concerne les affections oculaires.

Art. 2. — Cette commission est constituée comme suit :

MM. Ch. Valentino, conseiller d'Etat, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions, représentant le ministre des pensions, président ; le médecin principal Vallat, président de la commission consultative médicale ; A. Paloque, chef des services médicaux au ministère des pensions; le Dr Armbruster, sénateur, correspondant national de la société d'ophtalmologie de Paris ; le Dr Bailliart, secrétaire général de la société d'ophtalmologie de Paris, 15, rue Saint-Simon Paris (7e) ; le Dr Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, 232, boulevard Saint-Germain, Paris (7e) ; le Dr Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux, 19, rue de la Boétie, Paris (8e) ; le Dr Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux, 14, rue de Marignan, Paris (8e) ; le prof. Lagrange, 78, boulevard de Courcelles ; le prof. de Lapersonne, 30, rue de Lisbonne, Paris (8e) ; le Dr Morax, ophtalmologiste des hôpitaux, 26, boulevard

Raspail, Paris (7e) ; le Dr René Onfray, membre de la société d'ophtalmologie de Paris, 6, avenue de La-Motte-Picquet, Paris (7e) ; le Dr Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des hôpitaux, 31, avenue Victor-Hugo, Paris (16e) ; le Dr Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux, 48, rue Pierre-Charron, Paris (8e) ; le Dr Velter, ophtalmologiste des hôpitaux, 38, avenue du Président-Wilson, Paris (16e) ; le prof. Teulières, 15, cours Georges-Clemenceau, Bordeaux ; le médecin-major de 1re classe Worms, professeur au Val-de-Grâce ; le colonel Picot, député, président de l'association des mutilés de la face ; Rogé, président de l'association des mutilés et anciens combattants de la grande guerre à Nancy ; Joubert, secrétaire général de la Fédération nationale « Les mutilés des yeux », 12, rue Pergolèse, Paris.

M. le Dr Legendre, du service des expertises médicales au ministère des pensions, remplira les fonctions de secrétaire de la commission.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Antithèses.

Dans un numéro de l'*Eclaireur de Nice*, nous lisons, en première page l'entrefilet suivant, sous le titre : « Juste hommage à un grand savant ».

Nous avons annoncé, avant-hier, que le Dr Albert Calmette était élevé à la dignité de grand-croix de la Légion d'honneur. Cette suprême distinction ne pouvait mieux être attribuée qu'au grand savant que l'Institut s'est honoré, dernièrement, en l'accueillant spontanément dans son sein, car elle vient récompenser une carrière extrêmement brillante, vouée tout entière à la lutte contre les fléaux sociaux et couronnée par la découverte du vaccin antituberculeux, qui a classé son inventeur parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Sa promotion à la plus haute distinction française sera apprise à Nice, qui est fière de lui avoir donné le jour, avec la plus insigne faveur, et nous nous joignons à toute la population pour adresser au professeur Albert Calmette, nos bien cordiales félicitations.

Or, à la cinquième page du même numéro, nous lisons l'entrefilet suivant :

A propos des Guérisseurs

A propos de l'article « Méfions-nous des Guérisseurs », que nous avons publié le 22 décembre dernier, M. Truc nous adresse la lettre suivante, que notre impartialité nous fait un devoir d'insérer :

Monsieur le Directeur de *L'Eclaireur de Nice et du Sud-Est*, Nice.

Monsieur,

Sous le couvert du « Comité National de Défense contre la tuberculose », dont je suis membre actif

(carte n° 21829), votre journal a publié, le jeudi 22 décembre, un article intitulé « *Méfions-nous des Guérisseurs* ». Bien que mon nom ne soit pas, à proprement parler, cité, je m'estime nettement visé et j'espère, Monsieur le Directeur, que vous me permettrez d'y répondre sans invoquer la loi.

Je ne suis point un « Guérisseur », terme méprisant dont on se sert pour stigmatiser des sortes d'escrocs exploitant la crédulité des simples. Je suis un simple, mais aussi, un paysan du Var dont les recherches se sont appliquées à tirer des plantes de nos régions, mêlées à des algues marines, un produit qui, baigné dans notre huile de Provence, n'a rien de chimique, donc de frelaté.

Si je me souviens bien, Monsieur le Directeur, lors d'un procès fameux, où plus de 90 témoins de toutes professions, tous très Français, venus du fond de leurs lointaines provinces, Bretagne, Lorraine, Pyrénées, etc., osèrent, sous la foi du serment, témoigner ardemment de l'efficacité de mon produit — que je ne nomme pas, pour que vous n'ayez pas à m'en refuser la réclame gratuite — de mon produit qui les avait non seulement soulagés, mais guéris ; *L'Eclaireur* a, dans son compte rendu, proclamé, en plus de mon acquittement, que non seulement je n'étais pas un escroc, un paltoquet d'estrades, un « guérisseur » quoi ; mais que tout de même mon produit honnête, naturel, avait guéri des centaines, des milliers de malades, au témoignage de tous.

Et qui proclamait cela, au tribunal ? Des maîtres incontestés, qui valent bien, quoique moins connus, moins officiels, MM. Calmette, Delille, Tessier, et autres signataires de l'article que je relève avec mon énergie convaincue, forte des résultats acquis, malgré l'omnipotence infaillible de la Faculté confondue...

Et puisque M. le prof. Calmette notamment, l'élève de Pasteur, a le premier signé cette note vedette au bénéfice, sans doute, d'un concurrent empressé à me ridiculiser vis-à-vis d'électeurs, voulez-vous bien lui demander si, avant que Pasteur ne découvre vraiment le sérum contre la rage, le croup ou autres affections mortelles, maints savants, du haut de leur imposante autorité, n'ont pas souri aux premières recherches, haussé leurs épaules diplômées aux résultats d'abord minces, mais à la longue officiellement, humainement consacrés ?

« Guérisseur », m'écrivez-vous ? Mais si, des milliers de malades, des centaines même, d'une douzaine encore, je n'avais pu, par mon produit, sauver que 20 %, je dirais à mes détracteurs, qu'avez-vous donc guéri de votre science infuse, officielle ? Et quel droit avez-vous de vouloir m'empêcher de gagner ma vie, moi hier paysan, à côté de vous, Messieurs, diplômés, surchargés d'honneurs et de gloire, richement pourvus par les honoraires, officiels ou non ?

Les études les plus fouillées tâtonnent comme je fis d'abord ; je prétends avoir aujourd'hui le droit de dire que j'ai rendu, par mon produit, quelques

Voir la suite page LV-1299

PROPOS DU JOUR

Le Livre d'Or du Corps Médical

Un nouveau martyr de la profession médicale.

Puisque, paraît-il, la création d'un Livre d'Or à l'Association générale des médecins de France, pourrait amener des discussions et des conflits dont la répercussion nuirait peut-être au bon renom d'une profession que nous pensions au contraire ainsi rehausser, nous nous contenterons de signaler dans notre *Concours médical*, tous les actes d'héroïsme et de dévouement, toutes les victimes du devoir professionnel que nos lecteurs voudront nous signaler. Bien que notre citation n'ait rien d'officiel, elle n'en aura pas moins de retentissement. Peut-être un jour en feuilletant la collection de notre journal, un de nos lointains successeurs, mal renseigné sur le corps médical de notre époque, que les plus puristes d'entre nous, avec les meilleures intentions, se plaisent à dénigrer, constatera que dans la première moitié du XX[e] siècle, les praticiens français n'étaient pas tous des médecins marrons et des exploiteurs.

Un de nos vieux abonnés des Vosges, le D[r] Richaud, de Bugnéville, nous adresse sans commentaires une coupure du journal, l'*Abeille des Vosges* du 7 avril 1928, relatant la mort et les obsèques du D[r] Solmiac, médecin à Grand, emporté en quarante-huit heures par une septicémie contractée au chevet d'une de ses malades.

Le D[r] Solmiac était un jeune praticien, âgé de 31 ans, qui, marié depuis peu et père d'un jeune enfant, était venu s'installer, il y a trois ans à peine, à Grand, où il avait su conquérir par sa courageuse activité, son inépuisable bonté et son extrême dévouement, le respect et l'affection de la population toute entière.

Le Président du Syndicat des médecins de Neufchâteau, le D[r] Diez, est venu sur sa tombe rappeler en termes émus, les qualités morales et professionnelles de ce jeune confrère ; exposer ses scrupules — si grande était sa probité professionnelle — scrupules qu'il confiait au Président de son syndicat, l'incitant à jouer auprès de lui le rôle paternel d'un mentor ; vanter son abnégation dans le dévouement qui le poussait à sacrifier sa santé, passant en partie ses nuits auprès des malades très graves ou des accouchées, admirablement compris et secondé par sa jeune femme.

Le sous-préfet de Neufchâteau est alors venu, au nom du Gouvernement, déposer sur le cercueil du martyr la médaille d'or des épidémies. Mais l'hommage le plus touchant rendu à la mémoire du jeune praticien fut la douleur non dissimulée de la foule des assistants qui, sous les rafales de la pluie, défila tristement devant la fosse ouverte du cimetière de Sainte-Libaire. Nous joignons nos regrets à ceux, si éloquemment exprimés par le D[r] Diez, et citons comme exemple à nos jeunes confrères le D[r] Solmiac, de Grand (Vosges), mort à 31 ans victime du devoir professionnel.

J. NOIR.

Les Journées Médicales de Bruxelles

A l'heure où s'impriment ces lignes, elles achèvent leur VIII[e] session dans une prestigieuse harmonie de couleurs et de parfums, aux *Floralies Gantoises*. Me réservant d'en rendre compte avec les développements qu'elles méritent, je me borne aujourd'hui à m'associer une fois de plus, de toute la force de mon esprit et de toute la sincérité de mon cœur, aux hommages si mérités, qui ont été rendus, durant ces journées, à BECKERS, BERNARD et MAYER, initiateurs et réalisateurs inégalables, « as » parmi les « as » qui viennent, une fois de plus, de remporter un succès triomphal.

G. DUCHESNE.

A LA SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS

— “ Des médecins pour un fixe au rabais ?... On en trouve autant que des roquets autour d'un os. ”

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUË (1)

Par le professeur E. Forgue,

Professeur de clinique chirurgicale de l'Université de Montpellier.

Toute appendicite aiguë, diagnostiquée exactement, — et scrupuleusement — *doit être opérée dès le début de la crise,* c'est-à-dire avant la trente-sixième heure. A cette période, donc, *le diagnostic est tout* : la détermination opératoire s'en déduit incontestablement.

En effet, *quand une appendicite commence, on ne peut jamais prévoir comment elle évoluera.* Cette évolution comporte des accalmies trompeuses, des soudaines aggravations. Pratiquée avant la quarante-huitième heure, l'opération systématique est la décision la plus sûre ; celle qui pare le mieux à ces incertitudes de la marche de l'appendicite. Il est évident qu'on a d'autant plus de chances de rencontrer des lésions *localisées à l'appendice seul,* au stade purement pariétal, que l'on opère plus près de la crise. Il est réel aussi, que, dans les premières heures, pendant toute la première journée, on enlève l'appendice, si des crises antérieures ne l'ont pas fixé, avec la même commodité que dans l'appendicectomie à froid ; même pendant la seconde journée, les agglutinations péri-appendiculaires ne créent pas de difficultés à l'ablation. Dans les *formes gangréneuses et perforantes,* l'opération hâtive supprime l'organe avant que la perforation se soit accomplie. Dans les formes toxémiques, elle enlève le foyer à toxines ; et le salut est alors dans l'intervention dès les premières heures.

Mais cette règle, *unanimement acceptée maintenant, de l'intervention systématique, comporte l'obligation d'un diagnostic rigoureux* : le devoir est d'éviter les interventions erronées et de ne point prendre pour une appendicite une *colique néphrétique ou hépatique, une crise d'hydronéphrose intermittente, une colique de plomb, une fièvre typhoïde, voire une pnoumonie droite.* D'autre part, il y a lieu de parfaire sur ce point l'éducation des médecins et du public. Trop souvent le médecin ne recourt à la consultation chirurgicale que lorsqu'il voit les symptômes devenir inquiétants, et nos échecs sont dus alors à sa temporisation : *dès le début, appelez le chirurgien ; ne purgez jamais le malade.* Si, à la ville, les malades sont vus par le médecin dès le commencement de la crise, il n'en est pas de même à la campagne : les petits cultivateurs, les domestiques de ferme, gens endurants, ne font appel au médecin que tardivement et le chirurgien ne les voit jamais dans les quarante-huit premières heures ; les parents et l'entourage reculent devant une décision aussi prompte, et, si elle tourne défavorablement, sont enclins à l'inculper. Enfin, l'opération précoce à chaud ne garde sa parfaite sécurité, son risque minimum, que si elle est pratiquée dans un milieu de stricte asepsie par un chirurgien d'expérience.

Après le deuxième jour et sans qu'il faille adopter comme un dogme cette limite de la trente-sixième ou de la quarante-huitième heure, la règle de conduite est moins absolue parce qu'à ce moment, les crises légères tendent déjà à tourner court et que pour les cas moyens où le foyer appendiculaire se limite par des adhérences, on risque de rompre ce barrage protecteur et de diffuser l'infection. C'est alors que se pose une question décisive et de poignante responsabilité : *cette appendicite a-t-elle chance de tourner à la résolution et d'attendre une intervention différée, hors de la crise, à froid, de toute sécurité* ; ou bien, *impose-t-elle une opération d'urgence, en pleine attaque à chaud* ? En raison même de notre incertitude sur l'avenir de la crise, des fausses accalmies, des aggravations toxi-infectieuses brusques au cours d'appendicites en apparence bénignes, la formule de Témoin apporte une solution radicale et simple : *opérer immédiatement, systématiquement, comme s'il avait une hernie étranglée, tout malade atteint d'appendicite aiguë quelles que soient l'heure, la forme et l'évolution clinique.* A l'appui de cette formule, on peut fournir les considérants suivants. Il est certain, d'abord, que la notion de temps ne doit point dominer et limiter la décision du chirurgien ; car, l'heure à laquelle apparaît le premier symptôme ne marque point le début réel de la crise, les lésions anatomiques devançant les signes ; et, lorsque nous croyons avoir opéré avant la quarante-huitième heure, nous ne

(1) Extrait du *Précis de pathologie externe,* 8e édition, t. II (G. Doin) et publié avec la bienveillante autorisation de l'auteur.

pouvons fixer que le moment, où, cliniquement, l'appendicite s'est révélée : or, elle a maintes fois, des phases latentes. Il est incontestable que, chez l'enfant, le péritoine se défend mal, que les lésions gangréneuses de l'appendice sont plus fréquent s et plus intenses, que son organisme résiste mal à l'intoxication : donc, *chez l'enfant*, la tendance actuelle est le *rejet de la temporisation* et l'opération immédiate à chaud dont les chances de succès sont d'autant plus grandes qu'on est plus rapproché du début de la crise. Enfin, c'est la *haute gravité des péritonites secondaires*, survenant au cours d'une appendicite aiguë qui avait d'abord paru s'enkyster, qui est le meilleur argument en faveur de l'intervention immédiate.

Il est hors de doute que nous avons tous, depuis quelques années (et c'est le bénéfice de l'exemple de TÉMOIN), étendu notablement les indications de l'opération systématique.

Mais, en pratique, chez l'adulte du moins, la solution du problème ne saurait être fournie par une formule aussi simpliste. C'est l'observation clinique, qui, avant tout, décide, le second jour une fois passé, la sélection des cas justiciables de l'opération immédiate. Dans les conditions *d'une surveillance attentive, dirigée par un chirurgien d'expérience* (car c'est au chirurgien responsable de l'intervention, de son heure et de ses résultats, qu'il appartient d'apprécier les indications), *la ligne de conduite doit se déterminer selon les symptômes et leur évolution*. Si cette surveillance constante et compétente ne peut pas être assurée (et c'est le cas ordinaire de la clientèle rurale), l'intervention immédiate offre plus de sécurité.

Il faut opérer sans délais les cas, où l'on constate une ou plusieurs des indications suivantes : *la douleur a été intense et diffuse dès le début* ; *le traitement médical appliqué* dès la première heure (diète absolue de boisson ; glace en permanence sur l'abdomen ; immobilité) *n'a amené aucun soulagement, la palpation dépressive de la fosse iliaque gauche est douloureuse*, ce qui révèle l'existence d'une péritonite en voie d'extension ou d'un foyer pelvien (QUÉNU, JALAQUIER) ; *consécutivement à une accalmie, il s'est fait une reprise douloureuse vive*, ce que DIEULAFOY considérait comme un signe de certitude de la gangrène de l'appendice ; *la disparition de la respiration diaphragmatique*, l'immobilisation du diaphragme (signe de DELBET), c'est-à-dire l'absence de soulèvement épigastrique dans l'inspiration profonde, *traduit une péritonite étendue aux parties supérieures de l'abdomen* ; *les vomissements persistent, ou reparaissent après une rémission* ; *la température* s'élève ; surtout *le pouls s'accélère* (le pouls, bien plus instructif que le thermomètre, doit être compté d'heure en heure ; il faut tenir compte non seulement de son accélération, mais de son instabilité, de sa discordance avec la température, de l'irrégularité de son rythme, de sa faiblesse) ; la *souplesse de la paroi abdominale ne reparaît pas, la contraction de défense persiste et s'étend*, ou bien *le ventre se ballonne, aucun gaz n'est émis* ; le faciès s'altère, les urines sont rares.

Il faut opérer, d'extrême urgence, et souvent au-delà de la troisième et quatrième journée (le jour critique des formes gangréneuses), quand elles nous arrivent tardivement, les appendicites avec péritonite diffuse, soit qu'il s'agisse d'une forme d'emblée gangréneuse et perforante, soit qu'on ait affaire à une infection en deux temps, et à la diffusion secondaire d'un foyer péri-appendiculaire d'abord limité. L'objectif est alors l'ablation de l'appendice, centre de l'infection péritonéale. L'opération est difficile surtout dans la dernière hypothèse, l'appendice étant enfoui dans un paquet d'adhérences épiploïques et intestinales ; le pronostic est grave.

Il faut opérer du cinquième au douzième jour, en général, *les péritonites purulentes enkystées péri-appendiculaires*, dont les trois localisations principales sont : *les abcès appendiculaires de la fosse iliaque droite*, que révèlent la fièvre à 38° ou 39°, la submatité à la percussion, la douleur vive à la pression ; *les abcès postérieurs de l'appendicite rétro-cæcale*, caractérisés par la défense musculaire et la douleur provoquée, en arrière, le long du bord externe du carré lombaire ; *les abcès pelviens, avec élévation thermique* persistante, dysurie, empâtement du Douglas et fluctuation profonde perçus par le toucher rectal. L'intervention se borne, en général, à l'évacuation de l'abcès et à son drainage ; la recherche systématique de l'appendice, quand il ne se découvre pas facilement, n'est pas à recommander ; il est indiqué d'en faire l'ablation secondaire.

Il ne faut pas opérer *immédiatement* les appendicites aiguës qui ont donné lieu à un *plastron*, à un empâtement dur de la fosse iliaque. Adhérent à la paroi, le plastron indique une réaction plastique vive, donc une limitation des lésions. L'opération est alors, à chaud, très laborieuse : l'extériorisation du paquet formé par le cæcum, l'épiploon, les anses grêles, avec un abcès au centre du bloc, est impossible ; l'ablation de l'appendice est difficilement réalisable. Si l'accroissement de la tuméfaction, la persistance de la fièvre, l'augmentation de la douleur, l'indiquent, il y a lieu d'intervenir, d'ouvrir et de drainer l'abcès, mais de ne point s'obstiner à la recherche de l'appendice que, un mois ou deux plus tard, on enlèvera ; si non, on différera l'intervention, d'autant moins dangereuse que l'on aura laissé au foyer septique péri-appendiculaire les délais de sa stérilisation spontanée et que la résorption des exsudats sera plus complète.

Dans l'appendicite à chaud, deux incisions sont classiques : celle de ROUX et celle de SCHULLER-JALAGUIER. L'incision de ROUX est préférable : elle a l'avantage de nous porter directement sur le fond du cæcum, de laisser le grêle en dedans, d'aborder l'abcès en dehors, de ménager les adhérences qui cloisonnent en dedans la grande cavité, de conduire sur les formes rétro-cæcales ; elle doit être très externe, immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèle à l'arcade de Fallope, longue de 15 centimètres environ, prolongée en dehors quand la collection est rétro-cæcale. Après incision des divers plans pariétaux ou plutôt dissociation des muscles, selon leur direction des fibres, à la façon de MAC BURNEY.

L'incision de SCHULLER-JALAGUIER est verticale, parallèle au bord externe du grand droit : ce muscle est récliné en dedans ; le feuillet postérieur de sa gaine est incisé. Elle ménage un accès plus large que l'incision de MAC BURNEY. Elle est préférable lorsque l'on prévoit un grand foyer et des difficultés dans la recherche de l'appendice. Le péritoine est ouvert : le pus s'écoule, on l'éponge doucement avec une compresse montée sur pince ; puis, on va à la recherche de l'appendice ; appendicectomie au thermo ; après avoir placé une ligature à sa base et sur son méso, le moignon est enfoui par un surjet en bourse, à moins que les parois du cæcum ne soient friables. Dans les interventions précoces, la découverte et l'ablation de l'appendice sont ordinairement réalisables ; la suppression de ce centre de l'infection péritonéale est, évidemment, l'objectif à poursuivre ; mais, dans les appendicites à plastron, il est souvent difficile de trouver l'appendice ; dans les formes gangréneuses, il n'est enlevable parfois qu'en partie ; il faut alors se résigner à l'abandonner, quitte à faire son ablation secondaire, après un mois ou deux. Pas de lavage ; ou simplement un nettoyage à l'éther ; mais (malgré que la fermeture sans drainage ait donné des succès dans certaines péritonites appendiculaires), un soin particulier dans le drainage, d'où dépend les succès de l'intervention : un drain sous l'angle iléo-cæcal ; un Mickulicz dans les péritonites diffuses ; si besoin, incisions de décharge et *drains vers les points déclives*, vers les fosses lombaires, *vers le Douglas*. Les collections suppurées pelviennes sont ouvertes par le rectum, après dilatation anale. Sérothérapie antigangréneuse (ce qui est un secours thérapeutique à ne point omettre). *Position de Fowler*, demi-assise, qui permet aux liquides de descendre vers le petit bassin ; irrigation continue de sérum, goutte à goutte, dans le rectum.

CLINIQUE MÉDICALE

Examen et interrogatoire d'un asthmatique.

D'après une leçon du professeur BEZANÇON (1).

Il est intéressant de commencer par l'interrogatoire du malade et de le poursuivre avec méthode, de façon à ne pas trop oublier les incidents qui peuvent avoir été le déterminisme de la crise. Commencez par la recherche de l'hérédité asthmatique. Vous savez tous combien il est fréquent de voir dans les antécédents d'un asthmatique des parents asthmatiques, parmi les ascendants et quelquefois même parmi les descendants. Cherchez s'ils n'ont pas eu d'autres manifestations, par exemple, de tuberculose, ou d'hérédo-syphilis.

Demandez à quel âge est apparue la première crise. Est-ce un asthme du nourrisson, ou de la petite enfance, ou de la puberté, ou de l'adulte, un asthme apparu tardivement ? Je n'insiste pas sur les caractères de l'asthme infantile. Je vous rappelle qu'à ce moment, très souvent, l'influence digestive joue un rôle important. L'enfant était-il nourri au sein, au biberon ? L'asthme n'est-il pas apparu au moment du sevrage ? L'enfant n'a-t-il pas présenté, avant, pendant ou après, des manifestations cutanées prurigineuses ?

La première crise survenue chez un adulte n'a-t-elle pas été précédée de manifestations respiratoires (pleurésie, bronchopneumonie, etc.) ? Tel individu a présenté auparavant une bronchite qui a pris immédiatement le caractère dyspnéisant ; cette manifestation était probablement une manifestation de tuberculose fibreuse à type emphysémateux.

Quelquefois, l'asthme n'apparaît que très tardivement, par exemple après la ménopause, chez la femme ; chez l'homme, après la cinquantaine ; mais quand on est en présence d'un asthme de la cinquantaine, il faut se méfier ; souvent, il ne s'agit pas d'asthme véritable, mais d'une dyspnée d'origine cardiaque, aortique, ou cardio-rénale.

Est-ce un asthme d'été, on devra rechercher si le malade a de la rhinite spasmodique. On arri-

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 24 février 1928, recueillie par le Dr LAPORTE.

vera, par la méthode des cutiréactions, à savoir si réellement l'individu a un asthme pollinique.

Les crises sont-elles plus fréquentes l'hiver ? Ici interviennent les bronchites, les manifestations grippales, le refroidissement, etc.

Influence des climats : d'une façon générale, beaucoup d'asthmatiques supportent mal le bord de la mer. Certains malades n'ont pas d'asthme en pleine mer, parce qu'ils sont à l'abri des causes polliniques. En vieillissant, l'asthme s'intrique de bronchite, d'emphysème, et l'asthmatique supporte mal les régions humides, tandis qu'il bénéficie des climats secs et des climats chauds. Cependant, certains asthmatiques supportent mieux les climats humides, dans lesquels il pleut beaucoup, et où le sol a une certaine perméabilité.

Influence du lieu d'habitation : beaucoup d'asthmatiques ont des crises dans une ville, et n'en ont pas dans une ville voisine. Dans ces cas, on peut penser que l'influence climatique ne joue aucun rôle et que ce sont les conditions mêmes de l'habitation. On cherche si ces méfaits ne tiennent pas au voisinage d'un jardin, dans lequel il peut y avoir des essences d'arbres. Tel asthmatique avait des crises provoquées par l'odeur d'une glycine.

Dans d'autres cas, ce sera le voisinage d'une écurie, d'une boulangerie, d'une meunerie, qui pourra entraîner des poussières, ou bien des animaux domestiques ou autres dans les communs de la maison : chiens, chats, souris. Ou bien on pourra incriminer les vêtements, les fourrures, un édredon.

Le changement de profession peut faire disparaître l'asthme. Pendant la guerre, la plupart des asthmatiques, forcés de partir, ont vu disparaître leur asthme, et ils n'étaient pas rentrés depuis plus de quelques semaines dans leur maison, qu'ils ont eu des crises, parce qu'ils avaient retrouvé de mauvaises conditions d'aération et surtout les petites préoccupations de la vie. Beaucoup de migraines ont, de même, disparu dans les conditions dures de la guerre, et sont réapparues dès que les individus furent rentrés.

On doit rechercher quelles sont les influences alimentaires. Dans un certain nombre de cas, il y a des aliments qui causent le déclanchement de la crise: l'ingestion de moules, de crustacés, d'œufs. Les aliments nocifs sont souvent des farineux, peut-être parce qu'il s'y trouve des mites, dit-on.

Tel individu aura de l'asthme lié à des troubles digestifs avec ballonnement, aérophagie. Tel individu voit revenir sa crise sous l'influence du simple repas, lorsque les aliments digérés et transformés sont réduits en acides aminés. La crise revient tous les jours, à 2 ou 3 heures du matin, sous l'influence du sommeil, de l'état vagotonique, et parce qu'à ce moment, il y a ce que j'appellerais volontiers l'heure des acides aminés. Tous les asthmatiques qui font leur crise la nuit ne la font pas à la même heure. Cela peut tenir à l'heure du repas, mais aussi à ce que tel individu digère vite, et par conséquent, assez rapidement, mettra dans son organisme de nouvelles substances alimentaires plus ou moins modifiées. D'autres, au contraire, digèrent lentement. De là, des crises plus tardives.

On connaît le rôle des glandes endocrines : apparition de l'asthme au moment ou à l'approche des règles; sa disparition pendant la grossesse.

Il faut interroger sur les équivalents de l'asthme et les parentés morbides que le malade peut présenter. Tel individu aura en même temps et surtout du coryza spasmodique l'été, et entre temps des crises d'asthme : c'est sans doute un asthme pollinique.

L'asthmatique a-t-il de l'urticaire, de l'eczéma, de l'œdème de Quincke, de la migraine ? etc.

On a espéré qu'avec la méthode des cutiréactions on pourrait dépister avec netteté la cause de l'asthme, et qu'on aurait un moyen de désensibiliser les asthmatiques et de les guérir. Il faut reconnaître que cette méthode, — qui a donné des résultats dans le coryza spasmodique périodique, puisque dans ces circonstances, presque toujours les cutiréactions sont positives au pollen —, n'a donné guère de renseignements quand il s'est agi de dépister la cause des coryzas spasmodiques apériodiques, ou des asthmes véritables. Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier ont fini par conclure que la plupart des asthmatiques réagissent à des substances multiples, et, d'autre part, qu'une cuti-réaction positive n'est pas forcément la marque d'une sensibilisation spéciale de l'organisme. Un individu sera sensible exclusivement à certaines protéines végétales, alors qu'il n'y est pas sensible au point de vue pratique. Les protéines auxquelles on est le plus sensible à la cutiréaction sont les protéines végétales. Pratiquement, nous avons à peu près abandonné la méthode des cutiréactions. Peut-être serait-il intéressant de les reprendre dans une idée de non-spécificité ?

L'examen de l'asthmatique vise d'abord le faciès général du malade, le mode de respirer. Voir si la respiration nasale est normale ; s'il y a une narine bouchée, ou s'il n'y a pas ce phénomène si fréquent de l'obstruction nasale à bascule. Noter la forme du nez, le faciès adénoïdien, l'implantation des dents, la forme de la voûte palatine, l'état du rhino-pharynx. Adresser le malade à un oto-rhino-laryngologiste. On a souvent fait jouer un rôle exagéré à l'hypertrophie des cornets, aux déviations de la cloison, à la queue de cornet, etc. En réalité, ce qu'on a pris pour la cause n'est que l'effet. Cependant, dans un certain nombre de cas, on a la preuve absolue que l'état du nez joue un rôle. Par exemple, l'abla-

tion d'un polype fait disparaître l'asthme. L'asthme reparaît ; on enlève un nouveau polype, et l'asthme disparaît de nouveau.

L'examen du thorax chez l'asthmatique est d'une utilité extrême. Y a-t-il du rachitisme ? Les rachitiques ont de l'asthme et de l'emphysème particulièrement tenaces. Un certain nombre d'asthmatiques ont la tête rentrée dans les épaules, les épaules rejetées en arrière et en haut, les clavicules obliquant en haut et en dehors.

Dans l'intervalle des crises, ils peuvent courir, monter un escalier, ont un indice respiratoire normal.

L'auscultation en crise d'asthme montre du silence respiratoire, des râles sibilants et piaulants.

Dans l'intervalle des crises, souvent l'individu conservera une tendance à la diminution du murmure respiratoire et aura facilement des râles sibilants et piaulants. L'auscultation dans l'intervalle des crises montrera souvent de la rudesse. La rudesse persiste longtemps après une crise d'asthme. Rudesse ne veut pas dire lésion, même rudesse localisée dans une région ; de même que silence ne veut pas dire autre chose que gêne mécanique de la fonction respiratoire.

L'examen aux rayons X sera utile pour déceler une symphyse pleurale, une sclérose pulmonaire, etc., mais à condition d'en faire une critique extrêmement sévère pour éliminer les causes d'erreur (images du hile).

Il y a des asthmatiques qui ne crachent pas, mais il y a en a qui crachent abondamment. Il y en a qui ne crachent que du mucus, ou presque de l'eau, d'autres du pus. L'importance des éosinophiles dans les crachats est peut-être moins grande au point de vue pratique qu'on pourrait le croire, parce que dans l'asthme vieilli, très souvent on ne trouve plus qu'une petite quantité d'éosinophiles.

Il y a un renseignement bien meilleur, c'est l'examen du sang. Dans 75 % des cas, disent Vallery-Radot et Blamoutier, il y a de l'éosinophilie. D'après nos observations l'éosinophilie sanguine est constante.

Les crachats ne contiennent pas d'albumine, ce qui permet le diagnostic avec l'œdème aigu du poumon.

Il faut rechercher, s'il n'y a pas un facteur possible au niveau de l'appendice, comme facteur vagotonique, ou s'il y a un kyste de l'ovaire ou un ovaire scléro-kystique, comme cause de réflexes ; il faut examiner la fonction hépatique dans le même sens.

Il faudrait pouvoir étudier le terrain. Léopold-Lévi a trouvé un hypothyroïdisme léger, un état d'instabilité thyroïdienne. Eppinger et Hess ont remplacé les termes vagues de nervosité, de névropathes, par la vagotonie, ou l'hyper-vagotonie, caractérisée par les signes suivants : salivation et sudation faciles, mains froides et moites, souvent du dermographisme, du myosis, du ralentissement du pouls, de la dyspnée avec difficulté de l'expiration, souvent des crises paroxystiques telles que l'asthme ou la migraine ou l'urticaire. Ces individus ont une susceptibilité particulière à la pilocarpine.

A l'opposé, il y a les sympathicotoniques, qui ont de la mydriase, de la sécheresse de la peau, de la diarrhée au lieu de constipation, de l'agitation au lieu d'un état apathique et déprimé.

M. Pende, de Gênes, a dessiné le tempérament thyroïdien. C'est un individu bréviligne, plutôt trapu, aux mains courtes, au faciès arrondi, aux yeux petits, aux sourcils rares, à la peau épaisse, ridée, sèche ; les muscles ont des réactions lentes, le cœur gauche est insuffisamment développé par rapport au cœur droit et au système lymphatico-veineux, d'où stase lymphatique et veineuse, etc., etc.

Pour Lian, l'asthme est un état vagotonique. Avec Cathala et Ferrand, il pense que le réflexe oculo-cardiaque est non seulement positif, mais exagéré. Galup, du Mont-Dore, dans 107 cas étudiés en dehors des crises, a trouvé le R. O. C. modifié dans 70 % des cas, avec une fréquence à peu près égale dans le sens de l'hyper-sympathicotonie et de la vagotonie. Santenoise a constaté avant la crise un état de vagotonie momentanée.

Les épreuves pharmaco-dynamiques comportent l'emploi de la pilocarpine, qui excite le vague, de l'adrénaline, qui a une action sympathicotonique, de l'atropine, agent inhibiteur du vague. Toutes ces épreuves n'aboutissent pas à des tests précis. L'asthme est soulagé, coupé par l'adrénaline, et aussi par l'atropine.

Certains asthmatiques ont une tolérance remarquable vis-à-vis du glucose.

Dans le sang de l'asthmatique, il y a diminution du calcium, qui joue un rôle dans les phénomènes de spasmophilie.

D'après les recherches de Galup, le métabolisme basal est exagéré dans 9 % des cas, et insuffisant dans 16 % des cas.

Léopold-Lévi évalue à 50 % la proportion des asthmes thyroïdiens.

Un asthmatique peut être hyperthyroïdien. Nous voyons, en effet, un certain nombre d'associations de la maladie de Basedow avec l'asthme.

MM. Widal et Abrami, et d'autres auteurs, ont publié des observations de myxœdémateux qui en même temps étaient asthmatiques.

L'AGRANULOCYTOSE

On décrit sous le nom d'*agranulocytose* ou d'angine agranulocytaire un état infectieux aigu ou suraigu avec angine nécrotique ou ulcéreuse, fièvre élevée, prostration rapide, ictère et mort en quelques jours ; ces états sont d'un diagnostic difficile : on pense à une diphtérie maligne, mais l'examen de la gorge ne montre que des germes sans spécificité ; on pense à une septicémie mais l'hémoculture est négative ; l'autopsie n'éclaire pas le diagnostic car les lésions viscérales sont insignifiantes et banales et la bactériologie *post mortem* n'est pas plus précise que l'hémoculture. Cependant si l'on fait un examen du sang tout s'éclaire. Au lieu d'une forte leucocytose avec polynucléose comme on doit en trouver dans tout état infectieux sévère, on trouve une chute considérable du chiffre leucocytaire (jusqu'à 1.000, ou même au-dessous de 500) avec chute de la proportion des polynucléaires qui tombent à 1 ou 2 pour cent ou même sont introuvables ; corrélativement, dans la moelle osseuse on constate la disparition des myélocytes granuleux et des polynucléaires. C'est l'*agranulocytose* ou carence du système producteur des leucocytes granuleux : cette carence des polynucléaires explique la gravité extrême de l'infection.

MM. Ch. Aubertin et Robert Lévy ont rapporté à la séance du 2 mars 1928 de la *Société médicale des hôpitaux*, le premier cas français d'agranulocytose pure, c'est-à-dire sans anémie, ni hémorragie. Ce cas particulièrement typique évolua en trois jours chez un homme de 59 ans qui n'avait jamais été malade et ne présentait aucun antécédent hémorragique. Il se caractérisa cliniquement par une fièvre élevée, une angine nécrotique et un état de prostration qui s'aggrava rapidement jusqu'à la mort. Il n'y avait pas d'ictère (ce symptôme a été signalé dans un certain nombre de cas) mais la réaction de Gmelin était positive dans les urines ; l'examen bactériologique de la gorge ne montra que du staphylocoque et l'hémoculture fut négative ; hématologiquement, baisse des globules blancs à 1.200, chute des polynucléaires à 1 p. 100, absence d'éosinophiles, absence de formes anormales, globules rouges normaux comme nombre et comme réactions, plaquettes normales, pas de stigmates de diathèse hémorragique. L'autopsie montra l'absence de toute lésion viscérale ; du côté de la moelle osseuse, disparition des globules blancs granuleux avec conservation des globules nucléés et des mononucléaires ; du côté de la rate, absence de réaction macrophagique des polynucléaires : ces deux dernières particularités montrent bien qu'il s'agit d'une leucopénie par absence de formation et non par hyperdestruction comme cela se passe dans la fièvre typhoïde.

MM. Aubertin et Robert Lévy pensent qu'on doit rapprocher de l'agranulocytose pure de Schultz dont cette observation est un exemple typique divers syndromes.

L'agranulocytose avec anémie dans laquelle il y a coexistence de chute considérable des globules rouges, cette anémie ayant les caractères de l'anémie aplastique.

L'*agranulocytose avec syndrome hémorragique* dans laquelle il y a du purpura, des hémorragies multiples, de la thrombopénie (c'est la leucihémorragie de Franck).

L'insuffisance médullaire totale aiguë, c'est-à-dire le syndrome caractérisé par l'anémie, la leucopénie, le purpura hémorragique évoluant tous parallèlement.

D'autre part, ils attirent l'attention sur les *agranulocytoses symptomatiques*, les unes infectieuses au cours des septicémies, les autres toxiques (novarsénobenzol, benzol) et montrent qu'il n'y a aucune différence essentielle entre elles et l'agranulocytose dite primitive.

Le diagnostic de l'agranulocytose avec phénomènes hémorragiques est facile, car les hémorragies entraînent à faire un examen du sang ; encore ne faut-il pas confondre la maladie avec la leucémie aiguë leucopénique, mais le diagnostic de l'agranulocytose pure risque fort de ne pas être fait : en effet, il n'y a ni pâleur, ni hémorragie, ni augmentation de volume de la rate, ni des ganglions, c'est-à-dire aucun symptôme de nature à faire pratiquer un examen du sang qui seul peut permettre le diagnostic.

L'Actualité Scientifique

La Presse

J'analyse.

J'*Analyse* est le nouvel Argus médical dont notre excellent confrère et ami, le Dr CROUZAT vient d'entreprendre la publication.

Son premier numéro renferme tout d'abord une courte note sur l'homme du jour : M. le professeur Champy. Puis des analyses d'articles intéressants de la *Presse Médicale*, du *Concours Médical*, de l'*Hôpital*, etc. Vient ensuite un répertoire très ingénieusement présenté des articles médicaux du mois, par spécialité : chirurgie, électro-radio, gynécologie, médecine générale, médecine infantile, neurologie et psychiatrie, ophtalmologie, O. R. L., urologie, peau et syphilis, thérapeutique.

Les livres du mois, les thèses du mois, les travaux des Sociétés sont annoncés et analysés. Les nouvelles du mois et les nouvelles... tout court, subissent le même sort. Et même la Bourse...

Crouzat n'en est pas à son premier effort. Il fut et demeure l'âme du sanatorium des étudiants. C'est encore aux étudiants qu'il pensa en fondant sa revue mensuelle : *Le Jeune Médecin*. Son nouvel Argus *J'Analyse* témoigne de sa part d'un semblable désir de rendre service. Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite. (*J'Analyse*, 1, rue Pierre-Curie.)

L'acrodynie infantile ; syndrome végétatif du di et mésencéphale.

C'est un article de TACO KUIPER (Pays-Bas), qui attire l'attention sur le parallélisme qui existe entre tous les symptômes décrits dans l'acrodynie, et ceux décrits dans les affections des noyaux gris centraux et les régions mésencéphaliques voisines (région infundibulaire et hypophyse, région sous-optique, noyau rouge, etc.). Tous les signes observés chez des malades souffrants d'acrodynie ne sont pas, comme on l'a pensé jusqu'à présent, d'ordre périphérique, mais bien d'ordre central. Aussi l'auteur propose-t-il provisoirement la dénomination de syndrome végétatif du di- et mésencéphale. Cela jusqu'au moment où l'on aura étudié cette affection du point de vue de l'affection des noyaux gris centraux, du noyau périventriculaire de la substance noire, du tuber cinereum, de la région sous-optique, etc., séparément l'un de l'autre.

Ce syndrome dépendrait de l'infection léthargique, et le sinus sphénoïdal pourrait jouer un rôle dans la propagation du virus infectieux des régions rétro-naso-pharyngées vers l'infundibulum. L'acrodynie infantile et l'acrodynie des adultes ne seraient que l'expression id ntique d'une maladie unique et indivisible. (*La Presse médicale*, 3 septembre 1927.)

Guérison médicale sous contrôle radiologique des ulcères cavitaires de l'estomac.

Quelle que soit sa profondeur, l'ulcère est une perte de substance ; il peut donc donner à la radiographie une image soulignant le déficit pariétal. F. MOUTIER et P. PORCHER proposent de donner aux ulcères s'injectant à l'écran le nom d'ulcères cavitaires.

La guérison médicale des ulcères n'est plus une nouveauté ; la radiologie permet d'affirmer la possibilité et même la fréquence de ces succès thérapeutiques.

Il est assez difficile de dire en combien de temps s'obtient la guérison d'un ulcère cavitaire, car l'évolution varie selon l'intensité de la lésion et selon divers facteurs associés : infection pariétale, œdème, lésions neuro-vasculaires. La guérison totale a été obtenue au moins en six semaines, au plus en trois à six mois, le délai de deux mois pouvant être tenu comme de constance moyenne.

Les auteurs ont institué repos, régime, bismuth, atropine. Le repos et le régime sont indispensables, le second surtout. En effet les aliments lactofarineux réalisent, grâce à la cuisson qu'ils subissent, une désinfection et par là même une décongestion au moins relative de l'estomac ; ils atteignent donc à la fois la gastrite et l'ulcère.

Quant au bismuth, il agit de façon toute particulière sur l'irritation de la muqueuse qu'il protège d'un flux muqueux ; il jouit directement de propriétés bactéricides ; enfin il est anti-sécréteur et anti-spasmodique, c'est-à-dire d'une façon générale hypo-vago-tonisant. De l'atropine, on connaît suffisamment l'action sur le pneumogastrique.

Certains chercheurs ont préconisé les avantages de l'insuline ; mais certains insuccès n'incitent pas à poursuivre ces essais thérapeutiques. D'ailleurs, il peut sembler illogique de prescrire l'insuline, qui est le plus énergique des hyper-vagotonisants, contre l'ulcère de l'estomac, maladie qui s'accompagne fatalement de lésions souvent intenses du pneumogastrique !

Pour la guérison rapide des ulcères cavitaires, la formule bismuth-atropine surpasse toute autre thérapeutique de l'ulcère et laisse loin derrière elle les divers complexes alcalins. C'est donc seulement dans certains cas d'ulcères de la petite courbure que la résistance au traitement médical, la récidive ou les hémorragies, une menace de perforation, de la périgastrite, etc., poseront le traitement chirurgical. Après simple gastro-entérostomie, on a, à maintes reprises, enregistré la régression des images cavitaires avec la rapidité et selon le rythme obtenus par la simple thérapeutique médicale.

Il va de soi que le traitement préconisé ne donne son plein effet qu'avec les ulcères situés à distance du canal pylorique. La guérison purement médicale, dans les ulcères pyloriques ou duodénaux devient extrêmement aléatoire alors que la thérapeutique chirurgicale triomphe au contraire dans ces formes. (*La Presse médicale*, 7 septembre 1927.)

La toux cardiaque et la forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque.

La toux cardiaque est exceptionnellement liée à un syndrome médiastinal d'irritation ou de compression du nerf pneumogastrique ou à sa branche récurrentielle gauche. Dans tous les autres cas, qui sont de beaucoup les plus nombreux, elle est, d'après le professeur Lian et M. Gilbert-Dreyfus, l'expression clinique de l'insuffisance cardiaque réalisant soit un encombrement progressif de la circulation pulmonaire qui entraîne les congestions œdémateuses passives de l'hyposystolie, soit un encombrement aigu de la circulation pulmonaire, qui entraîne les accidents respiratoires suivants, par ordre de gravité croissante : quintes de toux, pseudo-asthme, œdème pulmonaire aigu. La toux cardiaque n'est, en général, qu'un signe de deuxième plan dans un syndrome net d'insuffisance cardiaque.

Mais, elle est assez souvent un signe de premier plan, voire même le symptôme unique, révélateur de l'insuffisance cardiaque : son intensité, sa prédominance peuvent être telles, dans ce cas, qu'elle réalise une forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque, notion d'un grand intérêt pratique au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Dans un tiers des cas, les auteurs ont observé un type de toux nocturne, puis c'était une toux d'effort, une toux mixte, une toux matinale, une toux post-prandiale, une toux incessante.

En général, c'est une toux sèche ; l'examen de l'appareil respiratoire est négatif, ou peu s'en faut.

Dans la moitié des cas, il s'agit de cardiaques jeunes, porteurs d'une cardiopathie valvulaire, le plus souvent mitrale, parfois aortique. L'autre moitié concerne des sujets ayant atteint ou même dépassé la cinquantaine et présentant pour la plupart une hypertension artérielle légère, moyenne ou forte.

Il ne semble pas que la toux coqueluchoïde possède une signification spéciale ; cependant si elle résiste à une thérapeutique cardiaque énergique, il y a là un élément pronostic péjoratif.

La thérapeutique ne comporte aucune indication spéciale, car elle doit être dirigée non pas contre la toux, mais bien contre l'insuffisance cardiaque ; mais il faut répéter que la digitale est le meilleur agent cardio-dynamique à prescrire par voie buccale dans la plupart des cas d'insuffisance ventriculaire gauche, pour lutter encore contre cette conception erronée d'après laquelle la digitale agirait seulement sur les insuffisances du cœur droit, et contre celle, non moins exacte, d'après laquelle la digitale serait sans action sur l'insuffisance cardiaque avec cœur régulier. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 septembre 1927.)

Sur la fréquence actuelle des syphilis arséno-résistantes.

L. M. Bonnet remarque que, depuis un certain temps, on observe une diminution progressive de la constance d'efficacité du novarsénobenzol. Dans la majorité des cas, le novarsénobenzol a une action tout aussi remarquable qu'avant ; mais dans d'autres (de plus en plus nombreux), on le voit agir médiocrement ou même devenir complètement inerte. Cette arsénorésistance se manifeste par des récidives précoces, par la sédation lente plus souvent observée des éruptions secondaires banales, par l'absence de toute action.

Cette inertie complète s'observe rarement dès la première piqûre ; le plus souvent l'action décroît rapidement au cours des piqûres ; parfois, l'action s'immobilise, puis renaît à nouveau. Les cas les plus frappants sont ceux où l'on voit des accidents débuter en plein traitement.

L'arsénorésistance n'est le fait ni du médicament, ni du malade, mais bien celui du tréponème, dont certaines souches sont devenues plus ou moins arsénorésistantes.

L'importance pratique de ces faits est considérable ; l'arsénorésistance est préjudiciable au malade, qui se trouve privé du bénéfice du médicament le plus puissant et le plus agréable. Elle est aussi très fâcheuse au point de vue prophylactique : augmentation du nombre des accidents contagieux, qui, aussi, surviennent inopinément, à un moment où le malade était en droit de se croire blanchi et ne prenait guère de précautions.

Comment parer à ces inconvénients ?

La question est simple quand on est en pré-

sence du fait accompli. Une éruption s'est produite malgré le traitement arsénobenzolique : il faut recourir à une autre arme (mercure, bismuth).

S'il s'agit d'un porteur de chancre, non encore traité, on peut commencer par le néo seul, et n'adjoindre le mercure qu'après la deuxième piqûre ou la troisième, puisque l'arsénorésistance ne se manifeste guère avant, quand il s'agit du premier traitement : si le tréponème est arsénosensible, on l'a attaqué avec l'arme de choix ; s'il ne l'est pas, la réserve a donné à temps. L'importance du traitement initial justifie l'emploi de cette double médication, au moins dans certains cas. Pour les traitements d'entretien ultérieurs, on sera opportuniste, moins exigeant, puisque, par définition, il n'est plus question de stérlisation rapide, on attendra l'éruption inopinée ; mieux encore, pour l'éviter, il importera de ne laisser passer le malade que le moins longtemps possible en dehors de toute action médicamenteuse dans les débuts de la syphilis. On y arrivera en rapprochant les deux ou trois premières séries de néo, et en intercalant, entre les deux premières, une autre médication, au besoin par voie buccale. (*Lyon médical*, 4 septembre 1927.)

Typhus exanthématique et infections typhoïdes avec exanthème.

En présence d'un syndrome infectieux typhique avec exanthème généralisé, il est logique d'après D. et J. Olmer, de penser au typhus exanthématique, et on demande à la clinique et au laboratoire de confirmer ce diagnostic.

Il semble, en effet, qu'on soit autorisé à décrire, à côté du typhus exanthématique des syndromes infectieux typhoïdes avec exanthème, ayant une symptomatologie analogue, mais une étiologie différente. Il n'est pas impossible que de nouvelles recherches permettent de les rattacher au typhus, comme on l'a déjà fait pour la maladie de Brill. Mais le réservoir de virus et l'agent de transmission sont autres : le réservoir de virus doit être recherché dans ces cas chez un rongeur, l'agent de transmission étant une tique pour la fièvre des Montagnes Rocheuses, un acarien du type Trombidium pour la fièvre fluviale du Japon, l'homme et le pou n'intervenant pas dans la propagation de la maladie. Peut-être en sera-t-il de même pour la fièvre exanthématique de la région marseillaise observée depuis 1922.

Ses signes cliniques sont bien différents du typhus exanthématique classique ; ils se rapprochent par contre beaucoup, la gravité mise à part, de la fièvre fluviale du Japon, et aussi du typhus endémique bénin ou maladie de Brill. Comme elle, elle se distingue du typhus exanthématique par la bénignité, la faible contagiosité, la non transmission par les poux. Au même titre que la fièvre fluviale, la fièvre pourprée et la maladie de Brill, la fièvre exanthématique marseillaise ne s'observe que l'été, alors que le typhus exanthématique est une maladie d'hiver.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher tous ces faits : un avenir prochain démontrera peut-être qu'il s'agit, dans tous les cas, d'un même virus qui acquiert des propriétés nouvelles lorsque varient son réservoir et ses agents de transmission. (*La Presse médicale*, 5 novembre 1927.)

Quelques remarques sur les recto-colites hémorragiques et purulentes et leurs traitements.

Encore mal connues dans leurs symptômes, souvent confondues au début et à juste titre avec une dysenterie amibienne ou bacillaire, plus tard inutilement traitées et avec trop de persévérance pendant de longs mois comme une amibiase, les recto-colites hémorragiques et purulentes paraissent à R. Bensaude et P. Oury une affection relativement fréquente, méritant de sortir de la seule connaissance du spécialiste pour intéresser le praticien.

Ces auteurs n'ont nullement la prétention d'apporter des constatations étiologiques précises dans une affection dont les causes intimes échappent encore aux observations les plus sagaces. Cliniquement, ces recto-colites graves à lésions superficielles se présentent sous trois formes : une forme hémorragico-purulente, une forme hémorragique, une forme purulente. A ces diverses formes, on peut donner une définition commune : syndrome dysentérique aigu ou chronique, dont l'amibe ou aucun parasite actuellement identifié, non plus que le bacille dysentérique ne peut être rendu responsable.

Les faits recueillis leur ont permis de faire quelques constatations thérapeutiques intéressantes :

1° En présence de tout syndrome de recto-colite grave, rechercher l'amibiase et la dysenterie bacillaire, et, même en l'absence de résultat positif, instituer un traitement antiamibien intensif, puis un traitement antibacillaire.

Il est des cas fréquents où rien ne permettrait de soupçonner le rôle de l'amœba dysenteriæ, et où cependant la rapide influence du traitement affirme sa présence.

Par contre, savoir abandonner le traitement amibien lorsqu'il ne donne aucun résultat, et se défendre d'une inutile persévérance.

2° Il n'existe aucun traitement médical ou chirurgical capable de guérir à coup sûr les recto-colites graves ; mais il faut essayer les différentes thérapeutiques avec régularité, méthode et sévérité (lavages intestinaux au bleu de méthylène 1/500, à la gonacrine 1/2000 — et mieux stovarsol ou tréparsol, vaccination, traitement chirurgical). D'un malade à l'autre, et alors

qu'apparemment les symptômes sont superposables, ce sont des traitements fort différents qui amèneront la guérison.

3° Savoir longuement continuer le traitement pour éviter les si fréquentes récidives. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 novembre 1927.)

La carence sexuelle féminine et sa thérapeutique.

Y a-t-il chez la femme, dit le Dr H. Drouin, une carence sexuelle et faut-il lui faire une place nosographique ? L'auteur répond affirmativement et il en donne la preuve par de nombreux cas de malades présentant des troubles divers, somatiques et psychiques, qu'il n'hésite pas à placer sous la dépendance directe de cetté carence. Suivant que celle-ci est totale ou partielle, elle se traduit par des états de privation, d'insatisfaction ou d'incomplétude, ces deux derniers se manifestant chez les femmes ayant une vie génitale, mais se refusant à l'imprégnation séminale : les troubles sont alors souvent plus marqués que chez celles qui sont en état de complète abstinence.

La fatigabilité, l'insomnie, l'aigreur du caractère, l'irritabilité, l'angoisse, l'hypergénésie, l'onanisme, les troubles vagotoniques, sont l'expression ordinaire de ces manifestations carentielles. Leur traitement idéal serait évidemment le recours au mari, ou à l'amant, avec de saines pratiques sexuelles. Ce n'est pas toujours facile dans la pratique, et le médecin consulté à l'occasion de ces troubles, devra souvent se contenter de la médication spermatogénétique par l'androstine, qui a fait ses preuves d'efficacité, et qu'on prescrira soit sous sa forme ingérable, soit sous sa forme injectable. Les résultats de ce traitement sont en général excellents et redonnent l'équilibre à ces systèmes nerveux désaxés. Car, s'il est vrai que les lois de la nature ne se laissent pas tourner, un traitement adéquat peut du moins apporter ses bienfaits à celles qui, pour des raisons parfois noblement justifiées, ne peuvent s'y soumettre. (*Revue Internationale de médecine et de chirurgie*, mars 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Un ministère de la santé publique.

(M. Chauffard.—*Académie de médecine* ; 13-3-1928.)

Commentant le rapport de M. Marchoux et les vœux de M. Paul Strauss sur l'hygiène publique M. Chauffard estime que, pour entrer dans la voie des réalisations méthodiques et effectives, il faut donner à notre régime sanitaire la tête qui lui manque, c'est-à-dire le *ministère de la santé publique.* Ce ministère a besoin d'avoir sa personnalité propre et son autonomie ; il doit être technique, rester aussi éloigné que possible de la politique, être durable et disposer de larges crédits. Dépenser pour la santé publique c'est faire le meilleur des placements, en vies humaines et en production nationale accrue.

M. Chauffard soumet le vœu suivant, qui est adopté :

« L'Académie émet le vœu qu'il soit créé un ministère de la santé publique, d'ordre technique, autonome, pourvu de moyens d'action suffisants et de larges crédits ».

— M. Léon Bernard remarque que la surmortalité en France se produit dans trois affections ou groupes d'affections : la tuberculose, les maladies de l'enfance, les maladies infectieuses. Pour la tuberculose, l'exemple de quelques pays étrangers nous montre que la maladie recule rapidement lorsque le nombre des lits de tuberculeux se rapproche de celui des décès par tuberculose. Le chiffre des décès par tuberculose en France est très approximativement, de 100.000 par an. Nous aurions besoin, tout compte fait, d'un effectif de 40.000 lits de tuberculeux (sanatoriums, hôpitaux), et comme nous en possédons 18.000, il resterait à obtenir un contingent de 22.000 lits.

Le tubage gastrique étagé.

(MM. Félix Ramond, Prévedouraky et Zizine. — *Société de biologie* ; 24-3-1928.)

Les auteurs, par des tubages pratiqués à différentes hauteurs de l'estomac, ont obtenu un taux d'acidité libre croissant du bas-fond à la partie supérieure.

D'autre part, sur la muqueuse gastrique du chien à l'état frais, ils ont trouvé, au moyen des indicateurs acidimétriques, une réaction acide marquée surtout dans les parties moyennes de l'estomac, au voisinage de la petite courbure, ce qui semble montrer que c'est dans cette région que se fait la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

De l'hypoglycémie spontanée.

(MM. Guy Laroche, Lelourdy et Bussière. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-2-1928.)

On connaît l'hypoglycémie surtout depuis l'emploi de l'insuline, depuis l'hypoglycémie provoquée insulinique. L'hypoglycémie spontanée paraît plus rare et a été en tout cas beaucoup moins étudiée. Il s'agit là d'un chapitre nouveau, à peine ouvert, de la pathologie, dont l'intérêt cependant n'est pas négligeable.

M. Guy Laroche rapporte un cas d'hypoglycémie spontanée chronique. Il s'agit d'une malade de 35 ans se plaignant de crises survenant lorsqu'elle est à jeun depuis un certain temps. Ces crises qui consistent en pleurs, état d'inconscience, d'engourdissement cérébral, se calment par l'ingestion d'aliments, de sucre en particulier. Les grands accès s'accompagnent de trismus, de secousses convulsives. La malade ne supporte pas un jeûne de plus de quatre à six heures, après quoi elle est obligée de s'alimenter pour éviter le retour des accidents nerveux. Cette femme fut considérée comme névropathe jusqu'au jour, où, remarquant la similitude des troubles avec ceux de l'hyperinsulinisme provoqué, on rechercha le stigmate sanguin : il y avait hypoglycémie, glycémie à 0 gr.75, moindre encore au moment des crises.

Les cas d'hypoglycémie publiés dans la littérature médicale ne sont pas très nombreux (Skale Harris, Cammidge, Russel, Sendrail et Planques, Gougerot et Peyre). La symptomatologie comprend les troubles fonctionnels suivants : sensation impérieuse de faim, phénomènes nerveux, phénomènes intellectuels et même crises comateuses ou convulsives. Etat sanguin particulier: hypoglycémie, généralement au-dessous de 0,70. Disparition des troubles par les injections de glucose et l'alimentation sucrée.

La cause de l'hypoglycémie en question ne saurait être précisée d'une façon complète. On peut admettre de l'hyperinsulinisme, de l'hyperfonctionnement du pancréas, une intervention des autres glandes à sécrétion interne (surrénale, ovaire, etc.).

Le traitement des hémiplégies et des affections cérébrales médullaires par la méthode de Bourguignon.

(M. Georges Bourguignon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-2-1928.)

M. Georges Bourguignon a imaginé une méthode d'ionisation trans-cérébrale qui lui a donné des résultats très intéressants dans le traitement des hémiplégies traumatiques (hémiplégies de guerre) et des hémiplégies non traumatiques.

Sa technique consiste à placer l'une des électrodes sur l'œil du côté de la lésion et l'autre sur l'interstice occipito-vertébral. Les milieux de l'œil, les muscles, vaisseaux qui l'entourent, forment une masse de tissu extrêmement conductrice de l'électricité, enfermée dans un puits osseux non conducteur . Au fond de ce puits, des vaisseaux et nerfs très conducteurs transmettent, par le trou optique et la fente sphénoïdale, le courant à l'encéphale. L'interstice occipito-vertébral réalise des conditions analogues. Pour introduire de l'iode, on place une solution à 1 p. 100 d'iodure de potassium sur l'œil, en électrode négative. Pour introduire l'ion calcium on utilise la solution de chlorure de calcium à 1 p. 100 et l'électrode positive. Avec cette électrothérapie cérébrale particulière, l'auteur a pu améliorer notablement des hémiplégiques de date très ancienne.

M. Bourguignon a étendu sa méthode à la moelle. Déplaçant l'électrode occipitale, pour la reporter au bas de la colonne vertébrale, il a trouvé là un orifice analogue au trou occipital, l'interstice sacro-lombaire. N'ayant pas dans ce cas à agir plus d'un côté que de l'autre, il a pris les deux yeux pour première électrode.

Depuis trois ans, il applique son procédé avec succès à diverses affections médullaires, poliomyélites, claudication intermittente (médullaire), etc.

Il croit pouvoir conclure que l'introduction des techniques d'ionisation trans-cérébro-médullaire apporte une arme nouvelle réellement efficace dans l'arsenal thérapeutique des maladies de l'encéphale et de la moelle.

Anesthésie locale et position assise en chirurgie nerveuse.

(M. de Martel. — *Société de chirurgie* ; 25-1-1928.)

Les opérés du crâne saignent beaucoup parce que le malade qui dort est toujours un peu asphyxié, parce que la position tête basse favorise l'afflux du sang à l'encéphale, parce qu'au niveau du cerveau et de la moelle les moyens d'hémostase directs, pincement et ligature des vaisseaux, sont très difficiles à employer et que la compression est interdite.

M. de Martel signale d'abord qu'il a obtenu de bons résultats du muscle de lapin pour l'hémostase. Le muscle de lapin remplace avantageusement le muscle humain, en l'espèce, et appliqué sur les points qui saignent, il colle presque instantanément aux tissus.

L'auteur montre, en outre les bienfaits de la position assise et de l'anesthésie locale en chirurgie des centres nerveux. L'hémorrhagie, au niveau de la tête, est beaucoup moins grande en position verticale qu'en position horizontale. Mais dans cette situation, l'anesthésie générale devient difficile. Or, on peut opérer les malades, en chirurgie nerveuse, avec l'anesthésie locale. L'intervention est alors peu hémorrhagique et les indications fournies par le malade, qui n'est plus inconscient, sont précieuses pour le chirurgien. Pour les cordotomies, par exemple, le moment où le patient cesse de souffrir est un guide important.

— M. Proust a assisté à une cordotomie faite en position assise et sous anesthésie locale par M. de Martel et il a admiré sa technique. La section progressive des fibres médullaires est arrêtée juste au moment où le malade annonce que la douleur pour laquelle on intervient a complètement disparu.

Toucher vaginal chez le nouveau-né.

(MM. Ombrédanne, Lecène. — *Soc. de chirurgie* ; 11-1-1928.)

M. Lecène présente quelques remarques à propos d'une observation de M. Tierny, d'Arras, rapportée par M. Ombrédanne. Il s'agissait d'une collection suppurée pré-rectale développée au-dessus d'un cloisonnement complet du vagin, chez une fillette

de trois mois. M. Lecène note que, dans l'observation, il n'est pas fait mention de l'exploration vulvo-vaginale avant l'opération.

— M. Ombrédanne ne pense pas que l'on puisse pratiquer un toucher vaginal utile chez un nouveau-né de trois mois. Pour faire une ponction vaginale, il eût été nécessaire d'introduire dans le vagin un instrument jouant le rôle de spéculum : quel instrument ?

— M. Lecène reconnaît que le « toucher vaginal » n'est pas une manœuvre facile chez un nourrisson de cet âge. Il ne saurait être question de faire un vrai toucher vaginal, ni *a fortiori* de mettre un spéculum. L'examen simple de la région vulvaire toutefois eût peut-être permis ici de vérifier l'existence d'une imperforation vaginale.

Action antitoxique d'un extrait de levure.

(M. Lemoine, de Lille. — *Soc. de thérapeutique* ; 14-3-1928.)

Le professeur Lemoine, de Lille, propose, dans le traitement des maladies infectieuses, l'emploi d'un extrait de levure qui agit comme une antitoxine. Dans des recherches antérieures, l'auteur avait utilisé dans le même but la pyocyanase, extrait de cultures de bacille pyocyanique, avec laquelle il avait obtenu d'excellents résultats dans le traitement des maladies dues au streptocoque.

C'est en se référant aux travaux de Gérard et de Benoit, qui ont montré la similitude des extraits de cultures microbiennes et des extraits de levure, que le prof. Lemoine eut l'idée d'essayer ces derniers dans la thérapeutique des maladies infectieuses où agit le pyocyanique. Il s'est servi de l'extrait éthéré de levure dans toutes les affections streptococciques : érysipèle, fièvre puerpérale, scarlatine, septicémies, etc. Dans la scarlatine et la rougeole, par exemple, il a obtenu des effets intéressants : chute de la température et des phénomènes généraux en moins de 48 heures.

Si les conclusions de M. Lemoine sont confirmées, les données du problème de la vaccination se trouveront modifiées puisqu'il sera démontré que ce sont des corps chimiques qui dans les vaccins, possèdent le pouvoir vaccinant. N'est-il pas établi, aujourd'hui d'ailleurs, que les microbes contenus dans les vaccins n'agissent pas en tant que corps vivants, la présence des corps microbiens n'étant même pas nécessaire puisque leurs lysats sont en général doués d'une activité thérapeutique égale à la leur.

L'extrait de levure utilisé par M. Lemoine se compose essentiellement de lipoïdes, d'ergostérine et de substances azotées indéterminées. C'est à l'ensemble de ces produits que cet auteur attribue le pouvoir vaccinant.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Prophylaxie des abcès du sein par l'actinothérapie des gerçures et des crevasses.

M. Drouet se demande si, dans l'étiologie des gerçures et des crevasses qui conditionnent la plupart des abcès du sein, il ne faut pas, à côté des causes habituellement invoquées, retenir le défaut de pigmentation de l'aréole mammaire. L'extrême rareté de l'abcès du sein chez la négresse, une enquête menée par Chatin (de Lyon) qui conclut à la plus grande fréquence des gerçures chez les blanches à peau peu pigmentée, les essais heureux de traitement des gerçures et des crevasses du sein par les rayons ultra-violets, sont autant de données qui semblent faire de la pigmentation une réaction de défense de l'organisme protégeant le mamelon contre les gerçures et préparant le sein à la fonction d'allaitement.

Parallèlement à la poursuite de cette enquête étiologique qui permettrait de dépister les prédisposées aux gerçures du sein, n'y aurait-il pas lieu de tenter par l'actinothérapie préventive, durant le dernier mois de la grossesse, la prophylaxie d'accidents dont on ne saurait nier l'importance pour la mère et pour l'enfant.

Varicelle et zona.

M. Levrat présente une observation de varicelle consécutive à un cas de zona. Après avoir rappelé les travaux de Netter et les observations toulousaines de Trémolières, J.-P. Tourneux, Pujol, P. Bézy, il rapporte le cas d'une jeune fille de trois ans, atteinte de bronchite légère et qui gardait la chambre depuis plus d'un mois, ce qui exclut toute contamination extérieure.

Mais le père de l'enfant a présenté, quinze jours avant l'apparition des premiers éléments, un zona type des 8e 9e et 10e nerfs dorsaux droits, zona classique laissant encore des traces visibles lors des premières visites à l'enfant. Evolution classique d'une varicelle assez intense, dont l'origine ne peut se rapporter qu'au zona paternel.

Cette observation vient à l'appui de la théorie de Netter des affinités bactériologiques de la varicelle et du zona, et de leur parenté.

Les éponges soporifiques de l'école toulousaine (1832-1846).

M. Gerber, après avoir rappelé que les accidents survenus lors des premières anesthésies à l'éther ramenèrent, dans la première partie du 19e siècle, l'attention sur l'ancienne pratique d'anesthésie par inhalations de drogues végétales, expose le procédé employé par le Dr Dauriol (de Toulouse), qui utilisait des éponges imbibées de sucs de morelle noire, de jusquiame noire, de petite ciguë, de stra-

moine, et de laitue vireuse pour plonger dans la stupeur les malades qu'il devait opérer, et put ainsi effectuer un certain nombre d'interventions chirurgicales sans que le patient ait ressenti la moindre douleur.

Quelques cas de gynécologie traités par la diathermie.

MM. R. Garipuy et Gaymes, après avoir montré l'importance que prend chaque jour la diathermie dans le traitement des maladies les plus diverses, donnent des explications très rapides sur l'utilisation des courants de haute fréquence dans le but de produire des effets diathermiques. La perfection de plus en plus grande de l'appareillage permet aujourd'hui des applications et des résultats que les premiers expérimentateurs ne purent obtenir.

La gynécologie en particulier a bénéficié de ces progrès, et l'on peut aujourd'hui en toute sécurité traiter par la diathermie les affections inflammatoires douloureuses du petit bassin avec des résultats très encourageants. Les auteurs rapportent cinq observations (métrites anciennes puerpérales ou blennorragiques avec réactions salpingiennes, utérus déviés avec adhérences douloureuses, congestion utérine intercalaire des règles), qui démontrent que le gynécologue si souvent désarmé jusqu'ici, malgré ses injections vaginales, ses tampons, ses cautères variés, peut obtenir par la diathermie des résultats très intéressants.

La diathermie en gynécologie.

M. Drouet, en cherchant l'effet sédatif habituel de la diathermothérapie a appliqué ce traitement d'abord aux affections génitales douloureuses de la femme sans caractère infectieux aigu.

Dans les troubles de la menstruation, une action emménagogue par hyperactivité circulatoire locale a donné lieu à des améliorations très notables qui durent depuis deux ans ; l'auteur rapporte notamment un cas d'aménorrhée chez une jeune fille avec équivalents asthmatiformes dans lequel, après l'échec d'autres traitements, la diathermie établit, dès la troisième application, des règles qui se sont répétées depuis normalement avec suppression des crises d'asthme périodique.

L'instrumentation à contrôle thermométrique a permis de rechercher dans les vulvo-vaginites, les métrites, les salpingites, l'action stérilisante de la chaleur (43°) sur la flore microbienne génitale et notamment sur le gonocoque ; la diathermo-coagulation avec l'électrode bipolaire de Walter lui a donné une cicatrisation simple des ulcérations non malignes du col ; des résultats heureux ont été obtenus dans les métrites cervicales en recherchant l'effet de tension.

Action de l'adrénaline sur le métabolisme basal.

M. P. Bru communique les résultats des recherches expérimentales qu'il a poursuivies chez le chien afin d'étudier l'influence sur les échanges respiratoire de l'adrénaline administrée par diverses voies, les doses utilisées correspondant à 1 milligramme pour 10 kilogr. de poids de l'animal.

L'injection par les voies sous-cutanées, intra-veineuses ou intra-péritonéales entraîne un accroissement de la consommation d'oxygène et par suite du métabolisme basal dans la proportion de 25 à 50 p. 100 (25 p. 100 pour la voie intraveineuse, 30 à 40 p. 100 pour la voie intra-péritonéale et 30 à 50 p. 100 après injection hypodermique).

Cet accroissement des combustions est la conséquence d'une action excito-motrice générale, comparable aux effets excitants généraux moteurs de la cocaïne ; cette excitation est maxima pendant deux heures, puis s'atténue jusqu'à la huitième heure après l'injection. Des doses répétées quotidiennement aboutissent aux phénomènes de l'accoutumance ; vers le dixième ou quinzième jour les injections d'adrénaline ne modifient plus le métabolisme basal.

L'administration par la voie digestive (ingestion, introduction par fistule gastrique, introduction dans le duodénum par une sonde) de doses même élevées, (2 à 4 milligrammes par 10 kilogr. de poids d'animal) est suivie d'une baisse légère de 3 à 10 p. 100 de la consommation d'oxygène. Ce fait peut être expliqué par l'absorption lente de très faibles doses livrées à la circulation par l'absorption digestive ; ce phénomène curieux est de même ordre que celui signalé par Daniélopolu et Carniol, à propos de l'action hypotensive de l'adrénaline à faibles doses : il démontre la réalité de l'absorption digestive de l'adrénaline mais à des doses quasi infinitésimales.

Sur le caractère familial de la maladie kystique du sein.

M. Dambrin rapporte deux cas de maladie kystique de la mamelle bilatérale ayant exigé l'amputation successive des deux seins pratiquée à un an d'intervalle chez deux sœurs, arrivant toutes deux à l'époque de la ménopause : l'une d'elles avait été mariée mais n'avait jamais présenté de grossesse, l'autre était célibataire.

Un point curieux mérite d'être noté, c'est qu'une cousine de ces deux malades avait été elle-même atteinte de maladie kystique et avait dû être opérée.

Dans le fait rapporté, la maladie kystique a présenté un véritable caractère familial. S'agit-il là d'une simple coïncidence, l'auteur ne le croit pas, et pense qu'il serait utile à l'avenir, en présence de pareilles malades, de procéder à un interrogatoire complet et de rechercher soigneusement si d'autres membres de la famille ont présenté une affection semblable.

Sur le caractère familial des tumeurs du sein.

M. Tourneux a pu observer un caractère familial dans de nombreux cas de lésions du sein, épi-

thélioma ou fibro-adénome. L'une des observations les plus caractéristiques qu'il possède se rapporte à deux sœurs, jeunes filles âgées de 16 et 14 ans, atteintes de fibro-adénome diffus des deux seins (hypertrophie mammaire de la puberté) qui durent subir en septembre 1913 l'ablation des deux mamelles : leur mère, qui avait présenté la même affection, avait été également opérée à l'âge de 14 ans

Sur la pathogénie des hernies interpariétales.

M. J.-P. Tourneux, après avoir rappelé le mode d'oblitération du conduit vagino-péritonéal, montre l'existence fréquente de diverticules congénitaux, propéritonéaux, insterstitiels et superficiels qui sont autant d'amorces pour les variétés rares de hernies inguinales.

L'auteur pense en effet que l'on ne saurait admettre pour ces dernières une origine acquise : le diverticule interpariétal (interstitiel ou sous-cutané) ne peut provenir de la distension d'une partie de la paroi latérale d'un sac sous la poussée d'un intestin gêné dans sa progression scrotale, et est au contraire toujours préformé.

La fréquence des hernies interpariétales dans le jeune âge, leur apparition brusque et soudaine, la présence de fibres musculaires lisses dans la paroi du sac, l'atrophie du bord inférieurdes muscles petit oblique et transverse, et la coexistence d'anomalies testiculaires et scrotales, sont des faits qui viennent à l'appui de cette origine congénitale.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

Ve Congrès des Pédiatres de langue française

(*Suite*) (1)

Sur l'étiologie et la prophylaxie des broncho-pneumonies.

MM. Dufourt et Sédaillan.

Dans un rapport extrêmement complet et détaillé, lu par M. Dufourt (de Lyon), les auteurs ont étudié la bactériologie de la broncho-pneumonie.

Nous nous bornerons ici au résumé des conclusions du travail. Pour ces auteurs, 6,80 p. 100 des broncho-pneumonies sont dues à un seul germe, tandis que 20 p. 100 renferment des germes associés. Ce monomicrobisme des broncho-pneumonies comporte un réel intérêt, car il laisse supposer que le microbe isolé est bien l'agent pathogène dans chaque cas déterminé. D'autre part, cette notion de monomicrobisme corres-respond à un principe de pathologie générale souvent confirmé en médecine. Les infections sont presque toujours monomicrobiennes, sauf dans quelques circonstances exceptionnelles. Les statistiques dressées par les auteurs du rapport s'accordent à considérer le pneumocoque comme l'agent habituel des broncho-pneumonies, quelle que soit leur nature, qu'elles soient primitives ou secondaires. Il ne convient nullement de considérer les broncho-pneumonies pseudo-lobaires comme spécialement dues à ce germe. Ces microbes peuvent les uns comme les autres déterminer telle ou telle forme anatomique.Le streptocoque vient en seconde ligne. Il ne convient pas, comme on vient de le voir, de lui laisser la place exclusive dans les broncho-pneumonies secondaires. Il donne des formes lobaires ou à petits foyers disséminés. Les streptocoques en cause dans les broncho-pneumonies sont presque toujours des streptocoques hémolytiques, rarement des streptocoques viridans. Un des faits les plus probants de la statistique de Dufourt et Sédaillan et un de ceux dont ils prétendent affirmer l'authenticité, est la présence de l'entérocoque dans les poumons des broncho-pneumoniques. Ce germe se rencontre avec une fréquence égale à celle du streptocoque.

Le bacille de Pfeiffer peut être rencontré au cours de certaines broncho-pneumonies, particulièrement dans les épidémies de grippe. En général, il est associé. Le pneumobacille détermine parfois des broncho-pneumonies de type assez spécial. Ce germe, fréquemment rencontré dans les examens d'amphithéâtre, est exceptionnellement isolé pendant la vie. Le staphylocoque est avant tout un germe d'autopsie. Le bacille de Löffler est présent dans certaines broncho-pneumonies diphtériques. A-t-il à lui seul le pouvoir de former des lésions de broncho-pneumonie ? Aucun auteur n'a osé l'affirmer de façon certaine. Récemment on a accordé un rôle très grand au bacille de Löffler dans la genèse et la mortalité des broncho-pneumonies (Duclos-Flandrin). Tout ce que Dufourt et Sédaillan peuvent dire, c'est que dans les milieux hospitaliers de Lyon ce rôle est nul. Avec Lereboullet, Lesné, Grenet, Dufourt et Sédaillan croient que la fréquence du bacille de Löffler doit être considérée comme un épisode d'épidémie hospitalière. Ils étudient ensuite le problème de la prophylaxie des broncho-pneumonies. Ils font l'historique de la question et rappellent les tentatives faites dans les hôpitaux d'enfants en faveur de l'isolement des malades. Si l'on connaît aujourd'hui la contagiosité et l'épidémicité des broncho-pneumonies infantiles, il nous manque encore beaucoup de données pour apprécier les conditions exactes de la transmission des

(1) *Concours médical*, nos 16 et 17.

germes et du contage. Dans quelle mesure s'intrique chaque cas de broncho-pneumonie avec d'autres maladies à pneumocoques ou à streptocoques ; ? quels sont les porteurs sains ou les convalescents d'infection atténuée qui constituent les réserves de virus, source de la contagion ? Tous ces points demandent à être éclaircis. On sait aujourd'hui qu'il existe des porteurs sains de germes à virulence exaltée, dans l'entourage de toutes les maladies infectieuses. Les relations d'épidémies de broncho-pneumonies ne manquent pas. On les voit souvent éclater surtout à l'occasion d'une épidémie, de rougeole, de variole, de diphtérie, de grippe. Une broncho-pneumonie peut aussi donner naissance par contagiosité à une angine, une otite, une stomatite, etc. Dufourt et Sédaillan étudient avec quelques détails les caractères des épidémies qui sont à peu près connues, les pneumococcies et les streptococcies.

Qu'elles soient pures ou intriquées, les pneumococcies se caractérisent au point de vue épidémiologique par leur tendance à rester localisées et à se grouper dans un laps de temps relativement restreint. La véritable raison de la transmission est l'existence de porteurs de germes qui diffusent le pneumocoque par contact direct. Un des caractères des épidémies de streptococcies est leur apparition multi-annuelle. Les streptococcies s'espacent sur plusieurs mois en donnant des cas qui paraissent souvent se succéder à intervalles assez éloignés et sans relations apparentes. Au lieu d'être massives, comme les infections à pneumocoques, les infections à streptocoques s'échelonnent suivant un type moniliforme. Se basant sur ces données bactériologiques et étant donné qu'il n'y a pas un microbe de la broncho-pneumonie mais différents germes susceptibles de la créer, il est théoriquement et pratiquement nécessaire d'isoler tout enfant atteint d'affection des voies respiratoires dans laquelle un des germes précédents entre en jeu. Presque tous les systèmes modernes font appel au système des boxes qu'il n'est pas nécessaire de cloisonner complètement. L'entrée des boxes de malades atteints d'affections pulmonaires contagieuses devrait être interdite à toute personne n'appartenant pas au personnel hospitalier. D'autre part, médecins et infirmiers devraient s'astreindre à porter des masques de gaze recouvrant le nez et la bouche. Car ce qu'il y a de dangereux ce ne sont pas les mains et les habits, mais le rhino-pharynx et les gouttelettes de Flügge. La prophylaxie des broncho-pneumonies semble devoir profiter d'une nouvelle méthode qui a fait ses preuves lors de l'épidémie de grippe de 1918-1919. C'est la vaccination préventive.

Après avoir discuté de la valeur de la vaccination antipneumococcique où l'immunité acquise est assez rapidement constituée, Dufourt discute celle de la vaccination antistreptococcique, qui présente beaucoup plus de difficultés à cause des nombreux groupes de streptocoques. Néanmoins cette immunité est théoriquement réalisable. Mais elle paraît d'une part très spécifique, adaptée à la seule race qui l'a suscitée ; d'autre part, elle s'établit lentement et les animaux préparés ne l'atteignent qu'après une période d'assez longue durée. Dans la pratique, cette vaccination se heurte donc à de grandes difficultés. Néanmoins Dufourt et Sédaillan estiment que la vaccination préventive contre les broncho-pneumonies paraît surtout indiquée dans les crèches, les maternités, les services d'enfants, lorsqu'il survient des épidémies de rougeole ou des affections des voies respiratoires. Le Dr Beutter, à Saint-Étienne, a confirmé récemment l'impression favorable qu'il avait du rôle actif joué par la vaccinothérapie préventive dans les cas de grippe, de bronchites profondes, de diphtérie. Personnellement, Dufourt a remarqué, depuis plusieurs années, le pouvoir préventif indiscutable de la vaccinothérapie dans tous les cas où il y a menace de broncho-pneumonie chez le nourrisson et chez l'enfant. Sur le choix du vaccin, Dufourt déclare qu'il découle de ce qu'il a exposé, c'est-à-dire que le vaccin devra renfermer tous les germes habituels de la broncho-pneumonie, à condition que ces germes soient capables de développer une immunité suffisamment rapide. C'est le cas des pneumocoques et des entérocoques. Par contre, on a vu les objections que l'on pouvait élever à propos des streptocoques. Il est d'autre part nécessaire que le vaccin renferme des types de chaque groupe d'un même germe et d'utiliser des germes virulents, fréquemment remplacés et récemment retirés autant que possible de lésions broncho-pulmonaires. Ce sont ces études et ces considérations qui ont guidé Dufourt et Sédaillan avec le professeur Weil dans l'établissement de la formule de leur vaccin.

Les traitements spécifiques des broncho-pneumonies infantiles.

M. Grenet.

Grenet expose l'état actuel du traitement spécifique des broncho-pneumonies infantiles. Il résume les notions acquises dans les propositions suivantes :

1° La complexité de la flore bactérienne des broncho-pneumonies, ses variations, le rôle possible des surinfections et, dans certains milieux, du bacille diphtérique, font comprendre la difficulté du problème.

2° La sérothérapie antipneumococcique semble logiquement indiquée du fait de la présence presque constante du pneumocoque dans les broncho-pneumonies. Mais elle ne s'adresse qu'à l'un des microbes en cause. Elle se montre d'ailleurs inconstante et infidèle dans ses résultats. Les essais poursuivis laissent plutôt une impression favorable ; c'est tout ce que l'on peut dire. Quant à la sérothérapie antistreptococcique, elle n'a pas fait ses preuves.

3° La vaccinothérapie compte à son actif de nombreux succès. Nous retiendrons surtout les vaccins de Minet, les vaccins iodés de Ranque et Senez, le vaccin de Weil et Dufourt, les lysats-vaccins de Duchon. Des statistiques témoignent du résultat.

Il semble qu'il y a réduction sensible de la mortalité sous l'influence du traitement.

4° La séro-vaccinothérapie d'Œlsnitz est une méthode d'intérêt théorique. Il n'est pas encore certain qu'elle donne des résultats nettement supérieurs à la vaccinothérapie seule. Bien des points sont encore mal précisés. On devra à l'avenir s'attacher à établir des statistiques rigoureuses portant sur tous les cas de broncho-pneumonies, quelle que soit leur gravité.

M. Beutter (de Saint-Étienne) a appliqué systématiquement la vaccinothérapie à titre curatif dans les broncho-pneumonies de l'enfance. Il a comparé les résultats obtenus dans son service, avant et depuis l'emploi du vaccin. Il a éliminé avec soin les cas douteux où le diagnostic de broncho-pneumonie pouvait être discuté. Avant le vaccin la mortalité était de 64.2 p. 100 ; depuis le vaccin, elle s'est abaissée à 26 p. 100, toutes les conditions étant identiques. Beutter a employé d'abord les vaccins Minet, puis ceux de Ranque et Senez, enfin ceux de Weil et Dufourt. Il n'a jamais observé aucune réaction importante.

Beutter a employé aussi le vaccin préventivement ; il a constaté que les broncho-pneumonies contractées dans son service ont été tout à fait exceptionnelles depuis.

M. Terrien (de Paris) fait remarquer combien souvent le diagnostic de broncho-pneumonie et le diagnostic d'asthme ont été confondus. Rien n'est plus difficile que de distinguer ces deux affections dans le premier âge. Il y a en effet des broncho-pneumonies à type d'asthme, comme des asthmes à type de broncho-pneumonie. De cette notion Terrien a déduit certaines conclusions après avoir cité des observations personnelles très suggestives.

Tout d'abord la bronchite capillaire et l'asthme ont pu être pris l'un pour l'autre. Terrien souligne le fait que dans le jeune âge, l'asthme rappelle bien plus la bronchite capillaire que l'asthme franc. Il discute ensuite les caractères de l'asthme du premier âge, qui apparaît souvent comme une aggravation d'un état catarrhal déjà existant, et qui n'a point le début soudain qu'il affecte chez l'adulte. Tandis que chez l'adulte la dyspnée est de type lent, chez l'enfant le rythme respiratoire est rapide avec battements des ailes du nez, la prédominance expiratrice est beaucoup moins nette, l'intensité de la dyspnée est parfois excessive. Dans le premier âge les signes de catarrhe concomitants sont précoces avec dissémination brusque et rapide des râles à toute l'étendue des poumons, absence de température (38-39°). De ces faits le diagnostic à cet âge ne repose que sur des nuances et cependant ces deux maladies ont un pronostic tout à fait différent. Terrien ajoute un mot à propos des relations de l'asthme et de l'eczéma de la face. Il a vu ces deux affections se succéder et s'alterner comme des affections à bascule. On peut en déduire que l'eczéma de la face du nourrisson pourra donc souvent être considéré comme un équivalent de l'asthme et l'eczémateux comme un asthmatique en puissance.

M. Dufourt (de Lyon) donne connaissance d'une statistique hospitalière concernant l'emploi du vaccin de Weil-Dufourt dans la broncho-pneumonie dressée par M. Péhu et par lui-même. Après élimination des broncho-pneumonies tuberculeuses et de malades décédés les premières vingt-quatre heures passées dans leur service, leur statistique, établie pendant les hivers 1925-26-27, plaide fortement en faveur de l'emploi régulier de la vaccinothérapie infantile.

MM. Dufourt et Sédaillan font une communication sur les broncho-pneumonies à streptocoques. Leur étude leur permet de dire qu'il s'agit presque toujours du streptocoque hémolytique. Les auteurs ont voulu chercher surtout si les broncho-pneumonies à streptocoques revêtent une allure symptomatique ou évolutive particulière. Les auteurs distinguent les formes aiguës à foyers disséminés, et les formes lentes. Les streptocoques occasionnent souvent des foyers importants, même pseudo-lobaires. Ce qui caractérise les gros foyers des bases, c'est leur fixité et leur longue durée. La courbe fébrile présente un caractère nettement oscillant avec des décalages de 1 ou 2 degrés du matin au soir. Souvent le tracé est irrégulier, et par périodes de un, deux, trois jours, on assiste à une accalmie de la fièvre. Les broncho-pneumonies à streptocoques, quand elles guérissent, laissent l'enfant profondément anémié. La convalescence de ces maladies est donc toujours longue. Les lésions s'acheminent souvent lentement vers la sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches, fait sur lequel Dufourt attire particulièrement l'attention.

En général, ces broncho-pneumonies à streptocoques sont très graves ; elles ne sont nullement influencées par le vaccin de Weil et Dufourt qui ne renferme que du pneumocoque et de l'entérocoque. Aussi est-il préférable, dans ces cas, d'employer le sérum antistreptococcique, avec lequel les auteurs auraient de bons résultats.

M. Barbier apporte les résultats de la statistique établie dans son service sur la mortalité par broncho-pneumonie. Il insiste surtout sur la contamination indirecte apportée par le personnel médical. Il a obtenu d'excellents résultats en donnant en général par la bouche chez l'enfant des vaccins polyvalents dans les cas de broncho-pneumonie. Barbier pense que les vaccins polyvalents sont préférables, parce qu'ils ne présentent pas d'inconvénients.

MM. Lesné, Marquezy, Méraux et Stieffel ont largement employé la sérothérapie et la vaccinothérapie dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile. L'étiologie des broncho-pneumonies observées a été dominée par les deux grandes affections habituelles : la grippe et la rougeole, puis la coqueluche et la diphtérie. Chez les malades traités suivant les règles classiques, la mortalité a été considérable (82 p. 100). Lesné souligne la gravité des broncho-pneumonies de la coqueluche. Chez les ma-

lades traités avec du sérum anti-pneumococcique et anti-streptococcique de l'Institut Pasteur, les résultats ont été si peu probants que les auteurs ont abandonné cette méthode. Ils ont alors eu recours aux vaccins (vaccins iodés de Ranque et Senez, vaccins de Weil et Dufourt, et le lysat-vaccin de Duchon). Les réactions locales ont été le plus souvent absentes, il n'y a jamais eu de réaction générale. Employés préventivement, les vaccins ont paru préserver les enfants de la broncho-pneumonie. Au lysat-vaccin les auteurs ont associé la sérothérapie antidiphtérique selon les indications de Duchon, pour lequel le bacille de Löffler joue un rôle capital dans l'évolution des broncho-pneumonies. En effet, la fréquence du bacille de Löffler dans le rhino-pharynx des broncho-pneumoniques est le premier point qui a retenu l'attention des auteurs ; elle leur paraît être due avant tout à la contagion hospitalière. Pour les trois vaccins qu'ils ont employés, la statistique a été améliorée. Le mode d'action de ce traitement est inconnu et rien n'en démontre la spécificité. Lesné pense qu'on peut négliger l'action répétée du choc protéinique, si légère soit-elle. Sans aucune discussion, dans les cas de broncho-pneumonie avec diphtérie clinique, l'association de la vaccinothérapie et de la sérothérapie anti-diphtérique paraît indispensable. En présence d'une broncho-pneumonie chez un porteur de germes, l'association de la sérothérapie antidiphtérique à la vaccinothérapie doit être discutée. Le rôle de la diphtérie dans l'évolution de la grande majorité des broncho-pneumonies infantiles leur paraît négligeable. Dans les cas de broncho-pneumonie sans présence de bacilles diphtériques dans le rhino-pharynx, la sérothérapie antidiphtérique est inutile .Seule la vaccinothérapie semble constituer un réel progrès thérapeutique qui mérite d'être retenu et appliqué.

MM. Rohmer et Brussel (de Strasbourg) apportent quelques résultats obtenus par eux dans la vaccinothérapie anti-broncho-pneumonique de l'enfant. Les auteurs ont employé le vaccin Weil-Dufourt. Il résulte de leur statistique publiée sur trois années que les résultats ont paru favorables. Cependant il est difficile de conclure. Rohmer a réalisé depuis longtemps, dans son service, le port du masque et la désinfection comme moyen prophylactique.

MM. Minet, A. Benoit et Mlle Alphant (de Lille), présentent une statistique globale portant sur 303 observations recueillies entre le 1er novembre 1925 et le 30 avril 1927. Sur ces 303 cas, les auteurs ont obtenu 88 p. 100 de guérison avec la vaccinothérapie curative. Ils soulignent le fait que c'est dans la pratique des médecins particuliers qui font de la vaccinothérapie qu'on a observé les plus beaux résultats. Minet pense que c'est le terrain défavorable rencontré chez les malades hospitalisés ou la tardive intervention thérapeutique du médecin consultant qui peut expliquer ce fait. Minet fait ensuite une hypothèse sur le mystère de l'action vaccinale et apporte les résultats de travaux de Wright qui, à côté des modes d'action envisagés jusqu'à présent (immunité par phagocytose, choc protéinique), ont ajouté la notion du rôle clinique des vaccins. L'auteur conclut en disant que si la vaccinothérapie dans les affections pulmonaires aiguës est restée longtemps hésitante, si elle avait même paru paradoxale à certains, on peut affirmer aujourd'hui qu'elle a acquis une place de premier plan dans la thérapeutique des broncho-pneumonies infantiles. Minet déclare avoir vu évoluer favorablement des cas de broncho-pneumonie en vingt-quatre heures avec la vaccinothérapie.

MM. Plumier et Baret (de Liège) apportent quelques observations recueillies par eux sur le traitement par la vaccinothérapie des broncho-pneumonies à la clinique de pédiatrie de l'Université de Liège. Le vaccin utilisé à été celui de Weil-Dufourt. Il ressort de leur statistique que le taux de la mortalité des enfants vaccinés a incontestablement baissé par rapport à celui des enfants non vaccinés. Pour ces auteurs, les injections paraissent inoffensives. Cependant ils ne peuvent déduire sans réserve de leur statistique l'action sûrement curative de la médication.

M. Marfan (de Paris) souligne l'importance de la diphtérie larvée des nourrissons en rapport avec la broncho-pneumonie. Il est certain que les malades ayant des diphtéries larvées font des broncho-pneumonies plus graves que les autres malades qui sont dans les mêmes conditions. Chez les enfants en dessous de six mois, le sérum antidiphtérique n'agit pas ou peu. Marfan signale les nombreux cas d'otites, de conjonctivites où il a découvert le bacille de Löffler sans qu'il y ait cependant apparence de diphtérie. Enfin il rappelle combien sont graves les broncho-pneumonies survenant chez les enfants athrepsiques, ou présentant des troubles de nutrition. Il faut être par conséquent extrêmement réservé et prudent quand on veut établir les statistiques des nouveaux traitements de la broncho-pneumonie.

M. Ribadeau-Dumas (de Paris) apporte dans la discussion une note un peu plus pesssimiste. En réalité, qu'est-ce que la broncho-pneumonie ? Représente-t-elle vraiment dans l'esprit des médecins le même syndrome morbide ? Il pense qu'en réalité les noyaux péribronchiques de la broncho-pneumonie ne sont pas aussi fréquents qu'on le croit. Comme l'a dit le Dr Terrien, le diagnostic est très souvent erroné. Pour lui, la broncho-pneumonie est une lésion polymicrobienne qu'influencent le terrain et l'âge et les conditions dans lesquelles est placé le malade. Si l'infection massive capillaire est en général à pneumocoques, l'envahissement pulmonaire consécutif est polymicrobien, et par conséquent il doit être bien difficile de choisir un vaccin « spécifique ». Chez le nourrisson, qui est un terrain neuf, la réaction au vaccin est bien différente de ce qu'elle est chez l'adulte ou le grand enfant qui est un terrain vieux. La vaccination est encore douteuse quant à ses résultats, et les faits apportés à la discussion ne signifient pas grand'chose. Pour faire les preuves de cette nouvelle méthode, les courbes d'une maladie, dont on ne

connaît pas parfaitement l'évolution mais que l'on sait si variable, ne peuvent être très significatives. Aussi Ribadeau-Dumas fait-il de sérieuses réserves sur la valeur de la vaccinothérapie.

M. Lereboullet a pu constater, comme M. Marfan, la fréquence relative des diphtéries larvées chez le nourrisson et leur retentissement marqué sur la nutrition. Il est toutefois loin de penser que le bacille diphtérique ait, dans la genèse des broncho-pneumonies, le rôle prépondérant qu'on lui a attribué. Observant dans un service de diphtériques, il a, avec M. Marcel David, pratiqué une série de ponctions pulmonaires lors de broncho-pneumonie et n'a que trois fois constaté ainsi la présence de bacille diphtérique, explicable dans un cas par l'existence d'une diphtérie trachéo-bronchique généralisée. Beaucoup plus souvent, c'est le pneumocoque ou le streptocoque qu'on rencontre ; si l'intoxication diphtérique peut avoir un rôle favorisant dans la genèse et l'évolution de la broncho-pneumonie, ce sont les germes d'infection secondaire ou associée qui ont le rôle principal. Comme M. Lesné, il croit qu'il est des porteurs de germe chez lesquels la présence du bacille diphtérique dans le nez n'implique nullement son rôle dans les accidents pulmonaires observés.

Si la sérothérapie et notamment la sérothérapie anti-pneumococcique a donné à M. Lereboullet quelques succès, il signale l'influence parfois fâcheuse des accidents sériques secondaires sur la reviviscence de l'infection broncho-pulmonaire. Quant à la vaccinothérapie, il l'a employée jusqu'à présent soit à titre de vaccination spécifique, à doses faibles et progressives, dans les broncho-pneumonies traînantes, soit à titre de médication de choc dans d'autres cas. Elle ne doit être, selon lui, qu'un des éléments du traitement et il ne faut pas négliger les méthodes qui, dans bon nombre de cas de broncho-pneumonies, ont fait la preuve de leur efficacité.

M. Cassoute a étudié la mortalité par broncho-pneumonie chez les nourrissons. Il a fait de la vaccinothérapie préventive. La vaccination chez le petit nourrisson de moins de six mois est un leurre. La vaccination thérapeutique également. Il sera important d'établir une statistique des enfants vaccinés en tenant compte de leur âge. Il n'a pas eu de brillants résultats avec la vaccination anti-pneumococcique. Le sérum antipneumococcique, par contre, lui a paru donner de meilleurs résultats ; pour lui aussi, c'est le pneumocoque qui est le plus souvent en cause dans la broncho-pneumonie. Très souvent ce sont des pneumococcies généralisées. Chez les bébés, il préfère la sérothérapie à la vaccinothérapie. Mais le meilleur sérum que l'on puisse utiliser est le lait humain. Il a remarqué que chez l'enfant au sein la mortalité a été seulement de 1,5 p. 100 ; ces enfants n'ont pas de broncho-pneumonies. Aussi faut-il arriver à donner le plus possible de lait de femme aux enfants au biberon.

M. Taillens (de Lausanne) pense que des discussions intéressantes qui ont lieu, une chose se dégage : c'est la divergence qui sépare les orateurs sur la signification du mot broncho-pneumonie. En quelques mots, Taillens déclare que la broncho-pneumonie est un syndrome morbide défini confirmé par l'anatomie pathologique. Il croit que trop souvent le diagnostic est mal posé et il s'associe pleinement aux paroles de M. Ribadeau-Dumas. On peut avoir une pneumonie et une bronchite concomitante, on n'a pas pour cela une broncho-pneumonie. Dans les broncho-pneumonies vraies aiguës, qui sont beaucoup plus rares qu'on veut bien le croire, il ne pense pas qu'aucune thérapeutique réussisse ; et il doute fort des broncho-pneumonies que le Dr Minet a vu évoluer favorablement en vingt-quatre heures. La vaccinothérapie a peut-être donné quelques bons résultats dans les broncho-pneumonies chroniques.

M. du Pasquier (du Havre) fait remarquer qu'à côté de la question microbienne, la question du terrain est d'une grande importance. Il ne faut pas considérer comme terminé le traitement de la broncho-pneumonie, lorsque la fièvre est tombée, car il persiste souvent une fragilité des voies respiratoires qui diminue la résistance de l'enfant pendant plusieurs années et qu'il est facile de combattre par la cure thermale (eaux sulfo-arsenicales) et la rééducation respiratoire d'autre part.

M. Hallé constate, comme Taillens, une certaine confusion dans les débats. On ne s'entend pas, pense-t-il, sur la maladie qu'on prétend guérir. Les broncho-pneumoniques peuvent mourir d'accidents terminaux de décubitus, de gastro-entérites, etc. On voit dans certaines épidémies de broncho-pneumonie des enfants mourir avant de faire eux-mêmes de la broncho-pneumonie. Il lui semble que l'on doit considérer les broncho-pneumonies comme rentrant dans un cadre limité et restreint. En outre, la broncho-pneumonie n'est pas seulement une maladie qui se déclare en deux heures, et on ne la diagnostique pas parce qu'un enfant a de la cyanose, de la dyspnée, de la température, etc. Il faut penser aux poussées congestives, qui sont beaucoup plus fréquentes. Pour terminer, Hallé s'élève contre l'idée de l'immunisation dans les broncho-pneumonies.

M. Dufourt répond à différents orateurs.

M. Grenet parle de la valeur des statistiques. C'est sur l'établissement de statistiques bien faites que l'on peut se baser pour juger des thérapeutiques nouvelles.

M. Tixier donne des résultats intéressants sur le traitement des eczémas des enfants par les eaux sulfureuses qu'il prescrit en injections sous-cutanées tous les deux jours. Le prurit disparaît très rapidement, puis on constate une augmentation de poids du malade et la disparition progressive de l'eczéma.

M. Gauthier communique le cas d'une tuberculose fibro-caséeuse extensive des deux sommets améliorée par un double pneumothorax.

Broncho-pneumonies

L. Duchon,

Chef de laboratoire de bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris.

M. Duchon discute les méthodes qui ont abouti à l'opposition du monomicrobisme au polymicrobisme.

1° La méthode des ponctions *in vivo*; il montre ses dangers ; sa valeur douteuse comme méthode de recherche ; fréquence des ensemencements négatifs.

2° Il préfère les ensemencements *post mortem* et en montre le bien fondé : aucune comparaison possible entre les poumons sains stériles et les foyers de broncho-pneumonie toujours d'une culture extrêmement riche ; les ensemencements monomicrobiens de certains poumons, même avec des germes nombreux dans le rhino-pharynx.

Selon Duchon, l'opposition tient à une technique bactériologique différente ; il réclame, pour les isolements, des ensemencements sur milieux solides et en particulier sur gélose sang au pH 7,5 qui révèlent beaucoup mieux la flore aérobie et en particulier le bacille diphtérique.

La valeur pathogène d'un germe ne tient pas,pour Duchon à sa fréquence plus ou moins grande, mais se fonde sur le synchronisme des surinfections bactériologiques et cliniques à la faveur d'une carence d'immunisation.

Duchon rappelle que les streptocoques rencontrés, contrairement à la définition de l'entérocoque, ont toujours été des germes hémolytiques ; que le staphylocoque peut donner des broncho-pneumonies monomicrobiennes, que le Pfeiffer et le Catarrhalis sont parmi les plus fréquents.

Quant au diphtérique, il montre qu'à Paris, dans les hôpitaux, sa fréquence varie avec les méthodes employées : très fréquent dans les salles de rougeole, fréquent dans les salles de médecine générale, il est plus ou moins rare en ville suivant les milieux et ne peut en être exclu.

Le bacille diphtérique n'a jamais été isolé pur des foyers, mais, si souvent il n'est pas l'agent causal des broncho-pneumonies, sa présence les aggrave singulièrement.

Pour l'auteur, le mécanisme des broncho-pneumonies pourrait se concevoir ainsi :

1° Infection endogène, par les germes du rhino-pharynx, à la faveur de la perte de l'immunité cellulaire superficielle due à l'altération des muqueuses des voies respiratoires supérieures (gaz toxiques, rougeoles, etc.).

2° Possibilité de surinfection exogène variable et plus ou moins nocive avec le milieu ambiant.

3° Perturbation de l'immunité profonde qui explique la fréquence des broncho-pneumonies de la rougeole, de la coqueluche, et par conséquent la nécessité de la vaccinothérapie.

L'immunisation des broncho-pneumonies ne saurait se comparer à l'immunisation des infections hautement et spontanément immunisantes. La présence des streptocoques, pneumocoques, etc., semble indiquer qu'elle ne saurait être qu'une prévention à court terme.

En outre, quand, dans une polyinfection, entre un germe toxigène tel le bacille diphtérique, il convient d'ajouter à l'immunité antimicrobienne une immunité antitoxique.

L'immunité antitoxique, à défaut d'immunité active, comporte une immunité passive par une dose élevée de sérum judicieusement employée. C'est ainsi que l'on peut arriver aux statistiques obtenues dans les broncho-pneumonies de toute nature à l'hôpital Bretonneau : 23 %, dans les broncho-pneumonies morbilleuses ! Aux Enfants-Assistés, 30 %. Statistique comparative si édifiante du Dr Apert : 66 %, sans sérothérapie ; 27 % avec sérothérapie.

Celle que vient d'apporter le Dr Lesné ne l'est pas moins : pourcentage de guérisons considérable, 28 % dans les broncho-pneumonies des diphtéries cliniques (pourcentage dû à la lyso-vaccinothérapie comprenant le lysat diphtérique et non pas à la vaccinothérapie simple), pourcentage faible 58 % dans les autres broncho-pneumonies. Or, du point de vue bactériologique : identité ; du point de vue clinique : beaucoup plus grande gravité des premières ; un seul élément diffère : la dose de sérum, sa précocité, toujours très importante pour les premières ; elle est restée faible, nulle ou tardive pour les autres.

Quinche et Tecon.

Les Livres

Editions de l'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Aine (de Châtel-Guyon), Cottet (d'Evian), Goiffon (de Paris et Vichy), Mazeran (de Châtel-Guyon), Schneider (de Contrexéville). — **Le syndrome entéro-rénal aux stations hydrominérales françaises.** (Un vol. in-8°, carré de 74 pages. Prix : 6 francs.)

Pour ce travail, proposé par la Société d'hydrologie, pour sa séance solennelle du 19 mars 1928, les rapporteurs ont été choisis en tenant compte de la compétence spéciale qu'ils avaient pu acquérir dans les différentes stations répondant aux indications principales du traitement hydro-minéral de ce syndrome.

On y trouvera la mise au point de la question des infections urinaires d'origine intestinale, envisagées surtout du point de vue clinique, telles qu'on les observe aux stations thermales, c'est-à-dire dans leurs manifestations atténuées et chroniques. Ils ont, tout naturellement, insisté sur le traitement hydro-minéral de ces affections et faisant état, d'une part des troubles intestinaux et d'autre part des troubles urinaires ils ont formulé les grandes indications résumées à la fin en un tableau crénothérapique.

Librairie Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

R. Benon, ancien interne de la clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris. — **La neurasthénie vraie, diagnostic et traitement.** (Un vol., in-16 grand jésus, de 107 pages. Prix : 7 fr. 50.)

L'auteur s'attache à dégager la notion d'une neurasthénie vraie déterminée par le surmenage physique ou intellectuel (surmenage par les études, surmenage par les sports, surmenage aux armées, surmenage à l'usine et aux champs). Il écarte les faits de surmenage émotionnel qui lui paraissent tout différents des précédents. Après un historique, aussi bref que possible, pour séparer la neurasthénie vraie, ou neurasthénie de Beard, de l'hypocondrie, de l'hystérie, de la mélancolie, il rappelle les travaux curieux et trop oubliés des physiologistes sur la fatigue et le surmenage. La symptomatologie est courte : dans les cas types, elle est constituée par un état d'asthénie nerveuse générale, musculaire et psychique. L'auteur place ici les formes et l'évolution. Un chapitre important est celui des complications précoces et tardives de l'épuisement nerveux par surmenage, chapitre démonstratif de la complexité des faits névro-psychopathiques, mais démonstratif aussi de la possibilité d'aboutir à une nosologie méthodique. Le diagnostic a été traité avec le plus grand soin : diagnostic de la simulation, diagnostic positif, diagnostic différentiel, diagnostic causal (la paralysie générale notamment), diagnostic des complications. Une partie thérapeutique, qui n'a pas moins de vingt-cinq pages, termine ce petit livre. L'auteur met en première ligne du traitement : le repos, puis la psychothérapie ; il accorde de l'importance au régime, aux agents physiques, au traitement symptomatique, mais ceux-ci sont sans effet si le repos, essentiel, n'est pas institué d'emblée.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Henri Drouin. — **Service de jour**... Roman (in-8, 226 p. Prix : 12 fr.).

Les Thèses

Mtp. — Dr A. Rouis. — **Contribution à l'étude de la myosite ossifiante progressive.** (Imprimerie Emmanuel Montane, Montpellier, 1927.)

Les troubles du développement embryonnaire, qui avaient été bien vus par les anciens auteurs, ont une importance telle dans le diagnostic de la myosite ossifiante progressive qu'ils devront être reecherchés avec soin. La microdactylie est particulièrement fréquente ; pour la déceler, on devra mettre en œuvre nos différents moyens d'investigation ; les examens radiographiques seront d'un précieux concours.

Il est certain, aujourd'hui, que le point de départ du processus d'ossification est fourni, dans la maladie de Münchmeyer, comme dans la myosite ossifiante traumatique, par l'hémorragie des capillaires sanguins. Cette hémorragie se fait dans le tissu conjonctif intra et péri-musculaire dont elle entraîne l'hyperplasie et l'ossification. Un excès local de sels de calcium est nécessaire au développement de la myosite ossifiante.

Bien que sa pathogénie en soit connue aujourd'hui les divers agents thérapeutiques sont restés sans résultats sur le cours de la myosite ossifiante progressive.

P. — Dr L. Frappereau. — **Contribution à l'étude du traitement de la gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

La putréfaction, normale sur le cadavre, est une anomalie dans un organisme vivant. Celui-ci tend à s'en débarrasser par sclérose et en isolant le foyer malade au moyen d'un sillon d'élimination ;

Le pneumothorax artificiel, enkystant les lésions, aide puissamment au processus de défense naturel dans les cas de gangrène pulmonaire, et l'insufflation, dès qu'elle est pratiquée, transforme le malade. On devra la faire, précocement, pour éviter le durcissement du poumon par le tissu scléreux, dans tous les cas de gangrène pulmonaire, d'origine aérienne ;

Si la guérison tarde à venir, on la hâtera à l'aide de la chimiothérapie et surtout des méthodes biologiques : vaccino et sérothérapie.

Str. — Dr G. Lévy.—**Essai sur l'évolution des idées qui ont régné en hydrologie et influé sur le mode d'emploi des eaux thermales et minérales.** (Les Editions Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, 1927.)

P. — Dr A. Haye, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **La typhodiphtérie et ses complications** (Librairie Louis Arnette, Paris, 1927.)

La typhodiphtérie doit être connue du clinicien.

Elle est fréquente en temps de guerre, rare en temps de paix. C'est, avant tout, une maladie d'hôpital. Elle est due à la contagion par les malades et les porteurs de germes. Chez ces derniers, les microbes du rhino-pharynx, jusque-là inactifs, peuvent devenir nocifs à la faveur de la typhoïde.

Elle débute par la typhoïde. Elle apparaît à la phase d'état de celle-ci, lorsque la bouche des malades est très sèche.

Elle se caractérise avant tout par des signes généraux. Ceux-ci semblent causés par l'association de la toxémie diphtérique et de la septicémie éberthienne. Les signes fonctionnels sont insignifiants. Les signes physiques sont, le plus souvent, frustes. Le laboratoire apporte seul une certitude.

Les complications sont celles de la typhoïde et de la diphtérie. La mort subite est à craindre pendant longtemps.

La cachexie post-typhodiphtérique présente deux formes : *aiguë*, rapidement mortelle ; *chronique*, durant plusieurs mois et pouvant guérir, mais au prix d'un affaiblissement considérable de l'organisme.

Le diagnostic est assez facile, si on se méfie. Toute complication inexpliquée de la typhoïde doit faire penser à une association à la diphtérie.

Le traitement consistera, en plus des soins ordinaires de la typhoïde, à faire une sérothérapie antidiphtérique précoce, intense, prolongée.

Le pronostic est grave. Il dépend de la précocité du traitement.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le terrain tuberculeux.

La plupart des traitements qui donnent des succès à l'heure actuelle dans la tuberculose ne visent qu'un but : accroître la résistance du terrain. Si le sujet est légèrement ou moyennement atteint, c'est que sa résistance faiblit, il ne faut pas chercher à détruire le bacille par de vaines thérapeutiques, il faut augmenter la force du terrain qui limitera l'atteinte bacillaire, favorisera l'enkystement et par conséquent la guérison. De quoi est faite la résistance de l'adulte à la tuberculose ? Sergent invoque avant tout les conditions humorales, dont les unes sont spécifiques et les autres non spécifiques. Les premières sont représentées par les modifications humorales résultant de la première infection tuberculeuse ; les non spécifiques tiennent à la composition chimique des humeurs. D'après Sergent et Binet, le taux du calcium dans le sang augmente chez les tuberculeux fibreux dont l'état général est très bon et qui marchent vers la guérison. Looft (de Strasbourg), de recherches analogues, conclut que le calcium est augmenté dans les formes sclérosantes. En France, on admet d'une façon générale que la décalcification précède l'apparition de la tuberculose et que le calcium est nécessaire à l'organisme pour édifier sa propre défense. La tricalcine est une méthode recalcifiante de premier ordre. Même par un usage prolongé elle ne fatigue pas l'estomac et sa présentation en poudre, en granulés ou en comprimés en fait une médication facile à prescrire. On peut l'ordonner associée à l'adrenaline, au méthylarsinate de soude, au fluor. Enfin la tricalcine opothérapique qui comprend un choix judicieux d'extraits de glandes est indiquée dans tous les cas où l'on peut craindre la déficience d'une glande endocrine.

Dr Meslier.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE PROBLÈME DES PUPILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. PROTECTION MÉDICALE ET SOCIALE (1)

Par Mme le Dr Jeanne MONTLAUR.

I

Quelques données générales.

Il ne se passe de semaine où, dans l'un des journaux quotidiens, qu'il soit d'opinion ou d'information, on ne puisse lire un article sur les « Enfants de l'Assistance ».

Les graves problèmes concernant la protection médicale et sociale des Pupilles de l'Assistance Publique, nous ont paru intéressants à étudier en une revue d'ensemble.

Dans cet article, nous essayerons de faire connaître les insuffisances et les défauts de l'organisation actuelle ; de montrer les progrès déjà réalisés grâce en partie à l'initiative des œuvres privées, et les améliorations qui doivent compléter les mesures actuelles de protection.

Quelques données générales nous paraissent nécessaires à la clarté du développement de notre sujet.

Dénominations.

On comprend sous la dénomination de *Pupilles de l'Assistance Publique* (loi du 27 juin 1904) les enfants placés sous *la tutelle* de l'autorité publique : enfants trouvés, enfants abandonnés, orphelins pauvres, enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés.

Le terme plus général d'*Enfants Assistés* s'applique non seulement aux pupilles, mais encore aux enfants qui sont sous la *protection* de l'autorité publique : enfants secourus, en dépôt, en garde.

Dans la langage courant, ces deux termes sont synonymes mais nous ne nous occupons ici que des Pupilles ; on peut déjà mesurer l'importance de la question en sachant que l'on dénombre en France 130.000 pupilles de 0 jusqu'à 21 ans, dont 30.000 pour le département de la Seine.

Formalités d'abandon.

Comment se fait « l'admission » des pupilles ?

L'enfant *trouvé* est recueilli à l'*hospice dépositaire.*

L'enfant *abandonné* porté par sa mère est reçu à l'*hospice dépositaire* dans un bureau ouvert le jour et la nuit, et sans autre témoin que la personne préposée à l'admission ; c'est ce *bureau ouvert* ou *bureau secret*, qui a remplacé le « *Tour* ».

La personne qui présente un enfant âgé de moins de sept mois est interrogée sur le nom, la date et le lieu de la naissance de cet enfant. Elle peut ne pas répondre à ces questions. Si l'enfant paraît avoir plus de 7 mois, des papiers d'état civil sont exigés.

La mère qui a abandonné son enfant peut encore le reprendre dans les 24 heures qui suivent. Si elle persiste dans l'abandon, le lieu de placement du pupille reste *secret*, et la mère ne pourra être renseignée que tous les trois mois, sur l'existence ou la mort de son enfant.

Les Enfant-Assistés, les Pupilles, sont considérés comme enfants illégitimes.

Nombre des abandons.

Le nombre des abandons a considérablement baissé depuis la guerre. C'est ainsi que pour le département de la Seine, avant 1914, le nombre total des abandons s'élevait à plus de 4.000 par an ; de 1921 à 1925, il s'abaissait de 2.544 à 1.788, chiffres les plus faibles qui aient jamais été notés ; en 1926, avec l'afflux des ouvriers étrangers, le nombre des abandons s'est élevé à 1.953 ; en 1927, 1920 enfants ont été abandonnés dont 1.200 tout petits.

Dans les départements, le nombre des abandons devrait, semble-t-il, varier selon le contingent de la population. Il n'en est pas toujours ainsi.

Nous avons pu relever dans des départements de population peu dense (départements de montagne ou de petite culture, d'artisanat, etc.), des chiffres inférieurs à 60 abandons pour 1927. Pour la même année, dans des départements de grands centres, le nombre des abandons a dépassé 100, atteignant pour l'un d'eux un chiffre supérieur à 400. Par contre, dans deux très grands départements à population fort dense, l'un de l'est, l'autre de l'ouest, le nombre des abandons fut respectivement de 80 et de 54 (ici pour un contingent de près d'un million d'habitants) : ce

(1) D'après le Rapport présenté par nous au *Musée Social*, le 14 février 1928 (Section d'Hygiène du Conseil National des Femmes Françaises).

remarquable résultat a été obtenu grâce à la largesse des secours préventifs d'abandon.

On peut estimer que les causes générales de la diminution des abandons sont assez complexes et ne résident pas, comme on pourrait le croire, seulement dans la plus faible natalité. Il faut faire la part des mariages plus nombreux immédiatement après la guerre, des salaires plus élevés payés aux travailleuses, des œuvres officielles et privées qui s'occupent de la mère non mariée, et enfin, des secours de grossesse et des secours préventifs d'abandon.

Pupilles de la Seine et Pupilles des départements.

La comparaison de chiffres d'abandon nous amène à faire connaître la différence qui existe entre les pupilles de la Seine et ceux des départements. En effet, l'Assistance publique de la Seine (à Paris, avenue Victoria) et l'Assistance Publique départementale (dont les services dépendent du Ministère de l'Intérieur) constituent deux organisations différentes et surtout deux *budgets différents.*

1° Le département de la Seine est fort riche et c'est à Paris qu'en très grand nombre les filles-mères viennent accoucher ; pour les pupilles de la Seine, ainsi que nous le verrons plus loin, ont été tentés les plus grands efforts de protection.

Disons que l'enfant abondonné à l'hospice dépositaire (hospice des Enfants-Assistés) sera placé hors de Paris par les soins de l'Assistance Publique. Il sera dirigé dans des circonscriptions de placements dites « Agences de province ». (Même système pour le Rhône et la Gironde).

A la tête de ces Agences, sont les *directeurs* d'agence, nommés à Paris, au choix parmi les *sous-directeurs*, ceux-ci étant nommés au concours. Sous-directeurs et directeurs s'occupent *exclusivement* des enfants assistés.

Les enfants abandonnés à Paris sont placés dans des départements ruraux, Orne, Nièvre, Yonne, Cher, ou de montagne, Basses-Pyrénées, Puy-de-Dôme, etc...

2° Dans les départements, le service des Enfants-assistés est réglé par le Conseil général, administré par le Préfet et, dirigé par l'*inspecteur départemental* de l'Assistance Publique. On peut mesurer déjà toute l'influence des relations administratives et politiques !

L'inspecteur départemental a sous ses ordres des sous-inspecteurs ou sous-inspectrices affectés à la surveillance des pupilles. C'est parmi les sous-inspecteurs, nommés au concours, que sont choisis les inspecteurs.

Ceux-ci ont, non seulement dans leurs attributions le service des Enfants-Assistés, mais encore de nombreux services rattachés : enfants protégés (loi Roussel), assistance médicale gratuite, assistance aux vieillards, aux femmes en couches, aux familles nombreuses ; primes de natalité aux familles nombreuses, etc., etc.

Dans le langage de la campagne, le directeur d'agence et l'inspecteur des Enfants-Assistés, sont l'un et l'autre « *Monsieur l'Inspecteur* ».

Les départements placent leurs pupilles dans le département d'origine et dans les départements limitrophes. Aussi dans un même département, Basses-Pyrénées par exemple, on rencontre des pupilles de la Seine et des pupilles des Basses-Pyrénées relevant chacun de leur administration respective.

Surveillance médicale.

La surveillance médicale est assurée pour les nourrissons par le médecin-inspecteur de la protection du premier âge (loi Roussel 1874); pour les autres enfants par le médecin-inspecteur de la circonscription à laquelle ressortit la commune de placement.

Les premiers sont surveillés, à la fois, comme assistés et comme protégés, et considérés comme protégés illégitimes.

***

Grâce à ces notions générales nous pouvons aborder plus facilement l'étude de la « carrière » du pupille de l'Assistance.

Les étapes de sa vie sont celles de toute jeune vie humaine :

le nourrisson (de 0 à 15 mois ou 2 ans) ;
l'enfant dans la période préscolaire (2 à 6 ans);
l'écolier (de 6 à 13 ans) ;
l'adolescent.

Ces périodes sont essentiellement différentes non seulement du point de vue *physiologique*, mais aussi en ce qui concerne les nécessités et les exigences matérielles et morales.

A chacune de ces étapes de la vie surgissent des difficultés spéciales, souvent inattendues, parfois dramatiques : des améliorations, des remèdes sont à envisager.

« L'administration » peut apporter des solutions meilleures à celles déjà existantes, mais son action isolée sera infructueuse sans les efforts conjugués d'ordre médical, social et féminin.

Les pupilles du 1er âge.

Sur toute l'histoire des pupilles du premier âge plane une grande ombre : celle de l'effroyable *mortalité infantile*, et parler des nourrissons assistés, c'est faire tout l'historique de la lutte contre la mortalité de la première enfance.

Allaitement.

Avant la guerre un grand nombre de nourrissons étaient placés chez des nourrices au sein, mercenaires. Parmi les protégés soumis à la loi

Roussel, les illégitimes, c'est-à-dire les enfants assistés étaient (fait paradoxal) nourris beaucoup plus souvent au sein que les enfants confiés par les parents (protégés légitimes).

Or, depuis la guerre, les belles nourrices aux bonnets enrubannés ont disparu et de Paris et de la campagne. Celles qui viennent encore chercher des nourrissons à l'hospice des Enfants-Assistés ne sont guère nombreuses, 200 environ pour l'année 1927.

Dans les départements, faute de nourrices, c'est *exceptionnellement* que les nourrissons peuvent être allaités au sein. C'est ainsi que, dans l'un des plus grands et des plus actifs départements du sud-est, 7 nourrissons sur 427 ont été allaités au sein.

Actuellement l'allaitement artificiel est la règle.

Mortalité infantile.

Quelle a été et quelle est encore l'influence de l'allaitement artificiel sur la mortalité des pupilles du premier âge ?

Le taux moyen de la mortalité infantile en France est de 12 % ; or, chez les pupilles nous relevons les chiffres suivants :

a. SEINE :

Avant la guerre : au sein, mortalité		16 %
1916-1921 : allait. artif,	—	35 à 40 %
1922-1926 : » »	—	16 %

b. DÉPARTEMENTS. En 1926, plusieurs départements présentaient encore une mortalité de 30 à 50 %. Dans un autre, elle s'abaissait en 1922 à 31 % pour se relever à 57 % en 1926. Certains en 1927, sont arrivés à faire tomber le taux à 9 % et même à 6 %.

Il faut retenir ces chiffres impressionnants pour fixer les faits et en tirer un enseignement général ; mais les statistiques concernant la mortalité infantile sont établies selon les méthodes de calcul qui ne permettent pas toujours de les comparer entre elles. Les renseignements fournis ne se rapportent pas exclusivement aux enfants d'un jour à 1 an (1) et comptent des enfants d'âge variables pour des périodes inégales.

Seules les statistiques d'états nominatifs peuvent, dans une certaine mesure, être exactes et comparées entre elles (2).

Causes de la mortalité infantile.

Les causes sont multiples, et les difficultés pour la protection de ces enfants surgissent de toutes parts.

Un grand nombre d'enfants qui naissent ont déjà failli ne pas voir le jour ; ils ont souffert pendant la grossesse misérable de la mère délaissée ; beaucoup d'entre eux sont nés entachés de syphilis, débiles (ce sont les enfants les plus chétifs qui sont le plus souvent abandonnés) ; ils meurent rapidement dans les premiers jours, les premiers mois. Les conditions d'existence dans lesquelles ils sont placés ne leur assurent pas toujours ultérieurement un développement parfait.

Ces faits sont douloureux et le problème mérite d'être examiné dans tous ses détails. Reprenons donc les causes de mortalité et étudions parallèlement les *mesures prises pour y remédier.*

Mesures prises contre la mortalité infantile.

I. **Avant la naissance.**

La mortinatalité (enfants morts-nés et morts dans les deux premiers jours) sévit lourdement parmi les illégitimes. Il faut protéger la mère pour protéger l'enfant qu'elle porte, afin que celui-ci naisse avec un *poids normal.*

Déjà, au cours de la grossesse, entrent en jeu des moyens d'ordre médical, social et féminin.

Les consultations *prénatales et les consultations de prophylaxie et de traitement de la syphilis* qui existent dans un grand nombre de départements permettent d'évite les dystocies, de déceler et de soigner l'infection tréponémique.

Leur activité devient considérable ; la propagande se fait aisément de malade à malade.

La création de ces consultations par les dispensaires « polyvalents » qui comprennent consultations prénatales, de dépistage de la tuberculose, de la syphilis, etc. est à l'ordre du jour ; elles se multiplieront encore dans des centres importants. Pour la campagne, ces organisations sont naturellement, de réalisation difficile.

A cette action médicale, si opportune, viennent s'ajouter : *les secours de grossesse,* mais ils sont loin d'être suffisants ; les *lois de protection du travail des femmes en couches* (loi Strauss) et enfin, les nombreuses *œuvres féminines,* qui recueillent la fille-mère jusqu'à l'accouchement et lui donnent un abri et du travail.

II. **Après l'accouchement.**

L'accouchement, s'il est clandestin, met non seulement la mère en mauvaise condition, mais aussi l'enfant qui sera certainement abandonné dans les premiers jours. Trouvé dans un endroit public, exposé au froid, le malheureux nouveau-né est voué à une mort presque certaine.

Si l'accouchement a lieu dans une maternité ou un hospice, la destinée de l'enfant devient meilleure.

C'est là que vont s'employer, auprès de la

(1) M. Jules RENAULT. — *Bulletin de l'Académie de médecine,* n° 6, février 1928.

(2) Méthode employée par le service des Enfants-Assistés de la Seine.

mère, les bienfaits du *Service social des maternités, préventif d'abandon.*

Par l'Assistante sociale, la mère saura qu'à la sortie de l'hôpital, elle peut être recueillie avec l'enfant dans *un asile de convalescence,* et y séjourner plusieurs semaines ou plusieurs mois à condition de nourrir son bébé. Des organisations officielles municipales, du type Vésinet ou St-Maurice (Seine), Maisons des mères (Lyon), Maison Maternelle (Cholet) etc... ou des œuvres privées très nombreuses pourront la recevoir (1).

Ces œuvres dont le but principal, et elles y atteignent souvent, est d'éviter la séparation de l'enfant d'avec la mère, ne peuvent donner pleine mesure que si les *secours préventifs d'abandon* sont très largement distribués.

III. **L'enfant sera-t-il abandonné** ?

A. **Les pupilles de la Seine.** — Cependant malgré les conseils de l'Assistante sociale, la mère est déterminée à l'abandon.

Quand elle sort de la maternité, elle se présente à l'hospice dépositaire (à Paris), où elle est reçue au *bureau ouvert* par la préposée à l'admission, une surveillante, toujours pleine de bienveillance. Celle-ci, interroge discrètement la mère s'informe si le dénuement la pousse à cet acte, essaye alors de lui faire connaître toutes les ressources qui l'aideront à élever son enfant.

La mère persiste-t-elle mais plus faiblement déjà, dans sa détermination d'abandon, la surveilveillante propose alors à la femme de nourrir l'enfant pour lequel son lait sera bienfaisant. Elle abandonne, c'est entendu, mais elle devient *la nourrice payée* de son enfant.

C'est ainsi que la loi, si rigoureuse, du secret de placement a pu être tournée avec autant de bonté que d'élégance et la fille-mère est recueillie avec son nourrisson à la *Maison maternelle.*

MAISON MATERNELLE. Cette conception généreuse a fait des débuts officieux. En 1923, le Pr Cassoute, de Marseille, nous écrivait : « Avant la guerre, nous recrutions nos nourrices mercenaires (au sein) parmi les italiennes... en partie aussi par les mères qui venaient abandonner leur enfant et que l'on décidait à rester pour nourrir leur bébé. De sorte que, depuis de nombreuses années, nous avons pratiqué l'hospitalisation de la mère et de l'enfant. La loi nous autorisant à recruter des nourrices mercenaires, rien ne nous empêchait de prendre comme nourrice la mère, et *comme par hasard,* nous lui donnions son propre enfant à allaiter (2).

La Maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux (Seine) (1), a été ouverte au mois d'août 1922, sur la proposition du Pr Marfan et de M. M. Deschatres, l'excellent Directeur de l'Hospice des Entants-Assistés. Les résultats obtenus y ont été des plus intéressants.

1° *Diminution de la mortalité.* En favorisant l'allaitement maternel, de 7 % en 1923, la mortalité est tombée à moins de 1 % en 1927, résultat sans précédent !

2° *Diminution du nombre des abandons.* On comprend que la femme qui a nourri pendant plusieurs mois son enfant, hésite ensuite à l'abandonner. Les quelques abandons à la sortie de la Maison maternelle concernent généralement les enfants chétifs, les débiles.

3e Non seulement son rôle social consiste à éviter l'abandon, à sauver la vie de l'enfant et à empêcher la dégradation de la mère, mais il permet encore d'avoir du *lait maternel pour d'autres nourrissons débiles.*

Cette organisation de *Maison maternelle* si généreuse dans son esprit, si bienfaisante dans ses résultats, n'a pas été uniquement le privilège de Paris et de Marseille ; sans oublier de mentionner la *Maison des mères* du Dr Bosc (de Tours), nous pouvons dire qu'actuellement, la plupart des grands centres possède une Maison maternelle, dont « l'utilité apparaît de plus en plus grande à mesure que se prolonge son existence » (2) (Bourdinière).

Pendant son séjour, la mère reçoit soit une modeste rétribution (1 fr. 50 par jour), soit le secours préventif d'abandon.

Il importe, répétons-le, que la valeur de ce secours soit suffisante et nous ne pouvons qu'admirer les décisions du Conseil Général du Finistère (3) : dans ce département, la mère non mariée touche pendant trois mois un secours égal à la pension des pupilles placés en nourrice, c'est-à-dire 120 à 150 fr. par mois et 50 fr. ensuite.

Le rôle prépondérant que jouent les Maisons Maternelles dans la lutte contre la mortalité infantile et l'abandon, devrait faire mettre, dans tous les départements, leur création au premier plan des mesures de protection.

IV. **L'enfant est abandonné.**

SON PLACEMENT. Si malgré les conseils, malgré l'offre des secours, la mère, pour des raisons d'ordre moral, refuse de bénéficier du séjour à la

(1) Signalons chemin faisant que certaines femmes pourront trouver un emploi en gardant leur enfant. En attendant et pendant cette période de recherche, elles pourront se loger à l'*Hôtel Maternel,* du type de la rue Bidassoa et se nourrir à la cantine maternelle voisine.

(2) Voir également communicat. de l'Académe de Médecine, 5 juillet 1927.

(1) Consult. *Bull. de l'Académie de méd.*, 25 oct. 1927. La Maison maternelle de Chatillon-sous-Bagneux, par MM. A. B. Marfan et A. Zuber.

(2) Considérations sur le rôle des maisons maternelles. D. BOURDINIERE. *Bull. de la Soc. scientif. de Bretagne,* tome IV, Rennes, 1927.

(3) Dr GENDRE (Quimper). — Rapport sur le fonctionnement du service des Enfants-Assistés, mai 1926.

Maison Maternelle, l'enfant abandonné devient un « pupille de l'Assistance ».

Avant 1914, à Paris, les grandes préoccupations médicale et administrative, étaient de laisser séjourner le moins de temps possible le nourrisson à la crèche où il venait d'être reçu.

En toute saison étaient organisés les convois pour les « Agences » ce qui entraînait un voyage assez long, suivi de l'arrivée à l'agence, du placement chez la nourrice, et des difficultés d'adaptation à l'allaitement au sein ou à l'allaitement artificiel.

Point n'est besoin d'insister davantage pour expliquer la mortalité impressionnante qui sévissait alors dans les agences (50 %) et c'est pour enrayer cette mortalité si redoutable, que peu à peu, au placement des agences a été substitué le *placement individuel familial* et *rural*, en centre d'élevage.

Centres d'élevage. — Les premiers centres d'élevage ont été créés aux environs de Paris ; ils ont été au début des organisations privées, dues en partie à des initiatives féminines, tant en contributions financières qu'en bonne volonté.

Ils sont de deux ordres : centres *surveillés* et centres *simplifiés*.

Dans les premiers, les nourrices sont choisies par le médecin ou par la directrice-visiteuse, parmi les familles habitant dans un rayon assez limité (2 à 3 km.) autour du pavillon où réside la directrice-visiteuse. Les nourrices peuvent recevoir deux nourrissons.

Une consultation de nourrissons à laquelle doivent être présentés hebdomadairement tous les nourrissons du centre et aussi ceux de la région ; une « goutte de lait », une petite infirmerie font partie de ce centre *complet* dont le type est réalisé à Mainville-Draveil (1).

Pour les seconds, centres d'élevage simplifié, du type St-Rémy-les-Chevreuses, les habitations des nourrices sont plus éloignées et celles-ci et les enfants sont sous la surveillance d'une *infirmière-visiteuse.*

A l'envoi précipité des nourrissons dans les agences, avait succédé en 1922, l'envoi tout aussi rapide dans les centres d'élevage, et l'on croyait posséder enfin le mode idéal pour l'allaitement artificiel, sans mortalité notable. Mais une expérience de trois années environ a montré que si les résultats de ce mode de placement étaient appréciables, ils ne sauraient être considérés comme définitifs.

En effet, les paysannes routinières ne pouvaient se transformer, malgré la surveillance, les conseils et leur bonne volonté, en éleveuses professionnelles parfaites. Les vieilles habitudes, le manque d'hygiène réapparaissent de temps en temps.

D'autre part, le nourrisson abandonné privé subitement du sein de sa mère, supportait mal l'allaitement artificiel à la campagne. Le petit voyage hebdomadaire à la consultation des nourrissons du centre surveillé lui était parfois nuisible. Trop d'enfants attendent ensemble à ces consultations d'où des contagions possibles ; sans compter en hiver les risques de maladie, et, sans oublier le temps passé par la nourrice pour des emplètes au village.

Préparation au centre d'élevage. — Actuellement le placement en centre d'élevage est précédé d'une *préparation.*

L'enfant séjourne à Paris, *environ* 15 *jours*, dans une crèche pouponnière, vaste et non encombrée.

L'allaitement est dirigé selon son état, et parfois, on peut lui donner du lait de femme.

Il est ensuite envoyé à Antony dans une pouponnière dépendant de l'hospice des Enfants-Assistés. Il y reste *deux mois*, recevant la nourriture adaptée à son état, puis est dirigé vers un centre d'élevage simplifié, où il sera gardé jusqu'au quinzième mois. Grâce à cette compréhension si exacte des besoins de l'enfant, les résultats ne se sont pas fait attendre : la *mortalité* s'est remarquablement abaissée.

Dans les 6 centres que l'Assistance Publique a groupés actuellement dans la région parisienne pour des enfants de 0 à 15 mois, la mortalité a atteint 11,6 % ; dans les 10 centres de province la mortalité ne s'est pas élevée à plus de 8,90 %, soit une mortalité moyenne de 9,2 %, incomparalement faible en regard de celle enregistrée auparavant par placement dans les Agences.

B. **Pupilles des départements.** — Les hospices dépositaires comprennent un service pour les enfants du premier âge : *Crèche.* Malheureusement trop souvent l'absence d'hygiène et de notions très élémentaires de puériculture entraînent déjà dans cette crèche une mortalité très élevée des nourrissons.

Quittant la crèche, ils sont placés chez des nourrices du département même, ou de départements limitrophes (1).

Les grands départements, organisent d'après les principes généraux de puériculture adaptés à leurs ressources propres, des mesures de protection de tous ordres. C'est *ainsi qu'en raison de la difficulté* de recruter de bonnes nourrices et pour diminuer les risques de mortalité, certains ont substitué, au placement individuel chez les nourrices, le placement collectif en *crèche-*

(1) Le centre rural d'élevage et de prophylaxie antituberculeuse, par Mme A. Dubost, les Drs G. Blechmann et François. *Bull. de l'Ac. de méd.*, Juillet 1922.

(1) *Les salaires des nourrices*, pour les nourrices au sein varient de 100 à 150 fr. par mois ; pour l'allaitement artificiel de 80 à 160 fr. Le département de la Seine paye 120 fr. pour l'allaitement au biberon, 150 fr. au sein.

pouponnière (à Nancy par exemple). La crèche annexée à l'hospice dépositaire constitue un véritable centre d'enseignement de la puériculture où les nourrissons restent jusqu'à l'âge de trois mois. Ensuite même placement collectif en pouponnière jusqu'à l'âge de 15 mois.

D'autres grands départements ont des centres d'élevage complet (Nord) ou simplifié avec *infirmière-visiteuse.* Le Gard en possède plusieurs ; ils existent également en Seine-et-Oise (Orgeval) ; Seine-et-Marne (Vaux-le-Penil) ; Oise (Chaumont-en-Vexin) (créations de Mme Zimmern) etc. Certains départements n'ont pu organiser des centres d'élevage parce que les villages sont fort éloignés les uns des autres ; d'autres remédient à cette absence par le placement des enfants dans des familles groupées assez près du médecin de la protection du premier âge.

Quel que soit le mode de placement, lorsqu'il est rationnel, il est bienfaisant pour le nourrisson et aide à diminuer la mortalité.

La condition essentielle du succès c'est de préparer l'enfant au centre d'élevage et de ne l'y envoyer que suffisamment robuste. Si l'on y place des débiles et des malades, la seule vertu de l'organisation sera sans action.

V. **Hérédo-syphilis et Tuberculose.**

a) L'hospice dépositaire de Paris possède à Antony un véritable *centre de traitement* des nourrissons syphilitiques, où ils sont soignés jusqu'à l'âge de 6 mois. Si le traitement peut être poursuivi avec moins de continuité, l'enfant est mis en placement familial spécial.

Les départements organisent peu à peu la lutte contre la syphilis infantile — le plus souvent, l'enfant syphilitique est traité à l'hospice ou à la Maison Maternelle.

Certains médecins inspecteurs devant l'impossibilité de faire reprendre du poids aux nourrissons, traitent tous les pupilles comme suspects d'hérédo-syphilis... méthode peut-être trop absolue, qui trouve cependant des défenseurs !

b) L'emploi du vaccin B. C. G. (prophylaxie de la tuberculose) est recommandé « aux médecins chargés de la surveillance des pupilles » par deux circulaires du Ministère de l'Hygiène (25 septembre 1924 et 14 juillet 1927).

La surveillance du nourrisson.

Jusqu'ici, nous avons passé en revue les éléments, les organisations d'élevage, sans faire intervenir ceux à qui incombent cette tâche et qui sont : l'*inspecteur départemental*, le *médecin-inspecteur du premier âge* ; l'*infirmière-visiteuse*, en liaison avec la *consultation des nourrissons.*

1° **L'inspecteur départemental.** — Les inspecteurs départementaux des pupilles, en raison des nombreux services rattachés qui leur incombent, sont des fonctionnaires fort occupés.

Certains ne visitent leurs pupilles qu'une fois par an, les grandes distances entre les placements rendent les voyages fort difficiles ; d'autres font des tournées plus fréquentes 2, 3, 4 fois l'an. Certains, tous les trimestres et, en personne, assistent à la consultation des nourrissons du centre d'élevage et visitent les nourrissons de chaque centre. Pratiquement, ce service est le plus souvent assuré par le sous-inspecteur ou la sous-inspectrice.

2° **Le médecin-inspecteur** doit, avant toute chose, assurer la surveillance de l'enfant. D'après l'application de la loi Roussel, le nourrisson sera visité dans la huitaine qui suit son placement, puis deux fois par mois dans les trois mois, ensuite une fois par mois.

Les visites du médecin-inspecteur devraient être rigoureusement faites au domicile de placement avec examen de l'enfant, ce qui assurerait à la fois la surveillance de l'enfant et celle du logis.

La plupart des médecins ont pleine conscience de leur devoir ; cependant on a reproché à certains d'être trop pressés et ne faire qu'une visite bien hâtive, mais il faut répéter que les indemnités allouées au médecin sont beaucoup trop faibles pour visiter des placements souvent très éloignés les uns des autres.

3° **Les consultations de nourrissons** sont créées par des *initiatives privées ou départementales.* Dans certains départements, ces consultations sont nombreuses, actives et rendent d'inestimables services. Dans chaque commune où elles existent, l'enfant doit y être amené chaque semaine. Mais, parfois, la consultation est à plusieurs kilomètres du domicile de la nourrice et elle ne peut transporter l'enfant si loin, si le temps est défavorable ; et ainsi toutes raisons plus ou moins valables font que l'enfant n'est point visité régulièrement. La surveillance à domicile devrait compléter la visite médicale, cette surveillance étant assurée par des infirmières-visiteuses et des sages-femmes.

4° **Les visiteuses de l'enfance.** — Plusieurs départements ont organisé la surveillance des enfants placés en garde avec le concours d'infirmières visiteuses.

Dans le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, le fonctionnement du service de la protection des enfants du premier âge est assuré depuis trois ans par les centres cantonaux de puériculture (1). Le centre groupe toutes les œuvres qui, dans le canton, s'occupent de puériculture.

Dans l'Oise, le service d'infirmières-visiteuses des jeunes enfants est assuré par des infirmières et des sages-femmes.

En Seine-et-Marne, la formule de la « visiteuse

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, J. Renault, n° 6, Février.

d'hygiène polyvalente » a été choisie afin d'éviter le temps perdu en déplacements répétés.

Mais les visiteuses d'hygiène infantile ne sont qu'au nombre de 650, goupées dans les grands centres plutôt que dans les campagnes où leur présence serait tout aussi nécessaire.

Si bien que de nombreux enfants ne sont pas conduits à la consultation et ne sont surveillés régulièrement ni par le médecin ni par la visiteuse. Or, on sait que cette double surveillance médicale et sociale est la base même de la vie du nourrisson.

Pour renforcer cette protection et la rendre plus efficace plusieurs projets ont été élaborés :

1° *Extension du cadre des infirmières-visiteuses* ;

2° *Projet d'extension de la loi Roussel*, porté devant la Commission d'hygiène du Sénat et de la Chambre, à la suite de la discussion à l'Académie de médecine en 1922, par M. Strauss alors ministre de l'hygiène.

Ce projet admet l'introduction dans les commissions et les organismes de surveillance du premier âge, de sages-femmes, celles-ci au même titre que le médecin.

3° *Projet Brisac-Mossé* discuté au Comité National de l'enfance qui prévoit pour des sages-femmes après des études de puériculture, le titre et le poste d'*Assistante sociale rurale de protection maternelle et infantile* (1).

Conclusions.

Dans cet exposé, nous avons voulu montrer quelles sont les difficultés de l'élevage des nourrissons pupilles et en même temps, nous avons esquissé les solutions que l'on a tenté d'apporter à ce problème si ardu, le plus souvent grâce à l'admirable initiative des médecins et des œuvres privées.

Les moyens employés paraissent excellents et les mesures appliquées se montrent efficaces ; la situation est déjà meilleure, *et cependant la mortalité infantile reste encore très élevée !*

Les obstacles à vaincre : les difficultés sont nombreuses, les causes de mortalité des nourrissons pupilles sont multiples et de plus en plus complexes, de par l'évolution générale des conditions de la vie actuelle, sans oublier la lenteur infiniment grande encore des décisions administratives.

Ce qui reste à faire : il faut cependant reconnaître qu'un mouvement très actif anime les organisations officielles et les œuvres féminines qui s'occupent de l'enfance abandonnée.

Il faut renforcer, développer, multiplier toutes les mesures actuelles de protection du nourrisson pupille.

Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler la phrase si émouvante de Th. Roussel : « Tout ce qui éloigne le jeune enfant de sa mère, le met en état de souffrance et en danger de mort. »

Souhaitons donc :

a) Que la protection de la mère abandonnée soit assurée par tous les moyens d'ordre médical et social : consultations prénatales et de prophylaxie de la syphilis, secours de grossesse, maisons maternelles, secours préventif d'abandon.

Ainsi seront réduits au maximum pour l'enfant les risques de débilité et d'abandon, d'où diminution de mortalité.

b) Que la protection de l'enfant abandonné s'exerce par l'inspection médicale la plus sévère : préparation au centre d'élevage, placement familial individuel, ou placements collectifs ; exigeons des groupements rapprochés pour une plus grande surveillance.

En dehors des mesures générales applicables sur tout le territoire, cette protection devra recourir à toutes les ressources et à toutes les initiatives locales, leur laissant une certaine souplesse d'adaptation. (*A suivre*).

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

V. — Scrupules...

Vous êtes embarrassé, mon cher ami, et vous me faites part de vos scrupules, en présence de cet homme qui avoisine la soixantaine, et chez qui vous avez reconnu, avec une hypertension caractérisée de 20-11, les signes cliniques d'une tare cardio-rénale.

— A l'hôpital, me dites-vous, nous aurions demandé que l'on mesurât la constante d'Ambard, que l'on pratiquât les réactions sérologiques dépisteuses de la syphilis, que l'on radioscopât le cœur et l'aorte, et que l'on prît un électrocardiogramme. Mais, dans la pratique privée, j'hésite à réclamer tous ces examens dont certains ne pourront être effectués qu'au chef-lieu, au prix d'un déplacement fatigant pour mon malade, et qui, dans l'ensemble, représenteront une dépense très élevée... »

Ces scrupules vous honorent, et vous faites bien de vous y arrêter, même si vous étiez tenté de passer outre, à la faveur de scrupules inverses, selon lesquels vous pourriez craindre que l'on vous reprochât un jour de n'avoir pas conseillé toutes les recherches, toutes les investigations que le laboratoire met à la portée du praticien.

Raisonnons : votre client a dépassé largement cinquante ans. Son hypertension est mani-

(1) *La Puériculture*, mars 1927.

feste, et l'augmentation de volume de son ventricule gauche, avec abaissement de la pointe, s'apprécie assez exactement à la palpation. D'autre part, bien que vous n'ayez pas trouvé d'albumine dans ses urines, vous savez que son rythme nycthéméral d'élimination est inversé ; qu'avec une alimentation normalement azotée, l'excrétion urinaire de l'urée est déficitaire. Il se plaint de palpitations, d'oppression quand il fait un effort physique ; il accuse des maux de tête assez violents ; il a mouché parfois du sang ; somnolent après les repas, il souffre d'insomnies nocturnes... Voyons ! Votre diagnostic ne saurait être hésitant... Et s'il manque de certaines précisions étiologiques, et numériques, vous en savez pourtant assez pour prescrire le traitement qui s'impose, et dont la partie capitale sera, momentanément, un régime alimentaire sévère. ... Que feriez-vous de plus et de mieux si vous connaissiez sa constante, si vous aviez appris que son Wassermann est très légèrement positif ? que son électrocardiogramme révèle des extra-systoles assez fréquentes ? Vous avez sans doute lu les détails de la discussion animée qui vient de se poursuivre à la Société médicale des hôpitaux (1), sur les limites de la prescription du traitement spécifique aux cardiaques reconnus syphilitiques : inspirez-vous des conclusions de cette discussion, qui me paraissent empreintes de logique.

Vous avez donc agi sagement en vous bornant, lors de votre première consultation, à mesurer sa tension artérielle, à examiner rapidement ses urines, et à lui ordonner une diététique hypoazotée, des diurétiques, et une préparation iodée. Vous devez le revoir dans quelques jours. Vous constaterez les variations qu'aura pu subir sa tension ; il vous dira s'il se sent mieux. Alors, vous pourrez, par exemple, réclamer un dosage de l'urée sanguine. Une autre fois, à l'occasion d'un voyage qu'il y fera, vous lui conseillerez de demander au radiologue du chef-lieu d'étudier et de mesurer aux rayons X son cœur et son aorte...

Comme j'imagine qu'il aura fortifié la confiance qu'il nourrissait déjà pour vous de toute l'amélioration qu'il aura éprouvée et dont il vous rendra grâce, il acceptera volontiers tous ces examens successifs, sagement dosés, alors qu'il eût peut-être reculé devant une dépense unique de plusieurs centaines de francs.

C'est comme pour cette misérable femme, chez laquelle vous avez reconnu une infection puerpérale tellement grave qu'elle en est morte. Comme elle refusait d'entrer à l'hôpital, vous vous êtes demandé si vous ne devriez pas faire un curetage ; vous avez même pensé à l'hystérectomie. Elle était profondément infectée, délirante, hyperthermique ; elle présentait une arthrite suppurée du cou-de-pied. C'était une grande septicémique, une moribonde. Certes, vous avez bien fait de tenter un abcès de fixation, qui, d'ailleurs n'a pas pris, — pronostic très sombre ! — et d'employer un vaccin. Les injections intra-utérines étaient aussi indiquées, quoique vraisemblablement inutiles. Aller au-delà de cette thérapeutique eût été assumer une responsabilité assez lourde, en pure perte.

Il y a là tout un côté de la médecine pratique qui est en soi un art des plus délicats : savoir discerner l'opportunité de telle médication, de telle technique, non plus pour elles-mêmes, mais au regard des malades et de leurs possibilités.

La prescription médicamenteuse, elle aussi, est matière à scrupules. Elle variera, dans sa forme, selon la qualité de vos clients. Dans un milieu où règne l'aisance, vous ne regarderez pas à recourir aux spécialités qui vous sembleront les plus recommandables, et aux présentations qui comportent une part de luxe : les potions, les sirops les vins... Chez les petites gens, qui paient, par contre, vous saurez vous borner à la modeste solution, au primitif paquet que l'on enrobe dans un pain azyme, ou dans un pruneau cuit. Usez des simples ; si vous saviez le parti qu'on peut tirer des infusions, des décoctions, des macérations de fruits, de fleurs, de feuilles et de branches, comme eût dit Verlaine ! Et puis, cela plaît en général aux malades, surtout à la campagne.

De toute manière d'ailleurs, usez-en de l'ordonnance, comme des recherches de laboratoires. A moins d'indication formelle, sachez doser et répartir vos formules. Mettez-vous à la place de votre client, et imaginez la tête que vous feriez si, ayant honoré votre médecin du prix de sa consultation, soit vingt francs, vous deviez débourser trois ou quatre fois autant pour l'exécution de son ordonnance ! ! !

Soyez pareillement attentif à proportionner le volume de vos prescriptions aux exigences de la situation. Au malade aigu que vous visitez tous les jours ou tous les deux jours, n'allez pas ordonner des potions d'un demi-litre, ou deux douzaines de cachets. Réservez ces quantités au chronique que vous ne voyez que tous les huit, dix ou quinze jours. Faites la différence qui convient et s'impose entre le galeux à qui vous conseillerez une frotte exigeant une pommade en quantité suffisante pour oindre tout le tégument, ou presque, et la séborrhéique du nez à qui un petit pot de 15 grammes durera une grande semaine.

Pour une potion à prendre dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, la fiole de 155 grammes, avec ses dix cuillerées à soupe, convient admirablement. La fiole de 310 grammes, avec ses vingt cuillerées à soupe, se prête très souplement à deux prises quotidiennes, durant dix jours. Prenez garde enfin aux formules pour les petits

(1) 25 nov. 2 et 9 déc. 1927.

enfants, dont l'unité de prise est généralement la cuiller à café. Vous disposez de fioles de 60 grammes et de 90 grammes, dont vous saurez jouer opportunément. Vos clients vous sauront gré, je vous l'affirme, de ne pas les encombrer de stocks de médicaments inutilisés qui leur restent pour compte, sans parler des inconvénients que peut présenter un pareil stockage qui laisse à la disposition de profanes, non avertis, des drogues dont ils pourront faire plus tard mauvais usage : le gâchis, en ce cas, est habituellement mal accepté . . .

En passant, je vous signale un type de malade que vous rencontrerez certainement, si vous ne l'avez déjà fait : c'est celui qui vous dira : « Docteur, si je prenais du sirop A, ou du vin B, ou des pilules C ? » En principe, ne vous laissez pas faire, afin de ne pas compromettre votre autorité. Ce n'est qu'au bout de quelque temps, quand vous vous serez affirmé, que vous pourrez, si la spécialité qu'on vous propose est connue de vous comme sérieuse, condescendre à acquiescer ; et encore, pas sur-le-champ.... « Peut-être, en effet, répondrez-vous alors... Mais pas pour le moment. Quand il en sera temps, je vous le dirai ... » Si vous obtempérez d'emblée à de semblables suggestions, vous vous exposerez à ce qu'on dise de vous que ce sont vos malades qui vous soufflent ce qu'ils doivent prendre. Voilà un cas où il faut savoir faire de la diplomatie...

Un autre type de malade, fréquent en clientèle, c'est celui qui n'obéit pas aux prescriptions du médecin, soit médicamenteuses, soit diététiques : là, il faut vous montrer intransigeant, même si vous aviez formulé une prescription anodine. Retirez-vous, plutôt que de vous prêter à de telles fantaisies : c'est alors que votre autorité serait rapidement compromise... Méfiez-vous enfin du malade qui prendra d'autres remèdes que les vôtres, à l'instigation du voisin, de la commère ou du guérisseur dont on suivra les avis à votre insu. Quand vous vous en apercevrez, suivant le milieu dans lequel vous exercerez, vous adopterez l'attitude qui vous paraîtra la plus opportune, pourvu que vous ne passiez pas pour une dupe, et que votre dignité soit sauve...

Il est cependant des cas où ces scrupules ne sont plus de mise, et où vous devez imposer tel examen indispensable : un dosage de sucre urinaire chez un diabétique, une radiographie chez un fracturé d'un membre. Pour avoir omis de l'exiger, cette radiographie d'un foyer de fractures, des confrères fort honorables ont été poursuivis devant les tribunaux *et condamnés* dans des cas où un résultat défectueux put être imputé à cette négligence.

C'est alors que l'on se trouve bien d'être membre du « Sou médical ». Chose faite d'ailleurs en ce qui vous concerne. Vous avez été admis la semaine dernière.

L'exercice de la médecine à l'hôpital diffère très sensiblement de la pratique de la clientèle : vous vous en apercevez tous les jours. Je ne m'en étonne pas : c'est un apprentissage à faire. Si vous êtes appelé en pleine campagne, à dix ou douze kilomètres, auprès d'un enfant atteint d'une angine pseudo-membraneuse, attendrez-vous, pour lui injecter du sérum anti-diphtérique, de connaître les résultats de l'examen bactériologique du prélèvement que vous aurez fait ? C'est là que la clinique reprend tous ses droits, et qu'il faut savoir lui réclamer vos inspirations.

En somme, de tout ce que vous me relatez dans votre correspondance, il résulte que vous auriez mauvaise grâce de vous plaindre, après cinq mois d'exercice.

Vous me dites bien que le vœu par lequel je terminais ma dernière lettre ne s'est pas réalisé, et que le mauvais ne vous a pas épargné. Mais qu'est-ce que ce mauvais ? Cette pauvre femme morte de son infection puerpérale ? Vous n'y fûtes pour rien, ayant été appelé trop tard. Cet ouvrier dont vous n'avez pas voulu prendre pour une entorse du genou une arthrite blennorragique, et qui a déblatéré contre vous ? Vous oubliez que cette preuve de conscience professionnelle vous a valu d'être appelé chez son patron, et que la Compagnie d'assurances vous a fait demander si vous accepteriez de faire ses visites de contrôle. Vous n'avez pas encore répondu à cette dernière sollicitation. Ouvrez-vous-en à Didier-Dubreuil. Il ne pourra que vous donner un sage conseil. Je me réjouis d'ailleurs pour vous qu'il vous ait chargé de donner le chloroforme à cette luxation de l'épaule qu'il a réduite avec votre concours : c'est d'un excellent augure et je suis sûr qu'il est tout prêt à vous épauler.

Mais n'espérez tout de même pas ne cueillir que des roses sans jamais vous piquer à leurs épines : vous seriez le premier, et l'unique.

Enfin, vous venez d'être agréé comme médecin de l'Assistance médicale gratuite, au même titre que les autres médecins de X. C'est encore un pas en avant que vous avez ainsi fait. Mais là aussi, vous ne serez pas sans éprouver des mécomptes contre lesquels il faut que vous soyez prémuni. Je vous en ai déjà prévenu. Les assistés, et d'une manière générale, tous les malades qui n'honorent pas eux-mêmes leur médecin, mais qui bénéficient d'une organisation de soins, publique ou privée, sont souvent exigeants. Ils procèdent volontiers par appels urgents pour des cas même insignifiants, et ils abusent du médecin dont ils réclament de fréquentes visites.

Ne vous laissez pas faire ; sachez résister à des demandes exagérées, quand, en toute conscience,

vous n'avez pas de raisons valables d'y répondre. C'est là, d'une façon générale, un des écueils de la clientèle : savoir multiplier les visites dans les périodes aiguës et menaçantes de la maladie ; les rendre plus rares, quand le danger semble passé ; les cesser au moment opportun, sans attendre que l'on vous prie de ne plus vous déranger.

Je dois, à ce propos, vous mettre en garde contre les clients qui insisteront pour que vous répétiez vos visites presque à l'infini, alors qu'elles n'auront plus de raison d'être, en aussi grand nombre. Au règlement, il pourrait se faire que votre note d'honoraires fût discutée : j'en ai connu, des cas semblables, qui se sont dénoués devant un tribunal.

Tout cela est assez complexe, et de nature à dérouter quelque peu un débutant. Vous viendrez cependant à bout de toutes ces difficultés si vous êtes décidé à pratiquer la probité professionnelle la plus scrupuleuse, et à faire consciencieusement votre devoir.

Je ne dis pas que cela ira toujours tout seul. Vous ne serez pas sans connaître de déboires. Vous en souffrirez moins si vous pouvez vous rendre à vous-même ce témoignage que vous n'avez rien à vous reprocher.

G. DUCHESNE.

ACCIDENTS DU TRAVAIL AGRICOLE

Un patron assujetti facultatif doit-il bénéficier du tarif ministériel des honoraires et du « Tout compris » en cas d'hospitalisation ?

Un premier principe doit, avant tout, être posé : la législation sur les accidents du travail n'est pas faite pour les médecins : elle n'a pour but que de régler les rapports entre ouvriers et chefs d'entreprise responsables.

Le docteur a donc parfaitement le droit de rester en dehors des termes de la loi du 9 avril 1898 : il peut considérer son blessé comme un client de droit commun, auquel il réclamera directement ses honoraires, selon le tarif de droit commun.

La loi ouvre à cet ouvrier le droit de se retourner vers son employeur et de se faire rembourser, par ce dernier, les avantages que le législateur lui a reconnus, lorsqu'il est victime d'un accident du travail.

Cela est si vrai que le médecin peut toujours actionner devant les juges, soit le blessé, si c'est celui-ci qui a réclamé directement les soins du praticien, soit le chef d'entreprise, si ce dernier a mis en œuvre le docteur, pour que des soins soient donnés à un de ses ouvriers victime d'un accident du travail.

Mais, le médecin peut se prévaloir de l'action directe, qui lui est reconnue par le paragraphe 4 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 : en conséquence, il peut d'abord demander directement au chef d'entreprise ses honoraires, calculés d'après le tarif ministériel et, se retournant ensuite vers le blessé, percevoir de ce dernier la différence entre le tarif ministériel et le tarif de droit commun.

Tel a été l'avis du comité consultatif des accidents du travail, du 31 mai 1899 ; en ce sens, Cassation, 31 mai 1917 ; tribunal civil de Bordeaux, 12 mars 1924 ; tribunal civil de Rouen, 28 octobre 1925, confirmé par la Cour de Rouen, 3 mars 1926.

Lorsque le médecin a été choisi par le patron, il se forme entre eux une convention particulière, qui rentre dans les termes du droit commun (Cassation, 2 février 1915). La loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable à ces cas.

En matière accidents agricoles, on peut dire que le cultivateur, qui s'est assuré personnellement, et s'est assujetti à la législation des accidents du travail, peut être considéré comme un patron, qui met en œuvre le médecin, aux termes du droit commun, pour soigner son ouvrier blessé.

D'ailleurs, un jugement de paix de Londinières (Seine-Inférieure) du 29 juillet 1926 a été rendu en ce sens.

« *Un patron agricole, assuré personnellement contre les accidents du travail, ne saurait prétendre qu'il n'est tenu qu'au payement des honoraires médicaux, d'après le tarif ministériel, alors que, s'il avait été ouvrier, il aurait été tenu au payement du surplus laissé à sa charge par la législation sur les accidents du travail.*

Attendu que le docteur Choiseau réclame à B. le paiement d'une somme de six cent soixante francs montant des honoraires qui lui sont dus pour soins à la suite d'un accident dont le dit sieur B a été victime le 17 juillet 1925 ;

Attendu qu'en réponse à cette demande B. soutient que l'accident dont il a été victime est un accident du travail, qu'usant de la faculté que lui réserve la loi du 15 décembre 1922 il s'est placé comme patron sous le bénéfice de la législation des accidents du travail en contractant une assurance ; que par suite et conformément aux dispositions de l'article 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, il ne doit les frais médicaux qu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix conformément au tarif arrêté par le ministre du commerce ;

Attendu que la législation sur les accidents du travail n'a jamais taxé ni limité les honoraires du

médecin, qu'elle a seulement limité la part des frais médicaux qui doit être supportée par le patron ;

Qu'il en résulte que si la victime a fait choix elle-même d'un médecin comme le lui permet l'article 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, elle est tenue vis-à-vis de ce médecin de la différence entre ses honoraires et la somme fixée par le juge ;

Attendu que B. a fait choix lui-même du docteur Choiseau, qu'il ne méconnaît pas le nombre de ses visites, pas plus que la réduction de fracture de la clavicule, massages et traitement électrique ; qu'il est donc tenu au paiement de l'intégralité des honoraires de celui-ci ;

Attendu que T. ne saurait sous prétexte qu'il est patron et qu'il est assuré personnellement sur les accidents du travail, prétendre qu'il ne peut être tenu qu'au paiement des frais médicaux taxés par le juge, alors que, s'il n'avait été qu'ouvrier il aurait été tenu du surplus ;

Attendu que le montant de la réclamation du docteur Choiseau ne saurait être contesté ;

Que cette réclamation se justifie par la nature et l'importance des soins donnés, par le nombre des visites, massages et traitement électrique, par le temps passé et aussi par la position de fortune de B. ;

Par ces motifs :

Statuant par jugement contradictoire et en premier ressort ;

Sans s'arrêter ni avoir égard aux fins, moyens et conclusions du sieur B. ;

Le condamnons a payer au docteur Choiseau la la somme de 660 francs, qu'il lui doit pour les causes sus énoncées avec intérêts de droit.

***

Le tribunal civil d'Annecy, par jugement en date du 28 juin 1925, avait décidé qu'un assujetti agricole facultatif doit payer de sa poche le complément du tarif ministériel.

Une réponse adressée le 24 juillet 1924, par M. le Ministre du Travail, au « Sou médical », spécifie que le médecin, appelé par l'assujetti facultatif blessé, pourra toujours lui réclamer ses honoraires, dans les conditions du droit commun et ce n'est qu'en cas de contestation, ou si l'exploitant devenait insolvable, que le médecin pourrait exercer une action directe contre l'assureur, dans les limites du tarif ministériel.

De son côté, l'assujetti facultatif pourra réclamer à son assurance le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, mais seulement jusqu'à concurrence du tarif ministériel.

Ces principes généraux étant posés, comment convient-il de considérer l'hospitalisation d'un blessé agricole, assujetti facultatif, à la suite d'un accident du travail .

Le « tout compris » sera-t-il applicable ? Le chirurgien d'hôpital aura-t-il droit aux honoraires ?

S'autorisant des termes du second paragraphe de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922, le patron agricole assujetti facultatif pourra émettre la prétention d'être admis à l'hôpital, et bénéficier du « tout compris ».

Lui, ou son assurance n'aura donc qu'à débourser le prix de journée, fixé pour l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 %.

Mais, ce faisant, des intérêts légitimes vont se trouver lésés : d'une part, les hôpitaux ont le devoir de défendre le patrimoine des pauvres : l'établissement hospitalier n'est pas fait pour les non indigents, justement pour ces riches exploitants agricoles, qui ne se sont assujettis, pour eux-mêmes, à la loi de 1898, que dans un but d'économie et de lucre.

Les commissions administratives sont-elles en droit d'exiger préalablement à l'hospitalisation, la signature d'un engagement, par lequel le cultivateur, assuré facultatif, s'engagerait à payer et rembourser à l'hôpital, tous les frais occasionnés par sa présence ?

A première vue, l'affirmative semble devoir être donnée sans discussion : le patron agricole doit être admis à l'hôpital, non pas aux conditions d'un ouvrier blessé du travail, mais selon le droit commun.

En second lieu, l'hôpital est maître chez lui, les lits doivent être réservés aux seuls indigents et ce n'est que dans la mesure des disponibilités qu'on peut admettre des payants.

Par conséquent, la commission administrative ne se voit contrainte, par aucun texte législatif, à hospitaliser quiconque n'est pas bénéficiaire des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893.

Cependant, si par délibération spéciale, l'administration de l'établissement introduisait, dans son règlement, un article, spécifiant que les patrons agricoles, assujettis facultatifs, devraient être soignés comme des payants ordinaires, il serait à craindre que le préfet ne refusât d'approuver pareille décision.

Dura lex, sed lex, sera-t-il dit : du moment où la loi de 1922 autorise ces patrons agricoles à bénéficier de la législation sur les accidents du travail, ils doivent en retirer tous les avantages.

En conséquence, le préfet pourra estimer que le « tout compris » doit leur être applicable.

De leur côté, les médecins peuvent juger abusif d'avoir à soigner comme des indigents ces riches fermiers agricoles, qui sont loin d'être des indigents.

Que le Corps médical accorde sa science et ses soins gratuitement aux déshérités de la fortune, d'accord ; mais la vie est actuellement trop chère, pour que pareille faveur et pareil désintéressement soient accordés à des exploitants agricoles, qui ont de grands biens au soleil.

S'autorisant des termes de l'arrêt de cassation du 28 avril 1926, les médecins pourront exiger,

préalablement à toute hospitalisation, des patrons agricoles, assurés facultatifs, la signature de l'engagement suivant ;

« Je soussigné..... prends l'engagement de payer personnellement tous les frais de séjour à l'hôpital de....., à l'occasion de mon admission dans cet établissement.

« Je m'engage en outre à payer tous les frais médicaux, chirurgicaux, ou de spécialités, ainsi que tous les frais pharmaceutiques, nécessités pour le traitement de mon affection. »

Mais, première objection, les médecins d'hôpitaux n'ont pas plus de droits que ne leur en accorde le règlement de santé de l'établissement.

Si le règlement donne aux praticiens le droit de réclamer directement des honoraires à tout malade payant, l'engagement ci-dessus peut être tenu pour licite par la commission administrative, et ultérieurement par les tribunaux.

Mais, si le règlement est muet sur ce droit aux honoraires, il peut être fait grief aux docteurs de réclamer des honoraires, en sus de l'indemnité annuelle, qui leur est allouée.

La question paraît donc se présenter avec des difficultés presque insurmontables : le patron agricole soutient qu'étant assuré facultatif, il doit bénéficier de tous les avantages reconnus par la loi de 1898 aux ouvriers victimes d'accidents du travail et notamment du « tout compris » ; les commissions administratives entendent défendre le patrimoine des pauvres et, par suite, faire rembourser par ces non-indigents tous les frais occasionnés par leur présence dans l'asile des miséreux ; les médecins ne veulent pas soigner gratuitement des personnes, souvent plus riches qu'eux ; le préfet refuse son autorisation à une modification au règlement de l'hôpital, parce qu'à ses yeux, tout blessé du travail, quel qu'il soit, doit bénéficier du « tout compris », du moment où il se recommande des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

Quant aux assurances contre les accidents du travail, elles peuvent, en principe, rester étrangères à ce débat, parce qu'aux termes du contrat d'assurance, qui les lie aux agriculteurs, elles ne doivent à ces derniers que les réparations inscrites dans la loi.

Aux patrons agricoles, de payer de leur poche le surplus et notamment les frais médicaux, lors de l'hospitalisation.

Aussi, avant d'entreprendre une série de procès, qui devraient être poussés jusque devant la Cour de Cassation et qui, par conséquent, demanderaient trois ou quatre ans, avant d'être résolus, peut-être conviendrait-il que nos associations professionnelles médicales s'abouchassent avec les différentes caisses d'assurances agricoles, avec le groupement de la production nationale, avec le consortium des Compagnies d'assurances contre les accidents du travail.

Ensemble, on pourrait discuter les modalités d'un accord, qui pourrait respecter tous les intérêts en présence.

Je suis presque certain qu'une discussion juridique courtoise, entre quelques délégués des divers groupes intéressés, aboutirait à un *modus faciendi* acceptable de tous.

Dr Paul BOUDIN.

NOUVELLE ÉPITRE AUX PRATICIENS

Les décisions prises par le Congrès des Syndicats médicaux portent sur deux points principaux : Respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé, ni directement, ni indirectement.

Droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. Payement direct de l'assuré, en prenant pour base minima les tarifs syndicaux.

Quels moyens le Corps médical doit-il prendre, pour arriver à faire appliquer ces principes votés presque à l'unanimité ?

Il faut d'abord faire une campagne énergique auprès des intéressés, c'est-à-dire auprès des futurs assujettis.

La question du secret professionnel est une chose ignorée du public , qui n'en voit pas les conséquences.

Il s'imagine toujours que le secret médical est un privilège du médecin et n'intéresse que lui. Par suite, le client, avouons-le, s'en désintéresse complètement.

Il fait deux parts dans l'application du secret professionnel, une qui l'intéresse par certains côtés, l'autre, qui pour lui n'a aucune importance.

Et la chose est tellement vraie que le client le réclame de lui-même quand il croit y trouver un avantage ou voit un dommage possible dans sa divulgation.

Quand une femme fait une fausse couche, surtout volontaire, elle vous dit : surtout n'en parlez pas. De même, si une maladie vénérienne extra-conjugale vient troubler sa quiétude, elle nous demande le secret vis-à-vis du mari.

Le client ne veut pas non plus qu'on révèle l'existence de certaines tares, telle que la tuberculose, le cancer, l'aliénation mentale. Il craint que cette révélation n'apporte des difficultés pour un mariage, soit de lui ou de ses enfants. Mais,

pour le reste, il lui est bien indifférent que le voisin sache qu'il a eu la grippe, une pneumonie ou une appendicite.

Cela lui paraît tellement naturel qu'il est le premier à vous dire : « Dites-moi ce qu'a Monsieur un tel ». C'est la première question que pose une concierge au médecin qu'elle voit descendre de chez un malade.

Mais le client ne comprend plus la question du secret professionnel, quand on lui refuse d'inscrire le diagnostic sur une feuille malad e de mutualité, de caisse patronale, ou même d accident de travail ; cela l'empêche de toucher une indemnité -maladie ou en retarde le payement. Il ne comprend pas non plus qu'on décline une demande de certificat de décès pour une assurance : il sait que cela peut lui nuire. Il ne voit là dedans qu'une brimade d'un médecin. Il ne se rend pas compte que si on divulgue un secret aujourd'hui, alors qu'il s'agit d'un cas simple, demain, si on invoque ce secret pour un autre cas, ce refus sera interprété dans un mauvais sens et sera nuisible à l'intéressé.

Il faut que le médecin apprenne aux malades ce que c'est que le secret professionnel le tort que sa violation peut causer au public. Celui-ci n'ayant pas fait d'études juridiques ne se rend pas compte des conséquences d'une parole imprudente prononcée même avec la permission de l'intéressé. Il y a des choses que lui-même ignore. Un individu jouissant d'une excellente santé vient vous prier de l'examiner en vue d'un mariage. Il vous autorise à communiquer le résultat de l'examen à sa future famille, mais le médecin trouve une tare que l'examiné ignorait et qui lui sera ainsi révélée.

Quelles peuvent être les conséquences de cette communication pour les deux aspirants au mariage ?

Il faut qu'il soit amplement démontré que le secret médical établi par une loi est fait dans un but d'ordre public, pour la sécurité des familles et pour permettre au malade de se soigner avec toute sécurité, assuré de la discrétion de son médecin. Et surtout il faut bien démontrer que cette loi n'est pas faite en faveur du médecin qui n'y trouve que des ennuis, des menaces de poursuites correctionnelles avec les peines sévères qui peuvent en découler.

Par conséquent, si le médecin défend le privilège du secret professionnel, il le fait contre ses intérêts, pour être utile à ses malades.

Reste la question du payement direct des honoraires par le malade, par celui qui a reçu les soins. Tout le monde paye directement ses fournisseurs ; on paye soi-même son boucher, son boulanger, ses entrepreneurs ; il n'y a guère que le médecin et le pharmacien qui sont réglés par des tiers, par une collectivité, l'Etat ou toute autre administration, le fameux tiers payant que les médecins abhorrent.

Mais, ce qu'il y a de malheureux, c'est que le public que nous trouverons en face de nous dans les assurances sociales a depuis longtemps perdu l'habitude de régler les honoraires de sa poche.

Je mets en fait que presque la moitié de la population ne paye pas directement celui qui la soigne et s'en remet de ce soin à un tiers.

Ce sont les parents et amis des médecins soignés gratis, la clientèle des hôpitaux, de l'assistance médicale gratuite, les employés des mines, des grandes industries, des chemins de fer, des services publics, des sociétés de secours mutuels, la clientèle des accidents du travail, des pensions de la guerre, des dispensaires d'hygiène sociale : tuberculose, cancer, maladies vénériennes ; les gouttes de lait et les consultations de nourrissons, de femmes en état de grossesse, les militaires et les marins et le personnel des établissements de la défense nationale, les gendarmes, les douaniers, les agents de police, etc. Je suis sûr d'en oublier, mais je ne crois pas exagérer quand je dis que 50 % de la population ne paye pas son médecin.

Comment pourra-t-on faire pour rééduquer le public, pour lui faire comprendre les avantages qu'il trouvera à ne pas interposer un tiers entre lui et son médecin, la grande liberté que ce mode de faire procurera à l'assuré qui tiendra ainsi son médecin, pourra le changer à son gré et cela, avec d'autant plus d'indépendance qu'il sortira l'argent de sa poche ?

Cela sera encore plus difficile pour le malade soigné à l'hôpital. Chacun a souvent entendu cette phrase : « Je suis allé à l'hôpital et cela ne coûte rien. »

Comment parvenir à ce résultat ? Je ne sais, car les difficultés seront grandes.

Il faut pratiquer l'action directe dans le bon sens du docteur à son client, lui exposer la question et surtout bien lui démontrer que cette façon de faire est plus dans l'intérêt du malade que du médecin, ce qui est réellement vrai. Avec le tiers payant, celui-ci est toujours sûr d'être payé ; il n'en sera pas toujours de même avec le règlement direct.

Nous sommes en période électorale et cela nous apprend comment il faut agir pour faire triompher un programme. Il faut, et avant tout, constituer des caisses de propagande et il faut que chaque médecin contribue de sa poche à cette constitution de fonds. C'est déjà un commencement d'éducation, pour le médecin, qui pratiquera ainsi lui-même le payement direct sans s'en remettre à l'effort du voisin. Cette campagne sera dure et coûteuse ; nous aurons contre nous les puissances d'argent, caisses et collectivités qui

redoutent l'indépendance du médecin et veulent en faire un fonctionnaire.

Il faudra tenter des campagnes de presse surtout régionales, avec des articles fréquents et bien documentés, qu'on s'efforcera de faire pénétrer dans tous les milieux.

On pourra faire la même propagande par des tracts, des images populaires, mais ce procédé ne vaut pas le premier. Chacun lit un journal, mais jette au panier tracts et brochures.

L'affiche, et nous en savons quelque chose en période électorale, est le meilleur moyen de faire pénétrer ces idées dans les masses populaires, surtout l'affiche illustrée : voyez celle des partis féministes et de la propagande anti-communiste.

Une image avec une brève légende frappe plus qu'un texte long et pénible à lire.

Il faut aussi faire des conférences analogues aux réunions publiques, où nos confrères orateurs sauront se faire entendre avec succès ; mais ces conférences, il faudrait surtout les faire dans les milieux ouvriers ; mais il faut avouer qu'il est parfois difficile de grouper un auditoire.

Ce qu'il y a peut-être de plus important, c'est de se mettre en rapport avec les organisations ouvrières, les syndicats, les bourses du travail

C'est là que sont groupés les assujettis à la loi, c'est donc ce milieu qu'il faut arriver à convaincre et c'est de là que viendra la résistance contre le payement direct, car l'ouvrier ne veut rien payer.

Il ne faut pas pour cela négliger les organisations patronales qui, en principe, ne nous sont pas favorables. Il y a un exemple qui pourra arriver à les convaincre, le fonctionnement des caisses de compensation de la région du Nord, où le payement direct est respecté de par la volonté des dirigeants.

N'oublions pas non plus l'action incessante et permanente sur les groupes parlementaires. Ayons devant les yeux l'action de la Mutualité sur nos députés et sénateurs dans la préparation de la loi sur les assurances qui eut un plein succès.

C'est un modèle à suivre et si nos organisations employaient la même énergie à défendre leurs revendications, elles seraient assurées du résultat final. Les dirigeants mutualistes sont arrivés à persuader le grand public et même leurs adhérents, qu'en dehors de la Mutualité, point de salut.

Il est évident que si chaque médecin doit faire de la propagande individuelle dans sa clientèle, la grande action est réservée aux syndicats, à condition qu'ils soient puissants, unis, tenaces et riches, car l'argent, là comme toujours, est le nerf de la guerre.

Dr VIMONT.

AUTOUR DES THÉATRES

Maud et son Banquier. — Le Père Lampion. — Le Fils improvisé. — En Bordée.

Grande nouveauté de la saison : les théâtres se sont aperçus que le public préférait — malgré tout — ce qui se passe sur la scène pendant les actes (si courts qu'ils puissent être) à ce qui se passe dans les couloirs, se projette sur le rideau, se consomme au bar ou se vend dans la salle pendant les entr'actes. On annonce de petites pièces en un acte qui serviront de lever de rideau et rendront le spectacle plus substantiel : c'est la Comédie-Française avec le *Métier d'amant*, le *Quatrième* et la *Fin du jour* qui a tenu à donner le bon exemple.

Au *Théâtre de l'Ambigu*, les 6 tableaux du « *Père Lampion* » de MM. Jean Koll et Léon Bélières contiennent des situations remplies de drôlerie et de grande gaieté : les noms de Tramel et de Cassive doivent être prononcés, car leur talent s'intègre à la belle qualité du succès.

L'Extrême-Centre a porté dans un grand complot politique un brave égoutier « le Père Lampion » (sosie du véritable président) à la présidence du Conseil. Ce dernier a été escamoté et mis en lieu sûr de par un véritable coup d'Etat et c'est merveille de voir, après la surprise des premiers débuts et les émotions inséparables, le père Lampion exercer réellement le pouvoir avec tout le sérieux de son rôle.

La femme et la fille du vrai président ne se sont pas aperçues de la substitution, ce qui laisse place à des confusions à la fois cocasses, fantaisistes et parfois même grivoises dont les auteurs ont tiré le plus amusant parti.

Ce sont des tableaux pittoresques curieux et bien présentés, parmi lesquels le père Lampion demeure incomparable lorsqu'il inaugure une statue ou couronne une rosière et comme il sait résigner à temps le pouvoir, tout se termine au mieux du monde.

Théâtre des Capucines. *Maud et son Banquier.*

M. Robert Dieudonné avait écrit il y a quelque années un joli roman : les grandes heures de Suzy Dormois, c'est de ce roman qu'en collaboration avec M. Henri Géroule il a tiré (pour être jouée par Maud Esty) : « Maud et son Banquier ».

Maud est une rouée galante qui a horreur des comptes compliqués et demande avant tout à ses amants de les solder aisément et sans phrases ; elle porte donc ses préférences vers Cascatel (financier bohême), qui n'en est pas à une escroquerie près, tout en ne méprisant pas le riche Duc sénateur qui cherche à lui inculquer les bons principes d'ordre et de régularité. Les escroqueries de Cascatel le conduisent à la Santé sur la plainte du sénateur, mais

avant de se constituer prisonnier il en remet le produit à Maud ; celle-ci qui vient de recevoir un chèque de 300.000 fr. de son gigolo Xavier de Pommels supplie le sénateur de retirer sa plainte et lui offre en échange ce chèque qu'elle déclare provenir de ses économies et qu'il a, en réalité obtenu d'un usurier en lui promettant comme garantie l'héritage du duc son oncle.

Le sénateur Duc, après avoir retiré sa plainte charge Cascatel, de négocier avec l'usurier, ce qui les amène tous les deux dans la chambre où Maud est couchée avec Xavier qui se dissimule sous les couvertures. Et comme il a reçu de son oncle — afin de pouvoir mener une existence digne — trois cent nouveaux mille francs, Maud et lui songent qu'ils vont avoir six cent mille francs pour s'aimer à leur guise cependant que le Duc et Cascatel se résignent de leur mieux afin de fuir le ridicule. Ce rôle du Duc est réalisé dans un très grand style par M. André Lefaur.

Au *Théâtre Déjazet* MM. Georges Rolle et Pierre Darteuil donnent *Le fils improvisé*, histoire savoureuse et joyeuse empruntée au roman de M. Henri Folk. C'est une jeune femme qui fait passer son gigolo pour son fils auprès d'un admirable type d'imbécile qui va de la suffisance à la niaiserie en passant par la naïveté.

Un grand savant, médecin et anthropologiste reconnaît sur le fils improvisé de nombreux signes certains d'hérédité maternelle... de là à la tiare de Saïtapharnès puis à Glozel il n'y a qu'un pas !

Au *Théâtre de la Scala* : « En Bordée », joyeux vaudeville de MM. Pierre Veber et André Heuzé ; pièce gaie, un peu grosse (et qui a donné lieu à des envois de témoins de la part de l'un des auteurs à un critique). J'en veux donner seulement l'analyse, laissant à ceux qui la verront le soin de rire à gorge déployée pourvu que, possesseurs d'un estomac intégral ils aient bien dîné et aillent au théâtre sans autre arrière-pensée que celle de profiter d'éléments un peu lestes et d'une fantaisie amusante, faite pour les jeunes et les bien portants.

Le cuirassé *Cambronne* retour d'une croisière en Extrême-Orient est en rade de Toulon : le commandant Lagarouste veut donner un bal à bord pour fêter les fiançailles de sa fille avec le lieutenant de Perdrignac. Il a appris l'arrivée à Toulon du contrôleur général Le Rondubec, en tournée d'inspection et a chargé les deux marins amis Cartahu et Bailladrisse qui doivent descendre à terre afin d'acheter les accessoires du cotillon, de transporter en même temps les bagages du contrôleur de la gare à l'hôtel Majestic.

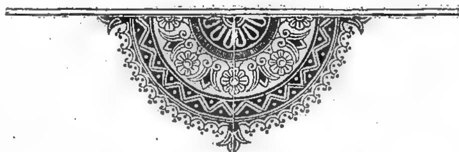
Ces deux marins s'acquittent bien du début de leur mission mais ne pouvant retrouver le nom de l'hôtel où le haut fonctionnaire est descendu, ils le cherchent à travers les divers établissements de la ville. Un peu gris, poussés par le Mistral, ils arrivent à la Brasserie des Sirènes, dans le quartier réservé, au moment même où la femme du Président du tribunal, celle du Conseiller général et celle du Commissaire spécial le traversent pour se rendre au bal à bord du *Cambronne*.

Le contrôleur, le terrible contrôleur est déjà de fort mauvaise humeur : le matin il s'est rendu incognito à bord du *Cambronne* où l'on tournait un film, le roi des Pirates, et Mlle Rirette, maîtresse du lieutenant de Perdrignac, prenant ce civil pour un figurant l'avait fait déguiser de force en pirate et jeter à la mer. Pendant qu'on le tirait de l'eau, elle avait été prise d'une belle crise de fureur en apprenant le prochain mariage de son amant.

Rirette de son côté, le contrôleur du sien, arrivent donc à la Brasserie des Sirènes et Rirette s'avise de séduire le matelot Cartahu et de s'habiller avec ses vêtements pour aller au bal du *Cambronne*. Descente de police : le commissaire surprend sa femme, arrête le contrôleur qui n'a pas de papiers cependant que Cartahu qui a revêtu le bel uniforme trouvé dans la valise est conduit au *Cambronne* et accueilli au son de la « Marseillaise ».

Rirette en matelot embrasse sur la bouche le lieutenant de Perdrignac au grand scandale de la future belle-mère de ce dernier qui lui prête des mœurs spéciales... Mais tout s'arrange parce que le contrôleur général console Rirette et que Cartahu et Bailladrisse non seulement ne sont pas punis mais rengagent.

Dr G. POLEME.



Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(Suite)

M. GADAUD. — ....

Notre éminent rapporteur, M. Grinda, l'a proclamé ici même avec beaucoup de force et tout son talent. La loi entend laisser à la profession médicale son caractère de profession libérale. Pas une voix ne s'élève contre à cette tribune. L'accord paraît unanime.

Mais encore faut-il que le texte voté et que les règlements ultérieurs s'ingénient à conserver ce caractère

Rien n'est plus grave que de proclamer des principes et de s'apercevoir, quand une loi est forgée, qu'elle ne peut jouer qu'en allant à l'encontre même des principe qui l'ont inspirée. C'est ce que les médecins redoutent, même avec la rédaction actuelle de l'article 4. Les mots inscrits ou inclus dans le projet « libre choix du praticien, liberté de confiance du malade », qui résument le point de vue médical, ne leur paraissent pas, de par le texte qui les accompagne, garantir suffisamment les faits. Cette garantie doit être dans la loi. Pour cela, le Corps médical estime que, comme dans la pratique courante, malade et médecin doivent se trouver face à face. Que la caisse soit en face du malade pour lui assurer les soins, cela c'est la loi même. Mais que la caisse soit en face du médecin pour lui imposer des soins, limiter étroitement sa thérapeutique et acquitter ses honoraires, c'est un contresens. Ou alors, il faudrait avouer que la loi entraînera une transformation complète de la pratique médicale. Et c'en sera fini de cette profession libérale que doit exercer et qu'exerce le médecin digne de ce nom, avec tout son dévouement, toute son intelligence et toute sa science. Le Corps médical résume ses rapports entre malade et médecin d'une expression qui veut tout dire : entente directe. Il faut que l'entente directe soit, non pas seulement dans l'esprit, mais dans la lettre de la loi. Il ne faut pas que la loi des assurances sociales crée pour ainsi dire deux médecines, la médecine de caisse et la médecine de clientèle.

Une seconde condition, qui serait très décevante pour tous, serait que la médecine des assurances sociales devînt, comme on l'a dit, une médecine faite en masse, une médecine en gros. La médecine, les soins médicaux, la thérapeutique, sont choses de détail. La médecine ne se fait pas à l'heure, et ne consiste pas à appliquer à telle déclaration de maladie à peine contrôlée tel remède automatique. Le médecin n'a pas seulement en face de lui des maladies, mais des malades. Chaque malade est un problème, plus ou moins simple, plus ou moins déterminé, demandant plus ou moins de temps, d'observation et de réflexion, mais un problème qu'il faut résoudre.

Ce problème, le médecin doit le résoudre, avec, à la base, des connaissances scientifiques accessibles à tous, c'est évident, mais aussi avec cette note personnelle d'intelligence, de perspicacité, de bon sens qui constitue dans la profession la part de l'art médical, qui fait la réputation du médecin et qui crée la confiance du malade.

Il ne faut pas détruire cela. Il ne faut pas le détruire, en invoquant des mots qui, à mon avis, s'étonnent d'être sans cesse accouplés : médecine collective, médecine sociale. Ce qui est social, ce qui est collectif, ce qui est, d'ailleurs, pour une démocratie, un simple devoir, c'est l'organisation même, pratique, matérielle, égalitaire dans laquelle pourra et devra s'exercer la médecine. Mais l'acte médical lui-même, la thérapeutique — et qui dit médecine dit essai de guérir, dit thérapeutique — la médecine est et doit rester éminemment chose individuelle. (*Très bien ! très bien !*)

Que l'on parle d'hygiène collective, d'hygiène sociale, l'hygiène étant la médecine préventive, rien de plus juste. Mais que ces qualificatifs s'appliquent à la médecine individuelle, à la thérapeutique, rien de plus inexact. Le professeur Courmont a dit : la thérapeutique et l'hygiène sont les deux branches qui concernent les études médicales. Nous ajouterions volontiers : pour l'hygiène, l'organisation collective, et, comme agent, un hygiéniste public. Pour les soins aux malades, la prévoyance peut être mutuelle et collective, c'est entendu, mais il faut le médecin privé.

Pour le malade, le nombre des visites ne remplacera jamais la qualité. Si les assurances sociales devenaient une médecine au rabais, elles ne seraient plus qu'une façade, une apparence. Le malade en pâtirait, et aussi la médecine française, si grande et si réputée dans le monde. Et la conquête des assurances sociales, si juste, si nécessaire, si tardive, et que la société attend de la démocratie, ne serait bientôt, comme beaucoup d'autres conquêtes, qu'une illusion et une tromperie. L'égoïsme de chacun, médecin et malade, dominerait bientôt, et aurait vite fait de détruire les liens de solidarité permanente et soutenue que doit créer et consolider la loi. (*Très bien, très bien.*)

Je sais bien qu'en parlant ainsi, je suis tout à fait d'accord avec la commission d'assurance et de prévoyance sociales et ses éminents rapporteurs. Notre honorable collègue M. Grinda le dit assez dans ses commentaires du projet de loi. Pour lui, les caisses arriveront à créer rapidement des hôpitaux, des maisons de cure, des établissements préventifs. Et par cela même, en plaçant les malades dans les conditions

les meilleures, l'organisation des assurances sociales procurera des guérisons plus complètes, réduira la durée des maladies, en arrêtera la diffusion. En cela, la médecine thérapeutique et la médecine préventive se rejoindront.

Cela est fort bien. Mais quel sera, vis-à-vis du Corps médical, le statut de ces établissements ? La loi ne le précise pas. Le règlement d'administration publique devra l'établir en toute minutie.

Le Corps médical ne voit pas clairement cette organisation future, et s'en inquiète. Si, en effet, les établissements de l'assistance publique, comme des établissements charitables qu'ils sont, doivent tout, gratuitement, hospitalisation, pharmacie, médecin titulaire et responsable de son service, aux indigents qui n'ont en rien contribué aux frais d'organisation des services, les établissements des caisses d'assurances sociales seront pour une large part, pour la plus large part, fondés et entretenus par les ressources qu'auront apportées les intéressés eux-mêmes.

Si l'assuré désire, dans ces établissements, le médecin de son choix, celui en qui il a mis sa confiance, ne sera-ce pas son droit strict de l'appeler ? Et, s'il l'appelle, la visite médicale ainsi faite ne rentrera-t-elle pas dans le cadre des visites médicales prévues par la loi, en apportant, en outre, des commodités particulières au médecin traitant par l'organisation hospitalière et le groupement des malades ?

Ne devons-nous pas prévoir, et prévoir législativement, l'heure très proche où chaque hôpital comprendra deux parties : la partie administrée d'après le mode actuel, la partie assistance qui ira diminuant sans cesse, si la loi joue bien, si le domaine de l'assurance empiète peu à peu, comme il faut l'espérer, sur le domaine de l'assistance, au point de l'absorber un jour presque complètement ; et la partie assurance, établie sur le type des maisons de santé actuelles, où le malade continuera à se faire soigner par son médecin et pourra rester son client ? Là encore apparaissent certaines difficultés, non complètement résolues, qui préoccupent le Corps médical.

Enfin, ce serait encore une malheureuse transformation d'une admirable loi si, comme il arrive dans certains groupements, dans certaines industries, dans dans certaines compagnies, la loi des assurances sociales aboutissait, en fin de compte, non à des soins médicaux utiles, mais à une distribution désordonnée de visites médicales et de médicaments. C'est un lieu commun — je n'ose pas dire une naïveté — de déclarer qu'une loi de prévoyance et de mutualité ne vaut que par la conscience du malade et la conscience du médecin.

Nous ne doutons ni de l'une, ni de l'autre. Nous pensons bien que médecin et malade seront animés de l'esprit d'assurance.

Que l'assuré soit dans la nécessité, pour que la caisse puisse vivre, d'être animé de cet esprit là, voilà qui n'est pas douteux.

Qu'est, en effet, cet esprit d'assurance mutuelle ? C'est, dans la mesure où on le peut, lorsque le risque se produit, de le faire le moins onéreux possible, en un mot de ne pas vouloir rentrer personnellement dans son argent, de penser au risque grave de demain pour soi et pour ses co-assurés, de ne pas vouloir profiter d'un service parce que ce service est gratuit ou paraît l'être.

Combien de fois n'avons-nous pas entendu — et dans tous les milieux — prononcer cette phrase : « J'ai déjà versé 600 francs à ma société ; il faut bien que je les rattrape. » Eh bien ! non ; si l'assuré veut rattraper systématiquement ses versements et courir après l'ordonnance gratuite d'un médecin complaisant pour faire sa provision de coton hydrophile, de teinture d'iode et de vin de quinquina, la belle loi sera magistralement faussée. (*Applaudissements.*)

Ce qu'il faut, c'est la quantité de médicaments nécessaire et suffisante, rien de plus, le nombre de visites médicales nécessaire et suffisant, pas une de plus.

Par conséquent, il est indispensable qu'existe l'esprit d'assurance mutuelle et qu'il se développe. En attendant, et pour l'encourager, il est indispensable que soit organisé un très sérieux contrôle.

Le Sénat l'a fort bien étudié, ce contrôle. Le Corps médical le réclame. Pour cela, il demande que soit consacrée dans la loi l'autorité des syndicats médicaux.

Cette autorité, à ses yeux — et c'est l'intérêt évident de la loi — sera assurée par une triple condition.

D'abord, pour pouvoir contracter avec les caisses, les syndicats médicaux locaux seront obligés d'être habilités par un organisme central. Cet organisme comprendra les trois groupements existants plus haut cités : union, fédération, médecins spécialisés.

En suite, tous les médecins, syndiqués ou non, qui veulent donner leurs soins aux assurés, seront obligés d'accepter les clauses du contrat et la juridiction d'un conseil de famille syndical, avec droit d'appel devant l'organisme central ci-dessus défini.

Enfin, en ce qui concerne le contrôle — et étant admis, ce qui, d'ailleurs, est ressorti de la discussion du Sénat, le contrôle des malades par la caisse et le contrôle des médecins par le syndicat — une commission d'arbitrage en cas de désaccord sera créée.

Il est superflu de souligner quelle importance le Corps médical donne à l'organisation et à l'autorité sur les médecins des syndicats médicaux et de l'organisme fédératif.

Je ne saurais mieux faire, d'ailleurs, pour vous faire connaître, ainsi que vous le demandiez ce matin, le point de vue du Corps médical, que de vous rappeler le texte sorti des délibérations du Congrès dont j'ai parlé.

M. le Président de la Commission. — Il a été lu par M. le rapporteur.

M. Gadaud. — Je ne répèterai pas cette lecture. Mais, pour donner plus de poids à ma déclaration, je vous communiquerai le texte d'une lettre que m'a adressée le signataire même de la note que vous avez tous reçue, M. le docteur Cibrie, secrétaire général

de la commission des assurances sociales du Congrès des syndicats médicaux de France.

Voici cette lettre :

« Mon cher ami, je vous remercie d'avoir bien voulu nous communiquer le texte de la déclaration que vous comptez faire à la tribune de la Chambre.

« Au nom du Corps médical organisé tout entier, dont je vous ai transmis une délégation régulière. . . »

M. le Président de la Commission. — Cette déclaration est importante. Elle confirme l'accord avec le Corps médical.

M. Marcel Héraud. — Le Corps médical n'est pas entièrement d'accord.

M. Frédéric Brunet. — Il y aura toujours quelqu'un qui ne sera pas d'accord !

M. Marcel Héraud. — Le Corps médical critique le texte du projet de loi sur les assurances sociales.

M. Gadaud. — J'affirme que c'est une erreur matérielle.

M. le Président de la Commission. — Ecoutez la lecture de cette lettre.

M. Marcel Héraud. — Nous sommes d'accord avec les déclarations dont vous allez donner lecture et que nous connaissons. Mais le Corps médical fait des réserves sur le texte de la loi et demande des assurances pour l'avenir.

M. Gadaud. — C'est entendu. C'est pourquoi je suis à la tribune.

Voici cette lettre qui exprime, je peux le dire, l'opinion de l'unanimité du Corps médical :

« Mon cher ami, je vous remercie d'avoir bien voulu me communiquer le texte de la déclaration que vous comptez faire à la tribune de la Chambre au nom du Corps médical organisé tout entier, dont je vous ai transmis la délégation régulière. Nous sommes bien d'accord. Aux conditions que vous énumérez et qui sont condensées dans le texte, que vous lirez, des décisions du Congrès des syndicats médicaux de France, le Corps médical collaborera de toute sa science et de toute sa conscience au perfectionnement de la loi.

« Croyez-moi votre bien cordialement dévoué.

« Dr P. Cibrie, secrétaire pour les assurances sociales de la commission permanente du Congrès des syndicats médicaux de France. »

M. Louis Rollin. — Cette lettre est du plus haut intérêt.

M. Gadaud. — Telles sont les décisions qui traduisent l'état d'esprit du corps médical. Il m'a paru indispensable de les faire connaître à la Chambre parce que, profondément attachés à la loi des assurances sociales et fondant sur elle les plus beaux espoirs, nous voudrions que cette loi fonctionnât d'une façon parfaite, il lui faut la collaboration sans réserve du corps médical, et que, pour tirer de cette collaboration tout ce qu'on est en droit d'en attendre, il est nécessaire de voir la loi intégrer dans l'organisation nouvelle qu'elle créera les vieilles qualités de la médecine française et les caractères traditionnels du praticien français. (*Applaudissements sur un grand nombre de bancs.*)

M. le Président. — La parole est à M. Taton-Vassal.

M. Louis Taton-Vassal. — Messieurs, je m'en veux de prolonger par quelques mots la discussion générale, mais ainsi je gagnerai du temps et je pourrai me dispenser sans doute d'intervenir dans la discussion des articles.

Vous venez d'entendre la discussion qui s'est instaurée au sujet d'une catégorie de praticiens dont le concours est indispensable au bon fonctionnement de la loi et il ne vous a pas échappé que la question restait éminemment délicate.

J'appelle, à mon tour, votre bienveillante attention sur une autre catégorie de praticiens, dont la collaboration est non moins indispensable au fonctionnement des caisses : je veux dire les pharmaciens, dont les prestations ont, pour le budget de l'assurance sociale, une importance presque aussi grande que celle des soins médicaux proprement dits.

Je vous prie de croire d'ailleurs que mon intervention est d'ordre exclusivement corporatif. Les amendements déposés tant au nom de nos collègues MM. Antériou et Fiori qu'au mien sont loin de chercher à faire échec à la loi, car j'affirme, au nom du comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux, qu'il n'est dans l'esprit des praticiens que nous défendons aucune autre pensée que celle d'une franche et loyale collaboration à l'application de cette réforme sociale.

Un grand nombre de nos collègues, MM. Barthe, Guérin, Salmon et d'autres — et cela vous montre bien que nous restons uniquement sur le terrain du meilleur fonctionnement de la loi — vous confirmeraient volontiers cette opinion que vous retrouverez sous la plume de votre éminent rapporteur, M. le Dr Grinda, à la page 142 de son rapport, formulée en ces termes : « L'Association générale des syndicats pharmaceutiques confirme son désir d'apporter la plus loyale collaboration à l'œuvre projetée. »

Mon intervention, en accord avec mes collègues et amis, a pour unique objet d'obtenir, conformément à l'esprit et à la lettre des amendements qui ont été déposés et tendent au même but, tant de la part de nos éminents rapporteurs que du Gouvernement lui-même, les apaisements que rend indispensable l'imprécision du texte légal qui, demain, s'il est interprêté trop strictement, peut devenir une cause d'irritation.

Certes, l'article 2 accorde au bénéficiaire de la loi le libre choix du praticien, donc du pharmacien. A ce point de vue, le rapporteur est formel, Il écrit, en effet, à la page 74 de son rapport :

« Sur le principe de l'organisation, il ne pouvait y avoir une hésitation : le libre choix qui s'impose pour les médecins doit rester intangible. » .

Mais, messieurs, à raison de ce qui s'est passé déjà pour les besoins de la mutualité, dont nous sommes de fermes adeptes, et en face de la complexité des

situations des différents prestataires de fournitures pharmaceutiques, vous ne pouvez considérer comme anormal que ces praticiens demandent à M. le Ministre quelques garanties lors de l'application de la loi.

C'est ainsi que nos amendements ont retenu deux points : la garantie qu'aucune atteinte ne sera portée à des droits légitimement acquis et l'institution d'un tarif général unique pour toutes les caisses.

Permettez-moi de vous exposer quelques-unes des raisons qui peuvent être invoquées à l'appui de la thèse des pharmaciens.

D'abord une remarque s'impose : ne croyez-vous pas qu'en créant cette législation que notre honorable doyen appelait ce matin « une grande étape dans l'évolution sociale », nous ne soyons par trop impressionnés par l'organisation de la loi dans les grands centres, à densité ethnique imposante ? N'oublions pas que la loi est destinée à être appliquée non seulement là où se trouvent déjà des organisations sociales prospères, mais aussi et surtout dans les petites villes où la mutualité allie la grande bonne volonté des administrateurs à l'esprit de solidarité sociale des membres, ainsi que dans les bourgades rurales et aux champs. Il faut prévenir une organisation très souple, très simple, à la portée de tous, et conçue comme si aucune armature préalable n'existait.

Songeons surtout qu'à côté des assujettis obligatoires il y a tous les assujettis facultatifs, qu'énumérait hier notre collègue M. Landry, qui seront de plus en plus nombreux au fur et à mesure que l'on s'éloignera des centres industriels et à la portée de qui il faut cependant placer la loi.

C'est là que la collaboration normale du praticien sera absolument indispensable pour une bonne application de la loi.

Or, messieurs, les pharmaciens, qui sont un des éléments actifs de la vie quotidienne de nos petites bourgades rurales et dont l'action peut être utile et bienfaisante en face de ce texte de loi, redoutent quelque peu l'extension d'organes centralisés, créés par les caisses, de magasins analogues aux pharmacies mulualistes déjà existantes, dont, au surplus, ils ne demandent pas la suppression ; mais ils désireraient que l'avenir leur fût, à ce point de vue, garanti.

Les pharmaciens ont acquis leur diplôme après des études longues et toujours onéreuses ; ils sont propriétaires d'un fonds de commerce soumis à des règles tout à fait particulières. Si l'article 26 de la loi était interprété de telle sorte que, demain, dans des villes moyennes, pussent se créer des pharmacies de caisse, vous jugez à quel point leurs droits acquis seraient lésés.

Il convient que le Parlement les protège contre une telle menace, à un moment où la loi demande la collaboration de tous les organismes pour réussir et durer.

En fait, cette demande est exposée au nom de tous les praticiens de France, syndiqués en trois grands groupements qui les englobent tous.

A cette demande respectueusement adressée aux pouvoirs publics, que peut-on objecter, au regard de l'application de la loi sur les assurances sociales ?

Que la pharmacie mutualiste, que la pharmacie de caisse sera un organe régulateur des prix ? Est-ce vrai à l'heure actuelle, en fait, des pharmacies mutualistes ? Mais, en ce qui concerne l'application de cette loi, cet argument ne peut être invoqué, car il y a un tarif imposé et nous verrons tout à l'heure que, précisément, l'on demande qu'il soit généralisé à tout le pays. Donc on ne peut redouter des prix trop élevés. En outre, la Commission de contrôle des prestations agit comme régulateur. On n'a donc pas à craindre des surenchères de fournitures, quant au prix ni quant aux qualités.

Dans ces conditions, où est l'intérêt d'organisations qui tendraient à faire disparaître toute une catégorie de commerçants, qui, au surplus, à l'heure présente tout au moins, vous le savez, sont d'importants collecteurs d'impôts.

Ce sont des collaborateurs de bonne foi de la loi. La bonne foi doit être réciproque et non pas seulement unilatérale ; et puisqu'il y aura des contrats collectifs entre intéressés, disons au moins qu'à l'origine ils présenteront le caractère synallagmatique que comporte l'esprit même de la convention.

D'ailleurs, matériellement, on ne peut même songer à créer partout des pharmacies de caisse. C'est ici qu'il faut songer à l'ensemble du territoire et non pas seulement aux grands centres déjà organisés.

Mais il y a plus. Les prestations pharmaceutiques doivent demeurer réglementées par la loi de germinal an XI, et la situation des pharmaciens mutualistes est assez étrange à ce point de vue. Si nous en croyons un jugement du tribunal de Valenciennes du 15 juin 1927, il n'existe pas pour elles de responsabilité à l'égard des tiers, dans certains cas ; et il serait regrettable que les bénéficiaires que nous entendons avant tout protéger entièrement dans leurs personnes et dans celles des êtres qui leur sont chers, se trouvassent ainsi parfois démunis par une organisation sans nécessité urgente, des actions et recours du droit commun.

Voilà quelques-uns des motifs que je me permets de faire valoir à l'appui de nos amendements.

Nos distingués rapporteurs nous ont donné déjà un apaisement. A la page 75 de son admirable travail, l'honorable M. Grinda écrit, en effet :

« A partir du moment où plusieurs pharmaciens acceptent de fournir les mêmes médicaments aux mêmes prix, il y a intérêt à ne créer de monopole au profit d'aucun d'eux. »

Notre collègue, M. Antonelli n'a pas manqué de souligner aussi cette situation, qui nous fait un devoir de donner la sécurité à cette corporation de collaborateurs dévoués à l'application de la loi.

Mais nous voudrions que M. le Ministre, s'associant à ces considérations, voulût bien, sur ce point, nous faire une déclaration suffisante, qui entraînerait, du moins en ce qui me concerne, le retrait des

amendements tant sur l'article 2 que sur l'article 26 et le vote plus rapide du projet.

Il est un second point sur lequel, très rapidement, je veux retenir votre attention.

Le paragraphe 4 de l'article 2 prévoit que la valeur des prestations sera fixée d'après les conventions et évaluée, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux.

Or, la pharmacie, pour placer sur le même plan tous les praticiens et tous les bénéficiaires, qui sont les premiers intéressés à cette mesure, à raison du taux de la participation à la dépense, demande qu'il soit bien entendu que la loi n'excluera nullement l'établissement d'un tarif général ou national unique. L'article n'est pas très précis à ce point de vue et une garantie s'impose.

Sans insister beaucoup, vous devinez qu'un tarif local peut donner lieu à certaines tractations, disons le mot, à des marchandages, et qu'il est à désirer, ce qui est facile lorsqu'il s'agit exclusivement de fournitures, que les bénéficiaires de la loi soient traités partout de la même façon, que le prix soit le même et qu'il y ait un seul tarif, établi par la commission tripartite, au sein de laquelle tous les intérêts seront défendus.

N'est-ce pas, du reste, l'avis de nos rapporteurs ? C'est tellement logique que M. le D^r Grinda l'écrit à la page 27 de son rapport. Cela tient à la nature même de l'accord qui interviendra.

Bien plus, messieurs, nous sommes tellement bien ainsi dans l'esprit général en matière d'assurances sociales qu'il nous suffit de nous reporter à nos lois précédentes.

Monsieur le Ministre, vous savez fort bien qu'en matière d'accidents du travail, il y a un tarif unique. Vous ne pouvez ignorer que M. le Ministre des Pensions, entrant dans cette voie en ce qui concerne les blessés et mutilés de guerre, vient d'adopter le principe du tarif unique.

D'autres exemples pourraient être donnés.

Puisque vous allez avoir en présence, d'une part, l'ensemble des caisses et, d'autre part, tous les pharmaciens groupés en syndicats, pourquoi voulez-vous créer une poussière de tarifs, qui compliquerait à l'extrême la gestion et la comptabilité des caisses et qui placerait sous la surveillance d'un même organisme de contrôle des régimes différents pour un même territoire ?

C'est illogique et il est à craindre que les bénéficiaires de la loi soient seuls les victimes d'un tel état de choses.

La Commission se trouve d'accord, elle, avec l'esprit de nos amendements.

Monsieur le Ministre, que vos déclarations, passant au-dessus de nous, donnent à ces praticiens les assurances désirées, et nous admettrons que nos amendements seront des vœux et des guides en vue de l'établissement du règlement d'administration publique qui fera vivre la grande œuvre que nous terminons.

A des collaborateurs indispensables, à l'avance dévoués et attachés à la bonne exécution d'un devoir social, qu'au surplus vous connaissez bien et que vous avez bien voulu recevoir, fournissez ici l'apaisement nécessaire, qui donnera en outre satisfaction à tous ceux qui désirent le vote rapide de la loi et ne demandent qu'à devenir les bons ouvriers de cette œuvre humanitaire. (*Applaudissements*)

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le D^r Vinaver, de Limay (S.-et-Oise). — M. le D^r Sir Dyce Duckworth, médecin des hôpitaux de Londres, correspondant étranger de l'Académie de médecine.

— **Etats généraux du thermalisme et du climatisme** sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, président de la République et de MM. Raymond Poincaré, président du Conseil ; Albert Sarraut, ministre de l'Intérieur ; Paul Painlevé, ministre de la Guerre ; Edouard Herriot, ministre de l'Instruction publique ; André Tardieu, ministre des Travaux publics ; M. Bokanowski, ministre du Commerce ; André Fallières, ministre du Travail et de l'Hygiène. Les mercredi 9 et jeudi 10 mai 1928, salle des Ingénieurs civils, 19, rue Blanche, Paris.

Indications générales. — Le Comité de direction des grands réseaux a bien voulu accorder une réduction de 50 % (tarif plein à l'aller, gratuit au retour) aux adhérents aux Etats Généraux. Demander au Secrétariat administratif les bons de réduction.

Le banquet de clôture aura lieu à l'Hôtel Ambassador, boulevard Haussmann, le jeudi 10 mai, à 20 heures.

Prix du banquet pour les *adhérents* : 50 francs.

Le prix de la carte d'adhérent est fixé à 25 francs.

Elle donne droit à la présence aux assemblées ; au compte rendu des Travaux ; à la réduction de 50 % sur le prix du trajet en chemin de fer ; au banquet moyennant le prix de 50 francs.

Adresser l'adhésion au Secrétariat administratif de la Fédération thermale et climatique française, rue Vézelay, 14, Paris 8^e. On peut le faire par *mandat-carte* de 25 fr.

L'autorisation nécessaire pour bénéficier de la réduction de 50 % sur le prix du trajet en chemin de fer, est envoyée avec la carte d'adhérent.

Assemblées : 9 mai, à 14 heures 30, séance d'ouverture ; allocution du docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale et climatique française. La situation de l'industrie thermale et climatique. Rapport de la Chambre Nationale de l'Hôtellerie : M. Ménabréa, directeur. Rapport du Syndicat professionnel des Casinos autorisés de France : M. Piquet, président. Quelques modifi-

cations urgentes à envisager dans la législation actuelle des Eaux minérales : Dr Flurin, maire de Cauterets.

10 mai, à 9 heures 30. Le Crédit thermal. Rapport de la Commission : M. Lefébure ; à 14 h. 30. La propagande. Rapport de la Commission : Dr Janot. Vœux présentés aux Etats généraux ; à 20 h., banquet de clôture.

— **Ecole de malariologie.** — Enseignement spécial de la malariologie à la Faculté de médecine, du 1er juin au 5 juillet 1928, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine sous la direction de M. le professeur Brumpt. Les leçons théoriques seront données de 14 à 15 h. ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de trois heures, dirigée par MM. M. Langeron et H. Galliard.

I. *Hématologie.* — Trois leçons par M. H. Gailliard. Hématies de l'homme et des vertébrés. Numération. Hémoglobine ; hématies pathologiques. Physiologie pathologique des hématies. Leucocytes normaux et pathologiques. Formule leucocytaire. Rôle des organes hématopoïétiques. Hématoblastes. Sérologie. Détermination des sangs ingérés par les moustiques.

II. *Protozoologie* (Sporozoaires et parasites du sang). Deux leçons par le professeur Brumpt. Cycle évolutif des sporozoaires. Hémosporidies de l'homme et des animaux. Piroplasmidés. Hémogrégarines. Toxoplasmes. Flagellés sanguicoles. Microfilaires.

III. *Parasites du paludisme.* — Cinq leçons par le professeur Brumpt. Cycle évolutif et biologie des plasmodidés. Paludisme expérimental. Etude détaillée, morphologique, biologique et géographique des trois plasmodium humains : *P. vivax, P. malariæ, P. falciparum.*

IV. *Entomologie.* — Huit leçons par M. M. Neveu-Lemaire, professeur agrégé. Morphologie et classification des insectes. Les diptères. Les nématocères. Les moustiques. Procédés de capture, de conservation et d'étude. Histologie des moustiques adultes. Biologie des moustiques. Métamorphoses, œufs, larves, nymphes, adultes. Classification des moustiques. Les anophélidés, biologie et rôle pathogène. Anophèles européens, africains, asiatiques, océaniens et américains.

V. *Etude clinique et épidémiologique du paludisme.* — Quatre leçons par M. Ch. Joyeux, professeur agrégé. — Historique du paludisme, théories anciennes, découvertes modernes. Epidémiologie. Indice endémique. Symptomatologie. Pathogénie. Anatomie pathologique. Méthodes de diagnostic. Thérapeutique.

VI. *Prophylaxie.* — Huit leçons par le professeur Brumpt. Facteurs de l'endémie. Prophylaxie individuelle. Quininisation. Protection mécanique. Prophylaxie générale. Stérilisation du réservoir de virus. Destruction des anophèles. Théorie du rideau protecteur. Grandes et petites mesures antilarvaires ; méthodes hydrologiques, chimiques et biologiques. Choix des méthodes prophylactiques. Rôle de l'Etat. Propagande. Personnel. Contrôle. Résultat acquis.

VII. *Assainissement et drainage.* — Deux leçons par M. Préaud, inspecteur général du génie rural. Assainissement agricole.

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Les candidats proposés par les administrations sanitaires de leurs pays respectifs devront adresser une demande à la section d'hygiène de la Société des Nations, à Genève.

Un nombre limité de bourses sera accordé par l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, sur demande présentée au directeur médical de la Société des Nations par les administrations intéressées.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : Erpreuve pratique d'hématologie. Epreuve pratique de protozoologie. Epreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

Deuxième examen : Epreuve théorique de protozoologie. Epreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme. Epreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser. Droit d'immatriculation, 60 fr. ; droit de bibliothèque, 40 fr. ; trois séries de droits de laboratoire à 250 fr., 750 fr., soit au total, 850 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **La Croisière de Bruxelles-Médical** (29 juillet-18 août 1928.) — La prochaine croisière de grandes vacances organisée par le *Bruxelles-Médical*, du 29 juillet au 18 août, remporte un vif succès. Près de la moitié des places sont déjà occupées et le nombre des demandes de renseignements va sans cesse croissant. Ceux de nos lecteurs qui auraient l'intention d'y prendre part feront donc bien de s'inscrire *de toute urgence.*

Nous rappelons que la Croisière de *Bruxelles Médical*, qui sera effectuée par le nouveau paquebot de luxe à moteurs *Brazza* (16.000 tonnes) comporte l'itinéraire suivant : Bordeaux, La Corogne, Vigo, Porto, Funchal (Madère) Santa Cruz de Teneriffe (Canaries), Las Palmas (Canaries), Casablanca, Ajaccio, Marseille.

Prix spécial de navigation pour les médecins depuis 1096 belgas (soit environ 3.900 fr. français).

Renseignements et inscriptions à la Section des Voyages de *Bruxelles Médical*, 29, boulevard Ad.-Max, Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

services à mes semblables, et je vous convie, Messieurs, comme je vous en offre les témoignages, à présenter au public ces malades que vous avez guéris au nom de la Faculté, et avec quels produits ? régimes ou autres ordonnances sans chimie, sans biologie, avec, au besoin, la foi sévère et le sourire prometteur, vous, Messieurs, qui n'êtes point des « Guérisseurs ».

Veuillez, Monsieur le Directeur, agréer mes salutations et me dire si je vous suis redevable d'autre chose que de votre loyale et impartiale hospitalité.

TRUC.

Commentaires

Quels commentaires faire, — alors que dans le même numéro, nous voyons à la fois la glorification de la science officielle et la publicité accordée à un procédé empirique de lutte contre la tuberculose ?

A mon avis, ou bien il faut abroger carrément la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et laisser le champ libre à tous ceux, qui entendent gagner leur vie en donnant des soins à leurs concitoyens, ou bien il faut modifier cette même loi, pour la rendre plus efficace, si le législateur estime que la santé publique doit être protégée contre tous ceux qui tirent parti de la croyance dans le « don de guérir » et de la soif de guérison de pauvres malades chroniques.

Certes, notre science officielle a beaucoup de progrès à faire : toujours les savants rechercheront la manière de prolonger la vie humaine et de lutter contre toutes les souffrances.

Mais, ou il faut laisser le champ libre à tous les guérisseurs sans exception, qui ont toujours, dans les prétoires, leur cohorte d'admirateurs et de guéris, ou bien il faut franchement et effectivement protéger la santé publique contre le charlatanisme et contre l'exploitation de la santé publique.

Les procès correctionnels ne servent pas à grand'chose, car la condamnation est minime et n'empêchent pas les récidives.

Révisons la loi, dans le sens de l'aggravation des pénalités et de la définition du délit, ou bien rendons la liberté à tous, chacun pouvant soigner son semblable, se plaçant uniquement sous l'empire de l'article 1382 du code civil (responsabilité civile et dommages-intérêts, pour faute), ou 319 du code pénal (homicide par imprudence) ou 320 (blessures par imprudence).

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1354. — Déclaration des bénéfices de la propharmacie.

Je viens vous demander de vouloir bien me renseigner sur un point de fiscalité qui me met aux prises avec mon contrôleur. Ceci par la voie du journal, car beaucoup de mes confrères pourront en profiter.

Dans votre journal du 11 mars 1928, vous répondez à un confrère propharmacien que les profits tirés de la propharmacie ne sont pas passibles de l'impôt sur les bénéfices commerciaux et par suite que la taxe sur le chiffre d'affaires n'est pas applicable.

Mon contrôleur admet cette thèse, mais exige une déclaration de mes bénéfices produits par la propharmacie pour pouvoir la taxer et la faire rentrer dans mes revenus frappables d'*impôt global sur le reveun.*

Il me semble que si ces profits ne sont pas passibles d'impôt sur les bénéfices commerciaux et si la taxe sur le chiffre d'affaires n'est pas applicable, je n'ai pas à faire de déclarations sur le quantum de ces bénéfices et, par contre, il ne doit pas pouvoir les faire figurer sur mes revenus passibles de l'impôt global sur le revenu.

A vous de trancher la question, j'agirai d'après votre conseil. Dr S.

Réponse.

Les bénéfices qu'un médecin propharmacien retire de la vente de médicaments à ses malades ne peuvent être frappés ni de l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels ou commerciaux, ni de la taxe sur le chiffre d'affaires.

Mas, en revanche, le médecin propharmacien doit comprendre en totalité dans ses recettes professionnelles à la fois ses honoraires proprement médicaux et le produit de la vente de ses médicaments. De l'ensemble de ces recettes, il doit déduire ses frais professionnels et le prix d'achat de ses produits pharmaceutiques. La différence entre ces deux sommes constitue son bénéfice professionnel, passible de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales et de l'impôt global sur le revenu.

En d'autres termes les bénéfices de la propharmacie doivent être considérés comme bénéfices d'une profession non commerciale et imposés comme tels.

1043. — Les réclamations ne suspendent pas le paiement des impôts.

Le trésorier payeur général m'informe qu'il a retenu et versé dans sa caisse un mandat émis à mon profit pour soins assistance médicale gratuite 1922, « en exécution d'un avis à tiers détenteur du percepteur d'A. et conformément aux instructions sur le

recouvrement de l'impôt direct ». Il s'agit de mes impôts 1927 au sujet desquels je suis en procès devant le Conseil de préfecture, j'ai fait d'ailleurs, en indiquant numériquement les réductions que je réclame, la réserve d'usage, le 7 juillet 1927, que faute d'une solution dans le délai de six mois, je compte user de la faculté accordée par la loi du 13 juillet 1903, art. 17, et surseoir au paiement des sommes contestées.

La retenue faite par le payeur général est-elle régulière ? Quelles sont « ces instructions » ?

D[r] A.

Réponse.

Les réclamations n'étant pas suspensives du paiement, le percepteur est resté dans la légalité. Votre réclamation datant du 7 juillet 1927, le loi de 1903 n'était pas applicable en l'espèce, puisque la totalité de l'imposition était exigible avant l'expiration du délai de six mois.

A. M.

1068. — Valeur locative pour l'établissement de la patente.

Abonné au *Concours* et au « Sou Médical », voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire s'il n'y a pas sur ma feuille de contribution 1928 (de 4.609 fr. 28) une erreur à mon désavantage et quelle réclamation je puis faire.

Pour comparaison je vous envoie aussi celle de 1927 qui ne se montait qu'à 893 fr. !!

Jusqu'en 1926 je payais un loyer de 2.000 fr. plus les impôts (5 à 600 fr.).

A partir de 1926, je paye 4.000 fr. de loyer + les impôts qui étaient en 1927 de 878 fr.

Or, on m'impose au 15e sur une valeur locative de 5010 fr. ?? N'y a-t-il pas là une erreur ?

Et comment connaît-on la valeur locative ; est-elle égale au loyer ?

Et à qui devrais-je réclamer ?

1° Pour faire rectifier pour l'avenir cette valeur locative ;

2° Pour ma feuille d'impôt.

La mairie y est-elle pour quelque chose ?

D[r] X.

Réponse.

La valeur locative est déterminée d'après le loyer effectivement payé, soit en l'espèce 4.000 francs, plus 878 francs d'impôts, donc 4.900 francs environ. La réduction que vous pourriez obtenir serait donc de peu d'importance. Encore faudrait-il que le bail ne contienne aucune clause relative à des charges supplémentaires qui justifieraient la différence de 4.900 à 5.010 francs.

A. M.

1207. — Etablissement des déclarations des bénéfices professionnels.

J'ai déclaré cette année au fisc un total de recettes de 60.242 fr., et un total de dépenses professionnelles de 32.029, ce qui laisse un bénéfice net de 28.213 fr.

J'ai déduit au paragraphe VI les impôts que j'ai payé l'an dernier, soit :

1° Contributions directes	397 12
Comprenant la contribution personnelle-mobilière, la patente, la taxe des poids et mesures.	
2° Les prestations	78 00
3° L'impôt sur les bénéfices de professions non-commerciales soit	915 00
L'impôt sur le revenu, soit	121 20
Plus la majoration de 10% (pas d'enfant)	12 12
Soit un total d'impôts de	1.523 64

Or, le contrôleur m'envoie une note dans laquelle il me demande de préciser le détail des impôts déduits au § VI. Il me semble que je dois tous les déduire puisque je les ai payés ?

2° D'autre part, le contrôleur prétend qu'au paragraphe VII, les honoraires non recouvrés, soit 2.704 fr., doivent figurer dans ma comptabilité et ne pas être déduits.

3° Enfin il me demande de lui donner le détail de mes dépenses professionnelles qui s'élèvent à 32.029 fr. 40. Je pourrai le faire aisément en tant que pharmacien, puisque je conserve toutes mes factures, notes, etc.

Je vous serais donc très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur ces trois points, afin de me guider dans ma réponse au contrôleur.

Je paye un loyer de 900 fr., pour une maison de 7 pièces, dont 3 sont prises pour l'exercice de ma profession ; je déclare donc un loyer professionnel de : $\frac{900}{7} \times 3$, soit 484 fr. environ.

Dr X.

Réponse.

1° Payés ou non, les impôts sont déductibles, à la seule condition que les impôts sur les revenus aient été établis d'après les déclarations régulièrement souscrites.

2° La jurisprudence du Conseil d'Etat est constante et formelle : vous ne devez déclarer que les recettes effectuées en 1927, étant entendu que vous devez faire état aussi bien de celles afférentes à des soins donnés en 1927 que de celles afférentes à des soins donnés au cours des années antérieures.

3° Vous ne pouvez vous dispenser de fournir le détail de vos dépenses professionnelles sans vous exposer aux rigueurs de la taxation d'officet

4° Le loyer professionnel est exactement évalué au 3/7du loyer total.

A. M.

1076. — Paiement des impôts en cas de changement de résidence.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire quelle sera ma situation fiscale pour les impôts contribution personnelle-mobilière et celle de la patente.

Ayant quitté ma résidence de M. à dater du 1er mars, je me suis fixé à J. à partir de cette date.

J'ai reçu ma feuille d'imposition pour 1928 pour cette première localité.

Que peut-on me réclamer pour la seconde ?

Quelles déductions sur la première pourrai-je obtenir si l'on m'impose ici pour les 9 mois à courir ?

Dr P.

Réponse.

Vous devez la personnelle-mobilière dans votre ancienne résidence. Vous ne serez pas imposable dans votre nouvelle résidence.

La patente est due entièrement à l'ancienne résidence ; si vous êtes imposé par voie de rôle supplémentaire dans la nouvelle (en fin 1928 ou début de 1929), vous pouvez demander une réduction de cette patente supplémentaire en raison de celle payée à l'ancienne résidence.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

I

1284. — Aggravation d'un accident.

L'article 29 du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail dit :

« Donneront droit à une indemnité spéciale de 10 fr. : 1°.............. ; 2° le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave. »

Une assurance peut-elle reprocher à un médecin traitant de n'avoir pas fourni, en cas d'aggravation, ce certificat ?

Dr M.

Réponse.

Une Compagnie a le droit de faire visiter chaque semaine tout blessé par un médecin de son choix. Si la durée prévue d'incapacité se prolonge plus loin que ne l'a indiqué le certificat initial, il lui appartient de s'enquérir des causes de ce retard, soit par envoi d'un médecin, soit simplement en demandant un rapport au médecin traitant. Et ceci est indiqué expressément (article 29, § 5), quand il est dit : « Tout certificat fourni au cours du traitement *à la demande* du patron ou de son assureur substitué, pour énoncer le nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera

vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé 10 francs. »

Conclusion. — Une Compagnie qui se serait *désintéressée* de « la marche de la guérison » aurait mauvaise grâce à s'en prendre ensuite au médecin traitant.

F. D.

II

1367. — Visite de nuit ou non ?

Il y a trois jours je suis appelé vers 6 h. 1/2 du soir chez un blessé. Je ne rentre chez moi que vers 8 h. 3/4 et ne me présente chez ce blessé que vers 9 h. 1/4, après avoir parcouru la distance kilométrique.

Dans ce cas puis-je compter une majoration de nuit ?

Dr D.

Réponse.

Vous avez été appelé à 18 h. 30, et non après 21 heures. La visite ne « devait » donc pas avoir lieu après 21 heures. Il en fut ainsi d'après vos possibilités personnelles et non d'après l'heure de l'accident. Je n'oserais donc vous conseiller de poursuivre le paiement de cette visite, comme étant de « nuit », surtout alors qu'il s'agit d'un quart d'heure de différence.

F. D.

III

1382. — Soins provisoires d'urgence et interventions définitives.

J'ai eu à donner des soins à un blessé atteint de lésions *multiples*. D'abord un appareil provisoire pour une fracture de jambe, en vue d'un envoi d'urgence à l'hôpital. Mais, en plus, des sutures multiples sur diverses parties du corps, puis une injection A.T. et enfin un certificat descriptif. Or, la Cie veut me payer seulement 50 fr. *pour le tout*, parce que les « soins d'urgence », en vue d'un transport à l'hôpital, doivent comprendre toutes les interventions faites le jour de l'accident. Qu'en pensez-vous ?

Dr N.

Réponse.

Dans toutes ces choses, il faut voir la question d'espèce. Il est entendu que (et ce le fut précisément sur *ma* demande, car cela n'existait pas tout d'abord) chaque fois qu'un praticien se trouve devant un blessé qui doit être envoyé à l'hôpital et que ce praticien lui donne *les soins d'urgence*, à savoir pansements divers provisoires, appareil provisoire, « empaquetage » en un mot d'une fracture « en vue de sa réduction ultérieure par *un autre* médecin » il a droit à 50 francs d'honoraires. Vous avez donc droit déjà à ces 50 francs pour votre « empaquetage », c'est entendu....

Mais, *en plus de cela*, vous avez fait des interventions *non provisoires*, donc ne devant pas être ultérieurement *refaites* « par un autre médecin », à savoir :

1° Sutures multiples ;

2° Injection A.T.

Certificat descriptif.

Dans ce cas, ces interventions *définitives* vous sont *légitimement dues*, *en plus* de votre intervention *provisoire*, car ce n'est plus là des pansements multiples *provisoires* qui rentreraient dans les soins d'urgence, avec l'appareil *provisoire* de fracture, le tout devant être compté 50 francs, quel que soit le nombre de pansements.

Conclusion : Je trouve votre note légitime et vous conseille de ne pas accepter la diminution proposée.

F.D.

Questions médico-militaires.

647. — Imputabilité au service d'une tuberculose.

Il y a huit jours, j'ai examiné pour la première fois un jeune homme que je trouvais atteint de φ0 évolutive (ramollissement du S.G.) un examen de crachats a été confirmatif. Or ce jeune homme a été libéré du service militaire en mai 1927. Il n'a jamais été hospitalisé, mais il s'est fait plusieurs fois porter malade pour toux et fièvre, on le mettait exempt de service un jour, sans le reconnaître.

Il me semble que l'origine soit bien imputable au service. Mais comment faire lapreuve ? Il s'agit d'un journalier qui est à peu près sans ressources.

Dr M.

Réponse.

Il est regrettable que ce jeune homme n'ait pas fait une demande de pension dans les six mois qui ont suivi sa libération, car toute maladie constatée chez lui durant ce délai eût été imputable au service par présomption légale.

Néanmoins, qu'il fasse encore, le plus tôt possible, par lettre recommandée adressée au Directeur du Service de santé de la région, une demande de visite médicale pour indemnisation. Mais il devra faire la preuve que des troubles pulmonaires ont été constatés durant son service, et qu'à ces troubles peut être rattachée l'actuelle tuberculose pulmonaire.

---

611. — Inscription d'un officier rayé des cadres au tableau de concours pour la Légion d'honneur.

Un officier de réserve rayé des cadres pour réforme de guerre (60 % d'invalidité) croix de guerre, et mis en position d'officier honoraire (aide-major de 1re classe honoraire), 41 ans, peut-il concourir pour la

Légion d'honneur (une proposition au cours de la guerre).

Est-il inscrit automatiquement au tableau de concours, ou y a-t-il lieu à démarches spéciales ?

Est-il exact qu'il existe une circulaire récente prévoyant l'inscription au tableau pour les officiers de réserve rayés des cadres depuis 5 ans ?

Dr D.

Réponse.

Dès l'instant qu'il s'agit d'une inscription au tableau de concours pour un officier rayé des cadres, c'est-à-dire n'appartenant plus à l'armée, les chances sont plus difficiles à courir, et cela bien que la Chambre ait voté pour ces officiers un contingent spécial de croix.

Il ne s'agit donc pas d'une inscription automatique ; voyez votre directeur, ou, à la rigueur, écrivez-lui, pour lui exprimer votre désir et faites-vous appuyer auprès de lui ; mieux encore, faites intervenir, directement et fortement, auprès du Ministre, afin de faire réclamer par lui votre dossier, en vue du prochain tableau, qui paraîtra dans quelques semaines.

Accidents du travail.

1391. — Allocations aux victimes d'accidents du travail.

Un de mes clients a perdu la vision d'un œil par accident du travail en 1909. L'incapacité permanente partielle a été estimée à 30 %, et rémunérée par une rente de 260 francs par an.

Or, ce blessé, qui fait, dans son bon œil, une cataracte non imputable à l'accident, demande s'il n'y a pas eu, depuis la guerre, un ajustement des rentes des blessés du travail, qui lui permettrait de toucher davantage.

Voulez-vous bien m'envoyer la réponse à cette question, et m'indiquer, éventuellement, la marche à suivre pour obtenir satisfaction.

Dr P.

Réponse.

Depuis le 15 juillet 1922, plusieurs lois successives ont accordé des allocations aux victimes d'accidents du travail antérieurs au 5 août 1920 atteints d'incapacité permanente. Tout d'abord, il fallait au moins 50 % d'incapacité pour bénéficier de ces allocations, mais une loi du 30 juin 1924 a accordé une allocation mensuelle de 20 francs aux blessés atteints d'une incapacité d'au moins 30 %, comme c'est le cas pour votre client.

Une loi du 24 mars 1928 vient de porter cette allocation à 360 francs par an.

Il faut donc que votre client entreprenne sans délai l'accomplissement des formalités nécessaires pour toucher l'allocation et le rappel qui peut lui être dû.

Pour cela qu'il adresse une demande sur papier libre au Ministère du Travail (contrôle des assurances).

Il devra indiquer dans sa demande :

1° Ses nom, prénoms et adresse ;

2° Sa nationalité ;

3° La date de l'accident ;

4° La date de la dernière décision attributive de rente, le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie ;

5° L'établissement qui fait le service de la rente.

Le Ministre du Travail liquidera l'allocation dont le service sera fait au blessé, en même temps que celui de la rente elle-même, par la Compagnie d'assurances qui assure le service de celle-ci.

1387. — Opération à domicile d'un fils d'agriculteur blessé du travail.

Le fils d'un de mes clients, au cours de son travail (?) chez un fermier, d'ailleurs très à l'aise, est atteint d'une hernie inguinale. Je lui conseille, tout en portant un bandage en attendant, de se faire opérer.

L'assurance, avisée par le patron, admet la hernie comme accident du travail, mais au sujet de sa participation pécuniaire, l'informe que si le blessé se fait opérer dans une clinique, elle ne versera aucune indemnité en ce qui concerne l'opération ; si le blessé est opéré à l'hôpital, elle payera les journées de séjour, l'opération étant bien entendu faite gratuitement par le chirurgien et son aide qui en l'espèce se trouvent être le chirurgien et le médecin habituels des parents du blessé.

Devant cette prétention abusive de la Compagnie d'assurances, les parents du blessé qui ne tiennent à aucun point de vue à faire admettre leur fils à l'hôpital, sont venus me demander conseil ; je leur ai dit qu'il y avait un moyen de solutionner la difficulté ; c'était de faire opérer leur fils à leur domicile ce qui est très facile à faire ; ils sont d'une situation aisée, eux aussi.

Sans quoi, ils se trouvent dans l'alternative, ou de faire admettre leur fils à l'hôpital, ce qui leur répugne ; ou de payer entièrement les frais opératoires ; or, bien qu'ils aient le moyen de le faire, ils estiment que la Compagnie d'assurances pourrait bien verser sa part, au tarif des accidents du travail, ce qui diminuerait les frais de moitié environ. Estimez-vous que l'opération à domicile soit une solution élégante ? La Compagnie d'assurances ne me semble pas pouvoir s'y opposer.

Dr X.

Réponse.

Il est exact qu'en cas d'opération pratiquée dans une clinique privée ou un hôpital public le patron du blessé n'est tenu de payer que les frais de séjour au prix de l'assistance médicale gratuite majoré de 30 %, à moins toutefois que l'on ne

puisse invoquer l'urgence ou la nature exceptionnelle de la lésion, suivant la jurisprudence de la Cour de Cassation, ce qui n'est pas le cas.

Mais, en revanche, vous avez le droit d'opérer le blessé à domicile, si vous estimez pouvoir le faire. Vous pourrez alors vous faire payer par le patron responsable ou son assurance vos honoraires chirurgicaux sur les bases du tarif Fallières.

D'après les renseignements que vous nous donnez, l'assurance semble avoir déjà admis la nécessité de l'opération. Il ne paraît donc pas nécessaire de suivre les formalités prévues par l'article 9 du tarif pour les opérations mutilantes ou de grande chirurgie (avis par lettre recommandée à l'assurance et, en cas de divergence, recours à l'arbitrage d'un tiers médecin).

Pour la bonne règle, nous vous conseillons néanmoins de prévenir l'assurance par lettre recommandée, de manière à éviter par la suite toute contestation.

A noter que, si l'assurance admet le principe de l'intervention, il ne lui appartient pas d'imposer le lieu où cette intervention sera pratiquée. Un consentement donné pour une intervention à l'hôpital vaut pour une opération pratiquée à domicile.

1385. — Assujettissement d'ouvriers payés à la tâche à la législation sur les accidents du travail.

Le 29 décembre dernier, un de mes clients a été victime d'un accident, dans les conditions suivantes :

Marneur de profession, il était occupé avec son père et son frère, à reboucher un puits à marne, quand par suite de la gelée, une partie d'un bloc de terre se détacha. Il fut précipité dans le puits d'une hauteur de sept mètres et se fractura la cuisse droite au-dessus du genou, à quelques centimètres de l'interligne articulaire.

Il persistera certainement de la raideur du genou, d'où incapacité permanente partielle.

Ces trois ouvriers faisaient du travail à la tâche. Ils avaient 6 francs par mètre cube extrait et 2 fr. pour le rebouchage. Ils étaient logés et nourris chez le patron. Les deux pics de fer et l'échelle dont ils se servaient pour le rebouchage appartenaient au patron.

Peut-on, dans ces conditions, comme le veut celui-ci, qui décline toute responsabilité, assimiler ces ouvriers à de véritables entrepreneurs travaillant pour leur compte ou le blessé a-t-il le droit d'invoquer le bénéfice de la loi de 98 sur les accidents du travail ?

Dr G.

Réponse.

Sachet, dans son Traité des Accidents du Travail, qui fait autorité, considère que le *marchan-*

dage, qui consiste en un travail rémunéré à la tâche, nécessitant l'emploi de plusieurs ouvriers, associés ou sous les ordres d'un sous-entrepreneur, n'est qu'une variété du contrat de louage d'ouvrage et que les ouvriers, même associés entre eux, n'en restent pas moins les employés du chef de l'industrie.

Si donc les ouvriers sont occupés dans un établissement, un chantier ou un autre endroit dont la direction et la surveillance continuent à appartenir au chef d'industrie, ils sont garantis par la législation sur les accidents du travail.

Dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, il semble qu'il en soit ainsi, car les ouvriers étaient nourris et logés chez le patron et le matériel dont ils se servaient appartenait à celui-ci. On ne pourrait donc soutenir avec quelque chance de succès qu'ils étaient entièrement indépendants de lui. Si le père s'était entendu avec le patron pour lui-même et pour ses fils, il n'était pas cependant, en réalité, un entrepreneur lui-même. On peut considérer qu'il existait entre le père et le fils une sorte d'association dont le père était le gérant.

Nous sommes donc d'avis, que le chef d'entreprise est responsable de l'accident et doit être cité devant le juge de paix du lieu de l'accident, tant pour le payement du demi-salaire, que pour le payement des frais médicaux et pharmaceutiques. De même pour l'attribution de la rente à laquelle le blessé aurait droit en cas d'incapacité permanente, il devrait être procédé suivant les règles prévues par la législation spéciale.

Nous vous rappelons que, en cette matière, la procédure est peu coûteuse, étant exempte de timbre et de frais d'enregistrement.

Médecine légale.

1460. — Contre-visite d'un accidenté du travail. Constatation du décès d'un pendu.

Quel est le tarif d'une contre-visite d'un accidenté du travail ? Contre-visite demandée par l'assurance pour un blessé non soigné par moi ?

Quel est le tarif de 1928 en matière judiciaire ? (Réquisition par le maire d'une commune située à 7 km. pour constater le décès d'un pendu).

Dr L.

Réponse.

1° Il n'existe aucune tarification pour les honoraires du médecin délégué par une Compagnie d'assurances pour contre-visiter un blessé du travail. Le tarif Fallières ne concerne que les honoraires du médecin traitant.

Les honoraires du médecin contre-visiteur doivent donc être fixés d'accord entre lui et l'assurance. En fait, il est d'usage de demander, pour l'examen et le rapport de 40 à 60 francs, plus les frais de déplacement, s'il y a lieu.

2° En vertu du décret du 22 décembre 1927,

vous avez droit, pour une visite judiciaire, à un honoraire de 25 francs, y compris la rédaction et le dépôt de votre rapport.

En outre vous devez compter vos frais de déplacement à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour (à moins qu'il n'existe un service de transport en commun et dans ce cas vous auriez à compter le prix d'un billet de 1re classe).

Enfin, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit à une indemnité supplémentaire fixe de 20 francs.

Baux et Locations.

1277. — Prorogation. Taux limite du loyer.

Je suis possesseur d'un bail médical fait en juin 1919 et qui a été renouvelé depuis par périodes de 3 ans. L'actuelle période finit donc au 30 septembre prochain et je vais recevoir mon congé incessamment. A chaque renouvellement, j'ai accepté sans discuter les augmentations qui l'ont porté de 1.800 fr. à 8.000 fr. Je crains que les exigences de mon propriétaire soient par trop grandes, aussi je viens demander :

1° Si j'ai droit à une prorogation quelconque avec augmentation tarifée par la loi ?

2° Au cas où mon propriétaire voudrait reprendre mon appartement soit pour l'occuper, soit pour le louer, puis-je invoquer le bénéfice d'une loi ?

3° Si je reçois mon congé, dois-je répondre et dans quelle forme ?

Dr D.

Réponse.

Lorsque votre bail sera expiré, vous bénéficierez de plein droit, sans avoir aucune démarche à faire, sans même avoir à la demander, de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931.

Tant que durera cette prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour son habitation personnelle ni pour la louer à un autre locataire. En effet, si la loi du 1er avril 1926 réserve au propriétaire le droit de reprise pour son usage personnel, ce droit ne peut être exercé que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Ce n'est pas votre cas, puisque, si vous habitez la maison, vous y exercez également votre profession.

En vertu de la loi du 1er avril 1926 vous ne devriez payer actuellement qu'un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 125 % plus certaines charges. Le loyer que vous payez en fait dépasse de beaucoup le maximum autorisé par la loi. Il est trop tard pour pouvoir obtenir la réduction du loyer au taux-limite, mais du moins pouvez-vous refuser, jusqu'au 1er avril 1931, de subir une nouvelle augmentation.

Cinquantième année — N° 19 — 6 Mai 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet. Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Gugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Beal, Débidour, E. Dullin, Garcin. Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr MALOUVIER, de Beauvais, la somme de cinquante francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au minimum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 216. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Nº 217. — Enfants infirmes paralysés, épileptiques, arriérés. Méthode spéc. Résult. très intér. Pension médic., vie de famille. Condit. spéc. aux confr. Dr Gaston, La Petite Afrique, 104, route Nationale à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

Nº 218. — Banl. sud-est imméd. à vend. excell. client., longue présent. assurée. Prix 70.000. S'ad. M. Henri Tival, 9, rue de Paris, Le Pecq, qui transmettra.

Nº 219. — Veuve doct., âgée de 50 ans, très bonne famille, bonne musicienne, demande place dame de compagnie, dirigerait intérieur, voyagerait.

Nº 220. — Anc. int. hôp. Paris, 30 ans, cherche ds gr. ville import. sit. méd. générale ou de préfér. tte spécial. médic., collabor. et succ. ultér.

Nº 221. — Infirmière sage-femme de préfér. est demandée d'urg. pour petite clin. chirurg. région de l'Est. Logée, nourrie, blanchie, 600 fr. par mois.

Nº 222. — Coutainville (Manche) : A louer pour saison maisonnette bien située, à 1 minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personmaximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

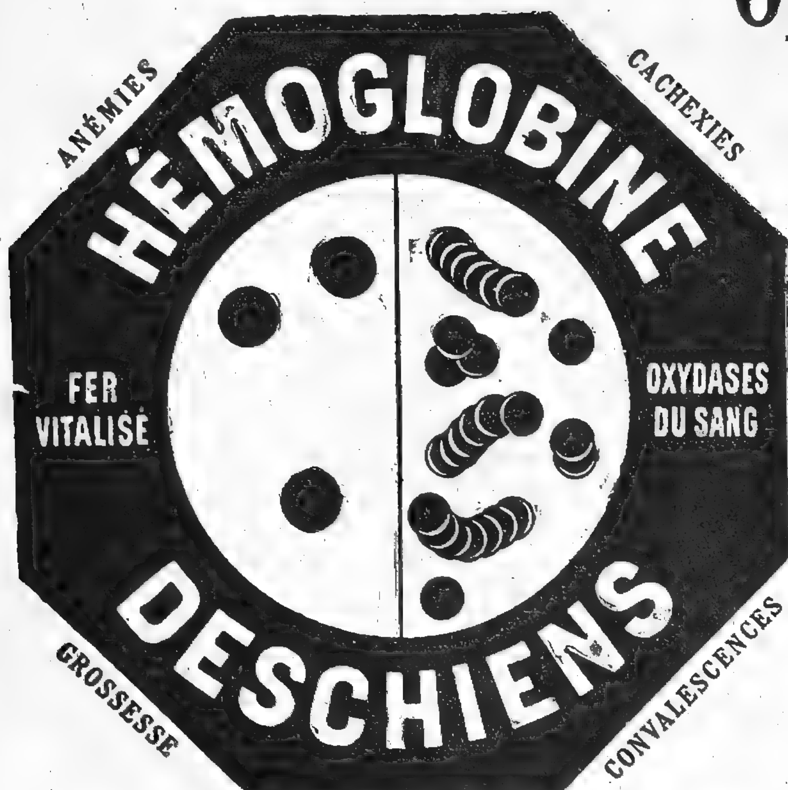
Nº 223. — A céder :

1º Banl. imméd., facil. communic. ,méd. génér., acc. et pet., chirurgie, excell. client. conven. à méd. actif, rapp. 105.000, appart. 4 p. Cession cause santé. Prix : 50.000 compt.

2º Stat. hydromin. de l'Est, rapp. saison 120.000, superbe villa tout conf. Indemn. 100.000 dont moitié compt. y compris objets mob. divers.

3º Dans localité près gr. ville du Centre (facil. d'instruct.) client. fac. dans petit rayon, seul médec. propharm., rapp. 97.000, mais, de 7 p., dépend., gr. jardin, eau, électr. Indemn. à déb.

4º Rég. industrielle, client. peu fatig., assurée par gros fixes d'usines transmis., rapp. 102.000, maison 8 p. et garage. A céder 50.000 dont 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante (Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



ERRATUM.— *L'agranulocytose*: page 1262, dans nº 18, du 29 avril, 2e colonne, 4e aliéna, 3e ligne, lire : *l'aleucie hémorragique de Frank.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.** — Le docteur Paul TRICARD, ancien médecin de la marine, qui avait accepté de donner ses soins aux populations des îles d'Ouessant et de Molène, s'était grièvement blessé, en novembre, en revenant par une nuit de tempête de la station de sauvetage de Molène. Atteint de phlegmon diffus, le Dr Tricard vient de succomber. Les pêcheurs des deux îles ont chômé en signe de deuil et ont tous assisté à ses obsèques. On annonce que le Conseil municipal de Brest a décidé d'élever un monument à sa mémoire (*Radio*).

— **Association générale des médecins de France.** *Assemblée générale annuelle.* Cette Assemblée aura lieu le dimanche 20 mai 1928 à 14 heures dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, aura lieu le *banquet* au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. le professeur Balthazard. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y assister en envoyant, avant le 17 mai, leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.), à M. le Dr Jules BONGRAND, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (8e).

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — Leçon du 11 mai de M. le professeur F. BEZANÇON sur *les formes cliniques de la dilatation des bronches.*

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité.** *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par M. le professeur Emile SERGENT, ce cours aura lieu à la clinique médicale propédeutique de la Charité du 11 juin au 7 juillet 1928.

Il sera fait avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Grellety-Bosviel, Mme Gouin, MM. Haas, d'Heucqueville, Kourilsky, Kuss, Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4 les lundis, mercredis et vendredis de 15 h. à 17 h.).

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

— **Congrès du Caire.** — Le *Congrès international de médecine tropicale*, qui se tiendra au Caire du 15 au 22 décembre 1928, et que nous avons annoncé récemment, aura le caractère de Journées médicales officielles. Il ne doit pas être confondu avec un second Congrès médical, organisé au Caire également, à peu près à la même date, et dont nous avons indiqué il y a quelque temps le programme général.

— **Congrès italien de radiologie médicale.** — Sous le haut patronage du chef du gouvernement, S. E. Benito Mussolini, et la présidence du professeur Luigi Siciliano, s'ouvrira à Florence, le 14 mai, le VIII[e] Congrès italien de radiologie médicale. Inscriptions auprès du D[r] Manlio Gembillo, Instituto di Radiologia, via degli Alfini, 33, Firenze.

— **Société de psychothérapie** (49, rue Saint-André-des-Arts). — La prochaine séance mensuelle aura lieu le mardi 15 mai, à 5 heures. Questions à l'ordre du jour : 1° le surmenage scolaire ; 2° les états neurasthéniques consécutifs au surmenage.

— **Les médecins belfortains de Paris.** — Une réunion des médecins belfortains de Paris doit avoir lieu prochainement. Adresser les adhésions à M. Roueche, 13, rue du Pré-Saint-Gervais. Tél. Nord 45-01.

— **Association médicale mutuelle des médecins de la Seine et de Seine-et-Oise.** — La 40[e] Assemblée générale, qui vient d'avoir lieu, a révélé l'état de plus en plus prospère des finances de cette belle œuvre de solidarité, ce qui a permis d'élever le taux de l'indemnité-maladie à 18 francs par jour pour une incapacité de travail temporaire ou définitive, soit une allocation annuelle et permanente de 6.570 fr. Cette indemnité est un *droit*.

Capital réservé : 2 millions 560.000 francs. Revenus annuels : 297.000 francs.

Conditions : être Français, docteur en médecine, *exercer dans la Seine ou la Seine-et-Oise* au moment de l'admission, être âgé de moins de 50 ans, subir un examen médical, payer une cotisation de 12 francs par mois.

Confrères ! Venez à nous ! Vous assurer contre la maladie, c'est votre devoir envers vous-mêmes et envers les vôtres ! Il y va de votre dignité, de votre liberté, de votre intérêt !

Renseignements, statuts, service gratuit du journal, 116, rue de Rambuteau (1[er]). Télép. Richelieu 25-13 (*Communiqué*).

— **Bordeaux.** — Le Conseil de la Faculté de médecine, par un vote unanime, a maintenu dans les fonctions de doyen M. le professeur SIGALAS.

— **Sanatorium des étudiants.** — Certains journaux ont annoncé dernièrement que le sanatorium des étudiants, en construction sur le plateau des Petites-Roches dans l'Isère, avait été détruit par un incendie.

Le comité d'organisation, 1, rue Pierre-Curie, à Paris, nous prie de démentir cette nouvelle sans aucun fondement.

UNE FORMULE HEUREUSE

Les pneus des grandes marques généralement adoptées par les automobilistes coûtent relativement cher ; les pneus d'occasion sont meilleur marché, mais comportent des aléas.

Les Établissements AUTO-ACCESSOIRES ont trouvé la formule heureuse du juste milieu : ils se sont assuré la représentation générale d'un nouveau pneu, le REX-CORD.

Ce pneu REX-CORD n'a pas la prétention d'être une innovation, tout au moins en ce qui concerne sa fabrication ; il a les mêmes caractéristiques, dimensions, poids, présentation que les pneus des marques les plus réputées, mais il est vendu à des prix très inférieurs à ceux couramment pratiqués.

Cependant chaque REX-CORD est livré avec fiche de garantie pour 10.000 kilomètres minimum.

Une qualité que l'on dit parfaite, une garantie formelle, voilà de quoi intéresser les automobilistes.

Tous renseignements et tarifs gratuits sur demande adressée aux Ets AUTO-ACESSOIRES, 32, rue Parmentier, à NEUILLY-SUR-SEINE ou aux Magasins de Vente, 66, avenue de la Grande-Armée, à Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 avril.

Pensions militaires.

Commission consultative médicale.

RAPPORT
AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 14 avril 1928.

Monsieur le Président,

La loi de finances du 27 décembre 1924 ayant augmenté les crédits accordés au ministre des pensions en vue d'une amélioration du taux des vacations effectuées par les vacateurs de la commission consultative médicale, il est nécessaire de fixer, par un nouveau décret, le tarif applicable à ces vacations.

Le principe du tarif horaire combiné avec un rendement minimum institué par le décret du 2 mars 1923, ayant donné, dans son ensemble, de bons résultats, semble devoir être maintenu.

Toutefois, l'application de la législation des pensions devenant de jour en jour plus complexe et plus délicate, on a été amené, dans l'intérêt tant de l'Etat que des postulants à pension, à prévoir deux degrés dans l'étude des dossiers et à envisager ainsi deux catégories de médecins vacateurs. D'où, un tarif à deux échelons destiné à rémunérer chacune de ces catégories de médecins vacateurs.

Enfin, l'expérience ayant démontré que le minimum d'heures de travail hebdomadaire (dix heures) exigé par la précédente réglementation était insuffisant pour permettre une bonne exécution de ce travail, ce minimum a été doublé.

Dans ces conditions, nous avons fait préparer le présent projet de décret que nous vous prions, si vous approuvez votre manière de voir, de vouloir bien revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Moniseur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du conseil,
ministre des finances,
Raymond POINCARÉ.

Le ministre des pensions,
Louis MARIN.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions et du président du conseil, ministre des finances,

Vu la loi de finances du 27 décembre 1927 ;

Vu le décret du 15 octobre 1920 ;

Vu l'instruction du 1er janvier 1921 ;

Vu le décret du 2 mars 1923,

Décrète :

Art. 1er. — Les médecins agréés comme vacateurs

auprès de la commission consultative médicale sont rétribués dans les conditions déterminées ci-après.

Art. 2. — Les médecins sont répartis, suivant les besoins du service, en médecins examinateurs de dossiers et en médecins vérificateurs.

Il est alloué, par heure de travail effectif, une vacation fixée à 10 fr. pour les médecins examinateurs, et à 11 fr. pour les médecins vérificateurs.

Aucune rémunération n'est due, sauf en cas de force majeure, aux médecins qui n'effectueraient pas au moins vingt heures de travail effectif par semaine.

Art. 3. — En outre, il est exigé de chaque médecin examinateur de dossiers un rendement horaire minimum. Ce rendement horaire est fixé par arrêté du ministre des pensions, d'après la nature des dossiers étudiés.

Art. 4. — Sont et demeurent abrogés tous décrets ou dispositions antérieures contraires aux dispositions du présent décret.

Art. 5. — Le ministre des pensions et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Rambouillet, le 14 avril 1928.

19 *avril.*

Tribunaux départementaux des Pensions.

Sont nommés, pour l'année 1928 :

Membre du tribunal départemental des pensions de Grenoble M. le Dr Juvin, de Grenoble.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. les docteurs Vareille et Fabre, de Grenoble.

20 *avril.*

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Metz.

Le traitement alloué est fixé à 30.000 fr. par an.

L'attribution d'une indemnité supplémentaire annuelle de 5.000 fr. est envisagée pour assurer un emploi accessoire.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau., 7, rue Cambacérès) leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

L'exercice de la profession sera interdit.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

La limite d'age des médecins des hôpitaux.

15860. — M. Paul Condé, député, demande à M. le ministre du travail, si les circulaires concernant la limite d'âge des médecins des hôpitaux sont impératives, et si une petite ville où le nombre des médecins susceptibles de remplir ces délicates fonctions est très limité doit se priver du concours des praticiens émérites qui ont dépassé l'âge de soixante-cinq ans. (*Question du* 14 *mars* 1928.)

Réponse. — La limite d'âge des médecins des hôpitaux, fixée en principe à soixante-cinq ans par le règlement modèle, est déterminée dans chaque établissement par le règlement intérieur élaboré par la commission administrative et approuvé par le préfet. C'est à ce règlement qu'il faut se reporter pour savoir si la limite d'âge fixée a un caractère impératif ou seulement indicatif. (*J.O.*, 21 *avril* 1928.)

L'entrepreneur de soins médicaux est un commerçant.

15401. — M. Jean Montigny, député, demande à M. le ministre des finances si un contribuable non médecin, qui a installé à Paris et en province des cliniques médicales, dont tous les frais, notamment, loyer, achat de matériel, publicité, sont assurés par lui et qui a placé à la tête de sa clinique des médecins qui donnent des consultations, pratiquent des examens radiographiques, sans que cependant les malades soient couchés et nourris, lesdits médecins étant rétribués par un traitement fixe annuel, peut être considéré par l'administration comme exerçant une profession commerciale et être, à ce titre, taxé dans la cédule des bénéfices commerciaux. (*Question du* 21 *février* 1928.

Réponse. — Réponse affirmative. Dès l'instant qu'il spécule sur la fourniture des soins donnés aux malades qui fréquentent ses établissements, le contribuable envisagé doit être considéré comme exerçant une profession commerciale et assujetti, à ce titre, à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. (*J.O.*, 21 *avril* 1928.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Du droit d'apposer une plaque soit sur la porte d'un immeuble, soit sur celle d'un appartement occupé par un médecin.

Quittant un appartement qu'il occupait, à titre professionnel, un médecin peut-il, en l'absence de toute convention écrite antérieure, obliger son ancien propriétaire à laisser apposer une plaque, indiquant sa nouvelle adresse ?

En ce qui concerne les professions libérales, il n'existe, à ma connaissance, aucune jurisprudence

réglementant cette question de l'apposition de plaques.

A priori, il semble qu'un locataire ait le droit de fixer à la porte d'entrée de son appartement, une plaque, ou carte de visite, mentionnant son nom et sa profession.

Mais, a-t-il le même droit d'apposition de plaque à l'extérieur, notamment à la porte de l'immeuble ?

Je crois qu'ici, l'autorisation du propriétaire doit être obtenue, car cette plaque extérieure peut gêner d'autres locataires, ou peut inciter ceux-ci à user de la même faveur.

Par suite, le propriétaire doit faire respecter la physionomie de son immeuble, surtout si celui-ci est loué presque entièrement pour habitation bourgeoise.

A plus forte raison, lorsque le locataire vient à quitter un immeuble, doit-il solliciter du propriétaire le droit d'apposer une plaque, indiquant sa nouvelle adresse, à l'extérieur de la maison.

En est-il de même de l'apposition de ladite plaque à la porte de l'ancien appartement du docteur ?

Je crois pouvoir répondre par l'affirmative, car le propriétaire est en droit de ne vouloir désormais que des habitants « bourgeois » et non plus des personnes exerçant une profession libérale, ou commerciale.

Le droit à l'apposition de la plaque, à la porte de l'appartement, cesse avec le départ du locataire.

Il faudrait de plus que le médecin sollicitât l'autorisation du nouveau locataire, qui vient occuper son ancien logement.

Je ne trouve qu'un arrêt de la cour de Paris (2e chambre) du 26 décembre 1927 (*Gaz. Trib.*, 21 janvier 1928). Il s'agissait d'un chirurgien-dentiste : « le locataire d'un immeuble a le droit, à moins d'une clause prohibitive insérée dans le bail, en termes catégoriques et non équivoques, d'apposer en façade, sur la rue, une enseigne signalant la nature de son commerce, alors surtout que l'immeuble est situé dans un quartier essentiellement commerçant. »

Signalons ici que la profession de dentiste est assimilée, par la cour de Paris, à un commerce. De plus, il existe une habitude, parmi les dentistes, de faire une réclame, tant par apposition de plaques, que par larges écriteaux, suspendus aux fenêtres, voire même par enseignes lumineuses.

Ces coutumes n'existent pas encore dans la profession médicale, du moins elles ne sont utilisées que par une infime minorité de docteurs.

Mais s'il s'agissait de commerce, nous trouverions alors, dans la profession de pharmacien, quelques documents autorisant le locataire à user de procédés de réclame.

Tel est l'avis de M. Perreau, professeur de

législation industrielle à la Faculté de Droit de Toulouse (Législation et jurisprudence pharmaceutique, p. 81).

« Ce but étant le commerce de la pharmacie... le preneur aura le droit de mettre sur la façade extérieure de l'immeuble, au-dessus de ses portes et fenêtres, une enseigne à sa convenance (Bordeaux, 21 août 1874 ; S. 75.2.218 ; Paris, 23 avril 1841. D.P. 41.2.217).

« Il n'est nullement forcé de se contenter du seul mot « Pharmacie », comme on le fait quelquefois. Il lui est loisible de choisir enseigne conforme aux usages, c'est-à-dire indiquer son nom, celui de son prédécesseur, celui du fondateur de l'officine, ou même une dénomination de fantaisie.

« Ea revanche, il doit prendre soin que l'enseigne n'empiète ni sur le mur du voisin (Alger, 18 décembre 1899 ; D.P. 1901, 2.8), ni sur les portions du même immuble occupées par d'autres personnes, notamment qu'elle ne dépasse pas la hauteur du plancher de l'étage supérieur.

Nous pourrions signaler quelques décisions de jusirprudence se rapportant à d'autres professions commerciales.

Mais, je ne les crois pas applicables à une profession libérale, car il est d'usage de n'apposer que des plaques discrètes, n'ayant qu'un simple caractère indicatif.

Il n'existe aucune coutume, en la matière. Aussi crois-je qu'à défaut de convention écrite, passée entre bailleur et locataire professionnel, seuls les tribunaux pourraient juger si, en fait, le locataire a excédé ses droits en apposant, malgré le propriétaire, une plaque indiquant l'exercice d'une profession.

A plus forte raison, lorsque le locataire quitte l'immeuble, je crois qu'il serait bien difficile de passer outre à la défense du propriétaire, qui interdirait à un médecin, ou à une sage-femme d'apposer une affiche, plaque ou petit écriteau, indiquant la nouvelle adresse.

La question serait fort intéressante à faire juger.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉ BIBLIOGRAPHIQUE

Service de Jour (*Henri Drouin*).

Les médecins littérateurs dont les livres connaissent le succès sont déjà nombreux. A leur liste, il faut ajouter aujourd'hui le nom d'Henri Drouin, que classe son roman : « *Service de Jour* » (1).

(1) Grasset, éditeur, rue des Saints-Pères.

Voir la suite page LXIII-1373

PROPOS DU JOUR

La question des Prompts Secours serait-elle en voie de réalisation à Paris ?

Dans un *Propos du jour* du 3 octobre 1926, nous avons exposé la question, toujours à l'étude et jamais résolue en France, pas même à Paris, des *Prompts secours en cas d'accidents*. Rappelons les noms de ceux qui, jadis, s'en préoccupèrent dans notre pays et les dates de leurs projets morts-nés. Ce furent NACHTEL (1880), VOISIN (1881), PONCET, de Lyon (1882), BOURNEVILLE (1883), Louis GALLET (1889), MAURIAC, de Bordeaux (1890), Albin ROUSSELET (1892), Marcel BAUDOUIN (1894), qui publia l'année suivante le: *nouveau Projet d'organisation pour la ville de Paris du service des prompts secours en cas d'accidents*, Paul STRAUSS (1894), le Pr TERRIER (1894), SOREL, du Havre (1898). Marcel BAUDOUIN revint à la charge en 1898 à propos de l'organisation des secours à l'Exposition de 1900, donnant comme exemple les services américains qu'il avait étudiés lors de la Mission qu'il remplit aux Etats-Unis, à l'*Exposition de Chicago*. Mais avec la logique qui caractérise les administrations françaises, le service des secours à l'Exposition de 1900, à la tête duquel il eût fallu placer un chirurgien, fut confié à un neurologiste, M. GILLES DE LA TOURETTE. La question avait été traitée au *Congrès d'assistance de Lyon en* 1894, et la même année, au *Congrès international de Budapesth.* Enfin, en 1914, PAMART, de Paris, ouvrit une souscription dans le but de fonder un poste de secours qui devait être organisé par les médecins praticiens, dans le Xe arrondissement. La guerre mit un terme à son interessante tentative. Depuis la guerre, le Dr Armand VINCENT, dans la *Presse médicale* (26 juin 1926) publia un projet que le Dr WOIMANT, de Compiègne, démontra, chiffres en main, tout à fait irréalisable. FOVEAU DE COURMELLES envisagea, outre l'aviation que le Dr VINCENT avait proposé d'utiliser, la mise à contribution de la T. S. F. Nous-même avons repris la question. Toutes ces voix, qui se firent entendre pendant près d'un demi-siècle, restèrent sans écho.

Cependant, le service des Prompts secours en cas d'incendie fonctionne parfaitement dans les grandes villes de France, et relativement bien dans les campagnes. Est-ce que la sauvegarde des biens matériels serait plus précieuse aux Français que celle de la vie humaine ? Tout porte à le croire, si l'on étudie nos mœurs et notre législation.

La multiplication formidable des accidents, ces dernières années, du fait de l'accroissement inouï de la circulation automobile, remet la question à l'étude. L'administration de l'Assistance publique de Paris s'inquiète des difficultés qu'elle rencontre, et les chirurgiens des hôpitaux parisiens, dont un manque à peu près complet d'organisation du service de prompts secours à l'hôpital rend vains les efforts, s'en émeuvent. Réalisera-t-on enfin ce progrès ? Tout retard à cela serait une honte pour la ville de Paris et ceux qui l'administrent.

M. le professeur Hartmann, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui, de tous ses collègues est le plus qualifié pour donner son avis sur cette question, a bien voulu nous envoyer à ce sujet l'article suivant, dont nous le remercions et que nous nous empressons de publier. Souhaitons que sa proposition ait plus de succès que celles de la quinzaine de précurseurs qu'il a eus depuis 1880.

J. NOIR.

LES OPÉRATIONS D'URGENCE DANS NOS HOPITAUX

Par Henri HARTMANN,

Professeur de Clinique chirurgicale.

La manière, dont sont pratiquées les interventions d'urgence dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique à Paris, est actuellement l'objet de critiques nombreuses.

L'agglomération parisienne a beaucoup augmenté, le nombre des accidents par suite de l'intensité croissante de la circulation, en particulier de la circulation automobile, s'est accru dans des proportions considérables, un grand nombre d'affections abandonnées autrefois à elles-

mêmes (l'appendicite aiguë, la perforation des ulcères de l'estomac et du duodénum, la pancréatite hémorragique, les ruptures de grossesse tubaire, etc.) sont aujourd'hui considérées comme justiciables d'une opération immédiate. L'organisation hospitalière en vue de ces opérations d'urgence est restée la même qu'il y a un demi-siècle. Le blessé ou le malade est transporté dans l'hôpital le plus proche ; lorsqu'il y arrive l'interne, qui le voit, prévient le chirurgien de garde. Actuellement deux chirurgiens doivent assurer le service de tous les hôpitaux de Paris.

Comme les appels sont nombreux (ils ont été de 4.908 l'an dernier) que les hôpitaux sont éloigués les uns des autres, *les deux chirurgiens de garde se trouvent dans l'impossibilité de répondre à tous les appels.* Aussi fréquemment, donnent-ils, par téléphone, à l'interne qui lui se trouve dans l'hôpital, l'autorisation d'opérer lorsqu'il semble s'agir d'un cas simple. Malheureusement l'interne, dont les connaissances chirurgicales peuvent ne pas être bien grandes s'il est au début de son internat, peut se tromper. Il arrive que le plus incompétent, celui qui fera le plus d'erreurs se trouvera par là même appelé le plus souvent à intervenir dans des cas graves, qu'il a méconnus et qui nécessitent un opérateur expérimenté. Il aura diagnostiqué une appendicite aiguë quand il s'agissait d'une perforation d'ulcère de l'estomac et par là même aura à faire une opération délicate. Premier inconvénient et inconvénient sérieux du système actuel.

Il y en a d'autres ; le chirurgien de garde a pu se rendre à l'appel. Tout est-il alors pour le mieux ? Pas le moins du monde. Lorsqu'il arrive, il ne trouve ni les aides, ni souvent le matériel nécesasire . Souvent il n'y a dans l'hôpital qu'un interne, heureux encore quand cet interne n'est pas un interne en médecine, ou que même ce n'est pas un externe, ce qu'on appelait jusqu'à ces derniers temps un interne provisoire. Pas d'anesthésiste, pas de possibilité d'avoir une radiographie, pas de donneur pour une transfusion sanguine, souvent même une instrumentation insuffisante, les panseuses ne voulant pas se démunir des boîtes qu'elles ont stérilisées en vue des opérations qui doivent être faites quelques heures plus tard, le matin du lendemain.

J'ajoute que l'accidenté, qui arrive la nuit, est transporté, escorté bruyamment de parents, d'amis, d'agents de police dans la salle où reposent ou devraient reposer, des malades graves ou des opérés du jour.

M. le Directeur général, le Dr Mourier, a tenté de prendre des mesures pour remédier à quelques-uns de ces inconvénients. Il a commencé à instituer ce qu'il appelle un service de porte. L'accidenté ne doit plus pénétrer dans la salle commune ; il doit entrer dans une salle spéciale, y rester après son opération jusqu'au lendemain matin, il est alors évacué sur le service de chirurgie de l'hôpital: Une pareille installation existe à l'hôpital Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu.

Cette organisation nouvelle est encore loin d'être généralisée. Le serait-elle qu'elle ne remédierait pas au gros inconvénient du système actuel, *l'obligation pour le chirurgien de garde de courir tous les hopitaux de Paris et de ne trouver nulle part une organisation en rapport avec les nécessités actuelles.*

Seules les cliniques de la Faculté, qui possèdent un personnel suffisant, peuvent avec leurs nombreux assistants assurer le service et l'assurer d'autant plus efficacement que ceux-ci connaissent les ressources dont ils peuvent disposer.

Avec de la bonne volonté, un peu de zèle, les services pourvus d'un assistant, ils sont nombreux, pourraient aussi assurer la garde d'une manière suffisante. Pendant 5 ans, j'ai eu un assistant dévoué, le Dr Bargeret qui à lui seul a fait la presque totalité des opérations d'urgence de mon service. La mortalité a été diminuée au cours de ces cinq années. Pendant 8 ans, j'ai été à l'hôpital Bichat, l'assistant de mon maître Terrier et je puis dire que, pendant tout ce temps, j'ai fait à peu près toutes les opérations d'urgence de cet hôpital ; c'est donc possible. Mais pour réaliser ce programme, il faudrait que le chef de service et son assistant prissent l'engagement d'assurer eux-mêmes, les dimanches compris, le service de garde. C'est peut-être beaucoup leur demander.

Aujourd'hui où, grâce à la rapidité des transports en automobile, un ou deux kilomètres de plus à faire n'augmenterait la durée du trajet que de quelques minutes, il serait possible de réunir tous les accidentés dans deux centres un sur la rive droite, un sur la rive gauche. Toutes les ambulances auraient ordre de s'y rendre et de ne jamais aller dans un autre hôpital. C'est un simple arrêté à prendre. Le chirurgien de garde n'aurait plus à courir à droite et à gauche et pourrait dans un temps limité examiner, opérer et panser un grand nombre d'accidentés.

Reste un dernier point. Comment organiser ces centres ? Faut-il créer deux services spéciaux affectés aux accidentés ? On en a parlé, m'a-t-on dit, dans les sphères administratives. Nous ne croyons pas que ce soit une bonne solution du problème.

Il est à craindre que ces services d'urgence soient immédiatement encombrés. Il est même à craindre qu'ils cessent rapidement d'être des services d'urgence. L'expérience nous a appris que lorsqu'on créait un service de chroniques, si ce service pouvait recevoir directement des malades, il cessait rapidement d'être affecté

exclusivement à des chroniques. Je crains, si l'on crée des services d'urgence, qu'il en soit de même pour eux et qu'il s'y introduise une série de malades n'ayant aucun caractère de réelle urgence. Leurs titulaires ne pourront refuser à des médecins amis d'y recevoir des malades qui leur arriveront dans l'après-midi en voiture d'ambulance. Et même si ce danger d'encombrement est évité, si le chirurgien, ayant la charge de ce service, et ses aides renvoient impitoyablement tout malade ne correspondant pas à ceux que l'on peut considérer comme ayant besoin d'une intervention immédiate, même si l'on ne reçoit que ces derniers, comme un grand nombre d'entr'eux nécessitera un traitement assez prolongé, en très peu de temps ces deux services seront embouteillés. De toute nécessité, si l'on veut avoir toujours des lits disponibles, il faudra évacuer les opérés mais alors où ? Dans différents hôpitaux ? Ce sera une source de complications, ce sera mal assurer à ces opérés les soins dont ils ont besoin. Dans les services généraux de chirurgie des deux hôpitaux où seront ces services spéciaux ? Ce sera arriver au bout d'un temps même assez court à l'encombrement de ces services. De toutes façons, réunir les accidentés de tout Paris, tous les urgents, dans deux centres hospitaliers, c'est aller à l'encombrement des deux hôpitaux où seront ces centres, ce n'est pas pratique.

Si, au contraire, au lieu de deux services spéciaux, on décide que deux hôpitaux un sur la rive droite, un sur la rive gauche seront tour à tour, pour 24 heures, des centres pour les malades urgents, il sera facile de les évacuer, dès le lendemain, dans les services généraux de l'hôpital.

Il suffira que le personnel de l'hôpital, désigné un jour par semaine comme centre, soit averti. La salle d'opérations sera chauffée et prête, les instruments stérilisés, un radiologue pourra y être de garde, etc. Le chirurgien n'ayant qu'à se rendre dans un seul hôpital pourra y passer la plus grande partie de la journée et travailler efficacement. J'ai même la conviction que la Faculté ne pourra pas refuser d'y envoyer un certain nombre de stagiaires qui rendront des services et qui y trouveront, au point de vue de leur instruction chirurgicale, ce qui leur manque aujourd'hui. Le fait que les futurs médecins sont actuellement dans l'impossibilité de voir opérer des hernies étranglées, réduire des luxations, réduire et plâtrer immédiatement les fractures comme ce devrait être fait et comme ce n'est pas, diagnostiquer et traiter les maladies aiguës nécessitant une instrumentation immédiate, est un sujet de critiques justifiées. La Faculté, ayant la possibilité de le faire, sera dans l'obligation d'assurer aux étudiants la possibilité de voir tous ces cas d'urgence, si importants pour leur pratique ultérieure. Ce faisant, elle ne fera, au point de vue chirurgical, que ce qui est réalisé depuis des années pour les accouchements.

28 chirurgiens, de garde un jour par semaine, suffiront pour assurer ce service. On a actuellement en moyenne 35 à 37 chirurgiens non placés. Il en restera donc constamment plus de 7 pour assurer les opérations devant être pratiquées d'urgence sur des malades déjà hospitalisés dans d'autres hôpitaux. En fait ces 7 chirurgiens n'auront que peu de chose à faire, les opérations sur des malades déjà hospitalisés pouvant, nous serions tenté de dire devant, être faites soit par le titulaire du service, soit par son assistant.

Comme on le voit, avec un minimum de dépenses et sans désorganiser le fonctionnement général de nos services hospitaliers il est possible d'assurer aux accidentés les soins auxquels ils ont droit et en même temps de mettre les étudiants à même d'apprendre toute une partie de la chirurgie des plus importantes pour le futur praticien, car il s'agit des cas où il est nécessaire qu'il prenne, sans consultants, une décision immédiate.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DRAINAGE EN CHIRURGIE URINAIRE

Par le M. Dr F. Cathelin,

Chirurgien en chef de l'hôpital d'Urologie.
Ancien chef de Clinique de la Faculté.

De même que les questions de drainage dominent la pathologie du sol, de même en chirurgie, elles assurent souvent le succès.

Le drainage chirurgical était déjà connu avant Chassaignac. Il a été parfaitement étudié dans le lumineux rapport de Cadenat et Patel au Congrès français de chirurgie d'octobre 1927, et notre distingué collègue de Fourmestraux en a publié une remarquable mise au point dans le *Concours médical* du 18 décembre 1927. Il a surtout bien montré que le drainage, codifié par Chassaignac, qui lui a élevé, peut-on dire, un des plus beaux monuments de la chirurgie du XIXe siècle, est contemporain d'Ambroise Paré (1), et que les chirurgiens de cette époque drainaient déjà copieusement.

Il rappelle même que le Mickulicz a été inventé par un chirurgien français, Dionis, en 1735 et que lui-même l'appelait déjà *procédé de Mareschal*, nom d'un autre grand chirurgien français.

Le drainage constitue donc une des questions capitales de la chirurgie, et notre chirurgie urinaire étant, par essence, la plus hydraulique de toutes, on conçoit que ces questions jouent chez nous un rôle de premier plan puisque c'est à lui, bien compris, que nous devons une grande part de nos succès.

***

Reins.

Le drainage des reins peut se faire de trois façons différentes :

1° *Par la voie lombaire.* — C'est le mode de drainage chirurgical par excellence et il conditionne même le choix de l'incision. C'est ce qui fait que les meilleures sont les plus drainantes et que pour cette raison, l'incision recto-curviligne costo-iliaque courte « en béniqué » est de beaucoup la meilleure puisqu'on place le drain à la partie la plus déclive, quand le malade repose dans son lit.

Cela est tellement vrai que les partisans rarissimes de l'incision antérieure de Péan font souvent à la fin de l'intervention une contre-incision lombaire de drainage.

On y a recours dans presque toutes les opérations rénales.

D'abord dans la *néphrectomie* pour cancer ou pour tuberculose, elle est la règle. Les surfaces de décollement sont trop importantes pour ne pas suinter après l'exérèse, et n'en mettrait-on pas qu'on verrait des collections séro-hématiques, aseptiques, sans fièvre, distendre ultérieurement la paroi et obliger à faire un drainage secondaire. Il faut donc drainer d'une façon systématique par un ou deux drains, un pédiculaire haut et un urétéral bas, mais jamais il ne faut se servir de mèches. Ces dernières drainant par capillarité sont nécessairement moins bonnes ; de plus, à cause des accolements, elles déterminent des douleurs inutiles au moment de leur extraction, 2 à 3 jours après. Elles ne sont légitimées qu'au csas rare où un suintement sanguin profond et persistant inquiète et dans ce cas tout au moins, elles rassurent l'esprit du chirurgien.

Dans la *néphrolithotomie* qui est l'opération saignante par excellence, il est encore utile de drainer. De deux choses l'une, ou le rein est aseptique, ou il ne l'est pas. Dans le premier cas on drainera la loge péri-rénale mais non le rein, à condition qu'on soit bien sûr de l'hémostase des tranches du parenchyme ; dans le second cas, il y a intérêt à laisser dans le rein, jusqu'au bassinet, un petit drain n° 12 à 15 et de drainer l'extra rein.

Les compresses imbibées de sang du premier pansement montrent bien que cette pratique est sage puisque l'organisme n'aura pas ainsi à faire les frais d'une résorbtion toujours pénible.

Comme dans les néphrectomies, il ne faut pas drainer à la mèche sauf quand la tranche rénale reste suintante.

Dans la *pyélotomie postérieure*, l'intervention idéale des calculs du bassinet, il ne faut jamais

(1) Lire F. Cathelin. — Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire, p. 1 L'arsenal chirurgical urinaire sous Ambroise Paré, 2e *édition*, chez Baillière.

drainer le bassinet, dont les lèvres se collent rapidement *sans sutures,* même dans les formes légèrement infectées. Il ne faut drainer que la loge rétropyélique avec un drain n° 15 environ.

2° *Par sonde urétérale.* — C'est là un mode conseillé autrefois avec Albarran.

Il semblait judicieux, puisqu'on empruntait ainsi une voie naturelle, mais l'expérience a montré qu'il était illusoire. La sonde, de volume forcément réduit, n'assure pas un débit suffisant. De plus, l'étroitesse de son calibre est favorable aux bouchages qui bloquent alors tout le système.

Cette méthode employée à titre temporaire ou permanent a donc été abandonnée, même dans le cas de grosse hydro-pyo-néphrose.

Nous savons que par ailleurs et, dans des cas différents, elle a donné des renseignements de premier ordre.

3° *Par urétérostomie iliaque.* — C'est un procédé chirurgical d'exception, surtout quand ce drainage uni ou bilatéral doit être permanent, car il crée une infirmité pénible et l'on ne doit y recourir qu'à la dernière extrémité et après avoir épuisé toutes nos autres ressources.

On conçoit cependant que, dans le cas d'anurie ou d'oligurie déterminée par la compression urétérale pelvienne d'un néoplasme utérin, ou que dans le cas de cystites intolérantes épouvantables, de nature tuberculeuse, qui empoisonnent la vie des malades, on ait la main forcée et qu'on soit autorisé à le faire. Il s'agit d'ailleurs d'une technique rapide et simple et le port d'appareils spéciaux rend évidemment moins pénible l'écoulement constant d'urine.

Vessie.

La vessie étant le réservoir du tractus urinaire, on conçoit qu'on se soit attaqué à lui le premier pour assurer un drainage permanent ou temporaire des voies urinaires.

Il a constitué même pendant longtemps l'ultime ressource des malheureux qui souffraient ou qui ne pouvaient uriner normalement. On a donc été conduit à faire :

1° Des tailles pour calculs quand ces derniers trop gros ou trop durs, ce qui est rare, ne pouvaient être lithotritiés et on drainait alors avec ce merveilleux *tube de Guyon-Perrier* formé de deux drains accolés, ce qui facilitait le lavage quotidien du réservoir et ce qui a certainement constitué un gros progrès à l'époque où on l'a inventé.

J'estime même qu'il a été trop délaissé par les modernes et personnellement j'ai toujours plaisir à m'en servir à l'occasion.

2° Des tailles pour tumeurs où la même technique peut utilement être employée. On y a substitué aujourd'hui le tube à prostate dont nous parlerons plus loin.

3° Des drainages par les voies naturelles, ce qui nous amène à parler de la grosse question de la *sonde à demeure* qui a fait couler depuis plus de 50 ans des flots d'encre.

Dans le numéro de février 1927, (n° 120) de la Revue *L'Hôpital,* notre aimable collègue de Berne-Lagarde en a fait un plaidoyer qui est à retenir, et à propos de l'urétrite du cathétérisme, notre ami Uteau (de Biarritz), dans ses délicieuses *Causeries d'urologie,* où se mêle avec harmonie l'humour gaulois et le bon sens girondin écrit dans sa conférence : Le procès de la sonde à demeure : « C'est une arme puissante, arme, dirions-nous volontiers, de précision, suivant que vous aurez appris ou non à bien la manier, vous rendrez de grands services à certains malades, disons sans hésiter, vous en sauverez grâce à son emploi judicieux et méthodique qui, sans elle, seraient sûrement perdus. Mais si vous la maniez mal, elle se retournera dangereusement contre vous. »

On ne saurait mieux dire dans ce raccourci saisissant. La pratique de la sonde à demeure doit s'apprendre. Il en est de bien et de mal tolérées et ces dernières résultent toujours d'une mauvaise application.

Le choix de la sonde, son calibre, la recherche du goutte à goutte que l'Ecole de Guyon connaît jusqu'aux plus infimes détails, tout cela ne s'apprend qu'après une longue expérience et je regrette que les jeunes d'aujourd'hui n'aient plus pour elle la tendresse que nous en avions autrefois.

Il faut répéter à satiété que nos techniques de petite chirurgie urinaire sont faites de minutie et que le succès va toujours aux plus habiles.

Prostate.

Le drainage au cours des affections prostatiques est né du jour où on a inventé la prostatectomie, cette formidable conquête qui a secoué l'aurore de notre XX^{e} siècle chirurgical comme la lithotritie avait étonné les praticiens du siècle précédent.

A une nouvelle technique, il fallut une nouvelle instrumentation et ce fut le gros mérite de Freyer, le puissant vulgarisateur de cette opération, d'inventer sa fameuse *cheminée* qui, après énucléation de l'adénome, remplit, grâce à ses dimensions (n° 50), toute l'ouverture de la vessie.

Il fallait en effet un drainage de dimensions presqu'exagérées pour assurer l'évacuation de gros caillots qui sont presque la règle et pour éviter la rétention de parcelles adénomateuses qui en se désorganisant et en se gangrénant auraient pu infecter le malade.

Il imagina donc ce drain, gros comme la moitié du poignet qui, en effet, et bien que n'étant jamais poussé jusqu'à la loge dont il aurait empêché la fermeture en favorisant des hémorra-

gies, est une merveilleuse soupape pour la région prostato-vésicale.

Marion, en y adaptant, collé à sa paroi postérieure, un petit tube en caoutchouc mince, nº 10, permettant un lavage efficace, y a certainement apporté une modification heureuse. Les lavages se font mieux et à moins de frais que par la pipe en verre ou en métal qui prolongeait la cheminée en se raccordant à un autre tube flexible qui alimente l'urinal.

Par contre, le *tamponnement à la mèche*, iodoformée ou non, de la loge prostatique a constitué, à mon sens, un recul, tellement cette pratique à la compresse est funeste en chirurgie urinaire.

Freyer, d'ailleurs, n'a jamais tamponné, et c'est lui cependant qui avait les meilleures statistiques du monde.

On y a recouru pour éviter les hémorragies qui, en effet, étaient souvent considérables. Elles ne le sont pas quand on décortique dans le bon plan de clivage et ce fut un pis-aller ou pour les maladroits ou pour les peureux. Les mèches donnaient l'illusion de l'hémostase mais elles étaient toujours très douloureuses comme cela arrive quand un corps étranger demeure dans le réservoir urinaire ; de plus, l'hémorragie pouvait se reproduire au 3e ou 5e jour après leur ablation et enfin des portions pouvaient être oubliées dans la loge prostatique comme on en a publié plusieurs cas.

Pour ma part, je n'ai jamais tamponné à la mèche sauf dans trois cas où j'ai perdu mes malades d'hémorragie.

Cette dernière, quand elle devient angoissante, résulte toujours ou d'une mauvaise décortication ou de désordres pelviens ou d'une exérèse incomplète.

Urètre.

L'urètre est la voie drainante naturelle de tout l'appareil urinaire.

On conçoit donc qu'elle fut utilisée la première à l'origine, mais le drainage par l'urètre, qui est normal et logique pour la vessie, devient fallacieux au cas d'opérations portant sur l'urètre lui-même.

C'est surtout dans les *autoplasties* pour malformations congénitales et surtout par blessures de guerre où ce drainage a été marqué par une suite presque ininterrompue d'échecs.

Le corps étranger que la sonde créait était une cause d'irritation et d'inflammation qui déjouait les meilleures techniques en favorisant les désunions et même en créant une infirmité encore plus pénible que celle qui avait légitimé l'intervention.

Il fallut donc tourner la difficulté et c'est au professeur Rochet (de Lyon) que revient le mérite de cette innovation qui, au début, parut un peu choquante, mais dont les résultats en montrèrent la valeur.

Il paraissait en effet contraire au bon sens de créer un deuxième trou pour en boucher un premier, surtout quand on sait la peine qu'on a à reconstituer un canal de dimensions aussi exiguës et cependant devant les faits il fallut s'incliner.

Un des grands principes directeurs de la chirurgie esthétique du canal est d'exclure de tout fonctionnement un urètre qu'on répare, peu ou prou, pour fistule, perte de substance ou malformation.

Il ne faut pas que l'urine ou un corps étranger vienne irriter en permanence la région sur laquelle on a opéré. Il faut donc *détourner, dériver* le cours de l'urine et c'est pour cela qu'on a, suivant les cas, drainé temporairement par le périnée pour les lésions situées en aval et par la vessie (cystostomie haute sus-pubienne) pour les lésions situées plus haut.

La première publication de Rochet sur la dérivation, employée pour la réussite des sutures urétrales, a été faite à la Société de chirurgie de Lyon en mars 1905 et on peut lire toute sa communication dans le numéro du 19 mars 1905 du *Lyon médical*.

Revendiquant à juste titre, la priorité de l'idée, Rochet a écrit snr le sujet un nouvel article dans un numéro de 1912 du *Journal d'urologie* (t. I, p. 593). Enfin, dans un livre publié en 1906, *Clinique et thérapeutique urinaires* datant donc de 21 ans, il est revenu avec ténacité sur cette question.

Depuis cette époque éloignée, Rochet qui a fait beaucoup de sutures urétrales, a *toujours dérivé par l'urètre profond* quand il s'agissait d'autoplastie de l'urètre antérieur et par cystostomie sus-pubienne quand il s'agissait de sutures de l'urètre profond lui-même.

Il va sans dire que, même pour des lésions de l'urètre antérieur, on peut également drainé l'urine par la voie sus-pubienne qui est peut-être plus simple, plus rapide et moins fistuleuse que la voie de l'urètre profond. C'est là une question secondaire et qui est laissée à l'appréciation de chacun de nous, suivant ses tendances et ses idées.

***

Nous pensons avoir suffisamment mis au point dans ce court article la grosse question du *drainage en chirurgie urinaire*. Pour être complet, il faudrait étudier les variétés innombrables de drains proposés ou de sondes utilisées.

Il y a évidemment un choix à faire. Il y a des drains en caoutchouc mou et dur, en métal et en verre, avec ou sans yeux et renfermant même à leur intérieur des mèches capillarisantes ou du

caoutchouc éponge, semblable aux éponges américaines de toilette.

Je donne la préférence aux gros drains durs et à œil.

Pour les sondes, je donne la préférence aux sondes *béquillées* en soie n° 18 environ. Les béquilles trop accentuées et les n^os^ trop gros, 20 et plus, sont mal tolérées et sont peut-être pourvoyeuses d'orchite. Aussi pour les drainages *prolongés* comme après les prostatectomies, je préfère la vieille sonde molle en caoutchouc *modernisée* de Nélaton.

Quand je dis modernisée, c'est une inexactitude, car la sonde *molle* béquillée à *trous multiples* dite de Marion, a en effet été présentée à l'Académie royale de médecine par Souberbielle dans sa séance du 26 mars 1829 à propos de l'invention de la taille bilatérale et reproduite dans le numéro de juin du *Journal de médecine*.

C'est certainement la meilleure, très supérieure aux sondes genre Pezzer avec variétés de chapiteau.

Le drainage à la mèche doit être proscrit.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Le syndrome de Werlhof (1).

Cette petite fille est née le 22 avril 1923, à terme. Elle n'a eu qu'une maladie, la coqueluche. Son père est bien portant ; sa mère est anémique, très nerveuse, sujette à des infections pharyngées.

Le 16 janvier, apparaissent des taches purpuriques sur la partie externe des membres inférieurs et sur la paupière droite, sans fièvre (37°2). Le médecin prescrit un régime lacto-végétarien et du chlorure de calcium ; l'enfant s'améliore rapidement.

Le 28 janvier, douze jours après, survient une épistaxis abondante et apparaît une grande tache ecchymotique sur la région iliaque gauche. Le 30, l'enfant a une nouvelle épistaxis et une stomatorragie abondante. On l'amène à l'hôpital où elle est admise d'urgence. La température est de 37°1. On pratique une injection d'anthéma ; l'hémorragie s'arrête.

La malade est âgée de 4 ans neuf mois . Elle mesure 90 cm., pèse 11 kgr. 500 et a un rapport du poids à la taille P/T de 127. Sa taille, son poids, son rapport du poids a la taille sont respectivement de 6 %, 21 %, 19 % au-dessous des moyennes de son âge. Elle présente de l'hypotrophie staturale et surtout pendérale.

Sa peau, ses lèvres, la muqueuse conjonctivale, les muqueuses de la bouche et du pharynx sont très pâles ; les oreilles ont une teinte jaune vieille cire, l'aspect anémique est très accentué.

Sur le cuir chevelu, on voit de nombreuses pétéchies ; mais il existe de la pédiculose, qui est probablement la cause de la tuméfaction légère des ganglions cervicaux.

La paupière est le siège d'une ecchymose violacée. Une large ecchymose de teinte vineuse et violacée existe dans la région de la crête iliaque gauche ; d'autres plus petites siègent sur les membres inférieurs. Sur l'abdomen et le tronc, il y a quelques pétéchies.

Cependant la teinte de la peau est normale au niveau de ventouses scarifiées qui ont été posées sur la région lombaire et d'une cuti réaction à la tuberculine.

Il n'y a pas de ganglions dans les aisselles ; on perçoit dans les aines des petits ganglions de nature banale.

Le foie et la rate ont des dimensions normales. Il y a de la constipation. L'examen des appareils respiratoire et circulatoire ne décèle rien de particulier. Les urines contiennent des traces d'albumine et pas de sang.

La cutiréaction à la tuberculine est négative à deux reprises, les 1^er^ et 12 février. Le Bordet-Wassermann est négatif, H^8^.

Depuis l'entrée à l'hôpital, la température reste apyrétique, sauf un jour où elle monte à 38°1). L'état général s'améliore. Le poids s'élève jusqu'à 12 kgr. 200, le 12. La peau tend à se recolorer. Il ne se produit ni nouvelles hémorragies ni nouveaux éléments purpuriques. Les pétéchies et les ecchymoses régressent graduellement, passant par diverses teintes, jusqu'au jaune verdâtre. Les selles se régularisent. L'albuminurie disparaît.

Un petit ganglion rétro-auriculaire suppure ; l'incision, faite le 8 février, fait écouler du pus bien lié ; il ne se produit pas d'hémorragie.

Actuellement, vingt-et-unième jour de l'affection, l'enfant est encore pâle, mais son état général est satisfaisant. Il n'y a plus trace du purpura.

(1) Leçon du 18 février 1928, recueillie par le D^r^ Laporte et revue par le professeur.

Le *sang* est examiné par M. Prétet et par M. Kaplan les 31 janvier (troisième jour), 6 février (neuvième jour), et 15 février (dix-huitième jour).

Le taux de l'hémoglobine est très abaissé : 50 %, 65 %.

Le nombre des hématies est diminué : 1.630.000 2.100.000, 2.750.000. La valeur globulaire d'abord élevée (1,5), se rapproche ensuite de la normale (1,1 et 1,2). Aux deux premiers examens, on constate un léger degré d'anisocytose et de polychromatophilie.

La leucocytose atteint d'abord 18.000 et 16.000 ; puis le nombre des leucocytes revient à 4.640. Il y a d'abord de la polynucléose neutrophile (64 % et 65 %) ; elle disparaît ensuite (41 %).

Les polynucléaires éosinophiles fon t défaut au premier examen, puis s'élèvent à 3 % et 7 %.

Les mononucléaires n'offrent rien de particulier. Le taux des moyens mononucléaires est d'abord de 25 et 24 %, puis de 40 %.

Au premier examen, on voit un myélocyte neutrophile et deux hématies nucléées ; au dernier, un grand lymphocyte orthobasophile.

Les plaquettes sanguines sont très diminuées : 81.000 le troisième jour et 86.000, le dix-huitième jour.

Le temps de saignement est successivement de vingt-cinq minutes, six minutes, huit minutes. Il est impossible d'étudier la coagulation, faute de pouvoir ponctionner une veine.

Le signe du lacet, recherché seulement le 15 février, est négatif.

Au total, le sang présente les caractères d'une anémie globulaire avec diminution relativement moins marquée du taux de l'hémoglobine, d'où une valeur globulaire élevée ; actuellement, l'anémie persiste, bien qu'elle ait tendance à diminuer. L'anémie s'accompagne d'une leucocytose et d'une polynucléose modérées, qui disparaissent ultérieurement et d'une réaction myéloïde à peine ébauchée. Ce qui domine, c'est la diminution importante et persistante du nombre des plaquettes sanguines, ainsi qne la prolongation du temps de saignement qui redevient plus tard normal.

Le *liquide céphalo-rachidien*, examiné le 30 janvier, parce qu'on pouvait penser à un purpura symptomatique d'une méningite cérébro-spinale, est normal, il contient 0 gr. 18 d'albumine par litre et un lymphocyte au millimètre cube.

Cette observation me donne l'occasion de vous rapporter trois autres cas de la même affection.

Un garçon, dont la mère a une bronchite chronique, dont un frère serait mort de méningite à 16 mois et un autre serait soigné à Hendaye, est né à terme et a été nourri exclusivement à la farine lactée, pendant sa première année.

Le 23 mai 1920, à 8 ans, il se met à saigner des gencives, se plaint de fatigue, d'une céphalée légère, perd l'appétit. Quatre jours après, le 27 mai, apparaissent des ecchymoses sur l'avant-bras droit, puis, successivement, au visage, aux mollets, sur le dos.

Il entre le 31 mai. Il mesure 129 cm, pèse 25 kgr., a un rapport P/T de 192. Sa taille, son poids, le rapport P/T sont respectivement de 7 %, 17 %, et 9 % au-dessus des moyennes.

Il est donc bien développé pour son âge.

Sa température est de 37° le premier jour, 36°8-37°8, le deuxième.

On voit des ecchymoses sur le visage, les membres inférieurs et supérieurs, le dos, les fesses ; elles sont irrégulièrement réparties, surtout étendues sur l'avant-bras droit, la joue droite et la région lombaire. Il y a, en outre, des pétéchies sur la partie inférieure de l'abdomen et sur la poitrine.

Il n'y a pas d'hémorragies des muqueuses, pas d'hématurie, ni d'albuminurie.

On constate quelques petits ganglions dans les aines et les aisselles, des végétations adénoïdes. L'examen des viscères est négatif.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H^8) négatif.

Pendant le séjour, la température du soir s'élève, à trois reprises, à 38° ou 38°3.

L'enfant reste trente-quatre jours dans le service. Le 4 juillet, il sort guéri, avec un poids de 25 kgr. 750.

Le sang a été examiné, le 3 juin, onzième jour de la maladie, et le 8 juin seizième jour.

L'hémoglobine atteint 78 % et 80 %. Le nombre des globules rouges est de 3.880.000, et 4.850.000 ; la valeur globulaire de 1 et 0,82 : il y a donc une légère anémie, qui ne dure pas.

Le nombre des leucocytes est de 4.400 et 5.000; il y a d'abord une légère polynucléose neutrophile (70,5 %), puis le taux des polynucléaires tombe à 65 % au second examen. Il n'y a pas d'éosinophiles au premier examen ; on en compte 3 % au second.

Le nombre des hématoblastes est diminué.

Au premier examen, la coagulation du sang veineux se fait en 12 minutes et celle du sang du doigt en 5 minutes. La rétraction du caillot est lente.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire, faite le 3 juin, est négative. Après ingestion de 100 gr. de sirop de sucre, soit 4 gr. par kgr., on ne trouve qu'une petite quantité de sucre au bout de deux heures.

Une fille naît le 27 décembre 1923 à terme avec un poids de 3 kgr. Elle est nourrie au sein, puis au lait condensé à partir de quatre mois. Sa mère a eu des métrorragies abondantes à la période pubertaire.

Le 14 mars 1926, après quelques jours de fati-

gue, on constate, au réveil, des petites taches rouges sur le front. La nuit suivante, l'enfant a de l'insomnie, pousse des cris, a une épistaxis abondante et une gingivorragie. Le 15 mars, elle émet des urines sanglantes, la mère constate une éruption sur les membres inférieurs et le visage. Elle amène son enfant à l'hôpital.

Celle-ci a 2 ans et 2 mois. Elle a une taille moyenne de 82 cm. et pèse 10 kgr. 500, soit 9 % au-dessous de la moyenne ; elle est un peu maigre et très pâle. La température est de 37°4-37°3. On voit, disséminées sur la face antéro-externe des cuisses et des jambes, des pétéchies peu nombreuses, et, sur la face antérieure des cuisses, des ecchymoses larges comme la paume de la main, violacées ou jaune pâle.

Sur la face interne des joues et les bords de la langue, il existe une dizaine de taches d'un rouge foncé et saignantes.

Le foie et la rate ont un volume normal. Les selles sont normales.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni sang.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Du 18 au 25, on fait des injections alternées de peptone de Witte et d'anthéma. En plein traitement, le 21, se produit une otorragie abondante.

Les hémorragies s'arrêtent, les éléments purpuriques régressent.

L'apyrexie persiste, sauf quelques petites poussées fébriles passagères à 38°2-38°5. Le poids tombe à 9 kgr. 800, le 26 mars, puis remonte à 10 kgr. 600, le 28.

L'enfant sort le 2 avril guérie de son purpura.

Des examens du sang sont pratiqués les 17 et 30 mars, quatrième et dix-septième jours de la maladie.

L'hémoglobine atteint 75 % et 80 %. On compte 4.250.000 et 3.400.000 hématies. La valeur globulaire est de 0,88 et 1,2.

Le nombre des leucocytes atteint 20.000 et 15.200, la proportion des polynucléaires neutrophiles 62 % et 46 %. Il n'y a pas d'éosinophiles, ou seulement 0,5 % au second examen, pas de réaction myéloïde.

La coagulation du sang se fait, les deux fois, en 15 minutes ; le caillot est irrétractile. Le temps de saignement est respectivement d'une demi-heure et de 4 minutes.

Une hémoculture est négative le 19 mars.

Une fille, née le 7 septembre 1919, à 7 mois, est élevée au biberon. Il y a suspicion de syphilis dans la famille.

Le 14 mars 1925, à 17 heures, au retour de l'école, on constate une grosse ecchymose sur le flanc gauche, des ecchymoses plus petites sur les genoux, le bras droit et la face, des pétéchies sur les membres.

Il n'y a pas de fièvre, pas de troubles gastro-intestinaux.

L'enfant entre à l'hôpital le 15 mai. Elle a 5 ans et 8 mois. Sa taille est moyenne (104 cm.), son poids faible (15 kgr. 200, soit 6 % au-dessous de la moyenne). Elle na pas de fièvre.

Nous constatons des ecchymoses sur les jambes, surtout autour des genoux, les cuisses, les membres supérieurs, la nuque, le flanc gauche, la région lombaire, la partie postérieure du thorax ; elles ont la dimension d'une pièce de deux francs. Il existe des pétéchies nombreuses sur tout le corps, notamment sur le dos du pied et les membres inférieurs. Sur les bords et la pointe de la langue, il y a cinq ou six petites taches purpuriques.

L'examen des viscères est négatif. Il n'y a pas d'albuminurie.

Au niveau de la cutiréaction à la tuberculine se produit une petite tache purpurique. Le Bordet-Wassermann (H^7) est négatif, le Hecht légèrement positif.

L'amélioration est rapide. L'enfant sort le 31 mai.

L'examen du sang est fait le 16 mai, troisième jour de la maladie. On trouve 75 % d'hémoglobine, 3.100.000 hématies, une valeur globulaire de 1,2, et 15.400 leucocytes, dont 80 % de polynucléaires neutrophiles.

La coagulation se fait en 6 minutes, la rétraction du caillot est faible après 20 heures. Le temps de saignement est de 10 minutes. Le signe du lacet est positif.

Ces quatre enfants sont atteints de *purpuras aigus, idiopathiques* ou *primitifs*. Les caractères particuliers de ces purpuras sont : l'existence d'ecchymoses et de pétéchies, les hémorragies des muqueuses, l'apyrexie, la guérison rapide. Ce type répond à la MALADIE OU SYNDROME DE WERLHOF.

***

Lasègue, dans les *Archives générales de médecine* de 1877, a écrit une *étude rétrospective sur la maladie de Werlhof.*

Werlhof, né à Helmstadt, en 1669 est mort le 27 juillet 1767. Il fut, écrit Lasègue, « un des maîtres allemands de la clinique, à l'époque où les études pratiques jouissaient dans ce pays d'une trop courte faveur. Simple praticien de la ville de Hanovre....., il a laissé des travaux multiples, tous marqués au coin d'un sens éminent de l'observation. » Parmi ses travaux se trouve l'affection dont nous parlons. Werlhof rapporte l'observation d'une fille adulte et d'une fille de 10 ans, atteintes d'une affection qu'il appelle *morbus maculosus hemorragicus.* Mais, poursuit Lasègue, son apport scientifique « est si bref, qu'on a pu se demander jusqu'à quel

point on était en droit de créer sous ce nom une espèce morbide ».

Lasègue ajoute : « Il a eu la chance d'avoir pour ami son compatriote Wickmann, le praticien allemand le plus distingué du XVIIIe siècle » Celui-ci a consacré au *morbus maculosus* une monographie d'une douzaine de pages, parue en 1777, dans laquelle il commente et complète la description de Werlhof. Il serait donc juste de l'appeler *syndrome de Werlhof-Wickmann.*

D'après Lasègue, « le type morbide établi par Werlhof peut se résumer ainsi : pas de fièvre, pas de malaises prodromiques, de quelque valeur, pas de maladie concomitante portant un nom. » L'affection débute par une hémorragie plus ou moins intense, rarement énorme, le plus ordinairement gingivale, quelquefois par une épistaxis, jamais par une hémoptysie, une hématémèse ou une autre hémorrhagie splanchnique. Puis, apparaissent des pétéchies et des plaques ecchymotiques plus ou moins nombreuses. Enfin, survient une « amélioration à marche rapide, dès qu'elle se déclare ; la guérison s'installe du huitième au quinzième jour. Il n'y a pas de convalescence, pas de conséquences fâcheuses.

« Les enfants et adolescents sont plus sujets que les adultes à cette affection hémorragique, remarquable par sa soudaineté, sa courte durée et sa tendance à la curation sous l'influence de quelques remèdes acides et amers. »

Après les auteurs que je viens de citer, le syndrome de Werlhof fut oublié.

Son étude a été reprise, en 1897, par le professeur Marfan dans le *Traité des maladies de l'enfance* publié par Grancher, Comby et lui-même. Il adopte l'opinion de Lasègue et décrit la maladie de Werlhof comme un type particulier de purpura idiopathique, aigu, qu'il propose d'appeler *purpura apyrétique à ecchymoses géantes.*

C'est à tort que certains auteurs qualifient de maladie de Werlhof tous les purpuras hémorragiques.

***

Le syndrome de Werlhof se rencontre surtout dans la grande enfance, de 5 à 15 ans. Il peut se voir dans la jeunesse et chez les adultes jeunes. Il est plus fréquent chez les filles que chez les garçons. On l'observe parfois chez les nourrissons. Somma, en 1902, a décrit, sous l'appellation de *purpura ecchymotique des nourrissons* des faits qui « paraissent, d'après l'opinion du profession Marfan, appartenir à la maladie de Werlhof ». Cependant, comme je l'ai constaté dans *Paris médical* du 4 décembre 1920, avec M. René Mathieu, les *purpuras dans la première enfance* revêtent rarement cette forme. Nous avons cité le cas d'un enfant de 2 ans, observé par le professeur Morquio, de Montevidéo, et ceux de deux enfants de 16 mois et 2 ans et demi, relatés par M. Glanmann, en 1916.

Nos quatre malades sont trois filles de 2, 4 et 5 ans, et un garçon de 8 ans.

Dans les antécédents de nos malades, nous trouvons : pour le premier, une mère anémique ; pour le deuxième, une mère probablement tuberculeuse et des frères tuberculeux ; pour le troisième, une mère ayant eu des métrorragies à la puberté ; pour le quatrième, une famille probablement syphilitique.

Aucun de ces enfants ne présente de signes cliniques de syphilis ; pour le premier, le deuxième et le quatrième, la réaction de Bordet-Wassermann est négative (H^7 ou H^8). Aucun ne présente de signes cliniques de tuberculose ; deux ont des cutiréactions positives, deux autres, le premier et le troisième, les ont négatives.

Notons encore les circonstances étiologiques suivantes. Le garçon de 8 ans a été nourri à la farine lactée pendant la première année. L'enfant de 2 ans et 2 mois a été nourri au lait condensé de 4 à 12 mois. Le quatrième a été élevé au biberon.

De ces constatations, ne se dégage aucune notion étiologique précise.

***

Le début est insidieux, l'affection se constitue sans cause appréciable, sans prodrome. Assez souvent, mais pas toujours, le premier symptôme est une épistaxis ou une stomatorragie. On découvre par hasard des ecchymoses cutanées, quand on déshabille l'enfant. Parfois l'hémorragie précède de plusieurs jours le purpura ; l'enfant, que vous venez de voir, a eu une stomatorragie dix jours avant les hémorragies cutanées.

Les *ecchymoses* sont réparties au hasard sur tout le corps ; elles prédominent sur les membres inférieurs et le tronc. Elles sont rares ou nombreuses. Plus ou moins étendues, elles ont les dimensions d'une pièce de 2 ou de 5 francs, quelquefois de la paume de la main ou même de la main entière. Elles sont indolentes. Leur teinte varie, suivant leur ancienneté, du violet noirâtre au jaune verdâtre. Elles ressemblent à des ecchymoses traumatiques.

En même temps que les ecchymoses, il y a des taches punctiformes rouge violacé ou *pétéchies.*

Les *hémorragies des muqueuses* précèdent ou accompagnent les hémorragies cutanées.

Les *épistaxis* sont quelquefois très abondantes et pouvant nécessiter le tamponnement des fosses nasales.

Les *stomatorragies* proviennent du saignement de petites ecchymoses siégeant sur la muqueuse des joues, des gencives ou de la voûte palatine, comme l'a bien observé Wickmann et plus tard Lasègue. Cette modalité les différencie des hémorragies buccales du scorbut où les gencives

sont tuméfiées, fongueuses et saignent en nappe.

L'*hématémèse*, le *mélæna*, l'*hémoptysie*, l'*hématurie* sont exceptionnels. Notre troisième malade aurait présenté de l'hématurie avant son entrée à l'hôpital.

Sous les autres rapports, la symptomatologie est nulle, sauf une pâleur plus ou moins grande. Il n'y a pas de fièvre, pas de troubles fonctionnels ou subjectifs, pas d'albuminurie, pas de tendance hémophilique ; l'avulsion d'une dent n'entraîne pas de saignement. Cependant, nous le verrons, le temps de saignement après une piqûre est prolongé.

Chez le dernier malade, la légère scarification d'une cutiréaction à la tuberculine a provoqué une petite tache ecchymotique.

L'ÉVOLUTION est généralement rapide. Les éléments purpuriques ne se reproduisent pas. Les hémorragies s'arrêtent et finissent par disparaître. La guérison survient en huit à quinze jours. Après la guérison, il peut persister une anémie plus ou moins durable.

La ressemblance des ecchymoses du purpura avec les *ecchymoses traumatiques* posent quelquefois un PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL.

Le professeur Marfan rapporte que, étant interne de garde, il reçoit une fille de 7 ou 8 ans aux Enfants-Malades ; elle est amenée parce qu'elle aurait été rouée d e coups. Le corps est couvert d'eecchymoses noirâtres, énormes, jusque sur la figure. L'enfant interrogée dit qu'elle ne se souvient de rien, qu'elle n'a aucun mal. L'enquête apprend qu'elle n'a pas été battue. M. Marfan découvre sur la voûte palatine une petite ecchymose noirâtre, à la surface de laquelle suinte du sang. Elle lui fait faire le diagnostic de maladie de Werhlof. La guérison survient en quinze jours.

Descouts a rapporté, en 1883, l'histoire suivante. Un garçon de 11 ans, placé dans un établissement de la *Société de protection d e l'enfance abandonnée*, s'affaiblit. On le conduit à la consultation des Enfants-Malades ; le médecin constate de nombreuses ecchymoses, qu'il attribue à de mauvais traitements ; il ne le considère pas comme un malade. Le médecin de la famille déclare également qu'il s'agit de violences. Cinq jours après la première visite à l'hôpital, l'enfant y revient pour une épistaxis et des vomissements. Il est admis d'urgence et meurt dans l'après-midi. Le permis d'inhumer est refusé, et Descouts est commis pour faire une autopsie médico-légale. Après l'autopsie, il conclut : « La mort a été causée par des hémorragies multiples, nasales, bronchiques, stomacales et intestinales, occasionnées par une diathèse hémorragique offrant tous les caractères de l'état pathologique connu sous le nom de maladie de Werlhof. »

***

Le syndrome de Werlhof, tel que je viens de le décrire, est une AFFECTION AIGUE. On décrit en outre une FORME A RECHUTES OU CHRONIQUE.

Le professeur Marfan a été amené à distinguer cette dernière, en 1895, par l'observation d'une fille de 10 ans, qui, pendant six mois, présenta des rechutes successives, sans troubles de l'état général. « L'état général, écrit-il, a toujours été satisfaisant ; l'enfant n'a jamais eu de fièvre ».

Son élève Constantin Nanu, en 1900, consacre sa thèse à l'étude de ces faits. Mais il les qualifie de *purpura chronique à grandes ecchymoses*, parce que, écrit-il, « nous ignorons si l a maladie de Werlhof proprement dite et le purpura décrit sous le nom de forme chronique de la maladie de Werlhof sont les deux formes d'une même affection. »

« Nous entendons, continue-t-il, désigner par *purpura chronique à grandes ecchymoses* une affection caractérisée par de grandes eechymoses (accompagnées ou non de pétéchies), apparaissant spontanément sur différentes parties du corps, par des hémorragies muqueuses diverses, et enfin par l'absence de fièvre et de tout autre symptôme concomitant (soit par un état général bon), *ainsi que par une durée très longue*, variant entre 5 et 12 mois et pouvant atteindre exceptionnellement plusieurs années. »

Il insiste sur ce fait que presque toujours ce purpura apparaît « au cours d'une santé parfaite, sans qu'on puisse saisir la moindre cause occasionnelle ». Il rapporte onze observations, dont deux personnelles ; sept relatives à des enfants de 6 à 15 ans, 4 à des adultes (six filles et cinq garçons).

Le tableau clinique est le même que celui du syndrome aigu. On assiste à des poussées successives, plus ou moins éloignées, de ce syndrome.

Les ecchymoses et les pétéchies peuvent apparaître par poussées subintrantes, de sorte qu'on voit simultanément des éléments d'âges différents. Les épistaxis sont parfois peu copieuses, souvent abondantes et rebelles. Les stomatorragies sont relativement fréquentes, mais rarement très abondantes. Les ménorragies et les métrorragies ne sont pas rares à la période pubertaire. Les hémorragies des autres muqueuses sont exceptionnelles.

Il n'y a pas de fièvre. Quand les hémorragies sont abondantes et répétées, l'enfant est faible et pâle.

Cette affection *dure* 5, 6 ou 12 mois. Elle peut se prolonger plusieurs années. M. Lenoble, en 1899, a rapporté l'observation d'une fille de 21 ans, malade depuis l'âge de 12 ans.

Le *pronostic* est généralement bénin. La guérison est la règle. Exceptionnellement, l'abondance des hémorragies peut entraîner la mort.

En somme, il s'agit d'une variété des *purpuras chroniques de l'enfance*, qui ont fait l'objet d'une

de mes leçons, publiée dans *Le Progrès médical* du 13 mai 1922.

***

Etudions maintenant l'HÉMATOLOGIE.

Dans la *syndrome de Werlhof*, le nombre des *globules rouges* est plus ou moins diminué, le taux de l'*hémoglobine* plus ou moins abaissé, la *valeur globulaire* normale, augmentée ou diminuée.

Le nombre des *leucocytes* peut être normal ou augmenté. Il y a généralement une *polynucléose neutrophile* assez marquée de 65 à 90 %. D'après M. Lenoble, il y a une *réaction myéloïde* plus ou moins caractérisée, et on peut compter jusqu'à 6 ou 7 myélocytes neutrophiles pour 100 avec quelques hématies nucléées (normoblastes). En réalité, elle fait défaut ou est discrète.

Les *hématoblastes, plaquelles sanguines, globulins* ou *thrombocytes* sont très diminuées de nombre ; on en énumère 50.000 et moins par millimètre cube, au lieu de 250.000 ou 300.000. Ce phénomène constaté par Denys, de Louvain, en 1887, a surtout été étudié par le professeur Hayem. Les hématoblastes peuvent être altérés : leur volume est augmenté ; ils peuvent être isolés au lieu d'être agglomérés.

Le *temps de coagulation* est normal, mais la *rétractilité du caillot* lente même incomplète, ou nulle. Ce phénomène, bien étudié par MM. Hayem et Bensaude, est lié à la diminution du nombre des hématoblastes.

La diminution du nombre des hématoblastes et l'irrétractilité du caillot constituent, d'après MM. Hayem et Bensaude, le substratum hématologique du purpura hémorragique.

Il convient, pour étudier la coagulation du sang, de suivre une technique rigoureuse.

Si on fait une petite coupure du lobule de l'oreille, suivant la technique décrite par Duke en 1912, on constate une *prolongation du temps de saignement* ; elle peut aller jusqu'à 10, 20 ou 30 minutes et plus, au lieu de 3 ou 4. Ce phénomène présente d'ailleurs une grande variabilité. D'après M. Roskam et M. Mouzon, il paraît indépendant de la diminution du nombre des plaquettes sanguines.

Edmond Weil, de Lyon a insisté sur le *signe du lacet*. On place un lien au-dessus du pli du coude, pendant trois ou quatre minutes, et on voit apparaître des petites taches pétéchiales sur la face antérieure de l'avant-bras, là où la peau est fine.

D'après M. Duke et M. Frank, ce signe apparaît quand le nombre des hématoblastes est égal ou inférieur à 30.000 par millimètre cube.

En résumé, les caractères hématologiques du syndrome de Werlhof sont la diminution du nombre des hématoblastes, une rétractilité faible ou nulle du caillot, la prolongation du temps de saignement. Il faut y joindre le signe du lacet.

Chez nos malades, nous avons fait des constatations différentes suivant les cas : anémie forte, moyenne ou légère ; augmentation du nombre des leucocytes ou absence de leucocytose, réaction myéloïde nulle ou discrète, diminution du nombre des hématoblastes, rétraction du caillot faible ou nulle, temps de saignement prolongé ou sensiblement normal.

Les symptômes hématologiques disparaissent, dit-on, généralement après la guérison. Nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi.

On retrouve le même syndrome hématologique dans le *purpura chronique à grandes ecchymoses*, ainsi que l'ont constaté M. Nanu et divers auteurs. Le syndrome varie suivant les périodes d'accalmie et de reprises.

Ce syndrome spécial a été dénommé *hémogénie* par M. Prosper-Emile-Weil. Il écrit, dans le *Journal médical français* de janvier 1922 : « Je voudrais voir donner le nom d'hémogénie à une diathèse hémorragique chronique, analogue à l'hémophilie, avec laquelle on la confond souvent, mais qui en diffère cliniquement et qui, en tout cas, est caractérisée par des lésions sanguines différentes, et relève d'une thérapeutique dissemblable..... La durée de l'affection..... est indéfinie ; elle ne cesse probablement qu'avec la vie. Elle constitue une manière d'être de l'individu, une véritable diathèse. Celle-ci se manifeste, soit de façon continue, soit de façon intermittente, par des crises hémorragiques ; mais dans l'intervalle des paroxysmes, la maladie persiste et se traduit par des tares sanguines ou vasculaires. »

Donc le purpura idiopathique aigu à grandes ecchymoses, le purpura idiopathique chronique à grandes ecchymoses ont un substratum hématologique commun. Ces variétés cliniques sont, semble-t-il, deux modalités d'un même état constitutionnel : l'hémogénie, responsable des formes aiguës, des formes à rechutes, des formes chroniques.

Mais, il convient de réserver l'appellation de syndrome de Werlhof à la forme aiguë ; elle ne doit pas être donnée à la forme chronique.

Le syndrome de Werlhof peut être considéré comme un épisode aigu survenant au cours d'un état constitutionnel. Cet épisode peut être unique ou suivi de rechutes.

***

Jusqu'ici, je vous ai exposé des faits. Maintenant nous devons envisager surtout des hypothèses.

Quelle est *l'origine du syndrome hémaotologique* ?

Les uns pensent, avec M. Seeliger, que la diminution du nombre ou les altérations des plaquelles, la *thrombopénie* ou la *thrombosthénie* sont

liées à un défaut de production ou à des troubles fonctionnels des mégacaryocytes de la moelle des os. D'après cette théorie médullaire, il interviendrait une maladie du mégacaryocyte.

D'autres pensent, avec M. Kaznelson, qu'il y a une destruction exagérée des hématoblastes dans la rate, qu'il s'agit d'une thrombopénie par *thrombocytolise.*

Pour MM. Prosper-Emile Weil et Isch-Wall, les lésions sont complexes *endothélio-hématoblasto-plasmatiques* ; un rôle important doit être réservé au trouble de la fonction sanguine du foie, ainsi qu'à l'atteinte des glandes à sécrétion interne, notamment de la thyroïde et de l'ovaire.

Quel est le *mécanisme de production du purpura ecchymotique et des hémorragies* ?

Les hémorragies seraient dues, pour les uns, soit à la diminution du nombre des plaquettes, pour d'autres, à une fragilité spéciale des endothéliums vasculaires.

Les facteurs sont probablement complexes. MM. Le Sourd et Pagniez, écrivent, à juste titre, dans le *Nouveau Traité de médecine* paru en 1927 : « Lésions des endothéliums, lésions des plaquettes, diversement combinées, isolées ou en combinaison avec d'autres lésions, sont les conditions de la production des hémorragies des purpuras. »

Nous savons donc peu de choses sur ces phénomènes. Aucune théorie n'explique d'ailleurs l'apparition brusque et imprévue du syndrome de Werlhof. Je cite, à titre documentaire, les constatations relatées par Madame Marthe Erlich, dans un article de la *Presse médicale*, du 27 septembre 1924, sur la *pathogénie des états hémorragiques* : chez des enfants présentant de l'hémogénie, l'exposition au soleil ou à l'irradiation de la lampe de quartz provoque l'apparition du purpura.

***

Quelle que soit la pathogénie, le syndrome de Werlhof a une individualité hématologique qui la différencie des PURPURAS AIGUS de nature infectieuse.

C'est à tort qu'il a pu autrefois être englobé parmi eux. On ne peut plus admettre, comme l'a fait Martin de Gimard, dans sa thèse de 1888, sur le *purpura hémorragique primitif* ou *purpura infectieux primitif*, que la maladie de Werlhof soit une des formes de l'affection, « la forme bénigne par excellence. »

Les *purpuras de nature infectieuse,* dus aux méningocoques, aux pneumocoques ou à d'autres germes, se différencient par leurs caractères cliniques ; ils peuvent présenter les mêmes ecchymoses, les mêmes hémorragies, mais ils sont généralement fébriles.

La fièvre est la règle ; mais elle peut manquer.

C'était le cas pour un bébé dont j'ai publié l'observation avec M. René Mathieu, dans un mémoire sur *le purpura dans les pneumococcies des nourrissons*, paru dans les *Archives de médecine des enfants*, de décembre 1920. A l'âge de 15 jours, apparaissent une éruption érythémato-purpurique, des ecchymoses, quelques taches hémorragiques sur la muqueuse palatine. Il n'y a pas de fièvre, d'amaigrissement notable. L'enfant meurt de convulsions le septième jour. A l'autopsie, nous trouvons une endocardite végétante, des abcès multiples, une méningite purulente, et nous constatons des pneumocoques.

Les caractères hématologiques sont bien différents, à en juger par les observations que j'ai relatées avec M. Léon Tixier à la *Société médicale des hôpitaux,* le 22 avril 1910 et avec M. René Mathieu, ainsi que par celles réunies par Mlle Denise Blanchier dans sa thèse de 1918 sur *les formes purpuriques de la méningococcémie.* L'anémie fait défaut ; la leucocytose et la polynucléose neutrophile sont la règle, la réaction myéloïde est nulle. Surtout les plaquettes sanguines ne sont pas diminuées, la coagulation du sang se fait en temps normal, la rétraction du caillot est normale.

Je vous disais que, d'après l'opinion générale, les caractères hématologiques du syndrome de Werlhof disparaissent avec la guérison. Il n'en est peut-être pas toujours ainsi. Chez la petite malade que vous veenez de voir, nous avons constaté leur persistance ; le dix-huitième jour le nombre des hématoblastes est toujours très diminué, ce qui témoigne vraisemblablement d'un état constitutionnel permanent et confirme l'opinion que le syndrome de Werlhof est un phénomène épisodique au cours d'un état chronique.

Les anciens médecins disaient que la maladie de Werlhof guérit spontanément sous l'influence des boissons acides et de quelques amers. En réalité, elle guérit toute seule. Toutes les thérapeutiques peuvent donner des succès.

Il faut donc se garder d'instituer des traitements réputés actifs. Un régime lacto-végétarien, du jus de citron, suffisent : le cas échéant, on pratique le tamponnement des fosses nasales.

Mais, après la disparition du syndrome de Werlhof, persiste l'état constitutionnel. C'est lui qu'on peut essayer de modifier. On conseille des injections de peptone de Witte, suivant la méthode de M. Nolf, ce que j'ai obtenu avec M. Léon Tixier ; le sérum frais de cheval, suivant la méthode de M. Prosper Emile-Weil, le sérum hématopoïétique fournis par des chevaux soumis à

des saignées répétées suivant la méthode de M. Carnot et Mademoiselle Deflandre ; le sérum sérique de MM. Dufour et Le Hello.

Chacun de ces médicaments, donne des résultats très inconstants. Il ne saurait en être autrement, étant donné l'incertitude de nos connaissances relatives à la pathogénie de ces purpuras chroniques.

INSTRUMENTATION GYNÉCOLOGIQUE

Nouvelle valve à poids du Docteur Marcel Sénéchal.

Les valves à poids sont d'excellents instruments qui rendent les plus grands services dans la chirurgie gynécologique par voie basse. Elles suppriment un aide et exposent de façon remarquable le champ opératoire.

Celles qui existent dans le commerce nous ont cependant paru présenter un grave défaut : *le poids est solidaire du manche de la valve,* ce qui fait que si, pour une raison quelconque survenant au cours de l'acte opératoire, l'instrument vient à se déplacer de sa position normale, le centre de gravité déplacé entraîne infailliblement la chute de la valve.

C'est pour remédier à cet inconvénient que nous avons eu l'idée de faire établir la valve que nous présentons. Elle a été conçue en partant de l'idée de l'articulation à la Cardan, ce qui permet au poids de prendre la verticale dans toutes les positions de la valve et de maintenir celle-ci en état d'équilibre, même lorsqu'elle ne repose que par son extrémité. Cette position ne se produira jamais dans la pratique, et de fait, nous n'avons jamais pu parvenir à provoquer sa chute au cours d'une intervention.

Pour la même raison de stabilité, nous avons été amené à réduire la longueur du manche et cette réduction détermine un moindre encombrement dans une boîte à instruments. C'est pour poursuivre plus avant la réduction d'encombrement que nous avons adopté la forme lenticulaire pour le poids.

Celui-ci est de 750 grammes comme le poids des instruments similaires.

Au résumé, nous avons cherché à réaliser l'instrument le plus fidèle possible dans l'encombrement le plus restreint et notre pratique personnelle nous laisse, quant à présent, l'espoir d'avoir réussi.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications générales du traitement de l'angine de poitrine.

L. Gallavardin n'envisage que l'angine de poitrine organique, c'est-à-dire celle qui se manifeste comme symptôme de début ou comme complication, au cours d'affections cardio-aortiques diverses, dont le trait dominant est la participation du système coronarien. La maladie angineuse est une affection qui dure de trente secondes à trente ans, et il est essentiel de connaître ces évolutions au long cours, ces rémissions impressionnantes dans l'affection qui nous occupe ; il est important d'essayer de démêler, dans chaque cas, ce qui peut être dû au cours normal de la maladie ou aux modifications imprimées par le médecin.

Paroxysmes angineux. — Le nitrite d'amyle et la trinitrine transforment la vie de certains angineux, mais encore faut-il distinguer parmi les paroxysmes. Les accès d'effort sont de tous les plus facilement calmés ; le malade s'arrête et la seule suspension de la marche qui a pro-

voqué l'accès suffit à y mettre fin. Les accès au repos ou de décubitus sont d'ordinaire plus prolongés et plus difficilement calmés ; le malade n'a pas la ressource de lever immédiatement, comme par l'arrêt, la cause provocatrice qui les a fait naître. Dans les accès prolongés, d'une durée dépassant 2 ou 3 heures, alors que les moyens employés habituellement ont été inopérants, un seul remède est efficace : la morphine. Même conduite à tenir dans les états de mal angineux, qui s'espacent sur deux, trois et quatre jours ou davantage. Outre la trinitrine et les injections sous-cutanées de 0,05 cent. de nitrite de soude, on tiendra le malade sous l'influence de la morphine à la dose de 2 ou 3 centigr. par jour. Il faut se souvenir, tant au point de vue du pronostic qu'à celui de la juste interprétation des effets thérapeutiques, que de tels états de mal angineux avec collapsus cardiaque, paraissant de la dernière gravité, réservent parfois des surprises extraordinaires ; les malades meurent souvent ; mais on assiste aussi à de telles résurrections qu'il ne faut jamais se laisser aller à formuler un pronostic fatal.

Le *traitement préventif des accès* tient en deux points : il faut régler la vie des angineux afin qu'ils n'exigent pas de leur cœur plus qu'il ne peut donner ; il faut mettre le cœur dans les meilleures conditions possibles afin qu'il puisse suffire à l'effort qui lui est demandé.

Règles d'hygiène. Il faut prévenir les écarts de régime, supprimer le tabac, interdire les sorties dans les deux heures qui suivent les repas, mettre en garde contre la marche à allure rapide, surtout par temps froid ou venteux, recommander l'arrêt immédiat aux moindres menaces de crispation sternale, manger peu le soir, ne pas pénétrer dans une chambre froide.

Amélioration du fonctionnement cardiaque. Le cœur angineux présentant une capacité fonctionnelle strictement réduite, il faut éviter avec soin tout ce qui peut la troubler davantage : obésité, hypertension, surtout si l'angineux est un cardiaque défaillant sujet à des manifestations dyspnéiques, qu'il s'agisse d'un hypertendu arrivé à la période troublée, d'un myocarditique avec insuffisance ventriculaire gauche, d'un aortique ou d'un valvulaire en pleine période de décompensation. La digitale rencontre ici ses indications fondamentales, et il n'y a aucune contre-indication foncière à l'emploi de la médication cardiotonique chez certains angineux ; sans action sur l'angine de poitrine isolée, affection purement coronarienne, elle vient, dans la maladie dyspnéisante, restaurer la résistance du myocarde.

Traitement de la maladie angineuse. — Reste à traiter le fond, c'est-à-dire l'affection cardio-aortique, qui est à la racine même des manifestations angineuses. Il faut tout d'abord déceler les angines de poitrine syphilitiques (1/3 des cas environ).

S'il s'agit d'angine de poitrine non syphilitique, ce qui est le cas le plus commun, lorsque l'affection se développe au delà de la cinquantaine, et lorsque l'enquête minutieusement conduite reste négative, on en sera réduit au traitement général des affections d'origine artéritique. Les prescriptions hygiéniques ou diététiques, la médication iodurée à faibles doses, alternant avec le nitrite de soude ou d'autres substances, améliorent en général nettement de tels malades, dans une proportion d'au moins 50 p. 100, et certains d'entr'eux demeurent très satisfaits. C'est dans cette catégorie que viennent se ranger les angineux à longue évolution, vieux de 10 ou 20 ans. Puis vient un moment où ces angineux chroniques deviennent des cardiaques et ils sont alors justiciables de la médication digitalique et théobrominique.

A signaler les médications d'exception employées dans ces cas non spécifiques : diathermie, thorium, irradiation des centres médullaires suivant la méthode employée par les Américains dans le traitement de la claudication intermittente et des artérites des membres inférieurs ; l'auteur en a obtenu de bons résultats. Quant au traitement chirurgical de l'angine de poitrine, il est encore trop récent pour donner lieu à un jugement ferme. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 septembre 1927.)

A propos de l'accouchement analgésique.

On parle beaucoup d'analgésie obstétricale depuis quelques années, dit le Dr A. Odinet, et la bibliographie qui termine ce travail, montre que, pour l'hémypnal seulement, les études ont été très nombreuses. Commentant ses observations avec ce produit administré sous forme injectable, l'auteur mentionne qu'il est possible d'obtenir avec lui un accouchement peu douloureux dans la majorité des cas où il était à prévoir qu'il l'eût été ; qu'il est surtout utile d'y recourir chez les primipares et dans tous les cas d'hypertonie utérine : ce sont là, constate-t-il après Rossier, Hamm, Weber, Pouliot, Pellissier, Labouré, de véritables indications de l'hémypnal ; que si celui-ci ne produit pas un accouchement totalement analgésique, avec inconscience de la parturiente, il n'y a pas lieu de le regretter. Réduire la douleur obstétricale, la rendre aisément supportable, et cela sans nuire, voilà ce qui est souhaitable, et c'est ce qu'on observe par l'emploi de l'hémypnal. ((*Journal de médecine de Paris* du 29 mars 1928.)

Le traitement des cirrhoses.

Pour le Dr G. Lyon, le traitement traditionnel des cirrhoses consiste encore presqu'exclu-

sivement dans le régime, sauf en ce qui concerne les cirrhoses syphilitiques, où le traitement spécifique est susceptible de combattre efficacement la cause de la maladie. Car il est essentiel de faire avant tout le diagnostic de la variété anatomoclinique et de l'étiologie de la cirrhose. Et cependant, les signes cliniques ne peuvent faire préjuger de l'étiologie ; puis, plusieurs causes peuvent intervenir simultanément (syphilis, alcoolisme), et il est souvent difficile de dépister, avec ou sans alcoolisme, la syphilis et la tuberculose. C'est alors que l'épreuve du traitement devient le seul moyen de confirmer ou d'infirmer un diagnostic hypothétique. Par contre, la cirrhose cardio-tuberculeuse, presqu'exclusive à l'enfance, ne comporte aucune difficulté de diagnostic. Les cirrhoses d'origine paludéenne, diabétique, plutôt rares, sont aussi faciles à reconnaître. Dans la pratique, il faut surtout envisager les cirrhoses alcoolique, syphilitique, tuberculeuse.

Cirrhose alcoolique. — A la période initiale, non ascitique, le seul traitement doit être le régime, avec suppression de toute boisson alcoolique ; il faut au début un régime lacté absolu, seul mode d'alimentation susceptible de produire une modification rapide de l'état général et de l'état local.

On peut même prescrire auparavant une diète hydrique de trois jours : eau d'Evian, ou Vittel, bouillon de légumes peu salé, infusions chaudes et sucrées. Si le lait est mal supporté, recourir au lait écrémé industriellement, ou mieux au képhir nº 2, ou encore combiner lait et képhir. A cette phase du traitement, le repos au lit est nécessaire. Après une quinzaine de jours, on prescrit le régime lacto-végétarien. A continuer jusqu'à diminution progressive du volume du foie, disparition des troubles digestifs, avec diurèse normale et relèvement de l'état général.

A ce moment, on permet le régime mixte, qui sera la charte définitive du cirrhotique amélioré ou guéri en apparence (indépendamment des farineux, céréales, légumes verts et fruits) : une fois par jour, à midi, viande grillée ou rôtie, sans sauce, lapin, poulet, poisson maigre, œuf bien frais, fromage cuit, beurre frais.

Prescrire quelques remèdes anodins, notamment le phosphate de soude (0,50) avec benzoate de soude (0,25), deux fois par jour, pour exciter la fonction hépatique.

L'opothérapie hépatique constitue une nouvelle arme, sinon très efficace, tout au moins inoffensive et suggestive pour les malades.

A la période ascitique, on reprend le régime lacté absolu, avec repos au lit, et ponction si l'ascite atteint plusieurs litres. Si le lait est mal toléré, l'associer au képhir, au bouillon de légumes peu salé, à l'eau d'Evian additionné de lactose (60 gr. par litre) aux compotes, au raisin. L'ascite peut disparaître avec une crise urinaire et une débâcle intestinale ; d'où l'idée de prescrire des diurétiques et des purgatifs.

Outre la théobromine, on recommande actuellement les diurétiques mercuriels ; le calomel, les injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose quotidienne de 0 gr. 01, ont donné des résultats satisfaisants et ont pu amener la disparition de l'œdème et de l'ascite chez des malades qui avaient déjà subi plusieurs ponctions, mais il y a souvent des accidents d'intolérance. Le novasurol est un excellent diurétique, mais variable chez le même sujet, et il a pu occasionner de la colite hémorragique ; le salyrgan est peu toxique et paraît supérieur, mais c'est un produit étranger difficile à se procurer.

Il faut signaler aussi le 440B, qui a été isolé à l'Institut Pasteur ; il est peu toxique, et peut être employé par voie intra-musculaire. Dans les cas favorables, l'injection détermine dans les vingt-quatre heures une crise polyurique , qui varie de 2 à 4 litres ; mais le lendemain de cette décharge, le taux urinaire revient à la normale. Le 440 B agirait plus efficacement dans les cirrhoses syphilitiques ; mais il échoue dans les cas avancés avec insuffisance hépatique et il est contre-indiqué chez les hémophiles.

A signaler aussi le neptal en ampoules ; la dose de 2 cc. peut être utilisée sans inconvénient, mais il suffit en général d'injecter 1 cc. ou une dose légèrement supérieure. Les injections ne doivent pas être répétées à intervalles inférieurs à 6 ou 10 jours ; des injections trop rapprochées épuisent l'effet diurétique.

Le diurétique le plus récent à signaler est le glycogène, dont le mécanisme d'action est encore obscur.

Les purgatifs complètent l'action des diurétiques. La ponction est un moyen d'opportunité et de nécessité.

Cirrhoses syphilitiques. — Etablir le traitement spécifique ; en raison de l'action nocive sur le foie des arsénobenzols, on recourt au mercure, sous forme d'injections intraveineuses de cyanure par série de 15 injections séparées par des intervalles d'un mois. Simultanément, on administrera de l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 gr., soit par la bouche, soit en lavement.

Le régime ne comporte pas la rigueur qu'il doit avoir dans la cirrhose alcoolique ; il suffit de réduire le taux des aliments azotés, de supprimer la charcuterie, les crustacés, les épices, l'alcool.

Quant à la cirrhose tuberculeuse, elle n'entraîne pas de conclusions thérapeutiques spéciales. Le traitement sera le même que celui de la cirrhose alcoolique, et l'on pourra employer, comme dans celle-ci, les diurétiques mercuriels. (*Le Bulletin médical*, 29 octobre 1927.)

Les palpitations.

Les palpitations, fait remarquer Charles FIESSINGER, exposent à une double erreur. Elles font croire à une affection du cœur qui n'existe pas, ou, si elle existe, qui n'est pas responsable des palpitations. Ou bien la maladie du cœur est méconnue et l'influence nerveuse est seule invoquée.

1° En fait, le cœur et l'estomac sont les grandes causes. Viennent ensuite les anémies, la tuberculose pulmonaire, les intoxications, les épuisements, les excitations du sympathique d'origine diverse.

La maladie de cœur qui entraîne le plus de palpitations est le rétrécissement mitral, souvent méconnu au grand dommage des malades ; les signes (roulement mitral, dédoublement du second bruit) sont dissimulés derrière l'arythmie qui ne permet pas de les entendre.

L'arythmie du rétrécissement mitral a besoin de digitaline pour éviter les trop grandes distensions de l'oreillette qui amènent la stase, les coagulations sanguines, les embolies consécutives.

Toute arythmie complète chez un jeune sujet qui n'est ni obèse, ni syphilitique, ni rénal, est presque sûrement liée à un rétrécissement mitral ; la digitaline est alors ordonnée à raison de V gouttes de la solution alcoolique à 1/1000, cinq à six jours de suite ; suspension de trois jours et reprise de cinq à six jours, etc.

Souvent des troubles dyspeptiques (hypersthénie gastrique, poche d'air stomacale) sont associés à l'arythmie du rétrécissement mitral. Les poudres magnéso-bismuthées, de kaolin, sont indiquées en pareil cas. Elles réussissent également dans les palpitations de l'insuffisance aortique, lesquelles s'accompagnent d'arythmie extra-systolique. Ce n'est point l'aorte qui fait la palpitation ; le trouble est au cœur, la cause est dans l'estomac. Le kaolin, le bismuth, la belladone, font merveille ; en pareil cas, à moins de fléchissement myocardique, la digitaline est complètement contre-indiquée.

S'il y a doute au sujet du rôle du cœur et de l'estomac dans les manifestations palpitantes, traiter à la fois le cœur par la digitaline, et l'estomac par les poudres de kaolin ou magnéso-bismuthées.

Les palpitations des hypertendus sont moins liées à des influences stomacales ; le régime végétarien, la théobromine, les émissions sanguines, le cratœgus, les laxatifs sont les grands remèdes.

2° Le cœur étant reconnu sain, interrogeons l'estomac, grand fournisseur de palpitations ; les poudres de kaolin, de bismuth, de magnésie seront prescrites avant les repas ; la belladone (un centigramme) avant le repas de midi et du soir.

3° Dans les anémies, le fer ne peut être ordonné par voie stomacale si le malade digère mal : injections intra-musculaires de fer colloïdal, et traitement kaolino-bismuthé par voie stomacale. Au bout de trois semaines, fer réduit 0,10 à 0,20, craie préparée 0,50, par voie stomacale, un cachet avant les repas.

4° La tuberculose pulmonaire se révèle souvent par des palpitations : repos et gouttes de cratœgus unies ou non à la valériane.

Teinture de cratœgus	âê 10 grammes
Teinture éthérée de valériane	

X gouttes avant les repas dans un peu d'eau.

5° Dans les intoxications, supprimer le toxique (tabac, thé, café). Dans les auto-intoxications, dans la maladie de Basedow par exemple, traiter l'estomac d'abord ; ne donner ni hémato-éthyroïdine, ni salicylate, ni quinine, si le sujet digère mal et se contenter de la faradisation de la glande thyroïde, une électrode placée à la nuque, l'autre mobile promenée sur les deux lobes de la thyroïde : dix minutes de temps tous les jours pendant une année. Si l'estomac fonctionne bien, on peut ordonner les pilules :

Sulfate de spartéine	0 gr. 02
Bromhydrate de quinine	0 gr. 01
Extrait de valériane	Q. S.

Pour une pilule n° 30. Une avant le repas de midi et du soir.

6° Dans les épuisements à la suite de violentes secousses morales, ces pilules peuvent aussi être ordonnées, ou encore la digitaline à doses homœopathiques, 1 à 2 gouttes par jour de la solution à 1/1000^{e}.

7° Chez la femme surtout, les excitations du sympathique provenant des émotions, de la ménopause ou de lésions utérines occupent une place d'honneur : laxatifs quotidiens, bromures, valériane amènent une sédation habituelle. (*Journ. des Praticiens*, 22 octobre 1927.)

Etat actuel de la thérapeutique des viciations pelviennes.

Le pronostic de l'accouchement est très délicat dans les bassins limite, dans ceux pour lesquels il y a une faible disproportion entre la tête fœtale et le bassin, et dans lesquels, autour de huit mois et demi, il est parfaitement possible qu'un accouchement prématuré provoqué puisse se terminer spontanément. Car avant cette date de gestation, avec des fœtus d'un poids inférieur à 2 kgr. 500, ou si l'accouchement doit se terminer par une intervention, tout le monde depuis longtemps rejette l'accouchement prématuré provoqué comme thérapeutique de choix de ces sortes de bassin.

Or, le prof. BALARD (de Bordeaux) rappelle,

avant de poursuivre la discussion, que dans cette variété de bassins, on a souvent les plus heureuses surprises et que l'accouchement spontané à terme est souvent possible. Pour déterminer la thérapeutique des viciations pelviennes, ce n'est pas seulement de l'état du bassin, mais aussi de l'état des parties molles qu'il va falloir tenir compte ; le problème n'est donc pas simple.

Quels sont les résultats de l'accouchement prématuré provoqué ? Certes, dans quelques cas, chez les multipares à utérus bien étoffé, l'introduction de la sonde ou d'un ballon est bientôt suivie de l'apparition de douleurs ; à la rupture des membranes la tête s'engage, et en 12 à 18 heures, l'accouchement se termine spontanément. Hélas ! chez la primipare surtout, et quand l'utérus est peu développé, le résultat est désespérant ; il faut introduire plusieurs sondes successives, et le travail ne se déclanche parfois qu'au 4e jour ; il y a fréquemment infection légère, susceptible de s'aggraver rapidement et d'exiger en tout cas l'évacuation immédiate et rapide de l'utérus. Ou bien, il faut introduire un petit ballon, puis un ballon moyen, lequel déplace la tête, et, quand on le retire, c'est une procédence du cordon, une présentation de l'épaule ou une tête défléchie que l'on n'arrive pas à saisir correctement avec le forceps ; aussi, après une série de dérapages, un échec de version, on termine parfois par une basiotripsie.

Une première indication de l'accouchement prématuré, c'est le refus de la femme de subir une opération par voie haute.

Les multipares à bassin peu touché et ayant eu un premier accouchement dystocique pourront à la rigueur bénéficier de cette opération si l'accouchement est encore possible à huit mois et demi révolus et si, pour un enfant de plus de 2 kgr. 500, on peut escompter avec une quasi certitude par cette méthode un accouchement spontané. Dans cette catégorie, rentrent plus légitimement les multipares à bassin normal, mais accouchant de très gros enfants.

Mais la primiparité est une contre-indication quasi formelle. Elle est absolue s'il s'agit de bassins généralement rétrécis et de parties molles peu étoffées, même avec un bassin relativement très peu rétréci.

Trop de chirurgiens ont fait, ces temps derniers, de propos délibéré, des césariennes hautes prophylactiques pour des bassins plus ou moins rétrécis. C'était résoudre d'une façon pour le moins simpliste le problème de la viciation pelvienne. C'est au contraire un accoucheur de carrière, connaissant toutes les possibilités du bassin et de l'accouchement par voie basse, qui devra suivre la marche du travail et déterminer en vrai clinicien l'heure opératoire de la césarienne basse, laquelle, ni trop tôt, ni trop tard, permettra de sauvegarder à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales*, 30 octobre 1927).

Les Sociétés Savantes

Paris

La forme aiguë de la sclérose en plaques.

(MM. Guillain et Alajouanine. — *Académie de médecine* ; 20-3-1928.)

La sclérose en plaques est une affection du névraxe très polymorphe, tant dans son mode de début que dans son expression symptomatique et son évolution. Avec un début parfois brusque, sous la forme d'une poussée évolutive brutale, d'autres fois, plus ou moins insidieux, à la façon des myélites chroniques, elle peut présenter des tableaux symptomatiques divers, allant du type classique décrit par Charcot et Vulpian aux formes paraplégiques, oculaires, labyrinthiques, sacrées. L'évolution n'est pas moins variable. Généralement assez longue, se prolongeant des années, elle peut être plus brève (un an, six mois) et même courte.

En réalité, les observations de sclérose en plaques aiguë sont très rares. M. Guillain en rapporte un exemple concernant une malade dont l'affection commença par des signes d'ataxie avec symptômes mésocéphaliques (diplopie, somnolence), faisant penser à l'encéphalite épidémique. La malade succomba au bout d'un mois et l'autopsie montra des lésions de sclérose en plaques caractéristiques. La ponction lombaire avait d'ailleurs révélé la dissociation connue entre la réaction du benjoin colloïdal subpositive et la réaction de Wassermann négative.

M. Guillain signale à ce propos que l'on a peut-être trop tendance, actuellement, à porter le diagnostic d'encéphalite épidémique chez les malades qui offrent de la somnolence et de la diplopie.

L'association de ces deux symptômes n'est que la conséquence d'une localisation de lésions à la région des tubercules quadrijumeaux, de la calotte pédonculaire et du 3e ventricule. La somnolence et la diplopie se constatent aussi dans la sclérose en plaques, la syphilis, la sclérose latérale amyotrophique, dans les lésions infectieuses ou néoplasiques de cette zone du névraxe.

La tuberculose et les jeunes soldats.

(M. Georges Brouardel. — *Académie de médecine* ; 27-3-1928.)

Pour compléter les vœux adoptés par l'Académie

concernant la santé publique, M. Georges Brouardel propose, au lieu de réformer, au conseil de revision, les jeunes gens atteints de tuberculose, de les incorporer dans des casernes spéciales, en montagne par exemple (casernes-sanatoriums), où ils seraient soumis au traitement et éduqués pendant leur service militaire. Ils rentreraient chez eux, après leur libération, ayant appris à se soigner et à éviter la contagion pour les leurs. Bien entendu, une disposition spéciale écarterait pour eux tout droit à pension.

Pathogénie des grandes dilatations de l'œsophage.

(M. Guisez. — *Académie de médecine* ; 27-3-1928.)

Pour M. Guisez, qui base son opinion sur l'examen œsophagoscopique de 450 cas de grandes dilatations de l'œsophage, il y aurait au début de cette affection, un spasme, spasme siégeant toujours au niveau de la traversée diaphragmatique. Ensuite, ou l'élément inflammatoire s'amplifie et la sténose devient fibro-cicatricielle ; ou c'est la distension mécanique qui domine la scène, pouvant gagner la région du cardia, faisant cesser la sténose.

La méthode de Wipple. Le rôle suspensif de l'infection dans ses effets thérapeutiques.

(MM. Et. Bernard et Desbucquois. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-1-1928.)

MM. Et. Bernard et Desbucquois rapportent un nouveau cas montrant les effets remarquables de la méthode de Wipple dans le traitement de l'anémie pernicieuse. Leur malade, un homme de soixante-dix ans, était atteint d'anémie cryptogénétique poussée à son plus extrême degré. L'examen hématologique décelait, en effet, le chiffre extrêmement bas de 760.000 globules rouges. L'administration du foie de veau, à la dose journalière de 200 gr., amena au bout de deux mois le taux des hématies à 4.200.000.

Cette observation présente un autre point particulier. Le malade ayant fait, au cours du traitement, une petite infection fébrile passagère, le chiffre des hématies tomba pendant ce temps à 2.200.000, malgré la continuation du traitement.

Les auteurs rapprochent ce fait de ce qui se passe chez les diabétiques acidosiques soumis à la cure par l'insuline. L'infection diminue l'action de ce médicament sur la glycémie (Aubertin) et il en est de même de son action sur l'acidose. Joslin prétend même que l'insuline n'a aucun effet chez les infectés. Il y a là un nouveau point de similitude entre les deux méthodes opothérapiques que sont la cure insulinique et la cure de foie de veau.

Le chylothorax traumatique.

(M. Grimault, d'Algrange. — *Société de chirurgie* ; 8-2-1928.)

M. Lenormant présente un rapport sur un cas de chylothorax traumatique observé par M. Grimault, d'Algrange.

L'épanchement de chyle dans la plèvre est une complication exceptionnelle des traumatismes du thorax, plaies ou contusions. Elle peut résulter soit d'une plaie du canal thoracique, soit d'une rupture de ce canal dans un traumatisme fermé, circonstance la plus habituelle. La pression est normalement élevée dans le canal thoracique et l'on comprend que sous l'influence d'une hypertension résultant de la compression du thorax, il puisse éclater. La période de digestion, en gorgeant les lymphatiques de chyle, favorise cet accident.

Le chylotharax peut être bilatéral, ou unilatéral. L'épanchement est à l'habitude considérable (6, 7 litres) et il se reproduit vite après ponction (celle-ci retire un liquide laiteux). Cet épanchement n'est pour ainsi dire jamais immédiat. Il se manifeste au bout de quelques jours (2, 4, 6, 10 jours) par des signes de compression pulmonaire et cardiaque assez menaçants. Le pronostic est grave (12 morts sur 25 cas), et le traitement délicat. La ponction soulage la dyspnée et le cœur, mais la persistance de l'écoulement du chyle entraîne de l'inanition sérieuse. La plupart des chirurgiens acceptent la ponction, mais quand la dyspnée force la main et en la renouvelant le plus rarement possible.

Consolidation accélérée des fractures.

(M. Barbarin. — *Soc. des chirurg. de Paris* ; 17-2-28.)

M. Barbarin relate deux nouveaux cas de fractures dans lesquels l'emploi du silicium-calcium accéléra la consolidation.

— M. Léo a observé un blessé de guerre atteint de pseudarthrose du tibia qui, malgré trois greffes osseuses, n'avait pu être consolidée. Une ingestion de silicium-calcium pendant deux mois amena la guérison.

Sur le cathétérisme des canaux éjaculateurs.

(M. Le Fur. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 16-12-1927.)

M. Le Fur estime, d'après son expérience, qu'on peut arriver à pratiquer ce cathétérisme dans 80 % des cas environ. La dilatation des conduits spermatiques donne des résultats très favorables, comme la dilatation de l'urètre.

Luxations du coude.

(M. Judet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 3-2-28.)

M. Judet communique cinq cas de luxations du coude, en dehors et en dedans : 1° chez un enfant de treize ans, luxation complète en dehors des deux os de l'avant-bras, avec arrachement de l'épithrochlée et luxation de la tête du radius en avant ; 2° chez un adulte, luxation incomplète en dehors avec fracture du condyle externe de l'humérus ; 3° luxation postéro-externe du coude. Guérison dans les trois cas.

Deuxième groupe : 1° luxation incomplète en

dedans, réduction facile, mais reproduction du déplacement sous le plâtre ; terminaison par ankylose du coude ; 2° enfant de huit ans, luxation incomplète en dedans, avec fracture du condyle externe de l'humérus à grand déplacement ; réduction facile ; guérison en quatre semaines.

Décapsulation du rein pour néphrite douloureuse.

(M. F. Rousseau. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 3-2-1928.)

M. Rousseau a pratiqué, chez un malade, une dédécapsulation du rein pour néphrite douloureuse. Le résultat a été bon. L'auteur pense que cette opération bénigne et sans difficulté peut rendre de grands services.

— M. Iselin considère la décapsulation comme le procédé curatif des néphralgies et même, quelquefois, lorsqu'il existe une lésion rénale capable à elle seule de causer des douleurs. Il rapporte un cas dans lequel il fit, à droite, avec un résultat parfait, une décapsulation en laissant volontairement un calcul intrarénal et, à gauche, vingt mois plus tard, une décapsulation pour rein douloureux et atrophique. Guérison complète pendant six ans.

Pain blanc, pain bis.

(M. Albert Liacre. — *Soc. de thérapeutique* ; 11-1-28.)

M. Liacre présente une série de considérations favorables à l'usage du pain bis. La fabrication de la farine blanche n'est pas de date très ancienne. C'est la maison Ganz, de Budapest, qui, par la substitution de la fonte trempée à la fonte ordinaire dans la construction des cylindres, rendit possible la fabrication courante des farines blanches. Les premières livraisons de matériel de la maison Ganz datent de 1873.

Il ne faut pas baser une appréciation du pain bis sur le pain de guerre, ni même sur bon nombre de pains bis actuels. Les pains de guerre offraient une composition anormale, de nécessité. La boulangerie, de nos jours, aime mieux fabriquer des pains de farine blanche, plus faciles à faire, qui lèvent plus aisément. Ce n'est pas une raison pour que ce pain soit préférable au pain bis bien fait, dans lequel entrent des éléments minéraux et de lest intestinal dont on ne doit pas négliger la valeur.

La standardisation biologique des médicaments.

(M. Weitz. — *Soc. de thérapeutique* ; 11-1-1928.)

Pour certains produits actifs, dont la préparation et la composition varient avec les pharmacopées, il y aurait intérêt à établir une standardisation (unification) dans les différents pays. Il en est ainsi, par exemple, pour le chanvre indien, l'extrait d'ergot de seigle, l'insuline, etc. Le bureau scientifique de la Société des Nations a étudié la question, recherchant des tests définissant l'unité de chaque substance. Pour les agents médicamenteux qui n'ont pas de caractère chimique, le test devra être d'ordre biologique.

Salicylate de soude sucré intra-veineux.

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de thérapeutique* ; 11-1-28)

Le salicylate de soude sucré intra-veineux a deux indications principales : l'encéphalite épidémique et la maladie de Bouillaud. Pour l'encéphalite épidémique, Carnot et Blamoutier ont fait entrer dans la thérapeutique de cette affection l'injection intraveineuse de salicylate de soude. Le salicylate en milieu sucré, remarque M. Rosenthal, est mieux toléré par la veine.

Pour le rhumatisme articulaire aigu, l'emploi intra-veineux du salicylate permet de donner les doses élevées (10 à 15 gr.) nécessaires selon divers auteurs (Caussade) dans cette affection. La voie veineuse triple, en effet, l'action du médicament et deux injections quotidiennes de 1 gr. chacune de salicylate de soude correspondent déjà à 6 gr. de médicament *per os*. L'ingestion concomitante de 6 gr. du médicament complète donc la dose de 12 gr. qu'il serait difficile de donner par voie gastrique sans provoquer de l'intolérance. Bien entendu, dès qu'il y a détente, les doses sont diminuées et la voie buccale devient finalement suffisante. Le salicylate sucré est mieux supporté par la veine.

P.L.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

MM. Paul Vigne et Galland présentent un malade atteint de maladie de Nicolas et Favre. L'aine gauche est le siège d'une grosse tumeur fistulisée, rouge, peu douloureuse, adhérente à la peau et aux plans profonds. La palpation montre des ganglions iliaques hypertrophiés. Le pus filant et glaireux montre la formule histologique habituelle : prédominance des mononucléaires (57 %) sur les polynucléaires (43 %). Les épreuves de contrôle pour éliminer la syphilis et le bubon chancrelleux ont été négatives.

Anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de l'aorte thoracique.

MM. François et Zuccoli relatent l'observation d'une syphilitique de 67 ans, ayant eu des douleurs vives épigastriques accompagnées de paresse des réflexes rotuliens et pupillaires, chez laquelle la radioscopie révéla une ectasie aortique portant sur l'ascendante, la crosse et la descendante avec extension au tronc brachio-céphalique, ectasie confirmée par l'autopsie. Les auteurs soulignent l'absence complète de signes cliniques d'ectasie et le caractère ful-

gurant de douleurs à type gastrique s'expliquant par la compression des nerfs intercostaux et des rami-communicantes par l'anévrysme.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Pylorotomie précoce à seize jours. Guérison.

MM. Poucel, E. Acquaviva et J. Vignoli. — Garçon né à terme, pesant 3 kgr. 950. Au dixième jour, début des vomissements. Ceux-ci s'accentuent ; les selles deviennent rares. Oligurie. Perte de poids rapide arrivant à 100 gr. par jour. Deux faits anormaux : absence de péristaltisme constaté ; présence de fièvre : 39, sans cause apparente. Devant la rapidité effrayante de l'aggravation on opère. Lésions nettes de sténose hypertrophique. Pylorotomie extra-muqueuse. Cessation des vomissements dès le lendemain. L'enfant n'a plus eu aucun trouble.

Histoire radiologique d'un épanchement péricardique.

M. Huguet présente une série de radiographies d'un épanchement péricardique tuberculeux, suivi pendant six mois jusqu'au décès et remarquable par ses grandes dimensions, par son extension vers la droite et par l'épaississement considérable de la coque péricardique.

Athérome des artères périphériques avec radiographie des artères des membres.

M. Rouslacroix et Mlle Coulange présentent les radiographies des artères athéromateuses des membres d'un vieillard de 72 ans, entré à l'hôpital pour faiblesse générale, dyspnée d'effort, douleurs au creux épigastrique. De l'étude, au niveau des membres, des tensions maxima et minima et des indices, le cœur d'autre part paraissant indemne, les auteurs concluent à l'intégrité relative très probable de l'aorte thoracique et abdominale.

Cancer latent de la grande courbure de l'estomac ouvert dans la loge splénique. Abcès aréolaire du foie ouvert dans la grande cavité péritonéale.

MM. Boinet et Antoine Raybaud ont trouvé chez une femme âgée, décédée au cours d'un syndrome péritonéal de l'hypocondre droit interprété comme une perforation d'un cancer gastrique, d'une part un cancer latent gastrique perforé dans la loge splénique, d'autre part un abcès sous-phrénique droit dû à l'ouverture d'un abcès du foie, lui-même secondaire au cancer gastrique par voie lymphatique.

Note sur le traitement du zona par l'iodasèptine.

MM. Massot et A. Fournier rapportent l'observation d'un cas de zona intercostal chez une femme de 64 ans dont les douleurs rebelles aux analgésiques habituels et aux rayons X furent immédiatement calmées et rapidement supprimées par les injections intra-veineuses d'iodaseptine. Ceci confirme les résultats rapportés à la Société de médecine de Nancy par Ganzinotty en mars 1927.

Volumineux anévrysme de la crosse et de la portion descendante de l'aorte thoracique avec corrosion des vertèbres.

MM. Boinet et Antoine Raybaud. — Chez un syphilitique traité par du sérum ichtyocollé, outre les médications spécifiques, et sensiblement amélioré et qui mourut d'une broncho-pneumonie grippale, les signes fonctionnels et physiques permirent d'apprécier la poche anévrysmale de la crosse seule, l'anévrysme de la portion descendante resta latent malgré la corrosion des corps vertébraux de D5 D6, D7 en avant et sur leur face latérale gauche.

Un cas d'herpès à type zoniforme diagnostiqué par l'inoculation à l'œil du lapin.

MM. A. Galland et J. Verges rapportent le cas d'une malade présentant dans les deux régions rétro-auriculaires et sur les côtés de la langue des vésicules reposant sur un placard rougeâtre, remplies d'un liquide louche et s'accompagnant de douleur. Herpès ou zona ? Les auteurs s'inspirant de l'expérience réalisée par Lowenstein en 1921 pratiquèrent l'inoculation du liquide louche à la cornée d'un lapin et virent se développer une kératite herpétique. L'évolution des vésicules confirma ce diagnostic.

Extrême atrophie rénale dans un cas de néphrite chronique urémigène.

MM. Rouslacroix et Mlle Coulange présentent les deux reins, pesant 50 gr. chacun, d'une femme de 63 ans atteinte d'urémie convulsive et morte sans amélioration des symptômes malgré divers essais thérapeutiques. Le parenchyme rénal est réduit à une coque de quelques millimètres entourant un noyau central conjonctivo-graisseux.

Emile Castelli.

Les Congrès

XVIIe Congrès français d'Urologie (1)

Paris, 4 *au* 8 *octobre* 1927.

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR.

Etat actuel des explorations radiologiques pour le diagnostic des affections rénales.

MM. BELOT et PASTEAU, rapporteurs.

Un bref historique expose l'évolution des explorations radiologiques appliquées au diagnostic des affections rénales. Limité d'abord à la recherche des calculs; le radiodiagnostic étendit peu à peu son champ d'investigation et montra d'abord le contour du rein, sa forme, son volume, sa position, puis la forme, la dimension et les particularités de ses cavités grâce à la pyélographie. Enfin, récemment, on put observer sur l'écran le fonctionnement du bassinet et des calices remplis de liquide opaque, méthode qui porte le nom de pyéloscopie.

I. **Technique radiologique.** — Conditions dans lesquelles s'effectue l'exploration du rein : Ces conditions sont particulièrement complexes, puisque le rein est un organe mobile, profondément situé, entouré de corps présentant à peu près la même opacité que lui.

Procédés d'exploration. — Deux procédés s'offrent pour l'examen du rein ; la radioscopie et la radiographie ; les deux méthodes, loin de s'opposer, se complètent mutuellement.

Appareillage. — Pour l'examen radiologique du rein, il est important de disposer d'un matériel électrique puissant pour réduire au minimum la durée de la pose et d'appareils destinés à assurer une parfaite netteté aux images radiographiques (cylindres compresseurs, grilles antidiffusantes).

Technique radiologique. — Pour vaincre les difficultés particulières que présente l'examen du rein, il faut, avec un matériel parfait, appliquer une technique appropriée.

Examen sans artifice. — On utilise la méthode courante de radioscopie et radiographie sans artifice de préparation du sujet. Toutefois il est bon de faire prendre au sujet certaines précautions telles que purgation, lavement, diète, etc. A moins de la nécessité d'une vue d'ensemble, les radiographies sont limitées, avec compression et grille antidiffusante, procédé dont la valeur était encore discutée il y a peu de temps.

Examen avec contraste artificiel. — Parmi les procédés extérieurs aux reins, destinés à augmenter la valeur des contrastes, il faut noter d'abord l'insufflation colique, l'insufflation péritonéale, le pneumo-péritoine et le pneumo-rein, trois procédés destinés à rendre plus apparents les contours du rein : leur valeur est discutable, et leur emploi, non sans inconvénient, paraît limité à des cas spéciaux. Parmi les procédés s'appliquant au rein et à ses cavités, il faut citer l'emploi de mandrins et sondes opaques, la pyélographie, la pyéloscopie, la pneumopyélographie et l'opacification du rein.

Ce dernier artifice laisse entrevoir la possibilité d'opacifier le tissu rénal lui-même, par l'absorption de certaines substances à poids atomique élevé, méthode analogue à celle couramment utilisée aujourd'hui pour l'examen du foie et de la vésicule biliaire.

II. **Radiologie clinique.** — Configuration extérieure du rein. Situation. Forme, Direction. Volume.

En dehors de toute calcification, l'ombre du rein, voire celle du bassin et exceptionnellement du début de l'uretère, peut être obtenue dans la très grande majorité des cas, alors même qu'il s'agit d'un rein petit et non purulent, d'un rein normal.

L'image d'un rein est toujours incomparablement plus nette sur les clichés.

L'examen radiologique permet normalement de fixer l'image du rein, de renseigner sur son existence, sur sa situation, sa forme, sa direction et jusqu'à un certain point sur son volume même.

Mesure de la surface rénale. — Les modifications de volume apparent du rein peuvent être appréciées par la mensuration de la surface rénale obtenue au moyen de la radiographie. Il devient même possible d'apprécier l'augmentation de volume d'un rein restant sans radiographie antérieure, en rapportant la surface rénale au poids actuel du corps (Hirtz).

Configuration intérieure du rein (bassin et calices) Forme, situation, dimensions. — Des renseignements très précis sont obtenus après injection des cavités rénales avec un liquide opaque aux rayons, par la pyélographie, et surtout par des pyélographies multiples répétées en série ou mieux encore par des pyélographies choisies par simple pyéloscopie (Legueu, Fey, Truchot). L'association par principe de la radioscopie et de la radiographie a marqué une étape considérable dans l'étude des cavités rénales normales et pathologiques ; elle permet de suivre la forme du bassinet et des calices au cours de leur évacuation, d'étudier leur motricité, c'est-à-dire d'étudier la fonction excrétrice du rein.

Anomalies de développement. Rein en fer à cheval. — Une bonne épreuve radiographique peut déjà faire soupçonner l'existence d'une anomalie du rein, mais le plus souvent, c'est par la radiographie de sondes

(1) Association de la Presse médicale française.

urétérales opaques et par la pyélographie qu'on doit arriver à connaître l'existence de l'anomalie rénale, symphyse rénale unilatérale, rein ectopique croisé, rein en fer à cheval.

Anomalies de situation. Rein mobile. — Une seule radiographie donne trop peu de renseignements. Il convient de prendre l'image du rein dans différentes positions du sujet : décubitus dorsal horizontal ou avec obliquité du tronc en bas et en arrière ou en haut et en arrière (position renversée), station verticale, décubitus latéral.

L'étude du rein mobile a beaucoup gagné à l'introduction de sondes opaques dans l'uretère, ou de substances opaques dans le bassinet, dont on connaît ainsi la place, la forme, la capacité, la sensibilité.

Les pyélographies en séries ou sélectionnées par la pyéloscopie doivent être placées au premier rang des explorations instrumentales pour l'étude du rein mobile.

Infections et rétentions rénales. — Les infections et les rétentions rénales sont normalement liées intimement dans leur évolution anatomique, physiologique et clinique.

I. L'étude des différents temps de l'évacuation rénale donne des précisions de la plus grande netteté. A côté des rétentions d'origine congénitale, on trouve des rétentions « imparfaites », se manifestant par une augmentation de la durée de l'évacuation pyélique, soit par des troubles fonctionnels passagers sans lésions anatomiques constituées.

II. Il existe, au moins au début, avant la période de distension et de rétention chronique marquée, un rapport étroit entre le degré d'infection du bassinet et sa motricité.

Plus tard, au fur et à mesure que la sclérose se développe, le bassinet se contracte moins bien et s'évacue moins complètement. D'où l'importance de la pyéloscopie pour l'étude des infections rénales, des pyélonéphrites, quel que soit leur microbe originel.

Aujourd'hui, on s'attache surtout à agir sur les agents infectieux. Demain, on s'attachera d'abord à supprimer les conditions anatomiques ou physiologiques qui président à la rétention et permettent à l'infection de s'établir et de persister.

Tuberculose rénale. — Les résultats de l'examen radiologique dépendent du volume du rein et du degré d'altération de la substance rénale.

Les abcès du parenchyme peuvent être marqués par une zone de plus grande transparence au niveau des poches purulentes. Si la paroi de la cavité abcédée est incrustée de substances calcaires ou revêtue d'une couche de pus très épais, il existe au contraire une zone moins transparente à ce niveau que sur le reste de la surface rénale ; il en est de même pour les poches mastic.

Lithiase rénale. — I. Etude du calcul. — Il n'est pas possible d'affirmer encore que la radiographie permet de découvrir tous les calculs du rein, mais, dans la très grande majorité des cas, il est possible d'obtenir, sinon par la radioscopie, du moins par la radiographie, des images suffisantes pour établir un diagnostic précis de l'existence, de la forme, du volume, du nombre, de la situation, de la mobilité, voire de la composition et même du poids des calculs.

III. L'étude du rein calculeux fait connaître la mobilité d'ensemble de la masse rénale, l'existence de dilatations rénales plus ou moins étendues, de rétentions par obstruction de l'orifice urétéral, ou par simple spasme. Mais chez les calculeux du rein, il est préférable de s'abstenir autant que possible de la pyélographie, étant donnée la facilité avec laquelle peut s'installer l'infection.

Tumeurs du rein. — La radiographie permet de voir les contours et de faire l'étude extérieure du rein.

L'étude de l'intérieur des cavités rénales par pyélographie peut montrer une tumeur épaisse et pédiculée se détachant en plus clair sur l'ombre pyélique, ou une ombre pyélique caractéristique avec déformation, écartement et élongation des calices.

La pyéloscopie montre une sorte de rigidité fragmentaire de l'ombre dans la zone tumorale (Legueu, Fey et Truchot).

De tout cela il résulte que l'examen radiologique à lui seul est parfois susceptible, dans l'étude des affections rénales, d'assurer un diagnostic précis.

Dans d'autres cas il éclaire un diagnostic douteux.

Dans d'autres enfin, il apporte de véritables surprises.

Mais si un résultat positif permet de préciser le diagnostic et de décider ou non une intervention opératoire, un résultat négatif ne doit pas encore être considéré comme apportant toujours une certitude absolue.

De toute façon ce n'est que par l'union intime de la clinique et du laboratoire, par la collaboration directe et continue du chirurgien et du radiologue, que l'exploration radiologique peut fournir, avec toute la précision désirable, les renseignements dont elle est capable.

Ce rapport est accompagné d'une série de 75 planches originales donnant les types caractéristiques auxquels peuvent être comparées les images radiologiques obtenues dans la pratique urologique journalière.

A propos de la question à l'ordre du jour.

M. Cathelin montre que si la radiographie simple a fourni pour les pierres du rein des renseignements très précieux au chirurgien, il n'en est pas de même pour les autres affections rénales (tuberculose, cancer, hydronéphrose). Le pneumo-rein et le pneumopéritoine, qui étaient des techniques très osées, sont aujourd'hui abandonnés.

La radioscopie, malgré un regain d'actualité, ne peut constituer une méthode d'une certaine valeur scientifique, car elle dépend trop du coefficient personnel de celui qui voit ; la pyélographie, enfin, méthode également d'origine allemande, est intéressante et sans gros danger véritable, malgré quelques

incidents. Malheureusement, on ne sait jamais d'avance les cas où on pourrait l'appliquer, ce qui en restreint beaucoup la valeur, à moins qu'on ne l'essaye chez tous les malades à diagnostic douteux, ce qui est excessif.

En résumé, si la radiographie rénale reste pour nous une méthode de premier ordre, il n'en est pas de même des procédés secondaires qui en découlent et qui ne seront jamais, quoi qu'on en dise, que des procédés d'exception.

M. André (Nancy). — La radiographie peut donner d'utiles renseignements dans certains cas de tuberculose rénale ancienne où le rein présente des cavernes à parois indurées, sclérosées, ou à contenu mastic.

Dans certains cas, le cathétérisme urétéral est encore possible, mais le rein ne donne rien et la radiographie montre un rein mastic.

Dans d'autres, l'uretère est complètement fermé et parfois même on a de la peine à retrouver la place de son ancien orifice. La radiographie, là encore, montre un rein mastic.

Parfois, on est conduit au diagnostic rétrospectif d'ancienne tuberculose rénale par l'existence dans les antécédents d'une cystite de longue durée ou encore par la présence de quelques bacilles de Koch dans l'urine.

Mais dans quelques cas, la vessie est redevenue complètement normale, l'urine claire, sans pus ni bacilles, les mictions sont normales et la radiographie est réellement le seul moyen de déceler l'ancienne tuberculose qui s'est terminée par un rein mastic avec fermeture totale de l'uretère.

Parfois même, cette découverte est faite par hasard à l'occasion d'une exploration radiographique faite pour une autre lésion de la région dorso-lombaire.

Dr Vankeerberghen (Bruxelles). — La radiographie, examen d'une innocuité absolue pour le patient, doit être largement employée. La pyélographie pouvant entraîner des inconvénients dans certains cas, il ne faut pas en abuser, surtout dans les cas infectés (calculs, tuberculose).

Dans la tuberculose rénale ancienne notamment, la radiographie peut, à elle seule, dans des cas où les explorations habituelles sont impossibles, donner de très utiles ernseignements.

Est jointe la relation d'un cas accompagnée de clichés mettant cette proposition en évidence.

M. Maurice Chevassu (Paris) présente un certain nombre de radiographies rénales très caractéristiques ou particulièrement instructives dues pour la plupart à l'habileté du Dr Maingot.

Il oppose les calculs moulés sur les cavités rénales, souvent absolument latents, et parfois à peine visibles, aux calculs mobiles dans les cavités du rein, mobilité à laquelle ils doivent une forme plus ou moins arrondie. Il présente un exemple remarquable de mobilité calculeuse en une série de radiographies dues au Dr Galli, montrant que le calcul est susceptible, suivant la position du sujet, de se déplacer depuis le sommet du calice supérieur jusqu'à l'extrémité inférieure de l'uretère et inversement.

Défilent successivement : calcification des tuberculoses rénales, dans les reins mastics en particulier, des vieilles pyénophroses, les cancers du rein à type dit hypernéphrome ; calcifications extra-rénales des calculs biliaires, des adénites cicatrisées, des foyers anciens de tuberculose péritonéale ; taches opaques dues au bismuth intra-intestinal ou au mercure intra-musculaire.

La visibilité du contour du rein, progrès capital de la radiographie rénale, montrant à la fois l'existence du rein et sa forme, peut permettre de juger des déformations du parenchyme, exceptionnellement même du bassinet.

Les insufflations périrénales ne donnent que par hasard des renseignements supérieurs à ceux que donne une bonne radiographie rénale. Les injections intrapyéliques sont d'interprétation souvent difficile ; Chevassu estime n'en avoir pas encore une expérience assez approfondie pour pouvoir juger de leur valeur réelle.

Par contre, il attache une grosse importance à l'examen radioscopique du diaphragme et du cul-de-sac pleural de tous les sujets soupçonnés de lésion rénale. La diminution de l'amplitude respiratoire d'un côté, les modifications de la profondeur du cul-de-sac pleural de ce même côté accompagnent en particulier fréquemment les infections aiguës du rein. Elles sont un excellent moyen de diagnostic des abcès corticaux du rein à urines claires, souvent reconnus sans elles extrêmement tard, et dont la fréquence relative est encore trop méconnue.

M. E. Papin (Paris). — Le sujet du rapport était si étendu qu'il était impossible de donner un développement suffisant aux applications de la méthode.

La radiographie est une exploration indispensable dans presque toutes les maladies chirurgicales du rein. La pyélographie doit être mise largement en usage. La pyéloscopie a, au contraire, des indications plus limitées.

Les anomalies du rein et de l'uretère ne sont reconnues sur le vivant que depuis l'emploi de la pyélographie.

Les hydronéphroses exigent toujours un examen pyélographique et souvent la pyéloscopie.

Les indications opératoires dans la lithiase rénale sont heureusement précisées par la pyélographie.

La radiographie peut être utile dans certains cas de tuberculose.

Le cancer au début peut être dépisté par la pyélographie.

Toutes ces explorations doivent être employées largement, on n'aura jamais à regretter de les avoir pratiquées, on regrettera souvent de les avoir négligées.

J. François (d'Anvers). — Sur 12 tumeurs du rein opérées par nous, la radiographie simple ou l'injection de CO^2 dans la loge graisseuse du rein

nous a permis de voir trois fois une augmentation anormale de volume du rein alors que le palper le plus minutieux ne permettait pas de sentir cette altération du rein.

La pyélographie que nous avons été un des premiers à faire systématiquement et à proposer depuis 1920 chez les malades suspects de tumeur pour déceler des altérations du bassinet et des calices qui puissent nous aider à diagnostiquer cette affection, a donc une importance réelle.

Dans 11 cas sur 12, nous avons trouvé des altérations du bassinet : images lacunaires du bassinet, refoulement d'un calice ou de l'uretère, suppression partielle de l'image du bassinet, d'un ou plusieurs calices. Dans un cas sur 12, nous n'avons pas vu d'altération nette de l'image du bassinet. Ces altérations nous ont, dans la majorité des cas, beaucoup facilité le diagnostic et dans trois cas sans tumeur palpable, sans hématurie, au moment de l'examen, nous ont seules permis de faire des diagnostics de tumeur vraisemblable et de justifier des opérations précoces.

M. Jeanbrau (Montpellier). — Les résultats fournis actuellement par l'exploration radiographique de l'appareil urinaire ont une telle importance pour dépister les affections latentes graves des reins et des uretères qu'il est nécessaire de rappeler sans se lasser les cas qui imposent cet examen. Il serait désirable que tout praticien ait constamment présentes à l'esprit les règles suivantes :

1° Il y a indication à radiographier l'appareil urinaire de tous les pyuriques, de tous les hématuriques et de tous les lombalgiques sans exception.

2° Dans tous les cas, il est nécessaire de radiographier l'appareil urinaire en totalité (les deux reins, les deux uretères, la vessie).

3° En cas de calcul vésical, constaté au cystoscope, ou grâce à l'explorateur, il faut également faire pratiquer un examen radiographique de tout l'appareil urinaire.

4° En cas de résultat négatif d'une première exploration radiographique, et de persistance d'une douleur lombaire, il faut faire pratiquer un nouvel examen radiographique dans de nouvelles conditions. On découvrira parfois un petit calcul pyélique ou urétéral, cause des douleurs, qui n'avait pas donné d'ombre sur les premiers clichés.

Discussion du rapport.

F.-H. de Beaufond (Paris). — Je demanderai simplement à préciser l'intérêt de l'urétéro-pyélographie en série qui se différencie nettement des radiographies répétées, méthode aveugle.

En préconisant avec Porcher, et les premiers à notre connaissance, l'urétéro-pyélographie en série, nous en avons donné dans de précédents articles la définition.

Loin de s'opposer à la pyéloscopie qu'elle utilise, cette méthode en est plutôt le complément.

Si elle permet la prise de radiographies sélectionnées selon la technique de M. le prof. Legueu, elle a l'avantage de suppléer en outre à l'infériorité de l'œil en enregistrant dans la série régulière de ses clichés des finesses de détail que la pyéloscopie concomitante laisse échapper.

Dr Arcelin (Lyon). — L'auteur communique les résultats de ses recherches pendant ces vingt dernières années, concernant le diagnostic radiographique de la lithiase urinaire. Il insiste à nouveau sur la nécessité de l'examen de la totalité des voies urinaires chez les malades qui souffrent, qui urinent du sang ou du pus.

Pour être certain de mettre en évidence tous les calculs visibles aux rayons X, il est nécessaire d'utiliser des rayons peu pénétrants, de comprimer la région, de l'immobiliser, de la radiographier en une fraction de seconde, comme l'auteur l'a indiqué dès 1910.

Pendant l'intervention, un calque très précis de la radiographie permettra de reconnaître les calculs au fur et à mesure de leur extraction.

Dans certains cas, une radiographie du rein extériorisé fera savoir si tous les calculs sont extraits ou non ; suivant les circonstances, cette épreuve permettra de compléter une recherche et d'enlever les derniers fragments de calcul, ou de terminer l'intervention par une néphrectomie si l'autre rein est bon. Cette pratique réalise un réel progrès ; elle permettra des opérations plus complètes.

M. Gérard (de Lille). — Dans l'étude de la tuberculose rénale, la radiographie ne fournit, en général, que des signes complémentaires d'ordre secondaire si on les compare à ceux donnés par les autres modes d'exploration. Ces renseignements peuvent, dans certains cas — et l'auteur en cite — présenter un intérêt particulier. Il signale surtout une observation dans laquelle le seul signe de localisation de la tuberculose dans un rein fut donné par la radiographie. Il s'agissait d'un enfant de onze ans, à antécédents chargés, manifestement atteint de tuberculose réno-vésicale, chez lequel aucun symptôme, ni subjectif, ni objectif, ne permettait d'attribuer la lésion à l'un ou l'autre rein. Même sous anesthésie générale on ne put pratiquer la cystoscopie, les dimensions de l'urètre la rendant impossible. Mais la radiographie montra que le rein droit était plus volumineux que le gauche et qu'il était bosselé. Nanti de cette seule précision, l'auteur s'assura par lombotomie exploratrice de l'intégrité du rein gauche et enleva par néphrectomie le rein droit qui présentait, outre un volumineux kyste congénital multiloculaire, des lésions de tuberculose en évolution.

L'auteur signale ensuite un signe radiologique intéressant le diagnostic des hydronéphroses extrêmement volumineuses. Il relate une observation dans laquelle la radiographie d'une sonde opaque introduite dans l'uretère gauche montra que ce canal avait été refoulé jusque sur le flanc droit de la

colonne vertébrale. Le diagnostic fut vérifié opératoirement.

R. Darget (Bordeaux). — Dans une tentative de pneumo-rein, des accidents lipothymiques pendant deux heures m'ont fait renoncer à une méthode qui n'ajoute pas grand'chose du reste aux renseignements fournis par une bonne radiographie simple.

En ce qui concerne la pyélographie qui, employée à bon escient, ne saurait être discutée, il convient de faire un choix judicieux parmi les liquides opaques à injecter. L'iodure de sodium doit être choisi si l'on désire une image très nette du bassinet pour diagnostiquer un calcul ou une tumeur. Le lipiodol étendu de trois fois son volume d'huile devra être préféré pour une pyélographie quand le bassinet est infecté : le pouvoir antiseptique du lipiodol peut être du meilleur effet en pareil cas.

Quant à la chirurgie du rein et du bassinet, grâce aux explorations actuelles, elle est appelée à entrer dans une voie de plus en plus physiologique. Toute ptose importance du rein comporte à l'heure actuelle une pyélographie, pyéloscopie, pour rechercher la dilatation pyélique, le coude pyélo-urétéral, le temps d'évacuation. Il importe en outre de pratiquer également un examen du rein après réduction manuelle de l'organe maintenu dans la loge lombaire au cours de l'examen. Les plus précieux renseignements peuvent en résulter concernant l'utilité d'une fixation du rein. Deux pyélographies viennent en effet illustrer d'une façon très démonstrative cette façon de voir.

Dr Jean de Smeth (Bruxelles). — Le radiologiste est le collaborateur précieux dont l'urologiste ne peut plus se passer. Toute douleur lombaire nécessite une radiographie qui permet souvent de découvrir des lésions inattendues. La méthode de Carelli n'est plus nécessaire à tout bon radiologiste qui obtient le plus souvent la silhouette rénale.

Le Dr Jean de Smeth projette à l'écran une trentaine de radiographies et pyélographies qui lui ont permis de diagnostiquer des hydronéphroses, des calculs insoupçonnés, des tumeurs rénales, des uretères bifides, des reins ectopiques croisés, même des compressions par artère anormale.

R. Alassandri (Rome) se borne à signaler l'importance du pneumo-rein pour le diagnostic des cas douteux. Même avec le pneumo-péritoine on peut voir maintes fois le rein, mais en général seulement la moitié intérieure tandis qu'avec le pneumo-rein on peut avoir surtout des renseignements sur le pôle supérieur et sur la capsule surrénale. Contrairement à l'opinion répandue que la méthode est dangereuse, il exclut tout danger et il décrit la technique en usage à la clinique de Rome, où on a pratiqué presque 75 pneumo-reins sans aucun inconvénient.

La méthode est très utile dans les malformations et anomalies de position du rein, pour la localisation des calculs et des adhérences périrénales, dans la tuberculose, etc., mais surtout dans les lésions du pôle supérieur et spécialement dans les tumeurs, qui siègent très fréquemment dans la moitié supérieure du rein, et dans lesquelles il est surtout important de poser un diagnostic précoce. Une contre-indication est donnée par les processus infectieux, surtout par les pyonéphroses.

Il présente des dispositifs de pneumo-péritoine et de pneumo-rein pour la démonstration de ses affirmations.

M. Le Fur (de Paris). — Cette exploration nous a toujours donné d'excellents résultats. Le lipiodol est toujours *très bien supporté* et ne donne jamais aucune réaction. Les urétéro-pyélographies fournies par le lipiodol sont en général d'une netteté remarquable, même chez les obèses. Cette méthode est particulièrement indiquée dans les coudures et rétrécissements de l'uretère, la dilatation ou la distension du bassinet (hydronéphrose, pyonéphrose), les poches ou abcès du rein, les variations du bassinet, des calices et de l'uretère (normales ou pathologiques), la situation du rein par rapport à la colonne vertébrale. *Le mesure de la rétention et de la distension des cavités du rein permet de déceler des rétentions urétéro-rénales tout à fait au début.*

La pyélographie a sur la pyéloscopie un avantage ; elle donne une *image qui reste* et sur laquelle on peut discuter, alors que la pyéloscopie donne une impression par trop fugitive. La pyélographie au lipiodol permet en outre, cette substance étant très lentement éliminée, d'étudier plus facilement, *comme au ralenti*, les fonctions d'évacuation de l'appareil urinaire supérieur.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

A la librairie Louis Arnette,
2, rue Casimir-Delavigne.

J. Sédillot. — **Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis.** (Un vol. 165 p. Prix : 20 fr.)

Annales de médecine et de chirurgie. *Revue trimestrielle.* Rédacteurs en chefs : A. Bergeret et N. Milianitch. Tome I, nº 1.

C. M. Desvernine. — **Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique basé sur de nouvelles recherches cliniques et expérimentales.** (Un vol. 98 p., Prix : 10 fr.)

Chez Doin, éditeur.

Dr Dartigues, président-fondateur de l'Umfia. — **La parole de l'Umfia.** Recueil de discours prononcés depuis la fondation de l'Umfia. Tripréface des professeurs J.-L. Faure, Roger et Tuffier.

Les Thèses

P. — Dr Aurel. — **Contribution à l'étude des infections puerpérales.**

Dans un travail inspiré par M. le professeur Guéniot, l'auteur étudie les traitements qui paraissent actuellement les plus efficaces dans les métrites puerpérales et les septicémies puerpérales.

Dans un premier chapitre, il étudie les traitements des « formes utérines communes », avec ou sans septicémie.

Les injections intra-utérines antiseptiques seront indiquées lorsqu'il y aura un écoulement lochial fétide, rétention lochiale par flexion utérine. L'irrigation continue suivant la méthode de Pinard n'a plus qu'un intérêt historique ; elle doit faire place à l'irrigation discontinue suivant la méthode de Carrel.

Lorsqu'il y aura rétention placentaire, le curage digital est préféré par Aurel au curetage qui, suivant la théorie allemande, détruirait la barrière de défense utérine.

L'écouvillonnage avec l'écouvillon de Doléris trouvera ses indications dans les cas de rétentions membraneuses. Le drain rigide de Mouchotte assurera, dans les cas de fluxion utérine, l'écoulement lochial.

Ce chapitre se termine par une critique des pansements intra-utérins antiseptiques et la description de la méthode de vaccination locale (Besredka) appliquée à l'utérus, préconisée par Lévy-Solal. Elle mérite d'être utilisée et justifie tous les espoirs.

Le chapitre II décrit le traitement général médical qui doit toujours être de premier plan : glace sur le ventre, toniques, antithermiques, bains. Le sérum anti-streptococcique, et les vaccins ont donné des résultats inconstants. Bouffe de St-Blaise a obtenu de bons résultats avec l'arsénobenzol intra-veineux, Souligoux a recommandé le cyanure de mercure, Lévy-Solal et Weymeersch (de Bruxelles), la thérapeutique par le choc. Guéniot donne la préférence à la diformine iodo-benzo-méthylée (septicémine) qui agit à la fois par son urotropine sur les moyens de défense de l'organisme (foie, rein) et par son iode dont le pouvoir antiseptique et antitoxinique est bien connu. La septicémine semble avoir une action élective sur le streptocoque et les infections associées.

Le professeur Guéniot et Aurel ont utilisé les injections intra-veineuses à la dose de 4 à 8 cc. par 24 heures ; dans les cas graves, ils ont atteint 10, 20 et même 30 cc. par 24 heures.

Ils recommandent d'instituer le traitement aussi précocement que possible, dès la première élévation de température.

Quelle que soit la dose employée, ils n'ont constaté ni choc, ni intolérance. Les résultats sont rapides et constants ; amélioration dès le lendemain ; suppression des séquelles et complications des infections puerpérales : phlegmons pelviens, périmétrites, phlébites pelviennes ou des membres inférieurs.

M. Aurel termine son travail par un chapitre sur l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale qui reste un traitement d'exception.

Mtp. — Dr M. Janbon, ancien interne des hôpitaux de Montpellier (concours 1922). Croix de guerre. — **Recherches sur les composés azotés du suc gastrique en vue du diagnostic précoce du cancer de l'estomac.** (Imprimerie Emmanuel Montane, Montpellier, 1927.)

Dans six observations de cancer de l'estomac, le chiffre de l'azote polypeptidique dosé dans le suc gastrique pur s'est montré notablement plus élevé (0 gr. 185 en moyenne par litre) que dans sept observations d'ulcus (0.070) et dans 33 observations de dyspepsies non suspectes de cancer (0.055).

Par contre, les taux des autres fractions de l'azote non protéique et de l'albumine n'ont pu permettre d'établir une différence appréciable et constante.

Sur dix cas artificiellement isolés sur la seule constatation d'un chiffre élevé ($>$ 0,120) d'azote polypeptidique, deux sont probablement des cancers, trois présentent un suc histaminique anachlorhydrique, cinq n'offrent aucune particularité actuelle. Il convient de suivre leur évolution clinique ultérieure.

P. — Dr J. Bénéton. — **Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

L'appendicite pelvienne, par la diversité de ses formes cliniques (formes d'occlusion intestinale, forme diarrhéique, forme dysurique) donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic et est quelquefois une trouvaille opératoire.

La crise appendiculaire pelvienne est presque toujours d'un diagnostic très délicat chez la femme, en raison des multiples erreurs possibles avec les affections de l'appareil génital.

Aussi, chez tout malade qui se plaint de douleurs abdominales et pelviennes, il est de toute nécessité de pratiquer un toucher, soit vaginal, soit rectal, combiné au palper de l'abdomen.

L'ouverture de la collection suppurée ilio-pelvienne est une intervention d'urgence ; et le pronostic de l'évolution ultérieure est fortement amélioré lorsqu'on a la chance d'enlever l'appendice.

Lorsqu'il y a abcès exclusivement pelvien, avant de pratiquer une rectotomie, il faut attendre que cet abcès soit bien collecté dans le Douglas et détermine une tumeur rénitente plus ou moins fluctuante, repoussant la paroi antérieure du rectum, qui, à ce niveau, donne au toucher une impression de minceur et de fragilité caractéristique.

L'appendicectomie secondaire, faite à froid après guérison complète de l'abcès pelvien, est nécessaire pour éviter des crises ultérieures.

P. — Dr M. Rosier. — **Contribution à l'étude de la réaction de Bordet-Wassermann dans la scarlatine.** (Librairie Louis Arnette, Paris, 1927.)

Les réactions de Bordet-Wassermann pratiquées chez trente sujets, enfants ou adultes, atteints de scarlatine n'ont donné, avec les trois techniques : Wassermann-type, Hecht, Desmoulières, aucun résultat positif ou même douteux.

La spécificité du Bordet-Wassermann dans la scarlatine ne semble donc pas aussi souvent en défaut qu'on l'a écrit. Les faits rapportés sont en faveur de la spécificité du Bordet-Wassermann, même au cours de cette affection. L'explication que l'on peut donner de ceux-ci semble se trouver dans la qualité des antigènes employés.

Les altérations du foie, le fait de la pyrexie, ne semblent pas être des explications valables, puisque dans sept observations, la fièvre était à 39-40°.

Aucun cas de réactivation n'a pu être observé, mais l'examen clinique n'a révélé aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire chez les sujets étudiés.

THÉRAPEUTIQUE

Nouvelles recherches chimiques et pharmacologiques sur le gui.

A l'Institut Pharmacologique du Pr Coronedi à Florence, le Dr P. M. Nicolini vient de poursuivre l'étude chimique et pharmacologique du gui (*Archives de farmacologia e Scienze Affini XLIII*-I-1927).

Contrôlant chaque opération chimique par l'essai physiologique sur la pression sanguine et mesurant la chute de pression obtenue, Nicolini en déduit des conclusions nettes pour l'obtention de préparations de gui présentant une activité maximum avec le minimum d'effets accessoires.

Ses essais lui ont permis de reconnaître dans le gui la présence de trois corps distincts, l'un et l'autre par leurs effets physiologiques : l'un hypotenseur, le second hypertenseur, le troisième possédant une action sur le système nerveux central et déterminant les effets toxiques et les troubles respiratoires que l'on a pu constater avec certaines préparations.

Il a essayé de séparer ces corps et de les identifier au point de vue chimique, mais malheureusement sur ce point il est beaucoup moins net et n'a pas obtenu de corps cristallisés. Les indications qu'il fournit ne permettent pas d'infirmer les travaux antérieurs de Leprince, Chevalier, Barbieri et il semble bien que l'on ait affaire à un mélange d'alcaloïde et de glucosides, ainsi qu'on l'avait indiqué.

Le principe hypotenseur est soluble dans l'eau, dans l'alcool bouillant, moins dans l'alcool froid, et encore moins dans les solvants organiques ; il est partiellement précipitable par l'acétate neutre de plomb et par l'acide phosphotungstique, mais non par l'acide picrique et le tanin.

Le principe hypertenseur de même que celui agissant sur le système nerveux central sont insolubles dans l'alcool bouillant et totalement précipités par l'acide phosphotungstique ; Nicolini les différencie l'un de l'autre surtout par l'action qu'exerce sur eux les rayons X qui détruisent le corps hypertenseur et au contraire exaltent l'activité du corps agissant sur le système nerveux central.

Ces études, qui demanderaient à être poursuivies, montrent cependant toute l'importance qu'il faut attacher au traitement du gui pour l'obtention de préparations actives et non toxiques. Leprince avait déjà insisté sur ce point depuis longtemps et si la guipsine, depuis vingt ans, donne des résultats thérapeutiques toujours constants et toujours identiques, c'est que cette préparation ne renferme que le principe hypotenseur privé du principe hypertenseur et des principes irritants.

C'est presque, du reste, à l'heure actuelle, la seule forme pharmaceutique sous laquelle le gui soit prescrit et comme on l'a dit : la « guipsine est le médicament d'entretien de l'artérioscléreux et de l'hypertendu ».

A la dose de 6 à 8 pilules par jour, entre les repas, elle détermine non seulement la chute de la pression sanguine et l'amélioration des symptômes fonctionnels et des douleurs provoquées par l'hypertension, mais elle régularise le cœur, elle lève, comme l'a dit Huchard, le barrage périphérique, elle améliore les fonctions d'élimination du foie et du rein, améliore le processus de nutrition et ainsi agit sur la cause même de l'hypertension, alors que les autres vaso-moteurs périphériques n'agissent que passagèrement.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES

Les promesses de la Chambre. — Le discours de Carcassonne. — L'attitude nécessaire du Corps médical.

Tous ceux qui ont lu attentivement le compte rendu des débats relatifs à la loi sur les Assurances sociales, à la Chambre des Députés, en mars dernier, ont pu constater avec quelle touchante unanimité le Président de la Commission, son Rapporteur et les différents orateurs qui sont intervenus dans la discussion, ont pris l'engagement de faire apporter plus tard au texte présentement en cause, et qui ne devait subir aucun remaniement, les modifications réclamées par le corps médical organisé, formulées en son nom par la Commission mixte émanée du Congrès des Syndicats médicaux.

Il fut formellement entendu que, s'il n'était pas possible de faire traiter par le décret portant règlement d'administration publique la question des soins médicaux, telle que le Congrès l'a envisagée, un projet de loi rectifiant celui qui se discutait serait déposé par le Gouvernement dès la rentrée des Chambres.

Il n'y avait qu'un point sur lequel les Députés faisaient des réserves, c'était le maintien presque nécessaire de la liberté contractuelle, contre le paiement direct obligatoire demandé par la quasi unanimité des praticiens. Mais, il demeurait malgré tout d'importance secondaire.

Je passe sous silence ici tous les éloges plus ou moins pompeux qui furent adressés au corps médical du haut de la tribune du Palais-Bourbon, les hommages plus ou moins vibrants qui lui furent rendus. Les membres de la Commission de la Chambre ne cessaient de répéter à l'envi : « Mais nous sommes d'accord avec les médecins... Mais nous ne demandons qu'à nous entendre avec eux... Mais nous sommes disposés à leur donner satisfaction aussi largement que possible... »

Les promesses, les engagements solennels n'ont, certes, pas fait défaut. La loi a été votée à l'unanimité, et la législature a été close.

M. le Président du Conseil lui-même avait fait sa partie dans ce concert de belles paroles :

« Je tiens à répéter, déclara M. Poincaré « avant le vote, que le Gouvernement a l'intention très arrêtée de déposer le plus rapidement possible non pas un « rectificatif » général — et je voudrais bien que l'on ne se « servît pas de ces néologismes : « rectificatif », « additif », collectif » — mais un projet portant sur les points essentiels qui ont été visés dans cette discussion.... »

Quelques jours ont passé. Nous avons pu lire, avec toute l'attention qu'ils méritaient, les discours présidentiels de Bordeaux et deCarcassonne. Et, dans celui-ci, nous découvrîmes le passage suivant qui mérite d'être mis en évidence. Parlant de la loi sur les Assurances sociales, M. Poincaré s'exprima ainsi (j'ai emprunté ces lignes au *Journal Officiel*) :

« Dès le mois de mai, le Gouvernement va consulter les chambres d'agriculture, les associations agricoles, les représentants de la mutualité « pour étudier avec eux les vœux dont il a été saisi « et pour soumettre au Parlement les retouches « qu'il y aurait lieu d'apporter à la loi ».

Ainsi donc, on causera avec les agriculteurs et leurs groupements, on causera aussi avec la mutualité... Quant aux médecins, — il n'en fut pas dit le moindre mot — c'est donc qu'on n'aura garde de prendre contact avec eux.

Est-ce ainsi qu'il faut interpréter l'omission poincariste ? Prétendra-t-on que sa phrase fut, comme nos tarifs officiels, énonciative, et non limitative, qu'il y eut sans doute un « *etc.* » dans lequel nous trouverions notre place ? Ne serait-ce pas plutôt que les agriculteurs, qui sont le nombre, et les mutualistes, qui font du volume, méritent d'être pris en considération, tandis qu'une vingtaine de mille de médecins, c'est là quantité négligeable ?

Certes, ce fut quantité négligeable quand le corps médical était divisé, et le Sénat nous l'a bien fait voir.

Mais, le Congrès du 30 novembre a montré que la masse des praticiens ne veut plus de la persistance de cette division. Il ne lui suffit plus que le front unique ait été reconstitué entre

la Fédération, l'Union et les Spécialistes, pour les Assurances sociales. Elle entend qu'un seul grand groupement centralisateur absorbe Fédération, Union et spécialistes, de manière à ce qu'il ne subsiste aucune trace de discordes qui ne doivent plus être qu'un fâcheux souvenir.

Je sais qu'on y travaille de part et d'autre. Je sais qu'un projet de Statuts a été élaboré et est soumis à la discussion des Syndicats pour tenir compte des aspirations qui se sont fait jour naguère.

C'est une première étape. Ce n'est pas la seule ni la dernière qui doive être franchie dans la voie de la fusion.

On a beaucoup parlé ; on a bataillé ferme ; des horions ont été échangés : c'était humain et difficile à éviter. Cela eût pu être grandement dommageable. Les dégâts seront limités à condition que cela n'ait qu'un temps... La nomination de la Commission mixte a été un acte heureux. Il doit être suivi d'autres actes. Il importe que la nouvelle Chambre et le Sénat, lorsqu'ils aborderont le « rectificatif » promis par le Gouvernement, aient en face d'eux un corps médical puissamment organisé, fortement discipliné, sachant ce qu'il veut, et prêt à tout pour faire triompher ses prétentions, en accord avec les exigences du bien public.

Un dicton populaire s'exprime ainsi : « La fête passée, adieu le Saint ! »

La Chambre liquidée, adieu ses promesses... Elles ne lui coûtèrent pas grand'chose. Moribonde, elle ne risquait rien à s'engager, sachant bien qu'elle ne pouvait le faire pour celle qui lui succéderait.

Que la future Chambre trouve à qui parler, au nom du corps médical groupé sous une seule et unique bannière. Et il faudra bien que promesses et engagements soient tenus.

G. Duchesne.

Le *Journal Officiel* du 12 avril promulgue la loi sur les Assurances sociales dont voici les articles qui intéressent les médecins :

Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

TITRE Ier

Assurance obligatoire

Art. 1er. — 1. Les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille, de maternité et de chômage involontaire par manque de travail, dans les conditions déterminées par la présente loi.

2. Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 18.000 fr. Le chiffre-limite est augmenté de 2.000 fr. par enfant à partir du deuxième à la charge de l'assuré, au sens fixé par l'article 20 de la présente loi ; il est diminué de 3.000 fr. pour les salariés sans enfant à charge.

Les métayers travaillant d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, conjoint, ascendants ou descendants et ne possédant aucune partie du cheptel, sont assimilés aux salariés.

Les propriétaires de corps de biens donnés à métayage sont assimilés aux employeurs.

3. L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 64, à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage. Elle est opérée dans le département par les soins de l'office des assurances sociales qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'assurances sociales.

4. Les salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France sont assurés comme les salariés français ; mais ils ne bénéficient pas des allocations et des fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration et de solidarité créé par la présente loi.

Art. 2. — 1. Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par un versement égal à 10 p. 100 du montant global des salaires jusqu'à concurrence du maximum de 15.000 fr. : 5 p. 100 à la charge de l'assuré retenus lors de sa paye et au moins une fois par mois, 5 p. 100 à la charge de l'employeur à qui incombe, quelle que soit la durée d'occupation du salarié, sous les sanctions prévues à l'article 64, le versement de cette double contribution, sous forme de vignettes, timbres, timbres mobiles, chèques postaux ou autre mode de libération à déterminer par le règlement général d'administration publique prévu par l'article 73 de la présente loi.

2. Le versement de cette double contribution est effectué dans les dix premiers jours de chaque mois, pour les salaires payés au cours du mois précédent. Toutefois, les exploitants agricoles, affiliés à une mutuelle agricole régie par la loi du 4 juillet 1900 ou à un syndicat agricole autorisés à cet effet, auront la faculté d'opérer, directement ou par l'intermédiaire de cette mutuelle ou de ce syndicat, le versement de la double contribution, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, pour les salaires payés au cours du trimestre précédent. Suivant le cas, le décompte du nombre ou du montant des cotisations ouvrant droit à l'assurance sera arrêté à la fin du mois ou du trimestre qui précèdent le début de la maladie ou l'accident. En vue de faciliter l'application de la loi, la faculté prévue pour les exploitants agricoles pourra, dans les conditions et sous les garanties déterminées par le règlement général d'administration publique, être accordée aux employeurs du commerce et de l'industrie qui devront, dans ce cas, verser mensuellement une provision suffisante.

3. Le règlement général d'administration publique déterminera les règles d'évaluation des salaires et spécialement du salaire des assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, qui sont rémunérés suivant le chiffre d'affaires ou ne travaillent qu'une seule fois ou par intermittence pour le compte d'un même employeur, quand la durée de chaque période de travail est de moins d'une journée ; il déterminera le mode de perception des cotisations afférentes à ces salaires.

4. Quand le salaire agricole n'est pas acquitté périodiquement ou uniquement en espèces, il lui sera substitué le salaire moyen journalier fixé dans les conditions prévues pour l'application de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles. C'est sur ce salaire journalier que seront calculées la cotisation de l'assuré et la contribution de l'employeur correspondant à une journée de travail. C'est sur ce même salaire journalier que seront calculées les contributions des métayers assimilés aux salariés et des propriétaires de fonds.

5. Le travailleur à domicile rémunéré à façon, aux pièces ou à la tâche, si lui-même est assuré obligatoire vis-à-vis du fabricant pour le compte duquel il travaille, n'est point tenu au versement des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui pour le dit fabricant. Ces contributions sont à la charge de ce même fabricant.

6. La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de pleindroit.

7. Aux versements obligatoires, les salariés ou leurs employeurs peuvent ajouter, sans limitation de valeur, des versements facultatifs qui donnent droit à des avantages supplémentaires.

8. Les assurés agriculteurs qui, en dehors des cas prévus à l'article 21, ne se livrent que par intermittence à un travail salarié pourront effectuer des versements facultatifs afférents aux journées qui n'ont pas donné lieu à rémunération sans cesser d'être considérés comme des assurés obligatoires, à condition qu'ils justifient annuellement d'au moins 120 jours de travail salarié et que ces versements soient au moins égaux, pour chaque journée de travail, à 10 p. 100 du salaire moyen journalier défini au paragraphe 4 du présent article.

Art. 3. — 1. L'assujettissement obligatoire aux assurances sociales cesse à l'âge de soixante ans. Le salarié a la faculté d'ajourner, d'année en année, la liquidation de ses droits à la retraite jusqu'à soixante-cinq ans. Il demeure, dans cette situation, assuré contre les divers risques, s'il continue à travailler.

2. L'assuré retraité pour vieillesse qui continue à travailler est exonéré de la retenue de 5 p. 100.

3. La contribution patronale de 5 p. 100 est due pour l'emploi : *a*) de tout salarié français ou étranger dont la retraite, constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation ; *b*) de tout salarié français ou étranger âgé de soixante ans, ou plus, qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

4. Cette contribution est versée au fonds de majoration et de solidarité sous les sanctions prévues à l'article 64, dans les formes et les délais fixés par le règlement général d'administration publique.

Risque-maladie.

Art. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

2. L'assuré choisit librement son praticien.

3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

5. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurances pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

7. Les prestations en nature sont dues à partir de

la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

8. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1er et 7 ci-dessus.

Art. 5. — 1. Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident, et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale au demi-salaire moyen quotidien. Le chiffre de ce salaire moyen est obtenu en divisant par 300, soit le montant du salaire annuel résultant des cotisations payées dans les douze mois qui ont précédé la maladie, soit celui d'un ouvrier de même profession travaillant dans les mêmes conditions.

2. L'indemnité journalière sera majorée jusqu'à concurrence de 60 p. 100 du salaire, lorsque celui-ci, rapporté à un travail normal pour l'année, n'atteindra pas un minimum déterminé annuellement par décret. Ce décret fixera, après avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, les conditions d'attribution de cette majoration, dont le taux variera suivant une échelle inverse au chiffre du salaire et qui pourra être, en tout ou en partie, à la charge du fonds de majoration et de solidarité.

3. Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent, l'assuré devra avoir cotisé réglementairement, au début de l'application de la loi, vingt jours durant le mois précédant la maladie, et à partir du quatrième mois, soixante jours durant les trois mois antérieurs.

4. La caisse d'assurances verse, pour chaque jour ouvrable, au compte de l'assuré à qui elle sert une indemnité, la moitié de la fraction de cotisation qui devra être affectée au risque-vieillesse. Cette fraction est calculée d'après la moyenne des cotisations inscrites au compte de l'assuré, au cours des douze mois qui ont précédé la maladie et sur la base de trois cents jours.

Art. 6. — 1. L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

2. En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898.

3. L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge ;

Des trois quarts dans tous les autres cas.

Art. 7. — 1. *La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.*

2. Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

3. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état du malade, ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse, et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil.

4. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

5. Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers, de représentants des caisses, des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions.

Art. 8. — 1. Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 ci-après : les maladies et blessures indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents de travail.

2. Ne donnent pas lieu aux prestations en argent : les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

3. Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions fixées aux articles 51 et 54.

Maternité.

Art. 9. — 1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

2. Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse.

3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances maladie, invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

4. L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr., pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le troisième, de 50 fr. du quatrième au sixième, de 25 fr. du septième au neuvième, de 15 fr. du dixième au douzième.

5. L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait, dont la valeur n'excèdera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement.

6. Le payement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

Risque-invalidité

....

Art. 12. — 1. La pension d'invalidité est fixée, à titre provisoire, pour une durée de cinq années.

2. Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, paragraphe 3, sont applicables.

3. Pendant cette même période, et sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par la caisse d'assurances. On considérera qu'il y a refus d'examen, si l'invalide ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du médecin de la caisse ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre.

4. Les frais de déplacement de l'assuré ou du pensionné, qui, pour répondre à la convocation du médecin désigné par la caisse ou de l'expert médical, doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de la caisse. Le tarif de ces frais sera fixé par département dans les conditions arrêtées par décret, après avis de la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5.

5. La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 p. 100. Cette suppression prend effet de la date de la constatation médicale.

6. A l'expiration de la période provisoire de cinq années et après expertise médicale la pension est consolidée. Toutefois, après un nouveau délai de cinq ans, le pensionné devra, sur la demande de la caisse, se soumettre à une dernière expertise médicale.

....

TITRE III

Assurances facultatives

Art. 37. — 1. Les fermiers, cultivateurs, métayers non visés à l'article 1er, artisans, petits patrons, les travailleurs intellectuels non salariés et, d'une manière générale, tous ceux qui, sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail, à la condition qu'ils soient de nationalité française et que le produit annuel de leur travail n'excède pas 18.000 francs, ainsi que les assurés visés à l'article 43, paragraphes 2 et 4, peuvent être admis facultativement en opérant des versements à l'une des caisses visées par les articles 26 et 44, dans les conditions énumérées par le présent titre, au bénéfice des assurances sociales.

2. Le maximum de 18.000 fr. est augmenté de 2.000 fr. par enfant, à partir du deuxième de moins de seize ans, à la charge de l'assuré, au sens de l'article 20. Il est diminué de 3.000 fr. pour les assurés sans enfant à charge. Le chiffre limite est, sous ces réserves, augmenté de 1.000 fr. pour les assurés provenant de l'assurance obligatoire.

3. L'assurance facultative est pratiquée par la caisse départementale. Elle peut l'être par les caisses primaires.

....

TITRE IV

Dispositions transitoires

....

Art. 51. — 1. Pour les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires, l'Etat devra verser à la caisse d'assurance dont ils dépendent une surprime correspondant à l'aggravation des risques supportés par ladite caisse et aux soins auxquels les intéressés ont déjà droit. Le règlement général d'administration publique fixera le taux de ces surprimes, leur condition et leur mode de versement. Les assurés seront dispensés du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

2. En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

3. Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 p. 100, la pension d'assurance est liquidée, et son taux est déterminé par le pourcentage obtenu en retranchant du degré total d'invalidité celui qui est indemnisé par la pension militaire d'invalidité.

4. Les malades ou blessés de guerre qui bénéficien de la législation des pensions militaires et qui peuvent se réclamer de l'assurance facultative ne devront pas en être écartés en raison de leurs maladies ou blessures de guerre ; mais l'Etat devra verser aux caisses une surprime correspondant à l'aggravation des risques, suivant les conditions prévues àu au paragraphe 1er du présent article.

TITRE V

Dispositions générales

....

Art. 57. — L'assuré qui reçoit une pension de vieillesse ou d'invalidité ou moins égale à 600 fr. ne peut se prévaloir de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Il en est de même de l'assuré qui recevrait une pension au moins égale à ce minimum s'il n'avait effectué ses versements à capital réservé ou s'il n'avait réclamé le bénéfice de l'article 18. Toutefois, les communes où le secours attribué aux assistés est supérieur à la pension que reçoit l'assuré, doivent accorder à ce dernier, en droit d'être assisté, le bénéfice d'une bonification complémentaire destinée à rétablir l'équivalence. Cette bonification reste à leur charge.

Art. 58. — L'assuré conserve éventuellement le bénéfice des dispositions des lois sur l'assistance ou l'encouragement national aux familles nombreuses.

Art. 59. — 1. Les personnes qui peuvent avoir droit aux prestations accordées par la présente loi en cas de maladie ou d'invalidité, n'auront pas la faculté de se réclamer du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

2. Les femmes assurées qui ont droit aux prestations en cas de maternité ne peuvent se réclamer des dispositions des lois des 17 juin et 30 juillet 1913, des 23 janvier et 4 décembre 1917 et du 24 octobre 1919 sur l'assistance aux femmes en couches.

3. Toutefois, pour les personnes inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques restera à la charge de ce service.

Art. 60. — 1. Les prestations de l'assurance-maladie ne se cumulent pas avec celles résultant de la législation sur les accidents du travail.

2. Le titulaire d'une rente allouée en vertu de ladite législation, dont l'état d'invalidité serait aggravé à la suite de maladie ou d'accident, peut réclamer le bénéfice de l'assurance-invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal aux deux tiers.

3. La pension allouée dans ce cas est déterminée par le pourcentage obtenu en retranchant du degré total d'invalidité celui qui a été pris en compte pour l'application de la loi de 1898.

4. Les charges résultant de l'aggravation du risque seront imputées au fonds de garantie de la loi de 1898 dans les conditions qui seront fixées par le règlement général d'administration publique.

....

Art. 62. — 1. Les pièces exclusivement relatives à l'exécution de la présente loi sont délivrées gratuitement et dispensées des droits de timbre et d'enregistrement. Les droits d'enregistrement et autres à percevoir sur les libéralités faites aux organismes d'assurances sociales seront les mêmes que ceux perçus pour les libéralités faites aux hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance.

2. Les jugements ou arrêts, ainsi que les extraits, copies, grosses ou expéditions qui en sont délivrés, et généralement tous les actes de procédure auxquels donne lieu l'application de la présente loi, sont également dispensés des formalités de timbre et d'enregistrement, Ils portent la mention expresse qu'ils sont faits en exécution de ladite loi.

3. Un décret règlera le tarif postal applicable aux objets de correspondance adressés ou reçus, pour l'exécution de la loi, par l'office national, les offices départementaux ou interdépartementaux et les mairies, les commissions ou conseils prévus par la présente loi, la caisse générale de garantie, les caisses d'assurances et les fonctionnaires du contrôle du ministère du travail et du ministère des finances.

4. Sont exemptées du droit de timbre les affiches, imprimées ou non, apposées par les organismes d'administration ou de gestion des assurances sociales ayant pour objet exclusif la vulgarisation de la loi, ainsi que la publication de comptes rendus et conditions de fonctionnement de ces organismes.

....

Art. 65. — 1. Est passible d'une amende de 16 à 500 fr. quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

2. Les employeurs sont tenus de recevoir à toute époque les inspecteurs mandatés par l'office national, les caisses départementales, la caisse générale de garantie et les fonctionnaires du contrôle général du ministère du travail, pour vérifier, dans les conditions qui seront déterminées par le règlement général d'administration publique, l'affiliation de leur personnel aux assurances sociales et le montant des salaires payés par eux.

....

Art. 67. — 1. Sera puni d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par menace, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des caisses

d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.

2. Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 200 fr.

3. Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

Art. 68. — 1. Un office national des assurances sociales est chargé de l'application de la présente loi; des offices départementaux et interdépartementaux concourent à cette application. Ces offices constituent des établissements publics et fonctionnent sous le contrôle de l'Etat dans les conditions de la présente loi. La direction actuelle des retraites et des assurances sociales sera, dans les douze mois qui suivront la promulgation de la présente loi, transformée en direction générale de l'office national des assurances sociales.

2. Le contrôle général de l'application de la présente loi est confié au service actuel de contrôle des retraites fonctionnant auprès du ministre du travail.

3° L'office national et les offices départementaux et interdépartementaux sont administrés par un conseil d'administration dans les conditions suivantes :

Le conseil d'administration de l'office national est constitué par la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales prévu à l'article 72 et présidé par le ministre du travail.

Ce conseil délibère sur les dispositions relatives à l'organisation du service des assurances sociales et sur les mesures propres à assurer l'application de la loi. Il établit les comptes relatifs au fonctionnement des assurances sociales et la statistique propre à l'évaluation des risques assurés en vertu de la présente loi, dont il résume les résultats dans un rapport annuel qui rend compte de l'application générale de la loi.

Ce rapport est adressé au Président de la République. Il est publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres.

4. Le conseil d'administration de chaque office comprend au moins quatre représentants des assurés, trois représentants des employeurs, deux praticiens, dont un médecin et un pharmacien, élus les uns et les autres par les membres des conseils d'administration des caisses, ainsi qu'un représentant du ministre du travail, et un représentant du ministre des finances.

Le directeur général de l'office national et les directeurs sont nommés par décret sur la proposition du ministre du travail. Le personnel de direction des offices départementaux et interdépartementaux est nommé par arrêté du ministre du travail sur présentation de l'office national dans les conditions déterminées par le règlement général d'administration publique qui fixera les règles de recrutement, après concours préalable à toute admission.

....

Art. 72. — Il est formé, auprès du ministre du travail et sous sa présidence, un conseil supérieur des assurances sociales, chargé de l'examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi. Il donne notamment son avis sur tous les projets et propositions de lois et de règlements relatifs aux assurances sociales.

Ce conseil est composé de :

2 sénateurs et 3 députés, élus par leurs collègues.

3 maires et 2 conseillers généraux désignés par le ministre de l'intérieur.

2 conseillers d'Etat, élus par le conseil d'Etat.

1 délégué du conseil supérieur de l'assistance publique désigné par le conseil.

2 délégués du conseil supérieur du travail, dont un élu par les conseillers patrons et un par les conseillers ouvriers.

2 délégués du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, élus par le conseil.

2 membres choisis par le conseil supérieur du commerce et de l'industrie, un parmi les patrons, un parmi les salariés.

2 membres désignés par le conseil supérieur de la coopération, un désigné par la section de consommation, un désigné par la section de production.

2 membres choisis par le conseil supérieur de l'agriculture, un parmi les patrons, un parmi les ouvriers ou employés d'exploitations agricoles.

1 délégué de la commission supérieure de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, désigné par cette commission.

2 représentants élus par les membres du conseil d'administration des caisses de réassurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900.

3 directeurs ou administrateurs des caisses départementales nommés par les membres des conseils d'administration de ces caisses.

3 directeurs ou administrateurs des caisses primaires nommés par les membres des conseils d'administration de ces caisses.

4 assurés élus par les membres des conseils d'administration des caisses départementales.

4 assurés élus par les membres des conseils d'administration des caisses primaires.

3 personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance ou de prévoyance sociales, de chômage, nommées par le ministre du travail.

4 délégués des groupements professionnels, dont 3 médecins et 1 pharmacien désignés par les unions nationales de leurs syndicats.

2 représentants élus par les membres des commissions paritaires des offices de placement, dont un assuré et un employeur.

4 directeurs ou administrateurs des offices élus par les membres des conseils d'administration de ces offices.

Ces membres sont nommés pour quatre ans.

Font partie de droit du conseil :

Le chef du service de l'inspection générale des finances.

Le directeur de la comptabilité publique.

Le directeur du budget et du contrôle financier.

Le directeur du mouvement général des fonds.

Le directeur général et les directeurs de l'office national des assurances sociales.

Le chef du service de contrôle général du ministère du travail.

Le directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère du travail.

Le directeur du travail au Ministère du travail.

Le directeur des affaires départementales et communales au ministère de l'intérieur.

Le directeur général de la caisse générale de garantie.

Le directeur général de la caisse nationale du crédit agricole.

Il élit dans son sein une section permanente composée de :

1° Dix des members élus au conseil supérieur des assurances sociales à titre de salariés, d'assurés, de représentants des caisses et des offices choisis par ceux-ci ;

2° Un sénateur, un député, un conseiller d'Etat, un employeur, un exploitant agricole, un représentant des sociétés de secours mutuels, un représentant des mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900, un représentant des caisses spéciales visées à l'article 24, un technicien des questions d'assurance, *trois représentants des syndicats professionnels de praticiens dont deux médecins* ;

3° Des membres de droit suivants :

Le directeur général et les directeurs de l'office national des assurances sociales.

Le chef du service du contrôle général du ministère du travail.

Le directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Le directeur du budget et du contrôle financier.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Le directeur général de la caisse générale de garantie.

Le directeur général de la caisse nationale du crédit agricole.

La section permanente constitue le conseil d'administration de l'office national des assurances sociales. Elle donne, en outre, son avis sur les questions qui lui sont renvoyées, soit par le conseil supérieur soit par le ministre du travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : technique et financière, administrative et de garantie contre le chômage, juridique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-section comprendra au moins deux médecins.

Le conseil élit ses deux vice-présidents.

Il se réunit au moins une fois par semestre.

Art. 73. — 1. Au cours du douzième mois qui suivra la promulgation de la présente loi, un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre du travail et des ministres intéressés, après consultation des organisations en cause, déterminera toutes les dispositions nécessaires à son application, laquelle entrera en vigueur dix mois après la publication de ce règlement au *Journal officiel*.

2. La présente loi ne sera applicable à l'Algérie et aux colonies que lorsque seront intervenus des règlements d'administration publique déterminant les conditions dans lesquelles son application pourra avoir lieu.

Art. 74. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi.

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

Nos confrères se souviennent des protestations qu'avaient soulevées, dans le Corps médical, deux propositions, émanant des chirurgiens dentistes, dits autonomistes.

Prétextant que l'art dentaire est une science absolument spéciale, différente de la médecine en général, certains dirigeants des syndicats de dentistes et d'écoles dentaires réclamaient un diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Par suite, les titulaires de ce nouveau diplôme auraient pu s'intituler « Docteur X., chirurgien-dentiste », laissant ainsi accroire aux malades qu'ils étaient possesseurs du titre et du diplôme de docteur en médecine.

Déjà, en 1913, une proposition de loi de MM. Deloncle, Lefèvre et Lagrosillière, avait introduit ce titre de docteur en chirurgie dentaire, titre contre lequel tout le Corps médical avait déjà protesté à cette époque.

Battus sur ce point, les dentistes, partisans de l'autonomie, émirent la prétention d'interdire l'exercice de l'art dentaire aux docteurs en médecine. Ceux de nos confrères, qui auraient voulu exercer cette spécialité, auraient dû subir en ou-

tre les épreuves nécessitées pour l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste.

Autant dire que, pour pratiquer un accouchement, un docteur devrait subir avec succès les épreuves imposées pour l'obtention du diplôme de sage-femme.

Ici encore les prétentions de ces dentistes autonomistes soulevèrent les protestations du Corps médical.

Certes, la spécialité dentaire est une branche de l'art de guérir et le docteur, qui veut se spécialiser dans les soins de la bouche et des dents, doit se perfectionner dans cette branche.

L'école de stomatologie de Paris est ouverte aux docteurs et aux étudiants en médecine, désireux de se spécialiser.

Il en est de même pour toutes les autres spécialités de notre profession et le radiologue, l'oto-rhino, l'oculiste, font des stages et suivent des conférences spéciales, leur permettant d'acquérir la science clinique et la pratique indispensables.

Pour résoudre le conflit, les ministres de l'Instruction publique successifs nommèrent plusieurs commissions.

La dernière en date, composée surtout de professeurs de Faculté de médecine, entendit, à titre consultatif, les docteurs stomatologistes et les chirurgiens dentistes autonomistes.

Les premiers soutinrent que les progrès de la science doivent faire considérer l'art dentaire, non comme un art indépendant, autonome, mais comme une branche de la médecine.

Autant qu'un gynécologue, un auriste, un oculiste, un accoucheur, le dentiste doit posséder la culture générale du doctorat en médecine ; après quoi, il lui est loisible de se spécialiser.

Au nom de la santé publique, il est donc indispensable, non pas de démembrer le diplôme de docteur en médecine, mais au contraire de le rendre indispensable à tous ceux qui veulent donner des soins à leurs concitoyens.

Mais il conviendra de fixer les modalités selon lesquelles chaque docteur pourra acquérir la science et la pratique de la spécialité qu'il voudra exercer.

Non, disent les dentistes partisans de l'autonomie : l'art dentaire est une science spéciale, nécessitant plus de dextérité manuelle que de science médicale proprement dite.

Par suite, les études, données actuellement par des écoles dentaires, veritables entreprises privées, ne doivent pas relever de la Faculté de médecine et doivent rester indépendantes.

Au reste, soutiennent encore les autonomistes, les campagnes ont besoin de chirurgiens-dentistes et non pas de docteurs en médecine stomatologistes, lesquels ont tendance à s'installer dans les villes. On invoque donc les mêmes arguments que jadis, avant 1892, pour maintenir les officiers de santé.

La commission, composée de professeurs de Faculté de médecine, estime que l'art dentaire n'est qu'une branche de la médecine et que la thèse des autonomistes n'est plus scientifiquement soutenable.

Rappelons pour mémoire la proposition de loi de MM. Milan et Rio, déposée sur le Bureau du Sénat (*Concours médical*, 1928, 233) instituant l'obligation du doctorat en médecine, pour tous les futurs dentistes.

Cependant, pour s'éclairer personnellement, le ministre de l'Instruction publique. Edouard Herriot, convoqua quelques personnalités bien au courant de la question.

On discuta beaucoup, discussion courtoise et, finalement le protocole suivant fut adopté et signé par les intéressés.

Paris, le 2 mars 1928.

I. — A dater du 1er octobre 1932, il ne sera plus délivré d'inscription en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste et les personnes désirant exercer cette spécialité devront, comme pour les autres spécialités, s'inscrire dans les Facultés de médecine en vue du doctorat d'Etat.

II. — Le Ministre demande l'union des personnes exerçant, ou des organisations représentant l'art dentaire pour établir les réformes destinées à compléter le doctorat en médecine par un certificat de spécialité, comme il est demandé pour toutes les spécialités.

III. — Il se déclare décidé à sauvegarder les intérêts des praticiens actuellement en exercice ou en formation par les mesures transitoires les plus larges, c'est-à-dire en assurant à ce personnel l'option entre le *statu quo*, une accession facilitée au doctorat d'Etat et un titre spécial délivré pendant la période de transition.

IV. — Il sera pris des mesures pour sauvegarder les œuvres de préparation technique actuellement existantes.

Signé : HERRIOT,
Dr TELLIER, MARQUET, député, Justin GODART, sénateur, Dr FARGIN-FAYOLLE, BILLORET, CAYREL, député.

Remarquons tout d'abord que le ministre laisse sous-entendre la création de certificats de spécialités, pour toutes les branches de la médecine, comme cela existe déjà : diplôme de médecin sanitaire maritime, d'hygiène, de médecine légale, de radiologiste, etc.

Au Corps médical de dire s'il serait souhaitable que ces certificats spéciaux soient ainsi délivrés en fin de scolarité complémentaire, pour la chirurgie, la gynécologie, les accouchements, l'oto-

rhinologie, etc., et l'art dentaire, ou plutôt la stomatologie.

Il est évident que le diplôme de docteur en médecine doit rester intangible, dans sa généralité : tous les titulaires du grade ont le droit de soigner, sous leur propre responsabilité.

Mais, pour les docteurs, qui veulent se consacrer uniquement à une spécialité, ils peuvent donner des garanties, tant à leurs confrères, qui leur confient des malades qu'au public, en prouvant qu'ils ont fait des études complémentaires, grâce à l'obtention du diplôme spécial.

D'ailleurs, beaucoup de docteurs prouvent leur spécialisation, en concourant pour le titre de chirurgien des hôpitaux, d'accoucheur, de chirurgien, de médecin, d'oto-rhino, de stomatologiste, de radiologiste des hôpitaux.

En second lieu, le ministre laisse entrevoir la question des mesures transitoires.

Il faut, bien entendu, que les chirurgiens dentistes diplômés, ou en cours d'études, titulaires du baccalauréat, puissent accéder au grade de docteur en médecine, s'ils le désirent. Quelles seraient alors les dispenses d'inscriptions et d'examens qu'il conviendrait de leur accorder, pour qu'ils puissent, sans danger pour la santé publique, exercer l'art de guérir ?

Mais, pour les autres, qui ne pourraient, ni ne voudraient subir ces examens, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur, conviendrait-il de leur accorder l'accession à un grade de docteur, simple titre honorifique qui ne leur conférerait pas plus de droits qu'ils n'en ont actuellement, sous l'empire de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 ?

D'autant, qu'en droit administratif, un chirurgien dentiste, ayant pénétré dans la carrière, grâce au brevet de l'enseignement supérieur et ne possédant pas le baccalauréat, ne pourrait postuler pour l'obtention d'un doctorat d'Etat. Il se trouve dans la même situation que l'étudiant étranger, qui, n'ayant pas le baccalauréat français, ni de diplôme étranger équivalent à notre bachot, ne peut se faire inscrire pour le doctorat d'Etat et ne peut obtenir que le diplôme d'Université, diplôme honorifique, ne conférant nullement le droit d'exercer la médecine en France.

Il faudrait, par un décret, déterminer les conditions d'accession au doctorat d'état pour les chirurgiens-dentistes, comme cela a été fait jadis pour les officiers de santé. (Décret du 31 juillet 1893.)

Un titre transitoire ferait bien mieux l'affaire et, pour ma part, je verrais fort bien un décret, étendant aux chirurgiens dentistes les dispositions accordées aux étudiants de nationalité étrangère, par le décret du 21 juillet 1897, pour l'obtention du doctorat d'université.

De la sorte, les dentistes, qui voudraient s'assujettir à subir quelques épreuves complémentaires, pourraient porter le titre de docteur d'université, satisfaction légitime d'amour-propre et que d'ailleurs consacre l'usage (combien de clients n'appellent-ils pas leur dentiste : « Monsieur le docteur » ?).

Mais, ces docteurs d'université n'auraient pas plus de droits que ne leur en confère l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 et devraient cantonner leur activité à l'art dentaire seulement.

D'un autre côté, je vois s'ouvrir un nouveau et très important débouché pour mes confrères et les étudiants en médecine.

Etant rattaché aux études médicales, l'art dentaire incitera beaucoup de jeunes à se consacrer à cette spécialité et, de même qu'il se produit actuellement une grande décentralisation de toutes les spécialisations médicales, de même la stomatologie pourrait être exercée comme occupation principale, ou accessoire, par des docteurs de campagne.

Ne voit-on pas, à l'heure actuelle, beaucoup de chirurgiens s'installer dans des villes de moyenne ou de petite importance ?

Des oculistes, des oto-rhinos ont des cabinets multiples à jours fixes, dans plusieurs localités. Beaucoup de praticiens de campagne ont de petites installations de radiologie, leur permettant de faire, non pas un traitement, mais des examens radiologiques fort utiles.

Il en sera de même pour la stomatologie, lorsque cette dernière sera rentrée dans le giron de la faculté de médecine.

Disons, pour terminer, que le protocole ci-dessus n'entend pas provoquer la disparition des écoles dentaires, actuellement en exercice.

Ce sont des entreprises commerciales, qui, pour la plupart sont très florissantes. Il convient donc de respecter les droits acquis.

Mais ces écoles ne recevront plus que des étudiants ou des docteurs en médecine, venant apprendre la technicité de la stomatologie.

J'estime donc qu'un grand pas vient d'être fait, en faveur de la santé publique. Il faut en reporter tout l'honneur au syndicat des médecins stomatologistes, à l'Union des syndicats médicaux et à la Fédération nationale ; mais il convient de faire tout particulièrement l'éloge de l'Association française des chirurgiens dentistes, qui, avec son président, M. Billoret, de Paris, s'est rangée de suite aux côtés des docteurs en médecine, affirmant que le dentiste doit actuellement posséder le bagage scientifique, réclamé au docteur en médecine, complété par des études spéciales, comme cela se passe pour les autres spécialités de l'art de guérir.

Souhaitons que la proposition de loi de MM. Milan et Rio ne dorme pas trop longtemps dans les cartons du Sénat.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE FISCALE

Conséquences des déclarations erronées en matière d'impôt sur le revenu.

La médecine étant une carrière libérale, les docteurs ne sont pas obligés de tenir une comptabilité et leur déclaration de revenu professionnel doit simplement contenir le montant total des sommes encaissées pendant l'année précédente, la somme des dépenses relatives à la profession pendant le même temps et que nous avons énumérées plusieurs fois, dans cette revue.

Enfin, le bénéfice net est formé de la différence des deux premiers totaux.

Lorsque le contrôleur pense que la déclaration est inexacte, il peut demander des explications, notamment si le train de maison du déclarant nécessite un revenu plus élevé que celui contenu dans la déclaration.

Nous avons eu souvent l'occasion de constater que ces demandes mettaient les médecins dans un grand embarras parce qu'il leur était impossible de justifier l'importance de frais visiblement exagérés.

Certains n'hésitent pas à libeller ainsi leur déclaration :

Honoraires..................	50.000 fr.
Dépenses professionnelles.....	40.000 »
Bénéfice net............	10.000 fr.

Il est certain que la proportion de 80 % de frais est excessive et il est inadmissible qu'une famille de trois ou cinq personnes vive avec 10.000 fr.

Nous ne saurions trop conseiller aux lecteurs du *Concours médical* de faire des déclarations admissibles.

Les frais professionnels varient évidemment d'une façon importante selon les conditions dans lesquelles la profession est exercée, mais on peut admettre qu'ils atteignent en général 25 % des recettes.

Lorsqu'ils dépassent cette proportion, c'est en raison de circonstances particulières qu'il est facile de signaler à l'administration.

Les frais doivent être largement comptés, mais il est contraire aux intérêts des déclarants de les exagérer outre mesure.

Si cette faute a été commise par quelques-uns de nos lecteurs, ils doivent la rectifier spontanément.

Les quelques exemples vécus que nous allons citer feront ressortir les inconvénients qui résultent, à un moment ou à un autre, des fausses déclarations.

Un docteur qui touchait 125.000 fr. d'honoraires par an et en déclarait au fisc 25.000 fr. meurt victime d'un accident d'automobile. Sa veuve, en son nom et au nom de ses enfants, demande à la compagnie d'assurances une indemnité basée sur 125.000 fr. d'honoraires. La compagnie plaide, conteste le chiffre des honoraires en priant le tribunal de prendre comme base la déclaration de revenu du contribuable. Le tribunal fait droit à cette demande et les ayants droit du fraudeur perdent un capital important parce que le défunt a voulu frustrer le Trésor d'une dizaine de milliers de francs pendant deux ou trois ans.

De son côté, le fisc s'empare de la déclaration de la femme pour réclamer les droits dont le Trésoir a été frustré pendant les cinq dernières années, majorés de 400 % à titre d'amende.

Un autre docteur qui déclarait 15.000 fr. d'honoraires nets annuels et pas de revenus mobiliers achète une maison de 120.000 fr.

Le contrôleur demande des explications au déclarant qui ne peut les fournir et se voit imposer d'office sur un revenu de 40.000 fr. par an pendant cinq ans avec amende de 400 %.

Aucun fraudeur n'est assuré de ne pas se trouver un jour en présence d'un évènement imprévu faisant découvrir ses dissimulations qui seront punies d'amendes énormes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable Français*.

LES ASSURANCES SOCIALES ET LE CORPS MÉDICAL

Le Dr Rénon, de Niort, *a prononcé au Congrès des Syndicats médicaux, le* 30 *novembre dernier, l'allocution suivante qui situe admirablement la position du Corps médical au regard de la loi.*

« Messieurs,

« Le Sénat a voté la loi des Assurances sociales ; la Chambre veut la voter sans changement. L'heure de l'action a sonné. Nous sommes déjà en pleine bataille : ce sont les méthodes de guerre qu'il faut adopter.

« Trois conditions sont nécessaires pour vaincre :

« — Un plan de campagne clair et précis.

« — Un commandement unique, qui, seul, aura le pouvoir de le faire exécuter.

« — Des troupes qui s'engageront à obéir avec la plus stricte discipline syndicale.

« La Commission plénière, constituée par les représentants de l'Union, de la Fédération et des médecins spécialisés n'a eu besoin que d'une unique réunion pour comprendre ces nécessités et son premier acte a été d'aviser la Chambre que la totalité du Corps médical organisé refusait de collaborer à la loi votée par le Sénat.

« Ensuite, elle s'est mise à l'étude du plan de campagne. Elle avait pensé, au début, vous laisser absolument libres de l'établir vous-mêmes, se bornant à vous poser une série de questions. Mais l'expérience prouve qu'une assemblée, même de médecins, est totalement incapable de faire œuvre constructive ; elle ne peut que discuter sur un projet concret et voter pour ou contre. Nous avons rédigé ce projet. Pour le juger, rappelez-vous que nous avons « tous » fait abstraction de nos convictions personnelles, que nous avons essayé de dégager des innombrables manifestations auxquelles vous vous êtes livrés, votre état d'âme collectif. Car cette communaute de pensée existe et a le même but : la sauvegarde de la profession.

« Si les événements de ces derniers mois ont pu faire croire à une division profonde du Corps médical, la faute en est bien plus à nos moyens d'expression qu'à nos idées elles-mêmes. Nous avons abusé de mots mystiques, d'un vocabulaire cégétiste, ce qui a exacerbé notre sensibilité, au grand dommage de notre raison.

« Nous ne nous sommes pas compris.

« Les Unionistes ont cru que les Fédérés, sous le manteau de l'entente directe, voulaient saboter le syndicalisme ; les Fédérés ont pensé que le caractère libéral de la profession était sacrifié par les Unionistes au culte du tiers payant.

« Il n'y a qu'un moyen de nous réunir : c'est intégrer la charte libérale de la profession, défendue par la Fédération, dans le cadre syndical qu'a organisé l'Union.

« Attachons-nous d'abord à bien définir notre charte professionnelle.

« Par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire qu'on l'exerce en toute liberté.

« — Liberté d'accorder ou de refuser ses soins.

« — Liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle.

« — Liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien.

« C'est cet affranchissement de toute entrave morale ou matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir.

« Y a-t-il incompatibilité entre l'exercice de cette liberté et l'organisation syndicale? Nullement, car le syndicalisme est né de la nécessité de défendre cette liberté. Abandonné à lui-même, seul contre les forces collectives, chaque jour plus puissantes, le médecin ne pourrait que capituler, passer sous les fourches caudines du salariat. Un seul moyen lui est offert : se coaliser avec ses confrères pour la défense de ses intérêts et de ses libertés professionnelles et faire enregistrer, dans un écrit établi d'accord avec la partie adverse, les conditions auxquelles il subordonne son concours ; cela s'appelle un contrat collectif.

« La profession est libre mais désarmée ; par le contrat collectif, le syndicalisme lui donne des armes pour défendre sa liberté et sa dignité aussi bien contre les ennemis de l'extérieur que contre ceux de l'intérieur. Le pacte syndical ne peut être que virtuel et privé de toutes sanctions tant qu'il ne s'est pas concrétisé dans des contrats.

« Un fait nouveau s'établit sous nos yeux. Sous la pression de l'évolution sociale, les États européens tout au moins, quelle que soit leur formule politique, ont voulu se substituer à l'individu et garantir le travailleur contre le risque maladie. Après la loi sur l'assistance gratuite, vint celle sur les accidents du travail, puis sur les réformés de guerre et, enfin, la loi actuelle, dite d'assurances sociales. Le tiers payant est donc une vieille connaissance, nous avons déjà pactisé avec lui, nous en connaissons les avantages et les défauts. Pourquoi donc, alors qu'il apparaît bien que ce sont les médecins eux-mêmes qui en ont favorisé l'établissement, assistons-nous aujourd'hui à ce renversement d'opinion ? Le fonctionnement de la loi sur les réformés, le mode d'exercice et de rétribution qui est imposé à nos confrè-

res d'Alsace, les excès démagogiques d'une loi mal venue qui, manquant d'une base financière solide pour l'évaluation du risque a simplement résolu d'en faire supporter la plus grande partie par le Corps médical, tout en l'amputant de ses libertés traditionnelles ; tout cela a provoqué un réveil de conscience. Nous nous sommes rappelé que la liberté de confiance du malade ne pouvait s'exercer que si nous n'étions pas soumis à des obligations incompatibles avec notre devoir professionnel, telles que : violation du secret, préoccupation constante de subordonner l'intérêt thérapeutique aux possibilités économiques.

« Il y a donc opposition complète entre la doctrine médicale et la loi actuelle qui, en fait, quelles que soient les modalités de payement, garantit à l'assuré l'exonération de tous ses frais de maladie et prétend, de ce fait, nous assujettir à une tarification et nous limiter dans notre action professionnelle.

« Il faut donc que nous renoncions aux caractères libéraux de notre profession ou que nous fassions modifier la loi.

« Abandonner notre charte professionnelle ?

« L'exercice de la médecine est certainement compatible avec d'autres modes, nous l'avons bien vu pendant la guerre ; la pratique libérale n'est peut-être qu'un moment dans l'évolution. Nos confrères de Russie ne soutiennent-ils pas que l'indépendance du médecin et sa moralité sont bien mieux assurées par le fonctionnarisme en le libérant complètement de tous soucis matériels.

« Ne peut-on concevoir aussi le syndicalisme médical assez puissant pour pouvoir discuter d'égal à égal avec les Caisses, mais obligé, par le simple jeu des nécessités économiques et les lois sociales, d'accepter une fixité d'honoraires, ou de créer lui-même ses propres fonctionnaires.

« Faire modifier la loi.

« C'est le point de vue auquel s'est rallié la Commission plénière. La loi veut couvrir le risque maladie du salarié par le mécanisme de l'assurance. C'est tout à fait légitime, voire même un peu tardif. Mais où elle sort complètement de la technique habituelle de l'assurance, c'est quand elle veut, non plus payer directement à l'assuré la valeur du sinistre, mais faire consentir à celui qui le réparera des tarifs au rabais, s'arrogeant, en outre, le droit de lui imposer toutes limitations qu'il lui plaira et de le contrôler.

« Outre cette erreur capitale de technique, le loi a fait une erreur psychologique . « Qui ne paye pas abuse » et l'expérience prouve qu'il y a à peine le quart des bénéficiaires qui soient réellement malades, et cela sans aucun avantage pour la prévention.

« Le texte proposé conduit fatalement à un résultat contraire à celui que s'est proposé le législateur en créant la distinction entre médecine pour pauvres et médecine pour riches. A ceux-ci seuls seront réservés le libre choix, la certitude que leurs tares secrètes ne seront pas révélées, la possibilité de profiter de toutes les acquisitions thérapeutiques, les maisons de santé ; à ceux-là, la médecine au rabais, avec ses conséquences lamentables, les potions sans sucre, les maladies divulguées et, pour couronner le tout, la salle commune de l'hôpital au régime de l'assistance... et, la main sur le cœur, les parlementaires iront, disant à leurs électeurs : « Nous n'avons pas voulu cela ; c'est la faute des médecins qui n'ont pas su se mettre d'accord ; ils nous ont assourdis avec des libertés contractuelles, des ententes directes sans tarif ou avec des tarifs non limitatifs ; nous n'y avons rien compris, mais il fallait voter quelque chose. »

***

« Toutes nos discussions n'ont été ni vaines ni stériles : à force de retourner le problème sous toutes ses faces, nous avons fini par le clarifier. Procédons avec méthode, par étapes. Une première idée se dégage : il faut que la profession formule sa doctrine.

« Oui ou non, voulons-nous rester une profession libérale ?

« Si vous l'admettez, il faudra nous demander quels moyens nous avons pour défendre la profession, ce qui implique comme réponse : le Syndicat armé de son contrat, et nous amène à discuter l'habilitation des syndicats.

« Il faudra ensuite élaborer une à une les clauses possibles de ce contrat en prenant comme thème celles que la Commission vous a communiquées.

« Ceci fait, comment faire aboutir nos revendications ?

« Trois moyens s'offrent à nous :

« 1° L'organisation du commandement unique ; ce qui nécessite la reconstitution d'un organisme unique ;

« 2° L'observation stricte de la discipline syndicale, aussi bien dans le Syndicat que hors du Syndicat ;

« 3° L'action

« Sur le Parlement, d'une part ;

« Sur le public, d'autre part, par l'intermédiaire de la presse.

« Longue et dure sera la route, mais persuadez-vous bien que, si vous savez ce que vous voulez, il n'y aura pas d'obstacle insurmontable. »

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

L'HYGIÈNE, L'ASSISTANCE PUBLIQUE, LE SECRET MÉDICAL, DANS LE SYSTÈME SOCIAL « TYPE VITRY »

Le secret médical prend un regain d'actualité, non plus sur le plan des anciennes discussions : « *à savoir si, en présence d'un crime, le médecin doit parler* », mais sur une base plus collective : « *à savoir si, en présence de maladies transmissibles, le médecin doit se taire* » ; le problème n'est plus à examiner sous l'angle de la médecine légale, mais sous celui de la médecine sociale.

Le secret médical est intimement lié à la question dite de la « fonctionnarisation de la médecine » ; je demande la permission de l'étudier en dehors de toute scolastique, à l'aide d'un exemple actuel.

D'accord avec un article de L. Bernard, nous posons tout d'abord que, dans l'état social actuel, « une étroite collaboration est nécessaire entre médecins sanitaires et praticiens... enfin, (troisième système), les tâches sont équitablement distribuées entre médecins praticiens et fonctionnaires sanitaires. Il s'agit seulement de bien définir la part respective de chacun, ainsi que les liaisons qui doivent conjuguer leurs efforts. » (*Le Siècle médical*, 15 mars 1928.)

Quel doit être le domaine de la médecine administrative ? (Certains frémiront à l'accouplement de ces mots ; que celui qui n'a jamais sollicité un « *fixe* » me jette la première pierre !)

Ce domaine doit être : hygiène collective, y compris son administration, service social, assistance, y compris l'exécution des soins médicaux aux assistés et son administration ; s'y trouvent donc exclus, en l'état social actuel, les personnes qui peuvent payer (clientèle privée) et celles pour lesquelles un tiers paye directement ou indirectement (clientèle d'assurances privées et sociales).

***

Le « système social de Vitry »

La technique sanitaire a une origine très reculée et, depuis très longtemps, est une science, ce qui explique qu'elle a été hors la main des médecins. Les découvertes pastoriennes ont fait de l'hygiène, une science, dès lors les médecins sont devenus, non seulement des artistes, mais aussi des savants, l'hygiène médicale s'est superposée à la technique sanitaire. L'administration, routine connue sous le nom de bureaucratie, a été influencée par l'économie politique anglaise, la philosophie allemande et le socialisme français, qui ont donné naissance aux sciences sociales, encore bien imprécises sans doute, mais qui permettent de dégager les principes de l'administration sociale.

La loi du 19 juillet 1924 a imposé aux communes de plus de 10.000 habitants la confection d'un plan d'aménagement et d'extension ; cette loi se ressent des vieilles routines signalées ci-dessus et s'intéresse surtout à la voirie ; elle est donc sanitaire et ce, pour partie seulement. La ville de Vitry l'a complétée par un programme d'aménagement social ; elle espère que les œuvres privées s'y raccorderont, comme les lotissements se raccordent au tracé de voirie urbaine.

D'autre part, il n'est pas possible de dissocier les travaux de prophylaxie de ceux d'assistance, si l'on admet que le budget de l'assistance est celui de l'imprévoyance ; cet ensemble de remarques a conduit à la création d'un service d'hygiène et d'assistance sociales, *dirigé par un médecin* (innovation), et comprenant 1° le *bureau d'hygiène* organe centralisateur ; 2° le *service social* avec : a) *service des assistances*, qui ne se borne plus à distribuer des bons de pain comme le bureau d'hygiène, type 1902, distribue des bons de désinfection, mais qui cherche *à dépister à temps* le cas socialement intéressant ; *b*) *service des assistantes sociales de secteur* : elles effectuent les enquêtes, certains soins à domicile, mais leur plus grand travail est en quelque sorte de « *fournir un cheval de renfort* » pour aider la famille à monter la côte, à sortir de l'ornière et même de la boue ; *c*) *le service du dispensaire* qui soigne les indigents par ses consultations ou visites, en même temps qu'il dépiste chez ceux-ci les « cas sociaux » *d*) *les annexes*, laboratoire de biologie, de radiologie et d'actinologie qui acceptent outre les indigents les *malades de situation modeste qui leur sont envoyés en nombre de plus en plus grand par les confrères de la localité* — école en plein air permanente, colonie de vacances, etc.

***

Que vient faire le secret médical dans tout cela ?

Le même médecin dirige administrativement l'ensemble, est tenu au secret médical en vertu de l'article 378 du Code pénal, c'est entendu, mais il donne toute garantie extra-légale puisque, à l'intérieur du service, il se communique à lui-même, les dossiers de maladie, vaccination anatoxinique ou au B. C. G., assistance, désinfection, plaintes d'insalubrité, déclarations d'accidents de travail, etc..., et qu'à l'extérieur de ce service, il n'a à communiquer ces renseignements à personne si ce n'est qu'exceptionnellement et à ses confrères de la localité.

Lorsqu'un malade lui est adressé pour examen de laboratoire, de radiologie, les médecins de la localité sont assurés que le malade leur sera retourné avec une enveloppe contenant toute indication utile et adressée au seul médecin, sans avoir à encourir les indiscrétions fréquentes dans les hôpitaux et sans risquer de voir le malade conservé par le Dispensaire municipal comme cela pourrait arriver à l'hôpital parisien. Le Corps médical local à tout intérêt à voir sa clientèle possible montrer moins d'empressement à fréquenter les hôpitaux anonymes de Paris ; enfin les confrères sont assurés que les assistantes sociales agiront suivant les règles de la déontologie, si elles sont sous la direction d'un médecin.

Notre conclusion ?

Plus de deux ans de fonctionnement de notre service de Vitry nous ont démontré que l'on pouvait être médecin et fonctionnaire sans porter atteinte au secret médical : *que la médecine sanitaire, hygiénique et sociale soit confiée à des* ADMINISTRATEURS-*médecins, que la délivrance des soins payants soit confiée aux médecins praticiens* ..... ET PAR LA COLLABORATION DE CES MÉDECINS, LE SECRET MÉDICAL SERA BIEN GARDÉ.

Dr R.-H. HAZEMANN.

P. S. — (Pour de plus amples détails, voir nos communications du 23 novembre 1927 et du 28 mars 1928 publiées dans le *Mouvement sanitaire* ; cette organisation est exactement conforme aux 6 vœux émis récemment par l'Académie de Médecine.)

Variétés

LES FOUS EN LIBERTÉ

« ....

« La loi, n'a prévu que l'internement pour la « cure de la folie, alors que la grande majorité « des psychopathes sont justiciables unique- « ment d'hôpitaux ouverts, ainsi que je l'ai « montré par les faits (*Le Journal*).

Dr TOULOUSE.

On lit dans *Le Matin* du 13 avril 1928 :

A maintes reprises déjà, le *Matin* a signalé le danger qu'il y avait à laisser circuler librement des demi-fous, qu'un simple incident suffit à transformer en criminels. Certains de ces aliénés, trop d'exemples le prouvent, ont été relâchés hâtivement, après un internement insuffisant, et deviennent les héros de drames navrants qui posent chaque fois, avec une actualité renouvelée, le problème de la sauvegarde et de la sécurité publiques.

Tout récemment encore, dans la rue de la Grande-Buanderie, un dément, hospitalisé à Bicêtre, le nommé Mouilleaux, qui se trouvait dans un taxi avec un ami, tuait celui-ci d'un coup de révolver et blessait un passant.

Hier, un nouveau drame est venu grossir la liste, déjà longue pourtant, des crimes de la folie.

Mlle Eugénie Bolvin, 69 ans, et sa sœur Marie Rachelle, de cinq ans sa cadette avaient coutume de recevoir et d'héberger, de temps à autre, un cousin André Armand, hospitalisé à Bicêtre où il était traité comme incurable pour une maladie de l'ouïe et de la vue.

La nuit dernière, Armand couchait chez ses cousines. Vers minuit, des voisins, les époux Varin, entendirent plusieurs détonations suivies de gémissements, avertirent les agents qui prévinrent le commissaire de police.

A l'aide d'une masse, la porte fut alors défoncée Au milieu des flammes et de la fumée, on aperçut le dément qui, accroupi par terre, braquait un vieux révolver à broche sur les arrivants. Le jet d'une lance d'incendie eut tôt fait de renverser le dément qui fut immédiatement maîtrisé. Un désordre épouvantable régnait dans le logement. Dans la salle à manger qui lui servait de chambre à coucher, on découvrit dans son lit Mlle Bolvin qui, la tempe gauche trouée d'une balle, avait cessé de vivre.

Dans la deuxième pièce, dans lequelle couchait Armand, le lit et la literie étaient en flammes. Sur le parquet, le corps criblé de balles, Mlle Marie Bolvin, en chemise, gisait inanimée, baignant dans son sang.

En raison de sa surdité, Armand ne put être interrogé. C'est par écrit qu'il expliqua au commissaire de police les motifs de son acte. Cette déposition, d'une incohérence totale, ne peut laisser aucun doute sur les facultés mentales du criminel. Dans cette déposition, presque incompréhensible, Armand déclare que ses cousines ayant fait du bruit qui l'avait réveillé, furieux, s'empara d'un vieux « revolver appartenant à son père » et tira sur ses parentes et qu'il voulut se suicider ensuite.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

3 *avril* 1928.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, NOIR, GASSOT, DUCHESNE, DE LA ROCHEFORDIÈRE, PAMART, HENNE, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaire.*

Excusés : MM. MIGNON, HUGUENIN et LEVASSORT.

Le président dit au Conseil que le Dr Mignon, secrétaire général, s'est fait représenter et a envoyé tous les documents nécessaires.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaisons MA et B.

16 BRICET	Paris	3 mois	300 »
49 SALLES	Pyrénées-Orientales	60 jours + 13 jours chr.	610 »
93 PRENTOUT	Calvados	15 jours	150 »
100 COQUERET	Aube	3 mois	300 »
126 MALFUSON	Cher	9 jours	90 »
142 DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
145 SIMONNEAU	Vendée	11 jours	110 »
164 DE GRISSAC	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
192 HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193 COLIN	Var	3 mois	300 »
207 DURET	Nièvre	18 jours	180 »
228 TACHERON	Aube	3 mois	300 »
236 HERLAND	Finistère	3 mois	300 »
260 JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
311 ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
357 MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
375 PIERRHUGUES	Var	60 jours + 7 jours chr.	633 30
389 PLUYAUD	Seine-et-Oise	60 jours + 1 mois et 17 jours chr.	756 60
409 CAFFEAU	Nord	3 mois	300 »
412 DUROS	Calvados	3 mois	300 »
426 BARTHE	Charente-Inférieure	4 jours	40 »
432 DE LAGOANÈRE	Gironde	un mois et 15 jours chr.	150 »
488 HAMANT	Basse-Pyrénées	3 mois	300 »
500 RICHARD	Loiret	3 mois	300 »
504 DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
524 FRAIKIN	Seine	30 jours et 23 jours	530 »
547 CLISSON	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
579 LECLERC-MONTMOYEN	Paris	22 jours	220 »
585 FÉRAUD	Alpes-Maritimes	7 jours	70 »
591 LEFEBVRE	Aube	un jour	10 »
614 LAFONT	Seine-et-Oise	27 jours	270 »
656 GÉLAIN	Nord	27 jours	270 »
662 PAYRE	Isère	9 jours	90 »
696 CÉZILLY	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700 REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
715 ROUSSEAU	Finistère	42 jours	420 »
730 LEFER	Meuse	60 jours + 20 jours chr.	666 65
744 SIMONNOT	Somme	un jour	10 »
777 THOMAS	Loire-Inférieure	12 jours	120 »
828 MERCIER	Paris	3 mois	300 »
842 SAGE	Isère	23 jours	230 »
844 WILLEMETZ	Pas-de-Calais	6 jours	60 »
848 GALAND	Nord	un mois et 14 jours chr.	146 50
861 LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
880 SEYTRE	Alpes-Maritimes	60 jours + 12 jours chr.	639 95
892 SABADINI	Alger	3 mois	300 »
900 DUCLOS	Paris	3 mois	300 »
926 ABEILLHOU	Pyrénées-Orientales	22 jours	220 »
		A reporter	13.953 »

		Report	13.953 »
958 Saint-German	Haute-Garonne	23 jours	230 »
980 Bousrez	Vosges	60 jours + 23 jours chr	676 60
993 Boutard	Eure	5 jours chr	16 65
1050 Motel	Morbihan	3 mois et 4 jours chr	313 35
1057 Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1077 Daclin	Isère	60 jours + 2 mois et 7 jours	823 30
1088 Boudet	Ain	11 jours	110 »
1123 Basso	Savoie	7 jours	70 »
1241 Chanfreau	Haute-Garonne	11 jours	110 »
1254 Richard	Loir-et-Cher	5 jours	50 »
1259 Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 0
1272 Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281 Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1334 Orsini	Corse	20 jours	200 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1371 Flour	Seine-Inférieure	24 jours	240 »
1376 Orliac	Lot-et-Garonne	4 jours	40 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410 Montigny	Nord	3 mois	300 »
1424 Guillaud	Savoie	9 jours	90 »
1534 Gayet	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
1557 Magnin	Ain	3 mois	300 »
1649 Rousset	Savoie	20 jours	200 »
1655 Satte	Drôme	18 jours	180 »
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	7 jours	70 »
1787 Caillon	Tunisie	19 jours	190 »
1796 Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1801 Marnay	Indre-et-Loire	14 jours	140 »
1820 Priouzeau	Maine-et-Loire	13 jours + un mois et 3 jours chr	240 »
1854 Laroche	Vosges	16 jours	160 »
1896 Roure	Ardèche	3 mois	300 »
1912 Remige	Lozère	18 jours	180 »
1947 Descusses	Aube	34 jours	340 »
1968 Moré	Finistère	12 jours	120 »
		Total	21.682 90

Combinaison MAD

16 Bricet	Paris	3 mois (1/2)	300 »
93 Prentout	Calvados	15 jours	300 »
101 Alméras	Lozère	19 jours	380 »
124 Morel	Seine-Inférieure	16 jours	320 »
207 Duret	Nièvre	18 jours (1/2)	180 »
426 Barthe	Charente-Inférieure	4 jours	80 »
524 Fraikin	Seine	30 jours et 23 jours (1/2)	530 »
579 Leclerc-Montmoyen	Paris	22 jours (1/2)	220 »
591 Lefebvre	Aube	un jour	20 »
614 Lafont	Seine-et-Oise	27 jours (2)	1.080 »
656 Gelain	Nord	27 jours	540 »
744 Simonnot	Somme	un jour (1/2)	10 »
777 Thomas	Loire-Inférieure	12 jours (1/2)	120 »
842 Sage	Isère	23 jours (1/2)	230 »
844 Willemetz	Pas-de-Calais	6 jours (1/2)	60 »
980 Bousrez	Vosges	60 jours + 23 jours chr. (1/2)	676 60
1241 Chanfreau	Haute-Garonne	11 jours (1/2)	110 »
1396 Orliac	Lot-et-Garonne	4 jours (1/2)	40 »
1424 Guillaud	Savoie	9 jours (1/2)	90 »
1669 Rousset	Savoie	20 jours (1/2)	200 »
1912 Remire	Lozère	18 jours (1/2)	180 »
1947 Descusses	Aube	34 jours (1/2)	340 »
1968 Moré	Finistère	12 jours (1/2)	120 »
		Total	6126.60

Une amende de 40 fr. est infligée au sociétaire nº 500 et une de 50 fr. au sociétaire nº 524 pour retards ou irrégularités dans leurs déclarations.

M. le Dr Duclaux (142), fait un don de 25 francs à la Caisse auxiliaire : le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Conseil considérant que ses avertissements réitérés restent sans effet et qu'à chaque séance il constate des retards et des irrégularités dans les déclarations de maladie ou de guérison et dans les envois de nouvelles. prévues par l'article 51 des statuts, décide :

1º Le secrétaire général, lorsqu'il constatera un

retard de dix jours, préviendra le sociétaire retardataire par une lettre recommandée à ses frais.

2° L'amende sera toujours infligée lorsque les nouvelles ne seront pas arrivées au jour de la réunion du Conseil.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du 1er trimestre 1928, les sommes suivantes à :

4	Mme Vve Lepage, Paris	150 fr.
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 »
38	Mme Gillette, Calvados	150 »
43	Mme Vve Chevreux, Paris	150 »
45	Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Mme Vve Rousselot, Marne	150 »
	Total	760 »

Ces sommes seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 mars 1928.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre définitif de :

Combinaison MA :

MM. Goiraud, Russel, Milhaud, Lafont, Liotard, Pibre, Lagarde, Français, Serre et Grimauld.

Combinaison MAD :

MM. Pibre, Lagarde, Fabre, Serre et Grimauld.

Combinaison MAD2 :

MM. Goiraud, Mayet, Milhaud, Lafont, Liotard, Français et Uhl.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Ponsard, de Luys, (Ain).
Duballen, du Creusot (Saône-et-Loire).
Tisseau, de Mouilleron-en-Pareds (Vendée).
Bourguet, de Marseille.
Michel, de Satillieu (Ardèche).
Rontin, de Mézin (Lot-et-Garonne).

Combinaison MAD :

M. le docteur :
Bron, de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyrénées-Orientales).

Combinaison MAD² :

MM. les docteurs :
Ponsard, de Luys (Ain).
Galichon, de Lyon.
Castelbon, de Montargis (Loiret).
Duballen, du Creusot (Saône-et-Loire).
Tisseau, de Mouilleron-en-Pareds (Vendée).
Michel, de Satillieu (Ardèche).
Bourguet, de Marseille.
Bobay, d'Acquigny (Eure).
Rontin, de Mézin (Lot-et-Garonne).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin juin.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Nougaret, de Port-Saint-Louis-du-Rhône (Bouches-du-Rhône).
Renaux, de Paris.
Mademoiselle :
Du Fayet de la Tour, de Rochefort (Charente-Inf.).

Combinaison R :

MM. les docteurs :
Dumarquet, d'Ablon (Seine-et-Oise).
Renaux, de Paris.
G. du Fayet de la Tour, de Rochefort (Charente-Inf.)

Le Conseil examine la possibilité d'organiser un service de propagande directe près des médecins et décide qu'un essai sera tenté à titre provisoire jusqu'à la fin de 1929.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, *P. Boudin.*   *Le Président,* *A. Maurat.*

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES

28, rue Serpente, Paris.

Assemblée générale ordinaire du 1er avril 1928.

C'est à la salle des thèses de la Faculté de médecine de Paris que s'est tenue, comme chaque année, cette assemblée.

Après la lecture des procès-verbaux et rapports statutaires, M. Billoret, président, a résumé les travaux de l'association au cours de l'année écoulée en vue de réunir l'art dentaire à la médecine, avec les grandes spécialités.

Il a surtout insisté sur les évènements de ces dernières semaines et a donné connaissance du protocole suivant, adopté par des personnalités des différents partis professionnels, sous l'autorité de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique :

Paris, le 2 mars 1928,

« 1o A dater du 1er octobre 1932, il ne sera plus délivré d'inscription en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste et les personnes désirant exercer cette spécialité devront, comme pour les autres spécialités, s'inscrire dans les Facultés de médecine en vue du doctorat d'Etat.

« 2o Le ministre demande l'union des personnes exerçant ou des organisations représentant l'art dentaire pour établir les réformes destinées à compléter le doctorat en médecine par un certificat de spécialité, comme il est demandé pour toutes les spécialités.

« 3o Il se déclare décidé à sauvegarder les intérêts des praticiens actuellement en exercice ou en formation par les mesures transitoires les plus larges, c'est-à-dire en assurant à ce personnel l'option entre le *statu quo*, une accession facilitée au doctorat d'Etat et un titre spécial délivré pendant la période de transition.

« 4o Il sera pris des mesures pour sauvegarder les œuvres de préparation technique actuellement existantes. »

Signé : Herriot.

Dr Tellier, Marquet, député, Justin-Godart, sénateur.

Dr Fargin-Fayolle, Billoret, Cayrel, député.

L'assemblée s'est séparée après avoir fixé son avis sur la période transitoire, et réélu la moitié de son conseil d'administration. L'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité des voix, sans abstention :

« L'*Association française des Chirurgiens-dentistes*, réunie en assemblée générale, le 1er avril 1928, à la Faculté de médecine de Paris, après avoir entendu la lecture d'un texte (1) susceptible de servir de base à un accord avec nos confrères stomatologistes, d'une part, avec nos confrères odontologistes, d'autre part :

« Approuve les termes des quatre paragraphes ;

« Les déclare solidaires ;

« Et donne pleins pouvoirs à son Conseil d'administration pour réaliser l'ensemble ;

« Adresse son salut confraternel à MM. Marquet et Cayrel, députés de la Gironde, ainsi qu'aux auditeurs du banquet odontologique qui ont applaudi à leurs déclarations et, confiante dans la sagesse de tous pour qu'une collaboration sans détours établisse à bref délai le statut de notre spécialité médicale,

« Passe à l'ordre du jour. »

Le Secrétaire général : P. Arnold.

(1) Il s'agit du protocole ci-dessus.

Syndicat médical de Chartres.

Assemblée générale du 4 mars 1928, sous la présidence du Dr Monier.

I. — 12 *présents* : Docteurs Baudin, Carlotti, Durand, Foubert, Mons, Monier, Panas, Poirel, Roué, Santrot, Vaillant, Vallée.

8 *excusés* : Docteurs Andraud, Brassart, Fayolle, Dassonville, Fenouillère, de Fourmestraux, Gierzinski, Launay.

Le procès-verbal de la dernière Assemblée générale (16 octobre 1927, circulaire no 10) est adopté.

II. — Les docteurs Dufour, de Janville, Haye et Foreau, de Chartres, sont, par vote secret, admis à l'unanimité.

Le Dr Quéraux, d'Illiers, admis provisoirement par le Bureau, sera proposé à l'Assemblée générale d'octobre.

Le Dr Deniau, qui a quitté Toury pour Lèves, reste délégué à la Fédération en remplacement du Dr Damiot. Le Dr Roué sera délégué de la région Voves-Janville.

III. — La *cotisation* fixée à 60 francs pour 1928 prévoyait 30 francs pour l'Union au lieu de 40 francs votée et exigée. Il s'agit donc d'un supplément de 10 francs que les membres présents versent immédiatement après l'avoir admis.

IV. — Le statut des *médecins assermentés* reste soumis à l'arbitraire.

Légalement, deux cas sont prévus :

1° En cas d'infirmité grave ouvrant droit à *pension* ; ces infirmités sont constatées par les médecins qui ont donné leurs soins aux fonctionnaires et par un médecin assermenté (Décret du 9 novembre1853, article 35) ;

2° En cas de maladie de nature à entraîner un *déplacement* ; la nécessité doit en être constatée par un médecin assermenté, comme dans le cas d'admission à la retraite (article 30 du même décret).

Pratiquement, les droits des malades et des médecins traitants ne sont pas toujours respectés. Le plus logique serait de considérer les médecins assermentés comme des experts et comme tels devant se récuser dès qu'il s'agit de leurs propres malades.

L'Administration conserverait ainsi tout pouvoir le contrôle vis-à-vis de ses fonctionnaires qui, malades, restent libres de choisir leur médecin traitant.

V. — L'*inspection médicale des écoles* a fait l'objet d'une assemblée extraordinaire de la Fédération, le 12 février dernier. Le Secrétaire en lit le compte rendu :

« Trois modes d'inspection sont possibles. Le premier, administratif, condensé dans le projet Herriot dont il est donné lecture, envisage des médecins fonctionnaires sans clientèle ; il a trouvé son application à Lyon même. Le deuxième, fait appel aux médecins praticiens ; l'écolier est adressé au médecin de son choix, qui établit une double fiche : l'une, scolaire, à la disposition de l'instituteur; l'autre, qu'il garde, véritable fiche de santé restant secrète. Paiement au tarif syndical,soit par les familles, soit par les budget départemental, comme pour la vaccination. Ce système qui fonctionnne dans l'Eure depuis deux ans, quoique séduisant, ne rallie pas la majorité des délégués comme exigeant étude et préparation peut-être longues. Et l'Assemblée adopte le troisième mode : des médecins contrôleurs nommés par les maires, agréés par le Préfet, parmi les médecins praticiens, sur la base des circonscriptions de nourrissons que l'on reviserait au besoin, seront payés par les communes.

« Une lettre adressée à tous les confrères et maires du département par les présidents des deux groupements médicaux demandera le tarif syndical : 2 fr. 50 par visite et par enfant, et 1 fr. 50 d'indemnité kilométrique. »

VI. — La prochaine réunion de l'Entente de l'Orléanais aura lieu en mai, à Nogent-le-Rotrou.

Un groupement régional semblable est créé en Normandie, constitué par l'Eure, la Seine-Inférieure et l'Orne.

La Fédération d'Eure-et-Loir sollicitée, n'a pu que décliner cette invitation gracieuse.

La séance est levée à seize heure.

Le Secrétaire :
Dr Poirel.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL DU PERSONNEL MÉDICAL DES HOPITAUX

Rapport sur le projet de loi, adopté par la Chambre des Députés.

Par M. Dudouyt, sénateur.

Messieurs,

Ce projet a été déposé par le Gouvernement sur le bureau de la Chambre, le 1er juin 1926 (n° 2931). Renvoyé à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales, il a fait l'objet d'un rapport favorable de M. Fié, du 10 novembre 1926 (n° 3563), et voté sans débat par la Chambre, le 21 janvier 1927.

Des faits douloureux, des accidents mortels, ont mis en lumière une grave lacune de nos lois d'assurance et de prévoyance sociales à l'égard de tous ceux qui, à un titre quelconque, donnent leurs soins aux malades admis dans les établissements d'assistance et de prévoyance publics ou privés.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ne peut être invoquée par eux, car le contrat qui les lie à l'administration de l'établissement hospitalier, par exemple, revêt un caractère particulier qui ne permet pas de les considérer comme un contrat de travail.

Il importe de mettre un terme à cette situation, dans l'intérêt du personnel hospitalier.

Il est inutile, n'est-ce pas, de rappeler ici le but et la portée de la loi du 9 avril 1898, complétée par les lois du 30 juin 1899, 12 avril 1906, 15 décembre 1922, 8 juillet 1926.

Avant cette loi de 1898, les accidents du travail étaient régis par les principes du droit commun en matière de responsabilité, par les articles 1382 et suivants du Code civil ; l'ouvrier, victime d'un accident, pour obtenir une indemnité, devait prouver la faute du patron ou de ses préposés, preuve quelquefois impossible, toujours bien difficile.

En effet, il est bien rare qu'un accident soit dû à la faute personnelle du patron. Très souvent, la cause de l'accident échappe. C'est la fatalité qui est seule responsable. Par suite, restaient à la charge de l'ouvrier, les accidents survenus par sa propre faute et ceux survenus par suite d'un cas fortuit ou de force majeure.

La loi de 1898 crée le risque professionnel. Désormais l'ouvrier, victime d'un accident qu'il n'a pas provoqué intentionnellement, a droit à une indemnité

sans être obligé de faire aucune preuve, indépendamment même de toute faute, négligence ou imprudence du patron ou de ses préposés.

Cette indemnité, par contre, ne constitue pas une réparation intégrale du préjudice causé, c'est une indemnité forfaitaire établie de telle sorte qu'une partie du dommage reste à la charge de la victime et de ses ayants droit.

Certains sont arrêtés par cette considération que l'intéressé ne recevra pas l'intégralité de la réparation qui lui est due. C'est un inconvénient ; mais en présence des difficultés de toutes sortes que la victime éprouve pour établir la faute et par suite la responsabilité du directeur de l'entreprise, difficultés si graves qu'elles rendent presque toujours illusoire toute action en justice, n'est-il pas préférable d'accepter le bénéfice de cette loi qui, malgré les lacunes, constitue un progrès évident. Par elle, déjà, bien des injustices ont été évitées, bien des misères ont été soulagées. Mal accueillie à son origine par quelques-uns, elle est entrée aujourd'hui dans nos mœurs et l'on ne comprend plus l'organisation du travail sans son application.

La question est de savoir s'il faut en faire bénéficier le personnel hospitalier et tout le personnel hospitalier.

Sans doute, la loi du 2 août 1923, dans son article premier, assujettit à la législation des accidents du travail les domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés de même genre, à un titre quelconque, attachés ou non à la personne. Interprétant ce texte, le Comité consultatif contre les accidents du travail a émis l'avis, dans sa séance du 24 octobre 1925, que la loi du 2 août 1923 était applicable aux infirmiers et gens de service d'un hôpital. Il ne s'inspirait ainsi que du rapport de notre ancien et éminent collègue M. Paul Duquaire, qui, le 2 mars 1923, disait avec juste raison que, désormais, tous les travailleurs manuels étaient protégés et que seuls se trouvaient exclus les travailleurs intellectuels.

Mais ce texte est encore insuffisant, puisqu'il laisse en dehors de l'application de ladite loi tout le personnel médical qui ne peut être assimilé à des salariés du même genre que les domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, etc.

C'est dans ce but que nous vous demandons de déclarer que la législation concernant les responsabilités des accidents du travail soit applicable aux hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés ou autres établissements d'assistance ou de bienfaisance, publics ou privés, au profit des médecins, chirurgiens, aliénistes, radiologues, chefs de clinique ou de laboratoire, assistants de médecine et de chirurgie, internes, externes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, infirmières, employés de dispensaires, assistants d'hygiène sociale, visiteuses des offices d'hygiène sociale, étudiants touchant ou non une indemnité, et aussi tous autres praticiens non dénommés, appelés à donner leurs soins moyennant une indemnité permanente ou provisoire, aux malades admis dans ces établissements.

Comme il ne saurait être pris pour salaire de base la rémunération minime attribuée à la plupart d'entre eux, il est indispensable de fixer un salaire moyen, à l'exemple d'ailleurs de ceux qui existent déjà pour certaines hypothèses déterminées dans la législation des accidents de travail. Le salaire moyen sera déterminé par arrêté du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, après avis d'une Commission composée des représentants du personnel médical, des représentants des établissements hospitaliers, des représentants du personnel desdits établissements d'assistance et de bienfaisance et des représentants de l'administration, c'est-à-dire du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

D'autre part, comme, en l'espèce, le véritable risque professionnel est la maladie, nous l'assimilons à l'accident du travail, à la condition, bien entendu, qu'il s'agisse de maladie contractée à l'occasion du service dans les établissements ci-dessus visés.

Enfin, en tête même de ce rapport, nous tenons à répéter l'affirmation qui se trouve déjà dans l'exposé des motifs du projet du Gouvernement et dans le rapport à la Chambre, à savoir que l'application de la loi sur les accidents du travail ne constituera pas une charge nouvelle ni pour le budget de l'Etat, des départements ou des communes, ni même pour les hôpitaux publics, puisque ceux-ci feront entrer la prime d'assurance dans le calcul du prix de revient de la journée d'hospitalisation.

Ces principes généraux dégagés, nous examinerons chacun des articles du projet.

Article premier.

L'article premier détermine par une longue énumération, plus détaillée dans le projet de la Chambre que dans celui du Gouvernement, les bénéficiaires du nouveau régime. Nous vous demandons de le voter, avec toutefois une modification, indispensable, par suite d'une omission.

L'article premier étend la législation des accidents du travail à ces nouveaux bénéficiaires « sous réserve des dispositions spéciales fixées à l'article 3 ». Or ces dispositions spéciales ne se trouvent pas seulement à l'article 3, mais aussi à l'article 4. Le texte doit donc être ainsi rectifié : « sous réserve des dispositions spéciales fixées aux articles 3 et 4 ci-après ».

Article 2.

L'article 2 du projet de la Chambre est la reproduction de l'article 3 du projet gouvernemental.

Grave est la portée de cet article, il crée au profit de tout le personnel médical et hospitalier une situation exceptionnelle, privilégiée même.

Alors que pour les ouvriers, le législateur s'est réservé le soin de déterminer quelles seraient les affections qui pourraient être considérées comme des

maladies professionnelles, à l'égard du personnel médical et hospitalier ce sont toutes les maladies, quelles qu'elles soient, contractées par le fait ou à l'occasion du service dans les établissements visés à l'article premier, qui seront admises comme maladies professionnelles.

Avec un texte aussi large, il n'est pas une maladie, atteignant un membre du personnel médical ou hospitalier qui ne pourra être attribuée au service. Et cependant les médecins, chirurgiens, radiologues, etc., ont en dehors de leur service à l'hôpital, une clientèle privée. D'autre part, il peut arriver que la maladie provienne d'une cause tout à fait étrangère à l'exercice de la profession.

Comment l'Assistance publique prouvera-t-elle que ce n'est pas en soignant ses malades hospitalisés, mais sa clientèle privée ou par cette cause étrangère que le médecin ou toutes autres personnes visées par la loi a contracté la maladie qui lui donne droit aux réparations prévues ?

Le texte nouveau que nous vous proposons respecte entièrement les principes de la loi de 1898, puisque, s'il définit d'une manière précise, comme cela était nécessaire, les maladies qui ouvrent droit à réparation, il établit, en faveur du personnel médical et hospitalier, une présomption légale et le décharge ainsi de l'obligation de démontrer la corrélation entre les affections dont il serait atteint et les risques professionnels auxquels il est exposé.

Article 3.

Cet article dispose que « les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens, sages-femmes et tout le personnel hospitalier salarié recevront de l'hôpital les soins, médicaments, et, s'il y a lieu, l'hospitalisation, au cas de maladie ou d'accident survenu par le fait ou à l'occasion de leurs fonctions hospitalières ».

Il a été ajouté par la Chambre des Députés et nous vous demandons de l'adopter.

L'exposé des motifs du projet rappelait bien qu'à sa session de juin 1923, le Conseil supérieur de l'Assistance publique avait émis le vœu « qu'en sus de la rémunération pécuniaire qui leur est attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens et sages-femmes des hôpitaux recevront de l'hôpital les soins, médicaments et, s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie ou d'accident survenu au cours de leurs fonctions hospitalières ». Cette rédaction devait faire l'objet d'une adjonction au premier paragraphe de l'article 11 du règlement modèle du 30 juin 1921. Par circulaire du 17 octobre 1923, M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales invita les préfets à recommander aux commissions hospitalières de tenir compte de ce vœu émis par le Conseil de l'Assistance publique.

Mais, en vertu de l'autonomie que leur confère la loi du 7 août 1851, les commissions des hôpitaux ont parfaitement le droit de ne tenir aucun compte de cette circulaire. Aussi, le rapporteur à la Chambre, préféra-t-il, et avec raison, rendre cette disposition obligatoire par voie législative.

Article 4.

Il signifie qu'on ne doit pas calculer l'indemnité sur le salaire infime que les hôpitaux publics payent à leur personnel médical. On sait qu'il est de tradition que ce personnel d'élite, recruté au concours, touche de l'Assistance publique une rémunération dérisoire, mais qu'il trouve dans la notoriété qui s'attache à son titre et qui le désigne à la confiance de la clientèle privée, une compensation à la quasi gratuité de ses fonctions.

L'article 4 du projet voté par la Chambre est la reproduction de l'article 2 du projet déposé par le Gouvernement, mais avec quelques différences sur lesquelles il importe d'insister.

L'idée est la même dans les deux textes : comme il ne saurait être pris pour salaire de base la rémunération minime que reçoit le corps médical hospitalier, il est indispensable de fixer un salaire moyen.

Pour être certain de l'impartialité des décisions de la Commission chargée de déterminer le salaire de base de la victime, nous spécifions bien que cette Commission comprendra quatre éléments : 1° les représentants du personnel médical ; 2° les représentants des établissements hospitaliers d'assistance et de bienfaisance ; 3° les représentants du personnel des dits établissements ; 4° les représentants de l'Administration, c'est-à-dire du Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Le procédé consistant à faire fixer le salaire de base par une Commission composée des représentants des intérêts en présence n'est pas une innovation. La loi du 15 décembre 1922 étendant à l'agriculture la législation des accidents du travail a agi de même pour la détermination du salaire moyen des ouvriers agricoles (art. 8 et 9 de la dite loi).

Dans le second paragraphe du même article, le projet de loi voté par la Chambre dit que « chacun des ascendants recevra une rente viagère » ; le texte du Gouvernement spécifiait « chacun des ascendants *du premier degré* » ; pour ne pas faire de dérogation à la loi générale du 9 avril 1898, nous vous demandons de voter le texte de la Chambre ; pour la même raison enfin, nous vous proposons de limiter la rente viagère et de rétablir en ces termes l'article 4 du projet :

« Le salaire de base pour la fixation de l'indemnité journalière et de la rente sera déterminé par arrêté du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales après avis d'une Commission comprenant des représentants du personnel médical, des représentants des établissements hospitaliers, des représentants du personnel desdits établissements d'assistance et de bienfaisance et des représentants de l'Administration, c'est-à-dire du Ministre compétent.

« Si la victime n'a ni conjoint, ni enfants dans les

termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, chacun des ascendants recevra une rente viagère égale à 10 % du salaire de base de la victime, sans que le montant total des rentes ainsi allouées puisse dépasser 30 %. »

Ce salaire moyen, dit l'exposé des motifs, doit être calculé de telle façon que, dans le cadre de la loi des accidents du travail, il indemnise d'une façon raisonnable, non seulement les intéressés, mais encore leur famille et, en particulier, les ascendants qui, souvent, ont fait des sacrifices énormes pour faire poursuivre à leur fils la voie pénible des concours et des études supérieures et qui se trouvent réduits à la détresse par suite du deuil qui les frappe.

D'autre part, des instructions seraient données aux commissions des hospices pour qu'elles n'invoquent pas les maxima fixés par l'article 2, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 8 juillet 1926, conformément, d'ailleurs, à la disposition finale de ce texte même, qui prévoit les « conventions contraires ».

Nous vous demandons enfin, Messierrs, de déclarer que la présente loi sera applicable à l'Algérie.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Samalens, d'Auch (Gers). — Mlle le Dr Roussel, de Rouen. — M. le Dr Mekdjian, de Joigny (Yonne). — M. le Dr Adenis, de Domeyrot (Creuse). — M. le Dr Rollet, directeur du service d'hygiène d'Auxerre. — M. le Dr Camille Fromaget, de Bordeaux. — M. le Dr Mercereau, de Paris. — M. le Dr Meyer, de Paris. — M. le Dr Pissot, de Perros-Guirec (Côtes-du-Nord). — M. le Dr Victor Picot, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Evariste Gras, de La Ciotat.

— **Journées thermales, climatiques et touristiques des Vosges** (Luxeuil-les-Bains, 2-3 juin 1928). — Ces journées, organisées par la Fédération thermale et climatique des Vosges, sous le haut patronage de M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène et de M. le Ministre des Travaux publics, et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy, de l'Union hôtelière des Vosges, des Fédérations de syndicats d'initiative et des Automobiles-clubs régionaux, auront lieu à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône), les samedi 2 et dimanche 3 juin 1928, sous la présidence de M. le professeur Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

Leur programme scientifique portera sur trois questions, qui seront l'objet des rapports suivants :

I. *Gynécologie* : 1° Les rétroversions du post-partum et leur traitement, par le prof. Fruhinsholz (de Nancy) ; 2° Les névralgies pelviennes et leur traitement, par le prof. Cotte (de Lyon) ; 3° Les eaux minérales radioactives en gynécologie, par le prof. Piery (de Lyon).

II. *Pathologie gastro-intestinale* : 4° Les entéro-névrites et leur traitement, par le prof. Loeper (de Paris) ; 5° L'anachlorhydrie et son traitement, par le prof. Merklen (de Strasbourg).

III. *Maladies des artères* : 6° Le cœur périphérique, par le prof. Etienne (de Nancy).

Une fête au Casino, un grand banquet officiel, un rallye automobile, d'intéressantes excursions, etc. augmenteront l'éclat de cette manifestation.

La cotisation est fixée à 20 francs pour nos confrères, 10 francs pour les personnes qui les accompagneront (femmes et enfants) ; l'inscription est gratuite pour les étudiants.

Ceux qui désireraient prendre part à la discussion d'une des questions portées à l'ordre du jour sont priés de se faire inscrire dès maintenant.

Adresser les adhésions demandes de renseignements, etc., au secrétaire général, M. le Dr L.-M. Pierra, 14, rue des Thermes, Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône) ; prière d'établir les chèques et mandats au nom de M. Jean Pattegay, trésorier du Comité d'organsation.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique.* Cours de perfectionnement du professeur Canuyt, avec la collaboration de MM. les professeurs Borrel, Leriche, Pautrier, Rohmer et Schwartz ; de M. le docteur Terracol, professeur agrégé ; de MM. Gunsett et Vaucher, chargés de cours ; de M. le docteur Woringer, chef de laboratoire et de M. le docteur Joublot, chef de clinique. — *Programme* du lundi 16 juillet au samedi 28 juillet 1928 :

Première semaine. — Lundi 16 juillet : *matin* à 9 h. : exposé du cours. Introduction à l'étude de l'oto-rhino-laryngologie, M. Canuyt ; visite de la nouvelle clinique ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Présentation et examen de malades, M. Canuyt ; *soir* à 15 h. : comment on examine un sourd. Les épreuves acoumétriques, M. Terracol ; 15 h. : laboratoire de pharmacologie. Les bases expérimentales de l'anesthésie locale, M. Schwartz. — Mardi 17 juillet, *matin* à 9 h. : l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie, M. Canuyt ; la paracentèse, M. Canuyt ; 9 h. 30 : visite au lit du malade, M. Canuyt ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Examen et présentation de malades, M. Canuyt ; les examens de laboratoire en oto-rhino-laryngologie. La biopsie. Les prélèvements, M. Joublot ; *soir* à 15 h., médecine opératoire. Anatomie chirurgicale de l'apophyse mastoïde. La mastoïdectomie. M. Terracol ; 17 h., laboratoire de pharmacologie. La physiologie du labyrinthe, M. Schwartz. — Mercredi 18 juillet : *matin* à 9 h. : séance opératoire. La mastoïdectomie. Indications. Anesthésie locale. Soins post-opératoires. Présentation de malades opérés, M. Canuyt ; 9 h. 30, : visite au lit du malade, M. Canuyt ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Examen et présentation de malades, M. Canuyt ; *soir* à 15 h. : policlinique. La thérapeutique des surdités. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Le tympan artificiel. L'électricité ; 17 h. : comment on examine un labyrinthique, M. Terracol. — Jeudi 19 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire. La chirurgie de la cloison nasale, M. Canuyt ; 7 h. 30 : visite au lit du malade, M. Canuyt ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Présentation de malades, M. Canuyt ; *soir* à 15 h. : médecine opératoire. L'évidement pétro-mastoïdien, M. Terracol ; 17 h. : la tuberculose et l'oto-rhino-laryngologie, M. Vaucher. — Vendredi 20 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire. L'évidement pétro-mastoïdien. Indications. Anesthésie locale. Le pansement des évidés. Présentation de malades, M. Canuyt ; 9 h. 30 : visite au lit du malade, M. Canuyt ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Pré-

sentation de malades, M. CANUYT ; *soir* à 15 h. : policlinique. La diathermie en oto-rhino-laryngologie. Les rayons ultra-violets. L'infra-rouge ; 17 h. : clinique infantile. La pathologie de la première enfance et l'oto-rhino-laryngologie. Visite de la clinique infantile, M. ROHMER. — Samedi 21 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire. La chirurgie endo-nasale. L'ablation des cornets inférieurs. L'ablation des cornets moyens. La chirurgie de l'ethmoïde et du sphénoïde, M. CANUYT ; 9 h. 30 : visite au lit du malade M. CANUYT ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Présentation de malades, M. CANUYT ; *soir* à 15 h. : médecine opératoire. La chirurgie du sinus maxillaire par la voie externe. La chirurgie du sinus frontal par la voie externe (LUC, MOURET, JACQUES). L'opération de Lothrop-Sébileau ; 17 h. : clinique chirurgicale A. La chirurgie du sympathique, M. LERICHE.

Deuxième semaine. — Lundi 23 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire. L'ouverture du sinus maxillaire par la voie endonasale. Le râpage du sinus maxillaire, M. CANUYT ; 9 h. 30 : visite au lit du malade, M. CANUYT 10 h.30 : consultation externe à la policlinique ; présentation de malades, M. CANUYT ; anatomie pathologique. Examens microscopiques, M. JOUBLOT ; *soir* à 15 h. : le sympathique nasal. Le ganglion sphéno-palatin. L'ozène, M. TERRACOL ; 17 h. : Institut d'hygiène et de bactériologie. Le cancer, M. BORREL ; visite de l'Institut de recherches sur le cancer. — Mardi 24 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire. La chirurgie du sinus frontal par voie externe. Indications. Anesthésie locale. Soins post-opératoires. Présentation de malades opérés, M. CANUYT ; 9 h. 30 : visite au lit du malade ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Présentation de malades, M. CANUYT ; anatomie pathologique. Examens microscopiques, M. JOUBLOT ; *soir* à 15 h. : médecine opératoire. La chirurgie du maxillaire supérieur. L'ethmoïdectomie. La voie trans-maxillo-nasale, M. TERRACOL ; 17 h. : la syphilis et l'oto-rhino-laryngologie, M. PAUTRIER. — Mercredi 25 juillet, *matin* à 9 h., séance opératoire. La chirurgie du pharynx nasal. L'ablation des végétations adénoïdes. Indications. Technique, M. CANUYT ; 9 h. 30 : visite au lit du malade, M. CANUYT ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Présentation de malades. La stomatologie et l'oto-rhino-laryngologie, M. CANUYT ; *soir* à 15 h. : policlinique. La ponction et le lavage du sinus maxillaire. Le cathétérisme du sinus frontal. Le râpage du canal naso-frontal. Le cathétérisme du sinus sphénoïdal, M. CANUYT ; 17 h. : service d'électro-radiologie. Le traitement du cancer par les radiations, M. GUNSETT ; visite du centre anticancéreux. — Jeudi 26 juillet, *matin* à 9 h. : l'anatomie chirurgicale du pharynx buccal. Séance opératoire. L'amygdalectomie totale. Technique simplifiée, M. CANUYT ; 9 h. 30 : visite au lit du malade, M. CANUYT ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Présentation de malades, M. CANUYT ; l'anatomie pathologique de l'amygdale. Examens microscopiques, M. JOUBLOT ; *soir* à 15 h. : médecine opératoire. La chirurgie du larynx. La thyrotomie. La trachéotomie. La laryngostomie. Les laryngostomies M. CANUYT ; 17 h. : le rôle de la carence solaire dans les infections de l'enfance, M. WORINGER. — Vendredi 27 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire. La chirurgie du larynx, M. CANUYT, 9 h. 30 ; la laryngoscopie directe M. CANUYT ; 10 h. 30 : consultation externe à la policlinique. Démonstrations cliniques et présentation de malades. Les laryngosténoses, M. CANUYT ; *soir* à 15 h. : l'anesthésie locale et régionale du larynx. La thérapeutique de la laryngite tuberculeuse. Les galvano-cautérisations. La diathermie. Les injections intra-trachéales, M. CANUYT ; 17 h. : démonstration de trachéo-bronchoscopie. Œsophagoscopie, M. TERRACOL. — Samedi 28 juillet, *matin* à 9 h. : séance opératoire, avec démonstrations. La chirurgie oto-rhino-laryngologique chez le nourrisson et chez l'enfant, M. CANUYT ; 10 h. 30 consultation externe à la policlinique. Présentation de malades, M. CANUYT ; *soir* à 15 h. : Les voies aériennes supérieures et inférieures. Les erreurs de diagnostic concernant la tuberculose pulmonaire. Le syndrome de l'insuffisance respiratoire nasale et rétro-nasale. L'éducation et la gymnastique respiratoire. Une leçon sera donnée aux enfants par la monitrice avec présentation d'élèves.

Ce cours sera *essentiellement pratique*. Les auditeurs *seront exercés individuellement* aux méthodes d'examen, aux méthodes de traitement et aux exercices de médecine opératoire.

La clinique oto-rhino-laryngologique contient 102 lits répartis en service d'hommes, de femmes, d'isolés et surtout d'enfants.

Un développement tout particulier sera donné à *l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie chez les enfants*.

La clinique possède un laboratoire, une bibliothèque qui renferme tous les ouvrages intéressant la spécialité et la collection des atlas et des périodiques, un musée photographique, radiographique et histologique. Les auditeurs y auront accès.

Un certificat sera délivré à la fin du cours. S'inscrire en écrivant directement au professeur CANUYT. Droits d'inscription : 300 francs.

— **VIIe Congrès National de la tuberculose (de Bordeaux.** — Le Comité d'organisation du Congrès National de la Tuberculose, d'accord avec la Fédération Girondine des Œuvres antituberculeuses, a mis à l'ordre du jour du prochain Congrès qui aura lieu à l'époque de Pâques, en 1930, les questions suivantes :

1° *Question biologique.* — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteur : prof. Bezançon, Drs A. Philibert et J. Paraf (Paris) ;

2° *Question clinique.* — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs prof. Leuret et Dr Caussimon (Bordeaux).

3° *Question médico-sociale.* — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : Drs Kuss (Paris), Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

4° *Question médico-militaire.* — La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, par M. le médecin-major de 1re classe Pilod (du Val-de-Grâce).

5° *Conférence* sur une question d'actualité par un médecin de langue française.

Nota. — Sujet et conférencier seront ultérieurement désignés.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

« Service de Jour » pourrait s'appeler : « les mémoires d'un médecin de Dispensaire ». Henri Drouin, syphiligraphe distingué, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Broca, est en effet médecin de dispensaire à Belleville. Il manie aussi habilement la plume que la seringue à intra-veineuses et c'est en soignant avec science et dévouement ses malades de Belleville qu'il a su gagner leur confiance, recevoir leurs confidences : ce sont ces confidences qu'il nous présente en un style coloré.

« Service de Jour » n'est pas une histoire à personnages entremêlés. Ses personnages, l'auteur nous les montre un par un et il fait passer devant nous de très intéressantes silhouettes de Parisiens des faubourgs. Il les a groupés. Voici d'abord ceux qu'il nomme : « les honnêtes gens », ses « amis de Belleville » comme il les appelle, faubouriens au cœur d'or, attachés au devoir, généreux et dévoués malgré leur pauvreté. On sent que l'auteur les aime, ses « amis de Belleville » et ceux-ci lui rendent bien d'ailleurs ses sentiments affectueux. L'exercice de la médecine, dans les quartiers populaires de Paris, si elle est pénible et peu lucrative, est attrayante par les satisfactions morales qu'elle procure. Drouin l'a senti et il nous en fait toucher les beautés. Je signalais, il y a quelque temps, dans les « Dernières nouvelles » du *Concours*, l'hommage rendu à un praticien par la population entière d'un quartier de Paris. Ce confrère, le Dr Heulin, avait exercé 30 ans rue de Balagny et avait consacré toute une vie de dévouement à soigner les pauvres. Reconnaissante, la population du quartier des Epinettes demanda que le nom du Dr Heulin fut donné à une rue du XVIIe arrondissement. Aujourd'hui, l'ancienne rue Trézel porte des plaques nouvelles et s'appelle : rue du Docteur-Heulin.

Après avoir parlé des « honnêtes gens », Drouin, dans son livre, nous parle « des autres ». Personnalités très mêlées. Gens du demi-monde et moins encore. Héroïnes du Sébasto et du panier à salade. Petits messieurs à professions mal cotées. Maisons de rendez-vous. Tout cela défile au hasard des circonstances, sous le jour cru (*Service de jour*...) d'une fenêtre de dispensaire. Quoique très moral au fond, le roman de Drouin ne saurait évidemment figurer dans la bibliothèque d'une jeune fille.

Le style de l'auteur est coloré, sans viser — et il faut lui en savoir gré — à un modernisme exagéré. Son roman, souvent pathétique, sera lu avec beaucoup d'intérêt. L'œuvre, bien conçue, bien construite, bien écrite, de notre confrère, connaîtra certainement tout le succès qu'elle mérite. Henri Drouin nous promet, d'ailleurs, une suite qui s'appellera : *Service de nuit*...

P. LACROIX.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1183. — Le revenu d'une propriété qu'on occupe doit être déclaré.

Je suis propriétaire de l'immeuble que j'habite et dans lequel est ma clinique chirurgicale.

Pour la contribution foncière, je suis taxé pour la somme de 3.800 fr. (propriétés bâties, pour un revenu net de 3.750 fr.; propriétés non bâties, pour un revenu imposable de 54 fr.)

Ce revenu, porté sur ma feuille d'impôt foncier, est purement théorique puisque je n'ai pas de locataires (je ne considère pas mes opérés comme des locataires). Je ne l'ai donc jamais porté sur mes déclarations de revenus et jusqu'ici les contrôleurs des contributions directes qui tous les ans m'épluchaient et me demandaient de nombreuses explications complémentaires, ne m'en ont jamais parlé.

Cette année, le nouveau contrôleur des C.D. m'annonce qu'il se propose de rehausser mes revenus de 3.800 fr., somme représentant le revenu net des immeubles dont je suis propriétaire et dont je ne fais pas état sur ma déclaration.

Je comprends que pour établir l'impôt foncier sur les propriétés bâties et non bâties, il faille admettre un revenu d'après la valeur locative de l'immeuble (qui est de 6.000 fr. dans le cas particulier), mais dois-je porter sur ma déclaration de revenus ce « revenu net » que je ne touche pas ?

Autrement dit : dois-je admettre ou refuser ce rehaussement de mes revenus ?

Dr M.

Réponse.

Votre nouveau contrôleur a raison, mais, par contre, il faut déduire de vos bénéfices professionnels la valeur locative de la partie de l'immeuble affectée à l'exercice de votre profession : salle de réception, d'opérations, chambres de malades.

A. M.

1272. — Taxe vicinale.

Ma maison d'habitation est à L. J'ai un cabinet de consultations à V. et à C., où je vais une fois par semaine. Dois-je payer la taxe vicinale sur la contribution personnelle-mobilière à C. et à V., puisque je la paye déjà à L. ?

Dr X.

Réponse.

La taxe vicinale se paye d'après la personnelle-mobilière et d'*après la patente*.

Si vous ne possédez à V. et à C. que des locaux à usage professionnel, vous n'y êtes imposable qu'à la patente et la taxe vicinale est due d'après cette patente, mais vous n'y êtes pas imposable à la personnelle-mobilière et, en conséquence, pas

davantage à la taxe vicinale sur la personnelle-mobilière.

Peut-être, sur votre avertissement, y a-t-il une erreur ? On a pu indiquer à tort la taxe vicinale relative à la patente sur la ligne de la taxe vicinale relative à la personnelle-mobilière.

A. M.

1204. — Amortissement du prix d'une automobile.

Je reçois ce jour une note du contrôleur qui me dit :

« L'amortissement n'est plus déductible », arrêt du Conseil d'Etat de 1926.

Or je n'ai déduit que l'amortissement de mes autos 2 Citroën 9 et 5 CV : 23.000 + 13.000 = 36.000 : 5 = 7.200 fr.

Il me semble d'après ce que j'ai lu dans le *Concours* que l'arrêt du Conseil d'Etat de 1926 ne concerne pas l'amortissement des autos qui est bel et bien toujours déductible.

Dr B.

Réponse.

En ce qui concerne l'amortissement, faites remarquer au contrôleur que le prix d'acquisition de vos voitures n'a pas été déduit des bénéfices de l'année au cours de laquelle l'acquisition a été effectuée, qu'antérieurement à cet arrêt il a accepté l'amortissement, et que sa prétention vous priverait injustement d'une déduction justifiée.

A. M.

1161. — La réclamation ne suspend pas le paiement des impôts.

J'ai reçu, il y a 2 mois, mes impôts de profession libérale et sur le revenu concernant l'année 1926. Ayant constaté des erreurs dans leur montant, je me suis conformé aux déclarations du verso de la feuille d'avertissement, en envoyant au sous-préfet de mon arrondissement, une déclaration avec demande de réduction. Depuis ces 2 mois, je n'ai plus entendu parler de rien. Et ces jours derniers, j'ai reçu un avis du percepteur, m'enjoignant de régler les impôts en question et m'annonçant que les dégrèvements auxquels j'ai certainement droit ne me seront effectués que dans 2 ou 3 ans. Que dois-je faire ? Peut-on ainsi m'obliger à payer des impôts mal établis ? Ne pourrais-je obtenir une réponse avant ces 2 ou 3 ans ?

Dr R.

Réponse.

Votre réclamation n'est pas suspensive du paiement. Le percepteur est donc en droit de poursuivre le paiement de la somme contestée, qui vous sera remboursée lorsque vous aurez obtenu satisfaction.

A. M.

1173. — Renseignements sur les réclamations en matière d'impôts

A la suite d'une augmentation de patente, j'ai adressé fin 1925 au sous-préfet, une demande en réduction, rédigée sur papier timbré. Je n'ai pas eu de réponse.

Je crains des manigances du côté du maire de ma commune qui, je crois, est patentable sans être patenté.

Que dois-je faire pour obtenir une réponse ?

Les demandes en réduction, par qui sont-elles examinées ?

Le maire est-il appelé à donner son avis ?

Qui prend l'initiative de faire augmenter les patentes ?

D'autre part, pour faire éventuellement la réponse du berger à la bergère, je désirerais connaître quelles sont en principe les personnes patentables ?

Comment se procurer la liste des personnes patentées ?

Comment faire patenter une personne patentable ?

Dr D.

Réponse.

1º Adressez une lettre de rappel au sou-préfet ;

2º Les demandes sont examinées par le contrôleur ;

3º Le maire est appelé à donner son avis ;

4º C'est le contrôleur qui fixe les bases d'imposition à la patente ;

5º Vous pouvez trouver la liste des personnes imposées à la patente à la mairie ;

4º Si vous voulez faire patenter une personne, avisez le directeur des contributions directes.

A. M.

Baux et locations.

1414. — Droit à la prorogation pour un garage professionnel.

J'ai loué en 1924 un appartement pour usage professionnel et d'habitation, au prix de 2.500 fr. (prix 4 fois supérieur au prix de location de 1914) avec bail de 3 ans. L'année suivante (1925) le même propriétaire me loue dans le même immeuble un local (cave) que j'ai pu transformer en garage pour mon automobile professionnelle, au prix de 600 fr. la première année (en raison des transformations que j'ai dû faire) et 800 fr. les années suivantes (projet de bail qui n'a pas été enregistré). Les reçus du propriétaire portent : « pour le garage ». Il reconnaît donc que ce local me sert de garage.

A l'expiration du bail de l'appartement, j'ai refusé l'augmentation de loyer que voulait me faire subir le propriétaire. Il me fait menacer maintenant de m'augmenter sérieusement le loyer du garage.

A-t-il le droit ? Je ne le pense pas puisque le garage étant considéré comme local professionnel bénéficie de la loi sur les loyers. Je voudrais être fixé sur ce point pour savoir la réponse à faire. J'ajoute que le

prix actuel du garage est de beaucoup supérieur au prix de location de 1914. Au cas où le propriétaire voudrait m'augmenter, aurais-je le droit et la possibilité de l'attaquer en diminution de loyer.

Dr S.

Réponse.

Le « Sou Médical » a fait trancher au profit d'un de ses adhérents, par la Commission supérieure de Cassation, la question de savoir si le local où un médecin gare l'automobile qui lui sert à l'exercice de sa profession doit être considéré comme un local professionnel et comme tel bénéficier des prorogations et taxations de loyer de la loi du 1er avril 1926. L'arrêt de Cassation, que nous avons d'ailleurs publié, a admis le caractère professionnel du garage.

Dans ces conditions, votre propriétaire ne peut vous réclamer une augmentation de loyer pour votre garage, si le prix que vous payez actuellement dépasse le maximum légal. S'il en est bien ainsi, refusez toute augmentation et laissez votre propriétaire porter l'affaire en justice, s'il croit devoir le faire.

Mais il est trop tard maintenant pour que vous puissiez intenter une action en réduction du loyer de votre garage au taux-limite. Pour être recevable, cette action aurait dû être intentée dans les six mois de la promulgation de la loi, c'est-à-dire avant le 1er octobre 1926. Vous êtes maintenant forclos.

1952. — Prix limite du loyer.

Dans une ville dont la population est entre 4.000 et 4.500 habitants, quel prix maximum de loyer un propriétaire peut-il imposer à son locataire par rapport au prix d'avant guerre ?

Il s'agit, bien entendu, d'un nouveau bail et d'un nouveau locataire et non d'un bail d'avant-guerre.

Dr R.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans toutes les villes dont la population atteint 4.000 habitants.

Or, aux termes de cette loi, et jusqu'au 1er avril 1929, les loyers ne peuvent dépasser le loyer de 1914, majoré de 100 %, lorsqu'il s'agit de locaux affectés exclusivement à l'habitation, ou de 125 % s'il s'agit de locaux servant en tout ou en partie à l'exercice d'une profession ou d'une fonction. En outre, les propriétaires peuvent demander à leurs locataires le remboursement des majorations subies, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par eux (eau, éclairage, chauffage, etc...), s'il en existe, et par les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris. Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent, si elles le veulent, convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Pour la seconde période de la durée d'application de la loi du 1er avril 1926, allant du 1er avril 1929 au 1er avril 1931, une nouvelle loi fixera de nouvelles taxations.

Ces dispositions sont applicables tant aux locataires en cours au 1er avril 1926 qu'aux baux conclus postérieurement à cette date, mais seulement jusqu'au 1er avril 1931.

Si, pour un nouveau bail, un propriétaire demandait un loyer supérieur d'au moins 10 % au maximum légal, le locataire aurait le droit, dans les six mois de son entrée en jouissance, de demander en justice la réduction de son loyer au prix limite, sans préjudice de la condamnation du propriétaire au paiement d'une amende civile égale au moins au triple de la majoration illicite.

La réduction prononcée ne pourrait s'appliquer que jusqu'au 1er avril 1929 et, éventuellement jusqu'au 1er avril 1931. Après cette date, en cas de bail conclu pour une durée plus longue, les conventions des parties reprendraient toute leur force, du moins en l'état actuel de la législation.

A noter que la loi du 1er avril 1926 ne concerne que les locaux à usage d'habitation ou affectés à l'exercice d'une profession ou d'une fonction. Quant aux locaux commerciaux ils sont régis par la loi du 30 juin 1926 et ne sont susceptibles d'aucune taxation légale.

Diplôme d'herboriste

1533. — Conditions d'obtention du diplôme.

Pourriez-vous me donner la liste des formalités exigées pour l'obtention de diplôme d'herboriste ?

Dans le cas présent le jeune homme ne possède que le certificat d'études et le brevet d'enseignement supérieur dit C.S.

Dr P.

Réponse.

Pour obtenir le diplôme d'herboriste, il suffit de se faire immatriculer dans une école de pharmacie et de subir un examen. L'immatriculation par correspondance n'est pas admise.

Les pièces à produire sont :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat de bonnes vie et mœurs ;

3° Extrait du casier judiciaire ;

4° Diplômes ou certificats.

Il n'existe aucun enseignement spécial pour les aspirants herboristes.

A Paris, il y a deux sessions d'examen par an, en mai et en novembre.

L'âge requis est de 21 ans révolus ; aucune dispense n'est accordée.

Le programme comporte : la connaissance des plantes usuelles et médicinales, les précautions nécessaires pour la récolte de ces dernières, leur dessiccation, leur conservation, et quelques no-

tions élémentaires concernant le caractère de ces plantes.

Les aspirants pourvus au moins du certificat d'études primaires ont le droit, sans autre formalité, de s'inscrire à l'examen professionnel.

Les autres sont tenus de subir un premier examen préparatoire portant sur quelques notions élémentaires d'orthographe et d'arithmétique.

Questions médico-militaires.

685. — Situation militaire des étudiants en médecine.

1° Quels étaient les avantages certains et probables du certificat de préparation militaire supérieure, pour un étudiant en médecine, interne des hôpitaux, d'une école de plein exercice, n'ayant que sa thèse à soutenir, incorporé en novembre 1927, sursitaire de la classe 1922.

Dans quelle mesure cet étudiant en médecine pouvait-il être sûr de faire son service militaire (un an) dans une unité de son choix ?

Dans le cas présent, cet étudiant, médecin auxiliaire, a été dirigé fin janvier sur le Maroc, sans aucune demande de sa part.

2° Des étudiants en médecine sursitaires des classes 1921 et 22, non titulaires du C.P.M.S. n'ont fait qu'un an de service militaire. Or, un sursitaire de la classe 22, titulaire du C.P.M.S. actuellement incorporé, ne devrait-il pas avoir droit à une compensation de temps de service militaire ?

3° Un interne nommé au concours dans les hôpitaux d'une ville qui n'est pas le siège d'une Faculté de médecine ne possède pas les mêmes avantages qu'un interne d'une ville de Faculté, au point de vue de l'obtention de grade de médecin aide-major de 2e cl. (s'il est titulaire du C.P.M.S. après six mois de service).

Dès lors qu'un concours sérieux est exigé pour le titre d'interne, pourquoi ne pas donner à ce titre les mêmes avantages pour les étudiants en médecine des villes qui possèdent une école de plein exercice sans être le siège d'une Faculté (telles que Nantes, Rennes). Des pétitions sont du reste faites actuellement près des autorités compétentes.

4° Des cours de perfectionnement sont organisés au siège de la XIe région pour les officiers de réserve du service de santé : ces cours, pratiquement, ne sont suivis que par les médecins de réserve exerçant dans la ville elle-même ou dans la banlieue immédiate. Or, voici mon cas particulier :

J'habite à 32 kilomètres de N. ; pour y aller par la voie ferrée il me faudra partir à 6 h. 1/2 et revenir à 20 heures. Donc, pour aller suivre deux heures de cours de perfectionnement, une journée d'absence. Aucun médecin de campagne ne sacrifierait un jour de clientèle pour aller suivre ces cours, s'il n'avait à sa disposition que ce moyen de transport. Or, je

puis aller à N. en auto, je ne perds que quelques heures pour suivre ces cours, mais dans ce cas, n'ayant pas emprunté la voie ferrée, on ne me donnera pas d'indemnité de déplacement ; j'aurai celle que touchera un médecin habitant N.

Qu'on donne à tout médecin de campagne allant suivre ces cours une indemnité de déplacement *par route*, suivant la distance parcourue (30 fr. pour 30 kilomètres par exemple) et les frais de déplacement se trouveraient payés. Agissant ainsi, le service de santé verrait ses cours de perfectionnement plus fréquentés et ferait disparaître une inégalité d'avantages possibles pour l'avancement dans les cadres du service de santé de tous les médecins de réserve.

Dr G.

Réponse.

1° Cet étudiant en médecine, pourvu du brevet de préparation militaire supérieure, n'étant pas nommé interne *titulaire* des hôpitaux *dans une ville de Faculté*, n'avait à faire qu'un an de service (au lieu de dix-huit mois) ; de plus, il effectuait son service en entier avec le grade de médecin auxiliaire sans être obligé de faire six mois comme infirmier et de suivre pendant ce temps des cours d'application spéciaux. Etant déjà sursitaire, il ne pouvait s'engager par devancement d'appel, et choisir ainsi sa ville de garnison.

2° Il y a là des situations spéciales qui se greffent sur la situation de sursitaire. Les jeunes gens ajourné deux fois par le conseil de révision, mais reconnus, lors d'un examen, aptes au service armé ou au service auxiliaire, ne font qu'un an de service. Si, ajournés trois fois, ils ne sont reconnus aptes que par un quatrième examen, ils ne font que six mois de service (article 21 de la loi du 1er avril 1923).

3° Voir la réponse au § 1, qui résulte de l'application de l'article 37 de la loi du 1er avril 1923.

4° Ce que vous dites est fort juste ; mais on n'accorde aucune indemnité aux médecins qui désirent suivre les cours de perfectionnement à la ville voisine ou lointaine. Sous réserve d'accomplir certaines formalités de demande, on leur donne seulement la facilité d'accomplir le trajet sur les voies ferrées au tarif militaire.

---

789. — Imputabilité d'une infirmité due au service militaire.

Je soigne un homme de 55 ans pour névralgie sciatique gauche ; sa dernière crise lui a duré 3 mois. Il en a ressenti les premières atteintes pendant la guerre où il fut évacué du front pour cette raison et soigné 6 mois à L. A la suite de sa dernière crise, il a démandé une pension militaire. Examiné chez lui par un médecin militaire, il a été proposé pour une pension de 15 % par le centre de X. et convoqué

devant le Conseil de réforme où je l'ai accompagné sur sa demande ; ce conseil a confirmé la première proposition du centre de X. Le malade demande s'il a encore à subir des formalités avant d'être mis en possession de son titre de pension, s'il l'attendra vraisemblablement ou non longtemps, enfin si cette pension est définitive ou s'il lui faudra encore subir de nouveaux examens. Je vous seais obligé de me fixer là-dessus.

2° Quels honoraires me conseillez-vous de demander pour avoir conduit dans mon auto mon malade à T. (à 65 km. d'ici) et l'avoir assisté devant le conseil de réforme ?

Dr T.

Réponse.

A. Puisque l'imputabilité au service a été admise par la Commission de réforme, l'intéressé va recevoir un titre d'allocation d'attente, ou mieux un titre provisoire, qui lui permettra de toucher, trois mois après la date de la susdite commission de réforme, le quart de la pension annuelle au taux accordé. Si l'infirmité n'a pas été reconnue incurable, chose vraisemblable, une nouvelle commission de réforme sera passée au bout de deux ans, puis une autre deux ans plus tard encore, et celle-ci, au bout des quatre ans, fixera le taux de la pension devenue ainsi définitive par le jeu de l'article 7 de la loi du 31 mars 1919.

B. C'est chose difficile à dire ; cependant un médecin expert au centre de réforme reçoit 5 francs par malade examiné, sur place évidemment ; enfin le taux de la pension accordée à votre client est de 700 francs environ. Peut-être pourrez-vous fixer vos honoraires, en vous basant sur ces éléments d'appréciation.

---

847. — Fin des obligations militaires.

Classe 1899, 3 enfants, l'un majeur marié, ayant fait son service militaire.

J'arrive, en novembre 1928, je crois, à la limite des obligations militaires.

S.X, mobilisé en 1916 comme médecin auxiliaire, puis médecin aide-major de 2e classe tout à la fin en août 1918. Depuis nommé à ce grade à titre définitif. Mis hors cadre, puis repris avec des réserves pour inaptitude relative, je désire être dégagé de toutes obligations militaires. Dois-je donner ma démission ? Quand ? A qui ? Sous quelle forme ? La nouvelle loi en discussion sur l'organisation de la nation en temps de guerre me laisserait sans doute réquisitionnable comme civil. La démission me libèrerait sans doute d'obligations militaires.

Voulez-vous me dicter une décision en la justifiant ?

Dr P.

Réponse.

C'est, en effet, en 1928 que vous arriverez à la limite de vos obligations militaires. Cependant, vous pouvez dès maintenant offrir votre démission par lettre adressée au Ministre de la Guerre (7e direction), que vous enverrez, pour transmission, à votre directeur régional. Si votre démission était acceptée, vous achèveriez le temps de vos obligations militaires comme médecin auxiliaire (c'est-à-dire comme sous-officier) vraisemblablement. Autant remplir cette formalité maintenant, puisque vous y seriez tenu quand même dans quelques mois.

Il est possible que, d'après la nouvelle loi, vous deveniez susceptible de réquisition civile en temps de guerre.

---

858. — Avancement de classe pour les pères de plusieurs enfants,

Je suis de la classe 1917, mais ayant trois enfants vivants, je dois bénéficier d'un avancement de deux classes par enfant. A qui dois-je m'adresser pour obtenir ce changement, qui me mettrait, de la sorte, de la classe 1911 au lieu de 1917 ?

Dr G.

Réponse.

Adressez-vous au bureau militaire de votre mairie. Mais ne comptez pas trop sur cet avantage de la loi ; il intéresse surtout les hommes de troupe, car les officiers peuvent toujours être convoqués pour des périodes d'instruction, suivant les besoins du service.

---

878. — Droit à pension de la veuve d'un pensionné de guerre.

Est-il avéré que tout pensionné de guerre au-dessus de soixante pour cent donne droit à pension pour sa veuve, quel que soit le motif de son décès, c'est-à-dire dans le cas même où ce décès n'était pas vraisemblablement imputable au motif de la pension ?

Dr A.

Réponse.

La veuve de tout pensionné de guerre à 60 % (minimum) a droit à une pension dite de réversion, quel que soit le motif du décès, à condition que le mariage soit antérieur à l'origine ou à l'aggravation de la maladie indemnisée ou de la blessure de guerre.

Accidents du travail.

1439. — Rachat de la rente d'un accidenté du travail.

Je viens de soigner un ouvrier qui a eu un panaris de la gaine de l'index droit avec ostéite. Il a fallu pratiquer la désarticulation de l'index.

Ce blessé est actuellement guéri avec incapacité

permanente partielle évaluée de 14 à 16 % d'après le guide Imbert, Oddo et Chavernac.

Il me demande quelle est la somme qu'il pourrait demander comme rachat de rente. Il gagnait avant son accident 9.000 fr. par an.

Pourriez-vous me donner une réponse à ce sujet ?

Dr M.

Réponse.

Votre client, atteint d'une incapacité permanente partielle de 15 % environ, aura droit à une rente calculée de la façon suivante, sur son salaire annuel de 9.000 francs :

$$\frac{(8.000 + 1.000/4) \times 15}{100 \times 2} = 618 \text{ fr. } 75.$$

Cette rente étant supérieure à 100 francs, le blessé ne pourra obtenir qu'elle soit remplacée par le paiement d'un capital (article 21 de la loi du 9 avril 1898).

Tout au plus pourra-t-il, lorsque les délais de révision seront expirés, c'est-à-dire dans les trois ans de la décision attributive de rente passée en force de chose jugée ou de l'accord intervenu entre les parties, demander, en vertu de l'article 9 que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de la rente lui soit attribué en espèces.

Encore faudra-t-il pour cela une décision du tribunal et que l'instance soit introduite dans le mois qui suivra l'expiration du délai de révision (article 19).

1338. — Protection de la liberté de choix de l'accidenté du travail.

Je viens de lire dans la Correspondance du *Concours*, une lettre concernant une atteinte au libre choix du médecin dans les accidents du travail. Les faits exposés par le Dr D. se renouvellent tous les jours. Le libre choix, en pratique, n'existe pas. L'ouvrier qui subit une pression occulte du patron ou de l'assurance qu'il n'ose pas dénoncer craignant de perdre son gagne-pain, choisit le médecin qu'on lui impose.

Pour que la liberté de l'ouvrier soit une réalité, il faut interdire ces nominations de médecins d'assurance.

Un médecin contrôleur, désigné par des syndicats patronaux, ouvriers et médicaux remplirait le rôle du médecin d'assurance qui accapare la clientèle des autres et entrave la liberté.

Comment se fait-il que les syndicats médicaux n'exigent pas, dans la nouvelle loi des accidents du travail, la suppression de ces médecins d'assurance, dont l'existence est tout à fait incompréhensible quand on admet le libre choix ?

J'espère, Monsieur et honoré Confrère, que vous

voudrez saisir l'Union des Syndicats de cette question qui intéresse tous les médecins. Dr L.

Réponse.

Toute loi, qui comporte des pénalités, doit être interprétée dans son sens restrictif, *stricto sensu et non largo sensu.*

Dans ces conditions, il est presque impossible de faire la preuve que le patron, ou son assurance, a porté entrave au libre choix du médecin par « renvoi ou menaces de renvoi, par suppression ou menaces de suppression du demi-salaire ».

Tant que la loi ne sera pas modifiée, les chefs d'entreprise ou leurs assurances auront la possibilité d'agir sur les ouvriers blessés, pour les diriger vers tel ou tel praticien, ou vers tel dispensaire de compagnie, voire même sur un hôpital.

L'ouvrier se laisse faire soit parce qu'il craint d'entrer en conflit avec son patron, soit par veulerie, soit parce qu'il ignore ses droits.

Le médecin spolié ne peut rien faire, parce que la preuve du détournement de clientèle est bien difficile à administrer et parce qu'on lui objectera que le blessé a choisi librement le médecin du patron.

Que faire ?

Aux syndicats médicaux, s'ils en ont la puissance, de réglementer la profession.

Par engagement syndical, ou par délibération d'une assemblée générale, il peut être fait défense aux médecins syndiqués d'accepter d'être à la fois médecins contrôleurs pour une compagnie d'assurances et médecins traitants des blessés du travail.

A chacun de choisir : ou les fonctions de contrôle, ou celles de donneur de soins, étant, dans ce dernier cas, librement choisi par la victime, et non pas imposé à elle.

Mais les syndicats médicaux auront-ils la force, ou même le courage, d'aborder seulement cette question ?

Ne va-t-on pas objecter que les médecins d'assurances sont fort souvent des non-syndiqués et que, par suite, tout recours syndical contre eux est impossible ?

Je l'accorde très volontiers, à moins qu'on n'envisage la mise à l'index de tous les confrères qui accepteraient de prêter la main aux chefs d'entreprise, ou aux assurances, pour drainer la clientèle des blessés du travail à leur seul profit.

La question est donc complexe, mais nullement insoluble. D'ailleurs, elle se posera demain avec une plus grande acuité lors de la mise en pratique de la loi sur les assurances sociales : les caisses auront le droit de traiter avec des individualités médicales, pour que les assurés sociaux soient dirigés chez ces praticiens au détriment des autres confrères de la région.

Aux syndicats médicaux d'étudier et d'agir.

Cinquantième année. N° 19 *bis*. 9 Mai 1928.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

—

SERVICE de PROPAGANDE
« du CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE INDIVIDUELLE

Comment l'assurer pratiquement et utilement ?

Durant les Journées médicales de Bruxelles, auxquelles je viens de prendre part, j'ai rencontré un très aimable confrère du Midi de la France qui me fut présenté et qui s'écria, en m'entendant nommer : « Ah ! Duchesne du *Concours médical* et du « Sou médical » ? Que je suis aise de vous voir ! ! ! J'aurais besoin précisément d'être documenté par le Secrétariat général du « Sou »...

— A quel propos interrogeai-je.

— Je viens d'être commis comme expert en une affaire déplorable de responsabilité dans laquelle un jeune confrère est impliqué. Je voudrais savoir si vous possédez, dans vos archives, des rapports d'expertises analogues.

— Certes, lui répondis-je. Passez nous voir en rentrant chez vous, et nous vous renseignerons. Et qu'a donc fait ce jeune confrère ?

— Il a appliqué un appareil plâtré sur une fracture de l'avant-bras, dans des conditions telles que la gangrène s'est emparée de la main et qu'il a fallu amputer le blessé...

— Diable ! Diable ! Savez-vous s'il fait partie du « Sou médical » ?

— Non, il n'en fait pas partie... Et c'est bien regrettable pour lui.

....

Eh ! Oui, c'est bien regrettable pour lui. Qu'il soit assuré à quelque Compagnie contre les risques professionnels, c'est possible, et je le lui souhaite. Tout de même, ce n'est pas la même chose, et il va sans dire qu'une organisation purement médicale, menée par des confrères, rompus aux questions contentieuses et litigieuses qui leur sont soumises, appuyés sur un Conseil juridique composé d'Avocats à la Cour d'Appel, au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, cette organisation prend part à la défense de ses adhérents avec un autre esprit confraternel que la Compagnie la mieux intentionnée, mais qui a le souci des profits à réaliser.

Que ce soit à Bruxelles qu'ait lieu cette conversation, je dirais volontiers : « Que la terre est petite ! » Je viens passer cinq jours en Belgique, et c'est pour y entendre parler du « Sou médical », en termes d'ailleurs très flatteurs, par ce confrère qui le connaît bien pour en avoir eu besoin et s'en être bien trouvé.

Voilà bien le dixième appel que je lance en sa faveur, parmi tout le Corps médical français, touché par les numéros spéciaux du *Concours médical*. Chaque fois, je recueille deux cents adhésions environ... C'est par milliers qu'elles

devraient nous parvenir, si les praticiens avaient réellement conscience de leur véritable intérêt.

Allons ! chers confrères, laissez-vous entraîner par cet exemple récent, et adhérez, *pour quarante francs par an*, à la seule Œuvre professionnelle qui existe pour vous protéger et vous défendre individuellement, au « Sou médical ».

Vous avez sous la main, page XLI un bulletin d'adhésion qu'il vous suffira de remplir et de signer. Et si vous présentez les conditions voulues, dans quinze jours, vous serez des nôtres, avec tous les avantages que vous conférera votre admission.

Quarante francs à débourser annuellement... Voilà le DOIT. Et voici l'AVOIR : les conseils, la documentation unique au monde, l'appui moral, l'appui pécuniaire, s'il y a lieu, dans toutes les difficultés professionnelles que le praticien rencontre au cours de sa carrière. Et une garantie d'un maximum de *soixante-dix mille francs*, contre les risques de la responsabilité professionnelle, garantie qui atteint *cent mille francs*, pour les membres du « Sou médical » qui sont en même temps abonnés au journal le *Concours médical...*

Comment peut-on hésiter ? ? ?

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du « Sou Médical ».

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Accidents du travail. — Demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour faute professionnelle, Incompétence du Juge de Paix.

JUSTICE DE PAIX DE LIZY-SUR-OURCQ.
6 *janvier* 1928.
(Archives du « Sou Médical »).

Lorsqu'une demande est fondée sur les dispositions du droit commun, comme demande reconventionnelle à une demande formée en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, *le juge de paix ne saurait en connaître, sans changer la compétence établie limitativement par cette législation spéciale.*

Attendu que Chartier a fait citer Debarle en paiement de la somme de 948 francs pour soins donnés au sieur Vitry, son ouvrier, victime d'un accident de travail, survenu le 26 août 1925 ;

Attendu que, en réponse, Debarle prétendant que Chartier a commis des fautes, au cours des soins qu'il a donnés à Vitry et l'a contraint, lui Debarle, à faire transporter le blessé dans un établissement hospitalier et lui a ainsi occasionné un préjudice, s'est porté reconventionnellement demandeur en paiement d'une somme de 6.283 francs sauf parties portées pour mémoire.

Attendu que Chartier soutient que sa demande étant formée en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, nous sommes incompétent pour statuer sur la demande reconventionnelle formée par Debarle, ladite demande étant faite en vertu du droit commun.

Sur la déclination d'incompétence.

Attendu qu'il est de jurisprudence que lorsqu'une demande est fondée sur les dispositions du droit commun comme demande reconventionnelle à une demande formée en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, le juge de paix ne saurait en connaître, sans changer la compétence établie limitativement par cette législation spéciale.

Que par suite nous sommes donc incompétent pour connaître de ladite demande.

Sur la demande principale.

Attendu que Debarle ne conteste pas que Chartier a donné des soins à Vitry.

Qu'il se borne à déclarer qu'il s'en rapporte à la taxe d'honoraires qui en sera faite par nous ;

Par ces motifs :

Condamnons Debarle à payer à Chartier la somme de 948 francs, à laquelle nous taxons la note de soins et frais médicaux prodigués à Vitry, avec les intérêts de ladite somme tels que de droit ;

Nous déclarons incompétent sur la demande reconventionnelle, formée par Debarle et renvoyons les parties à se pourvoir devant les juges qui doivent en connaître.

Condamnons le sieur Debarle en tous les dépens.

Commentaires

Lorsqu'usant de l'action directe à lui accordée par le paragraphe 4 de l'article 4 de la loi de 1898, le médecin assigne le chef d'entreprise en paiement de ses honoraires, pour soins donnés à la victime d'un accident du travail, le praticien se place sous l'empire de cette législation d'exception.

Ce sera donc le juge de paix du lieu de l'accident qui sera compétent (article 15 de la loi de 1898).

Mais, si le médecin forme une demande additionnelle en dommages-intérêts, pour, par exemple, retard injustifié de paiement, ou si c'est le chef d'entreprise qui introduit reconventionnellement une demande en dommages-intérêts, contre le docteur, pour faute professionnelle, ces actions ressortissent du droit commun et non plus de la législation des accidents du travail.

Sera donc compétent, selon l'importance du chiffre de la demande, soit le juge de paix du domicile du défendeur, soit le tribunal civil.

Par conséquent, le premier juge saisi ne devra statuer que sur le point de droit et le point de fait soulevés par l'exploit introductif d'ins-

tance, c'est-à-dire sur la contestation d'honoraires ; mais il devra renvoyer les parties à se pourvoir devant qui de droit, pour la demande soit additionnelle, soit reconventionnelle.

Un arrêt de la chambre des Requêtes, du 23 janvier 1911 (D.P. 1912.1.268) décide que le médecin qui a formé contre le patron d'un ouvrier victime d'un accident du travail, devant le juge de paix du lieu de l'accident, en vertu de la loi du 9 avril 1898, une demande en paiement de ses frais médicaux, ne peut, sans changer la compétence établie limitativement par la loi spéciale, porter devant ce même juge, sous la forme d'une demande additionnelle, et sous prétexte de connexité, une demande en dommages-intérêts fondée sur les dispositions du droit commun.

Par suite, la décision que nous publions ci-dessus, est conforme à la jurisprudence. Le chef d'entreprise n'a qu'à actionner le médecin devant les tribunaux de droit commun, s'il prétend que son ouvrier a été mal soigné et que, de ce fait, il lui est dû, à lui patron, des dommages intérêts.

Le « Sou Médical » interviendra alors, comme il vient de le faire, pour soutenir son adhérent.

En attendant, le chef d'entreprise devra payer les honoraires dus au docteur, pour soins donnés à la victime.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1490. — Demande d'éclaircissements par le contrôleur. Commission consultative. Amortissement.

Je reçois, aujourd'hui, un avis du contrôleur des contributions directes mettant en doute la déclaration de mes recettes brutes professionnelles en 1927.

J'ai déclaré 40.000. Il estime, de chic, mes recettes de 50.000 à 60.000 « au moins ». Mais, bonne âme, il consent à transiger pour 55.000. Le tout sous une forme qui serait à la rigueur acceptable pour un juge d'instruction interrogeant un vieux cheval de retour, mais qui ne paraît nullement de mise en l'occurrence.

Si je ne marche pas, il me menace de me traîner devant la commission départementale.

Ceci étant posé, voulez-vous avoir l'obligeance de me donner les renseignements suivants :

1° Quel moyen ai-je en mon pouvoir pour forcer ce fonctionnaire d'user dans la rédaction de sa prose d'un minimum d'urbanité ?

2° En quoi consiste exactement cette commission départementale et quels documents dois-je produire pour prouver la véracité de mes dires ?

3° Cette commission tranche-t-elle en dernier

ressort. Si non, quelle est ensuite la juridiction compétente ?

D'un autre côté, le contrôleur veut tenir compte, dans l'évaluation des dépenses professionnelles, du prix d'achat du mobilier professionnel, y compris l'automobile, qui serait à déduire en totalité, l'année de l'acquisition.

C'est la suppression de l'amortissement en plusieurs années que tout le monde acceptait. Il s'appuie sur un arrêt du Conseil d'Etat (10 août 1926). Cet arrêt concerne-t-il, non seulement le mobilier professionnel et l'arsenal chirurgical ou autre, et l'automobile, ou, en ce qui concerne l'auto, l'amortissement peut-il être maintenu ? Dr N.

Réponse.

Il résulte de la législation actuelle que le contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés.

S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration en *indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement.*

Il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de 20 jours.

Votre contrôleur ne semble pas, d'après votre lettre, vous avoir demandé des éclaircissements au sujet de votre déclaration relative aux bénéfices de votre profession. Il semble s'être contenté de vous indiquer le rehaussement qu'il se propose d'effectuer.

Faites-lui observer cela dans votre réponse. Si votre affaire est portée devant la commission consultative, vous présenterez les mêmes observations soit verbalement à la séance de cette commission, soit par écrit.

Lorsque le désaccord persiste entre le contribuable et le contrôleur, il est en effet soumis à l'appréciation d'une commission consultative siégeant au chef-lieu de chaque département. C'est de cette commission qui comprend un représentant de chaque profession libérale, dont vous parle le contrôleur.

Après examen des motifs invoqués par l'administration et par le contribuable, la commission formule, par écrit, un avis indiquant le chiffre du bénéfice qu'elle propose.

L'administration avise le contribuable de ce chiffre et de celui qu'elle retient. Si le bénéfice fixé par la commission est conforme à l'évaluation de l'administration, le contribuable ne peut obtenir de réduction par voie de réclamation devant la juridiction contentieuse qu'en apportant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices. Dans le cas contraire, la charge de la preuve incombe à l'administration en tant que le revenu pris pour base de l'impôt excède le chiffre indiqué par la commission.

En ce qui concerne l'amortissement, l'arrêt du 10 août 1926 dont vous parle le contrôleur a été rendu en matière d'impôt sur les salaires.

Le Ministre des Finances, dans une réponse parue à l'*Officiel* du 23 juin 1927, a déclaré que cet arrêt était applicable à l'impôt sur les professions non commerciales.

Le contribuable peut donc déduire, l'année de l'acquisition, la totalité du prix de l'automobile, mais il n'y est pas tenu. A notre avis, il peut, comme auparavant, l'amortir en plusieurs années.

Nous vous conseillons de joindre à la réponse que vous allez faire au contrôleur un compte justifiant le bénéfice déclaré, c'est-à-dire indiquant le total de vos recettes et le détail de vos frais professionnels. Nous pensons que ces renseignements vous suffiront.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.

1351. — Taxes sur les locations en meublé.

Locataire d'un appartement beaucoup trop grand pour moi, j'en sous-loue une partie comme meublé.

Mon loyer total est de 18.000 par an, dont 10.000 pour mon appartement professionnel et 8.000 pour l'appartement non professionnel que je loue.

J'ai indiqué au fisc que je louais ce meublé 15.000 par an, me laissant un bénéfice net de 4.500 francs.

Quelles sont les taxes à payer pour ce meublé ? Je sais qu'il y a une taxe municipale de 4 %, soit 648 francs ; je sais, d'autre part qu'il y a impôt sur les bénéfices commerciaux soit 285 francs, puis l'impôt général sur le revenu.

Est-ce bien tout et n'y a-t-il pas d'autres redevances à payer au sujet de ce meublé ?

Dr Y.

Réponse.

En outre des taxes énumérées dans votre lettre, vous avez encore à supporter la taxe sur le chiffre d'affaires au taux minimum de 2 % sur le prix de la location, ou de 4 ou 13 %, si votre appartement était considéré comme devant être soumis à la taxe de luxe et classé en 2e ou 1re catégorie. C'est à vous qu'il appartient de faire spontanément chaque mois, pour le mois précédent, la déclaration et de payer au taux de 2 % au receveur des contributions indirectes de votre quartier. A. M.

1345. — Déductions et amortissements.

1° J'ai cédé une polyclinique pour la somme de 10.000 fr. (matériel et bail). J'y perdais 15.000 fr. environ. J'avais, l'année précédente, signalé ce déficit (25.000) au fisc, au point de vue revenu. Ai-je quelque déclaration à faire en tant que revenu?

Voir la suite page XLIII-1433

PROPOS DU JOUR

A propos de la célébration du troisième centenaire de la découverte de la circulation du sang par le *Collège Royal des Médecins de Londres* *(14-18 mai 1928).*

William Harvey et la circulation du sang.

C'était en 1908. A la suite du Congrès des praticiens de Lille, nous nous étions laissé entraîner à Londres. Là, deux médecins Anglais très distingués de nos amis, le neurologiste Thomas Dixon Savill et Ad. Smith, rédacteur à *The Lancet*, nous accueillirent cordialement et nous firent inviter à une « conversazione » du *Royal College of Physicians*, réception qui a lieu tous les deux ans.

Le Collège des médecins de Londres est installé depuis 1825, dans son propre hôtel, situé tout près de Trafalgar Square, à Pall Mall East. Trois statues se dressent à l'entrée du monument, sous le péristyle : cellede Thomas Linacre, médecin de Henri VIII, qui, en 1518, obtint du Roi l'autorisation de fonder le Collège dont il fut le premier président, celle de Sydenham et enfin celle de William Harvey.

Au cours de la réception, Sir James Sawyer voulut bien nous servir d'interprète et de guide; il nous fit les honneurs d'une très intéressante exposition artistique et rétrospective et nous y montra, conservés avec un soin jaloux, de nombreux souvenirs de William Harvey ; son diplôme de Padoue richement enluminé, plusieurs de ses manuscrits et de ses ouvrages, notamment le petit volume in quarto, édité à Francfort en 1628, et intitulé : *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, qui est le premier exposé net, clair et précis de la grande découverte de la circulation du sang.

Le pieux respect que les membres du Collège royal des médecins de Londres témoignaient à la mémoire et aux reliques de Harvey se manifestera avec plus d'ampleur cette année, où du 14 au 18 mai, le Collège royal célèbrera le troisième centenaire de la publication du livre qui révolutionna la physiologie et, partant, la médecine.

***

Né le 1er avril 1578, à Folkestone, comté de Kant, William Harvey fit ses premières études à Canterbury, puis à Cambridge. En 1598, il fut à Padoue dont l'Université était à cette époque la plus réputée. Il y resta cinq ans, recevant les leçons d'anatomie de Fabrice d'Aquapendente et celles de chirurgie de Casserius. Il y obtint le diplôme de docteur en 1602, et revint en Angleterre. En 1604, le Collège des médecins de Londres le reçut parmi ses membres. Médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy en 1609, il fut chargé d'enseigner l'anatomie et la chirurgie au Collège royal à partir de 1615 et, à dater de cette époque, décrivit à ses élèves et démontra expérimentalement par des vivisections la circulation du sang. La connaissance des théories et des observations de Colombo, de Cisalpin, de Michel Servet, l'inventeur de la circulation pulmonaire, de Fabrice d'Aquapendente, connaissance acquise à Padoue, l'avait évidemment mis sur la voie de sa découverte. Mais Harvey eut recours à l'expérimentation pour établir d'une façon indiscutable la circulation du sang et l'exposa magistralement, avec une clarté et une netteté géniales, dans un petit livre d'une centaine de pages qu'il ne publia qu'en 1628, lorsqu'il fut absolument certain que sa découverte ne pouvait plus être discutée. A cette époque Harvey avait été médecin suppléant du roi Jacques Ier depuis 1623, et était premier médecin de Charles Ier depuis 1625. Nommé par Charles Ier directeur du Collège Merton à Oxford, il resta fidèle à ce monarque. Dépouillé de ses biens et de ses titres par Cromwell, il se retira après l'exécution du roi chez son frère, près de Richmond et à Lambeth où il mourut le 3 juin 1657 à l'âge de 80 ans. Il fut enterré à Hempstead (Essex).

En 1654, le Collège royal des médecins de Londres lui avait offert la présidence qu'il refusa. Comme il n'avait pas d'enfants, Harvey légua à ses confrères sa bibliothèque et la plus grande partie de ses biens.

***

La découverte de W. Harvey jouit rapidement d'une grande popularité dans les milieux instruits

de la Grande-Bretagne. Bacon cependant resta sur la réserve, bien que Harvey fût son médecin. Cependant tout aussitôt, un médecin d'origine écossaise, né en France, à Bordeaux ou St-Jean-d'Angély où son père avait été pasteur protestant, et revenu en Angleterre où il exerçait à Hull, attaqua avec passion la découverte de Harvey. C'était James Primerose, docteur de Montpellier et qui s'était fait agréger au Collège d'Oxford. Il publia à Londres, dès 1630, un pamphlet contre la circulation, basé sur de simples raisonnements et intitulé : *Exercitationes et animadversiones in Librum de motu cordis et circulatione sanguinis, adversus Guilielmum Harveum.* Mais le Collège royal des médecins de Londres, très fier de la grande découverte faite par un de ses membres, modifia en son honneur les armes que lui avait données Henri VIII, s'il faut en croire le récit que nous fit Sir James Sawyer. Ce blason figurait, au-dessous d'un soleil, dissipant les nuages, un bras nu descendant verticalement, symbolisant le bras secourable du médecin qui saisissait fortement au poignet un autre bras nu, mais horizontal, symbole du bras du malade. Après la découverte de Harvey, la main du médecin ne saisit plus fortement le poignet du malade pour lui venir en aide, mais se contente de lui tâter le pouls.

Ce fut à la Faculté de médecine de Paris que Harvey trouva ses plus violents détracteurs. Cette vieille institution, férue d'un étroit traditionnalisme, professait un respect outré de tout ce que les vieux maîtres avaient enseigné ou écrit. Rien ne pouvait prévaloir contre l'érudition ; l'observation et l'expérience ne pouvaient, pour les docteurs régents parisiens, entrer en contradiction avec les opinions d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien et l'évidence même devait s'incliner devant l'avis du maître ; *Magister dixit* était un argument sans réplique.

Jean Riolan, qui enseignait l'anatomie aux Ecoles de la rue de la Bûcherie, et qui, cependant, était un homme de valeur, ne voulut pas admettre la circulation parce qu'elle était en contradiction avec ce qu'avait écrit Galien. Il écrivit plusieurs opuscules à diverses époques contre la circulation, qui furent réunis en 1652 en un ouvrage imprimé à Paris et intitulé : *Opuscula anatomica varia et nova, in primis de motu sanguinis ejusque circulatione vera, ex doctrina Hippocratis.* Comme on opposait à Riolan les vivisections de Harvey, il trouvait plaisant qu'on voulut « montrer la circulation du sang de l'homme par l'inspection des brutes ». Le doyen Guy Patin surenchérit par les invectives et les bons mots dont il était coutumier, et les docteurs régents de la Faculté de Paris ne trouvèrent mieux qu'un jeu de mots, pour déconsidérer les partisans de la circulation, les qualifiant de *circulatores* qui, en latin, signifie jongleurs, bateleurs, charlatans. Harvey ne s'engagea pas dans de vaines polémiques avec des adversaires dont les idées étaient aussi ridiculement et étroitement préconçues. Cependant, ayant pour Jean Riolan quelque considération, il consentit à lui adresser une réponse qui fut la seule qu'il écrivit : elle fut imprimée à Rotterdam en 1649 et est intitulée : *Exercitationes duæ anatomicæ de circulatione sanguinis ad Johannem Rialanum filium.*

Certains adversaires de Harvey se laissèrent convaincre, tel le Hollandais Plemp, professeur à l'Université de Louvain, qui finit par admettre la circulation après une controverse avec son collègue Ent de la même Université. Son exemple fut suivi par beaucoup d'autres.

Si la Faculté de médecine de Paris combattit pendant longtemps la découverte d'Harvey, ce dernier trouva aussi en France ses plus chauds défenseurs et ses plus illustres partisans. Descartes consacre presque toute la cinquième partie du *Discoure de la méthode* (*Ordre des questions de physique*) à décrire les mouvement du cœur et la circulation du sang tels que Harvey les avait exposés, et les prend comme exemple pour démontrer que la mécanique suffit à expliquer le fonctionnement des organes chez les êtres vivants. Notons que le *Discours de la méthode* parut en 1637, alors que les disputes entre les circulateurs et les anti-circulateurs battaient leur plein.

Il semble bien que peu à peu les médecins parisiens se laissèrent convaincre. Fagon, dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris, put admettre la circulation du sang sans provoquer de scandale, et le chirurgien Dionis qui fut chargé par le Roi dès 1673 de faire des démonstrations publiques et gratuites au Jardin du Roi, raconte dans la Préface de son Anatomie qu'il se décida à publier ses leçons parce que les Ecoliers ne pouvaient trouver d'ouvrage où les nouvelles découvertes fussent exposées avec ordre, « *car, bien que Riolan et Bartholin semblent convenir de la circulation du sang, néanmoins, il leur reste un vieux levain des anciennes opinions qui paraissent dans tous leurs écrits* ».

Le ridicule acheva la déroute des anti-circulateurs, et ce furent Molière et Boileau qui se chargèrent de les déconsidérer.

Dans le *Maladie imaginaire* (acte I, scène V), joué pour la première fois en 1673, Molière met

dans la bouche du père Diafoirus qui fait l'éloge de son fils Thomas, les paroles suivantes :

« Mais sur toutes choses, ce qui me plaît en lui, c'est qu'il s'attache aveuglément aux opinions de nos anciens et que jamais il n'a voulu comprendre, ni écouter les raisons et les expériences des prétendues découvertes de notre siècle touchant la circulation du sang et autres opinions de même farine. »

Et Thomas Diafoirus, le fils, ajoute :

« J'ai contre les circulateurs soutenu une thèse, qu'avec la permission de Monsieur (Argan) j'ose présenter à Mademoiselle (Angélique) comme hommage que je lui dois. »

Deux ans plus tard (1675) Boileau imprimait son *Arrêt burlesque donné en la grande Chambre en faveur des maîtres ès Arts, médecins, professeurs de l'Université de Stagyre, au pays des Chimères, pour le maintien de la Doctrine d'Aristote.* Il requiert contre une inconnue nommée Raison « qui aurait attribué au dit cœur la charge de recevoir le chyle, appartenant ci-devant au foie, comme aussi de faire voiturer le sang par tout le corps avec plein pouvoir audit sang d'y vaquer, errer et circuler impunément par les veines et par les artères, n'ayant autre droit, ni titre pour faire les dites vexations que la seule expérience, dont le témoignage n'a jamais été reçu dans les dites écoles. »

La Cour à la dite requête

« Fait défense au sang d'être plus vagabond, errer et circuler dans le corps, sous peine d'être entièrement livré et abandonné à la Faculté de Médecine. »

La cause de la circulation était définitivement gagnée, mais il avait fallu un demi-siècle aux traditionnalistes de la médecine pour s'incliner devant la Vérité.

***

Parmi les détracteurs de William Harvey, il y en eut de plus dangereux pour sa gloire : ce furent ceux qui lui contestèrent sa découverte.

Le génie, a dit Buffon, est une longue patience, et par génie, il entendait là le génie des sciences où rien ne s'improvise et où toute découverte est le résultat des méditations, des observations, des expérimentations de nombreux savants et parfois de nombreuses générations. Lamarck, Pasteur eurent des précurseurs, même plusieurs siècles avant leur époque. Il en fut de même pour Harvey et la découverte de la circulation du sang. L'inventeur d'une découverte n'est pas celui qui émet plus ou moins vaguement une idée, une théorie ; c'est celui qui l'établit clairement et nettement sur les bases inébranlables de l'observation et de l'expérimentation et personne ne saurait mettre en doute qu'en se plaçant à ce point de vue, Harvey est le véritable, le seul inventeur de la circulation du sang.

Certes, la théorie de la circulation était en gestation dans l'esprit de bien des anatomistes à la fin du XVI^e siècle et Harvey avait certainement eu connaissance au cours de ses études à Padoue des hypothèses plus ou moins diffuses de ses précurseurs.

Hippocrate avait, cinq siècles avant notre ère, différentié les veines des artères. Aristote, un siècle environ plus tard, avait indiqué que les veines communiquaient avec le cœur, et reconnu que le phénomène du pouls tenait au mouvement du sang et Hérophile avait établi, peu après, l'isochronisme des pulsations et des battements du cœur. Le petit-fils d'Aristote, Erasistrate, ayant étudié les valvules du cœur et leurs fonctions, ne put rien en conclure, car il était persuadé que les artères étaient remplies d'air et que les veines conduisaient le sang dans tous les organes du corps. Galien, quatre siècles plus tard, démontra par des vivisections la présence du sang dans les artères, et distingua le sang vif « spiritueux » des artères du sang noir veineux. Comme il était imbu d'une théorie singulière qui attribuait un *esprit* au sang artériel et que cet esprit était nécessaire au bon fonctionnement des organes, Galien admettait qu'une partie du sang artériel allait se mélanger au sang veineux pour lui donner de l'esprit en passant par des porosités creusées dans la cloison interventriculaire, porosités dont Vésale démontra l'inexistence. Mais Vésale, pur anatomiste, se borna à décrire ce qu'il avait constaté sans donner d'interprétation physiologique.

En 1553, l'Aragonais, Michel Servet, qui avait étudié à Montpellier, à Paris et à Padoue, écrivit et publia à Vienne, en Dauphiné, un ouvrage de théologie assez obscur : *Christianismi Restitutio* destiné à combattre le dogme de la Trinité, livre qui fut cause de sa perte. Accusé d'arianisme par Calvin, il fut brûlé vif à Genève, après avoir échappé à l'Inquisition catholique qui l'avait condamné par contumace au même supplice. Servet admettait la théorie des *esprits* qu'avait déjà exposée Galien. Il croyait que Dieu insufflait l'âme avec l'air par le nez et la bouche dans les poumons, que de là elle passait dans le sang et qu'alors, elle se dédoublait dans les organes en *esprit vital* et *esprit animal.* A ce propos, il décrivait très nettement la circulation pulmo-

naire, affirmant que le sang ne pouvait passer du ventricule droit au ventricule gauche qu'en traversant le poumon où il se vivifiait. Dans le ventricule gauche, le sang se chargeait d'esprit vital, puis était transporté par les artères dans tous les organes et jusque dans le cerveau, siège de l'âme raisonnable où il donnait naissance à l'esprit animal. Michel Servet avait donc décrit la circulation pulmonaire et avait failli découvrir la grande circulation en voulant tout simplement trouver un argument pour étayer une thèse de théologie.

Realdo Colombo, en 1559, qui, certes, n'avait pas lu le livre de Servet, décrivait aussi la circulation pulmonaire, affirmant que personne ne l'avait exposée par écrit avant lui. Or, Colombo qui avait succédé à Vésale dans la chaire d'anatomie de l'Université de Padoue, avait eu certainement Michel Servet comme élève quand il vint étudier dans cette université. Il est donc probable que Michel Servet qui, d'ailleurs, n'avait revendiqué la priorité d'aucune découverte, tenait de Colombo la connaissance de la circulation pulmonaire et que ce dernier en est le véritable inventeur.

Césalpin, de Pise, en 1569, décrivit en même temps aussi la circulation pulmonaire avec une netteté étonnante dans un ouvrage publié à Florence : *Quœstionum peripateticarum libri V.* Le premier il se sert du mot circulation : « Huic sanguinis *circulationi* ex dextro cordis ventriculo per pulmones in sinistrum ejusdem ventriculum optime respondent ea *quæ* ex dissectione apparent... » Bien plus, Césalpin, qui a montré que les veines se dilatent lorsqu'on ligature un membre, au-dessous de la ligature et non au-dessus, établit que le sang est ramené au cœur par les veines et distribué dans tout le corps par les artères. Mais, malgré cette vision très nette de la réalité, Césalpin, imprégné d'Aritotélisme, admettait la notion diffuse du flux et du reflux du sang et continuait à croire avec Aristote que les nerfs émanaient du cœur malgré l'opinion contraire de Galien.

Enfin Fabrice d'Aquapendente, cinq ans plus tard, découvrait les valvules des veines, entrevues déjà par Estienne et Sylvius, ce qui anatomiquement établissait sans discussion possible le sens du cours du sang dans ces vaisseaux. Mais Fabrice d'Aquapendente, croyant toujours que les veines conduisaient le sang à la périphérie, faisait jouer aux valvules un simple rôle modérateur.

L'on voit donc que les devanciers de Harvey, surtout Césalpin, avaient approché de très près la vérité. Mais le médecin anglais, qui certainement avait eu connaissance de leurs travaux pendant son séjour à Padoue, établit d'une façon nette et irréfutable la circulation du sang. Certes les moyens techniques dont il disposait ne lui permirent pas d'indiquer comment le sang passait des artères dans les veines, et il dut se borner sur ce point à l'hypothèse de l'existence de capillaires, hypothèse à laquelle Descartes se rallie sans hésitation dans le *Discours de la méthode* en faisant sur ce point l'éloge du médecin d'Angleterre (Harvey) qui l'avait enseignée le premier. D'ailleurs, en 1661, onze ans après la mort d'Harvey, Malpighi, armé du microscope, découvrait les capillaires dans le poumon de la grenouille et Leeuwenhoeck les montrait dans la queue du têtard, la membrane de l'aile de la chauve-souris et les nageoires des poissons. A la même époque Swammerdam, docteur de Leyde, et au début du XVIII^e^ siècle Lieberkühn démontrèrent par des injections la communication des artères et des veines.

La découverte de William Harvey ne pouvait plus être contestée.

***

De l'histoire de la découverte de la circulation du sang, l'on doit tirer une leçon d'ordre général, c'est que les mots : *traditionnalisme*, *principe d'autorité*, doivent être définitivement rayés du vocabulaire en tout ce qui concerne les sciences et plus particulièrement la médecine. Colombo affirmait qu'une vivisection apprenait plus de choses en un jour que la lecture de Galien en trois mois. L'observation et l'expérimentation doivent être substituées à la tradition.

Le traditionnalisme est essentiellement antiscientifique. C'est, en son nom, que l'on s'est toujours opposé aux découvertes et au progrès. Comme l'hydre de Lerne, ses têtes repoussent au fur et à mesure qu'on les coupe. C'est au nom du traditionnalisme qu'il y a trois siècles, niant l'évidence, Jean Riolan refusait sans raison d'admettre la découverte de Harvey. C'est au nom du traditionnalisme qu'au siècle dernier l'on discutait, à l'Académie de médecine, sans essayer de les vérifier, les découvertes de Pasteur; c'est au nom du traditionnalisme qu'encore à notre époque, nous voyons, savants et médecins, s'opposer instinctivement à tous les progrès tant dans le domaine scientifique que dans le domaine économique et social.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA SYPHILIS CARDIO-ARTÉRIELLE ET SON TRAITEMENT.

Notions générales,

Par Léon Giroux,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

La syphilis est actuellement considérée comme l'un des facteurs essentiels des affections cardio-artérielles sans que toutefois nos moyens d'investigation, malgré leur variété et leur valeur, soient suffisants pour nous fournir une notion exacte sur la fréquence de son action. L'impossibilité pour le médecin de faire la discrimination rigoureuse de ce qui appartient à la syphilis et de ce qui lui est étranger a pour conséquence, en laissant une part à l'interprétation personnelle, de créer entre les auteurs des divergences d'opinions tant au point de vue de son importance étiologique que des limites qu'il est raisonnable de fixer à la médication spécifique.

La syphilis présente au point de vue clinique deux périodes distinctes, l'une précoce, d'allure septicémique et qui coïncide avec des accidents multiples cutanés et muqueux, l'autre tardive, au cours de laquelle ses manifestations sont généralement localisées et solitaires. Actuellement, on admet que dès la période infectante, les tréponèmes qui ont résisté aux défenses naturelles de l'organisme ou à l'action des médications spécifiques se fixent, d'une manière définitive, sur certains organes où, sous des influences obscures et à une échéance plus ou moins lointaine, ils sont susceptibles de retrouver leur virulence. Aussi, dès la période secondaire, certains sujets contaminés sont déjà virtuellement menacés d'une complication déterminée, mais généralement nerveuse ou cardio-vasculaire.

La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, peut être à l'origine d'une lésion du cœur ou de l'aorte ; cependant, d'une façon générale, la syphilis héréditaire provoque de préférence des malformations ou des lésions de nature dystrophique que le traitement ne saurait modifier et qui, par conséquent, sont d'un médiocre intérêt pour le thérapeute.

Syphilis cardiaque héréditaire. — D'après la plupart des auteurs et en particulier pour Laubry et Pezzi, la syphilis héréditaire serait un des principaux facteurs des malformations cardiaques congénitales ; d'après Dufour, elle serait à l'origine de certaines insuffisances mitrales de jeunes sujets, chez lesquels on ne retrouve aucune infection rhumatismale antérieure. D'autre part, on tend également à la considérer comme la cause habituelle du rétrécissement mitral congénital ; de nombreux auteurs ont en effet rencontré, chez les sujets atteints de cette variété de sténose, des stigmates d'hérédo-syphilis et plus spécialement des stigmates osseux, tels que déformation des tibias, nez en lorgnette, voûte ogivale. Amblard aurait toujours retrouvé chez les parents des signes certains de spécificité, fausses couches, naissances avant terme, paralysies, anévrysmes, tabes, paralysie générale et, dans 77 p. 100 des cas, des réactions humorales positives ou suspectes. Plus rarement, la syphilis héréditaire peut intéresser l'aorte ou le myocarde et, d'une façon exceptionnelle, le péricarde par l'intermédiaire d'une médiastinite inférieure secondaire elle-même à une hépatite gommeuse ou scléro-gommeuse. Cependant, quel que soit l'intérêt doctrinal de la syphilis héréditaire, elle ne saurait nous retenir davantage, car, dans la majorité des cas, elle ne sollicite l'attention du médecin qu'à la faveur de lésions stabilisées qu'on ne saurait modifier par les médications spécifiques.

Syphilis cardiaque acquise. — Dans la pratique, le médecin se trouve généralement en présence des manifestations cardiaques ou aortiques de la syphilis acquise, manifestations évolutives contre lesquelles son intervention se montre souvent efficace et durable. Les déterminations cardio-artérielles de la syphilis sont habituellement tardives et s'observent dans la majorité des cas de 10 à 20 ans après la contamination. En réalité, ces délais ne traduisent qu'une apparence, car, si l'on en juge par la latence fréquente des affections envisagées, il paraît vraisemblable qu'au moment où le médecin est appelé à constater des signes physiques ou fonctionnels, les lésions qui les conditionnent sont depuis longtemps en activité. Cependant, mais à titre exceptionnel, on peut, dès la période secondaire, rencontrer les mêmes accidents. Milian aurait souvent noté des troubles du rythme d'ailleurs

◆◆

transitoires et rapidement influencés par le traitement. LAUBRY et ESMEIN ont rapporté l'observation d'un sujet âgé de 20 ans qui se plaignait de palpitations, de sensations vertigineuses parfois suivies de lipothymies ; le cœur ne présentait aucune lésion apparente, mais le pouls battait à 33 et l'on notait une dissociation auriculo-ventriculaire complète. En outre, il existait une céphalée persistante, une alopécie en clairières et une syphilis pigmentaire leucomélanodermique traduisant une contamination récente. Sous l'influence du traitement, les troubles fonctionnels disparurent, le pouls remonta à 52, mais les tracés décelèrent la persistance de la dissociation entre les rythmes de l'oreillette et du ventricule. VAQUEZ a observé un cas d'angine de poitrine secondaire ; il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, venu consulter pour des douleurs angineuses, mais dont les accès étaient accompagnés de rougeur de la face et de la poitrine et d'hyperesthésie précordiale ; d'autre part, les crises douloureuses se terminaient par des éructations et des crises de larmes. En raison de l'âge du sujet et des caractères anormaux de l'accès, l'angor organique paraissait devoir être écarté, et cela, d'autant plus qu'il n'existait pas de lésion apparente du cœur ou de l'aorte. Quelques jours plus tard, le malade succombait d'une crise, et à l'autopsie, on notait une aortite diffuse et un rétrécissement marqué des coronaires. Personnellement, nous avons eu l'occasion de suivre un sujet âgé de 36 ans, syphilitique depuis 4 ans, et qui souffrait de crises d'angor accompagnées d'accès de tachycardie ; l'aorte était augmentée de volume et l'électrocardiogramme décelait de grosses altérations du complexe ventriculaire. Sous l'influence d'un traitement énergique, les crises douloureuses disparurent, mais l'image électrocardiographique ne subit aucune modification.

L'hypertension artérielle peut également se rencontrer à la période secondaire. TETRATZE et MILIAN l'auraient observée chez des sujets dont la contamination était relativement récente ; personnellement, nous avons recueilli l'observation d'une jeune femme de 24 ans qui vint nous consulter pour des troubles moteurs et sensitifs du membre supérieur gauche ; le corps était couvert de cicatrices dont la nature était d'autant plus évidente qu'il existait des lésions en activité. Un an auparavant, cette malade avait été atteinte d'une angine qui avait duré plusieurs mois et dont la nature s'impose, si l'on en juge par sa durée et les accidents qui suivirent. La tension artérielle, évaluée avec l'appareil de PACHON-GALLAVARDIN, atteignait 22.12.

En réalité, c'est surtout à une période tardive que la syphilis provoque des lésions organiques profondes susceptibles d'intéresser les différentes parties du cœur, et dans la pratique journalière, c'est généralement à l'occasion d'une aortite, de l'angine de poitrine ou de l'hypertension artérielle que le médecin est appelé à rechercher la syphilis et à discuter l'opportunité du traitement spécifique.

La péricardite syphilitique est en effet exceptionnelle et généralement secondaire à une gomme, à un infarctus du myocarde ou à une lésion aortique.

a) **Syphilis du myocarde.** — La myocardite syphilitique, bien que les frontières en soient encore incertaines, est plus fréquente et souvent méconnue ; elle est généralement la conséquence d'une aortite en évolution et reconnue ; mais dans certains cas aussi, l'insuffisance du cœur est le premier symptôme d'une aortite latente. L'asystolie qui succède à cette myocardite évolue rapidement, brûle les étapes et résiste aux médicaments cardiaques ; par contre, si la médication spécifique intervient en temps opportun, on peut observer une amélioration rapide et dans certains cas de véritables résurrections.

En dehors de cette myocardite subaiguë, on rencontre souvent chez les syphilitiques avérés ou présentant un Bordet-Wassermann positif, des signes de myocardite chronique ; dans ces circonstances, surtout s'il s'agit d'un sujet relativement jeune au-dessous de la cinquantaine, il faut penser à l'intervention possible de la syphilis et instituer le traitement. La médication spécifique peut dans ces circonstances, comme l'a observé CASTAIGNE, être suivie d'une amélioration rapide et même d'une guérison définitive.

En 1901, JOSSERAND et GALLAVARDIN ont isolé la myocardite subaiguë primitive ; il s'agit d'une forme rare observée chez des jeunes sujets dont les antécédents ne comportent aucune maladie infectieuse susceptible de laisser au cœur des séquelles durables. Cette myocardite, qui se traduit par une insuffisance cardiaque brutale et mortelle en quelques mois, est au point de vue étiologique des plus obscures. Cependant dans un cas de TOURNIER, l'origine syphilitique était vraisemblable.

Infarctus du myocarde. — L'infarctus du myocarde, presque toujours syphilitique d'après LETULLE, se présente sous des aspects divers ; il peut survenir au cours d'une myocardite secondaire à une aortite ou compliquer une myocardite chronique associée ou non à des lésions de l'aorte et du rein. Limité, il passe inaperçu ; plus étendu, il est à l'origine d'accidents immédiatement graves ou rapidement mortels ; crises angineuses, état lipothymique qui, d'après LIAN, devraient en faire soupçonner l'existence.

Les anévrysmes du cœur secondaires aux infarctus sont généralement localisés au ventricule gauche et, le plus souvent, reconnus sur la

table d'autopsie. Cependant, d'après LUTEMBACHER, il faudrait les soupçonner quand on constate à la pointe une douleur assez violente pour obliger le malade à se tenir courbé en avant, ou encore une réaction péricardique accompagnée de frottements localisés.

Pouls lent permanent syphilitique. — La fréquence du pouls lent permanent syphilitique est très difficile à établir, pour la raison très simple que les observations ne sont nullement comparables les unes aux autres. Si, en effet, certains cas sont évidents, soit que le traitement spécifique ait amené la guérison, soit qu'au contraire ils aient été suivis d'un contrôle anatomique, par contre, il en est d'autres uniquement basés sur des notions cliniques, et par là même discutables.

Quoi qu'il en soit, le rôle de la syphilis est admis, mais les divergences commencent quand il s'agit d'en apprécier l'importance exacte. ESMEIN en se basant sur des statistiques anatomo-pathologiques, admet que la moitié des cas de maladie de Stokes-Adams est due à la syphilis. Par contre, HERXHEIMER et KHOL, sur 31 cas, ne décèlent la syphilis d'une manière certaine que huit fois ; CASTAIGNE, sur 12 cas, trouve des réactions positives cinq fois. Trois fois il existait des stigmates spécifiques et deux malades guérirent par un traitement intensif. GALLAVARDIN, sur 39 cas, ne trouve que trois syphilis certaines et une syphilis douteuse et il conclut que le syndrome de Stokes-Adam ne relève de la syphilis que dans certains cas. D'après CLERC, il ne serait pas signalé dans la littérature médicale plus de vingt cas de gommes du faisceau de His. Donc, les opinions des différents auteurs sont peu concordantes ; cependant il n'en reste pas moins acquis que la syphilis peut être à l'origine du pouls lent permanent, et qu'en présence du syndrome de Stokes-Adams, il est légitime de la rechercher et de discuter l'opportunité du traitement.

En dehors de la myocardite, conséquence habituelle de l'aortite, nous n'avons envisagé jusqu'ici que des modalités relativement rares de la syphilis du cœur. Dans sa pratique journalière, le médecin n'aura pas souvent l'occasion de les rencontrer, mais par contre, il se trouvera souvent en présence d'une aortite, d'une angine de poitrine ou d'une hypertension artérielle, et c'est à propos de ces différentes éventualités qu'il sera généralement amené à rechercher une contamination antérieure.

Aortite syphilitique. — Les anévrysmes ne seront pas envisagés ici, car au point de vue étiologique, ils ne soulèvent aucune discussion ; en ce qui concerne les aortites, le rôle de la syphilis n'est bien mis en évidence que depuis la découverte du tréponème et de la réaction de Bordet-Wassermann. Actuellement, il est admis que les aortites chroniques sont presque toujours de nature syphilitique. A ce dernier point de vue, les différentes statistiques sont comparables. OIGAARD, sur 68 cas, trouve 55 réactions positives ; BRICOUT, sur 142 cas, en observe 100 ; MOUGEOT, sur 72 cas, note 50 fois le Bordet-Wassermann positif. GILBERT et BRIN, sur 15 cas d'aortite chronique, recueillent 14 résultats positifs. ETIENNE, en réunissant sa statistique à celle de SERGENT, BÉCO et HEITZ rencontre la syphilis dans 80 p. 100 des cas. Si l'on tient compte de ce fait bien démontré, à l'heure actuelle, que la séro-réaction est souvent négative chez les syphilitiques de vieille date, on arrive à cette conclusion que l'aortite chronique relève dans la majorité des cas d'une infection syphilitique antérieure.

L'aortite chronique syphilitique frappe surtout le sexe masculin dans la proportion de 4 sur 5, et le plus souvent avant 50 ans. LONGEOPÉ, sur 63 cas, en observe 32 entre 20 et 40 ans, 17 entre 40 et 50, 7 entre 50 et 60, 5 après 60 ans. Quant à la durée de l'intervalle qui s'écoule entre l'accident initial et le début des lésions, il est, comme nous l'avons vu, difficile à fixer. D'après MAURIAC, l'aortite débuterait en moyenne 12 ans après le chancre ; cependant, on a signalé des échéances beaucoup plus tardives, 21, 25 ans et même 33 ans après la contamination.

L'aortite syphilitique se localise surtout à l'aorte ascendante dans la région sus-sigmoïdienne, plus rarement à l'aorte thoracique ou abdominale ; cliniquement, on en rencontre trois variétés, l'aortite solitaire accompagnée ou non d'un souffle diastolique, la néphro-aortite caractérisée par une forte hypertension maxima et une haute pression différentielle ; plus rarement, la coexistence d'une néphro-aortite et d'une ectasie.

L'évolution de l'aortite chronique syphilitique est généralement lente et insidieuse ; il n'est pas rare en effet de la rencontrer à l'autopsie alors que, pendant la vie, rien n'avait attiré l'attention sur le cœur, ou de déceler des lésions grossières de l'aorte, chez des sujets qui n'accusent aucun trouble fonctionnel.

Angine de poitrine syphilitique. — L'angine de poitrine s'observe surtout chez l'homme et, sur 100 cas, GALLAVARDIN l'aurait rencontrée sept fois chez la femme et 93 fois chez l'homme ; c'est une manifestation tardive et qui survient aux environs de la cinquantaine, de 20 à 30 ans après la contamination.

Jusqu'à ces dernières années, la nature de l'angine de poitrine était très malconnue, et parmi ses causes étiologiques, la syphilis se trouvait sur le même plan que le paludisme et la

tuberculose. Actuellement, bien que ce syndrome douloureux soit encore assez mal défini au point de vue clinique, et souvent obscur en ce qui concerne son origine réelle, les auteurs, en s'appuyant sur des arguments d'ordre anatomo-clinique, humoral ou thérapeutique, considèrent la syphilis comme le facteur étiologique le plus constant et le mieux démontré.

En effet, l'angine de poitrine est souvent associée à l'aortite, laquelle, d'après TRIPIER, est presque toujours de nature syphilitique. D'autre part, les statistiques cliniques et sérologiques recueillies par différents auteurs sont concordantes pour confirmer la fréquence de la syphilis. Chez les sujets atteints d'angor, HUCHARD trouve la syphilis dans 33 cas sur 150, mais il observait à une période où la réaction de Bordet-Wassermann était inconnue et les contaminations souvent ignorées ou méconnues; aussi les chiffres qu'il a recueillis sont-ils au-dessous de la réalité. D'après TRIPIER, l'angine de poitrine serait presque toujours de nature syphilitique. VAQUEZ trouve la syphilis dans 30 p. 100 des cas, mais il fait remarquer que cette proportion sera sûrement plus élevée quand la recherche des tests humoraux sera systématiquement pratiquée. GALLAVARDIN, dans une première statistique, portant sur 100 cas, trouve dans 32 pour 100 de ses observations une syphilis certaine, dans 5 p. 100 une syphilis douteuse ; dans une statistique plus récente et plus étendue portant sur 450 observations, il signale 21 pour 100 de syphilis certaines, 9 pour 100 de syphilis probables, 3 pour 100 de syphilis douteuses et 40 pour 100 de cas où la syphilis peut être éliminée. D'après cet auteur, on doit considérer comme syphilitique toute angine de poitrine accompagnée d'insuffisance aortique d'origine artérielle et admettre que la syphilis intervient dans 50 pour 100 des cas. Les statistiques de JOSUÉ, de NOGUCHI, de LIAN, nos observations personnelles, sont également en faveur du rôle important de la syphilis. Enfin, l'action souvent favorable du traitement est également à retenir ; cependant, en raison de l'inconstance de ses résultats, d'ailleurs facile à comprendre et dont on ne peut tirer de conclusion formelle, il ne saurait nous fournir une notion exacte sur la fréquence des angines de poitrine syphilitiques.

Hypertension artérielle et syphilis. — Actuellement, il est admis par la majorité des auteurs que la syphilis se rencontre souvent chez les hypertendus, sans que toutefois l'on soit fixé sur la fréquence et le mécanisme de son action. D'ailleurs, depuis un certains temps, on savait que l'hypertension accompagnée de néphrite chronique est souvent associée à l'aortite syphilitique et, comme le dit GALLAVARDIN, il serait contraire au bon sens d'admettre que les plaques gélatiniformes et la dilatation aortique concomitante sont de nature syphilitique et que la néphrite relève d'une autre origine. D'autre part, on ne voit pas pourquoi l'hypertension accompagnée de néphrite ne pourrait pas survenir en dehors de toute aortite comme manifestation solitaire de la syphilis.

La syphilis a été fréquemment notée chez les hypertendus ; cependant, à ce point de vue, les statistiques ne sont pas entièrement concordantes. Pour certains observateurs, FIESSINGER, LETULLE et BARJON, la syphilis se rencontre chez 30 p. 100 des hypertendus ; par contre, ETIENNE la décèle dans 60 pour 100 des cas. FINCKE, 37 fois sur 39 ; AMBLARD, 78 fois sur 100 ; CASTAIGNE, 17 fois sur 28. VAQUEZ et LECONTE, LAUBRY et PARVU admettent également la grande fréquence de la syphilis chez les hypertendus et nos observations personnelles comportent les mêmes conclusions.

D'autre part, DUMONT et BRICOUT ont rappelé que l'hypertension se rencontrait souvent chez les sujets atteints de tabes ou de paralysie générale. Aussi, avec GALLAVARDIN, nous pensons qu'il est légitime de toujours rechercher la syphilis chez les hypertendus, surtout s'il s'agit d'une hypertension relativement précoce.

Traitement. — Les notions générales que nous venons d'exposer montrent que, pour la majorité des auteurs, la syphilis est souvent à l'origine de l'aortite et de l'angine de poitrine et qu'elle est souvent associée à l'hypertension artérielle ; elles mettent aussi en lumière cette notion que nos moyens d'investigations combinés sont actuellement insuffisants pour fixer l'importance exacte de son action, en raison de la négativité fréquente des réactions humorales chez les syphilitiques de vieille date. Donc, dans la pratique, les frontières de la syphilis cardio-artérielle demeurent incertaines et l'opportunité du traitement est de ce fait souvent difficile à fixer. Dans ces conditions, le médecin, suivant ses tendances, sera conduit à en étendre ou à en restreindre l'emploi. Certains auteurs, et en particulier DONZELOT, ont cru remarquer qu'il existait à ce point de vue un abus et c'est pour réagir contre l'usage , à son avis souvent injustifié, des médications antisyphilitiques que cet auteur, dans une communication récente à la Société médicale des hôpitaux, a déclaré qu'après 50 ans l'aortite et l'angine de poitrine sont rarement syphilitiques, que le syndrome de Stokes-Adams s'observe rarement au-dessous de cet âge, c'est-à-dire à une période où la syphilis est susceptible d'intervenir, que l'hypertension artérielle n'a avec la syphilis qu'un rapport de coïncidence ; enfin, que chez les sujets âgés, le traitement est non seulement inutile, mais dangereux en raison

des dificiences organiques et de l'état physiologique précaire.

Ces conclusions dogmatiques et assez imprévues eurent pour conséquence, vu l'importance du sujet, une longue discussion dont AUBERTIN a déjà rapporté ici la substance, mais sur laquelle il n'est pas sans intérêt de revenir. D'une façon générale, les idées de DONZELOT ne furent pas confirmées, et seuls, M. RENAUD et L. TIXIER versèrent au débat des conclusions identiques. RENAUD, en effet, n'admet pas que toute aortite qui n'a pas fait sa preuve soit suspecte de syphilis ; il considère au contraire que les examens sévères montrent que la syphilis est rarement à l'origine des états morbides envisagés ; par contre, il reconnaît n'avoir jamais constaté d'incident fâcheux au cours du traitement. L. TIXIER incrimine, non seulement l'abus du traitement spécifique, mais il insiste sur ses dangers. Cet auteur, malgré l'état physiologique satisfaisant des malades dont il évoque l'histoire clinique, n'aurait jamais constaté autant de malaises et de morts subites que depuis qu'il traite des sujets atteints de syphilis cardio-artérielle.

Cependant, la majorité des auteurs a formulé des conclusions opposées, plus conformes, à notre avis, aux réalités cliniques ; pour LAUBRY, la syphilis est la grande cause des aortites ; or, comme à l'heure actuelle, rien ne permet de lui fixer un domaine précis, il est légitime de considérer toute aortite qui n'a pas fait sa preuve comme suspecte de syphilis et de la traiter. D'autre part, en ce qui concerne les affections cardio-vasculaires envisagées, le traitement spécifique est le seul efficace ; aussi, il n'y a aucune raison pour ne pas le tenter et le poursuivre à la condition toutefois de faire preuve de conscience et de discernement. CLERC, GRENET, CAUSSADE, AUBERTIN, FLANDIN, SEZARY, MILIAN aboutissent aux mêmes conclusions. LIAN, par contre, réserve à l'âge une importance considérable et considère que, même en l'absence d'une syphilis certaine, on doit toujours traiter au-dessous de 50 ans, mais que le traitement est moins souvent justifié au-dessus de cet âge et qu'il l'est rarement après 60 ans. Pour SÉZARY, l'âge ne saurait être un moyen de discrimination digne d'être retenu, et il rappelle que RICHARDSON a trouvé des tréponèmes dans l'aorte athéromateuse de sujets âgés, que personnellement il a obtenu de bons résultats à un âge avancé et parfois de mauvais chez des malades aux environs de la quarantaine. MILIAN conseille également le traitement d'épreuve dans les cas douteux et, pour préciser le peu d'importance qu'il attache à l'âge, il signale que dans les services spécialisés, on rencontre autant de sujets âgés que de malades relativement jeunes.

Si, tant au point de vue de l'importance étiologique de la syphilis, que de la signification qu'il est légitime de réserver à l'âge des malades, les opinions sont divergentes, par contre tous les auteurs sont d'accord sur les conditions que doit réaliser le malade pour être justiciable du traitement spécifique ; tous s'entendent pour ne pas le tenter chez les sujets atteints d'une grave déficience du cœur, du foie et du rein, et aussi, pour admettre qu'une insuffisance cardiaque légère n'est pas incompatible avec le traitement, à la condition qu'il soit conduit avec prudence et associé à la médication cardiaque.

Donc, de cette longue discussion dont on pouvait attendre des vues concordantes, il ne se dégage que des opinions contradictoires susceptibles d'apporter à l'initiative du médecin un obstacle dangereux et injustifié. Dans l'intérêt du malade, il nous paraît donc opportun de rechercher ce qu'il est raisonnable de retenir de ces conceptions divergentes.

DONZELOT, en dénonçant l'abus du traitement antisyphilitique, s'est en réalité borné à des affirmations sans apporter à leur appui des arguments démonstratifs. Aussi, rien n'autorise à se conformer dans la pratique à l'opinion trop générale qu'il a formulée. Doit-on d'autre part, comme le conseille LIAN, demander à l'âge de faire la discrimination des sujets justiciables ou non du traitement spécifique ? La majorité des auteurs ne le pensent pas, et nous ne saurions davantage l'admettre, car considérer, comme le fait LIAN, qu'après la cinquantaine, les affections envisagées sont généralement la conséquence d'une dyscrasie humorale hypertensive et sclérogène, c'est invoquer un mécanisme obscur dont il faudrait à la fois démontrer la réalité et préciser l'origine. Enfin, le traitement est-il dangereux et doit-on en redouter les effets ? Les résultats malheureux dont émane le pessimisme de TIXIER et qu'il a seul observés ne sauraient être que des coïncidences et, de l'avis général, les craintes sont illusoires quand le traitement est mené avec discernement.

Donc, dans l'état actuel de nos connaissances, il suffit au médecin de se rappeler que la syphilis est souvent à l'origine des affections envisagées ; qu'en l'absence, dans certains cas, d'un critérium certain, il doit la soupçonner, malgré les résultats négatifs de son enquête ; que le traitement prescrit dans les conditions requises ne comporte aucun danger et peut être poursuivi avec une entière sécurité. C'est en nous inspirant de ces notions, à notre avis conformes au bon sens, que nous lui conseillons les règles suivantes pour sa pratique journalière.

1° Traiter toutes les fois que la syphilis est décelée ou paraît susceptible d'intervenir, sauf s'il existe une insuffisance hépatique ou rénale évidente ou une grave insuffisance cardiaque ; une déficience légère du cœur n'est pas incompatible

avec le traitement, mais à la condition qu'il soit prudent, rigoureusement surveillé et associé à la médication cardiaque.

2° Traiter avec énergie et persévérance, en combinant les différentes médications antisyphilitique : le mercure, le bismuth et l'arsenic. Le mercure sera employé au début et de préférence le cyanure intra-veineux, à la fois diurétique et peu toxique ; ensuite, on aura recours au bismuth et à l'arsenic.

L'arsenic sera utilisé par voie sous-cutanée ; cependant, chez les sujets vigoureux, on pourra injecter le novarsénobenzol par voie intraveineuse, mais à la condition de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 45 et de pousser l'injection lentement en surveillant les réactions du malade. Les séries de traitement devront être suffisamment rapprochées et chacune d'elles devra représenter une dose totale de médicament réellement active. Trop souvent en effet, le malade reçoit un nombre insuffisant d'injections et, dans bien des cas, trop espacées. Le médecin doit savoir que même dans les cas les plus favorables, les résultats ne sont pas immédiats et ne s'observent qu'après l'action prolongée du traitement. Naturellement si, au bout d'un an d'une thérapeutique active, l'état reste stationnaire, il est inutile d'insister, car dans ces circonstances, ou bien la syphilis n'intervient pas, ou bien les accidents sont la conséquence de lésions cicatricielles que la médication spécifique ne saurait modifier.

Poursuivi dans ces conditions, le traitement est souvent suivi d'amélioration ou de guérison ; les accès d'angor s'espacent ou disparaissent, la fonction cardiaque s'améliore. Naturellement il ne faut pas attendre de la médication la disparition des souffles orificiels, ni le retour de l'aorte à une élasticité normale, ou à son calibre antérieur. En ce qui concerne le pouls lent permanent, les cas ne sont pas rares où l'on mentionne la disparition des crises nerveuses et de la bradycardie (ERLANGER, RENON, CASTAIGNE, etc.). L'hypertension elle-même peut dans certains cas être favorablement influencée. STOLL a souvent observé après le traitement une amélioration fonctionnelle du rein ; AUDRY et NANTA, par les arsenicaux, ont obtenu une action hypotensive durable ; PARVU, chez trois malades, a constaté une chute importante de la tension artérielle de 25 à 21, de 25 à 18, de 25 à 20. SÉZARY a également noté, dans certains cas, l'action hypotensive du traitement ; personnellement, nous avons recueilli un certain nombre d'observations de cette nature ; nous rappellerons seulement le cas de cette jeune femme atteinte d'hypertension secondaire, dont les chiffres tombèrent rapidement de 22-12 à 17-9, et aussi celle d'un homme de 71 ans que nous suivons depuis huit ans ; ancien syphilitique, il présentait au début de l'observation, c'est-à-dire à l'âge de 63 ans, une leucoplasie linguale et une tension de 23-12. Après un traitement prolongé, la leucoplasie disparut et la tension se fixa aux environs de 15-10.

Cependant, il faut reconnaître que les cas sont fréquents où les résultats sont nuls ou incomplets ; mais le contraire serait surprenant si l'on veut bien se rappeler qu'on s'adresse en général à des processus anciens et que, de ce fait, le médecin se trouve dans certains cas conduit à intervenir pour des lésions stabilisées et rebelles au traitement ; que d'autre part, faute d'un critérium certain, il est exposé à rattacher à la syphilis des affections qui lui sont étrangères. Comme dans ces circonstances, rien n'éclaire sa route dans le domaine où il s'aventure, on ne saurait lui reprocher ses erreurs auxquelles personne, quelle que soit sa compétence, ne saurait se soustraire, et cela, d'autant moins qu'elles ne comportent aucun danger et que c'est à ce prix qu'il évite parfois de priver un sujet gravement atteint d'une intervention médicale qui peut lui être salutaire. D'ailleurs, est-il bien à propos de parler d'abus quand on n'est pas en mesure de fournir le moyen de les éviter ?

Ecartant les généralisations prématurées, cette manière d'envisager la syphilis cardio-aortique et son traitement nous paraît s'inspirer de ce que chaque jour nous enseigne l'observation clinique. Entièrement conforme à l'opinion de la majorité des auteurs, elle ne fait d'ailleurs que confirmer sans rien y ajouter ce que nous écrivions il y a 4 ans avec BRIN dans notre ouvrage « La syphilis du cœur et de l'aorte (1) ».

(1) L. BRIN et L. GIROUX. — Syphilis du cœur et de l'aorte. (1921, Doin. éditeur.)

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

M. Laignel-Lavastine.

Introduction à l'établissement des biogrammes (1)

Nous commençons aujourd'hui une série de leçons sur ce que j'ai appelé la *biologie différentielle.* Cela comprend l'ensemble des études biologiques permettant de distinguer le propre des individus, leur coefficient réactionnel, ce qui fait qu'ils sont eux-mêmes et non pas leur voisin.

C'est l'application du principe d'Aristote Ζητητέον το ἴδιον, la conception que Charles Richet a exposée au Congrès de Vienne de 1910.

Nous ne sommes encore qu'au début de cette chimie des impondérables fondée sur l'analyse des fonctions biologiques, et pourtant nous pouvons déjà prévoir quelques-unes de ses conséquences. Cette étude conduit à ce que j'ai appelé, en 1910, dans mon *cours de psychiatrie médico-légale*, la *physiologie différentielle*, que je rapprochais de la *psychologie différentielle* ou *éthologie*, science des caractères, et de l'*anatomie différentielle*, science des constitutions. J'écrivais : « Après les ressemblances, qui permettent un classement approximatif, cette méthode recherche les différences entre les types humains. La psychologie différentielle, c'est l'éthologie (ἦθος, caractère), la science des caractères, qui recherche ce qui individualise les formules psychiques des différents êtres humains. La physiologie différentielle a été ébauchée par Charles Richet dans ses recherches sur l'anaphylaxie. L'anatomie différentielle fut créée par Broca ; c'est l'*anthropologie.*

Charles Richet fils, dans son Essai de biologie individuelle, insiste sur les anomalies physiologiques, comme l'a fait Ledouble pour l'anatomie. Il conclut qu'il y a une physiologie moyenne, de même qu'il y a une morphologie moyenne, si bien étudiée par Papillault, dans son travail sur les mesures de l'homme moyen à Paris. Garrelon et Santenoise ont montré que la dose toxique de cyanure de mercure chez l'animal varie avec l'excitabilité du pneumogastrique. Duval a vu ce pouvoir toxique varier avec le pH sanguin et avec la réserve alcaline. D'ailleurs, l'idée d'une immunité individuelle contre les toxiques est très ancienne.

J'ai donc adopté le terme de *biologie différentielle,* bien préférable, à mon sens, à celui de *science de l'individuel,* proposé par Viola. J'ai trouvé récemment un appui à ma manière de voir dans la réponse de Marcel Prévost à la réception d'Emile Picard à l'Académie française, le 11 février 1926 : « Un romancier, dit-il, veut décrire un caractère, le caractère d'un homme qu'il connaît ; il a beau bien le connaître, il ne le connaît que par fragments, quelques points seulement de la courbe de ce caractère, lequel est pourtant chez un sujet normal une courbe continue, dont chaque instant de la vie est l'un des points. Chaque instant de votre vie est le résultat de tout votre passé et exercera son influence sur tout votre avenir. Ce qu'il s'agit donc de dégager, c'est ce que cet instant contient de spécifique, c'est l'élément personnel animateur de cette courbe de caractère, par quoi ce caractère ne ressemble à aucun autre. Lorsque le génie spécial du romancier a dégagé cet élément, toute observation ultérieure devient superflue.... Balzac peut faire évoluer le père Grandet où il voudra : les morceaux de vie du père Grandet, qu'il représentera, épouseront la courbe de son caractère. Eh bien, toutes les courbes représentatives d'un phénomène continu ont aussi un élément animateur, qui les résume dans un instantané : c'est cet élément qui est la différentielle et le dégager, c'est faire de l'analyse différentielle, du calcul différentiel... Réciproquement, construire la courbe en connaissant l'élément différentiel, c'est ce que nous appelons intégrer, faire du calcul intégral. Au génie d'un Balzac il arrivait parfois de deviner, dans l'échange d'un regard avec un passant, l'élément spécifique contenu dans chaque instant d'une vie humaine, ou la différentielle du caractère. Rentré chez lui, il développait avec sûreté, sur la page blanche, toute la courbe du caractère. Vous direz qu'il *intégrait* le caractère..... »

Ce que Marcel Prévost indique avec un sourire, c'est aussi un peu le but que je me propose dans cette série de leçons, qui est comme l'indicateur des routes à suivre pour trouver les différentielles morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociologiques des individus, permettant d'intégrer les courbes de leur évolution humorale, anatomique, psychologique et sociologique.

Et, en effet, je crois que l'intérêt de la clinique, sa condition essentielle est de savoir rapprocher ce que la morphologie, la physiologie, la psychologie et la sociologie séparent.

Comme je l'écrivais, en 1908, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes à Dijon, le tempérament est la caractéristique dynamique de l'organisme, comme la constitution en est le caractère statique..... l'un est à la physiologie ce

(1) Leçon faite à la Pitié, le 23 novembre 1927, recueillie par le Dr Laporte.

que l'autre est à l'anatomie ; enfin, le caractère est l'expression psychologique du tempérament. Constitution, tempérament, caractère ne sont ainsi que trois expressions, — anatomique, physiologique, psychologique, — du coefficient réactionnel individuel.

Les définitions de ces trois termes ont varié selon les époques, et ces notions sont si anciennes qu'elles ont, pour ainsi dire, changé de sens avec le temps.

Il en résulte qu'il y a quelquefois un certain flottement, car, quand on emploie des termes extrêmement vieux, ils ont un tel usage qu'on peut dire que leurs effigies premières se sont effacées. Pour Littré, la constitution est l'état général de l'organisation particulière de chaque individu, d'où résulte sa force, sa santé, sa vitalité...

C'est Gœthe, en 1807, qui, le premier, a créé le mot de *morphologie*. Lamarck, dans sa *Philosophie zoologique*, en 1809, écrivait : « Un emploi plus fréquent et soutenu d'un organe quelconque fortifie peu à peu cet organe, le développe, l'agrandit et lui donne une puissance proportionnelle à la durée de cet emploi, tandis que le défaut constant d'usage de cet organe l'affaiblit insensiblement, le détériore, diminue progressivement ses facultés et suffit à le faire disparaître. »

Les rapports entre la morphologie et la physiologie, les relations entre la forme, la fonction et le milieu, étaient désormais posés.

Le point qui me paraît le plus important, c'est que, lorsqu'on étudie ces rapports, de plus en plus on s'aperçoit que la hiérarchie classique de la constitution, du tempérament et du caractère ne répond pas à la réalité...

Le tempérament, dit Littré, est un juste mélange : « La santé du corps consiste dans le tempérament des humeurs. » C'est le résultat général pour l'organisme de la prédominance d'action d'un organe ou d'un système ... « M. de Tournefort était d'un tempérament vif, laborieux, robuste », dit Fontanelle.

Pour Kretschmer, c'est l'ensemble des qualités affectives qui caractérisent un individu.

Nous voyons que la notion de tempérament a deux versants : d'un côté, un versant morphologique qui va jusqu'à la constitution ; de l'autre côté, un versant affectif qui conduit à la psychologie.

Nous verrons exactement la même chose pour la notion du caractère, qui a beaucoup évolué depuis Théophraste. Pour Littré, le caractère est le propre d'une chose, et ce qui distingue au moral une personne d'une autre. Auguste Comte, en philosophie, a voulu limiter ce terme à ce que nous appelons aujourd'hui le comportement, qui dépend essentiellement de l'affectivité. Au contraire, en biologie, et suivant les idées de pathologie générale de Bouchard et de Landouzy, j'ai plutôt tendance à considérer le caractère comme étant la manifestation psychologique du coefficient réactionnel individuel.

Pour étudier cet objet complexe, nous avons quatre méthodes convergentes : 1° la *méthode morphologique* ; 2° la *méthode physiologique* ; 3° la *méthode psychologiquce* ; 4° la *méthode sociologique*.

Nous allons étudier d'abord comment on peut établir des *morphogrammes*, puis des *physiogrammes*, des *psychogrammes*, enfin des *sociogrammes*. Dans une synthèse, nous aurons les *biogrammes*.

On sait qu'une même espèce végétale ou animale se développe différemment, suivant son orientation, suivant le terrain, suivant la différence de tension électrique de l'air (Pesch, de Montpellier), etc. On connaît l'apparition des caractères secondaires de masculinité du fait de la suppression de l'hormone ovarienne. Nous saisissons des rapports très nets, dans certains états, entre la morphologie et des modifications dans l'équilibre hormonique. Le rôle des sécrétions internes est très important en morphologie comme en psychologie et en physiologie.

Voici Robert, par exemple. C'est maintenant un joli garçon, souriant, frais et rose, aux cheveux bien lisses, brillants. Il est grand. Il mange bien, dort bien, et travaille assez bien. Il a une température normale. Mais il faut dire que R..., quand il est arrivé ici, avait le facies lunaire, les lèvres épaisses, les sourcils rares, les cheveux ternes, le ventre proéminent, tandis qu'aujourd'hui il est svelte. Les mains et les pieds, étaient énormes, en battoirs, les doigts boudinés, le teint blafard, les téguments très épais. Le système pileux était inexistant, alors qu'aujourd'hui Robert a des poils axillaires et pubiens. Son pouls était ralenti à 60, sa température à 35°5. Il s'agissait incontestablement d'un myxœdème, en rapport avec un développement insuffisant du corps thyroïde, dû à l'hérédo-syphilis.

Robert a été mis au double traitement, spécifique, d'une part, endocrinien, d'autre part. Il a pris tous les jours du corps thyroïde à doses variables, 20, 30, 40 cgr., suivant les moments, et il est aujourd'hui transformé. Il a fait sa puberté à l'âge de 24 ans, et nous rend un certain nombre de services.

Si nous étudions Robert au point de vue *morphologique*, comme l'a fait M. Papillault, nous constatatons que les grosses manifestations morphologiques du myxœdème ont diminué. Néanmoins, il a des *indices morphologiques* s'écartant beaucoup de l'indice de l'homme moyen, et permettant des inductions dans le sens de l'hypothyroïdie ; comme rapport des membres inférieurs au tronc, il n'a que 110, au lieu de 117 ; il a un tronc trop long. L'indice des membres supérieurs par rapport aux inférieurs est normal, mais l'indice de la jambe à la cuisse est de 90, au lieu

de 87 : ses jambes sont proportionnellement plus longues que ses cuisses. L'indice bi-zygomatique, très important, est de 91, au lieu de 85, bien en rapport avec la largeur excessive de la tête. L'indice du nez est de 86, au lieu de 60. Enfin, l'indice de l'aile du nez est de 92, au lieu de 102.,

Ce bref examen montre que Robert rentre dans la catégorie que Pende a appelée les *brévilignes.* C'est un des caractères de l'*hypothyroïdie.*

Au point de vue *physiologique,* un des moyens les plus simples de se rendre compte de l'activité des échanges est l'étude du *métabolisme basal* ; il est chez Robert très inférieur à la normale.

Au point de vue du *psychogramme,* nous constatons que, si pour les besognes courantes manuelles Robert peut rendre des services, il a, au contraire, un gros défaut d'attention, que met bien en évidence le test des a barrés de Rogues de Fursac.

Robert ne peut faire une règle de trois. Sa perspicacité est très lente. La mémoire et le jugement sont faibles, Robert est un têtu, a des sautes d'humeur marquées. Son sociogramme montre par le résultat négatif des tentatives d'apprentissage son défaut d'adaptabilité.

Toute cette question des tempéraments, des constitutions et des caractères a été mêlée de métaphysique, d'astrologie et de magie. La voie clinique permet d'éviter ces fausses routes. C'est bien souvent par les perturbations de la pathologie qu'on arrive le mieux à saisir le fonctionnement normal, physiologique.

Tant qu'on a étudié la psychologie du point de vue métaphysique, on n'a pas fait de progrès, tandis qu'on en fait depuis qu'on étudie la psychopathologie. D'autre part, il y a lieu de remplacer la hiérarchie ancienne, faisant dériver la physiologie de l'anatomie , par les rapports inverses consistant à partir de la physiologie, et particulièrement des équilibres colloïdaux, pour comprendre le déterminisme des formes.

Bohn, dans les *Annales de l'Université de Paris* de juillet 1927, montre que la lumière modifie énormement l'ionisation des humeurs. D'autre part, Jean Perrin a montré le rôle considérable de l'électricité et de l'action de la lumière sur les atomes, de sorte que nous devons essayer de trouver des procédés simples permettant de nous rendre compte de l'équilibre physico-chimique des humeurs, et, c'est en partant de cette base physiologique que nous essayerons de remonter, d'une part, à la morphologie, et, d'autre part, à la psychologie. Il y a chez chaque individu un concert humoro-endocrino-sympathico-psychique, dont tous les éléments se tiennent, et qui est probablement sous la dépendance d'un appareil spécial, que nous pouvons appeler l'*appareil de la personnalité.* Ayant étudié par les quatre méthodes convergentes les éléments de ce concert, nous verrons quelle en est la base fonctionnelle, d'où nous tirerons des déductions pratiques, des indications au point de vue de la médecine générale et surtout de l'hygiène individualisée, de la pédagogie, de l'orientation professionnelle, des applications à la politique, à la bio-sociologie, etc., etc.

CAUSERIE CLINIQUE

Il y a des hépatiques qui ne doivent pas être pris pour des rénaux,

Par M. Ségard (de Saint-Honoré-les-Bains).

Le schéma que je veux brosser est familier aux praticiens. Je n'aurais donc nulle excuse à m'évader aujourd'hui de mon secteur respiratoire si les livres ne m'avaient paru muets — ou peu s'en faut — sur les difficultés que rencontre l'interprétation de certains troubles de la nutrition.

Ne peut s'engager sur la fausse piste que l'étudiant qui examine son malade très vite (cela se voit !), ou l'étudiant qui limite son examen aux organes sur lesquels le patient attire l'attention.

L'erreur pourra être commise demain par les médecins d'Assurances sociales, si la loi leur crée l'obligation de « faire de la série ».

Les faits sont simples, les voici : un homme, un « plus de quarante » (mais guère plus).. ne se plaint de rien. Il a seulement remarqué que dans le vase, les urines baissent de plus en plus, qu'elles prennent une odeur forte à l'émission, — et cela le préoccupe un peu. Quoique jeune — et non prostatique, affirme-t-il — il est obligé de se lever une fois, au milieu de la nuit, pour prendre le vase. Comme il est bon observateur, il a noté que du coucher au réveil, les urines étaient plus abondantes que toutes celles de la journée. C'est tout.

Souffre-t-il par ailleurs ? C'est à peine si celui-ci parle d'une vague insomnie, celui-là d'un peu de lourdeur de tête. Il en est qui se sentent fatigués à leur réveil. En attirant spécialement leur attention de ce côté, on fait préciser à certains un peu de lenteur intellectuelle assez souvent le soir vers 5 heures. Un autre spontanément déclare qu'en pressant ses globes oculaires

à travers ses paupières supérieures il ressent une impression pénible.

On ne voit pas tous les jours un malade venir consulter pour si peu !

Est-ce même un malade ? Tout au plus un petit insuffisant rénal, un futur rénal. Prise de sang, dosage de l'urée : le laboratoire répond qu'elle dépasse trente centigrammes et se tient, en général entre 0.40 et 0.50. Puisque petite hyperazotémie il y a, vous allez rechercher, selon l'usage et la tradition, la constante.

Mais précisément, voici des chiffres significatifs qui corsent la situation : $\underline{K} = 0.12$; $\underline{K} = 0.14$. Il n'y a plus de doute : la fonction rénale est entravée.

Quant à la cholestérine du sang et à l'acide urique du sang, ils ne dépassent la normale que de peu.

Quel va être le réflexe thérapeutique de notre étudiant pressé ? Théobromine. Peu de sel. Moins de viande. Boire beaucoup.

Trois semaines de ce régime ne changeront rien : La tête reste lourde, un peu migrainoïde, l'oligurie est à peine modifiée et, ce qui est certain, c'est que l'eau ingérée supplémentairement s'élimine, mais avec *un retard* manifeste.

Supposez qu'à ce moment, le laboratoire refaisant un dosage d'urée (et donnant des chiffres identiques au premier) s'avise, sur le même échantillon de sang prélevé, de faire un Wassermann et que la réponse soit alors un «positif partiel ».

C'est alors que surgissent les premiers doutes, et il n'est pas impossible que l'opportunité d'un traitement mercuriel puisse être discutée...

Or ce malade n'est pas un rénal.

Voulez-vous que nous percutions son foie ? Augmenté de volume.

Voulez-vous maintenant procéder au palper ? Foie sensible, foie débordant les fausses côtes, avec un point vésiculaire net.

Que donne d'autre part l'examen chimique pour les urines des 24 heures ? La réponse est déjà inscrite dans ce dossier gonflé de feuilles d'analyses : urines rares, 800 cc. Pas de glucose, pas d'albumine. Urée insuffisante ; ce qui, avec un régime alimentaire mixte normal, permet d'inférer que le rein concentre mal l'urée.

Au cœur : rien. Toutefois — chiffre inattendu — la maxima est aux environs de 12, plutôt faible.

Ces indices cadrent assez mal avec l'idée d'une néphrite, même naissante. Etait-il bien indiqué de prescrire un régime de « rénal » au malade, lorsqu'à sa deuxième visite, il est venu apporter ce mauvais chiffre de constante qu'il était désireux, voire même anxieux, de vous entendre commenter ?

Notre malade est avant tout un hépatique.

Fouillons son passé : sans remonter bien loin, vous allez trouver une petite poussée d'hémorrhoïdes, un peu de prurit avec ou sans eczéma intertrigo au pli de l'aîne. Votre client a été étiqueté dyspeptique, et il se considère encore lui-même comme tel ; c'est pour cela d'ailleurs qu'à ses repas, il a opéré une réduction de ses boissons (à laquelle il attribue aujourd'hui son oligurie). Il a été en outre assez régulièrement soulagé par un peu de solution de Lausanne absorbée sous différents noms spécialisés ; dans ses ordonnances que nous avons feuilletées, combien de fois retrouvons-nous le classique 6-4-2 trisodique ! Eh bien ! ce pseudo-dyspeptique ne serait-il pas un hépatique masqué ?

Il est temps d'orienter notre diagnostic d'une autre façon. Déjà cette *absence d'albuminurie*, cette *absence d'hypertension* artérielle étaient bien gênantes. Et puis, voici précisément qu'à ce moment, les vieilles notions d'oligurie par hypertension portale, d'opsiurie, de nycturie, nous reviennent en mémoire. Le voile se lève.

Il ne reste plus qu'à faire la preuve de la souffrance hépatique. Ce ne sont pas les épreuves de laboratoire qui manquent pour caractériser l'insuffisance hépatique. Elles sont trop — et trop savantes — et applicables surtout à l'hôpital ou dans une clinique où il faudrait tenir le malade en observation.

Pourquoi ne pas faire tout simplement l'épreuve de la diurèse ? Cottet, qui en est le père, l'a décrite il y a près de 20 ans.

Premier jour : faites boire, à jeun, au malade *debout* 3 verres d'Evian à 20 minutes d'intervalle : l'eau s'élimine avec un grand retard ; d'autre part l'urine nocturne est plus abondante que l'urine diurne — ce qui est le contraire du rythme normal.

Deuxième jour : notre sujet (qui boit toujours à jeun) reste *couché* pendant 2 heures. Cette fois il urine vite et abondamment. Cottet commente ainsi : « La diurèse provoquée est-elle abondante dans le clinostatisme, faible ou nulle dans l'orthostatisme ? On en conclura que l'on a affaire à un sujet dont l'hydraulique circulatoire est troublée par des causes à déterminer, mais dont le pouvoir sécrétoire *rénal* est *excellent* ».

Il est remarquable aussi que si, au cours d'une nouvelle épreuve d'Ambard, nous prenons soin de laisser notre hépatique étendu pendant tout le temps qu'il remplit sa vessie, les chiffres de la constante seront meilleurs que lorsque le sujet était resté debout.

Enfin, la preuve décisive qu'il s'agit d'un hépatique, c'est que, *traité comme tel*, notre sujet va s'améliorer très rapidement : l'urée sanguine va revenir au taux de 0.30 ; le chiffre

de la constante va s'abaisser ; les urines dont les densités tendaient à s'uniformiser sur les divers échantillons prélevés dans les 24 heures redeviennent inégales comme densité, comme concentration, comme coloration.

***

J'entends l'objection.

« Mais ces faits nous sont familiers. Les spécialistes comme les praticiens les connaissent. Les consultants de Vichy, de Vittel, d'Evian, soignent ces malades à la douzaine ».

C'est entendu. Ce que je sais aussi, c'est que bon nombre de mes confrères font des réserves sur l'interprétation de la constante, sur les exagérations qu'on lui fait commettre journellement. Si elle a le mérite d'appeler l'attention sur certains déficits fonctionnels du rein, elle a eu souvent par contre le résultat certain d'affoler bien des malades et d'en faire glisser quelques-uns vers quelque mélancolie.

Au surplus, la littérature médicale n'est pas très riche en faits de cet ordre. Je sais pour ma part que c'est « une note clinique sur le rôle du foie dans l'azotémie » (*Journal des praticiens*, 3 novembre 1923) qui a précisé dans mon esprit cette notion jusque-là latente et non contrôlée ; Alphonse Guérin y signale que Sicard, dans une communication verbale, lui a dit connaître aussi de nombreux faits de cet ordre.

J. J. Sédillot a eu le mérite de les discuter dans la troisième édition de son « Asthme ». Il montre qu'un régime hypotoxique peut réduire en six semaines les troubles fonctionnels, l'oligurie, le taux de l'urée sanguine, si du moins l'arthritique n'est encore qu'au stade hépatique et n'a pas atteint la phase hépatorénale ou rénale ultime. Réserves faites sur l'opportunité du lait dans ce régime hypotoxique, je suis d'accord avec J. J. Sédillot.

A la Société de Médecine de Paris (2 février 1928), Cathelin a combattu véhémentement la mystique de la constante. « *Delenda* »...... La vérité est sans doute qu'il ne faut pas demander à celle-ci plus qu'elle ne peut donner et que le dernier mot doit rester à la clinique, interprétant sainement les divers résultats fournis par le laboratoire. Les chiffres fournis par l'épreuve d'Ambard peuvent toutefois être retenus comme indicatifs d'alarme.

***

Des collègues dont j'ai mis à profit l'expérience étendue, Garban (de Vichy), Cottet (d'Evian), pensent que de tels sujets reconnus et traités à temps s'améliorent rapidement et ne deviennent pas fatalement des scléreux du rein. Tous deux insistent sur la nécessité de faire garder la position allongée après les repas, sur l'utilité, pour les petits obèses et les sédentaires, d'une gymnastique abdominale matinale, progressive, imposée et surveillée par le médecin, et ce, dans le but de décongestionner le foie. Les exercices seront faits très prudemment, ceux du tapis surtout, si l'hydraulique circulatoire est défectueuse.

Il est capital de *réglementer le régime des boissons* (horaire et quantité) : peu de liquides aux repas. Boire à jeun 150 gr. d'une eau peu minéralisée (Evian-Cachat) ou diurétique (Saint-Nectaire, les Granges), en gardant le lit pendant une heure. Boire, une heure *avant* les repas et trois heures après, une eau minérale légère, non froide, infusion chaude (tilleul, feuille d'oranger verveine, menthe, pas de camomille parce qu'apéritive.)

Le régime — cela va de soi — tient le rôle principal. C'est le régime des hépatiques. Il exclut avant tout graisses cuites, charcuterie, mets fermentés, fromages, etc.

L'erreur serait de mettre d'emblée et sans préparation ces sujets au régime végétarien intégral et exclusif. On peut leur laisser à midi — sauf insuffisance hépatique grave — cent grammes de viande grillée, tous les deux ou trois jours. Peu de pain. Peu de légumes secs. Quelques grammes de beurre frais, des fruits. Garban a insisté justement sur la nécessité de supprimer lait et œufs ; car les laitages, en augmentant la colite souvent associée, accentuent secondairement les troubles hépatiques.

Une cure de bouillon lactique (culture liquide) est recommandée par Garban aux colitiques. Y a-t-il constipation : paraffine ou coréine.

Enfin votre malade vous demandera ce qu'il peut prendre au petit déjeuner : conseillez le porridge (sans addition de lait) ; ou bien une tasse de thé léger, prise une demi-heure après ingestion de miel, de confitures sur une biscotte.

Ainsi préparé, votre hépatique sera à même de faire une cure profitable à Vichy ou à Evian. Traitement très prudent ici ou là. S'il s'agit d'une cure de diurèse, elle sera modérée et on surveillera, dit Siguret, la réponse rénale. Pour ne pas charger la circulation, on se basera sur le coefficient de Martinet : $\frac{\text{Tension différentielle}}{\text{Taux urines 24 heures}} = 2{,}5$.

Si le malade ne comprend pas la nécessité de décongestionner son foie, il deviendra un hépato-rénal (Siguret) ; et le pronostic changera. La cure de Saint-Nectaire alors sera tout indiquée.

Quels médicaments ? Le moins possible. Les beaux résultats que je citais ont été obtenus par la diététique et une cure thermale. Au début, surtout pas de médications rénales. Pas d'iode.

On pourra tout au plus essayer un mélange de formine-benzoate de soude avec ou sans pipérazine ; les bonnes spécialités ne manquent pas.

Si je me suis livré pour un jour à une incursion sur un domaine qui n'est pas le mien et où je n'ai rien inventé, c'est pour redire « comme un instituteur » comment on peut démasquer un hépatique avant qu'il ne devienne un hépato-rénal et bien avant qu'il ne risque de finir, plus tard, beaucoup plus tard, comme un urémique légitime. C'est pour redire que s'il faut continuer à tenir compte de la constante, il convient aussi de ne pas se laisser affoler par elle.

Quoi qu'il en soit, vous ne perdrez pas de vue votre patient, même amélioré. De loin en loin, faites doser l'urée sanguine et si vous ne voulez plus recommencer la constante, faites, suivant le conseil de Siguret, l'injection intrafessière de sulfophénophtaléine. La P. S. P. qui s'élimine exactement selon les rythmes de l'urée vous renseignera toujours fidèlement sur la fonction rénale.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les encéphalopathies post-vaccinales et leur pathogénie.

MM. Voizard et Baize exposent que, depuis 4 ou 5 ans, on a signalé à plusieurs reprises, dans différents pays d'Europe une complication nouvelle de la vaccination antivariolique, consistant en troubles encéphalo-myélitiques souvent graves, survenant dix à douze jours après l'inoculation cutanée du vaccin jennérien.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'enfants, et l'apparition des accidents ne semble pas toujours en rapport avec l'intensité des réactions cutanées, qui peuvent être normales.

Avec une céphalée constante, des vomissements, une température à 40°, de la somnolence, on observe des convulsions des extrémités, du strabisme interne, des contractures, des paralysies. La léthalité atteint 41 à 47 p. 100.

Il y a une forme méningée, des formes atténuées.

Les vaccins actuels, très actifs, diffusés dans l'économie, et particulièrement dans le névraxe vers le dixième jour après l'inoculation, peuvent, dans certains cas, à la faveur d'un état de moindre résistance locale, ou d'un facteur adjuvant encore inconnu, déterminer une encéphalo-myélite, alors qu'en temps normal leur action pathogène est insensible ou nulle.

Deux conséquences pratiques à retenir :

1° Il importe de connaître cette complication exceptionnelle de la vaccine, trop rare pour contre-indiquer sérieusement un procédé habituellement aussi efficace ;

2° Les praticiens devront dorénavant être discrets dans leurs scarifications et se contenter de deux incisions superficielles ou même d'une seule. Ces précautions seront particulièrement nécessaires quand il s'agira d'enfants et de primo-vaccinations. Mieux vaut rechercher une immunité moins durable que de s'exposer à des accidents fâcheux, et de courir le risque de discréditer la vaccine. (*Gazette des hôpitaux*, 24 septembre 1927.)

L'uzara en thérapeutique.

L'uzara est la racine d'un gomphocarpus de l'Afrique tropicale que les Indigènes emploient comme antidiarrhéique et antidysménorrhéique. Introduit depuis longtemps en Europe, il est signalé en France par le Dr Fergault.

L'uzara possède de remarquables effets sur la dysentérie amibienne ; l'auteur a employé l'extrait d'uzara (panzaron) dans huit cas d'affection intestinale des nourrissons, à la dose de 4 à 5 gouttes toutes les heures avec diète hydrique ; il a généralement observé une guérison rapide ; dès le premier jour, les selles étaient plus rares et mieux formées, le poids reprenait sa courbe régulière, l'état général s'améliorait.

Ce médicament semble devoir être d'autant plus précieux dans les gastro-entérites des nourrissons que les préparations opiacées sont chez eux difficiles à manier. Il serait très désirable d'essayer le traitement par le panzaron dans la diarrhée cholériforme. (*Le Progrès médical*, 10 septembre 1927.)

La carotinémie des tuberculeux ; ses rapports avec l'hypocholestérinémie.

Les pigments carotinoïdes, connus depuis longtemps chez les végétaux, ont pour base un hydrocarbure : la carotine ou carotène ; la racine des carottes en renferme en abondance, mais il existe aussi dans les feuilles vertes en général, où il se trouve à côté de la chlorophylle.

Dans le monde animal, ils existent aussi, mais ils sont d'origine végétale, les organismes supérieurs étant incapables de faire la synthèse des carotinoïdes. D'ailleurs, l'alimentation a une influence très nette sur les carotinoïdes animaux : en supprimant aux poules toute nourriture renfermant des carotinoïdes, on assiste à la

décoloration rapide du jaune des œufs pondus ; de même des vaches privées d'herbe ont un beurre blanc.

En clinique, PISSAVY et MONCEAUX rappellent qu'il existe peu de cas présentant une pigmentation en rapport avec une nourriture riche en carotène.

Mais, au cours de très nombreux examens de sang sur les échanges nutritifs des tuberculeux, ces auteurs ont été frappés bien des fois par la coloration jaune ambré du sérum ; ils avaient tout d'abord attribué cette teinte à la cholémie, en raison de l'insuffisance hépatique fréquente, mais, depuis, ils ont pu vérifier que, dans la plupart des cas, la coloration anormalement jaune était due au carotène.

Les pigments carotinoïdes, provenant de l'alimentation, expliqueraient beaucoup plus souvent qu'on ne le croit la pigmentation jaune de la peau de ces sujets. Cette carotinémie est fréquente chez les tuberculeux, soit avec un régime ordinaire, soit plus spécialement avec un régime iche en ces pigments (carottes, œufs, oranges). Cet état ne présente aucun inconvénient par luimême, mais il traduit néanmoins des troubles du métabolisme avec ralentissement des échanges nutritifs, par suite d'hypo-oxydation ; l'hypocholestérinémie peut s'expliquer en partie par la mauvaise oxydation des carotinoïdes.

La sanction thérapeutique consiste naturellement à intensifier le plus possible les échanges (cure d'air, catalyseurs oxydants) pour ramener les oxydations à la normale. (*La Presse médicale*, 1er octobre 1927.)

Le développement du bacille tuberculeux. Ses conclusions pratiques.

Les faits actuellement acquis ont permis à M. Albert VAUDREMER de suivre le développement du bacille tuberculeux de la forme acido-résistante à la forme filtrante et de fermer le cycle en revenant à la forme classique. Un « test » constant, le « germe granulaire » l'a empêché de ne pas s'égarer sur cette route difficile ; ce test n'a jamais manqué d'apparaître, sauf au très court moment de la phase filtrante. C'est lui qui, agent de conservation et de reproduction du bacille, s'est adapté aux conditions nutritives, pauvres ou riches, et aux températures différentes auxquelles les ensemencements ont été soumis.

En milieux pauvres, on l'a vu naître des rameaux mycéliens, puis donner naissance à son tour aux courtes chaînes bacillaires poussant sur les milieux usuels. Il est apparu dans les filtrats et on l'a retrouvé dans les lésions déterminées par les inoculations de ces filtrats aux animaux. Il a été le premier à reprendre l'acido-résistance sur les milieux riches en substances grasses et avant de redonner naissance à la forme bacillaire classique. Puis, on l'a vu dériver de cette forme classique et régresser vers la forme saprophyte, d'où on l'avait fait venir.

C'est la présence constante de cet élément, dans quelque forme que ce soit du germe de la tuberculose, qui a fait écrire à l'auteur que le bacille tuberculeux homogène n'existait pas et qu'il n'était qu'un artifice de coloration.

Or, si dans les produits pathologiques provenant d'animaux tuberculeux, et, en particulier dans les expectorations bacillifères, on recherche cet élément, on l'y retrouve parfois. Dans les crachats, il n'est pas rare, à côté des granules de Much ou de Spingler de voir des éléments rappelant le méningocoque et colorés par le Gram. On peut même trouver d'autres éléments semblables encore acido-résistants. Ce sont ces éléments qu'il faut s'attacher à bien reconnaître, si l'on peut poursuivre des études fructueuses, dans une voie nouvelle, sur la bacillose.

Or, ces études se présentent en foule à notre esprit, et d'une façon moins obscure que jusqu'alors : ubiquité du germe et constitution du terrain morbide ; hérédité maternelle ; interprétation des poussées évolutives ; anergie et allergie intermittente, action aggravante de certaines affections (coqueluche, rougeole, appendicite et entérite chroniques), lésions inflammatoires pulmonaires atypiques et lésions spécifiques classiques, vaccination et bactériothérapie ; tous ces sujets ouvrent un large champ à nos investigations.

De ces sujets, un des plus importants est la bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales ; et il résulte des faits exposés que la bacillothérapie antituberculeuse, faite avec des émulsions de bacilles non acido-résistants, dépourvus de tuberculine et tuées par la chaleur est possible et favorable.

A remarquer que les tuberculeux atteints seulement de lésions pulmonaires supportent le plus souvent mal les injections sous-cutanées à doses massives, curatrices des affections chirurgicales. Mais les tuberculeux atteints de lésions mixtes (lésions externes et pulmonaires), les supportent au contraire très bien.

Le traitement comprend douze injections sous-cutanées de 1 à 2 cc. d'émulsion (huit souches, 4 humaines, 3 bovines, 1 équine, développées à 38° sur gélose pendant quatre jours) pratiquées tous les quatre jours :

Les tuberculoses ganglionnaires ont donné 83,4 p. 100 de guérisons, 14,87 d'améliorations ;

Les tuberculoses articulaires et synoviales ont donné 62,2 p. 100 de guérisons, 25,40 d'améliorations ;

Les orchi-épididymites ont donné 95,24 p. 100 de guérisons, 4.26 d'améliorations ;

Les abcès ossifluents, les tuberculoses cutanées, ont donné, 55 % environ de guérisons ;

Les tuberculoses rénales ont donné 83 % de guérisons. (*Le Bulletin médical*, 15 octobre 1927.)

Emploi de la synthaline dans le diabète.

La synthaline est une guanidine polyméthylée recommandée dans le traitement du diabète.

Le prof. Rathery rappelle que ce produit est doué d'une certaine toxicité, qui exige une surveillance dans son emploi. Elle amènerait chez certains sujets diabétiques une baisse de la glycémie, une atténuation ou une disparition de la glycosurie, un relèvement du coefficient d'assimilation hydrocarboné. La synthaline agirait plus tardivement que l'insuline, et elle aurait tendance à s'accumuler ; aussi la donnera-t-on de façon discontinue, soit trois jours de suite avec un jour de suspension, soit un jour sur deux. On peut observe r quelques accidents : anorexie, vomissements, diarrhée, œdèmes, oligurie, etc., surtout chez les diabétiques tuberculeux. En utilisant des doses moyennes, et en ne dépassant pas 30 à 40 milligrammes, l'auteur n'a jamais noté chez ses malades, même tuberculeux, de phénomènes d'intolérance.

La synthaline se donne par la bouche, d'où sa supériorité sur l'insuline ; on l'administre après les repas sous forme de petits comprimés dosés à 10 milligrammes. On la donne pendant trois jours, on cesse un jour, puis on reprend le traitement en laissant tous les quatre jours un jour de repos. On commencera par un comprimé le premier jour, deux le 2e et le 3e jour ; le 5e jour on donnera deux comprimés, le 6e et le 7e jour, trois ; le 9e et le 10e jour, trois, le onzième jour, quatre, etc.

L'indication de la synthaline est formelle dans les cas suivants :

Diabètes légers (elle permet une élévation de la quantité d'hydrates de carbone assimilée). Diabètes des gens âgés ne pouvant s'habituer à la restriction alimentaire. Complications chirurgicales. Diabètes simples, devenant acidosiques par la restriction hydrocarbonée un peu forte (les corps acétoniques disparaîtraient en deux ou trois jours). Diabètes graves (à condition qu'il s'agisse de diabètes gras à grosse glycosurie).

La synthaline est contre-indiquée et sans effet : diabétiques avec cirrhose et lésions hépatiques. Diabètes graves des sujets jeunes avec acidose. Diabétiques maigres asthéniques avec forte acidose. Coma diabétique. L'insuline est, dans ces cas, seule indiquée et ne peut être remplacée par la synthaline.

Ces indications et contre-indications, fixées par les auteurs allemands, ne doivent pas être maintenues d'une façon générale. Les diabétiques simples, c'est-à-dire ceux qui ont un coefficient d'assimilation suffisamment élevé pour qu'on puisse les rendre aglycosuriques tout en leur assurant un régime équilibré, n'ont pas besoin de synthaline. Le médicament est inutile, il est peut être toxique à certaines doses.

Par contre, les diabétiques consomptifs peuvent être influencés favorablement par la synthaline, tout particulièrement en combinant la synthaline avec l'insuline.

La synthaline est surtout affaire individuelle ; on devra tenter le traitement chez les sujets à insulino-résistance, et chez certains diabétiques dans l'espoir de diminuer la dose d'insuline injectée.

La synthaline, dans la grande majorité des cas, ne peut remplacer l'insuline, et ce serait donner aux malades un espoir fallacieux que de les entretenir dans cette idée. (*Paris médical*, 24 septembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La greffe raciale.

(M. René Martial. — *Académie de médecine* ; 3-4-1928.)

M. René Martial fait une communication sur un sujet qu'il a développé longuement déjà dans les colonnes du *Concours médical*. Notre collaborateur insiste à nouveau sur l'importance qu'il y a à réglementer l'immigration. Si l'on veut que les travailleurs étrangers qui viennent en France rendent à notre pays tous les services convenables, il faut pratiquer une sélection parmi eux et s'opposer à la venue des indésirables (physiques et moraux). D'autre part, il faut viser à greffer dans une certaine mesure sur la souche française des greffons de provenance étrangère, comme cela se pratique en arboriculture, pour parer à l'insuffisance de notre natalité. Cela évidemment nécessite une étude des races, du greffon, comme du récepteur. S'étant rendu en Pologne, l'auteur a relevé quelques données psychologiques qu'il expose, concernant surtout l'immigration agricole.

Après avoir sélectionné l'immigration, il conviendra d'accorder aux immigrants assez d'avantages pour qu'ils se plaisent en terre française et s'y fixent définitivement : *ubi bene, ibi patria.* Nos agriculteurs

qui, plus que l'industrie, ont besoin de main-d'œuvre étrangère, auront avantage à se pénétrer de ces principes.

Le traitement des accidents de la rachi-anesthésie par les inhalations de nitrite d'amyle.

(M. Fiévez, de Malo-les-Bains.— *Société de chirurgie* ; 15-2-1928.)

M. Lecène présente un rapport sur deux cas de rachianesthésie compliquée d'accidents syncopaux d'allure grave, dans lesquels M. Fiévez a eu recours avec succès à une inhalation de nitrite d'amyle. L'un de ces cas a été publié ici même, dans le *Concours médical* du 7 novembre 1926. Le second cas est inédit.

Au cours d'une anesthésie basse avec 8 centigrammes de syncaïne, l'auteur vit se développer un état syncopal grave. Immédiatement, il fit inhaler une ampoule de nitrite d'amyle, et rapidement, en moins d'une minute, les lèvres se colorèrent et la respiration redevint normale. M. Fiévez attribue les accidents qu'il a observés à une vaso-constriction encéphalique, contre laquelle le nitrite d'amyle, agent vaso-dilatateur, est efficace.

Cette pathogénie, ajoute M. Lecène, ne semble pas s'appliquer à tous les cas. Certains accidents syncopaux de la rachi-anesthésie paraissent en effet relever d'une action directe de la novocaïne sur les centres bulbaires. L'injection intra-cardiaque d'adrénaline serait alors le remède héroïque.

Les adversaires de la rachianesthésie diront sans doute que le procédé le plus sûr pour éviter les troubles graves en question, c'est de ne jamais employer ce mode d'anesthésie, du moins, pour certaines opérations. Peut-être, observe M. Lecène, n'ont-ils pas tort; mais ceci est une autre histoire.

Traitement chirurgical du cancer de la langue.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 15-2-1928.)

M. Paul Moure expose les résultats qu'il a obtenus dans 42 cas de cancer de la langue qu'il a opérés de 1920 à 1925. Il élimine d'abord cinq cas où l'examen histologique de la pièce a montré qu'il n'existait probablement pas de cancer. Ces cinq erreurs de diagnostic n'ont été en réalité que des biopsies larges de la lésion. C'est, en effet, volontairement que M. Moure évite souvent la biopsie simple qu'il ne croit pas inoffensive, pouvant être un élément de propagation et d'essaimage. Laissant de côté en outre un autre groupe d'opérés perdus de vue après un délai variable, l'auteur retient 22 cas dont il a pu suivre l'évolution. Douze sont morts de récidive, deux sont morts de maladies intercurrentes, et 8 sont actuellement vivants, l'opération remontant à 2 ans 1/2, 3 ans, 5 ans, 5 ans 1/2.

L'analyse des observations montre que le cancer récidive deux fois plus souvent au niveau du cou que sur la langue et que la récidive ganglionnaire se produit quatre fois sur six du côté opposé à la lésion. D'où l'impérieuse nécessité de faire des curages bilatéraux suivant le principe de Morestin.

Peut-on parler de guérison définitive en matière de cancer de la langue ? M. Moure n'oserait l'assurer.

M. Paul Moure a adopté, comme conclusion, la ligne de conduite suivante :

1° Pour les petits cancers débutants et pour les lésions suspectes, en particulier les plaques de leucoplasie en voie de dégénérescence, extirpation large au bistouri, à l'anesthésie locale, qui, avec une mortalité nulle, donne 80 % de guérisons. L'auteur craint en effet, dans les cas de leucoplasie, l'action irritante du radium sur les plaques voisines.

2° Dans les cancers évidents, encore limités, si la lésion est accessible facilement, extirpation large au bistouri à l'anesthésie locale. Le radium, s'il a des avantages, a des inconvénients : mortalité opératoire, poussée aiguë sur les ganglions, parfois. Au cas de récidives dans la langue, après l'opération, on peut recourir au radium. C'est, il est vrai, dans les ganglions ou dans le tissu cellulaire du cou que se font les récidives, à l'habitude.

3° Si la lésion linguale est difficilement accessible ou si elle siège au niveau du plancher de la bouche, traiter par le radium.

Le jour où les perfectionnements de la technique permettront de stériliser la tumeur linguale par le radium avec un minimum de risques de radio-nécrose et surtout de poussées aiguës sur les ganglions, l'auteur modifiera sa ligne de conduite. Jusque-là le rôle de la chirurgie reste encore prépondérant dans la lutte contre l'épithélioma de la langue.

— M. Cunéo considère également comme illogique la pratique actuelle de commencer par le temps ganglionnaire. Poirier, qui avait d'abord enlevé la langue, puis les ganglions, avait adopté ensuite la conduite inverse. A dater de ce moment, il eut des récidives relativement fréquentes et incurables, à caractères diffus.

L'ulcéro-cancer de l'estomac est-il fréquent ?

(M. Hartmann. — *Société de chirurgie* ; 13-2-1928.)

Une des tendances actuelles est de considérer le cancer de l'estomac développé sur un ulcère comme fréquent. Au congrès de chirurgie de 1920, cette opinion a été généralement admise et même elle a constitué, au cours de la discussion, un argument en faveur du traitement direct de l'ulcère gastrique par la résection.

Wilson et Mac Carthy, en Amérique, ont écrit que 76 pour 100 des cancers sont des ulcères dégénérés et que 68 pour 100 des ulcères dégènèrent en cancer. En France, les avis concordent dans un sens assez analogue.

Depuis quelques années, M. Hartmann, s'est attaché à l'étude de cette question. S'appuyant sur les examens d'une centaine de pièces faits par M. Maurice Renaud, il a été conduit à une opinion diamétralement opposée aux idées courantes. Tout en ne

rejetant pas d'une manière complète la possibilité d'une dégénérescence épithéliomateuse de l'ulcère gastrique, il pense que, dans la plupart des lésions cancéreuses présentant à l'œil nu un aspect faisant penser à l'ulcère, il s'agit, non d'un ulcère dégénéré, mais d'une forme spéciale de cancer, très fibreux, à marche lente. Tripier a insisté sur cette forme spéciale d'ulcère cancéreux de l'estomac. M. Hartmann joint à son opinion celle de MM. Cunéo et Duval qui déclarent que la cancérisation des ulcères s'observe seulement dans 2 à 4 p. 100 des cas, ce qui est loin de la fréquence généralement mentionnée.

L'exploration de la fonction chromagogue du foie au cours des opérations.

(MM. Noël Fiessinger et H. Walter. — *Soc. de chirurgie* ; 29-2-1928.)

M. Noël Fiessinger appelle l'attention de la Société de chirurgie sur les résultats que lui a fournis l'exploration de la fonction chromagogue du foie au cours des anesthésies et des interventions chirurgicales. La technique employée est celle du rose bengale que l'auteur a étudiée avec M. Walter.

L'auteur, s'appuyant sur cette épreuve du rose bengale, a vu que l'anesthésie générale entraînait une hépatotoxémie allant par ordre de grandeur du chloroforme, à la rachi-éther, à l'éther, au protoxyde éther.

Pour ce qui concerne l'opération, il apparaît difficile de poser avant l'opération un pronostic hépatique. Après l'intervention, le rose peut s'élever à des taux assez élevés sans que pour cette raison le pronostic soit nécessairement obscurci.

— M. Chevassu signale l'intérêt de telles recherches en chirurgie opératoire. Sans préjuger de ce que pourra être le pronostic hépatique, l'auteur rappelle que pour les opérations rénales, l'exploration fonctionnelle des reins, après une période d'hésitation, a abouti à des données importantes. Sans être absolues, ces données offrent une valeur indéniable.

Roséole quinique.

(M. Clément Simon. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-1-1928.)

Un malade, à l'occasion d'une grippe légère, absorbe quelques cachets d'un sel de quinine. Apparaît alors sur la peau une éruption de taches rosées, plus rouges et plus confluentes que celles de la roséole syphilitique. Le patient s'étant traité quelque temps auparavant par des capsules de santal, M. Clément Simon pensa à une roséole balsamique, malgré les dénégations du sujet qui assurait avoir eu autrefois des éruptions analogues, à l'occasion de crises de paludisme soignées par la quinine. Tout médicament ayant été supprimé, l'exanthème guérit en une dizaine de jours. A ce moment, le santal fut repris, sans qu'il se déclarât la moindre éruption.

Les roséoles quinines ne sont pas très fréquentes.

— M. Ravaut a soigné pendant la guerre des milliers de paludéens par de hautes doses de quinine. Il n'a observé que très rarement des roséoles quiniques. Chez deux de ces malades, il s'agissait d'accidents d'intolérance définitive.

Traitement physiothérapique d'un sarcome du cou.

(M. Schmitt. — *Société de thérapeutique* ; 8-2-1928.)

L'auteur relate l'observation d'une malade atteinte d'un fibrosarcome du cou ulcéré, infecté et très hémorrhagique, opéré à diverses reprises depuis 1919, puis traité par les rayons X et le radium.

Une récidive à la suite de douches d'air surchauffé se mit à évoluer avec une extrême rapidité ; la tumeur doubla de volume en huit jours et atteignit bientôt la grosseur d'un petit foie. L'exérèse par le bistouri eût été dangereuse, étant donnée la friabilité et les adhérences profondes du néoplasme.

Il y a dix mois, on enleva par électro-coagulation, avec la plus grande facilité, la masse saillante et presque sans perte de sang ; puis, on irradia toute la région au moyen de rayons mous, non filtrés, suivant la méthode de Coste.

Contrairement aux prévisions, il ne se produisit ni récidive, ni généralisation, ni radionécrose. L'état général est excellent et la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

L'auteur estime que dans les cas graves, il faut se montrer éclectique, associer avec prudence tous les moyens dont on dispose pour enrayer l'évolution de la tumeur et ne pas craindre d'enfreindre les règles du jour.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

L'ASSURANCE MALADIE DANS SES APPLICATIONS PRATIQUES

La loi sur les assurances sociales est votée ; elle est même promulguée : c'est la loi du 5 avril 1928.

Un règlement d'administration publique doit intervenir, d'ici le mois d'avril 1929, pour la mettre en pratique. Elle entrera en vigueur en janvier 1930.

Nous allons donc envisager tour à tour ce que chacune des parties en présence attendait du législateur, puis ce que la loi accorde.

Cela nous servira de guide, pour définir ce qu'il sera possible d'obtenir des rédacteurs du règlement d'administration publique et, plus tard, du législateur lui-même, lorsque ce dernier remettra la loi actuelle sur le chantier, pour y apporter certaines modifications et améliorations nécessaires.

Que voulaient les bénéficiaires de la loi ?

1° Des soins médicaux.

Il ne faut pas se le dissimuler : la médecine, telle qu'elle est pratiquée actuellement, d'après les données de la science moderne, coûte fort cher.

Ce ne sont pas les honoraires des médecins, qui, très souvent, ne sont pas ajustés au prix actuel de la vie et sont encore en-dessous de l'indice 5, mais ce sont surtout les frais de pharmacie, ou de traitements spéciaux (radiologie, chirurgie, etc.) qui obèrent lourdement les budgets des ouvriers et employés.

Aussi, les bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales ont-ils vu, dans cette législation, la possibilité d'être soignés à très bon compte, voire même pour rien.

D'autant que, pour un simple malaise, au début d'une affection, on ne redoutera plus de faire appel au médecin, alors qu'aujourd'hui, par une économie mal comprise, on demande conseil au pharmacien, ou l'on va encombrer les consultations gratuites des hôpitaux.

D'autre part, les classes travailleuses demandent à bénéficier des découvertes modernes de la science, sans grands frais : recherches bactériologiques, radiographiques, examens gynécologiques, opérations chirurgicales, doivent être supportées par les caisses d'assurances sociales et non plus par les budgets ouvriers.

S'agit-il d'un traitement à l'hôpital, ou en maison de santé, l'assuré social a demandé au législateur que ces dépenses, souvent fort élevées, lui soient épargnées.

2° Liberté du traitement.

Les bénéficiaires de la loi ont également réclamé le droit d'être soignés avec toutes préparations pharmaceutiques spécialisées, au lieu de ne pouvoir obtenir que des médicaments officinaux et magistraux.

D'ailleurs, les spécialités pharmaceutiques ne constituent plus aujourd'hui une médication de luxe : elles ont acquis droit de cité, car elles constituent le progrès de la science pharmacologique.

3° Libre choix du médecin.

L'assuré social a également réclamé le droit de choisir librement le praticien, en lequel, à tort ou à raison, il met toute sa confiance, ce qui est un facteur sérieux de guérison.

D'ailleurs, l'assuré social n'admettrait pas qu'en assurances sociales un médecin lui soit imposé, alors qu'il jouit du libre choix, s'il est blessé au cours de son travail, s'il est réformé de guerre.

4° Respect du secret professionnel.

Dans l'immense majorité des cas, il est parfaitement indifférent au malade que le docteur déclare à la collectivité qui doit payer le nom exact de la maladie. Bronchite, indigestion, fièvre typhoïde, pneumonie sont des diagnostics fort avouables.

Mais, très souvent aussi, le client est le premier à réclamer de son médecin que ce dernier masque la véritable affection, soit en gardant le secret, soit en atténuant, en altérant même le diagnostic exact.

On n'aime pas que des tiers viennent apprendre qu'on est soigné pour une blennorrhagie, une syphilis, une tuberculose, un chancre mou, voire même pour le diabète.

Le malade craint de perdre sa place, sous le prétexte que son affection le rend inapte à ses occupations professionnelles ; il redoute encore des plaisanteries, des sarcasmes, ou même de mauvaises notes.

Souvent aussi, ce sont les proches qui recommandent au docteur de ne pas dire au malade quelle est son affection exacte, de peur de découragement et de perte d'espoir dans la guérison.

Desiderata des caisses d'assurances sociales.

Avant toute chose, les caisses d'assurances redoutent les abus : elles ont peur que les assurés ne demandent trop de visites médicales et qu'ils ne dérangent le docteur à tout propos.

Elles craignent ensuite que certains praticiens ne fassent trop de zèle, abusant parfois du nombre de visites, de consultations, ou d'interventions quelconques.

Elles redoutent enfin la note à payer, surtout si le chiffre des honoraires médicaux est élevé.

Par conséquent, imitant en cela leurs devancières, les sociétés de secours mutuels, les caisses, voudraient imposer des limites au secret professionnel, pour pouvoir connaître le nom des maladies que les médecins auraient à soigner, ce qui permettrait le contrôle ; elles estiment que le libre choix doit être mitigé, réduit aux seuls praticiens qui accepteraient les conditions des caisses ; enfin, une tarification des actes médicaux devrait être arrêtée, déterminant le montant de la responsabilité de la caisse, en ce qui concerne les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités.

Opinions émises par le corps médical.

Se considérant comme devant être la cheville ouvrière du fonctionnement de la loi sur les assurances sociales, les médecins ont fait connaître les directives générales selon lesquelles ils accepteraient de prêter leur concours.

L'idée dominante est la suivante : dans l'intérêt du public, pour que les malades soient bien soignés, il faut que les praticiens puissent conserver intacte leur indépendance, sans laquelle cette profession libérale, qu'est la médecine, se transformerait en salariat.

Le malade libre devant le médecin libre : voilà la formule qu'ont émise de nombreux syndicats médicaux.

Le client doit accorder sa confiance, non pas à un médecin qu'on lui impose, mais à celui qui a su le conquérir, par sa dignité, sa science, son dévouement, son humanité.

Par conséquent, les membres du corps médical estiment que tous les praticiens qui le désireraient doivent être qualifiés pour donner leurs soins aux assurés sociaux. Seraient exclus de ce service les quelques rares docteurs qui déshonorent la profession et ont été mis au ban de la corporation.

De même, les médecins demandant des honoraires élevés ne seraient choisis que dans les cas graves puisqu'aux termes de la loi, les caisses ne doivent rembourser que des honoraires limités par contrat, le surplus restant à la charge de l'assuré.

Mais, comment atteindre les praticiens déshonnêtes ?

Le corps médical estime qu'un contrôle est nécessaire. D'abord, contrôle administratif, institué par les caisses, consistant surtout dans la répression ou la prévention d'abus matériels, commis par les assurés eux-mêmes.

Mais, également, contrôle médical, organisé par les syndicats médicaux, fonctionnant à la requête des caisses, des assurés, ou des confrères eux-mêmes ; contrôle dont les conflits seront résolus par une commission bipartite, comprenant des médecins et des représentants des caisses.

Beaucoup de docteurs pèchent par ignorance de leurs devoirs sociaux ; ils ont tendance à se laisser aller à une trop grande bienveillance pour leurs malades, surtout lorsque c'est la « princesse », une société anonyme, une collectivité quelconque qui doit payer.

Mais, lorsque le praticien sait que son malade et lui-même peuvent être contrôlés, lorsqu'il est averti qu'une sanction peut intervenir, à la suite de complaisances trop faciles, il se refuse aux sollicitations de ses clients, en démontrant même à ces derniers qu'eux-mêmes peuvent encourir des pénalités.

La crainte du gendarme est le commencement de la sagesse ; elle contribue fréquemment à empêcher le malade de demander au docteur des passe-droits ou des faveurs injustifiées.

D'ailleurs, les médecins, loin de redouter un contrôle, le sollicitent souvent même, pour échapper aux exigences de clients difficiles.

Toujours dans un but de moralisation et pour éviter des ententes louches, les médecins ont réclamé qu'autant que faire se pourrait, le malade devrait honorer directement et immédiatement son docteur. Libre à lui de se faire rembourser, par la caisse, tout ou partie des honoraires ainsi payés.

Cependant, ont encore démontré les médecins, la loi fait allusion aux syndicats médicaux : il convient donc de définir l'orthodoxie de ces derniers, sinon des syndicats pourraient se créer pour les besoins de la cause : on pourrait voir s'organiser des syndicats de médecins acceptant le forfait et non le tarif à la visite, des syndicats de praticiens acceptant d'être rémunérés par les caisses, directement sans que le malade n'ait à payer quoi que ce soit, etc.

Cette orthodoxie syndicale serait accordée par l'adhésion des groupes corporatifs à une vaste union générale des syndicats médicaux de France.

Enfin les médecins ont estimé qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, ils devaient se considérer comme étant toujours assujettis aux obligations du secret professionnel.

Pour faciliter les rapports entre malades et médecins, pour que les confidences soient librement faites, il convient qu'en aucune manière et sous prétexte de contrôle, les caisses d'assurances sociales ne viennent, soit d'une manière directe, soit par une voie détournée, obliger les praticiens à violer les termes précis de l'article 378 du code pénal.

Qu'a accordé le législateur ?

Ces intérêts ayant été mis en opposition, il faut voir maintenant comment le législateur a donné satisfaction aux uns et aux autres et sur quels points il conviendra de réclamer, de la future Chambre ,des modifications au texte actuel.

1° L'assuré social.

a) *Les soins.*

L'assuré social reçoit, pour lui-même, pour son conjoint et pour les enfants non salariés de moins de seize ans, les soins de médecine générale ou spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils et les frais d'hospitalisation.

Ces soins seront donnés tant au domicile du médecin qu'à celui du malade ou dans les établissements spéciaux de cure, dans des maisons de santé privées ou à l'hôpital.

De plus, au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des soins médicaux et des frais pharmaceutiques énumérés ci avant.

Les secours médicaux et pharmaceutiques sont alloués à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale. Ces secours sont accordés pendant six mois ; toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection, est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

Il en résulte qu'un malade, atteint d'une affection de longue durée, mais n'entraînant pas une invalidité de travail des deux tiers, n'aura plus droit aux secours médicaux et pharmaceutiques après six mois, depuis le début del'affection.

Une retouche sera obligatoire, de la part du Parlement, car bien des malades chroniques, pouvant néanmoins travailler, soit complètement, soit d'une manière réduite, ont cependant besoin de suivre des traitements qui, parfois, peuvent être très coûteux.

Je prends pour exemple certaines paralysies, soit post-diphtériques, soit consécutives à une affection médullaire, ou cérébrale, susceptibles d'être améliorées, ou guéries par des traitements électriques ou radiothérapiques, massages, etc.

Je fais encore allusion aux tuberculeux torpides, aux syphilitiques, aux rhumatisants, qui ont fréquemment besoin de plusieurs séries de traitements par piqûres ou autres, trois ou quatre fois par an.

Il est indispensable que ces malades puissent néanmoins se faire traiter autrement qu'à leurs seuls frais.

Une autre lacune, c'est que le vieillard, qui touchera sa pension de retraite, n'aura plus droit aux secours médicaux et pharmaceutiques. Cependant, nombre de vieux travailleurs ont des maladies qui nécessitent un traitement sans que soit besoin de solliciter l'admission dans un hôpital ou à l'hospice.

b) *Liberté du choix du médecin.*

La loi accorde le choix absolument libre du praticien (art. 4, § 2). Il en résulte que le malade a la faculté de s'adresser, non seulement au médecin, qui lui paraît être le meilleur, mais également au dentiste, à la sage-femme, au pharmacien, etc., en toute liberté.

c) *Paiement des honoraires.*

Comme contre-partie de cette liberté de choix, la caisse n'a qu'une portion des frais médicaux et pharmaceutiques à supporter.

Le malade a la faculté de s'adresser à un médecin très cher ou à un praticien n'habitant pas dans sa commune ; mais la caisse ne lui remboursera que les honoraires qui auraient été demandés par le praticien de médecine générale, ou par le praticien le plus rapproché.

Ces tarifs de remboursement seront réglés selon des barèmes locaux, établis en tenant compte des tarifs syndicaux ordinaires, et résultant d'accords et contrats collectifs intervenus entre caisses et syndicats locaux.

De plus (article 4, § 5) la caisse ne remboursera pas intégralement les honoraires des praticiens fixés à ce barème : 15 à 20 % seront laissés à la charge du malade.

Comment ces honoraires seront-ils payés ? Le même paragraphe 5 prévoit que selon les usages locaux et les contrats collectifs intervenus, la caisse honorera directement le docteur ou remboursera au malade les honoraires que ce dernier aura déjà versés au praticien, bien entendu dans les proportions fixées ci-dessus.

Nombreux sont les bénéficiaires de la loi, qui désireraient que les syndicats médicaux puissent s'entendre avec les caisses, pour que les malades n'aient pas à faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques.

Beaucoup de ménages d'ouvriers ou d'employés vivent au jour le jour. Ils peuvent faire les

frais d'une ou de quelques visites médicales ou des fournitures de pharmacie.

Mais que la maladie se prolonge quelque peu et les ressources du ménage seront vite épuisées. D'autant que ne travaillant plus, l'assuré restera six jours sans rien gagner ; puis à partir du sixième jour, qui suit le début de la maladie, il percevra une indemnité journalière, égale au demi-salaire moyen, quotidien (article 5).

Comment pourra-t-on donc honorer directement le docteur et le pharmacien, alors que souvent la femme sera obligée, elle aussi, d'abandonner son travail salarié au dehors, pour soigner son malade : d'où nouveau manque à gagner.

Aussi, les bénéficiaires de la loi préfèreraient voir s'établir le système actuel, en usage pour les soins donnés aux victimes du travail, ou aux réformés de guerre. Ils rechercheront des praticiens, qui accepteront d'être payés par les caisses au moyen de bons, ou de tickets modérateurs (système lyonnais pour les mutualités). Ces praticiens auront la faculté de se grouper en syndicats, qui auront le droit de signer des accords et contrats avec les caisses.

d) *Liberté des prescriptions pharmaceutiques.*

Le malade a le droit de choisir son pharmacien mais il conserve également la faculté de se faire remettre, sur ordonnance médicale, les médicaments nécessaires à son état.

Le législateur n'a pas voulu priver la classe ouvrière du bénéfice des découvertes de la science pharmaceutique. Tous produits, utiles à procurer une guérison rapide, peuvent être prescrits par le docteur, tant sous la forme officinale, qu'avec formule magistrale, ou même par une présentation spécialisée.

Sans revenir sur cette question, il est certain que beaucoup de produits pharmaceutiques ne peuvent, actuellement, être employés que sous le couvert d'une firme, qui s'est spécialisée dans la préparation du médicament, tels sont tous les extraits opothérapiques ou les dérivés chimiques, qui doivent avoir une très grande pureté, comme les arsénobenzènes, les bismuths injectables, etc.

Enfin, certains alcaloïdes ont beaucoup plus d'activité thérapeutique, lorsqu'ils sont de marque, au lieu de provenir de drogueries grossistes. Ainsi les digitalines, les strophantines, les ouabaïnes, etc.

Ce n'est pas parce qu'il est assuré social que le malade n'aurait pas droit au bénéfice des découvertes modernes dans l'art de guérir. Bien au contraire, l'intérêt bien compris des caisses est de permettre au médecin de guérir le malade le plus rapidement possible : reprenant vite son travail, cet assuré social puisera moins dans la caisse, non seulement, comme frais médicaux et pharmaceutiques, mais aussi comme journées de demi-salaire.

Reste à organiser un service de contrôle, pour réprimer les collusions, d'où qu'elles pourraient provenir.

e) *Respect du secret professionnel.*

Cette question du contrôle soulève l'éternel problème du respect du secret professionnel.

Au point de vue du malade, le secret professionnel doit rester intangible : personne n'aime que les détails de sa maladie soient communiqués à des personnes qui plus tard peuvent commettre des indiscrétions.

On ne veut pas — et ce sentiment est fort naturel — dévoiler, à autre personne qu'à son docteur, une misère physiologique, une tare, une maladie dite honteuse.

Le secret professionnel est à la base des rapports entre malade et médecin.

Le repos même des familles est à ce prix et le législateur l'a fort bien compris, lorsqu'il a rédigé les termes de l'article 378 du code pénal.

Néanmoins, dans la grande majorité des cas, le malade ne voit aucun inconvénient à ce que le médecin déclare à une administration, à une caisse, le diagnostic de l'affection qui le force à interrompre le travail.

Qu'il s'agisse d'une bronchite, d'un mal de gorge, c'est parfait.

Mais déjà, lorsque le diagnostic est plus précis, tel qu'entérite chronique, catarrhe pulmonaire etc., le malade craint que le nom de l'affection soit mal interprété par des incompétents en médecine, et qu'on puisse croire à toute autre affection, plus ou moins avouable, ou transmissible.

S'agirait-il de tuberculose ou d'affection dérivant d'une syphilis, le maade demandera au docteur de masquer la vérité.

Le client a toujours peur de perdre sa place, si le rapport médical est trop précis.

Au reste, en matière de déclaration de maladies contagieuses, obligatoire aux termes des lois du 30 novembre 1892 et 15 février 1902, nombreux sont les parents qui prient le docteur de ne pas déclarer la maladie transmissible d'un enfant, à cause des répercussions possibles chez les voisins, à l'école ou même pour s'éviter les visites intempestives et à contre temps des équipes de désinfection officielles.

Jamais les pouvoirs publics n'ont consenti à décharger le médecin du fardeau de la déclaration pour le transporter sur l'entourage du malade.

Cependant, en matière d'accident du travail ou de réforme de guerre, l'ayant droit qui demande le bénéfice de la loi, doit fournir lui-même un certificat médical, appuyant sa réclamation.

Au malade lorsqu'il est en possession du certi-

ficat de l'adresser à qui de droit, ou de ne pas en faire état ; lui seul est juge de savoir si son intérêt est de dévoiler son affection pour bénéficier de certaines dispositions légales, ou s'il n'est pas préférable, pour lui, de garder secret son diagnostic, mais de se faire soigner à ses frais.

f) *L'hospitalisation.*

Le second paragraphe del'article 6 de la loi sur les assurances sociales prévoit que les assurés seront reçus, tant dans les hôpitaux publics que dans les cliniques et maisons de santé privées ; mais les dépenses supportées par les caisses ne pourront pas dépasser le prix de journée, alloué pour l'hospitalisation des indigents, bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

Admis en maison de santé privée, les assurés sociaux auront donc à supporter de leur poche la différence entre le prix de journée de la clinique et celui de l'hôpital. C'est dire que l'exode des clients se fera vers l'établissement public, au détriment de l'établissement privé.

Voilà donc, à l'encontre du malade, une première violation du libre choix du médecin.

En second lieu, ce paragraphe 2 de l'article 6 ne prévoit pas d'honoraires médicaux pour soins donnés aux hospitalisés. Ces derniers pourront donc redouter d'être mal soignés, puisque les soins, qui leur seront donnés, seront gratuits.

Aussi ai-je entendu bon nombre de futurs bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales protester contre les sénateurs, qui les ont assimilés à des indigents, pour les soins qui leur seront donnés tant à l'hôpital que dans une maison de santé.

2° Les caisses d'assurances sociales.

a) *Frais médicaux et pharmaceutiques.*

L'esprit de la loi est, en partie, le même qui a prévalu pour la législation des accidents du travail. Du moment où le bénéficiaire a la liberté de choisir son médecin et son traitement, le responsable des frais médicaux et pharmaceutiques ne doit être tenu que jusqu'à concurrence d'une certaine limite, le surplus restant à la charge de l'assuré.

Les tarifs des honoraires médicaux doivent être considérés sous deux angles différents.

Tout d'abord, des termes des paragraphes 3 et 4 de l'article 4, les médecins restent toujours en droit de prendre les honoraires, qu'ils ont l'habitude de demander à la clientèle ordinaire.

Mais des contrats locaux interviendront entre caisses et syndicats médicaux locaux.

Ces accords pourront arrêter deux modalités :

Ou bien les médecins accepteront de soigner les assurés sociaux d'après un tarif déterminé : soit le tarif syndical local, soit le tarif ministériel pour les accidents du travail, soit celui pour soins aux réformés de guerre.

Ou bien les médecins resteront libres de prendre tels honoraires qu'il leur conviendra ; mais ils indiqueront à la caisse locale un barème, selon lequel celle-ci remboursera aux malades les frais médicaux, chirurgicaux et de spécialités.

En second lieu, ces contrats locaux détermineront le mode de paiement des honoraires : ou bien la caisse payera les docteurs sur le vu de bordereaux, récapitulant les actes médicaux accomplis pour chaque assuré social ; ou bien le malade payera son médecin, et produisant des reçus du praticien se fera rembourser tout ou partie par la caisse, à laquelle il appartient.

L'analogie avec l'application de la loi des accidents du travail est très nette.

Le praticien est toujours en droit de se faire payer ses honoraires par le blessé, par le chef d'entreprise, ou par l'assurance de ce dernier.

Est-ce la victime de l'accident du travail qui paye directement le docteur, ce dernier demande ce qu'il croit devoir réclamer pour ses soins et établit un reçu.

Dans ce cas, le chef d'entreprise, ou son assurance, ne rembourse au blessé les frais médicaux, que jusqu'à concurrence des prix fixés par un tarif ministériel, arrêté après avis des délégués du corps médical à la commission spéciale des accidents du travail.

La différence, si elle existe, reste à la charge de l'ouvrier.

Si le docteur préfère se faire payer par le chef d'entreprise, il ne peut demander, au cas où c'est la victime qui l'a choisi, que les prix fixés au dit tarif ministériel.

Il en sera de même pour les assurances sociales : ces rapports entre médecins d'une part, et, de l'autre, avec les malades, ou les caisses, seront établis par des contrats locaux.

Ici les praticiens auront le droit d'exiger que ce soit le malade qui les honore directement ; là, au contraire, les docteurs pourront s'entendre avec la caisse, pour que celle-ci règle les honoraires médicaux.

N'oublions pas que les caisses ont le droit absolu de contracter avec tel ou tel syndicat local qui leur agréera.

C'est ainsi que, si le syndicat orthodoxe exige « l'entente directe », la caisse pourra s'aboucher avec d'autres praticiens locaux, qui se constituant en syndicat de quelques membres, pourront valablement contracter et accepter d'être payés par la caisse et non par le malade, non d'après leur tarif personnel, mais selon un barème convenu entre syndicat dissident et caisse.

b) *Hospitalisation.*

Le paragraphe 4 de l'article 4 prévoit des

accords locaux entre caisses et milieux hospitaliers ou techniques.

Ces accords détermineront les modalités d'hospitalisation, tant dans les établissements publics, que dans les établissements privés, cliniques ou maisons de santé.

Or, le paragraphe 2 de l'article 6 limite les frais supportés par la caisse, en cas d'hospitalisation, au tarif du prix de journée établi pour l'assistance médicale gratuite.

Il conviendra, dès lors, que ces accords locaux entre caisses, hôpitaux et maisons de santé puissent arrêter ce qui devra être supporté par les caisses et ce qui restera à la charge des assurés.

C'est ainsi qu'en dehors de l'admission proprement dite, dans les salles d'hôpital, il faudra prévoir les modalités des consultations externes et des pansements, pour les malades du dehors.

Ces consultations, ces pansements seront-ils faits par le personnel de l'établissement, gratuitement pour les malades, avec paiement par les caisses, ou bien les bénéficiaires auront-ils une quote part à supporter ?

Autre chose : beaucoup d'hôpitaux sont trop pauvres pour acquérir une installation de radiologie, avoir même l'outillage nécessaire pour une petite salle d'opérations, pour les interventions de petite et de moyenne chirurgie.

Or, un gros problème va se poser : les caisses d'assurances sociales émettront le désir de voir leurs malades être examinés et soignés le plus près possible de leurs occupations. Qui donc devra supporter les dépenses d'installations chirurgicales ou spéciales ? Sera-ce l'hôpital, qui devra emprunter et qui fera ensuite payer selon le tarif de l'assistance médicale gratuite ? Sera-ce la caisse locale qui avancera l'argent nécessaire à l'hôpital, pour que ce dernier fasse gratuitement, ou presque, les examens et même les traitements ?

Que diront les maisons de santé privées des environs et, en particulier les médecins, qui ont distrait de leur patrimoine les sommes nécessaires pour avoir chez eux une installation coûteuse, leur permettant d'exercer leur spécialité ?

La loi actuelle sur les assurances sociales laisse toute liberté de tractations entre caisses et maisons d'hospitalisation, tant établissements publics qu'œuvres privées.

Mais, ne l'oublions pas, la spécialisation des établissements publics leur interdit de faire acte de commerce, surtout lorsqu'il n'y a ni carence ni déficience de l'initiative privée.

Un hôpital ne peut faire fonction de maison de santé et ouvrir largement ses portes aux malades non indigents, qu'à la condition de respecter les obligations prévues à l'article 28 du règlement modèle des hospices et hôpitaux du 30 juin 1921.

Cet établissement public ne peut entrer en concurrence avec une maison de santé, lorsque cette dernière existe dans la commune.

Force sera donc de provoquer des ententes locales entre représentants des hôpitaux, propriétaires de maisons de santé et cliniques, médecins d'hôpitaux et médecins n'en faisant pas partie.

D'ailleurs, la loi décide que la part mise à la charge de la caisse, en cas d'hospitalisation, sera déterminée par le prix de journée de l'assistance médicale gratuite.

Ce prix de journée doit comporter toutes les dépenses faites par l'hôpital, pour l'hospitalisation, y compris les grosses réparations et l'amortissement.

Le corps médical hospitalier, du moins celui de la très grande majorité des hôpitaux de petite ville et de cantons, réclamera des honoraires à l'hôpital, pour soins donnés à tous les malades hospitalisés.

Jusqu'ici, dans un but très louable d'altruisme, les médecins d'hôpitaux ont voulu collaborer gratuitement à l'œuvre des philanthropes, qui administrent le bien des pauvres, dans les hospices ; mais, du moment où les indigents vont en grande partie disparaître, du fait qu'ils seront assurés sociaux, les médecins ne verront plus l'utilité de travailler gratis, du moment où le responsable des frais médicaux ne sera plus le service d'assistance médicale gratuite, mais bien une caisse d'assurances sociales.

Ces honoraires médicaux devront figurer en dépenses, dans le budget de l'hôpital et augmenteront le prix de journée.

Les médecins d'hôpitaux seront donc rémunérés d'une manière indirecte par l'hôpital, au nom de la caisse d'assurances, à moins que les docteurs ne consentent à ne soigner les malades hospitalisés que lorsque ceux-ci seront bénéficiaires de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Pour tous autres malades payants, les docteurs exigeront des honoraires : ce sera leur droit.

Ce sera également le droit de la commission administrative de l'hôpital de rechercher des praticiens, qui consentiront à faire le service hospitalier, moyennant un prix à forfait annuel. D'où des conflits sans nombre.

Pour ma part, je souhaite une collaboration étroite entre docteurs, hôpitaux, maisons de santé et caisses locales, pour arriver à des accords profitables à tous.

c) *Soins thermaux.*

Lorsqu'un assuré social aura besoin de faire une cure thermale, la caisse, à laquelle il appartient, devra lui en fournir les moyens. Le traitement dans une ville d'eaux n'est pas un luxe, mais souvent une nécessité thérapeutique.

Par conséquent, il faut faire entrer le traitement thermal dans la rubrique des frais médicaux

et pharmaceutiques que la loi met à la charge de la caisse d'assurances.

Mais, les caisses auront à étudier les modalités diverses, selon lesquelles elles payeront des honoraires aux médecins de villes d'eaux, et les frais de traitement dans les établissements thermaux. Restera encore en suspens la question des frais de séjour et d'hébergement, dans la station thermale : le malade devra-t-il subsister par ses propres moyens, grâce à l'indemnité de demi-salaire qu'il recevra de la caisse, ou bien celle-ci s'entendra-t-elle avec des hôtels, ou des établissements publics des villes d'eaux, pour assurer l'hébergement de ses malades ?

Ces diverses questions ont déjà été étudiées dans le *Concours médical* de 1928, p. 171.

3° Les médecins.

La loi ne s'impose pas aux médecins : le texte législatif règle simplement les rapports des assurés avec les caisses, en ce qui concerne les prestations en nature.

Il en résulte que le corps médical est, en principe, parfaitement en droit d'ignorer la loi et de n'accepter de soigner les assurés sociaux que comme des malades ordinaires.

Cependant, il faut considérer des contingences qui proviendront surtout des applications pratiques et des nécessités de chaque jour.

Etudions donc d'abord ce que la loi accorde au corps médical.

a) *Liberté de tarification.*

Un tarif, applicable aux relations entre la caisse et l'assuré, est prévu par le paragraphe 4 de l'article 4.

Ce tarif est fixé, en tenant compte des tarifs syndicaux, par des accords locaux intervenus entre caisses et syndicats professionnels.

Ces tarifs servent de base au payement des honoraires médicaux, directement par la caisse, ou au remboursement de ces honoraires, lorsque ces derniers ont été déboursés d'abord par l'assuré (article 4, § 5).

De la comparaison entre les textes de ces deux paragraphes, il résulte que, dans les endroits où les caisses d'assurances auront contracté avec les syndicats professionnels sur la base du paiement des honoraires par la caisse, les tarif sera discuté, puis accepté par les médecins, absolument comme cela se passe pour les réformés de guerre et, en pratique, pour les accidents du travail.

Mais, dans les localités où les praticiens entendront se faire honorer directement par leurs malades, les syndicats de médecins s'entendront néanmoins avec les caisses pour que celles-ci puissent avoir une base, selon laquelle elles rembourseront leurs assurés de leurs dépenses médicales.

Cela est si vrai que si nous nous reportons au paragraphe 3 dudit article 4, nous voyons qu'au cas où l'assuré social ferait appel à un praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux de ces tarifs locaux, le supplément de frais, pouvant résulter de ce choix, restera à la charge du malade.

Il faut en conclure que l'assuré, ayant le droit absolu de s'adresser à tel ou tel praticien qui lui plaira, aura à supporter la différence entre les honoraires prévus au tarif et le prix demandé par le praticien.

Il appartient donc aux syndicats locaux de s'entendre avec les caisses, pour traiter de puissance à puissance.

Mais les caisses auront toute liberté pour contracter avec tel syndicat et non avec tel autre. Il faudra que les praticiens soient suffisamment unis, pour faire respecter la discipline syndicale ; sinon des syndicats se créeront, pour les besoins de la cause et grouperont des praticiens, qui préfèreront être payés directement par les caisses, selon un tarif arrêté d'avance ; de cette manière, ils draineront, à leur profit, toute la clientèle des assurés sociaux.

Ces derniers conserveront bien, en principe, le droit de choisir librement leur médecin ; mais ils auront tendance à se présenter chez ceux qu'ils ne payent pas directement.

Essayez donc, par exemple, de faire payer directement les honoraires dus par les blessés du travail ! Ils ont tellement pris l'habitude de ne rien décaisser, certains que le docteur sera payé par le chef d'entreprise ou par l'assurance de ce dernier !

Et c'est dans cette clientèle des accidentés du travail actuels que se recrutera la très grande partie des assurés sociaux de demain.

L'idéal est certes, pour le praticien, le paiement direct des honoraires par le malade lui-même ; mais, en pratique, il faudra peut-être que, dans bien des localités, les syndicats actuels acceptent les modalités en pratique actuellement, pour les accidents du travail, afin de ne pas voir des dissidents du syndicat se grouper en association professionnelle rivale et accepter ce que les autres confrères auront refusé par discipline corporative.

b) *Le contrôle.*

Ceci constitue une partie très importante du fonctionnement de la loi. Je dirai même que ce contrôle prime toutes autres tractations. Que les praticiens puissent donner l'assurance qu'ils lutteront contre tous les abus, d'une manière efficace et effective et ils pourront obtenir des avantages considérables des caisses, voire même le paiement direct.

Comme toutes les collectivités qui ont à payer des frais médicaux et pharmaceutiques, les

caisses redoutent toujours que des abus soient commis.

Tantôt le médecin est complaisant pour le malade : il accepte trop facilement de lui donner du repos payé ; il est trop généreux dans ses prescriptions pharmaceutiques.

Tantôt, il peut y avoir des collusions entre pharmacien et médecin ou entre pharmacien et malade.

Trop amis ensemble, le médecin peut forcer des ordonnances, au profit de son compère le pharmacien, qui ne livre pas au malade des produits pharmaceutiques qu'on fait cependant payer à la caisse.

Tantôt, le malade peut apporter au pharmacien une prescription médicale, comportant de l'huile de foie de morue et autres produits, mais obtenir, à la place, du vin de quinquina, ou de l'eau de Cologne.

Aussi, l'article 7 prévoit-il qu'un contrôle général sera effectué par les caisses, alors que le contrôle technique est réservé aux syndicats professionnels.

Ce contrôle technique sera effectué tantôt à la demande des caisses, tantôt d'après la propre initiative des syndicats eux-mêmes.

Ici encore, toute latitude est laissée aux syndicats pour organiser ce contrôle comme ils l'entendront.

Mais le paragraphe 2 dudit article 7 impose à l'assuré l'obligation de se prêter à tous les contrôles ; cependant, en matière médicale, le malade peut exiger que la visite du médecin contrôleur n'ait lieu qu'en présence du médecin traitant.

Le paragraphe prévoit que si des contestations s'élèvent, au point de vue médecin, une commission médicale devra connaître du conflit.

Cette commission comprendra le médecin traitant, un autre praticien désigné soit par l'assuré, soit par la caisse (selon la personne qui a suscité le conflit) ; un troisième médecin sera désigné par le juge de paix.

Si le conflit a lieu à propos de la fixation d'incapacité permanente, le troisième médecin sera désigné par le président du tribunal civil.

Lorsque des abus ont été prouvés, la caisse a le droit de poursuivre le remboursement des frais inutiles, soit à l'amiable, soit par les voies judiciaires de droit commun (article 7, § 4).

Une commission d'arbitrage est prévue, pour résoudre, en premier ressort, toutes les difficultés qui pourraient surgir de l'application de la loi, entre toutes les parties intéressées.

Cette commission tripartite, composée d'un tiers de représentants des syndicats professionnels, non seulement résout et prévoit toutes difficultés, mais encore peut prendre des sanctions.

L'appel est porté devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Donc, les syndicats médicaux auront à se préoccuper de la représentation des docteurs au sein de ces commissions d'arbitrage départementales.

La loi est muette sur les sanctions possibles ; aussi est-il permis de supposer que ces commissions tripartites auront le droit, non seulement d'imposer des pénalités pécuniaires, sous forme de retenue sur les honoraires ou les mémoires de pharmacie, mais encore la possibilité d'exclure momentanément du service des assurances sociales, soit à temps, soit définitivement, tout praticien, qui aurait failli à ses engagements professionnels.

c) *Conseils techniques donnés par les syndicats médicaux.*

Le paragraphe 7 de l'article 26 prévoit, au sein du conseil d'administration de la caisse départementale et des caisses primaires, la présence de deux praticiens, choisis sur une liste présentée par les syndicats professionnels, ayant contracté avec les caisses.

Au sein de ces conseils d'administration, les syndicats médicaux auront la possibilité de donner des conseils d'ordre technique, tant pour la gestion des caisses, que pour l'organisation des divers services de lutte ou de prévention contre les maladies.

De plus, chaque office départemental, organisme de contrôle du fonctionnement des caisses, sera composé d'un médecin et d'un pharmacien (article 68, § 4).

Les praticiens sont donc admis à faire connaître leurs conseils d'ordre technique.

Revendications professionnelles médicales.

Un congrès des syndicats médicaux s'est tenu à Paris, le 30 novembre 1927 et a voté un certain nombre de résolutions, qui ont été communiquées à la Chambre des Députés.

A la séance du 9 mars 1928 (*Journal officiel*, 10 mars 1928, p. 135), M. Antonnelli, député, rapporteur de la loi, a exposé, à la tribune de la Chambre, quels étaient les desiderata des médecins.

Le Congrès a décidé que les syndicats médicaux ne collaboreraient à la loi d'assurances sociales, qu'aux conditions suivantes :

1° Chaque syndicat local ou spécial devra contracter avec les caisses.

Ce droit est reconnu par l'article 4 de la loi du 5 avril 1928.

2° Seuls peuvent contracter les syndicats habilités par un organisme central, qui comprend les trois grands groupes actuels : Union des syndicats médicaux, Fédération nationale et Groupement des syndicats de spécialistes.

Ce désideratum devra être obtenu des rédacteurs du règlement d'administration publique,

car la loi laisse toute liberté et latitude aux caisses, pour contracter avec n'importe quel syndicat médical, alors même que ce dernier ne se serait constitué que pour les besoins de la cause.

Néanmoins, n'oublions pas que l'article 72 de la loi prévoit qu'au sein du conseil supérieur des assurances sociales, il y aura trois médecins désignés par les unions nationales des syndicats médicaux. Deux de ces derniers feront partie de la section permanente, devant laquelle sera porté le contentieux des caisses.

Or, si les syndicats médicaux arrivent à s'entendre pour ne former qu'une Union nationale, ils auront la majorité pour faire élire leurs représentants au conseil supérieur, alors qu'il faudrait que les syndicats dissidents, formés de médecins acceptant le service des caisses, soit à forfait, soit sans libre choix, etc., puissent également former une union nationale, assez puissante pour faire élire au moins un de ses représentants.

Au Conseil supérieur, les représentants des syndicats des médecins arriveront toujours à se faire écouter et à prendre une place importante, s'ils s'obligent à assister aux séances du conseil et s'ils arrivent avec des propositions positives et non pas seulement avec des critiques négatives.

Ils pourront donc obtenir que ne soient reconnus valables que les contrats passés selon les directives générales de la loi, c'est-à-dire le respect du libre choix du médecin, le tarif à la visite.

Néanmoins, c'est un point faible de la loi, au sujet de nos organisations syndicales, car la porte est ouverte aux syndicats pouvant se créer entre médecins égoïstes, accapareurs ou à mentalité de salariés.

3° Le libre choix du médecin doit être absolu parmi tous les praticiens, qui, syndiqués ou non, auront adhéré au contrat intervenu entre syndicat et caisse.

Ceci est dans la loi, à l'article 4, § 2, et aussi au paragraphe suivant, qui reconnaît que si l'assuré prend un médecin dont les honoraires sont supérieurs au tarif local, le surplus des frais restera à la charge de l'intéressé.

Mais, dans ses desiderata, le congrès des syndicats demande que ce libre choix soit réservé aux médecins qui acceptent la juridiction du conseil de famille syndical et avec droit d'appel devant l'organisme central des syndicats médicaux.

Nos confrères n'ont pas *réfléchi* que pareille demande nécessiterait, pour son adoption, une modification à la loi du 30 novembre 1892, rendant le conseil de *famille quasi obligatoire*.

En effet, la loi organique de la profession médicale n'apporte aucune entrave à l'exercice de l'art de guérir, pour tous ceux qui sont titulaires du diplôme de docteur en médecine.

En cas de défaillance, de faute, le médecin est justiciable des tribunaux de droit commun.

L'obliger, pour exercer, à reconnaître la juridiction du conseil de famille syndical serait rendre ces groupes professionnels presque obligatoires et contraindre à constituer, en quelque sorte, un conseil de l'ordre.

Le législateur n'a pas suivi les médecins sur ce terrain : il a préféré, par l'article 7, paragraphe 5, rendre le médecin d'assurances sociales justiciable d'une commission tripartite, en premier ressort et de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, en appel.

Dans ces deux organismes, les syndicats professionnels seront représentés par les délégués qu'ils éliront.

4° Le respect du secret professionnel doit être absolu.

En demandant cela, les praticiens se sont inspirés de l'intérêt supérieur des malades qui doivent être soignés en toute confiance, sans avoir à craindre des indiscrétions quelconques.

Mais, du moment où la loi du 5 avril 1928 ne contient aucune disposition, diminuant en quoi que ce soit la portée générale de l'article 378 du code pénal, il en résulte que le médecin est obligé de considérer l'assuré social comme un malade ordinaire, pour lequel il doit respecter le secret.

Aux médecins qui auront à collaborer à la rédaction du règlement d'administration publique ou qui seront entendus par les rédacteurs, de voir de quelle manière ce respect du secret pourra être compatible avec le contrôle nécessaire pour le bon fonctionnement de la loi.

Le médecin traitant devra-t-il délivrer à son malade un certificat de maladie, véridique et détaillé, libre au client de faire de ce document tel usage qui lui semblera bon ?

Le bénéficiaire verra s'il a intéret à donner ce certificat à la caisse dont il dépend pour avoir les avantages auxquels il a droit, ou bien si, pour conserver le secret, il préfèrera renoncer auxdits avantages.

Pour ma part, je n'approuve pas ce système, car un malade a non seulement le droit de voir son secret inviolé, mais aussi, lorsqu'il y a lieu, il doit toucher toutes les indemnités et les prestations que lui accorde la loi.

Sera-t-il préférable de concevoir un contrôle médical, organisé par les syndicats médicaux, tel que le prévoit l'article 7 ?

Si la caisse a un doute quelconque, elle pourra s'adresser au syndicat, lequel déléguera un médecin, pour faire l'examen nécessaire.

Réponse sera donnée à la caisse, sans qu'il soit besoin de violer le secret *médical* : tout sera question de confiance de la caisse dans la véracité de la mission accomplie par un docteur, sous la haute direction du syndicat.

5° Le congrès des syndicats médicaux a ré-

clamé le droit aux honoraires pour tout malade soigné tant à domicile qu'à l'hôpital, ou dans une maison de santé.

A domicile, c'est accordé par l'article 4 ; mais en cas d'hospitalisation, le paragraphe 3 de l'article 6 laisse entendre que le malade étant assimilé à un indigent hospitalisé, le médecin d'hôpital n'aura droit à aucun honoraire.

Cependant, il appartiendra aux syndicats médicaux de prévoir la réorganisation de notre système hospitalier.

Si les commissions administratives des hôpitaux sont maîtresses chez elles, aux termes de la loi du 7 août 1851, il ne faut pas oublier que les rapports qui les lient avec leurs médecins ressemblent beaucoup au contrat de louage de services ou d'entreprise.

Dans ces conditions les praticiens seront toujours en droit de se refuser à soigner gratuitement à l'hôpital les assurés sociaux. Ils pourront démissionner de l'établissement ou se laisser remercier par la commission.

Si, au contraire, cette dernière préfère contracter avec les médecins, elle accordera à ces derniers des honoraires, lesquels devront figurer dans les dépenses entrant en compte pour la fixation du prix de journée.

Ainsi, d'une manière indirecte, malgré les termes de ce second paragraphe de l'article 6, les médecins d'hôpitaux pourront toucher des honoraires de la part des commissions administratives pour les soins donnés aux assurés sociaux.

Mais alors va se poser une autre question : celle du monopole de fait, qui sera ainsi accordé aux médecins faisant partie du personnel médical d'un hospice ?

Seuls, ils auront droit de donner des soins à ces hospitalisés et seuls, ils toucheront des honoraires, lorsque leurs autres confrères de la localité ne devront se contenter que des malades non hospitalisés.

Aux syndicats médicaux de mettre la question à l'étude et d'arriver très rapidement à une solution pratique.

Car, ne l'oublions pas, l'hôpital d'hier, véritable asile des seuls pauvres, s'est transformé actuellement en maison de santé pour demi-pauvres, dans laquelle se glissent beaucoup de malades aisés.

Mais, demain, avec les assurances sociales, il n'y aura presque plus d'indigents : les assurés sociaux entreront à l'hôpital comme dans une maison de santé, puisque le prix de journée sera remboursé par la caisse.

Dans ces conditions, le corps médical n'aura plus de raisons pour donner gratuitement son concours aux hôpitaux, devenus maisons de santé et, non seulement il conviendra de réserver les droits des médecins, ne faisant pas partie du personnel hospitalier, mais encore il faudra que l'hôpital ne puisse pas entrer en concurrence commerciale avec les maisons de santé privées, pour la plupart appartenant à des médecins.

6° Le congrès a réclamé le paiement direct par l'assuré, en prenant pour base minima les tarifs syndicaux.

Les groupes professionnels médicaux ont satisfaction, si on se reporte aux termes du paragraphe 5 de l'article 4 : « leur montant est supporté ou remboursé par la caisse... ».

Aux syndicats locaux de contracter avec les caisses locales au mieux de leurs intérêts.

Si ici, le syndicat est assez puissant pour imposer le payement direct, il le fera : mais si ailleurs, le groupe corporatif craint que les caisses ne trouvent des médecins dissidents qui accepteraient des tarifs réduits et le payement par la caisse, le syndicat verra à parer à cette concurrence déloyale.

Le législateur pouvait-il donner satisfaction à certains, en inscrivant, dans sa loi, que toujours le paiement direct serait imposé ? Je ne le crois pas, car, non seulement la liberté contractuelle aurait été diminuée, mais encore beaucoup de parlementaires auraient fait valoir l'utilité de donner à la classe ouvrière le maximum de prestations en nature et le minimum en argent.

On a toujours crainte que le malade ne se soigne pas suffisamment et qu'il détourne les sommes qui pourraient lui être allouées pour se faire traiter.

Je l'ai fort souvent entendu soutenir au Parlement.

En tous cas, les syndicats médicaux pourront tenter une action sur la future Chambre, pour modifier la loi du 5 avril 1928, et imposer le payement direct. En attendant, il convient de rester dans les limites de l'article 4, paragraphe 5 et d'établir des contrats locaux.

7° La liberté de traitement est inscrite dans la loi, ou plutôt celle-ci ne contient aucune restriction pour le droit qu'a le médecin de soigner son malade selon sa science et sa conscience.

Aux syndicats médicaux de prévoir le contrôle, pour qu'en cas d'abus, le médecin ne recommence pas ou qu'il soit mis hors d'état de recommencer.

8° Contrôle des malades par la caisse, des médecins par les syndicats, et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.

Nous avons déjà vu que l'article 7 répond à ces desiderata.

9° Quant à la représentation des syndicats dans les commissions techniques des caisses, le congrès a satisfaction par le paragraphe 7 de l'article 26 : deux médecins feront partie du conseil d'administration des caisses départementales et des caisses primaires.

Conclusions

En avril 1929 paraîtra le règlement d'administration publique. Le ministre du Travail et les ministres compétents (Finances, Agriculture) sont chargés de la préparation de ce texte réglementaire.

Les syndicats de praticiens seront consultés : à eux de se préoccuper, dès à présent, de la mise en pratique des différents articles de la loi qui les intéressent.

Les groupes corporatifs ont à se préoccuper principalement de la préparation des contrats locaux passés entre syndicats locaux et caisses.

Il faut envisager toutes les répercussions pratiques du fonctionnement de la loi, dans toutes les branches de la médecine, tant pour la médecine générale et rurale, ou médecine de quartier, dans les villes que médecine spéciale et médecine thermale.

Chaque syndicat spécialisé doit étudier ce qui le touche principalement pour que l'Union nationale, une fois régénérée, puisse apporter un seul et unique texte à la commission, qui préparera le projet de règlement d'administration publique.

Ce va être désormais un travail professionnel et surtout juridique, car, ne l'oublions pas, le Conseil d'Etat devra connaître de ce projet de règlement, avant que le président de la République ne le promulgue.

La loi du 5 avril 1928 entrera en application en janvier 1930.

L'heure des protestations est passée : il faut se mettre à l'ouvrage, entre médecins et juristes, pour étudier de quelle manière nous pourrons soigner nos malades pour le mieux, tout en respectant les intérêts légitimes des caisses, mais également en faisant respecter nos intérêts corporatifs.

Non seulement, nous avons à nous défendre contre des adversaires extra-médicaux, mais nous avons également à nous préoccuper de confrères besogneux, ou à mentalité peu libérale, qui préféreront s'assurer un service de salariat que de conserver l'indépendance séculaire, qui fait la force et la caractéristique de notre profession.

Luttons donc contre tous ceux qui rêvent d'instaurer ou d'accepter un service de santé civil.

Pour cela, apportons des projets bien étudiés, facilement réalisables, conçus en termes juridiques et pouvant par conséquent figurer dans un texte réglementaire, décret portant règlement d'administration publique, qui sera soumis au Conseil d'Etat, avant d'être signé et promulgué par le Président de la République.

Dr Paul BOUDIN.

LE SECRET MÉDICAL

Le secret médical et les lois sociales à l'Académie de Médecine (1)

Par M. Paul CAZENEUVE.

Voici, messieurs, un document propre à indiquer dans quel sens évolue l'interprétation administrative du respect dû au secret médical, lorsque la loi impose impérativement une déclaration complète et explicite sur une maladie dont la connaissance importe à l'intérêt social. Car tout est là.

Dois-je rappeler que M. Balthazard dans ses conclusions, au nom de la Commission spéciale, a fait ressortir que le secret médical était une doctrine constante et intangible, mais subordonnée cependant aux exigences des lois promulguées dans l'intérêt général, et j'ajoute, moi, dans un sentiment de solidarité humaine dont l'esprit moderne ne peut plus s'affranchir.

Quel est donc ce document auquel je fais allusion en débutant ? Il a son importance, on va le voir. Il s'agit du questionnaire qui figure dans un carnet à souches de cartes-lettres à envoyer en franchise par les médecins sous la rubrique « urgent », soit à l'inspecteur du travail, soit à l'inspecteur des mines, suivant le cas. Ce carnet a été adressé par le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux médecins, en vue de la déclaration des cas de maladies professionnelles, en exécution de l'article 12 de la loi du 15 octobre 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Je crois utile de rappeler quelles sont les maladies d'origine professionnelle, dont les causes sont énumérées dans le susdit décret.

Toutes nos industries chimiques y sont visées :

a) Le plomb et ses composés ;

b) Le mercure et ses composés ;

c) Les hydrocarbures et leurs dérivés chlorés et nitrés, notamment le benzène, le tétrachloréthane, le tétrachlorure de carbone, l'éthylène perchloré, l'éthylène trichloré, l'éthylène dichloré le chloroforme, l'éthane pentachloré, les nitrobenzènes ;

d) L'aniline et ses dérivés ;

---

(1) 10 avril 1928.

e) Le sulfure de carbone ;

f) Les vapeurs nitreuses, le chlore et autres gaz chlorés, le brome, l'acide fluorhydrique, le gaz sulfureux, l'hydrogène sulfuré et le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide cyanhydrique, l'oxyde de carbone, l'oxychlorure de carbone (gaz phosgène), les formaldéhydes ;

g) Le phosphore blanc et l'hydrogène phosphoré ;

h) L'hydrogène arsenié et autres composés de l'arsenic ;

i) L'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitume, ciments, chaux et autres produits caustiques ;

j) L'acide chromique et les chromates alcalins ;

k) Action des rayons X et des substances radiocatives.

Ce questionnaire, auquel les médecins doivent répondre, comporte le nom du malade, son adresse, le nom de son employeur, avec adresse, la nature de l'exploitation où il remplit telle ou telle fonction, la nature de la maladie, les *symptômes observés* — je souligne, — l'indication de l'agent causal, *les conditions dans lesquelles la maladie a été contractée* — je souligne encore. Enfin trois lignes, où le médecin qui donne son nom et son adresse peut ajouter telles observations qu'il jugera utile.

Il n'est pas douteux que, si le médecin exécute littéralement ce que lui demande l'Administration, entre autres de « préciser les symptômes observés », tous les ancécédents possibles de l'accidenté, influences de la syphilis, de la tuberculose, de l'alcoolisme, etc., doivent être mis en relief et en évidence.

Et, qu'on le sache, le décret imposant cette déclaration détaillée est la préface, sans nul doute, d'une loi nouvelle impérative qui a été décidée et promise, et qui étendra donc considérablement la loi de 1919 sur les accidents plombiques ou hydrargyriques.

Le secret médical va subir de ce chef une singulière entorse. Cependant les médecins, dans l'intérêt général, dans l'intérêt même de l'ouvrier bénéficiaire d'une loi de protection, ne doivent-ils pas répondre aux demandes, aux exigences de la loi ? Drame de conscience sans doute pour beaucoup de médecins praticiens. J'en conviens bien volontiers. Mais cependant... l'intérêt général ne plaide-t-il pas contre l'intérêt individuel étroitement compris ?

Bien mieux, l'intérêt individuel ne se confond-il pas, en pareille matière, avec l'intérêt général ?

La déclaration détaillée d'une intoxication avec tous les symptômes du cas envisagé ne sera-t-elle pas génératrice de mesures d'hygiène préventive intéressant la collectivité ouvrière dans une même industrie ?

A la suite d'une intoxication aggravée, même par le fait de l'alcoolisme, de la syphilis ou de la tuberculose, l'industriel averti, rendu responsable de par la loi de tout accident professionnel, ne prendra-t-il pas naturellement des mesures préventives dont bénéficiera son personnel tout entier et aussi, par ricochet, le personnel d'industrie similaire ?

L'intérêt individuel, sauvegardé d'ailleurs par l'assurance, ou par des menaces de pénalités frappant le chef d'entreprise, ne sert-il pas ainsi l'intérêt général, au prix, je le veux bien, de quelques révélations ou dénonciations pour employer le terme juridique ?

Inversement, à quoi nous conduit le silence du médecin, si l'accident d'intoxication dans toute ses manifestations est masqué sous prétexte de secret médical absolu et intangible ?

Il nous conduit à la répétition fâcheuse du même accident ; il dresse une barrière devant tout progrès en hygiène industrielle.

Telle est la conséquence fatale d'une doctrine trop rigoriste sur le secret médical.

Mais est-il nécessaire, dira-t-on, d'imposer au médecin la révélation de tous les symptômes ? Comment ? Voilà une intoxication plombique ou arsenicale : on négligerait les symptômes ?

Intoxication aiguë : phénomènes gastro-intestinaux sans doute passagers. Intoxication chronique : phénomènes de paralysie graves et tenaces, réfractaires partiellement ou totalement aux agents thérapeutiques, conduisant l'accidenté à une infirmité temporaire ou permanente. Admettra-t-on que le médecin reste silencieux en face de symptômes si variés, qui commandent l'importance de l'indemnité due à la victime ? Qu'il me soit permis de répéter ce que je disais ici dans la séance du 7 février dernier. La gravité de la question en vaut la peine. « Comme le veut la Commission, disais-je, l'intérêt général, l'intérêt social supérieur et j'ajoute, pour ma part, l'intérêt matériel même des assurés, puisqu'il y a assurance, sont appelés fatalement à enlever au secret médical tout caractère absolu. Au milieu de l'arsenal de nos lois sociales ou d'hygiène sociale qui se multiplient, la conscience du médecin doit rester l'arbitre de ses propres décisions sous l'égide de ces lois qui sont faites pour être appliquées et respectées. »

On a comparé la pratique médicale à un sacerdoce.

N'ayant jamais exercé la médecine, je suis plus à l'aise pour déclarer justifiée cette assimilation. Or, ce sacerdoce ne se comprend bien que si le médecin instruit et dévoué, ce qui est courant, est imprégné de la conception supérieure de l'intérêt général, disons de l'intérêt social.

Les profits tangibles de la plupart de nos lois sociales ne peuvent être escomptés sans le concours si précieux du corps médical. Mais cette collaboration ne peut être féconde que si l'esprit du médecin sait s'affranchir de l'absolu, en

matière de secret professionnel. C'est l'évidence même.

Dans la séance du 27 mars dernier, M. Brouardel rendait hommage à M. Paul Strauss à l'occasion de son programme sanitaire, dont certaines dispositions concernent spécialement la tuberculose : « déclaration obligatoire, généralisation des offices départementaux d'hygiène sociale, assimilation des préventoriums et des sanatoriums, accroissement intensif de l'armement tuberculeux et liaison des conseils de revision avec les dispensaires d'hygiène sociale ».

M. Brouardel fait ressortir l'importance considérable de cette dernière disposition dans la lutte engagée contre la tuberculose. « Les jeunes tuberculeux, qui se présenteront au conseil de revision, dit-il, seront signalés aux dispensaires d'hygiène sociale les plus proches de leur domicile ; ces dispensaires s'occuperont d'eux et des leurs. »

Cette mesure serait facultative. Mais voici une proposition de caractère obligatoire, due à M. Justin Godart, ancien Ministre de l'Hygiène, qui serait basée sur les considérations suivantes :

« Tout citoyen français doit à son pays le service militaire pendant une durée déterminée ; actuellement les jeunes hommes tuberculeux sont réformés et restent chez eux, dans des conditions d'hygiène souvent déplorables et où ils peuvent contaminer fréquemment leur entourage.

« Il s'agirait de prendre ces jeunes hommes tuberculeux comme on prend les jeunes hommes valides et de les soigner et éduquer pendant la durée du service. On profiterait dans ce but de casernes actuellement libres, admirablement situées dans les montagnes ou sur le littoral, qui seraient facilement transformées en sanatoriums et dont la disposition topographique s'adapterait aux différents cas.

« Le temps de service passé, le jeune homme tuberculeux serait libéré, ayant appris à se soigner lui-même et sachant ce qu'il faut éviter pour ne pas nuire aux siens. »

Et M. Brouardel de proposer à l'Académie d'émettre un vœu conforme.

Je ne suis pas la prêtresse Pythonisse et me garderai de prédire le sort que le Parlement réservera à la proposition Godart. Mais ce que je constate c'est que la lutte contre la tuberculose engagée vigoureusement dans notre pays depuis la guerre, en raison de la gravité de ce fléau social, comporte, si on veut aboutir à des résultats réels, un ensemble de mesures, où le naufrage de l'intangibilité du secret médical apparaît comme certain.

Nous vivons une époque où le mot « relativité » a fait fortune. Devant les nécessités légales, le secret médical ne peut qu'en subir l'influence. Et j'ai la conviction que le corps médical, conscient de son rôle grandissant dans l'application des lois sociales, épargnera au pays le désastre d'une abstention qui cadrerait mal avec sa réputation justifiée d'intelligente philanthropie.

MUTUALITÉ FAMILIALE

A ceux qui n'en sont pas.

Aux causes de l'indifférence que les médecins de France montrent pour la prévoyance en général et pour notre Mutualité Familiale en particulier — causes que le Dr Gassot a signalées et réfutées dans un récent article — je voudrais en ajouter quelques-unes que mes fonctions de secrétaire général m'ont permis de reconnaître plus spécialement.

A les étudier, à les analyser, peut-être arriverai-je à convaincre quelques réfractaires et tout au moins à mettre au grand jour les sophismes qui empoisonnent encore l'esprit de nos confrères.

Quand on lit le *Concours médical*, on est fort heureusement frappé de voir avec quel empressement, quel enthousiasme, dirai-je, les praticiens de France viennent s'inscrire au *Sou médical.* A voir le nombre toujours croissant des adhérents à cette ligue — nombre qui aujourd'hui dépasse 5.500 — on est bien obligé de reconnaître que l'esprit de prévoyance n'est pas chez nous aussi obnubilé qu'on pourrait le croire.

Oui, le médecin français sait encore se défendre !

Seulement, à voir combien, par contre, il néglige notre Mutualité Familiale, on a le droit de se demander si véritablement il n'ignore pas trop certains de ses ennemis ou tout au moins s'il n'a pas pour eux trop d'indifférence et de mépris.

Evidemment, le client grincheux ou malhonnête qui nous refuse le payement de nos honoraires légitimes ou qui, pour nous payer, ne trouve que des demandes reconventionnelles, des poursuites devant les tribunaux en responsabilité, en faute lourde etc... cet être-là est un animal dangereux contre lequel nous ne prendrons jamais assez de précautions.

Evidemment, le magistrat trop souvent ignorant des difficultés de notre rôle et — je ne crains pas de l'écrire, moi, fils de magistrat — trop souvent partial contre nous par une sorte de déformation professionnelle, par un sourd et subconscient sentiment de jalousie, le magistrat devient pour le médecin un autre danger contre lequel il faut bien qu'il se garde.

Pour cela nous avons le *Sou médical* et nous y courons.

Mais ces dangers-là ne sont tout de même pas de tous les jours : ils sont relativement rares bien que toujours trop fréquents, tandis que, chaque jour, chaque heure, nous sommes exposés à un autre danger auquel nous ne voulons pas penser, par ignorance, par indifférence, par scepticisme, par bravade, par individualisme, par toutes ces raisons que Gassot analysait l'autre jour : c'est le risque-maladie, le risque-accident, ce risque qui, en trente années, a infligé à 1.500 des nôtres 400.000 journées d'incapacité de travail !

Oui, en 30 ans, 2.210 confrères se sont associés pour se garantir mutuellement contre le risque maladie et 1.531 d'entre eux ont accumulé 400.000 journées de maladie.

Confrères qui me lisez, méditez ces chiffres et dites-moi si le risque morbide ne dépasse pas le risque judiciaire. Dites-moi si la plupart des prévoyants qui s'inscrivent au *Sou médical* ne devraient pas en faire autant à la *Mutualité Familiale* s'ils comprenaient mieux leur devoir comme leur intérêt.

On nous disait autrefois au Collège que la peur du gendarme est le commencement de la sagesse : le médecin a peur du gendarme ; mais, la maladie, il la voit de si près tous les jours qu'il est bien blasé sur elle, elle ne l'impressionne plus. Il plastronne avec elle, il crâne, dirais-je volontiers : confiant dans sa jeunesse, dans sa santé, dans son habileté, il est convaincu qu'il saura bien lui échapper longtemps, sinon toujours ou tout au moins ne lui payer qu'un léger tribut.

Mais, moi, j'arrive avec mes statistiques et je lui réponds : 400.000 journées de maladie !

Malheureusement pour lui, il ne me croit pas et il se dit que, si trop de naïfs se sont laissé prendre, lui, saura bien échapper, ... *il n'y coupera pas.*

Ah ! l'individualisme, quel terrible adversaire de la solidarité ! C'est lui qui est la cause de cette coupable inertie en face du danger : on ne pense qu'à soi, on ne compte que sur soi, on ne veut pas comprendre que l'entre-aide confraternelle est une vertu nécessaire ; on la néglige, on s'en moque au besoin, et on vit sa vie avec au cœur le terrible *chacun pour soi* !

Et cet individualisme n'est même pas seulement toujours personnel : il est aussi collectif.

Nous voyons se former de petites mutualités régionales, départementales, urbaines qui essayent de faire avec cinquante ou cent membres ce que nous avons tant de mal, nous, à faire avec 1800, comme si le nombre, en pareille matière, n'était pas la condition essentielle du succès. On veut avoir sa petite société à soi, qui ne soit pas celle du voisin, ses combinaisons particulières, qui ne soient pas celles des autres, comme si le plus grand défaut de ces tentatives n'était pas l'éparpillement des efforts !

Et le pire est que ces mutualités locales recrutent un personnel composé pour la plus grande partie des mêmes adhérents que les nôtres, car en fait de prévoyance, c'est comme à la guerre, ce sont toujours les mêmes qui se montrent sur la brèche.

Les efforts sont éparpillés et le rendement général n'en est guère plus grand. Que ne ferait-on pas si, au lieu de cinq, six, huit peut-être, sociétés mutuelles cherchant à couvrir le risque-maladie, nous n'en avions qu'une seule, riche de tous les membres épars, de toutes les cotisations dispersées ? Si nous arrivions à former un groupement aussi fort que celui du *Sou médical*, par exemple ?

Mais les jeunes ne comprennent rien à ces choses : quand nous, les vieux, nous leur en parlons, on dirait que nous parlons grec ou chinois. Nous sommes de sombres radoteurs !

Et puis, la belle affaire que ce qu'on leur propose : les uns la dédaignent parce qu'elle ne leur garantit pas le payement du remplaçant avec une indemnité supplémentaire de cent francs par jour comme manque à gagner ; les autres trouvent les cotisations trop chères pour leur bourse s'ils s'assurent le maximum, ou l'indemnité trop réduite s'ils ne prennent que selon leurs ressources ; d'autres enfin ont bien le temps, ils y penseront plus tard...

Et pendant ce temps, la vie s'écoule, l'organisme s'use au dur combat journalier, l'infection guette, l'accident arrive en catastrophe, la maladie évolue en laissant quelque tare indélébile.

Lorsqu'un beau jour, fatigué, las, malade, le médecin commence à avoir peur pour ce qui lui reste de santé, il se rappelle alors le *Concours médical* qui lui offrait la Mutualité Familiale et, résipiscent, il écrit au Secrétaire général d'instruire sa candidature.

Mais il a 48 ou 50 ans, il a eu une pleurésie à 36 ans, ou un rhumatisme grave à 40 ans et le cœur touché, etc., etc., et le Secrétaire général, navré, est bien obligé de lui répondre « trop tard, trop âgé, trop touché, impossible ! »

Et lui qui méprisait les offres de la Mutualité Familiale lorsqu'il pouvait y entrer, murmure maintenant contre elle parce qu'elle ne peut plus le recevoir.

Il accuse tout et tous, excepté lui-même !

Confrères, vous doutez de la Mutualité Familiale et nous n'avons pu vous convaincre — écoutez la voix des intéressés, je leur cède la parole et me borne à transcrire les lettres que nous venons de recevoir.

En vous accusant réception du solde de l'indemnité due à mon mari, je vous réitère toute ma vive reconnaissance, jointe à celle de mon regretté mari pour tout le bien que vous lui avez fait pendant sa longue et douloureuse maladie et jusqu'à son décès.

Vve M.

Je reçois dans ma retraite l'indemnité que vous avez bien voulu m'envoyer. Inutile de vous dire que cette manne bienfaisante arrive à point par ce temps de vie trop chère.

Dr M.

J'ai bien reçu votre envoi qui, par cette crise que nous traversons est un léger viatique qui me permet d'entrevoir une lutte moins sombre. Il me semble que tout conspire contre mes pauvres ressources: la température, les orages, les pluies sans fin compromettant les récoltes de mon petit domaine ; qu'y faire ? Espérer des jours meilleurs ?... mais, hélas ! les illusions qui consolent se sont toutes éloignées.

Dr G.

Excusez-moi de ne pas vous avoir accusé plus tôt réception de votre envoi : le jour même où je le recevais, mon mari tombait frappé d'un nouveau coup. Après avoir perdu une partie de la vision, il vient de perdre l'usage de ses deux jambes. Un fauteuil roulant lui devient indispensable, aussi les envois de la Mutualité vont nous être d'une grande utilité. Remerciez bien les membres du Conseil de leur sollicitude pour un vieux confrère bien malheureux surtout moralement.

Mme H.

Je frappe peut-être un peu trop souvent à votre caisse depuis quelque temps, mais je tiens à vous remercier ainsi que le Conseil, du concours très précieux que vous voulez bien m'apporter.

Les jeunes à qui je parle de notre société sont récalcitrants... jusqu'au jour où il leur tombera une tuile comme à moi, mais peut-être à ce moment il sera trop tard.

Dr G.

Que pourrais-je ajouter à ces témoignages ?

Si, une chose encore.

Confrères qui ne faites pas partie de la Mutualité Familiale, écoutez ce cri d'angoisse qui m'arrive :

Père de cinq enfants, d'une santé délicate, sans fortune personnelle avec un budget lourdement grevé par des charges familiales de plus en plus écrasantes...

Venez à mon secours !

Dr T... à E...

Et que vais-je moi, répondre à ce malheureux confrère qui a attendu jusqu'à 54 ans pour penser à la prévoyance et voit les portes fermées ou moment du plus grand besoin ?

H. Mignon.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8.212 Payerne, Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
8.213 Bilski, 56, rue de la Chapelle, Paris, Syndicat de la Seine.
8.214 Lemarignier, 45, boulevard Arago, Paris, Syndicat de la Seine.
8.215 Gignoux, Saint-Etienne (Loire), Syndicat de la Loire.
8.216 Coste, Marvejols (Lozère), Syndicat de la Lozère.
8.217 Naury, 10 boulevard de Clichy, Paris, Syndicat de la Seine.
8.218 Revol, 14, rue Victor-Hugo, Lyon, Syndicat du Rhône.
8.219 Pruvost, Raismes (Nord), Syndicat de Valenciennes.
8.220 Ségala, Villers-Vermont (Oise), Syndicat de l'Oise.
8.221 Sanson (Pierre), 84, rue des Moines, Paris. Parrains : Drs Sanson et Maurat.
8.222 Rousseau, Goussainville (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Vacher et Charpentier.
8.223 Bouvet, Bièvres (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Olivier et André.
8.224 Lefèvre, Château-Gontier (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
8.225 Payot, Annecy (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
8.226 Perol, Cherbourg (Manche), Syndicat de Cherbourg.
8.227 Millienne, Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat de la Loire-Inférieure.
8.228 Franquet, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
8.229 Muller, Etampes (Seine-et-Oise), Syndicat de la Vallée de l'Orge.
8.230 Bonnet, 32, rue de la République, Lyon, Syndicat du Rhône.
8.231 Vuillecard, La Varenne-Saint-Hilaire (Seine). Parrains : Drs Lavoine et Coliez.
8.232 Florentin, Eurville (Haute-Marne), Syndicat de la Haute-Marne.

8.233 Astruc, Carcassonne (Aude), Syndicat de Carcassonne.
8.234 Crunel, Lerrain (Vosges), Syndicat des Vosges.
8.236 Estelle, Simiane (Basses-Alpes), Syndicat des Basses-Alpes.
8.237 Mermillod, Saclas (Seine-et-Oise), Syndicat de la Vallée de l'Orge.
8.238 Garrigues, Ebba-Ksour (Tunisie), Syndicat français de Tunisie.
8.239 Gravier, 38, rue Malesherbes, Lyon. Syndicat du Rhône.
8.241 Pierrin, Boulogne-Billancourt (Seine), Parrains: Drs Boudin et Bilhaut.
8.242 Mlle Cabanel, 12, rue du Parc Royal, Paris. Parrains : Drs Sanson et Maurat.
8.243 Trivas, Nevers (Nièvre), Syndicat de la Nièvre
8.244 Lepargneur, Bouglon (Lot-et-Garonne), Syndicat du Lot-et-Garonne.
8.245 Burlaton, 175, cours Lafayette, Lyon, Syndicat du Rhône.
8.246 Delvaille, Le Parc Saint-Maur (Seine), Syndicat de Saint-Maur.
8.247 Monestié, Albi (Tarn), Syndicat d'Albi.
8.248 Dubruille, Fresnes-sur-Escaut (Nord), Syndicat de Valenciennes.
8.249 Pavillard, Palikao (Oran), Syndicat des médecins de Colonisation.
8.250 Turmann, Vincennes (Seine), Syndicat de Vincennes.
8.251 Fougerat, Bonneuil-sur-Marne (Seine), Syndicat de la Banlieue Est.
8.252 Eveno, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
8.253 Basteau, Libourne (Gironde), Parrains : Drs Molin de Teyssieu et De Beauchamp.
8.254 Chamaillard, Mauprevoir (Vienne), Syndicat de la Vienne.
8.255 Streiff, Corbeil (Seine-et-Oise), Syndicat d'Etampes.
8.256 Courtois, Maroil-Marly (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles.
8.257 Favalelli, Aubagne (Bouches-du-Rhône), Syndicat des Bouches-du-Rhône.
8.258 Plichon, Lisieux (Calvados), Syndicat des oculistes.
8.259 Abiad, La Salvetat (Hérault). Parrains : Drs Cazalis et Coste.
8.260 Dupré, Vinay (Isère), Syndicat de Saint-Marcellin.
8.261 Durand, 24, rue Falguière, Paris. Parrains : Drs Boudin et Mme Durand.
8.262 Bessot, Besançon (Doubs), Syndicat du Doubs.
8.263 Imbert, Sète (Hérault), Syndicat de Sète.
8.264 Michallou, Grenoble (Isère), Syndicat de Grenoble.
8.265 Chardon, Grenoble (Isère), Société de stomatologie de Paris.
8.266 Dalban (Paul), Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
8.267 Dalban (Louis), Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
8.268 Greffier, Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
8.269 Aymard, Limours (Seine-et-Oise), Syndicat de la Vallée de l'Orge.
8.270 Caraes, Coray (Finistère), Syndicat de Châteaulin.
8.271 Poujol, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
8.272 Ginsbourg, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
8.273 Brousse, Pleumeur-Gautier (Côtes-du-Nord), Syndicat de Lannion.
8.274 Charbon, Grenoble (Isère), Syndicat des stomatologistes.
8.275 Rousseau, Willems (Nord), Syndicat de Roubaix.
8.276 Garnier Aix-en-Othe (Aube), Syndicat de l'Aube.
8.277 Sorrel, Mostaganem (Oran), Syndicat de Mostaganem.
8.278 Salles, Mostaganem (Oran), Syndicat de Mostaganem.
8.279 Mozer, Berck-Plage (Pas-de-Calais), Syndicat de Berck-Plage.
8.280 Carte, Saint-Cloud (Seine-et-Oise), Association des médecins de France.

Responsabilité professionnelle.

Le Conseil ordonnance le versement, sous réserve de pourvoi en cassation, des 20.000 fr. que le Dr L. (Meuse) a été condamné à payer à titre de dommages-intérêts, ainsi que des sommes suivantes :

1.218 fr. 60 montant des frais d'appel de l'adversaire.

98 fr. 15 pour complément de ces frais.

2.515 fr. 63 montant des frais de l'adversaire en première instance.

423 fr. 25, pour solde des frais et honoraires de l'avoué du Dr L. en première instance.

Il décide de former un pourvoi en cassation contre l'arrêt rendu dans cette affaire et ordonnance à cet effet le paiement d'une provision de 1.400 francs.

Le Conseil ordonnance le paiement à l'ancien client du Dr C. (Eure) de deux trimestres de la rente viagère de 1.200 fr. qu'il a été condamné à lui payer, soit ensemble 600 fr. Il remercie le Dr C., qui a déclaré faire abandon à la caisse du « Sou » des 300 fr. formant le montant d'un autre trimestre qu'il a payé.

Il décide qu'à l'avenir, le paiement sera effectué directement entre les mains du créancier, contre production d'un certificat de vie.

Le Conseil ordonnance le versement de la somme de 300 fr. pour les honoraires de l'avocat qui a assisté à l'instruction le Dr R. (Seine) inculpé de contravention à la loi sur les stupéfiants et a obtenu un non lieu.

Le Dr E. (Morbihan), prévenu d'escroquerie dans deux affaires d'accidents du travail, obtient l'appui pécuniaire après une étude du dossier et une entrevue, desquelles il semble résulter que la prévention ne repose pas sur des bases sérieuses.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. (Pas-de-Calais), inculpé de violation de la législation sur les stupéfiants, pour se faire assister à l'instruction par un avocat.

Le Conseil ordonnance le versement d'une somme de 5.000 fr. pour permettre à un adhérent d'éviter,

par le versement d'une indemnité, une action en dommages-intérêts, à la suite d'une erreur qui engage d'une façon certaine sa responsabilité professionnelle.

Le Dr M. (Gard) est l'objet d'une plainte correctionnelle de la part d'un ancien client qui, sur une demande en paiement d'honoraires, avait formé contre lui, reconventionnellement à une demande en paiement d'honoraires, une demande en dommages-intérêts. Le juge de paix s'était déclaré incompétent.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour défendre à cette nouvelle action.

Le Dr F. (Haute-Loire), ayant été assigné en dommages-intérêts par une cliente qui lui reproche de lui avoir fourni un appareil dentaire défectueux, le tribunal vient d'ordonner une expertise.

Bien que le Dr F. n'ait pas saisi le « Sou » dès le début de cette affaire, croyant qu'elle n'aurait pas de suite, le Conseil l'admet au bénéfice de la Caisse de garantie, aucun inconvénient n'étant résulté de ce manquement aux prescriptions des statuts et règlements.

Accidents du travail.

Le Dr H. (Cantal) a touché sans procès les honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à un charretier blessé au service des Ponts et Chaussées.

Les honoraires de son avoué se sont élevés à 30 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. (Ariège) a soigné un ouvrier agricole, blessé au cours d'un battage, mais non par le fait du moteur ou de la machine. Un procès est en cours entre le blessé et le patron, qui refuse de payer les honoraires du médecin.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr D. pour citer le patron en justice de paix.

Le Dr H. (Meurthe-et-Moselle) a soigné un accidenté du travail dans un hôpital privé, sis à 40 mk. de l'hôpital public le plus voisin. La compagnie lui oppose le « tout compris ».

Le Conseil considérant que, en l'espèce, l'urgence peut être légitimement invoquée, donne l'appui pécuniaire au Dr H. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Honoraires de droit commun.

Le Dr D. (Eure-et-Loir) a obtenu le paiement d'une somme de 50 fr. sur les honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile . M. Audebert propose de compenser cette somme avec les frais et honoraires qui lui sont dus à lui-même pour cette affaire.

Le Conseil accepte cette proposition et ordonnance le versement au Dr D. de ladite somme de 50 francs.

Le Dr B. (Cavaldos) avait obtenu l'appui pécuniaire pour recouvrer une note d'honoraires contestée. Mais l'affaire a dû être abandonnée par suite de la négligence de l'huissier local, qui a laissé acquérir la prescription, que le débiteur se propose d'invoquer.

L'huissier demande 10 fr. d'honoraires, que le Conseil refuse le lui payer. Par contre, il ordonnance le versement à M. Audebert des 30 fr. d'honoraires qu'il demande pour s'être occupé de cette affaire.

Le Dr M. (Seine-et-Marne) a obtenu amiablement le paiement des 4.000 fr. d'honoraires chirurgicaux qu'il réclamait à une cliente.

Le Conseil approuve le règlement effectué par l'avoué, qui a retenu 150 fr. pour ses honoraires et 32,20 pour frais de sommation et ordonnance le versement au Dr M. des 4.000 fr. touchés pour son compte.

Le Dr A. (Eure) a recouvré sans jugement les 302 fr. d'honoraires pour lesquels l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Les frais s'élevant à 102,65, ont été partagés par moitié entre les parties. Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr A. de la moitié qu'il a payée, soit 51,30.

Le Dr C. (Seine), ayant poursuivi une cliente en paiement d'une note d'honoraires de 1.200 fr., le juge de paix, malgré un rapport d'expertise concluant au bien fondé de la demande, a estimé que, étant donnée la situation sociale de la cliente, l'acompte de 360 fr. qu'elle avait versé était suffisant et libératoire.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C. pour interjeter appel de ce jugement.

Le Dr B. (Var) explique que s'il a accepté de payer les frais du procès, bien que le jugement lui ait donné gain de cause, c'est sur la pression du juge de paix.

Le Conseil en conséquence, ordonnance le remboursement au Dr B. des 273,30 de frais et honoraires qu'il a eu à supporter dans cette affaire.

Le Dr S. (Hérault), ayant accouché la femme d'un employé de chemin de fer, qui depuis a demandé le divorce, ne peut se faire payer par le mari, qui soutient que, sa femme ayant droit aux soins gratuits du médecin de la compagnie, il ne doit pas les honoraires d'un autre médecin.

L'appui pécuniaire est donné au Dr S. pour poursuivre le mari et la femme.

Le Dr F. (Maine-et-Loire) ne peut obtenir paiement d'une note de 820 fr. pour soins dentaires et

fourniture de deux couronnes à une fillette, le père prétendant qu'il n'a pas autorisé ces soins et cette fourniture.

Comme il résulte des renseignements donnés que la fillette était accompagnée d'une personne représentant la famille, le Conseil accorde au Dr F. l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr G. (Seine-et-Oise) a soigné, avant l'application de la loi sur les accidents du travail à l'agriculture, un ouvrier d'une Société de courses, blessé dans son travail. La Société lui offre 600 fr., alors que sa note s'élève à 1.115 fr.

Cette note ne semblant nullement exagérée, l'appui pécuniaire est accordé au Dr G. pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr R. (Alpes-Maritimes) a recouvré sans jugement les 2.500 fr. d'honoraires que des clients refusaient de lui payer.

Il a versé, pour frais et honoraires d'huissier, la somme de 251, 75, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. (Drôme) a été payé, après l'audience du juge de paix et sans jugement, des 350 fr. d'honoraires que son client contestait.

Il a payé, pour honoraires d'avocat, 80 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr R. (Haute-Saône) est dénigré par des clients, auxquels il demande le paiement de mille francs d'honoraires pour soins consécutifs à un accouchement.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de sa note.

Le Dr C. (Tarn-et-Garonne) a soigné la belle-sœur d'un représentant de commerce, qui la conduisait à l'hôpital pour accoucher et ne peut obtenir le paiement des honoraires qui lui sont dus.

L'appui pécuniaire lui est accordée pour poursuivre solidairement le beau-frère et la belle-sœur.

Le Dr C. (Isère) a donné ses soins à la victime d'un accident de montagne. A une demande en paiement de 2.500 fr. d'honoraires, pour réduction de fracture et huit visites à 26 km., le client répond par une offre de 700 fr.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires en justice.

Le Dr D. (Gironde), ayant accouché une parente éloignée, habitant à 40 km. de sa résidence et lui ayant fait 53 visites, a demandé 5.500 fr. d'honoraires, dont il n'a pu obtenir le paiement, malgré plusieurs réclamations et la présentation d'une traite.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires devant le tribunal civil, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr J. (Gironde), ayant soigné la victime d'un accident de motocyclette, ne peut obtenir le paiement des 75 fr. d'honoraires qui lui restent dus par le motocycliste, qui a reconnu sa responsabilité à son égard.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de cette somme.

Le Dr A. (Ille-et-Vilaine), ayant soigné un cultivateur, assujetti volontaire à la loi sur les accidents du travail, blessé dans son travail, la compagnie prétend payer ses honoraires au tarif ministériel.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement, contre son client, au tarif de droit commun.

Le Dr R. (Var) est traîné en appel d'un jugement qui a condamné un ancien client à lui payer 500 fr. d'honoraires, en même temps qu'il prononçait des condamnations en paiement d'honoraires au profit de deux autres médecins et de fournitures pharmaceutiques au profit d'un pharmacien.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr R. pour défendre à cet appel.

Baux et locations.

Le Dr B. a perdu un procès contre son propriétaire, qui demandait l'application de la loi sur la revision des baux de longue durée, le tribunal ayant attribué à sa clinique le caractère commercial.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuinaire pour interjeter appel de cette décision.

Divers.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. (Gironde) pour former un recours en Conseil d'Etat contre sa révocation des fonctions de médecin inspecteur des écoles qui a été prononcée sans que son dossier lui ait été communiqué et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de mille francs.

Le Dr D. (Alpes-Maritimes) communique copie de la délibération d'un Conseil municipal qui alloue à un médecin une indemnité de 7.000 fr. par an pour soigner la population de la commune, inscrite ou non à l'assistance.

L'affaire étant semblable à celle pour laquelle l'appui a été antérieurement donné au même adhérent, et qui concernait une autre commune, l'appui pécuniaire est également accordé pour former un recours en Conseil d'Etat et le versement d'une provision est ordonnancé à cet effet.

Le Dr D. (Marne) a gagné le procès qui lui avait été intenté par un notaire, en garantie d'une de-

mande en remboursement d'un prêt effectué pour l'achat d'une clientèle par un confrère.

Les honoraires de son avocat se sont élevés à 400 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement

Le Dr G. (Eure-et-Loir), dont le procès en nullité de testament, pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé, s'est terminé par le désistement de son adversaire, fait don à la caisse du « Sou » d'une somme de cent francs. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Syndicat des stomatologistes, étant dans l'intention de poursuivre pour usurpation du titre de docteur, plusieurs chirurgiens dentistes qui se parent de ce titre auquel ils n'ont pas droit, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire à cet effet, dans la proportion du nombre des membres du Syndicat qui font partie du « Sou médical ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **IXe Réunion neurologique internationale annuelle.** — La 9e réunion neurologique internationale annuelle se tiendra, à Paris les mardi 3 et mercredi 4 juillet 1928, dans l'amphithéâtre de l'école des infirmières, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h., l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude : Les tumeurs cérébrales ; Diagnostic et traitement.

Rapporteurs : 1° pour la neurologie : M. Clovis Vincent ; 2° pour la radiologie : M. A. Béclère ; 3° pour l'ophtalmologie : MM. Bollack et Hartmann ; 4° pour la chirurgie : M. de Martel.

En outre, la Société tiendra, le jeudi 23 juin, une séance consacrée à l'anatomie pathologique et, le jeudi 5 juillet, sa séance normale. Ces deux séances auront lieu à la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, et sont consacrées aux communications portant sur des questions diverses.

— **VIIIe Congrès international de chirurgie.** — Le VIIIe Congrès international de chirurgie se tiendra à Varsovie en juillet 1929, sous la présidence du professeur Hartmann (de Paris). Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour : 1° Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire ; 2° Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal ; 3° Traitement de la maladie de Basedow ; 4° Chirurgie réparatrice de la hanche.

Les demandes d'admission à la Société doivent être adressées au délégué de chaque pays ; pour la France, à M. Robert Proust, 2, avenue Hoche, à Paris.

— **Congrès international de protection de l'enfance.** (Paris du 8 au 12 juillet 1928). — Le Congrès est organisé par la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge, l'Association internationale pour la protection de l'enfance, l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, l'Union internationale de secours aux enfants, le Comité national de l'enfance.

La cotisation pour les membres titulaires est de 60 francs français. Elle donne droit à la participation complète au Congrès (publications, fêtes, etc.). Tout membre titulaire qui désire faire une communication (en dehors des questions posées) sur un sujet intéressant la protection de l'enfance doit s'inscrire en adhérant au Congrès.

La cotisation pour les membres associés est de 30 francs français. Elle leur permet seulement d'assister aux séances, fêtes et visites du Congrès.

Le Congrès comprendra :

1° Une section de maternité. Question : « Maisons maternelles » (Asiles pour femmes enceintes et mères nourrices). Rapport général : Dr Trillat (France) ; rapporteurs spéciaux : MM. Hialford (Angleterre), M. Martinez Vergas (Espagne).

2° Une section de première enfance. Question : « Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel ». Rapporteur général : Dr Lereboullet (France) ; rapporteurs spéciaux : Dr Matija Ambrosie (Serbie), prof. Cacace (Italie), Dr Aourlet (Belgique), Dr Crowski (Pologne), Dr Helen Mac Murchy (Canada), Dr Sarabia (Espagne), Dr S. Vera (Grèce).

3° Une section de seconde enfance. Question : « Organisation des établissements de plein air pour enfants, au double point de vue médical et pédagogique ». Rapporteurs généraux : Dr Dufestel (France), partie médicale ; M. Ad. Ferrière (Suisse), partie pédagogique ; rapporteurs spéciaux : M. Demaseurs (Belgique) ; Dr Hita (Japon) ; M. Lemanier (France) ; Miss Margaret Mac Millan (Angleterre) ; Dr Eduardo Massip (Espagne) ; prof. Mario Rocazzi (Italie). Etude générale sur les colonies de vacances, Dr Dequidt.

4° Une section de service social. Question : « Les idées directrices du service social dans la protection de l'enfance ». Rapporteur général : Bureau Fédéral de la Protection de l'Enfance de Washington (Etats-Unis) ; rapporteurs spéciaux : Dr Gonsalès Alvarez (Espagne) ; Mme Dr Ancona (Italie) ; Mlle Delagrange, Mme Cetting (France), Frau Eiserhard (Allemagne) ; Mlle Haye (Hollande), Miss Mac Adam (Angleterre) ; Mme Mulle (Belgique) ; prof. Morquio (Amérique du Sud).

5° Une section de l'enfance malheureuse ou moralement abandonnée. Question : « Etude pratique du fonctionnement des tribunaux d'enfants ». Rapporteur général : M. X... ; rapporteurs spéciaux : prof. Ugo Conti (Italie) ; M. C. T. de Jong (Hollande) ; M. Lindsay (Etats-Unis) ; Frau D. Mende (Allemagne) ; M. Paz Anchorona (République Argentine) ; M. Wets (Belgique).

Les rapports généraux seront publiés en français et en anglais. Le temps consacré à chaque communication sera au maximum de cinq minutes. L'impression de toute communication ne devra pas dépasser quatre pages. Un règlement d'ordre intérieur sera publié au moment du Congrès. Pour tous renseignements, s'adresser au siège du Congrès, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e). Tél. : Elysées 04-01.

— **VIe Congrès international d'assistance publique et privée** (Paris, 5 au 7 juillet 1928). — Ce Congrès fait partie de la « Quinzaine sociale internationale »

où il voisinera avec les Congrès internationaux de la Protection de l'enfance, de l'Habitation, et avec la conférence internationale du Service Social.

Les promoteurs de la « Quinzaine sociale » organisent, en outre, une exposition dite de « l'Habitation et du Progrès social » qui se tiendra du 15 juin au 15 juillet.

Le reçu de la cotisation de congressiste n'est délivré que sur demande expresse de l'adhérent, mais il est remis à chaque membre participant une carte rouge ou bleue, suivant que celui-ci désire ou non les publications du Congrès. Il est égalementremis à chacun des adhérents des différents Congrès qui font partie de la Quinzaine sociale une carte d'entrée permanente à l'exposition, qui leur servira, en outre, à obtenir les réductions accordées sur les transports en chemin de fer et la dispense du visa exigé sur certains passeports.

Pour tout ce qui est de l'utilisation de cette dernière carte, prière de s'adresser au service commun des Congrès et de l'exposition, qui a son siège à Paris, au commissariat général de l'exposition, 29, rue de Sévigné. C'est lui qui organisera les visites et les réceptions et qui s'occupera des transports et autres détails matériels ; c'est avec lui qu'on doit correspondre, notamment pour retenir une chambre d'hôtel, si l'on désire s'assurer par avance d'un logement à cette époque où l'affluence des étrangers est considérable à Paris, et pour participer à l'exposition si l'on veut y prendre part.

L'exposition dite de « l'Habitation et du Progrès social » consistera notamment dans la présentation de tableaux et graphiques, de maquettes et reproductions ayant trait aux matières diverses de ces quatre Congrès ; elle est ouverte à tous les pays. Les emplacements sont gratuits, mais leur étendue sera naturellement limitée par la place disponible ; les personnes ou collectivités qui désireraient y être admises doivent le faire connaître le plus tôt possible à son commissaire général, M. Raoul Mortier, en spécifiant la surface murale, ou sur le sol, qui leur serait nécessaire. Il ne sera perçu qu'un droit fixe de cotisation de deux cents francs français par exposant ; mais les exposants qui auront besoin d'une installation particulière en supporteront la charge, sans compter leur participation éventuelle aux frais de gardiennage.

Pourront être exposants : 1° les gouvernements ou les pays, les provinces ou les villes ; 2° les institutions publiques ou privées d'assistance et de bienfaisance ; 3° les représentants qualifiés d'œuvres sociales.

L'exposition n'a aucun caractère industriel ni commercial, ce qui ne l'empêchera pas de comprendre des installations techniques telles que l'aménagement moderne des services hospitaliers et des appareils imaginés pour soulager les diverses catégories d'infirmes.

En ce qui concerne le Congrès d'assistance, voici son horaire :

Jeudi 5 juillet 1928 : 10 heures, ouverture du Congrès ; 11 heures, réunion de sections ; 15 heures, première assemblée plénière, discussion des rapports de M. Van Overbergh et de M. Valagutta.

Vendredi 6 juillet 1928 : 10 heures, réunion de section ; 15 heures, deuxième assemblée plénière, discussion des rapports de M. le Dr Polligkeit et de Mlle Fox.

Samedi 6 juillet 1928 : 20 heures, réunion de sections ; 15 heures, troisième assemblée plénière, discussion du rapport de Mlle Chaptal, cloture du Congrès.

D'après les traditions de la permanence des congrès, ne peuvent être discutées aux assemblées plénières que les questions figurant à l'ordre du jour général ; mais toutes autres questions rentrant dans le cadre de l'assistance ou de la bienfaisance sont susceptibles de figurer, si le temps le permet, aux ordres du jour des sections, à la condition d'être admises par le bureau.

Tout adhérent au Congrès a le droit d'envoyer des communications écrites sur les questions d'assemblée plénière ou de les présenter verbalement en séance. Il a aussi le droit de s'inscrire à la fois à une ou plusieurs sections et d'y prendre la parole.

Le sectionnement est le suivant : 1re section : Enfance et adolescence (questions qui n'auraient pu prendre place dans le programme du Congrès international de protection de l'enfance, qui se tiendra en même temps).

2e section : Assistance en général (hôpitaux, hospices œuvres de secours à domicile, etc.).

3e section : Assistances spéciales (aliénés, sourds-muets, aveugles, dépôts de mendicité, monts-de-piété, etc.).

Les cotisations pour le Congrès, vingt-cinq ou cinquante francs, doivent être adressées directement au secrétaire-trésorier ou au trésorier-adjoint, M. de Mouy, 7, rue Cambacérès, ou remises à un Comité national de propagande agréé pour cet objet. Dans les pays où il n'a pas été constitué de Comité spécial de propagande, le Comité national institué pour le Service social peut en tenir lieu. En Angleterre, la fonction de Comité national de propagande est remplie par « The Charity organization Society », déléguée à cet effet par le Comité britannique d'organisation institué avant la guerre. La délivrance de la carte rouge ou bleue doit se faire immédiatement après le versement de la cotisation au Comité international.

Le secrétaire-trésorier du Comité international des Congrès d'assistance publique et privée : Georges Rondel, Bureau à Paris, 49, rue de Miromesnil. Adresse particulière : 161, boul. Murat. Compte postal : n° 806. Paris.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *De nouvelles réductions sont consenties sur les prix des billets d'aller et retour de famille.* — Les billets d'aller et retour de famille à prix réduits, qui offraient déjà de sérieux avantages aux familles effectuant un parcours d'au moins 300 kilom. retour compris, en présentent maintenant de plus appréciables encore.

La famille doit se composer, comme précédemment, d'au moins trois personnes, dont le père ou la mère, mais dans ce minimum, une personne peut être remplacée par un seul enfant de 3 à 7 ans, au lieu de 2 enfants de 3 à 7 ans antérieurement.

D'autre part, le billet peut comprendre, en plus des domestiques, un chauffeur par voiture remise au transport.

Enfin, la réduction de prix est consentie à partir de la deuxième personne au lieu de la troisième personne primitivement. Elle est de 25 % pour la deuxième personne, de 50 % pour la troisième personne et de 75 % pour les suivantes.

Des réductions supplémentaires, variant de 10 % à 45 % sont accordées aux familles de quatre personnes au minimum effectuant un parcours total d'au moins 400 kilomètres.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Siège Social : **37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)**

C. M. 5-1928

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ....

médecin à .... *Rue* .... *Dépt* ....

né le .... *à* ....

reçu devant la Faculté de .... *le* ....

membre de (1) ....

ou présenté par MM. (2) .... *déclare*

adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL**

ou (3) { *Envoie au Trésorier la somme de quarante francs pour la cotisation de l'année* 1928.
Verse cette somme au compte de chèques postaux : Sou Médical, Paris 182-31.

Je déclare, en outre, être déjà assuré contre la responsabilité civile à ....

.... *jusqu'à concurrence de* (4) ....

et abonné au « Concours Médical » (5) *A* ...., *le* ....

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères membres du Sou Médical.
(3) Rayer la mention qui ne convient pas.
(4) En cas d'assurance antérieure, indiquer la ou les Compagnies auxquelles l'adhérent est déjà assuré et la somme assurée.
(5) Rayer cette mention, s'il y a lieu.

Envoyer ce Bulletin AVEC LE MANDAT INCLUS au Trésorier du **Sou Médical** : Dr A. Gassot à Chevilly (Loiret) ou remplacer le mandat par un versement au compte de chèques postaux Sou Médical Paris 182-31

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)

France.. 45 fr.

BULLETIN D'ABONNEMENT

Référence — P. 5-1928

Je soussigné (nom, prénoms) ....

Médecin à .... *Rue* .... *No* ....

arrondissement de .... *département de* ....

déclare m'abonner au Journal le « CONCOURS MÉDICAL » à partir du ....

ou (*) { *Ci-inclus, j'envoie un mandat de 45 francs.*
je verse le montant au compte de chèques postaux (Concours Médical, Paris 167.95).
je demande le recouvrement postal à mes frais.

(*) Rayer la mention qui ne convient pas.

La présente déclaration comporte, **sauf avis contraire**, adhésion aux Statuts de la Société d'études du *Concours Médical* (1)

A .... *le* 192

(SIGNATURE)

Les abonnements partent du 1er de chaque mois (45 fr. pour la France). On peut envoyer un mandat-poste ou verser au compte chèques postaux 167.95. — A défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile (3 fr. en plus). *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.*

Adresser ce bulletin, rempli et affranchi comme lettre, à M. C. Boulanger, Administrateur du " CONCOURS MÉDICAL ", 37, Rue de Bellefond, PARIS (9e).

(1) Les statuts seront envoyés sur demande.

LA DÉFENSE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN

par le SOU MÉDICAL

Plus de cinq mille praticiens français sont membres du « Sou Médical » et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels dont ils sont menacés, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte cinq juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'Appel de Paris et un avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat. En outre une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les adhérents, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie destinée à faire face, jusqu'à 70.000 francs, en outre des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours médical*, les membres du « Sou Médical » bénéficient d'une couverture supplémentaire de 30.000 francs, soit au total cent mille francs.

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de 40 francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, paiement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps Médical Français

Société de Secours Mutuels libre, inscrite sous le n° 1445

Siège Social : 37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)

INDEMNITÉS MALADIES ACCIDENTS — RETRAITES — PENSIONS AUX VEUVES

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné (nom, prénoms) (1) ....

Médecin à (adresse exacte) (1) .... *Département de* (1) ....

Arrondissement de (1) .... *Canton de* (1) ....

Né à .... *le* ....

prie M. le Dr MIGNON au Vésinet (S.-et-O.), Secrétaire général, de m'adresser les statuts et renseignements nécessaires pour m'éclairer sur les conditions d'admission aux combinaisons (2) *suivantes* :

Indemnités Maladies Accidents	**10** fr. par jour.
	20 fr. —
	30 fr. —
	40 fr. —
	50 fr. —
Retraites.	à 60 ans **120** fr. à **2.400** fr.
	à 65 ans **120** fr. à **2.400** fr.
Pensions aux Veuves	au décès **1.200** fr.

A ...., *le* ....192...

SIGNATURE :

(1) Ces renseignements sont indispensables pour permettre l'établissement des dossiers.
(2) Rayer celles qu'on ne choisit pas.
(3) Les retraites de 60 à 65 ans peuvent se cumuler. Elles peuvent aller jusqu'à **4.800** fr. par combinaison. Et les femmes ont les mêmes droits que leurs maris, ce qui constituerait une retraite possible de **9.600** fr. par ménage.

Adresser ce bulletin complètement rempli et signé à M. le Dr MIGNON, Secrétaire Général, Le Vésinet (S.-et-O.).

2° Je viens de vendre une auto sur laquelle je perds plus de 10.000 fr. Dois-je faire une déclaration de cette somme en tant que revenu ?

Dr X.

Réponse.

1° Si, en 1926, vous aviez tenu compte du prix d'achat de 25.000 francs dans votre déclaration de revenu, le prix de revente de 10.000 fr. devait logiquement venir en augmentation de vos bénéfices de 1927, année de la cession. Nous ajoutons toutefois que, fort probablement, l'administration soutiendra que ces opérations d'achat et de vente se traduisent par une perte *en capital*, qui ne doit pas influencer vos revenus, mais, évidemment, elle prétendra que le prix d'achat de 25.000 francs n'était pas déductible.

2° Vous avez dû tenir compte de l'amortissement de votre voiture dans vos déclarations antérieures ; il faudrait savoir si vous avez fait état de ces amortissements pour calculer votre perte de 10.000 francs. Au surplus, si le prix d'achat de la voiture a eté porté dans vos dépenses professionnelles, il est évident que la perte de 10.000 francs ne pourra venir en déduction de vos bénéfices ou revenus.

A. M.

1349. — Calcul du loyer base de la patente.

Voulez-vous être aimable de me donner le renseignement suivant au sujet de mes impôts-patente ?

Mon loyer est de 7.000 fr. et je paye plus de 400 fr. d'impôt foncier à ma propriétaire.

La feuille que je reçois compte sur un loyer de 8750 fr.

Le contrôleur m'a donné l'explication suivante :

Bail	6000 fr.
Garage	1000 »
Charges vous incombant d'après le bail	1500 »
Garage	250 »
	8750 fr.

et l'impôt net que j'ai à payer est : 4.041 fr. 98.

Il résulte de cela qu'en impôts, au total, je paye le 1/3 de ce que je gagne dans l'année.

Je trouve le sacrifice lourd et avant de payer, je voudrais savoir ce que l'on appelle les charges, comment elles sont calculées.

Dr B.

Réponse.

L'estimation du contrôleur est justifiée dans son principe ; au prix du loyer doivent être ajoutées les charges. Mais son évaluation des charges est peut-être exagérée. Seul, l'examen du bail nous permettrait de vous fixer.

A. M.

1226. — Exonération d'impôt sur un immeuble neuf.

J'ai fait édifier sur un terrain loué avec promesse de vente un immeuble dont je suis, bien entendu, le propriétaire.

Le fisc me réclame pour mon immeuble un impôt sous le prétexte que je suis bien propriétaire de l'immeuble, mais pas du terrain.

N'y a-t-il pas là une erreur d'interprétation de la loi ? Je croyais en effet que tout immeuble neuf était dégrevé d'impôt pendant 10 à 12 ans ! Le fait de ne pas être propriétaire du terrain sur lequel on bâtit change-t-il quelque chose aux droits du propriétaire ? Si le fisc réclame indûment, comment faire pour obtenir le dégrèvement auquel j'ai droit et comment me faire rembourser les sommes qui ont déjà été versées.

Dr N.

Réponse.

Le fait que vous n'êtes pas propriétaire du terrain ne vous empêchera pas de bénéficier de l'exonération d'impôt foncier pendant quinze ans, si l'immeuble construit constitue votre habitation principale.

S'il s'agissait d'une habitation de plaisance, l'exonération ne serait acquise que pour l'année de l'achèvement et les deux années suivantes. En cas d'imposition prématurée, présentez au préfet une demande sur timbre dans les trois mois de la publication du rôle.

1550. — Le propharmacien n'est pas assujetti à l'impôt sur les bénéfices commerciaux.

J'ai fait en temps légal ma déclaration d'impôt, de la façon que vous avez toujours indiquée dans le *Concours*, c'est-à-dire la suivante :

Recettes	61.000
Dépenses	39.600
Bénéfice	21.600

Le contrôleur me demande il y a quelque temps quel est le bénéfice de la propharmacie. Notez quee je savais très bien ce que vous avez encore répété au Dr B. dans le numéro du 8 avril du *Concours*, à savoir que la propharmacie n'est que l'accessoire de la médecine ; mais voulant éviter des histoires, je réponds néanmoins que mon bénéfice pharmaceutique était d'environ 6.500. Je pensais bien que cette histoire était terminée, mais aujourd'hui je reçois la demande de renseignements ci-incluse.

Je comprends très bien qu'ici le contrôleur s'est trompé, plus ou moins volontairement à mon avis, car ma déclaration et mes explications étaient extrêmement nettes ; il a pris la déclaration de 61.000 comme chiffre d'affaires purement médical et ajoute au bénéfice médical pur calculé sur les 61.000 les 6.500 de pharmacie.

Si je vous écris aujourd'hui, c'est pour vous prier de bien vouloir me dire exactement dans quels termes je dois répondre, étant donné surtout que dans votre réponse au n° 1150 vous disiez :

« Mais si le contrôleur prétend vous faire supporter pour vos bénéfices pharmaceutiques l'impôt sur les bénéfices commerciaux, avisez-nous immédiatement.... etc. ».

Or, c'est bien mon cas, c'est pour cela que je vous communique le papier de contrôle.

Dr M.

Réponse.

A la note du contrôleur, nous vous conseillons de répondre en précisant que vos recettes de pharmacie sont comprises dans le total de 61.000 francs déclarés et qu'en conséquence le bénéfice de 6.500 francs réalisé sur ces recettes ne doit pas être ajouté au bénéfice déclaré, ni d'ailleurs faire l'objet d'une imposition distincte à la cédule des bénéfices commerciaux, attendu qu'il résulte d'une réponse du Ministre des finances, parue au « *Journal officiel* » du 20 janvier 1926 que « ... le médecin qui, dans les localités dépourvues de pharmacien, fournit aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires sans tenir d'officine et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce. Par suite, les dispositions de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925 ne lui sont pas applicables et il doit être soumis, pour l'ensemble des profits qu'il retire de l'exercice de sa profession, à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales ».

A. M.

1253. — Situation fiscale du fils travaillant comme salarié de son père.

Mon fils demeure avec moi et exerce la médecine avec moi. Pour le moment, nous ne sommes pas des associés, il travaille pour moi et je lui donne un tant par mois.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire :

1° S'il est justiciable d'une patente ?

2° Sur quel loyer sera basée sa patente, puisque je le loge et que c'est moi qui paye tout le loyer de 2.200 fr. par an ?

3° L'année prochaine, en février 1929, quels revenus professionnels aura-t-il à déclarer puisqu'il est plutôt salarié ?

Dr F.

Réponse.

1° Si votre fils peut être considéré comme votre employé salarié, il ne doit pas être imposé à la patente.

2° Sa patente devrait porter au plus sur la valeur locative des locaux professionnels (imposés une première fois à votre nom) et sur la valeur locative totale des pièces d'habitation occupées par lui seul.

3° En 1929, il déclarera la somme que vous lui aurez versée à titre de salaire.

A. M.

Application du Tarit Fallières

I

1410. — Contre-visite d'un médecin patronal ou d'une Compagnie d'assurances.

Seriez-vous assez aimable de me dire, si une contre-visite demandée par la Cie d'assurances doit être payée 12 × 3 = 36 fr., plus les kilomètres, tant pour le médecin traitant que pour le médecin contre-visiteur.

Une compagnie la P. s'y refuse et prétend payer seulement 12 + 6 + 6 = 24 fr.

Lequel de nous deux a raison.

Dr B.

Réponse.

La présence du médecin traitant à la contre-visite d'un médecin du patron ou d'une assurance est tarifée à l'article 3-*a*), soit le prix d'une visite majorée de 50 %. Elle est donc payée 12 + 6 = 18 francs plus le déplacement, s'il y a lieu.

Quant au médecin envoyé par la Compagnie, le paiement de ses honoraires n'est plus affaire de tarif Fallières, mais de droit commun, et doit être traité à l'amiable entre la Compagnie mandante et lui, qui a agi comme mandataire de la dite compagnie.

Dr F. Decourt.

II

1413. — Appareil plâtré pour fracture du péroné.

Je viens vous prier, comme membre du « Sou Médical », de me donner le renseignement suivant :

Dans le tarif des accidents du travail, je vois :

1° Réduction et contention d'une fracture du péroné : 25 francs.

2° Appareils plâtrés, sans réduction, pose seule, 50 francs.

Si j'emploie pour la contention d'une fracture du péroné, un appareil plâtré, quels sont mes honoraires ? et à quoi répond ce chiffre de 25 francs ?

Dr B.

Réponse.

Dans le cas où, pour une fracture du péroné, vous auriez été dans la nécessité de faire un appareil plâtré, il semble évident, comme je l'ai déjà fait remarquer, avec acceptation des Compagnies d'assurances, que vous rentrez dans la rubrique « Toute répétition d'appareil plâtré ou silicaté des grands segments de membre : 50 francs », que vous trouverez à la dernière ligne de l'article 18. On ne saurait équitablement payer moins cher une première pose d'appareil plâtré qu'une répétition quelconque. Naturellement, il ne faudrait pas mettre un plâtre..., mettons par principe, sur toute fracture péro-

nière, mais seulement sur celles où un plâtre est indiqué. C'est affaire de conscience médicale.

F. D.

Baux et Locations.

1311. — Population ayant augmenté de plus de 5 %. Droit à la prorogation.

Le 21 mars dernier, vous m'aviez informé que j'avais droit à une prorogation de bail jusqu'au 1er avril 1931 à la condition que la population de la commune ait augmenté de 5 % entre les deux derniers recensements.

Je viens de recevoir de mon propriétaire, par huissier, un avis de congé me priant de laisser libre, dans un délai de six mois, l'appartement que j'habite actuellement et qui me sert aussi à l'usage de ma profession.

Je crois me trouver dans les conditions requises, la population ayant augmenté de 8 % entre 1921 et 1926.

Je voudrais avoir confirmation du renseignement reçu antérieurement et savoir :

1° Quelles formalités je dois remplir, s'il y en a, pour avoir droit à la prorogation ?

2° Dans quelle proportion mon propriétaire peut exiger une augmentation de loyer qui est fixé à mille francs par an, par bail verbal datant de 1919 ?

Je dois ajouter que j'ai en main une lettre de mon propriétaire, non signée, mais écrite par lui-même, qui me précise les conditions de ce bail.

Dr S.

Réponse.

Puisque la population de votre commune a augmenté de 8 % entre le recensement de 1921 et celui de 1926, vous devez bénéficier de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, de la fin de votre bail au 1er avril 1931.

Pour cela, vous n'avez aucune formalité à accomplir, aucune signification à faire à votre propriétaire, ni même aucune demande à faire.

Cependant, puisque vous avez reçu congé, nous vous conseillons d'envoyer à votre propriétaire une lettre recommandée dans laquelle vous indiquerez votre intention de jouir de tous les avantages de la loi du 1er avril 1926 et notamment de la prorogation jusqu'au 1er avril 1931. Après quoi, vous n'aurez plus qu'à attendre que votre propriétaire porte l'affaire devant le juge de paix, s'il estime devoir le faire.

A noter que le droit de reprise du propriétaire ne peut porter sur votre maison, celle-ci étant affectée, tout au moins partiellement, à l'exercice de votre profession.

En échange de la prorogation, vous devrez payer un loyer égal au loyer de 1914 majoré de 125 % et vous devrez en outre rembourser à votre propriétaire la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies

par lui (s'il en existe), telles que l'eau, le gaz, etc. et les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt sur le revenu des propriétés foncières.

Cette taxation des loyers n'est applicable que jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation pour la seconde période de la prorogation.

Accidents.

1570. — Rente d'un apprenti accidenté du travail.

Je vous serais très obligé de me faire connaître le taux de la rente que doit toucher un ouvrier (apprenti) qui, au moment de sa blessure, touchait 16 francs par jour et qui a une invalidité évaluée à 10 %.

Dr C.

Réponse.

Aux termes de l'article 8 de la loi sur les accidents du travail, le salaire qui doit servir de base à la fixation de l'indemnité allouée à un ouvrier de moins de seize ans ou à un apprenti, en cas d'incapacité permanente partielle, ne doit pas être inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise.

Par conséquent, pour fixer le montant de la rente qui devra être servie à votre blessé, sur la base d'une invalidité de 10 %, il faudra que le juge recherche quel est le salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie.

Il y a là une question de fait qui ne pourra être tranchée qu'après enquête du juge et sur laquelle il nous est impossible d'exprimer un avis.

Cependant, s'il s'agit d'un accident survenu dans une exploitation agricole, nous pouvons vous dire que le salaire de base ne pourra être inférieur au salaire moyen fixé par le préfet en exécution du § 3 de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922.

1598. — Délai de révision d'un accident du travail.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir quel est le délai qui existe après la reprise du travail pour faire valoir des droits à incapacité permanente partielle, dans la loi des accidents du travail et quelle est la marche à suivre pour obtenir satisfaction.

Dr R.

Réponse.

Lorsqu'un accidenté du travail a repris son travail après guérison, ou consolidation de la blessure, il a trois ans pour demander la revision, en cas d'aggravation de son incapacité per-

manente ou de survenance d'une incapacité permanente qui n'existait pas lors de la reprise du travail.

La demande en révision est formée par simple déclaration faite au greffe du tribunal civil du lieu de l'accident.

Questions médico-militaires.

884. — Droits d'un médecin réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire.

Quel est le taux de la pension de réforme d'un aide-major de 1re classe 1er échelon, pensionné à 100 % pour tuberculose pulmonaire ?

Quel est le taux du soldat ?

Quel est le supplément pour le grade ?

Combien l'allocation aux grands invalides n° 4.

Sans enfant à sa charge.

Si ce médecin — soit uniquement pour raisons de santé, soit pour raisons de convenances personnelles, cessait l'exercice de sa profession, aurait-il de ce fait, un droit ferme à l'allocation prévue pour les tuberculeux ayant cessé tout travail et non hospitalisés ?

Dr M.

Réponse.

Un officier de réserve qui, par conséquent, ne touche pas une pension d'ancienneté, reçoit une pension d'invalidité dont le montant varie avec le grade détenu au moment où la pension a été accordée.

Pour un médecin aide-major de 1re classe, 100 % valent actuellement : 6.290 fr. L'allocation n° 4 sans enfant est de 1.400. L'indemnité spéciale de 7.000 francs n'est accordée qu'aux tuberculeux devant cesser tout travail pour raisons de santé et non pour convenances personnelles.

1031. — Droit à la retraite proportionnelle.

Démissionnaire de l'armée active en novembre 1919 comme médecin-major de 2e classe, je comptais à cette date 19 années de service effectif plus cinq années de guerre.

Est-ce que dans ces conditions, je n'aurais pas droit à une retraite proportionnelle aux termes de la loi d'avril 1924, qui admet qu'après quinze ans de service, les officiers ont droit à une retraite proportionnelle ?

Dr C.

Réponse.

D'après l'article 44 de la loi du 14 avril 1924, il faut quinze ans accomplis de services effectifs et 33 ans d'âge pour obtenir une retraite proportionnelle. Mais la jouissance de cette pension est différée jusqu'au jour où l'intéressé aurait eu

droit à une pension d'ancienneté ou aurait été atteint par la limite d'âge, s'il était resté au service. De plus, le nombre des retraites proportionnelles d'officiers à accorder chaque année *sur demande* sera déterminé annuellement par la loi de Finances.

ANTHOLOGIE

La Neige

L'église au long clocher pointu
Ce matin s'est coloriée.
Au loin, la plaine a revêtu
Sa toilette de mariée.

La nuit a versé doucement,
Quand la lune se fût couchée,
La neige éclose au firmament,
D'aucune humanité touchée.

Le récitatif caressant
Des flocons nonchalants balance
Sur le gris du jour commençant
L'accompagnement du silence.

On n'entend plus rien que le fer
Frappant sur l'enclume voisine
Ou la cloche égrenant dans l'air
Les heures molles en sourdine.

Plus de claquements de sabots.
Seul parfois à travers l'espace
Un juron, un bruit de grelots
Annoncent qu'un chariot passe.

Dans la rue, un rare passant
Du bout de son pied qu'il contemple
Effleure le sol en glissant
Comme l'époux entrant au temple.

Tout somnole innocent et pur
Dans l'attente d'un doux mystère.
Le ciel a voilé son azur
Pour ne pas offusquer la terre.

De cette blancheur on dirait
Qu'une sainte pudeur émerge.
Sous la pâleur de la forêt
La terre a des grâces de vierge.

Mais comme la virginité
N'est qu'un prélude de la vie,
Demain dans l'âpre volupté
De ta virginité ravie

Il suffira qu'un beau soleil
Avec amour sur toi se penche
Pour faire, ô terre, à ton réveil
S'évanouir ta robe blanche.

Dr Paul GROSSIER.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Malche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr Ducroux, de Marcigny, la somme de cinq francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 224. — Infirmière, sage-femme de préfér. est demandée d'urg. pour petite clin. chirurg. région de l'Est. Logée, nourrie, blanchie, 600 fr. par mois.

No 225. — Anc. int. hôp. Paris, 30 ans, cherche ds gr. ville import. sit. méd. générale ou de préfér. tte spécial. médic., collabor. et succ. ultér.

No 226. — Centre.Doct. ayant clin. chirurg. demande infirmières conn. salle opérat. et soins à donner aux opérés. Trait. de début 450 à 500 fr. par mois, logée, nourrie, pas de nuit de garde.

No 227. — Méd. 40 ans, longue expér. méd. générale et infant. cherche sit. ou long intérim à Nancy, Paris ou environs imméd.

No 228. — Cabriolet Fiat 10 CV., luxe, très peu roulé, garantie ingénieur.

N° 229. — Oise. Après décès, excell. pharmacie à vendre seule ch.-lieu canton, 55 min. Paris, peu de frais, pays de chasse.

N° 230. — A vendre torp. Vinot-Deguingand 9 CV., 2 pl., demi-taxe. Très bon état de marche. Prix : 4.500.

N° 231. — Urgent. Je donne mon poste de méd.-propharm., 80 km. de Paris-Nord, pour reprise location (4 ans à volonté prolong.). Cause, changem. de situation. Indemn. communale (assist. médicale, visite école, nourrissons, 14 communes), affaire conséquente, pas de sage-femme, méd. et pharm. le plus rapproché : 8 et 12 km.

N° 232. — 2 heures Paris, gr. ville, excell. client. méd. générale, rapp. 80.000, gr. maison part. conf. Indemn. 60.000 dont 40.000 compt. Longue présent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 233. — Bretagne. Ch.-lieu cant., anc. client., rapp. 88.000 (nomb. A T). Belle et vaste maison, gr. jardin. A céd. 45.000 dont 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 234. — Seine-et-Oise. Import. local ouvr. client. de sage-femme en dévelop. Rapp. 22.000, bel appart. tout conf. Indemn. 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 235. — Coutainville (Manche) : A louer pour saison maisonnette bien située, à 1 minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

N° 236. — A sous louer pour Juillet-mi-Août, villa au Pyla-Arcachon en bordure de mer : 3.000 frs. Petit confort, sans gaz. Interdict. malades.

N° 237. — Client. à céder grande ville Gironde, suite bail. Ecrire Dr Dumur, 160, Cours de la Marne à Bordeaux, qui transmettra.

N° 238. — Doct. méd. de la stat. thermale d'Hammam-Righa (Algérie) demande remplaçant pour Juin, Juillet, Août et Septembre.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon** nous informe que la saison thermale est ouverte, à Châtel-Guyon, depuis le 1er mai dernier. L'Etablissement Henry, établissement de deuxième classe, ainsi que les Grands Thermes, établissement de première classe, qui n'ouvriront que le 1er juin, viennent d'être perfectionnés selon les exigences de la technique hydrothérapique la plus moderne. Tous leurs services sont prêts à fonctionner à plein rendement, ainsi que les Buvettes du Parc, aux noms gracieux : Germaine, Louise, Marguerite, Yvonne.

L'Assemblée générale des actionnaires, qui s'est tenue le 5 mai dernier, a voté la distribution d'un dividende de 16 francs brut par action, à une date dont elle a confié la fixation au Conseil d'administration, et qui sera publiée en temps utile.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Maladies des voies respiratoires.* — A la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine : le 14 mai, conférence de M. R. Azoulay sur le *lipiodo-diagnostic des bronchopathies* ; le 16 mai, leçon du professeur Bezançon sur le *traitement de la dilatation des bronches.*

— **Enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — Le 20 mai, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Félix Ramond, sur : *Quelques conceptions nouvelles en pathologie gastrique.*

— **Institut d'actinologie.** — Un *cours spécial d'actinologie* aura lieu en trois jours, les 19, 21 et 22 mai, sous la direction de MM. Saidman et Dufestel. Droits de 150 fr. Les inscriptions sont reçues à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, Paris XVe (Nord-Sud : Convention).

— **Salpêtrière.** *Neurologie.* — Tous les samedis, à 10 h. 30, jusqu'en juillet, conférences de M. Crouzon sur les maladies du système nerveux, les maladies chroniques des os et des glandes endocrines (Consultation du Perron).

— **Hôpital de la Pitié** (service du prof. Vaquez). *Maladies du cœur.* — Un cours de perfectionnement sur les maladies du cœur commencera le 4 juin dans le service du professeur Vaquez.

Il comprendra deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

Première partie : *Radiologie et électrocardiographie.* — Les docteurs Bordet et Géraudel, chefs de laboratoire, feront le matin une série de vingt leçons suivies d'exercices pratiques.

Deuxième partie : *Clinique.* — Le Dr Donzelot, agrégé, médecin des hôpitaux, et les docteurs Mouquin, R. Giroux et Plichet, chefs de clinique, feront, l'après-midi, une série de vingt leçons.

Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droit : 250 fr. pour une série de vingt leçons ou 500 fr. pour les deux séries. Le nombre des assistants est limité.

— **Hôpital de la Salpêtrière.** (*Cours en anglais*) *de chirurgie gastro-intestinale* (Experimental surgery. Post-graduate courses in surgical technique). — M. le prof. Antonin Gosset et M. G. Lœwy feront en mai, juin et décembre des cours en anglais consacrés à la chirurgie gastro-intestinale.

S'inscrire à la Faculté de médecine. Droit : 1.000 fr.

— **Hôpital Saint-Louis.** — Un cours pratique de thérapeutique dermato-vénéréologique sera fait du 11 juin au 13 juillet, à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, saus la direction de M. le professeur Jeanselme. Droit : 250 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté.

— **Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé.** *Conférences.* — Les deux conférences d'intérêt général restant prévues au programme de l'école de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé pour l'année 1927-1928 seront faites à la Sorbonne dans les conditions suivantes :

1° Dimanche 20 mai, à 9 h. 30, par M. le dentiste militaire de réserve Georges Villain : *Le service dentaire dans l'armée mobilisée, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires* ; 2° dimanche 17 juin, à 9 h. 30, par M. le médecin lieutenant-colonel Schickele : *Equipement du service de santé d'un front d'armée.*

La séance mensuelle de *l'Union Fédérative* aura lieu le 21 mai à 21 h., dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Conférence du Dr Mocquot : *Les plaies du cou par projectiles de guerre.*

— **Les médecins à la Chambre des Députés.** — La nouvelle Chambre des députés comprend 45 médecins élus aux récentes élections. La Chambre de 1924 en comprenait 31 seulement.

— **Association des médecins de l'Avant.** — Parmi les nouveaux députés, nous relevons avec plaisir le nom du Dr Paul Caujole, président de l'Association des médecins de l'Avant.

Le Dr Caujole a été pendant la guerre, quatre fois blessé, six fois cité à l'ordre de l'armée et fait chevalier, puis officier de la Légion d'honneur.

Au moment où le Parlement, saisi au Sénat par M. Paul Strauss d'un amendement sur les emplois médicaux réservés en faveur des médecins de l'avant mutilés et réformés, va avoir à s'occuper de cette question, on ne peut que se féliciter à la pensée que les justes revendications des médecins de l'Avant seront soutenues à la Chambre, par leur président lui-même.

— **Congrès de l'association internationale des femmes médecins.** — Le prochain Congrès de l'association internationale des femmes médecins aura lieu à Paris en 1929

— **Rennes.** — *L'Essor médical*, revue nouvellement fondée à Rennes, a pour but de resserrer les liens entre les élèves actuels et les anciens élèves de l'école de médecine de cette ville. Cette revue qui comprendra, dans chaque numéro, une partie scientifique rédigée par le corps enseignant de l'école de médecine et une partie professionnelle, où tous les praticiens sont conviés à écrire, paraîtra tous les mois. Elle fait appel aux médecins, jeunes et anciens, qui ont gardé le meilleur souvenir de leur passage à Rennes et les prie de se faire connaître au directeur de l'*Essor médical*, M. Fulbert Taillard, 108, rue de Paris, Rennes.

— **Hôpitaux de Brest.** — Un interne est demandé à l'hôpital civil de Brest (médecine générale).

— **Tombola pour la « Maison du médecin ».** — Le Dr Boucard fait savoir à ses confrères qu'il organise une tombola au profit de la « Maison du médecin » (Maison de retraite pour les médecins âgés), qui sera tirée le 20 mai à 17 heures à la Faculté de médecine, dans le local où se fera la vente de Charité. Gros lots : chronographes Jæger en or et très beaux postes de T.S.F.

Pour recevoir des billets, écrire : Dr Boucard, 30, rue Singer, Paris, 16e, qui fera connaître la liste des lots (tous de valeur) sur demande. Le billet 5 fr. Le carnet de 10 billets, 50 fr.

— **Enghien-les-Bains.** — L'ouverture de la saison thermale est fixée au 21 mai. Comme chaque année, la direction de l'établissement thermal mettra gracieusement ses services à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— **Croisière à Jérusalem.** — M. Roy, professeur au collège de Gaillac (Tarn), directeur du journal *La caravane*, organise pour le 8 août, une croisière d'études à Jérusalem. Prix : 4.500 fr. Ecrire, pour renseignements concernant cette croisière et autres voyages d'été, à M. Roy.

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 avril.

Codex pharmaceutique.

Additif au Codex pharmaceutique.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 30 mars 1922 relatif aux articles à introduire ou à modifier dans le codex pharmaceutique ;

Vu les travaux de la commission chargée de la rédaction du codex ;

Arrête ainsi qu'il suit les additions à apporter au codex pharmaceutique ;

Page 194, avant l'article Diastase, intercaler l'article ci-après :

Diamino-dihydroxyl-arsénobenzène (dichlorhydrate de).

Arsénobenzol. Arsphénamine (1) ; *arsénobenzolum.*

Le dichlorhydrate de 3,3' diamine-4, 4' dihydroxy-arsenobenzène : HCl (NH°)° (OH)° — C^6H^3 — As = As — C^6H^3 $(OH)^2$ (NH')' HCl, retient 7 à 8 p. 100 environ de liquide d'interposition (eau, alcool, etc.). Il ne doit pas contenir moins de 30 p. 100 d'arsenic.

Caractères. — Poudre jaune clair, dégageant une légère odeur d'éther et d'ail, oxydable à l'air, soluble dans l'eau, l'alcool méthylique, peu soluble dans l'alcool éthylique, insoluble dans l'éther.

Le soluté aqueux à 1 p. 100 est très acide au tournesol ; il s'altère, par oxydation, au contact de l'air ; l'addition, goutte à goutte, de solution normale de soude, détermine la formation d'un précipité soluble dans un excès de réactif ; le carbonate acide de sodium (R) ainsi que le carbonate neutre de sodium au vingtième (R), formant des précipités insolubles dans un excès de réactif.

Le soluté aqueux à 1 p. 100 est précipité par l'acide sulfurique dilué au dixième (R), les solutés de sulfates alcalins, ou un excès d'acide chlorhydrique concentré (R).

Si on ajoute 3 centimètres cubes de solution décinormale d'azote d'argent (R) à 5 centimètres cubes du soluté aqueux à 1 p. 100, le mélange même après dix minutes de contact à la température ordinaire, prend seulement une coloration rouge foncé, et il ne se forme pas de précipité persistant. Si on chauffe ce mélange, après l'avoir additionné de 5 centimètres cubes d'acide azotique pur, il se forme un précipité, d'abord coloré, mais devenant rapidement blanc. Ce précipité, séparé par filtration, est soluble dans l'ammoniaque (chlorure d'argent). Le liquide filtré est additionné de quelques gouttes d'acide chlorhydrique à 25 p. 100 pour éliminer l'excès d'azotate d'argent. Le nouveau précipité de chlorure d'argent est séparé par filtration. Dans le liquide filtré, limpide, l'addition d'un excès d'ammoniaque et d'un volume égal de mixture magnésienne (R) fournit un précipité cristallin qui, recueilli puis lavé à l'ammoniaque diluée (R), et chauffé ensuite avec le réactif à l'acide hypophosphoreux (R), au bain-marie bouillant, pendant vingt minutes, donne un précipité brun d'arsenic.

Essai. — Le soluté aqueux à 1 p. 100 doit être fortement acide au tournesol (différence avec le *novarsénobenzol*). Le précipité formé par addition de soude étendue (R) doit être entièrement soluble dans un excès de réactif (différence avec le *novarsénobenzol*).

Dans une éprouvette de 4 centimètres de diamètre et de 5,5 centimètres de hauteur, contenant 10 centimètres cubes d'eau distillée, à + 20°, laissez tomber à la surface du liquide, peu à peu et sans agiter, 0,2 gramme d'arsenobenzol, en attendant, après chaque

(1) 606. Salvarsan, Tréparsénan (marques déposées).

addition, que les parcelles projetées soient dissoutes. La solution doit être complète après dix minutes (sulfate, sels de chaux, etc.).

Dans un tube à essai, introduisez 0,2 gramme d'arsénobenzol, humectez-le avec VI gouttes d'alcool éthylique ; le mélange doit se dissoudre presque instantanément dans 5 centimètres cubes d'eau distillée. Par addition de 6,5 centimètres cubes de solution quintuple normale de soude (200 grammes d'hydroxyde de sodium par litres), il se formera un précipité de diaminodihydroxyarsenobenzène qui se redissoudra en presque totalité ; après décantation du liquide surnageant, le résidu doit se dissoudre dans 0,3 centimètre cube de la solution quintuple normale de soude.

Dosage de l'arsenic. — Dans un ballon d'attaque à fond rond et à long col, de 300 centimètres cubes, introduisez 0,2 gramme d'arsénobenzol, puis 1 gramme de permanganate de potassium finement pulvérisé. Mélangez les deux produits ; ajoutez-y ,peu à peu et en agitant, 5 centimètres cubes environ d'acide sulfurique à 60 p. 100 (R), puis, par fractions, 10 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré pur (R). Après refroidissement, versez goutte à goutte, lentement 10 centimètres cubes d'eau distillée. Projetez alors quelques cristaux d'azotite de potassium pour redissoudre le bioxyde de manganèse formé, et faites bouillir pendant dix minutes après avoir ajouté 30 centimètres cubes d'eau distillée. Versez ensuite de la solution de permanganate de potassium à 3,16 p. 1.000 (R) jusqu'à coloration rose persistante. Laissez refroidir ; ajoutez 2,5 grammes d'iodure de potassium. Agitez jusqu'à dissolution. Laissez pendant 10 minutes dans un bain d'eau bouillante. Après refroidissement, ajoutez de la solution décinormale d'hyposulfite de sodium (R) jusqu'à décoloration, puis de la solution de permanganate de potassium à 3.16 p. 100 (R) jusqu'à coloration rose persistante.

Faites une deuxième opération sans employer d'arsénobenzol.

1 centimètre cube de la solution de permanganate correspond à 0,00375 gramme d'arsenic. Le nombre de centimètres cubes employés dans la première opération pour obtenir la coloration rose, diminué du nombre de centimètres cubes employés dans la deuxième donne, après multiplication par le facteur 1,875, la proportion d'arsenic pour 100 contenu dans l'arsénobenzol examiné. La quantité d'arsenic ne doit pas être inférieure à 30 p. 100.

Dosage du soufre. — La prise d'essai, comprise entre 0,5 gramme et 1 gramme, est pesée dans une fiole conique de 250 centimètres cubes. Faites passer dans cette fiole 20 centimètres cubes d'acide azotique pur (R), ce qui produit une réaction vive avec dégagement de vapeurs nitreuses. Portez la fiole sur le bain-marie bouillant où vous la laissez pendant deux heures. L'attaque, vive pendant la première heure, se produit avec dégagement très abondant de vapeurs nitreuses ; l'attaque s'atténue ensuite.

Laissez refroidir complètement, ajoutez trois gouttes de brome et abandonnez pendant une nuit.

Transvasez le liquide, de couleur jaune, dans une fiole conique de 500 centimètres cubes et étendez-le à 400 centimètres cubes environ au moyen des eaux de lavage de la première fiole. Pour éviter l'action dissolvante de l'acide azotique sur le sulfate de baryum formé ci-après, saturez partiellement cet acide en ajoutant, par très petites portions pour éviter un débordement dû au départ du gaz carbonique, 20 grammes de carbonate de sodium cristallisé pur. Portez la fiole sur le bain-marie et lorsque le liquide aura atteint + 95° environ, précipitez l'acide sulfurique formé par addition de 20 centimètres cubes d'azotate de baryum (R).

Le sulfate de baryum précipite lentement mais il est bien cristallisé. Recueillez-le avec les précautions ordinaires. Calcinez. Pesez. Le poids du sulfate de baryum, multiplié par le facteur 0,1375, donne le poids de soufre contenu dans la prise d'essai.

Rapportez le résultat à 100 grammes.

La proportion ne doit pas dépasser 3 p. 100.

Conservation du produit pour injections. — En ampoule de verre incolore, scellée après avoir été privée d'air ou remplie de gaz inerte. Conservez dans un endroit frais.

Observation. — Chaque ampoule doit être revêtue d'une étiquette portant la mention du nom du fabricant, de son adresse, de la quantité du produit inclus. En outre, il doit s'y trouver un numéro d'ordre de référence de fabrication et un numéro d'ordre de référence d'essai physiologique.

Essai physiologique du produit pour injections (1).

Essai sur le lapin. — On emploie de préférence le lapin mâle. Si l'on est obligé d'utiliser le lapin femelle, exclure la femelle gravide. L'animal doit être exempt de toute maladie y compris la gale du conduit auditif externe ; il doit peser de 1.800 à 2.000 grammes. Tout animal d'un poids inférieur ne peut être utilisé. Les animaux doivent être soigneusement surveillés et pesés tous les jours jusqu'au septième jour après l'injection. Pendant la période d'observation, l'animal doit être abondamment pourvu d'aliments. Ces aliments consistent en grains d'avoine, son, carottes ou betteraves pendant l'hiver, en son, avoine ou luzerne pendant l'été. Un régime abondant, une température régulière et la propreté des clapiers sont les conditions nécessaires pour éviter les épidémies si fréquentes chez le lapin. On doit se méfier particulièrement de la maladie du nez. Aussi, avant de recevoir un animal, convient-il

(1) Le fabricant est tenu d'inscrire sur l'étiquette du produit un numéro d'ordre permettant de se référer aux essais faits sur le lapin, ou sur la souris, dans les conditions prescrites. Ces essais et leurs résultats doivent être consignés au fur et à mesure sur un registre dans le laboratoire où ils sont effectués.

d'observer l'état de ses narines et d'éliminer tout animal présentant un suintement suspect. L'injection du produit doit être préparée aseptiquement avec un matériel stérilisé. Lors de cette injection le lapin ne doit être immobilisé par aucun appareil de fixation ou de contention.

L'eau distillée employée pour dissoudre le produit doit être de l'eau récemment distillée une deuxième fois dans un appareil en quartz ou en verre neutre.

Dans 10 centimètres cubes d'eau ainsi récemment distillée, stérile, dissolvez 1 gramme d'arsénobenzol. Ajoutez, peu à peu, une solution de soude quintinormale jusqu'à ce que le précipité d'abord formé soit redissous. Il vous faudra employer environ 32,5 centimètres cubes de la solution alcaline. Ajoutez alors de l'eau distillée en quantité suffisante pour obtenir une solution d'arsénobenzol à 2 p. 100.

Injectez dans la veine auriculaire, lentement, en trois à cinq minutes, à la température de + 15° à + 20°, 6 centimètres cubes de cette solution, soit 0,12 gramme d'arsenobenzol, par kilogramme de poids de lapin. Par poids de lapin, par un lapin non à jeun depuis vingt-quatre heures, il faut entendre le poids brut diminué de 100 grammes, représentant la nourriture contenue dans l'estomac.

Pour qu'un produit puisse être mis en vente, l'animal injecté doit être vivant le septième jour après l'injection et n'avoir présenté au moment de l'injection aucun des phénomènes décrits ci-après :

Après l'injection de tout échantillon, on observe généralement de la polypnée plus ou moins accentuée, de la vasodilatation des veines auriculaires, une chute de température passagère, une légère perte de poids. Mais, si, à ces phénomènes, s'ajoute une émission d'un flux diarrhéique abondant, de une demi-heure à une heure ou plus après l'injection, le produit ne doit pas être mis en vente.

De même, s'il se produit une crise tonicoclonique caractérisée par une chute brusque sur le côté suivie de mouvements de natation des membres, quelquefois de mouvements de rotation autour du grand axe ou d'un mouvement de manège.

Injectez simultanément quatre animaux au moins pour l'essai d'un lot de produit de 1.000 à 1.500 grammes. Quand sur quatre animaux injectés, un seul présente de la diarrhée, l'essai doit être recommencé.

Les lots déterminant de l'amaigrissement rapide ne doivent pas être mis en vente.

Essai sur la souris. — On emploie de préférence la souris mâle. Si l'on est obligé d'utiliser la souris femelle, exclure la femelle gravide.

D'une façon générale, on se sert, pour l'essai, d'un lot d'animaux d'un même élevage. Les animaux doivent être très largement alimentés pendant les jours que précèdent l'épreuve. Cette alimentation consiste en graines de sarrazin, de chènevis, de blé et en pain mouillé de lait et en carottes.

Voir la suite page LXIII-1503

PROPOS DU JOUR

Ce que valent les moyennes et les statistiques en médecine et en biologie.

Le savant biologiste lyonnais, M. Auguste Lumière, a fait présenter par M. le prof. Hartmann, à la séance du 14 février 1928 de l'Académie de médecine, une communication intitulée : *Que valent les statistiques du cancer* ? (1)

Examinant avec l'esprit critique d'un véritable homme de science les statistiques de la mortalité cancéreuse en France, M. A. Lumière signale maintes causes d'erreur qui enlèvent à ces statistiques toute valeur. Même en supposant qu'elles soient basées sur des documents exacts, ce qui ne saurait être admis par ceux qui savent comment les médecins de l'état civil (encore dans les rares régions où ils existent en France) peuvent établir le diagnostic rétrospectif de la *véritable* cause de la mort, même, disons-nous, en admettant l'exactitude des diagnostics, la statistique de la mortalité régionale du cancer est manifestement erronée.

Depuis qu'il a été créé des centres pour la lutte contre le cancer un grand nombre de cancéreux y affluent et beaucoup y viennent mourir. Le cancer exige, comme traitement, l'intervention chirurgicale ou l'application judicieuse d'agents physiques (radiothérapie profonde, radium, diathermie) ; il est logique que les cancéreux affluent dans les grandes villes où se trouvent réunis ces agents thérapeutiques et il en résulte fatalement une augmentation de la mortalité due au cancer dans ces villes. Cela explique, tout au moins en partie, pourquoi la mortalité cancéreuse est proportionnellement douze et quatorze fois plus grande dans les départements de la Seine et du Rhône que dans ceux de l'Aveyron et de la Lozère.

La statistique de la ville de Lyon par arrondissement fournit un argument décisif à M. A. Lumière. Dans le II^e arrondissement de Lyon, il meurt 2,08 cancéreux par 1.000 habitants, quand dans les autres arrondissements la mortalité cancéreuse varie de 1,75 (III^e arr.), à 0,95 (VI^e arr.).

Or, cette différence surprenante tient simplement à ce que dans le II^e arrondissement de Lyon, il existe à l'Hôtel-Dieu le Centre anticancéreux de Lyon et du Sud-Est. Si on élimine de la statistique lyonnaise les sujets étrangers à la ville qui y sont venus mourir, la mortalité cancéreuse du II^e arrondissement tombe à 0,65 pour 1.000 et se trouve de beaucoup la plus faible des sept arrondissements de Lyon et, pour toute la ville, la mortalité cancéreuse en 1927 tombe de 763 à 583.

Ce qui se passe pour le cancer se passe pour toutes les autres maladies et, si nous reproduisons l'exemple que M. A. Lumière a cru devoir mettre en relief avec sa grande autorité, c'est parce qu'il est absolument concluant, et qu'il montre combien il est décevant de se baser sur des statistiques pour conclure, tant en biologie qu'en médecine, car la complexité des conditions devant lesquelles on se trouve en présence exige de connaître exactement de quelle façon les statistiques ont été établies et de les interpréter judicieusement pour en tirer le plus petit renseignement.

Claude Bernard, dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, ce chef-d'œuvre qui devrait être le bréviaire du biologiste et du médecin, a fait une remarquable critique de la valeur des moyennes et des statistiques.

« L'emploi des *moyennes* en physiologie et en médecine, dit Claude Bernard, ne donne le plus souvent qu'une fausse précision aux résultats en détruisant le caractère biologique du phénomène. »

Et un peu plus loin, le grand physiologiste prend un exemple qui devrait mettre en garde ceux qui accordent à la mensuration de la pression sanguine une importance excessive, importance que cette mensuration n'acquiert qu'en tenant compte des conditions dans lesquelles elle est opérée.

« Si l'on observe, par exemple, continue Claude Bernard, le nombre des pulsations et l'intensité de la pression sanguine par les oscillations d'un instrument hémométrique pendant toute une journée et qu'on prenne la moyenne de tous ces chiffres pour avoir la pression vraie ou moyenne du sang, ou pour connaître le nombre vrai ou moyen de pulsations, on aura précisé-

(1) Communication reproduite dans l'*Avenir médical*, avril 1928.

ment des nombres faux. En effet, la pulsation diminue de nombre et d'intensité à jeun et augmente pendant la digestion ou sous d'autres influences de mouvement ou de repos ; tous ces caractères biologiques du phénomène disparaissent dans la moyenne. »

Il convient donc, dans les examens qui ont une apparence de précision mathématique, de savoir se rendre compte des conditions dans lesquelles il a été procédé à ces examens et ne pas accorder à une seule constatation ou à une moyenne de constatations une importance diagnostique ou pronostique qui ne peut se déduire que de la réunion de plusieurs symptômes et de plusieurs constatations d'ordre différent.

Claude Bernard critique encore l'interprétation des analyses d'urine auxquelles, dans la pratique médicale, on donne encore une importance excessive.

« Si l'on recueille l'urine d'un homme pendant vingt-quatre heures et qu'on mélange toutes les urines pour avoir l'analyse de l'urine moyenne, on a précisément l'analyse d'une urine qui n'existe pas ; car à jeun, l'urine diffère de celle de la digestion, et ces différences disparaissent dans le mélange. Le sublime du genre a été imaginé par un physiologiste qui, ayant pris de l'urine dans un urinoir de la gare d'un chemin de fer où passaient des gens de toutes les nations, crut pouvoir donner ainsi l'analyse de l'urine moyenne européenne ! »

Pour pouvoir tirer d'une analyse d'urine des indications précises et sérieuses, il conviendrait de ne faire l'analyse qu'après avoir soumis le malade à un régime alimentaire et à un genre de vie rigoureusement réglé. Mais quelle indication précise le maître le plus savant peut-il trouver dans les résultats d'une analyse d'urine d'un malade dont il ignore l'alimentation qu'il a prise et le travail physique qu'il a fourni le jour même où l'on a recueilli l'urine pour l'analyser. En outre, la sécrétion urinaire ne se fait pas, tant pour la quantité que pour la qualité de l'urine, d'une façon mathématiquement régulière et ce sont ces variations de la sécrétion qui devraient présenter le plus d'intérêt pour le clinicien.

Claude Bernard, restant toujours dans le même ordre d'idées, fait le procès de l'enseignement didactique de la médecine *ex cathedra* ou dans les manuels quand il dit : « Je suppose qu'un médecin recueille un grand nombre d'observations particulières sur une maladie et qu'il fasse ensuite une description moyenne de tous les symptômes observés dans les cas particuliers ; il aura ainsi une description qui ne se trouvera jamais dans la nature. » Et il s'élève « encore comme entachée d'erreurs contre la réduction des phénomènes physiologiques au kilo d'animal », dont on abuse non seulement en physiologie mais « pour doser l'action des substances toxiques ou médicamenteuses. » Pour que cette méthode ait une réelle valeur scientifique, il faudrait connaître une foule de conditions dans lesquelles devrait se trouver l'animal en expérience : âge, taille, état de la digestion, fonctionnement normal de tous les organes et, en particulier, des glandes, etc., etc.

Cl. Bernard conclut : « Toutes les applications du calcul seraient excellentes si les conditions physiologiques étaient bien exactement déterminées. »

Ce que nous reprocherons à beaucoup d'expérimentateurs, c'est que, dans leur désir de trouver du nouveau, ils se contentent d'à peu près et que la plupart de leurs données numériques soient inexactes, « et d'autant plus inexactes, qu'elles donnent des chiffres qui trompent, et en imposent par une fausse apparence d'exactitude. »

Voilà pour les moyennes. Cl. Bernard fait une critique aussi serrée des statistiques.

« La première condition pour employer la statistique, c'est que les faits auxquels on l'applique soient exactement observés, afin de pouvoir être ramenés à des unités comparables entre elles. Or, cela ne se rencontre pas le plus souvent en médecine. »

Après avoir donné un certain nombre de causes d'erreur, et l'on ne saurait les relever toutes, Cl. Bernard constate que la statistique « ne peut donner qu'une *probabilité*, mais jamais une *certitude*. »

« J'avoue que je ne comprends pas, continue-t-il, pourquoi on appelle *lois*, les résultats qu'on peut tirer de la statistique ; car la loi scientifique, suivant moi, ne peut être fondée que sur une certitude et sur un déterminisme absolu et non sur une probabilité. »

Il critique la statistique que publient les chirurgiens sur les succès obtenus par tel ou tel procédé opératoire. A son avis, les conclusions qu'ils en tirent ne signifient rien.

Au lieu de rassembler empiriquement des faits, il faut étudier exactement chacun de ces faits dans leur déterminisme spécial et, dans les cas de mort, rechercher avec soin les causes qui ont pu la déterminer.

Pour éviter les causes d'erreur dues à des coïn-

cidences, l'on propose de ne conclure en statistique que d'après des grands nombres. « Mais le médecin n'a que faire, précise Claude Bernard, de ce qu'on appelle *la loi des grands nombres*, loi qui selon l'expression d'un grand mathématicien, est toujours vraie en général et fausse en particulier. »

« Je ne comprends pas, continue-t-il, qu'on puisse arriver à une science pratique et précise en se fondant sur la statistique. » Et il démontre que la statistique ne saurait enfanter que des sciences conjecturales. La statistique ne peut servir qu'à diriger l'observateur vers la recherche de causes indéterminées mais elle ne peut jamais conduire à aucune loi réelle.

« J'insiste sur ce point, ajoute Claude Bernard, parce que beaucoup de médecins ont grande confiance dans la statistique, et ils croient que lorsqu'elle est établie sur des faits bien observés qu'ils considèrent comme comparables entre eux, elle peut conduire à la connaissance de la loi des phénomènes. J'ai dit plus haut que jamais les faits ne sont identiques ; dès lors, la statistique n'est qu'un dénombrement empirique d'observations. »

Si nous avons cru devoir insister sur la critique que Cl. Bernard a faite des moyennes et de la statistique à propos de la communication de M. A. Lumière sur l'inanité des statistiques du cancer, c'est que, dans les milieux où l'on s'occupe d'hygiène, l'on paraît ajouter une importance extrême à la statistique dans la lutte contre les maladies transmissibles. Sans statistique, nous disent les Maîtres de l'hygiène sociale, il n'y a pas de prophylaxie possible. Nous basant sur la critique qu'a faite Claude Bernard, nous leur répondrons : Avec vos statistiques qui sont et seront toujours fausses, vous faites de la fausse science et jetez de la poudre aux yeux. Vos statistiques sont et seront toujours fausses parce que les causes d'erreur sont trop nombreuses en médecine, parce que les données de vos statistiques proviennent de médecins différents et que pour qu'elles soient à peu près comparables, il faudrait qu'elles fussent *toutes* dressées par un même individu qui apprécierait et qualifierait les faits de la même façon ; ce qui encore ne saurait exister. Il n'y a en démographie qu'une statistique exacte, celle des naissances et des décès. Aussi est-ce à notre avis une erreur de combattre les maladies une par une en se basant pour apprécier les efforts à faire et les résultats obtenus sur des fantaisies des statistiques. Sans doute quand on dispose de vaccins et de médicaments spécifiques capables d'enrayer les progrès d'une maladie ou de la supprimer, il faut les utiliser et en généraliser l'application ; mais, pour lutter efficacement contre les autres maladies, il n'y a qu'une méthode, c'est l'amélioration des conditions d'existence. On ne supprimera pas la tuberculose par la création de dispensaires et la fondation des sanatoriums, mais par la suppression des taudis et le perfectionnement de l'hygiène urbaine et rurale, par l'amélioration de l'alimentation, par celle des conditions dans lesquelles s'exécute le travail, par l'enseignement et la mise en pratique de l'hygiène corporelle, etc., etc., en un mot par la réalisation d'un vaste programme d'hygiène générale, qui non seulement diminuera les ravages de la tuberculose, mais ceux de toutes les maladies évitables. Si la mortalité a sensiblement diminué dans les nations civilisées depuis un siècle, cela tient surtout à l'amélioration générale des conditions d'existence et seulement, dans une faible mesure, aux tentatives inefficaces de prophylaxie fragmentaire, dictées par l'enseignement décevant de statistiques erronées.

J. Noir.

La Maison du Médecin. — Sa tombola et sa vente.

Est-il besoin de rappeler à nos lecteurs l'existence de la *Maison du Médecin* ? Cette œuvre offre à nos vieux confrères isolés, sans ressources ou pourvus de ressources insuffisantes, un asile agréable et très confortable au Château des Charmilles à Valenton (Seine-et-Oise).

Pareille institution devrait être dotée de telle façon que, son avenir étant assuré, elle puisse être ouverte à tous ceux qui viendraient frapper à sa porte. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et la *Maison du Médecin*, tout en limitant ses admissions, ne peut avec ses ressources normales (revenus et cotisations) boucler son budget *si grande est l'indifférence, pour ne pas dire l'égoïsme, de la grande majorité des médecins et surtout des heureux de la profession.*

Grâce aux legs dus à la générosité de quelques-uns, bien rares, grâce au zèle de certains de ses administrateurs et de son président le Dr Cazin, qui, récemment abandonnait à la maison du

médecin les 5.000 fr. d'honoraires qui lui avaient été offerts pour les soins donnés aux victimes de la catastrophe de Montenvert, *grâce surtout au produit de sa tombola*, organisée par le Dr Boucard, *et de sa vente*, dont le succès est assuré par l'activité bienfaisante de son Comité de Dames patronnesses que préside Mme Claisse avec un inlassable dévouement, la *Maison du Médecin* a pu, jusqu'à ce jour vivre malgré la précarité de ses ressources. Aussi, en attendant que de nouveaux legs et de nouvelles adhésions viennent assurer le lendemain à notre maison de retraite, nous faisons un pressant appel à tous les membres de la famille médicale pour assurer le succès de la tombola et de la vente.

J. Noir.

Demander les carnets de billets pour la tombola à M. le Dr Boucard, 30, rue Singer, à Paris (16e).

La vente aura lieu les 19 et 20 mai à la Faculté de médecine.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Par Mme le docteur A. Noel,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Le *Concours médical* m'a demandé depuis de longs mois déjà, de vouloir bien faire, à l'usage des praticiens et particulièrement de ceux qui habitent loin des grands centres, un exposé simple et pratique sur la chirurgie esthétique, telle qu'elle est conçue actuellement dans le monde entier.

C'est avec plaisir que j'ai accepté cette tâche, m'étant faite, depuis plusieurs années, l'apôtre de cette branche relativement nouvelle de la chirurgie, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Je tiens également ici, à me mettre à la disposition de tous les médecins qui désireraient de plus amples renseignements ou qui voudraient étudier sérieusement la question et les résultats obtenus, n'ayant jamais eu — comme mes nombreux élèves peuvent en témoigner — que le désir de montrer tout ce que je sais, sans aucune restriction, dans la mesure de mes modestes connaissances, aussi bien en esthétique qu'en dermatologie.

Aujourd'hui, j'essaierai, non seulement par un exposé aussi explicite que possible, mais par des schémas précis, d'expliquer ce qu'est la chirurgie esthétique du visage, de manière à ce que tous ceux qui désirent en faire, puissent y recourir pour leurs premiers essais. Ayant dans un travail spécial (1) expliqué complètement le magnifique rôle social de la chirurgie esthétique, je ne ferai que rappeler ici ses bienfaits si nécessaires à ceux qui travaillent, et doivent par un extérieur décent et correct, prolonger jusqu'à l'extrême limite, la possibilité de gagner leur vie matérielle.

Je ne ferai également que signaler combien la correction de toutes les malformations peut être salutaire à ceux pour qui elles étaient un sujet de neurasthénie ou de timidité professionnelle.

Au niveau du visage nous considérerons :

1° La correction de son affaissement (diverses interventions) ;

2° La correction des paupières ;

3° La correction des lèvres ;

4° La correction des oreilles.

Ultérieurement, nous envisagerons la correction des bras, des mains, du ventre, des hanches, des cuisses, des jambes, des chevilles et enfin nous exposerons notre méthode particulière, pour la correction des seins.

Nous laisserons volontairement de côté les corrections nasales, celles-ci étant en France l'apanage des oto-rhino-laryngologistes, alors qu'en Amérique, une certaine partie des esthétistes pratique exclusivement la chirurgie de la tête et du cou (à l'exception de toute autre partie du corps), y compris, la chirurgie endocranienne et la grande chirurgie du cou (goitres, sections nerveuses), etc., etc.

(1) La chirurgie esthétique. Son rôle social. (Masson, éditeur.)

I. — Correction de l'affaissement des parties molles du visage.

Cet affaissement peut porter sur les joues, déterminant le plus souvent, d'abord, l'accentuation si disgracieuse des plis naso-géniens, puis la chute des coins de la bouche qui donne un air triste et fatigué, enfin la création, de chaque côté du menton, de poches, primitivement de petites dimensions, qui progressivement s'accroîtront, envahiront le dessous du menton, formant ce qu'on appelle le double menton ou les fanons, pour enfin s'étendre au cou, qu'elles laissent plissé et fripé dans des sens différents.

Cet affaissement s'accentuant d'année en année, de multiples rides, puis des sillons de plus en plus profonds se forment dans ces masses tégumentaires ptosées, déterminant enfin la sénilité, la décrépitude apparente, complètes.

Lorsqu'il s'agit de sujets encore jeunes, présentant un cas léger, avec une seule intervention faite à la racine des cheveux, en avant de l'oreille (fig. 1) (b), on peut rendre au visage, toute la pureté de son contour, relever les coins de la bouche, (celle-ci n'étant jamais affectée dans sa forme), faire disparaître les plis naso-géniens et même effacer le début de la patte d'oie.

Fig. 1.

Fig. 1 *bis*.

Après une désinfection absolue de la région, un badigeonnage à l'alcool iodé, la portion des cheveux intéressée ayant été soigneusement rasée et des champs installés, comme pour une opération de grande chirurgie, on dessine le patron du lambeau à réséquer. Plusieurs patrons de formes variées, ont été fixés par moi et taillés dans de l'aluminium : ils consistent en ellipses plus ou moins allongées, plus ou moins renflées, en palmes à pointe supérieure recourbée, ce qui, lorsque le lambeau est d'une certaine largeur, permet d'éviter une boursouflure terminale toujours disgracieuse. Ce dernier patron peut être élargi dans sa partie inférieure, de manière à présenter plus d'action sur le double menton. Tous peuvent et doivent être légèrement modifiés, suivant les cas, et c'est là où le bon goût personnel de l'esthétitiste intervient, car il ne s'agit pas seulement de corriger un défaut, mais de réaliser une harmonie générale du visage, qui, pour un œil exercé fait juger immédiatement si le travail a été fait par un esthétiste habile et artiste, ou par un esthétiste de petite envergure et de goût médiocre.

La portion à opérer est ensuite déterminée à l'aide d'un colorant qui sert à en fixer le dessin. J'ai longtemps cherché un colorant inoffensif pour la peau, qui ne soit pas influencé ni affaibli par la solution anesthésique dont on laisse parfois échapper quelques gouttes en procédant à l'anesthésie locale.

J'ai employé longtemps un mélange que m'avait préparé Brisson :

Extrait de bois de Campêche,
Brun rouge,
Alcool,

mais cette préparation, quoique recommandable, s'affaiblit, lors de l'anesthésie, et il est nécessaire de refaire le dessin à plusieurs reprises, sous peine de le voir s'effacer presqu'entièrement.

Le prof. Stein, de Vienne, m'a envoyé une poudre soluble dans l'éther, insoluble dans l'eau, appelée Typophor braun. La solution obtenue est inoffensive et excellente pour la peinture du lambeau ; elle a le seul défaut de tacher fortement les champs qui la touchent et les mains de ceux qui la manient.

La peinture du lambeau réalisée d'un côté, à l'aide d'un craniomètre que j'ai fait construire dont le zéro est au milieu du front, il est possible de faire le dessin du second côté, exactement semblable au premier.

On procède alors, à l'anesthésie locale. J'emploie toujours pour chaque côté, 10 cc. de syncaïne Clin à 1/200, et j'ajoute extemporanément, 2 gouttes d'adrénaline au 1/1000 par

10 cc. de syncaïne. Cette anesthésie doit être pratiquée sous-cutanée. On suit les contours du dessin, en dépassant largement ceux-ci. Dans certaines régions, de petits points restant douloureux, à ce niveau on injecte quelques gouttes du liquide anesthésiant intra-dermique, et, lorsqu'avec une longue aiguille, on « tâte le patient », on ne peut que constater une anesthésie absolument parfaite.

Cela fait toujours l'étonnement des opérés, ravis de n'avoir absolument rien senti.

On procède alors à l'ablation du lambeau en soignant particulièrement les pointes des extrémités, et en ayant soin de réaliser une verticalité absolument parfaite des bords. Le lambeau doit emporter avec lui une certaine partie de graisse sous-jacente, mais il est bon d'en laisser une petite couche destinée à assurer dans l'avenir une mobilité absolument normale de la région opérée.

Il est préférable dans les petits cas, d'obtenir la réunion des bords de la partie réséquée sans débrider, en faisant un léger effort, et en déterminant une bonne traction sur les crins au niveau où elle est le plus large.

Dans les cas plus avancés, on débridera vers le menton, la bouche et le nez, de manière à obtenir une bonne correction mais il faut réserver les grands décollements aux opérations importantes dont il sera parlé plus loin ; celles-ci entraînant quelquefois de grandes ecchymoses et pouvant intéresser des rameaux cutanés du nerf facial.

L'hémostase doit être parfaite. Si la compression ne suffit pas, il faut lier les vaisseaux qui saignent avec du catgut 000.

La suture est faite à la partie inférieure avec un dé, du fil d'Alsace extrêmement fin et des aiguilles de couturière très fines, mais résistantes. Les points réalisés avec ce matériel, ne laissent pour ainsi dire aucune trace, ce qui est fort intéressant, puisque ce sont ceux qui dépassent, en général, l'implantation des cheveux et s'avancent vers le lobule de l'oreille. Les autres points sont faits avec des crins blancs spécialement préparés, moyens ou fins, suivant le degré de tension réalisé. On ne doit jamais, pour faire cette suture, prendre les bords de la plaie avec une pince, qui laisse des traces, mâchurant les téguments, et par conséquent, nuit à la beauté de la cicatrice. Les points sont simples, séparés, placés à un demi-centimètre les uns des autres. L'affrontement doit être parfait, la suture bien serrée, mais sans former le moindre pli. Si entre deux points un petit écartement se produit, faire « un point de luxe », avec du fil d'Alsace, ou mieux, du crin extrêmement fin. Après tamponnement à l'éther et à l'alcool, un petit pansement minuscule est appliqué, à l'aide d'un peu de gaze roulée comme une très mince cigarette. Par dessus on place une petite bande Tetra, de deux centimètres de large, avec lisières et franges de chaque côté, et dont les extrémités sont taillées en pointe, aux ciseaux. On applique du collodion en très petite quantité sur les franges et ensuite on teinte ce pansement à la couleur des cheveux ; s'il s'agit de blond ou de châtain clair, avec les mélanges plus ou moins foncés que prépare Brisson, pour masquer le vitiligo ; pour les brunes, avec ce mélange, additionné d'encre de Chine stérilisée. Pour les cheveux noirs, avec de l'encre de Chine pure. Les docteurs Cesari et Cayrel de Milan, teignent d'avance avec des teintures chimiques appropriées, des morceaux de mèches Tetra et les stérilisent à l'autoclave. La personne opérée étant recoiffée, ce pansement est absolument invisible. Pour les hommes, il est bon de laisser les cheveux pousser légèrement pendant la semaine précédant l'opération, pour que celle-ci puisse passer inaperçue. Cette opération pratiquée sur les hommes se fait d'ailleurs, en général, un peu plus haut (Fig. 1 bis) (*a*) que sur les femmes. Elle est de ce fait, un peu moins efficace. Si on débride largement, et si on enlève un grand lambeau, un pli vertical se forme en avant de l'oreille. On l'excise, on le suture au fil d'Alsace et comme la tension est nulle, la cicatrice passe tout à fait inaperçue.

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de la nécessité de faire disparaître ce pli, en pinçant fortement les téguments dans le sens horizontal au-dessus et en avant de l'oreille.

Après l'opération, un peu de café est donné à l'opéré, à moins que sa nervosité ne lui assure de ce fait, une mauvaise nuit. Sauf rareté il vaque à ses occupations, rentre chez lui, dîne en famille ; on le complimente sur sa bonne mine le plus souvent sans s'apercevoir qu'une opération a été pratiquée. Certaines femmes de ma clientèle, ont dîné en ville le soir même de l'opération, sans être incommodées.

Une fois l'effet de la cocaïne annulé, s'il existe de la sensibilité douloureuse, un simple comprimé d'aspirine permet de passer les deux ou trois heures pendant lesquelles persiste cette sensibilité. Le lendemain, on enlève le pansement, on nettoie à l'alcool, et on ne remet que la petite bande Tétra, de sorte qu'il est tout à fait plat. Chaque jour, la patiente est vue, de manière à ce qu'aucun incident ne puisse passer inaperçu. S'il se produit un peu de rougeur on change le pansement et on lotionne à l'alcool. On enlève les fils des extrémités le quatrième jour : un crin sur deux de ce qui reste, le sixième jour et les derniers, le septième jour. De minuscules petites « bandes de sûreté » sont collées en travers de la suture, de manière à donner à l'opéré toute sécurité (de préférence entre les points de suture et pour laisser sécher à l'air

libre, les petites sérosités dues à l'enlèvement des fils). Les bandelettes tombent seules, au bout de trois ou quatre jours.

Le plus souvent, il faut un mois, pour que la cicatrice soit tout à fait blanche.

Par défaut de dégraissement, elle peut être boursouflée. Par suture à points trop écartés, elle peut être un peu large. Les chéloïdes sont exceptionnelles. La suppuration est aussi une très rare exception. Je ne l'ai jamais rencontrée que chez une diabétique, ayant caché sa maladie ; chez deux grandes lymphatiques, et une fois encore, chez une dame en incubation de scarlatine.

Dans les jours qui suivent l'intervention, un peu de gonflement peut se produire au-dessous des paupières inférieures et au niveau de la tempe. Mais c'est encore une exception. Cet inconvénient disparaît avec des compresses d'eau chaude appliquées sur les yeux et respectant la partie opérée.

Par les dessins ci-contre (fig. 1, 1 *bis*, 2, 3), les raccourcit très efficacement de plusieurs centimètres.

Une grande intervention pratiquée, d'une manière particulièrement fréquente par les Anglais et les Américains, doit être préférée à toute autre, lorsque le menton et le cou sont très relachés. L'incision commence très haut dans le cuir chevelu, contourne l'oreille, remonte derrière celle-ci et va se perdre dans le cuir chevelu. Un décollement énorme arrivant jusqu'à l'angle de l'œil, au pli naso-génien, à la commissure labiale, est pratiqué, les téguments coaptés, le surplus enlevé.

La suture (Smith de G.-Rapide) est pratiquée en deux temps d'abord, par des points profonds séparés, faits avec du catgut, et affrontant la partie profonde de la peau de chaque côté, puis partie superficielle cousue au crin fin après adossement des deux lèvres par des points en U. Ceux-ci sont enlevés le plus tôt possible et l'affrontement maintenu par des bandes de colloplaste. Cette vaste opération

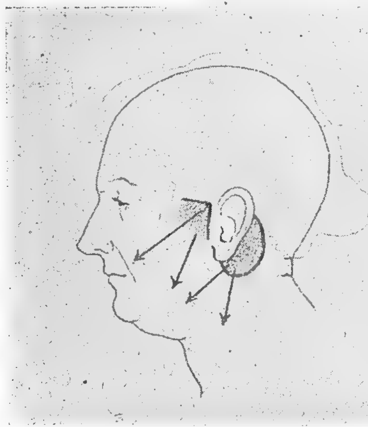


FIG. 2.

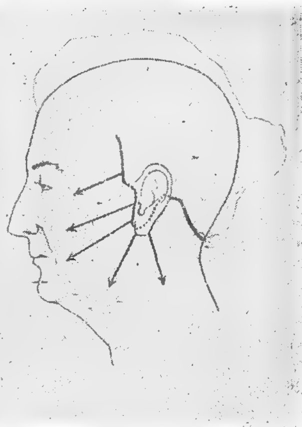


FIG. 3.

on verra les diverses résections qu'il est possible de réaliser au niveau du visage, en suivant toujours la même marche opératoire.

Pour effacer les rides du front (fig. 1 a), il suffit, au niveau du cuir chevelu, un peu en arrière de l'implantation des cheveux, d'enlever une simple ellipse très allongée ; chez les sujets âgés, le tissu étant peu élastique, il sera prudent de tracer une incision linéaire, de décoller légèrement, et de voir ensuite quelle portion de cuir chevelu doit être enlevée. Sage précaution, sans laquelle il serait parfois impossible de réunir.

Au niveau de la nuque, on peut réséquer, de chaque coté, de larges ellipses (fig. 2 *bis* 5*a*), qui complètent heureusement une opération de la tempe, lorsque l'ensemble du cuir chevelu est très mobile et très élastique. C'est une sorte d'opération complémentaire qui fixe les téguments et ainsi réalisée présente un inconvénient : la visibilité de la suture au pourtour du lobule de l'oreille. Lorsque je la pratique, je fais disparaître cet inconvénient de la manière suivante : je détache d'abord le lobule de l'oreille, je l'habille avec une petite portion de tégument réservée de chaque côté à cet effet, et je suture au fil d'Alsace ; je trace ensuite la grande incision décrite plus haut (fig. 2 *bis*), je décolle la peau aux ciseaux ou à la sonde cannelée comme il a été dit, puis, à l'aide de pinces assez longues, j'amarre celle-ci et je fais exercer une forte traction par un aide, dans le sens voulu, pour corriger les défauts à effacer.

Je coupe alors l'excédent de manière à ce que les deux lèvres de ma plaie soient distantes de un demi-centimètre environ. Je suture comme il a été dit : plan profond au catgut et plan superficiel, le plus souvent à points séparés en

✦✦✦

avant de l'oreille, points en U derrière l'oreille ; le lobule de celle-ci retombe par dessus la suture qui est de ce fait, entièrement cachée dans la partie basse, la plus intéressante.

L'incision en arrière se prolonge d'autant plus loin dans le cuir chevelu que le cas est plus avancé et qu'il y a plus de tégument à éliminer.

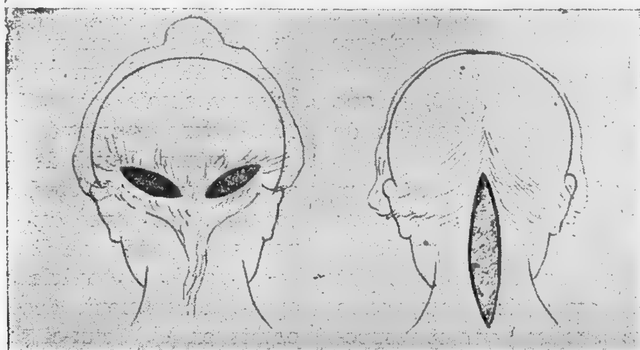


Fig. 2 *bis*. Fig. 5.

Il est quelquefois nécessaire, de terminer l'extrémité de la suture par un triangle, pour ne pas la prolonger davantage (fig. 4).

On peut encore terminer cette incision en forme « d'accroc » ; ce qui, permet une plus grande tension de la région du cou, l'ablation d'un morceau du cuir chevelu plus ou moins important et un résultat très efficace (Fig. 4 *bis*).

Le résultat de cette opération est durable (2

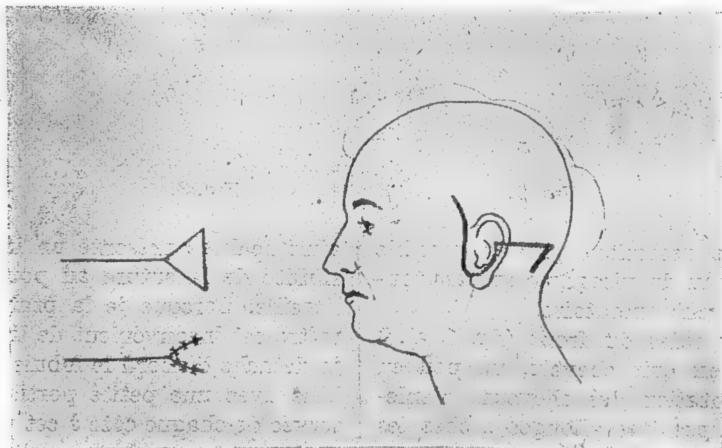


Fig. 4. Fig. 4 *bis*.

à 5 ans) et lorsqu'elle est bien réalisée, il existe une grande harmonie du visage, sans traction exagérée. Néanmoins, il s'agit là d'une grande intervention, qui nécessite un repos de quelques jours et certaines femmes préfèrent se faire opérer deux fois en 5 ans, à la tempe, en cachant leur intervention, plutôt que de subir une opération aussi importante, qui peut suspendre leurs occupations et par conséquent ne se dissimule pas aussi facilement que l'autre. Pourtant, passé un certain degré de ptose, elle est la seule à conseiller, la seule vraiment très efficace.

Pour les hommes, cette intervention est toujours excellente, il faut toutefois placer l'incision tout à fait différemment : chez les femmes, elle doit se trouver un quart de centimètre ou à un demi-centimètre en avant de la ligne verticale élevée du point où s'attache le lobule de l'oreille ; chez les hommes, elle doit être tracée beaucoup plus en avant, en pleine implantation des poils de la barbe, de manière à ce que, une fois les téguments décollés et retendus, cette implantation n'ait pas été déplacée en arrière. Il serait en effet, très difficile de se raser, si les poils de la barbe se trouvaient très près des contours auriculaires. Il en existe parfois quelques-uns sous le lobule de l'oreille transportés malgré les précautions prises, il faut alors les enlever soigneusement à l'électrolyse ou à la diathermo-coagulation, pour en débarrasser l'opéré, qui verrait ainsi ses obligations de toilette journalière, compliquées par cet inconvénient.

Ce qui précède a certainement amené le lec-

teur à faire cette réflexion bien naturelle : l'opération n'a donc pas un résultat définitif ? ... Non ! Et c'est là le grand grief fait à la chirurgie esthétique. L'esthétiste corrige les méfaits de l'âge, mais il n'arrête pas la marche des années et ses désastreux effets !

Au bout d'un certain temps, variable avec la qualité de la peau, la santé, l'amaigrissement et les chagrins, on voit la distension se reproduire, et une nouvelle opération devenir nécessaire. Toux ceux qui ont été opérés, la recommencent facilement et avec entrain, sûrs de son innocuité, du peu d'inconvénients qui l'accompagnent et de sa réussite.

Dans le domaine de la réparation, rien n'est durable éternellement : l'arrangement des dents, la teinture des cheveux, la correction de la vue, la sveltesse de la taille, etc., etc. Tout doit être soigneusement entretenu pour durer.

Pourquoi la chirurgie esthétique serait-elle plus favorisée ?

Il ne s'agit plus, comme dans la chirurgie générale, d'ablations, de modifications, dont le résultat est acquis, mais de réparation de tissus défaillants.

au-dessous de la pointe du menton, suivies d'une mise à l'horizontale de la dernière cicatrice verticale, ont un bien meilleur résultat esthétique qu'une très vaste intervention en une seule fois (fig. 6).

Donc, dans la majorité des cas, on recherchera la cicatrice dissimulée et on réservera la cicatrice visible pour les cas exceptionnels et les grandes infirmités esthétiques, telles que l'ablation de paraffinomes dans les régions périmaxillaires, celles des joues ne devant être faites qu'avec la plus extrême circonspection.

II. — Correction des paupières.

Plusieurs cas sont à considérer, au point de vue de la correction esthétique des paupières :

a) Il s'agit de poche des yeux, flasque.

b) Il s'agit de poche des yeux graisseuse.

c) Il s'agit de simples rides.

Poche des yeux flasque. — Au niveau des paupières inférieures il s'agit souvent de petits sacs, pendants. Au niveau des paupières supérieures, elles arrivent parfois à recouvrir celles-ci et à en dépasser les cils, formant alors, un véri-

Fig. 6.

table abat-jour. Une des grandes craintes de ceux qui désirent se faire opérer, est l'ectropion ; et il est de fait, que, malheureusement on en connaît un certain nombre de cas survenus à la suite d'interventions sur les paupières. Ectropions légers le plus souvent, mais affectant autant le moral des patients, que la lésion primitive.

J'ai donc cherché longtemps, le moyen d'éviter à coup sûr cet ectropion, et de donner d'avance, toute sécurité à l'opéré.

Je suis arrivée à me servir, pour délimiter la quantité à réséquer, de serre-fines en argent, à trois dents, du modèle le plus petit, et par conséquent, excessivement légères, placées les unes à côté des autres, à la manière des grébiches que l'on emploie en maroquinerie. Le malade étant assis lorsqu'on place ces petites pinces, il est possible de déterminer la surface et la forme du lambeau à réséquer. Cette préparation, un peu douloureuse est cependant très bien acceptée par les patients, qui se rendent compte de l'extrême sécurité qui en résulte. Une fois les serre-fines en place, on anesthésie la région, de la manière décrite pour l'opération de la tempe. L'anesthésie terminée et vérifiée, on

Il faut donc savoir se contenter d'un résultat temporaire (plus ou moins long, suivant les sujets), et qu'il faut admettre, de toute nécessité.

De même, l'âge à déterminer, pour recourir à l'intervention, est chose impossible à fixer. Il y a de très jeunes femmes qui doivent être opérées, alors que d'autres ayant le double de leur âge, n'en ont nullement besoin ! Là, plus que partout ailleurs, il s'agit de cas d'espèce et chacun doit être son propre juge.

Une loi doit régir la chirurgie esthétique : *la cicatrice dissimulée.*

Exceptionnellement, et seulement lorsqu'on connaît la façon de cicatriser du sujet, il faut recourir, lorsque l'obliquité des rides du cou l'exige, à l'intervention située en arrière, sur la ligne médiane allant de la nuque aux premières vertèbres dorsales. Elle s'applique, seulement à ce que j'appelle « le cou de tortue » et je ne la pratique que lorsque je suis bien certaine d'une excellente cicatrice (Fig. 5 *b*).

Le double menton dur et épais, exige aussi la cicatrice visible.

Par l'expérience j'ai pu me convaincre, que plusieurs interventions médianes et verticales,

prend, de la main gauche, la masse des serre-fines, et avec des ciseaux excellents, on coupe de la main droite, la portion comprise entre leurs branches, en ayant soin de raser celles-ci de très près, comme si on voulait les couper elles-mêmes. Il en résulte une perte de substance Fig. 7 (*a*) aux bords très nets, sans encoches, ce qui est extrêmement difficile à réaliser au bistouri, en raison du tissu souple et fuyant, dont sont composées ces poches des yeux. On suture à la soie 000, ou mieux au fil d'Alsace très fin.

J'emploie le fil pour les tissus particulièrement élastiques et la soie, pour ceux qui le sont moins. La suture est réalisée avec le dé et une aiguille droite ; quelquefois, mais rarement je suis obligée d'employer une aiguille courbe et une pince à aiguille, pour le dernier point de l'angle interne de l'œil. Les points sont séparés, simples, espacés d'environ 3 ou 4 mm. l'un de l'autre.

La cicatrice est située dans le pli inférieur de la poche des yeux pour la paupière inférieure Fig. 7 (*a*) et (*b*) au niveau de l'angle que font le globe oculaire et l'arcade osseuse, pour la paupière supérieure.

ne se produit en général, que chez les personnes à peau très brune.

Dans deux cas, j'ai réussi à les dissimuler par un léger tatouage au brun rouge ; une autre fois, ce procédé a été absolument inefficace. Mais je le répète encore : c'est une rareté, qu'une cicatrice dans cette région.

Poche des yeux graisseuse. — On procède de la même manière que pour la poche des yeux vide mais on produit avec les serres-fines, un très léger ectropion temporaire, destiné à compenser la graisse qui formait un volume souvent important et prenait une certaine place.

Le lambeau étant réséqué on ouvre avec les ciseaux le sac qui entoure les lobules graisseux, et on enlève patiemment ceux-ci, fragment par fragment. Il est quelquefois nécessaire de remettre un peu de syncaïne dans la profondeur, pour pouvoir tirer facilement sur les pelotons de graisse sans faire souffrir l'opéré. Cette graisse est quelquefois d'une abondance surprenante ; j'en ai eu un cas, comportant 100 grammes pour les quatre paupières. Il est vrai que le patient ne pouvait plus ouvrir les yeux. Même

Fig. 7.

Une compresse imbibée de sérum physiologique est maintenue sur l'œil opéré le premier, pendant que l'intervention se poursuit sur le second. Cette compresse est un très grand soulagement pour le patient, elle absorbe la sérosité qui se forme et évite le gonflement consécutif à l'intervention.

Pour l'hémostase, le tamponnement est presque toujours suffisant.

Les fils sont enlevés : un sur deux, le quatrième jour, un sur deux de ceux qui restent, le cinquième jour, et les derniers, le sixième jour. Contrairement à ce que j'ai décrit autrefois,(1) et que je pratiquais alors, aucun pansement n'est appliqué sur les sutures dont tous les fils sont méthodiquement rangés en demi-cercle. Après très peu de jours, il ne reste qu'une trace à peine perceptible et *c'est une rareté*, après plusieurs mois, que d'apercevoir, une fine ligne blanche. Celle-ci

(1) La chirurgie esthétique. Son rôle social. (Masson, éditeurs.)

procédé pour l'hémostase ; même manière de suturer.

Ce procédé d'ouverture des sacs graisseux par l'extérieur est bien préférable à celui qui passe par l'intérieur. En effet le plus souvent si la graisse a disparu, les téguments qui la recouvraient restent flasques et distendus nécessitant une autre intervention au grand dépit de ceux qui ont été opérés ainsi. Le moyen par contre est satisfaisant lorsqu'il y a œdème fugace des paupières sans distension définitive des tissus. Par ce procédé si la cicatrice est un peu surélevée et rigide, ce qui est assez fréquent, elle provoque une inflammation de l'œil très désagréable et très vilaine ; j'ai dû souvent corriger à l'électrolyse des cicatrices de ce genre sans arriver la majeure partie du temps à les rendre tout à fait souples.

Rides des paupières. — Même procédé, mais la suture pour la paupière inférieure doit être placée sous les cils Fig. 7 (*c*), à 2 mm. au maximum du bord palpébral, et l'affrontement, d'une perfection absolue.

Lorsque le lambeau est important aux extrémités, il faut le terminer en triangle pour être certain qu'il ne restera pas la moindre boursouflure, comme il a été indiqué par la figure 4.

Aucune trace de la cicatrice ne persiste.

Dans les trois cas, il existe quelquefois mais rarement une ecchymose qui descend plus ou moins bas. Elle s'efface en une semaine environ, n'amène aucune complication mais le patient doit toujours être averti de sa possibilité éventuelle.

III. — Correction des lèvres.

1° Lèvres épaisses. — Fréquemment les Orientaux sont affligés de lèvres tellement épaisses, tellement difformes, qu'ils restent cloîtrés chez eux, humiliés d'une telle infirmité.

Il est facile de remédier à cette épaisseur, en enlevant de larges ellipses à l'intérieur des lèvres au niveau de la muqueuse (fig. 8 II). La suture se fait au catgut, et il est nécessaire de prendre une forte épaisseur de tissu, sous peine de voir ce catgut s'éliminer en 24 heures.

On évitera l'infection, en faisant faire toutes les demi-heures des bains de bouche *au borate de soude* (4 grammes pour un litre d'eau bouillie), et à l'eau additionnée d'une très légère quantité de Néol, matin, midi et soir.

Quelquefois l'épaisseur des lèvres détermine dans celles-ci de nombreux sillons verticaux.

Patiemment, on corrigera ceux-ci, par de petites ablations elliptiques extérieures (Fig. 8 (I) se prolongeant un peu sur la muqueuse.

On suturera à la soie, pour la partie épidermique, et au catgut 000, pour la muqueuse.

Il est nécessaire de pratiquer d'abord, la réduction de l'épaisseur, certains sillons verticaux se trouvant de ce fait même extrêmement améliorés. Il est aussi utile de ne pas opérer tous les sillons verticaux à la fois, mais de commencer par ceux qui occupent le milieu des lèvres : ces sillons disparus, entraînant parfois la modification de ceux qui existaient latéralement dans de telles proportions qu'il est inutile d'opérer ceux-ci ensuite.

IV. — Correction des oreilles.

On peut dire que la correction des oreilles comporte des variétés si nombreuses, que chaque cas donnera libre cours à l'ingéniosité de l'esthétiste. Il n'est donc possible que de signaler les indications se rapportant aux cas les plus fréquents.

Décollement simple de l'oreille, sans modification de la conque. — Nombreux sont les enfants que leurs parents font opérer, parce qu'ils ont les oreilles décollées. Si le cartilage est souple l'opération est facile. On enlève une ellipse de tégument reséqué à cheval sur le revêtement cranien et sur le revêtement auriculaire (fig. 1). Cette ellipse devra être très allongée, de manière à bien répartir la tension générale. On peut soulager celle-ci par quelques points profonds au catgut très fin.

La suture superficielle est faite à points séparés, au crin fin (fig. 2).

Un pansement très compressif doit être soigneusement placé de manière à ce que la sérosité ne s'accumule pas derrière les points de suture. Si la tension est assez forte il est quelquefois bon de laisser un minuscule faisceau de crins, pour assurer cet écoulement séreux. On enlève le faisceau, à la fin du deuxième jour.

Le pansement compressif doit être laissé pendant deux ou trois jours encore, après l'enlèvement des fils, qui a lieu le neuvième ou le dixième jour, suivant l'état de la cicatrisation. Pour

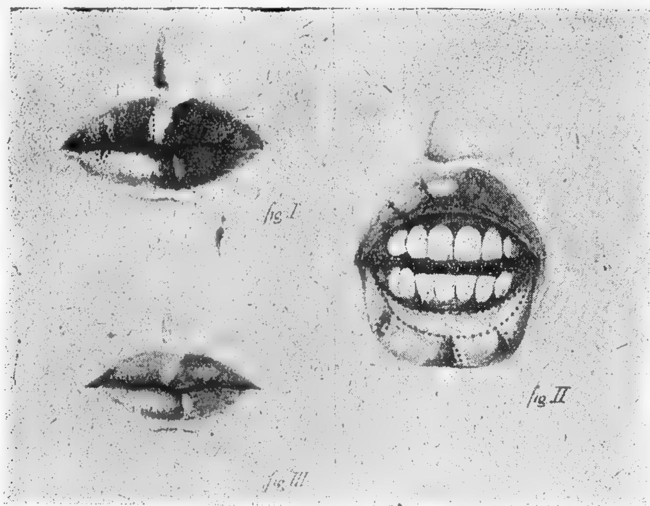


Fig. 8.

◆◆◆◆

obtenir un excellent résultat, il faut toujours exagérer un peu la correction.

Déformation de la conque cartilagineuse. — Elle peut être en forme de coquillage, en forme de tube, en forme de cornet. La plupart du temps, il faudra réséquer une ellipse de cartilage, soit dans le sens de la longueur (ellipse verti-

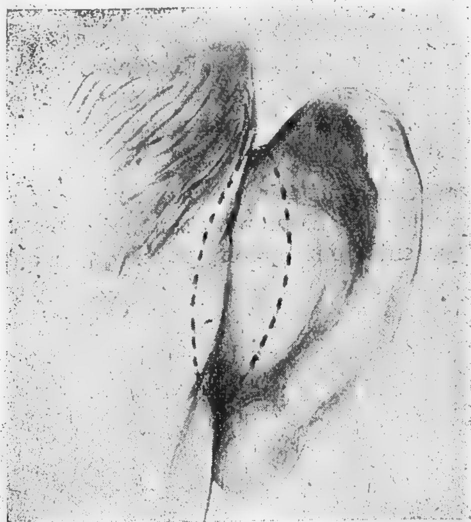


Fig. 1.

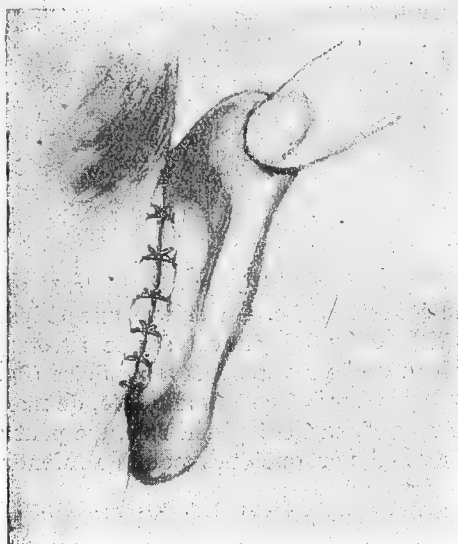


Fig. 2.

cale), soit dans le sens de la largeur (ellipse horizontale), soit une combinaison mixte (ellipse unique, oblique, ou deux ellipses obliques situées, l'ue à la partie supérieure, l'autre, à la partie inférieure de la conque).

Dans tous ces cas, ce qui importe, c'est d'abord, de toujours inciser les téguments en bordure de l'ourlet en arrière, de les décoller avec précaution, de faire ensuite l'ablation cartilagineuse réclamée par la malformation et d'assurer la coaptation parfaite des bords de cette résection à l'aide d'un crin traversant le cartilage de part en part et noué en avant (procédé de mes élèves les Drs Cesari et Cayrel, de Milan) (fig. 3, 4, 5).

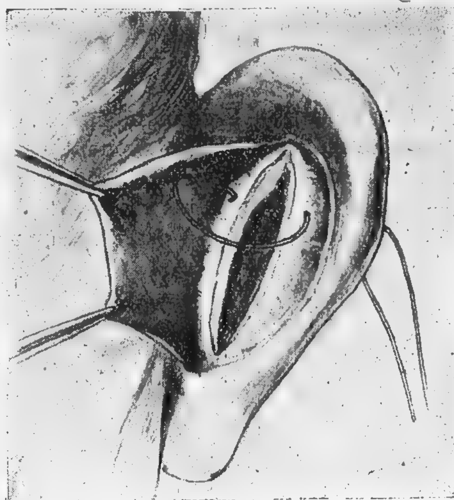
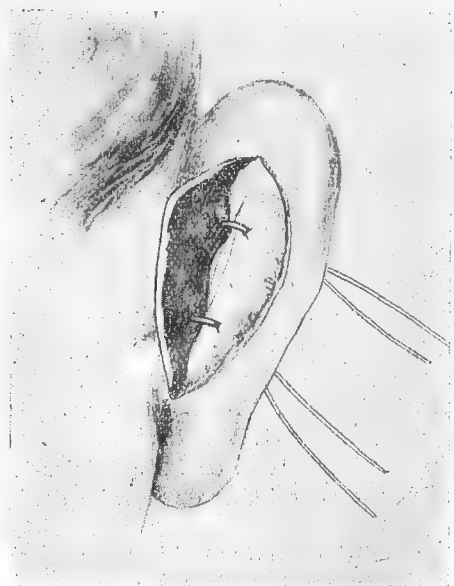


Fig 3.



Fig, 4.

Ce crin est enlevé après quatre ou cinq jours, alors que le travail de réparation cartilagineuse est bien amorcé. Les téguments sont un peu diminués, si cela est nécessaire et recousus à leur place primitive.

Lorsque le cartilage est très dur, impossible à modeler. Pour l'appliquer contre la boîte cranienne, il est bon d'y pratiquer des incisions en

forme de touches de piano, qui lui assurent toute la mobilité désirable (fig. 6) « mobilité en clavier ». (Procédé personnel). Le pansement compressif est là, aussi, un facteur de succès pour les suites opératoires.

Fig. 5.

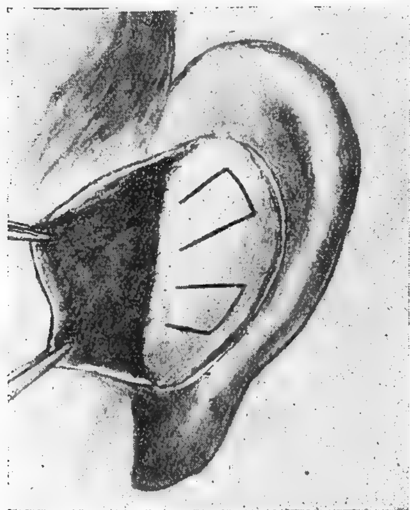


Fig. 6.

Raccourcissement des oreilles. — Fréquemment, les oreilles présentent un allongement qui leur donne l'aspect d'oreilles de lapin.

Il est possible de les ramener à des proportions normales, par l'ablation de la partie supérieure du cartilage (fig. 7) immédiatement au-dessous de l'ourlet ; celui-ci après cette ablation, est immédiatement suturé en bonne place, (après résection de la partie tégumentaire se trouvant en surplus) (fig. 8).

J'ai eu l'occasion de combiner chez un enfant de 13 ans le raccourcissement de l'oreille, l'assouplissement du cartilage par les incisions en touches de piano et le recollement du pavillon, le tout en deux interventions pratiquées à trois semaines d'intervalle.

Fig. 7.

Fig. 8.

Modifications de l'ourlet de l'oreille. — Ses malformations sont multiples. Soit qu'il s'agisse de nodules en saillie, de dépressions, de pertes de substance, en bordure.

Il est le plus souvent possible de régulariser ces défauts, mais il faudra toujours respecter les moindres lobules graisseux, qui aident à bien réussir les opérations portant sur l'ourlet et à le modeler. Il ne faudra jamais oublier que des rétractions se font facilement (rétractions cicatricielles) à ce niveau, et pour cette raison, il

faudra toujours y ménager la graisse qui paraîtrait se trouver même en surplus à ce niveau.

Modifications du lobule. — Il est relativement facile de refaire les lobules de forme inélégante ; j'ai déjà expliqué à propos de la grande opération de rétention du visage, comment je détachais le lobule, comment je l'habillais avec les téguments que j'avais ménagés à cet effet, sous forme d'une ellipse dont le grand diamètre formerait charnière au niveau de l'implantation même du lobule.

Il est facile au cours de cette intervention, d'arrondir un lobule carré, de le raccourcir lorsqu'il est trop long, de le modeler.

Nous ne ferons que citer les opérations pratiquées sur le lobule à l'occasion d'arrachement par boucle d'oreilles trop lourdes, opération très délicate, comportant un avivement des parties arrachées et une suture très soignée du revêtement tégumentaire.

Au niveau du visage, on peut encore enlever les nævi rouges ou bruns, par la chirurgie esthétique, lorsqu'ils sont d'une petite taille, compensée par l'élasticité de la peau.

Lorsqu'ils sont de grande taille, on peut d'abord les traiter par la neige carbonique ou l'électro-coagulation pour réaliser une grande cicatrice blanche. Celle-ci sera ensuite enlevée patiemment, bande par bande, à la manière de Morestin, et avec du temps, on arrivera à laisser comme résultat définitif, une simple ligne cicatricielle.

Au niveau de la face et du cou, les cicatrices si laides laissées par les brûlures ou les suppurations ganglionnaires, sont justiciables de la chirurgie esthétique, et celle-ci rend là, un service moral d'une importance considérable, ces traces indélébiles amenant fréquemment chez ceux qui en sont porteurs, des neurasthénies intenses.

La grande règle dans les interventions pratiquées au niveau du cou, est de chercher à placer la cicatrice dans un pli naturel, ce qui lui assurera une bien plus grande perfection.

Sur ces terrains prédisposés, le danger est la formation de chéloïdes. Dans le but d'empêcher ces chéloïdes, nous avons combiné, avec le Dr Desgrais, chirurgie esthétique et radium, celui-ci étant appliqué immédiatement après l'intervention, et cette méthode nous a donné des résultats encourageants que nous poursuivons avec zèle.

GREFFE ET INVERSION SEXUELLE

Par le Dr Dartigues.

L'inversion sexuelle, cette perversion qui porte les désirs des individus vers individus du même sexe, déviation, tare, appelez-la comme vous voudrez, qui était si répandue dans les civilisations décadentes de l'antiquité, qui à l'heure actuelle est si fréquente dans les grandes capitales, a sans doute des causes bien complexes. Il ne faudrait peut-être pas la mettre toujours sur le compte de causes uniquement psychiques et la représenter comme une perversion d'ordre cérébral. Il se peut très bien qu'il y ait au tréfonds de l'organisme une cause purement matérielle, purement histo-anatomique et purement physiologique en conséquence. Il ne faut pas confondre l'effet pour la cause, et il est très défendable que les troubles d'ordre mental se traduisant par des aberrations d'application sexuelle, soient dus à une déficience, dont la localisation se trouve naturellement dans les organes génitaux et cela est aussi plausible que de croire que bien des manifestations psychiques morbides sont dues à des lésions cérébrales, ou qu'une insuffisance intellectuelle marquée soit due à une insuffisance de certains éléments du cortex cérébral.

Qu'il s'agisse de pédérastisme (qu'on me permette ce mot parce qu'il fait mieux pendant au suivant) ou de saphisme, maintenant que la science biologique humaine, physiologique et pathologique, est orientée vers la question endocrinienne, on est autorisé à penser que bien des cas d'inversion sexuelle sont dus à un désaccord intervenu dans le grand concert des glandes endocriniennes qui régissent l'organisme.

On peut dire que l'inversion sexuelle, du côté homme ou du côté femme, survient chez des individus qui franchissent tous les degrés du vice pour varier leurs sensations ou multiplier leurs plaisirs ; mais alors il est permis de penser que si ces individus en arrivent là, c'est qu'ils sont épuisés par l'exercice abusif des joies normales, et, qu'arrivés à une certaine déficience des hormones de leur sexe, il se produit un certain déséquilibre qui les pousse pour ainsi dire comme vers le complément de ce qui leur manque humoralement. Cela pourrait être l'explication de l'inversion tardive, je veux dire par là dont les manifestations ne commencent qu'après un exercice plus ou moins long de la normalité sexuelle. Quel médecin — confidents que nous sommes de tant de maux, de tant de secrets et de tant d'oscillations et de détresses morales aussi bien que physiques — n'a vu de ces êtres détraqués sexuellement et qui, après une période de traitement, qui les ramène à la santé habituelle font un retour vers la normale dans leurs relations génitales ? J'en ai examiné et suivi des hommes ou des femmes qui, après une période de déséquilibre sexuel aberrant, sont revenus à l'état ordinaire et sain.

Il en est de l'inversion comme du débordement excessif chez la femme des sens même non déviés celui-ci a sa cause, à coup sûr, dans une hyperactivité ovarienne. Messaline et tant d'autres qui méritent ce nom impérial dans le vice outré, ne sont pae des cas pathologiques. Il n'est pas dit qu'une laparotomie enlevant une partie des ovaires de ces excessives ne les ramènerait à ce que l'on est convenu d'appeler la vertu modeste, faite à la fois de chasteté modérée et d'attirance vers la « chose génitale » ainsi dirai-je ; comme il n'est pas dit que certaines frigidités féminines, ne sont en réalité la base de vertus excessives et non méritoires, et comme l'on peut très bien admettre, qu'en donnant par une greffe, un surplus physiologique en même temps qu'anatomique, on ne mettrait ces femmes au diapa on souhaitable de la vie normale. La vie est un véritable chimisme biologique, où la question des doses produit des réactions dont nous connaîtrons sûrement les lois, comme Berthelot a découvert les lois précises de la chimie organique.

Pour revenir à l'inversion chez le mâle, à la pédérastie, il est un fait indéniable, c'est que la plupart y sont poussés par une force d'attraction telle qu'elle leur fait braver tous les mépris et qu'elle les pousse même à affecter des dehors de défi et d'exhibitionisme, comme s'ils affirmaient ainsi leur droit à des joies qui leur semblent naturelles.

Par contre, il faut savoir que nombre de ces invertis ne se livrent à ce vice, qu'à leur corps défendant et après des débats de conscience douloureux : ils se savent anormaux et ils veulent être normaux, et j'en ai connus qui cherchaient sincèrement la voie droite, demandant le secours moral et aussi le remède thérapeutique.

J'ai vu des invertis qui désiraient être vraiment des hommes, fonder une famille, avoir des enfants, posséder un foyer honorable et heureux.

J'ai vu mieux : certains qui ont pressenti la défection physiologique dont ils étaient les porteurs et qui ont pensé eux-mêmes, que s'ils étaient pourvus d'un sexe anatomique normal — je veux dire par là normal par l'apparence et le volume de la verge et des testicules — ils étaient victimes d'un sexe physiologique anormal — je veux dire par là d'un sexe qui ne produisait pas à un taux suffisant les produits endocriniens de la sexualité mâle. En somme ces mâles de configuration sont des femelles d'intériorisation, si je puis m'exprimer ainsi pour faire mieux comprendre ma pensée ; ces testiculaires, en un mot, sont plutôt des ovariens et c'est ainsi que s'explique leur attirance féminine vers la masculinité.

Tout cela doit être étudié par les grands compétents, en l'espèce les psychiâtres, qui auraient beaucoup de choses à nous dire ; mais, de ma part ce sont là seulement des considérations pour aboutir à mettre mieux en lumière des faits positifs d'où nous pourrions tirer un enseignement et une thérapeutique utile à des malheureux individuellement et utile à la société qu'elle pourrait débarrasser d'un déchet déshonorant, d'autant que le pédéraste ne vaut pas cher généralement, n'ayant le plus souvent ni courage, ni puissance vraiment créatrice d'œuvres intéressant le progrès humain, ni activité sociale, ni tendresse effective dans l'ordre réellement et normalement sentimental.

Le hasard m'a mis un jour devant un de ces hommes déviés, intelligent, cultivé, qui avait la conscience de l'infériorité de son état et qui traînait, tel un Hamlet de la passion erronée, une vie douloureuse et angoissée. Il s'était dit ayant fait quelques lectures médicales, et ayant lu, sans me connaître, mon livre sur La Greffe de Revitalisation humaine, où j'ai essayé de clarifier pour les médecins qui n'ont pas le temps de connaître toutes ces publications, l'ensemble de la question endocrinienne, afin de faire saisir sur quoi les greffes devaient se légitimer, il s'était dit que peut-être ses testicules normaux d'apparence, c'est-à-dire anatomiquement et macroscopiquement, ne secrétaient pas assez d'hormones qui contiennent en puissance ce que nous appelons les caractères du masculinisme et que l'élément féminin l'emportait en lui sur l'élément masculin : de là, recours à la greffe qu'il me demanda avec instance et que je n'entrepris qu'avec réserve.

Je vais reproduire l'observation détaillée que j'ai prise de cet inverti, et je vais le laisser parler lui-même parfois : vous jugerez ainsi par vous-même de son intelligence et de sa qualité d'auto-observation très consciente.

Observation protype

Cas d'inversion sexuelle datant de 17 ans chez un homme âgé de 33 ans, absolument conscient et très malheureux de son état. Lutte morale pour y mettre fin ; impuissance élective vis-à-vis de la femme.

Revigorisation considérable de l'organisme Correction de la déviation génitale. Puissance naturelle récouvrée vis-à-vis du sexe opposé.

Histoire clinique.

Homme de 33 ans, s'occupe de commerce ; d'une taille de 1 m. 75 et pesant 60 kilogr.

Il a un père vivant de 75 ans qui fut un très grand travailleur, très viril, ayant une santé excellente. Sa mère a eu 18 enfants et est morte à 48 ans.

Ses sœurs sont mariées, ont des enfants et sont tout à fait normales ; il a un frère âgé de 28 ans, fort, actif, travailleur, très viril, marié.

Lui atteint la puberté à l'âge de 14 ans : il s'était déjà manifesté très intelligent, très précoce, idéa-

liste, ayant une forte imagination avec une nature poétique, et était très doué pour les lettres : il était pour ces dernières le premier de sa classe.

A cette époque il est attiré par un inverti et c'est avec lui qu'il a la première notion de la vie sexuelle quoique cette aventure n'ait eu aucune suite et qu'il n'y eut pas de rapports génitaux.

A l'âge de 16 ans entraîné par des camarades, il fait plusieurs essais infructueux de coït avec une femme, mais il reste frigide, ne peut avoir d'érection et a éprouvé même du dégoût. C'est à ce moment que le sujet se rend compte que ses instincts sexuels diffèrent de ceux de ses camarades.

Jusqu'à l'âge de 20 ans rien de nouveau. Mais voyageant aux Etats-Unis alors, le sujet, rencontrant d'autres invertis, se rend compte qu'il n'est pas seul à être anormal. Très démoralisé par cette infirmité qui le rend malheureux, il interrompt des études chères pour entrer dans le commerce.

A l'âge de 25 ans il fait de nouveaux essais sincères de coït avec une femme, mais sans succès, et les mêmes phénomènes se reproduisent comme auparavant.

A l'âge de 30 ans il réussit des rapports sexuels normaux avec une femme (une trentaine de fois en 6 mois). Il éprouve néanmoins beaucoup d'indifférence, du dégoût même et n'a aucune initiative sexuelle.

Actuellement, il est anémié et prostré dans une asthénie profonde résistant aux traitements ordinaires. Il a de l'apathie intellectuelle, une fatigue cérébrale précoce, un affaiblissement graduel de la volonté. Malgré tout, le sujet très intelligent, ne s'est jamais désintéressé des lettres ni des arts.

Il a toujours combattu ses instincts sexuels anormaux de toute la force de sa volonté et c'est justement cette lutte stérile et effrénée qui l'a poussé à abandonner une carrière littéraire pour une profession commerciale, afin de faire diversion.

Il désire ardemment surmonter ses instincts aberrants et considère comme *son idéal de devenir normal et de se marier*. C'est ce qui l'incite à demander le secours de la greffe.

Le sujet est myope ; il est pâle, a une musculature faible (il ne pèse que 60 kilogr. pour une taille de 1 m. 75) ; il a de l'hypotension artérielle (maximum 13 au Pachon) ; des troubles digestifs sans caractère précis ; n'a pas d'albuminurie ni de sucre dans les urines.

A l'examen physique on remarque un système pileux normal et aucune espèce de signe de féminisation. Sa conformation génitale est normale ; sa verge, ses testicules sont plutôt volumineux, mais le scrotum est flasque et ses veines sont développées.

Le métabolisme basal pratiqué par M. Plantefol est de 18 %, il est analogue à celui d'un vieillard ; la concentration est assez forte en CO^2.

Opération le 26 novembre 1925.

J'opère avec l'assistance de Mlle Marthe pour l'équipe de l'opération de l'homme, avec celle du Dr Georges Voronoff et du Dr Didry pour l'équipe de l'opération de l'animal.

Assistaient à l'opération : le Prof. Cuellar, ancien doyen de la Faculté de Bolivie ; le Dr Douriez, chirurgien à Abbeville ; le Dr Jemmal, du Mexique ; le Dr Sallagh, de Syrie ; le Dr Novikoff, de Paris ; le Dr Kellog, le grand chirurgien des Etats-Unis.

Le singe employé est le cynocéphale.

L'anesthésie locale est faite au nikétol.

Je pratique du côté gauche le procédé intra-vaginal avec deux gros greffons. De ce côté le feuillet pariétal de la vaginale est très étendu et difficile à disséquer au milieu des tissus fort flaccides : il y a une certaine quantité de liquide hydrocélique qui est évacué et c'est cela qui m'incite à faire de ce côté le procédé intra-vaginal.

Du côté droit j'applique deux greffons par le procédé extra-vaginal. Des agrafes de Michel sont appliquées sur le scrotum de chaque côté.

Suites et résultats.

Ici je crois ne pas pouvoir mieux faire que de laisser la parole à l'opéré qui m'écrivait le 28 janvier 1926, c'est-à-dire 2 mois après l'opération :

« Il me tarde de vous exprimer la joie que j'é-« prouve et le bonheur de vous avoir trouvé sur « mon chemin à l'heure critique de ma vie.

« Votre livre « La Greffe de Revitalisation » que « j'ai lu presque d'un trait et d'où se dégage un « idéalisme sublime, ce livre plein de nobles senti-« ments qui offre aux yeux émerveillés des horizons « d'une splendeur inespérée ; ce livre, dis-je, est bien « l'œuvre d'un tel homme que vous : on ne pourrait « être plus simple avec plus de grandeur, ni plus « spontanément généreux.

« Grâce à vous, ma vie qui s'est jusqu'à présent « gaspillée en des luttes aussi stériles que doulou-« reuses, se renouvellera pour ainsi dire, afin de « s'adonner en toute liberté au culte du développe-« ment maximum physique et intellectuel dans un « but réellement utile et élevé. Car ainsi que vous « le faites si bien sentir dans vos écrits, c'est en « mettant la science au service de la beauté, et en « les servant toutes deux avec un égal zèle et amour « qu'on arrive à se former un idéal digne de tout « homme vraiment civilisé.

« Aussi, je suis vraiment heureux de vous signa-« ler les faits suivants, conséquence directe, de votre « intervention.

« Depuis quelques semaines je me rends compte « d'un revirement de mon instinct sexuel, très gra-« dué, lent, mais non moins décisif. En voici les « manifestations qui se passent de commentaires :

« 1° Des hommes qu'avant l'intervention je me « plaisais instinctivement à admirer pour leur « beauté, leur apparence de force et de santé, me « laissent de plus en plus indifférent, et il m'est « arrivé de m'étonner de l'admiration que je ressen-

« tais pour une certaine personne, sentiment que je « considère aujourd'hui comme ayant été extrê« mement exagéré.

« 2° La lutte qui se livrait en moi-même cons« tamment, et qui sapait mon énergie, entre mon « instinct sexuel anormal et mon aversion raisonnée « pour des pratiques perverses n'existe plus ; je me « sens complètement maître de moi-même pour « dérouter à volonté toute velléité de désirs anor« maux.

« 3° Et enfin, je m'aperçois que je porte à la femme « un intérêt de plus en plus marqué ; par trois re« prises j'ai eu des rêves érotiques où la femme avait « le beau rôle, et qui provoquèrent de fortes érections, « le dernier rêve m'ayant excité jusqu'à l'éjacula« tion. Dans ce dernier rêve je me trouvais avec une « femme que j'admirais beaucoup auparavant pour « ses lignes pures et belles, mais que je ne pouvais « voir que comme une statue de marbre. Il est à « remarquer que *jamais avant* l'intervention des « femmes n'avaient figuré dans mes rêves érotiques.

« En résumé, je me sens au seuil d'une vie nou« velle que j'ose à peine sonder tant elle me paraît « belle. Je ne manquerai pas de vous tenir au cou« rant de mon progrès.

« Ma reconnaissance pour vous, cher docteur, est « infinie. »

Quelque temps après j'avais l'occasion d'examiner le greffé et je constatai moi-même : un meilleur *état général* ; du *côté local* une consistance moins molle des testicules qui étaient flasques avant l'opération et une amélioration très grande de l'*état spirituel.*

Depuis, ce malade, ce dévié, cet inverti, a pu se marier et se créer un foyer. Il sera à suivre pour savoir s'il ne fera pas de rechute ; mais c'est vraiment un beau résultat à l'acquit de la greffe pour un cas bien spécial.

Remarques principales.

Comme on le voit, il s'agit là d'un cas banal d'inversion, mais chez un être exceptionnellement doué et conscient, susceptible, comme on l'a vu, de s'analyser, inversion datant de 17 ans et restée incurable jusqu'au jour de la greffe.

Vous devez noter aussi la lutte intérieure du sujet, admirablement doué pour les lettres et les arts, contre sa déviation et pour ainsi parler comme Victor Hugo qui dans « Les Misérables » parle à un moment de la *tempête sous un crâne*, de la *tempête dans un cœur*, chez cet être misérable, flottant désemparé au souffle de la passion aberrante. Ce malade désire ardemment la possibilité de rapports normaux pour créer un foyer.

Au point de vue technique opératoire, je fais ressortir que j'ai fait le procédé alterné : intra-vaginal à gauche parce qu'il y avait du liquide hydrocélique, par conséquent place pour les greffons et extra-vaginal à droite. Ce cas, avec bien d'autres, me prouve que la greffe intra-vaginale est très bien tolérée et réussit aussi bien : je trouve pour ma part très beau, opératoirement, qu'un greffon de substance qui pourrait si bien s'infecter, déterminer une vaginalite aiguë, soit si bien adapté sans conséquence fâcheuse, et vive. Je pense donc qu'au point de vue sécurité les deux procédés se valent, mais l'intra-vaginal ne peut être appliqué que s'il y a de la place dans la séreuse vaginale, par conséquent que s'il y a un peu de liquide.

Enfin, il faut, me semble-t-il, s'incliner devant le résultat : voyez le contentement du malade, si bien exprimé d'ailleurs et d'une façon si précise, et enfin notez la nouvelle qu'il a pu se marier, accomplir ses devoirs conjugaux. Si cet homme a un ou des enfants la greffe aura été utile non seulement à l'individu, mais à la société.

Cette observation est des plus instructives et des plus encourageantes. Je ne peux la faire suivre d'autres pour la corroborer ; mais enfin elle est assez limpide, assez chargée de directive, si je puis ainsi dire, pour nous autoriser à tenter de nouveau la greffe dans des cas semblables. Depuis, sans qu'on sût l'existence de cette thérapeutique chirurgicale endocrinienne vis-à-vis de l'inversion et le résultat qui en a été advenu, puisque cette observation est inédite, j'ai été sollicité par d'autres malades, et tout dernièrement par un jeune homme turc, que m'adressait à tout hasard mon ami le Pr Mouchet, de la Faculté de Médecine de Constantinople, directeur de l'hôpital Pasteur de cette ville. Ce jeune homme conscient et vraiment malheureux demande le secours de la greffe. Je n'hésiterai pas à la pratiquer avec espérance d'un succès, fort du résultat obtenu par un cas absolument analogue en tant que conséquence fâcheuse et désarroi moral dus à l'inversion.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Kystes hydatiques de l'abdomen.

D'après une leçon du Pr. Delbet (1).

Vous m'avez vu, lundi, opérer une malade atteinte de kystes hydatiques de l'abdomen. A son propos, je désire vous rappeler l'évolution cyclique, l'histoire naturelle et clinique de ces kystes.

Vous voyez ici l'un de ces kystes. Voici la membrane germinative, recouverte de petits grains, qui sont des vésicules-filles. En dehors, est une membrane blanchâtre, semi-transparente, translucide, hyaline. Cette membrane fibreuse qui l'entoure et qu'on appelle la membrane d'enkystement, est un produit de défense de l'organisme, qu'on peut laisser, sans qu'il en résulte aucun dommage pour l'opéré, car, une fois le parasite supprimé, elle se rétracte très vite.

L'hydatide a une évolution alternante, dont les deux phases se passent sur des animaux différents.

Le parasite à l'état adulte, c'est le *tænia nana*, l'échinocoque, qui vit chez le chien, et peut-être chez d'autres carnivores, dans la première portion de l'intestin grêle. De très petite taille, ne dépassant jamais sept millimètres, et souvent n'en ayant que deux ou trois, il est pourvu d'une tête, qui porte une couronne de crochets et quatre ventouses. Le dernier segment, où se développent les œufs, est éliminé avec les matières fécales. Les œufs, mis en liberté, répandus sur des légumes verts, quelquefois dans l'eau, sont ainsi ingérés par un herbivore ou par l'homme. Sous l'influence des sucs digestifs, leur membrane d'enveloppe est détruite et ils mettent en liberté l'embryon hexacanthe, pourvu de six épines, grâce auxquelles il passe à travers l'épithélium intestinal et arrive, soit dans les voies lymphatiques, soit, plus souvent, dans les voies sanguines. Il pénètre dans le système porte. Aussi est-ce dans le foie qu'on observe le plus souvent les kystes hydatiques. On peut les rencontrer dans le poumon, le rein, la rate, le cerveau, les muscles, les os, n'importe où. Une fois l'embryon fixé dans les tissus, il s'entoure d'une membrane d'enkystement. Ainsi se développe un kyste.

Ce kyste est composé d'une paroi propre au parasite, dont la partie externe est complètement dépourvue d'organisation ; la face interne est recouverte par la membrane germinative. Le tissu de l'hôte réagit et produit ce qu'on appelle l'ecto-kyste, mauvais mot : c'est une membrane d'enkystement. Elle n'a aucune connexion avec le parasite. Quand le kyste siège dans le foie, on trouve dans cette paroi des canalicules biliaires et des travées de tissu hépatique ; dans ce cas, enlever cette membrane est une opération insensée, inutile, et qui expose à ouvrir des vaisseaux et des canalicules biliaires.

La membrane germinative a un aspect velouté, dû à des saillies qui sont des *scolex*, c'est-à-dire des têtes de tænia. Un certain nombre se détachent et tombent dans le liquide. Il y a toujours un dépôt, ce qu'on appelle le sable hydatique, dans lequel on trouve des scolex et des crochets détachés.

Le nombre des vésicules-filles est très variable; parfois elles sont pressées les unes contre les autres, et le kyste ne renferme presque pas de liquide. Dans l'intérieur de ces vésicules-filles, la même série de phénomènes peut se reproduire, il se développe des scolex, pouvant donner des vésicules tertiaires.

Ce kyste hydatique entraîne la mort de l'animal, ou quelquefois il s'ouvre spontanément au dehors.

La phase de ver s'accomplit dans l'intestin du chien ; la phase kystique, dans les organes d'un herbivore, le plus souvent chez le mouton.

Pour supprimer l'évolution du tænia, et par là même les kystes hydatiques, il suffit d'incinérer les moutons qui meurent de kystes hydatiques, au lieu de jeter leurs poumons, foie et cerveau en pâture aux chiens errents. C'est ce qu'on fait dans nos abattoirs. Aussi les kystes hydatiques sont, à l'heure actuelle, extrêmement rares, en France. Dans certains pays, au contraire, ils sont d'une fréquence extraordinaire, notamment en Irlande, en Uruguay, en République Argentine, en Australie, en Tunisie, qui sont de grands centres d'élevage de moutons.

Ces vésicules-filles, ces scolex doivent aller se fixer dans un intestin de chien pour reproduire le tænia ; mais supposons qu'un kyste développé dans le foie se rompe. Que va-t-il advenir de ces scolex et de ce sable hydatique versé dans le péritoine ? Eh bien, il est établi que ces vésicules-filles, ces têtes de tænia peuvent fournir une seconde génération kystique sans repasser par la phase de tænia. Il en résulte que, le kyste primitif vidé, il faut se garder de considérer le malade comme guéri, car ces vésicules secondaires, ces scolex, sont capables de se greffer sur le péritoine.

Ainsi, on savait depuis longtemps que certains malades présentaient des kystes hydatiques dans

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 16 février 1928, recueillie par le Dr Laporte.

l'abdomen en nombre quasi illimité, mais on admettait qu'ils étaient dus à des embryons hexacanthes ayant pénétré par l'intestin. A l'heure actuelle, cette conception est abandonnée. On considère que ces kystes multiples de l'abdomen sont consécutifs à la rupture d'un kyste primitif du voisinage et siégeant presque toujours dans le foie.

J'ai envisagé une évolution endogène, mais il y a aussi une évolution exogène, c'est-à-dire que les scolex, les vésicules-filles sont capables d'évoluer en dehors, au lieu d'évoluer en dedans. On observe, en effet, quelquefois des kystes, qu'on appelle alvéolaires, dans le foie et dans les os.

C'est par la rupture de la membrane germinative qu'on explique le développement des kystes exogènes alvéolaires dans les os. Les kystes alvéolaires du foie ne s'observent qu'en certaines régions (sud de l'Allemagne, Bavière, Tyrol), et paraissent dus à un autre parasite, voisin de l'échinocoque, mais se développant surtout chez le bœuf.

Cette malade, âgée de 53 ans, a été opérée, en 1917, pour un kyste hydatique du foie, et pour un polype utérin. En 1918, elle eut un nouveau kyste hydatique, opéré à Genève. En 1919, elle présenta un kyste hydatique abdominal, opéré à Paris. Elle revient pour des métrorragies.

Dans les antécédents, rien de particulier ; il n'y a pas de chiens dans la maison, elle n'en eut jamais avec elle.

Il n'est pas douteux qu'il y a une relation directe entre l'opération du kyste primitif et l'apparition de kystes multiples. On peut, au cours d'une intervention pour kyste hydatique, ensemencer la cavité péritonéale. Il y a un moyen d'éviter cet accident, c'est de tuer l'hydatide, les vésicules-filles et les scolex dans l'intérieur du kyste, avant d'en faire l'ouverture. Pour cela, il faut employer la méthode de la formolisation, préconisée par Quénu : on injecte une certaine quantité de formol à un pour cent, laissé dans le kyste pendant cinq minutes.

Quénu munit son trocart d'un branchement latéral, sur lequel on met un tube de caoutchouc. On aspire une certaine quantité de liquide dans une seringue de Pravaz, on pique la paroi du caoutchouc, et c'est par là qu'on injecte le liquide dans l'intérieur du kyste. Malheureusement, la membrane-mère est élastique ; aussitôt ponctionnée, elle tend à se rétracter et une certaine quantité du liquide peut se répandre dans l'abdomen. Il faut donc prendre de grandes précautions, bien garnir toute la région de compresses, de manière à éviter la pénétration de ce liquide dans la cavité péritonéale.

On observe quelquefois un certain nombre de troubles, que Dieulafoy a décrits sous le nom de petits signes du kyste hydatique. Je ne parle pas de la douleur de l'épaule droite, mais il y en a d'autres plus intéressants, parce qu'ils sont sous la dépendance d'un trouble de l'état général. Ce sont l'urticaire et le dégoût des matières grasses. L'urticaire est dû à la pénétration de certaines substances toxiques venant de l'intérieur du kyste. Dans ce cas, il se développe des anticorps ; on peut les mettre en évidence par la méthode de fixation du complément, de Bordet et Gengou. Les résultats en sont malheureusement extrêmement incertains. Les cas où il y a une réaction positive, sans qu'il y ait de kyste hydatique, sont exceptionnels, mais ce qui est fréquent, c'est qu'un porteur de kyste hydatique ne donne pas de réaction positive.

Je ne doute pas qu'un individu qui a présenté des crises d'urticaire en rapport avec un kyste hydatique ne donne une réaction de Weinberg tout à fait nette, mais voici une malade atteinte de kyste hydatique ; elle ne donne pas de réaction de Weinberg. On l'opère, et quelques jours, 24 heures quelquefois après l'opération, la réaction devient positive. C'est qu'au cours de l'opération une certaine quantité du liquide du kyste a été mise en contact direct avec la plaie, a été résorbée, et alors se sont développés les anticorps. Il y a donc des cas où les anticorps ne peuvent pas se développer.

Cette irrégularité des échanges entre le kyste et l'organisme explique que la réaction de Weinberg puisse être absolument nulle chez des malades porteurs de kyste hydatique. Aussi cette méthode, à l'heure actuelle, est-elle à peu près abandonnée. On a cherché à lui substituer une autre méthode, peut-être plus sensible, c'est la réaction intra-dermique de Cassoni : on injecte quelques gouttes de liquide retiré du kyste dans l'épaisseur du derme.

En cas de kyste hydatique, il se forme des anticorps, et on voit survenir une papule, développée en quelques heures ,puis une réaction secondaire, une rougeur diffuse, le lendemain, au point de l'injection.

La ponction n'est pas conseillée, parce qu'elle peut produire la rupture du kyste, et des accidents dramatiques, même mortels. Parfois il se produit des crises convulsives. Le plus souvent, il y a une tendance à l'état syncopal, parfois des troubles de la respiration, que Dieulafoy attribuait à l'urticaire développée dans les voies respiratoires ; il y a de la tachycardie, des phénomènes de collapsus, ces accidents pouvant se terminer par une mort brutale et rapide ; plus souvent la mort ne se produit qu'au bout de 12 à 24 heures, mais dans un cas signalé par les auteurs, elle s'est produite en deux heures.

A l'heure actuelle, on considère que ce sont des accidents anaphylactiques.

La conclusion, c'est qu'on n'a pas le droit de faire une ponction pour préciser le diagnostic.

Cette ponction, qui n'a pas d'avantages, expose à des accidents terribles.

Il y a cependant des cas où l'on est obligé de faire des ponctions ; elles ont surtout pour but de localiser topographiquement le kyste. Par exemple, lorsqu'on a affaire à un kyste hydatique du poumon,il faut tâcher de l'aborder par le point où il est le plus rapproché de la paroi thoracique pour réduire les accidents au minimum. Si on n'a pas réussi à le localiser par des radiographies successives faites dans des plans déterminés, il est indiqué de faire une ponction, mais il faut faire cette ponction sur la table d'opération, le malade étant endormi, tout étant prêt pour l'intervention immédiate.

Dans les kystes hydatiques du foie, on n'observe pas de déficience hépatique, même avec des kystes extrêmement volumineux, et Chauffard a constaté dans ces cas une hypertrophie compensatrice de la partie du foie respectée par le kyste.

En règle, les kystes hydatiques en évolution, c'est-à-dire dont le parasite est vivant, ne sont pas fluctuants, ils donnent une sensation de rénitence, et parfois de dureté.

Il y a ce qu'on appelle le frémissement hydatique. Il suffit de mettre une vésicule d'hydatide dans le creux de la main et de remuer la main pour avoir cette impression de tremblotement qui est le frémissement hydatique. En clinique, on le constate en appliquant la main à plat sur la tumeur, et en percutant d'un coup sec et énergique. On a une sensation de tremblotement, comparée à celui que donne un sommier élastique.

Ce frémissement hydatique est d'une rareté extraordinaire ; c'est un symptôme sur lequel on ne peut compter, et, d'autre part, des tumeurs qui ne sont pas des kystes hydatiques peuvent donner la même sensation.

La valeur du symptôme éosinophilie est faible.

Le diagnostic étant fait, il faut s'occuper du traitement.

Le traitement par les ponctions, actuellement, est absolument proscrit. On a conçu l'espérance qu'on pourrait tuer les hydatides en injectant des sels d'arsenic, de bismuth ,etc. Un chirurgien de Buenos-Ayres a montré que les rayons X peuvent tuer les hydatides, *in vitro*, mais il faudrait employer des doses trop considérables. Nous n'avons donc à notre disposition que le traitement chirurgical.

L'incision en deux temps est abandonnée. On fait l'incision en un temps ; on ouvre le kyste après l'avoir ponctionné et formolisé, on l'ouvre largement et on l'évacue complètement, en enlevant la membrane germinative. Jadis, après cela, on faisait la marsupialisation, qui avait plusieurs inconvénients. Quand les kystes sont infectés, on est obligé de recourir à la marsupialisation.

Ce cas mis à part, on peut supprimer la marsupialisation en suturant les deux lèvres de l'incision faite à la paroi kystique. Cette fermeture de l'ecto-kyste peut se réaliser de diverses manières. Certains chirurgiens, par crainte de voir survenir des accidents dans le kyste ainsi réduit, l'ont suturé à la paroi abdominale, pour pouvoir le rouvrir immédiatement au besoin. Cette méthode a des inconvénients nombreux. Pour moi, je rentre le kyste suturé dans l'abdomen, sans le fixer à la paroi abdominale. C'est la méthode que j'appelle la réduction sans drainage. Dans un certain nombre de cas, j'ai adjoint à cette manœuvre ce que j'ai appelé le capitonnage de la poche ; je l'emploie lorsque celle-ci est énorme (2 à 4 litres de liquide), pour hâter la fusion des deux parois.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Technique rapide de la perméabilité rénale par la phénol-sulfone-phtaléine intraveineuse.

Le prof. LE BLAYE estime que la voie intraveineuse est le mode qu'il faut préférer pour cette méthode ; le colorant se trouve d'emblée porté dans le sang à son maximum de concentration et il s'élimine bien plus promptement que par la voie intra-musculaire.

L'auteur a constaté que les sujets sains avaient déjà éliminé au moins 50 % du colorant après vingt minutes, l'épreuve étant faite le matin après ingestion d'un verre d'eau.

Cette méthode est d'exécution délicate, et la négligence de certaines règles expose à des erreurs. Sensible et rapide, ne nécessitant le concours d'aucun laboratoire, elle peut être exécutée n'importe où ; courte, n'exigeant pas, lecture comprise, plus d'une demi-heure, elle peut être faite extemporanément au cours d'une consultation.

Comme matériel : un entonnoir et un filtre (ou de l'ouate), une éprouvette graduée de un demi-litre, ou une bouteille de même capacité, du carbonate de soude ; enfin un colorimètre,

qu'on peut même remplacer à la rigueur par des étalons qu'on titrera soi-même dans une série de tubes de même calibre, par dilutions successives.

L'injection elle-même comporte l'emploi d'une seringue exactement graduée, à piston parfaitement étanche et bien gradué. Aucun vide important ne doit exister entre l'extrémité du piston et le corps de la seringue, qui devra être soigneusement purgée d'air avant l'injection.

La solution de P. S. P. est titrée à six milligrammes pour un ou mieux pour quatre cent. cubes. L'injection intraveineuse se fait suivant la technique habituelle, avec une aiguille ni trop fine, ni trop grosse (calibre 6 à 7/10e de mm.). Il faut se souvenir que pour une injection d'un centimètre cube, la perte d'une seule goutte de liquide (par reflux entre le piston et le corps de la seringue par exemple) représente déjà une erreur de cinq pour cent dans le résultat de l'épreuve.

Avec cette technique, l'auteur a toujours trouvé chez les sujets jeunes et sans antécédents rénaux une élimination égale ou supérieure à 50 % au bout de vingt minutes ; c'est pourquoi, il prélève l'urine au bout de ce temps. L'urine recueillie doit être alcalinisée par un large excès de soude ou de carbonate de soude, car une alcalinisation insuffisante expose à des erreurs de dosage. On la dilue jusqu'au volume de 500 cc., et c'est un échantillon filtré de cette dilution que l'on compare avec les étalons colorimétriques préparés avec une solution au millième, de sorte qu'à cette dilution, l'urine dans laquelle a été excrété 50 % du colorant aura la même teinte que le tube étalon titré à 100 % et correspondra à une perméabilité rénale.

Ainsi dans le cas pris pour exemple 100 % exprimera en même temps sinon la valeur fonctionnelle réelle de l'organe, du moins son degré de perméabilité phtaléinique.

Si, au contraire, le sujet n'élimine que 20 % du colorant, le dosage sur l'échantillon dilué à 1/500 au lieu de 1/1000 donnera le chiffre de 40 %, exprimant directement sans aucun calcul le degré de perméabilité phtaléinique.

Avec la technique actuellement usitée, si l'on admet que l'élimination normale correspond à 70 % des reins de même valeur fonctionnelle (40 %) élimineront :

$\frac{70 \times 40}{100} = 28$ % et la perméabilité phtaléinique sera tirée de la formule suivante, dans laquelle N exprime le chiffre fourni par le dosage colorimétrique : $P = \frac{N \times 100}{70}$.

Cependant, quand une décision opératoire sera subordonnée à l'aptitude fonctionnelle des reins, on ne devra pas se fier à cette épreuve unique ; les moyens de contrôle simples ne manquent pas et il est bon d'avoir recours à l'un d'entr'eux (épreuves de concentration maxima, constante d'Ambard). (*Le Bulletin médical*, 8 octobre 1927.)

Tétanos et injections locales de sérum anti-tétanique.

Le prof. SICARD a toujours cherché à porter l'antitoxine tétanique, par voie méningée, au contact des centres nerveux ; il a employé aussi, avec des succès fréquents, les injections paranerveuses périphériques et les injections circonscrivantes autour du foyer traumatisé ; il s'agirait, en effet, le long des filets nerveux d'un véritable mouvement de propagation de la toxine tétanique que l'on pourrait comparer à l'absorption des liquides nourriciers par les racines d'une plante, et la méthode tendrait à supprimer une certaine quantité de virus avant son absorption par les tubes nerveux.

En présence d'un cas de tétanos, l'auteur pense qu'avec les lavements de chloral à haute dose et l'isolement au repos, il est légitime d'utiliser parallèlement le sérum antitétanique suivant la technique suivante :

1° 5 à 10 cent. cubes répartis plus ou moins profondément tout autour du foyer traumatisé (injections circonscrivantes) ;

2° 15 à 20 cent. cubes poussés au contact des troncs nerveux périphériques moyens et gros. Insister sur les troncs nerveux dépendant de la région lésée (injections para-nerveuses périphériques) ;

3° 15 à 20 cent. cubes injectés sous l'arachnoïde lombaire lentement et progressivement. Le sérum devra être chauffé au bain-marie pour le ramener aux environs de la température 37°-38°.

Quarante-huit heures après, on pourra pratiquer de nouveau ces différentes séries d'injections aux mêmes doses, les deux premières pouvant être reprises par la suite, la troisième (sous-arachnoïdienne) n'étant plus renouvelée qu'exceptionnellement.

Il ne faudrait cependant pas escompter, par l'utilisation de cette technique, dans tous les cas de tétanos, la certitude de la guérison. Certains tétanos, alors même qu'ils ont au point de départ des plaies insignifiantes et qu'ils évoluent chez des sujets non tarés, évoluent, pour des raisons qui nous échappent, avec une rapidité et une intensité telle que les efforts thérapeutiques les plus énergiques sont malheureusement annihilés. (*Journal des Praticiens*, 19 novembre 1927.)

Les troubles cardiaques au cours des fibromes.

Trois causes possibles, d'après Charles FIESSINGER : 1° l'excitation produite par la présence de la tumeur ; 2° les accidents de compression qui fatiguent le cœur ; 3° la possibilité d'une évolution hypertensive

1° Peut-être s'agit-il d'un déséquilibre vago-

sympathique en rapport avec le fonctionnement défectueux de l'ovaire ; mais la présence seule de la tumeur suffit à les expliquer, car accidents cardiaques, douleurs précordiales, palpitations, cèdent après l'intervention. Les calmants des nerfs du cœur calmeront de leur côté. Exemple, une pilule avant le repas de midi et du soir de :

Sulfate despartéine	0 gr. 02
Bromhydrate de quinine	0 gr. 01
Extrait valériane	Q. S.

Il en sera de même des poudres magnéso-bismuthées en cas de troubles gastriques.

On accorderait une certaine importance à l'opothérapie ovarienne. On ne risque rien en tous cas d'y recourir ;

2° Si le cœur est sain, il suffit pour conjurer les accidents. Mais s'il est atteint d'une lésion aortique ou mitrale, il fléchit plus aisément. Le traitement cardiotonique par la digitaline en solution au 1/1000e sera prescrit : V gouttes, dix jours ; suspendre deux jours, reprendre dix jours,etc. ; et, si le cœur est dilaté, adjoindre le régime de réduction des liquides, le repos au lit, et la théobromine (deux cachets de 50 centigr. par jour pendant vingt jours).

3° L'évolution hypertensive fait suite, assez souvent aussi, à la guérison des fibromes, opérés ou soignés par la radiumthérapie et les rayons X. En pareils cas, le régime alimentaire, les émissions sanguines et les laxatifs occupent la première place, dans le traitement. On prescrira la théobromine (2 cachets de 0,50 cent.), quinze jours par mois. Si la malade est obèse ou vigoureuse on adjoindra à ces cachets de la poudre de thyroïde.

Théobromine	0 gr. 50
Poudre gl. thyroïde fraîche.....	0 gr. 02

Pour un cachet, n° 3.

La tachycardie habituelle sera combattue par la digitaline à titre préventif : V gouttes , 3 à 4 jours de suite par semaine. Suspendre trois jours et reprendre. C'est encore le meilleur moyen de retarder et souvent d'empêcher indéfiniment la production du bruit de galop. (*Journal des Praticiens*, 10 décembre 1927.)

Douleurs des tabétiques « guéris ». Importance des causes congestionnantes et irritatives.

S'il est habituel de rencontrer des douleurs tabétiques chez un tabétique encore en activité, et si ces douleurs, paraissent « naturelles » , on est décontenancé d'observer des douleurs fulgurantes et des crises viscérales souvent très pénibles chez des tabétiques fixés réunissant tous les critères de guérison clinique et humorale ; le médecin s'il n'est pas averti de ces faits, et surtout le malade, qui croyait être débarrassé des douleurs par la « guérison » du tabès, s'en étonnent et s'en inquiètent. Ces faits ne sont pas exceptionnels, et il faut bien les connaître, avec le prof. GOUGEROT, au point de vue pronostique et thérapeutique.

Il y a donc deux sortes de phénomènes chez les tabétiques : 1° douleurs fulgurantes et crises viscérales dans le tabes en activité, où interviennent à la fois les lésions syphilitiques des racines postérieures et les causes irritatives et congestives non syphilitiques. 2° les douleurs des tabétiques guéris, dues à toutes les causes irritant et congestionnant les racines scléreuses des tabétiques, la syphilis latente « guérie » n'intervient plus par des poussées inflammatoires.

Il ne faut donc pas promettre au tabétique que les douleurs disparaîtront lorsque le processus tabétique en activité guérira par le traitement, de multiples causes irritantes pouvant par l'excitation des racines congestionnables déclancher la crise douloureuse.

D'autre part, la persistance de ces crises douloureuses n'affirme pas la persistance du tabes en activité ; tout diabétique douloureux ne doit pas être, *ipso facto*, considéré comme un syphilitique en activité.

Le traitement chez ces tabétiques guéris, quoique douloureux, ne doit pas être intensif, ni brutal, comme certains sont tentés de le faire, croyant que la répétition des douleurs témoigne toujours d'un tabès en activité nécessitant donc le traitement antisyphilitique maximum.

Le traitement de ces tabétiques doit être un simple traitement de consolidation, surtout mercuriel et bismuthique : tantôt une cure trimestrielle mercurielle à l'hiver et l'été, bismuthique au printemps et à l'automne, tantôt chaque mois dix jours de mercure, et dix jours d'iodure, et au printemps et à l'automne mercure bismuthique.

L'arsenic ne doit pas être systématique, car souvent il congestionne les radiculites séreuses et réactive les douleurs ; il ne doit être employé que dans des cas spéciaux : anémiques et cachectiques ; intolérances au mercure et au bismuth et avec de grandes précautions : la technique de Sicard des petites doses répétées (par exemple trois fois par semaine 0 gr. 25 à 0 gr. 30) est la meilleure en pareil cas.

Chez de tels malades, le meilleur traitement prophylactique sera de préciser les causes irritatives ou congestionnantes afin de les éviter : coup de froid, coup de chaleur, insolation, chocs nerveux émotifs, troubles digestifs et surtout constipation, intoxications digestives, écarts de régime, etc., en un mot toutes les causes qui peuvent déclancher les poussées hypertensives, urticariennes et congestionnantes, anaphylactiques et toxiques.

Au point de vue curatif, il faut tenter toutes

les médications décongestionnantes des racines congestionnées : tantôt les vaso-constricteurs chez les hypotendus au mieux l'éphédrine, l'adrénaline ; tautôt et plus rarement les hypotenseurs chez les hypertendus (nitrite de soude, nitrite d'amyle).

Grâce à ces notions nouvelles, on ne fera plus d'erreur de pronostic et on guidera mieux sa thérapeutique. (*Journal des Praticiens*, 23 novembre 1927.)

La vaccination préventive de la broncho-pneumonie.

Dans les milieux hospitaliers, en raison des associations microbiennes et des infections surajoutées, sa mortalité peut atteindre 40, 50 et même 65 %. Aussi l a vaccination préventive est-elle surtout indiquée dans les maternités, les hôpitaux d'enfants, les crèches, les pouponnières, lorsque surviennent des épidémies de grippe ou d'infections respiratoires.

G. Schreiber rappelle différents vaccins recommandés : le vaccin de Weill et Dufourt, stock-vaccin polymicrobien, aqueux et stérilisé par la chaleur, préparé à l'Institut bactériologique de Lyon (pneumocoques 4, entérocoques 4, staphylocoques 1,5, tétragènes 0,5) ; les deux premiers ont été isolés de foyers pneumoniques ou bronchopneumoniques ou de pleurésies purulentes secondaires.

Chez le nourrisson, on pourra injecter 1 /4 de cmc. le premier jour, 1 /2 cmc. les trois jours suivants, et 1 cmc. les deux jours suivants. Sauf de très rares exceptions, ce vaccin ne provoque aucune réaction locale ou générale.

Le vaccin polyvalent I. O. D., type 3, de Ranque et Senez, avec pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, tétragène et micrococcus catarrhalis, est stérilisé, et atténué par l'iode ; on peut injecter 2 /10 de cmc., puis 1 /4 de cmc., 1 /2 cmc. à 3 ou 4 reprises, en espaçant les injections de deux en deux jours. Ces doses seront de préférence diluées dans 1 /2 cmc. de sérum physiologique stérile.

Le vaccin de Salimbéni (Institut Pasteur, avec pneumocoques 3, streptocoques 3, staphylocoque 2 1 /2, pyocyaniques 1, faux diphtériques 1 /2 ; la pyocyanase sécrétée digère les enveloppes microbiennes et facilite l'assimilation phagocytaire). Ce vaccin est employé systématiquement depuis le 1er octobre 1926 chez tout enfant, entrant au service d'isolement du prof. Marfan, en plus de 20 cmc., de sérum antidiphtérique.

Enfin le lysat — vaccin de Duchon contient les divers germes de la flore pulmonaire, avec, en plus, le bacille diphtérique et le bacille pyocyanique. (*La Consultation*, décembre 1927.)

Les indications du résyl dans le traitement de la tuberculose.

Le Dr M. Peytral estime que, du fait que nous ne disposons pas encore pour la tuberculose d'une médication spécifique, nous voyons trop de médecins, se considérant comme désarmés devant une cause jugée d'avance, se réfugier dans un abstentionisme aussi regrettable que démoralisant.

La tuberculose progressant par poussées évolutives séparées par des périodes de pause, le thérapeute devra s'efforcer de diminuer l'importance et la durée des premières et mettre les secondes à profit pour renforcer les défenses de l'organisme. Il faut, avant tout, faire son possible pour mettre le tuberculeux à l'abri des rhumes, bronchites, grippes, etc., susceptibles de provoquer le réveil de foyers en voie d'extinction.

La chimiothérapie fera utilement appel au résyl, qui n'a pas les propriétés irritantes et congestionnantes du gaïacol, et dont l'action antitoxique, asséchante et anticatarrhale est indiscutable.

Diminuer l'expectoration du tuberculeux, ce n'est pas seulement pallier un symptôme inquiétant, c'est aussi éviter l'épuisement du malade, son infection secondaire par la déglutition répétée de produits bacillaires ; c'est préserver son entourage et la collectivité.

Le résyl, qui ne peut prétendre évidemment à constituer le traitement exclusif de la tuberculose pulmonaire, n'en exclut précisément aucun autre : il les complète, soit sous sa forme ingérable, soit sous sa forme injectable (cette dernière de préférence sur les sujets à tendances évolutives), en assurant au malade une meilleure défense et en favorisant la transformation fibreuse des lésions avec stabilisation consécutive. (*Progrès médical*, 31 mars 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Septicémie streptococcique à forme gangréneuse.

(MM. Ch. Achard et Hamburger. — *Académie de médecine* ; 10-4-1928.)

Les septicémies streptococciques revêtent des formes très variées. Parmi ces formes, il en est une, gangréneuse, dont M. Achard relate deux observations.

La première observation concerne une femme de 46 ans qui fut admise à l'hôpital (elle était malade depuis la veille seulement) dans un état grave ; température à 40°, état général très altéré. Les deux mains étaient rouges et tuméfiées. Le lendemain matin, l'œdème remontait jusqu'au bras et était couvert de phlyctènes. Mort au milieu de la journée. L'hémoculture donna un streptocoque hémolytique. La gangrène, qui n'avait pas eu le temps d'évoluer, ne relevait pas d'altérations vasculaires.

La seconde observation est analogue, sauf que la température ne dépassa pas 38°3. Gangrènes sans lésions des artères. Streptocoque à l'hémoculture.

Le streptocoque trouvé dans les deux cas a-t-il été l'agent de la mortification ? C'est le seul microbe que l'on rencontra à la culture et dans le premier cas l'absence d'anaérobies fut vérifiée. Quoi qu'il en soit, le fait subsiste : dans le groupe si polymorphe des streptococcies humaines, il existe un type particulier, celui de la septicémie streptococcique à forme gangréneuse.

L'anesthésie générale par le sérum éthéré intra-veineux.

(MM. Dambrin et L. Thomas, de Toulouse. — *Société de chirurgie* ; 28-3-1928.)

Dans un récent article de la *Presse médicale*, M. Senèque présentait quelques considérations sur l'anesthésie générale par l'isopral-éther intra-veineux. MM. Dambrin et L. Thomas reviennent aujourd'hui sur cette question de l'anesthésie par le sérum éthéré intra-veineux, que M. Thomas a étudiée dans sa thèse inaugurale de 1927.

MM. Dambrin et Thomas laissent de côté l'isopral, simplement employé pour préparer la narcose ; ils préfèrent d'ailleurs s'adresser à cet effet à la scopolamine-morphine. Les soins pré-opératoires sont les mêmes que pour une anesthésie ordinaire (vérification du système cardio-vasculaire, analyse des urines, mesure de la pression artérielle). Trois quarts d'heure avant le commencement de l'anesthésie, ils font une piqûre contenant 2 à 3 milligrammes (suivant le poids du malade) de génoscopolamine et 1 centigr. de morphine. Après la piqûre, le silence doit être complet.

La méthode utilisée par les auteurs est celle de Schmitz-Pfeiffer (instillation intra-veineuse *continue* de sérum éthéré à 5 pour 100 et de sérum ordinaire), meilleure à tous égards, selon eux, que celle de Burckardt (instillation *intermittente*) L'appareil dont ils se servent et qu'ils ont fait construire spécialement se compose de deux flacons ayant en bas, chacun, une tubulure d'échappement d'où part un tube de caoutchouc. Les deux tubes de caoutchouc se réunissent en Y pour se terminer par l'embout de la seringue et l'aiguille à injection. L'un des flacons contient du sérum éthéré (50 grammes d'éther pour 1 litre de liquide) et l'autre du sérum (sérum de Locke citraté) dont voici la formule :

Citrate de soude	5 gr.
Chlorure de sodium	7 gr. 4
Chlorure de calcium......	0 gr. 20
Chlorure de potassium......	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	0 gr. 20
Glucose	1 gr.
Eau q. s. pour............	1.000 gr.

La veine est dénudée, isolée, ponctionnée et l'on commence l'instillation, le *goutte à goutte intra-veineux* de sérum éthéré. Il ne faut instiller ni trop vite (afin d'éviter la syncope) ni trop lentement (car on n'obtient qu'une phase d'excitation sans anesthésie). Il y a là un point d'expérience à acquérir. Le sommeil est obtenu en cinq à dix minutes, avec 200 à 300 cc. de sérum éther. On remplace alors le sérum éther par le sérum de Locke du second flacon, le goutte à goutte ne devant pas être interrompu. Si le malade se réveille, on reprend le sérum éthéré, et ainsi de suite. Un dispositif simple permet d'apprécier la vitesse de l'écoulement.

Bien que cette méthode d'anesthésie générale paraisse assez complexe et délicate, les auteurs la déclarent simple. Ils donnent quelques observations où elle leur a procuré de bons résultats. Elle a divers inconvénients (thrombose possible) et des contre-indications : les maladies du cœur, des vaisseaux, les états pléthoriques, rénaux et pulmonaires graves. Elle serait particulièrement avantageuse chez les affaiblis, les hémorrhagiques, les opérés de la tête et du cou.

Rétrécissements multiples de l'œsophage par brûlure chez une enfant de 18 mois.

(M. A. Zuber. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 17-1-1928.)

M. Zuber présente une fillette de 18 mois atteinte de rétrécissements multiples de l'œsophage dont

l'étiologie, assez spéciale, offre un réel intérêt pratique.

L'enfant, étant atteinte de coqueluche, fut soumise au traitement par les inhalations d'oxygène préparé à l'oxylithe. Dans ce procédé, l'oxygène est produit par la décomposition du peroxyde de soude au contact de l'eau, en présence d'un catalyseur. L'oxygène se dégage alors *avec production de soude caustique* et c'est cette soude caustique que l'enfant avait dégluti e au cours des inhalations d'oxygène. La petite malade ne peut actuellement s'alimenter qu'avec des liquides et l'examen œsophagoscopique a montré trois rétrécissements de l'œsophage. Si la docilité de l'enfant est suffisante, des séances de dilatation seront faites.

Pour ce qui concerne l'emploi médical de l'oxygène ainsi préparé, une précaution est à prendre : faire passer le courant gazeux dans un flacon laveur, pour le débarrasser de toutes parcelles de soude.

Convulsions de la première enfance et syphilis congénitale.

(MM. P. Nobécourt et L. Lebée. — *Société de pédiatrie* ; 17-1-1928.)

D'une étude sur la fréquence de la syphilis dans les convulsions de la petite enfance, MM. Nobécourt et Lebée tirent les conclusions suivantes :

La syphilis congénitale tient une place importante, mais non prépondérante, dans l'étiologie des convulsions de la première enfance. A côté d'elle, bien d'autres facteurs étiologiques interviennent. Même pour les convulsions que l'on peut qualifier d'essentielles, de primitives, de protopathiques, la syphilis congénitale n'occupe pas le premier rang dans l'étiologie.

MM. Heuyer et Lonchampt ont trouvé 49,3 pour 100 de syphilis chez les convulsifs. Ils estiment que ce pourcentage — qui est voisin de celui de M. Nobécourt — est bien au-dessous de la vérité. C'est pourquoi ils se rangent entièrement à l'opinion du professeur Marfan et de Leredde : tout enfant, disent-ils, qui présente des convulsions dites essentielles avant six mois est suspect d'hérédo-syphilis.

Il semble, au contraire, à MM. Nobécourt et Lebée que, sans nier le rôle assez considérable de la syphilis (elle serait peut-être deux fois plus fréquente chez les convulsifs que chez les autres enfants), il ne faut pas exagérer l'importance de ce facteur étiologique et le considérer comme prédominant.

C'est une opinion semblable que viennent d'exprimer MM. Marchand et Bauer au sujet de l'épilepsie :

« Sur 241 cas d'épilepsie idiopathique, écrivent-ils, nous ne trouvons que 11 hérédo-syphilitiques, soit 4,5 pour 100 ». P. L.

Sur l'éventration diaphragmatique.

(G. Caussade, E. Fatou-Lucy et Félix Prévost. — *Société médicale des hôpitaux* ; 10-2-1928.)

C'est une affection relativement peu fréquente ; sa localisation à la coupole gauche s'observe le plus souvent, car à droite le poids de la masse hépatique contrarie dans une certaine mesure l'ascension diaphragmatique.

Elle se révèle congénitale, ou bien acquise lorsqu'une atteinte chirurgicale, traumatique ou infectieuse a déterminé une dégénérescence soit du nerf phrénique, soit encore du diaphragme. En effet, le nerf phrénique apparaît comme facilement vulnérable dans son long trajet cervico-thoracique ; d'autre part, de multiples virus d'affections aiguës (grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, diphtérie, paralysie infantile, encéphalo-myélite épidémique) peuvent entraîner une paralysie du diaphragme, et servir d'ascension à la coupole ; de ces faits, il faut rapprocher la névrite du phrénique, conséquence habituelle des épanchements pleurétiques tuberculeux ou autres.

Dans l'*éventration gauche*, on voit apparaître, quelquefois très tardivement, des troubles gastro-intestinaux dus au déplacement des viscères ; et c'est pour eux que le médecin est consulté. Exceptionnellement, la dextrocardie retient l'attention. Mais, dans d'autres cas, il y a aussi, du fait de l'éventration diaphragmatique, une symptomatologie purement pleuro-pulmonaire ; on a pu poser le diagnostic de pleurésie ou de pneumothorax (surtout quand l'hémidiaphragme remonte jusqu'au 2e espace intercostal) et ponctionner ainsi des estomacs.

Il peut y avoir encore un nouvel aspect clinique signalé par MM. G. Caussade et E. Fatou : c'est la tolérance à peu près absolue de cette anomalie, tandis que le patient, atteint de tuberculose pulmonaire, est soigné exclusivement pour cette dernière affection ; si, comme il est de règle en pareille occurrence, une radioscopie est pratiquée, l'aérophagie est simplement signalée.

Quant à l'*éventration diaphragmatique droite* par ectopie phrénique, elle ne sera le plus souvent révélée, surtout si elle est congénitale, qu'à un âge plus ou moins tardif, à l'occasion d'une complication intercurrente ou d'un examen radiologique fortuit. Cependant la malade de MM. Fatou-Lucy et Félix Prévost avait fait, six ans auparavant, une chute grave sur le côté droit ; le côté demeura douloureux longtemps ; des troubles digestifs apparurent peu à peu ; la radio montra un « foie énorme » ; chose curieuse, il y eut une diminution de la voix chantée; la patiente ne pouvait soutenir son ton de départ, et faiblissait d'une façon inexplicable au bout de quelques mesures ; actuellement c'était un syndrome pseudo-pleurétique de la base droite, et la radiographie donna une image typique d'éventration diaphragmatique droite.

Deux cas, rapportés par MM. G. Caussade et E. Fatou, sont très intéressants et instructifs, car il s'agit d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, compliquant une éventration gauche (diagnostic clinique et nécropsique).

Cette coïncidence serait si fréquemment observée

dans l'éventration diaphragmatique, que nombre d'auteurs ont voulu voir dans la tuberculose pulmonaire la cause de l'éventration elle-même. Mais les deux observations rapportées démontrent, avec pièces à l'appui, qu'il s'agissait bien d'éventration congénitale primitive, compliquée secondairement de tuberculose pulmonaire.

Or, en ces dernières années, la phrénicectomie, essayant de créer une éventration diaphragmatique en quelque sorte expérimentale, a pu être proposée comme mode de traitement de certaines formes de tuberculose. Si, d'autre part, on se rappelle que les éventrés congénitaux sont plus exposés que tout autre aux affections pulmonaires, cette complication est en contradiction avec les résultats heureux obtenus par la phrénicectomie pratiquée en vue de certaines formes et de certaines localisations de la tuberculose pulmonaire.

Peut-être dans cette opération l'ascension diaphragmatique n'est-elle pas aussi exagérée que l'ascension congénitale ? Il y aurait lieu, en tous cas, de suivre les observations des éventrés acquis chirurgicalement, soit pour bronchiectasie, soit pour abcès pulmonaires et de connaître leur avenir.

Œdème dur des quatre membres d'origine dysthyroïdienne. Guérison par l'opothérapie thyroïdienne.

(Ph. Pagniez et L. Rouques. — *Société médicale des hôpitaux* ; 10-2-1928.)

Cet œdème dur se compliquait d'un seul symptôme anormal : une tachycardie à 120 avec pouls régulier et cœur normal. Pas de signes autres de la maladie de Basedow. Un essai de traitement, sans effet, avait été tenté par les diurétiques et le chlorure de calcium. La médication thyroïdienne, employée à la dose de 0 gr. 05, puis de 0 gr. 10, donne un résultat surprenant. La cyanose et l'algidité cessent aussitôt ; les extrémités sont moins sèches et l'œdème commence à régresser. La guérison a été obtenue ; mais il a fallu, avec quelques périodes de repos, continuer le traitement thyroïdien pendant des mois pour venir à bout complètement de l'œdème, et il a fallu pousser la médication à 0 gr. 15 et 0 gr. 20 par jour pour obtenir un résultat. Pendant toute la durée du traitement il n'y a jamais eu de phénomènes d'intolérance et la tachycardie n'a jamais été accrue.

Colique de plomb suivie d'urémie, évolution rapide, néphrite saturnine subaiguë latente.

(Ch. Aubertin et P. Foulon. — *Société médicale des hôpitaux* ; 27-1-1928.)

On considère généralement la néphrite saturnine comme essentiellement chronique dans son évolution et essentiellement hypertensive dans sa symptomatologie. L'exemple, donné par les auteurs, montre que le saturnisme peut, en 6 mois, réaliser une néphrite subaiguë à gros rein blanc, et que cette néphrite est susceptible de se traduire par une azotémie considérable sans hypertension, ni œdèmes. Elle montre de plus qu'une colique de plomb peut déclencher l'urémie chez un azotémique latent : ainsi se trouve confirmée et expliquée la notion du syndrome rénal passager (oligurie, albuminurie, azotémie), qui accompagne la colique de plomb.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Cancer pleuro-pulmonaire.

M. Pallasse et Mlle Lambert présentent les pièces d'autopsie d'une femme de 58 ans entrée à l'hôpital pour pleurésie droite avec épanchement. On notait, en effet, à la base droite, de la matité, avec abolition des vibrations, obscurité, égophonie, et léger souffle à la partie supérieure. La radioscopie montrait une ombre à limite supérieure en forme de courbe remontant vers le médiastin. Dypsnée vive, toux incessante, expectoration abondante, muqueuse, sans bacilles de Koch ; amaigrissement. Deux ponctions exploratrices négatives. Par la suite, les signes cliniques d'épanchement allèrent en augmentant, en même temps que l'ombre radioscopique s'étendait. Un mois et demi après l'entrée, celle-ci remontait jusqu'à presque la clavicule , une nouvelle ponction amenait un liquide franchement sanglant. En raison des douleurs thoraciques, de la toux incessante, avec expectoration mousseuse abondante, des signes thoraciques qui augmentent sans qu'on puisse déceler le moindre liquide, et de la cachexie, on pense à un néoplasme pleuro-pulmonaire, diagnostic confirmé par l'autopsie ; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif probablement d'origine bronchique. L'évolution semble s'être faite en trois étapes : médiastinale, pleurale et pulmonaire.

L'hématurie, symptôme initial de la blennorragie féminine.

M. Gayet apporte deux observations de blennorragie chez la femme, dans lesquelles le premier symptôme qui a attiré l'attention des malades a été une légère hématurie. C'est là un fait rare ; peut-être l'est-il moins qu'on ne le croit, la blennorragie passant assez franchement inaperçue chez la femme et un peu de sang étant aisément qualifié de reliquat menstruel. Il y a, en tout cas, intérêt à connaître la possibilité de ce symptôme, afin d'éviter des explorations intempestives, telles qu'une cystoscopie qui infecterait la vessie.

Thyroïdite ligneuse chronique.

MM. Mallet, Guy, J. Barbier et Heitz. — Homme de 38 ans venu à l'hôpital pour une tumé-

faction de la région antérieure du cou remontant à plus d'un an. Il s'agit d'une hypertrophie diffuse du corps thyroïde, d'une dureté ligneuse, ne suivant pas les mouvements du larynx dans la déglutition ; pas de troubles fonctionnels ; pas de signes de basedowisme. Intervention : on enlève, non sans de grandes difficultés, la presque totalité du corps thyroïde qui présentait des adhérences avec tous les organes voisins, notamment avec l'œsophage qui fut ouvert et que l'on dut suturer. Une fistule œsophagienne se produisit quelques jours après ; elle guérit après mise en place d'un tube d'Einhorn.

L'examen histologique de la tumeur montra un tissu fibreux très dense dans lequel on ne retrouvait rien du tissu thyroïdien normal, ni aucune lésion pouvant faire penser à la syphilis ou à la tuberculose. L'étiologie de cette tumeur reste donc obscure.

Dilatation des bronches.

MM. Roubier et Langénieux relatent l'observation d'un malade de 17 ans qui depuis l'âge de 4 ans, présente à peu près journellement des crises d'asthme ; il a eu depuis ce temps des maladies intercurrentes : broncho-pneumonie, coqueluche, rougeole, rhumatisme articulaire aigu. Depuis sa broncho-pneumonie, il tousse et crache beaucoup tous les hivers ; pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux. A l'entrée, on note une grosse déformation thoracique, sonorité normale ; à l'auscultation : mélange de râles de bronchite et de râles humides inspiratoires ; expectoration purulente, non fétide. La radiographie, après injection de lipiodol, montra qu'il s'agissait de dilatation des bronches typique, mais fruste au point de vue clinique. La syphilis ne paraît pas en cause dans ce cas.

Lithiase du cholédoque. Fistule cholécysto-duodénale.

MM. Mallet-Guy et Heitz présentent une malade du service du professeur Bérard qui depuis 1915 a eu tous les ans des crises de coliques hépatiques de plus en plus intenses et fréquentes. Actuellement, chaque crise est suivie de fièvre avec frissons intenses et subictère des conjonctives. Amaigrissement notable. A l'examen, point douloureux sous le rebord costal droit. Tubage duodénal : pas de liquide à jeun ; l'injection de Meltzer-Lyon permet de recueillir 15 cmc. de bile teinte jaune clair contenant une petite concrétion calculeuse ; l'épreuve de Kaltsch détermine une sensation de cuisson et permet de recueillir 1 cmc. de liquide visqueux ; pas de bile B. L'intervention permit de constater l'existence d'une anastomose spontanée du duodénum avec la vésicule sous forme d'un petit canal de 1 cm. de long. Ce canal fut supprimé, le duodénum suturé, la vésicule enlevée : elle était très scléreuse et bourrée de calculs. On trouva un petit calcul dans le cholédoque et un volumineux dans le canal hépatique. Drainage de Kehr ; suites simples. La fistule cholécysto-duodénale, dont était porteur cette malade, était difficilement diagnosticable avant l'intervention, il n'y avait aucun retentissement particulier sur le fonctionnement du duodénum. A noter toutefois que la malade racontait avoir, il y a plusieurs années, vomi quelques petits calculs.

Tumeur papillaire double des ovaires.

M. Clavel présente, au nom du professeur Tixier, une pièce provenant d'une malade porteuse d'une volumineuse ascite. Il s'agit d'une tumeur papillaire double des ovaires ; ces tumeurs, du volume de deux poings chacune, ont l'aspect gélatiniforme et framboisé, et une consistance mollasse. L'appendice était englobé dans la tumeur de droite.

Hydro-appendice et diverticule appendiculaire.

M. Clavel présente, au nom de M. Pollasson, des photographies de pièces provenant d'un malade de 41 ans qui avait eu antérieurement deux crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Appendicectomie à froid : on trouve un hydroappendice incurvé en V, distendu dans sa moitié distale et présentant un diverticule du volume d'une noisette appendu latéralement. La portion dilatée de l'appendice est séparée de la portion attenante au cæcum par une sténose cicatricielle oblitérant complètement sa lumière. Histologiquement, la paroi appendiculaire au voisinage de l'orifice du diverticule est riche en culs-de-sacs glandulaires ; la paroi du diverticule elle-même est formée par un tissu de granulation banal et ne comporte pas de muqueuse. Le développement de la muqueuse appendiculaire explique l'importance de sa sécrétion, créant l'hydro-appendice. La tension de cette sécrétion dilate un des culs-de-sacs glandulaires qui se transforme en diverticule.

A noter que, cliniquement, la tumeur appendiculaire était perçue à la palpation de la paroi ; or, s'il est fréquent, dans les cas d'appendicite chronique, de percevoir une induration dans la fosse iliaque, il est rare, d'après M. Tixier, que celle-ci corresponde à l'appendice lui-même.

Société médicale des hôpitaux.

Lèpre à caractères cutanés anormaux avec prurit intolérable.

MM. Nicolas, Lacassagne et Vacher présentent l'observation d'un homme de 27 ans atteint de lèpre remontant à sept ans. A son entrée à l'hôpital, on constatait : un prurit féroce et généralisé, ayant résisté à toutes les médications ; une éruption également généralisée, formée d'éléments multiples : papules, nodules fibreux, pustules ; une alopécie en clairière ; des troubles trophiques des doigts et des orteils ; des lésions douloureuses de la bouche ; un coryza muco-purulent. Il n'y avait pas de névrome, peu de troubles nerveux : troubles discrets de la sen-

sibilité à la chaleur aux mains et aux pieds, secousses musculaires, trépidation épileptoïde des deux pieds. L'examen du pus des pustules montra de nombreux bacilles de Hansen.

Tumeur rare de l'hypochondre droit.

MM. CADE et CHEVALLIER. — Femme de 32 ans, chez laquelle apparurent, à différentes reprises, des troubles fonctionnels consistant en : diarrhée abondante, vomissements, perte de l'appétit, amaigrissement. A l'examen on notait la présence, dans l'hypochondre droit, d'une tumeur séparée de la matité hépatique par une bande de sonorité colique, présentant le contact lombaire et donnant une sensation de ballottement à la palpation des mamelles. On ne notait rien dans les autres organes ; Wassermann négatif dans le sang. On pensa à une tumeur du rein. Une laparotomie exploratrice montra qu'il s'agissait du lobe droit du foie hypertrophié et pédiculé, pendant sous le reste de la glande. Ce lobe était d'aspect cirrhotique, tandis que le reste du foie avait un aspect et une coloration normaux. Il s'agit là d'une anomalie fort rare, à laquelle on attribue diverses pathogénies : action compressive du corset, lithiase biliaire, syphilis, malformation congénitale. La malade de M. Cade ne présentait aucun stigmate de spécificité. Néanmoins, après l'opération, elle fut soumise à un traitement d'épreuve (mercure, arsénobenzol), à la suite duquel les troubles fonctionnels ont disparu.

Pronostic de la tuberculose pulmonaire (recherches de laboratoire).

MM. CORDIER, DESGEORGES et LEVRAT ont étudié, au point de vue du pronostic de la tuberculose pulmonaire, l'épreuve de sédimentation, la formule d'Arnett et la séro-agglutination du professeur Paul Courmont. Leur conclusions sont : que la formule d'Arneth semble traduire la résistance de l'organisme ainsi que la séro-agglutination, qui paraît proportionnelle à l'activité de la défense organique ; la mesure de la vitesse de sédimentation renseigne sur l'importance des destructions tissulaires et par conséquent permet de juger de l'évolutivité d'une lésion.

Séro-pronostic de la tuberculose.

M. Paul COURMONT, étudie depuis 1897 ce qu'il a appelé le *séro-pronostic* de diverses maladies infectieuses : il a montré que, dans la fièvre typhoïde notamment, le pouvoir agglutinant du sérum est d'autant plus accusé que la maladie est plus bénigne, comme si l'agglutination était le témoin d'une « réaction de défense ». Il en est de même, toutes choses égales d'ailleurs, dans la tuberculose et notamment dans les pleurésies tuberculeuses, le liquide des pleurésies séro-fibrineuses bénignes étant plus agglutinant que celui des pleurésies mortelles. Toutefois, il convient ici d'être extrêmement prudent, en raison de la longue durée de la tuberculose, de ses alternatives d'amélioration et d'aggravation, de la difficulté de mettre en évidence des variations de l'agglutination. Pratiquement, M. Courmont conseille de comparer les résultats de la réaction d'agglutination, à celle de la déviation du complément, de la cuti-réaction.

On peut ainsi établir quatre schémas :

Nº 1. Réactions toutes trois positives : tuberculose plus ou moins évolutive, pronostic incertain.

Nº 2. Réactions négatives : pas de tuberculose ou tuberculose très grave à la période cachectique.

Nº 3. Déviation du complément seule positive : pronostic mauvais, cette réaction indiquant une tuberculose évolutive.

Nº 4. Déviation du complément négative, autres réactions fortes : signification pronostique favorable.

Du côté des urines, la réaction de Moritz-Weiz a une signification très fâcheuse. Le coefficient azoturique a également une grande importance, le pronostic étant d'autant plus fâcheux que le coefficient est plus bas.

Cancer du poumon d'origine bronchique.

MM. BONNAMOUR, DAUBROW et P. DELORE présentent l'observation d'une femme de 71 ans entrée à l'hôpital pour de la dyspnée remontant à deux mois, sans autre symptôme fonctionnel qu'un peu de toux et d'expectoration. A l'examen des poumons, signes d'épanchement pleural à gauche, d'emphysème à droite. Au cours de deux mois de séjour, on n'observa pas d'autres symptômes. Plusieurs examens des crachats ne décelèrent pas de bacilles de Koch, mais de nombreuses cellules bronchiques dégénérées On fit deux thoracentèses qui ramenèrent du liquide sanguinolent sans cellules néoplasiques. Mort de défaillance cardiaque. Autopsie : masse juxta-hilaire gauche avec nodules blanchâtres disséminés dans le poumon ; nodules pleuraux et diaphragmatiques ; symphyse pleuro-péricardique ; foie marronné ; pas d'autres métastases. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma d'origine bronchique. Comme caractères cliniques, il faut retenir : l'épanchement pleural abondant, l'évolution rapide, l'absence de douleurs, de ganglions perceptibles et de métastases lointaines. Le cancer d'origine alvéolaire, par contre, ne donne pas d'épanchement pleural ; la généralisation s'en fait par voie sanguine, les métastases se produisent dans les organes les plus lointains.

Evolution mortelle d'un diabète infantile traité par l'insuline.

MM. MOURIQUAND, BERNHEIM et Mlle VINCENT rapportent le cas d'un enfant de 5 ans atteint de diabète d'abord heureusement influencé par l'insulinothérapie, mais dont l'évolution n'a été que ralentie par le traitement, les doses du médicament durent être augmentées de 20 à 30 puis à 60 unités

par jour pour arriver finalement à 90 unités ; malgré cette dose, le coma s'installa et des doses formidables de 285 unités un jour et de 195 unités le lendemain ne purent empêcher la mort. Cette observation montre que le diabète infantile grave, évolutif, peut être longtemps arrêté dans sa marche (près de trois ans dans ce cas) par l'insuline, mais qu'il peut arriver un moment où l'action du médicament s'épuise définitivement.

A. C.

LA CURE D'ENGRAISSEMENT PAR L'INSULINE

Par le Dr D. Binès.

En 1923, des pédiatres américains tentaient de remédier aux états hypothrepsiques des nourrissons par la médication insulinique ; malgré les résultats très variables que ces auteurs avaient obtenus, dès 1925, Falta, de Vienne, expérimenta l'action de l'hormone pancréatique sur les états de maigreur de l'adulte, et, fort de trois résultats favorables, lança un plaidoyer chaleureux en faveur de la cure d'engraissement par l'insuline. De nombreux auteurs Vogt, Moutier, Borkheler, Feissly, Max Lévy, Morin et Bouessée, de 1925 à 1927, reprennent et développent les expériences de Falta, et dégagent peu à peu la technique et les résultats de la méthode.

Nous avons eu récemment l'occasion de reprendre à notre compte l'expérimentation de l'insuline ; sans qu'elle concerne encore un grand nombre de malades, notre pratique a semblé nous autoriser à émettre quelques conclusions prudentes, en accord d'ailleurs, dans l'ensemble, avec celles de nos devanciers.

L'action de l'insuline sur la maigreur est certaine ; l'hormone pancréatique modifie favorablement et avec une grande rapidité le poids des malades, sans qu'il soit fait appel à aucune autre thérapeutique. En outre, en plus de son action trophique, elle se montre douée de propriétés orexiques et sthéniques : l'appétit est stimulé, la fatigabilité diminue ; les résultats favorables sont fréquents. Il est probable que nous avons eu personnellement affaire à une « série heureuse » : sur vingt-trois cas, nous n'avons connu que trois échecs. Nous n'oserions partir de là pour affirmer que la médication insulinique est constamment couronnée de succès. Les travaux de nos prédécesseurs accusent des proportions d'échecs notables. M. Moutier a constaté celle de 23 %. Ces échecs sont rigoureusement imprévisibles : il n'y a rien ni dans l'histoire ni dans l'état des malades qui puisse les faire même soupçonner à l'avance ; corollaire obligé, les succès sont imprévisibles. Mais, même en admettant que l'on ne doive compter de résultats favorables que dans deux tiers des cas, l'essai de l'insuline serait encore absolument légitimé par les amaigrissements qu'aucune autre thérapeutique alimentaire ou médicamenteuse n'a pu améliorer.

Les indications de la cure d'engraissement par l'insuline sont très difficiles à établir. On peut dire que l'insuline est le médicament symptomatique de la maigreur en général ; il ne s'adresse point — en dehors du diabète — à la cause de l'amaigrissement avérée ou cachée, laquelle n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire : la diversité nosologique des malades qui ont bénéficié du traitement en est la preuve : des tuberculeux, des phtisiques, des cancéreux même, ont été traités avec succès.

L'état pathologique des sujets ne peut intervenir qu'en s'opposant à l'emploi de l'insuline ; les poussées évolutives *fébriles* de la tuberculose et à plus forte raison les formes aiguës de la maladie, les grandes pyrexies en général, sont des contre-indications qui, jusqu'à nouvel ordre, devront être absolument respectées. D'autres contre-indications permanentes ou transitoires, cachexie cancéreuse, hémorragies et particulièrement règles, états de diarrhée, ont été citées, les dernières probablement à tort, d'après nous.

Nos prédécesseurs ont utilisé des techniques très diverses dont la valeur s'est montrée certaine mais dont les commodités d'emploi nous ont paru fort contestables ; l'administration de doses élevées d'insuline, la mise au repos, en général au lit, des malades, sont des inconvénients sérieux parce qu'ils rendent la cure insulinique dispendieuse et de ce fait inaccessible à un grand nombre de malades. Persuadé de l'innocuité absolue du traitement par l'insuline, lorsque le régime alimentaire est insuffisamment riche en hydro-carbonés, pour éviter tout incident d'hypoglycémie, nous avons pu constater :

1° Que les doses parfois considérables d'hormone pancréatique administrées par les auteurs allemands et autrichiens n'étaient nullement nécessaires (ce qui ressort d'ailleurs nettement des travaux de Moutier et de Max Lévy).

2° Que contrairement aux conclusions de la plupart de nos prédécesseurs, une cure ambulatoire est parfaitement possible sans aucun danger (comme nous l'avons prouvé dans notre thèse).

Notre technique personnelle basée sur cette double constatation consiste dans l'injection quotidienne de 15 ou de 30 unités cliniques (1 ou 2 ampoules d'Iloglandol Roche) pratiquée *quelques minutes seulement* avant l'un des principaux repas (celui du soir en général), par voie

sous-cutanée profonde, pendant quinze jours à trois semaines. Le régime alimentaire des malades, nous le répétons, doit être assez riche en hydro-carbonés non seulement pour neutraliser l'insuline administrée (1 gr. 5), à 2 gr. par U.C.) mais encore pour en apporter un appoint supplémentaire. C'est la condition de l'innocuité de la cure et c'est encore la condition du succès. La cure ne nécessite nullement l'hospitalisation des malades, ni même un repos au lit plus ou moins prolongé. Les sujets en traitement peuvent parfaitement continuer à vaquer à leurs occupations habituelles, et dans *notre thèse nous avons insisté sur le caractère ambulatoire, donc pratique, de la cure ainsi pratiquée.*

Que faut-il attendre de ce traitement ? Nous avons indiqué déjà la proportion des succès. Les résultats favorables sont presque immédiats ; ils sont souvent durables ; le gain pondéral obtenu pendant la cure reste acquis ; le poids ne baisse après la fin du traitement que très lentement, ou bien il reste stationnaire ou même, fait particulièrement intéressant, il continue à s'élever, parfois dans des proportions étonnantes.

La cure d'engraissement par l'insuline des adultes non diabétiques nous semble être par conséquent supérieure dans bien des cas aux méthodes classiques si lentes et plus inconstantes encore dans leur action.

Les Livres

Doin, éditeur.

Dr L. Dartigues. — **La parole de l'*UMFIA*.**

Le Dr Dartigues vient de faire paraître un petit livre qui est la réunion de tous les discours qu'il a prononcés depuis la fondation de l'Umfia, dans les circonstances les plus diverses : séances solennelles, journées médicales où l'Umfia était représentée, réceptions de médecins du monde franco-ibéro-américain, hommages à des savants, banquets où se trouvait l'élite diplomatique et scientifique des pays latins. On y verra l'effort fait par le Président-Fondateur de l'Umfia, pour mettre debout la première et la plus belle des associations médicales internationales, pour faire valoir l'expension scientifique et la spiritualité latine.

Ce livre est tri-préfacé par le Pr J.-L. Faure, le Pr Roger, doyen de la Faculté de médecine, et le Dr Tuffier.

Il sera suivi bientôt d'un gros volume : « *Verba et scripta Umfiæ* » où sera rapporté tout ce qui a été dit et écrit sur l'Umfia.

Le Dr Dartigues est certainement le Français qui, dès avant la guerre, a le plus travaillé dans le monde médical en faveur de l'expansion de l'amitié française dans les pays divers de langue latine, grâce à l'Umfia devenue Union médicale latine.

R. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (VIIIe).

L'Année médicale pratique, publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, méd. des hôp. — Préface du Prof. E. Sergent (1 vol. in-16, 652 p., 7 fig. Prix : 24 francs).

La vie est devenue trépidante. Le médecin ne peut lire en conduisant sa 10 CV. C'est seulement le soir, que, fatigué par une journée pénible, mais tenaillé par la nécessité de se tenir au courant, il parcourt d'un coup d'œil rapide les publications entassées sur son bureau.

Dans ces conditions, il n'arrive pas toujours à fixer dans sa mémoire les données nouvelles, et le jour où il lui faut cependant connaître la dose ou les indications d'un nouveau médicament, la technique de recherche ou la valeur séméiologique d'un nouveau signe, il est obligé de rechercher hâtivement parmi ses journaux ou ses coupures.

Ces difficultés s'aplanissent pour les médecins, chaque année plus nombreux, qui ont toujours sur leur bureau le dernier volume de l'*Année Médicale Pratique.*

En effet, 300 petits articles d'une ou deux pages, classés par ordre alphabétique, rédigés par des spécialistes compétents, y exposent les notions médicales à la fois nouvelles et pratiques (médecine, chirurgie, spécialités, questions professionnelles). Chaque mise au point donne tous les renseignements utiles, sans qu'il soit nécessaire de se reporter aux sources. Cependant, pour ceux qui sont avides de détails, les indications bibliographiques les plus importantes sont mentionnées à la fin de chaque article.

Enfin ce petit volume se termine par la liste de toutes les nouveautés de l'année en spécialités pharmaceutiques, appareils et livres médicaux — et le volume de 1928 est enrichi d'un index alphabétique des articles des six premières années.

Librairie agricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris VIe.

A. Sibille, vice-président de la Société d'agriculture de Meaux. — **Les comptes à la ferme.** Comment je tenais mes comptes. Préface de Henry Girard. *Ouvrage couronné par l'Académie d'agriculture* (un vol., 250 p. avec tableaux. Prix : 12 fr.). 2e édition.

Editions de la Ligue des Droits de l'homme.

Dr Sicard de Plauzoles, professeur au Collège libre des sciences sociales. — **L'allaitement maternel obligatoire.**

Dans cet opuscule, édité par la Ligue des Droits

de l'Homme, l'auteur expose clairement le droit naturel de l'enfant, le devoir de la mère, l'obligation de la société.

Des milliers d'enfants séparés de leur mère périssent chaque année, victimes de l'incurie sociale ; si on veut les conserver, il faut reconnaître que la maternité est une fonction sociale, et l'organiser de telle sorte que la mère puisse remplir son devoir naturel.

En vente à la Ligue des Droits de l'Homme, 10, rue de l'Université, Paris 7e (2 francs).

Les livres qui viennent de paraître...

Chez DOIN et Cie, 8, place de l'Odéon, Paris.

Edmond WEILL et Georges MOURIQUAND, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Lyon. — **Précis de médecine infantile**, 4e *édition* entièrement refondue (1 vol. in-8° de 1192 pages avec 174 fig. en noir et en couleurs et 1 pl. hors texte. Prix : 90 fr.) (*Collection Testut.*)

Vittorio PETTINARI. — **Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire.** Etude histologique, biologique, clinique et chirurgicale. (Un vol. in-8° 498 p., 181 fig. Prix : 70 fr.).

G. PAPACOSTAS et J. GATÉ, de l'Institut Pasteur de Lyon. — **Les associations microbiennes. Leurs applications thérapeutiques** (un vol in-8°, 410 p. Prix : 20 fr.). (*Bibliothèque de microbiologie.* Directeur : F. Bezançon).

W. VIGNAL, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris. — **Electrothérapie** (un vol. in-16, 544 p. avec 179 fig. de 10 pl. hors texte. Prix : 32 fr.) (Collection des *Consultations journalières.*)

Les Thèses

P. — Dr René GOULLEY. — **De l'organisation de l'inspection médicale des écoles au Havre.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine).

L'inspection médicale des écoles au Havre est une des plus anciennes qui ait été organisée en France, car elle remonte à 1879, date à laquelle le Bureau d'hygiène, le premier de France, a été institué grâce au Dr Gibert et au maire Siegfried.

Elle est assurée par les médecins inspecteurs du Bureau d'hygiène, qui sont actuellement au nombre de 7, aidés de 7 assistantes d'hygiène scolaire et 4 aides-infirmières. Les dépenses annuelles s'élèvent à moins de 100.000 francs, y compris 14.000 fr. d'indemnités aux 7 médecins inspecteurs.

Ceux-ci sont des médecins praticiens de la ville et non des fonctionnaires spécialisés et ne faisant pas de clientèle.

L'inspection, qui touche environ 14.000 enfants, comprend principalement la visite mensuelle des écoles, dans lesquelles sont présentés aux médecins les enfants sélectionnés par le maître et l'assistante d'hygiène scolaire. Les inspecteurs ont également à s'occuper de la surveillance hygiénique des locaux et du mobilier scolaire.

Des fiches sanitaires, tenues au courant deux fois par an, sont établies pour chaque enfant, et les parents sont invités à assister à l'examen en vue de l'établissement de ces fiches.

Il est également procédé à la rédaction d'une fiche sociale concernant la famille de l'enfant, qui, comme la fiche sanitaire, reste confidentielle.

Si le médecin inspecteur reconnaît la nécessité pour l'enfant d'être traité par un médecin ou un spécialiste, il adresse à la famille une lettre qui lui est portée par l'Assistante d'hygiène scolaire.

Les médecins inspecteurs sont en outre consultés sur l'élaboration des programmes scolaires et le choix des exercices physiques ; ils surveillent les cantines scolaires. Ils procèdent également aux revaccinations et font la sélection des enfants qui doivent bénéficier des colonies de vacances ou être dirigés sur le préventorium de Cantelou.

Des conseils de propreté et d'hygiène sont adressés aux parents sous la forme d'un avis imprimé, et, si la famille ne peut ou ne veut s'occuper de la propreté corporelle de son enfant, celui-ci est nettoyé et surveillé à l'école par les aides infirmières.

La création d'un dispensaire scolaire, qui comprendrait un service de médecine générale et des services de spécialités, et où seuls les enfants de familles indigentes recevraient des soins, est actuellement à l'étude.

Enfin, le service s'occupe de l'orientation professionnelle, pour laquelle sont établies des fiches différentes pour chaque sexe, avec l'assistance des parents, si ceux-ci le désirent. Des brochures contenant des monographies des divers métiers leur sont remises.

L'auteur estime que cette organisation, qui fonctionne avec la collaboration dévouée et intelligente du personnel enseignant et avec des moyens financiers et matériels modestes, peut être présentée comme type d'une organisation de l'inspection médicale des écoles d'une ville de moyenne importance.

J. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE PROBLÈME DES PUPILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE PROTECTION MÉDICALE ET SOCIALE (1)

(Suite et fin)

Par Mme le Docteur Jeanne MONTLAUR.

II

L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

1. L'enfant jusqu'à 13 ans.

La seconde enfance s'étend de la deuxième à la sixième année (période pr scolaire) ; vient ensuite la grande enfance, période scolaire de 6 à 13 ans.

Recrutement.

a) Les *nourrissons* abandonnés à l'Hospice Dépositaire dans les premiers jours ou premiers mois de la vie, ou abandonnés par la mère à la sortie de la Maison Maternelle, ont subi, nous l'avons vu, des sorts différents. Soumis à l'allaitement artificiel, ceux-ci ont séjourné dans une Pouponnière jusqu'à l'âge de 15 mois ; ceux-là ont été confiés à des nourrices en placement rural familial (centre d'élevage surveillé ou simplifié) ; les uns, de la crèche de l'Hospice Dépositaire, ont été placés chez des nourrices. Quelques-uns, bien rarement, ont pu être nourris au sein.

Et pour protéger ces fragiles existences, pour mener à bien cet allaitement artificiel, pour rendre plus vigoureux les enfants débiles, toutes les ressources médicales, administratives, sociales, bienfaisantes, féminines, se sont liguées.

Le nourrisson est sevré ; son alimentation va se modifier complètement, il devient un enfant ; on peut dire : *il est sauvé.*

Que devient-il ?

Le nourrisson élevé en centre d'élevage, en pouponnière quittera sa première nourrice, car il faut que celle-ci, qui n'est point une éleveuse professionnelle, renouvelle avec d'autres nourrissons l'application des bons principes qui lui ont été assez laborieusement inculqués.

Et cet enfant n'aura plus, comme autrefois, sa « mère nourrice » qui s'était bien attachée à lui — c'est la rançon du progrès.

Ceux qui ont été placés chez des nourrices à la campagne y resteront jusqu'à l'âge de 13 ans.

b) Le contingent des pupilles de 2 à 13 ans n'est pas fourni exclusivement par les nourrissons pupilles devenus grands : *des enfants de tous âges sont abandonnés.*

Nous avons vu que pour le département de la Seine sur plus de 1.900 enfants, 1.200 seulement étaient des tout petits ; les autres sont des orphelins pauvres, des enfants abandonnés par leurs parents, ou maltraités, délaissés ou moralement abandonnés et dont les parents ont été déchus de la puissance paternelle.

Ces enfants qui sont restés jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans dans une famille d'alcooliques brutaux, ou livrés à eux-mêmes fournissent on le comprend, un contingent physique et moral déplorable.

Ils sont difficiles, souvent vicieux et réfractaires à tous les systèmes de rééducation ; ils commettent parfois des délits plus ou moins graves. Ces pauvres enfants, véritables déchets, seront placés dans des établissements spéciaux (colonies agricoles, écoles professionnelles). Disons pour n'y plus revenir que la proportion de pupilles indisciplinés est cependant faible : 2 %.

Placement.

Les enfants abandonnés doivent passer par l'*Hospice Dépositaire.* Ils y séjourneront le moins possible, car on sait combien l'agglomération des enfants de cet âge est propice à la dissémination des maladies contagieuses : la rougeole, si bénigne dans le milieu familial, est particulièrement meurtrière à l'hôpital.

Les pupilles âgés de moins de 13 ans, sont confiés à des familles habitant la campagne, à une

(1) Voir *Concours médical*, n° 18, 29 avril 1926.

distance peu éloignée de l'école publique (1). Les frères et sœurs sont, autant que possible, placés dans la même famille ou au moins dans la même commune.

Les placements doivent être faits aussi loin que possible du lieu connu ou présumé de l'origine de l'enfant ; aucun placement dans les débits de boissons, chez les filles-mères, ni chez des hommes seuls. Une fois par trimestre des nouvelles de l'*existence* de l'enfant pourront être demandées par la famille.

Nourriciers. — *Par qui est fait le choix des nourriciers et que sont les nourriciers ?*

C'est l'Inspecteur épartemental qui décide du placement de l'enfant. A toute demande de prendre un pupille en nourrice, une enquête est faite par l'administration et des renseignements d'ordre moral et matériel doivent être fournis par le maire de la commune. Malheureusement, ces renseignements ne donnent pas toujours une image très fidèle de l'honorabilité et du caractère des nourriciers.

Dans certains départements, les enfants sont groupés dans des communes assez voisines, afin de favoriser l'inspection ; mais parfois dans des départements de montagne, les placements sont fort éloignés les uns des autres.

L'élevage des enfants de l'Assistance était avant la guerre une véritable industrie et une source d'aisance pour certains « départements nourriciers » du Centre. La population de certains villages est constituée en grande partie par des pupilles mariés qui ont fait souche.

Actuellement, les enfants sont placés chez des fermiers et chez des femmes âgées qui dans leur jeunesse, faisaient « métier d'éleveuse ». Il devient de plus en plus difficile de placer des enfants de 2 à 6 ans.

L'aisance récente des paysans, l'abandon du travail agricole par certains, diminue considérablement le nombre des familles qui consentent à prendre un petit enfant pour toucher une rémunération mensuelle de 30 à 40 francs ; ces enfants ne peuvent rendre que des petits services : garder des oies, arracher de l'herbe pour les lapins, etc., etc.

Cette difficulté du recrutement des nourriciers se fait sentir de plus en plus vivement : Nice fournit, par sa population flottante, un assez grand nombre d'illégitimes et aussi attire par ses salaires les jeunes ménages de la montagne non seulement des Alpes-Maritimes, mais encore des Hautes-Alpes et des Basses-Alpes ; le placement devient un tel problème dans ces trois départements que l'administration en cherche la solution dans le *placement collectif*.

Pour remédier à ce même état de choses, il est intéressant de rappeler que, dans un département du Nord, des pupilles ont été placés dans des familles d'ouvriers mineurs sans enfants.

En Indre-et-Loire (1), a été créé un *abri* pour les enfants de 2 à 5 ans, élevés par des nurses spécialisées. Ce dernier mode ne prépare peut-être pas très bien l'enfant à la vie rustique à laquelle il est destiné ; mais, dans le bouleversement social que nous traversons, il faut accepter toutes les mesures pour aussi provisoires qu'elles soient.

Sort du pupille. — La fille ou le garçon élevé à la campagne participe à la vie de famille des paysans auxquels il est confié.

Des parents nourriciers sont de fort braves gens et le pensionnaire reçoit comme les propres enfants de la maison bon traitement et taloches.

Parfois l'enfant a été mal placé et les nourriciers sans aller jusqu'à défrayer la chronique des faits divers, oublient que la loi les oblige « à traiter l'enfant avec bonté et douceur et veiller constamment sur lui. »

Jusqu'à ce moment, le pupille n'est pas *moralement* malheureux ; le développement intellectuel d'un enfant de cinq à six ans est, dans les campagnes retirées, souvent moins avancé que celui d'un enfant de grande ville et le petit n'a pas encore pu déceler le trouble de son origine. Il est vêtu comme les autres enfants, bientôt il sera envoyé à l'école.

Fréquentation scolaire.

A partir de l'âge de 6 ans, l'enfant doit suivre régulièrement la classe.

La fréquentation scolaire est irrégulière selon les départements. Pour certains, elle est si bien assurée et si sévèrement que l'assiduité des pupilles est plus grande que celle des autres enfants.

Par ailleurs, il y a des fléchissements. En principe les nourriciers doivent envoyer les pupilles à l'école, et l'instituteur et l'institutrice sont tenus d'adresser à l'inspection départementale des bulletins mensuels de présence, relevé des registres d'appel.

On peut imaginer aisément que si le contrôle n'est pas rigoureux, les nourriciers, bien souvent, considèreront le temps de l'école comme du temps perdu et retiendront l'écolier à la ferme : à partir de 7 ans, un enfant peut rendre des services, et les gens, s'ils sont peu scrupuleux, obligent l'enfant à un travail parfois au-dessus de ses forces.

Un seul remède peut intervenir pour libérer le pupille du travail imposé par le nourricier, c'est l'augmentation des tarifs alloués à ceux-ci : pour un enfant de 7 à 13 ans le taux s'abaisse à 55 francs et même 20 fr. par mois, dans les dé-

(1) Articles 44 et 45 de la loi du 27 juin 1904.

(1) Sarraz-Bournet. — Organisation et fonctionnement des services départementaux d'enfants assistés. Rapport d'inspection générale, 1926.

partements pauvres ! Cependant, on compte qu'un pupille élevé dès sa naissance jusqu'à 18 ans, coûte 25.000 fr. à l'administration.

Lorsque l'enfant a réussi au certificat d'études, l'instituteur reçoit une prime et l'enfant 10 à 50 fr. pour son livret de caisse d'épargne ; ce qui l'enchante peut-être davan age, c'est de recevoir, comme dans certains départements d'une générosité folle, une montre et une chaîne en argent.

Certains départements n'octroient rien, ni à l'instituteur, ni à l'enfant.

Protection des pupilles.

Quels sont les éléments de la protection des pupilles ?

Les *Médecins*, l'*Administration*, les *Organisations Sociales* qui commencent à peine à voir le jour.

I. **Protection médicale.** — La mortalité chez les enfants de 2 à 13 ans est très faible : 1 %.

Le médecin inspecteur n'est tenu à visiter officiellement l'enfant qu'une fois par an. C'est réellement peu ; il est appelé pour des visites supplémentaires par les nourriciers, si l'enfant est malade.

Certains départements font visiter plus souvent leurs assistés.

II. **Inspection médicale des écoles.** — Des départements ont organisé l'inspection médicale des pupilles avec fiches scolaires et examen médical annuel, ou examen à l'âge de 6 et de 13 ans, etc... Ce sont là des initiatives intéressantes, opportunes, mais elles sont encore loin d'être générales à tous les départements.

Rappelons ici le récent projet soumis au Parlement par M. Herriot : il prévoit de rendre *obligatoire l'inspection médicale des écoles* en laissant aux conseils généraux, le soin de fixer, sous l'autorité des préfets, les conditions dans lesquelles fonctionnera le service :

En principe, l'inspection médicale sera assurée par des médecins inspecteurs ne faisant pas de clientèle ; ils seront secondés dans les villes par les *assistantes d'hygiène scolaire*.

L'exécution de ce projet sera profitable à tous les enfants et par conséquent, aux pupilles. L'inspection ainsi organisée, permettrait de faire soigner les enfants instables, ceux que des tares hérédo-syphilitiques rendent difficiles, les adénoïdiens, les myopes, etc...

III. **« L'administration ».** — *a*) Inspection. — Le grand rôle administratif est confié à l'Inspecteur Départemental, c'est « *Monsieur l'Inspecteur* » personnage officiel, redoutable ou bienveillant, attentif ou pressé.

D'après les règlements, les enfants doivent être visités sur place une fois par an par l'inspecteur, une autre fois par le sous-inspecteur ou la sous-inspectrice.

Dans les départements où les *services annexés* à l'inspection sont nombreux, l'inspecteur ne peut guère voir lui-même ses pupilles. Les tournées d'inspection des sous-inspecteurs représentent un labeur assez rude ; elles comportent des déplacements nombreux, rendus plus pénibles par des chemins d'accès difficiles et l'éloignement des fermes où sont placés les pupilles. C'est d'ailleurs sur cet argument que s'appuient les administrateurs pour refuser aux femmes les postes de sous-inspectrices.

Si une voiture n'est pas mise à la disposition du fonctionnaire, il doit employer des petits trains d'intérêt local, aux horaires peu pratiques. D'autre part, les frais de tournées sont le plus souvent très inférieurs aux nécessités des voyages d'où il résulte inévitablement une réduction du nombre des tournées, des investigations insuffisantes, des visites trop rapides, et des fiches d'inspection parfois incomplètes. Ce défaut dans l'inspection est évidemment au détriment de la surveillance et de la protection des pupilles ; il peut être légèrement amélioré lorsque les jeunes pupilles sont groupés dans les communes voisines.

Il serait nécessaire que l'enfant fût visité à l'école. L'instituteur peut renseigner utilement sur l'état de l'enfant ; le panier que celui-ci apporte de la maison pour son déjeûner est le meilleur des indicateurs.

b) Conseil de tutelle. — A la protection administrative de l'Inspecteur, s'ajoute celle du *Conseil de tutelle* ; composé de sept membres élus par le Conseil général et renouvelés tous les quatre ans, il siège à la Préfecture. Les attributions de ce *Conseil de tutelle* ou *Conseil de famille* sont fort réduites, elles comprennent des décisions administratives, le consentement au mariage des pupilles, ou à leur engagement militaire, etc., etc.

Le Conseil de tutelle, l'inspecteur, les autorités locales (le maire), c'est toute la famille du pupille ! ..... c'est bien peu.

Or, *moralement*, l'enfant a commencé à être malheureux : il a pressenti, ou il connaît l'irrégularité de sa naissance. Les préjugés du « bâtard » ont encore cours à la campagne et c'est un enfant sans mère. Si la tendresse des gens de la terre est toujours assez rude, si rude soit-elle, ce petit bonhomme, cette fillette, n'en ont guère.

Il y a ici une lacune évidente ; à côté de l'administration forcément rigide devrait prendre place une organisation plus souple, plus attentive, moins codifiée : nous en reparlerons plus loin.

II. Adolescent.

Placement.

Agé de treize ans, l'enfant va se placer : le

garçon comme ouvrier agricole, la jeune fille, domestique de ferme ou petite bonne à tout faire, ce qui représente le quart des placements chez les jeunes filles de plus de 13 ans.

Le but de l'Assistance publique est de garder à la terre les bras de ses pupilles.

« En principe, dans tous les départements, une priorité est accordée au nourricier, même s'il offre des gages un peu moins élevés ; ceci pour ne pas rompre le lien familial qui a pu se créer.

...Toujours une enquête administrative est faite sur le patron, des renseignements de moralité sont demandés au maire de la commune.

L'enfant est habituellement consulté par l'inspecteur ou le sous-inspecteur, pour son placement.

... Des contrats sont rédigés dans l'intérêt de l'enfant. ... Souvent même pour se conformer aux habitudes du département, l'inspecteur se rend lui-même dans les *louées* de main-d'œuvre.

...A côté des placements ruraux, il y a un certain nombre de placements urbains aussi bien pour les garçons que pour les filles .... » (1).

Orientation professionnelle.

Ces enfants sont parfois physiquement incapables de travailler à des rudes travaux et ils souhaitent mieux que l'état d'ouvrier agricole. Certains ont montré dès l'école des aptitudes particulières et l'instituteur les a signalés à l'Inspecteur au cours de ses tournées.

L'orientation professionnelle est très à l'ordre du jour dans les grands départements qui la développent activement.

Les pupilles iront donc aussi en apprentissage dans la petite ville voisine , mais pour eux surgit une difficulté nouvelle : les artisans qui instruisent des apprentis ne peuvent ou ne veulent plus les loger comme autrefois, ce qui entraîne une dépense supplémentaire assez appréciable pour le budget départemental.

D'autres enfants, mieux doués encore, continueront des études secondaires et même au-delà. C'est une des très grands satisfactions de l'administration des Enfants-Assistés de compter parmi ses pupilles, des sujets fort brillants pour lesquels aucune dépense n'a été refusée.

***

Protection morale et sociale des pupilles.

Jusqu'ici nous ne nous sommes inquiétée que de la situation matérielle et de la protection de la santé du nourrisson et de l'enfant. Si pour le nourrisson il suffit de prévoir les meilleures conditions d'élevage, pour les autres enfants, il en va tout autrement.

(1) SARRAZ-BOURNET. — Voir note p. 1483.

Cette jeune fille, ce grand garçon, auprès de qui trouveront-ils un appui moral, un conseil ? Auprès de l'Inspecteur ? des Sous-Inspecteurs ? Oui, *une fois l'an* au cours de la tournée.

Certes ces enfants sont rudes, peu exigeants de subtilités psychologiques, mais ils mesurent leur condition d'abandonnés, ils sont malheureux ? Peut-être, est-on naturellement un peu défiant à la campagne, mais ne leur manque-t-il pas à ces enfants, la personne, le conseil grâce aux-quels ils éviteraient souvent de commettre bien des sottises ?

Et c'est ainsi qu'au problème déjà si vaste, si lourd de la protection médicale des pupilles, s'ajoute, inquiétant et brûlant d'actualité, *le problème de protection morale et sociale.*

Quel que soit l'âge de l'enfant, nous nous trouvons en présence de solutions différentes ; les unes anciennes :

1° l'*adoption* ;
2° la *remise aux parents* ;
D'autres récentes :
3° la *marraine* ;
4° les *sous-inspectrices et les inspectrices* ;
5° le *marrainage* ;
6° le *service social.*

1° Adoption.

On sait que l'adoption d'un enfant assisté est chose possible à condition que la personne qui adopte soit âgée d'au moins quarante ans et n'ait à cette époque, ni enfant, ni descendants légitimes.

Les formalités d'adoption sont assez compliquées ; certains départements font même déposer une somme d'argent en garantie. L'Administration, en principe, ne fait point de difficultés pour les adoptions, mais veille à ce que le pupille trouve une famille qui l'accueille comme son propre enfant et non comme une sorte d'employé non rétribué.

Il est permis de garder l'enfant pendant une période « *d'essai* » avant de l'adopter définitivement.

2° Remise.

Certains parents qui ont abandonné un enfant âgé déjà de quelques années, s'imaginent parfois, que l'enfant est « en pension » à l'Assistance et qu'il leur sera loisible de le reprendre lorsqu'ils en auront le désir.

L'abandon n'est point considéré comme un délit ; il implique cependant la séparation complète d'avec la famille.

Ce n'est pas, on le comprend aisément, pour élever le pupille jusqu'à 13 ans et le rendre ensuite à la famille lorsqu'il est en âge de gagner sa vie, que l'Assistance Publique fait de grands sacrifices.

« Si les choses se passaient aussi aisément,

nous disait un des grands administrateurs, la moitié d'un département travaillerait à élever les enfants de l'autre partie du département. » C'est l'une de ces raisons et l'expérience qui font prévoir pour la remise une procédure assez longue et un peu « éprouvante ». Des enquêtes sont faites sur les bonne vie et mœurs des parents repentants et sur leurs ressources maintenant suffisantes pour élever convenablement l'enfant, sans l'exploiter.

Pendant la remise d'*essai*, la surveillance continue à s'exercer sur la famille.

Un certain nombre de remises ont lieu tous les ans.

Parfois des grands pupilles refusent catégoriquement de réintégrer la famille qui les délaissa.

L'adoption et la remise, mettant fin à la condition de pupille, ne sont pas à proprement parler des moyens de protection.

3° La Marraine.

Si vous voulez être assuré de quelque succès, vous n'avez qu'à demander à un administrateur ou à un inspecteur des Enfants-Assistés quelle est son opinion sur les marraines, ou sur le marrainage pour les pupilles.

C'est un thème d'irritation et de commisération qui est loin d'être épuisé. « Des femmes fonctionnaires, oui, nous répondait l'un d'eux, mais pas d'amateurs. »

Pour notre part, nous estimons que la marraine, *une marraine pour un enfant*, n'est point une formule souhaitable, ni favorable au pupille. Il est aisé à deviner que la marraine, venue de la petite ville la plus proche, préfèrera parmi les enfants les plus aimables, une fillette affectueuse, ou un filleul aux bonnes joues rebondies. L'enfant moins favorisé quant aux qualités extérieures ne sera même pas remarqué, ni choisi.

Si la marraine a adopté un nourrisson, celui-ci ne saura apprécier de qui vient le biberon bien bouilli, ou le linge bien sec. Mais s'agit-il d'un enfant compréhensif, celui-ci se croira distingué par la « dame », elle lui paraîtra si élégante, si fortunée et la fabulation aidant à sa mentalité d'enfant-assisté, il pensera que la marraine est sa mère.

Ceux qui se sont occupés de pupilles connaissent fort bien cet état d'esprit.

Or, la vie d'un pupille, si elle a son tragique, n'est point comme un feuilleton à plusieurs épisodes, se terminant par une apothéose. La réalité est beaucoup plus simple, beaucoup plus brutale, et le bienfait temporaire apporté par la marraine, ne peut qu'amener le trouble dans la vie de cet enfant.

Il y a aussi des *objections de principe* qui viennent du fait de l'application de la loi quant au *secret* du placement, — mais la plus formelle objection vient de l'expérience même.

4° Sous-inspectrices.

Nous abordons maintenant avec les sous-inspectrices, l'un des sujets qui provoque aussi les plus vives controverses de la part de certains administrateurs.

La modification de la loi de 1923 admet les femmes au concours pour l'emploi de sous-inspectrice, au même titre que les sous-inspecteurs. Les conditions d'admission par concours et les attributions sont exactement semblables.

Il y a actuellement dix femmes titulaires du poste pour neuf départements (1).

Les inspecteurs qui ont sous leurs ordres une sous-inspectrice apprécient son intelligente et complète collaboration.

Mais les autres, soit en raison de leur conviction personnelle, soit par antiféminisme sévère, font à la participation féminine des objections formelles :

« Les femmes, disent-ils, ne pourront rendre que peu de services dans la surveillance des assistés. Ou bien il faudra leur réserver un travail administratif sédentaire, pour lequel elles ne sont pas particulièrement indispensables ; ou bien, les affectant à un service actif, restreint aux tournées faciles, les faire doubler pour la partie difficile par un sous-inspecteur ».

« D'autre part, les placements éloignés, les horaires de chemins de fer, qui obligent à partir de grand matin, à coucher dans de mauvaises auberges ; les mauvaises routes, l'absence de voiture, rendront la besogne si fatigante qu'une femme ne pourrait exactement l'assurer ».

On ne saurait imaginer avec quelle force ces arguments sont développés sans aménité par les administrateurs hostiles. Ils ajoutent encore, aux objections sur le manque de résistance physique, des arguments quant à l'autorité morale.

« Passe encore pour les nourrissons, pour les petits enfants, mais quelle influence cette fonctionnaire peut-elle avoir sur des grands pupilles, sur des garçons violents ou des filles indisciplinées ? »

Et d'aucuns préfèrent, si l'intervention féminine se précise, les visiteuses de puériculture.

De leur côté, les sous-inspectrices (2) répondent avec beaucoup de loyauté ; elles estiment en connaissance de cause que la tâche est rude, qu'elle réclame une réelle bonne santé et un certain entraînement sportif pour les tournées fatigantes.

Mais les femmes sont capables d'un effort sou-

---

(1) Un prochain concours sera ouvert pour six places de sous-inspecteurs ou sous-inspectrices au Ministère de l'Hygiène et du Travail, le 5 juin 1928.

(2) Les renseignements concernant les sous-inspectrices nous ont été très obligeamment communiqués par Mmes les Drs Thuillier-Landry et Coche-Hartmann.

tenu et sauf au cours d'une grossesse, la tâche est vraiment celle d'une femme.

La sous-inspectrice, en tant que femme, est, en effet, apte à exercer une surveillance particulièrement utile : ses investigations, ses recherches de détail sauront mieux découvrir les fautes commises par les nourriciers ; lors de ses passages répétés, elle amènera peu à peu les enfants à elle ; ceux-ci plus aisément en arriveront à se confier.

Quant à la réfutation d'autorité, il ne paraît pas que l'autorité morale soit exclusivement subordonnée à l'apparence extérieure et à la force physique, argument bien désuet.

Il y a enfin ce fait que reprochent les administrateurs ; les femmes manquent de conceptions générales et ne s'attachent qu'aux petits détails. Mais n'est-ce pas là très exactement ce qui serait souhaitable pour compléter la protection des pupilles ?

Pour que le travail des sous-inspectrices ait son maximum de rendement une réforme administrative s'imposerait :

a) L'administration départementale d'assistance est surchargée de *services annexés* qui absorbent les sous-inspecteurs ;

b) Les administrateurs eux-mêmes demandent la réforme de cette organisation par l'institution d'une seule *Inspection de protection maternelle et infantile* ;

c) La sous-inspection des pupilles reviendrait ainsi le plus simplement du monde aux sous-inspectrices ;

d) Peut-être celles-ci pourraient-elles accéder au poste d'*Inspectrice* et prendre une place toute désignée dans le Conseil de tutelle.

Mais la dernière question ne peut être encore résolue. Il faut six années de service dans la sous-inspection pour être porté au choix d'inspection ; les nominations pour les sous-inspectrices ne viendraient qu'en l'année 1931.

Peut-être pourrait-on suggérer d'augmenter le nombre des sous-inspectrices ; mais des femmes seront-elles jamais des agents électoraux ?

5° Le Marrainage.

Question brûlante agitée depuis plusieurs années.

En 1925, Mme S. Robert-Schreiber (1) présentait au Congrès de l'Union pour le suffrage des femmes un rapport sur les enfants-assistés dans lequel le problème du marrainage était étudié.

A la suite du Congrès, après l'étude des réponses reçues des branches de province du Conseil National des femmes, réponses qui n'étaient pas toutes favorables au marrainage, le vœu suivant était émis : « *Que d'accord avec les services administratifs, les groupes de l'Union pour le suffrage des femmes tendent à créer un comité départemental qui organisera pratiquement le marrainage des enfants.* »

Que serait donc cette organisation de marrainage ?

Un groupement composé de femmes de bonne volonté formant un cadre de marraines ; les pupilles de tout âge bénéficiant de son intervention.

Il nous a paru intéressant de connaître, après l'opinion des groupements féministes, celle des inspecteurs départementaux de qui dépendent les organisations de marrainage.

Nous mentirions en disant qu'au cours de notre enquête, nous ayons constaté un grand enthousiasme, mais tous les avis n'ont pas cependant été défavorables.

Certains inspecteurs de départements actifs ont accueilli la seule suggestion du marrainage avec stupeur. Ils ne peuvent imaginer sans indignation « cette ingérance de personnes étrangères aux services des Enfants-Assistés. »

« N'y a-t-il pas dans chaque commune les autorités administratives locales (le maire) et n'est-ce pas suffisant » ? Les campagnes de presse ont montré que ce n'était pas, malheureusement, toujours suffisant.....

D'autre part, le marrainage pour d'aucuns est impossible car la *loi du secret du placement* doit être respectée ; parce que les parents nourriciers, les frères et sœurs nourriciers se détacheront de celui qui, jusqu'alors, faisait, sans distinction partie de la famille. Certes, si l'enfant, a une véritable famille chez ses nourriciers, il serait dangereux de l'en isoler et le tact n'est point la moindre des qualités requises dans le marrainage.

D'autres inspecteurs, beaucoup moins hostiles à l'instauration du marrainage ont répondu que le problème demandait des essais et que seule l'expérience en donnerait la solution.

Il faut, bien entendu, que tout comité de marrainage soit d'accord avec l'Inspecteur et sous la surveillance de celui-ci et du Préfet.

Organisation du Marrainage. — Le *Comité départemental* pour l'institution du marrainage a été créé et fonctionne depuis mai 1926 en Dordogne : organisation complète, le Comité de Périgueux possède des ramifications dans tout le département.

Cette constitution, la première en France, comprend : Comité de préfecture, Comités de sous-préfectures et enfin *Comité de communes*, au nombre de 500. « Ces Comités ont à leur tête l'Instituteur ou l'institutrice de l'endroit qui sont évidemment, les personnes les mieux placées pour connaître l'enfant-assisté.

(1) Mme S. Robert-Schreiber. — Rapport sur les enfants-assistés, Congrès de Grenoble, juin 1925.

.....Leur rôle (aux comités de communes) de surveillance discrète et d'appui moral sera particulièrement facile à remplir. Dans ces petites agglomérations rurales, tous se connaissent, se rencontrent fréquemment.

.....Tout laisse à prévoir que lorsqu'un rapport du Comité de marrainage sera présenté à l'inspecteur de l'assistance, il sera écouté avec bienveillance ». (Mme le Dr Gadaud-Pommier).

Signalons que le marrainage fonctionne dans le Tarn-et-Garonne ; qu'il est en voie d'organisation en Indre-et-Loire et dans la Corrèze.

L'expérience des comités de marrainage n'a pas encore pu répondre aux fortes objections qu'on leur oppose, mais ces comités de communes, *îlots de surveillance sur place*, nous paraissent une innovation fort judicieuse et dont le développement mérite d'être suivi avec intérêt.

6° Le Service Social.

Pour un même mal, il peut être plusieurs remèdes.

Nous avons déjà passé en revue les possibilités d'intervention de la marraine, de la sous-inspectrice, du comité de marrainage, et nous avons montré les objections soulevées par ces propositions, les marraines et le marrainage en particulier.

Ne serait-il pas possible d'adapter aux enfants-assistés un service social ?

Il est incontestable que le service social est à la base de toute action sociale continue.

Il évoque une organisation consciente déjà éduquée et *peu onéreuse* : ne pourrait-on l'adopter pour la protection des pupilles de l'Assistance ?

Il faut protéger l'enfant, rendre accessible sa surveillance sans faire naître l'animosité des nourriciers ; or, ceux-ci connaissent leur dépendance vis-à-vis de l'inspecteur et se soumettent à cette obligation.

Pourquoi n'accepteraient-ils pas l'intervention de l' *Assistante Sociale* ?

Que seraient ces assistantes sociales des pupilles?

Des assistantes de puériculture ;

des assistantes scolaires ;

des visiteuses d'hygiène ;

des visiteuses « polyvalentes » etc...

Ces rôles sont accessibles à toutes les femmes de bonne volonté, possédant des notions générales et un brevet de puériculture d'hygiène et de travail social.

Attributions.

Les assistantes sociales serviraient de chaînon intermédiaire entre les sous-inspecteurs ou les sous-inspectrices et les nourriciers, ou les patrons. Tel placement suspect, tel pupille mal tenu, ou difficile, aperçu un peu rapidement au cours de la tournée d'inspection serait désigné à l'Assistante, ou réciproquement signalé par l'Assistante au Sous-Inspecteur.

Il ne s'agirait point évidemment d'indisposer les nourriciers par une surveillance tracassière, qui bientôt les ferait renoncer à garder les pupilles. L'Assistante sociale, tenant à l'administration leur semblerait faire partie du cadre de la Préfecture.

Une grande amélioration *matérielle* en résulterait rapidement et l'assistante ferait réellement du travail social auprès des pupilles par sa *protection* et *son aide morales*.

Objections.

On nous objectera que les assistantes feront double emploi avec les sous-inspectrices, et que ce seront des fonctionnaires nouveaux.

Nous répondons au premier argument :

a) Les Sous-Inspectrices sont encore *peu nombreuses*, leurs attributions multiples ; ce n'est qu'une partie de leur temps qu'elles peuvent consacrer aux pupilles. Les assistantes les complèteraient sans les doubler.

b) Les assistantes auraient des attributions bien définies de visiteuse sociale.

c) Les assistantes sociales ne se recrutent pas au concours.

Quant à la seconde objection : *a*) il est indispensable que l'Assistante sociale dépende en *partie* de l'administration : vis-à-vis des nourriciers, sa présence, son autorité, seront acceptées plus aisément ; *b*) elle sera *responsable*, ce que ne sont point les comités de marrainage.

Il peut venir encore s'ajouter comme objection le rôle que jouent les influences politiques ; voudrait-on nous dire où elles ne jouent pas ?

Réalisations.

Nous avons trouvé au cours de notre enquête, des inspecteurs départementaux beaucoup plus favorables à notre suggestion du service social qu'au marrainage.

Peut être ce terme de « marrainage », s'il a quelque chose de sensible, n'est pas particulièrement heureux ; peut être est-ce là seulement ce qui gêne ceux qui n'en sont point partisans...

Dans toutes les initiatives de protection morale des pupilles, il faut avant tout agir avec modération, avec tact et ne point nuire aux enfants dans l'intention d'améliorer leur situation.

Les moyens de réalisation d'une protection sociale et morale *étendue* ne seront jamais assez nombreux ; l'expérience seule, peut montrer quels sont les meilleurs.

Puisqu'un certain nombre d'inspecteurs sont favorables à la suggestion du service social, puisque d'autres acceptent la proposition du Comité de marrainage des essais pourraient être faits dans leurs départements respectifs.

Comme, bien souvent, les résultats d'une organisation dépendent de ceux qui s'attellent à la tâche, la réussite se dessinera en faveur de l'un ou l'autre système.

Mais nous voulons encore répéter que la sollicitude doit être clairvoyante, opportune, et que ce serait une grave erreur, ayant pour but de créer à l'enfant des liens d'affection et lui remplacer la famille absente, de le singulariser, d'en faire à nouveau un abandonné.

Conclusions

Nous en avons maintenant terminé de l'exposé d'ensemble des moyens de protection médicale et sociale des pupilles, nourrissons et enfants ; ce sont des problèmes émouvants, auxquels on ne peut manquer de s'intéresser.

Nous rappelons nos conclusions concernant le *nourrisson* :

a) *Que la protection de la mère abandonnée* soit assurée par tous les moyens d'ordre médical et social : *consultations prénatales* et de *prophylaxie de la syphilis, secours de grossesse, maisons maternelles, secours préventifs d'abandon.*

Ainsi seront réduits au maximum pour l'enfant les risques de débilité et d'abandon, d'où diminution de mortalité.

b) *Que la protection de l'enfant abandonné* s'exerce par l'*inspection médicale* la plus sévère : *préparation au centre d'élevage*, placement familial individuel, ou placements collectifs : exigeons des *groupements rapprochés* pour une plus grande surveillance.

En dehors des mesures générales applicables sur tout le territoire, cette protection devra recourir à toutes les ressources et à toutes les initiatives locales leur laissant une certaine souplesse d'adaptation.

Pour l'enfant et l'adolescent.

a) *L'inspection médicale des écoles* ;

b) *Des visites administratives beaucoup plus fréquentes* (auxquelles participeraient pour une plus grande part les sous-inspectrices, et peut être plus tard les inspectrices).

c) L'*aide* et la *surveillance morales* exercées, soit par des concours bénévoles, les *comités de communes*, soit par une organisation *responsable*, en partie administrative et cependant assez souple, le *service social.*

Le programme est vaste, mais l'enfance si malheureuse mérite qu'on s'y rattache.

Toutes les initiatives peuvent être encouragées ; elles devront s'adapter, se modifier selon les événements généraux de la vie ; elles apporteront leur bienfaisante contribution. Mais, on ne saurait être jamais assez patient dans cet ordre de faits, et ce sont les années et l'expérience qui apporteront un peu de vérité peut-être et, nous l'espérons, une grande amélioration à la condition des Pupilles de l'Assistance.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

A propos du versement d'honoraires dans les hôpitaux.

Les rapports, présentés au Conseil supérieur de l'Assistance Publique au sujet du versement d'honoraires aux médecins et chirurgiens dans les hôpitaux, divisent les hospitalisés en deux catégories :

1° Les malades payants ayant des ressources suffisantes pour faire face à tous les frais, ceux qui sont traités au compte d'un tiers responsable (accidentés du travail, pensionnés de guerre, employés de chemin de fer, etc., et plus tard assurés sociaux).

Pour cette catégorie, on pourrait reconnaître au Corps médical des hôpitaux le droit à des honoraires.

2° Les bénéficiaires des lois de 1851 et 1893, malades payants, mais qui ne paient que le prix de la journée pour toute charge et qui doivent comme les bénéficiaires des lois d'assistance être soignés gratuitement parce qu'indigents.

Cette classification en deux catégories est absolument arbitraire. Les hospitalisés de la deuxième catégorie ne sont pas plus des indigents pour l'hôpital que certains de ceux de la première puisque comme eux ils entrent à l'hôpital au compte d'un tiers qui a les moyens de faire face à toutes les dépenses.

L'article 1er de la loi de 1893 dit en effet : Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

La gratuité des soins est assurée par la commune, le département ou l'Etat et non par l'hôpital et les médecins.

La loi met les assistés, en face de la maladie, sur le même pied que les autres citoyens, en agissant ainsi elle a voulu supprimer ce que la charité a de désobligeant.

Un médecin qui soigne un assisté à domicile touche des honoraires, le même médecin qui soigne le même assisté à l'hôpital le fait gratuitement et cependant rien n'est changé dans la situation sociale de cet assisté. C'est absolument

illogique et on ne peut l'expliquer que par la persistance d'usages qui n'ont pas suivi l'évolution de la société par suite d'une interprétation erronée des faits.

Autrefois, les malades hospitalisés étaient reçus gratuitement à l'hôpital et y étaient entretenus par la charité des particuliers. Actuellement, il n'en est plus de même, tous les hospitalisés, quels qu'ils soient, payent le prix de journée, s'ils ne le font pas eux-mêmes , c'est un tiers qui le paye pour eux, et l'hôpital est toujours remboursé de tous ses débours par le tiers responsable. Les malades hospitalisés au compte de la loi de 1851 n'échappent pas à cette règle, leur prix de journée est prélevé sur les revenus de la dotation et décompté comme celui des assistés. La commune siège de l'hôpital serait tenue de faire le complément si les revenus n'étaient pas suffisants.

Pratiquement cette loi de 1851 ne sert plus qu'à permettre aux communes, siège d'un hôpital, de se soustraire, pour partie, aux obligations que leur impose la loi de 1893. Les revenus de la dotation sont considérés par elles comme un crédit sur lequel elles puisent pour faire face aux dépenses d'hospitalisation de leurs assistés, dépenses que la loi met à leur charge. Elles font ainsi l'économie du crédit spécial qu'elles devraient inscrire à leur budget.

Les donateurs, qui ont permis la constitution des donations, n'ont jamais eu l'intention de se substituer, aux collectivités dans l'accomplissement de leurs obligations. La preuve en est, que, comme le dit notre confrère Coronat, les hôpitaux ne reçoivent plus rien des particuliers depuis que la loi a mis à la charge de tiers responsables les soins qui y sont donnés et que ces tiers sont tenus de les défrayer de toutes leurs dépenses. La source des libéralités est tarie parce que ces libéralités profiteraient, non pas à ceux à qui elles seraient destinées, mais à la collectivité qui n'en a nul besoin. La générosité des donateurs s'adressait aux malheureux abandonnés de tous, à ceux qui ne pouvaient recevoir les soins que de la charité, à la clientèle des bureaux de bienfaisance. Outre que ces malheureux ne sont plus abandonnés, qu'ils ont le droit aux soins et ne sont plus obligés en cas de maladie d'avoir recours à la charité pour se les assurer, l'assistance médicale gratuite dépasse de beaucoup les bureaux de bienfaisance et s'adresse à des individus qui ne sont plus les pauvres désignés dans les actes de donation. En usant des revenus de la dotation pour couvrir les frais d'hospitalisation de leurs assistés, les communes s'emparent du bien des pauvres à des fins non prévues par les donateurs. Si l'on admet que les dotations peuvent servir à alléger les charges financières de la collectivité communale, il n'en reste pas moins que cette collectivité a toujours l'obligation d'assurer à ses frais, les soins nécessaires à ceux de ses membres qui ne peuvent se les procurer par eux-mêmes, que ce soit à domicile ou à l'hôpital.

Les bénéficiaires de la loi de 1851, pas plus que ceux de la loi de 1893, ne sont, au regard de l'hôpital, des indigents, car tous, au même titre, possèdent sur la société une hypothèque qui oblige cette dernière à financer pour eux les soins dont ils peuvent avoir besoin.

Quant aux autres hospitalisés, compris dans la deuxième catégorie, je parle de ceux qui peuvent payer un prix de journée, mais ne peuvent faire d'effort supplémentaire, c'est pour eux qu'a été créée l'assistance partielle. S'ils n'ont pas de ressources suffisantes pour s'assurer les soins nécessaires, la loi les met à la charge de la collectivité tout au moins pour la part de dépenses au-delà de leurs ressources. Il n'est pas nécessaire de créer une catégorie spéciale, dont la détermination serait laissée au bon vouloir d'un organisme non qualifié. C'est aux bureaux d'assistance, institués dans ce but, qu'il appartient de dire si un individu a droit à l'assistance et dans quelle proportion. Les commissions administratives n'ont rien à y voir, si elles s'en mêlaient elles sortiraient de leur rôle et commettraient un abus de pouvoir.

Les deux catégories d'hospitalisés existent donc réellement, mais elles se divisent de la façon suivante :

1° Ceux qui payent directement l'hôpital ;

2° Ceux qui le payent par l'intermédiaire d'un tiers.

Puisque le rapporteur général reconnaît, avec raison, que les malades payants et ceux qui sont à la charge d'un tiers peuvent donner droit au versement d'honoraires au Corps médical des hôpitaux, il doit aller jusqu'au bout et ne pas dispenser du versement des honoraires ce tiers qui est la collectivité tout entière, puisque les hospitalisés, qu'il dit devoir être soignés gratuitement, sont à la charge des communes, des départements ou de l'État qui, comme les autres tiers payent à l'hôpital le prix de journée pour ceux dont ils ont la charge.

Dans aucun texte, la collectivité n'a demandé aux praticiens la gratuité de leurs services à l'hôpital ; elle aurait été mal placée pour le faire car elle ne donne pas l'exemple.

Il n'est fait grâce aux hôpitaux d'aucun impôt ni direct, ni indirect parmi ceux qui peuvent les frapper ; j'en connais qui payent l'impôt sur les bénéfices agricoles ; beaucoup, pour ne pas dire tous, supportent les taxes d'octroi et cependant ces taxes ont été créées en leur faveur et détournées depuis de leur destination primitive.

Les médecins n'ont pas de raison de se montrer plus désintéressés que le reste de la collectivité d'autant que leur désintéressemnent ne profite ni aux hospitalisés, ni aux hôpitaux, mais

seulement aux tiers responsables qui n'en montrent aucun en ce qui les concerne.

La gratuité des services médicaux pouvait se défendre autrefois, lorsque les hôpitaux faisaient œuvre charitable. A cette époque, comme le dit Paul Boudin, « c'était de grand cœur que les médecins s'associaient à une œuvre de charité ». Mais les temps sont changés, les hôpitaux ne sont plus une œuvre charitable, ils sont devenus une maison de santé communale, un rouage de l'organisation sociale. Il est juste que les médecins y reçoivent les honoraires auxquels leur travail leur donne droit et qu'aucun texte n'interdit de leur donner, car, il faut insister là-dessus, la gratuité des soins médicaux à l'hôpital résulte des usages et non des textes.

La loi dit simplement que les soins seront donnés à l'hôpital moyennant le payement d'un prix de journée, tout compris. Mais, puisque tout est compris les honoraires des médecins doivent aussi y figurer, rien ne les en exclue que la volonté des commissions administratives. Il n'est pas même nécessaire que ces honoraires soient forfaitaires, la rémunération à l'acte médical peut exister sans apporter aucune gêne au fonctionnement de la comptabilité des établissements hospitaliers.

Les honoraires médicaux, quels qu'ils soient, ne peuvent pas être une charge pour les hôpitaux puisque ces établissements sont intégralement remboursés par les tiers de toutes les dépenses qu'ils font. Le prix de journée s'établit, *grosso modo*, en prenant toutes les dépenses constatées pendant l'exercice écoulé, on en déduit quelques recettes, dans lesquelles ne figurent pas les revenus de la dotation, le reste divisé par le nombre de journées de malades donne le prix de la journée. Si le chiffre obtenu est supérieur à celui qui figurait au budget, les tiers payent à l'hôpital la différence. L'accusation de toucher au bien des pauvres ne serait pas fondée.

Il en résulterait certainement une augmentation notable du prix de journée pour toutes les catégories d'hospitalisés, mais le Corps médical ne pourrait s'en plaindre, car tout ce qui est de nature à augmenter le prix des hospitalisations tend à faire diminuer les abus d'assistance dont se plaignent surtout les chirurgiens et spécialistes et à rapprocher le prix à l'hôpital de celui dans les maisons de santé privées.

Comment on peut appliuquer à l'hôpital le paiement des honoraires à l'acte médical, comment on peut vaincre la résistance des commissions administratives, je pourrais vous le dire, mais, comme dit Kipling, çà c'est une autre histoire que je raconterai peut-être un jour.

J'ai voulu, aujourd'hui, prouver que rien ne s'oppose actuellement au versement des honoraires dans les hôpitaux pour tous les hospitalisés, que ces honoraires ne grèvent pas le bien des pauvres, et que le désintéressement, que l'on réclame avec de grands mots, des médecins, ne profite en rien, ni aux hospitalisés, ni aux hôpitaux, mais seulement à des collectivités qui n'en ont nul besoin et auxquelles nous ne devons aucune faveur.

Je donne mon opinion, d'autant plus librement, qu'étant simple médecin, ni médecin d'hôpital, ni intéressé à un titre quelconque à un établissement concurrent, elle est absolument désintéressée.

Dr Pierre DIBOS.

Variété

LE CHIENDENT PIED DE POULE

Notre temps est celui de la dysharmonie. Dans tous les domaines, se heurtent les idées et luttent les hommes, en attendant qu'un équilibre s'établisse dans les idées, quand les lutteurs d'aujourd'hui seront morts. La thérapeutique est, elle aussi, dans la tourmente et ce ne sera pas le moindre sujet d'étonnement des historiens futurs de la médecine que l'écart que l'on observe à présent entre la littérature qui prétend à guider le praticien et la pratique des médecins, je parle de ceux qui croient en la médecine. Ceux-ci, pour le plus grand nombre, sont restés fidèles à la matière médicale végétale. Celle-là fait si bon marché de la phytothérapie que la place de cette dernière va se réduisant davantage à chaque édition nouvelle de nos formulaires, dont les derniers venus ne connaissent plus des plantes que leurs alcaloïdes et, plus généralement, que les drogues d'origine chimique.

Il semble qu'il y ait pour les remèdes, au moin dans notre littérature professionnelle, un même *struggle* que pour les gens dans le monde. Seulement, tandis que *les moins de trente ans* veulent entrer dans la carrière avant que leurs aînés n'y soient plus, trente ans sont beaucoup pour une drogue, que dix fois moins suffit à ranger parmi les vieilles lunes. A lire les revues générales des *Nouveautés thérapeutiques*, on s'aperçoit bien qu'il ne peut en être d'autre manière. Tel professeur d'outre-Rhin chante les merveilles d'un 184792769 quelconque. Le chœur entonne : βρεκεκεκὲξ κοὰξ κοάξ. Trois mois plus tard, un autre *Herr Professor* déchante. Le chœur reprend : βρεκεκεκὲξ κοὰξ κοάξ. Le praticien n'y comprend plus rien. D'abord attentif, il se blase vite de ces revirements. C'est ainsi que, laissant chanter les ténors et prenant pour seul guide sa propre expérience, il reste fidèle aux herbes et aux fleurs.

Pour lui, j'ai réuni quelques notes pharmaceutiques sur un rhizome cher à nos pères, le *Cynodon dactylon*, gros chiendent, chiendent pied de poule, qu'il ne faut pas confondre avec l'*Agropyrum repens*, petit chiendent, chiendent officinal. J'ai résumé jadis (1) ce que nous savons de sa composition chimique et de ses propriétés thérapeutiques. Ce sont menues données de chimie végétale que les nôtres sur ce sujet. Elles n'expliquent pas tout ce que les anciens ont cru des vertus de la substance et plusieurs de celles-ci même nous semblent aujourd'hui au moins douteuses. Pourtant, pouvons-nous admettre que tant de savants illustres se soient, avant nous, grossièrement trompés, qu'avec une unanimité troublante, ils aient accueilli les affirmations d'autrui, observé leurs faits personnels avec une légèreté coupable ? Qu'il faille accepter leur héritage sous bénéfice d'inventaire, soit. Cela nous ramène à l'expérience, nous convie à faire notre avantage de la démonstration d'œuvre, selon le précepte d'Hippocrate : ἔϊν ἔπαυράσθαι τῶν δὲ ὡς ἔργου ἐνδείξιος (2). A cela, savoir comment nos aînés utilisèrent le gros chiendent, nous aidera. C'est ce point seulement que nous étudierons aujourd'hui ensemble.

***

Toutes les parties du *Cynodon dactylon* ont été d'usage en thérapeutique : les fleurs et les graines, les feuilles et les tiges, le rhizome surtout.

L'usage des fleurs (Apulée) et des semences (Prosper Alpinus), dès longtemps, s'est perdu. Ni le premier, ni le second de ces auteurs n'en indique, du reste, le mode d'emploi et l'utilisation de ces parties de la plante n'est pas près de revivre.

La plante entière ne semble pas avoir été utilisée à l'état sec. Fraîche, certains de ses usages appartiennent à la magie et non à la thérapeutique : ainsi celui que rapporte Apulée contre les Inflammations à la fois du canal nasal, du sac lacrymal et des paupières. Il fallait choisir un chaume à trois épis, le cueillir au déclin de la lune et l'attacher au cou de ceux dont les yeux commencent à devenir chassieux. — Le même auteur nous a conservé le seul mode d'emploi que je connaisse de la plante elle-même. C'est un cataplasme fait de l'herbe cuite et des fleurs broyées, appliqué chaud sur le flanc gauche pour calmer les douleurs de la rate.

Des feuilles et des jeunes tiges, les modernes ont surtout employé le suc verdâtre, d'une saveur douce et herbacée, obtenu par expression. C'était la préparation préférée de Fourcroy. Cazin en fixe la posologie de 30 à 100 grammes ; L. Vollet indique 30 à 300 grammes par jour. On voit quels écarts existent entre ces doses. Comme, d'autre part, les essais de Fourcroy sont à reprendre, que d'ailleurs, l'étude chimique des parties fraîches de la plante reste à faire, que leur action, à parler franc, est inconnue, feuilles et tiges sont pour nous sans utilisation.

Il s'ensuit que des préparations, telles que le *Miel de chiendent de Piderit*, obtenu par évaporation du suc à douce chaleur jusqu'à consistance de sirop épais ; — telles que l'*extrait de Swediaur*, préparé de même manière, mais en poussant l'évaporation jusqu'à consistance d'extrait : — telles que l'*extrait de Scherf*, pour lequel on exprime d'abord le suc de la plante ; on fait ensuite une décoction du marc dans l'eau ; on mélange les deux liqueurs et on les évapore enfin à consistance d'extrait ; — telles préparations, dis-je, n'ont plus qu'un intérêt documentaire. Notons, en passant, cette recommandation de Murray de ne point les préparer en vase de cuivre, ni de fer, mais seulement en vase de verre.

***

Le rhizome a une histoire plus complète. Les uns, considérant qu'*il n'est jamais plus doux, plus succulent, plus émollient que lorsqu'on s'en sert au moment où la tige va pousser* (Gautier), conseillent de le récolter au printemps. D'autres, au contraire, reculent la cueillette jusqu'en septembre (Delioux de Savignac), jusqu'en octobre (Lesacher et Maréchal), et même jusqu'à la fin de l'automne (Buch'oz). Le choix n'est pas indifférent, si l'on songe que la tige souterraine vieillie *a des propriétés tout à fait différentes de celles qu'elle avait dans le premier âge* (Chaumeton). Il n'est pas indifférent non plus, je pense, de l'employer fraîche ou d'exiger, comme le *Formulaire des hôpitaux militaires*, qu'elle ne contienne pas plus de 10 à 12 % d'eau. *Frais, le chiendent fournit une matière mucoso-sucrée*, écrit Jourdan ; *après la dessiccation, cette matière contenue dans la moëlle a disparu.* On sait d'ailleurs (1) quelles parallèles modifications de structure se passent dans la plante qui vieillit ; que l'écorce peu à peu s'épaissit et qu'alors, en effet, le suc doux disparaît.

Tout revient à savoir le but que l'on poursuit. Souhaitant l'action adoucissante de l'amidon et du sucre, on s'adressera au rhizome jeune et frais. Recherchant l'effet mal précisé mais sans doute réel de la résine âcre, on prendra la souche vieillie. Peut-être obtiendra-t-on des effets intermédiaires de souches de l'année, jeunes et bien nourries, mais desséchées (2).

(1) *Monde médical*, n° 648, 1er juillet 1924, p.445.
(2) Hippocrate. — *Préceptes*, § 2.

(1) Cf. *Monde médical, loc. cit.*, p. 445.
(2) Ces remarques n'ont rien d'absolu parce que, même dans les deux états extrêmes de la souche, celle-ci

Si on accepte cette dualité d'effets suivant les deux états opposés du rhizome, on doit étudier, d'une part, les préparations du *Cynodon dactylon* à l'état frais, qui répondent, aux doses ordinaires, aux indications d'une drogue adoucissante et rafraîchissante ; de l'autre, les préparations du chiendent pied de poule à l'état sec, plus ou moins vieilli, qui répondent à des indications différentes.

Le suc de rhizome frais peut s'employer en nature. Une livre de rhizome fournirait, suivant Murray, 150 grammes environ de suc exprimé. La posologie varie de 15 à 30 grammes (Milne-Edwards), de 65 à 100 grammes (Chaumeton) et plus.

De ce suc, par les mêmes procédés que nous avons vu employer pour la plante entière, on peut préparer un miel ou sirop et des extraits. J'ignore le rendement de telles opérations ; je n'ai pas retrouvé de formules de préparations ; je ne sais donc pas leur posologie. Vraisemblablement pourtant, on fit avec ce suc des tisanes par addition d'eau, des potions, des sirops et des pilules, encore que, fermentant vite, il se conserve mal.

L'infusion et la décoction de rhizome frais aux proportions de 15 à 30 p. 1000 ont été de beaucoup les préparations les plus employées. Bossu, Gautier, Clément, les recommandent ; mais l'impossibilité de se procurer du gros chiendent en tout temps est un sérieux inconvénient à l'emploi d'un pareil remède.

On peut, il est vrai et pour de mêmes buts, employer en infusion et en décoction le rhizome desséché de l'année, aux proportions de 8 à 15 p. 1000 suivant Foy, de 30 p. 1000 d'après Clément. Mais il faut certaines précautions pour se servir du rhizome à l'état sec comme succédané de la souche fraîche, aux intentions thérapeutiques qui nous occupent.

En premier lieu, choisir une souche grosse bien nourrie et de l'année, cueillie de préférence au printemps.

Foy, Gautier recommandaient ensuite de laver d'abord le rhizome à l'eau bouillante et de jeter cette première eau avant de faire une tisane. Roques conseillait même une première ébullition, après laquelle on jetait le liquide pour le remplacer par une eau nouvelle, dans laquelle on faisait bouillir le chiendent une seconde fois. Dans le même ordre d'idées, certains sont allés plus loin encore. *Avant d'employer cette plante, il faut en ratisser son écorce afin de l'enlever ; la jeter dans l'eau bouillante ; l'y laisser quelques minutes et l'en retirer ensuite. L'eau bouillante entraîne une portion extraite résineuse ; on la jette et on remet le chiendent bouillir dans une autre eau* (Dictionnaire botanique et pharmaceutique).

Une troisième précaution est de *contuser la souche au mortier de marbre avant de la faire bouillir*, nous dit Dubois ; car, ajoute Chaumeton, *sans cette précaution, le suc reste intact et ne se dissout pas dans le liquide.* Seringe, pour sa part, confirme cet avis : *cette décoction*, dit-il, *sera plus chargée de principes féculents et mucilagineux si on écrase le plante.*

J'imagine que si on veut suivre tous les avis, il faut monder le rhizome de ses écailles, le ratisser, l'ébouillanter peu ou prou, le contuser et faire enfin infusion ou décoction. Si toutes ces précautions sont prises, je ne vois guère d'avantages à l'infusion. La décoction permet mieux *de dissoudre la partie mucilagineuse*, comme dit Gautier, de charger la tisane d'amidon ; et, sans fixer une durée qui est fort variable d'un auteur à un autre, on peut la poursuivre *jusqu'à ce que le liquide ait acquis un peu de viscosité* (Roques). Un peu seulement, il va sans dire, si l'on veut avoir cette *tisane domestique* dont Cazin disait que, *dans bon nombre de cas, on ferait mieux de s'en tenir exclusivement à cette boisson que d'entasser drogues sur drogues.*

A un autre point de vue, *le chiendent seul avec du sucre et du miel*, disait Gilibert, *est préférable pour ceux qui veulent connaître ses véritables propriétés.* Cela est vrai ; mais les formules simples n'avaient pas été la manière de ses prédécesseurs et Gilibert ne fut pas écouté de son temps. Il n'a pas été mieux entendu du nôtre. Le plus souvent, en effet, les formules qu'on nous donne sont des formules complexes, où le gros chiendent est mélangé à d'autres substances.

J'en rappelle, ici, quelques-unes, formant un premier groupe de préparations, qui répondent, ne l'oublions pas, aux indications thérapeutiques particulières (médication adoucissante, etc.) que nous avons pour l'instant en vue. Il s'ensuit que dans ce premier groupe de formules la mention simple *Rhizome de Cynodon dactylon* sous-entend un rhizome de l'année, cueilli de préférence au printemps, choisi gros, bien nourri, séché, mondé au moment de l'emploi, ratissé, ébouillanté, écrasé et coupé. Certaines formules indiquent ces derniers détails.

Hydrolé de Cadet de Gassicourt :

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (1)	30 grammes
Eau	q.v.

Faire bouillir ; passer ; jeter la liqueur. Piler le rhizome et le jeter dans :

Eau	1250 grammes

n'est pas tout un ou tout autre. C'est ainsi, par exemple, que Chaumeton accorde une vertu lithontriptique au suc exprimé du rhizome ; mais il y faudrait une dose de 500 grammes. Cette nécessité d'une posologie si forte vient à l'appui de mon dire.

(1) Le texte original porte simplement *Chiendent*, sans plus de précision.

Faire bouillir jusqu'à réduction à 1 litre.

Ajouter sur la fin :

Réglisse ratissée et concassée 7 gr. 60

Passer après refroidissement.

Tisane commune (Formulaire de l'Hôtel-Dieu, 1783) :

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (1) 120 grammes
Eau commune 6 litres

Réduire à 5 litres par ébullition ; ajouter :

Réglisse ratissée et concassée 30 grammes

Retirer aussitôt du feu ; abandonner 1/4 heure
Passer après refroidissement.

D = Par verrées, comme boisson ordinaire, de 1 à 2 litres.

Tisane commune (Codex de Paris, 1758) :

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (2) 30 grammes
Orge mondé et lavé à l'eau chaude 60 grammes
Eau commune q.s.p. 4 litres

Faire bouillir ; ajouter sur la fin :

Réglisse ratissée et concassée 15 grammes

Retirer aussitôt du feu ; laisser refroidir. Passer.

Tisane pectorale (Formulaire de la Charité, 1783) :

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (3) 1 poignée
Raisins secs de Damas 30 grammes
Figues sèches coupées en morceaux n° II.
Tisane commune (4) 4 litres

Faire bouillir ; ajouter :

Racines de guimauve coupées par tranches 120 grammes
Fleurs de coquelicot 2 pincées

Retirer la tisane du feu et conserver sans passer.
Décanter pour l'usage (5).

Tisane pectorale de Bruyer d'Ablincourt (1781)

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (1) 90 grammes
Racine de buglosse 90 grammes
Eau 2 litres.

Faire bouillir et verser bouillant sur :

Fleurs de coquelicot 30 grammes
Têtes de pavot blanc (2) coupées menu et enfermées dans un sachet n° III

Réglisse ratissée et coupée en petits morceaux 7 gr. 50

Laisser infuser ; exprimer le sachet ; passer (3).

Tisane dans les paroxysmes de l'asthme (4) :

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (5) 60 grammes
Racines d'ache 60 grammes
Feuilles de capillaire 1 poignée
Feuilles de pimprenelle 1 poignée
Sommités de marrube 1 pincée
Sommités d'hysope 1 pincée
Semences de fenouil 15 grammes
Eau de fontaine 3 litres

Faire bouillir (6).

Chiendent émulsionné.

D'une part,

℞. Rhizome de Cynodon dactylon 30 grammes
Eau q.v.

Faire bouillir ; passer ; jeter la liqueur.

Piler le rhizome et le jeter dans :

Eau 1250 grammes

Réduire à 1 litre par ébullition.
Passer après refroidissement
D'autre part,

℞. Amandes douces mondées de leur pellicule 15 grammes
Eau froide q.v.

Piler en pâte fine les amandes dans l'eau.

Délayer ensuite avec :

Eau froide q.s.p. 1000 grammes

Passer avec expression à travers une étamine :

Ajouter :

Sirop de sucre 60 grammes

Mêler.
Enfin,
Mélanger les deux liquides par parties égales.

---

(1) La formule originale porte simplement : Racines de chiendent mondées, écrasées et coupées.

(2) La formule originale porte simplement : *Radicæ graminis purgatæ et obtritæ.*

(3) La formule originale porte simplement : Racines de chiendent concassées.

(4) Le formulaire dont est extraite cette formule n'indique pas ce qu'était la *tisane commune* de l'hôpital de la Charité. On a vu plus haut ce qu'était la Tisane commune du Codex de 1758 et de l'Hôtel-Dieu. A la même époque, la tisane commune de la *Pharmacopée de Lémery* (1764) est faite seulement d'orge et de réglisse. C'est la même composition (orge et réglisse) qu'on retrouve dans la tisane commune du formulaire de l'Hôtel Royal des Invalides (1783).

(5) Telle quelle, cette préparation devait être consommée rapidement étant de difficile conservation.

(1) La formule originale porte simplement : racines de chiendent.

(2) *Papaver somniferum.*

(3) La posologie de cette tisane n'est pas indiquée, malgré la présence des têtes de pavot, qui justifierait la précaution d'une indication de doses.

(4) Pour une même indication, le même auteur donne ailleurs une seconde formule semblable à celle-ci, mais où racines d'aunées et de bardane sont ajoutées, à l'ache et au chiendent, à la dose, pour chacune des quatre racines, de seulement 30 grammes.

(5) Le texte original porte simplement : Racines de chiendent.

(6) Posologie non indiquée.

Tisane de Boerhaave :

℞. Rhizome de Cynodon dactylon (1)	60 grammes
Racine de Smilax china (2)	60 grammes
Racine de Smilax salsaparilla (3)	60 grammes
Orge mondé	22 grammes
Réglisse ratissée et concassée	45 grammes
Eau	1500 grammes

Faire une décoction de deux heures.
D = 120 grammes toutes les deux heures.

Cette formule n'a guère qu'un intérêt historique. Elle était recommandée pour préparer cette salivation mercurielle que les médecins de jadis recherchaient et que nous redoutons dans le traitement hydrargyrique. *Salivatio mercurialis ut fiat, aliquot diebus, prius impliatur æger ptisana.*

Plus intéressante, contre la même affection, est la *décoction de chiendent iodurée de Magendie.* Ici, la tisane de *Cynodon dactylon* peut corriger l'action irritante de l'iodure sur les voies digestives. Elle réalise, en tous cas, la grande dilution de la substance active, si souvent recommandée par nos livres et cependant si rarement prescrite aux malades.

Décoction iodurée de Magendie :

℞. Iodure de potassium	2 grammes
Tisane de Cynodon dactylon (4)	1000 grammes
Sirop de menthe	60 grammes

D = Par verres dans la journée.

* * *

Nous savons que, choisi d'autre sorte et préparé d'autres manières, le *Cynodon dactylon* peut répondre à des indications autres aussi que celles que jusqu'ici nous avons envisagées. Elles sont multiples. Par malheur, elles sont aussi incertaines. Dans mon essai d'autrefois, j'ai reconnu bien volontiers qui ni l'action émétocathartique de la plante, ni ses effets cholagogues et lithrontriptiques, ni d'autres plus rarement mentionnés, ne sont démontrés. A vrai dire, on ne les admet plus aujourd'hui. Mais qui sait les surprises que le *Vieux-Neuf* de demain nous réserve ? Préparations et doses qu'employèrent nos aînés dans un dessein particulier gardent ainsi la valeur d'un renseignement d'attente.

En théorie, il semble, ici, que l'on s'adresse aux principes encore mal connus des couches extérieures de la souche. On choisira donc un rhizome desséché, cueilli en fin d'automne, c'est-à-dire dont l'âge à épaissi l'écorce. Certains, dans cette voie, sont allés même jusqu'à utiliser seulement l'écorce ou seulement les folioles modifiées en écailles embrassantes, qui recouvrent le rhizome d'un nœud à l'autre.

Les préparations possibles sont assez nombreuses. Celles qui furent réellement employées le sont beaucoup moins. Leur usage s'est perdu.

De la *poudre* de rhizome, dont la dose maxima serait de 3 grammes, *si* le Cynodon dactylon était d'identiques effets à ceux du *Triticum repens* (?) ; — d'une *eau distillée* donnée à la même dose (Gilibert), moins active pourtant (Garsault), regardée particulièrement comme vermifuge et comme hémostatique (Dictionnaire botanique et pharmaceutique), nous ne savons à peu près plus rien.

Un *extrait fluide à poids égal* de rhizome desséché, que nos aînés n'ont pas connu et que nous pouvons imaginer, ne paraît pas avoir été étudié pour le *Cynodon dactylon.*

Les *extraits aqueux* ont été obtenus de diverses manières. Le Codex de 1837 traite la racine en poudre par la méthode de déplacement. Guibourt prépare l'extrait par infusion ; Van Mons par macération-infusion-décoction ; la plupart, suivant le Codex de Hambourg de 1835, par décoction.

Extrait aqueux de Guibourt :

℞. Rhizome desséché de Cynodon dactylon (1)	1 partie
Eau tiède	4 parties

Faire macérer à deux reprises dans l'eau.
Réunir, les deux infusions. Evaporer à consistance d'extrait.

Extrait aqueux de Van Mons :

℞. Rhizome desséché de Cynodon dactylon (1) / Eau	P.E.

Faire macérer douze heures à froid. Ajouter :

Eau chaude	q.v.

Laisser infuser. Passer.
D'autre part,
Faire bouillir le marc dans l'eau. Passer.
Enfin,
Réunir les deux liqueurs et évaporer à consistance d'extrait.

Extrait aqueux du Codex de Hambourg (1835)

D'une part,

℞. Rhizome desséché de Cynodon dactylon (1)	1 partie
Eau	8 parties

Faire bouillir. Exprimer.

(1) Le texte original porte simplement : *Radix graminis.*
(2) Salsepareille de Chine, esquine, squine.
(3) Salsepareille officinale, salsepareille de Hondsuar.
(4) A préparer, par exemple, comme il est dit dans la première partie de la formule ci-dessus du Chiendent émulsionné.

(1) Le texte original porte simplement : Chiendent.

D'autre part,

℞. Marc de la préparation précédente	1 partie
Eau	4 parties

Faire bouillir et passer.
Enfin,
Réunir les deux liqueurs et évaporer à consistance d'extrait.

Ces extraits divers, utilisables en pilules, en potions, en sirop et pour la préparation de tisanes, sont restés assez peu d'usage, comparés à l'infusion et à la décoction, qui furent, de beaucoup les modes d'emploi les plus coutumiers. La décoction surtout et même, faut-il dire, la décoction longue.

Les formules sont innombrables dans les vieux auteurs où cette décoction se retrouve et pour les usages que l'on sait. Je n'en rappellerai que quelques-unes.

Décoction vermifuge de Buch'oz :

℞. Racines de chiendent	30 grammes
Sommités de petite absinthe	1/2 poignée
Fleurs de pêcher	1 pincée
Eau	190 grammes

Faire bouillir 1/4 heure. Passer. Ajouter :

Sirop de limons	30 grammes

Mêler.
Potion à prendre matin et soir.

J'ai respecté le texte *Racines de chiendent* sans préciser, parce que l'action vermifuge du *Cynodon dactylon* est une des plus incertaines de toutes et qu'il est impossible de décider s'il faut recourir, ici, au gros chiendent ou au petit.

Remède de Haen contre l'ictère :

℞. Rhizome sec de Cynodon dactylon (1)	730 grammes
Dent de lion (plante entière)	730 grammes

Couper menu ; broyer ; faire bouillir 2 heures dans :

Eau	q.s.p. obtenir par expression 610 grammes de colature

Ajouter à la colature :

Oxymel simple	240 grammes
Sulfate de magnésie	22 grammes

Dissoudre.
D = Quatre cuillerées à soupe à 7 h., 9 h., 11 h., chaque prise étant suivie d'une tasse de bouillon de veau.

(1) Le texte original porte simplement : Chiendent.

Décoction de Bruyer d'Ablincourt contre les obstructions du foie :

℞. Rhizome sec de Cynodon dactylon (1)	1 bonne poignée
Racine de chicorée sauvage	1 bonne poignée
Chicorée blanche (2)	2 poignées
Argentine (3)	2 poignées
Graines d'anis	15 grammes
Graines de fenouil	15 grammes
Vin blanc	2 litres
Eau	2 litres

Faire bouillir jusqu'à réduction du quart.
Passer avec expression.
D. = *Ad libit.*

On pourrait multiplier les exemples ; mais les formules, même celles qui visent la lithiase biliaire, ressemblent d'une manière étonnante les unes aux autres, comme elles ressemblent à celles qui précèdent. Ces indications dernières du gros chiendent restent d'ailleurs trop douteuses pour qu'il vaille d'insister sur les préparations qui prétendent y répondre. Seules pourraient leur rendre de l'intérêt des recherches nouvelles qui établiraient que le *Cynodon dactylon* mérite à pareil égard sa réputation passée et qui nous feraient connaître pourquoi.

A cette conclusion, qui n'est qu'une espérance, on arrive souvent quand on étudie les plantes en thérapeutique. Mais une autre aussi vient à l'esprit lorsqu'ayant tourné maints feuillets de nos vieux formulaires, on ferme le livre et qu'on pense. Elle est qu'en phytothérapie, la façon de donner compte autant que ce que l'on donne, ou, si l'on préfère, que les drogues végétales valent ce que vaut celui qui les emploie.

Nos pères ont eu ce mérite de demander à l'expérience les méthodes diverses de tirer de chacune d'elles des partis divers. Ils ont pu s'abuser parfois ; mais ils ont cherché ; et il n'est pas vraisemblable qu'ils n'aient bien rencontré jamais. Ils nous ont ainsi laissé des leçons et un exemple. Si les vieilles leçons ne comptent plus au regard orgueilleux de notre science moderne, l'exemple ne garde-t-il pas une inestimable valeur ? Et dites-moi ce qui vaut mieux de la foi qui leur dictait leurs formules ou du scepticisme où nous a conduit l'incapacité où nous sommes de prescrire comme eux ?

Albert GARRIGUES.

(1) Le texte original porte simplement : chiendent.
(2) Deux plantes portent ce même nom vulgaire : l'endive ou escarole, dont il s'agit probablement ici, et la laitue du Canada.
(3) Sans doute, la *Potentilla anserina*, L., notre vulgaire Herbe aux oies.

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

COMMUNIQUÉ DU SYNDICAT DES PRATICIENS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le bienveillant accueil de la grande presse médicale à nos communications nous a permis de diffuser largement notre mouvement : les adhésions nous parviennent de tous les points du sol national à une cadence régulière et nous espérons pouvoir d'ici peu révéler un nombre imposant d'adhérents. Nous avons désormais la certitude que la création de notre organisme répond à un besoin, ce qui est un sûr garant du succès.

Cependant, on nous allègue parfois certaines réticences dont nous voulons faire justice afin de dissiper quelques hésitations :

1° Le syndicat des praticiens de médecine générale désire fédérer tous les praticiens, sans distinction d'orientation syndicale ; nous faisons la fusion *à priori* ; pour venir grossir nos rangs, il suffit de croire à la nécessité d'une organisation des médecins généraux et au droit pour eux d'avoir une représentation directe au sein du super-organisme en voie d'élaboration ;

2° Le syndicat des praticiens de médecine générale ne fait pas double emploi avec les syndicats locaux, car ceux-ci restent toujours à la base de l'organisation syndicale, mais en étant une émanation, il constitue un groupement technique différencié puissant dont la personnalité morale trouvera à se manifester pour la défense des intérêts des praticiens aussi bien que pour celle du Corps médical tout entier. Le Syndicat des praticiens de médecine générale respecte l'intégrité des syndicats locaux et réprouve toute tendance d'action unilatérale.

3° Le Syndicat des praticiens de médecine générale ne permet pas qu'on l'accuse de vouloir opposer les médecins généraux aux spécialistes. Les spécialistes ont pensé qu'ils avaient intérêt à former un groupement différencié ; ils ont réclamé et obtenu une représentation spéciale ; le souci le plus élémentaire de nos intérêts primordiaux nous conduit à en réclamer tout autant et à nous organiser pour l'obtenir.

Les promoteurs du Syndicat des praticiens de médecine générale sont tous des syndicalistes éprouvés, imbus du plus ardent désir d'union et de concorde, qui ne voyaient vraiment pas en quoi le nouveau syndicat pourrait être une pierre d'achoppement aux tractations de réconciliation intersyndicale. Ils protestent par avance contre toute suggestion tendancieuse : s'ils ont l'horreur des luttes intestines, ils n'en ont pas pourtant la phobie !

Ils estiment qu'ils ont, non seulement le droit, mais encore le devoir de travailler à la reconstruction d'un édifice solide ; or, de cet édifice, les praticiens constituent les fondations : voilà ce qne personne ne doit perdre de vue !

Le Bureau Provisoire.

Prière d'adresser les adhésions accompagnées de deux francs en timbres-poste au docteur Martin, à Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

THERMALISME, CLIMATISME ET TOURISME FRANÇAIS

Propagande allemande.

A diverses reprises nous avons publié, ici même, les efforts que faisaient, en Espagne, les Allemands afin de pénétrer le milieu hispano-américain.

Or, notre ami, le docteur HERVÉ, des Escaldes, nous envoie la lettre suivante que nous considérons comme un devoir de publier *in extenso*.

Les Escaldes,

« Mon cher ami,

« J'ai lu, dans un journal du Midi, que les journaux espagnols viennent de faire paraître une note indiquant que les Allemands recevraient les étudiants désireux de continuer leurs études ou de les compléter en visitant les centres universitaires thermaux et touristiques, à des conditions très intéressantes.

« Ils seraient reçus dans les réunions corporatives des étudiants au plus bas prix et voyageraient avec 50 % de réduction sur les chemins de fer.

« Est-ce que nous allons rester au-dessous de cette propagande ?

« Pour ma part, je serais tout disposé à recevoir, aux Escaldes, pendant les quelques jours nécessaires à leur instruction spéciale, les étudiants espagnols qui voudraient bien y venir ; mais cette initiative personnelle ne porterait certainement pas de fruits, elle est trop limitée. Il faudrait qu'elle soit groupée dans une initiative semblable, prise par la Fédération, par exemple, des stations thermales et climatiques avec le concours de la Compagnie du Midi qui pourrait offrir une réduction de 50 %, consentie dans les mêmes conditions que les chemins de fer allemands.

« Ne croyez-vous pas utile, mon cher ami, de faire quelque chose dans ce sens dans les journaux où vous collaborez ? Je vous affirme que ce serait de la bonne propagande en face du développement que prend la germanophilie en Espagne.

« Cordialement vôtre,

Signé : Dr HERVÉ.

Dans le no 17 du *Bulletin officiel* de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (UMFIA), nous avons reproduit l'énergique appel que le docteur HERVÉ voulait bien adresser à tous nos lecteurs, précisément pour qu'ils puissent s'organiser d'une façon effective, tant en face du danger qui les menace, considéré du point de vue assurance sociale que du fait de la propagande allemande dans tous les milieux où celle-ci peut pénétrer.

Nous ne croyons plus qu'à l'initiative individuelle, nous ne croyons plus qu'aux efforts que chacun de nous peut réaliser, car avant de mettre en œuvre la machine administrative ou les groupements qui ont nom : Fédération, Confédération, etc., le temps passe et le mal est fait.

Je ne crains pas de dire, ici, l'effort mené par le docteur HERVE en faveur du climatisme français.

Tout récemment, aux Escaldes, notre ami recevait un groupe de médecins barcelonnais accompagnés par leur famille. Le lendemain, quelques médecins du Roussillon se joignaient à eux. Après avoir visité l'admirable installation créée aux Escaldes (et qu'il nous a été donné, l'un des premiers, de pouvoir inaugurer avec le V. E. M. de la Faculté de médecine de Lyon auquel s'était joint celui de Toulouse), le docteur HERVÉ, aidé de ses collaborateurs, le docteur JUEL et le docteur OLIVIER, exposa les qualités climatiques et thermales de la station, les cures qui y sont réalisées et les très intéressants résultats obtenus.

Mais je connais depuis trop longtemps HERVÉ pour ne pas savoir qu'il veut répandre sur tout le climatisme français ce qu'il a réalisé aux Escaldes et à Lamothe-Beuvron.

Que ce soit à Bruxelles, à Londres, à Madrid ou à Vienne, — et je ne parle pas de Paris —, HERVÉ porte la bonne parole. Il a résolu de forcer le Français de France (en même temps que les médecins étrangers), à étudier les ressources climatiques que notre pays nous offre sans compter.

Or, un jour, il m'en souvient, HERVE, après avoir fait un rapide historique des Escaldes, associa à son œuvre le grand rôle joué par Emmanuel BROUSSE, qui contribua si bien à développer tout ce qui était, pour la Cerdagne, une source de richesses naturelles.

Un autre jour, j'entendis la professeur agrégé PIERRY dire à ses collègues et à ses élèves la lutte qu'HERVÉ avait dû, depuis trente ans, soutenir pour arriver à creuser le sillon profond, droit, loyal du climatisme français.

La période héroïque est passée : nous en sommes au temps de la moisson !... Le malade français guérit en terre de France, par des méthodes françaises et c'est ma joie de journaliste de pouvoir dire, en toute sincérité, le rôle qu'HERVÉ, simple praticien, a joué à côté de ses pairs, dans cette magnifique et rude campagne.

C'est dire combien nous nous associons à la lettre ci-dessus reproduite, combien nous ferons *tout* pour obtenir de la Fédération nationale thermale et climatique, de l'O. N. T., des Instituts d'hydrologie, des Compagnies de chemins de fer, en particulier de celle du Midi, ce que nous proclamons devoir être une « *politique thermale et climatique.* »

R. M.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS

Règlement du service de contrôle des médicaments antisyphilitiques (1)

ART. 1er. — Sur la demande du Ministère chargé de l'Hygiène publique, un Service de contrôle des médicaments antisyphilitiques utilisés dans les dispensaires antivénériens dépendant des services publics est créé à l'Académie de Médecine. Il comprend un laboratoire de chimie et un laboratoire de physiologie.

ART. 2. — Le Directeur de chacun de ces deux laboratoires est nommé pour cinq ans par l'Académie sur

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, no 10, de 1928.

la présentation du Conseil. Ses fonctions sont renouvelables.

Art. 3. — Le reste du personnel est nommé pour cinq ans par le Conseil sur la présentation des Directeurs des laboratoires. La titularisation des garçons de laboratoire n'a lieu qu'après un an de stage.

Art. 4. — Toutes les nominations cesseraient d'avoir leur effet en cas de suppression de la subvention ministérielle.

Il en serait de même en cas d'infraction grave reconnue par le Conseil, avec, au besoin, l'assentiment de l'Académie.

Art. 5. — Il est interdit aux agents du personnel de recevoir aucune subvention directe ou indirecte se rattachant à leur emploi en dehors du traitement qui leur est alloué.

Art. 6. — Une Commission permanente, composée du Conseil et de trois membres nommés par l'Académie, exerce une surveillance sur le fonctionnement des laboratoires.

Les Directeurs de ces laboratoires lui adressent un rapport annuel qui est soumis à l'approbation de l'Académie.

Art. 7. — Les fonds nécessaires au fonctionnement des laboratoires sont fournis par le Ministre chargé de l'Hygiène publique et répartis chaque année par le Conseil.

Art. 8. — Les Directeurs des laboratoires présentent chaque année au Conseil, dans la limite des sommes qui leur sont attribuées, un projet de budget qui doit être accepté par la Commission permanente de Contrôle.

Art. 9. — La subvention est versée directement à la caisse de l'Académie qui solde les dépenses dans les limites du budget accepté.

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(Suite)

M. le Président. — La parole est à M. Blaisot.

M. Camille Blaisot. — Messieurs, je souhaite que cette loi recueille, au vote sur l'ensemble, l'unanimité de nos suffrages. (*Très bien ! très bien !*)

Le seul regret que j'éprouve, c'est de constater qu'elle se présente à notre discussion dans d'aussi mauvaises conditions. Après les explications si complètes qui ont été données en ce qui concerne les groupements pharmaceutiques, je veux ajouter une courte déclaration d'ordre similaire. Vous allez vous rendre compte de l'importance de mon observation.

C'est un scrupule profond qui pèse sur moi en ce moment, quand j'envisage l'heure où aura lieu l'application de la loi.

Nous avons tous reçu la déclaration du comité intersyndical des groupements médicaux de France, signée de son président, M. le professeur Balthazard, qui a pris soin de nous écrire dans sa lettre de communication que ce comité intersyndical représente l'unanimité des groupements organisés des médecins de France.

Dans cette lettre, le représentant éminent du corps médical français nous dit que « les représentants autorisés et mandatés du corps médical organisé français nous annoncent leur ferme décision de ne pas participer au fonctionnement de la loi, telle qu'elle est sortie des délibérations du Sénat. »

Je ne prends pas parti sur la forme dans laquelle cette revendication nous est présentée ; mais, devant cette déclaration, à la minute où elle est adressée par la grande association syndicale présidée par M. le professeur Balthazard, je suis obligé d'être sceptique lorsque j'entends M. le Rapporteur Antonelli dire à la tribune : Nous sommes d'accord avec les médecins sur tous les points de leurs revendications.

Comment ! Vous êtes d'accord avec les médecins ? Mais c'est précisément après avoir pris connaissance de votre texte qu'ils nous envoient une lettre dans laquelle ils nous disent qu'ils se refusent, s'il n'est pas modifié, à collaborer à l'application de la loi !

Entendons-nous bien ! Je ne tranche pas le débat, mais je prétends que nous aurons, les uns et les autres, au moment où nous serons appelés à prendre une décision définitive, cette menace du corps médical présente à l'esprit, et pour ma part, elle me trouble profondément.

Vous savez bien que cette loi devra nécessairement être appliquée avec la bonne volonté et surtout avec le concours complet, sans arrière-pensée ni réserve, de tous les médecins de France.

J'entends bien que M. le Dr Gadaud, dans un esprit de conciliation, après avoir marqué, à la tribune, les inquiétudes du corps médical, nous dit : J'ai une lettre de M. le Dr Cibrie, qui est d'accord avec moi sur ce que je viens de dire.

Je ne doute pas, puisqu'il l'a écrit, que M. le Dr Cibrie soit d'accord avec notre distingué collègue M. le Dr Gadaud sur ce que ce dernier nous a dit. Mais là n'est pas la question. Est-ce que M. le Dr Cibrie est, à cette minute, couvert par tous les syndicats médicaux de France ?

Et puis, quelle est la sanction efficace du discours de M. le Dr Gadaud ? Il n'y en a pas.

Ce matin, M. le professeur Pinard a posé la question par oui ou par non. Il a dit à M. le Dr Grinda, rapporteur du projet : Je ne veux pas de littérature

ni de réponse évasive, dites-moi si vous êtes capable, oui ou non, de mettre dans un texte votre accord avec le corps médical français.

Je suis obligé de reconnaître que, sur les bancs de la Commission, il y a une gêne profonde, qui s'est finalement traduite par le silence. Aucune réponse n'a été donnée.

Voyez-vous, c'est cela qui est grave. Par conséquent, je le répète, il y a un scrupule qui pèse sur tous ceux qui ont reçu la lettre du président du comité intersyndical des médecins de France.

Ce scrupule, nous ne pouvons en être déliés qu'à la condition que M. le Dr Balthazard lui-même, président de ce comité, nous dise qu'il est d'accord avec vous et satisfait de ce que vous vous vous engagerez à insérer dans la loi pour donner satisfaction aux médecins.

J'ai tenu à faire cette déclaration parce qu'elle s'imposait. Je la fais en toute objectivité. Je n'appartiens pas au corps médical.

On nous dit que les médecins sont sûrs d'avoir d'ores et déjà toutes garanties, puisque le rapporteur au Sénat était M. le Dr Chauveau et puisqu'à la Chambre c'est un autre docteur, notre collègue M. Grinda, qui est également rapporteur.

Et c'est malgré la présence de ces deux grandes autorités médicales au banc de la Commission de la Chambre et de celle du Sénat que le comité intersyndical des groupements médicaux de France déclare aux représentants du pays : Si vous ne modifiez pas le texte qui sort des délibérations des deux Commissions, dont ces docteurs, nos confrères, sont les rapporteurs, nous ne pourrons pas accorder notre collaboration à l'application de la loi. (*Interruptions à l'extrême gauche.*)

M. Frédéric Brunet. — Alors ?

M. Camille Blaisot. — Ma conclusion est qu'avant d'arriver au vote de l'ensemble, il faudra qu'une explication claire nous soit donnée par la Commission, pour que chacun d'entre nous ait la certitude que les difficultés de forme et de fond sont aplanies avec les représentants mandatés du corps médical français, dont je n'ai jamais eu la moindre idée de contester le dévouement connu, mais dont le concours zélé autant que désintéressé est indispensable à l'application de cette loi, qui ne pourrait pas fonctionner en faveur des travailleurs si cette collaboration lui faisait défaut. (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Président de la Commission.

M. le Président de la Commission. — Avant de répondre à M. Blaisot et à M. Taton-Vassal, je tiens à dire à mon ami M. Gadaud combien j'ai été heureux d'entendre ses éloquentes déclarations.

Praticien éminent, M. le Dr Gadaud a parlé avec l'élévation de pensée d'un médecin qui aime passionnément sa profession, qui en connaît admirablement toutes les traditions. Je tiens à dire tout de suite qu'il ne saurait y avoir, entre lui et moi, de profondes divergences de vues.

M. Blaisot nous dit que nous sommes en présence d'une lettre rédigée en termes presque comminatoires par le corps médical français et que cette lettre n'est pas d'accord avec la lettre de M. le Dr Cibrie, ni avec mes déclarations.

Tout s'explique par le fait que l'article 4 n'avait pas été interprété comme il convenait, comme il l'a été dans mon rapport.

Dans l'article 4 du texte du Sénat, et dans l'article 7 relatif au contrôle, je prétends, et M. le Dr Gadaud est d'accord avec moi, que tous les principes auxquels le corps médical est profondément attaché et qui sont à la base d'une bonne organisation des soins dans le fonctionnement des assurances sociales sont scrupuleusement respectés.

C'est après avoir pris connaissance des commentaires de mon rapport et de mes déclarations à la tribune que le corps médical nous a envoyé aujourd'hui son adhésion, par la lettre de M. Cibrie, que M. Gadaud nous a lue, en attendant que cette adhésion nous soit confirmée par M. Balthazard.

Examinons rapidement — je veux être bref — les points sur lesquels le corps médical n'a pas satisfaction dans le texte du projet.

Dans son désir de faire droit au vœu du corps médical sur la question du libre choix, le Sénat a dépassé le but.

Le corps médical demande que ce libre choix ne soit pas absolu, ait une limitation. C'est l'obligation pour le médecin d'adhérer aux clauses du contrat collectif et de reconnaître, en attendant la création d'un corps médical, la juridiction du « conseil de famille syndical ».

Sur ce point, qui n'est pas précisé dans la loi, il y a l'accord de la Commission de la Chambre, il y a celui de la Commission sénatoriale de l'hygiène, et il y a également l'accord du corps médical lui-même.

Par conséquent, il ne peut y avoir aucune difficulté. Si le conseil d'Etat ne peut pas, dans le règlement d'administration publique, préciser ce point, et si un texte législatif est nécessaire, nous donnons l'assurance aux médecins — et ils sont fixés — qu'ils auront satisfaction, parce qu'aucune objection ne peut être soulevée.

M. Gadaud. — Voilà la garantie.

M. le Président de la Commission. — Voilà en effet la garantie et c'est ce qui a amené le changement de front que nous venons de constater.

En ce qui concerne l'obligation pour les caisses de ne traiter qu'avec les syndicats habilités par un organisme fédératif central, je fais la même observation.

Il est incontestable qu'il serait infiniment regrettable que trois ou quatre médecins indésirables, affranchis de tout lien professionnel, ne présentant aucune garantie morale ou professionnelle, pussent créer un syndicat d'occasion — permettez-moi l'expression — destiné à exploiter la médecine des assurances sociales.

Sur ce point encore, nous avons donné entière satisfaction aux médecins. Pourrons-nous le préciser dans le règlement d'administration publique ou dans le texte rectificatif ? Peu importe. L'essentiel, c'est qu'il n'y ait pas de désaccord et que nous soyons bien décidés à donner aux médecins cette satisfaction.

Que nous demandent-ils encore ?

Le droit à des honoraires pour les soins donnés aux assurés hospitalisés. Ce droit, personne ne le conteste plus. Il figure dans la modification apportée récemment à la loi sur les accidents du travail. On ne saurait exiger des médecins qu'ils donnent gratuitement leurs soins à des assurés dont les salaires atteignent ou dépassent 20.000 francs. Cela serait excessif et injuste, et il n'en est d'ailleurspas question.

Il est hors de doute que sur ce point, comme sur la non-limitation des tarifs au-dessus du minimum fixé, les médecins ont satisfaction.

Il n'y a qu'un seul point sur lequel on ne donne aux médecins qu'une satisfaction partielle. C'est le point névralgique.

Le Sénat a admis le système de la liberté contractuelle, c'est-à-dire que les syndicats auraient la liberté, d'accord avec les caisses, de fixer le payement des honoraires, soit par la caisse, soit directement par le client.

Cette question a donné lieu à des discussions extrêmement passionnées au sein du corps médical. Celui-ci a réalisé le front unique pour le « payement direct ». Il suffit cependant de lire les publications médicales pour constater que beaucoup de médecins restent partisans de la liberté contractuelle. Il est certain que des arguments également puissants peuvent être invoqués pour les deux systèmes. Au point de vue doctrinal pur, M. Gadaud a raison. Le médecin est essentiellement individualiste. Il ne connaît que son malade, que son client. Il ne peut pas traiter avec des caisses d'assurances des questions qui n'intéressent que lui et son malade.

Voilà l'objection doctrinale pure. Cet argument est très puissant. Mais, d'autre part, comment ne pas tenir compte de la difficulté qu'il y a à demander à l'assuré d'avancer les fonds pour payer les honoraires médicaux et de se faire rembourser après par des caisses ?

Il n'est pas de médecin qui ne sache qu'avec la maladie, sa fidèle compagne, la misère, entre dans les foyers et que, dans ceux où il y a quatre ou cinq enfants, on n'arrive à assurer le pain quotidien que par des miracles de travail et d'économie ingénieuse.

Quand le médecin rédige une ordonnance, il se préoccupe surtout de savoir comment l'assuré pourra acheter les médicaments. De ses honoraires, il n'est pas question. Il serait plutôt tenté, dans certains cas, de laisser un secours en s'en allant.

Avec le payement par la caisse, le médecin n'aura plus à se préoccuper de ses honoraires, car il sera sûr d'être payé.

Sur ce point, un désaccord partiel persiste, mais nous sommes bien près de l'accord complet qui nous assurera la collaboration joyeuse, sans réserve, du corps médical. Collaboration qui nous est d'ailleurs indispensable. Rien ne sera changé à l'exercice de la médecine par la loi sur les assurances sociales, qui aura les répercussions les plus heureuses sur la santé publique et sur la science médicale elle-même. (*Applaudissements.*)

(*A suivre*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Dr DE SAINT-AVID, de Parmain (Seine-et-Oise). — M. le Dr PESCHAUD, sénateur.

— **Les trouvailles du contrôle des ordonnances en médecine de Caisses.** — Il y en a beaucoup dont on ne peut parler ici. Mais en voici une qui peut être publiée sans inconvénient.

Un de nos confrères, médecin de Caisses depuis plus de quinze ans, reçoit du médecin-conseil d'une Caisse d'entreprise une observation pour avoir prescrit 500 gr. de feuilles d'oranger. Surpris d'une pareille prescription qu'il ne se souvient pas d'avoir jamais faite, le médecin-traitant se livre à une véritable expertise sur sa propre écriture et découvre qu'il y a eu surcharge par un tiers ! on a transformé 50,0 en 500.

Conversation vive entre le médecin et le malade. Mais le malade finit par déclarer que c'est le fonctionnaire de la Caisse lui-même qui a fait la surcharge, parce qu'il se plaignait d'être obligé d'aller trop souvent chez son médecin pour fournitures pharmaceutiques.

Le fonctionnaire de la Caisse a été condamné à 50 fr. d'amende et au remboursement des frais causés par l'ordonnance. (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, n° 7, de1928.)

— **XIIIe Congrès de Médecine légale de langue française.** — Le bureau du Congrès qui s'ouvrira à Paris, le 9 octobre prochain est composé comme suit : M. Georges Brouardel, membre de l'Académie de Médecine, président ; MM. Crouzon et Dujarier (de Paris), François (de Bruxelles), vice-présidents ; MM. Michel (de Nancy), Piédelièvre (de Paris), secrétaires généraux ; MM. Grimault (d'Algrange), Philippe (de Paris), secrétaires des séances ; M. Rochet (de Bordeaux), trésorier.

Ont été mises à l'ordre du jour les questions suivantes : 1° Médecine sociale : Les expertises dans les lois sociales, M. Balthazard (de Paris), rapporteur.

2° Accidents du travail : Résultats comparés des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambes, M. François (de Bruxelles) et MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux), rapporteurs.

3° Maladies professionnelles : Les intoxications pro-

fessionnelles par les hydro-carbures, M. Duvoir (de Paris), rapporteur.

Un autre sujet encore réservé sera rapporté par M. de Laet (de Bruxelles). En outre, sera également traité le sujet suivant de criminologie :

Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite léthargique, M. Fribourg-Blanc (de Paris), rapporteur.

La correspondance doit être adressée à MM. Michel, 3, rue de Rigny, à Nancy, et Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac, Paris (Ve).

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Cours de perfectionnement sur la tuberculose et voyage d'études à la station de Leysin* (Suisse). — Le cours comprendra deux parties :

La *première*, organisée à la Faculté de Médecine de Strasbourg par le Dr E. Vaucher, chargé de cours à la Faculté, aura lieu à Strasbourg et dans les sanatoria de la région, du lundi 8 octobre au jeudi 25 octobre, avec la collaboration des docteurs Bauer, médecin-chef du sanatorium du Parc, à Davos, Michel-Léon Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris, Léon Blum, Canyut, Géry, Leriche, Merklen, Rohmer, professeurs à la Faculté de médecine, Gunsett, Terracol, chargés de cours et agrégés à la Faculté, Belin, directeur des services d'hygiène de la ville de Strasbourg, A. Brion, médecin-chef de l'hôpital-sanatorium Saint-François, Schwartz, médecin-chef de l'hôpital civil de Colmar, Allenbach, médecin-chef de l'hospice Stéphanie, Fath, Goehrs, Heitzmann, Lienhardt, Weyrich, Wohlhuter, médecins des sanatoria de la région, Boeckel, directeur de la policlinique urologique de la Faculté de médecine, Woringer, chef de laboratoire à la Faculté, Ohlmann et Schaaf, radiologistes à la Faculté, Foncin, Froelich, Kaufmann, Van Caulaert, Wolf, anciens chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants à la Faculté, Strauss, secrétaire général du Comité de propagande d'hygiène sociale, Tempé, chef de travaux à la Faculté.

La *seconde* sera un voyage d'études organisé par les médecins de la station climatique et héliothérapique de Leysin, qui aura lieu du vendredi 26 octobre au jeudi 1er novembre.

Programme du cours de perfectionnement à Strasbourg :

Lundi 8 octobre, 8 h. 30 : Classification des principales formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Les formes aiguës, Dr E. Vaucher. — 9 h. 30 à 11 heures : Examens cliniques et radiologiques de malades. L'interprétation des signes physiques. — 3 heures à 5 heures : Anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire. Cours et exercices pratiques sous la direction du Dr Géry. Institut d'anatomie pathologique. — 5 h. 30 : Le syndrome de l'insuffisance respiratoire nasale et son traitement, prof. Canuyt.

Mardi 9 octobre, 8 h. 30 : Les formes chroniques de la tuberculose pulmonaire, Dr E. Vaucher. — 9 h. 30 à 11 heures : Examens cliniques et radiologiques de malades. L'interprétation des signes physiques. — 3 heures à 5 heures : Anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire. Cours et exercices pratiques. Démonstrations de pièces sous la direction du Dr Géry. Institut d'anatomie pathologique. — 5 h. 30 : Les affections des voies respiratoires supérieures et la tuberculose, prof. Canuyt.

Mercredi 10 octobre, 8 h. 30 : Le diagnostic et l'évolution des cavernes pulmonaires, Dr Strauss. — 9 h. 30 à 11 heures : Cours et exercices pratiques de bactériologie, sous la direction du Dr Tempé. Institut d'hygiène et de bactériologie. Valeur des diverses méthodes d'examen des crachats. — 4 heures à 6 heures : Le radio-diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Evolution clinique et radiologique de la tuberculose pulmonaire au sanatorium, Dr Bauer (Davos).

Jeudi 11 octobre, 8 h. 30 : Les indications du pneumothorax artificiel, Dr Kaufmann. — 9 h. 30 à 11 heures : Cours et exercices pratiques de bactériologie, sous la direction du Dr Tempé. Institut d'hygiène et de bactériologie. — 4 heures à 6 heures : Démonstration de plaques radiographiques. Evolution clinique et radiologique de la tuberculose pulmonaire au sanatorium (suite), Dr Bauer (Davos).

Vendredi 12 octobre, Matinée : Exposé sur le fonctionnement du dispensaire de Colmar Examens de malades sous la direction du Dr Schwartz, médecin-chef de l'Hôpital civil. — Après-midi : Visite du sanatorium de Munster, Dr Weyrich. Coucher à l'Altenberg.

Samedi 13 octobre, Visite du sanatorium de l'Altenberg (Dr Fath). Examens de malades. Le traitement actuel de la tuberculose pulmonaire et ses résultats au point de vue social. Le diagnostic topographique des lésions pulmonaires et sa valeur pour le traitement. Coucher à Aubure.

Dimanche 14 octobre, Visite de la station sanatoriale d'Aubure (Haut-Rhin). Grand sanatorium d'Aubure (Dr Gœhrs). Sanatorium de Salem (Dr Lienhardt). Sanatorium privé du Dr Heitzmann. Examens de malades sous la direction des médecins de la station. Démonstration de plaques radiographiques (Dr Wohlhuer).

Lundi 15 octobre, 8 h. 30 : Les pleurésies tuberculeuses, Dr Froehlich. — 9 h. 30 à 11 h. 30 : Séance de radio-diagnostic sous la direction du Dr Gunsett. Service central de radiologie. — 3 heures à 5 heures : Examens cliniques et radiologiques de malades opérés de phrénicectomie et de thoracoplastie. — 5 h. 30 : Le diagnostic des pleurésies purulentes enkystées, Drs Vaucher.

Mardi 16 octobre, 8 h. 30 : La conduite de la cure par le pneumothorax. La création du pneumothorax artificiel, Dr Kaufmann. — 9 h. 30 à 11 h. 30 : Séance de radio-diagnostic sous la direction du Dr Gunsett. — 3 heures à 5 heures. : Visite du Dispensaire de Strasbourg, Dr Belin. — 5 h. 30 : Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, prof. Leriche.

Mercredi 17 octobre, 8 heures à 11 heures : Visite de l'hôpital-sanatorium St-François sous la direction du Dr Albert Brion. La valeur de l'épreuve de la vitesse de sédimentation globulaire pour le pronostic de la tuberculose pulmonaire. La question du placement des tuberculeux gravement atteints. — 3 heures : Démonstration de la technique des injections intra-trachéales de lipiodol sous la direction du Dr Terracol. — 5 h. 30 : Les rayons ultra-violets et l'héliothérapie, Dr Woringer.

(A suivre.)

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

L'essai est fait sur douze souris d'un poids voisin de 20 grammes. La solution d'arsénobenzol, préparée aseptiquement, est injectée lentement dans la veine de la queue, au moyen d'une aiguille appropriée montée sur une seringue divisée en vingtièmes de centimètres cubes.

Broyez 0,20 gramme d'arsénobenzol avec 0,2 centimètre cube d'alcool à 95° ; ajoutez 4 centimètres cubes d'eau distillée, puis 6,5 centimètres cubes de soude quinti-normale. Agitez avec une baguette de verre pour redissoudre le précipité d'abord formé. Laissez déposer les quelques particules pouvant rester en suspension, décantez dans une éprouvette graduée le liquide surnageant. Dissolvez les particules restantes par addition d'une ou deux gouttes de solution quinti-normale de soude et versez la solution dans l'éprouvette. Rincez avec de l'eau distillée et complétez au volume de 60 centimètres cubes, à la température de 30°.

Vous obtenez ainsi une solution à 1 p. 300. De cette solution, à 30°, injectez à chaque souris un vingtième de centimètre cube par gramme de poids d'animal. La durée de l'injection étant d'une demi-minute au moins.

Après l'injection, conservez trois jours les souris en observation dans une chambre à la température de 19°-20°, dans des bocaux garnis d'ouate et de graines alimentaires.

Si, au bout de trois jours, huit sur les douze souris injectées ne sont pas vivantes, le produit ne doit pas être mis en vente.

Doses maxima. — Pour une dose ou pour vingt-quatre heures, 0,60 gramme.

Doses usuelles. — Pour une dose ou pour vingt-quatre heures, 0,10 à 0,50 gramme.

Il est prudent de ne répéter les doses pour vingt-quatre heures qu'après un intervalle de cinq jours.

Page 319, avant l'article GÉLATINE, intercalez l'article ci-après :

Gazes pour pansements.

Telæ ad curationes.

Gaze hydrophile pour pansements. — La gaze hydrophile est constituée par un tissu de coton à mailles peu serrées, de largeur variable, blanchi et rendu hydrophile.

Elle est formée de fils semblables en chaîne et en trame, en nombre variable suivant l'usage auquel on la destine.

Elle ne doit pas contenir d'apprêt.

La gaze qui est présentée en pièces de un ou plusieurs mètres et celle qui est utilisée pour la préparation des compresses répond généralement à 10 fils de chaîne sur 9 fils de trame au centimètre carré et possède une largeur de 65 centimètres. Un mètre linéaire de cette gaze pèse de 17 à 18 grammes.

Dans la confection des bandes, on se sert de préférence d'une gaze ayant 12 fils de chaîne sur 12 fils de trame. Le mètre carré de cette gaze pèse de 35 à 36 grammes. On emploie également des gazes plus ou

moins serrées, dont le nombre de fils de chaîne et de trame doit être indiqué.

La gaze hydrophile doit être d'une blancheur parfaite. Elle ne doit contenir aucune matière colorante compensatrice.

Essai. — Un carré de gaze hydrophile de 10 centimètres de côté, plié en seize épaisseurs, déposé à la surface de 1 litre d'eau distillée contenue dans un vase cylindrique, à la température de + 15°, doit tomber au fond du vase en moins de 5 secondes.

A la température de + 100°, elle ne doit pas perdre plus de 8 p. 100 de son poids.

Imprégnée d'eau, elle ne doit avoir aucune action sur le papier de tournesol.

Immergez, pendant deux heures, 10 grammes de gaze hydrophile dans 200 centimètres cubes d'eau distillée à la température de 15 à 20°. Mélangez et filtrez l'eau de macération et le liquide d'expression de la gaze. Le liquide filtré doit être incolore et ne doit pas laisser plus de 0,015 gramme de résidu, soit 0,15 gramme pour 100 grammes de gaze hydrophile.

A l'incinération, 10 grammes de gaze ne doivent pas donner plus de 0,03 gramme de cendres, soit 0,3 gramme pour 100 grammes de gaze hydrophile.

Gaze apprêtée pour pansements. Tarlatane. — La gaze apprêtée pour pansements est préparée avec un tissu possédant le même nombre de fils en chaîne et en trame que la gaze hydrophile pour pansements.

Elle est chargée d'un apprêt à base d'amidon.

Un mètre linéaire de cette tarlatane dénommée dans le commerce « apprêt ferme » pèse environ de 33 à 35 grammes.

Tangeps. — Le tangeps est un tissu de coton blanchi et rendu hydrophile. Il ne doit pas contenir d'apprêt.

Il se distingue de la gaze en ce qu'il est formé des fils dissemblables, plus fins pour la chaîne, plus gros pour la trame.

Il doit être d'une blancheur parfaite et ne contenir aucune matière colorante compensatrice.

Il doit répondre aux essais de la gaze hydrophile non apprêtée.

Page 650, après l'article chlorure de sodium ordinaire, intercalez l'article suivant :

Sodium (diamino-dihydroxy-arsénobenzène sulfoxylate de).

Novarsénobenzol, néoarsphénamine (1), *novarsénobenzolum.*

Le produit employé est constitué par du diamino-dihydroxy-arsenobenzène-méthylène-sulfoxylate de sodium accompagné de divers sels neutres (chlorure de sodium, sulfate de sodium, etc.). Il ne doit pas contenir moins de 19 p. 100 d'arsenic.

Caractères. — Poudre jaune clair, légère, à odeur

(1) 914 ; néosalvarsan, néotréparsénan, rhodarsan (marques déposées).

faiblement alliacée ; oxydable à l'air en devenant plus toxique ; facilement soluble dans l'eau, presque insoluble dans l'alcool absolu, insoluble dans l'éther.

Le soluté aqueux est jaune clair, limpide, neutre ou légèrement alcalin au tournesol ; il s'altère par oxydation au contact de l'oxygène de l'air en brunissant et devient plus toxique.

La solution de 0,20 gramme de novarsénobenzol dans 10 grammes d'eau distillée donne, par addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique dilué, un précipité jaune, insoluble dans un excès de réactif.

Une solution semblable est distillée après avoir été acidifiée par l'acide phosphorique ; 5 centimètres cubes du liquide distillé sont, après addition de V gouttes d'une solution de phénol à 1 p. 100, versés goutte à goutte, avec précaution, en évitant le mélange des liquides, sur 5 centimètres cubes d'acide sulfurique contenus dans un tube à essai ; à la surface de séparation des deux liquides apparaît une coloration rouge ou rouge orangé due à l'aldéhyde formique de l'acide méthylène sulfoxylique.

Le mélange de 0,10 gramme de néo rsénobenzol avec 1 gramme d'azotate de potassium, placé dans une petite capsule de porcelaine, est chauffé progressivement au rouge sombre jusqu'à obtention d'une masse blanche. Après refroidissement, on ajoute 0,5 centimètre cube d'acide sulfurique, puis on chauffe doucement jusqu'à apparition de vapeurs blanches d'anhydride sulfurique succédant à des vapeurs nitreuses jaune rougeâtre. Le résidu est repris par 3 centimètres cubes d'eau distillée. La solution est additionnée de 20 centimètres cubes de réactif à l'acide hypophosphoreux (R), puis chauffée pendant vingt minutes au bain-marie bouillant : on voit apparaître un précipité noir d'arsenic.

Essai. — La solution aqueuse de novarsénobenzol ne doit pas être fortement acide au tournesol (*arsénobenzol*), ni donner de précipité avec la soude, le carbonate de sodium, le bicarbonate de sodium (*arsenobenzol*).

Dosage de l'arsenic. — Effectuez le dosage sur 0,20 gramme de produit et opérez comme il est dit pour l'arsénobenzol.

La quantité d'arsenic ne doit pas être inférieure à 19 p. 100.

Dosage du soufre. — Effectuez le dosage sur 0,5 gramme de produit et opérez comme il est dit pour l'arsenobenzol.

La quantité de soufre ne doit pas dépasser 12 p. 100.

Conservation du produit pour injections. — En ampoule de verre incolore, scellée après avoir été privée d'air ou remplie de gaz inerte. Conservez dans un endroit frais.

Observation. — Chaque ampoule doit être revêtue d'une étiquette portant la mention du nom du fabricant, de son adresse, de la quantité du produit inclus. En outre, il doit s'y trouver un numéro d'ordre de référence de fabrication et un numéro d'ordre de référence d'essai physiologique.

Remarque. — Les solutions de novarsenobenzol à injecter ne doivent pas être préparées d'avance, mais au moment de leur emploi.

Essai physiologique du produit pour les injections (1). — Pour le choix de l'animal et les soins à lui donner, se reporter à l'article arsenobenzol.

Essai sur le lapin. — Dissolvez 1 gramme de novarsénobenzol dans 10 centimètres cubes d'eau distillée récemment dans du quartz ou du verre neutre. Injectez dans la veine latérale auriculaire, en trois minutes, à une température de 18-20°, 0,25 gramme de produit par kilogramme de poids de lapin entendu, comme il est indiqué à l'article arsénobenzol. Pour un lot de produit de 1.000 à 1.500 grammes, injectez quatre animaux.

Si au septième jour, trois sur quatre des animaux injectés ne sont pas vivants ou s'ils ont présenté au moment de l'injection et dans les vingt-quatre heures suivantes les phénomènes décrits à l'article arsenobenzol, le produit ne doit pas être mis en vente.

Essai sur la souris. — Dissolvez 0,75 gramme de novarsenobenzol dans 100 centimètre cubes de soluté stérilisé de chlorure de sodium à 0,6 p. 100. Injectez lentement cette solution dans une veine latérale de la queue, au moyen d'une aiguille appropriée montée sur une seringue divisée en vingtièmes de centimètre cubes à raison de 1 vingtième de centimètre cube par gramme de poids d'animal. Injectez dix souris d'un poids voisin de 20 grammes.

Opérez de même avec une autre solution de novarsenobenzol à 0,85 p. 100.

Après l'injection, conservez quatre jours les souris en observation, dans une chambre à la température de 19-20°, dans des bocaux garnis d'ouate et de graines alimentaires. Les animaux injectés perdent ordinairement du poids pendant quarante-huit heures. Ce poids est récupéré dès le quatrième jour par les animaux survivants.

Si sept souris du premier lot et six souris du second ne survivent pas, le produit ne doit pas être mis en vente.

Autant que possible, un expérimentateur fait l'essai sur la souris avec la solution de 0,75 p. 100 et un autre expérimentateur fait l'essai avec la solution à 0,85 p. 100.

Doses maxima. — Pour une dose ou pour vingt-quatre heures : 1 gramme.

Doses usuelles. — Pour une dose ou pour vingt-quatre heures : de 0,15 à 0,90 gramme.

Il est prudent de ne répéter les doses pour vingt-quatre heures qu'après un intervalle de cinq jours.

Fait à Paris, le 19 avril 1928.

Edouard HERRIOT.

(1) Le fabricant est tenu d'inscrire sur l'étiquette du produit un numéro d'ordre permettant de se reférer à l'essai fait sur le lapin ou sur la souris, dans les conditions prescrites. Ces essais et leurs résultats doivent être consignés au fur et à mesure sur un registre dans le laboratoire où ils sont effectués.

29 *avril.*

Médailles d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à titre exceptionnel, à M. le Dr Amagri, médecin-chef à l'infirmerie de Settat (Maroc), pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Enseignement de la médecine.

Est rapporté l'arrêté du 19 juillet 1924 déclarant vacante à la Faculté de médecine de Montpellier, la chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale.

Un concours s'ouvrira le lundi 5 novembre 1928 devant la faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

La clinique peut venir à l'aide de la Médecine Légale

Meknès, le 18 *avril* 1928.

Mon cher Confrère,

Un fait, déjà vieux, qui, analogue à celui de M. Lahaye (*Concours médical*, n° 13 *bis*, du 28 mars 1928, page 941) pourrait bien faire douter qu'« une simple analyse d'urine peut donc à l'occasion venir au service de la justice. »

Vers 1901, le professeur Lacassagne nous narrait une expertise d'assassinat de concierge. On avait trouvé, en guise de carte de visite, un bloc fécal sur le lit de la victime. Or, il y avait des oxyures,

Quelque temps après, deux nobles crapules très soupçonnés furent arrêtés, les nommés Gaumet et Nouguier, et l'un d'eux avait des oxyures.

Eh bien ! la justice ne voulut pas tenir compte de cette présomption : il n'était pas admissible de faire état de ce que cachait la nature !

Heureusement, les empreintes digitales vinrent à la rescousse et les deux clients, je crois, furent finalement raccourcis.

Il y eut même une chanson là-dessus, à une revue de ma promotion de l'école de santé militaire : le médecin inspecteur général Dujardin-Baumetz devenait Dujardin-Gaumet, et le directeur de l'école, Nogier, Nouguier. Ils avaient assassiné un sphincter : c'était sur l'air de Fualdès. Mais, où sont les neiges d'antan !

Dr Haméon.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1534. — Déclaration des traitements fixes professionnels.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, j'ai l'honneur de demander à votre conseiller fiscal quelques renseignements de nature à me permettre une réponse à une assertion du contrôleur des contributions directes, qui n'admet pas la déclaration de traitements publics, distincte du revenu, de profession libérale. Voici d'ailleurs les faits :

Médecin de médecine générale, j'exerce ma profession à mon cabinet et à domicile et fais une déclaration réglementaire du revenu professionnel chaque année.

On outre, je suis médecin de l'hôpital, médecin du dispensaire d'hygiène sociale, médecin du chemin de fer, médecin de l'école normale, toutes fonctions pour lesquelles je touche un traitement public fixe. Jusqu'alors je le déclarai à la rubrique : Traitements publics, etc... Cette année, le contrôleur m'écrit que cette somme est déclarée à tort comme « salaire » et me le reporte à la rubrique : Revenu de professoin libérale.

A-t-il raison ? Y a-t-il un règlement à cet égard et que dois-je lui répondre ?

D[r] X.

Réponse.

Le litige soulevé n'a pas encore été solutionné par le Conseil d'Etat. Il y aura lieu de présenter une réclamation, après la publication du rôle, et, en cas de rejet par le Conseil de Préfecture, de vous pourvoir en Conseil d'Etat.

A. M.

1549. — La patente peut être déduite du revenu.

J'ai déclaré 9.927 de revenu net global.

Le contrôleur me répond : « La déduction de la patente du revenu n'est pas autorisée »

Dois-je accepter le nouveau revenu imposable 12.000 qu'il me signale ? Si non que faire ?

D[r] C.

Réponse.

L'observation du contrôleur n'est pas fondée, si les 9.400 francs de dépenses professionnelles ne comprennent pas le montant de la patente. Dans votre réponse il faudra lui donner le détail de ces 9.400 francs, et ainsi il pourra se rendre compte que, contrairement à sa supposition, il n'y a pas double emploi dans la déduction de cet impôt.

A. M.

1184. — Patente d'un fils exerçant comme aide de son père.

Mon fils, rentré chez moi en juillet 1927 a exercé dans ma clientèle et à mon profit, sans autre paiement que son entretien jusqu'à la fin de l'année. Il avait donc chez moi la position d'un remplaçant ou d'un médecin jeune aidant un vieux confrère fatigué en vue de reprendre sa clientèle.

Le contrôleur l'a imposé à la patente pour ces 6 mois en prenant pour base une valeur locative de 900 francs.

La valeur locative qui sert de base à ma propre patente était de 1020. Nous avons donc payé pour les 6 derniers mois de 1927 deux patentes pour l'exploitation d'une même clientèle. La valeur locative base de la patente de mon fils (900 fr.) a été surajoutée à la valeur locative de ma propre maison bien qu'il n'occupe chez moi qu'une chambre à coucher.

J'ai demandé des explications au contrôleur avec qui je suis d'ailleurs en bons termes et voici ce qu'il m'a répondu : 1° la patente est exigible même si l'exercice de la profession ne rapporte rien au titulaire du diplôme ;

2° Nous avons supposé que vous laissiez à votre fils la jouissance de vos locaux professionnels pour recevoir ses clients. J'ai essayé de faire une distinction entre le cabinet qu'un médecin loue à jour et heure fixe à un de ses confrères, en général un spécialiste, pour y recevoir sa clientèle personnelle et le remplaçant d'un médecin travaillant sur la propre clientèle de ce dernier. Il a maintenu son point de vue. Pensez-vous qu'il ait raison ?

Dr N.

Réponse.

Si, comme vous l'exposez dans votre lettre, votre fils n'a exercé la médecine que sous votre responsabilité et comme votre aide ou votre remplaçant, si, d'autre part, il n'a pas souscrit de déclaration de bénéfices de professions non commerciales, il doit être considéré comme votre « employé salarié » et comme tel exempté de patente. Il y aurait donc lieu de présenter une réclamation au Préfet.

A. M.

1526. — Amende pour délivrance d'un certificat sur papier libre.

Je reçois aujourd'hui du bureau de l'enregistrement de X. (actes judiciaires), la lettre que voici :

« Vous êtes redevable de la somme de 92 fr. 40 pour droit simple et en sus encouru pour avoir délivré le 28-1-1925 un certificat sur papier libre produit dans l'instance A. M.

« Je vous signale que vous pouvez déposer une pétition pour obtenir la remise d'une partie du droit en sus.

« Je vous prie d'adresser cette somme dans la huitaine avec le présent avertissement, etc... »

En consultant mes notes je trouve qu'en effet, j'ai établi un certificat il y a trois ans, au cours d'un passage à X. à un M. A. que je n'ai jamais plus revu. Il m'est impossible de le retrouver à moins que le bureau de l'enregistrement ne veuille me donner son adresse.

Il est évident en tout cas que ma bonne foi a été surprise et que je n'ai pas délivré un certificat destiné à aller devant les tribunaux. Que dois-je faire ? Payer tout de suite et réclamer après ? A qui ?

Dr Y.

Réponse.

Le rédacteur du certificat est seul responsable vis-à-vis du fisc. En conséquence, il vous incombe de payer la somme réclamée et, comme il vous est indiqué, de demander remise de l'amende, quitte, s'il vous est possible, de vous retourner contre votre client.

A. M.

1308. — Valeur locative base de la patente.

Pour 1927 (c'était la première année que j'allais dans la commune de X.), j'ai été imposé pour la patente sur une valeur locative de 150 fr. ; cette année, dans les mêmes conditions, je suis imposé sur une valeur locative de 900 fr. Il s'agit simplement d'une pièce mise à ma disposition quand je vais dans cette commune et pour laquelle je ne paye rien ; je sais qu'un confrère qui est dans le même cas que moi, ne paye encore cette année que trente et quelques francs. Pour mon établissement principal, je suis imposé sur une valeur locative de 915 fr. Il n'y a donc pas proportion normale entre les deux patentes, aussi ai-je pensé qu'il y avait erreur, et j'ai écrit une lettre officieuse au contrôleur, qui me répond « Il n'y a aucune exagération dans l'évaluation de votre patente, qui semble régulièrement établie ». Cela me paraît invraisemblable, et ne dois-je pas faire une réclamation officielle au préfet, sur timbre ?

Dr N.

Réponse.

Nous vous conseillons de présenter au Préfet une petition établie sur papier timbré, dans laquelle vous préciserez bien qu'il s'agit d'une seule pièce mise gracieusement à votre disposition tant d'heures par semaine, la valeur locative de 900 francs paraissant très exagérée.

A. M.

1600. — Taxation à un chiffre supérieur à celui fixé par la Commission consultative.

Je viens vous prier de me renseigner dans le désaccord que j'ai actuellement avec le contrôleur des contributions directes.

Le 28 novembre 1927 je recevais du contrôleur, un avis me faisant savoir qu'il avait l'intention de faire un rappel de majoration de mes impôts sur les bénéfices professionnels pour les années 1924-25-26. Je lui répondis aussitôt qu'il m'était impossible d'accepter les chiffres qu'il me proposait en lui

donnant tous les détails possibles sur les conditions où j'exerce ici la médecine (population, prix de consultation, recettes, dépenses, etc.).

Le 27 décembre 1927 avis du secrétaire rapporteur de la commission consultative me faisant savoir que cette commission statuerait sur mon cas le 12 janvier 1928. J'adresse immédiatement toutes explications utiles, ajoutant que mon livre de recettes journalières était à la disposition d'un examen.

Le 20 janvier 1928 le contrôleur des contributions m'avise que la commission consultative avait accepté mes déclarations, mais que lui-même persistait à vouloir me taxer supplémentairement. Je réponds que je m'en tiens à la décision de la commission consultative. Depuis pas de nouvelles.

Le 17 avril 1928 je reçois trois feuilles du percepteur pour supplément d'imposition années 1924-25-26.

Ai-je à payer ? Je ne le crois pas d'après l'article 12 de la loi du 4 avril 1926, dès l'instant que la commission consultative a approuvé mes déclarations.

Que dois-je faire pour ne pas payer et mettre fin une fois pour toutes à cette véritable persécution et à des procédés aussi arbitraires.

Dr Z.

Réponse.

Le contrôleur a le droit de vous taxer sur un chiffre supérieur à celui fixé par la commission, mais alors la charge de la preuve lui incombe. Il y a lieu de contester les impositions établies, sans discuter les bases, et en vous référant aux textes légaux.

Si vous le désirez, nous pourrons vous rédiger le projet de réclamation.

En tout état de cause, nous vous conseillons de refuser désormais de fournir aucun renseignement au contrôleur, en ce qui concerne les bénéfices des années faisant l'objet des impositions supplémentaires.

A. M.

Exercice de la médecine.

1320. — Une sage-femme a-t-elle le droit de faire l'anesthésie ?

Faisant pas mal d'accouchements, j'ai assez souvent à faire donner du chloroforme à mes clientes. Jusqu'ici je l'ai toujours fait administrer par un confrère. Mais plusieurs sages-femmes s'étonnent que je ne leur fasse pas faire mes chloroformisations. Je leur réponds qu'elles n'ont pas le droit de donner du chloroforme, ce qui les étonne encore davantage, car plusieurs, entre autres celles qui ont été aides-sages-femmes dans les services d'accouchements des hôpitaux, ont été habituées à donner le chloroforme dans ces services.

Je serais donc désireux de savoir si une sage-femme est légalement autorisée à donner du chloroforme.

Dr D.

Réponse.

L'anesthésie est un acte essentiellement thérapeutique, qui ne peut être administré que par un docteur en médecine.

Néanmoins, un chirurgien ou un accoucheur, peut confier la narcose à un aide non diplômé ; mais le chirurgien reste responsable des actes de cet auxiliaire. Il devra faire la preuve que l'anesthésiste est toujours resté sous sa surveillance et sous sa direction.

C'est ainsi que la cour de Bordeaux, par arrêt du 11 juillet 1916 cassant un jugement du tribunal correctionnel de Riberac, du 25 avril 1916 (*Concours médical*, 1917, 43) décide que n'est pas responsable de la mort d'un malade le chirurgien qui a commencé lui-même l'anesthésie et n'a confié l'ampoule et le tampon à un pharmacien que pendant quelques instants.

Le tribunal civil de Dunkerque (14 juin 1923) et la cour de Douai (23 juin 1923) (*Concours médical*, 1924.1785) ont reconnu que « si, en principe, on est fondé à faire grief à un médecin d'avoir confié l'anesthésie à une personne non munie du diplôme de docteur, il faut du moins établir que c'est l'inexpérience ou le défaut d'attention de son aide, dans l'administration du chloroforme, qui a été la cause de la mort ;

« Attendu qu'il s'agissait d'une infirmière expérimentée et qui avait la pratique de l'anesthésie... »

De tout ceci, il faut retenir que seul le diplôme de docteur en médecine donne le droit de pratiquer des anesthésies générales ; le diplôme de sage-femme est au contraire très limitatif, quant aux droits qu'il confère et ce n'est pas parce que, dans les hôpitaux et maternités, les sages-femmes sont employées comme anesthésistes, qu'il faut en conclure qu'elles ont acquis le droit légal de donner le chloroforme.

En pratique, le chirurgien ou l'accoucheur fera bien et agira sagement en se faisant assister d'un docteur en médecine, qui administrera la narcose.

Mais, ne pourrait-il pas faire appel à un confrère, qu'il pourrait, en cas d'urgence, confier l'anesthésie à un aide non titulaire du diplôme de docteur en médecine, mais à la condition que cet aide ne soit pas absolument inexpérimenté et soit placé sous la direction et la surveillance effective du diplômé.

Dr Paul Boudin.

Questions médico-militaires.

1115. — Demande d'augmentation de pension pour aggration d'infirmité.

Un de mes clients, blessé de guerre, garde depuis 1918 un éclat d'obus dans la région du genou, qui le fait souffrir par intermittence et l'oblige parfois à interrompre ses travaux.

Ayant demandé pour la première fois en décembre

1927 à être examiné par la commission de réforme dans le but d'obtenir une pension, il a été convoqué, examiné, radioscopé. La radioscopie a démontré l'existence de l'éclat d'obus... et une pension de moins de 10 % lui a été donnée.

Moins de 10 %, c'est-à-dire rien. Le blessé veut réclamer, et je l'y engage. Quelles démarches faire ? A qui s'adresser ? Dr T.

Réponse.

Ce blessé doit adresser, le plus tôt possible, une demande de nouvelle visite pour aggravation par lettre recommandée au directeur du service de santé de la région. Il peut encore se mettre en instance devant le Tribunal des Pensions par lettre recommandée au greffe du Tribunal civil, et lettre au président du Tribunal civil pour solliciter le bénéfice de l'assistance judiciaire. Ce dernier moyen est peut-être le plus sûr.

---

916. — Avancement et période d'instruction.

Pour la nomination au grade de médecin major de 2e classe (capitaine), je sais qu'il faut faire 2 périodes de 25 jours et avoir 6 années de grade ; je suis dans les conditions d'ancienneté, mais il est difficile à un médecin de s'en aller pendant 25 jours deux fois de suite et de quitter sa clientèle !!

De plus je ne dois plus faire de périodes étant de la classe 1908 et ayant fait toute la guerre !!! J'ai été blessé 3 trois, fait la guerre dans l'infanterie, n'ai jamais été dans une formation sanitaire autre que mon bataillon d'infanterie, cité 3 fois et Légion d'honneur, mes titres et mes notes ne peuvent-elles pas me dispenser de périodes à mon âge ? Si oui faut-il en faire la demande, à qui? Si non, resterais-je toute mon existence mobilisable à 2 galons si je ne fais pas les 2 périodes. Dr M.

Réponse.

Ce que vous affirmez, en ce qui concerne les périodes demandées à la classe 1908, est exact pour les hommes de troupe.

Mais il est une loi sur le statut des officiers de réserve qui impose des périodes pour l'avancement en grade.

Vous ne semblez donc pas tout à fait à l'abri de ces corvées. Il est vraisemblable, cependant, que l'on tienne compte de vos beaux états de service pour vous en dispenser, autant que le permettront les nécessités du service.

Mieux vaudrait, à notre avis, ne pas soulever cette question auprès de votre directeur avant d'avoir reçu une convocation.

Et, en ce cas, vous pourriez certainement, mieux que tout autre, obtenir de faire *sur place* une période, c'est-à-dire avec le moins de dérangement possible, surtout si vous laissiez la latitude de vous appeler au moment du départ en manœuvres ou en permission des médecins militaires de la place.

Cinquantième année N° 21 20 Mai 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.
Barbazan. Fournier.
Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Belloeuf, Compin, Dubief.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry. Contal.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.
Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)
Forges-les-Eaux Bernardicou, Nicolas.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet. Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.
Néris. Ducros. Jossand.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.
Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.
Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Saint-Raphaël. Léon Clement (*chir.*).
Saint-Sauveur. Sabail.
Santenay-les-Bains. Boudeille.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Uriage. Barbier, A. Bouteiller.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.
Vittel Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr TRABY, de Sahorre, la somme de cinquante francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 239. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 240. — A sous-louer pour juillet mi-août, villa au Pyla-Arcachon en bordure de mer : 3.000 fr. Petit confort, sans gaz. Interdict. malades.

No 241. — Pour clin. héliothérapie et cure altit. (1.250 m.), ou pour famille nombreuse, à louer ou à vendre, vaste local garni en Cerdagne (P. O.). Ecr. M. Ribes, rue Valette, 23, à Perpignan.

No 242. — Veuve de médec. haute honor., référ., mettrait à la dispos. de conf. parlementaire, une partie de son appart. très conf. pour pied-à-terre : chambre, salle bains, pièce pour bureau, chauf. cent., ascens. Possibil. pour arrangem. repas, courrier, récept. visiteurs.

No 243. — A vend. Citroen B., 12 torp. luxe, 4 pl. Fin 1926. Bon état de marche . 18.000 kil. Prix : 12.000 fr.

No 244. — A vend. torp. Citroën B. 2, bon état, compt. montre, Magondeaux. Prix 7.000. S'ad. Dr Béguier-Suzicaud, à Saint-Bris (Yonne)

No 245. — Dr Harlet, de Roubaix, vend. cond. int. Citroen 9 CV, 2 et 3 pl., très bon état, livrée août 1923, révisée novembre, bons pneus, 45.000 kil. prouvés sans chauff. : 8.500.

No 246. — Méd. marié à pharmacienne, cherche sit. sérieuse sur côte méditer. ou Colonies.

No 247. — Méd., 5 ans prat. méd. génér., et pharmacienne feraient intérim de méd. et de pharm. dans le même pays, ou de méd. propharmac.

No 248. — Ouest. Bords Océan, plage très fréquentée, très bonne client., maison, jardin, garage. Faible indemn. Pressé.

No 249. — Conf. dem. fauteuil roul. occas. canné de préfér. Dr Bornand, 17, av. Friedland, Elys. 09-71.

No 250. — Lyon. Jeuve veuve doct. ch. emploi de secrét. ou infirm. chez doct. chirurg.-dentiste ou pharm. ou dans mais. de santé. S'ad. Mme Vve Rovaletti, 7, rue de la Platière, à Lyon.

No 251. — A céder : 1o S.-et-O., 10 kil. Paris, commun, rapides, anc. poste, prod. intéress., client. active. Méd. du ch. de fer. Pavill. 8 p., jardin. Indemn. 60.000 compt.

2o Somme. Près ville, client. seul méd., rapp. 60.000, pet. rayon, Loyer 2.000, long bail, maison neuve conf. Indemn. 27.000 dont 10.000 compt.

3o 2 h. Paris, pr. ville agréabl., client. ouvrière, rapp. 145.000, mais. part. A céder 60.000 dont 35.000 compt.

4o Paris 19e, client. de début, en progress., petit pav., loyer 2.600. Facil. de payement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 252. — Coutainville (Manche) : à louer pour saison maisonnette bien située, à 1 minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de Médecine** (16, rue Bonaparte, VI^e) — L'Académie de médecine doit consacrer sa séance du 22 mai courant à une cérémonie spéciale au cours de laquelle sera célébré le *tricentenaire de la découverte de la circulation du sang par Harvey.*

Deux savants anglais, sir John Rose Bradfort, président du Royal College of Physicians, et le professeur Barcroft, de Cambridge, prendront la parole, ainsi que MM. Chauffard et Gley, anciens présidents de l'Académie.

L'Académie de médecine serait particulièrement heureuse que les représentants du Corps médical y assistassent en grand nombre.

La séance commencera à trois heures précises et il suffira aux visiteurs de décliner leurs titres pour être placés dans les tribunes.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Marcel Délepine est élu membre de l'Académie de médecine dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Patein, décédé.

— **Luc Durtain reçoit le prix littéraire de la Renaissance.** — Le prix littéraire de la Renaissance, dont le montant est de 6.000 fr., vient d'être décerné à l'unanimité à M. Luc Durtain. Le jury de ce prix était composé de MM. Georges Lecomte, président, Béranger, Tristan Bernard, Romain Coolus, Dorgelès, Georges Duhamel, Henri Duvernois, Emile Fabre, Paul Fort, Edmond Haraucourt, Abel Hermant, de la Tailhède, Pierre Mille, Strowski et Mac Orlan.

Littérateur dont les romans ont tous été de grands succès — citons, entre autres, *La Source rouge, Quarantième étage, Hollywood dépassé, Ma Kimbell* — Luc Durtain exerce depuis nombre d'années la médecine à Paris, en qualité d'oto-rhino-laryngologiste.

Le *Concours médical,* qui compte Luc Durtain au nombre de ses amis, est heureux d'adresser à notre excellent confrère ses plus vives félicitations pour cette consécration officielle de son grand talent d'écrivain.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Dermatologie.* — Le 22 mai, à 20 h. 45, à la consultation du soir, présentation de malades et leçon de M. Gougerot sur le *traitement des dermo-épidermites.*

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Clinique médicale.* — Le 25 mai, à 10 h. 1/2, leçon de M. le professeur BEZANÇON sur le *traitement médical de la gangrène pulmonaire.*

— **Association d'enseignement des hôpitaux de Paris.** — Le 3 juin, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), à 10 h. du matin, conférence de M. CADENAT, sur *la chirurgie des doigts.*

— **Union fédérative des médecins de réserve.** — Le 21 mai, à 21 h., à la Faculté de médecine de Paris (Grand amphithéâtre), conférence de M. MOCQUOT, agrégé, sur les *plaies du cou par projectiles de guerre.*

— **Hôpital Lariboisière.** *Spiroscopie.* — Le jeudi 31 mai 1928, à 10 h. la leçon à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière (clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, professeur Pierre SÉBILEAU) sera faite par le docteur PESCHER, ancien interne des hôpitaux de Paris, sur les *Applications médico-chirurgicales de la méthode spiroscopique.* Technique. Indications et résultats.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Concours de prosectorat et d'adjuvat.* — Prosectorat. Jury : MM. Roger, Leguéu, Gosset, P. Duval, J.-L. Faure, Cunéo, Rouvière. Candidats : MM. Fèvre, Ménégaux, Garnier (Ch.), Blondin (M.), Blondin (J.), Redon, Galtier, Sauvage, Merle d'Aubigné, Ameline, Banzet, Iselin, Seille.

Adjuvat. Jury : MM. Lecène, Ombrédanne, Rouvière, Hovelacque, Binet. Candidats : MM. Bergougnan, Leydet, Mouchet, Sicard (André), Dessaint, Petel, Funck-Brentano, Padovani, Guillot, Kaufmann, Chevereau, Guran, Lapeyre, Audouin, Perrin, Theillier, Lecœur, Huwenstein, Maximin, Luzuy, Dulac, Lyonnet.

— **Faculté de médecine de Paris.** — La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques et la chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance sont déclarées vacantes.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Sont nommés médecins des hôpitaux, à la suite du dernier concours, MM. NICAUD, BOULIN et MOUQUIN.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de radiologiste.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Guilbert et Labey, qui acceptent ; Bourguignon, Cottenot, Haret et Léri, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de stomatologiste.* — Le jury est provisoirement composé de MM. L'Hirondel, qui accepte ; Roy, Pitsch, Rodier, Schæffer, Feminge, Bréchot, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— **Hôpitaux de Nancy.** *Internat.* — Internes titulaires : MM. André, Vial, Weis, Bertrand, Perrin, Grandpierre ; Mlle Hennequin. Internes provisoires : MM. Bleicher, Polu, Nilus et Waltrigny.

— **Hôpitaux de Nice.** *Internat.* — Un concours pour 5 places d'interne sera ouvert à Nice le 5 novembre 1928. Avantages : nourriture, logement, chauffage, indemnité annuelle de 2.400 fr. (1re année), 3.600 fr. (2e année), et 4.800 fr. (3e année).

— **Tombola du IXe salon des médecins.** — Le dimanche 27 avril a été tirée, au Salon des médecins, sous la présidence de M. le Dr SIREDEY, la tombola organisée au profit de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. Quatre roues Fichet animées par les mains de quatre charmantes jeunes filles : Mlle Ninon Marcel Labbé, Mlle Margain, Mlles Veillard, représentaient en l'espèce la Fortune dispensatrice d'une soixantaine de lots.

A cette aimable fête de famille assistaient nombre de gracieuses femmes, au premier rang desquelles il nous faut citer les Dames patronesses de l'Œuvre qui, pendant la durée du Salon se sont transmuées en autant de vendeuses de billets, aussi persévérantes que perspicaces : Mmes Jayle, Marcel Labbé, Margain, Thoinot, Veillard, qu'entouraient de nombreuses femmes et filles de confrères. Parmi ceux-ci, venus également très nombreux, nous avons reconnu avec plaisir : le prof. Hayem, président du Salon des médecins, MM. les prof. Grimbert et Tassilly ; nos confrères Watelet, le si dévoué secrétaire général de l'Œuvre ; Antoine, Foveau de Courmelles, Kolb, Péraire, etc...

Quand la roue de la fortune eut enfin accompli ses soixante et quelques tours, le Dr Siredey remercia tous ceux qui avaient collaboré à la réussite de cette tombola dont l'actif dépasse neuf mille francs, à savoir : les Dames patronnesses, le secrétaire général de l'Œuvre et enfin le Dr Paul Rabier, l'organisateur du salon qui s'était chargé du recrutement et de l'installation des lots.

Ci-dessous la liste des numéros gagnants :

38 94 137 185 187 189 197 203 298 343 373 385 398 461 491 500 504 551 620 638 724 727 846 878 879 910 951 1007 1019 1038 1064 1156 1204 1208 1328 1341 1345 1359 1435 1474 1500 1538 1561 1571 1580 1584 1628 1679 1682 1694 1708 1719 1724 1823 1872 1882 1915 1930 1938 2010 2037.

Les heureux gagnants sont priés pour retirer leurs lots de s'adresser : Dr Abel WATELET, 21, rue Violet, Paris (XVe).

— **Paris.** *Assistance médicale.* — Sont nommés médecins de l'assistance médicale, à la suite du dernier concours : MM. Renault, Paris, Lévy, Gerson, Vauthier, Morin, Abonneau, et Baldy.

— **Bordeaux.** — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux présente, pour la chaire de clinique d'accouchement, en première ligne M. ANDÉRODIAS et en seconde ligne M. PÉRY.

— **Toulouse.** — M. ESTIENNY vient d'être nommé chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Toulouse.

— **Toulouse.** — L'Université de Toulouse, fondée en 1229, célébrera, en juin 1929, son VIIe centenaire.

— **Le Havre.** *Conférence internationale du rat.* — Les 20, 21 mai et jours suivants, s'il y a lieu, la conférence internationale du rat, inaugurée à Paris le 16 mai, tiendra ses séances au Havre.

— **Naissance.** — Le Dr Jean LAFUE, 24, Allées de Villotte, à Foix, et Madame, nous annoncent la naissance de leur fils *Michel*.

LES OBSÈQUES DU Dr CABANÈS

Mardi, 7 mai, à 12 heures, ont eu lieu, à l'Eglise St-Médard, les obsèques du Dr A. Cabanès, obsèques simples, sans fleurs, sans couronnes, sans discours pour respecter la volonté maintes fois exprimée par le défunt. De nombreux confrères et amis ont accompagné le cercueil qui sera transporté à Gourdon (Lot), ville natale de Cabanès et berceau de sa famille.

Cabanès est trop connu de tous pour que nous nous permettions de retracer aujourd'hui dans un article trop sommaire les phases de sa laborieuse existence et que nous énumérions la longue et brillante liste de ses travaux. Nous nous réservons d'exposer, dans une étude sérieusement documentée, son œuvre considérable. Médecin, pharmacien, historien, homme de lettres, anthropologiste, critique d'art, conférencier, Cabanès fut tout cela et sa vaste érudition aborda tous les sujets où l'histoire pouvait être éclairée par la clinique. Mais, tout en travaillant d'une façon continue à son œuvre épuisante de bénédictin, Cabanès ne cessa jamais d'être un journaliste, et avant tout un journaliste médical. Nombreux sont les quotidiens et les périodiques qui, dans la grande presse, publièrent ses articles, si goûtés du public ; plus nombreux encore furent les périodiques médicaux qui eurent l'honneur d'insérer, sous son nom ou sous des pseudonymes transparents, les résultats de ses recherches si appréciées des médecins ses confrères.

Mais le journal auquel Cabanès consacra toute son activité, secondé admirablement par la femme de haute culture qui fut le charme de son foyer, est la *Chronique médicale* qu'il fonda en 1893 et que, pendant 35 ans, il rédigea lui-même avec le soin minutieux et le souci scrupuleux de l'exactitude qu'il mettait dans tous ses travaux. La *Chronique médicale* devint, grâce à lui, l'intermédiaire des chercheurs et des curieux des sciences médicales et des questions médico-historiques, et nous ne croyons pas qu'une œuvre analogue ait acquis une aussi longue faveur de ses nombreux lecteurs, ni une pareille autorité dans les milieux érudits qui débordaient de beaucoup les limites du corps médical.

Cabanès, qui avait fondé jadis la *Société médico-*

historique, avait en outre créé l'*Association professionnelle des journalistes médicaux français* dont il fut le premier secrétaire général.

Aussi, c'est à la mémoire du maître journaliste que nous voulons apporter aujourd'hui l'hommage de tous ceux qui furent ses lecteurs, c'est-à-dire de tous les praticiens ; et qu'il nous soit permis d'y joindre les profonds regrets de l'ami de trente ans qui a eu le douloureux privilège d'assister impuissant à la fin de cette belle intelligence, épuisée par un trop long et trop laborieux effort.

Puissent les regrets si sincèrement exprimés par tous ceux qui ont pu apprécier Cabanès, atténuer la douleur de celle qui fut son épouse aimante et dévouée et sa fidèle collaboratrice !

J. Noir.
Vice-président de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 *avril*.

Service de santé militaire.

Traitements des infirmières des hôpitaux militaires.

Décret du 24 *avril* 1928.

Art. 1er. — Les traitements des infirmières des hôpitaux militaires sont fixés comme suit :

Infirmières :

Stagiaire	8.000 fr.
3e classe	8.450 »
2e classe, 1er échelon	9.000 »
2e classe, 2e échelon	9.550 »
1re classe, 1er échelon	10.850 »
1re classe, 2e échelon	11.400 »

Infirmières principales :

2e classe, 1er échelon	11.950 fr.
2e classe, 2e échelon	12.850 »
1re classe	13.500 »

Art. 2. — Les traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux infirmières des hôpitaux militaires qu'en conformité d'un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des infirmières des hôpitaux militaires entre les différentes classes et échelons. Les nouveaux traitements seront attribués aux infirmières des hôpitaux militaires suivant leur classe et échelon respectif actuel.

L'attribution du nouveau traitement ne sera pas considéré comme un avancement et l'ancienneté des infirmières dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront effet à partir du 1er janvier 1928.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 5. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Hygiène coloniale.

Protection de la santé publique au Togo.

Rapport au président de la République française.

Paris, le 21 avril 1928,

Monsieur le Président,

La santé publique au Togo exigeant des mesures de préservation très sérieuses, il est nécessaire que les dispositions prises dans ce sens par l'administration locale soient strictement observées sur toute l'étendue du territoire.

Il m'a donc paru opportun d'édicter des pénalités sérieuses contre les individus qui viendraient à contrevenir à ces mesures et qui se rendraient, de ce fait, responsables de la propagation de certaines maladies.

Dans ce but, j'ai préparé, à la demande du commissaire de la République au Togo, en tenant compte des dispositions déjà édictées au Cameroun par le décret du 8 mars 1928, le projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect,

Le Ministre des Colonies,
Léon Perrier.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies,

Vu le mandat confié à la France par la Société des nations, en exécution du traité de Versailles du 28 juin 1919 ;

Vu les décrets des 23 mars 1921 et 21 février 1925, 1925, déterminant les pouvoirs du commissaire de la République au Togo ;

Vu le décret du 15 avril 1926, fixant le mode de promulgation et de publication des textes réglementaires au Togo ;

Vu le décret du 22 mai 1924, fixant la législation applicable au Togo ;

Vu le décret du 7 juin 1922 sur la police sanitaire maritime et le décret modificatif du 1er mars 1923 ;

Vu les décrets des 22 novembre 1922, portant réorganisation de la justice indigène au Togo et le décret du 16 novembre 1924, réorganisant la justice française en Afrique occidentale française,

Décrète :

Art. 1er. — En cas d'épidémie ou de tout autre danger imminent pour la santé publique déclaré par arrêté du commissaire de la République, les contrevenants aux dispositions arrêtées par les autorités administratives sont immédiatement appréhendés et jugés dans les conditions prévues par la loi du 20 mai 1863 sur l'instruction des flagrants délits.

Ils seront passibles des pénalités suivantes, toutes les fois que ces peines seront prévues par les arrêtés pris en exécution du présent décret ou par les décrets des 7 juin 1922 et 1er mars 1923 susvisés.

Amende de 500 à 1.000 fr., et en cas de récidive de 1.000 à 5.000 fr.

Emprisonnement de un à six mois, et, s'il y a récidive, de six mois à un an.

L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler. L'article 465 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par le présent décret.

Art. 2. — Dans les mêmes cas d'épidémie ou d'autres dangers quelconques pour la santé publique, les contrevenants pourront être expulsés du territoire du Togo par arrêté du commissaire de la République.

Art. 3. — Dans les mêmes cas, la contrainte par corps est applicable pour défaut de payement de l'amende.

Art. 4. — Les mesures prises par l'autorité administrative pour la protection de la santé publique pourront être permanentes, et les pénalités prévues à l'article 1er du présent décret prononcées, même en dehors des périodes d'épidémie.

Art. 5. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 6. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 21 avril 1928,

2 *mai.*

Légion d'honneur.

Est promu au grade d'officier : M. le Dr Lesieur, de Paris.

4 *mai.*

Codex.

Est nommé membre de la Commission du Codex, M. Loeper, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

Service de santé des Troupes coloniales.

Les chaires de :

1° Clinique interne et des maladies exotiques ;

2° D'histoire naturelle, chimie, toxicologie et pharmacie, sont déclarées vacantes à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé aux nominations des nouveaux titulaires dans les conditions prévues par l'instruction

Voir la suite page LV-1567

PROPOS DU JOUR

LA RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE A PARIS ET DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Le Conseil d'Administration de l'Union Syndicale des médecins de la région parisienne s'est préoccupé de la réorganisation hospitalière de Paris et du département de la Seine que va rendre obligatoire et urgente l'application de la loi sur les assurances sociales. Il a chargé son secrétaire général, le Dr Drouet, de faire un rapport sur cette importante question, rapport dont nous reproduisons le texte :

***

« La Fédération Corporative des Médecins de la Région parisienne à laquelle notre syndicat n'adhère pas, vient de s'occuper de la question de l'admission éventuelle des futurs bénéficiaires de la loi d'assurances invalidité-maladie dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

Une commission nommée par elle a établi un rapport, et ce rapport, présenté par M. Deniker, a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'Administration de la Fédération Corporative de la R. P. dans sa séance du 3 février 1928.

***

La simple lecture de ce rapport vous permettra de saisir immédiatement combien ses conclusions s'éloignent de la doctrine syndicaliste et sont susceptibles de nuire aux intérêts des malades pauvres, et à ceux des médecins praticiens. En particulier, la première des conclusions du rapport Deniker ne saurait en aucun cas être acceptée. Nous devons maintenir que non seulement en principe, mais aussi en fait *l'hôpital doit être réservé aux indigents et aux nécessiteux*. Contrairement à la Fédération Corporative, nous déclarons que ce principe doit être *intégralement respecté*.

L'Administration de l'Assistance publique à Paris ne doit plus faire de commerce au détriment du patrimoine des pauvres, et s'ériger en maison de santé comme elle le fait déjà trop souvent aujourd'hui (accidents du travail, malades payants à plein tarif, Maison Dubois, etc.). Elle doit se confiner dans son rôle qui est celui de l'Assistance. Les pauvres et nécessiteux, qui pâtissent de la situation actuelle, seront encore assez nombreux même après l'application de la loi sur les Assurances sociales pour suffire à l'immense tâche charitable de l'A. P. (enfants assistés, vieillards et infirmes, français et étrangers non assurés, etc.). (1). De toute façon, il est inadmissible que les dons et legs faits à l'Assistance pour les indigents, ainsi que les droits des pauvres dans les théâtres, soient détournés de leur affectation et servent à couvrir les frais d'une entreprise commerciale où la charité n'a plus rien à voir.

***

On nous objectera : Mais où hospitaliserez vous tous les malades payants actuellement soignés dans les hôpitaux, et ceux plus nombreux encore que va créer la loi sur les Assurances sociales ?

Il est certain, comme le fait remarquer le rapport Deniker, qu'à Paris et dans le département de la Seine, il n'existera pas avant longtemps des maisons de santé privées en nombre suffisant pour soigner tous les malades payants.

Nous admettons donc que les villes, les départements et même l'Etat continuent à suppléer à l'initiative privée défaillante en gérant des hôpitaux pour les malades payants, surtout pour ceux qui ne peuvent payer un gros prix. Nous admettons qu'il existe à Paris plusieurs maisons de santé genre Dubois. Nous considérons même cette existence comme une nécessité pour longtemps encore, et nous voyons très bien un ou plusieurs des hôpitaux de l'Assistance Publique transformés en hôpitaux pour payants.

Mais nous exigeons que ces hôpitaux pour payants, véritables maisons de santé à bon marché, soient nettement séparés des hôpitaux de l'Assistance Publique et qu'ils aient un budget autonome.

Il existerait ainsi deux organismes distincts ; d'une part l'Administration générale de l'Assistance publique telle qu'elle existe aujourd'hui, et s'occupant uniquement d'assistance, d'autre part

(1) En Alsace et en Lorraine où fonctionnent depuis longtemps les assurances sociales, il y a encore dans les hôpitaux une proportion de 30 à 35 % de bénéficiaires de l'Assistance publique (rapport Gauguery, *Concours médical* du 1er avril 1928, p. 1014).

la régie des hôpitaux-maisons de santé de la ville de Paris, gérant les hôpitaux payants et ayant, sur le terrain de la santé publique, le même rôle que l'Office des habitations à loyers modérés sur le terrain du logement.

La séparation budgétaire et administrative des deux organismes n'empêcherait d'ailleurs pas qu'ils aient entre eux de nombreux points de contact : en particulier, pour le recrutement du personnel médical et infirmier, pour l'enseignement, pour certains traitements spéciaux, etc.. Dans la pratique, il n'y aurait, en somme, rien de changé à l'état actuel, sinon que les indigents et les payants ne seraient plus soignés côte à côte dans les mêmes salles, mais dans des salles ou mieux dans des hôpitaux séparés.

***

Cette petite réforme, facile à réaliser et que commandent la justice envers les pauvres, le bon sens et les droits du contribuable, aura, d'autre part, pour le Corps médical d'énormes avantages dont nous nous contenterons d'énumérer les principaux.

1° Elle ne change rien au mode de recrutement actuel du personnel médical des hôpitaux et ne nuit en rien à l'enseignement.

2° Elle permet au Corps médical des hôpitaux d'obtenir plus facilement la rémunération légitime qui lui est due pour les soins donnés aux malades payants.

3° Elle permet d'obtenir pour les malades payants (ce qui a été jusqu'ici réclamé en vain), la fixation d'un prix de journée exact et réel, en tenant compte de tous les frais occasionnés par le séjour des malades. Elle met ainsi les hôpitaux payants de la ville de Paris sur un pied d'égalité avec les maisons de santé privées.

4° Elle permet de supprimer les consultations externes gratuites des hôpitaux pour les non indigents.

5° Elle permet enfin d'envisager pour l'avenir la création par la ville de maisons de santé à prix modérés et ouvertes à tous les médecins.

***

A ce rapport que nous avons fait aussi succinct que possible, nous proposons les conclusions suivantes :

1° L'U.S.M.R.P. ne peut accepter les conclusions du rapport Deniker adopté par la Fédération Corporative des médecins de la région parisienne, car ces conclusions vont à l'encontre des principes jusqu'ici admis par les Syndicats médicaux, à savoir que les hôpitaux de l'Assistance publique doivent être réservés aux seuls indigents et nécessiteux.

2° L'U.S.M.R.P. demande que les Syndicat médicaux du département de la Seine étudient la question de la réorganisation hospitalière parisienne dans le sens d'une séparation budgétaire complète des hôpitaux exclusivement réservés aux indigents (Assistance publique) d'une part, et des hôpitaux exclusivement réservés aux malades payants (régie des hôpitaux — maisons de santé de la ville) d'autre part. »

***

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées, après discussion, par le Conseil d'Administration de l'Union syndicale. Comme nous tenons à éclairer complètement nos lecteurs pour leur permettre de se faire une opinion sur cette question d'un très grand intérêt pour tout le Corps médical de Paris et de sa région, nous croyons devoir publier *in extenso* le rapport de M. Deniker.

L'admission éventuelle des « assurés sociaux » dans les hôpitaux. — (Rapport présenté par M. Deniker, au nom de la Commission nommée par le Conseil d'Administration de la F. C. M. R. P. et approuvé à l'unanimité par le Conseil dans sa séance du 3 février 1928.)

La question de l'admission éventuelle des futurs bénéficiaires de la loi d'assurance invalidité-maladie dans les hôpitaux, ayant été réservée par le Congrès des Syndicats, vient d'être mise à l'ordre du jour de nos travaux et je vous apporte aujourd'hui, aussi brièvement et aussi clairement qu'il me sera possible de le faire, les résultats de la discussion à laquelle ont pris part, vendredi dernier, les membres de la Commission nommée par vous à cet effet.

Tout d'abord la question doit être placée sur son véritable terrain, c'est-à-dire nettement en dehors du cadre de la loi telle que l'a votée le Sénat. Le Corps médical ayant, sans équivoque possible, refusé net sa collaboration à la loi Chauveau, nous n'avons à envisager aucune adaptation quelconque à ladite loi. Mais, par contre nous avons le droit et le devoir de prendre dès maintenant une position très précise vis-à-vis de la proposition éventuelle d'un nouveau texte de loi qui répondrait aux conditions maintes fois formulées par le Corps médical et, de fait, acceptable pour lui.

Ceci posé, il nous faut encore remarquer que la question se pose toute différente pour la province et pour Paris et, ce, du fait de l'organisation tout à fait particulière de l'Assistance publique. Groupement parisien, nous n'envisagerons la solution possible que pour Paris et la région parisienne exclusivement.

Le terrain ainsi déblayé, toute la question peut se résumer en trois points ;

1° *L'assuré social doit-il être admis à l'hôpital,* ou plus exactement lorsque l'état d'un assuré nécessite qu'il soit traité hors de chez lui, dans un établissement de soins, peut-il, à son gré, choisir un établisse-

ment privé ou entrer dans un service de l'A. P. ? En principe, l'hôpital est réservé aux indigents et aux nécessiteux. L'assuré, en grande partie couvert par sa caisse, ne sera, à quelques exceptions près, ni un indigent, ni un nécessiteux. Il n'aurait donc pas droit à l'hôpital si le principe ci-dessus était intégralement respecté.

Or, nous savons, sans qu'il soit besoin d'insister, quelles entorses il subit tous les jours. D'autre part, le nombre considérable des assurés, l'impossibilité d'édifier, au moins avant longtemps, des établissements spéciaux pour eux, les nécessités de l'enseignement médical, tout fait prévoir que l'admission des assurés dans les hôpitaux de l'A. P. deviendra une nécessité. Il nous faudra donc l'admettre, mais il faut que de ce fait ne soient lésés ni nos personnes ni nos principes. C'est ainsi que nous arrivons au deuxième point.

2° *A quelles conditions, sous quelles réserves*, l'assuré pourra-t-il entrer à l'hôpital ? Messieurs, pour que soient sauvegardés d'une part, les principes du libre choix et de rémunération du médecin dans les conditions normales de l'exercice de la profession, d'autre part, les droits et les intérêts légitimes du malade, du praticien et du corps hospitalier, il n'y a qu'un moyen : il faut qu'il n'y ait aucune différence entre les prix payés dans ou hors l'hôpital. En d'autres termes, il faut qu'un assuré n'appartenant à aucune des deux catégories : indigents ou nécessiteux, et qui aura porté son choix sur un service de l'A. P. paye : 1° une somme X représentant ses frais matériels réels d'hospitalisation, nourriture, etc. ; 2° une somme Y pour les soins reçus par lui. Cette dernière somme ne devra en aucun cas être inférieure à celle qu'il aurait versée s'il s'était fait traiter en dehors de l'hôpital. Il faut de toute nécessité éviter le tout compris ou les tarifs au rabais qui, en fin de compte lèseraient tout le monde. Et nous arrivons enfin au troisième point.

3° *Quelle sera l'utilisation des sommes versées par l'assuré pour les soins reçus* ? Bien qu'intéressant avant tout le Corps médical hospitalier, ce troisième point a trop d'importance également pour les praticiens pour que nous n'ayons pas recherché la formule pouvant le plus sûrement réaliser l'unanimité sur les grandes lignes du projet.

Il nous a paru indispensable tout d'abord de bien spécifier que la somme versée pour les actes médicaux devait rester toujours nettement distincte de celle versée pour les frais matériels, tant en ce qui concerne son mode de perception que pour son utilisation.

D'autre part, l'attribution intégrale des sommes ainsi versées aux chefs de services et à leurs collaborateurs, au prorata du nombre des visites, interventions, pansements, etc..., faits par eux, nous a paru présenter de très réels inconvénients et, au demeurant être d'une réalisation pratique très difficile.

Aussi nous sommes-nous arrêtés à la formule suivante qui a réuni l'unanimité des suffrages : les sommes versées au titre : soins médico-chirurgicaux constitueront un fonds spécial dont l'emploi précis ne peut être fixé actuellement dans le détail, mais dont nous envisageons déjà en partie l'utilisation pour une rémunération équitable du Corps médical remplaçant la faible indemnité actuellement allouée, pour l'amélioration des services et de l'outillage, pour les subventions des œuvres de prévoyance médicale, etc.

Telles sont les conclusions que votre Commission vient de soumettre à votre approbation.

***

Les conclusions de ce rapport auraient été adoptées à l'unanimité par les délégués présents des associations qui forment la Fédération corporative, mais il nous est permis de douter que ce vote exprime l'opinion définitive de ces Associations.

Ce n'est pas sans étude et sans réflexion et après une discussion superficielle que l'on peut se faire une opinion sur une question aussi délicate et aussi complexe que celle de la réorganisation des hôpitaux parisiens qu'exige leur adaptation à la loi des Assurances sociales. Outre l'intérêt des médecins, il y a l'intérêt des assistés, celui des assurés et celui de tous les Parisiens contribuables qui doivent être pris en sérieuse considération.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC ET VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES NEURO-LABYRINTHITES DE LA SYPHILIS ACQUISE (1)

Par J. RAMADIER,

Oto-laryngologiste des hôpitaux.

Nous donnons le nom de neuro-labyrinthite à toute lésion frappant primitivement (indépendamment de toute lésion avérée de l'oreille moyenne), le labyrinthe ou les voies nerveuses sus-labyrinthiques. Les neuro-labyrinthites syphilitiques représentent le groupe de beaucoup le plus important et le plus intéressant des manifestations de la syphilis auriculaire.

Dans un certain nombre de cas, elles sont liées à un processus purement auriculaire (labyrinthite, lésion de la 8e paire consécutive à une ostéite du conduit auditif interne). Mais le plus souvent, elles sont conditionnées par une névrite, une radiculite ou une polio-encéphalite, elles rentrent alors dans le cadre de la syphilis nerveuse.

Or, il n'est pas rare que la première expression clinique d'une syphilis nerveuse soit une neuro-labyrinthite syphilitique. Le diagnostic de celle-ci présente donc un double intérêt : permettre de traiter à temps une affection menaçant gravement les fonctions de l'oreille ; mettre sur la piste d'un processus endocrinien que, bien souvent, rien ne révélait jusqu'alors. Ce diagnostic se pose d'une façon assez différente suivant les divers stades de la syphilis.

I. En syphilis secondaire.

C'est la règle, en syphilis secondaire, que la N. L. syphilitique soit liée à une méningo-névrite de l'acoustique.

Son diagnostic est facile en général.

Je n'ai pas à indiquer ici à quels signes on reconnaît une N. L. Ce premier point de diagnostic constitue un chapitre d'otologie générale dont les éléments essentiels sont : l'intensité des troubles auditifs, le défaut de la perception osseuse, le défaut de l'élévation de la voix à l'épreuve de Lombard (dans les formes unilatérales), un abaissement relativement considérable de la limite supérieure de l'échelle des sons perçus et enfin, signe inconstant mais caractéristique, une déficience plus ou moins marquée des réactions vestibulaires.

Quelques précautions sont cependant nécessaires pour ne pas laisser passer inaperçue une N.-L. au cours de la syphilis secondaire.

Des troubles auditifs survenant au cours de l'évolution des syphilides rhino-pharyngées ne doivent pas être mis d'emblée, sans un examen otologique sérieux, sur le compte d'un catarrhe tubaire, car la période secondaire est fertile à la fois en manifestations de cet ordre et en déterminations neuro-labyrinthiques.

En second lieu, il existe des formes frustes de N.-L. syphilitique. Sous le couvert de phénomènes auditifs ou vertigineux insignifiants, des lésions nerveuses peuvent se constituer alors, qui seront peut-être le point de départ d'accidents ultérieurs plus sévères. Il serait donc intéressant de pouvoir dépister ces lésions discrètes. Obtenir l'examen systématique des oreilles de tout syphilitique n'est pas, en fait, possible. On peut tout au moins, poser en règle générale, que tout incident auditif ou vertigineux, aussi léger soit-il, apparaissant chez un syphilitique, doit être l'objet d'un examen des plus sérieux de la part du spécialiste. De même, il sera utile de soumettre à un examen labyrinthique tout sujet présentant une paralysie faciale à étiologie indéterminée. On aura parfois la surprise de découvrir une atteinte neuro-labyrinthique fruste, concomitante, et cette constatation, écartant l'hypothèse bien incertaine d'une névrite *a frigore*, ou d'une névrite d'origine otitique sans otite, plaidera en faveur d'une étiologie spécifique.

Quant à reconnaître l'origine syphilitique de la N.-L. dûment constatée, cela nous est, en règle générale, facilité par l'évidence même de la maladie causale. Le plus souvent, en effet, celle-ci est en pleine activité. Les efflorescences cutanéo-muqueuses, la céphalée caractéristiques de cette période, accompagnent généralement l'accident auriculaire, ou sont encore assez peu éloignées de lui et la septicémie spécifique de cette période se

(1) Les éléments de cet article sont extraits du volume suivant qui vient de paraître : « La syphilis auriculaire (oreille et nerf acoustique) », par J. RAMADIER ; Collection des Actualités de médecine pratique, Directeur : R.-J. Weissenbach. (Chez Gaston Doin et Cie, éditeurs, à Paris.)

traduit toujours par une séro-réaction positive dans le sang. Point n'est besoin de demander à la ponction lombaire la confirmation du diagnostic d'une syphilis le plus souvent évidente ; cette épreuve ne nous donnerait, à ce moment, aucune indication utile pour la direction du traitement, et offrirait peut-être le danger d'inoculer le sac sous-arachnoïdien par l'aiguille de ponction (SICARD et GOUBEAU). En pratique, on établira un rapport de causalité entre la syphilis ainsi reconnue et la N.-L. constatée, lorsque aucune autre cause ne peut être attribuée formellement à celle-ci.

Dans tous les cas, et pour tenir compte de l'éventualité très rare d'une syphilis secondaire cliniquement muette, on devra s'en tenir à la règle suivante : toute N.-L. à évolution rapide et étiologiquement mal étiquetée, doit provoquer la recherche de la réaction de WASSERMANN dans le sang et l'épreuve d'un traitement spécifique. Etant donnée la sensibilité particulière des N.-L. que nous étudions ici, ce traitement confirmerait s'il était nécessaire, un diagnostic déjà établi par les données sérologiques.

Pour en finir avec le diagnostic des N.-L. de la syphilis secondaire, il reste encore à envisager la question des accidents post-arsenicaux. En présence de troubles auriculaires de la perception, survenant chez un sujet soumis à la médication arsenicale, comment peut-on juger que l'on a affaire à une « neuro-récidive syphilitique », à une « réaction de JARISCH-HERXHEIMER », ou à une « névrite toxique arsenicale » ? Et, comme conséquence, faut-il abandonner le traitement arsenical ou, au contraire, le reprendre ? Ce problème était, à la vérité, fort délicat à résoudre à l'époque où l'on employait certains sels arsenicaux particulièrement toxiques (neurotropes), tels que l'atoxyl, l'arsacétine, etc., et où l'on maniait parfois ces médicaments à doses massives. Il ne semble pas douteux, en effet, que des accidents de névrite arsenicale aient pu apparaître dans ces conditions, comme le prouvent, d'une part certaines expériences (expériences de RÖTHIG sur la souris blanche), et, d'autre part, certaines observations où les troubles auditifs s'aggravèrent nettement avec la continuation du médicament.

Mais, actuellement, où l'expérience acquise a permis de faire un choix judicieux parmi les divers sels arsenicaux, et d'établir une méthode rigoureuse dans le dosage du médicament, nous sommes pratiquement à l'abri de ces accidents toxiques. En cas de doute cependant, on se basera sur les éléments d'appréciation que j'ai exposés dans ma thèse (*loc. cit.*), et parmi lesquels les circonstances étiologiques d'apparition des accidents semblent être le meilleur guide : la neuro-récidive syphilitique apparaît seulement dans un délai de *quelques semaines ou quelques mois après* la cessation du médicament ; l'accident du type HERXHEIMER se montre dans les *vingt-quatre ou quarante-huit heures* qui suivent une des premières injections arsenicales : la névrite toxique apparaît *au cours même d'un traitement* arsenical déjà administré en forte quantité. Dans le premier cas, il est indiqué de reprendre le traitement spécifique mercuriel, bismuthique ou même arsenical ; dans le deuxième cas, on continuera le traitement ; dans le troisième cas, on doit cesser l'administration de tout sel arsenical et passer au mercure ou au bismuth.

En tout cas, si l'on a des raisons d'hésiter sur la nature de la N.-L. on pourra sans inconvénient renoncer à l'arsenic en faveur du mercure et surtout du bismuth, celui-ci possédant selon nous le maximum d'efficacité à l'égard des accidents que nous envisageons ici.

D'après ce que nous avons dit plus haut, reconnaître une N.-L. en syphilis secondaire, c'est pratiquement en fait, découvrir l'indice d'une détermination neuro-méningée.

A cette période, il est vrai, les lésions sont le plus souvent inflammatoires et résolutives. Néanmoins, les idées d'HUTCHINSON restent toujours de mise, qui considèrent les lésions tertiaires comme la reviviscence de lésions secondaires antérieures, avérées ou latentes, non complètement stérilisées. On sait, en effet, que ce sont les atteintes nerveuses, latentes ou avérées, bien plutôt que l'intensité des manifestations cutanéo-muqueuses, qui constituent le pronostic ultérieur de la maladie (GOUGEROT). A cet égard, la N.-L. de la syphilis secondaire, comme les autres névrites de cette période, comporte un enseignement relativement au pronostic de la syphilis et à la direction de son traitement.

II. En syphilis tertiaire et dans le tabès.

On doit faire ici une part aux lésions de l'appareil périphérique (labyrinthites). Cependant la majorité des N.-L. relèvent encore ici d'un processus endocranien : méningo-névrites ou lésions parenchymateuses primitives des voies labyrinthiques ou de leurs centres.

Le diagnostic d'origine de ces N.- L. syphilitiques tardives est souvent des plus délicats.

Constater l'existence d'une N.-L. est chose facile, en général. Dépister son origine syphilitique lorsqu'elle apparaît en syphilis secondaire, alors que les multiples manifesttations externes de celle-ci sont encore en pleine activité ou à peine éteintes et que le sang présente la réaction spécifique dans toute sa netteté, cela va encore, nous l'avons vu, sans grande difficulté. Mais il n'en est plus de même en période tardive, où la syphilis, cantonnée parfois au territoire neuro-méningé, peut être très difficile à mettre en évidence. On conçoit donc que *le diagnostic d'origine offre ici, le maximum de difficulté*, et il faut, pourblir l'éta

mettre en œuvre concurremment tous les moyens qui nous sont offerts. Ces moyens sont de trois ordres : l'étude des symptômes otologiques, la recherche de la syphilis nerveuse latente, l'épreuve du traitement.

A. — **Symptômes otologiques.** — L'origine syphilitique d'une N.-L. peut-elle se reconnaître avec certitude aux seuls symptômes otologiques ? Malgré toutes les recherches et tous les efforts faits dans ce sens, nous sommes obligés de répondre négativement à cette question : *nous sommes, à l'heure actuelle, incapables, otologiquement, d'affirmer la nature syphilitique d'une N.-L. nous ne pouvons obtenir à cet égard que des signes de présomption ou de probabilité.*

Ces signes sont tirés de l'étude des caractères évolutifs de l'affection, du degré de raccourcissement de la perception osseuse et enfin de la tendance qu'a la syphilis à créer des lésions neuro-labyrinthiques dissociées. Etudions, la valeur respective de chacun de ces signes.

a) **Caractères évolutifs.** — La rapidité d'évolution que présente en règle générale la N.-L. syphilitique constitue une notion des plus importantes, sinon la plus importante, pour le diagnostic de son origine.

En effet, les autres affections capables de compromettre aussi gravement et aussi rapidement l'appareil neuro-labyrinthique, ou bien sont d'un diagnostic facile, évident, ou bien sont rares et encore mal connues. Nous n'insisterons pas sur les premières : il peut s'agir soit d'une labyrinthite de cause auriculaire évidente (oto-labyrinthite suppurée), ou traumatique (fracture du crâne, commotion) ; soit d'une maladie infectieuse reconnue à détermination neuro-labyrinthique (méningite cérébro-spinale, oreillons, zona fièvre typhoïde ? grippe ? rhumatisme ? scarlatine ?) ; soit enfin d'une intoxication (salicylate de soude, quinine).

En dehors de ces cas où il est facile de dépister la cause, il faut reconnaître qu'il en existe d'autres où, ni la clinique, ni le traitement ne peuvent arriver à fournir la preuve de leur origine spécifique, pas plus que de toute autre origine. Mais ces N.-L. cryptogéniques sont rares : leur interprétation reste le plus souvent du domaine de l'hypothèse et leur thérapeutique est vouée à la faillite : c'est le cas par exemple pour les diagnostics de thrombose, d'embolie ou d'hémorragie labyrinthiques. Je désire cependant dire un mot ici des troubles angio-spasmodiques de l'oreille, interne dont l'étude est actuellement à l'ordre du jour. H. Bourgeois a été le premier, en 1914, à nous en faire connaître une forme bien particulière, dont M. Lermoyez nous traçait peu après un tableau saisissant sous le titre : « Le vertige qui fait entendre. » Mais il existe, sans doute, à côté de ce syndrome bien caractérisé par l'ordre de succession des phénomènes auditifs et vertigineux qui le composent, un syndrome auditif simple relevant d'une pathogénie analogue. H. Bourgeois en a cité un cas (*Traité de pathologie médicale de* Sergent : *Otologie*, p. 461). J'en ai moi-même observé récemment un du même genre chez un homme d'une quarantaine d'années : une surdité unilatérale intense de la perception était survenue en quelques instants ; elle resta stationnaire pendant quatre à cinq jours puis disparut complètement en une semaine. C'est par le caractère passager ou intermittent de l'évolution que nous serons amenés à penser à cette étiologie. Mais, en aucun cas, l'hypothèse de cette éventualité ne devra nous faire remettre à plus tard la recherche de la syphilis pour peu que les troubles auditifs soient importants.

Enfin, je dois signaler comme cause d'erreur non exceptionnelle, pouvant faire penser à une N.-L. organique, la surdité hystérique. Le cas classique, rapporté par Barthélemy, en est un exemple des plus curieux et des plus suggestifs : un syphilitique devint brusquement sourd au moment où on lui apprenait la nature de sa maladie ; sa surdité se prolongea pendant un an, puis cessa brusquement. Le diagnostic de la surdité hystérique ne résistera pas en général à un examen fonctionnel de l'oreille convenablement orienté.

En résumé, *toute surdité portant les caractères d'une surdité de la perception, tout syndrome vertigineux s'accompagnant d'un déficit notable de la réflectivité vestibulaire, doivent être considérés en pratique comme d'origine syphilitique, lorsqu'ils apparaissent de façon* BRUSQUE OU RAPIDE *chez un sujet en pleine santé apparente.*

b) **Signe du raccourcissement excessif de la perception osseuse.** — Ce que nous savons de ce phénomène nous permet d'être bref sur sa valeur séméiologique. Il a surtout le défaut de ne pouvoir s'exprimer en une formule précise permettant une application pratique. Toute surdité relevant d'une atteinte de l'appareil de perception entraîne une réduction notable de la perception osseuse et ce signe est le caractère essentiel de ce genre de surdité. A quel moment cette réduction devient-elle assez importante par rapport à la réduction de la perception aérienne pour nous orienter vers le diagnostic de nature de l'affection ? Ceci demanderait tout d'abord que nous connaissions en chiffres, tout au moins approximatifs, le rapport qui doit exister entre le défaut de perception aérienne et le défaut de perception osseuse dans les N.-L. non spécifiques, rapport qui n'a jamais été formulé . Quant au schéma proposé par O. Beck, il nous donne bien une idée du phénomène, mais ne saurait nous guider en pratique d'une façon satisfaisante.

Si bien qu'en fait, *dans la plupart des cas, nous*

ne pouvons tirer de ce critérium de la « réduction excessive de la perception osseuse » qu'un indice assez vague de l'origine syphilitique de l'affection.

c) **Dissociations vestibulaires.** — L'intérêt des N.-L. dissociées tient à ce qu'elles sont assez fréquentes dans la syphilis, tandis qu'elles sont relativement rares en dehors de cette affection. Notons tout d'abord, cependant, que le nerf cochléaire étant bien plus fragile que le nerf vestibulaire à l'égard des diverses causes toxiques ou infectieuses, la N.-L. cochléaire comporte seulement, du fait qu'elle est isolée, un simple indice de présomption d'une origine syphilitique.

Plus intéressante est la dissociation inverse traduisant une lésion limitée à l'appareil vestibulaire ; elle paraît être assez spéciale à la syphilis (Hautant et Ramadier). Un sujet qui se présente avec des vertiges, des troubles de l'équilibre, du nystagmus, qui a perdu tout ou partie de ses réactions vestibulaires, mais dont l'audition reste sensiblement normale, a de grandes chances de faire une N.-L. syphilitique ; si la dissociation vestibulaire est poussée plus loin, la présomption de spécificité augmente encore. Cette notion n'est pas pour nous surprendre si nous nous rappelons la tendance générale qu'a la syphilis à créer des lésions nerveuses parcellaires : les paralysies oculo-motrices, les paralysies laryngées en fournissent des exemples caractéristiques.

Si la syphilis n'est pas la seule affection capable de créer des dissociations vestibulaires, elle en est du moins la cause la plus fréquente. A ce sujet, on consultera avec fruit le travail très documenté de J. Durand (1).

En dehors de la syphilis, et n'envisageant que les cas étiologiquement mal étiquetés, le syndrome vestibulaire isolé ou dissocié peut se voir encore, bien qu'exceptionnellement, dans les tumeurs ponto-cérébelleuses, l'artériosclérose du labyrinthe et peut-être l'angiospasme labyrinthique. La sclérose en plaques donne aussi des manifestations purement vestibulaires ; mais il s'agit ici d'un syndrome assez spécial où les troubles vertigineux sont d'une intensité disproportionnée avec celle des troubles de réflectivité aux épreuves vestibulaires ; celles-ci montrant en général soit seulement une légère hypoexcitabilité, soit au contraire de l'hyperexcitabilité (2).

En somme : *il existe une très forte présomption de spécificité à l'origine de toute N.-L. vestibulaire isolée et de toute N.-L. vestibulaire dissociée.*

B. — **Recherche de la syphilis.** — Les syphilis tardives à manifestations neuro-labyrinthiques sont le plus souvent des syphilis discrètes, ignorées ou oubliées.

Bien entendu, une inspection minutieuse de tout le territoire cutané et muqueux et des divers viscères sera pratiqué : on n'oubliera pas de rechercher la leucoplasie, signature si fréquente des syphilis anciennes ; on pensera à l'aortite et à l'anévrysme de l'aorte qui, en fait, coexistent souvent avec la syphilis nerveuse ; enfin, une épreuve de B.-W. sera pratiquée dans le sang et renouvelée si elle est négative après réactivation.

Mais il ne faudra pas s'en tenir là : *c'est surtout vers la recherche d'une syphilis nerveuse latente que doivent se diriger nos efforts* ; c'est là bien souvent, et là seulement, que nous trouverons l'explication étiologique de l'accident auriculaire. Parfois, la N.-L. fait partie d'un syndrome méningé fruste ou d'un syndrome polynévritique en évolution ; alors la syphilis nerveuse ne peut passer inaperçue. Ailleurs, celle-ci ne se révèle qu'à l'examen des réflexes pupillaires ou tendineux. Ailleurs encore, l'accident auriculaire évolue isolément, mais il n'est pas rare de retrouver dans le passé des traces d'imprégnation nerveuse. Fréquemment, en effet, on apprendra que le malade a présenté à un moment donné, quelquefois plusieurs années auparavant, soit une déviation de la face, soit une chute de la paupière supérieure, soit un certain degré de diplopie, soit même parfois un ensemble de symptômes qui furent à ce moment étiquetés « méningite ». Il est à noter que ces manifestations névritiques ont pu être passagères et disparaître sans traitement ; aussi le rappel de ces incidents peut-il paraître hors de propos au patient, alors qu'il constitue pour le médecin un indice du plus haut intérêt (obs. IV).

Enfin, même si l'examen neurologique et l'interrogatoire restent négatifs, on devra pratiquer la ponction lombaire. Je dois souligner ici l'importance de l'exploration du liquide céphalo-rachidien en présence d'une N.-L. pour peu que l'on soupçonne la syphilis à son origine ; trop souvent, en effet, en pareille occurence, on écarte l'hypothèse de la syphilis sur la foi d'un B.-W. négatif dans le sang, alors que la ponction lombaire eût peut-être fourni la preuve de l'origine spécifique. De ce que j'avance ici, j'ai eu maintes fois la preuve, et l'observation suivante, que j'ai communiquée à la *Société médicale des Hôpitaux*, en est un exemple saisissant (1.) :

Obs. IV. — Un homme de 46 ans vint me consulter au début de 1923 pour une obstruction nasale, banale. Incidemment, il me confia qu'un an auparavant en pleine santé apparente, il avait perdu l'oreille

(1) J. Durand. — Les lésions dissociées de la VIII[e] paire. *Ann. des mal. de l'or.*, août 1925.

(2) *Revue O.N.O.* : Barré, mars 1924. — Foix et Bariéty, novembre 1926.

(1) J. Ramadier. — Sur deux cas de méningo-névr. de la VIII[e] paire. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 11 février 1926.

droite d'une façon très rapide, en quinze jours environ. L'otologiste auquel il s'adressa, à ce moment, lui fit pour tout traitement quelques insufflations dans la trompe d'Eustache. Depuis lors, mon malade conservait quelques bourdonnements dans l'oreille atteinte et était sujet à quelques sensations vertigineuses qui allaient cependant en s'atténuant. L'examen me montra du côté atteint une paralysie totale, cochléaire et vestibulaire de la VIII[e] paire, tandis que le tympan et la caisse se montraient en état d'intégrité parfaite.

Les caractères évolutifs et l'intensité des troubles m'incitèrent à penser qu'il s'agissait d'un accident d'origine spécifique. Mais comme cet accident paraissait consolidé, et qu'il ne faisait pas l'objet principal de ma consultation, comme le malade niait toute spécificité et m'affirmait, à l'appui, qu'une épreuve de Wassermann, pratiquée deux ans auparavant à l'occasion d'une *déviation de la face passagère*, avait été négative, je me bornai à lui indiquer un traitement symptomatique contre ses bourdonnements et ses vertiges et le rassurai sur l'état de son oreille droite, qui était, en effet, indemne. L'avenir me montra que je ne poussai pas assez loin mes investigations.

Deux ans plus, tard en effet, j'étais appelé d'urgence auprès de ce même malade. En se mettant à table, il venait d'être pris brusquement d'un sifflement dans la bonne oreille, la gauche, de tournements de tête, de nausées et de vomissements. A partir de ce moment précis, il n'avait plus répondu, à aucune question, il était devenu complètement sourd. Deux heures plus tard, j'étais auprès de lui et je constatai, en effet, qu'il venait de perdre l'oreille gauche dans des conditions analogues, mais plus brutales encore, à celles où il avait perdu deux ans auparavant, l'oreille droite. La surdité était totale et bilatérale : aucun son, aucun bruit n'était recueilli par l'oreille, qu'on interrogeât celle-ci par la voie aérienne ou par la voie osseuse ; le vestibule lui-même restait indifférent aux excitations caloriques les plus fortes. Je ne notai aucune autre manifestation névritique, aucune altération des réflexes tendineux ou pupillaires.

Le malade avait été pris en plein état de santé apparente ; on ne relevait chez lui aucune maladie infectieuse récente. Je repris donc mon hypothèse de syphilis nerveuse cachée, seule étiologie capable à mon sens, d'expliquer des accidents aussi dramatiques. La paralysie faciale passagère qui avait évolué deux ans auparavant prenait, de son côté, une réelle valeur symptomatologique. Malgré l'ancienne épreuve de Wassermann-sang négative, malgré le peu d'empressement de l'entourage du malade à admettre cette hypothèse, je réclamai d'urgence l'institution d'un traitement antispécifique et le contrôle d'une nouvelle prise de sang et d'une ponction lombaire.

Quatre jours après, le médecin traitant me téléphonait que le Bordet-Wassermann était toujours négatif dans le sang, mais que le liquide céphalo-rachidien présentait une réaction spécifique des plus caractérisée : Bordet-Wassermann franchement positif ; benjoin colloïdal positif ; 63 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; 0 gr. 85 d'albumine ; tension normale. (Ces recherches avaient été faites au laboratoire Oliviéro). En même temps, j'avais la satisfaction d'apprendre que le malade, qui en était à sa quatrième injection intraveineuse de cyanure de mercure, commençait à réentendre.

Sous l'influence du traitement spécifique, l'oreille gauche recouvra son pouvoir auditif presque normal (voix basse à 3 mètres) ; mais l'oreille droite, comme il fallait s'y attendre, ne fut nullement influencée. L'observation attentive des progrès obtenus par le traitement me montra ici l'efficacité remarquable du bismuth. A la cinquième injection de cyanure, l'audition de la voix basse était passée à 0.25 cent. ; mais aucun progrès ne put être noté ensuite sous l'influence de ce médicament, dont on administra en tout 12 injections, 8 injections de pilocarpine faites ensuite furent entièrement inefficaces. C'est alors (un mois et demi après le début des accidents) qu'intervint l'effet vraiment merveilleux du bismuth, sous la forme du Quinby : sous l'influence de 18 injections, l'audition de la voix basse passa de 0.25 cent. à 3 mètres.

Cette observation, intéressante à divers titres, montre bien à quel point peut être engagée la responsabilité de l'otologiste : par ignorance ou par négligence, il peut laisser se constituer une infirmité grave là où il était en son pouvoir d'obtenir une véritable résurrection de l'oreille.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien est donc rigoureusement nécessaire en présence d'une N.-L. dont l'étiologie reste d'autre part incertaine* : on n'aura pas épuisé tous les moyens de dépister l'origine de celle-ci, tant que cet examen n'aura pas été pratiqué. J'ai indiqué ailleurs quelles sortes d'altérations pouvaient se rencontrer dans ce liquide. Comment devons-nous les interpréter ? En syphilis tertiaire, la découverte d'une altération du liquide méningé prend une signification encore plus nette qu'en syphilis secondaire. On ne peut plus y voir ici, en effet, une simple réaction d'ordre septicémique, mais bien l'indice à peu près certain d'une lésion nerveuse sous-jacente.

Il s'ensuit que l'existence dans le liquide céphalo-rachidien d'une réaction de B.-W. ou d'une réaction au benjoin colloïdal doivent pratiquement être considérées comme la preuve de l'origine spécifique de la N.-L. Seules, les tumeurs ponto-cérébelleuses dont les premières manifestations, on le sait, sont souvent purement labyrinthiques (auditives ou vertigineuses), peuvent provoquer une réaction albumino-lymphocytaire légère avec, dans certains cas, l'apparition d'un Wassermann positif dans le li-

quide céphalo-rachidien (Cl. Vincent) ; mais un examen neurologique attentif ne peut laisser errer longtemps le diagnostic.

Quant à la réaction albumino-lymphocytaire simple, elle constitue à elle seule un signe de très forte probabilité en faveur de l'origine spécifique. Nous ne connaissons guère, en effet, parmi les affections donnant une réaction méningée de cet ordre, que la méningite spécifique qui puisse intéresser les voies neuro-labyrinthiques. La méningite tuberculeuse ne donne pas de troubles auriculaires. Un zona fruste à détermination labyrinthique isolée est une circonstance tout à fait exceptionnelle, douteuse même, qui ne donnerait lieu, en tout cas, qu'à des symptômes labyrinthiques passagers. Dans l'encéphalite épidémique, les troubles labyrinthiques sont rares et n'ont pas été décrits, à ma connaissance, comme pouvant évoluer isolément. Nous avons déjà parlé de l'aspect particulier des troubles vestibulaires de la sclérose en plaques. Quant aux N.-L. d'origine ourlienne ou cérébro-spinale, leur diagnostic n'offre généralement pas de difficulté en raison des commémoratifs. Il y a lieu, cependant, de rappeler qu'il existe des méningites cérébro-spinales frustes et des méningites ourliennes primitives, précédant les manifestations parotidiennes (1) : les unes et les autres sont susceptibles de laisser des séquelles nerveuses.

C. — **Epreuve du traitement.** — On sera donc conduit bien souvent par les recherches cliniques et humorales précédentes à instituer le traitement spécifique en connaissance parfaite de cause. Mais ailleurs même, où la syphilis n'aura pu être découverte par aucun des moyens précédemment indiqués, on ne saurait en abandonner l'hypothèse sans avoir institué un traitement d'épreuve. Cette règle est depuis longtemps classique en ophtalmologie, à l'égard des névrites optiques ; elle doit être appliquée aussi rigoureusement aux névrites de l'acoustique et de temps en temps, on aura la satisfaction d'en constater le bien fondé.

L'épreuve thérapeutique devra être appliquée suivant les règles que nous exposerons plus loin. Mais il convient d'insister tout particulièrement ici sur la nécessité de poursuivre cette épreuve avec persévérance si on veut la considérer comme concluante, car c'est souvent au bout de plusieurs semaines seulement, alors que tout effort thérapeutique commence à paraître vain désormais, que l'on voit se dessiner une amélioration.

En résumé : *toute surdité portant la marque d'une surdité de la perception, tout syndrome vertigineux s'accompagnant d'un déficit notable aux épreuves vestibulaires, doit éveiller le soupçon de spécificité lorsqu'aucune autre cause ne peut être invoquée à l'origine. Cette présomption devient une probabilité si l'accident présente l'un des caractères suivants : évolution rapide, atteinte isolée du vestibule, réduction considérable de la perception osseuse. Dans tous ces cas, il est rigoureusement indiqué :* a) *de rechercher cliniquement et humoralement la syphilis, tout particulièrement dans le compartiment neuro-méningé ;* b) *d'instituer un traitement spécifique en tout état de cause.*

Je viens de montrer dans quelles circonstances la constatation de certains troubles auditifs ou vertigineux constituait une raison impérieuse de rechercher la syphilis, et tout particulièrement la syphilis neuro-méningée. Cette recherche aboutira, dans nombre de cas, à un double renseignement : d'une part, à la preuve de l'origine spécifique des accidents auriculaires ; d'autre part, à la découverte d'une syphilis nerveuse chez un sujet qui pouvait se croire guéri ou même qui ignorait totalement sa maladie.

Ainsi *la N.-L. peut être le premier signe révélateur d'une syphilis nerveuse latente*, et cette notion, encore trop peu connue, mérite de retenir l'attention.

Bien qu'à l'époque de A. Fournier, on attribuât généralement les manifestations auriculaires de la syphilis, soit à des lésions de l'oreille moyenne, soit à des lésions purement labyrinthiques, l'esprit d'observation de ce maître avait néanmoins noté la gravité particulière des syphilis à localisation labyrinthique : « L'état congestif du labyrinthe, dit-il, est souvent la manifestation du même état congestif du côté des centres nerveux, d'une syphilis cérébrale imminente, au même titre que l'iritis et les lésions oculaires. » Malgré cette constatation, A. Fournier ne mentionne pas la névrite de l'acoustique dans l'énumération des diverses localisations de la syphilis nerveuse, tandis que les paralysies oculaires et l'hémiplégie faciale y comptent pour un pourcentage relativement élevé. Cette lacune devrait être comblée désormais dans les traités de syphiligraphie : *la syphilis auriculaire est conditionnée dans la majorité des cas par une névrite de la VIIIe paire ; elle doit rentrer dans le cadre de la syphilis nerveuse.* En fait, on a vu plusieurs fois les manifestations auriculaires n'être que le prélude d'une syphilis grave : hémiplégie, paraplégie, polynévrite, tabes. De ces constatations ressort, pour le syphiligraphe, la nécessité, sur laquelle nous avons déjà insisté, d'attacher la plus grande importance à déterminer la nature des moindres troubles auriculaires qui pourraient survenir chez un syphilitique.

Le pronostic de la neuro-labyrinthe syphilitique, en syphilis tertiaire, plus encore qu'en syphilis secondaire, dépasse donc le point de vue

(1) Weissenbach, Turquety et Durupt ; Joltrain, Hillemand et J. Bezançon. — *Soc. méd. des hôp.*, 1927.

fonctionnel auriculaire, et son traitement doit être dominé par cette notion qu'il s'agit non seulement d'une maladie de l'oreille mais surtout d'une détermination endocranienne de la syphilis. Le traitement doit donc être continué au-delà de la guérison ou de la consolidation de ces troubles, jusqu'à l'extinction humoralement constatée de la syphilis.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Fracture du rocher. — II. Cicatrices chéloïdiennes. — III. Utilité de la résection du corps thyroïde dans le goître exophtalmique.

D'après une leçon du professeur HARTMANN (1).

I. — Fracture du rocher.

Cette jeune femme renversée par un taxi a été transportée à l'hôpital dans l'après-midi d'hier. A ce moment, elle ne se souvenait d'aucune des circonstances de l'accident, et cependant elle faisait téléphoner à son adresse. Quelquefois, en effet, à la suite d'un traumatisme cérébral, les malades perdent la mémoire du fait récent, tout en pouvant donner des renseignements précis sur l'état antérieur.

En dehors de cette particularité, la malade présentait un écoulement de sang, par son oreille droite. Elle ne présentait d'ailleurs aucune plaie du crâne pouvant amener l'introduction de sang dans le conduit auditif ; c'est un point qu'il faut toujours trancher quand on examine un blessé ayant subi un gros traumatisme sur la voie publique et qui présente du sang dans l'oreille ; on ne peut pas affirmer d'emblée qu'il y a otorrhagie ; ce peut être du sang venant d'une plaie extérieure et qui a coulé dans l'oreille. Il faut par conséquent, nettoyer l'intérieur du conduit auditif, y mettre un tampon d'ouate et attendre pour s'assurer s'il continue à couler du sang.

Une malade qui a subi un traumatisme assez grand ayant déterminé une perte de connaissance, et ensuite un certain degré d'obnubilation et d'amnésie, avec écoulement de sang par l'oreille, voilà un ensemble qui doit faire penser à une fracture de la base du crâne.

Voyons les divers symptômes offerts par la malade.

Elle se plaint d'avoir mal à la tête.

Son pouls est normal, à 76. On doit toujours compter le pouls chez les individus atteints de traumatismes craniens, car on le verra quelquefois se ralentir d'une manière considérable, s'abaisser jusqu'à 40 pulsations, par minute, et ceci doit faire penser à l'existence d'une compression cérébrale.

Sur notre demande, la malade ferme les yeux, elle siffle, elle n'a pas de paralysie faciale. Elle entend le tic-tac d'une montre placée à quelques centimètres du conduit auditif, elle n'a donc pas de lésions de l'oreille interne, ni même de lésions considérables de l'oreille moyenne. Dans certains cas, le malade entend bien du côté sain, mais n'entend pas du côté malade. Il ne faudrait pas en conclure immédiatement que ces malades ont une lésion de l'oreille interne. Si on place la montre, ou mieux un diapason sur le crâne, ils entendent très bien. Bien plus, si on met le diapason au milieu du crâne, il arrive que ces malades l'entendent plus fort du côté malade que du côté sain, ce qui fait penser à une lésion de l'oreille externe ou moyenne avec intégrité de l'oreille interne.

Pour confirmer le diagnostic, il faut rechercher en palpant le crâne s'il existe une dépression, une inégalité, s'il existe de la douleur à la pression. Ici, on constate une zone douloureuse, au niveau de la voûte ; on trouve une série de points douloureux dessinant une ligne se terminant au-dessus de l'oreille. Cette ligne paraît bien correspondre à un trait de fracture, et fait penser à une fracture du rocher par irradiation.

On peut distinguer plusieurs variétés de fractures du rocher. Le rocher, on le sait, a la forme d'une pyramide. Le trait de fracture peut suivre l'axe de la pyramide : c'est la fracture longitudinale du rocher. Il peut être perpendiculaire à cet axe : c'est la fracture transversale. Il peut être oblique, à la base même du rocher : ce sont les fractures obliques.

D'une manière générale,les fractures transversales du rocher coupent l'aqueduc de Fallope et entraînent une paralysie faciale en même temps qu'une paralysie de l'acoustique. Elles déterminent souvent un écoulement de liquide céphalo-rachidien. Chez notre malade, nous avons constaté l'absence de ces symptômes.

Le trait d'irradiation, dont nous venons de marquer la direction par l'existence des points douloureux part, à sa partie supérieure, d'un point situé dans la région pariétale.

D'autre part, si on étudie le mécanisme des fractures du rocher, on voit que les fractures transversales ne succèdent pas aux mêmes chocs que les fractures longitudinales. Un chi-

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu, en 1927 et 1928, recueillies par le Dr LAPORTE.

rurgien français, Aran, a montré que les fractures de la base du crâne étaient presque toujours le résultat de l'irradiation d'une fracture de la voûte, par le plus court chemin ; sur ce point on a discuté ; Trélat a montré qu'il fallait tenir un grand compte de la structure même de la base du crâne ; elle n'est pas uniforme. Félizet a insisté sur la disposition des parties résistantes de la base du crâne autour du trou basilaire ; il a montré par des expériences que le crâne jouit d'une certaine élasticité, et que, lorsqu'il est précipité sur le sol, il se déforme suivant une surface de forme elliptique dans le sens antéro-postérieur. Quand un choc violent détermine une dépression du crâne, c'est d'abord la table interne qui se brise. De même, lorsqu'on ploie un bâton appuyé sur le genou en tirant sur les deux bouts, c'est toujours du côté de la convexité qu'il commence à se casser. Quand il y a une dépression d'un point extérieur de la voûte, il s'ensuit une fissure de la lame interne, puis cette fissure, qui se fait dans le sens vertical, descend vers la base. Quand il y a un choc, comme ici, sur la région fronto-pariétale, le trait de fracture arrive sur le rocher et le brise longitudinalement.

Chez cette malade, nous voyons que l'étude des points douloureux, en indiquant la direction du trait de fracture, telle que nous venons de la spécifier, confirme, par conséquent, le diagnostic d'une fracture longitudinale du rocher, que nous avions déjà pu établir, d'après l'analyse des symptômes cliniques présentés par la malade.

Il arrive quelquefois que ces fractures longitudinales du rocher s'accompagnent d'arrachement du sommet du rocher, de sorte qu'il y a déchirure du nerf moteur oculaire externe et l'on constate les signes d'une paralysie du moteur oculaire externe. Cette malade n'en présente pas.

Au contraire, pour les fractures transversales, le mécanisme est différent. Le choc se produit sur la région occipitale, le trait descend et traverse le rocher transversalement.

Cette malade présente donc les signes typiques d'une fracture longitudinale du rocher. Est-ce une fracture grave ?

Les fractures du crâne peuvent être graves parce qu'elles s'accompagnent souvent de phénomènes de contusion cérébrale et parfois d'hémorragies intra-craniennes ; mais cette malade n'a aucun trouble cérébral, elle répond bien aux questions ; elle n'a aucun phénomène de paralysie, les membres fonctionnent normalement. Elle semble avoir échappé aux accidents immédiats. Elle n'a pas de paralysie faciale. Est-ce à dire qu'elle n'en aura sûrement pas ? On voit quelquefois des paralysies faciales qui surviennent au bout de quelques jours seulement, mais elles sont moins graves que la paralysie du début. Celle-ci est généralement due à une rupture du nerf facial. La paralysie tardive se voit à la suite du développement d'une otite moyenne ; elle est beaucoup moins grave, elle guérit.

Mais il faut penser toujours à la possibilité des accidents tardifs. Il y a, notamment, des malades atteints de fracture transversale du rocher, chez lesquels le cul-de-sac sous-arachnoïdien a été ouvert, s'est mis en communication avec l'oreille moyenne qui n'est pas toujours aseptique ; il en peut résulter une méningite. Mais, dans la fracture longitudinale, il n'y a pas communication du trait de fracture avec l'espace sous-arachnoïdien, par conséquent cette méningite tardive n'est pas à craindre ; elle est bien plus fréquente dans les fractures de l'étage antérieur qui intéressent l'ethmoïde et donnent lieu à des hémorragies nasales. Le nez étant toujours infecté, les malades sont beaucoup plus exposés à la méningite, et, en somme, le gros accident des fractures du crâne, en dehors des accidents immédiats dus à l'hémorragie, à la contusion et à la compression cérébrale, ce sont les accidents méningés succédant à l'infection intra-cranienne, par voie nasale ou plus rarement par l'oreille moyenne, dans les cas où il y a rupture du cul-de-sac arachnoïdien.

Autrefois, on discutait pour savoir si ces fractures se consolident, ou non. Elles se consolident, mais lentement. Elles ne déterminent pas de cal saillant, et, par suite n'amènent pas de troubles de compression.

Le traitement de cette malade consistera simplement à maintenir son oreille propre, à la purger, à lui donner une alimentation légère, à pratiquer, en somme, ce que les anciens appelaient la dérivation intestinale, pour diminuer la congestion céphalique. Si la céphalée devenait extrêmement intense, une ponction lombaire ser aitindiquée. Elle paraît inutile ici.

II. — Cicatrices chéloïdiennes.

Une femme jeune, âgée de 25 ans, raconte qu'elle a eu autrefois un anthrax à la nuque, qui guérit bien, mais laissa une cicatrice un peu grosse et sensible. En 1927, elle se présenta dans un hôpital parisien, où on lui extirpa le nodule cicatriciel. Quinze jours après qu'on eut enlevé les agrafes, la cicatrice se mit à grossir de nouveau ; elle n'était pas réellement douloureuse, mais cependant les frottements du bord du chapeau gênaient la malade d'une façon appréciable.

Actuellement, on voit sur la nuque, où les cheveux ont été rasés, une petite tuméfaction à grand axe transversal, qui ressemble à un épaississement de la peau, avec cette particularité que l'aspect en est cicatriciel, et la consistance ferme au palper. C'est une chéloïde.

On demande à la malade si elle a d'autres ci-

catrices sur le corps. Elle répond négativement. Pourquoi lui pose-t-on cette question ? Parce que les personnes qui font des chéloïdes en font partout où elles ont une plaie. Il ne faut pas accuser les interventions opératoires. Si nous enlevions demain cette cicatrice, dans quelques semaines elle se remettrait à grossir.

Toutes les tentatives d'extirpation de ces chéloïdes aboutissent à une récidive. Il ne faut pas les opérer. On a été désarmé jusqu'au jour où on a eu l'idée d'utiliser le radium, qui supprime la sensibilité de ces cicatrices chéloïdiennes et les fait fondre.

Voici une autre malade qui a subi, il y a deux ans, une laparotomie. Presque tout de suite après l'opération, elle a vu la cicatrice médiane s'épaissir et devenir brunâtre. Après être restée indolente pendant assez longtemps, cette cicatrice est devenue douloureuse. De plus, on constate aux environs de la cicatrice médiane de petits cercles où la peau est épaissie et brunâtre et qui correspondent aux orifices de sortie des crins ayant servi à la suture. Ce sont également des cicatrices hypertrophiées. La première malade ne souffrait pas énormément. Cette seconde malade présente au niveau de ses lésions chéloïdiennes une hyperesthésie énorme.

On en voit d'autres qui souffrent constamment, même sans contact. Celle-ci souffre spontanément lorsque le temps est sur le point de changer.

On voit quelquefois des cicatrices chéloïdiennes se développer au niveau des boutons d'acné.

Il ne faut donc pas incriminer le chirurgien, quand une cicatrice opératoire devient chéloïdienne. Le cas s'est pourtant présenté. Un chirurgien a été accusé par sa patiente d'avoir mal recousu la plaie consécutive à l'ablation d'un adénome du sein, parce qu'elle avait une cicatrice chéloïdienne. Il se trouva deux médecins pour délivrer un certificat à la malade. Elle fit un procès. Sa requête paraissait d'autant plus justifiée que cette cicatrice chéloïdienne siégeant au sein constituait pour elle un préjudice professionnel. Etant désigné comme expert, je n'eus pas de peine à démontrer que ce n'était pas la faute du chirurgien. Antérieurement, en effet, cette malade avait été opérée d'une appendicite, par un autre chirurgien, et elle présentait dans la fosse iliaque droite une cicatrice également chéloïdienne. Il n'y avait donc aucune raison d'incriminer le chirurgien.

III. — Utilité de la résection du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique.

En septembre 1916, cette malade, qui était atteinte de goitre exophtalmique, a subi l'ablation du lobe gauche du corps thyroïde. Elle n'est plus fatiguée. Le tremblement qu'elle présentait antérieurement a disparu. Ses règles, qui avaient cessé complètement, ont reparu ; elle a pu avoir des grossesses normales allant à terme. Elle n'a plus de battements de cœur. Le pouls est très régulier, il n'y a plus l'ombre de tachycardie.

Ce cas montre d'une façon évidente les bons résultats qu'on peut obtenir de la résection du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique. Les résections du corps thyroïde sont tout à fait indiquées dans les cas graves de goitre exophtalmique, où il est impossible d'aboutir à la guérison par le traitement médical.

Cette malade est un exemple d'autant plus démonstratif qu'il ne s'agit pas d'une guérison momentanée, car elle se maintient depuis onze ans.

SIMPLES RÉFLEXIONS D'UN PRATICIEN SUR LE VACCIN B. C. G. CONTRE LA TUBERCULOSE

Sans vouloir nier les bienfaits du vaccin B.C.G. ni critiquer la propagande officielle et l'enthousiasme bien naturel pour cette vaccination de la tuberculose qui a été déjà annoncée par d'autres méthodes, hélas ! peu efficaces (1), beaucoup de vieux praticiens hésitent encore à conseiller le vaccin B. C. G., surtout chez les enfants qui n'ont pas des parents tuberculeux (ce qui, d'ailleurs, peut être discutable).

Les médecins sont effrayés de faire absorber des bacilles tuberculeux vivants parce qu'on peut toujours craindre qu'ils n'aient pas perdu complètement leur virulence ou qu'ils puissent reprendre un certain pouvoir pathogène sur un terrain tuberculisable. En tous cas, malgré toutes les expériences probantes, il faut l'autorité du professeur Calmette et le patronage de l'Institut Pasteur pour avoir vulgarisé une méthode qui paraît dangereuse bien qu'elle réponde à des principes théoriques qui ont donné des preuves expérimentales.

En effet, nous avons appris que les bacilles tuberculeux peuvent s'atténuer dans certaines cultures homogènes vieillies, et même perdre leur propriété acido-résistante au point de pouvoir être considérés sans virulence par injection aux animaux d'expérience, mais ils n'empêchent pas les infections postérieures et peuvent même redevenir pathogènes s'ils trouvent un milieu favo-

(1) Tuberculine de Koch ; vaccin antituberculeux de Maragliano ; scarifications au vaccin de Lumière; vaccins et sérums divers, etc., etc. ; les sérums vaccins et les vaccins pour obtenir les sérums antituberculeux.

rable. Faut-il croire qu'il pourrait en être de même avec la culture du vaccin bilié malgré le caractère de fixité donné par hérédité ?

Faut-il craindre que des porteurs de germes biliés non virulents B. C. G., mais donnant des cuti-réactions positives, puissent réagir à des surinfections ou à des maladies tuberculigènes ?

Voilà ce que pensaient depuis longtemps tous les praticiens qui réfléchissent sur ces questions si importantes, mais qui n'osaient manifester leurs craintes avant d'avoir lu la récente discussion des 1er et 9 mai à l'Académie de Médecine.

Même en admettant la non-virulence du vaccin bilié Calmette, comment peut-on prouver son absorption par la muqueuse digestive du nouveau-né, pendant les dix premiers jours de sa naissance puisqu'il n'y a aucun criterium pour savoir si l'enfant a été vacciné ?

En effet, la cuti-réaction à la tuberculine donne des résultats très variables, même après les injections sous-cutanées et toutes les réactions sériques manquent le plus souvent dans les premiers mois après la naissance.

Ne faudrait-il pas toujours vacciner par injections sous-cutanées (ou instillations nasales, ou scarifications) pour être assuré de son action et de l'imprégnation de l'organisme ?

D'autant plus qu'on ne comprend pas pourquoi la notice de la vaccination conseille de la renouveler vers la première et troisième année puisqu'on n'admet pas que l'absorption du vaccin puisse se faire par le tube digestif après le dixième jour.

Ensuite, doivent se poser les questions pleines de contradictions des tuberculino-réactions et de l'hérédité tuberculeuse.

Doit-on vacciner tous les enfants ? Doit-on tenir compte de l'épreuve de la cuti-réaction ?

Le professeur Calmette conseille de ne pas donner du vaccin B. C. G., aux enfants qui ont été tuberculisés, c'est-à-dire qui ont été en contact avec des parents tuberculeux, et qu'il est préférable de ne pas faire ensuite de cuti-réaction pour ne pas provoquer de réactions dangereuses.

Mais alors, il ne faut pas admettre l'hérédité tuberculeuse malgré l'opinion ancrée du peuple et des vieux praticiens, malgré la découverte des virus filtrants et des formes non décelables du bacille tuberculeux.

Et malgré l'évidence du *terrain tuberculisé* de certains sujets que nos maîtres prétendent n'être qu'un *terrain tuberculisable*.

Pourquoi nier l'hérédité tuberculeuse parce que les cuti-réactions sont négatives pendant la première enfance, même quand des autopsies révèlent des lésions tuberculeuses ?

C'est absolument comme si on voulait nier la syphilis héréditaire parce que le Wassermann est négatif dans la première enfance et qu'on ne peut déceler le tréponème.

L'absence de lésions tuberculeuses chez les enfants éloignés du milieu familial prouve seulement que les enfants restent indemnes de lésions évolutives, s'il n'y a pas de surinfections.

Or, si on admet la possibilité de la contagion tuberculeuse par virus filtrant transplacentaire, doit-on vacciner les enfants de mères tuberculeuses ?

Est-ce au contraire les enfants non tuberculisés héréditairement qui devraient être vaccinés à la naissance ? N'a-t-on pas exagéré l'importance que peut avoir la cuti-réaction après la vaccination ? Elle est sûrement moins grave qu'une injection de bacilles vivants, même avirulents chez un nouveau-né tuberculeux.

D'ailleurs, cette cuti-réaction positive a été pratiquée chez les infirmières qui ont été vaccinées sans aucun incident et il semble, comme l'admettent les auteurs allemands, que c'est une réaction défensive qu'il vaut mieux constater dans un milieu tuberculeux (1).

Peut-on conclure que l'enfant nouveau-né de mère tuberculeuse soit plus contagionné par le lait qu'il ne l'a été par la circulation sanguine transplacentaire ? Doit-on nier la valeur de la cuti-réaction chez le nouveau-né, alors qu'il réagirait au filtrat de culture de BK. ?

Doit-on continuer la pratique de l'absorption du vaccin Calmette par la voie digestive, ingestion qui produit rarement, mais cependant quelquefois, des troubles digestifs sans apporter la certitude d'une imprégnation par le vaccin.

Ce sont autant de questions angoissantes que peut se poser le praticien, au moment de conseiller, après un accouchement, le vaccin B. C. G.

Il n'est pas encore convaincu par le nombre imposant des statistiques favorables, parce que toutes les morts qui n'ont pas été suivies d'autopsie sont classées comme non tuberculeuses.

En trois ans, j'ai constaté quatre morts dans la première année sur trente-quatre vaccinations, soit plus de 1/10e, avec un cas d'entérite d'allure bacillaire, un cas de méningite tuberculeuse. Le père de ce dernier, pensionné 100 % pour tuberculose, m'a demandé si son enfant ne serait pas mort s'il n'avait pas été vacciné. Nous lui avons expliqué que c'était la contagion, et non la vaccination, qui avait provoqué la maladie.

Mais nous avons pensé que la vaccination avait, peut-être, agi comme une surinfection, même atténuée et, qu'il faudrait peut-être dimi-

(1) A signaler le cas personnel d'un enfant contagionné âgé de 2 ans, avec cuti positive. La mère a voulu lui faire absorber les 3 doses vaccin B. C. G. ; la cuti est devenue négative pendant 1 an pour redevenir ensuite positive. L'enfant présente actuellement de l'adénite cervicale.

nuer ou espacer les doses du vaccin B.C.G. chez les enfants pouvant présenter de la tuberculose héréditaire, c'est-à-dire une première infection plus ou moins atténuée.

Conformément à cette interprétation, on nous signale le cas d'un nouveau-né ayant présenté à la première ingestion de l'érythème, à la deuxième, une éruption bulleuse, à la troisième, une éruption phlycténulaire généralisée avec 40° de fièvre. Or, le père de l'enfant qui est un médecin aurait eu des lésions tuberculeuses très nettes, ce qui peut expliquer l'intolérance de l'enfant au vaccin B. C. G. donné seulement au septième jour.

En résumé, faut-il attendre le contrôle du temps pour généraliser la pratique de la vaccination par le B. C. G. ou rendre tous les enfants « tuberculeux atténués » pour les empêcher de mourir de tuberculose ? (C'est une théorie très soutenable, à condition d'éviter quand même les surinfections intensives.)

D'autre part, pour les nouveau-nés déjà tuberculisés par la mère, pouvant posséder déjà une légère hérédo-immunité, ne faut-il pas attendre les réactions défensives ou espacer les doses pour éviter des réactions intensives par le B. C. G. dont la répétition des doses peut être dangereuse par la voie digestive et par la voie sous-cutanée, puisque le B.C.G. peut donner des réactions fébriles chez sujet tuberculisé.

Enfin, faut-il soutenir la théorie que, contrairement à l'opinion admise, la vaccination, chez les nouveau-nés indemnes de tuberculose, serait sans danger et qu'il faudrait, au contraire, se méfier des doses répétées chez les enfants de parents tuberculeux ?

Un praticien,
Dr VIRE.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Comment administrer l'hexaméthylène-tétramine en thérapeutique urinaire ?

M. H. BLANC envisage deux points importants dans l'emploi thérapeutique de l'héxaméthylène tétramine : la meilleure voie d'administration du médicament ; son action diurétique ou antiseptique.

L'auteur critique d'abord l'injection intra-veineuse d'héxaméthylène-tétramine qui offre des inconvénients et n'a pas d'avantages. Il préfère la voie *per os*, l'administration par la bouche.

On a prétendu que l'urotropine était surtout un diurétique. M. Blanc n'a pas constaté ces effets diurétiques et c'est à l'action antiseptique, classique, qu'il faut s'arrêter. Cette action est favorisée par les substances acides, d'où l'utilité d'y associer l'acide benzoïque, le benzoate de soude.

L'auteur conclut ainsi son travail : 1° l'hexaméthylène-tétramine par voie endoveineuse n'est jamais indispensable, rarement utile, parfois dangereuse. Ce doit être un *moyen d'exception* ;

2° L'action antiseptique de l'hexaméthylène-tétramine par voie endoveineuse n'est ni plus rapide, ni plus intense, ni plus durable que par voie buccale ;

3° La prétendue action d'excitation sur l'épithélium rénal que certains accordent aux solutions concentrées d'hexaméthylène-tétramine n'est pas tant le fait du médicament que le fait de la concentration saline elle-même de la solution ;

4° La meilleure voie d'administration de l'hexaméthylène-tétramine dans les diverses infections ou manifestations lithiasiques de l'appareil urinaire *est la voie buccale* ;

5° A l'hexaméthylène-tétramine pure, nous préférons l'association hexaméthylène-tétramine-acide benzoïque (benzoate d'hexaméthylène-tétramine, urisanine) qui augmente l'acidité urinaire, favorise le développement de formaldéhyde, accentue les propriétés litholytiques. La dose de 3 à 4 gr. par jour est suffisante dans tous les cas ;

6° Mais il faut bien savoir que l'hexaméthylène-tétramine *n'est pas diurétique. Son influence sur la diurèse est seulement fonction du volume d'eau administré en même temps que le médicament* ;

7° Aussi la forme liquide étendue des sels d'urotropine serait-elle la meilleure forme d'absorption du médicament. Mais certains malades (hypertendus, cardio-rénaux, etc.), ne sauraient absorber une grosse quantité de liquide. C'est pourquoi nous conseillons de préférence une forme thérapeutique qui consiste à administrer le benzoate d'hexaméthylène-tétramine (urisanine) en solution dans des diurétiques concentrés. (*Presse médicale*, 6 mai 1925.)

L'intolérance hépatique pour certains composés bismuthiques.

Ainsi que le fait judicieusement remarquer Noël FIESSINGER, on admet trop légèrement l'innocuité des préparations de bismuth ; celles-ci se montrent certainement plus hépato-toxiques que les préparations mercurielles. Deux faits ré-

cents rapportés prouvent qu'on peut observer des poussées dégénératives du foie sous l'effet d'un traitement : liseré et sialorrhée, ictère avec foie congestif et douloureux dans les premiers jours, ascite.

Il faut connaître ces réactions, et, en procédant avec prudence, les éviter autant que possible.

Par contre, dans la syphilis scléro-gommeuse incontestable du foie, l'action des composés bismuthiques a paru remarquable, autant comme tolérance que comme efficacité.

Chez les cardiaques, si souvent atteints en période de décompensation d'insuffisance fonctionnelle du foie, il n'est pas indifférent de savoir que les produits injectés peuvent accuser cette insuffisance fonctionnelle. (*Journal des Praticiens*, 3 décembre 1927.)

Technique du traitement des varices par les injections de chlorhydrate double de quinine et d'urée.

Ce sel proposé par M. R. Le Blaye offre le double avantage de la solubilité et du pouvoir anesthésique. Il est employé en solutions à 20 ou 30 p. cent, préparées dans les conditions qu'exige l'introduction directe dans les veines : eau fraîchement redistillée ; stérilisation à basse température (tyndallisation), etc. Les solutions de chlorhydrate double de quinine et d'urée se conservent bien en ampoules scellées en verre dur. On injecte en moyenne 1 cmc. par piqûre. On se sert de fines aiguilles à injections intraveineuses, 5 à 6 /10es de millimètre.

La position à faire prendre au malade varie beaucoup suivant le siège de la dilatation variqueuse à traiter et son orientation. L'opérateur doit pouvoir effectuer l'injection commodément sur une varice gonflée par la pression sanguine, c'est-à-dire la jambe pendante. D'autre part, il est important que l'opéré puisse garder sans fatigue pendant quelques minutes la position qu'on lui a fait prendre. On opère souvent plus à l'aise lorsque le malade est assis sur une table ; il est inutile avant l'injection de munir le membre d'un lien constricteur si la jambe est pendante ; on n'y aurait recours que si l'on se trouvait obligé d'opérer le malade couché. En piquant, il faut éviter les secousses, car la mince paroi d'une ampoule variqueuse se laisse traverser presque sans résistance. Comme pour toute injection veineuse, c'est le reflux du sang dans la seringue qui avertit de la réussite ; une fausse route, provoquée par le moindre mouvement, donne une vive sensation de brûlure, et, avec le chlorhydrate de quinine et d'urée, le malade la signale aussitôt ; mais la sensation éprouvée est de courte durée, car l'action analgésique du médicament se manifeste après quelques secondes, et toute douleur cesse complètement. Lorsque cette sensation de brûlure ne se produit pas, on termine l'injection et mieux vaut alors la terminer rapidement.

Après l'injection, on ne retire pas l'aiguille immédiatement afin d'éviter l'issue du liquide et du sang ; on la laisse en place durant une minute ou deux, puis on la retire brusquement en comprimant avec un tampon de coton la veine injectée pendant encore une ou deux minutes pour éviter un hématome ou une ecchymose.

Il ne faut pas piquer deux fois au même endroit dans le cas d'un premier échec, mais plutôt piquer une autre dilatation variqueuse ou remettre l'opération à un autre jour.

Avec les autres substances employées, les sensations douloureuses sont parfois fort vives en cas d'issue d'un peu de liquide, même quand la piqûre a été correcte ; il n'est pas rare que la piqûre provoque une syncope, et qu'elle détourne le malade de la continuation du traitement.

Quelques heures après et le lendemain de la piqûre, le malade éprouve quelques sensations douloureuses, qui traduisent la réaction veineuse ; elles sont presque toujours très modérées et n'entravent généralement pas la marche ; ces réactions ne se prolongent pas plus de trente-six heures ; quand elles manquent, c'est en général que l'action irritative a été insuffisante et il est bon de recommencer avec une solution plus concentrée.

Il faut rappeler que, quel que soit le médicament employé, l'action oblitérante est assez irrégulière, non seulement suivant les sujets, mais aussi, chez un même malade, suivant les veines. (*L'Hôpital*, novembre 1927-A.)

L'autohémothérapie dans le traitement de l'ulcère gastrique.

Le Dr Cerf démontre que l'autohémothérapie semble être un procédé de choix dans le traitement de l'ulcus gastrique ; il exerce une action sédative qui paraît durable sur la symptomatologie de la douleur de cette affection.

La notion nouvelle du rôle essentiel de l'infection dans l'évolution de l'ulcus gastrique a inspiré de nouvelles orientations dans la thérapeutique de cette affection. L'ignorance actuelle de son étiologie certaine rend le traitement causal illusoire ; aussi le traitement de l'ulcus se résume-t-il généralement dans celui de ses complications, qui nous imposeront soit une action chirurgicale, soit une action médicale.

Mais, en raison de l'impossibilité d'une action médicale directe sur le foyer infecté, le traitement anti-infectieux sera-t-il d'ordre général plutôt que local.

Dans ce but, on a employé la vaccinothérapie et la protéinothérapie, et, dans ce dernier cas, on emploie le plus fréquemment le lait, la caséine, l'aolan, la caséosane, la novoprotéine.

L'auteur préfère la protéinothérapie par autosang : ponction veineuse de 10 à 20 cc. de sang que l'on réinjecte, citraté ou non, dans la région

fessière. Cette manœuvre, répétée tous les deux ou trois jours, amène généralement au bout de huit à dix piqûres, la cessation des symptômes gastriques.

Le début du traitement déclanche parfois quelques phénomènes banaux d'ordre général : céphalée légère, nausées, hyperthermie faible, rarement un véritable choc. Ces symptômes, moins marqués qu'avec les autres albumines, règleront la répétition plus ou moins rapprochée des injections.

Ces troubles sont du reste passagers et font place bientôt à une sensation de bien-être avec cessation de la douleur, augmentation des fonctions digestives et surtout de l'appétit.

On assiste d'autre part à une rétrocession progressive de la symptomatologie gastrique, et la sédation des troubles dyspeptiques, ulcéreux, suit de très près la rémission du symptôme essentiel douleur. Le malade pourra ainsi reprendre progressivement son alimentation, et il s'en suivra un relèvement rapide et marqué de l'état général.

Peu de contre-indications, sinon l'existence d'anciens foyers de phymatose torpide, qui pourraient se rallumer par cette médication, ou des rétractions cicatricielles ayant déjà amené une sténose plus ou moins marquée des orifices.

Il ne faudrait pas non plus espérer une guérison durable, une réparation anatomique complète, de la lésion ulcéreuse. Mais ce qui est intéressant, c'est la sédation rapide de la douleur, par disparition de la poussée congestive au niveau du foyer de l'ulcus, et la production d'une latence avec rémission des symptômes essentiels, résultat plus durable qu'avec les autres méthodes thérapeutiques. (*Bruxelles médical*, 6 novembre 1927.)

La vaccination pré-opératoire.

Pierre MORNARD expose que ce sont les succès obtenus au cours des opérations septiques dans lesquelles la vaccination a si souvent amélioré les suites opératoires, qui ont incité certains chirurgiens à essayer une vaccination préopératoire. Malheureusement, il faut près d'un mois pour vacciner un malade et la vaccination ne peut être bien faite que si on a le malade sous la main. Le médecin, convaincu de l'efficacité de la méthode devrait préparer le malade au cours des semaines que nécessite son étude et ne l'amener au chirurgien que lorsque la vaccination est complète.

1° Vaccination pour opérations septiques. Ici, deux cas à considérer suivant la gravité de l'affection et la rapidité de son évolution.

Les maladies graves à évolution rapide, telles que les phlegmons diffus, le phlegmon périnéphrétique, l'angine de Ludwig, certaines pelvi-péritonites doivent être opérées d'urgence, aussitôt diagnostiquées. Il serait néfaste de perdre un temps précieux avec la vaccination ; il faut opérer d'abord, vacciner aussitôt après.

Mais il existe une foule d'affections suppurées qui, dans certains cas au moins, et au début de leur évolution, bénéficieront d'une vaccination préventive : tel l'anthrax, qui, au début, peut être arrêté, sans chirurgie par un vaccin actif judicieusement choisi, qui, plus tard, peut être favorablement influencé au point qu'une simple incision de drainage suffit, sans excisions et débridements ; tel l'adénophlegmon ou l'ostéomyélite d'origine dentaire qu'il suffira d'inciser et de drainer simplement pour obtenir une guérison sans cicatrice disgracieuse (s'il n'y a pas de séquestre).

En ces cas d'opérations septiques, il est possible par une vaccination énergique et cependant peu prolongée, de mettre l'opéré dans des conditions meilleures pour supporter l'opération ; de réduire l'importance de l'acte opératoire et, par conséquent de la mutilation, d'abréger considérablement la convalescence, et cela chaque fois que l'extrême urgence ne forcera pas d'emblée la main du chirurgien. Dans tous les cas, l'emploi du stock-vaccin polyvalent est obligatoire.

L'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face externe de la cuisse, le plus profondément possible, mais en restant sur la face superficielle de l'aponévrose, de 4 cmc. (de propidon par exemple). Un pansement humide chaud luttera contre la réaction toujours forte, un peu d'aspirine contre le malaise général s'il paraît excessif. Une seconde, puis une troisième injection seront faites en laissant un jour franc d'intervalle entre deux injections.

2° La vaccination, pour opération aseptique, destinée à combattre les complications septiques en général, est le type de la vaccination préopératoire ; il faut de toute nécessité un vaccin général et polyvalent, préparé avec les micro-organismes habituels des suppurations (streptocoques, staphylocoques, en première ligne, et tout autre si l'on veut). Il faut un stock-vaccin, car le malade n'ayant pas de pus, on ne peut préparer un auto-vaccin.

Le propidon semble actuellement le vaccin le plus énergique ; l'auteur conseille trois injections à doses croissantes, 4, 6, 8 cmc., si la première a été bien supportée, mais à 48 heures d'intervalle.

Le moment pour opérer est placé à l'heure de l'effet maximum du vaccin, c'est-à-dire deux ou trois semaines après la dernière injection, vers le 18e jour. La préparation du sujet nécessite ainsi sept jours pour les injections vaccinantes, dix-huit jours d'attente, soit vingt cinq jours au maximum.

3° Il faut envisager les vaccinations pour opé-

rations aseptiques graves entraînant souvent des complications septiques graves : mésocolite avec péritonite plastique, inflammations pulmonaires au cours de la chirurgie du tube digestif et des voies biliaires. Les vaccinations au propidon n'ont pas paru améliorer les suites de cette chirurgie spéciale ; de même la fréquence des complications pulmonaires n'a guère été diminuée par le vaccin de Minet (antipneumococcique) ; seule la gravité a semblé heureusement influencée. Les résultats seraient meilleurs avec un vaccin buccal intestinal, qui serait un auto-vaccin, et demande douze jours pour être préparé.

Quoiqu'il en soit, la méthode de la vaccination pré-opératoire est une méthode d'avenir susceptible d'améliorer les résultats de toutes les grandes interventions chirurgicales. (*La Presse médicale*, 2 novembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'acétylcholine.

(MM. Maurice Villaret et L. Justin-Besançon. — *Académie de médecine* ; 17-4-1928.)

MM. Villaret et Justin-Besançon ont introduit il y a deux ans dans la thérapeutique l'acétyl-choline, qu'ils ont employée sous la forme de chlorhydrate d'acétylcholine.

Ce médicament jouit de propriétés toniques pour les muscles lisses. Il agit sur les vaisseaux dont il calme les spasmes (vaisseaux artériels) et c'est un puissant excitateur du para-sympathique, dépresseur de la tension artérielle.

La meilleure voie d'introduction de l'acéthylcholine chez l'homme est l'injection sous-cutanée. Les doses habituelles vont de 5 à 15 centigrammes. A ces quantités, l'injection est indolore.

Dans les affections vasculaires périphériques, l'acétylcholine a donné aux auteurs d'intéressants résultats. Cinq malades atteints de syndrome de Raynaud grave, avec gangrène des extrémités, ont été ainsi soumis aux injections d'acétylcholine. Dans tous les cas, le traitement a procuré une amélioration considérable. L'action vaso-motrice du médicament s'observe quinze à trente minutes après la piqûre (5 à 10 centigrammes) et la coloration violacée des extrémités disparaît progressivement. Cette action vaso-motrice de l'acétylcholine dure, suivant les sujets, de douze heures à trois jours. En même temps, les douleurs, si elles existent, sont arrêtées. Quant aux troubles trophiques, lorsqu'ils se réduisent à des ulcérations superficielles et sèches, leur réparation s'opère de façon rapide. Au cas d'infection, toutefois, les effets du médicament cessent d'être nets.

Dans une série de cas d'artérite à tendance sténosante, avec des doses un peu plus élevées d'acétylcholine, MM. Villaret et Justin Besançon ont obtenu une sédation remarquable des douleurs de décubitus. Plusieurs fois l'indice oscillométrique s'est élevé.

Des résultats encourageants ont été également observés dans la claudication intermittente, les sueurs des tuberculeux, certaines hémoptysies. L'acétylcholine est d'ailleurs susceptible de s'appliquer à des états pathologiques très variés ; spasmes vasculaires, troubles du tonus neuro-végétatif (parésie intestinale, coliques de plomb, tachycardie paroxystique), atonie des muscles lisses (utérin, bronchique, vésiculaire), etc.

Les auteurs n'ont jamais observé d'accident fâcheux au cours de près de 2.000 injections d'acétylcholine qu'ils ont pratiquées.

La diphtérie nasale du nourrisson.

(MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun. — *Soc. de pédiatrie* ; 17-1-1928.)

On sait que la diphtérie du nourrisson est avant tout nasale et par ailleurs rarement pseudo-membraneuse. Son diagnostic est difficile, d'autant qu'il y a des formes larvées et occultes et que l'existence des porteurs de germes sains vient compliquer le problème bactériologique.

MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun présentent une étude de cet important sujet qu'ils terminent par quelques conseils pratiques.

La forme pseudo membraneuse de la diphtérie nasale est exceptionnelle chez le nourrisson. L'infection offre alors une grande gravité. Comme il existe des rhinites pseudo-membraneuses ne dépendant pas du bacille de Löffler, il faudra compléter le diagnostic par un examen de laboratoire.

A l'habitude, la diphtérie nasale du nourrisson revêt une forme larvée. M. Marfan en a décrit le tableau clinique : obstruction nasale à prédominance unilatérale, écoulement muco-puru ent, petites épistaxis répétées, érosions sous narinaires, intégrité habituelle de la gorge, absence à peu près constante d'adénopathie cervicale, évolution souvent assez lente qui, à défaut d'une thérapeutique appropriée, conduit vers un état grave d'hypothrepsie. Ce tableau a bien des points de communs avec celui du coryza syphilitique, de la rhino-pharyngite, de l'adénoïdite, et là encore, pour parvenir au diagnostic, il faut avoir recours au laboratoire.

Quelquefois, enfin, assez rarement il est vrai, la diphtérie nasale du nourrisson est occulte. Des bacilles de Lœffler végètent dans les fosses nasales,

sans signe local, sans coryza. Seul l'état général paraît affecté et décline. Un ensemencement nasal révèle l'infection diphtérique.

En somme, dans tous les cas, l'examen bactériologique (fosses nasales et rhino-pharynx) est indispensable au diagnostic de la maladie, mais, cet examen lui-même est insuffisant bien des fois. Quand la culture montre du bacille de Lœffler, un autre problème se pose : l'enfant est-il un diphtérique ou un simple porteur de germes ? Une rhino-pharyngite banale peut évoluer chez un nourrisson porteur de germes, sans qu'il y ait diphtérie, lorsque l'enfant est possesseur d'une immunité naturelle ou acquise. L'épreuve thérapeutique, le traitement sérique, constitue un moyen d'éclairer le diagnostic. La réaction de Schick est également un autre moyen. Mais, la sérothérapie échoue dans certains cas, quand elle intervient tardivement. D'autre part, la réaction de Schick, chez l'enfant très jeune, donne des résultats infidèles. M. Chevalley et M. Ribadeau-Dumas, ont publié des exemples de diphtérie chez des nourrissons à Schick négatif. Les auteurs préfèrent utiliser, pour apprécier la réceptivité de l'enfant, le dosage de l'antitoxine dans le sérum selon la méthode de Rœmer.

On voit par là quelles sont les difficultés rencontrées dans le diagnostic précis de la diphtérie du nourrisson. En pratique, la conduite est heureusement plus simple : la diphtérie du nouveau-né se déroulant avec des caractères si spéciaux qu'il est parfois impossible de distinguer aux premiers examens un malade d'un porteur de germes, la prudence commande de *traiter par le sérum tout nourrisson dont l'ensemencement des fosses nasales fournit des bacilles diphtériques* et dont l'état général périclite sans que l'examen fournisse une explication suffisante.

— M. Marfan note que, dans toutes les agglomérations de jeunes enfants, les porteurs de germes diphtériques sont assez nombreux. Le rôle de ces germes n'est pas toujours aisé à définir.

Gros ventre pithiatique chez une enfant.

(M. Eschbach, de Bourges. — *Soc. de pédiatrie* ; 17-1-1928.)

Une fillette de 14 ans, entre dans le service de M. Eschbach pour un gros ventre irréductible, déjà opéré plusieurs fois. Etat général médiocre, inappétence avec phénomènes nauséeux. La malade étant couchée et son attention détournée, on parvient, sous l'influence d'une pression continue, à assouplir le ventre, qui finit par céder. Bien plus, si l'on saisit les cuisses et si on les met en hyperflexion sur l'abdomen, tout ballonnement disparaît. Guérison en un mois par un entraînement progressif, avec hydrothérapie et eupeptiques.

Cette sémiologie se montre analogue à celle des « gros ventres de guerre », étudiés comme névrose motrice de l'abdomen. La névrose semble avoir été fixée sur le ventre par des troubles dyspeptiques de longue date, survenus sur un terrain névropathique.

P. L.

Un cas de « pseudogranulie » à évolution suraiguë.

(M. Brulé, R. Huguenin et P. Foulon. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 27-1-1928.)

La granulie pulmonaire est généralement considérée comme une forme aiguë de tuberculose, caractérisée cliniquement par son allure générale de maladie infectieuse, à type souvent typhoïde et longtemps dépourvue de localisations précises. Radiologiquement aussi, son aspect paraît caractéristique, avec son semis de fines taches éparses dans toute l'étendue des aires thoraciques.

Un cas, observé par les auteurs, montre qu'une image radiologique de même ordre, qu'un semblable aspect anatomique peuvent s'associer à des syndromes cliniques différents, avec les caractères cliniques et radiologiques habituels, faisant porter un pronostic rapidement fatal ; l'évolution n'eut point cette rapidité qui est un des caractères essentiels de la maladie ; presque six mois, en effet, s'écoulèrent entre le début et la terminaison.

Il n'existe donc pas une « granulie » clinique, mais, en réalité, des formes granuliques de la tuberculose.

Glukhorment et diabète.

(F. Rathery et P. Mollaret. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 3-2-1928.)

Le glukhorment est une poudre obtenue par fermentation du pancréas ; c'est une substance entièrement différente de l'insuline puisqu'elle est le produit de la fermentation du pancréas par la levure ; le glukhorment serait préformé dans l'organisme, sa nature réelle restant inconnue. Ce corps s'administre par la bouche en tablettes de 0,30 : dix minutes après les repas, matin, midi, soir, on en prend 1 à 2 tablettes, en tout 3 à 5. Les accidents d'intolérance seraient beaucoup plus rares qu'avec la synthaline ; on ne constaterait pas de phénomènes d'hypoglycémie grave comme avec l'insuline. Noorden aurait obtenu la disparition de la glycosurie, qui serait tardive et ne surviendrait que le deuxième jour.

Les auteurs ont expérimenté ce produit, non sur des diabétiques simples, mais sur des diabétiques consomptifs, de gravité moyenne et légère. Certains furent traités exclusivement par le glukhorment, d'autres par le glukhorment et l'insuline.

Il en résulte que :

1° Le glukhorment, pas plus que la synthaline, ne peut être comparé, au point de vue de l'efficacité de son action, à l'insuline, qui reste indubitablement le seul médicament actif que nous possédions actuellement pour le traitement du diabète consomptif et du coma.

2° Le glukhorment possède une efficacité réelle, toujours sur la glycosurie, mais non toujours sur la glycémie ; il existe à cet égard de grandes variations individuelles.

3° Dans le diabète consomptif léger, type choisi, l'action a pu être le plus souvent fort légère.

4° Son efficacité s'exerce aussi sur les corps acétoniques ; la réserve alcaline a été parfois nettement améliorée, mais l'action thérapeutique est loin d'être constante ; elle est, aussi, souvent tardive ; ce n'est qu'au bout de quelques jours, parfois même après la cessation du médicament, que les modifications constatées sont les plus nettes.

5° Le glukhorment est parfois mal toléré.

Si, dans la pratique, la synthaline ou ses dérivés ne donnent pas des résultats permettant de vulgariser leur emploi, ces corps présentent un gros intérêt ; ils permettent de prévoir la découverte de corps moins toxiques et plus actifs, qui administrés *per os*, seraient capables de remplacer l'insuline.

Traitement de la blennorrhagie chronique par la dilatation gazeuse (Méthode Maisler).

(MM. Bizard et Maisler. — *Société de médecine de Paris* ; 11-11-1927.)

Actuellement, les méthodes thérapeutiques employées se révèlent insuffisantes, parce que l'action médicamenteuse ne s'exerce qu'en surface sans pénétration complète dans les foyers glandulaires et parce que, toutes, elles ont une action irritante et traumatique et par suite affaiblissent les moyens de défense d'une muqueuse déjà enflammée.

Le traitement doit être à la fois dilatateur et antiseptique ; c'est le gaz, qui, véhiculant l'antiseptique, sera dilatateur. Le protéinate d'argent au 1/10 et le néol (ou un oxydant quelconque) remplissent ce but ; isolés, ils sont irritants et caustiques ; mélangés ils ne le sont plus, et de plus produisent un dégagement de gaz, qui dilate le canal, et fait pénétrer l'antiseptique.

Une sonde de Guyon à boule exploratrice introduite dans le canal est fixée par les doigts, serrant la verge, au niveau de la lésion ; on y adapte une seringue de Pravaz sans piston ; on y verse 1 à 2 cc. de néol, à concentration variable suivant l'état de sensibilité ; le néol lave le canal et ressort entre le méat et la sonde ; puis la verge étant exprimée on introduit environ (avec l'aide du piston) 1 cc. de protéinate d'argent au 1/10 ; la douleur causée par le néol s'amende aussitôt ; puis, et c'est le temps le plus important, on fait quelques mouvements du piston jusqu'à ce que la mousse du produit se dégage par le méat malgré la pression du malade sur le gland. La durée du traitement est brève (2 à 3 semaines) : les séances sont courtes ; la douleur est pour ainsi dire nulle. Aucun accident n'a été noté sur 200 malades traités à ce jour en deux ans. Les récidives sont assez rares.

La constante d'Ambard au Congrès international d'urologie de Bruxelles.

(F. Cathelin. — *Société de médecine de Paris* ; 10-2-1928.)

M. F. Cathelin émet sur la constante d'Ambard, non seulement l'opinion personnelle qu'il a toujours professée, mais encore le jugement rendu en quelque sorte par la cour de cassation, que fut en août 1927 le congrès international de Bruxelles.

La constante ne subsiste plus dans le sens où ses auteurs l'ont présentée il y a quinze ans. C'est un petit fait à ajouter aux autres méthodes d'exploration fonctionnelle des reins ; la constante ne peut et ne doit en détrôner aucune. Il faut savoir la faire, mais il faut aussi que les gens intelligents sachent qu'ils peuvent s'en passer sans aucun risque pour leurs malades.

On a demandé à la constante plus qu'elle ne pouvait donner ; mais elle ne peut fournir que la valeur fonctionnelle rénale *globale* ; elle résulte de mathématiques compliquées, qu'il faut opposer aux chiffres simples donnés par les chimistes, comme par exemple le taux de l'urée sanguine ; la constante ne peut jamais témoigner par un chiffre de la valeur actuelle de la fonction rénale ; elle ne mesure ni la solidité, ni la résistance de cette fonction, bref elle ne peut servir à son pronostic.

Si cette constante conserve toute sa valeur physiologique, elle perd de son importance dans son application aux affections chirurgicales des reins ; elle peut être bonne chez l'homme adulte bien portant, mais ne fournit pas de renseignements utiles chez l'homme malade. En particulier les lois de l'urée donnent toute satisfaction aux chirurgiens, car elles sont basées sur la division des urines, les décisions chirurgicales étant essentiellement basées sur le principe de l'unilatéralité.

Bref c'est l'*impression générale*, qui se dégage de l'étude *clinique* du malade qui en dernière analyse doit l'emporter. Les épreuves de laboratoire sont secondaires et ne viennent qu'après.

M. Sédillot fait remarquer : toutes les fois qu'il s'agit bien d'un cas de mal de Bright, nous n'avons nullement besoin de la constante pour affirmer ce diagnostic. La vieille clinique est bien largement suffisante. Toutes les fois, au contraire, qu'une constante élevée vient pour ainsi dire donner tort à la méthode clinique, méfions-nous : il s'agit d'un de ces « bons » mal de Bright (?) monosymptomatiques », qui guérissent complètement en quelques semaines de régime sévère.

G. F.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Dystocie par gros excès de volume fœtal chez une diabétique.

M. Baux a dû intervenir chez une Vpare en travail depuis deux jours : abdomen énorme, hauteur utérine 54, auscultation négative. La poche des eaux rompues, on reconnait un siège décompleté qui ne descend pas, malgré l'abaissement des membres inférieurs. B. est obligé de recourir successivement à la désarticulation de la cuisse, à l'éviscération de l'abdomen et du thorax, et à la basiotripsie. Le poids total du fœtus, sans les viscères et la matière cérébrale, était de 7.780 gr. pour une longueur de 63 cent. ; le poids du placenta était de 1.120 gr. L'excès de volume fœtal doit vraisemblablement être mis sur le compte du diabète, qui est connu pour une cause de gigantisme fœtal.

Adhérences anormales du pôle inférieur de l'œuf rendant toute dilatation impossible.

M. Baux rapporte le cas d'une Ipare de 43 ans. perdant depuis un mois du liquide amniotique rosé : le col est haut et se dilate mal, étant obstrué par une membrane très ferme mesurant un centimètre d'épaisseur. Devant l'apparition de signes d'infection, et après échec du dilatateur de Tarnier, B. décide d'intervenir par la voie haute, et pratique un Porro. Les suites sont normales. Tout le segment inférieur de l'utérus était tapissé à sa partie interne par une membrane lui adhérant intimement, et dont l'origine semble pouvoir être rapportée à une endométrite déciduale.

Situation anormale du col utérin ayant nécessité une césarienne.

M. Baux communique l'observation d'une primipare de 17 ans, à utérus fortement antéversé, dont le col situé trèshaut en arrière est inaccessible. La tête appuyant sur le cul-de-sac antérieur, et toutes les tentatives pour ramener le col en avant ayant échoué, devant les menaces de rupture du segment inférieur utérin, on pratiqua une césarienne classique : enfant de 3.750 gr., suites excellentes.

Utérus didelphe, césarienne conservatrice.

M. Fournier relate l'histoire d'une Ipare avec utérus didelphe (2 vagins, 2 cols). L'enfant est placé dans l'utérus droit, en présentation du siège ; les deux utérus bloquant l'excavation ; devant des signes de souffrance fœtale, F. pratique une césarienne : les suites sont parfaites pour la mère et l'enfant. A noter l'expulsion spontanée d'une caduque de l'utérus non gravide.

Présentation du front enclavée ; césarienne tardive ; hystérectomie.

M. Fournier. — Femme en travail depuis 24 heures, tête très élevée en présentation du front, enclavée dans un bassin rétréci. Après échec d'une tentative de forceps, étant donné le mauvais état des parties molles, on pratique une césarienne suivie d'hystérectomie subtotale. L'enfant en état de mort apparente est ranimé au bout d'un quart d'heure.

Anémie pernicieuse gravidique.

MM. Audebert et G. Fabre communiquent le cas d'une IIIpare de 35 ans supportant très mal sa grossesse : douleurs abdominales, dyspnée d'efforts, vertiges, anorexie. Le traitement par la méthode de Wipple, complété par les petites transfusions sanguines et par l'auto-hémothérapie produisit une grande amélioration, avec augmentation marquée du nombre des hématies. L'accouchement, terminé par un forceps, eut lieu sans incidents.

A propos d'un cas de fibrome du col utérin.

M. Lefebvre a opéré une femme de 48 ans, bien réglée, qui présentait depuis quelque temps de la rétention d'urine, causée par une grosse tumeur, située dans le vagin, tumeur irrégulière de surface et dont on ne pouvait faire le tour. L'ablation eut lieu par morcelage et on reconnut alors qu'il s'agissait d'un fibrome de la commissure gauche du col, du poids de 2 kil. 100.

Herpès buccal chez une accouchée.

MM. Audebert et Fabre ont constaté chez une primipare accouchée normalement la présence de lésions d'herpès buccal, qui régressèrent spontanément.

Accouchement prematuré 20 heures après une injection de néo-salvarsan.

MM. Audebert et G. Fabre rapportent l'observation d'une IIpare de 22 ans, avec Wassermann positif chez laquelle on avait commencé le traitement au néo-salvarsan. Après la deuxième injection (0,45) il se manifesta des signes d'intoxication, puis des douleurs abdominales, suivies d'accouchement prématuré (8e mois). Ultérieurement il se produisit une éruption érythémateuse.

L'accouchement après les grandes incisions médianes du col.

MM. Garipuy et E. Estienny ont pu constater par une observation personnelle, que les incisions médianes du col ne faisaient pas obstacle à la fécondation, ne prédisposaient pas à l'interruption de la grossesse, et n'étaient pas une cause de dystocie.

Tourneux.

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr Léri, Klippel, Sérieux, Mignot et N. Péron. — **Maladies du cerveau** (1 vol. gr. in-8 de 356 pages avec 65 figures : 50 francs).

On trouvera dans ce nouveau fascicule du *Traité de médecine*, dirigé par Carnot et Lereboullet, un exposé complet et clair de la pathologie du cerveau. Le Dr André Léri s'est chargé de développer les chapitres : commotion cérébrale, hémorragie cérébrale, ramollissement cérébral. Chacune de ces affections a été traitée au point de vue étiologie, symptomatologie, diagnostic et traitement.

Le Dr Klippel a rédigé dans le même esprit les articles : syphilis cérébrale, tumeurs cérébrales et abcès cérébral. Le volume se termine par une étude sur la paralysie générale que les Dr Sérieux, Mignot et Péron ont exposée avec soin.

Cet ouvrage réalise dans son ensemble un traité complet sur ces questions de pathologie nerveuse qui intéressent les médecins, spécialisés ou non.

En vente à la Direction de l'Hôpital d'urologie,
156 *bis*, avenue de Suffren, Paris.

Atlas de cinquante aquarelles urinaires, dessinées par Reignier et extraite des huit séries des Travaux annuels de l'hôpital d'Urologie. Pièces opératoires du Dr Cathelin, chirurgien en chef.

Cet atlas rendra service aux confrères spécialisés, car il constitue un mode d'enseignement tout au moins égal aux films cinématographiques, puisqu'on peut, à toute heure et en tout lieu, revoir des lésions qui ne sont pas habituelles ; par leur sincérité d'exécution, elles parlent à l'œil, qu'elles attirent, et serviront de diffusion dans les différents centres.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

La pratique de l'art des accouchements, publiée sous la direction de A. Brindeau, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris. — III. La dystocie, par A. Brindeau, M. Brouha, F. Commandeur, C. Jeannin, J. Lemeland et J. Voron. (1 vol. in-8, 614 pages avec 366 fig., 1927.)

On y trouve traitées : *Les viciations pelviennes*. Bassins agrandis, bassins rétrécis ; étude anatomique d'ensemble des bassins rétrécis indépendamment de leur étiologie ; symptômes et diagnostic des rétrécissements du bassin ; influence des rétrécissements du bassin sur la grossesse et l'accouchement ; pronostic ; conduite à tenir par le Pr J. Voron.

Les maladies de l'appareil génital par le Pr Commandeur : dystocie par lésions de la vulve, du vagin, affections de l'utérus ; tumeurs abdominales, du bassin, du rectum.

Des anomalies du fœtus et de ses annexes, capables de devenir une cause de complications pendant la grossesse et l'accouchement, par les Professeurs A. Brindeau et C. Jeannin : grossesse extra-utérine ; insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur ; la môle hydatique, déciduome malin.

Anomalies et maladies des membranes de l'œuf, par les Professeurs A. Brindeau et M. Brouha : hémorragie rétro-placentaire ; placenta prævia cervical ; rupture du sinus circulaire ; lésions du placenta ; anomalies de l'amnios ; rupture prématurée des membranes ; anomalies du cordon ombilical.

Anomalies du fœtus, par M. Brouha.

Conséquences des complications et des difficultés de la grossesse et de l'accouchement, par A. Brindeau et J. Lemeland : avortements ; accouchement prématuré spontané ; souffrance, mort du fœtus. Déchirures des voies génitales au cours de l'accouchement, mort de la femme pendant la puerpéralité, etc.

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr Clément-Simon, médecin de Saint-Lazare. — **Questions actuelles de syphiligraphie**, suivies d'un index bibliographique de 3.400 travaux de syphiligraphie parus en 1925 et 1926 en français, allemand, italien, espagnol, etc. (*deuxième édition*). (1 vol. in-8° de 178 pages, 1927. Prix : 28 francs).

La précédente série comprenait un index bibliographique pour les années 1923 et 1924. L'index bibliographique est précédé d'une étude fort intéressante de thérapeutique intitulée : Recherche d'un test sérologique pour apprécier la valeur des médicaments antisyphilitiques.

Les livres qui viennent de paraître...

Aux publications médicales Palissier,
10, rue Versigny, Paris.

Année médicale et pharmaceutique Palissier. *Annuaire de médecine et pharmacie.* Edition 1928, Paris, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Facultés d'Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Strasbourg, Toulouse. (Un vol, 424 p.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(21-25 avril 1928.)

Les Flandres, berceau de l'une des trois plus brillantes Ecoles de peinture qui aient jamais existé, l'Ecole flamande, sont, nul ne l'ignore, la patrie des « fleurs merveilleuses ». Michel Zamacois, poète charmant et dramaturge avisé, nous a conté, d'exquise manière, l'aventure dont l'une de ces fleurs merveilleuses fut l'enjeu.

Tous les cinq ans, toutes les plus splendides productions florales que la nature, secondée par l'art, peut enfanter, se trouvent rassemblées dans une Exposition grandiose, qui se tient à Gand, et qui est universellement connue sous le nom, joliment évocateur, de *Floralies*, qui lui fut donné par l'un de ses fondateurs, Cornelissen, en souvenir des « réunions périodiques du peuple en liesse de la Rome antique. »

Les Floralies attirent, à chacune de leurs manifestations quinquennales, des foules compactes de visiteurs venus, tant de Belgique même que de l'étranger.

Les organisateurs des Journées médicales de Bruxelles, qui sont, elles aussi, de luxuriantes fleurs écloses sur les sols conjugués de la Science et de l'Amitié, ont eu l'excellente idée d'en offrir le régal aux habitués, chaque année plus nombreux, de celles-ci, et voilà pourquoi leur date ordinaire en a été avancée de deux mois.

L'on eût pu craindre, peut-être, que, la saison étant moins favorable en avril qu'en juin, les adhésions subissent un certain fléchissement. C'eût été méconnaître l'attrait qu'elles offrent, de par la manière unique et inimitable dont elles sont organisées. Et j'ai ouï dire que près de 1.800 inscriptions ont été recueillies.

Toutes ces pensées me hantaient l'esprit, à la séance inaugurale du dimanche 22, dans le cadre admirable du Palais des Académies, tandis que, délégué de l'*Association professionnelle des journalistes médicaux* et du *Concours médical*, durant que les orateurs inscrits au programme prononçaient leurs discours, je contemplais, hiératique et en quelque sorte stylisée, cette autre fleur merveilleuse des Flandres, S. M. la Reine ELISABETH.....

***

Dès la veille, l'après-midi avait été très animé, et déjà, des conférences avaient été données par M. le Dr C. SÉRONO, professeur à l'Université de Rome, sur *le métabolisme des hydrates de carbone et ses rapports avec la pathologie clinique* ; par M. le Dr VAN DER HOEVE, professeur de la Clinique ophtalmologique de Leyden, sur *les affections de l'œil dans la maladie de Bourneville* ; par M. le Dr POSSEMIERS, d'Anvers, sur *le soignage à domicile des débiles congénitaux* ; par M. le Dr DAMAS MORA de l'Angola (Portugal), sur l'*assistance médicale indigène.* Dans le même temps, se tenaient l'Assemblée générale de la Ligue belge contre le rhumatisme, et la séance publique de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

Mais le soir avait lieu la première grande manifestation officielle des Journées médicales, le banquet en l'honneur des délégués des gouvernements étrangers, servi dans la somptueuse salle des fêtes du *Résidence Palace*, inaugurée à cette occasion.

Ce banquet, qui groupait environ 400 convives, autour de la table d'honneur, était présidé par M. CARNOY, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, entouré de M. VAUTHIER, Ministre des Sciences et Arts, de MM. les Ambassadeurs d'Espagne et d'Italie, de MM. les Ministres de Suède, de Pologne, du Mexique, du Vénézuéla, de Perse, d'Egypte, du Japon, de Grèce, du Luxembourg, de M. le Baron de Beco, gouverneur de la province du Brabant, de M. l'Attaché militaire français, de M. l'Inspecteur général du Service de Santé de l'Armée, de M. le professeur Egas MONIS, de Lisbonne, ancien ministre, de MM. les professeurs LOEPER, GLEY, de moi-même, etc.

M. le Ministre Carnoy ouvrit la série des toasts, en portant la santé de LL. MM., tandis que retentissait la *Brabançonne*, écoutée debout par toute l'assistance. Il rendit hommage au Corps médical qui doit poursuivre ses destinées dans la confraternité et la dignité. Il évoqua avec humour le vêtement du médecin du siècle dernier, en redingote austère, cravate blanche et chapeau haut de forme, pour rappeler la vieille coutume de Louvain, où, au grand soir de la conquête de son diplôme, l'étudiant se coiffe du tuyau de poêle pour aller se réjouir dans les lieux où l'on cultive la gaîté. C'est là marque de bonne humeur, d'optimisme, de foi, dans la médecine, laquelle doit tendre à assurer la victoire de la vie sur la mort.

M. le professeur Slosse, de l'Université de Bruxelles, où il enseigne la physiologie, président du Comité de la VIII[e] session des Journées médicales, adresse ses remerciements à toutes les éminentes personnalités qui apportent leur appui et leur sympathie à cette entreprise de si grande valeur, où viennent se confronter les doctrines professées par les savants et les chercheurs de tout l'univers. Sa gratitude va notamment aux personnalités étrangères qui augmentent si grandement l'attrait de cette réunion. Proclamant l'unité de la médecine, depuis les temps les plus reculés, avec Hippocrate, jusqu'à nos jours, en passant par Alexandrie, par Rome, et par les Gaules, il formule le vœu que toutes ces personnalités emportent de leur séjour à Bruxelles un souvenir aussi durable que celui qu'elles y laisseront.

M. le professeur Egas Monis, parlant au nom des délégués étrangers, salua les Ministres et tous ses honorés confrères auprès de qui le Gouvernement portugais envoie pour la première fois un représentant ; il remercia le Comité des Journées médicales de toutes les captivantes attentions dont il est entouré. Il glorifia la Belgique, pays modèle où les grandes nations peuvent apprendre beaucoup, grande patrie qui a lutté, souffert et triomphé, sous l'égide d'un grand Roi.

M. le professeur Loeper, parlant au nom de la Fédération de la Presse médicale latine, sut trouver des accents émouvants pour exprimer l'honneur qu'il ressent en même temps que la joie qu'il éprouve à se retrouver dans ce milieu des Journées médicales, où tant de souvenirs communs lient les hommes les uns aux autres, où une affection réciproque a grandi à travers les âges. « Nous vous aimons, confrères belges, s'est-il écrié avec éloquence, d'une sincère amitié, nous vous aimons parce que vous nous donnez de salutaires exemples, parce que vous savez travailler... ». Faisant allusion à Van Helmont, dont il venait de retrouver le nom sur une enseigne de la rue du Cloître, il en rappela l'esprit novateur, et en tira une habile transition pour admirer une fois de plus la novation que représentent les Journées médicales, encore qu'elles soient un heureux exemple de conservatisme, en ce qu'elles se renouvellent tous les ans, sous des aspects chaque fois différents. Il salua *Bruxelles médical*, modèle du genre, par sa clarté et sa beauté, qui sont essentiellement des qualités propres à l'idée latine, et but aux créateurs des Journées médicales et de *Bruxelles médical*.

Le professeur Gley, du Collège de France, sollicité par d'unanimes acclamations de l'Assistance, avec tout le charme de sa parole, débuta en ces termes : « Molière a dit que c'était une difficile entreprise que de faire rire les honnêtes gens. Quand, dans un banquet médical, au début des Journées médicales, on s'est trouvé par une fortune heureuse à côté de convives agréables et séduisants, c'est une entreprise non moins difficile que de prétendre les intéresser ... ». Et plus loin : « Ce qu'il y a de très beau dans les Journées médicales, c'est qu'elles rapprochent ceux qui font la Science de ceux qui la pratiquent... ». Et il but finalement à l'union féconde de la Science et de la Pratique médicales.

Je n'ai pas besoin de souligner de quels applaudissements chaleureux tous ces toasts furent salués.

***

Revenons à la séance inaugurale, retardée d'une demi-journée afin qu'elle pût être honorée de la présence de S. M. la Reine. Dès que la Souveraine, tout charme et toute grâce, a pris place dans sa loge, aux accents de l'hymne national, le Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, M. Carnoy, se lève le premier pour saluer tout d'abord la Reine. Il assure ensuite le Comité des Journées Médicales de toute la sollicitude du Gouvernement. Il met en relief, à côté des impressionnants progrès de la chirurgie, les progrès non moins grands de la médecine, surtout dans la lutte contre les maladies épidémiques, aussi bien que contre les maladies sociales : tuberculose et cancer. Il montre la nécessité de procéder à l'éducation populaire, et reconnaît que la collaboration des praticiens était indispensable pour y réussir. Il déplore l'encombrement qui menace le Corps médical belge, et indique les moyens envisagés par le Pouvoir pour y parer : renforcement de la préparation par sept années d'études, création de débouchés aux Colonies. Mais, il faut surtout renforcer la dignité médicale, en créant des conseils de discipline, un Ordre des médecins dont il laisse le soin à M. le premier Ministre Jaspar, de justifier la nécessité.

M. le professeur Gley, au nom des délégués étrangers, s'exprima alors, dans cette langue châtiée, avec cette élocution magistrale, qui lui sont familières et qui captivent si fort l'attention de ceux qui l'écoutent.

« Madame, dit-il en s'adressant à S. M., la « mission m'a été confiée de prier Votre Majesté « d'agréer le très respectueux hommage des « médecins qui représentent ici leurs Gouverne- « ments respectifs. C'est en même temps un in- « signe honneur pour le délégué de la République « française. Et ce sentiment que j'exprime, je « suis assuré que tous ceux au nom de qui je « parle, l'éprouvent pareillement. » Il loue respectueusement la Reine fidèle, doublée d'une femme au grand cœur, et la salue comme une princesse de légende, mais d'une légende vécue, dans les tranchées et les boues des Flandres, au cours de la guerre, et lui rend un hommage d'une poésie charmante.

Ce qui distingue la profession médicale de toutes les autres, dit-il ensuite, c'est que ceux qui l'exercent doivent toujours étudier. Eloge des Journées médicales et de leurs protagonistes. Elles ont à tâche de renseigner, de critiquer, de faire voir, et c'est ce qui explique leur succès, car la plupart des hommes ont gardé leur respect du savoir.

Il expose d'une façon puissamment lumineuse comment la physiologie est à la base de la médecine pratique et se rassied, cependant qu'un tonnerre d'applaudissements se prolonge durant plusieurs minutes.

Le Dr René Beckers, secrétaire général des Journées, remercie S. M. d'avoir consenti à honorer cette séance inaugurale de sa présence. Il montre comment celles-ci représentent une idéale école de perfectionnement, en même temps qu'elles sont une fête de l'amitié et une sauvegarde de la paix du monde.

M. le professeur Slosse parle d'heureuse façon de la beauté tour à tour tragique et rayonnante du médecin. Il insiste sur la nécessité toujours plus grande d'une collaboration étroite entre la clinique et le laboratoire. Il exalte le sens clinique, cette sorte de promonition, de perspicacité particulière faite d'éléments complexes, d'impondérables, de riens qui se dérobent à l'analyse. Le laboratoire du clinicien, c'est son cabinet de consultation, c'est la chambre de son malade. Ses sens ont acquis des prolongements qui leur viennent puissamment en aide : toutes les scopies, les analyses chimiques, microscopiques, bactériologiques, le contrôle électrique. Il convient donc de renverser les cloisons étanches qui divisent encore parfois les médecins pratiquants, à qui doivent être subordonnées toutes les disciplines, et ceux qui font de la science pure. Les découvertes de si haute portée concernant la thyroïde et son fonctionnement, d'une part, le diabète et son traitement insulinique, de l'autre, n'ont pu être réalisées qu'à cause de cette collaboration, qui doit demeurer un idéal pour faire avancer la Science.

M. Jaspar, premier ministre, en même temps qu'éminent jurisconsulte, s'attaqua alors au morceau de résistance, au clou, oserai-je dire, de la séance inaugurale : l'*Ordre des médecins*. Enjoué, spirituel, ému, ironique, toujours maître d'un verbe admirable, l'orateur s'excusa tout d'abord de prendre la parole devant un tel auditoire, encore qu'il s'en trouvât fort impressionné, en raison de sa timidité naturelle... Rappelant qu'aussitôt après la guerre, on sembla se préoccuper surtout de la reconstitution des finances, n'avoir d'autre objectif que l'argent, ne supputer que profits et pertes, il félicite le Corps médical belge d'avoir compris qu'il existe d'autres valeurs que les matérielles, et de s'être préoccupé de la reconstitution de l'intellectualité : c'est ainsi qu'il a bien mérité du pays et de la pensée humaine.

Entrant ensuite dans le vif de son sujet, il s'exprime en substance, en ces termes :

« L'idée de l'Ordre des médecins m'est chère, depuis plusieurs années. J'appartiens à un ordre depuis 35 ans. Le peu que je vaux, c'est à lui que je le dois. Pourquoi les médecins ne s'organisent-ils pas ? Dès 1834, on y songeait déjà ; on travailla longtemps à l'organisation d'un conseil de discipline auquel l'Académie était alors opposée.

« En 1924, l'Académie de médecine fut saisie d'un projet d'organisation rédigé par M. le Dr Van Langendonck. L'idée était neuve et rencontra de précieuses adhésions, traduisant un mouvement de réaction contre des abus qui paraissaient certains. Un rapport présenté à l'Académie sur le projet Van Langendonck stigmatisait ces abus en termes dont, pour ma part, je me refuse à accepter la sévérité. Sans doute y a-t-il des erreurs, des fautes et des négligences, mais elles sont exceptionnelles dans une profession digne entre toutes. Il faut y remédier, et cela n'est possible qu'en créant un Ordre légal des médecins. La question n'a pas encore été posée avec toute l'ampleur qu'elle mérite. On a discuté sous l'angle des intérêts matériels et de la discipline professionnelle. L'idée doit en être plus haute. L'Ordre aura une influence déterminante sur le prestige de la profession en lui donnant une cohésion, un esprit de corps qui lui manquent, et qui seront générateurs de solidarité et de confraternité. Aux professions qui réclament une valeur morale particulière, il faut un statut particulier.

« ... Escompter la mise en œuvre d'une discipline répressive, d'une surveillance, est une erreur : semblable organisation manque en effet d'âme collective, indépendante de toute préoccupation matérielle... »

L'orateur fait un parallèle avec l'Ordre des avocats, qu'il connaît bien pour en faire partie et en avoir été le bâtonnier. Il montre qu'en usant d'admonestations paternelles, tout d'abord, puis des sanctions prévues, la censure, le blâme, exceptionnellement la suspension tem-

poraire et la radiation, il est possible de ramener dans le droit chemin des esprits égarés, plus inconséquents souvent que réellement mauvais.

Pour que l'Ordre des médecins acquière cette âme collective indispensable, il lui faut un chef dont le prestige et l'autorité soient considérables. Son conseil de discipline devra prendre la défense des prérogatives de la profession, et aussi veiller à la conservation de son honneur et de sa dignité. Le Conseil de l'Ordre doit être élu librement par ses membres, afin que son autorité soit librement acceptée par eux. La disclipline doit être aussi paternelle et organisée, c'est-à-dire que les droits de la défense seront scrupuleusement respectés, et que les décisions prononcées par le Conseil de l'Ordre seront susceptibles d'appel devant la magistrature de droit commun.

Craindre de la part d'un Ordre des médecins un accaparement, une tyrannie, ce sont là phrases et mots. A la vérité, les membres d'un Ordre professionnel se disciplinent et ils disciplinent leurs chefs.

Le jour où l'Ordre sera créé, la plupart des difficultés matérielles dont se plaignent les médecins perdront de leur acuité.

Les médecins ont de la vie, mais ce n'est pas la vie légale, celle qui établit la cohésion et entraîne une indispensable union.

J'avais la bonne fortune d'être assis, sur l'estrade, entre Molinéry et mon très distingué confrère et ami, le professeur Bardier, de Toulouse, avec qui, sans perdre d'ailleurs une parole du discours de M. Jaspar, j'échangeais de temps à autre de brèves réflexions.

J'ai admiré sans aucune réserve la forme impeccable de ce discours ; son plan et sa méthode ; son développement harmonieux ; j'ai non moins admiré l'homme d'Etat éminent, le jurisconsulte célèbre, l'avocat, habile en sa plaidoirie en faveur de l'Ordre des médecins. Je l'ai applaudi de toutes mes forces..., encore qu'il s'en soit tenu, par la force même des choses, à des généralités, qui laissèrent dans l'ombre les détails mêmes d'une réalisation pratique, — ce qui est précisément le nœud gardien de la question.

Mais il ne m'a pas convaincu que l'Ordre des Médecins, tel qu'il l'envisage, représente un organisme véritablement opérant pour sauvegarder la moralité du Corps médical. Je le dis en me plaçant exclusivement sur le terrain de la médecine française. J'avoue ne pas très bien saisir ce grand mouvement en faveur de l'Ordre, qui rencontre cependant une vive opposition de la part d'une fraction importante de nos confrères, dans cette Belgique qui possède, professionnellement parlant, ces Commissions provinciales, auxquelles ressortissent tous les médecins, tous les pharmaciens, toutes les sages-femmes, tous les dentistes exerçant, et auxquelles il suffirait sans doute de confier un certain pouvoir répressif pour leur donner toute l'autorité d'un Ordre légal.

J'entends bien que M. Jaspar a soin de mettre sur deux plans différents les préoccupations matérielles, qui sont surtout du ressort des unions professionnelles, analogues à nos Syndicats, et les spirituelles, apanage de l'Ordre. Je suis loin de prétendre que l'intention n'est pas excellente, et le dessein très beau, de vouloir encadrer tous les médecins dans certaines limites légales qui les contraignent en quelque sorte à avoir plus d'unité, pour conserver plus de dignité et de solidarité ... Je doute que, pratiquement, le résultat cherché soit obtenu. Toujours du point de vue français, je n'ai pas goûté le parallèle établi entre l'avocat et le médecin, et l'identité prétendue entre leur façon respective d'exercer leur profession, justifiant une identité d'organisation corporative. Je m'en suis souvent expliqué, ici, et je ne récidiverai pas.

« La déontologie, a dit M. Jaspar, ce n'est autre chose que la morale propre à chacune des professions libérales. « Et il ajouta finement : « Pour quoi déontologie plutôt que morale ? Parce qu'il est de bon ton d'employer une langue hermétique, quand on occupe des situations comme les nôtres. Et Dieu sait si les avocats s'en font faute ... »

J'ai eu l'heureuse chance de me trouver trois jours plus tard au lunch de Gand, le voisin de M. le Dr Van Longendonck, l'un des principaux initiateurs de l'Ordre des médecins belges. « Vous voulez, me dit-il, tout d'abord un Code déontologique ? — Certes, répondis-je. C'est un principe étroit du droit qu'une faute ne puisse être punie que si elle est définie par la loi, en même temps que la sanction correspondante. *Nulla pœna sine lege.* — Mais ce n'est pas possible, me rétorqua-t-il. Il s'agit de parer d'abord, puis de réprimer des agissements, des gestes professionnels que nous ne pouvons prévoir. — De grâce, citez-moi un agissement professionnel qui soit strictement anti-déontologque, et justiciable par suite de l'intervention du Conseil de l'Ordre ? — Eh bien ! Supposez que l'inspection des Pharmacies découvre à Bruxelles un nombre anormal de prescriptions de stupéfiants, faites par un médecin sans notoriété, sans titres, exerçant dans les faubourgs, et dont la clientèle est faite d'éléments venus de tous les coins du pays ... Il y a là plus qu'une présomption de trafic illicite... Ses pairs appellent ce médecin devant le Conseil de l'Ordre qui peut l'admonester paternellement et peut-être obtenir qu'il renonce à ses mauvaises habitudes et reprenne le droit chemin... ». — « Nous avons, dis-je, nous aussi, en France, des médecins qui sont poursuivis pour un trafic du même genre. Je dois dire que nous en avons connu qui le furent à

tort, sur la dénonciation d'un inspecteur des pharmacies... ». — « L'Inspecteur des Pharmacies n'est pas compétent, répliqua Van Longendonck. En Belgique, c'est la Commission provinciale qui est saisie avant que l'affaire soit portée sur le terrain judiciaire... » — « Nous voudrions bien qu'il en fût ainsi en France... Mais puisque vous avez vos Commissions provinciales, que ferait de plus et de mieux un Ordre des médecins ??? » Là dessus, nous fûmes interrompus par les toasts qui débutaient, et nous n'allâmes pas plus avant.

Mais j'en ai assez dit pour montrer, je pense, que c'est, ainsi que je l'écrivais le 22 avril, un haut souci de la moralité médicale qui pousse certains médecins belges à réclamer l'organisation d'un Ordre des médecins, mais surtout au regard de ceux qui trafiquent des stupéfiants ou qui tendent à commercialiser la profession.

Le dimanche après-midi comprenait huit conférences. J'en ai écouté trois, ne possédant pas le don d'ubiquité.

La première, de M. Soderbergh, sur la *neurologie de la paroi abdominale.* L'étude clinique de malades atteints de tumeurs médullaires a permis à l'auteur de définir avec exactitude les réflexes des muscles de la paroi abdominale. Ces réflexes étant désormais connus, le diagnostic de la localisation de ces tumeurs médullaires peut découler de leur étude. Il a décrit en particulier un signe qu'il appelle *signe de la rotation de l'ombilic* qui serait une source de précieux renseignements.

M. le professeur Nolf, savant physiologiste de l'Université de Liège, traita ensuite du *système nerveux entérique.* Ce qu'on désigne sous le nom de système nerveux autonome comprend deux groupes opposés : le sympathique et le parasympathique. Tandis que le sympathique envoie des nerfs dans tout l'organisme, le parasympathique se limite à une région déterminée. Le propre des nerfs autonomes, contrairement aux nerfs de la vie de relation, c'est de n'être pas homogènes, mais de se composer de segments reliés les uns aux autres par des synapses, agissant comme des sortes de valves, laissant passer le courant nerveux dans un sens, et non dans l'autre.

Si l'on s'en tient exclusivement au système nerveux entérique, l'étude des réactions qu'offre une anse intestinale isolée, soumise à l'action du courant électrique, dans une atmosphère appropriée, d'abord intacte, puis traitée soit par l'atropine, soit par la nicotine, montre que le système ne comporte pas de fibres afférentes, et que c'est vraisemblablement le neurone connecteur lui-même qui est sensible, et qu'il est en rapport avec le système nerveux central par l'intermédiaire de fibres post-ganglionnaires d'origine sympathique.

M. le professeur Gley, du Collège de France, consacre sa conférence aux *relations entre les diverses activités des glandes plurifonctionnelles.* Ce que nous connaissons des glandes endocrines concerne leur rôle, mais il y a un travail à faire sur leur fonctionnement au sujet duquel nous ne possédons pas d'information, sauf pour le foie. Quelles sont les conditions de la sécrétion de ces glandes, leur innervation ? A quels excitants répondent-elles ? Nous l'ignorons, sauf pour la sécrétion intestinale. Les excitants de la fonction exocrine sont-ils les mêmes que ceux de l'endocrine ? Le professeur Gley, limitant son exposé au pancréas et au foie, fait état des recherches expérimentales effectuées dans son laboratoire sous sa haute direction pour montrer comment l'excitation de la sécrétion externe du pancréas, sous l'influence de l'acide chlorhydrique, se manifeste parallèlement sur la fonction interne, mesurée à l'aide des variations de la glycémie, le contrôle étant fait sur des animaux dont le pancréas externe avait été préalablement sclérosé, donc anéanti, par des injections de graisses.

Du côté du foie, mêmes résultats, le rôle du pancréas ayant été réduit à néant pour éviter les causes d'erreur.

Ce sont là des phénomènes qui mettent sur la piste du fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

Autres conférences de la journée :

Le problème de l'immunité locale, par M. le professeur Renaux, de Bruxelles. — *L'apicolyse,* par M. le Dr Lauwers. — *Méthodes et résultats de chirurgie plastique de la face,* par M. le Dr Sanvereno-Roselli, de Gênes. — *Les atrophies musculaires particulièrement d'origine articulaire,* par M. le professeur Gunzburg, de Bruxelles. — *La chirurgie réparatrice des grands estropiés,* par M. le professeur Bastos y Ansart, de Madrid.

Le soir, une représentation de gala était donnée aux Congressistes au Théâtre de la Monnaie, de la comédie musicale de Strauss : *Le Chevalier à la Rose.* Salle somptueuse, remplie du haut en bas, attentive et enthousiaste, jusqu'à réclamer cinq et six fois de suite les artistes, à la fin de chaque acte. Artistes de tout premier ordre, chanteurs et chanteuses, doublés d'excellents comédiens. Mise en scène luxueuse, plus luxueuse peut-être que celle de notre Opéra... En bref, très belle soirée.

***

Lundi matin. — Démonstrations, opérations, leçons dans tous les hôpitaux et instituts de Bruxelles.

A la Policlinique du Parc Léopold, j'ai enten-

du M. le Dr Tant exposer talentueusement *les conceptions modernes du traitement de la blennorrhagie,* qui n'est pas une maladie locale, comme on l'a cru longtemps, mais une infection générale de tout l'organisme, à preuve, les anticorps qu'on découvre dans le sang des gonococciques, peu de temps après la pénétration du germe.

Le traitement abortif doit donc être mis en œuvre, mais opportunément, et dans les toutes premières heures, en utilisant des solutions faibles non irritantes d'argyrol, et d'argyrol américain, le seul qui offre de réelles propriétés curatives.

Plus tard, il est trop tard, et l'on s'en tiendra aux injections et aux lavages avec de faibles doses de permanganate.

Mon ami Beckers nous entretint ensuite du *diagnostic,* de la *pathogénie* et de la *fréquence des grossesses extra-utérines.* A retenir de son intéressante causerie, qu'à son sens, l'une des causes de la nidation tubaire est la présence dans les trompes malades de nodules nacrés, plus sensibles au toucher qu'à la vue, et qui lui paraissent jouer un rôle indiscutable.

Lundi après-midi. — Entre dix conférenciers annoncés au programme, j'ai dû en choisir trois. Et tout d'abord, le jeune et aimable professeur agrégé Doumer, de Lille, qui nous donna une très remarquable conférence sur l'*hypertension, ses formes cliniques et leur pronostic,* que je pris un plaisir extrême à écouter, entre MM. les professeurs Gley et Bardier, en ce qu'elle fut de nature à rassurer les hypertendus. On admet que l'hypertension artérielle est dangereuse en ce qu'elle menace les reins, les vaisseaux, le cerveau, le cœur ; et pourtant on connaît des hypertendus à chiffres élevés qui ont duré sans qu'aucune des complications redoutées se soient jamais manifestées !

Comment donc poser un pronostic ? On distinguera d'abord les hypertensions complètes, des hypertensions seulement systoliques. Des sujets jeunes, avec un cœur normal, ont des palpitations, dues à une hyperexcitabilité de leur système accélérateur. Leur maxima est au-dessus de la normale, sans que leur minima, qui mesure la pression diastolique, soit affectée. Cela est sans importance, de même que chez des sujets âgés, artério-scléreux, à aorte large, sautante ; chez les insuffisants aortiques.

Quand il s'agit par contre d'hypertensions complètes, chez de jeunes sujets, le prononstic s'assombrit, parce que le substratum en est habituellement une grave lésion rénale. La syphilis peut aussi être invoquée, soit acquise, soit héréditaire.

Les hypertensions de la cinquantaine sont souvent bien tolérées. A remarquer que les petits signes ne peuvent servir à asseoir un pronostic, les formes graves allant parfois avec des troubles fonctionnels à peine marqués.

Jusqu'à 18, 19, de maxima, l'hypertension est légère ; elle est moyenne jusqu'à 25 ; et forte au-dessus.

Les fortes hypertensions sont graves parce qu'elles se compliquent facilement de lésions rénales, de ruptures vasculaires et de défaillance cardiaque. Les ruptures vasculaires encéphaliques sont le plus souvent mortelles. Les ictus, dont le malade sort, sont dus à des foyers de ramollissement ; à cet égard, le dosage de la cholestérine sanguine servira à déterminer le pronostic.

Enfin, l'hypertension de la ménopause est fréquemment à prédominance systolique, donc incomplète, mais s'accompagne de petits signes fréquents. Elle est variable ; son pronostic, prise en elle-même, est rassurant.

Grand succès pour M. Doumer qui captiva littéralement son auditoire.

M. le Dr Mathieu-Pierre Weill, médecin des hôpitaux de Paris, traita du *rhumatisme de la ménopause.* Les statistiques démontrent que les femmes payent comparativement aux hommes un tribut très élevé au rhumatisme, et aux algies rhumatismales. Le rhumatisme correspond volontiers à tous les incidents de leur vie génitale. C'est Dalché qui, le premier, établit les rapports entre le dysfonctionnement utéro-ovarien et le rhumatisme articulaire. C'est un rhumatisme algique, symétrique, faiblement évolutif, sans gravité.

Les femmes prématurément châtrées, soit chirurgicalement, soit au moyen des rayons X, font volontiers du rhumatisme à formes sévères : hydarthroses, ankyloses. Le rhumatisme de la ménopause, de même famille, est lié au dysfonctionnement ovarien. Il apparaît parfois longtemps avant l'arrêt complet des règles. Ailleurs, par contre, la suppression des règles n'est suivie que tardivement de manifestations rhumatismales. C'est que la ménopause peut être envisagée comme une longue période qui s'écoule entre l'âge adulte et la vieillesse. Ces femmes font souvent une fièvre dysovarienne, elles ont une fragilité angio-vasculaire, avec une tension artérielle élevée, de la mélanodermie. A l'exploration radiologique de leurs articulations, on ne note rien qu'une décalcification des extrémités osseuses. Ce sont, en effet, les troubles du métabolisme du calcium et du phosphore, qui se trouvent à la base de ces lésions articulaires . . .

La thérapeutique utilisera le soufre, pain quotidien des cartilages, et les produits opothérapiques, extrait d'ovaire à doses élevées associé au corps thyroïde et parathyroïde ; le calcium, fixé à l'aide des rayons ultra-violets ; le gardénal à petites doses et certaines eaux minérales ; Plombières, Aix-les-Bains, Spa, Dax . . .

M. le professeur agrégé Noël FIESSINGER avait choisi pour sujet de sa conférence : la *fonction chromagogue du foie.* Il fut suivi avec beaucoup d'attention par un auditoire très sympathique.

On parle volontiers de l'insuffisance du foie. Mais comment la définir et surtout la mesurer ? Le foie possède de multiples fonctions et la tâche en est très difficile. C'est une glande antitoxique ; c'est un émonctoire. Il élimine aussi les substances colorantes, et c'est en utilisant cette propriété qu'on peut calculer l'insuffisance de l'organe. Les substances colorantes sont douées d'un véritable tropisme qui les oriente vers un organe déterminé. L'auteur s'est adressé au rose bengale, dont la toxicité est minime, et qui peut être employé sans risque. L'étude de cette fonction éliminatrice de ce colorant, si heureusement appelée fonction chromagogue, a permis à M. Fiessinger d'acquérir certaines précisions sur le foie qui seront très utilement employées en clinique et en thérapeutique.

Autres conférences : *Considérations sur l'hémolysothérapie,* par M. le Dr DESCARPENTRIES, de Roubaix. — *Le traitement chirurgical et marin des tuberculoses osseuses,* par M. le docteur MAFFÉI. — *Les vaccinations anti-toxiques (diphtérie, tétanos), envisagées au point de vue biologique, médical et social.* par M. le médecin major ZOELLER, professeur agrégé du Val-de-Grâce. — *Technique et résultats de l'exérèse iléo-cæcocolique dans certaines affections du côlon droit,* par M. le professeur Marie DONATI, de Turin. — *Thyroxine synthétique naturelle et substances apparentes,* par M. le docteur DEMOLE, de Genève. — *L'assurance-maladie ; à quelles conditions le Corps médical peut-il y collaborer,* par M. le Dr DESROUSSEAUX, de Roubaix.

Le soir, concert offert par la Musique du 1er régiment des Guides (Musique particulière du Roi), l'analogue de notre Garde Républicaine, dirigée merveilleusement par le lieutenant PRÉVOST. Programme éclectique avec une Fugue de Bach, une ouverture classique : Freischutz, une Rapsodie de Litz, une autre Rapsodie wallonne, — et admirablement exécutées... Le corps de ballet de la Monnaie nous régala d'un délicieux intermède de danses wallonnes sur des motifs musicaux tirés du folklore, ingénieusement orchestrés.

Ensuite, une sauterie retint les amateurs de danses modernes jusqu'à une heure assez avancée de la nuit.

***

La matinée du troisième jour a été, comme la veille, occupée par des leçons, des démonstrations, des opérations à l'hôpital Brugmenn, et dans les policliniques, les hôpitaux et les fondations de Bruxelles même.

L'après-midi nous retrouvait au Palais du Cinquantenaire, où nous avions le choix entre huit conférences faites par MM. DERSCHEID et TOUSSAINT, sur *l'état actuel du traitement chirurgical du cancer* ; VALETTE, sur le *traitement crénothérapique arsenical des adénopathies trachéo-bronchiques infantiles* ; DUESBERG, sur *l'hérédité mendelienne : facteurs léthals et pathologie humaine* ; Egas MONIZ, sur *l'encéphalographie artérielle* ; d'OLLANDER, sur les *fonctions des couches optiques* ; WATRY, sur les *malformations dento-maxillo-faciales chez les enfants débiles ; résultats d'une enquête au preventorium de Clemskerke.*

M. le professeur BARDIER nous entretint, pour sa part, des *syncopes cardiaques et de la reviviscence du cœur par l'adrénaline.* On sait que, sous l'influence de cette substance, introduite dans l'organisme, le cœur et les vaisseaux réagissent immédiatement. Réaction intense et immédiate qui se traduit par une vaso-constriction et une élévation de la pression sanguine. Celle ci décroît ensuite progressivement et retombe au niveau où elle était avant l'expérience. Cette propriété de l'adrénaline justifie son emploi clinique dans les insuffisances du cœur, telles que les contractions tombent et cessent. Elle permet d'obtenir la réviviscence, la réanimation du cœur. En opposition avec ce qui précède, des travaux, venus surtout d'Amérique, démontrent que, dans certaines conditions, l'adrénaline peut provoquer la mort. Bardier rappelle en quelques mots très clairs, et en s'appuyant sur la classification de Gallavardin, les différents types de syncopes cardiaques : les légères, les fugaces, et les graves, subdivisées elles-mêmes en passagères et définitives.

Il n'y a pas une, mais des syncopes cardiaques : celles qui accompagnent les affections du cœur et de l'aorte, les anémies, la chlorose, les convalescences ; les syncopes réflexes, par inhibition, les syncopes des maladies infectieuses ; les syncopes toxiques.

Il faut, en outre, faire une place aux syncopes par association toxique, les syncopes adrénalino-chloroformiques, qui ont pour analogues les syncopes nicotino-chloroformiques et les syncopes lobélino-chloroformiques. Des expériences entreprises sur certains animaux sensibles à l'association adrénalino-chloroformique, le chien et le chat, montrent que l'hypertension n'est pas la cause première de la syncope. Le cœur chloroformisé devient plus sensible à l'action de l'adrénaline et présente le phénomène de la trémulation, de la fibrillation.

Chez l'homme, on possède plusieurs observations de sujets morts à la suite d'instillations nasales d'adrénaline, alors qu'ils étaient sous l'in-

fluence du chloroforme. On sait que le cœur peut se contracter plus ou moins longtemps, alors qu'il est séparé de l'organisme. On sait aussi que le massage du cœur peut entretenir et réveiller les battements cardiaques, et c'est une méthode qui a été employée à différentes reprises. Les injections intra-cardiaques d'adrénaline n'ont pas d'effets constants et se montrent plutôt inefficaces.

Ce qu'il faut retenir pratiquement de cet exposé infiniment intéressant, c'est qu'on doit se montrer infiniment réservé dans l'emploi des injections intra-cardiaques d'adrénaline dans les syncopes chloroformiques, tandis qu'on pourra y avoir recours dans toutes les autres syncopes anesthésiques.

M. le professeur Pautrier, de Strasbourg, traita de *quelques aspects de la question du cancer épithélial, envisagé du point de vue dermatologique*, dans le triple sens clinique, histologique et thérapeutique. Il rappela les deux types fondamentaux de tumeurs épithéliales, le spino-cellulaire et le baso-cellulaire, entre lesquels, il faut faire une place aux tumeurs mixtes, intermédiaires à ces deux formes histologiques. La forme spino-cellulaire affectionne la peau et les muqueuses ; elle envahit précocement les ganglions ; c'est le type malin du cancer épithélial. La forme baso-cellulaire s'ulcère rapidement, mais demeure très longtemps locale, sans envahissement des ganglions, même quand elle aboutit à des mutilations effroyables. Les formes mixtes se comportent cliniquement comme les baso-cellulaires.

Par des projections lumineuses, le conférencier illustre remarquablement son exposé. Il montre des formes anormales de types cliniques différents du processus histologique.

Il cite l'observation d'une femme qu'il a étudiée au Canada, et qui portait sur tout le tégument plus de 250 tumeurs épithéliales d'aspects différents. Elle avait 23 ans quand l'affection débuta. M. Pautrier la vit plus tard, dans un excellent état de santé.

Les affections dites précancéreuses, telle que la maladie de Paget, considérées comme des dyskératoses, doivent être rangées, d'après l'auteur, parmi les épithéliomatoses cancéreuses. L'examen histologique permet en effet d'y reconnaître des éléments cellulaires anarchiques, qui ne laissent aucun doute sur leur véritable nature.

Tous ces faits sont d'un intérêt pratique indiscutable, puisque, selon la forme histologique de la tumeur, celle-ci est justiciable ou non de la thérapeutique par les radiations.

Le soir, le Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène recevait les délégués étrangers et le Comité des Journées médicales. Réception charmante, si j'en crois *Bruxelles médical* du 29 avril.

***

La quatrième journée s'écoula à Gand, où un train spécial avait conduit les Congressistes, dès le matin. A leur arrivée, ils furent appelés à choisir dans un vaste programme scientifique qui s'exécuta dans les Instituts cliniques, l'hôpital civil, l'Institut d'hygiène et de bactériologie, où les professeurs gantois et leurs assistants rivalisèrent pour montrer à leurs hôtes à quel haut degré de perfectionnement est parvenu leur enseignement.

A midi, plus de sept cents personnes étaient réunies au Palais de l'Azaléa, où leur fut servi un déjeuner présidé par M. le Bourgmestre de Gand, qui ouvrit la série des toasts, en portant la santé de L.L. Majestés, si favorables à toutes les œuvres scientifiques. M. le Recteur de l'Université de Gand remercia les Congressistes d'avoir choisi sa ville pour y terminer leurs travaux par la visite des Floralies, apothéose de la science biologique.

M. le professeur Slosse, président de la VIII[e] session des Journées médicales, eut des mots heureux pour remercier les confrères gantois de leur réception, en un jour particulièrement favorisé par le soleil qui daigne envoyer son sourire à la Flandre qui sort de son sommeil hivernal.

M. le professeur Soderbergh parla au nom des délégués étrangers et exprima toute leur gratitude pour les attentions multiples dont ils avaient été comblés.

La visite des célèbres Floralies commença ensuite et dura deux heures, sans que l'enchantement des yeux fut un seul instant en défaut devant ces massifs somptueux où les Azalées, les Hortensias, les Rhododendrons, les Roses, les Lilas, les Arums, les Orchidées, les Tulipes, se groupent, dans un ensemble d'une richesse et d'une harmonie inouïes de couleurs et de formes.

Certes, c'est à bon droit que la foule se presse dans cet immense vaisseau où, par chance, l'on peut gravir des degrés qui permettent d'avoir une vision d'ensemble impressionnante de cette admirable exposition florale. Et les Congressistes en emportèrent, si j'en juge par moi-même, un impérissable souvenir.

Cette visite terminée, le Collège des Bourgmestres et Echevins et le Conseil communal de Gand les reçurent à l'Hôtel-de-Ville, monument grandiose qui remonte à l'époque gothique ; après quoi nous visitâmes la Cathédrale Saint-Bavon, célèbre tant par elle-même que par toutes les richesses picturales, sculpturales et architecturales qu'elle renferme, parmi lesquelles je citerai le fameux tryptique des Van Eyck, dont les pan-

neaux latéraux représentent Adam et Eve, et dont le centre est consacré à l'Adoration de l'Agneau Mystique.

D'autres monuments furent encore admirés, tel le Château des Contes de Flandre, datant du XIIe siècle et rappelant les Croisades.

Et les Journées Médicales se terminèrent sur un *hosannah* en l'honneur de leurs organisateurs BECKERS, BERNARD et MAYER qui, une fois de plus, ont montré qu'ils sont passés maîtres inimitables, dans l'art d'exalter au maximum cet heureux mélange d'utile et d'agréable par quoi se marque l'originalité et le triomphe de leur formule à jamais célèbre.

***

Les Journées Médicales s'agrémentaient d'une brillante exposition internationale des Arts et Sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire, placée sous la direction de l'aimable M. R. LÉPINE. Les grandes firmes françaises y occupaient une place importante : Boucard, Fumouze, Poulenc, Lambiotte, Usines du Rhône, Galbrun, Cortial, Rolland, Fournier, Scientia, Leprince, Heudebert, Roche, Choay, Byla, Trouette-Perret, Couderc, etc., etc. Si j'en oublie, je m'en excuse.

La Compagnie de Vichy, les Eaux de Contrexéville, de Luchon, de Vittel, la Fédération thermale d'Auvergne (La Bourboule, Châtel-Guyon, le Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire) figuraient également dans cette exposition.

Le IVe Salon des médecins réunissait un ensemble d'œuvres dignes d'attention et fut très fréquenté dans l'intervalle des conférences.

***

Avant de terminer, il me reste un très agréable devoir à remplir : j'ai trouvé auprès de Mesdames BECKERS, MAYER et TANT l'accueil charmant et cordial auquel je suis accoutumé depuis que je prends part aux Journées médicales. Je me suis assis une fois de plus à leur table somptueusement hospitalière. J'ai goûté pleinement, en vieil habitué, la bonne grâce inaltérable avec laquelle elles font les honneurs de leur home.

Et, dans ma cassette aux souvenirs, j'ai précieusement enfermé ceux que j'ai rapportés de mon séjour de 1928, auprès de ceux des années précédentes.

Qu'elles veuillent bien me permettre de leur adresser, derechef, mes bien vifs remerciements et de déposer à leurs pieds mes très respectueux hommages.

Dr G. DUCHESNE.

DERNIÈRE LETTRE AUX PRATICIENS

Dans un précédent article, je parlais de la rééducation du public en vue de l'application de la loi des assurances sociales. Aujourd'hui, je veux compléter ma pensée, en affirmant que la rééducation du médecin est aussi nécessaire, s'il veut, selon ses aspirations et sa volonté, librement exprimées dans un Congrès, supprimer les intermédiaires interposés entre lui et son malade ; s'il veut en un mot obtenir ce qu'on est convenu d'appeler l'entente directe.

Or le grand obstacle, le barrage insurmontable est le fixe ; premier échelon du fonctionnariat. En France, pays de liberté par excellence, liberté que nos pères ont conquise de leur sang, le premier soin de tout citoyen est de réclamer un maître, un patron, depuis celui qui postule pour une place de cantonnier ou de facteur jusqu'au médecin qui recherche dans une administration un emploi peu ou prou rétribué. Qu'une place vienne à être libre, tous partent en chasse et pourtant le plus souvent ce n'est pas la curée d'un dix cors qui est en l'aboutissant, mais celle d'un lapin. Ces fixes sont légions : les hôpitaux, assurances, assistance médicale gratuite, chemins de fer, postes, gendarmerie, vaccination, blessés du travail, mutilés, certificats administratifs, écoles, etc., et surtout les mutualités J'estime que si on voulait faire une enquête sévère, on trouverait aussi bien chez les praticiens dits indépendants que chez les syndiqués les neuf dixièmes de possesseurs de fixes.

Cela est tellement vrai, que les fixes font l'objet de tractations commerciales ; nous lisons à chaque instant la publicité de vente de clientèles avec transmission de fixes.

Les médecins en face des fixes se divisent en deux catégories comme le dirait M. de la Palisse, ceux qui en ont et ceux qui n'en ont pas.

Or, ces deux catégories de confrères sont unanimes pour réclamer leur suppression mais avec des nuances : ceux qui en ont réclament le respect des situations acquises, les autres en veulent la suppression immédiate et jusqu'au jour où la vacance d'un emploi se présentant, ils le solliciteront, pour demander à leur tour le respect des situations acquises.

Il est bien évident que si tous les fixes étaient supprimés et si la pratique médicale était libre avec des honoraires en rapport avec les prix de revient de l'acte médical, conséquence de l'état économique du pays, plusieurs millions tomberaient dans l'escarcelle du Corps médical et les mé-

decins dépouillés y trouveraient des avantages pécuniaires supérieurs à ceux qu'ils avaient abandonnés. Qui souhaiterait pour cela une nuit du 4 août médicale ! ! ! Il faudrait une dose de naïveté pour y croire.

Comment donc entreprendre la lutte pour la suppression des fixes ? Il faut d'abord bien s'entendre ; il ne s'agit ici que des soins à donner aux malades et non du contrôle. Il est parfaitement légitime que celui qui paye d'une façon ou d'une autre, puisse surveiller l'emploi de son argent et faire contrôler par le médecin de son choix. Le médecin administratif de contrôle deviendra de plus en plus nécessaire et sera peut-être un jour un véritable fonctionnaire jouissant des avantages (congés, avancement, retraites), de ceux-ci.

Pour la question des soins, il en est tout autrement. Il faut d'abord s'attaquer à la Mutualité. C'est le point indispensable. Je n'entends pas qu'il faille combattre l'admirable principe de la Mutualité , mais son organisation actuelle, basée sur l'exploitation du médecin, exploitation qu'elle voudrait transporter dans le domaine des assurances sociales. Il faut que la Mutualite qui prétend offrir son cadre médical à la mise en marche de ces assurances, ne trouve plus devant elle une légion de médecins acceptant des honoraires au rabais et la tutelle administrative de Messieurs les Présidents.

Il est indispensable que les médecins ne connaissent plus la Mutualité et considèrent tous les sociétaires comme des clients ordinaires. Faut-il rappeler tous les lieux communs rebattus et toujours d'actualité. Y a-t-il des tiers qui payent les bouchers et les boulangers pour les membres de sociétés et cela au rabais. En cas d'incendie, la Compagnie d'assurance fait-elle reconstruire par un entrepreneur imposé, oblige-t-elle le cultivateur à faire soigner son bétail en cas d'épizootie par un vétérinaire imposé. Non, elle donne une indemnité prévue au contrat et l'assuré se débrouille comme il l'entend. Il construit ou ne reconstruit pas, remplace son bétail ou non, il est libre.

Il faut que médecins et mutualistes jouissent de la même liberté. Le sociétaire doit toucher une indemnité-maladie forfaitaire dans laquelle se trouvera incorporée l'indemnité médicale et pharmaceutique. Il payera alors lui-même son médecin, modèrera le nombre de ses visites si celui-ci voulait abuser ; il n'ennuiera pas le médecin pour un rien. Il en résultera une médecine régulière, consciencieuse et honnête et non une distribution de médicaments quelconques.

Si on pouvait obtenir ce résultat avec les mutualistes, la partie serait gagnée.

Il serait tout aussi facile d'appliquer le même principe pour les employés ou fonctionnaires de collectivités. Les médecins de ces administrations redeviendraient médecins contrôleurs, ce qu'ils étaient à l'origine. Car il est vraiment scandaleux de voir réunis dans une même personne le traitement et le contrôle, de voir, en fin de cause un médecin se contrôlant lui-même. Quelle porte ouverte aux abus, pour les congés, pour les durées d'incapacité de travail, etc.

En dehors de ces cas, il peut y avoir des circonstances où un syndicat pourrait indemniser un médecin démissionnaire, en supprimant la fonction, comme les notaires quelquefois se réunissent pour supprimer une étude. Ou bien, dans ce cas, on pourrait racheter le poste au médecin contre une certaine somme d'argent et le remettre dans le domaine public ou bien le médecin étant âgé, lui assurer une retraite proportionnelle au traitement qu'il touchait.

Une autre solution pourrait aussi intervenir. Le fixe serait remis au syndicat médical qui établirait le libre choix et le payement par le malade, mais à la suite de chaque maladie, le Syndicat deviendrait l'encaisseur des médecins. Sur la masse d'honoraires récupérés, on commencerait par administrer une somme à l'ancien titulaire démissionnaire pour qu'il ait le même traitement que jadis.

Le reste serait réparti entre les médecins du Syndicat et aux médecins non syndiqués acceptant cette convention et ce au prorata des vacations médicales accomplies.

Il y aurait sans doute d'autres combinaisons à rechercher, peut-être plus acceptables que celles que je propose. Mais le médecin doit avant tout modifier sa mentalité. Il appartient à une profession libérale, il faut donc qu'il reste libre vis-à-vis de son malade. C'est le seul moyen d'avoir la confiance, partant de faire de la bonne médecine en associant ainsi la tradition et le progrès puisque le malade paye lui-même, mais reste couvert par une caisse.

En résumé, je pense que le Corps médical peut améliorer ses positions par rapport à la loi des assurances sociales, s'il veut faire de l'action personnelle et corporative en prenant pour trépied, la propagande syndicale, l'éducation du public et la discipline interconfraternelle.

Dr M. Vimont.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Ce qu'elle est.

Qu'est-ce que la Mutualité Familiale du Corps médical Français ?

Une société de secours mutuels et non une compagnie d'assurances ; on ne saurait donc lui demander autre chose qu'un secours, qu'une aide.

Qu'il s'agisse d'indemnité-maladie, de pension de retraite, de pension aux veuves, ce ne sera toujours qu'une aide et ce ne peut être autre chose.

Je n'ai jamais pu comprendre qu'on ait paru s'étonner que la Mutualité Familiale ne garantît pas tout, comme si la chose était possible, comme si les besoins n'étaient pas essentiellement différents.

Ce que nous avons voulu, bien au contraire, c'est que notre œuvre fût à la portée de tous, des plus humbles comme des plus heureux de la profession, ces derniers pouvant n'y voir qu'une œuvre de solidarité confraternelle alors que les premiers, en y entrant, font acte de prévoyance raisonnée.

D'ailleurs, la prévoyance devrait s'imposer à tous par le temps que nous vivons : qui pourrait répondre de demain ? Le médecin moins que personne.

L'indemnité, fût-elle de cinquante francs — notre maximum — sera toujours insuffisante si on la met en parallèle de certaines exigences, elle n'en constitue pas moins dans la vie journalière un appoint qui ne saurait être dédaigné ; et ce que je dis de l'indemnité maladie est également vrai de la pension de retraite et de la pension aux veuves.

La Mutualité Familiale est donc une œuvre essentiellement utile, répondant à un besoin indéniable du Corps médical. Elle s'est efforcée de s'adapter à la situation générale ambiante ; elle a fait ce qui lui paraissait nécessaire et possible — on ne peut lui demander plus.

Comment donc a-t-elle compris ses devoirs vis-à-vis du Corps médical ?

Le médecin a trois ennemis particulièrement redoutables : la maladie, la vieillesse, la mort.

Dans une profession qui repose exclusivement sur l'activité de celui qui l'exerce, toute cause de chomage, tout arrêt devient particulièrement grave et, si l'impossibilité d'exercer se prolonge, ce peut être la catastrophe.

La vieillesse, elle, viendra à coup sûr diminuer la capacité professionnelle du médecin ; si elle n'a pas le caractère de soudaineté et de brutalité de la maladie, elle a pour effet certain de diminuer ses ressources et cela d'une manière progressive et définitive. S'il n'en résulte pas pour lui la gêne, il devra tout au moins restreindre notablement sa manière de vivre qui, le plus souvent, était déjà simple et modeste.

Et s'il vient à mourir, que vont devenir sa femme, ses enfants ? Nous n'avons pas à regarder bien loin autour de nous pour faire à cette question une réponse angoissante.

La Mutualité Familiale s'est efforcée de garantir le médecin contre cette triple éventualité — garantie restreinte, ai-je dit, mais pourtant encore efficace et appréciable.

Contre la maladie, l'accident, elle lui offre une indemnité, pendant un certain temps journalière, et mensuelle si l'incapacité se prolonge.

Contre la vieillesse, elle lui offre une pension de retraite, pension à laquelle elle admet, même, sa femme et ses enfants.

Contre la mort, elle lui offre pour sa veuve ou ses enfants mineurs une pension viagère.

Et, comme elle entend se mettre à la portée de toutes les situations, elle fait varier l'indemnité journalière de 10 à 50 francs, l'indemnité mensuelle de 100 à 500 francs, la pension de retraite de 120 à 2.400 francs et même à 4.800 fr., la pension à la veuve de 120 à 1.200 francs.

Une œuvre de cette nature doit nécessairement présenter des garanties sérieuses.

La Mutualité, chez nous, est avant tout familiale, fondée par des médecins pour les médecins, administrée avec l'esprit de confraternité et de bienveillance que tous en peuvent attendre ; mais au point de vue des chiffres, elle est surveillée par un homme du métier, par un actuaire, qui, périodiquement établit son bilan, qui veille à ce que la balance entre ses charges et ses ressources demeure en équilibre, qui fait état des données de sa propre expérience pour rectifier, s'il y a lieu, les tables de morbidité et de mortalité sur lesquelles repose son fonctionnement.

D'ailleurs, la Mutualité Familiale n'est pas née d'hier, elle fonctionne depuis 1894, elle a donc trente-quatre années d'existence et, pour elle, le passé peut répondre de l'avenir. Elle a résisté à l'épreuve de la période de guerre sans que jamais son fonctionnement statutaire ait été interrompu un instant ; elle s'est elle-même modifiée pour s'adapter aux conditions nouvelles de la vie, procédant avec la prudence nécessaire en pareille matière ; elle se présente, la tête haute, à la confiance du Corps médical.

Les indemnités qu'elle a versées à ses sociétaires malades dépassent 2.500.000 francs et les ré-

serves qu'elle peut montrer dépassent trois millions et demi.

Les conditions d'admission à la Mutualité Familiale sont-elles véritablement accessibles à tous les médecins ?

Pour être admis aux combinaisons qui donnent l'indemnité maladie ou la retraite aux veuves, il faut être bien portant — c'est là, on le comprend, une condition tellement évidente qu'il est inutile d'insister — et, pour en justifier, le candidat doit se soumettre à un examen médical devant un ou deux confrères suivant le cas.

Le sociétaire doit verser une cotisation annuelle. Cette cotisation représente rigoureusement les engagements de chacune des combinaisons vis-à-vis de ses membres ; pas un centime n'en est distrait pour quelque cause que ce soit, les frais de gestion formant un compte à part alimenté par des ressources spéciales. Il en résulte que la cotisation est calculée toujours au minimum.

Cette cotisation est constante, elle varie naturellement avec l'âge d'entrée du sociétaire, cet âge d'entrée étant, dans tous les cas, l'âge que le postulant a eu ou aura dans l'année de son admission.

Et maintenant, veut-on avoir une idée de l'importance de cette cotisation annuelle ?

Pour une somme variant de 68 fr. à 100 fr. selon l'âge, on s'assure l'indemnité de dix francs ; pour une somme de 148 fr. à 239 fr. on s'assure celle de vingt francs. Veut-on trente francs ? Ce sera de 223 fr. à 360 fr. ; quarante francs ? de 308 francs à 497 fr. ; cinquante francs ? de 389 fr. à 628 fr.

Si nous considérons la pension de retraite, nous voyons qu'une cotisation de 48 fr. à 408 fr. donne une pension de 1.200 fr. à 65 ans, qu'une cotisation de 82 fr. à 501 fr. donne la même pension à 60 ans. Naturellement, il faut doubler pour la pension de 2.400 francs.

Ces chiffres, on en conviendra, n'ont rien d'excessif, encore moins de prohibitif.

Et maintenant que j'ai dit ce qu'est la Mutualité Familiale, que j'ai montré son organisation, son caractère, les garanties qu'elle présente, que j'ai indiqué les conditions dans lesquelles on peut y entrer, je me demande comment mes confrères peuvent hésiter à y adhérer.

Se croient-ils donc à l'abri de toute atteinte, soit dans leur santé, soit dans leur fortune ? Les exemples de catastrophes, que chaque jour ils peuvent voir autour d'eux, ne les éclairent donc pas ? Ne songent-ils pas à l'avenir pour leurs familles, pour eux-mêmes ?

Exposés comme ils le sont par leur vie de surmenage continuel, courant nuit et jour par tous les temps, frôlant à chaque instant la contagion, ne se sentent-ils donc pas vis-à-vis de leur famille et d'eux-mêmes coupables par leur indifférence ?

Oh ! je sais bien qu'en leur tenant ce langage, je me répète, mais comment ne pas insister lorsqu'on voit le mal devant soi et qu'on peut offrir le remède ?

Ce que nous avons pu faire, ce n'est pas pour nous-même que nous l'avons fait : nous étions exclus par notre âge de la plupart des combinaisons ; mais combien de fois ne nous est-il pas arrivé de regretter de n'avoir pu bénéficier des avantages qu'aujourd'hui nous offrons à nos confrères plus jeunes !

Et lorsque nous voyons ces confrères dédaigner l'aide que nous leur offrons, repousser la main que nous leur tendons amicalement, nous ne pouvons que déplorer leur aveuglement, leur fausse sécurité et, sans nous lasser nous continuerons à leur crier gare, à les inviter à rentrer en eux-mêmes et à leur prêcher la prévoyance.

Puissent quelques-uns d'entre eux nous entendre !

A. GASSOT.

ÉLECTIONS ET MÉDECINS

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Les médecins pourraient être de grands électeurs, et les élus de notre corporation le prouvent surabondamment. Ce n'est nullement faire de la politique que de dire combien nous pourrions agir sur la santé publique, pour l'hygiène, la natalité, en suggérant aux candidats de mettre en leurs programmes des réformes suggérées par nous, par nos Syndicats et Associations, à la condition, me disait l'un d'eux, que nos demandes soient semblables et émanent de nous tous.

Ces réflexions, souvent faites, me venaient en voyant des candidatures nouvelles de gens nouveaux, jusqu'ici si étrangers à la politique, telle celle de l'ingénieur Georges Claude, membre de l'Institut, grand savant à qui l'air liquide, les engrais, doivent tant de découvertes qui enrichissent la nation, le monde même s'il n'y avait eu de voix communistes, il passait. Tout de même maints électeurs se ressaisissent.

L'*Œuvre*, puis *Le Matin*, nous ont montré l'originalité de cette « campagne chimique » avec appareils et lucides explications. Sous la signature de Stéphane Lauzanne, qui vient de publier *Au secours du Français enchaîné*, nous trouvions

dans *Le Matin* du 12 avril 1928, ces idées de Georges Claude :

« ... Entré dans la vie pauvre, je ne suis pas devenu riche, mais j'ai appliqué mes idées à l'industrie, et un peu partout, dans le monde, il s'est créé des sociétés dont on peut capitaliser l'avoir à trois milliards... Vous, mes amis, vous êtes aussi les actionnaires d'une grande société qui s'appelle la société France, mais, en fait de dividendes, vous ne touchez guère que des feuilles d'impôts. Faites appel davantage à la science et moins à la politique et vous verrez revenir la prospérité, et vous verrez accourir la richesse. Voyez plutôt ce qui se passe en Amérique, où les salaires sont hauts et où un habitant sur quatre possède son auto... »

Au point de vue chimique, le monopole d'Etat imposant le procédé allemand Haber, à Toulouse, se montre contre les travaux français et brevets de nitrification, a coûté des sommes énormes que contribuables nous payons sans profit pour personne. En médecine, ne pouvons-nous craindre mêmes dangereuses dépenses ?...

Nous ne venons pas soutenir même pour l'avenir bien que nous l'ayons fait ailleurs en temps utile, la candidature de Georges Claude qui, du reste *ne fait pas non plus de politique* et n'a nul besoin de nous, mais montrer ce que peut faire un savant énergique, qui ne craint pas de descendre dans l'arène des passions politiques pour les calmer, leur montrer leur inutilité, démontrer que la vie actuelle se réduit à l'*Economique*, à une Société où tous sont actionnaires.

Qu'il ait été élu, et il s'en est fallu de si peu, Claude a fait une démonstration qui montrera ce qu'aurait dû faire aussi tant d'entre nous, médecins et savants, qu'enfin «la Science ouvre le feu sur la politique dans la bataille électorale », comme dit Lauzanne. Il aura ouvert une voie par où d'autres passeront certainement un jour ou l'autre.

Ne pouvons-nous, médecins, j'y insiste, en faire autant ? Croyons-nous les étiquettes si utiles ? Ne pourrions-nous changer les procédés de candidature, les tenter sur des programmes de réformes et non sur des appellations. En certains pays de France, plusieurs médecins s'affrontent, et hélas ! ce n'est pas sur les intérêts de la santé publique, mais par de vaines étiquettes !...

Mais sans être candidats, ne pouvons-nous, ainsi plus forts, exiger des promesses fermes de telle ou telle réforme, à la condition de voir sur elles tout le Corps médical d'accord, poser des questions par écrit ou en réunion électorale. J'ai vu jadis le regretté Dr Berthod qui fut président du Syndicat des médecins de la Seine, demander ce que pensaient les candidats des poussières et fumées de Paris.

***

Dans un de ses spirituels dessins (*Le Journal*, 16 avril 1928), Abel Faivre (frère de médecin), nous montre les candidats prêchant « l'Union dans la Paix » et s'assommant. Le même jour, dans son « *Film* », Clément Vautel nous montre les pompiers de Paris arrivant à Levallois-Perret pour éteindre un grand incendie, et ... renvoyés, parce que « ce n'est pas leurs oignons », autrement dit que Levallois n'a pas besoin de Paris !

On refuse l'aide, l'union..., question de personnes, de clochers... !

***

L'*Alliance nationale pour l'accroissement de la population nationale* avait envoyé à ses membres une lettre posant des questions à adresser à leurs candidats députés. De même, *la Confédération nationale des Radio-Clubs*, que j'ai l'honneur de présider, a posé des affiches dans toute la France pour faire demander aux candidats s'ils sont partisans de la liberté contrôlée de la T. S. F. ou de la main-mise du Monopole de l'Etat et que d'approbateurs nous eûmes en la Presse, notamment J. Valmy-Baysse (*La Volonté*, 21 avril 1928).

Je ne donne que ces deux exemples, mais combien d'autres existent. Le temps est aux monopoles d'Etat: je pourrais citer *contre*, tant d'arguments et d'auteurs compétents. Lausanne et le nouveau député de Versailles, le Comte de Fels, directeur de la *Revue de Paris*, en ses articles de cette Revue et son livre si documenté, *Les richesses de l'Etat français*, et autres économistes « distingués », ils le sont tous : La médecine n'y échappe pas. Les lois sociales préparent sans profit pour les intéressés, les malades, notre fonctionnarisation, le Monopole d'Etat.

Dans le *Journal de Médecine de Paris* du 12 avril 1928, et bien que pas mandaté pour écrire des lignes, simples suggestions aux confrères, j'ai demandé si, en temps d'élections, nous n'avons pas d'urgents devoirs envers nous-mêmes dans l'intérêt du Pays !

Nous avons des devoirs : 1° immédiats, en ce moment où les députés venant d'être réélus, sont pleins de bonne volonté, prêts sans doute à écouter nos doléances ; 2° médiats, car en 1929, nous avons les élections municipales et à Paris, où les impôts doublent presque nos loyers, elles nous importent beaucoup.

Les réunions électorales sont un peu partout tumultueuses et nous les fuyons plutôt. Les dernières ont été en général mouvementées ; sauf celles des fondateurs du Club des faubourgs, Léo Poldès au 17e arrondissement il en est où cependant on peut dégager des états d'âmes. Des femmes, Maria Vérone, Aurel, la doctoresse Pelletier, Marcelle Capy... parlèrent avec éloquence, du vote du sexe faible, de la misère...

mais quand on leur répondit (L. Judet, Alfred Mortier, René Fauchois, Dr Vachet, nous-même) gâchage, fards, coiffures, si fréquents et qui impliquent plutôt ... la richesse... ; que, pour faire la paix, il faut être deux, n'être pas attaqué le premier..., elles apprécièrent moins ces constatations.

Les jeunes, les « moins de trente ans » daubèrent sur les vieux », trop jeunes en 1870 pour faire la guerre, et trop vieux en 1914 », « qu'ils disent ». Mais que de vieux firent les deux guerres, se firent tuer au front en 1914. Pour qui a vu le bel élan d'août 1914, disons pour rendre hommage à la vérité, qu'il n'y eut pas d'âge et que ce fut bien beau de voir l'enthousiasme pour la défense. On parla de barbaries françaises, de ce qu'elles auraient été si l'on avait été en Allemagne ? Signalons à ces ... ignorants (?) le livre de Georges Gromaire : *L'occupation allemande en France* 1914-1918, publié avant le livre contraire *Faits divers*, de Barbusse. Citons aussi les suicides chez la jeunesse bolcheviste désenchantée (*La Presse Franche*, 29 avril 1928).

On sent qu'il existe des « vieux » bien disposés quand même pour les « jeunes » ; et, des « jeunes », si hostiles, si violents, mais disant quand ils sentent n'être pas suivis : « on n'a pas compris ! »

***

Inutile de dire que tous les candidats députés déclarèrent « la guerre à la guerre », et souvent, en se disputant, en s'injuriant.

Tout cela, au cours de causeries qui eussent pu être calmes, pacifistes, puisque c'était pour la *Paix*. Faisons-la d'abord chez nous, entre nous, désarmons nos âmes, en restant forts et pacifiques.

Les Parlementaires « qui n'ont su ni empêcher, ni liquider la guerre », n'étaient pas tous des vieillards, pas plus que ceux ayant fait les lois sur les loyers, sur la propriété commerciale, si paralysante, et contre lesquelles nous n'avons vu aucun jeune protester. Cependant, commençants et finissants, en sont mortellement atteints, les finissants surtout, sans espoir, ruinés, leur franc de vingt sous en vaut quatre et souvent bien péniblement économisé.

Et combien de vieux — banal fait divers — se suicident, impotence, insuffisance des revenus d'avant-guerre. Les journaux en relatent tous les jours des cas ?

C'est le capital, travail accumulé et économies de jadis et bien françaises qui disparaît ! La France, jadis banquier du monde, doit à tous. Et son capital-santé, que l'hygiène doit conserver par l'aide du capital argent, ne peut être suffisamment protégé. Nos élus ne songent guère aux médecins que pour les accabler d'impôts, de charges sociales et non rétribuées, attenter à notre dignité, au secret médical.

Aussi a-t-on vu des médecins croire au Paradis de Moscou, se présenter avec son investiture.

Le nombre des voix communistes a augmenté et leurs sièges diminués par le scrutin d'arrondissement, le vote moscoutaire n'est qu'un indice.

Ce sont des mécontents plus que des convaincus qui deviennent des révoltés. Les possédants qui y figurent, sont si peu possédants ! Des petits rentiers, des propriétaires à qui leurs maisons *coûtent*, au lieu de rapporter, et qui vivent dans l'angoisse du lendemain appelant la mort au lieu de la redouter. Dépouillés par les lois et impôts, avec des rentes sans valeur, des locataires et gérants les dépouillant, spéculant les uns sur les autres ..., que leur reste-t-il à perdre ? Comme dans l'Enfer du Dante, l'espoir leur est interdit.

Ce que, médecins, nous voyons, pénétrant en des milieux jadis riches, où les habitants ont encore de « beaux restes » qui leur tiennent aux fibres intimes de leur cœur, est vraiment navrant !

***

Que pouvons-nous, médecins ? Beaucoup, si nous le voulons et sommes unis. Après quarante ans de pratique de la médecine, je ne puis m'habituer à l'*invidia medicorum*, je n'y puis croire. La nécessité des temps nous obligera bien à la supprimer.

Nos assemblées syndicales sont parfois houleuses, parlementaires, au sens nouveau de ce mot, d'acception contraire au passé, puisque c'est le contraire du calme, de la modération, que maintenant il désigne.

Il est curieux de voir en les foules réunies, l'emballement pour les mots et les gens. On y est trop souvent esclave des paroles et des personnes. Au lieu de délibérer, on délire, même quand il s'agit du pays, de la corporation entière.

Ainsi, l'*Animateur des temps nouveaux* du 29 avril 1928, donne notamment, comme extraits de « ce qu'il faut connaître des grandes journées parlementaires de la IIIe République, de Louis-Lucien Hubert, sénateur », comment une assemblée délibérante peut devenir une assemblée délirante », et comment Jules Ferry, après des discours de Ribot, Clemenceau, ...fut si peu compris pour son heureuse politique coloniale (Tunisie, Tonkin...).

Que paraissent nos intérêts médicaux auprès de questions si graves où la France entière perdit la tête, où Jules Ferry qui se pouvait défendre, mais en risquant nos intérêts, préféra se laisser accabler et nous sauver. Mais la France se ressaisit, et peu avant sa mort, Jules Ferry se voyait rendre justice, et, depuis, combien !..

Nous, médecins, qui avons vu, au pinacle, ou,

à bas, tant de nos confrères voués à la cause syndicaliste — qui est celle du public, de la santé — devons profiter de l'histoire, et compter sur *nous*, qui *pouvons*, si nous *voulons*.

Songeons aux élections municipales de 1929, car, combien d'impôts accablants nous viennent de nos édiles, maladroitement dépensés, sans profit pour personne, et si lourds sur nos loyers !

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

ETHNOLOGIE

Les Races de la Provence Niçoise (1)

L'éminent historien, M. Gabriel HANOTAUX, de l'Académie française, a consacré un livre remarquable et magnifiquement illustré à *la Provence Niçoise*. En écrivant cet ouvrage, l'auteur n'a pas voulu éditer un nouveau guide de la côte d'Azur, dont il déplore les palaces, les hôtels d'un style et d'un goût douteux et tout l'étalage de luxe cosmopolite qui esthétiquement la deshonorent plus qu'ils ne l'enrichissent. Avec la piété d'un fervent adorateur de cette magnifique région, M. G. Hanotaux l'a étudiée en artiste et en savant et est arrivé à se convaincre que la Provence niçoise, comme d'ailleurs tout le reste de la Provence, est et fut de tout temps un pays français et bien français qui n'a subi pour ainsi dire aucune influence italienne et dont les autochtones ne furent modifiés dans leur race et dans leurs mœurs que par des infiltrations d'émigrants venus toujours du nord, de la vallée du Rhône et du Dauphiné, c'est-à-dire d'abord de la Gaule et plus tard de la France. Un des arguments les plus probants que M. Hanotaux apporte à sa thèse, est l'étude des races du versant occidental des Alpes-Maritimes, étude à laquelle il consacre plusieurs chapitres de son œuvre et dont nous allons donner ici une courte analyse.

***

L'origine de la population du versant occidental des Alpes-Maritimes remonte aux temps préhistoriques et le premier document dont l'ethnologie peut faire état, est le squelette de l'époque néolithique, découvert dans la grotte des Roches-Rouges, qui porte en paléontologie humaine le nom de l'*Homme de Menton*.

La taille de cet ancêtre, contemporain du renne, atteignait deux mètres. On a exhumé de sa sépulture, outre son squelette parfaitement conservé, un diadème de dents de cerfs, un collier de coquillages, des bracelets et des jambières formés de vertèbres de poissons ciselées, des haches de silex, etc. Son crâne allongé, son beau front, sa face large par le haut, pointue par le bas, ses arcades sourcilières bien dessinées, ses membres de géant, ses fémurs vigoureux annoncent déjà cette race ligure à laquelle pendant toute l'antiquité l'on appliqua l'expression homérique de race aux « pieds agiles ». L'Homme de Menton était déjà un artiste, pourvu du goût de l'ornementation, comme le démontrent les objets trouvés dans sa sépulture. Le souci qu'il avait de se faire enterrer avec ses bijoux et ses armes montre qu'il n'était pas dépourvu de croyances religieuses, d'idéal. Son beau front, sa face élégante le classent dans la véritable humanité. Il n'a rien de commun avec l'Homnien de Néerdenthal ni même avec l'Homme de Cro-Magnon. Est-il le véritable ancêtre des Ligures ? Probablement, car les Ligures paraissent bien former le fond des races autochtones de ces régions.

Les Ligures ont été assez mal jugés par les Latins. Ces derniers les traitent de violents, de fourbes, d'illettrés, d'âpres, de barbares, mais il faut à ce sujet faire quelques réserves sur ce jugement des Romains qui ne purent arriver à les soumettre. Indomptables défenseurs de leur indépendance, ils ne laissèrent occuper aux légions de Rome que les bords de la mer et furent toujours maîtres de leurs montagnes. Les Ligures transalpins aux cheveux longs, bien que de même origine, différaient sensiblement des Ligures cisalpins aux cheveux courts. Certes ils n'ont rien laissé qui permette d'apprécier leur civilisation ; ils avaient cependant la réputation d'être des chanteurs et d'Arbois de Jubainville affirme que c'est la signification du nom qu'on leur a donné. La fable ne conte-t-elle pas que le premier roi des Ligures, Cycnus, ami de Phaëton, poussa, lors de la mort tragique de ce dernier, des plaintes si harmonieuses et si émouvantes qu'Apollon, ne pouvant les supporter, le changea en cygne ? Evidemment des races adventices vinrent se greffer sur la race autochtone, mais cette dernière fut d'abord une race méditerranéenne avec peut-être un léger apport africain (Homme de Menton), puis une race protoeuropéenne dont les Ligures formèrent le fond.

Y a-t-il eu une influence africaine marquée ?

(1) D'après le beau livre de Gabriel HANOTAUX de l'Académie française : *La Provence niçoise* (La Renaissance Provençale, Paris, Hachette 1928.)

Les gravures rupestres de Meravaglia, situées au-dessus de San Damazo (Tende), représentant des signes géométriques, des animaux, des scènes de la vie rurale, des bœufs attelés à la charrue, où ne sont figurés ni chevaux, ni chiens, sont assez analogues aux gravures trouvées dans le Sahara (oasis de Tiout), en Abyssinie et dans les Canaries. Il est possible que cette industrie fut proto-africaine et antérieure aux Ligures ; toutefois l'on est quelque peu dérouté de trouver des attelages de charrue à une altitude qui ne permit jamais aux hommes de s'y livrer à la culture.

Les Phéniciens se livrèrent au commerce, établirent des comptoirs sur la côte, mais ne laissèrent aucune trace dans la population. La légende de l'Hercule tyrien y a cependant persisté. Ses sanctuaires de la Turbie, de Cimiez, dans l'Esterel, son bûcher sur le Mont Agel, la fondation de Monaco qu'on lui attribue, y perpétuent sa mémoire.

Les Grecs Phocéens, qui fondèrent Marseille (Légende d'Euxène et de Pithéas), Nice, la ville de la Victoire, et Antibes, ne s'établirent que sur quelques points et il est douteux que leurs colonies aient modifié tant soit peu la race ligure. Leur civilisation a cependant fortement influencé l'éducation et l'architecture du pays.

Les Romains pénétrèrent par Marseille qui les avait appelés dans cette partie de la Gaule. Malgré le monument impressionnant d'Auguste à la Turbie, temple ou phare imposant, malgré les ruines romaines qu'on relève çà et là et surtout à Fréjus, les Romains ne modifièrent guère plus que les Grecs la population ligure. Ils ne purent pénétrer dans les vallées ligures qui restèrent indépendantes. Ce furent les Celtes, venus du nord, qui s'y glissèrent et qui, ayant avec les Ligures plus d'affinité, les imprégnèrent peu à peu et en firent des Celto-ligures, tels ces Salyens qui peuplaient le revers de la montagne de Fréjus et dont Tite-Live disait qu' « ils savaient utiliser les moindres places de leur sol et le cultiver au pied même des neiges éternelles ».

Cette race celto-ligure persista et ne reçut que du nord les éléments qui la fortifièrent. En vain les Sarrasins tentèrent de s'établir sur la côte, ils furent toujours repoussés et Guillaume, marquis de Provence, nettoya définitivement le pays de la vermine sarrasine.

La religion dans cette contrée reçoit aussi son apport du nord. Les Saints évangéliques sont Gaulois, Auvergnats ou Bourguignons. Le christianisme ne passe pas par l'Italie pour gagner la Provence niçoise, il vient directement d'Orient (Légende des Saintes Maries et de Lazare le ressuscité). Marseille, Antibes, Fréjus, Cimiez sont les portes chrétiennes de la Gaule. Les Apôtres provençaux, après Trophime, qui vint directement d'Ephèse, arrivent tous du nord ; ils s'appellent Honorat, Marcellin, Sidoine. Lors de l'invasion des Barbares, les Romains abandonnent Trêves, se replient dans la vallée du Rhône et gagnent Arles et la Provence. Ils y maintiennent l'orthodoxie chrétienne pendant que l'Italie est hérétique, Milan étant devenue le centre de l'Arianisme. L'apôtre gaulois, par excellence, Martin donne son nom au Cap, terre ultime de la frontière italienne. L'évêché de Nîmes est suffragant d'Embrun. La Turbie et Monaco dépendent encore d'Embrun et le prieuré du Cap Martin ne relève ni de Vintimille, ni de Gênes, mais de l'Abbaye des îles de Lérins. Saint-François d'Assise, provençal par sa mère, ne disait-il pas qu'il ne pouvait prier Dieu qu'en français, c'est-à-dire en provençal.

Lérins au V[e] siècle fut un centre Gaulois d'où partirent Saint-Honorat, Saint-Hilaire, Saint-Maxime, Saint-Loup qui arrêta les hordes d'Attila, et Saint-Vincent-de-Lérins était originaire de la Gaule Belgique.

En 1642, l'origine française de la population de la région niçoise est nettement établie par Jacques Mourgues, l'auteur des statuts de la Coutume de Provence. Il déclare que « Nice étoit du comté de Provence et ressortissoit d'Aix » et que « les gens du Comté de Nice, estants du comté de Provence par leur origine, ce droit étant immuable, les rend français originaires *et habitu*, sujets du Roy et conséquemment qu'ils n'ont pas besoin de lettres de naturalité mais de simples déclarations ».

Enfin en 1860, le résultat du plébiscite a démontré que la population de la Provence niçoise se considère tout entière comme française et bien française. D'ailleurs, comme le démontre M. G. Hanotaux avec des nombreuses illustrations à l'appui, les manifestations artistiques, la peinture, par exemple, bien que conservant leurs caractères autochtones, ont surtout subi l'influence bourguignonne et celle des écoles de la vallée du Rhône et rarement l'influence italienne.

Bien que la réunion définitive de la Provence à la France ne date que de 1487, tout le versant occidental des Alpes-Maritimes est, du fait de sa race, de ses mœurs, de sa culture et de son histoire, français depuis l'origine.

C'est ce qu'établit, avec une logique irréfutable et des preuves incontestables, l'ouvrage du grand historien et du grand Français qu'est M. Gabriel Hanotaux.

J. Noir.

LES FOUS EN LIBERTÉ

*On lit dans l'*Echo de Paris *du 27 avril :*

IL ÉTAIT IRRESPONSABLE

Au mois de février dernier, André Perret tuait, au Bois de Boulogne, son amie Germaine Mermaud, à coups de revolver.

Les docteurs Truelle, Claude et Sellier ayant reconnu le meurtrier atteint d'une maladie nerveuse, hier, M. Delalé, juge d'instruction, a remis ce dernier en *liberté provisoire.*

On lit dans Le Matin, *du 28 avril :*

Une folle blesse sa concierge à coups de rasoir et se tranche la gorge

Un drame lamentable de la folie s'est déroulé, hier matin, dans la loge d'une concierge du quartier de Plaisance.

Une veuve, Justine Comte, âgée de 44 ans, est concierge d'un immeuble, 44, rue du Texel. Hier, vers 9 h. 30, elle se trouvait dans la petite cuisine adjacente à la loge. Sa petite-fille, une charmante brunette de 3 ans, dont le père est gardien de nuit au musée de Cluny, s'amusait auprès d'elle. A ce moment, une personne entra. C'était une locataire, Mme Louis Hacquet, qui portait dans ses bras la fillette d'une voisine.

Cette dame, âgée de 60 ans, *internée jadis à la Salpêtrière, donnait à nouveau,* depuis la mort de son mari survenue, il y a six mois, *des signes évidents de déséquilibre mental.* Elle demanda à Mme Comte

— Que faites-vous ?

Mme Comte lui répondit qu'elle faisait sa cuisine. L'autre posa alors l'enfant qu'elle portait sur une commode et sortant d'une poche de son tablier, où elle l'avait dissimulé, un rasoir, se précipita sur la concierge et lui en porta un coup violent à la gorge.

La concierge cria au secours. La folle se précipita sur elle et voulut lui porter un nouveau coup de son arme. La victime se débattit énergiquement et, au cours de la lutte, elle reçut à divers endroits du corps d'autres blessures, entre autres trois estafilades à la main.

Un passant, M. Gustave Deudon, 26 ans, serrurier, demeurant, 42, rue du Texel, se précipita au secours de la malheureuse et s'efforça de désarmer la criminelle. Il fut blessé lui-même assez profondément au bras droit et à la main droite. Il put pourtant dégager Mme Comte de l'emprise de la folle.

Pendant ce temps, Mme Hacquet, qui était restée seule dans la loge, se trancha la gorge d'un grand coup de rasoir. Transportée à l'hôpital Broussais, ainsi que sa victime, la meurtrière succombait dix minutes après son admission.

CORRESPONDANCE

L'avion sanitaire.

Monsieur le Rédacteur en Chef
et cher Confrère,

Nous lisons dans le *Concours médical* du 25 décembre 1927 un article de M. le médecin principal UZAC sur l'*Aviation sanitaire,* article ayant paru dans le journal l'*Avion.*

Permettez-nous d'apporter quelques rectifications à l'exposé de l'auteur.

Le 11 février 1918, M. NEMIROVSKY et moi, déposions au Ministère des Inventions, un projet d'avion sanitaire et radio-chirurgical qui fut présenté le 3 septembre 1918, à l'Académie de médecine par M. le professeur WALTHER. Cet appareil, conçu sur avion Voisin-X de bombardement de nuit, permettait le transport soit de deux blessés couchés, soit d'une équipe chirurgicale de secours. C'était l' « Aérochir Némirovsky-Tilmant » type I qui fut présenté le 3 mars 1919, à Issy-les-Moulineaux.

En mai 1919, nous terminions l' Aérochir-II sur Voisin quadri-moteur Bn 2 permettant le transport soit de 8 blessés couchés avec un médecin ou un infirmier, soit d'une ambulance chirurgicale réduite.

Enfin, en septembre 1919, nous étudions, à la demande du Ministère des Colonies, la transformation de l'avion Bréguet 14 en avion sanitaire pour le transport de 2 blessés couchés avec un médecin ou infirmier ou d'une équipe chirurgicale avec son matériel. C'était l'Aérochir N. T.-III sur Bréguet limousine 14T*bis*, dont le Ministère des Colonies passait commande pour 6 appareils en février 1920. Ces 6 appareils étaient réceptionnés officiellement le 10 mars 1921, à Villacoublay par MM. A. SARRAUT, Ministre des Colonies et LAURENT-EYNAC, sous-secrétaire d'Etat de l'Aéronautique. Parmi les personnalités présentes se trouvaient : l'inspecteur général FORTANT, les professeurs TUFFIER et D'ARSONVAL, de l'Académie de Médecine, etc.

Ces six appareils construits en 1920 sur nos données et plans ont donc été livrés en mars 1921, et non en 1923 comme l'indique M. le médecin-principal Uzac.

Vous trouverez d'ailleurs confirmation de ces faits dans la grande presse d'informations du 4 septembre 1918, du 4 mars 1919, du 11 mars 1921, ainsi que dans la communication du Dr Foveau de Courmelles au Ier Congrès International de navigation aérienne de novembre 1921 et dans son article de *La Médecine internationale* de 1925, ainsi que dans les différents articles parus sous notre signature dans *La Presse médicale* entre autres les 14 janvier 1925, no 87 ; de 1926, no 14 et 48, de 1927, ainsi que dans les *Archives d'électricité médicale* de juin 1919 sous la signature du Dr Foveau de Courmelles et du professeur Bergonié.

Nous comptons sur vos sentiments impartiaux et confraternels pour vouloir bien publier cette mise au point que nous communiquons d'ailleurs à M. le médecin général Uzac.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Dr A. Tilmant.

***

Fidèles à notre esprit de libéralisme, nous publions cette lettre, non pas comme un *rectificatif,* mais comme *additif* à l'article de M. le Médecin Général Uzac, qui ne traite que des avions en service dans l'armée française pour le seul transport des blessés.

N. D. L. R.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(*Suite*)

2e *Séance du* 13 *mars* 1928.

M. André Fallières, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, a prononcé, un long discours qui débute en ces termes :

M. André Fallières, *Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociales.* — Messieurs, après quatre séances consacrées à la discussion générale, après les très intéressants discours que vous avez entendus, je ne saurais songer à vous infliger l'aridité d'un long exposé technique.

Je voudrais simplement, en quelques mots, préciser la position du Gouvernement et répondre à certaines préoccupations qui se sont manifestées.

Vous allez avoir à prendre parti sur la plus grande réforme sociale qui ait jamais été soumise au Parlement. Sans doute, en retrouverait-on la plupart des éléments dans les diverses lois sociales de la République, mais dispersés et insuffisants.

J'en extrais le passage suivant qui s'adresse spécialement aux pharmaciens et aux médecins.

Je suis donc fondé à penser et à dire que, dans le monde des travailleurs, la loi non seulement recevra bon accueil, mais est impatiemment attendue.

Du côté des patrons,..........................

La cause des pharmaciens a été défendue par M. Antériou, par M. Taton-Vassal et par M. Guérin, qui ont d'ailleurs déposé en leur faveur un certain nombre d'amendements.

Déjà, M. Grinda a répondu aux préoccupations exprimées par nos collègues. Pour achever de les rassurer, j'ajouterai simplement que loi de vie et de mieux-être pour un si grand nombre de travailleurs les assurances sociales ne sauraient, dans l'esprit de personne, devenir pour certains une cause de ruine.

Les intéressés peuvent être certains que les questions qui les préoccupent seront examinées, elles aussi, avec la plus bienveillante attention.

J'en dirai autant au corps médical. Nous n'avons garde d'ignorer l'intérêt que présente, pour une bonne application de la loi, leur collaboration active. Ils savent aussi que nous avons, pour leur personne et pour leur science, toute la considération qu'elles méritent ; que nous sommes animés du désir très sincère de ne leur causer aucun préjudice, matériel ou moral. N'en trouvent-ils pas déjà la preuve dans les dispositions mêmes de la loi ?

N'ont-ils pas obtenu ce qu'ils demandaient ? Le principe du libre choix s'y trouve inscrit. Le contrôle médical sera exercé par les médecins eux-mêmes. Les contrats qui les lieront aux caisses d'assurances seront librement conclus entre leurs syndicats et les caisses, dans lesquelles ils sont eux-mêmes représentés.

S'il convient d'aller plus loin et de spécifier, comme on l'a demandé vendredi dernier, que la faculté de passer ces contrats soit réservée aux syndicats médicaux affiliés à une fédération nationale, il ne se trouvera personne ici pour s'y opposer.

La plupart des autres réclamations formulées par les médecins pourront être examinées lors de l'élaboration des règlements d'administration publique. Elles le seront avec le souci constant de leur donner le maximum de sécurité qu'ils puissent légitimement désirer.

Je ne doute pas qu'après cela, nous n'obtenions leur concours tout entier, comme ils l'ont donné en toutes circonstances aux grandes œuvres de solidarité humaine. (*Très bien ! très bien !*)

Séance du 14 mars 1928.

Risque-maladie.

M. le Président. — « Art. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

« 2. L'assuré choisit librement son praticien.

« 3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien, ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

« 4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, son t réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

« 5. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

« 6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurances pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

« 7. Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

« 8. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

« 9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1 et 7 ci-dessus. »

M. Gadaud propose :

1° Dans le paragraphe 1 de cet article, après les mots « ... l'assurance-maladie couvre... », d'ajouter «... dans la mesure conforme aux dispositions insérées dans les paragraphes suivants. »

2° De compléter le paragraphe 2 par la disposition suivante : «... auquel il règle directement ses honoraires. »

3° Au début du paragraphe 5, après les mots « Le montant est ... », de supprimer ceux-ci : « ... supporté par la caisse ou ... ».

La parole est à M. Gadaud sur ses amendements.

M. Gadaud. — Nous avons déjà, à la fin de la discussion générale, vendredi soir, abordé, en réalité, la discussion de l'article 4, qui a trait aux soins médicaux donnés aux assurés. Un de nos collègues a même pu dire que cette discussion avait amené dans son esprit un trouble profond. Il est donc nécessaire d'y revenir.

Nous avons fait observer que les médecins, dont la collaboration est si utile au bon fonctionnement du régime institué par la loi, ont indiqué, dans leur congrès, un certain nombre de dispositions.

Ils ont dit :

« Si ces décisions sont incorporées dans le texte de l'article, le Corps médical collaborera de la façon la plus complète et la plus entière au fonctionnement de la loi. Si elles ne sont pas incluses dans l'article 4, la situation se présentera d'une toute autre façon. »

Les décisions du Congrès médical du 30 novembre dernier sont-elles incluses dans le texte actuel de l'article 4 ? Toute la question est là.

M. le président de la commission nous a déclaré : « Oui, les décisions du Corps médical sont incluses dans l'article 4. »

Moi, je vous dis non, et voici pourquoi :

Comment, en effet, concilier les phrases suivantes ?

Au paragraphe 2, le texte dit : « L'assuré choisit librement son praticien. » Puis, au paragraphe 3 :

« Au cas où il désire faire appel à un autre praticien, ou en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé. »

Ce sont là des textes qui consacrent, en effet, les principes correspondant à ce que le Corps médical appelle l'entente directe.

Mais si nous lisons le paragraphe 4, nous y voyons

au contraire que « les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. »

Arrêtons-nous sur ces mots « tarifs locaux ». Que signifient-ils ? Sont-ils limitatifs et engagent-ils d'une façon absolue, pour le prix des soins donnés, les caisses et les syndicats professionnels ?

S'il en est ainsi, il est certain que les médecins qui accepteront ces tarifs seront les médecins des caisses et que ceux qui ne les accepteront pas seront exclus des caisses ; les assurés ne pourront recevoir leurs soins. Alors le libre choix affirmé au paragraphe 2 n'a plus aucun sens.

Pour que le principe de l'entente directe soit sauvegardé, il est nécessaire que les mots « *tarif local* » veuillent dire : montant, quantum de la participation de la caisse aux soins médicaux.

Si c'est là l'interprétation du texte, et si M. le rapporteur nous l'affirme, ce sera déjà un grand point élucidé.

M. le Président de la Commission. — Oui.

M. Gadaud. — Mais tâchons d'être plus précis encore, sans allonger outre mesure la discussion — et vous entendez bien que si j'ai repris la parole sur l'article 4 c'est avec le désir ardent de voir le Corps médical collaborer largement à l'application d'une loi que nous voulons aussi parfaite que possible — et permettez-moi, mon cher rapporteur, de vous donner lecture d'un texte comportant des modifications à l'article 4. S'il était adopté dans un projet rectificatif, il réflèterait mieux — c'est d'ailleurs une opinion personnelle que j'exprime et non celle des syndicats médicaux que je n'ai point consultés — les décisions du dernier congrès médical.

Si ces modifications étaient adoptées, il en résulterait, me semble-t-il, un grand apaisement. Ce pourrait être le prélude d'un excellent fonctionnement de la loi.

Voici le texte que je proposerais :

« Art. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre dans la mesure et selon les modalités indiquées au paragraphe suivant les frais de médecine générale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans.

« 2. L'assuré choisit librement son praticien.

« 3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

« 4. La participation des caisses aux soins donnés soit à domicile dans un milieu hospitalier ou technique est réglé par la caisse à l'assuré, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués **dans la région.**

« Ces tarifs, communiqués à titre indicatif aux caisses par les médecins, le quantum de participation des caisses, communiqué à titre indicatif aux médecins par les caisses, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles sont inscrits dans les contrats collectifs entre les caisses et les syndicats professionnels haibilités par leur union nationale.

« 5. L'assuré règle directement les honoraires de son médecin. Dans ces honoraires, le montant de participation de l'assurance est versé au médecin par le malade sous forme d'un bon payable soit au siège de la caisse locale, soit à un compte de chèques postaux ; le taux de la participation des assurés aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

« 6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurances pourra être autorisée sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales à augmenter le montant de participation des caisses aux frais supportés par les assurés, ainsi qu'a réduire le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

(Les paragraphes 7, 8 et 9 sans changement.)

Tel est, de façon résumée, mon point de vue sur l'article 4. Ces observations me permettent de ne pas insister sur les amendements que j'avais eu l'honneur de déposer. (*Très bien ! très bien !*)

M. le Président. — La parole est à M. le président de la commission.

M. le Président de la Commission. — Sur ce dernier point très important pour le Corps médical, je demande la permission de répondre en quelques mots.

Je ne peux que confirmer mes déclarations de vendredi dernier. Avec mon ami M. Gadaud, nous sommes d'accord pour reconnaître qu'il n' y a rien dans les dispositions qu'il vient de lire qui soit en opposition avec le texte du Sénat.

En ce qui concerne les tarifs, je puis vous donner tout apaisement. Ces tarifs ne sont pas limitatifs. Ils représentent, en quelque sorte, la participation des caisses dans les honoraires.

Ces tarifs sont indispensables, car sans eux les caisses ne pourraient pas établir leurs prévisions budgétaires.

Ainsi le Corps médical, à la collaboration duquel nous tenons infiniment — nous l'avons prouvé dans tous nos débats, aussi bien à la commission qu'en séance publique — ainsi, dis-je, le Corps médical reçoit satisfaction sur cinq des revendications qui ont été formulées au Congrès du 30 novembre 1927.

Il est entendu que le texte de la Chambre sera interprété dans le règlement d'administration publique conformément aux vœux qui ont été exprimés

dans nos rapports et au cours de la discussion. Le Corps médical n'a pas tenu compte de cette interprétation des textes dans le règlement d'administration publique. C'est la seule cause du malentendu qui a pesé sur nos débats.

Sur un seul point, le Corps médical n'a pas satisfaction complète. Le système du « payement direct » n'est pas obligatoire, il est facultatif. Cette question ne pourra être réglée, conformément aux vœux qui ont été exprimés, que sous la prochaine législature, dans un texte rectificatif.

Je tiens cependant à vous donner un avis personnel. Je ne crois pas que le payement direct doive être écarté ; il peut même être rendu obligatoire à une seule condition, c'est que le payement des honoraires ne soit pas fait en espèces par les assurés ; bien souvent les assurés ne pourront faire l'avance de ces honoraires. Il faudrait, je crois, revenir au système, que nous avions proposé sous la précédente législature, du payement par un bon, par un ticket, sorte de chèque, remboursable soit à la caisse, soit dans un établissement de crédit, soit à un compte de chèques postaux. De cette façon, l'assuré ne sera pas obligé de faire l'avance des frais médicaux, avance que, dans bien des cas, il ne pourra pas faire. Ce payement par un bon ou par un ticket aura encore l'avantage de permettre de contrôler efficacement la participation des assurés aux frais. Il évitera aux médecins toute comptabilité et tous aléas dans le règlement de leurs honoraires.

L'organisation du service médical et pharmaceutiques a été examinée par les deux Chambres avec la ferme volonté de donner satisfaction au Corps médical. Nous en avons donné des témoignages incontestables.

Nous sommes convaincus que, quand le Corps médical aura connaissance du règlement d'administration publique, il nous apportera sa collaboration pleine, entière et joyeuse, et qu'il sera l'animateur, bienfaisant de la grande réforme. (*Applaudissements.*)

M. Gadaud. — Je remercie M. le rapporteur de ses déclarations et je retire mon amendement.

M. le Président. — MM. Antériou et Fiori proposent d'ajouter au paragraphe 4 de l'article l'alinéa suivant :

« En ce qui concerne les fournitures pharmaceutiques, les prestations en nature sont réglementées et évaluées suivant un tarif national unique, élaboré par une commission constituée à cet effet. »

La parole est à M. Antériou.

M. Louis Antériou. — J'ai de brèves observations à présenter sur le paragraphe 2 de l'article 4 « L'assuré choisit librement son praticien. »

Ce libre choix ne semble contesté par personne. Toutefois, il y aurait intérêt, je crois, à ce que l'expression « praticien » fut plus nettement précisée et que figurât à la suite le mot « pharmacien » à côté des mots médecin, dentiste, sage-femme.

Cette affirmation du libre choix s'impose d'autant plus que certains groupements n'hésitent pas à réclamer l'entière liberté de canaliser vers tel ou tel praticien représentant certains groupements leurs adhérents assurés sociaux.

M. Gustave Guérin. — C'est très juste.

M. le Rapporteur. — Nous sommes d'accord sur cette interprétation du texte.

M. le Ministre du Travail. — Le pharmacien est compris parmi les praticiens.

M. Louis Antériou. — Je prends acte de la déclaration du Gouvernement et je l'en remercie. Le libre choix doit donc être absolu.

M. le Président de la Commission. — Le texte rectificatif portera les mots « médecins, pharmaciens, dentistes et sage-femmes. »

M. Louis Antériou. — Nous sommes entièrement d'accord.

Ma seconde observation porte sur le paragraphe 5. La nécessité pour le praticien et surtout le pharmacien de récupérer rapidement les fonds qu'il lui serait souvent matériellement impossible d'attendre pendant de longues périodes rend désirable le mode de payement direct.

La loi actuelle prévoit un contrat entre les caisses et les syndicats professionnels.

Or, s'il n'y a pas entente entre ces deux groupements, la loi ne prévoit aucun moyen de les mettre d'accord, la procédure d'arbitrage dont il est parlé à l'article 7 ne s'appliquant qu'à l'exécution des contrats déjà passés.

Je crois que c'est le sentiment de tous les praticiens et pharmaciens de nos campagnes qui désirent recevoir, sur ce point, des apaisements du Gouvernement. Je demande à M. le Ministre de vouloir bien me les donner.

M. le Président. — La parole est à M. le Ministre du travail.

M. le Ministre du Travail. — Je vous les ai donnés, hier, dans la discussion générale. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit au sujet des pharmaciens et des médecins. Nous sommes désireux de donner à tous les satisfactions légitimes auxquelles ils peuvent prétendre.

M. Louis Antériou. — Dans ces conditions, je retire mon amendement.

M. le Président. — L'amendement est retiré.

La parole est à M. Legué, sur l'article.

M. Legué. — Messieurs, comme vous le savez, l'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale ; médecine spéciale comprenant les diverses spécialités, maladies de la tête (yeux, oreille, gorge, etc.), maladies de la peau, gynécologie, électrothérapie, radiographie, radiothérapie, massage, art dentaire, etc. ; les frais pharmaceutiques et d'appareils (appareils comprenant les accessoires de pharmacie et les appareils d'orthopédie et de prothèse) ; les frais d'hospitalisation et de traitement dans les dispensaires, cliniques et les établissements de cure (sanatoria, hôpitaux marins, établissements thermaux) ; les frais d'intervention chirurgicale ; enfin,

elle couvre pendant six mois le payement d'une indemnité journalière égale à 50 p. 100 du salaire journalier moyen.

En rappelant avec quelques commentaires les soins auxquels auront droit les assurés, nous voulons simplement en souligner l'importance et non en faire la critique. Nous pensons, au contraire, que le service de l'assurance-maladie n'atteindrait pas son but humanitaire et utilitaire, s'il ne mettait pas en œuvre tous les moyens propres à prévenir ou à guérir la maladie.

Cependant, nous croyons devoir faire remarquer que ces dispositions nécessaires entraîneront de lourdes charges qu'il n'a pas été possible de prévoir avec une approximation suffisante.

Dans ce domaine, en effet, l'expérience des pays étrangers ne pouvait être que d'un minime secours, les données n'étant pas comparables et les renseignements puisés en France, dans la mutualité ou dans l'assistance étant à peu près inutilisables pour la même raison et nombre d'autres qu'il serait trop long d'examiner.

Dans ces conditions, on ne peut être surpris des discordances entre les chiffres admis à la Chambre ou au Sénat pour la quote-part des cotisations à affecter à l'assurance-maladie.

M. le docteur Grinda, à la page 54 de son rapport, relève une différence de 0,69 p. 100 entre ces chiffres. Or, un millième sur une masse de salaires de 45 milliards représente 45 millions et 6,9 millièmes plus de 300 millions. A la Chambre et au Sénat, l'incertitude de l'évaluation a d'ailleurs été loyalement reconnue. Au Sénat, il a été signalé que ce risque était le plus délicat et le plus dangereux financièrement ; et à la Chambre, M. Antonelli, à la page 219 de son rapport, a mentionné « les aléas inférents à l'assurance-maladie. »

En indiquant approximativement par assuré la somme dont pourront disposer annuellement les caisses d'assurances pour la couverture du risque maladie, l'incertitude apparaîtra sans doute plus clairement.

Si l'on prend pour base du calcul le pourcentage de 3,34 p. 100 sur les cotisations, admis par M. Antonelli et pour moyenne du salaire annuel 5 ou 6.000 fr., il ne semble pas que cette somme puisse dépasser 200 francs et il est même probable qu'elle sera inférieure.

C'est donc avec environ 200 fr. que devront être couverts les frais de maladie, rappelés plus haut, pour l'assuré, ses enfants non salariés de moins de seize ans et sa femme souvent non salariée. Cette somme sera-t-elle suffisante ? L'expérience seule pourra nous renseigner.

M. le Président de la Commission. — Nous sommes d'accord sur ce point.

M. Legué. — Au surplus, notre but, en exposant ces considérations, est principalement d'attirer l'attention de la Chambre sur l'impérieuse nécessité de prévoir des mesures efficaces contre les abus et le gaspillage, dont les conséquences pourraient être encore plus pernicieuses qu'une erreur dans l'évaluation du risque.

M. le Ministre du Travail. — Nous sommes tout à fait d'accord.

M. Legué. — Un contrôle et une surveillance sévères devront donc être organisés. Le contrôle supérieur est largement prévu ; il n'en est pas de même en ce qui concerne les assurés malades.

Les inspecteurs départementaux seront bien chargés de la surveillance, mais cette surveillance aura une influence relative parce qu'elle sera intermittente, éloignée, et, comme l'a déclaré à la tribune M. le docteur Grinda, non indépendante.

Le contrôle vraiment efficace sera le contrôle amical, selon l'heureux qualificatif de M. le docteur Grinda, qu'exerceront les uns sur les autres les intéressés au sein des sections dans lesquelles ils seront groupés.

Or, d'après le projet de loi, les attributions des sections seront fixées par le règlement d'administration publique. Il est à craindre que ce règlement manque de libéralisme et ne laisse pas à l'administration des sections toute la souplesse nécessaire pour le rôle important qu'il convient de leur assigner.

La loi devrait spécifier que les sections seraient régies, comme les caisses départementales et primaires, par la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

En outre, pour intéresser les sections à une bonne gestion, une remise devrait leur être accordée sur les économies qu'elles réaliseraient, de façon à leur permettre de faire bénéficier leurs adhérents de ristournes sur la partie des prestations maladie à la charge des assurés.

On récompenserait ainsi leur zèle et leur vigilance et on provoquerait une heureuse émulation entre toutes les sections.

De plus, les sociétés de secours mutuels que la nouvelle loi menace d'une mort plus ou moins lente, trouveraient dans cette disposition une raison de se maintenir en assurant à leurs membres les avantages d'une bonne administration. (*Très bien ! très bien !*)

J'ajoute qu'à l'avant-dernier paragraphe de l'article 4, il faudrait mettre : « Toute rechute de l'affection » au lieu de « Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection. »

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Lagrange, professeur honoraire de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux. — M. le Dr Aloy, professeur de chimie médicale à la Faculté de Toulouse. — M. le Dr Marc Landolt, de Paris. — M. le Dr Edmond Chatain, d'Allevard-les-Bains. — M. le Dr Charles Malet, de Paris.

— **Cours de perfectionnement sur la tuberculose à la Faculté de médecine de Strasbourg.** — *Programme* (*suite*). Jeudi 18 octobre, 8 h. 30 : L'oléothorax, indications, résultats. Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses, Dr Kaufmann. — 9 h. 30 à 11 heures : Examens cliniques et radiologiques de malades. Cliniques médicales A et B. — 3 heures : Anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire et des maladies des voies respiratoires. Démonstration de pièces sous la direction du Dr Géry. — 5 h. 30 : Les dilatations bronchiques, Dr Léon Kindberg.

Vendredi 19 octobre, 8 h. 30 : Visite de l'hospice Stéphanie sous la direction du Dr Allenbach. Le traitement chirurgical de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire. — 3 heures : Examens et réinsufflations de malades porteurs de pneumothorax artificiel ; la conduite de la cure. Les épanchements et la symphyse pleurale. — 5 h. 30 : Le pneumothorax bilatéral, Dr Léon Kindberg.

Samedi 20 octobre, 8 h. 30 : Les hémoptysies tuberculeuses et non tuberculeuses, Dr Foncin. — 9 h. 30 à 11 heures : Examens de malades à la clinique oto-rhino-laryngologique. — 11 heures : La tuberculose de l'oreille, prof. Canuyt. — 3 h. 30 : L'emphysème pulmonaire et les bronchites chroniques, Dr Wolf. — 5 h. 30 : Les abcès pulmonaires, Dr Léon Kindberg.

Lundi 22 octobre, Consacré à la tuberculose infantile, sous la direction du prof. Rohmer. Clinique infantile. — 8 h. 30 : Aperçu général sur la clinique et l'épidémiologie de la tuberculose infantile et ses rapports avec la tuberculose de l'adulte, prof. Rohmer. — 9 h. 30 : Les cuti- et intradermo-réactions. Démonstrations et exercices pratiques, Dr Woringer. — 3 heures à 5 h. 30 : La tuberculose du nourrisson. Démonstrations de nourrissons malades, de préparations anatomiques et radiographies, Dr Woringer. — 5 h. 30 : Les principales erreurs de diagnostic en matière de tuberculose pulmonaire, prof. Merklen.

Mardi 23 octobre, Consacré à la tuberculose infantile, sous la direction du prof. Rohmer. Clinique infantile. — 8 h. 30 : L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Démonstrations, prof. Rohmer. — 10 heures : la spléno-pneumonie tuberculeuse, Dr Woringer. — 2 heures à 4 heures : Visite de la Laiterie centrale. — 4 heures : La tuberculose de la seconde enfance, Dr Woringer. — 5 h. 30 : La scrofule, prof. Rohmer.

Mercredi 24 octobre, 8 h. 30 à 9 h. 30 : La vaccination antituberculeuse, Dr Strauss. — 9 h. 30 à 10 heures : Examens cliniques et radiologiques de malades. — 11 heures : Le problème de l'amylose, Dr Van Caulaert. — 3 heures à 5 heures : Tuberculose des fosses nasales et du pharynx. Examens de malades à la clinique oto-rhino-laryngologique, prof. Canuyt. — 5 h. 30 : Le cancer pleuro-pulmonaire, prof. Léon Blum.

Jeudi 25 octobre, 8 h. 30 : La tuberculose rénale, Dr Boeckel. Leçon et démonstration de pièces. — 11 heures : Les corticopleurites, Dr Wolf. — 3 heures à 5 heures : Tuberculose laryngée, prof. Canuyt. Leçon et examens de malades.

S'inscrire auprès du Dr Vaucher, 8, quai Finkwiller. Un droit d'inscription de 350 francs sera versé au début du cours par les auditeurs désireux de suivre les travaux pratiques et d'être admis aux examens de malades. Le nombre des auditeurs est limité. Les auditeurs recevront un résumé dactylographié de chaque cours. A la fin du cours, un certificat sera donné aux auditeurs qui en feront la demande.

Le Comité national de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales ou par des Comités locaux pour prendre la direction d'un dispensaire. Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66*bis*, rue Notre-Dame des Champs, Paris. Aucun droit d'inscription ne sera demandé pour les cours théoriques, de 8 h. 30 du matin à 5 h. 30 du soir, qui pourront être suivis par tous les médecins et tous les étudiants qui le désirent.

Propramme du voyage d'études à Leysin (du 26 octobre au 1er novembre). Départ pour Leysin le 26 octobre dans la matinée. Arrivée à Leysin dans la soirée. Conférences qui seront faites à Leysin au cours de la visite des différents établissements de la station :

Dr Jean Morin, médecin en chef des sanatoriums populaires Vaudois de Leysin, avec la collaboration des docteurs Cardis et de Weck : 1° Traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte à l'altitude ; 2° Traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfance. Résultats cliniques. — Dr Rossel, médecin-directeur du sanatorium populaire Neufchâtelois : 1° Organisation et administration d'un sanatorium d'Etat ; 2° Le travail et le repos dans la cure de la tuberculose pulmonaire. — Dr Jaquerod, médecin-directeur du sanatorium Grand-Hôtel, et ses collaborateurs : docteurs Galland et Foix : 1° Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire ; 2° Tuberculinothérapie. — Dr Piguet, médecin du sanatorium du Mont-Blanc : 1° Thoracoscopie et section d'adhérences pleurales. — Ds Sillig, Dr Gilbert et Dr Bouessée, médecins du sanatorium Chamossaire : 1° Climatologie et climatothérapie ; 2° Stéréoscopie pulmonaire. Dr de Reynier, oto-laryngologiste : 1° La tuberculose du nez, du larynx et des oreilles. — Dr Roulet, médecin : 1° Résultats du traitement par la sanocrysine. — Dr Rollier et ses collaborateurs : 1° L'héliothérapie ; son rôle thérapeutique, prophylactique et social. — Dr Amstadt (collaborateur du Dr Rollier) : 1° La tuberculose intestinale ; 2° La tuberculose péritonéale. — Dr Vauthier, médecin du sanatorium universitaire : Le sanatorium universitaire suisse, œuvre sociale.

Le nombre des inscriptions n'est pas limité. Pendant leur séjour à Leysin, les participants seront reçus gratuitement dans les établissements de la station. La Compagnie Aigle-Leysin leur offrira le parcours gratuit sur son Chemin de Fer. S'inscrire auprès du Dr Vaucher, 8, quai Finkwiller, Strasbourg, avant le 1er octobre 1928.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

du 15 juin 1909, modifiée le 3 décembre 1923 et le 21 avril 1927.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 15 octobre 1928, au plus tard.

6 *mai.*

Enseignement de la médecine.

Sont déclarées vacantes, la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques et la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance de la Faculté de Paris.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication à l'*Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire.

Justification des déclarations des bénéfices des médecins en respectant le secret professionnel.

14738. — M. Pierre Rameil, député, signale à M. le Ministre des Finances que les bénéfices de certains médecins ont été évalués arbitrairement par l'administration des contributions directes ; et demande comment les intéressés peuvent justifier de la sincérité de leurs déclarations sans violer le secret professionnel auquel ils sont tenus en vertu de l'article 378 du code pénal. (*Question du* 17 *janvier* 1927.)

Réponse. — Aux termes de l'article 12 de la loi du 4 avril 1926 (art. 59 des lois codifiées par le décret du 15 octobre 1926), lorsque le contrôleur des contributions directes se trouve en désaccord sur le montant du bénéfice déclaré, avec un contribuable passible de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et notamment un médecin, ce désaccord est soumis à l'appréciation de la commission consultative prévue par ledit article. La commission formule un avis indiquant le chiffre du bénéfice professionnel qui lui paraît pouvoir être attribué à l'intéressé et ce n'est que dans le cas où le montant du bénéfice imposé est conforme à l'évaluation de la commission que le médecin en cause peut être tenu, en cas de réclamations, de prouver l'inexactitude de cette évaluation devant la juridiction contentieuse. A cet effet il peut, d'ailleurs, user de tous les modes de preuve admis en droit commun et conciliables avec les prescriptions de l'article 378 du code pénal, étant fait observer, au surplus, que les réclamations sont jugées en audience non publique et que l'obligation du secret professionnel s'impose à toute personne appelée par ses fonctions à intervenir dans l'établissement ou le contentieux de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

(*J. O.*, 27 avril 1928.)

FISCALITÉ

La patente des médecins de grandes villes.

Un bref article, glissé, suivant l'habitude adoptée par un Parlement surchargé, dans une loi générale, celle du 19 mars 1928 « portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice 1927 au titre du budget général et des budgets annexes » (*Journal officiel* du 20 mars), modifie, *mais seulement à partir de l'année prochaine*, le mode de calcul du droit proportionnel, théorique, de la patente des personnes qui exercent des professions libérales patentables, dans les grandes villes, et notamment des médecins.

Voici, en effet, le texte de l'article 19 de la loi précitée :

« Sont doublés, à partir du 1er janvier 1929, les chiffres limites de valeur locative prévus au tableau D, annexé à la loi du 19 avril 1905, pour application, aux professions libérales, du droit proportionnel de patente d'après le taux du douzième au lieu du taux du quinzième. »

Donc, à partir, nous le répétons, *non de la présente année, mais de l'année* 1929, le droit proportionnel de patente des médecins exerçant dans une grande ville, sera du douzième du loyer et non du quinzième :

A Paris, si la valeur locative totale dépasse 8.000 fr. (au lieu de 4.000) ;

Dans les villes de plus de 200.000 habitants, si elle dépasse 5.400 fr. (au lieu de 2.700) ;

Dans les villes de 100.000 à 200.000 habitants, si elle dépasse 4.800 fr. (au lieu de 2.400).

Il reste bien entendu que la somme à payer n'est pas simplement, hélas ! ce quinzième, ou même ce douzième du loyer. C'est ce quotient multiplié par le chiffre, souvent impressionnant, notamment à Paris, des centimes additionnels. On arrive ainsi à payer, comme patente, la moitié et plus du montant de la valeur locative.

Pourquoi la réforme, équitable quoique insuffisante, instituée par l'article 19 de la loi du 19 mars 1928, puisque les loyers ont été plus que doublés, en général, est-elle renvoyée à l'année 1929 ? C'est sans doute pour éviter à l'Administration de recommencer ses feuilles d'avertissement, toutes préparées, ou tout au moins ses calculs. C'est aussi, peut-être, pour ne pas apporter une moins value dans les évaluations budgétaires.

Quoi qu'il en soit, il faudra, cette année encore, payer au prix fort et ne compter sur un dégrèvement partiel que pour l'année prochaine.

A noter également que, comme par le passé, le droit au douzième n'existe que dans les villes de plus de 100.000 habitants et que, quelle que soit l'importance du loyer d'un médecin qui exerce dans une ville de moins de 100.000 habitants, il ne payera la patente que sur un droit proportionnel calculé au quinzième. J. D.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

1546. — Formalités exigées pour la contre-visite d'un accidenté du travail.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir ce qu'en cas de contre-visite d'un accidenté du travail en cours de traitement, je suis en droit d'exiger de la part du médecin chargé de cette contre-visite par la Cie d'assurance : délais et mode de prévenance, pièces à me présenter, etc.

Dr D.

Réponse.

Voici le texte du § 5 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, qui détermine l'exercice du droit de contrôle du patron ou de l'assurance :

« Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera au dit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée ».

Pour que la contre-visite du médecin de l'assurance s'exerce dans les conditions régulières, il est donc nécessaire qu'il soit muni de sa désignation visée par le juge de paix et du récépissé de lettre recommandée justifiant que le médecin a été prévenu deux jours à l'avance de la date et de l'heure de sa visite.

A défaut de l'accomplissement de ces formalités, le blessé est en droit de refuser de se laisser examiner par le médecin contrôleur, hors de la présence de son médecin traitant.

1673. — Soins après consolidation.

J'ai été appelé, le 21 février dernier, à donner mes soins à un accidenté du travail. Une traverse lui était tombée si malencontreusement sur la paume de la main qu'elle la lui avait ouverte, mettant à nu les tendons fléchisseurs des doigts, les dilacérant ; en même temps fracture de l'avant-bras. Je l'envoyai d'urgence à l'hôpital d'A. Il en est sorti lundi dernier, le chirurgien, estimant la plaie consolidée, l'a porté sortant. Or, mon blessé, par suite de nécrose du tendon fléchisseur de l'index, sera peut-être appelé, dans deux mois ou même trois mois, à retourner à l'hôpital pour qu'on y tente la reconstitution de son tendon, chose fort aléatoire.

Alors que dois-je faire ? Si je lui donne un certificat de sonsolidation de la plaie, on tranchera la question de la pension dans l'état actuel et, alors, qui payera l'hôpital dans 3 mois si on tente cette reconstitution tendineuse ou si on est obligé de faire l'ablation de l'index devenu gênant ? Puis-je laisser

aller les choses sans donner de certificat de consolidation. Mais alors la Cie s'impatientera, le blessé étant sorti de l'hôpital. Vous voyez par là combien votre avis me sera précieux.

Dr B.

Réponse.

Si vous délivrez actuellement un certificat de consolidation à votre blessé, l'assurance ne soulèvera certainement aucune contestation, et le Président, devant l'accord des parties, dressera un procès-verbal de conciliation faisant partir la rente du jour de la consolidation fixée par votre certificat.

Par la suite, si des soins sont à nouveau nécessaires au blessé, celui-ci n'aura aucun recours pour les faire supporter par son patron ou par son assurance et il sera dans l'obligation de les payer de sa poche.

Mais la consolidation n'est acquise que du jour où l'état du blessé n'est susceptible d'aucune amélioration. Tant que des soins peuvent atténuer l'incapacité, il n'y a pas consolidation et le demi-salaire doit continuer à être payé et les frais médicaux à être supportés par le patron ou l'assurance.

Si donc vous estimez que l'état de votre blessé peut être amélioré par une opération à brève échéance, vous ne devez pas conclure à la consolidation. Si l'assurance prétend que la consolidation est acquise, le Président pourra ou bien renvoyer les parties devant le Tribunal, qui appréciera, ou bien, d'accord avec elles, recourir immédiatement à une expertise qui tranchera le débat.

En fait, si votre blessé peut reprendre son travail, son intérêt comme celui de la Compagnie serait que la consolidation soit considérée comme acquise dès maintenant et que la Compagnie accepte amiablement de supporter les frais de l'opération postérieurement à la consolidation.

Vous pourriez sans doute proposer cet arrangement à l'agent de la Compagnie. Si celle-ci n'accepte pas, refusez le certificat de consolidation et laissez l'affaire suivre la voie judiciaire.

1573. — Une couturière à la journée est-elle assujettie à la législation sur les accidents du travail ?

Une couturière vient de temps en temps faire quelques heures de couture chez une de mes clientes. Un jour, allant chercher du fil, elle tombe et se casse la jambe. Qui est responsable de l'accident, est-ce bien un accident du travail dont la responsaibilité incombe à l'employeur, ou, au contraire, ce dernier n'encourt-il aucune responsabilité ?

Dr A.

Réponse.

Suivant Sachet, auteur d'un Traité des acci-

dents du travail qui fait autorité, les lingères et couturières qui vont travailler à la journée ou à l'heure dans les maisons bourgeoises ne seraient pas couvertes par la législation spéciale. Sachet estime que leur indépendance au point de vue professionnel vis-à-vis de la personne qui les emploie en fait des artisans auxquels la législation sur les accidents du travail n'est pas applicable.

A notre avis, et bien que nous ne connaissions pas de jurisprudence précise sur la question, l'opinion de Sachet ne saurait être admise avec une rigueur absolue. En effet, les femmes de ménage qui travaillent à l'heure ou à la journée sont couvertes par la loi sur les accidents du travail et, bien souvent, il n'existe guère de différence entre une couturière à domicile et une femme de ménage au point de vue de l'indépendance du travail. Toutes les deux sont soumises à la direction et à la surveillance constantes de la maîtresse de maison.

Pour discerner, dans chaque cas d'espèce, si la loi est applicable ou non, il faut donc, croyons-nout, connaître exactement les circonstances de fait et notamment la nature du travail auquel se livrait la couturière à domicile. S'il y a confection de robes, par exemple, exigeant des connaissances techniques et une certaine indépendance dans la conception et l'exécution du travail, la couturière serait un artisan et ne pourrait bénéficier de la loi sur les accidents du travail. Au contraire, si le travail consiste uniquement en raccommodages et remise en état du linge, le lien de subordination entre la maîtresse de maison et l'ouvrière devient plus étroit et la loi, selon nous, devient applicable.

1704. — Soins donnés à un blessé du travail dans une clinique.

Un blessé du travail, sérieusement atteint, a-t-il le droit de choisir une clinique de préférence à l'hôpital pour se faire traiter ? Si oui, à quelles indemnités a-t-il droit ?

Dr M.

Réponse.

Un blessé du travail peut se faire traiter, à son choix, soit chez lui, soit à l'hôpital, soit dans une clinique privée.

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou une clinique privée, il continue à avoir droit à son demi-salaire.

Mais l'hôpital ou la clinique privée ne peuvent se faire payer par le patron responsable ou son assurance que les frais de séjour du blessé, calculés suivant le prix de l'hôpital pour l'assistance médicale gratuite, avec majoration de 30 %, à l'exclusion de tous honoraires médicaux ou chirurgicaux ou de tous frais pharmaceutiques.

Il n'en est autrement que dans le cas où l'hospitalisation dans une clinique privée est com-

mandée par la nature exceptionnelle de la lésion ou par l'urgence. Dans ce cas, le médecin ou le chirurgien peuvent se faire honorer par le patron ou l'assurance sur les bases du tarif des accidents du travail.

Mais, en l'espèce, ni l'un ni l'autre de ces cas d'exception ne peut être invoqué puisque le blessé pourrait, s'il le voulait, tout aussi bien se faire soigner à l'hôpital que dans une clinique.

Application du Tarif Fallières.

I

1639. — Injection antitétanique plus deux pansemants.

Accident du travail :

1° Pansement d'une plaie contuse profonde d'un doigt de la main droite ;

2° Pansement d'une plaie profonde d'un doigt de la main gauche ;

3° Sérum antitétanique ;

4° Y a-t-il dans ce cas, cumul des pansements et sérum ?

Dr B.

Réponse.

Vous avez à compter d'abord votre injection antitétanique : 20 francs, qui comprend la visite avec ou sans pansement. Or, vous avez deux pansements en plus, un à chaque main. L'un étant compris dans l'intervention d'injection antitétanique (article 13 sur le *cumul*), vous avez à ajouter *un seul* des deux pansements. Donc, comptez : injection antitétanique : 20 francs (compris le premier pansement) plus le deuxième pansement : 12 francs, plus le certificat 5 fr., soit au total : 20 + 12 + 5 = 37 francs.

F. D.

II

1678. — 1° Cumul ; 2° Déplacement.

Une Compagnie d'assurances, la X, sur une note insignifiante par ailleurs, refuse de me payer, pour une plaie du pied souillée de fumier à la campagne, un pansement plus une injection de sérum antitétanique.

Une autre, la Y, pour une note plus importante, relative au hersage d'une main chez un ouvrier tourneur en bois, refuse de me payer mon déplacement d'urgence à la clinique chirurgicale la plus rapprochée et mon aide opératoire.

Dois-je accepter ?

Dr L.

Réponse.

1° On ne peut compter *à la fois* une intervention (injection antitétanique ici) et une visite ou consultation (donc le pansement qui y est compris). Ce serait le *cumul* interdit par l'article 13.

2° L'indemnité de déplacement d'un médecin

ne peut « excéder l'indemnité attribuable au médecin *le plus rapproché* » (article 2, § 7). Il est probable que cette clinique chirurgicale a autour d'elle des médecins se trouvant à moins de 15 kilomètres de distance, comme vous vous trouvez de cette clinique.

F. D.

III

1667. — Intervention de nuit.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me donner votre avis sur le tarif à appliquer dans le cas suivant (accident du travail) : un blessé m'est amené un dimanche, à 11 heures du soir, porteur de deux plaies, l'une au bras gauche ayant nécessité trois points de suture, l'autre à la nuque, pour laquelle j'ai fait un point de suture.

Le prix de l'intervention doit-il être majoré du fait qu'elle a eu lieu un dimanche et après 21 heures ?

Dr C.

Réponse.

Vous pouvez compter : *a*) ou bien vos interventions avec majoration de 25 % pour nuit (article 8), soit suture à la nuque, plus suture au bras : 15 + 15 = 30 fr. + 25 % = 37 fr. 50 ; *b*) ou bien consultation de nuit : 12 × 3 = 36 fr. (article 4).

F. D.

Baux et locations.

1679. — Droit d'un réformé de guerre à la prorogation.

Est-il exact que, dans l'état actuel des lois, un locataire, réformé de guerre, ne peut être renvoyé de l'appartement qu'il habite ?

Dr P.

Réponse.

Dans les villes où la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable, comme c'est le cas pour Paris, tous les locataires d'immeubles construits avant 1914 ont droit à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931. Le propriétaire ne peut faire échec au droit à la prorogation que s'il entend reprendre l'appartement pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille ou bien s'il veut démolir l'immeuble pour le reconstruire. Encore le droit de reprise du propriétaire ne peut-il être exercé si le locataire est réformé de guerre avec au moins 25 % d'incapacité, sauf exception pour le cas où la personne au profit de laquelle le droit de reprise est exercé compte elle-même dans une des catégories énumérées par la loi contre lesquelles le droit de reprise ne peut jouer.

Enfin, dans aucun cas le droit de reprise du propriétaire ne peut porter sur un local affecté

en tout ou en partie à l'exercice d'une profession libérale ou d'une fonction.

Nous ne pouvons pour le moment que vous indiquer les principes généraux. Si vous vous intéressez à un cas particulier, exposez le nous dans tous ses détails et nous pourrons alors vous dire si oui ou non le locataire réformé peut être expulsé de son appartement avant le 1er avril 1931.

Propharmacie.

1640. — Effet de l'installation d'une pharmacie dans la commune où exerce un propharmacien.

Exerçant dans cette petite commune depuis 20 ans, il paraît qu'un pharmacien vient s'y installer. Dois-je être averti officiellement de cela, étant jusqu'à ce jour docteur-propharmacien ?

Et si ce pharmacien y tient officine ouverte, ne puis-je pas délivrer des médicaments à mes malades au titre gratuit ?

Ce faisant ce pharmacien pourrait-il quelque chose contre moi ? Dr X.

Réponse.

En vertu de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie, les médecins établis dans les communes, bourgs ou villages où il n'y a pas de pharmacien établi, ont le droit de vendre des médicaments à leurs clients.

Cette dérogation au principe général qui veut que la vente des médicaments soit réservée aux seuls pharmaciens a été instituée uniquement dans l'intérêt des malades et non pas dans l'intérêt des médecins.

Il en résulte qu'à l'instant où un pharmacien ouvre une officine dans une commune jusque-là dépourvue de pharmacien, les médecins qui y exerçaient la propharmacie doivent immédiatement cesser de vendre des médicaments, sans qu'il soit besoin pour cela d'une notification quelconque.

Ils ne peuvent même continuer de procurer des médicaments à leurs clients à titre gratuit, car, dans les communes où est établi un pharmacien, personne autre qu'un pharmacien ne peut fournir de médicaments aux malades, que ce soit contre paiement ou meme gratuitement.

Au cas où un médecin propharmacien continuerait à fournir des médicaments à ses malades après l'ouverture d'une officine, il s'exposerait à être poursuivi, à la demande du pharmacien ou même sur l'initiative du parquet, pour exercice illégal de la pharmacie.

La seule chose que puisse faire un médecin propharmacien dans ce cas, c'est de tâcher de s'entendre avec le pharmacien pour que celui-ci lui reprenne son stock de médicaments.

Questions médico-militaires.

1176. — Cumul d'une pension militaire avec un traitement.

L'art. 59 de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires fixe à 18.000 fr. le maximum du cumul autorisé d'un traitement avec une pension d'ancienneté.

D'autre part, le décret du 19 septembre 1926 a accordé des majorations de pensions d'ancienneté.

Ledit décret, art. 5, précise qu'il ne sera pas fait état de l'indemnité supplémentaire et temporaire pour l'application des lois sur le cumul.

Enfin, la loi du 16 juillet 1927 a accordé de nouvelles majorations.

Cette loi semble avoir été basée sur les mêmes principes que le décret du 19 septembre 1926.

Pouvez-vous me dire si cette loi a fixé un nouveau plafond au-dessus duquel le cumul entre une pension d'ancienneté et un traitement ne peut être autorisé et quel est actuellement le chiffre qui ne peut être dépassé ?

Dr J.

Réponse.

Depuis le 1er janvier 1928, le nouveau maximum fixé pour le cumul d'un traitement avec une pension d'ancienneté a été fixé à 30.000 fr. (article 66 de la loi de Finances du 27 decembre 1927).

1226. — Le temps passé en réforme compte-t-il comme service actif ?

Un de mes clients est pris bon service armé quoique malade, bronchite chronique. Il est réformé temporairement un an après, puis repris bon service armé; réformé temporairement de nouveau il vient d'être repris service auxiliaire. Le temps passé en réforme compte-t-il pour la durée de son service ou est il tenu de passer au régiment le temps passé chez lui étant en réforme temporaire ?

Dr S.

Réponse.

La question est de savoir s'il s'agit d'une réforme temporaire n° 1 (cause attribuable au service) ou d'une réforme temporaire n° 2 (cause non attribuable au service) ; dans le premier cas, le temps passé en réforme compte comme service actif.

Pour le temps passé en réforme temporaire n° 2, ce sont les mêmes règles que pour l'ajournement, c'est-à-dire qu'il semble, après une deuxième réforme temporaire, devoir compléter son temps de service.

988. — Nouveau taux de pension.

Abonné au *Concours médical*, j'ai l'honneur de venir vous demander de bien vouloir me dire quel sera le taux des nouvelles pensions de guerre pour moi.

Aide-major 1re classe, 1er échelon, pensionné à 25 % (pension initiale de 913 fr.). J'ai, de plus, 4 enfants en bas âge.

D^r^ P.

Réponse.

Voici votre décompte :

Pension initiale	913 fr.
Plus 100 % du taux de soldat à 25 %	600 »
Plus, par enfant, 159 fr., soit : 159 × 4..................	636 »
Total, par an.........	2.149 fr.

1334. — Honoraires pour examens au centre de réforme.

Les 18 et 20 janvier 1926, j'ai procédé, après avis de l'autorité militaire, à l'examen de deux hommes pour pension militaire.

J'ai envoyé ma note : 50 fr. pour chaque examen au Bureau militaire à B., j'ai écrit, j'ai réclamé et personne ne m'a même donné signe de vie.

Où dois-je m'adresser ? Qui doit payer ? Ma note était-elle trop élevée. Je ne sais. Pourriez-vous me renseigner et me dire ce que je dois faire ? Puis-je encore toucher ?

Dr B.

Réponse.

Votre note doit être envoyée à l'autorité militaire qui vous a commis pour cet examen. L'expertise relevait probablement du centre de réforme de L. ; c'est donc au médecin-chef du centre spécial de réforme de L. qu'il faut à nouveau vous adresser, en lui rappelant tous les détails nécessaires.

Ces expertises sont payées 5 francs par malade examiné, plus les frais de déplacement variant suivant la durée de votre déplacement : 1/2 journée, journée, etc. Même pour une journée le prix n'atteindrait pas 100 francs. Laissez au médecin-chef le soin de fixer vos honoraires ; vous apprécierez ensuite.

1466. — Sursis pour périodes d'instruction.

Je viens encore, une fois de plus, avoir recours aux lumières de votre journal : médecin aide-major de 1re classe depuis juin 1927, classe 1920, ayant pour cause de santé obtenu en 1927 (aussi) sursis de période d'instruction, je reçois une nouvelle convocation cette année pour période. En octobre dernier je fus convoqué pour les fêtes de Villemin du 9 au 21 octobre au Val-de-Grâce pour période assimilée à période d'instruction.

1° Dois-je faire une période cette année ayant participé aux fêtes de Villemin ?

2° Puis-je ne pas faire de période, en alléguant ne pas vouloir passer à un grade supérieur.

Dr X.

Réponse.

Puisque vous avez obtenu un sursis pour cette période d'instruction, il était régulier que vous receviez une nouvelle convocation au plus tard deux ans après.

Car, en aucun cas, l'ajournement ne peut être accordé deux fois de suite pour la même période d'instruction ; tels sont les termes mêmes de l'article 49 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement.

Cependant, les douze jours des fêtes de Villemin doivent venir en déduction de votre prochaine période d'instruction ; vous devez le faire remarquer à votre directeur, et tout au plus devra-t-il exiger le complément nécessaire à la période d'instruction qui fait l'objet de votre nouvelle convocation.

Renoncer au grade supérieur ne peut vous dispenser d'exécuter les périodes prévues par la loi et dont la durée *totale* ne peut excéder quatre mois (article 49 de la même loi).

Tout au plus cette renonciation vous éviterait-elle peut-être la présente période, sans grands avantages définitifs.

---

985. — Imputabilité au service : présomption ou preuve à produire.

J'ai lu, il y a quelques mois, dans un journal, que pour la maladie de Basedow, le mobilisé de guerre n'était pas tenu à faire la preuve que sa maladie a été contractée à la guerre, du moment qu'il a été déclaré bon sans observation et qu'à se démobilisation il était atteint de cette maladie, ce qui est d'ailleurs exact.

Pouvez-vous me donner tous renseignements à ce sujet ?

Dr N.

Réponse.

Deux cas à distinguer :

1° L'intéressé fait sa demande de pension dans les cinq ans qui suivent sa libération.

a) Pour toute maladie constatée pendant le service ou dans les six premiers mois ayant suivi la libération, il bénéficie de la présomption légale d'origine et c'est à l'Etat de réunir les éléments de preuve contraire susceptibles de détruire cette présomption.

b) Dans tout autre cas, il doit faire la preuve d'imputabilité au service de la maladie invoquée.

2° L'intéressé, ancien combattant de 1914-18 fait sa demande après les cinq ans et jusqu'en décembre 1928 ; il doit apporter la preuve entière d'imputabilité au service de l'affection constatée pendant le service, plus la preuve de filiation entre cette affection première et la maladie actuelle.

Cinquantième année | N° 22 | 27 Mai 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr JOURDIN, de Pouancé, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 253. — A sous-louer pour juillet mi-août, villa au Pyla-Arcachon en bordure de mer : 3.000 fr. Petit confort, sans gaz. Interdict. malade.

No 254. — Pour clin. héliothérapie et cure altit. (1.250 m.), ou pour famille nombreuse, à louer ou à vendre, vaste local garni en Cerdagne (P.-O.). Ecr. M. Ribes, rue Valette, 23, à Perpignan.

No 255. — Client. à céder 25.000 fr. à 25 km. Paris. Aff. 50.000.

No 256. — Cab. thermal à céder dans région pyrén. de haute altit., saison courte durée.

N° 257. — Conf. parisien désirant passer en famille 15 jours dans campagne et maison agréables, travail facile, remplacem. réciproque, écrivez doct. Pégeot, à Mélisey (Haute-Saône).

N° 258. — J'offre 75 fr. d'un carnet timbres Minéraline ou Phénoseptyl.

N° 259. — Normandie. Résidence très agréable, excell. poste seul médec., rapp. env. 120.000, grande villa avec conf., jardins. Indemn. à débatt. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 260. — Centre. Ancien poste seul méd. avec pharmacie. Rapp. 52.000, petit rayon, loyer 1.600, bail, grande maison avec jardin et fruitier (1 hect.). Indemn 25.000 dont part. compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 261. — Ouest. Bords Océan, plage très fréquentée, très bonne client., maison, jardin, garage. Faible indemn. Pressé.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire d'hygiène.* — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire d'hygiène et de médecine préventive : en première ligne, M. Tanon ; en deuxième ligne, M. Debré.

— **Le centenaire de Tarnier.** — Une cérémonie commémorative du centenaire de la naissance de Tarnier vient d'avoir lieu à la clinique d'accouchement Tarnier, sous la présidence de M. Charléty, recteur de l'Université de Paris.

— **Paris.** — A l'hôpital de la Pitié, M. Babinski a remis, au cours d'une réunion intime, la croix d'officier de la Légion d'honneur au Dr Louis Delherm, chef du service d'électro-radiologie, atteint d'une grave affection des yeux causée par ses travaux professionnels.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — La première épreuve du concours de l'internat aura lieu le 27 juin 1928. Inscription, 3, avenue Victoria, du 30 mai au 13 juin.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — MM. Dufour et Chavannaz ont été nommés, à la suite du dernier concours, chirurgiens adjoints des hôpitaux de Bordeaux et affectés, le premier à l'hôpital Saint-André et le second à l'hôpital des Enfants.

— **Une maison médicale à Bordeaux.** — Grâce à la libéralité de Madame Demons, veuve du regretté professeur Demons, les médecins de la Gironde vont avoir une *Maison médicale.* Madame Demons a légué à cet effet son hôtel à la Ville de Bordeaux, qui l'a mis à la disposition des Sociétés et groupements médicaux girondins.

— **Etats généraux du thermalisme et du climatisme.** — Les médecins désireux de recevoir le compte-rendu des Assemblées, rapports, discours, vœux, discussions, doivent s'adresser au Secrétariat administratif de la Fédération thermale et climatique française, 14, rue Vézelay, Paris.

— **Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés.** — L'Assemblée générale annuelle se tiendra le dimanche 27 mai 1928, à quatorze heures trente, au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence du Dr Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois. A l'issue de la réunion, à dix-neuf heures trente, un banquet aura lieu dans les salons du Foyer médical.

— **IIe Congrès international de graphologie,** Paris, 9, 10 et 11 juin 1928. — Organisé par la Société de graphologie, sous le patronage de M. Barthou, ministre de la Justice, et sous la présidence de M. le Dr Pierre Janet, professeur au Collège de France, ce Congrès tiendra sa séance d'ouverture le 9 juin à l'*Hôtel des Sociétés savantes* et ses séances de travail au *Musée social*, 3, rue de Las-Cases. Le dimanche 10 juin, visite des archives graphologiques de la Préfecture de police sous la direction de M. Martin, chef de division des archives. A 17 h. 1/2, réunion Jubilaire de M. Crémieux-Jamin.

Les adhésions au Congrès sont reçues au siège de la Société de graphologie, 28, rue Serpente. Cotisation (membres titulaires) : 50 fr.

— **Inspection d'hygiène du département de Saône-et-Loire.** *Concours.* — Un concours sur titres et sur

épreuves, pour la nomination d'un médecin-inspecteur d'hygiène dans la circonscription de Charolles (Saône-et-Loire) aura lieu, au début de juillet, au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon ; la date précise du concours sera portée en temps utile à la connaissance des candidats admis à *concourir*.

Conditions exigées : nationalité française, doctorat en médecine, limites d'âge 28-45 ans (à dater du 1er janvier 1929.)

Adresser les demandes à la Préfecture de Saône-et-Loire accompagnées du bulletin de naissance, de la copie du diplôme de docteur en médecine et de toutes pièces justificatives des titres et travaux scientifiques présentés. Le registre d'inscription sera clos irrévocablement le 23 *juin*.

Traitement : 26.000 à 32.000 francs. Indemnité forfaitaire de déplacement : 7.500 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Préfet de Saône-et-Loire (Service de l'inspection départementale d'hygiène).

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Le cancer chez les inféconds.

Le docteur ROUJANSKY, de Fresneaux-Montchevreuil (Oise), frappé depuis quelque temps de la fréquence du cancer chez les femmes n'ayant eu que peu ou pas du tout d'enfants, prie ses confrères de vouloir bien lui communiquer leurs observations à ce sujet et les remercie d'avance.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *mai*.

Service de santé militaire.

Honorariat.

Les officiers de réserve ci-après, rayés des cadres, sont placés dans la position d'officiers honoraires :

Avec le grade de médecin colonel honoraire : M. Teissier, à Paris.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel honoraire : MM. Tollemer, à Paris; Henault, à Orléans ; Marie, à Paris ; Audry, à Toulouse.

Avec le grade de médecin commandant honoraire : MM. Touche, à Orléans ; Poulaine, à Avallon; Levrat, à Lyon ; Pillon, à Nancy ; Roch, à Charmes ; Duffner, à Nancy.

Avec le grade de médecin capitaine honoraire : MM. Ricapet à Paris ; Dally, à Paris ; Michel, à Paris ; Moundlic, à Paris ; Manesse, à Bertry ; Lemichez, à Montreuil-sur-Mer ; Wateau, à Paris ; Pauly, aux Mureaux ; Hannebelle à Friville-Escarbotin ; Roger, à Grand-Lucé ; Pioche, à Menars ; Parent, à Villenoy ; Juvanon, à Mâcon ; Nouvel, à Velines ; Pont, à Lyon ; Azemar, à Avignon ; Loubat, à Gaillac ; Blazy, à St-Jean-de-Luz ; Traissac à Bordeaux ; Ozoux à St-Denis (Réunion) ; Fontoynont, à Tananarive.

Avec le grade de médecin lieutenant honoraire : MM. Arnal, Lasne-Desvareille, Perraudin, Fougères, Gautier, Delmont-Bebet, Artin, Lachouille, à Paris ; Vallée, à Anzin, Verdier, à St-Laurent en-Caux ; Poli, à Béziers et Moret, à St-Germain-en-Laye.

10 *mai*.

Assistance publique.

Institution d'une commission chargée de préparer la codification des lois d'assistance.

Arrêté ministériel du 1er *mai* 1928.

Art. 1er. — Il est institué une commission chargée de préparer un projet de codification des lois d'assistance.

Art. 2. — M. Dron, sénateur, président du conseil supérieur de l'assistance publique, est nommé président de la commission.

Art. 3. — Sont nommés membres de la commission :

MM. Strauss, Bienvenu-Martin, Leredu, Ogier, anciens ministres.

M. le conseiller d'État, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

MM. Lépine et Berthélemy, vice-présidents du Conseil supérieur de l'assistance publique.

M. Labussière, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur.

M. Mirman, conseiller maître à la cour des comptes.

M. Brizon, président de la fédération des unions hospitalières de France.

M. Duguit, doyen de la faculté de droit de Bordeaux.

M. Ricordeau, président de l'union hospitalière du Nord-Ouest.

M. Imbert, chef du service central de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'intérieur.

M. Rondel, secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.

M. Bouffandeau, maître des requêtes au conseil d'État.

MM. Winter et Sarraz-Bournet, inspecteurs généraux des services administratifs.

MM. Couturier et de Mouy, chefs de bureau à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques.

M. Douarche, ancien chef adjoint du cabinet.

Art. 4. — M. Lacaisse, rédacteur principal à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, est nommé secrétaire.

Art. 5. — Le conseiller d'État, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Exercice de la pharmacie aux Colonies.

Décret du 4 mai réglementant l'exercice de la pharmacie au Togo.

Décret du 4 mai réglementant le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses au Togo.

11 *mai.*

Police sanitaire maritime.

Décret du 2 mai fixant les traitements du personnel du service sanitaire maritime (extrait).

Art. 1er. — L'article 1er du décret de 6 septembre 1927 portant fixation des traitements et des classes du personnel du service sanitaire maritime est modifié ainsi qu'il suit :

....

Agents principaux (médecins) et médecins de la santé :

1re classe	10.000	fr.
2e classe	9.200	»
3e classe	8.100	»
4e classe	7.600	»
5e classe	6.800	»
6e classe	6.000	»

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan), par suite du départ de M. le Dr Guillerm, appelé à un autre emploi.

13 *mai.*

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier, au titre du Ministère de l'Intérieur, M. le Dr Basset, à Paris.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Rappel de l'indemnité de soins de 7.000 fr. aux tuberculeux de guerre.

15441. — M. Goude, député, demande à M. le Ministre du Travail, si les tuberculeux à 100 p. 100 auxquels la pension a été refusée — leur invalidité étant considérée comme non imputable au service — mais qui ont obtenu gain de cause devant le tribunal ou la cour régionale des pensions, ont bien droit au rappel de leur pension, y compris l'indemnité de soins de 7.000 fr., lorsqu'ils n'ont pas travaillé depuis la décision de rejet qui leur avait été opposée. (*Question du 21 février* 1928.)

Réponse. — 1° Le malade a droit à un rappel de pension. Toutefois, pour obtenir les rappels dus au titre de l'allocation spéciale aux grands invalides, il appartient aux intéressés de produire leur demande avant

l'expiration du délai de trois ans, à compter de la remise de la notification de concession de pension ; 2° le malade ne peut prétendre à un rappel de l'indemnité de soins de 7.000 fr. que si sa demande est formulée dans le délai d'un mois à dater de la remise du titre de pension ou de la notification de la concession de la pension et s'il est possible d'établir que, depuis la date d'ouverture des droits à pension de 100 p. 100, il a rempli les conditions exigées par l'article 198 de la loi du 13 juillet 1925 et le décret du 25 août 1925, à savoir : *a*) avoir été reconnu comme ayant besoin de soins pendant la période envisagée ; *b*) s'être soigné sous la surveillance des organismes antituberculeux ; *c*) avoir cessé tout travail. (*J. O.*, 27 avril 1928.)

CORRESPONDANCE

Déclaration des maladies contagieuses.

1315. — Tableau récapitulatif des maladies déclarées.

Au début de l'année, la préfecture avait demandé aux médecins de remplir et lui adresser un état, dont ci-joint un exemplaire, concernant la déclaration des maladies épidémiques.

N'ayant pas, pour ma part, obtempéré, je reçois aujourd'hui une mise en demeure plus pressante.

J'ai donc recours à votre grande obligeance et à votre haute compétence pour vous demander si j'ai le devoir *légal* de remplir cet état, et, en particulier, s'il est réel, comme l'affirme la préfecture, qu'aux termes de la loi de 1892 le renvoi du tableau en question soit *obligatoire*.

J'ai, au cours de 1927, déclaré régulièrement toutes mes maladies contagieuses, et c'est la première fois depuis que j'exerce (23 ans) que je reçois une pareille demande.

Il me semble que l'Administration aurait pu facilement faire ce travail statistique à l'aide des déclarations détachées du carnet à souche, sans nous demander une paperasse de plus. Dr M.

Texte de la circulaire et du Tableau

PRÉFECTURE
DE
. . . .

X., le 5 janvier 1928.

1re DIVISION
1er BUREAU
—
ÉPIDÉMIES

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien retourner à la Préfecture, sous le couvert de M. le Maire de la commune de votre résidence, le tableau d'autre part, après y avoir consigné les renseignements qu'il comporte.

Ces renseignements, qui devront être parvenus *avant le 25 janvier courant*, sont destinés à faciliter le relevé des maladies épidémiques observées dans le département pendant l'année 1927.

(Le cas échéant, le tableau dont s'agit devra être transmis avec la mention : *Néant.*)

Agréez, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr Y.

N.B. — La déclaration des maladies épidémiques étant obligatoire, ainsi que le stipule la loi du 30 novembre 1892, le renvoi du tableau ci-annexé l'est également.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Observées dans le département de ....
pendant l'année 1927.

Arrondissement de.................. | **Commune de..................**
Canton de.................. | ....

NOMS du hameau et de la commune atteints	Désignation de la Maladie	Nombre de cas	Sexe des personnes atteintes	TERMINAISON

Réponse.

L'article 5 de la loi du 15 février 1902 est ainsi conçu :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé, ou sage-femme, qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'Intérieur, après un avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de déclaration. »

L'arrêté du 10 février 1903, relatif au mode de déclaration des cas de maladies transmissibles, ne spécifie, en son article 2, que l'utilisation des cartes-lettres, détachées d'un carnet à souche.

L'article 3 dit qu'« il est tenu, dans chaque arrondissement, par le préfet, ou le sous-préfet, un registre spécial, où sont inscrits par ordre chronologique, les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des endroits, où ils se sont produits et le nom du déclarant.

« Ce registre est établi de telle sorte que chaque commune de l'arrondissement soit représentée par un ou plusieurs feuillets, permettant de suivre le développement d'une épidémie et de se rendre compte à toute époque, de l'état sanitaire d'une commune, ou d'une ville.

« A la fin de chaque mois, le registre est récapitulé sur un état transmis au ministère de l'Intérieur. »

De ces textes législatifs et réglementaires, il résulte que vous êtes parfaitement en droit de vous refuser à remplir l'état qui vous a été transmis.

Vous avez l'obligation de déclarer les cas de

maladies contagieuses, à l'aide des cartes-lettres, détachées du carnet à souches, qui vous est délivré gratuitement par la préfecture.

Mais, vous n'avez rien à faire de plus.

Quant à l'état récapitulatif qui vous est réclamé, c'est au préfet, ou au sous-préfet à le faire établir, dans ses bureaux, comme il en est tenu par l'arrêté ministériel du 10 février 1903.

Si le préfet vous y obligeait, il commettrait un excès de pouvoirs, qui serait susceptible d'être porté devant le Conseil d'État.

Au surplus, il serait possible de faire poser, par un parlementaire, une question écrite au Ministre de l'Intérieur, pour savoir si seraient approuvés ces procédés, inaugurés dans votre département.

Dr Paul Boudin.

Fiscalité.

1627. — Avantages de l'imposition à la cédule « traitements et salaires ».

Je reçois, comme médecin cantonal et communal, un certain nombre d'indemnités fixes que j'ai comprises dans ma déclaration de bénéfices des professions non commerciales.

Le contrôleur prétend m'imposer pour toute ma déclaration au titre de la cédule : traitement.

Est-ce exact ?

D'après lui la cédule : bénéfices des professions non commerciales, ne saurait jouer peu ou prou, puisque j'ai quelques indemnités fixes.

Mais dans ces conditions, tous les médecins d'hôpitaux qui reçoivent un fixe ne devraient-ils pas être imposés pour leur déclaration de bénéfices, à la cédule : traitement ?

Ceci me paraît extraordinaire.

Notez que les fixes que je touche ne me donnent aucun des avantages des salariés : rien en cas de maladie, aucune retraite, etc., pas davantage le bénéfice de la loi sur les accidents du travail.

Mais, au fait, y a-t-il avantage ou inconvénient pour un médecin, à être imposé à la cédule : bénéfices des professions non commerciales, plutôt qu'à la cédule : traitement ?

Je compte sur votre obligeance pour me renseigner sur ces différents points.

Dr R.

Réponse.

La cédule des traitements et salaires comporte les abattements suivants qui ne sont pas prévus pour la cédule des bénéfices non commerciaux.

Contribuable marié	3.000 fr.
Pour chaque enfant mineur de moins de 18 ans	3.000 »
Pour chaque enfant âgé de 18 à à 21 ans ou pour les ascendants	2.000 »

Voir la suite page LXIII-1639

PROPOS DU JOUR

Le Dîner de Printemps de l'Umfia. (L'Union médico-latine). En l'honneur de la Colombie.

Malgré leur solennité, malgré la qualité des personnages officiels qui les président, les banquets de l'Umfia savent conserver un caractère de cordialité toute familiale, qui leur donne un charme particulier. Ce charme contribue à leur succès qui s'accroît à chaque réunion nouvelle. Les animateurs de ces fraternelles agapes, les Dartigues, les Molinéry, les Bandelac de Pariente, les Gaullieur l'Hardy et autres, par une sorte de suggestion, imprécise mais réelle, savent imprégner de leur enthousiasme l'esprit des convives et bannir de la salle du festin la froideur conventionnelle et, disons le mot, quelque peu ennuyeuse, des cérémonies officielles.

Le dîner de Printemps qui a eu lieu le 7 mai au Palais d'Orsay où il réunissait 220 convives, avait été donné en l'honneur de la Colombie, et cela, pour plusieurs raisons.

D'abord, parce que la Colonie Médicale colombienne de Paris est à l'heure actuelle plus particulièrement nombreuse et brillante. Ensuite, parce que le 10 mai 1912, lors de l'Assemblée constitutive de l'Umfia, ce fut un Colombien, le Dr Manrique, ancien ministre plénipotentiaire de Colombie, qui fut élu vice-président pour représenter l'Amérique latine.

Le dîner fut présidé par M. le ministre de Colombie, S.E. Vasquez Cobo, et par M. le professeur Legueu, entourés à la table d'honneur de l'élite de la Colonie colombienne dans laquelle on nous a signalé Monsieur et Madame Zapata, qui ont servi de trait d'union entre le bureau colombien et le bureau français de l'Umfia. Parmi les ministres, les professeurs, les médecins praticiens, venus d'Amérique latine, d'Espagne, de Portugal, d'Italie et des diverses régions de la France, se trouvaient un grand nombre de dames et de jeunes filles, toutes charmantes, dont beaucoup occupaient une table à part, la table des étudiants de la jeune Umfia où régna la plus franche, et même quelque peu bruyante gaité.

Vint l'heure des discours.

M. le Pr Legueu prit la parole. Nous avons plus d'une fois entendu le professeur Legueu, mais nous étions loin de nous douter de son grand talent d'orateur. Dans une langue impeccable, avec une éloquence qui se traduisait en de belles et harmonieuses périodes, M. Legueu a tenu l'auditoire suspendu à ses lèvres, sous le charme du beau discours que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ni même analyser. Ce fut un éloge discret, bien qu'enthousiaste, de la Colombie et des médecins colombiens que le Pr Legueu a pu vraiment apprécier, puisque beaucoup furent ses élèves et quelques-uns ses collaborateurs.

Le secrétaire général Molinéry donna la liste de ceux qui s'étaient excusés de ne pouvoir assister à la fête : les professeurs Tuffier, J.-L. Faure, Roule, Milian, etc., tous anciens et sincères amis de l'Umfia. Il rappela les jours sombres de 1918 (déjà dix ans se sont écoulés depuis cette tragique époque) où il conduisit une mission sud-américaine, au Pr Legueu qui voulut bien organiser des conférences en son honneur, malgré les angoisses qui étreignaient alors le cœur de tout Français. Il était donc tout naturel que dix ans après, M. le Pr Legueu présidât cette fête.

Molinéry signala parmi les convives M. le Dr Vaccaro, de Rome, résidant à Paris, qui a beaucoup contribué à l'entrée récente de l'Italie dans l'Umfia, devenue ainsi l'Union médico-latine.

Le Pr Cunéo qui fut, il y a quelques mois, en mission en Colombie et qui a gardé le souvenir le plus charmant de l'accueil qui lui a été fait et des beautés de ce pittoresque pays, a tenu à rappeler les péripéties de son voyage et à remercier ses confrères Colombiens.

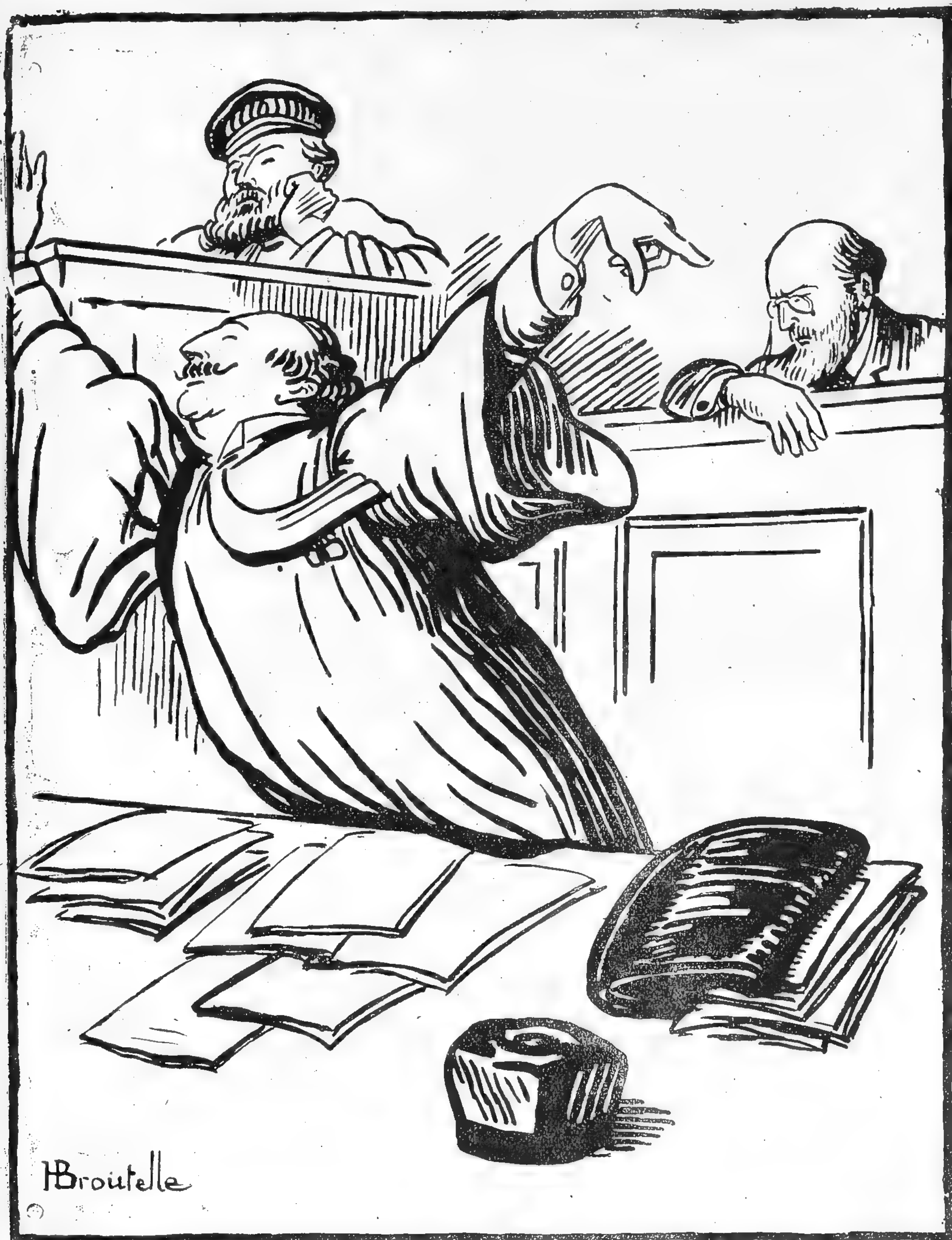
Dartigues, à son tour, avec son éloquence ardente et imagée, nous fit connaître la Colombie et les Colombiens et évoqua le rôle qu'ils jouèrent, avec le Dr Manrique, dans la création de l'Umfia.

Enfin, S. E. le ministre plénipotentiaire, S.E. V. Cobo, résuma l'histoire de l'Umfia, fit l'éloge de son action, vanta le dévouement et l'activité de ceux qui la dirigent et les assura de son appui et de sa collaboration.

Toutes les phrases de ces discours furent suivies de bans frénétiques.

Une soirée artistique et chorégraphique, organisée par le Dr Gaullieur l'Hardy, qui avait réuni de remarquables et charmantes artistes, dont certaines interprétèrent les œuvres de notre confrère Raoul Blondel, compositeur de talent, termina comme il convenait cette très agréable réception.

J. Noir.



RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

— Quel médecin, — fût-il prince de la science ! — peut affirmer qu'il n'aura jamais besoin des services d'une parole éloquente ?

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE MÉTABOLISME BASAL DANS LES DYSTHYROIDIES

Par Claude Gautier,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Grâce aux progrès d'une technique devenue progressivement plus précise et plus simple, l'étude du métabolisme basal a fait, depuis quelques années, l'objet d'un nombre considérable de recherches.

Leur intérêt n'est pas seulement d'ordre théorique : le taux du métabolisme et la connaissance de ses variations permettent dans bien des cas de préciser un diagnostic resté douteux, éclairent le pronostic et le mode d'évolution, aident le médecin dans le choix des moyens thérapeutiques, donnent enfin le moyen de contrôler avec rigueur l'effet du traitement choisi. Cette étude offre donc un intérêt pratique auquel le clinicien ne saurait désormais rester indifférent.

Des modifications importantes du métabolisme basal peuvent être observées dans des états pathologiques très divers, et nous ne saurions dans cet article faire leur exposé complet (1). Nous nous bornerons à étudier ici les perturbations apportées au métabolisme basal par les maladies du corps thyroïdien.

Elles sont connues depuis longtemps. Déjà, en 1893, Frédérick Müller avait observé, chez des sujets atteints de goitre exophtalmique, un amaigrissement avec perte progressive du poids, en même temps qu'une élévation de la dépense calorique et il en avait conclu que chez ces malades, le métabolisme devait être augmenté. Deux ans plus tard, Magnus Lévy avait confirmé cette hypothèse ; il démontra l'existence constante de l'augmentation du métabolisme basal dans les hyperthyroïdies et de sa diminution dans le myxœdème. Depuis lors, ces faits ont été vérifiés par un grand nombre de recherches expérimentales.

A cet égard, les modifications les plus nettes de la valeur du métabolisme ont été observées après ablation complète de la glande thyroïde. Il est à noter cependant que les premiers faits expérimentaux (Mayer, Baldoni, Smith, Michaelson) ont été des plus variables suivant qu'on enlevait ou non les glandes parathyroïdes en même temps que le corps thyroïde. Cette cause d'erreur éliminée, après ablation du corps thyroïde chez l'animal, chien ou lapin, on constate toujours l'apparition du myxœdème typique, avec une diminution des échanges respiratoires qui atteint environ 20 p. 100. La chute a lieu au cours de la première semaine et atteint son maximum au cours des deuxième et troisième semaines qui suivent l'ablation de la glande.

Il est intéressant de noter que, dans certains cas, et surtout lorsque l'expérimentation porte sur de petits animaux, souris ou rats par exemple, la chute du métabolisme basal peut n'être que transitoire ; après quelques heures, le métabolisme remonte à son taux normal, et par la suite, le myxœdème typique n'apparaît pas. En pareil cas, on ne constate pas, comme on pourrait le penser, la persistance de fragments de corps thyroïde laissés en place, ou celle de thyroïdes accessoires chez les animaux en expérience ; mais, en revanche, on observe toujours une augmentation considérable du volume de l'hypophyse, qui paraît ainsi susceptible de jouer, dans certaines conditions, un rôle vicariant. Par ailleurs, Aascher et ses collaborateurs ont montré que l'ablation concomitante de la glande thyroïde et du thymus entraînait la production d'un myxœdème plus marqué, et d'un abaissement du métabolisme basal plus considérable que l'ablation du corps thyroïde seul. Enfin, chez les animaux thyroïdectomisés, les échanges remontent toujours après adjonction de corps thyroïde à l'alimentation.

Une autre conséquence de la thyroïdectomie totale a été signalée par Grafe ; elle concerne le pouvoir qu'ont les organismes vivants d'augmenter leurs combustions après alimentation excessive (consommation de luxe).

Le chien thyroïdectomisé n'est plus capable de combiner une quantité d'aliments dépassant ses besoins normaux : après hyperalimentation, l'augmentation du métabolisme reste très inférieure à ce qu'elle était avant la thyroïdectomie, et le poids de l'animal, jusque-là resté constant, augmente considérablement.

---

(1) Pour plus de détails, voir « Le métabolisme basal en clinique, » par Claude Gautier et René Wolff. *Collection des Actualités de médecine pratique.* Directeur : Dr R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris, un volume de 172 pages. (Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

Lorsqu'elle est seulement partielle, l'ablation du corps thyroïde entraîne une diminution des échanges caloriques, mais on est mal fixé sur les rapports qui existent entre la proportion de glande enlevée et l'abaissement de métabolisme qui en résulte : on sait seulement que la persistance de traces minimes de corps thyroïde ne suffit pas pour que le métabolisme de l'animal reste normal. Quant aux résultats observés chez l'homme après ablation partielle du corps thyroïde, ils concernaient toujours des glandes dont le fonctionnement était anormal : goitres simples, ou basedowifiés, ou corps thyroïdes de basedowiens, et les modifications du métabolisme basal observées en pareil cas n'étaient pas forcément superposables à celle que l'on pourrait observer après ablation partielle d'une glande thyroïde restée saine.

Quoi qu'il en soit, aussi bien chez les basedowiens que chez les malades atteints de goitre non basedowifié et ayant conservé un métabolisme basal normal, on observe après thyroïdectomie partielle une chute du métabolisme basal. Cette chute est constante, mais elle n'est pas toujours définitive : après quelques semaines, les échanges caloriques peuvent s'élever de nouveau. C'est seulement lorsque les goitreux non basedowiens ont un métabolisme basal voisin des limites inférieures de la normale que l'ablation partielle du corps thyroïde risque de produire un abaissement considérable et persistant du métabolisme, et d'entraîner l'apparition d'un myxœdème opératoire qui peut être définitif. D'où la nécessité de déterminer le métabolisme basal avant toute résection de goitre, et de tenir le plus grand compte de son chiffre avant toute intervention opératoire sur la glande thyroïde.

L'influence si considérable que joue le corps thyroïde, organe de faible volume et dont la consommation propre en oxygène est minime, sur les échanges caloriques, a de tout temps frappé les expérimentateurs. Cette influence ne s'explique que si l'on admet que le corps thyroïde exerce, grâce à la sécrétion de produits spécifiques, une action sur le métabolisme d'autres organes. En fait, le corps thyroïde possède le pouvoir d'augmenter les oxydations en général, et de plus, comme nous l'avons vu, le pouvoir d'agir sur l'intensité des combustions après alimentation normale, ou excessive.

Depuis les recherches de KENDALL (1919), on sait que, dans le corps thyroïde, la substance qui règle la production de chaleur, et par suite le métabolisme de base est un corps défini qu'il est possible d'isoler : la *thyroxine*, ou acide triiodotrihydroxipropionique, dont HARINGTON et BARGER ont réussi à réaliser la synthèse.

Chez l'homme, les modifications du métabolisme basal, au cours des diverses maladies du corps thyroïde, ont donné lieu à des recherches extrêmement nombreuses (1). La statistique suivante, due à BOOTHBY, met bien en valeur les modifications du métabolisme basal dans les diverses maladies du corps thyroïde.

Taux du M. B. chez 6.197 *sujets atteints de troubles divers du corps thyroïde* (*d'après* BOOTHBY).

	Nombre de cas	Augm. dépassant 20 %	Augm. de 16 % à 20 %	Augm. de 11 % à 20 %	Augm. de 11 % à 15 %	M B normal (+10 % à — 10 %)	Diminut. de 11 % à 15 %	Diminut. de 11 % à 20 %	Diminut. de 16 % à 20 %	Diminut. dépassant 20 %
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Goitre exophtalmique	2.569	93	—	5	—	2	—	—	2	—
Goitre exophtalmique récurrent...	320	90	6	—	2	2	—	—	—	—
Adénome avec hyperthyroïdisme..	1.425	68	—	32	—	—	—	—	—	—
Adénome récurrent avec hyperthyroïdisme	46	57	17	—	26	—	—	—	—	—
Adénome sans hyperthyroïdisme..	1.111	—	—	—	—	100	—	—	—	—
Adénome récurrent sans hyperthyroïdisme	62	—	—	—	—	90	8	—	2	—
Goitre colloïde....	328	—	3	—	10	79	6	—	1	1
Myxœdème	102	—	—	—	—	—	—	20	—	80

(1) Parmi les travaux d'ensemble les plus importants, nous signalerons ceux de HIRSCHLAFF, STUVE, THIELE et NEHRING, ANDERSON et BERGMANN, JAQUET et SWENSON, SOLOMON, STEYRER, PRIBRAM et PORGES, VON BERGMANN, UDEUTSCH, GRAFF, en Allemagne ; DU BOIS, LUSK, BÉNÉDICT, BOOTHBY, MEANS et AUB, SANDIFORD, MOSENTHAL, STANSFIELD, FAHRNI, STOLL, aux Etats-Unis ; Marcel LABBÉ et STÉVENIN, NOBÉCOURT et JANET, HERMANN et RICHARD, SAINTON, en France.

Myxœdème opératoire	41	—	—	—	—	—	—	46	—	54
Hypothyroïdisme suspect.........	86	—	—	—	—	9	—	61	—	30
Crétinisme........	28	—	—	—	—	21	—	32	—	47
Thyroïdites	34	32	—	12	—	35	—	12	—	9
Cancer du c. thyroïde	45	22	—	9	—	67	—	—	—	2

Examinons successivement les diverses affections thyroïdiennes.

I. — *Maladie de Basedow et états d'hyperthyroïdie.* — Le métabolisme basal est toujours augmenté dans la maladie de Basedow.

Dans les cas typiques, cette augmentation généralement très considérable, atteint en moyenne 75 p. 100 d'après Marcel LABBÉ et STÉVENIN, 40 à 80 p. 100 d'après Marie KROGH, 51 p. 100 d'après SANDIFORD. Elle peut dépasser 100 p. 100,

Cette augmentation est due à la sécrétion d'un excès de thyroxine, mais probablement, suivant l'hypothèse de KENDALL, d'une thyroxine anormale.

Par quel mécanisme cette substance augmente-t-elle les échanges caloriques ? C'est là une question discutée, et encore mal connue ; il n'est pas douteux qu'une partie de l'excès de consommation d'énergie provienne de l'augmentation de l'activité du cœur et de la respiration. D'après SPECK, tout le surplus serait dû au tremblement. GRAFE ne partage pas cette opinion : il fait observer que pendant le sommeil, ou après morphinisation, alors que le tremblement est supprimé, le métabolisme basal reste augmenté ; nous avons vu , d'autre part que la tachycardie, en dehors du basedowisme, n'entraînait pas d'élévation notable du métabolisme basal ; par ailleurs, dans l'hyperthyroïdie, les troubles respiratoires sont des plus inconstants. En conséquence, pour GRAFF, les manifestations cardiaques, respiratoires et musculaires (tremblements), ne sauraient jouer qu'un rôle partiel. C'est, en réalité, d'une augmentation de l' « activité vitale » de l'ensemble des tissus que résulte l'élévation du métabolisme basal dans les états d'hyperthyroïdie.

Chez les basedowiens, l'élévation du métabolisme basal est habituellement d'autant plus forte que les divers symptômes, notamment la tachycardie, sont plus marqués, et le métabolisme s'accroît avec l'aggravation de la maladie. Mais lorsqu'on examine à intervalles successifs un même sujet, on constate que tout en restant élevé, le métabolisme basal subit, dans la très grande majorité des cas, au cours de l'évolution de la maladie, et par périodes plus ou moins prolongées, quelquefois même d'un jour à l'autre, des variations qui peuvent être considérables, et qui ne présentent d'ailleurs aucune régularité ni aucun rythme : d'après GRAFE, les choses se passent comme si la substance active passait de façon variable dans le sang sous l'influence du système nerveux. Quoi qu'il en soit, le fait est d'importance capitale en pratique : il faut toujours en tenir le plus grand compte dans l'interprétation des résultats que donne la mesure du métabolisme au cours du traitement des états d'hyperthyroïdie.

L'augmentation du métabolisme basal des hyperthyroïdiens persiste pendant le sommeil ; l'action des hypnotiques, notamment celle de l'injection de morphine, n'est pas suivie de modification notable de son taux. Par contre, dans la majorité des cas, un repos prolongé au lit est suivi d'une diminution assez importante du métabolisme basal : après huit à dix jours d'alitement, cette diminution atteint en moyenne 10 p. 100 ; et elle peut même dépasser notablement ce chiffre. Les oscillations du métabolisme chez le même malade, que nous avons signalées plus haut, s'atténuent également à la suite d'un alitement prolongé.

Dans le basedowisme fruste, l'augmentation du métabolisme basal est tout aussi constante, mais elle reste généralement modérée et ne dépasse guère 15 à 30 p. 100. Elle peut cependant, même dans les formes en apparence les plus atténuées, atteindre un chiffre élevé : 50 p. 100 ou davantage . On observe les mêmes augmentations dans ces hyperthyroïdies frustes de la ménopause, qui sont habituellement passagères, mais qui quelquefois se prolongent et peuvent à la longue réaliser le tableau complet du goitre exophtalmique.

Dans toutes ces formes frustes de l'hyperthyroïdie, la mesure du métabolisme basal apporte donc au diagnostic un appoint précieux : seule notamment dans bien des cas, elle rend possible la discrimination entre le basedowisme vrai et certaines tachycardies, souvent accompagnées de palpitations, et dont l'origine n'est, malgré les apparences, nullement thyroïdienne. Ainsi, il n'est pas très rare qu'à des sensations cardiaques subjectives ou à de la tachycardie s'ajoutent du tremblement des mains, des réactions vaso-motrices exagérées, une tendance à l'amaigrissement, parfois même de petites hypertrophies du corps thyroïde : ce syndrome, qui survient d'habitude chez des sujets à psychisme instable : névropathes, psychasthéniques, jeunes filles attein-

tes d'anorexie mentale, etc..., et que Marañon a désigné sous le nom de *névrose végétative pseudo-hyperthyroïdienne*, induirait à conclure à l'existence de maladie de Basedow fruste si le métabolisme n'était en pareil cas normal ou très voisin de la normale. C'est un syndrome analogue : tachycardie, palpitations, amaigrissement, arrêt des règles, éclat fébrile du regard, gonflement du corps thyroïde, que l'on observe parfois au début d'une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. Comme le remarque le professeur Marcel Labbé, seule la mesure du métabolisme basal permet de ne pas confondre ce syndrome avec un début de goitre exophtalmique, ou avec les crises d'hyperthyroïdie vraie qui peuvent accompagner une poussée évolutive tuberculeuse (thyréo-tuberculose).

Ces cas mis à part, la détermination du métabolisme de base permet encore d'établir une discrimination entre l'hyperthyroïdie vraie et certaines exophtalmies liées à des œdèmes rétro-oculaires, à des tumeurs de l'orbite, voire à la simple myopie, et d'interprétation délicate ; de préciser enfin la nature de certaines hypertrophies thyroïdiennes dont la clinique est impuissante à établir l'origine véritable : dans le goitre simple et dans l'adénome non toxique du corps thyroïde, la dépense calorique n'est jamais augmentée.

En revanche, dans l'adénome toxique (1), il est constamment augmenté. Cette augmentation est en moyenne de 30 p. 100 d'après Dautrebande. De plus, et d'après le même auteur, alors que, dans la maladie de Basedow le métabolisme présente des rémissions spontanées considérables pouvant ramener les échanges nutritifs à la normale pendant des périodes plus ou moins longues, le métabolisme basal, dans l'adénome toxique, a pour caractéristique d'être constamment et progressivement élevé.

Dans les formes typiques et complètes de la maladie de Basedow, le diagnostic s'impose sans que l'on ait besoin d'avoir recours à la détermination du métabolisme basal, mais cette recherche conserve à d'autres titres son importance capitale.

En premier lieu, elle permet de préciser le pronostic, puisque plus le métabolisme est élevé, plus la forme est sévère. Chaque fois notamment que l'on constate chez un basedowien un métabolisme non seulement élevé, mais immuable malgré un repos complet au lit de huit à dix jours, il faut craindre une forme grave et rebelle au traitement.

D'autre part, et surtout, la mesure du métabolisme est un procédé de contrôle thérapeutique d'une sensibilité supérieure à nos moyens d'investigations purement cliniques : pratiquées en série, elle est le meilleur guide dont dispose à l'heure actuelle le clinicien, qu'il s'agisse d'apprécier l'effet des diverses médications en usage, l'opportunité du renouvellement des cures successives ou enfin la possibilité de les interrompre.

A cet égard, l'action de la radiothérapie du corps thyroïde sur le métabolisme basal a été particulièrement étudiée notamment en Amérique par Means et Holmes sur un très grand nombre de cas. En règle générale, dès les premières applications de rayons X, on constate une diminution du métabolisme basal, et, par la suite, son retour progressif à la normale, ou au voisinage de la normale. C'est ainsi que dans une série de 28 malades, le métabolisme, avant tout traitement, était augmenté en moyenne de 55 p. 100. Après quatre mois de radiothérpapie, l'augmentation moyenne n'était plus que de 20 p. 100 ; et, au bout de vingt-trois mois, elle ne dépassait guère plus de 10 p. 100. Chez un de nos malades l'augmentation atteignait avant tout traitement 35 p. 100. Après six séances seulement de radiothérapie, elle n'atteignait plus que 3 p. 100. Chez un autre, elle passait de cinq mois pendant lesquels deux séries de douze applications radiothérapiques avaient été pratiquées, de 47 p. 100 au-dessus de la normale à 4 p. 100 seulement. On pourrait multiplier à l'infini des exemples de ce genre ; ils sont la règle ; mais il convient de remarquer que les applications radiothérapiques ont quelquefois pour effet d'accroître temporairement le métabolisme de base, avant d'amener sa diminution : ainsi Hepburn et Everhard ont noté chez un de leurs malades avant le traitement un métabolisme de + 35,4 p. 100. Après une première application de rayons X, le métabolisme s'était élevé à 58,7 p. 100, puis était descendu une semaine plus tard à 35,4 p. 100. Après une seconde irradiation, il était passé à 45,7 p. 100 puis redescendait quinze jours plus tard à 17 p. 100. On a même, exceptionnellement, signalé des cas dans lesquels la radiothérapie avait pour effet d'amener une augmentation persistante du métabolisme, et était par conséquent contre-indiqué.

L'action de la radiumthérapie a été étudiée dans 170 cas par Louchs, qui en a constaté presque toujours les effets remarquables même après une seule application. Dans quelques cas, suivis pendant plus de deux ans et demi, cet auteur a constaté que le métabolisme basal, après s'être

(1) Sous le nom d'adénome toxique, Plummer a réuni tous les états décrits antérieurement sous les noms de goitres cardiaques, goitres basedowifiés, Basedow secondaires, etc... Pour lui l'adénome toxique résulterait toujours de la transformation spontanée, sous l influence d'une cause encore mal connue, d'un adénome primitivement non toxique. Les recherches de cet auteur ont démontré que les symptômes de l'adénome toxique sont dus exclusivement à la sécrétion par la glande d'un excès de thyroxine : ils sont, en effet, identiques à ceux que fait naître expérimentalement l'administration d'un excès de thyroxine.

abaissé, était définitivement resté dans les limites de la normale.

L'iode, prescrit soit en nature sous forme de teinture d'iode, soit sous la forme de solution iodo-iodurée de LUGOL, a fait très souvent baisser dans des proportions importantes, le métabolisme basal. Mais son action paraît passagère : DAUTREBANDE, qui prescrit systématiquement la solution de LUGOL à la dose de XV à XX gouttes par jour avant la ligature des artères thyroïdiennes, a constaté que son action sur le métabolisme ne paraissait pas s'étendre au-delà de quinze à trente jours.

La mesure de la dépense calorique permet encore de contrôler avec beaucoup plus de précision que l'examen purement clinique l'action des diverses autres thérapeutiques médicamenteuses de la maladie de Basedow (hematoéthyroïdine, salicylate de soude, bromhydrate de quinine, etc).

Enfin, cette mesure est indispensable lorsqu'il s'agit de poser les indications du traitement chirurgical de la maladie de Basedow, et d'en contrôler les résultats. Ce traitement n'est indiqué, que dans les formes sévères, lorsque le métabolisme est très élevé (au-delà de + 80 p. 100), s'il ne diminue pas par le repos au lit pendant huit à dix jours, et s'il reste immuable malgré la radiothérapie.

On a recours à la ligature d'une, de deux ou même des quatre artères thyroïdienne, soit à une thyroïdectomie partielle. Dans l'immense majorité des cas, la ligature des artères thyroïdiennes réduit notablement le métabolisme basal, mais le retour à la normale n'est généralement ni complet ni définitif.

Après thyroïdectomie partielle, la diminution du métabolisme est toujours plus importante qu'après ligature des vaisseaux ; il peut redevenir définitivement normal en même temps que tous les symptômes pathologiques disparaissent, plus souvent, il s'abaisse à un chiffre très voisin de la normale, voisin en moyenne de + 20 p. 100 d'après DU BOIS.

En général, les chirurgiens américains combinent les deux méthodes : ils font précéder la thyroïdectomie partielle d'une ou de deux ligatures des artères thyroïdiennes. La statistique suivante, due à BOOTHBY porte sur 97 basedowiens observés à la clinique Mayo, à Rochester. Chez 55 d'entre eux, le métabolisme était augmenté en moyenne de 68 p. 100. La ligature des vaisseaux thyroïdiens fut pratiquée à deux reprises, et dix jours après la deuxième intervention, l'augmentation n'était plus que de 51 p. 100 , puis, après deux mois de repos, que de 43 p. 100. On pratiqua alors une thyroïdectomie partielle. A la suite de cette opération, l'augmentation du métabolisme basal était tombée en moyenne à 20 p. 100. Chez 42 malades, dix jours après une seule ligature, l'augmentation du métabolisme était passée du chiffre moyen de 60 p. 100 à celui de 39 p. 100, et après thyroïdectomie partielle à celui de 17 p.100 SANDIFORD a fait des constatations analogues.

II. — *Myxœdème et états d'hypothyroïdie.* — Dans toutes les formes d'hypothyroïdie : myxœdème congénital ou myxœdème de l'adulte, crétinisme, infantilisme myxœdémateux, etc..., le métabolisme basal est abaissé, sauf dans certains cas exceptionnels, et cet abaissement est même, dans l'ensemble des faits, plus considérable que celui que l'on observe dans le myxœdème expérimental succédant à la thyroïdectomie. GRAFE, auquel on doit cette remarque, fait observer d'autre part, qu'il est possible que les troubles du métabolisme basal ne soient pas dans tous les cas l'indice nécessaire d'un déficit global de la sécrétion thyroïdienne : en faveur de cette hypothèse, il rappelle certaines constatations fort intèressantes de KENDALL. Antérieurement à la découverte de la thyroxine, cet auteur a pu, en effet isoler du corps thyroïde deux substances distinctes dont l'une : *facteur A*, agirait seulement sur le métabolisme de l'eau, et dont l'autre, *facteur B* (thyroxine), aurait sous sa dépendance les échanges caloriques et les symptômes toxiques. Si l'hypothèse de GRAFE est exacte, elle permet de comprendre certaines discordances entre des insuffisances cliniques des corps thyroïdes et le métabolisme basal resté normal.

Dans les états d'hypothyroïdie, la diminution des combustions porte à la fois, et au même degré, sur toutes les variétés d'aliments : albuminoïdes, hydrates de carbone et graisses.

Cet abaissement est généralement considérable : il oscille le plus souvent entre 15 et 40 p. 100 et peut atteindre 50 à 60 p. 100. Il était même de 69 p. 100 dans un cas de myxœdème congénital rapporté par HERMANN et ABEL.

Assurément, pour faire le diagnostic des formes d'hypothyroïdie cliniquement indiscutables, il n'est point besoin d'avoir recours à la mesure du métabolisme basal ; toutefois, l'importance de son abaissement permet souvent de préciser le degré de l'insuffisance thyroïdienne.

Par contre, cette épreuve seule quelquefois permet de déterminer la nature thyroïdienne de syndromes frustes ou discutables. C'est notamment le cas de certains retards de croissance d'interprétation clinique douteuse. Ainsi que MM. NOBÉCOURT et JANET l'ont bien montré, la constatation d'un métabolisme abaissé permettrait seule quelquefois de distinguer parmi ces syndromes ceux qui relèvent d'une disthyroïdie, et, par conséquent d'un traitement opothérapique (1).

(1) D'après PLUMMER et ROWE, pour que l'on ait le droit d'affirmer l'existence d'une hypothyroïdie, il faut que le métabolisme basal soit en permanence au-dessous de 15 à 10 p. 100 et qu'il ne puisse être attribué ni à une affection hypophysaire, ni à de l'hyponutrition.

La détermination du métabolisme basal, surtout répétée en série, permet d'apprécier l'action de l'opothérapie thyroïdienne, et d'en régler le dosage. Les préparations thyroïdiennes relèvent le taux du métabolisme, mais, en général, cette action n'est sensible qu'après plusieurs jours de traitement. Elle est passagère, et quelques jours après cessation de l'opothérapie thyroïdienne, le métabolisme basal commence à décroître progressivement.

D'ailleurs, l'action sur le métabolisme basal varie beaucoup suivant les préparations en usage. La plus active et la plus constante est la *thyroxine* dont un milligramme, administré en injection intraveineuse accroît le métabolisme de 2,8 p. 100 en moyenne (PLUMMER et BOOTHBY). Il est donc facile de ramener par une dose appropriée, le métabolisme basal à la normale. Ceci fait, il suffit, d'après les auteurs précités, d'injecter des doses de thyroxine inférieures à un milligramme pour maintenir le métabolisme basal à la normale. Par la voie buccale, l'action de la thyroxine sur le métabolisme basal est beaucoup plus irrégulière en raison des différences d'absorption de cette substance par le tractus intestinal.

III. — *Goitres simples.* — Dans le goitre simple ou colloïdal, le métabolisme basal est tantôt normal, tantôt légèrement diminué (— 6 à —18 p. 100 pour PLUMMER). Cet abaissement paraît dû à un déficit de la glande en thyroxine, car, à la suite d'injections intra-veineuses de cette substance, les goitres colloïdaux disparaissent, en même temps que le métabolisme devient normal.

IV. — *Adénomes.* — Les adénomes simples du corps thyroïde n'entraînent pas la production de symptômes de dysthyroïdie, et le métabolisme basal reste normal tant qu'il en est ainsi.

Par contre, chez certains sujets porteurs d'adénomes, on voit à la longue, quatorze ou quinze ans après le debut de la maladie, apparaître des symptômes cliniques nets d'hyperthyroïdie (adénomes thyro-toxiques). En pareil cas, le métabolisme basal est toujours au-dessus de la normale. L'augmentation est en moyenne de 30 p. 100. Cette augmentation disparaît après énucléation de l'adénome ou thyroïdectomie partielle.

V. — *Tumeurs malignes.* — Le métabolisme est normal ou légèrement augmenté.

VI. — *Thyroïdites.* — Elles n'entraînent pas de modifications du métabolisme basal.

De ce qui précède, il faut conclure que la détermination du métabolisme basal est le meilleur critérium dont nous disposons pour mesurer l'activité de la glande thyroïde. Toutefois, les renseignements fournis par cette méthode ne sauraient être acceptés à l'aveugle : et notamment on n'oubliera pas que, même mesurée avec une technique impeccable, la dépense calorique peut chez des sujets parfaitement normaux s'écarter de 10 p. 100 du chiffre normal.

Dans les cas-limite, on répètera l'épreuve, au besoin plusieurs fois, en raison des variations journalières possibles du métabolisme basal chez les dysthyroïdiens. Enfin, on se gardera des causes d'erreur qui peuvent être entraînées soit par une complication fébrile, susceptible d'augmenter progressivement le métabolisme soit par un traitement opothérapique capable d'élever momentanément jusqu'au chiffre normal la dépense calorique de myxœdémateux cliniquement indiscutables.

Inversement, on n'oubliera pas que chez les hyperthyroïdiens, l'opothérapie, la radiothérapie, l'inanition même, suffisent quelquefois à abaisser jusqu'à la normale la dépense calorique, et que, par ailleurs, des périodes transitoires d'atténuation considérable viennent parfois couper le cours des maladies de Basedow les mieux caractérisées.

Enfin, même lorsqu'on se met à l'abri de ces erreurs d'interprétation, il peut arriver exceptionnellement qu'on se trouve en présence de résultats paradoxaux dont l'explication échappe. Si précieuse que soit la mesure du métabolisme basal, elle ne saurait en aucun cas, pas plus que toute autre méthode de laboratoire, prévaloir contre l'évidence clinique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le diagnostic des sténoses pyloriques.

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Toulouse.

Il y a trois semaines environ, j'ai opéré devant vous une malade atteinte de sténose du pylore ; il s'agissait d'une femme d'une soixantaine d'années, présentant un long passé gastrique, et chez laquelle la cicatrisation d'un ulcère simple avait déterminé la production d'un rétrécissement extrêmement serré. Depuis plusieurs mois, toute alimentation solide était interdite ; seuls les liquides, et encore en petite quantité, étaient admis, et vous vous rappelez certainement tous l'état d'adynamie et de dénutrition complète que présentait notre patiente : la fonte musculaire étant totale, elle n'avait plus, comme on dit vulgairement, que la peau sur les os. Aussi, contrairement à mes habitudes, n'osant pas, devant l'état de faiblesse de la malade, user de l'anesthésie générale, suis-je intervenu à l'anesthésie locale pour pratiquer une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Les suites ont été parfaites, et mon opérée, qui a pu reprendre petit à petit une alimentation normale, va bientôt pouvoir nous quitter : toutefois, avant son départ, pendant que vous gardez encore pour ainsi dire vivant devant les yeux la physionomie clinique de cette malade, je crois qu'il ne serait pas inutile de vous dire quelques mots des pylorosténoses et de leur diagnostic.

Vous savez que l'on désigne sous ce nom un syndrome de rétention stomacale due à une diminution du calibre de l'orifice pylorique, provenant soit de la présence d'un obstacle mécanique, soit d'une contracture musculaire spasmodique, agissant isolément ou associés.

Ces sténoses, dont vous avez eu devant vous un cas si caractéristique, sont extrêmement fréquentes, car le pylore, qui est déjà le lieu d'élection des affections gastriques, se trouve encore par sa situation, par ses rapports et par sa structure, essentiellement qualifié pour devenir le siège de semblables lésions. Par sa situation tout d'abord, il résulte, qu'à l'état de vacuité de l'estomac, il représente le point le plus déclive de cet organe, par suite, le plus vulnérable, et que les corps étrangers et les caustiques sont susceptibles de venir le frapper d'une manière toute spéciale. Étant ensuite en rapports plus ou moins directs avec le foie, la vésicule biliaire, le pancréas, le côlon transverse et le rein droit, il peut être comprimé soit par leur accroissement pathologique, soit par leur déplacement. Enfin, de par sa structure, orifice entouré d'un anneau musculaire, il peut être sténosé par la contracture passagère ou permanente de ses fibres, au même titre que les sphincters anal et vésical.

Et vous voyez donc ainsi que les sténoses du pylore, qui se traduisent essentiellement par de la rétention gastrique avec toutes ses conséquences, ne sont en quelque sorte qu'un aboutissant vers lequel viennent évoluer les lésions de l'orifice pylorique, lorsqu'elles ne constituent pas une complication survenant au cours d'une affection de l'estomac ou de l'un des organes voisins.

Les causes des sténoses pyloriques, qui se rencontrent à tout âge, chez le nouveau-né comme chez l'adulte et chez le vieillard, sont, comme vous pouvez le penser aisément, extrêmement nombreuses, et peuvent être groupées d'une façon un peu schématique, en plusieurs classes, suivant le processus pathologique qui leur a donné naissance : c'est ainsi que l'on a coutume de les diviser en sténoses de causes extrinsèques, en sténoses de causes intrinsèques et en sténoses de causes pariétales.

Dans un certain nombre de cas, une pylorosténose peut être occasionnée par un obstacle mécanique extérieur, agissant par compression, par stricture ou encore par coudure.

La compression, qui s'exerce d'une manière plus ou moins large, peut provenir d'un organe normal déplacé, rein mobile secondaire à une hépatoptose. Dans d'autres cas, elle est causée par un organe pathologiquement modifié, néoplasme, kyste hydatique ou abcès du foie, cancer, lithiase ou hydropisie de la vésicule biliaire, tumeur du côlon transverse, du rein, du pancréas, ganglions lymphatiques hypertrophiés ou encore anévrysme du tronc iliaque.

Sa stricture, qui s'observe peut-être un peu plus fréquemment que la compression, relève de l'action de productions fibreuses dont la rétraction fixe le pylore en position vicieuse et crée ainsi un obstacle plus ou moins grand à l'évacuation de l'estomac. C'est de cette manière qu'agissent les néomembranes et les brides résultant d'anciennes inflammations, péricholécystites, périgastrites, périduodénites, péritonites plastiques ou tuberculeuses ; c'est vraisemblablement à ce même processus mécanique qu'il convient de rattacher les rares cas de pylorosténoses post-traumatiques qui ont été rapportés par quelques auteurs.

La coudure, beaucoup plus rare, relève ordi-

nairement de la ptose gastrique, soit au cours de l'entéroptose généralisée de Glénard, soit dans les cas de dilatation simple ou de dislocation stomacale : plus rarement, elle est secondaire au port de liens trop serrés comme le corset, ou encore à une déformation de la cage thoracique provenant de rachitisme, de scoliose ou d'un mal de Pott.

La pylorosténose peut également être causée par un obstacle venant obturer l'orifice pylorique, et, dans cet ordre d'idées, on rencontre tout d'abord les corps étrangers ingérés (râteliers, tumeurs , pilules, etc.), qui, par leur seule présence, par réaction inflammatoire et surtout par contracture spasmodique produisent de la rétention. Plus fréquemment, l'obturation est due à un calcul biliaire introduit dans l'estomac par une fistule cholécysto-gastrique ou cystico-stomacale; exceptionnellement, elle doit être mise sur le compte d'une tumeur bénigne pédiculée, polype fibreux ou polyadénome, venue se placer dans le pylore.

Mais, il est bien évident, que, parmi toutes les causes de sténose, ce sont les pariétales qui sont de beaucoup les plus importantes, car ce sont elles que l'on rencontre le plus fréquemment.

Chez le nouveau-né et chez le nourrisson, en dehors de l'atrésie congénitale du pylore, à évolution très rapide et très grave d'emblée, que l'on peut presque considérer comme incompatible avec la vie, la sténose pylorique est due, dans l'immense majorité des cas, à une malformation congénitale par hyperplasie des couches musculaires ; ce n'est que dans un très petit nombre de cas que l'on est en droit de rattacher les phénomènes observés , non à des altérations anatomiques, mais à un spasme du sphincter stomacal (pylorospasme de Weill et de Péhu).

Chez l'adulte, la sténose peut être produite par trois variétés différentes de lésions : une tumeur, un ulcère, un rétrécissement cicatriciel.

Les tumeurs constituent la cause de beaucoup la plus fréquente de toutes les sténoses du pylore ; il s'agit d'ailleurs, dans la presque totalité des cas, de néoplasmes vrais, sous leurs diverses formes anatomiques, bien que vous deviez pourtant vous souvenir qu'un tableau clinique en tous points semblables puisse être produit par un syphilome diffus ou par une tuberculose hypertrophique du pylore.

Les ulcères s'observent également avec une fréquence assez grande dans la pathogénie des pylorosténoses ; ce sont, pour la plupart, des ulcères simples qui, soit par la congestion et l'œdème muqueux qu'ils conditionnent lorsqu'ils sont aigus, soit par l'induration et l'épaississement des tuniques gastriques qu'ils entraînent lorsqu'ils sont chroniques, déterminent des phénomènes de sténose. Il convient cependant de ne pas oublier que la tuberculose et la syphilis, en revêtant l'aspect d'ulcérations peuvent également être incriminées, bien que plus rarement.

Les rétrécissements cicatriciels proviennent presque toujours de la cicatrisation d'un ulcère simple, exceptionnellement de celle d'une ulcération tuberculeuse ou syphilitique ; quant aux rétrécissements cicatriciels consécutifs à l'ingestion de liquides caustiques, on les rencontre parfois, mais avec une fréquence beaucoup moins grande que les sténoses œsophagiennes de même nature.

Dans les differents types étiologiques que je viens de vous énumérer rapidement, le rôle mécanique des lésions existantes est très souvent accru par l'existence d'un spasme du sphincter pylorique. Est-il possible à ce spasme seul, sans aucune lésion anatomique, de déterminer une contracture permanente créant ainsi un obstacle à l'évacuation de l'estomac ? Divers auteurs, tels que Kussmaül, Doyen et A. Robin l'avaient admis : cependant les interventions chirurgicales devenues de plus en plus nombreuses, et les constatations cadavériques sont venues à l'appui de la thèse soutenue par Hayem et ont montré nettement que dans tous les cas où le spasme existait d'une façon permanente, on relevait toujours quelques lésions gastriques, en particulier de petites ulcérations au niveau de la région pylorique ; or, ce sont ces ulcérations qui sont précisément le point de départ du spasme, qui ne saurait exister en dehors d'elles. Sans que je veuille chercher à mettre en doute l'importance de la contracture dans la pathogénie des troubles qui constituent le syndrome de pylorosténose, j'estime qu'il convient de reconnaître à l'heure actuelle que ce spasme n'est jamais primitif et qu'il est toujours secondaire à une lésion parfois discrète et qui demande à être recherchée.

Qu'il s'agisse en somme de cancer, d'ulcère de l'estomac, ou de lithiase biliaire, affections que vous retrouverez à l'origine des sténoses pyloriques dans l'immense majorité des cas, l'évolution des lésions existantes a pour résultat de transformer le pylore en un canal à parois épaisses et indurées, dont la lumière très rétrécie admet à peine une sonde urétrale de petit calibre et dont le degré de sténose peut encore être aggravé par la contracture spasmodique. Le contenu stomacal ne pouvant plus, de ce fait, passer dans l'intestin, il en résulte de la stase gastrique ; l'estomac, obéissant à son rôle de muscle creux, essaye tout d'abord de lutter par l'énergie de ses contractions contre l'obstacle pylorique, et sa musculature s'hypertrophie, puis, ultérieurement, ses parois étant forcées, il se dilate, et la grande courbure qui, normalement ne dépassait pas une ligne unissant l'ombilic aux fausses côtes, s'abaisse d'une façon permanente, par suite de la distension pathologique. Il en résulte ainsi un

bas-fond stomacal, où les matières alimentaires accumulées deviennent le siège de diverses fermentations.

Je n'ai pas l'intention d'insister bien longuement aujourd'hui sur les divers phénomènes symptomatiques des pylorosténoses, car leur description m'entraînerait beaucoup trop loin, et comme j'ai surtout en vue l'étude de leur diagnostic, je me bornerai à vous énumérer les différents signes qui servent à caractériser ce syndrome.

Assez rapide dans certains cas, et pouvant même survenir brusquement sans avoir été précédée par aucun symptôme prémonitoire, comme dans les corps étrangers, la sténose pylorique évolue plus habituellement d'une façon lente. Si son installation est marquée par l'apparition de toute une série de troubles dyspeptiques et si l'examen est sollicité par les phénomènes fonctionnels et généraux, ce sont cependant les signes physiques qui priment les autres séméiologiquement, variant avec l'état de la musculature gastrique qui, au cours de la dilatation est souvent d'abord hypertrophiée, puis atrophiée. Au premier stade , les réactions gastriques sont marquées à leur plus haut point et se traduisent cliniquement par le durcissement intermittent et l'ondulation péristaltique, qui traduisent la lutte gastrique contre l'obstacle pylorique. Plus tard, lorsque la tunique musculaire perd sa tonicité, et que l'estomac s'ectasie passivement, ce sont alors les signes d e dilatation qui attirent tout de suite l'attention ; on note à ce moment, à l'inspection, de la voussure, la percussion permet de délimiter une aire de sonorité gastrique nettement augmentée, pendant que la palpation fait entendre un brut de clapotage.

A côté de ces signes physiques, se manifestent des troubles fonctionnels à début insidieux, affectant l'apparence de troubles dyspeptiques sans caractères spéciaux, mais dont certains, tels que les douleurs et les vomissements, ne tardent pas à se dessiner d'une manière toute spéciale, pendant que divers phénomènes généraux en rapport avec la tolérance gastrique, le degré de sténose, et la maladie causale commencent à se manifester.

C'est par la constatation de ces différents signes que vous arriverez habituellement à reconnaître la sténose pylorique, et il ne vous sera pas nécessaire pour le confirmer de recourir à l'emploi de méthodes plus complexes, telles que la palpation à travers la paroi abdominale de l'extrémité d'une sonde introduite dans l'estomac, la gastro-diaphonie de Millot, et la gastroscopie de Mickulicz. Par contre, vous devrez toujours faire pratiquer le tubage de l'estomac ainsi que des examens radioscopiques et radiographiques de ces viscères. La radiographie vous fournira d'abord de précieux renseignements sur l'état du viscère en vous donnant une image d'estomac dilaté dont les principaux caractères seront l'abaissement et surtout l'élargissement transversal du bas-fond stomacal, où le bismuth s'étalera en forme de demi-lune, de croissant ou de faucille, et s'étendra anormalement à droite de la ligne médiane en s'accompagnant d'amoindrissement ou d'absence de l'ombre pylorique. Quant à la radioscopie, elle vous montrera les différentes modifications du péristaltisme normal, témoignant de l'activité exagérée, de la fatigue ou de l'épaississement de la musculature de l'estomac, l'existence de mouvements antipéristaltiques, et indiquera enfin qu'il existe un retard plus ou moins considérable à l'évacuation, retard qui, dans certains cas, sera d'autant plus significatif qu'il contrastera davantage avec l'énergie des contractions stomacales.

Le diagnostic des pylorosténoses doit être envisagé suivant que l'on a affaire à un nouveau-né, ou à un adulte.

S'il s'agit d'un nourrisson de quelques semaines, l'apparition de vomissements opiniâtres, accompagnés de constipation et d'amaigrissement progressif, doit faire soupçonner l'existence d'une sténose du pylore : il existe cependant un certain nombre d'affections qui, par leur symptomatologie peuvent la simuler et auxquelles vous devrez songer pour les éliminer.

L'atrésie congénitale du pylore comporte un tableau clinique à peu près identique à celui des sténoses pyloriques du nourrisson. Vous pourrez donc la confondre avec une sténose à début précoce, si elle ne s'en différenciait pas par son évolution très rapide et très grave d'emblée.

Les atrésies sous-pyloriques siègent en des points variables du tube digestif ; lorsque la malformation est située au-dessous de l'embouchure du cholédoque, il est alors un symptôme qui prendra pour vous une importance très grande dans le diagnostic, c'est le vomissement de bile. Si la lésion siège suffisamment bas sur le duodénum, vous pourrez observer un autre signe, qui sera la dilatation de l'anse intestinale sus-jacente, et ce n'est que si l'atrésie est haut située entre l'ampoule de Vater et le cholédoque que tout signe différentiel vous fera défaut.

Il existe encore dans la pathologie du nourrisson un groupe de troubles gastriques qui rappellent par certains côtés, le tableau clinique de la pylorosténose et qui ont pour caractère commun, le vomissement rebelle ou incoercible. Certaines dyspepsies du nourrisson sont remarquables par la prédominance et la persistance de l'intolérance gastrique ; l'inanition, l'action toxique de certains laits de femme provoquent également le syndrome des vomissements incoercibles, enfin l'aérophagie et le cardiospasme grave peuvent donner lieu à des accidents du même type.

L'analyse des symptômes vous permettra facilement d'éviter une erreur de diagnostic : les dys-

Dans les formes plus graves, dans les sténoses organiques, sachez que c'est le traitement chirurgical qui convient seul et qui variera suivant la cause même de la sténose.

Chez l'enfant, lorsque vous observerez une tumeur volumineuse, une grande dilatation gastrique, de fortes contractions péristaltiques et que l'affection aura débuté de façon très précoce, le traitement médical ne pourrait être qu'insuffisant, car, dans ce cas, l'obstacle à l'évacuation de l'estomac résulte d'une malformation organique.

L'enfant inanitié exige un secours rapide et vous aurez alors le choix entre une pyloroplastie et une gastro-entérostomie, cette dernière plus délicate et plus grave, bien que jouissant de l'avantage d'être indistinctement applicable à tous les cas.

Chez l'adulte, la section d'adhérences ou de brides peri-gastriques, les interventions sur une vésicule malade ou sur une tumeur du voisinage créant une compression, l'extraction d'un corps étranger obturant le pylore pourront suffire dans un certain nombre de cas.

Dans les cas de sténose de nature pariétale, il existe un obstacle que vous devrez enlever ou contourner. S'il s'agit d'une lésion bien limitée, rétrécissement ou cancer au début, vous pourrez remédier directement à la sténose en rétablissant la perméabilité par une pylorectomie. Mais cette intervention, la plus radicale et théoriquement la plus satisfaisante, présente souvent d'assez grandes difficultés d'execution, en outre, sa gravité est encore bien considérable : elle constitue l'intervention de choix pour le cancer encore bien circonscrit.

Lorsque vous ne pourrez ou que vous ne voudrez pas l'exécuter, il vous faudra avoir recours à la gastro-entérostomie beaucoup plus bénigne ; elle donne d'excellents résultats dans les sténoses cicatricielles ou post-ulcéreuses, mais, dans les cas de cancer, elle ne peut être qu'une méthode palliative, agissant d'une façon toute temporaire sur les douleurs, sur les vomissements et sur l'inanition.

Enfin, dans les cas de pylorosténose avec périgastrite diffuse ne permettant pas une gastro-entérostomie régulière, c'est à une jéjunostomie que vous devrez avoir recours.

LE B.C.G. A L'ACADÉMIE

Ayant publié, la semaine dernière, les réflexions d'un praticien suggérées par le débat qui s'est poursuivi à l'Académie de médecine, nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs les pièces du procès, en publiant présentement *in extenso* la communication du professeur Lignières et la réponse du professeur Calmette. N.D.L.R.

Communication de M. Lignières.

Dans ma communication à l'Académie du 26 juillet 1927, sur l'étude des qualités pathogènes du vaccin B.C.G., j'ai fait connaître que le bacille tuberculeux bilié de Calmette et Guérin s'est montré dans mes expériences absolument incapable de produire des lésions classiques progressives de tuberculose chez le cobaye et chez le veau, et que les passages par ces animaux ne sont pas parvenus à modifier cette qualité. En résumé, le bacille bilié B.C.G. est un microbe non tuberculigène parfaitement fixé. Mes expériences m'ont aussi révélé que le vaccin B.C.G. reste plus longtemps qu'on ne l'avait cru dans l'organisme, même en l'absence d'aucune lésion visible à l'œil nu et que l'état de prémunition consécutif à son injection est d'une durée plus grande qu'on l'avait pensé jusqu'ici.

Ces constatations ne peuvent qu'être très favorables à la belle découverte de MM. Calmette et Guérin, dont je suis le premier à reconnaître la grande valeur scientifique et pratique.

J'ai cru, cependant, nécessaire de dire, en me basant sur certains résultats de mes expériences, qu'on ne devait limiter l'emploi du B.C.G. qu'aux seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre.

Dans une communication que vous a faite le professeur Calmette, le 10 janvier dernier, sur la vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose, par le B.C.G., notre éminent collègue, répondant à mon objection, dit textuellement : « Le professeur Lignières n'apporte aucune observation, ni aucun fait expérimental qui justifie cette restriction. Nous estimons qu'elle n'est aucunement fondée. La démonstration en est faite par les *dizaines de milliers d'enfants sains et élevés en milieu indemne*, qui ont été prémunis au moyen du B.C.G., depuis cinq ans, en France et en d'autres pays. »

J'ai lu, avec la plus grande attention, les publications du professeur Calmette et de ses collaborateurs, notamment celle qui a paru en janvier dernier dans les Annales de l'Institut Pasteur, où sont résumés les résultats obtenus jusqu'ici par le B.C.G. et j'avoue, très humblement, que, pour moi tout au moins, la démonstration dont parle M. Calmette n'est pas encore faite. Et voici pourquoi :

1° Les bacilles B.C.G. évoluent dans l'organisme en passant dans le système lymphatique où ils peuvent déterminer des lésions microscopiques, typiques ou atypiques, c'est-à-dire avec ou sans cellules géantes. Parfois même les lésions provoquées sont assez importantes pour être visibles à l'œil nu.

Nous savons que, contrairement à ce qui se passe lorsqu'il s'agit du bacille tuberculeux virulent, toutes ces lésions à B.C.G. ne sont pas inoculables en séries et guérissent toujours spontanément. Mais il ne faut pas oublier que les bacilles du B.C.G. restent de longs mois dans l'organisme, et c'est justement cette permanence des bacilles biliés dans le système lymphatique qui crée l'état de prémunition et explique sa durée. Ce que nous devons donc retenir, c'est que les bacilles B.C.G. ne sont pas rapidement éliminés, qu'ils restent au contraire longtemps dans l'organisme, même sans faire aucune lésion apparente, et que, dans ce dernier cas, nous n'avons pas encore de moyens scientifiques pour mettre aisément en évidence ces bacilles.

Dès lors, une question se pose, et c'est justement sur elle que j'ai appelé votre attention dans ma communication du 26 juillet dernier. A-t-on le droit de dire, après l'autopsie d'un sujet vacciné avec le B.C.G., et qui ne présente aucune lésion, que les bacilles biliés ne sont pour rien dans le décès ?

La réponse est nettement négative, parce que nous savons que les bacilles B.C.G. existent dans l'organisme, et y évoluent sans faire de lésions visibles ; parce que l'inoculation des organes lymphatiques contenant des bacilles biliés, aux animaux sensibles comme le cobaye, reste sans résultat ; parce que les colorations sont aussi le plus souvent impuissantes à montrer des bacilles cependant existants.

Je pense donc être en droit de critiquer ceux qui, après autopsie ou surtout sans autopsie de sujets ayant reçu le B.C.G., déclarent la mort accidentelle et, en tout cas, non imputable au bacille bilié, parce qu'ils n'ont pas vu de lésions.

Notez bien que j'ai la parfaite conviction que, dans la grande majorité des cas où l'on vaccine avec le B.C.G., celui-ci est très bien supporté et ne détermine aucun effet fâcheux ; mais j'ai aussi la conviction, basée sur mes observations expérimentales, que, dans des cas, sans doute rares, mais enfin possibles, le B.C.G. est capable sur des sujets préparés par d'autres causes ou exceptionnellement réceptifs, de causer des troubles dont il est certes difficile actuellement de mesurer l'importance : chez le cobaye, animal particulièrement sensible à la tuberculose, on constate, sans difficultés, des degrés de résistance variables au B.C.G. Il en est qui montrent, avec la même dose, du même bacille, des lésions péritonéales plus importantes et beaucoup plus durables que d'autres inoculés le même jour de la même façon. C'est, d'ailleurs, la loi pour tous les microbes atténués ou non — sensibilité individuelle.

J'en pourrais apporter d'autres exemples personnels, mais j'aime mieux en prendre un dans le très beau travail de l'Institut de Kharkoff, rapporté par le docteur Tzekhnovitzer, et publié dans les Annales de l'Institut Pasteur dans le numéro de mars 1927. Page 336, on trouve le tableau VII intitulé : Epreuve de non virulence du B.C.G. sur les lapins.

Ces animaux sont vaccinés avec de grosses doses par quatre voies différentes : intraveineuse, intrapéritonéale, *per os*, et sous-cutanée.

Or, sur 15 lapins inoculés dans les veines, 10, soit 66 %, meurent par causes dites étrangères.

Les six lapins, qui reçoivent le B.C.G. par voie péritonéale, donnent 4 morts = 66 % aussi par causes étrangères.

Le lot inoculé, *per os*, se compose de 56 lapins, dont 33 succombent, soit à peu près 58 % pour causes étrangères. Quant au lot de 14 lapins, qui reçoit le B.C.G., sous la peau, il ne donne que 3 morts, 21 % par causes étrangères.

Cette grande mortalité n'a pas échappé aux expérimentateurs. Ils l'expliquent par l'existence de la coccidiose et de la cysticercose.

J'admets très volontiers que tous ces lapins étaient fortement parasités avant l'expérience du B.C.G., de sorte que le vaccin a agi sur des organismes affaiblis, ce qui a rendu l'expérience plus intéressante.

Devons-nous croire, en effet, que le B.C.G. n'est pour rien dans les nouveaux décès constatés dans cette épreuve ; autrement dit, si ces lapins étaient restés tranquilles dans leur clapier, la mortalité aurait-elle été aussi rapide et aussi élevée ? Il ne me semble pas, car le pourcentage des morts est d'autant plus élevé — 66 % — que l'inoculation a été plus sévère — voies intra-veineuse, et intra-péritonéale.

Par le tube digestif, quoique les pertes soient encore considérables, 58 %, elles sont cependant moindres que pour les voies veineuse et péritonéale.

Enfin, le quatrième lot, qui a été inoculé sous la peau, ne donne qu'une mortalité de 21 %.

Les animaux faisant partie de ce lot étaient-ils moins atteints par les coccidies et les cysticerques que ceux des autres lots ? C'est bien peu probable.

La raison de cette moindre mortalité ne peut guère s'expliquer que par la voie plus anodine de l'inoculation du B.C.G., et alors, ce serait la démonstration évidente que dans certaines circonstances, lorsqu'il y a une extrême sensibilité des sujets, le B.C.G. inoculé par diverses voies dont le tube digestif, peut avoir une action défavorable sur l'organisme. C'est ce que je pense, tout en reconnaissant qu'il ne faut rien exagérer, car je ne saurais trop le répéter, je considère quand même qu'en général, sur les sujets normaux, le B.C.G. est parfaitement supporté.

2° Le professeur Calmette rejette toute restriction dans l'emploi du bacille bilié puisque, dit-il, la « démonstration en est faite par les di-

zaines de milliers d'enfants sains et élevés en milieu indemne, qui ont été prémunisés par le B.C.G. depuis cinq ans ».

Or, tout en reconnaissant la valeur des statistiques indiquées par notre très éminent collègue, je dois faire remarquer qu'elles n'ont qu'une importance relative.

En effet, nous n'avons pas avec précision le pourcentage de la mortalité chez ces dizaines de milliers d'enfants cités plus haut, et l'aurions-nous que, pour les raisons déjà indiquées, c'est-à-dire parce que nous sommes encore impuissants, même à l'aide d'une autopsie pratiquée au laboratoire, de mettre le B.C.G. en évidence, et de déterminer si son action a été nuisible.

Pour que des statistiques aient réellement une valeur démonstrative inattaquable, il faudrait chercher à ce que, dans chaque pays et dans chaque localité, on vaccine la moitié des enfants à mesure de leur inscription au service des vaccinations, l'autre moitié restant comme témoins non vaccinés. Pour les animaux, c'est beaucoup plus simple encore si on vaccine les numéros pairs, tandis que les impairs servent de témoins.

3° Admettons un instant que le B.C.G. puisse être considéré comme absolument inoffensif : aurons-nous pour cela raison de l'employer sur des enfants ou sur des animaux, quand ceux-ci ne sont pas nés de parents tuberculeux et qu'ils sont élevés en milieux indemnes ? Je ne le pense pas, parce que la vaccination avec les bacilles biliés détermine toujours, pour être prémunisante, une véritable invasion du système lymphatique par des bacilles tuberculeux qui demeurent pendant des mois et qui sont capables de déterminer des lésions plus ou moins accentuées.

Les lésions, si elles existent, ne vont jamais jusqu'à la phrase nécrosante et tuberculigène qui caractérise la tuberculose classique et elles guérissent toujours. Les bacilles biliés finissent par disparaître avec le temps, c'est entendu, mais, tout de même, c'est une infection qu'on donne au sujet vacciné.

Quand c'est pour le protéger d'un péril qui le menace, et surtout si ce péril est grand, on doit recourir sans aucune réserve à la vaccination, puisque celle-ci a un but et une action protectrice éminemment utile ; mais s'il n'y a ni but à atteindre, ni protection à désirer, je me demande pourquoi on emploierait le B.C.G. Il pourrait en être autrement s'il s'agissait d'un vaccin à microbes tués, à action fugace, analogue à ceux que nous voyons employer couramment aujourd'hui dans la pratique. Comme, en plus, on n'a pas encore démontré que le B.C.G. est toujours inoffensif, je crois être dans la vérité en conseillant, à nouveau, de n'employer ce vaccin que dans les seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre.

Réponse de M. Calmette.

J'espère pourvoir faire connaître, prochainement, à l'Académie, les résultats, jusqu'à présent partout favorables, des recherches expérimentales et cliniques poursuivies en divers pays sur la vaccination préventive contre la tuberculose par le B.C.G., et je désire me borner, à propos de la communication faite par M. Lignières, le 1er mai dernier, à la brève déclaration suivante :

M. Lignières n'apporte aucune preuve expérimentale ou clinique lui permettant de dire que l'emploi du B.C.G. peut présenter quelque danger. Ni lui-même, ni aucun autre expérimentateur, ne sont encore parvenus à restituer au B.C.G. des propriétés tuberculigènes transmissibles par réinoculation.

Il base son argumentation sur ce fait que les bacilles B.C.G. vivent et se multiplient dans le système lymphatique des sujets vaccinés et y créent, par conséquent, une infection artificielle qui, selon lui, peut ne pas être toujours inoffensive.

Or, n'est-ce pas le propre de tous les virus vivants, employés comme « vaccins », de déterminer des infections bénignes pour créer l'immunité contre les infections virulentes ?

Et c'est précisément, comme nous l'avons établi avec C. Guérin (Annales Pasteur, février 1928, p. 175), cette « rétention » et cette « multiplication » des bacilles B.C.G. dans les organes lymphatiques qui créent l'immunité antituberculeuse, et il est surabondamment démontré par nos travaux, puis plus récemment par ceux de R. Kraus et Gerlach, à Vienne, de Bruno Lange à l'Institut Robert Koch, de Berlin, d'A. Ascoli, à Milan, de William Park, à New-York et de beaucoup d'autres expérimentateurs, que le B.C.G., injecté même à doses formidables aux animaux, ne détermine jamais de lésions tuberculeuses évolutives. Remlinger a pu injecter impunément à un enfant lépreux âgé de dix ans, jusqu'à 2 grammes de B.C.G. en six mois !

Nous savons, en outre, par les quelques autopsies qui ont pu être effectuées par nous-mêmes, par Ascoli et par la Commission Ukrainienne de Kharkoff, que, chez les enfants morts de maladies non tuberculeuses, plus de six mois après avoir été vaccinés, ainsi que chez les jeunes bovins vaccinés depuis plus d'un an, on n'a pu retrouver des éléments de B.C.G. dans les organes, soit par examen direct, soit par culture, et que ce B.C.G., même après une année de séjour dans l'organisme du sujet vacciné, s'est constamment montré avirulent pour le cobaye.

On peut donc affirmer que le B.C.G. est et reste inoffensif dans l'organisme des sujets vaccinés.

M. Lignières estime que, pour ce qui concerne les résultats des vaccinations d'enfants, les

statistiques n'ont qu'une valeur relative, car nous ignorons si les enfants qui ont succombé à des maladies quelconques, non apparemment tuberculeuses, ne sont pas, en réalité, morts parce qu'on leur a fait ingérer du B.C.G.

A l'appui de cette supposition, il invoque la grande mortalité causée par des infections préexistantes ou secondaires diverses sur les lapins, dans certaines expériences de la Commission Ukrainienne rapportées par Tzekhnovitzer. Or, la dite Commission a montré que cette mortalité ne résultait en aucune manière des injections de B.C.G. faites aux animaux, puisque, d'après les expériences publiées dans son second rapport (Annales Pasteur, mars 1928), l'avitaminose, les intoxications ou les infections artificielles ne rendaient pas ces animaux plus sensibles au B.C.G. que les animaux non préparés. D'ailleurs, les conclusions de cette Commission sont exactement contraires à celles de M. Lignières, puisqu'elles affirment l'innocuité parfaite du B.C.G., même à hautes doses, et qu'elles recommandent l'emploi de ce vaccin pour la prémunition des enfants.

L'hypothèse de M. Lignières est, en outre, manifestement controuvée par la diminution de la mortalité générale de l'ensemble des enfants vaccinés, comparativement à celle des enfants non vaccinés de même âge (3,1 jusqu'à un an pour les « vaccinés » contre 8,5 p. 100, nés vivants et « non vaccinés »). Et je rappelle que nous avons actuellement un total de 81.600 enfants vaccinés en France, du 1er juillet 1924 au 1er mai 1928, dont plus de 75.000 ont été vaccinés en milieu « apparemment sain ».

Il est donc démontré que, non seulement la mortalité tuberculeuse, mais aussi la « mortalité par toutes causes de maladies », est beaucoup moindre chez les vaccinés au B.C.G. que chez les non vaccinés.

L'innocuité et l'efficacité préventive de la prémunition contre la tuberculose par le B.C.G. sont si évidentes que, tant en France qu'à l'étranger, les services publics d'hygiène de plusieurs villes ont réussi, depuis plus d'un an, à faire accepter la vaccination de leurs nouveau-nés à 80 et même 86 p. 100 des familles. On doit souhaiter que l'immense effort ainsi réalisé se poursuive et que les considérations purement hypothétiques apportées à cette tribune par M. Lignières n'en arrêtent pas l'élan.

Déjà, l'an dernier, sans se soucier des sentiments d'inquiétude qu'il pouvait susciter dans les familles auxquelles un grand nombre de nos confrères avaient conseillé de faire usage du B.C.G., alors même qu'il n'existait aucune trace de contagion immédiate, M. Lignières, par sa note du 26 juillet 1927, exprimait la crainte que la prémunition pût offrir quelque danger pour les enfants « nés en milieu indemne ». Il n'apportait aucune expérience, aucune observation clinique qui pût justifier cette opinion. Il n'en apporte pas davantage aujourd'hui. Dans ces conditions, la science et la prophylaxie antituberculeuse n'ont rien à gagner à poursuivre cette discussion.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement du rhumatisme blennorragique par les composés arsenicaux organiques.

Faisant état de trois observations d'arthrites gonococciques guéries avec des injections parentérales de sulfarsénol, M. J. Lamblin proclame, avec d'autres auteurs qualifiés, qu'à l'heure actuelle, le véritable traitement spécifique des complications inflammatoires de la blennorragie est le traitement arsenical, nonobstant l'action indiscutable de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antigonococcique intra-veineuse.

A vrai dire, l'arsenic n'agit nullement comme un spécifique, mais en raison de ses propriétés eutrophiques, qui contribuent puissamment à accroître les moyens de défense de l'organisme.

A noter que l'arsenic est tout aussi indiqué dans les autres complications de la blennorragie : orchi-épididymites, prostatites, salpingites...

Et de conclure :

1° Cette méthode est d'un emploi facile, à la portée de tous les praticiens : pratiquée soit par voie intra-veineuse, soit par voie sous-cutanée, pratiquement peu douloureuse. Grâce à son action ordinairement rapide, elle ne nécessite qu'un nombre limité d'injections : 18 à 30 centigr., répétées au nombre de 5 à 8, et en moyenne à deux jours d'intervalle...

2° Son efficacité est certaine, son action rapide sur l'élément douloureux, permettant ainsi la mobilisation précoce des articulations atteintes ;

3° Elle est sans action sur l'urétrite concomitante qui, après une phase d'apaisement, poursuit son évolution pour son propre compte. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 19 fév. 1928.)

Les verrues séborrhéiques ou verrues planes séniles; leur traitement par la cryothérapie.

Elles existent en plus des verrues ordinaires, ou poireaux, que l'on observe communément aux mains, aux doigts, à la plante des pieds ; elles

ne sont pas séniles, car on peut les observer dès l'âge de 30 ans, chez les femmes surtout, puis à 50 ans et chez les vieillards, avec tendance à se généraliser sur le tronc.

A l'état adulte, il s'agit de petits éléments lenticulaires ou ovalaires de contours parfois festonnés et légèrement surélevés ; le centre de la verrue est ordinairement plus élevé que la périphérie. Au toucher délicat, elles sont toujours appréciables, même de très petites dimensions ; elles donnent l'impression de petites villosités, ou de velours, en raison des proliférations papillomateuses qui les constituent. Les verrues de grandes dimensions présentent l'aspect de macarons, et, dans ces cas, les bords peuvent être légèrement pédiculés. Toujours indolentes, elles peuvent être décapées plus ou moins facilement par la curette.

L'évolution des verrues séborrhéiques est progressive, et il ne faut pas trop compter sur leur disparition spontanée, très aléatoire, et moins fréquente d'ailleurs que la régression spontanée des verrues vulgaires. D'autre part, il ne convient pas non plus d'alarmer les malades par des considérations de transformations cancéreuses, fréquentes au contraire dans les kératoses séniles. Il faut toutefois noter que les sujets atteints peuvent avoir connaissance de faits semblables dans leurs antécédents familiaux.

La thérapeutique par les pommades et les lotions peut être nocive en facilitant la dissémination et en irritant les téguments de voisinage. La radiothérapie est ici inactive, mais, au galvanocautère parfois utile, Lortat-Jacob préfère la cryothérapie.

Avec la pointe noyée du cryocautère adaptée à la surface de la verrue à traiter, on fait, avec une pression inférieure à 1 kilo, une congélation de 5 à 8 secondes environ. Trois jours après la pellicule résultant de la congélation, pellicule friable et fripée, est détachée doucement à la curette ; attouchement de la surface rosée et humide au néol ou à l'alcool camphré.

La plupart du temps, le décollement épidermique suffit à détacher la prolifération verruqueuse au moins de la périphérie ; s'il reste une élevure centrale, une seconde congélation avec une pointe plus petite sur l'élevure elle-même, de 5 à 8 secondes, avec une pression inférieure à 1 kilo, permettra dans les six à huit jours qui suivent, lorsque la pellicule centrale sera séchée, de la détacher entièrement avec une petite curette.

L'auteur a pu ainsi obtenir des résultats parfaits et durables dans des cas où pourtant l'abondance des verrues, leur dissémination semblaient défier toute patience de la part du malade et de l'opérateur. (*La Presse médicale*, 17 décembre 1927.)

Les amyotrophies spinales d'origine syphilitique.

J. Christophe fait une étude clinique et diagnostique de certaines formes localisées, qui ne rappellent que de très loin l'atrophie musculaire progressive classique, ou d'autres formes d'apparence complexe en raison de l'association de manifestations autres de syphilis du névraxe.

On sait que les amyotrophies syphilitiques s'observent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, le plus souvent 12 à 20 ans après le chancre. Le premier symptôme, qui attire l'attention est souvent la faiblesse de certains mouvements, se traduisant par une gêne fonctionnelle au cours du travail ; la parésie précède l'amyotrophie ; de plus, les douleurs précèdent l'atrophie. Bientôt l'atrophie musculaire devient le symptôme le plus caractéristique. Dans 95 % des cas, l'atrophie débute, par ordre de fréquence soit par les muscles de la main, soit par les muscles de l'épaule, exceptionnellement par les muscles de la jambe (loge antéro-externe). Enfin, il existe des formes diffuses, avec atteinte simultanée, ou très rapidement successive des muscles des quatres membres, du tronc, de l'abdomen.

Les amyotrophies spécifiques présentent dans leur évolution un certain nombre de caractères communs : progression par sauts et non de proche en proche ; inégalité d'atteinte des groupes musculaires symétriques, poussées évolutives dans la marche des atrophies, mais à caractère aussi irrégulier que la distribution de l'amyotrophie.

On peut aussi observer des formes localisées aux petits muscles de la main, aux racines supérieures du plexus brachial, etc.

Certains caractères sont à remarquer : huit fois sur dix, on n'observe aucune contraction fibrillaire ; l'état des réflexes (le plus souvent abolis ou diminués) est plus variable que dans les autres amyotrophies spinales ; enfin les troubles des réactions électriques sont importants à étudier, car ils permettent de préciser l'irrégularité de la marche des atrophies en fixant l'âge des différentes atteintes musculaires.

Aucun des éléments du syndrome amyotrophique lui-même n'a, pourtant, de valeur pathognomonique en faveur de l'origine syphilitique des accidents ; les véritables particularités cliniques consistent dans les symptômes associés : accidents ou stigmates habituels de la syphilis ; extension des lésions des cornes antérieures aux cordons latéraux, étude des réactions humorales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Ce diagnostic étiologique est d'une importance considérable puisqu'il comporte une sanction thérapeutique immédiate, les résultats obtenus dépendant avant tout de la précocité du traitement. (*Le Bulletin médical*, 26 novembre 1927.)

Les idées actuelles sur le traitement de la méningite cérébro-spinale.

F. Bourgeois et Stan. de Sèze montrent qu'il est prudent, sous peine de s'exposer à de cruelles déceptions, de ne pas attendre aujourd'hui, du sérum antiméningococcique, les résultats quasi-certains qu'on était en droit d'en attendre, il y a une quinzaine d'années. Cependant, il ne faudrait pas conclure hâtivement à son inefficacité constante et se priver d'une arme qui reste précieuse.

Avant tout, il convient de respecter scrupuleusement les règles posées pour son emploi : emploi précoce ; dose initiale suffisamment élevée, 20 à 30 cmc. chez un enfant, 40 à 60 cmc. chez un adulte ; renouvellement durant trois ou quatre jours consécutifs d'une dose égale à la dose initiale, tant qu'une sédation n'est pas obtenue, à doses progressivement décroissantes dès que les signes d'amélioration locale et générale apparaissent.

Quelle conduite tenir si le succès n'est pas obtenu ?

S'il y a agression nouvelle de la fièvre et des signes méningés, qui d'abord avaient cédé sous l'influence du traitement, ce n'est pas toujours une rechute ; il peut y avoir méningite sérique (liquide retiré jaune ambré, visqueux, très riche en polynucléaires *intacts*, et surtout ne contenant pas de *méningocoques*) et alors une nouvelle injection de sérum est formellement contre-indiquée.

Si, au contraire, l'état n'a pas été amélioré par la sérothérapie, il peut y avoir cloisonnement méningé, ou septicémie méningococcique.

Dans le premier cas, les signes *cliniques* méningés persistent, et en plus, il y a amaigrissement progressif, cachexie, somnolence de plus en plus marquée ; une première ponction après sérum ayant amené une amélioration progressive du liquide céphalo-rachidien, l'écoulement de celui-ci devient ensuite pénible et parcimonieux ; on retrouve à la ponction lombaire une partie du sérum injecté la veille. Il faut alors, suivant le précepte général, s'efforcer de porter le sérum au contact des lésions à la suite d'une succession de ponctions exploratrices étagées dans la cavité méningée, même au niveau de l'espace atloïdo-occipital. En cas d'insuccès, tenter la ponction ventriculaire. Chez l'adulte , c'est une opération grave, nécessitant une trépanation préalable, qui ne doit être employée que dans les cas désespérés. Chez le nourrisson, elle est plus simple, et on la recommande précoce dans tous les cas graves résistant à la sérothérapie intra-rachidienne. Après asepsie rigoureuse, la piqûre sera faite au niveau de l'angle externe de la fontanelle, à 2 cent. 1/2 de la ligne médiane, en enfonçant l'aiguille de haut en bas et de dehors en dedans jusqu'à une profondeur de 4 cent. Si le liquide qui s'échappe est louche ou purulent, on laisse couler une quantité un peu supérieure à la quantité de sérum que l'on désire injecter. L'injection faite, retirer brusquement l'aiguille ; nettoyer ; panser très aseptiquement.

Dans la septicémie méningococcique, la fièvre prend le caractère des grands accès pseudo-palustres ; des arthralgies surviennent, des éruptions polymorphes à type papulo-noueux. On peut substituer à la sérothérapie intra-rachidienne la sérothérapie intra-musculaire ; mais, c'est une méthode peu sûre et il faut alors employer les méthodes thérapeutiques adjuvantes : vaccinothérapie seule, ou associée à la sérothérapie. Un auto-vaccin devrait toujours être préparé avec les premières cultures obtenues au début de l'infection ; on injecterait le premier jour, 1/2 cent. cube par voie intramusculaire, puis 1 cent. cube tous les deux jours, et bientôt 1 cent. cube 1/2 et 2 cmc. Les injections sont bien supportées ; leur efficacité est remarquable.

Enfin, la protéinothérapie et surtout l'abcès de fixation sont, en pareils cas, d'un précieux secours ; il faut procéder par des essais successifs de ces différentes méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 décembre 1927.)

L'hypertension artérielle à évolution dépressive et cachectisante.

MM. Dumas et Dubouloz font remarquer que l'hypertension artérielle, quand elle a permis d'échapper à l'hémorragie cérébrale ou à l'insuffisance ventriculaire gauche, évolue fréquemment vers un état dépressif de plus ou moins longue durée, avec abaissement tensionnel progressif, aboutissant tôt ou tard à la cachexie ou à la mort.

Il existe, en effet, chez des sujets atteignant ou dépassant la soixantaine un syndrome constitué par un état de dépression, perte de la mémoire, prédisposition aux vertiges et quelquefois à la syncope, qui aboutit lentement à un véritable état de cachexie. Ces sujets présentent une hypertension modérée, mais qui dérive d'un état hypertensif franc antérieur. L'état de dépression paraît être la conséquence et non la cause de cet abaissement de la tension artérielle. Ce sont encore des hypertendus, mais des hypertendus qui se comportent comme des hypotendus relatifs, parce que leur tension artérielle n'est plus celle qui convient à leur organisme. Ces sujets sont en état d'insuffisance tensionnelle. Il y a intérêt à reconnaître ce syndrome pour éviter des erreurs de diagnostic et une thérapeutique qui irait à l'encontre des besoins de ces malades.

Ainsi chez certains hypertendus, d'un âge avancé, sans hypertrophie du cœur ni insuffisance cardiaque, il ne faut pas chercher à abais-

ser la tension artérielle ; il est préférable de viser à la maintenir : médication tonifiante, arsenicale, phosphorée, et même médication faiblement vaso-constrictive (poudre de fève de Saint-Ignace, teinture de noix vomique, quina, cola, etc.). (*Lyon médical,* 4 décembre 1927.)

Carence alimentaire, avitaminose et fonctions sexuelles.

Leur influence sur les fonctions sexuelles a été moins étudiée jusqu'à présent ; or, d'une étude de G. Cotte et F. Carcassonne, il ressort qu'expérimentalement et cliniquement, on peut rattacher à une alimentation défectueuse bon nombre de troubles génitaux pouvant entraîner la stérilité. Certes, chez l'adulte, ou le tractus génital a acquis son plein développement, il est probable que les troubles de l'alimentation n'ont pas toujours des effets aussi funestes que lorsqu'il s'agit de sujets plus jeunes. Chez ceux-ci, en effet, on peut se demander si, à la puberté, au moment où les glandes génitales achèvent leur croissance, les effets sur l'ovaire d'une alimentation défectueuse ne sont pas susceptibles d'entraîner des dommages irréparables. Ainsi, à côté de la tuberculose et de la syphilis héréditaire, qui sont si souvent à l'origine des états hypoplasiques qu'on trouve chez maintes jeunes filles ou jeunes femmes venant consulter en raison de leur aménorrhée ou de leur stérilité, il y a lieu probablement de faire intervenir l'action d'autres facteurs et, en particulier, de certains produits alimentaires, qui jouent le rôle de véritables hormones et qui constituent des excitants de l'activité ovarienne.

Il convient donc de veiller à l'alimentation des jeunes enfants et des jeunes filles, de façon à prévenir non seulement les troubles de la nutrition qui peuvent en résulter, mais encore ceux des fonctions de reproduction. (*Lyon médical,* 11 décembre 1927.)

Quelques données récentes sur le traitement des migraines.

On réunit communément sous le nom de migraine des symptômes essentiellement variables ; aussi faut-il, pour comprendre les tendances actuelles du traitement, se rappeler quelques données de pathogénie, avec le Dr E. Libert.

La migraine est due à un angiospasme, lui-même lié à une hyperexcitabilité du sympathique, en rapport avec une lésion ou le dysfonctionnement d'organes multiples ; dans beaucoup de cas aussi, l'existence d'un déséquilibre colloïdal, et la production d'une crise colloïdoclasique expliquent l'accès de migraine.

Ainsi a-t-on proposé quelques traitements, qui se sont montrés efficaces : résection du ganglion cervical supérieur, sympathectomie péricarotidienne, sympathectomie péritemporale ; vasodilatateurs (nitro-glycérine, nitrite d'amyle) ; opothérapie ovarienne ou thyroïdienne ; correction des troubles de l'accommodation, traitement des lésions nasales. L'appendicectomie, la cure chirurgicale des lésions utéro-annexielles peuvent guérir certaines migraines.

On a également recommandé le gardénal, les méthodes de désensibilisation anaphylactiques (peptones, hyposulfite de soude, injections de lait, de sérum de cheval intraveineux).

Il faut mentionner tout spécialement les migraines biliaires et les migraines duodénales, que l'on a pu guérir en faisant disparaître chirurgicalement une sténose duodénale, en faisant un drainage non chirurgical des voies biliaires suivant la technique de Vincent Lyon, à l'aide du sulfate de magnésie, ou encore d'une solution de peptone de Witte à 10 %. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 décembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Un nouvel anthelminthique.

(M. Pouchet. — *Académie de médecine* ; 24-4-1928.)

Le professeur Pouchet présente, au nom de M. le Dr J. Chevalier, une étude sur un nouvel anthelminthique extrait du pyrèthre insecticide (*chrysanthemum cinerarixfolium*). Cet extrait (pyréthrines), administré par voie gastrique à l'homme et aux animaux domestiques, constitue un anthelminthique actif, inoffensif et dénué de toxicité, même pour les enfants. Il détermine l'expulsion rapide de tous les vers intestinaux : oxyures, ascaris, tænias, tricocéphales, tout en étant dépourvu des inconvénients de la santonine, de la pelletiérine et de l'extrait de fougère mâle.

Un nouveau procédé de percolation.

(M. Marc Bridel. — *Académie de médecine* ; 24-4-28.)

La percolation (ou lixiviation) est une opération dans laquelle on fait passer sur une substance un solvant pour recueillir les parties solubles. Actuellement, avec les procédés courants, il faut huit jours pour préparer une teinture médicamenteuse qui représente dix fois le poids de la drogue. M. Bridel signale une nouvelle méthode qui permet d'obtenir le même résultat en 24 heures seulement.

Hernie diaphragmatique du côlon.

(M. H. Gaudier. — *Soc. de chirurgie* ; 7-3-1928.)

M. Gaudier rapporte un cas de hernie diaphragmatique du côlon transverse, ayant provoqué des accidents aigus graves et suivis de mort. L'auteur signale les difficultés du diagnostic. Même les pièces d'autopsie en main, il fut difficile de préciser s'il s'agissait d'une hernie congénitale ou acquise (traumatique). Le malade avait eu, en effet, une blessure de guerre dans la région de l'hypochondre, blessure d'apparence très légère et qui n'avait pas nécessité de séjour prolongé à l'hôpital.

Anévrysmes de l'artère splénique.

(M. Goullioud. — *Société de chirurgie* ; 7-3-1928.)

Les anévrysmes de l'artère splénique constituent — comme les hernies diaphragmatiques du côlon — une affection de la région spléno-épigastrique difficile à reconnaître. En fait, sur 40 cas signalés par Baumgartner et Thomas, une seule fois le diagnostic fut établi. Symptomatologie vague : crises douloureuses ou aucune douleur, tumeur de l'hypochondre gauche, bruits d'auscultation (?), hémorrhagies intestinales.

L'évolution naturelle est la rupture en plein péritoine ou dans l'estomac ou le côlon. L'intervention chirurgicale est le seul mode de guérison.

Pathogénie des hydronéphroses.

(M. B. Fey. — *Société de chirurgie* ; 7-3-1928.)

Dans un rapport sur un travail de M. Fey, M. Legueu remarque que des notions nouvelles ont, dans ces dernières années, changé nos conceptions sur la pathogénie de l'hydronéphrose.

L'hydronéphrose ne serait plus une maladie causée par un obstacle mécanique. Les hydronéphroses par rétrécissement de l'uretère ne constitueraient que des états temporaires, la maladie étant faite d'un trouble neuro-musculaire qui se manifeste sous deux formes : un état chronique, caractérisé par un retard des contractions et de l'évacuation du bassinet ; un état aigu et transitoire caractérisé par un spasme de toute cette musculature déficiente.

Ainsi l'hydronéphrose ne serait pas une affection organique mais un trouble fonctionnel. Cette conception, que la pyéloscopie a permis d'établir, laisserait peu de place aux hydronéphroses congénitales ou par compression. Quant à la nature de l'épine irritative qui provoque ces troubles musculaires, elle reste assez obscure. M. Fey fait jouer aux artères anormales un rôle prépondérant dans la génèse de ces phénomènes.

— M. Chevassu reste, au contraire, toujours persuadé qu'un obstacle mécanique est à la base de toute hydronéphrose.

Crises d'érythème déclanchées par le coït.

(M. Ch. Audry. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-2-1928.)

M. Audry rapporte l'histoire d'un homme de 54 ans chez lequel le coït était suivi d'érythème et d'œdème à la face, aux mains et au pénis. Cet homme avait reçu, quelques années auparavant, une série d'injections de sérum qui, probablement, l'avaient sensibilisé. M. Audry explique l'origine des crises cutanées par des phénomènes anaphylactiques. Il ne pense pas que ces troubles angio-œdémateux relèvent d'une action réflexe : l'intervalle de quelques heures séparant le coït de la poussée n'est pas en faveur de ce mécanisme. Il prèfère admettre que l'hypersécrétion testiculaire (ou prostatique) s'accompagne ici d'hormones susceptibles d'agir comme une injection d'albumines hétérogènes chez un sujet sensibilisé. Les symptômes cédaient très vite à l'auto-hémothérapie.

Chorée de Sydenham guérie par ponction lombaire.

(MM. Cassoute, Raybaud et Montus, de Marseille. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 17-1-1928.)

MM. Cassoute, Raybaud et Montus rapportent trois cas de chorée dans lesquels une ponction lombaire fut suivie de la disparition rapide des accidents choréiques. Ils ne pensent pas qu'une simple coïncidence puisse expliquer ces guérisons.

Il existe dans la littérature médicale une dizaine d'autres cas analogues. Toutefois, nombre d'auteurs ont fait des ponctions lombaires chez des choréiques sans les améliorer. Babonneix dit n'avoir jamais retiré aucun bénéfice de cette thérapeutique. M. Roger, de Marseille, n'en a pas non plus obtenu de résultat intéressant.

P. L.

Sur la maladie exostosante dite « exostoses ostéogéniques multiples ».

(MM. André Léri, R. J. Weissenbach et J.-A. Lièvre. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 24-2-1928.)

Trois cas nouveaux confirment l'opinion antérieurement soutenue :

1° Les exostoses dites ostéogéniques multiples ne sont pas disséminées au hasard ; elles ont pour chaque extrémité d'un même os une forme et un siège à peu près fixes ; elles constituent une maladie relativement systématisée ;

2° Les exostoses ne résument pas toute la maladie; il s'agit d'une maladie bien plus générale de l'ensemble du développement osseux. On observe, en effet, des incurvations spéciales de certains os, presque toujours le tibia et parfois le radius, un effilement d'autres os comme l'humérus, une aplasie systématique de l'extrémité inférieure du cubitus, parfois de l'extrémité inférieure du péroné, jamais d'un autre os, souvent un trouble du développement d'ensemble des 4e et 5e métacarpiens et métatarsiens (brachymélie métapodiale), parfois une luxation de la tête radiale, etc.

Une maladie aussi diffuse est mal caractérisée par une dénomination qui fait croire qu'elle ne comporte qu'un seul élément, l'exostose ; on doit au moins la qualifier de « maladie exostosante ».

3° Les exostoses ne naissent pas seulement, comme on l'a cru, du cartilage de conjugaison. Certaines, qui se voient sur les diaphyses, ont certainement pour point de départ l'os périostique. D'autres, qui forment une excroissance sur des os sans bande cartilagineuse, comme ceux de la voûte du crâne, ne peuvent partir que de l'ébauche membraneuse.

Une maladie ainsi systématisée s'accommode mal des théories pathogéniques classiques, qui lui attribuent soit des inclusions embryonnaires (théorie tératologique), soit une dissémination parasitaire (théorie infectieuse). La théorie, qui l'attribue à un trouble de développement du périoste engainant l'ébauche cartilagineuse des os est pour le moins insuffisante.

L'infarctus du myocarde et l'angor aigu coronarien fébrile.

(MM. C. Lian et P. Puech. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 24-2-1928.)

Le diagnostic clinique d'infarctus du myocarde a paru longtemps impossible. Cependant, il en existe diverses manifestations cliniques : insuffisance cardiaque aiguë, état de mal lipothymique ou syncopal, tachycardie paroxystique terminale, etc. ; mais la forme clinique la plus typique, la seule qui peut conduire à un diagnostic à peu près ferme, c'est l'état de mal cardio-gastro-angineux avec fièvre, accompagné ou non de frottement péricardique et de modifications électro-cardiographiques.

Un infarctus myocardique s'étant révélé par un pareil syndrome est susceptible d'évoluer vers une guérison relative.

Toutefois la fréquence assez grande des graves syndromes angineux fébriles rappelant l'état de mal cardio-gastro-angineux et évoluant vers la guérison conduit les auteurs à élargir leur première conception et à décrire l'angor aigu coronarien fébrile. Il est caractérisé : *a*) par des crises angineuses durant plusieurs heures, se répétant plusieurs jours consécutifs, laissant entre elles un endolorissement thoracique permanent ; *b*) par un syndrome d'insuffisance cardiaque ; *c*) par de la fièvre ; *d*) par l'absence ou le peu d'importance de l'état nauséeux ; *e*) par l'absence de frottements péricardiques ; *f*) par l'évolution se faisant habituellement vers la guérison relative, exceptionnellement vers la mort. Ce syndrome semble dû à une artérite aiguë coronarienne ou à une poussée aiguë dans le cours d'une artérite coronarienne.

Ainsi l'état de mal cardio-gastro-angineux fébrile de l'infarctus du myocarde marque l'exagération du syndrome précédent, dont il n'est qu'un cas particulier plus grave.

Il ne faut pas méconnaitre la part d'hypothèse que comporte cette conception, car les observations d'angor aigu coronarien fébrile sont des faits purement cliniques ayant évolué vers la guérison ; et c'est par analogie avec la symptomatologie des faits anatomocliniques d'infarctus myocardique récent qu'on a pu conclure à l'origine coronarienne du syndrome.

Mais même si des constatations anatomiques ultérieures montraient l'absence habituelle de lésions coronariennes dans ce syndrome, on regretterait de n'avoir pas attiré l'attention sur un syndrome clinique d'observation assez fréquente, bien différent de la forme commune des angors d'effort et de décubitus. Ce syndrome est un véritable angor aigu avec défaillance cardiaque brutale, et, aussi, symptôme inattendu, avec une fièvre d'évolution cyclique en quelque sorte. Il y a donc un angor aigu fébrile, syndrome clinique bien franc.

Un cas de poliomyélite antérieure consécutive à une vaccination antityphoïdique.

(MM. Alajouanine, Fribourg-Blanc, Gauthier. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 9-3-1928.)

Il s'agit d'un malade qui a présenté une monoparésie du membre inférieur gauche avec atteinte prédominante des extenseurs, apparue dans les 48 heures après revaccination antityphoïdique et qui s'est accompagnée de troubles sphinctériens fugaces, d'une amyotrophie marquée avec abolition des réflexes tendineux, de réaction de dégénérescence du jambier antérieur et d'hypoexcitabilité, affection dont l'évolution s'est faite sans autres douleurs que quelques crampes passagères et sans aucun trouble de la sensibilité.

Il s'est donc agi d'une poliomyélite antérieure, et, en raison de l'apparition des troubles moteurs au cours de la période fébrile réactionnelle post-vaccinale, il semble qu'on soit autorisé à établir une relation de cause à effet entre les accidents constatés et la vaccination.

Dans les jours précédents, le malade présentait une santé parfaite, et la réaction fébrile, au cours de laquelle s'est installée la paralysie, a suivi de quelques heures l'inoculation antityphoïdique, à laquelle les accidents paraissent pouvoir être rattachés.

Comme dans un certain nombre d'accidents nerveux post-vaccinaux, les troubles de ce malade sont survenus à l'occasion d'une revaccination. Il semble que les atteintes périphériques du système nerveux post-vaccinales aient souvent, comme dans le cas présent, une évolution favorable ; ces troubles sont d'ailleurs rares à la suite des vaccinations et revaccinations antityphoïdiques, et il était intéressant de relater cette communication.

Cet accident ne saurait porter atteinte à une méthode prophylactique, dont la guerre a, d'une façon éclatante, démontré la valeur et l'innocuité dans l'immense majorité des cas.

Résultats de la cryothérapie des angiomes de la face chez le nourrisson.

(M. L. Lortat-Jacob. — *Soc. méd. des hôpitaux;* 23-3-1928.)

Cette question est importante, en raison des avantages que présente dès lors ce mode de traitement pour la guérison des angiomes des paupières.

Un bébé de 5 mois présentait un angiome de la paupière supérieure du volume d'une amande ; l'œil était complètement fermé ; en 18 mois, par 21 séances, l'angiome a complètement blanchi, s'est affaissé ; l'œil est ouvert et les tissus ont repris leur morphologie normale.

D'autres observations relatées confirment l'excellence du procédé, son innocuité et l'absence de toute complication ultérieure et de récidive. Le traitement des angiomes des paupières restait jusqu'ici un problème délicat pour les ophtalmologistes les plus éclairés.

G. F.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Fièvre typhoïde et staphylococcémie.

MM. Boinet, J. Pieri et Antoine Raybaud. — Fièvre typhoïde grave compliquée de pleurésie, puis d'ictère, enfin d'arthrites aiguës à staphylocoques des articulations sterno-claviculaire et scapulo-humérale droites. Les auteurs rappellent la fréquence des infections associées dans la fièvre typhoïde et insistent sur la coexistence presque habituelle de la staphylococcie, bénigne souvent, quelquefois grave comme dans l'observation qu'ils rapportent.

Staphylococcie mortelle au cours d'une fièvre typhoïde

M. Rouslacroix. — A propos d'une observation où la mort survint dans le décours d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique par suite de pyodermites et collections suppurées multiples à staphylocoques, l'auteur différencie les abcès critiques de la convalescence, d'un pronostic généralement favorable, et les suppurations survenues dans le cours de la maladie et dues à une septicémie staphylococcique associée. Celle-ci est relativement fréquente et sa haute gravité pose la question d'une vaccination antistaphyl. dès le diagnostic posé de fièvre typhoïde.

Tuberculoses cutanées multiples et syphilis.

MM. Paul Vigne, Galland et Verges publient l'observation d'une malade présentant des foyers multiples de tuberculose cutanée et articulaire avec inoculation positive au cobaye, mais qui présente en outre sur la face des cicatrices de gommes et d'ulcérations et des nodules rougeâtres qui ont cédé rapidement au traitement spécifique. Le B.W. est positif. Les auteurs discutent la nature syphilitique ou tuberculeuse de ces derniers éléments : tubercules spécifiques ou lipoïdes miliaires.

Infantilisme et type hypophysaire.

MM. Roger, Denizet, et Wahl présentent une jeune fille de 17 ans et demi qui mesure 1 m. 27, pèse 27 kgr. 300, toutes caractéristiques d'une enfant de 10 à 11 ans. Absence de poils et de caractères sexuels secondaires, absence de soudure des cartilages épiphysaire. C'est le tableau d'un infantilisme typique. Il n'y a pas de signes d'hypothyroïdie, mais non plus de signes oculaires, radiographiques ou adiposo-génital de la série hypophysaire. Le métabolisme basal n'est pas diminué. Les tests hypophysaires donnent des résultats discordants.

Sarcome du rein chez un nourrisson de 17 mois.

MM. Cassoute et Poinso présentent une volumineuse tumeur du rein prélevée par l'intervention. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à type embryonnaire développé au dépens du blastème métanéphrogénique.

Maladie d'Hodgson avec aortite verruqueuse et triple insuffisance valvulaire.

MM. Boinet et Antoine Raybaud présentent l'observation d'un malade mort d'asystolie après avoir présenté des signes de triple insuffisance aortique, mitrale et tricuspidienne. L'autopsie confirme ces lésions auxquelles sont associées de volumineuses plaques verruqueuses d'athérome aortique.

Corps étranger du carrefour aérodigestif chez un enfant de 27 mois méconnu pendant 3 mois.

MM. Parrocel et Poinso. — Le bébé présentait du tirage et du cornage dont la cause méconnue était rattachée à la diphtérie d'autant plus qu'un examen de laboratoire avait répondu « bacilles moyens ». L'état ne s'améliorant pas malgré une sérothérapie intensive l'enfant rentre à l'hôpital. L'examen laryngoscopique montre le corps étranger (débris de jouet) et permet son extraction.

Les indications thérapeutiques de la synthaline.

MM. Boinet et Antoine Raybaud ont employé la synthaline dans deux cas de diabète cliniquement semblables dont l'un fut amélioré et l'autre inchangé. Ils concluent que la synthalinothérapie ne peut suppléer l'insulinothérapie que dans des cas très limités et de discrimination encore difficile.

Le Secrétaire :
Dr G. Darcourt.

HYDROLOGIE APPLIQUÉE

Indications générales de la cure de Saint-Nectaire dans les affections rénales.

par le Dr J.-J. SÉRANE.
Consultant à la station.

Situation. Climat.

La station thermale de Saint-Nectaire est située en Auvergne, à l'extrémité orientale des contreforts du massif mont-dorien à une altitude moyenne de 700 mètres. Le vallon de Saint-Nectaire est bien abrité des vents du Nord et de l'Ouest ; le sol, très perméable, retient peu l'humidité ; les bois de pins qui couvrent les coteaux environnants contribuent à aseptiser l'atmosphère.

Les sources. Moyens physiothérapiques et actions physiologiques du traitement

Les sources captées sont au nombre de 48, dont 11 utilisées en boissons, parmi lesquelles une source froide, hypominérale (extrait égal à 0 gr. 09), la source des Granges Lixivia, absolument différente des autres sources de la station, et 10 sources « *polymétallites* » présentant une gamme de température de 16° à 42°, une gamme minérale de 4 gr. à 8 gr., une acidité ionique qui varie, selon les sources, de pH 6,4 à pH 7,2. Les dominantes chimiques en sont différentes. On peut les grouper en : bicarbonatées calciques, ferrugineuses, arsneicales, lithinées magnésiennes les principales représentant le type des « Lymphes minérales » de Gübler ; celles-ci renfermant en moyenne par litre : bicarbonates : 3,50 ; chlorures : 2,25 ; métaux et métalloïdes : So, Ca, Fe, As, Si, Mg, Mn, Ph, S, I, Ba, Ag, Si, Cu, etc. : 1 gr. 70, Co2 libre : 1 gr.

La cure externe comprend : le bain carbo-gazeux à eau courante, le bain chaud, les pédiluves chauds, l'affusion lombaire hyperthermale, le demi-bain hyperthermal, les douches générales de toute nature, les irrigations vaginales.

Le mode d'action de la cure de boisson est des plus complexes et encore en partie ignoré. Il est établi qu'il convient d'attribuer au traitement interne diverses actions :

1° Une action eupeptique et d'activation des fonctions hépatiques ;

2° Une action sur le sang se traduisant par une augmentation des hématies, de l'hémoglobine et de la résistance globulaire et par une reminéralisation des éléments sanguins, ainsi qu'une action sur la circulation générale due à certaines sources froides pouvant donner, chez certains malades, de l'éréthisme cardiaque et une augmentation passagère de la pression artérielle ;

3° Une action générale sur la nutrition : arrêt de la déperdition phosphatique, suractivation des échanges nutritifs et plus spécialement des mutations azotées ;

4° Enfin, des effets essentiels sur le rein qui constituent en propre la dominante physiologique de Saint-Nectaire : action élective « de stimulation et de réparation des épithéliums rénaux, action qui se poursuit à la faveur de la congestion active des canalicules obtenue par le traitement » (Castaigne). Il en résulte une augmentation de la diurèse totale et plus spécialement de la diurèse azotée ; amorçant et complétant ces effets qui sont obtenus surtout par l'usage à doses réfractées de certaines sources « polymétallites », l'action diurétique et lixiviatrice de la source hypominérale des Granges.

La cure externe intervient pour compléter les actions physiologiques de l'eau de boisson comme décongestionnante (pédiluves, demi-bain hyperthermal) comme révulsive et sédative des phénomènes douloureux (affusions lombaires hyperthermales), ces diverses actions envisagées en dehors des effets généraux propres à l'hydrothérapie sous forme de douches alternantes, écossaises, etc.

La cure diététique est réalisée dans les conditions optima par deux menus de régime existant dans chaque hôtel ou pension (régime achloruré et régime hypoazoté) qui sont soumis à un contrôle médical quotidien ; en même temps peuvent être très facilement exécutées toutes les ordonnances de régime alimentaire qui peuvent être prescrites pour répondre à des indications particulières (régime d'albuminuries diabétiques par exemple ou toute modalité de régime hypoazoté).

Indications spéciales de la cure de Saint-Nectaire.

La station de Saint-Nectaire est spécialisée dans le traitement des affections rénales. Cette spécialisation s'explique par la double action générale du traitement thermal : 1° sur le rein ; 2° sur l'ensemble des facteurs associés chez les rénaux, élément extra-rénal dont le prof. Rathery a démontré la haute importance dans les néphropathies.

La cure sera prescrite dans les modalités cliniques suivantes :

1° Les albuminuries résiduales, séquelles de

néphrites aiguës d'origine infectieuse (consécutives à la scarlatine, la grippe, les oreillons, la rubéole, les angines et les lésions du rhino-pharynx ;

2° Les albuminuries gravidiques ; celles dues aux intoxications chroniques exogènes (paludisme, syphilis) ou endogènes : a. dyscrasiques, d'origine goutteuse ;

3° Les albuminuries intermittentes des adolescents : soit qu'elles soient irrégulièrement intermittentes, par débilité héréditaire ou acquise (Castaigne et Rathery) ou à intermittences régulières : a. orthostatique avec son syndrome spécial (troubles vaso-moteurs, hypotension vasculaire, asthénie, anémie, troubles endocriniens) en relation fréquente avec une débilité rénale héréditaire ; a. cyclique (syndrome de Pavy-Tessier) due à une hyperactivité hépatique ainsi qu'à la débilité rénale congénitale d'origine goutteuse ; a. intermittentes prétuberculeuses de Tessier ;

4° Les albuminuries digestives, avec leurs éléments concomitants : dyspeptique, intestinal ou hépatique et leur pathogénie complexe dans laquelle interviennent les « substances néphrotoxiques » que constituent les albumines insuffisamment élaborées, l'insuffisance du foie à détruire les toxines intestinales, la débilité rénale acquise ou héréditaire ;

5° La néphrite albumineuse simple (Castaigne) dans laquelle la cure aura pour effet de réduire peu à peu la quantité d'albumine éliminée, jusqu'à disparition fréquente après quelques cures ;

6° La néphrite chronique urémigène à la période incipiente, avec albuminurie continue ou intermittente, troubles du rythme urinaire, abaissement de la constante uréo-sécrétoire, phénomènes cardio-artériels de compensation, troubles toxiques encore peu accusés et dont l'asthénie constitue le plus constant et l'un des plus précoces. Les résultats du traitement de Saint-Nectaire sont également favorables, dans la majorité des cas, à la phase d'azotémie initiale confirmée, quand le taux de l'urée du sang est généralement inférieur à un gramme. On constate très fréquemment, ainsi que je l'ai démontré, des modifications importantes de la fonction rénale d'excrétion azotée, qui se jugent par l'analyse des urines, l'accroissement de la toxicité urinaire, surtout par la diminution de l'azotémie et l'augmentation de la perméabilité rénale à la phénolsulfone phtaléine ; en même temps, on assiste à la disparition progressive des phénomènes dyspeptiques, des autres troubles toxiques, et à l'amélioration constante de l'état général ;

7° La néphrite chlorurémique constitue une indication de Saint-Nectaire en cas de pré-œdème, ou d'œdèmes fugaces et mobiles avec oligurie transitoire ;

8° Nous noterons également l'action très favorable de la Source des Granges-Lixivia dans les lithiases, les cystites et pyélo-néphrites et l'action de la cure combinée des Granges et de certaines sources thermales dans le syndrome entéro-rénal.

Contre-indications de la cure chez les rénaux.

Elles sont les contre-indications de tout traitement thermal : poussées congestives récentes, gros œdèmes et symptômes viscéraux accusés par rétention de NaCl des HaCl azotémies permanentes au-dessus de 1 gr. 25 irréductibles par le régime, signes accusés de défaillance cardiaque.

Les indications secondaires de Saint-Nectaire.

Les autres indications en rapport avec les caractéristiques du traitement comme avec l'action physiologique des sources et confirmées par une expérience très ancienne sont : l'anémie et le lymphatisme, la dyspepsie avec hyposthénie, les métrites catarrhales torpides.

Les Livres

Editions de la Clinique,
18, rue de Grenelle, Paris (7e).

Dr Pascault (de Cannes). — **La dyspepsie simplifiée ; ses symptômes, son diagnostic, son traitement.** (Un vol. in-8° de 96 pages avec 7 figures : 12 francs.)

Ce petit livre vise uniquement à servir de guide pratique au médecin placé en face d'un malade atteint de troubles digestifs pour l'aider à porter un diagnostic précis et à instituer un traitement d'autant plus efficace qu'il s'adressera plus directement à la cause des phénomènes observés. Car, pour l'auteur, la dyspepsie n'est le plus souvent qu'un symptôme, subordonné soit à des causes d'ordre général, comme la syphilis, la tuberculose, l'uricémie, etc., soit plus souvent d'ordre digestif : ulcère ou cancer en voie de formation, cholélithiase, appendicite chronique ignorée, insuffisance hépatique et constipation méconnues, aérophagie, tachyphagie, etc.

Ces causes doivent être mises en évidence dans chaque cas particulier ; l'auteur indique donc de quelle manière conduire l'interrogatoire et l'examen clinique pour les déceler, puis il s'étend longuement sur le traitement symptomatique. De nombreuses formules, un tableau synoptique ingénieusement

combiné, qui résume symptômes et traitements, font de cet ouvrage un tout pratique et complet.

« Les consultations Journalières », G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

M. Ségard et M. Laemmer. — **Formules usuelles.** (1 vol, in-16, de 564 pages, cartonné : 30 francs.)

Le plan de ce formulaire est le suivant : présenter pour chaque maladie le *médicament type* et ses formules les plus courantes. C'est un classement nouveau. Ce sont des formules modernes adaptées aux cas quotidiens du cabinet et de la médecine d'urgence.

Les auteurs sont trop connus dans leurs qualités de thérapeutes émérites et pratiques pour qu'il soit besoin de les présenter à nos confrères.

E. Douay. — **Gynécologie.** (1 vol. in-16 de 188 pages avec 38 figures dans le texte, cartonné 12 francs)

Le plan de ce petit livre est établi sur une conception nouvelle et essentiellement pratique de la gynécologie. La plupart des malades atteintes d'affections gynécologiques viennent consulter le médecin pour des pertes rouges, pour des pertes blanches, pour des douleurs. L'étude de ces trois symptômes essentiels permet à l'auteur de passer en revue une grande partie de la gynécologie . Des renseignements pratiques sont donnés à chaque page en vue d'établir un diagnostic et un traitement.

Un dernier chapitre sur la stérilité montre les acquisitions récentes sur cette question et les idées personnelles à l'auteur.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr L. Chauvois. — **Les dessanglés du ventre.** *Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux.* 2e édition. (Un volume in-8o, 1928, 192 p., 110 fig., 7 pl. Prix : 18 fr.)

Dr L. Jacquemart et Ch. Pfeiffer. — **Tréponème et néoplasmes.** (Un vol., 168 p. Prix : 15 fr.)

Prof. D. Olmer et Jean Olmer, interne des hôpitaux, de Marseille. — **La fièvre exanthématique (typhus endémique d'été).** (Un vol. 92 p. Prix : 15 fr.)

Prof. Cl. Regaud, directeur du Laboratoire Pasteur à l'Institut du radium. — **Quels moyens avons-nous d'éviter la mort par le cancer ?** (Un vol. 76 p. Prix : 6 fr.) *Bibliothèque du Musée social.*

Dr Robert Jacquet. — **Essai sur l'hygiène universitaire.** Préface de M. Edouard Herriot. (Un vol. 144 p. Prix : 15 fr.)

Imprimerie générale de Clermont-Ferrand.

Dr Godonnèche (de la Bourboule). — **Le docteur Choussy, fondateur médical de La Bourboule.** (Une broch., 32 p. Prix : 2 fr.)

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Dr J. André, du Mont-Dore. — **L'asthme et son traitement.** *Etiologie, pathogénie, diagnostic.* (Un vol. 372 p. Prix : 30 fr.)

A la librairie franco-polonaise Geberthner et Wolff, 123, boulevard Saint-Germain.

Dr René Martial. — **La Pologne, jadis et de nos jours.** Préface de M. Louis Marin, ministre des pensions. (Un vol. 224 p., illustré de 36 dessins, 12 médaillons et 2 bois originaux.)

A la librairie Le François 91, boulevard Saint-Germain.

Dr Stewart Poton, professeur de neuro-biologie à l'Université de Princeton (New-Jersey). — **Les signes de la bonne santé psychique et les principes de l'hygiène mentale.** Traduit de l'anglais par le Dr Maurice Potet. (Un vol. in-8o, 164 p. Prix : 15 fr.)

Librairie de l'expansion scientifique française 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Dr J. Aimard et H. Dausset. — **L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge.** Notions indispensables au médecin. Technique. Indications cliniques. Résultats thérapeutiques. 3e *édition.* (Un vol. in-8o, de 214 pages, 28 fig. Prix : 15 fr.)

A la librairie Valois, 7, place du Panthéon.

Dr Léon Pouliot, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Hygiène de maman et de bébé.** Grossesse, accouchement, allaitement. (Un vol. relié toile, 340 pages, 44 fig. Prix : 18 fr.)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Il y a seringue et seringue....

Les médecins du Grand Siècle avaient pour attribut la seringue propre à administrer les lavements selon la formule de Molière : *Clysterium donare.*

Les médecins du XX[e] siècle méritent d'avoir tout pareillement pour attribut un instrument de la même famille, une seringue, diminutif de l'autre, et propre à pratiquer les injections de toute nature qui, dans l'hypoderme, qui, dans le muscle, qui dans la veine, qui dans le canal médullaire, réalisent l'anesthésie régionale ou rachidienne d'une part, les médications parentérales de l'autre *Mutatis mutandis.*

Le rôle que joue la seringue dans la pratique médicale actuelle est tellement important que l'on conçoit pourquoi le médecin recherche le modèle, le type qui lui offrira les meilleures garanties d'asepsie facile à obtenir, et de commodité de maniement.

La précision et la résistance sont également deux des qualités que l'on demande à une bonne seringue.

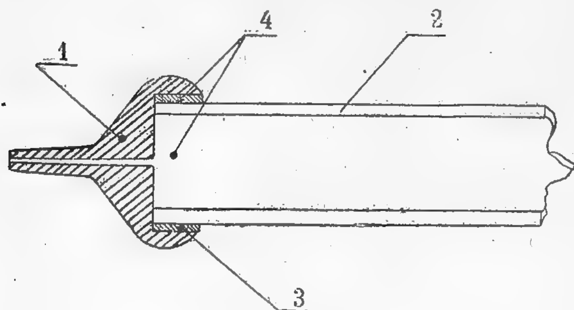
Toutes ces qualités sont remplies par la seringue D. S. France.

La seringue D. S. France est la seule fabriquée exclusivement *en France,* dans une usine parfaitement outillée pour la production en grande série et conséquemment de travail uniforme et irréprochable.

En dehors, nous en sommes certains, de l'appui patriotique que tout médecin français prêtera à une entreprise exclusivement française, il est permis d'opposer victorieusement la seringue D. S. France aux modèles étrangers parce qu'elle est construite uniquement en cristal et en métal, parce qu'elle peut être stérilisée sans inconvénient à l'eau bouillante, à l'alcool ou à l'éther, ce dernier procédé excellent, en ce que l'éther dégraisse parfaitement verre et piston.

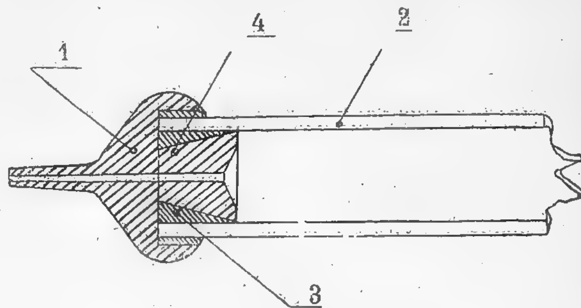
En supprimant le bossage intérieur constitué d'étain et de laiton qui se trouve à l'extrémité de ces modèles étrangers, l'inventeur en a augmenté la résistance. Les ruptures causées par l'inégalité de la dilatation du verre et du métal sont fréquentes en effet. C'est aussi une source d'encrassement qui disparaît.

Un autre avantage offert par les Etablissements Duhamel, 20, rue des Carmes, à Paris, est celui de l'échange réparations. Plus de longue attente pour le renvoi d'une seringue. Le médecin recevra par retour du courrier une seringue en parfait état à des conditions particulièrement avantageuses.



D. S. FRANCE.

1. — Laiton.
2. — Verre.
3. — Soudure.
4. — Fond propre, la soudure étant à l'extérieur pas de dilatation à l'intérieur pendant la stérilisation.



RECORD

1. — Laiton.
2. — Verre.
3. — Soudure.
4. — Partie noirâtre entre la soudure et le verre dès le premier usage. Aspect malpropre.

En dehors des seringues D. S. France, les Etablissements Duhamel se sont spécialisés dans la fabrication de seringues particulièrement robustes et adaptées aux dernières découvertes pour l'anesthésie régionale aussi bien en chirurgie générale qu'en chirurgie dentaire et oto-rhino-laryngologie et aussi pour l'anesthésie rachidienne. Des aiguilles spéciales, étudiées par les experts et destinées à l'anesthésie, sont aussi une des spécialités des Etablissements Duhamel qui se feront un plaisir d'envoyer aux médecins intéressés catalogues, prix courant et tous renseignements utiles.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ALIMENTATION ET PHOTO-SENSIBILISATION, par FOVEAU DE COURMELLES. *Union médicale*, janvier 1928.

ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX TRAUMATIQUES DES MEMBRES, par R. LERICHE. Société de Chirurgie, 14 décembre 1927.

ASSISTANCE (Le VIIe Congrès national d'), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 1, 1er janvier 1928.

ASSURANCES SOCIALES : *a*) au point de vue de la santé publique, par CHAUVEAU. *Mouvement sanitaire*, n° 44 31 décembre 1927 ; *b*) le Congrès dit des Syndicats médicaux, par MONTEUX. *Le Praticien de Marseille*, n° 33, 1er janvier 1928.

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE MAMMAIRE, par DARTIGUES. Société de Médecine de Paris, 9 décembre 1927.

CITROUILLE (dans les affections aiguës du tube digestif), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 103, 24 décembre 1927.

CLIENTÈLES MÉDICALES (L'achat des), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 1, 1er janvier.

COLONIES (Médecins civils des), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 52, 25 décembre 1927.

CORPS ÉTRANGERS DES VOIES DIGESTIVES, par A. BOULAND. *Semaine dentaire*, n° 52, 25 décembre 1927.

CROTON TINCTORIUM (Chrosophora tinctoria), par Albert GARRIGUES. *Vie médicale*, n° 1, 10 janvier 1928.

DÉBUTS EN MÉDECINE (Les gestes nécessaires). (Lettre à un jeune médecin), par G. DUCHESNE. *Concours médical* n° 3, 15 janvier 1928.

DÉSINFECTION DES LIVRES DE CLASSE, par R. MARTIAL, *Concours médical*, n° 2, 8 janvier 1928.

DOULEUR (Résultats de la chirurgie de la), par R. LERICHE. *Revue de l'Afrique du Nord*, novembre 1927.

DRAINAGE EN CHIRURGIE ABDOMINALE (Les indications du), par J. DE FOURMESTRAUX. *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 12, décembre 1927.

EAU DE BOISSON (Stérilisation ménagère), par R. MARTIAL. *Concours médical*, n° 4, 22 janvier 1928.

ENCÉPHALOMYÉLITE ÉPIDÉMIQUE, par R. CRUCHET. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 23, 10 décembre. 1927.

EXPERTISES MÉDICALES, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 2, 8 janvier 1920.

FIÈVRE JAUNE (Coloration par la fuchsine du spirochète de la), par J. SABRAZÈS. Réunion biologique de Bordeaux, 11 janvier 1928.

FORMOL (Action nocive des vapeurs de), par J. SABRAZÈS, Réunion biologique de Bordeaux, 11 janvier 1928.

FORMULES DES ANCIENNES PHARMACOPÉES (Difficultés de leur lecture), par Albert GARRIGUES. *Vie moderne*, n° 1, 10 janvier 1928.

GANGRÈNE DIABÉTIQUE, par J. MINET. Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 21 novembre 1927.

GLANDES ENDOCRINES ET PERSONNALITÉ MORALE, par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 722, 1er janvier 1928.

GOITRE EXOPHTALMIQUE CHEZ L'HOMME, par P. SAINTON. *Presse médicale*, n° 2, 7 janvier.

HÉLIOTHÉRAPIE EMMAGASINÉE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Vie médicale*, n° 1, 10 janvier.

HONORARIAT MÉDICAL (Chronique), par P. RABIER. *Union médicale*, janvier 1928.

HYDARTHROSES ET ARTHRITES TRAUMATIQUES, par R. LERICHE. Société de chirurgie de Lyon, 8 décembre 1927.

HYPERTHYROÏDISME PROVOQUÉ PAR LA THYROXINE SYNTHÉTIQUE, par P. SAINTON, Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 décembre 1927.

INFUSIONS POST-PRANDIALES, par H. LECLERC. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n° 23, 10 décembre 1927.

INSPECTION MÉDICALE DES ECOLES, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 2, 8 janvier 1928.

INVAGINATION INTESTINALE AIGUE DES NOURRISSIONS, par A. BOQUEL. *Archives medicales d'Angers*, n° 12, décembre 1927.

JOURNALISME MÉDICAL (Son essence professorale), par DARTIGUES. *Vie médicale*, n° 31, 25 décembre 1927.

LEÇONS INAUGURALES, par L. DARTIGUES. *Concours médical*, n° 3, 15 janvier 1928.

LÉGISLATION MÉDICO-SOCIALE (Projet modifiant la loi sur l'exercice de la médecine), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 4, 22 janvier 1928.

LIPOÏDES BILIAIRES (Les résultats qu'ils donnent dans la tuberculose pulmonaire), par G. LEMOINE. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 10, octobre 1927.

MÉDECINS CRITIQUES, ARTISTES ET POÈTES, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 3, 13 janvier.

MÉGALOPHOBIE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Renaissance médico-chirurgicale*, décembre 1927.

MÉMORIALISTES (Mémoires de médecins), par H. BOUQUET. *Vie médicale*, n° 31, 25 décembre 1927.

NÉVRAXITE A FORME PARAPLÉGIQUE, par J. MINET. Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 21 novembre 1927.

NOEL D'HOPITAL, par R. MAINOT. *Vie médicale*, n° 1, 10 janvier 1928.

OTITE OSTÉO-SPONGIEUSE, par A. MALHERBE. *Presse médicale*, n° 2, 7 janvier 1928.

PLICATURES CÉRÉBRALES, par J. TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, décembre 1927.

PNEUMOPATHIES AIGUES INFANTILES (Vaccinothérapie), par J. MINET. *Nord médical*, n° 669, 1er janvier 1928.

PNEUMOTHORAX SPONTANÉ RÉCIDIVANT AU COURS DE DEUX GROSSESSES, par DUHOT. Société médicale des hôpitaux de Paris, 15 janvier 1928.

SEURAT (L'homme squelette vivant), par R. CRUCHET. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 24, 25 décembre 1927.

SILICE (Son rôle en biologie ; son emploi en thérapeutique), par Albert GARRIGUES. *Médecine internationale illustrée*, n° 1, janvier 1928.

SOUFRE DU CRISTALLIN, par R. MOLINÉRY. *Concours médical*, n° 52, 25 décembre 1927.

SPÉCIALISATION EN MÉDECINE (Le spécialiste roi du jour). par R. CRUCHET. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 1, 10 janvier 1928.

STÉRILITÉ D'ORIGINE TUBAIRE, par Maurice TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, décembre 1927.

STRYCHNOS GAUTHERIANA (Applications thérapeutiques du), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 105, 31 décembre 1927.

SYNDICALISME MÉDICAL (Coup d'œil rétrospectif), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 1, 1er janvier 1928.

SYNDROME COLO-VEINEUX, par L. MABILLE. *Revue de technique médicale*, n° 55, décembre 1927.

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE CHEZ LA FEMME ADULTE, par R. LERICHE. Société de chirurgie de Lyon, 8 décembre 1927.

ULCÈRES DE JAMBE, par R. LERICHE. Société de chirurgie de Lyon, 8 décembre 1927.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE PAR L'ANATOXINE DE RAMON, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 4, 22 janvier 1928.

VARICES ET STASE INTESTINALE CHRONIQUE, par L. MABILLE. *Revue de technique médicale*, n° 55, décembre 1927.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES ETATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU CLIMATISME

(9-10 mai 1928).

Trois grandes industries se partagent présentement l'exploitation et la mise en valeur de trois des principales richesses naturelles de la France, le Tourisme, le Thermalisme, et le Climatisme. Il s'en faut qu'elles se trouvent sur le même plan, dans les moyens dont chacune d'elles dispose pour cette mise en valeur et cette exploitation. Tandis que le Tourisme tient le haut du pavé, avec deux puissants organismes : le Touring Club, organisme privé, et l'Office National du Tourisme, organisme public, fondés pour le défendre, le protéger, le soutenir, en exalter la puissance, à son côté, le Thermalisme et le Climatisme font un peu l'effet de parents pauvres, et c'est auprès des deux organismes en question qu'ils sont contraints de ... mendier, je ne crois pas que le mot soit trop fort, quelques miettes d'un festin où ils sont invités de justesse.

Et pourtant, dans l'ordre utilitaire, le Thermalisme et le Climatisme ne devraient-ils pas, par un légitime renversement des rôles, prendre le pas sur le Tourisme, puisqu'ils ont pour objectif principal la protection et le perfectionnement de la santé publique ?

Ils n'en demandent cependant pas tant, ces hommes dévoués qui, conscients des services de toutes sortes que rendent les Eaux et les Climats, seraient satisfaits s'ils obtenaient, pour la cause qui leur est chère, le traitement dont jouit le Tourisme. Parmi ces hommes, il en est un qui émerge, tant en raison de la constance de ses efforts, que des réalisations auxquelles il est parvenu : j'ai nommé le Dr Moncorgé, médecin consultant au Mont-Dore, fondateur de la Fédération thermale d'Auvergne, puis, de la Fédération thermale et climatique de France.

Puissamment secondé par mon grand ami, le Dr P. Janot, initiateur et animateur de premier ordre, il a eu l'idée heureuse de créer un grand mouvement d'opinion en faveur du Thermalisme et du Climatisme, et de placer les Pouvoirs publics dans l'obligation de tendre à leurs revendications une oreille plus attentive que jamais. Et cette idée, il vient de la mettre en pratique en convoquant et réunissant les Etats généraux du Thermalisme et Climatisme, qui se sont tenus les 9 et 10 mai, à Paris.

Par le nombre et la qualité de leurs membres, par la valeur documentaire et suggestive des travaux dont ils furent l'occasion, il est permis d'affirmer qu'ils remportèrent un vif succès. Ils ont été clos par un discours ministériel qui me donne à penser pourtant que ce succès demeurera platonique, tout au moins en ce qui concerne les Pouvoirs publics.

Mais n'anticipons pas.

Ces Etats généraux se sont ouverts le mercredi 9 mai, à l'Hôtel des Ingénieurs civils, sous la présidence de M. Bouju, préfet de la Seine. Toutes les activités qui s'exercent dans nos villes de cures thermales ou climatiques, étaient copieusement représentées : municipalités, jalouses de leurs prérogatives, établissements thermaux, âmes même des stations thermales ; médecins thermaux, cerveaux de celles-ci ; hôteliers, commerçants, directeurs de casinos...

Sur l'estrade, ont pris place, près du Préfet de la Seine, le Dr Moncorgé, président de la session des Etats généraux, le professeur Desgrez, de la Faculté de Médecine, membre de l'Institut, représentant le Ministre de l'Instruction Publique ; le médecin-colonel Gay-Bonnet, représentant le Ministre de la Guerre ; le représentant du Ministre de l'Hygiène ; MM. Maringer et Tissier, présidents de Section au Conseil d'Etat ; M. Fére, président de l'Union des Etablissements thermaux.

Les professeurs d'hydrologie sont tous présents : MM. Villaret, de Paris ; Piéry, de Lyon ; Giraud, de Montpellier ; Serr, de Toulouse ; Sellier, de Bordeaux ; Paul Blum, de Strasbourg. Le professeur de clinique Paul Carnot, ex-professeur de thérapeutique, qui donna jadis dans son enseignement un rang si important à l'hydrologie, et qui succéda à Landouzy dans la direction du Grand E. V. M., était là également. J'ai reconnu dans l'assistance quelques personnalités marquantes du Thermalisme : MM; Rouge, de Châtel-Guyon, Rouzaud, de Royat.

Maurice Bernard, d'Evian ; Vermeylen, du Mont-Dore ; Evaux, de La Bourboule ; d'aimables confrères : Siguret, Mazeran, Le Sourd, Durand-Fardel, Molinéry, Flurin, Destouches, etc., etc. Que ceux que j'oublie ne m'en tiennent pas rigueur !

Pour débuter, M. Bouju prononça une allocution infiniment spirituelle, qui eut le don de créer une atmosphère de chaude sympathie et d'attention soutenue dont bénéficièrent grandement les séances de travail ultérieures.

« Au cours d'une longue carrière administrative, dit-il en substance, accomplie à travers plus de 15 départements, il m'a été donné de bénéficier d'un agréable intermède ; c'est lorsque j'ai été nommé préfet du Puy-de-Dôme. Dans ce centre si riche en villes d'eaux, j'ai pu me dire que s'il existait 5 préfets maritimes, du moins, j'étais le seul préfet thermal du Puy-de-Dôme... A Rouen, j'ai pu également m'intéresser à une ville d'eaux normande, Forges-les-Eaux, de très vieille renommée, puisque, lorsque parut la *Gazette de France*, si ses quatre premiers numéros ne renfermaient pas de publicité, le cinquième inaugurait ce genre de littérature par une annonce en faveur de Forges-les-Eaux. »

Il dit sa joie et son plaisir de présider cette séance inaugurale, affirma tout l'intérêt qu'il porte à la prospérité de l'industrie thermale, et donna la parole à Moncorgé... Celui-ci remercia M. Bouju, ainsi que toutes les personnalités présentes ou représentées, qui témoignent également d'un semblable intérêt. Entrant alors dans le vif de son sujet, il exposa la situation du Thermalisme, dont les tenants, appelés à prévoir et à pourvoir, au lendemain de la guerre, quand il s'agit de reconstruire, se trouvèrent en face de la carence des Pouvoirs publics. C'est pour appeler leur attention qu'il a convoqué ces Etats généraux, qui ont pour mission de dresser le cahier de leurs doléances et de leurs revendications.

Doléances et revendications tiennent en peu de mots : le Thermalisme et le Climatisme ont besoin d'argent, de beaucoup d'argent, ce *nervus rerum*, et aussi d'une active et puissante propagande. Il faut en finir avec la politique du passé, politique à courte vue, où les efforts du Parlement, dépensés au compte-gouttes, furent en quelque sorte arrachés comme des concessions. Aujourd'hui, averti par l'arrêt du développement des Stations françaises en 1927 après deux ans de marche ascendante, il pousse un cri d'alarme, et réclame les actes de prévoyance et de vigilance. Cet arrêt est une leçon et un avertissement. En présence de l'admirable campagne de propagande entreprise par nos voisins, en faveur de leurs Stations, nous avons le devoir d'adopter une politique thermale agissante, sachant prévoir, organiser, exploiter... L'Office national du Tourisme, l'Union des Syndicats d'initiative, le Tourisme y sont intéressés, et il compte bien que leur appui ne fera pas défaut au Thermalisme.

Le Dr Flurin, maire de Cauterets, lut un remarquable raport sur la nécessité de réformer la législation thermale, afin que les produits de l'exploitation des Sources et des Climats ne soient pas détournés de leur véritable destination, et reviennent aux instruments de cette exploitation.

M. Maringer, intervenant dans la discussion, appuya les conclusions de Flurin. Avec l'autorité qui s'attache à sa personne et à sa haute situation, il expliqua pourquoi il importe que les Sources soient protégées, surveillées, contrôlées. Il importe non moins que la Chambre d'industrie thermale puisse remplir son rôle et soit dotée d'un budget. Son succès fut très vif...

La séance du jeudi matin, présidée par M. Maringer, fut prise par la lecture et la discussion du rapport de M. Lefébure, sur le Crédit Thermal. M. Menabrea, parlant au nom de la Chambre nationale de l'Hôtellerie française, proclama la nécessité d'une union étroite entre toutes les activités qui gravitent autour d'une ville d'eaux.

La séance de l'après-midi, présidée par M. Regaud, entendit le lumineux et admirable rapport de Janot sur la propagande à entreprendre tant en France qu'à l'étranger. Il fut unanimement acclamé, et ce fut justice.

Les vœux suivants ont été adoptés :

Vœux sur l'affectation intégrale du produit de la taxe de séjour au développement des stations ;

Vœux tendant à exonérer de la taxe de séjour le personnel des théâtres, des casinos et des tournées ;

Vœux tendant à ce qu'un effort financier spécial soit réalisé en faveur de l'amélioration des établissements thermaux de France ;

Vœux tendant à ce que les revenus des établissements appartenant aux départements et aux communes soient affectés à l'amélioration des services thermaux.

Vœux pour que les stations obligées de vivre sous un régime de communauté et d'indécision reçoivent des pouvoirs publics l'aide nécessaire pour se libérer d'urgence de leurs entraves.

Le soir, à l'Hôtel Ambassador, un banquet réunissait la plupart des personnalités qui prirent part à ces Etats généraux, sous la présidence de M. Bokanowski, ministre du Commerce et de l'Industrie. Ce fut, de la part de Janot, un prodige d'organisation, que de faire dresser toutes les tables exigées par 250 convives, des deux sexes, et de placer chacun d'eux comme il convenait. Tout était prêt pour huit heures, heure annoncée, et ce ne fut certes pas sa faute si l'on n'attaqua le potage qu'à 9 heures... Menu somptueux, où la bonne femme du turbotin souriait à la jardinière du filet d'agneau pour

préparer, de complicité, les voies à la succulente et grasse poularde. Vins généreux, cela va sans dire. Et mangeant, devisant, on en arriva tout doucement à l'heure des discours.

Moncorgé ouvre le feu : remerciements au Président de la République, qui avait accordé son patronage aux Etats généraux. Pourquoi n'a-t-il pas proposé un toast en son honneur ? A Bruxelles, pas un repas officiel à la fin duquel la santé de L.L. M.M. ne soit portée... Remerciements au Président du Conseil, aux Ministres représentés, à M. Bokanowski. Il se plaint à ce propos du trop grand nombre de Ministères auxquels ressortit le Thermalisme. Un grand nombre de domiciles, dit-il, ne constituent pas un foyer. Il faut au Thermalisme, au Climatisme et au Tourisme une maison commune... Les sources thermales françaises et les climats représentent d'incalculables, d'illimitées richesses. Il faut savoir les mettre en valeur, mais autrement qu'en pense-petit, songe-petit, ce qui ne fait que Gagne-Petit... Il invite la Presse à entreprendre une véritable croisade prothermale, qui sera comme le prolongement des Etats généraux, de telle sorte que la séance continuera...

Prirent ensuite la parole, M. Chaix, président du T. C. F. qui, dit-il, veut par tous les moyens s'occuper du développement des stations thermales françaises. M. le professeur Desgrez, délégué du Ministre de l'Instruction publique : « Il est agréable pour un universitaire, dit-il, de remplacer, ne fût-ce qu'un instant, son Ministre ... » Il faut croire que l'agrément était grand, pour l'éminent académicien, car l'instant dura, dura ..... M. Marcel Knecht, type achevé du propagandiste de la France à l'étranger, fut par contre très bref. Les quelques mots qu'il prononça furent un nouvel hommage rendu à Janot et à ses idées si sensées. La salle ratifia par de triples bans énergiquement battus.

M. Regaud, directeur de l'O. N. T., fit également l'éloge des présidents des séances et des rapporteurs. Et le Ministre se leva le dernier. Il fut éloquent, spirituel, disert. Mais, quand il eut couvert de fleurs tous les promoteurs des initiatives prises au cours de ces deux journées, quand il eut vanté la puissance de rémunération de toutes les activités qui se dépensent dans les stations ; quand il eut mis en lumière le rôle fortement conciliateur des villes d'eaux, autour des sources desquelles se traite la meilleure des diplomaties, il paraphrasa longuement le vieil adage : « Aide-toi, le Ciel ne t'aidera pas... ou t'aidera si peu... »

Vous tous qui vous intéressez au Thermalisme, vous tous qui savez comment les Gouvernements étrangers ont su appuyer leur politique thermale sur de formidables ressources financières, — l'Italie a consacré plus de cent millions de lires à Monte-Catini et Salso Maggiore, — ne comptez pas sur l'Etat pour vous aider pécuniairement. Ne comptez que sur vous-mêmes.

Cela fut dit avec netteté, sans hésitation, sans périphrases, sans ménagement, par un homme dont il était impossible de ne pas discerner la volonté de prendre position, au nom du Gouvernement, — si bien que les fleurs qu'il avait jetées à pleines mains aux initiateurs des Etats généraux, m'apparurent soudain comme des fleurs funèbres...

Triste, triste ! ! ! Que l'Etat ne donne pas d'argent aux entreprises thermales, soit. Mais que du moins, il ne les écrase pas sous des impôts qui se font chaque jour plus lourds ! C'est un vœu qui eût mérité d'être formulé. Et nous n'avons même pas eu cette médiocre consolation !

Eh bien ! puisque la carence de l'Etat promet de durer, nous nous en passerons, n'est-ce pas, Moncorgé ? N'est-ce pas, Janot ?

Un si bel effort ne saurait demeurer stérile. Tant de bonnes volontés n'auront pas été éveillées et stimulées en pure perte. Les Etats généraux du Thermalisme et du Climatisme n'auraient-ils réussi qu'à démontrer la nécessité d'une union étroite et d'une collaboration féconde entre tous les organismes qui vivent d'une station thermale et qui la font vivre, ils apparaîtraient avec une auréole radieuse de bienfaisance. Mais ils feront mieux, j'en suis sûr. Et le mouvement d'opinion, ardemment souhaité par Moncorgé, se déclanchera irrésistible, et magnifiera les destinées des villes de cure françaises.

G. Duchesne.

QUI DOIT PAYER LES HONORAIRES MÉDICAUX POUR CONSTATATIONS MÉDICO-LÉGALES ?

Il arrive assez fréquemment qu'un cadavre est trouvé. Est-ce un crime, un suicide, une mort violente, une mort naturelle ?

Le maire adresse au médecin la note suivante :

« Le maire de X requiert M. le docteur A, d'avoir à constater le décès d'un individu, trouvé mort (ou noyé, pendu, baignant dans son sang...) sur le territoire de la commune de X. Il fera toutes constatations utiles et établira un rapport sur les causes du décès. »

Le médecin obtempère : puis adresse sa note d'honoraires. Le Parquet la refuse, lorsque, des constatations du praticien, il ressort qu'il n'y a pas eu crime.

De son côté, la mairie se dérobe, pour le payement, sous le prétexte que le maire a agi comme officier de police auxiliaire et non comme magistrat municipal.

Comment le médecin pourra-t-il se faire honorer et par qui ?

La question a été soulevée maintes fois ; mais n'a jamais été portée à la connaissance des tribunaux.

Au point de vue des textes réglementaires, nous trouvons les décisions et instructions suivantes :

1° Aux termes du code civil, un maire peut agir de deux façons différentes, en deux qualités :

a) Il n'y a pas de signes, ni d'indices de mort violente.

Le maire agira, pour la constatation du décès, comme officier de l'état civil. Il devra se conformer aux termes de l'article 77 du code civil, ainsi conçu :

« Art. 77. — Aucune inhumation ne sera faite, sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, d e l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'*après s'être transporté auprès de la personne décédée*, pour s'assurer du décès ... »

Si le maire délègue un médecin à ses lieu et place, c'est pour s'éviter de se transporter en personne auprès du cadavre, il agira en qualité d'officier de l'état civil et engagera les finances de la mairie, qui devra acquitter les honoraires du docteur, ce dernier ayant agi comme médecin de l'état civil.

b) Il y a signes, ou indices de mort violente.

En réquisitionnant un docteur, le maire agira comme officier de police, en vertu de l'article 81 du code ciivil ;

« Article 81. — Lorsqu'il y aura des signes, ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances, qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'*un officier de police*, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre... »

Il y a bien distinction entre les fonctions, ainsi que le prouvent les termes de l'article 82 :

« L'officier de police sera tenu de transmettre de suite à l'officier de l'état civil du lieu où la personne sera décédée, tous les renseignements énoncés dans son procès-verbal, d'après lesquels l'acte de décès sera rédigé. »

Or, les officiers de police auxiliaires du Procureur de la République sont, aux termes de l'article 48 du code d'instruction criminelle : les juges de paix, les officiers de gendarmerie, les commissaires généraux de police et, aux termes de l'article 50 : les maires, adjoints de maire et les commissaires de police.

Rappelons que l'article 44 du code d'instruction criminelle rappelle les termes de l'article 81 du code civil :

« S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, le procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. »

De la lecture de ces textes des codes, il semble résulter que lorsqu'un médecin est régulièrement commis, par une réquisition *écrite*, par un officier de police compétent, ayant qualité pour requérir un praticien, pour constater le décès, dont la cause est inconnue et suspecte ou par mort violente, les frais d'expertise devront être supportés par la Justice et non par la mairie.

Au contraire, si le maire agit comme officier de l'état civil et prie le médecin de constater le décès en son lieu et place, ce sera le budget communal qui devra supporter les frais de constatations du docteur, agissant comme médecin de l'état civil.

Par conséquent, les praticiens requis devraient avoir la précaution de bien lire les termes de la réquisition, pour vérifier en quelle qualité ils sont commis et si l'autorité requérante agit au nom de la police judiciaire ou au nom de l'état civil.

Si, maintenant, nous nous reportons aux différents textes, voici ce que nous lisons, par ordre chronologique (la plupart de ces textes sont pris dans le Traité de l'expertise judiciaire de Mallard, 1905, supplément, page 75) ;

1° Décret du 18 juin 1911 : article 3, n° 12 : « Ne sont point compris sous la dénomination de frais de justice criminelle... toutes autres dépenses de quelle que nature qu'elles soient, qui n'ont pour objet la recherche, la poursuite et la punition des crimes et délits. »

2° Décision ministérielle, du 23 novembre 1824 : « D'après les instructions de la Chancelle-

rie, on doit s'abstenir soigneusement de requérir le ministère des médecins pour faire la visite des personnes suicidées, noyées, tuées par accident ou mortes naturellement par apoplexie, ou autrement, à moins qu'il n'y ait présomption ou suspicion de crime, car cette dernière circonstance, pouvant seule motiver une information, peut seule aussi autoriser l'intervention des magistrats, ou des officiers de police judiciaire. A défaut de pareils soupçons et s'il ne s'agit que de soins à administrer, ou de remplir la formalité prescrite par l'article 81 du code civil, les honoraires du médecin ne doivent jamais être compris parmi les frais de justice criminelle. »

3º Il a été jugé que le maire doit, comme le procureur de la République, se faire accompagner d'un officier de santé et qu'il ne peut être tenu personnellement du payement des frais de visite de cet officier, qui doivent être avancés par l'enregistrement. (Cassation, 19 juin 1816.)

4º Les honoraires, dus à un médecin pour visite du cadavre d'un suicidé, sont payés par la commune, sans l'intervention du receveur de l'enregistrement (Sol. comp., 3 août 1837. Géraud, nº 3290).

5º Décret minist. , 8 février 1842 : « Dans le cas de mort violente,pour peu que la cause en soit vague et qu'il puisse résulter de ce doute une présomption même vague de crime ou délit, le fait doit être vérifié judiciairement et, quel que soit le résultat de cette vérification, la dépense qu'elle a causée doit être acquittée comme frais de justice. Mais, il en est autrement, quand il s'agit d'une mort, même violente, qui ne constitue évidemment ni crime, ni délit. Alors, la visite n'est point faite dans l'intérêt de la justice, puisqu'elle n'a pas pour objet de fournir l'élément d'une information judiciaire ; c'est une mesure de police administrative, dont la dépense doit être supportée par l'administration.

6º Lettre ministérielle du 4 mars 1851 : « Quand il est notoire qu'un homme vient de se noyer, les honoraires dus au médecin requis par le maire, soit pour donner des soins, soit en cas de mort, pour procéder aux constatations d'usage, ne peuvent être payés par le ministère de la Justice, aux termes de l'article 3, nº 12 du décret du 18 juin 1811. Le médecin doit s'adresser, pour obtenir le payement, soit à la famille du décédé, soit à la commune. »

7º Instruction Garde des Sceaux, 29 septembre 1868 et 6 février 1879 : « Les frais de visites de médecins appelés à constater des cas de mort violente, ne sont à la charge du ministère de la Justice que lorsque ces décès sont signalés comme suspects et qu'il y a des indices de crime. Dans les autres cas, ils sont à la charge des parties intéressées, ou des autorités locales, en cas d'indigence. »

8º Manuel des magistrats du Parquet, par MM Vallet et Montagnon , nos 802 et 805 :

« Les mémoires du médecin devront être spécialement contrôlés au point de vue du libellé de la colonne du mémoire intitulé : espèce des crimes ou délits. Quand ils sont requis par un magistrat, le plus souvent un juge de paix, de constater le genre de mort d'un individu, au sujet duquel il y a présomption de crime, ils indiquent souvent, ensuite de leurs constatations, qu'ils ont procédé à la visite, ou à l'autopsie du cadavre, en raison de cette mort accidentelle, ou d'un suicide, ou encore d'une mort, dont la cause est inconnue.

« Il faut exiger d'eux la mention que cette mort violente faisait présumer un crime ou un délit. En ce cas, un extrait du procès-verbal du magistrat, dressé ensuite des opérations du médecin et constatant la prestation de ses services, leur nature, le nombre de ses opérations et des vacations consacrées, la distance à laquelle il s'est transporté, sera joint au mémoire, avec la réquisition écrite du magistrat. Cet extrait permettra de vérifier le mémoire. »

De la lecture des textes ci-dessus résulte :

1º C'est à qui se dérobera au payement des honoraires du médecin : le Parquet essaye de démontrer qu'il n'est débiteur que s'il y a eu crime, ou présomption de crime ; sinon, ce sera la famille, ou la mairie qui devra honorer le docteur : la mairie, si le défunt est indigent, ou si le médecin a été mis en œuvre par le maire, agissant comme officier de l'état civil.

2º Cependant, si on requiert le praticien, c'est justement pour lui demander s'il y a eu crime. N'étant pas homme de l'art, le maire ne peut pas vérifier s'il y a eu mort violente, ou suicide ; il ne peut le savoir que lorsque le docteur aura fait ses constatations et donné son rapport écrit ou verbal.

C'est à ce moment que le Parquet déclare que le ministère de la Justice ne saurait supporter les frais de l'expertise, puisqu'il ressort des constatations du médecin qu'il n'y a eu ni crime, ni délit ;

3º Bien souvent encore, on s'appuie sur des irrégularités commises dans le réquisitoire, pour décider que ce n'est pas le ministère de la Justice, mais bien la mairie, ou la famille du défunt qui doit payer les frais de médecin ;

4º Dans ces conditions, nous donnons, à nos confrères, les conseils suivants :

a) N'accepter de réquisitions que si elles émanent d'une personne qualifiée : procureurs de la République et leurs substituts ; officiers de gendarmerie ; commissaires généraux de police ; juges d'instruction ; juges de paix ; les maires et adjoints des maires ; gardes champêtres et gardes forestiers.

Il faudrait y assimiler les préfets, dans les dé-

partements et le préfet de police à Paris, qui, s'ils ne sont pas officiers de police judiciaire, ont cependant les mêmes pouvoirs (code d'instruction criminelle, article 10).

Cependant, lors de la discussion, au Sénat, de la loi du 30 novembre 1892, il a été entendu que ne pourraient pas requérir les médecins, bien qu'officiers de police judiciaire, les gardes champêtres et forestiers, les sergents de gendarmerie (Dalloz, 1893, 4. 16).

Un agent de police, un gendarme ne peut pas non plus donner de réquisition valable à un médecin.

b) Vérifier si, sur la réquisition écrite, l'autorité requérante a indiqué qu'elle agit en sa qualité d'officierde pol ce judiciaire. Si elle a omis ce point, le lui faire inscrire avant d'accepter d'obtempérer.

c) Faire mentionner, sur cette réquisition écrite, le but des opérations à faire, en indiquant qu'il y a présomption de crime ou de délit, ou qu'en tous cas, la mort a une cause inconnue et suspecte (article 44 du code de procédure criminelle).

Le modèle de réquisition établi par un maire pourrait être le suivant :

« Le maire de la commune de X, agissant comme officier de police judiciaire auxiliaire, requiert M. le docteur A, d'avoir à constater le décès d'un individu trouvé mort (ou noyé, ou pendu.....).

« Etant donné qu'il peut s'agir de mort violente et qu'en tous cas, la cause du décès est inconnue et suspecte, le maire soussigné requiert, en vertu de l'article 44 du code d'instruction criminelle, M. le Dr A d'avoir à examiner l'état du cadavre et d'établir un rapport sur les causes de la mort. »

De cette manière, le docteur sera payé d'après le tarif criminel, par le ministère de la Justice.

Cette question de rédaction du réquisitoire a une très grande importance : sinon, si le médecin n'y prête pas attention, il risque de se voir opposer un refus de la part du Parquet, pour l'ordonnancement de son mémoire d'honoraires.

Si le signataire de la réquisition a omis de faire mention de la qualité au nom de laquelle il requiert le praticien, celui-ci ne trouvera plus personne, pour le rémunérer de sa peine, malgré l'adage que celui qui commande un travail doit le payer.

Tout le monde se dérobera : le parquet soutiendra que la réquisition émane de l'officier de l'état civil et non de l'officier de police.

L'officier de l'état civil prétextera que le Conseil municipal n'a pas prévu de fonds, au budget communal, pour la rémunération d'un médecin de l'état civil, aucun crédit n'étant voté pour une fonction qui n'existe pas dans la commune.

Se faire payer par la famille du défunt est illusoire, parce que cette dernière soutiendra qu'elle n'a rien demandé au docteur.

Conclusion.

L'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 ordonne aux médecins de déférer aux réquisitions de la justice ; encore faut-il que ces réquisitions émanent d'un officier de police qualifié, qu'elles soient écrites et qu'elles mentionnent le but de la constatation médicale.

Le praticien requis peut se refuser à obtempérer à une réquisition mal faite.

Il peut exiger que le maire déclare, dans cet écrit, qu'agissant comme officier de police judiciaire, il requiert M. le Dr A. de se transporter à pour y examiner un cadavre, dont le décès a une cause inconnue et suspecte.

De cette manière, le Parquet ne pourra pas refuser l'ordonnancement de la dépense, comme frais criminels.

Mais, agissant comme officier de l'état civil, le maire n'a pas le droit de réquisitionner le médecin, pour examiner le cadavre, puisqu'aux termes de l'article 77 du code civil, cet examen doit être fait par l'officier de l'état civil en personne.

Si le docteur fait cette constatation, au lieu et place du maire, le papier, qui le mettra en œuvre, devra comporter la mention qu'agissant comme officier de l'état civil, le maire prie M. le Dr A. de se transporter à X pour examiner un cadavre et faire un rapport sur les causes probables de la mort.

Dans ces conditions, le maire ne pourra pas se refuser à faire payer le docteur, sur les fonds communaux.

Enfin, en rédigeant son rapport, le médecin fera bien d'indiquer que, réquisitionné par M. le maire de X, agissant comme officier de police judiciaire, aux fins d'examiner un cadavre, dont la cause de la mort est inconnue et paraît suspecte, il s'est transporté à X. et ...

Nous insistons particulièrement sur ces questions de forme, parce que, depuis des années, le « Sou médical » cherche une espèce favorable, pour faire définitivement trancher le conflit par les tribunaux.

Ou bien le médecin est payé, lorsqu'on sait que notre Ligue intervient ; ou bien le docteur nous saisit alors qu'il a déjà agi *proprio motu* et nous empêche, par ses actes, ou par ses lettres de porter le différend sur son véritable terrain juridique.

Ainsi, tout dernièrement, un médecin avait été payé par l'enregistrement, après exécutoire du Parquet. Le receveur a réclamé au docteur le remboursement de ces frais, qui n'incombaient pas, disait-il, à la justice criminelle, parce qu'après vérification du cadavre par le praticien,

celui-ci avait déclaré qu'il n'y avait pas eu crime, mais mort naturelle.

Le médecin remboursa et nous saisit, après cet acte.

Conseillé par nous, dès le début, nous lui aurions dit de ne pas rembourser, mais de se faire attaquer en payement de l'indû.

La justice aurait été obligée de se prononcer, sur le fait de savoir qui devait payer du parquet ou de la mairie.

Dans ce cas, il ne reste plus qu'à inviter le maire à payer, parce que son réquisitoire était mal rédigé et laissait entendre que le requérant agissait, non en officier de police judiciaire, mais en officier de l'état civil.

Cependant, le cas ne présente plus le même intérêt, au point de vue principe.

Aussi, mes chers confrères, dans les cas de conflits, commencez donc par demander conseil au « Sou médical », avant d'agir seuls.

Dr Paul Boudin.

ECHOS MUTUALISTES

Nous lisons dans le *Réveil Mutualiste*, organe de la Fédération du travail que préside avec tant d'autorité le distingué Robert Perdon, le résumé d'un discours du Dr Paoli, secrétaire général du Syndicat de médecine sociale, qui vient de donner son adhésion à C. G. T. U.

« Le corps médical, dit-il, s'agite beaucoup au sujet du paiement des honoraires médicaux. Il paraît unanime à vouloir être payé par ce que l'on appelle « l'entente directe », c'est-à-dire par le malade lui-même, et repousse le principe du tiers payant.

« Or, une loi d'assurances sociales, ajoute-t-il, est destinée justement à s'appliquer à toute une catégorie sociale qui ne peut pas payer son médecin et qui est obligée de solliciter actuellement ses soins médicaux de la charité publique. Alors qu'une occasion s'offre de permettre à la classe ouvrière de se faire soigner en gardant sa dignité, pourquoi le corps médical s'y refuserait-il ? Et comment toute une catégorie qui n'a pas aujourd'hui les ressources nécessaires pour le faire, pourra-t-elle demain payer son médecin par « entente directe » ? Où prendrait-elle l'argent pour en faire même l'avance ? Il en est qui, ayant fait quelques économies ou même emprunté, pourraient à la rigueur payer leurs médecins par entente directe. C'est sur eux que retomberaient alors ensuite toutes les difficultés de remboursements et de contrôles que les médecins craignent de la part des caisses et qu'ils veulent rejeter sur la classe ouvrière. N'est-il pas d'ailleurs symptomatique que les plus actifs parmi les promoteurs de ce mouvement soient des médecins d'assurances qui, dans l'application de la loi des accidents du travail, ont déjà accepté le principe du forfait et du tiers payant ?

« Quant au «marronnage médical » dont il est tant fait état, ne fleurirait-il pas davantage avec ces ententes directes qui permettraient toutes les combinaisons entre clients et médecins indélicats ?

« Si, conclut-il, à son tour, cette loi est votée, le devoir du corps médical sera d'en assurer l'application médicale, puisque son refus de le faire serait préjudiciable à la classe ouvrière. » Il n'admet pas le droit de grève pour les médecins « dont la mission d'humanité et d'urgence doit passer avant la défense de leurs intérêts professionnels. »

Je ne mets pas en doute la bonne foi de notre confrère Paoli, toutes les opinions sont défendables, mais j'avoue que la grande majorité des médecins ne seront pas de son avis.

Quand on parle d'uue catégorie sociale couverte par les assurances sociales qui ne peut pas payer son médecin, je crois qu'il y a exagération.

Comment se fait-il que des ouvriers qui, auparavant payaient régulièrement leurs médecins alors qu'ils n'avaient que leurs salaires, ne puissent plus lui verser ses honoraires, alors qu'ils ont une caisse leur en fournissant l'argent. Nous savons tous que les ouvriers étaient d'excellents clients, souvent meilleurs que beaucoup de petits bourgeois ou commerçants.

J'avoue qu'au cours de mon exercice professionnel alors que je n'envoyais mes notes qu'en fin d'année aussi bien aux uns qu'aux autres, j'ai eu moins de déboires avec les ouvriers qu'avec les autres.

Quant à dire qu'ils sont obligés de solliciter actuellement les soins médicaux à la charité publique, je crois également qu'il y a erreur. Les hôpitaux sont actuellement bien plus envahis par de petits rentiers, de petits retraités, de petits fonctionnaires que par des ouvriers.

Maintenant qu'ils touchent de gros salaires se rapprochant du reste plus de l'index économique que les traitements et même les honoraires des médecins, ils fréquentent moins l'hôpital et s'arrêtent moins facilement. La même remarque est faite par les médecins du bureau de bienfaisance qui ont de moins en moins d'appels.

Notre confrère Paoli n'ignore pas que le maximum de salaire prévu par la loi est de 18.000 plus 2.000 fr. par enfant au-delà du second, mais diminué de 3.000 fr. pour ceux qui n'ont pas de charges de famille. Ce ne sont pas des salaires insignifiants, quand on les compare, même avec la valeur papier, à la moyenne des salaires d'avant guerre où la conquête de la thune était à la base

de toutes les revendications. Au plus de cela, il y a les assujettis volontaires. Il ne s'agit pas là d'indigents ayant besoin de recourir à la charité publique, d'autant plus que la caisse leur fournira l'argent.

Quant aux difficultés de remboursement qu'on veut imposer aux ouvriers, je ne vois pas non plus la valeur de cet argument.

Il est bien spécifié dans la loi, que les caisses sont gérées par les assujettis eux-mêmes, c'est-à-dire par les ouvriers usagers des assurances sociales. Pourquoi alors chercheraient-ils noise à leurs camarades s'ils ont l'argent en caisse ?

L'orateur s'étonne de voir parmi les plus actifs promoteurs de l'idée de l'entente directe des médecins d'assurances partisans du forfait et de l'entente directe.

Il est en effet paradoxal de défendre à la fois les deux thèses si opposées, et on est obligé de constater que la moitié des confrères qui demandent le payement direct par le malade, s'accommodent volontiers du tiers payant. Cela s'explique facilement. Ils connaissent à fond les nombreux inconvénients du tiers payant ; ils en ont souffert et ils essayent de s'en affranchir dans l'avenir, ne voulant pas, en attendant, lâcher la proie pour l'ombre. C'est pour cela qu'on les voit parmi les plus chauds partisans d'un système qui doit leur rendre la liberté.

Quant à la question du « marronage médical », c'est une chose encore plus difficile à comprendre.

Nous connaissons les abus éhontés du système du tiers payant, le compérage entre médecins et malades pour exploiter le tiers payant (assurances ou patron), les ristournes, les frais de déplacements, les petits verres, les certificats de complaisance, les simulateurs, les tireurs au flanc, etc., tout ce système où malades et médecins sont du même acabit, chevaliers d'industrie. Mais les abus dans l'entente directe, je ne les perçois pas. Ce que les médecins réclament, c'est le système qu'ils pratiquent dans leur clientèle habituelle : comment un médecin traitant peut-il être médecin marron avec un client qui le paye et peut l'envoyer promener à son désir.

Que le Dr Paoli se rassure sur la perspective d'une grève médicale. Si les médecins refusent la loi, c'est-à-dire la technique de son application, jamais les ouvriers dont il défend si bien les intérêts, ainsi que nous-mêmes le faisons sans le dire et le crier dans les bourses du Travail, jamais les ouvriers ne manqueront de soins, même s'ils ne payaient pas leur médecin. Il est possible que les médecins se refusent à la paperasse administrative, se récusent si on leur demande de violer le secret professionnel dans un intérêt douteux de statistique, ne veuillent avoir aucun rapport avec les caisses, ne veuillent en recevoir aucun honoraire.

Cela n'empêchera pas le malade d'être soigné et bien soigné : s'il ne peut payer, on ne le saisira pas, mais s'il peut payer , c'est lui-même qui le fera et s'il trouve des difficultés avec sa caisse, il n'aura qu'à s'en prendre à ses camarades.

Inutile d'agiter ce spectre de grève médicale bon pour les réunions publiques ou électorales.

Le médecin connaît son devoir, il veut l'accomplir, et c'est pour cela qu'il ne veut pas, pour les ouvriers dont il défend les intérêts, de médecine à la grosse, de consultations record de 100 à l'heure, de cette ancienne médecine militaire qui a fait son temps et qu'on ne veut pas revoir.

Les rapports directs entre médecins et malades, c'est la dignité et l'indépendance pour tous.

Dr M. Vimont.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8235 Léger, Flayosc (Var), Parrains : Drs Bonifay et Rougelot.
8281 Jouanneau, Creil (Oise), Parrains : Drs Médioni et Guglielmi.
8282 Alaize, Asile de St-Pierre (Marseille), Amicale des Aliénistes de France.
8283 Vechade, 74, rue Jouffroy, Paris, Syndicat de la Seine.
8284 Benazet, Pennautier (Aude), Syndicat de Carcassonne.
8285 Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris, Syndicat de la Seine.
8286 Curioni, Montreuil (Seine), Parrains : Mme Aubry et Dr Garrigues.
8287 Cusson, Yerville (Seine-Inférieure), Syndicat d'Yvetot.
8288 Bernard, Saulieu (Côte-d'Or), Syndicat de l'Auxois.
8289 Bouffandeau, Authon (Loir-et-Cher), Syndicat de Loir-et-Cher.
8290 Andrieu, Montpellier (Hérault), Société de Prévoyance de l'Hérault.
8291 Avril, Charlieu (Loire), Syndicat de la Loire.
8292 Babilliot, La Fère (Aisne), Syndicat de Laon.
8293 Portier, Montreuil-s-Mer (Pas-de-Calais), Syndicat de Montreuil-St-Pol.

8294 Corbin, 95, boul. Magenta, Paris, Parrains : Drs Collon et Petit.
8295 Daverède, Marseillan (Hautes-Pyrénées), Syndicat des Hautes-Pyrénées.
8296 Foubert, Aubigny-en-Artois(Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
8297 Moges, Captieux (Gironde), Syndicat de Bazas.
8298 Dhenin, Béthune (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
8299 Bruder, Martinvast (Manche), Syndicat de Cherbourg.
8300 Cavalie, Cazouls-lès-Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers.
8301 Jeannin, Châteauroux (Indre), Syndicat de l'Indre.
8302 Martin, 11, rue Henner, Paris, Syndicat de la Seine.
8303 Legate, Evaux-les-Bains (Creuse), Syndicat de la Creuse.
8304 Desvignes, Saint-Etienne (Loire), Syndicat de la Loire.
8505 Moret, Fourmies (Nord), Syndicat d'Avesnes.
8306 Dufour, Janville (Eure-et-Loir), Syndicat de Chartres.
8307 Breton, Clairvaux (Aube), Syndicat de l'Aube.
8308 Salgo, 23, rue Houdon, Paris, Parrains : Drs Bloch et Mlle Joltrois.
8309 Valegeas, Saint-Junien (Haute-Vienne), Syndicat de la Haute-Vienne.
8310 Lefebvre, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat de Toulouse.
8311 Baron, Fives-Lille (Nord), Syndicat de Lille.
8312 Saint-Martin, Bonnut (Basses-Pyrénées), Syndicat des Basses-Pyrénées.
8313 Menage, Vouvray (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
8314 Bubendorf, Moknine (Tunisie), Syndicat français de Tunisie.
8315 Jarjavay, Savignac-en-Eglises (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
8316 Leroudier, Rabat (Maroc), Association des anciens externes de Lyon.
8317 Isnardi, Roanne (Loire), Syndicat de la Loire.
8318 Favre, Pont-de-Beauvoisin (Savoie), Syndicat de La Tour-du-Pin.
8319 Manon, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
8320 Kuentz, Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
8321 Gasse, Vouvray (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
8322 Nicolas, Dieue (Meuse), Syndicat de la Meuse.
8323 Vernie, Lagny-Thorigny (Seine-et-Marne), Syndicat de Meaux.

Baux et locations.

Le Conseil ordonnance le versement de la somme de 500 fr., moitié à la charge du « Sou » dans la provision à fin de pourvoi en cassation contre la décision qui a refusé au Dr L. (Bouches-du-Rhône) la prorogation pour sa clinique, l'autre moitié étant supportée par le Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé.

Le Dr M. (Finistère), ayant obtenu une promesse de bail pour une maison dans laquelle il devait exercer sa profession, le propriétaire qui avait signé cette promesse s'en est emparé par surprise et l'a déchirée, en présence d'un témoin.

Le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour porter plainte contre l'auteur de cet abus de confiance.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr B. (Manche) d'une provision de 300 fr. pour l'affaire d'appel du jugement rendu en matière de loyer, dans laquelle l'appui pécuniaire a été accordé.

Honoraires de droit commun.

Le Dr F. (Gironde) a obtenu la condamnation solidaire du père et du fils à lui payer ses honoraires pour soins donnés au fils.

Il a payé, pour frais et honoraires, 84 fr., sur lesquels il abandonne 10 fr. à la caisse du « Sou ». Le Conseil lui adresse ses remerciements et ordonnance le remboursement de 74 fr.

Le Dr M. (Seine-et-Marne) et B. (Drôme) font don à la caisse du « Sou », à titre de remerciement pour l'appui qu'il leur a donné, l'un de 200 fr., l'autre de 25 fr. ; le Conseil les en remercie.

Le Dr B. (Alpes-Maritimes) a recouvré amiablement les 1.000 fr. d'honoraires pour lesquels l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Il a payé, pour frais et honoraires d'huissier, 153,20 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Loir-et-Cher) a été débouté d'une demande d'honoraires formée contre un patron qui avait conduit à sa clinique, pour la faire soigner, sa servante, qui aurait été également sa maîtresse. Le jugement est motivé sur le fait que la malade aurait possédé notamment un livret de caisse d'épargne. Me Nattan-Larrier était d'avis que, si, l'on ne pouvait agir utilement contre le légataire universel de la servante, décédée, il y avait lieu d'interjeter appel.

Comme il résulte des renseignements obtenus que le légataire universel est insolvable, l'appui pécuniaire est accordé au Dr C. pour interjeter appel.

Le Dr H. (Seine) ayant pratiqué une analyse de sang qui a donné un résultat positif, le client refuse de payer les 60 fr. d'honoraires qu'il demande, sous prétexte qu'il a fait effectuer, dans deux hôpitaux, des analyses qui ont donné un résultat négatif.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr H. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr L. (Indre) a soigné la victime d'un accident d'automobile, amenée par l'auteur de l'accident qui a été averti que la note lui serait envoyée et qui prétend maintenant n'avoir agi que par humanité.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr C. (Haute-Garonne), ayant soigné une femme, atteinte de hernie étranglée, qu'il a transportée,

à la demande de son frère, dans une clinique de T., ne peut obtenir le paiement de ses honoraires, ni par la malade, ni par son frère.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement l'un et l'autre.

Le Dr B. (Bouches-du-Rhône) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre en paiement d'honoraires un client qui habite actuellement Paris.

Les renseignements sur ce client le représentant comme solvable, le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr S. (Alpes-Maritimes) a obtenu le paiement de 830 fr. d'honoraires pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé et a payé, pour frais 86,70 et pour honoraires d'avocat 300 fr., ensemble 386,70, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr F. (Maine-et-Loire) a recouvré sans procès 820 fr. d'honoraires et payé à son huissier 82 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr L. (Alpes-Maritimes) a recouvré contre un mauvais client la somme de 390 fr. et payé, pour honoraires d'avocat, 100 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr T. (Var) demande l'appui pécuniaire pour défendre à l'appel interjeté par un client contre un jugement qui lui alloue, en même temps qu'à d'autres médecins et notamment au Dr R., auquel l'appui a été accordé antérieurement, les honoraires demandés.

Cet appui est également accordé au Dr T.

Le Dr L. (Pas-de-Calais), ayant soigné un enfant blessé par la chute d'un poteau en ciment, ni le responsable, ni le père ne veulent payer ses honoraires, le premier prétendant qu'il a réglé entre les mains du père et ce dernier le niant.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr L. pour poursuivre solidairement le père et le responsable de l'accident.

Le Dr A. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour recouvrer contre la veuve d'un pensionné de guerre les honoraires que la Commission départementale, puis la Commission supérieure ont refusé de lui payer, comme ne s'appliquant pas à l'affection qui avait motivé la pension.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire qu'il demande.

Le Dr F. (Oran) a accouché, chez son père, unei femme dont le mari a quitté le pays. Le père, qu avait antérieurement payé ses honoraires plusieurs fois pour soins donnés chez lui à sa fille, refuse maintenant tout paiement.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. pour poursuivre le père, ainsi que le gendre et la fille.

Le Dr B. (Côtes-du-Nord) a soigné pendant la saison de bains de mer une cliente, habitant Paris, qui refuse de lui payer les 204 fr. d'honoraires qu'il lui demande.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement par l'intermédiaire de Me Audebert.

Le Dr P. (Gard), ayant pratiqué la transfusion du sang du mari à la femme, dont la guérison a été ainsi obtenue, se heurte au refus de paiement du mari, sous prétexte qu'il s'agissait d'une expérience.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr G. (Vaucluse) ayant obtenu, en conciliation devant le juge de paix, qu'un client s'engage à lui payer 350 fr. à raison de 10 fr. par mois, ne peut toucher ces mensualités, que le client refuse de continuer à lui verser.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour citer son client en justice de paix.

Accidents du travail.

Le Dr A. (Eure-et-Loir), ayant soigné un blessé du travail, qui est venu le trouver avec un bulletin signé du patron, la Compagnie refuse de le payer, déclarant ne pas trouver trace du sinistre et le patron ne répond pas aux réclamations.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A. pour poursuivre le patron.

Le Dr B. Allier), ayant soigné un beau-père blessé en travaillant chez son gendre, la Compagnie prétend ne pas garantir l'accident, à raison du lien de parenté existant entre le blessé et son patron. Le Dr B, a cité solidairement beau-père et gendre devant le juge de paix.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour suivre cette affaire, mais il lui sera fait observer que conformément aux statuts et règlements, il aurait dû demander l'avis du « Sou » avant toute procédure.

Le Dr C. (Seine-et-Marne), communique la note de frais et honoraires de son huissier, s'élevant à 121,40, dans l'affaire d'honoraires accidents, suivie d'une demande reconventionnelle pour prétendue responsabilité professionnelle, dans laquelle il a obtenu gain de cause.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme.

Le Dr S. (Oise), ayant envoyé à une Compagnie une note d'honoraires accidents de 144 fr. a reçu, sans explications, 108 fr. Sur sa demande, il lui a

été répondu que 3 consultations (sur 8) avaient été jugées inutiles par le médecin chef.

Le Conseil considère ce procédé comme inacceptable et accorde au Dr S. l'appui pécuniaire pour poursuivre, contre le patron, le paiement des honoraires qui ont été supprimés.

Le jugement du tribunal de commerce qui avait refusé d'admettre comme privilégiée, dans une faillite, la créance du Dr L. (Calvados) pour soins donnés à des ouvriers du failli blessés du travail, vient d'être cassé par la Cour de Cassation,

Sur la même question, le tribunal de commerce de la Seine vient de rendre, dans l'affaire du Dr C., un jugement favorable au privilège du médecin en cette matière.

Le Dr L. (Gironde) ne peut obtenir le paiement d'un pansement fait à un blessé du travail quelques jours après qu'il aurait recommencé à travailler, mais alors que le certificat de guérison n'avait pas été délivré.

L'appui pécuniaire lui est accordé en principe. Mais une démarche sera faite au préalable auprès de la compagnie d'assurances pour tenter un règlement amiable.

Les Dr F. (Creuse) et T. (Drôme) demandent vainement à des cultivateurs, assujettis volontaires à la législation sur les accidents du travail, le paiement de la différence entre le tarif ministériel et le tarif de droit commun.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre judiciairement le paiement de cette différence.

Responsabilité professionnelle.

Dans une affaire qui engageait, sans contestation utile possible, la responsabilité professionnelle du médecin, le Conseil, à titre transactionnel, accepte de verser à la victime une indemnité de 1.500 fr., plus 257 fr. de frais pharmaceutiques. Le membre du « Sou » intéressé renonce au remboursement d'une somme de 269,80, qu'il a payée pour frais de traitement à l'hôpital, ce dont le Conseil le remercie.

Le médecin, non membre du « Sou », intéressé principal dans le procès en responsabilité dans lequel est engagé le Dr G. (Seine-Inférieure), ayant fait appel du jugement qui a prononcé une condamnation à 80.000 fr. de dommages-intérêts, le Conseil décide d'interjeter appel au nom du Dr G., suivant le Conseil qu'avait donné Me Nattan-Larrier.

Le Conseil donne son approbation à l'intention manifestée par une autre Compagnie d'assurances, d'interjeter appel du jugement qui condamne le Dr M. à 40.000 fr. de dommages intérêts, plus divers frais et dépens qui, en s'ajoutant à cette somme, dépassent la garantie de 50.000 fr., pour laquelle la compagnie couvre le Dr M. avant le « Sou ».

Diffamation.

Le Dr L. (Finistère) a obtenu, en conciliation devant le juge de paix, des excuses du pharmacien qui l'avait dénigré et qui a versé 50 fr. au bureau de bienfaisance.

Sur les 166 fr. de frais et honoraires qu'il a payés dans cette affaire, le Dr L. fait abandon de 20 fr., ce dont le Conseil le remercie, en ordonnançant le remboursement de 146 fr.

Le Dr C., cité en correctionnelle pour diffamation, à la requête de diverses associations de chirurgiens-dentistes, à la suite d'un article publié dans un journal médical, obtient l'appui pécuniaire pour se défendre.

Divers.

Le Dr H. (Constantine), ayant posé sa candidature, à la suite d'un premier avis publié au *Journal officiel*, à la Direction d'un bureau d'hygiène, un nouvel avis de concours a été ensuite publié et son dossier lui a été restitué, avec indication de présenter une nouvelle candidature.

Me Auger estimant qu'un recours en Conseil d'Etat peut être formé contre l'ouverture du second concours, le Conseil ordonnance le versement d'une provision de mille francs pour former ce recours au nom du Dr H.

Le Dr D. (Marne) est traîné en appel par le notaire qui avait été débouté de la demande en garantie formée contre lui pour le remboursement d'un prêt consenti pour le paiement d'une clientèle par un autre médecin.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

CHRONIQUE SYNDICALE

Vers la Fusion (1)

La Commission mixte permanente du Congrès des Syndicats médicaux a élaboré un projet de Statuts, suivi d'un règlement intérieur, pour l'unique groupement central, qui sera prochainement reconstitué par la fusion de la Fédération, de l'Union et des Spécialistes.

C'est ce projet que nous publions ci-dessous :

PROJET DE STATUTS

Titre I. — Définition.

Art. 1. — Il est formé entre les Syndicats médicaux régulièrement constitués sous le régime des lois de 1884, 1920 et 1927, et ayant adhéré aux présents statuts une Union qui prend le titre de « Union Nationale des Syndicats médicaux français ».

Art. 2. — La durée de cette Union est illimitée. Son siège social est à Paris.

Titre II. — But.

Art. 3. — L'Union s'interdit toute discussion politique ou religieuse.

Art. 4. — L'Union a pour but :

A) D'établir entre les Syndicats adhérents un lien pour l'étude des questions professionnelles d'ordre général.

B) De coordonner l'action des Syndicats en vue de l'organisation de la défense professionnelle.

C) D'aider les Syndicats à propager les idées syndicalistes parmi les médecins.

D) D'être l'intermédiaire entre les pouvoirs publics et collectivités nationales et le Corps médical organisé pris dans son ensemble.

E) Pour tout ce qui regarde les questions d'ordre national, d'être, à l'exclusion de tout autre, l'organisme unique parlant et agissant au nom du Corps médical français.

Titre III. — Adhésion des Syndicats.

Art. 5. — Tout Syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit :

1° Adresser au Secrétaire général :

A) Un exemplaire de ses statuts ;

B) La liste de ses membres ;

C) Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres, déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements.

2° Etre accepté par le Conseil de l'Union, sauf recours devant l'Assemblée générale.

3° Verser entre les mains du Trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Art. 6. — Un syndicat ne peut se retirer de l'Union qu'après délibération de son Assemblée générale, le Bureau de l'Union ayant été préalablement convoqué.

Art. 7. — Tout Syndicat pourra être radié de l'Union par le Conseil sous réserve de ratification par l'Assemblée générale, mais seulement après explications entendues.

Dans ce dernier cas, le vote, pour être valable, devra réunir une majorité des trois quarts des suffrages exprimés, quel que soit le nombre des présents.

Titre IV. — Conseil d'administration.

Art. 8. — L'Union est administrée par un Conseil et un Bureau.

Art. 9. — Le Conseil a pour rôle :

1° De préparer les Assemblées générales, en fixer l'ordre du jour en tenant compte des travaux de l'année et des vœux des Syndicats.

2° D'envisager les moyens de réalisation des décisions des Assemblées générales.

3° D'étudier les questions et de coordonner les résultats des études qui lui sont présentées soit par le Bureau, soit par les Syndicats.

4° De soumettre aux Syndicats les questions à étudier ou à résoudre et de provoquer au besoin un referendum.

5° De confier au Bureau le soin d'assurer l'exécution des décisions prises.

Il approuve en premier ressort la gestion du Bureau et approuve les dépenses, d'accord avec le Trésorier.

Il peut prendre entre les Assemblées générales, toute délibération utile sur les questions dont les Syndicats auront été préalablement avisés.

En cas d'urgence, il peut donner un mandat au Bureau ; cette décision devra être ratifiée par l'Assemblée générale.

Il désigne les représentants du Corps médical dans les diverses commissions officielles.

Art. 10. — Tout médecin faisant partie d'un Syndicat et cotisant à l'Union peut, avec l'acquiescement de son Syndicat, être candidat au Conseil.

Le Conseil comprend deux catégories d'administrateurs :

La première catégorie est élue par région ou spécialisation, suivant le règlement intérieur.

Cette élection se fait avant ou pendant l'Assemblée générale.

Les autres administrateurs sont nommés par l'Assemblée générale au scrutin de liste.

Leur nombre doit être le tiers du chiffre total des sièges à pourvoir.

(1) Nous avons appris dimanche dernier, au cours du banquet de l'Association Générale dont je rendrai compte dans huit jours, qu'elle est virtuellement accomplie. G. D.

Le Conseil d'administration de l'Union est proclamé chaque année en Assemblée générale.

Art. 11. — Les collèges électoraux régionaux ou de spécialisation nomment autant de délégués suppléants que de titulaires ; les suppléants remplacent les titulaires en cas d'empêchement temporaire, de démission ou de décès.

Il n'existe pas de suppléants spécialement désignés pour les administrateurs élus par l'Assemblée générale.

Art. 12. — Tous les membres du Conseil sont rééligibles.

Art. 13. — Le Conseil se réunit :

A) Trois fois par an, en dehors des réunions pouvant coïncider avec l'Assemblée générale.

B) Toutes les fois que le Bureau le juge utile.

C) D'urgence, ou si la convocation est réclamée par le quart des administrateurs.

Titre V. — Bureau.

Art. 14. — Le Bureau est chargé :

1° D'expédier les affaires courantes.

2° De préparer les réunions du Conseil et soumettre à celui-ci toutes les questions dont il est saisi.

3° Renvoyer à l'étude des Syndicats ou des Commissions centrales, les questions qui peuvent faire l'objet des délibérations du Conseil.

4° D'être l'intermédiaire entre le Conseil et les Syndicats.

5° D'exécuter les décisions pour lesquelles il est mandaté par l'Assemblée générale ou par le Conseil ; il n'est autorisé à prendre de décision qu'en cas d'extrême urgence.

6° De représenter l'Union vis-à-vis des tiers.

Art. 15. — Le Bureau se compose :

D'un Président ;

De deux vice-présidents ;

Un secrétaire général ;

Un secrétaire général suppléant présenté par le Secrétaire général ;

Un Trésorier ;

Un Trésorier suppléant.

Art. 16. — Les membres du Bureau sont élus pour un an par le Conseil, dans la réunion qui suit l'Assemblée générale ; ils sont tous choisis parmi ses membres et rééligibles. Toutefois, les Présidents et vice-présidents ayant rempli leurs fonctions pendant 5 années consécutives, ne peuvent occuper le même poste qu'après un an d'intervalle.

Art 17. — Chaque année, le Conseil choisit de plus dans son sein une Commission permanente de cinq membres rééligibles, adjointe au Bureau. Cette Commission est convoquée dans les cas où une décision d'extrême urgence doit être prise.

Art. 18. — Le Bureau se réunit toutes les fois où il le juge utile et au moins tous les deux mois.

Titre VI. — Assemblée générale.

Art. 19. — L'Assemblée générale des délégués des Syndicats adhérents a pour rôle :

A) De nommer les administrateurs qu'elle est chargée de désigner .

B) De décider sur les questions à l'ordre du jour et préalablement discutées par les Syndicats.

C) De contrôler la gestion du Conseil après rapport du Secrétaire général sur les travaux de l'année.

D) De fixer le programme de l'action du Conseil pour l'année suivante.

E) De faire des propositions pour les questions à mettre à l'étude pour la prochaine Assemblée générale.

F) D'approuver les comptes du Trésorier, prévoir le budget de l'année suivante, voter le chiffre des cotisations et des indemnités.

G) De remplir les fonctions dont elle est chargée par le règlement intérieur.

Art. 20. — L'Assemblée générale est constituée par les Délégués des Syndicats médicaux adhérents à l'Union, à raison d'un délégué par Syndicat.

Toutefois, chaque Syndicat peut envoyer à l'Assemblée générale autant de délégués qu'il comprend de centaines d'adhérents ou fraction de 100.

Ces délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers et être eux-mêmes syndiqués.

Art. 21. — Un même délégué ne peut représenter plus de cinq cents syndiqués.

Art. 22. — Les frais des délégués à l'Assemblée générale sont à la charge des Syndicats mandants.

Art. 23. — Les votes ont lieu par deux modes :

A) A mains levées.

B) Par délégation.

Dans le cas de vote par délégation, chaque délégué vote pour le nombre de syndiqués, cotisants à l'Union, qu'il représente.

Le vote par délégation est de droit sur la demande des délégués de dix syndicats différents.

Art. 24. — Le Bureau de l'Assemblée générale est celui du Conseil en exercice.

Art. 25. — L'Assemblée générale se réunit une fois chaque année à la date fixée par le Conseil.

Une Assemblée générale extraordinaire peut être convoquée par le Conseil, après consultation des Syndicats adhérents et réponses favorables de la majorité des suffrages exprimés.

En cas d'urgence, le Conseil peut convoquer d'office une Assemblée extraordinaire.

Art. 26. — Dans sa réunion annuelle, l'Assemblée générale nomme une Commission de trois membres qui vérifie la régularité des comptes du Trésorier et examine les prévisions établies par celui-ci pour l'année nouvelle. Cette Commission établit un rapport qui est soumis aux délibérations et à l'approbation de l'Assemblée.

Titre VII. — Bulletin.

Art. 27. — Toutes les décisions officielles de l'Assemblée générale du Conseil et du Bureau, sont publiées dans le *Bulletin* de l'Union. Le règlement intérieur est chargé de prévoir tout ce qui concerne la rédaction et l'administration du *Bulletin*.

Titre VIII. — Cotisations.

Art. 28. — Chaque Syndicat fait chaque année à la Caisse de l'Union un versement qui est proportionnel au nombre de ses membres et dont le montant est fixé par l'Assemblée générale de l'Union.

Art. 29. — Lorsqu'un médecin fait partie de plusieurs Syndicats, sa contribution est payée à l'Union par le Syndicat de sa résidence.

Art. 30. — Le nombre de voix des Syndicats aux Assemblées générales est égal au nombre de cotisations réellement versées.

Titre IX. — Dissolution. Modifications aux statuts.

Art. 31. — La dissolution de l'Union ne pourra être prononcée que par une Assemblée générale extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, sur la demande de plus de la moitié des Syndicats adhérents.

Cette Assemblée décidera de l'emploi des fonds existant en caisse ou placés au moment de la dissolution.

Art. 32. — Aucune modification des statuts ne pourra être mise en discussion si elle n'a pas été soumise au Conseil trois mois avant l'époque fixée pour l'Assemblée générale et inscrite à l'ordre du jour de celle-ci et étudiée préalablement par les Syndicats et le Conseil.

PROJET DE RÈGLEMENT INTÉRIEUR.

Titre I. — Dispositions générales.

Art. 1. — Sauf les cas spéciaux prévus aux statuts ou dans le présent règlement, toutes les décisions sont prises à la majorité. Dans les nominations, en cas de partage égal des voix entre plusieurs candidats, le plus âgé est déclaré élu.

Art. 2. — Pour toute question sur laquelle l'Union n'a pas pris de décision, les Syndicats sont autonomes. Toute décision définitivement prise par l'Assemblée générale ou après un referendum, engage tous les Syndicats adhérents (discipline syndicale), sauf cas de force majeure locale reconnue par le Conseil.

Art. 3. — L'Union a un Conseil juridique qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Art. 4. — En cas de poursuites judiciaires intentées par un Syndicat ou contre un Syndicat, le Conseil d'administration peut apporter l'appui matériel et moral de l'Union s'il juge que l'intérêt général est en jeu ou que les ressources du Syndicat sont insuffisantes.

Le Conseil devra fixer la limite de participation de l'Union aux frais.

Art. 5. — Toutes les fois que leurs intérêts spéciaux ont à être défendus, les Syndicats de médecins spécialistes doivent être représentés dans les organismes chargés d'étudier les questions et de participer à leur solution. La même mesure s'applique dans tous les cas où des intérêts particuliers ont à être discutés.

Art. 6. — La date d'adhésion d'un Syndicat prend effet à partir de son admission par le Conseil avec rétroactivité à la date de la demande.

Art. 7. — Lorsqu'un Syndicat est adhérent à l'Union, l'adhésion d'un autre Syndicat établi dans la même circonscription ne peut être acceptée par le Conseil qu'après l'avis du premier Syndicat.

Art. 8. — Un Syndicat faisant partie de l'Union ne peut adhérer à d'autres Groupements s'occupant de défense professionnelle sans approbation du Conseil de l'Union. De même, tout Syndicat qui sollicitera son admission à l'Union devra signaler s'il fait ou non partie d'un autre Groupement de cette nature.

Titre II. — Election du Conseil.

Art. 9. — L'élection des délégués régionaux est faite par les Groupements syndicaux avant l'Assemblée générale de l'Union et suivant le règlement intérieur de chaque collège électoral.

Les collèges électoraux se constituent régionalement au gré des Syndicats appartenant à des départements voisins (limitrophes ou non).

Tout groupement de Syndicats aura droit à un représentant au Conseil, s'il réunit de 500 à 750 membres ; à deux représentants de 751 et 1.250 membres ; à trois représentants de 1.251 à 1.750 membres, et ainsi de suite.

A défaut de 500 membres, un groupement aura droit à un conseiller, s'il réunit trois départements voisins et s'il comprend au moins 300 syndiqués.

Le collège électoral peut être modifié au gré des Syndicats qui le composent, à condition que notification soit faite au Conseil, trois mois avant l'Assemblée générale.

Les noms des conseillers régionaux et de leurs suppléants doivent être notifiés au Conseil au moins 24 heures avant la date de l'élection des conseillers désignés par l'Assemblée générale.

Art. 10. — Les médecins spécialisés auront au sein du Conseil deux délégués de droit. L'élection de ces délégués et de leurs suppléants sera faite par les Syndicats spécialisés adhérant à l'Union, suivant le règlement qu'ils auront élaboré. Les noms des délégués et de leurs suppléants devront être communiqués au Conseil en même temps que les noms des délégués régionaux.

Art. 11. — Pour les sièges à pourvoir par l'Assemblée générale, les candidatures sont libres et les noms des candidats doivent être adressés au Secrétaire général, et portés à la connaissance de l'Assemblée la veille du vote.

L'élection se fait au vote par délégation, à la majorité absolue au premier tour, à la majorité relative au second tour.

Art. 12. — L'Assemblée générale peut nommer comme administrateurs des membres suppléants de collèges régionaux. Dans ce cas, les collèges régionaux ont la faculté de nommer un nouveau conseiller suppléant.

Titre III. — Fonctionnement du Conseil.

ART. 13. — Le membre du Conseil élu par un collège électoral régional est l'agent de liaison et de documentation habituel entre les Syndicats de sa circonscription et le Conseil de l'Union.

Il en est de même des conseillers élus par les Syndicats de médecins spécialisés.

ART. 14. — Au Conseil d'administration, les décisions sont prises à la majorité des membres présents, chacun disposant d'une voix. Tous les votes ont lieu au scrutin public. En cas de partage des voix, aucune décision n'est prise et la question est renvoyée à une séance ultérieure ou à l'Assemblée générale.

ART. 15. — Lors de sa première réunion qui suit l'Assemblée générale, et jusqu'à l'élection du Bureau, le Conseil est présidé par le doyen d'âge présent.

ART. 16. — Les membres du Bureau, ceux du Conseil ou leurs suppléants sont indemnisés par l'Union sur proposition du Conseil d'Administration, suivant un barème et dans les conditions établies chaque année lors de la discussion du rapport du Trésorier à l'Assemblée générale.

Titre IV. — Commissions.

ART. 17. — Des Commissions sont nommées chaque année par le Conseil pour l'étude des principales questions.

ART. 18. — Le Conseil d'administration fixe le nombre des membres de chaque Commission et les désigne en tenant compte des compétences et de la nature des questions qui y sont étudiées.

Tout Syndicat adhérent a le droit de proposer des membres pour les diverses Commissions.

Ces membres peuvent être pris en dehors des membres du Conseil, mais chaque Commission devra comprendre au moins un membre du Conseil.

ART. 19. — Chaque Commission est libre de son organisation intérieure. En dehors d'un Secrétaire obligatoire, elle peut nommer un Président ou un ou plusieurs rapporteurs spéciaux.

Le secrétaire général ou son suppléant doivent être convoqués et peuvent assister à toutes les réunions des Commissions.

ART. 20. — Elles ont à connaître des questions mises à l'étude par l'Assemblée générale ou le Conseil.

ART. 21. — Les Commissions sont uniquement des organes d'étude adjoints au Conseil. Elles soumettent leurs travaux au Conseil qui décide de l'opportunité de leur insertion dans le *Bulletin*.

Les rapports adoptés sont publiés au nom du Conseil. Les rapports non adoptés ne peuvent être l'objet d'une publication officielle.

ART. 22. — Les membres des Commissions sont indemnisés dans les conditions proposées par le Conseil à l'Assemblée générale à la suite des propositions concernant les membres du Bureau et du Conseil et suivant les mêmes conditions.

Titre V. — Fonctions des membres du Bureau.

ART. 23. — Le Président dirige les débats du Conseil et préside l'Assemblée générale ; il conduit le Bureau dans les démarches extérieures.

Il signe avec le Secrétaire général toutes les communications faites, au nom du Bureau et du Conseil, aux Syndicats, aux collectivités privées ou publiques.

ART. 24. — Les vice-présidents remplacent le Président absent et l'assistent dans ses fonctions ordinaires.

ART. 25. — Le Secrétaire général dirige le secrétariat.

Il correspond avec les Syndicats adhérents, réunit la documentation nécessaire au travail du bureau et du Conseil, veille à la publication des procès-verbaux, rapports et autres pièces ayant un caractère officiel qu'il signe conjointement avec le Président.

ART. 26. — Le Secrétaire général suppléant remplace le Secrétaire général en cas de besoin et peut recevoir toutes les délégations de celui-ci.

ART. 27. — Le Secrétaire général est chargé de présenter au Conseil et de faire approuver l'organisation administrative du Secrétariat, qui pourra comprendre plusieurs secrétaires administratifs médecins ou non médecins.

ART. 28. — L'effectif, les émoluments et les fonctions du personnel administratif du Secrétariat sont fixés par le Conseil sur proposition du Secrétaire général et sur proposition du Trésorier pour la partie financière.

ART. 29. — Le Trésorier encaisse les recettes provenant des cotisations, des dons, du produit de la publicité dans le *Bulletin*, etc.

Il solde les dépenses prévues au budget voté par l'Assemblée générale ou autorisées par le Bureau en cas de nécessité ou d'urgence.

ART. 30. — Le Trésorier est assisté d'une façon permanente par une Commission des Finances nommée par le Conseil et choisie dans son sein.

ART. 31. — Le Trésorier fait connaître et approuver l'état de la caisse aux réunions du Conseil lorsqu'il lui en est fait la demande.

Chaque année, à l'Assemblée générale, il rend compte des dépenses et des recettes de l'exercice précédent dont la régularité comptable a été vérifiée par les Commissaires aux comptes prévus aux statuts. Il donne lecture des prévisions budgétaires pour l'exercice suivant.

Titre VI. — Assemblée générale.

ART. 32. — Les convocations à l'Assemblée générale doivent être faites par le Secrétaire général et paraître dans le *Bulletin* au moins un mois à l'avance et être accompagnées de l'ordre du jour.

ART. 33. — L'Assemblée peut modifier ou compléter en séance son ordre du jour. En principe, toutes les questions portées à l'ordre du jour doivent faire l'objet d'un ou de plusieurs rapports à

conclusions contraires, s'il y a lieu, qui seront publiés au moins un mois et demi avant l'Assemblée générale et examinés par les Syndicats.

Les résultats des délibérations et des votes des Syndicats au sujet de ces rapports seront communiqués par les soins des Syndicats au Conseil et au rapporteur qui en feront état au moment de la discussion à l'Assemblée générale.

Art. 34. — Le rapport du Trésorier sera publié dans le dernier *Bulletin* précédant l'Assemblée générale. Il sera accompagné du rapport de la Commission des comptes chargée de vérifier la régularité comptable.

Art. 35. — Les rapports du Secrétaire et du Trésorier doivent être discutés au début de l'Assemblée générale.

Art. 36. — Chaque délégué devra être porteur d'un mandat à son nom, signé du Secrétaire ou du Président du Syndicat mandant. Les mandats en blanc ne sont pas admis.

Les mandats doivent être établis en double exemplaire : un sera envoyé par chaque Syndicat au Secrétariat de l'Union 48 heures au moins avant l'Assemblée ; le délégué sera porteur de l'autre exemplaire.

Art. 37. — La vérification des mandats sera faite avant l'Assemblée générale par une Commission nommée par le Conseil. En cas de contestation, l'Assemblée décidera.

Art. 38. — Chaque délégué, après vérification de son mandat, reçoit une carte portant le nombre de voix qu'il représente.

Art. 39. — Le Bureau de l'Assemblée sera le même que celui du Conseil. Il pourra se compléter au début de la première séance et s'adjoindre un secrétaire de séance. Il pourra demander à l'Assemblée soit au début, soit avant les votes importants de désigner :

A) Un bureau ou plusieurs bureaux de vote de trois membres, y compris un membre du Conseil président.

B) Un certain nombre de scrutateurs ; le bureau du scrutin devant être présidé par un membre du Conseil.

Art. 40. — La salle de réunion ne sera ouverte qu'aux seuls délégués dûment mandatés. L'accès de la salle des séances ne sera autorisé aux personnes étrangères qu'après que le Président aura pris avis de l'Assemblée.

Toutefois, après autorisation du Bureau et sauf opposition de l'Assemblée générale manifestée par un vote, les représentants de la Presse médicale et des médecins non délégués pourront assister aux séances, à des places spécialement réservées.

Art. 41. — Dans le vote par délégation, le compte rendu devra mentionner le nombre des votants pour, le nombre des votants contre, des abstentionnistes et les noms des Syndicats représentés.

Titre VII. — Règle de discussion à l'Assemblée générale.

Art. 42. — Chaque délégué régulièrement mandaté a individuellement droit de parole et peut présenter des vœux ou des amendements.

Art. 43. — Tout vœu présenté par le Bureau ou le Conseil est considéré comme une « proposition ». Cette proposition doit représenter les conclusions des rapports publiés au *Bulletin*. Toute modification présentée en séance par le Bureau ou le Conseil, à ces textese, st considérée comme une « disposition additionnelle ».

Ces décisions doivent être proposées sous les deux formes suivantes : vote différé ou vote immédiat.

Le vote différé comporte le renvoi au Conseil (qui peut se faire assister de la commission compétente) et si celui-ci fait diligence, la question peut revenir avant la fin des débats. Dans le cas contraire, la question est examinée sur le fond par le Conseil, dans une réunion ultérieure.

Le vote immédiat comporte pour l'Assemblée l'acceptation ou le rejet des propositions ou dispositions additionnelles.

Toute modification demandée au texte officiel par, un délégué, doit être présentée par écrit et constitue un « amendement » dont la discussion et le vote ont la priorité. De même que précédemment, l'Assemblée peut décider le vote différé avec renvoi au Conseil ou le vote immédiat.

Le sort des amendements est le même que celui des propositions. Le vote du texte officiel ne peut être proposé qu'après le rejet de tous les amendements qui en altèrent le sens ou la portée à moins de décision contraire de l'Assemblée générale.

Art. 44. — Les décisions de l'Assemblée générale, pour avoir force exécutoire immédiate doivent être prises à une majorité des deux tiers des voix représentées par les suffrages exprimés.

Dans les cas où cette majorité ne serait pas atteinte, la discussion est suspendue et la question renvoyée à l'étude des Syndicats.

En deuxième lecture, la majorité suffira pour rendre exécutoire les mesures votées.

Art. 45. — Dans tous les cas, les votes n'ont jamais lieu à la fin d'une séance ; mais au début de la séance suivante, après distribution aux délégués de textes écrits, sauf pour la dernière séance de l'Assemblée générale.

Art. 46. — L'Assemblée peut demander au Conseil de mettre à l'étude toute question proposée par un ou plusieurs Syndicats.

Art. 47. — L'Assemblée générale peut ordonner au Conseil d'établir un referendum.

Titre VIII. — Mode de travail du Bureau, du Conseil et des Commissions et liaison avec les Syndicats.

Art. 48. — En dehors des indications formelles émises par l'Assemblée générale, le classement des

questions est fait par le Conseil tant par ordre d'urgence que par ordre d'importance.

Art. 49. — Les questions peuvent être étudiées soit par le Bureau, soit par le Conseil, soit par les Commissions permanentes de l'Union ,soit par des Commissions temporaires, soit par les Syndicats.

Art. 50. — En dehors des cas d'extrême urgence, la solution est donnée pour les questions importantes par les Syndicats, soit sous forme de réponse écrite à referendum ou questionnaire, soit sous forme de décision prise par l'Assemblée générale. Pour les questions de peu d'importance, la solution est donnée par le Conseil soit par correspondance sous forme de réponse à une circulaire ou à un questionnaire, soit en réunion du Conseil.

Art. 51. — En cas de referendum, chaque Syndicat, après consultation de ses membres, répond au Conseil dans le délai de temps fixé, en mentionnant le nombre de voix pour, et le nombre de voix contre et sous quelle forme les votes ont été émis.

Les résultats sont publiés au *Bulletin*. Ils engagent les décisions à prendre par le Conseil si une majorité des trois quarts des votants s'est prononcée dans le même sens et si plus de la moitié des Syndicats a pris part au vote.

Titre IX. — Bulletin.

Art. 52. — Le *Bulletin* est l'organe officiel du Groupement. Il a une organisation autonome et est dirigé par un Comité de publication de sept membres nommés par le Conseil et comprenant le trésorier et le secrétaire général. Ce Comité désigne un rédacteur en chef qui ne peut être le Secrétaire général ni son suppléant.

Art. 53. — Le *Bulletin* est tenu de publier tous les documents, comptes rendus, ou renseignements qui lui sont transmis dans ce but par le Bureau ou le Conseil.

Art. 54. — En dehors des communications officielles, le *Bulletin* doit renseigner les Syndicats sur l'activité de la vie professionnelle dans les diverses régions et nations et, sous le contrôle du Comité de publication, peut, dans une Tribune libre, publier des articles individuels de toutes opinions.

Art. 55. — Les refus d'insérer opposés par le Comité sont susceptibles d'appel devant le Conseil, sous la réserve que l'appel est formé par le Syndicat auquel appartient l'auteur de l'article.

Titre X. — Trésorerie.

Art. 56. — Les cotisations des Syndicats adhérents doivent être envoyées au Trésorier chaque année au plus tard le 1er juillet de l'année courante.

Art. 57. — Pour ce qui concerne les médecins spécialisés adhérents à un Groupement national, la contribution est versée à l'Union par le Syndicat des spécialisés pour ceux d'entre eux qui ne font pas partie du Syndicat de leur résidence.

Art. 58. — Il sera constitué un fonds de réserve. L'Assemblée générale, sur proposition du Trésorier fixe la somme à verser à cette réserve.

Aucune somme ne peut être prélevée sur le fonds de réserve sans un vote spécial de l'Assemblée générale.

En cas d'urgence, le Conseil peut autoriser un prélèvement ; cette décision doit être ratifiée par l'Assemblée générale suivante.

***

Sans prétendre faire suivre ces documents d'aucun commentaire, je me permettrai seulement de proposer au Congrès des Syndicats qui sera appelé à les discuter et à les adopter, le 8 juillet prochain, d'ajouter aux cinq buts assignés à la future Union Nationale des Syndicats, un sixième but auquel je donnerais le pas sur tous les autres.

Et je libellerais ainsi l'article 4 :

Art. 4. — L'Union a pour but :

a) *De veiller au maintien et au perfectionnement de la dignité et de la moralité du Corps médical organisé* ;

b) D'établir entre les Syndicats adhérents un lien pour l'étude des questions professionnelles d'ordre général ;

c) De coordonner l'action des Syndicats en vue de l'organisation de la Défense professionnelle ;

d) D'aider les Syndicats à propager les idées syndicalistes parmi les médecins ;

e) D'être l'intermédiaire entre les pouvoirs publics et collectivités nationales et le Corps médical organisé pris dans son ensemble ;

f) Pour tout ce qui regarde les questions d'ordre national, d'être, à l'exclusion de tout autre, l'organisme unique parlant et agissant au nom du Corps médical français.

Aucune objection valable, ce me semble, ne saurait être faite à ma suggestion. Même si la nature même du superorganisme syndical français ne lui permettait pas de réaliser pleinement ce but moral, ce serait énorme néanmoins de montrer que le syndicalisme, auquel on a reproché parfois de n'être préoccupé que de questions de tarifs, et partant, de *gros sous*, sait faire le départ entre les soucis matériels et les préoccupations morales, et de donner à celles-ci une place de choix dans ses objectifs.

G. Duchesne.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

L'emploi de l'Anatoxine.

PRÉFECTURE DE POLICE
INSPECTION GÉNÉRALE
des Services techniques d'hygiène

Paris, le 4 avril 1928.

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous transmettre les instructions que la Commission, réunie au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sous la présidence du Dr Jules Renault, a adoptées au sujet de l'emploi de l'anatoxine. Ces instructions ont été approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans sa séance du 9 mars 1928, et communiquées à l'Académie de médecine par le Dr Jules Renault, conseiller technique sanitaire, à la séance du 13 mars 1928.

Ces instructions règlent le mode de vaccination et donnent toutes les indications nécessaires. Je crois donc utile de vous les envoyer.

PRINCIPE DE LA VACCINATION. — Une toxine diphtérique additionnée de formol et conservée à l'étuve à 37 degrés perd peu à peu son pouvoir toxique, et cependant elle conserve son pouvoir de floculer en présence de l'antitoxine, comme lorsqu'elle était fraîche et active. Devenue inoffensive, tout en conservant ses propriétés d'antigène, elle s'est transformée en une substance nouvelle : *l'anatoxine.*

L'anatoxine peut être injectée à doses énormes aux animaux les plus sensibles à l'action de la toxine diphtérique, sans leur causer aucun dommage. Bien plus, injectée à doses convenables, elle provoque la formation d'antitoxine dans leur sang et leur confère une immunité active de très longue durée, peut-être même définitive.

L'innocuité de l'anatoxine et son haut pouvoir immunisant en font la substance de choix pour la vaccination antidiphtérique.

TECHNIQUE DE LA VACCINATION. — *Age.* — Il y a grand avantage à vacciner des enfants dès la fin de la première année (1).

On peut sans inconvénient vacciner les adolescents et même les adultes. Pour les adolescents et les adultes, il est bon de réserver la vaccination à ceux dont la réaction de Schick est positive.

Mode d'immunisation. — Trois injections sont nécessaires pour assurer l'immunisation. Elles peuvent être faites, après asepsie de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané de toutes les régions et de préférence dans celui de la fosse sus-épineuse :

Première injection : 1/2 centimètre cube (0 cc. 5).

Deuxième injection : 1 centimètre cube (1 cc.) trois semaines plus tard.

Troisième injection : 1 centimètre cube et demi (1 cc. 5) deux semaines plus tard.

Si pour une raison quelconque la série des injections a été interrompue, on peut ultérieurement la reprendre au point où on l'a laissée sans être obligé de la recommencer.

Réactions vaccinales. — On peut observer, le lendemain ou le surlendemain de la première ou de la deuxième injection, des réactions chez 5 à 10 % des sujets vaccinés : locales (rougeur plus ou moins étendue), ou générales (température : 38 degrés à 39 degré malaises, fatigues). Ces réactions ne sont jamais dangereuses. On les observe principalement chez les adolescents et les adultes. Elles sont d'autant plus rares et plus légères que les sujets sont plus jeunes. Leur durée est de vingt-quatre à quarante-huit heures, pendant lesquelles le repos à la chambre est indiqué.

Contre-indications. — En cas de maladie fébrile ou d'infection de la peau, il est préférable de surseoir à la vaccination.

L'anatoxine ne contient pas de sérum : son emploi n'est pas contre-indiqué par une injection antérieure de sérum, et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum.

Date d'apparition et durée de l'immunité. — L'immunité produite par l'anatoxine commence peu après la première injection, augmente progressivement et n'est complète que huit jours après la troisième injection ; elle dure plusieurs années et peut-être toute la vie.

EMPLOI DANS LA PROPHYLAXIE DE LA DIPHTÉRIE. — Il ne faut pas attendre l'apparition d'un cas de diphtérie, moins encore d'une épidémie, pour préconiser la vaccination antidiphtérique dans les familles et surtout dans les collectivités (crèches, pensionnats, etc.) ; l'immunisation se produisant lentement, on ne peut compter sur la vaccination par l'anatoxine pour juguler immédiatement une épidémie.

Prophylaxie dans les milieux contaminés. — En cas d'épidémie, l'injection préventive de 1.000 unités d'antitoxine purifiée ou de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique est nécessaire pour produire l'immunisation immédiate ; mais celle-ci, n'étant que d'une durée de trois à quatre semaines, doit être complétée par l'immunisation permanente que détermine l'anatoxine. La première injection d'anatoxine sera faite quelques minutes avant l'injection d'antitoxine ou de sérum ; la deuxième injection et la troisième seront faites ensuite après les délais habituels.

Toutefois l'anatoxine peut être employée seule

(1) Pendant les premiers mois, les nourrissons sont moins réceptifs à la diphtérie et, d'autre part, acquièrent moins facilement l'immunité par la vaccination.

dans les collectivités contaminées lorsque celles-ci peuvent être surveillées, l'expérience ayant montré que l'anatoxine injectée dès l'apparition des premiers cas immunise les sujets en six semaines et s'oppose au développement d'une épidémie.

La Commission a pensé qu'afin d'éviter toute confusion qui pourrait se produire dans l'esprit des parents entre les différentes vaccinations antivariolique, antidiphtérique, antityphoïdique, etc., de même qu'avec les injections préventives de sérum antidiphtérique, il serait bon de remettre aux parents, après la vaccination antidiphtérique, un certificat (qui sera contenu dans la boîte), attestant que leurs enfants ont reçu les trois injections réglementaires d'anatoxine et notant les dates auxquelles ces injections ont été faites. L'Institut Pasteur veut bien insérer dans chaque boîte d'ampoules d'anatoxine un certificat tout préparé *ad hoc* à côté de la notice concernant l'emploi de ce vaccin antidiphtérique.

Veuillez recevoir, je vous prie, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Médecin en chef des services d'Hygiène,

Dr L. TANON.

LES ASSURANCES SOCIALES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(*fin*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Blaisot.

M. Camille BLAISOT. — J'étais intervenu au moment de la discussion générale parce que les objections présentées par l'unanimité du Corps médical français me paraissaient avoir une réelle importance, étant donné qu'en ce qui concerne l'application de l'assurance-maladie, le concours loyal et absolu, j'oserai dire joyeux, des médecins doit être acquis nécessairement au fonctionnement des assurances sociales. (*Très bien ! très bien!*)

M. le rapporteur a présenté certaines observations. Je ne suis pas sûr qu'elles donneront complète satisfaction aux revendications formulées par le Corps des médecins.

M. le docteur Gadaud a, sur une note, présenté aussi des observations qu'il serait difficile d'incorporer dans un texte, mais qui montraient où se trouvent les points névralgiques du débat.

Il en est un, en particulier, que je vous ai signalé et qui ne me semble pas encore réglé. Je le recommande à l'attention vigilante du rapporteur et du Gouvernement. Il s'agit du « payement direct. »

Sur la question d'affiliation et d'habilitation auprès des grands organismes syndicaux, les médecins sont d'accord avec vous, de même qu'ils le sont sur l'acceptation d'un tarif minimum indicatif. Mais, lorsqu'on écoute leurs revendications sur d'autres points, on est obligé de tenir compte de leurs objections dans une certaine mesure.

Bien que n'appartenant pas à leur profession, ce qui me permet d'être précisément très objectif, je crois bien comprendre qu'ils craignent par-dessus tout d'être transformés assez vite en véritables fonctionnaires des caisses d'assurance, de perdre le contact indispensable et complet avec leur clientèle.

M. Charles FRANÇOIS. — C'est une crainte très légitime.

M. Gustave GUÉRIN. — Elle est partagée par les pharmaciens.

M. Camille BLAISOT. — Cette préoccupation est tellement prédominante et tellement normale aussi que nous ne pouvons nous empêcher d'y apporter la plus grande attention.

Que l'on paye sous une forme ou sous une autre, en argent ou en bons payables par la caisse, il est incontestable que le médecin aura toujours, comme le disaient M. Gadaud et le rapporteur lui-même, le souci de rester individualiste, d'avoir le contact direct, permanent avec ses malades, sans aucun contrôle au point de vue technique.

Le seul contrôle qu'acceptent les médecins, c'est celui de leurs honoraires, dans des conditions de bonne foi et de dignité compatibles avec leur mission.

Le contrôle des caisses au point de vue thérapeutique, ils le refuseront toujours, leur conscience professionnelle devant demeurer la garantie la meilleure des soins donnés.

D'ailleurs, si on ne donnait pas satisfaction au monde des médecins, si on ne leur permettait pas ce contact étroit et personnel avec leur clientèle, on risquerait de voir la médecine sérieuse faire place à je ne sais quelle médecine au rabais et en série, et ceux qui en seraient les premières victimes seraient précisément les travailleurs. Nous ne le voulons pas.

Je demande au Gouvernement et à la commission de s'attacher à donner la plus large satisfaction aux médecins sur ce terrain, parce que c'est là une question sur laquelle, je le crois, ils ne céderont jamais (*Applaudissements à droite et sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le président de la commission.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Les deux Chambres se sont préoccupées de conserver à la profession de médecin son caractère essentiellement libéral. Le médecin ne doit pas devenir un fonctionnaire. Cela a été notre souci constant.

M. Camille BLAISOT. — Je le sais.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Nous croyons avoir parfaitement réussi et nous sommes sûrs d'avoir sur ce point l'approbation entière du Corps médical, car nous voulons nous montrer res-

pectueux des traditions séculaires de notre profession.

M. GADAUD. — Oui, si vous apportez à l'article 4 les modifications demandées.

M. Camille BLAISOT. — Vous croyez, monsieur le président de la commission, y avoir réussi, alors que nous pensons que vous avez échoué.

M. Pierre DE MONICAULT. — On s'illusionne toujours !

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Bovier-Lapierre.

M. Edouard BOVIER-LAPIERRE. — Une grande émotion va s'emparer de toutes les victimes de la guerre au lendemain du vote du projet de loi qui nous est soumis.

Je remercie M. le rapporteur d'avoir bien voulu poser un principe général. Ce principe est ainsi formulé dans son rapport :

« Il est formellement établi que le bénéfice des pensions de guerre et des allocations qui y sont attachées se cumulera toujours avec celui des pensions et des allocations de toute nature issues de la loi d'assurances sociales. »

Nous pensions, dans les associations de victimes de guerre, que la loi sur les assurances sociales ne pouvait en rien toucher la charte des victimes de la guerre inscrite dans la loi du 31 mars 1919.

Vous savez combien les victimes de guerre tiennent, en ce qui concerne le libre choix du médecin, tel qu'il est défini dans cette loi du 31 mars 1919, aux droits dont elles jouissent aujourd'hui.

Le projet qui nous est soumis laisse les victimes d'accidents du travail sous le régime qui leur est propre. Or, en ce qui concerne les mutilés de la guerre, après avoir, dans l'article 4, affirmé le libre choix du praticien par la formule suivante : « L'assuré choisit librement son praticien », nous trouvons au paragraphe suivant du même article cette restriction :

«Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité au médecin ou à la sage-femme de la commune où il réside. »

Aujourd'hui, mutilé de guerre, habitant, par exemple, Levallois-Perret, je viens à Paris voir mon spécialiste pour l'affection dont je souffre. Demain, assujetti aux assurances sociales, je ne pourrai aller voir que le praticien de Levallois-Perret, c'est-à-dire non pas de l'agglomération, mais de la commune même dont je suis.

Je tiens à déclarer que votre texte ne fait pas disparaître le service des soins médicaux fonctionnant au ministère des pensions, puisque vous êtes obligé de le maintenir pour toutes les victimes de la guerre qui ne bénéficient pas de la loi sur les assurances sociales.

N'étant pas bénéficiaire de la loi sur les assurances sociales, étant victime de la guerre, je garde le bénéfice de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Mais, parce que je suis assuré obligatoire, mon libre choix du médecin sera restreint demain.

Je suis persuadé que, dans le projet rectificatif, vous apporterez, sur ce point, une amélioration à la loi, afin que les victimes de la guerre conservent, en totalité le régime qui leur est particulier et qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. (*Applaudissements à gauche.*)

M. LE RAPPORTEUR. — C'est entendu.

M. LE PRÉSIDENT. — M. Robert Thoumyre a déposé deux amendements :

Le premier tend à compléter comme suit le paragraphe 4 de cet article :

« ..... affiliés aux unions nationales de médecins et de chirurgiens. »

Le second tend à rédiger comme suit la fin du paragraphe 5 de cet article, après les mots : « frais médicaux » : « et pharmaceutiques » ne doit, en aucun cas, dépasser 25 p. 100 de l'indemnité journalière, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions. »

La parole est à M. Thoumyre.

M. Robert THOUMYRE. — J'ai déposé deux amendements que la commission, je crois, a acceptés en principe, et qui pourront être insérés dans le rectificatif.

Le premier de ces amendements tend à préciser que seuls les syndicats professionnels de médecins affiliés aux unions nationales de médecins et de chirurgiens pourront être autorisés à contracter avec les caisses.

M. Edouard GRINDA, *président de la commission.* — Nous sommes d'accord.

M. Robert THOUMYRE. — Je crois que la commission a déjà fait, à ce sujet, une promesse définitive aux représentants du Corps médical. Je demande à M. le président de la commission de vouloir bien nous confirmer cette promesse.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Parfaitement.

M. André FALLIÈRES, *ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.* — Nous sommes d'accord.

M. Robert THOUMYRE. — Mon second amendement stipule qu'en aucun cas la participation de l'assuré aux frais médicaux et pharmaceutiques ne pourrait dépasser 25 p. 100 de l'indemnité journalière.

Vous avez incorporé dans la loi ce que les mutualistes appellent le ticket modérateur, qui a pour but d'éviter les abus, soit quant au nombre des visites, soit quant à l'importance des médicaments achetés chez le pharmacien.

Cependant, si le malade est gravement atteint, s'il a besoin de nombreuses visites médicales et de remèdes, il est possible que ce ticket modérateur, restant à la charge de l'assuré, dépasse l'indemnité journalière que vous lui donnez. Dans ce cas, la commission a pensé qu'il serait bon de limiter la participation de l'assuré à 25 p. 100 du montant de l'indemnité journalière. Il sera peut-être facile d'incorporer cette mesure dans le règlement d'administration pu-

blique. Je demande à la commission de bien vouloir me confirmer son adhésion sur ce point.

M. le Président. — La parole est à M. le président de la Commission.

M. le Président de la Commission.— Nous sommes tout à fait d'accord. Votre proposition est conforme à l'ancien texte de la Chambre. Nous ne saurions, personnellement, la critiquer.

M. Robert Thoumyre. — Je vous remercie.

M. le Président. — Les amendements sont retirés.

La parole est à M. Salmon.

M. Alfred Salmon. — Il m'a paru, hier, que M. le ministre du travail n'avait pas été aussi précis qu le président de la commission sur un point des plu importants pour le fonctionnement des assurances sociales, celui de la livraison des médicaments aux assurés sociaux.

La question pourrait être examinée lors de la discussion de plusieurs articles du projet de loi, par exemple au moment où la Chambre sera appelée à se prononcer sur l'article 26. Il me paraît préférable de la soulever à propos de l'article 4, lequel, comme vous le savez, institue le libre choix des praticiens.

Ceux-ci, quelle que soit leur profession, tiennent au libre choix, étant entendu que les rares brebis galeuses existant dans la profession médicale, comme dans la profession pharmaceutique, seront frappées d'interdit.

Le libre choix du pharmacien par l'assuré social n'existerait plus si les caisses avaient le droit de posséder des pharmacies, d'en subventionner, de canaliser vers elles les assurés ayant besoin de médicaments.

Dans son rapport si remarquable, M. le président Grinda écrivait que, s'il était nécessaire, le projet rectifictatif préciserait que les caisses d'assurances ne peuvent posséder de pharmacies ; il disait qu'aucune objection n'était soulevée par la commission sur les précisions demandées par les pharmaciens, l'une d'elles étant l'interdiction formelle pour les caisses de fonder des pharmacies spéciales.

Je demande à M. le ministre s'il est d'accord avec la commission ; si, en cas de besoin, il introduira dans le projet rectificatif l'interdiction dont il s'agit et si le Gouvernement demandera au Parlement de la voter.

Qu'on ne me dise pas qu'il s'agit de diminuer les droits de la mutualité. La loi de 1898 n'a rien à voir ici. Les unions de sociétés de secours mutuels continuent à pouvoir posséder des pharmacies pour l'usage de leurs membres.

M. Louis Chazette. — Elles continuent à pouvoir en créer.

M. le Président de la Commission. — Pour leurs membres, oui, mais pas pour les assurés.

M. Alfred Salmon. — Mais les caisses d'assurances n'auront pas ce droit.

Le Parlement n'a jamais eu l'intention de le leur donner ; les textes votés par la Chambre, il y a quatre ans, et par le Sénat en sont la preuve. L'article 26, notamment, dit, dans son premier paragraphe, que les caisses sont constituées et administrées selon la loi de 1898, qu'elles fonctionnent en conformité de la loi sur les assurances sociales.

Tout ce qui a trait au fonctionnement des caisses sera donc dans la loi que nous souhaitons tous ; cette loi dira que les caisses ont ou n'ont pas le droit de posséder des pharmacies, d'en subventionner.

Interrompant, vendredi, notre collègue M. Gadaud, M. le président de la commission disait avec raison que le concours des pharmaciens était indispensable au fonctionnement de la loi. Ce concours a toujours été promis au Gouvernement et au Parlement. Je demande à M. le ministre de ne pas le repousser ; et lui demande de dire à la Chambre qu'il est entièrement d'accord avec la commission sur l'interdiction aux caisses d'assurances de créer des pharmacies ou d'en subventionner.

M. le Président. — La parole est à M. le ministre du travail.

M. le Ministre du Travail. — Je ne puis pas à l'avance prendre parti sur toutes les questions de détail. J'ai dit hier et je répète aujourd'hui qu'un projet rectificatif sera déposé. J'ai indiqué que, dans ce projet, on s'efforcera de comprendre toutes les mesures qui rendront la loi plus acceptable pour tous les intéressés. Je vous demande de vous satisfaire pour l'instant de l'affirmation de cette bonne volonté. Les desiderata des pharmaciens seront examinés comme les autres et avec une égale sollicitude. (*Très bien ! très biepn !*)

M. le Président. — La parole est à M. Salmon.

M. Alfred Salmon. — Monsieur le ministre, je prends acte de votre réponse.

Je vous fais remarquer que M. Grinda, dans son rapport, a précisé que les caisses d'assurances qui doivent être créées ne bénéficieront pas des dispositions de la loi de 1898, qui continue d'être applicable aux seules sociétés de secours mutuels.

Il me semble que, d'accord avec M. le président de la commission, vous pourriez prendre l'engagement formel, puisque nous allons voter les propositions de la commission, que les caisses d'assurances ne bénéficieront pas des dispositions de la loi de 1898, comme les sociétés de secours mutuels, et qu'elles ne pourront ni créer, ni subventionner des pharmacies spéciales.

M. Gustave Guérin. — La commission devrait répondre à une question aussi importante.

M. Alfred Salmon. — La commission a pris sa responsabilité sur cette question. Il n'est pas possible qu'elle soit en désaccord avec M. le ministre du travail.

M. le Président. — La parole est à M. le président de la commission.

M. le Président de la Commission.— Les unions de sociétés de secours mutuels continueront de pouvoir fonder des pharmacies mutualistes. Ce pouvoir est réservé aux unions de sociétés de secours mutuels,

à l'exclusion des sociétés de secours mutuels. Mais ces pharmacies seront exclusivement réservées aux mutualistes.

En ce qui concerne les assurés, nous avons admis le principe d'un tarif général unique pour les médicaments et du libre choix du pharmacien.

Ce principe était déjà inscrit dans le précédent texte de la Chambre.

Du moment où il y a un tarif national, il n'y a plus d'intérêt à fonder une pharmacie exclusivement réservée aux caisses, puisque le tarif de cette pharmacie sera le même que celui de toutes les autres pharmacies.

Par le seul fait que vous adoptez un tarif unique, vous excluez ces pharmacies de caisses.

En principe — c'est mon avis personnel — les caisses ne doivent pas fonder de pharmacies à l'usage des assurés.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Salmon.

M. Alfred SALMON. — Je voudrais obtenir une précision.

M. le président de la commission a pris parti dans son rapport, en indiquant que les caisses d'assurances ne pourraient pas créer de pharmacies.

Nous allons voter sur le texte rapporté par M. Grinda ; je voudrais bien savoir si M. le ministre du travail est en parfait accord avec lui.

Il y a là une question extrêmement importante pour la pharmacie. Nous ne discutons pas l'application de la loi de 1898 aux sociétés de secours mutuels mais en ce qui concerne les caisses d'assurances qui vont être fondées en vertu de la loi que nous allons voter, il devrait être déclaré que la loi de 1898 ne leur sera pas applicable.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Guérin.

M. Gustave GUÉRIN. — Je désire rectifier une affirmation de M. Grinda.

Notre collègue a dit que la loi de 1898 permettait seulement aux unions de sociétés de secours mutuels de fonder des pharmacies. Je crois que, dans la pratique, certains faits ne lui donnent pas tout à fait raison.

Si l'on cherchait bien, je crois qu'on constaterait que des pharmacies mutualistes ont été créées par des sociétés de secours mutuels et non pas seulement par des unions de sociétés de secours mutuels.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Cette création est illégale, la loi est formelle à ce sujet.

M. Gustave GUÉRIN. — Il y a des pratiques qui, quoique illégales, n'en existent pas moins ; je crois que celle-là est du nombre.

En ce qui concerne la question posée par M. Salmon, j'aurais désiré une réponse précise de M. le Ministre du travail et de la commission.

Vous avez déclaré, sur tous les tons, qu'il y aurait un tarif unique qui s'appliquerait à tous les pharmaciens. En réponse à M. Antériou, vous avez dit ce matin que le mot « praticien » comprenait les pharmaciens.

M. LE MINISTRE DU TRAVAIL. — Oui !

M. Gustave GUÉRIN. — Si ces paroles sont exactement interprétées dans le projet rectificatif, il en résultera, je pense, que les malades auront le libre choix du pharmacien comme du médecin.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Cela ne fait aucun doute.

M. Gustave GUÉRIN. — Alors, je ne vois pas pourquoi on ne répond pas nettement à la question posée par notre collègue.

On dit que les Normands répondent évasivement. En entendant M. le ministre, je me suis dit qu'ils n'étaient pas seuls ! (*Sourires*).

M. LE MINISTRE DU TRAVAIL. — Nous ne pouvons pas, à ce propos, interpréter la loi de 1898.

Le texte que nous discutons est entièrement nouveau. Je vous ai donné tous apaisements utiles sur notre désir d'améliorer dans un avenir prochain les dispositions soumises à votre vote. Mais vous me demandez maintenant de prendre des engagements sur des questions de détail. Nous ne pouvons improviser ici le projet rectificatif dont j'ai annoncé le dépôt ultérieur et qui interviendra lorsque toutes les suggestions apportées par nos collègues auront été examinées. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Un tarif unique et le libre choix excluent les pharmacies de caisses. C'est incontestable.

M. Gustave GUÉRIN. — J'enregistre cette réponse.

M. LE PRÉSIDENT. — M. Desoblin et plusieurs de ses collègues (1) proposent de supprimer, au paragraphe 5 de l'article 4, depuis les mots : « ou remboursé par elle à l'assuré . . . », jusqu'aux mots inclus : « . . .
« . . . uniformément fixé à 15 p. 100. »

La parole est à M. Desoblin.

M. Augustin DESOBLIN. — Notre amendement a pour but de supprimer les mots : « ou remboursé par elle à l'assuré. »

A la thèse soutenue par M. Blaisot, j'oppose celle que j'ai défendue depuis longtemps et exposée dans nos journaux corporatifs, ainsi que dans les syndicats.

Le médecin doit avoir une situation particulière. Il ne doit pas être à la recherche d'une clientèle de marchandage, il ne doit pas être conduit à sacrifier son indépendance pour obtenir des usines, des compagnies d'assurance, etc., une clientèle au rabais, afin de pouvoir obtenir celle des familles.

Il ne doit pas être astreint à recevoir des instructions, des ordres, ni à diagnostiquer avec une rapidité qui ne lui permet pas de le faire sérieusement et avec tranquillité d'esprit.

Nous considérons que son indépendance, comme celle de l'assuré, doit être complète, que ses honoraires doivent être en rapport avec l'exercice de ses

(1) Cet amendement est signé de MM. Desoblin, Piquemal, Albert Fournier, Laporte, Adam, Auffray Barbecot, Baroux, Barra, André Bertnon, Bizet, Bourlois, Clamamus, Carnavin, Delourme, Jean Garchery, Maurice Gautier, Henriet, Hueber, Renaud Jean, Gaston Muller et Ternaux.

fonctions. Il doit pouvoir traiter ses malades comme il traiterait un membre de sa famille.

Parce qu'il doit être honorable et honoré, nous voulons sauvegarder la dignité du corps médical, idéaliser les fonctions qu'il remplit, que nous voulons appeler « fonctions sociales. »

Sans acrimonie, on peut dire que les évènements de la guerre l'ont également atteint et que l'appât du gain y a pénétré. On donne des soins souvent selon qu'on est bien ou mal payé.

Il est donc indispensable, messieurs, de mettre les assurés à l'abri des craintes que peuvent éprouver les médecins.

Pour l'ouvrier malade, c'est la gêne, la plupart du temps dans la famille, attendu qu'il faut dépenser plus en gagnant moins, d'où difficulté de payer la note du docteur.

Il faut donner à l'assuré, en cas de maladie, la tranquillité vis-à-vis du médecin traitant, et offrir des garanties incontestables au praticien, par le payement des honoraires par le tiers payant.

Je ne comprends pas l'hostilité de certains groupements médicaux. Ce n'est pas l'attitude du syndicat de médecine sociale. Il s'élève avec nous contre le « marronnage » médical, qui permet trop de combinaisons louches et est, en tout cas, fort préjudiciable à l'ensemble des médecins dévoués et honnêtes.

Voici d'ailleurs, une citation tirée d'une déclaration du syndicat de médecine sociale :

« La loi d'assurances sociales est destinée justement à s'appliquer à toute une catégorie sociale qui ne peut pas payer son médecin et qui est obligée de solliciter actuellement ses soins médicaux de la charité publique.

« Alors qu'une occasion s'offre de permettre à la classe ouvrière de se faire soigner en gardant sa dignité, pourquoi le Corps médical s'y refuserait-il ? Et comment toute une catégorie, qui n'a pas aujourd'hui les ressources nécessaires pour le faire, pourra-t-elle demain payer son médecin par « entente directe »? Où prendrait-elle l'argent nécessaire pour en faire même l'avance ?

« Il faut bien, en société capitaliste, prendre l'argent « où il est ». Il en est qui, ayant fait quelques économies ou emprunté, pourraient à la rigueur payer leurs médecins par entente directe. C'est sur eux que retomberaient alors ensuite toutes les difficultés de remboursements et de contrôles que les médecins craignent de la part des caisses et qu'ils veulent rejeter sur la classe ouvrière.

« N'est-il pas d'ailleurs symptomatique que les plus actifs parmi les promoteurs de ce mouvement soient des médecins d'assurances qui, dans l'application de la loi des accidents du travail, ont déjà accepté le principe du forfait et du tiers payant ? »

J'espère que la Chambre et la commission tiendront à éviter des ennuis dommageables, des complications inutiles, en acceptant notre amendement, qui n'a d'autre but que de simplifier les choses, en laissant à un tiers payant le soin d'acquitter les notes, après vérification.

Chacun des intéressés y trouvera les garanties vraiment sociales, en même temps que l'apaisement désiré. (*Applaudissements à l'extrême gauche communiste.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le président de la commission.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Pour les raisons que nous avons longuement développées ici, la commission repousse l'amendement.

M. Augustin DESOBLIN. — Vous nous surprenez.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Cette question a été longuement étudiée ici. Il ne faut pas répéter toujours les mêmes arguments.

M. Augustin DESOBLIN. — Je vous prie de croire qu'il y a déjà longtemps que, dans nos syndicats, nous considérons que les honoraires des médecins ne doivent pas être payés par les assurés.

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. — Le texte de M. Gadaud et mes déclarations vous donnent satisfaction sur le payement direct.

M. Augustin DESOBLIN. — M. Gadaud a donné ce matin des explications que seul vous avez entendues.

M. Etienne ANTONELLI, *rapporteur.* — Vous n'avez peut-être pas suffisamment écouté. Quoi qu'il en soit, nous vous disons que vous avez satisfaction.

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement de M. Desoblin, repoussé par le Gouvernement et par la Commission.

(L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demande plus la parole sur l'article 4 ?...

Je le mets aux voix.

(L'article 4, mis aux voix, est adopté.)

Dans la discussion sur l'ensemble, M. R. POINCARÉ *a été amené à faire la déclaration suivante* :

M. Raymond POINCARÉ, *président du conseil, ministre des finances.* — Je tiens à répéter que le Gouvernement a l'intention très arrêtée de déposer le plus rapidement possible non pas un « rectificatif » général — et je voudrais bien que l'on ne se servît pas de ces néologismes : « rectificatif », « additif » et « collectif » — mais un projet portant sur les points essentiels qui ont été visés dans cette discussion.

En ce qui concerne, notamment, les intérêts agricoles, le Gouvernement prendra contact avant la rentrée du Parlement avec les chambres d'agriculture, avec les syndicats agricoles et les grandes associations agricoles. (*Vifs applaudissements sur divers bancs.*)

La loi a été votée par 477 voix sur 479 votants.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie** — M. le Dr Georges Lefèvre, de Nantes. — M. le Dr Mally, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** *Hygiène et clinique de la première enfance.* — A l'hospice des Enfants-Assistés, dans le service de M. le professeur Marfan, un cours de révision et de perfectionnement sera fait du mercredi 4 au mercredi 25 juillet 1928. Cet enseignement comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire. Il aura lieu tous les jours, le matin de 9 h. à 11 h. et l'après-midi de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Droit à verser : 250 fr.

Programme du cours. — 4 juillet : La vie infantile. Ses caractères dans le premier âge, M. Marfan. — La pathologie du nouveau-né, M. J. Florand. — 5 juillet : Allaitement maternel ; sa nécessité ; sa direction générale. Incidents, M. Vallery-Radot. — Allaitement mercenaire. Syphilis et allaitement. Allaitement mixte, M. Chevalley. — 6 juillet : Allaitement artificiel. Règles et directions, Mme Dollfus. — Laits des animaux. Laits modifiés, M. Chevalley. — 7 juillet : Vue d'ensemble et classification des troubles digestifs dans la première enfance, M. Marfan. — Suralimentation. Sous-alimentation au sein. Examen et modifications du fait de femme, M. Vallery-Radot.

9 juillet : La constipation. Examen des selles. Maladie de Hirschprung, M. Hallez. — Les vomissements. Maladie des vomissements habituels, M. Dorlencourt. — 10 juillet : La sténose du pylore, M. Dorlencourt. — Diarrhée commune des enfants au sein et des enfants au biberon, M. Blechmann. — 11 juillet : Diarrhée cholériforme, M. Robert Broca. — Les carences alimentaires La maladie de Barlow, M. Hallez. — 12 juillet : La débilité congénitale, M. Samsoën. — Les états de dénutrition dans la première enfance. Hypothrepsie et athrepsie, M. J. Debray. — 13 juillet : La syphilis héréditaire, M. Blechmann. — La syphilis héréditaire (*suite*), M. Blechmann.

16 juillet : Les cardiopathies congénitales, M. Turquety. — Le sang. Anémies du nourrisson, M. Hallez. — 17 juillet : Le rachitisme, M. Roudinesco. — Le rachitisme (*suite*), M. Roudinesco. — 18 juillet : Les infections chez le nourrisson. Infections cutanées, M. Florand. — Les infections des voies urinaires du nourrisson, M. J. Florand. — 19 juillet : Les rhinopharyngites. Les bronchites, M. Robert Broca. — La diphtérie du nourrisson, M. Samsoën. — 20 juillet : La broncho-pneumonie et les pleurésies purulentes, M. Samsoën. — La tuberculose du nourrisson, Mme Dollfus. — 21 juillet : La tuberculose du nourrisson (*suite*), Mme Dollfus. — Tétanie. Convulsions, M. Dorlencourt.

23 juillet : Méningites. Réactions méningées. Ponction lombaire, M. J. Florand. — Hydrocéphalie, M. Turquety. — 24 juillet : Myxœdème et mongolisme, M. Robert Broca. — Hygiène et protection de la première enfance. Fonctionnement de l'hospice des Enfants-Assistés, M. J. Debray.

— **Faculté de médecine de Bordeaux** *Oto-rhino laryngologie.* — A la clinique oto-rhino-laryngologique un cours de perfectionnement sera fait du lundi 9 au samedi 21 juillet, par M. le professeur Portmann, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Leuret, Petges, Réchou et Teulières, de MM. les professeurs agrégés Aubertin, Papin et Jeanneney, et de M. Despons, chef de clinique.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent sur le cadavre et la suivent pendant l'exécution sur le vivant.

Le service comprend des salles d'adultes, hommes et femmes et des salles d'enfants.

Chaque assistant est initié individuellement aux méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 fr.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Visitez la forêt de Fontainebleau.* — Les circuits automobiles organisés par la Cie P.L.M. pour la visite de la forêt de Fontainebleau ont repris depuis le 1er avril.

Deux circuits ont lieu chaque jour : l'un, le matin, au départ de la gare de Fontainebleau pour la visite de la partie Nord de la forêt, par la Croix de Toulouse, les Gorges d'Apremont, le Carrefour des Cépées (prix 10 fr.) ; l'autre, l'après-midi au départ de la Place Denecourt pour la visite de la partie sud, par Montigny-Marlotte, les Gorges de Franchard (prix : 17 fr.). Le prix de ces deux circuits effectués le même jour par la même personne est de 25 francs.

Pour la visite complète de la forêt, un circuit de la journée est mis en marche, les dimanche, lundi, jeudi, samedi et jours fériés, du 1er avril au 30 juin et du 1er octobre au 3 novembre.

Du 1er juillet au 30 septembre ce circuit est quotidien. Prix : 28 francs.

— **Circuits Corses Cirnéa, en torpédos** : La Cie Cirnéa (5, quai Rauba-Capeu, à Nice), enverra volontiers à nos Membres les programmes de ces Circuits dans l'Ile (une réduction de 10 % leur sera consentie sur les prix indiqués).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Les médecins ont donc avantage à être taxés à la cédule des traitements et salaires, mais le Conseil d'Etat n'a pas encore statué sur la question de savoir si les médecins des hôpitaux recevant un « fixe », doivent être ou non considérés comme des employés salariés.

Si le contrôleur maintient sa prétention, il y aura lieu de contester l'imposition par voie de réclamation au préfet.

A. M.

1543. — Recettes effectives. Frais de remplacements et d'automobiles.

J'ai, en ce moment, quelques petits démêlés avec le fisc et voudrais avoir votre avis.

J'ai déclaré comme recettes brutes ce que j'avais touché. Or, on me déclare que je dois considérer comme recettes l'argent que je ne toucherai que dans six mois ou dans six ans ou jamais.

Je trouve cela complètement injuste.

D'autant plus que dans les 76.000 déclarés touchés, il y a une part concernant des dettes de plusieurs années et dont le fisc profite. On me répond que je dois faire un relevé de mes comptes par année et dire les sommes que je considère comme irrecouvrables chaque année.

Je suis installé depuis 21 ans, on me doit bien au moins 100.000 francs répartis sur ces 21 ans, je touche encore des sommes d'avant-guerre. Comment, dans ces conditions, faire un relevé exact, c'est un travail infaisable.

J'ai déclaré ne pas faire entrer dans mes dépenses professionnelles, les frais d'un mois de remplaçant, on me répond que j'ai bien fait, car je n'en aurais pas le droit. Est-ce vrai ?

Enfin, le pire, c'est qu'on me conteste presque le droit d'avoir des frais d'autos élevés du fait que je me sers depuis deux ans de deux autos confortables deux Rolland-Pilain, une 2 litres et une 1,500 qui me dépensent beaucoup mais m'usent moins. Il me semble que c'est mon droit d'acheter deux autos pour 107.000 francs, me dépensant 15 à 18 litres d'essence. Mes frais ont donc augmenté mais pas mes recettes. Je leur ai expliqué tout cela, ils n'en tiennent pas compte. J'ai fourni 47.000 francs de frais d'autos (factures en main), 76.000 fr. touchés de recettes brutes et leur ai dit que j'arrivais à près de 100.000, mais n'avoir pas touché la différence.

Dr X.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, vous n'avez pas à tenir compte des sommes qui vous restent dues, mais seulement de celles effectivement encaissées.

Les frais de remplacement constituent une dépense professionnelle déductible.

En ce qui concerne les frais d'automobile, le contrôleur ne peut refuser de tenir compte des dépenses élevées, lorsqu'elles sont justifiées par

des factures. Il peut néanmoins s'assurer que la totalité des dépenses est employée en vue de l'exercice de votre profession et non pour vos promenades en famille.

A. M.

1539. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

J'ai recours à votre obligeance pour me fixer au sujet d'un différend que j'ai avec le Directeur des Contributions directes de mon arrondissement.

J'avais compté dans ma déclaration d'impôts :

6.000 fr. amortissement de ma voiture automobile Fiat (prix d'achat 32.500 fr.).

1.200 fr. intérêt 6 % de l'avance d'argent de cette voiture.

1.000 fr. amortissement des meubles professionnels.

Le Directeur me répond que, d'après un arrêt du Conseil d'Etat du 10 août 1926, ces amortissements ne sont plus admis et refuse de prendre cette somme en déduction.

Qui a raison ?

Dr H.

Réponse.

L'observation du contrôleur est basée sur un arrêt du Conseil d'Etat. Nous vous conseillons de lui faire remarquer qu'antérieurement à cet arrêt, l'administration n'admettait que l'amortissement sur plusieurs années et que vos déclarations antérieures ont été souscrites en tenant compte de cette règle tracée par elle, qu'en conséquence l'amortissement pratiqué en 1927 ne saurait vous être refusé, sans qu'il soit procédé à une réduction des bases d'imposition de l'année au cours de laquelle vous avez acquis votre voiture.

A. M.

1864. — Déduction d'impôts et de dépenses diverses.

J'ai reçu du contrôleur une lettre que je me permets de vous adresser, après avoir fait la réponse hâtivement, ne pensant pas au premier abord devoir réclamer pour cela les bons officies du *Concours*. Ma feuille de déclaration de revenus est jointe à la présente. Il m'est accordé un délai de quinze jours pour la réponse.

En relisant la réponse au contrôleur, je remarque que j'ai porté aux dépenses professionnelles le montant de la patente alors qu'elle figure déjà dans la déclaration.

J'ignore si l'on peut faire figurer la plaque de contrôle de bicyclette aux dépenses professionnelles ainsi que les dons faits au Bureau de bienfaisance. Je crois l'avoir lu quelque part.

Depuis 1927 j'habite une maison construite avec mes deniers (120.000 fr.) en 1926. Elle comprend 7 pièces, une arrière-cuisine, chauffage central, etc. Ma domesticité est représenté par une servante.

Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me faire savoir si ma feuille de déclaration est bien établie et si la réponse au contrôleur peut être envoyée telle.

Dr X.

Réponse.

La patente doit bien être comprise dans les dépenses professionnelles, mais par contre elle ne doit pas figurer au paragraphe VI de la déclaration pour l'impôt général.

Le coût des plaques de contrôle de bicyclette peut figurer dans les dépenses professionnelles, mais non les dons au bureau de bienfaisance. En ce qui concerne votre domesticité, il serait bon d'indiquer la quotité des dépenses retenues : 1/3 ou 1/4 du total. Quant aux loyers de vos locaux professionnels, le chiffre de 300 fr. ne nous paraît pas devoir être contesté, il serait plutôt atténué ; mais par contre, dans votre déclaration pour l'impôt général, vous auriez dû tenir compte du revenu de votre immeuble, revenu dont vous jouissez en nature, mais qui n'en est pas moins passible de l'impôt général.

Nous vous conseillons d'adresser votre réponse au contrôleur : telle qu'elle est conçue, elle satisfait à la demande de renseignements qui vise seulement vos revenus professionnels.

A. M.

Honoraires de droit commun.

1684. — Privilège en cas de faillite.

Un mari m'appelle auprès de sa femme que je soigne quelque temps ; la femme meurt. Peu de temps après, le mari est mis en faillite. J'envoie ma note au liquidateur qui me répond que ma créance ne peut être regardée comme privilégiée, il me communique à l'appui la note ci-jointe.

N'y a-t-il rien à faire ? Y a-t-il des décisions de jurisprudence contraires ?

Dr L.

Réponse.

La note que vous a adressée le syndic de la faillite, est conforme aux principes et à la jurisprudence.

Le privilège accordé au médecin pour frais de dernière maladie par l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 et le § 3 de l'article 2.101 du code civil ne s'applique qu'aux honoraires dus pour soins donnés au failli lui-même et non pour ceux donnés à sa femme ou à ses enfants (dans ce sens, Tribunal de commerce de Villefranche-sur-Saône 28 décembre 1910, *Gaz. Com.* Lyon 2 mars 1901 et Cassation 3 août 1897, *Pandectes françaises*, 1898-1-6.)

Dans ces conditions, vous ne pourrez être admis au passif de la faillite qu'à titre chirographaire et non à titre privilégié.

Médecine légale.

1707. — Examen d'un cadavre.

Ayant été réquisitionné par écrit par le Procureur de la République pour examiner un cadavre (sans autopsie), après un décès suspect, je vous serais bien obligé de me dire quels honoraires je dois demander.

Dr B.

Réponse.

Requis par le procureur de la République pour examiner un cadavre, vous avez droit aux honoraires de médecine légale, soit 25 francs pour une visite judiciaire, y compris la rédaction et le dépôt de votre rapport.

A cela, il convient d'ajouter, si vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence, vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, et, en outre, une indemnité fixe de 20 francs, si le lieu du transport était situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

Vous devez envoyer votre mémoire en double exemplaire, suivant le modèle officiel, dont l'un sur papier timbré, si la somme demandée dépasse 50 francs, au Procureur de la République qui vous a requis. Après visa du Procureur général et taxe du Président, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

Baux et locations.

1796. — Lettre sans signature lisible et sans adresse.

Notre abonné de Reims, qui nous a posé une question concernant son bail, est prié de nous faire connaître son nom et son adresse. Il nous a été impossible, en effet, de lire sa signature.

La Rédaction.

1709. — Droit à la prorogation.

Je viens faire appel à votre obligeance au sujet de la prorogation de mon bail :

Je suis presqu'exactement dans les mêmes conditions que celles exposées dans la question 1077 publiée dans le *Concours* du 22-IV-28 : location en 1914 : 1800 fr.

Bail 3-6-9, en date du 5 octobre 1919, pour prendre effet du 1er janvier 1920, au taux de 2000, plus charges. Celles-ci, évaluées d'abord à 36 fr. par an, ont été en cours de bail et d'un commun accord portées à 448 fr., chiffre absolu, et non pas considéré comme représentant un pourcentage du loyer : (j'ai simplement accepté de payer les mêmes charges que les locataires des autres étages, qui ne bénéficiaient pas d'un bail aussi favorable.

Aucune pension de guerre ou invalidité. Je désirerais savoir de votre obligeance si la réponse 1077 m'est applicable, c'est-à-dire si j'ai droit également

à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, quoique mon bail ne soit entré en vigueur qu'au 1er janvier 1920 et sans plus de formalités que dans votre réponse.

Dans le cas contraire, qu'ai-je à faire pour bénéficier des conditions favorables aux locataires ?

J'ajoute que mon bail prévoyait le cas échéant résiliation par « congé dans les délais réglementaires » (?), que, d'autre part, par suite du décès imminent du propriétaire actuel, il est très vraisemblable qu'il y aura vente de la maison avant expiration effective du bail actuel. Enfin, au cas où la loi du 1er avril 1926 ne me serait pas applicable, quelle est celle dont je pourrais me prévaloir, et quels droits me donnerait-elle ? Dr P.

Réponse.

Lors que votre bail sera expiré, quelle que soit la date à laquelle il a été conclu, vous aurez droit à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, sans avoir à la demander à votre propriétaire sous une forme quelconque.

La vente de la maison ne pourra porter aucun préjudice à vos droits.

A noter que le droit de reprise que la loi réserve au propriétaire pour son usage personnel ou celui de certains membres de sa famille ne peut porter sur un local affecté en tout ou en partie, comme c'est votre cas, à l'exercice d'une profession.

En échange de la prorogation, vous aurez à supporter un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 125 % ; vous devrez en outre rembourser à votre propriétaire la majoration subie, par rapport à 1914, par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt cédulaire sur le revenu de la propriété foncière, et par les prestations en nature fournies par lui (éclairage, chauffage, tapis, etc...), s'il en existe. Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

La taxation des loyers ainsi déterminée n'est valable que jusqu'au 1er avril 1929. A ce moment doit intervenir une nouvelle loi qui établira une nouvelle taxation pour la seconde période de la prorogation.

Accidents et maladies professionnelles

1800. — Revision. Le demi-salaire et les frais médicaux ne sont pas dus.

J'ai un blessé, qui a été opéré en septembre-octobre 1925 pour hernie, accident de travail. Il a repris son travail sans incapacité permanente au début de novembre 1925.

Sa hernie récidive sur la cicatrice.

La Cie d'assurances qui assure son patron d'alors

— il a changé d'atelier — accepte (comme je l'avais suggéré) dans un certificat, que je lui ai délivré, l'application de l'article 19 de la loi de 1898, mais prétend qu'il n'a droit ni à son demi-salaire, ni aux frais médicaux et pharmaceutiques, ni à l'opération.

Ceci me paraît contredire cela.

Veuillez être assez aimable pour nous donner la marche à suivre.

Sur mon conseil, l'ouvrier a demandé à l'agent d'assurances de lui envoyer un refus par écrit, afin d'attaquer près du tribunal. Est-ce bien ? Mais va-t-il écrire ?

Dr H.

Réponse.

Conformément à l'article 19 de la loi sur les accidents du travail, votre blessé a le droit d'introduire une demande en révision pour aggravation, dans les trois ans de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière, c'est-à-dire avant novembre 1928, puisqu'il n'y a pas eu attribution de rente.

Pour déclencher la procédure, le blessé n'a qu'à se rendre au greffe du Tribunal civil et faire la déclaration prescrite par la loi. Il sera ensuite convoqué en conciliation par le Président et l'affaire suivra son cours normal. Le blessé bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

L'action en révision ne peut avoir pour effet que l'élévation de la rente ou l'allocation d'une rente, s'il n'en a point été attribué. Jamais elle ne peut rouvrir au blessé le droit au demi-salaire ni aux frais médicaux et pharmaceutiques. La thèse de l'assurance sur ce point est inattaquable.

Mais, en fait, il nous semble que ce serait plutôt l'intérêt de la Compagnie d'accepter de prendre à sa charge, à l'amiable, les frais d'une nouvelle intervention. En effet, en agissant ainsi, elle pourrait éviter une incapacité permanente partielle et le paiement d'une rente au blessé.

Si elle n'y consent pas, le blessé pourra poursuivre son action en révision et, si la chose est possible, attendre que le mois de novembre 1928 soit passé pour subir une nouvelle intervention. A ce moment, le délai de révision sera expiré et l'assurance ne pourra pas s'appuyer sur l'amélioration de l'état du blessé pour introduire de son côté une demande en révision pour atténuation de l'infirmité.

1755. — Accident survenu au cours d'une rixe.

Le sieur F. travaille pour le compte d'un entrepreneur de battages chez Mme B., fermière.

Le chauffeur de la locomotive et un autre homme s'étant battus, le sieur F., brave garçon, essaye de les

séparer et reçoit sur le crâne un coup de tisonnier, asséné par le chauffeur.

Plainte à la gendarmerie, poursuites correctionnelles contre le chauffeur.

Je soigne le blessé et lui fais du sérum antitétanique pour une plaie assez importante du cuir chevelu.

Mais le sieur F. incapable de travailler 10 ou 15 jours (l'accident est du 3 mai) a 15 francs en poche, et ne sait comment manger d'ici-là. Que doit-il faire ? Moi, je me demande qui me payera ? L'accidenté, le brutal, l'entrepreneur de battages ou la fermière chez laquelle l'accident est arrivé ?

Vous serez bien aimable de m'éclairer sur ce point, je crois que ce doit être la fermière.

Dr P.

Réponse.

Avant tout, un point est certain : c'est que l'accident n'est pas dû au fonctionnement de la machine à battre et, par conséquent, que les dispositions de la loi du 30 juin 1899 ne sauraient recevoir application en l'espèce.

Par contre, si le blessé était au service, soit de l'entrepreneur de battages, soit de la fermière, c'est son patron qui est responsable de l'accident dans les termes de la loi du 15 décembre 1922, sauf recours éventuel contre l'auteur des blessures ou le patron qui emploie ce dernier.

Que le blessé déclare l'accident à la mairie du lieu où il s'est produit, si cela n'a déjà été fait, et qu'il cite son patron devant le juge de paix du canton dont dépend cette mairie, en paiement de son demi-salaire.

De votre côté, et concurremment avec le blessé, vous pourrez agir directement contre le patron en paiement de vos honoraires sur les bases du tarif Fallières.

Introduite en vertu de la législation sur les accidents du travail, votre action et celle du blessé seront exemptes des droits de timbre et d'enregistrement.

1778. — Ampoule forcée.

Ayant soigné un accidenté agricole l'an dernier avec le diagnostic d'ampoule forcée, je croyais être en droit de demander ma note d'honoraires, je n'ai jamais été avisé que l'accident était contesté. Or, paraît-il, l'ampoule forcée n'est pas un accident et ce qui est ennuyeux c'est que l'agent d'assurances qui conteste le sinistre est le seul depuis huit ans que je suis installé dans la région avec qui j'ai eu des difficultés. J'ai gagné contre lui un procès pour brûlures de chaux il y a quatre ou cinq ans, dont je vous avais entretenu. Que dois-je faire ? Si je compte sur le blessé pour me faire régler je suis bien tranquille ; (je ne sais ce qu'il est devenu depuis). Je me demande même si l'accident n'a pas été réglé au blessé et si ce ne sont pas seulement les frais médicaux qui sont contestés, car je vois que ma note a été

estampillée avec un numéro d'ordre et je l'ai envoyée si tard que peut-être on avait classé l'accident comme terminé.

Dr G.

Réponse.

En vertu de la jurisprudence, il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur du blessé pour l'indemnisation des accidents du travail. Par conséquent, chaque fois qu'un traumatisme initial peut être invoqué, il y a accident du travail, quand bien même la lésion aurait été aggravée ou même aurait été rendue possible seulement par l'état antérieur du blessé.

Dans le cas d'ampoule forcée, pour que l'accident du travail soit admis, il faut et il suffit que la preuve soit établie que le « forcement » de l'ampoule est dû à un traumatisme violent et soudain survenu au cours du travail et c'est au blessé qu'il incombe de fournir cette preuve.

Si le « forcement », comme l'ampoule elle-même, est du à l'action lente, au frottement d'un outil, les caractères de violence et de soudaineté qui sont nécessaires à un accident du travail font défaut et alors il y a seulement maladie professionnelle non assimilée à un accident du travail et, partant, ne donnant pas droit aux indemnités de la loi de 98.

Rien, dans les renseignements que vous nous donnez, ne permet de dire si vraiment il y a eu accident du travail.

Dans ces conditions, pour que vous puissiez vous faire honorer par le patron ou son assurance, il faudrait ou bien que le blessé ait reçu son demi-salaire ou bien qu'il poursuive son patron pour faire reconnaître l'accident.

Vos droits sont liés à ceux de l'ouvrier. Il en résulte que si, devant le refus de la Compagnie de reconnaître l'accident, celui-ci néglige d'actionner son patron, il vous est impossible à vous-même d'agir contre le patron.

Devant une telle situation, votre seule ressource serait, comme vous le dit l'assurance, de vous faire payer par l'ouvrier lui-même. Mais, comme il a quitté le pays et qu'il vous est difficile de le retrouver et de le poursuivre, il est à craindre que, dans cette affaire, vous soyez frustré de vos honoraires.

1820. — Déclaration des maladies professionnelles non garanties.

Sociétaire depuis de longues années du « Sou Médical », je vous demanderai de vouloir bien me fixer sur le point suivant se rapportant aux maladies d'origine professionnelle.

Ayant lu dans le *Journal officiel* (lundi 21 et mardi 22 février 1927, p. 2286) un décret portant déclaration obligatoire des maladies d'origine professionnelle et s'appliquant notamment, § i, aux malades cau-

sées « par l'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitume, *ciments, chaux* et autres produits caustiques », je me suis cru autorisé à déclarer un eczéma du poignet survenu chez un manœuvre maçon, et à le considérer par assimilation, comme accident du travail.

La Cie me répond que ce cas n'entre pas dans le cadre de la loi de 1898, et me prie de réclamer mes honoraires à l'ouvrier.

Me reportant au décret précité, j'y lis :

Le Président de la République française,

Vu l'art. 12 de la loi du 25 oct. 1919 étendant *aux maladies d'origine professionnelles la loi du* 9 *avril* SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Vu.....

Vu.....

Sur le rapport.....

Décrète :

Article 1er. — Les cas de maladies d'origine professionnelle, que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, *en vue de l'extension éventuelle de la législation sur les accidents du travail à des maladies sont les suivantes.*

Toutes les maladies ayant.....

a .... b .....

i .....

Il me paraît y avoir opposition entre les deux passages que je souligne. Ou bien par le fait qu'une affection rentre dans la catégorie des maladies d'origine professionnelle, d'ailleurs énumérées, de même qu'elle fait l'objet d'une déclaration à l'inspecteur du travail, elle doit d'autre part, au point de vue garantie de l'ouvrier, être assimilée aux accidents du travail (loi de 1898). C'est ce qui paraît découler du « Vu l'art. 12, etc... »

Ou, au contraire, cette déclaration ne nous est imposée « qu'en vue de l'extension éventuelle de la législation sur les accidents du travail », et dans ce cas, l'ouvrier, comme le médecin, perdent les avantages de cette loi de 1898.

Il est possible aussi que si les maladies professionnelles sont assimilées aux accidents du travail, elles puissent aussi faire de la part des Cies d'assurances l'objet d'une police spéciale à laquelle ne souscrivent pas forcément les patrons, gardant ainsi ce risque pour eux.

Dr J.

Réponse.

Il n'y a pas contradiction entre le décret du 19 février 1927, indiquant les cas de maladies d'origine professionnelle que, conformément à l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, les médecins sont obligés de déclarer, par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines, au Ministre du Travail, et l'article 2 de la même loi du 25 octobre 1919, qui limite aux affections mentionnées aux tableaux

annexés à ladite loi les maladies professionnelles auxquelles est étendue la législation sur la responsabilité des accidents du travail.

La nomenclature de ces maladies, dit l'article 2 dans son paragraphe, pourra être augmentée et les tableaux annexés pourront être revisés et complétés par des lois ultérieures. Mais ces lois ne sont pas intervenues et les seules maladies professionnelles bénéficiant, actuellement, de la garantie de la loi, demeurent celles qui sont causées par le plomb et ses composés (saturnisme) et celles qui sont causées par le mercure et ses composés (hydrargirisme).

Au contraire, les maladies professionnelles dont la déclaration est obligatoire sont celles qui sont causées par les divers produits énumérés au décret du 19 février 1927, au nombre desquels figurent, d'ailleurs, en premier rang, le plomb et ses composés et le mercure et ses composés.

Cette obligation de déclaration n'a pour but, actuellement, que la prévention des maladies et l'extension ultérieure de la loi. Les patrons ne sont pas responsables des maladies autres que celles causées par le plomb et le mercure et leurs composés, dans les conditions fixées par la loi et la Compagnie qui vous indique que c'est à l'ouvrier que vous devez demander le paiement des soins à lui donnés à la suite d'une maladie causée par l'action de la chaux ou du ciment, s'il s'agit bien d'une maladie et non d'un accident, est dans le vrai.

La responsabilité des patrons, en pareil cas, n'est pas engagée et s'ils contractaient une assurance pour garantir une indemnisation à leurs ouvriers, ce serait une assurance de droit commun et non une asusrance ressortissant de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Questions médico-militaires.

1033. — Droit aux soins gratuits en cas de suppression de pension.

Un pensionné de guerre à 10 % pour paludisme en 1924 est visité en 1925 et son taux est porté inférieur à 10 %.

Ce pensionné alors qu'il avait 10 % avait un carnet de soins médicaux. A-t-il toujours le droit de se faire soigner quand il fait des accès (comme ce fut le cas il y a 8 jours) avec son carnet ? Dr B.

Réponse.

Lorsqu'une pension temporaire est supprimée par suite de l'abaissement à moins de 10 % du degré d'invalidité, le bénéfice de l'article 64 (soins gratuits) est conservé la vie durant pour l'infirmité qui avait déterminé l'octroi de cette pension (décret du 25 octobre 1922, article 5, § 3).

1199. — Droits d'un pensionné à 30 %.

En date du 2-12-1927 la commission de réforme m'a proposé pour une pension d'invalidité de 30 %, ce qui m'a permis d'aller en février 1928 faire une saison à Amélie-les-Bains. J'ai actuellement entre mes mains un certificat de cette décision qui doit me servir à réclamer à l'intendant mon titre d'allocation provisoire. Je n'ai encore rien reçu, à qui dois-je m'adresser pour recevoir les pièces me permettant de percevoir chez le percepteur ce qui m'est dû ?

2° Il ne m'a pas été remis de carnet de soins (parce que docteur en médecine et pouvant me soigner moi-même) ! Et pourtant si plus tard je devenais justiciable d'un pneumothorax, il me serait bien utile.

Ai-je le droit d'en recevoir un ? Et à qui faire la demande ?

3° Réformé à 30 %, je crois devoir bénéficier d'une réduction de 50 % sur les chemins de fer. A qui dois-je m'adresser pour avoir la carte d'identité me permettant d'en bénéficier ? Dr N.

Réponse.

1° C'est à la sous-intendance régionale des pensions que vous devez réclamer votre titre d'allocation provisoire. Ayant passé la commission de réforme le 2 décembre 1927, vous ne toucherez que le 2 juin 1928 c'est-à-dire au bout de six mois échus. Il n'y a donc pas de temps perdu.

2° Le carnet de soins gratuits est pour vous un droit. La commission n'avait pas qualité pour vous le donner. C'est au maire qu'il faut aussitôt demander votre inscription sur la liste des bénéficiaires de l'article 64 (soins gratuits). Celui-ci vous donnera votre carnet.

3° Pour bénéficier de la réduction sur les chemins de fer, il faut une invalidité d'au moins 25 %. Lorsque vous serez en possession de votre titre d'allocation, allez à la gare la plus proche de votre domicile demander quelles sont les formalités nécessaires pour l'obtention de la réduction.

Memento des usagers de la route, par M. V. Cocral, *licencié en droit, inspecteur général de la caisse syndicale et de la caisse mutuelle-accidents des agriculteurs de France.* (En vente aux Bureaux du *Concours médical*, 2,50 franco de port.)

Petite brochure illustrée, concrétisant, par l'image et par des formules lapidaires, les prescriptions légales longues et diffuses du Code de la route et rendant service aux usagers de la route par des conseils éclairés, fruits d'une longue expérience, tant pour la prévention de l'accident que pour la défense de leurs droits lorsqu'il s'est produit.

Cinquantième année | N° 23 | 3 Juin 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.

Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dulliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Gauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Beal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Raphaël. Léon Clement (*chir.*).

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical » de M. le Dr MARICHAL, de Belley la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 262. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay), Lui écr. direct.

N° 263. — Ouest. Bords Océan, plage très fréquentée, très bonne client., maison, jardin, garage. Faible indemn. Pressé.

N° 264. — Client. à céder 25.000 fr. à 25 km. Paris. Aff. 50.000.

N° 265. — A sous-louer pour juillet mi-août, villa au Pyla-Arcachon en bordure de mer : 3.000 fr. Petit confort, sans gaz. Interdict. malade.

N° 266. — Sables-d'Olonne. Conf. louerait pour saison ou au mois, pet. cuis., salle à m., 2 ou 3 ch. à coucher à 100 m. plage et près du port. Eau cour., gaz élect., tout à l'égout.

N° 267. — Sud-est. A céd. bonne client. dans pays riche. Recet. 75.000, fixes. Indem. à débat.

N° 268. — Paris (18e). Excel. emplt., cab. de méd. générale, v. u., syphil., client. de consult., rapp. 22.000, développ. intéress. par visites et accouch., appart. et bail. Indem. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 269. — 36 km. Paris, banl. ouest, client. de 27 ans dans rég. très agréable, seul méd., pro-pharm., rapp. 83.000. A céder avec longue présent. 45.000 dont 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 270. — Banl. ouvrière imméd. ouest. Clin. A. T., rapp. 100.000, très petit loyer avec bail. A céder d'urgence 25.000 compt. avec install. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 271. — Veuve de médecin, très recommandée, sér., énerg., disting., cherche secrétariat chez Dr ; dirigerait intérieur, accompagner malades dans voyages comme dame de compagnie, Au besoin accepterait après-midi seulement.

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

FISCALITÉ

Rectification

Dans notre article sur les « Conséquences des déclarations erronées en matière d'impôt sur le revenu, paru dans le *Concours médical* du 6 courant, une erreur de copie nous a fait dire que les frais professionnels atteignent en général 25 % des recettes.

Or, nous voulions dire : les frais professionnels non *justifiables*. Dans cette évaluation ne sont pas compris le loyer des locaux professionnels ni l'impôt des patentes, etc..., pour lesquels il existe des quittances incontestables.

Au contraire, on doit comprendre dans les 25 % les frais d'essence et autres dépenses ne pouvant faire l'objet de factures.

A. Martinot,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable Français*.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — La jeune doctoresse Emilie Kouindjy, fille de notre collaborateur et ami, le physiothérapeute P. Kouindjy, vient de mourir subitement à la suite d'une affection pulmonaire contractée récemment. Ancien externe des hôpitaux de Paris, Mlle Kouindjy a été reçue docteur en médecine de la Faculté de Paris en 1926 avec une thèse sur l'Hygiène alimentaire, dont nous avons publié de larges extraits. Ce travail consciencieux et approfondi, fait avec une grande érudition, témoigne que l'auteur avait hérité de ses parents une aptitude scientifique accomplie. Nous exprimons à son père, notre ami de longue date, notre plus sincère sympathie et la part que la rédaction du *Concours médical* prend à son grand malheur.

— **Académie de médecine.** *Election.* — MM. d'Astros (de Marseille) et Merklen (de Strasbourg) sont élus correspondants dans la première division (*médecine et spécialités médicales*).

— **Académie de médecine.** *Service de vaccination anti-diphtérique.* — Le Conseil de l'Académie a décidé que des séances de *vaccination anti-diphtérique* auraient lieu le jeudi à 15 heures dans les salles de l'Institut de Vaccine.

— **Enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — Le 10 juin, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Milian sur le *traitement préventif de la syphilis*.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Dermatologie.* — Le 8 juin, à 20 h. 45, à la consultation du soir, présentations de malades et conférence de M. Gougerot sur : *les notions nouvelles concernant la gale et son traitement.*

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé, du 11 juin au 7 juillet, par M. le professeur SERGENT, avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gonin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Kourilsky, Kuss, G. Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie. Droit : 250 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté.

Nous en donnerons le programme dans notre prochain numéro.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière** (Professeur GOSSET). *Cours de diagnostic et de thérapeutique des maladies des voies digestives.* — Ce cours aura lieu à partir du 15 juin 1928 et s'adresse aux médecins et étudiants pourvus d'au moins 16 inscriptions. Il sera fait par M. LEDOUX-LEBARD, pour la partie radiologiqe, et par M. René-A. GUTMANN, pour la partie clinique.

Les élèves collaboreront, sous la direction du docteur GUTMANN, à la consultation et à l'établissement de la thérapeutique. Ils feront eux-mêmes sous la direction de M. LEDOUX-LEBARD, les examens radiologiques nécessaires. Lorsqu'il s'agira de cas chirurgicaux, ils assisteront aux opérations qui seront pratiquées par M. le professeur GOSSET. Les divers examens complémentaires (tubages duodénaux, interprétation des radiographies simples ou en série) seront faits par eux ou avec leur assistance.

Cet enseignement essentiellement pratique aura une durée d'un mois et commencera le *vendredi* 15 *juin à la Salpêtrière, service du professeur* GOSSET, *Pavillon Osiris*. Le nombre des inscriptions est limité à 10. Droits : 150 fr. pour les cours et 150 fr. pour les travaux pratiques.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Hôpitaux de Paris.** 2e *concours de médecin des hôpitaux*. — Le jury est provisoirement composé de MM. Labbé, Martin, Lereboullet, Monier-Vinard, Aubertin, de Massary, qui acceptent ; MM. Jousset, Bezançon, Halbron, Sergent et Clerc, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— **Les écoles de santé de Lyon, Bordeaux et Marseille reçoivent la croix de guerre.** — Dans des cérémonies présidées par MM. Painlevé, ministre de la guerre et Georges Leygues, ministre de la marine, les trois écoles de santé militaires, de Lyon (école métropolitaine), Bordeaux (école de santé navale) et Marseille (école de santé coloniale) viennent d'être mises à l'honneur et de recevoir la croix de guerre pour être épinglée à leurs drapeaux.

— **Bordeaux.** — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a proposé comme directeur de l'Institut d'éducation physique : en première ligne M. le professeur Sigalas ; en deuxième ligne, M. le professeur R. Cruchet.

A TRAVERS L'OFFICIEL

16 *mai.*

Assistance publique.

Le nombre des places de sous-inspecteur de l'Assistance publique, mis au concours le 5 juin 1928, est porté de 6 à 8.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira, le 26 novembre 1928, devant la Faculté de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de chirurgie médicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de Reims.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Auxerre.

Le traitement alloué est fixé à 14.000 fr. par an et pourra être augmenté par échelons de 1.000 fr. jusqu'à 17.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

17 *mai.*

Légion d'honneur.

Est promu au grade de commandeur M. le Dr Truc, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier.

Enseignement de la médecine.

M. Olivier, agrégé pérennisé des facultés des départements (Lille, section d'anatomie) est nommé agrégé d'anatomie à la Faculté de Paris et pérennisé dans lesdites fonctions.

M. Cordier, agrégé d'anatomie à la Faculté de Lyon, est nommé agrégé d'anatomie à la Faculté de Lille.

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en argent est décernée, à titre posthume, à M. Coudreuse, étudiant en médecine à Limoges, décédé victime de son dévouement.

Soins aux pensionnés de guerre.

Indemnités de déplacement aux médecins.

Le ministre des pensions et le président du conseil, ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'arrêté interministériel du 31 mai 1924 ;

Vu l'arrêté interministériel du 8 juin 1925 ;

Vu l'arrêté interministériel du 20 avril 1926 ;

Vu l'arrêté interministériel du 12 août 1927,

Arrêtent :

Article unique. — Les dispositions de l'arrêté interministériel du 12 août 1927 relatives aux indemnités de déplacement à allouer aux médecins au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont applicables pendant l'année 1928.

Fait à Paris, le 16 mai 1928.

19 *mai.*

Enseignement de la médecine.

Sont nommés pour neuf ans agrégés :

Faculté de Paris : Histologie : M. Giroud.

Anatomie pathologique : M. Oberling.

Faculté d'Alger : Chirurgie : M. Ferrari.

Faculté de Bordeaux : Médecine : M. Piéchaux.

Ophtalmologie : M. Beauvieux.

Dermatologie et syphiligraphie : M. Joulia.

Faculté de Lyon : Médecine : M. Gaté.

Faculté de Montpellier : Médecine : MM. Pagès, Puech.

22 *mai.*

La chaire d'histoire naturelle médicale et de parasitologie de la Faculté d'Alger est transformée en chaire de microbiologie et de parasitologie.

M. Pinoy, professeur d'histoire naturelle médicale et de parasitologie, est nommé professeur de microbiologie et de parasitologie (chaire transformée).

La chaire de pathologie et microbiologie de la même faculté est transformée en chaire de pathologie générale et de pathologie médicale.

M. Aubry, agrégé près la faculté, est nommé professeur de pathologie générale et de pathologie médicale (chaire transformée).

Le chaire de matière médicale de la même faculté est transformée en chaire de botanique et matière médicale.

M. Senevat, agrégé près la faculté est nommé professeur de botanique et matière médicale (chaire transformée).

Ces transformations et nominations auront effet du 1er mai 1928.

De l'usage prolongé de l'opium et de ses deux dérivés (la morphine et l'héroïne)

Par le Dr Ed. CROUZEL.

Ce serait tomber dans des lieux communs et des redites que de rappeler l'*accoutumance* de l'organisme pour ces stupéfiants. Mais il résulte de mes longues observations que, par suite de cette accoutumance, l'*orientation vitale de l'organisme* s'est *ancrée* à tel point, qu'il serait inutile de vouloir priver l'économie de l'*action spéciale* sur le jeu des organes et, sans doute, sur les *sécrétions glandulaires* qui président à l'harmonie d'ensemble réglant la vie.

Il en résulte d'abord des *malaises* et des *souffrances* insupportables pour le patient et qui aboutissent fatalement à l'*effondrement vital* de celui-ci.

Donc, le médecin doit s'attacher *à régler* de façon raisonnée l'usage de ces toxiques d'après, d'abord, l'*ancienneté de l'emploi, d'après l'âge,* la résistance organique, de façon à obtenir un *modus vivendi* en rapport aussi avec l'*état psychopathique* du sujet, capable d'assurer une vie *supportable* pour le patient et pour ceux qui l'entourent. Ici encore, il faut mettre le malade en état de lui permettre de *vivre avec son ennemi* dans les *meilleurs termes réalisables.*

J'ai cru de mon devoir de vieux praticien de crier *casse-cou* aux adeptes de prétendues *nouvelles méthodes* de désintoxication *complète* qui n'aboutissent qu'à des *déceptions* et même des *dangers* dont les malades sont les malheureuses victimes.

Il vient un moment où il n'est plus possible de changer l'*orientation vitale* imprimée à l'organisme par l'usage *prolongé* d'un agent aussi actif que l'opium et ses dérivés.

La difficulté, c'est de trouver la *dose optima ne varietur* convenant à chaque malade, pour maintenir l'*équilibre organique,* par l'usage du toxique nécessaire *désormais* à sa vie, autant que ses aliments habituels, aussi *paradoxalement* que cela paraisse à première vue.

SITUATION JURIDIQUE DES SAGES-FEMMES

M. Albert Maître, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris, vient de faire paraître un ouvrage très complet, sur la situation juridique des sages-femmes. (Les Presses Universitaires de France), 49, boulevard Saint-Michel, Paris.)

Les lecteurs du *Concours* savent que souvent, nous avons discuté la situation matérielle et mo-

rale, dont jouissent les sages-femmes, tant dans les villes que dans les campagnes.

Tour à tour, nous avons commenté une proposition de loi, tendant à instituer un corps de sages-femmes fonctionnarisées, ou des propositions faites au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour améliorer cette profession et lui donner la considération morale, à laquelle elle a droit.

Le livre de Me Albert Maître constitue une étude très complète sur la question.

Je passe rapidement sur la première partie : l'*organisation de la profession*, l'obtention du diplôme, les limites de l'exercice technique et pratique de l'art obstétrical, la lutte contre l'exercice illégal, contre les nombreuses matrones de village, etc.

La seconde partie expose la *nature juridique de la profession* et *mutatis mutandis*, nous pouvons, médecins, tirer partie de l'argumentation de l'auteur.

En effet, sages-femmes et docteurs sont régis par la même loi : celle du 30 novembre 1892. Beaucoup d'articles des codes civil ou pénal, nous sont communs. La situation civile est identique, tant au point de vue du fisc, que pour les associations, les louages de services, etc.

Pour l'auteur, la sage-femme, qui accepte de faire un accouchement contre honoraires, soit à forfait, soit à l'acte médical, a souscrit, par là-même, à un contrat d'entreprise : *locatio operis*, exécution d'un travail, moyennant une rémunération déterminée.

Mais la sage-femme peut se mettre à la disposition d'une clinique, pendant des heures fixes ; ce sera alors un contrat de louage de services ou d'ouvrage : *locatio operarum*.

Dans ce dernier cas, sauf direction d'un docteur, ou d'une sage-femme en chef, la praticienne conserve son indépendance professionnelle, qu'elle tient de son diplôme.

En tous cas, affirme l'auteur, en exerçant sa profession, la sage-femme ne remplit pas un mandat : elle ne fait, pour sa cliente, aucun acte juridique ; elle n'agit pas au nom de celle-ci, mais en son nom propre, encore que son activité profite à autrui.

Cette opinion a son importance, alors qu'en matière de responsabilité professionnelle, les auteurs et la jurisprudence sont partagés sur le point de savoir si le médecin est responsable de ses actes professionnels en vertu du droit commun (article 1382 du code civil) ou comme mandataire de son client (article 1134 c. civ.).

Pour l'auteur, le contrat est à la base de cette promesse de soins, contre rémunération, convention tacite, sans preuve.

A un autre point de vue, Me Albert Maître, démontre que la profession de médecin, ou de sage-femme n'est pas commerciale, sauf si ces prati-

ciens se livrent à des actes de commerce en dehors de l'exercice de leur profession.

Je passe rapidement sur les questions d'honoraires, de cession de clientèle, qui sont les mêmes que pour les docteurs.

Le mariage de la sage-femme.

J'aborde le chapitre du mariage et de l'exercice de la profession d'accoucheuse.

Pour être admise dans une école, puis, plus tard, pour exercer sa profession, la sage-femme, comme la femme docteur en médecine, doit obtenir l'autorisation de son époux, conformément au droit commun.

En pratique, il suffira que le mari ne s'oppose pas à ce que sa femme exerce, en lui laissant engager les dépenses habituelles à une installation et disposer de son temps.

Mais, dans l'intérêt du ménage, le mari peut toujours révoquer une autorisation écrite ou tacite.

Le tribunal civil de la Seine (2 mars 1887) statuant sur une demande d'autorisation, pour exercer la profession de sage-femme, a décidé qu'il ne pouvait l'accorder à l'encontre de la volonté de l'époux.

Cependant, les juges pourraient être amenés à apprécier les raisons, données par le mari, pour interrompre l'exercice de la profession de sa femme : il ne faudrait pas que, par caprice, l'époux vienne à briser une situation déjà acquise et interrompre une carrière commencée.

La femme n'obéirait-elle pas aux injonctions de son mari, que la seule sanction serait motif à divorce au profit de l'époux.

Quant à l'interdiction, faite par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, d'exercer sous un *pseudonyme*, le mariage ne fait pas acquérir à la femme le nom de son mari.

Cependant, la loi du 6 février 1893, modifiant l'article 311 du code civil, a reconnu que la femme peut, selon l'usage répandu, prendre soit le nom seul de son époux, soit ce nom, suivi immédiatement de son propre nom patronymique.

Par conséquent, les femmes docteurs en médecine, sages-femmes, ou chirurgiens dentistes, peuvent exercer leur profession, sous leur nom de jeune fille, qui est resté leur nom patronymique, comme sous le seul nom de leur époux, ou ce dernier, accolé à leur propre nom.

Mais, dans la crainte d'un divorce, ou d'une séparation de corps possible, mieux vaut, pour la femme mariée, avoir la prudence de ne pas laisser ignorer complètement son nom personnel.

Dans son ouvrage, Me Albert Maitre, passe ensuite en revue la situation qu'entraîne le mariage, quant à l'*administration des biens*.

Depuis la loi du 13 juillet 1907, le mari ne peut plus imposer un emploi déterminé aux gains de sa femme.

La Cour de Cassation, par arrêt du 8 novembre 1926, a décidé qu'une femme mariée, exerçant une profession séparée, avec l'autorisation de son mari, est de ce fait, habilitée à contracter seule, sur ses biens réservés, tous engagements relatifs à la durée et aux conditions de son travail.

Par conséquent, une sage-femme, qui serait condamnée, par exemple, à payer des dommages-intérêts, pour faute professionnelle, serait tenue de les acquitter sur ses biens propres

De même, toujours en vertu de la loi de 1907, la sage-femme, ou la femme docteur en médecine, aura le droit de poursuivre le recouvrement de ses honoraires, sans avoir besoin de l'assistance, ou de l'autorisation de son mari.

Contrats.

Quels contrats peut conclure une sage-femme, à l'occasion de sa profession ? Des sociétés entre médecins, entre sages femmes entre elles, l'auteur s'en déclare partisan, malgré la tendance de la jurisprudence à déclarer nuls ces contrats entre praticiens.

Me Albert Maitre estime que, du moment où une société se crée sans apport de clientèle, en laissant le malade libre du choix de son médecin, le contrat peut être considéré comme parfaitement valable. D'autant que souvent le but de l'association entre praticiens est surtout de mettre en commun les locaux, des instruments, un personnel infirmier.

Quant aux clauses de location, elles sont identiques à celles des médecins, qui louent un appartement, ou un immeuble, pour y exercer leur profession ou y installer une clinique.

Maisons d'accouchement.

En ce qui concerne les maisons d'accouchement, l'auteur passe en revue d'abord leur réglementation administrative. L'hébergement de pensionnaires a été considéré pendant longtemps comme l'accessoire de la profession médicale et ce principe s'appliquait à la sage-femme.

Aussi, les arrêtés des maires ne peuvent-ils atteindre les sages-femmes, qui ne sont pas astreintes à tenir un livre, comme dans les hôtels, où sont inscrits les nom et prénoms de leurs pensionnaires. D'ailleurs, les obligations du secret professionnel seraient un obstacle à ce que la sage-femme puisse tenir un registre, tel qu'en ont un obligatoirement tous ceux qui hébergent les voyageurs.

Cependant, au point de vue fiscal, les sages-femmes, qui tiennent des maisons d'accouchement, peuvent être astreintes à acquitter le chiffre d'affaires sur la partie hôtelière proprement dite, étant bien entendu qu'elles devront défal-

Voir la suite page LXIII-1713

PROPOS DU JOUR

Une belle journée médicale.

Hommage rendu au Dr Cayla, de Neuilly. — L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France. — La vente et la tombola de la Maison du Médecin. — Le banquet de l'Association scelle les préliminaires de la fusion intersyndicale.

Le dimanche 20 mai fut pour nous une journée professionnelle des plus satisfaisantes et des mieux remplies.

Le matin, nous étions à Neuilly-sur-Seine où, sous la présidence du Pr Roger, doyen de la Faculté de Paris, un Comité, groupant une dizaine de Sociétés ou de Syndicats, offrait au Dr Cayla, de Neuilly-sur-Seine, son médaillon, œuvre du statuaire bien connu, Auguste Seysse, à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Le Dr Cayla jouit dans le corps médical de la région parisienne d'une universelle et respectueuse estime. Il est le pur modèle des médecins praticiens. Originaire du Quercy, il sut, au cours de sa carrière, faire preuve de l'activité, de l'énergie, de la courtoisie et de la droiture qui sont les qualités maîtresses de ces fortes races du Plateau Central. Ce sont ces Français du Centre qui contribuent pour une grande part, par leur travail et leur ténacité dans l'effort, à la prospérité de la France et de Paris où leurs colonies sont nombreuses et puissantes. Praticien savant, expert et dévoué, le Dr Cayla sut à la fois conserver les nobles traditions d'indépendance, de dévouement, de générosité, de bonté, qui ont fait de la médecine un véritable sacerdoce, et collaborer aux progrès que l'évolution de la Société a multipliés à notre époque.

S'il fut à la Société médicale de Neuilly, au Conseil général des Sociétés d'arrondissement, un des conservateurs de cette vieille déontologie médicale qui (nous le regrettons, mais, hélas ! le constatons tous les jours) ne sera bientôt, comme la courtoisie chevaleresque et l'exquise politesse française, qu'un lointain souvenir, il n'hésita pas à apporter sa contribution à la médecine publique, dite aujourd'hui médecine sociale, en collaborant avec un dévouement intelligent et ingénieux à l'hygiène scolaire, à la culture physique de la jeunesse, à l'œuvre bienfaisante des Secouristes français, et surtout, en n'hésitant pas à se mettre à la tête des syndicats médicaux de la banlieue parisienne dont il présida la Fédération.

L'histoire de cette vie de labeur a été brillamment exposée par une succession d'orateurs : le Dr Felhoen, qui, au nom de la Société médicale de Neuilly, rappela comment le Dr Cayla avait su établir des rapports cordiaux et confraternels entre des médecins qui, systématiquement, jadis s'ignoraient et s'enviaient ; le Dr Lian, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris, au nom du Conseil général des sociétés d'arrondissement et de la Fédération corporative des médecins parisiens ; le Dr Bezançon, de Boulogne, au nom des syndicats médicaux de la banlieue ; M. Berge, ancien président du Club Alpin français qui évoqua la part active que le Dr Cayla avait prise à l'organisation des Sections de jeunes gens du Club alpin, et notamment des sections de jeunes filles dont il fut, il y a plus de 20 ans, le créateur ; M. Grzybowsky, président des Secouristes français, qui remercia le Dr Cayla de l'enseignement éclairé qu'il donna aux secouristes, des sages conseils qu'il prodigua à sa Société, l'empêchant de dévier de son but et d'empiéter dangereusement dans le domaine médical.

Le doyen Roger, en une causerie remplie de piquantes anecdotes, évoqua les souvenirs d'internat, quand, collègue de son ami Cayla, il assurait avec lui à l'Hôtel-Dieu le service du célèbre chirurgien Richet. Parmi ces anecdotes amusantes et que le Pr Roger conta avec une spirituelle et caustique bonhomie, nous en relèverons une qui dut faire sourire notre confrère Pescher, l'apôtre de la spiroscopie, venu à la fête. De brillants artistes fréquentaient alors la salle de garde de l'Hôtel-Dieu et, parmi eux, Sellier, de l'Opéra. Sa belle voix de ténor était soutenue par une étonnante capacité pulmonaire et il aimait à en donner la preuve expérimentale. Il soufflait puissamment dans une bouteille qu'il remplissait ainsi d'air comprimé. La bouteille, hermétiquement fermée avec la paume de la main, lui servait ensuite, en la débouchant brusquement, à souffler les becs de gaz, au point de les éteindre (?). Le spiroscope était inventé. Le doyen termina son allocution en félicitant son camarade d'internat dont les traditions se con-

tinuent avec son fils, chef de clinique de la Faculté, et entrevoit pour ce dernier le plus brillant avenir. Enfin, un représentant de la municipalité de Neuilly vint exprimer au médecin. son bienfaiteur, la reconnaissance de cette ville.

Le Dr Cayla remercia avec simplicité et émotion ; il fit un rapide tableau de sa longue carrière, s'efforçant de la ramener à l'exercice normal de la profession médicale.

Parmi les nombreux confrères venus pour féliciter le Dr Cayla, nous avons été heureux de reconnaître, outre le doyen, de nombreux professeurs de la Faculté, médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui avaient tenu à se joindre aux médecins de Paris et de sa banlieue accourus pour témoigner au vieux praticien leurs sentiments de haute estime et d'affection.

***

Le même jour, à 14 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la Faculté, s'est tenue l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France.

C'est une cérémonie qui se déroule avec une harmonie paisible et une régularité toute rituelle. Le Président Bellencontre prononce avec une éloquence toujours élégante et délicate le discours traditionnel. Le trésorier général Bongrand dont tous apprécient la clarté et qui sait donner de la vie à une comptabilité par essence un peu sèche, est toujours unanimement applaudi. Le secrétaire général Thierry, en résumant son copieux rapport, soulève toujours des discussions qui deviennent parfois assez vives tout en restant courtoises. Cette année nous avons pu constater que l'interpénétration des Sociétés de l'A.G. et des Syndicats devenait de plus en plus étroite et fréquente, et que l'époque où l'on opposait ces deux groupements du Corps médical était déjà lointaine. Nos Sociétés et nos Syndicats forment, un peu comme la Trinité, un seul corps en deux personnes, mais cet état qui est pour nous tout à fait naturel et normal, n'a rien de mystérieux. Comme intermède, le Dr Foveau de Courmelles, à propos d'un vœu venant du Vaucluse, demandant l'étude de la « pléthore médicale » et le moyen d'y remédier, lut un passage de Balzac qui prouve qu'il y a quatre-vingts ans, les médecins formulaient les mêmes plaintes, et le Dr Thierry rappela que notre érudit vice-président Darras avait relevé une statistique qui prouvait assez plaisamment qu'il y a 50 ans, le Corps médical du Vaucluse comptait 20 praticiens de plus qu'à l'heure actuelle.

Les questions des loyers, des patentes, du secret médical donnèrent lieu à d'intéressants échanges de vue. Mais le principal charme de l'Assemblée de l'A.G. fut de retrouver de vieux amis de province que l'on a rarement le plaisir de rencontrer ailleurs.

***

A côté de l'Amphithéâtre où se tenait l'Assemblée, dans la vaste galerie qui fait suite au vestibule, avait lieu la vente et le tirage de la tombola de la *Maison du médecin*. Grâce à l'activité et au dévouement de Madame Claisse, présidente du Comité des dames patronnesses et de ses collaboratrices, et à la généreuse et habile intervention du Dr Boucard, le succès a dépassé toutes nos espérances et l'avenir de la *Maison du médecin* se trouve assuré pour plusieurs années. (1)

***

Enfin, cette journée si bien remplie se termina joyeusement au *Foyer médical* de l'avenue d'Iéna où eut lieu le banquet sous la présidence du Pr Balthazard, et ce fut avec un enthousiasme unanime et avec des applaudissements frénétiques que fut accueillie la bonne nouvelle, celle de l'Entente complète, cordiale, sans réserve, à la Commission mixte des délégués de l'Union des Syndicats médicaux, de la Fédération nationale et des Groupements des spécialistes. Ces organismes dissidents vont se fondre en un seul, la Confédération nationale des Syndicats médicaux. Cette heureuse nouvelle valut au Pr Balthazard, qui présida la Commission mixte, au Pr Vanverts, le président de la Fédération, au Dr Dibos, président de l'Union, une suite d'acclamations et de bans si spontanés, si unanimes, que l'on ne saurait douter un instant que le prochain Congrès des Syndicats qui se tiendra au début de juillet, ne mette un terme définitif à toutes nos dissensions professionnelles.

Le vieux syndicaliste que nous sommes, qui prêcha sans cesse la concorde et l'entente, ne saurait dissimuler la joie profonde qu'il a éprouvée.

Le 20 mai 1928 est une date qui comptera parmi les meilleures dans nos fastes professionnels.

J. Noir.

(1) Adhérez, lecteurs, à *la Maison du Médecin*, maison de retraite des vieux confrères isolés et sans ressources, Vous ferez une bonne œuvre. — Cotisation : 30 fr, Adresse : 51 rue de Clichy. Compte de Chèques Postaux : Paris, 391.46

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC DU NYSTAGMUS

Par Henri ROGER,

Professeur de clinique neurologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le nystagmus est un symptôme qui se rencontre avec une certaine fréquence dans la pratique médicale. A la lumière des travaux dont il a été l'objet ces derniers temps, nous avons cru intéressant, après avoir rapidement esquissé son diagnostic différentiel, d'étudier son diagnostic étiologique, d'envisager les caractères qui permettent de lui attribuer une origine périphérique ou centrale, de noter les particularités qu'il acquiert dans les principales maladies du labyrinthe ou du système nerveux central.

Diagnostic différentiel.

Nous n'aurions pas besoin de rappeler le diagnostic du N. vrai d'avec l'*ataxie du globe oculaire*, si celle-ci ne se rencontrait justement dans les affections du système nerveux central comme le tabes ; il s'agit d'une instabilité des globes empêchant la fixation du regard et non de secousses autour d'un axe.

Orzechowski, et à la suite Tyczka, ont étudié sous le nom d'*opsoclonies*, des mouvements désordonnés des yeux, portant sur les deux yeux en même temps ou sur chaque œil séparé, à type irrégulier et brusque, à secousses surtout latérales, mais parfois rotatoires, qu'il nous paraît personnellement bien difficile de ne pas rapprocher de certains N. atypiques. Dans le cas de Tyczka, il existait des mouvements incoordonnés de la main gauche et de la latéropulsion gauche ; les phénomènes, qui rétrocédèrent rapidement, furent attribués par cet auteur à une lésion avoisinant le faisceau longitudinal postérieur.

Avant de conclure à une lésion périphérique ou centrale de l'appareil vestibulo-labyrinthique, il est logique d'exclure un N. qui ne serait dû à aucune lésion. Il serait donc important de connaître des signes permettant d'éliminer d'une façon certaine le *N. volontaire*.

L'irrégularité des secousses, et leur disparition dans le regard latéral, paraissent les deux éléments différentiels les plus importants.

Les *secousses nystagmiformes*, que certains auteurs voudraient séparer du N. vrai et qui peuvent cependant n'être que l'ébauche d'un N. devenant plus accusé par la suite, seraient souvent liées, d'après Barré, à une hyperexcitabilité sympathique associée à un état d'hypotonie des muscles oculaires.

Indiquons l'hyperexcitabilité du N. calorique avec vertiges intenses, phénomènes vasomoteurs accusés, parfois tendance syncopale des individus présentant des dystonies végétatives, des névropathes, des sensitifs, des intellectuels, des sujets soumis à des émotions successives et prolongées.

Diagnostic entre le nystagmus d'origine centrale et le nystagmus périphérique.

Nous envisagerons successivement les caractères du nystagmus spontané et du nystagmus provoqué.

Le **N. spontané** est permanent, durant des mois et des années, dans les affections du système nerveux central ; il évolue pendant quelques semaines seulement, pour ne plus reparaître, sauf parfois par crises, dans les lésions labyrinthiques.

Il bat dans toutes les positions du regard quand il est central, généralement d'un seul côté, quand il est labyrinthique.

Il frappe du côté opposé à la lésion dans les troubles périphériques, souvent du même côté que la lésion dans certaines localisations centrales.

Un N. vertical est à peu près sûrement d'origine endocranienne. Un N. rotatoire pur est plus en faveur d'une origine nucléaire que d'une atteinte semicirculaire : celle-ci présente plutôt la forme-horizontale rotatoire. Le N. de cause périphérique bat du côté opposé au sens de la chute ou de la tendance à la chute, le N. central bat dans n'importe quel sens par rapport à celui de la chute.

Cependant, bien des restrictions sont à apporter à ces données générales. Les infections des centres nerveux, comme la sclérose en plaques, peuvent, en raison de leurs poussées évolutives, provoquer du N. transitoire, tout comme les labyrinthites. Certains N. labyrinthiques intenses peuvent être bilatéraux. Au début de labyrinthites, un N. par irritation peut battre, du moins pendant une courte période, du côté de la lé-

sion, avant qu'il s'établisse un N. par inhibition. Tous les N. centraux ne battent pas dans le sens lésionnel. Un N. vertical, il est vrai, à faibles oscillations, pourrait se rencontrer chez les seuls surmenés (Inghans et Jones).

Il ne paraît donc pas y avoir de signe absolument pathognomonique. Les symptômes qui accompagnent le N. ont plus de valeur que ses caractères intrinsèques. La constatation par l'examen clinique d'une otite suppurée, d'une fracture du rocher, etc., sera d'un plus précieux appoint pour le diagnostic. Un N. avec phénomènes subjectifs très intenses sans diminution de l'ouïe sera plutôt vestibulaire que labyrinthique. Un N. s'accompagnant d'hémianesthésie à type syringomyélique ou d'une paralysie des derniers nerfs craniens impliquera une localisation bulbaire.

Les **épreuves instrumentales** permettent-elles de mieux résoudre le problème ?

Un signe de la fistule positif sera en faveur des canaux semicirculaires.

A l'*épreuve calorique*, une hyperexcitabilité bilatérale, vraiment pathologique par son intensité, par sa longue durée, par les réactions subjectives qui l'accompagnent, par ses variations suivant les périodes, est plutôt due à un processus bulboprotubérantiel irritatif, sclérose en plaques par exemple, qu'à une affection labyrinthique. L'hyperexcitabilité peut être toutefois simplement dûe à un tempérament névropathique. Une hyperexcitabilité du N. seul sans sensations vertigineuses, ni mouvements réactionnels, a été trouvée dans les lésions du cervelet par Hautant.

« Quant à l'hypo ou l'inexcitabilité, rien ne permet de dire *à priori*, si elle relève d'un trouble portant sur la partie périphérique ou sur la partie centrale des voies vestibulaires » (Baldenweck).

A l'épreuve rotatoire, ici aussi l'hyperexcitabilité très marquée est signe de lésion rétro-labyrinthique ou centrale, mais l'hyperexcitabilité peut appartenir aussi bien à la périphérie qu'aux centres.

L'*épreuve galvanique* interroge le nerf vestibulaire et les centres. Une affection labyrinthique pure, si intense soit-elle, ne s'accompagne pas de modifications du N. voltaïque. Une hypoexcitabilité galvanique peut se rencontrer aussi bien dans les lésions du nerf vestibulaire ou des centres que chez les simples commotionnés, ou même de simples névropathes.

La **dissociation entre les diverses épreuves** fournira-t-elle des résultats plus intéressants pour le diagnostic que les épreuves elles-mêmes ?

Une dissociation entre la réaction N. (abolition), d'une part, et les mouvements réactionnels (positifs), d'autre part, serait en faveur d'une origine centrale (Barany).

La divergence entre la déviation de l'index dans l'épreuve de Barany et le sens de la composante lente du N. post-rotatoire se rencontre dans les affections centrales et plus particulièrement cérébelleuses.

Des sensations vertigineuses très intenses avec latéropulsion sans troubles des réactions labyrinthiques sont en faveur d'une lésion centrale.

La dissociation entre l'épreuve calorique et l'épreuve rotatoire est généralement d'origine périphérique. Elle peut se faire dans deux sens. L'inexcitabilité ou l'hypoexcitabilité calorique, avec épreuve rotatoire normale ou très faiblement hypo, a été donnée comme spéciale à la syphilis acquise secondaire ou tertiaire du labyrinthe ou du nerf auditif (labyrinthite ou neurolabyrinthite), mais cette dissociation peut se rencontrer dans d'autres névrites et même dans des affections centrales. Inversement, l'inexcitabilité ou l'hypoexcitabilité rotatoire, avec épreuve calorique normale ou à peine touchée, serait plus spéciale à l'hérédo-syphilis labyrinthique, mais elle a été également retrouvée dans la syringomyélie, la sclérose en plaques.

Plus intéressante peut-être au point de vue sémiologique est la dissociation entre les épreuves calorique et rotatoire d'une part et l'épreuve galvanique d'autre part.

Des épreuves calorique et rotatoire normales, avec forte résistance au passage du courant galvanique, seraient le fait d'un trouble du nerf ou des centres ; une épreuve voltaïque normale, avec hypo ou inexcitabilité calorico-rotatoire, celui d'une lésion labyrinthique.

Pour Bard, la comparaison entre les épreuves faites sur l'une ou l'autre oreille a une grande importance. Une inexcitabilité complète d'un labyrinthe par irrigation froide et chaude de cette oreille, avec réaction du labyrinthe opposé à ces modes d'exploration, ou encore une inexcitabilité voltaïque non seulement au pôle positif mais aux deux pôles, avec réaction normale du congénère au courant, permettent de conclure à une lésion périphérique. On pensera à une lésion d'un des centres « lorsque la réaction fera défaut lors de l'excitation successive des deux labyrinthes par un des deux modes opposés, tout en présentant des caractères normaux lorsque cette application est inversée ».

La dissociation entre l'atteinte des divers canaux semicirculaires, le plus souvent inexcitabilité calorique d'un seul canal (canal horizontal) avec excitabilité normale des deux autres (canaux verticaux) paraît de prime abord périphérique, par localisation élective de la lésion otitique sur telle ou telle partie du labyrinthe ou du poison nerveux sur telle ou telle fibre du nerf vestibulaire.

Toutefois l'école américaine avec Eagleton, avec Jones, admet un trajet différent des fibres

nerveuses émanant du canal horizontal (pédoncule cérébelleux inférieur) et des canaux verticaux (pédoncule cérébelleux moyen) et par suite la possibilité d'une dissociation d'origine centrale. Ces auteurs ont décrit au cours des affections ponto-cérébelleuses un syndrome caractérisé : du côté malade par une excitabilité totale ; du côté opposé, par la diminution ou la suppression de l'excitabilité des canaux verticaux avec conservation de l'excitabilité du canal horizontal.

Mais cette dissociation (inverse de celle que l'on observe habituellement dans les lésions périphériques) est loin d'être constante dans les tumeurs de l'acoustique.

On voit combien il est souvent difficile, même à l'aide des épreuves les plus délicates de distinguer l'origine centrale ou périphérique d'un N.

Diagnostic des nystagmus d'origine périphérique.

Une fois établie par le caractère du N., ou mieux par les symptômes associés, l'origine périphérique d'un N., de nombreuses questions se posent. La lésion est-elle irritative ou inhibitrice ? Est-elle bi ou unilatérale ? et, en pareil cas, quel est le côté atteint ? Est-elle généralisée à tout l'appareil périphérique, ou localisée à une de ses parties ? Quelle est la nature de la lésion causale ?

La **lésion est-elle irritative ou inhibitrice** ? Dans les labyrinthites, l'irritation est de courte durée, faisant rapidement place à une phase d'inhibition : à la période d'irritation, le N. bat du côté malade, à la phase d'inhibition du côté sain. L'hyperexcitabilité d'un labyrinthe se traduit par des réflexes nystagmiques augmentés, souvent avec sensation vertigineuse post-rotatoire non exagérée. L'hypoexcitabilité se révèle par une limite élevée du seuil des excitations caloriques, rotatoires, mais, dans certains cas frustes, celui-ci peut rester subnormal, malgré une hypoexcitabilité réelle. L'absence ou le peu d'intensité des vertiges, des mouvements réactionnels au cours de ces épreuves, aideront alors au diagnostic.

L'inexcitabilité d'un appareil vestibulaire se traduit, au début de la lésion, par une différence très nette entre les épreuves instrumentales faites des deux côtés. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, il y a compensation et la rotation dans les deux sens produit les mêmes symptômes : à cette période d'ailleurs, le N. spontané a souvent disparu.

La **lésion est-elle uni ou bilatérale** ? Nous avons envisagé jusqu'ici surtout la lésion unilatérale ou prédominant très nettement d'un côté,

Une inexcitabilité labyrinthique bilatérale se traduit par l'absence du réflexe de rotation dans les deux sens et du réflexe calorique des deux oreilles.

Quel est le côté atteint ? La direction du nystagmus spontané (orienté du côté sain), les résultats des diverses épreuves instrumentales que nous n'avons pas besoin de rappeler, permettent de trancher ce problème. Pour Durand, l'épreuve galvanique n'a aucune valeur pour la recherche du côté lésé ; chez les trépanés du labyrinthe, cet auteur trouve une chute anormale toujours du côté de l'oreille malade ou bien toujours du côté de l'oreille saine.

La lésion est-elle généralisée à tout l'appareil périphérique ou localisée à une de ses parties ?

1° Quand nous avons parlé du N. périphérique, nous avons surtout envisagé le N. par dysfonctionnement du labyrinthe. Mais la partie périphérique de l'appareil vestibulaire ne comprend pas que l'organe de réception ; elle comprend aussi l'organe de transmission aux centres, le *nerf auditif*, le *nerf vestibulaire*. Si d'une façon générale le N. spontané ou provoqué se comporte de la même façon, qu'il s'agisse d'une atteinte du labyrinthe ou des conducteurs nerveux, il y a cependant quelques symptômes qui permettent de différencier ces deux lésions.

Dans une affection périphérique, une dissociation entre l'excitabilité des divers canaux semicirculaires permet de songer à une affection du nerf plutôt qu'à une lésion labyrinthique : une névrite parcellaire, infectieuse (méningite cérébrospinale) ou toxique (alcool, arsenic), atteignant tel ou tel système de fibres, l'explique mieux qu'une labyrinthite circonscrite à tel ou tel canal. Il faut, bien entendu, faire exception pour les labyrinthites inflammatoires et la syphilis labyrinthique qui sont coutumières de pareilles dissociations.

L'épreuve galvanique reste normale (par action directe sur le nerf) quand le vestibule est paralysé, alors que les épreuves calorique et rotatoire disparaissent. Une altération limitée à l'épreuve galvanique (résistance à l'inclination pour un courant de 10 à 15 mill.), avec épreuves calorique et rotatoire normales, est en faveur d'une lésion du nerf vestibulaire (ou de ses centres). Mais des lésions qu'on a tout lieu de supposer localisées au tronc nerveux ne se traduisent parfois par aucune modification de la réaction galvanique, alors que de simples commotionnés (ou même des névrosiques ?) résistent parfois à un courant de 15 à 20 mill.

2° Le labyrinthe n'est pas seulement composé de canaux semicirculaires, que nous avons à peu près exclusivement explorés jusqu'ici ; il y a également l'*appareil otolithique*.

L'on connaît l'importance des fonctions de cet appareil. Son excitation produit des sensations qui nous renseignent sur la position de la tête, des mouvements réactionnels des yeux, du tronc et des membres, des troubles de fonctions organiques. C'est lui qui règle les réflexes provoqués par la position de la tête dans l'espace : réflexes toniques sur la musculature du corps, réflexes de maintien de l'attitude céphalique normale, attitude compensatrice des globes oculaires d'origine labyrinthique.

C'est à l'appareil otolithique que sont attribués certains N. de position. Pour Barany, un N. apparaissant par le changement brusque de position de la tête (renversement en arrière) est d'origine semi circulaire (excitation des ampoules par le déplacement du liquide endo-lymphatique). Mais un N., se montrant seulement quand la tête prend lentement une certaine position dans l'espace, est d'origine otolithique (excitation des cils de la macula se déplaçant sous l'influence de la pesanteur).

Les observations très bien étudiées de Voss et de Nylen montrent que le changement de position de la tête dans l'espace peut provoquer des vertiges accompagnés de N. même si la position de la tête par rapport au tronc ne varie pas, ce qui élimine les réflexes partis des canaux sémicirculaires. D'ailleurs dans les expériences de Borries chez le pigeon, le N. calorique se manifeste et change de direction suivant les positions de la tête malgré la destruction des canaux semicirculaires.

Mais d'autres expériences, portant celles-ci sur les mammifères, rendent le N. d'origine otolithique problématique chez ces animaux : disparition successive des réflexes toniques d'origine otolithique sans N., puis des réflexes des canaux semi circulaires avec apparition du N., si l'on injecte de la cocaïne dans l'oreille moyenne du lapin, — destruction unilatérale de la macula sans apparition du N. qui se montre quand on ouvre la partie supérieure du labyrinthe.

De Kleyn se demande si le N. par changement de position de la tête n'est pas d'origine centrale : le renversement de la tête en arrière gênerait la circulation de l'artère vertébrale et l'irrigation des noyaux bulbaires.

3° La partie semi circulaire du labyrinthe est, elle-même, composée *de trois canaux* : un horizontal et deux verticaux, qui peuvent ne pas être atteints en même temps par le processus infectieux. C'est généralement le canal horizontal qui est le premier et le plus atteint dans les otites, à cause de sa proximité de la caisse. Son exploration se recherche par l'épreuve calorique dans la position I (tête renversée de 60° en arrière) ou II de Brünings (tête renversée de 60° en arrière et inclinée de 45° du côté de l'oreille irriguée) ou par l'épreuve rotatoire, tête en position normale. Son inexcitabilité se traduit par l'absence du N. horizontal habituel.

L'exploration des canaux verticaux se fait dans la position III de Brünings ou, mieux, par le passage de la position I ou II à la position III (tête renversée de 60° en arrière et inclinée à 45° sur l'épaule opposée à l'oreille examinée). Lorsque des canaux sont inexcitables, le N. rotatoire manque, ou le N. horizontal en position I ou II ne devient pas rotatoire par le passage à la position III. Toutefois, il s'agit parfois d'hypoexcitabilité plutôt que d'inexcitabilité, car l'épreuve rotatoire destinée à exciter les canaux verticaux (tête inclinée de 90° en avant) peut déterminer ce N. rotatoire, que ne décelait pas l'épreuve calorique.

Quelle est la nature de la lésion causale ? Notre intention n'est pas d'insister ici sur les modifications du N. spontané, révélé ou instrumental, dans les complications labyrinthiques des otites moyennes inflammatoires (labyrinthite circonscrite diffuse, séreuse ou suppurée, cicatricielle), dans la syphilis, dans les hémorragies labyrinthiques, etc. Nous les avons étudiées ailleurs d'une façon suffisante pour ne pas y insister à nouveau (1).

Cliniquement, le tableau est assez différent : ou bien, il y a une suppuration auriculaire, récente ou ancienne, ou bien il y a un traumatisme, etc.

Rappelons simplement l'importance du signe d'Hennebert dans la syphilis héréditaire, la dissociation des épreuves vestibulaires calorique et rotatoire de type d'ailleurs différent, suivant qu'il s'agit de syphilis acquise ou héréditaire.

Dans les suppurations auriculaires, une dissociation entre les diverses épreuves ou entre les résultats donnés par les divers canaux sera en faveur d'une labyrinthite circonscrite ; une inexcitabilité totale fera pencher vers une pyolabyrinthite, quoiqu'elle puisse se rencontrer également dans quelques cas de labyrinthite séreuse diffuse.

Diagnostic des nystagnus d'origine centrale.

Une fois admise, la nature centrale d'un N., *comment établir* L'ORIGINE BULBAIRE, CÉRÉBELLEUSE OU HÉMISPHÉRIQUE DE LA LÉSION ?

Le N. rotatoire paraît assez particulier au *bulbe* inférieur ; mais les symptômes associés seront du plus grand secours diagnostique. Un syndrome d'Avellis, de Jackson ou de Babinski-Nageotte rendront indiscutable cette localisation.

Un N. battant du côté malade, l'apparition d'une réaction nystagmique anormale (verticale,

(1) H. ROGER. — Sémiologie du nystagmus (*Marseille médical*, août 1927.)

prolongée, inversée, hypo-excitabilité des canaux verticaux) orientent vers une lésion de la *fosse cérébelleuse.* L'incoordination, l'ataxie, la dysmétrie, l'hypermétrie et peut-être encore plus l'hypotonie unilatérale imposeront l'idée d'un abcès ou d'une tumeur du cervelet.

Un schéma rappelant celui d'Eagleton sera en faveur d'une localisation ponto-cérébelleuse sans qu'il soit constant ni absolument pathognomonique.

Une hémiplégie avec déviation conjuguée de la tête et des yeux entraînera le diagnostic d'hémorragie ou de nécrose corticale ou capsulaire.

PEUT-ON PRÉCISER LE CÔTÉ ATTEINT ?

Pour le bulbe, un N. horaire, du moins dans le plus grand nombre des cas, est en faveur d'une lésion gauche, un N. antihoraire d'une lésion droite. Cependant, Barré a observé la systématisation inverse. Peut-être la différence tient-elle simplement au degré de la lésion. Dans trois cas de N. antihoraire publiés récemment par Marinesco et Draganesco, deux cas étaient dus à une lésion droite du type destructeur (syringomyélie, foyer de ramollissement), 1 à une lésion gauche du type irritatif (sclérose en plaques).

Pour le *cervelet*, le N. bat habituellement du côté malade.

Dans les *tumeurs de l'angle pontocérébelleux*, il bat au début du côté sain, plus tard du côté malade.

En cas de *syndrome d'hypertension intracranienne*, l'apparition d'un N. révélé par changement de position de la tête, serait en faveur d'une localisation à l'étage postérieur.

Le N. donne-t-il des indications sur la NATURE DE LA LÉSION ?

La plupart des observations anciennes se contentent d'indiquer la présecnce ou l'absence du N. sans insister sur ces caractères cliniques ; ceux-ci ne paraissent pas assez nettement différenciés pour servir de base à un diagnostic causal très précis.

La coïncidence avec le N. d'une hyperexcitabilité aux diverses épreuves instrumentales est en faveur d'un processus irritatif plus que destructif, comme celui de la sclérose en plaques.

Ici, comme toujours en clinique, ce seront l'ensemble, du tableau clinique, le mode d'évolution de la maladie, les commémoratifs, beaucoup plus que l'analyse d'un seul symptôme, qui trancheront le diagnostic.

Le problème peut être plus compliqué en clinique, du fait de la **coexistence assez fréquente de lésions périphériques et centrales**.

Une infection ou une intoxication peut frapper à la fois l'appareil de réception, l'appareil de transmission et les centres. La méningite cérébrospinale, la syphilis, peuvent déterminer de la labyrinthite et des névrites, voire même, pour la syphilis, des lésions des noyaux vestibulaires.

De même, que le système moteur médullobulbaire peut être atteint à la fois dans le noyau central d'origine et dans son prolongement périphérique, le nerf (neuronite antérieure aiguë de Grasset), de même il peut y avoir pour le syndrome sensitif un mélange de signes périphériques et centraux, homologue sensitivo-sensoriel de la neuronite motrice.

En pareil cas, le problème diagnostique reste des plus difficiles et souvent même insoluble.

Une otite peut se compliquer d'abord de labyrinthite, puis de lésions intracraniennes : méningite de la fosse postérieure ou abcès cérébelleux.

Et les otologistes se sont ingéniés à essayer d'élucider ce cas de diagnostic épineux et de conduite thérapeutique délicate.

« Si le N. bat du côté malade, le diagnostic est facilité, du moins si l'otite initiale est unilatérale. Si elle est bilatérale, le signe perd de sa valeur ; car le nystagmus peut être en rapport avec une labyrinthite circonscrite du côté moins atteint.

« S'attacher, de toute façon, à l'évolution du nystagmus, aux caractères de l'épreuve de l'index, à la recherche de tous les signes neurologiques.

« Si le nystagmus bat du côté sain, s'il y a coexistence d'abcès cérébelleux non cliniquement décelable, il faut faire la trépanation labyrinthique. En dehors de l'indication vitale de cette dernière, il y a là un moyen de diagnostic : en cas d'abcès du cervelet, les phénomènes continuent à évoluer. » (Baldenweck).

Quelques conclusions.

Au cours d'une otite suppurée aiguë ou chronique, un N. horizontal rotatoire, battant du côté sain, indique la perte des fonctions vestibulaires et est attribuable à une labyrinthite. Les épreuves nystagmiques calorique et rotatoire montrent parfois des dissociations, indiquant une atteinte partielle.

La syphilis et l'hérédosyphilis labyrinthique, se caractérisent également par des dissociations vestibulaires : l'hérédosyphilis présente des réactions spéciales à l'épreuve pneumatique (signe d'Hennebert).

La constatation d'un N. spontané ou dans le regard latéral au cours d'un syndrome médullaire ou bulbomédullaire complexe à prédominance pyramidale et évoluant par poussées subaiguës permettra d'orienter un diagnostic vers la *sclérose en plaques*. Mais on a trop longtemps considéré le N. comme quasi pathognomonique de cette affection et, sous ce prétexte, étendu

d'une façon démesurée le cadre de cette maladie. Un N. pourra être cependant le principal signe objectif d'une forme vestibulolabyrinthique de sclérose en plaques ou d'*encéphalite* ultérieurement confirmée par l'évolution.

En présence d'un N. rotatoire accompagné de quelques symptômes bulbaires inférieurs, il faut penser à une *syringobulbie* et rechercher la dissociation parfois fruste des sensibilités. Un N. horaire localisera plutôt la lésion à gauche, antihoraire à droite.

Au cours d'un syndrome vertigineux avec latéropulsion et signes cérébellolabyrinthiques, un N. battant du même côté que la pulsion et les autres signes sera plutôt d'*origine cérébelleuse.* Encore faut-il faire des réserves sur la possibilité d'une hypertension de la fosse cérébelleuse par lésion éloignée.

En dehors de ces quelques données pratiques et de quelques autres qu'on trouvera chemin faisant dans ce travail, et qui restent d'ailleurs susceptibles de révision, il paraîtrait aventureux, en l'état actuel de la science, de s'engager plus avant sur la voie de conclusions hâtives.

Malgré les beaux travaux accumulés en particulier depuis la guerre, tant à l'étranger qu'en France, malgré les belles études de l'Ecole de Strasbourg, le N. reste encore un terrain frontière insuffisamment exploré sur lequel les efforts combinés des otologistes, des neurologistes et des oculistes finiront un jour par jeter une plus vive lumière.

CLINIQUE MÉDICALE

Les parentés morbides de l'asthme.

D'après une leçon du professeur F. Bezançon. (1)

Les anciens auteurs, s'ils n'avaient pas nos moyens d'investigation, étaient de grands observateurs. Il est intéressant de voir ce qu'ils ont observé. Il y a une notion qui a, pour ainsi dire, dominé toute la vieille médecine, la médecine du commencement et du milieu du dix-neuvième siècle, c'est cette notion des diathèses.

Chaumel définit la diathèse : une disposition en vertu de laquelle plusieurs organes ou plusieurs tissus sont le siège d'affections similaires ou identiques.

Pour Bouchard, la diathèse était une tendance à faire des maladies analogues. Un même individu peut présenter sur des tissus ou organes différents des manifestations diverses ayant des points communs.

L'idée intéressante des anciens, c'est que les maladies chroniques sont des maladies diathésiques. Pour eux, la tuberculose et la syphilis étaient considérées comme des diathèses.

On sourit aujourd'hui, quand on parle de diathèse à propos de la tuberculose et de la syphilis. Les modernes ont montré que la tuberculose et la syphilis étaient des maladies infectieuses. Ne sourions pas trop, parce qu'il faut bien savoir que si nous avons apporté pour ces maladies la notion étiologique, nous n'avons pas résolu le problème de la maladie. La syphilis n'est, pour ainsi dire, pas connue du tout, en dehors de son étiologie microbienne. On n'a pas encore bien étudié les raisons des modalités différentes.

Prenons la tuberculose. Les anciens, en disant que la tuberculose était une maladie diathésique, avaient tort. C'est une maladie infectieuse, mais qui, selon les moments de son évolution, se présente sous des aspects différents. Le tuberculeux au début a des modalités réactionnelles particulières, que plus tard, il n'aura plus. Au début il peut faire de la pleurésie. Plus tard, il fera de la caséification, puis le bacille se localisera sur des organes différents. On est frappé de la variabilité extraordinaire de l'infection tuberculeuse : un individu présente de la granulie généralisée ; un autre a une énorme pneumonie caséeuse ; un autre peut, toute sa vie, supporter l'infection tuberculeuse, parce qu'il la localise, la limite et vit avec elle. En matière de tuberculose, on arrive à se dire qu'on ne connaît pas grand'chose.

La tuberculose et la syphilis étaient considérées par les anciens comme des diathèses, en raison de cette longue évolution des maladies et de leurs localisations successives. C'était une erreur. Aujourd'hui, personne ne pense plus à reprendre ces vieux mots de diathèse tuberculeuse et diathèse syphilitique, mais nous retenons certaines idées intéressantes contenues dans la notion ancienne.

Après la démolition de la diathèse tuberculeuse, de la diathèse syphilitique et de la scrofule, les modernes sont encore à se demander s'il faut garder l'arthritisme. Faut-il le rejeter ?

Oui, disent Lécorché et M. Marcel Labbé. Non, dit M. Mouriquand ; on sort de l'hôpital en la niant (la diathèse arthritique), mais on la retrouve dès les premiers pas dans sa pratique personnelle, et l'on finit par composer avec elle, lorsqu'on aborde la pathologie bourgeoise. La patho-

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 27 janvier 1928, recueillie par le Dr Laporte.

logie bourgeoise, c'est-à-dire la pathologie des sédentaires, des gens trop bien nourris par rapport à leurs dépenses organiques, des surmenés, des hommes à système nerveux exaspéré. Comme disent MM. Loeper et Debré, l'arthritisme est accepté des médecins, qui y voient une étiquette facile de choses qu'ils ne peuvent encore comprendre et classer.

En réalité, les anciens auteurs ont vu des faits, mais ont commis en général une grave erreur, en proposant une notion beaucoup trop compréhensive. Cependant, nous avons besoin de grouper pour essayer de comprendre.

On connaît la grande leçon clinique de Trousseau sur l'asthme. On y voit tous les reflets des préoccupations de son temps. Il accumule des théories, en particulier la fameuse théorie de la métastase. Trousseau insiste beaucoup sur les rapports entre la goutte et l'asthme, et raconte une série d'observations curieuses.

Il rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, dans son enfance, avait eu une dartre humide, qui disparut brusquement. De 17 à 21 ans, il fut tourmenté souvent d'attaques d'asthme violentes nécessitant la saignée. A 21 ans, il fut pris d'une attaque de goutte régulière, et, depuis n'eut plus d'asthme. Tourmenté par la goutte, il lui fallut recourir aux préparations de colchique, remède d'ailleurs efficace, et aussi assez dangereux, et il fut délivré de la goutte, mais sa santé s'était profondément altérée.

Il alla, à Tours, consulter le célèbre Bretonneau, maître de Trousseau, qui lui fit supprimer l'usage du colchique, lui prescrivit un régime substantiel et ainsi lui rendit la santé.

A quelque temps de là, il fit un séjour aux eaux de Luchon ; la goutte disparut, mais fit place à des migraines revenant tous les huit ou quinze jours, durant trois ou quatre heures. Il jouissait d'une santé parfaite, à cela près. Ces hémicrânies, dit Trousseau, étaient comme la monnaie des attaques de goutte régulière. D'après lui, beaucoup de gens sujets à des migraines périodiques sont ou des asthmatiques ou des goutteux.

Retenons cette notion de l'alternance de ces maladies.

Trousseau arrive à l'urticaire. Il cite l'observation d'une dame d'une trentaine d'années, chez laquelle les attaques d'asthme coïncidaient avec l'apparition d'une éruption ortiée. Ces attaques duraient environ deux mois, et quand l'urticaire disparaissait, l'oppression augmentait. Il pense que ceci était dû au développement de l'urticaire à l'intérieur des bronches.

Les manifestations urticariennes sont de beaucoup les plus fréquentes. Lancereaux, dans son livre sur l'herpétisme, paru en 1883, essaye de constituer une grande famille médicale, une grande diathèse, l'herpétisme, dans lequel il range une partie de la pathologie jusqu'au cancer. Il insiste sur l'importance des lésions cutanées, des troubles du système nerveux et de l'hérédité. Il dit que le fond de cette diathèse est l'hérédité nerveuse.

Germain Sée n'acceptait pas la doctrine de Trousseau, ni celle de Lancereaux. Il dit qu'on rencontre quelquefois la goutte chez les asthmatiques, mais moins souvent qu'on ne l'a dit. L'épilepsie n'est pas fréquente. Mais il est impossible de nier qu'un très grand nombre d'asthmatiques présentent de l'urticaire. D'après lui, c'est l'hyperexcitabilité du système nerveux, l'hyperexcitabilité bulbaire, qui entre en jeu.

Brissaud insiste sur l'importance du système nerveux, mais dit que l'asthme est une névrose diathésique. L'urticaire est la manifestation la plus fréquente, puis la migraine. La goutte est plus rare qu'on ne l'a cru. L'épilepsie n'est pas fréquente.

Brocq reprend la tradition de Lancereaux et de Trousseau. Il présente l'histoire d'une famille. L'un des membres de cette famille est un homme de 53 ans. Dès les premiers mois de sa vie, il eut quelques éruptions à la face et au cuir chevelu. A l'âge de quatre mois, on lui mit un vésicatoire qu'on entretint pendant trois ans, et pendant cette période, il ne présenta aucun phénomène morbide. A trois ans et demi, on supprima le vésicatoire ; six mois après, commencèrent, et se répétèrent tous les mois, des crises de coryza avec mal de gorge, toux, respiration sifflante et oppressée. Un vomitif remettait tout dans l'ordre. Ces accès de rhino-pharyngite spasmodique disparurent à huit ans, mais il fut pris de céphalées, troubles digestifs, vomissements après les repas. Il montrait une susceptibilité particulière pour les fraises. Vingt minutes après leur ingestion, il était couvert d'urticaire. Les moules et les huîtres entraînaient les mêmes accidents.

Ces idiosyncrasies durèrent toute la vie. A 14 ans, il présenta une crise de mélancolie avec idées de suicide. A 19 ans, il eut sa première crise d'asthme. A 33 ans, il fit une maladie infectieuse fébrile grave, pendant laquelle l'asthme disparut complètement ; il reparut après la guérison. A 38 ans, survinrent des furoncles et anthrax, pendant lesquels il n'eut ni asthme, ni accès de rhino-pharyngite spasmodique. Soigné par la levure de bière, il vit cesser la furonculose, et reparaître l'asthme. A 50 ans, l'asthme fut remplacé par un eczéma séborrhéique psoriasiforme, puis une urticaire.

On peut dire que, de toutes les parentés morbides de l'asthme, la plus fréquente est l'urticaire. On peut voir des cas d'urticaire survenant à la suite de contacts avec différentes poussières végétales ou animales. Le pharmacien observé par Trousseau présentait non seulement des crises d'asthme, mais de l'urticaire. Les observa-

tions d'urticaire alternant avec l'asthme, à la suite d'ingestion de fraises ou de moules, sont classiques. Toutes les causes pouvant déclancher la crise d'asthme sont susceptibles de pouvoir déclancher la crise d'urticaire, soit en même temps que la crise d'asthme, soit à d'autres moments. En dehors des causes anaphylactiques, il en est de purement physiques. On a vu des crises d'urticaire et d'asthme après des exercices musculaires violents.

La lésion urticarienne, étudiée par Darier, est surtout faite de congestion et d'exsudation, par conséquent comparable au coryza spasmodique où il y a vaso-dilatation et exsudation. Les individus atteints d'urticaire présentent des cutiréactions assez banales. A peine, sur 50 malades, que nous avons examinés, trois ou quatre étaient nettement sensibles à une substance déterminée.

En général, il n'y a pas de véritable éosinophilie ; celle-ci est toujours beaucoup moins marquée que dans l'asthme et dans le coryza spasmodique. De cette urticaire, on peut rapprocher l'œdème de Quincke.

MM. Veyrières et Jumon, à La Bourboule, ont étudié un type clinique où l'on voit associées, chez de jeunes enfants, les manifestations cutanées et les manifestations asthmatiques. M. Percepied, du Mont-Dore, a relevé ces manifestations chez 50 % des enfants asthmatiques. L'asthme infantile s'accompagne très souvent de manifestations cutanées. Il y a une part digestive très importante. L'asthme infantile présente des manifestations catarrhales beaucoup plus importantes que les manifestations spasmodiques. On croit à une bronchite capillaire, car il y a de la fièvre, mais on obtient la guérison avec quelques enveloppements humides, ou encore mieux avec une cigarette de datura grillée dans la chambre, comme l'a montré M. Marfan.

LA NÉPHROSE CHOLESTÉRINÉMIQUE (1)

Par G. SIGURET (de Saint-Nectaire),

Le diagnostic de « néphrite chronique chlorurémique » ne doit pas être appliqué invariablement aux malades porteurs d'œdèmes étendus et présentant une déperdition considérable d'albumine.

Chez de tels sujets, il y a lieu d'effectuer plusieurs recherches complémentaires : dosage de la cholestérine dans le sang, examen du sédiment urinaire au point de vue cristaux lipoïdiques, et teneur du plasma en protéines.

C'est qu'en effet, à côté de la néphrite chronique chlorurémique banale, il existe un type spécial de néphropathie encore peu connu qui « certes, a probablement un lien de parenté avec elle, mais qui en diffère suffisamment au triple point de vue clinique, biochimique, et anatomique pour justifier son individualisation » (Gallavardin).

Ce type de néphropathie, c'est la néphrose chronique, lipoïdique ou cholestérinémique suivant les auteurs qui l'ont étudiée.

La néphrose cholestérinémique dont l'*étiologie* est actuellement inconnue a, le plus souvent un début insidieux et lent. Sa *pathogénie* est encore pleine d'obscurités. Il semble toutefois, et je me rallie a cette théorie, qu'elle relève d'un trouble primitif du métabolisme portant sur les protéines, les lipoïdes et plus spécialement la cholestérine, trouble entraînant secondairement des lésions purement dégénératives des « tubuli contorti » bien différentes des lésions glomérulaires de la néphrite chronique.

Les sujets (ordinairementjeunes) qui sont atteints de cette affection *consultent* parce qu'il ont de l'enflure. Cet *œdème* est d'ordinaire étendu ; les membres inférieurs, l'abdomen, sont envahis ; parfois même, il existe de l'anasarque (ce qui était le cas pour l'un de mes jeunes patients). A ce symptôme initial s'ajoutent fréquemment de l'*inappétence*, de la *torpeur*, de la *céphalée*, de l'*asthénie*, de la *pâleur des téguments*.

Ces divers signes doivent attirer l'attention du côté rénal et commander l'analyse des urines, du sang et des épanchements dans les séreuses, quand ils existent.

Ordinairement, les résultats de l'*analyse d'urines* sont les suivants : *diminution du volume, augmentation de la densité*, et, fait important, constatation d'une *albuminurie massive* oscillant le plus souvent entre 3 et 15 gr. par vingt-quatre heures (8 et 10 grammes chez deux de mes malades). L'examen du sédiment urinaire permet de déceler la présence de *cylindres* et de *cristaux lipoïdiques*.

L'étude des *fonctions rénales* par les procédés classiques montre la *mauvaise élimination de l'eau* (épreuve de la diurèse provoquée) ; la recherche du bilan chloruré indique qu'il y a une *rétention manifeste du sel ingéré* ; en revanche, il n'y a *pas d'imperméabilité aux matières protéiques et l'élimination de la P. S. P. est peu troublée.*

L'*examen du sang* est particulièrement intéressant ; le sérum est souvent lactescent ; il n'y a

(1) Extrait de *L'Hôpital*, publié avec l'amicale autorisation de ses directeurs.

pas de rétention d'urée, mais la *chlorurémie* existe et l'*hypercholestérinémie* est toujours notable. Alors que le taux normal de la cholestérine dans le sérum est de 1 gr. 20 à 1 gr. 80 pour 1000, elle peut atteindre ici plusieurs grammes ; enfin, le *rapport globuline-albumine* est *inversé*.

Quant à l'*examen des épanchements* des séreuses, s'ils existent, il apporte également de précieuses indications : la ponction retire, en effet, un *liquide* tout à fait spécial *opalescent* ou presque laiteux, *riche en composés protéino-lipoïdiques* visibles seulement à l'ultra-microscope.

Ainsi, constatation d'œdèmes importants et d'albuminurie massive, hypercholestérinémie, albuminurie massive, hypercholestérinémie, hypo-albuminémie, présence de cristaux lipoïdiques dans le sédiment urinaire et opalescence des épanchements, voilà les symptômes cardinaux qui peuvent permettre d'individualiser la néphrose cholestérinémique et de différencier cette affection de la néphrite chronique parenchymateuse à gros rein blanc.

Quelle est l'*évolution* de la néphrose cholestérinemique ?

Deux cas sont à envisager suivant que la néphrose est pure, ou compliquée de néphrite. Dans le premier cas, l'évolution est lente (des malades ont été suivis pendant plus de dix ans). Elle procède par exacerbations et rémissions à type cyclique. Durant ces rémissions, le sujet, apparemment guéri, peut mener une vie normale. Le pronostic est donc relativement bénin.

Malheureusement, il n'en est pas souvent ainsi. Quand la néphrose est associée ou compliquée de néphrite — ce qui est le plus fréquent — l'évolution est beaucoup plus rapide. La mort survient au bout d'un an ou deux quelquefois moins. Deux de s trois malades que j'ai traités dans ma clientèle thermale, ont été emportés en dix et douze mois par une crise d'urémie, malgré tous les moyens thérapeutiques mis en action.

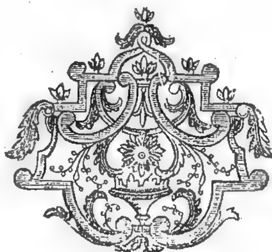
Traitement. — En dehors des règles générales d'hygiène applicables aux néphropathies, tous les auteurs s'accordent pour recommander un *régime hypochloruré riche en protéines, pauvre en hydrates de carbone et en graisses*. Chabanier préconise : protéiques, 2 à 4 gr. par kilogramme corporel ; hydrates de carbone, 150 gr. environ et graisses pas plus de 40 grammes par vingt-quatre heures ; il semble que ce régime n'aggrave pas les signes de néphrose et n'augmente pas le taux de l'urée sanguine, si j'en juge par des examens effectués à plusieurs mois de distance. Il est évident que si le taux d'urée augmentait, on serait fondé à ramener la ration en protéiques au voisinage du minimum physiologique, soit un gramme environ par kilogramme corporel.

Epstein et Chabanier recommandent d'associer à ce régime le *traitement thyroïdien*. Mais pour être efficace, celui-ci doit être fort et prolongé ; heureusement, les sujets atteints de néphrose cholestérinémique présentent d'ordinaire une tolérance remarquable vis-à-vis de l'opothérapie thyroïdienne. Chabanier et ses collaborateurs ont pu porter les doses journalières d'extrait thyroïdien à 2 grammes et prolonger le traitement pendant près d'un an sans accidents.

Personnellement, je n'ai jamais osé prescrire de telles doses, car les rares sujets que j'ai eu à traiter ont présenté des troubles d'intolérance à la thyroïdothérapie lorsque l'on dépassait la dose journalière de 0 gr. 50 d'extrait thyroïdien.

Quant aux diurétiques, ils n'ont, en général, aucune action nette sur l'œdème ; aussi vaut-il mieux s'abstenir de les ordonner. En tous cas, ne pas donner de diurétiques irritants.

Enfin, certains auteurs, ayant remarqué que la néphrose est souvent sous la dépendance de petites infections rhino-pharyngées, il est sage d'intervenir le plus rapidement possible si l'on constate de l'infection du rhino-pharynx et de conseiller, par la suite, une cure sulfo-arsénicale (Saint-Honoré) qu'on complètera au besoin par une cure stimulatrice des épithéliums rénaux (Saint-Nectaire).

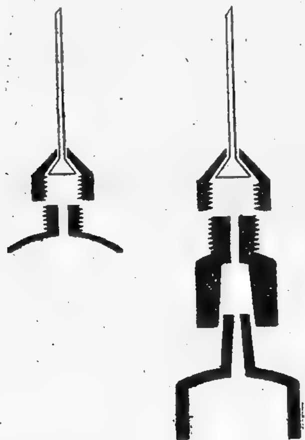


◆◆◆◆

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Un Raccord Ingénieux

La Maison Ash, sur ma demande, vient de mettre à la disposition des médecins un petit raccord qui permet d'adapter sur toutes les seringues à injections hypodermiques ses aiguilles employées jusqu'ici seulement en anesthésie dentaire pour injection intra-gingivales.



Tous ceux qui ont employé ces aiguilles ont pu voir qu'elles étaient fines, en bon acier, très lisses, restant brillantes malgré les ébullitions répétées, piquant bien, toutes qualités qui les recommandent particulièrement pour les injections intra-veineuses.

Ces injections, actuellement de pratique courante, sont grandement facilitées par l'emploi de ces aiguilles. Mais celles-ci, par leur disposition, ne pouvaient être employées que sur des seringues dentaires, sur lesquelles elles sont fixées par une pièce se vissant sur l'embout de la seringue.

Pour les utiliser sur les seringues hypodermiques ordinaires, il suffisait d'adapter un raccord intermédiaire se montant d'un côté sur la seringue à frottement dur et présentant de l'autre côté le pas de vis sur lequel on pouvait fixer l'aiguille.

Ces raccords sont de deux tailles ; les uns pour seringue de 1 à 3 cc., les autres pour seringues de 5 à 20 cmc.

Nous ne croyons pas qu'il existe d'aiguilles plus commodes pour les injections intra-veineuses que celles de la maison Ash. Grâce à ce petit raccord, chacun pourra les employer.

Dr L. Maucuer (Bollène).

SECOURS A DONNER AUX PERSONNES VICTIMES D'UN CONTACT ACCIDENTEL AVEC LES CONDUCTEURS ÉLECTRIQUES

Instructions concernant les dangers présentés par les courants électriques.

Tout contact avec des conducteurs électriques est dangereux et peut provoquer, dans des conditions spéciales, une électrocution.

Dans les caves, cuisines, salles de bains, dans les locaux dont le sol est humide ou bon conducteur de l'électricité, évitez l'usage des lampes portatives et d'une manière générale, des appareils électriques mobiles.

Dans tous les cas, ayez toujours soin dans ces locaux, avant de toucher un conducteur, une lampe, un appareil électrique, de vous isoler du sol par un tapis, un escabeau, un tabouret, une chaise de bois.

En prenant un conducteur, une lampe, un appareil électrique, faites attention à ne pas entrer en contact en même temps avec des pièces métalliques reliées à la terre, des robinets, des radiateurs, des canalisations d'eau, de gaz, de vapeur, ou encore avec l'eau d'évier, d'un lavabo, d'une baignoire.

Secours à donner aux victimes.

Soustraire le plus rapidement possible la victime aux effets du courant en se conformant rigoureusement aux prescriptions ci-dessous indiquées pour ne pas s'exposer personnellement au danger.

Nota. — L'humidité rend le sauvetage particulièrement dangereux.

1er cas. — Accident survenu dans une installation particulière domestique par contact avec les fils, les fusibles, les interrupteurs ou les supports des lampes.

Ecarter immédiatement du courant la victime avec un bâton ou un linge sec, ou bien supprimer le courant au moyen de l'interruption générale (noter que plus souvent l'interrupteur particulier ne supprime pas complètement la tension). Si ces opérations sont impossibles, couper les fils conducteurs, de part et d'autre de la victime, en s'entourant les mains avec des gants, des morceaux d'étoffe ; ou en s'isolant de la terre, en se plaçant sur une chaise par exemple.

Dans l'exécution de ces manœuvres sur les conducteurs électriques, opérer toujours avec une seule main.

2e cas. — Accident survenu dans une distribution quelconque en dehors d'une installation particulière domestique par un contact avec un conducteur.

S'efforcer de faire supprimer le courant le plus rapidement possible, en prévenant l'usine par téléphone, ou, à défaut par un mode de locomotion rapide (automobiles, bicyclettes, etc., etc...). Si un agent de l'entreprise de l'électricité se trouve à proximité, le prévenir en même temps.

Ne pas intervenir avant que la tension soit supprimée.

Donner à la victime, dès qu'elle est soustraite aux effets du courant, les soins ci-après indiqués, même dans le cas où elle présenterait les apparences de la mort.

Transporter d'abord la victime dans un local aéré où on ne conservera qu'un petit nombre d'aides, trois ou quatre, les autres personnes étant écartées.

Desserrer les vêtements et s'efforcer, le plus rapidement possible, de rétablir la respiration et la circulation.

Pour rétablir la respiration, on doit avoir recours à la respiration artificielle.

Chercher concurremment à ramener la circulation, en frictionnant la surface du corps, ou en flagellant le tronc avec les mains, ou avec des serviettes mouillées, en jetant de temps en temps de l'eau froide sur la figure, en faisant respirer de l'ammoniaque ou du vinaigre.

Méthode de la respiration artificielle (Schafer).

Coucher la victime sur le ventre, les bras étendus le long de la tête. Le sauveteur se place à genoux, à cheval sur sa victime de manière à pouvoir s'asseoir sur ses mollets. Il étend les bras et pose les mains ouvertes sur le dos du sujet au niveau des dernières côtes, les pouces se touchant presque. Il appuie progressivement de tout son poids sur le thorax de manière à provoquer l'expiration, puis il cesse de presser tout en laissant ses mains en place ; l'inspiration se produit alors par l'élasticité des côtes et de l'abdomen. Le sauveteur recommence les mêmes pressions, réglées sur sa propre respiration.

Ces mouvements doivent être répétés jusqu'au rétablissement qui peut demander plusieurs heures.

N'abandonner jamais un électrocuté sans avoir des signes certains de sa mort.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La diphtérie sans fausses membranes.

La diphtérie sans fausses membranes appartient plus particulièrement au nourrisson au-dessous de six mois ; elle apparaît sous forme d'otites, d'omphalites, d'ulcérations rétro-auriculaires, mais principalement sous la forme de coryza (M. NATHAN).

Comment distinguer un tel coryza d'un coryza banal ? Les érosions nasales n'ont, en effet, rien de caractéristique et se confondent assez facilement avec celles du coryza scrofuleux ou syphilitique. Il en est de même de l'adénopathie, qui a toujours manqué dans les observations réunies par les auteurs, et il ne faut pas non plus attendre la coïncidence d'autres localisations diphtériques (conjonctivales, omphaliques ou rétro-auriculaires). Le seul véritable criterium est l'examen bactériologique, si l'on sait éviter les causes d'erreur : faire plusieurs cultures, car une ou deux cultures négatives ne suffisent pas à faire rejeter le diagnostic de diphtérie, éliminer les bacilles pseudo-diphtériques, le bacille d'Hoffmann, et pour éviter le bacillus cutis recourir à la culture sur pomme de terre, et faire l'inoculation au cobaye.

Tel qu'il apparaît au cours des épidémies, le pronostic de ces coryzas demeure assez sombre ; il faut néanmoins faire la part de ceux qui nous échappent et de ceux qui guérissent spontanément, de sorte que la rareté de la diphtérie au-dessous de six mois ne doit être admise que sous bénéfice d'un nouvel inventaire.

Thérapeutiquement, on ne peut, comme chez l'adulte ou chez l'enfant après la première année, se baser sur une réaction de Schick négative pour affirmer l'immunité du nourrisson ; si cette immunité est suffisante pour donner un schick négatif, elle peut être insuffisante pour immuniser complètement l'enfant. Si l'enfant est réellement malade, s'il présente une altération marquée de l'état général, la sérothérapie s'impose énergique et suffisamment prolongée. Si, au contraire, avec un bon état général, en l'absence de tout accident, le mucus nasal renferme des bacilles diphtériques, il convient, ou plutôt il serait désirable de prolonger et de renforcer cette immunité, dont on connaît le caractère précaire. Mais les essais de l'anatoxine chez le nourrisson sont peu encourageants, et toute autre méthode d'immunisation active débute par une phase dangereuse d'hypersensibilité. On essaye actuellement l'immunisation par voie nasale, ou par les lysats de Duchon. (*La Presse médicale*, 3 décembre 1927.)

Influence de l'intoxication saturnine sur la gestation

Henri VIGNES rappelle que lorsqu'une femme présente des signes d'intoxication saturnine

et qu'elle devient enceinte, il est très fréquent qu'elle avorte.

Les enfants nés vivants de mères saturnines sont très exposés à mourir au cours de la première enfance (40 % dans la première année).

Mais une femme exposée à l'intoxication saturnine n'a pas forcément une gestation anormale, si elle devient enceinte, et, d'autre part, il n'est pas non plus nécessaire que les femmes présentent des accidents graves de l'intoxication, pour que celle-ci rende la gestation anormale. Pourtant, en principe, la fréquence des gestations anormales croît avec le degré de l'intoxication. Lorsque la femme est soustraite à l'intoxication, il semble qu'une gestation normale devienne possible.

Quant à l'influence de l'intoxication paternelle, quoique moins grande que celle de la mère, elle est démontrée.

Il est encore vraisemblable que l'intoxication puisse constituer une cause de stérilité (20 % de ménages stériles chez les saturnins.) Enfin, il est fréquent que les enfants viables des staturnins soient tarés : idiots, imbéciles ou épileptiques. (*Le Progrès médical*, 19 novembre 1927.)

Les surprises de l'appendicite chronique.

Pour ne parler que des altérations visibles à l'œil nu, l'expérience démontre que, sur les cadavres autopsiés, leur pourcentage atteint, dépasse souvent 50 p. 100, les causes de la mort n'ayant aucun rapport direct avec une appendicite. D'autre part, l'anatomie pathologique vient encore, comme le démontre Maurice LETULLE, augmenter le nombre de ces surprises.

L'appendicite chronique fait communément le lit des appendicites aiguës, tant folliculaires que nécrosantes. On peut même avancer que, en dehors de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, et peut-être aussi de la pneumonie, toute appendicite suraiguë, aiguë ou subaiguë qui survient ne prend pied que sur un organe déjà choniquement atteint, et l'auteur a vérifié par des centaines d'observations ce fait, qui éclaire d'un jour lumineux l'histoire de l'appendicite aiguë. Il doit, selon lui, armer la main du thérapeute. Une atteinte première d'appendicite aiguë, même la plus légère, reconnue par le clinicien, risque de laisser quelque reliquat d'un pronostic toujours dangereux ; pour sauvegarder l'avenir, il est sage de décider l'exérèse d'un organe pathologique, car l'avenir s'annonce menacé de complications redoutables. (*La Presse médicale*, 14 décembre 1927.)

Pathogénie et traitement chirurgical du vertige de Ménière.

H. ABOULKER a montré que certains vertiges de Ménière étaient dus non pas à une lésion du labyrinthe, comme l'affirme la doctrine classique, mais à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien de la loge cérébelleuse. Une modeste trépanation rétro-mastoïdienne sous-anesthésie locale, avec ou sans incision de la dure-mère, qui dégage les voies vestibulaires rétropétreuses suffit à les guérir. L'opération absolument anodine est indiquée dans tous les cas où échouent les traitements classiques, que la ponction manométrique montre ou non de l'hypertension. La lésion rétropétreuse est une méningite chronique hypertensive fruste, dont la réalité est indiscutablement prouvée par le résultat favorable de l'opération. La lésion du labyrinthe, otite *sèche*, est le point de départ de cette méningite, au même titre que l'otite *suppurée* labyrinthique est la cause des diverses réactions méningées aiguës ou chroniques, septiques ou aseptiques. Par choc en retour, l'affection de l'oreille est aggravée et semble pouvoir être considérée comme labyrinthite de stase.

L'opération se fait sous anesthésie locale ; la technique consiste à injecter sans compter, à inonder le champ opératoire d'une solution de bleu anesthésique à la scurocaïne. Ce produit est présenté en ampoules de 25 cmc. de sérum physiologique contenant 12 centigr. 5 de scurocaïne, XII gouttes de solution d'adrénaline au millième et 1 /2 milligramme de bleu de méthylène. Le colorant n'est pas indispensable théoriquement ; mais, pratiquement, il montre constamment le territoire anesthésié et celui que l'infiltration n'a pas atteint ; il permet le contrôle constant de l'analgésie. Dans ces conditions, cette modeste trépanation rétropétreuse est vraiment une opération simple, facile et sans danger.

Elle fait disparaître le vertige, mais n'influe pas la surdité, ni les bourdonnements. L'hypertension intracranienne (véritable glaucome de l'oreille) commence à intéresser les otologistes. Elle constitue un symptôme d'importance variable des diverses complications de l'otite, les phlébites, les abcès, les méningites. Elle tient une place secondaire dans les méningites très septiques ; par contre, elle joue un rôle considérable dans les méningites peu septiques ou aseptiques.

Quoiqu'il en soit, le vertige est délivré de l'étroite prison labyrinthique où l'avait enfermé la doctrine classique, et où il défiait victorieusement nos efforts de traitement. Transporté dans la vaste loge cérébelleuse, il est désormais accessible à la thérapeutique chirurgicale simple et efficace proposée par l'auteur. (*La Presse médicale*, 19 novembre 1927.)

Traitement de la blennorrhagie par l'association de la chimiothérapie et de la protéinothérapie.

Au début de la blennorragie, les microbes pathogènes se trouvent à la superficie de la muqueuse urétrale ; il est alors facile de les atteindre

par des lavages ou des instillations. Si, au contraire, la maladie passe à l'état chronique, les agents d'infection ont envahi la profondeur de la muqueuse ou les glandes annexes ; il est alors très difficile de les détruire par un traitement local bien conduit.

C'est pourquoi A. TANSART a cherché à les faire disparaître en provoquant dans l'organisme un choc hémoclasique favorable à une action combinée de l'argent lipoïdique. Il injecte du lait et de l'argent, d'une part et d'autre, afin d'éviter des réactions locales trop violente ; mais il est nécessaire de faire les deux piqûres le même jour et à la même heure.

Le lait est injecté dans la paroi abdominale entre le tissu cellulaire et l'aponévrose ; dans les cas normaux, la dose de 2 cmc. est suffisante, mais à la première piqûre, il ne fau t pas dépasser 1 cmc. de peur de se trouver en face d'un malade atteint de diathèse colloïdoclasique. Il est nécessaire d'augmenter cette dose dans les cas, où il existe une inflammation violente, telle que cystite aiguë, prostatite, rhumatisme, orchite, etc., et de la porter à 5 cmc. Il faut faire l'opération en deux temps : enfoncer d'abord l'aiguille, s'assurer qu'elle n'est pas dans une veine, pousser l'injection ensuite.

L'argent doit être introduit en pleine masse musculaire (région fessière) ; dès la première séance, on injecte 2 cmc. ; il faut prendre une aiguille assez longue pour éviter de faire l'injection dans le tissu cellulaire ; ce dernier resterait douloureux et tendu pendant quelquefois plus de vingt-quatre heures. Pour éviter une douleur assez violente, mais passagère (une minute) au moment de l'injection, ajouter au liquide argentique 1 /2 cmc. de novocaïne à 1 p. 100 ; l'injection devient alors complètement indolore.

Pour éviter des réactions violentes au niveau de la piqûre de lait, ces phénomènes étant d'origine urticarienne, mettre les malades au régime lacto-végétarien les jours d'injection seulement. Il est égaleement utile de leur faire prendre pendant toute la durée du traitement des ferments lactiques.

Contre-indications. Argent. A moins d'un hépatique ou d'un rénal, il n'en existe pas ; mieux vaut cependant ne pas dépasser 25 piqûres pour pour éviter des phénomènes d'intoxication . Lait. Elles existent pour les malades atteints de diathèse colloïdoclasique et les asthmatiques.

Quant au traitement local, il doit être réduit à sa plus simple expression.

1° Les lavages à l'oxycyanure à 0,15 p. 1000, le permanganate à très faibles doses, etc., peuvent être employés pendant la période aiguë (urines troubles).

2° Les instillations de protargol, à 1 p. 100, rendront des services pendant les périodes où il n'existe plus que des filaments et un écoulement minima. Trois séances par semaine suffisent ; on peut les faire alterner avec des lavages faibles ;

3° S'il existe un rétrécissement, il faudra, bien entendu le dilater ;

4° On a supprimé les massages de la prostate et ceux sur béniqué contre les folliculites, et on ne pratique plus les hautes dilatations comme moyen de traitement de l'urétrite chronique.

Si la guérison n'a pas été obtenue en une vingtaine de piqûres argentiques, il est indiqué de terminer le traitement en continuant les injections de lait et en substituant les vaccins à l'agent chimique.

Les résultats obtenus ont démontré l'efficacité de ces méthodes, qui semblent de beaucoup supérieures à la vaccinothérapie non associée.

Grâce à l'emploi du lait, cette médication possède une action décongestionnante des plus nettes sur les organes atteints (cystites, épididymites, etc.).

Cette méthode est naturellement aussi active chez la femme que chez l'homme ; les métrites aiguës ou chroniques, les salpingites non suppurées, les bartholinites guérissent rapidement sous son influence. Elle est facilement acceptée par les malades, surtout si l'on a soin d'ajouter un peu de novocaïne à la solution d'argent. (*La Presse médicale*, 28 décembre 1927.)

La fièvre de lait sec.

Les énormes avantages du lait sec ne doivent pas faire passer sous silence un des accidents qu'il peut présenter et dont la découverte est toute récente. Le Dr ROCAZ en a observé plusieurs cas. Cette fièvre présente, au point de vue clinique, quelques particularités. Elle est généralement très élevée ; les enfants présentent souvent des températures de 39°, 40°, 41° ; dans un cas même l'hyperthermie s'accompagnait de convulsions.

C'est une fièvre irrégulière, dont le maximum est très souvent constaté le matin. Mais les deux faits les plus caractéristiques de cette fièvre sont l'absence complète de troubles digestifs, et la conservation de l'état général avec augmentation normale du poids.

Cette fièvre rappelle en tous points les fièvres alimentaires décrites depuis longtemps chez les nourrissons : fièvre de sucre, fièvre de lait, fièvre de babeurre, fièvre de lait condensé. Il est d'ailleurs à noter qu'on les a observées avec des marques de lait diverses ; elles paraissent donc tout à fait indépendantes des différences de fabrication et même de composition de ces laits.

Les observations de fièvre de lait sont encore très rares ; mais il est probable que cette fièvre est plus fréquente que nous ne le croyons.

Le pronostic en est bénin, puisque le poids ne cesse d'augmenter ; la suppression du lait sec

ramène, en un ou deux jours, une température normale.

Il est bon de connaître cet accident, afin d'éviter de regrettables erreurs de diagnostic. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 20 novembre 1927.)

Tic douloureux de la face d'origine ethmoïdale. Guérison.

A propos d'une intéressante observation, le prof. Lavrand rappelle qu'en présence d'un tic douloureux de la face ou névralgie faciale, ou névralgie du trijumeau, il faut commencer par étudier les accès, le siège de la douleur, chercher les causes de leur apparition ; explorer les dents, les yeux, les fosses nasales (muqueuse, cloison, cornets, méats et surtout le méat moyen, sinus) ; voir s'il y a des ulcérations. Songer aux diverses intoxications : alcool, tabac, syphilis, paludisme, saturnisme, diabète, albuminurie ; analyser le sang, les urines.

Ces examens et explorations seront faits avec soin, avec minutie, avec ténacité, tant qu'on n'a pas découvert la zone où se localise l'épine génératrice de la névralgie et de ses terribles conséquences. Si on a la chance de trouver ce point de départ, il faut s'assurer que l'excitation de cette lésion fait éclater l'accès et que son anesthésie l'adoucit ou le calme ; il est alors moins difficile de soulager le malade et de le guérir parfois. Sinon on doit recourir à l'emploi de moyens thérapeutiques plus ou moins aveugles ou empiriques. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 25 décembre 1927.)

Etudes sur la douglassite. De la stérilité dans l'antéflexion utérine. Essai de pathogénie et de traitement.

Parmi les différentes causes de stérilité (ovarienne, tubaire, utérine), la stérilité par antéflexion utérine et sténose de l'orifice interne, est, dit le prof. Condamin, sinon la plus fréquente, du moins celle qu'avec un traitement judicieux, on pourra le plus régulièrement guérir, parce que, presque toujours l'utérus seul est en cause.

En clinique, la malade se présente généralement après quelques années de mariage et consulte uniquement sur le fait d'absence de grossesse. Le passé génital du mari, ne révèle rien d'anormal ; mais celui de la malade indique, sous un interrogatoire un peu serré, toute une série de misères pelviennes négligées jusqu'à présent : dysménorrhée existant dès avant le mariage ; avec les rapports sexuels, les douleurs ont souvent augmenté en même temps que le cortège des troubles locaux et généraux ; l'acte lui-même peut être douloureux, d'où frigidité au moins relative ; enfin, quelques pertes leucorrhéiques n'ont fait que s'accentuer depuis le mariage. A l'examen, on trouve une rétroposition utérine plus ou moins accentuée, une antécoudure, une douglassite rétractile.

Or, le douglas constitue anatomiquement comme une petite cuvette entre le rectum, les utéro-sacrés, et l'utérus, qui reçoit dans la cavité péritonéale pelvienne toutes les sécrétions exsudatives de la grande cavité péritonéale , quand un des organes qu'elle renferme vient à subir une poussée inflammatoire (trompes, ovaires, vésicule biliaire, appendice, intestin, etc.) ; d'où poussées inflammatoires et séquelles rétractiles, faisant plus ou moins disparaître le douglas et amenant une rétroposition avec antécoudure de l'utérus, puis secondairement rétrécissement de l'orifice interne et endométrite par rétention.

Le traitement doit viser successivement tous ces éléments de stérilité. En dehors de quelques cas où l'élément spasmodique domine et où la sympathectomie péri-artérielle de Leriche, la section du présacré de Cotte a pu donner des résultats, le traitement devra comporter : 1° l'assouplissement du douglas ; 2° l'élongation des éléments rétractés pour faire cesser l'antéflexion par une columnisation et un massage gynécologique d'un type un peu spécial ; 3° le maintien du résultat obtenu, faute de mieux, par un pessaire de préférence à bulbe.

La columnisation n'est pas, comme on le croit trop souvent, un simple bourrage du vagin par des tampons imbibés de glcycérine iodée, et placés n'importe où et sans but précis. Ce sera au contraire une application raisonnée dans telle ou telle partie du cul-de-sac postérieur, avec l'intention précise d'agir en distendant tel point rétracté, en allongeant telle partie effacée du douglas, mais toujours en agissant en arrière du col, tout au moins pour les premiers tampons, qui seront soutenus par une colonne de tampons vaginaux, puis repoussés vers le haut en distendant les tissus rétractés entre rectum et utérus.

Le second objectif thérapeutique sera la dilatation méthodique de l'orifice interne par tiges d'Hégar, sous anesthésie locale, très progressive et répétée pour éviter les déchirures d'un tissu sclérosé, amorce d'une nouvelle cicatrice rétractile.

Enfin, un soin tout particulier devra être apporté à la désinfection de la cavité utérine et à la modification de la muqueuse utérine dans un sens favoralble à la nidation de l'ovule fécondé. C'est la teinture d'iode, en lavage d'abord suivant la formule de Tarnier et ensuite en badigeonnage à l'état pur qui, pour l'auteur, constitue le meilleur désinfectant et reconstituant d'une muqueuse utérine normale, car son action se fait sentir non seulement en surface, mais dans la profondeur souvent infectée, ce qui est capital, et cela par une véritable infiltration. (*Lyon médical*, 23 octobre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement orthopédique et hydrominéral de la luxation congénitale de la hanche.

(M. Henri Saint-Béat. — *Académie de médecine* ; 24-4-1928.)

M. Desgrez signale un travail de M. Henri Saint-Béat sur le traitement orthopédique et hydrominéral de la luxation congénitale de la hanche.

L'auteur envisage le traitement post-opératoire de cette affection et il étudie en particulier l'action des eaux chlorurées sodiques fortes de Salies-du-Salat en pareil cas.

Survie prolongée à la suite d'une plaie pénétrante du cœur.

(M. V. Balthazard. — *Soc. de médecine légale* ; 9-1-1928.)

Un ouvrier italien est admis à l'hôpital, présentant dans la région précordiale, une plaie de 15 millimètres. Le pouls est un peu rapide, mais bien frappé. Pas de symptômes inquiétants sauf de la dyspnée. On écarte l'idée d'une plaie du cœur. Le lendemain matin, la dyspnée augmente subitement et le malade succombe.

A l'autopsie, on trouve : une plaie verticale à un centimètre au-dessus et à 4 centim. en dedans du mamelon gauche. Dans la profondeur, la lame a perforé le péricarde, puis le ventricule gauche près du sillon inter-ventriculaire. La plaie du ventricule est pénétrante et il existe à la paroi interne, un orifice étroit de 2 millimètres, répondant à la pointe de la lame, presqu'obturé comptètement par un petit caillot — ce qui explique sans doute l'arrêt spontané de l'hémorrhagie et la survie prolongée. Il existe 100 gr. de sang environ dans le péricarde, et 200 gr. dans la plèvre. On constate, en outre, une grosse végétation d'endocardite aiguë au niveau des valvules aortiques et une foie cardiaque.

M. Balthazard conclut que, dans l'autopsie, rien ne contredit l'hypothèse d'un suicide, tant dans la direction et la situation de la plaie que dans la nature de cette plaie, qui pouvait parfaitement avoir été produite par le couteau Lagniole trouvé à côté du blessé.

L'enquête établit d'ailleurs que l'ouvrier italien en question, ayant réalisé depuis un an qu'il était en France 4.000 fr. d'économies,se sentant probablement très touché par l'endocardite dont il était atteint, avait dilapidé en quinze jours le fruit de ses économies. Puis, un dimanche, il s'était retiré après déjeûner dans une chambre voisine et c'est quelques minutes plus tard qu'on l'avait trouvé blessé.Le suicide s'expliquait par les souffrances que devait endurer ce malade et n'avait fait qu'avancer de quelques semaines une échéance fatale.

Un point particulier de cette observation est la survie d e seize heures après la plaie pénétrante du cœur. Il est de notion courante en médecine légale que les individus mortellement frappés au cœur peuvent encore parfois faire quelques gestes ou se déplacer. C'est ainsi qu'un homme, porteur d'une large plaie du cœur par balle de revolver, qui causa la mort en quelques minutes, put néanmoins gravir l'escalier allant de sa boutique jusqu'au premier étage.

Dans l'observation actuelle, la survie s'explique par le caillot oblitérant au niveau de la plaie, dans l'endocarde. Il ne semble pas qu'une intervention chirurgicale eût pu ici donner un résultat, e n raison de l'hématome pleural et de l'endocardite aiguë préexistante.

Les corps étrangers méconnus.

(M. J. Belot. — *Société de médecine légale* ; 9-1-1928.)

Les corps étrangers méconnus ne sont pas très rares, soit qu'ils se soient éloignés par migration du point où on les cherche, soit que l'examen radiographique n'ait pas fait en position convenable. M. Belot en cite des exemples.

Un blessé de guerre se déclarait atteint d'une balle siégeant dans le poumon. L'examen radiologique du thorax ne révèle rien, mais une exploration aux rayons de tout le corps décela au niveau de la crête iliaque droite une balle de shrapnell.

Plus fréquents sont les corps étrangers méconnus à la suite d'accidents. Une jeune fille de 18 ans est victime d'un accident d'auto, avec bris de glace. Elle est soignée pour plaie du genou sans corps étranger. On pratique des radiographies. Une épreuve de face ne montre rien. Une épreuve de profil décèle un fragment de verre dans l'articulation. Même particularité pour un bles é, dans des conditions analog ues, à la mâchoire.

On ne saurait trop recommander, chaque fois qu'il s'agit de rechercher des projectiles, l'examen de l'ensemble du corps, et sur plusieurs faces au besoin. Le prof. Balthazard, s'inspirant de cette considération, a fait organiser à l'Institut médico-légal un matériel radiologique qui permet d'explorer rapidement un cadavre pour voir où se trouvent le ou les projectiles. Il n'est pas douteux que cela simplifie la marche de l'autopsie.

Dans certains cas, les rayons découvrent des corps étrangers qui, autrement, seraient insoupçonnés. Tels, par exemple, les corps étrangers intra-cardiaques. M. Belot relate l'observation suivante : un ouvrier métallurgiste, travaillant à couper des tôles avec une cisaille, ressent une douleur vive et un choc au niveau du cœur. Il tombe et on le transporte à l'hôpital, dans un état syncopal. On trouve seulement une petite

écorchure à la région précordiale et l'examen à l'écran ne reconnaît aucun corps étranger. Le blessé, affirmant avoir eu l'impression d'un objet le transperçant, voit divers médecins et M. Belot l'examine finalement comme expert. La radioscopie lui montre au niveau du ventricule droit l'existence d'une ombre en forme de croissant, *animée de mouvements tourbillonnaires.* Deux autres fois, l'auteur a vu des ombres analogues chez des blessés de guerre ne se plaignant pas et ignorant l'existence de ces petits éclats. L'avenir de tels blessés est difficile à apprécier. Une invalidité de 100 p. 100 semble devoir leur être accordée.

P. L.

La vaccination antituberculeuse de l'enfant par le B. C. G. (voie digestive et voie sous-cutanée).

(MM. B. Weill-Hallé et R. Turpin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 23-3-1928.)

Les conclusions émises, il y a 4 ans, au sujet de cette méthode mise en pratique, d'accord avec le pro Calmette, sont confirmées par de nouvelles observations.

La méthode de prémunition du nourrisson, par injection sous-cutanée de B. C. G. est encore apparue inoffensive et sans doute particulièrement efficace dès que le nourrisson a dépassé la première décade de journées. Elle ne doit être réalisée qu'après un contrôle suffisamment prolongé et la constatation de plusieurs cuti-réactions négatives, afin d'éliminer le risque de contamination préalable.

Le contrôle doit se poursuivre après la vaccination pour éviter un contact infectant, en tout cas pendant les premières semaines et jusqu'à l'établissement probable de l'immunité.

Les objections qui ont été faites à cette méthode, souvent d'ordre théorique, visent soit les résultats expérimentaux, soit les applications cliniques. Le prof. Calmette a fait justice des premières, et de nombreux savants étrangers ont adopté ses conclusions, touchant l'impossibilité des retours de virulence et la tendance à la guérison des lésions folliculaires déterminées par les injections massives de B. C. G.

Au point de vue clinique, les recherches des auteurs prouvent à l'évidence l'innocuité du vaccin ingéré ou injecté dans les tissus aux doses préconisées. Elles prouvent aussi qu'à l'encontre d'affirmations gratuites, l'ingestion vaccinale n'a aucune influence fâcheuse sur la croissance du nourrisson ; cette conclusion vise même les nourrissons prématurés, déjà assez nombreux, qui ont été vaccinés.

Bref, 1° La vaccination antituberculeuse par le B.C.G. pratiquée sur des sujets non contaminés antérieurement est sûrement inoffensive ;

2° Elle peut être effectuée soit par voie digestive dans les dix premiers jours de la naissance, soit par voie sous-cutanée au-delà de ce terme et sous la réserve expresse indiquée plus loin ;

3° Par voie digestive, on fait ingérer au nouveau-né trois doses de un centigramme de B. C. G. Selon les indications fournies par le laboratoire du prof. Calmette à l'Institut Pasteur, ingestions qui seront utilement renouvelées à un an et à trois ans ;

4° Par voie sous-cutanée, on injecte une dose variant de 0 milligr. 01 à 0 milligr. 5 ;

5° L'injection sous-cutanée sera précédée d'une période d'observation, avec contrôle de deux cuti-réactions négatives à huit jours d'intervalle au moins ;

6° Il est désirable de réaliser l'isolement relatif des sujets vaccinés afin d'éviter toute contamination pendant la période d'immunisation.

7° Cette méthode devrait être appliquée au personnel infirmier,soumis à des dangers de contaminations et reconnu au préalable indemne d'imprégnation bacillaire.

Cicatrisation ultra-rapide des brûlures.

(M. Livet. — *Société de médecine de Paris* ; 25-2-28.)

L'auteur présente une jeune malade brûlée sur le dos par de l'alcool accidentellement enflammé en se faisant poser des ventouses, il y a douze jours. Deux jours plus tard à l'examen : plaie suintante, saignotante, recouverte d'un épiderme mortifié, et d'une odeur désagréable, avec début de suppuration. Aujourd'hui la plaie est parfaitement nette ; en moins de huit jours, l'épidermisation était déjà si parfaite que l'on pouvait sans risque ni douleur promener la main sur sa surface absolument sèche. Quatre autres cas ont donné des résultats au moins aussi favorables, même avec une brûlure au 3e degré de l'avant-bras.

Voici la méthode employée :

Le plus tôt possible après l'accident, on fait une application de rayons ultra-violets à une dose d'érythème, soit, pour fixer les idées, dix minutes à 40 cm. avec une lampe de 2.000 bougies, quartz à vapeurs Hg. Après cette irradiation, on recouvre la plaie d'une gaze imbibée largement d'une solution alcoolique de diphénols. Ces applications sont douloureuses pendant un quart d'heure. On continue chaque jour la même technique ; ces pansements sont de mieux en mieux supportés ; ils n'adhèrent pas, se détachent facilement et l'épiderme se régénère avec une extrême rapidité.

Si les rayons ultra-violets donnent ainsi leur maximum d'efficacité, c'est grâce à leur association aux pansements d'alcools diphénolés.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Résultats éloignés.

(M. Jean Guisez. — *Société de médecine de Paris* ; 25-2-1928.)

Les résultats communiqués dépassent quatre et cinq années, et l'auteur a éliminé tous les cas où le diagnostic était douteux, l'examen biopsique n'étant pas d'accord avec la clinique d'une part, et l'examen endoscopique d'autre part. La plupart des malades sont encore existants, d'autres sont morts d'affections intercurrentes au bout de quatre ou cinq

ans, sans aucune récidive de la dysphagie, qui était cependant complète aux solides et aux demi-solides au moment de l'examen.

Cet effet curatif du radium ne peut être obtenu que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les parois de l'œsophage ; de plus, même dans les cas avancés, le radium a un effet palliatif puissant, permettant aux malades de manger pendant un temps plus ou moins long avec retour à un appétit souvent très vif, augmentation du poids, reprise des occupations. Comme palliatif, il est très supérieur à la gastrostomie, car il permet l'alimentation par les voies naturelles, donnant à ces malades l'illusion de la guérison, et la satisfaction de manger. Ce résultat se poursuit souvent pendant plusieurs mois ; il est infiniment supérieur à l'existence lamentable que traîne un gastrostomisé avec une bouche la plupart du temps incontinente, quel que soit le procédé employé. La sténose devenant rapidement complète puisqu'aucun traitement n'est dirigé contre elle, la salive n'est plus déglutie, mais rejetée en expuitions continuelles, le malade a mauvaise bouche, l'haleine fétide.

La technique employée doit être immuable : repérage sous endoscopie du siège exact de la sténose, de l'étendue en hauteur du cancer pour qu'il soit irradié en totalité, emploi de la longue sonde qui dépasse et la seule qui permet que le radium reste exactement en place. Séances fractionnées ne dépassant pas cinq à six heures, tous les jours ou tous les deux jours suivant la résistance du malade. Une dizaine de séances sont, en général, nécessaires : filtres de 1 mm. 5 de platine avec sonde en gomme amétallique.

Les mauvais résultats obtenus par certains auteurs tiennent à ce que les séances ont été trop longues, les tubes insuffisamment engainés, les sondes trop courtes ne restant pas en place et n'irradiant pas la totalité du cancer. Chaque fois que l'auteur lui-même a essayé de suivre les règles générales de la radiumthérapie (séances longues, uniques), il l'a toujours regretté.

Sur la symptomatologie clinique de l'ulcère gastro-duodénal chronique.

(M. L. PRON. — *Société de Médecine de Paris* ; 11-11-27.)

L'auteur attire l'attention sur la forme intestinale entéro-colitique de cette affection. Le diagnostic de l'ulcère gastro-duodénal reposait jusqu'à présent sur le trépied : hémorrhagies, crises douloureuses, vomissements et cette affection était considérée comme très rare. Mais les hémorrhagies patentes (hématémèses ou mélæna) ne se montrent que dans 7 à 10 % des cas ; les douleurs aiguës de moyenne intensité dans 17,5 % des cas ; les vomissements soit alimentaires, soit acides n'existant que dans 25 % des cas, même en y comprenant les vomissements provoqués. Ces trois symptômes sont cependant associés rarement, chez le même malade. Dans 75 p. 100 des cas, la symptomatologie est celle de l'hyperchlorhydrie : appétit le plus souvent augmenté, douleurs ou brûlures modérées, apparaissant plus ou moins longtemps après le repas et calmées immédiatement par une prise de nourriture ; quelquefois régurgitations alimentaires minimes ; ni vomissements, ni nausées.

Et sur cent malades, une série de cinq à six présentent une symptomatologie trompeuse, en raison de l'importance ou de la prédominance des signes intestinaux. Tantôt les malades se plaignent à un degré égal de l'intestin et de l'estomac, et cliniquement on est conduit à diagnostiquer aussi bien une colopathie qu'une gastropathie. Tantôt ils se plaignent presqu'exclusivement de l'intestin (constipation,gaz,glaires ou filets sanguinolents dans les selles) et ils sont soignés pendant des mois et des années pour entéro-colite pure.

C'est la forme entéro-colitique de l'ulcère, dont la description tient dans la dénomination même. L'auteur en rapporte en détails deux observations représentant un type moyen.

Les malades se présentent exclusivement ou presqu'exclusivement comme des intestinaux ou des intestinaux hépatiques ; comment penser à l'estomac ? C'est qu'il y a présence fréquente de symptômes gastriques dans le syndrome intestinal appelé entéro-colite ; mais il faut souvent les rechercher. On les retrouve par l'interrogatoire (brûlures, douleurs, vomissements) ou par l'examen manuel de l'estomac.

Mais quand ces deux moyens d'investigation ne donnent rien de net, il en est qui ne laisse jamais passer inaperçu un état morbide de l'estomac ; c'est l'examen clinique, le matin à jeun. Quand, à ce moment, on trouve du clapotage (simple bruit hydroaérique et non forcément un bruit de flot), ou une douleur vive à la percussion latérale de l'épigastre, on a la preuve certaine que l'estomac est malade. Un examen complémentaire de laboratoire : recherche du sang occulte dans le liquide gastrique de jeûne — liquide qui ne manque jamais — ou un examen radioscopique, ou les deux réunis, confirment le diagnostic d'ulcère ou l'imposent.

G. F.

Les Congrès

Les Réunions médicales de Nancy.

Première journée : 6 mai 1928.

Le succès des trois réunions de 1927 a engagé la Faculté de médecine de Nancy à renouveler cette année encore ces manifestations, en leur conservant l'originale formule des « journées séparées » qui s'est révélée si féconde.

La première journée a eu lieu le 6 mai 1928 et, comme pour ses devancières, le Corps médical lorrain a répondu avec empressement à l'appel de la Faculté.

C'est devant deux cents médecins que M. le Doyen Spillmann ouvrit la séance à 9 h. 30 au Grand Amphithéâtre de l'Institut anatomique ; après avoir remercié l'auditoire d'être venu aussi nombreux, il donna la parole à M. le professeur agrégé Job. Celui-ci avait choisi pour sujet de sa conférence les « anesthésiques et médicaments ocytociques en obstétrique » ; ce fut d'abord un examen critique fort documenté des diverses méthodes qui visent à réaliser « l'accouchement sans douleur », et le savant conférencier sut définir avec netteté la place à réserver à chacune des méthodes, anciennes et nouvelles ; puis M. Job termina par une revue rapide des médicaments ocytociques.

M. le professeur Hamant vint ensuite entretenir ses auditeurs du « diagnostic et traitement de la stérilité féminine » ; des multiples causes de stérilité qui se peuvent rencontrer au niveau de chacun des organes de l'appareil génital, M. Hamant fit une classification très claire, et il indiqua avec précision la conduite à adopter dans chaque cas.

Conférenciers et auditeurs se retrouvèrent à midi 30 à l'Hôtel Thiers, en un déjeûner tout amical où suivant la tradition il n'y eut pas de discours ; rien qu'un salut cordial de M. le Doyen Spillmann à ses confrères, quelques mots de M. le professeur Castaigne et de M. le Dr Pierson, enfin quelques indications de M. le professeur Perrin relativement aux prochaines journées thermales de Luxeuil.

La séance de l'après-midi s'ouvrit par une présentation de malade : M. le Doyen Spillmann montra aux assistants un cas de lèpre tuberculeuse, et ce fut pour lui l'occasion d'intéressantes considérations sur les mesures prophylactiques et thérapeutiques à adopter.

M. le Dr Louis Merklen, chargé du cours d'éducation physique, vint ensuite entretenir l'auditoire des raisons qui amènent le Corps médical à s'occuper de plus en plus des questions d'éducation physique et de sport. Il présenta plusieurs films relatifs à la nouvelle méthode française d'éducation physique et indiqua rapidement le fonctionnement et le rôle du nouveau Centre d'Etudes d'Education physique de la Faculté.

Enfin, M. le professeur Castaigne, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, avait bien voulu accepter de venir exposer à Nancy « les formes de lithiase biliaire que le praticien doit faire opérer ». Ce fut une conférence brillante et documentée où M. Castaigne insista notamment sur les nouveaux procédés de laboratoire à mettre en œuvre pour un diagnostic exact, et sur la nécessité d'avoir recours à eux pour établir l'indication ou la non-indication de l'intervention chirurgicale.

La journée se termina par une visite de l'Institut d'hygiène de la Faculté, complètement réorganisé sous l'active direction de M. le professeur Jacques Parisot. Après un intéressant exposé de M. le professeur Parisot et de M. le Dr Zuber, chef de travaux, le personnel de l'Institut fit les honneurs des locaux complètement remis à neuf, et dont d'importantes subventions vont encore permettre un agrandissement prochain.

Ainsi se déroula la première journée médicale nancéienne de 1928, qui a connu en tous points le même succès que ses devancières. Le mérite de son organisation impeccable revient à M. le doyen Spillmann, aux membres du Comité et notamment à M. le professeur Perrin, enfin à M. Pacaud, l'aimable secrétaire de la Faculté ; et nous nous faisons bien volontiers l'interprète de tous les assistants pour leur adresser les remerciements et les félicitations qu'ils méritent

Deuxièmes Journées Médicales et Vétérinaires marocaines.

Du 3 au 8 avril, se tinrent à Casablanca les deuxièmes Journées Médicales Marocaines. Leur succès dépassa toutes les espérances. Nous ne vous parlerons pas aujourd'hui du cadre particulièrement attrayant dans lequel elles se déroulèrent, ni des excursions très intéressantes qui les suivirent, nous réservant d'y revenir dans un prochain article. Nous nous contenterons de donner un bref compte rendu de la séance inaugurale et des communications qui furent présentées.

Bien que, par suite d'un fort retard du Transatlantique le Volubilis, la plupart des délégués et adhérents, français et étrangers, ne fussent pas encore arrivés, une foule de congressistes sédentaires ou venus par des voies plus sûres ou plus exactes, occupaient les fauteuils du théâtre municipal de Casa-

blanca. Sur l'estrade, à côté du Résident général, M. STEEG qui présidait, on remarquait S. Exc. SI TAIEB EL MOKRI, pacha de Casablanca, les organisateurs, les docteurs SPEDER et LEPINAY, les généraux VIDALON et MAUREL, le Dr COLOMBANI, directeur de l'Assistance médicale et de l'hygiène publique du Maroc, le Dr WISBECQ, directeur du Service de santé militaire, le vétérinaire principal MONOD et les plus éminentes notabilités de la région.

Le Dr SPEDER, président du Comité organisateur des Journées, rappela rapidement l'histoire du corps médical du Maroc, le rôle qu'il joua au cours de la période d'occupation et de pénétration, et celui qu'il remplit aujourd'hui où les questions d'hygiène et de bien-être occupent la première place dans l'esprit de ceux qui assument la lourde responsabilité d'assurer la pacification et la mise en valeur d'un pays immense, nouveau venu à la civilisation et, par atavisme, longtemps réfractaire à ses progrès et à ses exigences.

Il énumère les résultats obtenus : création à Casablanca d'un hôpital civil, vaste, bien exposé, admirablement organisé et pourvu des appareils techniques les plus perfectionnés, n'ayant rien à envier aux installations les plus modernes, établissement de l'Assistance médicale sous toutes ses formes et participation à toutes les œuvres humanitaires et sociales.

M. SPEDER adresse ses remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'organisation de ces journées médicales marocaines, en particulier aux deux secrétaires, le Dr LEPINAY et le Dr vétérinaire BALOZET. Fort adroitement et fort heureusement il glisse sur ceux que méritent les grandes compagnies, les services de transport et passe sous silence l'industrie hôtelière, dont les congressistes n'eurent pas toujours à se féliciter.

Les professeurs LÉPINE, LERICHE, CHASSEVANT répondent aux souhaits de bienvenue de l'aimable président et apportent à leurs confrères du Maroc le salut et les félicitations des Facultés de Lyon, Strasbourg, Alger, qu'ils représentent.

Les Drs NICOLLE et FONTAINE expriment les sentiments d'admiration qu'éprouvent tous ceux qui ont suivi l'essor scientifique du Maroc et en constatent aujourd'hui les heureux et brillants effets.

Le Dr COLOMBANI qui, depuis plusieurs années, dirige et coordonne tous les efforts, expose les méthodes et les travaux de ses collaborateurs. L'attention soutenue avec laquelle il est écouté, montre que son auditoire se rend parfaitement compte de l'utile besogne accomplie pour la sauvegarde sanitaire, matérielle, intellectuelle et morale de l'empire chérifien, et la part que personnellement il y a prise.

M. le médecin inspecteur WISBECQ fut bref et éloquent, on sent sous son monocle froid et quelque peu sceptique, passez-moi l'expression, battre un cœur toujours jeune et ardent, un cerveau subtil et réalisateur.

Le Dr LÉPINAY père se félicite de voir réunis dans un même congrès deux médecines qui se complètent et s'entr'aident. Ainsi se réalise un vœu de sa jeunesse, réalisation à laquelle ont contribué les Sociétés qu'il représente, celle de Pathologie Comparée, de Psychothérapie et d'Hygiène.

Le discours de M. STEEG serait à citer tout entier. Nous ne pouvons à notre grand regret qu'en donner quelques extraits.

« Notre gratitude, dit-il, envers le Corps médical « est plus vive encore aujourd'hui qu'hier, car « celui-ci s'est révélé chaque jour, collaborateur « plus précieux de l'œuvre de bien-être et de paix : « Il nous a donné des exemples de plus en plus nombreux de labeur patient et fécond, de vaillance et « d'abnégation poussées souvent, hélàs ! jusqu'au « plus sublime sacrifice.

« L'histoire des progrès de la cause française au « Maroc est jalonnée par les exploits obscurs douloureux et grandioses de nos médecins. Quel magnifique livre d'or ne pourrions-nous pas composer ?

« Ces missionnaires de la médecine ont épargné d'atroces massacres, accru la force de la France au Maroc et son autorité dans l'Islam ».

« J'ai pensé que vous seriez d'accord avec moi pour mettre le Corps médical du Maroc à l'Ordre de la Patrie, de la Science et de l'Humanité ».

« Aidez-nous à réaliser dans une cité plus saine, un peuple de plus en plus robuste, instruit et fraternel, nous y parviendrons en nous inspirant des nobles traditions intellectuelles et morales qui font de vous les inlassables serviteurs de l'humanité ».

Dispensons-nous de tout commentaire et passons immédiatement à la conférence du Dr NICOLLE sur *les fièvres récurrentes* : Le savant directeur de l'Institut Pasteur de Tunis a rappelé l'étiologie et la symptomatologie du typhus récurrent mondial : Spirochète d'Ubermeier, ayant pour véhicule le pou, pénétrant par les excoriations dues au grattage, se manifestant par un frisson violent, une courbature générale, des nausées, des vomissements, une élévation de température (40°, 41°) suivie d'un abaissement brusque avec sueurs profuses et récidives dans les six à sept jours.

Il appelle l'attention sur les *récurrentes locales* signalées en divers endroits, au Maroc en particulier par M. le vétérinaire VELU et dont l'origine est toute différente. Elle est due à l'ornitodorus marocanus, parasite du tique, pou des bois, abondant dans certaines porcheries même inhabitées ; dans ce cas il est probable qu'un rongeur lui sert d'hôte intermédiaire.

La matinée du 14 avril fut consacrée à l'importante question des *greffes génitales* qui amena à latribune l'éloquent chirurgien parisien DARTIGUES, les habiles expérimentateurs BELU et BALOZET du service d'élevage du Maroc et le professeur LERICHE, de Strasbourg.

DARTIGUES avec chaleur et conviction, exposa

les fruits de son expérience personnelle et par des arguments biologiques, opératoires et cliniques conclut à l'efficacité de l'endocrinothérapie chirurgicale comme agent de revitalisation humaine, efficacité due à la permanence anatomique et histologique des greffons constatée au bout de 2 ans et demi et de 3 ans et demi.

Il déclare que l'opération qu'il préconise vise moins au rajeunissement de l'activité sexuelle qu'au relèvement des fonctions intellectuelles et termine par une charge finale contre les pessimistes, les sceptiques et les ironistes.

MM. H. Velu et L. Balozet serrent la question de près. S'agit-il d'une véritable greffe impliquant l'idée de reprise, de régénération et de réorganisation anatomique plus ou moins complète du tissu et de l'organe greffé ? Comme les auteurs sont loin d'être d'accord sur le sort des greffons testiculaires, Velu et Balozet préfèrent employer le terme de *transplantation* ou d'*insertion*, jusqu'au jour où des documents incontestables auront démontré l'existence d'une reprise anatomique et fonctionnelle.

Les greffons homoplastiques vivants placés par eux ont été résorbés en moins de soixante jours, les greffons homoplastiques tués ont agi comme une injection opothérapique faite en milieu lentement résorbable. De leur disparition résulte la mise en circulation de leurs hormones et les résultats physiologiques incontestables qui en découlent ; résultats obtenus également par la ligature du canal déférent, par la vasectomie, par l'épididymectomie ou par les irradiations

Le Dr Leriche explique l'identité de ces effets, par la vaso-dilatation de toute la région, cette vaso-dilatation améliore la circulation, elle rajeunit la glande, elle accompagne toute intervention et s'obtient sans greffe ni singe.

Le Dr Trèves, chirurgien de l'hôpital Rotschild à Paris aboutit à des conclusions analogues dans sa communication sur le *rôle du périoste dans les greffes osseuses*. Le greffon meurt toujours et le périoste est le véritable agent régénérateur.

Les sujets des conférences qui suivirent furent très variés.

Le Dr Couvelaire, de Paris, nous entretint des conséquences obstétricales du traitement des métrites cervicales tant par amputation du col que par cautérisation au néofilhos.

En l'absence du Prof. Calmette, le Dr Nicolle lit son rapport sur la *vaccination antituberculeuse* des nourrissons ; son innocuité est absolue, sa durée d'immunité d'au moins cinq ans et l'abaissement de la mortalité par tuberculose considérable (de 24 % à 0,2 %). Aussi la croisade pour son emploi doit commencer sans tarder dans l'Afrique du Nord.

Le Dr Panisset, de l'école vétérinaire d'Alfort parla des *affections à virus filtrables*, des complications fréquentes auxquelles elles donnent lieu, et de leur thérapeutique par le sérum de sujets guéris qu'il importe d'utiliser aussitôt après la maladie, si l'on veut qu'il soit réellement efficace.

Le Dr vétérinaire Urbain, directeur du laboratoire militaire de recherches vétérinaires aborde la question des *anatoxines de Ramon* qui présentent une grande supériorité sur les sérums. Elles sont plus inoffensives et confèrent une plus longue immunité.

Les *méso-encéphalites et leurs séquelles* furent traités par M. le Dr Cruchet, de Bordeaux, qui, depuis 1917, étudie les diverses formes de l'encéphalomyélite épidémique et de ses localisations basses : Il a le premier signalé le polymorphisme de ses manifestations, polymorphisme qui se retrouve dans les cas de guérison incomplète, cas de beaucoup les plus nombreux et d'où résulte l'impossibilité de fixer le siège de la lésion. Il signale la fréquence des spasmes oculaires dans les épidémies marocaines et devant l'insuffisance des traitements chimiques, conseille d'employer avec persévérance la rééducation et la gymnastique appropriées à chaque cas particulier.

Le Prof. Constantini d'Alger et le Prof. Nanta, de Toulouse, nous entretiennent des *splénomégalies tropicales*. Suivant le premier, la syphilis, la tuberculose et le paludisme n'y sont pas étrangers, pour le second, l'intervention de parasites, de mycoses y est fréquente.

Le Dr Campredon, directeur du Lazaret d'El-Hank qui a soigné 247 indigènes atteints de *typhus exanthématique* marocain, apporte une importante contribution à l'étude de cette maladie dont il a pu faire tomber la mortalité à 16 % par une thérapeutique où intervient l'injection de sang complet de convalescent.

L'huile de Chaulmoogra, suivant Mme la doctoresse Delanoe donne de bons résultats dans le traitement du *trachome*.

Avec le médecin major Diot, de Marrakech, nous revenons au typhus exanthématique et aux propriétés agglutinantes du sérum de convalescents sur les cultures sensibilisées ou non du protéus X 19, ce qui permet de se demander si ce parasite n'intervient pas dans l'affection.

La conférence du prof. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, sur l'*autolyse microbienne transmissible et sur la variabilité microbienne* fut des plus remarquables.

Sans effort et sans fatigue pour son auditoire, il décrivit la vie des microbes, les luttes qu'ils se livrent entre eux, les armes dont ils disposent. Les plus compétents l'écoutèrent avec intérêt et plaisir, les moins initiés le comprirent et lui doivent de précieux enseignements. Tous restèrent sous le charme de sa parole.

Les *gastro-entérites de l'enfance* intéressent les puériculteurs du monde entier et la question de l'alimentation des nouveau-nés avait sa place aux Journées médicales marocaines, elle fut traitée de parole de maître, par le Prof. Mouriquand, de Lyon, qui conclut à la nécessité d'enrourager au

Maroc comme ailleurs, l'allaitement maternel et d'adopter une active politique du lait.

M. Urbain dans une seconde conférence expose l'état actuel de la question des *anti-virus*. Il montre que le vaccin est aussi actif, filtré et appliqué en pansement sur la peau, que, naturel et injecté dans le derme.

Il décrit la technique à employer pour obtenir les anti-virus staphylococciques et streptococciques et indique leurs principales indications tant en médecine humaine (furoncle, anthrax, fièvre puerpérale, pleurésie, affections oculaires diverses) qu'en art vétérinaire (maux de garrot, crevasses gangréneuses, gourme...).

La plupart de ces conférences furent accompagnées de projections fort appréciées. Le Dr Abadie, d'Oran, en termina la série.

Ses films sur l'*hystérectomie pour fibrome, la gastro-entérostomie sans aide*, furent des plus instructifs. Nos confrères du Bled purent y cueillir de précieuses indications qui leur permettront d'opérer plus fréquemment dans les circonstances difficiles où ils se trouvent.

Il nous reste maintenant à entretenir les lecteurs du *Concours*, des déplacements et excursions des adhérents aux Journées Médicales Marocaines.

***

Comme à tout Congrès bien organisé, les réceptions et les excursions furent aussi, sinon plus nombreuses que les conférences et les communications.

Le Syndicat d'initiative et de tourisme en commença la série, suivi immédiatement de M. Steeg qui reçut avec son amabilité coutumière, en son élégante résidence de Casablanca, située en plein centre du quartier arabe, de la Médina. Le lendemain, son Excellence Si Taieb el Mokri, pacha de Casablanca offrait le thé à la façon marocaine, menthe et musique, et la Municipalité, un goûter tout ce qu'il y a de plus parisien, dans les salons de l'hôtel Excelsior : pâtisseries et discours. Celui du Pacha fut particulièrement remarqué. Il rappela que, depuis Mahomet, la médecine est particulièrement en honneur parmi les Musulmans, que, pour eux, le pays qui ne posséde ni médecin, ni cadi, n'est pas habitable. Il nomma nos éminents précurseurs : El Ghazi, Avicenne, Averrhoes, Aboubekre, Ibm Zogor, dont les noms, dit-il, sont semblables à des fleurs dans le jardin de la médecine. Le soir, après dîner, le Pr. Hesnard nous régala d'une conférence sur l'état actuel de la psychanalyse de Freud, à quoi succéda un concert instrumental et vocal très réussi, où l'élément européen étranger prit une large part. La journée, la journée officielle du moins, se termina par une séance cinématographique qui nous transporta, au Pôle nord.

Le surlendemain avait lieu le banquet réglementaire dans les salons de la Transatlantique. Au champagne, on applaudit les improvisations de M. Urbain Blanc, délégué de la résidence générale, celles de nos confrères Nicolle, Lépinay, Couvelaire, Cruchet, Chassevant, Cosacesco (Roumanie), du Prof. Ehlers, de Copenhague, plus en forme et plus vibrant que jamais. Au milieu de l'attention et de la sympathie générale, il exprima en notre langue qu'il manie si bien et dont il connaît toutes les finesses, les sentiments francophiles dont son cœur déborde et qu'il s'efforce de faire partager partout où il passe.

Puis ce fut le tour des excursions. Samedi 7 avril, à 5 heures du matin, départ pour Mogador dans de confortables autocars. On brûle les étapes qui, d'ailleurs, ne sont pas très nombreuses, on marche à 50, 60 et même 80 km. à l'heure, sur des routes merveilleuses, réservées aux moyens de transport rapide. Elles sont encadrées de deux pistes que suivent assez scrupuleusement les indigènes, leurs troupeaux et leurs caravanes, qui, avec les champs d'orge, quelques douars, des débits de vins et d'essence constituent les principales distractions du parcours.

Franchissant un petit col, on aperçoit bientôt de fines silhouettes blanches brillamment éclairées, elles semblent suspendues dans le ciel, et comme projetées sur un écran d'azur par le soleil levant. On croit à un effet de mirage mais peu à peu ces formes se précisent, ce sont des maisons rectangulaires entourées de jardins, groupées autour de minarets. Elles reposent sur une immense muraille dont la base baigne dans les eaux d'un large fleuve qui barre la route. C'est Azemmour, l'ancienne Azama des Romains. A ses pieds l'Our-er-Rebia roule vers l'océan, qui n'est pas loin, ses eaux limoneuses.

On traverse cet oued sur un long pont de pierre et faisant un brusque crochet, on perd bientôt de vue cette petite ville qui semblait si disposée à vous accueillir et à vous dévoiler ses attraits.

Quelques kilomètres plus loin, voici Mazagan, sa plage d'abord, renommée dans tout le Maroc, par sa sécurité et sa beauté. Sa jetée promenade et son casino sur pilotis, plus sans doute que son climat et sa verdure, lui ont valu d'être appelée « le Deauville Marocain ».

Quelques minutes d'arrêt pour se réconforter et admirer de loin le Castillo Real, puissante forteresse portugaise qui fut pendant près de 300 ans, « le dernier boulevard de la foi en Afrique et le rempart de la chrétienté ».

L'intérieur de la ville présente plus d'originalité que la Médina de Casablanca mais l'impression qu'on en reçoit, perd de son intensité lorsqu'on a vu, Marrakech et surtout Fez.

On remonte en auto-car et l'on file vers Safi, port de mer, d'un pittoresque remarquable et d'une propreté du moins apparente, qu'on n'est guère accoutumé à voir dans les centres nord-africains.

Le contrôleur civil, M. Charrier, nous reçoit à la Kechla, vieux château fort portugais qui domine toute la région. Aussi les sultans l'ont-ils soigneusement entretenu et même considérablement agrandi.

Ses solides remparts construits en pierre de taille contrastent avec les faibles murailles d'argile agglomérée des grandes villes du Maroc.

Nous gagnons les balcons et les fenêtres de cette résidence d'un style plus espagnol que maure, d'où nous jouissons d'un splendide panorama. A nos pieds les maisons de la Médina, brillantes comme si elles étaient en nacre, semblent être de gros coquillages amenés, battus et perpétuellement lavés par des flots toujours écumants. La mer y est, en effet, plus agitée qu'à Casablanca, Mazagan et Mogador. L'encombrement du port de Safi, le manque de plage ont probablement empêché qu'on ne la surnomme le Biarritz Marocain. Nous visitons Dar-El-Babar, maison de la mer et admirons douze vieux canons de bronze vert, encore en batterie, aussi beaux et aussi impressionnants que ceux des Invalides.

Après un repas substantiel, des discours, des chants, des tours d'un sorcier ventripolent rappelant de loin Robert Houdin et connaissant quelques mots de français et même d'argot, une fantasia échevelée, quelque peu ahuris et abasourdis, nous nous enautocartons pour Mogador. Nous y parvenons par une piste qui fit par moments gémir les ressorts des Panhard mais qui nous laissa un souvenir inoubliable. Elle nous permit d'aborder la Riviera Marocaine par le plateau du Diabet, à la tombée de la nuit, et d'admirer la sévère beauté de cette région.

Cette piste traverse une forêt d'arganiers, arbres précieux. Ils offrent, aux chameaux et aux chèvres des fruits dont ils sont fort friands ; aux ménagères, ils procurent le combustible économique de ses racines et de ses branches, des amandes dont elles confectionnent des pâtes, des gâteaux et même du lait, qui ne vaut pas à mon avis, le vulgaire sirop d'orgeat, On en extrait en outre une huile comestible, fort appréciée des indigènes qui aiment son goût âcre et son odeur de rance.

Fig. 1. — Safi, vue du Fort de la Mer. Les Congressistes devant les canons portugais.

Un tour à Abadia, quartier des potiers dont les œuvres sont les plus renommées du Moghreb, et en route pour l'Oued Tensif, où nous attend la diffa du caïd Oumbarek el Knafi et avant elle de superbes cavaliers aux burnous flottants qui font la haie sur notre passage, et de gracieux groupes de femmes voilées qui agitent en guise de drapeaux, des foulards de soie, fixés au bout d'un flexible roseau. Elles ne nous ménagent pas leurs aimables et stridents « you-you ».

Sous la conduite de notre confrère Bouveret qui, là comme à Mogador et partout, fit preuve d'un esprit d'initiative et d'organisation dont nous ne saurions assez le féliciter et le remercier, nous nous engageons sous de vastes tentes où des tapis, merveilles de l'art, et même des coussins bien rembourrés nous tendent les bras.

Pour ne pas me répéter, je ne donnerai pas ici les détails d'une vraie diffa. Je les réserve pour la réception de demain, jour de Pâques, où avec la chasse à cor et à cris, elle occupera une grande partie de notre temps.

Du point où nous nous trouvions, Mogador ressemblait à une de ces maquettes de plâtre, fines et ouvragées comme de la dentelle, qu'on voit dans les expositions de sculpture, plans en relief de cités anciennes embellies ou de villes futures idéalisées.

Elle semblait flotter à l'ouest sur l'océan, ce soir-là, uni comme un miroir et reflétant un ciel d'un bleu africain pommelé de blanc par quelques nuages zébrés de rouge et d'or par les derniers rayons du soleil qui venait de disparaître. Du côté est, elle reposait sur les premières ondulations d'une mer de sable dont les dunes de plus en plus hautes montaient jusqu'à nous.

Nous nous demandions, par où il nous serait possible d'atteindre avant la nuit cet oasis d'albâtre que nous avions hâte de contempler de près.

Notre service routier avait résolu le problème

et très rapidement par un chemin aussi discret que sûr et facile nous arrivions à Mogador, au milieu d'une populace grouillante et bruyante.

Notre programme comportait une visite aux morts tombés sur le sol marocain. Cette visite, faite au crépuscule, dans un cimetière qu'assombrissait encore un mur élevé et des arbres séculaires, fut très émotionnante.

Nous complétons le carré ébauché autour du monument par un détachement de superbes spahis indigènes à l'uniforme bleu. La foule qui s'était massée aux portes, se taît, se recueille avec nous, Elle écoute pieusement le panégyrique des héros pacifiques et guerriers, dont elle ignore sans doute les noms mais apprécie les hauts faits et les services rendus. La nuit décuple la gravité, la portée et l'éloquence des paroles prononcées, et c'est le cœur serré que nous quittons ces sombres lieux.

L'accueil cordial que nous font nos compatriotes de Mogador chasse cette impression de tristesse. Nulle part ailleurs nous n'avons eu l'impression de trouver un groupe de compatriotes aussi unis, aussi attachés à la fois à leur pays d'adoption et à la Mère Patrie, aussi désireux de les faire aimer l'une et l'autre.

***

Le jour de Pâques fut bien rempli. Les premières heures furent consacrées à la visite de Mogador que nous n'avions parcourue la veille qu'à l'obscure clarté de quelques rares étoiles ; puis, en auto-car, pour le clou de l'excursion, la chasse à cor et à cris, et la diffa, organisées par les caïds Oumbarek et Koubane.

A la chasse prirent part environ trois mille rabatteurs, armés de matraques et de couteaux, quelques fusils, des moukhala à pierre ou à capsule, employés seulement pour faire du bruit, des hammerless et même des Winchester qui n'eurent pas à entrer en action, car le gibier, cinq chacals fut encerclé, poussé dans des buissons, assommé et proprement égorgé.

Fig. 2. — Types de rabatteurs ayant pris part à la chasse. Celui du premier plan présente un jeune chacal capturé vivant.

La diffa fut remarquable. Elle comportait, suivant l'usage un repas abondant et varié, suivi d'un thé à la menthe, et les divertissements classiques : danses masculines, chants féminins, fantasia, qui nous permirent d'apprécier les artistes et cavaliers les plus réputés de la région.

A Marrakech, nous fûmes admirablement reçus par le général et madame Huré, par la Pacha El Glaoui, le grand ami de la France, le plus puissant et le plus moderne des Seigneurs de l'Atlas.

Là, comme dans la plupart des cités marocaines, les étrangers ne peuvent pénétrer dans les mosquées. La célèbre Koutoubia, nous était interdite, nous dûmes nous contenter de contempler à diverses reprises, à des distances variables, son merveilleux minaret, construit en partie avec le butin rapporté d'Espagne au XII^e siècle, en partie avec des dons volontaires, comme les riches et pesants bracelets de la sultane favorite de Yacoub el Mansour qui furent transformés en immenses sphères d'or et brillèrent à son sommet pendant des siècles, elles furent dans la suite, remplacées par les globes de cuivre doré qu'on voit aujourd'hui comme enfilés sur un paratonnerre.

La couleur de ce minaret change aux différentes heures du jour, brun sombre à l'aurore et au crépuscule, il devient rutilant dès que les rayons solaires le frappent et prend une teinte fauve lorsqu'ils sont tamisés par quelque nuage. Cette grande tour carrée, domine toute la plaine qui s'étend entre le grand et le moyen Atlas, fleur centrale d'un bouquet de palmiers géants, plantée là comme un signe de ralliement pour les fidèles et les commerçants.

Marrakech est, en effet, un centre, à la fois religieux et commercial ; les produits des deux continents viennent y rejoindre tous les produits de l'Islam. Sa principale place, le Djema el Fena qui signifie « réunion des trépassés », dénomination peu engageante, est cependant, toujours blanche plutôt que noire, de monde. On n'y voit plus exposées les têtes de rebelles vaincus, mais on y rencontre des types de toutes les races. On y trouve de tout, bétail, denrées fraîches ou avariées, vêtements neufs ou usagés, outils, vieille ferraille, de bonnes et agréables paroles même, et, aussi parfois, des malédictions contre les roumis. C'est un lieu de rendez-vous pour les désœuvrés ; les conteurs et les chanteurs y voisinent les danseurs, les charmeurs de serpents et les marabouts.

Les souks ou marchés permanents, sont à proximité. Ruelles couvertes de branchages, mal pavées quand elles le sont, tachetées de traînées lumineuses qui mettent bien en vue les poussières qui scintillent dans l'air et les ordures qui jonchent le sol. Elles courent le long de minuscules ateliers ou de magasins, accolés comme les cages de nos ménageries. Dans les uns travaillent d'actifs et maigres artisans, souvent

des enfants, dans les autres trônent de notables négociants, occupant dans leur loge, plus de place que leurs marchandises, indolents et placides tant qu'on ne discute pas leurs prix.

Mais le principal attrait de Marrakech réside dans ses superbes palais qui, comme la plupart des palais marocains lorsqu'ils ne sont pas fortifiés, diffèrent de ceux des autres pays du monde par leur peu d'apparence extérieure. On sent que leurs heureux possesseurs tenaient à cacher leurs richesses au vulgaire, à leurs administrés surtout. Tous sont à peu près bâtis sur le même type, murs épais et hauts, en terre battue, couloirs multiples, en zig-zag, où somnolent des gardiens qui, sans en avoir l'air, vous dévisagent, antichambres sévères, et enfin les habitations du seigneur et de sa cour : vastes cours, carrées ou rectangulaires, jardins féériques où pousse une végétation luxuriante. Les plantes et les arbustes, en contre-bas des allées, semblent sortir d'anciennes piscines récemment comblées. Ces méchouars sont encadrés de promenoirs à colonnes, ressemblant jusqu'à un certain point à nos vieux cloîtres, mais plus fraîches, et plus riantes. Le sol est couvert de carreaux céramiques, les murs de mosaïques ou de fines sculptures sur plâtre ; c'étaient à n'en pas douter, des lieux de réjouissance et non de pénitence. Sur ces galeries s'ouvrentde grandes pièces, luxueusement décorées et meublées, garnies de divans, parfois d'un lit, et renfermant de remarquables collections de tapis, d'armes, de faïences et de pendules.

La Bahia, la « Brillante » mérite bien son nom, tant par la grâce de ses constructions et ses trésors, que par le spectacle qu'elle offre de ses étages supérieurs. On y jouit d'une vue incomparable, sur la ville, la campagne environnante, les premiers contreforts du grand Atlas dont les cimes élevées étaient encore couvertes de neige.

Le Bar el Beida, ancien palais d'été du sultan, nous sert actuellement d'hôpital mixte, hôpital Maisonnave. Il est situé au centre de l'Aguedal, véritable forêt de palmiers, d'oliviers, de citronniers, d'orangers, dont une eau courante, toujours abondante, entretient, en toutes saisons, la verdeur et la fraîcheur. De l'extérieur, on croirait à une vaste caserne, mais son intérieur ne le cède en rien aux plus belles résidences. Il les surpasse toutes, par l'étendue de ses bâtiments, de ses jardins, et de leurs pièces d'eaux, et surtout par l'air pur qu'on y respire, air discrètement chargé de tous les parfums de l'Orient, avec prédominance de celui de la fleur d'oranger. Nul lieu n'était plus indiqué pour recevoir nos malades et nos blessés. En nous en laissant la libre disposition, le sultan nous a donné une preuve de judicieuse prévenance dont nous devons lui être très reconnaissant.

Une visite aux tombeaux des chérifs Saadiens s'impose à tout touriste, respectueux des traditions et amateur d'art. Nous n'y avons pas manqué. Ces pierres triangulaires en marbre blanc sont de tailles très différentes, proportionnées sans doute, à la dignité de leurs occupants. Certaines sont monumentales, d'autres minuscules, trop étroites pour recouvrir un enfant nouveau-né.

Fig. 3. — Les caïds surveillant la préparation du thé.

Nous aurions été heureux d'avoir la traduction des inscriptions qu'elles portent. Elles racontent, paraît-il, des vies souvent mouvementées, terminées fréquemment de façon tragique.

Les guides sont, en général, dans l'impossibilité de répondre à nos questions. On ne peut leur en vouloir. Ils ne sont pas du pays. Ils ignorent les légendes et manquent d'ouvrages pour se documenter.

On quitte donc ces lieux, l'esprit inassouvi, rêveur, désappointé de n'avoir pu satisfaire sa curiosité, hanté du désir d'y revenir et de percer leurs mystères.

On éprouve la même impression, quand, retournant vers Casablanca, on jette un dernier regard sur le Grand Atlas, longtemps hostile aux voyageurs, mais qu'on commence à pouvoir explorer sans trop de risques.

Je n'ai pu accompagner les congressistes dans tout le circuit organisé à leur intention, mais au retour je me suis arrêté à Rabat, à Meknès, à Fes, à Taza, à Oudjda... que je me promets d'aller revoir à la première occasion. Je ne parlerai que de Rabat et de Fes que leur renommée méritée ne permet pas de passer sous silence.

Rabat est certainement la ville la plus captivante du Maroc. Placée sur un promontoire vallonné, chaque repli de son sol a son caractère particulier et ménage d'agréables surprises. Son boulevard Clemenceau qui longe l'Océan et conduit à l'hôpital militaire, rappelle les plus belles digues de nos plages à la mode, non pas, par ce qu'elles ont de conventionnel et d'artificiel, mais par les spectacles grandioses qu'y offrent le ciel et la mer.

On a, à peine quitté ce lieu, où la brise est généralement violente, mais qui, le jour de notre passage, était douce et parfumée de senteurs indescriptibles, que se présentent de vastes murailles qui réfléchissent la lumière, la chaleur et l'odeur caractéristiques des pays d'Orient et devant qui s'arrêtent toujours émerveillés et stupides, les indigènes, leurs chameaux, leurs ânes et leurs impedimenta.

La porte monumentale que nous franchissons, donne sur une place garnie de cafés et de magasins, aussi bien achalandés et fréquentés que ceux de nos ports de mer. Là commence une large rue commerçante qui, par une pente douce, nous mène à de magnifiques jardins, la Manoubia et la Menebbia, puis insensiblement et sans transition apparente, aux Directions de la Résidence, élégantes constructions de style très couleur locale, bien ombragées et de là au palais du Sultan dont de fiers gardes noirs interdisent l'accès.

Obliquant machinalement à gauche, nous nous engageons dans une avenue, remarquablement entretenue, nous longeons des parcs clos qui doivent masquer de leurs arbres séculaires des gracieuses villas enfouies dans la verdure. Nous apercevons bientôt la fameuse tour Hassane et, à ses pieds, des centaines de colonnes alignées, vestiges d'une mosquée colossale, détruite par les invasions, les tremblements de terre, le feu et les intempéries. Fermant le cercle, pour revenir à notre point de départ, nous traversons la casbah des Oudaia, jetons un coup d'œil sur ses incomparables jardins. Nous gravissons un escalier qui donne accès au chemin de ronde qui entoure sa forteresse et tombons sur une délicieuse terrasse, qu'embaume des parterres de géraniums, placés au ras du sol, aussi discrets qu'odorants, et les fleurs des orangers des maisons voisines dont les branches les plus élevées sont seules visibles au faîte des murs blancs. C'est le lieu de rendez-vous du monde élégant de Rabat.

On domine l'oued Bou Regreg qui coule au ras de marais salants et baigne sur l'autre rive, Salé, de triste mémoire, ancien refuge de pirates redoutés de toute la chrétienté, très calme, très province aujourd'hui.

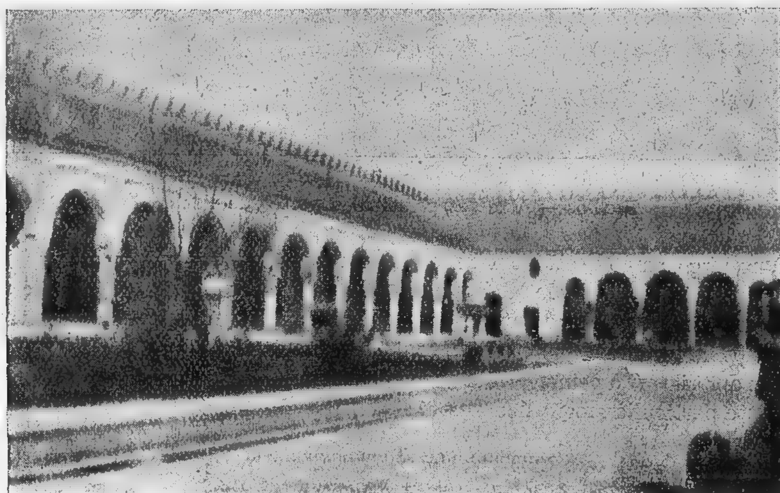


Fig. 4. — Vue des cours du Bar el Béida, hôpital Maisonnave.

Fes est, avec Marrakech, la ville la moins européanisée du Maroc. Qui veut y étudier l'âme marocaine doit y faire un long séjour. Ville sainte et universitaire, on y étudie le Coran, le commerce, l'industrie et, sans doute aussi, la finance. Ses mosquées, ses palais, ses souks, ses écoles, ses fontaines, et jusqu'à ses latrines sont, si l'on en croît les guides, et ils n'exagèrent pas trop, autant que nous avons pu nous en rendre compte, dignes d'être classés parmi les monuments historiques du Nord-Africain.

Les chefs-d'œuvre anciens du Maroc ne sont pas ses seules richesses et ce serait une erreur de croire que ce pays ne présente qu'un intérêt historique, artistique et touristique. Il possède un sol des plus fertiles, un sous-sol bien irrigué qui permet aux cultures les plus délicates de répondre sans effort aux sollicitations d'un soleil très ardent et recèle des minerais pré-

cieux. Et ce qui vaut mieux encore, une race sobre et travailleuse qui débarrassée de ses préjugés et de ses tares, bien dirigée, par nos techniciens français, transformera bientôt son pays et en fera une terre d'influence française conforme aux espérances de la Métropole. Nos distingués confrères ont pris et continuent à prendre une large part à cette œuvre de haute civilisation. Ils poursuivent inlassablement l'assainissement matériel, intellectuel et moral, sans lequel cet immense pays ne tarderait pas à retomber dans la triste anarchie dont il sort à peine.

Tous, nous avons été particulièrement heureux et fiers de voir reconnaître officiellement la valeur et l'efficacité de leurs efforts. Si les félicitations des modestes praticiens que j'ai rencontrés au cours de mes pérégrinations et qu'ils ont si cordialement reçus, ne leur paraissent pas un peu faibles à côté des éloges aussi éloquents que mérités, dont ils ont été couverts au cours de ces belles Journées médicales et marocaines, je les prie de les agréer avec nos vifs remerciements par la voie amicale et confraternelle du *Concours médical.*

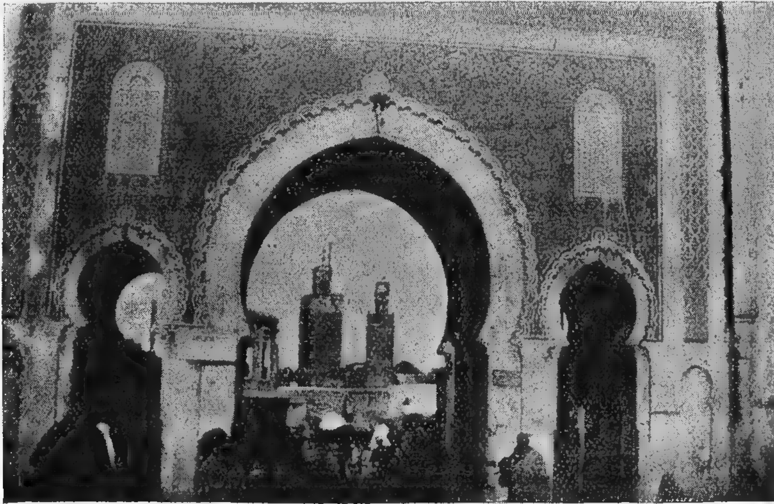


FIG. 5. — Vue des principales portes de Fez.

Ch. SCHMITT.

Les Livres

GAYOT, éditeur, Paris.

A. DE MIRIMONDE. — **Manuel pratique des assurances.** (Un volume. Prix : 30 fr., 1928.)

M. de Mirimonde vient de faire paraître un livre très intéressant et très utile, livre qui aura sa place marquée dans la bibliothèque du praticien : le manuel pratique des assurances.

Le médecin, en effet, souscrit la plupart du temps des contrats d'assurances, sans en savoir exactement le contenu, souvent sans en lire les conditions générales ou sans en comprendre la portée.

Si cette façon de faire a peu d'importance à Paris où la concurrence est très âpre dans le domaine de l'assurance et où les médecins peuvent facilement se renseigner près de personnes compétentes, c'est très dangereux en province où le docteur se trouve seul en face des compagnies représentées par leurs agents.

Le livre de M. de Mirimonde pourra leur être un guide sûr et éclairé.

Après une courte introduction sur le rôle de l'assurance, dans une première partie, l'auteur nous parle du choix d'une société et fait l'étude d'une police en général.

C'est ensuite un essai de classification des différents contrats que l'auteur nous propose, avant de nous présenter un examen très poussé du contrat d'assurance-incendie. Le docteur trouvera dans cette partie la nomenclature des risques exclus, le calcul de la prime, les formalités à remplir en cas de sinistre, le mode de règlement de ces sinistres, les assurances spéciales des recours qu'il pourrait avoir à supporter du fait d'un sinistre ; en un mot, ce chapitre est l'étude très approfondie des conditions générales d'un contrat incendie.

M. de Mirimonde nous montre ensuite l'assurance vol dans ses différentes formes : assurance des mobiliers personnels et commerciaux, l'assurance des marchandises en cours de transport et l'assurance contre les détournements.

Après l'exposé des assurances agricoles, nous avons sous les yeux l'assurance des transports. L'assurance automobile occupe la plus grande partie de ce chapitre qui nous détaille les conditions du contrat «tous

risques », contrat type englobant toutes les formes d'assurance basées sur les voitures auto.

Dans les pages suivantes, le docteur trouvera une étude de la législation des accidents du travail et des contrats d'assurance garantissant ce risque. Quelles sont les entreprises assujetties aux lois de 1898 et suivantes ? Quel est le montant des indemnités ? Comment assurer son personnel domestique ? Quel est exactement le fardeau qui pèse sur le médecin ? Autant de questions que le manuel pratique des assurances aidera à résoudre.

Un chapitre est consacré à l'assurance un peu spéciale du crédit. M. de Mirimonde nous parle ensuite des assurances diverses, passant en revue tous les risques qui peuvent être garantis, et il consacre une partie de ce chapitre à l'assurance responsabilité civile du médecin et à l'assurance individuelle contre les accidents.

La fin du livre est une étude de l'assurance sur la vie. L'importance des chapitres consacrés à l'examen de ce contrat est bien en rapport avec sa gravité ; par ses formes multiples et son coût élevé, il doit être étudié sous toutes ses faces avant qu'on ne se décide à opter pour une combinaison qu'il présente, plutôt que pour une autre.

Après un exposé historique et technique de ces assurances, l'auteur en étudie le régime juridique, éclairant le docteur sur la situation du souscripteur et les droits du bénéficiaire.

C'est ensuite l'examen des principales combinaisons d'assurance sur la vie.

Le livre se termine par l'étude des assurances viagères.

Par son ensemble complet, le livre de M. de Mirimonde est certainement un des volumes les meilleurs sur la matière.

Par ses notes, par toute la jurisprudence qui y est annexée, le technicien lui-même aura souvent recours à ce livre.

Il est suffisamment concret pour que le médecin y puise tous les renseignements dont il pourra avoir besoin et qui pourront compléter les indications de son assureur-conseil.

Le docteur connaîtra exactement l'étendue de ses droits et de ses obligations. Il connaîtra la gravité des risques qu'il encourt et pourra se prémunir contre eux par la sage mesure de prévoyance qu'est un contrat d'assurance bien fait.

P. R. BAGLIN,
Assureur-conseil,
Licencié en droit.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain.

G. WORMS, professeur au Val-de-Grâce et M. BOLOTTE. — **L'insuffisance respiratoire nasale.** (Un vol. in-16, 320 pages, avec fig. Prix : 25 fr.).

R. BENON, médecin de l'hospice général de Nantes (quartier des maladies mentales). — **L'hystérie, crises, séquelles.** (Un vol. in-16, 184 pages. Prix : 15 fr.).

Chez VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-médecine.

Dr G. SAINT-PAUL (G. Espé, de Metz). — **Introduction à l'étude de la cérébrologie.** (Un vol. in-8, 84 pages. Prix : 7 fr.). Les Editions Universitaires de Strasbourg 1a, place de l'Université.

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

Georges SCHREIBER, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **La médecine préventive usuelle.** (Un vol. 384 pages. Prix : 30 fr.).

THÉRAPEUTIQUE

A propos d'un nouveau purgatif synthétique

Par le Dr VALORY.

Lorsque le médecin désire purger un malade, il n'a que l'embarras du choix entre les purgatifs mécaniques, laxatifs, cathartiques et drastiques. Beaucoup ont des avantages, tous ont des inconvénients.

L'agar-agar, les huiles d'olive, de paraffine, les semences de psyllium, etc., bref, tous les purgatifs exonérateurs simples, n'influent que sur les constipations légères.

Chacun sait le dégoût souvent invincible que provoque l'absorption de l'huile de ricin, des sels de soude, de magnésie, et les coliques plus ou moins violentes qu'ils déterminent. Le podophyllin contient de la podophyllotoxine, substance irritante et très toxique. Le cascara sagrada déterminerait, suivant Hayem, de l'hyperpepsie.

Parmi les cathartiques, le séné, à cause de son action excitatrice des fibres musculaires lisses, doit être proscrit pendant la grossesse. De plus, on l'a accusé d'avoir une action dépressive sur la circulation. Comme l'aloès, il congestionne fortement les organes abdominaux et ceux du petit bassin. On ne peut donc employer ces deux mé-

dicaments chez les malades sujets aux métrorrhagies, aux hémorroïdes. Quant à la rhubarbe, elle produit souvent des réactions assez vives avec nausées, céphalalgies, vertiges, etc. Et, nous avons vu plusieurs personnes chez qui elle provoquait des coliques assez violentes, sans aucune action purgative.

Enfin, on peut avoir recours aux drastiques à action bien vive, et souvent trop, par l'irritation et la perturbation du tube digestif qu'ils déterminent.

En définitive, nous voyons que nous ne possédons pas encore le purgatif idéal : c'est-à-dire actif et anodin. Et, il était indiqué de chercher à établir un produit synthétique dont la composition constante permettrait d'obtenir des résultats constant eux aussi et doux. C'est dans ce but, qu'après de patientes recherches, M. Guggenheim a isolé la diacétyl-dioxy-phénylisatine ou isacène.

L'isacène est une poudre blanche, cristalline, sans saveur, sans odeur. Il fond à 242° et est insoluble dans l'eau et les acides dilués, notamment dans l'acide chlorhydrique du suc gastrique. C'est grâce à cette dernière propriété que le médicament n'exerce son action d'excitant des ondes péristaltiques et accessoirement de la sécrétion intestinale qu'à partir du côlon droit.

L'examen radioscopique et l'expérimentation sur des anses intestinales, isolées, l'ont démontré (Pouchet, *Pratique médicale française*, n° 5 *bis*, mai 1927). Ceci s'explique par ce fait, que les alcalis du côlon saponifient l'isacène ; ils lui enlèvent les groupes acétyls, et libèrent dans cet organe la dioxyphénylisatine, substance active du médicament ; on échappe ainsi à l'inconvénient d'un produit qui, soluble dans le suc gastrique, déterminerait des vomissements et des troubles du grêle.

Une synthèse adroitement réalisée fait donc que l'isacène a une influence modérée, constante et surtout localisée à un segment déterminé de l'intestin.

Au point de vue de la posologie, 5 à 15 milligrammes constituent en général une dose efficace. Mais l'on peut donner des doses beaucoup plus fortes (Andréa *in* thèse de Lyon, 1926, Katzenelbogen et R. Guden) sans observer le moindre trouble.

De plus, point très important, et, ce en quoi l'isacène diffère de bien des purgatifs et en particulier de la phénolphtaléine et des dérivés de l'antraquinone à composition chimique voisine, le médicament n'est pas absorbé par la muqueuse intestinale même à dose élevée. Il ne peut donc léser ni le foie ni le rein. On ne l'a jamais trouvé dans les urines. Il s'élimine intégralement par les fèces et ne produit donc pas d'accoutumance. Expérimentalement, Guggenheim a donné une preuve de sa non toxicité en faisant prendre 5 grammes d'isacène à un chien sans obtenir aucun effet apparent, même pas d'action purgative (le médicament n'est purgatif que chez l'homme).

Etant donné que ses doses thérapeutiques sont minimes, on a pu présenter l'isacène sous forme de granules ; chacun contient cinq milligrammes de substance active. Si deux ou trois granules suffisent en général, dans les cas de constipation opiniâtre, surtout s'il s'agit de malades couchés, on pourra être obligé de donner jusqu'à 6 et 8 granules c'est-à-dire 30 à 60 milligrammes d'isacène. Nous avons vu que cette dose est parfaitement inoffensive et peut être atteinte sans la moindre appréhension. Naturellement, il faut surveiller le malade, diminuer ou même supprimer le médicament pendant quelques jours, lorsque la constipation est vaincue, puis reprendre à doses moindres.

L'effet cathartique se produisant, dans la plupart des cas, 10 à 12 heures après son absorption, il est pratique de faire prendre le médicament le soir pour avoir le résultat voulu le lendemain matin. Il faut cependant se rappeler qu'il existe des différences individuelles assez sensibles : chez certains, l'influence laxative se produit au bout de 3 ou 4 heures alors que, chez d'autres, on l'observe seulement après 24 heures. Donc, tant à ce point de vue qu'à celui de la posologie, il faudra adapter le médicament à chaque malade.

Les indications de l'isacène s'étendent à tous les cas de constipation. On peut l'utiliser aussi bien chez les adultes que chez les enfants, les vieillards et les femmes enceintes. Naturellement, il a comme contre-indications celles de la purgation en général.

De cette courte étude, il ressort donc que l'isacène s'est révélé comme un laxatif-purgatif dont l'action limitée au gros intestin est toujours douce.

Comme d'autre part, il est dépourvu de toute toxicité, et qu'avec son emploi on n'a pas à craindre d'accoutumance, nous estimons, avec les différents auteurs qui l'ont expérimenté, qu'il est susceptible de rendre de grands services dans la thérapeutique journalière.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE BANQUET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(21 mai 1928.)

Belle journée pour l'Association générale ! Plus belle journée encore pour le Corps médical ! Tel est le bilan du 20 mai, date du traditionnel banquel de l'Association.

Belle soirée pour le *Concours médical* aussi, qui n'a jamais cessé, par la plume de tous ses directeurs, de prêcher l'union, la reconstitution de l'unité corporative, la réconciliation générale ! Pour moi-même qui, dans une solennelle adjuration, aux Journées médicales de Montpellier, en novembre 1926, suppliais les frères adverses de ne pas laisser durer trop longtemps la malencontreuse scission et de se regrouper en un seul faisceau professionnel.

Ce sera le mérite du Conseil général de l'A. G. et de son distingué et dévoué président, notre grand ami BELLENCONTRE, d'avoir contribué à préparer ce mémorable évènement, en conviant, au banquet de l'an passé, les dirigeants des deux grands groupements : Fédération nationale, et Union à s'asseoir côte à côte à la même table, et à procéder ainsi aux prémisses d'un rapprochement dont nous avons acclamé la prochaine réalisation.

Ce fut la première parole de Bellencontre, à l'heure du champagne, que de nous annoncer cette grande, cette bonne nouvelle. Et les applaudissements frénétiques dont elle fut saluée montrèrent assez combien elle était unanimement souhaitée.

Mais, avant d'en arriver au champagne, nous avions déjà, dans les somptueux salons du Foyer médical, savouré le délicieux menu d'un véritable festin où voisinèrent, dans une appétissante symphonie, la truite onctueuse, la côte de bœuf soulignée de cèpes abondants et savoureux, le chaud-froid nappé d'une gelée originalement safranée, et les asperges virginalement ensaucées. Et nous étions bien cent cinquante à nous régaler ainsi, en attendant que les flots d'éloquence escomptés vinssent s'ajouter aux flots des vins généreux, dont nous pûmes nous abreuver largement.

Donc, Bellencontre, ayant tout d'abord, je ne dirai pas conquis un auditoire qui lui est affectueusement acquis depuis... toujours, — n'est-il pas, par sa nature, son esprit, ses dons, de la race des conquérants ? — mais porté à un haut degré thermique l'atmosphère déjà chaleureusement bien disposée de la salle, congratula, comme il sait le faire, et le président du banquet, le sympathique professeur Balthazard, et tous les personnages de marque ici présents : le député Bonnefous ; Vanverts, Dibos, François, Desrousseaux, tenants respectifs des Conseils des deux groupements en voie de fusionnement ; MM. Ponroy, Courty, Comar, Debat, Faure, Dartigues, Dupuy de Frenelle, Crouzat, Geoffroy, Boudin, les représentants de la Presse médicale, Vitoux, Crinon, Mainot, et votre serviteur ; et Thierry, A chacun, il sut dire le mot amical qui lui convenait. Et ce n'est pas son moindre charme que de se donner le plaisir de rendre opportunément hommage à ses hôtes.

Que l'A. G. ait contribué pour sa part à provoquer le rapprochement obtenu des deux tronçons opposés du Corps médical, qu'elle en soit en quelque sorte le témoin présent, et qu'elle le puisse enregistrer publiquement, c'est un fait dont elle ne saurait trop se glorifier.

M. le professeur Vanverts, au nom de la Fédération, souscrivit à ces paroles, et reporta sur le professeur Balthazard tout le mérite du résultat obtenu.

M. le Dr Dibos, au nom de l'Union, vanta l'A. G., grande protagoniste du secours médical. C'est dit-il, avec émotion, le plus grand honneur qui puisse être fait à l'un des membres de la grande famille médicale que de prendre rang parmi les hommes de cœur qui gèrent le patrimoine du malheur. » Le président de l'Union et son secrétaire général s'associent de tout cœur à la manifestation publique du désir de réaliser l'union de tous les médecins, en les regroupant dans un sentiment vibrant de solidarité familiale. Tous ont, en effet, le même idéal : le plus grand bien du praticien dans le respect de la liberté et la dignité.

Après que le Dr Bonnefous eut assuré ses confrères qu'au Parlement, il remplirait son mandat

avec conscience et fidélité, et soutiendrait les justes revendications du Corps médical, le professeur Balthazard se leva à son tour et fit l'éloge de l'A. G., œuvre d'entr'aide, d'assistance, de secours, toujours si discrètement sollicités par leurs bénéficiaires. Il effleura la question du secret médical, traitée longuement, dans une discussion de l'après-midi et réglée par l'adoptio n de l'ordre du jour du Congrès des Syndicats de novembre 1927. A propos des assurances sociales, il sut développer excellemment cette pensée que « défendre les intérêts des médecins, c'est défendre les intérêts des malades. Et il montra comment ces intérêts conjugués allaient pouvoir être plus fortement soutenus, puisque l'on pouvait considérer comme virtuellement réalisée la fusion de la Fédération et de l'Union en un super-organisme unique : la *Confédération nationale des Syndicats médicaux de France.* L'accord absolu qui venait de se conclure aujourd'hui même, sera proposé à la ratification d'un nouveau Congrès des Syndicats fixé au 8 juillet prochain. Les Syndicats seront respectivement saisis des nouveaux statuts pour en discuter à leurs Assemblées générales d'automne, de manière à ce que l'Assemblée générale constitutive de la nouvelle Confédération puisse se tenir le 6 décembre...

Je vous laisse à penser si cette pluie de bonnes nouvelles fut saluée de bravos enthousiastes.

Nous entendîmes encore MM. Comar, Debat, Olive parler éloquemment de l'A. G., de ses buts si efficacement humanitaires, de son Pésident et du professeur Balthazard, le triomphateur de la journée. Et tout se termina sur un appel de notre ami Thierry en faveur de la Caisse du Secours immédiat de l'A. G., appel qui fut entendu de tous, puisqu'il recueillit en quelques minutes plus de deux milliers de francs.

Et l'on se sépara euphoriquement, emportant de cette belle manifestation, une ineffaçable impression, et un sentiment de plus ferme confiance dans les destinées du Corps médical français.

Dans l'après-midi avait eu lieu au grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine la 66[e] Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de Bellencontre, président.

Soixante-dix sociétés départementales avaient envoyé des délégués à cette réunion, chargés de donner leur avis sur les questions d'entr'aide et de solidarité professionnelle qui étaient portées à l'ordre du jour.

Le président Bellencontre leur a souhaité la bienvenue dans son discours d'ouverture et a évoqué le souvenir de tous les disparus et des généreux bienfaiteurs de l'Association, grâce auxquels plus de 300.000 fr. de pensions ou de secours sont distribués, chaque année, aux vieux médecins dans la gêne, aux veuves et aux orphelins.

Les deux questions du secret médical et de la pléthore médicale ont fait l'objet d'une discussion intéressante qu'un ordre du jour confirmant les décisions prises au Congrès des Syndicats de décembre 1927 a clôturée.

G. DUCHESNE.

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

VI

Savoir, Prévoir....

La fin de ma dernière lettre vous a préoccupé, mon cher ami, et vous me demandez de m'étendre davantage sur ce que j'ai appelé notre *probité professionnelle* : vous sentez bien pourtant, avec votre bon sens, qu'elle est d'autre qualité que celle des profanes. Ce qui est habileté chez le commerçant devient duperie chez le médecin.

Il y a quelques semaines, une jeune femme de mes connaissances, enceinte d'environ six mois, est entraînée par une voisine dans un cabinet médical que dirigent deux médecins associés. Celui qui la reçoit et l'examine lui déclare avec véhémence : qu'elle a beaucoup trop attendu pour le consulter, que son enfant est mort, qu'elle devra rentrer chez elle et attendre les événements, prompte à l'appeler téléphoniquement au moindre malaise. Affolement, comme bien vous pensez, de cette jeune femme. Rien n d'anormal n'étant survenu durant la quinzaine, elle retourne voir ce médecin qui lui confirme, *après palpation et auscultation fœtale*, la mort de son enfant.

A une troisième entrevue, elle a affaire à l'autre associé, tout aussi affirmatif dans le même sens... Et trois mois plus tard, elle accouche normalement d'une petite fille bien vivante qui fait sa joie. Heureusement que, sur mes conseils, cette jeune femme était allée demander l'avis d'un accoucheur des hôpitaux qui la rassura, avec d'autant plus de force, qu'il avait parfaitement perçu, comme moi-même, des mouvements actifs, et les battements du cœur de l'enfant.

Eh bien ! je dis que ces deux médecins sont des exemples de patente improbité, soit qu'ignorants de la technique d'exploration d'un utérus gravide, soit.... pis encore, que fauteurs d'une cer-

taine exploitation éhontée... Impardonnables de toute manière.

C'est un procédé en vérité trop commode, mais qui s'use vite, que celui qui consiste à toujours tout grossir, à tout exagérer, pour se ménager de faciles triomphes thérapeutiques. Ce sont des : « Cas très graves ... Mais je vous guérirai... » Et des : « Vous avez bien fait de m'appeler ; demain, il eût été trop tard... » Charlatanisme, bluff... Choisissez.

La contre-partie, pour être moins blâmable, n'en mérite pas moins d'être critiquée. Et qu'un médecin parle aux proches de son malade de guérison possible dans un de ces cas où tout espoir est vain, c'est que son diagnostic est erroné et ouvre ainsi la porte au leurre fallacieux, ou bien qu'un optimisme excessif lui ferme les yeux devant la menaçante réalité.

Une femme d'une quarantaine d'années, porteuse de masses ganglionnaires bacillaires dans les creux sus-claviculaires, et d'une tumeur blanche du cou-de-pied, présente un syndrome méningé sur la nature duquel il est difficile de se tromper. L'évolution, qui se règle en trois semaines par la mort, ne laisse aucun doute sur le diagnostic de méningite tuberculeuse. Et cependant, il s'est trouvé un médecin pour parler de congestion cérébrale et laisser espérer une guérison possible... à son mari et à ses parents, qui se raccrochaient désespérément à ce pronostic, jusqu'à regarder de travers, ou peu s'en fallait, ceux qui, mieux avertis, cherchaient à les détromper et à les familiariser avec l'issue, malheureusement inévitable.

Peut-être m'objecterez-vous que de telles erreurs peuvent être commises de bonne foi, et qu'il a bien dû m'arriver, au cours de ma pratique, d'annoncer des morts ou des guérisons qui ne se sont pas réalisées ... Je n'ai pas la prétention, vous le savez, de valoir mieux que l'ensemble de mes confrères. Mais, ce que je puis vous affirmer, c'est que je me suis toujours efforcé de rester dans un juste milieu. Et certains exemples que j'ai eus sous les yeux m'ont servi, en quelque sorte, de guides, et de rappels à la réflexion et à la mesure des mots à prononcer.

J'ai rencontré, tout au début de ma carrière, deux confrères âgés qui rivalisaient de rusticité dans leur mise, dans leur allure, et dans leur genre de vie, mais qui se tenaient aux antipodes l'un de l'autre dans leur façon de pronostiquer.

Le populaire avait baptisé le premier *Tue-tout*, parce qu'il ne pouvait voir un malade sans le condamner irrémissiblement. Le second bénéficiait du sobriquet de *Sauve-la-Mort*, parce que, à l'encontre de l'autre, il voyait toujours tout en beau, et n'admettait pas que ses clients pussent être gravement atteints, au point d'en mourir...

De les avoir coudoyés durant quelques années, il en est résulté pour moi une ferme intention de me tenir à égale distance de ces deux extrêmes, et de m'efforcer, après avoir essayé de formuler un diagnostic aussi exact que possible, de prévoir avec assez de précision la suite des événements. J'y réussissais volontiers ; même, la vérification d'un pronostic prononcé fermement n'a pas été sans me causer quelques mécomptes ; en voici un cas qui n'a plus, heureusement pour les jeunes générations, que la valeur d'une curiosité historique.

En 1893, le sérum antidiphtérique de Roux étant encore inconnu, je fus appelé auprès d'une fillette de cinq à six ans atteinte manifestement du croup. Le diagnostic n'étant pas discutable, je le communiquai aux parents en leur disant : « A cette heure, il n'y a plus qu'une ressource, c'est de tenter la trachéotomie ». Ils s'y refusèrent. « A votre aise, leur répliquai-je. Je rentre chez moi ; réfléchissez encore. J'ai tout préparé en vue de cette intervention. Faites-moi un signe et j'accourrai. Mais ne tardez pas trop ... ». Et je leur exposai la succession des évènements qui allait se dérouler sous leurs yeux, sans oublier la période d'accalmie trompeuse, pré-agonique. Je fus rappelé dans la journée, précisément au moment de cette accalmie. » Vous voyez bien qu'elle va mieux, me dit la mère.» — Je vous l'ai annoncé, ripostai-je. Mieux apparent qui ne durera pas. » Le lendemain l'enfant mourait.

Des mois se passèrent ; je n'avais plus entendu parler de ces clients, lorsqu'un jour, je rencontrai la mère qui détourna la tête en m'apercevant.

Surpris, je fis une enquête discrète chez les voisins, et j'appris qu'elle ne m'avait jamais pardonné d'avoir été si bon prophète...

Voyez-vous, mon cher ami, pour un médecin consciencieux, deux objectifs doivent être perpétuellement présents à son esprit : *savoir, prévoir*.

Savoir, c'est-à-dire posséder des connaissances scientifiques suffisantes pour étayer solidement un diagnostic et prescrire un traitement adéquat.

Prévoir, c'est-à-dire, l'expérience aidant, prononcer, en y mettant toutes les formes, un pronostic qui ne soit pas, autant que possible, démenti par les faits.

Sachez bien que c'est surtout sur votre pronostic que vous serez jugé. Que vous commettiez une erreur de diagnose, cela pourra passer inaperçu. Mais que vous annonciez que tout va bien, alors que votre malade trépassera, à peine serez-vous sorti, cela, on ne vous le pardonnera pas.

Le malade, et son entourage, ne manquent pas de vous interroger : « *Qu'est-ce que j'ai ? — Qu'est-ce qu'il a ? Est-ce grave* » ? Diagnostic, pronostic ... Savoir, prévoir.

Au malade lui-même, vous ne direz la vérité que dans la mesure où sa révélation peut avoir une influence sur la docilité avec laquelle il suivra

vos ordonnances. A ses proches, il conviendra que vous soyez moins restrictif et que vous donniez, avec mesure, votre opinion sur l'évolution telle que vous êtes accoutumé de l'observer dans des cas analogues. Et si votre pronostic est sombre, vous en saurez tempérer la gravité par ces formules toutes faites, qui tournent toutes autour de l'espoir que peut et doit laisser la vie, et ses manifestations présentes.

Retenez bien, mon cher ami, que la marche de la maladie ne répondra pas toujours à vos prévisions. Je vous ai entretenu, précédemment, de cette malade à laquelle je m'intéresse vivement, et qui est atteinte d'une néphrite hypertensive avec hyper-azotémie. Un dosage, effectué il y a quinze jours, avait révélé la présence de 3 gr. 09 d'urée dans le sang. L'état s'était aggravé, comme bien vous pensez; l'urémie se traduisait par une douleur épigastrique avec vomissements, diarrhée, céphalée, crampes, allant jusqu'à la quasi-tétanisation des extrémités. Quel pronostic auriez-vous fait en pareil cas ? Rapidement fatal, selon la fameuse loi de Widal ? Eh bien ! Il n'en a encore rien été. L'urée sanguine est tombée à 2 gr. 25, et les manifestations urémiques se sont atténuées, tandis que se montrait un mieux manifeste qui persiste. Mieux éphémère, sans doute, mais qui n'en a pas moins controuvé, à mon grand étonnement, une prédiction que tout semblait rendre inéluctable.

Les artério-scléreux hypertendus font volontiers des spasmes artériels. Ces spasmes apparaissant au niveau de la circulation encéphalique peuvent provoquer de véritables ictus, avec monoplégie, hémiplégie, amaurose, bredouillement, etc. Tout cela est transitoire, les spasmes cèdent, et les signes qu'ils commandaient disparaissent à leur tour. Voilà un cas où il ne faut pas se hâter de prévoir d'irréductibles paralysies.

Sachez distinguer la méningite du méningisme vermineux. Ne confondez pas une angine pultacée banale, et pourtant hyperthermique, avec l'amygdalite pseudo-membraneuse, à symptomatologie plus discrète, tout au moins au début.

En face des vieux cardiaques asystoliques, attendez-vous à d'agréables surprises. Tant que leur myocarde conservera quelques fibres aptes à se laisser stimuler par la digitale, l'ouabaïne, la spartéine, le camphre, vous serez étonné des résurrections véritables, encore que temporaires, auxquelles vous assisterez. La tuberculose du vieillard est généralement bien supportée, et j'ai soigné longtemps telle vieille septuagénaire qui, de temps à autre, me faisait des hémoptysies, avec poussées congestives autour d'anciennes lésions bacillaires. Cela a duré plusieurs années.

Méfiez-vous, par contre, de l'embolie graisseuse des fracturés ! !

Au cours d'une maladie aiguë, fièvre infectieuse, broncho-pneumonie, pneumonie... vous vous baserez, pour justifier votre optimisme ou votre pessimisme ! selon les cas, sur des signes d'une valeur inestimable. L'humidité de la langue, le fonctionnement satisfaisant du rein, la tenue du pouls, un certain aspect difficile à définir, mais que l'habitude rend familier, vous autoriseront à nourrir un espoir légitime. Tandis que des urines rares, une langue rôtie, un pouls précipité, annonceront l'approche de la camarde. « *Pulsus semper ascendens*, disait Lorrain, clinicien fameux du siècle dernier, *lethale* ! »

Soignez votre diagnostic, pour bien soigner votre malade. Fignolez votre pronostic, dont vous saurez tempérer la clarté trop brillante de prudentes réserves, la brutalité trop sombre, d'une touche d'humaine compassion.

Ne manquez pas aussi de doubler votre prévision de prévoyance. Vous n'entrerez jamais dans trop de détails sur tous les éléments du traitement que vous conseillerez. Précisez bien les heures des prises médicamenteuses ; si vous employez la sinapisation cataplasmique, ne craignez pas de déchoir en expliquant minutieusement comment se prépare un cataplasme sinapisé, dont l'efficacité sera fonction du développement de l'essence de moutarde, en présence d'*eau froide*, et non tiède ou chaude. Quand vous ferez placer une vessie de glace sur l'abdomen d'un malade, vous ne manquerez pas de vous assurer qu'une flanelle aura été interposée entre le tégument et le réfrigérant. Et si vous attendez un réchauffement général nécessaire de boules d'eau chaude entourant votre patient, assurez-vous non moins personnellement que leur température n'est pas excessive, et apte à provoquer des brûlures. Des confrères ont été poursuivis, et même condamnés,pour avoir négligé de procéder à cette vérification dont ils laissèrent le soin à un aide quelconque qui s'en acquitta fort mal, ce dont ils furent rendus responsables.

Et, pour finir par où j'ai commencé, souvenez-vous-en bien : toutes les fois que vous ferez une visite qu'au tréfonds de vous-même, vous reconnaîtrez inutile, à un malade qui ne l'aura pas impérieusement exigée, *s'il en supporte les frais*, vous friserez l'indélicatesse. Si vous multipliez les visites inutiles, vous serez en pleine improbité professionnelle. Visites superflues, techniques nullement indiquées (pointes de feu, hypodermie, intra-veineuses...), opérations chirurgicales de complaisance : gamme qui commence à l'indélicatesse et finit à l'abus de confiance.

Mais que vais-je chercher-là ?

C'est, envers vous, recommandation inutile, car je vous en sais tout à fait incapable.

G. DUCHESNE.

SITUATION JURIDIQUE ET PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Quelle est la définition du médecin spécialiste ?

A vrai dire, il n'existe aucune définition bien précise du terme : médecin spécialiste. Ce vocable est entré peu à peu dans la pratique courante ; mais actuellement se posent des questions de tarification d'honoraires, des problèmes déontologiques et enfin des directives au point de vue des études médicales, de sorte que nous croyons utile de rechercher tant dans les usages professionnels que dans la jurisprudence des exemples, des analogies et des coutumes, nous permettant d'essayer de donner une définition du terme médecin spécialiste.

A) Point de vue scientifique et professionnel.

Le médecin est dit spécialiste, lorsqu'il cantonne son activité professionnelle et scientifique sous trois points de vue généraux :

1° *Spécialisation par pratique particulière et clinique.*

Sitôt le diplôme obtenu, un docteur en médecine ne se livrera pas à l'exercice de la médecine générale. Il restreindra ses recherches cliniques, ses études théoriques aux maladies de l'estomac, par exemple, aux questions de diététique, aux maladies d'enfants, aux soins à donner aux tuberculeux, aux syphilitiques, etc.

De ses études médicales, qui ont été nécessaires, pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, il ne conserve donc que des notions générales et une empreinte scientifique, indispensables pour mener à bien ses recherches spéciales.

Mais, désormais, il borne son activité de praticien à ne soigner, en ville comme à l'hôpital, que des maladies bien déterminées.

Aussi, acquiert-il une compétence scientifique et clinique qui le font rechercher tant des malades que de ses confrères, pour des consultations.

2° *Spécialisation pour habileté manuelle.*

Un chirurgien, un accoucheur, un oto-rhino font preuve d'une dextérité manuelle tout à fait particulière, en dehors de la science théorique et clinique qui leur est nécessaire, pour devenir tant des opérateurs habiles que des consultants idoines.

3° *Spécialisation pour instrumentation spéciale.*

Dans cette catégorie, nous avons surtout en vue les docteurs, qui font l'acquisition d'une installation coûteuse de radiologie ou d'un laboratoire d'analyses, etc.

Ces médecins sont obligés à des études extra-médicales et médicales, pour pouvoir exercer la branche de l'art de guérir ou de diagnose qu'ils ont choisie.

La spécialisation et les diplômes spéciaux ou les concours.

Cette spécialisation est devenue nécessaire, par la grande complexité des différentes branches de l'art de guérir. A tel point que, bien que le diplôme de docteur en médecine soit à la base et reste indispensable pour quiconque veut exercer la profession de médecin, il est devenu nécessaire et utile d'obtenir des diplômes spéciaux, pour postuler à certaines fonctions.

Ainsi, pour être nommé médecin sanitaire maritime, il faut faire des études, qui seront consacrées par un diplôme spécial.

Il en est de même pour les directeurs de bureaux d'hygiène ou inspecteurs départementaux d'hygiène qui ne peuvent concourir que s'ils ont obtenu, au préalable, le diplôme d'hygiène.

Les médecins légistes sont surtout choisis parmi les titulaires du diplôme de médecine légale.

Aucune loi n'impose ces adjonctions au diplôme de docteur en médecine : tout docteur peut être médecin expert, hygiéniste ; mais, néanmoins, les administrations n'acceptent, comme postulants aux postes qu'elles offrent que les docteurs qui font montre, grâce à un diplôme officieux spécial, de connaissances théoriques et pratiques indispensables pour se montrer à la hauteur de la tâche qui leur sera confiée.

Ne voyons-nous pas, en outre, la consécration par l'usage des spécialisations ?

Les grands hôpitaux ouvrent des concours pour chirurgien, oto-rhino, accoucheur, radiologiste des hôpitaux.

Ces fonctions données après épreuves théoriques et cliniques fort dures, confèrent ainsi, officieusement, parce qu'aucun texte de loi n'est intervenu, le titre de spécialiste.

Il n'est donc pas étonnant de voir la Faculté entrer dans cette voie. Des cours spéciaux sont institués par des professeurs et agrégés, cours théoriques, puis cliniques, dans les services d'hôpitaux, ouverts, contre rémunération, à tout docteur qui veut acquérir des connaissances spéciales en radiologie, en médecine infantile, etc.

L'habitude commence à s'établir de terminer ces cours spéciaux par un diplôme officieux, mais qui a néanmoins toute sa valeur.

B) Point de vue syndical et déontologique.

Pendant longtemps, les spécialistes ne résidaient que dans les très grandes villes. Ils ne s'occupaient que de la branche spéciale, à laquell

ils s'étaient adonnés, délaissant complètement la clientèle de médecine générale.

Peu à peu, ces praticiens spécialisés se sont décentralisés et se sont installés dans des villes de moyenne importance. Ils ont continué à ne pas donner d'autres soins que ceux adéquats à leur spécialité. Mais, nous voyons des rubriques particulières, dans les différents tarifs syndicaux locaux, en ce qui concerne non seulement les consultations, mais aussi les différentes interventions.

Ces actes médicaux ont été tarifés plus cher pour les spécialistes que pour les médecins omnipraticiens.

Les syndicats se sont alors préoccupés des relations confraternelles et déontologiques entre spécialistes et praticiens, tant pour le protocole des consultations que pour les honoraires réclamés en commun (note séparée, note globale, commune, etc.)

Enfin, les groupes professionnels médicaux ont envisagé si certaines pratiques étaient compatibles avec une saine déontologie. Par exemple, est-il licite à un spécialiste d'ouvrir des cabinets de consultations, dans différentes localités et de s'y rendre à jours fixes, pour y consulter ou opérer ?

Un spécialiste peut-il être autorisé par le syndicat à se rendre plusieurs fois par mois dans une autre ville, dans laquelle est déjà installé un spécialiste, exerçant la même branche d'art de guérir ?

Devenant de plus en plus nombreux, les spécialistes ont ressenti le besoin de se grouper en syndicats spéciaux, recrutant les spécialistes d'une même branche, épars dans toute la France.

C'est ainsi que nous avons assisté à la création du syndicat général des oculistes, puis à celui des radiologistes, etc.

Tous ces syndicats se sont enfin fédérés en une Union des syndicats généraux de spécialistes, pour défendre leurs intérêts communs qui, sur certains points, diffèrent de ceux des praticiens de médecine générale.

Or, la plupart de ces sociétés ont inscrit, dans leurs statuts, que, pour être membre titulaire il faut n'exercer que la spécialité dont s'agit et faire un stage de deux ou trois ans, comme membre adhérent.

Ainsi, syndicalement, le titre de spécialiste a une définition particulière, du fait que le membre titulaire d'un syndicat de spécialiste peut s'intituler de ce titre, étant données les conditions exigées pour l'admission au groupe confraternel.

C) Point de vue juridique.

Nous ne trouvons une véritable définition du médecin spécialiste que dans une seule décision de jurisprudence. Un jugement du tribunal de paix de Villejuif, du 8 juin 1921, s'exprime en ces termes :

« Attendu, en droit, qu'on doit entendre par médecin spécialiste celui qui se consacre principalement, ou d'une manière exclusive au traitement de certaines maladies (Littré, Dictionnaire de la langue française) ; que, par suite, on doit considérer comme médecin oculiste spécialisé celui qui se consacre, si non de façon exclusive, tout au moins principale à l'oculistique, celui qui, après avoir fait de cette branche de la médecine sa principale occupation pratique et scientifique, après y avoir consacré la plus grande partie de ses études et de ses travaux, a aménagé pour soigner les affections, qui sont justiciables de cette branche délicate de la science, une clinique, un laboratoire contenant des instruments tout spécialement appropriés au traitement des affections de la vue ;

« Attendu que le terme de médecin spécialisé oculiste, employé par l'arrêté ministériel, déterminant les honoraires des médecins, en matière de soins donnés aux blessés du travail, doit être interprété dans un sens d'opposition à celui du praticien de la médecine générale courante, traitant indistinctement tous les cas pathologiques, ou à celui de médecin s'occupant spécialement de maladies très éloignées par leurs caractères, ou leur situation, des maladies de l'appareil visuel. »

Rappelons que ce jugement avait pour but de déterminer dans quel cas un médecin a droit aux honoraires prévus par l'arrêté ministériel, en matière d'honoraires pour soins donnés aux victimes des accidents ou travail, sous la rubrique des soins donnés par des médecins spécialistes.

Nous devons également faire mention du tarif prévu pour l'application de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions de guerre, tarif qui prévoit des honoraires spéciaux pour soins donnés par des médecins spécialistes.

En matière de droit commun, les tribunaux qui ont été très souvent appelés à trancher des litiges entre médecins et clients récalcitrants, n'ont jamais donné de définition précise au terme : « médecin spécialiste. »

Les cours d'appel et tribunaux ont toujours décidé que les honoraires des médecins devraient être fixés, non seulement en raison de la situation de fortune des clients, mais aussi en rapport avec la notoriété du praticien ou du service rendu.

D'ailleurs, sans s'estimer liés par les tarifs des syndicats et associations professionnelles des médecins, les juges en tiennent cependant grand compte, pour apprécier la justesse des réclamations des praticiens ou des protestations de clients.

Or, ces tarifs prévoient des honoraires supérieurs, pour les actes professionnels des spécialistes.

Ainsi, les diverses tarifications tant syndicales que prévues par arrêtés ministériels, font une distinction entre les médecins omnipraticiens et les spécialistes.

En matière de *responsabilité professionnelle*, il faut également faire une distinction.

Le docteur en médecine a la faculté de soigner ses malades, avec toutes les découvertes de la science ; mais il doit néanmoins faire preuve de compétence, de savoir et de pratique.

Ainsi, pourrait être considéré comme coupable de négligence ou d'ignorance, le docteur qui entreprendrait un traitement par radiothérapie profonde alors qu'il ne connaîtrait pas le maniement, ni le danger des appareils à grande puissance.

Serait fautif le praticien qui entreprendrait une opération dans le nez ou les yeux, sans avoir ni les instruments spécialisés ni la pratique de ces spécialités.

Bien entendu, l'urgence prime tout et toujours sera excusable le médecin qui tentera de porter secours à un malade, même avec des instruments de fortune, dans une spécialité qui n'est pas la sienne. La fameuse affaire Laporte en est un exemple.

Nécessité, ou utilité des diplômes spéciaux.

La grande lutte entre médecins stomatologistes et dentistes autonomistes a soulevé le problème de l'obligation du diplôme de spécialité.

Les dentistes soutenaient que les docteurs en médecine, bien que tenant leurs droits de la loi du 30 novembre 1892, sont absolument incompétents pour s'occuper des maladies de la bouche et des dents. Il faudrait donc leur imposer l'obligation du diplôme de chirurgien dentiste, ou d'un diplôme analogue pour exercer l'art dentaire.

Non, répondent les stomatologistes : l'art dentaire fait partie de la médecine ; ce n'en est qu'une spécialité.

Or, un oto-rhino, un oculiste, un radiologue n'entreprendra pas une spécialisation, sans avoir, au préalable acquis les connaissances théoriques et pratiques nécessaires en sus des études obligatoires pour le doctorat en médecine.

Il en est de même pour les stomatologistes qui ne s'adonnent à cette branche de la médecine, qu'après avoir suivi les cours théoriques et pratiques de l'école de stomatologie, école qui ne reçoit que des médecins ou des étudiants en médecine.

Agir autrement et exercer une spécialité sans avoir les capacités suffisantes serait, non seulement détourner la clientèle du cabinet du praticien notoirement insuffisant, mais encore engager très lourdement sa responsabilité professionnelle, tant au point de vue civil que pénal.

On s'est demandé néanmoins, s'il ne conviendrait pas de rendre obligatoires tous ces diplômes, qui, à l'heure actuelle, sont facultatifs.

Le grade de docteur en médecine resterait à la base, mais ne pourraient exercer une spécialité que les seuls docteurs titulaires d'un diplôme spécial.

La première objection qui surgit c'est qu'il serait nécessaire qu'intervienne une disposition législative. Seule une loi peut modifier la législation de 1892, sur l'exercice de la médecine.

Combien de temps faudrait-il à l'une et l'autre Chambres pour se mettre d'accord sur les modifications proposées ? Quelques années.

De plus, comment faire le départ entre les soins ordinaires de spécialité, réservés aux seuls spécialistes diplômés et les cas d'urgence, que tout docteur en médecine aurait le droit de traiter ?

Un praticien de campagne pourra-t-il extraire une dent sur un patient, qui éprouve de vives douleurs, ou sera-t-il obligé de l'adresser au spécialiste de la ville voisine ?

Sera-t-il possible de pratiquer l'extraction d'un corps étranger de l'œil ou de l'oreille, si l'on n'est pas titulaire du diplôme de spécialiste ?

J'entrevois de nombreuses sources de conflits au point de vue pratique.

A mon sens, point n'est besoin de faire intervenir le législateur.

Pour s'intituler spécialiste et consacrer toute son activité à une branche de l'art de guérir, le docteur en médecine prend l'initiative de se perfectionner et d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques qui lui sont nécessaires.

S'il veut avoir des clients, étendre sa réputation et ne pas s'exposer à des procès en responsabilité professionnelle, le spécialiste doit s'astreindre à compléter, sur un ou plusieurs points, l'enseignement général qui lui a été donné à la Faculté de médecine.

Pour beaucoup, le diplôme de docteur devient donc un minimum, permettant de soigner et d'examiner un malade d'une manière générale.

Mais le diplôme de spécialité n'est qu'un adjuvant nécessaire, mais non obligatoire.

Laissons les Facultés s'entendre avec les groupes professionnels médicaux, pour organiser cet enseignement complémentaire. Imitons les syndicats de spécialistes qui n'admettent comme tels, dans leur sein, que des docteurs qui, en plus de leur diplôme d'Etat, font preuve de connaissances spéciales et auxquels un stage de deux ou trois ans est imposé.

Laissons la pratique et les mœurs faire progressivement la discrimination entre spécialistes et docteurs en médecine générale. Plus tard, bien plus tard, s'il y a lieu, la loi interviendra pour cristalliser ce droit coutumier.

A l'heure actuelle, nous pouvons donner la définition suivante du spécialiste.

Est spécialiste celui qui consacre toute son activité professionnelle à l'exercice d'une seule branche de l'art de guérir, ou qui emploie, après en avoir fait l'acquisition, une installation très coûteuse, comme la radiologie, la stomatologie, le laboratoire.

En outre, la preuve de la spécialisation pourra être fournie par l'obtention (lorsqu'il existe) d'un diplôme de spécialité accordé en fin d'études spéciales, passées à la Faculté de médecine ou à l'hôpital, sous la direction de professeurs et agrégés ou médecins ou spécialistes des hôpitaux.

Ce diplôme est officieux et n'a pas de caractère légal ; il n'est pas obligatoire ; mais il est presque indispensable.

Sera également considéré comme spécialiste celui qui se sera présenté avec succès aux divers concours de spécialités, ouverts pour les postes d'agrégés à la Faculté de médecine ou de titulaires d'un service à l'hôpital.

Sera également considéré comme tel le membre titulaire d'un syndicat de spécialistes, ne recevant comme membres que des confrères ayant fait un stage.

Ainsi sera laissée toute liberté au médecin non seulement d'exercer, sous sa propre responsabilité, chacune des branches de l'art de guérir ou plusieurs à la fois (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et stomatologie, à la fois, par exemple).

Conclusions,

La qualification de spécialiste dépend donc de beaucoup d'éléments, dont le principal est la commune renommée. Le public connaît actuellement la distinction à faire entre un spécialiste et un praticien de médecine générale.

Il appartient aux syndicats d'une part, et aux centres d'enseignement, de l'autre, de s'entendre pour organiser, d'un commun accord, l'éducation professionnelle des docteurs en médecine, qui voudraient consacrer toute leur activité à une ou plusieurs spécialités.

Faisons ce travail d'organisation nous-mêmes, plutôt que de nous adresser au Parlement. Députés et sénateurs peuvent se laisser entraîner par des suggestions étrangères à l'art de guérir. Mieux vaut confier aux compétences, aux hommes idoines, ce travail d'organisation de notre profession, qui doit s'adapter aux nécessités de la vie actuelle, comme à toutes les transformations professionnelles qu'apportent toutes les découvertes modernes de la science.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE RURALE ET POLITIQUE MUNICIPALE (1)

Par le Dr Edgard LEROY.

Il n'y a rien de plus indispensable que l'hygiène rurale, la santé des 99/100es de la nation en dépend directement et le dernier centième y est étroitement assujetti.

Comment se fait-il que la France qui est un pays aux idées claires et un pays qui a « des moyens » n'ait pas d'hygiène rurale ?

C'est en grande partie parce qu'on a confié la charge de l'hygiène aux municipalités. Dans les grandes villes, c'est parfait. Dans les campagnes, c'est désastreux.

Loin de moi la pensée de faire de la politique et de vous dire du mal des municipalités rurales, mais l'idéal de celles-ci et les exigences de celle-là sont essentiellement contradictoires.

La municipalité rurale a, doit avoir et ne peut avoir que le souci des intérêts particuliers de la commune. L'hygiène exige qu'on se plie aux disciplines de l'intérêt général, celui de la région, celui du pays, bien plus, dans certains cas, celui du Continent, celui du Monde.

L'hygiène est mal vue des municipalités rurales, parce qu'elle gêne.

Cela est. Cela fut. Cela sera.

(1) *Le Mouvement sanitaire*, 30 avril 1928.

J'en donnerai un exemple entre mille, non pas tiré de l'observation journalière, ce serait maladroit, mais choisi dans le passé, au temps où ce n'était pas le suffrage universel qui désignait les conseillers municipaux. « On mettait sur un billet séparé le nom de Messieurs les hauts allivrés de cinquante florins en sus », c'est-à-dire les plus fortunés et les plus fortement imposés de la communauté. Chaque billet était mis dans une petite Boule ou « Ballotte », (d'où le mot ballottage) et les Ballottes dans une boîte pour y être tirées par l'innocente main d'un enfant qui devait faire d'abord le signe de la croix.

Ainsi élu, le 11 février 1788, en la salle basse de l'hôtel d'une petite ville rurale de Provence, se réunit le Conseil de la Communauté, composé de vingt-quatre membres ainsi qu'il appert du procès-verbal de M. le Secrétaire-greffier dont il convient de respecter le style digne et bonhomme, les fautes d'orthographe, et quelques savoureux idiotismes locaux.

Et ce jour-là, le maire et premier Consul exposa que « par une ordonnance rendue par les Officiers de la Juridiction, il était défendu aux habitants de cette ville de faire du fumier dans la « plupart des rues. Cette défense est meurtrière

« pour la Communauté, notre terroir exige des « engrais plus que tout autre, il est extrêmement « complantée il y a beaucoup de prés et un grand « nombre de jardin qui tout ensemble mérite une « attention et une culture toute particulière et « notamment les oliviers. Peu d'habitants ont « des cours dans leur maison et les priver de faire « du fumier dans les rues, c'est priver les uns de « pouvoir se procurer des Engrais pour Ses Terres « et pour l'entretien de Ses arbres et leur enlever « par cette défense le moyen de satisfaire aux im- « positions de la Communauté et les autres d'un « moyen honnête de vivre et en même temps utile « en vendant le fumier qu'ils peuvent faire.

« Nous avons su par Expérience que cette dé- « fense porte un préjudice notable à la Com- « munauté en ce qu'elle occasionne la cherté et « même la rareté du fumier. Il serait donc à pro- « pos que le Conseil séant délibera les moyens à « prendre pour que les habitants puissent faire du « fumier dans cette ville qui est petite d'ailleurs, « bien aérée et d'une exposition très salubre et « éviter aux habitants le désagrément d'être sou- « mis à des amendes trop réitérées ainsi qu'ils « l'ont été par le passé...

« Le Conseil unanimement délibéré et donné « pouvoir à Messieurs les Consuls de consulter « deux avocats au parlement d'Aix sur l'objet de « ladite proposition pour les consultations rap- « portées en un prochain Conseil être délibéré ce « qu'il « appartiendra » (1).

On ne sait pas le résultat de ces démarches qui probablement durent un peu traîner en longueur jusqu'au jour où la grande Révolution vint donner d'autres soucis à la Communauté et au Conseil de la petite ville.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir de cet exemple qui pourrait être aussi bien d'aujourd'hui, qu'aux initiatives de l'hygiène la plus élémentaire, les municipalités rurales n'apportent bien souvent qu'obstruction et chantage.

A l'unanimité, le Conseil fit opposition aux ordonnances de la province ; or, parmi les membres présents il y avait un docteur en médecine, ancien maire et consul, un maître en Chirurgie, un maître apothicaire, le frère d'un médecin et un autre médecin. En bonne foi, on ne peut pas dire que le Conseil manquât de lumière et de compétences.

Et tous comme un seul homme menacent de ne plus pouvoir faire face aux impositions de la Communauté.

C'étaient pourtant de bien braves gens, et qui étaient loin d'être insensibles à l'infortune du prochain. Deux mois plus tôt, le 16 décembre 1787, le Maire, lui-même docteur en médecine, avait exposé qu'un autre médecin de la petite ville avait remis « à Messieurs les Consuls le prospec- « tus d'une souscription dont le produit est des- « tiné à fonder un établissement en faveur des « pauvres mères-nourrices de la ville.

« Consacrer ainsy des talents distingués au « bien de la patrie et de l'humanité avait ajouté « le maire aux applaudissements du Conseil, c'est « à faire un Employ bien glorieux, c'est ajouter, « aux talents mêmes. On ne peut qu'applaudir « au génie et aux sentiments de cet autheur ci- « toyen. Mais c'est peu d'applaudir, il faut en- « core encourager des vues aussi utiles es Lesti- « mable auteur du projet annoncé à des droits « Bien assurés à notre estime et à notre reconnais- « sance. »

Et le Conseil vota « une somme de cent livres « sous l'authorization néanmoins de Mgr. l'In- « tendant. » (1)

Mais quoi ! N'est-ce point encore ce qui se passe aujourd'hui dans tout notre pays ? De la bienfaisance, de l'Assistance, tant qu'on voudra ! De la prophylaxie, de l'hygiène ? Les mots sonnent froid. Nous sommes trop sensibles, comme les Consuls de la Communauté !

Toutefois, ne sourions pas trop. Tout ceci est amusant, mais c'est « humain », c'est réel ; et on ne fait pas d'hygiène sans le « réel » ni contre le « réel ».

***

Et alors — (on ne le redira jamais assez) — il n'y aura pas d'hygiène rurale en France tant qu'on n'aura pas fait l'éducation hygiénique des ruraux ; tant qu'on ne les aura pas préparés aux disciplines sanitaires par un enseignement généralisé — et qui pénètre — ; et surtout tant qu'on ne les aura pas convaincus *par des exemples concrets*, qu'il faut accepter toutes les gênes de l'hygiène (au lieu de les blaguer). Puisqu'en fin de compte c'est l'hygiène qui doit procurer santé, bonheur, bien-être à chaque individu, à tous les membres de la famille, à la maman, aux grands-parents, aux tout-petits, à tout le village, à toute la bourgade.

De ces exemples concrets et concluants, nous n'en avons pas encore en France, alors que les Etats-Unis les multiplient depuis quatre ou cinq ans. Le *Mouvement sanitaire* en parlait encore tout récemment (2).

Il serait éminemment souhaitable qu'à l'exemple de ce qui se passe dans l'Etat de New-York (sous l'impulsion du Gouverneur, M. Alfred Smith) nos grands Consortiums industriels, nos grandes Banques et sous l'impulsion de nos grands

(1) *Archives* de la ville de Saint-Rémy. Délibérations du Conseil. Série B. B., n° 28, pp. 172 et 173.

(1) *Archives* de la ville de Saint-Rémy. Délibérations du Conseil. Série BB., n° 28, pp. 160 et 161.

(2) Hygiène rurale. Une nouvelle formule aux Etats-Unis. *M. S.*, vol. III, p. 694 (octobre 1927.)

Médecins, de nos grands Syndicats médicaux, au lieu d'enfouir dans des constructions somptuaires irritantes l'excédent parfois considérable de leurs disponibilités, les fissent servir, comme les Américains l'ont fait, à des expériences privées d'hygiène rurale.

Qu'ils choisissent dans toute la France un ou plusieurs cantons à physionomie et à population variées ; et que pendant plusieurs années, ils consacrent quelques efforts et quelques millions à aider les municipalités rurales ou mieux des groupes de municipalités, à fonder solidement les bases d'une organisation d'hygiène, de prophylaxie rurales et de prévoyance sociale, avec le concours des Syndicats médicaux.

Quand les ruraux auront touché du doigt les bénéfices de telles institutions, non seulement les municipalités « marcheront », certaines de faire plaisir à leur clientèle, mais elles pousseront les départements, et elles crieront si fort que l'Etat les entendra et que nous finirons par avoir une politique d'hygiène rurale cohérente et consistante.

Quelle *tâche magnifique* pour les Syndicats médicaux : susciter ces expériences privées d'hygiène rurale, les aider de leur compétence, y collaborer intelligemment.

Les Syndicats médicaux organiseront ou aideront à organiser des expériences rurales que l'Etat dès lors ne demandera pas mieux de généraliser, en respectant et honorant notre profession ; ou bien l'État organisera lui-même son hygiène et sa prévoyance rurales avec une armee de plus en plus nombreuse de fonctionnaires, ou ce qui est pire de médecins à demi-fonctionnarisés.

L'avenir et notre profession seront ce que nous les ferons.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Les nouveaux cadres du service de santé militaire (1)

La nouvelle loi des cadres et effectifs de l'armée a fixé et les appellations de grades et le nombre des officiers de chaque grade.

En ce qui concerne les médecins, voici les chiffres :

Médecins généraux inspecteurs : 6 ;
Médecins généraux : 23 ;
Médecins-colonels : 72 ;
Médecins-lieutenants-colonels : 110 ;
Médecins-commandants : 367 ;
Médecins capitaines : 641 ;
Médecins lieutenants : 427.

On remarquera que les nouvelles appellations se rapprochent de celles du commandement : c'est une phase d'une vieille querelle qui n'est pas close.

On remarquera aussi que la nouvelle répartition des effectifs de médecins comporte une augmentation sensible du nombre des médecins généraux, colonels et lieutenants-colonels, en valeur absolue comme en valeur proportionnelle.

Il en résulte un bénéfice matériel et moral, important pour nos confrères militaires, bénéfice dont nous sommes appelés à prendre notre part à chaque convocation militaire en qualité de médecin de réserve.

Si on tient compte des nouvelles soldes et de la récente loi sur les retraites — nous donnerons prochainement le tableau des soldes —, la situation de médecin militaire, qui avait été intéressante, mais qui était devenue fort précaire, mérite à nouveau de retenir l'attention des jeunes, d'autant plus que la médecine civile est de plus en plus encombrée.

Ajoutons, pour ceux des nôtres qui ont encore des obligations militaires et auront à rencontrer des pharmaciens et des officiers d'administration au cours de leurs périodes d'exercice, que les appellations de pharmaciens deviennent pharmacien général, pharmacien colonel, etc., que les appellations des officiers d'administration deviennent lieutenant-colonel d'administration, commandant, capitaine, lieutenant d'administration.

(1) *Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 avril 1928.

VARIÉTÉS

Extraits du discours prononcé par le Dr P. Farez au banquet offert au Dr Paul, à l'occasion de sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur.

L'Officiel et le Praticien.

....

L'Officiel, est, dans la vie pratique, fort avantagé par son titre. Il en tire un prestige tout à fait légitime. Que sa santé devienne chancelante et qu'il ne puisse plus se livrer à aucun travail personnel, ou bien, ce qui est beaucoup plus rare, qu'il devienne paresseux, qu'il se prélasse sur ses lauriers et qu'intellectuellement il se contente de vivre sur son acquis, sans se tenir « à la page » — ses consultations, même rapides et quelque peu bâclées, le client les considèrera cependant comme excellentes, puisqu'elles viennent d'un médecin titré. Le pavillon couvre la marchandise.

Le modeste praticien, après de longues années de labeur journalier, il a bien fini, lui aussi, par acquérir du savoir, de la compétence, de l'expérience. Mais il ne saurait se prévaloir de titres qu'il n'a pas. Il sera jugé uniquement sur la valeur du travail qu'il accomplit ; et, pour l'accomplir, il devra redoubler de conscience, de zèle, de dévouement, d'effort. C'est une nécessité vitale. Et ce qu'on attend de lui, il prendra la peine de le faire souvent mieux que certain Officiel, distant, affairé, dispersé, harcelé par de mutliples besognes.

Un de mes amis d'enfance, — par conséquent un Nordiste, lui aussi, — est, comme agrégé de l'Université, professeur dans un lycée de Paris. Très judicieux, il me disait récemment à peu près ceci : « Un jour, j'ai été reçu à l'agrégation. Ça y est, c'est définitif. Comme on dit au prêtre : *tu es sacerdos in æternum*, moi aussi, je reste agrégé jusqu'à la fin de mes jours. Que mon enseignement soit bon, assez bon, passable ou médiocre, ça n'a, au point de vue de mes intérêts, aucune importance ; mon traitement sera toujours celui de ma catégorie ; mes promotions de classe, je suis assuré de les avoir, ne serait-ce qu'à l'ancienneté. » Tandis qu'un médecin praticien, il a beau avoir obtenu son diplôme de docteur, il lui faudra toute sa vie, oui, tous les jours et maintes fois chaque jour, passer de nouveaux examens. De nombreux clients lui sont attachés, parce qu'ils ont apprécié sa sollicitude, son empressement, ses succès thérapeutiques. Mais, par ci, par là, après sa visite, les membres de la famille échangent leurs impressions... « Le docteur a examiné bien longuement notre malade : il n'en finissait pas ! Sans doute, il ne parvenait pas à diagnostiquer la maladie ! » Ou, au contraire : « Comme son diagnostic a été rapide ! A y aller si vite, on risque de se tromper ». Ou bien : « A-t-il été assez bavard ! Il faut qu'il ait du temps à perdre ; probablement, sa clientèle diminue ». Ou, par contre : « Il n'a pas été très loquace, aujourd'hui, peut-être était-il pressé de nous quitter ; il doit avoir trop de clients ; c'est une faute d'en accepter un si grand nombre ». Ou encore, telles autres réflexions, plus ou moins inconsidérées... Ce sont autant de mauvaises notes, des sortes de « boules noires ». Petit à petit, on se détache de lui ; on l'abandonne. C'est comme s'il avait été recalé à un examen probatoire.

....

Il faut bien le reconnaître : jusqu'à maintenant Sa Majesté le Hasard nous a tout particulièrement favorisés. Je ne veux point passer en revue toute la série de ceux qui ont présidé nos banquets. Je risquerais d'en oublier quelqu'un ; et j'en serais navré. Tout de même, n'est-ce pas une bénédiction qu'au dîner qui a précédé sa mort, notre regretté Quivy ait pu nous faire déguster ce discours si substantiel, où se sont dévoilés à tous la lucidité de son esprit, la pondération et la fermeté de son caractère, son sens aigu des réalisations opportunes, sans compter le courage civique dont il a fait preuve, surtout le jour où, chargé d'une mission officielle à l'étranger, il a dû demander raison d'une inconvenance germanique. D'autre part, ceux qui n'ont pas assisté à notre dîner d'été ne savent pas de quel régal ils se sont privés. De cette harangue si fine, si humoristique et en même temps si élevée, si littéraire, si mélodieuse — véritable page d'anthologie — nos oreilles sont encore délicieusement bercées. Autrefois, Orphée, par ses chants, fascinait les habitants des forêts. Maintenant, c'est un habitant des forêts, qui nous vient des Ardennes et, de sa voix harmonieuse, captive ceux qui l'écoutent, — c'est Lardennois que, récemment, je voyais aussi en songe, mais sous les espèces d'une sirène enchanteresse.

Et, pour aujourd'hui, mon cher Paul, oui, c'est une bonne fortune que le sort ait désigné de Chabert, ton condisciple à la Faculté, ton camarade au régiment. Personne, mieux que lui, n'aurait pu retracer, avec cette profonde connaissance de son sujet, avec cette verve, cet entrain, cette élégance, ta jeunesse qui, selon le mot de Montaigne, « unit à l'alacrité de l'esprit l'allégresse des sens ». Par instants, elle fut bien un peu folle... Mais notre culture classique ne nous a-t-elle pas initiés au *misce stultitiam consiliis brevem*, et puis au *dulce est desipere in loco*. Oui, il faut que jeunesse se passe et il n'est pas mauvais d'avoir jeté sa gourme avant d'entrer dans la vie sérieuse, sage, exemplaire qui fut la tienne.

Ton existence, que nous célébrons, que nous admirons, j'aurais pu la résumer en trois mots : les trois D.

Oui, il y a les trois D, comme il y a les trois F, les trois K, les trois S. Je m'explique. Le triste sire qui fut le seigneur de la guerre, avant de devenir le poltron, le fuyard que vous savez, aimait redire que, selon lui, toute l'activité de la femme allemande devait se cantonner dans les trois K : *Kinder*, *Kuche*, *Kirche*, c'est-à-dire les enfants, la cuisine, l'église. Guy Patin, qui fut doyen de notre Faculté de médecine — c'était, il est vrai, au temps de Molière — prétendait faire tenir toute la thérapeutique dans les trois S : la saignée, le séné, le son (le son, c'est le cataplasme, lequel n'est pas dénué de toute efficacité ; mais cela, je le dis à mi-voix, pour mes seuls voisins, afin de ne pas contrister, là-bas, Messieurs les chirurgiens qui l'ont en exécration). Quant au goutteux, il est perpétuellement menacé par « la souveraine des douleurs » ; il n'échappera à l'accès torturant, crucifiant, que s'il veut bien s'imposer des restrictions et, surtout, montrer beaucoup de retenue à l'égard des trois F, savoir : fillette, feuillette, fourchette. Et les trois D ? C'est ce que tu m'as envoyé dire de ta part, à Anzin, sur la tombe de Quivy, car sa vie, comme la tienne, se résume en ces trois mots : dignité, droiture, dévouement.

. . . .

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Programme d'études pour les infirmières sanitaires et pour les infirmiers masseurs aveugles.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu l'article 1er du décret du 27 juin 1922, modifié par le décret du 19 février 1923 ;

Vu les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 10 mars 1924

Vu l'arrêté en date du 1er octobre 1926 fixant les programmes pour les examens d'Etat d'infirmiers et d'infirmières et notamment les articles 1er, 2, 3, 4, 5 et 6 ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Article 1er.

Les programmes, dont les textes ci-annexés sont rédigés pour servir de modèle aux règlements des écoles d'infirmières sanitaires, d'infirmières sanitaires coloniales (métropolitaines et indigènes), d'infirmiers masseurs aveugles, reconnues, serviront, jusqu'à nouvel ordre, pour les examens d'Etat subis devant le jury qualifié par les candidats et les candidates aux brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière ou d'infirmier de l'Etat français, délivrés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, aux infirmières sanitaires et sanitaires coloniales (métropolitaines et indigènes), aux infirmiers et infirmières masseurs aveugles.

Article 2.

Programme-type minimum pour les écoles d'infirmières sanitaires s'étendant sur deux années d'études.

1re année.

Même programme que le programme-type minimum de la première année d'études mixtes d'infirmières se destinant à la spécialisation d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose ou de l'enfance. (Voir arrêté ministériel du 1er octobre 1926 relatif aux diplômes d'infirmières, publié le 16 octobre 1926).

2e année.

Stages hospitaliers :

De contagieux (dont un à la diphtérie)	4	mois.
De tuberculose	2	—
De dermato-vénéréologie	1	—
D'oto-rhino-laryngologie de l'enfance	1	—
Dans un centre anticancéreux	1	—
A la disposition d'un service public d'hygiène (pour mission d'épidémie ou surveillance à domicile des contagieux)	2	—

Travaux pratiques (séances de trois à quatre heures) :

De travail administratif, technique et social dans un bureau d'hygiène	50	séances.
De travail des équipes sanitaires (prophylaxie à domicile)	40	—
De désinfection	40	—
D'hygiène appliquée	10	—
De premier cours	10	—

Cours théoriques :

A. — Maladies contagieuses et leur prophylaxie	30	leçons.
B. — Tuberculose, le cancer et les maladies vénériennes	30	—
C. — Désinfection et la technique sanitaire	20	—
D. — Administration et législation sanitaire et maritime	10	—
E. — Hygiène générale	10	—

Article 3.

Programme-type minimum pour les écoles d'infirmières sanitaires coloniales métropolitaines s'étendant sur deux années d'études.

1re année.

Même programme que le programme-type minimum de la première année d'études mixtes d'infirmières se destinant à la spécialisation d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose ou de l'enfance. (Voir arrêté ministériel du 1er octobre 1926 relatif aux diplômes d'infirmières, publié le 16 octobre 1926).

2e année.

Stages hospitaliers :

De contagieux	2	mois.
Dans les divers services recevant des maladies exotiques (spécialités comprises)	3	—
De dermato-vénéréologie	1	—
De maternité	3	—
De clinique de la première enfance, avec stage obligatoire à l'annexe oto-rhino-laryngologique	2	—

Travaux pratiques (séances de trois à quatre heures) :

De désinfection et de désinsectisation	30	séances
De mesures de prophylaxie à organiser au domicile des malades contagieux	40	—
D'hygiène appliquée (procédés de fortune)	10	—
De préparation de médicaments et de pansements avec un matériel de fortune)	10	—
De premiers soins en cas d'accidents ou de malaises subis	15	—

Cours théoriques :

A. — Soins aux contagieux et de prophylaxie des maladies contagieuses	20	leçons.
B. — Hygiène et pathologie tropicale	20	—
C. — Soins aux femmes enceintes, aux parturientes ou accouchées et aux nourrissons. — Notions d'eugénique	20	—
D. — Soins d'urgence	10	—
E. — Notions sur les maladies vénériennes et cutanées	5	—
F. — Organisation administrative des colonies, particulièrement des services sanitaires et de l'assistance indigène	5	—

Article 4.

Programme minimum pour les écoles d'infirmières sanitaires coloniales indigènes s'étendant sur deux années d'études.

1re année.

Stages pratiques :

De probation	3	mois.
De stage hospitalier de médecine (dont deux pour enfants)	5	—
De chirurgie (adultes ou enfants)	3	—

Cours théoriques :

Leçons de choses de sciences usuelles.
Leçons de choses de pratique professionnelle expliquée.
Leçons de morale générale et professionnelle.
Leçons de langue française, d'écriture et de dessin élémentaire.

2e année.

Stages hospitaliers (comme pour les infirmières sanitaires coloniales métropolitaines). (Voir art 3 du présent arrêté.)
Travaux pratiques (comme pour les infirmières sanitaires coloniales métropolitaines). (Voir art. 3 du présent arrêté.)

Cours théoriques (sous la forme de leçons très courtes, très pratiques, souvent dictées) :

A. — Morale générale et professionnelle	10	leçons.
B. — Anatomie et physiologie	15	—
C. — Hygiène générale	10	—
D. — Petite pharmacie	5	—
E. — Technique de l'art de l'infirmière comprenant la petite chirurgie)	20	—
F. — Soins d'urgence	10	—
G. — Soins aux contagieux, particulièrement aux malades atteints d'affections exotiques	10	—
H. — Maladies vénériennes et cutanées	5	—
I. — Organisation administrative et réglementation sanitaire	5	—

Article 5.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire coloniale métropolitaine.

Durée : six mois.

Stages hospitaliers :

De maternité (avec consultation prénatale)	3 mois.
De clinique de la première enfance (avec stage d'oto-rhino-laryngologie)	1 —
Dans les divers services recevant des maladies exotiques	2 —

Travaux pratiques :

De préparation de médicaments et de pansements avec un matériel de fortune	10 séances.
D'hygiène appliquée avec un matériel de fortune	10 —
De désinfection et de désinsectisation avec un matériel de fortune	10 —
De petite chirurgie d'urgence avec un matériel de fortune	10 —

Cours théoriques :

Enseignement de l'hygiène et de la pathologie coloniales.
Leçons sur les soins à donner aux femmes en état de gestation, aux parturientes, aux accouchées, aux nourrissons. Notions d'eugénique.

Article 6.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires coloniales métropolitaines pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire.

Durée : quatre mois.

Stages hospitaliers :

Dans un service de tuberculeux (hôpital, sanatorium ou dispensaire)	2 mois.
Dans un service de cancéreux	1 —
Dans un service de diphtérie	1 —

Travaux pratiques :

Stage de trois mois dans un bureau d'hygiène (l'après-midi).

Cours théoriques :

Enseignement antituberculeux et anticancéreux:
Législation et administration sanitaire et sanitaire maritime.

Article 7.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires coloniales indigènes pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire métropolitaine ou d'infirmière sanitaire.

Durée : un an.

Programme de la deuxième année d'études de la spécialité. (Voir art. 2 et 3 du présent arrêté.)

Article 8.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires pour passer l'examen d'Etat d'infirmière hospitalière.

Durée : quatre mois.

Stages pratiques :

De chirurgie adultes	2 mois.
De maternité (avec consultation prénatale)	1 —
De spécialité	1 —

Enseignement théorique :

Soins aux malades de chirurgie.
Enquêtes sociales.
Administration hospitalière.
Massage et gymnastique médicale.
Hygiène alimentaire et cuisine des malades.

Article 9.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières hospitalières pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire.

Durée : cinq mois.

Stages pratiques :

De contagieux, dont un à la diphtérie	2 mois.
De mission d'épidémie (ou soins et surveillance au domicile de contagieux)	2 —

Travaux pratiques :

Travail dans un bureau d'hygiène	50 séances.
Travail d'équipes sanitaires (prophylaxie à domicile)	30 —
Travail de désinfection	30 —
Hygiène appliquée	10 —
Premiers secours	10 —

Cours théoriques :

A. — Maladies contagieuses et leur prophylaxie........................ 20 leçons.
B. — Désinfection et technique sanitaire.......................... 20 —
C. — Législation et administration sanitaires (et maritimes)........... 10 —

Article 10.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires coloniales métropolitaines pour passer l'examen d'Etat d'infirmière hospitalière.

Durée : trois mois.

Stages pratiques :

De chirurgie adultes................ 2 mois.
De tuberculose.................... 1 —

Enseignement théorique :

Soins aux malades de chirurgie.
Enquêtes sociales.
Administration hospitalière.
Massage et gymnastique médicale.
Hygiène alimentaire et cuisine des malades.

Article 11.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières hospitalières pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire coloniale métropolitaine.

Durée : cinq mois.

Stages pratiques :

De contagieux.................... 1 mois.
De maternité..................... 2 —
A la clinique de la première enfance (avec stage oto-rhino-laryngologique. 2 —

Travaux pratiques :

Désinfection et désinsectisation...... 30 séances.
Prophylaxie au domicile des contagieux.......................... 30 —
Hygiène appliquée (procédés de fortune)......................... 10 —
Préparation de médicaments et pansements (avec matériel de fortune).. 10 —
Premiers soins.................... 15 —

Cours théoriques :

A. — Soins aux contagieux et de prophylaxie des maladies contagieuses. 20 leçons.
B. — Hygiène et pathologie tropicales. 20 —
C. — Soins aux parturientes. Notions d'eugénique.................. 10 —
D. — Soins d'urgence.............. 10 —
E. — Organisation administrative des colonies...................... 5 —

Article 12.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires pour passer l'examen d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène de l'enfance.

Durée : cinq mois.

Stages pratiques :

Maternité avec consultations prénatales........................ 1 mois.
Consultations de nourrissons ou des dispensaires d'enfants........... 2 mois.
Crèches, pouponnières ou centres de placement familial............... 2 —
Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique (au minimum 10)...

Enseignement théorique :

Hygiène et assistance médicale des femmes en état de gestation et des nouveau-nés.
Hygiène et assistance médicale des nourrissons.
Hygiène et assistance médicale des enfants de la deuxième enfance et de l'âge scolaire.
Protection et assistance sociales.

Article 13.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières visiteuses d'hygiène de l'enfance pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire.

Durée : cinq mois.

Stages :

Contagieux (dont un à la diphtérie)... 2 mois.
Dermato-vénéréologie............... 1 —
Service d'épidémies ou de soins et surveillance à domicile des contagieux. 2 —

Travaux pratiques (séances de trois à quatre heures) :

Travail dans un bureau d'hygiène.... 50 séances.
Travail des équipes sanitaires (prophylaxie à domicile)................. 30 —
Travail de désinfection............. 30 —
Hygiène appliquée.................. 30 —
Premiers secours................... 30 —

Cours théoriques :

A. — Maladies contagieuses et leur prophylaxie	20	leçons.
B. — Cancer et les maladies vénériennes	10	—
C. — Désinfection et technique sanitaire	20	—
D. — Législation et administration sanitaires et maritimes	10	—

Article 14.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires coloniales métropolitaines pour passer l'examen d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène de l'enfance.

Durée : cinq mois.

Stages :

Consultations de nourrissons et dispensaires d'enfants	2	mois.
Crèches, pouponnières et centres de placement familial	2	—
Dispensaire antituberculeux	1	—
Démonstrations de laiterie et diététique (au minimum 10)		

Enseignement théorique :

Assistance médicale des femmes en état de gestation, des nouveau-nés, des nourrissons, des enfants du deuxième âge et des enfants d'âge scolaire.
Protection et assistance sociales.
Notions sur la tuberculose.
Hygiène alimentaire.
Cancer.

Article 15.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières visiteuses d'hygiène de l'enfance pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire coloniale métropolitaine.

Durée : six mois.

Stages :

Contagieux	1	mois.
Maternité	2	—
Service de maladies exotiques	2	—
Dermato-vénéréologie	1	—

Travaux pratiques :

Désinfection	50	séances.
Prophylaxie à domicile	30	—
Hygiène appliquée (procédé de fortune)	10	—
Préparation de médicaments et de pansements (avec matériel de fortune)	10	—
Premiers secours	10	—

Enseignement théorique :

A. — Soins aux contagieux et prophylaxie des maladies contagieuses	20	séances.
B. — Hygiène et pathologie tropicales	20	—
C. — Soins aux parturientes. Notions d'eugénique	20	—
D. — Soins d'urgence	20	—
E. — Organisation sanitaire et administration des colonies	5	—

Article 16.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires pour passer l'examen d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène de la tuberculose.

Durée : cinq mois .

Stages pratiques :

Dispensaire antituberculeux	3	mois.
Maternité (avec consultation prénatale)	1	—
Service d'enfants	1	—

Enseignement théorique :

Tuberculose.
Hygiène infantile.
Enseignement social.

Article 17.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières visiteuses de la tuberculose pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire,

Durée cinq mois.

Stages :

Contagieux (dont un à la diphtérie)	3	mois.
Service d'épidémie (ou de soins et surveillance à domicile des contagieux)	2	—

Travaux pratiques (séances de trois à quatre heures) :

Travail dans un bureau d'hygiène	50	séances.
Travail des équipes sanitaires (prophylaxie à domicile)	25	—
Travail de désinfection	25	—
Hygiène appliquée	10	—
Premiers secours	10	—

Cours théoriques :

A. — Maladies contagieuses et leur prophylaxie	10	leçons.
B. — Désinfection et technique sanitaire	20	—
C. — Législation et administration sanitaires (et maritimes)	10	—

Article 18.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières sanitaires coloniales pour passer l'examen d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène de la tuberculose.

Durée : cinq mois.

Stages :

Dispensaire antituberculeux	4	mois
Service de tuberculose de l'enfance	1	—

Enseignement théorique :

Tuberculose.
Cancer.
Hygiène alimentaire.
Enseignement social.

Article 19.

Enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières visiteuses d'hygiène de la tuberculose pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sanitaire coloniale métropolitaine.

Durée : six mois.

Stages :

Contagieux	1	mois.
Maternité	3	—
Service de maladies exotiques	2	—

Travaux pratiques :

Désinfection et désinsectisation	30	séances.
Prophylaxie à domicile	30	—
Hygiène appliquée (procédés de fortune)	10	—
Préparation de médicaments et pansements (avec matériel de fortune)	10	—
Premiers secours	15	—

Enseignement théorique :

A. — Soins aux contagieux et prophylaxie des maladies contagieuses	20	leçons.
B. — Hygiène et pathologie tropicale	20	—
C. — Soins aux parturientes. — Notions d'eugénique	20	—
D. — Soins d'urgence	10	—
E. — Organisation et administration des colonies	5	—

Article 20.

Programme d'études théoriques et pratiques pour la spécialisation d'infirmiers masseurs aveugles et conditions d'admission dans les écoles d'infirmiers masseurs aveugles.

CONDITIONS D'ADMISSION

La durée des études théoriques et pratiques est de deux années scolaires de dix mois (du 1er octobre à la fin de juillet de l'année suivante).

Les candidats des deux sexes seront âgés de dix-huit ans au minimum et de quarante-cinq ans au maximum.

Ils devront posséder un certificat de bonne vie et mœurs et un extrait, pour néant, de leur casier judiciire.

Il leur faudra justifier d'un certain degré d'instruction équivalent au moins au certificat d'études primaires et, de plus, savoir lire et écrire le Braille. Un examen, le cas échéant éliminatoire, sera exigé, avant l'admission, pour déterminer les connaissances des candidats.

Un certificat médical devra constater qu'ils sont de bonne constitution et jouissent d'une bonne santé habituelle. De plus, un certificat spécial, délivré par un ophtalmologiste, devra certifier que tout impétrant est aveugle ou que son degré de cécité atteint 75 p. 100 au moins (pour chacun des deux yeux).

A la fin de la première année d'études, les élèves subiront un examen de passage en seconde année. Le cas échéant, ils pourront être admis à redoubler la première année. A la fin de la seconde année prendront place les épreuves du diplôme d'Etat, auxquelles le candidat, qui aura échoué, pourra se représenter à une ou plusieurs sessions ultérieures.

Un carnet de scolarité accompagnera l'élève au cours de ses études et sera présenté au jury lors de l'examen d'Etat.

Le premier mois de la première année scolaire sera un mois de probation, consacré à l'initiation aux éléments de l'anatomie et de la physiologie. Il permettra d'éliminer les incapables.

1° COURS PRATIQUES

Les élèves seront mis à même d'exercer les pratiques du massage et de la mobilisation sur des sujets (hommes, femmes et enfants) atteints d'affections chirurgicales ou médicales, fournis aux écoles par les médecins praticiens, les hôpitaux publics ou les cliniques privées

Le nombre d'heures consacré à ces manœuvres sera par semaine, de six à huit, pendant toute la durée de la deuxième année de scolarité.

Les démonstrations pratiques seront effectuées sous la direction d'un médecin ou d'un moniteur ou d'une monitrice aveugles diplômés d'Etat.

2° Cours théoriques.

Ces cours d'une durée d'une heure, accompagnés de démonstrations pratiques, prendront place trois ou quatre fois par semaine. Il y aura donc au moins une centaine de leçons par année d'études.

Première année d'études :

A. — Anatomie (ostéologie, arthrologie myologie, angéiologie, système nerveux) .... 40 leçons.
B. — Massage .... 40 —
C. — Physiologie (en particulier celle des mouvements) .... 10 leçons.
D. — Bandages .... 5 —
E. — Déontologie et morale professionnelles ; quelques notions d'administration hospitalière .... 5 —

Deuxième années d'études :

A. — L'anatomie topographique, splanchnologie .... 40 leçons.
B. — La physiologie et pathologie appliquées (pathologies externe et interne) .... 50 —
C. — La déontologie et morale professionnelles ; administration hospitalière .... 10 —

L'enseignement théorique, oral, s'aidera obligatoirement de démonstrations sur un matériel suffisant : squelettes, écorchés, pièces sèches, modelages, etc. Les élèves seront, par ailleurs, exercés à la rédaction de sujets écrits à l'aide de l'écriture Braille.

Article 21.

Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécutiondu présent arrêté.

Fait à Paris, le 8 novembre 1927.

André Fallières.

(*Journal Officiel*, 14 déc. 1927.)

Circulaire aux Préfets concernant l'organisation d'un contrôle facultatif de la production laitière.

Le ministre de l'agriculture et le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets.

Paris, le 15 novembre 1927.

Le problème de la production d'un lait « propre et sain » doit, à l'heure actuelle, retenir tout spécialement l'attention des services publics.

Les solutions données à ce problème auront en effet une répercussion certaine sur la mortalité infantile.

Dès à présent, en vertu de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, du décret du 22 janvier 1919 fixant la procédure à suivre pour l'application de cette loi, du décret du 25 mars 1924 donnant la définition légale du lait susceptible d'être livré à la consommation, vous avez les pouvoirs nécessaires pour exercer un minimum de contrôle indispensable.

Chaque année, par les soins des agents de la répression des fraudes, de nombreux prélèvements de lait sont effectués dans tous les départements pour rechercher les fraudes et falsifications dont ce produit peut être l'objet. En 1926, sur 16.707 prélèvements de lait, 4.367 poursuites ont été reconnues nécessaires et ont abouti à 1.985 contraventions comportant parfois plusieurs mois d'emprisonnement et de fortes amendes.

La constatation qu'un lait destiné à la vente est malpropre permet, depuis le décret du 25 mars 1924, d'exercer des poursuites contre le vendeur.

Cependant, les hygiénistes font remarquer, non sans raison, que le contrôle du lait au moment de la vente, et au moyen de prélèvements d'échantillons ne se suffit pas à lui-même. Un lait, chimiquement pur, c'est-à-dire n'étant ni mouillé, ni écrémé, ni additionné de substances interdites, peut se trouver dangereux pour le consommateur, pour des raisons inhérentes à la production même de ce lait (maladies des animaux, insalubrité des locaux, etc.), raisons, que seule, une surveillance des étables, par des vétérinaires et, en ce qui concerne le personnel par des médecins, pourrait nettement établir.

C'est pourquoi l'on tend de plus en plus à organiser le contrôle sanitaire des étables.

Deux systèmes sont en présence : le premier consiste à créer un *contrôle facultatif*, à prévoir comment les propriétaires intéressés pourront d'eux-mêmes le réclamer et quelles en seront les modalités.

Le second tend à imposer aux producteurs une surveillance *obligatoire et partout identique.*

Dans l'état actuel des textes, nous estimons que le *contrôle facultatif*, est, tout au moins, l'étape nécessaire par laquelle il faut passer. De là, le modèle d'arrêté que vous trouverez ci-annexé.

Il va sans dire que nous ne prétendons nullement vous inciter à prendre un arrêté conforme à ce modèle, sans que vous vous soyez auparavant enquis, auprès des syndicats et associations agricoles, des coopératives de consommateurs et des lignes de protection de l'enfance, de l'accueil qu'il pourra trouver.

C'est seulement dans le cas où vous jugeriez opportun de prendre des dispositions de ce genre que vous pourrez utilement vous inspirer, quitte à le modifier sur certains points, du modèle d'arrêté que nous vous adressons.

Les frais supplémentaires qui incomberaient à certains producteurs du fait de ce contrôle librement accepté par eux, justifieraient bien entendu, de leur part, un accroissement du prix de vente, qui ne devrait pas être exagéré, tout en étant suffisant pour ne pas les décourager de leurs efforts.

Il y a là, une considération d'ordre économique qui devra intervenir dans votre examen des éléments locaux du problème que nous croyons devoir signaler à votre attention.

Le ministre de l'agriculture,
Henri QUEUILLE.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
André FALLIÈRES.

MODÈLE D'ARRÊTÉ

Le préfet du département de ....

Vu la loi du 5 avril 1884, notamment les articles 91, 94, 97, 99 ;

Vu la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes dans la vente de toutes marchandises ;

Vu le décret du 25 mars 1924, rendu pour l'application de cette loi ;

Vu la délibération du conseil départemental d'hygiène en date du ....

Arrête :

Art. 1er. — Nul ne peut transporter en vue de la vente, mettre en vente ou vendre du lait avec l'indication d'un contrôle officiel, si ce lait ne provient pas d'établissements dont les propriétaires auront satisfait aux conditions ci-après.

Art. 2. — Tout propriétaire qui, pour la production du lait, désire placer son exploitation sous le contrôle officiel, doit en faire la demande au préfet (direction des services vétérinaires).

Tous les frais de contrôle officiel sont à la charge de l'exploitant. Celui-ci verse, chaque année, au budget départemental, à titre de fonds de concours pour le fonctionnement du service sanitaire vétérinaire, en tant que chargé du contrôle des étables, une somme proportionnelle à l'importance de son exploitation. Le directeur des services vétérinaires fait mandater au profit des médecins et vétérinaires chargés du contrôle le montant de leurs vacations. En fin d'année, si les frais nécessités par le contrôle ont été supérieurs au fond de concours versé, le propriétaire en cause devra effectuer un versement complémentaire pour achever de couvrir ces frais. Si, au contraire, il reste un reliquat, celui-ci sera restitué à l'intéressé ou reporté sur l'exercice suivant s'il le préfère.

Art. 3. — La demande sera instruite par le directeur des services vétérinaires qui visitera personnellement l'exploitation et s'assurera que la production laitière peut s'effectuer à tous points de vue dans des conditions satisfaisantes. Il adressera au préfet un rapport qui sera soumis pour examen et avis au conseil départemental d'hygiène. Si l'avis du conseil d'hygiène est favorable, le propriétaire sera invité à fournir un certificat vétérinaire concernant l'état sanitaire du bétail laitier, et un certificat médical concernant l'état de santé du personnel de son exploitation.

Art. 4. — Le propriétaire sera informé par la préfecture de la suite donnée à sa demande, et, s'il y a lieu, autorisé, après versement du fonds de concours et par voie d'arrêté, à user de la mention : « Lait provenant d'une étable placée sous le contrôle officiel » aux conditions suivantes :

1° Faire procéder, une fois par mois au moins, par un vétérinaire de son choix, agréé par le préfet, à l'examen des animaux et, s'il y a lieu, à leur tuberculination. A chaque visite, le vétérinaire laissera au propriétaire un certificat de visite ;

2° Faire procéder, une fois par mois au moins, par un médecin de son choix, agréé par le préfet, à la visite du personnel de l'exploitation appelé à s'occuper du lait. A chaque visite, le médecin laissera au propriétaire un certificat de visite ;

3° Recevoir, en toute occasion.

a) La visite du directeur des services vétérinaires ou de son délégué ;

b) La visite de l'inspecteur divisionnaire de la répression des fraudes ou de ses adjoints ;

c) La visite de l'inspecteur des services d'hygiène ou de son délégué ;

qui vérifieront si les prescriptions ci-dessus ont été remplies, et procèderont, chacun dans les limites de ses attributions et de sa compétence, à toutes les mesures de contrôle qu'ils jugeront utiles.

Le propriétaire s'engage à se conformer aux indications qui lui seront données par les représentants susdésignés de l'autorité publique.

Il tiendra un registre où ces observations seront consignées.

Le propriétaire s'engage, en outre, *à refroidir le lait aussitôt après la traite* et à l'introduire dans des récipients scellés à son nom ou à sa marque, avec toutes les précautions nécessaires pour éviter toute souillure du produit.

Art. 5. — L'autorisation d'user de la mention prévue à l'article 4 est essentiellement révocable. A tout moment, le propriétaire, s'il ne tient pas ses engage-

ments ou s'il ne se conforme pas aux prescriptions qui lui seront faites en vue de supprimer des causes d'insalubrité du lait, se verra retirer ladite autorisation, par voie d'arrêté motivé, et dûment notifié. Il perdra, pour l'année en cours, tout droit sur le reliquat du fonds de concours versé.

Art. 6. — Tout revendeur qui aura mis en vente, avec la mention prévue à l'article 4, un lait n'ayant pas droit à cette mention, sera poursuivi pour infraction à l'article 27 du décret du 25 mars 1924, à moins qu'il ne prouve sa bonne foi par une attestation de son vendeur lui garantissant la réalité du contrôle.

Le propriétaire qui aura trompé le commerçant revendeur en lui livrant avec la mention susdite un lait n'ayant pas ou n'ayant plus droit à cette mention, sera poursuivi en vertu des articles 1er et 2 de la loi du 1er août 1905.

Art. 7. — Le contrôle du lait produit dans les exploitations surveillées s'étendra, au dehors de ces exploitations, au traitement, au transport, à la mise en vente et à la livraison du lait contrôlé. Les opérations de ce contrôle extérieur seront effectuées par les agents de la police de l'Etat et du département et des communes, de la répression des fraudes, de l'hygiène publique, des services vétérinaires, chacun suivant ses attributions et sa compétence. Les exploitants ou leurs représentants sont tenus de permettre et de faciliter leur mission aux agents ci-dessus désignés.

(*J. O.*, 19 nov. 1927.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** — *Deuxième cours de perfectionnement sur le cancer*, organisé par le Dr Gunsett, chargé de cours à la Faculté de médecine, directeur du centre anticancéreux de Strasbourg, avec la collaboration du corps enseignant de la Faculté de médecine : MM. Borrel, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Keller, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, Leriche, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Géry, professeur d'histopathologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, Pautrier, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Reeb, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, Stolz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Vlès, professeur de physique biologique à la Faculté des sciences de Strasbourg ; Weill, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le cours aura lieu du mardi 16 octobre au mercredi 31 octobre 1928 et comportera :

A. Des cours théoriques et pratiques sur le cancer dans les différentes cliniques et instituts de la Faculté de médecine. I. A l'Institut Pasteur de Strasbourg, M. le prof. Borrel : Deux conférences sur l'étiologie du cancer et les cultures de tissus. MM. les participants qui désirent pratiquer la technique des cultures de tissus au laboratoire de M. le prof. Borrel sont priés de s'adresser à lui directement. — II. A la clinique d'oto-rhino-laryngologie, M. le prof. Canuyt : Quatre conférences : 1° cancer des fosses nasales et des sinus ; 2° cancer du naso-pharynx ; cancer de l'amygdale ; cancer du pharynx inférieur ; 3° cancer du larynx ; 4° cancer de l'œsophage. — III. A la clinique gynécologique, Dr Keller : 1° le traitement opératoire du cancer du col de l'utérus ; 2° démonstrations curiethérapiques. — IV. A la clinique chirurgicale A, M. le prof. Leriche : Une conférence : les tumeurs cérébrales. — V. A l'Institut d'anatomie pathologique (directeur professeur Masson), M. le prof. Géry : Treize conférences : 1° troubles généraux de la croissance des tissus. Prolifération des cellules embryonnaires, hyperplasiques et néoplasiques. Principes de classification des tumeurs. Les tumeurs embryonnaires ; 2° tumeurs des revêtements pavimenteux-stratifiés. Peau. Glandes annexes ; 3° tumeurs des muqueuses cylindriques. Intestin. Estomac ; 4° tumeurs du sein ; 5° tumeurs du corps thyroïde ; 6° tumeurs du rein et des voies urinaires ; 7° tumeurs de l'utérus ; 8° tumeurs de l'ovaire ; 9° tumeurs du testicule ; 10° tumeurs nerveuses ; 11° tumeurs osseuses ; 12° tumeurs des tissus lympho-hématopoïétiques. Lymphosarcome myélome-réticulome ; 13° la biopsie, technique générale, indications et résultats. — VI. A la clinique dermatologique, M. le prof. Pautrier : Deux conférences sur les cancers de la peau. — VII. A la maternité, M. le Dr Reeb : Démonstrations de curiethérapie. — VIII. A la clinique chirurgicale B, M. le prof. Stolz : Une conférence sur les tumeurs de l'estomac. — IX. A la clinique ophtalmologique, M. le prof. Weil : Une conférence sur les cancers de l'œil. — X. A l'Institut de physique biologique, M. le prof. Vlès : Sur quelques caractéristiques physico-chimiques de l'organisme normal et pathologique et leur application au problème des tumeurs.

B. Des cours théoriques et exercices pratiques sur le traitement du cancer par les agents physiques au Centre anticancéreux sous la direction du Dr Gunsett, directeur du Centre anticancéreux .I. Cours théoriques avec démonstrations par le Dr Gunsett : 1° *Généralités* : tubes et appareillages de rœntgenthérapie. Absorption. Filtrage. Diffusion, etc. 2° *Mesures quantitométriques* : A. Ionomètres français et étrangers. B. Unités de mesure. L'unité de Solomon, l'unité de Dauvillier et l'unité électrostatique. 3° *Mesures qualitométriques* : *a*) ionométriques. *b*) spectrométriques. 4° *Méthodes d'application et technique de dosage* en superficie et en profondeur. 5° *Fondements physiques de la curiethérapie* : Méthodes d'application. Méthodes de mesure et de calculation de la dose. Unité de Proust-Mallet-Colliez. 6° *Quelques chapitres de la radiophysiologie et de la radiopathologie.* *a*) Radiosensibilité et radiorésistance. *b*) Le problème du coup de fouet. *c*) Temps de latence et cumul des doses. Doses fractionnées et doses étalées. *d*) Les radiodermites et radionécroses. 7° *Technique et résultats du traitement de quelques cancers.* *a*) cancers de la peau. *b*) cancers du col de l'utérus. *c*) cancers du sein. *d*) cancers de la langue et cancers en oto-rhino-laryngologie *e*) cancers du rectum et autres cancers. *f*) sarcomes. 8° La diathermo-coagulation et son application dans

le cancer. — II. Présentations journalières de malades (Dr Gunsett). Malades guéris, malades en traitement, malades nouveaux. Discussion de la clinique, des examens de laboratoire et du plan du traitement. Mise en place des malades sous les appareils à rayons X. — III. Travaux pratiques et conférences de rœntgenthérapie et de curiethérapie, sous la direction du Dr Gunsett avec la collaboration de Mlle Dr Berg, assistante au centre anticancéreux, Mme Ch. Spack, licenciée ès sciences, assistante au Centre anticancéreux, M. le Dr Reiss, préparateur de physique biologique à la faculté de médecine, M. le Dr Sichel, préparateur de radiologie à la faculté de médecine, M. le Dr Spack, préparateur au au Centre anticancéreux et M. le Dr Wolff, chef de laboratoire à la clinique médicale A. Ces travaux pratiques comportent : 1° De l'ionométrie pratique à l'aide d'ionomètres français et étrangers (Solomon, Dauvillier, Küstner). Etalonnages d'ionomètres et d'appareils en R français et en R électrostatiques. Transmission dans le fantôme. Qualitométrie. Isodoses. Technique du dosage en profondeur. 2° De la spectrographie et spectroscopie pratique des rayons X à l'aide des appareils de Seemann et de Staunig. 3° De la microïonométrie à l'aide du microïonomètre de Mallet (Manipulations usuelles et en télécuriethérapie). 4° La fabrication des appareils moulés pour curiethérapie externe (méthode Regaud). Chaque participant aura l'occasion de travailler pratiquement chacune de ces méthodes. 5° *Conférences de physique*, M. le Dr Reiss. La physique des rayons X. La physique des corps radio-actifs et le mécanisme de l'action physico-chimique des rayons de courte longueur d'onde. 6° *Conférences d'hématologie* : M. le Dr Wolff. Hématologie des cancers des téguments et des viscères. Modifications histologiques et biologiques du sang chez les cancéreux sous l'influence du traitement aux rayons X ou au radium. Clinique, diagnostic et traitement de ces malades.

Ce cours se terminera le 31 octobre par une journée publique de conférences et de communications sur le cancer et son traitement suivies de discussion à la clinique médicale A sous la présidence de M. Paul Strauss. Questions mises à l'ordre du jour : Les cancers de la cavité buccale et de l'appareil respiratoire ; Les cancers du corps thyroïde.

Ont annoncé leur concours : *France* : MM. les prof. Bérard, Lyon (cancers thyroïdiens), Regaud, Paris (sujet réservé), MM. les docteurs Belot, Paris (cancers de la peau et radiorésistance des cancers), Coliez et Mallet, Paris (télécuriethérapie), Dauvillier, Paris (ionométrie), Gauduchaux, Nantes, S. Laborde, Paris (sujets réservés), Solomon, Paris (étalonnages d'ionomètres). *Belgique* : MM. les prof. Bayet, Bruxelles (sujet réservé), Dustin, Bruxelles (Les réactions cytologiques des tumeurs traitées par la télécuriethérapie), MM. les docteurs Coryn, Delporte et Cahen, Ledoux et Leroix, Bruxelles (sujets réservés), Sluys, Bruxelles (cancers du poumon). *Suisse* : MM. les docteurs de Coulon, Lausanne (sujet réservé), Rosselet, Lausanne (radio immunisation).

Les inscriptions pour le cours sont reçues par M. le Dr Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, hôpital civil à Strasbourg. Le droit d'inscription pour le cours est de 300 fr. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours. Le nombre des auditeurs est limité. Un horaire détaillé sera envoyé ultérieurement aux participants, de même les renseignements concernant les hôtels et pensions, etc.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Cours de perfectionnement de dermatologie* (Clinique des maladies cutanées et syphilitiques). — Un *cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* sera organisé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 17 septembre au 5 novembre 1928, sous la direction de M. le professeur L.-M. Pautrier, avec la collaboration de MM. A. Barré, professeur de clinique neurologique ; Prof. L. Blum, professeur de clinique médicale ; Prof. G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; prof. Merklen, professeur de clinique médicale ; Dr Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie ; Dr Boez, chargé de cours de bactériologie ; Dr Gunsett, chargé de cours de radiologie ; Dr Rœderer, chargé de cours de dermato-vénéréologie ; Dr Simon, professeur agrégé, clinique chirurgicale A ; Dr Vaucher, chargé de cours clinique médicale B ; Dr Weill, chargé de cours d'ophtalmologie ; Dr A. Boeckel, chargé de la polyclinique urologique à la clinique chirurgicale A ; Dr Diss, chef de laboratoire ; Dr Glasser, chef de laboratoire ; Dr G. Lévy, chef de clinique ; M. Sloimovici.

Le cours aura lieu du lundi 17 septembre au samedi 3 novembre tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'hôpital civil, à la clinique des maladies cutanées et pour chaque branche de la spécialité dans les cliniques intéressées.

Tous les cours, essentiellement pratiques, seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement, cautérisations, scarifications, électrolyse, neige carbonique, radiothérapie, frotte, injections intraveineuses, lavages de l'urèthre, dilatations, interventions uréthroscopiques, uréthroscopie, etc.

En dehors des heures de cours, ils auront libre accès dans le service : *visite complète du service le mardi et vendredi matin à 9 h.* ; *polyclinique externe dermatologique*, tous les jours à 10 h. Traitement externe de la syphilis, tous les soirs à 18 h.

La clinique des maladies cutanées *possède une bibliothèque de près de* 3.000 *volumes* qui contient la plupart des ouvrages intéressant la spécialité, et la collection complète des atlas et des périodiques ; un musée photographique et un musée histologique. Les élèves du cours y auront accès tous les jours de 9 à 12 h. et de 14 à 19 heures.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à trois pages, tapés à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon.

Droit d'inscription 300 francs. S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier, 2, quai Saint-Nicolas.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses en 20 leçons aura lieu en même temps.

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçon. En particulier ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle. Ils seront exercés à la technique des examens sérologiques (réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht-Bauer, floculation de Vernes).

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier.

— **V. E. M. à Vichy.** — La station thermale de Vichy vient de recevoir la visite des médecins et étudiants étrangers qui ont suivi les cours de perfectionnement

de gastro-entérologie institués à l'hôpital Saint-Antoine par les Drs Le Noir, Bensaude et Félix Ramond. Ceux-ci ont tenu à diriger eux-mêmes ce voyage qui a donné lieu, de la part des médecins étrangers y participant, à une manifestation de sympathie chaleureuse en l'honneur de ces maîtres éminents et de la grande station thermale française.

Après les visites traditionnelles aux remarquables installations de la Compagnie Fermière, et notamment au grand établissement thermal et aux sources présentées dans un cadre nouveau, et après une savante conférence du docteur Guinard, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, sur les indications de la cure, les hôtes de la Compagnie furent conviés, dans le somptueux restaurant de l'Hôtel Carlton, à un banquet qui fut l'occasion d'une réunion particulièrement cordiale.

M. Normand, secrétaire général de la Compagnie Fermière, résuma les phases essentielles du développement de la Station de Vichy et donna des chiffres éloquents démontrant la progression croissante du succès de notre grande station thermale. Dans le programme des travaux à réaliser, il insista particulièrement sur la création prochaine d'un laboratoire de recherches chimiques biologiques et cliniques sur les eaux de Vichy.

Le Dr Guinard, au nom de la Société des sciences médicales de Vichy, remercia les médecins de la clinique de Saint-Antoine de l'organisation de ces voyages d'étude, si profitables pour les médecins étrangers ayant suivi leurs cours.

Le Dr Le Noir remercia la Compagnie Fermière et son représentant, M. Normand, de l'accueil chaleureux reçu par ses élèves. Il rappela le souvenir des maîtres de la clinique de Vichy, les Claude Fouet, Sénac, Max Durand-Fardel, Villemin, Franz Glénard, et, plus près de nous, Linossier.

Plusieurs médecins étrangers prirent alors la parole au nom de leurs confrères : citons le docteur Alcindo Sodré, au nom du Brésil ; le Dr Francisco Cientuegos, au nom de l'Espagne ; le Dr Charalampidès, au nom des médecins hellènes ; le Dr Carlos Soto Mayor, au nom des médecins portugais ; le Dr Capitauvici, au nom de ses confrères roumains ; le Dr Nadji, au nom des médecins turcs. Tous exprimèrent leur reconnaissance pour l'accueil magnifique qu'ils avaient reçu et pour la leçon de choses si intéressante qu'ils avaient retirée de la visite des installations modèles de la station thermale de Vichy.

* * *

En quittant Vichy, le groupe se rendit en cars à Châtel-Guyon, où il fut reçu par M. le Dr Casati, président de la Société des médecins, et par MM. les Drs Duhaut et Malliary, au nom de la Société des Eaux minérales.

Après la conférence technique du Dr Casati, et la visite du Parc, des sources et des établissements, un déjeuner confortable, tout animé de la plus grande cordialité, fut servi au Splendid-Hôtel, à l'issue duquel un toast fut éloquemment porté par le Dr Duhaut aux docteurs Bensaude, Lenoir et Ramond, et à tous les convives. Réponses du Dr Lenoir et d'un distingué V.E. Mixte, remerciant de l'accueil reçu et affirmant la pérennité du souvenir qui sera emporté par tous de Châtel-Guyon.

— **VIe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose** (Rome, 25-27 septembre 1928. Secrétariat général, 12, via Toscana, Rome). — Sous le haut patronage de S. M. le Roi d'Italie et la présidence d'honneur de S. E. Benito Mussolini. Président : professeur Raffaele Paolucci ; vice-président : professeur Vittorio Ascoli ; secrétaires généraux : MM. Arcangelo Ilvento et Frederigo Bocchetti.

Du 15 au 24 septembre, visite des centres d'organisation antituberculeuse en Italie. Les adhérents à la conférence jouiront d'un tarif réduit sur les chemins de fer italiens à partir des frontières jusqu'à Rome et aux centres importants italiens d'organisation anti-tuberculeuse.

25 *septembre*. — Ouverture solennelle de la Conférence au Capitole. Conférence de M. Calmette sur les éléments filtrables du virus tuberculeux.

26 *septembre*. — Le diagnostic de la tuberculose infantile (professeur Rocco Jenoma (de Naples).

C. Forlanini et le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Professeur Eugene Morelli, de Pavie).

27 *septembre*. — Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux. (Docteur William Brand, de Londres.)

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. (Professeur L. Brauer, de Hambourg).

28 *septembre*. — Visite du sanatorium d'Anzio, départ pour Milan.

29 *septembre*. — Milan, conférences, visites et excursions.

Une exposition et un congrès d'infirmières auront lieu pendant la conférence.

Inscriptions à la conférence. — Pour s'inscrire, s'adresser *au préalable* au gouvernement ou à l'Association nationale des pays d'origine, seuls qualifiés pour transmettre les inscriptions à Rome. Cotisation : 100 lire.

Le secrétaire général à Paris est le professeur Léon Bernard. Le siège de l'Union internationale contre la tuberculose à Paris, est 2, avenue Vélasquez (VIIe).

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Pour aller en Corse, la traversée la plus courte se fait par Nice*. — Trois fois par semaine (vendredi, samedi, dimanche) les meilleurs paquebots de la Compagnie Fraissinet effectuent la traversée de Nice en Corse dans l'après-midi.

La réduction de durée du trajet maritime met désormais à la Corse à 24 heures de Paris. En effet le voyageur parti de Paris à 17 h. 10, par le rapide, 1^e (lits-salons, couchettes, places de 1re et 2e classes, wagon-restaurant) arrive en gare de Nice à 11 h. 05 ; il y trouve un autobus qui le conduit au port d'où le paquebot, partant à midi, le dépose en Corse le soir même.

Pour la première fois, cette année, les traversées de jour si appréciées des touristes, seront assurées au retour de Corse à la vitesse de 15 nœuds. Elles auront lieu le jeudi (départ d'Ajaccio à 10 h. 30, arrivée à Nice à 20 h.) et le vendredi (départ de Bastia à 10 h. 30, arrivée à Nice à 19 h. 20).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

quer leurs honoraires professionnels, ces derniers assujettis à l'impôt sur le revenu.

Ici encore, la question se présente sous le même aspect que pour les médecins, propriétaires de maisons de santé.

A propos des maisons d'accouchement, Me Albert Maitre fait justement remarquer que la sage-femme peut avoir des difficultés avec son mari, lors de la dissolution du mariage, pour l'attribution de la propriété de la clinique.

Aussi est-il prudent, toutes les fois que la chose sera possible, de régler cette question par contrat de mariage. Bien entendu, la valeur de la clientèle ne peut entrer en ligne de compte, car c'est un facteur essentiellement personnel à la sage-femme, comme d'ailleurs à tous les praticiesns.

Devant l'impôt, la sage-femme est exemptée de la patente, par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, lorsqu'elle exerce son art dans sa clientèle, sans recevoir de pensionnaires.

Par contre, la sage-femme est assujettie, en principe, tout au moins, à l'impôt sur le revenu.

Mais, défalcation faite de leurs dépenses professionnelles, bien peu de sages-femmes, surtout de campagne, arrivent à faire 7.000 francs de bénéfice net.

Sages femmes agréées.

A Paris, certaines accoucheuses sont nommées par la Direction de l'Assistance publique, sous certaines conditions d'âge et de savoir professionnel.

Ces praticiennes reçoivent chez elles les parturientes, qui ne peuvent être admises dans une maternité. Elles sont contrôlées, au point de vue technique, par l'accoucheur en chef de la Maternité dont elles dépendent, et, au point de vue matériel, par l'administration centrale.

Quant à la femme envoyée de l'hôpital, elle ne cesse pas de dépendre de cet établissement ; elle est en subsistance chez la sage-femme agréée, tant qu'il n'y aura pas de complications dans l'accouchement.

Au point de vue fiscal, après bien des difficultés, l'administration des finances a fini par admettre que la sage femme agréée ne peut être considérée ni comme exerçant une profession salariée, ni comme exploitant une maison particulière de soins.

Responsabilité des sages-femmes.

La responsabilité est à peu près la même que pour les médecins. Remarquons cependant que la loi du 30 novembre 1892 n'accorde pas aux sages-femmes les mêmes droits professionnels qu'aux docteurs : il en résulte que, bien que titulaire d'un diplôme d'Etat, la sage-femme peut être poursuivie correctionnellement pour exercice illégal de la médecine, si elle sort des at-

tributions qui sont limitativement indiquées par la loi sur l'exercice de la médecine.

Quant à la responsabilité civile (article 1382, code civil), ou responsabilité du fait des domestiques, ou employées, aides de la sage-femme tenant une maison d'accouchements (art. 1384, c. civ.) la question est identique que pour les médecins et nous n'y reviendrons pas, au cours de cet exposé rapide.

Sages-femmes d'Alsace et Lorraine.

Le retour des provinces de l'Est a posé un certain nombre de problèmes délicats. D'après la loi allemande, les sages-femmes ne pouvaient exercer qu'en Alsace et Lorraine. Avant de s'installer, elles devaient faire une déclaration au médecin d'arrondissement. Elles n'avaient pas le droit de pratiquer les vaccinations. De plus, l'ouverture d'une maison d'accouchement est soumise à une autorisation préalable de l'administration. Le décret du 24 février 1921 fixe les modalités de transitions. Les sages-femmes alsaciennes peuvent obtenir le diplôme français, à la condition d'être titulaires d'un brevet ou certificat nécessité jadis pour le diplôme de 2e classe et passer l'examen de seconde année.

Mais ces sages-femmes reçues d'après ce décret ne pourront exercer qu'en Alsace et Lorraine.

La loi du 31 décembre 1924 a amélioré la situation des sages-femmes reçues pour les départements du Haut-Rhin du Bas-Rhin et de la Moselle et réintégrées dans la nationalité française.

Pendant un délai de trois ans, ces praticiennes pourront faire choix d'un autre département, sans avoir à subir de nouveaux examens.

Conclusions. Avenir de la profession.

L'ouvrage de Me Albert Maitre est extrêmement intéressant à consulter ; car il a vulgarisé tout ce que les textes législatifs, règlementaires, ou jurisprudentiels peuvent avoir de rébarbatif, pour qui ne connaît pas le Droit.

L'auteur, dans ses conclusions, se déclare partisan d'une refonte de l'article 64 de la loi du 30 novembre 1892, qui limite les possibilités d'action thérapeutique et technique des sages-femmes. Pour Me Albert Maitre, il faudrait que la loi renvoie, pour la définition de l'accouchement laborieux, l'emploi des instruments, l'utilisation et la prescription des médicaments et antiseptiques à un décret pris après avis de l'Académie de médecine et de la commission supérieure de l'enseignement médical.

Ainsi, la sage-femme pourrait être fixée sur ses droits et devoirs, sans se trouver, comme à présent, toujours sous la menace de poursuites correctionnelles, si elle sort des attributions que lui limite la loi de 1892.

Il demande également que les pouvoirs publics puissent confier à la sage-femme un rôle de pué-

riculture et d'assistance d'hygiène maternelle et infantile ; de cette manière, les sages-femmes seraient appelées pour s'y fixer dans beaucoup de communes rurales.

Point ne serait besoin de fonctionnariser les sages-femmes : mieux vaudrait-il relever pour elles les tarifs ridicules et dérisoires de l'assistance médicale gratuite et leur accorder des appointements comme puéricultrices et visiteuses d'hygiène.

Ainsi, pourrait-on relever moralement et matériellement une profession qui peut rendre d'immenses services.

Conclusions.

L'ouvrage de Me Albert Maitre attire une fois de plus l'attention sur la situation, que les sages-femmes ont ou pourraient avoir, dans la société.

On crée des postes nouveaux d'infirmières visiteuses, sans penser à utiliser ce qui existe déjà : c'est-à-dire les médecins et les sages-femmes.

Il faut se servir de ces personnes dévouées, qui travaillent, dans les campagnes, souvent en parfait accord avec les docteurs locaux et je suis certain que l'action combinée des syndicats de sages-femmes et de praticiens pourrait aboutir à de sérieux résultats tant pour l'exercice de la profession, que pour l'utilisation de personnes techniciennes, pour la préservation de la santé publique.

Aussi, personnellement, puis-je remercier Me Albert Maitre de toutes les idées qu'il a émises au cours de son ouvrage, tout en décrivant la situation juridique des sages-femmes.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires.

1210. — Association des médecins de l'avant. Carte du combattant.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire donner l'adresse et de m'indiquer l'utilité de « l'Association des médecins de l'avant ». Ayant fait toute la guerre dans des régiments de première ligne, on ne nous en est pas plus reconnaissant pour cela. Cette association a-t-elle pour but de défendre nos droits.

Pourriez-vous aussi me dire ce qu'est la carte du combattant et les moyens de l'obtenir ?

Dr S.

Réponse.

L'association des médecins de l'avant a son siège 62, rue Erlanger, Paris (16e). Pour être renseigné, demandez-lui communication de ses statuts.

Pour obtenir la carte du combattant, vous pouvez vous adresser à cette association ou bien, par voie normale, soit au général commandant la région, soit à la gendarmerie.

L'Office du combattant est l'analogue de l'Office des mutilés ; il s'occupe de placement de main-d'œuvre, d'intérêts matériels. Peut-être, pour les professions libérales, les médecins notamment, pourra-t-il être de quelque utilité au moment de l'application de la loi sur les assurances sociales.

---

939. — Demande d'augmentation de pension pour aggravation.

Réformé à 50 % depuis 1919, pour splénomégalie, etc., comme aide-major de 1re classe, mis hors cadre peu après, je voudrais demander une augmentation de pension, étant contraint de ne plus exercer ma profession depuis novembre dernier vu mon état de santé. Désormais domicilié dans la Seine, à qui dois-je adresser une demande d'augmentation de pension et quelles sont les démarches nécessaires ? Jusqu'à quand ai-je le droit de le faire ?

Dr X.

Réponse.

Vous êtes probablement réformé avec une pension *définitive* ; en ce cas, vous avez *tous délais voulus* pour demander une augmentation de pension pour aggravation, puisque la loi du 9 janvier 1926 a supprimé les délais de prescription pour les pensionnés définitifs, ayant subi une aggravation.

Ecrivez donc une lettre recommandée au Directeur du service de santé du Gouvernement militaire de Paris, hôtel des Invalides, et demandez à subir une nouvelle expertise, en indiquant le centre de réforme qui vous avait précédemment examiné.

1535. — Radiation des cadres.

A quel âge un médecin de réserve est-il rayé automatiquement des cadres, cesse-t-il d'être mobilisable ?

Le troupier est rayé je crois, cesse d'être mobilisable à 48 ans et l'officier, le médecin aide-major ? suit-il le sort de sa classe ?

Il faut bien être déchargé à un moment ou à l'autre des obligations militaires : nous ne sommes pas mobilisables jusqu'à 75 ou 80 ans par exemple.

Comment se fait cette radiation automatique ou provoquée ? Dr F.

Réponse.

A l'expiration du temps de service total exigé par la loi de recrutement dans les réserves (28 ans de service), tout officier de réserve est tenu d'adresser au Ministre une déclaration faisant connaître s'il veut rester ou non dans les

cadres. Tout officier qui déclare ne pas vouloir rester dans les cadres est considéré comme démissionnaire » (article 10 de la loi du 8 janvier 1925).

Quand votre classe sera libérée ainsi de toutes obligations militaires, il vous suffira d'accomplir cette formalité.

1261. — Avancement en grade.

A dater du 18 mars 1927, j'ai été nommé au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve.

Que faut-il faire pour avancer en grade ?

Dr I.

Réponse.

Pour obtenir le grade supérieur (médecin-capitaine), il vous faut acquérir au moins 6 années de ce grade de médecin-lieutenant ; de plus, vous devez faire deux périodes d'instruction de 25 jours.

D'autre part, comme l'avancement à ce nouveau grade n'a lieu qu'au choix, vous devez, sur proposition de votre Directeur du Service de santé, obtenir votre inscription par le Ministre au tableau d'avancement, lequel est établi une fois par an.

1330. — Périodes d'instruction obligatoires.

L'autorité militaire me demande de faire une période de 15 jours cette année pour une question d'avancement (je suis A.M. 1re cl. T.D. de réserve depuis 1922). J'ai déjà fait une période l'an dernier, au grand dam de ma clientèle et de mon portefeuille. Or ayant participé en 1926 aux « Journées médicales de Paris » qu'on m'avait affirmé être assimilées à une période, j'avais cru dans ma candeur naïve, que les Journées médicales de Paris, plus la période de l'an dernier = 2 périodes, quantité requise pour mon 3e galon.

Mais la direction du service de santé de la Ne région vient de me répondre que les Journées médicales de Paris 1926 comptaient bien pour une période, mais une période de *quatre jours*, et qu'il me reste 11 jours à faire.

Est-ce ainsi que le ministre l'avait compris ?

Et que me reste-t-il à faire ? Obtempérer ?

Dr X.

Réponse.

Le décompte fourni par la Direction du Service de santé semble exact.

Obtempérez, ou bien invoquez un motif valable pour vous faire reporter à l'année suivante. ou bien choisissez l'époque qui vous gênera le moins dans l'exercice de votre clientèle.

1406. — Pension d'un médecin militaire.

En qualité d'abonné, je me permets de vous demander un renseignement que vous pourrez peut-être me donner. Les explications que j'ai obtenues auprès des personnes qualifiées sont tellement confuses que j'ai renoncé à en faire état.

Aide-major de 1re classe, je suis pensionné au taux de 45 %, soit 1643 par an (410.75 par trimestre). Actuellement, avec les augmentations successives, quelle somme totale dois-je toucher par an ? Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner exactement à ce sujet.

Dr C.

Réponse.

Vous devez toucher le montant de votre pension antérieure, soit dites-vous...... 1.643 fr.
augmentée de 100 % du taux de soldat soit........................ 1.080 »
Total .... 2.723 fr.

Une nouvelle loi portera probablement à 110 % cette augmentation du taux de soldat.

Assistance.

1803. — Admission à l'allocation aux femmes en couches.

Appelé d'urgence auprès d'une primipare de 22 ans, j'assiste à l'accouchement d'un prématuré, la grossesse ne devant être à terme que le 20 juin.

A la suite, sur mon conseil, en faisant la déclaration de naissance à la mairie, le père, simple ouvrier, demande le bénéfice de l'allocation de femme en couches et la prime d'allaitement.

Il lui fut répondu, comme à moi d'ailleurs venu à son aide, que la première demande faite trop tard n'était pas recevable et entrainait par suite la caducité de la seconde.

Quid de la lettre et de l'esprit de la loi. ?

A la jeune mère, qui hésite à nourrir, j'ai fait espérer ce double encouragement après lui avoir dit qu'elle n'élèverait son enfant qu'en lui donnant le sein.

Que puis-je faire ?

Dr C.

Réponse.

La réponse qui vous a été faite est erronée.

La loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, dit, en effet, dans son article 4 :

« Avant les couches, la postulante doit justifier, par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour son enfant.

« Après les couches, l'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines... »

Quant au décret du 17 décembre 1913 rendu pour l'application de la loi, il dispose, article 8 :

« Toute femme inscrite sur la liste ou admise d'urgence doit, pour recevoir *avant les couches* l'allocation journalière, produire le certificat

médical mentionné au premier paragraphe de l'article 4 de la loi du 7 juin 1913. »

Par suite, le certificat n'est pas nécessaire pour recevoir, *après les couches*, l'allocation et celle-ci peut être accordée seulement après l'accouchement.

Admise au bénéfice de l'allocation, la jeune mère aura droit, par application de la loi du 24 octobre 1919, à l'allocation d'allaitement.

Dans le cas où l'admission au bénéfice de la législation sur le repos des femmes en couches serait refusé, l'intéressée pourrait présenter une réclamation, qui serait soumise à la Commission cantonale fonctionnant comme en matière d'assistance médicale gratuite.

Application du Tarif Maginot-Marin.

1806. — Visites effectuées et bons de visite.

Dans les cas d'injections hypodermiques à pratiquer chez un bénéficiaire de l'art. 64 de la loi de 1919, faut-il pour chaque piqûre, prélever un feuillet au carnet médical du malade en traitement, la Préfecture ayant répondu que ces injections pouvaient être faites si l'état du bénéficiaire l'exigeait ?

Dr C.

Réponse.

Vous ne pouvez vous faire payer de visites ou de consultations sans joindre à votre mémoire *autant* de feuilles de visites tirées du carnet du pensionné de guerre. Si vous réclamiez douze visites et ne remettiez, par exemple que huit feuilles, vous pouvez être assuré de ne toucher que huit visites... Telle est la règle immuable. La conclusion en est facile à tirer.

Dr F. DECOURT.

Application du Tarif Fallières.

1779. — Ostéosynthèse... pour pseudarthrose.

Je vous prie de soumettre au Dr Decourt un léger différend qui s'est élevé avec une compagnie d'assurances au sujet d'une opération non inscrite au tarif Breton. Il s'agit là d'un accidenté du travail atteint de pseudarthrose du tibia par suite d'interposition musculaire. Je lui ai fait une ostéosynthèse après libération des fragments. Ne trouvant que l'opération qualifiée « ostéosynthèse : 400 fr. au tarif Breton, je me suis reporté au tarif des réformés de guerre où j'ai trouvé pseudarthrose du tibia 700 fr. C'est ce dernier prix que je demandais à la compagnie. Celle-ci ne veut me payer que 400 fr. Veuillez me faire connaître l'avis du Dr Decourt, auquel je me rangerai.

Dr O.

P. S. — L'opération a été faite 3 mois après la fracture par suite de l'absence de consolidation.

Réponse.

Je lis bien, en effet, à l'article 18 : « *Ostéosynthèse* ... des os longs des membres : 400 fr. » et *idem* dans le tarif des pensionnés de guerre. Mais alors, pourquoi celui-ci porterait-il une autre rubrique plus loin : « *Ostéosynthèse pour pseudarthrose*... du tibia : 700 francs », s'il s'agissait de la précédente opération, comme le pense la Compagnie d'assurances ? Me basant donc sur ce tarif des pensionnés de guerre, je demanderais, non pas 700 fr. (puisque le tarif Fallières donne seulement 600 pour laparotomie avec intervention viscérale), mais 600 francs, comme dans cette dernière opération. Et je tiendrais bon pour 600 francs, jusqu'à la gauche.

F. D.

Fiscalité.

1719. — Eclaircissements ou justifications.

Le fisc a appris que j'avais vendu un immeuble en janvier 1927 et me demande pourqoi mes revenus n'ont pas figuré en augmentation au cours de l'année. Je lui ai répondu qu'ayant à acheter (ce qui est chose faite) la maison que j'occupe actuellement et à y faire de grosses réparations, je n'avais pas voulu courir les aléas d'un placement et que j'avais conservé dans mon coffre la plus grosse partie de la somme, que le reste avait été employé à acheter de la rente or 4 % 1925 exempte d'impôt sur le revenu. Il me demande quelle est la somme que j'ai consacrée à cet achat. Suis-je tenu de lui répondre à ce sujet et quelles pourraient être les conséquences de mon refus ?

Dr X.

Réponse.

Nous vous conseillons de fournir le renseignement demandé par le contrôleur en ce qui concerne le capital employé à l'achat de rente 4 % or 1925, mais nous estimons que vous pouvez vous refuser à fournir toute preuve à ce sujet, attendu que le contrôleur peut demander des *éclaircissements* et non des *justifications*.

A. M.

1825. — Exemption d'impôts sur bâtiments neufs.

Je viens de faire construire une annexe à ma maison, il y a un an et demi. Sous prétexte que je n'en ai pas fait la déclaration, je viens d'être majoré d'impôts, pour cette construction.

Est-il exact qu'il n'y a rien à faire pour moi pour me faire dégréver parce que je n'ai pas fait la déclaration à temps ?

Dr Z.

Réponse.

Si la construction en cause a été commencée antérieurement au 22 avril 1926, le défaut de dé-

claration justifie l'imposition. Au contraire, si elle a été commencée postérieurement à cette date, la demande d'autorisation de bâtir est suffisante pour justifier l'exonération.

A. M.

1649. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Le contrôleur des contributions directes me refuse l'amortissement (en cinq ans) de ma voiture car : « en ce qui concerne la cédule des professions commerciales, les amortissements ne peuvent plus être admis. Le bénéfice net devant s'entendre de la différence entre le montant des recettes effectivement encaissées (arrêts du Conseil d'Etat du 30 juin 1926 et 10 août 1926.) »

Alors aucun amortissement possible d'après lui pour l'auto, l'installation des rayons X, etc. : que faut-il lui répondre ?

Dr B.

Réponse.

Nous vous conseillons de faire remarquer au contrôleur qu'antérieurement aux arrêts invoqués, l'Administration n'admettait que l'amortissement sur plusieurs années et que vos déclarations des années précédentes ont été souscrites en tenant compte de cette règle ; qu'en conséquence l'amortissement pratiqué en 1927 ne saurait vous être refusé sans qu'il soit procédé à une réduction des bases d'imposition de l'année au cours de laquelle vous avez payé les dépenses en cause.

A. M.

1731. — Base de la patente.

Depuis juillet 1927, j'habite une maison dont le loyer annuel est de 12.000 fr. (bail enregistré).

Or, je reçois aujourd'hui mes impôts des patentes et je me vois imposé sur un loyer de 15.000 fr.

Pourriez-vous me dire si cette imposition est légale ou s'il y a erreur ?

Dans ce cas en portant ma réclamation, pourriez-vous me dire sur quel texte je pourrais m'appuyer pour la justifier ?

Dr B.

Réponse.

Pour apprécier la régularité de votre imposition à la patente, il faudrait que nous prenions connaissance de votre bail, certaines charges pouvant être ajoutées au prix du loyer en vue de la détermination de la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente.

A. M.

1782. — Base de la patente. Charges.

Le montant de mon loyer est de 5.400 fr. plus 15 % de charges, ce qui fait un total de 6.200 fr.

Or sur la feuille d'impôts que je viens de recevoir, ma patente est calculée sur le prix de 6.200 représentant loyer et charges. Les charges représentant déjà un impôt, il semblerait logique de calculer mes impositions sur 5.400 fr. et non sur 6.200 fr.

N'y a-t-il pas là une erreur du percepteur ?

Dr G.

Réponse.

A Paris, les charges payées par le locataire constituent, en réalité, un supplément de loyer : en conséquence, c'est à juste titre que votre droit proportionnel est basé sur une valeur locative de 6.200 francs. Toutefois, si, contrairement aux usages de la région parisienne, ce 15 % représentait uniquement le remboursement de dépenses faites par le propriétaire dans votre intérêt exclusif, telles les dépenses de l'eau consommée par vous et du chauffage de votre appartement, il n'y aurait pas lieu d'en faire état.

A. M.

1792. — Revision des impositions des années écoulées.

Je reçois du contrôleur des contributions directes la note suivante :

« D'après vos dépenses professionnelles, la notoriété publique et votre train de vie, j'évalue à *X* fr. les bénéfices nets que vous avez réalisés en 1925-1926 et 1927. »

Le contrôleur a-t-il à revenir sur les chiffres des années précédentes, acceptés et pour lesquels l'impôt a été payé ?

2° Il me parle de 1925. Cette année, n'ayant pas fait de déclaration, j'ai été imposé arbitrairement par le contrôleur ; j'avais accepté et payé ; comment se fait-il qu'aujourd'hui je sois taxé pour une somme supérieure à celle fixée en 1925 ?

3° Suivant la formule, j'ai trois semaines pour accepter ou refuser. Comme je veux refuser, que se passera-t-il ensuite ?

Dr N.

Réponse.

1° Le contrôleur peut rectifier vos déclarations depuis 1923 (revenus de 1922) ;

2° Vous avez eu tort de ne pas souscrire de déclaration en 1925. Le contrôleur peut rehausser sa taxation primitive établie d'office, c'est à vous qu'il appartient de faire la preuve de l'exagération de cette taxation ;

3° Si vous refusez, demandez à ce que le différend soit soumis à la Commission départementale devant laquelle vous pouvez présenter vos observations.

A. M.

Baux et locations.

1848. — Droit à la prorogation.

J'habite à 30 kilomètres de Paris et finis au mois de juillet ma prorogation de 5 ans et 3 mois.

Mon propriétaire m'a écrit il y a 15 jours pour m'avertir qu'il reprenait à l'expiration ma maison pour y placer son beau-père et sa mère qui sont chez lui et très bien. J'ai répondu que mon intention était de jouir de tous les avantages de la loi du 1er avril 1926 (maison à usage professionnel). Hier j'ai reçu une convocation en conciliation devant le juge de paix.

Dois-je y comparaître en personne ou m'y faire représenter ? Que dire et que faire : en un mot, pas de conciliation possible.

Je compte sur le « Sou médical » si documenté en pareille matière pour me donner quelques indications

Dr C.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 est applicable dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris.

Par conséquent, quel que soit le chiffre de la population de votre commune, vous avez droit à tous les avantages réservés aux locataires par cette loi, puisque vous ne vous trouvez qu'à 30 kilomètres des fortifications.

Or, si la loi du 1er avril 1926 réserve au propriétaire le droit de reprendre l'immeuble pour son usage personnel ou celui de certains membres de sa famille limitativement énumérés, il est dit expressément au § 3 de l'article 5 que le droit de reprise ne peut porter que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation.

Il suffit qu'une partie quelconque des locaux soit affectée à un usage professionnel, comme c'est votre cas, pour que le droit de reprise tombe.

C'est d'ailleurs en échange de cet avantage que les locataires de locaux à usage professionnel ou mixte ont à payer une majoration plus forte que celle qu'ont à payer les locataires de locaux à usage exclusif d'habitation (125 % au lieu de 100 %).

Votre cas est très net et l'échec de votre propriétaire nous semble certain.

Nous vous conseillons donc de vous présenter vous-même à la conciliation devant le juge de paix, car il est très probable que l'affaire n'ira pas plus loin.

Au cas où malgré tout votre propriétaire porterait l'affaire à l'audience, il y aurait alors lieu de confier vos intérêts à un avoué ou à un avocat et nous pourrions demander au Conseil du « Sou » de vous accorder l'appui de la Ligue pour soutenir le procès.

De toute façon, faites-nous connaître le résultat de la conciliation.

1888. — Le local d'une polyclinique médicale est professionnel.

Je suis locataire avec un autre confrère associé d'un appartement nous servant de polyclinique où nous donnons des consultations tous les jours pendant certaines heures (de 10 h. à 14 h., et de 16 h. à 20 h.) mais n'y habitons pas ; les malades s'en vont une fois les consultations finies. Notre bail de 3, 6, 9 expire en octobre 1928. Le gérant vient de nous annoncer qu'il veut bien nous renouveler le bail pour 6 ans pour un loyer de 5.000 fr. plus 10 % de charges, c'est-à-dire, 5.500 fr. par an. Or notre loyer jusqu'ici, est de 1.700 environ et celui de 1914 était de 1.300 fr.

Le gérant prétend nous traiter comme commerçants et nous augmente de 400 %. Nous prétendons être profession libérale et offrons 125 % d'augmentation. Veuillez donc je vous prie me faire savoir qui de nous est plus en accord avec la dernière loi sur les loyers. Dr B.

Réponse.

Le local dans lequel un ou plusieurs médecins donnent des soins et des consultations à des malades, sans leur faire aucune fourniture de logement ou de nourriture, est un local professionnel et non pas un local commercial.

La loi qui lui est applicable actuellement est donc celle du 1er avril 1926 et non pas celle du 30 juin 1926, dite « sur la propriété commerciale. »

Il en résulte que, lorsque votre bail sera terminé, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, sans même avoir à la demander et sans droit de reprise au profit du propriétaire, ni pour lui-même, ni pour les membres de sa famille.

En échange de la prorogation, vous devrez payer un loyer calculé suivant la taxation de la loi du 1er avril 1926, c'est-à-dire le loyer de 1914, majoré de 125 %, plus certaines charges, jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation.

Reste à savoir si vous avez intérêt à vous cantonner dans l'exercice des droits que vous donne la loi du 1er avril 1926, quitte, au cas où la législation d'exception en matière de loyer ne serait pas renouvelée au 1er avril 1931, de voir à ce moment votre propriétaire vous refuser tout renouvellement de bail et vous expulser, plutôt que de signer un nouveau bail qui vous assurerait la jouissance des locaux pour six ans ferme.

En droit, même pour un nouveau bail, votre propriétaire ne peut vous demander un loyer supérieur de plus de 10 % à la taxation légale, tout au moins pour la durée d'application de la loi du 1er avril 1926. Et, même si vous acceptiez un prix supérieur, vous pourriez, en vertu de l'article 14 de la loi du 1er avril 1926, introduire dans les six mois une action en réduction au taux-limite.

Cinquantième année | N° 24 | 10 Juin 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

I

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Rover.
Trouville. Jean Massé.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr DEFAYE, d'Oradour, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 272. — Client. à céder 25.000 fr. à 25 km. Paris. Aff. 50.000.

No 273. — Sud-est. A céd. bonne client. dans pays riche. Recet. 75.000, fixes. Indemn. à débat.

No 274. — A vend., joli salon : 1 canapé, 2 faut. bois doré L. XVI, vitrine L. XVI, épinette laque L. XV, 2 beaux tableaux anciens, 1 porte-parapl., 1 banquette gothique.

No 275. — On dem. faut. roulant pour promener malade paraplégique: Dr Bartement, à Fleury-en-Bierres (S.-et-M.).

No 276. — A louer pour juillet, août, sept., maison 4 p. avec jardin en bord. de mer : 1.500 fr. dans presqu'île de Rhuis (Bretagne).

No 277. — Dr Doreche à Queyrac (Gironde) prend toute l'année pensionnaires fatigués ou convalescents Climat très sain. Mer et forêt.

No 278. — A vend. double emploi, 11 CV. Unic, 1926, carross. grand luxe, roulé 20.000 km., état neuf, Nord.

No 279. — A conf. citadin possédant auto, et désireux passer mois de juillet à la campagne, céderais confort. maison avec jardins et toutes recettes de ma clientèle.

No 280. — Paris XVe, métro Vaugirard, on échangerait contre p. à terre ou on partagerait de suite joli appartem. tout conf. meublé, loyer 14.000 avec bail, téléph. Ecr. Dr Kolbé à Châtel-Guyon.

No 281. — S.-et-O., contrée très agréab., excell. client. sûre, seul méd. Rapp. 73.000, très belle et grande maison avec jardins. Indemn. 45.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 282. — Banl. isomméd. Paris, bonne client. ouvrière ancienne. Rapp. moyen 105.000, loyer 4.500, bail 6 ans, maison indép., jardin, eau, électr., 8 p., salle bains, dépend., Indemn. 70.000 dont 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Gob. 36-46.

N° 283. — 100 km. Paris, gr. ligne, pet. ville, ancienne client. méd. infant. et acchts. Rapp. 100.000l loyer 6.000, long bail. Mais. partic. 18 p., tout conf. et jardin Indemn. 50.000 dont 35.000 compt. Tout présent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 284. — On achèterait un fauteuil d'appartem. pour ataxique. Ecr. au Dr Beis à Marsillargues (Hérault).

N° 285. — Loire-Infér. A céder de suite à 15 km. de Nantes, poste de méd. propharm., chif. d'aff. : 60 000, suscept. d'augment. ; fixe 3.000. Bail 9 ans, mais. 7 p. garage, jard. et dépend. Faible indemnité compt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bernard Laignel-Lavastine, étudiant en médecine, victime d'un accident d'automobile. Fils du très distingué maître, le professeur agrégé Laignel-Lavastine, médecin des hôpitaux et vice-président de la *Maison du médecin*, petit-fils du Dr Reynier, chirurgien des hôpitaux, qui fut président de la *Maison du médecin*, arrière-petit-fils du Dr Hérard, membre de l'Académie de médecine, M. Bernard Laignel-Lavastine était considéré par tous ses camarades comme un étudiant du plus grand avenir, capable de soutenir la lourde réputation scientifique de cette belle famille médicale.

Nous qui avons pu apprécier à la *Maison du médecin* la généreuse bienfaisance de Madame Vve Reynier et du Dr Laignel-Lavastine, prenons la part la plus sincère à leur douleur et leur adressons nos respectueuses sympathies.

Nous avons appris encore avec tristesse la mort de M. Roger, ancien président de la Chambre de Commerce de Paris, victime aussi d'un accident d'automobile à l'âge de 78 ans. Nous adressons à son frère, M. le prof. H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, nos plus sincères et respectueuses condoléances.

J. N.

— **Académie de médecine.** *3e centenaire de la découverte de la circulation du sang par W. Harvey.* — L'Académie de médecine a consacré, le 22 mai, une séance solennelle à la commémoration du troisième centenaire de la découverte de la circulation du sang par W. HARVEY. Après une éloquente allocution de M. BÉCLÈRE, président de l'Académie, le prof. CHAUFFARD et le prof. GLEY ont présenté un lumineux exposé, dont nous reparlerons, de l'œuvre scientifique de W. Harvey. Le prof. ACHARD a remercié ensuite, de leur présence, Sir JOHN ROSE BRADFORD, président du *Royal College of Physicians*, de Londres, le Dr BARCROFT, professeur de physiologie à l'Université de Cambridge, et le représentant de S. E. l'ambassadeur de Grande-Bretagne, qui assistaient à la séance.

— **Clinique médicale des enfants** (professeur NOBÉCOURT). *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie.* — Ce cours aura lieu du 26 juillet au 11 août et comporte un droit de 250 fr. Nous en donnerons dans un prochain reportage le programme complet. Inscription au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** *Conférence du dimanche.* — Le 17 juin, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères, 49, rue des Saints-Pères, conférence de M. MAY, sur la *pathologie générale du sympathique périphérique.*

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Sont nommés, à la suite du dernier concours, chirurgiens des hôpitaux de Paris, MM. MICHON et SOUPAULT.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de stomatologiste.* — Questions posées aux séances du 16 et du 17 mai : « Traitement des accidents liés à l'éruption de la dent de sagesse inférieure » et « Prise de l'articulation en vue de la construction d'un dentier complet »

Sont nommés stomatologistes des hôpitaux de Paris, à la suite de ce concours, MM. BOISSIER et CROQUEFER.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'électro-radiologiste.* — Questions posées (séance du 19 mai) :

1° Electrologie. « Les signes électriques de la dégénérescence wallérienne, leur signification physiologique, leur valeur au point de vue diagnostic et leurs indications au point de vue électrothérapique. »

2° Radiodiagnostic. « Radiodiagnostic des arthrites chroniques de la hanche. »

3° Radiothérapie. « Indications et technique de la rœntgenthérapie des splénomégalies chroniques. »

Classement des candidats admissibles. — Sont désignés : MM. Serrand, Le Goff, Porcher, Busy, Marchand, Coliez, Foubert, David, Ordioni.

— **Réunions médicales de Nancy de 1928.** *Deuxième journée, 17 juin 1928.* — Programme : 9 h. 30, réunion à l'Asile de Maréville (terminus du tramway de la

forêt de Haye). Conférence de M. Lalanne. Que penser de la démence précoce ? Présentation de malades par M. Lalanne et par les médecins de Maréville. Visite du laboratoire de recherches et de l'Asile. — 12 h. 30, Déjeuner, Hôtel Thiers, place Thiers. — 14 h. 30, Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois. Conférence de M. le professeur agrégé Caussade. Les nouveaux traitements des broncho-pneumonies infantiles. — 15 h. 30. Conférence de M. le professeur Marcel Labbé. Les traitements du diabète.

— **Institut du cancer.** — Un cours de perfectionnement sur les *méthodes de diagnostic et de traitement du cancer* par MM. Roussy, Leroux, Oberling, Grandclaude, Héraux, Huguenin, professeur, agrégés et préparateurs de la faculté de médecine ; Chastenet de Géry, Mme Laborde, Peyre, chirurgien et chefs de laboratoire du Centre anticancéreux de Villejuif, aura lieu du 2 au 13 juillet. Il est destiné aux médecins français et étrangers et comprendra des séances cliniques et des démonstrations de laboratoire portant sur les méthodes actuelles de diagnostic et de traitement du cancer.

Inscriptions auprès de Mlle Huré, salle Béclard, à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

— **Hôpitaux de Nîmes.** *Nomination.* — Après concours, M. Chambon, a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

— **Ecole de médecine de Nantes.** — M. Pommier est nommé chef de clinique médicale.

— **Ecole de médecine de Bezançon.** — M. Gomet est nommé chef de clinique chirurgicale.

— **Bordeaux.** — Le samedi 19 mai, a eu lieu, salle Chézeau, le dîner annuel de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Bordeaux.

— **Hospices civils d'Orléans.** *Internat.* — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires, aura lieu le jeudi 26 juillet 1928, à 14 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au Directeur des hospices d'Orléans.

— **De Bourbonne-les-Bains.** — Nous apprenons avec plaisir que le Dr Testevuide, médecin consultant à Bourbonne-les-Bains, qui avait été assez gravement malade à la fin de la saison dernière et avait dû se reposer dans le Midi pendant l'hiver, est en parfaite santé et a repris ses consultations depuis deux mois déjà.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Sersiron ont le plaisir d'annoncer l'heureuse naissance, à La Bourboule, de leur sixième fils et dixième enfant : Patrick.

Le *Concours médical* se joint à tous les amis du Docteur et de Madame Sersiron pour leur adresser ses plus vives félicitations et faire les souhaits les plus sincères pour le nouveau-né.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 *mai.*

Enseignement de la médecine.

M. Anderodias, agrégé près la Faculté de Bordeaux, est nommé professeur de clinique d'accouchements à ladite Faculté (chaire vacante, dernier titulaire : M. Rivière).

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en or a été décernée à M. le médecin capitaine Mignot, de la 19e région.

27 *mai.*

Enseignement de la médecine.

M. Weil, chargé de cours à la Faculté de Strasbourg, est nommé professeur de clinique ophtalmologique près de ladite Faculté (Chaire vacante, M. Duverger, dernier titulaire).

Le titre de la chaire de matière et pharmaco-dynamie de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est modifié ainsi qu'il suit : chaire de matière médicale et pharmacologie.

JURISPRUDENCE

Médecin d'hôpital. — Révocation. — Non communication du dossier. — Annulation.

CONSEIL D'ETAT, 4 mai 1928.

(*Archives* du « Sou Médical »).

Un médecin d'hôpital fait partie des fonctionnaires et employés des administrations publiques et, comme tel, ne peut être relevé de ses fonctions, sans avoir eu, au préalable, communication de son dossier, aux termes de l'article 65 *de la loi du* 22 *avril* 1905 ;

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux (section du Contentieux).

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur Archimbaud... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoirs, une délibération en date du 20 février 1925 approuvée par le préfet de l'Ardèche le 3 juin 1925 par laquelle la Commission administrative de l'hôpital-hospice d'Aubenas a décidé de lui retirer ses fonctions de médecin de cet établissement.

Ouï M. Bouffandeau, maître des requêtes en son rapport ;

Ouï Me Auger, avocat du sieur Archimbaud, en ses observations.

Ouï M. Latournerie, maître des requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions ;

Sans qu'il soit besoin de statuer sur le moyen tiré de l'existence d'un détournement de pouvoir ;

Considérant que le sieur Archimbaud, médecin de l'hôpital -hospice d'Aubenas, faisait partie des fonctionnaires et employés des administrations publiques auxquels est applicable l'art. 65 de la loi du 22 avril 1905 ; qu'il a été relevé de ses fonctions par délibération de la Commission administrative de cet établissement en date du 20 février 1925 ; que s'il a reçu le 12 février précédent, une lettre qui lui était adressée par le Président de cette commission et qui avait pour objet de l'inviter à donner sa démission, il a pu, dans les termes où était rédigée ladite lettre, ignorer qu'il était sous le coup d'une révocation ; qu'ainsi, il n'a pas été mis à même, avant la décision de la Commission administrative, de demander la communication de son dossier et de présenter ses moyens de défense ; que dès lors, il est fondé à soutenir qu'il a été privé de la garantie que lui assurait l'art. 65 précité de la loi du 22 avril 1905.

Décide :

Article premier. — La délibération susvisée de la commission administrative de l'hôpital-hospice d'Aubenas, en date du 20 février 1925, ensemble l'arrêté du préfet de l'Ardèche en date du 3 juin 1925 approuvant ladite délibération sont annulés.

Art. 2. — Les frais de timbre exposés par le sieur Archimbaud lui seront remboursés par l'hôpital-hospice d'Aubenas.

Commentaires

Il faut bien s'entendre sur la portée de l'arrêt ci-dessus.

Le Conseil d'Etat ne qualifie pas du vocable « fonctionnaire » le médecin d'un hôpital ou hospice, mais assimilie le praticien aux employés des administrations publiques.

Il ne saurait en être autrement, car la jurisprudence civile a toujours refusé la qualification de fonctionnaire aux médecins d'un hôpital.

L'article 65 de la loi de finances du 22 avril 1905 est ainsi rédigé :

« Tous les fonctionnaires civils et militaires, tous les employés et ouvriers de toutes les administrations publiques ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant leur dossier, soit avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire, ou d'un déplacement d'office, soit avant d'être retardés dans leur avancement à l'ancienneté. »

Or, qu'est-ce qu'un fonctionnaire ?

Par arrêt du 30 octobre 1886 (D. 87.1.507), la

Cour de Cassation (chambre criminelle) donne la définition suivante :

« La désignation générale de fonctionnaire comprend tous les citoyens, qui, sous une dénomination quelconque, ont été investis d'un mandat, dont l'exécution se lie à un intérêt d'ordre public et qui, à ce titre, sont soumis à l'autorité du gouvernement. »

On peut ajouter au mot « gouvernement » les mots « communes » et « administrations publiques » et on aura le sens complet du mot fonctionnaire.

Or, les médecins, qui ont une entente avec les administrations publiques diverses, pour donner, des soins, moyennant une rétribution à forfait, ou autre, au personnel de ces administrations, ne sont pas des fonctionnaires.

Les médecins d'hôpitaux sont de simples agents de la Commission administrative des hôpitaux, ne détiennent aucune portion de la puissance publique et ne peuvent ainsi être considérés comme des citoyens chargés d'un service, ou d'un mandat public. Ainsi en a décidé la Cour de Cassation, par arrêt du 27 mars 1897. (Dal. 98.1. 254).

Ainsi avait également conclu un jugement du tribunal correctionnel de Péronne, confirmé par la Cour d'Amiens, cité sans date dans le *Concours médical*, 1897, page 96.

Antérieurement, un arrêt du Conseil d'Etat, du 25 octobre 1878 (Lebon, p. 843), avait jugé qu'un médecin d'hospice, ou de bureau de bienfaisance, rétribué par ces établissements, qu'ils soient ou non subventionnés par la commune, ne rentre pas dans la catégorie des agents communaux salariés.

D'ailleurs, ne sont pas non plus considérés comme des fonctionnaires les membres des commissions administratives des hospices et hôpitaux. (Cassation criminelle, 27 février 1885, D. 85.1.285 ; Cour de Nancy, 2e ch., 2 janvier 1907. *Gaz. Pal.*, 4 novembre 1907).

A fortiori, les médecins d'hôpitaux ne peuvent-ils être assimilés à des fonctionnaires, mais doivent être considérés comme faisant partie des employés de l'établissement.

D'ailleurs, l'article 6 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, délibéré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1921, comprend les médecins, chirurgiens, pharmaciens, internes, externes, sages-femmes parmi les employés et agents de service, qui sont placés sous la direction de la Commission administrative.

Rappelons que l'arrticle 14 de la loi du 7 août 1851 décide que la Commission administrative nomme son secrétaire, l'économe, les médecins et chirurgiens, mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet.

Une circulaire du président du Conseil, minis-

tre de l'Intérieur, du 3 décembre 1907 (*Concours médical*, 1908.110) demande aux préfets de n'approuver aucune révocation de médecins d'hôpitaux, sans avoir adressé au ministre le rapport détaillé de toute l'affaire. Indiquons, pour terminer, que deux arrêts antérieurs du Conseil d'Etat avaient déjà annulé des révocations de médecins, pour défaut de communication de dossier, en violation de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 : (Conseil d'Etat, 3 juillet 1914, *Concours médical*, 1920.1149 ; 23 mars 1927 ; *Concours médical*, 1927, 2090.)

Dans ce dernier arrêt, il s'agissait d'un médecin, qui, bien que n'ayant pas été nommé par délibération de la commission administrative, assurait seul néanmoins le service médical de l'hôpital, depuis quatre ans et touchait le traitement inscrit à cet effet, au budget communal.

Pour conclure, disons que quelle que soit la haute valeur scientifique des médecins et chirurgiens des hôpitaux, nommés au concours, ces maîtres de la science n'en sont pas moins, comme les autres docteurs des établissements secondaires, des employés nommés par la Commission administrative.

Ils sont chargés de fonctions, consistant à donner des soins aux malades hospitalisés qui leur sont confiés.

Le contrat, qui les lie à l'administration, n'est à proprement parler, ni un contrat de louage de services, ni un contrat d'entreprise. Juridiquement, c'est un contrat innommé.

Cependant, les règles générales du louage de services s'appliquent, et le Conseil d'Etat vient, pour la troisième fois, de le reconnaître, en ce qui concerne la révocation des médecins d'hôpitaux, en assimilant ces praticiens aux employés d'administrations publiques, bénéficiant des dispositions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1999. — A propos des déclarations erronées.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, dans le *Concours médical* du 6 mai 1928, votre chronique fiscale : « Conséquences des déclarations erronées en matière d'impôt sur le revenu. »

Comme, vous je pense que certains confrères font des déclarations tout à fait insoutenables, soit qu'ils indiquent un chiffre de revenu brut trop inférieur, soit qu'ils exagèrent le chapitre de la dépense professionnelle.

Il convient de ne pas oublier que les contrôleurs ont actuellement en mains une fiche pour chacun de nous, que tous les éléments de revenu arrivés à leur

connaissance de diverses manières, par actes enregistrés, notariés, ventes, achats, testaments ... y sont inscrits à mesure, en même temps que les dépenses de luxe, comme mobilier, tableaux, objets d'art, saisons à la mer, ou dans les stations thermales, grands voyages de tourisme...

La plus extrême prudence est de rigueur. Elle exige que les médecins renoncent à la déplorable coutume de joindre le chiffre d'affaires et le prix demandé dans les annonces de clientèles à vendre. Ces chiffres sont merveilleux, de nature à aguicher l'acheteur ; mais ils font tiquer les contrôleurs, qui collectionnent avec soin des journaux médicaux, comme le *Concours*, le *Monde médical*, et d'autres revues largement envoyées sans abonnement. Les chiffres vont en général de 60.000 à 80.000, 100.000 et au-dessus, même pour des postes de petite ville ou de campagne.

Il est urgent d'afficher plus de modestie, et de faire disparaître les chiffres des annonces.

Sur un point, je ne partage pas votre avis. Pour les frais professionnels, vous admettez qu'ils atteignent en général 25 % des recettes.

A la campagne, pour une clientèle un peu étendue, ce taux est manifestement trop faible, en raison des frais d'automobile ; il atteint environ 50 %, même si le médecin se passe de chauffeur.

En Charente, les contrôleurs acceptent ce taux de 50 %, et se bornent à demander parfois le détail des dépenses.

Pour la ville, les éléments d'appréciation me manquent ; mais il me semble que si le nombre de kilomètres parcourus est moindre, d'autres éléments de la dépense sont en augmentation : loyer, impôts, domestiques, nettoyage et entretien de la voiture...

Les contrôleurs n'auront pas manqué de noter votre chiffre de 25 %, et voudront en faire état.

Je vous serais reconnaissant de publier dans le *Concours médical* la présente rectification.

Dr MAFFRE, Montbron (Charente).

Réponse.

Nous avons reçu, à la suite de l'article de M. Martinot, plusieurs lettres, que nous avons transmises à son auteur.

M. Martinot a répondu par la note rectificatrice insérée dans le numéro du 3 juin, en tête des demi-colonnes, en ce qui concerne le pourcentage des dépenses par rapport aux recettes.

En ce qui concerne les chiffres de recettes annoncées pour les clientèles à céder, nous insérons très volontiers vos observations. Mais le *Concours* et les autres journaux médicaux ne peuvent contrôler la réalité des chiffres annoncés ni même mettre en doute leur exactitude.

Les contributions directes des médecins de Marseille.

Dans l'article intitulé : « La patente des médecins,

Voir la suite page LXIII-1787

PROPOS DU JOUR

Questions d'Hygiène scolaire.

I. La prophylaxie de la diphtérie serait-elle devenue réellement efficace ?

Il y a environ trente-quatre ans, la communication de Roux, Martin et Chaillou sur l'action du sérum antidiphtérique faisait sensation dans le public et surtout dans le public médical. Installé depuis quelques mois dans le quartier où j'exerce encore, la clientèle à venir me laissait des loisirs et, par habitude, je dirigeais souvent mes pas vers l'Ecole de Médecine assez proche de mon domicile. Un jour, j'y rencontrai un de mes camarades qui travaillait à l'Institut Pasteur, dont il est devenu d'ailleurs une des illustrations. Comme il s'informait de ce que je devenais, de mes succès en clientèle et que je le félicitais de la part active qu'il prenait aux progrès de la sérothérapie : « Mon pauvre ami, me dit-il, tu as choisi un bien mauvais métier. Aujourd'hui, la diphtérie est vaincue, demain ce sera la fièvre typhoïde, puis la tuberculose. Un enfant atteint de diphtérie rapportait hier 150 francs, 200 francs au médecin, demain, il va lui en rapporter 30 à 40 et il en sera ainsi pour toutes les maladies. La médecine en tant que profession est perdue. Tu ferais bien de chercher autre chose. »

Mon ami parlait avec sincérité ; j'esquissai un sourire sceptique. Hélas ! j'avais raison, mais mon ami n'avait pas tout à fait tort.

La diphtérie n'était pas pratiquement vaincue, mais ses ravages diminuèrent rapidement dans une proportion considérable. Elle paraît aujourd'hui destinée à disparaître. Le perfectionnement de la sérothérapie par la découverte du sérum purifié, l'application de la réaction de Schick, permettant de reconnaître les sujets susceptibles de contracter la maladie, l'invention de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon nous font prévoir avant peu une disparition de la diphtérie à peu près aussi complète que celle de la variole.

Pour bien apprécier où en est la question de la diphtérie, pour se rendre compte des progrès accomplis dans son étude clinique, dans sa thérapeutique, dans sa prophylaxie depuis Bretonneau et Trousseau jusqu'à Roux et Ramon, il faut lire le livre que vient de faire paraître M. P. Lereboullet, le savant agrégé qui dirige à l'hôpital des Enfants-Malades le service de la diphtérie, livre écrit en collaboration avec M. G. Boulanger-Pilet, chef de clinique et ancien chef du laboratoire de la diphtérie au même hôpital. Dans ce *Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie* (1), l'on trouve clairement et méthodiquement exposé en 300 pages tout ce qui intéresse la clinique, la thérapeutique et la prophylaxie de la diphtérie.

Cet ouvrage vient à son heure. La vaccination de la diphtérie est mise au point. Le grand bruit que la découverte de l'anatoxine de Ramon a fait dans la presse a créé dans le public un mouvement en faveur de cette vaccination que dans l'intérêt de la santé publique, il convient de développer, j'allais dire d'exploiter dans le sens noble du mot. Les services d'hygiène de la Préfecture de Police ont fait parvenir à tous les médecins de la Région parisienne sous la signature de M. le Dr Tanon, la copie des *instructions pour la vaccination antidiphtérique au moyen de l'anatoxine*, résultat des discussions d'une commission du Ministère de l'hygiène instructions approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique dans sa séance du 9 mars 1928 et par l'Académie de médecine après une communication du Dr Jules Renault du 13 mars 1928.

Certains se sont demandé pourquoi la vaccination antidiphtérique ne serait par rendue légalement obligatoire comme la vaccination antivariolique, mais beaucoup d'hygiénistes, avec sagesse, préfèrent acclimater dans le public, par l'action des médecins praticiens et par la divulgation de la presse ce merveilleux agent de prophylaxie d'une maladie qui était naguère et qui reste encore la terreur des mères. La vaccination, exigée pour l'admission des enfants à l'école, serait à notre avis un moyen qui la rendrait avant peu obligatoire en fait. Cette mesure lui ferait rendre presque tout son effet puisque ce sont les enfants à l'âge scolaire qui sont les plus aptes à contracter la maladie. En outre elle laisserait aux familles la faculté d'avoir recours pour la vaccination au médecin qui lui inspire le plus confiance. Cette proposition a été résumée dans un vœu que M. Pierrotet, le maire très distingué du Ve arrondissement et son adjoint, notre confrère,

(1) Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1928.

le Dr A. Moulin, ont fait émettre par la commission d'hygiène du Ve arrondissement, vœu qui a été transmis à toutes les commissions d'hygiène de Paris qui ne tarderont pas à s'y associer. Il est ainsi formulé :

Etant établi d'une part, que le régime de l'externat expose journellement le milieu scolaire à être contaminé par des germes morbigènes apportés de l'extérieur ; d'autre part, que le meilleur moyen prophylactique à opposer au développement d'une maladie infectieuse dans ce milieu consiste à immuniser contre elle l'organisme des enfants appelés à y vivre.

La commission d'hygiène du Ve arrondissement émet le vœu :

Que la vaccination antidiphtérique soit rendue obligatoire POUR L'ADMISSION *dans les écoles publiques au même titre que la vaccination jennérienne.*

Tout le corps médical aurait un intérêt à la fois moral et matériel à soutenir ce vœu et à en obtenir la réalisation.

C'est en effet à l'école que la diphtérie se propage le plus et il n'est pas toujours très facile de la faire disparaître. J'ai personnellement acquis récemment une certaine expérience à ce sujet car j'ai eu, comme médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris, à combattre dans une des quatre écoles confiées à ma surveillance une épidémie de diphtérie, si toutefois l'on peut qualifier d'épidémie quatorze cas de la maladie, survenus dans une population de 450 enfants et échelonnés au cours d'une période de trois mois consécutifs. Il était cependant nécessaire d'aviser, car les cas, disséminés dans des maisons éloignées les unes des autres, permettaient de penser que l'école même était le centre de propagation de la maladie. Grâce à la vigilance du Directeur de l'école, M. Bordage, des mesures immédiates furent prises. Les désinfections répétées, l'éviction prolongée des malades et de leurs frères, leur réadmission après examens bactériologiques de leurs mucosités naso-pharyngiennes furent rigoureusement appliquées, mais nous ne parvînmes à faire disparaître la maladie que lorsque l'examen du mucus, pratiqué sur les 450 élèves de l'école, nous permit de découvrir cinq porteurs de germes, sains en apparence, que nous pûmes évincer et faire soigner.

Cette expérience m'a convaincu de l'importance de la prophylaxie de la diphtérie au point de vue scolaire et m'engage à analyser ici la partie de l'ouvrage de MM. Lereboullet et G. Boulanger-Pilet consacrée à la prophylaxie.

***

Après l'application de la sérothérapie antidiphtérique selon les indications de Roux en 1894, la mortalité parisienne qui était de plus de 1.400 décès par an, tomba à moins de 150. Beaucoup crurent que la diphtérie était vaincue, mais des réveils épidémiques de la maladie se produisirent avec des mortalités relativement élevées, notamment en 1901-1902 où les décès par diphtérie dépassèrent 700 à Paris. Le sérum, merveilleux moyen de cure, était, comme prophylactique, insuffisant.

Actuellement nos connaissances sur la diphtérie sont beaucoup plus étendues et la prophylaxie peut être plus efficace.

Les mesures prophylactiques contre la diphtérie doivent être de deux ordres : les mesures générales que l'on applique à toutes les maladies transmissibles qui sont d'ordre banal (isolement, désinfection, précautions prises par ceux qui approchent et soignent le malade) et les mesures spéciales qui exigent la connaissance des caractères même de la toxi-infection diphtérique. La longue vitalité du bacille a d'abord préoccupé les hygiénistes, mais c'est moins par les objets souillés que se répand la maladie que par le contage direct, interhumain. Or l'on a observé la *longue persistance du bacille dans la gorge après une angine* chez un nombre appréciable de malades. L'on a retrouvé le bacille diphtérique chez certains sujets plus d'un an après leur guérison. Il faut donc s'assurer avant d'admettre de nouveau à l'école un enfant qui a été atteint de la diphtérie que les mucosités de sa gorge et de son nez ne contiennent plus de bacilles.

Les *porteurs de germes sains* sont encore plus dangereux. Il convient de les dépister tout en se méfiant des porteurs de bacilles diphtériformes, tels que les bacilles de Hoffmann, qui ne sont pas pathogènes. Ceci est affaire de laboratoire. En outre il existe des porteurs de germes diphtériques vrais dont les bacilles ne sont pas virulents. Il faut s'efforcer d'isoler le porteur de germe tant que ses bacilles restent virulents.

Or dans cette surveillance des porteurs de germes convalescents ou sains, il faut pouvoir apprécier l'immunité et la réceptivité diphtériques de tous les enfants qui ont approché le contagieux. La *réaction de Schick* nous en fournit les moyens. Elle consiste à injecter dans le derme du sujet quelques gouttes d'une solution très diluée de toxine diphtérique. S'il se produit une

rougeur à caractères bien particuliers dans les 24 ou 48 heures qui suivent l'injection, la réaction est positive et le sujet réceptif pour la diphtérie. S'il ne se produit rien, la réaction est négative, le sujet est immunisé. Par cette réaction, l'on a constaté qu'à partir de sept ans, les grands enfants sont immunisés dans la proportion de 50 pour 100 et que 12 pour 100 des adultes sont seuls réceptifs de la maladie.

L'isolement des porteurs de germes devrait être prolongé tant que deux ensemencements faits à huit jours d'intervalle n'auraient pas démontré la disparition des germes au niveau de la gorge et du nez.

La désinfection des porteurs de germes est très difficile à obtenir. Gargarismes à l'eau oxygénée, à la liqueur de Labarraque à 50 pour 1000, seringuage du nez et de la gorge à l'eau iodo-iodurée, inhalations d'iode et de gaïacol, fumigations de formaldéhyde, application de pommade au nitrate d'argent, de sérum antidiphtérique, pulvérisations de poudre à base de sérum desséché, douches d'air chaud, méthodes physiothérapiques, tout cela a été essayé avec plus ou moins de succès.

La *sérothérapie préventive* par le sérum antidiphtérique purifié (petite ampoule de 2 cc., injection intra-musculaire) est un moyen de prophylaxie d'urgence efficace, mais la durée de l'immunité ne dépasse guère 20 à 25 jours.

Cependant, si tous les moyens ci-dessus peuvent être efficaces pour enrayer et faire disparaître une épidémie, ils ne peuvent entrer en parallèle avec la vaccination antidiphtérique qui confère une immunité durable et est facile à appliquer depuis que Ramon a découvert l'anatoxine. La valeur prophylactique de l'anatoxine a été mise en évidence par la réaction de Schick qu'elle fait disparaître chez les sujets où elle était positive.

L'anatoxine de Ramon n'est autre que de la toxine formolée et chauffée qui a perdu sa toxicité, tout en gardant son pouvoir antigénique. Pour obtenir une immunisation certaine avec l'anatoxine, il convient de pratiquer *trois* injections.

La première injection, préparante, de 0 cc. 5, sera suivie trois semaines après d'une injection de 1 cc. et enfin quinze jours ou mieux trois semaines après, l'on pratiquera la troisième injection de 1 cc. 5. Dans ces conditions l'immunité est obtenue *au moins* dans la proportion de 97 pour 100. L'immunité est établie en 4 à 7 semaines. Sa durée paraît fort longue et on ne pourra l'apprécier qu'avec le temps. Mais comme l'anatoxine est plus active que la toxine-antitoxine de Park et Zingher, employée en Amérique pour la vaccination, et que l'on a pu s'assurer que cette immunité durait plus de dix ans, tout porte à faire admettre que la durée de l'immunisation par l'anatoxine doit être encore plus longue.

Donc, en dehors de l'isolement des malades, du dépistage et du traitement des porteurs de germes, la prophylaxie de la diphtérie se résume à l'emploi du sérum purifié qui donne une immunité positive établie en quelques heures, mais transitoire, et l'application de la vaccination par l'anatoxine dont l'immunité active est lente à se produire, mais est durable.

L'emploi du vaccin est d'une innocuité parfaite. Il donne cependant parfois des réactions. La réaction locale se borne le plus souvent à une simple rougeur qui disparaît en 24 ou 48 heures. La réaction générale, parallèle à la réaction locale, provoque une élévation de la température à 38°, rarement à 39°, et sa durée n'excède pas trois jours. Ces réactions se manifestent sur 10 ou 15 pour 100 des vaccinés. Elles ne s'observent jamais dans la première enfance, rarement chez les enfants de moins de 6 ans, elles se constatent surtout chez les grands enfants et les adultes.

En dehors des épidémies, il convient de vacciner les enfants entre un an et deux ans, âge où l'enfant atteint le maximum de réceptivité diphtérique et où les réactions de la vaccination sont à leur minimum. *En temps d'épidémie*, dans les familles où une surveillance médicale peut sérieusement s'exercer, le médecin peut faire une première injection de vaccin aux enfants de moins de douze ans non malades, prêt à la première alerte à leur injecter le sérum à dose curative. Dans les familles où l'isolement est impossible et la surveillance médicale illusoire, il convient de réaliser immédiatement l'immunisation par l'injection d'une ampoule de sérum purifié à dose préventive et à faire, dans les semaines qui suivent, la vaccination classique.

Dans les collectivités, la conduite à tenir doit varier selon l'âge des sujets.

Chez les *nourrissons* (crèches) le vaccin n'immunisant pas, et la gravité de la diphtérie étant excessive à cet âge, il faut en cas d'épidémie avoir recours à la prévention par le sérum purifié.

Dans une *école* contaminée, il est dangereux de licencier les élèves qui échappent alors à toute surveillance. Il convient de diviser les enfants en deux groupes : les suspects auxquels on injecte préalablement du sérum purifié, quitte à les

vacciner ensuite ; les non suspects qu'on vaccine d'emblée en les surveillant pendant la période de vaccination. Dans les *hôpitaux d'enfants*, M. Lereboullet est d'avis de faire une injection préventive de sérum purifié dès leur entrée aux rougeoleux et aux scarlatineux auxquels la contagion diphtérique feraient courir de trop grands dangers.

Chez les *soldats*, la vaccination serait nécessaire. L'on a fait avec succès l'expérience des vaccins associés (antidiphtérique, antityphique et paratyphique et antitétanique), ce qui simplifie singulièrement l'application de la prophylaxie de ces diverses maladies.

Sans pouvoir porter dès à présent un jugement sur les résultats définitifs de la vaccination antidiphtérique, ce que l'on a observé jusqu'à ce jour permet les plus grands espoirs. En tous cas, tant au point de vue curatif qu'au point de vue prophylactique, le médecin se trouve d'ores et déjà sérieusement armé contre la diphtérie.

J. NOIR.

II. Les assistantes d'Hygiène scolaire et l'Inspection médicale des Ecoles.

Vingt ans d'expérience personnelle nous a permis de nous rendre compte que pour être réellement efficace l'inspection médicale des écoles a besoin d'une organisation sérieuse. Le médecin inspecteur ne peut remplir sa mission que s'il est secondé. Sans doute les Directeurs et Directrices d'école mettent presque toujours à la disposition du médecin un dévouement sans bornes et une complaisance à laquelle il est juste de rendre hommage, mais ils ont des fonctions multiples et accablantes que l'on accroît sans cesse et le médecin qui les voit constamment tiraillés par la multiplicité des inspections, par les exigences continuelles des œuvres scolaires, parascolaires et extra-scolaires auxquelles on impose un peu trop leur collaboration, le médecin, disons-nous, a quelque gêne à leur demander des services que le plus souvent ils rendent à l'avance. Pour que l'inspection médicale ait l'efficacité que l'on est en droit d'exiger d'elle, il faut au médecin inspecteur une auxiliaire, instruite et bien éduquée, dressée au rôle qu'elle doit remplir, en un mot une *véritable* assistante d'hygiène scolaire.

Par assistante d'hygiène scolaire, nous n'entendons pas une dame du monde qui vient occuper ses loisirs à l'école ; nous n'admettons pas non plus une personne, prise au hasard parmi les nombreuses solliciteuses qui assiègent, de leurs demandes de places qui, dans leur esprit, doivent être des sinécures ou à peu près, les hommes politiques et les autorités administratives. De ces auxiliaires prétentieuses, incapables, indociles, indiscrètes, nous ne voudrions à aucun prix.

Ce qu'il nous faut, c'est une véritable assistante, instruite, soumise, discrète, capable de seconder le médecin au cours de l'examen des enfants, de lui préparer sa besogne, de faire des enquêtes sur les absences suspectes, de servir de liaison entre le médecin inspecteur, les familles, les médecins traitants et au besoin les divers offices et œuvres qui peuvent collaborer au maintien de la santé de l'écolier.

Aussi nous ne saurions trop approuver le vœu émis par la Délégation cantonale du V^e^ arrondissement et transmis à toutes les délégations cantonales de Paris en leur demandent de s'y associer. Voici le texte de ce vœu :

Etant données l'importance et l'étendue des services rendus par l'assistante d'hygiène scolaire qui font d'elle l'auxiliaire indispensable de l'inspection médicale des écoles et le seul agent rationnel de liaison entre le médecin-inspecteur d'une part, l'école, les familles, leurs médecins ou les divers services d'assistance médicale et de prophylaxie d'autre part.

La Délégation cantonale du V^e^ arrondissement émet le vœu :

1° Qu'un poste d'assistante d'hygiène scolaire soit créé dans chaque circonscription scolaire ;

2° Que la nomination de l'assistante à ce poste *ne soit pas laissée à l'initiative de la caisse des écoles, trop souvent paralysée par l'insuffisance de ses ressources*, mais faite par l'administration préfectorale à la suite d'un concours ;

3° Que l'assistante d'hygiène scolaire cesse d'être rémunérée par les caisses des écoles pour recevoir de l'administration municipale une indemnité de fonction au même titre que le médecin-inspecteur ;

4° Qu'elle soit, par délégation de l'autorité supérieure, placée sous les ordres du médecin-inspecteur et naturellement aussi sous la dépendance administrative du Directeur de l'école à laquelle elle est attachée.

Ce vœu qui dénote de la part de ceux qui l'ont proposé une grande expérience en tout ce qui concerne l'hygiène de l'école, est dû à l'initiative de M. Pierrotet, maire du V^e^ arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris et directeur du Collège Sainte-Barbe, et de notre confrère, le D^r^ A. Moulin, maire adjoint du V^e^ arrondissement et médecin inspecteur des écoles de la Ville de Paris.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

RADIOGRAPHIES ET ACCIDENTS

Par le docteur LAQUERRIÈRE,

Electroradiologiste de l'hôpital Hérold.

La direction du *Concours médical* me demande de préciser quelle ligne de conduite doit être conseillée aux confrères au sujet de la radiographie, devant un blessé qui vient de subir un accident. Faut-il faire faire systématiquement la radiographie ? Doit-on considérer comme une faute de ne pas l'exécuter ?

Je vais essayer de répondre à cette aimable requête pour prouver mon amitié au *Concours*, et, parce que, étant depuis 1900 radiographe d'une grande Compagnie d'assurances-accidents, j'ai quelque expérience du sujet. Mais je ne dissimulerai pas que la réponse est difficile : les rayons X ont été le point de départ, dans le traitement des fractures et autres suites de traumatisme, d'une évolution qui est loin d'être achevée ; aussi, la vérité d'aujourd'hui risque fort d'être, demain, une erreur.

Efforçons-nous cependant d'envisager quelques cas.

D'abord, j'estime, et ceci n'est pas une constatation d'ordre scientifique, mais uniquement d'ordre pratique, qu'il faut toujours faire faire la radiographie si le blessé en exprime le désir, à la condition bien entendu que ce soit lui qui la paye ; le détourner de la radio dont il a envie est une maladresse, même si l'on juge cette radio tout à fait inutile. D'abord, le client pourra penser que le praticien redoute de voir vérifier son diagnostic et ensuite, si, par hasard, il y a ultérieurement des complications ou bien, s'il se fait radiographier malgré l'avis de son médecin et qu'on découvre une lésion, si peu importante qu'elle soit, il ne manquera pas d'être fâcheusement impressionné par le refus qui lui a été opposé. Qu'on me permette à ce propos de citer un exemple d'un autre ordre, mais qui est le plus démonstratif que je connaisse. Un de mes très bons amis fait, durant quatre années, de l'albuminurie ; un grand nombre de médecins et de spécialistes des voies urinaires le traitent successivement sans succès et sa femme me réclame sans cesse une radiographie ; comme je ne sais vraiment quoi radiographier, je m'y refuse. On fait les cures les plus diverses, les diagnostics les plus variés et les examens les plus complexes, entre autres, l'inoculation au cobaye. En fin de compte, l'épouse m'oblige à faire l'examen radiographique. Je trouve un superbe calcul d'un bassinet auquel aucun symptôme n'avait fait penser. Ce calcul enlevé, l'albuminurie disparaît. Je crois bien que, malgré son amitié pour moi, ce ménage me garde une petite rancune ainsi qu'aux innombrables confrères qui ont été mêlés à cette observation. Evidemment, le diagnostic et la guérison auraient été obtenus bien plus tôt si on avait fait la radiographie quand elle a été réclamée.

***

Tout autre est la situation, si le blessé, n'étant pas responsable du payement, l'accidenté du travail par exemple, est porté à réclamer une surabondance d'examens qui ne lui coûtent rien. Il n'est pas de semaine où je n'ai à me défendre contre des accidentés du travail qui, envoyés pour un examen bien défini : la tibio-tarsienne par exemple, ont eu dans leur chute des contusions diverses et demandent qu'on radiographie : le crâne, les côtes, etc., alors que l'examen médical n'indique vraiment aucune raison de faire cette recherche.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les radiographies coûtent cher (quoiqu'elles ne rapportent pas beaucoup au radiographe, surtout quand le tarif accidents du travail est en jeu) (1). Je sais bien que quelques confrères, n'ayant pas réfléchi à la question, ne manqueront pas de dire : les Compagnies d'assurances sont riches, il n'y a pas à leur faire faire des économies. En réalité, que la Compagnie soit riche ou pauvre, si elle constate que le chiffre des soins médicaux augmente, elle fait subir une majoration à ses primes ; l'in-

(1) Je crois devoir faire une petite remarque : pour l'examen au début, il faut faire une *radiographie* ; d'une part, on recherche le plus de précision possible sur les lésions, et le cliché donne beaucoup plus de renseignements que la seule scopie ; d'autre part, il y a intérêt à avoir un document initial qui est à conserver ; par contre, ultérieurement, quand on désire par exemple simplement confirmer que la guérison s'effectue normalement, la *scopie* est en nombre de cas tout à fait suffisante

dustriel, voyant son prix de revient s'élever, élève automatiquement son tarif de vente et le résultat est que, en fin de compte, pour l'accidenté du travail, comme pour le blessé de guerre, c'est la collectivité qui paye.

Mais, d'autre part, il est certain que les rayons X, utilisés à temps, font réaliser des bénéfices indéniables aux assureurs : le diagnostic précis établi dès le début permet un traitement judicieux qui raccourcit la période de demi-salaire et évite l'infirmité. J'ai toujours présente à l'esprit, l'histoire d'un individu très insouciant, pour ne pas dire faible d'esprit, auquel je trouvais une fracture sans déplacement, probablement incomplète, de l'extrémité inférieure du péroné. Fut-il fâché contre son médecin parce que celui-ci n'avait pas fait le diagnostic de fracture? Quelle que fût la raison, il garda sa radiographie sans consulter personne et continua à marcher. Il revint me voir six ou sept semaines plus tard ; la fracture était maintenant évidemment complète ; le fragment était notablement déplacé ainsi que l'astragale, et un travail de consolidation s'ébauchait. Ce malade a gardé une infirmité appréciable. Dans ce cas, l'infirmité était imputable au patient ; mais le résultat eût été le même, et j'en vois fréquemment des exemples, si le médecin avait persévéré dans le diagnostic d'entorse sans faire radiographier son malade.

De plus, la radiographie évite souvent de mettre sur le compte de l'accident des lésions tout autres : actuellement, il y a à Paris un grand nombre de travailleurs arabes ; je constate souvent le lendemain d'un accident, ou pseudo-accident, une ostéite spécifique étendue qui a mis certainement des semaines à se développer. On constate aussi, de temps à autre, qu'une déformation d'un doigt, existant soi-disant depuis quelques jours, est, en réalité un spina ventosa avancé. On pourrait multiplier à l'infini les exemples.

De même, de vieilles fractures, des malformations qui remontent à un traumatisme de l'enfance, ou sont congénitales, risquent d'être imputées à un traumatisme récent ; la radiographie précoce permet de dire, d'après l'aspect des lésions, que l'accident n'en est nullement la cause. Je n'en veux citer qu'un exemple : j'ai rencontré trois ou quatre fois une fracture verticale ancienne de l'extrémité inférieure de l'humérus, séparant complètement le massif condyle et épicondyle. Cette lésion était compatible avec un fonctionnement satisfaisant de l'articulation ; mais supposons qu'après une contusion banale survenue à ces coudes, on ne radiographie pas immédiatement ; qui vous permettra lors d'une expertise, six ou huit mois après, de dire que la déformation du coude et que la grosse lésion radiographique sont sans rapport avec cet accident ?

Il arrive, en effet, que la radiographie tardive montre bien des lésions, mais est impuissante à préciser et l'âge de ces lésions et le rapport qu'elles peuvent avoir avec l'accident. Qu'on me permette encore des exemples : en province, des ouvriers maçons sont autorisés à embaucher qui ils trouveront pour charrier des gravois derrière une maison en construction ; ils prennent un chemineau qui passe ; au bout de peu de temps, ce chemineau dit que, derrière la maison, il s'est tourné le pied : déclaration d'accident de travail pour entorse légère, puis, le blessé disparaît ! six mois après, il se présente à Paris à la Compagnie, réclamant une rente pour « déformation de la cheville consécutive vraisemblablement à une fracture bi-malléolaire ». La radiographie montre une tuberculose de la tibio-tarsienne et de tout son voisinage. On finit par admettre que l'accident primitif était peut-être à l'origine de cette tuberculose survenant à la cheville blessée. Evidemment, la Compagnie avait eu le tort de ne pas s'occuper du sinistré ; mais il eût été très important d'avoir une radio faite le jour du présendu accident, elle eût probablement montré que la maladie osseuse était déjà plus ou moins installée. Un charretier, portant une malle dans un escalier, manque une marche et ressent une vive douleur dans la cuisse ; il pose la malle sur les marches et continue la descente en tirant l'objet, il le charge sur sa voiture, rentre chez son patron et dit qu'il s'est blessé : déclaration d'accident ; on constate une déchirure musculaire, le blessé est perdu de vue. Trois mois après, il se déclare infirme et, en fait, une radiographie montre une fracture du bassin par pénétration de la tête fémorale. Là encore, l'assurance dut payer, et là encore, une radiographie faite au moment de l'accident eût très probablement montré qu'elle n'était pas responsable ; la fracture du bassin étant, à mon avis, le résultat d'un deuxième accident survenu entre temps et non avoué par l'intéressé.

De tout cela, il résulte que, souvent, il est de l'intérêt des Compagnies que la radiographie précoce soit largement pratiquée. Aussi, le praticien fera-t-il bien de prévenir la Compagnie que, sans exiger une radio, il la conseille toutes les fois qu'il éprouvera un doute quelconque, par exemple sur l'existence de lésion antérieure, par exemple encore, sur la disproportion entre les troubles accusés par le blessé et le diagnostic posé par la clinique ce qui se produit dans le cas suivant : un blessé a subi un traumatisme du bout d'un doigt, il y a eu des plaies, du gonflement, etc. Au bout de quelques semaines, le doigt reste déformé, gonflé et douloureux. On craint une suppuration profonde ; or, la radio révèle une luxation de la dernière phalange qu'une radiographie prise au début aurait permis de réduire en temps utile.

Certaines Compagnies d'assurances ont d'ailleurs compris qu'elles avaient tout bénéfice à

utiliser largement les rayons X, et ont donné des instructions en ce sens à leurs médecins contrôleurs. Certaines autres restent assez rebelles à ce supplément de dépenses. C'est surtout quand il se trouvera en rapport avec ces dernières que le médecin fera sagement, pour mettre sa responsabilité à couvert, de garder copie de sa lettre demandant une radio, et de conserver le refus venu en réponse.

Quand il s'agit d'un accidenté du travail, s'il ne faut pas faire exécuter des radiographies de complaisance pour amuser le blessé, s'il ne faut pas faire radiographier tous les traumatismes sans distinction, on peut cependant conseiller un usage très large des rayons ; en particulier, il y a souvent intérêt à faire radiographier les blessés qui, cliniquement semblent ne rien avoir : l'individu qui se plaint de souffrir et chez lequel vous ne trouvez rien, a peut-être les signes radiologiques d'une maladie osseuse au début ; maladie osseuse qui sera, en l'absence de radiographie faite immédiatement après l'accident, considérée comme une suite du traumatisme.

***

Voyons maintenant comment il convient, d'agir quand le blessé n'est pas accidenté du travail et que, ne réclamant pas la radiographie, il s'en remet au médecin.

Pour les clients riches ou aisés, habitant un centre, il me paraît que la question ne se pose pas. Il est infiniment préférable de conseiller la radio. Souvent, il faut le reconnaître, elle n'ajoutera pas grand'chose à ce qu'aura révélé un bon examen clinique ; mais elle aura alors l'avantage de confirmer le diagnostic, et d'en préciser l'exactitude, elle montrera, par exemple, que la fracture présente un trait net et qu'il n'existe pas un petit fragment aberrant, une fêlure longitudinale, etc.

Dans des cas beaucoup plus rares, elle révélera qu'il existe des lésions non révélées par la clinique : telle fracture de la base du premier métacarpien est, en réalité, une luxation, telle entorse se complique d'arrachements osseux, etc.

En tous cas, le médecin aura mis sa responsabilité à couvert et, quelles que soient les complications toujours possibles, même dans les cas les mieux examinés, ou les séquelles également toujours possibles, même dans les cas les plus parfaitement soignés, on ne pourra l'accuser de négligence.

Mais la situation devient bien différente lorsque l'examen est difficile à réaliser, soit qu'il représente pour la victime une trop grosse dépense, soit que, de l'éloignement d'un appareillage radiologique, résulte que le blessé ne peut y être conduit qu'au prix de grandes fatigues ou même de dangers.

Il me semble que, dans ces cas, c'est au médecin qu'il appartient de peser en chaque cas le pour et le contre. Il est bien difficile de donner une règle précise ; avant l'ère radiographique, on soignait les blessés, on réduisait les fractures avec une moyenne de très bons résultats.

Aussi, dans beaucoup de ces cas, doit-on pouvoir se passer de radiographie ; à l'heure actuelle, quand on a à sa disposition toutes les ressources médicales, on ne traite guère un écoulement urétral sans avoir fait l'examen microscopique ; n'empêche que le médecin de campagne qui n'a pas de microscope, que le praticien de ville qui se trouve en face d'un client peu fortuné traite une blennorrhagie sans faire vérifier la présence du gonocoque. Aussi, toutes les fois que les signes seront évidents, ou paraîtront au moins avoir une probabilité suffisante, toutes les fois aussi où, devant un état très grave, il importera peu de connaître plus ou moins de détails, mon opinion est que le médecin n'aura pas à parler de radiographie, et pourra même bien agir en la déconseillant. Par contre, même dans ces cas-là, s'il y a des doutes, si des complications lui paraissent à craindre, si de la précision du diagnostic et le choix du traitement (y a-t-il par exemple fracture ou luxation de l'articulation temporo-maxillaire) seront de première importance pour empêcher une infirmité grave, il est de son devoir, et de poser la question de l'examen radiographique, et de s'arranger pour la résoudre, en demandant au radiographe, soit de faire une concession, soit même de ne faire payer que ses débours photographiques (1). Si, par contre, le transport du blessé lui paraît impossible, il fera bien d'en prévenir la famille et de déclarer, sans affoler personne, qu'il eût désiré être aidé par la radiographie, afin que, plus tard, on n'ait pas l'idée de l'accuser de n'y avoir pas pensé.

***

Jusqu'à présent, j'ai surtout envisagé la manière dont le médecin devait s'y prendre pour mettre sa responsabilité à couvert ; mais je n'ai pas traité la question : y a-t-il faute lourde à ne pas utiliser les rayons ?

Si nous avions à faire une réponse pour les seuls médecins, il suffirait de dire que, si l'absence de radiographie ne prouve ni la négligence ni l'ignorance du médecin, il ne saurait y avoir faute. Mais, comme ce sont des juges non méde-

(1) Un confrère des environs de Paris m'écrivait dernièrement : « Un des gros inconvénients de la dichotomie c'est qu'on n'ose pas demander un service, tandis que moi qui vous ai envoyé quelques bons clients, je puis, sans scrupule, vous prier de radiographier gratuitement ce pauvre bougre vraiment tout à fait digne d'intérêt. »

cins qui ont à apprécier les faits, il nous faut discuter d'un peu plus près.

Tel praticien de la vieille école, habitué à se passer de radio, et à faire un examen clinique minutieux, obtient, grâce à son expérience, des sensations tactiles qui lui donnent la topographie exacte de la fracture, avant et après réduction. Dans la majorité des cas, la radio ne lui donnera pas de renseignements vraiment importants et certainement presque toujours, lorsqu'il n'aura rien trouvé qui suscite en lui des doutes, son traitement lui donnera des résultats satisfaisants. Vraiment lui imposer la radio systématique, même lorsqu'il se croit sûr de lui, paraît une exigence un peu exagérée.

Tel autre praticien, au contraire, ne sait pas bien examiner son malade, ne réussit pas bien ses appareils, etc. Celui-là même, s'il a eu une radio au début, aura de mauvais résultats ; et il serait un peu troublant qu'il soit satisfait de son œuvre, uniquement parce qu'il a pensé à faire faire une radio sur laquelle il ne sait peut-être d'ailleurs pas lire les détails utiles.

En réalité, il semble bien, à l'heure actuelle, que la radio de début est un document toujours intéressant, qu'elle peut même être indispensable dans certains cas où la clinique seule n'arrive pas à établir, pour une raison ou pour une autre, le diagnostic complet, mais, que cette radio de début à elle seule ne suffit pas. Qu'on me permette de citer deux très vieilles histoires. Mon fils, qui est actuellement externe des hôpitaux, roula à l'âge de 19 mois dans un escalier avec la domestique qui le portait ; il avait cliniquement une fracture haute du fémur sans qu'on puisse débrouiller s'il s'agissait du col ou du haut de la diaphyse. La radio nous montra une fracture complète, avec angulation à angle droit et léger chevauchement de l'extrémité supérieure de la diaphyse. On fit de l'extension continue ; au bout de trois à quatre jours, l'enfant ne souffrait plus et tout paraissait aller pour le mieux, mais la radio montrait que la déformation s'était reproduite ; nous fîmes alors l'extension dans une gouttière de Bonnet ; mais, même dans cet appareil, la déformation, suivie grâce à la radio, avait tendance à se reproduire et il nous fallut, maintes fois, mettre des coussins dans la gouttière, réajuster les moyens de contention, etc. Bref, la radiographie du début nous servit à établir une localisation précise des dégâts ; mais n'avait pas une importance énorme, car à cette époque le traitement aurait toujours consisté en extension ; par contre, ce qui fut vraiment indispensable, et ce qui nous a permis une guérison absolument parfaite, fut l'usage de la radiographie à répétition.

Vers la même époque, un excellent confrère et ami s'étant fait, au cours d'une partie de chasse, une fracture diaphysaire des deux os de la jambe et ayant subi, avant d'être ramassé, transporté et appareillé, différents avatars, présentait un œdème énorme. Sa fracture bien réduite et dûment plâtrée, il paraissait devoir guérir de façon satisfaisante sans avoir été radiographié. Or, au bout de quelques jours, il me téléphona pour me demander de venir faire des clichés : il avait la sensation que sa jambe était trop libre dans son plâtre et que la réduction n'était plus maintenue ; mais son chirurgien prétendait que tout allait bien. En fait, c'était le blessé qui avait raison et la radio montrait un décalage marqué et un chevauchement important. On refit donc le plâtre, sur un membre encore œdématié et dix jours après le même phénomène se produisit, il fallut encore une nouvelle radio pour convaincre le chirurgien.

En raison de faits semblables, nombre de radiologistes, avant 1914, estimaient que le traitement des fractures devait être basé sur la répétition des examens radiologiques après la réduction afin de dépister tout incident. Cette opinion a trouvé sa confirmation durant la guerre dans les centres de fractures, où le radiologiste était vraiment très occupé. Je sais bien que les hospitalisés des centres de fractures présentaient des fractures compliquées, des éclatements osseux, des suppurations, etc. Mais j'ai vu suffisamment de banales fractures du temps de paix guéries de façon défectueuses, et cela quel que fût l'opérateur, pour ne pas souhaiter qu'on applique toujours, comme pour les grandes fractures de guerre, la répétition des examens radiographiques.

Quelle que soit l'habileté du praticien, la fracture peut être ou pas tout à fait assez ou un peu trop réduite, le plâtre peut ne pas sécher assez vite, surtout il peut y avoir de l'œdème qui se résorbera ultérieurement et fera que l'appareil deviendra trop lâche, le blessé peut avoir des déplacements intempestifs, etc. Evidemment, sur les fractures banales, ce n'est que rarement que la radiographie servira à quelque chose, mais dans les quelques cas où elle sera utile, elle évitera une infirmité, tandis que dans les fractures à formes inhabituelles, elle sera seule capable d'indiquer ce qu'il faut faire.

De même qu'on ne fait plus d'opération de quelque importance au domicile du malade, il me paraît probable que, dans un avenir plus ou moins lointain, on soignera les fractures dans une maison de santé où, automatiquement, on procèdera à intervalles répétés à des radiographies.

Ce temps n'est pas encore venu, mais si je me suis laissé aller à ces anticipations, c'est pour aboutir à cette conclusion qu'il nous est impossible de préciser à quel moment une radiographie est vraiment utile.

Evidemment, un médecin qui n'est pas très sûr de son diagnostic, ou qu'un œdème marqué

empêche de reconnaître l'importance des dégâts ou la position de fragments, a tort de ne pas y recourir. Mais j'admets parfaitement que tel chirurgien, très habitué aux fractures, traite tel ou tel blessé sans le soumettre aux rayons et si, par hasard, il a un jour un résultat imparfait, je me déclare incapable de dire à quel moment, il a eu tort de négliger cet examen : peut-être au début aurait-on vu un petit fragment intermédiaire qui empêchait une réduction parfaite, peut-être, après la réduction, aurait-on trouvé qu'il avait exagéré la réduction, peut-être au cours du traitement aurait-on constaté que les fragments glissaient, etc. Bref, comment peut-on parler de faute alors qu'il est impossible de dire à quel moment elle a été commise ?

Aussi, estimant qu'on ne peut, dans l'état actuel, imposer à un blessé une série de radiographies qui, le plus souvent, seront inutiles, je demande qu'on ne s'hypnotise pas sur cette question des rayons X.

Si un médecin a fait une preuve d'ignorance, ou de négligence, il est dans son tort ; mais ce n'est pas toujours e n faisant faire une radio qu'il se mettra à l'abri des reproches ; en certains cas, même avec une radio, il fera de mauvaise besogne (j'en ai vu des exemples démonstratifs), tandis que, sans radio, un confrère plus chirurgien, appelé en consultation, aurait évité les séquelles.

Mon opinion est donc qu'on ne doit pas accepter en principe que le seul fait de ne pas avoir fait radiographier le malade constitue une faute. Cela peut avoir été une faute dans tel cas ; dans tel autre cas avec une radio, le résultat eût été exactement le même.

La radiographie est un moyen d'investigation de première importance, mais il est des cas où les procédés classiques d'examen peuvent suffire ; et, d'autre part, ce n'est pas uniquement parce qu'on aura l'image des lésions qu'on saura les traiter convenablement. Aussi, je conclus formellement que l'absence de radiographie ne constitue pas en soi et à elle seule, dans tous les cas, une faute et surtout une faute lourde.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le Prof. NOBÉCOURT.

Adénopathies tuberculeuses du cou. Le lymphome tuberculeux (1)

Cette fille, hospitalisée salle Parrot, est née, le 18 juin 1913, de parents bien portants. Son histoire ne présente rien de particulier jusqu'à 12 ans et demi. A cette époque, au début de 1926, apparait de la tuméfaction des ganglions derrière et au-dessous de l'oreille gauche ; ils augmentent de volume et de nombre. Dans la suite, des tuméfactions semblables se montrent du côté droit et, en avril dernier, dans la région sous-maxillaire. Pendant cette évolution, l'enfant maigrit et pâlit, présente des sueurs nocturnes, une toux quinteuse accompagnée d'expectoration. Cependant elle continue de fréquenter l'école et ne la quitte que trois jours avant l'entrée à l'hôpital.

Elle entre le 27 juin, avec le diagnostic de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. Elle a 14 ans.

La température est irrégulière, à 38°, 39° ; quelquefois elle tombe à 37°4, 37°5 ou, au contraire, monte à 39°3, 39°8.

L'enfant est petite et maigre. Elle mesure 139 cm. au lieu de 150 cm., pèse 27 kgr. au lieu de 40 kgr. 800. Le rapport P/T = 187, au lieu de 272. Le poids et le rapport P/T sont inférieurs à ceux des filles âgées de 11 ans et demi, qui ont la même taille.

Il n'existe aucun signe de puberté.

Le teint est pâle. les conjonctives et les lèvres sont décolorées.

Le cou est bosselé, déformé par des adénopathies, qui présentent à ce moment les mêmes caractères qu'aujourd'hui,

Il n'y a pas de ganglions axillaires et il n'existe dans les régions inguino-crurales que de petits ganglions d'apparence banale.

Le foie et la rate sont un peu gros ; celle-ci mesure 12 cm. × 8 cm., mais n'est pas palpable.

On constate quelques signes d'adénopathie trachéo-bronchique, un peu de submatité avec résistance dans l'espace inter-scapulo-vertébral, surtout à gauche. On entend des râles sonores et quelques râles humides de bronchite au niveau des poumons.

Les fonctions digestives sont normales.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La radioscopie montre un hile un peu embrumé ; au pourtour du hile, des arborisations broncho-vasculaires marquées ; une bande obscure partant du hile droit correspondant à la scissure interlobaire.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

(1) Leçon du 26 novembre 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le Professsur.

Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

L'anémie est légère : 3.300.000 hématies, 75 % d'hémoglobine ; valeur globulaire, 1,1. Le nombre des leucocytes n'est pas élevé : 5.500. Il y a, pour 100, 81 polynucléaires neutrophiles, 9 moyens mononucléaires, 1 grand mononucléaire, 5 lymphocytes, 4 formes de transition. On ne voit ni éosinophiles, ni leucocytes anormaux.

Un ganglion cervical est prélevé par biopsie. L'examen histologique fait par M. Prétet montre que l'architecture est très modifiée. Il y a de vastes zones de nécrose, entourées par de larges bandes de sclérose, avec de nombreux plasmocytes. On aperçoit quelques plasmodes multinucléés ayant les caractères des cellules géantes, du type Langhans, et de très rares polynucléaires. L'aspect est celui que revêtent certains lymphomes tuberculeux.

Ni sur les coupes, ni sur les frottis pratiqués avec la sérosité ganglionnaire, on ne trouve de bacilles de Koch. On n'a pas pratiqué d'inoculation au cobaye.

Depuis cinq mois, la malade est restée dans le service. Elle a aujourd'hui 14 ans et 5 mois.

La fièvre a persisté sans interruption ou avec de faibles rémissions. La température se maintient maintenant au voisinage de 39° et même au-dessus.

La taille a augmenté d'un centimètre.

Le poids a varié : d'abord entre 25 et 26 kgr., il a atteint ensuite et même dépassé 27 kgr. ; actuellement il diminue ; la dernière pesée, le 20 novembre, porte 26 kgr. 300. Le rapport P/T = 190 ne s'est pas modifié. L'enfant est toujours aussi maigre.

Il n'existe aucun signe de puberté. La pâleur est la même.

Les ganglions cervicaux ont peu grossi. Du côté droit ,derrière l'angle de la mâchoire et dans la région sous-mentonnière, ils ont le volume d'un grois pois ou d'une petite noisette. A gauche, ils sont plus volumineux ; ils bossellent le cou. Derrière la mâchoire et au-dessous d'elle, jusqu'à la ligne médiane, nous constatons trois ganglions, chacun du volume d'un petit œuf de poule, et plusieurs autres de volume moindre ; le plus élevé soulève la lobule de l'oreille. Le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, il y a cinq ou six ganglions de la grosseur d'une petite noix ou d'une noisette et d'autres plus petits, étagés jusque dans le creux sus-claviculaire.

Les ganglions sont conglomérés par places, mais ils ne sont pas agglutinés par de la périadénite ; on arrive à en délimiter les contours. Leur consistance est uniforme, ferme, rénitente ; aucun n'a la dureté ligneuse ; aucun n'est ramolli. Ils sont indolores spontanément et à la palpation. A leur niveau la peau est saine, non adhérente.

Sur la radiographie, ils se révèlent par une opacité surtout marquée à la partie supérieure du cou ; on n'aperçoit pas de petits points plus sombres qui seraient l'indice de la caséification.

Il n'y a toujours pas de ganglions axillaires.

Les ganglions inguinaux ont conservé les mêmes caractères.

Les signes d'adénopathie médiastine se sont accusés. On perçoit, dans la région inter-scapulo-vertébrale, de la submatité avec résistance, une expiration prolongée et soufflante, de l'augmentation de la bronchophonie, une pectoriloquie aphone des plus nettes, une transsonnance dure et forte. Au niveau des poumons, on entend des râles sibilants et ronflants disséminés, et de plus, à la base droite, en avant, en arrière et dans l'aisselle, des foyers de râles sous-crépitants.

Les radiographies successives permettent d'apprécier l'augmentation des lésions.

Le 3 août, le hile est beaucoup plus opaque et élargi qu'à la fin juin ; on voit, en outre, au niveau de l'angle cardio-hépatique, une ombre légère et des taches opaques disséminées.

Le 15 octobre, de nombreuses taches opaques sont disséminées dans le champ pulmonaire droit, surtout dans sa moitié inférieure ; une opacité irrégulière suit le bord gauche du cœur.

Le 15 novembre, l'opacité du hile est plus étendue et plus forte, les plages pulmonaires sont parsemées de taches sombres irrégulières sur toute leur étendue, surtout à droite.

Malgré ces lésions, il n'y a de bacilles de Koch ni dans les crachats, ni dans les selles.

M. Vassal a constaté des végétations adénoïdes discrètes et, sur la cloison nasale, une petite ulcération saignant facilement, sur la nature de laquelle il ne peut se prononcer.

Il n'y a aucun trouble digestif. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Le sang s'est un peu modifié comme le montrent les examens successifs :

	18 octobre	15 novembre
	—	—
Hématies	2.700.000	2.950.000
Hémoglobine	65 %	65 %
V. G...........	1.2	1.1
Leucocytes	4.880	5.440
Polyn. neutr.....	70 %	87 %
Moyens mono.....	15	7
Grands	7	1
Lymphocytes	6	5

Par comparaison avec le premier examen, du 5 juillet, on constate 350.000 hématies et 10 % d'hémoglobine de moins ; la valeur globulaire est

toujours voisine de l'unité ; le nombre des leucocytes est le même les polynucléaires neutrophiles ont augmenté de 6 %.

Comme traitement, la malade a reçu de la viande crue, du jus de viande, des préparations calciques. Depuis le 10 novembre, nous faisons des injections d'antigène méthylique, trois fois par semaine. La malade a eu 6 injections de 0 cc. 1 à 0 cc. 8 d'une solution à 1 /10e, en tout 1 cc. 7.

Somme toute, il s'agit d'une adénopathie cervicale datant de près de deux ans, à évolution insidieuse, présentant les caractères d'un lymphome. L'enfant présente, d'autre part, des signes d'adénopathie trachéo-bronchique et de tuberculose pulmonaire qui progressent, bien qu'on ne décèle pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Il existe une anémie moyenne, avec une leucocytose faible et de la polynucléose.

Le pronostic me paraît sévère, principalement à cause des lésions pulmonaires.

Je désire retenir votre attention sur ce lymphome qui est de nature tuberculeuse, comme l'a établi l'examen histologique. Mais il convient tout d'abord de vous donner quelques détails sur les ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DU COU.

***

Les ganglions cervicaux sont le siège le plus fréquent des adénopathies tuberculeuses périphériques.

Pendant longtemps, celles-ci, ont été méconnues et englobées dans le cadre de la *scrofule*. Puis Schüppel, en 1871, Thaon, Köster, Lannelongue, affirmèrent la nature tuberculeuse de certaines adénopathies cervicales. La découverte du bacille de Koch a vérifié cette assertion.

A côté des adénopathies franchement tuberculeuses, il y a d'autres variétés sur la nature desquelles on discute encore.

J'ai déjà étudié brièvement ces diverses adénopathies dans ma leçon du 31 janvier 1925, reproduite par *Le Concours médical* du 5 août 1925, *à propos d'un garçon de 5 ans, porteur d'une volumineuse adénopathie cervicale.*

Ces adénopathies reconnaissent deux grandes formes : les *adénopathies du type scrofuleux, les adénopathies du type lymphomateux.*

***

Les ADÉNOPATHIES DU TYPE SCROFULEUX réalisent la *forme commune, caséo-ulcéreuse, caséo-purulente.*

On les observe à tous les âges, même chez les adultes. Mais, c'est chez les enfants qu'elles sont les plus fréquentes. Broca, en 1914, dans son traité de *Chirurgie infantile*, écrit les avoir observées surtout de 3 à 5 ans, puis, mais moins souvent, à 9 et 10 ans.

Au cours d'une opération ou à l'autopsie, on trouve quelquefois un ganglion unique, plus souvent une polyanédopathie. Dans un paquet ganglionnaire, des ganglions de la périphérie sont gros, d'apparence normale, ceux qui occupent le centre sont caséifiés à des degrés divers : les uns présentent de petits points caséeux, gros comme une tête d'épingle, les autres sont transformés en blocs caséeux. Les ganglions sont agglutinés par de la périadénite. Leur coque est épaisse, ferme, blanchâtre.

Dans certains ganglions, le caséum est arrivé au stade de ramollissement et transformé en un véritable abcès froid ouvert ou non au dehors.

Au microscope, on trouve des follicules tuberculeux avec cellules géantes, des granulations grises ou jaunes.

L'adénopathie s'installe d'une façon insidieuse. Il n'y a pas de douleur, pas de réaction inflammatoire, pas de fièvre ; quelquefois, surviennent des périodes de petite fièvre.

En général, les tuméfactions ganglionnaires apparaissent, soit dans la région sous-maxillaire, soit dans la région rétro-sous-angulo-maxillaire, soit encore dans la région carotidienne.

Les ganglions grossissent lentement ; ils atteignent le volume d'une noisette, d'une noix, quelquefois davantage. Le cou est déformé.

Tantôt il y a une monoadénite, tantôt une polyadénite ; autour du ganglion atteint le premier, en apparaissent d'autres qui réalisent une grappe ou un chapelet.

Les ganglions restent isolés pendant un certain temps ; puis ils sont englobés dans la périadénite. Ils forment des masses empâtées, adhérentes où on ne peut distinguer chaque élément ; à la périphérie, les ganglions sont encore isolés et mobiles.

Les ganglions, pendant un certain temps sont fermes, rénitents ; ils deviennent durs, quand ils sont caséifiés.

L'*évolution* est lente, se poursuit pendant des mois et des années.

L'aboutissement diffère.

Quelquefois, les ganglions deviennent scléreux et finissent par régresser ; ils peuvent même se résorber plus ou moins complètement.

Le plus souvent, on assiste au ramollissement du ganglion ; il devient fluctuant, adhère à la peau, qui prend une teinte rouge, violacée. Finalement le pus s'ouvre à la peau ; il est jaunâtre, granuleux, filant. Une fistule persiste, par laquelle suinte un peu de pus, sans aucune tendance à se fermer.

Très souvent, plusieurs ganglions s'ouvrent et les orifices fistuleux forment comme une sorte d'écumoire. Assez souvent se produit une ulcéra-

tion plus ou moins étendue à bords décollés, à fond blanchâtre caséeux, formé par le ganglion.

L'affection ainsi réalisée est connue de tous sous les appellations d'*humeurs froides*, d'*écrouelles* des scrofuleux.

La suppuration peut persister pendant des années avec des rémissions et des reprises. Puis, elle diminue et se tarit. Il se forme une cicatrice déprimée, chéloïdienne, adhérente aux ganglions rétractés, indélébile, qui marque le sujet pour toute son existence.

Naturellement, cette évolution peut être modifiée par les traitements institués ; j'envisage les adénopathies qui ne sont pas traitées.

***

Les adénopathies du type scrofuleux sont bien caractérisées.

Il n'en est pas de même pour les ADÉNOPATHIES DU TYPE LYMPHOMATEUX. Nous entrons ici sur un terrain bien mouvant.

Le *lymphome* ou *lymphadénome* consiste dans une hypertrophie chronique des ganglions lymphatiques, qui s'installe d'une façon insidieuse, sans réaction inflammatoire, sans périadénite, sans tendance à la suppuration, sans caractère de malignité, sans les modifications du sang de la leucémie myéloïde et surtout de la leucémie lymphoïde. La terminaison *ome* indique l'hypertrophie et rien de plus.

On pourrait dire hypertrophie simple des ganglions, par opposition à l'hypertrophie du tuberculome caséeux et du syphilome gommeux ou à l'hypertrophie de nature maligne du lymphosarcome et des lymphadénies.

Cette définition est évidemment surtout négative ; elle indique ce que l'affection n'est pas et non ce qu'elle est. Mais il en est de même pour d'autres adénopathies.

La *lymphadénie* ou *lymphadénomatose* est aussi mal délimitée.

M. A. Clerc, cette année même, dans le *Nouveau Traité de médecine*, écrit : « Sous le titre de lymphadénie ou de lymphadénomatose, nous réunissons les syndromes caractérisés histologiquement par la prolifération excessive et désordonnée, généralisée ou partielle, du système hématopoïétique, prolifération maligne et par son développement anatomique et par son évolution clinique ». Mais il existe de nombreuses variétés de lymphadénie qui paraissent bien ressortir de processus différents.

En tout cas, le lymphome s'oppose très nettement à la lymphadénie. Ils n'ont de commun que l'hypertrophie ganglionnaire.

Le lymphome se retrouve parmi les faits disparates, groupés par Trousseau sous l'appellation d'*adénie*. Je l'ai indiqué dans une leçon sur *L'adénie chez les enfants*, publiée dans *La Pédiatrie pratique* du 15 septembre 1923.

Voyons les principaux *caractères cliniques du lymphome*.

Il s'agit généralement d'adénopathies cervicales.

Le *début* est insidieux, par les ganglions rétro-sous-angulo-maxillaires ou par les ganglions situés en arrière du sterno-cléido-mastoïdien dans sa partie supérieure.

Un ganglion grossit, sans douleur, sans réaction inflammatoire. Plus tard apparaissent d'autres ganglions dans le voisinage ou à distance, du même côté et du côté opposé. Au bout d'un certain temps le cou est déformé, bosselé des deux côtés et d'une façon plus ou moins symétrique.

Dans chaque groupe, le volume des ganglions est inégal ; ils sont gros comme un pois, une noisette, une noix, un œuf de poule et même davantage.

Fait important, les ganglions restent isolés et mobiles ; ils peuvent être agglomérés, mais ne se fusionnent pas ; il n'y a pas de périadénite. Ils sont indolents. Leur consistance varie d'un malade à l'autre, mais, chez un même malade, elle est généralement uniforme. Elle est ferme, élastique, plus ou moins dure, et, pour certaines variétés, d'une véritable dureté ligneuse. Il ne se produit ni ramollissement, ni suppuration.

L'adénopathie cervicale peut rester isolée. Dans certains cas, relativement rares, apparaissent, à un moment donné, des adénopathies axillaires et inguinales, une adénopathie médiastine. Il est plus rare de rencontrer des adénopathies abdominales appréciables à l'examen.

Il y a parfois une splénomégalie, qui reste modérée.

L'*évolution* est généralement lente, chronique.

Les *symptômes généraux* sont variables. Certains malades sont apyrétiques, d'autres ont une fièvre tenace, assez irrégulière dans sa courbe. Certains sujets maigrissent peu, d'autres davantage.

Le nombre des globules rouges est plus ou moins diminué, sans cependant réaliser une anémie profonde. L'hémoglobine est généralement diminuée en proportion du nombre des hématies et la valeur globulaire reste au voisinage de l'unité. Le nombre des leucocytes est normal ou augmenté ; il peut atteindre 10.000 à 30.000. Il y a tantôt de l'hyperpolynucléose neutrophile, tantôt de la mononucléose, quelquefois un certain degré d'éosinophilie. Mais il n'y a pas de leucocytes anormaux comme dans les leucémies.

Somme toute, le lymphome n'est pas une maladie, c'est-à-dire un groupe morbide ayant son étiologie, son anatomie pathologique et sa clini-

que spéciale ; c'est en réalité un *syndrome relevant de causes diverses.* Parmi ces causes, il y en a une que je désire retenir, c'est la *tuberculose.*

Le LYMPHOME TUBERCULEUX est constitué par des adénopathies presque toujours cervicales, causées par le bacille de Koch, présentant les caractères du lymphome, différentes des adénopathies du type scrofuleux, n'ayant aucune tendance à la caséification et à la suppuration.

L'appellation de lymphome ne s'applique donc pas à toutes les adénopathies tuberculeuses. La confusion est assez souvent faite. Par exemple M. Arvid Walgren, d'Upsal, intitule *Tuberkulöse Lymphome und Lungentuberkulose,* un intéressant mémoire paru dans *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* de 1922, où il traite surtout des adénopathies du type scrofuleux.

Le lymphome tuberculeux a été décrit sous des qualifications diverses.

En 1888, Askanazi décrit une *tuberculose ganglionnaire évoluant sous le masque de la pseudo-leucémie.* Cette pseudo-leucémie avait été décrite par Conheim, en 1865, comme une affection ayant les caractères anatomo-cliniques de la leucémie, mais sans augmentation du nombre des leucocytes.

En 1892 et les années suivantes, M. Sabrazès, de Bordeaux, soit seul, soit avec son élève Duclion, étudie ces faits sous des noms différents : *lymphadénie tuberculeuse, tuberculose hypertrophiante méconnue des ganglions lymphatiques, macro-polyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphadénomateuse.*

En 1897 et 1898, M. Sternberg, avec son maître Paltauf, décrivent, comme Askanazi, une *tuberculose atypique de l'appareil lymphatique,* évoluant sous le couvert de la pseudo-leucémie ; mais, fait particulièrement intéressant, il montre les caractères anatomiques spéciaux de cette adénopathie et décrit une cellule géante particulière, qui a reçu depuis le nom de *cellule de Sternberg.*

On donne aux affections ganglionnaires ayant ces caractères anatomiques le nom de *maladie de Paltauf-Sternberg* ou de *lymphogranulomatose.* Ses rapports avec la tuberculose sont discutables; j'y reviendrai tout à l'heure.

MM. Paul Courmont, Tixier et Bonnet, dans le *Journal de physiologie et pathologie générale* de 1899, décrivent une *adénie tuberculeuse,* comprenant plusieurs variétés : l'adénie ganglionnaire, la splénomégalie tuberculeuse, la lymphadénie généralisée ganglionnaire et viscérale.

Le 25 juillet de la même année, à l'*Académie de médecine,* Berger et Fernand Bezançon étudient une *tuberculose ganglionnaire pseudolymphadénique,* analogue à la macropolyadénopathie de M. Sabrazès, et emploient le nom de *lymphome tuberculeux.*

M. Gaston Bonnet, dans sa thèse, de 1900, décrit la *forme lymphomateuse des adénopathies tuberculeuses.*

Simon, à la *Société de pédiatrie,* le 15 octobre 1907, rapporte l'observation d'un lymphome tuberculeux survenu chez une fille de 14 ans hérédo-syphilitique.

E. Weill, de Lyon, rapporte soit avec M. Lesieur, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1907, soit avec M. Dufourt, à la *Société médicale des hôpitaux de Lyon,* le 8 juin 1920, deux cas de *lymphadénie tuberculeuse,* rencontrés chez des enfants de 14 et de 9 ans.

Plus récemment, en 1924, M. Mensi cite un cas de *granulome tuberculeux* chez un enfant de 33 mois.

On voit la multiplicité des appellations pour des adénopathies attribuées à la tuberculose, Elles témoignent du flottement des conceptions.

Plus simplement, Broca, dans sa *Chirurgie infantile,* n'envisage que le *lymphome tuberculeux hypertrophique* ; MM. Péhu et Dufourt dans leur livre sur la *Tuberculose médicale de l'enfance,* paru cette année, distinguent le *lymphome tuberculeux* et la *lymphadénie tuberculeuse.*

Sans rien préjuger, j'envisagerai le *lymphome tuberculeux.*

Les *caractères macroscopiques* du lymphome tuberculeux sont ceux du lymphome.

La forme des ganglions est conservée, leur volume inégal, leur consistance uniforme, ferme, rénitente, sans dureté. Leur capsule est épaissie, fibreuse. Leur coupe est ferme et compacte, blanc mat ou blanc grisâtre, un peu sèche ; le raclage donne un peu de sérosité. On ne voit pas de formations tuberculeuses, de points caséeux. Quelquefois cependant, en multipliant les coupes, on aperçoit quelques petites granulations grises, jaunâtres ou caséeuses.

Au microscope, ce qui domine, ce sont les follicules et les cordons pulpaires hypertrophiés, des zones de sclérose et des zones de nécrose, plus ou moins étendues, inégalement réparties. Dans quelques cas, il existe une nappe uniforme de lymphocytes et un réticulum plus ou moins épaissi et sclérosé.

Enfin, par places, on trouve des follicules tuberculeux typiques ou une cellule géante du type Langhans. Divers auteurs ont relaté des cas où les follicules tuberculeux étaient nombreux et avaient même subi un commencement de caséification.

Dans l'observation de Weill et Lesieur, un ganglion prélevé par biopsie, présentait une masse centrale enkystée à l'état de caséification massive : il n'y avait pas de cellules géantes, pas de cellules spéciales.

On constate assez souvent la présence de bacilles de Koch ; en général, ils sont rares et il y a des cas, nombreux également, où l'on n'en trouve pas. L'inoculation peut tuberculiser le cobaye. Certains expérimentateurs, MM. Courmont, Tixier et Bonnet, Weill et Lesieur, ont constaté que les bacilles tuberculeux étaient peu virulents pour le cobaye et déterminaient la formation de volumineuses adénopathies.

Quand on ne décèle pas de bacilles tuberculeux, la confusion est possible avec la syphilis. E. Weill et M. Bernheim ont décrit des adénopathies syphilitiques à forme lymphadénique et ayant les mêmes caractères histologiques.

A côté du lymphome tuberculeux, caractérisé par des lésions classiques de tuberculose, divers auteurs rattachent à la tuberculose la *lymphogranulomatose* caractérisé par les lésions du type Sternberg.

La lymphogranulomatose n'est pas rare chez les enfants. J'en ai observé plusieurs cas et j'en ai parlé dans les leçons que j'ai citées, ainsi que dans ma leçon du 15 mai 1926, parue dans *La Pédiatrie pratique* du 25 avril 1927.

Les ganglions présentent macroscopiquement, les mêmes caractères que le lymphome tuberculeux. Histologiquement, la différence est nette. Le ganglion est beaucoup plus profondément remanié ; on voit une nappe de tissu réticulé, ressemblant à du tissu de bourgeon charnu, d'où le nom de granulome. Le réticulum renferme des cellules très diverses, beaucoup plus variées que dans le lymphome tuberculeux : lymphocytes, polynucléaires, éosinophiles, etc. Il n'y a pas de follicules tuberculeux, de cellules géantes du type Langhans, mais des grandes cellules spéciales, les cellules de Sternberg. On en distingue deux variétés, les unes à noyau unique, les autres avec des noyaux multiples. Elles ne sont jamais entourées de cellules épithélioïdes comme dans le follicule tuberculeux. Elles diffèrent de la cellule géante tuberculeuse, parce qu'elles sont vivaces, que leurs noyaux contiennent des figures de division, tandis que l'autre résulte de la fusion de cellules épithélioïdes dégénérées.

Dans certains cas de maladie de Paltauf-Sternberg, Fraenkel et Much ont trouvé une *bactérie granuleuse* acido-résistante qui est peut-être parente du bacille de Koch et qui serait même, pour divers auteurs, une forme particulière du bacille de Koch.

Enfin, Sternberg et d'autres, par l'inoculation des ganglions au cobaye, l'ont tuberculisé.

Les relations entre la lymphogranulomatose et la tuberculose ont suscité trois groupes d'opinions.

Pour les uns, et c'est l'opinion défendue par Benda, en 1904, la lymphogranulomatose, appelée encore *granulome malin, lymphomatose granulomateuse*, ne présente aucun lien avec la tuberculose ; c'est une affection spéciale. Elle est cependant assez souvent intriquée avec la tuberculose et y prédispose peut-être. Mais la tuberculose est toujours secondaire.

D'après la deuxième opinion, que soutient M. Sternberg, entre autres, la lymphogranulomatose est causée par la tuberculose. On invoque notamment les analogies de la bactérie granuleuse avec le bacille de Koch.

La troisième opinion, émise en particulier par le professeur Jemma, en 1908, est éclectique. La granulomatose comprendrait le granulome tuberculeux ou lymphomatose tuberculeuse, le granulome syphilitique ou lymphomatose syphilitique, enfin le granulome malin ou maladie de Sternberg. Cette interprétation est assez communément admise en Italie.

En 1925, M. Brusa écrit que le granulome peut se développer sous l'influence de la tuberculose, mais peut exister en dehors de la tuberculose, telle qu'on la comprend généralement.

Il serait donc prématuré de poser des conclusions définitives. Il paraît vraisemblable d'admettre, à l'heure actuelle, que la maladie de Paltauf-Sternberg est une maladie spéciale, indépendante de la tuberculose. Les faits que nous avons observés ici militent en faveur de cette opinion.

Aujourd'hui, j'exclus la maladie de Paltauf-Sternberg du cadre du lymphome tuberculeux.

Cliniquement, le lymphome tuberculeux rentre dans le cadre du lymphome que j'ai décrit tout à l'heure.

Il est caractérisé par une adénopathie cervicale à début insidieux, à évolution lente. Un caractère particulier est l'unilatéralité ou la prédominance unilatérale, tout au moins pendant un certain temps.

L'adénopathie est généralement limitée au cou. Les ganglions axillaires sont rarement intéressés ou ne le sont que tardivement ; les ganglions inguinaux ne participent que rarement au processus.

Les groupes ganglionnaires sont pris successivement. Les ganglions ont une consistance ferme et rénitente ; ils sont plus ou moins volumineux ; ils peuvent atteindre le volume d'un œuf de pigeon ou de poule et même davantage. Il est assez rare de rencontrer des ganglions hypertrophiés symétriquement, dont l'ensemble réalise une jugulaire ou un hausse-col.

Assez souvent, il y a des adénopathies médiastines.

Il est rare qu'il se développe une adénopathie mésentérique entraînant des signes cliniques.

Le foie et la rate peuvent être augmentés, mais on ne trouve guère de grosse splénomégalie.

La fièvre manque souvent. On rencontre tou-

tefois des formes fébriles. La fièvre peut revêtir alors les diverses modalités de la fièvre tuberculeuse : souvent elle est permanente avec des irrégularités ou de grandes oscillations. Les types fébriles varient suivant la phase de l'évolution. Il y a d'ailleurs des formes d'abord apyrétiques et plus tard fébriles.

L'état général se comporte de façons assez diverses.

Souvent le malade ne maigrit pas, pendant longtemps, d'une façon notable ; cependant le poids n'augmente pas et il en résulte un amaigrissement relatif.

D'autres fois, l'amaigrissement est graduel pendant un certain temps, puis rapide. A la longue, les malades peuvent se cachectiser.

L'aspect anémique est assez marqué. Il se traduit par la pâleur et la décoloration des muqueuses.

Les examens du sang décèlent une anémie globulaire légère ou moyenne et une diminution parallèle du taux de l'hémoglobine. Le nombre des leucocytes est normal ou modérément augmenté (10 à 20 ou 30.000 leucocytes par millim. cube). La formule leucocytaire est différente suivant les cas : polynucléose neutrophie ou mononucléose. Il n'y a ni éosinophilie, ni apparition de formes anormales. Les caractères du sang se modifient d'ailleurs au cours de la maladie.

L'évolution est souvent très lente ; elle se poursuit pendant des années et est alors généralement apyrétique. Quelquefois elle est subaiguë et fébrile. Dans d'autres cas, elle est d'abord lente et apyrétique, puis devient subaiguë et fébrile.

La guérison est possible. Il ne se produit pas de caséification cliniquement appréciable et de fistulisation. Toutefois celle-ci n'est pas impossible. « Si on laisse évoluer le lymphome, écrivent MM. Péhu et Dufourt, la caséification poursuit très lentement son chemin, finit par aboutir à des ulcérations en foyers, qui donnent lieu à des cratères déchiquetés, à bords violacés et amincis. »

Assez souvent l'évolution est modifiée par d'*autres localisations de la tuberculose* qui hâtent la terminaison.

La fille de 14 ans, observée par Weill et Lesieur, présente, au bout de deux années, des symptômes d'une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique et meurt rapidement d'accidents de compression,

L'enfant de 9 ans, soigné par MM. Weill et Dufourt, meurt, un an et demi ou deux ans après le début, d'une tuberculose ulcéro-caséeuse des poumons, avec d'énormes ganglions caséeux du médiastin.

A l'autopsie du garçon de 33 mois, observé par M. Mensi, on trouve des adhérences pleurales, des ganglions caséeux du médiastin et des granulations tuberculeuses du péritoine.

Le *diagnostic* du lymphome tuberculeux est à faire d'abord avec la *leucémie lymphoïde* et avec la *leucémie aleucémique*. Quand on ne trouve pas les modifications du sang qui caractérisent ces affections, quand on a éliminé le lymphosarcome, qui est très rare et a des caractères spéciaux, il faut établir la différenciation avec la *maladie de Paltauf-Sternberg*. Elle est très difficile et souvent même cliniquement impossible.

Ces deux affections peuvent être apyrétiques et fébriles ; cependant, la fièvre est plutôt l'apanage de la lymphogranulomatose. Une fièvre persistante doit faire penser à celle-ci plutôt qu'au lymphome tuberculeux, à moins cependant que le malade n'ait d'autres processus tuberculeux, au niveau des ganglions médiastinaux ou des poumons.

L'état général est généralement moins affecté dans le lymphome tuberculeux que dans la lymphogranulomatose, où il décline rapidement ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans la lymphogranulomatose peuvent apparaître des symptômes cutanés, mais ils sont, en réalité, exceptionnels.

L'examen du sang peut donner quelques renseignements. En faveur de la lymphogranulomatose, on peut retenir l'existence d'une leucocytose modérée et surtout d'une hyperpolynucléose neutrophile, dépassant 80 %, ainsi que d'une éosinophilie de 5 ou 6 %. Mais dans le lymphome tuberculeux, il peut y avoir également de l'hyperleucocytose et de l'hyperpolynucléose.

La biopsie d'un ganglion et son examen microscopique, en décelant soit des lésions du type Sternberg, soit des lésions du type tuberculeux, apportent seuls un élément de certitude au diagnostic.

Plus rarement, le diagnostic est à discuter entre le lymphome tuberculeux et le *lymphome syphilitique*. Celui-ci est en somme assez exceptionnel. L'existence de la syphilis et l'absence de tuberculose constituent des présomptions.

Il y a des cas complexes. Un enfant syphilitique peut avoir un lymphome tuberculeux, témoin l'observation relatée par Simon. Une fille de 14 ans, manifestement syphilitique est atteinte d'un lymphome cervical. On prélève un ganglion et on y trouve des lésions tuberculeuses indiscutables : l'inoculation au cobaye le tuberculise.

Dans ma leçon sur l'adénie, j'ai cité l'observation d'une fille de 14 ans qui entre à l'hôpital avec un lymphome cervical datant de trois ans et une légère adénopathie trachéo-bronchique ; elle est apyrétique, a une cutiréaction à la tuberculine et un Bordet-Wassermann positif. Des injections

de sulfarsénol améliorent l'état général mais ne modifient pas les adénopathies. Il s'agissait vraisemblablement d'un lymphome tuberculeux chez une syphilitique. La leucocytose était légère (12.800 et 15.600) avec 56 polynucléaires neutrophiles pour 100.

Il faut se rappeler enfin qu'on rencontre des lymphomes pour lesquels on ne découvre pas de cause appréciable. Le garçon de 5 ans, dont j'ai parlé dans ma leçon de 1925, avait un gros lymphome du cou. La biopsie a montré que le ganglion présentait des lésions inflammatoires banales, sans cellules de Sternberg, ni follicules tuberculeux, ni cellules néoplasiques.

***

La fille de 14 ans, que vous venez de voir, entre pour des adénopathies cervicales chroniques ayant les caractères d'un lymphome. Son état général est mauvais ; elle a une fièvre persistante. La cutiréaction à la tuberculine est positive. Il n'y a pas de signes de syphilis, et le Bordet-Wassermann est négatif.

Le sang présente les caractères d'une anémie moyenne, sans leucocytose, mais avec hyperpolynucléose.

On pouvait hésiter sur le diagnostic ; la fièvre tenace et la polynucléose pouvaient faire penser à la lymphogranulomatose. L'examen d'un ganglion prélevé par biopsie a levé tous les doutes, en décelant les lésions du lymphome tuberculeux.

Depuis cinq mois que l'enfant est dans le service, la fièvre est permanente, les ganglions ont grossi sans changer de caractères, sans tendance à la caséification, le sang s'est peu modifié. L'état s'aggrave non pas par suite des modifications de l'adénopathie, mais à cause de la progression de la tuberculose au niveau des poumons. C'est la tuberculose pulmonaire qui assombrit le pronostic. En tout cas, elle rend difficile le traitement de l'adénopathie.

En présence d'un lymphome tuberculeux on conseille les applications d'eaux salines, le grand air, l'héliothérapie, les rayons ultra-violets comme dans toutes les tuberculoses ; comme dans toute tuberculose ganglionnaire, la radiothérapie a été proposée ; elle agit surtout dans les formes caséeuses et suppurées, beaucoup moins dans les formes lymphomateuses. On a proposé également les injections sous-cutanées de l'antigène méthylique de Bocquet et Nègre ; c'est un extrait de lipoïdes phosphorés du bacille de Koch, bovin et humain ; il agit surtout, dit-on, dans les formes caséeuses, peu dans les formes sclérosantes ; la tuberculose pulmonaire constitue une contre-indication ; nous l'avons essayé et jusqu'à présent il n'y a eu aucune influence, bien qu'il paraisse être bien supporté.

Quant à l'extirpation chirurgicale, il ne saurait en être question. Il importe d'ailleurs d'en discuter les indications et il convient de ne pas admettre sans restrictions l'opinion de Broca - l'extirpation « est presque toujours indispensable dans le lymphome hypertrophique. »

FAITS CLINIQUES

Accidents mortels après injection de bismuth.

Les cas d'intoxication par le bismuth, d'ordre thérapeutique, ayant abouti à la mort, sont extrêmement rares. Lorsqu'on employait les pâtes de Beck dans le traitement des trajets fistuleux, des tuberculoses chirurgicales, on a pu voir quelques cas d'intoxication grave et même mortelle due au bismuth.

Mais, depuis que l'on emploie couramment les injections bismuthiques dans le traitement de la syphilis, s'il est vrai qu'on a observé des accidents de stomatite, de l'albuminurie et même quelques phénomènes hémorragiques, il ne semble pas qu'on ait observé jusqu'ici un seul cas mortel (en exceptant un cas de Debré, ayant trait à une anémie splénique où la mort survint par hémorragie gastro-intestinale, complication fréquente de cette maladie).

MM. Charles Aubertin et Destouches ont publié (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 février 1927), le premier cas mortel d'intoxication bismuthique dû au traitement spécifique. Il s'agit d'un homme de 37 ans, bien constitué, syphilitique depuis cinq ans, qui se présenta à la consultation du soir de Saint-Louis et reçut une injection de bismuth (iodo-bismuthate de quinine) : dès le lendemain des signes de stomatite apparurent, et le surlendemain, le malade entra dans le service de médecine générale de l'hôpital Saint-Louis avec une stomatite très grave accompagnée d'adénopathie sous-maxillaire et de fièvre. Il existait de plus de l'albuminurie (0,50) avec oligurie (250 gr.), sans hématurie, ni œdème. Azotémie de 1 gr. 50.

Les jours suivants pas d'amélioration de la stomatite malgré le traitement, aggravation de l'oligurie et de l'azotémie qui monta en trois jours à 4 gr. 70 : bientôt survint l'anémie et le malade succomba dans une crise convulsive avec hypothermie.

L'enquête étiologique n'a pas permis de trou-

ver chez ce malade un passé rénal quelconque ; il est regrettable que l'absence d'autopsie ne permette pas de préciser l'état antérieur du rein. Toutefois, s'il y avait antérieurement une altération rénale, cette altération devait être assez discrète puisqu'elle était cliniquement absolument latente.

Malgré ce que cette observation semble présenter d'exceptionnel, le fait que les accidents sont survenus à la suite d'une seule injection de bismuth, on doit la considérer comme probante, car elle se rapproche d'une part des cas observés par Clément Simon, Blum, Vilanova, d'autre part des cas graves antérieurement publiés et dus à la pâte de Beck. Dans les cas récents dus au traitement spécifique par voie intra-musculaire, on note expressément la *coexistence de stomatite et de néphrite* qui, pour Aubertin, est caractéristique de cette intoxication. La néphrite existait dans le cas de Vilanova où l'oligurie n'a pas persisté et où la guérison est survenue ; elle existait dans le cas d'Eggen Berger (pâte de Beck) où elle aboutit à la mort et fut vérifiée histologiquement avec les caractères de la néphrite aiguë.

La coexistence de stomatite et de néphrite a été interprétée par Blum comme une néphrite consécutive à la stomatite ulcéreuse. Cette même interprétation a été adoptée par M. Flandin, dans la discussion qui suivit la communication de M. Aubertin, mais ce dernier fit remarquer que, d'une part, la néphrite aiguë est très rare au cours de l'angine de Vincent et que, d'autre part, elle avait évolué ici très rapidement et parallèlement à la stomatite.

Il semble donc qu'il s'agit bien de néphrite bismuthique. Au point de vue pratique, on peut conclure que, dans toute stomatite bismuthique intense, il faudra rechercher non seulement l'albuminurie, mais aussi l'azotémie.

Un cas de réanimation du cœur après asphyxie par submersion.

Par le Dr P. Paret (de Marseille).

On sait la rareté des cas de reviviscence du cœur, chez les enfants surtout, après submersion prolongée, lorsque les moyens habituels mis en œuvre n'ont pas abouti passé trente minutes après le repêchage. C'est ce qui nous engage à publier le cas dans lequel nous eûmes à intervenir et que voici :

Le 26 octobre 1927, à cinq heures du soir, on venait m'appeler d'urgence pour aller visiter un enfant qui était tombé dans un bassin. D'ailleurs, ajoutait la personne qui était venu m'appeler, je crois que c'est inutile parce que l'enfant n'a plus donné signe de vie depuis qu'on l'a sorti de l'eau. Le temps de sortir l'auto du garage et de me rendre au domicile du noyé prit encore vingt bonnes minutes. Je trouvais étendu sur une table de cuisine, un enfant de quatre ans et demi, la figure violacée, une écume sanglante aux narines. Pas de pouls radial. A l'auscultation du cœur, toutes les trois ou quatre secondes je percevais le bruit assourdi d'une misérable systole. Un stertor soulevait la poitrine de l'enfant très irrégulièrement et les périodes d'apnée dépassaient plusieurs secondes. Je m'enquis rapidement de ce qui avait été fait. On avait essayé de sortir la langue de l'enfant sans y réussir parce qu'elle était rétractée. On avait essayé aussi la respiration artificielle mais sur un rythme tellement rapide qu'aucun résultat n'avait été obtenu.

Aussitôt je sortis la langue avec la pince de Collin. Je fis tenir l'enfant par les pieds, la tête basse et fis pendant dix minutes la respiration artificielle dans cette position peu commode. Pas de changement sur le pouls, la respiration se fit un peu plus fréquente. De l'eau s'écoula par la bouche et le nez sans effort de vomissement, l'enfant étant toujours sans connaissance. Je pense qu'il avait dû à la fois inhaler et déglutir une grande quantité d'eau. Je fis alors étendre l'enfant et pratiquais une piqûre de coramine dans la cuisse. Pendant que j'envoyais un voisin chercher chez moi d'autres ampoules et un ballon d'oxygène, je continuai à pratiquer les exercices respiratoires. Au bout d'un quart d'heure, les pulsations étaient de temps en temps perceptibles au pouls. Je mis un garrot de fortune autour du bras pour faire saillir la veine autant qu'il était possible. Lorsqu'on m'eût remis les nouvelles ampoules de coramine, j'essayais l'intraveineuse. Après quelques tâtonnements, dus d'une part à l'exiguïté du calibre de la veine et d'autre part à son manque de réplétion, je finis par introduire l'aiguille dans sa lumière. L'injection fut poussée très lentement. Au bout de quelques minutes l'enfant fit plusieurs efforts de vomissement et commença à gémir. Le pouls radial était perceptible régulièrement mais il était encore très lent. Une respiration à type Cheyne-Stokes s'établit ensuite. Les périodes d'apnée devinrent de moins en moins nombreuses et de plus en plus courtes. Je continuais encore une demi-heure les manœuvres respiratoires. Maintenant l'enfant criait, s'agitait et avait uriné. Avant de le quitter je fis faire quelques inhalations d'oxygène et une dernière piqûre de coramine hypodermique.

Tel est le cas. L'enfant, revu, quelques jours après était tout à fait rétabli.

Quelques faits sont à retenir. Trois ampoules de coramine ont été injectées sans inconvénient en moins de deux heures chez un enfant de quatre ans et demi. Pour une de ces trois ampoules, j'ai choisi la voie intra-veineuse parce que c'était la seule qui avait chance de produire un résultat assez rapide (lorsqu'elle fut faite,plus d'une heure s'était écoulée depuis le moment où on avait retiré l'enfant de l'eau et, en l'absence de témoins, on ne savait combien de temps avait duré son immersion). J'ai pensé à la coramine parce que son action sur la contraction cardiaque et le centre respiratoire a été mise en lumière par quelques expérimentateurs : Frommel, Odabachi, Barrieu, Valéry. Cette nouvelle expérience, faite dans des circonstances aussi angoissantes, a justifié l'espoir que j'avais placé en elle.

En cas d'échec, je n'aurais pas hésité à faire une injection intra-cardiaque, et on peut croire qu'avec celle-ci on pourrait obtenir la réanimation de cœurs inhibés depuis plus longtemps encore.

L'Actualité Scientifique

La Presse

De la valeur du « chlorure de sodium », employé en solution hypertonique et à haute dose comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication « dans les occlusions du tube digestif ».

Voici quelques données intéressantes par les professeurs Gosset et L. Binet, ainsi que par M. Petit-Dutaillis.

En l'état actuel, dans les occlusions du grêle, les plus fréquentes, on ne peut guère sauver plus de 50 % des opérés parmi les cas les meilleurs. Malgré la suppression de l'obstacle, les malades succombent dans les 24 ou 48 heures, avant même le retour des fonctions de l'intestin, aux progrès d'une intoxication suraiguë, d'autant plus vite que l'occlusion siège plus haut sur l'intestin. Nous en étions réduits, outre les toni-cardiaques d'usage, à nous efforcer de compenser le déficit en eau dû aux vomissements, en injectant, par voie rectale ou sous-cutanée, de grandes masses de sérum.

Or, il ressort de l'expérimentation que si l'apport d'eau est utile pour aider l'organisme dans sa lutte contre l'intoxication dans l'occlusion intestinale aiguë, l'apport de chlorure de sodium est plus important encore, s'il est donné en quantité suffisante. La chute des chlorures dans le sang est, en effet, le fait fondamental qui, en ces cas, précède l'ascension de l'urée et de l'azote résiduel ; de plus l'action du chlorure de sodium semble spécifique dans cette lutte antitoxique.

Le rôle du chlorure de sodium est indéniable contre les accidents toxiques de l'occlusion intestinale aiguë, et plus spécialement dans l'occlusion aiguë du duodénum, dans les sténoses du pylore et en particulier dans la tétanie d'origine gastrique.

La dose à employer varie suivant les cas, mais il semble que le plus souvent 20 grammes suffisent en 24 heures. Aussi, par 24 heures, les auteurs conseillent-ils d'injecter 1 litre de sérum physiologique sous la peau et 100 cmc. de solution de NaCl à 20 p. 100 par voie veineuse à raison de 5 injections de 20 cmc. à intervalles espacés et réguliers. Il est capital de continuer cette thérapeutique durant les 48 premières heures qui suivent l'opération et de ne pas l'interrompre même la nuit durant cette période.

Mais la seule réserve qui s'impose est celle d'un danger pour les reins, ceux-ci étant presque constamment lésés à une phase plus ou moins avancée de l'infection ; aussi paraît-il indispensable de doser quotidiennement les chlorures du sérum et au besoin l'azote résiduel; on pourra ainsi trouver dans ce contrôle des raisons d'augmenter ou de diminuer, suivant les malades, la dose de chlorure à donner dans les 24 heures.

Cette méthode est à essayer même dans les occlusions du côlon et peut-être dans l'invagination aiguë de l'enfance, quoique les résultats à attendre ne doivent pas être aussi nets que dans les cas précédents. (*La Presse médicale*, 7 janvier 1928.)

L'érythro-cyanose sus-malléolaire. Etude clinique et thérapeutique.

Chaque hiver, E. Juster est consulté par des jeunes filles à l'aspect floride, aux joues pleines et parfois colorées , aux bras gros et rougeâtres, qui montrent dans la station debout, sur leurs jambes généralement fortes et velues, au-dessus des malléoles, plus ou moins symétriquement, des placards diffus à limites imprécises pouvant s'étendre à toute la partie inférieure de la jambe, de teinte rouge violacé, sur une peau froide, empâtée et infiltrée. Si on fait étendre le sujet, et surélever les jambes au-dessus du bassin, la cyanose sus-malléolaire disparaît ou s'atténue très fortement ; le matin au

réveil les jambes sont normales ou très peu rouge violet.

C'est l'érythro-cyanose sus-malléolaire (E. C. S. M.). Le froid de l'hiver augmente la cyanose et rend la teinte plus violette ; les téguments sièges de l'infiltration se laissent plus difficilement plisser, mais sans que l'on puisse former le godet de l'œdème. Enfin, les placards ne sont pas indurés, ce qui les différencie des nodosités caractéristiques de l'érythème induré de Bazin (lésion tuberculeuse).

Si la tuberculose peut, en plus des troubles endocrino-sympathiques, intervenir en tant qu'infection générale perturbant le système neuro-humoro-circulatoire, la syphilis paraît être une cause aussi fréquente.

Mais la tuberculinothérapie n'est pas indiquée, car elle ne donne pas dans l'E. C. S. M. les résultats qu'elle permet d'obtenir dans l'érythème induré de Bazin. Par contre, en cas de syphilis héréditaire ou d'hérédité syphilitique, les préparations mercurielles semblent avoir une heureuse influence (énésol, lactate de mercure).

Certains médicaments n'ont pas semblé être bien efficaces : extrait ou intrait de marron d'Inde, tartrate d'ergotamine, adrénaline. Par contre les injections d'hypophyse ont pu atténuer les syndromes vasculaires. D'ailleurs un traitement endocrinien, basé sur les symptômes endocriniens, devra être établi soigneusement, mais en se rappelant combien sont décevants les traitements opothérapiques des troubles de circulation des jeunes filles avant que le mariage et parfois la grossesse ne soient venus régulariser des organes qui sont à l'état quiescent.

Ce sont les agents physiques qui ont paru les plus efficaces : les rayons ultra-violets, lorsqu'ils sont faits à dose suffisante, réchauffent les membres froids et atténuent la cyanose. Mais les rayons infra-rouges, qui agissent plus particulièrement sur la circulation en l'activant, donnent des résultats plus rapides et plus nets. La diathermie est excellente ; il en est de même des étincelles de haute fréquence, du massage profond et énergique. Enfin les malades qui consentent à bander leurs jambes avec du crêpe Velpeau comme dans les varices, ou tout au moins qui veulent bien porter des chaussures montantes, remarquent une atténuation de leur E. C. S. M.

En résumé, on doit préconiser tous les moyens (internes ou externes) susceptibles de modifier la circulation périphérique ; mais leur emploi devra être prolongé ; il faut également combattre la tendance de la malade à faire de la stase. (*La Presse médicale*, 24 décembre 1927.)

La thoracentèse sans aspiration.

On s'est rendu compte qu'il n'y avait pas que des avantages à vider rapidement et en masse les épanchements pleuraux, et que, d'autre part, l'existence d'une tension intra-pleurale positive expliquait l'inutilité d'une aspiration dans la très grande majorité des cas d'évacuation pleurale.

En effet, la tension du liquide intra-pleural dépend de la résultante algébrique d'un facteur positif de charges dépendant de la hauteur de liquide, et d'un facteur négatif, correspondant à l'aspiration thoracique, ou vide pleural, et résultant surtout de l'élasticité pulmonaire. L'existence d'une tension positive explique qu'elle doive être ramenée à zéro simplement, et que l'aspiration soit inutile dans la très grande majorité des cas pour réaliser le degré utile d'évacuation pleurale. S'il s'agit de cas particuliers : liquides très visqueux, liquides purulents, il existe des procédés thérapeutiques, tels que la pleurotomie.

D'autre part l'aspiration d'un épanchement pleural est souvent dangereuse : œdème a vacuo, perforation pulmonaire, éruptions granuliques locales.

Le professeur L. Langeron attire l'attention sur la thoracentèse sans aspiration, qui satisfait à toutes les indications de la thoracentèse, et présente de nombreux avantages sur le procédé avec aspiration.

Pas de seringues qui ne marchent pas, pas de bouteilles mal fermées, d'aides occupés à pomper ; une aiguille ou un trocart de 2 mm. de diamètre, bien calibré et sans rétrécissement, pour obtenir le maximum de précision dans la mesure des pressions, un tube de caoutchouc, un tube de verre gradué ou fixé sur une planchette graduée, comportant un 0, avec au-dessus, pour les pressions positives, au-dessous pour les pressions négatives, une notation en centimètres (15 à 20 suffisent).

La technique comporte, en tout et pour tout, la ponction de la plèvre, puis l'écoulement du liquide, après amorçage si c'est nécessaire, dans un récipient. Le niveau du récipient par rapport à l'orifice de ponction peut, s'il est placé assez bas, réaliser une sorte de siphon ; mais cette cause d'aspiration légère peut être supprimée par élévation de ce récipient.

La prise des pressions intra-pleurales se fait en même temps que l'évacuation de liquide ; on met tout simplement au niveau de l'orifice de ponction le 0 du tube de verre gradué ; on juge ainsi aisément des pressions et de leurs variations ; cette manœuvre répétée au cours de la ponction permet de juger des effets de la déplétion, et de l'état du poumon sous-jacent. Si la pression baisse lentement et progressivement, c'est que le poumon suffisamment élastique reprend sa place au fur et à mesure qu'il est décomprimé ; on peut le considérer comme sain. Si au contraire la pression baisse brusquement,

on doit avoir affaire à un poumon infiltré, malade ou fixé par des adhérences, incapable de reprendre son ampliation primitive, et alors on doit modérer d'autant la rapidité et l'intensité de l'évacuation.

C'est donc là un procédé à recommander au praticien. (*Journ. des sciences médicales de Lille,* 22 janvier 1928.)

La splénectomie dans la leucémie myéloïde.

En dehors des affections classiquement justiciables de la splénectomie (maladie de Banti, anémies spléniques, tumeurs de la rate), on a ajouté depuis quelques années, d'abord l'ictère hémolytique, puis le purpura chronique thrombocytopénique, et enfin les splénomégalies mycosiques.

La leucémie cependant est restée en dehors de la thérapeutique chirurgicale, parce que c'est elle qui, de tous temps, a amené des désastres rapides, parce que c'est l'état leucémique du sang qui constitue la contre-indication essentielle de la splénectomie.

Il existe pourtant un certain nombre de cas de leucémie myéloïde dans lesquels la splénectomie a été pratiquée, non seulement sans désastre, mais avec des résultats favorables, au point que quelques auteurs ont cru pouvoir recommander cette opération dans la leucémie.

Les professeurs Lecène et Aubertin ont recherché : 1° si la splénectomie était possible dans les leucémies ; 2° quel était l'effet de cette opération sur l'évolution de la maladie.

Ils pensent que, dans la leucémie myéloïde, la splénectomie est réalisable sans danger, mais à condition de la faire précéder d'un traitement par les rayons X, qui réduit le volume de la rate et surtout ramène la formule sanguine aux environs de la normale ; elle est même possible quand la radiothérapie n'a amené qu'une amélioration incomplète et purement hématologique ; elle est toujours dangereuse dans une leucémie non traitée par les radiations.

Quant à l'utilité de cette intervention, elle semble assez restreinte : en effet, elle ramène le chiffre leucocytaire à un niveau inférieur à celui d'avant l'opération et correspondant à la production du tissu myéloïde extrasplénique ; mais elle n'agit pas sur le processus essentiel, car la formule sanguine reste qualitativement leucémique. On peut dire que son action n'est pas nettement supérieure à celle des radiations qui sont capables de ramener pour un temps plus ou moins long la formule sanguine à la normale. (*La Presse médicale,* 14 janvier 1928.)

Les limites actuelles de l'asepsie opératoire.

D'un travail du professeur Marquis, il ressort qu'une asepsie relative peut être réalisée par le silence pendant l'acte opératoire, la désinfection (sans lavage immédiatement préalable des mains du chirurgien et de la peau de l'opéré) d'une part par l'alcool, d'autre part par la teinture d'iode, par le rejet systématique des gants déchirés, par la protection soigneuse de la plaie par les champs stérilisés.

Toutefois, à la fin d'une opération, la plaie possède presque constamment des germes, soit en profondeur, soit en surface.

Et si, malgré ces pyogènes, la suppuration est rare, nous le devons aux réactions de défense des séreuses, dont l'épithélium admirablement préparé à la lutte doit être respecté ou du moins restauré, ainsi qu'au leucocyte, qui est le meilleur des antiseptiques.

Mais l'asepsie absolue, l'asepsie telle que l'entendent les bactériologistes, est encore irréalisable dans notre pratique chirurgicale. (*La Presse médicale,* 11 février 1928.)

Traitement des ménorragies d'origine ovarienne par l'insuline.

Indépendamment de son action sur les hydrates de carbone, l'insuline, chez des femmes non diabétiques, normalement réglées, diminue les règles dans leur durée et dans leur abondance. On a conseillé d'injecter pendant 3 à 4 jours de suite, à partir du quatrième jour des règles, une dose journalière de 40 à 50 unités d'insuline, en deux fois, avant les principaux repas. Les résultats ainsi obtenus chez 50 malades ont été si concordants qu'on a pu affirmer l'origine non ovarienne d'une hémorragie ne cédant pas à ce traitement. Dans les hémorragies non menstruelles, en effet, dans les métrorrhagies liées à un fibrome, à un myome sous-muqueux, à une endométrite ou à un cancer du corps, l'insuline n'agit pas, et il ne faut pas l'employer. Par ailleurs, pour éviter les accidents troujours possibles d'hypoglycémie, il faut faire absorber immédiatement avant les injections une dose suffisante d'hydrates de carbone, sous forme de sucre, de chocolat, d'eau sucrée, etc.

Le Dr Coste a traité jusqu'ici 24 cas, ayant résisté à la thérapeutique habituelle, où il était d'usage d'intervenir sur l'ovaire, ou de recourir à la radio, à la curiethérapie, et les résultats obtenus ont été des plus nets.

L'insuline semble agir à la manière d'un ferment ou d'une vitamine pour régulariser le cycle de l'ovulation ; mais la chose ne peut encore être affirmée. (*La Presse médicale,*11 février 1928.)

Augmentation mondiale de la fréquence du cancer.

D'un travail de statistique très important publié par le Dr Mayer il ressort, et cela malgré des inexactitudes inhérentes aux statistiques elles-mêmes, que la proportion des décès par

cancer, est dans tous les pays, notamment en Belgique, en augmentation notable relativement à la mortalité générale.

Et en particulier, un auteur allemand écrit que l'accroissement du nombre des cancers a été particulièrement manifeste dans les premières années de la guerre, vraisemblablement parce que les malades atteints de cancer durant cette période offraient moins de résistance que les autres individus. L'augmentation n'est pas limitée à certains organes, mais se rencontre généralement dans toutes les régions ; elle est surtout appréciable pour les cancers du côlon, du rectum, de l'utérus, de l'ovaire et du poumon chez la femme. L'auteur partage cette opinion.

D'autre part les chiffres de décès par cancer non contrôlés par une autopsie sont certainement inférieurs à la réalité.

Il est également impossible de préciser si l'augmentation du nombre d'individus atteints de cancer est réelle, ou si elle est due simplement au fait que l'éducation du public et l'amélioration des techniques médicales ont fait constater plus souvent l'existence de lésions cancéreuses chez des sujets, qui précédemment n'avaient pas recours aux médecins, et mouraient d'affections intercurrentes en se confiant à des charlatans.

Le nombre des sujets atteints de lésions cancéreuses est dans tous les pays à peu près aussi élevé que celui des sujets atteints de tuberculose.

Ce chiffre élevé exige impérieusement des Pouvoirs publics et du Corps médical des mesures efficaces pour améliorer la thérapeutique et rechercher par les méthodes expérimentales l'étiologie et la pathogénie du cancer de façon à atteindre le moment où, connaissant son étiologie, on puisse lui opposer des mesures prophylactiques efficaces. (*Bruxelles-médical*, 29 janvier 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Fractures bilatérales des apophyses transverses lombaires.

(M. G. JEANNENEY, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 28-3-1928.)

Les fractures des apophyses transverses lombaires sont assez rares. Plus rares encore sont les fractures bilatérales et multiples de ces apophyses. M. Jeanneney en rapporte un exemple.

Un homme de trente ans tombe de son grenier. A l'examen on constate, chez lui, outre divers traumas, une vive douleur de la région dorso-lombaire, avec contracture. La radiographie montre à droite une fracture de toutes les apophyses transverses lombaires, et à gauche une fracture des 3e et 4e apophyses transverses au niveau de leur col. Les suites furent simples ; le blessé revu trois mois après l'accident n'accusait aucun trouble.

On sait que la gravité et l'intérêt chirurgical de ces lésions résident dans leurs suites et en particulier dans l'apparition plus ou moins précoce de lumbagos traumatiques rebelles. C'est pourquoi, tant pour le diagnostic que pour le pronostic, la radiographie est appelée à jouer un rôle important. Pour ce qui est du traitement, M. Jeanneney pense qu'une hypercorrection orthopédique, immobilisant le malade en flexion latérale forcée serait susceptible de corriger dans certains cas le déplacement vertical des fragments et de prévenir ainsi les compressions nerveuses.

Le traitement chirurgical pourra être indiqué d'emblée s'il y a des signes d'altération des racines nerveuses (résection du fragment osseux offensant) ou secondairement, s'il y a lumbago rebelle. M. Lance a appelé l'attention sur cette catégorie intéressante de lumbagos traumatiques et la thérapeutique à y opposer.

Fréquence croissante des syphilis arsénorésistantes.

(MM. J. NICOLAS, MASSIA et J. LACASSAGNE. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 9-2-1928.)

MM. Nicolas, Massia et Lacassagne ont noté la fréquence croissante des syphilis arsénorésistantes dans la région lyonnaise. Alors que, au début de l'emploi des arsénobenzols, les cas d'arsénorésistance étaient exceptionnels, depuis quelques années, depuis 1925 surtout, ils vont en se multipliant. On voit parfois des manifestations syphilitiques primaires ou secondaires être peu influencées par une série de 6 ou 7 injections à doses progressives. D'autres fois, des syphilides secondaires apparaissent en plein traitement, ou encore des récidives se montrent précocement

Pour expliquer ces faits, on peut mettre en cause ou le terrain, ou le médicament, ou la graine. Le terrain a-t-il changé ? Cela ne semble guère probable. De nombreux arsénorésistants sont trop âgés pour que leurs parents aient pu être traités par l'arsenic. Le médicament serait-il différent ? Certes, actuellement, les accidents dus au novarsénobenzol sont beaucoup moins fréquents qu'autrefois et on peut se demander si les fabricants, en diminuant la toxicité de leurs produits, n'ont pas atténué en même temps l'activité de ceux-ci. Cependant, on constate chez beaucoup d'autres malades la même efficacité des arsénobenzènes. Faut-il alors incriminer la graine,

admettre que les tréponèmes ou plus exactement certaines souches de tréponèmes seraient habitués à la médication ? Cette explication paraît judicieuse mais il est prématuré de l'accepter sans réserves.

— M. Queyrat expliquerait plutôt la multiplication des cas d'arséno-résistance par un changement dans la qualité des médicaments. Les fabricants cherchent avant tout, aujourd'hui, à fournir au médecin des produits qui ne provoquent pas de réactions. Ces médicaments peu organotropes sont peut-être moins tréponémotropes.

— M. Lortat-Jacob parle des exemples de pluri-résistance qu'il a observés. Ils tendraient à faire incriminer surtout le terrain ou la graine.

— M. Clément Simon a constaté cette arséno-résistance, quoique moins souvent que MM. Nicolas et Lacassagne.

— M. Thibaut préfère, dans les cas d'arséno-résistance, au lieu de forcer les doses d'arsénobenzènes, changer de traitement et employer le bismuth qui, quelquefois alors, agit très vite. La thérapeutique de la syphilis doit d'ailleurs être variée, polyvalente.

— M. Gougerot croit l'arséno-résistance *complète* rare, mais la *demi*-arséno-résistance plus fréquente, l'arsenic donnant alors un résultat, mais inférieur à ce qu'il donnait auparavant.

Le psoriasis est-il d'origine syphilitique (hérédo-syphilis) ?

(MM. Jausion et Pecker. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-2-1928.)

L'étiologie et la pathogénie du psoriasis ne sont pas encore élucidées. On a mis en avant diverses théories : toxinienne, sporozoaire, endocrino-sympathique, trophonévrotique, etc.

S'appuyant sur l'action souvent favorable des médicaments anti-syphilitiques (arsénobenzènes, bismuth...), MM. Jausion et Pecker soulèvent la question de l'origine hérédo-spécifique du psoriasis, intervenant par l'entremise tropho-névrotique et probablement endocrino-végétative. C'est là une simple hypothèse, évidemment, mais plus défendable aujourd'hui qu'hier.

Les auteurs rappellent, à ce propos, leur communication récente sur l'action d'un mélange bismutho-arséno-pyridinique dans le psoriasis, la pyridine intervenant comme sédatif vago-sympathique.

P.L.

Syndrome adiposo-génital, diabète sucré, exophtalmie bilatérale, etc., dus à un méningiome ou à un sarcome partiellement calcifié. Erythrose cutanée avec polyglobulie.

(MM. P. Lechelle, D. Douady et Joseph. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 30-3-1928.)

Des travaux récents ont attiré l'attention sur une variété de tumeurs intra-craniennes jusqu'alors peu étudiée, les méningiomes, dont les caractères cliniques et les particularités radiologiques méritent de retenir l'attention. Par certaines de leurs modalités cliniques (absence d'hypertension intra-cranienne propre aux tumeurs cérébrales), par l'intégrité du fond de l'œil, par l'unilatéralité fréquente de leur développement, par les caractères radiologiques qu'ils affectent parfois, ces méningiomes peuvent être confondus avec certaines néoformations sarcomateuses de la base du crâne.

L'étude de ces tumeurs présente un intérêt pratique, car elles sont parfois extirpables.

Les auteurs présentent l'observation d'un malade de ce genre, qui, en plus des symptômes énumérés dans le titre de ce chapitre, présentait une hémiparalysie droite des nerfs de l'étage antérieur du crâne.

L'étude des nerfs craniens lésés montre qu'il n'est pas possible de les grouper en syndromes régionaux ; l'atteinte nerveuse n'est d'ailleurs pas strictement unilatérale.

L'exophtalmie, premier des symptômes observés, peut faire penser que c'est au niveau de l'orbite que la tumeur aurait évolué initialement.

La recherche de la nature de la tumeur paraît importante à préciser, car cette notion peut conduire à une thérapeutique précise. Seule la syphilis peut déterminer très exceptionnellement des syndromes semblables à celui décrit dans l'observation des auteurs ; mais celle-ci ne saurait être en question ici. Les neurofibromes ou les gliomes de la région du chiasma peuvent également être éliminés; il en est de même des ostéomes, opaques aux rayons X, mais dans lesquels on ne retrouve aucune des lésions destructives, qui caractérisent les radiographies du malade étudié.

Deux diagnostics seuls peuvent être pris en considération. Le méningiome de la base possède en sa faveur l'extension basilaire sans généralisation et le double aspect ossifiant et destructeur de la radiographie. Toutefois certains caractères font défaut : ni atrophie optique primitive, ni troubles mentaux, pas d'altération dans le fonctionnement de la 1re paire. Aussi faut-il penser plus tôt à une sarcomatose de la base du crâne, malgré la bilatéralité des lésions et de l'exophtalmie ; l'aspect calcifié de la partie antérieure de la tumeur peut, d'autre part, être réalisé par certains sarcomes, dits angiolytiques.

A signaler l'érythrose diffuse avec polyglobulie, dont on ne trouve mention dans aucune description de syndrome basilaire ou infundibulo-hypophysaire.

Chez le malade observé, en raison de l'absence d'hypertension, il n'y a pas à envisager, provisoirement du moins, une trépanation décompressive.

Un traitement chirurgical tendant à l'exérèse de la tumeur est, bien entendu, contre-indiqué si l'on retient comme très probable l'hypothèse d'une sarcomatose de la base ; on n'y penserait qu'en cas de méningiome ; le malade a commencé à être traité en novembre 1927, et actuellement on a mis en œuvre un traitement radiothérapique profond. On répète

les examens de fond d'œil de manière à intervenir précocement par une trépanation décompressive en cas d'apparition de stase papillaire.

Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax. Pleurésie enkystée à streptocoque fistulisée dans les bronches et guérie par la phrénicectomie.

(M. H. Dufour et Mlle Pau. — *Soc. méd. des hôpit.* ; 30-3-1928.)

L'histoire de cette malade se déroule en 4 étapes :

1° Pneumothorax pour une tuberculose pulmonaire gauche ;

2° Séjour de onze mois au sanatorium de Bligny ;

3° A deux reprises, à l'occasion d'une grippe la première fois, d'une angine la deuxième fois, nouvelle évolution tuberculeuse. Cette deuxième reprise se complique d'une pleurésie purulente enkystée dans la plèvre gauche et fistulisée dans les bronches ;

4° Phrénicectomie gauche, chute de la température, malgré la réapparition de bacilles de Koch dans les crachats. La pleurésie à streptocoques est guérie.

Si cette malade a pu triompher de cette association microbienne, c'est grâce à une virulence affaiblie des deux germes.

D'autre part, on ne saurait nier le rôle bienfaisant et curateur de la phrénicectomie. Par l'ascension du diaphragme, et par suite de l'ouverture dans les bronches de la poche de pleurésie à streptocoques, celle-ci s'est vidée peu à peu au dehors, comme une éponge exprimée, sans qu'il lui soit possible de se dilater à nouveau. Ce résultat ne pouvait être obtenu par aucune autre médication.

Quant à l'influence des associations secondaires au cours de cette évolution tuberculeuse, voici les points intéressants : tuberculose pulmonaire évoluant à peu près seule, pas de fièvre, recrudescence de cette dernière dès qu'apparaissent la grippe, une angine, et surtout une pleurésie purulente à streptocoque ouverte dans les bronches, laquelle entretient une fièvre hectique jusqu'au jour où l'on arrive à supprimer le foyer streptococcique intra-thoracique sans que pour cela la tuberculose soit éteinte.

Cette observation est une démonstration lumineuse du rôle joué par les infections secondaires associées à la tuberculose pulmonaire.

Incidents du pneumothorax artificiel.

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-3-1928.)

Ces incidents sont rares ; ils se comptent par unités sur plusieurs milliers d'insufflations.

a) Le premier incident, normal et imprévisible, est l'impossibilité du décollement ; il tient en général à une intervention demandée trop tardivement ; mieux vaut le pneumothorax précoce, dès que la lésion évolutive n'a pas cédé à quelques semaines de traitement.

Sur ce point, l'auteur recommande la patience et la répétition des manœuvres. On a pu obtenir le décollement à la huitième ou dixième tentative, ou plus tard, surtout dans les cas où l'on avait pu faire une minime injection d'air, obtenue avec une pression dépassant + 20. Il se fait un travail latent dû à la bulle d'air comprimée.

b) Il est possible de piquer une artériole superficielle, aussi faut-il ne pas suivre quelques phtisiothérapeutes, qui n'hésitent pas à piquer les régions antérieures où les artères intercostales ne sont plus au niveau du bord inférieur de la côte supérieure, selon la donnée classique.

c) Deux fois, l'auteur a observé une crise d'épilepsie pleurale, dont l'une assez dramatique, mais sans suite, chez un grand alcoolique.

d) L'aspiration trop vive ou une fausse manœuvre a pu entraîner dans la plèvre la solution colorée des flacons. Cet accident doit être rare, et peut être évité par un barboteur. Il y a le grand avantage moins de l'épuration physique de l'air que du contrôle rigoureux de la manœuvre, puisque chaque bulle d'air qui se dirige vers la plèvre se signale par son passage dans l'huile antiseptique du barboteur.

e) Le grand incident du pneumothorax reste l'épanchement. Mais c'est là une question complexe, qui mérite des recherches longues et multiples.

Le pneumothorax n'est pas une thérapeutique complète ; dans les cas où elle échoue, une part considérable de responsabilité revient presque toujours à l'insuffisance du traitement hygiéno-diététique.

Appareil à transfusion.

(M. Jean Bretey. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-3-1928.)

Cet appareil est destiné à transvaser un liquide ou un gaz à l'abri du contact de l'air, avec une asepsie absolue ; il n'a ni soupape, ni robinetterie ; il est caractérisé par l'automatisme de son fonctionnement. C'est une seringue de 10 cc. à piston métallique à laquelle s'adapte une tubulure en T, aboutissant de chaque côté à un caoutchouc avec aiguille.

Sur chaque tuyau de caoutchouc est une pince obturatrice, qui, par un dispositif spécial, s'ouvre ou se ferme au moment de l'aspiration ou du refoulement par le piston de la seringue.

L'appareil peut servir aux transfusions de sang pur ou citraté, aux injections sous-cutanées d'oxygène, aux ponctions de tous épanchements, à l'autohémothérapie. Mais il permet surtout de réaliser les pneumothorax artificiels, même la première insufflation ; il se prête aussi à la prise de tension veineuse, de tension du liquide céphalo-rachidien.

G. F.

Les Congrès

IXe Réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie.

(*Paris,* 7 *octobre* 1927.)

C'est devant un amphithéâtre amplement garni que le professeur Nové-Josserand, président, ouvre la réunion de la Société.

Il rappelle les deuils récents qui viennent de la frapper : KIRMISSON, qui fut en France le grand promoteur du mouvement orthopédique moderne, le fondateur de la *Revue d'orthopédie* et de la Société d'orthopédie, vient de disparaître. Elle a perdu aussi son secrétaire général, le professeur CURTILLET (d'Alger) qui a tant fait par ses travaux pour la chirurgie infantile.

Le président sortant, M. le professeur Ombrédanne, est élu président honoraire par acclamation et M. le professeur Lefort (de Lille), secrétaire général adjoint.

PREMIÈRE QUESTION

Traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne.

Rapporteur : A. DELAHAYE (de Berck).

Si Bonnet, dès 1840, avait bien établi les règles du traitement orthopédique des tuberculoses ostéo-articulaires, c'est avec Ollier que débute l'histoire du traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne. Avant lui, quelques tentatives opératoires peuvent être citées (Moreau, le père, Liston). Mais jusqu'aux travaux du grand chirurgien lyonnais, dans les cas graves on pratiquait la résection articulaire du cou-de-pied, opération très mutilante, ou l'amputation. Ollier montra la différence de l'évolution de la lésion chez l'enfant et l'adulte. Le premier peut guérir par les méthodes conservatrices (immobilisation, injections modificatrices), et le traitement opératoire n'intervient que dans les formes graves ; chez l'adulte, le traitement opératoire est de règle. Aux résections tibio-tarsiennes, il oppose l'astragalectomie qui suffit au drainage articulaire et donne un résultat fonctionnel bien supérieur. Il en fixe la technique précise (voie d'abord, nécessité de la conservation des malléoles, traitement post-opératoire). Dans les cas plus graves, la postéro-tarsectomie sera de mise.

Arrêtée pendant des années par la légende de la généralisation tuberculeuse à la suite des opérations dans la tuberculose osseuse (théorie de Verneuil, 1883, réfutée par Trélat, Lannelongue, Broca, Ménard), la chirurgie de la tuberculose osseuse a repris son essor depuis 1890. Au cou-de-pied, il faut rappeler les travaux de Gangolphe, Mondan, et surtout Victor Ménard (de Berck). Ce dernier préconise l'*astragalectomie de drainage* dans tous les cas de tuberculose tibio-tarsienne grave chez l'enfant. Il en fixe la technique, et montre les bons résultats orthopédiques qu'elle procure.

La thèse si documentée d'Andrieu (1905) expose bien l'opinion des chirurgiens à cette époque.

Depuis lors, le travail le plus complet est la thèse de Pouzet (Lyon 1926) exposant les idées et les résultats de M. Nové-Josserand.

On peut résumer l'opinion classique par l'exposé de Leriche dans le traité récent de thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche. « Jusqu'à quinze ans, la tumeur blanche tibio-tarsienne a souvent une tendance naturelle à guérir, si les conditions générales sont satisfaisantes... Mais, même à partir de six ans, si la suppuration se produit abondante et tenace, si elle s'aggrave, si la radiographie montre une extension progressive des lésions, l'astragalectomie doit être pratiquée ... »

« Après quinze ans..., si, au bout de trois mois de rigoureuse immobilisation, une franche amélioration locale n'est pas obtenue, l'astragalectomie s'impose... En règle, après vingt ans, la tuberculose ostéo-articulaire ne guérit guère sans intervention. »

On peut donc dire que chez le jeune enfant, on admet que le traitement conservateur est de règle, l'intervention *de nécessité.*

Une tendance plus systématiquement interventionniste chez l'enfant s'est fait jour dans ces dernières années.

A Lyon, avec M. Vignard, à Berck avec MM. Sorrel et Delahaye.

Le rapport de Delahaye constitue un chaud plaidoyer en faveur de l'astragalectomie dans le traitement de la tuberculose tibio-tarsienne chez l'enfant.

Voyons ses arguments.

Il établit d'abord que le diagnostic de la tumeur blanche du cou-de-pied est parfois fort délicat à faire chez l'enfant, que l'on confond assez souvent avec elle des réactions articulaires dues à des lésions tuberculeuses de voisinage (ostéites, qui figurent à tort dans certaines statistiques comme arthrites et guérissent naturellement avec l'intégrité des fonctions articulaires. Ces ostéites juxta-articulaires qui peuvent secondairement envahir la tibio-tarisienne sont justiciables du traitement sanglant préventif, évidement).

Il montre ensuite que la tumeur blanche du cou-de-pied présente chez l'enfant plusieurs formes distinctes :

1° La forme synoviale, sans lésions osseuses, justiciable de l'immobilisation et du traitement général ;

2° La forme à début brusque, qui cède de même en général au traitement conservateur ;

3° La forme grave bacillémique qui constitue une contre-indication à toute intervention ;

4° L'association avec d'autres localisations bacillaires graves qui impose la même abstention ;

5° *C'est dans l'arthrite banale ordinaire que se pose le problème de l'astragalectomie comme méthode thérapeutique de choix,* et cela non pas au début, où les signes cliniques et radiologiques sont souvent frustes, mais après six et huit mois d'évolution, quand le diagnostic est assuré et que l'on est au stade des fongosités.

Dans ces conditions, convient-il de continuer le traitement conservateur et d'attendre l'apparition des abcès, des fistules, pour pratiquer l'astragalectomie de drainage de Ménard ?

Faut-il au contraire, avec Sorel et Delahaye pratiquer de suite l'astragalectomie de choix ?

Voici le problème nettement posé et le point en litige.

Et voici la réponse du rapporteur :

« En présence d'une tumeur blanche tibio-tarsienne évidente avec fongosités, d'origine astragalienne (c'est l'origine habituelle chez l'enfant), évoluant depuis un temps d'une année environ, lorsque la lésion paraît cliniquement et radiographiquement limitée à la tibio-tarsienne, lorsqu'il n'y a aucune contre-indication générale, il n'y a pas avantage à attendre, mais intérêt à pratiquer l'astragalectomie, à deux conditions cependant : que la tumeur blanche soit la seule localisation importante et que le malade soit dans les meilleures conditions hygiéniques possibles pour être opéré. »

Ce dernier desiderata est réalisé au maximum par le séjour préalable dans un hôpital marin.

Voici des indications nettement posées.

Quelles seront les avantages de cette manière de faire ? Le rapporteur nous le dit.

Alors que l'immobilisation prolongée expose à des inconvénients (grande longueur du traitement, troubles trophiques considérables du côté des muscles et du squelette, fréquence des ankyloses souvent vicieuses, fréquence des récidives, possibilité d'aggravation ultérieure), l'astragalectomie précoce donne une guérison rapide, complète, avec une néarthrose mobile. Suit l'exposé détaillé de la technique de l'opération telle que la pratique Sorrel, avec planches à l'appui, des soins post-opératoires si importants, et enfin des résultats (tableaux, photographies, radiographie), et enfin présentation de malades .

Sur 22 malades astragalectomisés dans ces conditions, deux sont morts de tuberculose (un presque aussitôt, l'autre tardivement), 20 guérisons. On a pratiqué dix fois la fermeture sans drainage, douze fois sur une petite mèche. Tous ont fermé par première intention ou en un temps variant de deux à cinq mois. Il n'y a eu que deux abcès secondaires. La moyenne du traitement post-opératoire jusqu'à la reprise de la marche a varié de dix-huit à vingt-neuf ans.

Le résultat éloigné sur 13 enfants de deux à huit ans, a été excellent : mobilité de la néarthrose, absence de douleurs dans les mouvements, pied à peine déformé, excellent appui plantaire, absence de troubles trophiques ; chez 7 enfants plus âgés (dix à quatorze ans) les résultats sont excellents dans trois cas, moins bons dans quatre.

Tout en étant supérieure à l'immobilisation, l'astragalectomie donne déjà de moins bons résultats que chez le jeune enfant.

Au total « les partisans de l'*astragalectomie de choix* pensent qu'en dehors de certaines contre-indications d'ordre général, cette intervention ne présente chez l'enfant aucun danger spécial. Elle permet d'obtenir une néarthrose solide, mobile, non douloureuse, avec un pied à peine déformé. La guérison, en règle générale, est obtenue relativement vite, plus rapidement que par l'immobilisation dans les mêmes circonstances. L'atrophie du squelette du pied et de la musculature jambière est moins marquée. L'articulation nouvelle ne semble pas davantage prédisposée aux récidives. Les résultats obtenus paraissent d'autant meilleurs qu'en restant dans les limites indiquées on opère moins tard, ce qui permet d'avoir une loge astragalienne à parois relativement saines. »

Et le rapporteur montre qu'au fond, cette opinion n'est pas très éloignée de l'opinion classique, telle qu'elle est exposée dans la thèse de Pouzet ; si l'on veut bien s'entendre sur le degré de gravité de la tumeur blanche tibio-tarsienne, et sur le sens du mot « astragalectomie de choix ».

Ce problème qui constitue le nœud de la question, étant envisagé, le rapport aborde les autres parties du traitement chez l'enfant : traitement chirurgical des récidives et séquelles, astragalectomie orthopédique, astragalectomie pour récidives. Ici point de grosses divergences d'opinion.

Traitement chirurgical de la tumeur blanche grave de l'enfant. — Ici, tout le monde est d'accord, c'est l'*astragalectomie de nécessité*, de drainage, dont les indications, la technique, les résultats ont été décrits par Ménard, qui s'impose.

Elle conduit parfois dans les cas très graves où on opère tardivement à l'*astragalectomie élargie* (évidement des os voisins) et même dans certains cas à la postéro-tarsectomie.

Celle-ci peut être faite en deux temps : traitement par exemple d'une ostéite du calcanéum ou du tibia, puis, secondairement, astragalectomie. C'est, pour la plupart des auteurs, et le rapporteur se range à cet avis, la méthode de choix.

La *postéro-tarsectomie* en un temps, dont M. Nové-Josserand a étendu les indications, est ensuite décrite. Elle donne des résultats fonctionnels très inégaux, et toujours très inférieurs à ceux de l'astragalectomie typique. Elle doit être réservée aux cas exceptionnellement graves et pour tenter d'échapper à l'ultime recours : l'*amputation*.

Celle-ci, chez l'enfant, ne doit être employée que lorsqu'on aura épuisé toutes les ressources du traite-

ment chirurgical conservateur. Elle est nécessitée par la gravité des lésions locales, l'altération de l'état général ou la présence d'autres foyers importants.

Traitement chirurgical de la tuberculose tibiotarsienne de l'adolescent et de l'adulte.— *Forme synoviale.* — Le traitement orthopédique simple peut parfois obtenir la guérison. Tant qu'il n'y a pas d'indication clinique et radiographique nette en faveur d'une altération osseuse, la conservation est de règle.

Forme fongueuse. — A partir de quinze ans, elle résiste, en général, à l'immobilisation. L'astragalectomie est le traitement de choix, mais ses résultats fonctionnels sont de moins en moins bons, au fur et à mesure qu'on avance en âge et à partir de quarante ans, l'amputation doit être préférée.

L'astragalectomie chez l'adulte présente des particularités de technique qu'expose le rapporteur ainsi que ses résultats.

La postéro-tarsectomie ne présente que des indications exceptionnelles. Quand l'état local ou général impose une opération large, c'est l'amputation qui est de mise et c'est le Syme qu'il vaut mieux choisir à cause de son résultat orthopédique excellent, mais il ne faut pas attendre trop tard, l'extension des lésions pouvant la rendre impraticable.

Telles sont les grandes lignes du rapport si clair, complet et documenté, de M. Delahaye.

Discussion

M. R. Massart (de Paris) apporte les résultats éloignés de trois astragalectomies faites pour des tumeurs blanches fistuleuses. Ici donc l'indication était nette.

L'auteur insiste sur les bons résultats fonctionnels obtenus. Il ne conseille pas l'astragalectomie avant cinq ans.

MM. Lefort et Piquet (de Lille) apportent un travail basé sur 82 observations de tumeur blanche du cou-de-pied observées à Lille ou à Zuydcoote.

Au début, elle se présente sous trois formes : forme sans lésions localisées, à lésion localisée à une partie de l'articulation (ostéo-arthrites primitives), forme localisée, d'abord extra-articulaire, puis se propageant à l'articulation (astragale le plus souvent avec propagation rapide).

Quand l'arthrite est confirmée, c'est presque toujours l'astragale qui est le plus malade, le centre des lésions, quel qu'ait été le début. C'est lui qui doit être enlevé et son ablation suffit. Il y a avantage à le faire tôt, mais l'astragalectomie ne doit pas être systématique. Il faut choisir les cas. L'état général joue un grand rôle dans la guérison. Un malade qui sera astragalectomisé à Lille aurait pu guérir sans opération à Zuydcoote.

M. Contargyris (d'Athènes) apporte 14 observations d'astragalectomies du service de M. Phocas à Athènes. Une première série de cinq cas anciens (avant 1922) donne un mort de tuberculose pulmonaire et quatre guérisons.

La deuxième série (jusqu'en 1926) donne une mort, une amputation, sept guérisons. Il s'agit de pré-adolescents, adolescents ou adultes, opérés après échec du traitement conservateur.

On a pu obtenir la fermeture de cas très avancés en deux mois et demi à cinq mois, et le résultat fonctionnel a souvent été excellent (radiographies, empreintes plantaires).

L'astragalectomie à partir de dix ans et chez l'adulte donne donc de bons résultats ; l'amputation ne sera pratiquée que si l'état général l'exige.

Chez l'enfant, l'astragalectomie ne sera pratiquée que par nécessité.

M. Trèves (de Paris) conseille, chez l'enfant et même l'adulte jeune, de toujours tenter le traitement conservateur comprimant l'immobilisation dans un appareil à anse et l'héliothérapie.

L'astragalectomie n'intervient que dans le cas d'échec du traitement conservateur.

M. Frælich (de Nancy) rappelle que déjà en 1888 le professeur Vautrin (de Nancy) avait préconisé les résections précoces dans les tumeurs blanches du cou-de-pied. Les résultats étaient déplorables. La tunnellisation du cou-de-pied de Kirmisson, que l'auteur a pratiquée, lui a donné quelques bons résultats.

Depuis trois ans, sous l'influence des idées récentes, il a pratiqué trois astragalectomies précoces, avec un succès et deux réouvertures, avec évolution aussi lente que par le traitement conservateur.

Il pense que la résection précoce présente des indications restreintes.

M. Pouzet (de Lyon). — Le débat tourne autour de deux questions : faut-il chez l'enfant faire l'astragalectomie de choix ou seulement de nécessité ? Faut-il chez l'adulte pratiquer l'astragalectomie dès que le diagnostic est certain ? Pour adopter l'astragalectomie de choix chez l'enfant, il faudrait que la guérison soit plus rapide et plus sûre que par le traitement conservateur. Or, la statistique de M. Nové-Josserand montre 6 p 100 de rechute avec la conservation, 14 p. 100 avec l'astragalectomie. Celle-ci ne met donc pas à l'abri des accidents immédiats. Certains opérés ont eu des abcès secondaires où il a fallu intervenir sur les os voisins qui étaient atteints. Donc la guérison rapide n'est pas absolue. Le résultat fonctionnel est-il meilleur ? Cela n'est pas prouvé ; beaucoup de tumeurs blanches traitées par l'immobilisation guérissent avec tous les mouvements.

Le traitement ne doit pas être systématique mais opportuniste. Au début, immobiliser ; mais si la radiographie montre des lésions profondes, si la sous-astragalienne est prise, si l'affection résiste à ce traitement, il faut opérer. Il en est de même dans les récidives ou chez les sujets âgés.

L'auteur indique ensuite les indications de la postéro-tarsectomie que M. Nové-Josserand pratique systématiquement dans les formes graves. Des projections montrent les résultats donnés par ces diverses interventions.

M. Sorrel (de Berck) croit peu aux statistiques et

aux articles de Revues. C'est au lit du malade qu'il faut discuter, et il pense que, dans un même cas, observateurs et interventionnistes agiraient le plus souvent de même.

Pour l'adulte, il ne faut plus croire que l'amputation est inévitable. L'astragalectomie donne de bons résultats et suffit souvent. En cas d'échec, faire secondairement l'amputation, sans attendre trop tard, pour que le Syme, la meilleure des amputations basses, soit encore possible. Pour éviter la bascule du calcanéum, faire la ténotomie préventive du tendon d'Achille.

Chez l'enfant, l'auteur se refuse à discuter l'opinion des auteurs qu'il appelle les héliothérapeutes intégraux, où nous ne voyons pas les mêmes malades, où nous ne parlons pas la même langue.

Il est certain que beaucoup de tumeurs blanches tibio-tarsiennes de l'enfant peuvent guérir sans astragalectomie ; mais après quatre, cinq ans, peu guérissent sans ankylose, et après astragalectomie le résultat est meilleur.

Il ne faut pas attendre trop longtemps pour la pratiquer, la propagation conduirait à faire des postéro-tarsectomies, opération qu'il n'a été conduit qu'une seule fois à pratiquer et dont le résultat fonctionnel est mauvais.

En cas de foyers osseux doubles, il vaut mieux les traiter séparément.

L'astragalectomie ne doit pas être faite systématiquement dans la tumeur blanche tibio-tarsienne de l'enfant. Les arthrites très légères y échappent. Mais, dans les formes fongueuses avec abcès, il faut intervenir et sans attendre.

M. Nové-Josserand (de Lyon) est convaincu que l'opposition entre les auteurs est plus apparente que réelle, et qu'en présence du même malade 9 fois sur 10 ils feraient la même chose.

Il persiste quelques divergences. Dans les tumeurs blanches confirmées, même avec abcès, le résultat fonctionnel peut après traitement conservateur être supérieur à celui de l'astragalectomie. Celle-ci, précoce, a des avantages, mais a l'inconvénient de priver le malade de sa chance d'échapper au bistouri.

Il ne faut pas détruire la confiance dans le traitement conservateur ; l'appliquer, et en cas d'indications opérer.

M. Nové-Josserand expose ensuite les raisons anatomo-pathologiques qui l'ont amené à pratiquer systématiquement la postéro-tarsectomie lorsque les os du voisinage lui paraissent malades.

M. Delahaye, rapporteur, clôt la discussion en montrant que chez l'enfant, dans la forme grave multi-fistuleuse, tout le monte accepte l'astragalectomie de drainage, M. Nové-Josserand a même tendance à l'élargir et pratiquer la postéro-tarsectomie.

Dans la forme fongueuse sérieuse faut-il pratiquer l'astragalectomie de choix ? Tout le monde l'admet dès que l'affection traîne ou tend à s'aggraver. Les divergences sont minimes et surtout sur le temps de prolongation de l'immobilisation. Si l'on attend trop, on risque d'être poussé à faire une postéro-tarsectomie mutilante. C'est pourquoi nous conseillons d'opérer tôt. Il n'y a pas de différence essentielle entre les deux manières de procéder.

(*A suivre.*)

Les Livres

Librairie du Monde Médical,
47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e).

F. Cathelin et A. Grandjean. — **L'infection gonococcique et ses complications** (1 vol. in-8°, 250 pages, 30 figures, cartonné. Prix : 15 francs).

Ce livre consacré à l'étude clinique et thérapeutique des maladies blennorrhagiques est destiné aux praticiens. C'est dire que les auteurs ont volontairement laissé de côté toute la partie théorique, se bornant à signaler les méthodes simples, dont les résultats ont subi l'épreuve du temps, sans s'occuper des procédés de laboratoire, ni des méthodes thérapeutiques complexes exigeant des connaissances spéciales et un matériel compliqué, délicat et coûteux, qui ne peut se trouver que chez certains spécialistes et ne présente d'ailleurs aucune véritable supériorité sur les méthodes les plus simples à la portée de tous.

La blennorrhagie a l'importance sociale de la syphilis, puisqu'elle frappe depuis les jeunes gens jusqu'à la vieillesse et oblige certains malades à se soigner toute leur vie pour éviter des complications graves, tant pour eux que pour leur entourage.

Les nombreuses préparations (pommades, pâtes, liquides, etc.) préconisées depuis quelques années pour la préservation des maladies vénériennes peuvent rendre service en matière de syphilis, mais, contrairement à l'opinion de certains auteurs, se montrent plutôt nuisibles en matière de blennorragie, où il est nécessaire de les utiliser à l'intérieur de l'urèthre.

Par contre, la connaissance de l'agent pathogène de la blennorragie a fait faire à la thérapeutique des progrès rapides et importants qui permettent d'obtenir la désinfection apparente, du moins de la plupart des malades. La bactériothérapie, encore dans l'enfance, permettra-t-elle la guérison absolue ou la prophylaxie certaine de ce véritable fléau social ? Il est encore trop tôt pour l'affirmer.

La première partie traite de l'infection gonococcique, du gonocoque (bactériologie, sérothérapie, vaccinothérapie, chimiothérapie : jaune d'acridine, glu-

cose, hexaméthylène-tétramine), et des repaires microbiens chez l'homme et chez la femme.

La deuxième partie étudie la blennorragie aiguë, chronique, ainsi que ses complications, chez l'homme, chez la femme et chez l'enfant : symptômes, formes, diagnostic, pronostic, traitement abortif, local, interne, général, tests de guérison, urétroscopie, prophylaxie.

Enfin dans la troisième partie, on trouve les complications générales chez l'homme et chez la femme : cystite, pyélonéphrite, complications oculaires, arthrites, troubles nerveux.

« La blennorragie, maladie sociale » envisage la prophylaxie individuelle, l'éducation de la jeunesse, la conduite à tenir vis-à-vis du conjoint en matière de blennorragie extra-conjugale.

W. Vignal. — **Radiothérapie, rœntgenthérapie, curiethérapie, actinothérapie** (1 vol. in-16 de 420 pages avec 67 figures dans le texte, cartonné : 25 francs.)

Cet ouvrage précise les conditions et les modalités d'application des radiations. Il est divisé en deux parties.

Dans la première partie, sans formules mathématiques, sont exposées les propriétés physiques des divers rayonnements, leur dosimétrie, le principe des appareils qui les produisent et leurs modalités d'action sur l'organisme normal et pathologique.

Dans la deuxième partie, intitulée « Radiothérapie pratique » on trouvera méthodiquement énoncées les indications et les techniques appropriées à chaque cas particulier, ainsi que les résultats que l'on est en droit d'escompter.

La radiothérapie des tumeurs malignes qui, grâce aux travaux de l'école française,acquiert une importance sans cesse grandissante, y a été particulièrement étudiée. Enfin ce livre contient des conseils pratiques, qui permettront de faire des irradiations sans incidents ou accidents qui puissent affecter soit le patient, soit le radiothérapeute.

En résumé, sous un volume restreint, se trouvent résumées les notions indispensables pour prescrire à bon escient ou appliquer la radiothérapie

Librairie Félix Alcan,
108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pierre Prengowski. — **Les maladies neurasthéniques, pathogénie et thérapeutique** (1 vol. in-16, 100 pages).

Cet opuscule renferme d'intéressantes observations cliniques, que l'auteur relate en détail et discute ensuite. Il étudie : I. la cyclothymie, sa pathogénèse et son importance ; II. la pathogénèse et la thérapeutique de la neurasthénie ; III. une contribution à l'étude des affections psycho-nerveuses traumatiques.

Pierre Prengowski. — **Un groupe particulier des maladies psychiatriques fonctionnelles** (1 vol. in-16, 129 pages.)

Il faut actuellement, pour établir la notion de différentes maladies comme unités séparées, examiner d'une part le cours de la maladie et son issue, d'autre part connaître le chimisme du métabolisme, de même que tous les changements qui accompagnent les maladies psychiques dans le fonctionnement ou la structure du cerveau, comme des différents autres tissus ou organes.

Un résultat de ce nouveau courant a été d'élaborer une doctrine de la maladie qui est appelée par Kraepelin démence précoce, par Bleuler schyzophrénie, par Pâris psychose catatonique dégénératrice, et de la psychose maniaque dépressive.

Bien que toutes les maladies mentales ne proviennent pas de troubles organiques du cerveau, de l'intoxication ou de l'épilepsie, il ne faut pas penser qu'elles doivent nécessairement appartenir à la démence précoce ou à la psychose maniaque dépressive ; celles-ci ne peuvent englober toutes les autres, sauf celles d'origine organique et causées par une intoxication, et pour les faire entrer dans leur groupe il faut une analyse des plus minutieuses.

Ces maladies, ne pouvant être englobées dans un des groupes de Kraepelin, forment un groupe distinct, au point de vue symptomatologique, étiologique, et même pathogénique. L'auteur en rapporte 20 cas observés au cours de ces dernières années.

Dans tous les cas décrits,on constate un accroissement de la vie émotionnelle. Quand les aliénistes rencontrent dans leur pratique des cas analogues, leurs diagnostics varient selon l'école à laquelle ils appartiennent, et selon la classification et la terminologie dont ils sont partisans.

Il est difficile de se prononcer sur l'essence même du processus morbide de ce groupe, et de savoir s'il forme une maladie unique avec plusieurs variétés, ou bien plusieurs maladies différentes ayant seulement quelques traits communs.

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Prof. A. Guéniot, Membre de l'Académie de médecine. — **Souvenirs anecdotiques et médicaux** (1856-1871). (1 vol. in-16, 220 pages.)

En faisant revivre une des périodes les plus actives de son passé, celle d'étudiant, d'interne des hôpitaux, de chef de clinique, puis de chirurgien du Bureau central et d'agrégé de la Faculté, l'auteur, évoque naturellement les questions d'enseignement, de concours, et de pratique médicale, de même que celles qui concernent les ambulances, les épidémies, et la mortalité parisienne pendant la guerre de 1870 et la Commune. Mais il n'envisage pas que ces seuls sujets.

Chemin faisant, il jette aussi son regard sur les

choses extra-médicales. C'est ainsi qu'au cours de ses descriptions et de ses récits, on trouve curieusement notés : l'exploitation d'un savant par un habile faussaire ; l'attentat d'Orsini contre l'empereur ; des épisodes se rattachant à l'Exposition universelle de 1867 ; la grande revue militaire de Longchamp ; les travaux d'embellissement de Paris ; çà et là, des anecdotes piquantes, etc.

Aussi, par sa composition et son ordonnance, cet ouvrage ne ressemble à aucun autre, et sa rédaction, pleine de vie, en rend la lecture des plus attachantes.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr de Block, expert des tribunaux.— **Toxicomanies** (1 vol. in-16, 192 pages : 10 fr')

Aujourd'hui, le mal des « Paradis artificiels » est devenu plus pressant. C'est notre civilisation occidentale qui est attaquée par des poisons plus subtils et plus prenants que l'alcool, et ce n'est plus chez les plus primitifs ou les plus désœuvrés d'entre nous que la toxicomanie fait son chemin ; c'est chez les intellectuels que la cocaïne et la morphine trouvent leurs adeptes ; c'est donc l'intelligence même qui est attaquée.

Ecrit avec une méthode sûre, mais sans inutile érudition, cet ouvrage d'un spécialiste se présente comme un livre utile, scientifique et émouvant. Il s'adresse au monde intellectuel, surtout aux jeunes, et les exemples si bien choisis qu'il rapporte fixent l'attention sans jamais la laisser. Il sera lu avec agrément et réflexion par les avocats, les médecins, les professeurs, les étudiants, par tous ceux que leur profession ou leurs goûts intéressent aux choses de l'esprit et à ses maladies.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

A. Soulier. — **Toxines, leur recherche** (1 vol. in-16, 72 pages : 6 francs.)

C'est une véritable innovation dans les méthodes d'analyse des liquides humoraux, de l'urine en particulier. Les méthodes et réactions chimiques données sont toutes inédites ; elles apportent dans le diagnostic et le pronostic des malades une assurance inconnue jusqu'ici . De plus, pour la vérification et l'effet actif de la médication, il sera facile, avec les réactions de toxines, de s'assurer si le traitement est bon, inerte ou nocif, ce qui n'avait jamais pu être fait jusqu'à ce jour.

PUÉRICULTURE

Le régime alimentaire du nourrisson malade.

Les chaleurs d'été s'accompagnent toujours d'une recrudescence de troubles gastro-intestinaux chez le nourrisson, intolérance lactée, diarrhée, gastro-entérite, etc., tous accidents dont la gravité est bien souvent fonction du régime alimentaire prescrit.

La méthode banale de traitement par la diète hydrique et le bouillon de légumes semble aujourd'hui condamnée : on sait qu'appliquée sans discernement, elle conduit à l'inanition et aboutit à des désastres.

S'agit-il d'*intolérance gastrique* ? Terrien est très affirmatif : « Quant à la diète (j'entends une ration réduite prolongée) on peut poser en principe qu'elle ne fait pas partie du traitement de l'intolérance gastrique : l'inanition est ici le danger principal et immédiat. L'enfant doit recevoir, sinon sa ration normale, du moins une ration suffisante ; la seule difficulté c'est de la lui faire tolérer (1). »

S'agit-il *de diarrhée* ? Georges Schreiber, dans le tableau si vivant qu'il nous donne, de l'évolution des accidents, n'est pas moins net : « Que l'enfant soit au sein ou au biberon, que les selles soient simplement bilieuses ou franchement vertes, ou aqueuses, que l'enfant ait ou non de la température, qu'il présente ou non une atteinte de l'état général avec des signes d'intoxication plus ou moins profonde, le médecin arrive, examine le petit malade, prescrit la diète hydrique absolue ou relative, administre une potion antiseptique (acide lactique, benzonaphtol) ou astringente (bismuth, tannate de gélatine) et, puis s'en va. Les jours suivants, la diète hydrique est maintenue aussi longtemps que les selles restent diarrhéiques ; mais à un moment donné, l'état de l'enfant s'aggrave, on rappelle le médecin. S'il est insuffisamment familiarisé avec les questions de diététique du premier âge, il peut être fort embarrassé, mais la situation commande des décisions urgentes. Des injections de sérum glucosé ou physiologique, d'huile camphrée, sont pratiquées sans résultats ; les tentatives diverses d'alimentation échouent ; bientôt l'enfant succombe.

Sans doute, l'issue n'est pas toujours fatale ; sans doute aussi la diététique et la thérapeutique les mieux conduites sont parfois impuissante à sauver le nourrisson. Il n'en est pas moins vrai

(1) Dr A. Terrien. — L'intolérance gastrique des nourrissons. *La Pédiatrie pratique*, 25 janvier 1926.

que dans un grand nombre de cas, l'inanition est venue ajouter ses méfaits à ceux de la maladie en cause et qu'elle est responsable en partie d'un désastre qu'on aurait peut-être pu éviter (1). »

Le journal *La Clinique* a fait appel, en juin 1925, à la plupart des pédiatres à ce sujet : tous ceux qui ont repondu ont été unanimes à constater le danger de la diète hydrique prolongée dans le traitement des gastro-entérites, danger d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune, le sujet plus débile.

Que le nourrisson soit sain ou malade, deux règles essentielles doivent guider le médecin en diététique infantile :

1° Assurer au nourrisson ,une *ration alimentaire suffisante.*

2° Pour obtenir ce résultat, faire choix des aliments qu'il peut *tolérer, digérer, assimiler.*

Le contrôle du poids, de la température, de l'état général, l'étude des signes d'infection ou d'intoxication, le renseignent sur la gravité réelle des accidents.

S'agit-il d'incidents passagers, sans modification du poids ni de l'état général, une meilleure glementation de l'allaitement, la suppression des écarts de régime de l'enfant ou de la nourrice suffiront à les faire disparaître.

S'agit-il d'intolérance pour le lait de vache, l'emploi de laits modifiés, de lait sec, de lait humain, permettront le retour à l'état normal.

Dans les cas plus graves d'intolérance gastrique on suivra la méthode des repas épais et répétés conseillée par Terrien.

Dans les gastro-entérites graves, la diète hydrique trouve son indication véritable, mais on aura soin, tout en mettant en action la thérapeutique d'urgence, de ne pas prolonger plus de 24 à 48 heures la restriction alimentaire et de rechercher dès que possible le mode d'alimentation le mieux toléré : lait de femme, lait d'ânesse, lait maigre, lait écrémé, farines modifiées, maltosées, diastasées.

La question des farineux est des plus délicates, dans la diététique du premier âge : elles sont indispensables et pourtant, au cours de la première année et souvent plus tard, l'enfant ne peut les digérer, en raison du développement tardif de ses glandes digestives. Seules, doivent être données au nourrisson, les farines transformées, prédigérées.

Terrien préconise le *maltosage* au moment même de la préparation des bouillies farineuses : il a étudié avec soin les diverses manipulations nécessaires et obtient une bouillie véritablement liquéfiée. Malheureusement la série des opérations exigées en rendent l'usage peu facile dans la pratique courante.

Schreiber (1) conseille les bouillies *maltosées de régime* préparées, suivant une technique simplifiée mais qui nécessite encore beaucoup d'attention et de temps. En voici la formule résumée :

1° Cuire 20 minutes pour obtenir une bouillie épaisse ;

2° Retirer du feu, attendre 3 minutes ;

3° Ajouter l'extrait de malt, mélanger soigneusement, attendre 5 minutes ;

4° Remettre au feu, pousser à l'ébullition durant 1 minute ;

5° Sucrer.

Excellentes en principe, ces méthodes ont le grave inconvénient d'exiger des mères ou des nourrices une compréhension, une attention, une patience qui font son seul défaut. Aussi, dans la pratique courante, nous apparaît-il plus prudent d'utiliser, suivant le conseil de Mme la doctoresse V. de Bourbon (2), un produit tel que la *farine lactée diastasée Salvy,* qui régulièrement et effectivement diastasée en cours de fabrication, n'impose plus pour la préparation des bouillies de précaution spéciale.

Délayer à l'eau, cuire à feu doux 7 à 8 minutes, pousser à l'ébullition 2 minutes, et ajouter s'il y a lieu la quantité de lait convenable, tel est le mode très simple de préparation. On en conseillera l'emploi, suivant l'état du malade, sous les formes suivantes :

1° Bouillie à l'eau, durant la période d'intolérance ;

2° Bouillie à l'eau, additionnée progressivement, d'un quart, puis d'un tiers de lait, suivant l'état digestif ;

3° Bouillie à l'eau et au lait par moitié à l'état normal.

Le médecin trouvera dans la *farine Salvy* un aliment de régime très sûr, d'un emploi facile, toujours bien toléré qui lui permettra d'éviter les dangers de la sous-alimentation, de l'inanition.

Littérature, échantillons gratuits sur demande, 4, rue Lambrechts, Courbevoie (Seine).

(1) Dr Georges Schreiber. — Les dangers des restrictions alimentaires excessives chez le nourrisson malade. *Le Monde médical,* 15 janvier 1924.

(1) Dr Georges Schreiber. — La pratique de l'alimentation des nourrissons. (Gaston Doin, éditeur Paris, 1923.)

(2) Doctoresse Yvonne de Bourbon. — Manuel d'assistance de la puériculture. (Maloine, éditeur, Paris, 1927.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

Les Fous en liberté.

Dans une lettre qu'il voulait bien me faire l'honneur de m'adresser le 30 mars dernier, et que j'ai publiée dans le n° 6 du *Concours médical*, M. Léon MIRMAN exposait comment, étant directeur de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur et ayant éprouvé de grosses émotions, provoquées par les dénonciations extravagantes de la grande presse, d'internements délictueux, il avait systématiquement enquêté sur tous les cas qui lui avaient été signalés. Et il déclarait qu'en l'espace des neuf années qu'il avait été à la tête de cet important service public, il n'a pu découvrir une seule séquestration arbitraire, d'ordre médical, dans un établissement public ou privé destiné aux aliénés. « Un sujet sain, méchamment séquestré, grâce à la complicité d'un médecin, est resté, malgré mes efforts, *introuvable.* »

Certes, je suis d'accord avec M. Mirman pour reconnaître que la loi de 1838 n'est pas parfaite ; mais j'affirme qu'elle ne permet pas cependant qu'un internement puisse durer plus de quelques heures, s'il n'est pas justifié.

Or, il y a quelques semaines, le *Journal* publiait un article sensationnel sous le titre suivant : « *Un officier supérieur traduit en justice sa femme et deux médecins qui l'avaient fait interner* », — et débutait ainsi :

« La loi de 1838 sur les aliénés, *dont tout le monde s'accorde à déplorer qu'elle permet trop souvent d'odieux abus*, n'a jamais subi d'assaut aussi rude que celui auquel se livra hier le bâtonnier Henri Robert. »

Que s'était-il donc passé ? Si l'on en croit l'éminent avocat dont le journal rapporte l'exposé, la femme de cet officier supérieur aurait obtenu *de la complaisance* d'un médecin un certificat déclarant celui-ci dangereux pour lui-même et pour les siens, et dans le cas d'être interné. Et, grâce à ce certificat, elle avait placé volontairement son mari dans un établissement *autorisé légalement à recevoir des aliénés*, après l'avoir fait saisir en un tournemain, dans une rue déserte, par trois solides gaillards à tournure d'athlète... Quel magnifique scénario pour un film impressionnant, et vengeur !

A l'asile privé, l'officier aurait été mis au secret, et ses lettres interceptées. Au bout de quarante jours, il aurait été remis en liberté, trois experts l'ayant reconnu sain d'esprit.

Les noms des médecins incriminés sont jetés en pâture à la malignité publique, et l'on n'attend plus que la décision du tribunal qui les châtiera rudement... Tout cela occupe une colonne en première page, et au-delà.

Or, quinze jours plus tard, le 12 mai, le Tribunal rend un jugement *qui déboute l'officier de sa plainte et le condamne aux dépens*, attendu que si les experts l'avaient reconnu susceptible d'être mis en liberté, on ne saurait dire qu'il était dans le même état au moment de son internement.

Croyez-vous que le *Journal*, ce rigoureux redresseur de torts à toute épreuve, a consacré le même emplacement, la même étendue et le même style dithyrambique à cet arrêt de justice et à laver les deux médecins, poursuivis comme complices, de l'accusation déshonorante portée contre eux ? Ce serait bien mal connaître cette grande presse, qui pourrait faire tant de bien, mais qui passe si volontiers à côté du bien à faire ; qui se fait complaisamment l'écho bruyant et prolongé de tout scandale dans lequel un médecin se trouve, à tort ou à raison, impliqué, mais qui, lorsque un autre médecin meurt victime du devoir professionnel, en rend discrètement compte en quelques lignes reléguées le plus souvent en troisième page, comme si elle s'excusait de donner trop d'importance à un banal fait divers ?

Voyez pourtant jusqu'où va la malice d'un reporter en mal de copie à effet. Il lui aurait suffi de se renseigner sur le mécanisme de l'admission du patient à l'asile pour apprécier combien tout cela semblait invraisemblable, quoique puisse dire un avocat. Le médecin directeur de l'Etablissement ne l'avait reçu que sur le vu du certificat médical initial. Mais il ne le prenait en charge, si j'ose dire, qu'après s'être assuré lui-même que le diagnostic, porté par son confrère, était justifié et justifiait ses conclusions. Il avait pu mettre si peu l'officier au secret que, dans les vingt-quatre heures de l'admission, il avait dû

signaler celle-ci à la Préfecture du département. Et la Préfecture avait dû manifestement déclancher la visite de contrôle du médecin inspecteur qui, s'il avait été en désaccord avec les deux autres praticiens, n'eût pas manqué de décider l'élargissement immédiat.

Comme il n'est pas possible que toutes ces formalités n'aient pas été remplies, parce que le directeur de l'Asile privé courait un trop gros risque à se mettre en contravention avec la loi de 1838, — à défaut de toute autre considération de conscience et de probité professionnelle, vous voyez comme l'accusation de séquestration arbitraire tient debout... Et comme le Tribunal a pu en faire justice.

Les lettres interceptées ? ? ? Cela me paraît également bien invraisemblable... C'eût été pareillement une infraction à la loi.

Les trois gaillards athlétiques qui se saisirent à l'improviste et par surprise du malade pour l'amener à l'asile ? N'oubliez pas qu'il s'agit, à ce moment même, d'un persécuté considéré comme dangereux pour lui-même et pour autrui, qui, comme tous ses pareils, n'y entrera pas de bonne grâce et doit être contraint...

L'expertise contradictoire reconnaissant quarante jours plus tard que l'officier est sain d'esprit ? Quoi d'étonnant ? La folie est une maladie comme une autre. On en guérit... quitte parfois à faire des rechutes. Un sujet peut présenter des bouffées délirantes temporaires, avec hallucinations sensitivo-sensorielles, interprétations, réactions violentes, qui obligent à le mettre hors d'état de nuire. Le temps passe, tout se calme et semble rentrer dans l'ordre : il apparaîtra parfaitement sain d'esprit, jusqu'à sa prochaine crise.

J'ai connu et soigné une dame atteinte de folie circulaire, — on dit aujourd'hui cyclothymique, je crois. Pendant plusieurs semaines, elle vivait de la vie de tout le monde, ne se signalant que par une activité un peu débordante, notamment dans les pratiques de la religion, mais parfaitement lucide, bien élevée, instruite, femme du monde, quoi ! Et puis, l'activité s'accentuait soudainement et devenait morbide, tandis qu'elle devenait agitée, loquace, insolente et violente : l'accès maniaque était déclanché et nécessitait son placement sous certificat. Cela durait quelques jours. Puis, tout cela s'éteignait comme un feu de paille. Elle sortait de l'asile quelque peu déprimée, et reprenait sa vie normale comme si de rien n'était. Et le cycle recommençait d'une façon rythmique. Il est bien évident qu'à la fin de sa crise, redevenue raisonnable, elle n'offrait plus aucune raison valable de prolonger son internement. Je ne fais pas de comparaison entre son cas et celui qui fait l'objet de cette chronique. J'ai voulu montrer, ainsi que le Tribunal l'a très justement reconnu, qu'un sujet d'apparence absolument saine, mentalement parlant, à une certaine date, pouvait fort bien être fou à lier quarante jours auparavant.

Une fois de plus donc, le récit du *Journal* n'est autre chose que beaucoup de bruit pour rien ; une fois de plus apparaît l'inanité de ces accusations de prétendues séquestrations arbitraires, sous le couvert de la loi de 1838, qui mérite d'être remaniée, sans doute, mais qui, je le répète, ne permet pas que de semblables iniquités soient possibles.

Mais, il y a l'autre face du problème de l'aliénation mentale, celle que je ne cesse de mettre en évidence sous le rubrique : *Les fous en liberté.* Si un internement arbitraire était possible, ce que, d'accord avec M. Mirman, je considère comme irréalisable dans un établissement consacré aux maladies mentales, tout grave que soit cet acte, et répréhensible, que direz-vous de la gravité de ces meurtres, de ces suicides, de ces dissipations, commis par des aliénés libres, et qui devraient, dans l'intérêt social, être privés de leur liberté ?

Au mois d'avril dernier, la presse a enregistré l'arrestation, en Normandie, d'un carrier convaincu de meurtre et d'incendie commis plusieurs années plus tôt.

Quand on entre dans les détails de l'affaire, telle qu'elle est relatée dans le *Journal de Rouen* du 14 avril, on ne peut s'empêcher de formuler quelque doute sur l'intégrité des facultés mentales du coupable, et sur l'étendue de sa responsabilité.

Sur une dénonciation de sa femme, qu'il aurait menacée de lui faire son affaire, la gendarmerie ouvre une enquête et la question suivante lui est posée à brûle-pourpoint : « Est-ce là le pistolet qui a servi à tuer un homme ? »

Il répond, *sans manifester la moindre émotion* : « Non, celui avec lequel j'ai tiré, je l'ai laissé près du cadavre. » Et, sans qu'il soit besoin de l'en prier ni d'insister, il raconte que, dix ans auparavant, il fut sollicité par une femme de la débarrasser de son mari, moyennant rémunération. Il promit et tint sa promesse : « Quelque temps après, dit-il en terminant, je reçus de la cultivatrice une somme de 700 francs. Elle ajouta encore 50 francs au moment de mon propre mariage. » Confronté avec celle-ci : « Je n'ai aucun intérêt à m'accuser d'un crime que je n'aurais pas commis. Et pourquoi dénoncerais-je la femme F. que je n'ai pas revue depuis dix mois ? »

Il reconnaît en même temps qu'il a mis le feu à la maison de ses voisins *dont il voulait se venger* : « S'ils m'embêtent, avait-il dit à sa femme, je les ferai partir. »

Enfin, sa femme l'accusa aussi, sans qu'il protestât, de l'avoir immobilisée un jour, pour la livrer à un ouvrier, comme suite à un pari fait avec lui...

Et le journal ajoute ce commentaire : « Décidément, c'est un être *dévoyé,* capable de com-

mettre tous les crimes... un être particulièrement odieux. »

Cela, je le crois sans peine. Mais je me demande si un pareil cynisme, une telle inconscience ne plaident pas en faveur de l'irresponsabilité de cet homme.

Tout cela sera sans doute évoqué devant des experts chargés de se prononcer sur son état mental. S'ils concluaient à son irresponsabilité, totale ou partielle, je n'en serais pas surpris, et je suis assuré que tous ceux qui ont quelque teinture des psychoses reconnaîtraient là le grand dégénéré, troubles polymorphes, idées de persécution, impulsions, etc., dangereux, — il l'a prouvé, — et justiciable de la privation de la liberté que la loi de 1838 permet d'infliger aux aliénés.

Le 3 mai dernier, le Tribunal correctionnel de Rouen a condamné à un an de prison un garçon de 27 ans convaincu d'outrages aux mœurs, d'attentat à la pudeur et de tentative de viol.

Savourez les antécédents de cet individu, et dites, avec moi, s'il n'aurait pas dû depuis longtemps être maintenu hors d'état de nuire, comme convaincu d'aliénation mentale.

Incendiaire naguère, *il avait été reconnu irresponsable* et *interné*. Libéré, il s'était de nouveau rendu coupable de deux outrages aux mœurs : chaque fois, il avait été reconnu également irresponsable, interné, puis libéré...

Dans l'affaire qui lui vaut un an de prison, on se demande pourquoi, — le médecin expert avait conclu, entre autres choses, à des impulsions sexuelles. Tout ce passé, si lourdement chargé, au point de vue mental, n'empêcha pas le tribunal de lui infliger une peine de prison.

Et le journal qui rend compte de cette affaire ajoute candidement : « Certes, pendant un an, M. sera à l'abri de nuire, mais après, responsable et irresponsable, il demeurera un être dangereux et on peut justement craindre et s'étonner que la justice ne soit pas mieux armée pour protéger définitivement la société contre ces esprits trop faibles ou natures trop fortes. »

La justice n'a rien à voir dans une série de faits qui relèvent de l'asile. Ce qu'il faut déplorer, c'est, ainsi que je l'ai déjà mis en relief, que la société soit mal faite et ne sache pas se protéger elle-même contre les aliénés laissés stupidement en liberté.

***

Comme conclusion, j'exprimerai une fois de plus le regret que les discussions relatives au régime des aliénés sortent du domaine de la controverse scientifico-sociale, et soient livrées au public, mal informé, fait ainsi juge de faits parfaitement réguliers, mais qu'on lui présente sous un tel aspect qu'il est tout prêt à les accepter comme argent comptant.

Et je regrette aussi qu'un journal qui prétend remplir sa mission en renseignant l'opinion publique, et met en cause des médecins qui n'ont rien à se reprocher, quand il se rend compte que sa bonne foi à été surprise, n'ait pas le beau geste, et, ayant été le porte-parole de l'accusation, ne tienne pas à honneur de reconnaître son erreur en proclamant bien haut l'intégrité de ceux-ci.

C'est ce qui fait que nous sommes nombreux à penser que la grande presse, en France, est comme la langue d'Esope : la meilleure ou la pire des inventions humaines.

C'est selon la conception qu'elle a de son rôle : doit-il consister surtout à semer le vent ? Gare alors à la tempête !

G. DUCHESNE.

HONORAIRES DE MÉDECINS DE STATIONS THERMALES

Le « Sou médical » vient d'avoir à s'occuper de quelques conflits, qui se sont élevés, au sujet du règlement de comptes de la saison thermale dernière : des clients ont prétendu ne devoir que les sommes afférentes à une ou deux consultations, payées d'après les tarifs habituels, en vigueur pour la médecine générale et ils se refusaient à acquitter des honoraires, fixées à forfait pour le traitement de toute une saison, alors qu'ils n'avaient consulté qu'une ou deux fois le praticien de station thermale.

Ces malades avaient-ils tort ou raison, dans leurs prétentions ?

Pour élucider cette difficulté, reportons-nous au droit commun et à la jurisprudence en vigueur, pour toutes les contestations d'honoraires.

Les tribunaux ont l'habitude de proportionner les sommes qui sont dues à un praticien, à la notoriété de ce dernier, à la situation de fortune du client, comme aussi au service rendu.

Les juges s'inspirent des tarifs syndicaux, ou de sociétés médicales locales, mais ils ne sont pas liés par ces tarifs, proclamant toujours l'entière indépendance du tribunal, pour arbitrer le quantum qui sera dû par le malade à son médecin.

Notoriété du médecin.

Bien que l'habitude, en France, soit de ne rien prendre au sérieux, malgré les dires de beaucoup de personnes, voire même de médecins, qui soutiennent que les saisons thermales sont souvent inutiles, il faut néanmoins considérer le docteur, qui exerce dans une ville d'eaux, comme un véritable spécialiste.

L'action de chaque station est actuellement bien différenciée : le thermalisme comporte une véritable branche de la science thérapeutique et c'est avec juste raison que les examinateurs des Facultés de médecine posent des questions aux candidats à l'examen de thérapeutique, aussi bien sur l'utilisation des médicaments, inscrits au Codex que sur l'influence favorable ou néfaste des eaux minérales.

Ne voit-on pas des stations acquérir une réputation mondiale, pour le traitement de telle ou telle affection ?

L'étudiant, futur praticien, doit donc répondre avec sagesse à ses examinateurs sur l'influence thérapeutique des principales villes thermales et même sur la différenciation des eaux elles-mêmes.

Visitons certaines stations, au cours des voyages d'études, qu'on organise si souvent, pour le plus grand profit scientifique des médecins et, par incidence, pour l'intérêt des malades.

Ici, l'installation est complète, pour le traitement des affections de la gorge et du nez : les appareils les plus modernes, pour le traitement collectif, ou individuel, sont exposés et utilisés par l'établissement thermal.

Ailleurs, la lutte contre les rhumatismes, les ankyloses nécessite l'utilisation conjointe des eaux avec les instruments de mécanothérapie.

Ailleurs, les maladies de l'intestin sont combattues par des traitements internes et externes.

Les douches de l'intestin se combinent avec les massages de la paroi abdominale, cependant que l'absorption buccale ou rectale des eaux provoque la sédation des malaises généraux et locaux.

Ailleurs, ce sont des maladies générales qui sont combattues par le lavage méthodique et gradué soit des reins, soit du foie, provoquant la guérison ou tout au moins l'amélioration.

Comment s'étonner que les médecins, qui exercent dans les stations thermales, soient obligés de devenir de véritables spécialistes ?

Ici, rien n'est étranger de ce qui concerne les maladies du nez et des oreilles : tous les appareils, qu'on a coutume de trouver chez les maîtres de la grande ville, sont utilisés par le médecin de la station.

Ailleurs, le praticien doit se doubler d'un véritable chimiste, pour doser l'urée du sang, vérifier la perméabilité des émonctoires : toute une science chimique et biologique qui ne peut être l'apanage du médecin omni-praticien.

Aussi n'est-il pas étonnant de voir ces docteurs utiliser les moments de liberté, que leur laisse la fermeture annuelle de la station, pour se consacrer uniquement à la science et à leur perfectionnement individuel, en courant les hôpitaux, en visitant les princes de la science du monde entier, chacun pour sa spécialisation, faire des communications aux sociétés savantes : en un mot, acquérir, pendant l'hiver, la documentation et la pratique d'une branche de l'art de guérir, pour pouvoir, lors de l'ouverture de la saison balnéaire, faire bénéficier leurs malades de leur perfectionnement perpétuel.

Donc et ce sera notre première conclusion : les médecins de villes d'eaux sont en droit de réclamer des honoraires élevés, eu égard à leur spécialisation, tout comme les spécialistes de grande ville n'hésitent pas à donner leurs conseils et soins aux malades, à des prix bien plus élevés que ceux réclamés par la généralité des médecins omni-praticiens.

Service rendu.

De ce qui précède découle la notion du service rendu au malade ; ayant affaire à un docteur très expérimenté, le patient est certain de trouver auprès de lui un diagnostic précis, ainsi que des soins éclairés.

C'est que le traitement va différer de celui, qui a été institué dans la grande ville : un facteur nouveau s'ajoute : l'utilisation des eaux.

Or, on ne saurait trop le répéter, il est dangereux, pour un malade, de ne pas être guidé médicalement, même pour la simple absorption d'eaux minérales.

Bien des personnes nient l'efficacité de ces eaux, on les absorbe, à n'importe quel moment, en n'importe quelle quantité. Et cependant des aggravations de maladies latentes, des désastres même se produisent chaque année, à cause de l'ignorance de certains, qui prétendent tout savoir et se passer de médecin, pour faire leur cure thermale.

L'eau minérale est fréquemment un véritable médicament dont l'activité est parfois plus profonde, plus brutale même qu'on ne peut se l'imaginer.

Au médecin de la station de guider son malade, après l'avoir complètement examiné, éclairé qu'il a été par la consultation écrite que lui a envoyée le médecin traitant du patient.

Non seulement il conviendra d'instituer un traitement par agents physiques ; mais encore faudra-t-il doser et graduer les prises et absorptions quotidiennes de telles ou telles eaux.

Primo non nocere : voici ce qui devrait être inscrit en grosses lettres, aux buvettes de beaucoup de sources : le malade devrait être averti qu'il peut se faire beaucoup de mal en absorbant d'une manière inconsidérée et sans conseils *ad hoc*, les eaux qui coulent des griffons, de même qu'il courrait un gros risque si chacun avait la liberté de se servir à sa fantaisie, dans l'officine d'un pharmacien.

Ici, reparaît encore le service que le médecin peut rendre à son malade : au cours de la saison : pour chaque client, il faut tenir une observation

individuelle, faire un certain nombre d'examens locaux ou généraux, faire refaire des analyses, pour vérifier le progrès de l'amélioration et l'intensité à donner au traitement, ou au contraire, la modération à apporter dans la cure.

On peut donc en conclure, que le praticien prend un malade à son arrivée, dans l'état où il se trouve, et il entreprend une cure de plusieurs semaines, pour qu'à son départ, le client soit amélioré et que ce mieux puisse persister jusqu'à la saison prochaine, si un retour à la station est nécessaire.

Le tarif des soins.

Voici pourquoi s'est établie l'habitude de traiter les malades, selon une tarification à forfait, qui est conclue pour un traitement complet, pendant une cure thermale.

A titre d'indication et d'exemple, nous donnons le tarif suivant :

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE THERMALE D'AUVERGNE

HONORAIRES MÉDICAUX

1° *Les honoraires afférant à la cure thermale ordinaire, comportant au maximum 5 consultations, sont fixés provisoirement à 300 francs ;*

2° *Ces honoraires s'élèvent à 500 francs lorsque les malades sont surveillés à leur domicile ;*

3° *Les examens de laboratoires et certains examens spéciaux sont comptés à part ;*

4° *Ces honoraires s'appliquent au traitement d'une seule personne ;*

5° *Le tarif des consultations ou visites supplémentaires est de 60 à 100 francs, suivant les cas ;*

6° *Les visites d'urgence et les consultations avec un autre médecin, demandées par le malade, sont comptées à double tarif ;*

7° *Pour toute visite ou consultation isolée se rapportant au traitement thermal, les honoraires sont fixés à 150* FRANCS. *Toutefois, la cure thermale exigeant une surveillance médicale pendant toute sa durée, il ne peut être donné de consultation fixant un traitement pour la saison entière.*

Considérations juridiques sur ce tarif.

En droit, on peut dire que ce tarif constitue un contrat unilatéral d'accession.

Le médecin fait savoir qu'il soignera ses clients selon une modalité déterminée et à tel taux. Aux patients d'accepter en bloc, ou de refuser les conditions qui leur sont ainsi faites.

Disons cependant que certaines atténuations permettent au médecin de se rappeler qu'il est un philanthrope. Si, d'une part, les indigents sont soignés d'après des conventions établies, en vertu de l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, il est d'usage d'apporter des réductions, pour certaines classes de la Société.

Le corps enseignant, par exemple, les instituteurs bénéficient de certaines réductions

Ces tarifs ne sont pas laissés à la volonté de chaque praticien ; ils sont fréquemment établis, à la suite de discussions dans les sociétés médicales savantes, dans les syndicats de médecins de villes d'eaux, dans les sociétés de médecine thermale locales.

Mais, en droit, il est indispensable que le client sache quelles sont les obligations, qu'il va contracter, du fait qu'il va se confier aux soins d'un docteur de la station.

Une certaine publicité doit être donnée à cette tarification, afin que le patient ne se croie pas tenu de ne payer que la ou les quelques visites médicales, qu'il utilisera, sans comprendre que chaque matin, lorsqu'il lui demande des nouvelles de sa santé, à l'établissement thermal, le praticien est ainsi tenu au courant de l'efficacité de la cure et peut donner un conseil utile, sans avoir besoin d'écrire une véritable consultation.

Cette publicité peut être donnée de plusieurs manières.

Tout d'abord, les cartes, dont nous reproduisons ci-dessus un modèle, sont distribuées aux malades, dans les hôtels où ils descendent. Demandent-ils des renseignements, sur les habitudes de la station, ils sont informés par les hôteliers, les pharmaciens, voire même par le syndicat d'initiative local.

Ces cartes sont souvent mises à la disposition des clients, dans la salle d'attente de chaque praticien de la station.

Elles peuvent être reproduites dans les journaux locaux, ou dans les brochures, qui sont adressées, pour vanter les mérites thérapeutiques de chaque ville d'eaux.

Puis, lorsque le médecin voit un malade pour la première fois, il l'informe des conditions générales, selon lesquelles le traitement sera entrepris.

On ne peut donc pas dire que le patient puisse ignorer les tarifs, qui, au surplus, sont presque partout les mêmes.

Allant plus loin, on peut soutenir que le malade, qui s'adresse à un docteur, sans s'inquiéter des prix demandés par celui-ci, pour chaque acte médical, accepte, par son silence, les conditions générales et spéciales de chaque praticien.

Le malade fait confiance à son docteur et s'en remet à sa science, à sa conscience et à sa modération, tout en respectant les us et coutumes en pareille matière.

Valeur juridique des tarifs arrêtés par les sociétés médicales.

Au point de vue de chaque médecin, ce tarif ne

s'impose que si le docteur est membre de la société, dont s'agit.

Du fait d'avoir collaboré à la discussion dudit tarif et de l'avoir voté, chaque adhérent de la société scientifique, ou professionnelle est lié par le pacte corporatif.

Il doit donc l'appliquer, sous réserves des modérations, qu'il est en droit d'apporter dans quelques circonstances exceptionnelles, en général prévues par la société.

Mais, le docteur, qui ne fait pas partie de la collectivité professionnelle, peut parfaitement rester en droit de prendre les honoraires qu'il lui convient de réclamer.

En droit pur, il est libre : mais, au point de vue coutumes professionnelles, appelées déontologie, il peut être mis au ban de ses confrères et être considéré comme un indésirable.

Vis-à-vis des tribunaux, qui peuvent être appelés à connaître d'un conflit entre médecin et malade, ce tarif syndical peut-il avoir quelque valeur ?

La jurisprudence constante reconnaît que les juges ne sont pas liés par ces tarifs, arrêtés par les groupes professionnels. Ils restent, en droit, absolument libres d'arbitrer, comme bon leur semble, le quantum de la dette du malade envers son médecin.

Cependant, les tribunaux s'inspirent de ces tarifs surtout des coutumes locales et en tiennent un grand compte.

D'ailleurs, lorsque le médecin demandeur apporte la preuve que le malade, en pénétrant dans le cabinet du docteur, ne pouvait ignorer à quel tarif, il allait être traité ; lorsqu'on peut démontrer qu'une large publicité a été donnée audit tarif, le tribunal pourra estimer qu'un contrat s'est établi entre malade et médecin, le premier sachant parfaitement à quels honoraires et à quels taux et conditions il allait être soigné.

Conclusions.

Le point de fait domine le point de droit, en matière d'honoraires médicaux.

Au Corps médical de faire connaître à quelles conditions il accepte de donner ses soins aux malades, qui se présentent dans le cabinet du docteur.

Au Corps médical de juger de l'opportunité de la tarification des honoraires, soit à l'acte médical, soit au forfait de saison, ou bien s'il convient de laisser chaque praticien libre de s'entendre directement avec chaque malade, sans qu'intervienne une tarification quelconque.

Mais, lorsqu'un syndicat, ou une société qualifiée s'est prononcé pour une modalité d'honoraires, les membres du groupe sont obligés de s'incliner et d'appliquer les directives votées par l'Assemblée.

Ce tarif une fois établi, il faut le faire connaître des intéressés : publication dans les journaux spéciaux, voire même dans les organes médicaux, pour que les médecins praticiens puissent informer leurs clients des conditions, selon lesquelles ils pourront recevoir des soins, dans la station thermale, sur laquelle ils les dirigent.

Publicité également sera donnée par des cartes, laissées à la disposition des baigneurs, dans les hôtels, ou dans les salles d'attente des docteurs de la ville.

Reproduction également dans les brochures distribuées par les syndicats d'initiative.

De la sorte nul n'en ignorera et, du fait que le client n'aura fait aucune objection, n'aura pas discuté avec le docteur, qu'il a choisi, dès la première visite, il est censé avoir accepté le tarif et conditions du praticien, d'après les usages locaux.

Les tribunaux se trouveront en face d'un véritable contrat, auquel aura accédé le malade et que ce dernier sera obligé d'exécuter, pour remercier le médecin des soins qui lui ont été donnés et dont il a profité.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Passage à une indemnité plus forte.

Il est, on le sait, toujours permis aux sociétaires de passer d'une indemnité-maladie plus faible à une indemnité plus forte. Nul n'est tenu de prendre d'emblée l'indemnité la plus élevée et il m'arrive souvent de conseiller à mes confrères, surtout aux jeunes, de consulter d'abord leurs possibilités et de ne se décider qu'ensuite ; mais il est souvent intéressant d'augmenter le chiffre de cette indemnité lorsqu'on a déjà quelques années d'exercice, lorsqu'on s'est marié et qu'on commence à avoir de la famille. Les deux seules conditions sont de n'avoir pas dépassé l'âge limite d'entrée et d'être resté bien portant.

La chose est des plus simples, et je m'étonne de la voir souvent mal comprise.

Examinons donc un peu cette question.

L'âge limite d'entrée est de 50 ans pour la combinaison MA qui donne l'indemnité de dix francs, mais elle est de 45 ans pour toutes les autres combinaisons qui donnent une indemnité supérieure.

Pourquoi cette différence ? — C'est que l'expé-

rience a montré qu'après 45 ans, beaucoup de santés commencent à s'altérer et que, pour un œil exercé, certains signes font prévoir des possibilités morbides qu'on n'envisageait pas auparavant. C'est donc avant de se sentir menacé que le sociétaire doit songer à s'assurer une indemnité plus élevée.

Il faut être resté bien portant, c'est la seconde condition : on comprend que certaines atteintes antérieures peuvent laisser des séquelles ou faire prévoir des rechutes ou des complications. Un nouvel examen médical est donc nécessaire, entraînant à nouveau le versement du droit d'entrée qui rémunérera cet examen.

Le candidat admis devra, pour sa combinaison nouvelle, subir le stage de six mois prévu par l'article 42 des statuts.

Il est nécessaire de s'arrêter un instant sur cette condition du stage, mal interprétée parfois si j'en juge par la lettre que nous écrit un confrère qui, inscrit antérieurement à l'indemnité de 20 francs, était, au début de 1928, passé à l'indemnité de 50 francs :

« Comme j'essayais de convertir mes confrères lors de la dernière réunion de notre syndicat, plusieurs me firent cette réponse : « Tu t'es laissé embobiner, tu ne pourras bénéficier des avantages de ta nouvelle combinaison que six mois après avoir payé ta deuxième échéance semestrielle, donc en 1929. » Je protestai affirmant la chose impossible ; cependant devant l'assurance de mes contradicteurs je fus un peu ébranlé et je vous serais reconnaissant de me dire ce qu'il en est. »

J'ai répondu à notre confrère qu'il pouvait être tranquille, que, dès le 1er juillet, il aurait droit à l'indemnité de 50 francs et que, d'ici-là, il restait couvert par l'indemnité de 20 francs.

Que dit l'article 42 des statuts ?

Le droit à l'indemnité commence six mois après l'admission provisoire et après le paiement de la cotisation annuelle.

Cela veut dire tout bonnement que, si le sociétaire n'a pas versé dès son entrée la cotisation annuelle, il doit faire son second versement semestriel en temps opportun.

Si les contradicteurs de notre confrère s'étaient donné la peine de réfléchir une seconde, ils se seraient aperçu que leur interprétation ne s'accordait pas avec la première condition *six mois après l'admission provisoire,* puisqu'alors ce serait seulement un an après.

Mais pourquoi, dira-t-on, ce stage de six mois pour les anciens sociétaires lorsqu'ils modifient leur participation ? — Tout simplement parce que les premières cotisations ayant été calculées en tenant compte de ce stage, les cotisations subséquentes l'ont été dans les mêmes conditions.

Que nos confrères sachent donc bien que leur droit à l'indemnité nouvelle commencera six mois après leur admission et que, jusqu'à ce moment, ils conservent leur droit à l'ancienne indemnité.

Cet incident mérite d'ailleurs de nous arrêter pour une autre raison.

Il m'est impossible de comprendre cette mentalité, trop fréquente dans le Corps médical, qui fait couper des cheveux en quatre pour aboutir à une absurdité.

Un article des statuts semble-t-il ne pas présenter une clarté suffisante, — pourquoi ne pas s'éclairer près du secrétaire général ? Pourquoi accepter d'emblée l'interprétation la moins admissible ? Pourquoi tourner en ridicule le confrère que le simple bon sens a convaincu ?

Il est sans doute trop difficile de réfléchir avant de se faire une opinion et de parler, même lorsqu'on risque de nuire à des œuvres qui, comme la Mutualité Familiale, ont été créées dans le seul intérêt de leurs membres et sont gérées de la façon la plus confraternelle.

Ajouterai-je que la pointe de malveillance n'est pas sans percer ?

Que ceux qui s'en sont montrés coupables sachent donc que si la Mutualité Familiale cherchait à embobiner ses membres, si elle cherchait à les rouler, elle n'aurait pas tenu longtemps — or, elle a 35 années d'existence !

Et au profit de qui les exploiterait-elle ? Elle n'a pas de capital à rémunérer, pas de tantièmes à distribuer aux administrateurs, pas même de jetons de présence à leur allouer : pas un centime des cotisations n'est détourné de son affectation spéciale.

Si ces confrères savaient, il leur serait impossible de tenir pareil langage. Or, rien n'est plus facile que de savoir, il suffit de le vouloir.

Mais revenons à notre sujet.

La combinaison nouvelle que paie le sociétaire pour passer à une indemnité plus élevée n'est pas celle qui figure aux barêmes pour les divers âges d'entrée : il lui est tenu compte de sa participation antérieure dans la société.

Ce passage est, en réalité, la superposition d'une combinaison nouvelle à la combinaison antérieure. Or, pour cette dernière, c'est toujours la même cotisation qui est réclamée, tout au plus majorée d'une surcharge légère, de telle sorte que le total de la nouvelle cotisation à verser se trouve toujours inférieur à celui que donne le barême pour l'âge correspondant à celui du passage.

Il n'y a qu'à interroger le secrétaire général pour être fixé sur le chiffre.

La question de la date du passage est encore à envisager.

Si ce passage se fait au mois de janvier, rien n'est plus simple, le sociétaire paie sa nouvelle cotisation ; mais s'il se fait au cours de l'année, nécessité est de faire un calcul, le sociétaire devant son ancienne cotisation pour la période écoulée et la nouvelle pour le temps qui reste à courir.

Suivant donc qu'il aura payé la cotisation de l'année entière ou la cotisation du semestre seulement au moment de son passage, il recevra du secrétaire général l'indication du complément qu'il devra verser pour se trouver en règle.

Et maintenant, je répèterai une fois de plus aux confrères qui ne sont pas encore des nôtres :

Pensez à l'avenir pour vous-mêmes, pour votre famille ; garantissez-vous contre le risque-maladie-accident en adhérant aux combinaisons de la Mutualité Familiale.

Parmi ces combinaisons, choisissez celle qui paraît le mieux vous convenir à l'heure présente.

Si les conditions qui vous déterminent aujourd'hui viennent à se modifier, il vous sera toujours loisible de prendre une indemnité supérieure. Vous voyez que c'est facile.

A. Gassot.

VARIÉTÉS

Le tracé des rues.

Primitivement, la construction des maisons dans les agglomérations urbaines fut livrée au hasard. L'utilisation des pistes, des terrains en pente, les convenances personnelles, la fantaisie, etc. avaient déterminé des tracés de rues ou plutôt de passages plus ou moins tortueux. Il en était ainsi dans toutes les villes antiques, les rues des villes d'Egypte et de Grèce, sans excepter Athènes, étaient étroites et sinueuses.

Cependant aux époques connues sous les noms de minoenne et mycénienne (2500-1000 avant J.-C.) antérieures à la fondation d'Athènes, il existait des rues larges, rectilignes, bien construites et bien entretenues ; on a retrouvé en Crète, datant de cette époque, une rue bordée de magasins qui conduisait au Palais de Cnossos.

La première règlementation du tracé de la voirie fut, d'origine religieuse, elle fut l'application des idées astrologiques, nées en Chaldée et qui se répandirent peu à peu dans le monde ancien.

« Les arpenteurs chaldéens, dit G. Fougères (Sélinonte, p. 193) subissaient l'influence des idées astrologiques sur l'orientation et la division des régions rituelles, idées qui transportées en Italie par les Etrusques aboutirent au plan de la *Roma quadrata* et à la division du camp romain en quatre carrés ou *templa* ; cette division en quatre fut ensuite reproduite dans les villes militaires, construites d'après les règles de la castramétration. »

En effet, les devins étrusques divisaient le ciel en quatre parties égales par deux lignes perpendiculaires se terminant aux points cardinaux, puis par deux recoupements successifs, ils obtenaient soixante-quatre parties ou *templa* dont chacun était dédié à une divinité. Au cinquième siècle de notre ère, Martianus Capella a donné une description confuse de ces *templa* et des divinités correspondantes. Du ciel, on passa à la terre et on appliqua cette division aux temples, aux villes et même aux entrailles d'animaux, servant à la divination.

Les Romains apprirent des Etrusques, le tracé idéal des villes qui consistait à diviser le terrain en quatre parties égales par deux grandes voies perpendiculaires : le *cardo* allant du Nord au Sud et le *decumanus* de l'Est à l'Ouest ; ces deux rues se coupaient en leur milieu au *decussis* X et leurs extrémités aboutissaient aux quatre portes principales de l'enceinte.

Posidonia construite en Italie, au VI[e] siècle avant notre ère, par des Grecs, devenue la Pœstum des Romains et Timgad construite en Afrique en l'an 100 de notre ère par l'ordre de Trajan en sont deux exemples parfaits.

En général, dans les carrés secondaires limités par les deux voies principales, on trouvait des rues plus ou moins étroites et plus ou moins régulières.

Au V[e] siècle avant notre ère, les médecins à la tête desquels marchait l'école de Cos, eurent une grande influence sur la vie publique, ils imposèrent le culte de la santé aux philosophes, aux éducateurs, aux athlètes et aux sculpteurs. Peu à peu les doctrines naturistes de l'école de Cos, que nous connaissons par Hippocrate, se précisèrent et l'accord se fit plus étroit entre les médecins et les architectes.

Hippocrate dans son Traité des airs, des eaux et des lieux, dit :

« Lorsqu'un médecin arrive dans une ville... il doit examiner sa position et ses rapports avec les vents et avec le lever du soleil ; car celle qui est exposée au nord, celle qui l'est au midi, celle qui l'est au levant, celle qui l'est au couchant, n'exercent pas la même influence.

Il considèrera très bien toutes ces choses, s'enquerra de la nature des eaux... il examinera si

le sol est nu et sec, ou boisé et humide, s'il est enfoncé et brûlé par des chaleurs étouffantes ou s'il est élevé et froid. »

L'architecte qui mit en application les doctrines de l'école de Cos, qui conçut et réalisa la ville saine, aérée et ensoleillée et dont le nom est parvenu jusqu'à nous est Hippodamos, fils d'Euryphon, né à Milet. Il substitua à des rues étroites, sales et tortueuses de larges rues droites se coupant à angle droit et réserva des espaces vides.

Hippodamos était contemporain d'Hippocrate, mais celui-ci n'eut aucune influence sur l'œuvre de celui-là. En effet, Hippodamos rebâtit le Pirée sur un plan nouveau, sous la direction de Périclès, c'est-à-dire vers le milieu du V^e^ siècle, avant notre ère ; Hippocrate qu'on suppose né vers 460 était encore dans l'enfance et n'a pu conseiller l'architecte.

« Hippodamos, de Milet, fils d'Euryphon, le même qui, inventeur de la division des villes en rues, appliqua cette distribution nouvelle au Pirée...

Aristote. *La Politique*, liv. II, ch. V, § 1.

D'après Strabon (Géographie, liv. XIV), Hippodamos aurait appliqué son système à Rhodes et il aurait vécu à l'époque de la guerre du Péloponèse (431-404 avant J.-C.).

La ville de Thèbes en Béotie fut reconstruite sur le nouveau plan et probablement par Hippodamos lui-même.

Sélinonte en Sicile fut reconstruite, d'après les principes d'Hippodamos en 408 par l'ordre d'Hermocrate, beau-père de Denys l'Ancien. Malgré sa destruction complète par des tremblements de terre, on a retrouvé ses rues à tracé géométrique régulier.

Dans sa *Politique*, Aristote reprend les idées d'Hippocrate sur la construction d'une ville, discute les avantages et les inconvénients des villes anciennes à rues tortueuses et les rues modernes à rues droites et il conclut à un système mixte.

« Quant à la position de la cité, pour elle-même quatre choses sont surtout à considérer :

1° La plus importante, c'est la salubrité (qui dépend de son exposition) ;
2° Les occupations des citoyens ;
3° Sa défense contre les attaques des ennemis ;
4° Son approvisionnement en eaux.

. . . .

Quant à la disposition des habitations particulières, elle paraît plus agréable et généralement plus commode, si elles sont bien alignées à la moderne et d'après le système d'Hippodamos. L'ancienne méthode avait, au contraire, l'avantage d'être plus sûre en cas de guerre : les étrangers, une fois entrés dans la ville, pouvaient difficilement en sortir et l'entrée ne leur avait pas coûté moins de peine. Il faut combiner ces deux systèmes et l'on fera bien d'imiter ce que nos vignerons nomment les quinconces dans les plants de vigne. On alignera donc la ville seulement dans quelques parties, dans quelques quartiers et non dans toute sa superficie et l'on réunira par là l'élégance et la sûreté. »

Aristote. *La Politique*, liv. VII, ch. X, § 1, 4 et 5.

Au III^e^ siècle avant notre ère, on parle des rues mal percées de la vieille Athènes et des alignements rectilignes de la moderne Thèbes.

Quand Alexandrie fut fondée en 332, les plans furent tracés par l'architecte Dinocrate d'après les principes d'Hippodamos.

Des rues tracées sur les plans d'Hippodamos existent encore. La petite ville de Thivœ (anciennement Thèbes) a encore ses deux rues principales parallèles, coupées régulièrement par des rues secondaires. Le Pirée a toujours sa disposition de rues en damier. La partie d'Alexandrie bâtie par Dinocrate est seule régulière, les constructions qui lui sont postérieures sont disposées irrégulièrement.

Pendant la période troublée qui s'étend du IV^e^ siècle à la fin du VIII^e^ siècle (décadence romaine et haut moyen âge), les habitants des villes et des faubourgs, pour se protéger, furent réduits à s'entasser les uns sur les autres dans de petites villes encloses de murs. Dans le désarroi général, les principes d'Hippodamos, d'ailleurs inapplicables, furent oubliés. Comme conséquence, les épidémies trouvèrent dans ces villes sales et surpeuplées, un milieu favorable et les hécatombes furent nombreuses et répétées.

L'évolution du tracé des rues a suivi la loi générale d'évolution des choses humaines, elle a passé par trois phases successives anarchique, religieuse et scientifique, avec des périodes alternantes de progrès et de régression.

Dr P. NOURY,
de Rouen.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE JUBILÉ DU Dr NICOLLE DE TUNIS (1)

Le 28 avril dernier, à 17 heures, au Théâtre Municipal, dont l'entrée avait été somptueusement décorée de verdure, a été célébré, en présence d'un public dense et enthousiaste, le 25e anniversaire de la glorieuse et hautement féconde direction du docteur Charles Nicolle à l'Institut Pasteur de Tunis qui, de par la gestion éclairée et active du grand savant et par l'éclat de ses découvertes a gagné en un quart de siècle une réputation mondiale.

Les docteurs Gérard, Anderson, Dinguizli, Soria et M. Joseph Valensi, membres du Comité organisateur, accueillaient leurs invités, parmi lesquels figuraient des délégations des grandes administrations du protectorat, des associations de mutilés et combattants, de l'Institut de Carthage, des Ecrivains de l'Afrique du Nord, des Chambres de Commerce et d'Agriculture françaises et indigènes, de la Société des Sciences médicales, des diverses sociétés de la Croix-Rouge, du Service de Santé.

Sur la scène prirent successivement place aux côtés de M. Bonzon, ministre-délégué à la Résidence générale : le général Younès Hadjouj, représentant S. A. le Bey ; le médecin principal Sandras, représentant le général commandant supérieur des Troupes de Tunisie ; Si Tahar Kherredine, ministre de la Plume ; Si El Hadi Lakhoua, ministre de la Justice ; MM. le médecin-général de la Marine Audric, représentant l amiral Grandclément, préfet maritime ; le capitaine de frégate Pieri, représentant le contre-amiral Picot ; Mgr. Gourlet, représentant S. G. l'Archevêque, ; le R. P. Delattre.

MM. Mourgnot, directeur général des Travaux publics ; Ristelbueber, directeur général de l'Intérieur ; Crancier, directeur général des Finances ; Gau, directeur général de l'Instruction publique ; le professeur A. Borrel, délégué de l'Institut Pasteur de Paris ; le professeur A. Halipré, délégué de la ville de Rouen, directeur de l'Ecole de médecine de cette ville ; le professeur Pinoy, délégué de la Faculté de médecine d'Alger ; les professeurs A. Cascard et A. Martin de Rouen ; le docteur A. Loir, directeur du bureau d'hygiène du Havre ; le professeur R. Sorel, chirurgien de l'hôpital Pasteur du Havre ; W. Marçais.

MM. A. Gaudiani, vice-président du Grand Conseil; Dupont, directeur des Postes ; Dramard, président du Tribunal ; Fropo, procureur de la République ; D. Gaudiani, directeur général adjoint de l'Intérieur ; Ducos de Lahaille, directeur de la Justice tunisienne ; L.-J. Pelletier.

Si Chadli el Okby, cheikh el Medina ; MM. Abribat, vice-président délégué de la Municipalité ; Monchecourt, contrôleur civil de Tunis ; Si Baccouche, caïd de la Banlieue ; Si Kelil Bouhageb ; Si Snadly, caïd de Sfax.

MM. A. Gounot, président de la Chambre d'Agriculture ; Ventre, président de la Chambre de Commerce ; Mohamed Chenik, vice-président de la Section indigène du Grand Conseil ; Verdier, président de la Chambre des Intérêts Miniers ; Eugène Bessis, président de la Communauté israélite de Tunisie ; Le Theuff, inspecteur général des Services administratifs à la Direction générale de l'Intérieur ; le vétérinaire principal Pagnon ; les consuls des Etats-Unis, de S. M. Britannique, d'Espagne, d'Italie et de Suède.

A gauche de la scène, terminant le demi-cercle formé par les personnalités officielles, le docteur Charles Nicolle, assis près du docteur Conseil.

Après que la « Marseillaise » et l' « Hymne beylical » joués par la musique du 4e Zouaves eurent salué l'arrivée du ministre-délégué et du représentant de S. A. le Bey, M. Bonzon, préface en ces termes la série de discours émouvants qui vont exalter l'œuvre immense du docteur Charles Nicolle et le remercier de ses inestimables découvertes qui ont fait rejaillir sur la France et la Tunisie une impérissable renommée.

Discours de M. Bonzon.

Mon cher Docteur,

Messieurs,

C'est une heureuse fortune pour moi d'avoir à présider aujourd'hui une réunion aussi éminente par la qualité de ceux qui ont tenu à l'associer à cette magnifique et heureuse manifestation qu'émouvante par l'empressement sympathique de tous ceux qui ont répondu à l'appel des organisateurs. Je vous donnerai connaissance, dans un instant, d'une lettre qui vous est adressée par le Résident Général. Vous verrez quels sont ses regrets de ne pas être aujourd'hui à la place que j'occupe en son nom.

Tous mes remerciements iront d'abord aux animateurs de cette belle réunion : au docteur Conseil, compatriote Rouennais du docteur Nicolle, ami et collaborateur précieux de celui-ci, au docteur Gérard, toujours si actif et dévoué qui a fait preuve en cette circonstance des mêmes talents d'organisateur qui avaient, il y a deux ans, assuré le succès des journées médicales tunisiennes ; le docteur Gérard est un sportif ; on s'en aperçoit bien à la façon dont il sait entraîner une équipe.

Les adhésions sont venues nombreuses, chaleureuses, de toutes les parties du monde, pour célébrer le 25e anniversaire de la Direction du docteur Nicolle à l'Institut Pasteur de Tunis. Je remercie en particulier ceux qui ont tenu à faire le voyage de Tunisie

(1) D'après la *Dépêche tunisienne* du 29 avril 1928.

pour apporter à leur illustre confrère le témoignage de leur admiration et notamment M. le docteur Borrel, directeur de l'Institut Pasteur de Strasbourg, représentant du docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur de Paris.

M. Halipré, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, délégué de la ville de Rouen ;

M. Adrien Loir, directeur du Bureau d'hygiène de la ville du Havre, fondateur de l'Institut Pasteur de Tunis ;

M. le docteur Pinoy, professeur à la Faculté d'Alger.

Le Gouvernement du Protectorat est heureux de s'associer à cette manifestation si méritée de sympathie et de gratitude. Voilà 25 ans que le docteur Nicolle donne à la Tunisie le meilleur de lui-même. L'humanité entière a bénéficié du résultat de ses travaux et de ses expériences. Il a réussi à faire de l'Institut Pasteur de Tunis l'un des premiers instituts du monde. Sa réputation personnelle de savant qui le classe au premier rang de ceux-ci a profité à la Tunisie tout entière qui s'enorgueillit à bon droit de le compter parmi ses habitants.

Le représentant du Gouvernement du Protectorat, en son nom et au nom de S. A. le Bey, saisit avec empressement cette occasion de rendre un public hommage à l'homme de science et l'homme de bien qu'est le docteur Nicolle et de lui adresser, avec ses vives félicitations, l'assurance renouvelée de sa profonde gratitude pour les services éminents qu'il a rendus à la France, comme à la Tunisie.

Madame, Messieurs,

Il ne me reste plus qu'à donner la parole aux orateurs qui, avec plus d'éloquence et surtout plus de compétence que moi, vont apporter leur tribut d'admiration au grand savant que nous honorons aujourd'hui. »

M. Bonzon indique alors qu'en dehors des lettres d'adhésion et de compliments, le Comité a reçu les télégrammes collectifs de félicitations ci-après :

Institut Pasteur de Paris, au nom de tous les Instituts Pasteur (docteur Roux) ;

Institut Pasteur d'Algérie (docteur Edmond Sergent) ;

Société des Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de Rouen (docteur Seyer) ;

Laboratoire bactériologique de l'Etat suédois (professeur Kling) ;

Institut bactériologique de l'Etat à Moscou (professeur Barikine) ;

Société bactériologique de Moscou (professeur Korchoum) ;

Institut Tarrasséwitch de Moscou (professeur Diatropoff) ;

Institut bactériologique de Kharkof (professeur Zlatogoroff) ;

Institut Camera Pestana de Lisbonne (professeur Bettencourt ;

Laboratoire de bactériologie de Caen (docteur Lebailly) ;

Institut Pasteur Hellénique à Athènes (docteur Georges Blanc) ;

M. René Valléry-Radot et Madame, fille de Pasteur ;

Docteur Pasteur Valléry-Radot, petit-fils de Pasteur.

De frénétiques applaudissements saluent la belle péroraison du délégué à la Résidence et la diversité des hommages rendus par la science internationale et française à l'illustre savant ; puis, M. le docteur Conseil, au nom du Comité, prononce, d'une voix qu'altèrera souvent une profonde émotion, le discours suivant :

Discours du docteur Conseil.

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Représentant de S. A. le Bey,
Mesdames, Messieurs,
Mon cher Maître,

Lorsque s'inscrit au calendrier la 25e année de votre venue à Tunis, vos collaborateurs songèrent à fêter cet anniversaire. Ils firent part de leur projet à vos amis. Leur intention était simplement de se réunir autour de vous pour pouvoir évoquer ensemble des souvenirs de cette longue période de travail, d'en revivre en commun les joies aiguës et les déboires effacés. Mais le nombre de vos collaborateurs était grand, celui de vos amis et de vos admirateurs encore plus. Notre cercle s'agrandit rapidement. Vos maîtres et vos collègues de l'Institut Pasteur ont voulu aussi vous témoigner leur amitié. De toute part des savants ont demandé à se joindre à nous ; l'Administration a tenu à vous exprimer la reconnaissance publique. Et nous voici à la tête d'une grandiose manifestation officielle.

Que votre modestie nous pardonne. Notre excuse est que sont groupés autour de nous les noms les plus illustres du monde entier.

Nous vous remercions, M. le Délégué, d'avoir bien voulu honorer de votre présence cette cérémonie. Nous vous prions de transmettre à M. Lucien Saint, résident général, dont nous regrettons l'absence, l'expression de notre reconnaissance pour le haut patronage qu'il a accordé à cette fête et pour l'intérêt qu'il vient d'y témoigner encore.

M. le Représentant de S. A. le Bey, portez à S. A. l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Borrel, qui êtes venu représenter ici la Maison de Pasteur, dites bien à nos vénérés maîtres, en particulier, à M. Roux, combien nous les remercions en même temps que vous.

M. le professeur Halipré, mon premier maître, quand vous rentrerez dans la ville de Rouen, qui vous a délégué ici, dites à tous combien nous avons été sensibles à l'hommage qu'elle rend par votre présence à l'un de ses enfants.

M. Loir, vous êtes venu voir ce qu'était devenu le

grain que vous aviez semé. La semence était bonne, pouviez-vous douter de la récolte.

Nous sommes fiers, M. Pinoy, de l'adhésion de la Faculté de Médecine d'Alger que vous représentez.

Notre gratitude va à notre Comité d'honneur, en particulier à ses présidents et vice-présidents, M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; M. le professeur Widal, membre de l'Institu ; M. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; M. le recteur Charlety ; M. Dubreuil, maire de Rouen ; M. René Vallery-Radot ; aux professeurs Calmette, L. Martin et Mesnil ; aux docteurs Pasteur Vallery-Radot et Edmond Sergent.

A vous, M. le Directeur général de l'Intérieur, qui, au milieu de ces savants, représentez si dignement l'Administration et l'intérêt qu'elle porte à la Science.

Comment exprimer notre reconnaissance à tous les savants étrangers, qui, non contents de nous apporter le prestige de leur renom, ont fondé en Grèce, en Roumanie, en Russie, en Suède, au Brésil et en République Argentine des Comités locaux pour commémorer avec nous cet anniversaire. La gloire de leurs noms auréole cette journée. Soyez remerciés également Mesdames et Messieurs , vous tous qui vous êtes joints à nous..

Mon cher Maître,

Je ne puis m'empêcher d'évoquer en ce jour les souvenirs de cette longue période de travail. Pour nous ce sont les meilleurs moments de notre vie, pour vous aussi, j'en suis sûr.

Et puis, pourquoi ne point rappeler ces souvenirs en public. On se figure trop souvent le savant penché sur sa table, abstrait des contingences, et cependant, à votre contact, j'ai appris surtout que la nature ne dévoile ses secrets qu'à ceux qui sont capables de lutter, et qui n'hésitent pas à les pourchasser partout où ils se cachent.

Il y a un peu plus de vingt ans, je débarquais de notre Normandie, poussé, probablement comme vous, par l'atavique besoin des conquêtes lointaines. J'allai visiter aussitôt celui qui avait été pendant quelque temps, mon professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen ; je pensais trouver un appui, je trouvai immédiatement une sincère amitié.

Vous étiez depuis peu à Tunis, et déjà vous aviez entrepris avec ardeur de réorganiser l'Institut Pasteur de Tunis. L'embryon des services que de trop faibles moyens avaient seuls permis au docteur Loir de créer, pouvait être développé. Les quelques salles du Contrôle civil dont M. Loir, puis M. Ducloux avaient dû se contenter au début, pouvaient être abandonnées et les divers services transportés dans un nouvel établissement, édifié sur vos plans. Prévoyant déjà l'extension considérable de la ville, vous n'aviez point hésité à placer votre établissement au Belvédère, sans doute prévoyez-vous déjà aussi l'extension considérable qu'allait prendre l'Institut sous votre direction et vouliez-vous lui réserver les possibilités de s'agrandir.

Vous aviez jugé en effet immédiatement quel immense domaine s'offrait dans ce pays aux recherches médicales. Lentement, avec votre méthode accoutumée, vous vous orientez dans ce domaine inconnu. Vous étiez trop médecin pour penser que l'expérimentation puisse se passer de la clinique ; la collaboration intime de toutes les ressources médicales du pays vous paraissait nécessaire ; vous vouliez que l'établissement que vous dirigiez fût le centre d'attraction de tous ceux qui s'intéressent aux recherches scientifiques ; vous recrutiez des collaborateurs. J'eus le bonheur d'être de ceux-là.

Vous étiez venu mettre à la disposition des médecins de Tunisie, les méthodes nouvelles dont le génie de Pasteur et de ses élèves a doté l'humanité. Les résultats ne se firent point attendre. Les bâtiments du nouvel institut n'étaient pas achevés que déjà des découvertes intéressantes marquaient votre arrivée.

A ce moment, plusieurs affections fébriles étaient encore classées sous la dénomination vague de « fièvres du pays ». Avec le concours de quelques médecins de Tunis, il vous fut facile de démontrer qu'un grand nombre d'entr'elles étaient occasionnées par un microbe, récemment découvert à Malte et en Italie, que la fièvre méditerranéenne existait aussi en Tunisie et l'importance qu'elle y avait. Un grand pas venait d'être fait dans l'étude de cette maladie par Zammit, qui avait montré son origine caprine. Vous voulûtes vérifier cette découverte et pendant des mois, on vit à l'aube du jour de graves médecins courant après les chèvres, examinant leur sang, leur lait, et arrivant à montrer qu'en Tunisie aussi le troupeau de chèvres, contaminé par les importations maltaises, était l'origine principale de la maladie. Cette étude a été prolongée pendant des années à l'Institut Pasteur, elle vous a permis d'en réaliser la vaccination pour l'homme et au docteur Burnet de doter la science d'une méthode pratique et rapide pour en établir le diagnostic.

Une maladie beaucoup plus grave, depuis des siècles, ravageait l'Afrique du Nord ; le typhus exanthématique. Il sévissait d'une façon plus ou moins intense dans le monde entier, compagnon assidu de toutes les calamités humaines, terreur associée à toutes les guerres. On ignorait tout de cette terrible maladie. Ceux qui l'approchaient, les médecins surtout, lui payaient un formidable tribut. Ce fut votre principal souci, ce devait être votre plus grand triomphe. Le problème était vaste. Il fallait d'abord, par une étude rigoureuse des conditions de la contagion, orienter les recherches. On vous vit pendant longtemps accourir dès que la maladie était signalée, examinant en détail les fondouks les plus sales, les gourbis les plus éloignés, furetant dans tous les coins, cherchant dans les vêtements sordides des malades, dans leurs grabats, tout ce qui pouvait être susceptible de renfermer la contagion. Travail dangereux, (vos rivaux d'Amérique venaient d'y laisser la vie) mais aussi méthode profitable qui devait assez rapi-

dement entraîner votre conviction sur les modes de transmission de la maladie.

Il fallait en apporter maintenant la démonstration et pour cela arriver à transmettre la maladie aux animaux. De multiples essais avaient été faits sans succès. Nos premières tentatives ne furent pas heureuses non plus. Pensant que ces échecs étaient dus à ce que la contagion ne se faisait que dans les premiers temps de la maladie, ce fut la course acharnée avec les cas favorables à l'expérience.

Vous vous rappelez certainement, mon cher Maître, une de ces expéditions.

Des cas de typhus étaient signalés dans des gourbis éloignés de la région de Souk-el-Khemis. Mis en route aussitôt nous ne pûmes cependant arriver à Souk-el-Khemis qu'à la fin de l'après-midi. Il fallait partir sans retard à la recherche des malades. C'était l'hiver, le mauvais temps avait effacé les chemins, la pluie menaçait. Aller ainsi dans la nuit à la recherche des gourbis blottis dans la campagne paraissait impossible. Nous ne pouvions cependant retarder sans risquer de manquer l'occasion favorable. Nous eûmes la chance de trouver un Caïd, votre regretté frère, Ministre de la Plume, qui comprit l'importance de notre expédition et voulut bien se placer lui-même à notre tête pour nous diriger. Nous nous mîmes en route emportant nos animaux, un chimpanzé, des singes, des cobayes ; après avoir erré longtemps dans la nuit, sous la pluie et le froid, nous pûmes trouver des douars contaminés. Un indigène venait de tomber terrassé par le typhus ; c'était ce que nous cherchions. A la lumière d'un brasier ranimé, nous pûmes prélever quelques gouttes de son sang et les inoculer à nos singes, devant les indigènes étonnés, et que seule l'autorité du Caïd avait pu convaincre de laisser pratiquer ce qui ne pouvait manquer de paraître à leurs yeux besogne de macabre sorcellerie. Puis ce fut le retour lent dans la nuit, harrassés de fatigue. Le mauvais temps faisait rage ; il fallait avant tout mettre à l'abri notre précieuse cargaison. Nos vêtements servirent à envelopper les cages où les singes se blottissaient frileusement. A l'aube, nous rentrions transis à Souk-el-Khemis, mais vous rapportiez la première victoire sur le typhus exanthématique, son virus conservé sur les animaux.

Cette première découverte allait en permettre d'autres.

Jusqu'alors tous les observateurs considéraient que le typhus se transmettait comme la grippe, par simple contact de l'homme malade à l'homme sain. L'observation rigoureuse des épidémies vous avait, au contraire, montré qu'un malade atteint de typhus, lavé et nettoyé à son entrée à l'hôpital, ne transmettait plus la maladie à ceux qui l'approchaient, alors que resté dans son milieu, il constituait un redoutable danger. Vous en aviez conclu que la transmission s'effectuait par un parasite de la peau, probablement par l'intermédiaire du pou du corps si fréquent chez les victimes habituelles du typhus. Il restait à démontrer que vos déductions étaient exactes. De minutieuses recherches ont été ncécessaires pour en fixer tous les détails. Pendant les années 1909 et 1910 que de journées, que de nuits occupées à de patientes expériences, que de temps passé à infecter, à nourrir des poux, à surveiller des singes, des cobayes. Mais aussi de combien de joies intenses n'ai-je pas été le témoin.

La terrible maladie, domestiquée par vos mains, un à un livrait ses secrets.

Un moment vous craignîtes d'être arrêté faute de moyens matériels ; ces longues et coûteuses recherches avaient dévoré et au-delà tous les crédits de l'Institut Pasteur.

Le Secrétaire général du Gouvernement tunisien, alors M. Urbain Blanc, fut mis au courant de vos embarras, en même temps que des résultats acquis. « Allez, continuez, sans vous occuper d'autre chose » telle fut sa réponse ; par la confiance qu'il vous témoignait déjà, le Gouvernement du Protectorat venait de prendre sa part dans vos importantes découvertes.

Lentement toutes les conditions de la contagion s'éclairaient, la maladie fournissait elle-même, par le sérum des convalescents, le moyen de mettre à l'abri ceux que leurs occupations exposaient le plus à la contagion. Surtout une nouvelle méthode de préservation générale était trouvée. Qui eût pu penser alors à l'importante application qu'allaient avoir vos découvertes. La plus grande conflagration humaine de tous les temps devait leur donner une application aussi large qu'imprévue. Il faut avoir vu les villes désertes de la Serbie pour se rendre compte des ravages que pouvaient occasionner le typhus associé à la guerre ; il faut avoir vu ce pays renaître quand les mesures de prophylaxie basées sur vos découvertes furent appliquées, pour en juger l'importance. Qui pourra jamais dénombrer les milliers de vies qu'elle a épargnées. Lorsque nous songeons aux ravages causés par la grippe, maladie beaucoup moins terrible, nous tremblons à la pensée de ce qu'eût pu devenir cette guerre si on n'avait su se protéger du typhus.

La grippe aussi vous livra quelques-uns de ses secrets. Vous avez montré qu'elle était due à un microbe filtrant, c'est-à-dire invisible à nos procédés actuels d'investigation.

Mais une autre maladie, compagne habituelle du typhus exanthématique, se produisant dans les mêmes conditions : le typhus récurrent, devait retenir votre attention. L'examen méthodique de ses épidémies vous avait amené à penser que le pou était encore l'agent de la transmission.

L'expérimentation paraissait facile, le spirille agent de la maladie était depuis longtemps connu et on la reproduisait facilement sur les animaux par inoculation du sang.

Les expériences furent entreprises avec la même méthode que pour le typhus. A notre grande surprise, les résultats furent négatifs. Patiemment, des singes reçurent des milliers de piqûres de poux sans contracter la maladie. Les expériences furent renouvelées

dans toutes les conditions possibles, sans résultat. Autour de vous, on commençait à douter. Vous seul, bien certain que vos déductions étaient exactes, conserviez votre conviction. Vos collaborateurs, je puis l'avouer, j'en étais, devenaient sceptiques et continuaient cette fastidieuse besogne sans enthousiasme, simplement pour ne pas vous peiner, n'escomptant plus la réussite. Et cependant vous aviez raison. Un jour, en examinant à l'ultra-microscope des poux infectés depuis une semaine vous constatiez, avec Blaizot, que les spirilles qui disparaissaient comme digérés par l'insecte, étaient reparus sous une nouvelle forme dans son sang. Nos échecs étaient expliqués. Les spirilles évoluaient dans le corps du pou, ils étaient absents de leur tube digestif et leurs piqûres restaient inoffensives. Le pou était bien l'intermédiaire obligé de la transmission, mais par un autre mécanisme. Il fallait que l'insecte fût écrasé sur la peau excoriée par le grattage.

L'application des mesures de prophylaxie découlant de cette découverte donna d'aussi bons résultats que pour le typhus et depuis 20 ans qu'elles sont appliquées, on ne voit presque plus de typhus exanthématique ni de fièvre récurrente dans les villes de Tunisie.

De telles découvertes, mon cher maître, suffiraient à justifier votre gloire, mais il en est d'autres dont les souvenirs se pressent nombreux à ma mémoire.

Celles du Kala-Azar, la culture de son parasite, l'élucidation de son mode de transmission par le chien. Il me souvient de vous avoir rencontré un jour dans le Sud, exténué de chaleur et de soif, rapportant, nouveau Desclieux, une culture précieuse, celle du parasite du bouton d'Orient que vous étiez allé chercher dans une oasis lointaine, et dont vous rafraîchissiez les tubes pour les protéger de l'ardeur du siroco avec le peu d'eau à votre disposition.

De nombreux vaccins sont sortis de votre laboratoire. Ceux de la blennorragie, de la coqueluche, du chancre mou, du choléra ; autant de moyens nouveaux de lutter contre la maladie.

Toute la pathologie nord-africaine est marquée de votre empreinte. Le trachome, la lèpre, ont fait l'objet de vos études ; je n'en finirais pas de les énumérer.

Mais il est deux de vos enfants dont je veux parler encore parce que je sais combien ils vous sont chers, à cause des résultats féconds qu'ils promettent ou ont déjà produits.

Parfois, après un long temps de silence, on voit certaines maladies réapparaître sans qu'il soit possible aux recherches des plus minutieuses de déceler un nouvel apport de virus. De même vous aviez constaté que des animaux inoculés restaient sans présenter les symptômes attendus comme si l'inoculation avait échoué. Vous eûtes alors l'idée d'inoculer quand même leur sang à d'autres animaux. Comme votre intuition vous l'avait fait pressentir, leur sang transmettait la maladie. Ils faisaient donc une maladie inapparente, mais qui n'en était pas moins contagieuse. Le mystère était éclairci ; de même qu'il y avait des porteurs sains de germes, il y avait maladies inapparentes, mais cependant contagieuses. Un nouveau chapitre de la prophylaxie des maladies infectieuses était ouvert, aux conséquences encore incalculables pour la protection de la santé publique.

Une autre de vos découvertes a déjà protégé un si grand nombre d'existences, et des plus chères, que je ne puis terminer sans l'évoquer.

La rougeole est une affection si commune qu'on a accoutumé de la considérer comme bénigne et comme inévitable. Si elle était en effet jusqu'ici à peu près inévitable, combien elle est loin d'être bénigne. A elle seule, elle occasionne certaines années dans des villes comme Tunis plus de décès que toutes les autres maladies contagieuses réunies ; elle était la terreur des hôpitaux d'enfants, où malgré les précautions, on voyait souvent des petits malades en traitement pour une affection légère contracter une rougeole aux conséquences mortelles.

Votre première joie fut de reproduire assez facilement la maladie sur le singe et d'en entreprendre immédiatement l'étude. Que de constatations décourageantes apporta cette étude. La contagion était si subtile, elle se produisait si rapidement, avant même que la maladie pût être soupçonnée et dans de telles conditions que toute défense contre elle semblait illusoire. Et cependant, la difficulté fut vaincue. Ayant constaté que le sang des malades convalescents possédait un pouvoir préventif élevé, il vous fut possible de recueillir un sérum pouvant prémunir les enfants les plus exposés. Cette découverte était tellement importante qu'en quelques années, elle se répandit dans tous les pays ; les résultats que vous aviez annoncés furent partout vérifiés et maintenant, dans le monde entier, des enfants sont ainsi préservés.

Votre grand savoir, votre culture générale, et une sorte d'intuition où se reconnaissent les grandes découvertes ont permis vos travaux : ils ont été rendus possibles par votre esprit de clarté et de méthode rigoureuse. C'est la grande leçon que nous avons retenue à votre contact. L'affection confiante que vous avez su provoquer dans tout le Corps médical a facilité vos recherches ; la conquête morale que vous avez faite de tous ceux qui vous ont approché a fait de l'Institut Pasteur de Tunis un des centres scientifiques les plus connus du monde. Après 25 ans, vous voyez votre cher Institut agrandi matériellement et scientifiquement. C'est votre plus belle récompense.

D'autres honneurs vous sont venus. Récemment le prix Osiris, réservé à récompenser l'œuvre la plus remarquable dans la science, vous a été décerné.

A tous les souvenirs que je viens d'évoquer, puisse cette journée en ajouter un nouveau.

Ceux qui se sont joints à nous, ceux qui sont présents aujourd'hui et ceux retenus au-delà des mers ont désiré qu'une médaille soit gravée à vos traits. Acceptez-la, mon cher Maître, ce n'est qu'un faible té-

moignage de l'admiration et de la reconnaissance de tous. »

L'émouvant discours de M. le docteur Conseil a été émaillé d'applaudissements nourris et c'est dans une ovation interminable que l'orateur termine et remet au docteur Nicolle la médaille d'or qui concrétise ce prestigieux anniversaire et la reconnaissance des Français à leur éminent compatriote. Les applaudissements rebondissent bientôt lorsque dans un élan fraternel le docteur Nicolle donne l'accolade à son collaborateur et ami.

Discours du professeur Borrel.

M. Bonzon donne alors la parole à M. le professeur A. Borrel qui, au nom de l'Institut Pasteur de Paris, prononce l'allocution suivante :

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Représentant de S. A. le Bey,
Mesdames,
Messieurs,
Mon cher Nicolle,

Lorsque le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, et le docteur Calmette, sous-directeur, empêchés de venir à Tunis par leur état de santé, m'ont demandé de les repréenter · à ce 25e anniversaire, j'ai accepté avec un très grand plaisir.

Le docteur Nicolle est mon ami de quarante ans et je connaissais Tunis depuis longtemps, puisque j'étais venu en 1906 et 1907 faire des études sur la clavelée des moutons.

J'ai constaté avec enthousiasme le magnifique et rapide développement de votre belle ville et je n'en ai pas été étonné.

Dans le cas de l'Institut Pasteur en particulier, l'Administration tunisienne a compris toute l'importances des œuvres d'hygiène, toute l'importance de la prophylaxie des maladies infectieuses et tout l'intérêt des recherches scientifiques.

Votre Administration a toujours largement aidé et soutenu le docteur Nicolle et a ainsi contribué à ses succès scientifiques en mettant à sa disposition toutes les ressources nécessaires pendant les 25 ans qui viennent de s'écouler. Les résultats acquis à Tunis ont illustré et fait connaître dans le monde entier votre Institut Pasteur.

Les études de Charles Nicolle et de ses collaborateurs tunisiens sur le typhus exanthématique, sur la fièvre récurrente, sur la grippe, sur le trachome, sur le bouton d'Orient, sur le chancre mou, ont permis la prophylaxie rationnelle et, dans beaucoup de cas, le traitement de toutes ces affections humaines.

La découverte capitale du rôle des poux dans l'étiologie du typhus a évité pendant la guerre la mort de millions de soldats de toutes les nations.

J'apporte à Charles Nicolle le texte de l'adresse que le docteur Roux et le docteur Calmette m'ont chargé de remettre à l'Institut Pasteur de Tunis.

« Voici vingt-cinq ans que, sur la présentation du Conseil de l'Institut Pasteur de Paris, Charles Nicolle fut appelé à diriger et à développer les services de l'Institut Pasteur de Tunis.

« Presque chacune de ces vingt-cinq années a été marquée par quelque découverte ou par quelque progrès dans nos connaissances sur les maladies épidémiques ou contagieuses qui sévissaient, non seulement parmi les populations indigènes et parmi les colons de l'Afrique du Nord, mais encore dans beaucoup d'autres pays. L'une de ces découvertes, qui nous a éclairés sur la cause, sur la prophylaxie et sur la guérison du typhus exanthématique, suffirait à elle seule à glorifier son auteur et à lui assurer la reconnaissance des hommes de toutes les nations.

« Il est donc juste que l'Administration de la Régence et le Corps médical tunisien aient tenu à célébrer ce vingt-cinquième anniversaire de l'activité scientifique si féconde qu'a déployée Charles Nicolle dans cet Institut Pasteur auquel son nom demeurera attaché.

« Il est juste aussi que la Maison Mère de la rue Dutot s'associe à cette fête et que, par la voix d'un des nôtres, nous proclamions la gratitude due à notre illustre collègue pour l'extension qu'il a su donner à l'œuvre pastorienne.

« Le Conseil, la Direction et les membres de l'Institut Pasteur de Paris s'unissent pour exprimer à Charles Nicolle leur admiration, leur affection et pour lui souhaiter encore de longues années de vie de labeur et de gloire ».

Le vibrant hommage rendu au docteur Nicolle par le professeur Borrel et l'admirable lettre du docteur Roux déchaînent une tempête d'applaudissements qui se prolonge et s'intensifie encore lorsque le délégué de l'Institut Pasteur de Paris donne l'accolade à son grand condisciple.

Lorsque le silence est venu, M. le professeur Halipré vient apporter en ces termes l'hommage de la ville de Rouen à son glorieux enfant :

Discours du professeur Halipré.

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Représentant de S. A. le Bey,
Mesdames,
Messieurs,

Le sort souvent aveugle nous ménage parfois d'agréables surprises. Lorsque mon ami Charles Nicolle s'éloigna de Rouen, je ne pensais pas avoir un jour l'honneur et la grande joie de lui apporter à Tunis les félicitations de ses contitoyens.

Il y a quelques mois, le docteur Nicolle, titulaire du prix Osiris, était reçu à l'Hôtel de Ville de Rouen. En témoignage d'admiration, les Rouennais lui remettaient la médaille d'or de la Cité. Cet hommage public restera inoubliable pour nous. Nous avons pu revivre, à cette occasion, le passé avec tous nos espoirs. Nous nous sommes souvenus du temps où les esprits clairvoyants voulaient te retenir, mon cher ami.

Tu avais organisé au laboratoire de l'Ecole de Médecine, l'enseignement de la bactériologie. La clarté de tes leçons, le charme qui s'en dégageait, rendaient accessibles à tous les secrets de cette science, riche d'avenir. La création d'un service de sérum antidiphtérique avait rendu ton nom populaire. Tu étais entouré d'amis qui, connaissant ta valeur, voyaient avec bonheur s'ébaucher une collaboration vivement désirée, et puisaient dans leur enthousiasme de jeunesse l'illusion qu'elle durerait toute la vie.

Ce ne fut, en effet, qu'une illusion !

Vingt-cinq ans ont passé.

Nous te retrouvons en Tunisie, auréolé des découvertes que tu as faites et des services que tu as rendus. Un champ d'activité d'une richesse incomparable s'est offert à toi. Sous ton impulsion la moisson a dépassé toutes les prévisions. Les *Annales de l'Institut Pasteur* nous ont apporté l'écho de tes recherches et les dominant toutes par leur importance et leurs conséquences pratiques, tes découvertes sur le typhus exanthématique. A côté de cela l'action des différents services de l'Institut s'est développée d'année en année, traduisant avec éloquence les réalisations accomplies.

Ainsi l'intervention de l'Institut Pasteur dans les domaines les plus variés s'est imposée à l'attention du monde entier. Les savants en ont suivi l'évolution avec une curiosité attentive ; ceux-là même auxquels les préoccupations scientifiques sont étrangères y ont pris intérêt, car ils ont compris les bienfaits qui en découlent.

En cette circonstance, l'Institut Pasteur et l'Administration de la jeune Tunisie ont donné au vieux monde une grande leçon. Ils ont prouvé par l'exemple qu'un laboratoire n'est pas une conception purement spéculative, mais que le travail qui s'accomplit à l'ombre de ses murs conduit à des réalisations tangibles. Quand on sait ce qu'il faut de connaissances accumulées et de persévérance pour arracher au monde des microbes des secrets, on demeure émerveillé devant l'importance de la tâche accomplie.

Associons au nom de Charles Nicolle le nom de ses collaborateurs. Ils reçoivent de lui l'impulsion première et lui donnent sans compter cet effort soutenu qui est la condition du succès. Le savant, peut-on dire, a les collaborateurs qu'il mérite. C'est par l'ascendant de sa forte personnalité que Charles Nicolle a pu grouper la pléiade de travailleurs qui l'entourent. Nous sommes heureux de rencontrer parmi eux des noms amis. Beaucoup, comme on dit en Normandie, sont « gens de chez nous ». Et ce n'est pas pour nous surprendre. La lumière radieuse de ce pays des mirages a toujours exercé un véritable attrait sur la brumeuse Normandie. Au temps lointain où nos ancêtres marchaient à la conquête du monde, un chevalier normand faisait flotter ses étendards sur le sahel tunisien.

Aujourd'hui, les périodes troublées ont pris fin. Sur cette terre où se sont affrontées au cours des âges avec une âpreté farouche, les aspirations et les convoitises des peuples les plus divers, le calme est revenu. Des fléaux qui s'abattaient périodiquement sur la terre africaine ont marqué un temps d'arrêt, puis ont suspendu leurs attaques. Peu à peu, on a vu le danger s'écarter. La sécurité du lendemain a permis le joyeux épanouissement des œuvres de paix. Nous sommes fiers que l'un des nôtres ait contribué au redressement de ce bel ordre des choses.

Et maintenant nous pouvons évoquer, tant il nous semble fidèle, le tableau que nous trace de sa plume prestigieuse un autre normand, l'auteur de *Salammbô* :

« Il est une terre couverte de poudre d'or, de ver« dure et d'oiseaux, sous les citronniers, l'air est si « doux qu'il empêche de mourir. »

Ces lignes prennent pour nous le sens d'une véritable divination. L'Institut Pasteur de Tunis fait entrer dans la réalité le beau rêve de Gustave Flaubert.

Nous pouvons saluer de grand cœur le « Maître de l'Œuvre : Charles Nicolle. »

Une salve d'applaudissements accueille le salut de la Ville de Rouen à l'illustre maître. La parole est ensuite donnée à M. Ristelhueber, directeur général de l'Intérieur, qui fait une magistrale évocation de l'œuvre puissante de ce prince de la science qu'est le docteur Charles Nicolle.

Discours de M. Ristelhueber.

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Mon premier mot veut être un remerciement pour M. le Ministre délégué et les membres du Comité qui ont bien voulu appeler le Directeur général de l'Intérieur à prendre la parole en cette circonstance. C'est en effet pour lui le plus impérieux, comme le plus agréable des devoirs que de s'acquitter ici publiquement de la lourde dette de reconnaissance que l'Administration tunisienne a contractée depuis 25 ans envers le docteur Nicolle. Evoquer son œuvre dans ce pays sera dire, de la façon la plus vivante, tout ce dont le Gouvernement tunisien lui est redevable. Il me tient à cœur d'ajouter que celui qui a l'heureux privilège de poursuivre avec lui une collaboration toujours confiante et amicale, éprouve ce singulier et rare sentiment qu'il apporte sa contribution à une grande œuvre et qu'il répand le bien autour de lui.

***

Les orateurs qui se sont succédé avant moi ont exposé toute la nouveauté et l'étendue des travaux du docteur Nicolle, la hardiesse et l'importance de ses nombreuses découvertes, dont certaines ont révolutionné les méthodes de prophylaxie. Profane en la matière et trop respectueux de la science pour risquer de la malmener, je m'arrête au seuil d'un sanctuaire interdit, sans chercher à pénétrer son mystère.

Je me contente d'admirer les bienfaits prodigieux qui peuvent jaillir des tubes de verre et des étuves animées par la pensée d'un savant magicien.

Quand il s'est définitivement orienté vers le laboratoire, le docteur Nicolle, interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux de Rouen, tout jeune encore, avait déjà derrière lui une brillante carrière médicale, gage certain d'un avenir plus brillant encore. Son originalité a consisté à n'aborder les études bactériologiques qu'une fois muni d'une vaste culture médicale que peu de microbiologistes possèdent. Aussi ses recherches, franchissant d'un bond le domaine théorique et spéculatif, tendent rapidement vers un but pratique d'application. Car cet homme de laboratoire est un grand clinicien, nombre de ses confrères sont heureux de faire appel à son sens médical et à la sûreté de son diagnostic.

Comment aussi ne pas saluer encore une fois en lui avec respect le savant qui a découvert le mode de propagation du typhus exanthématique ? Ceux qui ont connu ce fléau de près, ceux notamment qui ont vu, en Serbie, les malades s'entasser dans les hôpitaux et les soldats en retraite tomber tour à tour sur les routes d'Albanie ont conservé le cauchemar de cette vision. La catastrophe menaçait toutes les immenses armées en campagne. Mais la trouvaille du docteur Nicolle a fait reculer un danger qui s'est bientôt évanoui devant les mesures prophylactiques prises sur son initiative. Et le jour de la victoire, en regardant défiler nos troupes triomphantes, le savant que nous fêtons aujourd'hui pouvait penser, non sans une légitime fierté, que c'était à lui qu'elles devaient d'avoir été protégées du plus terrible des maux, et que sans lui la guerre eût peut-être risqué de finir dans un charnier universel. Si je ne suis pas qualifié pour parler de ses recherches, sur la fièvre récurrente, la fièvre méditerranéenne, le trachome, le kala-azar, les infections inapparentes, je m'en voudrais cependant de ne pas faire au moins une allusion à la prophylaxie de la rougeole par le sérum des convalescents qui a recueilli d'emblée l'adhésion du monde scientifique et sauvé des milliers de vies humaines.

Mais, c'est sur l'œuvre tunisienne du docteur Charles Nicolle que j'ai le devoir d'insister particulièrement. Je crois par là répondre au désir du Comité puisque celui-ci a pris occasion pour cette manifestation de son 25e anniversaire à la direction de l'Institut Pasteur de Tunis. C'est cette date qu'il entend commémorer dans cette réunion bien plus qu'il prétend consacrer par des assises solennelles la célébrité d'un savant déjà parfaitement assurée par des témoignages unanimes et des sanctions aussi retentissantes que le prix Osiris.

Quand, dans les derniers jours de 1902, le docteur Nicolle a été appelé de Rouen à Tunis, un centre d'études bactériologiques fonctionnait déjà dans cette dernière ville.

Depuis 1893, en effet, le docteur Adrien Loir, envoyé par Pasteur pour étudier les moyens d'améliorer la vinification, avait peu à peu étendu le champ de son activité. Nous avons l'heureuse fortune de le voir aujourd'hui au milieu de nous : ses anciens amis sont heureux de le retrouver et le Gouvernement Tunisien s'applaudit de pouvoir saluer en lui l'ouvrier de la première heure et de l'associer au succès de l'établissement qu'il a fondé et dont il constate le plein épanouissement. En 1900, l'ensemble des organismes créés par le docteur Loir, et qui comprenait alors, outre des laboratoires d'analyses, un service antirabique et un centre vaccinogène reçut le nom d'Institut Pasteur. C'était chronologiquement, après ceux de Paris et de Saïgon, le troisième des Instituts de ce genre qui essaimeront bientôt sur tout le globe.

Dès son arrivée, le docteur Nicolle entreprend la complète réorganisation de l'œuvre. « Les laboratoires, a dit Pasteur, sont les temples de l'avenir. » Ceux de Tunis, modestement installés dans une annexe du Contrôle civil, sont condamnés à végéter. Il leur faut un autre cadre digne de leurs fonctions et des ambitions de leur chef. Les recherches patientes qui l'amèneront à ses découvertes exigent un matériel, un personnel, un budget large et croissant. Pour entamer son œuvre, le docteur Nicolle a dû bâtir et créer. Aussi son premier effort devait-il tendre à obtenir la construction de locaux vastes, indépendants, adaptés à leur but. Moins de deux ans après son arrivée à Tunis, il réussissait à inaugurer le nouvel Institut. Tous ceux qui ont eu à s'occuper de travaux neufs, qui connaissent la lenteur et les complications des avant-projets, projets et devis sentiront ce qu'une réalisation aussi rapide implique de volonté, de ténacité et d'ordre. D'ailleurs, le nouvel établissement, tout ample qu'il parût alors, ne devait pas tarder à craquer de toutes parts sous la puissante poussée du développement de ses services. Tant bien que mal, il fut remédié à l'insuffiance des locaux ; puis vint la guerre qui fit ajourner une reconstruction cependant urgente. Actuellement les travaux, commencés en 1925, sont en cours, poursuivis par étapes et dans un avenir très rapproché, deux ans sans doute, le docteur Nicolle aura la joie de voir le couronnement matériel de l'Institut, but de sa vie de labeur, auquel ses découvertes et son renom ont déjà depuis longtemps octroyé leur consécration morale.

Sans doute l'œuvre du savant paraît-elle plus séduisante et glorieuse que celle de l'organisateur et de l'administrateur. Mais ici c'est en collègue que je la déclare non moins méritoire et féconde.

Songez que pendant 25 ans, tous les jours, en dépit de ses préoccupations scientifiques, en dépit de l'importance et de la minutie de ses recherches, le docteur Nicolle n'a jamais cessé de porter toute son attention à la gestion et à la bonne marche de la maison dont il avait la charge. Il l'a dirigée avec ordre et avec fermeté. Il a été l'âme et l'animateur de cet Institut qui reçoit chaque année des milliers de visiteurs et de malades ; il a guidé, surveillé, coordonné les travaux de ses collaborateurs dont, en un quart de siècle le nombre est passé de trois à dix-huit sans compter le personnel subalterne.

Même développement pour le budget de l'Etablissement : parti de 38.000 francs en 1903, il se chiffre aujourd'hui à 870.000 francs, et il convient de souligner que plus de la moitié des dépenses de l'Institut a toujours été couverte par la perception des recettes qu'il effectue.

Qu'un seul homme à la fois, et avec succès, fasse construire, administre et dirige cette ruche de travail, voilà qui représente déjà un effort considérable. Mais que cet homme trouve encore le temps de faire de retentissantes découvertes qui enrichissent la science et le loisir d'écrire des livres subtils et délicats, voilà alors qui dénote une personnalité singulièrement forte et une puissance de travail peu commune.

Entre ses mains fermes, l'Institut Pasteur de Tunis a pris un rapide essor : il est devenu aujourd'hui la pierre angulaire de notre édifice sanitaire tunisien. C'est sur lui que repose notre système de défense contre les maladies contagieuses. Lorsque survient quelque chaude alerte, comme il y a deux ans, lors de l'épidémie de peste à Kairouan, nous l'avons toujours trouvé prêt à répondre à toute demande et à fournir nonseulement des vaccins en quantités indéfinies, mais encore des secours en personnel.

Je m'excuse de citer des chiffres. Mais, outre qu'ils ont la réputation d'être éloquents, ils montrent de la façon la plus précise l'extension prise par l'Institut Pasteur de Tunis et la mesure dans laquelle ses services concourent à l'assainissement de la Régence.

Le service antirabique qui traitait 274 personnes en 1903 en a soigné 1.666 en 1924. Ce chiffre élevé n'est pas tant dû à l'augmentation de la rage en Tunisie et dans le département de Constantine qu'à la rapidité plus grande des transports, à la diffusion de l'idée de prévention et à la facilité toujours plus grande avec laquelle la population se prête à celle-ci.

Dans la lutte contre la variole, l'Institut Pasteur fournissait aux médecins 1.207.000 doses en 1925, contre 45.000 en 1903.

En ce qui concerne les vaccins microbiens, en 1920, cet Etablissement a livré 200.000 doses de vaccins microbiens parmi lesquelles plus de 173.000 de vaccin antipesteux. Enfin, dans la même année, 400 centimètres cubes de sérum préventif de la rougeole et 120 de sérum préventif du typhus ont été distribués au Corps médical.

C'est dire avec quelle activité l'Institut Pasteur se fait le pourvoyeur de nos services de prophylaxie. Et le Gouvernement compte encore sur lui pour développer prochainement la lutte antidiphtérique et la lutte antituberculeuse.

Non content de procurer à l'Administration les moyens scientifiques de combattre les maladies, le docteur Nicolle a su animer tout le Corps médical de la même ardeur qui le soutient lui-même. Représentant le plus distingué de la science médicale en Tunisie — et en l'Afrique du Nord — il a réussi à intéresser ses confrères à ses travaux et à faire d'un grand nombre d'entre eux ses collaborateurs. N'est-il pas caractéristique en effet de lire dans les comptes rendus de ses recherches toujours un autre nom accolé au sien, et ces noms sont légion. Aujourd'hui, ce sont ceux des docteurs Burnet, Conseil, Comte, Cuénod, Gobert, Lumbroso et tant d'autres qui lui ont prêté leur concours précieux. Quand on sait à quel degré est généralement développé l'individualisme des médecins, on peut s'étonner que le docteur Nicolle ait réussi à en associer un si grand nombre à son œuvre. Rien n'est plus frappant à cet égard que ces réunions annuelles, auxquelles il m'a été donné d'assister. Convoqué dans la bibliothèque de l'Institut, le Corps médical tunisien, pourtant assez divers dans ses origines et ses tendances, vient entendre la parole du maître qui le met au courant des résultats des dernières recherches effectuées par lui-même et les travailleurs groupés autour de lui. En constatant l'atmosphère de cordialité et de confiance qui règne dans ces réunions confraternelles, on ne peut qu'admirer l'autorité et la foi de ce savant, qui sait en même temps entretenir l'intérêt des médecins pour leur science et fortifier leur sentiment de solidarité dans la croisade contre les maladies.

Aujourd'hui que le Corps médical tunisien tout entier est à l'honneur dans la personne de son chef, je suis persuadé que celui-ci m'en voudrait de ne pas reporter sur ses confrères une large part de la gratitude du Gouvernement. Sur ses collaborateurs de l'Institut en premier lieu, dont la science et le dévouement l'ont si efficacement secondé dans la longue et lourde tâche qu'il a accomplie. Sur les médecins des hôpitaux de Tunis qui soignent avec un zèle et une compétence dignes de tous les éloges l'afflux des malades qui leur arrivent de tous les points du territoire ; sur les médecins de colonisation, enfin, dont on ne saura jamais assez admirer les efforts persévérants, l'œuvre si hautement humanitaire et patriotique entreprise, sans défaillance, dans des conditions matérielles souvent pénibles. Tous derrière leur porte-drapeau ont été de généreux et bienfaisants missionnaires de la science et de la charité françaises.

***

Et maintenant que j'ai essayé de retracer à grands traits votre œuvre à la tête de l'Institut Pasteur de Tunis, laissez-moi me tourner vers vous en vous appelant à mon tour, mon cher maître, et vous dire qu'une telle entreprise eût été au-dessus des forces humaines sans l'ardeur et la foi qui vous animent. Nous saluons ici en vous une noble figure de savant, de ces savants de la grande lignée pastorienne pour qui la recherche de la vérité est le but de la vie.

Vous me disiez récemment qu'il devenait difficile de recruter à l'Institut des jeunes gens ayant une vocation scientifique assez éprouvée pour se contenter d'une rétribution malheureusement trop modeste. Beaucoup sont attirés par les applications industrielles de la science qui ont chance de procurer des profits matériels immédiats. Vous vous attristiez et vous

vous étonniez de cet état de choses. Ayant vécu dans la maison de Pasteur et l'intimité de Roux, vous avez toujours accepté simplement et naturellement la forte discipline de l'abnégation et du désintéressement et vous n'avez cessé de proclamer la suprématie du spirituel. Aujourd'hui, comme l'écrit Julien Benda, « bien des hommes et non des moindres, ont inscrit la possession des avantages concrets au sommet des valeurs morales « C'est d'un mot qui a fait fortune la « trahison des clercs ». Vous au contraire, avez tenu, tout en devenant quand il fallait un homme d'action et un réalisateur, à demeurer le grand passionné de science pure, celui dont la foi est communicative, qui croit à la bienfaisance de l'effort, à l'avenir des hommes et à la mission de son Pays. Fidèle à votre nature de savant, vous n'avez d'autre passion que de chercher, de comprendre et vous estimez que trouver est une récompense suffisante. Au génie utilitaire de notre époque, vous donnez l'exemple du clerc sincère qui ne peut pas trahir.

Certains littérateurs ont cherché à se gausser des savants en déclarant que chacun d'eux ne s'intéressait qu'à sa vitrine. Il serait singulièrement malaisé d'indiquer, dan s le vaste musée de la nature et de l'homme, quelle est la vitrine qui ne vous intéresse point, tant est profonde et varié e l'étendue de votre culture.

A côté de l'homme de science dont le visage est forcément austère, un écrivain sourit en vous. Dans les nombreuses adhésions reçues de tous les coins du monde pour la commémoration d'aujourd'hui, nombre de vos admirateurs ont fait allusion à votre talent littéraire. Je m'en autorise pour en dire à mon tour un mot. Ce n'est, en effet, pas un des moindres étonnements des personnes non prévenues que de découvrir en vous un écrivain disert et érudit. Depuis 1913, vous avez fait paraître cinq volumes dans lesquels vous promenez sur la vie votre regard profond et malicieux. Nourri de culture classique, amateur d'études historiques, vous vous plaisez à évoquer les choses du passé dans une langue subtile et châtiée. Qui de nous n'a goûté un plaisir délicat à lire les propos élégants de M. le maréchal de Tierceville, « profond philosophe, mais homme sensible », les réparties spirituelles de M. Loiseau, son secrétaire et poète, ou les ingénieuses dissertations du petit Dieu Gardeus ? Vous aimez à placer vos fictions dans le cadre de votre Normandie natale à laquelle vous êtes resté si profondément attaché, et le timbre de la voix de vos héros est celle des romans de la grande tradition française. Votre silhouette mince, élégante est bien celle de l'auteur de pareils livres : elle est celle du gentilhomme français, comme votre esprit est celui de l'honnête homme du XVII^{e} siècle.

Il y a donc dans votre personne un ensemble divers de grave et de plaisant, de réfléchi et d'imaginatif. Sans doute, avez-vous hérité cette heureuse nature de vos ancêtres qui, comme vous l'écrivez, avaient « ce besoin de raisonnement et cette obsession du droit et du juste qui tient si fort au cerveau des Normands ». N'avez-vous pas, vous-même, cette âme de la France, que vous avez chantée « semblable par tout le royaume, mais qui n'y montre nulle part les mêmes ornements » ? Peut-être aussi, dans votre double œuvre de savant et d'écrivain, vous êtes-vous inspiré de la pensée d'Anatole France qui, song ant à la vie humaine, croyait qu'il convenait de lui donner pour témoins et pour juges l'ironie et la pitié. Comme lui, vous avez estimé que c'étaient là deux bonnes conseillères : l'une nous la rend aimable, tandis que l'autre nous la rend sacrée.

***

Vous venez, mon cher Maître, d'être tour à tour revendiqué par votre ville natale et par l'Institut Pasteur de Paris. Nous n'aurions garde, ici, de vous disputer d'aussi nobles origines. Mais nous savons également que vous tenez à votre patrie d'adoption, la Tunisie. Celle-ci est fière de vous compter parmi les Français de la Régence, et l'honneur en rejaillit sur elle.

Par votre labeur, par votre action, vou s avez contribué à rendre plus française encore cette terred'Afrique. La population indigène n'a pas tardé à se rendre compte des résultats bienfaisants de vos découvertes dont elle a été la première a bénéficier. Ainsi, vous avez facilité l'œuvre du Protectorat en coopérant au rapprochement des deux éléments de la population, en montrant notre pays sous son vrai visage de justice, de vérité et de charité. Vous avez rendu plus étroite encore l'union entre la France et l a Tunisie.

Alors qu'en matière d'art et de littérature, l'Afrique française du Nord en est encore à la période des tâtonnements, vous, d'emblée, vous avez porté la Tunisie au premier plan dans le domaine scientifique. Non seulement vos travaux ont amélioré le sort des populations indigènes, mais ils ont contribué à faire connaître la Tunisie de par le monde. N'est-il pas à première vue étrange que, quand l'Institut Pasteur a songé à envoyer en Amérique du Sud un ambassadeur de la science française, il se soit adressé au docteur Charles Nicolle, de Tunis ? La Régence peut, à bo n droit, s'enorgueillir d'avoir ainsi, au côté de la Mère Patrie, participé au rayonnement de la science française à l'étranger. Bien plus, grâce à vous, Tunis est devenu un centre scientifique où les travailleurs de toutes les nations, Russes, Polonais, Américains, Hollandais, sont venus, sous votre direction, chercher des leçons et un enseignement.

Il y a quelque neuf siècles, le génie aventureux de hardis Condottieri normands en avait poussé quelques-uns vers cette terre de Tunisie, la hache et la masse d'armes au poing. Vous avez rappelé que, pour apaiser leur fureur, l'île de Djerba avait dressé, comme une barrière enchantée, ses jardins de pommiers en fleurs. Ce jour-là « grisée par le parfum maternel des arbres merveilleux », la horde héroïque avait été conquise par l'Afrique. Vous l'avez été à votre tour.

Mais si, comme quelque décret divin imposait à l'esprit de réparer les erreurs anciennes de la force, vous, le chevalier moderne, vous avez traqué le mal, la douleur et la mort, il est juste qu'aujourd'hui la Tunisie vous porte en retour l'hommage qu'elle vous doit.

L'émouvant discours du Directeur général de l'Intérieur a été longuement interrompu par les ovations. Lorsque les derniers applaudissements ont fini de crépiter, le docteur Charles Nicolle se lève à son tour et d'un timbre qu'assourdira, par intervalle, une intense émotion il détailla la belle allocution suivante :

Discours du docteur Nicolle.

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Représentant de S. A. le Bey,
Mesdames,
Messieurs,
Mes Amis,

L'éclat, la générosité de cette manifestation surpassent les moyens que j'ai de vous en exprimer ma gratitude. Il vaut mieux, avant de m'y essayer, que je me rapporte à plus de vingt-cinq ans en arrière et que je revienne au lieu d'où je suis parti pour Tunis.

Je revois, sous son ciel gris, Rouen, ma ville, ses flèches, ses tours en couronne, la ceinture de ses collines boisées, les fumées de ses industries et la route vaporeuse du grand fleuve, appel aux instincts d'une race aventureuse.

Voici la maison où vivaient ceux qui m'ont fait ce que je suis. Tout près, dans la cour du lycée, veille le grand poète tragique. L'enseignement que j'ai pris à son ombre ne différerait guère de celui qu'il reçut dans la même maison : la leçon des anciens et l'écho, rude sous ces climats, de la plus belle morale. Sans cette discipline classique, il n'y aurait eu pour moi, je le sens, ni enthousiasme, ni conscience, ni mesure. Ton ombre fut éloquente, avocat de la volonté, Corneille.

Et voici l'hôpital où mon père mettait ses soins au service de l'enfance, cet hôpital que j'avais élu pour y travailler auprès de vous, Halipré, Martin, Gascard, mes bons amis que j'ai la joie de voir aujourd'hui ici, et pour, avec vous, y vieillir.

Adieu cher hôpital, ville épique. Adieu amis, projets de toujours. Adieu petit laboratoire. Les efforts d'un débutant ne pouvaient, en huit années, secouer une indifférence si ancienne. Il faut porter ailleurs ces dieux, mes espoirs.

Et maintenant Tunis... Tunis, ville inconnue, ville étrangère.

C'était un bien médiocre Institut celui que vous m'aviez légué, mon cher Loir et, malgré la sollicitude de Ducloux, il demeurait peu de chose de votre œuvre. Il en demeurait l'essentiel. Elle était. C'est pourquoi, dans ce qu'elle est devenue, vous avez votre part.

Rarement en Afrique, deux périodes heureuses se succèdent. Les vaches grasses sont filles des vaches maigres. Ouvrier des années ingrates, Loir, soyez loué pour les années fertiles.

Ce n'est pas à moi qu'il appartient aujourd'hui d'exposer ce que l'Institut Pasteur de Tunis est devenu. S'il a fait besogne utile, que les résultats en soient fondus dans l'œuvre des médecins de l'Afrique.

Qui dira les services que ce pays a rendus à notre communauté souffrante ? Plus frappée que l'Europe par les maladies, il semble que l'Afrique, à l'image des Saints en légendes, ait converti en bienfaits, en guérison, les misères, dont elle éprouve la rigueur.

Je veux rappeler le principal de son œuvre :

Maillot, établissant le traitement rationnel des fièvres paludéennes par la quinine ;

La découverte de l'agent pathogène du paludisme, l'hématozoaire, par Laveran, en 1880, à Constantine, dans le sang d'un soldat, contaminé en Tunisie, constatation immortelle que seules dépassent, dans notre science, les découvertes de Pasteur ;

Deux jeunes gens, Edmond et Etienne, parcourant les campagnes malsaines de l'Algérie et fixant les règles de la prophylaxie antipaludique ;

Le typhus exanthématique reproduit pour la première fois chez les animaux ; son agent de transmission reconnu ; sa disparition de régions frappées depuis le début de l'histoire ; nos armées, toutes les armées épargnées du plus grave fléau durant la guerre inexpiable ;

L'énigme de la transmission de la fièvre récurrente mondiale résolu ; celle des origines de toutes les récurrentes en voie de solution ;

Nepveu entrevoyant l'agent de la maladie du sommeil ; Rouget trouvant celui de la dourine ;

L'étude expérimentale du cancer inaugurée par Moreau ; la découverte du champignon ordinaire du mycétome par Vincent ;

Les seules données expérimentales que nous possédions sur le trachome ; plaie affreuse des races indigènes de ce pays ;

Le parasite du Kala-Azar cultivé ; la maladie reproduite, retrouvée chez le chien ; la culture de l'agent du bouton d'Orient dont l'étiologie s'éclaire présentement par les travaux de l'Institut Pasteur d'Algérie ;

La fièvre méditerranéenne mieux connue grâce aux travaux de Burnet ;

La prévention du typhus, celle de la rougeole par l'emploi du sérum des convalescents, méthode appliquée dans tout le monde ; les travaux de Remlinger sur la rage ; les vôtres, Pinoy, sur les champignons.

Toute cette pathologie nouvelle, d'importance capitale au point de vue de la compréhension des épidémies qu'apporte la connaissance des infections inapparentes ;

Et tant d'autres acquisitions instructives ou pratiques : grippe, lèpre, etc.

Et je laisse de côté le plus gros des constatations vétérinaires dans lesquelles vous avez votre part africaine, mon cher Borrel, puisqu'on vous doit la mé-

thode de prévention de la clavelée et sa première application ici.

A citer ces heureux progrès, on a droit de s'enorgueillir du rôle de la France en ce pays. Nous avons droit aussi, Africains, de nous tourner vers elle et de lui dire : Mère, laquelle de tes provinces a fait autant pour la santé que ta fille adoptive, l'Afrique.

Si, dans cette œuvre impérissable, l'Institut Pasteur de Tunis a sa part, cette part est l'œuvre commune de bonnes volontés et de la souffrance.

Que le premier mérite en soit reconnu à nos résidents généraux : René Millet qui fonda l'Institut Pasteur de Tunis, le troisième en date des Instituts Pasteur, M. Pichon qui le réorganisa, MM. Alapetite, Flandin et à notre Ministre actuel. M. Lucien Saint a bien voulu m'écrire, avant de partir où l'appelaient les devoirs impérieux de sa charge, qu'il assisterait ce jour-ci en pensée à cette réunion, décidée par lui. Je veux, en le remerciant de son constant appui, l'assurer que je le regarde en effet comme présent parmi nous.

Après lui, je nommerai les délégués à la résidence générale et tout particulièrement M. d'Anthouard et les directeurs généraux de l'agriculture et de l'intérieur : M. Hugon, M. Bartholomé, M. Lescure qui a bien voulu me pardonner d'avoir quitté la maison tutélaire où notre Institut fut conçu et se développa, M. Gabriel Puaux qui nous accueillit, M. Ponsot et vous, mon cher Directeur général, en toute occasion notre conseil et, vous venez de le prouver une fois de plus, notre ami.

Bientôt, grâce à l'initiative de si clairvoyants administrateurs, grâce à la générosité des représentants de la Tunisie, le nouvel institut Pasteur qui s'élève, s'achèvera. Plus vaste, mieux outillé, puisse-t-il accomplir une œuvre plus grande. Du fond du cœur, je redis pour lui la prière du champion antique : Très auguste Victoire, soit toujours sa compagne et ne cesse jamais de le couronner.

L'œuvre, accomplie depuis vingt-cinq ans, appartient pour beaucoup à mes collaborateurs. Ceux que j'ai l'honneur de compter près de moi comprendront que je parle seulement de ceux qui m'ont quitté. Les morts : Albert Hussen, Alfred Conor, doux devant le travail et devant le martyre, le plus vieux de mes camarades, Gaston Catouillard. Les vivants : Charles Comte, ingénieux ouvrier des premières heures, l'enthousiaste Ludovic Blaizot et ceux-ci : Georges Blanc, de tous le plus semblable à moi sans doute et qui dirige avec éclat et vaillance l'Institut Pasteur hellénique ; le calme Charles Lebailly, dont le laboratoire bas-normand est un modèle pour l'organisation et dans les recherches : Edouard Chatton, maître éminent de la Faculté des Sciences de Strasbourg. Ce n'est pas la moindre fierté de l'Institut Pasteur de Tunis que d'avoir contribué à former ces trois chefs. Vers vous, mes compagnons d'autrefois, ma penseée va, inconsolée du départ.

Une même obligation vous est due, docteurs tunisiens dont la collaboration a été la condition de nos recherches. Soyez loués pour avoir montré par vos sentiments envers nous que, si la maladie ne distingue pas entre les nations, le cœur, l'intelligence des médecins de Tunisie, ne connaissent qu'une nation celle des hommes, Tunisiens par la naissance, le choix ou l'exil, je ne veux pas vous séparer dans l'expression de mon amitié et de ma reconnaissance. Je ne prononcerai aucun nom sauf un, celui que vous attendez.

Conseil, cette minute m'est chère. Elle me permet de dire bien haut ce que vous avez été pour l'Institut Pasteur de Tunis et pour moi. Sans vous, sans votre intelligence, votre activité sans cesse en éveil, sans votre dévouement, marqué par tant de maladies contractées, l'œuvre de l'Institut Pasteur, la mienne eussent été singulièrement réduites. Il fallait pour le succès de nos entreprises un médecin qui sût chercher, découvrir, suivre les malades utiles à nos recherches. Vous avez été ce médecin, ce collaborateur incomparable. Je n'aurais pu entendre sans injustice le bien que vous avez dit de moi si ce bien ne nous était commun. Votre nom est lié au mien d'une façon indissoluble. Pour ce que je vous dois depuis vingt ans, merci, Conseil.

Je veux saluer les savants, dont plusieurs sont des maîtres, et les travailleurs qui, de France, des pays étrangers sont venus prendre part à nos recherches : Brumpt, Weinberg, Wollman, Joyeux, Langeron, Larrousse, Zinsser, Yakimoff, Reenstierna, Mazza, Mme Hélène Sparrow, Mme Trapezontzewa, Breinl et tant d'autres. La liste, si honorable pour nous, est déjà longue. Elle le sera plus lorsque nous pourrons offrir aux chercheurs une hospitalité digne d'eux, digne de celle que j'ai reçue dans d'autres pays et dont je me souviens avec reconnaissance.

Mes remerciements seraient incomplets si je les arrêtais à ces noms. Ceux dont je vais parler ne sont pas les moindres artisans du succès. On ne les voit pas à l'honneur. On ne les voit qu'à leur tâche, mais qui connaît les dangers. Je veux vous féliciter publiquement, préparateurs, employés de notre Institut, soit que vous soyez morts comme mon pauvre petit Alfred Jannot, comme le cher Habib, soit que vous nous ayez librement quittés ou que vous preniez, chaque jour, votre part du commun travail.

Et je veux remercier aussi toute la population tunisienne, surtout la nation musulmane pour ce que sa confiance a permis à nos investigations. Pauvres gens qui, n'ayant d'autres bien à nous donner, nous ont donné la libre disposition d'eux-mêmes. Je n'oublie pas non plus la part de ces travailleurs dans le budget qui nous fait vivre. C'est la plus obscure, la plus grande.

Mes amis du Comité, puisqu'il vous plaisait de marquer par un souvenir ce terme, déjà long, de ma venue à Tunis, le mieux eût été peut-être de prendre l'initiative de quelque création, utile à notre Institut. Nous avons besoin de tant de ressources pour bien faire et nous ne pouvons ni accroître indéfiniment nos recettes ni peser davantage sur le budget de tous

Vous auriez donné l'exemple à la charité privée, qui, par timidité, je le pense, s'est tenue à notre égard dans une irréprochable réserve. S'il lui convenait d'en sortir, je suis prêt à lui faire connaître avec exactitude et politesse comment pourrait s'exercer son action bienfaisante.

Pour moi, je serais ingrat de me plaindre de votre décision. La médaille que vous avez fait graver est belle. J'y ai trop de bénéfices pour n'en pas exprimer mon admiration, à l'auteur, Auguste Maillard. Les branches, nouées au revers, évoquent les campagnes qui me sont les plus douces.

Votre groupement, mes amis, a, pour moi, même sens symbolique. Ne représentez-vous pas, Conseil, la Normandie natale et la médecine ; mon cher Anderson, le laboratoire qui nous unit tous les jours et les escales lointaines ; Soria, l'Italie notre sœur intellectuelle et notre amie ; Si Béchir Dinguizli, une noble race qui s'élève ; M. Valensi, la méthode et l'esprit, ; et vous, Gérard, par ce succès qui est le vôtre et celui de votre gracieuse secrétaire, la bonne fortune.

Je remercie les personnes si nombreuses qui, de l'étranger, des pays français, ont répondu à votre appel, savants et amis ; l'Institut Pasteur de Paris, la Faculté de Médecine d'Alger et la ville de Rouen, qui se sont fait représenter de façon si heureuse pour moi. Je vous remercie, Monsieur le Ministre, de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider cette réunion ; je remercie les personnes présentes et les absents, tous les absents.

Il n'était pas besoin cependant de cette entreprise pour reconnaître ce que vingt-cinq ans d'application et de vigilance m'ont permis d'accomplir. Une seule approbation y suffisait, celle de mon maître, Emile Roux. Puisque l'illustre survivant des collaborateurs de Pasteur, celui qui m'a envoyé ici, à qui j'adresse mon respect filial et ma reconnaissance, assure que je n'ai pas failli à ma mission, tout est bien. Je poursuivrai cette mission jusqu'à ce que ma conscience m'en relève.

Heureux celui auquel le destin a permis d'accomplir sa tâche. Tant d'hommes de plus de mérites n'ont pas connu cette faveur.

Des flots d'applaudissements courent apporter à l'illustre savant le fervent hommage des assistants qui vont, la cérémonie terminée, présenter au docteur Charles Nicolle leurs respectueux compliments auxquels nous sommes heureux de joindre les nôtres.

Avant de clore le compte rendu de cette magnifique cérémonie, il convient de féliciter les membres du Comité organisateur et particulièrement M. le docteur Gérard, pour la réussite de cette manifestation dont le caractère majestueux fut digne de l'œuvre du grand humain et du grand Français qu'elle devait exalter.

***

A l'orée de la cérémonie, M. Pierre C. Mérillon nous avait chargé d'une fort agréable mission : celle d'apporter au docteur Charles Nicolle, à l'occasion de ce festival de la reconnaissance, un chèque de 5.000 fr. destinés aux laboratoires de l'Institut Pasteur.

Ce geste, qui espérons-le sera imité sans tarder par les nombreux Mécènes de la science que notre ville s'honore de posséder, a été particulièrement apprécié par le grand savant qui nous a prié de transmettre ses vifs remerciements à M. Pierre C. Mérillon.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôpital de la Charité,** 47, rue Jacob. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* du 11 juin au 7 juillet 1928, par M. le professeur Emile SERGENT.

PROGRAMME. — 1° Conférences à l'hôpital de la Charité. Lundi 11 juin : 9 h. 30, M. SERGENT : conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique ; 15 h. 30, M. DURAND : anatomie pathologique. Conceptions anatomiques ; 16 h. 30, M. DURAND : anatomie pathologique. Les formes anatomiques . — Mardi 12 juin : 15 h. 30, M. DURAND : bactériologie. Le virus filtrant ; 16 h. 30, M. TURPIN : bactériologie. Les voies d'infection. — Mercredi 13 juin : 15 h. 30, M. TURPIN : les réactions humorales ; leur valeur diagnostique ; 16 h. 30, M. SERGENT : classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Jeudi 14 juin : 15 h. 30, M. GÉNÉVRIER : les signes physiques et stéthoscopiques ; 16 h. 30, M. SERGENT : les éléments généraux du diagnostic . — Vendredi 15 juin : 15 h. 30, M. SERGENT : les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 16 h. 30, M. SERGENT : les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux. — Samedi 16 juin : 15 h. 30 , M. SERGENT : les signes radiologiques ; 16 h. 30, M. SERGENT : les signes radiologiques. — Lundi 18 juin : 15 h. 30, M. COTTENOT : technique radiologique ; 16 h. 30, M. SERGENT : les signes d'activité et d'évolution. Les éléments du pronostic. — Mardi 19 juin : 15 h. 30 : M. TURPIN : tuberculoses granuliques ; 16 h. 30, M. PRUVOST : les hémoptysies tuberculeuses. — Mercredi 20 juin, 14 h., M. D'HEUCQUEVILLE : mesure de la capacité respiratoire ; 15 h. 30, M. COURCOUX : le pneumothorax tuuberculeux ; 16 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : la tuberculose de la première enfance. — Jeudi 21 juin : 15 h. 30, M. MIGNOT : tuberculose et grossesse ; 16 h. 30 : M. KOURILSKY : tuberculose et diabète.

(*A suivre*).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

de grande ville », à la chronique *fiscalité* du *Concours médical* du 20 mai, M. Dumesny conclut : « on arrive à payer, comme patente, la moitié et plus du montant de la valeur locative. »

Déjà dans le journal *Le Jeune médecin* du 1er novembre 1927, M. Leblanc, rapporteur de l'Union corporative, mettant en garde le jeune étudiant, futur médecin, contre les difficultés matérielles et les lourdes charges imposées à la profession médicale, signalait que pour les médecins de grande ville, la patente était égale à 1/12e de la valeur locative, base multipliée par les centimes communaux et départementaux, égaux à 3 en moyenne, et « c'est ainsi, ajoutait-il, que, à Paris, le médecin ayant des locaux d'une valeur locative de 12.000 francs payera $\frac{12.000}{12} \times 3$, soit 3.000 pour la patente seulement. »

Je suis persuadé que les renseignements ainsi donnés successivement par M. Leblanc et M. Dumesny sont exacts, en ce qui concerne la presque totalité des médecins français, sauf pour nous, médecins marseillais, qui avons l'avantage d'être particulièrement privilégiés.

Le montant de la patente fixée d'après les indications ci-dessus est déjà, certes, impressionnant et je comprends que les deux auteurs cités s'en inquiètent ; mais, à Marseille, nous avons mieux et le poids des impôts qui nous écrasent est tellement ... shockant, que nous ne sommes plus capables de réagir.

Cependant, l'écart entre le total fourni par les auteurs des articles ci-dessus et le montant de nos cotes est tel que je ne puis résister au désir de le signaler.

A Marseille, les centimes communaux et départementaux ne sont pas de 3, ni de 5, comme il est dit par M. Dumesny et par M. Leblanc, ils s'élèvent à 12 fr. 617, c'est-à-dire que le médecin marseillais, ayant un loyer de 5.000 francs (loyer modeste actuellement), se voit attribuer une patente de $\frac{5.000}{12} \times 12{,}617$, soit environ 5.255 francs.

Dans l'espèce signalée par M. Leblanc, une valeur locative de $\frac{12.000}{12}$ donnerait une patente de 1.000 × 12.617, soit 12.617 francs à Marseille au lieu de 3.000 francs, chiffre indiqué par lui pour Paris.

Si j'ajoute que le centime le franc de la mobilière est, à Marseille, de 1 franc 276 par franc de loyer matriciel, que, en outre, le médecin supporte des taxes locales supplémentaires : une taxe vicinale de 0,42 % sur la patente, de 0,04 % sur la mobilière, une taxe de 5 % sur la valeur locative des locaux professionnels, on comprendra que le total de ces diverses contributions dépasse le double du prix du loyer et pour reprendre l'exemple signalé par M. Leblanc, un médecin qui aurait 12.000 francs de loyer payera plus de 24.000 francs d'impôts directs, dont 12.617 de patente.

N'est-ce pas que les médecins marseillais ont le

droit de s'estimer bien servis et que Marseille doit être considérée comme une ville attirante pour le jeune médecin qui, à peine installé avec un loyer modeste de 5.000 francs, se verra redevable de plus de 10.000 francs de contributions directes, dès son début ?

Dr Jouve-Balmelle.

Réponse.

Si les médecins de Marseille, comme d'ailleurs tous les patentables de cette ville et généralement tous les contribuables, sont plus particulièrement accablés par les impôts, et notamment par celui de la patente, le sort de ceux de Paris n'est pas aussi favorable, ou tout au moins aussi peu cruel, que *Le Jeune Médecin* de novembre 1927 l'a dépeint.

Les centimes additionnels, à Paris, en effet ne sont pas de 3, chiffre indiqué par *Le Jeune Médecin* (quant à moi, je n'ai indiqué aucun chiffre), mais, cette année, de 6,5143, de sorte que le médecin parisien qui a 12.000 fr. de loyer payera, non pas 3.000 fr. mais 6.514 fr. 30, soit plus de la moitié du montant de son loyer.

Et le chiffre des centimes additionnels, qui, dans beaucoup de localités, certainement, est inférieur à celui de Paris, lui est supérieur dans certaines autres, atteignant jusqu'à 17, ce qui peut porter la patente à près d'une fois et demie le montant du loyer.

J. D.

1768. — La prime d'assurance-vie n'est pas déductible du revenu.

Dans ma dernière déclaration des bénéfices, je n'ai pas déclaré le montant de la prime d'une assurance-vie que j'ai contractée, il y a deux ans.

En ai-je le droit et le contrôleur peut-il exiger l'impôt rétroactivement, c'est-à-dire depuis deux ans ?

Je n'ai pas déclaré le montant de cette prime parce que l'on m'avait affirmé que je n'avais pas du tout à la déclarer, cette prime constituant plutôt une charge et un acte de prévoyance familiale. Je vous serais très obligé de me renseigner à ce sujet, car je ne saurais quoi répondre au contrôleur s'il me demande des éclaircissements sur ma déclaration.

Dr T.

Réponse.

La prime versée pour une assurance sur la vie ne constitue pas une charge déductible des revenus, le contrôleur pourrait, sur ce point, rectifier vos déclarations depuis 1923 (revenus de 1922).

A. M.

11732. — La valeur locative base de la patente peut être révisée chaque année.

Propriétaire de la maison où j'exerce la médecine, maison dont la valeur locative, lors de la dernière révision (1925) a été évaluée à 3.600 fr. je viens de recevoir la feuille d'impôts, portant que ma patente est

calculée sur une valeur locative de 5.000 fr. (au 15e sur une valeur locative de 5.000 fr. = 333 fr. 33 = 2.908 fr. 75).

L'an dernier, ma patente était calculée sur une valeur locative de 3.600 fr.

La contribution personnelle mobilière est calculée cette année pour un loyer matriciel de 2.500 fr. au lieu de 2.000 fr. l'an dernier.

La contribution foncière est la même que l'an dernier (pour un revenu de 2.100 fr.).

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire si le contrôleur a le droit de calculer ma patente sur une valeur locative de 5.000 fr., alors que la valeur locative de ma maison a été appréciée à 3.600 fr.

Dr A.

Réponse.

Le contrôleur a le droit de réviser chaque année, les bases de la patente et de la personnelle-mobilière. Vous pouvez présenter une réclamation si vous estimez que celles de vos impositions de 1928 sont exagérées, mais il vous faudra justifier cette exagération par la comparaison avec celles attribuées à des immeubles de même importance situés dans la même commune.

A. M.

Assurances sociales.

2058. — Les syndicats de praticiens auront-ils seuls qualité pour contracter avec les caisses ?

Pouvez-vous me rendre le service de me renseigner sur le point suivant :

D'après la loi sur les assurances sociales, les groupements avec lesquels les caisses devront traiter devront-ils forcément être des Syndicats ?

Dans l'espèce, nous formons ici une Société importante, dont les statuts, régulièrement déposés, ne sont pas en rapport avec ceux qui régissent les Syndicats.

Devons-nous forcément modifier nos statuts et nous qualifier : syndicat, ou bien la loi pourra-t-elle fonctionner avec nous en conservant notre constitution actuelle ?

Dr D.

Réponse.

La loi du 5 avril 1928, sur les assurances sociales, ne considère que les tractations passées entre caisses d'assurances et syndicats de praticiens. Le législateur estime que seuls les groupes professionnels, constitués conformément aux dispositions du livre III du code du travail (anciennement lois du 21 mars 1884 et 12 mars 1920), sont qualifiés pour contracter.

Cela s'explique aisément.

Un syndicat, en effet, ne peut grouper que des personnes exerçant la même profession, ou des professions connexes ; tandis qu'une association (loi de 1901) même déclarée, ou reconnue d'utilité publique, peut grouper des personnes appartenant à n'importe quelle profession ou métier.

De plus, un syndicat n'a pour seul objet que des buts d'ordre professionnel et corporatif, tandis qu'une association peut se constituer pour les buts les plus divers, même les plus abracadabrants.

Aussi, le législateur a-t-il accordé une liberté absolue aux syndicats, qui jouissent de la même personnalité civile qu'un citoyen, tandis que les associations sont bridées et réglementées.

Il faut en conclure que seuls les syndicats professionnels auront qualité pour traiter avec les caisses d'assurances sociales, aux termes de la loi du 5 avril 1928.

Mais, beaucoup d'associations médicales sont des syndicats sans le savoir, ni sans en porter le titre.

Un groupe peut s'intituler « association », invoquer, pour sa constitution et pour ses statuts, la loi du 1er juillet 1901, faire une déclaration au *Journal officiel*, puis le dépôt de ses statuts à la préfecture, en faisant connaître exactement les buts qu'il se propose, il n'en sera pas moins un syndicat, s'il ne groupe que des personnes appartenant à la même profession et si ses buts sont exclusivement d'ordre professionnel et scientifique.

Ainsi sera un véritable syndicat l'association de médecins, qui a pour but l'étude des questions scientifiques médicales, la discussion des problèmes pouvant intéresser toute la corporation, ou les praticiens d'une même ville, le maintien des règles d'honneur et de dignité professionnelles, la solution des conflits pouvant surgir entre confrères, etc.

Souvent, point ne sera besoin de modifier les statuts, pour se rendre justiciable de la loi sur les syndicats ; il suffira pour cela d'une délibération de l'assemblée générale, du dépôt des statuts à la mairie du siège social et de l'indication des administrateurs, qui, tous doivent être Français.

Quant au titre de la société, inutile de l'intituler syndicat : le terme d'association ou tout autre semblable est parfaitement licite.

Que les statuts me soient communiqués et j'indiquerai ce qu'il y a lieu de faire, dans chaque cas particulier. Dr Paul BOUDIN.

Accidents.

1810. — Accidents ménagers survenus à des domestiques agricoles.

J'ai lu, hier, dans un journal agricole, trouvé chez mon vigneron à la campagne, la note suivante :

Travaux de ménage et de couture.

Les travaux de ménage et de couture sont considérés comme travaux agricoles, lorsqu'ils sont effectués dans une ferme par les domestiques agricoles et les membres de la famille de l'agriculteur, assurés sous le bénéfice de la loi de 1898. »

Qu'en pensez-vous ? La chose est-elle exacte ?

D'après cela, la femme ou la fille d'un propriétaire cultivateur (assuré pour les accidents loi 1898), se cassant une aiguille dans la main, en raccommodant la linge de la famille, ou bien se coupant la main en lavant un verre à boire, une assiette ébréchée ; cette accidentée, d'après l'article en question, devrait être soignée au tarif loi 1898, etc...

Je prends ces deux exêmples, on pourrait en choisir d'autres.

Si la chose est exacte, la moindre blessure, survenue à un membre de la famille, passera pour ac cident du travail. »

Heureusement, dans le département nous refusons de soigner l'agriculteur et les membres de sa famille au tarif des accidents du travail, bien qu'ils soient assurés conformément à la loi de 1898.

Nous les soignons au plein tarif syndical, ils nous payent eux-mêmes et nous leur remettons une note détaillée des honoraires, leur permettant de se faire rembourser par l'assurance au tarif loi 1898.

Je vous demande donc ce renseignement à titre de simple curiosité ; et au sujet des mêmes accidents (*couture, ménage*) *survenant à une fille de ferme.*

Dr M.

Réponse.

Pour que la législation sur les accidents du travail soit applicable, il faut que :

1° La victime soit salariée, soit comme employée dans une industrie, ou un commerce (loi du 9 avril 1898) soit comme ouvrier agricole, à quelque titre que ce soit (loi du 15 décembre 1922) soit enfin comme faisant partie des domestiques et gens de maison (loi du 2 août 1923).

En matière d'exploitation agricole, l'exploitant qui, d'ordinaire, travaille seul, ou avec les membres de sa famille, peut contracter facultativement une assurance pour les membres de sa famille et pour lui-même.

Dans ces conditions, le travail agricole est garanti d'une manière très large.

2° Il faut que la lésion provienne d'un accident, qui serait survenu pendant le travail et à l'occasion du travail.

C'est à la victime à apporter cette preuve.

Il en résulte que la fille de ferme, qui se blesse en lavant sa vaisselle, ou en raccommodant des bas, peut être garantie par les dispositions législatives sur les accidents du travail, si elle a été blessée au cours de son travail et à l'occasion de celui-ci.

Ainsi, si elle se blessait en travaillant pour elle, dans sa chambre, ou dans sa cuisine, en dehors des heures du travail, elle ne serait pas garantie.

Quant à la question honoraires, les médecins

ont toujours le droit de réclamer à la victime, ou au patron de celle-ci, la totalité de leurs honoraires, calculés selon le tarif syndical local.

Au chef d'entreprise de se faire rembourser, d'une part par son assurance, de la portion qui lui incombe, d'après le tarif ministériel de la responsabilité patronale, et, d'autre part, par son domestique, de cette différence qui reste à sa charge, entre le tarif ministériel et le tarif syndical.

C'est parce que de très nombreux médecins, en France, ont oublié que l'ouvrier, qui choisit son médecin, reste débiteur d'une portion des honoraires, qu'ils ont pris l'habitude de ne réclamer au chef d'entreprise, ou à l'assurance de ce dernier, que les honoraires fixés par le tarif ministériel.

Mais, si c'est le patron, qui a mis en œuvre le docteur et que celui-ci puisse le prouver, le chef d'entreprise reste soumis au droit commun et doit au médecin la totalité des honoraires calculés d'après le tarif syndical, comme ayant été un intermédiaire entre le blessé et le docteur.

Au patron, ensuite, de se débrouiller avec son assurance et avec son ouvrier, pour le partage des frais médicaux, qui ont été soldés au praticien par le chef d'entreprise.

Dr Paul BOUDIN.

1719. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me faire répondre : 1° quel serait le montant de la rente d'un ouvrier atteint d'une incapacité permanente de travail évaluée à 10 % avec un salaire quotidien de 20 fr.

Prière de bien vouloir me faire donner la formule permettant de calculer cette rente s. v. p.

Dr C.

Réponse.

Pour vous dire d'une façon précise quelle sera la rente de votre blessé, il aurait fallu que vous nous fassiez connaître exactement quel a été son gain au cours de l'année qui a précédé l'accident. Cependant, si l'on admet qu'il y a en moyenne 300 jours ouvrables par an, son salaire annuel peut être fixé approximativement à $20 \times 300 =$ 6.000 francs.

Sur la base d'une invalidité de 10 % et d'un salaire annuel de 6.000 francs, la rente sera obtenue au moyen de la formule suivante

$$\frac{6.000 \times 10}{100 \times 2} = 300 \text{ francs.}$$

En cas de salaire excédant 8.000 francs par an, la partie du salaire au-delà de 8.000 francs ne doit être retenue que pour un quart dans le calcul de la rente.

Médication alcaline pratique

par les

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

permettant de transformer instantanément toute eau potable

en une

EAU ALCALINE DIGESTIVE et GAZEUSE

contenant tous les principes actifs des *SOURCES de L'ETAT*

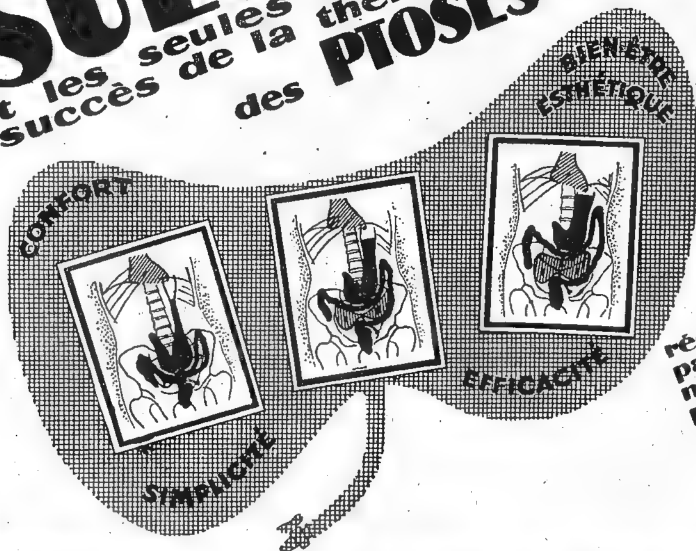
Chaque comprimé laisse après dissolution : **0,33** *centigr. de* **Sel Vichy-Etat**

Echantillons au Corps médical sur demande : 6, rue de la Tacherie, PARIS

R. C. Paris 30.051.

---

les ceintures "SULVA" sont les seules qui contribuent au succès de la thérapeutique générale des **PTOSES VISCÉRALES**



réduction obtenue par l'adaptation du nouveau modèle de pelote pneumatique à expansion progressive.

BI SULVA

ne comprime pas le côlon n'atrophie pas les muscles

BERNARDON . 13 Rue Treilhard . PARIS (8e)

Catalogue et littérature franco sur demande

1890. — Contre-visite d'un accidenté du travail.

Bien qu'à plusieurs reprises j'aie vu traiter des points analogues dans le *Concours*, je désirerais avoir une consultation précise sur le sujet qui m'occupe afin que je puisse la montrer à qui de droit ; il s'agit de visite de contrôle par un médecin désigné par une Compagnie d'assurance, visite concernant un blessé accidenté du travail, non encore guéri. Le médecin contrôleur est le Dr X. Mon blessé et moi-même avons été prévenus par l'agent de la Compagnie et non par le médecin contrôleur trente-six heures au plus avant l'heure prévue de l'examen, le blessé a été convoqué au domicile du médecin contrôleur (20 kil. de son habitation).

J'ai tenu, comme la loi, je crois, le permet, à accompagner mon blessé à l'examen du médecin contrôleur.

Veuillez bien me préciser si la convocation a été faite suivant les règles légales, s'il est admis que le blessé ait à se rendre à 20 kil. pour permettre au médecin contrôleur de l'examiner, si en l'accompagnant je suis en droit de demander à la Compagnie d'assurances le payement de mon déplacement, ceux-ci ne sont peut-être pas prévus, mais ils me paraissent normaux, pour me permettre d'assister le blessé à la visite.

Ayez l'obligeance de me fournir toutes références utiles sur ces points, afin que je puisse démontrer à l'agent d'assurances qu'il est dans son tort en agissant comme il l'a fait.

Dr T.

Réponse.

Le § 5 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, relatif au droit de contrôle du chef d'entreprise ou de son assureur, est ainsi rédigé :

« Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin *accès* hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. »

Par conséquent, pour qu'une contre-visite soit effectuée dans les formes légales, il faut que le médecin contrôleur se présente *au domicile du blessé*, porteur de sa désignation visée par le juge de paix et du récépissé de lettre recommandée justifiant que le médecin traitant a été prévenu en temps utile de la date et de l'heure de la contre-visite.

Le blessé est en droit d'exiger l'accomplissement de ces formalités pour se laisser examiner. C'est ainsi qu'il peut refuser de se rendre au domicile du médecin contrôleur ou de se laisser examiner par le médecin de contrôle hors la pré-

sence du médecin traitant, s'il n'est pas justifié que ce dernier a été avisé à temps.

Sans doute, ces formalités constituent une garantie, que la loi donne au blessé et à laquelle celui-ci peut valablement renoncer. Mais cette renonciation ne peut résulter que d'un *accord* intervenu entre le blessé, son médecin et le médecin contrôleur. A défaut d'accord entre les intéressés, les formalités légales doivent être accomplies dans toute leur rigueur, et il n'appartient pas au médecin contrôleur de les supprimer de sa seule autorité.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, vous et le blessé avez consenti, pour la commodité du médecin contrôleur, à vous rendre à son cabinet plutôt que d'exiger qu'il vienne au domicile du blessé, comme vous en aviez le droit.

Il est donc juste que ce soit la Compagnie d'assurances qui supporte vos frais de déplacement pour accompagner le blessé à la contre-visite.

Il est d'ailleurs à remarquer que, si les formalités légales avaient été respectées, la Compagnie aurait toujours eu à supporter les frais de déplacement de son médecin contrôleur.

2014. — Accident survenu dans une école publique.

Je viens vous demander votre opinion sur le cas suivant, et la marche à suivre pour opérer le recouvrement de mes honoraires.

Un enfant tombe de la barre-fixe en récréation parce que tiré violemment par un camarade et se fracture le poignet.

L'institutrice déclare qu'il n'existe aucune assurance contre les accidents scolaires dans sa commune.

L'inspecteur d'académie nie la responsabilité de l'Etat et se dérobe. Les parents sont insolvables.

J'ai l'intention de faire poursuivre l'institutrice par les parents à qui je conseille de demander l'assistance judiciaire.

Je vous serais très obligé de me donner toutes indications utiles à ce sujet et les directives nécessaires.

Dr D.

Réponse.

La responsabilité de l'instituteur, à laquelle est substituée celle de l'Etat lorsque, comme dans votre espèce, il s'agit d'un instituteur public, est engagée, dans le cas où un accident est causé par un élève qu'il a sous sa surveillance, à moins qu'il ne puisse prouver qu'il lui était impossible d'empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

Il semble que, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, l'institutrice puisse difficilement soutenir qu'elle ne pouvait empêcher l'enfant de tirer son camarade monté sur la barre fixe. Si les enfants étaient en récréation et non en séance de gymnastique, l'institutrice aurait sans doute dû empêcher l'un d'eux de monter sur la barre fixe.

S'ils étaient au contraire en séance de gymnastique, les exercices devaient être surveillés de près et l'institutrice devait empêcher un autre enfant de tirer son camarade monté sur la barre fixe.

Le père de l'enfant blessé serait donc en droit, croyons-nous, de demander des dommages- intérêts, après avoir obtenu l'assistance judiciaire, s'il est privé de ressources, non à l'institutrice, mais à l'Etat, en la personne du préfet du département, devant le Tribunal civil.

Dans cette demande, le père comprendra vos honoraires, dont vous lui enverrez la note détaillée pour justification.

1829. — Accident de foot-ball.

J'ai soigné un jeune homme blessé au cours d'une partie de foot-ball et atteint de fracture avec plusieurs esquilles de la jambe droite. La Société de foot-ball dont fait partie ce jeune homme est assurée à une compagnie d'assurances. Qui doit payer ? ?

Avant d'envoyer ma note, je désirerais être éclairé sur les points suivants :

1° Faut-il appliquer le tarif accident du travail ?

2° Ayant dû appeler un confrère pour mettre l'appareil plâtré, faut-il demander un supplément pour ce dernier ou bien vaut-il mieux qu'il envoie sa note ? Le supplément demandé serait naturellement en plus du prix de réduction de fracture.

3° Une contre-visite demandée par la compagnie d'assurances avec le médecin désigné par elle ayant eu lieu, quel prix faut-il demander pour cela ?

Dr D.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail n'est pas applicable à un accident de foot-ball. On doit donc considérer un accident survenu au cours d'une partie comme un accident de droit commun.

En principe, vous ne pouvez donc vous faire honorer que par le blessé lui-même et suivant votre tarif de clientèle ordinaire, sans action directe ni contre la société sportive ni contre la Compagnie d'assurances.

Si le blessé est solvable, nous vous conseillerions de préférence d'agir ainsi, sauf à remettre au jeune homme votre note détaillée et un reçu de vos honoraires qui lui permettront de se faire rembourser par l'assurance dans la mesure de ses droits.

Mais si sa solvabilité est douteuse, ou bien si, pour une raison quelconque, vous préférez entrer directement en rapport avec l'assurance, vous ne pouvez vous faire honorer par celle-ci que dans les limites du tarif prévu à la police. En effet, en vous adressant directement à l'assurance, vous exercez l'action qui appartenait en propre au joueur blessé et vous ne pouvez avoir plus de droit que lui. Par conséquent, au cas où il serait stipulé dans la police que les frais médicaux se-

ront payés sur les bases du tarif des accidents du travail, c'est ce tarif que vous devez appliquer à l'assurance.

Or, aux termes de ce tarif, le confrère qui vous a assisté pour la pose de l'appareil plâtré doit envoyer lui-même sa note d'honoraires et votre assistance à la contre-visite du médecin de la Compagnie doit être payée au prix d'une visite simple, majoré de 50 %, plus vos frais de déplacement, s'il y a lieu.

Questions médico-militaires.

1901. — Droit à la retraite proportionnelle.

J'ai lu avec intérêt, dans le numéro 19 *bis*, 9 mai 1928, page 1439, du *Concours médical*, auquel je suis abonné, la question posée et la réponse faite sous le n° 1031 au sujet du « Droit à la retraite proportionnelle ».

Etant dans une situation à peu près analogue et ayant fini par renoncer à quoi que ce soit, je me demande maintenant si, quand même, je ne suis pas qualifié à réclamer mon dû.

Démissionnaire de l'armée active, le 18 novembre 1911 comme médecin-major de 2e classe, je comptais à cette date 22 ans un mois 13 jours de service, dont trois ans en congé non payé qui, d'après les règlements de l'époque devait interrompre les droits à l'ancienneté mais non pas les droits à la retraite.

J'ai fait la guerre du 3 août 1914 au 16 mai 1919 de sorte que je puis actuellement totaliser 26 ans, 10 mois, 25 jours de service.

D'autre part, parti à la mobilisation comme médecin major de 2e classe de réserve, j'ai été nommé, pendant la guerre, médecin major de 1re classe de réserve, puis médecin principal de 2e classe de territoriale.

Enfin, j'ai actuellement 59 ans, donc à la limite d'âge normale.

Donc, étant données ces conditions, pourriez-vous m'indiquer :

1° Si, en en faisant la demande, d'après la loi du 14 avril 1924, j'ai quelque chance d'obtenir une retraite proportionnelle ?

2° Sur quel grade pourrait être basée cette retraite et quel en serait à peu près le chiffre ?

3° Si la retraite proportionnelle n'était pas accordée, puis-je au moins demander le remboursement de toutes les retenues subies sur mon traitement pendant mon service actif et pendant toute la guerre ?

A titre de renseignement complémentaire, je puis vous ajouter ceci : voyant la guerre se prolonger et mes années de service augmenter, j'avais en 1918 demandé à être réintégré dans l'armée active. Le Ministre de la guerre a refusé ma demande parce que ma réintégration pouvait gêner quelques camarades de l'active.

Dr Y.

Réponse.

La note à laquelle vous vous reportez doit être complétée par les termes suivants :

« Cependant, renseignements pris, la loi du 14 avril 1924 n'a pas d'effet rétroactif ; vous ne pouvez donc avoir droit actuellement à aucune retraite proportionnelle. »

Cette réponse concerne également votre cas. Une seule exception avait été faite à la loi de 1920 : les officiers démissionnaires qui, au cours de la campagne 1914-18, avaient complété leurs annuités à 30, pouvaient réclamer une pension de retraite ancienneté. Cette exception n'est plus valable aujourd'hui, puiqu'il y a forclusion, cinq années s'étant écoulées depuis la promulgation de la loi de 1920.

Vous n'êtes pas fondé non plus à demander le remboursement de vos retenues pour la retraite, toujours parce que la loi du 14 avril 1924 n'a pas d'effet rétroactif.

1322. — Périodes d'instruction et questions diverses.

Futur membre du « Sou » et abonné, j'ai l'honneur de vous demander :

1° Si sursitaire de la classe 1922, libéré en novembre 1926, j'ai une période à faire cette année comme aide-major de 1re classe (marié, père de deux enfants) ;

2° S'il est possible de retarder une période (étant au début de mon installation) ;

3° S'il est possible d'être affecté à un autre corps à une autre région. J'ai déjà reçu ma feuille rose de mobilisation ;

4° Si l'on tient compte de la spécialisation dans les affectations (je suis électro-radiologiste) ;

5° Si suivre des cours de perfectionnement donne des avantages pour l'avancement (en faisant les périodes exigées, naturellement). Dr D.

Réponse.

1° Il est peu probable que vous ayez une période d'instruction à faire cette année ; vous en seriez, longtemps à l'avance, avisé par le Directeur du Service de santé ;

2° Avec un motif valable, une période peut toujours être retardée, mais une fois seulement, et celle-ci doit être effectuée au plus tard dans les deux ans de la première convocation (article 49 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement) ;

3° et 4° Certainement, on tient le plus grand compte des spécialités et cette raison suffira à vous faire obtenir un changement d'affectation. Voyez votre Directeur de corps d'armée ;

5° En outre des avantages de la carte de surclassement sur les chemins de fer, les cours de perfectionnement suivis avec assiduité permettent d'être plus facilement inscrit au tableau d'avancement pour le grade supérieur.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.
Barbazan. Fournier.
Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry. Contal.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.
Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)
Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.
La Motte-les Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet. Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin. Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.
Néris. Ducros. Jossand.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.
Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.
Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Saint-Raphaël. Léon Clement (*chir.*).
Saint-Sauveur. Sabail.
Santenay-les-Bains. Boudeille.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.
Vittel. Adda, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 286. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 287. — Panhard 20 CV fin 1926, cond. int. Weyman, carross. luxe, mot. parfait. Vérit. occas. vendue pour double emploi. S'ad. Lab. Bottu, 35, rue Pergolèse Paris (16e).

N° 288. — Est. Gérance de client. agréab. dans pet. ville. Fixe 20.000 plus 50 % sur bénéf. Promesse cession si on désire.

N° 289. — Enf. infirmes, paralys. épilept., arriérés. Trait. spéc. indiv. Résult. très intér. Pension. méd., vie famille, prix modérés. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

N° 290. — Serais reconn. à conf. qui adresserait pour ma villa banlieue, enfants cure air, régimes, 20 à 30 fr. par jour. Drs 90, faub. Saint-Denis, Paris (10e).

N° 291. — Clin. acc. et gynéc., région ouest, demande infirmière diplômée au courant stérilisation.

N° 292. — A vend. après décès, lot import. instrum. chirurgie. courante, bon état, appareils électr. et autres.

N° 293. — Dr prendr. surveill. en pension famille, prix modérés, enf. ou adultes besoin cure air. Haute-Loire, alt. 815 m., excurs. et pêche.

N° 294. — Dordogne. Poste de propharm. à céder dans belle rég. agricole, près grande ville ; grande et belle maison ; 2 jardins traversés par rivière, aff. 40.000 dont 2.400 fixes. Très pressé, cond. avantag.

N° 295. — Méd. Paris cherche pour son fils. jeune homme épilept., fam. médicale de campagne ou pet. ville (France, Belgique ou Luxemb.) pour passer vacances, août et sept.

N° 296. — On dem. canne à lancer avec moulinet, fil, devons et cuillers. Faire offres avec prix.

N° 297. — Import. banlieue proche, cab. méd. génér., rapp. 84.000, sans auto. A céder avec très belle mais. conf. et jardin. Indemn. à débat. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 298. — Rég. Est. Forte client, rurale avec fixe du ch. de fer. Rapp. 120.000, mais. 8 p., eau, électr., jardin. Indemn. 55.000 dont 25.000 compt. (chasse et pêche). S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 299. — Paris. Centre ouvrier, clin. A. T., rapp. 150.000, loyer 2.200 bail. Indemn. 60.000 compt. ou 70.000 avec 45.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret ; 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.** — Un de nos jeunes confrères, M. Vétillard, vient de mourir d'une diphtérie maligne contractée en soignant des enfants atteints de diphtérie à l'hôpital Bretonneau. Nouvelle victime du devoir médical, M. Vétillard succombe à l'âge de 26 ans.

— **Les épidémies.** — On signale plusieurs cas de fièvre ondulante dans une commune du département de la Lozère.

— **Vienne (Autriche).** — Invités par le gouvernement autrichien, MM. Calmette, Guérin et Weill-Hallé se sont rendus à Vienne où ils ont fait une série de conférences sur la vaccination antituberculeuse par le B. C. G.

— **Paris.** — Notre collaborateur et ami, le Dr Foveau de Courmelles, conférencier au poste de T. S. F. de la Tour-Eiffel, a consacré une de ses récentes causeries au secret médical.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 11 octobre 1928, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'administration du jeudi 20 au samedi 29 septembre 1928.

— **Hôpitaux de Paris.** — 2e *concours de médecin des hôpitaux.* — Le jury est définitivement composé par l'acceptation de MM. Jousset, Bezançon, Lereboullet, Halbron, Monier-Vinard, Sergent, Aubertin, Labbé, Clerc, de Massary, Martin.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Adjuvat.* — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Funck-Brentano, Leydet, Patel, Dessaint et Lapeyre.

— **Conférence de la lumière.** — Cette conférence, annoncée pour le 4 septembre, est remise au 10 septembre, et aura lieu les 10, 11, 12 septembre à Lausanne, et le 13 septembre à Leysin.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Nomination.* — Le dernier concours de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Dr Paliard.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Mutations.* — *Chirurgie.* — Par suite du départ de M. le Dr Delore, chirur-

gien de l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Tavernier passe de l'Hôtel-Dieu à Debrousse (chirurgie infantile), M. le Dr Cotte passe de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Alamartine passe de Debrousse à l'Hôtel-Dieu ; M. le Dr Santy passe de l'Antiquaille à la Croix-Rousse ; M. le Dr Perrin entre en service à l'Antiquaille (urologie).

Médecine. — Par suite du départ de M. le Dr P. Courmont, médecin de l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Cordier passe de Sainte-Eugénie à l'Hôtel-Dieu ; M. le Dr André Devic entre en service à Sainte-Eugénie.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.**— Le Conseil de la Faculté a décidé le maintien des chaires de médecine coloniale, de toxicologie et hygiène appliquée.

— **Hommage au Dr P. Le Noir.** — Un groupe d'amis, de collègues, d'anciens élèves et élèves du Dr Paul Le Noir, désireux de lui offrir un témoignage d'affection, de respect et de reconnaissance, ont confié au sculpteur Dammann le soin de graver à son effigie une médaille.

Les souscriptions sont reçues par le docteur Georges Baillière, éditeur, trésorier du comité, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e (chèques postaux, Paris, 202, Compte J.-B. Baillière et fils).

Les souscripteurs ayant versé une somme de 100 francs (réduite à 60 francs pour les étudiants), recevront au cours d'une cérémonie à laquelle ils seront conviés une réplique en bronze de la médaille.

— **Hôpitaux de Versailles.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de cinq internes sera ouvert le 29 juin. Inscriptions jusqu'au 22 juin au secrétariat de l'hôpital civil. Avantages : nourriture, logement, chauffage et traitement annuel de 4.000 fr. pour les internes titulaires.

— **Æsculape.** — *Sommaire de mai* 1928 : L'Anatomie au moyen âge (7 ill.), par le docteur Nicaise. — Comment le serpent mordit Cléopâtre (2 ill.). — François de Hérain médailliste de la médecine (4 ill.), par le docteur Benjamin Bord. — Albert Dürer aux eaux (5 ill.), par J. Lortel. — La Fin d'Albert Dürer (3 ill.), par Pierre du Colombier. — Un chirurgien corsaire au XVIIIe : François Thurot (5 ill.), par Jean Avalon.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *mai.*

Assistance publique.

La médaille d'or est attribuée, à titre exceptionnel, à M. le Dr Salomon, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Lesvellec (Morbihan).

Service de santé de la marine.

Concession de prix et récompenses honorifiques.

Par décision ministérielle en date du 14 mai 1928,

et conformément à l'avis émis par le conseil supérieur de santé de la marine, le prix de médecine navale, pour 1928, a été attribué à M. le médecin principal Marcandier (A.-L.-C.), pour ses « recherches sur les propriétés bactéricides et insecticides des vapeurs de chloropicrine. »

D'autre part, les récompenses suivantes ont été accordées à cette occasion :

Mention très honorable.

A M. le médecin en chef de 2e classe Lancelin (L.-E.-R.), pour son travail sur « le rôle des coquillages et, en particulier, des moules dans la persistance de l'endémicité typhique à Toulon. »

A M. le médecin principal Charpentier (P.-J.-L.), pour son « étude sur les anormaux psychiques dans la marine. »

A MM. le médecin principal Hederer (C.), et le médecin de 1re classe Guermeur (L.-M.), pour leur étude, en collaboration, sur « l'alimentation à bord du croiseur école de canonnage *Marseillaise.* »

A M. le médecin de 1re classe Pirot (R.-G.-A.), pour son travail sur « l'installation et le fonctionnement d'un laboratoire d'examens bactériologiques sur un aviso de 800 tonnes », suivi de trois études de parasitologie en Extrême-Otrient.

31 mai.

Etablissements nationaux de bienfaisance.

Les traitements de médecin résident de la maison maternelle nationale sont fixés ainsi qu'il suit :

4e classe	24.000 fr.
3e classe	26.000 »
2e classe	28.000 »
1re classe	30.000 »

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en or a été décernée, à titre posthume, à Madame Le Bonniec, agent des services hospitaliers de l'hôpital Trousseau, décédée des suites d'une maladie contractée en service.

1er *juin*

Exercice de la médecine.

Le concours pour un emploi de professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours, annoncé au *Journal officiel* du 19 mai aura lieu devant la Faculté de Paris et non devant celle de Bordeaux.

3 *juin*

Hygiène publique.

Décret du 19 mai 1928, modifiant le décret du 5 août 1908 relatif à la protection de la santé publique en Algérie.

Art. 1er. — L'article 13, paragraphe 1er, du décret du 5 août 1908 portant application à l'Algérie de la loi du 15 février 1902 relative à la santé publique, est complété comme suit :

« A l'expiration du même délai, si elle le juge préférable, la commune peut réclamer l'expropriation ci-après et, dans ce cas, la prise en considération de la demande est de droit. »

Art. 2. — L'article 16 du même décret du 5 août est modifié comme suit :

« Lorsque par suite de l'application des articles 10 à 15 inclus du présent décret, il y a lieu à résiliation des baux, cette résiliation n'emporte en faveur des locataires aucuns dommages-intérêts.

Art. 3. — L'article 17 du décret précité du 5 août 1908 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 17. — Les communes peuvent, en vue de l'assainissement, requérir l'expropriation de groupes d'immeubles ou quartiers reconnus insalubres.

L'insalubrité est dénoncée par délibération du conseil municipal ou de la commission municipale appuyée d'un avant-projet sommaire des travaux d'assainissement avec plan parcellaire des terrains à exproprier et indication des noms des propriétaires tels qu'ils figurent à la matrice des rôles.

Après avis de la commission sanitaire du conseil départemental d'hygiène et du comité de patronage des habitations à bon marché, le préfet, s'il prend en considération la délibération du conseil ou de la commission municipale, prescrit dans les formes suivies en matière d'expropriation de chemins vicinaux et ruraux une enquête portant à la fois sur l'utilité des travaux et sur les parcelles sujettes en totalité ou en partie à expropriation.

Sur l'invitation du préfet, le président du tribunal convoque par simple lettre, à huit jours francs au moins ou quinze jours au plus, le propriétaire de ces parcelles et le maire ou l'autorité qui en tient lieu à l'effet de lui désigner chacun un expert, auxquels le président en adjoint un troisième de son choix. Faute de cette désignation, le président nomme d'office les trois experts.

Ceux-ci, dispensés du serment, procèdent en présence des parties ou elles dûment appelées, à l'estimation :

1° De la valeur vénale de chaque immeuble à acquérir, abstraction faite de ses conditions d'insalubrité ;

2° De la dépense qu'exigeraient les travaux à faire à l'immeuble et jugés nécessaires par la commission sanitaire pour le rendre salubre ;

3° Dans le cas où l'immeuble devrait être frappé d'interdicition totale, de la valeur actuelle des terrains supposés nus et de celle des matériaux à provenir des démolitions.

Les frais de cette expertise sont à la charge de la commune.

Art. 17 *bis*. — Au vu de ces enquêtes et expertises, le préfet prend (s'il y a lieu) un arrêté par lequel, en même temps qu'il déclare l'utilité publique, il détermine les propriétés particulières auxquelles l'expropriation sera applicable. Il y règle, de même, le mode d'utilisation des parcelles non incorporeées aux ou-

vrages publics et les conditions auxquelles la revente de ces parcelles sera subordonnée.

Cet arrêté peut, dans les dix jours de sa publication, et sans préjudice du recours pour excès de pouvoir selon le droit commun, être de la part de tout intéressé l'objet d'un recours au gouverneur général, qui statue, après avis de la commission supérieure d'hygiène d'Algérie.

Art. 17 *ter.* — La procédure d'expropriation est alors suivie conformément aux textes réglementant en Algérie l'expropriation pour cause d'utilité publique, sauf les dérogations ci-après :

1° Pour déterminer l'indemnité à allouer au propriétaire d'un immeuble, le tribunal civil fait d'abord état de la valeur vénale de cet immeuble, abstraction faite de ses conditions d'insalubrité. Il en défalque ensuite, obligatoirement, le montant des travaux qui seraient nécessaires pour le rendre salubre. L'indemnité due est égale à la différence des deux éléments, sans pouvoir être inférieure à la valeur du terrain rendu nu et sans qu'il puisse non plus en être alloué aucun autre, notamment à raison du fait de la dépossession ;

2° A l'égard des locataires qui exploitent dans les locaux expropriés un commerce ou une industrie donnant lieu à imposition à ce titre, l'indemnité d'éviction à allouer suivant l'ordonnance du 1er octobre 1844 est soumise à réduction si le commerce ou l'industrie ont comporté du fait de l'exploitant, une cause spéciale d'insalubrité. Le taux de cette réduction égale celui des bénéfices d'exploitation obtenus au détriment de la santé publique. Le tribunal statue séparément sur l'existence du commerce ou de l'industrie, le chiffre de l'indemnité qui serait normalement due, l'éventualité d'une réduction et le taux de celle-ci, puis, enfin, sur le chiffre de l'indemnité à allouer définitivement.

A l'égard des autres locataires, l'indemnité est fixée forfaitairement à un trimestre de loyer, sans toutefois que la somme à allouer puisse être inférieure à 150 fr. et supérieure à 1.500 fr., et sans qu'il soit admis aucune opposition sur cette somme pour payement des loyers arriérés.

Le jugement du tribunal peut être attaqué par voie de recours en cassation, en cas de violation des règles posées aux paragraphes 1er et 2 qui précèdent.

Les portions de propriétés qui, après assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions pourront être revendues aux enchères publiques.

Art. 17 *quater.* — Lorsqu'un immeuble ayant fait, conformément aux articles 11 et suivants, l'objet d'un arrêté prescrivant soit des travaux, soit l'interdiction d'habitation, se trouve compris dans une expropriation pour cause d'utilité publique et que les délais impartis au propriétaire sont expirés au moment où intervient le jugement d'expropriation, l'indemnité est déterminée suivant les règles de l'article précédent.

Inversement, lorsque dans un groupe d'immeubles

ou un quartier exproprié pour cause d'insalubrité, se trouve un immeuble sur la valeur vénale duquel, d'après le jugement du tribunal, il n'y a pas de déduction à opérer pour cause d'assainissement, l'indemnité est fixée à l'égard de tous les locataires conformément à l'ordonnance du 1er octobre 1844.

Art. 4. — Les dispositions du présent décret ne sont pas applicables aux territoires du Sud.

Art. 5. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré *Bulletin des lois*, ainsi qu'au *Journal officiel* de l'Algérie.

5 *juin.*

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira, le mercredi 12 décembre 1928, devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique médicale et de pathologie interne à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

JURISPRUDENCE

Préparateur de travaux de Faculté de Médecine. Renouvellement de la délégation.

CONSEIL D'ETAT (section du Contentieux).

4 *mai* 1928.

Vu : 1° La requête et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur Rey (Henri), pharmacien, ex-préparateur des travaux pratiques de physique médicale à la Faculté de Médecine de l'Université d'Alger ; la dite requête et ledit mémoire enregistrés au Secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, sous le n° 89.949 et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler pour excès de pouvoir une décision implicite de rejet résultant du silence gardé par le Ministre de l'Instruction Publique sur sa demande tendant à l'annulation d'une décision du recteur de ladite Université l'avisant du non renouvellement de sa délégation dans les fonctions de préparateur de physique médicale, et, en tant que de besoin annuler cette dernière décision.

2° La requête et le mémoire ampliatif présentés pour le même requérant, ladite requête et ledit mémoire enregistrés sous le n° 89.948 et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler pour excès de pouvoirs une décision en date du 17 juin 1925, par laquelle le Ministre de l'Instruction publique a refusé de le réintégrer dans les fonctions susvisées ;

Ouï M. Reclus, maître des Requêtes, en son rapport ;

Ouï, Me Auger, avocat du sieur Rey, en ses observations.

Ouï, M. Latournerie, Me des requêtes, commissaire du Gouvernement en ses conclusions.

Considérant que les requêtes susvisées, respectivement enregistrées sous les no 89.948 et 89.949 présentent les mêmes questions à juger ; qu'il y a lieu de les joindre pour y statuer par une seule décision :

Considérant d'une part qu'aux termes des art. 8, 9, 10 du décret du 12 janvier 1912, applicable au recrutement, à l'avancement et à la discipline des préparateurs de travaux des Facultés de Médecine, les préparateurs de travaux sont astreints à un stage de deux ans au moins. Les préparateurs stagiaires de travaux sont délégués pour deux ans par le recteur, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen. Leur délégation peut être rapportée par la même forme, à un moment quelconque de sa durée. Elle peut être renouvelée pour une troisième et une quatrième année seulement si, au bout de deux ou trois ans, ils ne satisfont pas aux conditions de grade ou de titre énoncées à l'art. 7. Les préparateurs titulaires de travaux sont nommés par le recteur, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen ; qu'il résulte de ces dispositions que le recteur de l'Académie d'Alger n'était tenu ni de maintenir au sieur Rey, au cours de ses périodes de stage, la délégation dont il bénéficiait comme préparateur stagiaire à la Faculté de médecine de ladite Université, ni de renouveler à l'expiration de l'une quelconque de ses périodes, la délégation dont s'agit ; qu'il n'était pas tenu davantage de titulariser le sieur Rey à l'expiration de son stage ; que dans ces conditions le requérant n'est pas fondé à soutenir que le recteur,en décidant de ne point renouveler sa délégation, et le Ministre de l'Instruction publique en maintenant la décision rectorale, ont excédé leurs pouvoirs.

Considérant, d'autre part, qu'il résulte tant du texte que des travaux préparatoires de la loi du 26 avril 1924, que l'art. 18 de ladite loi, dont l'application ne saurait concerner, comme le soutient à tort le Ministre de l'Instruction publique, les titulaires d'emplois réservés aux mutilés par la loi du 30 janvier 1923, prévoit exclusivement la titularisation des auxiliaires, permanents ou temporaires, employés dans une Administration ou un établissement de l'Etat ; que le sieur Rey, qui occupait, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, la situation de préparateur stagiaire dans les conditions édictées par le décret du 12 janvier 1912 n'était pas un auxiliaire au sens de l'article susvisé ; qu'il ne saurait dès lors se prévaloir de ladite disposition de loi pour prétendre que sa titularisation dans son emploi ne pouvait lui être refusée.

Décide :

Article premier :

Les requêtes du sieur Rey sont rejetées.

Voir la suite page LV-1851

PROPOS DU JOUR

La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne. L'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine.

Nos lecteurs savent que nous n'avons jamais cru que le meilleur moyen de combattre les grands fléaux sociaux étaient d'engager séparément la lutte contre chacun. Nous pensions, et nous pensons encore, que le mieux eût été de s'attacher à améliorer par une réalisation méthodique de l'hygiène générale les conditions d'existence. Puis quand l'habitation aurait été assainie, que l'hygiène urbaine aurait été perfectionnée, que l'hygiène alimentaire aurait été étroitement surveillée, qu'on aurait amélioré les conditions dans lesquelles travaillent les ouvriers et les employés. qu'on aurait sainement organisé les écoles et veillé étroitement à la protection de l'enfance, on aurait pu alors dans d'excellentes conditions s'attaquer à chaque maladie transmissible, soit en faisant de sérieux efforts pour généraliser les vaccinations (variole, fièvre typhoïde, diphtérie, tuberculose par le B.C.G.), soit en ayant recours aux traitements spécifiques qui suppriment rapidement la contagion (syphilis), soit en isolant les malades (tuberculose, fièvres éruptives). Nos hygiénistes ont préféré suivre l'ordre opposé. Utilisant les Ligues sanitaires, les œuvres privées qui avaient pris naissance bien avant la guerre et végétaient misèrablement pour la plupart, cédant à l'engouement provoqué par les œuvres américaines ou étrangères, ils sont entrés en lutte contre les fléaux sociaux en les attaquant un par un. Les pouvoirs publics ont suivi leurs conseils et c'est ainsi qu'a été fondé en 1918 l'*Office public d'hygiène sociale du département de la Seine* qui, jusqu'à ce jour, a borné son action à la seule lutte antituberculeuse. L'effort a été considérable et l'Office public a été rapidement organisé grâce à l'activité de ses promoteurs et plus particulièrement de M. Henri Sellier, conseiller général de la Seine, et de son premier directeur, M. Armand Guillon, actuellement Directeur du personnel au Ministère de l'Intérieur, qui, pendant plus de six ans, mit au service de l'œuvre nouvelle son intelligence, son activité, son habileté et son dévouement.

Au bout de dix ans de fonctionnement, il est possible de se rendre compte de l'importance de l'œuvre accomplie et c'est ce que vient de faire M. Henri Sellier, conseiller général de la Seine, dans un remarquable rapport en deux volumes, qui compte près de 800 pages et qui est rempli de tableaux statistiques, de graphiques, de plans et de vues photographiques (1). Nous allons faire une brève et fatalement très incomplète analyse de ce très important rapport.

***

Le *dispensaire* est le premier centre d'action de l'O.P.H.S. Il doit être l'organe de mise en marche de toute l'organisation de la préservation contre la tuberculose. Il a pour rôle le dépistage et le diagnostic, la préservation de la contagion surtout chez les enfants (placement familial, préventoriums), les soins aux malades sans ressources et le placement des malades (hôpitaux, sanatoriums), la prophylaxie et l'éducation sanitaire (visiteuses d'hygiène sociale), la liaison avec l'inspection médicale des écoles (hygiène scolaire) et avec les institutions et les œuvres d'assistance et de bienfaisance (création dans chaque circonscription de Dispensaire d'une Association d'hygiène sociale pour venir en aide aux familles et faciliter le placement des enfants à la campagne).

Le dispensaire est dirigé par un médecin chef, aidé de médecins assistants, secondé par une infirmière-chef qui répartit le travail intérieur du dispensaire et le travail extérieur (visite des familles et des malades) entre les infirmières visiteuses. Parmi ces dernières un certain nombre, après une éducation spéciale, deviennent secrétaires aides de laboratoires et font l'examen des crachats dans les laboratoires dont sont pourvus 35 dispensaires. Ajoutez à cela un personnel de service. 23 dispensaires sont munis d'un poste radiologique. 26 possèdent l'outillage nécessaire à un service d'oto-rhino-laryngologie.

Les dispensaires sont en liaison avec les hôpitaux pour la pratique du pneumothorax artificiel. Seul le dispensaire Rockefeller où le Dr

(1) Edition de l'O.P.H.S., 9, place de l'Hôtel-de-Ville à Paris, 1928 où l'on peut se procurer cet important ouvrage.

Kuss pratiquait le pneumothorax avant qu'il fût cédé à l'O.P.H.S., est outillé pour cette opération.

Pour chaque malade qui fréquente le dispensaire, est dressé un dossier médical et social avec fiches de couleurs différentes pour les divers examens qu'il a dû subir. Le classement méthodique de ces fiches facilite, avec des rapports mensuels, le contrôle et les statistiques.

L'activité des dispensaires de Paris et de la banlieue est très variable à cause de nombreux facteurs dont un des plus importants est dû au manque plus ou moins complet de liaison avec les médecins scolaires et les médecins praticiens. La collaboration avec les médecins scolaires ne pourra réellement être assurée que lorsque les écoles seront pourvues d'assistantes d'hygiène scolaire et jusqu'à ce jour tout se borne à des circulaires remplies de bons conseils mais dont la réalisation n'est guère matériellement possible.

Les *Ecoles de plein air* qui doivent entrer en liaison avec l'O.P.H.S. sont encore à la période d'organisation. Laissées à la charge des caisses des écoles qui ont des ressources souvent insuffisantes, elles ne peuvent prendre l'essor méthodique qui serait indispensable. Seules les communes de banlieue et les arrondissements périphériques de la ville peuvent actuellement en être pourvus.

Une des meilleures réalisations de l'O.P.H.S. est le *placement des enfants à la campagne* pour prévenir la contamination. Les centres de *placement familial*, comme celui d'Orthez, sont pourvus d'un dispensaire où l'enfant, placé à la campagne chez des nourriciers, doit être régulièrement conduit pour y être surveillé. Ces placements sont une application des principes de la belle œuvre de Grancher qui a fait ses preuves et qui est d'ailleurs en liaison avec l'O.P.H.S.

Les enfants légèrement atteints mais non contagieux qui ont besoin d'une surveillance médicale plus rigoureuse, sont placés *collectivement* dans les *preventoriums* qui, si l'on compte ceux dus à l'initiative privée et qui sont en liaison et même subventionnés par l'O.P.H.S., atteignent le chiffre de 22. La statistique a relevé 453.000 journées de présence en 1926 dans tous ces preventoriums pour enfants.

Pour les *adultes* l'O.P.H.S. a organisé des *sanatoriums* de cure ; il place en outre des malades dans des sanatoriums publics et privés et a créé au Glandier, en Corrèze, un centre post-sanatorial de consolidation et d'entraînement au travail.

L'O.P.H.S. doit être en relations étroites avec l'assistance publique de Paris qui hospitalise les tuberculeux dans ses hôpitaux et qui possède dans ses hôpitaux un certain nombre de dispensaires.

Nous n'oublierons pas de signaler, parmi les tentatives intéressantes de l'O.P.H.S. la propagande par l'éducation prophylactique, sanitaire et morale ; nous en avons déjà parlé en diverses circonstances dans le *Concours médical.* Cette propagande, dont nous avons pu nous rendre compte de l'utilité, doit être faite surtout dans les écoles pour porter véritablement des fruits et par des personnes capables de bien se faire comprendre et de se mettre à la portée des enfants. Nous avons exprimé, dans un Propos du jour, du 30 mai 1926, toute notre admiration pour les deux conférenciers que nous avons entendus : M. Maurice Flament et Mme P. Arnaud, et nous avons pu vérifier dans les écoles que nous inspectons, quel pourrait être l'effet de cette éducation chez les enfants, et par ricochet dans leurs familles, si des crédits suffisants permettaient de multiplier ces conférences, même dans les écoles maternelles. Mais, là encore, il faut avoir recours à des spécialistes expérimentés et non à des amateurs, même médecins, qui parleraient aux enfants un langage qui ne serait pas compris.

***

Nous ne pouvons pas entrer dans plus de détails sur l'O.P.H.S. ; les médecins gagneraient beaucoup à lire et à méditer les deux gros volumes du rapport de M. Henri Sellier.

Remarquons que l'O.P.H.S. a très judicieusement pris à sa charge ou utilisé les fondations privées déjà existantes qui, faute de ressources, ne pouvaient que végéter. Constatons encore avec satisfaction que son plus grand effort s'est manifesté dans le domaine de la préservation de l'enfance.

Soulignons en outre le chiffre de son budget pour 1927 : *vingt millions deux cent sept mille francs.* Or cette puissante institution fonctionne depuis neuf ans, ignorée pour ainsi dire par le corps médical de Paris, nous ne disons pas du département, car les syndicats de banlieue ont conservé un représentant au conseil de surveillance de l'O.P.H.S. Cette ignorance systématique de l'O.P.H.S. par les médecins de la Ville de Paris qui n'empêche pas ce dernier de fonctionner (l'on ne supprime pas une institution

qui a de nombreux organes utiles et qui dispose de de plus de vingt millions pour les faire fonctionner) cette ignorance voulue des syndicats médicaux parisiens résulta de malentendus fâcheux dont la responsabilité incombe à l'intransigeance et aux maladresses des deux partis. Cette ignorance nuit indiscutablement au bon fonctionnement de l'O.P.H.S., ne permet pas aux praticiens de bénéficier de tous les avantages qu'ils pourraient retirer de leur collaboration, et ce qui est plus grave porte préjudice à de nombreux malades. Il serait temps que cette situation fâcheuse prît fin et que l'on ne persévérât pas de part et d'autre dans un entêtement nuisible pour tous.

Nous avons dit au début de cet article que l'O.P.H.S. n'avait pas réalisé notre idéal en matière d'hygiène sociale, n'empêche qu'il existe et dispose de moyens puissants. Serait-il sage, devant le fait accompli, devant l'énorme dépense effectuée par le département de la Seine, de ne pas se servir d'un organisme de cette importance et qui donne des résultats évidents, sous prétexte qu'on aurait pu, *peut-être*, faire mieux en s'y prenant autrement ? Ce serait comme si l'on refusait de se servir de nos chemins de fer parce qu'ils n'offrent pas tous les perfectionnements et tout le confort désirables.

M. Henri Sellier, avec lequel nous ne nous sommes certes pas concerté, pense exactement comme nous sur la lutte à engager contre les maladies transmissibles et ne se fait pas d'illusion sur la cause des résultats obtenus, car il écrit au début de son rapport (page 5) :

« Mais si considérable, si prépondérant que soit le rôle joué par l'Office dans la lutte antituberculeuse engagée dans le département de la Seine depuis sa création en 1918, nous ne pouvons oublier que le problème qui nous préoccupe ne peut être dissocié de l'hygiène générale, des conditions sanitaires et physiologiques envisagées non seulement au point de vue régional, mais aussi au point de vue national et international. »........................

« C'est un fait que nous nous garderons de passer sous silence que *la tuberculose n'est pas la seule maladie en régression, qu'il en est de même de l'ensemble des maladies transmissibles*, compte tenu des oscillations dues aux événements et aux calamités.

L'abaissement de la mortalité tuberculeuse dans ces trente dernières années doit être rapporté pour une large part dans l'ensemble des pays à civilisation avancée au bien-être général de la population. Dans chacun des pays où, par suite de circonstances particulières ou de l'application généralisée des mesures d'hygiène, les conditions de la vie familiale, de la vie urbaine et de la vie sociale se trouvent améliorées, la mortalite tuberculeuse diminue. »

Nous sommes heureux de constater que l'opinion d'un des principaux créateurs de l'O.P.H.S. du département de la Seine coïncide exactement avec notre propre conviction. C'est la constatation des faits et leur explication à la lumière du pur bon sens contre lesquels ne sauraient prévaloir les fantaisies idéologiques et pseudo-scientifiques de certains grands phtisiologues.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tarsalgie des adolescents.

D'après une leçon du Professeur DELBET (1).

Ce jeune homme, âgé de 16 ans, a mal aux pieds depuis un an, son métier de verrier l'oblige à travailler debout. C'est, en effet, presque exclusivement chez les individus travaillant debout qu'on voit survenir cette affection. Généralement, il s'agit d'adolescents, qui viennent de grandir d'une manière assez marquée, qui ont augmenté de poids, et qui sont entrés en apprentissage.

Ils commencent par souffrir à la fin de la journée, dans la région tarsienne. Après le repos

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 22 mars 1928, recueillie par le Dr LAPORTE.

de la nuit, les douleurs disparaissent. S'ils ne changent pas de profession, s'ils continuent à se tenir debout toute la journée, les douleurs apparaissent à une heure plus précoce, le repos de la nuit ne les fait plus disparaître complètement. Enfin, ils arrivent à un état de douleur permanente, et l'on voit survenir un nouveau symptôme ; c'est une raideur du pied.

Si on les observe tout à fait au début, à cette période où la douleur est intermittente et soulagée rapidement par le repos, on peut déjà constater un ensemble de déformations caractéristiques.

Recherchons d'abord s'il y a une modification de la position du pied par rapport à l'axe de la jambe. C'est la crête du tibia qui représente l'axe de la jambe. On marque deux points correspondant à cette crête, sur la peau. On y fait passer une ligne, et il suffit de prolonger cette ligne à la partie inférieure.

On voit ainsi que, chez ce malade, l'axe de la jambe vient tomber en dedans du premier métatarsien, au lieu de tomber sur le premier espace intermétatarsien.

Ce sujet a donc une déviation considérable du pied en dehors, en valgus.

Si l'on regarde le profil, on est frappé par la diminution de la concavité de la voûte plantaire. En d'autres termes, ce malade a un pied aplati, ou un pied plat.

D'autre part, il souffre dans la région du tarse postérieur ou de l'articulation médio-tarsienne. Il a donc un pied plat valgus douloureux. Ce nom exprime une collection de symptômes, et c'est tout. Mais on peut souffrir avec un pied qui n'est pas très plat, et l'on peut avoir un pied très plat, sans avoir de phénomènes douloureux. Gosselin a substitué à ce nom celui de tarsalgie des adolescents. Lui aussi manque de précision.

Maintenant, nous allons étudier la déformation. Pour la bien voir, il faut mettre le malade debout et l'examiner par la face postérieure. Tout à fait au début de l'affection, pour mettre en évidence cette déformation, il faut avoir recours à cet artifice qui consiste à demander au malade de porter sur le pied.

On voit ici que le bord externe du pied présente un coup de hache, dû à la déviation en dehors en valgus. Sur la partie interne, on constate trois saillies superposées, qui sont devenues anormalement développées : en haut, la malléole interne ; plus bas, la tête de l'astragale ; ici, le tubercule du scaphoïde.

Ce malade a les deux pieds atteints ; le gauche est cependant beaucoup plus altéré que l'autre. Lorsqu'il repose sur la jambe droite, le tendon d'Achille reste en direction verticale, par conséquent la déviation en valgus est beaucoup moins accusée. Quand il repose sur la gauche, vous voyez que la partie inférieure du tendon d'Achille fait un angle ouvert en dehors. Ceci est la traduction d'une notable déviation du pied en dehors en valgus.

Il reste à chercher quelle est la topographie des points douloureux, et à étudier la valeur fonctionnelle des muscles de la jambe.

Dans la majorité des cas, le maximum de la douleur est situé sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne, c'est-à-dire sur la partie interne de l'articulation de Chopart. Ici, la douleur semble plutôt marquée à la partie externe de l'articulation de Chopart, c'est-à-dire au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Il y a un muscle qui joue un rôle capital, c'est le long péronier latéral. Il maintient la concavité de la voûte plantaire, et, d'autre part, il abaisse la partie interne du pied en extension. Je place mon pouce sous le talon antérieur, c'est-à-dire sous l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil, et j'invite le malade à pousser ; je résiste facilement. Son long péronier latéral est manifestement très impotent. C'est la règle.

Il est impotent des deux côtés, à peu près également. Mais nous avons à chercher si, malgré cette impotence, il n'y a pas de phénomènes de contracture. Impotence ne veut pas dire paralysie. Un muscle faible peut se contracturer.

Il est important de chercher s'il existe des phénomènes de contracture, car cela commande une thérapeutique spéciale. Je vous ai montré comment on cherche la contracture du pied : c'est en produisant le ballottement du pied, par de petits mouvements imprimés à la jambe. Lorsqu'il n'y a pas de contracture, le pied ballotte, c'est-à-dire décrit des mouvements beaucoup plus grands que ceux imprimés à la jambe. C'est ce qu'on voit ici sur le pied droit. Au contraire, quand il y a de la contracture, le pied suit simplement les mouvements qu'on imprime à la jambe, sans présenter de ballottement. C'est ce qu'on constate ici, sur le pied gauche.

La première phase de cette affection est donc caractérisée par une douleur intermittente, qui cède par un repos de quelques instants ou de quelques heures. La deuxième phase, par une douleur qui ne cède qu'après un repos nocturne. Dans la troisième phase, la douleur persiste même après le repos nocturne, et alors apparaissent les contractures, et l'intervention des contractures constitue un phénomène capital au point de vue des indications thérapeutiques.

Quelle est la nature de cette affection ? Il est classique d'exposer une théorie osseuse, une théorie ligamenteuse, une théorie articulaire, une théorie nerveuse. L'hypothèse de l'origine articulaire primitive de la tarsalgie des adolescents est une conception absolument fausse. L'arthrite est un phénomène secondaire et souvent tardif.

On peut ranger cette affection et les scolioses

dans le même groupe ; les Allemands les désignent sous le nom d'affection de surcharge.

Un ligament articulaire est capable de résister à une traction, même énergique, mais de courte durée. Un ligament est tout à fait incapable de résister à une traction régulière prolongée, même si elle est faible, et le ligament distendu par une traction constante devient régulièrement douloureux. Il y a une petite expérience que beaucoup d'entre vous ont faite : dans un wagon de chemin de fer, on étend ses talons sur la banquette opposée, et l'on s'endort. Après un temps variable suivant les individus, on est réveillé par une douleur dans le creux poplité. C'est que, sous l'influence du sommeil, les muscles sont entrés en relâchement complet, et les ligaments sont devenus rapidement douloureux.

Normalement, quand on se tient debout, la pression a lieu sur le talon véritable et sur les deux talons antérieurs. Le pied a la forme d'une voûte, et sous l'influence du poids du corps, cette voûte tend à s'affaisser. Vous savez qu'une voûte résiste d'autant plus aux pressions verticales qu'elle est plus aiguë. L'aplatissement du pied est donc une circonstance favorable au développement de la tarsalgie, mais on peut avoir un pied très plat sans jamais devenir tarsalgique, et, inversement, on peut devenir tarsalgique sans avoir un pied plat. On connaît des porteurs d'espadrilles qui sont d'excellents marcheurs, tout en ayant des pieds aplatis.

Supposons un individu qui a un pied aplati, qui grandit d'une manière notable, c'est-à-dire dont le poids augmente, et qui, brusquement, lorsqu'il passe de l'école à l'apprentissage, est obligé de se tenir toute la journée debout. Si le développement est normal, les muscles augmentent de puissance à mesure que le travail à produire est plus considérable. Mais, si les muscles ne se développent pas de manière à équilibrer le poids, si le long péronier latéral, insuffisamment développé, se fatigue et se relâche, la voûte plantaire s'affaisse légèrement ; les ligaments de la région plantaire sont mis en tension ; dans ces conditions ils deviennent rapidement douloureux. Dans les premiers temps, il suffit d'un moment de repos pour faire cesser la douleur. Plus tard, toute la nuit est nécessaire, pour que le long péronier recouvre son énergie de contraction. Puis arrive un moment où il est définitivement vaincu. C'est seulement à ce moment qu'apparaissent des lésions articulaires. Les ligaments plantaires s'allongent. Les pressions irrégulièrement réparties finissent par entraîner une usure des cartilages, il se fait une arthrite, mais d'ordre absolument aseptique.

Ultérieurement, si le malade n'est pas soigné et s'il est obligé de continuer à se tenir debout, la déformation devient de plus en plus considérable. Nous ne voyons plus aujourd'hui les grosses déformations consécutives à la tarsalgie des adolescents, mais jadis on voyait le pied finir par devenir convexe, le sujet marchant sur le tubercule du scaphoïde, ayant un véritable pied-bot d'origine tarsalgique, par ankylose, et ne souffrant plus, car cette ankylose était une planche de salut.

La thérapeutique de cette affection est, en réalité, très simple. Un mot, d'abord, de la thérapeutique chirurgicale. On a imaginé un grand nombre d'opérations pour remédier à la tarsalgie.

Vous n'aurez jamais besoin d'y recourir, je le crois. L'une est l'astragalotomie. Une autre consiste à faire une section du calcanéum pour le ramener dans l'axe de sustentation de la jambe. Un autre chirurgien a eu l'idée de pratiquer l'ostéotomie de la partie inférieure de la jambe, portant sur le tibia et sur le péroné.

La seule opération qui me paraisse justifiée, dans un certain nombre de cas (absolument exceptionnels) est la tarsectomie avec enchevillement scapho-astragalien.

Ici, le malade est arrivé à une phase avancée de son affection, puisqu'il est à la période de contracture. Il faut d'abord faire cesser la contracture.

J'ai oublié de parler du diagnostic différentiel. Il est évident que, dans certains cas, on peut voir des arthrites gonococciques du pied. Cliniquement, cela ne ressemble en rien à la tarsalgie des adolescents. Là, il n'y a véritablement pas de difficultés de diagnostic. Mais il peut être difficile de distinguer une tuberculose du tarse au début, d'une simple tarsalgie. On peut faire ce diagnostic différentiel en constatant qu'il n'y a aucun épanchement des synoviales, dans les cas de tarsalgie, tandis que dans les cas de tuberculose, on trouve ordinairement un certain empâtement, on a l'impression qu'il existe des fongosités.

La contracture peut permettre, dans certains cas, d'éviter une erreur de diagnostic. Lorsqu'il s'agit de tarsalgie des adolescents, la contracture cède facilement, nous allons voir comment. Lorsque, au contraire, il s'agit d'une arthrite bacillaire, on a beaucoup de peine à triompher de la contracture. Cela se présentera d'ailleurs fort rarement.

Donc, avant de faire une thérapeutique quelconque chez ce malade, il faut triompher de la contracture. Comment ? Tout simplement par le repos. Le repos complet amène ordinairement vite, dans les cas de tarsalgie, la cessation de la contracture, mais il faut que ce repos soit absolument complet ; il ne faut pas que le malade se lève pour aller aux cabinets, cela suffit pour redonner de la contracture.

Mettons qu'au bout de huit jours de repos dans l'appareil plâtré, en bonne position, la contracture n'ait pas cessé. C'est le moment de

faire un nouvel examen pour s'assurer qu'il n'y a pas de tuberculose.

Lorsque la contracture a cessé, on peut faire un traitement efficace, gymnastique et orthopédique.

Supposons que vous ayez affaire — et c'est ce que vous verrez le plus souvent dans votre pratique — à une tarsalgie tout à fait au début ; il s'agit d'un enfant qui, lorsqu'il a marché pendant une ou deux heures, se plaint de douleur, se met à boitiller, etc., pour éviter la douleur, marche uniquement sur le talon. Vous constatez que le long péronier est faible, que le pied a une tendance à s'aplatir, et qu'il y a des phénomènes légèrement douloureux à la pression au niveau de l'articulation médio-tarsienne (articulation de Chopart).

Il y a deux indications : empêcher la voûte plantaire de s'abaisser, et, d'autre part, développer les muscles, en particulier le long péronier latéral.

Pour remplir la première indication, on maintient la voûte plantaire par une petite semelle plus épaisse sur le bord interne que sur l'externe. Ces semelles, on les trouve couramment dans le commerce ; il n'y a même pas besoin d'aller chez les fabricants d'appareils orthopédiques pour se les procurer. Elles sont en bois, en liège, en métal. Elles sont plus ou moins épaisses sur la partie interne ; on les choisit par tâtonnements pour le sujet, prenant la plus épaisse sur le bord interne qu'il puisse supporter. Mais ne vous imaginez pas avoir rempli toutes les indications lorsque vous avez trouvé une semelle convenable ; il s'en faut de beaucoup. L'inconvénient de tous les appareils orthopédiques est de mettre au repos les muscles déficients. Si vous ne veillez pas, les muscles s'atrophieront de plus en plus, et, lorsque vous aurez enlevé cette semelle, les douleurs recommenceront, et même quelquefois beaucoup plus vite.

Donc, il faut, en même temps, penser à développer les muscles, et, particulièrement, le long périonier latéral. On emploie couramment l'électricité, mais ne considérez pas que cela suffit. Il n'y a qu'une véritable manière de développer un muscle, c'est la contraction volontaire, c'est-à-dire les exercices gymnastiques ; faites faire au sujet des mouvements d'extension du pied (élévation sur la pointe des pieds) pendant dix minutes, le matin, à midi, et le soir. Je n'ai jamais vu de tarsalgies résister à cette thérapeutique extrêmement simple. N'interdisez jamais à ces malades de marcher, pendant la première phase. Lorsqu'ils sont arrivés à la période de contracture, il faut d'abord triompher de la contracture.

Ce n'est que dans les cas extrêmement avancés où l'on ne peut arriver à corriger la déformation, c'est-à-dire quand il y a de grosses lésions articulaires, qu'on est autorisé à faire une intervention chirurgicale. La seule justifiée dans ce cas est l'opération d'Hogston, la tarsectomie. Mais, en soignant correctement les tarsalgiques dès le début de leur affection, vous n'aurez jamais besoin de leur faire une intervention chirurgicale.

LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Par Mme le Dr Noel,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Après avoir passé en revue les corrections s'adressant au visage et au cou, nous nous occuperons maintenant des diverses parties du corps sur lesquelles on pratique des opérations, en vue d'en corriger la forme ou d'en diminuer le volume

Bras.

Réduction de volume et ablation tégumentaire. — Certaines femmes, parfois très jeunes, ayant tendance à l'obésité, voient leurs bras prendre des proportions désolantes, alors que le visage reste encore normal, les jambes minces, et que le buste et les hanches maintenus dans une ceinture bien conditionnée, conservent un aspect satisfaisant.

Parfois, au contraire, par suite d'amaigrissement considérable, les bras ayant perdu toute la graisse qui recouvrait le plan musculaire, leurs téguments de revêtement deviennent « flottants ». Ces deux infirmités aboutissent aux mêmes résultats : nécessité absolue de dissimulation sous des manches longues, impossibilité de solliciter les emplois où il est nécessaire d'avoir les bras découverts, privation de certains sports, et en particulier de la natation d'été, désagrément physique et moral constant pour les artistes (pianistes, violonistes, chanteuses), eczémas favorisés par la macération, usure des vêtements conditionnée par le frottement continu, etc.

Dans les deux cas, la technique opératoire est la même, sauf le temps de dégraissage, qui se surajoute, pour les gros bras.

Il s'agissait de chercher la localisation la plus

convenable de la cicatrice, pour la dissimuler le mieux possible dans toutes les attitudes usuelles.

Pour déterminer cette localisation, j'eus l'idée d'enduire le bras d'une colle légère, et d'appliquer dans toute la région qui constitue sa face antéro-interne, une série de bouts de ficelle de couleur, partant du creux de l'aisselle, pour arriver dans la région de l'épitrochlée. Le bras étant alors appliqué au corps, je commençai par enlever les ficelles visibles, le bras étant ensuite élevé à la hauteur de l'épaule, dans la position de la danse, j'enlevai encore les ficelles apparentes, et ainsi de suite en faisant accomplir les mouvements les plus usités. En dernier lieu, il ne resta qu'un seul bout de ficelle allant exactement du milieu du creux axillaire, à deux petits travers de doigt en dehors de l'épitrochlée., le bras étant placé le long du corps et en supination (à deux travers de doigts en dedans, le bras étant levé comme dans la fig. 3). Je recommençai plusieurs fois l'expérience, j'obtins toujours le même résultat.

Technique. — La ligne d'incision de la quantité à réséquer, doit être tracée au colorant (1), la patiente étant debout, bras tombant légèrement écarté du tronc. On peut se servir des pinces garnies de caoutchouc que j'ai fait construire par la maison Drapier, pour déterminer cette quantité. Le dessin obtenu est le plus souvent une ellipse très allongée.

L'anesthésie locale est pratiquée en traçant la ligne d'incision à l'aide de la syncaïne Clin à 1 pour 200, comme il a été dit dans le précédent article (ajouter 2 gouttes d'adrénaline au 1/1000 par 10 cc. de liquide). La zone intermédiaire est anesthésiée en surface et en profondeur, avec une solution à 1 pour 400 (même dose d'adrénaline).

L'incision doit être pratiquée avec le plus grand soin, de manière à être parfaitement verticale avec des bords ne présentant aucune bavure.

La résection du lambeau doit être commencée par la partie inférieure et arrêtée à environ 15 centimètres du point initial, de manière à empêcher un trop grand écartement des tissus.

La graisse doit être taillée d'abord verticalement, puis en coin, à pointe profonde (fig. 1), cette pointe arrivant jusqu'au plan musculaire. La région dégraissée est soigneusement lavée à l'éther, puis l'hémostase la plus minutieuse est pratiquée. La portion libre du lambeau a été saisie, avec une pince placée à son extrémité, entourée d'un champ et soulevée en l'air par un aide. Les tissus étant maintenus par la partie supérieure de ce lambeau laissé en place, on pose un point de catgut profond, tous les deux centimètres environ, en commençant toujours par la partie inférieure, ce point amenant au contact les remparts graisseux, taillés verticalement et les maintenant solidement, pour bien soulager la tension superficielle.

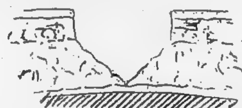


Fig. 1.

On commence ensuite la suture de la peau, à l'aide de points séparés, en U (fig. 2) qui amènent parfaitement au contact les lèvres de la plaie en les adossant. Les téguments doivent être perforés à environ 4 mm. du bord. Le crin moyen employé pour cette suture doit être serré de manière à ce que les deux versants soient exactement appliqués, mais sans une trop grande compression, ce qui meurtrirait les téguments et nuirait à la cicatrice. Les points doivent être distants l'un de l'autre d'environ 5 à 6 mm.

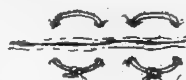


Fig. 2.

Arrivé à 5 centimètres du lambeau tenu en l'air par l'aide, tailler de nouveau 10 centimètres de ce lambeau, dégraisser, suturer, pousser l'opération un peu plus avant et ainsi de suite jusqu'à terminaison (fig. 3).

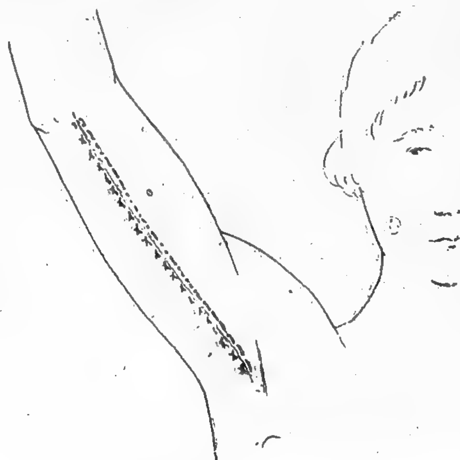


Fig. 3.

Lorsque la peau est délicate on peut glisser sous la boucle de l'U un petit morceau de gaze finement roulé et en placer un autre du côté opposé avant de serrer le point.

J'emploie maintenant très rarement, les aiguilles de Reverdin ou les aiguilles courbes, pour

(1) Voir article précédent du *Concours médical*, n° du 13 mai 1928.

ces sutures. J'ai actuellement recours aux aiguilles à injections intramusculaires, de 5 cent. de longueur, dont le diamètre correspond à celui du crin moyen. Un certain nombre d'aiguilles sont préparées d'avance, le crin y étant placé comme un mandrin. Pour les points séparés simples, son emploi est aussi facile que celui des aiguilles en usage. Pour les points en U, l'aide doit être dressé à introduire rapidement le crin dans l'aiguille, pour la seconde branche de l'U, habileté du reste, rapidement acquise. On évite ainsi d'élargir l'orifice de perforation, par le crin plié au niveau du chas de l'aiguille et par conséquent double.

Cela supprime également pour le patient la petite sensation de choc qu'il ressent au passage de retour et qui est assez désagréable. Une longue compresse roulée et trempée dans l'alcool à 90° est appliquée sur la suture. Par dessus, pansement habituel.

Les fils sont enlevés de la manière suivante : 1 sur 2 le dixième jour et remplacés par des morceaux de mèche tétra trempés dans du collodion. Le reste des fils est enlevé le lendemain et remplacé également par des petits morceaux de mèche tétra posés en travers. Il est nécessaire de recommander une grande prudence dans les jours qui suivent l'enlèvement des fils, pour empêcher la désunion ou l'écartement de la cicatrice. Il est également nécessaire, que les personnes qui ont tendance à l'obésité suivent un régime, de manière à ne pas engraisser pendant les mois qui suivent l'intervention pour laisser la cicatrisation se compléter et se parachever tranquillement, ce qui a une très grosse importance.

J'ai vu, en effet, une jeune femme dont l'opération paraissait très bien réussie, engraisser notablement après celle-ci, et présenter après plusieurs mois, une modification de ses cicatrices, certainement imputable à la nouvelle hypertrophie graisseuse de la région.

Ablation de tatouage. — Au niveau du bras, il se pratique encore de fréquentes opérations, en particulier chez les hommes pour les débarrasser de tatouages qu'ils ont fait faire ou laissé faire un jour d'inconscience, et qu'ils regrettent singulièrement ensuite au moment de songer au mariage, surtout lorsqu'il s'agit de tatouages obscènes.

J'ai aussi opéré tout dernièrement, une ravissante jeune femme, qui s'était laissé tatouer, à 13 ans, par son frère qui en avait 14, une ancre magnifique à la partie supérieure du bras, ce qui l'empêchait absolument de porter des manches courtes.

Lorsque le tatouage est étroit, comme dans le cas de cette jeune femme, il est facile en une seule intervention, d'en réaliser l'ablation complète (faire la suture avec points en U comme il a été expliqué plus haut). Si le tatouage est large, il faut l'enlever bande par bande en plusieurs fois, à intervalles espacés d'un à deux mois. Pour la suture terminale, il est parfois nécessaire, dans le but de l'obtenir tout à fait esthétique, d'attendre davantage, pour que la peau ait retrouvé toute son élasticité.

Chez les hommes qui ont de gros muscles, il faut être particulièrement prudent pour éviter la désunion d'abord, la cicatrice large, ensuite.

Avant-bras.

Il existe peu d'occasions d'exécuter des opérations esthétiques à ce niveau, sauf pour ablation de cicatrices, taches ou tatouages. On se reportera à ce qui a été dit plus haut, et comme dans la réduction du volume des bras, jamais on n'enlèvera le lambeau en une seule fois, mais au fur et à mesure de l'intervention, de manière à empêcher un trop grand écartement des lèvres de la plaie — écartement qui se produit toujours et rend la suture beaucoup moins facile à exécuter. On pourra objecter qu'il est facile de faire opérer le rapprochement des lèvres de la plaie par un aide. C'est un assez mauvais système qui, chez les blondes à peau extrêmement délicate, laisse des ecchymoses fort désagréables disparaissant très lentement et ne formant pas une ambiance excellente pour la perfection de la suture que l'on cherche à réaliser.

Mains.

A vrai dire, peu de personnes se font opérer les mains, en dehors des artitses de cinéma, ou de ceux dont la professions exige une grande correction des parties visibles du corps.

J'opère d'une façon différente, hommes et femmes.

Pour les hommes qui portent presque toujours des manchettes, il est possible de faire une ablation tégumentaire presque circulaire variant comme importance, suivant le degré de distension des mains. Il sera bon de terminer cett ablation par deux pointes (fig. 4) et de laisser intacte, sur le côté palmaire, une portion médiane d'environ deux travers de doigts. On évitera ainsi le sphacèle qui pourrait se produire si on employait une incision circulaire complète. Cette incision devra correspondre au premier pli naturel de la face dorsale du poignet. La résection sera réalisée au delà, vers l'avant-bras. La suture devra être faite à points séparés en U, éloignés les uns des autres d'un quart de centimètre environ. Il sera bon de soulager la tension superficielle par une série de points de catgut profonds, faits à l'aide d'une aiguille courbe très fine ; ces points, s'il n'existe pas de plan graisseux appréciable, pourront unir les faces profondes des lèvres de la plaie lorque la peau est assez épaisse ; pour les peaux très fines ce temps

opératoire n'est pas souvent réalisable. Après l'intervention, compresse roulée et trempée dans l'alcool, pansement habituel, enlèvement des fils du dixième au douzième jour. Petites bandes tétra trempées dans le collodion placées à cheval sur la suture comme il a été expliqué plus haut.

Pour les femmes, une cicatrice même très fine à peine perceptible, mais symétrique, située aux deux poignets, est toujours la révélation de l'opération, et se masque difficilement puisqu'elles portent souvent des manches courtes. J'ai vu des femmes opérées en Amérique, qui avaient toujours des bracelets très serrés aux poignets ce qui est un inconvénient réel, le port de bijoux de ce genre, constituant un assujettissement qui n'est pas toujours compatible avec certaine sobriété de toilette, obligatoire suivant l'heure de la journée ou les circonstances.

En essayant de toutes manières, j'ai fini par constater qu'il était facile de tendre *assez bien* le dos de la main, en faisant l'ablation d'une grande ellipse oblique située sur la face palmaire du poignet, la main étant en flexion complète (fig. 5).

Fig. 4.

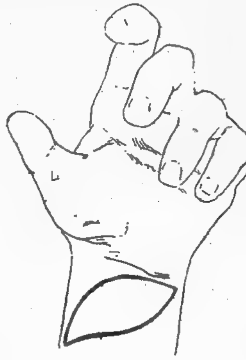


Fig. 5.

La correction n'est pas aussi parfaite qu'avec l'excision circulaire, mais elle est déjà bonne, et la plupart des femmes s'en contentent, très enchantées de ne pas avoir de cicatrices de forme révélatrice. Même manière de suturer. Il est bon de n'opérer qu'une main à la fois, pour laisser à la patiente la possibilité de garder celle-ci en flexion pendant la période de cicatrisation, tout en ayant l'autre main complètement libre.

Ventre.

Les corrections de l'abdomen sont multiples. Nous examinerons les plus fréquentes.

Distension portant surtout sur la partie inférieure de l'abdomen.

Cette distension est plus ou moins importante en hauteur et en poids. Elle recouvre parfois seulement le pubis, et peut descendre jusqu'au niveau des genoux. Quelle que soit l'importance de la besace, la marche de l'opération est la même.

Ayant soulevé la partie ptosée, on trace, avec du colorant, une ligne qui passe au niveau du pubis, à sa partie supérieure, de manière à ne pas comprendre les poils de celui-ci dans la résection ; l'incision est ensuite prolongée « en corde à sauter » jusqu'au niveau des hanches, et placée de préférence exactement dans le pli naturel constitué sur tout ce trajet.

Après anesthésie de la ligne d'incision, puis de la partie profonde ainsi qu'il a été décrit, on résèque le vaste lambeau en commençant par la partie médiane qui est la plus large. Comme pour les bras, après 15 centimètres de résection et une hémostase rigoureuse des plus petits vaisseaux, on suture le plan profond au catgut, puis la partie superficielle à l'aide de points en U ; on continue ensuite la résection du lambeau, la suture du plan profond, puis du plan superficiel et ainsi de suite jusqu'à l'extrémité aboutissant à la hanche (fig. 6 a).

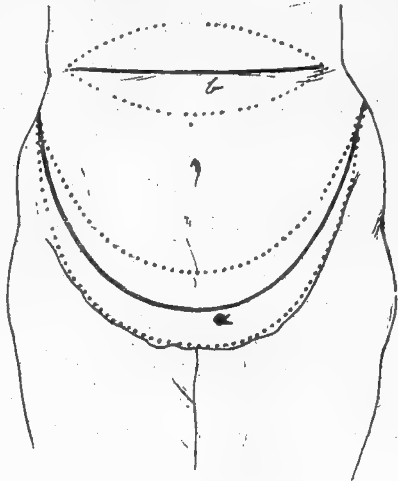


Fig. 6.

On reprend ensuite l'opération au niveau de la ligne médiane, et on suit exactement la même ligne de conduite que pour le côté opposé. S'il est nécessaire de faire l'ablation complète de la besace, il est non moins nécessaire au point de vue esthétique, de ne pas tendre trop sur la partie supérieure, ce qui a le défaut d'abaisser l'ombilic bien au-dessous de sa place normale. Il est préférable, si cela devait se produire, de faire au point de vue esthétique une seconde intervention dans le pli naturel situé exactement au-dessus de l'ombilic (fig. 6 b).

Certains chirurgiens taillent un grand losange qui le fait disparaître. Il nous paraît que, sauf indication spéciale, c'est là une faute de goût qu'un esthétique ne doit pas commettre.

Dans l'ablation de la besace l'incision remontant très haut jusqu'aux hanches, a l'avantage de ten-

dre le ventre latéralement jusqu'à un niveau très sensiblement supérieur à l'ombilic. Il en résulte une harmonie générale, bien meilleure que celle réalisée par les vastes ellipses, réséquées au-dessus du pubis et au niveau de l'ombilic.

Dans les opérations que j'ai pratiquées sur l'abdomen, le poids des parties réséquées a varié de 1 kgr. 200 à 5 kgr. 350.

La cicatrisation se fait en une douzaine de jours, mais il faut exiger un repos d'au moins deux semaines, pour éviter les ennuis que comporterait un lever trop rapide.

Un seul reproche peut être fait à ces opérations très vastes pratiquées sous anesthésie locale : 1° c'est d'abord la longue durée de cette anesthésie, bien qu'on puisse l'abréger en faisant anesthésier le second côté par un aide en même temps que le premier.

2° Les points douloureux qui persistent quoi qu'on fasse dans les plans profonds, lorsqu'on sectionne, ou qu'on pince ou qu'on lie les vaisseaux d'une certaine importance. Cette douleur, on doit le reconnaître, est très fugace, et en général, les femmes opérées qui sont des mères de famille (une d'entre elles avait 14 enfants vivants à 40 ans) !!! préfèrent la supporter, plutôt que de risquer une anesthésie générale prolongée.

Tronc.

Boule graisseuse de la région dorsale supérieure. — C'est un inconvénient extrêmement fréquent, et qui cause beaucoup de souci aux femmes, un peu grasses, l'âge n'ayant que peu d'effet sur sa formation ou son importance.

L'extirpation de cette partie graisseuse, quelquefois assez large, est extrêmement délicate, les cicatrices de cette région étant particulièrement apparentes lorsque les femmes ont des robes décolletées. J'ai essayé bien des procédés ; le plus esthétique est celui qui comporte une incision assez longue, curviligne, à la partie inférieure du cou, exactement à l'endroit où les femmes portent un collier. Par cette ouverture, on décolle, à l'aide de grands ciseaux les téguments de la région, et on dégraisse par larges lanières à l'aide d'un grand bistouri. Lorsque la graisse en surabondance s'étend assez bas, il faut, à chaque extrémité de l'incision, faire une autre petite incision de 2 à 3 centimètres, perpendiculaire à la première, de manière à obtenir plus de jour pour prélever la graisse ; celle-ci doit être enlevée en plan incliné, de manière à ne pas produire un creux entre les deux omoplates, ce qui serait aussi vilain que la plaque ou la boule graisseuse dont on désire se débarrasser.

Fig. 7.

On suture très finement au fil de lin fin. On a placé cette suture de manière à ce qu'un simple collier d'or ou de perle la masque complètement.

Plis graisseux latéraux du tronc. — Ceux-ci s'enlèvent dans le sens horizontal, l'incision étant placée dans un pli naturel du corps. Le plus souvent, il est possible de laisser intactes la face dorsale et la face ventrale du tronc, la pointe de la grande ellipse tracée débordant seule sur ces régions.

Le dégraissage et la suture se font exactement comme au niveau des bras.

Parfois la masse adipeuse est si importante qu'elle intéresse la région du dos ou la région de l'abdomen et il faut alors faire une ablation en demi-ceinture, l'ellipse terminant sa pointe sur la face opposée, mais sans l'intéresser spécialement.

Enfin, lorsque l'adipose est si considérable qu'elle nécessiterait une ablation circulaire du bourrelet graisseux, il est préférable de faire celle-ci en deux temps, pour pouvoir la réaliser à l'anesthésie locale, et éviter les dangers de nécrose.

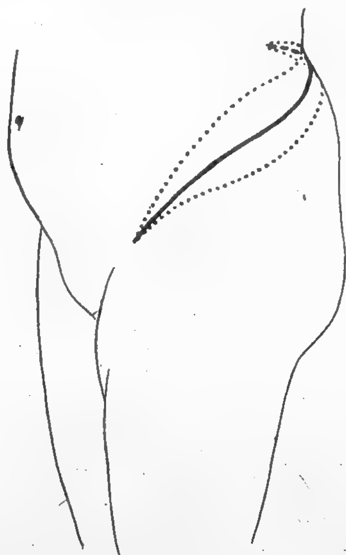


Fig. 8.

Hanches.

Certaines femmes très jeunes ont, au niveau des hanches, de telles quantités de graisse, qu'elle forment un bourrelet épais, gênant infiniment, pour l'habillement, et déformant, après quelques jours, toutes les ceintures ou corsets qu'elles portent. L'opération donne un résultat très efficace.

On trace au niveau de la taille, latéralement, une incision qui correspond au pli naturel qui se forme lorsqu'on se penche de côté ; cette incision est prolongée assez loin dans le pli de l'aîne (fig. 8). La masse graisseuse à enlever est déterminée d'avance, le lambeau est incisé au fur et à mesure et le dégraissage opéré en coin, à partie supérieure verticale comme pour les bras (fig. 1). La suture se fait aussi à points séparés en U, après approchement très minutieux des plans profonds par points séparés, faits au catgut, de centimètre en centimètre. Les fils sont enlevés les dixième, onzième et douzième jours comme il a été expliqué.

La patiente doit garder le lit au moins 15 jours.

Cuisses.

On opère de même façon, les sortes de lipomes qui déforment les cuisses. La suture se trouve placée verticalement, exactement sur le milieu de la face externe (fig. 9).

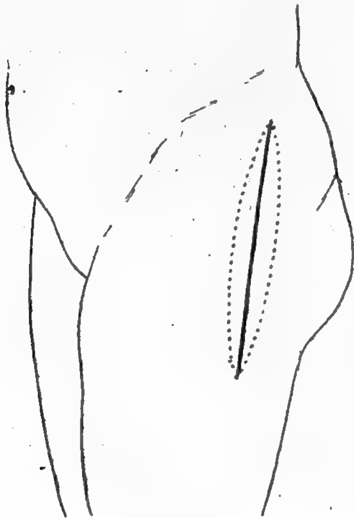


Fig. 9.

Fesses.

Au niveau des fesses, la suture la plus habituelle est placée verticalement dans la zone qui correspond à l'émergence du sciatique (fig. 10 a) elle est plus ou moins longue suivant l'importance de la masse graisseuse à enlever. Si cette masse est très considérable, il est quelquefois nécessaire de pratiquer une seconde intervention dont la suture, également verticale, se trouve de 10 à 15 centimètres en dehors de la première cicatrice (fig. 10 b b').

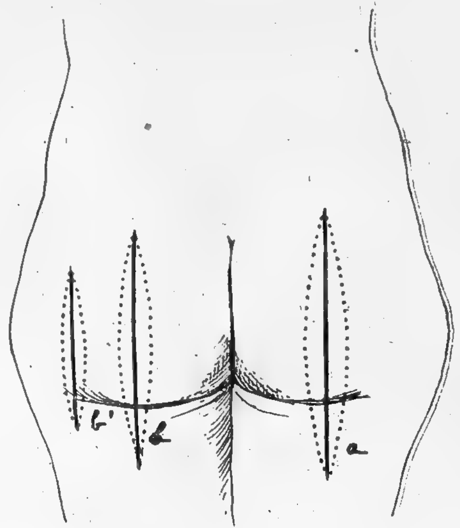


Fig. 10.

Jambes.

La réduction des grosses jambes comme celle des gros bras est une opération très difficile et qui exige un repos d'un mois environ, pour limiter les risques que comporte une intervention aussi sérieuse.

Lorsqu'il s'agit de muscles épais, courts, à insertion basse, il n'y a aucun remède. Lorsqu'au contraire, il s'agit de tissus envahis par la graisse, une grande amélioration est possible. Pourtant, la qualité de la peau est souvent médiocre chez les femmes atteintes de cette infirmité, puisqu'en général elle est d'origine endocrinienne. Il faut donc faire toutes les réserves que comporte une semblable intervention, et redoubler de soins et de vigilance, non seulement pendant qu'on l'exécute, mais encore dans la surveillance des suites.

Pour être certain de bien placer son incision, demander à la patiente une paire de bas usagés, blancs, avec couture derrière, comme elle a l'habitude de les porter ; les stériliser à l'autoclave, et lui faire enfiler au moment de l'opération !; marquer à travers les bas, la place exacte de la suture, pour être certain que la cicatrice correspondra bien avec elle. Il est prudent, dans cette opération, de commencer par faire une incision linéaire, commençant plus ou moins haut et se terminant, à la partie inférieure de la cheville (jusqu'à une ligne horizontale tirée à l'intersection du pied avec la jambe).

On pratique un large décollement des téguments et de la graisse y adhérant.

Ce décollement doit comprendre toute la face postéro-interne et postéro-externe de la jambe,

et s'arrêter à son intersection avec la face antérieure (fig. 11). Ceci fait, on enlève la graisse

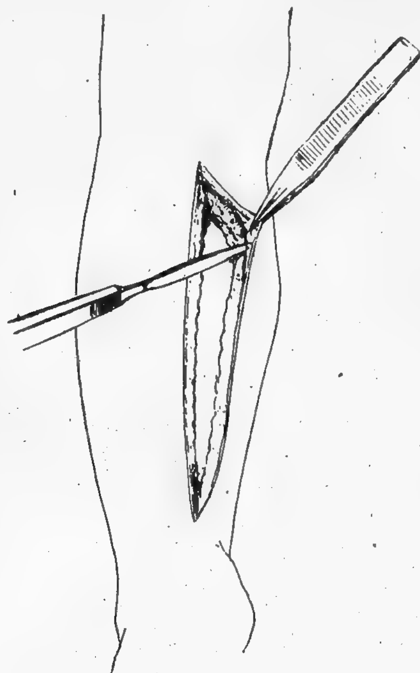


FIG. 11.

(environ les 3/4), qui matelasse les téguments, par longues et larges bandes, de manière à ne laisser après ceux-ci que la quantité strictement indispensable. On enlève avec soin, la plus grande partie de la graisse qui recouvre le planmusculaire n'en laissant qu'une très mince couche.

A l'aide des pinces garnies de caoutchouc, on ramène les bords de la plaie l'un contre l'autre,

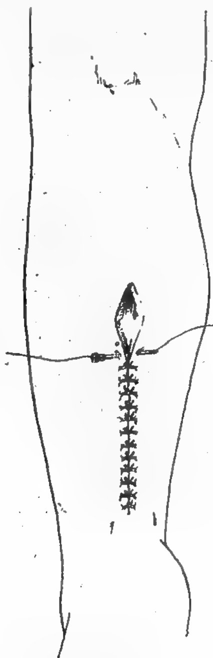


FIG. 12.

on les adosse de manière à ce que les téguments soient parfaitement tendus sur le plan sous-jacent mais sans forte traction. On incise tout ce qui est en trop ; on place centimètre par centimètre un point de catgut profond, puis on commence la suture superficielle par la partie inférieure. Si la peau est souple, assez fine, on suture au crin avec des points en U, si la peau est épaisse, résistante, sans élasticité, on suture à points séparés simples en affrontant les bords le plus soigneusement possible (fig. 12). Si on a mal calculé la partie des téguments à éliminer, s'il existe un peu de flottement, il faut découdre la suture et la refaire, une laxité trop grande étant aussi dangereuse qu'une tension exagérée qui peut amener du sphacèle.

Il est bon de faire tous les jours un pansement alcoolisé.

L'enlèvement des fils varie suivant les tissus, entre 10 et 14 jours. Il faut donc surveiller avec soin la marche de la cicatrisation, et, comme je l'ai dit plus haut, exiger un mois de repos au lit pour éviter des complications.

Chevilles de forme droite.

Ce défaut est difficile à corriger; pourtant j'ai pu, à plusieurs reprises, à l'aide de deux interventions pratiquées à un mois d'intervalle, affiner très sensiblement des chevilles informes, fréquentes causes de désespoir.

J'ai commencé par pratiquer de chaque côté des malléoles, une incision d'une longueur de 15 centimètres environ. Par les ouvertures, j'ai pu dégraisser les régions empâtées, j'ai suturé soigneusement au fil de lin, sans faire de points profonds.

Pendant quinze jours, j'ai laissé un pansement légèrement compressif.

Les fils avaient été enlevés au dixième jour. Un mois après, j'ai pratiqué la même intervention sur les lignes médianes antérieure et postérieure, en suivant absolument la même technique. Le résultat a satisfait entièrement les patientes. Il est resté autour de la cheville, 6 petites ciatrices verticales, fines et parfaitement nettes.

Chevilles épaisses,

Fréquemment, le médecin est consulté pour un empâtement chronique des chevilles, qui s'exagère à la fatigue ou vers la fin du jour ; les

FIG. 13. FIG. 14.

personnes qui en sont porteurs, ont en général tout essayé : onctions, ponctions, massages, électricité, avant de recourir à l'intervention. Cette dernière, est une des plus faciles à réussir et des plus élégantes à réaliser. Elle rappelle absolument l'ablation de la poche graisseuse des yeux.

Par une petite incision de quelques centimètres (fig. 13) faite de chaque côté des malléoles, on libère la région de toute la graisse qu'elle contient ; on résèque la partie tégumentaire qui serait superflue et on suture au fil de lin (fig. 14) Après quelques jours de repos, on enlève les fils et le résultat est toujours satisfaisant, pour la cliente et pour le chirurgien.

ERATA. — Dans le premier article paru le 3 mai 1928.

1°) p. 1457. Lire fig. 2 bis au lieu de fig. 3.

2°) p. 1458. Lire texte et fig. 3.

3°) p. 1460, Lire 40 gr, au lieu de 100 gr.

PARASITES ET HYGIÈNE PRATIQUE (1)

Les Poux.

Les poux appartiennent au groupe des *Anophura*, ordre des Aptères.

Il existe trois sortes de poux : les poux de tête, de corps, du pubis.

Le pou de tête, qui est le plus petit, mesure 1 mm. 5 sur 0 mm. 07. Il se rencontre généralement sur la tête, rarement dans les sourcils, les cils ou sur la poitrine.

Le corps est couleur gris cendre, un peu plus foncé sur les bords, mais cette teinte varie suivant la couleur de la peau des individus ; chez les jeunes enfants très blonds, ils sont parfois presque blancs. Les six pattes de ces insectes sont terminées par de fortes griffes, ou plutôt des pinces pointues mobiles. La bouche, ou rostre, qui peut mordre ou sucer, pénètre dans le cuir chevelu, provoquant de violentes démangeaisons, dont les suites peuvent entraîner de graves désordres, par suite des lésions de grattage.

La femelle, qui est un peu plus grosse que le mâle, pond environ cinquante œufs ou lentes. Au bout de six jours, les petits éclosent et dix-huit jours après ceux-ci sont aptes à se reproduire.

La femelle fixe ses œufs à la base des cheveux par une matière agglutinante. Ils peuvent s'échelonner en nombre variable sur le même cheveu, de telle sorte que le premier pondu, c'est-à-dire le plus ancien, est toujours placé plus loin de la peau, dont il s'éloigne progressivement à mesure que le cheveu croît.

Quand il en est à plusieurs centimètres et qu'il est vide, on peut en conclure que la pédiculose (présence des poux) remonte à plusieurs mois.

Il est facile de faire disparaître les poux en coupant les cheveux et lavant la tête plusieurs jours de suite avec du vinaigre contenant vingt-cinq centigrammes de sublimé par litre de vinaigre.

Au Bureau d'hygiène, nous employons la solution suivante :

Acide acétique cristallisable...	25 cc.
Sublimé	0 gr. 50
Eau ....q.s.p.	1 litre.

(1) *Archives médico-chirurgicales de Normandie.*

On a préconisé l'emploi d'une pommade au xylol, mais son prix de revient est plus élevé (Société médicale des hôpitaux) :

Xylol	200 gouttes.
Vaseline	100 gr.

On applique pendant vingt-quatre heures, en couvrant la tête avec un serre-tête.

La pommade mercurielle, vulgairement appelée onguent gris, réussit bien.

Le borax en poudre réussit moins bien, cependant il est employé.

Les œufs sont détruits par un mélange à parties égales de :

Huile blanche.
Pétrole.

Quel que soit le traitement employé, la tête doit être ensuite peignée au peigne fin et lavée plusieurs jours de suite au savon.

Le pou du corps est plus gros que le pou de tête (3 mm.) ; sa couleur est gris sale. Outre qu'il est l'agent transporteur du typhus et peut-être de plusieurs autres affections, il produit sur la peau une très forte irritation.

Le pou de corps se tient *presque continuellement dans les vêtements et ne vient piquer la peau que deux fois par jour, pour se nourrir*. Donc, pour le détruire, il importe, non seulement, de prendre des soins de propreté corporelle, mais principalement de surveiller les vêtements.

La femelle pond une moyenne de cinq œufs par 24 heures ; suivant la température, l'œuf éclot en huit jours, mais parfois en quatre semaines ; la larve se nourrit aussitôt née, puis après trois mues opérées à quatre jours d'intervalle, devient insecte parfait.

La durée de la vie de l'insecte est de trois semaines pour les mâles et quatre pour les femelles.

Lorsqu'on s'aperçoit de la présence de ces animaux, on doit changer de vêtements si possible et faire sur le corps une friction à l'huile camphrée ; répéter cette friction pendant plusieurs jours. Il faut s'abstenir, autant que possible, de gratter les parties

irritées. Ensuite se laver soigneusement à l'eau chaude et au savon noir. Les linges sont passés à l'eau de Javel. Les vêtements doivent être ensuite passés à l'étuve : les vestes, gilets et pantalons seront retournés.

On réussit aussi très bien à détruire les poux du corps en repassant très soigneusement les vêtements et principalement les coutures avec un fer à repasser très chaud.

On peut encore employer la poudre de staphysaigre soit en poudre, soit en pommade. Mais les vêtements se trouvent salis et les grumeaux irritent la peau.

Les lotions à l'huile camphrée et au pétrole donnent de bons résultats.

Le Dr Jousseaume, de Paris, a présenté à l'Académie de médecine une note où il recommande l'emploi de la fumée de tabac.

Il suffit de diriger la fumée de tabac sous les vêtements au moyen d'un petit tube de caoutchouc de 30 à 50 centimètres. En répétant l'opération plusieurs fois, on arrive, dit-il, à un très bon résultat.

Les fourmis sont très friandes des poux : d'après M. Cunisset-Carnot, dans un article publié dans les *Archives de Parasitologie*, on pourrait étaler sur les grosses fourmilières les vêtements envahis par les poux qui, emportés par les fourmis, disparaissent rapidement et complètement.

Les poux du pubis sont tués grâce à des frictions à l'onguent mercuriel ou à la solution de sublimé semblable à celle employée pour les poux de tête.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le syndrome pleuro-pulmonaire de la base dans les abcès du foie. L'exploration lipiodolée de l'abcès du foie.

Le syndrome pleuro-pulmonaire démontre bien que l'abcès du foie peut, soit par son siège, soit par sa limitation profonde, évoluer sous une symptomatologie d'emprunt.

Les réactions pleuro-pulmonaires des hépatites amibiennes sont, ou bien des *réactions légères* (submatité avec obscurité respiratoire au-dessous de laquelle on entend quelques râles fins en foyer et parfois des frottements pleuraux), ou bien le *syndrome pleuro-pulmonaire*, qui est plus important ; il y a matité évidente avec abolition des vibrations thoraciques ; on entend des râles muqueux fins et un souffle à timbre tubo-pleural. On pense à une congestion pulmonaire, et la ponction exploratrice permet de retirer un liquide séro-fibrineux riche en placards endothéliaux et en polynucléaires. La radioscopie fait voir une obscurité de la base avec culs-de-sac comblés.

On se représente toutes les erreurs de diagnostic possibles, en raison de la latence complète de l'abcès du foie, et de l'absence de toute symptomatologie hépatique.

N. Fiessinger et R. Casteran ont rapporté deux observations de ce genre, l'une s'étant manifestée à la base droite, l'autre, beaucoup plus rare, à la base gauche.

Dans les deux cas, les signes pleuro-pulmonaires ont évolué, deux mois durant, avant la superficialisation de l'abcès du foie ; cette congestion paraissait anormale en raison de sa persistance et de l'état général devenant de plus en plus mauvais. Dans la deuxième observation l'abcès du foie (1 litre 1/2), qui se développait depuis longtemps, s'était compliqué successivement de pleuro-pneumonie et de péricardite suppurée aseptique. La preuve amibienne fut apportée par la guérison véritablement foudroyante par les injections quotidiennes de 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine ; en 24 heures la fièvre tomba et les signes fonctionnels s'atténuèrent.

De cette observation découle un enseignement d'exploration radiologique : les injections de lipiodol ont permis de délimiter l'étendue de l'abcès ; on a injecté 5 cc. de lipiodol léger et 5 cc. de lipiodol lourd, celui-ci dessinant le fond de l'abcès à 8 ou 10 cent. au-dessous du niveau supérieur ; ces injections sont restées indolentes. Le lipiodol était encore visible au bout de 21 jours. On nota que l'abcès se comblait de bas en haut et non transversalement ; ces constatations sont tout à fait nouvelles — on apprend aussi qu'il est possible de traiter par simple ponction évacuatrice des abcès du foie très volumineux en s'aidant de l'émétine sous-cutanée et intra-cavitaire, alors que seul pouvait guérir autrefois le drainage chirurgical et la longue suppuration.

La rapidité de la chute thermique, qui se produit bien avant la résorption de l'abcès permet de conclure que la température se rattache à la vie des amibes de la paroi de l'abcès, ces amibes sécrétant une substance pyrétogène qui disparaît quand elles sont tuées par l'émétine ; l'abcès amibien est un abcès à pus froid. (*Journal des praticiens*, 21 janvier 1928.)

Les cécités de guerre curables. Examen des faits.

Sur 1.200 aveugles de guerre examinés, le Dr Bonnefoy a pu déterminer 43 cas de cécités curables. En présence d'un aveugle de guerre, possédant encore d'un œil ou des deux yeux

un certain degré de perception lumineuse, le devoir du chirurgien est d'intervenir, si l'examen clinique révèle qu'entre la rétine ou la fraction de rétine demeurée sensible et la cornée transparente, ou la fraction de cornée demeurée transparente, un obstacle quelconque s'interpose. Le résultat recherché, avec une patience inlassable, doit être de rétablir la perméabilité des milieux transparents. Tout chirurgien qui n'arriverait pas à discerner, à travers les brèches qu'il a pratiquées, la rétine de son opéré, ne possède aucun droit de décréter que cette rétine est aveugle.

Or, la cataracte est en quelque sorte l'épilogue de tous les grands traumatismes oculaires, que le projectile ait lésé la lentille au passage ou qu'il l'ait épargnée : dans le premier cas, la cataracte se développe d'emblée contemporaine des autres lésions profondes qu'elle masque ; dans le second cas, elle évolue tardivement, soit comme séquelle des lésions inflammatoires ou cicatricielles de voisinage (cataractes adhérentes) soit comme un reflet de perturbations ou de destructions profondes dans les membranes vasculo-nerveuses (cataractes choroïdiennes).

Cependant c'est une erreur de croire que la perception lumineuse soit toujours fonction de la sensibilité de la rétine ; la nature de l'obstacle interposé peut aussi expliquer ses variations ; il ne faut donc pas baser uniquement le pronostic opératoire sur la perception lumineuse.

Les cécités de guerre curables et opérées depuis 5 ans par l'auteur peuvent se classer en :

1° Cécités opérées sans succès antérieurement, en raison de l'insuffisance des méthodes chirurgicales classiques.

2° Cécités réputées inopérables d'emblée et dont le pronostic a évolué.

3° Cécités réputées inopérables d'emblée par une interprétation erronée de la sensibilité lumineuse de la rétine. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 12 février 1928.)

De l'œdème terminal des phtisiques.

On ne mentionne généralement l'œdème chez les tuberculeux parvenus à la phase terminale de leur maladie, que lorsqu'il y a concomitance d'altérations rénales ou cardiaques décelées par l'examen clinique ou par le laboratoire. Le professeur Maurice PERRIN et Mlle M. LACOURT mentionnent une autre sorte d'œdème, qui présente des caractères spéciaux et apporte un élément utile au pronostic, puisqu'il permet de fixer l'échéance fatale, sinon avec une précision tout à fait rigoureuse, du moins avec une approximation de quelques jours.

Il s'agit d'un œdème terminal localisé, dans la grande majorité des cas, aux extrémités, qui s'installe progressivement, d'une façon insidieuse, en dehors de toute altération rénale et de tout trouble asystolique. Les causes en sont, pour une large part, dans des modifications humorales, qui ne sauraient être actuellement décrites avec précision.

Il y aurait un œdème malléolaire à la période terminale chez la presque totalité des phtisiques jeunes, lorsque l'évolution de la maladie n'est pas brusquement interrompue par une complication, telle qu'un pneumothorax spontané ou une hémoptysie abondante, en l'absence de déséquilibre cardiaque apparent ou d'insuffisance rénale. Les tuberculeux âgés restent indemnes, et quand l'œdème apparaît chez eux, c'est qu'il existe un trouble cardiaque ou rénal. L'œdème des mains et celui de la face (1/15e ou 1/20 des cas d'œdème malléolaire) annonce d'une façon constante une issue fatale entre 3 et 5 jours, souvent plus prompte si l'œdème s'est produit rapidement. L'œdème apparaît, d'une façon unilatérale, quelquefois lent, insidieux ; c'est d'abord un simple empâtement, avant que ne soit décelable le signe du godet. Lorsqu'il occupe les membres inférieurs, on constate en même temps, ou quelques jours après, l'apparition de la cyanose et une augmentation de la dyspnée. La rapidité de l'envahissement est un signe plus grave, de même une augmentation nouvelle et soudaine de l'œdème après une régression passagère, sauf pour les œdèmes plus accentués des malades traités par des injections de morphine ou de produits opiacés.

Bref, la survie dépasse exceptionnellement trois semaines ; dans la majorité des cas, elle arrive entre le huitième et le quinzième jour. (*Le Nord médical*, 15 janvier 1928.)

L'entérite du cyanure de mercure ; prévention et traitement par le chlorure de calcium.

Le cyanure de mercure, en injections intraveineuses, a permis de traiter les lésions oculaires et les atteintes syphilitiques du névraxe en particulier, avec une rigueur féconde en résultats. A part les accidents locaux, les incidents généraux (angoisse contemporaine de l'injection, asthénie mercurielle, anorexie nauséeuse, polyurie intense, stomatite), il faut signaler une forme grave de l'intolérance représentée par l'entérite du cyanure. Celle-ci débute, rapide et soudaine, de 3 à 6 heures après l'injection et présente trois formes cliniques : forme douloureuse simple, syndrome cholériforme, colite dysentériforme.

Généralement, on suspend momentanément les injections intra-veineuses ; contre la douleur on donne 3 à 4 cuillerées d'élixir parégorique ou un lavement à conserver avec 30 gouttes de laudanum, ou une injection de un cent. de morphine ou pantopon, cataplasmes, compresses chaudes sur l'abdomen. Régime à base de riz.

Cependant le Dr G. Aymes a montré que cette entérite cédait rapidement à l'administration intra-veineuse de chlorure de calcium, à concentration élevée (50 %). On peut aussi recourir à l'adjonction, dépourvue de nocivité, dans une même formule, de chlorure de calcium au cyanure, qui permet souvent de mener à bien des cures mercurielles chez des intolérants.

Cyanure d'hydrargyre . .	1 centigramme.
Chlorure de calcium pur .	0,10 centigr.
Sérum lactosé à 15 p. 100	2 c. cubes

L'auteur substitue cette association à la solution simple de cyanure, dès qu'éclate un accident d'ordre entéritique. Il va de soi que l'injection doit être strictement endo-veineuse, car les deux corps sont caustiques ; mais la dilution dans 2 cc. de véhicule pallie en partie aux inconvénients qui peuvent en résulter pour l'endothélium veineux. Jamais de thrombose ou d'endoveinite. Une seule précaution à prendre : injecter lentement. On pourra ainsi continuer des cures mercurielles qu'il aurait fallu, sans cela, abandonner. (*Pratique médicale française*, janvier 1928-B.)

Le traitement des tuberculoses cutanées par les sels d'or.

Il a été envisagé par analogie avec celui de la tuberculose pulmonaire. MM. Jeanselme et Burnier ont employé depuis un an la thiosulfate double d'or et de sodium, c'est à-dire la sanocrysine, ou mieux, la crisalbine, produit français.

C'est un sel blanc cristallisé, qui s'emploie en injections intra-veineuses ; la dissolution dans l'eau distillée doit être faite au moment de l'emploi, car la solution ne peut être stérilisée. On fait habituellement une première injection de 0,10 puis, quatre jours après une injection de 0,25, puis, chaque semaine, deux injections de 0,25. On conseille de ne pas dépasser la dose de 0,25 qui, elle-même, peut amener des phénomènes d'intolérance.

En général, ces injections sont bien supportées, mais on peut observer de l'albuminurie, un état nauséeux, avec ou sans vomissement, une élévation thermique avec frissons, quelques troubles digestifs, et le plus souvent des accidents cutanés : prurit, érythèmes, etc.

La crisalbine a été employée chez des malades atteints de lupus tuberculeux ou de gommes tuberculeuses. Dans le lupus érythémateux, on a noté 20 guérisons, 7 améliorations, 5 échecs restant d'ailleurs justiciables du traitement externe.

Lorsque 20 injections ont été bien tolérées, il est prudent de cesser le traitement et de mettre le malade au repos pendant un mois avant de faire une nouvelle série d'injections.

Bref, il était intéressant de noter les résultats excellents obtenus par les sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées ; on peut arriver à faire disparaître rapidement et complètement par cette médication interne des lésions cutanées justiciables jusqu'alors d'une thérapeutique externe. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Adénopathie inguinale et cancer du col utérin.

(M. Gresset. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 2-3-1928.)

M. Gresset a soigné une malade atteinte de cancer du col de l'utérus, chez laquelle il constata une volumineuse adénopathie inguinale qui nécessita l'exérèse. Discutant la relation de cause à effet entre la lésion du col et l'adénite inguinale, l'auteur montre que des faits cliniques permettent de penser à la réalité de cette relation. L'anatomie, d'autre part, explique la possibilité d'une adénite de l'aine au cours des lésions du col utérin, chancre ou cancer.

Fibrome et grossesse.

(M. Lutaud. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 2-3-1928.)

M. Lutaud rapporte un cas de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus qui amena un avortement de trois mois. La myomectomie proposée fut refusée. Deux ans après, survint une grossesse normale avec accouchement facile. Deux ans plus tard, enfin, le fibrome fut expulsé spontanément par les voies naturelles ; ablation par torsion.

— M. Thévenard a observé un cas analogue. Fibrome du volume d'une mandarine sur le fond de l'utérus, n'ayant pas entravé l'évolution de deux grossesses qui vinrent l'une et l'autre à terme. Quelques jours après un troisième accouchement, le fibrome apparaît au travers du col dilaté et son expulsion a lieu sans incident.

Les injections intra-veineuses de bromure dans les dermatoses.

(MM. Jean Mornet, de Blois, et Phelebon, de Montrichard. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 9-2-28.)

Chez une malade atteinte d'eczéma généralisé, les

auteurs ont pratiqué une injection intra-veineuse de 2 cc. d'une solution de bromure de sodium à 10 % dans du sérum physiologique. Une demi-heure après l'injection, la malade accusa des fourmillements dans les membres inférieurs suivis de douleurs lancinantes vives qui durèrent plus de deux jours.

Ayant vérifié les ampoules utilisées, on constata qu'elles contenaient une proportion appréciable d'iodure. Le droguiste fournisseur déclara qu'il était impossible de débarrasser le bromure (d'origine marine, ici) de cette quantité d'iodure. Pour MM. Mornet et Phelebon, c'est à cet iodure qu'il faut probablement attribuer les accidents observés chez la malade. On connaît bien le symptôme névralgie dans l'intoxication iodurée. Sans doute, on a bien des fois injecté dans les veines des doses d'iodure beaucoup plus fortes que celles qui furent en cause dans le cas actuel. Mais on sait qu'en matière d'intoxication iodurée, les quantités les plus faibles sont souvent celles qui déclanchent les accidents.

D'autre part, l'iodure étant un agent d'excitation de l'eczéma, les auteurs se demandent si sa présence à titre d'impureté dans certains bromures n'expliquerait pas les échecs parfois observés avec la méthode de Lebedjev.

Médications désensibilisatrices dans l'eczéma.

(MM. H. Jausion, Lenègre et Vendel. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 9-2-1928.)

Les médications nouvelles de l'eczéma, comme celles de l'asthme, de l'urticaire, des coryzas spasmodiques, sont dirigées du côté de la désensibilisation et des traitements désensibilisateurs.

MM. Jausion, Lenègre et Vendel envisagent ces médications dans deux cas : lorsqu'un agent provocateur de l'eczéma peut être mis en évidence (eczéma des blanchisseuses, dermites eczématiformes des teintures, etc.) ; dans l'eczéma ordinaire, qui apparaît sans cause externe ou interne appréciable.

1° Le premier cas est justiciable de la désensibilisation antigénique ou spécifique. Exemples :

Malade travaillant dans la sparterie teinte au noir d'aniline. Eczéma des mains et des doigts datant de deux mois. Guérison par injection de 1/2 cc. d'un liquide (filtré et stérilisé) obtenu en faisant macérer 10 grammes de sparterie en question dans un litre d'eau.

Malade ayant présenté une dermite eczématiforme à la suite d'une teinture noire des cheveux. Guérison par six injections de 1/10e à 5/10es de cc. d'une solution de 1 gr. de paraphénylène diamine (substance colorante employée pour la teinture) dans un litre d'eau.

Eczéma des blanchisseuses chez une femme de 30 ans. Guérison après une injection hypodermique de 1/2 cc. d'une solution aqueuse à 1/100 de savon de Richoud.

Dermite eczématiforme chez une infirmière après usage de gants de caoutchouc. Guérison après 3 injections hypodermiques d'un mélange à parties égales d'éther-chloroforme et de dissolution de caoutchouc. Dose : 1/10e de c.c. Chaque injection produisit une petite escarre ponctiforme.

Eczéma chez une femme qui confectionne des ampoules d'émétine. Guérison après injections d'émétine (4 milligr.).

2° Le deuxième cas est justiciable d'une désensibilisation neuro-végétative ou générale. Ont été préconisés dans ce but : le chlorure de sodium (Ch. Richet), le chlorure de calcium (Arthus et Netter), les carbonates alcalins (Lhermitte et Sicard), le sulfate de magnésium (Wodon), le bromure de sodium (Lebedieff, Jeanselme et Burnier), l'hyposulfite de soude (Ravaut, Lumière et Chevrotier), etc. Pour ce qui les concerne, MM. Jausion, Lenègre et Vendel se sont arrêtés aux formules élaborées par l'un d'eux, M. Vendel. Ce sont :

a) Hyposulfite de soude......... 2 gr.
Chlorure de calcium.......... 0 gr. 75
Bromure de sodium.......... 0 gr. 15
Eau dist. q.s.p.............. 10 cc.

en une ampoule stérilisée pour injection intraveineuse ;

b) Hyposulfite de soude cristallisé.................... 1 gr.
Bromure de camphre ......} ãã 0 gr. 05
Silicate de soude ....}

dans 1 cachet, 2 à 4 par jour.

Recourir de préférence aux injections, auxquelles on peut associer l'autohémothérapie de 10 cc. de sang total retiré, à l'issue de l'injection intra-veineuse. On conjugue ainsi le procédé de Ravaut et la méthode de Lebedieff remaniée.

Cet ensemble thérapeutique a procuré à MM. Jausion, Lenègre et Vendel des succès dont ils donnent un certain nombre d'exemples (16 observations) concernant des eczémas de types divers. Par ailleurs, les auteurs ne font plus ni traitement topique, ni diététique de l'eczéma.

P. L.

A propos du traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.

(M. Léon Kindberg. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-4-1928.)

Si les pleurésies purulentes tuberculeuses autonomes sont relativement rares, elles constituent l'une des complications majeures du pneumothorax artificiel. Que convient-il donc de faire en face d'un pyothorax tuberculeux, étant donné que tout le monde est d'accord pour ne pas laisser les choses en l'état et attendre, sans intervenir, une issue dès lors nécessairement fatale ?

Trois cas peuvent se présenter : ou il y a fistule

pleuro-pulmonaire, ou l'épanchement est surinfecté par des pyogènes, ou nous avons affaire à l'épanchement fermé simple.

Dans le premier cas (qui est pourtant apparu comme l'indication première de l'oléothorax), tout le monde est d'accord pour le rejeter. Malgré quelques observations isolées de guérison, il faut rester sceptique ; bien plus, l'injection d'huile rend la situation intolérable pour le malheureux malade, une vomique huileuse et goménolée constituant un supplice affreux qui vient s'ajouter encore à sa déchéance générale. L'auteur croit personnellement qu'en cas de fistule, le seul recours est la thoracoplastie, qui a perdu de son ancienne gravité.

Au cas de surinfection, il est difficile d'asseoir une théorie ferme ; d'ailleurs l'occurrence en serait exceptionnelle ; l'auteur cependant a conservé une certaine méfiance des injections intra-pleurales modificatrices.

Restent les pleurésies purulentes ordinaires, sans perforation pleurale ; à tout le moins, l'oléothorax apparaît sans danger ; et dans ces épanchements purulents on peut, sans injection d'huile, obtenir les résultats des plus satisfaisants, par de fréquentes ponctions-insufflations. Pour qu'elles ne soient pas traumatisantes à l'excès, l'auteur emploie des aiguilles aussi fines que la consistance du pus le permet, et il fait la ponction le plus lentement, mais le plus complètement possible, à la seringue. La même aiguille sert à la réinsufflation ; l'oxygène pur ne donne pas de meilleurs résultats que l'air ou l'azote. C'est naturellement l'examen radiologique répété comme l'analyse clinique des troubles fonctionnels qui règlent le rythme de ces petites interventions. Elles doivent être fréquentes, la malade doit être discipliné ; ce sont là deux gros obstacles qu'il sera le plus souvent facile de vaincre. Sinon, il est certain que nous serons trop heureux de retrouver l'oléothorax, mais installation lente et progressive par injections répétées.

A propos du pneumothorax.

(M. Mélamet. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-4-1928.)

Certains accidents du pneumothorax, observés par l'auteur, sont intéressants à noter : par exemple, dans un deuxième pneumothorax portant sur le poumon gauche, un accident syncopal, qu'elle qu'ait été la prudence avec laquelle a été insufflée la quantité de gaz la première fois (30, 40, 50, au grand maximum 100 cc.) ; l'accident dure 10, 15, 20 minutes, et tout rentre lentement dans l'ordre ; adrénaline et strychnine en injection ont paru abréger cet état.

C'est ensuite dans le même cas, la résorption rapide, en 8 jours quelquefois, du gaz insufflé au niveau du deuxième poumon.

Il ne faut cependant pas médire de la méthode de Forlanini, qui possède à son actif de beaux succès, des résurrections véritables ; mais on ne doit pas la déconsidérer en lui demandant plus qu'elle ne peut donner.

Les indications du pneumothorax sont beaucoup plus étroites qu'on ne le dit communément. Il trouve son application majeure dans les grandes hémorragies, et dans les lésions évolutives du début ; il faut faire un pneumothorax précoce, dès que la lésion évolutive n'a pas cédé à quelques semaines de traitement, car il n'est pas indifférent de substituer, sinon d'ajouter, à une maladie une autre maladie. A l'avenir, on fera de plus en plus des pneumothorax d'attente, et cela simplement pour gagner le temps nécessaire à la mise en œuvre d'autres moyens thérapeutiques.

Intégration de la lumière dans les tissus vivants.

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. de méd. de Paris* ; 13-4-1928.)

Il faut admettre une combinaison physique ou chimique des radiations avec les tissus vivants, combinaison parfois bien stable (analogue à l'oxycarbo-hémoglobine), puisque l'action se produit souvent très longtemps après (radiodermites observées parfois 5 à 15 ans après des applications de rayons X).

Certaines substances, la cholestérine, les stérines, l'ergostérine surtout, emmagasineraient et garderaient plus facilement les radiations que d'autres.

Les foies d'animaux irradiés combattraient merveilleusement le rachitisme.

Et les vitamines, encore indécelables autrement que par leur test physiologique, sembleraient aussi prouver une combinaison physico-chimique de la lumière, se conservant même après la mort des êtres vitaminés parce qu'irradiés.

Les aliments ont donc une grande importance dans la genèse de nos maladies par leur constitution, qui est en relation directe avec la lumière, que celle-ci s'y intègre ou y développe des vitamines. Quoi qu'il en soit, ce sont surtout les enveloppes des graines, du blé, de maints végétaux, qui ont été très irradiées, qui ont gardé la propriété de germer, de nous nourrir et d'éviter pour nous bien des maladies.

La cholestérine, meilleur collecteur, intégrateur de lumière, est abondante dans le foie, le sang et diminue avec les états infectieux, d'où vraisemblablement, notre moindre résistance organique : moins de lumière gardée, moins de lumière absorbée : ces états infectieux cédant par ailleurs aux extraits de levure à base de lipoïde et d'ergostérine.

A propos du massage des fractures.

(M. Kouindjy. — *Soc. de méd. de Paris* ; 13-4-1928.)

On peut affirmer, en désaccord avec quelques-uns, que dans le traitement des fractures, le massage méthodique joue le rôle principal, non seulement comme agent thérapeutique contre les troubles trophiques, mais surtout comme agent thérapeutique direct pour la formation du cal, et, par conséquent, comme agent puissant et primordial de la consolidation.

L'auteur communique différents clichés radiographiques, pris en série, qui permettent de suivre ainsi les différentes phases du traitement de la fracture, sans et avec le massage. Ce sont de véritables observations radiographiques.

Dans un cas, les travées osseuses prouvaient que l'ankylose marchait à grands pas dans une fracture du col chirurgical de l'humérus ; néanmoins il y avait encore quelque espoir, car, en étudiant bien la radiographie, on distinguait encore assez bien la ligne de la configuration de la tête humérale, et, par conséquent, une mobilisation méthodique et prudente avec massage pouvait encore permettre de sauver l'articulation compromise. Douze jours après le début du traitement, la radiographie décelait déjà une tête humérale plus convenable ; un mois après l'articulation était plus nette et les mouvements plus étendus.

L'intervention du massage méthodique ne doit donc pas trop tarder ; son utilisation précoce est surtout indispensable dans les fractures des membres supérieurs, surtout dans celles des extrémités des os longs et dans les fractures juxta-articulaires.

La toxémie variqueuse.

(M. Filderman. — *Soc. de méd. de Paris* ; 13-4-28.)

De tous les tissus, c'est la peau et ce sont les veines, qui souffrent le plus de l'intoxication variqueuse. Celle-ci reste longtemps localisée aux membres inférieurs. Varices, infiltration hydrique ou polysarcique, dermatoses témoignent des conditions défectueuses de la circulation sous-diaphragmatique. Puis la nuit ne suffira plus à éliminer les toxines, dont le sang est surchargé ; ce seront alors les organes réducteurs des toxines de la vie cellulaire, les glandes sanguines, qui subiront à leur tour un surmenage. C'est le sang veineux qui fournit les antigènes, dont le contact avec les sécrétions des endocrines, déclanchera la production des corps spécifiques.

La toxémie variqueuse généralisée prendra rapidement l'aspect des grandes auto-intoxications : obésité avec infiltration hydrique, dermatoses toxiques, etc. Or, il y a lieu de disjoindre, thérapeutiquement du moins, les fonctions antitoxiques des endocrines de leurs autres fonctions. Les traitements opothérapiques classiques ne réussissent que rarement dans les troubles endocriniens de la toxémie, l'auteur a institué l'hémocrinothérapie, qui consiste à mélanger *in vitro* le sang veineux du malade avec la préparation opothérapique indiquée, dans le but de déclancher la stimulation de la production des anticorps. C'est une combinaison de l'auto-hémothérapie avec l'opothérapie sous-cutanée. La rapidité de son action est remarquable : témoin deux observations rapportées.

Mais l'hémocrinothérapie ne résume pas toute la thérapeutique de la toxémie variqueuse. Il faut, avant tout, faire l'éducation des malades, leur apprendre les causes de leur mal, les inciter à faire d'une manière intermittente du repos horizontal au cours de la journée. Ensuite on doit leur recommander un régime alimentaire avec cure de diurèse, en vue de diminuer et d'éliminer les toxines. Il ne faut pas omettre enfin de procéder à l'oblitération des phlébectasies.

L'actino-massage.

(M. Kouindjy. — *Soc. de méd. de Paris* ; 13-4-1928.)

L'auteur renforce l'action du massage par celle de la lumière. Grâce au massage, l'action des rayons actiniques est plus rapide, le traitement sensiblement moins long ; les irradiations doivent être larges et étendues.

G. F.

Les Congrès

IXe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie.

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

Traitement des pseudarthroses congénitales.

Rapporteur Ch. Dujarier (de Paris).

La pseudarthrose des os de la jambe étant seule assez fréquente pour lui consacrer une étude d'ensemble forme seule l'objet de ce travail.

Très justement, le rapporteur remarque que toutes les pseudarthroses ne sont pas constituées à la naissance.

A côté de celles-ci, il y en a d'autres qui s'établissent sur les courbures congénitales des os de la jambe, soit par fracture lors d'un traumatisme, soit par ostéotomie thérapeutique. Dans ces cas, les os sont, du fait de leur aplasie congénitale, particulièrement prédisposés à la non-union.

C'est donc à juste titre que le rapporteur nous décrit d'abord les courbures congénitales des os de la jambe, les diverses variétés de courbures observées, l'atrophie habituelle du membre qui les accompagne·

(1) *Concours médical*, n° 24.

Pour la pseudarthrose elle-même, M. Dujarier insiste particulièrement sur le fait qu'il en existe deux types de pronostic très différent.

Le premier type, heureusement le plus fréquent, consiste en une courbure des os de la jambe avec, en plus, au sommet de la courbure une solution de continuité linéaire ; c'est une pseudarthrose très serrée. Dans ces cas, la marche est possible avec un appareil.

Dans le deuxième type, le pied est complètement ballant. Le tibia et le péroné très atrophiés manquent sur une grande étendue. Le plus souvent, le malade ne peut marcher même avec un appareil. On sait peu de chose sur la structure de ces pseudarthroses.

Dans les pseudarthroses serrées, la radiographie montre l'opacité plus grande de l'os près de la courbure et parfois là disparition en ce point de la cavité médullaire ; on trouve tantôt entre les deux os une bande fibreuse avec un manchon fibreux périphérique, tantôt une véritable néarthrose avec même une ébauche de synoviale. Le péroné est, dans cette forme, en général intact ; trop long, il succombe.

Dans les pseudarthroses lâches, péroné et tibia sont intéressés, ils présentent une large perte de substance : on voit même quelquefois le fragment inférieur réduit à l'épiphyse. Les fragments se terminent en pointe effilée et à ce niveau le tissu osseux est mou, friable.

L'avenir des pseudarthroses congénitales est considéré comme sombre par la plupart des chirurgiens.

D'une part, l'atrophie du membre qui les accompagne est incurable.

D'autre part, la consolidation de la pseudarthrose est fort difficile à obtenir, et quand on l'a obtenue, le plus souvent, elle ne se maintient pas. Aussi, la plupart des chirurgiens qui ont opéré ces malades ont-ils sur les résultats du traitement une opinion décourageante.

Cette opinion n'est-elle pas sujette à révision ? Voyons ce qui a été tenté.

L'avivement simple, l'ostéotomie très oblique, suivie d'avivement et suture, sont voués habituellement à l'échec. On cite quelques rares succès (Gangolphe, Luigui la Feria).

La greffe osseuse constitue le seul procédé pouvant donner des succès fréquents.

Il faut en distinguer trois variétés.

1° La greffe ostéo-périostéo-cutanée de Reichel. — Prise sur le tibia du côté opposé en conservant un pédicule de peau pour augmenter la vitalité du greffon. Les membres sont maintenus accolés dans un plâtre. Le pont cutané est coupé le vingtième jour. Reichel (1903) obtint ainsi un succès sur un cas qui avait déjà récidivé deux fois. Codivilla, Nové-Josserand ont eu des succès. Le dernier, sur cinq cas, obtint deux insuccès immédiat, un tardif, deux guérisons datant de cinq et dix-huit ans.

Le rapporteur, tout en constatant les succès obtenus, trouve le procédé compliqué, et croit peu à l'irrigation du greffon par le lambeau de peau très peu vascularisé.

2° La greffe osseuse massive. — Parfois, on a pris la greffe sur le péroné du côté malade en pratiquant soit la greffe libre, soit la greffe pédiculée. L'échec a été la règle. Les os du côté malade sont aplasiés et il est illogique de prélever le greffon sur eux.

Plus souvent, on a pris le greffon sur le tibia du côté opposé . Leclerc (de Dijon) a ainsi obtenu un succès incomplet, Albee un succès suivi sept ans.

3° Greffe ostéo-périostique de Delagénière. — Codivilla (1910) qui l'a employée le premier dans les pseudarthroses a obtenu sur cinq cas deux succès. Brade, Ranenbusch ont rapporté aussi des guérisons, M. Frœlich, en 1910, rapporte quatre cas, deux guérisons, deux insuccès. MM. Nové-Josserand, Mauclaire, Moutier (de Nantes), ont rapporté chacun un succès. Enfin, le rapporteur lui-même donne la description détaillée de cinq cas terminés par quatre succès et un échec.

La technique des greffes ostéo-périostiques appliquées aux diverses variétés de pseudarthroses n'a rien de bien particulier.

Il suffit de mettre à nu les deux fragments des deux os *sans les réséquer*, temps souvent délicat, en raison de l'atrophie des extrémités osseuses. Les greffons sont placés en pont de l'un à l'autre.

Plâtre pendant deux mois, puis appareil de marche de Delbet pendant six mois, un an même. Ces soins post-opératoires sont indispensables.

Il faut suivre ces malades pendant plusieurs années et surveiller l'évolution du cal avec des radios successives, à cause des échecs.

On observe soit des échecs rapides, primitifs, soit des échecs tardifs (incurvation progressive de l'os, résorption se produisant après plusieurs années).

Mais il ne faut pas se décourager et des opérations réitérées sont souvent nécessaires pour arriver à un résultat définitif.

Alors que la plupart des auteurs : Putti, Nové-Josserand, Frœlich, Melvin, S. Henderson apportent des statistiques assez décourageantes, l'auteur rapporte cinq observations détaillées (dont une du radius droit) avec quatre guérisons, montrant par l'exemple comment avec une bonne technique et une ténacité digne d'éloges, on peut en appeler du jugement d'immobilité porté jusqu'ici dans cette affection.

Discussion.

M. Mauclaire (de Paris) rappelle l'observation rapportée déjà à la Société de chirurgie (1921) d'une pseudarthrose congénitale du tibia, traitée à vingt-deux ans par des greffes de Delagénière avec succès. Les radiographies montrent les diverses phases de la reconstitution.

M. Michel (de Lyon) apporte les observations du service de M. Nové-Josserand, sept observations: quatre greffes de Reichel avec deux succès immédiats, un succès tardif, un échec, trois greffes ostéo-périostiques, un succès , deux échecs.

Les échecs ont été repris secondairement.

L'un, avec un greffon ostéo-périostique et une plaque vissée, a récidivé ; et opéré avec une greffe de Reichel a eu une atrophie progressive du greffon. Le membre étant dans sa totalité très atrophié.

Un autre échec de la greffe libre, subit secondairement un Reichel ; il y avait de la résorption progressive du fragment supérieur. On le fait marcher dans un appareil de Delbet. Il tombe. Fracture du tibia à la suite de laquelle la pseudarthrose se consolide.

Il semble que la greffe de Reichel soit supérieure à la greffe de Delagénière.

D'autre part, l'emploi des appareils de marche est très important. Dans un cas il a été supporté pendant trois ans.

M. Rochet (de Bordeaux) apporte deux observations :

Le premier cas est une pseudarthrose du tibia chez une fillette de huit ans traitée par avivement, insuccès. En 1919, traitée par les greffes, guérison.

Le deuxième cas, pseudarthrose grave des deux os de la jambe, traitée par amputation.

L'auteur attire l'attention sur une variété spéciale de courbures congénitales des os de la jambe non décrite dans le rapport. C'est l'incurvation à concavité antérieure dont l'auteur a vu trois cas. Il en a trouvé quatre autres observations dans les publications (thèse Weyser, Frœlich, Le Jemtel, Genova).

Dans ce cas, le tibia est en crosse de pistolet. Il y a un talus énorme.

Or, ce qui est très particulier, c'est que ces cas guérissent par le traitement non sanglant : redressement manuel par des plâtres successifs, à condition de les soigner de bonne heure.

L'auteur signale que, dans un cas d'incurvation externe, l'ostéotomie a donné une guérison durable.

M. Frœlich (de Nancy) a traité par l'avivement deux cas, un a guéri, l'autre dans lequel le bout osseux était effilé et friable a donné un échec.

Les ostéosynthèses, les greffes d'os mort n'ont rien donné.

Les greffes faites avec le tibia du côté opposé, en y adjoignant la marche très prolongée dans un appareil, ont donné des guérisons parfois très tardives.

Au total sur huit cas, deux ont guéri, deux sont venus réclamer l'amputation, deux marchent avec des appareils orthopédiques et deux (ce qui est décourageant parce que la thérapeutique est impuissante), c'est l'atrophie progressive du membre. Même après greffe et marche en appareil dans les cas graves le membre s'accroît moins que l'autre. Il y a un véritable vice du genou.

M. Tillet (d'Alger) apporte les observations du service du professeur Curtillet, comprenant six cas de courbures ou pseudarthroses congénitales.

Il montre que, dans les courbures congénitales, il y a un véritable volvulus de l'os, avec structure spéciale au niveau de la courbure. Si on fracture à ce niveau, l'os ne se soude pas. Si l'os se fracture ailleurs, il se soude très bien, c'est une métaplasie locale, avec défaut d'irrigation. Aussi l'emploi de la sympathectomie périfémorale constitue un adjuvant dans les opérations sur cet os.

Il rapporte trois observations d'incurvation à concavité antérieure qui, comme ceux de M. Rochet ont bien guéri par redressement progressif.

La courbure postérieure ne guérit pas et se brise si on la redresse, car ici la détorsion du tissu osseux ne se fait pas ; au contraire on exagère la torsion.

Pour les pseudarthroses, la greffe de Delagénière a été employée trois fois sans succès. La greffe à pédicule a, au contraire, donné des succès et constitue le traitement de choix.

M. Nicod (de Lausanne) apporte l'observation d'un enfant opéré de pseudarthroses des deux os à dix-huit mois par avivement et suture au catgut, guérison primitive puis incurvation secondaire, le péroné reste solide, le tibia récidive. Il devait être réopéré, mais fait une chute, reste au lit plusieurs jours, se remet à marcher, il est consolidé.

M. Veau (de Paris) insiste sur la différence de pronostic des deux variétés de pseudarthroses.

Dans le premier groupe, on arrive à les guérir. Dans le deuxième groupe, jusqu'ici, ces cas étaient considérés comme au-dessus des ressources de la thérapeutique et amputés. Or, c'est un de ces cas que j'ai abandonné et envoyé à Dujarier qui l'a guéri. On ne saurait trop admirer ce résultat.

M. Dujarier, rapporteur, clôt la discussion, en montrant ses opérés. Il pense que les chirurgiens sont trop pessimistes ; Putti qui, sur treize cas, n'a eu qu'un succès complet déclarait au Congrès français de 1922 : « Je n'ignore pas les succès isolés obtenus par quelques opérateurs, surtout français, mais mon expérience m'engage à un certain septicisme et je serais heureux de voir apporter à ce Congrès une méthode nouvelle qui nous permît de guérir presque à coup sûr cette redoutable infirmité. »

Par la présentation de ses résultats, M. Dujarier a fourni la réponse à la demande de Putti.

Questions diverses.

Arthroplasties de la hanche. — M. Phocas (d'Athènes), dans un cas d'arthrite ostéophytique traumatique de la hanche avec douleurs chez un homme de vingt et un ans, et dans un cas de luxation ancienne de la hanche chez un homme de vingt-deux ans a pratiqué la résection de la tête fémorale, et réadapté les morceaux de celle-ci au-dessus du col sous forme de butée osseuse.

MM. Lance et Huc (de Paris) font remarquer que cette technique a déjà été décrite dans le traitement des luxations congénitales postérieures de la hanche par le professeur Ombrédanne sous le nom de résection butée. On trouvera dans la thèse de Garnier (Paris, juillet 1927), quatre observations dont une opération des deux côtés.

Traitement des ankyloses vicieuses de la hanche par l'arthrodèse extra-articulaire. — M. Rendu (de Lyon) en apporte trois observations sur de vieilles

coxalgies guéries (malades de vingt-deux, trente et trente et un ans). Il insiste à juste titre sur la nécessité dans ces cas de pratiquer en même temps que le verrouillage de la hanche par le grand trochanter, une ostéotomie intertrochantérienne de redressement.

Discussion. — M. SORREL (de Berck). Dans les coxalgies anciennes non consolidées, il faut distinguer deux groupes :

Dans le premier, la tête fémorale a presque disparu mais le col est en face du cotyle ; l'opération du verrouillage est indiquée dans ces cas et donne de bons résultats.

Dans le deuxième, il y a une telle ascension du fémur que le verrouillage est impossible. Dans ces cas, c'est l'ostéotomie basse avec appui pelvien, réinventée par Lorenz, qui est l'opération de choix.

M. MATHIEU (de Paris) montre les résultats qu'il a obtenus dans cinq cas dont trois déjà anciens. L'ankylose osseuse est obtenue dans tous les cas. Mais le verrouillage par le grand trochanter est insuffisant. Il faut y joindre l'abaissement d'un volet taillé dans l'aile iliaque. C'est pourquoi à la tabatière d'Ollier, il préfère l'incision antérieure qu'il a décrite.

Résultats obtenus par l'héliothérapie en altitude dans la tuberculose osseuse. — M. CAPPELLE (de Font-Romeu) montre trois malades guéris d'ostéoarthrite de l'épaule, de coxalgie, de tumeur blanche du coude avec des mouvements étendus.

Six cas d'arthrodèse de l'épaule. — M. ROCHET (de Bordeaux) emploie, pour obtenir l'arthrodèse, des greffes périostiques qui assurent une fixité absolue de l'omoplate.

Ostéotomie dans un cas d'incurvation du tibia. — M. SORREL (de Berck). A la suite d'ostéite, l'épiphyse fertile du péroné fut détruite et le tibia s'incurva. M. Sorrel pratique le redressement du tibia par ostéotomie cunéiforme et intercale le fragment dans l'hiatus laissé par l'écartement des deux bouts du péroné.

Opérations d'arthrodèse de la hanche. — M. M. LOMBARD (d'Alger).

Traitement chirurgical du métatarsus varus. — M. Ugo CAMERA (de Turin) montre les lésions observées dans ces cas à marche progressive. L'ostéotomie des métatarsiens (Van Neck) a donné des résultats.

L'auteur lui préfère une ouverture large de l'articulation de Lisfranc avec redressement et transplantation tendineuse. Il projette les résultats excellents obtenus dans deux cas.

Deux observations de rétention complète d'urine par spina bifida occulta. — M. François JULES rapporte ces deux observations dans lesquelles la rétention d'urine s'accompagnait de constipation opiniâtre et de troubles sensitifs. L'opération au niveau du spina a amené la guérison rapide et complète des troubles.

Tumeur à myéloplaxes de l'astragale. — M. MICHEL (de Lyon). Il s'agit d'un enfant de huit ans et demi traité pour tumeur blanche, astragalectomisé. L'examen de la pièce montre une tumeur à myéloplaxes. Traitement radiothérapique. Guérison.

Deux pièces d'ostéosynthèse du rachis par la méthode d'Albee. — M. DELCHEF (de Bruxelles) montre une pièce enlevée soixante-dix-sept jours après l'opération. Il y a déjà une soudure indiscutable.

La deuxième date de deux ans après l'opération. Chez une femme morte de tuberculisation progressive (coxalgie, lésions pleuro-pulmonaires et rénales). Le foyer vertébral primitif est guéri et il s'est fait des foyers vertébraux au-dessus avec destruction vertébrale sans affaissement du rachis soutenu par un solide greffon.

Le greffon d'Albee a donc une valeur mécanique efficace.

Présentation d'une table orthopédique permettant la bascule latérale du malade. — M. DUCROQUET (de Paris).

Présentation d'un lit à sommier conformateur en bois pour traitement du mal de Pott. — M. PERLIS (de Paris).

Appareil à extension continue métallique à prise fémorale sus-condylienne. — M. PERLIS (de Paris).

Elections. — Sont nommés :

Membres titulaires : MM. CALVÉ (de Berck), LAMY (de Paris), PIQUET et INGELRANS (de Lille), MENCIÈRE (de Reims), MADIER (de Paris), POUZET (de Lyon), CAYRE (de Berck).

Membres correspondants étrangers : MM. Peter BADES (Hanovre), BLANKOFF (Belgique), CHIAROLUNZSA (Naples).

— Sujets mis à l'étude pour le Congrès de 1928 qui aura lieu le deuxième vendredi d'octobre :

Les luxations pathologiques de la hanche dans les arthrites aiguës. — Rapporteur : M. LEFORT (de Lille).

Traitement chirurgical du pied plat. — Rapporteur : M. ALLENBACH (de Strasbourg).

M. LANCE.

LE CONGRÈS DES FEMMES MÉDECINS DE BOLOGNE

Au récent Congrès des femmes médecins à Bologne (avril dernier) ont été traitées deux questions importantes :

1° *La protection de l'enfant*, c'est-à-dire : la protection de la mère avant et après la naissance de l'enfant, protection non seulement au point de vue physique, mais aussi protection intellectuelle et morale de l'adolescent. Les rapporteurs venus de plusieurs pays, ont constaté que partout, non seulement en Europe, mais aussi en Australie en Amérique, en Nouvelle-Zélande, depuis la guerre, la médecine est devenue surtout sociale et préventive. Les membres du Congrès ont visité les écoles de plein air pour les enfants nés de parents tuberculeux.

Un généreux bienfaiteur a fait don de sa magnifique villa Casaglia pour y recevoir les petits de 4 à 7 ans dans le but d'améliorer leur santé avant leur entrée à l'école.

Ils restent jour et nuit en plei n air ; font de la gymnastique accompagnée de chants et de musique et deviennent plus sociables au contact de leurs camarades.

2° Le Congrès s'est occupé aussi de la *cécité et des troubles de la vue* résultant du mauvais état général de l'organisme.

La vieille ville de Bologne dont l'école de médecine a eu pendant de longs siècles une si brillante et universelle réputation a été le siège d'une réunion des nombreuses femmes devenues professeurs en Italie. En effet, dans beaucoup de villes italiennes, il y a des femmes professeurs, à Bologne, à Sassari, à Naples, à Milan, à Plaisance, à Parme, etc.

Les femmes médecins des autres pays n'égalent vraisemblablement pas à ce point de vue les doctoresses italiennes.

Le Congrès s'est terminé par la visite de l'Institut Bizzoli et des autres établissements médicaux de la ville de Bologne.

D^r Melina LIPINSKA,
Lauréate de l'Académie de Médecine de Paris.

LES VOMISSEMENTS CYCLIQUES

J'ai eu l'occasion de suivre et de soigner une fillette qui, au cours de sa première enfance, fut atteinte de vomissements cycliques. Elle est âgée aujourd'hui de 12 ans, et ne présente plus ce trouble périodique dont elle eut à souffrir naguère. Son cas est celui que je trouve décrit par M. le D^r JANET, dans l'*Année médicale* d'octobre 1927.

Si la crise débute parfois brusquement, ailleurs, elle est précédée de certains prodromes : ainsi en était-il de ma jeune malade, qui présentait un certain état d'inappétence, avec odeur aigrelette de l'haleine, et aussi, une teinte jaune pâle de la peau autour de la bouche et du nez, deux ou trois jours avant le déclanchement des accidents.

Les vomissements apparaissent, d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux, quelquefois sanguinolents, si leurs efforts ont été assez intenses pour provoquer de petites suffusions sanguines de la muqueuse gastrique. Durant tout ce temps, l'intolérance de l'enfant est absolue. Cela dure de un à trois jours ; ensuite, tout aussi brusquement, tout rentre dans l'ordre et l'appétit reparaît avec un retour complet à l'état de santé, en attendant la crise prochaine, au bout d'un mois, ou de trois, ou de six... Rien de fixe à cet égard.

Pendant la crise, l'odeur acétonique de l'haleine domine et en caractérise la nature. Elle ne suffit toutefois pas à préciser toujours le diagnostic. Et l'on a dû parfois distinguer les vomissements cycliques de la méningite tuberculeuse et de l'appendicite. C'est surtout ce dernier diagnostic différentiel qu'il importe de bien déterminer, l'intervention précoce étant le traitement d'élection de la crise d'appendicite aiguë.

A quoi doit-on attribuer pathogéniquement les vomissements cycliques ? M. Janet, ayant passé en revue les diverses hypothèses soulevées à ce sujet, s'en tient à une insuffisance hépatique, et peut-être aussi pancréatique. Je pense exactement de la même manière. Et j'estime que la crise éclate quand le foie a été surmené et devient temporairement inapte à exercer sa double fonction protéolytique et cétogène. Ce surmenage est lui-même fonction d'écarts de régime, à l'occasion d'une alimentation trop riche en azote.

Le traitement s'adresse à la crise tout d'abord. Il doit se borner à fournir à l'organisme l'eau destinée à réparer les conséquences de la déshydratation, et les alcalins propres à contrebalancer l'excès d'acidité.

L'eau sera glacée, fortement sucrée, et riche en bicarbonate de soude. Ce pourra être, très avantageusement, la Reine de Vals, eau minérale naturelle, à dominante bicarbonatée sodique, très riche d'ailleurs en acide carbonique libre, circonstance heureuse, quand on connaît les propriétés anti-émétisantes de ce gaz.

Si, malgré cela, l'intolérance gastrique était absolue, on n'hésiterait pas à rehydrater l'orga-

nisme avec des injections ou des irrigations intestinales de sérum physiologique ou glycosé, auquel on ajoutera utilement quelques gouttes de solution d'adrénaline.

La crise passée, on soignera l'état général à l'aide d'un régime alimentaire sévère, d'où les abats, les œufs, voire le lait, seront bannis, et qui sera composé surtout de légumes, de fruits et de féculents.

Janet recommande de diviser le traitement médicamenteux en trois périodes mensuelles. Première période de dix jours, deux paquets par jour, selon la formule suivante :

Bicarbonate de soude.............	0,50
Sulfate de soude..................	0,25

un paquet vingt minutes avant les repas.

Deuxième période de dix jours, solution de Bourget, à raison de 50 grammes par jour.

Troisième période de dix jours : cure avec une eau alcaline.

Je souscris pleinement à cette prescription, avec cet additif, que je conseille de dissoudre les paquets de la première décade dans de l'eau de Vals Source la Reine, et d'utiliser cette même Reine de Vals, pour la troisième décade.

Ma préférence pour cette eau est basée sur certaines de ses caractéristiques. Tout d'abord, sa minéralisation moyenne, aux alentours de 3 grammes ; ensuite sa teneur en acide carbonique libre ; enfin, sa sapidité infiniment agréable qui la fait admirablement accepter — voire réclamer — par les malades, et particulièrement les enfants.

Aux prescriptions médicamenteuses et diététiques qui précèdent, j'ajoute encore la recommandation de soumettre l'enfant méthodiquement à certains exercices physiques, au grand air, et à certaines pratiques hydrothérapiques, tels le grand bain, ou la douche tiède, suivis d'une friction au gant de crin, pour faire fonctionner la peau, et utiliser au maximum sa fonction émonctoriale.

E. D. GASTON.

Les Livres

Librairie E. LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1927.

Dr E. JACQUEMIN. — **La bactériologie**, en 30 pages et 2 tableaux synoptiques (une plaquette in-8 de 33 pages).

L'auteur a voulu montrer que, de même qu'il y a une ophtalmologie, une oto-rhino-laryngologie du praticien, il y a aussi une bactériologie à la portée de tous.

Quelques mots du matériel et des méthodes de préparation. Une courte notice sur chacun des microbes des plus fréquents. Les tableaux de marche.

Lorsque les confrères auront lu ces pages, ils seront aussi des « initiés », et surtout des médecins « à la page » pour le plus grand bien de leurs clientèles et pour leur bien personnel.

Librairie LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr V. SCHEIKEVITCH, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. — **Suis-je syphilitique** ? *Fréquence de la syphilis héréditaire ou acquise ignorée, tempéraments et syphilis, les petits malaises et les troubles graves d'origine syphilitique.* (1 vol. in-18 200 pages. Prix : 10 francs).

C'est avec une documentation extrêmement étendue que sont exposés les rapports de la syphilis avec les troubles de la santé les plus divers.

Ce livre montre la fréquence, très grande, de la syphilis héréditaire ou acquise ignorées et les dangers fort graves auxquels ces multiples cas de syphilis exposent les malades. Il contribuera, non seulement à divulguer dans le public les signes de la syphilis, mais il sera également pour les médecins un guide précieux.

L'auteur a montré comment sous les apparences les plus trompeuses se cachent les manifestations les plus authentiques de la syphilis et l'évolution de cette infection au cours des phases successives de l'existence.

La conception des troubles vasculaires, sanguins et sympathiques d'origine syphilitique et de leurs rapports avec les phénomènes d'instabilité humorale est extrêmement attrayante et apporte une contribution fort intéressante à l'un des chapitres les plus neufs de la séméiologie et de la thérapeutique.

Des notes nombreuses accompagnent le texte ; elles donnent le résumé des travaux scientifiques, l'exposé des théories les plus modernes concernant les problèmes biologiques, cliniques et thérapeutiques de la syphilis.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Jean ANDRÉ, directeur du sanatorium d'Obourg. Préface du Dr ROLLIER, directeur des Etablissements héliothérapiques de Leysin. — **Effet du faisceau solaire et des radiations qui le composent sur les diverses localisations de la tuberculose chirurgicale** (in-16, 176 pages : 15 francs.)

La question de la tuberculose chirurgicale de l'enfant, si meurtrière quand elle est laissée à elle-même, si lente à guérir dans les cas les plus favorables, exigeait une mise au point.

La longue durée des traitements, l'incertitude des résultats, les gibbosités, défigurations, claudications qui en sont souvent le prix, font de cette affection l'un des chapitres les plus décevants de la médecine et de la chirurgie.

Que l'on s'adresse aux topiques, aux injections diverses, à la prescription de reconstituants de toutes sortes, à l'appareillage, avec interventions chirurgicales si ingénieuses et si variées soient-elles, on comprend, si l'on s'en tient à ces traitements, l'impression décourageante éprouvée par le médecin, par le malade et par son entourage, en présence de la précarité des résultats obtenus, des mutilations souvent inévitables et des infirmités qui sont presque de règle

L'héliothérapie, d'autre part, appliquée à la mer ou à la montagne, donne des succès tels que l'on peut affirmer que c'est bien là le traitement impérieusement indiqué de toute tuberculose chirurgicale.

C'est à défendre ce point de vue que, pour le plus grand bien des petits pottiques, coxalgiques, ganglionnaires ou fistuleux de toutes sortes, s'applique l'auteur à qui une spécialisation très exclusive dans le domaine de la tuberculose permet des opinions personnelles.

Après quelques considérations générales sur la lumière et la radiation invisible, l'auteur examine successivement les indications et contre-indications de la cure de soleil, sa technique et les résultats que l'on peut en attendre.

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

G. BLECHMANN, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, H. CHABANIER, chef de laboratoire à la Faculté de Paris, René-A. GUTMANN, attaché médical à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière chargé des consultations de gastro-entér., Paul CHEVALLIER, médecin des hôpitaux de Paris, L. DEVRAIGNE, accoucheur des hôpitaux de Paris, Jean CHARRIER, chirurgien des hôpitaux de Paris, G. HEUYER, médecin des hôpitaux de Paris, Y. KERMORGANT, ancien chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, Jean MADIER, chirurgien des hôpitaux de Paris, A. MONBRUN, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, M. MOULONGUET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, Pierre PRUVOST, médecin des hôpitaux de Paris, Daniel ROUTIER, assistant de la consultation de cardiologie de l'hôpital Broussais, A. TZANCK, médecin des hôpitaux de Paris. — **Nouvelle pratique thérapeutique médico-chirurgicale.** (2 vol. in-8°, 1696 pages avec 144 fig. Prix : 175 fr.)

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DENTAIRES, par A. HERPIN. *Gazette des Hôpitaux*, n° 15, 22 février 1928.

ABUS DES TRAITEMENTS SYPHILITIQUES dans le traitement des affections cardio-vasculaires, par Cl. SIMON. *Bulletin médical*, n° 8, 22 février 1928.

ALGIES ET NÉVRALGIES (Thérapeutique par les infra-sons), par L. MONER. *Le Médecin Français*, n° 2, 15 janvier 1928.

ALIÉNÉS (L'internement des), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 6, 5 février 1928.

ALTITUDE (Modèle d'organisation d'une station climatique d'), par V. GARDETTE. *Paris médical*, n° 4, 28 janvier 1928.

ANESTHÉSIE RACHIDIENNE (Pratique de l'), par R. LERICHE. *Presse médicale*, 22 février 1928.

ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX (Intérêt de leur étude expérimentale), par R. LERICHE. *La Science médicale pratique*, n° 2, février 1928.

ANGINE DE POITRINE D'ORIGINE GOUTTEUSE, par DOUMER. Soc. méd. des hôp. de Paris, 17 février 1928.

ARTÉRITES OBLITÉRANTES (mécanisme et traitement), par R. LERICHE. Soc. de chir., 8 février.

ASSISTANCE AUX COLONIES, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 8, 19 février 1928.

ASTRAGALE (Fracture verticale de l'), par R. LEHMANN. Société française d'électrothérapie et de radiologie, 24 janvier 1928.

BIBLIOGRAPHIE ET MERCANTILISME, par P. RABIER. *Vie médicale*, 10 février 1928 (chronique).

CELLULITE (Thérapeutique par les infra-sons), par L. MONER. *Le Médecin français*, n° 2, 15 janvier 1928.

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE MAMMAIRE, par DARTIGUES *Monde médical*, n° 724, 1er février 1928.

CHOLESTÉRINE (Rôle biologique de la), par G. LEMOINE. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 12, décembre 1927 (paru en février 1928).

CHORÉE DE SYDENHAM (guérie par ponction lombaire), par A. RAYBAUD. Comité médical des Bouches-du-Rhône, décembre 1927.

CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES ET SULFATE DE MAGNÉSIE, par H. VIGNES. *Bulletin médical*, n° 8, 22 février 1928.

CRYOTHÉRAPIE DES MÉTRITES, par BIZARD. *Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris*, n° 1, janvier 1928.

DEMI-FOUS DE L'HISTOIRE (Louis d'Orléans), par CABANÈS. *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 65, janvier 1928.

DENGUE (Formes anormales ; complications), par CASSUTO. *Revue tunisienne des sciences médicales*, n° 10, décembre 1927.

DENTURE TEMPORAIRE, par A. HERPIN. Soc. de stomatologie de Paris, 9 janvier 1928.

DIPHTÉRIE (Vaccination par l'anatoxine de Ramon), par R. CRUCHET. Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 13 janvier 1928.

DROMOMANIE (chronique), par J. TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, janvier 1928.

ECZÉMA CHRONIQUE DES MAINS (Traitement par les injections d'huile grise), par BIZARD. *Bulletin des Soc. méd. d'arrondissement de Paris*, janvier 1928.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

Encore l'Ordre des médecins. — La publicité moderne des médecins. — Un ordre : Non. Des ordres : Oui. — Habilitations et disciplines.

Rendant compte des Journées médicales de Bruxelles, et du discours de M. JASPAR, premier ministre, sur l'Ordre des Médecins, je disais que tous les médecins belges n'en étaient pas partisans. Je rapportais ma conversation avec le Dr Van Langendonck sur la nécessité de faire précéder toute organisation disciplinaire de l'élaboration d'un Code de déontologie, précisant la nature des fautes professionnelles soumises à sa juridiction, et l'échelle des peines méritées par chacune de ces fautes. Je demandais enfin pourquoi nos confrères belges avaient tant de goût pour cette organisation, alors qu'ils possèdent les Commissions médicales auxquelles il ne manque guère qu'un certain pouvoir de répression.

Tout cela, on y a pensé également dans les milieux médicaux belges. Et je n'en veux pour preuve que cette coupure du *Scalpel*, du 21 avril dernier, où vous retrouverez mes propres arguments.

Avant l'Ordre, un peu d'ordre, s.v.p.

Dans quelques heures, le Premier Ministre parlera de l'Ordre des Médecins devant ce public de grande première affluant aux séances d'ouverture des Journées médicales

Comment M. Henry Jaspar voit-il la nouvelle institution ? Quelle ébauche son éloquence va-t-elle en tailler dans le bloc des projets ?

Sera-t-il Dieu, table ou cuvette ?

Nous le saurons bientôt.

Pour ma part, cependant, j'avoue que ce n'est pas sans une certaine appréhension que je vois, dès à présent, porter la question devant le grand public par un non-médecin, quels, que soient sa science de juriste, son talent d'avocat, sa finesse de politicien, l'autorité de ses hautes fonctions, la sympathie générale et si méritée qu'il inspire. N'est-ce pas prématuré ?

Chez nous même l'accord n'est pas réalisé sur l'opportunité de l'Ordre et ses protagonistes envisagent différemment sa juridiction et sa compétence. Son autorité s'étendra-t-elle ou non à toutes les professions médicales ; *sa création nous vaudra-t-elle* des conseils de discipline ou simplement *l'extension des pouvoirs des Commissions médicales* ? Je sais bien qu'on pourrait laisser ces questions de modalité à l'appréciation des législateurs dont c'est le métier (où donc appris ?) de les résoudre. *Mais la question des infractions que l'Ordre aura à sanctionner, à qui, sinon à nous, de la mettre au point ?*

Pourquoi un Ordre en réalité ? Afin de préserver notre belle conscience professionnelle, celle dont nous disions naguère que d'elle-seule le médecin devrait relever, de la contagion de l'époque ?

« Conduis-toi, nous dit-elle, vis-à-vis de tes confrères et de tes malades comme tu voudrais qu'ils se conduisent vis-à-vis de toi et des malades de ta clientèle ou de ton entourage que tu leur adresses. » Le droit chemin est aisé à trouver pour ceux d'entre nous, les plus nombreux, qui écoutent cette voix. Mais ceux qui restent sourds à ses conseils ne commettent généralement pas, remarquez-le, les délits contre lesquels le droit commun nous défend et défend nos malades. Leurs fautes sont les fautes, inconscientes souvent, de quelques humbles qu'une main fraternellement tendue ramène facilement dans la bonne voie ; ce sont aussi les fautes hypocrites et d'autant plus graves, masquées parfois par l'éblouissant éclat d'une réputation adroitement entretenue.

Dans l'intérêt de tous, c'est à nous qu'il appartient de dénoncer ces fautes. Laisser ce soin au législateur serait aller droit à l'arbitraire et vouer aux pires et aux plus immérités soupçons notre conscience professionnelle : ce serait ruiner notre prestige.

A quelle autorité pourra prétendre un corps médical dont un Parlement aura dû tracer la conduite ; quelle sera la confiance qu'il inspirera aux pauvres malades ?

Revenons aux traditions, nous n'en manquons pas, *Codifions en un nouveau serment d'Hippocrate ce qu'il convient que nous fassions et surtout que nous ne fassions pas.* Nous en reparlerons d'ailleurs.

D'accord sur ce point, mais alors seulement, laissons au Parlement le soin d'enfanter l'Ordre des Médecins. Gardons-nous de lui demander, comme les grenouilles de la fable à Jupiter, UN roi. Soyons assez forts, c'est-à-dire assez unis pour imposer à ses suffrages LE roi qui nous convienne, NOTRE roi, à savoir la personnification de la belle conscience du médecin. Notre dignité est à ce prix ; la santé et la quiétude de nos malades aussi.

Un peu d'ordre S.V.P. !

GYDEL.

***

Le Code de déontologie devra consacrer sans doute quelque article aux procédés dont les médecins peuvent user pour se faire connaître.

Je serais curieux de savoir comment un Conseil de l'Ordre jugerait les deux documents que je publie ci-après, et dont je garantis naturellement l'authenticité.

Le premier est une lettre répandue à de multiples exemplaires dans son quartier, par un médecin parisien :

CABINET DU DOCTEUR. . . . . .

MÉDECINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALITÉS

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE - DIATHERMIE - ULTRA-VIOLETS

CONSULTATIONS . . . . TÉLÉPHONE :
TOUS LES JOURS . . . .
. . . . ——— PARIS ——— . . . .

PARIS, le 1928.

Monsieur,

En vous présentant mes salutations distinguées, j'ai l'honneur de vous faire part du 6me Anniversaire de la fondation de mon Cabinet, situé.........

Une clientèle fidèle et s'augmentant quotidiennement a bien voulu m'honorer de sa confiance. Je profite de cette occasion pour adresser à mes Clients des premiers jours mes remerciements, trop heureux d'avoir pu leur procurer souvent la guérison et toujours le soulagement de leurs souffrances et l'amélioration de leur état.

Encouragé par le succès, je n'hésite plus à me faire connaître davantage.

Disposant d'une instrumentation tout à fait moderne, au courant des nouvelles méthodes scientifiques prudemment éprouvées, assuré de la collaboration de médecins spécialistes éminents, je suis en mesure de donner à ma clientèle le maximum de garantie et d'efficacité, c'est pourquoi je sollicite l'honneur de diriger votre santé.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr.........

P.-S. — Soins aux Mutilés et à diverses Sociétés de Prévoyance.

Le second est l'en-tête des feuilles d'ordonnances et de correspondance d'un médecin de la région parisienne :

***

L'Ordre des Médecins existe. Voilà le Conseil saisi de ces deux pièces. Il a commencé par admonester paternellement les deux présumés délinquants. Ceux-ci persistent à revendiquer le droit de se faire connaître de la façon qu'ils ont employée, et qui est considérée comme incorrecte.

Le Conseil prononce une sanction. Et, de cette sanction, les justiciables font appel devant la juridiction supérieure qui est, et ne peut être, qu'une juridiction de droit commun. Que fera-t-elle cette juridiction d'appel ? Elle estimera, j'en mettrais ma main au feu, que le procédé est sans doute peu commun dans le Corps médical, mais qu'il n'est qu'une manière moderne, pour un médecin de faire savoir qu'il existe, et qu'il revendique telles et telles aptitudes... Elle décidera qu'il n'y a rien de contraire, ni à l'ordre public, ni aux bonnes mœurs, et elle infirmera la première sentence... J'en appelle à ceux d'entre nous qui possèdent quelque teinture du droit et de la façon dont se rend la justice.

— Alors, me direz-vous sans doute, vous approuvez ces agissements ? Ils ne vous choquent nullement, et pour un peu, peut-être, vous les préconiseriez ?

Hé là ! N'allez pas si vite ! Il y a des médecins que j'ai appelés les pissotards ; il y a les clinicards ; il y a les carnétards ... Ce n'est pas moi qui les ai jamais encouragés. Et je pense m'être souventes fois exprimé vertement sur leur compte, déplorant qu'on ne puisse mieux combattre leur industrie. Je ne les connais pas. Je ne veux pas les connaître... Et je refuse de les admettre dans les groupements professionnels dont je fais partie. C'est ainsi qu'il en doit être de ceux dont la publicité moderne vous paraît dépasser les limites de la discrétion.

Je lis tout ce qui paraît sur l'Ordre des Médecins. Rien de ce qui m'est tombé sous les yeux n'a modifié ma conviction que cet organisme serait pratiquement inopérant. Mais par contre, j'accepte très volontiers, plus même, je souhaite DES Ordres, des Chambres de discipline des médecins par catégories : Ordre des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. Ordre des Médecins légistes. Ordre des médecins directeurs d'Asiles d'aliénés. Ordre des médecins de Caisses d'assurances sociales, quand elles fonctionneront...

Car, vu sous cet angle, l'Ordre devient opérant, en ce que le délinquant peut être châtié sévèrement, par son exclusion du corps médical hospitalier, du corps des médecins experts, du corps des médecins d'Asiles d'aliénés, du corps des médecins de Caisses...

Nous réclamons du Parlement un amendement à la loi sur les assurances sociales, tendant à n'accorder l'habilitation de traiter avec les Caisses qu'aux Syndicats faisant partie d'une union nationale. C'est vers ce régime des habilitations que nous devrions tendre, semble-t-il, sous le drapeau syndical, et pour les soins aux accidentés du travail, et pour les soins aux assistés, et pour les soins aux pensionnés, etc., etc. (1).

(1) Habilitation des seuls syndicats affiliés au super-

— Mais, me direz-vous encore, et le libre choix, qu'en faites-vous ? Etait-ce la peine de mener les luttes épiques auxquelles vous prîtes part il y a trente ans, pour changer ainsi de front ?

Pensez-vous que la médecine s'exerce en 1928 comme elle s'exerçait en 1898, il y a précisément trente ans ? Si, par suite d'une évolution dont j'ai moi-même marqué les étapes, et qui était inévitable, les conditions de la pratique ont changé, pourquoi nos conceptions ne pourraient-elles pas changer pareillement en s'adaptant à la situation présente ?

Le malade qui honore lui-même son médecin dispose d'une liberté absolue de le choisir. Le malade qui bénéficie d'une organisation de soins ne saurait s'étonner que cette organisation limite son choix dans une certaine mesure, en lui disant : « Seuls, les médecins faisant partie de tel groupement sont habilités par moi pour soigner mes ressortissants. Si vous en préférez d'autres, libre à vous. Mais alors, faites-en votre affaire. »

S'il est vrai que plus de 50 % des malades doivent, dans quelque temps, être soignés aux frais d'un tiers, vous ne pouvez concevoir l'organisation de ces soins qu'en vertu d'accords passés entre tiers et groupements professionnels.

La cohésion et la puissance de ces groupements ne peut qu'y gagner. Elle fera naître et développera un certain esprit de discipline qui n'est pas encore assez vif parmi les médecins : cohésion, puissance, discipline effective... Ces buts atteints, le but assigné à un Ordre général des médecins le sera pareillement.

G. DUCHESNE.

POUR UN MINISTÈRE DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

Semons l'idée. L'idée ne meurt pas.

G. CLÉMENCEAU.

Si je voulais paraphraser un dicton célèbre autant qu'irrévérencieux, je dirais que, s'« il y a dans le cœur de tout médecin un syndicaliste qui sommeille » (de trop, hélas !) il y a dans le cœur de tout lecteur du *Concours médical* un propagandiste en éveil.

C'est à lui, dégagé de tout esprit d'école, que je voudrais dire quelques mots d'un sujet d'actualité et intéressant pour nous tous : je veux parler du Ministère de la Santé publique, dont vous avez vu dans les journaux la prochaine création possible.

Je rappelle que l'Académie de médecine, dans sa séance du 13 mars dernier, a demandé que ce Ministère réclamé par elle fût *« d'ordre technique, autonome, pourvu de moyens d'action suffisants et de larges crédits »*. Les commentaires qui accompagnent ce projet sont les suivants (qu'à mon tour, je commente brièvement).

1° *Organisation technique et non bureaucratique des services publics d'hygiène*, dit-il.

Ce sera donc un Ministère d'hygiène et non un Ministère de la Santé publique, comme il s'intitule présomptueusement : car, dans la santé collective ou individuelle, l'hygiène est une chose, mais la médecine curative ou préventive en est une autre et bien plus importante.

Quant à ne pas être bureaucratique, j'en doute.

2° *Soustraction de ces services aux fluctuations politiques.*

Et ces messieurs ont la candeur de croire qu'un Gouvernement... politique accordera de « larges crédits » sans exiger un contrôle (bureaucratique) de ces crédits et une direction (politique) responsable vis-à-vis de lui de la gestion de ces mêmes crédits.

Voyez un peu ce qui se passe pour les pensionnés et leur Ministère.

3° *Relation étroite entre les services de l'hygiène épars dans les administrations.*

Que voilà donc une conception aléatoire pour qui connaît les cloisons étanches séparant les diverses administrations.

4° *Contact permanent des techniciens de l'hygiène avec les autorités locales, les praticiens et la population.*

Les techniciens d'hygiène ! Ce mot me laisse rêveur, quand je... songe qu'il s'agit d'une branche accessoire de la médecine, que ces techdiciens ne seront pas forcément médecins (comme on en voit tant aujourd'hui à la tête des bureaux d'hygiène) et pourront commander en maîtres à des praticiens blanchis sous le harnais expérimental.

5° *Collaboration avec les organisations privées.*

Et subluxation probable du service médical de ces organisations privées au profit de l'autre. « Ote-toi de là que je m'y mette. »

6° *Utilisation des infirmières capables, non seulement de faire des enquêtes sociales, mais d'exécuter les mesures d'hygiène et de donner au* MALADE *les soins prescrits par le médecin traitant...*

lequel, évidemment, devra se conformer aux ordres d'en-haut, transmis par l'infirmière, avec

---

organisme national pour conclure des accords tant au nom de leurs adhérents que de tous autres non syndiqués, mais acceptant les conditions arrêtées par contrat.

G. D.

sanction à la clef en cas de non obéissance ou de tiédeur. Ce sera l'énucléation du praticien même de sa clientèle privée ou sa soumission « perinde ac cadaver » à une médecine matérielle et mathématique.

Et voilà sur quels principes fonctionnera ce Ministère d'hygiène qui aura la prétentieuse insuffisance de représenter à peu près toute la médecine.

Sans vouloir entrer ici dans trop de détails, on peut lui faire un certain nombre d'autres reproches plus importants.

a) D'abord ce sera un Ministère politique quoi qu'il fasse, comme feu le Ministère d'hygiène que nous avons connu avant 1924 et que M. Poincaré, d'un trait de plume, a rayé des Conseils du Gouvernement.

Il sera donc éphémère, fragile, sans autorité près du Corps médical parce que transitoire et soumis à toutes les fluctuations de la politique et vous pouvez entrevoir quelle politique nous fera la future Chambre.

b) Géré et contrôlé en fait, comme l'Office d'Hygiène sociale, il sera l'école du caporalisme, du népotisme et du fonctionnarisme, éteignoir d'initiatives individuelles, et souverain juge de la réputation des médecins lesquels seront d'autant capables et infaillibles qu'ils auront plus de galons sur la manche : nous avons connu ça pendant la guerre et nos périodes d'exercices ; et notre pauvre médecine privée, libérale au moins, ne sera, comme sa sœur, militaire, qu'une médecine de rapports, de statistiques, de signatures et de prostrations ! Si nous avons par surcroît les Assurances sociales!?...

c) L'erreur de cette conception, c'est de vouloir détacher l'hygiène de la médecine générale et de vouloir en faire une super-médecine indépendante ; c'est de croire qu'on peut faire pénétrer dans les mœurs publiques cette hygiène en bloc, par voie centrifuge, dirais-je ; alors que nous savons bien que l'hygiène collective n'est que la somme des diverses hygiènes privées que seul le médecin-praticien est qualifié pour enseigner et diriger *loco dolenti*.

d) Enfin le plus grand reproche, le seul si j'avais à choisir, que je fais à ce projet académique, c'est d'avoir été conçu et élaboré en dehors de (je n'ose dire contre) nos organisations syndicales mieux préparées, pourtant, que quiconque pour assurer ce service dont elles ont étudié depuis longtemps les diverses modalités.

Il y a là un affront professionnel dont nous devons nous souvenir et si on vient nous objecter que tous les médecins ne sont pas aptes à ce rôle, que l'hygiène est une spécialité de la médecine, je vous demanderai pourquoi on ne nous l'a pas enseignée mieux et plus tôt.

Et, pourtant il est nécessaire que se crée un hygiène collective, nationale, officielle, dirais-je, pour lutter contre les fléaux sociaux (dénatalité, taudis, alcoolisme, tuberculose, etc.).

Il y a là un devoir et une dette envers la démocratie que les médecins doivent assumer sans en laisser l'honneur et le profit aux autres.

Et je me croirais indigne de votre attention, lecteurs du *Concours*, si, critiquant un projet que je crois inopérant dans la forme où il nous est présenté, je ne vous en soumettais pas un autre plus conforme, je crois, à nos mutuelles aspirations. Confier, me direz-vous, à nos syndicats et Unions de syndicats le soin d'organiser ce service national d'hygiène dont l'urgence, la nécessité et la possibilité sont évidentes ?

Ici, le vieux et fervent syndicaliste que je suis, doit vous faire un aveu et vous dire qu'après avoir suivi attentivement et activement le mouvement corporatif de ces trente dernières années, il constate avec peine que, malgré leur bonne volonté et les efforts déployés, nos divers dirigeants n'ont pas encore su imposer leurs conceptions aux Pouvoirs publics et à tous nos confrères : la désunion règne parmi nous, trop de médecins sont encore tièdement syndiqués, quand ils le sont le respect du public envers nous s'est amoindri, les lois sociales se font ou se modifient en dehors de nous et j'en suis arrivé à me demander *si le syndicalisme intégral est vraiment l'unique formule de défense et d'amélioration professionnelles.*

Défense individuelle, locale, immédiate des intérêts matériels du médecin, oui ; le syndicalisme nous a rendu et nous rendra encore de précieux services et, à ce titre seulement, il peut être conservé, développé. Mais dans la défense des grands intérêts moraux de la profession, dans l'amélioration des conditions générales d'exercice de la médecine, dans la stabilisation de la déontologie et de l'honorabilité, dans la participation à la vie économique de la Nation à l'égard de l'industrie, de la justice ou des finances et autres rouages d'un grand État, il lui faut autre chose que l'effort un peu égoïste que nous déployons dans le cadre syndical où nous nous, sommes trop contentés jusqu'ici de nous défendre sans chercher et aboutir à faire œuvre constructive : nous sommes restés trop négatifs et idéalistes et pas assez réalistes.

Sans vouloir faire de comparaison irrationnelle je dirais que, dans la gestion d'une affaire industrielle ou commerciale, comme dans la conduite d'une agglomération d'individus réunis en nation, le service du contentieux comme celui de la gendarmerie est une chose indispensable, mais insuffisante, et, que ce qui fait la prospérité d'une grande maison, c'est surtout la bonne qualité de ses marchandises, leur présentation agréable, le zèle de ses employés ou l'habileté de ses transactions. De même ce qui fait la force de la France

ce n'est pas tant son armée et son aviation que le génie de ses inventeurs et artisans, la prospérité de son commerce, la hardiesse de son industrie, ses finances, son expansion, ses beaux-arts et tous les dévouements qui font d'elle une grande nation riche et respectée.

De même, ce qui devrait faire notre force et notre prospérité ce n'est pas tant nos syndicats et associations que la conscience que nous devrions prendre du rôle que joue notre profession dans la Société. C'est la connaissance de tous les impondérables dont profite si largement la collectivité, c'est-à-dire le labeur de nos savants, les découvertes de nos laboratoires, le courage de nos martyrs, l'abnégation et l'altruisme de chacun de nous, les services que rendent les médecins dans les hôpitaux et dispensaires, l'organisation technique des œuvres prophylactiques, la valeur de notre enseignement, le rayonnement mondial de nos sociétés médicales, etc., etc.

C'est avec toutes ces compétences et ces activités que nous devrions organiser, *d'abord entre nous*, un Ministère virtuel de la médecine française et le mettre *ensuite* à la disposition du Gouvernement dans les Conseils duquel il aurait une place plus justifiée qu'un Ministère altérogène de l'hygiène, voire du travail ou des beaux-arts.

Et je soumets ci-joint à l'appréciation de tous ceux qui souhaitent une organisation plus rationnelle de notre profession un plan de constitution du Corps médical en administères.

Si la question les intéresse, je suis à votre et à leur disposition pour entrer dans les développements que comporte un sujet si vaste et si important et à propos duquel je répèterais, à ceux qui le trouveront utopique, les fortes paroles si souvent citées de Guillaume d'Orange : « Il n'est nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer. » Toutes proportions et révérences gardées, il n'est pas plus chimérique que le rêve d'Icare, de Volta, de Branly et de tant d'autres créateurs et réalisateurs.

Projet de constitution du Corps Médical Français en administères (1)

A la tête : HAUT CONSEIL formé de 10 administères suivants (représentés par leur administre), et choisissant leur président :

(1) Je dis : administères (pour ne pas dire : administrations, terme un peu... administratif), non seulement pour indiquer la marche vers... un Ministère, mais pour spécifier qu'à la tête d'une telle organisation, il faut des administrateurs et non des rhéteurs.

1er *Administère Instruction médicale.*
A. Direction : Personnel.
B. Direct. Enseignement.
C. Direct. Etudiants.
Direction autonome : Sociétés savantes.

2e *administère Défense professionnelle* (Syndicats).
A. Direct. Les syndiqués et leurs cadres.
B. Direct. Les questions (La centratisation documentaire). A.M.G. Ass. sociales. Accidents du travail, etc., etc.

3o *administère Œuvres de prévoyance.*
A. Direct. Maladies et secours.
B. Dire. Retraites.
C. Dir. Assurances professionnelles.

4e *administère Hygiène et œuvres sociales.*
A. Dir. Les œuvres.
B. Dir. Les Croix-Rouges.
C. Dir. Hygiène : État, communes, départements.

5e *administère* des *Relations étrangères.*
A. Dir. Sociétés franco-étrangères.
B. Dir. Médecine coloniale.
C. Dir. Organisations péri et para-médicales. Médecine militaire. Pharmaciens, dentistes, etc.

6e *administère* du *Travail médical.*
A. Direct. Répartition des postes.
B. Direct. Aménagements individuels.
C. Dir. Aménagements collectifs.
D. Dir. Expositions permanentes.

7e *administère* de la *Jurisprudence et de la police.*
A. Direct. La jurisprudence (Code déontologique, Ordre, etc.).
B. Direct. La police (Tribunal professionnel).

8e *administère* des *Finances médicales.*
A. Dir. Contribution obligatoire.
B. Dir. Timbres des spécialistes.
C. Dir. Subventions pour l'hygiène.

9e *administère Beaux-arts et distractions.*
A. Dir. Souvenir médical.
B. Dir. Manifestations artistiques.
C. Dir. Vacances, voyages médicaux, croisières, etc.
D. Dir. Les sociétés d'anciens.

10e *administère Presse et publicité.*
A. Dir. Presse scientifique.
B. Dir. Presse professionnelle.
C. Dir. Presse des spécialistes.
D. Dir. Publicité professionnelle.

Dr DORVAUX.
Membre du Conseil d'administration des Syndicats de la B. O. et N.
Saint-Denis (Seine)

Variétés

LE TRAITÉ DES SONGES D'ARTÉMIDORE

Les Anciens regardaient l'onirocritie comme une science et le Comte de Résie nous assure qu'*ils tenaient une note exacte, non seulement de leurs propres songes, mais encore de ceux de leurs amis et même de leurs domestiques, ainsi que l'écrit Pline le Jeune à Suca* (1). Il est possible, encore que Pline le Jeune, dans sa lettre à *Sura* (2), ne dise pas un mot de la chose et seulement parle des spectres. Du moins, il y eut, dans l'antiquité, un homme qui ne fît pas mentir M. de Résie ; cet homme fut Artémidore d'Ephèse.

On compte deux Artémidore d'Ephèse. L'un qui vécut vers 104 av. J.-C., s'appelle encore Artémidore le Géographe et n'a rien de commun avec la divination. L'autre, au contraire, fit de l'interprétation des songes la passion de sa vie, qui s'écoula sous les règnes d'Antonin le Pieux et de Marc Aurèle. Artémidore le devin, qui se surnomma lui-même le Daldien, parce que sa mère était née à Daldis en Lydie, nous a laissé en grec des Ὀνειροκριτικά, dont Alde Manuce a publié à Venise, en 1518, la première édition moderne. L'ouvrage, depuis lors, en eut d'assez nombreuses, en particulier celle de Rigault, en 1603, accompagnée d'une bonne traduction latine et qui est celle que j'ai eu entre les mains (3).

Je n'ai jamais cherché la faveur de l'opinion, y dit l'auteur, *mais seulement l'appui de l'expérience. Si j'en ai pu saisir les leçons, c'est simplement pour avoir, et de nuit et de jour, appliqué sans cesse mon esprit au problème de l'onirocritie* (liv. II, § LXXV, p. 161). S'il peut nous sembler que son œuvre, ennuyeuse à lire, fut bien cher payée par un travail si assidu et si long, du moins sommes-nous forcés de reconnaître que sa recherche fut consciencieuse et d'une conscience quelquefois touchante. Nous rapporte-t-il, par exemple, qu'un homme qui vit en songe les étoiles s'éteindre dans le ciel, devint chauve (II, XXXVIII, 192), il le fait sans garantie ; il n'a pas enregistré le fait lui-même ; il nous avertit qu'on le lui a conté. Nous n'en pouvons douter, Artémidore fut convaincu de la valeur de son étude ; il fut sincère dans sa foi.

Cette foi, du reste, fut longtemps partagée ; et, hier encore, il ne manquait pas de gens sérieux refusant de souscrire à l'opinion que *l'art d'expliquer les songes est l'art le plus frivole que l'esprit de l'homme ait pu imaginer* (1). Sans parler des souvenirs d'érudition qui s'imposaient, il y avait à cela des motifs religieux, des raisons médicales, et quelques lignes du Comte d'Oxenstiern le découvrent assez sans qu'on doive insister. Pour notre philosophe suédois, les songes sont de trois ordres : *Les premiers*, dit-il, *viennent directement de Dieu, qui, pendant le sommeil, se découvre quelquefois aux hommes* (songes divins)... *Les seconds sont* diaboliques ; *ils viennent du démon et de la haine qu'il porte à l'homme... Les troisièmes sont* naturels *et viennent de la constitution du corps.* Les songes naturels nous retiendront seuls dans Artémidore et nous négligerons tout le fatras des autres.

Dans la grande part de son œuvre ainsi abandonnée, tout pourtant n'est pas méprisable et par bonheur, on y rencontre par endroits, tel détail de mœurs, tel renseignement sur les usages de l'antiquité qui réveillent l'intérêt qui s'endormait et font reprendre la lecture qu'on allait laisser. Ainsi est-il amusant de découvrir que rêver de sage-femme est signe de maladie pour une femme non enceinte et signe de mort pour tous les malades (III, XXXII, 177) ; que rêver de médecins est d'un mauvais augure pour les plaideurs (II, XXX, 118).

Il est intéressant de noter que la profession médicale a ses conditions d'interprétation particulières ; que, par exemple, rêver de sésame, de lin, de moutarde (I, LXX, 59) ou bien qu'on est couronné de thym, de cuscute ou de mélilot (I, LXXIX, 67) est exécrable chose pour tout le monde, heureux présage au contraire pour les médecins ; ou encore que ces derniers voyant des vautours (2) dans leur sommeil, cela signifie que la mort fera des victimes parmi leurs clients.

Il est curieux de retrouver mentions assez nombreuses de l'exercice de la médecine dans les temples grecs. Le détail est trop connu pour que j'y revienne ; mais une histoire d'Artemidore, prise entre beaucoup d'autres, nous montre à souhait combien les apparitions somniales d'un dieu avaient besoin de l'interprétation des neôcores. C'était un dyspeptique. Il était venu demander conseil à Esculape. Après la préparation

(1) DE RÉSIE. — *Histoire et traité des sciences occultes* in-8, L. Vivès, Paris, 1857, t. II, p. 270.

(2) PLINE LE JEUNE. — *Epistolæ*, liv. VII, lettre 27.

(3) Les indications paginales de cet article renvoient à cette édition. A la suite du texte d'Artémidore, Rigault a donné l'œuvre analogue d'un certain Achmet fils de Serim, qui contiendrait l'interprétation des songes suivant les doctrines des Indiens, des Perses et des Egyptiens ; mais que j'ai laissée de côté.

(1) *Dictionnaire de mythologie pour l'intelligence des fables et des monuments*, in-12, Briasson, Paris, 1745, t. III, p. 35.

(2) Voir plus loin la signification du songe pour les malades non médecins.

et les purifications d'usage, il s'était endormi au pied de l'autel. (1) Le die u lui apparut dans son sommeil lui offrant à manger les cinq doigts étendus de sa main. Δάκτυλοι, ce sont les doigts ; mais ce sont aussi des dattes. Le malade mangea donc cinq dattes et fut guéri (V, LXXXIX, 269).

Il est remarquable aussi d'observer que la spécialisation professionnelle, que nous croyons avoir inventée, fut autrefois poussée plus loin encore que la nôtre. Il y a, en effet, dans Artémidore des marchands d'aromates (ἀρωματοπώλης) distincts des parfumeurs (2) (μυροπώλης) (II, XXII, 109) ; il y a des scarificateurs (ὀμηριστής) distincts des chirurgiens (χειρουργός) (3).

Laissons pourtant cela pour nous en tenir aux rapports qui se sont, dès longtemps, imposés à l'esprit des observateurs entre certains rêves et quelques états organiques.

Il n'est pas douteux, en effet, qu'au cours du sommeil, en l'absence d'intervention de toute excitation extérieure, il y ait des sensations internes que nous percevons et qui, éveillés, nous échappent. Parfois ainsi, *le rêve paraît reconnaître pour cause un état particulier de l'organisme, qui donne naissance à des images dont le moi, si obscurément conscient du rêve, s'empare et qu'il transforme* (4). Voici le malade Galien imaginant dans son sommeil qu'il traîne une jambe de pierre et qui, peu de jours après, est frappé là de paralysie. Et voici Conrad Gesner mordu au côté gauche par un serpent et qui, bientôt, voit une lésion grave et profonde se produire au point blessé dans son rêve.

Contemporain de Galien, mais, il est vrai, plus âgé que lui, si Artémidore a pu ignorer les traités du médecin de Pergame, il avait du moins, sur le point particulier qui nous occupe, un illustre modèle. Les œuvres hippocratiques affirment à maintes reprises (5) la valeur séméiotique et pronostique des rêves et tout le IV^e^ livre du Περὶ Δίαιτης est un pur Traité des songes. Ces pages, qui méritent encore d'être lues et qui seront une surprise pour qui les lira avec attention, paraissent avoir été ignorées d'Artémidore. Je n'en crois rien pourtant ; il les a plutôt dédaignées. *Quand les yeux sont fermés,* dit Hippocrate (1), *l'âme voit ce que le corps ressent. L'homme peut ainsi quelquefois se douter qu'une maladie le menace. Mais laquelle ? Voilà, par malheur, l'inconnu.* Artémidore, qui vivait dans des certitudes, dut regarder de haut cette sagesse d'Hippocrate. Si ce fut grand dommage pour lui ; c'est grand tant pis pour nous. Son œuvre en est devenue pauvre à notre gré et nous y avons perdu.

Quand l'oniromantie s'applique à la divination générale des événements futurs, elle s'inquiète de l'heure où se produisent les rêves, de la nature et de la quantité des aliments que, la veille, a absorbés le songeur. Rabelais, qui nous a donné au chapitre XIII de son *Tiers Livre* une amusante paraphrase d'Artémidore et d'autres oniromantes, ne laisse rien à ajouter sur ce point et ces pages de *Pantagruel* sont trop connues pour les redire. Il n'est pas douteux que les circonstances particulières, l'heure du phénomène, les conditions du dormeur aient aussi leur importance pour l'interprétation séméiotique et pronostique d'un rêve. Par malheur, le souci de Panurge était tout autre que médical et, de son côté, l'esprit d'Artémidore semble avoir été tout à fait détaché de préoccupations de cette nature. Tout se borne chez lui, pour le point qui nous touche, à signes de maladies, signes de guérison ou d'aggravation de l'état des patients, signes de mort. Il faut se contenter de ce qu'il nous donna.

***

Les avertissements somniaux de maladie en général sont fort nombreux dans ses cinq livres, les uns inattendus, les autres trouvant explication acceptable ; mais quelque précision, parfois amusante dans sa méticulosité, qu'Artémidore y mette, bonne partie de son œuvre n'est, ici, que curieuse. Rêver de mulet (II, XII, 96), de serpent (II, XIII, 101), d'un éléphant qui poursuit et menace (II, XII, 98), de pièges de chasseurs (II, XII, 143), de miel et de cire (II, XXII, 109), ou rêver encore soit qu'on lit avec difficulté un texte barbare (I, LV, 97), soit qu'on se livre aux travaux des champs (I, LIII, 45) ; eh quoi ! tout cela présagerait la maladie et même, quant au second songe, uniquement au dormeur sans enfants et ne recherchant pas une épouse ! On

(1) Cette coutume a longtemps duré. Les payens dormirent dans les temples. Les chrétiens vinrent passer la nuit dans les églises dans l'attente du rêve divin enseignant ce qui doit guérir. Une église dédiée à Sainte-Anastasie eut à cet égard une particulière et longue célébrité (G. Hermias Sozomène. Histoire ecclésiastique, liv. II, chap. 4, cité par Bulengerus in *Opusculorum systema*, Lyon, 1621, t. I, p. 241.)

(2) Il y a au livre IV (chap. XXIX, p. 218) l'amusante histoire d'un parfumeur rêvant qu'il perdait son nez. Ce fut le présage de la perte de son commerce. Parbleu ! dit Artémidore, comment, sans nez, le malheureux eût-il pu exercer sa profession ?

(3) *Le chirurgien Apollonidès rêva ainsi qu'il blessait foule de gens en leur faisant des scarifications. En fait, il lui vint foule de malades qu'il traita par la chirurgie. La signification du songe se comprend sans peine. Les scarificateurs, en effet, blessent et font saigner, mais ne veulent pas tuer. Il en est de même du chirurgien* (IV, III, 204).

(4) P. Max Simon. — *Le monde des rêves*, in-12, Baillière, Paris, 1888, ch. II, p. 16.

(5) *Epidémies*, liv. I, sect. III, § 10. — *Des humeurs*, § 4. — *Prorrhétiques*, I, 55 et *Prenotions coaques*, sect. I, § 89. — *Prénotions coaques*, sect. VIII, § XXXV, 587. — *Des Semaines*, § 45.

(1) *Du Régime*, liv. III, § 71.

accorde cela à Artémidore, mais avec un sourire.

Plus volontiers acceptera-t-on que d'autres créations de l'imagination au cours du sommeil traduisent un malaise encore imprécis. La sensation d'un trouble digestif peut provoquer des images diverses où tel se voit buvant de l'eau chaude (I, LVIII, 56) ou de l'huile (*id.*), tel autre vomir un sang corrompu (I, XXXV, 33), un troisième porter un enfant dans son sein (I, XV, 18). Quelque élévation nocturne de température est bien capable de fournir au rêve les éléments avec lesquels on se représentera à soi-même se baignant à contre-temps ou entrant dans un bain tout habillé (I, LXVI, 54). Il est possible que d'une impression vague de faiblesse générale naissent des phantasmes où nous croirons être au maillot et téter encore (I, XVII, 19), lutter avec un enfant et être vaincus ou même lutter avec un mort (I, LXII, 52).

Accordons aussi que notre cénesthésie plus exquise quand nous dormons, éveillant la folle du logis, celle-ci rattachera parfois un trouble organique perçu à l'idée d'une thérapeutique bienfaisante, cette dernière à la matière médicale, qui fut surtout botanique autrefois, et qu'ainsi, d'associations en associations plus ou moins bizarres, nous en pourrons venir à rêver que nous sommes couronnés de cresson, de marjolaine, de rumex, de germandrée de Crête ou d'anémone (I, LXXIX, 66). Sans doute, le choix particulier fait de ces plantes par Artémidore n'est pas l'unique effet de son imagination. Dans la symbolique égyptienne, les fleurs d'anémone, par exemple, représentaient la maladie de l'homme en général, si l'on en croit le *Hieroglyphica* d'Horus. A coup sûr, des traditions aujourd'hui perdues expliquaient jadis les autres couronnes du rêve.

Les songes de ce premier groupe n'ont qu'une valeur séméiotique assez faible. Là, même la représentation, très particulière pourtant, qu'on a une plaie au cou, sur la nuque ou dans la barbe (I, XXXVI, 34), si elle est signe de maladie prochaine, n'a pas la précision séméiotique du rêve de Conrad Gesner, que je rappelais il n'y a qu'un instant ; l'avertissement est vague ; la maladie indéterminée.

Mais le vieil auteur grec prend ailleurs sa revanche. Dans l'observation de ce malade qui voit Esculape lui enfoncer un poignard dans le ventre et le tuer, chez lequel se forme plus tard un abcès abdominal et qu'une intervention chirurgicale sauva (V, LXI, 263), Esculape ne le cède pas au serpent du médecin zurichois. De même, Artémidore nous dira que voir son image avec des yeux hors de leur place naturelle (1) est signe de maladie incurable précisément de la partie du corps où le rêve les a anormalement placés (I, XXVIII, 28) ; et, ailleurs, qu'une plante ou qu'un arbre naissant sur notre corps implique une maladie de la région où la tige pousse, mieux même une maladie justiciable de la chirurgie, si la plante, comme la vigne, est de celles que l'on taille (III, XLVI, 183).

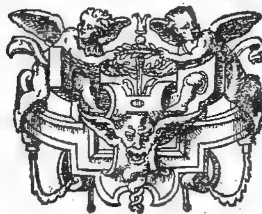
Veut-on précisions nouvelles ? Pain non encore cuit, c'est fièvre (IV, III, 205) ; se battre est menace de délire (III, IX, 168) ; jouer de la harpe annonce la goutte (I, LVIII, 49) ; avoir pour cheveux des soies de porc est avant-coureur de teigne ou de ladrerie (I, XXI, 22) ; en avoir de laine (I, XXII, 22) ou boire du *garum*, cette saumure romaine dont Rabelais retrouva la formule, présage la phtisie (I, LXVIII, 56) ; pour une femme enceinte, semer de l'orge avertit d'un avortement prochain (I, LIII, 45) et rêver avec effroi et tristesse qu'on porte un reptile dans son sein précède l'expulsion d'un fœtus corrompu (II, XIII, 101).

J'en passe, il va sans dire ; mais je ne puis omettre les affections oculaires et la cécité, qui tiennent bonne place dans l'oniromantie médi-

ARTEMIDORI
DALDIANI
&
ACHMETIS
SEREIMI F.
Oneirocritica.

ASTRAMPSYCHI & NICEPHORI
versus etiam Oneirocritici.

NICOLAI RIGALTII
AD ARTEMIDORVM
Notae.



LVTETIAE,
Apud MARCVM ORRY, via Iacobæa, ad
insigne Leonis salientis.
CIƆ IƆ CIII.
CVM PRIVILEGIO REGIS.

(1) Certaines localisations particulières ont pour Artémidore une valeur séméiologique spéciale ; voir *infra*.

cale d'Artémidore. Sur ce point, les rêves qu'il a notés ont un rapport parfois lointain mais toujours saisissable avec quelque lésion des yeux en puissance. Rêver ainsi qu'on a des enfants malades (*deux* enfants serait plus clair) découvre au devin une ophtalmie future (IV, XXVI, 217) ; voler en s'aidant de ses pieds et de ses mains, par l'absence même de l'usage de la vue, prévient que le dormeur deviendra aveugle (II, LXXIII, 155) ; voir un soleil couleur de sang témoigne d'une congestion oculaire (II, XXXVI, 127). On comprend de même que l'imagination ait parfois traduit les impressions vagues données par des lésions jeunes encore, mais qui aboutiront à la cécité plus tard, par des représentations telles qu'on se croie des yeux en or (I, V, 11), des yeux reportés à la place des oreilles (I, XXVI, 25), des mains ou des pieds (I, XXVIII, 28), des yeux qui sont ceux d'un autre (I, XXVIII, 28), telles que l'on s'étonne d'allumer un flambeau à la lune (V, XI, 255), que l'on s'attriste d'avoir perdu un de ces anneaux auxquels un brillant enchassé donne quelque ressemblance avec un œil (II, V, 86), qu'on voie le soleil disparaître (II, XXXVI, 127), ou qu'on accouche de *deux* filles *noires* (V, XLIV, 260).

Certaines explications du vieil auteur ont au moins le mérite d'être ingénieuses. Un homme se représente dans son sommeil son esclave préféré flambant comme une torche. Pour nous, la sensation d'éclat lumineux est le point séméiotique important du rêve ; c'est que nous sommes médecins. Pour l'oniromante, c'est l'esclave qui est le sujet principal ; et, de fait, le dormeur, devenu aveugle, eut pour le conduire l'esclave flambant dans le rêve, qui devint ainsi son flambeau (V. XX, 256). Une explication analogue sert à interpréter dans le sens d'une cécité prochaine le rêve des gens riches, qui leur prête un grand nombre de pieds (I, L, 42).

Je n'insisterais pas davantage sur l'intérêt séméiotique des rêves d'Artémidore si un point de détail ne m'avait retenu. On a remarqué de nos jours les rêves rouges des épileptiques (1), les visions de sang, visions rouges aussi, des malades atteints de cardiopathies, surtout de lésions mitrales (Lasègue). Du roux à l'écarlate en passant par le pourpre, le rouge se rencontre assez souvent dans les observations d'Artémidore ; mais celui-ci n'a pas la précision de nos modernes ; pour lui, les rêves rouges traduisent l'âcreté des humeurs ou un excès de bile (2) ; ils sont seulement le présage d'une maladie inflammatoire avec violente fièvre (1). Et je préfère, en l'occurrence, cette moindre prétention du devin à l'assurance systématique qui ferait porter le diagnostic de cardiopathie ou d'épilepsie sur la *seule* indication d'un songe.

***

L'application de l'onirocritie au pronostic médical tient dans l'œuvre ancienne aussi grande place que l'interprétation séméiologique des rêves. Mettons hors du sujet les présages généraux de mort qu'Artémidore découvre dans des visions somniales quelconques (2). Il en est pourtant de curieux, témoin cette menace de mort qu'est pour une femme le fait de rêver qu'elle remplit des fonctions ou est investie de pouvoirs qui ne sont pas ceux de son sexe (II, XXXI, 120). Mais cela est divination pure et n'a plus aucun rapport avec la pathologie.

Au regard moins étendu du médecin, il suffit de découvrir les signes, d'une part, de la guérison des malades ; ceux, d'autre part, annonçant l'aggravation de leur état ou leur mort. Force est de l'avouer, nous sommes, ici, en plein empirisme.

Certes, un malade rêve qu'il intente un procès et qu'il le gagne (II, XXIX, 118) ; il rêve de buis toujours vert symbole de la vie qui triomphe de l'hiver, de myrte qui invitait jadis aux jouissances matérielles, de laurier dont on couronnait les vainqueurs et aussi de la déesse Salus et d'Esculape (II, XXV, 113) ; il voit dans une splendide demeure une lampe qui jette des éclats de fête (II, IX, 92) ; il conduit avec entrain des chevaux à travers la ville (I, LVIII, 51) ; voilà autant d'images que l'esprit peut faire naître pour traduire au cours du sommeil un mieux-être senti de façon confuse et non encore manifeste objectivement. L'imagination pourra exprimer de même l'euphorie annonciatrice de relevailles prochaines par un soleil qui se lève au couchant (II, XXXVI, 127). Mais pour foule d'autres constructions mentales données comme d'un pronostic favorable, le pourquoi de cette signification qu'on leur prête nous échappe. Ainsi, voir des sources et des fontaines aux eaux abondantes (II, XXVII, 117), se baigner dans une source chaude naturelle (I, LXVI, 57), ou dans des bains clairs, aérés, luxueux (I, LXVI, 54), tenir des oignons ou des concombres (I, LXIX, 58), rêver qu'on met un habit noir (II, III, 84), qu'on est mort (II, LIV, 145), ou brûlé vivant (II, LVII, 146), etc. Ce n'est

(1) Cf. DUCOSTE, Les songes d'attaques des épileptiques, *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 novembre et 3 décembre 1889. — Aurélien FOURNIE, De l'onirocritie comitiale, *Revue de neurologie*, 28 février 1897 et *Thèse de Bordeaux* 1899.

(2) Se voir vêtu de pourpre (II, III, 84).

(1) Rêve de poissons roux (II, XIV, 102), ou de robe écarlate (II, III, 84).

(2) Ainsi : manger des étoiles pour qui n'est pas astronome (II, XXXVIII, 130), manger des livres pour qui n'est pas libraire (II, L, 143), voir des fourmis entrer dans ses oreilles quand on n'est ni philosophe, ni rhéteur (I, XXVI, 25), etc.

pas qu'Artémidore manque d'explications ; il abonde en cela ; mais, sans doute simplement parce que nous connaissons mal les coutumes et les traditions d'autrefois, ces explications nous semblent un tantinet ridicules.

Un pareil départ peut être fait entre les rêves impliquant un pronostic qui s'assombrit ou devient mortel. Un malaise plus grand, perçu au cours du sommeil, est capable, à coup sûr de créer des images sombres et les images possibles de ce genre sont innombrables. Les unes sont claires ; ainsi, allant du moindre au pire, se ruiner en largesses et distributions publiques (II, xxxi, 119), être tracassé par des créanciers (III, xli, 181), intenter un procès et le perdre (II, xxix, 118), être condamné et dépossédé de ses charges (I, lxi, 52), voir des sources taries et des fontaines sans eau (II, xxix, 117), rendre ses viscères par la bouche (I, xxxv, 34), apercevoir des vautours mangeurs de cadavres (II, xx, 107) ou des fourmis s'approchant à la manière de celles qui entourent des corps sans vie (III, vi, 167), assister à un repas funèbre (IV, xxiii, 248), embrasser des morts (II, ii, 83), etc.

Les autres, auxquelles Artémidore trouvait un sens, n'en ont pas pour nous, qui ne savons plus pourquoi rêver que l'on est cuisinier indique l'aggravation de la maladie (III, lv, 187), pourquoi se voir hôtelier (III, lviii, 188), boucher (III, lviii, 187), soldat (II, xxxii, 121), receveur d'impôts (III, lix, 188), greffier (II, xxxi, 119) est signe de mort. Le nombre est fort grand dans 'Ονειροκριτικά de ces songes dont le pronostic mortel nous surprend : voir des cigales (III, xlix, 184), jouer de la flûte (I, lviii, 49), se regarder dans un miroir (II, vii, 88), ou se mirer dans la lune (II, xxxviii, 129), porter un habit blanc (II, iii, 84), célébrer ses noces (II, liv, 144), et que sais-je encore ?

***

A coup sûr, dans l'immense recueil des observations grecques, beaucoup de celles-ci ont été rédigées après coup, c'est-à-dire que la maladie, la guérison ou la mort étant survenues, quelque rêve antérieur à l'événement a été cherché qui pût en être tenu pour annonciateur. Il n'est pas impossible, mais fort difficile, d'opérer d'inverse manière et la méthode d'ailleurs ne devient mauvaise que par le parti-pris que l'on met à accorder à ce qui ne l'a point la valeur d'un signe séméiotique ou pronostique. L'écueil est que, l'imagination aidant, on peut trouver dans le moindre fait tout ce qu'on veut et que la *folle du logis* se donne trop aisément libre carrière pour interpréter un rêve. Artémidore rappelle un peu ces freuddistes convaincus qui, de la meilleure foi du monde, font dire à leurs malades tout ce qu'ils veulent et découvrent dans les songes ce qu'ils y ont mis *a priori*.

Malgré tout 'Ονειροκριτικά ne sont pas sans intérêt. Ceci semble une vérité si évidente par elle-même qu'elle n'a pas besoin de démonstration qu'une impression interne, supposée exactement la même chez deux sujets, se traduira par un rêve différent chez l'un et chez l'autre et que les tableaux de ce rêve sont variables à l'infini. Mais cette vérité n'est pas inutile à redire et Artémidore nous la met sous les yeux par la foule innombrable des cas si variés qu'il a notés.

Beaucoup, parce qu'ils portent la marque de son temps, ne valent plus pour le nôtre ; mais il n'importe, car point n'est de consulter son recueil à la manière d'une concierge, qui rêve de chat et qui court, au réveil, à sa *Clef des Songes* pour y lire avec joie qu'il se prépare ou se consomme un adultère dans sa maison. L'intérêt que le médecin prend à la lecture d'Artémidore est moins dans les faits mêmes que celui-ci a réunis que dans la méthode qu'il mit à recueillir tous ceux qu'il rencontra, méthode négligée depuis, du moins sur ce particulier sujet d'études.

Les maladies, écrit Ph. Tissié (1), *débutent généralement par un travail pathologique lent, quelquefois inconscient à l'état de veille, mais qui peut devenir très sensible à l'état de sommeil et provoquer des rêves qui ont des rapports plus ou moins sympathiques avec l'organe lésé.* Personne n'est plus qui ne l'accorde. — *Le médecin*, ajoutent N. Vaschide et H. Piéron (2), *n'a jamais trop de signes pour aider à son diagnostic, parfois délicat et difficile ; surtout il n'a jamais assez de symptômes précurseurs lui permettant un pronostic précis et hâtif et particulièrement dans certaines affections graves.* Tout le monde encore à cela souscrit. Certes, nous ne saurions regarder les rêves comme des signes pathognomoniques infaillibles. En revanche, tous nous leur accordons de pouvoir donner des indications utiles et quelques-uns d'être capables de nous apporter des renseignements que d'autres symptômes ne fournissent pas.

Mais cela en théorie. En pratique, quel médecin pense seulement à s'informer des songes de ses malades ? Qui le ferait parfois ne s'arrête-t-il pas à l'intention, soit par crainte du ridicule, soit plus sûrement parce qu'il manque d'assurance ?

Pour nous donner celle-ci, il faudrait davantage que nous n'avons. Ce n'est pas que l'étude de l'onirocritie appliquée à la médecine n'ait tenté déjà de nombreux auteurs (3) ; mais ils ont

(1) Ph. Tissié. — *Les rêves*, in-12, Alcan, Paris, 1898, p. 61.

(2) N. Vaschide et H. Piéron. — *La psychologie du rêve*, in-12, Baillière, Paris, 1902, p. 7.

(3) Outre les auteurs déjà cités, voir en particulier le travail de M. Saucerotte (de Lunéville) sur les rêves

abordé le problème sans l'approfondir et le mot de Tissié reste vrai aujourd'hui comme en 1898 : *c'est une voie nouvelle à explorer* ; *la question vaut la peine qu'on s'en occupe.* Il y serait moins nécessaire d'élever de grandes théories psycho-physiologiques que d'établir des statistiques. Celles-ci sont plus utiles à la pratique que celles-là, car seul un ensemble de faits très nombreux est susceptible de démontrer que chaque genre de maladie prédispose particulièrement à une espèce de rêve.

Le souci purement divinatoire d'Artémidore peut nous faire sourire et il est permis de témoigner quelque dédain des résultats de son effort. Il n'en reste pas moins que le vieil auteur nous a laissé une leçon et un exemple. La leçon est celle de sa méthode ; l'exemple celui de la longue patience d'une recherche qui prit toute sa vie.

Albert GARRIGUES.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE

Tableau d'avancement de 1928 (1)

Les noms en italiques sont ceux de confrères amis du *Concours médical* et de ses œuvres, à qui nous adressons nos félicitations les plus cordiales.

N.D.L.R

Armée métropolitaine.

RÉSERVE

Sont inscrits au tableau d'avancement pour 1928:

Pour le grade de médecin colonel.

MM. les médecins lieutenants-colonels :

Leniez (Alcide-Marie-Joseph), gouvernement militaire de Paris.

Petges (Georges-Marie-Gabriel-Arnaud), 18e corps d'armée.

De Lauwereyns de Roosendaële (Emile-Charles-Auguste), 1er corps d'armée.

Gross (Georges-Victor-Frédéric), 20e corps d'armée.

Vandenbossche (Albert-Achille-Joseph), gouvernement militaire de Paris.

Patay (Marie-Casimir-Auguste-René), 10e corps d'armée.

Conte (Jean-Barthélemy-Célestin), 18e corps d'armée.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel.

MM. les médecins commandants :

Verdeau (François-Marius), 13e corps d'armée.

Piquet (Louis-Henri-Auguste), 19e corps d'armée.

Tellier (Georges-Henri), 3e corps d'armée.

Rist (Edouard), gouvernement militaire de Paris.

Lemaire (Gaston-Félix-Prosper), 19e corps d'armée.

Robineau (Edouard-Maurice), gouvernement militaire de Paris.

Destouches (Louis-Henri), 10e corps d'armée.

Lajoanio (Maffré-Pierre-Joseph-Siméon), 16e corps d'armée.

Musin (Edmond-Eloi-Marie-Joseph), 2e corps d'armée.

Armbruster (Louis-Raymond), 8e corps d'armée.

Ermenge (Emile-Ferdinand), gouvernement militaire de Paris.

Aubaret (Jean-Baptiste-Marie-Edmond), 15e corps d'armée.

Parisot (Jacques-Victor-Jules), 20e corps d'armée.

Gourgerot (Henri-Eugène), gouvernement militaire de Paris.

Cosse (Elie-François-Joseph), 9e corps d'armée.

Potron (Maurice), 6e corps d'armée.

Fulconis (Louis-Jean-Baptiste-Marius), 15e corps d'armée.

Schwartz (Anselme), gouvernement militaire de Paris.

Gassin (Alfred-Marius-Henri), gouvernement militaire de Paris.

Chifoliau (Médéric-Emmanuel), 10e corps d'armée.

Lancien (Ferdinand), 10e corps d'armée.

Pour le grade de médecin commandant.

MM. les médecins capitaines :

Lefavre (Marie-Joseph-Maurice), 9e corps d'armée.

Ledoux (Théophile-Henri-Auguste), 19e corps d'armée.

---

suscités par les affections organiques du cœur ; — les Considérations séméiologiques sur les songes de Double (*Journal général de médecine*, t. XXVII, oct. 1806, p. 129) ; — ARTIGUES, Essai sur la valeur séméiologique du rêve, *Thèse de Paris*, 1884 ; — THOMAYER et SIMERKA, La signification de quelques rêves (*Revue de neurologie*, 28 février 1897) ; — STIGLER (de Leyde), De la valeur des songes pour le médecin (*Nederlandsch Tijd. voor Gen.*) ; — H. LOUATRON, Les rêves considérés comme indices des maladies (*Echo du merveilleux*, 1er février 1901) ; — MEUNIER et MASSELON, Les rêves et leur interprétation, 1910.

(1) *Journal officiel*, 10 mai 1928.

Tinel (Julien-Marie-Joseph), gouvernement militaire de Paris.

Sézary (Albert-Jean-Antoine), gouvernement militaire de Paris.

Richard (Louis-Marie-Noël), 15e corps d'armée.

Cazal (Gaston-Jean-Joseph-Adrien), 17e corps d'armée.

De Brisson de Laroche (Marie-Joseph-Alaire-René) 13e corps d'armée.

Stépinski-Vessière (François-Arthur-Joseph), gouvernement militaire de Paris.

Legros (Félix-Louis), 3e corps d'armée.

Judet de La Combe (Georges-Elie), 12e corps d'armée.

Saint-Hilaire (Marie-Augustin-André), 12e corps d'armée.

Lalande (Philippe-Henri-Marie), troupes du Maroc

Wapler (Emile-Philippe), 8e corps d'armée.

Reinard (Firmin-Victor-Charles-Eugène), 19e corps d'armée.

Sourdin (Albert-Louis-Yves-Marie), 10e corps d'armée.

Treille (Roger-Alcide-Georges), 19e corps d'armée.

Champy (Paul-Emile-Christian), gouvernement militaire de Paris.

Aton (Jacob-Edmond), gouvernement militaire de Paris.

Aubriot (Paul-Emile-Emmanuel), 20e corps d'armée.

Audouard (Gabriel), 13e corps d'armée.

Schmitt (Charles-François), 6e corps d'armée.

Martin dit Sisteron (Maurice-Joseph), 14e corps d'armée.

Lamare (Charles-Auguste-Joseph), 2e corps d'armée.

Bernard (Paul-Jean), gouvernement militaire de Paris.

Dumora (Pierre-Marie-Joseph-Henri), 18e corps d'armée.

Loubat (Guillaume-Etienne), 18e corps d'armée.

Welsch (René-Marcel), 4e corps d'armée.

Garès (Guillaume-Jean), 17e corps d'armée.

Lejeune (Félix-Auguste), 1er corps d'armée.

Giroux (Léon-Auguste), gouvernement militaire de Paris.

Lombart (Pierre-Auguste), 19e corps d'armée.

Dupont (Léon-Pierre-Robert), 8e corps d'armée.

Vincent (René-Jean-Albin), gouvernement militaire de Paris.

Lacronique (Gaston-Jean), 5e corps d'armée.

Massip (Marc-Alcide-Louis-Joseph), gouvernement militaire de Paris.

Pestel (Eugène-Désiré), 6e corps d'armée.

Duhem (Paul-Étienne), 7e corps d'armée.

Couronnet (Paul-Jules), 11e corps d'armée.

Verhaeghe (Etienne-Oscar-Joseph), 1er corps d'armée.

Gardiol (Louis-Joseph-Marie-Aimé), 15e corps d'armée.

Elizbischoff (Paul-Alexandre), gouvernement militaire de Paris.

Halphan (Paul-Emile-Julien), gouvernement militaire de Paris.

Lloubes (Auguste-Christian-Edouard), 2e corps d'armée.

Richel (Charles), gouvernement militaire de Paris.

Lecaplain (Jean-Marie), 3e corps d'armée.

Hautefort (Louis-Léon), 5e corps d'armée.

Labernadie (Benoit-Maxime-Emile), gouvernement militaire de Paris.

Potherat (Gabriel-Edmond-Henri), 8e corps d'armée.

Boisson (Peirre-Philippe-Ernest-Marie-Joseph), 7e corps d'armée.

Niewengloski (Henri-Gaston), troupes de Tunisie.

Heuyer (Georges-Jean-Baptiste), gouvernement militaire de Paris.

Lapeyre (Noël-Jacques-Victor), 16e corps d'armée.

Testard (Martial-Marie-Alexis), [illegible]e corps d'armée.

Paoli (Antoine-Gabriel), 15e corps d'armée.

Vogelin (Jules-Louis-Maurice-Albert), 1er corps d'armée.

Daure (Louis-René), 16e corps d'armée.

Stodel (Georges), gouvernement militaire de Paris.

Nattan-Larrier (Louis-Adrien-Albert), 9e corps d'armée.

Martin (Jean-Jacques-André-Moïse), gouvernement militaire de Paris.

Pour le grade de médecin capitaine.

MM. les médecins lieutenants .

Pin (Fernand-Albert-Victor), 9e corps d'armée.

Foare (Joseph-Félix-Auguste), 9e corps d'armée.

Lavaud (Georges-Marie-Ernest), 9e corps d'armée.

Duranthon (Pierre-Léonce-Albert), 18e corps d'armée.

Hovelacque (André-Edouard-Emile), gouvernement militaire de Paris.

Humeau (Joseph-Henri), 9e corps d'armée.

Jouffrault (André), 9e corps d'armée.

Jobard (Nicolas-Pierre), 8e corps d'armée.

Guinemand (Léandre-Edmond-Maurice), 11e corps d'armée.

Muzac (Henri-Louis-Léopold), 12e corps d'armée.

Rougier (Alexandre-Gabriel-Joseph), 12e corps d'armée.

Jund (Léon-Paul-Louis), 12e corps d'armée.

Dupuy (Maxime-Albert-Martin), 17e corps d'armée.

Gedron (Maurice-Marie-Joseph), 12e corps d'armée.

Ducassé (Auguste-Joseph-Honoré), 17e corps d'armée.

Clos (Gustave-Charles-Camille), troupes du Maroc.

Fournier (Albert-Armand), 12e corps d'armée.

Vauzelles (Edouard-Pierre-Paul), 12e corps d'armée

Beyly (Pierre-Marc), 12e corps d'armée.

Rémy (André-Jean-Nicolas), 20e corps d'armée.

Daubas (Georges), 18e corps d'armée.
Laget (Pierre-Joseph), 16e corps d'armée.
Calazel (Georges-Jean), 17e corps d'armée.
Wallet (André-Pierre-Pol), 5e corps d'armée.
Colombier (Georges-Martin-Alexandre-Léon), 18e corps d'armée.
Robert (Charles-Emile), gouvernement militaire de Paris.
Lataillade (Jean-Edouard-Aristide), 20e corps d'armée.
Sigwalt (Jean-Paul), 6e corps d'armée.
Bousseau (Georges-Réné-Louis-Auguste), 11e corps d'armée.
Catrice (Paul-Léon-Sabin-Joseph), 1er corps d'armée.
Strauss (Léon), 20e corps d'armée.
Licourt (Georges-Paul), 6e corps d'armée.
Duclos (Joseph-Jacques-François), 3e corps d'armée.
Cassard (Stéphane-Marie), 11e corps d'armée.
Leblanc (Marie-Marcel), 3e corps d'armée.
Pasquier (Albert-Hippolyte-Marié-Victor), 11e corps d'armée.
Gauthereau (Raoul-Dominique), 8e corps d'armée.
Gendreau (Gabriel-Benjamin-Fernand-Marie), 11e corps d'armée.
Bourrouillou (Pierre-Marie-Joseph-Julian), 3e corps d'armée.
Labeau (Marie-Louis-Roger), 18e corps d'armée.
Lévêque (Albert), 1er corps d'armée.
Vinson (Léon-Jean-Emmanuel-Marc), 17e corps d'armée.
Girard (Edouard-Félix-Maurice, 15e corps d'armée.
Béguet (Maurice-Eugène), 19e corps d'armée.
Grunberg (Matous), 20e corps d'armée.
Grunberg (Vladimir), 20e corps d'armée.
Daniel (Charles-Paul-Marie), 4e corps d'armée.
Phelippet (Jean-Edouard), 18e corps d'armée.
Belveze (Jean-Marie-Pierre), 17e corps d'armée
Rimey (Marius-Charles-Marcel), 7e corps d'armée.
Roux (Edmond-Auguste), 15e corps d'armée.
Tixier (Marie-Félix), gouvernement militaire de Paris.
Schaechter (Hazard-Israël), 6e corps d'armée.
Landau (Joseph-Baruch), gouvernement militaire de Paris.
Versepuech (Emmanuel-Henri-Félix), gouvernement militaire de Paris.
Funck (Joseph-Charles), gouvernement militaire de Paris.
Routhier (Armand-Edouard-Jean), gouvernement militaire de Paris.
Lebossé (Jean), gouvernement militaire de Paris.
Molly (Marie-Joseph), 7e corps d'armée.
Khayatt (Rechid), gouvernement militaire de Paris.
Riquez (Albert-Alexandre-Dominique), gouvernement militaire de Paris.

Fichot (Sébastien-Etienne), gouvernement militaire de Paris.
Néel (Philippe-Albert-Marcel), gouvernement militaire de Paris.
Cohen (Moïse-Maurice), gouvernement militaire de Paris.
Duclaud (Numa), gouvernement militaire de Paris.
Peyronnet (Joseph-Moïse), 12e corps d'armée.
Guichou (Jean-Bernard), 17e corps d'armée.
Thouart (Gustave), 12e corps d'armée.
Cincin (Emile), gouvernement militaire de Paris.
Vernier (Paul-Louis), 20e corps d'armée.
Mollet (Alexandre), gouvernement militaire de Paris.
Saussol (Jean-Marcel-Henri), 19e corps d'armée.
Fronty (Louis), gouvernement militaire de Paris.
Magnier (Louis-François-Joseph), gouvernement militaire de Paris.
Poey-Nogues (Jean-Gustave), 18e corps d'armée.
Amselle (Gaston), 6e corps d'armée.
Battesti (François), 15e corps d'armée.
Kappler (Emile-Jean), 20e corps d'armée.
Guillaume (Maurice), 7e corps d'armée.
Escarras (Alfred-Charles-Marie-Casimir), 15e corps d'armée.
Bonnet (Eugène-Adrien-Paul), 13e corps d'armée.
Garach (Pierre-Marie-Ludovic), 3e corps d'armée.
Platon (Louis-Frédéric-Odilon), 8e corps d'armée.
Brunet (Charles-Juste-Clément), 6e corps d'armée.
Fournier (Pierre-Emile-Maurice), 12e corps d'armée.
Martin (Jean-Baptiste-Xavier-Paul), 13e corps d'armée.
Deflinne (Maurice), 1er corps d'armée.
Michel (Ludovic-Elie-Amédée), 13e corps d'armée.
Bonnet (Georges-Edmond), 13e corps d'armée.
Sauveplane (Henri-Marie-Ferdinand), 13e corps d'armée.
Laurent (Charles-Victor-Marie-Michel), 13e corps d'armée.
Greffier (Théodore), 14e corps d'armée.
Mickaniewski (Witold-André), troupes du groupe de l'Indochine.
Briquet (Camille-Victor-Joseph), 3e corps d'armée.
Lebœuf (Marcel-Louis-Maurice), 5e corps d'armée.
Vignolles (Louis-Marc), 16e corps d'armée.
Germain (Pierre-Raoul), 18e corps d'armée.
Lapillonne (Paul-Joseph-Nicolas-Louis), 8e corps d'armée.
Pons-Leychard (Alexandre-Adrien), 19e corps d'armée.
Wittwer de Froutiguen (Philippe-Henri-Marie-Louis), 16e corps d'armée.
Gallerand (Marius-Gabriel), 15e corps d'armée.
Abou (Moïse-Maurice), 19e corps d'armée.
Collomb (Marcel-Eugène), 16e corps d'armée.
Warin (Jules-Marcel, troupes du Maroc.
Richard (André), gouvernement militaire de Paris.
Laurent (Paul-Jules-Joseph), 1er corps d'armée.
Deffuant (Raoul), 16e corps d'armée.

Meugé (Pierre-Joseph-Jean-Baptiste), gouvernement militaire de Paris.

Cavalié (Jean-Albert), 17e corps d'armée.

Goure (Henri-Alexandre), 16e corps d'armée.

Ducastaing (René-François), 18e corps d'armée.

Dauphin (Charles-Marie-Paul), 5e corps d'armée.

Paugam (Charles-Félix), 10e corps d'armée.

Meudic (Alfred-Jacques-Marie), 10e corps d'armée.

Bettinger (Louis-Eugène-Henri), 3e corps d'armée.

Stevenin (Henri), gouvernement militaire de Paris.

Lemaire (Henri-Marius-Armand), 15e corps d'armée.

Hardouin (Jean-Elie-Marie), 10e corps d'armée.

Gay (Paul-André), 14e corps d'armée.

Belfort (Joseph-Anatole), troupes de Tunisie.

Debono (Isidore-Joseph-Paulin), 19e corps d'armée.

Sanson (Louis-Pierre-Marie-Cyrille), 10e corps d'armée.

Donzelot (Edouard-Auguste-Arsène), gouvernement militaire de Paris.

Bertholey (Louis-Marie), 14e corps d'armée.

Gatellier (Jean-Louis-Firmin-Ferdinand), gouvernement militaire de Paris.

Lavalley (Alphonse-Charles-Félix), 10e corps d'armée.

Aguillon (Lucien-Eugène-Adolphe), 19e corps d'armée.

Darré (Henri-Honoré-Marie), gouvernement militaire de Paris.

Godard (Philippe-Arsène-Charles-Henri-Jules), gouvernement militaire de Paris.

Mitton (Félix), gouvernement militaire de Paris.

Louart (Marcel-Gustave-Joseph), 1er corps d'armée.

Deleuil (Robert-Jean), troupes de Tunisie.

Petit-Dutaillis (Daniel-Edouard-Charles), gouvernement militaire de Paris.

Grunberg (Charles-Frédéric), gouvernement militaire de Paris.

Netter (Fernand), gouvernement militaire de Paris.

Micheleau (Clément-Marie-Joseph), 18e corps d'armée.

Taburet (Hippolyte-Michel-Ernest-Marie), 10e corps d'armée.

Arlet (Bernard-Louis-Henri), 18e corps d'armée.

Constantin (Pierre-Maurice), 15e corps d'armée.

Vielle (Victor-Marie), 1er corps d'armée.

Saiget (Jean), 11e corps d'armée.

Brun (Didier-Jean-Emile), 1er corps d'armée.

Tramini (Joseph-François-Flavien), 19e corps d'armée.

Allard (Henri-François), 8e corps d'armée.

Brochet (Léon-Jean-Jacques), gouvernement militaire de Paris.

Barraud (Henri-Jean), 6e corps d'armée.

Le Paumier (Jean-Ferdinand-Léon), 2e corps d'armée.

Savin (Louis-Marie-Auguste), 9e corps d'armée.

Mercier (Armand-Edouard-Georges), 9e corps d'armée.

Fey (Charles-Alexandre-Georges-Bernard), gouvernement militaire de Paris.

De Nabias (Simon-Sylvain-Jean), gouvernement militaire de Paris.

Gaudard d'Allaines (François-Louis-Marie-Paul), gouvernement militaire de Paris.

Vallery-Radot (Joseph-Louis-Pasteur), gouvernement militaire de Paris.

Bloch (Lucien-Georges-Jacques), gouvernement militaire de Paris.

Braine (Jean-André-Rémi), gouvernement militaire de Paris.

Roume (Jean-Emile-André), 16e corps d'armée.

Sappey (Paul-Jean-Ferdinand), 14e corps d'armée.

Gautier (Raphaël-Gaston-Claude), gouvernement militaire de Paris.

Capart (Lucien-Paul-Yves), 2e corps d'armée.

Petit (Fernand-Marius-Joseph), 15e corps d'armée.

Costantini (Joseph-André-Henri), 19e corps d'armée.

Errard (Pierre-Auguste-Jean), 5e corps d'armée.

Blechmann (Germain-Salomon), gouvernement militaire de Paris.

Dunet (Charles-Joseph-Albert), 14e corps d'armée.

Auvigne (René-Pierre-Auguste), 14e corps d'armée.

Monod (Raoul-Jean), gouvernement militaire de Paris.

Lacombe (Joseph-Paul), 20e corps d'armée.

Boppe (Marcel), gouvernement militaire de Paris.

Saugues (Gabriel-Antonin-Lucien), 19e corps d'armée.

Bigot (Charles), 9e corps d'armée.

Lattéo (Robert-Pie-Menotti), 15e corps d'armée.

Marquerzy (Robert-Alexandre), gouvernement militaire de Paris.

Moulonguet (Pierre-Charles-Paul), gouvernement militaire de Paris.

Mornard (Jean-Théodore-Armand), 9e corps d'armée.

Briand (Jules-Henri), 9e corps d'armée.

Moquet (Pierre-Edouard), 8e corps d'armée.

Voisin (Emile-Henri-François-Marie), 9e corps d'armée.

Gouverneur (Robert-Henri-Ernest), gouvernement militaire de Paris.

Marais (Joseph-Cyrille-Alphonse-Roland), 3e corps d'armée.

Cathala (Jean-Henri), gouvernement militaire de Paris.

Cleiz (Louis-Frédéric), gouvernement militaire de Paris.

Richon (Louis-Charles-Ernest), gouvernement militaire de Paris.

Portès (Antoine-Félix-Marius), 16e corps d'armée.

Guillemin (André-Henri-François-Victor), 20e corps d'armée.

Cappelle (Fernand), 16e corps d'armée.

Rouillard (Jacques-Marie-Jean), gouvernement militaire de Paris.

Godard (Louis-Henri), gouvernement militaire de Paris.

Langle (Jacques-Jules-Eugène-Emmanuel), gouvernement militaire de Paris.

Baudin (André-Clément-François), 4e corps d'armée.

Mouriès (Marcel-Victor), 15e corps d'armée.

Nalin (Charles-Joseph-Bernard), 15e corps d'armée.

De Vernejoul (Robert-Jean-Louis-Etienne), 15e corps d'armée.

Sauze (Louis-Alphonse-Honoré), 15e corps d'armée.

Perin (Robert-Marie-Camille), 14e corps d'armée.

Rochet (Philippe-Marie-Auguste-Victor), 14e corps d'armée.

Troupes Coloniales

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel.

MM.

1 Rapin (P.-H.), du centre de mobilisation d'artillerie coloniale n° 111.

2 Kerneïs (J.-F.J.), du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 1.

3 Sarrailhe (P.-A.-J.), en Indochine.

4 Ouzilleau (F.-M.-F.), du centre de transition des troupes indigènes coloniales.

Pour le grade de médecin commandant.

MM.

1 *Lenoir* (M.-P.-F.), en Indochine.

2 Cloitre (J.-D.-G.), en Afrique orientale française.

3 Roton (J.-A.), en Indochine.

4 Dubourcau (J.-J.-E.), en Afrique occidentale française.

5 Jouveau-Dubreuil (H.-A.), du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 21.

6 Arne (L.-P.), du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 19.

7 Pistre (M.-J.-E.-F.-), du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 21.

8 Dodier (R.-U.-A.), du centre de mobilisation colonial d'infanterie n° 19.

9 *Saporte* (F.-B.-F.), du 22e rég. d'infanterie coloniale.

10 Margain (L.-A.), du centre de mobilisation d'artillerie coloniale n° 321.

11 Villeneuve (A.-G.-R.), du 12e rég. de tirailleurs sénégalais.

12 Alphand (Ch.-V.), en Afrique occidentale française.

Pour le grade de médecin capitaine.

MM.

1 Brocchi (A.-C.-A.), en Afrique occidentale française.

2 Muselli (M.), en Afrique occidentale française.

3 Dartiguenave (P.-F.-E.), en Indochine.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Berger, de Coutras (Gironde). — M. le Dr Courtet, de Plouay (Morbihan). — M. le Dr Jumentié, médecin assistant à l'hôpital Saint-Joseph, de Paris. — M. le Dr Rollin, de Levallois-Perret (Seine). — M. le Dr Léon Dufourt, de Fécamp, fondateur de la première *Goutte de lait.*

— **Hôpital de la Charité** — 47, rue Jacob. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, par M le professeur Emile Sergent.

Programme. (*suite*) — 1° Conférences à l'hôpital de la Charité. — Vendredi 22 juin : 14 h., M. d'Heucqueville : mesure de la capacité respiratoire (suite) 15 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : la tuberculose de la deuxième enfance ; 16 h. 30 : M. Louste : tuberculose ganglionnaire et cutanée. — Samedi 23 juin : 15 h. 30, M. Courcoux : tuberculose pleurale ; 16 h. 30, M. Courcoux : tuberculose des séreuses. — Lundi 25 juin ; 15 h. 30, M. Bordet : le cœur chez les tuberculeux ; 16 h. 30, M. Grellety-Bosviel : le foie des tuberculeux. — Mardi 26 juin : 15 h. 30, M. Babonneix : le système nerveux des tuberculeux. Les méningites 16 h. 30. M. de Berne-Lagarde : tuberculose rénale. — Mercredi 27 juin ; 15 h. 30, M. Laurens : tuberculose des voies aériennes et du larynx ; 16 h. 30, M. Oury : le tube digestif des tuberculeux . — Jeudi 28 juin : 15 h. 30 M. Oury : le tube digestif des tuberculeux (*suite*) ; 16 h. 30, M. Mignot : le pneumothorax artificiel. — Vendredi 29 juin : 15 h. 30, M. Pruvost :les complications du pneumothorax artificiel ; 16 h. 30, M. Bordet les méthodes chirurgicales de collapsothérapie. — Samedi 30 juin : 15 h. 30, M. Turpin : vaccination antituberculeuse. B. C. G. ; 16 h. 30, M. Benda : tuberculose et syphilis. — Lundi 2 juillet : 15 h. 30, M. Evrot : le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; 16 h. 30, M. Evrot : organisation départementale des dispensaires. — Mardi 3 juillet : 15 h. 30, M. Kuss : le rôle du médecin dans un dispensaire ; 16 h. 30, Mme Gouin : le rôle de l'infirmière dans un dispensaire. — Mercredi 4 juillet : visite au sanatorium de Plessis-Robinson. — Jeudi 5 juillet, visite au sanatorium de Bligny. — Vendredi 6 juillet : 15 h. 30, M. Pignot : les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose ; 16 h. 30, M. Mignot : le traitement médicamenteux et le traitement spécifique. — Samedi 7 juillet : 15 h, 30, M. Bertier : le traitement des complications ; 16 h. 30, M. Bertier climatologie.

2° *Exercices pratiques* (l'après-midi). — Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny). Visite de la Pouponnière E. F. F. (Boulogne).

3° *Stage hospitalier* (le matin). — Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

— **Clinique médicale des enfants** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (juillet-août 1928). — Programme : Jeudi 26 juillet, 10 h. 15 : Ouverture du cours par le professeur NOBÉCOURT ; 10 h. 30, M. BOULANGER-PILET : Diphtérie. Actualités ; 16 h., M. PARAF: Tuberculose aiguë ; 17 h., M. BABONNEIX : Poliomyélite aiguë. — Vendredi 27 juillet, 10 h. 30, M. BIDOT : Urologie clinique ; 16 h., M. PARAF : Prévention de la tuberculose : le B. C. G. ; 17 h., M. BABONNEIX : Hérédo-syphilis et système nerveux. — Samedi 28 juillet, 10 h. 30, M. BABONNEIX : Encéphalopathies infantiles et mongolisme. — Lundi 30 juillet, 10 h. 30, M. DUHEM : Radiologie respiratoire ; 16 h., M. PARAF : La scarlatine, diagnostic et traitement ; 17 h., M. BOULANGER-PILET : Les syndromes hypophysaires. — Mardi 31 juillet, 16 h. M. Jean HUTINEL : Bronchopneumonies et traitement ; 17 h., M. PICHON : rougeole, dianostic et traitement. — Mercredi 1er août, 10 h. 30, M. DUHEM : Radiologie du cœur ; 16 h., M. PICHON : Epilepsie et traitement ; 17 h., M. Léon TIXIER : Anémies et hémophilie. — Jeudi 2 août, 10 h. 30, M. BOULANGER-PILET : Les pyélonéphrites ; 16 h., M. PICHON : L'acrodynie ; 17 h., M. Jean HUTINEL : Syphilis du rein. — Vendredi 3 août, 10 h. 30, M. Léon TIXIER : Les R. U. V. en pédiatrie ; 16 h., M. PICHON : Le rhumatisme cardiaque ; 17 h., M. R. MATHIEU : Les chorées. — Samedi 4 août, 10 h. 30, M. DUHEM : Electrodiagnostic. — Lundi 6 août, 10 h. 30 M. BIDOT : Coprologie clinique ; 16 h., M. Léon TIXIER : Rachitisme et traitement ; 17 h., M. R. MATHIEU : Encéphalite épidémique. — Mardi 7 août, 10 h. 30, M. PRÉTET : Réactions sérologiques ; 16 h., M. NADAL : L'asthme infantile ; 17 h., M. LEBÉE : Diagnostic et traitement des pleurésies purulentes . — Mercredi 8 août, 10 h. 30, M. Léon TIXIER : Hérédo-syphilis et traitement ; 16 h., M. LEBÉE : La coqueluche ; 17 h., M. René MARTIN : Méningite cérébro-spinale. — Jeudi 9 août, 10 h. 30, M. PRÉTET : Les septicémies et leur diagnostic bactériologique ; 16 h., M. JANET : Vomissements cycliques ; 17 h., M. Jean HUTINEL : Abcès du poumon. — Vendredi 10 août, 10 h. 30, M. DUHEM : Physiothérapie chez l'enfant ; 16 h., M. JANET : Syndromes thyroïdiens ; 17 h., M. R. MATHIEU : Les colites. — Samedi 11 août, 10 h. 30, M. JANET : Le diabète infantile.

Professeur NOBÉCOURT : à 9 heures, conférence clinique dans les salles de la clinique.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française** (XXXIIe session. — Anvers (23-28 juillet 1928), sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges. — Présidents : M. le professeur Henri Claude, de Paris ; M. le professeur Aug. Ley, de Bruxelles. Vice-président : M. le docteur Lalanne, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy. Secrétaire général : M. le docteur Fr. Meeus (21, rue des Nerviens, Anvers).

Programme : Lundi 23 juillet. — 9 h. 45 : Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. Paul-Emile Janson, ministre de la Justice, dans la salle des fêtes de l'Athénée Royal, place de la Victoire ; — 14 h. 15 : 1er rapport, Psychiatrie : La Catatonie ; rapporteur : M. le professeur Paul Divry (de Liège). — 19 h. Réception par le Gouvernement provincial au Parc Provincial « Het Rivierenhof », à Deurne.

Mardi 14 juillet. — 9 h. 15 : 2e rapport, Neurologie : Les Algies du membre supérieur ; rapporteur M. le professeur H. Roger (de Marseille). — 14 h. 15 : Séance de communications ; salle du Conseil Provincial, au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2). — 16h. 30 : Réception à l'Hôtel-de-Ville par les autorités communales. — 17 h. : Thé suivi de concert offert par l'administration communale dans la cour du Musée Plantin.

Mercredi 25 juillet. — 9 h. 15 : Assemblée générale du Congrès. — 11 h. : visite du Musée Plantin ; conférence par M. le professeur Sabbe, conservateur du Musée Plantin. — 14 h. 15 : séance de communications avec projections. — 17 h. : visite du Musée des Beaux-Arts ; conférence par M. Muls, conservateur du Musée. — 20 h. 30 : Soirée offerte par la colonie française d'Anvers dans le local d'été de la Société Royale d'Harmonie.

Jeudi 26 juillet. — 9 h. 15 : 3e Rapport, Thérapeutique : La Thérapeutique de la paralysie générale ; rapporteurs : MM. les docteurs B. Dujardin, agrégé de l'Université de Bruxelles, et René Targowla, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle ; — 11 h. : Excursion à l'hôpital pychiatrique pour hommes de Mortsel ; — 14 h. 30 : Séance de communications. — 16 h. 30 : Visite de l'asile. — 17 h. 30 : Réception par la direction générale des Rév. Frères de la Charité. — 19 h. : Départ pour Anvers. — 20 h. 30 : Soirée offerte par les présidents et les membres du Congrès dans les salons de la maison Ed. Van Hellemont, 14, avenue Van Eyck.

Vendredi 25 juillet. — 8 h. 17 : Départ pour la colonie de Merxplas. — 10 h. : Arrivée et visite de la Colonie de Bienfaisance (vagabonds) et des institutions pénitentiaires spéciales (détenus tuberculeux, épileptiques, anormaux, prison-école). — 13 h. : Déjeuner offert par la Colonie de Bienfaisance. — 14 h. 30 : Départ. — 16 h. : Arrivée et visite de l'hôpital psychiatrique pour femmes (Bethaniënhuis), à St-Antoine-Brecht. — 1 h. : Réception par la Direction générale des Rév. Sœurs Nobertines. — 19 h. 30 : Départ pour Anvers.

(Prix de l'excursion Merxplas et Saint-Antoine : 25 francs belges).

Samedi 28 juillet. — 9 h. 15 : Séance de communications à l'hôpital de Stuivenberg ; clôture de la session. — 11 h. : Visite de l'hôpital de Stuivenberg et de la clinique psychiatrique. — 14 h. 30 : Excursion sur l'Escaut et visite du Port d'Anvers, organisées par l'administration communale.

N. B. — Les membres du Congrès qui désirent participer aux excursions et assister aux réceptions, devront s'inscrire au Secrétariat au plus tard le lundi 23 juillet. Le secrétariat se tiendra le lundi matin à l'Athénée Royal, place de la Victoire, le lundi après-midi et les autres jours au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2).

Les dames sont invitées :

1° Le mercredi 25 juillet, à visiter l'Institut Saintes Marguerite, destiné à l'observation et l'éducation des jeunes filles placées sous la surveillance du juge de enfants ; 2° le jeudi 26 juillet, à 15 heures, à visiter la Biscuiterie De Beuckelaer, rue du Vanneau.

— **XXIe V. E. M.** — Le XXIe voyage d'études aux stations minérales aura lieu en septembre 1928 aux stations du Centre, Bourbonnais et Auvergne. Il commencera à Pougues et se terminera à Vichy en passant par Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Néris, Evaux, La Bourboule, le Mont-Dore, Besse, Vic-sur-Cère, le Lioran, Saint-Nectaire, Royat, Durtol, Châtel-Guyon et Sail-les-Bains.

Le programme sera publié ultérieurement. Les inscriptions sont reçues à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de Mlle Machuré, secrétaire des V. E. M.

— **Congrès de psychologie appliquée.** — Un Congrès international de psychologie appliquée est actuellement en voie d'organisation sous les auspices de la revue « *La Psychologie et la Vie* ». Ce Congrès qui se tiendra à Paris, au Palais Royal, dans les locaux mis à sa disposition par « l'Institut de Coopération intellectuelle de la Société des Nations », doit avoir lieu durant la deuxième quinzaine d'octobre. Prix de l'inscription au Congrès : 30 francs.

— **Troisième centenaire de la découverte de la circulation du sang par W. Harvey.** — *Texte de l'adresse présentée par l'Académie de médecine, à la séance solennelle du 22 mai 1928, au nom du « Royal College of Physicians » de Londres.*

EGREGIO COLLEGIO REGALI MEDICORUM LONDINENSI
ACADEMIÆ MEDICINÆ GALLICE
PRŒSES ET SOCII.
S. P. D.

Circuitum sanguinis clare probatum, ex motu cordis et perpetuo liquoris vivifici cursu novatas morborum explanationes, pristinas deinde et adhuc inanes medicorum disputationes certo idonei experimenti argumento subditas, Guglielmi Harvei, Folkstonensis Angli, Medici Regii et Professeoris Anatomiæ in Collegio Medicorum Londinensi, magnificum in summa opus mirando nondum satiare possumus.

Tertium jam præteriit sæculum nec ejus gloriam tempus edax minuit. Imo, columnæ sicut imposita statua, plurimo successus aucta incremento, altius elata splentdet Harvei doctrina.

Clarorum virorum memor, Academia nostra tanti nominis medici famam verecunde celebrat et Scientiæ lumen simulac amicæ Britanni æ decus ex animo colere juvat.

Pergratam opportunitatem quare non prætermittit in festis diebus inclytissimo Medicorum Collegio vestro prosperas res exoptandi necnon doctissimam tot et tantorum Harvei Discipulorum sobolem laudibus merit prosequendi.

Nomine et auctoritate Academiæ Medicinæ Gallicæ dabamus Parisiis.

A. D. MCMXXVIII
Kalendis Maiis.

Præses, BÉCLÈRE. *Registrarius*, Ch. ACHARD.

— **Prix de l'UMFIA (Union médicale latine).** *Prix du docteur Tussau, de Lyon.* — L'UMFIA propose le prix TUSSAU de 2.000 fr. qui sera attribué en 1928 au meilleur ouvrage édité au cours de l'année ou au meilleur travail sur :

1° Le traitement de la stérilité par la lipiodolisation utéro-tubaire.

2° La radiographie utéro-tubaire.

Ces deux sujets peuvent être traités séparément ou simultanément.

Les candidats devront présenter leur ouvrage ou travail dactylographié au début de décembre 1928. Le concours sera clos le 20 décembre 1928. Les mémoires seront adressés au siège social de l'UMFIA, 81, rue de la Pompe, Paris, qui désignera le jury chargé d'examiner les travaux. Les ouvrages ou mémoires devront être accompagnés de radiographies (épreuves positives ou impressions).

Le prix devra être obligatoirement décerné à un membre de l'UMFIA et les ouvrages pourront être rédigés en langue française, espagnole, italienne, portugaise ou roumaine.

En aucun cas le prix ne sera partagé.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Mardi 15, au Buffet de la Gare de Lyon, a eu lieu la réunion de printemps de la S. A. M. T. P. Etaient présents : les docteurs Terson, Caujole, Mont-Refet, Nogués, Dijeon David de Prades, Alquier, Digeon (P.-A.), Molinéry Dartigues, Lévy-Lebhar, Groc, Quériaud, Mouchaud Privat, de Parrel, Lassance, Armengaud, Sauveplane Darquier, Pédebidou, Duraud, Baqué, d'Ayrenx, Bory, Babou, Boursier de La Roche.

S'étaient excusés : les docteurs Malaviale, Roule, Bourguet, Fau, Delherm, Barutaut, de Beauchamp, Simon, Buvat, Caraven, Cambies, Loze, Montagne, Flurin, Cany, Vasselin.

Comme à l'accoutumée, l'entrain le plus vif, la camaraderie la plus cordiale régnèrent pendant la soirée. Excellente reprise de contact entre camarades que séparent trop longuement les obligations professionnelles et pleinement ravis de se retrouver, pour quelques heures dans la joyeuse et intime atmosphère de leurs amis d'études. Que ces réunions amicales ont donc d'heureuses conséquences à tous points de vue !

Prirent successivement la parole : le docteur Groc, secrétaire général, pour lecture de la correspondance et pour questions diverses ; le docteur d'Ayrenx au nom de tous adressa ses bien vives félicitations au docteur Caujole qui vient d'être brillamment élu député de Boulogne-sur-Seine ; ce dernier avec infiniment d'esprit, narra quelques détails sur sa campagne électorale ; enfin le docteur Dartigues, plus en verve que jamais, résuma les principales phases de son voyage au Maroc, où il avait été invité à faire une conférence aux Journées médicales marocaines.

La date de la prochaine réunion sera fixée ultérieurement.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les stations balnéaires thermales et climatiques du réseau P. L. M.* — Toutes les gares des grands réseaux français délivrent, du 1er juin au 30 septembre, des billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les principales stations balnéaires de la Côte d'Azur. On peut également se procurer dans ces gares, du 1er mai au 25 juin et du 20 août au 3 septembre des billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les principales stations thermales et climatiques P. L. M. Dans les deux cas, le voyage doit comporter un parcours simple d'au moins 300 km. en 1re et 2e classes, d'au moins 500 km. en 3e classe. L'itinéraire du voyage de retour peut être différent de celui du voyage d'aller.

La réduction est de 25 % en 1re classe, de 20 % en 2e classe pour un trajet simple de 300 km. ; de 30 % en 1re classe et de 25 % en 2e classe pour un parcours simple de 600 km. Elle est de 20 % pour un parcours simple d'au moins 500 km. en 3e classe La validité des billets est de 33 jours. Pour les billets de stations balnéaires seulement, elle peut être prolongée deux fois de 30 jours moyennant un supplément de 10 % du prix du billet pour chaque prolongation, mais elle ne peut dépasser la date du 5 novembre. Dans tous les cas, les titulaires de billets individuels doivent effectuer leur voyage de retour, au plus tôt après un délai de 12 jours compté du jour de départ, ce jour compris.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

NOTE DE PUÉRICULTURE

Essai de prophylaxie des diarrhées estivales du nourrisson.

Il est d'observation courante que les diarrhées des nourrissons et le choléra infantile apparaissent principalement de juillet à fin septembre. Pendant cette période de l'année, les bêtes laitières sont alimentées avec des fourrages fraîchement coupés qui n'ont pas, selon l'expression employée par les éleveurs, « jeté leur feu », c'est-à-dire qu'à l'intérieur des meules ou dans les greniers les bottes de fourrages sont échauffées par une fermentation légère, insuffisante pour intoxiquer les animaux qui les absorbent, mais suffisante pour intoxiquer les laits fournis par ces animaux. Cette fermentation est plus forte lorsque, dans la période qui a précédé la coupe, les prairies ont été exposées à une forte chaleur et à un soleil très vif. Or, il est d'observation courante également que les diarrhées des nourrissons et le choléra infantile sont plus nombreux précisément pendant les années où la période de fenaison a été particulièrement chaude. Il est à remarquer aussi que l'ébullition du lait est souvent insuffisante à empêcher l'apparition de ces maladies, qu'enfin toutes les recherches bactériologiques n'ont pu en découvrir les microorganismes spécifiques. Divers auteurs, parmi lesquels notre confrère Veillard dans ses articles publiés dans le *Concours*, en ont conclu que les diarrhées estivales des nourrissons étaient déterminées par les intoxications par le lait, intoxications ayant pour cause la consommation de fourrages échauffés par le soleil et encore en période de fermentation.

On pourrait vérifier l'exactitude de cette hypothèse en obtenant, toutes les fois qu'il serait possible, des fournisseurs de lait, qu'ils nourrissent de juillet à octobre avec des fourrages secs, fourrages de l'année précédente, les bêtes dont le lait alimente les nourrissons. Parmi les hôpitaux d'enfants, les gouttes de lait, les centres d'élevage, il en est certainement qui pourraient réaliser cette expérience avec le concours de vétérinaires exerçant leur surveillance. Cette expérience pourrait être essayée en bien des localités, elle ne paraît pas d'une difficulté insurmontable, il suffirait seulement de s'entendre avec les producteurs de lait dès la fin de juin.

Je crois qu'il n'y a pas lieu d'insister davantage sur l'utilité que pourrait avoir, pour la diminution de la mortalité des nourrissons, cette tentative de prophylaxie que pourront essayer un grand nombre de nos confrères.

Dr JOSSERAN,
Milly (Seine-et-Oise).

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

Les admissions sont prononcées à la fin de chaque trimestre.

Pourriez-vous me dire si, au cours de l'année, il est possible d'entrer à la Mutualité Familiale ou bien s'il faut attendre le mois de janvier. Et si la chose se peut, quelle cotisation aurais-je à payer : j'ai 31 ans et je voudrais avoir 20 francs d'indemnité et une pension de 1.200 francs à 65 ans. Dr M.

Réponse.

Oui, il est possible d'entrer à la Mutualité Familiale au cours de l'année et le Conseil prononce les admissions à la fin de chaque trimestre.

La cotisation se paye en entier pour la pension, car la participation remonte uniformément au 1er janvier de l'année en cours, mais pour l'indemnité -maladie on paye seulement au prorata du temps qui reste à courir.

A 31 ans, vous auriez à verser une cotisation de 294 fr. 90 ou, si vous vouliez contre-assurer vos versements pour la pension, 309 fr. 10, frais de gestion compris.

Vous devrez subir un examen médical devant le confrère que vous indiquera le secrétaire général, Dr Mignon au Vésinet, (S.-et-O.). Mais hâtez-vous, car le Conseil se réunira le 26 juin.

Pharmacie

2005. — Médicament ou produit hygiénique de beauté ? Le concours d'un pharmacien est-il indispensable pour la préparation et la mise en vente.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant. Un de mes amis est commerçant en produits de beauté. Ce sont des laits qui , sous forme de frictions, ont pour but de combattre l'obésité. Il y a de l'iodure de potassium à faible dose dans ces solutions.

J'estime que ce commerçant n'a nullement besoin du patronage d'un médecin ou pharmacien pour exercer sa profession et qu'il ne contrevient nullement aux dispositions de la loi réglementent la vente des produits pharmaceutiques.

Je vous serais très reconnaissant de m'éclairer à cet égard, mon ami désirant avant tout respecter les traditions en vigueur.

Dr M.

Réponse.

Dans quels cas un produit plus ou moins médicamenteux peut-il être vendu au public, sans passer par l'intermédiaire d'un pharmacien diplômé ?

Rappelons que seuls les pharmaciens tiennent de la loi du 21 germinal an XI, le droit de vendre les drogues au poids médicinal, de fabriquer et de

débiter, quel que soit le poids, les préparations et compositions pharmaceutiques.

Que faut-il entendre par médicament ? C'est toute substance d'origine végétale, animale, ou minérale, servant au soulagement, à la guérison ou à la préservation des maladies humaines.

C'est en s'appuyant sur cette définition que la jurisprudence a résolu les cas, qui ont été soumis aux tribunaux.

Comment déterminer la valeur curative d'une préparation ?

La jurisprudence estime qu'il n'est pas nécessaire qu'une substance agisse sur une maladie déterminée : il suffit qu'elle ait une action thérapeutique sur l'organisme. Ainsi, un produit destiné à combattre l'alcoolisme, par son action sur l'estomac est réputé médicament (Cour d'appel de Paris, 8 novembre 1892 ; Cour de Cassation, chambre criminelle, 9 mars 1893).

Les sangsues ont été considérées comme médicament par arrêt de la Cour de Cassation criminelle, 9 juillet 1858.

D'ailleurs, la Cour de Cassation a décidé que les juges n'ont pas qualité pour affirmer les propriétés curatives d'un produit, qui a le caractère d'un médicament : il suffit qu'ils constatent que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif. (Cassation, 20 mars 1897 ; 9 mars 1923).

C'est ainsi qu'un certain nombre de jugements et arrêts correctionnels ont condamné, pour exercice illégal de la pharmacie, des personnes, qui, non munies du diplôme de pharmacien, ont mis en vente une lotion capillaire, contre les pellicules, ou contre la chute des cheveux.

Mais sera déclaré produit hygiénique et non médicament une préparation ne contenant aucune trace de médicament, ou des doses minimes de produit actif, préparation vendue non pas dans un but curatif, mais de beauté.

Aussi, dans le cas qui nous est soumis, pouvons-nous dire que des laits, qui ne contiennent que des doses faibles d'iodure, mais destinés à combattre l'obésité, peuvent être considérés comme des médicaments, puisqu'ils contiennent des substances médicamenteuses et sont débités pour lutter contre une maladie.

Il serait plus prudent de s'assurer le concours d'un pharmacien diplômé, sinon le parquet pourrait poursuivre pour exercice illégal de la pharmacie.

Mais, alors surgiront toutes les difficultés provenant de l'association d'un non diplômé avec un pharmacien, pour l'exploitation et la mise en vente d'un produit médicamenteux, destiné à un but curatif.

Dr Paul BOUDIN.

Questions médico-militaires.

1506. — Obligation des périodes d'instruction.

Médecin aide-major, 1re classe, classe 1917, serai-je obligé de faire des périodes ? A quelle époque ?

Ayant fait la guerre comme soldat de 2e classe dans l'infanterie, je n'ai pas d'uniforme.

Dois-je en avoir un ? Ai-je droit à une indemnité ? A qui la réclamer. Dr D.

Réponse.

Vous serez certainement obligé de faire des périodes d'instruction d'ici votre libération de toutes obligations militaires. C'est le ministre qui fixe les classes (officiers ou hommes de troupe) à convoquer chaque année ; le directeur du Service de santé appelle les médecins aux époques que déterminent les besoins du service.

« La tenue de campagne est seule obligatoire pour les officiers de réserve » (article 43 de la loi du 8 janvier 1925.)

Ayant été promu en 1917, on ne peut vous donner la première mise d'équipement que vous sollicitez, celle-ci n'ayant pas été réglée à ce moment, faute de prévisions budgétaires. Tout au plus pourriez-vous demander à votre Directeur du Service de santé de recevoir à titre gratuit des effets de sous-officier, à prélever sur les réserves du magasin d'habillement du Corps d'armée.

1383. — Première mise d'équipement.

Comme aide-major de 2e classe, puis de 1re classe (dans le service auxiliaire, car je suis réformé de guerre, et pensionné), ai-je droit à toucher la première mise d'équipement, dont j'apprends l'existence par une réponse de vous dans le *Concours* du 1er janvier 1928 ?

Dans l'affirmative comment dois-je m'y prendre, pour toucher cette somme ?

Dr B.

Réponse.

La première mise d'équipement n'est payée que dans les limites budgétaires ; aussi depuis la fin de la guerre jusqu'en janvier 1926 n'était-elle plus réglée.

Vos droits dépendent donc de la date de votre nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Il faut adresser une demande au Directeur du Service de santé votre de région.

1442. — Taux de pension d'une veuve de guerre.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me donner un renseignement au sujet d'une rente de veuve de guerre : le mari, qui était réformé à 80 %, est décédé dernièrement, en février 1928, des suites de sa blessure. La veuve vient de recevoir son titre de pension, qui est de 1.080 fr., alors que d'autres

veuves touchent, paraît-il, pour le même pourcentage de réforme, 1.600 fr. Y a-t-il, dans la loi, une différence entre le militaire décédé durant la guerre, et celui qui est mort, des suites de sa blessure, depuis la cessation des hostilités ?

Dr H.

Réponse.

Si le mari est mort des suites de ses blessures, la veuve a droit au tarif normal : 1.695 francs.

S'il est décédé d'une maladie étrangère au service, sa pension à 80 % donne droit à la veuve, sous certaines conditions de mariage, au taux de réversion de 1.080 francs.

La date de cessation des hostilités n'entre pas en ligne de compte.

1403. — Démarches à faire en vue d'une demande éventuelle de pension militaire.

Un officier ayant reçu trois blessures durant la guerre, mais n'ayant pas passé devant le Conseil de réforme, voudrait néanmoins réserver ses droits pour l'avenir, en cas de complication. Quelle conduite doit-il tenir actuellement ?

Dr B.

Réponse.

Cet officier doit adresser une demande de visite, par lettre recommandée, au Directeur du Service de santé de sa région.

S'il est encore en activité, par la voie hiérarchique.

S'il est rendu à la vie civile, avant le 31 décembre 1928, car, à cette date, expirent les délais d'instance.

1368. — Délai pour demander une pension.

Un ancien combattant, blessures multiples en plusieurs fois, possédant tous les certificats d'origine de blessures, a-t-il encore le droit de se mettre en instance de pension ?

Quelle marche suivre ? Dr D.

Réponse.

Oui, mais il doit le faire avant le 31 décembre 1928, dernière limite.

Qu'il adresse aussitôt, par pli recommandé, une demande de visite pour indemnisation de blessures de guerre au Directeur du Service de Santé de votre région, avec la copie certifiée conforme de toutes les pièces d'origine.

1325. — Chiffre de pension militaire.

Atteint : 1° d'arthrite de l'épaule droite, suite de fracture du col de l'humérus pendant la guerre et 2° de tics de la partie gauche de la face, suite de blessure par éclat d'obus dans la région parotidienne gauche, mon état s'est aggravé et les experts m'ont proposé

pour une invalidité de 25 à 30 %. J'étais à la démobilisation médecin-major de 2e classe depuis 1917 et j'ai été promu il y a 2 ou 3 ans médecin-major de 1re classe. Sur quel grade se basera-t-on pour le taux de ma pension et combien toucherai-je dans l'un ou l'autre cas.

Dr N.

Réponse.

Le taux de votre pension sera calculé sur le grade dont vous étiez possesseur au moment de la blessure (article 18 de la loi du 11 avril 1831).

Pour 25 % d'invalidité, médecin capitaine, vous recevrez 1.700 francs de pension par an ; pour 30 %, 2.040 francs par an.

1257. — Demande d'augmentation de pension.

Je vous serai très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis au sujet du blessé suivant : il s'agit d'un blessé de poitrine. Sur son carnet médical, il est mentionné :

« Reliquat de plaie de poitrine, hémithorax droit, par éclats d'obus. Cicatrices postérieures. Diminution de la sonorité du murmure et de l'expansion.

« A fait ultérieurement, le 19 novembre 1921, une hémiplégie droite d'*origine indéterminée* qui s'est améliorée notamment au membre inférieur, mais laisse un léger degré de contracture au membre supérieur. Atrophie de un cent. au bras et à l'avant-bras. Parésie de la face droite et aphasie motrice. »

Le blessé était réformé à 15 %.

A la suite d'une décision de la commission de réforme de *courant* 1927, ce blessé est déclaré inférieur à 10 %, pour sa plaie de poitrine. D'autre part, l'hémiplégie n'est pas acceptée, la preuve d'origine n'existant pas et les délais de réclamation étant écoulés. Or, dans les papiers de ce blessé aphasique, qui, de plus a fait des fugues fréquentes, on n'a trouvé aucune trace de convocation pour la commission de réforme en 1927. Le seul papier en sa possession est celui relatant la visite qu'il a subie en 1926 et portant le motif reproduit plus haut.

A cette époque, la radioscopie aurait montré trois éclats d'obus intra-pulmonaires et il aurait été examiné sur la demande de la Commission de réforme par le professeur L. qui aurait conclu que l'hémiplégie pouvait être attribuée à sa blessure. Ces pièces seraient à son dossier. Un fait nouveau viendrait confirmer l'opinion du prof. L. : il y a quelque temps, deux éclats (conservés par le blessé) sont sortis par sa langue et le lendemain, le blessé a présenté une sorte de crise convulsive, du côté droit avec perte de connaissance. Cette crise a été constatée par des témoins.

Devant le rejet de la pension, la famille ou plutôt sa femme a l'intention de se pourvoir au Tribunal des pensions et m'a demandé d'accompagner le blessé qui ne peut pas parler, afin de le défendre.

Pourriez-vous me faire connaître votre opinion dans cette affaire. Est-ce qu'on peut espérer avoir gain de cause ? Quel sera le pourcentage accordé ? Pour le défendre, puis-je demander communication du dossier et dans l'affirmative à qui dois-je m'adresser ? Pourrai-je demander au tribunal une nouvelle expertise d'un spécialiste à mon choix ? Dans ce cas, qui payera l'expert ?

Dr G.

Réponse.

A notre avis, le blessé a beaucoup de chances de gagner sa cause devant le Tribunal.

En effet, le premier accident nerveux qui s'est produit date de 1921, et le prof. L. dans un rapport, qui doit être une des pièces les plus importantes, estime qu'il y a peut-être une relation de cause à effet entre la présence de ces éclats intrapulmonaires (*dévoilés par la radio*) et les accidents nerveux. Enfin, il y a eu récemment évacuation d'éclats et crise convulsive.

Il faut avant tout prendre la date de la blessure, établir par tous témoignages valables (le vôtre serait de premier choix) ce qu'est advenu, au point de vue neurologique, le blessé entre l'accident et 1921 (date du premier accident nerveux), puis, dans la suite jusqu'à l'expertise du prof. L.

Etablir par preuve valable (dont votre témoignage), les circonstances des derniers accidents.

N'oubliez pas d'insister sur les cicatrices thoraciques, qui sont « postérieures » et, par conséquent peuvent témoigner d'une atteinte de l'axe médullaire.

Il nous est difficile d'établir un pourcentage d'invalidité : peut-être obtiendra-t-on 50 à 60 %, ceci sous toutes réserves.

C'est au greffe du tribunal que vous pourrez, d'accord avec l'avocat, obtenir communication du dossier.

Le rapport du prof. L. est capital. Cependant, le blessé pourra demander au Tribunal de commettre un nouvel expert qualifié. Voyez à l'avance quels sont les experts neurologiques accrédités auprès du Tribunal et tâchez de fixer votre choix. Les frais seront supportés par la partie perdante (le Ministre des Pensions ou l'intéressé).

Le Tribunal suivra mieux l'expert choisi et commis par lui que celui qui serait choisi par vous et indépendamment de lui.

Baux et locations.

1851. — Droit à la prorogation.

La localité où j'exerce compte 1.050 habitants et mon bail fait en 1913 pour dix ans expire le 1er octobre 1928, après avoir profité des 5 ans et 82 jours du moratorium.

Jusqu'à présent, je n'ai pu arriver à trouver un local autre pour m'installer, mon propriétaire m'ayant

signifié par huissier d'avoir à quitter mon local actuel le 1er octobre 1928.

Je ne crois pas que le propriétaire veuille habiter ce local lui-même, ni ses ascendants ou descendants. Et je vous serais reconnaissant de me dire si :

1° Le propriétaire a le droit de procéder à mon expulsion, ne voulant pas l'habiter lui-même ;

2° Si je ne pourrais pas obtenir 3 ou 6 mois de prolongation au cas où je trouverais un nouveau logement, mais non encore prêt à me recevoir à cause des réparations ;

3° Combien de temps avant le 1er octobre 1928, je devrais prévenir mon propriétaire actuel pour obtenir cette prolongation de 3 ou 6 mois ? Et comment le prévenir ? par huissier ou lettre recommandée et me dire devant quelle juridiction l'affaire se présentera.

Il m'est pénible de dire que j'ai fait toute la guerre du 6 août 1914 au 12 février 1919 dans un simple régiment au front et j'ai 52 ans, alors que d'autres non mobilisés, derrière au feu, ventre à table, ont été et sont encore bien plus favorisés.

Dr X.

Réponse.

Vous ne pourriez avoir droit à une prorogation, en vertu de la loi du 1er avril 1926 sur les loyers, que si la localité que vous habitez se trouvait distante de moins de cinq kilomètres d'une ville de 10.000 habitants ou bien avait vu croître sa population d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Dans ce cas, la prorogation vous serait acquise de plein droit jusqu'au 1er avril 1931, sans droit de reprise pour le propriétaire et sans aucune formalité préalable.

Mais si votre commune ne rentre ni dans l'une, ni dans l'autre des catégories ci-dessus, la loi du 1er avril 1926 n'y est pas applicable et c'est le droit commun qui y régit dès à présent les rapports entre propriétaires et locataires.

La conséquence en est que votre propriétaire peut, dans ces conditions, vous consentir ou vous refuser un renouvellement de bail, à sa seule volonté. S'il le refuse, il pourra, lorsque votre prorogation de la loi du 9 mars 1918 sera expirée, poursuivre votre expulsion, soit pour reprendre pour son usage personnel, soit même pour relouer à un autre locataire.

Dans cette éventualité, votre seule ressource serait, au moment de l'expulsion, de demander à l'huissier à aller en référé devant le Président du Tribunal civil qui vous accordera certainement des délais de grâce de quelques mois. Mais ces délais seront de courte durée et ne pourront pas être renouvelés.

Sanatoriums.

1258. — Formalités pour l'ouverture d'un sanatorium privé.

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez

bien m'indiquer les formalités administratives que nécessite l'ouverture d'un sanatorium.

Dr D.

Réponse.

La déclaration de création d'un sanatorium privé doit être faite au Préfet, qui en délivre récépissé.

A la déclaration doivent être joints :

Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

La contenance des terrains qui y sont affectés ;

L'indication du genre de malades qu'il est disposé à recevoir, ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;

Un plan des bâtiments affectés au logement et au traitement des malades.

Fiscalité.

1781. — Lieu où doit être faite la déclaration du revenu.

Je reçois du contrôleur des contributions à V., une demande de déclaration de revenus détaillés de chacune des années 1923 à 1927 pour mon domicile de C. où je n'habite du reste que de janvier à fin avril et depuis 1919.

Car mon domicile réel est N. où j'exerce la médecine, et où je suis électeur.

Dois-je répondre que j'ai fait ma déclaration d'impôt pour C. et N. (comme de coutume d'ailleurs) au contrôleur ou bien faut-il envoyer une nouvelle déclaration des cinq années à V. ?

Ce serait la première fois que je le ferais ?

Dr Z.

Réponse.

Nous estimons qu'il vous suffira de répondre au contrôleur des contributions que vos déclarations ont été souscrites où vous exercez votre profession et où vous avez votre domicile. A. M.

1733. — Justification des dépenses professionnelles.

Je reçois, ce jour, de l'inspecteur des Contributions de V, une lettre recommandée dont voici copie :

« Le montant de vos frais généraux pour les années 1926 et 1927 (imputés en 1927 et 1928) apparaît comme excessif comparé au montant brut de vos honoraires et aux ressortants de l'ensemble des déclarations de vos confrères.

Par ailleurs, vos frais généraux comportent les frais de remplacement qui ne sont pas déductibles.

Par suite, j'ai l'honneur de vous faire connaître que je me propose de fixer vos bénéfices :

A 33.000 francs pour 1926.

A 35.000 francs pour 1927.

Vous voudrez bien me donner dans le plus bref dé-

lai possible votre acceptation ou me produire vos observations. Au cas où l'accord ne s'établirait pas, je soumettrai notre différend à la Commission consultative. »

J'ai cependant tenu mes comptes de façon très régulière et tiens un livre Journal de mes recettes-dépenses qui, sans être un modèle de tenue de comptabilité, me paraît cependant suffisant, au besoin pour justification.

Habitant à trois kilomètres du centre de la ville, j'ai des frais de transport, forcément plus élevés que mes autres confrères de la ville et cependant ne puis demander un sou de plus qu'eux pour mes visites dans la ville. Quant aux frais de remplacement (indemnité quotidienne et frais de nourriture), j'ai toujours vu qu'ils étaient déductibles d'après l'avis même du *Concours* dans des cas analogues.

Ma déclaration 1926 était :

Bénéfice brut	54.154 fr.
Dépenses professionnelles	30.732 fr.
Bénéfices nets	23.422 fr.

Ma déclaration 1927 était :

Bénéfice brut	58.074 fr.
Dépenses professionnelles	29.967 fr.
Bénéfices nets	28.019 fr.

Seriez-vous assez aimable pour m'indiquer votre avis et la façon dont je dois répondre à l'Inspecteur.

Dr N.

Réponse.

Dans votre réponse au contrôleur, indiquez-lui les raisons pour lesquelles vos frais de déplacement sont élevés, et fournissez-lui le détail de vos dépenses professionnelles de 1927.

Nous estimons que les frais de remplacement sont déductibles au même titre que le salaire d'un assistant, étant entendu que vous encaissez et déclarez les honoraires provenant des consultations ou soins donnés par votre remplaçant.

Si le contrôleur maintient son appréciation, faites-lui connaître votre intention de voir le litige soumis à la Commission, mais nous vous conseillons de voir le contrôleur afin de lui faire préciser les motifs de son rehaussement, car ceux invoqués par lui sont trop généraux pour répondre aux prescriptions de la loi.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

I

1969. — Injections antitétaniques.

Que faut-il compter au point de vue tarif assurances pour le cas suivant :

Coup de pied de cheval à la figure, plaies diverses, agrafes, etc., jusque-là tout va bien.

Mais le blessé ayant déjà subi, deux ans avant, une

injection de sérum A. T. j'ai jugé bon pour éviter des accidents anaphylactiques de lui injecter 1 cc. le premier jour, 2 cc. le surlendemain et enfin 10 cc. de sérum le 4e jour. Je ne vois rien dans le tarif se rapportant aux injections d'1 et de 2 cc. Le pansement très sale a été refait à chaque consultation. Dois-je compter : consultation simple ou injection de sérum à chaque fois ?

Je n'ai encore rien vu dans le *Concours*, auquel je suis abonné, se rapportant à un cas de ce genre. Réponse par le *Concours*, bien entendu, et encore une fois, mes remerciements.

Dr J.

Réponse.

Comptez une fois une injection de sérum antitétanique (sans le pansement) et les autres fois une consultation (qui comprend le pansement effectué). L'injection antitétanique est tarifée 20 francs, qu'elle ait été faite en une ou plusieurs fois, telle est la jurisprudence acquise. Il n'en serait pas de même si vous aviez eu à faire plusieurs injections antitétaniques successives, par sute d'une poussée tétanique par exemple.

Dr Fernand DECOURT.

II

2034. — La visite de contrôle n'a pas à déplacer le blessé et, a fortiori, le médecin traitant.

Un blessé est soigné chez moi depuis plus de deux mois (main écrasée, rééducation, etc.). A deux reprises, l'assurance a demandé que le blessé vienne à Paris se faire voir au chirurgien de l'assurance.

Le blessé, ingénieur, m'a demandé de l'accompagner chaque fois. J'ai posé la question à l'assurance, qui m'a répondu : *c'est le droit* du blessé de se faire visiter en présence de son médecin traitant. Voilà pour les détails. Les deux fois, je l'ai fait par obligeance vis-à-vis du blessé et maintenant que je vois approcher la fin du traitement, je voudrais bien savoir ce que représentent ces deux voyages de 15 kilomètres aller environ et si l'assurance doit me les payer.

Dr B.

Réponse.

Vous n'aviez pas à vous déranger pour aller à Paris avec votre blessé, sauf entente préalable avec l'assurance, celle-ci s'obligeant ainsi à payer votre déplacement. Dans le cas contraire, c'est le blessé qui vous a demandé de l'accompagner qui est débiteur de ce déplacement *non légal.* Oui, je dis bien « non légal », car l'article 4, § 5 de la loi du 9 avril 1898, à propos de la désignation par le juge de paix du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, dit : « Cette désignation donnera audit médecin *accès hebdomadaire auprès de la victime* en présence du médecin traitant prévenu, etc. ». L'expression « *accès* hebdomadaire *auprès* de la victime » exclut, en bon français, toute idée de *faire déplacer* la victime et

de la faire venir de sa localité départementale à Paris. Le blessé n'a pas à « *se faire visiter* » (par le médecin d'assurance), en présence de son médecin traitant, comme vous a répondu la Compagnie. C'est à celle-ci à *envoyer* un médecin « *auprès* de la victime en présence du médecin traitant prévenu, etc... ». Tel est le texte très clair et très précis de la loi.

F. D.

Remplacements.

1068. — Engagement à faire prendre par le remplaçant.

Je dois me faire remplacer par un étudiant en médecine près de finir sa scolarité, pendant ma permission de deux mois en France. Je crains que ce remplaçant ne vienne plus tard s'installer dans le même centre.

Pourriez-vous me dire s'il existe un texte de loi — qui serait applicable à l'Algérie — empêchant les remplaçants de s'installer là où ils ont fait des remplacements.

Dr B.

Réponse.

Il n'existe pas de texte légal interdisant à un remplaçant de venir par la suite s'installer dans une localité où il a effectué un remplacement.

Mais, il vous est toujours possible de faire signer par votre remplaçant un contrat aux termes duquel celui-ci s'interdit de venir s'installer dans la localité et dans un rayon donné pendant un temps déterminé.

Un tel contrat est parfaitement valable et, au cas où le remplaçant viendrait à manquer à son engagement, vous pourriez le poursuivre devant le Tribunal civil pour le faire condamner à partir ou à vous payer une indemnité.

Voici un modèle d'engagement de ce genre :

« Je, soussigné, m'engage à remplacer Monsieur le docteur B, pendant une durée de .... jours, à partir du ....., aux conditions suivantes .....

« Je m'interdis le droit d'exercer la médecine dans M... et dans un rayon de..... kilomètres autour de cette ville et ce, pendant une durée de dix années qui commenceront à courir du jour où le remplacement prendra fin.

« Au cas où je manquerais à cet engagement, je devrais payer à M. le docteur B, comme indemnité convenue à forfait et sans réduction possible la somme de ..... (assez élevée).

Cinquantième année | N° 26 | 24 Juin 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

I

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré). J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Lortsch, de Mens, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr.* **50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 300. — Enf. infirmes, paralys. épilept., arriérés. Trait. spéc. indiv. Résult. très intér. Pension. méd., vie famille, prix modérés. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

No 301. — A vend. après décès, lot import. instrum. chirurgie, courante, bon état, appareils électr. et autres.

No 302. — Serais reconn. à conf. qui adresserait pour ma villa banlieue, enfants cure air, régimes, 20 à 30 fr. par jour. Drs 90, faub. Saint-Denis, Paris (10e).

No 303. — Veuve de médecin, très recommandée, sér., énerg., disting., cherche secrétariat chez Dr ; dirigerait intérieur, acompagner. malades dans voyages comme dame de compagnie. Au besoin accepterait après-midi seulement.

No 304. — Pharmac. dem. à doct. s'il pourrait recomm. famille dans milieu gai à la camp. ou stat. therm. (hydroth. de préf.) suscept. de prendre pend. les vacances sa gr. jeune fille non tuberc., sous sa surveill. médicale. M. Loynel, 2, rue Montmartre, à Paris.

No 305. — Midi. Près gr. ville, excell. client. sûre, 45.000, suscept. augment. Belle maison, bail, gar., jard., chasse et pêche. Faible indemn. Cause famille. Urgent. Accept. stage observ. 8 jours.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Bradford (de Londres) et Syllaba (de Prague) sont élus correspondants étrangers dans la première division (médecine et spécialités médicales).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Concours de prosectorat.* — Le concours de prosectorat s'est terminé par la proposition de MM. Ameline, Fèvre et Seillé.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'électro-radiologiste.* — Le jury du prochain concours d'électro-radiologiste des hôpitaux est définitivement composé de MM. Laquerrière, Guilbert, Darbois, Mallet, Gernez, Ribadeau-Dumas et Berger.

— **Paris.** *Hommage au professeur Cunéo.* — Le mardi 26 juin, à 11 h. 1/2, à l'hôpital Lariboisière, une médaille sera remise à M. le professeur Cunéo en commémoration de ses vingt-cinq années de services.

— **Hôpitaux de Rouen.** *Concours.* — Un concours sur titres aura lieu le 13 septembre pour la nomination d'un *chef de laboratoire* chargé de la direction du laboratoire d'anatomie pathologique à créer à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Un concours pour la nomination d'un *médecin électro-radiologiste* des hôpitaux de Rouen s'ouvrira à Paris le 27 novembre. Renseignements au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont.

— **Prix Benjamin Rosenthal.** — Ce prix, dont la valeur est de 25.000 fr., vient d'être attribué aux docteurs NEGRE et BOQUET, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur, auteurs de travaux importants sur le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique.

— **La réunion** préparatoire au *groupement des médecins des services pénitentiaires* aura lieu le 30 juin à 15 heures, 25, rue Louis-le-Grand.

— **Bourses de vacances.** — Cette année, comme les précédentes, les laboratoires de l'inotyol du Dr Debat (60, rue de Prony, Paris) mettent à la disposition des étudiants en médecine ayant besoin de repos, 12 *bourses de vacances de 500 fr. chacune.*

— **Inspection d'hygiène du département de la Haute-Saône.** *Vacance de poste.* — Il sera ouvert à Vesoul, le samedi 7 juillet, à la Préfecture, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins français, âgés de moins de 40 ans Traitement : 24.000 à 30.000 francs avec inscription à la Caisse des retraites. Indemnités spéciales pour la participation aux services d'hygiène sociale. Frais de déplacements : 6.000 francs à forfait.

Les inscriptions de candidatures sont reçues à la Préfecture de la Haute-Saône, à Vesoul, jusqu'au 25 juin, dernier délai.

— **Iles Saint-Pierre et Miquelon.** *Poste.* — Une situation de 44.000 fr. est offerte à un médecin français qui serait désireux de servir aux îles Saint-Pierre et Miquelon. Renseignements au Ministère des Colonies, rue Oudinot (Inspection générale du service de santé).

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 *juin.*

Brevet d'infirmières.

Par arrêté du 9 mai 1928, est approuvé le règlement de l'école d'infirmières visiteuses coloniales de protection maternelle et infantile de l'annexe Parnet de l'hôpital civil de Mustapha.

Sous réserve :

1° Que les stages dans des consultations prénatales, des consultations de nourrissons, des dispensaires d'enfants, crèches, pouponnières, établissements scolaires, dans un dispensaire antituberculeux, auront été organisés ;

2° Que les élèves soient dirigées pendant l'année de spécialisation par une monitrice titulaire du diplôme d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

Par arrêté ministériel en date du 15 mai 1928, une

session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance et de la tuberculose est ouverte à Lyon. Ce même arrêté a désigné le jury de cet examen d'Etat qui aura lieu en juin 1928.

7 juin.

Fiscalité.

Majoration sur les impôts de 1927 impayés.

Seront majorées du dixième toutes sommes restant à payer le 1er juillet 1928 sur contributions, impôts et taxes établis pour l'année 1927 et compris dans des rôles mis en recouvrement antérieurement au 1er février 1928.

8 juin

Hygiène publique.

Notification des cas de maladies contagieuses constatées dans la région frontière franco-belge.

MINISTÈRE
DES
AFFAIRES ÉTRANGÈRES — Paris, le 22 mai 1928,

A son Excellence, monsieur le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique à Paris.

Monsieur l'Ambassadeur,

En me référant à des communications que Votre Excellence a bien voulu m'adresser les 5 mars et 7 mai derniers, au sujet d'un arrangement pour la notification des cas de maladies contagieuses des hommes et des animaux, constatés dans la région frontière franco-belge, j'ai l'honneur de l'informer que le Gouvernement français accepte de prendre les mesures nécessaires pour l'application des dispositions suivantes :

1° Les maladies dont il sera donné avis, en ce qui concerne les personnes, sont : la peste, le choléra, la variole, le typhus exanthématique, le typhus récurrent, la fièvre typhoïde, la fièvre para-typhoïde, la dysenterie épidémique, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale épidémique, la rage humaine, la scarlatine, la septicémie puerpérale, l'encéphalite léthargique, pour autant que ces maladies aient été constatées dans les provinces de Flandre occidentale, du Hainaut, de Namur et du Luxembourg, d'une part, et les départements du Nord, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse, de Meurthe-et-Moselle, d'autre part ;

2° Les chiffres des cas de maladies seront donnés hebdomadairement (la semaine prenant cours le dimanche à 0 heure pour finir le samedi à 24 heures) ;

3° Les communications visées ci-dessus seront adressées dans des lettres affranchies :

D'une part, par les préfets du Nord, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse et de Meurthe-et-Moselle, chacun en ce qui concerne leurs départements respectifs, savoir :

Par le préfet du Nord aux inspecteurs d'hygiène

pour la Flandre occidentale à Bruges et pour le Hainaut à Mons et à Dampremy ;

Par le préfet de l'Aisne aux inspecteurs d'hygiène pour le Hainaut à Mons et à Dampremy ;

Par le préfet des Ardennes aux inspecteurs d'hygiène pour la province de Namur, à Namur, et de Luxembourg à Bovigny ;

Par le préfet de la Meuse à l'inspecteur d'hygiène pour la province de Luxembourg à Bovigny ;

Par le préfet de Meurthe-et-Moselle à l'inspecteur d'hygiène pour la province de Luxembourg à Bovigny ;

Et, d'autre part, par les inspecteurs d'hygiène pour les provinces de Flandre occidentale, du Hainaut, de Namur, et de Luxembourg, chacun en ce qui concerne leurs ressorts respectifs, savoir :

Par l'inspecteur d'hygiène pour la Flandre occidentale au préfet du Nord à Lille ;

Par les inspecteurs d'hygiène pour le Hainaut aux préfets du Nord à Lille et de l'Aisne à Laon ;

Par l'inspecteur d'hygiène pour la province de Namur au préfet des Ardennes à Mézières ;

Par l'inspecteur d'hygiène pour la province de Luxembourg aux préfets des Ardennes à Mézières, de la Meuse à Bar-le-Duc et de Meurthe-et-Moselle à Nancy ;

4° En ce qui concerne les animaux, les maladies dont il sera donné avis sont : le typhus contagieux, la pleuro-pneumonie contagieuse, la stomatite aphteuse, la morve et le farcin, la peste porcine et la clavelée.

Ces avis seront adressés dans des lettres affranchies, d'une part, par les préfets du Nord, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse et de Meurthe-et-Moselle, chacun en ce qui concerne leurs départements respectifs, savoir :

Par le préfet du Nord aux inspecteurs vétérinaires de la Flandre occidentale à Ostende et à Thouroud, et du Hainaut à Ath et à Mont-sur-Marchiennes ;

Par le préfet de l'Aisne aux inspecteurs vétérinaires du Hainaut à Ath et à Mont-sur-Marchiennes ;

Par le préfet des Ardennes aux inspecteurs vétérinaires à Namur et à Bertrix ;

Par les préfets de la Meuse et de Meurthe-et-Moselle à l'inspecteur vétérinaire à Bertrix ;

D'autre part, par les inspecteurs vétérinaires de la Flandre occidentale, du Hainaut, des provinces de Namur et de Luxembourg, chacun en ce qui concerne leurs circonscriptions respectives, savoir :

Par les inspecteurs vétérinaires de la Flandre occidentale au préfet du Nord à Lille ;

Par les inspecteurs vétérinaires du Hainaut aux préfets du Nord à Lille et de l'Aisne à Laon ; par les inspecteurs vétérinaires de la province de Namur au préfet des Ardennes à Mézières ;

Par les inspecteurs vétérinaires du Luxembourg aux préfets des Ardennes à Mézières, de la Meuse à Bar-le-Duc et de Meurthe-et-Moselle à Nancy ;

5° Lesdites informations devront être fournies

aussitôt que l'une des affections désignées ci-dessus aura été constatée dans une localité de l'une des provinces belges ou de l'un des départements français dont il est fait mention plus haut, quelle que soit la distance entre cette localité de la frontière. Lorsque la maladie contagieuse y règnera sur le bétail avec une certaine intensité, les informations ne seront transmises que de huit en huit jours après les premiers avis adressés conformément au paragraphe précédent ;

6° Pour le cas où l'un des gouvernements intéressés aurait l'intention de dénoncer cet arrangement, il devra en donner notification écrite à l'autre gouvernement ;

7° Les présentes dispositions ne portent pas atteinte aux prescriptions correspondantes des conventions sanitaires internationales déjà existantes ;

8° Dès la mise en vigueur du présent arrangement, l'accord conclu les 30 et 31 mai 1895 et les accords complémentaires de 1900, 1906 et 1910 relatifs au même objet cesseront d'être appliqués.

Je serais obligé à Votre Excellence de me faire savoir si le gouvernement belge prend l'engagement de mettre en vigueur les dispositions qui précèdent.

Veuillez agréer, monsieur l'ambassadeur, les assurances de ma très haute considération.

Signé : A. BRIAND.

AMBASSADE DE BELGIQUE.

Paris, le 23 mai 1928.

A son Excellence M. Briand, ancien président du conseil, ministre des affaires étrangères, Paris.

Monsieur le président,

En me référant à l'office en date du 22 mai 1928, sous-direction des affaires administratives et des unions internationales, par lequel Votre Excellence veut bien me faire connaître les dispositions que compte prendre le Gouvernement de la République, au sujet d'un arrangement pour la notification des cas de maladies contagieuses des hommes et des animaux, constatés dans la région frontière franco-belge, j'ai l'honneur de L'informer que le gouvernement du roi accepte de prendre les mesures nécessaires pour l'application de ces dispositions :

(Suit le texte, littéralement reproduit, des dispositions relatées dans la lettre de M. Briand.)

Veuillez agréer.....

Signé : DE GAIFFIER.

Enseignement de la médecine.

La chaire de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques de la Faculté de Bordeaux est déclarée vacante, ainsi que la chaire de toxicologie et hygiène appliquée de la même Faculté.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Les centres de placément familial et les écoles de plein air ne peuvent être assimilés aux établissements hospitaliers.

8736. — M. Mounié, sénateur, demande à M. le Ministre du Travail, s'il ne serait pas possible d'assimiler aux établissements hospitaliers les centres de placement familial et les écoles de plein air, offrant de sérieuses garanties et destinées à prévenir la tuberculose. (*Question du 14 avril* 1928.)

Réponse. — Les établissements hospitaliers visés par la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, sont destinées au traitement des malades.

Il en est autrement des centres de placement familial et écoles de plein air qui ont un but de préservation et non de cure.

Les dispositions de la loi du 15 juillet 1893 ne peuvent donc être rendues applicables aux centres de placement familial et aux écoles de plein air que par une loi.

Il convient de signaler à ce sujet que les préventoriums antituberculeux sont de véritables organismes de traitement et bénéficient, à ce titre, des dispositions de la loi sur l'assistance médicale gratuite. (*J. O.* 6 juin 1928.)

Les frais pharmaceutiques sont compris dans le prix de journce d'hospitalisation des pensionnés de guerre.

8680. — M. Anatole Manceau, sénateur, demande à M. le Ministre des Pensions, si, étant donné qu'en vertu de l'article 24 du décret du 25 octobre 1922 « un malade hospitalisé dans un établissement public ou privé cesse d'avoir droit pendant la durée de son hospitalisation à l'usage du carnet de bons médicaux et pharmaceutiques », un chirurgien peut, avant d'hospitaliser un malade en vue de l'opérer, utiliser ce carnet pour lui prescrire les médicaments nécessaires pour l'opération. (*Question du* 3 *mars* 1928.)

Réponse. — Réponse négative. Les frais de fournitures pharmaceutiques sont compris dans le prix de journée d'hospitalisation. (*J. O.*, 6 juin 1928.)

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Le cancer et les tumeurs en général chez les inféconde.

Mon appel aux confrères, paru dans le *Concours médical*, du 27 mai dernier et les réponses que j'ai reçues m'obligent à apporter quelques précisions.

Frappé, comme je le disais, de la fréquence du cancer et des tumeurs en général chez les femmes n'ayant eu que peu ou pas du tout d'enfants, j'ai néanmoins observé des cas très rares de cancer chez les multipares.

Mais ceci n'infirme nullement ma conception de la pathogénie du cancer et des tumeurs en général.

En effet, pour des raisons que la Nature n'a pas à connaître (économiques, psychologiques, etc.), on raréfie les naissances. Une femme ayant eu même six enfants et qu'on considère actuellement comme une multipare est loin, du point de vue physiologique, d'avoir accompli son rôle naturel. Il en résulte des perturbations dans l'organisme qui déterminent des tumeurs non seulement chez les femmes « coupables », mais se transmettent par « la voie d'hérédité » peut-être à leurs descendants de sexe masculin, hypothèse qui pourra expliquer le cancer des hommes également.

J'engage vivement les confrères à cumuler leurs observations sur ce point et me les communiquer ou les faire paraître.

J'ajoute que si mon hypothèse se vérifiait, le remède serait à côté du mal. Il suffirait simplement de mener au point de vue génital une vie normale en conformité avec la nature.

Dr ROUJANSKY,
de Fresneaux-Montchevreuil (Oise).

JURISPRUDENCE

Taux limite du loyer professionnel.

TRIBUNAL DÉPARTEMENTAL DU JURA,
Séant à Lons-le-Saulnier,
(Archives du « Sou Médical »).
20 *mars* 1928.

Le loyer des locaux professionnels ou mixtes occupés par un médecin ne peut dans les localités où la loi du 1er avril 1926 est applicable, dépasser celui de 1914 majoré de 125 p. 100, même si le bail est antérieur à la promulgation de ladite loi.

Attendu que par bail en date du 1er janvie r 1923, enregistré, D. a consenti au Dr G. la location d'un appartement au deuxième étage d'un immeuble lui appartenant, sis rue ...., à Lons-le-Saulnier,

pour le prix de 2.000 francs ; que, par bail verbal, il lui a consenti la location d'un garage au même lieu pour le prix de 350 francs.

Qu'il est allégué par le Dr G. et non contesté par D. que ces locaux étaient loués en 1914 au prix de 700 fr. pour l'appartement et de 96 francs pour le garage.

Que le Dr G., se fondant sur les dispositions de la loi du 1er avril 1926, a demandé la réduction de 125 % et le remboursement des majorations qui ont outrepassé ce prix limite ;

Que, par décision en date du 16 novembre 1926, le tribunal du siège a, à la demande du défendeur, désigné trois experts à l'effet de rechercher si le prix de location de 1914 correspondait à un prix normal ;

Que D., qui s'est désisté de sa demande d'expertise, ne conteste plus aujourd'hui que le prix de 1914 ne soit un prix normal, qu'il soutient et fait plaider qu'il résulte des termes combinés des articles 10 et 14 de la loi du 1er avril 1926 que l'action en réduction n'est applicable qu'aux baux conclus en violation d'une loi existante au moment de leur formation, ce qui n'est pas le cas en l'espèce ; qu'il demande acte de ce qu'il déclare accepter la continuation du bail pour la période légale et pour le prix de deux mille francs, outre les charges, qui a été fixé ;

Attendu que l'article 10 de la loi de 1926, étend le champ d'application de la loi aux locations prorogées par elle et aux baux qui seront nouvellement consentis durant les périodes de son application ;

Que l'article 14 de la même loi, après avoir admis les locataires, dans les six mois de leur entrée en jouissance, à demander le remboursement des majorations qui dépassent de plus de dix pour cent le prix licite et la réduction du loyer à ce prix, leur accorde le même droit pour les baux antérieurs à la promulgation de la loi, à charge par eux de former leur demande dans les six mois de cette promulgation ;

Attendu que ces deux dispositions législatives se superposent mais ne se contredisent pas ; que l'intention du législateur d'accorder aux locataires liés par des baux antérieurs à la promulgation de la loi le droit d'obtenir les réductions qu'elle édicte, résulte à l'évidence des travaux préparatoires de la loi ; que notamment, à la séance de la Chambre du 31 mai 1926, le rapporteur de la loi s'est exprimé dans les termes suivants : « Je demande à la Chambre de repousser l'amendement proposé par M. Lefas. M. Lefas voudrait empêcher les locataires qui ont, antérieurement à la promulgation de la loi, signé des baux, comportant des prix supérieurs au prix licite, de bénéficier de l'action en réduction de prix que nous accordons par l'article 14. Il donne deux arguments. Je prétends que ni l'un, ni l'autre ne peuvent prévaloir. M. Lefas oppose d'abord la rétroactivité des lois. Je rappelle que, sur ce point, nous n'innovons pas. Nous avons repris le texte d'une loi votée par nos devanciers, à savoir l'article 7 de loi du 29 décembre 1923, qui a institué au point de vue de l'action en réduction la rétroactivité de cette loi. Deuxième argument de M. Lefas. Il ne faut plus de procès. Vous oubliez

M. Lefas que dans son article 13, notre loi a fixé un prix licite et qu'elle a pénalisé tous ceux qui, par des moyens plus ou moins corrects tenteraient d'aller au-delà de ce prix licite. Nous prétendons que toute infraction à cet article 13, doit pouvoir être poursuivie par celui-là même qui a été lésé par l'acte du propriétaire qui, antérieurement à la promulgation de la loi a dépassé un taux licite qui ne peut être dépassé parce que notre loi, comme le stipule l'article 26, est d'ordre public » ; que sur cette intervention, la Chambre a repoussé l'amendement Lefas et que le texte adopté par elle a été définitivement accepté par le Sénat ;

Attendu d'ailleurs que la jurisprudence est en conformité complète avec cette interprétation : que, s'il a été décidé que les pénalités édictées par l'article 14 de la loi du 1er avril 1926, ainsi que l'action en remboursement des majorations ne peuvent rétroagir avant la promulgation de la loi, il a été formellement admis que la réduction du prix limite est recevable, même lorsque le chiffre incriminé a été consenti librement et faisait auparavant la loi des parties. (Com. sup. de Cass., 17 juin 1926), *Revue des Loyers*, décembre 1926) ; qu'il a été également jugé que le droit de réclamer pour l'avenir la réduction de loyer en vertu de l'article 14 de la loi du 1er avril 1926 peut être invoqué sans exception, pour tous les baux antérieurs au 1er avril 1926 (Com. sup. de Cass., 30 avril 1927. *Gaz. Palais*, 9 septembre 1927) ;

Attendu que le Dr G., a formé sa demande dans les six mois de la promulgation de la loi, que s'il ne peut prétendre au remboursement des sommes dépassant le taux licite, versées antérieurement au 1er avril 1926, date de la promulgation de la loi, il est en droit de réclamer ces sommes à partir de cette date, à la seule condition de justifier que le bailleur a majoré de plus de 10 % le prix du bail, tel qu'il devait être établi par l'application de l'article 11 de la loi du 1er avril 1926 ;

Attendu que les locaux loués par le demandeur sont pour partie affectés à l'usage de sa profession de médecin ; que le prix du bail était en 1914 de 796 francs ; que l'article 11 de la loi autorise le propriétaire à exiger pour des locaux de cette nature une majoration de 125 %, à laquelle il lui est permis d'ajouter les impôts mis par la loi à la charge du locataire, les majorations d'impôts grevant l'immeuble loué au cours de la prorogation et les prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914 ; que, pour le remboursement desdits impôts et prestations en nature, il peut être établi d'accord entre les parties un forfait qui ne peut dépasser 15 % du loyer majoré ; que le bailleur n'apporte aucune justification sur ce point ; qu'il n'est intervenu entre les parties aucun accord ; que cependant, le Tribunal trouve dans la cause des éléments suffisants pour fixer forfaitairement la valeur de ces augmentations d'impôts et prestations à 10 % du loyer majoré ; que le prix licite du loyer doit ainsi être fixé à la somme de

Voir la suite page LV-1927

PROPOS DU JOUR

La désertion des campagnes. La question des médecins de campagne.

Un de nos lecteurs, le Dr Edgar Leroy, de Saint-Rémy de Provence, nous communique une coupure du journal *La Croix*, du vendredi 25 mai 1928 :

« Je vous envoie, nous écrit-il, un article intéressant que me communique un client. Je crois qu'il faut encourager et remercier la grande presse quand elle veut bien accepter les paroles modestes, sensées et remarquablement exposées comme celles de notre confrère que je n'ai pas l'honneur de connaître mais qui dit exactement ce que pensent les médecins de campagne. »

Le Dr E. Leroy a raison et le *Concours médical* sera toujours heureux de relever dans les organes de la grande Presse, quels qu'ils soient, tout ce qui peut intéresser le praticien et redresser les idées erronées que l'on se fait à son sujet.

L'article auquel fait allusion M. le Dr Leroy, est une réponse signée : Docteur F. Bochin, à une *enquête sur la désertion des campagnes*, enquête ouverte par le journal *La Croix*, où l'éloignement ou l'absence du médecin étaient considérés comme un facteur de cette désertion.

M. le Dr F. Bochin, avec beaucoup de sens, fait remarquer que si la raréfaction du médecin en certaines régions est un fait que l'on ne saurait discuter, ce fait est une conséquence et non une des causes du dépeuplement des campagnes.

Pourquoi le médecin ne s'installe-t-il pas dans certaines régions ? C'est parce que, selon notre confrère, il ne peut pas y subsister.

« Tout village, affirme le Dr Bochin, peut avoir son médecin à la condition élémentaire, primordiale, indispensable de s'en servir assez pour le faire vivre. » Et il conclut : « Il faut habituer les populations rurales à utiliser le plus possible leur médecin local, lorsqu'il leur en est venu un présentant de bonnes garanties. »

Certes, *dans une certaine mesure*, le Dr Bochin a raison ; il y a beau temps que nous avons prêché (*dans le désert*) la nécessité pour les médecins de campagne de s'associer pour créer des maisons médicales, où ils pourraient offrir à leurs clients ruraux, par une coopération bien comprise, les mêmes avantages que ces derniers vont actuellement chercher à prix plus élevé dans les établissements urbains. Mais le médecin français est essentiellement individualiste, parfois jaloux de son voisin ; il n'a pas su réaliser ce qui lui aurait permis, sinon de faire fortune, du moins de vivre et de bien vivre, tout en rendant service à ses malades. Nous n'oserions affirmer que les tentatives faites par quelques-uns, au lieu d'être encouragées par les confrères voisins, n'aient pas été au contraire souvent décriées et parfois considérées avec méfiance.

Nous avons dit plus haut que le Dr Bochin avait raison, *mais seulement dans une certaine mesure*, et voici pour quoi nous faisons sur ce point de sérieuses réserves.

Il existe, depuis la guerre, dans l'économie médicale, si nous osons dire, un désordre, un déséquilibre aussi grand que dans l'économie générale. Il est des constatations paradoxales, absolument troublantes dont il est difficile de découvrir les causes qui restent pour nous mystérieuses. Prenons un exemple : un de nos amis exerce depuis fort longtemps dans une ville industrielle du Nord, au centre d'un pays de grosse production agricole. Le nombre des médecins de cette ville est insuffisant. Notre ami désire cesser progressivement d'exercer, sans cependant rester dans l'inaction absolue, ne voulant et ne pouvant quitter le pays. Il est persuadé qu'un jeune médecin instruit et actif à qui il passerait la plus grande partie de sa clientèle, arriverait très rapidement à se faire une situation. Depuis plusieurs années qu'il cherche, il n'a pu trouver personne, car la ville et le pays manquent d'agréments. Or, à quelques vingt kilomètres de là est le chef-lieu d'arrondissement, ville infime, sans industrie, qui se dépeuple, où deux médecins auraient à peine gagner leur vie et cependant là, ils sont quatre à végéter. Il y a, dans ces constatations, des raisons que la raison ne connaît pas.

Il est des régions agricoles florissantes où certains médecins font une clientèle enragée et qui

◆◆

rapporte. Nous avons eu la preuve indiscutable au « Sou Médical » que certain médecin de campagne, propharmacien, gagnait plus de 200.000 francs par an. Et à côté combien en est-il qui joignent plus que péniblement les deux bouts ? Certes, il y a là une question de savoir-faire qui fait courir de très loin au cabinet de certains confrères, les villageois qui font aussi de très longs voyages pour aller consulter tel rebouteur ou sorcier réputé. Mais ce n'est pas toujours la seule raison.

Souvent dans certaines régions du Midi, le médecin est propriétaire aisé et le produit de sa clientèle est considéré par lui comme un appoint et non comme le principal dans ses revenus. Aussi n'hésite-t-il pas quand les enfants grandissent et entreprennent des études, à abandonner son poste pour s'installer en ville. Son calcul n'est pas toujours très bon, mais souvent il y trouve moralement son compte.

Le Dr Bochin a écrit : « Le médecin ne s'établit pas en ville par plaisir ». Nous ne croyons pas que sur ce point il ait tout à fait raison. Beaucoup de jeunes gens qui, au cours de leurs études, ont goûté les charmes de la grande ville, ont peine à s'en détacher. Ils préfèrent une situation précaire en ville à une large aisance à la campagne. Ceci est indiscutable et c'est une des principales causes de l'afflux des médecins dans les grands centres urbains. Sur ce point, le médecin ne diffère guère des travailleurs des champs qui aiment mieux venir s'entasser dans des taudis, se livrer à des travaux pénibles et malsains dans des usines, que de continuer à vivre dans la pure atmosphère des campagnes, une existence saine bien que monotone et sévère.

Les distractions de la ville fascinent le médecin plus que le villageois qui s'ennuie pendant les longs hivers dans les coins reculés des lointaines provinces.

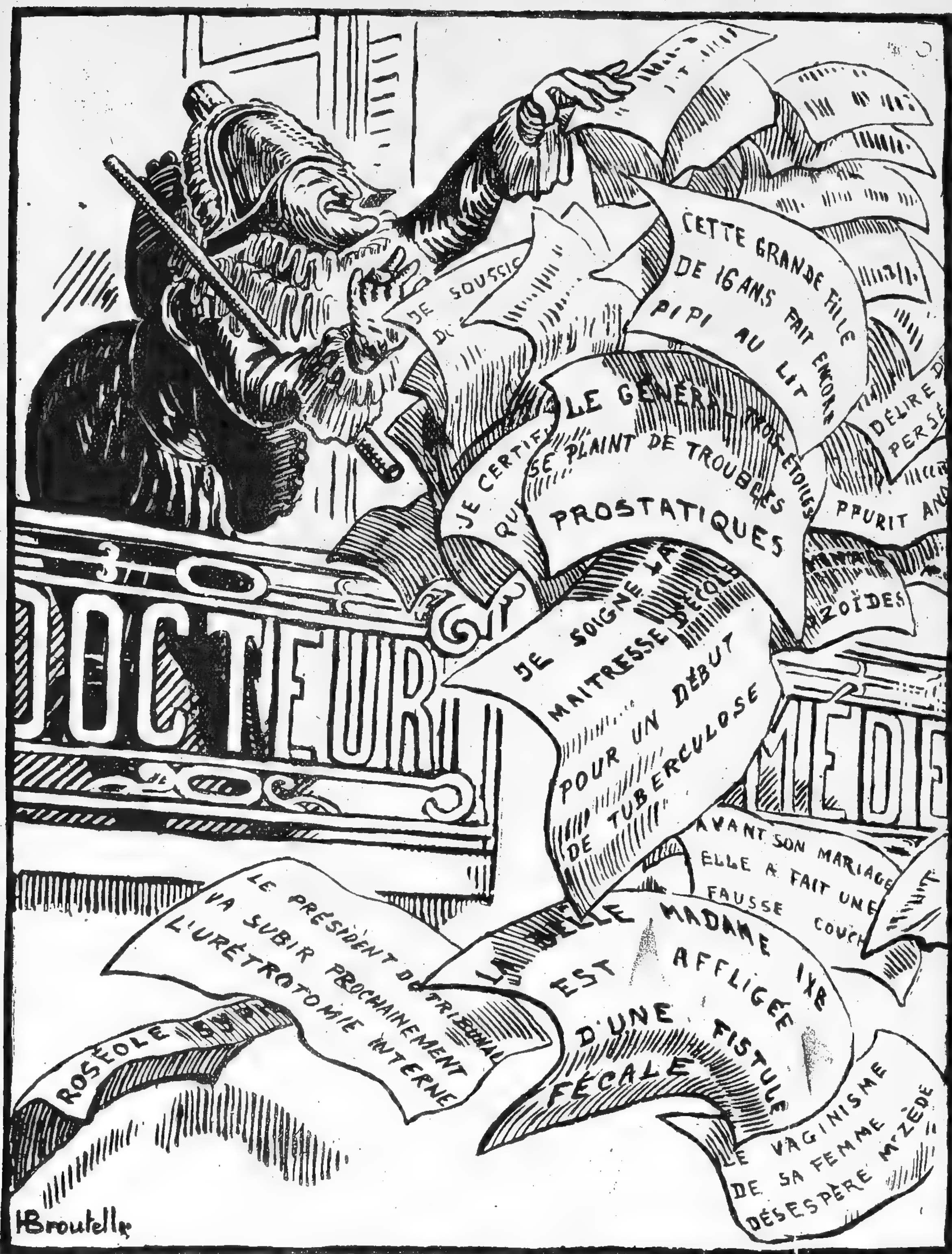
L'automobile, les chemins de fer, le téléphone sont encore pour beaucoup dans l'abandon des campagnes par le médecin ; il est si facile d'en faire venir rapidement un autre de la ville voisine.

Tout cela cause actuellement un désarroi que les assurances sociales porteront à son comble, en attendant qu'une transformation profonde s'opère dans la manière d'exercer la médecine.

Il y a seize ans environ, notre ami, le Dr Chapon, fit une enquête remarquable sur les conditions économiques de la vie du médecin à Paris, afin d'établir sur une base équitable et solide le prix de l'acte médical, de telle façon que le praticien pût honnêtement vivre de sa profession. Nous étendîmes, nous-même, cette enquête à la province et en publiâmes les résultats. Depuis la guerre, la tentation nous est souvent venue au Dr Chapon et à nous-même, de refaire ce travail qui ne correspond plus à la situation actuelle ; mais, après réflexion, nous y avons renoncé. La raison en est notre conviction absolue que nous ferions cette fois œuvre vaine ; que, dans le même département, dans la même ville, nous obtiendrions des renseignements disparates et contradictoires et qu'il nous serait impossible de conclure.

Aussi, quand le Dr F. Bochin affirme que le médecin irait volontiers à la campagne s'il était certain d'y gagner sa vie, il a souvent raison, et quand nous affirmons que de nombreux confrères préfèrent végéter à la ville que de vivre largement à la campagne, nous n'avons pas toujours tort.

J. Noir.



LE SECRET DE POLICHINELLE.
Ce que certains voudraient faire du secret médical

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA TECHNIQUE DES INJECTIONS SCLÉROSANTES INTRA-VARIQUEUSES

Par le Dr Raymond TOURNAY.

La méthode des injections sclérosantes dans le traitement des varices — « méthode de Sicard » — est entrée progressivement depuis 1920 dans le domaine de la pratique médicale, nous ne disons pas de la pratique médicale courante, encore qu'on ait affirmé à diverses reprises qu'elle pouvait et même qu'elle devait devenir aussi habituelle à tout praticien que la plus banale injection intraveineuse, mais dans le domaine de la pratique médicale plus ou moins spécialisée.

Ce traitement en effet, dont les résultats excellents, aujourd'hui universellement constatés, reconnus, sont devenus trop évidents pour qu'il vaille encore la peine d'insister à leur sujet, demande une certaine pratique à qui veut pouvoir l'appliquer correctement et éviter dans la mesure du possible, les incidents et accidents — très rares et toujours bénins à la vérité, mais néanmoins parfois assez désagréables — qui sont susceptibles de se produire consécutivement à son emploi.

Il nous a semblé qu'il ne serait pas inutile d'examiner et d'exposer, un peu plus en détail qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, la technique des injections sclérosantes, technique assez variable et qu'il faut savoir modifier à tout moment pour pouvoir l'adapter à tous les cas particuliers.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous prêterons attention à certaines *considérations d'ordre général* qu'il importe, à notre avis, d'avoir toujours présentes à l'esprit chaque fois qu'on aborde l'étude de ce traitement, chaque fois surtout qu'il s'agit de le mettre en pratique. Nous rappellerons la nécessité de l'examen général préalable de tout sujet variqueux. Nous examinerons les raisons de la relativité de l'action des substances injectées selon le sujet, selon le mode opératoire, selon la conduite du traitement.

Puis, passant, très rapidement sur le *choix des substances sclérogènes* et l'*instrumentation*, nous aborderons le *mode opératoire proprement dit*, et nous terminerons par l'*étude de la conduite, du rythme du traitement.*

Quelques considérations générales.

Examen préalable.

Avant toute chose , on ne laissera pas les arbres cacher la forêt, on ne se figurera pas que les varices sont chez un individu l'unique phénomène, le fait absolument essentiel, on ne fera pas abstraction de tous les autres troubles coexistants, on n'oubliera pas d'examiner et de scruter le reste de l'organisme, *on ne mettra pas* enfin, et pour tout dire, *toujours et toujours en équation* : *varices = injections sclérosantes.*

Dans certains cas en effet — nous n'avons pas le loisir d'étudier ici les indications et contre-indications de la méthode — Il faudra, non seulement s'abstenir de toute intervention active, mais encore déconseiller absolument au patient de se laisser entreprendre à ce sujet par qui que ce soit. C'est pourquoi un examen général complet du malade s'imposera toujours avant toute chose — pour dépister les contre-indications — examen portant principalement sur le système veineux profond, sur la pression artérielle, le cœur, les urines. Nous ne pouvons insister ici comme nous le voudrions.

Relativité de l'action selon le sujet.

On doit bien se persuader que l'action des injections sclérosantes n'a rien de mathématique. On peut poser en principe général qu'aucune veine ne réagit de la même façon chez un individu et chez un autre. Chez l'un, réaction très vive avec une solution très faible ; chez l'autre, solution très concentrée nécessaire. Chez l'un, réaction suffisante avec une solution d'un produit donné ; chez l'autre, le même agent étant inactif, résultat excellent avec une solution d'un autre produit. D'où le précepte très important : il faudra *toujours commencer par des solutions très diluées* pour tâter la susceptibilité des parois veineuses de son malade.

Relativité de l'action selon la façon d'opérer.

L'action sclérosante d'un produit quelconque ne dépend pas non plus uniquement de sa concentration, comme on le pense généralement. Il est très important de savoir — et facile à comprendre — que la façon d'opérer entre pour une part considérable dans le succès ou l'insuccès de l'acte médical. On peut en effet obtenir, dans certains cas, une sclérose parfaite en injectant une solution très diluée (par exemple salicylate de

soude à 10 ou 15 %), mais avec une grosse aiguille — ce qui n'est jamais recommandable — et en poussant très rapidement, très brutalement l'injection, alors que le même résultat, absolument identique, pourra être obtenu en utilisant une solution beaucoup plus concentrée (salicylate à 30 ou 40 %) qu'on aura poussée dans la veine très lentement par une aiguille très fine. De même, on pourra obtenir un résultat nul en n'injectant que un ou deux ou trois centimètres cubes, et obtenir un résultat satisfaisant en injectant 4, 5, 6 centimètres cubes. Résultats tout à fait dissemblables également, si l'on pousse l'injection dans une varice de petit calibre, ou au contraire, dans une volumineuse ampoule variqueuse : la même solution, de même concentration, poussée avec la même vitesse, en employant une aiguille de même diamètre, pourra donner une réaction beaucoup trop violente dans la varice de petit calibre et ne provoquer absolument aucune réaction dans la grosse ampoule variqueuse. Mêmes considérations touchant la position donnée au membre à traiter : la même varice injectée debout, c'est-à-dire gorgée de sang, pourra ne pas réagir le moins du monde, et au contraire se scléroser merveilleusement avec la même dose de solution, poussée ni plus ni moins vite, mais le membre ayant été relevé, c'est-à-dire la veine ayant été au préalable vidée en majeure partie de son sang. Remarque identique, si, l'aiguille introduite dans la varice, l'on aspire, avant de pousser le liquide sclérosant dans la veine, plus ou moins de sang dans la seringue.

On comprend très aisément, en effet, que *ce qui importe, ce n'est pas tant la concentration de la solution dans la seringue, que sa concentration une fois dans la veine.* Or, une fois dans la veine, la solution injectée ne se trouve plus seule : elle va se diluer, plus ou moins rapidement, dans le sang qui s'y trouve, avant d'être entraînée dans le torrent circulatoire, et, de ce fait, complètement annihilée. Or, pour qu'elle agisse — c'est-à-dire pour qu'elle atteigne la paroi veineuse à son maximum de concentration, ce qui aura d'autant plus de chance de se réaliser que la varice sera de plus faible calibre, qu'elle sera plus vidée de son sang, que l'injection sera poussée plus rapidement et en plus grande quantité. D'où nécessité, pour l'opérateur, d'avoir toujours présents à l'esprit — pour en tenir compte — les différents facteurs qui interviennent pour augmenter ou pour diminuer l'action d'une solution donnée.

Différences dans la conduite du traitement selon les cas.

Dans la conduite d'un traitement, il faudra toujours tenir compte également de la qualité du sujet que l'on aura à traiter : on n'agira pas de la même façon, par exemple, vis-à-vis d'un travailleur porteur de varices plus ou moins volumineuses et vis-à-vis d'une jeune femme désireuse de faire disparaître, dans un but purement esthétique, de petites veinules qu'elle estime un peu trop apparentes. Dans le premier cas, il importe d'agir le plus rapidement possible, sans toutefois provoquer de réaction trop violente qui obligerait le patient à interrompre son travail : on emploiera d'emblée une dose déjà presque certainement susceptible d'agir (par exemple : deux centimètres cubes de salicylate à 20 %) ; puis, on passera dès la deuxième séance (si la chose est possible bien entendu) à une dose plus élevée (3 à 5 centimètres cubes de la solution à 30 %, puis, au besoin de celle à 40 %), de façon à obtenir une sclérose suffisante dans le minimum de séances. Si même quelques bosselures un peu sensibles persistaient quelque temps, la chose n'aurait pas ici une bien grosse importance.

Il n'en irait pas de même dans le second cas. C'est un point de vue esthétique cette fois qui pousse la porteuse de ces petites veines dilatées à se faire traiter. Attention donc ! Bien tâter le terrain, la susceptibilité des parois veineuses. Aiguilles très fines, solutions très faibles pour commencer. Le traitement sera peut-être — même sûrement — plus long que ce qui eût été possible ; il demandera plus de séances ; mais l'important est de ne pas provoquer une réaction trop vive ni trop douloureuse qui serait mal acceptée, et de ne pas laisser à la suite, pendant trop longtemps, de traces du traitement par exemple une induration trop marquée, trop lente à s'évanouir, ou des traînées pigmentaires le long des veines injectées.

Si, au contraire, il s'agit de traiter un variqueux n'ayant que très peu de jours à accorder au médecin, alors on pourra, le patient bien prévenu, y aller carrément, employer des solutions fortes, faire si possible plusieurs injections à chaque séance, les séances elles-mêmes étant très rapprochées, quitte alors à imposer à son client, dans l'intervalle, le repos dans la position allongée.

Il y a d'autre part, des sujets pusillanimes. Ceux-là, il ne s'agit pas de les brusquer : il faut les mettre en confiance. Que les injections ne provoquent aucune réaction bruyante, ni ultérieurement gênante. Il y a tout intérêt, si l'on veut éviter que le malade s'arrête en cours de traitement, à aller doucement, progressivement. Par la suite, le malade habitué, rassuré, se laissera faire plus aisément, et il sera possible de terminer sa cure le plus normalement du monde.

Autant de cas, autant d'espèces. Il faut le savoir et s'en souvenir.

Choix des substances injectables.

Sur le choix des substances à injecter, nous n'insisterons pas. Il y aurait là matière à un cha-

pitre spécial : au reste, le sujet sera traité ailleurs particulièrement.

Rappelons seulement que le *carbonate de soude*, première substance employée, et d'ailleurs sclérosant merveilleux, a été à peu près complètement abandonné à cause de sa causticité extrême.

Le *salicylate de soude* a pris sa place. Infiniment moins escarrotique (en pratique, il ne doit pas l'être du tout), plus souple, plus maniable. Toute une gamme de solutions, aux concentrations de 10, 15, 20, 30, 40 %, est à la disposition de l'opérateur : à lui de savoir en jouer. Le salicylate de soude est le sel actuellement de beaucoup le plus utilisé : il convient dans l'immense majorité des cas. Nous verrons au cours de cet article comment on l'emploie.

Le *chlorhdydrate* de quinine, bien que donnant lieu à des réactions locales beaucoup plus vives que le salicylate et exigeant, de ce fait, plus fréquemment une immobilisation relative, n'est pas à dédaigner non plus, chaque fois surtout que le salicylate ne semble pas, ou ne semble plus, agir assez efficacement. La formule habituelle est, à notre avis trop concentrée, au moins pour débuter ; nous lui préférons la solution dédoublée :

Chlorhydrate de quinine..........	0,20
Uréthane	0,10
Eau distillée	3 cm³

Mentionnons seulement le *biiodure de mercure* en solution à 1/200, que nous avons délaissé à cause de ses réactions pseudo-phlegmoneuses trop fréquentes ; le *citrate de soude* à 5 %, très peu utilisé ; et passons sous silence les autres substances essayées, employées, ou susceptibles d'être employées, mais qui, pratiquement, n'offrent qu'un intérêt très limité.

Instrumentation.

L'instrumentation est relativement très réduite. En dehors du stéthoscope, du Pachon ou du Vaquez, des verres à urine et des réactifs appropriés, que tout médecin a sous la main, on devra avoir à sa disposition :

1° Des AMPOULES renfermant les solutions usuelles. Ampoules de 3 et 5 centimètres cubes de *salicylate* de soude à 10, 15, 20, 30 et 40 %. Ampoules de trois centimètres cubes de solution de *chlorhydrate de quinine* ; de deux centimètres cubes de *biiodure* de mercure à 1/200. Ampoules de 5 et 10 centimètres cubes de *carbonate de soude* à 5 et 10 %. Ampoules de 3 ou 5 centimètres cubes d'*eau bi-ditstillée stérilisée*, celles-ci pouvant être utilisées extemporanément, si l'on manque d'une solution donnée, en diluant au moment de s'en servir directement dans la seringue, une solution concentrée, à 40 % de salicylate par exemple. Enfin, des ampoules de *novocaïne* à 1 %, 2 % et aussi quelques ampoules d'un demi ou un milligramme d'*adrénaline* au millième, pour le cas rarissime de shock violent ou de crise nitritoïde.

2° Des SERINGUES ET AIGUILLES. Pour les *seringues*, elles seront d'une contenance de 3, 5 et 10 centimètres cubes, ces dernières utiles surtout si l'on emploie les solutions de carbonate de soude Les seringues de trois centimètres cubes suffisent toujours pour le biiodure et la quinine, presque toujours pour le salicylate. Nous préférons les petites seringues aux grosses, et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'une seringue de petit volume (étant entendu que sa contenance est néanmoins suffisante) est beaucoup plus maniable, mieux en main ; la deuxième, c'est qu'à l'extrémité des petites seringues de deux ou trois centimètres cubes — lesquelles peuvent d'ailleurs en général contenir au moins un centimètre cube en plus — l'aiguille s'adapte directement, sans aucun intermédiaire, tandis que, pour les seringues de plus gros calibre, un embout métallique est indispensable pour faire le joint entre la seringue et l'aiguille ; d'où complication et facilité moindre pour la tenue de la seringue en main, de même que pour l'injection. Ces seringues doivent être tout à fait étanches, et en même temps assez souples. Les seringues ordinaires sont toujours utlisables : dans quelques cas cependant — petites varices superficielles situées dans un creux (plus particulièrement dans certaines régions du pied, du cou-de-pied, du jarret) — une seringue à bout excentré pourra être préférable.

Pour les *aiguilles*, il sera bon d'en avoir un jeu assez complet. Le plus habituellement, on emploiera des aiguilles en platine ou en nickel pur de deux centimètres de long, d'un diamètre de 5/10 ou 6/10 de millimètre, à biseau moyen. On recommande toujours les aiguilles à biseau court : le biseau moyen est certes, le plus souvent, bien préférable, surtout dans les cas de veines à parois friables, *quand on a déjà une grande habitude des injections sclérosantes* ; le biseau court crée en effet un traumatisme plus marqué et expose plus à la rupture des parois de la varice, donc aux hématomes et à l'infiltration du liquide sclérosant. Le biseau moyen, d'autre part, piquant mieux, la piqûre est moins sensible. Néanmoins, dans certains cas difficiles, lorsque les varices sont pelotonnées, « vermicellées », ou bien profondes, perdues dans de l'œdème dur et seulement accessibles au toucher, il sera plus prudent d'utiliser un biseau court, et dans ce cas, une aiguille de seulement 5/10 millimètre de diamètre, de 1 1/2 ou 2 centimètres de long. Par contre, chaque fois qu'il s'agira de varices à trajet plus ou moins rectiligne, rigides, turgescentes, il n'y aura qu'avantage — sans aucun inconvénient — à employer des aiguilles à biseau long, piquant d'autant mieux, réduisant ainsi à son minimum le petit traumatisme de la ponction ;

3° Accessoirement. D'autre part, des compresses ou des *tampons de coton*, de l'*alcool à* 90° ou de la teinture d'iode très diluée, quelques *bandes de crèpe*, des *emplâtres adhésifs* seront à portée de la main.

Pour ce qui est d'un *lien caoutchouté*, il n'est pour ainsi dire jamais nécessaire, presque toujours nuisible, utile seulement pour maintenir la compression après l'injection : la bande de Sauphar est celle qui convient le mieux.

Des *fiches d'observation* sont indispensables pour marquer chaque fois très exactement : la région injectée, la solution employée, sa concentration, le calibre de l'aiguille utilisée, la rapidité avec laquelle l'injection a été poussée, la réaction produite par l'injection précédente et le résultat obtenu, les incidents.

Enfin un *lit* de repos ; mieux, une *table* d'examen où une table spécialement aménagée ; un escabeau solide, et voilà tout le « matériel » nécessaire, qui se réduit, somme toute, à bien peu de choses.

Mode opératoire.

Le malade, examiné, est prêt. Quelle position va-t-on lui donner ? En quelle région va-t-on débuter ? Comment va-t-on injecter ?

Position du malade.

La position la plus habituelle autrefois était la Position debout, non pas qu'elle soit, bien au contraire, la position idéale, tant pour ce qui est de l'action de la solution injectée que pour l'aisance donnée au malade lui même, mais parce que seule, dans un grand nombre de cas, elle permet aux veines de se remplir, d'être en conséquence apparentes et turgescentes et, ainsi, de devenir accessibles à l'aiguille de l'opérateur.

Il faut bien noter que cette position, quoique souvent indispensable, ne doit être considérée que comme un pis aller. Le malade, en effet, ne se sent pas très solide, pas très à son aise dans cette position, et, d'autre part, s'il est porteur de varices volumineuses, la solution injectée dans cette position risque fort, immédiatement diluée dans une grande masse de sang, d'agir insuffisamment.

Le plus simple, quand cette position doit être utilisée — si l'on ne possède pas une table spéciale — est de mettre son malade debout sur un escabeau bien d'aplomb, appuyé contre une table— table à examen par exemple en position d'examen gynécologique — sur laquelle, l'injection pratiquée, il pourra aussitôt, sans effort, en se laissant simplement aller, s'asseoir, puis s'étendre.

On emploiera cette position dans les varices de très faible calibre. Ele sera aussi, assez souvent, la seule possible lorsqu'il s'agira de traiter des varices de la face postérieure de la jambe, des varices du mollet, des varices du jarret. Elle sera souvent nécessaire également dans le cas de varices perdues dans des tissus œdématiés, donc peu visibles, perceptibles seulement au toucher et après surtout que — consécutivement si possible à une surélévation prolongée du membre inférieur — on aura exprimé en partie le liquide de stase de ces tissus par pression ou massage.

Dans tous les autres cas, il faudra préférer la position assise ou même la position couchée. La position assise, sur une table, jambes pendantes, mais soutenues par un escabeau sur lequel repose le pied, sera souvent possible, presque toujours utilisée dans le cas de varices du pied, fréquemment de la jambe ou même parfois de la cuisse : après l'injection, le malade se laisse doucement aller en arrière pour s'étendre, si nécessaire, sur la table, en même temps que l'opérateur relève la jambe en faisant basculer, après avoir écarté l'escabeau, la partie plane antérieure de la table d'examen jusque-là abaissée.

Dans tous les cas où la chose sera possible, la position couchée sera la vraie position, l'injection dans un vaisseau affaissé étant d'ailleurs rendue ainsi beaucoup plus difficile et plus délicate. Elle sera à utiliser de toute façon dans les deux cas suivants : si le malade est par trop pusillanime, impressionnable, s'il appréhende réellement l'injection ; et si les varices à traiter sont volumineuses. Il s'agit en effet dans ce dernier cas, pour obtenir un résultat, de pousser la solution dans une veine vidée de son sang afin d'agir le plus directement possible sur l'endothélium veineux.

Il pourra même être parfois utile d'exagérer encore cette position en soulevant le membre au-dessus de l'horizontale, lui faisant faire un angle de 30 à 45°, avec le plan de la table. Il s'agira surtout dans ces cas-là de grosses ampoules variqueuses à scléroser. Mais cette position super-horizontale aura pu servir aussi, avant toute intervention, à mieux se rendre compte de la structure de certaines varices « creusées dans un tissu cellulaire induré par l'œdème chronique, varices dont on perçoit parfaitement, après élévation du membre inférieur, les berges à pic, à la palpation, et qui se dessinent très nettement — par suite des adhérences par péri-veinite entre le vaisseau et les tissus environnants — sous la forme d'un sillon, d'une dépression des téguments dans la tranchée creusée dans le tissu cellulaire » (Aimes). Dans ces cas où, parfois, la pellicule de peau qui sert de paroi superficielle à la varice n'est guère plus épaisse qu'un papier à cigarette, il vaudra mieux agir dans la position couchée pour éviter plus sûrement le reflux du sang ou du liquide sclérosant par l'orifice pratiqué dans un tissu tellement léger, tellement faible ; pour les mêmes raisons, il vaudra mieux se servir d'aiguilles très fines (de 5/10 de millimètre de diamètre) et à biseau pas trop court, et péné-

trer dans la lumière du vaisseau presque parallèlement à la veine, la traumatisant ainsi au minimum.

Il est une autre façon de procéder qui permet d'utiliser simultanément — il est plus exact de dire successivement — et la position debout ou assise, et la position couchée, c'est celle *qui consiste à piquer la veine dans la position debout* ; puis, une fois l'aiguille dans la cavité variqueuse, sans pousser encore le liquide, en maintenant la seringue et l'aiguille strictement immobilisées, *à faire coucher le malade* et à amener doucement son membre dans la position horizontale, *puis à injecter la solution.* Triple avantage : 1° facilité, dans un premier temps, de piquer une veine tendue, saillante, bien apparente ; 2° avantage, dans un dernier temps, de pousser l'injection dans une veine qui s'est vidée, affaissée, d'où action beaucoup plus efficace ; 3° absence du risque, d'ailleurs bien faible en pratique, de l'écoulement trop rapide de la solution des veines superficielles dans les veines profondes. Théoriquement, c'est le procédé idéal. Mais il s'agit de le mettre à exécution ; or, si habile, si entraîné que soit l'opérateur, il faut bien dire que dans nombre de cas, il échouera, et non par sa faute ; il aura admirablement piqué sa veine, mais dans les mouvements, si prudents soient-ils, nécessités par l'allongement du membre, il est presque inévitable, si la varice est tant soit peu petite, que la pointe de l'aiguille soit plus ou moins mobilisée fût-ce de quelques millimètres ; il pourra s'en suivre parfois un petit hématome, plus souvent l'impossibilité d'injecter, l'aiguille n'étant plus strictement dans la lumière du vaisseau ; ou bien on injectera, se croyant toujours dans la veine : douleur, le biseau avait pénétré plus avant, ou au contraire, était ressorti de quelques millimètres, La chose sera possible parfois, toujours même pour les grosses varices. Nous ne saurions néanmoins recommander cette technique dans tous les cas, et surtout pas à des débutants (1).

***

De toute façon, et quelle qu'ait été la position première donnée au membre injecté, il est un point sur lequel nous voulons insister : la piqûre faite, *le malade ne doit pas marcher aussitôt*, il doit s'asseoir ou s'allonger — ou rester assis ou allongé, s'il a été injecté dans cette position — le membre inférieur en tout cas devant toujours être porté en position horizontale, et rester ensuite dans la même position pendant plusieurs minutes, les muscles de la jambe restant en résolution la plus complète possible. Il y a à cela plusieurs raisons : la première, c'est qu'à marcher immédiatement, le malade risque plus de voir quelques gouttes de la solution ou du sang passer dans le tissu cellulaire par l'orifice de ponction de la varice ; la deuxième, c'est que la crampe consécutive, parfois si désagréablement douloureuse, sera beaucoup plus aisément supportable le membre étant dans une position de repos ; la troisième enfin, de beaucoup la plus importante, c'est que les *contractions*, indispensables à la marche, *des muscles de la jambe*, surtout du mollet, principalement des jumeaux et du soléaire, *produisent*, ainsi que le prouvent les expériences de Delbet et Mocquot (1), *une aspiration du sang du réseau veineux superficiel vers le réseau veineux profond*, et qu'il s'ensuivrait le passage, trop rapide, d'une partie du liquide sclérosant dans les veines profondes, non variqueuses, indispensables au contraire et devant être respectées intégralement si l'on veut pouvoir supprimer par sclérose le réseau variqueux superficiel,

***

Certains conseillent de placer le pied du patient dans une cuvette pour éviter les souillures du sang : nous avouons ne pas bien comprendre, car si l'injection est pratiquée normalement, il ne doit pas, il ne peut pas y avoir issue de sang hors des téguments.

Région à injecter d'abord.

La région à injecter en premier lieu variera suivant la situation des varices, et leur volume et leur nombre, et leur disposition. Disons seulement qu'on débutera d'une façon générale — certains sont d'ailleurs d'un avis opposé — par les varices les plus bas situées, celles de la jambe presque toujours, laissant de côté néanmoins les veines sinueuses de petit calibre qui, une fois les varices sus-jacentes sclérosées, pourront s'affaisser spontanément, ou, si elles ont subsisté — cas fréquent, étant donné les anastomoses nombreuses entre les réseaux veineux — qu'il sera toujours loisible de traiter en terminant. Une autre raison commande de débuter assez loin de la ra-

(1) Il est évident que cette technique est grandement facilitée si l'on utilise une table spécialement aménagée pour faire passer le malade, sans mouvements de sa part, de la position debout à la position couchée.

(1) Ces expériences ont été récemment contrôlées, radiologiquement tout d'abord par Jentzer (de Genève) en 1925, puis par Sicard-Gaugier-Gally. Le premier injecta dans les varices du bromure de strontium, les seconds utilisèrent du lipiodol et du tétrabromure d'iode. La radioscopie leur permit de constater le comportement, dans le réseau variqueux, du liquide opaque injecté. De leur examen, il ressortit que « le courant sanguin dans le département externe variqueux, s'il n'est pas franchement inversé, est très ralenti, et que le sang des veines variqueuses superficielles n'a aucune tendance à rejoindre celui des veines profondes de la jambe, si le variqueux est au *repos horizontal*. « Mais si on met le malade debout et si on lui fait contracter vivement les muscles du mollet, on assiste à l'aspiration nette du liquide opaque par les veines du réseau profond. »

cine du membre : c'est que, ainsi que nous l'avons exposé précédemment, l'on ne peut savoir à l'avance le degré de réaction qui suivra l'injection ; on se met évidemment à l'abri en débutant toujours par des solutions faibles ; tout de même, on évitera plus sûrement, en opérant assez loin de la crosse de la saphène le danger, surtout théorique, il est vrai, de sclcroser par trop brutalement cette même crosse à son embouchure dans la veine fémorale.

Il importe aussi, pour la première piqûre, de ne pas chercher la difficulté : le malade, en effet, toujours un peu prévenu à l'égard d'un traitement relativement nouveau, plus ou moins effrayé aussi — ses préjugés aidant, — et plus encore les avis profanes de son entourage — a besoin d'être rassuré, mis en confiance. On choisira donc une veine d'abord aussi facile que possible, bien accessible, suffisamment tendue, bien fixée.

Pour les *injections suivantes*, elles se feront, au fur et à mesure que les segments variqueux sous-jacents auront été sclérosés, en remontant progressivement vers la racine du membre.

Injection proprement dite.

Le malade est en position, ses varices apparentes ; la seringue chargée, armée de son aiguille est à portée de la main ; on a déterminé la région à attaquer et le point exact par où pénétrer dans la lumière de la veine.

Une friction de la peau à l'alcool nettoie le terrain. L'index et le médius gauches (ou seulement le pouce, les autres doigts embrassant le membre) appliqués un peu au-dessous de l'endroit à piquer maintiennent les tissus en attirant la peau légèrement vers le bas, pour immobiliser le plus possible la portion de veine choisie. La main droite saisit la seringue, la tenant très souple entre l'index et le médius sous-jacents et le pouce, le biseau de l'aiguille ouvert en haut regardant les graduations de la seringue, la pointe appliquée contre la peau à un demi ou un centimètre environ en deçà du point où l'on doit perforer la veine de manière à ne pas attaquer celle-ci directement mais après un court trajet sous-dermique, l'aiguille formant avec les téguments un angle très aigu, étant presque parallèle à la surface du membre, presque parallèle également à la direction, à l'axe de la veine qu'elle surplombe. L'opérateur mesure mentalement, par habitude, par expérience, « réflexe », la résistance probable des tissus à la pénétration de l'aiguille. Un coup sec, soudain, brusque mais non brutal ; l'aiguille a pénétré, d'un seul mouvement, juste ce qu'il faut, ni trop ni trop peu, le biseau en entier dans l'intérieur de la varice libre dans la cavité. Un léger coup d'aspiration du piston pour bien s'en assurer : une gouttelette de sang apparaît dans la seringue. Le malade n'a ressenti d'autre douleur que celle, très fugitive, de la piqûre ; il ne se plaint d'aucune brûlure. Alors, carrément, posément, sans brusquerie, sans à coups, rapidement néanmoins, même avec vivacité, l'opérateur, maintenant de sa main gauche la seringue très solidement immobilisée, de sa main droite pousse le piston. La solution a pénétré dans la varice. Un temps... puis, sur le point injecté, l'opérateur applique, assez fortement, son tampon imbibé d'alcool et alors, seulement, d'un coup sec, il retire son aiguille et fait asseoir ou allonger son malade, la pression au niveau de la piqûre étant toujours maintenue, pour assurer l'accolement des parois veineuses perforées, soit à la main, soit par l'application, si aisée, d'un lien élastique modérément serré. Le tampon est laissé en place quelques minutes ; puis, soit on l'enlève, soit on le laisse jusqu'au soir maintenu par une bande de crêpe assez lâche, ou par une bandelette d'emplâtre adhésif.

***

Telle est notre façon de procéder : nous estimons qu'il faut pénétrer en un seul temps dans la lumière du vaisseau qu'il s'agit de surprendre, sans lui laisser le temps de fuir devant l'aiguille, de se contracter, presque de se fermer comme il arrive parfois (lorsque les tuniques de la veine n'ont pas encore perdu la plus grande partie de leur tissu musculaire) par suite d'un réflexe d'ordre neuro-végétatif (sympathique) déclanché par l'irritation de la paroi externe de la varice par la pointe de l'aiguille.

Cette manière de faire, toujours préférée par les malades pour sa rapidité d'exécution qui rend la piqûre presque complètement indolore, exige peut-être une plus grande habitude. Elle nous semble bien préférable. On ne réussit d'ailleurs pas à tout coup. Nous devons dire, d'autre part, que certains trouvent au contraire, avantage à faire toujours la piqûre en trois temps : dans un premier temps, perforation de la peau séparément ; dans un deuxième temps, appréciation par l'index gauche, à travers la peau, de la situation précise de l'extrémité de l'aiguille par rapport à la varice dont on accroche alors l'adventice ; la veine ainsi « ferrée », dans un troisième temps, le plus délicat, perforation de la paroi et pénétration dans le vaisseau...

Dans l'un comme dans l'autre cas, *de petites difficultés peuvent se présenter* (1).

1° La piqûre a été pratiquée correctement ; on a la quasi-certitude de n'avoir fait aucune faute,

(1) Difficultés pratiques très réelles. On a été jusqu'à dire, comparant deux actes médicaux, qu'une ponction lombaire était toujours possible, qu'une injection intra-variqueuse au contraire pouvait être d'une difficulté insurmontable (Poincloux). Proposition que nous ne contredirons pas. Mais veillons à ne pas généraliser.

d'être bien exactement dans la veine, et pourtant, à l'aspiration provoquée par un léger mouvement du piston, rien ne répond : *pas la plus petite gouttelette de sang n'apparaît dans la seringue.* Que s'est-il produit ? Simplement ceci, que le biseau de l'aiguille s'est appliqué trop intimement contre la paroi veineuse, s'est accolé à elle, et que l'aspiration du piston se communique à l'endoveine, formant soupape. Que faire en ce cas, pour tout d'abord bien s'assurer qu'il s'agit de cela uniquement, puis, pour pouvoir ensuite injecter en toute tranquillité ? Tout bonnement faire faire à l'aiguille, avec l'axe de la veine, un angle moins aigu, à 45° par exemple, ou si cela ne suffit pas, tourner la seringue entre les doigts d'un quart ou d'un demi tour. Nouvelle aspiration : cette fois le sang apparaît. Reste à pousser.

2° Si rien ne vient encore à l'aspiration , c'est que véritablement l'*aiguille n'a pas atteint ou a dépassé* son but. Il faut retirer l'aiguille et injecter dans une autre région.

3° D'autres fois, rien n'est venu à l'aspiration, mais si l'on retire l'aiguille seulement de quelques millimètres, on voit le sang apparaître : l'*aiguille* avait bien réellement pénétré dans la veine, mais continuant son chemin, *avait embroché la paroi opposée et les tissus adjacents.* Que faire alors ? Le mieux serait évidemment de retirer l'aiguille complètement cette fois encore, de ne pas insister à cet endroit et de repiquer dans une autre région. On risque en effet, poussant l'injection, de laisser sourdre par l'orifice de perforation de la paroi postérieure quelque peu de liquide sclérosant, d'ailleurs déjà plus ou moins dilué dans le sang circulant. Pourtant, le plus souvent, si surtout les parois variqueuses ne semblent pas particulièrement friables, et si l'on a utilisé, ce qui est de règle, une aiguille fine, il n'y aura pas d'inconvénient majeur à pousser l'injection une fois le biseau de l'aiguille décidément remis à sa place stricte : tout au plus s'ensuivra-t-il localement une réaction douloureuse plus vive et plus persistante qu'il n'eût été souhaitable.

4° Dans d'autres cas, le sang afflue bien dans la seringue. On se croit autorisé à injecter, mais aux premières gouttes poussées, le malade accuse une douleur locale très vive, une sensation de brûlure, de cuisson très aiguë : *le biseau de l'aiguille* est bien dans la lumière de la veine puisque le sang arrive dans la seringue, mais il est en même temps, dans sa paroi, et dans le tissu périveineux, *à cheval en somme sur cette paroi* ; une partie du liquide injecté pénètre dans la varice, une partie dans l'épaisseur même de la paroi et dans le tissu cellulaire adjacent. Incident inadmissible lorsqu'il s'agit de grosses varices, relativement fréquent et souvent inévitable si l'on injecte de petites varices très sinueuses, pelotonnées, « vermicellées », et, d'autant plus qu'on aura utilisé un biseau plus long. Le remède ? Suspendre l'injection, tamponner, retirer l'aiguille, injecter ailleurs.

5° D'autres fois, mais très rarement, *on se trouve arrêté par un spasme,* — dû certainement à l'irritation des terminaisons nerveuses sympathiques — du segment veineux qu'on allait injecter. La varice avait son apparence normale, elle était suffisamment tendue, remplie de sang ; la pointe de l'aiguille atteint son adventice : aussitôt l'on voit la veine blanchir, se contracter, se spasmer, se creuser, se vider, devenir exsangue. Cela peut durer plusieurs minutes : inutile de chercher à ce moment à pénétrer dans la lumière du vaisseau. Ce phénomène ne se voit qu'exceptionnellement à cette phase ; il est, au contraire assez fréquent — mais c'est alors sans inconvénient — une fois l'injection poussée.

***

Certains auteurs ont conseillé, pour s'assurer qu'on est bien dans la veine, et pour éviter plus sûrement de pousser l'injection du liquide sclérosant (surtout lorsqu'il s'agit de carbonate de soude) dans le tissu cellulaire, d'*injecter au préalable quelques centimètres cubes de sérum physiologique* : opération tout à fait inutile, car le seul fait de retirer la seringue et d'armer à nouveau l'aiguille a pu suffire à changer l'aiguille de place. Il faut donc à nouveau s'assurer que l'on est bien dans la veine en aspirant une gouttelette de sang: on pouvait tout aussi bien le faire après avoir piqué directement la veine avec l'aiguille qui arme la seringue contenant le liquide sclérosant.

***

Ici, donnons encore un tout petit conseil d'ordre pratique : veiller, lorsqu'on puise le liquide dans l'ampoule, à ce que quelques gouttes de la solution ne coulent le long de la paroi extérieure du corps de pompe de la seringue. Ce liquide est, en effet, surtout quant aux fortes concentrations, extrêmement *visqueux* et lorsque, la veine piquée, l'on se prépare à pousser vivement sur le piston, il arrive que les doigts perdent leur point d'appui, glissent sur le tube extérieur de la seringue : au cours des mouvements produits, il peut se faire que l'aiguille ne reste pas strictement en place ; plus souvent l'injection, poussée trop lentement, ne produit pas la réaction consécutive attendue.

Conduite et rythme du traitement. Sa durée.

S'il est indispensable de savoir correctement pratiquer une injection intra-variqueuse, il importe peut-être plus encore de savoir diriger son traitement de telle sorte qu'il aboutisse, dans un délai normal, à une oblitération définitive des veines malades, sans pour cela avoir à craindre —

ou tout au moins au minimum — les incidents toujours possibles à la suite d'un traitement imprudent ou malavisé.

Quelles doses faut-il injecter ? Quel volume et à quelle concentration ? Combien d'injections en une séance ? A un seul membre ou aux deux ? Quelle distance laisser entre chaque injection ? Quel intervalle entre deux séances ? Autant de questions — et il en est d'autres — auxquelles nous devons donner réponse.

Doses à injecter.

Nous l'avons déjà dit, mais sur ce point, il n'est pas mauvais d'insister : aucune veine, chez un individu ou chez un autre, et parfois chez le même individu, ne réagit exactement de la même façon. Il importe donc, si l'on veut éviter toute surprise, c'est-à-dire des réactions trop violentes, *de débuter toujours par une solution faible*, en pratique salicylate de soude à 15 %, et de ne pas injecter d'emblée en une première séance plus de 2 à 3 centimètres cubes. Dans quelques cas, très rares, même cette solution pourra être reconnue trop forte et aux séances suivantes, il pourra y avoir intérêt à diminuer son taux et à n'utiliser qu'une solution à 10 %.

Le plus souvent, l'action de la solution à 15 % aura au contraire été trop faible ou même nulle : dans ce cas, naturellement, on injectera, au cours de la séance suivante, trois centimètres cubes d'une solution à 20 % ; puis, si le résultat n'est pas suffisant encore, au cours de la troisième séance trois centimètres cubes d'une solution à 30 %. La plupart du temps, il sera absolument inutile de dépasser cette concentration : elle suffit, presque toujours, à condition bien entendu de la pousser dans la veine avec la rapidité voulue et en sachant, chaque fois qu'il est nécessaire, faire varier la position du membre pour le vider plus ou moins de son sang.

L'injection de trois centimètres cubes en une fois est aussi presque toujours suffisante : s'il est utile, on injecte cinq centimètres cubes. Dans quelques cas une solution à 40 % sera nécessaire : toujours trois centimètres cubes. Il est extrêmement rare, sauf pour quelques ampoules variqueuses très dilatées, d'avoir à injecter d'un coup cinq centimètres cubes d'une telle solution si l'on se met à l'avance dans les conditions optima de réussite.

Dans le cas d'ailleurs, où la solution concentrée de salicylate semblerait insuffisamment active, il serait préférable de recourir ultérieurement à une autre substance sclérogène.

Car, en effet, il ne faudrait pas non plus, par excès de prudence ou par pusillanimité, se contenter toujours et toujours de doses qui, à l'expérience se révèlent — même à concentration habituellement active — insuffisantes. Il arrive, en effet, que la répétition de l'injection dans la même veine, au même endroit, si elle est faite toujours à la même dose qui, une première fois n'a pas sclérosé d'emblée le segment envisagé, non seulement n'ajoute rien au résultat précédemment obtenu, mais rende ultérieurement plus difficile la sclérose de ce segment. Les parois veineuses se durcissent, s'épaississent, puis rapidement ne réagissent plus. Les injections ultérieures sont rendues plus délicates du fait de l'induration, parfois plus ou moins ligneuse, de ces parois que l'aiguille doit d'abord traverser avant de pénétrer, de catéthériser la lumière du vaisseau devenue comme une sorte de tunnel très fortement protégé. Il faut alors, pour en finir, utiliser une concentration beaucoup plus forte et un volume plus considérable, ou même abandonner définitivement le salicylate et le remplacer par le chlorhydrate de quinine.

Par contre, il faut savoir que, dans certains cas particuliers, les solutions faibles sont pour ainsi dire toujours suffisantes, et qu'en tous cas, il peut y avoir danger à utiliser d'emblée les solutions usuelles. Par exemple, dans le cas de phlébite ou périphlébite variqueuses non très anciennes. Ces phlébites et périphlébites variqueuses, superficielles, ne sont pas, au contraire des phlébites profondes — dont nous reparlerons par la suite — des contre-indications au traitement sclérosant. Elles réclament seulement plus de prudence de la part du médecin, qui devra attendre que la période inflammatoire aiguë soit tout à fait passée avant d'intervenir dans les varices voisines restantes. Il devra savoir aussi que ces dernières ont été en quelque sorte « sensibilisées », du fait de l'inflammation précédente et que des doses faibles de sclérosant sont suffisantes pour amener leur oblitération (en général, 2, 2 1/2, 3 centimètres cubes au maximum de la solution à 15 %), et que, d'autre part, l'emploi de doses plus fortes risque de réveiller dans le foyer éteint, en apparence complètement guéri, une inflammation nouvelle plus ou moins lente ensuite à s'atténuer puis à disparaître.

Disons aussi que certains auteurs (1) conseillent d'employer des solutions encore plus faibles, à 5 %, dans les cas où, malgré la contre-indication devenue pourtant pour quelques-uns plus formelle au fur et à mesure des enseignements de l'expérience, l'on se déciderait à traiter les varices superficielles d'un membre antérieurement et non très anciennement atteint de phlébite profonde. On se mettrait ainsi à l'abri de réveils dangereux.

Nombre d'injections par séance.

Le débutant est toujours pressé : il veut un résultat dès la première séance ; il veut aussi une conclusion rapide. Ainsi l'apprenti automobiliste

(1) L. Humbert. — The Modern treatment of varices

qui, à peine sait-il tenir son volant, ne rêve que vitesse et se laisse parfois gagner par elle. Mieux vaut prendre son temps. Nous préférons dans l'immense majorité des cas ne pas faire plus d'une injection par séance. L'un des très grands avantages de la méthode de Sicard est d'être un traitement « ambulatoire » : qu'il le soit réellement. En ne faisant qu'une injection par séance, on a infiniment plus de chance de ne pas occasionner la moindre gène à son malade.

Sachons d'ailleurs ne pas être absolus. Tel malade ne peut venir que rarement se faire traiter ; tel autre a un travail qui lui permet de rester assis, même au besoin les jambes étendues ; tel n'a que quelques jours à accorder à son médecin ; tel autre peut se reposer tout le temps nécessaire et désire aboutir rapidement : questions d'espèces. Ne refusons pas au malade, *prévenu*, de le traiter plus intensivement.

Il peut être permis alors, et même indiqué, de faire deux, trois, quatre injections dans une même séance : une à deux dans chaque membre. Si même c'est au chlorhydrate de quinine que l'on a recours pour obtenir le déssèchement des varices, on pourra pratiquer un plus grand nombre d'injections encore.

D'une façon générale — et en dehors de ces cas — mieux vaut ne traiter que membre après membre : qu'une jambe soit toujours absolument valide. Pourtant, si les réactions ne sont ni fortes ni douloureuses, il peut y avoir intérêt à injecter simultanément les deux membres, ou encore à passer, d'une séance à la suivante, d'un membre à l'autre, laisser la réaction de la jambe droite par exemple s'éteindre tout à fait et dans l'intervalle injecter la jambe gauche. Pas de règle stricte : des cas, des sujets, des tempéraments.

Distance entre chaque injection.

La distance à observer entre chaque injection d'une séance à l'autre est éminemment variable : tout dépend de la réaction produite par l'injection précédente. Si cette dernière a été tout à fait insuffisante, ou nulle, mieux vaudra repiquer au même endroit, en utilisant une solution plus forte. Si la précédente a agi, la piqûre suivante se fera dans la varice sus-jacente un peu au-dessus du point où la réaction précédente est venue mourir.

Mais si l'on fait plus d'une injection dans la même séance et sur le même membre, il importera de ne pas faire la deuxième injection dans le prolongement de la première, c'est-à-dire dans le même segment veineux, à moins qu'il n'y ait entre les deux piqûres une distance d'au moins quinze à vingt centimètres ; ceci, afin de ne pas risquer de voir les deux injections cumuler leurs actions propres dans un même territoire trop restreint. Mieux vaudra, le plus souvent, faire la deuxième piqûre dans une région, voisine si l'on veut, mais qui ne soit pas desservie, par le même réseau collecteur : par exemple, la première injection sera faite dans le territoire de la saphène interne, la deuxième dans celui de la saphène externe, ou réciproquement.

Même conduite si la réaction précédente avait été trop vive, avait occasionné une gêne sensible au malade ou s'il subsistait encore un empâtement douloureux, car la répétition dans le prolongement du segment veineux précédemment injecté, *même à distance*, risquerait de réveiller plus intense encore la réaction première.

Ces considérations n'ont pas tout à fait le même intérêt s'il s'agit du chlorhydrate de quinine : dans ce cas, les réactions étant en général plus limitées en étendue les piqûres peuvent être plus rapprochées : l'inflammation consécutive sera d'ailleurs presque toujours, autour des points injectés, beaucoup plus vive et plus prolongée.

Intervalles entre les séances.

L'intervalle à laisser entre chaque séance peut varier d'un sujet à l'autre, en proportion des réactions consécutives, de leur acuité, de leur durée.

En moyenne, on pourra au début — c'est-à-dire dans la période de tâtonnement — faire trois injections dans la même semaine ; puis, seulement deux dans la semaine qui suit, et par la suite deux ou seulement une par semaine. Il faut pour bien faire, avant de pratiquer une nouvelle injection, que la réaction antérieure soit, sinon complètement éteinte, au moins très atténuée.

Si le médecin d'autre part, laisse trop d'intervalle entre deux séances, il ne pourra, pour apprécier le degré de réaction produit, que s'en rapporter aux dires de son malade, ce qui, d'ailleurs, sera suffisant dans la majorité des cas ; dans quelques autres, il aurait intérêt, au contraire à se rendre compte par lui-même de l'ampleur de la réaction produite, afin de pouvoir plus judicieusement apprécier par la suite la force et le volume de la solution à injecter ultérieurement.

Parfois la réaction, au bout d'une semaine, est encore vive. Il ne faut pas vouloir, à tout prix, injecter quand même : mieux vaut attendre quelques jours de plus et agir alors en toute sécurité.

Vers la fin d'un traitement, il y aura toujours intérêt à espacer plus encore les injections, et ceci dans un double but, d'abord pour mieux pouvoir se rendre compte de l'effet produit, enfin pour dépister plus facilement les varices restantes.

Terminaison de la cure. « Finiolage ».

Les varices les plus importantes, les plus apparentes, ayant été traitées, il ne faut pas néanmoins s'arrêter avant que l'on ne soit assuré que tout a été fait. Autrement, les récidives seraient rendues possibles.

D'une part, il faut scléroser toutes les varices en remontant vers la racine du membre, jusqu'à la crosse de la saphène, et non seulement toutes les dilatations nettement visibles, mais encore tout trajet, même non ampullaire ou sinueux, simplement dilaté, rigide, turgescent, à valvules disparues ou insuffisantes. A ne pas agir ainsi, on verrait de nouveau, au bout d'un temps plus ou moins long, sous l'influence de la pression du sang dans les colonnes sanguines ainsi omises, se reformer de nouvelles varices, de nouvelles ectasies.

C'est l'exploration du membre par le palper, beaucoup plus que l'inspection, qui permettra de déceler les trajets veineux. Il faudra explorer tout le long de la face interne de la jambe, derrière le mollet, et surtout le long du trajet de la saphène interne, particulièrement depuis le genou jusqu'au triangle de Scarpa.

Il ne faudra pas craindre de scléroser jusqu'à la crosse de la saphène : pratiquement, le liquide sclérosant ne risque pas d'agir sur la veine fémorale, trop large, et dans le sang de laquelle — étant donné la rapidité du courant en ce point — il est immédiatement dilué jusqu'à perdre toute activité. Pour plus de sécurité d'ailleurs, pendant toute la durée de l'injection et pendant encore une ou deux minutes après l'injection, on prendra soin de faire pression — le malade lui-même peut le faire, ou mieux un aide, ou sinon un lien élastique et un tampon — au niveau de l'embouchure de la saphène dans la fémorale.

***

Il faudra également, avant de déclarer la cure terminée, bien s'assurer que les petites varices, du pied notamment, que l'on avait négligées au début dans l'espérance que la sclérose des troncs sus-jacents suffirait à les soulager, sont bien réellement disparues, sinon il faudra, « finiolant » le traitement, les scléroser à leur tour définitivement.

***

Il arrive aussi qu'à la suite de certaines scléroses un peu brutales de deux segments variqueux dans le prolongement l'un de l'autre, il subsiste au point de jonction de ces deux segments une *petite ampoule violacée*, noire, un peu dure, parfois mollasse, plus ou moins tendue, fluctuante : la sclérose sus et sous-jacente a fermé toute issue au sang ainsi emprisonné dans ce court segment de veine non sclérosée. Il importe de ne pas laisser les choses en l'état, non pas qu'il y ait grand danger d'infection, mais, d'une part, de telles poches sanguines ne présentent pas grande tendance à résorption spontanée, d'autre part, elles sont disgracieuses et gênantes, souvent douloureuses, et un choc localisé pourrait les rompre, entraîner une ulcération, puis une cicatrice peu esthétique et peut être de l'inflammation.

Tout simplement, on ponctionnera l'ampoule — après nettoyage à l'alcool — au moyen d'une aiguille à biseau moyen, assez large (7 à 8/10e de millimètre) et montée sur une seringue de manière à pouvoir aspirer tout son contenu. Parfois, une deuxième ponction pourra être nécessaire quelques jours plus tard, l'ampoule n'ayant pu se vider en totalité (aiguille trop fine, liquide trop dense), la première fois.

Le liquide ainsi retiré est constitué par du sang nullement coagulé, seulement un peu épais, de couleur violet foncé, noirâtre. La chose est faite, on tamponne avec une compresse stérile et on laisse à demeure, durant un à trois jours, un pansement légèrement compressif.

Association des diverses substances sclérosantes.

Dans certains cas, le salicylate de soude se montre insuffisant comme sclérosant : il ne « mord pas », ou ne mord plus, sur l'endothélium. On peut augmenter la dose de la solution et, en volume et en concentration : la paroi veineuse se durcit, s'épaissit, mais ne s'oblitère pas ; il subsiste un canal central, bien perméable, et la solution salicylée qu'on y injecte s'y déverse sans plus provoquer la moindre réaction.

Inutile alors d'insister. Il faut abandonner le salicylate. Le moment est venu d'avoir recours aux autres substances sclérogènes. Lesquelles ?

Le biiodure de mercure est à rejeter — du moins, c'est notre opinion — pour les raisons que nous avons déjà données. On pourra parfois utiliser le carbonate de soude. Le plus souvent, sinon toujours, c'est le chlorhydrate de quinine qui sera indiqué :

On injecte d'abord un quart, puis un demi, puis, si nécessaire, trois quarts et même un centimètre cube de la solution normale, et l'on est tout surpris de voir se déclancher la réaction cherchée que le salicylate n'avait pu arriver à produire. Même — et cela, il faut le bien savoir pour en tenir compte et ne pas injecter d'un coup des doses trop massives de quinine — la solution de quinine uréthane peut déclencher la réaction non seulement dans le segment variqueux considéré, mais encore réveiller d'autres réactions, souvent excessives et de durée très prolongée — des semaines ou des mois — dans les territoires précédemment traités au salicylate.

***

Le contraire aussi peut se voir, mais exceptionnellement : la quinine ne plus agir suffisamment, le salicylate être ou redevenir plus franchement sclérogène.

Un peu de pratique de la méthode, et l'on saura jouer des diverses substances sclérosantes au mieux des intérêts de son malade.

Durée moyenne d'un traitement.

La durée d'une cure est extrêmement variable d'un individu à l'autre. Nous avons sclérosé avec du carbonate de soude à 10 %, en une seule injection, toute une saphène variqueuse sur sa longueur totale, depuis la malléole interne jusqu'à la crosse. Par ailleurs, certaines varices, particulièrement abondantes ou considérables ou résistantes, ont pu demander jusqu'à vingt ou même trente injections de salicylate pour disparaître en totalité.

En moyenne, on peut compter de six à douze séances pour guérir deux membres atteints de varices moyennes ou quelque peu volumineuses.

Les récidives.

Les récidives sont excessivement rares, si l'on a eu soin de scléroser toutes les veines superficielles dilatées : encore ces récidives ne se font-elles jamais au niveau des varices correctement traitées. Une veine sclérosée à fond est une veine définitivement annihilée : elle ne peut plus, jamais, redevenir perméable. S'il y a récidive au niveau d'une varice précédemment injectée, c'est que la sclérose n'avait pas été suffisante : il y avait eu épaississement des parois, mais persistance d'un canalicule, d'une sorte de fin tunnel au milieu des tissus sclérosés : par suite de la pression sanguine, ultérieurement, ce canal a pu à nouveau se laisser distendre et dilater, d'où récidive.

Presque toujours les récidives se font dans les veines du voisinage, veines qu'on a négligé de traiter soit parce qu'on les a estimées insuffisamment développées, soit parce qu'on a omis d'explorer méthodiquement par le palper tout le membre inférieur, soit parce que le malade a spontanément arrêté sa cure après sclérose des varices les plus apparentes, soit parce que l'insuffisance veineuse, maladie première, a continué à évoluer, le plus souvent parce que les troncs veineux collecteurs, non très turgescents, non ampullaires, non sinueux, mais qui transmettent néanmoins toute la pression sanguine aux veines sous-jacentes n'ont pas été traités, sclérosés.

Peut-on donner un pourcentage des récidives ? On a dit trois à cinq pour cent. Statistique bien difficile à établir : combien revoit-on, après deux, cinq, dix ans, des malades autrefois traités ?

Ce que l'on peut affirmer, c'est que chez les malades suivis, revus, les récidives sont exceptionnelles, c'est aussi qu'elles sont *toujours partielles*, n'apparaissant que dans quelques territoires, au niveau de quelques segments veineux.

Rien de plus simple d'ailleurs que de les traiter : une, deux, trois séances, et de nouveau tout est rentré dans l'ordre.

***

Nous n'avons pas envisagé dans cet article les différentes variétés de varices, varices traumatiques, varices hémorragiques, éponges variqueuses, varices inesthétiques, varices compliquées, varicosités, etc., ni étudié pour chacune d'elles la technique la plus convenable, la plus appropriée.

Nous n'avons pas parlé des suites soit normales, soit anormales, des injections sclérosantes ni des incidents du traitement.

Le sujet nous eût par trop entraîné : restera à y revenir.

Dr Raymond TOURNAY.

ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS EN FIN DE GROSSESSE (1)

Par M. Paul DELMAS,

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine.
Accoucheur en chef de la Maternité de Montpellier.

Cette communication a eu un retentissement regrettable qui a considérablement dépassé les limites des enceintes où, dans la sérénité qui convient aux spéculations scientifiques, les maîtres parlent et agissent sous le contrôle de leurs collègues et la critique de leurs élèves. La grande presse s'en est emparée et l'a présentée dans un tout autre esprit et avec une toute autre signification que le professeur P. DELMAS.

La présente publication remettra, pour nos lecteurs, les choses au point. G. D.

I. — Définition.

Sous ce titre, je me propose de décrire un procédé, nouveau et personnel, qui permet, chez une femme, même non en travail, et sans solution de continuité opératoire ou accidentelle des parties molles, l'issue du contenu utérin à l'heure délibérément choisie par l'accoucheur, en utilisant la souplesse rendue au canal cervico-segmentaire par la mise en œuvre de l'analgésie rachidienne.

(1) *La Gazette d'Accouchements de Montpellier*, 1er avril 1928.

II. — Historique.

A. — Dès les débuts de l'obstétrique, et aujourd'hui encore pour les gens du monde, l'art des accouchements se ramène à ces deux fins successives ; dans le premier temps, l'*ouverture de l'utérus* assez large pour permettre, dans un second temps, l'*extraction de son contenu.*

a) Déjà, du temps de Celse, 100 avant J.-C., l'*accouchement forcé* remplissait ces deux indications. Après l'entr'acte du Moyen-Age, Ambroise Paré, Guillemeau et Louise Bourgeois en remettaient la pratique en honneur, et, de nouveau, il subissait une éclipse, jusqu'à sa résurrection moderne par Tarnier, utilisant, pour son *accouchement accéléré,* soit le ballon de Champetier, (présentation mobile), soit le procédé bi-manuel de Bonnaire (présentation engagée).

b) Moins brutal entre les mains des modernes, le procédé demeurait malgré tout :

1° en ce qui concerne l'*ouverture de l'utérus,* manœuvre de force, longue et fatigante pour l'accoucheur, périlleuse pour l'intégrité de la filière ;

2° en tant que *procédé d'évacuation,* manœuvre aux contre-indications impératives, tirées de la contracture de l'organe qui interdit la version.

B. — Comme tous les accoucheurs, j'ai connu, pendant vingt ans, les dilatations interminables ou impossibles de cols dépourvus de souplesse, les versions prohibées dans des utérus vides d'eau.

a) Survient la guerre, où, dès 1916, sur la seule prédication de l'exemple et des résultats, Lefilliatre, à l'Autochir. 21, me convertit à la pratique des *rachi-analgésies* (*Presse médicale* du 14 mars 1918). Démobilisé, j'applique à nouveau à l'obstétrique ce procédé d'insensibilisation, une première fois tenté à Montpellier, 25 ans auparavant, dès l'apparition de cette méthode, par de Rouville et Puech. De 1918 à 1925, j'accumule les articles et les communications. Je suis assez heureux pour convertir mon maître Brindeau à ma technique, le 1er juin 1924.

1° En fait, je n'envisageais encore que l'*insensibilisation* au cours d'interventions obstétricales (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique,* avril 1920).

2° Peu à peu, cependant, je constate, d'abord, que les *procédés de dilatation* en sont facilités d'autant (Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, le 3 février 1926), ce que je rapproche d e l'influence de la rachi sur les *spasmes viscéraux* (Société des Sciences médicales et biologiques du Languedoc méditerranéen, 4 janvier 1924) et, avec Roume, de son action sur la *contracture utérine* (Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, 7 décembre 1924). Je constate, enfin, avec Coll de Carrera (Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, du 3 février 1926), que des *versions,* jusqu'alors contre-indiquées pour contracture, deviennent aisément réalisables.

a) De tous ces travaux finissent pas se dégager quelques idées simples :

I. — La « rachi » fait disparaître la *contracture* utérine ;

II. — Elle ne supprime ni la *contraction,* ni la *rétraction* de l'utérus ;

III. — Parfois même, ces deux procédés sont plutôt *stimulés.*

I. L'imprégnation des *racines médullaires* par rachi-analgésie coupe l'arc réflexe ; c'est la section physiologique du conducteur, les excitations émanées de l'organe n'arrivent plus aux centres, d'où ne part plus la réponse de l'hypertonie.

II. Mais, l'*innervation sympathique* a échappé à l'action de l'agent analgésique, d'où la persistance du fonctionnement propre de la fibre utérine. Tout se passe comme dans l'expérience de White House ; il place des pinces sur les ligaments larges, ce qui vaut la section de tous les nerfs extrinsèques ; l'utérus, qui était contracturé se relâche, mais il se contracte quand même, grâce à l'appareil ganglionnaire autonome.

III. Comme corollaire, et indirectement, l'antagonisme des résistances supprimé, le rôle du corps peut s'opposer davantage à celui du segment inférieur.

b) A l'ensemble de ces remarques, d'ordre clinique, j'ajoute enfin les résultats de mon expérience opératoire :

1° L'action dilatatrice du *ballon de Champetier* est inconstante. De plus, cet agent est d'une conservation si difficile qu'il se rompt souvent au cours de son emploi. De toutes façons, il traumatise le col aveuglément, jusqu'à la déchirure incluse.

2° La *manœuvre de Bonnaire* permet de se rendre compte des résistances rencontrées et de s'arrêter quand s'annonce quelque éraillure, mais elle engendre promptement une lassitude invincible des deux mains de l'accoucheur, au cours de sa longue durée.

3° Par contre, la manœuvre *bi-manuelle,* massage excentrique de Demelin, imité de Rizzoli, et renouvelé de Celse, a plus de souplesse déplace ses p oints d'action, et permet d'alterner l'usage de l'une et de l'autre main.

C. — Ajuster les remarques cliniques à mes tâtonnements opératoires, tel est l'emploi de l'année scolaire 1926-1927. Les résultats en ont fait l'objet de ma communication aux Journées Médicales de Madrid, le 21 octobre 1927.

Une fois encore, je recueille patiemment les observations, et ainsi se trouve édifié le procédé que je vais maintenant décrire.

III. — Technique.

L'évacuation extemporanée de l'utérus décidée, les temps se succèdent dans l'ordre suivant :

A. Temps préliminaire.

a) *Réalisation de la rachi*, selon ma technique, que je rappelle dans ses grandes lignes :

1° La malade, symétriquement assise à califourchon sur la table d'opérations, fait le gros dos, en prenant point d'appui sur ses deux mains posées devant elle. La région lombo-sacrée est badigeonnée de teinture d'iode, selon un losange qui va d'une crête iliaque à l'autre et de la première lombaire à la naissance du pli interfessier. Rachicentèse de l'espace lombo-sacré, à l'aide de mon aiguille, construite aujourd'hui par Collin. Ajustement à l'embout de l'aiguille d'une seringue de Luer, de 20 cc., dont le piston est refoulé par la seule pression du liquide céphalo-rachidien. Au 10e ou 15e cc., selon la pression ou la céphalée accusée par la patiente, je retire la seringue et aveugle momentanément la lumière de l'aiguille par son mandrin ;

2° 5 cc. de ce liquide sont projetés dans une ampoule préparée sur mes indications par la Société Chimique des Usines du Rhône et qui contient 10 centigr. de « scurocaïne » stérile en poudre, solution extemporanée (ampoules R) ;

3° Le liquide est alors repris et, le mandrin ôté de l'aiguille, injecté, sans brutalité comme sans timidité, dans l'espace sous-arachnoïdien. L'aiguille est retirée d'un geste sec. Attouchement à la teinture d'iode du point de ponction. La femme, recouchée, est placée en position obstétricale, les jarrets dans les porte-cuisses de la table ;

b) *Préparation de la région opératoire* :

1° *Epilation désinfection* de la région pubo-vulvo-périnéale par l'application de pâte de sulhydrate de calcium, enlevée au bout de 5 minutes à la compresse rude sous filet d'eau ;

2° Evacuation de la vessie par *cathétérisme* ;

3° Mise en place d'un *champ fenêtré*, qui couvre le tronc et les cuisses.

B. Manœuvre proprement dite.

a) *Ouverture de l'utérus*. — La main droite, en cône, est introduite, d'un seul coup, dans le vagin, qu'elle remplit.

1° *Etape digitale*. — L'index entre dans le col ; en tant que besoin, s'il a encore quelque longueur, il *vrille* jusqu'à pénétration dans le segment inférieur, sur lequel il s'applique après la flexion des 3e et 2e phalanges sur la 1re.

Dès lors, sans violence, mais par un mouvement soutenu de *balançoire*, ces deux phalanges font du massage excentrique du berceau cervico-segmentaire, jusqu'à assouplissement suffisant pour admettre le médius à côté de l'index, puis, à son tour, l'annulaire. Les résistances cèdent peu à peu, et le petit doigt est introduit à côté des précédents ;

2° *Etape manuelle*. — Après un temps d'arrêt, qui exige parfois le changement de main au cours de la dilatation, la main passe tout entière, en cône, avec ses articulations métacarpo-phalangiennes, dans l'orifice utérin. Le poing, qui a déplacé la tête, est maintenant manœuvré dans le canal cervico-segmentaire à la façon d'une *clef dans une serrure*. Après quelques mouvements de va-et-vient transversaux, il passe alternativement de l'utérus dans le vagin, un certain nombre de fois, jusqu'à la suppression de tout ressaut.

La dilatation est alors complète.

b) *Extraction du fœtus*. — Si elle ne l'était déjà, la poche des eaux est rompue ; une version par manœuvres internes est réalisée aussitôt, suivie de la grande extraction du siège.

1° Cette manœuvre est de règle, tant la *version* s'est toujours montrée facile, même lorsque les membranes étaient rompues depuis déjà 8 et même 12 jours. Du fait de la suppression de la contracture, elle est simple, au point que je la fais exécuter toujours par un de mes assistants, chaque fois surpris de la rapidité de l'évolution ;

2° Très exceptionnellement, il a pu se faire que la rétraction de l'utérus oppose quelque empêchement à la version. Il convient alors de faire une *application de forceps*, ce qui ne prête à aucune considération particulière.

C. Délivrance.

L'utérus est aussitôt revenu sur lui-même, offrant à la main qui le palpe, à travers la paroi abdominale, la sensation d'un globe rassurant ; une injection vaginale est donnée.

a) Au début, je faisais la délivrance artificielle dans un utérus puissamment contractile, mais souple. Puis, j'ai attendu la délivrance naturelle. La plupart du temps, d'ailleurs, la délivrance se fait *spontanément*.

b) Puisqu'il y a eu manœuvre intra-utérine, donc doute sur l'asepsie, je fais, à titre prophylactique, une *injection intra-utérine iodo-iodurée* qui renseigne, au surplus, sur l'état des parties molles, dont la revision et l'inventaire sont ainsi réalisés.

Au cas de poche rompue prématurément, hors du contrôle obstétrical, je substitue à la chimiothérapie de l'injection intra-utérine le tamponnement intra-utérin, imbibé de *bouillon vaccin*, à la manière de Besredka.

c) Je termine, enfin, par l'injection sous-cutanée prophylactique de 12 centigr. de *sulfarsénol*, pratique empruntée depuis plus d'un an au professeur Rivière, de Bordeaux.

IV. — Résultats.

A. — Sur les *quarante observations* recueillies ainsi, je n'ai eu que des cas heureux.

a) Quand l'*enfant* n'a pas succombé avant l'extraction, il a toujours pu être conservé vivant, soit qu'il ait crié sitôt extrait — ce qui est de rè-

gle —, soit que, étonné, il ait fallu le ranimer, ce qui se voit de temps à autre.

b) Pour la *mère*, aucun décès, aucun délabrement, comme le montre l'étude des observations et la vérification faite au cours de l'injection intra-utérine terminale.

Le seul *exitus* noté n'a rien à voir avec le procédé. Il s'agissait d'une femme porteuse d'un placenta prævia central, qu'une syncope par anémie suraiguë n'a pas permis de ramener à la vie, sitôt l'utérus évacué. Prélevé par hystérectomie vaginale, *post mortem*, l'utérus était partout intact, sauf éraillure de 1 cm., sur le milieu de la lèvre antérieure, au niveau du point saisi par une pince de Museux pour pratiquer un tamponnement intra-utérin interrompu par la syncope terminale.

B. — Ces résultats ont été obtenus avec une rapidité, déconcertante certes, mais des plus favorables, puisque, en *quinze minutes*, durée moyenne, l'évacuation complète de l'utérus est réalisée.

a) Pour la *dilatation*, le col fût-il long et fermé, le délai extrême va de 12 minutes, cas unique, à 20 secondes, plusieurs fois observé. Dans l'ensemble, le chiffre de *trois minutes* est presque toujours noté.

b) L'*extraction* du fœtus, précédée ou non de version, n'a jamais demandé plus de *six minutes*.

c) La *délivrance*, enfin, donne comme durée extrême : quinze minutes à *trois minutes* ; le chiffre le plus souvent noté est de cinq minutes.

C. — Je crois devoir insister sur ce point : que tous ces cas ont été observés, publiquement, dans mon service de la Maternité de Montpellier, en présence de nombreux élèves, étudiants et sages-femmes, chez qui le sentiment de l'équité n'est pas toujours synonyme de bienveillance. J'ajoute, enfin, que plusieurs confrères de la ville ou de la région m'ont déjà fait l'honneur de venir, sur place, se faire une opinion sur ce procédé, *à priori* un peu surprenant.

Toutes ces constatations, publiquement faites, sont inattaquables et établissent le bien-fondé de tout ce qui est plus haut rapporté.

V. — Conditions

A. — Pour lui conserver ce caractère d'entière *sécurité*, encore ne faut-il demander au procédé que ce qu'il peut donner, l'*assouplissement d'une paroi ayant conservé son intégrité anatomique* quand l'obstacle ne relève que de l'absence de travail, ou, celui-ci déclanché, de contracture qui disparaît sous la rachi, ou d'inertie, qui cède, elle aussi, à ce mode d'insensibilisation.

B. — Par contre, le procédé est à *rejeter* absolument si ces conditions sont remplacées par quelque modification structurale, qu'il s'agisse :

1° De *cicatrices opératoires ou traumatiques* étendues d'*accouchements* antérieurs ;

2° Ou de *cicatrices inflammatoires*, suite, soit de *cautérisations* thérapeutiques ou de *cervicite prolongée*, gonococcique le plus souvent ;

3° Il en serait de même au cas d'*infiltration néoplasique* de l'utérus, soit par fibrome, soit par cancer.

C. — Passer outre à ces contre-indications doit être tenu pour faute inexcusable ; le délabrement grave qui en pourrait découler ne saurait être imputé qu'à l'ignorance ou à la brutalité de l'accoucheur. Ici demeure seule possible l'*évacuation chirurgicale* par la césarienne, soit abdominale (observation 574, de 1927), soit vaginale de Dürrshen (observation 183, de 1928).

D. — Cependant, au cas de *lésion limitée*, l'expérience m'a montré (observation 115, de 1926) que, la dilatation conduite jusqu'à 2 francs, il a été possible, après interruption de douze heures, de reprendre des manœuvres que l'imbibition séreuse et l'assouplissement d'une seconde rachi rend alors aussi facile que dans les cas précédents. Ce point est encore à l'**étude**.

VI. — Indications.

Deux groupes de circonstances sont à opposer, en ce qui concerne le droit, pour l'accoucheur, d'y faire appel :

A. — Jusqu'à aujourd'hui, je me suis, de parti pris, cantonné aux cas où l'*abstention n'est pas de mise*, quand l'évacuation artificielle de l'utérus apparaît nécessaire, ou tout au moins désirable.

a) *Au cours de la grossesse* tout d'abord :

1° Il en est ainsi, alors que l'on s'efforce de *lutter préventivement* contre quelque état pathologique qui la vient compliquer.

α) Tantôt, il s'agit de *dystocie*, où l'obstacle mécanique relève soit de la mère, soit du fœtus. Bassin rétréci ou grossesse prolongée, il n'importe. C'est la disproportion de la filière osseuse et du projectile fœtal qui commande l'interruption de la grossesse, si le Muller-Pinard indique l'heure venue d'agir. Jadis, c'était la provocation incertaine par les bougies ou le ballon, avec le temps perdu, les risques d'infection ou ceux de procidence.

β) Tantôt on est en présence de cas d'*éclampsisme* où, jointe à l'oligurie, la persistance de l'albuminurie et de l'hypertension, en dépit du régime lacté, font redouter les manifestations convulsives.

c) Tantôt, enfin, la *rupture prématurée de la poche* laisse craindre l'infection amniotique qui obligera, un peu plus tôt, un peu plus tard, à une évacuation dans des conditions devenues défavorables ;

2° Ainsi encore, lorsque les hémorragies à répétition d'un *placenta prævia* mettent la femme en péril grave, qu'il y a lieu de conjurer au plus tôt.

b) *La femme est-elle en travail*, il est parfois indi-

qué de terminer sans délai, dans l'intérêt de la mère, ou de l'enfant, ou des deux.

1° *Pour la mère*, c'est le cas lorsque :

a) Les accès convulsifs de l'*éclampsie* se succèdent, entraînant un état inquiétant qui commande d'en finir.

b) Les états pathologiques du *cœur* et du *poumon* ne permettent pas de laisser se prolonger la marche habituelle du travail ;

2° *Pour le fœtus*, tous les états de *souffrance*, au premier rang desquels la procidence du cordon.

Quelle que soit l'éventualité envisagée, il apparaît légitime d'en finir, et nul ne saurait critiquer la décision prise.

B. — En est-il de même, en face d'une *grossesse normale*, aux approches du terme, alors que tout laisse espérer un accouchement physiologique ?

a) Opérant dans un service d'enseignement, devant de futurs médecins, à qui il ne convient de donner que d'irréprochables exemples, je me suis ici interdit de mettre en œuvre ce procédé, dont je sais cependant l'innocuité et les bienfaits entre des mains prudentes.

b) De bons esprits, parmi mes collègues et mes confrères, se montrent plus audacieux, et leur thèse se peut ainsi résumer :

1° « Laisse-t-on un abcès se fistuliser, une appendicite se réchauffer, une hernie s'étrangler, alors que, peut-être tout cela ne se produira pas. Ne tient-on pas pour acceptable toute la chirurgie plastique en matière d'esthétique féminine ? Pourquoi refuser les bienfaits d'un accouchement indolore et à heure fixe à une femme à qui ne sourient guère les douleurs indéfiniment prolongées et les aléas d'un accouchement spontané? N'est-il pas légitime de choisir jour et heure pour la naissance de l'enfant ? »

Que si l'on objecte ce qu'il y a d'inacceptable à escamoter un phénomène naturel, voici ce qu'ils répondent : « Souvenez-vous des anathèmes lancés dans le passé à propos de la légitimité de l'accouchement prématuré. Baudelocque, en 1781, le considère comme « criminel ». Son élève, Capuron, le qualifie « d'attentat contre les lois divines et humaines ». En 1827, à Costa, qui demande l'avis de l'Académie de Médecine sur cette intervention, la Commission chargée d'en connaître, répond que la proposition est « inconvenante » et passe à l'ordre du jour. Et Orfila de trancher : « Au point de vue médico-légal, cette opération est illicite. »

2° Pourquoi ne pas conclure, avec Fodéré, dans son traité paru à Paris, en 1813 : « On prétend qu'en bonne morale, l'art ne peut imiter la nature, et l'on se retranche derrière l'horreur qu'inspire la provocation à l'avortement et la juste répression que les lois ont faites d'un semblable crime. Or, je demande aux casuistes et aux législateurs de tous les pays si l'on peut appeler du nom de manœuvres criminelles celles où l'intention n'est pas de nuire, mais de conserver à la fois deux êtres : la mère et l'enfant » (page 66). L'on sait la place prise, depuis, en pratique obstétricale, par l'accouchement prématuré provoqué.

Tels sont, objectivement résumés, les arguments invoqués.

3° A mon sens, cependant, il convient de se souvenir qu'au cas de grossesse ou d'accouchement normaux, alors qu'aucune complication n'est prévisible, *toute initiative d'intervention évitable engage la responsabilité de son auteur*, si quelque accident survenait.

Loin de faire appel systématiquement au procédé, ou même d'inviter la parturiente à s'y soumettre, je ne le mettrai en œuvre, pour le moment, que *sur la demande formelle de l'intéressée.*

Au lecteur de décider, ou, plutôt, à l'expérience clinique de dire ce qui convient.

C. — Indiquée ou discutable, l'évacuation opératoire de l'utérus est un procédé encore trop récent pour être vulgarisé.

Ne peut prétendre à la réaliser en toute sécurité que l'accoucheur instruit, le clinicien prudent, rendu maître par une expérience éprouvée, plus encore des *indications et contre-indications* que de la technique opératoire.

Seul, un *spécialiste qualifié* y peut procéder. Entre les mains de compétences improvisées, le procédé pourrait donner des déboires, plus imputables à l'ignorance ou à la présomption qu'à la valeur d'une méthode dont je suis bien en droit de dire qu'elle a, aujourd'hui, fait ses preuves.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les accidents de la vaccinothérapie en dermatologie.

I. Dans un premier cas, il s'agit d'une lésion dermatologique aggravée par le vaccin, dont on espérait une amélioration. Les affections les plus couramment traitées par le vaccin sont celles groupées sous le nom d'infection cutanée, qu'il s'agisse de pyodermites à staphylocoques ou à streptocoques du type impétigo ou acné, ou qu'il s'agisse du simple furoncle ou de l'anthrax. En admettant même qu'une vaccination soit bien conduite contre ces agents pyogènes habituels de la peau, celle-ci peut entraîner temporairement un déficit des forces de défense contre les autres microbes ou virus, jusque-là silencieux. On observera ainsi, par exemple, la récidive d'une gonococcie éteinte, l'apparition d'arthropathies, le déclenchement d'accidents coli-bacillaires, etc. Pour renforcer un secteur, dit Ch. FLANDIN, on en dégarnit un autre, et là, l'ennemi passe.

II. D'autres fois, on voit survenir, au cours de vaccinations, des réactions cutanées analogues à celles observées dans la sérothérapie. Prurit, eczéma, herpès, elles sont immédiates ou tardives, éphémères ou durables.

Ces accidents ne doivent pas faire abandonner le bénéfice de la pratique vaccinothérapique ; ils sont d'ailleurs rares en regard de l'extension, chaque jour plus grande, de la vaccinothérapie. Une des raisons en est que les vaccins employés ne sont pas toujours des vrais vaccins, les corps microbiens étant tellement modifiés par la chaleur, les agents physiques ou chimiques qu'ils agissent simplement comme substances protéiniques ; tandis que si on se sert de filtrats ou de lysats correctement préparés, l'effet spécifique est obtenu plus souvent, mais il s'agit alors d'une arme redoutable qui ne saurait être mise entre toutes les mains et appliquée à tous les cas.

Dans les affections dermatologiques, les vaccinations locales doivent prendre le pas sur les vaccinations générales, car elles sont plus actives et donnent des réactions moins vives.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement général, il est dangereux de cesser le vaccin, moins de quinze jours après le début, afin de dépasser le cycle des modifications humorales de défense consécutives à l'introduction d'antigènes dans l'organisme. Enfin pour instituer une vacinothérapie, on ne doit pas se baser sur le seul caractère objectif d'une lésion dermatologique, mais s'assurer auparavant de la santé et de l'equilibre général du sujet. (*Le Bulletin médical*, 31 décembre 1927.)

L'appendicite simulatrice. Appendicite et tuberculose.

L'appendicite, état infectieux chronique, peut, par une atteinte générale de l'organisme, simuler la tuberculose, d'autant mieux qu'elle est susceptible de créer le syndrome connu entéro-hépato-rénal d'origine appendiculaire. Le Dr Ch. FLANDIN le démontre par la relation d'un cas très suggestif.

Neuf fois sur dix, l'erreur de diagnostic provient d'un examen trop limité ; on ne doit, en aucun cas, quels que soient les symptômes invoqués par le malade, pratiquer un examen restreint ; une persistance de la fièvre, un mauvais état général, doivent inciter à chercher ailleurs que dans le poumon la cause ; une tuberculose fébrile datant de plusieurs mois se traduit, en effet, par des signes objectifs ; une simple inégalité respiratoire entre les deux sommets peut être, à la rigueur, un signe d'imprégnation tuberculeuse, et encore, elle n'explique pas une température se prolongeant. Même la présence de râles fins à la base droite doit automatiquement faire examiner le foie et l'appendice ; c'est une notion classique aujourd'hui.

Que faire en présence d'une appendicite avec coli-bacillose hépato-rénale ?

Chez les sujets jeunes une simple ablation de l'appendice suffit à éteindre le syndrome morbide ; il suffit de surveiller la convalescence, de faire une cure de drainage vésical des voies biliaires, de surveiller l'alimentation et d'éviter la fatigue pendant quelques semaines.

S'il s'agit de sujets âgés, l'infection hépato-rénale, généralement ancienne, a amené une altération profonde des tissus. L'appendicectomie est encore utile, indispensable même, mais la guérison du foie et des reins peut être longue à obtenir.

Etant donné le nombre de ces erreurs de diagnostic, il était utile de les rappeler et de montrer la manière de les éviter. (*Le Bulletin médical*, 18 février 1928.)

Méningite syphilitique.

Le Pr ACHARD cite trois cas où la méningite fut précoce, le syndrome méningé bien net ; la nature syphilitique put être établie et le traitement spécifique fit promptement rétrocéder les accidents. Mais les recherches modernes, et notamment les ponctions lombaires, ont montré que la méningite syphilitique ne se présentait

pas toujours sous cet aspect clinique, et que les manifestations en étaient beaucoup plus variées.

Les altérations du liquide céphalo-rachidien qui révèlent dans la syphilis l'atteinte méningée sont : l'augmentation de la tension du liquide (30 cent. dans la position assise, 20 dans la position couchée) ; son aspect clair ou moiré, plus ou moins louche ; les cellules sont principalement des des lymphocytes du type moyen, et quelques polynucléaires coïncidant avec une augmentation de l'albumine dans 95 p. 100 des cas. Parmi les réactions colloïdales, celle de Lange à l'or colloïdal consiste en une précipitation avec virage de la teinte rouge pourpre au bleu rouge, ou bleu bleu et même jusqu'au blanc ; la réaction du benjoin se fait avec des dilutions progressivement croissantes de liquide céphalo-rachidien, et consiste en une précipitation qui a lieu dans les premiers tubes en cas de réaction méningée syphilitique, mais seulement dans les tubes moyens en cas de méningites non syphilitiques à liquide clair comme dans la méningite tuberculeuse. La réaction de Wassermann est souvent précoce dans ce liquide.

Ces altérations du liquide céphalo-rachidien peuvent s'observer aux diverses périodes de la syphilis.

Elles peuvent aussi exister d'une manière isolée, dans des cas où l'atteinte des méninges est muette pour le clinicien et ne se trahit par aucun trouble apparent ; c'est alors ce qu'on appelle les méningites syphilitiques latentes. Celles-ci se rencontrent à la période primaire, pendant la phase septicémique, 20 à 25 jours après l'apparition du chancre. A la période secondaire, on a trouvé des réactions méningées chez les 2/3 des syphilitiques ; elles sont plus ou moins passagères, elles apparaissent quelquefois par poussées intermittentes.

Parfois, il y existe quelques symptômes dont la signification est plus ou moins vague ; c'est la méningite syphilitique fruste. C'est encore une méningite syphilitique aiguë à la période secondaire ou tertiaire, et aussi une méningite chronique.

Le principal intérêt des méningites syphilitiques résulte de leurs conséquences, qui peuvent entraîner le développement du tabes et de la paralysie générale, et aussi de leur curabilité par le traitement spécifique lorsqu'il n'intervient pas trop tard.

Le pronostic des formes aiguë ou chronique peut être éclairé par l'examen en série du liquide céphalo-rachidien ; mais, malgré l'amélioration des réactions sous l'influence du traitement, celles-ci ne disparaissent pas toujours d'une manière complète. Cependant la disparition de la réaction de Wassermann indique l'efficacité du traitement ; c'est à l'obtenir que le traitement doit tendre. On conseille de faire des examens répétés à certaines périodes : *a*) la ponction précoce dès que la réaction de Wassermann est devenue négative dans le sang, pour s'assurer s'il y a réaction méningée.

b) La ponction retardée, 8 à 12 mois plus tard.

c) La ponction tardive, 4 ans après le début de l'infection.

d) La ponction répétée, après les périodes de traitement actif, toutes les fois qu'on soupçonne qu'il puisse exister une lésion du névraxe en évolution.

La crainte des lésions du tabès et de la paralysie générale est ce qui domine aujourd'hui le pronostic de la syphilis, et, comme les réactions méningées, décelées par l'examen du liquide, sont le meilleur indice de ces lésions, ou des lésions qui les précèdent ou les engendrent, on conçoit l'importance que leur accordent les syphiligraphes. Elles sont pour le praticien un symptôme d'alarme, qui commande un traitement actif, traitement d'assaut d'abord, puis traitement d'entretien. (*Le Bulletin médical*, 11 février 1928.)

Les complications pleurales des pneumopathies aiguës simples à pneumocoque.

Le Dr Courcoux rapporte en détail quatre observations, dont les courbes thermiques ont une grande analogie, mais qui répondent à quatre aspects différents de réactions pleurales : réaction plastique, pleurésie séro-fibrineuse, pleurésie puriforme aseptique, pleurésie purulente ; ils peuvent se réaliser dans les mêmes conditions étiologiques comme complications secondes d'une pneumopathie aiguë contiguë. Entre ces variétés, il n'y a qu'une différence de degré qu'expliquent probablement et la résistance défensive de la plèvre, et peut-être certaines variations dans la virulence des microbes en cause.

Cliniquement, ces quatre variétés s'extériorisent avec un ensemble symptomatique qui leur donne beaucoup de points communs. Similitude d'aspect de la courbe thermique et de l'évolution générale de la maladie ; souvent aussi similitude des signes physiques. L'œdème pleural de la réaction plastique est tel qu'il donne souvent des signes pseudo-liquidiens qu'on peut très facilement confondre avec des signes liquidiens vrais. Sur la présence de l'épanchement, la matité a cependant une valeur indicative de premier ordre. Toute matité franche ne veut pas dire qu'il y a sûrement du liquide, mais elle doit faire penser au liquide, et faire mettre en œuvre les autres signes d'investigation : exploration radiologique et ponction exploratrice. Cependant la radiologie ne peut toujours donner des signes d'absolue certitude, affirmatifs ou négatifs, car des liquides sous une faible épaisseur, surtout s'il

s'agit de pleurésies localisées, peuvent être traversés par les rayons X sans s'indiquer par un voile ou une ombre.

De même la ponction exploratrice, du fait qu'elle ne ramène rien, ne permet pas non plus de conclure à l'absence certaine de liquide. On se sert généralement d'une aiguille trop courte et surtout trop fine. La ponction doit être faite en pleine zone mate plan par plan et non brusquement d'un seul coup, de manière à se rendre compte très exactement de la résistance des zones traversées ; puis, quand on est dans la cavité pleurale, il faut aspirer lentement en déplaçant l'aiguille peu à peu.

Quant au diagnostic, en présence d'une pneumopathie qui a fait sa défervescence mais le plus souvent d'une manière incomplète (fausse défervescence), et qui présente une reprise progressive de la fièvre avec persistance des troubles de l'état général (fatigue, inappétence, troubles digestifs, petits frissons, sueurs nocturnes), il faut toujours penser à une complication pleurale ; mais, comme il n'y a pas forcément du liquide, on doit faire le diagnostic de la variété.

Il est bon de toujours penser à ces complications et si l'erreur de diagnostic ou la méconnaissance des trois premières variétés n'est pas très préjudiciable au malade, car en général, elles guérissent spontanément, il n'en est pas de même pour la pleurésie purulente. Or, on peut assurer que 30 p. 100 des pleurésies purulentes ne sont pas découvertes au moment où il le faudrait, c'est-à-dire quand un traitement simple dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire l'ouverture et le drainage de l'abcès intrapleural permet une guérison rapide et définitive. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1928.)

Les méningites ourliennes.

Les méningites ourliennes sont considérées par E. Joltrain comme une entité morbide, que les travaux récents ont mise en évidence ; elles se terminent ordinairement par la guérison absolue, sans séquelles nerveuses pour les *formes atténuées*.

Les malades, le plus souvent entre 6 et 16 ans, sont pris brusquement de céphalée frontale, intense, gravative, avec vomissements alimentaires, puis biliaires, élévation de température entre 39° et 40°. En les examinant, on constate un signe de kernig manifeste, de la raideur de la nuque, de l'inégalité pupillaire, du subdélire et de la prostration. Dans les méningites ourliennes primitives, sur lesquelles on a récemment attiré l'attention, ce sont les premiers symptômes observés, et l'on hésite naturellement entre une méningite cérébro-spinale, tuberculeuse et syphilitique ; la ponction lombaire montre, dans tous ces cas, une réaction lymphocytique des plus nettes et une absence de microbes, qui permet d'éliminer l'idée de méningite à méningocoques. Et c'est seulement le troisième jour que se montre la fluxion parotidienne, signature de l'affection.

Certaines formes graves laissent des séquelles nerveuses fréquentes ; mais toujours la mort est exceptionnelle. On signale des rechutes.

On doit signaler aussi deux faits nouveaux : les manifestations frustes et latentes, puis la possibilité d'une origine spirochétosique des oreillons expliquent les phénomènes méningés, même primitifs, comme une localisation nerveuse au même titre que l'atteinte parotidienne ou orchitique.

Pratiquement, en présence d'une méningite à lymphocytes, avant de conclure à la méningite tuberculeuse, dont on sait le pronostic, ou à la méningite syphilitique, il convient de surveiller attentivement les fluxions glandulaires. On se rend compte aussi de la nécessité de pratiquer, en pareils cas, plusieurs ponctions lombaires, non seulement parce qu'elles paraissent avoir une action thérapeutique sur la céphalée, mais encore parce qu'elles permettent de prévoir et de suivre les séquelles nerveuses plus importantes qu'on ne le croit (liquide clair, lymphocytes prédominants, albuminose assez marquée, sucre plus abondant que dans les liquides normaux, caractérisent la méningite ourlienne ou sa reprise). (*La médecine*, décembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Hernies diaphragmatiques.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 21-3-1928.)

M. Anselme Schwartz a observé et opéré deux cas de hernie diaphragmatique. Le premier cas concerne une femme qui reçut un coup de revolver dans la poitrine, sous le cœur. Pendant dix ans elle eut, à l'occasion de plusieurs grossesses, des accidents abdominaux sérieux, parfois inquiétants (douleurs, vomissements, etc.). M. Schwartz, s'appuyant sur la constatation à la radiographie d'une ombre opaque au-dessus de l'hémidiaphragme gauche, pensa à une hernie diaphragmatique et opéra la malade. Guéri-

son. La hernie contenait la fin de l'iléon (1 mètre environ), le cæco-côlon ascendant et tout le transverse, avec un orifice herniaire plutôt étroit. Malgré cela, les symptômes étaient presque nuls en dehors des périodes de grossesse.

La deuxième malade, femme de 46 ans, accusait depuis quelques mois de la dyspnée, des crises de douleurs thoraciques et épigastriques, amenant, après l'ingestion des aliments, des douleurs abdominales sans horaire fixe. Pas de traumatisme antérieur. L'examen radiographique ayant révélé une poche au-dessus du diaphragme, M. Schwartz intervint et trouva une hernie diaphragmatique tenant à une malformation congénitale du diaphragme. Après l'opération, phénomènes de schock et mort.

L'auteur conclut que si la hernie diaphragmatique traumatique est une lésion abordable et réparable, la hernie congénitale est susceptible de réserver de fâcheuses surprises.

— M. Lafourcade (de Bayonne) est intervenu deux fois pour hernie diaphragmatique. Le premier cas, relatif à une plaie de guerre, par balle, fut simple. Le second malade eut une histoire plus complexe.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, qui, conduisant une voiture automobile à vive allure, dérapa. L'avant du moteur ayant buté contre un arbre, le volant vint appuyer sur le creux épigastrique et la région inférieure du thorax. Conduit à la clinique du Dr Lafourcade, il est admis dans un état alarmant : douleurs vives, contracture abdominale, pouls à 120, respiration superficielle. On pense à la possibilité d'une perforation mais le pouls, bien frappé, n'est pas celui d'une perforation et la matité hépatique n'est pas modifiée. Après quelques jours d'observation, on pratique une radiographie qui montre l'estomac en pleine région thoracique, le cœur déplacé à droite, et pose le diagnostic de hernie de l'estomac à travers le diaphragme

Intervention un mois plus tard. Incision xipho-ombilicale et traction sur le pylore, sans résultat. Incision thoracique et tractions sur le pylore combinées à une pression sur l'estomac. On arrive ainsi à réintégrer l'estomac et l'épiploon dans la cavité abdominale. La plaie diaphragmatique, qui mesurait 12 centim., est suturée par six points séparés, pendant qu'un aide relève le cœur qu'il prend dans le creux de la main. Guérison.

M. Lafourcade pense que le mécanisme de la lésion a été, ici, le suivant : la compression du volant a élargi la base de la poitrine, écartant les insertions costales du diaphragme des insertions du centre phrénique, d'où rupture.

La voie opératoire combinée thoraco-abdominale a rendu service en facilitant les manœuvres de réduction de l'estomac.

Le radio-diagnostic gynécologique par injection de lipiodol.

(M. Claude Béclère. — *Société de chirurgie*; 14-3-28.)

M. Raymond Grégoire présente un travail de M. Claude Béclère, interne des hôpitaux, basé sur cent observations de radio-diagnostic gynécologique par injection de lipiodol.

Le lipiodol, substance opaque facile à injecter, n'est pas irritant et est certainement antiseptique, car son emploi n'a jamais été suivi d'accidents inflammatoires pelviens.

Les clichés obtenus avec le lipiodo-radio-diagnostic permettent de reconnaître la position et le volume de l'utérus, d'apprécier la forme, normale ou pathologique, de sa cavité, et d'étudier l'état de la perméabilité des trompes.

Ce procédé de diagnostic gynécologique fournit des renseignements intéressants dans nombre de circonstances : tumeurs utérines ou extra-utérines, métrorrhagies, déviations utérines, perméabilité tubaire. Il constitue un moyen précieux d'établir l'existence d'une sténose de la trompe, cause assez fréquente de stérilité et plus ou moins curable par une intervention chirurgicale. M. Claude Béclère en signale plusieurs cas qui, soumis à une thérapeutique convenable, ont été suivis de grossesse. L'injection lipiodolée intra-utérine ne doit pas être pratiquée avec trop de force.

— M. Picot appelle l'attention sur l'utilité qu'il y a à revoir aux rayons la malade au bout de quelques heures. Il arrive que le lipiodol, arrêté au moment de l'injection dans la trompe, finisse par passer au bout d'un certain temps.

Phlegmon des gaines synoviales de la main.

(M. J. Braine. — *Société de chirurgie* ; 28-3-1928.)

A propos d'une observation de M. Braine, de phlegmon total des gaines synoviales des fléchisseurs de la main traité par incision antébrachio-palmaire et s'étant terminée par guérison, avec restitution fonctionnelle remarquable, M. Lecène remarque qu'à son avis, l'essentiel, en pareil cas, est d'ouvrir largement les gaines synoviales au niveau de leur partie antébrachiale et à la base du creux palmaire ; la section du ligament annulaire antérieur du carpe est indispensable pour effectuer cette intervention sous le contrôle de la vue. Il est inutile de prolonger plus loin l'incision et surtout de sectionner la gaine du pouce ou de l'auriculaire, de bout en bout. Les soins consécutifs (massages, mobilisation) sont d'importance capitale.

— M. F. M. Cadenat a constaté, dans cet état morbide, le résultat fonctionnel mauvais de l'incision antérieure de la gaine digitale. Il pense que si l'on doit ouvrir la gaine digitale, il y a intérêt à le faire par des incisions latérales.

La question du phlegmon des gaines est d'un gros intérêt au point de vue pratique. Il serait souhaitable, conclut M. Cadenat, qu'elle fût mise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie.

P. L.

Albuminurie et hématurie consécutives à des injections de vaccin antichancrelleux.

(MM. Sézary et R. Worms. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-4-1928.)

Au cours de ce traitement, les complications rénales n'ont pas encore été signalées ; les auteurs en rapportent deux cas, dont un sans aucun antécédent rénal, l'autre avec débilité rénale manifeste.

Ces cas ne sauraient être retenus à l'encontre d'une méthode qui donne habituellement d'excellents résultats ; ils montrent seulement qu'on doit examiner soigneusement les urines du malade avant *chaque* injection. L'existence d'une albuminurie est une contre-indication absolue à la vaccinothérapie. Apparaît-elle dans les jours qui suivent une première injection, même si elle est passagère, elle commande d'interrompre cette thérapeutique si l'on veut éviter des accidents qui pourraient être sérieux.

Polyarthrite aiguë tuberculeuse d'allure rhumatismale

(MM. F. Bezançon, E. Bernard, Célice. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-4-1928.)

L'observation rapportée fait la preuve de l'existence du rhumatisme tuberculeux dont Poncet avait eu le tort de faire une tuberculose inflammatoire qu'il opposait à la tuberculose banale, l'attribuant aussi, non pas au bacille tuberculeux, mais à d'hypothétiques toxines. Chez le malade en question, après plusieurs attaques de polyarthrite aiguë de cause indéterminée est survenu un mal de Pott ; et dans l'une des articulations, siège de phénomènes fluxionnaires, la culture du liquide retiré par ponction a permis de révéler la présence du bacille de Koch. Tour à tour et parfois dans le même moment, on a observé de simples arthralgies, des poussées fluxionnaires avec épanchement synovial, et enfin au niveau de la colonne cervicale des lésions évolutives entamant les disques intervertébraux et les vertèbres elles-mêmes.

Cette observation est considérée par les auteurs comme l'observation-type de ce que l'on doit appeler la polyarthrite aiguë ou subaiguë tuberculeuse, de ce qui est le rhumatisme tuberculeux de Poncet. L'arthrite est plutôt subaiguë qu'aiguë ; fait capital, l'influence du salicylate de soude est médiocre, le plus souvent nulle ; de plus il n'y a pas de localisation cardiaque. Il se fait souvent une tumeur blanche sur une des articulations, mais il est intéressant de noter que sur la plupart des articulations il ne se produit que des phénomènes fluxionnaires inflammatoires.

MM. F. Bezançon et A. Jacquelin rapportent une autre observation qui, mieux que la précédente, rentre dans le cadre du rhumatisme de Poncet ; ici l'impression clinique première est qu'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire granulique avec localisation articulaire. La tuberculose pulmonaire chez ce jeune homme de 20 ans est tout d'abord discrète, au second plan, et le malade semble être atteint seulement d'une affection rhumatismale primitive , car le caractère fluxionnaire se rapproche davantage dans sa symptomatologie de la maladie de Bouillaud ; mais la tuberculose pulmonaire ne tarde pas à évoluer par poussées successives, et à chacune des poussées pulmonaires correspond une nouvelle poussée articulaire, ou tout au moins une recrudescence de celle-ci. Les poussées articulaires s'accompagnent, d'autre part, d'iritis, comme pourrait le faire un rhumatisme articulaire aigu et cet iritis alterne souvent avec la poussée articulaire ; les poussées articulaires s'exagèrent, enfin, à la suite de l'injection de tuberculine, même à dose infinitésimale. Chaque injection de tuberculine (1/100 de milligr.), à laquelle le malade est très sensible, détermine non seulement une énorme réaction locale inflammatoire, mais aussi des phénomènes généraux, et enfin une réaction focale double : au niveau du poumon traduite par l'augmentation des crachats, au niveau des articulations, traduite par la fluxion chaude de celles-ci ! Enfin, le pneumothorax a exercé une influence favorable très remarquable sur les phénomènes articulaires.

Une petite épidémie de fièvre paratyphique B.

(MM. O. Crouzon et S. de Sèze. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-4-1928.)

Les atteintes respectèrent les sujets dont la vaccination remontait à un an environ ; elles s'observèrent de préférence sur les sujets vaccinés depuis plusieurs années. Cela tient, semble-t-il, à ce que la vaccination qui, depuis la guerre, est pratiquée, par raison de commodité, en une seule injection, ne donne pas une immunité suffisamment prolongée. Cette immunité longue est au contraire acquise par les 2 ou 3 injections successives, suivant les règles édictées par l'Institut Pasteur, ainsi que le montre l'exemple des hommes vaccinés pendant la guerre.

Il y aurait donc lieu de revenir à la vaccination en deux injections consécutives.

La démarche féminine pelviondulante sexuelle.

(M. Galland. — *Soc. de médec. de Paris* ; 28-4-1928.)

Il existe une différence considérable entre les démarches masculines et féminines ; celle-ci n'est particulièrement accentuée que sur les sujets vus de face, et cela pas suite de l'équilibre latéral du corps.

La démarche masculine se caractérise essentiellement par un balancement latéral des épaules vers le membre portant à chaque appui unilatéral.

Quant à la démarche féminine, elle est déterminée par l'immobilité absolue et tout à fait remarquable de l'axe vertical du tronc, et comme corollaire, par l'horizontalité absolue de l'axe transversal des épaules et des seins. Cette non dénivellation de l'axe transversal des épaules n'exclut pas la torsion inverse compensatrice des épaules et du bassin. Mais le bassin revêt un véritable mouvement de roulis ondulatoire, qui comprend une élévation en masse à

l'instant de chaque passage à la verticale, l'avancement en torsion du côté du membre porté en avant, le tout se combinant avec une chute très marquée du bassin vers le côté non portant.

Ce mouvement crée un véritable déhanchement tout à fait caractéristique. Aucune photographie ne peut en donner une idée, seul le cinéma peut en donner une traduction fidèle. Cette ondulation du bassin contrastant avec l'absence de balancement latéral des épaules est absolument typique et non décrite. Or la démarche féminine peut apparaître dès l'âge de 10 ans, ou même plus précocement. Elle est à son maximum de 15 à 35 ans ; elle s'atténue après 45 ans, et il s'y surajoute fréquemment une caractéristique masculine, le balancement latéral des épaules. Ce dernier type mixte est celui des campagnardes, des femmes habituées aux travaux de force.

Bref, la démarche masculine lourde traduit l'effort musculaire ; la démarche féminine est toute de souplesse et toujours gracieuse.

A propos de la bismuthothérapie et du traitement sulfuré.

(M. A. Legrand. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-4-1928.)

Il a été établi que la médication sulfurée interne ou externe (bains sulfureux) pouvait arrêter dans leur évolution les abcès occasionnés par les injections de sels insolubles de bismuth. Depuis lors, l'auteur soumet concurremment à la médication sulfurée tous les malades en traitement par le bismuth.

Il faut distinguer les malades au traitement d'entretien et les malades aigus, ayant besoin d'un traitement intensif ou de longue durée.

Pour les premiers, on connaît déjà leur tolérance à la médication bismuthée. Chez eux on institue la médication sulfurée, soufre colloïdal par voie stomacale, 8 jours avant, pendant, et 15 jours après le traitement. Résultats : absence de liseré gingival, tolérance musculaire parfaite, les tissus restent souples, aucune sensibilité, même à la pression.

Pour les autres, les deux médications sont instituées simultanément. Après chaque injection, deux bains sulfureux : le premier, le lendemain ; le second, deux jours après et en même temps soufre colloïdal par voie stomacale. Le traitement bismuthé à doses élevées ou de longue durée est ainsi parfaitement supporté. Si, cependant, avec les doses élevées, apparaît un léger liseré bleuâtre au maxillaire inférieur, il suffit pour le faire disparaître d'augmenter la dose de soufre. Après l'injection, la sensation de douleur locale, de tension, n'existe pas ; les nodosités fessières sont inconnues. Ces résultats ne peuvent être constatés dans leur plénitude que chez les sujets vierges d'injections de mercure, car, avec certaines préparations mercurielles, la sclérose des tissus est rapide et définitive.

C'est au soufre colloïdal, qu'il faut s'adresser pour la voie stomacale ; les doses ne doivent pas être inférieures à soixante centigrammes par jour, en 2 ou 3 fois. Il ne faut pas craindre les doses élevées, tout en respectant les sensibillités individuelles de l'intestin.

Les eaux sulfureuses naturelles, sulfurées sodiques ou calciques, thermales ou froides, sont également précieuses ; mais, à moins de cas exceptionnels, il ne faut pas mener de pair le traitement hydro-minéral et les injections de bismuth. Les eaux sulfureuses ne doivent intervenir que pour dissoudre, mobiliser, et éliminer les substances médicamenteuses introduites dans l'organisme, le désintoxiquer et lui rendre son équilibre normal.

G. F.

Les Livres

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Louis Ramond. — **Conférences de clinique médicale pratique** (*sixième série*) (1 vol. in-8, 424 pages avec 30 figures : 50 francs).

Cette série comprend: I. Hémorragies et perforations intestinales de la fièvre typhoïde (étude clinique et thérapeutique). — II. La sciatique. — III. Endocardite à évolution lente, prolongée (maladie d'Osler). — IV. La colique de plomb. — V. Hémoglobinurie paroxystique essentielle. — VI. Delirium tremens. — VII. La diarrhée des tuberculeux. — VIII. Invagination intestinale (invagination aiguë des nourrissons). — IX. Maladie de Hodgkin (lymphogranulomatose maligne). — X. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — XI. Ictères infectieux bénins. — XII. Paralysies diphtériques. — XIII. Le diagnostic d'une ascite et son traitement. — XIV. La claudication intermittente. — XV. Tachycardie paroxystique.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Où, quand, comment vacciner ? guide vaccinothérapique précédé des principes fondamentaux de biothérapeutique en vingt chapitres et suivi d'un glossaire immunologique, avec 43 figures. (Un vol. 526 p. Prix : 20 fr.) Publié par l'*Immunité*, 14, rue de Clichy, Paris, 9e.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de l'arsénothérapie,

Par M. le Dr R. CHAUSSET.

L'arsenic, dont on n'utilisait autrefois que les composés minéraux, a vu son champ d'action considérablement agrandi depuis que l'on emploie ses composés organiques, beaucoup moins toxiques et plus maniables.

Les plus employés jusqu'alors étaient le cacodylate de soude et l'arrhénal, mais depuis quelques années on a beaucoup expérimenté un nouveau composé organique, l'acide allylarsinique ou arsylène.

Nous nous proposons de passer en revue les indications de ce médicament et les résultats obtenus.

Nous n'insisterons pas sur ses propriétés physico-chimiques et pharmacodynamiques, qui ont été longuement étudiées par le prof. Pouchet (*Bulletin médical*, 1924, n° 16), le prof. Roch (*Bulletin général de thérapeutique*, mai 1923), le Dr Ritz (*Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie*, 1922, vol. XXVII), etc.

Les auteurs ont montré que sa toxicité était sept fois et demie plus faible que celle de l'acide arsénieux, que son action thérapeutique était bien supérieure à celle des autres composés organiques de l'arsenic connus jusqu'à présent et qu'enfin il ne provoquait aucun phénomène d'intolérance, même lors de traitement intensif ou de longue durée.

Les indications de la médication arsenicale sont fort nombreuses et intéressent à peu près toutes les branches de la médecine.

L'arsylène fut utilisé tout d'abord comme stimulant de l'état général. Le prof. Roch, à Genève, obtint de bons résultats en traitant un certain nombre de malades présentant une déficience marquée de l'état général avec inappétence. Chez d'autres malades présentant des lésions de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse ou de cortico-pleurite bacillaire avec anémie marquée, la médication arsenicale provoqua une augmentation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine et concurremment une amélioration de l'état général (reprise de poids, suppression de l'anorexie). Enfin, dans des cas d'anémie cancéreuse ,d'anémies post-hémorragiques, dues soit à des épistaxis abondantes, soit à des hémorroïdes, soit à de l'hémophilie, le traitement par l'arsylène pendant quinze à vingt jours permit de constater une polyglobulie variant entre 800.000 et 1.000.000 d'hématies.

Laveran et Mesnil ayant montré l'action trypanocide très nette de l'acide arsénieux *in vitro*, le Dr Ritz expérimenta l'arsylène et d'autres composés arsenicaux dans les trypanosomiases. Les conclusions furent les suivantes : l'acide arsénieux est un trypanocide très actif, mais très dangereux, car il demande à être employé à des doses voisines des toses toxiques ; le cacodylate et l'arrhénal n'ont qu'une efficacité faible, le plus souvent nulle : quant à l'arsylène, il est bien inférieur à l'acide arsénieux au point de vue rapidité d'action, mais il présente, sur ce corps, le gros avantage d'être parfaitement toléré par l'organisme et de permettre par conséquent une médication intensive et continue sans risque de phénomènes d'intoxication arsenicale.

En dermatologie, l'arsylène fut surtout utilisé dans le traitement du psoriasis, affection parfois presque incurable.

Le Dr Bénech (*Bulletin de la Société française de dernalologie et de syphiligraphie*, mai 1927), rapporte trois observations de psoriasis très améliorés par le traitement de l'arsylène, soit seul, soit associé à l'opothérapie polyglandulaire. Dans ces cas, le traitement externe habituel par l'huile de cade, l'acide chrysophanique n'avaient donné aucun résultat. Dans un de ces cas, le traitement cacodylique avait été plus actif, mais mal toléré. Le Dr Sacaze (*Concours médical*, mai 1927) et le Dr CULTY (Thèse de Lyon, 1923) ont obtenu également des résultats satisfaisants par un traitement prolongé avec l'arsylène, administré à la dose de 2 cc., soit 0 gr. 05 tous les jours.

Enfin, c'est surtout dans certaines affections nerveuses et mentales que la médication arsenicale par l'arsylène permit d'obtenir des résultats parfois remarquables.

Giuliani ayant soutenu, en 1920, la nature spirochétosique de la sclérose en plaques, il parut naturel d'appliquer à cette maladie un traitement arsenical dont l'efficacité s'était révélée très grande dans une autre maladie spirochétosique très voisine, la syphilis.

Le Dr Schneider (Thèse de Lyon, 1924) et le Dr Culty obtinrent des résultats encourageants ; la démarche devint moins spasmodique et plus facile ; le traitement diminua d'intensité avec des doses variant entre 0 gr. 20 et 0 gr. 60 par jour.

Nous ne voulons pas affirmer que l'arsylène, même à hautes doses et longtemps continué, guérit cette affection jusqu'ici considérée comme incurable et à évolution fatale, mais il a permis

d'obtenir un arrêt de son évolution, et même le plus souvent une amélioration nette.

Les résultats encourageants obtenus dans le traitement des spirochétoses, par la médication arsenicale, ont conduit certains auteurs, qui pensent que l'encéphalite épidémique est également une maladie spirochétosique, à tenter le traitement par l'arsylène dans les cas de névraxite épidémique.

Le Dr Valois (Thèse de Lille, 1926), après avoir étudié les diverses thérapeutiques utilisées dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique et notamment contre les syndromes parkinsoniens consécutifs, a constaté que contre l'hypertonie et la rigidité, rien n'a donné d'aussi bons résultats que les arsenicaux à hautes doses, et que parmi les arsenicaux employés, le plus actif était l'arsylène.

Dans un article récent (*Bulletin médical*, avril 1927) le Dr Sacaze conclut que l'arsylène est le médicament type des séquelles parkinsoniennes de l'encéphalite épidémique. Des doses de 0 gr. 60 d'arsylène ont paru ne pas provoquer le moindre signe d'intolérance et des séries de douze à vingt-quatre injections quotidiennes ont été très bien supportées. Enfin une étude complète du traitement de l'encéphalite épidémique par l'arsylène a été faite par le Dr Meynadier (Thèse de Montpellier, 1927). D'après cet auteur, qui a étudié ce médicament chez le prof. Euzière et le Dr Pagès, les résultats les plus favorables sont obtenus dans les formes psychiques et asthéniques qui guérissent dans un temps relativement court, ainsi que dans les formes basses où les manifestations spasmodiques cèdent également le plus souvent. Les résultats sont moins nets dans les formes parkinsoniennes, mais s'il n'est pas possible d'obtenir la guérison par ce traitement, du moins observe-t-on un arrêt de l'évolution dans la plupart des cas.

L'arsylène a été également administré chez des malades atteints de chorée, hémichorée, ataxie, etc... avec des résultats plus ou moins favorables qui ne permettent pas encore de formuler à ce sujet une opinion définitive.

On voit, par cet exposé rapide, combien l'arsylène peut rendre de services au praticien dans la thérapeutique journalière ; il bénéficie de toutes les indications de la médication arsenicale en général et peut être utilisé dans des cas où le traitement classique par le cacodylate et l'arrhénal est inactif ou exige des doses trop fortes, voisines de la dose toxique.

L'arsylène se présente sous forme de granules dosés à 0 gr. 01 d'acide allylarsinique, à prendre *per os*, et d'ampoules de 2 cc. et 5 cc. renfermant respectivement 0 gr. 05 et 0 gr. 20 de médicament en solution glucosée, que l'on peut administrer par voie intra-musculaire ou intra-veineuse, et même pour les ampoules de 2 cc. par voie sous-cutanée sans provoquer de réaction douloureuse.

Les doses faibles 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par 24 heures sont utiles comme toniques et peuvent être données sans inconvénient pendant 15 à 20 jours consécutifs, soit par voie buccale, soit par voie hypodermique ou intramusculaire. Les hautes doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 par jour, par voie intramusculaire ou intraveineuse seront administrées dans tous les cas où une thérapeutique énergique est indiquée. Même à hautes doses ou lors de traitement de longue durée, il est exceptionnel d'observer des accidents d'intolérance ou d'intoxication ; néanmoins il sera recommandé de tâter la susceptibilité du malade, en commençant par des doses faibles que l'on pourra augmenter d'une façon rapidement progressive.

Quant aux contre-indications de l'arsylène, ce sont celles de la médication arsenicale en général, les cachexies avancées, les tuberculoses fébriles ou congestives, etc...

En résumé, grâce à sa puissance d'action, sa grande maniabilité et sa faible toxicité, l'arsylène peut être considéré comme le composé arsenical le plus pratique parmi ceux que la pharmacologie offre au médecin.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

VII

Courtoisie confraternelle...

Bon, vous voilà une fois encore sens dessus dessous ! Et pourquoi, je vous prie, mon cher ami ? Parce que, la fièvre typhoïde de ce jeune homme que vous soigniez depuis quinze jours, très correctement d'ailleurs, se prolongeant, la famille vient de vous faire dire de n'avoir plus à vous déranger, et que vous avez appris qu'un de vos confrères avait été appelé à votre place ?

Voilà-t-il pas de quoi vous mettre la tête à l'envers ? Sans doute vous plaignez-vous surtout de ce que ce confrère n'ait pas respecté les usages qui voulaient qu'il vous prévînt de la succession qui venait de lui échoir, et théoriquement, avez-vous raison. Mais avez-vous réfléchi que, dernier venu, tous les malades qui recourent à vous ont, avant que vous soyiez là, eu affaire à quelqu'un de vos confrères, au moins pour le plus grand nombre. Si, devant une affection qui semble durer, ils sont pris de quelque doute sur votre expérience, s'ils éprouvent quelque inquiétude et s'adressent à l'un de vos anciens, celui-ci peut bien, dans une certaine mesure, considérer qu'il rentre dans son bien...

Certes, il eût été plus courtois, de la part de votre successeur auprès de ce typhoïdique, de refuser de prendre votre suite, et de n'accepter qu'une consultation d'accord avec vous. Mais n'allez pas demander aux hommes d'être des dieux, ou même des demi-dieux, fussent-ils disciples d'Esculape, fils d'Apollon. Il faut une certaine dose d'un désintéressement, qui n'est pas exempt de quelque grandeur d'âme, pour agir ainsi. Et parce que, dans ma conception très large de ce que doit être la courtoisie confraternelle, il m'est arrivé de montrer ce désintéressement, je n'en ai pas moins d'indulgence pour ceux qui font autrement.

Il y avait quatre ans que j'avais ouvert mon cabinet dans cette petite ville normande où je fis mes débuts, lorsque je reçus la visite d'un jeune confrère qui m'annonçait sa propre installation tout près de moi. Nous étions déjà trois médecins qui suffisaient largement aux besoins sanitaires de la population, et je ne le lui cachai point ; « Je ne vous dirai pas : Soyez le bienvenu. Sachez que vous n'en ferez pas pour vivre, tout en nous gênant, nous les trois anciens. Ce pronostic fait, je suis à votre disposition pour vous seconder dans la mesure de mes moyens. »

A quelque temps de là, il vint m'apprendre son prochain mariage et me demander en même temps de le remplacer auprès de ses clients qui le demanderaient, les jours où la cour qu'il faisait à sa fiancée ; dans une autre localité, le retiendrait au loin. Je promis.

Et de fait, le dimanche suivant, son domestique vint me prier d'aller à sa place visiter une certaine dame... disons Durand, que j'avais soignée moi-même quelque temps auparavant. Je m'y rendis incontinent, avec plus d'empressement peut-être que s'il s'était agi d'un appel personnel. Dès qu'elle m'aperçut : « Eh ! bonjour, M. Duchesne. Que je suis aise de vous voir ! s'exclama cette finaude de Mme Durand. » — « Le Dr P. étant absent, c'est pour son compte que je suis venu, ripostai-je, en vous priant de l'excuser. » — « Mais je suis bien heureuse au contraire que ce soit vous... » — « Voulez-vous que nous examinions votre cas ??? »

L'examen terminé, l'ordonnance rédigée : « Au revoir, Madame Durand. Je rendrai compte à mon confrère de ma visite. » — « Mais vous reviendrez, me demanda-t-elle ? » — « Que non pas, chère Madame. Je suis ici comme remplaçant du Dr P. : c'est lui qui continuera les soins nécessités par votre état, puisque c'est votre confiance en lui qui vous a déterminée à l'appeler. Vous guérirez, sans aucun doute. Si, dans un mois ou dans six, vous avez de nouveau besoin d'un médecin, ce qu'à Dieu ne plaise, et qus vous me choisissiez, cette fois, je ne manquerai pas de répondre à votre appel. Aujourd'hui, c'est P. qui vous soigne, ce n'est pas Duchesne. Imaginez-vous qu'il est là en ma personne, et qu'il y sera demain en la sienne. Et portez-vous mieux... »

Je n'évoque pas ce vieux souvenir pour en

tirer vanité à vos yeux, mon cher ami. Mais pour vous montrer comment je conçois les rapports qui doivent régner entre confrères exerçant côte à côte.

Et tenez, puisque je suis en veine de réminiscences, laissez-moi vous narrer un autre fait un peu superposable au précédent, et qui m'advint dix ans plus tard.

C'était, — il m'en souvient comme d'hier —, le jour de la Toussaint. Un confrère m'appelait d'urgence pour aller voir avec lui une malade qui l'inquiétait fort. C'était précisémnt cette jeune femme à laquelle, je vous l'écrivais dans une précédente lettre, Gilbert Ballet prescrivit un séton à la nuque. La consultation que j'eus en effet avec le confrère local fut suivie d'une autre avec le distingué professeur dont j'ai conservé un si bon souvenir. Donc, hésitant entre tuberculome et syphilome de la base du cerveau, celui-ci avait ordonné ce séton et accepté ma suggestion de tenter quelques injections de benzoate de mercure. Et il fut convenu que le médecin de la famille effectuerait lui-même les dites injections. Deux jours plus tard, le mari de cette malade vint me trouver : « Docteur, me dit-il, il faut que vous pratiquiez vous-même les piqûres... » — « Mais, c'est tout à fait impossible, cher Monsieur. Ce que vous me demandez là est formellement interdit par nos règles professionnelles. Appelé en consultation par votre médecin, je ne puis prendre sa place. » — « Alors, je vais en demander un autre... ! Car, à aucun prix, je ne veux qu'il continue à soigner ma femme. » — « Et pourquoi donc, s'il vous plaît ? » — « Imaginez-vous, me dit-il, qu'il a fait la première piqûre hier, oubliant tout bonnement de remplir préalablement la seringue du contenu d'une ampoule. » — « Mais ce n'est pas possible ! » — « Je vous en donne ma parole... D'ailleurs, il a la tête perdue et je ne m'étonne pas de cette grave omission. »

Or, je savais qu'en effet, mon confrère traversait un crise conjugale extrêmement pénible dont il était profondément affecté. Et je ne fus pas surpris outre mesure du reproche qui lui était fait.

— Soit ! dis-je à mon interlocuteur. Faites-moi crédit d'une demi-journée, et je vous promets de vous répondre favorablement. — Le temps de téléphoner au confrère pour le mettre au courant, de lui faire comprendre que, momentanément, mieux valait qu'il se retirât. Et je me rendis de nouveau auprès de la malade. Je trouvai un entourage rempli d'indignation, vitupérant le pauvre collègue, et jurant ses grands dieux qu'il ne remettrait jamais les pieds dans la maison. « Il reviendra ou ne reviendra pas, dis-je. En tous cas, mettez-vous bien dans la tête que je n'accepte de continuer le traitement que comme son remplaçant, et pour son compte. Quand mes visites ne seront plus nécessaires, c'est à lui que vous réglerez le montant des honoraires ».

Je continuai à faire les piqûres à la malade durant une quinzaine de jours. Son état alla s'améliorant de plus en plus jusqu'à ce qu'elle pût être considérée comme guérie. Et je manœuvrai de telle sorte que, lorsque je pris congé, refusant de recevoir la moindre part d'une rémunération qui appartenait, d'après mes idées, à un autre, la famille accepta, non seulement de le payer directement, mais de le rappeler s'il en était besoin...

Mais, assez parler de moi. Puisque vous voulez bien continuer à me confier vos embarras, et aussi vos déceptions, et à me demander conseil, exagérez la courtoisie de vos procédés, dussiez-vous à l'occasion passer pour être un peu... poire, pardonnez-moi cette expression.

D'ailleurs, j'ai sous les yeux, au moment où je vous écris, le réglement intérieur d'une Société d'arrondissement parisienne, dans lequel je trouve un article qui a toute mon approbation, et que je transcris ici à votre intention :

« Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille, s'il s'aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant, absent ou malade, ne doit donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

« Si le médecin appelé en l'absence du médecin traitant constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour la suite de la maladie, il peut, s'il a vraiment fait de loyaux efforts pour faire rappeler le médecin traitant, soit comme médecin habituel, soit en consultation, continuer à voir le malade, mais il doit en ce cas avertir lui-même sans délai, son confrère (1) »

Certains réglements déontologiques vont plus loin, et prétendent imposer au dernier venu l'obligation d'exiger que son prédécesseur soit immédiatement honoré. Je ne suis pas de leur avis. Il convient, à mon sens, d'inviter l'entourage du malade à agir correctement avec le médecin qui a cessé de lui plaire, en le remerciant et en l'honorant. Mais de là à imposer ce payement, il y a un pas que je me suis toujours refusé à franchir. Que diable ! n'oublions pas que la liberté de confiance, pour laquelle nous avons mené des luttes épiques, il y a trente ans, entraîne la liberté de choix. Et que cette liberté, qui constitue à mes yeux un droit imprescriptible, doit pouvoir s'exercer dans toute sa plénitude. Jamais je n'admettrai qu'un médecin considère un malade comme sa propriété. S'il est remercié, s'il est lâché, — j'emploie à dessein un mot trivial, — mais éloquent, plus ou moins correctement, il est

(1) Règlement intérieur de la Société du X^e arrondissement.

de sa dignité de s'incliner sans chercher à s'imposer, ni concevoir, contre son successeur aucune amertume, surtout si celui-ci s'est montré, en ce qui le concerne, d'une correction irréprochable.

Voyez-vous, mon cher ami, ce qui fait le plus de tort aux relations des médecins entre eux, c'est qu'ils ne se voient pas assez les uns les autres. C'est qu'ils n'ont pas assez confiance les uns envers les autres. Et c'est pour cela qu'il est souhaitable qu'ils fassent tous partie d'un groupement professionnel qui les réunisse et les rassemble périodiquement. Qu'ils en fassent partie, et qu'ils assistent aux réunions.

Vous m'avez fait part de votre étonnement en constatant combien celles de votre propre syndicat sont peu suivies. Didier-Dubreuil, avec qui je vois avec plaisir que vous êtes lié plus étroitement, a dû vous répondre que c'est en général le sort des réunions syndicales. Mais je suis convaincu que tout cela va changer...La menace de la transformation que les Assurances sociales vont introduire dans la pratique médicale va pousser les médecins à se rapprocher et à s'entendre. C'est à ce prix, pourvu qu'ils consentent à se soumettre à une certaine discipline, qui consiste tout simplement à respecter les décisions prises en commun, c'est à ce prix, dis-je, qu'ils éviteront les plus graves des effets de cette menace.

En tous cas et d'ores et déjà, si l'on vient vous dire que le Dr Untel s'est exprimé sur votre compte en termes désobligeants, n'en croyez rien tant que vous n'en aurez pas reçu de lui-même la confirmation. Ce sont nos clients qui sèment la zizanie entre nous ; ils déforment, amplifient, dénaturent ce que nous leur disons, quand ils n'inventent pas de toutes pièces, nous prêtant des propos que nous n'avons jamais tenus. Ne donnez pas dans ce panneau. Evitez les malentendus ou du moins prévenez-les par des explications franches et loyales. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi, dans une petite ville comme celle que vous habitez, cinq médecins ne réussissent pas à vivre en bonne intelligence, prêts à s'aider plutôt qu'à combattre. Que peut-il sortir de bon de ces luttes plus ou moins sourdes, où l'exploitation des insuccès, inséparables de la pratique journalière, est plus ou moins habilement faite par X contre Y, sans qu'il ait le bon sens de penser que Y ne manquera pas d'occasions de lui rendre la pareille. *Hodie mihi, cras tibi*, voilà le sage adage que nous devrions toujours avoir présent à l'esprit. Il y a cependant, par malheur, des médecins indignes, avec qui aucune relation n'est possible, qui finissent par se faire mettre au ban de la corporation. Sans doute convient-il de les ignorer quand on a la déveine d'en posséder dans son voisinage : cette ignorance systématique, exclusive de toute critique, de tout jugement malveillant, est une excellente tactique. Elle répond encore à cet idéal de courtoisie confraternelle qui doit être en nous, et qui est en vous, à votre insu. Car enfin, je me demande pourquoi vous quêtez mes conseils, alors que vous venez de vous conduire si courtoisement envers votre vieux confrère, le Dr Armand ?

Appelé nuitamment d'urgence auprès de ce jeune appendicité qu'il avait vu la veille, et pour lequel il refusait de se déranger parce que très âgé (il a soixante-dix ans !) et fatigué, vous êtes allé le lendemain lui rendre compte de votre intervention nocturne, lui offrant de le remplacer jusqu'à ce qu'il allât mieux, et de lui laisser le bénéfice de vos visites. Eh bien ! c'est parfait, ce que vous avez fait là. La correction n'en demandait pas tant. Que vous soyez, du premier coup, allé jusqu'à l'extrême limite du désintéressement, c'est là du bon travail. Ce bon grain que vous venez de semer, je veux croire que vous en récolterez un jour la moisson luxuriante.

Alors, reprenez votre aplomb ; ne tenez pas rigueur à celui qui vous a remplacé vous-même sans y mettre les formes. Et dites-vous bien que la déontologie, dont il semble si difficile de dresser le Code, se résume en bref, en cet autre proverbe, non moins sage que le précédent : *Ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas qu'ils te fissent à toi-même.* Demeurez résolument fidèle à cette formule si simple, et vous n'aurez jamais de reproche à vous adresser.

G. DUCHESNE.

LE SECRET MÉDICAL

Dans cette grande question du secret médical, actuellement étudiée et discutée à l'Académie de médecine, le *Concours médical* et le « Sou Médical » avaient le devoir de faire entendre leurs voix. Nous publions ci-après la déclaration, qu'au nom de nos deux associations, nous avons adressée, en mars dernier à l'Académie de médecine. M. Béclère, président de l'Académie, a bien voulu nous accuser réception de cette déclaration, qui a été transmise à la commission du secret professionnel, que préside un maître dévoué au Corps médical, le prof. Balthazard.

Déclaration au sujet du secret professionnel.

Pour le médecin, le secret professionnel consiste en l'obligation, imposée par l'article 378 du code pénal, de ne révéler à personne ce qu'il a pu apprendre, surprendre, deviner à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Cette obligation est générale et ne concerne pas uniquement les choses secrètes, de leur nature, qui auraient pu être confiées par le malade à son docteur.

Le législateur a voulu que le médecin, ce confident nécessaire, se taise, dans tous les cas, non seulement dans l'intérêt du malade lui-même, mais aussi pour le repos et l'honneur des familles.

Dans les rapports de malade à médecin, c'est avant tout la santé, la vie même du client qui sont en jeu.

Pour que le client aie la certitude d'être soigné comme il convient, pour que sa vie même puisse, parfois, être sauvée, il faut qu'il n'existe aucune contrainte, ni réticence possible, entre celui qui doit prendre une décision, pour le traitement et celui dont la vie est en danger.

Les minutes ont parfois un prix immense, dans cette lutte contre la mort et le citoyen doit avoir la certitude et l'assurance que la loi ordonne le silence absolu *erga omnes* à celui qui devient un confident nécessaire.

Mais, dans certains cas, l'intérêt de l'individu peut se trouver en opposition avec celui de la société et celle-ci peut avoir besoin de connaître ce secret.

S'agit-il de maladies contagieuses, épidémiques, qu'il convient de préserver les voisins contre l'extension du mal.

Aussi, par un texte de loi, le législateur a-t-il obligé le médecin à faire la déclaration de quelques maladies contagieuses, dans le but de permettre aux services compétents de prendre les mesures nécessaires, pour enrayer la contagion et empêcher sa diffusion (article 5 de la loi du 15 février 1902).

C'est encore au nom de l'hygiène publique que certains demandent une loi, autorisant le médecin traitant à déclarer à un autre médecin, directeur des services officiels d'hygiène publique, les causes véritables des décès.

Mais, s'agit-il de crimes, ou de délits, quel est le devoir du médecin traitant ? Doit-il déférer à la réquisition du magistrat enquêteur, qui le somme d'avoir à parler ? Peut-il se laisser délier du secret professionel, par son client lui-même ?

Doit-il, au contraire, se taire dans tous les cas ?

Ici, intervient la fameuse théorie du contrat, qui, pour certains, règlerait les rapports entre médecin et malade.

Dans cette hypothèse, lorsque le docteur est appelé au chevet d'un client, il se forme entre eux un contrat tacite, aux termes duquel le praticien promet toute sa science et sa conscience en échange du droit d'examiner le malade, de recevoir ses confidences, de surprendre même ses secrets, avec l'octroi d'une rémunération pécuniaire pour les services rendus.

Si l'on admet cette théorie, le patient serait en droit d'autoriser son docteur à révéler les secrets, qui sont venus à sa connaissance, à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Cependant, en instituant le devoir du silence, dans tous les cas, par les termes très généraux de l'article 378 du code pénal, le législateur a voulu que l'honneur et le repos des familles soient sauvegardés, alors surtout que la lutte contre la maladie et la mort font du médecin un confident nécessaire, dépositaire par profession de secrets qu'on lui confie ou qu'il a compris.

Au moment du danger, le patient, ou ses proches ne réfléchissent pas aux conséquences ultérieures d'une confidence : il s'agit de sauver une vie, d'obtenir une guérison : tout est avoué sans réticences, ni arrière-pensée.

Peut-on soutenir alors que, plus tard, le client aurait le droit d'autoriser le médecin à dire cette confidence, qu'il a apprise ou surprise dans des heures angoissantes, par nécessité ?

Allant même plus loin lorsque parfois, le malade autorise son docteur à parler, a-t-il bien son entière liberté pour donner cette permission ? N'existe-t-il pas quelquefois une contrainte morale, provenant de la pression exercée par le magistrat enquêteur, qui peut tirer une présomption de culpabilité à l'encontre d'un inculpé qui refuserait de délier le médecin traitant du secret professionnel ?

D'un autre côté, laisser le praticien juge de

décider s'il doit ou non se taire est extrêmement dangereux : combien délicate serait la situation, dans laquelle se trouverait un homme consciencieux, qui, par profession et par nécessité, est devenu un confident nécessaire, dépositaire de secrets, qu'on lui a confiés par nécessité, ou qu'il a surpris, s'il devait s'en référer à sa seule conscience pour savoir si sa déposition sera utile ou nuisible à celui qui s'est ouvert à lui à l'heure du danger ?

Interprétant avec prudence et sagesse l'article 378 du code pénal, la cour de Cassation a toujours considéré que pour le médecin l'obligation au silence était absolue dans tous les cas, envers quiconque, voire même envers le malade lui-même.

D'ailleurs, ce dernier est-il en état d'envisager toutes les conséquences sociales, ou autres, que pourrait entraîner par exemple l'utilisation d'un certificat qu'il demanderait à son docteur ? Celui-ci n'a-t-il pas le devoir moral d'avertir le patient des incidences, des résultats possibles, provenant de la mention exacte du diagnostic complet sur ce certificat ?

Allant même plus loin, n'est-il pas des cas, dans lesquels le médecin ne dit pas toute la vérité à son malade, en l'atténuant, en la masquant parfois entièrement ?

L'exercice de la médecine ne doit pas s'embarrasser de théories juridiques plus ou moins contestables. Lorsqu'un praticien est appelé au chevet d'un malade, peu lui chaut de savoir qu'il est mis en œuvre par un contrat tacite, uni ou bilatéral. Il n'a qu'à exercer son art de son mieux, avec toute la discrétion possible, car plus impérieux que la théorie du contrat s'impose le respect de la paix publique et du repos des familles.

Il ne saurait être permis à un homme, le médecin, d'avoir à se faire seul juge de son devoir, en opposition parfois avec son intérêt propre, ou celui de son malade. Dans certains cas, le praticien doit-il se taire, doit-il parler ? Le code pénal a tranché ce problème dans le sens du silence absolu, impératif, dans toutes les circonstances.

Conclusions.

1° Pour qu'il n'y ait aucune entrave morale dans les rapports de malade à médecin, pour que, dans tous les cas, la lutte contre la maladie et contre la mort puisse être rapidement et efficacement organisée, il faut que le malade ait la certitude que le médecin est astreint aux règles impérieuses, absolues et générales du silence ordonnées par l'article 378 du code pénal.

2° Par contre, lorsque l'intérêt de la société doit être sauvegardé, la collectivité a la possibilité de se faire renseigner par les médecins, qui la représentent et qu'elle mandate pour cela (médecins contrôleurs, de l'état civil, médecins légistes, inspecteurs d'hygiène, etc.).

3° Afin d'éviter les conflits entre le devoir social et l'intérêt du malade, jamais le même praticien ne doit être investi, à la fois, de la double fonction de médecin soignant et de contrôleur vis-à-vis du même client.

4° Néanmoins, s'il était jugé indispensable, pour la lutte contre les fléaux sociaux, d'obliger les médecins à divulguer les causes exactes des décès, une loi à intervenir préciserait les modalités de ces déclarations, ainsi qu'une loi, celle de 1902, l'a institué pour la déclaration des maladies contagieuses.

5° En matière judiciaire, de dépositions en justice, la rigueur de l'article 378 du code pénal doit rester absolue : le médecin n'a pas qualité pour se faire juge du caractère plus ou moins secret de ce qu'il a pu apprendre, surprendre, deviner, au cours de l'exercice de sa profession.

En aucun cas, que ce soit d'une manière directe ou indirecte, le praticien ne peut devenir l'accusateur, ni le dénonciateur de celui qui s'est confié à sa discretion, par nécessité.

A la justice de poursuivre les crimes et délits, conformément au code d'instruction criminelle. Aux médecins de soigner quiconque, sans avoir à se faire juges du degré de culpabilité du client. Agir autrement serait ouvrir la porte aux abus, aux indiscrétions, aux imprudences, aux erreurs, peut-être même au chantage.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **L'UMFIA et le centenaire de l'Algérie.** — M. le Dr **Lucien** Raynaud, 17, rue Bruce, à Alger (Algérie), président de la Commission d'Assistance et d'Hygiène du Centenaire de l'Algérie, nous fait connaître qu'il accepte avec enthousiasme le programme que le Conseil de Direction de l'Union médicale latine lui propose au sujet de la tenue d'une Assemblée générale de l'Umfia à Alger, au cours de 1930.

Le Dr Raynaud, qui a correspondu déjà plusieurs fois à ce sujet avec M. le Dr Molinéry, lui écrit dans une de ses dernières lettres :

« Les fêtes du Centenaire de l'Algérie s'échelonneront du 1er janvier au 30 juin 1930. La Commission d'organisation s'est mise en rapport avec les compagnies de navigation, de chemin de fer, et transports divers, et l'assurance a été donnée de consentir à nos hôtes des réductions. Nous ne savons pas encore quel en sera le taux, mais le Secrétaire général, de son côté, prépare des cartes de réduction pour les congressistes, non seulement pour les transports, mais aussi pour les hôtels.

Les excursions sont préparées par une Commission spéciale où l'on a envisagé des tournées dans les trois départements, dans le Sahara et des circuits au Maroc, et en Tunisie. De nombreuses combinaisons sont préparées, mais nous n'aurons tous ces renseignements que dans un certain temps. En raison du nombre très élevé des visiteurs, on a créé des Commissions diverses qui travaillent en liaison avec le Tourisme, le Climatisme, le Thermalisme et l'Hôtellerie ».

Nous prions tous nos confrères de l'Umfia de vouloir bien nous écrire, le plus tôt possible : Secrétariat général, 81, rue de la Pompe, Paris, afin que bonne note soit prise des désirs des adhérents, pour que nous puissions leur donner satisfaction dans toute la mesure du possible.

Pour ceux qui désireraient se rendre en Afrique par la voie des airs, nous les prions également de nous transmettre leurs desiderata, afin que, en liaison avec la ligne Latécoère-Toulouse, nous puissions leur être agréables (*Communiqué*).

— **La double Croix-Rouge.** — A la Conférence internationale de Berlin contre la Tuberculose, l'insigne de la double Croix-Rouge fut proposé en 1902 par le Dr Sersiron, de la Bourboule, comme emblème officiel des œuvres et des ligues contre la tuberculose.

Il y fut adopté à l'unanimité. Depuis, 35 nations en ont fait l'insigne international de la croisade antituberculeuse.

Mais comme cet insigne varie de teinte et de forme avec chacun de ces peuples, le Dr Sersiron vient de soumettre un projet de standardisation mondiale au Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, afin que les proportions et la teinte de la Double Croix Rouge soient les mêmes partout. Adoptée en janvier par le Comité exécutif, sa proposition doit être soumise prochainement au Grand Conseil à Rome.

— **Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine.** — Le Comité de l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine s'est réuni le 12 mai à la salle du Conseil des professeurs, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Sébileau

Après lecture du procès-verbal de la réunion du 3 octobre 1927, il a été procédé à l'élection du nouveau Bureau de l'Association. Celui-ci est composé de M. le professeur Guyot (Bordeaux), président ; MM. les professeurs Teissier (Paris), et Jacques (Nancy), vice-présidents ; M. le professeur agrégé Perrens (Bordeaux), secrétaire général et M. Moog (Toulouse), trésorier.

MM. les professeurs Sébileau et Mauclaire sont nommés à l'unanimité président honoraire et secrétaire général honoraire de l'Association.

Les questions à l'ordre du jour étaient : 1° Nouveau régime du concours d'agrégation ; 2° l'enseignement de l'anatomie commencé au cours de l'année du P. C. N. ; 3° assimilation des agrégés des Facultés de médecine aux maîtres de conférence ; 4° assimilation des chefs de clinique aux préparateurs ; 5° rapport de M. Jacques (de Nancy) sur l'enseignement des spécialités.

Après discussion de ces différentes questions, le Comité a eu connaissance d'un vœu voté par le Conseil de la Faculté de médecine de Paris comme addendum au décret du 4 mars 1914, vœu ainsi conçu : « Pourront être aussi nommés professeurs sans chaire, les agrégés libres chargés d'un cours permanent depuis plusieurs années... »

Le Comité décide que l'Assemblée générale de l'Association se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 10 octobre 1928, pendant la session du prochain Congrès de chirurgie.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'ophtalmologiste.* — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 24 octobre 1928, à 9 heures, à l'Administration centrale (Salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du jeudi 4 au samedi 13 octobre 1928 inclusivement.

Conditions du concours. — Les candidats ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir.

Les candidats qui désirent se présenter au concours pour les places d'ophtalmologiste des hôpitaux doivent justifier qu'ils possèdent, depuis cinq ans révolus, le diplôme de docteur en médecine, obtenu dans une Faculté de médecine de France (diplôme d'Etat).

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris, en qualité d'élèves internes en médecine.

Pour les élèves internes qui n'auraient pas terminé les quatre années dont il s'agit à raison de leur nomination comme chef de clinique dans l'un des services de la Faculté établis dans les hôpitaux de Paris, les années de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au bureau du Service de santé de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement ne pourra pas prendre part au concours d'ophtalmologiste des hôpitaux pendant plus de dix ans à compter du jour de sa première inscription.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1928

1er Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

E

F

H

I

R

S

T

III

NOMS DES AUTEURS

C

D

E

G

H

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

IV
Jurisprudence Médicale

Accidents du travail. — Cassation Ch. civile, 21 novembre 1927, 887 (massages faits par un infirmier). — Décisions diverses, 1145 (décès subit, relation de cause à effet avec le travail). — Justice de paix de Londinières (Seine-Inférieure), 29 juillet 1926, 1287 (patron cultivateur, tarif ministériel et « tout compris » inapplicables). — Justice de paix de Lizy-sur-Ourcq, 6 janvier 1928, 1388 (demande reconventionnelle en dommages-intérêts, incompétence du juge de paix).

Baux et locations. — Commission supérieure de Cassation, 3 novembre 1927, 512 (taux licite de la majoration du loyer professionnel médical). — Tribunal du Jura, 20 mars 1928, 1872 (taux limite du loyer pour les baux antérieurs à la loi du 1er avril 1926).

Fonctions administratives. — Conseil d'Etat, 4 mai 1928, 1730 *bis* (médecin d'hôpital, révocation annulation). — Conseil d'Etat, 4 mai 1928, 1805 (préparateur de travaux à la Faculté ; renouvellement des pouvoirs).

Pensionnés de guerre. — Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, 24 novembre 1927, 910 (preuve des soins, en cas de perte du bulletin de visite).

Propriété littéraire et artistique. — Tribunal correctionnel de Marseille, 30 juillet 1927, 910 (reproduction d'œuvres par la télégraphie sans fil sans l'autorisation des auteurs).

V
Bibliographie

A

Aimard et **Dausset**. L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle ; l'infra-rouge, 542.
Aine, Cottet, Mazeran, Schneider. Le syndrome antérorénal aux stations hydrominérales françaises, 1276.
André. Effet du faisceau solaire et des radiations qui le composent sur les diverses localisations de la tuberculose chirurgicale, 1830.
Annuaire médical et pharmaceutique de l'Algérie, Tunisie, Maroc , des possessions françaises en Afrique et de la Syrie, 574.
Astier (La IVe édition 1928) du formulaire —, 33.
Aurel. Contribution à l'étude des infections puerpérales, 1347.

B

Barraud. Nos enfants à la mer, 477.
Bécart. Le sang, 874.
Benéton. Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées, 1347.
Benon. La neurasthénie vraie, diagnostic et traitement 1276.
Bernard. Aide-mémoire de syphiligraphie comparée et de thérapeutique, 412.
Blanche. Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, 1211.
Block (de). Toxicomanies , 1763.
Bordet. Cœur et vaisseaux, 1002.
Brindeau, Brouha, Commandeur, Jeannin, Lemeland, Voron. La pratique de l'art des accouchements, 1543.
Broutelle. Le secret de polichinelle, 1877.

C

Cabanès. L'enfer de l'histoire, 8. 70
Cantonnet. Traitement curatif de l'asthme, 355.
Carnot, Rathery et **Harvier**. Précis de thérapeutique, 98.
Cathelin. Atlas de cinquante aquarelles urinaires, 1543.
Cathelin et **Grandjean**, L'infection gonococcique et ses complication 1761.
Cazalis, Barthes et **Coulazou**. Séméiologie des spécialités, 1002.
Chardonneau. Etude clinique de l'action de quelques médicaments dits hypotenseurs, 1211.
Clément Simon. Questions actuelles de syphiligraphie 1543.
Comby. Traité des maladies de l'enfance, 228.
Coste. Séméiologie médicale, 1002.

D

Dartigues. La parole de l'U.M.F.I.A., 1480.
Denoyelle. Contribution à l'étude des souffles continus de la région xiphoïdienne, 1212.
Deschamps et **Jean Vinchon**. Les maladies de l'énergie. Les asthénies et la neurasthénie, 942.
Desfour. Fiches de pratique médicale, 414.
Douay. Gynécologie, 1610.

F

Fillous. De la vaccinothérapie dans la blennorrhagie aiguë et l'anatoxine gonococcique, 602.
Fontanille. La difficulté du diagnostic de la péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire chez l'enfant, 33.
Forgue. Précis de pathologie interne, 1129.
Frappereau. Contribution à l'étude du traitement de la gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel, 1277.

S

T

V

W

VI

Pages illustrées

d'Honoré BROUTELLE.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

1.970 francs ; qu'il existe entre cette somme et celle de 2.350 francs, prix convenu, une différence qui représente une majoration de plus de 10 % du prix licite ; que la demande de réduction et de remboursement dans les conditions sus indiquées est donc recevable et qu'il échet de l'accueillir.

Par ces motifs :

Indique que la tentative de conciliation a eu lieu le 19 octobre 1926,

Donne acte au défendeur de ce qu'il déclare accepter la continuation de bail pour la période égale pour le prix fixé aux contrats. Dit cette offre insuffisante.

Fixe le prix annuel du loyer des locaux occupés par le Dr G. dans l'immeuble D., affectés pour partie à l'usage d'une profession, à la somme de 1.970 fr.

Condamne D. à rembourser au demandeur les sommes dépassant ce prix licite indûment perçues à titre de loyer, depuis le 2 avril 1926.

Condamne le défendeur aux dépens.

Note

La décision qui précède est conforme à la jurisprudence dont elle cite, d'ailleurs, deux espèces, en ce qui concerne le droit du locataire d'obtenir la réduction du loyer au prix licite, même lorsque le bail est antérieur à la promulgation de la loi du 1er avril 1926. « Le même droit (de demander la réduction au prix licite) appartiendra aux locataires pour les baux antérieurs à la promulgation de la loi à charge par eux de former leur demande dans les six mois de la promulgation de la loi », dit l'article 14, § 3 de celle-ci.

Mais le jugement du Tribunal du Jura peut être critiqué en ce qu'il fixe à forfait le remboursement des impôts et prestations en nature. Comme il l'indique lui-même, ce forfait peut être établi d'accord entre les parties et ne peut dépasser 15 % du montant du loyer majoré. Mais le tribunal n'avait pas le droit de l'établir et devait laisser au propriétaire, si celui-ci ne consentait pas au forfait d'accord avec son locataire, le soin de justifier du montant des majorations d'impôts et de prestations en nature.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

C'est au Secrétaire général qu'il convient de demander tous renseignements.

Voudriez-vous m'envoyer les statuts de la Mutualité Famililale ainsi que les papiers qui sont nécessaires pour l'admission. En même temps, voudriez-vous bien me dire près de quel confrère je devrai subir l'examen médical.

Dr H.

Réponse.

Nous vous envoyons les statuts que vous nous demandez, mais, pour le reste, vous devez vous adresser au Secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (S.-et.-O.).

C'est lui qui vous donnera tous renseignements utiles, vous enverra les papiers nécessaires et vous indiquera le médecin examinateur.

Nous sommes obligés de lui transmettre les lettres qui nous sont adressées ; il serait beaucoup plus simple de lui écrire directement.

Nous vous rappelons que le Conseil se réunit le dernier mardi de chaque trimestre et que les dossiers doivent parvenir au Secrétaire général quelques jours à l'avance.

Pharmacie.

1922. — Usage du titre de docteur en pharmacie.

Je vous serais reconnaissant de me dire si un pharmacien docteur en pharmacie a légalement le droit de mettre sur sa vitrine, sur ses réclames : pharmacie du docteur Un Tel... et quels sont, dans la négative, les moyens de le faire rentrer dans la légalité.

Dr X.

Réponse.

En droit pur, quiconque est titulaire d'un diplôme de doctorat a la faculté de s'intituler docteur X.

Un docteur en droit, en philosophie, ès sciences, en théologie peut parfaitement porter le titre de docteur, comme cela se passe en Allemagne, où l'on donne le titre de « Herr Doktor » à quiconque est docteur en quelque chose.

Mais, en France, un autre usage s'est établi : ne portent habituellement le titre de docteur que les seuls docteurs en médecine. Le langage courant même confond docteur et médecin.

Couramment, on dit qu'on va consulter le docteur, on appelle le docteur, pour soigner un malade, etc.

Dans l'esprit de tous, le vocable docteur est synonyme de celui de médecin.

Comment concilier l'usage et le droit ?

Avant toutes choses, il faut rechercher l'intention.

Un avocat, ne s'occupant que de ses plaidoiries, qui se ferait appeler docteur X, parce que docteur en droit, ne serait pas répréhensible ; mais un pharmacien, un chirurgien dentiste, docteur en pharmacie, ou ès sciences, ès lettres, qui se ferait appeler docteur X pharmacien, ou chirurgien-dentiste, commettrait un abus, parce que, de la sorte, il induirait la clientèle en erreur.

Beaucoup seraient attirés dans l'officine, parce qu'ils se croiraient en présence d'un praticien, ayant le double diplôme de médecin et de pharmacien.

Ils estimeraient également s'être placés entre

les mains d'un docteur stomatologiste, parce que le chirurgien-dentiste, docteur ès lettres, s'intitulerait docteur X.

De ce fait, il y aurait tromperie.

Que faire ?

D'une part, le client peut se plaindre de la confusion et, s'il a des reproches à adresser au praticien, il peut demander réparation du préjudice causé, parce qu'il a été attiré dans une officine, ou dans un cabinet, par un abus de droit.

Mais, rarement un client se plaindra : il se contentera de ne plus remettre les pieds dans cette pharmacie.

Un syndicat médical peut mettre en demeure le pharmacien d'avoir à modifier son enseigne : qu'il s'intitule M. X., docteur en pharmacie ; c'est parfait, mais qu'il supprime désormais la dénomination : docteur X, pharmacien.

Cette manière de faire occasionne un dommage aux autres praticiens, parce que les malades sont attirés dans une pharmacie, croyant y trouver un véritable docteur en médecine.

Les autres médecins peuvent donc reprocher un détournement de clientèle et à eux peuvent se joindre les autres pharmaciens pour le même motif.

On peut, au préalable, citer le pharmacien, devant son syndicat, après que le syndicat médical aura porté plainte entre les mains du conseil de famille du syndicat des pharmaciens.

S'il n'y a pas d'arrangement, ou si le délinquant refuse de se présenter devant ses pairs, une action civile en dommages-intérêts pourra être introduite devant le tribunal de paix ou le tribunal civil du domicile du pharmacien.

Les groupes professionnels médicaux et pharmaceutiques pourront demander au tribunal que le pharmacien soit condamné à supprimer le libellé de son titre, qui, placé avant son nom, laisse croire à une qualité scientifique et professionnelle qu'il n'a pas.

On pourra demander qu'une astreinte pécuniaire soit prononcée, par jour de retard, au cas où le pharmacien refuserait de s'incliner devant la décision du juge.

Quant aux dommages-intérêts, ils peuvent être réclamés sous deux chefs :

1° Le syndicat médical a le droit de faire respecter l'autorité du titre de docteur en médecine et il demande réparation du dommage moral porté à toute la corporation, par un docteur en pharmacie, qui laisse croire qu'il est docteur en médecine.

2° Le dommage matériel est plus difficile à prouver ; il faudrait trouver des clients, qui consentiraient à déclarer qu'ils ont été attirés dans l'officine, parce qu'ils croyaient que le pharmacien était réellement docteur en médecine.

Et même, s'ils peuvent prouver qu'ils ont reçu une consultation médicale de ce soi-disant doc-

teur en médecine, ce dernier pourrait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

En résumé, ce sont questions de fait et il convient, avant d'engager toutes poursuites, d'adresser au « Sou Médical », les renseignements les plus complets, pour que les avocats conseils puissent étudier le dossier et voir quelles suites judiciaires il convient de donner.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Fallières.

I

2001. — Avis préalable n'est pas avis conforme.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner la marche à suivre pour le cas suivant : un de mes clients, accidenté du travail, a été atteint d'un traumatisme du genou avec hydarthrose et raideur articulaire consécutive. Dans le but de rendre à ce genou sa souplesse, j'ai pensé lui faire faire des séances de mécanotéhérapie ; j'ai demandé à son assurance si elle consentirait à prendre à sa charge les frais du traitement. Elle me répond : non.

Qu'est-il possible de faire ? L'assurance a-t-elle le droit de refuser un traitement assez normal, je crois, pour le cas qui nous occupe ?

J'ai bien pensé à faire faire les séances et à envoyer la note à l'assurance à la fin ; mais le blessé n'eût pas été en état de payer si l'assurance avait refusé.

N'y aurait-il pas moyen de demander une expertise ? Mais qui doit la provoquer ?

Dr V.

Réponse.

Il n'est pas dit, dans le tarif des accidents du travail, que, pour la mécanothérapie (article 24), vous ayez à demander l'*avis conforme* du médecin patronal, comme cela est dit (article 26-VII, § 4) pour les explorations radiologiques. Vous avez simplement à « donner *avis préalable* par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué » (article 7) et cela parce qu'il s'agit de « l'intervention d'un spécialiste » (*ibidem*). Cet avis sert à ce que le patron (ou son assureur) puisse envoyer un médecin contrôleur. En cas de divergence d'opinion, on pourrait, *par analogie*, suivre ce qui est indiqué à l'article 9 pour les opérations de grande chirurgie, c'est-à-dire recourir *officiellement* « à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord, etc... ».

Dr Fernand Decourt.

II

2022. — Liberté de choix du radiographe.

J'ai l'honneur de vous demander de préciser le détail qui fait l'objet de la question ci-jointe :

Soit que l'exécution de radio sous cette forme soit l'objet de protestation avant le fait et que la

Compagnie d'assurance cède au praticien, soit que ce dernier ne soit prévenu que par constatation, une fois tout fait, la tentative de faire subir aux accidentés des examens hors de notre ville est chose fréquente.

Cependant qu'en l'espèce, il existe à S. un confrère radiographe dont les résultats sont d'ailleurs irréprochables.

Si le médecin traitant est seul qualifié pour indiquer le spécialiste à consulter, le blessé, objet de cette lettre, eût été adressé au spécialiste local.

De plus question moins fréquemment envisagée, jusqu'à quel point même le médecin traitant est-il autorisé à détourner le client A. T. du spécialiste proche alors que cela oblige à s'adresser dans une autre ville ?

Dr I.

Question.

A qui appartient-il, une radiographie étant à exécuter, médecin traitant demandant et assurance acceptant, de diriger le blessé (accidenté du travail) vers tel ou tel médecin radiographe ?

A la suite d'une demande de ce genre, une contre-visite fut faite et l'accord obtenu sur la nécessité d'une radio.

A sa surprise, le médecin traitant revit le blessé peu après porteur d'une épreuve radiographique exécutée dans une ville voisine où le blessé avait été envoyé par l'agent d'assurances.

Il croyait que le choix du spécialiste lui incombait d'autant plus qu'il n'en existe qu'un dans notre ville et qu'il semble bizarre que la Compagnie d'assurances ait décidé, sans être qualifiée, tout en compliquant la question.

Dr I.

Réponse.

La question que vous posez vient d'être réglée, il y a quelques jours, à la Commission du tarif des accidents du travail, à la suite d'une plainte et d'un dossier que j'avais envoyés au président de cette Commission. Tout cela va être publié sous peu dans le *Médecin Syndicaliste*, dès que le décret aura été signé par le Ministre et publié au *Journal officiel*. En tout cas, il a été décidé que le patron (ou son assureur) ne pourrait refuser une radio que par une lettre envoyée dans les trois jours au médecin traitant, ledit refus devant être « *techniquement motivé* ». Ce sont les termes mêmes que j'avais réclamés. Donc, si pas de réponse dans les trois jours (sauf cas d'urgence, naturellement), le médecin traitant sera en droit de faire radiographier ; si refus, il faut une raison technique, sans quoi le refus ne compte plus et le droit de radio sera acquis. Vous verrez tout cela en détail bientôt.

Dr F. D.

III

2029. — Luxation incomplète.

Une luxation incomplète du pouce peut-elle être comptée 50 fr. ou assimilée à la luxation d'une phalange quelconque, soit 25 fr. ?

Dr S.

Réponse.

Une luxation, complète ou incomplète, du pouce, qui a nécessité une « *réduction* cédant aux méthodes non sanglantes » est tarifée 50 francs (article 19). S'il y eut réduction, en effet, de votre part, c'est qu'il y avait luxation, sinon cela aurait été une simple entorse.

F. D.

IV

1920. — Rayons ultra-violets.

Je vous serais bien reconnaissant de m'indiquer à quel prix je puis compter des séances d'applications de rayons ultra-violets en matière d'accident de travail. Ce traitement ayant été au préalable accepté par la Compagnie d'assurances qui a été avisée en temps utile.

Je ne trouve pas ce traitement coté dans mon tarif accident.

Dr M.

Réponse.

Les rayons ultra-violets me paraissent rentrer dans la rubrique : « Traitement comprenant l'électrisation complète du corps . . . traitement par air chaud, ionisation, chaque : 15 francs ». Ajoutez à cela 50 % de majoration, soit 22 fr. 50 (article 26 , V,) tant pour le prix marqué que pour la majoration.

Dr F. D.

Fiscalité.

1763. — Qu'est-ce que le revenu ?

1° Qu'entend-on par revenu dans la formule « impôt général sur le revenu ». Doit-on entendre par là les rentes possédées ou le bénéfice net de la profession qu'on exerce, ou les deux à la fois ?

2° Pourriez-vous m'indiquer un ouvrage (de prix modéré) concernant cet impôt général sur le revenu ?

Dr R.

Réponse.

1° La formule officielle de déclaration pour l'impôt général vous donne les diverses catégories de revenus ; pour répondre d'une façon précise à votre question : votre revenu global comprend le total de vos rentes et de votre bénéfice professionnel ;

2° Le « Guide Pratique » du Contribuable français.

A. M.

1862. — Traitements fixes et bénéfices professionnels.

Ma déclaration en ce qui concerne les traitements et bénéfices non commerciaux est ainsi rédigée.

Traitements	25.000	12.500	10.500
B. N. C.	44.698	28.500	16.198
Total.........	67.698	41.000	26.698

Serai-je imposé sur les 26.698 comme bénéfices non commerciaux sans déduction comme a l'intention de le faire le contrôleur, ou tiendra-t-on compte en raison des traitements de déductions (marié, un enfant, mutilé 50 %) ?

Quel sera le montant de l'impôt ?

Dr C.

Réponse.

Pour nous permettre de répondre à votre première question, il aurait fallu nous préciser en quelle qualité vous percevez la somme déclarée à titre de traitement, l'Administration refusant de considérer comme « salaire » notamment les rémunérations payées par les hôpitaux ou les bureaux de bienfaisance.

Sur 26.698 fr. l'impôt sur les salaires serait de 637 fr. 83, cet impôt étant légalement calculé sur le total des revenus des deux catégories.

L'impôt des bénéfices des professions non commerciales serait de 1.227 fr. 50.

A. M.

1842. — Amortissement de constructions et d'installations professionnelles.

Le receveur des Contributions directes, m'écrit ce qui suit au sujet de l'impôt sur le revenu de mon sanatorium.

« Vous ne pouvez pas amortir en trois ans une construction, ni l'installation radiologique en deux ans. Les immeubles s'amortissent en 20 ans. Quant à votre installation radiologique, vous pouvez l'amortir en dix ans. »

J'ai, en effet, fait construire dans le courant de l'exercice 1927, un salon et une salle d'opérations qui me reviennent à plus de 30.000 francs. J'ai également acheté une installation radiologique pour 21.000 francs.

J'ai proposé s'amortir en trois ans la construction et en deux ans l'installation radiologique.

Les délais imposés par les Contributions directes me paraissent exagérés. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez, pour me permettre d'agir en toute connaissance de cause ?

Dr X.

Réponse.

En ce qui concerne la construction, l'observation du contrôleur est fondée, à moins que vous ne soyez locataire du bâtiment agrandi ; dans ce dernier cas, l'amortissement pourrait être calculé sur la durée du bail restant à courir.

En ce qui concerne l'installation radiologique,

la période de dix ans est peut être un peu longue en raison de ce que la nature même des appareils ne peut permettre leur utilisation pendant ce laps de temps. Une attestation du fabricant pourrait être utile pour convaincre le contrôleur.

A. M.

1688. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Votre réponse laisse supposer que l'arrêt du Conseil d'Etat sur l'amortissement de l'achat d'une automobile a force de loi et qu'on ne peut y échapper. Pourriez-vous m'adresser la date de cet arrêt et le texte ou la partie principale du texte de cet arrêt, afin de pouvoir juger par-moi-même de ce que je pourrais y répondre ?

Dr J.

Réponse.

L'arrêt visé dans notre réponse du 28 avril est celui du 10 août 1926. Il se rapporte à une contestation en matière d'impôt sur les traitements et salaires, mais nous vous prions de noter que les dispositions de l'article 1er du décret du 17 janvier 1927 sont communes à la susdite cédule et à la cédule des bénéfices non commerciaux et, qu'en conséquence, l'arrêt s'applique incontestablement aux deux cédules.

« Considérant que, d'après l'article 1er du décret du 17 janvier 1917, relatif à l'impôt général sur le revenu, auquel s'est implicitement référé l'article 24 de la loi du 31 juillet 1917, le revenu net est constitué par l'excédent du produit brut effectivement réalisé par le contribuable sur les dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu, ces dépenses comportant notamment, en ce qui concerne les professions et emplois, les frais de toute nature que nécessite spécialement l'exercice de la fonction, de l'emploi ou de l'occupation ;

« Considérant qu'il résulte tant de l'ensemble des dispositions des article 23 et suivants de la loi du 31 juillet 1917, créant un impôt cédulaire annuel sur les traitements et salaires, que de la nature même dudit impôt, que les dépenses faites chaque année par les assujettis en vue de l'acquisition ou de la conservation du revenu doivent, dans la mesure où elles sont spécialement nécessitées par l'exercice de la fonction, être intégralement déduites des indemnités et émoluments perçus au cours de la même année, et qu'aucune disposition législative ne permet, en ce qui concerne les acquisitions qui ne sont pas destinées à se renouveler annuellement, de n'admettre en déduction, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires, qu'une somme correspondant à l'amortissement de l'objet acquis ;

« Considérant qu'il n'est pas contesté par le Ministre des Finances que l'achat d'un mobilier de bureau effectué par le sieur X..., au cours de l'année ayant précédé celle de l'imposition a, en totalité, le caractère d'une dépense nécessitée spécialement par l'exercice de la profession du sieur X...; que, par suite, le Ministre n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, tant en ce qui concerne la détermination des bases de l'impôt sur les traitements que de celles de la fraction de l'impôt général afférente aux revenus cotisés à la cédule sur les traitements, le Conseil de Préfecture a admis la déduction intégrale, au titre de l'année 1923, du prix d'achat du mobilier de bureau dont s'agit, acquis l'année précédente. (Rejet du recours du Ministre.)

A. M.

---

330. — Exonération de l'impôt sur les constructions neuves en remploi de dommages de guerre.

J'ai fait bâtir en 1924, comme remploi de dommages de guerre, une petite maison ; déclaration a été faite à la mairie en vue de l'exonération de l'impôt d'une maison neuve et j'ai bien été exempté de l'impôt jusqu'alors ; mais, pour cette année, j'ai reçu un avertissement pour la contribution foncière . Faut-il réclamer ? Ou faut-il plutôt faire le mort dans la crainte d'un rappel des années précédentes ?

Dr N.

Réponse.

Les constructions édifiées en remploi de dommages de guerre sont formellement exclues par la loi, du bénéfice de l'exonération d'impôt foncier pendant 15 ans. Si votre immeuble a été terminé, en 1925, c'est à juste titre que vous êtes imposé en 1928, l'exemption de 3 ans prévue par la loi de 1890 étant seule applicable en l'espèce.

A. M.

Accidents du travail.

1936. — Contre-visite d'un blessé du travail. Honoraires.

Je reçois la lettre suivante :

Justice de paix du
Canton d'E...

A Monsieur le Dr B....

J'ai l'honneur de vous faire parvenir une ordonnance rendue par M. le juge de paix du canton d'E... sur requête de la Compagnie d'assurances contre les accidents « La P... ».

Recevez, M., etc.

Cette lettre est accompagnée de la lettre suivante :

P..., le 10 miai 1928,

Monsieur le Juge de Paix,

Nous avons l'honneur de vous faire connaître qu'un ouvrier des établissements G... et N..., le sieur V... T..., receveur de la ligne d'autobus de la D., demeurant à E. a été blessé le 8 octobre 1927.

Cet ouvrier est soigné actuellement par le Dr S... de B...

Nous avons l'honneur de vous informer que, conformément au 5e alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celles des 28 mars 1902 et 31 mars 1905, nous avons désigné, Monsieur le Dr B... à E..., pour nous renseigner sur l'état de la victime.

Nous vous serions obligés de bien vouloir viser ladite désignation qui donnera au Dr B..., accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence de son médecin prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Veuillez, Monsieur le Juge, etc...

Alors, j'ai écrit au confrère et j'attends sa réponse.

Je viens vous demander quel tarif je puis prendre à la Compagnie d'assurances quand elle parlera de me régler ma note, dois-je lui compter le tarif des accidents du travail, ou le tarif local :

Consultation avec un confrère 50 fr. plus 50 % en plus ce qui fait 75 fr.

La Compagnie veut un rapport après ma visite. Quel prix puis-je faire payer ce rapport ou sera-t-il compris dans la consultation ?

Puis-je lui compter en plus les frais de ports de lettres nécessaires à cette correspondance tant avec le médecin traitant qu'avec elle ?

Je vous serais très reconnaissant de me documenter, car mon idée est que je puis prendre le tarif local (affiché dans ma salle d'attente) et mes frais, mais je ne voudrais pas avoir des ennuis avec la Compagnie, car si elle me contestait, ce que je crois mon droit, j'aurais des ennuis : avec l'avis du Sou Médical, je serais plus fort, et pourrais montrer votre lettre le cas échéant.

Dr B.

Réponse.

Le tarif des accidents du travail ne concerne que la part des honoraires du médecin traitant, choisi par la victime de l'accident, que la loi met à la charge du chef d'entreprise.

Ce tarif n'a pas lieu d'être appliqué aux honoraires du médecin contre-visiteur désigné par la Compagnie d'assurances pour examiner en son nom le blessé et lui faire un rapport.

Dans ce cas, les honoraires doivent être débattus librement entre le médecin contre-visiteur et la Compagnie mandante.

Par conséquent, vous pouvez à bon droit demander votre tarif habituel pour consultation entre confrères, avec, en plus, vos frais de déplacement et de correspondance, ainsi que le prix d'un certificat détaillé pour votre rapport.

1932. — Accident ou maladie professionnelle.

Un ouvrier de ferme est atteint d'adénite inguinale consécutive à une phlyctène suppurée du pied. Il attribue cette phlyctène au frottement de sa chaussure lors de labours sur terres dures. La Compagnie d'assurances conteste l'accident.

Dr S.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail, il faut qu'il y ait une atteinte au corps humain provenant de l'action *violente* et *soudaine* d'une cause extérieure.

Lorsque ces caractères de violence et de soudaineté font défaut, il peut y avoir maladie professionnelle, c'est-à-dire due au travail, mais alors la législation sur les accidents du travail n'est plus applicable, sauf pour certaines maladies limitativement énumérées par la loi, comme les maladies provenant d'intoxication saturnine ou mercurielle.

Dans le cas d'espèce, la lésion a été provoquée par le frottement de la chaussure ; on ne peut donc invoquer un traumatisme *soudain*. Dans ces conditions, il peut y avoir maladie professionnelle, mais non couverte par la loi sur les accidents du travail.

Nous estimons donc que la Compagnie est dans son droit strict en refusant de reconnaître le sinistre.

Questions médico-militaires.

1473. — Sur les écoles de perfectionnement.

Je suis un peu surpris en lisant la réponse à la question 311 qui a paru à la page 1108 du *Concours* du 8 avril. D'après cette réponse, il n'y aurait qu'une seule école de perfectionnement permettant l'obtention de la carte de surclassement, et, pour la fréquenter, il faudrait adhérer à l'Union Fédérative des médecins de réserve ?

Ne connaissant bien que ce qui se passe autour de moi, je crois utile de vous signaler ce qui se fait au 7e C. A. dont je fais partie. Il est, d'ailleurs, infiniment probable que chaque C. A. a une organisation de ce genre. Quoi qu'il en soit, il existe dans notre coin quatre centres (Besançon, Belfort, Mulhouse et Colmar), où chaque mois, nous avons une ou deux conférences et un exercice pratique (en une seule fois). Déplacement au tarif militaire, remboursé par chèque ou virement postal avec en plus une légère indemnité variable pour chacun suivant le temps d'absence correspondant.

Pour la plupart d'entre nous, tout se limite à un déplacement de quelques heures. C'est plus pratique qu'un voyage à Paris. D'ailleurs, l'un n'empêche pas l'autre, et quelques-uns parmi nous profitent de temps en temps de la combinaison indiquée par le *Concours* pour aller à Paris à bon compte.

J'espère que ces quelques indications pourront être utiles à certains confrères. Dr H.

Réponse.

Le nombre des conférences prévues, pour une année d'école de perfectionnement, étant de 12, et celui des exercices pratiques de 6, l'Etat-major exige, pour l'obtention de la carte de surclassement, la présence à un minimum de huit conférences et de quatre exercices pratiques.

En dehors de l'Ecole de Paris, qui reste la plus importante en raison de la qualité de ses conférenciers, s'organisent des écoles régionales, comme celles dont vous parlez. Mais ces écoles étant communes à *tous* les officiers de réserve, il n'y a que quelques conférences ou exercices pratiques qui intéressent spécialement le Service de Santé. A celles-ci assisteront avec le plus grand avantage (puisqu'ils sont défrayés de leurs dépenses), les médecins de la région ; mais, pour arriver au minimum d'assiduité exigé (dont il est question plus haut) ils pourront compléter le nombre des conférences et exercices pratiques, en venant à l'Ecole de Paris. En ce cas, ils auront droit, sous les formalités d'usage, au simple voyage à tarif militaire (non remboursé). Ils devront seulement demander chaque fois à l'un des membres du Bureau (le docteur Tollemer, en l'espèce), un certificat de présence, qu'ils transmettront à leur Directeur du Service de Santé régional pour arriver au quantum d'assiduité exigé en vue de l'obtention de la carte de surclassement.

1405. — Obligation des périodes d'instruction.

1° Est-il indispensable d'effectuer des périod d'instruction (pour un médecin de réserve déjà in crit à une école de perfectionnement), pour passer d 2 à 3 galons ?

2° Quelle serait la sanction en cas de refus, ou d'al sence non motivée, après convocation à une de c périodes ?

3° Le nombre et la durée des périodes d'instructio sont-ils fixés d'avance à un minimum exigible ?

Dr B.

Réponse.

L'inscription à une école de perfectionnemen et l'assiduité à ses cours, font que les notes d'u médecin de réserve en sont heureusement i fluencées ; mais ces circonstances ne peuvent di penser des périodes qu'il faut effectuer, de par l loi, pour passer d'un grade à un autre. Le nom bre et la durée des périodes sont fixés par le M nistre de la Guerre, sans que leur durée *tota* puisse excéder quatre mois.

Vous risqueriez un blâme ou la mise en di ponibilité par mesure de discipline (pour troi mois ou un an au plus), ou la révocation.

Cinquantième année N° 27 1er Juillet 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bonix.

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.

Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Raphaël. Léon Clement (*chir.*).

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr ROBERT, de Joigny, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 312. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 313. — Est. Gérance de client. agréab. dans pet. ville. Fixe 20.000 plus 50 % sur bénéfi. Promesse cession si on désire.

No 314. — Enf. infirmes, paralys. épilept., arriérés. Trait. spéc. indiv. Résult. très intér. Pension méd., vie famille, prix modérés. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

No 315. — Les mines de Villemogne, par Trèves (Gard) demand. une infirm. de 35 à 40 ans ; le cas échéant le mari pourrait trouver emploi dans l'usine. Adresser les offres à M. le Président de la Caisse de Secours de Villemogne, par Trèves (Gard).

No 316. — Très réelle occas. Fiat 7 CV., cond. int. 2 pl. 1/2. Renseignem. sur demande.

No 317. — A vend. cabriol. Citroen 5 CV., dernier mod., excell. état garanti, cause double emploi. Prix 9.500. Dr Marquet, à Bar-sur-Aube.

No 318. — A vend. Auto Renault 10 CV 1923, cond. int. 3 pl., bon état, 8.000. Dr Morchoisne, La Loupe (E.-et-L.).

No 319. — Algérie. Centre commerc. important, client en plein rapp., avec maison confort., à céder bonne condit. pour cause décès. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 320. — Seine. Banl. proche ouvrière, anc. client. méd. générale, rapp. 105.000, maison part. vaste et confort. avec jardin, loyer 5.000, bail 6 ans. Indemn. 70.000 avec 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 321. — Stat. Sud-Ouest, maison de repos ancienne, aff. 300.000, 22 chambres, install. confort. Prix dem. fonds et immeuble : 800.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 322. — Ville très agréab. bien desservie, 180 km. Paris, poste méd. générale, rapp. 50.000 min., fixe de l'hôpital transmiss. Gr. mais. neuve tout conf. A céder 10.000 compt. S'ad. Gab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Nécrologie. — Le docteur Victor PAUCHET nous fait part du décès de sa mère, morte à Amiens, à l'âge de 82 ans. Ce décès frappe cruellement notre éminent confrère et ses gendres, les docteurs DE BUTLER D'ORMOND, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, chirurgien des hôpitaux d'Amiens, et Auguste TIERNY, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean à Arras.

Nous leur adressons l'expression de notre profonde sympathie.

— Académie de médecine. *Election.* — M. LEVADITI, de l'Institut Pasteur, est élu membre titulaire dans la quatrième section (*Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— Citation à l'ordre de la Nation. — M. VÉTILLARD, externe des hôpitaux de Paris, dont nous avons annoncé la mort des suites d'une maladie contractée en service, à l'hôpital Bretonneau, vient d'être cité par le Gouvernement à l'Ordre de la Nation à titre posthume.

— Faculté de médecine de Paris. *Chaires de dermatologie et de médecine de la première enfance.* — Le Conseil de la Faculté a proposé :

Pour la chaire de dermato-syphiligraphie, en première ligne, M. GOUGEROT ; en deuxième ligne, M. SÉZARY.

Pour la chaire d'hygiène et médecine de la première enfance, en première ligne, M. LEREBOULLET ; en deuxième ligne, M. Jean HUTINEL.

— Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (1, rue Cabanis). — *Cours de perfectionnement* portant sur les questions neuro-psychiatriques d'actualité, du 6 au 13 juillet, sous la direction du professeur Claude. Ce cours comprendra 14 conférences.

— Hôpital Cochin. — *Voies urinaires.* — Un cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires sera fait au pavillon Albarran, sous la direction de M. Chevassu, du 16 juillet au 4 août. Droits : cours de Cochin : 500 fr. ; cours de médecine opératoire, 200 fr. ; cours de chirurgie expérimentale, 250 fr.

— Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Marchal, Fey, Desnoyers, qui acceptent ; Cain, Etienne Bernard, Marquézy, Petit-Dutaillis, Rouhier, Braine, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Agrégation des Facultés de médecine. — Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation des Facultés de Médecine.

ANATOMIE. Académie d'*Alger* : M. Goinard ; Académie de *Toulouse* : M. Thomas.

Histoire naturelle médicale et parasitologie. Académie de *Paris* : M. Galliard.

Chimie. Académie de *Paris* : M. Machebœuf ; Académie de *Lyon* : M. Enselme ; Académie de *Strasbourg* : M. Boivin.

Physique. Académie de *Lille* : M. Swynghedauw ; Académie de *Strasbourg* : M. Reiss.

Médecine. Académie de *Paris* : MM. Baruk, Guilmain, Gutmann, Weismann ; Académie d'*Aix* : MM. Perrimond, Torris ; Académie de *Bordeaux* : MM. de Grailly, Delmas-Marsalat ; Académie de *Lyon* : MM. Croizat, Josserand, Sédallian, Delore.

Chirurgie. Académie d'*Alger* : M. Pidoux ; Académie de *Lille* : MM. Piquet, Ingelrans ; Académie de *Lyon* : MM. Cibert, Dechaume, Latreille, Mounier-Kulm ; Académie de *Montpellier* : MM. Guibal (André), Michel-Béchet ; Académie de *Nancy* : M. Guibal (Maurice).

Obstétrique. Académie de *Paris* : M. Sureau ; Académie de *Lille* : M. Béghin ; Académie de *Lyon* : M. Pigeaud ; Académie de *Strasbourg* : M. Kreis.

— **Congrès international de protection de l'enfance** (Paris, 8-12 juillet 1928). — Ce congrès comprend 5 sections : maternité, première enfance, seconde enfance, service social, enfance malheureuse ou moralement abandonnée. La cotisation est de 60 fr. pour les membres titulaires et de 30 fr. pour les membres associés. Renseignements au siège du Congrès, 37, avenue Victor-Emmanuel III, Paris VIII[e]. Tél. Elysées, 04-01.

— **Maison maternelle départementale de Benouville (Calvados)**. *Concours.* — Un concours sur titres est ouvert jusqu'au 1[er] juillet à la Préfecture du Calvados pour la nomination d'un médecin-chef de la Maison maternelle départementale de Benouville. S'adresser à la Préfecture (1[re] division), 35, rue de Caumont, à Caen.

— **Voyage médical en Tchéco-Slovaquie.** — Sur l'invitation officielle des villes d'eaux tchécoslovaques, l'agence « Mon Voyage » organise un voyage médical de médecins français en Tchécoslovaquie. Le programme, qui s'étend du 8 au 17 septembre prochain, comporte la visite de Franzensbad, Marienbad, Carlsbad, Prague, Brno, avec prolongation (au choix) sur Vienne (Autriche). Prix : 1.500 fr. par personne. Renseignements à l'Agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière. Tél. Louvre 08-90.

— **Naissance.** — Madame et le docteur L. Cornet, de Pau, nous annoncent la naissance de leur sixième enfant : *Jacqueline.* Tous nos compliments à cette belle famille médicale et nos souhaits de santé et de bonheur à la jeune Jacqueline.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 *juin.*

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre), par suite de la nomination de M. le Dr Beaussart, au poste de médecin directeur de ce même établissement.

14 *juin*

Education physique.

Par décret du 9 juin 1928, est approuvée la délibération du conseil de l'Université de Paris en date du 26 mars 1928 portant création d'un Institut d'éducation physique, relevant spécialement de la Faculté de médecine dans les conditions prescrites par le décret du 31 juillet 1920 (art. 3, § 2), et par le règlement joint au nouveau décret.

15 *juin*

Enseignement de la médecine.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine.

1re DIVISION. — MORPHOLOGIE.

Section A. — Anatomie.

Académie d'Alger : Goinard.
Académie de Toulouse : Thomas.

Section C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

Académie de Paris : Galliard.

2e DIVISION. — PHYSIOLOGIE.

Section B. — Chimie.

Académie de Paris : Machebœuf.
Académie de Lyon : Enselme.
Académie de Strasbourg : Boivin.

Section C. — Physique.

Académie de Lille : Swyngedauw.
Académie de Strasbourg : Reiss.

3e DIVISION.

Section unique. — Médecine.

Académie de Paris : Baruk, Guilmain, Gutmann, Weismann.
Académie d'Aix : Perrimond, Turries.
Académie de Bordeaux : de Grailly, Delmas-Marsalet.
Académie de Lyon : Croizat, Josserand, Sedallian, Delore.

4e DIVISION. — CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

Section A. — Chirurgie.

Académie d'Alger : Pidoux.
Académie de Lille : Piquet, Ingelrans.
Académie de Lyon : Cibert, Dechaume, Latreille, Mounier-Kuhn.

Académie de Montpellier : Guilbal (André), Michel-Béchet.

Académie de Nancy : Guibal (Maurice).

Section B. — Obstétrique.

Académie de Paris : Sureau.
Académie de Lille : Béghin.
Académie de Lyon : Pigeaud.
Académie de Strasbourg : Kreiss.

Un concours s'ouvrira, le mercredi 18 décembre 1928, devant la faculté de Lille, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire d'Amiens.

Un concours s'ouvrira le vendredi 20 décembre 1928 devant la faculté de Lille, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie de l'école préparatoire d'Amiens.

Un concours s'ouvrira, le lundi 8 octobre, au siège de l'école préparatoire d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de chimie à ladite école.

Le registre des inscriptions en vue de ces différents concours sera clos un mois avant leur ouverture respective.

Légion d'honneur.

Tableau de concours pour l'année 1928 (*réserve*).

Pour officier :

Service de santé.

1. Alliot (Paul-Marie-François), médecin lieutenant-colonel, 5e corps d'armée.
2. Pourrat (Joseph-Aimé-Marie-Louis), médecin lieutenant-colonel, 5e corps d'armée.
3. Lecercle (Alfred-Eustache-Ignace), médecin-commandant, troupes du Levant.
4. Bourlange (Jean-Alphonse), médecin lieutenant-colonel, 1er corps d'armée.
5. Bourguignon (Léonard-Clément), médecin lieutenant-colonel, 12e corps d'armée.
6. Halipre (André-Jean-Marie), médecin lieutenant-colonel, 3e corps d'armée.
7. Cazals (Louis), médecin commandant, 16e corps d'Armée.
8. Musin (Edmond-Elie-Marie), médecin commandant, 2e corps d'armée.
9. Dujarier (Louis-Charles-Antoine-Adrien), médecin lieutenant-colonel, 10e corps d'armée.
10. Cohendy (Michel-François-Etienne-Marie), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.
11. Davet (Elie-François-Henri), médecin commandant, 19e corps d'armée.
12. Vorbe (Paul-Flavien-Georges), médecin lieutenant-colonel, 1er corps d'armée.
13. Larger (Marie-Emmanuel-Henri), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.
14. Guérin de Montgareuil Valmale (Marie-Joseph-Martin-Georges), médecin commandant, 15e corps d'armée.
15. *Machtou* (Maurice), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.

16. Varay (François-Joseph), médecin commandant, 14e corps d'armée.
17. Rostaine (Paul), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.
18. Spillmann (François-Louis), médecin colonel, 20e corps d'armée.
19. Papin (Edmond), médecin commandant, 10e corps d'armée.
20. Guillet (Paul-Louis-Victor-Jules), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.
21. Varenne (Francisque-Annet), 14e corps d'armée.
22. Lenormand (Charles-Jean-Joseph), médecin lieutenant-colonel, gouvernement militaire de Paris.
23. *Patel* (Charles-Auguste-Maurice), médecin lieutenant-colonel, 14e corps d'armée.
24. Muret (Paul-Louis), médecin commandant, 9e corps d'armée.
25. Halbron (Paul-Maurice), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.
26. Descouts (Paul-Henri-Eugène), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

Troupes coloniales.

1. Wagon (Pierre-Michel), médecin commandant, centre de mobilisation d'artillerie coloniale no 321.
2. Dufougéré (William-Marie-Barbe), médecin commandant, 4e rég. de tirailleurs sénégalais.
3. Vincent (Augustin-Charles-Eugène, Joseph), médecin commandant, centre de mobilisation colonial d'infanterie no 18.

CORRESPONDANCE

Propharmacie.

1597. — Le propharmacien n'est pas tenu de demander une autorisation spéciale pour la délivrance des eaux minérales à ses clients.

Médecin propharmacien, ai-je le droit d'ordonner et de vendre des eaux minérales à mes clients ?

Suis-je obligé de faire une demande de dépôt d'eaux minérales, comme le soutient l'Inspecteur des pharmacies. ?

Si réponse affirmative, je vous prie de me donner la marche à suivre.

Dr R.

Réponse.

Pour répondre à la question que vous nous avez posée, nous avons voulu demander l'avis du Ministère du Travail et de l'Hygiène.

Le Ministère vient de nous adresser la réponse suivante :

« Par lettres en date des 27 avril et 29 mai der-
« nier, vous avez bien voulu me demander si un

« médecin propharmacien bénéficiait des dispo-« sitions du § 2 de l'article 1er de l'ordonnance « du 18 juin 1823 qui permettent aux pharma-« ciens de vendre des eaux minerales, sans auto-« risation spéciale.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que « les médecins tenant en dépôt des médicaments « dans les communes dépourvues de pharmacies « bénéficient desdites dispositions, mais dans la « limite cependant fixée par la loi du 21 germi-« nal an XI, article 27.

« J'ajoute d'ailleurs que les dépôts dont il s'a-« git ne sont pas assujettis à la taxe de visite « des dépôts d'eaux minérales. »

« Veuillez....

Pour le Ministre :
Le Conseiller d'Etat directeur,
Signé : Népoty.

Il résulte de cette réponse que vous avez le droit de vendre des eaux minérales aux malades près desquels vous êtes appelé, comme tout autre médicament, en votre qualité de propharmacien, mais qu'il vous est interdit d'en débiter à tout venant, à moins d'avoir obtenu une autorisation spéciale à cet effet,

---

Exhumation d'un corps.

2212. — Qui a qualité pour demander l'exhumation.

Vous m'écrivez : un décret du 15 mars 1928 vient de réglementer à nouveau les opérations d'inhumations, exhumations et réinhumations.

Aux termes de l'art. 10 de ce décret, toute demande d'exhumation doit être faite par *le plus proche parent* de la personne défunte.

Je voudrais savoir quel est le plus proche parent légalement : veuf et remarié — ou le fils de la personne défunte.

Dr M.

Réponse.

L'art. 10 du décret du 15 mars 1928 indique que toute demande d'exhumation doit être faite par le plus proche parent de la personne défunte. Il ne précise pas quelles personnes il faut considérer comme parent le plus proche ; aussi devons-nous faire appel à la doctrine et à la jurisprudence.

Il ne saurait être fait application de la règle générale concernant les successions, qui tranche nettement la distinction entre descendants, ascendants, collatéraux et conjoints à savoir que les premiers (enfants, père et mère et collatéraux) sont désignés pour recueillir la succession avant le conjoint. Le corps du défunt est une

propriété — si l'on peut s'exprimer ainsi — d'une nature différente de celle de ses biens. Mais la difficulté s'est posée et voici comment actuellement il semble qu'elle soit résolue :

D'après le droit des successions, on entend par parents : descendants, ascendants et collatéraux. Le conjoint survivant est un allié, ce n'est donc pas un parent. L'art. 10 interprété *stricto sensu* éliminerait donc le conjoint. Mais l'alliance issue du mariage crée une sorte de parenté spéciale d'une force toute particulière, qui entre en concours avec la parenté, surtout en matière de funérailles. Aussi, lorsque la question s'est posée devant les tribunaux avec une grande acuité, les auteurs et la jurisprudence l'ont résolue dans le sens favorable au conjoint.

Une consultation signée des éminents jurisconsultes Duvergier, Delangle, en 1851, a guidé les tribunaux qui étaient embarrassés. En conséquence, nous relevons les jugements et arrêts suivants reconnaissant au conjoint le droit de priorité. (Lyon 1851, 5 août) (Amiens, décembre 1881, Sirey 82.2.118). Un ouvrage paru en 1910 de M. Emile Facy indique à sa pace 178 la même solution.

En résumé, c'est le mari qui, ici, est le plus proche parent.

Cependant, du fait qu'il est remarié, la force de son alliance a diminué et pourrait être contestée par des descendants procéduriers. Mais il est douteux que la dissolution du mariage, étant intervenue par le décès et non par le divorce, entraîne une décision judiciaire contraire aux principes et aux applications que nous venons d'indiquer.

J. Priou,
Avocat à la Cour,
Docteur en droit.

Application du Tarif Fallières.

I

2178. — A propos de l'augmentation du tarif.

Depuis que le prix de la visite ou de la consultation aux accidentés du travail a été porté de 10 à 12 francs est-ce que le tarif médical de pratique courante s'est trouvé aussi majoré (art. 16 du tarif général) ? Le prix de l'injection sous-cutanée de sérum antitoxique est-il passé, par exemple, de 20 fr. à 24 fr. (prix de deux visites ou consultations) ? ou est-il resté à 20 francs. ?

Dr G.

Réponse.

Il n'y a pas eu de pourcentage de majoration des prix généraux, mais une seule augmentation du prix de la visite et de la consultation, ainsi que de l'indemnité kilométrique. Il n'y eut de

pourcentage de majoration que pour les radiographies (article 26, chapitre VII, *in fine*).

Dr Fernand DECOURT.

II

2133. — Tentatives diverses de réduction et contention de fracture.

Abonné du *Concours*, je viens vous demander d'être assez aimable de m'indiquer quels honoraires demander au sujet d'un accident du travail.

Un de mes clients est blessé et perd connaissance (fracture de l'humérus gauche et contusion de l'épaule) ; le patron fait venir son médecin à lui qui fait un appareil plâtré, puis, inquiet sans doute, l'enlève le lendemain et chez un deuxième confrère conduit le blessé ; on le radioscope et on fait un deuxième plâtre.

Le blessé, huit jours après, souffre encore beaucoup et a des troubles de la main : le docteur lui annonce qu'il restera infirme. Ce blessé me demande de le voir (moi j'ignore tout). J'y vais. J'arrange les choses au point de vue déontologique avec le confrère qui a soigné le blessé le premier.

Je fais une radio du bras plâtré en présence d'un autre confrère et je trouve une fracture non réduite avec chevauchement considérable dans l'appareillage.

Après anesthésie générale, nous réussissons une réduction partielle après extension. Mais nous n'appareillons pas dans ces conditions le blessé. Que pouvous-nous demander comme honoraires ? Après avoir fait un simple appareil de contention ordinaire, nous l'adressons à un chirurgien qui a fait le nécessaire.

Pouvons-nous réclamer des honoraires pour cette troisième tentative de réduction et contention ?

Dr M.

J'avais demandé à un autre confrère de m'assister parce que le blessé s'est refusé catégoriquement à recevoir des soins du médecin du patron.

Réponse.

Votre situation, à X confrères ayant fait X réductions et X contentions d'une *même* fracture, est excessivement complexe. La Compagnie ne voudra payer, cela va de soi, qu'une réduction et contention. D'autre part, je n'ai jamais vu payer des tentatives infructueuses de réduction et contention. Celles-ci ne sont pas inscrites dans le tarif et je ne vois pas comment un tribunal en ordonnerait le payement.

Pratiquement, c'est le dernier chirurgien qui a seul fait la « réduction et contention ». Quant à vous, vous avez donné « les soins d'urgence », et fait « la pose de l'appareil *provisoire* en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin », dont il est parlé dans la note 1 de l'article 18 et qui est tarifé 50 francs.

C'est là le prix que, tarif en main, vous êtes en droit de réclamer.

Dr F. D.

Voir la suite page LV-1995

PROPOS DU JOUR

A la veille du Congrès des Syndicats médicaux. Les difficultés de réaliser un organisme central répondant à toutes les nécessités.

A la veille du Congrès des Syndicats médicaux, nous sommes convaincus que l'unité médicale sera réalisée, car tout le monde en reconnaît la nécessité absolue.

Mais, le lendemain, il faudra doter cette nouvelle Union, Fédération ou Confédération (le nom n'a aucune importance) d'une organisation aussi parfaite que possible, capable de répondre à toutes les nécessités qui peuvent surgir.

Cela ne sera pas facile.

L'évolution de la Société a rendu pour les médecins le syndicalisme indispensable. Ce n'est pas par dilettantisme, par snobisme, par fantaisie que les médecins qui, en somme, sont tous des bourgeois grands ou petits, qu'ils le veuillent ou non, se sont syndiqués.

Le syndicalisme médical est né de l'obligation d'opposer une collectivité médicale à celles que la mutualité, les sociétés de toutes sortes, les compagnies industrielles, l'Etat, les départements et les communes ont dressé en face du médecin. Sans le syndicalisme médical, le médecin isolé serait tenu de subir la volonté de ces collectivités qui, abusant de sa faiblesse, seraient vite tentées de l'opprimer. Mais ce serait une erreur de croire que le syndicalisme médical doit être exclusivement un organe de lutte ; il doit évidemment assumer la défense professionnelle si elle s'impose, mais son but véritable doit être de négocier des ententes, d'obtenir des avantages, de collaborer avec les collectivités lorsqu'elles sont de bonne foi et de bonne volonté pour réaliser un meilleur exercice de la médecine et faire bénéficier le malade des progrès de la technique, tout en veillant à la sauvegarde des intérêts moraux de la profession médicale.

Le syndicalisme médical, s'il veut vivre, doit poursuivre une œuvre constructive et éducative. Il doit s'efforcer de seconder les tentatives d'amélioration de la vie et de la santé publique, en offrant, sous conditions bien entendu, la collaboration du médecin.

Si le syndicalisme médical se bornait à une action égoïste, si, se retranchant derrière le mur des intérêts professionnels, il faisait fi de l'intérêt public et des exigences du progrès, sa disparition ne saurait tarder. Le médecin alors deviendrait un salarié ou un fonctionnaire. Il n'est pas d'exemple dans l'histoire qu'une institution, si brillant qu'ait été son passé, ait pu vivre, le jour où elle a mis ses intérêts privés au-dessus de l'intérêt public. Exemple, les anciennes corporations qui, après avoir pris un développement considérable et avoir joui d'une puissance inouïe alors qu'elles répondaient à un besoin social, sont allées peu à peu en déclinant lorsque, trop jalouses de leur propre intérêt, elles tentèrent de lui sacrifier l'intérêt général. Leur suppression par Turgot à la veille de la Révolution fut simplement un geste, car depuis longtemps elles ne comptaient guère dans la Nation.

La corporation des médecins parisiens, la vieille Faculté de Paris, ne fit pas exception à la règle. Ennemie du progrès, elle sombra encore plus misérablement ; sa fin fut même lamentablement ridicule.

Or, pour adapter le Corps médical aux besoins de la Société nouvelle, pour le mettre en mesure d'appliquer aux malades les progrès incessants des Sciences, sans pour cela compromettre les intérêts légitimes du médecin et, avant tout, son indépendance, il faut que l'organisme central des Syndicats médicaux connaisse bien ses obligations et soit capable de les remplir.

C'est l'absence d'une organisation suffisante qui a toujours été la cause des malaises, des crises et des scissions dans le Corps médical. Ces scissions, que l'on a cru pouvoir attribuer à des divergences d'idées, de doctrines, étaient au fond la conséquence d'une organisation insuffisante, car les doctrines les mieux assises ne peuvent résister aux facteurs économiques, et les plus intransigeants de leurs défenseurs, sont tenus de s'incliner devant d'inéluctables nécessités.

La première exigence d'une bonne organisation centrale syndicale est d'être en liaison étroite avec tous les syndicats qui l'ont formée. Elle doit non seulement les renseigner, les intéresser aux questions à l'ordre du jour, mais provoquer leurs observations, exiger d'eux des enquêtes, des études et obtenir leur avis sur tout projet qui doit être suivi d'une action.

◆◆

Cette liaison étroite n'est pas toujours facile à réaliser, surtout avec la rapidité parfois indispensable quand il convient de prendre une prompte décision ; mais avec le concours de quelques bonnes volontés, il est possible d'y arriver.

Il convient ensuite d'étudier les questions à l'ordre du jour, de chercher à les bien résoudre, ce qui est encore relativement facile. Mais où commencent les difficultés, c'est lorsqu'il s'agit de se renseigner sur tout ce qui peut s'accomplir, se tramer en dehors de nous, de façon à pouvoir intervenir à temps et éviter de nous trouver en face du fait accompli. Il faut donc que l'organisme central soit, outre un agent de liaison entre les Syndicats, un centre d'études de toutes les questions pendantes et encore un office d'informations, d'investigation, de documentation, dont la vigilance doit être constamment en éveil.

Pour cela, il faut que l'organisme central soit représenté partout, que ses délégués entrent en contact avec les autres syndicats professionnels, les ligues, les offices, les comités, les sociétés savantes, académies ou autres, les administrations publiques ou privées. Il faut que ses représentants prennent part aux travaux de tous les Congrès nationaux et internationaux où peuvent se traiter des questions intéressant le médecin et où le plus souvent les projets de loi et de règlements prennent naissance et s'élaborent.

Les Congrès internationaux doivent surtout fixer leur attention, car c'est généralement là que les innovateurs en matière d'assistance, d'hygiène, de prophylaxie vont exposer leurs idées ou en chercher de nouvelles. L'Association professionnelle internationale des médecins, l'A. P. I. M., dont Decourt a assumé les délicates fonctions de secrétaire, peut sur ce point rendre à notre syndicalisme d'inappréciables services.

Mais ce n'est pas le tout de se documenter, d'être vigilant, d'étudier des projets, de trouver des solutions, il faut réaliser, il faut agir.

Pour agir efficacement, il faut être en contact permanent avec le Parlement (Chambre et Sénat) et surtout avec leurs grandes commissions et leurs rapporteurs. La liaison de notre organisme central avec le groupe médical interparlementaire est indispensable et doit être constante. C'est par nos confrères députés ou sénateurs que nous pouvons être tenus au courant de bien des choses ; c'est par eux que nous saurons, selon les cas, à quelle porte il faut aller frapper.

L'action doit se poursuivre dans tous les Ministères, surtout auprès des directions compétentes. Il faut que nous soyons représentés officiellement, ou, au besoin officieusement, dans tous les Conseils supérieurs consultatifs et toutes les Commissions auxquels les Ministres demandent leur avis avant de prendre un arrêté ou de faire rendre un décret.

Ce n'est pas tout, l'action doit se poursuivre auprès de toutes les administrations privées, de tous les syndicats, de toutes les associations, de toutes les personnalités, et elles sont de plus en plus nombreuses, qui s'occupent d'assistance, d'hygiène, de prophylaxie, de médecine sociale. C'est là que nous pouvons trouver des appuis ou que nous devons dissiper des malentendus et des préjugés.

Enfin, il est indispensable de faire connaître le plus largement possible le résultat des enquêtes menées, des études faites, des projets rapportés, des résolutions prises. Pour cela, il faut entrer en relations, non seulement avec la presse médicale, mais avec la grande presse.

C'est par cette dernière que l'on peut arriver à éduquer, à modifier l'opinion publique et à faire comprendre que l'œuvre que nous voulons réaliser est une œuvre sage, juste, honnête et avantageuse à la société encore plus qu'au Corps médical.

Restent encore la propagande, le bulletin, le règlement des conflits, les procès, la répression de l'exercice illégal de la médecine, etc., etc., qui, à nos yeux, sont d'importance secondaire.

On peut se rendre compte par cette énumération hâtive, fatalement incomplète, du travail énorme que devront effectuer les dirigeants de cet organisme central. Pour mener pareille tâche à bien, il faut de l'argent et des hommes, surtout des hommes d'intelligence, de sens pratique, de dévouement, capables de se faire rapidement une idée claire de chaque question, d'agir avec prudence et réserve, et de faire preuve parfois de courage civique, d'habileté et d'énergie. Ces hommes existent évidemment dans l'élite intellectuelle que forment les médecins, mais combien pousseront l'esprit de sacrifice jusqu'à négliger leurs propres intérêts pour s'adonner complètement aux intérêts généraux de la profession ? Quels moyens d'action mettra-t-on à leur disposition ? Quelles garanties leur donnera-t-on pour assurer leur avenir, s'ils sacrifient leur propre situation professionnelle à l'intérêt de tous ?

C'est, sans doute, la difficulté la plus sérieuse où se heurteront les constructeurs de notre organisme central syndicaliste de demain.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE L'ANAPHYLAXIE DIGESTIVE ET DES TROUBLES DUS A L'INSUFFISANCE PROTÉOPEXIQUE DU FOIE

Par Pasteur Vallery-Radot,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

Nous avons proposé, avec M. Pagniez, une méthode générale de traitement des accidents anaphylactiques d'origine digestive. Depuis nos premières recherches, cette méthode est devenue d'un usage courant dans le traitement de l'urticaire, de la migraine, de certaines dermatoses et d'un grand nombre d'accidents relevant de l'anaphylaxie.

Nous rappellerons l'observation du malade qui fit l'objet de nos premières recherches avec M. Pagniez, d'où est découlée cette méthode antianaphylactique.

Avec M. Pagniez nous avons observé un homme de vingt-neuf ans qui fut pris brusquement d'accidents urticariens : placards ortiés sur tout le corps et œdèmes localisés, siégeant de préférence à la face, tuméfiant l'œil, l'oreille, la moitié du front ou la moitié du cou, durant plusieurs heures et s'effaçant peu à peu sans laisser de traces.

A dater de ce moment, le malade fut atteint d'urticaire chronique. Pas un jour ne se passa de mars à septembre, sans qu'il eût quelque accident cutané.

Ce qu'on savait des causes de l'urticaire nous incita à chercher avant tout s'il existait une relation entre l'alimentation et l'apparition des phénomènes cutanés chez notre malade. Une série d'essais nous amena bientôt à cette conclusion que l'urticaire était bien, malgré l'apparence, d'origine alimentaire. En effet, mis à la diète hydrique pendant soixante-douze heures, le malade n'avait aucun accident : ni placards urticariens, ni prurit. Soumis à une alimentation mixte, il avait son urticaire habituelle ; soumis à une alimentation végétale, il avait une urticaire moyenne ; soumis au lait et aux œufs, il avait une urticaire violente. Les aliments hydro-carbonés ne donnaient lieu à aucun accident, pas plus que la diète hydrique.

L'urticaire était donc bien d'origine alimentaire, mais, fait remarquable, elle se produisait après l'ingestion de toutes les albumines, aussi bien végétales qu'animales ; les albumines animales avaient seulement la particularité de provoquer une urticaire plus accusée. On comprend dès lors que le malade n'ait pu lui-même établir l'origine alimentaire de ses accidents, les essais de régime végétarien qu'il avait effectués n'ayant pu amener qu'une diminution dans l'importance des manifestations de la maladie.

Ceci étant établi, nous nous sommes demandés si les crises d'urticaire étaient accompagnées ou précédées de modifications humorales.

Nous avons tout d'abord recherché s'il se produisait, après l'ingestion d'albumines végétales, la crise colloïdoclasique décrite par MM. Widal, Abrami, Et. Brissaud et Joltrain : nous avons observé une diminution des leucocytes en circulation dans le sang avec inversion de la formule leucocytaire et une chute de la pression artérielle.

En possession de ces données, nous avons cherché à reproduire une crise analogue après l'ingestion d'albumines animales. Afin que le sujet ne fût pas en puissance d'accidents urticariens au moment de l'expérience, nous l'avions soumis à un jeûne préalable de trois jours pendant lesquels il n'absorba que de l'eau. Le repas d'albumine se composa de trois œufs et un litre de lait. La crise vasculo-sanguine survint : chute très marquée des leucocytes et de la tension artérielle. Vingt minutes après, la crise d'urticaire éclata, sous forme de trois placards d'urticaire de grande dimension. La crise cutanée se poursuivit les heures suivantes, cependant que les leucocytes et la pression revenaient à un taux normal.

De ces deux expériences, on était en droit de conclure que l'ingestion d'albumines animales ou végétales provoquait une crise vasculo-sanguine.

Seules les albumines déterminaient la crise cutanée que préludait la crise colloïdoclasique. Si le sujet ingérait des aliments d'où les albumines étaient exclues, non seulement la crise colloïdoclasique et la crise cutanée ne se manifestaient pas, mais la leucocytose et l'élévation de la tension artérielle apparaissaient, ainsi qu'il est de règle chez l'individu normal pendant la période digestive.

Le mode d'apparition et la nature des accidents une fois précisés, la question d'amener leur suppression se posait.

Diverses tentatives de traitement furent faites chez notre malade sans aucun succès. La médication par le chlorure de calcium, l'adrénaline en injections, l'autohémothérapie, les régimes ne donnèrent aucun résultat.

L'application à notre cas des données qu'on possède sur l'antianaphylaxie depuis les travaux de M. Besredka nous a amené, avec M. Pagniez, à une thérapeutique très simple et très efficace.

On sait que, pour un animal en état d'anaphylaxie, l'injection d'une dose *n* de la substance vis-à-vis de laquelle il est sensibilisé entraîne immédiatement l'apparition d'accidents violents. Si, au lieu d'injecter à l'animal cette dose *n*, on lui injecte, comme l'a montré M. Besredka, une quantité minima, le centième de la dose utile par exemple, non seulement les accidents ne se produisent pas, mais, de plus, l'animal est immunisé vis-à-vis de l'injection de la dose *n*, celle-ci ne donne lieu à la production d'aucun accident.

On pouvait se demander si, en faisant ingérer à notre malade avant ses repas une petite quantité des aliments qui, chez lui, provoquaient l'urticaire, on ne lui permettrait pas de bénéficier des réactions de l'antianaphylaxie.

Le résultat dans cette voie a dépassé notre attente et, dès le premier essai, il a été reconnu qu'on pouvait effectivement s'opposer par ce procédé si simple à l'apparition des accidents d'urticaire. Le 29 septembre, le malade ingère, à 9 h. 30, 2 grammes de pain et 6 grammes de pommes de terre cuites à l'eau. A 10 h. 30, il prend un repas composé de 200 grammes de pommes de terre, 100 grammes de haricots, 2 2 bananes, 200 grammes de pain et 250 grammes de vin. Dans les heures qui suivent, aucun élément d'urticaire n'apparaît.

Au repas du soir on observe la même technique avec un résultat identique.

Les expériences que nous avons alors instituées en partant de cette première constatation nous ont amenés aux conclusions suivantes :

L'ingestion de pain seul avant un repas de végétaux n'est pas suffisante pour préserver le sujet. De même, l'ingestion de lait n'est pas suffisante pour neutraliser l'effet nocif de la viande. L'ingestion de pommes de terre n'est pas suffisante non plus vis-à-vis de la viande. Pour éviter l'apparition d'urticaire, c'est-à-dire les accidents anaphylactiques, il faut que le malade ingère une petite quantité d'aliments analogues à ceux qui composeront son repas. Il y a même une certaine spécificité d'après laquelle la protection vis-à-vis des albumines animales n'est réalisée de façon exacte que par des albumines animales de même nature, et la protection vis-à-vis des albumines végétales que par des albumines végétales.

Ce fait était d'un haut intérêt du point de vue théorique et le procédé thérapeutique constituait déjà une acquisition précieuse. Toutefois il en résultait dans l'application une sujétion incommode pour le malade. Aussi était-il intéressant de chercher si les produits albuminoïdes dérivés, en l'espèce les peptones, n'étaient pas susceptibles de remplacer les aliments en nature dans leur rôle protecteur. L'expérience a montré qu'il en était bien ainsi et, en prenant une heure avant le repas un cachet de 50 centigrammes de peptone, le malade a pu, non seulement ingérer impunément des repas de légumes et de pain, mais même le régime commun des hôpitaux, y compris les aliments qui présentaient pour lui le caractère le plus nocif, le lait et les œufs.

Pour compléter l'observation, il restait à établir si, en même temps que l'urticaire, la crise vasculo-sanguine avait été supprimée par l'ingestion préalable de peptone. C'est ce que nous constatâmes : le repas, précédé de l'ingestion de peptone, n'amena plus ni leucopénie, ni chute de la pression. Le chiffre des globules blancs, au contraire, s'éleva dans les heures qui suivirent le repas, c'est-à-dire que le sujet se comportait absolument comme un sujet normal : il présentait la leucocytose digestive classique, la formule leucocytaire restait normale, la tension artérielle ne subissait que de légères modifications, se traduisant par une augmentation minime quatre heures après le repas.

Tout repas qui n'était pas précédé de l'ingestion de 0 gr. 50 de peptone s'accompagnait d'une crise urticarienne.

Après quelques semaines de ce traitement skeptophylactique, le malade fut désensibilisé. Il put ingérer impunément un repas d'albumines sans prendre le cachet de peptone préalable.

Cette observation montrait que l'on était en présence d'une méthode à la fois skeptophylactique et désensibilisatrice vis-à-vis des accidents d'anaphylaxie digestive.

De cette étude résultaient, comme nous l'avons montré avec M. Pagniez, deux procédés de traitement des troubles produits par l'anaphylaxie digestive :

1° Une skeptophylaxie spécifique par ingestion préalable d'une petite dose du produit nocif ;

2° Une skeptophylaxie non spécifique par ingestion préalable d'albumines hétérogènes banales (peptones). Cette skeptophylaxie était en même temps désensibilisatrice.

Antianaphylaxie par ingestion préalable d'une petite dose du produit nocif (aliment, médicament).— Quand on a affaire à une ana-

phylaxie bien déterminée, on peut obtenir d'excellents résultats par l'ingestion préalable d'une petite quantité du même aliment (lait, œuf, crustacé, etc.), ou du même médicament (quinine, antipyrine, etc.).

Nous avons publié avec M. Pagniez, à la Société médicale des hôpitaux, le cas d'un jeune homme qui avait, depuis l'âge de douze ans, des crises d'urticaire à la suite de toute ingestion de homard, de langouste, de crabe ou de bouillabaisse. Ce jeune homme, grand amateur de crustacés, n'a plus eu aucun accident à dater du moment où il a eu soin, sur nos indications, d'ingérer, une heure avant un repas comprenant du homard, une quantité minime de homard, ou bien, avant un repas comprenant de la langouste, une quantité minime de langouste (gros comme un dé à coudre). L'efficacité de la méthode a été prouvée par le fait qu'ayant une fois essayé de manger comme auparavant du homard sans petit repas préalable, il eut aussitôt une forte crise d'urticaire.

Dans plusieurs cas, chez des sujets en état d'anaphylaxie pour les œufs, nous avons constaté l'action de l'ingestion préalable d'une petite quantité d'œuf.

L'un de ces sujets présentait, quelques minutes après l'ingestion d'œuf, des accidents cutanés et généraux violents, se prolongeant pendant un temps variable. En lui faisant ingérer une très minime quantité d'œuf, 6 gouttes de blanc et 6 gouttes de jaune, avant un repas comprenant deux œufs, nous avons empêché presque complètement l'éclosion des accidents.

Un autre sujet était extrêmement sensible à l'ingestion d'œuf cru, à tel point que, depuis plus de vingt ans, il avait soin de s'en abstenir, chaque infraction ayant été suivie de crises gastro-intestinales très pénibles. Se décidant à essayer la méthode antianaphylactique il fit, par mesure de précaution, deux ingestions de petite dose, l'une à 10 h. 30, l'autre à 11 h. 30, de 3 grammes environ chaque, d'une crème très riche en œufs. A 12 h. 30, il ingéra 80 grammes de crême et n'éprouva dans les heures suivantes aucun malaise.

Il est donc hors de doute que, dans les cas d'anaphylaxie pour un aliment déterminé, la méthode du petit repas préalable, fait avec le même aliment, peut-être efficace. Tel sujet qui ne pouvait ingérer sans accidents un aliment déterminé, peut facilement, grâce à ce procédé, être immunisé pour un repas.

Dans les cas d'intolérance pour les médicaments, l'antianaphylaxie digestive a pu être mise en évidence avec la plus grande netteté. Héran et Saint-Girons, appliquant notre technique dans un cas d'anaphylaxie à la quinine caractérisée par de l'intolérance absolue et de l'urticaire, ont fait ingérer à leur sujet 5 milligrammes de sulfate de quinine, une heure et demie avant la prise de la dose de quinine habituellement déchaînante (0 gr. 40). Les accidents ont ainsi été parfaitement évités.

O'Malley et de Wayne, aux Etats-Unis, ont appliqué cette méthode avec succès dans deux cas d'intolérance pour la quinine. Dans l'un, cinq minutes après l'ingestion de quinine, survenait un érythème rouge vif, d'abord localisé à la face et aux mains, puis généralisé, accompagné d'un vif prurit, de dyspnée et de céphalée. Le malade était incapable de prendre sans accidents plus de 0 gr. 03 de quinine. L'ingestion préalable de 5 milligrammes de sulfate de quinine permit d'emblée de lui faire ingérer 0 gr. 10 de quinine. En continuant la même technique et en augmentant progressivement la deuxième dose, les auteurs ont pu faire ingérer au dixième jour à leur sujet 2 grammes sans accidents. Dans les deux cas, les malades réagissaient violemment à la cutiréaction pratiquée avec un sel de quinine. Peu à peu cette sensibilité cutanée s'effaça, à mesure que les doses de quinine ingérées étaient plus élevées.

Chez une malade sensibilisée à l'antipyrine, que nous avons étudiée avec le Prof. Widal, nous avons obtenu une action skeptophylactique très nette en donnant à ingérer à cette malade, avant une forte dose d'antipyrine nocive pour elle, 1 centigramme d'antipyrine, dose que nous avions préalablement reconnue inoffensive.

Ainsi, on pourra s'opposer, dans de nombreux cas, aux accidents d'anaphylaxie digestive en faisant ingérer préalablement une petite dose du produit nocif.

Antianaphylaxie par ingestion préalable d'une petite dose de peptone. — Quand on est en présence d'un cas d'anaphylaxie alimentaire complexe, déterminée par des protéines variées, on remplace l'ingestion préalable des mêmes aliments à petite dose par l'ingestion de dérivés albuminoïdiques, peptones.

Cette méthode est non seulement skeptophylactique, elle peut être aussi désensibilisatrice. Si on utilise, pendant plusieurs jours de suite, la peptonothérapie une heure avant les repas, chez certains sujets sensibilisés, non seulement la crise anaphylactique n'apparaît pas, mais, au bout d'un certain temps, le sujet se désensibilise et l'on peut supprimer la peptone sans qu'éclatent à nouveau les accidents anaphylactiques.

Nous allons passer en revue les différents accidents anaphylactiques dans lesquels la peptonothérapie par voie digestive a été utilisée.

Urticaire. — Quand il s'agit d'accidents d'urticaire nettement d'origine alimentaire, la prise avant les repas d'un cachet de 0 gr. 50 de peptone donne habituellement de bons résultats. On

peut même en obtenir dans des cas où la nature alimentaire des accidents n'apparaît pas évidente ; on conçoit d'ailleurs que, quand un sujet est devenu sensible à l'ingestion, non seulement des albumines animales, mais aussi des albumines végétales, il soit fort difficile, par des essais de régime, d'attribuer aux manifestations cutanées leur véritable origine.

Les observations suivantes fixeront sur la façon d'appliquer la méthode.

A la Société médicale des Hôpitaux, nous avons rapporté avec M. Pagniez le cas d'un médecin dont les poussées d'urticaire se succédaient sans interruption depuis un mois. Il prit alors un cachet de 0 gr. 50 de peptone une heure avant chaque repas. Deux poussées d'urticaire notablement moins aiguës survinrent encore pendant les huit premiers jours du traitement. Les crises disparurent ensuite définitivement. Le traitement fut encore continué quinze jours, puis cessé. L'urticaire, pendant un an que le malade fut soumis à l'observation, ne récidiva pas.

Dans le même travail, nous avons rapporté l'observation d'une femme atteinte d'urticaire à répétition depuis deux ans qui, par l'ingestion de 0 gr. 50 de peptone une heure avant les repas, parvint à éviter tout accident. Quand elle négligeait de recourir aux cachets préventifs, elle avait des poussées d'urticaire.

Nous citerons encore, à titre d'exemple, l'observation d'une femme de trente-sept ans, qui, depuis l'âge de dix ans, sauf pendant une grossesse à dix-neuf ans et pendant les quatre années consécutives, avait tous les jours, quand elle prenait une alimentation normale, une poussée d'urticaire survenant une heure après les repas. Elle incriminait les œufs, les poissons, les crustacés, le veau, les sauces épicées, les fraises, les framboises, le vin, l'alcool. Quand elle se soumettait pendant plusieurs jours de suite à un régime composé de pâtes, de viandes grillées, de pommes de terre cuites au four, elle voyait l'urticaire progressivement disparaître. Mais, après ce régime, quand elle reprenait une alimentation ordinaire, les crises revenaient beaucoup plus fortes qu'avant ; à cause de cela elle avait renoncé aux régimes spéciaux. Nous lui conseillâmes de prendre 0 gr. 50 de peptone une heure avant chacun des deux principaux repas (comme le petit repas du matin n'était pas susceptible, affirmait-elle, de lui donner de l'urticaire, nous ne conseillâmes pas la peptone préventive avant ce petit repas). Pendant trois semaines elle fit, après l'ingestion de peptone, des repas composés des aliments pour elle les plus nocifs, tels que homard, tourteau de mer, et jamais elle ne vit survenir de crise d'urticaire. Les seules fois où des poussées d'urticaire apparurent, ce fut après des repas qui n'avaient pas été précédés du cachet de peptone. Au bout de trois semaines, elle cessa la peptone. Bien qu'elle ne fît plus attention à la composition de ses repas, jamais l'urticaire ne réapparut. Il semble donc bien qu'elle ait été désensibilisée.

Nous pourrions citer encore d'autres observations non moins démonstratives où des crises d'urticaire provoquées par l'ingestion d'albumines diverses furent empêchées radicalement par l'ingestion d'un cachet de peptone une heure avant le repas, et d'autres observations où les crises furent atténuées par cette thérapeutique préventive, puis disparurent.

Dans la thèse de notre élève M. Grognot (1) on trouvera beaucoup d'observations qui montrent l'action que l'on obtient dans un grand nombre d'urticaires par la peptonothérapie préprandiale.

Cette méthode de traitement s'est maintenant généralisée.

Prurit. — Certains prurits sont remarquablement influencés par la peptonothérapie préprandiale. M. Louis Ramond en a rapporté plusieurs cas et depuis nous avons parfois observé les bons résultats que donne la prise de peptone une heure avant les repas dans les prurits quand ceux-ci, bien entendu, sont d'origine digestive.

Eczéma. — Dans certains cas d'eczéma survenus chez des enfants ou des adultes, on a pu obtenir de bons résultats par l'emploi de la peptone. L'administration de peptone une heure avant les repas a amené la suppression ou la diminution des troubles cutanés.

Strophulus chez l'enfant. — Nous avons étudié avec M. Blamoutier, puis avec M. Dentan (2), le traitement du strophulus par la peptonothérapie.

Sur 20 cas suivis pendant 3 à 18 mois, nous avons observé les résultats suivants : Dans 16 cas, très bons résultats de la peptone prise une heure avant les repas.

Dans 4 cas les résultats furent moins bons. Dans les semaines qui suivirent le début du traitement les poussées persistèrent, mais atténuées et passagères.

Plusieurs pédiatres ont confirmé ces résultats.

Pour avoir une action satisfaisante dans le strophulus des enfants, il faut que les repas soient fixés d'une façon très régulière et que, en même temps que la peptonothérapie, un régime soit suivi strictement. Il faut interdire aux enfants : le pain, les gâteaux, les œufs, le poisson, la viande de porc, les cervelles, le ris de veau, les aliments gras ou épicés, le bouillon de viande, les choux, les tomates. On ne reprend un régime plus large qu'après quelques semaines.

(1) G. Grognot. — Trait. de l'anaphylaxie digestive et de l'anaphylaxie respiratoire par la peptonothérapie. (Thèse, Paris, 1926.)

(2) R. Dentan. — Trait. du strophulus chez l'enfant par la peptonothérapie préprandiale. (Thèse, Paris, 1926.)

Migraines. — Nous avons montré, avec MM. Pagniez et Nast, les succès que l'on pouvait obtenir dans le traitement de certaines migraines par un cachet de 0 gr. 50 de peptone donné régulièrement une heure avant les repas. Des malades, migraineux invétérés, chez qui toutes les thérapeutiques avaient été essayées, en l'espace de quelques semaines, parfois de quelques jours, sous l'influence d'une quantité minime de peptone ingérée une heure avant les repas, virent leurs accès s'espacer, diminuer d'intensité, disparaître.

Voici, entre autres, une observation, suivie avec MM. Pagniez et Nast, qui montre l'efficacité de la peptone prise avant les repas dans certaines migraines.

M. X... quarante-sept ans, était sujet depuis l'âge de douze ans à des migraines qui, à l'âge de quinze ans, ont augmenté de fréquence et survenaient une fois par semaine environ, avec violente céphalée frontale, quelquefois unilatérale, sensation d'anéantissement et souvent vomissements, le tout nécessitant l'alitement. Pas de troubles de la vue.

Depuis quelques années les migraines étaient moins fortes et plus irrégulièrement distribuées.

M. X... restait quelquefois trois semaines sans migraine, puis tout à coup éclatait une crise, souvent à minuit, et quelquefois s'installait un véritable état de mal durant une dizaine de jours avec crises subintrantes.

Le 15 novembre 1917, en pleine période de crise, fut commencé le traitement à la dose de trois cachets par jour, un cachet trois quarts d'heure avant chaque repas. Très rapidement les migraines s'atténuèrent, le « mal de tête » n'était plus le même, l'aptitude au travail était plus grande. Après 20 cachets, soit 7 jours, le malade suspend le traitement : quelques jours plus tard, réapparition d'une migraine. Le traitement est repris et, encouragé par le premier résultat, M. X... ,en l'espace d'un an environ, prend quatorze séries de 20 cachets qui transforment complètement son état. Les migraines ont progressivement disparu. En mars 1919, après avoir cessé depuis quatre mois le traitement, M. X... n'est pas encore totalement débarrassé, car il éprouve de temps en temps la sensation de « barre au front », mais il n'a plus jamais de crise de migraine à proprement parler, jamais de vomissements et il peut, à la tête d'une importante industrie, vaquer à ses occupations en toute liberté et fournir une grosse somme de travail sans inconvénient, chose qu'il était incapable de faire auparavant.

Si, dans un grand nombre de cas, la peptone ingérée à dose minime, une heure avant les repas, est capable de prévenir les crises de migraine, cette action prophylactique est variable. Parfois elle est durable, les migraines disparaissent sans se reproduire, même après cessation du traitement. D'autres fois, elle est passagère ; les résultats sont favorables au début, mais, après quelques mois, les migraines réapparaissent et, souvent, la peptonothérapie est, dès lors, sans efficacité.

Depuis que nous avons fait connaître avec MM. Pagniez et Nast l'action de la peptonothérapie dans les migraines, ce traitement est devenu d'un usage courant et les auteurs qui l'ont utilisée ont confirmé nos recherches.

Asthme d'origine digestive. — L'efficacité de l'ingestion de peptone avant les repas a été constatée dans quelques asthmes d'origine digestive (Joltrain, Widal, Abrami, Pagniez, Vallery-Radot).

Coryza spasmodique.— Nous avons montré l'origine anaphylactique digestive de certaines crises de coryza spasmodique et avons mis en évidence avec M. Haguenau l'action de la peptonothérapie sur ces crises. Chez une malade qui avait des crises d'hydrorrhée nasale revenant régulièrement tous les jours depuis dix ans, accompagnées dans les dernières années de crises d'asthme, et vis-à-vis desquelles avaient échoué toutes les thérapeutiques, nous avons pu faire disparaître tous les troubles par l'ingestion d'un cachet de peptone une heure avant les repas. La malade, au bout de quelques semaines, fut désensibilisée.

Des cas semblables de coryza spasmodique ont été depuis traités de même par la peptone avec de bons résultats (Portman, Baldenweck).

***

En résumé, par la peptonothérapie préprandiale, on est à même de s'opposer à l'apparition de réactions variées, essentiellement polymorphes, et dont chaque organisme conditionne le type, mais que relie une commune origine anaphylactique.

La peptonothérapie par voie digestive s'est considérablement développée en ces dernières années et l'on peut dire que, de toutes les méthodes antianaphylactiques, elle est aujourd'hui la plus employée parce qu'elle est la plus simple, parce qu'elle ne fait courir aucun risque au malade et parce qu'elle donne, dans de nombreux cas, de très bons résultats.

Les auteurs qui ont appliqué cette méthode depuis nos premiers travaux avec M. Pagniez, en particulier MM. Widal, Abrami et Iancovesco, Lesné et Langle, ont confirmé l'action de la peptonothérapie.

La peptone à utiliser doit être de bonne qualité et il vaut mieux employer une peptone polyvalente, étant donnée la spécificité de la sensibilisation dans certains cas, quand il s'agit de sensibilisation au poisson, à l'œuf ou au lait. Une peptone polyvalente, comprenant de la peptone de viande, de la peptone de poisson, des extraits d'œuf et des extraits de lait, est toujours

de beaucoup préférable à une peptone monovalente.

Une peptone polyvalente nous a donné, avec M. Blamoutier, des résultats meilleurs, plus rapides et plus durables qu'une peptone ordinaire monovalente.

M. A. Lumière dit : « Si la peptonothérapie préprandiale ne réussit pas toujours, c'est qu'il y a plusieurs formes de peptones, et comme la sensibilisation est spécifique, seule la peptone qui aura déterminé l'anaphylaxie pourra conduire à la désensibilisation. » M. Lesné, à la Société de pédiatrie, constate l'avantage « de pratiquer la désensibilisation avec un mélange de plusieurs peptones (lait, viande, poisson, œuf) ».

On ne saurait, cependant, aller plus loin dans cette voie et ce serait une erreur, comme certains auteurs allemands ont voulu le faire, d'associer un trop grand nombre de peptones ou d'extraits albuminoïdiques.

Le malade doit prendre la peptone *une heure exactement avant chacun de ses repas* (même le petit repas du matin) et ne prendre aucun aliment entre ses repas. Cette condition est indispensable pour la réussite du traitement.

Il faut qu'il y ait une distance de trois à quatre heures au moins entre le repas précédent et la prise de peptone.

La question de la durée du traitement est délicate. Il est difficile de donner une règle absolue devant s'appliquer à tous les cas. On doit procéder par tâtonnements et l'on s'aperçoit ainsi qu'à côté des malades qui bénéficient nettement de l'absorption indéfinie de peptone, il y en a d'autres chez lesquels on obtient de meilleurs résultats par la cure discontinue, prise de peptone pendant 10 jours sur 15.

Il faut se souvenir que les résultats obtenu sont forcément variables d'un sujet à un autre. La peptonothérapie a ses échecs. Pour s'opposer à un mécanisme pathogénique aussi complexe que celui de l'anaphylaxie, où tous les stades du processus sont régis dans bien des cas par les qualités individuelles de l'organisme en cause, les méthodes de l'antianaphylaxie ne peuvent prétendre à la rigueur et à l'uniformité d'une thérapeutique spécifique. On comprend également que, même là où elles réussissent, on ne puisse être jamais assuré que la guérison qu'elles confèrent soit définitive.

***

C'est dans le domaine des actions physiques qu'il faut chercher l'explication des phénomènes de skeptophylaxie et de désensibilisation.

L'expérience a montré depuis longtemps qu'un choc, quelle qu'en soit la cause provocatrice, laisse à sa suite un état « d'immunité », ou plus exactement d'insensibilité temporaire, qui se prolonge habituellement pendant plusieurs heures. Un animal qui a subi un choc anaphylactique reste indifférent, durant parfois vingt-quatre heures, à une nouvelle injection déchaînante. Dès lors, on est en droit de se demander si ce n'est pas de la sorte qu'agit la skeptophylaxie et si la préservation que confère l'injection préalable ne tient pas uniquement à ce fait que celle-ci détermine un choc atténué auquel ferait suite un état d'immunité temporaire. L'hypothèse a été soulevée par M. Besredka lui-même. « Quand nous employons, dit-il, pour obtenir l'immunité antianaphylactique, le procédé des injections subintrantes, nous ne faisons pas autre chose que provoquer une série de petits chocs anaphylactiques successifs ; le grand choc se trouve ainsi amorti par suite du ralentissement et du fractionnement de la réaction ». Les recherches de MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud ont montré le bien-fondé de cette hypothèse.

Nous avons recherché avec MM. Widal, Abrami, de Gennes et H. Lagrange si l'ingestion de peptone à dose skeptophylactique déterminait la crise hémoclasique. Nous avons retrouvé cette crise chez un certain nombre de sujets. Il est donc possible que ce soit en réalisant un choc atténué qu'agisse la skeptophylaxie par voie digestive.

***

On voit que la peptone, prise une heure avant les repas, doit être essayée dans tous les cas d'anaphylaxie digestive. Mais ce serait une erreur de vouloir faire rentrer toujours dans le cadre de l'anaphylaxie des phénomènes qui, bien souvent, sont dus uniquement à une insuffisance des fonctions hépatiques. Comme l'ont montré les travaux de MM. Widal, Abrami et Iancovesco, des troubles dyspeptiques qui surviennent pendant la digestion sont souvent dus à l'insuffisance protéopexique du foie. M. Widal et ses collaborateurs ont mis en évidence les faits suivants : A l'état normal, pendant la digestion d'un repas d'albumines, des substances incomplètement désintégrées traversent la muqueuse intestinale et pénètrent dans la veine-porte ; le foie, que traverse le sang porte, exerce sur certaines au moins de ces substances une action d'arrêt, il s'oppose à leur pénétration dans la circulation générale où, par suite de leur hétérogénéité, elles provoqueraient infailliblement l'apparition d'une crise hémoclasique. A cette fonction spéciale du foie M. M. Widal et Abrami ont donné le nom de *fonction protéopexique*.

Dès que survient une altération hépatique, l'insuffisance de la fonction protéopexique devient manifeste, et la crise hémoclasique décèle l'incapacité du foie à arrêter les matériaux protéiques insuffisamment désintégrés qui proviennent de la digestion.

Voici quelques exemples de cette insuffisance protéopexique du foie :

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets, des femmes en général, qui présentent une rougeur marquée de la face après les repas (érythrose postprandiale), manifestation que, le plus souvent, ne peuvent faire céder ni les régimes les plus stricts, ni les prescriptions les plus variées.

Nous avons pu mettre en évidence avec M. Fatou chez une de nos érythrosiques, après un repas d'albumines, une crise leucocytaire des plus nettes, s'accompagnant d'érythrose faciale ; les troubles humoraux et les signes cliniques évoluaient parallèlement. Un repas identique, précédé une heure avant d'un cachet de peptone, ne fut suivi ni de chute leucocytaire, ni d'érythrose. Il était ainsi démontré, d'une part, que l'érythrose faciale s'accompagne d'une crise leucocytaire, témoignage du passage dans la circulation d'albumines incomplètement désintégrées, d'autre part, que la crise humorale et la crise cutanée peuvent être empêchées par l'administration préventive de peptone.

Cette observation et d'autres nous ont donné la preuve que l'érythrose faciale pouvait être efficacement combattue par la peptonothérapie. Généralement, l'effet est rapide ; dès les premiers jours, les rougeurs diminuent d'intensité ou disparaissent. Le traitement préventif, après quelques jours ou semaines, peut être suspendu sans que l'érythrose se manifeste à nouveau. Cependant, au bout de quelque temps, souvent on la voit réapparaître ; il suffit alors de faire une nouvelle cure de quelques jours.

Une des malades de MM. Widal, Abrami et Iancovesco présentait régulièrement, après un repas ordinaire, une somnolence invincible accompagnée de troubles vaso-moteurs (alternatives de rougeur et de pâleur du visage) et d'une légère élévation thermique. Ces troubles, qui se dissipaient en deux ou trois heures, étaient manifestement en rapport avec le passage dans la circulation d'une quantité notable de substances protéiques incomplètement digérées ; ils étaient, en effet, régulièrement supprimés par l'administration, une heure avant les repas, d'un cachet de peptone de 0 gr. 50.

« De pareils faits, disent MM. Widal, Abrami et Iancovesco, sont particulièrement suggestifs. Ils tendraient à faire admettre que bien des phénomènes d'ordre dyspeptique, qui surviennent au cours de la digestion et sont communément rapportés à des troubles de la motricité ou de la réflectivité gastriques, relèvent en réalité du choc protéique et sont la conséquence d'une insuffisance protéopexique du foie. L'action parfois surprenante que peut exercer sur ces troubles dyspeptiques l'absorption de petites quantités de peptone une heure avant les repas, action que nous avons notée chez plusieurs sujets, constitue un argument important à l'appui de cette hypothèse ».

***

En ces derniers temps, des faits nouveaux sont venus enrichir la science. Il a été démontré que la peptone avait une action cholagogue.

Stepp remarqua que l'instillation duodénale d'une solution de peptone, à travers la sonde d'Einhorn, déterminait la contraction réflexe de la vésicule biliaire et le relâchement du sphincter d'Oddi. Mêmes constatations avaient été faites par Meltzer puis par Vincent Lyon en utilisant le sulfate de magnésie.

Comme le remarquent MM. F. Ramond, Borcesco et Zizine, le tubage duodénal a permis d'ajouter deux nouveaux cholagogues à notre arsenal thérapeutique : le sulfate de magnésie et la peptone.

F. Ramond a constaté que si l'on instille à travers la sonde d'Einhorn le mélange sulfate de magnésie et peptone on obtient une bile B d'une couleur beaucoup plus foncée, plus abondante, plus visqueuse, plus dense que les biles B obtenues par l'une de ces deux substances instillées séparément.

« La bile B apparaît en général au bout de 15 minutes après l'instillation, et la durée de son écoulement est plus longue et plus prolongée que celle observée après l'instillation uniquement de sulfate de magnésie.

« L'action de ces deux substances, instillées ensemble, est donc beaucoup plus énergique que lorsqu'elles sont instillées séparément quand il s'agit de la bile B ; il en est de même pour la bile C » (F. Ramond, Borcesco et Zizine).

« Ces faits permettent de conclure, dit M. Ramond, que le mélange sulfate de magnésie et peptone est à la fois un puissant cholagogue et un énergique cholécysto-kinétique, parce qu'il détermine de fortes contractions de la vésicule biliaire, et parce que la bile C devient beaucoup plus abondante que par tous autres procédés ».

MM. Vincent Lyon, Meunier, Chiray, F. Ramond, ont eu l'idée de faire ingérer les cholagogues au lieu de les instiller. M. F. Ramond a vu expérimentalement que les résultats étaient les mêmes, que les cholagogues fussent instillés ou qu'ils fussent ingérés. Tour à tour il a fait ingérer du sulfate de magnésie, de la peptone et, enfin, le mélange ; c'est le mélange qui a donné les meilleurs résultats : sous son influence il a vu une grosse vésicule flaccide se vider en quelques heu-

res. L'ingestion provoque, d'après lui, un drainage des plus efficaces des voies biliaires et constitue une méthode de thérapeutique hépato-biliaire de premier ordre.

Il est donc rationnel, étant donnés ces faits, d'associer *per os* la peptone et le sulfate de magnésie dans tous les cas où l'on soupçonne non seulement une action anaphylactique mais une intervention hépato-biliaire : le sulfate de magnésie agit comme cholagogue, la peptone comme cholagogue et comme antianaphylactique.

Nous avons obtenu, dans certaines migraines et dans des troubles digestifs variés des résultats remarquables en faisant prendre au malade le mélange peptone (0 gr. 50) et sulfate de magnésie (0 gr. 75) une heure avant les repas.

Quand les syndromes observés semblent dus plus à des troubles hépato-biliaires qu'à des troubles anaphylactiques, il est souvent préférable de faire prendre au malade, le matin à jeun, le mélange peptone et sulfate de magnésie, mais à doses beaucoup plus élevées.

La peptonothérapie a vu ainsi, en ces dernières années, s'étendre considérablement son champ d'action, du fait des travaux qui ont montré l'action cholagogue de la peptone et, en particulier, l'action de l'association peptone et sulfate de magnésie.

***

A mesure que les recherches se poursuivent, on constate que de très nombreux troubles digestifs sont dus à de l'anaphylaxie ou à de l'insuffisance protéopexique du foie. Le traitement de ces troubles est désormais simple, d'application facile. Aussi la peptonothérapie par voie digestive a-t-elle conquis, en quelques années, une place des plus importantes dans la thérapeutique.

LE ROLE DU RHINOLOGISTE DANS LE TRAITEMENT DU CORYZA SPASMODIQUE

Par P. TRUFFERT,

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bon-Secours.

Considéré longtemps comme une affection d'origine nasale, le rhume des foins, de par les travaux modernes de Widal et de ses élèves, ressortit à un trouble d'ordre général du cadre anaphylactique.

A mesure que cette notion se précisait, la notion de rhume des foins saisonnier se complétait par celle du coryza spasmodique, plus générale et non d'origine exclusivement pollinique. Enfin la notion s'élargissait encore et les travaux de l'école Widal et ceux en particulier de Pasteur Vallery-Radot montraient que d'une part le coryza spasmodique n'était qu'une des modalités d'un phénomène plus général (choc hémoclasique) dont les manifestations, actuellement bien isolées : éruptions urticariennes, asthme, migraines, œdèmes angioneurotiques pouvaient, soit se présenter avec des équivalences réciproques, soit coexister chez un même individu dans des cas complexes.

Enfin les travaux de Pasteur Vallery-Radot et de ses élèves semblent vouloir encore élargir ce champ d'études pathologiques.

A cette évolution pathogénique correspond une évolution thérapeutique.

Alors qu'autrefois le rhinologiste était seul appelé à traiter les malades atteints de coryza spasmodique, à l'heure actuelle il n'intervient plus qu'au titre d'un examen complémentaire destiné à révéler les malformations nasales, les lésions inflammatoires nasales ou sinusiennes qui peuvent servir d'épine irritative ou tout au moins contribuer à rendre, pour le malade, les crises plus pénibles.

Et cependant il est indiscutable que des observations probantes existent, dans les anciens traités de pathologie, de malades considérés comme guéris à la suite de simples cautérisations de surface qui constituaient autrefois la thérapeutique usuelle du rhume des foins.

Il ne s'agissait probablement que de rémissions. Nous avons tous constaté, en effet, que des malades atteints de coryza spasmodique et présentant par ailleurs des malformations accentuées du squelette septal voyaient leurs crises disparaître pendant un laps de temps plus ou moins long à la suite d'une résection sous muqueuse de la cloison.

En somme sur le syndrome purement spasmodique les traitements endonasaux ne peuvent être considérés comme curatifs. Néanmoins le rhinologiste ne saurait être purement contemplatif. En effet, nombre de ces malades se plaignent d'obstruction nasale pénible précédant la crise. Ils attribuent même à cette obstruction la valeur d'une véritable aura et acquièrent la conviction que tout traitement supprimant cette obstruction aurait comme conséquence immédiate la disparition des phénomènes spasmodiques. Cette impression mérite d'être prise en considération.

Les malades atteints de coryza spasmodique

seront soumis à un examen rhinologique particulièrement minutieux. Il est capital, en effet, de leur assurer une perméabilité nasale aussi exacte que possible. C'est pourquoi, on supprime chez eux, toutes les irrégularités septales susceptibles de créer un obstacle au moment des crises. Les crêtes de cloison seront abrasées ; les scolioses de la cloison, même celles qui, chez un individu normal, pourraient être considérées comme négligeables seront redressées. Le méat moyen sera dégagé, car il arrive que les phénomènes congestifs et secrétoires ne se limitent pas à la muqueuse nasale, mais retentissent sur la muqueuse sinusienne. Il faut que celle-ci puisse évacuer librement ses sécrétions.

Par contre, il faudra, pensons-nous, être circonspect touchant le cornet inférieur. Nous pensons que, le plus souvent, on devra se borner *à une raie de feu simple ou double*, tracée de bout en bout sur la face septale du cornet et allant jusqu'au squelette. Le but de cette raie de feu est de créer une cicatrice adhérente qui ne se laisse plus distendre par le gonflement de façon à assurer, même au moment des crises, une lumière suffisante à la filière respiratoire des fosses nasales. Il faudra être parcimonieux des résections, dont les indications se trouvent limitées aux cas où le squelette turbinal est déroulé, et arrive au contact de la cloison. Et encore, dans ces cas, faudra-t-il se limiter à une simple résection marginale. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que chez ces malades, la muqueuse respiratoire est soumise, lors des crises spasmodiques, à une épreuve plus ou moins rude, et que les inconvénients, d'une trop large béance des fosses nasales sont, chez eux, encore plus à redouter que chez tout autre malade, par le desséchement permanent et, peut-on dire incurable, qui en est la conséquence.

Ces interventions limitées, si elles n'ont pas d'action sur les phénomènes spasmodiques en eux-mêmes, ont le plus souvent comme résultat d'en rendre les manifestations moins pénibles. Elles ont en outre un autre avantage c'est de mettre, dans la mesure du possible, le malade à l'abri des infections traînantes des fosses nasales auxquelles il semble particulièrement disposé.

En effet, il nous est arrivé fréquemment d'observer des associations de coryza spasmodique, avec des ethmoïdites ou des sinusites. Il n'est pas exceptionnel de constater chez ces malades les petits myxomes du méat moyen qui révèlent une infection ancienne du labyrinthe ethmoïdal ou le myxome volumineux et unique qui signe l'infection du sinus maxillaire. Chez ces malades. la thérapeutique doit être plus large et s'attacher à guérir aussi radicalement que possible ces lésions.

Ce sont en effet, ces malades qui abondonnés à eux-mêmes présentent rapidement de la sclérose pulmonaire avec dyspnée, expectorations abondantes, poussées thermiques, rappelant la dilatation des bronches. Ces troubles sont d'autant plus pénibles que se greffent souvent sur eux des crises de dyspnée paroxystique asthmatiforme, qui fatiguent considérablement le malade, et pourtant il ne s'agit pas là d'asthme vrai ; en effet, ces malades sont souvent améliorés de façon considérable par de simples injections intra trachéales d'huile médicamenteuses légères. Celles-ci en nettoyant les alvéoles, en les débarrassant de leurs exsudats, procurent au malade un soulagement tellement rapide qu'on ne saurait leur attribuer un autre rôle que mécanique.

Enfin, le rôle du spécialiste s'affirme prépondérant chez une catégorie de malades qui sont *de faux* hydrorrhéiques ou de faux asthmatiques.

Nous observons couramment des sujets lesquels semblent présenter le syndrome spasmodique le mieux caractérisé : crises d'éternuement avec larmoiement et hydrorrhée, céphalées localisées avec sensation de battements et état nauséeux, pseudo-migraines, allant même jusqu'aux troubles oculaires. Chez de tels malades, il s'agit souvent d'infection sinusienne latente.

Si dans certains cas, l'examen du nez, du cavum et du pharynx permettent de découvrir la localisation, ce n'est pas là une observation absolument constante. Il arrive, en effet, que l'examen rhinoscopique le plus minutieux, même après élargissement des fosses nasales par attouchement cocaïno-adrénaliné. ne montre aucune modification nette de la pituitaire qui permette de reconnaître la rétention ou l'infection ancienne, la muqueuse présente ses caractères normaux elle ne présente aucune rougeur, aucun œdème, aucun gonflement, aucune dégénérescence localisée. Mais les phénomènes congestifs sécrétoires ou douloureux sont localisés à un côté, ils sont fixes dans leur siège, et sont influencés par les variations brusques de température ou de climat. Dans ces cas, la diaphanoscopie et le contrôle radiographique viendront mettre en évidence une sinusite enkystée, une mucocèle ethmoïdale, qui jusqu'ici ne s'était révélée par aucune manifestation extérieure ou objective. La cure radicale de ces infections entraîne une guérison radicale du symptôme.

En ce qui concerne les dyspnées asthmatiformes, celles qui relèvent d'une sclérose bronchique sont nettement améliorées par les injections intratrachéales. Mais il est difficile de n'être pas impressionné par les nombreuses observations publiées dans les revues américaines, relatives à des corps étrangers bronchiques méconnus. Ces corps étrangers de petit volume, non toujours visibles par la radiographie, sont reconnus, par nos confrères américains à l'aide de la trachéo-bronchoscopie. C'est une exploration facile et

inoffensive et qu'on arrivera certainement, dans un avenir prochain, à généraliser en France. Elle a permis de guérir des suppurations interminables, des crises de dyspnées asthmatiformes qui entravaient la vie sociale de l'individu (1)

Le rôle du spécialiste n'a donc en rien perdu de son importance dans le traitement du coryza spasmodique. S'il ne peut guérir ce syndrome, c'est à lui qu'appartient souvent de trancher en dernier ressort du diagnostic, puisque c'est à lui d'éliminer les affections proprement nasales qui peuvent déterminer des troubles le simulant à s'y méprendre, affections dans lesquelles il peut seul instituer un traitement curateur.

En outre, au point de vue du coryza spasmodique pur, la suppression d'infections associées, le rétablissement d'une perméabilité nasale exacte, tout en rendant les crises moins pénible pour le malade, peuvent dans une certaine mesure, diminuer les risques de séquelles indélébiles

HYDROLOGIE APPLIQUÉE

Lamalou. — La douleur et les troubles moteurs.

Le 24 mai, à 6 heures de l'après-midi, M. le Dr Georges Cauvy, médecin consultant à Lamalou-les-Bains, a fait, à la Faculté de médecine de Montpellier, devant un nombreux auditoire de médecins et d'étudiants, une conférence sous les auspices des services d'hydrologie et de climatologie médicales à la tête desquels se trouve M. le Pr Giraud.

Le sujet de cette conférence concernait *les eaux thermales de Lamalou, la douleur et les troubles du mouvement.*

Après avoir ébauché la topographie de la station thermale qui comprend 3 établissements (le Bas, le Centre et le Haut) qui présentent l'avantage d'être construits les uns et les autres à côté du griffon des sources, M. Cauvy a envisagé la composition de ces eaux qui, à part quelques différences, ont pour caractéristique commune d'être *bicarbonatées mixtes, ferrugineuses, arsenicales, radio-actives.*

L'analyse spectrale faite, il y a de nombreuses années, par le Pr Moitessier (de Montpellier) a permis, en outre, d'y déceler la présence d'une grande quantité de métaux et métalloïdes tels que le plomb, l'argent, le nickel, le cobalt, le cuivre, etc., corps rares dans les eaux minérales et dont la présence, à l'état infinitésimal, permet d'établir une analogie entre ces eaux et des solutions colloïdales.

La proportion de CO^2, est de 99,5 pour cent volumes de gaz si bien, dit le Pr Moureu « que les gaz contenus dans les eaux de Lamalou, peuvent être considérés comme du gaz carbonique sensiblement pur ».

En 1904, le Pr Curie a décelé de la radio-activité dans ces mêmes eaux et en 1924, M. le Dr Castagne (de Montpellier) a mesuré leur teneur en radon. Ces mesures expriment en millimicrocuries la quantité de radon présente dans 1 litre normal de gaz spontané et dans 1 litre d'eau à l'émergence.

En 1926, M. le Pr Pech (de Montpellier) a entrepris sur les eaux de Lamalou des recherches qui ont fait l'objet de plusieurs articles et communications et qui concernent un phénomène non encore étudié jusque-là dans les eaux minérales. De ces recherches, il résulte que pendant qu'un sujet est plongé dans le bain, il existe entre le corps de ce sujet et le bain, une différence de potentiel électrique ; cette différence est fonction des échanges entre l'eau et les tissus.

Cette constatation particulièrement intéressante permet d'expliquer les effets thérapeutiques différents entre des sources qui voisinent et dont la composition chimique est sensiblement analogue.

Les procédés de traitement utilisés à Lamalou sont à la fois externes et internes, mais les moyens *externes*, c'est-à-dire la balnéothérapie et, en particulier, les *bains de piscine* à températures variées tiennent le premier rang.

Indépendamment de la balnéothérapie générale, il faut citer les autres modes d'hydrothérapie : bains partiels, bains de vapeur, douche-massage et surtout la douche-spinale (douche-type de Lamalou).

Les sources-buvettes chaudes et froides complètent, dans la plupart des cas, la cure thermale proprement dite.

La variété des procédés employés à Lamalou permet de répondre à la variété des symptômes présentés par les malades tributaires de cette station. Mais en ce qui concerne les *effets physiologiques*, on peut dire que la *sédation* constitue la manifestation la plus importante, car le symptôme le plus favorablement influencé est la *douleur* et avec elle, l'excitabilité, l'irritabilité, l'insomnie qui en résultent.

La sédation de la douleur, en effet, est le fait d'une expérience déjà ancienne et l'on sait l'importance des faits consacrés par l'expérience.

(1) Nous préparons actuellement, à l'intention des confrères du *Concours médical*, une revue d'ensemble sur cette intéressante question.

« Celle-ci, a dit le grand mathématicien Henri Poincaré, est la science unique de la vérité ; elle seule peut nous apporter quelque chose de nouveau ; elle seule peut nous donner la certitude. »

Parallèlement à la sédation, se produit aussi, une action *tonique* de l'état général.

Grâce aux effets physiologiques depuis longtemps observés, il a été possible de dégager les *indications* fondamentales se rapportant aux eaux de Lamalou. Ces indications s'appliquent surtout aux *douleurs* et aux *troubles du mouvement* chez des malades atteints d'une affection du système nerveux ou entachés de rhumatisme chronique ; elles s'appliquent en outre, grâce aux bains carbo-gazeux naturels, aux troubles de la tension artérielle.

Les deux grands syndromes : *douleurs* et *troubles moteurs*, tributaires des eaux de Lamalou, ont donné lieu à des considérations générales que M. Cauvy s'est attaché à développer : « Quand on côtoie tous les jours, a-t-il dit, le cortège innombrable de tous ces malades qui souffrent parfois au delà de ce que la nature humaine peut supporter, n'est-il pas naturel de se demander quel mécanisme préside à l'élaboration de la douleur ? » Dans son expression la plus simple et la plus générale, on peut dire que la douleur est une sensation pénible due à une excitation se produisant sur le territoire du système nerveux sensitif cérébro-spinal ou sympathique, lorsque cette excitation dépasse un certain degré.

Pour qu'une douleur se produise, il faut :

1° Un point de départ irritatif à siège périphérique ou central ;

2° Un centre de perception ;

3° Un conducteur reliant le point d'irritation au centre de perception.

Cette conception en quelque sorte schématique, dit M. Cauvy, ne saurait satisfaire l'esprit du médecin. En effet, le centre percepteur c'est-à-dire la *corticalité cérébrale* ne se contente pas de *percevoir* ; elle *localise* et elle *transforme l'impression reçue* en *sensation* si bien qu'en dernier ressort, c'est la sensation qui constitue la douleur. Mais la sensation éprouvée n'exprime pas toujours le degré de l'irritation première ni l'importance d'une lésion ; la sensation douloureuse revêt une intensité plus ou moins forte non seulement en raison du tissu irrité, ou de la *nature* de l'excitant, mais aussi en raison des individualités, car chaque sujet réagit et souffre à sa manière, suivant son âge, suivant sa race, son état d'humorisme, ses réactions neuro-végétatives, en un mot : suivant son terrain.

C'est le terrain organique en somme qui constitue, dans la douleur, le *coefficient réactionnel* de chaque sujet, et dans ce terrain le sympathique, en particulier, joue un rôle important. Le terrain explique aussi l'*appoint psychique* qui accompagne parfois la douleur, surtout lorsque cette dernière est liée à la répétition, à la continuité ou à des poussées paroxystiques, si bien qu'au point de vue bio-pathologique, la douleur est un phénomène complexe sous lequel des personnes très différentes peuvent faire entendre des sons très divers.

Dans le traitement de la douleur, il faut donc considérer :

1° L'état local qui déclanche la douleur ;

2° La réaction conditionnée par le terrain (milieu humoral et neuro-végétatif), ;

3° Le retentissement psychique.

De ce triple point de vue, on peut dire (de l'avis même si autorisé, formulé par M. le Pr Giraud) « que les cures thermales à prédominance *sédative* sont de nature à rendre de précieux services ». Au nombre de ces cures, celle de Lamalou constitue un des types les plus nets.

L'autre syndrome, tributaire de la cure lamalousienne est constitué par les *troubles moteurs* qui accompagnent parfois les troubles de la sensibilité dans les affections du système nerveux.

Tels sont par exemple : l'ataxie locomotrice, les hémiplégies, les paraplégies, la chorée, les tics, etc. Enumérer ces troubles, c'est faire surgir immédiatement, aujourd'hui, dans l'esprit de tous les médecins, l'idée d'une thérapeutique qui a depuis longtemps fait ses preuves : la *rééducation des mouvements*. Cette méthode a pour effet, on le sait, de développer ou de corriger, au moyen d'exercices appropriés et suivant une technique déterminée, les fonctions motrices dont le mécanisme a été troublé par une affection acquise ou par une altération congénitale. Il faut considérer toutefois que le trouble moteur n'existe jamais isolément, il est lié à d'autres symptômes : à des anesthésies, à la perte du sens stéréognostic, ou à des contractures ou bien encore à une hérédité névropathique ou rhumatismale sur lesquels la rééducation proprement dite n'a aucune action.

Par contre, ces mêmes symptômes ou cette même hérédité, névropathique ou rhumatismale, peuvent être fort heureusement influencés par la cure thermale. Ce sont ces raisons d'ordre clinique qui ont nécessité, à Lamalou, la création d'Instituts de rééducation qui, semble-t-il, ne pouvaient nulle part être mieux placés. « Les succès de la rééducation dit, en effet, Martinet (dans son excellent ouvrage de thérapeutique clinique), semblent incomplets et même passagers si cette thérapeutique n'est pas associée à une cure thermale méthodiquement pratiquée. En associant ces deux effets, on totalise des résultats et on obtient des améliorations considérables. C'est l'intelligente combinaison de ces procédés qui contribue à la fois à l'amélioration des troubles de la sensibilité et des troubles moteurs ».

En résumé :

a) Les eaux thermales de Lamalou sont toni-sédatives ;

b) Les bains de piscine sont à la base de l'ensemble des traitements hydrothérapiques employés ;

c) La rééducation motrice constitue, dans certains cas, un adjuvant important ;

d) Les indications fondamentales sont constituées :

Au point de vue du terrain : par le terrain neuro-arthritique ;

Au point de vue des symptômes : par les douleurs et les troubles moteurs chez des malades atteints d'une affection du système nerveux ou entachés de rhumatisme chronique et, accessoirement, par les troubles de la tension artérielle.

Cette conférence a été suivie de nombreuses projections qui ont constitué en quelque sorte « la synthèse de la cure lamalousienne ».

. . . .

En termes particulièrement choisis, M. le Pr Giraud a remercié le conférencier d'avoir mis en relief non seulement les effets sédatifs observés à Lamalou, mais encore aux autres eaux thermales à prédominance *sédative*. Il a tenu aussi à souligner l'importance qu'il y a d'associer dans certains cas, la cure thermale à la rééducation motrice.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

Insuline et sécrétion interne du pancréas,

Ad. Jouve,

Licencié ès sciences, Ex-interne des Hôpitaux de Paris,
Ex-préparateur en chimie à Polytechnique.

Faisant, dans la *Presse médicale* du 14 mars, l'éloge du Dr Montéléone et de ses travaux sur l'action de la trypsine et de l'amylase sur l'insuline, M. le Dr Ravina insiste sur le fait, bien connu depuis la publication de Banting et Best, qu'elle est facilement inactivée, voire même détruite par la trypsine. De là, à conclure que l'action de l'insuline absorbée par la voie digestive est nulle, il n'y a qu'un pas, et M. Ravina le fait d'autant plus volontiers que d'autres autorités avaient déjà préconisé, bien avant Montéléone, la soi-disante nécessité d'employer l'insuline uniquement par la voie intra-musculaire.

La science ne connaît pas de frontières, et il est vraiment méritoire d'avoir soumis aux lecteurs de la *Presse médicale* ce fait intéressant, que les théories d'outre-Alpes ne se distinguent guère, quant à la conception du mécanisme de l'insuline, de celles d'assez nombreux médecins français. Cependant, cette comparaison littéraire établie, n'aurait-il pas été plus intéressant encore de la pousser plus loin et de la compléter par la discussion des divergences ? Ou celles-ci auraient-elles échappé à notre éminent confrère italien ?

Les travaux de Schrump., Pierron et Pagniez, de Petit de la Villéon, de G. Boyer, de W. Fornet, et de tant d'autres, ont, en effet, établi le fait surprenant, que la destruction de l'insuline dans le tube digestif n'est pas du tout, et tant s'en faut, aussi complète que les théories veulent bien le dire ; et que, qualitativement, l'influence de l'insuline buccale sur la glycosurie, la gangrène diabétique, l'anorexie, l'amaigrissement pathologique, et l'état général d'un malade, diabétique ou non, est absolument identique à celle de l'insuline appliquée en piqûre. De même, l'action polarimétrique sur les urines et la « glycosurie paradoxale », signalée par Fornet et Christensen, se manifestent toujours quand il y a surdosage d'insuline injectée ou ingérée. La différence entre les effets des deux insulines, appliquées différemment, est donc d'un ordre purement quantitatif, et il va sans dire qu'il faut avoir recours à l'injection du moment qu'une action énergique et rapide s'impose, c'est-à-dire dans les cas graves de diabète.

D'autre part, dans le traitement du diabète léger ou d'une affection non diabétque, il faut donner la préférence à l'insuline buccale, quitte à la remplacer plus tard par des injections d'insuline, si l'effet ne paraît pas suffisant.

Comment expliquer cette divergence entre la théorie si confraternellement défendue par M. Ravina, et les simples faits observés par un grand nombre d'auteurs ? L'explication, à notre avis, est toute simple : Montéléone et les autres auteurs, cités par le Dr Ravina, se sont servis, pour leurs expériences, d'une insuline quelconque ; tandis que les auteurs, cités ci-dessus, ont employé une insuline spécialement préparée et véhiculée dans un milieu biliaire. Or, d'après les recherches de Besredka, la bile facilite, active même, la résorption du contenu de l'intestin et, d'après les expériences du célèbre physiologiste Landois, elle paralyse l'influence funeste de la trypsine sur l'insuline ; influence sur laquelle M. Ravina a si justement insisté.

L'affirmation de M. Ravina contre l'emploi interne de l'insuline serait donc parfaitement justifiée, autant qu'il s'agit des insulines ordinaires. Mais, du moment qu'une insuline appliquée par la voie digestive vient d'être prise en considération, et proclamé

par de très nombreux médecins, il faut admettre tout de même qu'elle constitue une exception à la règle, et que l'insulinothérapie interne est possible, soit dans les diabètes légers, soit dans les affections non diabétiques susceptibles d'être favorablement influencées par le produit de sécrétion interne du pancréas.

BIBLIOGRAPHIE

P. SCHRUMPF-PIERRON et A. PAGNIER. — « Le traitement du diabète par l'insuline administrée par la voie buccale. »

V. PETIT DE LA VILLÉON. — Gangrène diabétique grave. Insuline par voie buccale, puis opération, guérison. Soc. Méd. de Paris, 11 février 1927.

G. BOYER. — L'insuline dans le traitement des affections vasculaires. *La Pratique médicale française*, T. 3, nº 2, février 1927, p. 73.

W. FORNET. — « De l'emploi de l'insuline ». *Le Concours médical*, 30 janvier 1927.

W. FORNET et E. CHRISTENSEN. — « La glycosurie paradoxale. »

V. SCHWEIZ. — *Med. Woch.*, 1926, nº 10.

Les Sciences médicales, 15 avril 1924.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'encéphalite de la rougeole.

MM. BOISSERIE-LACROIX et MALAPLATE, relatant une observation de ce genre, font remarquer que les accidents nerveux, mises à part les convulsions banales de la phase d'invasion, doivent être considérés comme très rares au cours de la rougeole. Ce sont surtout les rougeoles graves, à forme hémorragique, qui se compliquent ainsi, soit durant la phase éruptive, soit tardivement pendant la convalescence. Dans l'observation relatée, les signes de méningo-encéphalite se sont, fait exceptionnel, déclarés pendant la période d'invasion. Suivant la localisation des troubles encéphaliques, la complication nerveuse débute par des signes différents : dans la grande majorité des cas, elle s'annonce par l'apparition de céphalée, de stupeurs, de convulsions ; plus rarement par du délire, de la paraphasie, de la coprolalie avec agitation, de l'asthénie, de la rétention d'urine.

Les formes en sont nombreuses et associées ; aussi peuvent-elles être confondues avec d'assez nombreuses affections. L'examen du liquide céphalo-rachidien les sépare des hémorragies méningées, des méningites cérébro-spinales à méningocoques, pneumocoques, streptocoques ; il faut aussi éliminer les troubles méningo-encéphaliques compliquant une otite morbilleuse, la méningite tuberculeuse fréquente après la rougeole.

Le traitement symptomatique n'a rien de spécial ; les déterminations nerveuses de la rougeole doivent être traitées à la manière de toutes les complications méningées ou encéphaliques aiguës (ponction lombaire, bains, glace, calmants, médication anti-infectieuse).

Si, d'autre part, on admet la spécificité de ces complications, il est normal d'essayer le sérum de convalescents ; mais il semble difficile de se procurer les doses formidables de sérum que l'on préconise : 150 à 300 cc. dans certains cas. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 décembre 1927.)

La transfusion du sang de l'animal à l'homme.

Le Pr R. CRUCHET, les docteurs RAYGOT et CAUSSIMON nous apprennent sur ce sujet d'intéressantes observations faites au cours de 6 années d'études. Ils montrent que, contrairement aux idées généralement admises, les accidents de la transfusion (qu'on peut d'ailleurs provoquer à volonté avec le sang comme avec d'autres suspensions solides dans du liquide physiologique) sont directement fonction de la vitesse d'injection de la substance transfusée. Ni les globules rouges d'espèces différentes, ni l'agglutination, ni l'hémolyse, ni les débris cellulaires, ni la précipitation, ni sans doute la floculation, ne paraissent avoir d'importance si les lois du débit d'écoulement sont respectées pendant la transfusion.

Que penser de l'avenir ?

Si l'on admet la possibilité de la transfusion du sang de l'animal à l'homme, il est facile de concevoir le rôle énorme qu'elle peut être appelée à remplir demain dans la lutte contre les maladies.

C'est d'ailleurs la solution réellement pratique de la transfusion du sang. L'homme, donneur de son sang, aussi dévoué et désintéressé qu'il soit, ne peut pas offrir les mêmes avantages et les mêmes garanties que l'animal. La transfusion pour lui n'est pas sans danger. Elle n'est pas non plus sans danger pour le bénéficiaire. D'autre part, sa surveillance est difficile ; il est libre de disposer de lui quand il veut, et non pas toujours quand la Société en a besoin.

De plus, il ne peut guère être transformé en animal en expérience. Seul, l'animal proprement dit, et surtout le cheval, nous paraît être l'organisme idéal d'immunisation. Au lieu de n'utiliser que son sérum, comme on le fait couramment, on peut espérer se servir bientôt du sang total, sang

vivant, qui aura été immunisé contre un très grand nombre de maladies infectieuses : tuberculose, syphilis, grippe, rhumatisme, diphtérie, tétanos, pneumonie, scarlatine, méningite cérébro-spinale, encéphalomyélite épidémique.

Dans ce progrès sans fin qu'exige chaque jour la thérapeutique humaine, il faut être convaincu que la transfusion de l'animal à l'homme, rénovée ainsi qu'il vient d'être défini, apportera bientôt son appoint victorieux. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 janvier 1928.)

Les indications de l'ostéosynthèse dans les fractures fermées des grands os longs.

Cette opération fait l'objet de divergence de vues entre les chirurgiens, et la plupart s'efforcent de discerner les cas où l'opération leur semble favorable. La chose est naturelle, écrit le Dr L. Tavernier, car c'est une méthode délicate, exigeant une technique impeccable, et où les fautes opératoires se payent d'ennuis graves et prolongés.

Le risque d'infection est l'objection principale car une asepsie, pour ainsi dire bactériologique, est exigée ; sinon on voit se produire tardivement, sans grande réaction fébrile, des fistulettes ; or l'ablation de la plaque ne suffit pas toujours à tarir rapidement ces petites suppurations, qu'entretiennent des sequestres parcellaires longs à s'éliminer. Et puis, après 3, 6 mois et plus, on voit se rompre des plaques, s'arracher des vis, qui seules assuraient la rigidité de l'os que l'on croyait consolidé ; et même, la plaque enlevée, l'os paraissant solide, on peut observer des fractures itératives ou des inflexions du cal qui réimmobilisent le malade et compromettent parfois la qualité du résultat.

Cependant ces complications qui, dans leur ensemble, restent exceptionnelles, ne doivent pas détourner de cette méthode dans les cas où elle présente des avantages réels ; elles suffisent cependant à empêcher de la présenter comme traitement de choix pour toute fracture.

Sans parler des fractures de la rotule, ni de celles de l'olécrâne, où personne ne conteste l'opportunité de l'opération, cette opération présente des avantages extrêmes dans la fracture intracapsulaire du col du fémur et dans celles des deux os de l'avant-bras.

Pour cette dernière, l'accord est à peu près unanime ; chez l'adulte, le chevauchement est impossible à réduire correctement par des manœuvres externes, et l'intervention sanglante est seule capable de reconstituer parfaitement la forme des leviers, dont l'intégrité est nécessaire à la conservation complète des mouvements de pro-supination.

Pour les fractions intra-capsulaires du col du fémur, on sait aujourd'hui les réduire par traction dans l'axe du col, et non dans l'axe du membre, d'une manière si parfaite qu'il n'est plus besoin d'un repérage mécanique ou radiographique de la tête ; il suffit d'avoir dans l'œil la forme de l'os pour diriger la vis dans la tête. A condition de ne pas faire lever trop tôt les opérés, on obtient des guérisons parfaites. Exécutée sous rachi-anesthésie, l'opération est simple et rapide, bénigne même chez les sujets âgés.

L'auteur préconise aussi l'ostéosynthèse dans les fractures de la diaphyse du fémur, une des plus difficiles à traiter et à maintenir réduite par les moyens non sanglants ; la genou souffre un peu, mais sa mobilité est assez vite récupérée.

Pour les fractures de jambe, l'indication est moins formelle ; traitées par la gouttière plâtrée, la plupart guérissent avec un bon résultat fonctionnel, et les quelques centimètres de raccourcissement habituel ne gênent guère l'utilisation du membre ; l'ostéosynthèse superflue dans une fracture facile à réduire, devient au contraire utile dans une fracture oblique, où le traitement non sanglant ne suffit pas à prévenir un raccourcissement notable et des saillies gênantes des pointes des fragments.

Dans les fractures bi-malléolaires une réduction et une immobilisation plâtrée correcte donnent dans la plupart des cas un résultat si parfait que toute intervention est inutile. Dans les fractures de l'humérus, les indications opératoires sont tout à fait exceptionnelles, et il en est de même pour la clavicule.

Il resterait, enfin, à préciser aussi les indications opératoires dans les fractures intra-articulaires de l'épaule. (*Lyon médical*, 12 février 1928.)

Réactions cutanées et ménopause.

Le Dr Montlaur se demande, à la lumière des théories actuelles, s'il existe une relation causale entre le déséquilibre endocrino-sympathique de l'âge critique et les réactions cutanées.

Les manifestations cutanées les plus fréquemment observées sont la rosacée, les prurits, les réactions eczématiformes, la pelade.

La rosacée présente 1° la forme érythémateuse, couperose vraie ou rosacée pure, débutant par une simple congestion active après le repas, passagère, puis devenant définitive ; 2° la forme pustuleuse, acné rosacée vraie.

Parmi les prurits, il faut signaler le prurit vulvo-périnéal, apparaissant souvent dès les premières irrégularités des règles et dont l'origine première tient à une déficience de la glande ovarienne.

Quant aux eczémas, l'ovaire n'exerçant plus une fonction antitoxique, ils sont nettement sous la dépendance de la ménopause, et il existe également une pelade, résultant de la méno-

pause ou de la suppression prolongée des règles.

Le traitement de base de ces réactions cutanées sera conduit en vue de suppléer à l'insuffisance ovarienne. On pourra prescrire soit de l'extrait total d'ovaire aux doses habituelles, soit du corps jaune, qui paraît jouir des mêmes propriétés. Sredey considère comme inactives les préparations d'ovaire non additionnées de thyroïde. La dose d'extrait thyroïdien sera conditionnée par l'examen clinique de la malade et pourra être des plus variables ; mais, même dans les cas où la préparation thyroïdienne paraît contre-indiquée, cet auteur l'ajoute à l'extrait ovarien à doses très faibles (1 milligramme). Cependant, comme la dysovarie retentit sur les autres systèmes endocriniens, il faut pratiquer une polyopothérapie rationnelle. A remarquer que dans de nombreux cas les traitements polyopothérapiques ne sont pas poursuivis avec assez de persévérance et que les malades se lassent avant d'en avoir obtenu un résultat ; des échecs sont ainsi imputés à une médication qui, administrée plus longtemps, aurait pu donner sa mesure. N'oublions pas non plus qu'il s'agit là d'une suppléance qui devra jouer tout autant que l'équilibre général ne sera pas rétabli.

En plus de l'opothérapie il faut conseiller les sédatifs : la valériane, la teinture de cratægus, la belladone, le bromure de sodium (dont l'action est si remarquable sur les sympathicotoniques) ; le sulfate de magnésie, antinervin, sera employé en solution à 5 p. 100 (5 cent. cubes en injections intra-musculaires).

A mentionner aussi la thérapeutique désensibilisatrice ou de choc, destinée à rétablir l'équilibre humoral : autohémothérapie, auto-sérothérapie, hyposulfite de soude, cacodylate de soude, calomel, etc.

Enfin, il ne faut pas négliger les traitements externes habituellement conseillés contre ces affections cutanées. (*Paris médical*, 21 janvier 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Variole et vaccination en Algérie.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 29-5-1928.)

M. Camus présente, au nom de la commission permanente de vaccine, un rapport sur la variole et la vaccination en Algérie.

Diverses mesures seraient à prendre pour développer la vaccination en Algérie : établir des listes d'assujettis (et le concours des caïds serait précieux, à cet effet) ; créer, pour les nomades en particulier, des équipes mobiles de vaccinateurs, qui se porteraient à la rencontre des caravanes ; obtenir l'assistance de l'autorité administrative aux séances de vaccination, ce qui procurerait une assiduité plus complète des indigènes ; employer d'autre part un vaccin régulièrement actif. La chaleur et le transport font perdre souvent de sa valeur à la pulpe glycérinée et le vaccin sec est préférable dans ces conditions.

Le problème de la variole en Algérie n'a pas seulement un intérêt local. On sait que divers foyers de variole en France ont été créés par l'entrée dans la métropole de travailleurs algériens malades, ou même de marchandises vecteurs de germes. Pour ces dernières, des mesures de désinfection assureront la prophylaxie dans des cas déterminés. Pour les travailleurs algériens venant en France, il y a lieu non seulement de les vacciner avant leur embarquement, mais encore de les visiter à nouveau, au voisinage du huitième jour après l'inoculation, ne les autorisant à partir qu'à ce moment. Une personne vaccinée peut être, en effet, en état d'incubation de variole : la maladie éclaterait en ce cas quelques jours plus tard, alors qu'elle se trouverait déjà en France, si on l'avait lasisée embarquer aussitôt la vaccination.

La tuberculose et les jeunes soldats.

(M. Lesage. — *Académie de médecine* ; 29-5-1928).

M. Georges Brouardel proposait dernièrement, à propos de la tuberculose des jeunes soldats, l'incorporation des conscrits tuberculeux et leur placement dans des centres spéciaux, des casernes-sanatoriums.

Au nom de la section d'hygiène de l'Académie, M. Lesage, tout en approuvant les idées qui ont inspiré la proposition de M. Brouardel, remarque que des difficultés matérielles importantes s'opposeraient à la mise en œuvre de cette proposition.

La Commission, adoptant dans sa partie réalisable le vœu de M. Brouardel, pense qu'il serait plus sage d'*offrir* aux conscrits tuberculeux qui voudraient en profiter la possibilité d'être traités gratuitement dans des centres médicaux organisés dans ce but. Le libre choix ferait disparaître les inconvénients de l'obligation légale.

Un cas de « trypanides ».

(MM. P. Chevallier et G. Lévy. — *Soc. de derm. et syphil.* ; 8-3-1928).

MM. Chevallier et G. Lévy rapportent un cas de « trypanides ». Ce sont des éruptions précoces de la maladie du sommeil, à aspect érythémateux, formées de grands croissants, de rubans serpigi-

neux, de plaques allongées, occupant le tronc depuis la partie inférieure du cou jusqu'à la racine des cuisses.

Le malade, ancien receveur des postes dans le Moyen Congo, fournit d'autre part, sur le pays où il a séjourné, les curieux renseignements statistiques suivants : en ces régions, dit-il, 35 % des indigènes sont atteints de maladie du sommeil évidente, 60 % de syphilis, 25 % de lèpre, 70 % de pian, et beaucoup de tuberculose ! ...

Sur le traitement bismuthique du lupus érythémateux.

(M. A. Sézary. — *Soc. de derm. et syphiligr.* ; 8-3-1928.)

M. Sézary relate trois nouvelles observations de lupus érythémateux améliorés et guéris par le traitement bismuthique. Les malades, en toute probabilité, n'étaient pas syphilitiques : pas d'antécédents spécifiques, Wassermann et Hecht, chez tous, négatif.

— M. Lortat-Jacob a traité cinq nouveaux cas de lupus érythémateux, en dehors de toute syphilis appréciable, par le bismuth associé à la cryothérapie. Résultats favorables.

Ictère chez les syphilitiques traités par l'arsenic.

(MM. Marcel Pinard, Lafourcade et Mlle Versini. *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie* ; 8-3-1928.)

L'apparition de l'ictère chez un malade syphilitique en cours de traitement par les arsénobenzènes est toujours un incident d'interprétation délicate et particulièrement embarrassant quant à la conduite à tenir. S'agit-il d'un phénomène toxique, commandant l'arrêt de l'arsénothérapie, ou d'une réactivation tréponémique demandant au contraire une amplification de la cure anti-syphilitique ?

M. Marcel Pinard a traité un patient, en période de syphilis secondaire, qui fut atteint d'ictère au 17e jour du traitement, après avoir reçu 5 gr. 25 de novarsénobenzol en cinq doses. En l'absence de signes d'intoxication (nausées, éruption, céphalée), le Hecht étant encore positif, l'auteur fit, au bout de dix jours, une nouvelle piqûre de 0 gr. 90 de novar et une autre injection une semaine plus tard. L'ictère diminua rapidement et le malade guérit.

— M. P. Ravaut a modifié son opinion relativement aux ictères des syphilitiques traités par l'arsenic. Une de ses malades atteinte d'ictère pendant une cure arséno-mercurielle ne cessa pas le traitement : elle mourut d'ictère grave. A cette époque, M. Milian apporta des observations favorables à la reprise des injections arsenicales, en pareils cas, l'ictère étant alors souvent selon lui une manifestation syphilitique, un ictère spécifique différenciable de l'ictère arsenical toxique. M. Ravaut reprit dans ces conditions l'arsénothérapie chez deux malades ictériques syphilitiques en traitement arsenical. Chez le premier, l'ictère s'amenda. Chez le second, il s'aggrava. Comme contre-épreuve, dans deux autres cas analogues, l'auteur ne donna aucun médicament antisyphilitique, se contentant de prescrire l'opothérapie hépatique et l'hyposulfite de soude indiqué contre les accidents arsenicaux : guérison.

— M. Lortat-Jacob ne se croit pas non plus autorisé à poursuivre le traitement par le novar chez de tels malades, car il a vu des cas de mort survenir dans ces formes. Il faut retenir que de tels ictères, abandonnés à eux-mêmes, sans traitement spécifique ou autre, ont guéri. Il est donc préférable, en l'absence de critère permettant de dire si ces ictères sont toxiques ou spécifiques, de s'abstenir.

— M. Marcel Sée se demande, non sans raison, s'il ne vaut pas mieux, en pareille éventualité, recourir à un autre médicament anti-syphilitique, le cyanure de mercure par exemple.

P. L.

Recherches sur les spirochétoses putrides broncho-pulmonaires.

(MM. Léon Kindberg, R. Cattan et P. Adida. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 4-5-1928.)

Depuis leur enquête systématique, toujours des éléments spiralés ont pu être constatés dans l'expectoration des malades ; l'anatomie pathologique apporta chaque fois la vérification escomptée.

Les auteurs ont réuni seize observations, et il apparaît que, dans la gangrène pulmonaire habituelle, on peut incriminer les spirochètes. A tout le moins sont-ils les agents d'attaque, et aussi les agents de l'extension de la lésion ou des rechutes de la maladie. La flore anaérobie surajoutée, secondaire dans le temps, n'en joue pas moins un rôle capital : elle est sans doute nécessaire au développement strictement putride du foyer.

Les données sont encore incertaines quant à la nature de ces spirochètes, qui sont de formes variées ; la symbiose fuso-spirillaire ne joue qu'un rôle très secondaire ; le sp. bronchialis paraît le plus fréquent, et parfois peut prendre une prépondérance presque exclusive.

Pachypleurite hémorragique (hématome pleural) du médiastin antérieur datant de huit ans.

(MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 4-5-1928.)

Si la pleurésie hémorragique de la grande cavité est d'observation courante, l'hématome pleural ou pachypleurite hémorragique, par contre, est une maladie exceptionnelle. Cette affection est peu connue ; son étiologie reste obscure.

Rares sont les cas, comme celui dont l'observation est rapportée, où l'hématome pleural est strictement localisé à la plèvre médiastine antérieure du côté droit. Les pleurésies médiastines sont en général des empyèmes ou des épanchements séreux.

La tuberculose a bien semblé en cause, malgré les recherches de laboratoire demeurées négatives ;

cependant, 4 ans avant le premier examen, le malade avait présenté vraisemblablement un épanchement pleural de nature bacillaire. La thérapeutique s'est bornée à des cardiotoniques, une vie au grand air, sans fatigues physiques, et gymnastique respiratoire. Les tentatives de ponction n'ont pas permis de retirer une quantité appréciable de liquide.

Double pleurésie, péricardite et endocardite bénign à streptocoque viridans.

(M. P. Le Noir et A. Jacquelin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 4-5-1926.)

Il s'agit d'un jeune malade qui, à la suite d'une pleurésie purulente de haute virulence, ayant profondément atteint l'état général et due à un streptocoque viridans, présenta une deuxième localisation sur la plèvre apposée. Cette deuxième pleurésie, marquée par des signes infectieux beaucoup moins graves, resta au stade séro-fibrineux, bien que le germe ait pu encore être décelé dans son exsudat, et guérit par simple ponction, alors que la première avait nécessité à deux reprises l'opération de l'empyème.

Plus tard l'infection streptococcique s'atténua encore, soit spontanément, soit du fait de l'auto-vaccinothérapie entreprise, et la péricardite à épanchement qui a constitué sa troisième localisation sur les séreuses se résorba sans ponction.

Enfin survint une endocardite, affirmée par deux recrudescences successives de la fièvre, par des palpitations, une tachy-arythmie, et la constatation d'une insuffisance aortique consécutive. L'évolution maligne, qui devait être redoutée en raison de la présence du germe presque spécifique de cette maladie, ne s'est pas produite, et l'infection endocarditique a évolué comme une endocardite rhumatismale, laissant une insuffisance aortique compensée, sans signes d'infection persistante : c'est là un fait digne d'être noté, car il ne s'agissait pas d'une infection rhumatismale surajoutée.

On peut donc, rapprochant d'autres observations analogues, décrire une véritable polysérite streptococcique subaiguë pleuro-péricardique, à poussées multiples.

Sclérodermie et cataracte. Syndrome familial.

(MM. Monier-Vinard et Barbot. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 4-5-1928.)

Les auteurs ont observé deux sœurs atteintes de sclérodermie et cataracte. Le relevé sommaire des observations de ce genre recueillies dans la littérature médicale établit que cette association a une assez grande fréquence ; on peut l'observer d'une façon isolée, mais elle a souvent un caractère familial qui, mérite d'être signalée.

L'étiologie reste obscure ; et il faut une grande prudence avant de conclure que la sclérodermie est sous la dépendance directe de la perturbation d'une des glandes à sécrétion interne ; les théories pathogéniques endocriniennes pures sont loin d'être encore satisfaisantes.

Les fausses contusions de la hanche.

(M. A. Trèves. — *Soc. de médecine de Paris* ; 28-4-1928.)

Il est une variété de contusion de la hanche dont il faut faire le diagnostic différentiel avec la fracture du col du fémur. Elle s'accompagne de douleur persistante, d'une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée, d'un degré plus ou moins notable de rotation externe. Souvent le malade peut corriger spontanément cette rotation externe, fléchir la cuisse sur le bassin ou même parfois soulever le talon du plan du lit.

Eh bien, tout traumatisme de la hanche donnant lieu à une impotence fonctionnelle même relative, à une douleur persistante au bout d'un jour ou deux de repos, au moindre gonflement de la région inguinale, ou à l'un quelconque de ces trois symptômes, n'est pas une contusion, mais bien une fracture du col du fémur, soit incomplète, soit complète avec engrènement. En pareil cas, la radiographie est indispensable ; et, si elle est bien faite, elle confirmera toujours le diagnostic clinique.

Ce diagnostic n'est pas indifférent en raison des complications possibles : fracture devenant complète, pseudarthrose, lésions secondaires d'inflexion amenant une coxa vara, arthrite coxo-fémorale.

Ce qu'il faut avant tout éviter, c'est le poids du corps portant sur le col traumatisé ; donc, défense absolue au malade de poser le pied à terre du côté malade. Aucun appareil, mais le repos au lit, et, chez les gens âgés, position assise dans un fauteuil, la jambe allongée pour éviter l'œdème. Massage des masses musculaires dès le début. Mobilisation *active* au bout d'un temps variable, généralement 15 à 25 jours, à condition qu'elle n'entraîne aucune douleur. Le malade peut être autorisé à se mettre debout, et à reprendre la marche aussitôt la consolidation obtenue. Le traitement par le silicium-calcium du Dr Crétin, à permis à l'auteur d'obtenir une consolidation clinique et radiologique parfaite en un mois, au lieu de 45 à 50 jours.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Forme anormale de péritonite tuberculeuse.

MM. Roubier et Bosonnet. Femme de 72 ans, éthylique avérée, souffrant depuis vingt ans de troubles digestifs (anorexie pour les graisses et la viande, ballonnement, vomissements) et ayant eu à deux reprises de l'ictère. Elle entre à l'hôpital parce qu'elle a maigri, perdu l'appétit et se plaignant de dou-

leurs dans le flanc gauche. La température est de 38°, teinte subictérique des téguments, ventre très ballonné, avec circulation complémentaire sur les parties latérales. On pense d'abord à une cirrhose, mais plus tard, on constate la présence de deux tumeurs abdominales, l'une médiane, l'autre latérale droite que l'on interprète l'une comme une tumeur d'origine génitale, l'autre comme un gros rein. La mort survient par cachexie progressive. A l'autopsie, on trouva un péritoine d'aspect dépoli avec quelques adhérences et une grosse tumeur bosselée englobant les anses grêles et les deux angles du côlon ; à la coupe, cette tumeur se montra constituée par un tissu mou, jaunâtre, ayant l'aspect et la consistance du tissu adipeux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une forme anormale de péritonite tuberculeuse.

Autoplastie de la main par chénoplastie dactylienne.

MM. Mallet-Guy et Heitz présentent un jeune homme qui, ayant eu la main gauche prise dans une machine, avait le petit doigt écrasé, les gaines du médius et de l'annulaire ouvertes, des plaies cutanées et une attrition musculaire assez marquée au niveau de l'éminence hypothénar. On pratiqua de suite la désarticulation du petit doigt et l'épluchage des plaies. Ultérieurement, du sphacèle et de la suppuration s'étant produits au niveau des tendons fléchisseurs du médius et de l'annulaire, on pratiqua la désarticulation de ces deux doigts, et en même temps une autoplastie de la main avec la peau dorsale du médius qui put être conservée. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

Tumeur de la grande courbure de l'estomac.

MM. Pollosson et Clavel présentent, au nom du prof. Tixier, une tumeur de la grande courbure de l'estomac, du volume de deux gros poings, adhérant intimement au méso-colon transverse, que l'on dut réséquer en partie pour pratiquer l'ablation. Cliniquement, pas de symptôme gastrique, mais tumeur douloureuse perçue dans la fosse iliaque droite, faisant penser à un kyste de l'ovaire tordu. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire métatypique.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. Guilleminet. — Homme de 64 ans qui fut atteint de fracture grave de l'extrémité inférieure de l'humérus compliquée de plaie ; la radiographie montrait trois fragments épiphysaires avec dislocation de la surface articulaire. En raison de l'âge du blessé on se borna à l'immobilisation pendant trois semaines, suivie de mobilisation énergique. Malgré une réduction anatomique imparfaite, on note actuellement une excellente mobilité du coude.

Un cas de torsion de grossesse extra-utérine.

MM. Pollosson et Clavel présentent l'observation d'une malade opérée dans le service du prof. Tixier : femme de 24 ans ayant eu à diverses reprises des douleurs abdominales ; au toucher, utérus en rétroflexion, masse douloureuse dans la partie gauche du Douglas. A l'intervention, on trouve une trompe gauche tordue sur elle-même de quatre tours et se terminant par une tumeur noirâtre. On enlève seulement la partie malade de la trompe et on conserve l'ovaire. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine de quinze à vingt jours.

Ostéite à streptocoques des deux occipitaux d'origine otique.

M. Aloin. — Fillette de 5 ans 1/2 qui, à la suite d'une angine, eut une otite double à allure torpide, puis une mastoïdite également bilatérale ; on trouva au niveau des mastoïdes des lésions osseuses étendues, dépassant les limites des apophyses du côté de l'occipital. Une double trépanation fut pratiquée et, après la seconde, une amélioration sensible se manifesta. Quelques jours après, apparition de douleurs extrêmement vives du côté de l'occiput, survenant par crises et s'accompagnant de raideur de la nuque. On note une coloration violacée de la peau recouvrant l'occipital, qui est en même temps très infiltrée ; on note aussi deux eschares symétriques de chaque côté de la protubérance occipitale externe.

On intervient à nouveau par deux incisions horizontales passant par la protubérance occipitale externe ; l'os présente un aspect blanc mat de séquestre ; on résèque les eschares cutanées. L'état reste grave le lendemain de cette intervention, puis va s'améliorant peu à peu. L'enfant élimine par la suite plusieurs séquestres. La guérison ne fut complète qu'au bout de neuf mois. L'examen du pus des mastoïdites avait montré du streptocoque.

Adénomyome de la paroi postérieure de l'utérus propagé au rectum.

M. Violet présente une pièce provenant d'une malade de 49 ans qui avait depuis cinq ou six mois des pertes entre les règles ; à l'examen on notait : col légèrement entr'ouvert, sans ulcération sur son pourtour ; par le toucher intra-cervical on sentait des végétations polypeuses friables ; au toucher rectal induration très nette, de la face postérieure de l'utérus. Intervention : on trouve la paroi postérieure de l'utérus adhérente à la paroi antérieure du rectum sur toute la hauteur du Douglas. On dégage le rectum, on dissèque les uretères et on fait un Wertheim classique. La cavité ouverte, on constate qu'il n'existe pas de néoplasme (les bourgeons qu'on avait sentis provenaient de la muqueuse du corps atteinte d'endométrite fongueuse) ; mais en sectionnant par le milieu la paroi postérieure de l'utérus, on

constate à ce niveau une tumeur du volume d'une amande qui paraît être un adénomyome, ce qui est confirmé par l'examen histologique. L'intérêt de ce cas est dans la difficulté du diagnostic avec le cancer.

Epreuve de Queckenshedt dans les thromboses du sinus latéral.

M. MAYOUX rappelle en quoi consiste l'épreuve de Queckenshedt, couramment utilisée en Allemagne et en Amérique : si, au cours d'une ponction lombaire, on comprime la jugulaire interne, il se produit immédiatement une élévation de la pression intra-rachidienne ; ce phénomène suppose l'intégrité des espaces sous-arachnoïdiens et celle de la voie veineuse sinuso-jugulaire. Il y a donc là un signe d'un très grand intérêt dans le diagnostic des thromboses du sinus latéral. Il est cependant sujet à quelques causes d'erreur, telles que les abcès périsinusiens et la dilatation des voies veineuses collatérales.

Le danger uretéral au cours des interventions pour annexites.

M. LABRY présente quatre observations d'annexites opérées et conclut de ces cas que, dans certaines annexites, l'uretère peut courir un danger au cours de l'opération, du fait des adhérences au péritoine pariétal, danger d'autant plus important qu'il est imprévu et non conditionné par des rapports anatomiques normaux ; il paraît surtout à redouter dans res annexites hautes et postérieures, soit puerpérales, soit bacillaires, ou encore dans des dégénérescences ovariennes résultant de troubles trophiques.

Société médicale des hôpitaux.

Insuline et fonction ovarienne.

M. COTTE rappelle que Vogt (de Tubingen) a signalé la propriété que possède l'insuline, en dehors du diabète, de diminuer les règles dans leur durée et leur abondance, d'où l'utilisation de l'insuline dans le traitement des ménorrhagies d'origine ovarienne. Conformément aux données indiquées par Vogt, M. Cotte a traité quatre malades présentant des hémorragies menstruelles d'origine ovarienne, et avec succès. Comment expliquer ces résultats ? Il ne s'agit pas d'une action hémostatique analogue à celle du sérum animal et que l'insuline devrait à son albumine ; en effet les hémorragies d'origine ovarienne sont seules influencées et non celles des fibromes, des endométrites ou des cancers. Il s'agit d'une action élective sur l'ovaire, action dont il est très difficile de préciser le mécanisme.

Valeur séméiologique de l'épreuve de l'histamine.

MM. CADE et MILHAND apportent le résultat de leurs recherches basées sur trente-neuf observations et concernant l'emploi de l'histamine dans l'étude du suc gastrique. Ce corps injecté sous la peau à la dose de un milligramme détermine une sécrétion abondante de suc gastrique, que l'on recueille ensuite de quart d'heure en quart d'heure, pendant une heure à une heure et demie, au moyen du tube d'Einhorn. La valeur séméiologique du chimisme ainsi effectué est celle du chimisme gastrique en général ; cette épreuve a toutefois l'avantage de fournir une extériorisation plus nette du type de sécrétion gastrique que celle fournie par les anciennes méthodes, et notamment une différenciation plus manifeste entre le chimisme des ulcéreux et celui des cancéreux. Elle permet en outre l'étude facile de la cytologie gastrique. Ce n'est cependant pas une méthode à la portée de tous les praticiens et son emploi doit être réservé aux cas litigieux.

Hémopéricarde par infarctus avec perforation du myocarde.

MM. BONNAMOUR et GIRAUD présentent un cœur provenant de l'autopsie d'un malade de 61 ans entré à l'hôpital avec des symptômes de mal de Bright : dyspnée, respiration de Cheyne-Stokes, expectoration rosée et mousseuse ; râles fins aux deux bases ; cœur augmenté de volume avec tachyarythmie intense ; tension 17/8 au Pachon ; myosis ; foie débordant ; disque épais d'albumine ; 0 gr. 52 d'urée par litre de sang. Deux saignées successives, l'administration de digitale n'arrêtent pas l'évolution de la maladie et le malade meurt treize jours après son entrée. *Autopsie* : après incision du péricarde, on tombe sur un gros caillot étalé en nappe au devant du cœur, qui est gros et un peu gras ; péricarde adhérent à la moitié inférieure du ventricule gauche ; la section du myocarde à ce niveau montre un volumineux infarctus étendu depuis la pointe jusqu'au tiers supérieur du ventricule ; à ce niveau, le myocarde est disséqué et le sang a pu s'écouler dans le péricarde ; hypertrophie du ventricule gauche ; dilatation des cavités droites ; pas de lésions valvulaires ; athérome des coronaires et plaques gélatiniformes de l'aorte ; foie énorme, congestionné, un peu cirrhotique ; infarctus des reins et de la rate; lésions congestives des poumons ; plèvres criblées de petites granulations, reconnues tuberculeuses à l'examen histologique. A. C.

Les Thèses

Ly Dr Darré. — **Les troubles mentaux chez les parkinsoniens post-encéphalitiques.** 1927.

Ce sont les troubles du sommeil qui dominent la scène chez les parkinsoniens, comme chez tous les post-encéphalitiques. Ils sont très fréquents et consistent surtout, au point de vue thérapeutique qui nous intéresse, en insomnie ou inversion du rythme du sommeil qui rendent la vie particulièrement plus difficile au malade et à son entourage. L'insomnie existe malheureusement dans la majorité des cas : pénible pour le parkinsonien, elle doit être encore plus surveillée en raison des complications apparaissant sur des terrains prédisposés et dont elle est souvent la cause adjuvante. C'est ainsi qu'on la trouve à la base de l'agitation nocturne et des syndromes dépressifs. Il convient donc d'étudier d'abord son traitement.

La première condition est de les mettre au repos le plus complet, physique, intellectuel et moral ; ce n'est qu'ensuite que devra intervenir une thérapeutique plus active.

Ce repos accompagné, autant qu'il est possible, de changement de milieu, est en général insuffisant chez les malades insomniques ; mais il est un appoint dont on ne doit pas négliger l'importance. Tout d'abord, pour le compléter, il convient d'utiliser les sédatifs nerveux, comme les bromures (de deux à quatre grammes par jour) et dans ce but, l'auteur a toujours employé le sédobrol (de deux à quatre tablettes), qui présente l'avantage d'être à la fois bien dosé, actif et de pouvoir être administré au malade sans qu'il s'en aperçoive ; ainsi sont évitées bien des réflexions et des discussions que le seul mot de bromure fait naître dans l'esprit du malade ou de son entourage ; c'est, à son avis, le médicament de choix, surtout lorsque l'insomnie coexiste avec un syndrome dépressif.

Si les sédatifs sont insuffisants, on sera obligé de recourir aux hypnotiques ; parmi ceux-ci, on n'aura que l'embarras du choix étant donné leur nombre. Mais le somnifène et l'allonal, que l'auteur a utilisés fréquemment, sont particulièrement intéressants grâce à leur maniement facile et à la régularité des résultats obtenus.

PUÉRICULTURE

Les troubles digestifs aigus du nourrisson.

Voici venir les mois chauds, et avec eux, les altérations laitières, génératrices de troubles digestifs aigus chez les petits enfants : diarrhée commune, choléra infantile, entéro-colite dysentériforme.

Dans un article paru récemment (n° 23 du 10 juin), nous venons de retrouver la formule qui, en principe tout au moins, s'applique au traitement de ces affections, si souvent meurtrières : « Dans les gastro-entérites graves, la *diète hydrique* trouve son indication véritable, mais on aura soin, tout en mettant en action la thérapeutique d'urgence, de ne pas prolonger plus de 24 à 48 heures la restriction alimentaire... »

La diète hydrique est en effet le traitement d'attaque des troubles digestifs aigus du nourrisson.

Germain Blechmann, dont on ne saurait contester la compétence en cette matière, conseille la diète hydrique dans la diarrhée commune des nourrissons, mais pendant quarante-huit heures au maximum ; dans la diarrhée toxique, ou choléra infantile, elle ne doit pas dépasser trois jours (1).

Dans leur *Traité de pathologie interne*, Enriquez et G. Durand s'expriment ainsi, au chapitre des entérites aiguës :

« Chez le nourrisson et le jeune enfant, dans toutes les formes, *la diète hydrique est de rigueur* ; sa durée peut aller à huit jours et plus dans les cas graves ; l'eau de Vals, l'eau d'Alet sucrée, puis le bouillon de légumes ou de céréales, l'eau de riz, seront employés... »

L'ensemble de la phrase précitée indique bien que, dans l'esprit des auteurs, la réalimentation par le bouillon de légumes, l'eau de riz, etc., ne doit pas trop tarder. Quant à nous, nous croyons, avec Blechmann, et le Dr A. Gassot professe la même opinion, qu'il faut *limiter à trois jours* la diète hydrique rigoureuse : c'est là un grand maximum. Et il serait préférable de s'en tenir à 48 heures de ce régime.

Avec Enriquez et Durand, — c'est évidemment à l'eau de Vals, source la Reine, que nous donnerons la préférence.

Vous connaissez nos raisons : minéralisation optima par son taux (3 gr.) et par sa teneur (alcaline) ; richesse très marquée en gaz carbonique, antiémétisant, antiseptique et sédatif de l'inflammation des muqueuses.

En bref, le traitement des affections gastro-intestinales aiguës dans la première enfance comporte une thérapeutique d'attaque, par la diète hydrique, qui ne devra guère aller au-delà de 48 heures dans toute sa rigueur.

La diète hydrique sera avantageusement réalisée avec la Reine de Vals, qui demeure également le meilleur agent de la prévention de ces affections, durant la saison chaude.

(1) G. Blechmann. — Nourrissons. (O. Doin, éditeurs.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE ET SECRET MÉDICAL

Un très gros conflit est actuellement soulevé entre l'administration et le corps médical, au sujet de la déclaration des diagnostics des maladies pour lesquelles les médecins réclament des honoraires à l'administration préfectorale, par application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

D'une part, les commissions de contrôle, instituées en vertu de l'article 16 du règlement modèle du 21 juillet 1894, exigent de chaque médecin la dénomination des maladies qu'il a eu à soigner chez les indigents, sinon les mémoires d'honoraires médicaux ne sont pas mandatés ; d'autre part, les docteurs s'estiment liés par le secret professionnel *erga omnes*, par application de l'article 378 du code pénal.

Pour faire trancher le différend, le conflit a été porté à la connaissance du Conseil de préfecture de l'Aube, qui, par arrêté du 27 mai 1927, a donné raison à la thèse préfectorale : pour être payés, les médecins doivent déclarer les diagnostics des maladies pour lesquelles ils ont donné des soins aux indigents.

Cet arrêté est déféré au Conseil d'Etat.

Thèse de l'administration préfectorale.

Il est indispensable qu'un contrôle soit établi, pour éviter, au budget départemental, des dépenses qui ne lui incombent pas.

Ce contrôle ne peut être effectif que si les médecins du service de l'assistance médicale gratuite consentent à déclarer les diagnostics.

Les préfets s'appuient sur une circulaire ministérielle du 20 août 1925 : fort d'un avis du Conseil d'Etat, émis dans sa séance du 4 août 1925, le Ministre du Travail informait les préfets que la Commission de contrôle, instituée par l'article 16 du règlement modèle du 21 juillet 1894, pouvait demander aux médecins traitants le diagnostic des maladies, pour lesquelles ils réclamaient des honoraires.

Cependant, une seconde circulaire, en date du 24 octobre 1925 venait atténuer la portée de l'avis donné par le Conseil d'Etat, et le Ministre du Travail considérait comme préférable, en toute hypothèse, d'envisager le respect du secret professionnel comme « étant une règle, je ne dis pas absolue, mais à laquelle on ne saurait déroger que dans des circonstances exceptionnelles ».

L'administration préfectorale préféra, dans l'immense majorité des cas, s'en tenir à la première circulaire ministérielle, celle du 20 août 1925 et, dans ses conditions, exigea des médecins, les diagnostics exacts.

Sans ces déclarations de diagnostics, le contrôle devient illusoire. D'ailleurs, ajoute l'administration, il n'y a pas violation du secret professionnel, lorsque le médecin traitant dévoile à un autre médecin, faisant partie de la commission de contrôle, le diagnostic d'une maladie qu'il a soignée.

Thèse médicale.

L'article 378 du code pénal a une portée absolue : sauf les dérogations apportées par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 et 5 de la loi du 15 février 1902, concernant la déclaration obligatoire de quelques maladies transmissibles, le médecin doit se taire, dans tous les cas, que le secret lui ait été ou non demandé, en ce qui concerne tout ce qu'il a vu, entendu, deviné, surpris au cours de l'exercice de sa profession.

La jurisprudence constante de la Cour de Cassation, comme des cours d'appel et tribunaux correctionnels, a toujours considéré la portée de l'article 378 du code pénal comme étant très étendue.

D'ailleurs, à une question qui lui fut posée en novembre 1923 par le Ministre de l'Hygiène, le Garde des Sceaux répondit qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin traitant ne pouvait pas, sans encourir les pénalités prévues à l'article 378 du code pénal, déclarer à un autre médecin, directeur de bureau d'hygiène, les diagnostics exacts des causes des décès.

Défenseurs des intérêts de leurs malades, les docteurs craignent les indiscrétions possibles dans les bureaux de mairies, ou des préfectures ; ils ne comprennent pas pourquoi un indigent, bénéficiaire de la loi du 15 juillet 1893, ne pourrait pas avoir, dans son docteur, entière confiance, celle-ci étant basée sur les dispositions de l'article 378 du code pénal.

Que faire ?

Si véritablement, les dispositions de l'article 378 du code pénal sont une entrave au parfait fonctionnement d'une loi sociale, il faut que le législateur vote une loi, abrogeant le dit article 378 en ce qui concerne la loi sociale précitée.

En attendant que le Parlement soit saisi d'une proposition ou d'un projet de loi et qu'il l'ait voté, que peut-on faire, en l'état actuel de la jurisprudence et de la législation, pour que, d'une part, respect soit dû à l'article 378 du code pénal, dans l'intérêt des indigents malades et que, d'autre part, l'administration puisse faire effectuer le contrôle nécessaire, pour réprimer les abus, lorsque ceux-ci se produisent ?

1° Certificat remis au malade.

Comme en matière de pensions militaires ou d'accidents du travail, le médecin traitant remettra au malade indigent un certificat, énonçant le diagnostic exact de l'affection, pour laquelle il réclame des soins.

Si l'indigent veut bénéficier des dispositions de la loi du 15 juillet 1893, il remettra ce certificat au maire de sa commune et ce magistrat municipal transmettra cette pièce à l'administration préfectorale.

Si, au contraire, le malade désire que le silence soit respecté, il se fera soigner à ses frais et ne remettra pas le certificat médical au maire.

Objections

A première vue, ce système paraît séduisant : le médecin délivre son certificat à son malade et ce dernier en fait tel usage qu'il estime convenable, en conformité avec ses intérêts.

Cependant, c'est une manière détournée de *violer les obligations du code pénal. Il ne faut* pas oublier que l'indigent n'a pas les ressources personnelles suffisantes pour se faire soigner à sa guise. Il est forcé de recourir à la bienfaisance publique : il n'a donc pas le choix et son libre arbitre n'existerait pas, contraint qu'il serait de toujours remettre le certificat en question, pour recevoir des soins.

On pourrait, d'autre part, discuter la valeur juridique de pareil procédé : la loi du 15 juillet 1893 proclame, dans son article premier, que tout Francais malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département, ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

La loi n'impose nullement l'obligation d'un certificat, alors qu'en matière d'accident du travail, la loi du 9 avril 1898 et, en matière de pensions de guerre, la loi du 31 mars 1919, prescrivent la délivrance d'un certificat médical.

Il serait donc à craindre que l'arrêté préfectoral, exigeant la production d'un certificat, délivré par le médecin traitant, pour l'obtention du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893, ne fût déféré au Conseil d'Etat, pour violation de la loi et excès de pouvoirs.

Il me semble donc nécessaire de voir cet article premier de la loi du 15 juillet 1893 être modifié par une disposition législative à intervenir, prescrivant l'obligation du certificat médical, pour l'obtention du bénéfice de cette législation.

2° Organisation d'un contrôle, sans violation de secret professionnel.

Rappelons tout d'abord un arrêt du Conseil d'Etat du 23 mai 1917, décidant que l'administration préfectorale, si elle a le droit de vérifier si les honoraires réclamés par le médecin sont afférents à des opérations effectivement exécutées et décomptées régulièrement, d'après le tarif fixé conformément aux délibérations du conseil général, ne saurait refuser le payement des interventions chirurgicales effectuées, en se bornant à contester leur opportunité.

En effet, si la loi du 15 juillet 1893 est muette en ce qui concerne l'organisation des commissions de contrôle, elle laisse cependant toute latitude aux conseils généraux de délibérer le règlement départemental d'assistance médicale gratuite.

Or, le règlement modèle de 1894 dit, en son article 16 :

« Une commission de vérification, composée de quatre médecins et de deux pharmaciens, est chargée de vérifier les mémoires produits par les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les fournisseurs d'appareils. Cette commission est présidée par le préfet ou son délégué. »

L'arrêt du Conseil d'Etat précité considère que le seul rôle de cette commission est simplement de vérifier si les chiffres portés sur les mémoires d'honoraires correspondent bien aux sommes prévues par le tarif départemental.

Les membres de cette commission ne sont donc pas qualifiés pour discuter l'opportunité de tel ou tel traitement ; d'autant que leur avis ne peut être que rétrospectif.

En effet, les mémoires des médecins sont vérifiés en janvier, ou février ; ils se rapportent cependant à des actes médicaux qui ont été effectués au cours de l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire qu'ils ont plusieurs mois de date.

La maladie est terminée depuis longtemps ; comment, par conséquent, venir discuter le bien fondé de la réclamation du docteur, lorsque, même ayant en mains les fiches de diagnostic, les membres de la commission ne partagent pas l'avis du médecin traitant ?

J'estime, pour ma part, que cette divulgation du diagnostic est inopérante et parfaitement

inutile, lorsqu'elle a trait à des opérations médicales ayant plusieurs mois de date.

Comment vérifier la justesse même de ces diagnostics, puisque la maladie n'existe plus ; comment, dès lors, apprécier avec justice l'opportunité scientifique de tel ou tel traitement ?

Je crois qu'il serait plus efficace, pour les finances du département, de ne pas s'hypnotiser sur la question du secret professionnel, d'envisager, au contraire, comment le contrôle pourrait être institué, afin d'aboutir à une proposition de modification du règlement modèle de 1894.

A mes yeux, le contrôle doit être de deux sortes :

1° *Contrôle administratif*, sous la direction du maire ou plutôt du préfet. Il est à craindre, en effet, que le maire, magistrat soumis à l'élection, ne se sente pas l'autorité nécessaire pour mener à bien une surveillance administrative qui pourrait entraîner des sanctions contre ses électeurs.

Pour nous en convaincre, ne citons que l'échec de l'application de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, parce que les mesures de coercition et de contrainte ont été confiées aux maires, lesquels ont plus la crainte de l'électeur que des épidémies.

Ce contrôle administratif devrait porter sur les inscriptions, qui parfois, donnent lieu à certains abus. Il engloberait également la délivrance des carnets ou feuilles de maladie ; de sorte qu'il serait possible de vérifier si certains bénéficiaires n'abusent pas des visites et des consultations médicales, comme nombre ou comme séjour dans les hôpitaux.

2° *Contrôle médical.* Lorsqu'il s'agit d'une maladie de courte durée, ne nécessitant qu'une ou deux visites ou consultations, point n'est besoin de contrôle.

Mais lorsque le praticien estime nécessaire un certain nombre de visites, pour une maladie grave, ou juge opportun de pratiquer une intervention chirurgicale à domicile, ou entreprendre une série d'actes médicaux (massages, pansements, etc.), il avertirait le service administratif de contrôle, sans dévoiler le diagnostic de l'affection.

Dès lors, ou bien ce service de contrôle ferait confiance au docteur, ou bien, soit directement, soit par l'intermédiaire du syndicat médical local, il déléguerait un autre praticien, chargé d'examiner le malade, en présence du médecin traitant.

En cas de désaccord entre les deux confrères, le juge de paix désignerait un troisième praticien, chargé de les départager.

Ce système paraît compliqué : il est cependant celui qui a été adopté par le législateur, dans la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

C'est une modalité analogue qui assure le fonctionnement du contrôle, pour l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail et du 31 mars 1919, sur les pensions de guerre.

Mais le contrôle n'est souvent pas nécessaire, lorsque médecins, pharmaciens et clients savent qu'ils peuvent encourir certaines pénalités, en cas d'abus et de tromperies. La peur du gendarme est très souvent le commencement de la sagesse.

Aussi, proposerais-je, en mon nom personnel, l'extension des pouvoirs des commissions départementales prévues par l'article 16 du règlement modèle de 1894, pour l'assistance médicale gratuite.

Ces commissions comprendraient un médecin, nommé par le préfet, un second, par le conseil général, deux autres praticiens, désignés par les syndicats médicaux du département ; enfin un pharmacien désigné par le syndicat pharmaceutique.

Leurs fonctions consisteraient à vérifier les mémoires d'honoraires médicaux et de fournitures pharmaceutiques.

De plus, seraient portés à leur connaissance tous les conflits d'ordre médical et pharmaceutique, surgis à l'occasion de l'application de la loi du 15 juillet 1893.

Devant elles seraient ainsi soumises les plaintes en abus de visites, de majorations abusives, d'opérations non effectuées, mais dont on réclamerait cependant le payement, les ordonnances et prescriptions pharmaceutiques exagérées.

Le praticien délinquant serait appelé à présenter sa défense et ses explications.

Après quoi, la commission proposerait au préfet telle ou telle sanction contre les praticiens fautifs.

Souvent, la simple réprimande, ou le rappel à la modération suffirait, car bien des praticiens pèchent plus par ignorance et faiblesse que par mauvaise foi.

D'autres fois, des sanctions pécuniaires seraient infligées, consistant en une diminution ou une suppression des honoraires.

Enfin, dans les cas graves, ou dans les récidives, une suspension à temps ou définitive des fonctions de médecin, ou de pharmacien de l'assistance médicale gratuite serait prononcée contre le délinquant par le préfet.

Pour ma part, je suis absolument certain que la crainte d'avoir à comparaître devant la dite commission empêcherait les praticiens, ainsi que les pharmaciens et les malades eux-mêmes, de se prêter à des abus, ou à des compromissions.

Quant au malade jugé délinquant, il pourrait être rayé pour un certain temps des listes lui accordant le bénéfice de la loi.

Bien entendu, le condamné aurait toujours le droit d'en référer au conseil de préfecture, et,

s'il y avait lieu, ultérieurement, au Conseil d'Etat, selon les prescriptions de l'article 33 de la loi du 15 juillet 1893.

Une objection d'ordre juridique peut nous être opposée : *nulla pœna sine lege*, tel est l'adage qui domine notre droit pénal.

Or, la loi du 15 juillet 1893 ne prévoit aucune sanction pénale ; par conséquent, les commissions de contrôle, telles que nous les proposons, commettraient un abus de pouvoirs, en appliquant des peines disciplinaires.

Nous pouvons répondre que la loi de 1893 laisse toute latitude aux conseils généraux, par l'article 4, pour organiser le service départemental d'assistance médicale gratuite.

Le conseil général délibère, le préfet arrête un règlement, comportant des droits et obligations.

Chaque praticien du département est libre d'accéder à ce contrat unilatéral : sans pouvoir les discuter, il en accepte en bloc, ou il refuse toutes les conditions prévues au dit règlement.

Librement, s'il sollicite de participer aux fonctions de médecin de l'assistance médicale gratvite, il acceptera d'être justiciable de la commission de contrôle et, par avance, il souscrit aux pénalités qui pourraient être prononcées contre lui.

D'autant que le recours au droit commun lui sera toujours ouvert : au cas où il se prétendrait lésé par une question de forme ou de fond, à la suite de la sentence de la commission, il aurait toujours le droit de soumettre le litige au conseil de préfecture, puis au Conseil d'Etat.

Ce serait donc sous l'empire des article 1134 et suivants du code civil, sur les contrats et obligations, que chaque médecin accepterait les conditions offertes par le préfet aux praticiens qui voudraient être admis à donner leurs soins aux indigents, bénéficiaires de la loi de 1893.

Conclusions

1° En l'état actuel de la législation (article 378 du code pénal) et de la jurisprudence constante de la Cour de Cassation, le médecin traitant ne peut, en aucun cas, déclarer à un tiers, celui-ci fût-il médecin (mais non médecin traitant) le diagnostic de la maladie qu'il est appelé à soigner (sauf les cas de déclarations de maladies contagieuses, imposées par la loi du 15 février 1902).

Au cas où l'administration considérerait comme un obstacle insurmontable pour le contrôle, le respect du secret professionnel, le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales demanderait au Parlement, par un projet de loi, qu'en matière d'assistance médicale gratuite, le médecin traitant soit relevé des obligations de l'article 378 du code pénal et soit autorisé à déclarer au médecin, chargé du contrôle, le diagnostic exact des maladies pour lesquelles il réclame des honoraires.

2° Un procédé plus simple et plus rapide consisterait en une proposition faite au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour que cette haute assemblée examine s'il y aurait lieu de modifier le règlement modèle de l'assistance médicale gratuite, pour que soit organisé, d'une part, un service de contrôle, et, de l'autre, une commission arbitrale, pour connaître des conflits et de la suite qu'il conviendrait de donner.

En conséquence, je proposerais que l'article 16 du règlement modèle du 21 juillet 1894 soit ainsi modifié et rédigé :

« *Article* 16 : Un service permanent de contrôle est organisé, sous la direction du préfet, pour vérifier le fonctionnement administratif, sur place, s'il y a lieu.

A ce contrôleur, le médecin traitant aurait à déclarer, en taisant le nom de la maladie, s'il prévoit qu'un certain nombre de visites (dix par exemple), ou d'actes médicaux sont nécessaires pour le traitement. Le contrôleur administratif jugerait de l'opportunité de faire contre-visiter le malade en question par un médecin spécialement désigné par lui à cet effet.

Une Commission de contrôle, composée de cinq membres, dont un médecin nommé par le préfet, un second désigné par le conseil général, deux praticiens désignés par les syndicats médicaux du département et un pharmacien élu par les syndicats pharmaceutiques locaux, est chargée de vérifier les mémoires produits par les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes et les fournisseurs d'appareils.

Elle sera chargée, en outre, de connaître des conflits survenus à l'occasion de l'application médico-pharmaceutique de la loi du 15 juillet 1893.

Après que les parties en cause auront été appelées à présenter leurs explications et défense, la commission proposera au préfet, s'il y a lieu, une sanction, qui pourra consister en un simple blâme, en une réduction partielle ou totale des honoraires demandés et même en une suspension temporaire ou définitive du service de l'assistance médicale gratuite du département.

Ces sanctions pourront être déférées devant les tribunaux administratifs, par application de l'article 33 de la loi du 15 juillet 1893.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Une conversation.

Un de nos vieux confrères exerçant dans une grande ville de province, abonné du *Concours*, a bien voulu me confier la direction des soins d'une de ses parentes qui est maintenant en traitement à la *Villa des Pages*. Il est venu récemment voir cette parente, et lorsque nous eûmes échangé nos impressions sur l'état de la malade et la conduite à tenir, notre confrère me dit tout à coup :

— Confrère, voulez-vous maintenant me permettre de vous poser quelques questions d'ordre professionnel ?

— Bien volontiers, que désirez-vous de moi ?

— N'êtes-vous pas le secrétaire de cette Mutualité dont on parle de temps en temps dans le *Concours médical* ?

— Oui, c'est moi qui en suis le secrétaire général depuis vingt-cinq ans.

— Quel est en réalité le but de cette mutualité?

— D'abord et avant tout de procurer une indemnité journalière au commencement, mensuelle ensuite au sociétaire que la maladie ou l'accident met dans l'impossibilité d'exercer ; accessoirement de lui donner une pension de retraite quand le droit à l'indemnité maladie ne joue plus, enfin de lui permettre d'assurer une pension viagère à sa veuve ou à ses orphelins après son décès.

— Quels sont exactement les divers montants de ces allocations et pensions ?

— Pour l'indemnité maladie le principe primitif fut d'accorder une indemnité de dix francs par jour pendant 60 jours et de cent francs par mois ensuite jusqu'à guérison, décès ou sortie.

— Pourquoi dites-vous sortie ?

— Parce qu'à un certain âge, 65 ans en l'espèce, cesse le droit à l'indemnité. Nous avons alors remplacé ce droit par une pension annuelle de 1200 francs équivalente à l'indemnité chronique de cent francs par mois afin qu'il n'y ait pas de difficulté soulevée par la question de sénilité pure qu'il était souvent peu commode de différencier de la maladie au-delà de 65 ans.

— Mais que peut-on faire aujourd'hui avec ces dix francs par jour et ces cent francs par mois ? C'est ridiculement insuffisant.

— Nous en avons tellement conscience qu'aujourd'hui, moyennant des cotisations adéquates, nous garantissons des indemnités variant de 10 à 50 francs par jour et de 100 à 500 francs par mois, au choix du sociétaire.

— Ah ! cinquante francs par jour, cinq cents francs par mois, cela devient intéressant. Et quelle cotisation demandez-vous pour 50 francs par jour à 30 ans, par exemple ?

— A 30 ans, pour dix francs c'est 75 francs ; pour vingt francs c'est 163 francs ; pour trente francs 246 francs ; pour quarante 340 francs ; pour cinquante 429 francs.

— Je vois que la cotisation pour les chiffres élevés n'est pas seulement un multiple de la cotisation initiale. Pourquoi n'avez-vous pas simplement multiplié par 2, 3, 4 ou 5 ?

— Parce que l'expérience a montré que plus le risque augmente plus la cotisation doit s'élever : pour 50 francs par jour, le malade a plus de tendance à prolonger son incapacité que pour dix francs, et cet état psychologique doit forcément avoir sa contre-partie dans une surprime.

— Mon Dieu, au fond, c'est évident ! Et je pense même qu'il ne faudrait pas aller à une indemnité équivalente à ce qu'on perd à ne pas exercer : ce serait une prime à la paresse.

— Aussi n'avons-nous pas voulu aller au-delà de 50 francs par jour. L'avenir seul nous dira si nous devons faire plus et notre organisation a toute l'élasticité voulue pour pouvoir suivre les fluctuations des conditions économiques.

— Et la retraite à 65 ans, Combien coûte-t-elle ?

— Nous avons porté le maximum à 2.400 francs. Pour 1200 francs c'est 87 francs, pour 2.400 francs le double naturellement. Ces chiffres sont à fonds perdus ; si le sociétaire voulait les contre-assurer, ce serait 108 francs pour 1200 francs et 216 francs pour 2.400.

— Qu'entendez-vous par contre-assurer ?

— C'est, en cas de décès prématuré, prévoir le remboursement aux ayants droit du total de cotisations versées.

— Le maximum de 2.400 francs est peut-être insuffisant : la caisse nationale des retraites offre 6.000 francs et l'Association des médecins de France se charge de toutes les formalités.

— Nous n'avons pas l'intention de concurrencer d'autres initiatives, d'ailleurs nos combinaisons retraites sont bien antérieures à ce que vient de faire notre bonne vieille A.G. Mais je dois vous dire que nous avons une autre combinaison donnant la retraite à 60 ans.

— Au même prix ?

— Oh, non ! à 60 ans c'est naturellement plus cher : à 30 ans il faut verser 154 francs cotisation simple ou 181 francs contre-assurée pour 1200 francs et toujours le double pour 2.400.

— Alors le même sociétaire pourrait s'assurer une première retraite de 2.400 francs à 60 ans et une seconde du même chiffre à 65 ans, ce qui, à ce dernier âge, lui ferait 4.800 francs ?

— Parfaitement.

— Mais, voyons, pour que je comprenne bien,

dites-moi ce que devrait payer annuellement un médecin de 30 ans qui voudrait avoir l'indemnité de 50 francs jusqu'à 65 ans, une retraite de 2.400 francs à 60 ans et une autre retraite de de 2.400 francs à 65 ans.

— Il aurait à payer 429 + 362 + 216 = 1007 francs ou plutôt, car il faut ajouter 10 % pour les frais de gestion, 1107 fr. 70.

— Ce n'est pas énorme, c'est à peu près ce que je paye pour mon fils, à la Caisse nationale des retraites. Si donc, je le faisais entrer chez vous, je lui assurerais, outre l'indemnité maladie, 4.800 + 6.000 = 10.800 francs de pension viagère à 65 ans pour une somme qui ne dépasserait guère 2.000 francs par an !

— C'est donc pour votre fils que vous me demandez ces renseignements ?

— Mais oui, j'oubliais de vous en parler : j'ai un fils qui a 28 ans, il est médecin au cœur du Sahara. Il va revenir en France dans un an et je voudrais qu'à son retour il profitât de vos œuvres de prévoyance. Donnez-moi vos statuts et toutes les pièces nécessaires pour que je les prépare dès son retour.

— En effet, car nous ne pourrions l'admettre à l'indemnité maladie en ce moment puisqu'il est hors de tout contrôle possible.

— C'est évident et c'est pourquoi j'attendrai son retour. Mais, dites-moi, combien êtes-vous de membres à votre Mutualité ?

— Nous arrivons à 1800.

— Comment est-il possible que vous soyez si peu !

— Que voulez-vous ? Malgré tous nos efforts de propagande, nos jeunes confrères restent dangereusement sourds à toute idée de prévoyance.

— Quel malheur pour eux ! Ah, si nous autres, les vieux, nous avions eu des œuvres comme celles que vous présentez aujourd'hui aux jeunes médecins !... quels soucis de moins dans nos vieux jours ! Et combien je connais de confrères qui ne seraient pas dans la misère ou la gêne dans laquelle ils finissent leur vie, s'ils avaient été des vôtres !

— Ah ! cher confrère, vous tenez ce langage parce que vous avez vécu la dure vie du médecin praticien, parce que vous avez l'expérience, le bon sens, l'esprit prévoyant de nos vieilles générations. Mais cet esprit-là, nos jeunes ne l'ont plus ; quant à l'expérience, il sera trop tard pour eux de nous appeler à leur secours quand ils l'auront durement acquise.

— En tous cas, comptez sur mon fils et comptez aussi sur moi pour semer la bonne parole autour de moi à toute occasion.

— Je vous remercie pour tous ceux que vous aurez pu sauver de l'imprévoyance... et je souhaite qu'ils soient nombreux. Ce n'est pas dans notre intérêt que nous travaillons, mais bien exclusivement dans celui des jeunes gens qui vont nous suivre dans la carrière.

....

Et une cordiale poignée de mains termina cette conversation dont je garantis l'authenticité de la manière la plus absolue.

H. MIGNON.

MÉDECINS LITTÉRATEURS

Cela gagne avec la rapidité inexorable d'une septicémie. Chaque jour voit éclore dans le jardin littéraire une nouvelle fleur médicinale, et, comme si la maladie n'était pas de force à croître et embellir par ses seuls moyens, de toutes parts, on s'efforce de l'encourager. Les récompenses, honneurs et prix pleuvent sur les têtes de Janus dont l'avers marque Esculape et l'envers, Apollon.

Cette première moitié de l'an de grâce 28 n'est pas achevée qu'un médecin, à la vérité bien connu déjà comme écrivain, reçoit la consécration du prix de la Renaissance. Si Luc Durtain ne fut pas une révélation pour les lecteurs un peu avertis, par contre Maurice Bedel, le dernier Goncourt, fut un outsider dans toute la belle et ridicule force du terme.

Pour faire le recensement, je ne dirai pas de tous les médecins qui écrivent — ce serait presque copier l'Annuaire — mais de tous ceux qui, à l'heure où j'écris, ont conquis quelque notoriété, il faudrait beaucoup d'articles comme celui-ci. Aussi me contenterai-je dans ces quelques lignes liminaires d'établir non pas un palmarès, mais une liste à vol d'oiseau.

***

Notre maître incontesté, tous l'ont déjà nommé, Georges Duhamel, poursuit avec sérénité, son ascension vers une gloire universelle. Ce grand écrivain n'a cessé de s'élever depuis la *Vie de Martyrs* et chaque livre nouveau nous apporte, sous une forme chaque fois plus parfaite, un aspect renouvelé de sa vision poétique du monde.

Luc Durtain, sans être un disciple de son ami Duhamel, est comme lui un esprit international, ce qui ne veut pas forcément dire internationaliste, qui porte, dans ses analyses des peuples étrangers cet esprit aigu, ce jugement rapide et droit que l'on a coutume d'attribuer au médecin.

Maurice Bedel lui aussi conduit sa muse hors

de nos frontières, mais cette muse, qui est légère, l'apparente à Voltaire plutôt qu'à Duhamel.

Pierre Dominique, qui vient de nous donner *Sa Majesté*, roman picaresque d'un éphémère roi de Corse, est un romancier né. C'est un homme qui par goût, par passion de la vie, adore raconter des histoires et qui les raconte avec une verve, un don d'évocation merveilleux. Chez lui le médecin et le psychiatre doublent constamment l'écrivain et lui permettent d'atteindre, comme en se jouant, à des effets d'angoisse que n'eût pas désavoués Edgard Poë.

Le docteur Gil Robin, autre psychiatre, nous a donné déjà deux romans d'analyse psycho-physiologique où se retrouve l'influence de son maître vénéré Freud. Nous attendons de lui d'autres œuvres aussi fortement pensées et aussi fortement écrites.

Dans la toute nouvelle équipe, voici Henri Duclos qui débuta l'an dernier par un roman fort remarqué : *Tenu par Espéjo*, qui, au commencement de cette année nous a conté poétiquement les premiers pas de Saint-Dominique : le *Prieur de Prouille* et dont nous attendons l'*Abbesse*, dont ceux qui l'ont lu disent merveille.

***

Quittant le domaine de la littérature pure et faisant, en quelque sorte, la liaison entre les lettres et la médecine voici, étoiles de première grandeur : Jean Vinchon dont les études psychiatriques font sensation et qui publia, il y a deux ans avec Maurice Garçon une étude sur le *Diable*, en tout point remarquable — Paul Voivenel dont la truculente verve méridionale fait craquer le carcan du style et qui sait nous passionner aux histoires les moins drôles des belles-mères tragiques ou des forçats de l'amour.

La liste est fort loin d'être complète et sans doute le lecteur, pensant à tel médecin écrivain, nous taxera-t-il de partialité.

Il aura tort, car notre intention est de rendre ici justice à tous nos confrères écrivains. Nous le ferons selon les caprices de l'actualité. Nous essayerons de dégager pour chacun d'eux ce que son œuvre a de spécifiquement médical et nous chercherons à démêler la part qu'il convient d'attribuer dans son talent au pur don de poésie d'une part, aux influences professionnelles, d'autre part.

Nous verrons que, si pour les uns, ces influences paraissent très grandes et pour d'autres minimes, en fait, l'autre métier, quand ce métier est la médecine, joue toujours un rôle important dans l'élaboration d'un talent littéraire et que somme toute, étant donnée la qualité des prêtres qu'elle en reçoit, la littérature doit beaucoup à la médecine.

Henri DROUIN.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Deux livres sur la Pologne écrits par deux de nos confrères.

I. La Pologne jadis et de nos jours, par le Dr René Martial (1)
II. Les grands poètes polonais, par le Dr V. Bugiel (2)

Notre ami, le Dr René Martial, vient, sous le titre de « *La Pologne jadis et de nos jours* » de publier ses notes de voyage dans ce pays.

Comme le dit M. Louis Marin, Ministre des Pensions et président des « Amis de la Pologne », le livre de René Martial est « une sorte de tableau moral et psychologique que l'auteur donne en ces pages écrites avec beaucoup d'entrain et de vigoureuse sincérité ».

Comment ne pas aimer la Pologne, quand, après avoir lu les impressions de R. Martial, l'on se rend compte de l'effort inouï qu'a fait ce peuple généreux pour faire renaître une nation asservie et démembrée depuis un siècle et demi et remettre en valeur un territoire que le flux et le reflux des armées de ses oppresseurs, allemands ou russes, avaient complètement ruiné.

« Si nous voulons en avoir, il faut savoir apprécier nos amis et alliés. Aimer, c'est comprendre » écrit encore M. Louis Marin. René Martial réussira à faire aimer la Pologne car il a su la comprendre.

Il nous conduit tour à tour à *Poznan*, sur les bords verts et moelleux de la Warta, où réside le Primat de Pologne, à *Gniezno*, l'antique capitale religieuse de la Pologne, berceau de la dynastie des Piast. Il décrit les charmes romantiques de la ferme et du château de Pietrowo où il fut l'hôte du général X, un poète, doublé d'un artiste et d'un sage. Il brosse un tableau vigoureux d'une exploitation agricole qu'il visite, conduit par la châtelaine elle-même qui reçoit chemin faisant les marques les plus touchantes de l'affection des cultivateurs laborieux, qui rappellent à René Martial des scènes analogues de notre Vendée.

Quittant la Poznanie, le voilà en *Cachoubie*-à *Gdynia*, qui n'a guère que deux années d'exis,

(1) Gebethner et Wolff, édit., Paris, 123, boulevard Saint-Germain.
(2) Les cent chefs-d'œuvre étrangers. La Renaissance du Livre, 78, boulevard Saint-Michel, Paris.

tence mais a déjà l'allure d'une véritable ville et sera avant peu un grand port. R. Martial qui évoque toujours les souvenirs de ses voyages, compare Gdynia à Casablanca, petite ville arabe que Lyautey, en moins de dix ans, transforma en une opulente cité, et la Cachoubie aux régions les plus vertes et les plus pittoresques de notre Normandie.

La description rapide de la ville libre de *Gdansk* (Dantzig) à l'embouchure de la Vistule, que le machiavélisme d'un Llyod George, a détaché de la Pologne pour en faire un centre de germanisme, permet à R. Martial de démontrer combien les Cachoubes qui habitent la fameux couloir, sont restés polonais malgré toutes les tentatives de germanisation.

Nous voilà à *Varsovie*, qu'il faut visiter en détail pour bien l'apprécier, mais qui, lorsqu'on franchit les ponts de la Vistule pour la contempler du faubourg de Praga, offre au voyageur un magnifique spectacle dont on à peine à s'arracher.

Traversons *Wilanow* et le palais de Sobieski, le héros légendaire qui barra à Chocim et à Vienne, la route aux hordes turques en sauvant avec ses Polonais l'Europe d'une invasion, service dont les plus proches bénéficiaires ne furent guère reconnaissants un siècle plus tard à la Pologne.

R. Martial nous conduit à *Lwow*, bastion de la Pologne contre les Mongols, les Tartares, les Cosaques et les Turcs, qui fut pillée et saccagée par les Russes et les Suédois. La visite de Lwow est un enchantement, là s'y heurtent avec harmonie la renaissance et le moyen-âge, le rococo, le gothique, le byzantin. Polonais, Ruthènes, Arméniens, Juifs, Roumains, Mogols s'y coudoient sans acrimonie.

Laissant *Wyzinany* avec sa curieuse église mi-polonaise, mi-ruthène, R. Martial nous conduit à *Gliniany*, bourg dont la population est presque exclusivement juive et dont les types sont remarquablement pittoresques.

Enfin voilà *Cracovie* dont les origines sont contemporaines de celles de Gniezno et qui est la capitale historique de la Pologne ; elle fut au XIX[e] siècle le principal refuge de la pensée polonaise.

Cracovie possède le *Wawel* qui est à la fois pour la Pologne Saint-Denis, Blois et Pierrefonds tout ensemble. C'est au Wawel que reposent, à côté des rois de Pologne, des héros tels Kosciusko et Poniatowski et les poètes Adam Mickiewicz et Slowacki.

Que de monuments à admirer dans cette vieille ville de Cracovie, que de curieuses églises Sainte-Marie, Sainte-Barbara, Sainte-Croix, et le beffroi, et la halle aux draps et surtout le bijou qu'est la vieille Unviersité. Cracovie est, conclut Martial, une cité d'art et en même temps le grand centre historique de la Pologne.

Après une excursion à *Zakopane*, devenue dans ces montagnes superbes des Carpathes une insipide agglomération pour touristes et gens en vacances, nous gagnons *Katowice* et sa région. Katowice est une grande ville, très animée, à circulation intense, bien construite qui, dans très peu d'années, sera aussi peuplée que Lille. Au centre d'un très riche bassin houiller, c'est une grande ville industrielle.

Arrivé au terme de son voyage, René Martial ne dissimule pas son admiration pour ceux qui sont les ouvriers de la reconstitution de la Pologne, hommes hautement cultivés, qui ont une claire compréhension des choses, des gens et des nécessités, non seulement du présent mais encore de l'avenir.

Quant au peuple polonais, il sait se faire aimer et le mérite. C'est une race belle, saine et forte, un peuple doux, aimable, religieux mais sans bigotterie, ardemment patriote, intellectuel de premier ordre et travailleur manuel excellent.

Tels sont nos amis fidèles de l'Est qui, depuis des siècles ont mis en maintes circonstances leur courage et leur bravoure au service de la France.

De nombreux dessins très originaux dus à la plume de l'auteur qui est un véritable artiste, illustrent ce très intéressant livre sur la Pologne et nous font encore mieux comprendre et apprécier la poésie des campagnes et le romantisme des villes de ce beau pays.

***

La poésie est le plus souvent la manifestation intellectuelle et artistique dont la connaissance permet le mieux de pénétrer l'âme d'une nation. Aussi devons-nous particulièrement remercier le D[r] V. Bugiel d'avoir bien voulu nous faire apprécier *les Grands poètes Polonais*, dans son excellent petit livre qui comprend une importante introduction, des traductions et des notes.

Le D[r] V. Bugiel, polonais d'origine, vice-président de la Société d'anthropologie de Paris, a étudié tout particulièrement le folklore et les chants funéraires populaires de son pays. Nul ne pouvait nous donner une idée aussi nette de la poésie polonaise. « C'est là, écrit-il, dans son introduction, que l'âme polonaise s'est extériorisée de la façon la plus franche, c'est là qu'on la saisit dans ses couleurs les plus chatoyantes, dans ses nuances les plus fines. »

Dans cette introduction, le D[r] V. Bugiel en moins de cinquante pages nous fait en raccourci l'histoire de la poésie polonaise. Puis il donne la traduction des plus belles pièces des cinq plus grands poètes de la Pologne : Jean Kochanowski qui vécut au XVI[e] siècle, Antoine Malczewski, Adam Mickiewicz, Jules Slowacki, et Sigismond

Krasinski qui, au XIX[e] siècle, malgré la triste et longue période des partages et de l'oppression, contribuèrent puissamment à maintenir toujours vivante leur généreuse Patrie.

La poésie polonaise naquit au Moyen-Age. Elle consista d'abord et surtout en chants religieux dont la *Boguradzica* (litanie à la Vierge) datant du XIII[e] siècle, servit jusqu'au milieu du XVII[e] siècle de chant de combat aux cavaliers polonais. La première pièce de vers profane en langue polonaise fut l'œuvre d'un clerc de Cracovie, Slota, du XV[e] siècle, et est intitulée *De la manière de bien se tenir à table*. Mais ces œuvres n'ont guère qu'une valeur historique. Plus tard, des poésies philosophiques ou religieuses, mieux inspirées, méritent d'être retenues, tels le *Dialogue du Docteur et de la Mort* et la *Plainte de la Sainte-Vierge*.

Le cantilène en l'honneur de l'hérétique anglais Wiclef par André Galka de l'Université de Cracovie, contient des passages d'un beau lyrisme. Mais il convient de citer encore à cette période médiévale toute une floraison d'intéressants chants populaires, chants le plus souvent funéraires que l'on entend encore parfois dans les campagnes à notre époque.

Nous ne parlerons pas de la poésie latine très en honneur dans ce pays de Pologne où le latin fut presque la langue nationale de toute personne, homme ou femme, ayant reçu quelque instruction.

Au XVI[e] siècle, la Pologne est à l'apogée de sa puissance et la poésie nationale prend un splendide essor. Sébastien Klonowicz, Szymonowicz Szarzynski, Ribinski, Miaskowski et d'autres se distinguent, mais Jean KOCHANOWSKI les dépasse et de beaucoup. Il étudia à Cracovie, à Paris où, selon la légende, il se lia avec notre Ronsard, à Rome, à Padoue, fut à la cour secrétaire du roi, protégé par le chancelier Jean Zamoyski, il se retira à la campagne où la mort de ses filles et celle de son beau-père, assassiné par les Tartares, assombrirent et hâtèrent la fin de sa vie.

Ses trois œuvres principales furent le *Psautier de David*, les *Thrènes* et les *Chansons*. Dans sa paraphrase des Psaumes, Kochanowski épuise toutes les formes, tous les rythmes, toutes les strophes de la poésie polonaise. Tour à tour majestueux, plaintifs, langoureux, ses chants passent de l'invective à la joie et à la mélancolie élégiaque. Ses *Thrènes* sont des cris de douleur sincère lors de la mort d'un de ses enfants. Ses *Chansons*, dans leur simplicité, dévoilent son âme de penseur et de patriote.

Kochanowski eut sur la langue polonaise, la même influence que Pétrarque et Dante en Italie. Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, sans disparaître complètement, la poésie polonaise subit une éclipse relative. L'influence française devint prédominante. L'on peut citer cependant l'épique Venceslas Potocki, Vespasien Kochowski, les satires d'Opalinski, les églogues des Zimorowicz, les poésies en vers libres de Niemirycz, et les poésies d'André Morsztin qui rappellent la préciosité de Voiture. Elisabeth Druzbacka est une émule de J. B. Rousseau ; Wengierski se rapproche de Parny ; Naruszewicz rappelle Florian ; Trembercki imite Delille et Ignace de Krasicki s'inspire de Boileau.

A la période tragique de la fin du XVIII[e] siècle surgissent des poètes soldats : Jansinski, Godesbski, Reklewski, comparable à André Chénier, dont il ne put cependant connaître les œuvres et Joseph Wybicki, le Rouget de Lisle Polonais, l'auteur de l'hymne national : *Non la Pologne n'est pas morte*, que chantèrent pour la première fois en Italie les légions polonaises de Dombrowski dans l'armée de Bonaparte.

Citons encore Julien Niewowicz, Woronicz, Osinski, et autres qui furent des classiques. Puis Korpinski, Kniaznin et Brodzinski qui font prévoir une renaissance de la littérature polonaise.

Cette renaissance s'opéra avec le romantisme Antoine *Malcewski*, officier de l'armée de Napoléon, qui se retira à la campagne après la chute de l'empire, ne publia qu'un seul poème, *Marie*, en 1825 et mourut à 33 ans. Ce poème est un chef-d'œuvre où l'influence de Byron se fait sentir. Le succès de *Marie* fut immense en Pologne. La femme polonaise y est idéalisée avec une exquise fraîcheur et l'âme héroïque des polonais durant les guerres du XVII[e] siècle y est magnifiquement évoquée.

Mais le plus grand poète de la Pologne fut *Adam Mickiewicz*. Très érudit, très cultivé, A. Mickiewicz s'inspira des légendes et de la poésie populaire de son pays. Il sut, bien que connaissant à fond la littérature des autres pays de l'Europe, s'élever au-dessus des procédés d'école dans l'épanouissement de son génie. *La fête des aïeux*, *Aux Alpes sur le Splugen* sont d'un lyrisme tragique, inspiré par un épisode de la vie du poète qui rappelle Werther. Animateur des sociétés polonaises qui, avec un élan mystique, travaillaient à la libération de leur pays, Mickiewicz écrivit à 23 ans pour elles, l'*Ode à la jeunesse*. Il dut s'exiler en 1824, voyagea en Crimée et écrivit les *Sonnets de Crimée*, empreints de nostalgie, mais où il se hausse au niveau de Byron, de V. Hugo et de Lamartine. Dans *Conrad Wallenrod* il exprime sa haine de l'oppresseur et sa souffrance patriotique. Parcourant l'Europe en proscrit, il composa son ouvrage le plus parfait, un poème épique vraiment homérique *Monsieur Thadée*, où l'âme polonaise, avec sa générosité, est peinte parmi les descriptions magnifiques des beautés de la nature.

Après avoir écrit en prose deux livres de méditations sur la Pologne, les *Livres de la nation*

polonaise et des *Pélerins polonais*, Mickiewicz se laissa influencer par le messianisme du mystique Towianski. Professeur de littérature latine à l'Université de Lausanne, il fut appelé à une chaire des littératures slaves au Collège de France. Ami de Michelet et d'Edgard Quinet, ses collègues au Collège de France, son cours porta ombrage au Gouvernement de Louis-Philippe qui le suspendit en même temps que celui des deux grands historiens.

En 1848, Mickiewicz fut à Rome où il essaya d'organiser une légion polonaise pour combattre l'Autriche et la tyrannie. En 1854, il gagna Constantinople pour se joindre aux Polonais qui, sous les drapeaux de la France, combattaient le Russe oppresseur. Il y fut atteint du choléra et y mourut.

Ce fut le plus grand des poètes polonais et son superbe génie eut une influence morale considérable sur l'esprit patriotique des Polonais.

***

A côté de Mickiewicz, brillèrent, sans égaler son éclat, deux grands poètes, Jules Slowacki et Sigismond Krasinski.

Jules Slowacki quitta la Pologne à 20 ans, pour ne plus y retourner et mourut à 40 ans de phtisie à Paris en 1849. Il fut comme Mickiewicz fortement influencé par le messianisme de Towianski. Patriote ardent, il mit aussi son génie poétique au service de la cause polonaise, comme on peut le constater dans le drame intitulé *Cordian*, une de ses plus belles œuvres et dans le poème *Anhelli*, où il peint dans des pages d'une étrange tristesse les souffrances et la nostalgie des Polonais déportés en Sibérie.

Sigismond Krasinski, aussi ardent patriote, dont le père, général de Napoléon, s'était rallié au gouvernement tsariste, écrivit sous l'anonymat pendant toute sa vie, voulant a tout prix éviter des persécutions à son père. Inspiré par son amour pour la Pologne, ses œuvres eurent un grand retentissement et elle ne furent connues jusqu'à sa mort que sous le nom d'œuvres du *« poète anonyme de la Pologne »*. La vie de Krasinski fut une suite de souffrances morales et physiques.

Dans son poème l'*Aube*, l'auteur découragé, chassé de son pays par l'oppresseur, devient la proie du pessimisme et du doute, quand une femme, semblable à la Béatrice de Dante, lui redonne l'espoir et la foi dans la résurrection et la régénération de la Pologne.

La *Résurrection* et les trois *Psaumes* de la Foi, de l'Espérance et de l'Amour, animés du même esprit et issus de la même inspiration, comptent encore parmi les plus beaux chants de Krasinski. Il convient de citer encore *Irydion*, écrit à la manière antique, mais où l'oppression de la patrie est encore le sujet du drame et les deux poèmes dramatiques, *La Comédie non divine*, et *Le poème inachevé*, tous deux d'ordre philosophique où avec un don singulier de prophétie, Krasinski prévoit les horreurs et l'échec de la révolution bolcheviste.

Là ne s'arrêta pas l'essor poétique polonais, le nombre des poètes de grand talent qui écrivirent en langue polonaise dans la seconde partie du XIXe siècle et au début du XXe siècle, est considérable, mais il faut nous borner à ceux qui, de beaucoup, dépassèrent les autres et furent les plus fidèles et brillants reflets de l'âme polonaise.

***

En lisant les livres de nos confrères, René Martial et V. Bugiel, tout esprit impartial et généreux ne peut se défendre d'un sentiment d'admiration et d'affection pour ce peuple polonais, qui, rayé du nombre des nations, coupé en trois tronçons, persécuté, anéanti, pendant 150 ans, a su conserver sa langue, sa religion, son ardent patriotisme et se reconstituer en une forte et florissante nation qui restera pour la France, une amie fidèle et une puissante alliée.

J. Noir.

***

Souvenirs anecdotiques et médicaux (Dr Guéniot). — La Pologne (Dr R. Martial)

J'ai pu profiter de quelques loisirs passés en Auvergne pour me mettre à jour d'une pile de livres entassés sur ma table depuis plusieurs semaines et dont je m'étais réservé d'entretenir les lecteurs du *Concours médical*. Façon de mettre en même temps ma conscience en repos, vis-à-vis d'auteurs dont deux d'entre eux sont pour moi d'excellents amis.

Œuvres de médecins, œuvres de types différents : souvenirs, voyages, romans, psychologie, prophylaxie ; de réalisation très personnelle aussi, montrant, si besoin en était encore, l'infinie complexité des aptitudes que tant de nos confrères possèdent à utiliser des dons naturels, en les développant multiplement sur le plan élevé que permet seule, ou à peu près, notre culture professionnelle et notre habitude de voir et d'observer.

Et d'abord, *Les souvenirs anecdotiques et médicaux* (1) du vénérable docteur Guéniot — il a

(1) Librairie J.-B. Baillière, et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1927. Et Trousseau, Rostan, Jobert (de Lamballe), Laugier.

96 ans, étant né en 1832 !! Clemenceau dépassé, pasticherai-je sous le signe de Luc Durtain, — souvenirs précieux, pour faire revivre devant nous l'enseignement médical tel qu'il était professé à Paris il y a plus de trois quarts de siècle, et aussi les figures des professeurs de cette époque. Ils se développent sur quinze ans, de 1856 à 1871, et se divisent en cinq grands chapitres : I. *L'enseignement médical à Paris au milieu du XIXe siècle* (1856) ; II. *Mon année d'externat et mes quatre années d'internat des hôpitaux de Paris* (1857-1861) ; III. *Période de mes grands concours et de mes intérims comme chirurgien des hôpitaux de Paris* (1862-1869) ; IV. *Médecins et ambulances pendant la guerre et sous la Commune* (1870-1871) ; V. *L'état sanitaire de Paris et les nouveautés thérapeutiques pendant la période de guerre* (1870-1871)

Et Trousseau, Rostan, Jobert (de Lamballe), Laugier, Bouillaud, Piorry, Velpeau, Paul Dubois, Nélaton, médecins, chirurgiens, accoucheurs, cliniciens émérites d'une grande époque, de ressusciter pour nous, avec leurs attributs physiques, leurs qualités propres de praticiens et de pédagogues, et aussi leurs travers. Grande époque, dis-je, la plus grande peut-être des temps modernes dans l'histoire de la médecine. N'est-ce pas de là que datent, en effet, et les retentissantes découvertes de Villemin et celles, admirables, de Pasteur, qui devaient révolutionner toutes les sciences biologiques et ouvrir l'ère d'une médecine entièrement nouvelle ?

De même, Malgaigne, Natalis Guillot, Bouchardot, titulaires des chaires magistrales de la Faculté.

Auprès de l'enseignement officiel, l'enseignement libre, dans les hôpitaux, avec Bazin, Ricord, Baillarger ; à l'Ecole pratique, où des professeurs sans mandat donnaient des leçons payantes.

Comme ils étaient d'un savoir consommé en grosse anatomie et d'une grande habileté opératoire, leur enseignement, pour illégal qu'il fût, rendait, il est vrai, aux élèves attardés d'importants services ».

Grâce au Dr Guéniot, la vie hospitalière, il y a 57 ans, nous est révélée, ainsi que les dessous des concours des hôpitaux, sur lesquels l'auteur se prononce avec une fermeté impressionnante. Rappelant, par un trait personnel, que Malgaigne, dont il était alors l'externe, répugnait aux recommandations, au « piston », « si Velpeau, « Charcot, Bouchard et tant d'autres, dit-il, « avaient eu, des concours, la même conception « que Malgaigne, ces nobles luttes de l'intelli- « gence et du savoir compteraient moins de « détracteurs ».

Interne des hôpitaux, il raconte comment, à Lariboisière, il reçut des blessés de l'attentat d'Orsini contre Napoléon III ; comment un de ses collègues prit, pour la procidence fœtale d'un bras chez une parturiente, la proéminence du rectum distendu par des matières. Cette erreur prouve, dit-il, « que si instruit qu'il soit des « arcanes de la médecine, un même homme ne « peut avec compétence exercer notre art à la « fois dans toutes ses parties. D'où la nécessité « et la justification des *spécialités médicales* ».

Certes, mais ne va-t-on pas trop loin à cette heure sur ce terrain de la spécialisation à outrance ? Et ne perd-on pas de vue les bienfaits des efforts de synthèse auxquels se livre l'omnipraticien, et ne risque-t-on pas d'aller à un émiettement, en des médecines, qui ne seront plus la médecine ? Taylorisation, standardisation, méthodes allemandes, américaines surtout. Elles ont du bon, certes, à la condition d'aboutir finalement à ce travail de synthèse, à cette vue d'ensemble, qui relient les unes aux autres des manifestations siégeant en des organes divers, et leur donnent leur véritable signification.

Les joies de la salle de garde sont plaisamment évoquées par M. Guéniot, dans ses souvenirs, et les jeux de mots qui s'y donnent cours. Tout à rebours, et tristement, les désastres de certaines infections, l'infection puerpérale, par exemple, dont on soupçonnait bien théoriquement la contagiosité, tout en se refusant à l'admettre pratiquement, en vertu de :

« cette résistance instinctive que nous apportons à renier ce qui jusqu'alors nous paraissait être la vérité... et de la constatation des faits dits négatifs ».

Sa thèse soutenue, il s'installe à Paris, concourt une première fois pour l'agrégation et échoue, mais est nommé chef de clinique obstétricale, se présente à nouveau à l'agrégation en 1866 et échoue une seconde fois, bien que coté le premier dans toutes les épreuves, pour avoir terminé sa thèse par cette conclusion, qu'il est à souhaiter que :

« l'opération césarienne perfectionne ses procédés d'exécution au point de devenir, pour les femmes, aussi peu mortelle que la céphalotripsie. *Ce résultat est possible* ».

A quoi tient une destinée ? Ces quatre mots, qui choquent les idées reçues de doctrinaires à courte vue, entraînent son échec !

Entre temps, il avait été nommé chirurgien des hôpitaux. Il dut attendre trois ans encore pour être enfin, en 1869, nommé agrégé...

Mais je m'arrête, non sans terminer sur l'évocation par M. Guéniot, de l'Exposition de 1867, du séjour à Paris, à cette occasion, des principaux souverains d'Europe, et de la visite au Palais de Justice du tsar Alexandre II, au cours

de laquelle Floquet, jeune avocat, posté sur son passage, lui cria irrévérencieusement : « Vive la Pologne, Monsieur ! »

***

« Vive la Pologne ! » C'est le cri que l'on pousse, très cordialement, quand on a fini de lire le livre de René Martial : *La Pologne jadis et de nos jours* (1), préfacé par M. L. Marin, Ministre des Pensions.

A son sujet, je serai bref, mon ami le Dr Noir, dont on connaît les alliances polonaises, l'ayant déjà longuement présenté aux lecteurs du *Concours médical,* avec son talent coutumier.

Je veux me borner à souligner, en ce qui me concerne, un double aspect du talent de R. Martial, dessinateur et graveur sur bois, qui a illustré lui-même son beau livre de 36 vues, 12 médaillons et 2 bois originaux, d'une part, et de l'autre, remarquable en ses descriptions qui, sous sa plume d'écrivain talentueux, agissent assez puissamment sur l'esprit du lecteur pour que la scène évoquée, la tableau peint, le monument décrit, apparaissent en même temps devant ses yeux.

En dessin, son procédé est simple : quelques traits de plume ; au premier plan, des silhouettes de bouleaux, sommairement tracées, et projetant leur ombre sur le sol ; au fond, un buisson esquissé, derrière lequel émergent les bulbes d'une église, aux formes orientales : voilà Lastowice. Des bouquets d'arbres sur la rive du fleuve dont la transparence se devine aux reflets qui en moirent la surface ; quelques hâchures curvilignes dans un ciel nuageux : c'est la rivière à Wilanow. S'il s'agit d'un monument, les détails se précisent, les contours s'accentuent, le relief s'accuse, sans que le procédé perde de sa simplicité ni de sa vigueur : voyez le porche de Sainte-Barbara, son clocher ; la vieille université de Cracovie.

Et quand il décrit, au lieu de dessiner, c'est encore la même méthode, faite de simplicité, d'élégance, de charme... et de vérité :

« ... A l'horizon, le soleil descend, diminue et meurt. Les derniers rayons empourprent encore la ligne de terre sur laquelle se silhouettent arbres et clochers ; au-dessus des dernières nuances orange s'étagent la zone verte du coucher du soleil oriental, et la gamme des bleus, jusqu'au bleu profond de la voûte céleste... ».

C'est là de la vision colorée, ou je ne m'y connais pas. Du pittoresque... hardi :

« Le vent qui balaye l'eau et le sol, pousse la chevelure des bouleaux comme celle d'une femme, ou trousse leur feuillage, comme les jupes, du temps où il y en avait, et donne, en même temps que la notion de sa vitesse, un aspect balayé de passage attristé....

Double aspect de son talent de peintre.... Mais il en a tant d'autres ! Pourquoi, pareillement doué, n'a-t-il pas la situation qu'il mérite ? Envie qu'on lui porte ? Crainte qu'il inspire ?... Combien regrettable !!

A ceux qui ignorent les dons divers et harmonisés de R. Martial, je leur conseille de lire son livre. Ils apprendront, par surcroît, s'ils l'ignorent également, ils apprendront la Pologne, ses villes, ses campagnes, ses habitants, ses traditions, ses mœurs, et ils ratifieront le jugement et l'adjuration par quoi l'auteur le termine :

« Peuple remarquable, qui vit une vie très moderne et qui a su tempérer ses exigences par une culture intellectuelle et morale des plus raffinées »

« Tel est notre précieux ami. Tel est son beau pays. Aimons-les. Ils savent se faire aimer et ils le méritent. »

G. Duchesne.

(1) Gebethner et Wolff, Paris, 123, boulevard Saint Germain, 1928.

L'IDÉAL DE L'UNION MÉDICALE LATINE

de SPQR à UMFIA

De la formule sénatoriale des décisions romaines à la formule médicale des relations Latines.

De la **Petite Patrie Natale,** à la **Grande Patrie,** et à la **Multipatrie**
De l'**Internationalisme** et de l'**Interpatriotisme latins,**

Par DARTIGUES,

Ancien Président de la Société de Médecine de Paris,
Ancien Président de la Société des Chirurgiens de Paris,
Président-fondateur de l'UMFIA (Union médicale latine).

Quand deux êtres se jettent dans les bras l'un de l'autre pour un immense amour qui semble, dans son exaltation même, au-dessus de la terre, ils s'aiment pour eux dans un infini ravissement, mais non contre l'amour semblable des autres.

De même l'Umfia a voulu créer un splendide amour fraternel entre les nations de langue, de culture et d'éducation latines, en faveur de la spiritualité latine qui anime le monde depuis que celle-ci l'a fait accéder à la civilisation, mais elle ne l'a pas voulu dans un esprit d'exclusion de l'amour des autres peuples.

L'Umfia veut être *conservatrice* de la plus belle culture qui fut jamais dans la civilisation universelle. L'Umfia est *évolutrice*, c'est-à-dire qu'elle sait s'adapter à tous les remaniements du progrès et à toutes les modulations de la pensée. L'Umfia est *créatrice* : elle combat, non pas pour détruire, mais pour continuer à édifier ; elle ne va contre personne ; mais elle va toujours en avant vers l'avenir ; parmi la phalange des idéals en marche qui la guident, le plus haut de tous c'est celui de la paix par le travail et l'amitié réelle, c'est-à-dire indépendante et sans arrière-pensée ! Il est donc bien entendu qu'en travaillant pour nos idées, nous n'opposons pas un panlatinisme à un pananglosaxonisme ; nous ne travaillons pas contre quelqu'un, contre des groupes, des nations ou des races, mais à l'œuvre de toutes les nations et de toutes les races à la faveur de notre esprit et de notre cœur latins.

Les médecins de tous les pays se distinguent, à la fois, par un même fond de culture scientifique et par un même fond de sentiment humain. Aussi est-ce en eux que l'altruisme prend sa forme la plus élevée et la plus efficace. C'est en eux, certainement, étant si souvent face à face avec l'homme dans sa misère et sa douleur, que s'unissent, le plus solidairement, la pitié et la science pour être utiles à l'être en danger moral aussi bien que physique. C'est dans le cœur et l'esprit du médecin — entre tous les hommes — que la nature humaine a pris son sens le plus général : pour lui, devant l'être qui souffre, il n'y a aucune barrière séparatrice. C'est devant lui que l'égalité humaine prend sa plus certaine réalisation, car lui seul au monde est capable de soigner son ennemi en danger : jamais on n'a vu se dérober le médecin à ce devoir sacré.

Les médecins ont l'instinct et l'esprit *secourables*, et c'est pour cela qu'en dehors de l'effort qu'ils font pour soulager, par le progrès de la science, l'individu souffrant, le sort de l'humanité, que menace tant de fléaux, ne leur est pas indifférent et qu'ils prennent leur grande part de l'effort universel des civilisés pour arriver à maintenir la santé physique et spirituelle des nations ; c'est ce à quoi s'est principalement attachée notre Union médicale dans le rapprochement des nations latines par la science et l'amitié. L'Union médicale latine s'est, en effet, adonnée à la recherche et à la culture de l'amitié internationale sur le terrain scientifique et médical : dès avant la grande guerre elle avait pressenti tout ce qu'il y avait de noble et de fécond dans la poursuite de ce grand but. Il semble tout de même, qu'après le terrible cataclysme, chacun se regarde étonné de cet égarement monstrueux, et malgré des rivalités persistantes, des jalousies invétérées, des instincts revendicatifs encore inapaisés, il est certain que la séparation des peuples cède plutôt le pas à un rapprochement général surtout par la pensée et les mêmes buts de progrès poursuivis. Jamais, depuis le commencement de l'histoire, il n'y eut un tel développement des relations scientifiques internationales, un tel interéchange des idées et des hommes, un tel goût de franchir frontières et mers pour mieux se connaître et par conséquent mieux s'apprécier. Tout voyage non seulement agrandit l'esprit, l'intelligence et la connaissance, mais raffermit le cœur et les sentiments de sympathie vis-à-vis les uns des autres. De toute pérégrination, dans le but de savoir et de lier connaissance avec nos semblables en profession et en instruction, nous revenons plus grands, plus affectueux, plus indulgents et plus modestes.

Malgré les apparences, et qu'on le veuille ou non, jamais courant d'amitié ne traversa le monde comme à présent, et si l'océan de l'hu-

manité ne peut faire du moins que de conserver peut-être éternellement la surprise et le choc de ses houles mouvantes, jamais non plus le niveau des grandes eaux tranquilles ne s'est davantage rapproché de leur surface. Il semble, en définitive, que l'humanité, après son dernier choc prodigieux d'où elle est sortie défaillante et le visage couvert de sang, essuie les caillots qui coagulaient ses cils et aveuglaient sa vue, reprend haleine en respirant une vie plus ample qu'auparavant et, comme sortie guérie miraculeusement d'une grande blessure, entrevoit une aurore nouvelle avec des horizons plus bleus.

***

Mais cet état d'esprit nouveau de communion internationale implique-t-il une renonciation plus ou moins partielle à nos sentiments élémentaires de patrie ? Non cela est impossible et ne doit pas être d'ailleurs.

Il est certain qu'une grande force génitale en même temps que spirituelle mène le monde. Cette force d'amour physique préside aux mélanges ethniques qui iront à la fusion d'une humanité dont le type sera unique dans un avenir lointain.

Les climats, les terres, les ciels divers, laisseront sans doute toujours leur empreinte sur l'homme vivant sous leur influence et dans leur ambiance. Mais l'homme va certainement, en définitive, vers l'unité physique, intellectuelle et morale. Cependant, en attendant que la marche de la caravane humaine parvienne à cette destinée, l'utilité des patries et des groupes de nations est nécessaire pour le développement de la civilisation des hommes.

Je crois voir, cependant, au milieu de ce mouvement colossal qui brasse le monde moderne, ses nations, ses peuples et ses races, se lever un sentiment inconnu jusqu'à ce jour : c'est celui de l'amour de nos patries particulières, de celles où nous avons songe de la profondeur des générations pour un moment bien éphémère mais qui vaut par la continuité dans celles qui viendront encore, c'est celui, dis-je, de l'amour de nos patries respectives allié à un amour nouveau pour d'autres patries avec lesquelles nos langues, nos affinités, notre culture, nos coutumes, notre sang même, doivent constituer des liens unissant un faisceau plus grandiose, plus épanoui et plus fort. Aussi, je pense qu'à la faveur de ce sentiment très largement fraternel sont nés ce que j'appelle : l'Internationalisme patriotique et la multipatrie latine.

Le sentiment de la patrie s'agrandit, à mon sens, de nos jours et vient de franchir un plus haut degré encore qui nous fait monter vers le temple de gloire où trône la Paix dans la sérénité : il va donc du sentiment du foyer familial élémentaire, dont la désagrégation serait un retour à la bestialité primitive, alors que sa constitution fut l'acte initial de la montée de l'homme, à la petite patrie qu'est le coin de terre où la ville natale, où nous cueillîmes pour toujours la fraîcheur des impressions premières gardées au fond de notre cœur, à la grande grande patrie, édifice cimenté de sang, de douleurs et de triomphes, grande patrie mère de notre race, de notre intelligence et de notre parler, à la plus grande patrie internationale, à la multipatrie fraternelle, par les langues similaires, les idées identiques et la tendance au même rayonnement spirituel.

En somme, l'Humanité est une grande hiérarchie familiale qui doit finalement collaborer à la splendeur de l'unité humaine, en dehors de toute aspiration dominatrice matérielle, s'efforçant à cantonner des peuples dans des avantages égoïstes. Et quand je parle de panlatinité, je n'emploie ce mot que dans un sens très synthétiquement et hautement spirituel et n'envisage ses forces réunies d'intelligence et de cœur, que pour sa contribution à l'avance de l'*humanité tout entière.*

L'avenir sera assuré par la Science dont quelques âmes barbares ont le dérèglement de détourner les puissance fécondes en puissances stériles de destruction et de douleur. La Science est en essence pacificatrice : elle a à travailler pour la joie, le bonheur et pour la dignité de l'homme conquise sur les origines obscures des temps immémoriaux où son esprit a cherché péniblement à se dégager de la matière et de la brutalité vivante des instincts essentiels luttant pour obéir à l'inexorable loi de la faim et de la préservation, en attendant que le sort général des êtres soit assuré par le génie humain qui chaque jour pétrit la terre pour en faire jaillir les ressources nécessaires à une existence plus large et plus stable.

La Science est la bienfaitrice de l'humanité : elle domine l'humanité en la dirigeant ; elle découvre les forces dormantes, dans la vaste substance qui paraît inanimée, éparses dans l'incommensurable ambiance, afin de les commander et de les utiliser au profit de nos exigences de vie quotidienne sans cesse améliorée et de la vitesse de nos relations et de nos communications ; par la biologie et la médecine elle combat la douleur, sauvegarde l'existence et cherche à la prolonger ; elle s'attaque aux plus hauts problèmes de la vie et de la mort ; elle est mère des arts aussi en donnant à ceux-ci des moyens de plus en plus perfectionnés de traduire l'expression de leurs raffinements et des faces infinies de notre vibration sentimentale.

La Science, en définitive, a deux buts : en découvrant les vérités et en trouvant l'interprétation des phénomènes, elle possède un pouvoir

d'application pratique : elle améliore la condition materielle des hommes, rend les masses des êtres à une vie plus puissante et plus riche, à une aisance où se trouve possible la réalisation de la dignité et de la morale humaines et ensuite, en nous élevant de degré en degré dans la connaissance, elle élargit l'orbe des lumières supérieures : la terre, à l'origine, était dans l'obscurité de l'inconscience et de l'ignorance, et maintenant elle s'avance plus brillante toujours dans la noire immensité de l'espace où elle va son destin qui porte aussi, comme un vaisseau sidéral, celui des hommes attachés à ses flancs.

Qu'on le veuille ou non, on découvrira, *je crois*, dans un avenir ignoré, la destinée de l'homme, son origine et sa fin dernière, car à mesure que nous allons, nous embrassons la Divinité, en possédant plus de vérité ; et qu'on le veuille ou non vingt mille ans après l'intellect obscur de l'homme des cavernes, nous en savons davantage, nous hommes modernes, et pour si peu que ce soit ; et qu'est-ce que deux cents siècles devant l'éternité, du moment que nous progressons vers le bien, le beau et le vrai !

Peut-être trouvera-t-on que nous voici bien loin maintenant des précisions de notre action et de notre but, que nous avons cependant nettement formulés. Mais quand il s'agit d'idéal et que l'on se laisse emporter sur ses invisibles ailes on peut perdre de vue les détails de la terre, mais on nage dans le rayonnement des cieux. En tout cas, c'est l'œuvre des grands cœurs, des cerveaux cultivés, animés du génie de la bonté que sont le plus souvent les médecins, de travailler à la belle tâche du rapprochement des hommes dans le secours bienfaisant et dans la science qui lie l'âme tout entière et en tous pays !

La tribune médico-professionnelle des abonnés

Cette tribune est librement ouverte aux abonnés et lecteurs du Concours Médical *pour y exposer leurs idées, leurs suggestions, leurs propositions, sous leur entière responsabilité et sans que la Direction, parce qu'elle les aura publiées, en endosse implicitement la plus minime partie.*

N. D. L. R.

LA FUSION

En un tel enthousiaste, la presse syndicaliste de tous nos groupements manifeste sa joie d'une réconciliation enfin scellée. Comme d'autres, nous saluons la victoire du bon sens et de l'esprit de liberté ». et nous voudrions nous aussi que : « l'entente fût complète, cordiale, sans réserve. »

Malheureusement, à notre grand regret de faire entendre une note discordante dans cette effusion d'harmonie et en nous excusant de notre mine contristée dans cette embrassade générale, nous les praticiens, ou tout au moins la grosse majorité des praticiens, nous venons dire que notre joie n'est pas sans mélange.

Nous considérons cette prétendue victoire comme incomplète. Que ce soit : « l'attachement irréductible de tel groupement à ses doctrines qui ait obligé la Commission mixte à abandonner les dispositions qui avaient été préalablement envisagées ; que « les dispositions nouvelles qui ont eu l'heureuse fortune de trancher le débat soient dues à l'initiative des délégués de tel ou tel groupement », peu nous importe, — nous n'admettons pas que la question de la représentation directe des praticiens de médecine générale au sein de l'Assemblée générale ait été délibérément escamotée, l'expression est de mise puisque cet escamotage s'est produit malgré le mandat formel que nombre de délégués avait reçu.

Le bon sens réclame cependant qu'à une représentation spéciale accordée à un groupement différencié, corresponde une représentation spéciale pour un autre groupement non moins différencié.

L'esprit de liberté exige que des revendications aussi logiques puissent au moins avoir droit de cité.

Ce parti pris inexplicable vient créer un malaise : nous exprimons sans ambages notre profond mécontentement.

La question sera évidemment reprise au Congrès des Syndicats du 8 juillet. Puisqu'il ne nous reste plus que cette ressource, nous susciterons le débat inévitable qu'il ne sera pas possible alors d'esquiver.

Nous donnons cependant l'assurance que « si le régime qui s'annonce est vraiment celui de la liberté notre aventure doit bien finir ! »

***

EN ATTENDANT LE CONGRÈS....

Philosophie de six mois d'action intersyndicale.

Nous voulons clore la série des communications parues dans ce journal en adressant tout d'abord nos remerciements les plus sincères à ses rédacteurs, qui, nous offrant l'hospitalité des colonnes de sa tribune libre, nous ont permis d'exposer des idées qui nous sont chères et dont nous assumons l'entière responsabilité.

Depuis moins de six mois nous avons fait une campagne ferme mais toujours courtoise pour défendre des conceptions auxquelles nous sommes profondément attachés, nous avons tenu à divulguer largement des préoccupations qui ne devaient pas rester cantonnées dans un cercle limité puisqu'elles étaient de nature à avoir un retentissement profond sur l'organisation de la collectivité.

Le Congrès du 8 juillet marquera l'étape.... Des renseignements qui nous sont parvenus, nous font prévoir que cette question de la représentation des praticiens de médecine générale envisagée différemment par les uns et par les autres alimentera abondamment les débats et nous assisterons certainement à une controverse serrée, ardente et passionnée.

Qu'en sortira-t-il ? Nous l'ignorons. Les avis sont très partagés. Partisans et adversaires de notre point de vue issus aussi bien de ce qui sera bientôt l'ancienne Fédération que de l'ancienne Union, vont s'affronter.

En tous cas, à constater l'ardeur et la ténacité avec laquelle des thèses différentes sont défendues par leurs protagonistes, il faut en conclure que la question est d'importance et méritait d'être posée.

L'initiative des confrères franc-comtois créant le syndicat des praticiens de médecine générale n'a donc pas été malheureuse, bien au contraire, car elle a mis à nu un « malaise » qui ne doit pas subsister avec notre nouvelle réorganisation. Que le Congrès se garde d'adopter une solution boiteuse qui ne ferait que reporter à un peu plus tard un règlement devenu peut-être plus difficile !

Cette initiative a été particulièrement opportune puisqu'elle a su tirer parti des circonstances en créant en très peu de temps un courant d'opinion qui n'a pas été sans influencer le mouvement évolutif d'ensemble.

L'accord doit se faire par des concessions réciproques : nous ne prétendons pas que nos propositions ne puissent pas être remaniées, revisées, modifiées, nous sommes prêts aussi à accepter des modalités s'il y a lieu, mais nous persistons à affirmer qu'il n'est pas possible de construire un édifice syndical solide tant que de légitimes aspirations seront délibérément étouffées.

Notre mission est remplie. La décision du Congrès nous dictera notre ligne de conduite ultérieure. Nous voulons espérer que cette décision sera la consécration éclatante de la solidarité effective dans l'action.

LE BUREAU PROVISOIRE.

N.B. — Les adhésions sont toujours reçues par le Dr MARTIN, secrétaire, à Plancher-les-Mines (Haute-Saône, Joindre deux francs en timbres-poste.

* * *

Communiqué

Le Syndicat des praticiens de médecine générale attire tout spécialement l'attention des omnipraticiens sur l'article 10 du projet de règlement intérieur proposé par la Commission mixte issue du Congrès des Syndicats médicaux.

Cet article énonce : « Les médecins spécialisés auront au sein du Conseil deux délégués de droit... », rédaction inadmissible car elle paraît consacrer un privilège en faveur du seul groupement de médecins spécialisés existant actuellement.

Nous n'avons du reste jamais compris la nécessité d'une représentation spéciale, quel que soit le groupement qui doive en bénéficier : les spécialistes sont des médecins comme les autres auxquels il devrait suffire de faire partie de leurs Syndicats locaux et de cotiser par leur intermédiaire à l'Union nationale. Pourquoi ces égards de caste.

Enfin, ... passons ..., puisque notre point de vue n'a pas prévalu et que ce droit particulier leur a été octroyé, nous, praticiens, nous réclamons aussi une représentation spéciale au moins égale à la leur. Et cela au nom de l'équilibre interconfraternel : nous nous dressons contre ce désir de catégorisation que nos confrères n'ont pas réussi à imposer mais qu'ils n'ont pu cependant complètement réfréner !

Nous proposons donc de modifier l'article 10 de la façon suivante : « Les médecins différenciés techniquement, auront au sein du Conseil deux délégués de droit », car il ne faudrait pas jouer sur les mots et ne pas comprendre sous le vocable de Syndicat spécial le groupement des médecins qui ont précisément la spécialité de n'en avoir aucune et auxquels doivent être accordés les mêmes avantages qu'aux autres groupements différenciés !

Nous voulons avoir nos délégués propres à l'Assemblée générale non seulement pour représenter en toutes circonstances le point de vue des praticiens et nous maintenir en liaison avec les autres Syndicats

spéciaux mais encore pour nous placer tous sur le pied d'égalité.

Nous sommes intervenus immédiatement auprès de la Commission mixte pour présenter nos revendications. Nous croyons bon de livrer ces propositions à la publicité pour que les Syndicats qui vont avoir à délibérer sur les projets de réorganisation puissent en faire état.

Au nom des intérêts des praticiens aussi bien que de ceux de toute la collectivité médicale, nous le leur demandons instamment.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CHRONIQUE SYNDICALISTE

Communiqué de la Commission mixte chargée d'élaborer le projet de Statuts et de Règlement intérieur du Nouveau Groupement National des Syndicats médicaux français, sous la présidence de M. le Professeur Balthazard.

Vote, à l'unanimité, par la Commission mixte, de tous les articles du projet de statuts et de règlement intérieur du nouveau Groupement national de tous les Syndicats médicaux français.

La Commission mixte avait déjà voté, à l'unanimité, tous les articles du projet de Statuts du nouveau Groupement, à l'exception de deux : l'article premier donnant le titre du nouveau Groupement et l'article 10, qui a trait au mode d'élection du Conseil.

Dans sa séance du 20 mai, la Commission a repris le texte de ces deux articles avec la volonté d'aboutir à un accord.

L'accord s'est fait, et les textes suivants ont été votés, à l'unanimité des membres de la Commission, dont voici les noms :

MM. les Drs Bouvat, Caillaud, Cibrie, Decourt, Denance (suppléant le Dr Rinuy), Desrousseaux, Fanton d'Andon, Gaussel, Humbel, Jayle, Lecat, Renon, Vanverts, Verger, sous la présidence de M. le professeur Balthazard.

***

1° Article I des Statuts comportant le nom du nouveau groupement :

La Commission mixte s'est arrêtée au titre suivant: Confédération Nationale des Syndicats médicaux de France (ce titre doit être soumis à un Conseiller juridique, en particulier pour savoir si les Syndicats de Colonies et des pays de protectorat pourront faire partie de cette Confédération.)

2° Article 10 des Statuts comportant le mode de nomination du Conseil :

La Commission a voté, *à l'unanimité*, le nouveau texte suivant :

« *Art.* 10. — L'élection du Conseil d'administration se fait d'après le mode suivant :

« 1° Les Syndicats qui se sont auparavant constitués en collèges électoraux régionaux nomment, « séparément, pour chaque collège, un ou plusieurs « administrateurs, suivant le nombre de syndiqués « représentés dans chaque collège régional.

« 2° Les délégués des autres Syndicats et ceux « qui représentent « les restes » des collèges élec« toraux régionaux, forment un collège électoral « complémentaire, qui nomme, au scrutin de liste « et au cours de l'Assemblée générale, des adminis« trateurs suivant le nombre de syndiqués du dit « collège.

« 3° Le Groupement des Syndicats généraux de « médecins spécialisés, pourra désigner deux admi« nistrateurs supplémentaires.

« 4° Le règlement intérieur fixera le nombre de « syndiqués donnant droit à un administrateur, « ainsi que les modalités de vote.

« Le Conseil d'administration du Groupement « National est proclamé chaque année, en Assem« blée générale. »

Par suite de la modification de l'article 10 des statuts l'article 9 du règlement intérieur se trouve modifié de la façon suivante :

« *Art.* 9. — Les collèges électoraux régionaux « devront remettre les noms des administrateurs « qu'ils auront nommés au cours de la première « séance de la deuxième journée de l'Assemblée « générale.

« Tout groupement de Syndicats aura droit à « un représentant au Conseil, pour 400 syndiqués.

« Les Syndicats ne faisant pas partie des collèges « électoraux régionaux dressent une liste de candi« dats, également à raison de 1 pour 400 syndiqués.

« Les collèges électoraux régionaux participeront « à l'établissement de cette liste et à son élection « pour la fraction de leurs syndiqués (ou « reste ») « dépassant le chiffre de 400 ou un de ses multiples, « qui n'a pas été représentée dans le vote pour les « administrateurs nommés par le collège régional ».

Les articles 10 et 11 restent sans changement.»

L'article 12 est supprimé.

***

Date du prochain Congrès.

La Commission mixte a décidé que le prochain Congrès des Syndicats, aurait lieu le dimanche 8 juillet 1928, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, mis, par le Doyen, à la disposition du Congrès.

Elle a, ensuite, décidé de proposer au Congrès que la première Assemblée générale du nouveau groupement ait lieu le jeudi 6 décembre 1928.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8324 Fenot, Feuquières (Oise), Syndicat de l'Oise.
8325 Grand, Montréjeau (Haute-Garonne), Syndicat de Saint-Gaudens.
8326 Plantey, Alger(Algérie), Syndicat d'Alger.
8327 Petit, rue Littré, Paris, Parrains : Drs Girou et de Puyberneau.
8328 Grandclement, Arinthod (Jura), Syndicat de Lons-le -Saunier.
8329 Casassus, 130, Cours de Verdun, Bordeaux, Syndicat des médecins bordelais.
8330 Lehoux, Trévières (Calvados), Parrains : Drs Simon et Hauttement.
8331 Lerenard, Isigny-sur-Mer (Calvados), Syndicat de Bayeux.
8332 Zerlant, Loches (Indre-et-Loire), Syndicat de Tours.
8333 Aubouard, Montpont (Saône-et-Loire), Parrains : Drs Duchesneau et Poty.
8334 Eynard, Marseille (Bouches-du-Rhône), Syndicat de Marseille.
8335 Delanoë, Cany (Seine-Inférieure), Syndicat d'Yvetot.
8336 Mlle Valleix, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Syndicat du Puy-de-Dôme.
8337 Frappereau, Thouars (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
8338 Bonis, Belvès (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
8339 Philippe, Percy (Manche), Syndicat de Saint-Lô.
8340 Sauvage, Languidic (Morbihan), Syndicat de Lorient.
8341 Jourdan, Marseille (Bouches-du-Rhône), Syndicat de Marseille.
8342 Prévot, Marseille (Bouches-du-Rhône), Syndicat de Marseille.
8343 Mercier, 5, rue Montfaucon, Paris, Syndicat de la Seine.
8344 Charlot, Boën-sur-Lignon (Loire), Syndicat de la Loire.
8345 Dohen, 7, boul. Jules-Ferry, Paris, Syndicat de la Seine.
8346 Jaillet, Arbois (Jura), Syndicat du Bas-Jura.
8347 Fontanille, Montargis (Loiret), Parrains : Drs Castelbon et Vialette.
8348 Verdet, Coueron (Loire-Inférieure), Parrains : Drs Saquet et Boussion.
8349 Deguy, 33, rue de la Chapelle, Paris, Syndieat de la Seine.
8350 Dardy, Scorbé-Clairvaux (Vienne), Syndicat de la Vienne.
8351 Capela, Urçay (Allier), Association de l'Allier.
8352 Contal, Autreville (Vosges), Syndicat de Neufchateau.
8353 Cadeac, Décines (Isère), Syndicat du Rhône.
8354 Jauffred, Givors (Rhône), Syndicat du Rhône.
8355 Auricombe, Agen (Lot-et-Garonne), Association du Lot-et-Garonne.
8356 Sans, St-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
8357 Jaffre, Bayonne (Basses-Pyrénées), Association des Basses-Pyrénées.
8358 Mlle Merle, La Bourboule (Puy-de-Dôme), Syndicat de La Bourboule.

Avocat conseil.

A la suite du décès inattendu de Me Nattan-Larrier, Me Jean Priou, avocat à la Cour de Paris, docteur en droit (sciences juridiques et sciences économiques), qui, admis en décembre 1926 à assister, en qualité d'auditeur bénévole, aux réunions du Conseil, les avait suivies très assidûment, avait été désigné provisoirement pour recueillir les dossiers et plaider les affaires laissées en suspens.

Il a, depuis, plaidé avec succès trois de ces affaire et donné, sur les diverses questions qui lui ont été soumises, des avis et des consultations fort intéressants.

En conséquence, le Conseil, à l'unanimité, sur la proposition de M. le Dr Paul Boudin, secrétaire général, nomme Me Priou, avocat conseil du « Sou Médical », en remplacement de Me Nattan-Larrier.

Honoraires de droit commun.

Le Dr F. (Seine) a recouvré judiciairement 130 fr. d'honoraires qui lui étaient dus et pour lesquels il avait obtenu l'appui pécuniaire, en considération des circonstances particulières du refus de payement de ses clients.

Les frais et honoraires de son homme d'affaires se sont élevés à 90 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Puy-de-Dôme), a obtenu, après plaidoirie de Me Priou, la condamnation au payement de ses honoraires du père d'un jeune homme mineur, qui prétendait, ayant été soigné pour un accident du travail, que le médecin devait accepter l'application du tarif ministériel.

Le Conseil ordonnance le versement à Me Priou de 300 fr. pour ses honoraires et le dépôt d'une provision au greffe pour lever la grosse du jugement.

Le Dr H. (Seine) a obtenu amiablement le payement des 60 fr. demandés pour une analyse de sang, qui avait donné un résultat positif, alors que deux autres analyses, faites dans des hôpitaux, avaient donné un résultat négatif.

Les frais et honoraires de Me Audebert, qui sont de 35 fr., sont ordonnancés par le Conseil.

Le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 500 fr. à l'avocat qui doit plaider la demande en payement de 10.150 fr. d'honoraires formée par le Dr L. (Côte-d'Or) contre l'auteur d'un accident d'automobile, pour soins donnés à sa victime.

Le Dr B. (Manche) a obtenu, après plaidoirie de Me Priou, la condamnation de ses clients, par défaut, au payement de 4.700 fr. pour honoraires d'un accouchement et soins consécutifs.

Une provision de 400 fr. sera versée à l'avoué, pour l'enregistrement et la signification du jugement.

Le Dr B. (Loire), ayant fait condamner, en justice de paix, un cultivateur à lui payer au tarif local ses honoraires pour soins donnés à son fils, blessé dans son travail, est traîné en appel par son adversaire.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr P. (Isère), se voit refuser le payement d'un honoraire de 80 fr. pour pose d'une écharpe de Mayor, le client prétendant, sans preuve, qu'il a reçu une part des honoraires touchés par le radiographe.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr D. (Bouches-du-Rhône) a fait condamner un automobiliste à lui payer ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident qu'il a causé.

Il a payé, pour frais et honoraires d'avocat, 110 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr C. (Loir-et-Cher) d'une provision de 400 fr. pour l'affaire d'appel de justice de paix dans laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Le Dr L. (Pas-de-Calais) a recouvré amiablement les honoraires qui lui étaient dus pour les soins qu'il a donnés à un enfant blessé par la chute d'une poutre en ciment et a payé, pour frais et honoraires, 49,80, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. (Seine-et-Marne), a recouvré, transactionnellement, par les soins de Me Leveillé-Nizerolle, avoué, 1419,55 pour honoraires dus par un automobiliste pour les soins donnés à ses victimes.

Me Leveillé-Nizerolle demande, comme honoraires, 100 fr., somme égale à la provision qu'il a reçus, ce qui est approuvé par le Conseil.

Le Dr P. (Rhône) a été débouté d'une demande en payement de 180 fr. d'honoraires, le juge de paix ayant estimé suffisante la somme offerte par le client, parce que d'autres médecins, dont l'un est nommé dans le jugement, font, pour ce prix, l'intervention pratiquée. Le jugement n'est pas susceptible d'appel et une constatation de fait du jugement rend inopportun un pourvoi en cassation.

Les frais et honoraires faits dans cette affaire s'élèvent à 278,70, dont le Conseil ordonnance le payement.

Le Dr C. (Tarn-et-Garonne) a recouvré amiablement les honoraires qui lui étaient dus pour l'accouchement d'une femme, en voyage, à la demande de son beau-frère.

Il a payé à l'avoué 40 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Gard), ayant soigné et conduit, en automobile, à 70 kilomètres, sur sa demande instante, un ingénieur, blessé du travail, a touché 172 fr. de la Compagnie d'assurances et demande l'appui pour réclamer à son client la différence entre cette somme et ses honoraires au tarif de droit commun, qui s'élèvent à mille francs.

Cet appui lui est accordé.

Le Dr H. (Meurthe-et-Moselle), ayant opéré un cultivateur, blessé dans son travail et demandé 3.000 fr. d'honoraires, la Compagnie lui offre 1514 fr., calculés au tarif ministériel.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr H. pour poursuivre, en vertu du droit commun, le recouvrement de ses honoraires contre son client.

Accidents du travail.

Le Dr C. (Rhône) se voit refuser l'admission privilégiée d'une note d'honoraires due par un patron en faillite pour soins donnés à plusieurs de ses ouvriers, blessés du travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour réclamer l'admission privilégiée de sa note.

Le Dr B. (Marne) pour lequel une démarche amiable a été faite en vain près de la Compagnie d'assurances, obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron et l'ouvrier, en payement des soins donnés à la suite d'un accident du travail contesté.

Le Dr W. (Seine) a gagné, en appel, sur plaidoirie de Me Priou, un procès perdu en justice de paix, en payement d'honoraires pour un accident du travail contesté.

Le Conseil ordonnance le payement à Me Priou de 300 fr. pour ses honoraires.

Les docteurs G. et J. (Puy-de-Dôme), ayant soigné dans une clinique annexée à un hôpital, un blessé du

travail très gravement atteint et qu'il était impossible de transporter à l'hôpital le plus proche où il aurait pu être opéré, ont obtenu l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron en payement de leurs honoraires, le « tout compris », opposé par la Compagnie d'assurances, n'étant pas applicable, étant données l'urgence et la nature exceptionnelle de la lésion.

Ils ont été payés amiablement, à la suite de la seule menace de poursuites.

Le Dr H. (Pas-de-Calais), ayant soigné, pour des accidents sériques, après la reprise du travail, un blessé auquel il avait fait une injection de sérum antitétanique, le payement des honoraires pour soins postérieurs à la reprise du travail lui est refusé.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr X. est appelé en garantie par le patron d'un ouvrier agricole décédé du tétanos à la suite d'une coupure qu'il s'était faite avec une faucille. Il est reproché au Dr N. de n'avoir pas fait d'injection antitétanique.

Le Conseil admet, en tant que de besoin, au bénéfice de la garantie de la Caisse spéciale, le Dr N., qui est couvert en premier rang par une autre assurance.

Le Dr G. est assigné en 100.000 francs de dommages intérêts par un client qui lui reproche de lui avoir causé une infirmité, à défaut de lui avoir retiré un grain de plomb qui avait pénétré au-dessus du genou.

Le Conseil admet, en tant que de besoin, à la garantie de la Caisse spéciale, le Dr G., qui est couvert également par une autre assurance.

Baux et locations.

Le Dr G. (Jura) a fait réduire, par le Tribunal, son loyer, qui dépassait le maximum légal fixé par la loi du 1er avril 1926.

Il a payé, pour honoraires d'avocat, 200 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr T. (Ille-et-Vilaine) a vu son loyer porté de 1.000 à 6.000 fr. sur une demande en revision formée par son propriétaire, après un rapport d'expert assimilant son local professionnel à un local commercial.

Le Conseil accorde au Dr T. l'appui pécuniaire pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr J. (Vaucluse), à qui l'appui pécuniaire a été accordé pour défendre au pourvoi en cassation formé par son propriétaire contre un jugement qui lui a accordé la prorogation, demande le remboursement de 187,60 de frais et honoraires, qu'il a payés en justice de paix dans cette affaire.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Lacaze-Dori, de Montauban (Tarn-et-Garonne). — M. le Dr Mesnard, de Frontenay-Rohan-Rohan (Deux-Sèvres). — M. le Dr Pierre-Emile Duhamel, de Paris. — M. le médecin général inspecteur Jacob, ancien directeur du Val-de-Grâce. — M. le Dr Hideyo Noguchi, savant japonais, auteur d'importants travaux bactériologiques.

— **Ecole supérieure de Malariologie de Rome.** — Les cours de l'École supérieure de Malariologie auront lieu en 1928 du mois de juillet à septembre.

L'école comporte deux sections : une essentiellement médicale et une autre de technique économique réservée aux ingénieurs agricoles.

Les cours sont ouverts à tous les étudiants italiens ou étrangers. Le droit d'inscription est fixé à 300 lires. A la fin du cours, pourront être délivrés un certificat d'assiduité moyennant le versement de 50 lires ou le diplôme d'examen contre un versement de 100 lires.

Quatre bourses d'études de chacune 5.000 lires, pourront être attribuées à deux élèves de la section médicale et à deux élèves de la section technique économique.

Inscriptions au Secrétariat de l'Ecole : R. Clinica Medica-Policlinico Umberto, 1, Roma.

— **XXIe voyage d'études médicales** (1er-12 septembre 1928.) — Le XXIe Voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 12 septembre 1928, sous la direction scientifique de M. le docteur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, et de M. le docteur Paul Harvier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, directeur scientifique adjoint. Il sera organisé par le docteur Janot, secrétaire de la Fédération thermale d'Auvergne, et se déroulera dans l'Auvergne et le Bourbonnais.

Itinéraire du XXIe V. E. M. : 1er jour (1er septembre) : Concentration à 14 heures à Pougues. Visite de Pougues. Conférence du professeur Villaret. Dîner et coucher à Pougues. — 2e jour (2 septembre) : Visite de Saint-Honoré-les-Bains. Conférence du professeur agrégé Harvier. Visite de Bourbon-Lancy. Conférence du professeur Villaret. Dîner et coucher répartis à Bourbon-Lancy et Bourbon-l'Archambault. — 3e jour (3 septembre) : Visite de Bourbon-l'Archambault. Conférence du professeur agrégé Harvier. Visite de Néris-les-Bains. Conférence du professeur Villaret. — 4e jour (4 septembre) : Visite d'Evaux. Conférence du professeur agrégé Harvier. Dîner et coucher à La Bourboule. -

5e jour (5 septembre) : Visite de La Bourboule. Conférence du professeur Villaret. Dîner et coucher au Mont-Dore. — 6e jour (6 septembre) : Visite du Mont-Dore. Conférence du professeur agrégé Harvier. Excursion facultative au Puy de Sancy et au Plateau des Capucins. — 7e jour (7 septembre) : Déjeuner au Lioran. Visite de Vic-sur-Cère. Conférence du professeur Villaret. Dîner et coucher à Vic-sur-Cère. — 8e jour (8 septembre) : Visite de Saint-Nectaire. Conférence du professeur agrégé Harvier. Dîner et coucher à Saint-Nectaire. — 9e jour (9 septembre) : Visite de Royat. Conférence du professeur Villaret. Réception à Clermont-Ferrand. Visite de l'Etablissement de la Terrasse (Chamalières). — Dîner et coucher à Royat. — 10e jour (10 septembre) : Visite des Sanatoriums de Durtol et d'Enval. Dîner et coucher à Châtel-Guyon. — 11e jour (11 septembre) : Visite de Châtel-Guyon. Conférence du professeur agrégé Harvier. Dîner et coucher à Vichy. — 12e jour (12 septembre) : Visite de Vichy. Conférence des professeurs Villaret et Harvier. Déjeuner et dîner à Vichy. Dislocation.

Le V. E. M., voyage d'études médicales, est exclusivement réservé aux médecins et étudiants en médecine en fin d'études.

Le prix du voyage sera approximativement de : 1.100 francs pour les adhérents des pays à change haut ; 700 francs pour les adhérents des pays à change bas. Ce prix comporte la totalité des frais, du point de concentration : Pougues, au lieu de dislocation : Vichy (voyage en auto-cars, hôtels, pourboires, etc.). Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du point de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à Mademoiselle Machuré, secrétaire des V. E. M., Chambre Syndicale des Eaux minérales, 21, rue de Londres, Paris IXe (Louvre 31-37). Il sera statué sur ces demandes par le Comité de Direction à partir du 1er juillet 1927, et ce, *sans priorité d'inscription*, afin d'équilibrer les places entre les différentes catégories de participants et entre les diverses nationalités.

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation (par chèque barré, à Mademoiselle Machuré) qu'après avis de l'inscription définitive.

Si, après inscription et versement du prix du voyage, un cas de force majeure empêchait un adhérent de participer au voyage, le montant du chèque encaissé lui serait remboursé avec une retenue de 50 francs.

— **Les médecins anglais à Vichy.** — Les médecins anglais participant au Voyage d'études du *Royal Institute of Public Health* se sont rendus à Vichy.

Le soir de leur arrivée, ils ont assisté à un dîner donné en leur honneur par la Compagnie Fermière de Vichy sous la présidence de M. Baugnies, administrateur-délégué, qui leur a souhaité une cordiale bienvenue en anglais. Dans le discours longuement applaudi qu'il a prononcé, M. Baugnies a précisé les conditions dans lesquelles la Compagnie de Vichy met en valeur les sources de l'Etat et exposé à ses auditeurs les plans grandioses élaborés pour l'avenir.

D'autres discours, chaleureusement applaudis, ont été prononcés par le docteur Jardet, le docteur Kellynack au nom du Royal Institute of Public Health, le docteur Monod, la doctoresse Mrs Jeffries, le professeur Barnardo et le docteur Morland.

Une brillante soirée artistique suivit, avec participation de vedettes telles que l'admirable danseuse Vanah Yami, Mme Ibsen, Mlle Popineau, M. Pol Rab, etc ...

Le lendemain, les médecins anglais, après avoir visité la Pastillerie, ont assisté à la présentation d'un film représentant Vichy sous tous ses aspects. L'après-midi, ils visitèrent l'Etablissement thermal de la Compagnie de Vichy sous la direction des médecins de la station.

Les praticiens anglais n'ont pas caché leur admiration pour la perfection des divers services de cet établissement considéré à juste titre comme un modèle du genre.

La visite des sources a suivi celle de l'Etablissement thermal ; les médecins anglais se sont rendus non seulement à celles qui jaillissent à Vichy, mais encore à la source du Dôme, récemment incorporée au domaine de l'Etat.

La fin de l'après-midi a été consacrée à une excursion au Sporting Club. La plupart de nos confrères anglais sont des golfers émérites. Leur impression admirative touchant le grand centre sportif de Vichy a d'autant plus de portée.

Le soir, une brillante représentation de gala était donnée en leur honneur au Casino et, le lendemain, les hôtes de Vichy quittaient cette ville par train spécial, emportant de leur visite à la reine des stations thermales un inoubliable souvenir.

— **Les médecins anglais à Aix-les-Bains.** — De nombreux médecins anglais, groupés en un voyage d'études organisé par le *Royal Institute of Public Health*, ont visité Aix-les-Bains les 26, 27 et 28 mai.

Nos confrères ont longuement parcouru l'établissement thermal, prenant un intérêt très vif aux explications qui leur furent données soit en français soit en anglais par les docteurs Berthier, Blanc, Duvernay, Forestier, Françon, Lelong.... sur les douches-massages locales ou générales (spécialité d'Aix-les-Bains) et le bain de vapeur naturelle Berthollet.

Pour eux, ce fut une succession de fêtes : banquets, représentations de gala du « Grillon du Foyer », la pièce de Charles Dickens, promenade à l'Abbaye de Hautecombe, tour du Lac du Bourget, visite du golf, sport qui, aux dires des médecins anglais est l'adjuvant indispensable de la cure d'Aix-les-Bains.

— **Première conférence internationale de la lumière** (Physique, biologie, thérapeutique). — Contrairement à ce qui avait été annoncé, la conférence n'aura pas lieu du 4 au 7 septembre, mais les 10, 11, 12 septembre à Lausanne et le 13 septembre à Leysin.

Le programme comporte une séance solennelle d'ouverture le 10 septembre avec discours de M. le Conseiller fédéral Chuard et MM. les professeurs Chamorel et Rosselet (Lausanne).

Programme :

Première journée, 10 *septembre*. — Professeur Dorno (Davos) : Variations journalières et annuelles de l'insolation ; professeur Fabry (Paris) : L'absorption des radiations par l'ozone de la haute atmosphère ; professeur Henri (Zurich) : Les méthodes de mesure de l'énergie des radiations infra-rouges visibles et ultra-violettes ; professeur Léonard Hill (Londres) : Soleil et lumière artificielle ; Dr G. Bohn (Paris) : Les équilibres vitaux et la lumière.

Deuxième journée : 11 *septembre*. — Professeur Bloch (Zurich) : Pigmentation et lumière ; professeur Haussmann (Vienne) : Les bases de la photosensibilité ; professeur Jausion (Paris) : Les applications thérapeutiques de la photosensibilisation ; Dr Alfred Hess (New-York) : Aliments irradiés et stérols ; Dr Hausser (Berlin) : (Sujet réservé) ; Dr Dautrebande (Bruxelles) : L'influence de la lumière sur les équilibres ioniques sanguins.

Troisième journée : 12 *septembre*. — Dr O. Bernhard (Saint-Moritz) : Cure solaire et climatique de la tuberculose chirurgicale (1886-1928) ; professeur Axel Reyn (Copenhague) : L'héliothérapie artificielle du lupus et de la tuberculose cutanée ; professeur G. Ceresole (Venise) : L'héliothérapie au bord de la mer ; Dr P. Roussel (Lamotte-Beuvron) : L'héliothérapie et la tuberculose pulmonaire.

Quatrième journée : *Leysin* 13 *septembre*. — (Hom-

mage au Dr ROLLIER) . Dr ROLLIER (Leysin) : L'héliothérapie, son importance thérapeutique préventive et sociale ; Dr SALEEBY (Londres) : De l'héliothérapie à l'hygiène solaire ; Dr LEDENT (Liège) : L'héliothérapie et l'actinothérapie en Belgique.

Ces différents rapports seront suivis de discussions et de courtes communications.

Une excursion facultative est prévue pour le 14 septembre à Zermatt et au Gornergrat (3.136 mètres).

Une exposition d'appareils destinés aux applications thérapeutiques de la lumière sera organisée à Lausanne pendant la durée de la conférence. En outre, un certain nombre de réceptions sont prévues, dont les détails seront publiés ultérieurement.

Pour toute demande de renseignements e t de programmes détaillés, s'adresser au Secrétariat français : Dr ROUSSEL, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

— **Luchon.** — *Réception de la caravane scientifique des professeurs et étudiants de la Faculté de pharmacie de Paris.* — La Municipalité de Luchon et la Compagnie Fermière de cette ville thermale et climatique, ont tout récemment reçu professeurs, internes des hôpitaux et étudiants en pharmacie de l'Ecole Supérieure de Paris. MM. les professeurs Delépine et Grinberg, membres de l'Académie de Médecine de Paris étaient accompagnés de MM. les professeurs Cousin, Delaby et leurs assesseurs.

Reçus sur le quai de la gare, ces Messieurs furent immédiatement conduits dans leurs hôtels respectifs et, à 10 h. 1/2, la Compagnie Fermière saluait le Corps professoral. M. le docteur MOLINÉRY, directeur technique des établissements thermaux et de l'Institut de Physiothérapie de Luchon, exposait la thérapeutique de cette station, thérapeutique conditionnée par un périmètre géothermal à peu près unique au monde. Luchon possède, en effet, des eaux sulfurées sodiques, mésothermales et hyperthermales les plus radioactives de France et parmi les plus radioactives du monde, 51,5 millicrocuries par litre (professeurs Moureu et A. Lepape) réparties en plus de 60 sources variant de 26 à 66°.

Maladies de la gorge et des bronches, affections de la peau, rhumatismes, furent étudiées en fonction de la carence de soufre que présentent ces diverses maladies.

Cet exposé fini, le Corps médical luchonnais fit visiter les différents services techniques et l'on pénétra dans les galeries qui vont constituer le Vaporarium dont, à diverses reprises, notre journal a entretenu ses lecteurs. Le vaporarium de Luchon va être, en effet, *l'application* large, complète et totale de l'idée que les anciens et, en particulier, les Romains, s'étaient faits de leur organisation balnéo-thermale. Ce vaporarium de Luchon consistera en une grande salle circulaire de 30 mètres de circonférence environ et de 5 mètres de hauteur où aboutiront un certain nombre de galeries creusées à même la roche et accusant des températures passant de 32 à 48°. La superstructure sera édifiée dans le courant de l'année.

M. le professeur Delépine remercia en termes particulièrement heureux la ville, la Compagnie fermière et le docteur Molinéry, formant, dit-il, des souhaits pour que toutes les stations fassent un effort scientifique analogue à celui dont il venait d'être le témoin et souhaita à cette station thermale toute la prospérité qu'elle méritait à tous égards.

Une ascension à Super-Bagnères permit à nos visiteurs de se rendre compte de l'importance climatique de la station de Luchon qui permet à ses malades d'être tantôt à 600 mètres, tantôt à 800, avec des échelons jusqu'à 1.800.

Une réception organisée par la Compagnie fermière réunit le soir, en une charmante soirée dansante, tous les éléments de la colonie étrangère et maîtres, étudiants et étudiantes de la caravane d'études scientifiques de la Faculté de Médecine de Paris.

— **Service médical de la Préfecture de la Seine.** — Par arrêté du Préfet de la Seine, l'article 2 de l'arrêté du 12 octobre 1926 concernant l'organisation médicale de la Préfecture de la Seine est modifié comme suit :

Paragraphe 5. — Il leur sera attribué, en outre, pour chaque visite à domicile, hors Paris, une somme de 10 fr. augmentée d'une indemnité fixée forfaitairement à raison de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, d'après la distance existant entre les fortifications et chaque commune, conformément à l'état annexé au présent arrêté. Pour la rémunération des visites à domicile, il ne sera fait aucune distinction entre les visites de contrôle et celles de soins.

Paragraphe 8. — En cas d'accident du travail survenu dans le service, les médecins seront tenus de délivrer, sans rémunération spéciale, les certificats qui leur seraient réclamés par l'Administration. Toutefois, lorsqu'il y aura eu déclaration d'accident dans la forme prévue par la loi du 9 avril 1898, le médecin recevra une somme de 10 fr. par certificat établi.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Service automobile Clermont-Ferrand, Le Mont-Dore, La Bourboule direct.* — Depuis le 15 juin jusqu'au 2[illegible] septembre un service quotidien reliera Clermont-Ferrand à La Bourboule par Ceyrat, Randanne, Le Mont-Dore.

Départ de Clermont-Ferrand à 13 h. 10, arrivée à La Bourboule à 15 h. 20.

Départ de La Bourboule, à 8 h. 30, arrivée à Clermont-*Ferrand à 10 h. 40.*

Prix : Clermont-Le Mont-Dore : 30 fr. ; Clermont-La Bourboule : 31 fr.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages seront délivrés pour Le Mont-Dore et La Bourboule au départ de Genève, Lyon-Perrache, Vichy, Grenoble, Annecy, Chambéry, Aix-les-Bains Evian, Valence, et au départ des principales gares des réseaux d'Alsace-Lorraine et de l'Est.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

III

2000. — Pansements multiples.

Un peintre tombe sur le talon du haut d'une échelle, de 4 mètres environ ; le certificat initial mentionne « entorse du pied droit avec contusion du tarse. Plaie linéaire contuse et profonde, prétibiale. » Cette plaie (1/3 moyen) nécessite une suture... et un pansement. Le pied, tout endolori (la radio révèlera une fracture du calcanéum) nécessite une contention sérieuse. Je compte sur ma note, pour chacun des doubles pansements (jusqu'à la guérison de la plaie de la jambe) :

Pansement de la jambe	12 fr.
Pansement du pied.........	12 fr.
Déplacement	2 fr.
	26 fr.

Une première fois, la Préservatrice m'offre de me régler en donnant 14 fr. pour chaque pansement. Je refuse en leur expliquant que, même à 17 fr. (pansements multiples sur un même segment de membre), je n'accepterais pas, car le segment de membre finit à la cheville, et le second pansement maintenait tout le pied ; qu'en outre, il s'agissait de deux pansements très différents, l'un étant un pansement de plaie, l'autre une contention de lésions articulaires et osseuses (l'un, bande de crêpe, l'autre bande de toile...).

Ils me proposent 17 francs aujourd'hui. J'ai refusé et dit que je soumettais la chose à votre arbitrage (à moins que le « Sou » ne juge bon de prendre l'affaire en mains ; mais je pense que votre opinion autorisée suffira).

S'il s'était agi d'une plaie de la jambe gauche, au lieu de la droite, le travail eût été le même, et il n'y aurait pas eu contestation. Etes-vous de mon avis, mon cher confrère ? Dr P.

Réponse.

La première question à résoudre est celle de savoir si vous avez fait ou non *deux pansements séparés*. Vous parlez, pour le repousser, du cas d'un même segment de membre, mais il n'y a pas que cela à l'article 17 : « Pansements multiples sur un même segment de membre *ou sur une partie du corps très voisine...* ». *A priori*, il me semble que cet article 17 doit jouer ici. Auquel cas, vous auriez à réclamer 15 fr. + 2 fr. de déplacement moyen dans les grands centres = 17 fr. A moins qu'il n'y ait eu des raisons techniques spéciales de faire deux pansements distincts, séparés l'un de l'autre, raisons qui ne m'apparaissent pas à la lecture de votre lettre. Dr F. D.

IV

1990. — 1° Visite de contrôle ; 2° amputation partielle d'un doigt.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

1° J'ai contrevisité chez moi, sans que le médecin traitant soit venu, un blessé, sur la demande d'une compagnie d'assurances. Quel est le tarif, consultation et certificat descriptif ?

2° J'ai soigné un blessé qui a eu le médius pris dans un engrenage. Je lui ai désarticulé la phalangette, bien que les lambeaux soient insuffisants, et il est possible que, dans la suite je sois obligé de désarticuler la phalangine. La compagnie d'assurances pourrait-elle discuter cette deuxième intervention éventuelle ?

Dr P.

Réponse.

1° La contre-visite n'est plus affaire de tarif des accidents du travail, mais affaire de *droit commun*, puisque vous avez agi étant « commis » par la Compagnie. Prenez donc vos prix ordinaires de clientèle (consultation plus certificat). Toutefois, vous n'auriez pas dû voir le blessé *chez vous* en dehors du médecin traitant, prévenu ou non. Vous n'aviez légalement (article 4, § 5 de la loi du 9 avril 1898) que « *accès hebdomadaire auprès de la victime*, en présence du médecin traitant prévenu, etc... ». L'accès *auprès* de la victime ne veut pas dire de la faire venir *chez vous*, c'est même tout le contraire ;

2° Il s'agit là d'une amputation partielle d'un doigt : 50 francs » (article 20), qu'elle ait été faite en une ou deux fois. Et c'est bien partielle, puisqu'il reste encore la phalange, si je comprends bien votre lettre.

Dr F. D.

V

1956. — Extraction de corps étrangers.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le tarif que je dois appliquer à une accidentée du travail.

Une ouvrière en chaussures, dont l'ongle du médius avait été labouré par une grosse aiguille de machine électrique, se présente à mon cabinet.

J'extrais un premier fragment cassé au ras de l'ongle et situé à peu près en son centre. Je débride un peu et, avec des pinces, j'arrive à extraire ce fragment qui était implanté en pleine substance osseuse. Je ne réussis d'ailleurs qu'après plusieurs tentatives infructueuses, car j'avais une prise minime.

Le lendemain, devant une douleur anormale et malgré les dires de l'ouvrière qui m'affirmait que l'aiguille avait pu être reconstituée à l'atelier, je fis faire une radio.

Cette radio fit apparaître un second fragment qui, après avoir traversé l'ongle et la substance osseuse avait été se loger dans le tissu pulpaire. Avec le contrôle des rayons et, après anesthésie locale, j'extrayais ce second fragment.

Que dois-je compter pour ces deux interventions ? Je sais d'après le *Concours médical* que la radio n'est pas indispensable pour les corps étrangers des doigts.

J'ai envie de compter 20 francs chaque extraction.

Je serais heureux d'avoir votre avis.

Dr B.

Réponse.

Il s'agit là de deux extractions successives de deux fragments différents de corps étrangers. Vous avez donc à compter le premier jour : « extraction de corps étranger superficiel : 20 fr. » et le second jour : « Extraction de corps étranger nécessitant un repérage radiologique : 100 fr. ». Sans doute, le prix est peut être un peu élevé pour cette intervention, comme cas d'espèce, mais vous aurez ou vous avez déjà eu d'autres cas où le tarif vous désavantageait ; l'un compense l'autre.

Dr F. D.

Questions médico-militaires.

2202. — Tableau de concours pour la Légion d'honneur.

A quelle époque de l'année est dressé le tableau de concours pour la Légion d'honneur (Service de santé de réserve) ?.

Réponse.

Les propositions sont transmises, par les régions au Ministre, au mois de janvier. Le tableau est arrêté pour paraître, en général, dans le courant du mois de juin.

1713. — Proposition pour la Légion d'honneur, à titre militaire, après radiation des cadres.

Je suis dans un cas à peu près analogue à celui du confrère à qui vous répondez dans le *Concours* du 29 avril 1928, page LXI-1305.

Pensionné à 25 %, je me suis fait rayer des cadres vers 1921. J'avais 49 ans, et étais médecin-major de 2e classe.

J'ai été proposé pour la Légion d'honneur au cours de la guerre. J'étais sur le front. J'ai été proposé après ma radiation des cadres, vers 1923.

Puis-je encore espérer quelque proposition ?

Dr X.

Réponse.

Puisque votre proposition de 1923 n'a pas eu de suite, il semble difficile que vous puissiez être, encore en 1928, proposé au titre militaire. Cependant, si vous avez quelques titres civils à faire valoir, le Ministre à qui serait soumise votre proposition ne manquerait pas de faire état de vos services militaires, dont il faudrait faire joindre une copie à votre nouveau dossier.

1697. — Durée de service et grade des étudiants en médecine.

Quelle est, d'après la nouvelle loi militaire, la durée du service pour les étudiants en médecine, munis

de vingt inscriptions, sursitaires, et appartenant à une classe antérieure à la classe 1922, et quel est le grade obtenu lors de l'incorporation ?

Dr N.

Réponse.

Les étudiants, ou anciens étudiants en médecine, qui ont obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale accomplissent, en fin de sursis, leur année de service actif :

A) Cinq mois comme médecins auxiliaires et sept mois comme médecins sous-lieutenants, s'ils sont ou docteurs en médecine, ou nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de Faculté et pourvus de seize inscriptions validées ;

B) Un an comme médecins auxiliaires, s'ils sont seulement possesseurs de douze inscriptions de médecine validées.

Les autres étudiants, qui n'ont pas obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale, sont incorporés en fin de sursis dans une section d'infirmiers. S'ils rentrent dans l'une des précédentes catégories (A ou B), ils suivent obligatoirement, pendant leurs six premiers mois de service, des cours d'application spéciaux, à la suite desquels ils peuvent être nommés médecins auxiliaires.

En outre, ceux de la catégorie A peuvent être nommés médecins sous-lieutenants après cinq mois de grade de médecin auxiliaire, pour effectuer en cette qualité leur dernier mois de service actif (article 37 de la loi du 31 mars 1928).

Le moment d'application de cette loi, soumis à certaines conditions préalables, est prévu pour le 1er novembre 1930 (article 104).

1774. — Radiation des cadres d'un réformé temporaire.

Aide-major de 1re classe de réserve classe 99, libérable en novembre 1928.

Mis en non disponibilité pour infirmité temporaire (avec pension 10 %), par décision ministérielle en novembre 1927.

Proposé en mars 1928 pour le maintien du 10 % et la radiation des cadres.

Que dois-je faire maintenant ?

Dois-je laisser les choses suivre leur cours et attendre ma radiation des cadres, qui me libèrera. ?

Dois-je, quand même, étant donné la proximité de la libération de ma classe, exprimer à mon directeur du Service de santé, ma volonté de ne pas être maintenu dans les cadres. ?

Dr D.

Réponse.

Laissez les choses suivre leur cours ; d'ici quelques mois (car les choses administratives ne vont pas vite), vous serez rayé des cadres pour raisons de santé, et cela à peu près au moment

de la libération de votre classe. Vous n'aurez pas de démarche spéciale à effectuer pour être dégagé de toutes obligations militaires.

1757. — Périodes d'instruction pour être promu au grade supérieur.

N'ayant fait, il est vrai, qu'une partie de la guerre, je me croyais cependant libéré du service et surtout des périodes d'instruction. Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Classe 1899, exempté par une Commission de réforme, marié, trois enfants. j'ai été récupéré en 1917, service armé. Nommé médecin aide-major de 2e classe, j'ai reçu mon deuxième galon depuis l'armistice.

L'année dernière ou il y a deux ans, j'avais reçu du Service de santé une note me disant que, si je désirais avoir un troisième galon, je devrais faire une période ; je m'étais abstenu de manifester ce désir.

Dernièrement, nouvelle note me disant qu'étant « en bonne position » pour obtenir mon troisième galon, je dois faire cette année une période d'exercice de quinze jours, parce que mon temps de présence au front a été inférieur à deux ans.

Par ma classe et le nombre de mes enfants ne suis-je pas maintenant hors cadre. S'il en est ainsi que dois-je faire ?

Dr X.

Réponse.

Pour les officiers, ni la classe, ni le nombre des enfants n'influent sur l'obligation de faire des périodes d'instruction. D'autre part, celles-ci sont obligatoires pour passer d'un grade à l'autre.

Si donc vous désirez un jour obtenir votre troisième galon, il faudra vous résigner à cette corvée que l'on vous demande.

1604. — Rejet de demande de pension. Pourvoi devant le Tribunal, puis la Cour des Pensions.

Un de mes malades, évacué le 24 janvier 1918 pour rhumatismes, séjourne à l'hôpital de R., jusqu'au 7 février 1918.

Passe en mai 1926 devant la Commission de réforme, qui lui donne 20 % (pour rhumatismes chroniques).

Nouvelle visite en mars 1927 : la Commission de réforme ne lui octroye plus que 10 %.

Et, en octobre 1927, l'intéressé reçoit notification d'une décision portant rejet de demande de pension avec les motifs habituels : son infirmité n'ayant pas été constatée au cours de sa mobilisation et sa demande de pension ayant été déposée après l'expiration des délais légaux ; il n'a pas apporté la preuve que son infirmité avait été contractée ou aggravée au service.

Sur mes indications, l'intéressé a adressé, immédia-

tement (le 22 octobre 1927) un pourvoi devant le tribunal départemental des pensions (accusé réception du greffier dudit tribunal).

Et, depuis octobre 1927, il n'a aucune nouvelle.

Je viens donc vous demander :

1° Le tribunal départemental donnera-t-il un jour une réponse ? Faut-il attendre ?

2° Au cas où la réponse serait défavorable, aucun recours n'existe plus, je crois, car, le rejet ayant été notifié, la cause dépend uniquement du tribunal départemental ?

Dans ce cas, pourquoi a-t-on réformé le malade en 1926, puis en 1927 : les preuves que la maladie avait été contractée au service étaient bien là, à ce moment-là, sans quoi on ne l'aurait pas réformé ; d'ailleurs lorsque le malade, en 1926, avait demandé des renseignements, en vue de pension, à son corps, une lettre du médecin-chef du S. de S. de la place de X., en date du 18 mai 1926, disait : « Il y aurait lieu d'adresser votre demande au médecin-chef du Centre spécial de réforme de votre région, auquel nous délivrerons toutes pièces vous concernant, *et qui existent effectivement dans les archives de l'établissement.* »

Alors pourquoi prétendre maintenant : l'infirmité n'a pas été constatée au cours de la mobilisation ?

Voulez-vous avoir l'amabilité de me renseigner, afin que je puisse, à mon tour, renseigner le malheureux, qui a vu sa pension supprimée, et qui souffre toujours de plus en plus. Dr M.

Réponse.

1° Attendez. Votre client sera convoqué d'abord en conciliation. Au cas de non conciliation, l'affaire passera devant le tribunal départemental des pensions ;

2° Si le jugement est défavorable, il pourra encore, dans le délai de deux mois, introduire un pourvoi devant la Cour régionale des pensions.

La réforme est distincte de l'indemnisation ; on peut être déclaré impropre au service et cependant ne pas être indemnisé pour la maladie ou l'infirmité en cause, si l'imputabilité au service n'a pas été établie ;

L'intéressé, ayant laissé passer les délais de la loi du 31 mars 1919, n'a pu, à l'heure actuelle, déposer une demande de pension que sous le régime de la loi du 9 janvier 1926 qui, elle, exige la preuve entière.

S'il existe aux archives des pièces de constatation, encore faut-il que soit établie la filiation entre les faits constatés et l'infirmité actuelle.

1567. — Sursis d'appel d'un jeune soldat blessé.

Je soigne un accidenté du travail qui a eu un grave panaris de la gaine de l'auriculaire. Fort probablement, ce doigt restera raide et nécessitera une ampu-

tation secondaire. Or, ce blessé va être appelé comme soldat.

Peut-on lui faire obtenir un sursis d'appel, de manière à lui permettre de partir au régiment, son doigt cicatrisé, et les certificats déposés à la justice de paix, et, dans ce cas, quelles sont les démarches à faire ?

Dr T.

Réponse.

Au moment de son passage devant le conseil de révision, l'intéressé pourra demander son ajournement à un an. Il devra présenter un certificat médical faisant prévoir que, dans le délai d'un mois, la lésion dont il est porteur ne sera vraisemblablement pas cicatrisée, au point de permettre son incorporation dans de bonnes conditions.

Médecine légale.

2205. — Réquisition par la gendarmerie.

Ayant été appelé, sans réquisition écrite, par la gendarmerie pour examiner un cadavre trouvé sur la route à 6 kilomètres de ma résidence, j'ai fait l'examen, le rapport ou certificat de levée de corps que j'ai fourni à la gendarmerie.

A qui dois-je adresser la note de mes honoraires ?

Combien dois-je compter pour l'examen, le déplacement et le certificat ?

Dr N.

Réponse.

La réquisition dont vous avez été l'objet est irrégulière, si elle émane d'un simple gendarme ou d'un sous-officier de gendarmerie. Seuls, en effet, ont qualité pour requérir un médecin les représentants de l'autorité ayant titre d'officiers de la police judiciaire, comme les maires et les officiers de gendarmerie.

A l'avenir, avant de procéder à tout examen, et pour éviter toute contestation pour le payemet de vos honoraires, demandez une réquisition écrite et régulière.

Quoi qu'il en soit, la gendarmerie a eu recours à vous parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit. Vous devez donc vous faire honorer au titre de la justice criminelle et envoyer votre mémoire, en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré, si la somme réclamée dépasse 50 fr., au Procureur de la République du ressort qui, après visa du procureur général et taxe du président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

Pour l'examen du cadavre, la rédaction et le dépôt de votre rapport ou de votre certificat, vous avez droit à un honoraire de 25 francs. A cela, il convient d'ajouter vos frais de déplacement, à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de votre résidence, une indemnité spéciale de 20 francs.

Cette indemnité spéciale est portée à 30 francs, lorsque le lieu du transport est situé à plus de 20 kilomètres de la commune de la résidence de l'expert.

Baux et locations.

1892. — Prorogation et prix limite du loyer.

J'ai un bail 3, 6, 9, datant du 1er janvier 1921. Prix actuel 1.500 francs par an (avant guerre 800) :

1° Mon propriétaire peut-il, sans attendre l'expiration du bail (1er janvier 1930), m'imposer une augmentation ?

2° Dans l'affirmative, dans quelle proportion ?

3° A l'expiration du bail, peut-il me donner congé ou suis-je couvert par une prorogation ?

4° Peut-il, à la même époque, m'augmenter à son gré ou dans une certaine proportion ?

5° Si j'accepte à l'amiable dès à présent une augmentation provisoire, en attendant l'expiration de mon bail, cette augmentation est-elle susceptible d'intervenir ultérieurement en fin de bail sur le nouveau prix ?

Dr G.

Réponse.

Tant que votre bail reste en cours, votre propriétaire ne peut vous imposer aucune augmentation de loyer, à moins qu'une clause du bail ne lui donne cette faculté.

Pour se prononcer, il faudrait connaître exactement les termes du bail.

Votre bail prendra fin de lui-même à la date convenue (1er janvier 1930), sans que votre propriétaire ait besoin de vous donner congé.

A ce moment, vous aurez droit à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, si toutefois cette loi est applicable dans votre commune. Or. la loi est applicable seulement dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui se trouvent distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et enfin dans celles dont la population a augmenté d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si votre commune rentre dans l'une quelconque de ces catégories, la prorogation vous sera acquise de plein droit, sans que vous ayez même à la demander et sans droit de reprise pour le propriétaire, votre maison étant affectée, tout au moins en partie, à un usage professionnel. En échange de la prorogation, vous aurez à payer un loyer égal au loyer d'avant-guerre, majoré dans une proportion qui sera fixée par une loi avant le 1er avril 1929, plus certaines charges.

Par contre, si la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, vous n'aurez droit à aucune prorogation et votre propriétaire pourra poursuivre votre expulsion aussitôt que le bail sera expiré.

Dans ces conditions, il pourrait être plus avan-

tageux pour vous de vous entendre dès maintenant avec votre propriétaire, non pas pour supporter une augmentation de loyer jusqu'à la fin de votre bail, mais pour faire un nouveau bail qui se substituerait à celui qui se trouve actuellement en cours et qui vous assurerait une occupation stable pour une longue durée, six ou neuf ans par exemple.

Le loyer de ce nouveau bail serait à débattre entre votre propriétaire et vous.

A votre disposition pour tous renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin

Fiscalité.

2283. — Les centimes additionnels de la patente. De plus en plus fort.

Je lis avec un vif intérêt dans le *Concours*, les doléances de ces patentés de 1re classe que sont les médecins.

Ceux de Paris se plaignent (no 24, 10 juin 1928) d'avoir à payer pour un loyer de 12.000 fr., 3.000 fr. pour la *patente seulement* ! ! — Et vous rectifiez en portant le chiffre à 6.514 fr. 30.

Qu'est-ce, juste ciel que 6.500 fr. de patente pour 12.000 fr. de loyer !

Marseille vient à la rescousse comme de juste et accuse 5.255 fr. patente pour un loyer de 5.000 fr. (centimes : 12 fr. 617).

Eh bien, si on peut le dire sans blasphème, Toulouse dépasse Marseille ! !

Sur le papier, en effet, qu'a bien voulu m'adresser M. le percepteur, je lis que les centimes : = 14 fr. 45 — et que, pour un loyer de 4.000 fr. la patente : = 4.817 fr. 38.

Méditez, jeunes confrères, et tirez la philosophie de la patente de 1re classe ainsi soufflée par les impôts commerciaux.

J'ai pensé que ces chiffres vous intéresseraient peut-être pour vos enquêtes professionnelles.

Dr X.

1976. — Base de la patente dans les grandes villes.

Je reçois une feuille d'avertissement pour la contribution des patentes pour l'année 1928. J'ai un loyer, appartement occupé avant guerre pour lequel je paye, toutes majorations comprises, 3.765 fr. par an.

Je payais ma patente jusqu'à présent sur une valeur locative de 1.800 fr. au 15e, soit 798 fr. avec les centimes.

Cette année, ma feuille est taxée sur une valeur locative de 3.700 et au 12e, ce qui fait 2.005 fr. ! avec les centimes.

1o Pourquoi ce changement de 1.800 à 3.700 fr.

2o Ensuite pourquoi taxer au 12e. Je pensais que cette nouvelle façon de taxer n'était applicable qu'à

partir de 1929 et, N..., ayant plus de 100.000 habitants, que si la valeur locative dépassait 4.800 fr.

Veuillez me dire si j'ai raison et dans ces conditions quels sont mes droits.

Dr N.

Réponse.

Le prix réel de votre loyer a été régulièrement retenu comme base de votre imposition à la patente.

La loi du 19 mars 1928, article 19, n'a fait que doubler les limites des loyers pour lesquels le taux du 15e est porté au 12e. Sous le régime antérieur (applicable encore en 1928) la limite pour les villes de 100.000 à 200.000 habitants était de 2.400 francs.

Votre imposition est donc régulière.

A. M.

1970. — Chiffre de la patente.

Je me permets de vous demander les renseignements suivants au sujet de ma patente.

Sur un loyer de 3.625 fr. je suis imposé pour 868 fr. 83. Je trouve ce chiffre exagéré.

Sur quel taux base-t-on les patentes des médecins ?

Dr C.

Réponse.

Une patente de 868 fr. 83 n'a rien d'exagéré pour un loyer de 3.625 francs.

La patente du médecin se calcule en prenant le 12e ou le 15e du loyer et en multipliant cette fraction par le centime le franc, lequel paraît être de 2 à 2,5 pour votre commune, alors qu'à Paris, il est de 7,64 ; dans certaines communes, il atteint 16 et même 17, ce qui donne une patente de 5.500 francs environ.

A. M.

2021. — Formalités à remplir en cas de vente d'une automobile.

Je vous serais obligé de vouloir bien m'indiquer les formalités à remplir vis-à-vis du fisc pour la vente de ma voiture 5 HP Peugeot.

Dr D.

Réponse.

Déposez votre permis de circulation au bureau du receveur des contributions indirectes où vous acquittez la taxe et demandez-en le transfert au nom de l'acquéreur.

A. M.

2201. — Contribution sur deux automobiles ne circulant pas simultanément.

Je possède deux voitures automobiles, une conduite intérieure 12 HP pour mon usage plutôt familial et une Amilcar 6 HP pour mon travail professionnel.

Dois-je payer deux impôts ? Bien entendu, je n'ai

pas de chauffeur et je conduis tantôt l'une, tantôt l'autre.

Dois-je aviser les indirectes, chaque fois que je changerai de voiture, à supposer que je ne suis responsable que d'une imposition ?

Dr Y.

Réponse.

Nous ne pensons pas que vous puissiez obtenir de ne payer l'impôt que pour la plus forte des deux voitures, attendu qu'elles sont affectées chacune à un usage différent, et la tolérance ci-dessus visée n'étant accordée que lorsque l'une des deux voitures n'est utilisée que pour remplacer l'autre en cas d'avarie.

A. M.

Accidents du travail.

2179. — Accident survenu à l'heure du repos des ouvriers.

Un ouvrier travaille pour une entreprise privée dans une gare. A l'heure du repos, il se couche entre les rails d'une voie de garage (lieu du travail), il a la main broyée par un wagon en manœuvre.

Y a-t-il un responsable ?

Est-ce le patron ou la Compagnie de chemin de fer ?

Dr L.

Réponse.

Suivant Sachet, conseiller à la Cour de Cassation, auteur d'un Traité très estimé sur les accidents du travail, les interruptions régulières et périodiques du travail, qui ont lieu pour permettre au personnel de prendre de la nourriture et de se reposer, doivent être assimilées au travail lui-même. Par suite, tous les actes qu'un ouvrier accomplit dans l'un de ces deux desseins, sans sortir de l'exploitation, sont protégés au même titre que des actes de service et les accidents qu'ils engendrent donnent droit aux indemnités légales (édition 1926, n° 345). Et, à l'appui de son opinion, Sachet cite plusieurs exemples de jurisprudence.

Dans le cas particulier, l'ouvrier se reposait régulièrement pendant l'interruption de son travail, sur le lieu même du travail. Peut-être a-t-il commis une imprudence, mais cela n'empêche pas que la loi sur les accidents du travail soit applicable en l'espèce.

Quant à la responsabilité de l'accident, elle incombe sans aucun doute au patron au service duquel travaillait l'ouvrier et non à la Compagnie de chemins de fer avec laquelle l'ouvrier n'avait aucun lien de droit.

Sages-Femmes

2189. — Une sage-femme a-t-elle le droit de pratiquer une délivrance artificielle ?

Une sage-femme a-t-elle le droit de pratiquer la délivrance artificielle » ?

Je vous pose cette question, ayant eu l'occasion de lire un mémoire d'assistance médicale gratuite émanant d'une sage-femme et sur lequel celle-ci mentionnait une « délivrance artificielle ».

Le service de l'assistance doit-il régler les honoraires de cette sage-femme pour cette opération ?

Dr H.

Réponse.

L'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 interdit aux sages-femmes l'emploi d'instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

De ce texte résulte qu'en cas de rétention du placenta, les sages-femmes peuvent essayer d'obtenir l'expulsion par manœuvres manuelles, par expression ; mais elles ne sauraient employer un instrument quelconque.

Si le cas présente une difficulté, un enchatonnement, par exemple, elles agiront sagement en faisant appel à un docteur. De la sorte, elles se conformeront à la loi et surtout elles mettront leur responsabilité à l'abri.

Mais, comment décider qu'il s'agit d'un accouchement laborieux ou non ?

Est laborieux, tout accouchement présentant un danger pour la mère, ou pour l'enfant, c'est-à-dire accouchement grave, dangereux (trib. correct. Montdidier, 18 décembre 1897, *La Loi*, 26 déc. 1907 ; *Mon. Lyon*, 7 janvier 1908).

Or, une rétention du placenta peut donner lieu à des complications, qui sont du ressort du médecin et non de la sage-femme.

Tout n'est donc que question d'espèce et si la sage-femme a pratiqué une délivrance artificielle simple, ne compliquant pas l'accouchement et ne faisant courir aucun danger à la mère, elle doit toucher les honoraires afférents à cette intervention.

Dr Paul Boudin.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical » de M. le Dr Bertraud, de Périgueux, la somme de cinq francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 323. — Pharmac. dem. à doct. s'il pourrait recom. famille dans milieu gai à la camp. ou stat. therm. (hydroth. de préf.) suscept. de prendre pend. les vacances sa gr. jeune fille non tuberc., sous sa surveill. médicale. M. Loynel, 52, rue Montmartre, à Paris.

No 324. — A céder après décès à Clelles (Isère), poste de propharm., fixes des communes : 8.500, méd. du ch. de fer. Indemn. à déb. S'ad. à Mme Perriollat à Clelles (Isère).

No 325. — Doct. recomm. dame famille méd., active, sérieuse, serait secrét., dirigerait admirabl. maison conf. habitant Paris, veuf ou divorcé avec enf. de préférence.

No 326. — Alpes-Marit. Dr est demandé pour remplacem. août et septembre. Pays de chasse et tourisme.

No 327. — Doct. 25 ans prat., libre durant vacances, tiendrait dans Paris, cabin. méd. ou clinique A.T., à partir 1er juillet. Ecr. Dr, 118, boul. Jean-Jaurès, à Clichy (Seine).

No 328. — A vend. table valise accouch. du Dr Rouzaud, neuve, supports nickelés, housse. Prix 230 fr. emball. et port en sus. S'ad. Dr Chambras, à Larche (Corrèze).

No 329. — Normandie. Centre import. sur gr. ligne, poste rapp. 125.000, minimum, concurr. nulle. Grande mais. de maître, eau, élect., jardin, Indemn. 60.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), Tél. Gob. 36-46.

No 330. — 13 km. Paris (P.O.), client. rapp. 80.000, sans frais de locom. A céder pour cause santé, villa confort., loyer 5.000, bail 10 ans. Indemn. 55.000 dont 35.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). ATél. Gob. 36-46.

No 331. — Seine-et-Marne. Chef-lieu cant., anc. poste, client. riche et facile, maison vaste avec jardin, eau, électr. Rapp. 61.000. Indemn. 25.000, à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

— Ascain (Basses-Pyr.). Villa St-Sas-Mendi. Maison de repos et de régimes. Cure air et soleil. Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Téléph. 14. à 7 km. de St-Jean-de-Luz, au pied de la Rhune (Mlle Moreau infirmière diplômée, directrice).

— Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés. Trait. spéc. indiv. Résult. très intér. Pension méd., vie famille, prix modérés. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Inauguration de la statue de Vulpian.** — L'inauguration de la statue de Vulpian, élevée rue Antoine-Dubois, à Paris, a eu lieu le 4 juillet.

— **Congrès international d'assistance publique et privée.** — Ce Congrès, qui s'est ouvert le 5 juillet, pour se terminer le 8 juillet, a mis à son ordre du jour les questions suivantes : substitution progressive des assurances sociales à l'assistance et à la bienfaisance ; exécution pratique des conventions d'assistance réciproque aux étrangers ; assistance aux vieillards de toutes catégories ; aide sociale aux faibles d'esprit non aliénés, et assistance aux personnes de condition moyenne.

— **Hommage au Dr Victor Pauchet.** — Les amis et élèves du Dr Victor Pauchet, désireux de fêter son élévation au grade de Commandeur de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir sa médaille, exécutée par le maître de Hérain.

Les souscriptions seront reçues par M. Gaston Doin, trésorier, 8, place de l'Odéon, Paris 6e (chèques postaux, Paris 201.74).

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à une reproduction de la médaille.

— **Association des médecins de la Gironde.** — L'Assemblée générale d'été de l'Association des médecins

de la Gironde s'est tenue le 17 juin à Saint-Emilion, pays du célèbre cru bordelais. Inutile de dire qu'au banquet on but des vins exquis. Ils s'allièrent agréablement à une belle causerie du professeur agrégé Jeanneney sur *La chirurgie à l'époque préhistorique*.

— **Paris.** *Les incidents du concours de l'internat.* — Des incidents assez vifs ont marqué l'ouverture du concours de l'internat des hôpitaux de Paris. Un membre du jury, le Dr Etienne Bernard — qui est le fils du célèbre écrivain Tristan Bernard — auquel les candidats reprochaient d'avoir mis dans l'urne une question trop ardue et de n'avoir pas gardé un secret absolu à ce sujet, a été pris à partie à sa sortie de la salle du concours. Entouré d'une hostilité assez violente et contusionné, il dut renoncer à prendre une voiture et rentrer à son domicile par le métropolitain.

— **Villard-de-Lans.** — Pour éviter tout malentendu, on nous prie d'informer nos lecteurs que l'*Etablissement de l'Adret*, à Villard-de-Lans, en raison de ses récents agrandissements, est en mesure de recevoir dorénavant, d'une part, des enfants non accompagnés qui sont placés sous la surveillance d'infirmières spécialisées, et, d'autre part, des familles (parents et enfants) qui sont logées dans une partie de l'établissement qui leur est spécialement réservée.

— **Dispensaire antituberculeux du Lot-et-Garonne** *Avis de concours.* — Un concours sur titres sera ouvert à la Préfecture d'Agen, dans la deuxième quinzaine de juillet, pour l'emploi de médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Le traitement et les avantages seront ceux prévus aux statuts, lorsque l'organisation des dispensaires sera définitive (30.000 francs, plus indemnités diverses avec progression). Il n'y a actuellement qu'un seul dispensaire à Agen et provisoirement le médecin ne recevra qu'une indemnité de 16.000 francs.

Conditions : Etre Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

Adresser les demandes de candidature : au Comité de Défense contre la tuberculose, 3, rue Montesquieu, à Agen, ou au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

— **Dispensaires antituberculeux du Puy-de-Dôme** *Avis de concours.* — Il sera ouvert à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 30 juillet, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé d'assurer les consultations des dispensaires antituberculeux de Thiers, Ambert, Issoire.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs avec indemnités pour charges de famille et participation à une retraite ; plus une somme forfaitaire de 10.000 francs pour les frais de déplacement. En outre, le médecin devra assurer la consultation antivénérienne.

Les candidats doivent être âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat

français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose et maladies vénériennes. (Consulter le règlement intérieur type. Comité national).

Adresser les demandes de candidature au Comité national de Défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 *juin*.

Académie de médecine.

Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. Levaditi comme membre titulaire dans la section des sciences biologiques, chimiques, physiques et naturelles, par suite du décès de M. Henneguy.

Assistance publique.

Sont admis à l'emploi de sous-inspecteur, à la suite du concours du 5 juin, par ordre de mérite : Mlle Gary, MM. Jupillat, Dalmagne, Laudinet, Lafitte, Mlle Demaria et *ex-æquo* Mlles Cassagnou et Raymond.

Les récompenses ci-après ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent : M. le Dr Heller, de Paris.
Médaille de bronze : MM. les docteur Arnaudon et Brousse, de Paris.

Service de santé de la marine.

Ecole principale du Service de santé.

Le nombre des admissions à l'école en 1928 pourra, suivant les résultats des examens, atteindre pour la ligne médicale 152 places, dont 35 pour la marine et 117 pour les troupes coloniales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu, les 17 et 18 juillet, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger, dans les conditions fixées par l'Instruction publiée au *Journal officiel* du 3 février 1928. (Voir *Concours médical*, du 19 février, page 450 *bis*.)

Médecine sanitaire maritime.

Avis de vacance d'emplois de médecin de la santé dans le service sanitaire maritime.

Est déclaré vacant au port de Marseille l'emploi de médecin de la santé.

Conformément à l'article 2 du décret du 7 juin 1919, les candidats sont invités à produire, dans le délai de vingt jours à dater de la présente insertion, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats devront faire valoir, notamment, leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiolo-

gie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine, dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte cet emploi.

Ils devront justifier de la qualité de Français, du diplôme de docteur en médecine et joindre à leur demande un certificat de bonnes vie et mœurs datant de moins d'un mois.

Le traitement attaché à l'emploi varie de 6.000 à 10.000 fr.

Est déclaré vacant au port de Dunkerque l'emploi de médecin de la santé.

Le traitement attaché à l'emploi varie de 6.000 à 10.000 fr.

21 *juin*.

Automobiles.

Loi du 19 *juin* 1928 *relative au recensement, au classement et à la réquisition des véhicules automobiles.*

TITRE 1er

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1er. — L'autorité militaire a le droit d'acquérir, par voie de réquisition et dans les conditions générales prévues par la loi du 3 juillet 1877, les véhicules automobiles et les remorques pour véhicules automobiles nécessaires au service de l'armée.

Art. 2. — Pour permettre d'effectuer, en cas de nécessité, la réquisition de ces véhicules, il est procédé, chaque année, dès le temps de paix, avec le concours des mairies, aux opérations du recensement et du classement.

TITRE II

RECENSEMENT

Art. 3. — Pour l'exécution du recensement, les propriétaires de véhicules automobiles ou de remorques pour véhicules automobiles doivent, du 1er au 16 janvier, remettre à la mairie de la commune où sont habituellement employés ces véhicules et pour chacun d'eux une déclaration de possession permettant d'identifier le véhicule et d'en connaître les caractéristiques et l'état.

En outre, toute perte de véhicule, par vente, destruction ou usure complète, donne lieu, dans les trente jours du fait qui l'a motivée, à la remise à la mairie d'une déclaration de perte.

Les déclarations sont signées et établies sur imprimés réglementaires. La mairie en délivre un reçu et en conserve elle-même une souche, afin d'être toujours en mesure de connaître les ressources de la commune en véhicules automobiles.

Art. 4. — Dans la deuxième quinzaine de janvier de chaque année, les mairies adressent les déclarations au préfet qui les transmet au général commandant le corps d'armée. Cet officier général peut d'ail-

leurs demander aux préfets que les déclarations de perte lui soient, en outre, transmises à d'autres époques de l'année.

TITRE III

CLASSEMENT

Art. 5. — Le général commandant le corps d'armée fait procéder, chaque année, au moyen des déclarations remises par les propriétaires, au classement des véhicules automobiles et des remorques susceptibles d'être utilisés, en cas de mobilisation, pour les besoins de l'armée.

Art. 6. — Les véhicules reconnus inaptes au service de l'armée, ou en excédent des besoins de l'armée, sont signalés aux mairies, qui avisent les propriétaires.

Ces véhicules ne sont plus soumis aux déclarations visées à l'article 3, sauf en cas d'amélioration importante faisant disparaître l'inaptitude, ou décision contraire de l'autorité militaire.

Art. 7. — Afin de contrôler l'exactitude des renseignements contenus dans les déclarations de possession, il est procédé, chaque année, à un classement partiel de vérification, basé sur l'examen réel des véhicules.

Ce classement est effectué par un officier à qui les véhicules sont présentés dans vingt localités au maximum par région de corps d'armée.

Ces localités sont désignées par le général commandant le corps d'armée, après entente avec les préfets.

TITRE IV

RÉQUISITION

Art. 8. — Les propriétaires dont les véhicules ont été reconnus aptes aux besoins de l'armée sont avisés, en temps utile, par un ordre de convocation émanant de l'autorité militaire, des conditions dans lesquelles ils devront, à la mobilisation, les faire conduire à un centre de réquisition.

Les véhicules automobiles de poids lourds (autobus et autocars, camionnettes, camions, tracteurs et remorques) qui, pour un motif quelconque, n'auraient pas été déclarés au recensement, doivent être conduits au centre de réquisition comme lesvéhicules convoqués.

Tous ces véhicules doivent être pourvus d'accessoires, d'objets de rechange et d'un approvisionnement en carburant et ingrédients déterminés par un arrêté ministériel.

Art. 9. — Sont exemptés de la réquisition en cas de mobilisation et ne sont pas portés sur les listes de classement :

1° Les véhicules appartenant au chef de l'Etat ;

2° Les véhicules indispensables pour assurer le service des diverses administrations publiques et des compagnies de chemins de fer ;

3° Les véhicules appartenant aux docteurs en médecine, aux vétérinaires et aux sages-femmes, à

raison d'une voiture pour chacun d'eux, à condition qu'ils exercent réellement cette profession ;

4° Certains véhicules nécessaires aux industries intéressant la défense nationale, la vie économique, l'hygiène ou la sécurité publique, ou répondant à des besoins spéciaux. La désignation de ces véhicules est arrêtée par le ministre de la guerre ou par les autorités déléguées à cet effet.

Art. 10. — Des commissions mixtes procèdent à la réquisition des véhicules automobiles et remorques amenés au centre de réquisition et opèrent le classement non encore fait de ceux qui se trouvent visées au deuxième alinéa de l'article 8.

Les commissions mixtes comprennent :

Un officier, président.

Un membre civil.

La voix de l'officier, président, est prépondérante dans tous les cas où l'unanimité n'est pas nécessaire.

Ces membres sont désignés, dès le temps de paix, par l'autorité militaire, après entente avec les préfets en ce qui concerne le membre civil et son suppléant éventuel.

Art. 11. — Les prix de base des véhicules automobiles requis, que ceux-ci aient été ou non recensés et classés, sont déterminés à l'avance et fixés d'une manière absolue par arrêté du ministre de la guerre d'après leur espèce et leur ancienneté de fabrication.

A cet effet, dans chaque espèce, les véhicules sont répartis en quatre séries :

La première comprenant les véhicules ayant moins de deux ans de fabrication ;

La deuxième comprenant les véhicules ayant deux, trois ou quatre ans de fabrication ;

La troisième comprenant les véhicules ayant cinq ou six ans de fabrication ;

La quatrième comprenant les véhicules ayant sept ans et plus de fabrication ; toutefois, les tracteurs agricoles ayant sept ans de fabrication ou plus restent classés dans la troisième série.

Les prix attribués, dans chaque espèce, aux véhicules ayant moins de deux années de fabrication, sont les prix de base fixés par le ministre.

Les déductions à opérer pour les véhicules d'une même espèce en raison de leur ancienneté de fabrication, sont fixées aux taux suivants, qui pourront être modifiés par arrêté ministériel :

Pour la deuxième série, un quart du prix de la première série ;

Pour la troisième série, moitié du prix de la première série ;

Pour la quatrième série, trois quarts du prix de la première série.

Ces déductions sont toutefois portées aux taux ci-après en ce qui concerne les tracteurs agricoles :

Pour la deuxième série, un tiers du prix de la première série ;

Pour la troisième série, deux tiers du prix de la première série.

La commission mixte de réquisition des automobiles devra déterminer un prix supérieur ou inférieur à celui résultant de l'application des prix de base fixés par le ministre, pour les véhicules qui, de l'avis unanime de ses membres, auraient une valeur notablement supérieure ou inférieure à ce prix. Toutefois, la majoration ou la réduction ne dépassera pas le quart du prix fixé primitivement.

La commission fixe également le prix des accessoires, des objets de rechange et des approvisionnements reçus avec les véhicules en plus de ceux dont ils doivent être pourvus. Si certains de ces derniers objets ne sont pas présentés, leur valeur est déduite du prix du véhicule.

La commission déduira également du prix du véhicule, calculé comme il est indiqué ci-dessus, le montant de la prime d'achat qui aurait pu être allouée, en temps de paix, par le département de la guerre à certains propriétaires qui se sont rendus acquéreurs de véhicules spéciaux.

Art. 12. — Le prix des remorques est fixé conformément aux règles générales appliquées en matière de réquisition.

Art. 13. — Les propriétaires de véhicules reçoivent sans délai des mandats en représentant le prix et payables à la caisse du receveur des finances le plus à proximité.

Art. 14. — Les commissions mixtes statuent définitivement sur les réclamations ou excuses qui pourront être présentées par les propriétaires des véhicules requis. Toutefois, en ce qui concerne les évaluations faites par ces commissions, les propriétaires intéressés peuvent se pourvoir devant la juridiction civile, après que l'autorité militaire a définitivement ratifié la décision de la commission, et en suivant la procédure prévue par l'article 26 de la loi du 3 juillet 1877.

Réciproquement, aucun recours n'est ouvert à l'administration militaire contre leur décision.

TITRE V

Sanctions pénales

Art. 15. — Les propriétaires qui n'auront pas obtempéré aux ordres de convocation de l'autorité militaire visés par l'article 8 de la présente loi, sont déférés aux tribunaux et, en cas de condamnation, frappés d'une amende de 100 fr. (cent francs) à 10.000 fr. (dix mille francs).

Néanmoins, la saisie et la réquisition pourront être exécutées immédiatement, à la diligence du président de la commission mixte ou de l'autorité militaire.

Art. 16. — Les propriétaires de véhicules automobiles ou de remorques qui ne se conformeront pas aux dispositions autres que celles de l'article 8 de la présente loi sont passibles d'une amende de 75 fr. (soixante-quinze francs) à 3.000 fr. (trois mille francs).

En cas de récidive, cette amende sera portée de 150 fr. (cent cinquante francs) à 6.000 fr. (six mille francs.)

Ceux qui auront fait sciemment de fausses déclarations seront frappés d'une amende de 150 fr. (cent cinquante francs) à 6.000 fr. (six mille francs). En cas de récidive, cette amende sera portée de 300 fr. (trois cents francs) à 12.000 fr. (douze mille francs).

En temps de paix et hors les cas de mobilisation, l'article 463 du code pénal et la loi du 26 mars 1891 seront applicables.

Art. 17. — La présente loi est applicable à l'Algérie.

Art. 18. — Sont et demeurent abrogées les dispositions de la loi du 22 juillet 1909.

CHRONIQUE

La radiophonie ne doit pas être la sansfilouterie

Faites, amis sansfilistes, une expérience très simple : attablez-vous dans un restaurant ; déjeunez, — et, quand on vous présentera la note, apostrophez le patron en ces termes :

— Quoi ? Vous me réclamez de l'argent ? Quelle audace ! Vous ne vous apercevez donc pas que je vous fais une excellente publicité ? On saura partout, grâce à moi, que, chez vous, la cuisine est délicieuse.

Il y a de fortes chances pour qu'en réponse à votre petit discours, le patron vous menace d'aller quérir un agent.

Alors, reprenez la parole en ces termes :

— Soit. Il est possible que je vous doive quelque chose. C'est fort ennuyeux, car je n'ai pas le sou. Toutefois, j'espère une rentrée de fonds. En attendant, puisque votre note est de 30 francs, acceptez ces 2 francs. Je reconnais vos droits. Vous êtes content ?

Il y a de fortes chances pour que le restaurateur vous signifie qu'il ne se contente pas à si bon marché et pour que...

Mais inutile de continuer : vous ne ferez pas l'expérience que je vous ai donné le perfide conseil de tenter, car vous ne tenez nullement à commettre le délit de *grivèlerie*, soit en consommant sans payer, soit en n'offrant de la marchandise consommée qu'un prix absurde.

Eh bien, mes chers sansfilistes, ce délit que vous ne voudriez pas avoir à vous reprocher vis-à-vis d'un restaurateur, la T.S.F. s'en est, dès l'origine, rendue presque constamment coupable, à l'égard des intellectuels. Car vous savez maintenant, n'est-ce pas, que, quel que soit son

(1) Cette chronique nous parvient, avec autorisation de l'auteur, par notre ami le Dr Foveau de Courmelles, président de la Confédération nationale des Radio-Clubs qui, par affiches en toute la France, a demandé aux lecteurs d'exiger la liberté de la T. S. F.

régime, la radiophonie n'est, en définitive, qu'un nouveau mode d'*exploitation commerciale* de la pensée ? Vous vous procurez un appareil pour *accrocher* les postes... et vous êtes accrochés vous-mêmes, du coup, à tous les fournisseurs d'accessoires, si vous voulez conserver votre récepteur en état de marche : l'auriez-vous acheté s'il n'y avait pas eu d'émissions et l'entretiendriez-vous, si on les supprimait ?. Or, de quoi se composent les émissions, sinon d'œuvres intellectuelles de tout genre, musique, poèmes, pièces, leçons, conférences ou sermons ?

Les œuvres intellectuelles constituent donc la matière première d'une industrie qui, sans elles, tomberait à néant.

C'est là une vérité depuis longtemps évidente : dès 1925, je disais à un Congrès juridique qui assemblait les représentants de 23 nations : « La radiophonie, même lorsqu'elle poursuit les buts les plus désintéressés, sert, qu'elle le veuille ou non, des intérêts industriels. »

La stricte honnêteté eût donc exigé qu'avant de radiodiffuser la pensée, on se fût assuré les ressources nécessaires à sa rémunération.

On n'en a rien fait : l'administration des P.T.T. a donné l'exemple de cette grivèlerie artistique et il a fallu le jugement correctionnel de Marseille pour l'obliger à confesser ses torts.

Quant aux postes privés, tout en proclamant leur respect du droit des auteurs, ils se sont efforcés de ne le monnayer qu'avec parcimonie.

En juillet 1927, la plus favorisée des sociétés d'auteurs n'avait eu à répartir, pour un an d'exercice, que 86.860 fr. 10 ; toutes ensemble, elles n'avaient guère distribué qu'une centaine de mille francs. Or, au mois d'octobre précédent, l'industrie radiophonique avouait avoir atteint près *d'un demi-milliard d'affaires.*

Convenez que, sur les transactions réalisées grâce à eux, la part des auteurs était faible !

Depuis, sans doute, la situation s'est améliorée : nos sociétés ont conclu un accord provisoire avec les P.T.T., qui leur versent des redevances de principe.

Et l'on nous dit :

— Vos droits sont respectés. Vous êtes contents ?

Contents ? Oui, comme le restaurateur auquel on offrirait 2 francs en paiement d'une somme de 30 !

Les redevances que paye, à l'heure actuelle, la radiophonie sont nettement dérisoires : émise dans un poste d'Etat, une pièce en trois actes ne touchera même pas ce que touche, dans un journal, la reproduction d'une nouvelle ; émise dans le premier de nos postes privés, à Radio-Paris, pour des millions d'auditeurs, elle touche à peu près ce qu'elle toucherait si on la représentait à Déjazet pour quelques centaines de spectateurs !

Nous ne pouvons laisser se perpétuer un pareil

Voir la suite page LV-2063

PROPOS DU JOUR

Deux Assemblées générales. Au Syndicat des Médecins de la Seine. A la Maison du Médecin.

La dernière Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine s'est tenue le vendredi 22 juin, à 9 heures du soir dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le Dr Hartenberg, président. A peine une centaine de syndiqués sur plus de 1.600 adhérents que compte le Syndicat s'étaient rendus à la convocation. Cette indifférence du Corps médical parisien au moment où se posent des questions de première importance pour l'avenir des praticiens est vraiment déconcertante et fâcheuse.

A la suite du discours très applaudi du Président et du rapport du Secrétaire général, le Dr Barlerin, M. Drouet a prié le Président de soumettre à l'Assemblée un certain nombre d'ordres du jour qui avaient trait aux relations du Syndicat avec la Ligue Nationale contre le péril vénérien, avec l'Office public d'hygiène sociale, avec l'Assistance publique pour l'organisation hospitalière lors de l'application prochaine de la loi sur les Assurances sociales. L'étude de ces questions est urgente et les ordres du jour du Dr Drouet étaient plus destinés à pousser le Conseil à s'en occuper activement qu'à faire prendre des résolutions hâtives par une assemblée trop peu nombreuse et mal préparée.

C'est ce que fit remarquer le président ; il donna d'ailleurs l'assurance que les discussions du Conseil sur les questions posées par les ordres du jour Drouet, laissaient pressentir qu'il n'y avait pas de divergences de vue essentielles entre nous sur ces points. De ces déclarations et de celles du Dr Hartmann nous pouvons prévoir que l'entente sera complète à ce sujet. Ce dont nous nous réjouissons.

M. Fanton d'Andon lut alors un rapport sur les statuts proposés par la Commission mixte intersyndicale au Congrès prochain des Syndicats pour l'organisation de la nouvelle Confédération. Nous rendons hommage à l'esprit de conciliation qui a régné à la Commission mixte. La discussion assez confuse qui a suivi le rapport du Dr Fanton d'Andon, a prouvé qu'il existe encore dans l'esrit de certains confrères des sentiments de méfiance que l'on aura peine à dissiper complètement et que nous ne pouvons que regretter au moment où l'union complète, franche, loyale, sans réserves, est une nécessité.

***

L'Assemblée générale de la *Maison du Médecin* s'est tenue le dimanche 24 juin, à 14 heures, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté sous la présidence du professeur Cunéo, vice-président, suppléant le président Cazin, absent de Paris. Après avoir adressé l'expression de ses regrets au vice-président, le Dr Laignel-Lavastine, si cruellement éprouvé par un deuil tout récent et un souvenir ému aux membres décédés de la Société, le prof. Cunéo, puis le Secrétaire général, le Dr Dupuy de Frenelle, ont montré la progression, trop lente à notre gré mais continue, des ressources de la Maison du Médecin. La vente et la tombola ont rapporté cent soixante-dix mille francs (120.000 fr. pour la tombola et 50.000 fr. pour la vente) et l'Assemblée a, par ses applaudissements, adressé l'expression de toute sa gratitude à Madame Paul Claisse et à ses collaboratrices qui ont organisé la vente et à notre confrère, le Dr Boucard, qui a lancé la tombola et en a supporté généreusement les frais. Cette tombola et cette vente sont nécessaires pour permettre d'équilibrer le budget de la « Maison du Médecin », car il y a une constatation pénible à faire, c'est que ce budget, malgré un contrôle actif et une surveillance vigilante, se chiffre par un déficit de 30.000 francs.

Le nombre des membres de la Société est insuffisant et c'est une honte pour le Corps médical français que de laisser, par indifférence, végéter une œuvre aussi indispensable et de livrer son existence à la merci du succès d'une vente et d'une tombola.. Cependant une nouvelle rassurante est venue nous apprendre qu'un de nos excellents et regrettés confrères, le Dr Bobier, par le legs de sa fortune, permettra désormais d'équilibrer sans doute normalement le budget de la *Maison du Médecin*. Sa mémoire doit être bénie ainsi que la générosité de Madame Veuve Bobier qui a bien voulu abandonner l'usufruit de ce legs. La *Maison du Médecin* n'accueille que 23 pensionnai-

◆◆

res actuellement, c'est tout à fait insuffisant, étant donné le nombre de demandes d'entrée et la misère de plus d'un postulant. Confrères, qui, par négligence, avez oublié de vous inscrire à la Société de la *Maison du Médecin*, empressez-vous de réparer cet oubli. Songez aux malheureux qui attendent avec anxiété leur entrée dans notre seule et insuffisante Maison de retraites (1).

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES JUMEAUX ET LES GESTATIONS GÉMELLAIRES

Par Henri VIGNES,

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

La gémelléité est une éventualité assez rare dans l'espèce humaine, puisqu'il y a, seulement, un peu plus de dix naissances gémellaires sur mille accouchements (1).

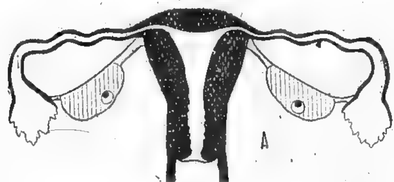


FIG. 1. — Deux ovules peuvent arriver à maturité en même temps, soit dans les deux ovaires...

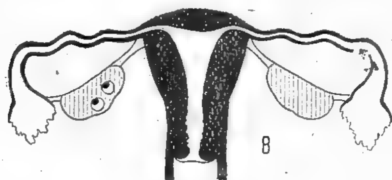


FIG. 1 *bis*. — ... soit dans deux follicules d'un même ovaire...

FIG. 1 *ter*. — ... soit dans un même follicule.

Les jumeaux appartiennent à deux variétés bien distinctes suivant qu'ils se sont développés au dépens de deux ovules ou d'un seul ovule (2), la gestation gémellaire bi-ovulaire étant quatre fois plus fréquente que l'uniovulaire (3).

Jumeaux bi-ovulaires.

Deux ovules peuvent arriver à maturité en même temps, soit dans les deux ovaires, soit dans deux follicules d'un même ovaire, soit dans un même follicule. Ces deux ovules, mûrs en même temps, sont susceptibles de fécondation simultanée ou contemporaine ; il en résulte une gestation bi-ovulaire (ou bivitelline ou bichoriale) dont les deux œufs se développent côte à côte, avec deux placentas et deux « jeux » distincts de membranes (4) (fig. 1 et 2.)

Les jumeaux bi-ovulaires peuvent être engendrés d'un même coït. Ils peuvent aussi provenir de coïts différents, ainsi que le prouvent les naissances d'enfants très différents, alors que la mère

(1) Parmi les plus récents travaux d'ensemble publiés, en langue française, sur les jumeaux, je citerai le livre d'APERT : *Les jumeaux* (Flammarion, éd., Paris 1923) et une brochure, sous le titre *Les jumeaux*, éditée par Emile Nourry (62, rue des Ecoles, Paris). 1925, où sont réunies des conférences faites à l'école d'Anthropologie par APERT, BARBARO, BLECHMANN, CORNIL et BERTILLON, DUHAIL, FAVREAU, HERVÉ, PAPILLAULT, SAINT-YVES, SIFFRE et H. VIGNES.

(1) Envoyer les adhésions au Secrétariat de la *Maison du Médecin*, 51, rue de Clichy. Cotisation : 30 fr. Compte de chèques-postaux : **Paris 391-46**.

(2) Cette notion est due aux travaux de DARESTE et SCHATZ ; elle a été précisée en France par les travaux e BAR, entre 1897 et 1907.

(3) AHLFELD.

(4) En principe, dans les gestations bi-ovulaires, il existe deux jeux de membranes ; ces membranes sont plus ou moins faciles à dissocier. Mais, dans certaines espèces animales, il peut arriver que les deux chorions contractent des adhérences et qu'il s'établisse des connexions vasculaires entre la circulation des deux œufs. Dans l'espèce bovine, de tels faits s'observent ; le résultat à peu près immanquable en est que, si les fœtus appartiennent à deux sexes différents, la femelle est plus ou moins masculinisée. On a donné à ces femelles le nom de free-martin et F. R. LILLIE (*Science*, nouvelle série 1916, tome XLIII), a démontré le mécanisme humoral de cette masculinisation.

a eu des rapports rapprochés avec un blanc et avec un noir : on dit, alors, qu'il y a *superfécondation.* On s'est ennfin demandé s'ils ne pouvaient pas provenir d'ovules arrivés à maturité à des périodes menstruelles successives : il y aurait alors *superfétation.* (fig. 3)

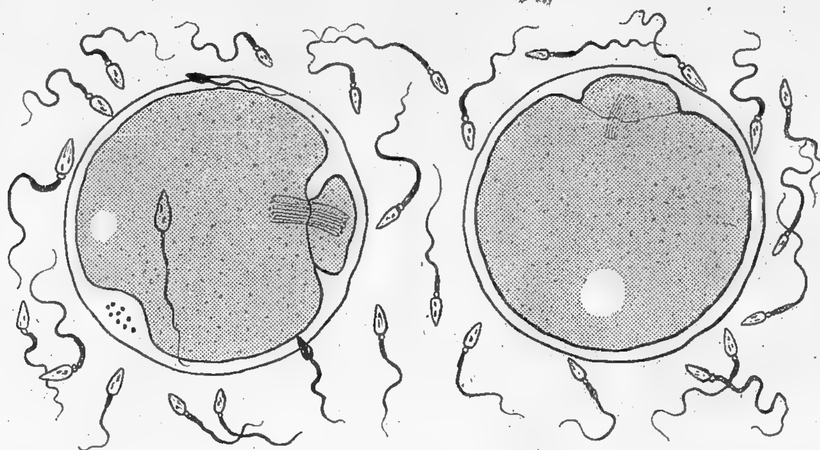


Fig. 2. — Ces deux ovules, mûrs en même temps, sont susceptibles de fécondation simultanée ou contemporaine.

La théorie de la superfétation n'est qu'une hypothèse : elle n'est pas démontrée de façon certaine.

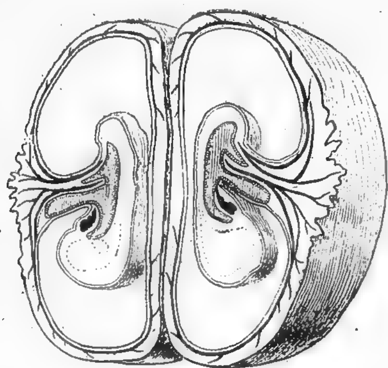


Fig. 3. — Il en résulte une gestation bi-ovulaire, dont les deux œufs se développent côte à côte.

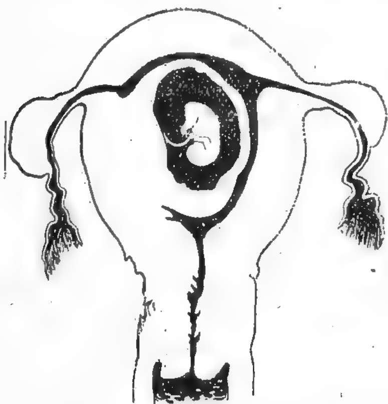


Fig. 4. — Pour que la superfétation soit possible, il faut que les spermatozoïdes trouvent la voie libre, c'est-à-dire que la caduque qui recouvre l'œuf ne soit pas encore adhérente à la caduque qui tapisse le reste de la cavité utérine.

Pour que la superfétation soit possible, il faut, en théorie, deux conditions : la première c'est que l'ovulation continue alors qu'une gestation est commencée (ce fait est possible, mais non absolument démontré) ; la deuxième condition, c'est que le spermatozoïde ne soit pas empêché de cheminer à la quête de l'ovule, ce qui est possible jusqu'au troisième ou quatrième mois, mais seulement jusque-là car, à partir de cette époque, la caduque pariétale se soude avec la caduque réfléchie (1).

Jumeaux uni-ovulaires.

La gestation gémellaire uni-ovulaire est physiologique dans certaines espèces animales (2), alors que, dans l'espèce humaine et dans d'autres espèces, elle constitue un fait pathologique.

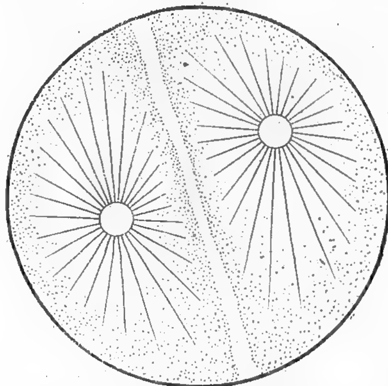


Fig. 5. — Mais, aussi, deux spermatozoïdes peuvent pénétre un ovule et le féconder,...

(1) La question de la superfétation est très clairement expliquée par G. Barbaro dans la brochure « Les jumeaux » que j'ai citée plus haut.

(2) H. H. Newmann. — *The Biology of twins.* The University of Chicago Press, 1917.

Plusieurs mécanismes sont capables de la produire :

1° *deux spermatozoïdes peuvent pénétrer dans un ovule et le féconder* ; cette pénétration, cette polyspermie, est un fait physiologique dans bien des espèces, mais, le plus habituellement alors, un seul des asters se développe et il n'y a formation que d'un embryon, il est possible, cependant qu'à titre d'anomalie, les deux se développent :

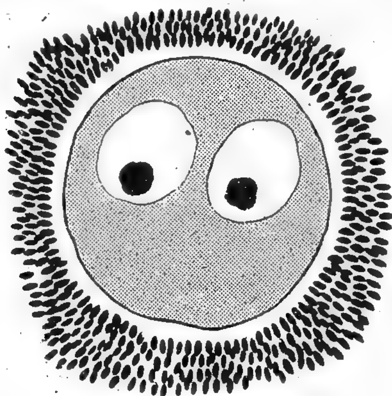


Fig. 5 *bis*. — ... ou encore un (ou deux) spermatozoïdes peuvent pénétrer dans un ovule qui présente la monstruosité cellulaire d'avoir deux noyaux.

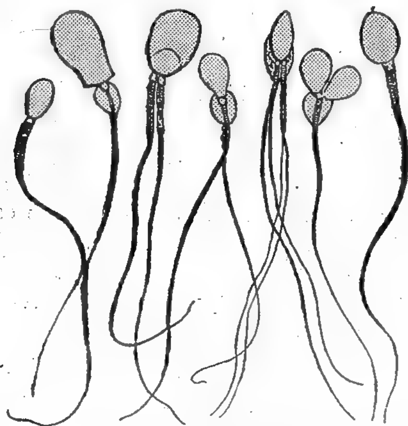


Fig. 5 *ter*. — ... Un spermatozoïde anormal, ayant deux têtes ou deux queues et, en tout cas, deux centrosomes.

2° *un* (*ou deux*) *spermatozoïdes peuvent pénétrer dans un ovule* qui présente la monstruosité cellulaire d'avoir *deux noyaux* ;

3° *l'ovule peut être pénétré par un spermatozoïde anormal, ayant deux têtes ou deux queues, et, en tous cas deux centrosomes* (le centrosome étant contenu dans le col du spermatozoïde), il se trouve que cette anomalie des spermatozoïdes est très fréquente chez les syphilitiques ; or ceux-ci, souvent, procréent des jumeaux uni-ovulaires (1) ;

(1) Broman. — Ueber atypische Spermien. *Anat. Anzeiger*, 1902, vol. XXI, n° 18.

4° dans certaines espèces, la gestation gémellaire uni-ovulaire résulte de ce que l'œuf fécondé

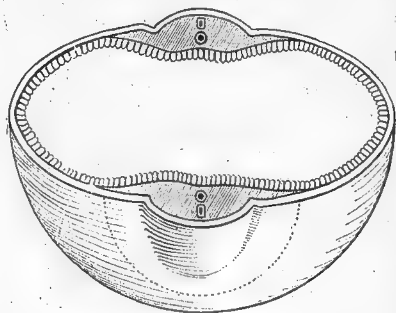


Fig. 6. — Premier stade d'une gestation uniovulaire.

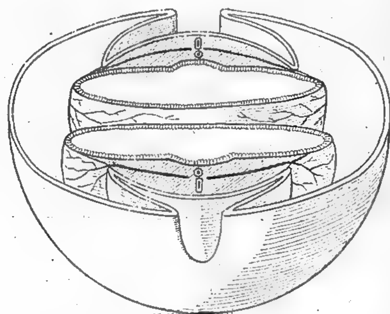


Fig. 7. — Gestation gémellaire uniovulaire : formation des amnios.

se divise, plus ou moins longtemps après la fécondation, en deux embryons (1).

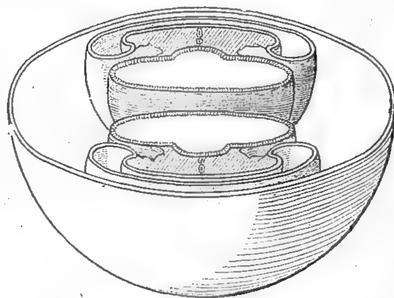


Fig. 8. — Gestation gémellaire uniovulaire. Schéma des deux œufs.

Dans les gestations uni-ovulaires, il n'y a qu'un seul placenta ; les circulations des deux fœtus communiquent plus ou moins largement.

Parfois, une disposition anormale des vaisseaux favorise un des fœtus vers qui le sang afflue en sorte qu'il grossit plus vite que l'autre. La « victime » peut succomber ; mais s'il naît vivant, cet enfant habitué aux privations est souvent plus viable que son « profiteur » de frère.

Il arrive, enfin, que les deux jumeaux uni-

(1) Stockard. — An exper. study of twins. *Amer. Journ. of anat.*, 1921, t. 20, p. 115.

ovulaires se développent près l'un de l'autre et que leurs amnios se confondent : on a alors des jumeaux mono-amniotiques. Cette variété doit être considérée comme une monstruosité. D'ailleurs, ces enfants présentent presque toujours d'autres malformations très graves.

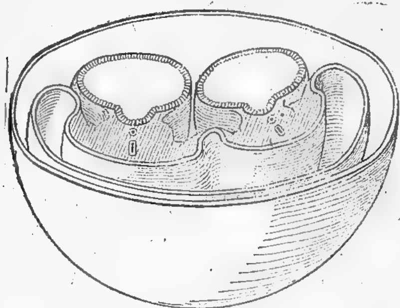


Fig. 9. — Il arrive que les jumeaux uniovulaires se développent l'un près de l'autre et que leurs amnios se confondent.

La fusion peut aller plus loin encore : non seulement les deux amnios, mais les deux fœtus peuvent se souder pour donner un monstre double.

Sexe des jumeaux.

D'une façon constante, du moins dans l'espèce humaine, les jumeaux uni-ovulaires appartiennent au même sexe : tout se passe comme s'il s'agissait d'un individu divisé en deux.

Dans les gestations bi-ovulaires, on trouve soit des individus du même sexe, soit des individus de sexe différent. Le nombre total des garçons et le nombre total des filles sont entre eux dans un rapport qui ne diffère pas du taux habituel de la masculinité, et la fréquence des diverses combinaisons, soit deux filles, soit deux garçons, soit garçon et fille, obéit aux lois du hasard (1).

Ressemblance des jumeaux.

Les jumeaux bi-ovulaires se ressemblent ou ne se ressemblent pas : il en est d'eux comme il en est de n'importe quel frère et sœur.

Au contraire, les jumeaux uni-vitellins ont entre eux une similitude étonnante. Ils se ressemblent soit comme un individu ressemble à sa propre image vue dans une glace ou soit comme un individu tiré à deux exemplaires ; et il y a entre eux de très curieuses identités de conformation, de goûts, de maladies, de *troubles psychiques*. On a montré, en particulier, la très grande similitude de leurs empreintes digitales (2).

On peut voir des jumeaux uni-ovulaires, chez qui se développent des maladies héréditaires exactement à la même échéance : pour exemple, je rappellerai l'histoire de deux sœurs jumelles chez qui se développa, à la même date, dans le même sein et dans le même quadrant une tumeur de même nature.

(1) Nichols, sur 177.907 cas colligés dans la littérature, relève 234.497 fois deux filles, 219.312 fois deux garçons et 264.98 fois fille et garçon. (Nichols Sex ratio of *the* twins. *Memoirs of Amer Anthrop. Ass.* 1907, t. I).

(2) Wilder. — *Biological Bulletin*, 1916, t. XXX, n° 2 et 3.

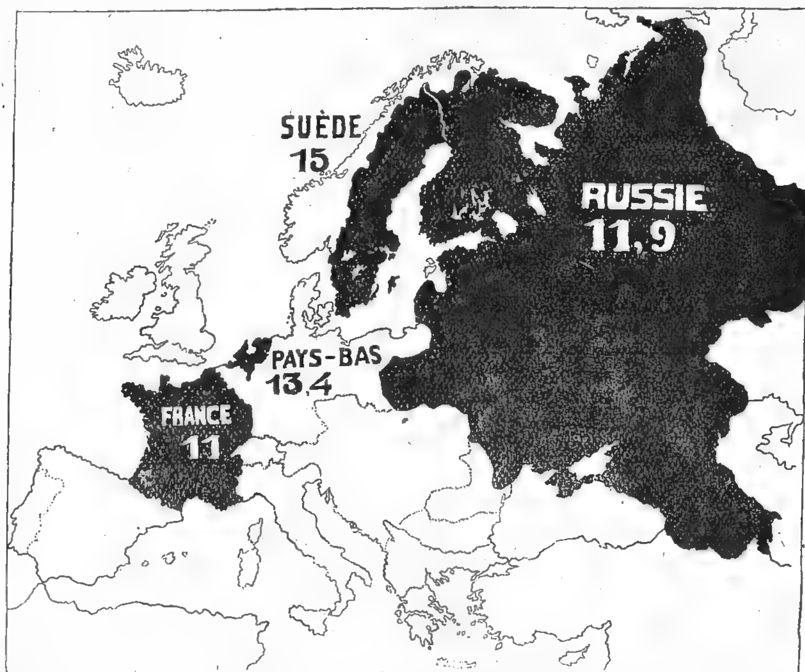


Fig. 10. — Certains pays ont un plus grand nombre de naissances gémellaires que d'autres (rapporté à 1.000 naissances)

Causes de la gémelléité.

Les GÉMELLÉITÉS UNI-OVULAIRES sont presque toujours, dans l'espèce humaine, des faits pathologiques ; elles sont causées par la syphilis et, peut-être, aussi par d'autres maladies (1). Il est probable même qu'elles sont toujours des faits pathologiques ; cependant, il faut faire une petite réserve, car on sait que, dans certaines espèces, ce mode de reproduction est physiologique.

En tout cas, ainsi que l'a montré Rumpe, il est exceptionnel que l'aptitude à la gémelléité uni-ovulaire soit héréditaire (étant entendu que le mot héréditaire est pris ici dans son sens scientifique, souvent méconnu par les auteurs français).

Les GÉMELLÉITÉS BI-OVULAIRES n'ont pas le même caractère pathologique et leur déterminisme est réglé par des facteurs ethniques et des facteurs héréditaires.

Certains pays et, dans ces pays, certaines contrées ont un nombre de gestations gémellaires plus élevé que le chiffre moyen de dix pour mille.

On a dit qu'elles étaient plus fréquentes dans les races et les familles de grande taille, comme s'il y avait là un effet d'une certaine « richesse physiologique ». Cette théorie est probable, mais n'est pas établie d'une façon certaine ; en tout cas, la gémelléité est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares : or, les multipares étant meilleures « reproductrices » que les primipares, il y aurait peut-être là un fait de même ordre.

L'aptitude à engendrer des jumeaux bivitellines est souvent héréditaire. M. DAVENPORT a mis ce fait hors de doute par ses recherches statistiques : une femme ayant eu des jumeaux dans sa famille a 4, 5 fois plus de chances de procréer des jumeaux qu'une femme quelconque ; un homme ayant eu des jumeaux dans sa famille a 4, 2 fois plus de chances de procréer des jumeaux qu'un homme quelconque.

A ceci, on peut objecter que la gestation bi-ovulaire nécessitant deux ovules, il est difficile de concevoir le rôle joué par le père. Nous allons donc exposer l'explication suggérée par DAVENPORT (1). Pour lui,

(1) KEIM, dans un cas, a cru pouvoir incriminer la tuberculose.

(1) C.B. DAVENPORT. — Influence of the Male in the production of human twins. *American Naturalils.* mars-avril 1920, p. 122.

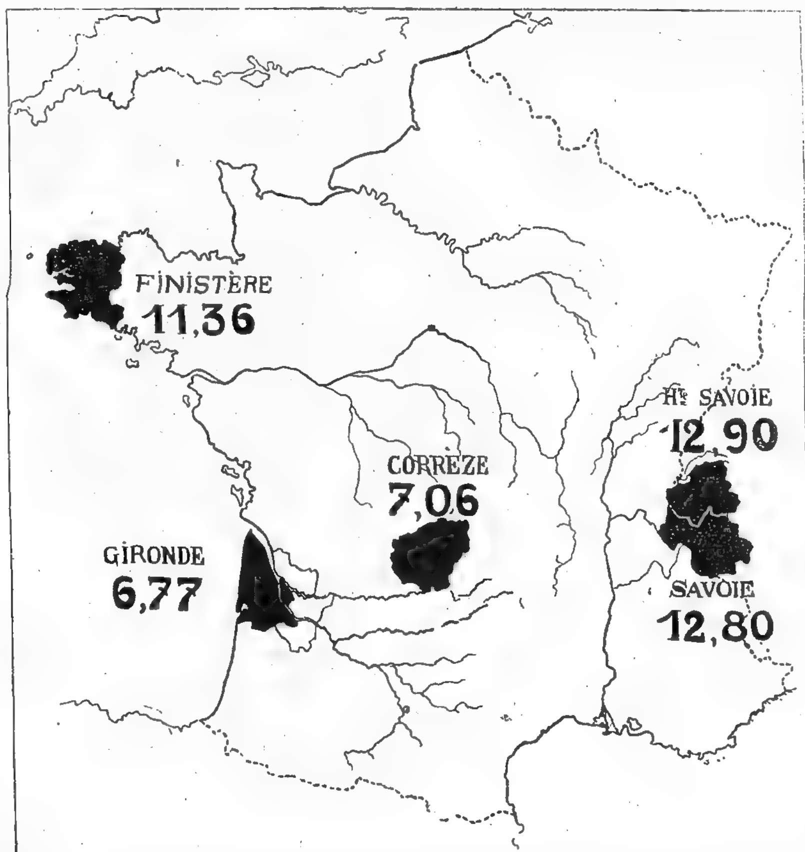


FIG. 11. — Dans certains pays, certaines contrées ont un plus grand nombre de naissances gémellaires que d'autres.

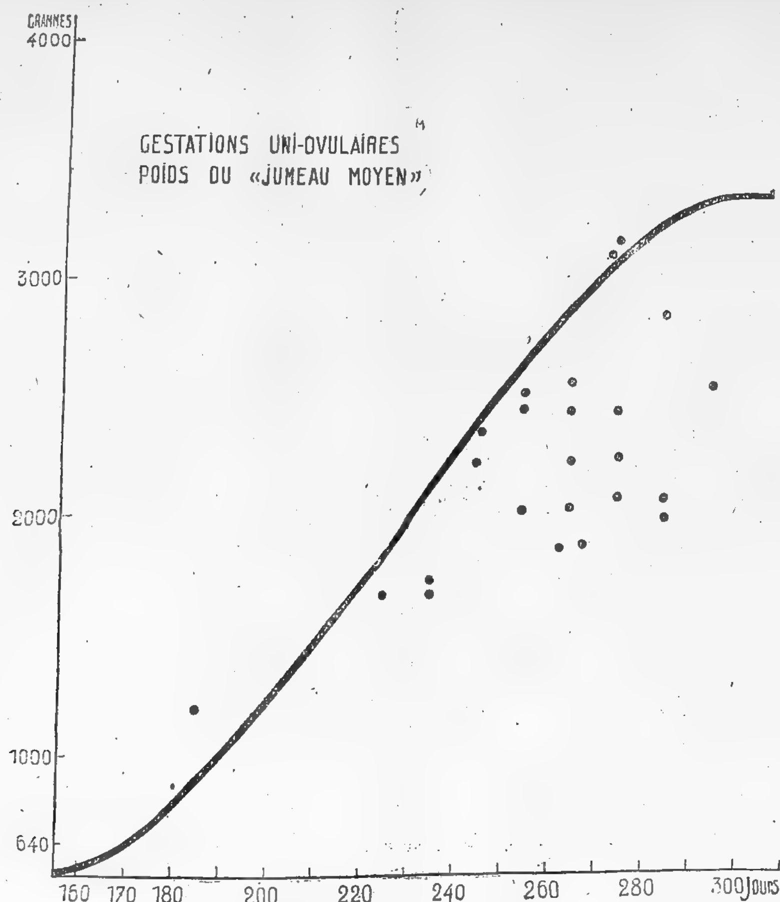


Fig. 12. — Le trait plein indique la progression du poids d'un enfant simple au cours de la gestation ; les points isolés indiquent des poids de jumeaux moyens.

dans tous les cas de naissance unique, ou dans un grand nombre d'entre eux, il y a eu primitivement gestation gémellaire ou gestation multiple ; il y a eu rupture de plusieurs follicules, fécondation de plusieurs ovules ; mais, par l'action de facteurs léthaux, un seul de ces ovules fécondés est arrivé à se développer. Or, les facteurs léthaux peuvent être d'origine ovulaire ou d'origine spermique et l'on comprend ainsi le rôle du père.

En tout cas, Bonnevie a établi que les jumeaux n'ont pas plus de chances de procréer des jumeaux que n'en ont les autres membres des familles à jumeaux.

Développement des jumeaux.

Une femme qui porte deux jumeaux est forcée de partager entre les deux les réserves nutritives de son organisme. Il en résulte que, souvent ceux-ci se développent moins bien que la moyenne des enfants. Dans une statistique assez récente, j'ai établi quels étaient les poids des jumeaux « moyens » (poids total des deux enfants, divisé par 2) en fonction du terme (1). Qu'il s'agisse d'uni-ovulaires ou de bi-ovulaires, le jumeau moyen est habituellement en dessous du poids des enfants uniques (2).

Si vous établissez un graphique, vous verrez qu'après avoir été parallèle avec la ligne indiquant le poids de l'enfant unique, la ligne représentant le poids du jumeau moyen devient inférieure, puis s'en éloigne de plus en plus au fur et à mesure que l'âge de la gestation augmente, comme si les possibilités que possède la mère pour nourrir ses jumeaux devenaient plus diffi-

(1) H. Vignes. — A propos des gestations multiples dans l'espèce humaine. (*C.R. de la Soc. de Biol.*, séance du 17 mars 1925.

(2) Taille des jumeaux : Serog (cité par Apert), trouve que, sur 400 naissances de jumeaux, il y a eu seulement dix cas où la différence de longueur dépassait 4 cm.

Je signale en passant les 14 chiffres publiés par Sombret sur des couches gémellaires aux 3e, 4e et 5e mois ; les longueurs variaient de 8 à 30 cm. ; trois fois les jumeaux avaient la même longueur, sept fois la différence était un centimètre, deux fois deux centimètres, deux fois trois centimètres.

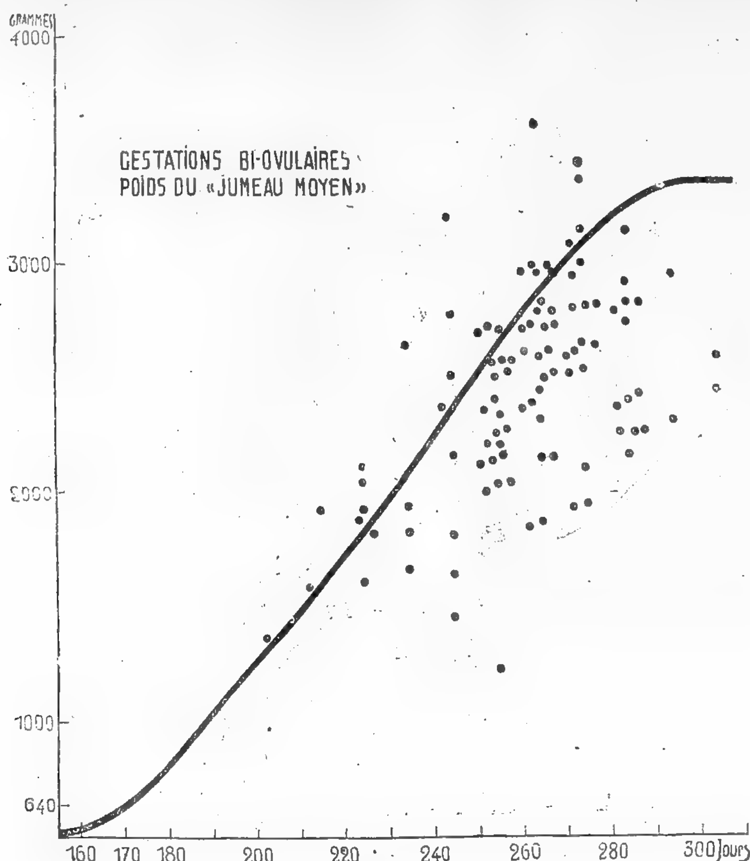


Fig. 13.

ciles. Lorsqu'il s'agit du poids des enfants nés de grossesse triple, la dégringolade est encore plus accentuée.

Physionomie générale des gestations gemellaires.

La gestation gémellaire demande un surcroît de travail à l'organisme maternel ; le métabolisme est plus important, et cette intensité, chez beaucoup de femmes, retentit sur la santé : de ce fait, la gestation gémellaire s'accompagne plus souvent que les gestations simples de phénomènes pénibles et de malaises.

Ce surcroît de travail imposé à l'organisme maternel conditionne un plus grand nombre de vomissements graves au début de la gestation et, ultérieurement, une proportion très grande d'albuminurie et d'éclampsie (1).

D'autre part, il se développe, dans l'utérus, une masse dont le volume est deux fois plus gros que normalement : la femme sera plus facilement dyspnéique, elle aura des varices au niveau des membres inférieurs, et en même temps de l'œdème sus-pubien. Il y aura distension de l'utérus (1), ce qui conditionne un risque élevé de fausses couches et d'accouchements prématurés.

Un autre facteur intervient aussi pour abréger la durée de la gestation ; c'est l'hydramnios qui complique souvent la gestation gémellaire dans un œuf ou dans les deux œufs.

Ces facteurs de distension font que les fausses couches gémellaires sont une éventualité fréquente.

Deux circonstances peuvent, d'ailleurs, influer sur leur production ou leur non-production : la première de ces circonstances est le fait que la femme se sera reposée ou non ; c'est ici le lieu de rappeler avec quelle autorité Pinard a défendu le droit de la femme au repos et à l'assistance pendant la gestation ; car ceci est particulièrement vrai dans les cas de gestations gémellaires ; et Pinard l'a prouvé par les chiffres suivants :

femmes s'étant reposées : gestation moyenne de 260 jours ;

femmes ne s'étant pas reposées : gestation de 242 jours.

(1) De Lee, dans ses *Principles*, note que l'éclampsie serait particulièrement fréquente dans les gémellaires uni-ovulaires.

(1) La présence d'un col déhiscent avant le début du travail est un signe qui traduit cette surdistension. (Wh. Williams. *Obstetrics*, 5e éd., p. 412.)

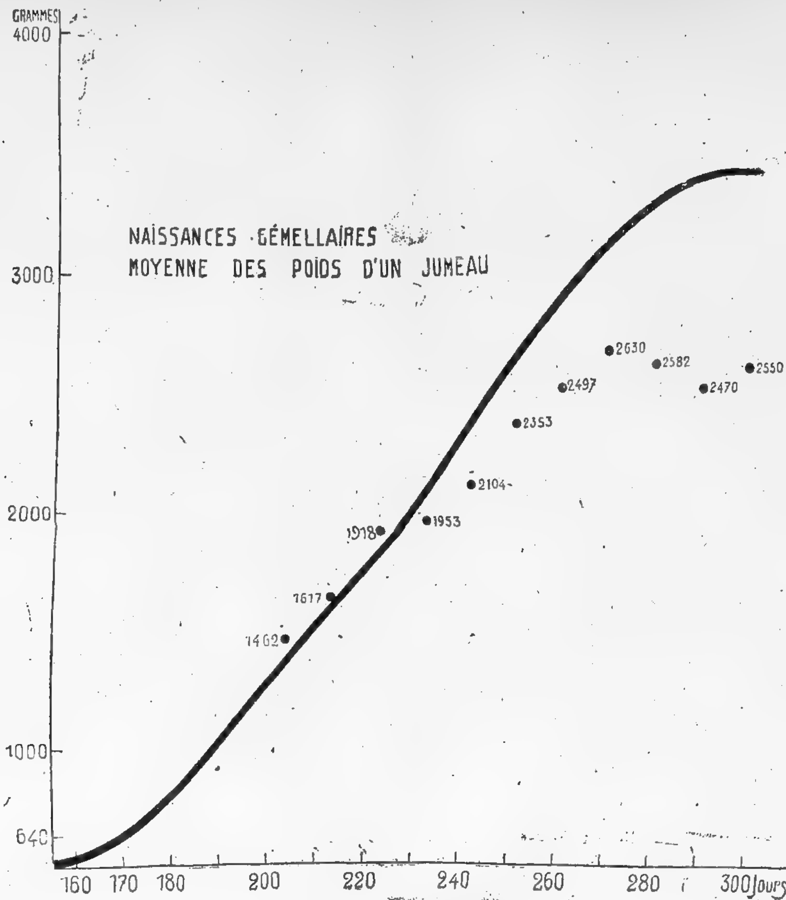


Fig. 14.

Le deuxième facteur susceptible d'influer sur la durée de la gestation est qu'une femme de haute taille, bien développée, qui possède une cavité abdominale ample et spacieuse a beaucoup plus de chances de ne pas accoucher prématurément qu'une femme petite, étroite, chez qui le développement de l'utérus est gêné par la pression de la paroi abdominale et des viscères.

Diagnostic.

Capuron a pu dire, jadis, que le seul signe certain de la gémelléité est de constater la présence *in utero* du second enfant alors que le premier vient de sortir.

C'est pousser trop loin le septicisme qui était cher à certains de nos anciens et qui est un snobisme précieux pour la paresse intellectuelle de certaines de nos contemporaines.

Certes, le diagnostic « ferme » de la gémelléité est parfois difficile et parfois, même, impossible par nos moyens cliniques. Tantôt un utérus très gros, très dur, très tendu, ne laisse pas facilement explorer son contenu, tantôt un fœtus non accommodé, en grenouille dans un utérus flasque, donne une impression troublante de multiplicité. Pourtant dans bien des cas, il est possible et, en tout cas, il faut s'efforcer, sinon de faire le diagnostic, du moins de ne jamais passer à côté d'une gémellaire sans en avoir eu le soupçon.

Il y a divers signes cliniques qui permettent de soupçonner les gémelléités.

1° Ce sont d'abord les dimensions anormales de l'utérus : si la mensuration de la hauteur utérine indique pour une femme enceinte de sept mois 35 à 40 cm. ou pour une femme près du terme, 45 cm., il faut se méfier de la gémelléité.

2° Quand on a affaire à une gestation gémellaire, la palpation obstétricale est très difficile ; l'utérus est généralement dans un état de tension permanente qui permet très difficilement d'explorer son contenu ; il est anormalement dur, il est en contraction permanente, ce qui tient à la présence de deux œufs, et aussi à l'excès de liquide amniotique dans un œuf ou dans les deux œufs.

3° Un troisième signe a été décrit par Hergott, c'est la constatation d'un sillon qui traduit à l'extérieur la séparation entre les deux fœtus.

Tout cela, ce ne sont que signes de possibilité. Quels sont les signes de certitude ?

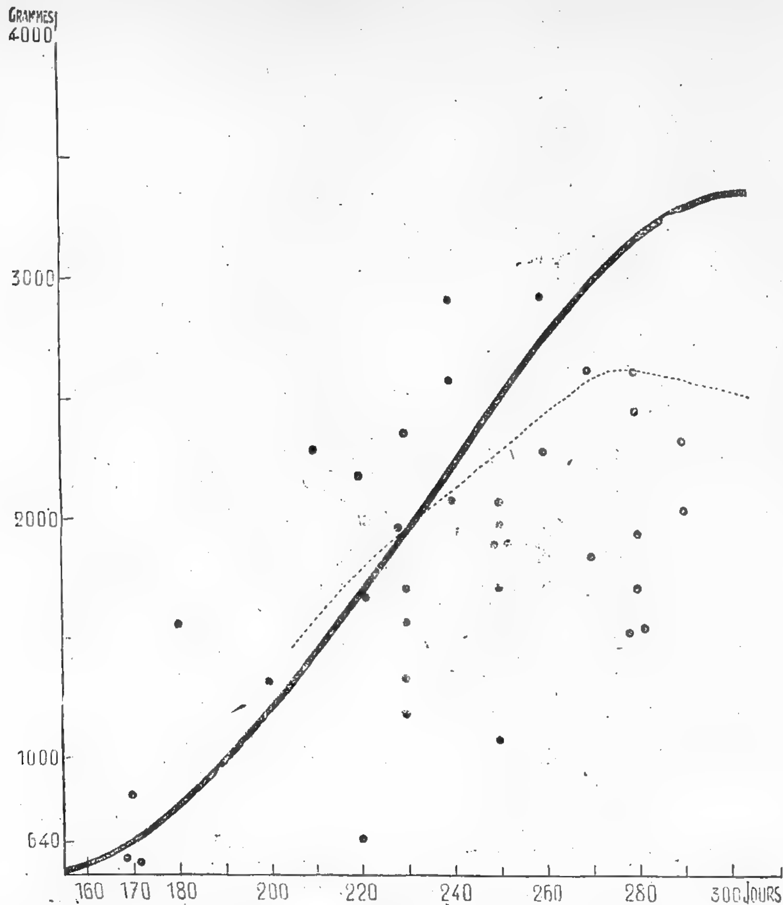


Fig. 15. — Poids des enfants nés de gestation triple : trait plein, enfant unique ; trait pointillé, jumeau ; points isolés, poids moyen d'un enfant né de couches triples.

On peut par la palpation reconnaître la présence de deux enfants. Si vous avez la chance de pouvoir sentir une tête, un siège, une autre tête et un autre siège, votre diagnostic est fait. Si vous sentez trois ou quatre pôles, vous pouvez conclure avec certitude à la présence de deux enfants.

Vous pouvez également sentir deux pôles réunis par un dos, et un autre dos légitime, vous avez encore là un signe de certitude.

Vous avez encore d'autres signes qui, eux, ne sont que des signes de probabilité.

1° L'un était enseigné par Pinard. Si, en présence d'un utérus très développé pour l'âge de la gestation, vous sentez très bas par le toucher, un pôle et que, d'autre part, haut, sous la coupole, vous tombez sur un autre pôle, il y a bien des chances pour que vous n'ayez pas à faire à un fœtus unique qui soit un géant long et mince, mais à deux fœtus.

2° De même, lorsque, chez une multipare, l'utérus est anormalement développé pour l'âge de la gestation et que vous sentez une toute petite tête extrêmement engagée, alors que dans le reste de l'utérus vous ne sentez rien, il y a beaucoup de chances pour que ce soit une gémellaire (1).

L'auscultation peut permettre, souvent de confirmer votre diagnostic.

a) Il se peut que vous constatiez sur les deux côtés de l'utérus la présence de deux foyers d'auscultation et que ces foyers soient nettement distincts ; il y a des probabilités que vous ayez là une gestation gémellaire, mais ce n'est pas là un signe absolu, car, dans les O. I. G. P., on peut constater l'existence de deux foyers de même intensité.

b) Vous pouvez également entendre au premier foyer un certain nombre de battements et aussitôt après, entendre à l'autre foyer un nombre de battements plus rapides : mais, étant donné que les bruits du cœur d'un même fœtus peuvent varier, il faut au moins que la différence soit de dix battements à la minute.

c) Le diagnostic n'est véritablement certain que si l'auscultation se fait « à deux » simultané-

(1) Gauss considère comme signe de gémellaire la présence d'une tête très engagée en asynclytisme antérieur. (Gauss. Eine neues Zeichen für die Diagnose der Zwillingsschw. *Zentr. für Gyn*, 1910, p. 1281.)

ment ; lorsque l'un a compté 100, il l'annonce, et, si l'autre n'est qu'à 94 il y a sûrement gémelléité.

Je ne voudrais pas terminer ces quelques indications sur le diagnostic de la gestation double sans insister sur les grands, très grands services que peut rendre une radiographie bien faite : toutes les fois que vous serez dans le doute et que vous aurez besoin d'être fixé avec certitude, vous penserez à ce moyen auquel il ne faudra pas hésiter à recourir.

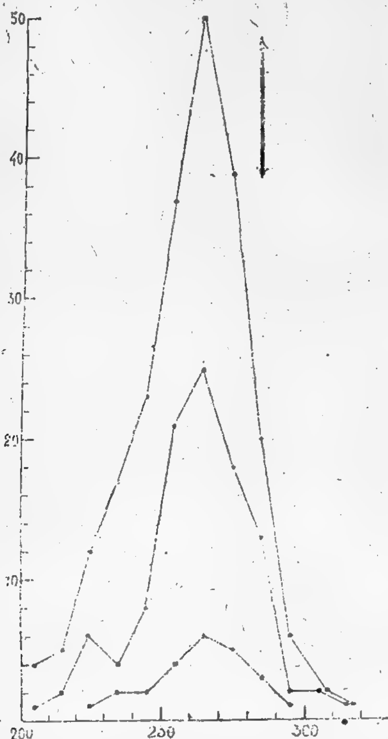


Fig. 16. — Durée des gestations gémellaires : trait inférieur, gestation uniovulaire ; trait moyen, gestat. biovulaire ; trait supérieur, g. uni et bi-ovulaires réunies ; la flèche indique la durée moyenne de la gestation en cas de couches simples.

Attitude des deux fœtus.

Dans la grande majorité des cas, peut-être même dans la totalité, les deux fœtus sont à côté l'un de l'autre, l'éventualite la plus fréquente étant celle de deux têtes en bas, puis celle d'une tête en bas et un siège en bas ; puis celle, beaucoup plus rare de deux sièges, ainsi qu'il résulte des statistiques de Depaul, Tarnier, Pinard, Werth, Léonhardt. Mais il peut arriver qu'après la sortie du premier fœtus, le second, plus au large, s'oriente en présentation transversale.

Par ailleurs, on a décrit deux autres dispositions (1), qui sont extrêmement rares, si tant est qu'elles existent : l'une consiste dans la superposition des deux fœtus, soit tous les deux en présentation transversale, soit l'un vertical et l'autre transversal ; l'autre consiste en ce que les deux fœtus seraient l'un devant l'autre. Mais la réalité de ces deux dispositions n'a jamais été prouvée de façon indiscutable.

(1) Budin. — *Obstétrique et Gynécologie.* (Doin, éd., 1886, p. 437.)

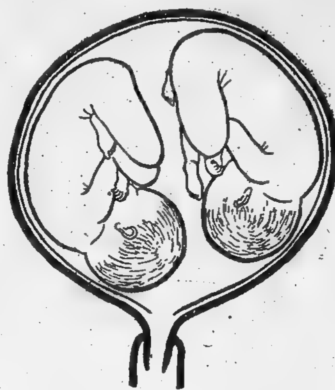


Fig. 17.

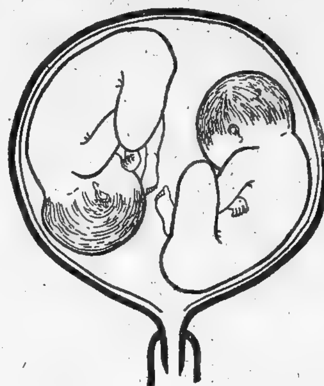


Fig. 17 *bis*.

Fig. 17 *ter*.

Accouchement gémellaire.

L'utérus se contracte un peu moins bien pour un accouchement gémellaire que pour un accouchement simple, peut-être parce qu'il est trop distendu et surtout parce qu'il s'adapte moins bien à son contenu : la période de dilatation est plus longue que d'habitude et la période d'expulsion peut l'être aussi.

Lorsque le premier jumeau est expulsé, l'utérus se repose pendant une période qui, le plus habituellement, est de 30 à 40 minutes. Puis, les

contractions utérines recommencent et le second jumeau est expulsé.

Il y a deux points à noter pour l'expulsion de ce second fœtus : d'une part, c'est qu'il faut se méfier terriblement des procidences du cordon et des membres ; d'autre part, c'est qu'il est extrêmement fréquent de voir le second enfant se dégager en O. S.

Il arrive que la période intercalaire dure très longtemps, qu'il y ait rétrocession de la dilatation et que le second accouchement soit différé de quelques heures ou de quelques jours.

Fig. 18.

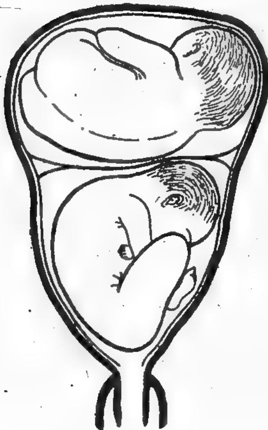


Fig. 18 *bis*.

Est-ce que la gestation gémellaire peut faire figure de dystocie ? Oui, elle se complique souvent d'une dystocie musculaire, d'un état d'hypertonie qui est dû à la très grande distension de l'utérus et à la mauvaise adaptation du contenant au contenu : et il y a, de ce fait, une très grande tendance à la contracture utérine. La gestation gémellaire peut donc devenir une indication particulièrement valable pour l'emploi de la morphine ou de l'anesthésie obstétricale (1).

(1) Demelin, dans son *Manuel de l'accoucheur*, n'étudie la gémellaire ni avec les cas eutociques, ni avec les cas dystociques, mais avec les « seuils » de la dystocie.

Fig. 19.

Accessoirement, très accessoirement, il peut y avoir des dystocies par collision ou par accrochement des fœtus : mais c'est une éventualité infiniment rare. Dans cet article où j'ai multiplié les schémas, je n'ai pas voulu faire représenter un de ces cas ; car il ne faut pas encombrer la mémoire de telles « curiosités ».

Conduite à tenir pendant la gestation.

Il faut prévenir la famille, si on a diagnostiqué une gestation gémellaire, ou même si on l'a soupçonnée. Le plus habituellement, on préviendra la femme qui est la première intéressée. Il faut également signaler à la famille le risque d'accouchement prématuré et imposer un repos de plus en plus sévère à mesure que la gestation avance. Il convient de multiplier les analyses d'urine pour combattre le risque d'éclampsie.

Conduite à tenir pendant l'accouchement.

Pendant la dilatation, la conduite est la même que dans l'accouchement simple, mais en étant plus libéral pour l'indication de l'anesthésie.

Pendant la période d'expulsion, il faut être attentif, et ne pas hésiter, si nécessaire, à pratiquer soit une application de forceps, soit une extraction du siège. Le premier enfant expulsé, on fait la section du cordon entre deux ligatures et on s'occupe du premier-né. Si, après une demi-heure, trois-quarts d'heure au grand maximum, la seconde expulsion n'est pas commencée, mon maître Couvelaire m'a enseigné qu'il fallait agir (1). Vous vous assurerez d'abord que l'enfant est dans la position verticale ; s'il ne l'est pas, vous le verticaliserez, vous romprez la poche des eaux et vous ferez le second accouchement.

La délivrance : il faut savoir que la délivrance dans les grossesses gémellaires est quelquefois difficile. Il y a une grosse masse qui éprouve quel-

(1) On ne saurait trop blâmer la pratique d'attendre indéfiniment le second accouchement, dit Wh. Williams.

que difficulté à franchir l'orifice cervical ou des anneaux sus-jacents de contracture. Quelquefois, il faut donner quelques bouffées de chlorofomer pour relâcher le muscle utérin. D'autre part, avec une fréquence plus grande que dans les accouchements simples, il faut redouter, après la délivrance, des hémorragies graves, pour deux raisons, d'une part, parce qu'il y a deux placentas, c'est-à-dire deux plaies placentaires, d'autre part parce qu'un utérus qui a été très distendu a une contractilité médiocre.

Avortement gémellaire.

En cas d'avortement, il faut apporter le plus grand soin à la délivrance. Les rétentions placentaires ne sont pas rares et vous avez le devoir, au cas du moindre doute, d'entreprendre une révision de la cavité utérine (1).

Puériculture des jumeaux.

Il faut faire la puériculture des jumeaux avec un soin extraordinaire. Il faut se souvenir que ce sont des prématurés, des débiles, des enfants qui ne sont pas assez riches de vitalité en naissant : il faudra donc prendre toutes les précautions de puériculture les plus soignées, il faudra même en prendre de spéciales.

Par tous moyens, il faudra obtenir la plus grande quantité possible de lait maternel, sans préjudice des compléments nécessaires d'autres laits.

Les jumeaux sont mal pourvus de deux substances qui ont une très grande importance pour leur développement, le calcium et le fer ; et, très fréquemment, dans le cours du développement, on note des troubles de croissance, des signes de rachitisme, qui nécessitent l'emploi de récalcifiants énergiques, soit rayons ultra-violets, soit préparations calciques. De même, lorsque les jumeaux arrivent vers le cinquième, le sixième mois, il se développe chez eux de l'anémie : il faudra essayer d'introduire d'une façon plus précoce que chez les autres enfants des aliments autres que le lait.

En dernier lieu, il faut vous rappeler que la syphilis joue un rôle important dans la gémelléité et que, chez beaucoup de jumeaux, vous avez un intérêt extrême à faire un traitement anti-syphilitique.

Pronostic maternel.

Le pronostic pour la mère ne diffère guère de celui d'un accouchement unique.

Pronostic fœtal.

Le pronostic, pour le fœtus, est plutôt mauvais. Il est mauvais parce que, dans la plupart des cas, les enfants sont des prématurés, et sont des débiles. Il est, même, très mauvais dans les familles peu aisées. Le risque de mortalité est cinq fois plus important que pour une gestation simple. Ce risque de mortalité joue pour les trois premiers mois de la vie extra-utérine ; quand un jumeau a dépassé le troisième mois, on peut dire qu'il a autant de chances de vivre qu'un enfant unique.

Pringle, Medical Officier of Health, à Ipswich, relève pour 1921-1925, une mortalité de 161 pour 1.000 chez les nourrissons « uniques » et de 285 chez les jumeaux (1).

La mortalité est beaucoup plus élevée si la mère est primipare.

(1) Maygrier et Demelin. — Etude clinique sur l'avortement multiple. *Arch. de locologie*, 1892, p. 80.

(1) Couples de garçons, mortalité : 354 ; couples de filles, 291 ; couples mixtes : 225.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traumatisme médullaire grave dans la région cervicale.

D'après une leçon du professeur Delbet. (2)

Ce malade, âgé de 63 ans, a été heurté dans le dos et renversé par une automobile. Outre une paraplégie, il a une paralysie partielle des membres supérieurs, portant sur les muscles innervés par la partie inférieure du plexus brachial. Le pouls est à 80, la température entre 39° et 40°. Enfin, il présente d'autres symptômes sur lesquels nous allons revenir en étudiant le diagnostic.

A la suite des accidents de chemin de fer, on a vu survenir des troubles paralytiques difficiles à expliquer, auxquels les Américains ont donné le nom de *railway-spine*. A l'heure actuelle, on considère ces malades comme des pithiatiques. Les accidents de pithiatisme pur ne sont jamais primitifs. Dans la majorité des cas, c'est après quelques jours, quelquefois une semaine et même plus, qu'ils apparaissent, c'est-à-dire qu'entre le traumatisme et les accidents paralytiques, il y a un espace libre.

On sait que, dans les traumatismes cérébraux, il y a souvent un espace libre, les phénomènes tardifs étant dus à un épanchement extra-dural. Dans les traumatismes rachidiens, on a signalé quelques cas d'hématorachis retardés, mais c'est exceptionnel, et généralement, quand, à la suite d'un traumatisme médullaire, les phénomènes apparaissent tardivement, c'est qu'il n'y

(2) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 9 février 1928, recueillie par le Dr Laporte.

a pas de lésion et qu'il s'agit de troubles pithiatiques.

La distinction entre les troubles purement pithiatiques et les troubles dus à une lésion est importante pour le malade au point de vue pronostic. Ce problème a aussi une importance sociale, car dans ces cas-là, il y a une responsabilité engagée. Il n'est pas rare qu'un malade n'ayant aucun mal simule une paralysie pour toucher une grosse indemnité.

L'individu, consciemment ou inconsciemment, est capable de simuler une paraplégie ; mais les réflexes échappent à la volonté. Dans ces cas-là, il n'y a pas de modification des réflexes, ce qui permet de faire le diagnostic différentiel avec une lésion.

Notre malade a une abolition complète des réflexes tendineux et cutanés. Du côté droit, le réflexe de Babinski en flexion n'est pas complètement aboli. Les réflexes crémastérien et abdominal sont complètement abolis.

Ce malade, donc, doit avoir une lésion. Du reste, les troubles sont survenus immédiatement après le traumatisme. Il a une douleur à la pression au niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, d'ailleurs sans déformation, sans angulation, sans déplacement perceptible. Peut-on penser à une fracture ou à une luxation de la colonne cervicale ? Cette douleur a bien un siège pouvant concorder avec cette hypothèse, car c'est de la cinquième à la septième vertèbre cervicale qu'on observe le plus souvent les fractures et luxations.

Une douleur localisée à la pression sur l'apophyse épineuse peut révéler une fracture de cette apophyse, mais cette lésion est incapable d'expliquer les troubles de paraplégie présentés par le malade.

On peut voir des arrachements des apophyses transverses ; ces fractures ne sont pas aussi rares qu'on l'a cru jadis ; elles sont à l'origine de beaucoup de lumbagos traumatiques.

Il peut y avoir une fracture des lames, même des fractures unilatérales, n'intéressant qu'une lame : j'en ai publié un cas très net.

Les fractures les plus intéressantes sont celles qui portent sur le corps de la vertèbre. Les unes se produisent par écrasement, les autres par arrachement. Dans celles-ci, le trait de fracture est dirigé obliquement en bas et en avant ; le segment supérieur glisse en avant, il entraîne avec lui la vertèbre située au-dessus. Dans ces conditions, la moelle est écrasée entre l'angle supérieur du fragment inférieur de la vertèbre fracturée et l'arc postérieur de la vertèbre susjacente. Il peut y avoir une véritable solution de continuité de la moelle.

Dans ce cas, il y a une gibbosité ; la vertèbre sous-jacente à la lésion fait une saillie anormale. Ici, il n'y a aucun déplacement appréciable.

On a dit que certaines fractures de la colonne vertébrale pouvaient se réduire spontanément. Il y a une observation célèbre où le malade, sur lequel on venait de faire des tentatives désespérées et inefficaces de réduction, a éternué dans son lit et a culbuté par terre, après quoi, sa fracture s'était réduite.

La question pratique est de savoir si les lésions médullaires qui produisent cette paraplégie sont curables, ou si elles sont incurables, car dans le premier cas seulement une intervention active, telle qu'une laminectomie, serait indiquée.

La paraplégie peut résulter d'un broiement de la moelle. La réparation est impossible après une section de la moelle.

Les éléments nerveux sont de deux ordres. Les cellules, en particulier les grosses cellules des cornes antérieures de la moelle, lorsqu'elles sont détruites, ne se reconstituent jamais. Les cordons sont composés de tubes nerveux. Un tube nerveux est constitué par le cylindre-axe, entouré par la myéline, puis par la gaîne de Schwann. Le cylindre-axe est constitué par une série de fibrilles nerveuses indépendantes, baignant dans une substance colloïde appelée l'axophasme.

Pendant une certaine période, on a admis qu'après une phase de dégénérescence wallérienne, le bout périphérique pouvait se réparer. C'est ce qu'on a appelé la réparation autogène des nerfs. Elle n'existe pas. Il y a eu des erreurs d'interprétation.

Le bout central peut proliférer. Il envoie quelquefois des végétations exubérantes constituant des névromes. Mais ses prolongements peuvent cheminer dans la gaine du bout périphérique jusqu'aux extrémités, et ainsi peut se faire la régénération du nerf.

Lorsque la moelle a été sectionnée, elle ne se régénère pas. Parmi les lésions réparables, on trouve d'abord ce qu'on a appelé la commotion médullaire ; en réalité, c'est la première phase de la contusion de la moelle. Ce mot de commotion signifie l'absence de lésions macroscopiques visibles, mais il y a toujours des lésions microscopiques (micro-trauma).

Voyons l'état de la sensibilité.

Chez ce malade, il y a persistance de la sensibilité tactile, avec suppression de la sensibilité à la douleur. La sensibilité thermique est abolie, comme c'est la règle dans ces cas-là. C'est ce qu'on appelle la dissociation syringomyélique de la sensibilité. Ce signe doit faire penser à une hématomyélie.

La commotion médullaire est le premier degré de la contusion de la moelle. Le deuxième degré c'est l'hématomyélie. Cette lésion peut produire des troubles médullaires parfois graves.

Il peut y avoir des phénomènes de compression dus à un épanchement sanguin dans le

canal rachidien en dehors de la moelle. Cet épanchement peut être intra-dural, et dans ce cas, si on fait une ponction lombaire, on constate que le liquide céphalo-rachidien est teinté par le sang.

Il y a une trentaine d'années, la doctrine classique était que les réflexes correspondant au segment médullaire sous-jacent à la section sont augmentés. C'est exact dans les expériences sur les animaux. Mais chez l'homme, comme l'a montré Bastian, les réflexes sont abolis. Cette différence tient à la prépondérance chez l'homme des centres cérébraux. L'existence de l'influx cérébral ou cérébelleux, disait Bastian, est nécessaire à la persistance des réflexes médullaires chez l'homme. Mais après un certain nombre de mois, on peut voir reparaître des réflexes d'automatisme médullaire. Il peut y avoir, à la suite de lésions réparables ou d'une contusion médullaire, une abolition complète des réflexes. Un officier de cavalerie fait une chute de cheval et devient complètement paraplégique. On conclut qu'il a une section de la moelle et qu'il est perdu. Or, il s'est parfaitement rétabli et a recommencé à monter à cheval.

Il faut donc savoir que, même avec une abolition complète de la motilité, de la sensibilité et des réflexes, il peut y avoir une simple contusion de la moelle, c'est-à-dire une lésion réparable.

MM. Sincère et Anselme ont constaté que dans les cas curables, les nerfs ont conservé leur conductibilité électrique et que celle-ci est perdue quand la moelle est sectionnée. Malheureusement, les recherches faites au cours de la guerre n'ont pas confirmé cette théorie. Après une section complète de la moelle, les nerfs peuvent conserver leur conductibilité électrique.

D'autre part, la suppression de la conductibilité électrique ne permet pas de dire que la moelle est sectionnée.

Nous n'avons donc pas, à l'heure actuelle, de critérium permettant de dire, dans un cas déterminé, si les lésions médullaires sont irréparables, ou si, au contraire, elles sont réparables.

Chez notre malade, la persistance de la sensibilité dans certaines zones permet d'affirmer que la moelle n'est pas complètement sectionnée. Il présente une dissociation syringomyélique de la sensibilité. Ce symptôme est lié à une altération de la substance grise autour du canal épendymaire.

Une lésion médullaire n'est pas douloureuse, tandis qu'une irritation, même légère, des racines produit des douleurs. Eh bien, ce malade a eu, les premiers jours, des douleurs assez persistantes dans le biceps du côté gauche. C'est un symptôme radiculaire qui doit faire penser à l'existence d'un hématorachis, c'est-à-dire d'un épanchement extra-médullaire comprimant les racines.

Chez notre malade, nous sommes donc arrivés à deux conclusions : l'une, certaine, précise, c'est qu'il a une hématomyélie probablement considérable, révélée par l'existence d'une dissociation syringomyélique de la sensibilité. L'autre, c'est qu'il a probablement un hématorachis, étant donné qu'il a présenté un syndrome radiculaire.

Par conséquent, ici, il y aurait eu une indication formelle à faire une intervention, qui aurait pu consister en une laminectomie, c'est-à-dire une opération décompressive. Malheureusement, nous ne ferons pas cette intervention, car il est survenu chez ce malade une contre-indication à toute intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit : c'est la fièvre.

Je vous ai dit que ce malade avait une rétention d'urine.

Ordinairement, dans ces gros traumatismes médullaires, la rétention complète de la vessie est la règle, tandis que du côté du rectum, on peut observer, soit de la rétention, soit de l'incontinence. La plupart des malades qui ont des traumatismes médullaires graves et qui ne succombent pas immédiatement finissent par succomber à des accidents d'infection urinaire. Souvent, on voit survenir des eschares énormes. Notre malade a déjà une large rougeur diffuse dans la région sacrée.

Le symptôme qui est survenu presque dès le début, qui contre-indique toute espèce d'intervention, et condamne le malade à une mort rapide, c'est une ascension thermique, qui n'est pas liée à des phénomènes infectieux. Ces troubles s'observent souvent à la suite des traumatismes craniens. Le cas type est caractérisé par une ascension en flèche, sans aucune rémission, jusqu'à 41°5. Avant d'atteindre 42°, le malade meurt et la température continue à monter après la mort. On observe aussi ces troubles, moins souvent peut-être, dans les traumatismes de la moelle bulbo-cervicale.

Ces ascensions thermiques sont liées à des troubles inconnus des centres de la thermogénèse, dont les uns siègent vraisemblablement dant le mesocéphale, d'autres dans le bulbe ou la partie supérieure de la moelle.

Lorsqu'il s'agit de traumatisme cranien, la règle est encore, dans mon service, de faire une trépanation. Lorsqu'il s'agit de traumatisme de la moelle cervicale, il ne faut pas tenir le même langage. La trépanation cranienne est une opération insignifiante, tandis que la laminectomie dans la région cervicale n'offre pas la même sécurité. En tous cas, ici, toute intervention chirurgicale est contre-indiquée.

HYDROLOGIE APPLIQUÉE

La cure thermale d'Aix-les-Bains — Ses indications spéciales.

Par le docteur Henri FORESTIER.

Les diverses espèces de rhumatismes chroniques et leurs formes variées peuvent être traitées indifféremment par les eaux thermales de diverses compositions. Mais s'il y a des indications communes à de nombreuses stations sulfureuses, il en est qui sont plus particulières, sinon exclusives, à Aix-les-Bains en raison de son traitement très spécial, la *Douche-massage* et le *bain de vapeur naturelle radio-active* dit Berthollet à 44°. Ces indications sont : le *rhumatisme vertébral, la lombo-sciatique, l'arthrite sacro-iliaque et l'arthrite chronique de la hanche.*

I. Rhumatisme vertébral, lumbago.

Si l'on réfléchit à la nature et à la topographie des lésions du *rhumatisme vertébral*, on se rend compte qu'elles ne peuvent être modifiées par les pratiques thermales habituelles de la plupart des stations balnéaires : bain ou douche. En effet les articulations vertébrales qui sont celles des hypophyses articulaires, arthrodies, sont profondément situées dans les gouttières rachidiennes sous une couche musculaire épaisse. Pour modifier l'état de la circulation sanguine et lymphatique à cette profondeur, il faut autre chose que le ruissellement et même la percussion de la douche ; il faut les pressions rythmées du massage et mieux du massage sous la douche très chaude, la *douche-massage d'Aix*, exercées par le masseur sur le dos, les lombes ou la nuque du patient couché en décubitus ventral. On sait que dans la douche-massage d'Aix le masseur placé, suivant mon procédé, à califourchon au-dessus du plan incliné, est dans la meilleure position pour masser plus ou moins fortement suivant les cas, et *symétriquement*, ce qui est très important, les régions lombaire, dorsale et cervicale dont les muscles sont, grâce à la position, en complet relâchement. Une manipulation de cette sorte réalise le massage des plans musculaires profonds et de toutes les parties molles des gouttières rachidiennes et par conséquent agit effectivement sur la circulation sanguine et lymphatique des articulations apophysaires et des ligaments. On conçoit qu'une action physiologique de cette importance puisse faciliter la résorption des exsudats des articulations apophysaires aussi bien que ceux des muscles dorso-lombaires et de leurs multiples expansions tendineuses et aponévrotiques ; et qu'elle se propage même jusqu'au périoste des trous de conjugaison dont l'épaississement conditionne la compression des racines des nerfs rachidiens, névrodocite, et leur réaction névralgique.

Qu'il s'agisse de lumbago, de lombarthrie, ou de rhumatisme cervical, de cellulite vertébrale du cou, le processus modificateur est vraisemblablement celui-là.

Assurément l'action modificatrice sera d'autant plus aisée et plus marquée que les lésions seront plus simples. A la première période du rhumatisme vertébral les troubles congestifs péri-articulaires des articulations apophysaires, l'engorgement lymphatique du voisinage sont relativement faciles à modifier par la douche-massage. A la seconde période, quand il y aura des épaississements comme dans la *cellulite vertébrale du cou* ou même des productions ostéophytiques péri-articulaires, et de la péri-arthrite de ces multiples arthrodies accusée par les craquements que perçoit le malade à la colonne cervicale, cette action modificatrice sera plus lente (1). Toutefois, elle sera encore capable d'arrêter l'évolution des lésions qui sans un traitement approprié aboutiraient à l'encroûtement des ligaments et à des formations ostéophytiques en même temps que des épaississements du périoste vertébral, d'où compression des racines postérieures dans les trous de conjugaison avec toutes leurs conséquences : névrodocite et névralgies ou névrites à distance.

A cette période, le *rhumatisant vertébral* devra faire une série de cures annuelles, sous peine de voir son mal évoluer vers la *spondylose ankylosante*. Plus tôt donc le rhumatisme vertébral sera reconnu et traité par la douche-massage d'Aix, plus les chances de guérison au début, ou d'arrêt du mal ensuite seront grandes.

Ces considérations s'appliquent aussi bien au *rhumatisme vertébral généralisé, la spondylose* qu'à ses formes parcellaires *rhumatisme cervical* et *lumbago* et *lombarthrie.* Par contre, elles ne s'appliquent pas de la même façon à une forme évolutive des sujets névropathiques, *le rhumatisme vertébral irritable.* Chez ceux-ci, il y a à la fois rachialgie et état douloureux à la pression soit sur la région dorso-lombaire, soit sur la région lombaire seule, et toute manipulation de massage ou friction exaspère la douleur. Dans ces cas, il ne faut pas de douche-massage,

(1) Cellulite vertébrale et rhumatisme cervical, par H. Forestier. Comm. Société de Paris, 27 janvier 1923. — Vertebral fibrosis, par Dr H. Forestier in *The Lancet*, 9 juillet 1927.

il faut la *douche-sous-marine dans le bain profond* comme il existe à Aix : le malade *assis* ou *couché à plat ventre* dans un bassin de 4 cm³, recevant sous l'eau le jet chaud, à section de 4 cent, brisé ou plein suivant les cas. Avec ce procédé on obtient un effet sédatif remarquable. Les *lumbagos irritables* sont ainsi améliorés et ultérieurement peuvent supporter d'abord l'application locale du *bain de vapeur naturelle* et plus tard le massage léger de la douche-massage d'Aix.

II. Lombo-sciatique.

Alors que les nombreuses variétés de névralgie sciatique *tronculaires* s'améliorent ou se guérissent par les moyens les plus divers, la *lombo-sciatique*, dont les lésions (funiculite) siègent au funicule des racines postérieures L 4 et L5 au voisinage du trou de conjugaison, est pareillement au rhumatisme lombaire difficile à modifier par les simples pratiques thermales du bain ou de la douche. Les plans aponévrotiques et musculaires très épais des muscles lombaires doivent être malaxés par les pouces du masseur pour que la circulation sanguine et lymphatique y soit activée. On comprend ainsi que la douche-massage d'Aix pratiquée de la façon qui a été expliquée plus haut puisse y réussir. Elle y réussira dans les formes habituelles. Mais dans la forme *irritable* des névropathiques, il faudra préalablement recourir aux pratiques sédatives de la *douche sous-marine dans le bain* au début ou du *bain de vapeur naturelle.*

III. Arthrite sacro-iliaque.

Confondue souvent avec le lumbogo intéressant l'articulation sacro-vertébrale opophysaire et moins fréquente qu'on ne le croit cette affection est suivant les cas justiciable successivemen tde la douche sous-marine du bain de vapeur naturelle et finalement de la douche-massage. Ce qui a été dit du lumbago lui étant absolument applicable je n'insiste pas.

IV. Arthrite de la hanche.

Les conditions anatomiques de l'articulation coxo-fémorale profondément enfouie sous la couche épaisse des fessiers la rendent comme les articulations apophysaires vertébrales peu sensible aux applications superficielles du bain ou de la douche même percutante. Pour modifier la circulation sanguine et lymphatique de l'acétabulum, de la capsule articulaire, il faut le pouce du masseur s'enfonçant au-dessus et sur la face postérieure du grand trochanter, dans le sens du col fémoral.

On conçoit donc que la douche-massage d'Aix soit le procédé balnéaire le plus puissant pour agir sur les affections rebelles que sont la périarthrite et l'arthrite de la hanche chroniques.

Evidemment, il faut les traiter dès leur début pour les améliorer ou tout au moins arrêter leur évolution. Sinon celle-ci se poursuit et aboutit bientôt à l'ostéo-arthrite avec érosion et destruction des cartilages, formations ostéophytiques, usure de la tête fémorale, et leurs conséquences, la raideur extrême de l'articulation avec douleur plus ou moins constante. Dans l'immense majorité des cas quelle que soit leur pathogénie (congénitale ou non) la douche-massage est le procédé de choix pour la cure. Mais il se rencontre encore parfois ici cette forme évolutive *irritable* qui ne supporte pas la douche-massage et veut la douche sous-marine ou le bain de vapeur naturelle.

Dans les quatre affections dont je viens d'examiner le traitement par la cure d'Aix j'ai parlé de la forme évolutive qu'on peut cliniquement appeler *irritable.* Objectivement cette forme se caractérise par la sensibilité douloureuse à la pression de la région, et objectivement par l'exaspération de la douleur sous l'influence du massage, de la mobilisation. Autant que le permet d'apprécier l'examen radiologique, il n'y a pas de lésions plus avancées que dans les autres cas. Il faut donc admettre que l'*état irritable* est fonction du tempérament nerveux, de l'état névropathique. Quoi qu'il en soit, le médecin doit en tenir compte et conduire la cure thermale en conséquence.

Le traitement thermal d'Aix-les-Bains.

Le traitement thermal d'Aix-les-Bains est essentiellement externe : il consiste dans l'emploi de l'eau sulfureuse chaude sous forme de douche combinée au massage ou *douche-massage,* et de sa vapeur radio-active sous forme de *bain local de vapeur dit Bertholet,* qui est l'équivalent du *bain de boue.*

La *douche-massage générale* à 1 ou 2 masseurs, est complétée, suivant le cas, par la sudation à l'étuve humide dite *Bouillon,* et par la *douche-massage locale* appliquée aux membres.

A ces quatre pratiques spéciales s'ajoute pour certains cas, le *bain avec douche sous-marine* en baignoire ou bassin profond. Tel est le *traitement de base.*

A côté de ces pratiques principales, il y a les pratiques complémentaires : *hydrothérapie, pulvérisation, inhalation, douches locales* diverses.

Enfin, plusieurs *adjuvants* complètent le traitement thermal : la *cure de diurèse,* par l'eau des Deux-Reines et Saint-Simon, la cure d'inhalation et pulvérisation sulfureuses de *Marlioz, la physiothérapie* et notamment la mécanothérapie Zander.

Telle est, résumée en quelques mots, la formule très simple du traitement d'Aix. Celui-ci est donc d'une *conception* très claire pour le

praticien qui, de suite, peut saisir ses indications.

Climat d'Aix.

Le climat d'Aix est tempéré en toutes saisons, grâce à la topographie de la vallée, large de 12 kilommètres, ouverte du N.-O. au S.-E., entre les vallées du Rhône et de l'Isère. Les pentes boisées des deux chaînes de montagne d'une part, la vaste nappe d'eau du lac du Bourget avec ses 44 kilomètres de superficie, d'autre part, réalisent les meilleures conditions pour la production des brises qui, matin et soir, rafraîchissent l'air pendant les périodes chaudes de l'été. Par le fait de l'extraordinaire pureté de l'air que dénote le bleu intense du ciel, comparable au ciel d'Italie, le soleil est chaud, mais si la température s'élève facilement à 26° cent, dès le mois de juin, il est exceptionnel qu'elle dépasse le chiffre de 28° pendant la période de la canicule, et encore faut-il que le temps soit orageux avec vent soufflant du midi.

En outre, le lac et la montagne, facilement accessible par le chemin de fer à crémaillère du Mont Revard, offrent au baigneur en tout temps l'agrément d'une température plus fraîche.

Saison thermale.

On peut venir faire la cure à Aix de très bonne heure, dès le 15 avril et en tous cas à partir du 10 mai. Le climat, en effet, est très doux, grâce aux conditions climatiques de la vallée d'Aix, altitude 260 mètres, orientation S. S. O., protection contre les vents du Nord. Les printemps de Savoie sont en général très beaux,très ensoleillés. Aussi la clientèle étrangère, anglaise et américaine, belge, hollandaise, finlandaise, fréquente-t-elle Aix dès le milieu d'avril. En mai, la saison anglaise bat son plein.

Il est donc à conseiller aux malades français de venir faire la cure à Aix dès le mois de mai, quoique ce ne soit pas dans les habitudes françaises, la plupart des stations thermales de notre pays n'ayant pas le climat tempéré qui fait l'agrément de la vallée d'Aix.

Ainsi, Aix offre aux médecins la facilité d'envoyer leurs clients, ayant besoin de la vie calme, à deux périodes, mai-juin et septembre-octobre. Je ne saurais trop insister sur ce point, car on a souvent ignoré que notre station a une saison de six mois, dont deux seulement sont *mondains* et dont quatre conviennent aux malades proprement dits.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Action favorable d'extraits spléniques sur certaines formes évolutives de la tuberculose chez l'enfant.

M. P. F. Armand-Delille qui essaye depuis deux ans, dans son service de l'hôpital Hérold, l'opothérapie splénique dans le traitement de la tuberculose selon la méthode du Dr Bayle, de Cannes, a obtenu d'excellents résultats :

« Je dois dire que c'est avec beaucoup de scepticisme, dit M. Armand-Delille, que j'ai entrepris ces essais et je n'ai voulu y soumettre d'abord que des cas désespérés, soit que le pneumothorax n'eût pas été possible du fait d'adhérences, soit que les lésions bilatérales parussent trop graves ou trop diffuses pour tenter une double collapsothérapie.

« J'y ai soumis, depuis, un certain nombre de malades chez lesquels le pneumothorax thérapeutique n'avait pas arrêté le processus envahissant.

« A ma grande surprise, j'ai constaté des améliorations très notables et souvent inespérées.

« Nous avons vu, aussi bien chez des jeunes filles pubères au seuil de l'adolescence que chez des nourrissons, des états fébriles accompagnés de signes fonctionnels et physiques et d'images radiologiques qui semblaient devoir amener à brève échéance une terminaison fatale, survivre et s'améliorer tant cliniquement que radiologiquement, de sorte qu'on est en droit de considérer ces sujets comme en voie de guérison certaine ou même guéris.

« Chez la grande fille, en même temps que la température tombait, puis, que, progressivement, l'image radiologique, très chargée aux deux sommets, s'éclaircissait peu à peu, l'expectoration, d'abord très abondante et très bacillifère, est devenue presque nulle et le bacille ne peut plus être trouvé que par homogénéisation.

« Chez des nourrissons bacillifères, en même temps que la fièvre cessait, le poids augmentait rapidement et il devenait impossible, même après plusieurs lavages d'estomac consécutifs, de déceler la présence du bacille tuberculeux. »

L'auteur note l'innocuité absolue de la méthode avec l'extrait splénique qu'il a employé et l'absence de réaction générale et locale, et cite deux observations-types appuyées de radiographies et de courbes. (*Revue de la tuberculose*, avril 1928.)

Dermatoses d'origine canine et féline.

MM. Hudelo et Rabut rappellent que, mises à part les dermatoses microbiennes qui ne présentent aucune spécificité, les véritables dermatoses d'origine canine ou féline sont pratiquement constituées par les gales et les teignes, respectivement dues aux acariens et aux dermatophytes du chien et du chat.

La gale du chien est due au scarcopte scabiei canis, très voisin du sarcopte de l'homme, dont il ne diffère que par sa taille un peu moindre ; sa transmission à l'homme est réputée exceptionnelle, mais semble cependant plus fréquente, parce que méconnue : un vétérinaire parisien aurait déclaré en rencontrer une quarantaine de cas par an.

La gale du chat (notoèdre minor, variété cati) est plus souvent transmise à l'homme. Ce qui caractérise l'éruption, c'est son aspect monomorphe, sans sillons, sans lésions de grattage, sans eczématisation ; c'est ensuite son groupement localisé aux points de contact avec l'animal mais il y a aussi des formes généralisées ; le prurit nocturne peut devenir intense ; mais cette gale est épisodique, car le parasite du chat ne vit pas au-delà du quatrième jour sur la peau humaine. Cette gale guérit donc d'elle-même, contrairement à la gale du chien pour laquelle il faut employer le traitement classique.

Quant aux teignes tricophytiques, leurs parasites n'habitent jamais que par occasion sur l'homme ; Sabouraud n'a jamais observé d'épidémies humaines de plus de 2 ou 3 cas.

Les teignes microscopiques sont au contraire les plus souvent observées et les plus fréquemment transmises à l'homme. Elles atteignent le cuir chevelu de l'enfant, la barbe de l'homme, ou les parties glabres des sujets (sur la nuque, la face, les avant-bras, éruptions circinées ressemblant à l'herpès) ; le laboratoire permet d'en faire le diagnostic. Le traitement n'offre rien de spécial ; il est celui de toutes les épidermomycoses : badigeonnages à l'alcool iodé au 1/100 et pommade chrysophanique du 1/20e au 1/100e ; la guérison, en général assez rapide, peut quelquefois ne survenir qu'au bout de quelques semaines. Si le cuir chevelu est atteint, il faut commencer par l'épilation radiologique. (*Paris médical*, 21 janvier 1928.)

Traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère de l'estomac par les rayons de Rœntgen.

Les recherches du Dr Solomon semblent démontrer qu'avec des doses d'ordre thérapeutique, on obtient des modifications plus ou moins prolongées de la sécrétion gastrique, une chute importante de l'acide chlorhydrique et une diminution également importante de la pepsine. Les essais thérapeutiques semblent coïncider avec les résultats de ces recherches ; aussi l'auteur, pour arriver à une posologie assez exacte, en vue d'une utilisation thérapeutique systématique, a-t-il étudié 30 malades, présentant soit des troubles gastriques liés à une hyperchlorhydrie plus ou moins intense, soit des symptômes non douteux d'ulcus gastrique.

L'action des rayons sur le chimisme gastrique peut être schématisée ainsi :

1° Sous l'action d'une seule dose de 500 R, dans un tiers des cas on constate une chute nette de l'acidité, le plus souvent une heure après l'irradiation. Cette action frénatrice est de courte durée ; le lendemain l'acidité revient à son taux normal antérieur. Dans deux tiers des cas, l'acidité n'est pas modifiée par l'application d'une seule dose de 500 R. Cette unique dose ne modifie pas la teneur du suc gastrique en pepsine.

2° Sous l'action de plusieurs doses de 500 R, les applications étant distantes entre elles de 3 à 8 jours, on constate des modifications très nettes et durables dans la majorité des cas. Dans 55 p. 100 des cas observés, on constate une chute rapide de l'acidité, chute dont l'importance est en partie conditionnée par les valeurs initiales de l'acidité gastrique.

Une fois la chute de l'acidité produite, elle persiste pendant toute la durée du traitement radiothérapique. Celui-ci terminé, on constate une nouvelle élévation de l'acidité ; une deuxième série d'irradiations produit une chute de l'acidité plus durable que la première. Dans 25 p. 100 des cas, la chute de l'acidité se produit, mais elle est peu marquée ; enfin dans 20 p. 100 aucune modification n'est enregistrée avec les doses thérapeutiques utilisées.

La diminution de la teneur en pepsine est plus lente, mais elle est plus régulière. Les douleurs gastriques sont modifiées d'une manière assez variable ; dans 33 p. 100 amélioration considérable, dans 22 p. 100 des cas amélioration passagère. Les améliorations importantes ont été jusqu'à la disparition complète des douleurs et des troubles subjectifs ; elles ont été fréquemment durables, et ont persisté pendant plusieurs mois d'observation après la cessation du traitement roentgenthérapique ; la marche, ici, n'est pas parallèle à celle de l'acidité gastrique.

Dans les ulcus gastriques, duodénaux, ou peptiques, sous l'action des rayons Röntgen on a observé des améliorations fonctionnelles importantes allant jusqu'à la disparition des troubles présentés par les malades. Les hématémèses et les mélæna disparaissent fréquemment ; il faut ajouter qu'en dehors de l'action directe sur l'ulcus cette disparition s'explique, car la coagulabilité du sang circulant irradié augmente considérablement après les irradiations ; dans de petites hémorragies occultes, on observe, après

une ou deux séries d'irradiations, la disparition du sang dans les selles.

En résumé, la röntgenthérapie est indiquée dans les états douloureux gastriques liés à l'hyperchlorhydrie, quand les traitements médicamenteux habituels ont échoué. La röntgenthérapie seule, ou en association avec un traitement médicamenteux et diététique est susceptible de guérir un grand nombre de malades présentant ces troubles.

Dans l'ulcus gastrique ou duodénal, elle prend une place de premier ordre entre le traitement médicamenteux et diététique et le traitement chirurgical. Dans les séquelles de la gastro-entérostomie (bouche anostomotique fonctionnant mal, ulcus peptique, trouble douloureux) la röntgenthérapie enregistre fréquemment des résultats particulièrement brillants. (*Paris médical*, 4 février 1928.)

La maladie de Buerger.

La maladie de Buerger relève d'un état chronique d'emblée, coupé de poussées évolutives aiguës, répétées, souvent subintrantes.

MM. Letulle, J. Marchak et G. Boyer lui décrivent plusieurs phases cliniques. La première période est celle des phlébites superficielles, qui apparaissent sur un membre sain, sans la moindre effraction cutanée ; elles précèdent toujours, par mois ou par années, les gangrènes proprement dites. Souvent aussi un processus plus lent attaque les veines et les réduit jusqu'à les résorber entièrement. Cette période d'invasion peut être légère et ne se traduire que par un léger gonflement des pieds et une lourdeur dans la marche. Souvent apparaissent de petites taches pseudopurpuriques sur les jambes. Sans phlébite, tout peut passer inaperçu le plus souvent du malade et aussi du médecin. Les troubles sont mis sur le compte de la « grippe », du « surmenage » ou autre maladie hypothétique. On note une atteinte de l'état général du sujet, très insomnique, toujours fatigué, souffrant parfois de « névralgies » ou de « migraines ophtalmiques » ; dès cette époque la vie physique du patient subit une diminution progressive.

Après une période de rémission apparente, ou sans elle, survient une exacerbation solennelle des petites réactions douloureuses. Au repos, au cours de la marche surtout, le malade est saisi de douleurs telles qu'il s'arrête subitement, comme s'il venait de rompre sa voûte plantaire, ou de faire une entorse d'une articulation d'un orteil. Après un court repos, tout disparaît pour reparaître dans la suite avec la même intensité. A ce moment le pied est froid et blanchâtre ; dès cette époque se produit une atrophie lente, mais progressive des membres, qui précède souvent d'une façon nette les lésions artérielles. Il ne s'agit pas encore d'une claudication intermittente vraie, mais d'une « douleur intermittente », comme si un effort musculaire réveillait un processus inflammatoire névritique en sommeil.

Un signe de grande valeur frappe le malade : c'est l'impossibilité de supporter au lit, non le poids, mais la chaleur des couvertures sur ses membres inférieurs, surtout sur les pieds. Un choc banal éveillera une douleur intolérable, hors de proportion avec la cause. Puis le sujet commence à souffrir la nuit de plus en plus, réveillé toutes les heures ; l'horizontalité du pied devient insupportable.

Habituellement, le malade consulte à cette période, le froid, comme la chaleur, provoque des spasmes artériels, avec pied froid, d'une blancheur cadavérique, marbrée. La marche, contrairement à ce qui se produit chez les gens normaux, au lieu de congestionner les pieds en dilatant les capillaires, provoque, par l'effort musculaire, un véritable spasme du pied, avec vaso-constriction intense des vaisseaux.

La peau des membres, à cette période, est glabre ,sèche, épaisse ; si l'on pratique une piqûre à l'aide de l'aiguille d'une seringue, il faut déployer un certain effort pour perforer la peau dont l'épaisseur est d'autant plus grande que le membre est plus atteint ; les ongles sont friables. La pression directe n'est pas douloureuse. La palpation des artères ne donne guère de renseignements ; quelquefois les battements artériels persistent, ce qui permet quelques soupçons.

La mensuration de la pression artérielle par l'oscillométrie est presque toujours positive ; elle deviendra négative, à la période « ulcérative » de la maladie.

L'examen du sang à cette période d'état donne de précieux renseignements ; la leucocytose est augmentée : avec un pourcentage de polynucléaires de 80 p. 100. La cholestérine augmente dans le sang, et atteint 2 gr. 50 ou 3 gr. par litre. Le dosage du glucose est fort peu élevé (1,80 à 2,50 par litre).

A cette époque, la douleur au gros orteil, surtout la nuit, la proportion de la cholestérinémie et l'excès d'acide urique dans l'urine font faire souvent le diagnostic erroné de goutte ; d'autres malades sont considérés comme des rhumatisants, des porteurs d'arthrite gonococcique à cause de la talalgie.

On peut déjà trouver une induration tout le long de la veine saphène interne ; les adénopathies inguinales sont pour ainsi dire la règle : ganglions petits, nombreux, isolés.

A la troisième période, ces signes s'accentuent ; les douleurs apparaissent plusieurs fois par jour ; une petite vésicule apparaît brusquement à la face interne du gros orteil, avec de fortes douleurs ; la petite ulcération qui en résulte peut

être prise pour un ongle incarné ; même l'ongle enlevé, la cicatrice ne se fera pour ainsi dire jamais ou avec une lenteur désespérante. Les vésicules se multiplient ; sur la face plantaire du gros orteils apparaît aussi une petite vésicule, signe avant-coureur de la mortification des tissus. Les douleurs deviennent extrêmes, le malade ne peut plus marcher ; les crises douloureuses subintrantes ne sont même plus calmées par la morphine ; l'ulcération augmente, envahit tout le gros orteil et ne se cicatrise pas. Tous les autres orteils se prennent, le pied entier devient rouge et gonflé, même en l'absence de toute lymphangite ; il suffit de le lever en l'air pour que la tuméfaction et la rougeur disparaissent, faisant place à la blancheur marbrée ; ceci est caractéristique.

Dans la grande majorité des cas, il faut recourir à l'amputation, mais la durée de la phase ulcérative précédente varie de 2 mois à 2 ou 3 ans. Plus le malade est jeune, plus la maladie est grave.

Les auteurs ont institué tous les traitements médicaux usités : citrate de soude, insuline, nitrite de soude. A la période initiale, cinq fois sur six cas, le nitrite de soude seul amena la guérison ; mais les plus grandes réserves s'imposent quant à l'avenir de ces guérisons cliniques. Il est impossible de préciser celle des médications qui agit ; à tout hasard, dans les cas graves, on les emploie simultanément toutes, et quelquefois avec succès.

Le traitement ultime, en cas d'insuccès, est l'amputation ; mais il faut opérer vite, en raison des lésions infectieuses qui s'installent autour de la plaie, sinon il faudrait amputer beaucoup plus haut. La question de la hauteur de l'amputation ne semble pas pouvoir être réglée par l'oscillométrie.

Les injections de propidon du Pr Delbet semblent diminuer le risque d'infection au cours de l'opération ; et les auteurs ont obtenu ainsi, dans les 3/4 des cas, des réunions par première intention.

On s'accorde à regarder cette entité morbide comme relevant d'une cause spécifique indéterminée dont l'allure générale peut être comparée à celle des grandes infections humaines, lèpre, tuberculose et syphilis. (*La Presse médicale*, 15 février 1928.)

A propos des maladies dites phtisiogènes.

Ce sont des maladies, surtout infectieuses, qui occasionnent l'éclosion de la tuberculose, principalement pulmonaire, qui, sans elles ne se serait vraisemblablement pas produite, à ce moment tout au moins. Cette définition exclut naturellement le rôle favorisant des mêmes maladies sur l'aggravation d'une tuberculose déjà constituée et évidente ; sur ce fait, le Pr Rieux insiste tout particulièrement.

Mais l'action de déclanchement qu'exercent sur la tuberculose — et en particulier sur la tuberculose pulmonaire — les maladies dites phtisiogènes ne se manifeste pas au hasard. Elle semble frapper des malades en état de tuberculose *latente* proprement dite, c'est-à-dire représentée par un foyer tuberculeux offrant un certain degré d'activité. S'il n'en était pas ainsi, la tuberculose post-infectieuse (post-rubéolique, post-grippale, etc.), comme la tuberculose post-partum ne s'observeraient-elles pas plus communément qu'on ne les voit ? Dans cette menace tuberculeuse, la *cuti-réaction* positive, classiquement invoquée, apparaît comme un critérium de moindre valeur que la *réaction de fixation* positive.

L'action phtisiogène n'est pas l'apanage de certaines maladies. Si quelques-unes, comme la rougeole, jouissent d'une juste prérogative, la raison doit en être cherchée dans la fréquence plus grande de cette maladie chez l'enfant, encore récemment sorti de la primo-infection tuberculeuse ; mais la rougeole, même grave, réveille-t-elle une tuberculose chez des enfants non porteurs de tuberculose latente proprement dite ? Les maladies infectieuses, la menstruation, la grossesse, l'allaitement ne semblent pas agir, dans ce rôle phtisiogène, d'une façon plus élective que tous les agents de moindre résistance, l'hygiène défectueuse, plus encore le surmenage, conséquence naturelle de la vie moderne, action aux multiples aspects et dont nous ne mesurons d'ordinaire pas la nocivité.

Ces explications tendent, en définitive, à réduire l'importance et l'intérêt des affections dites phtisiogènes. A vrai dire, nous ne sommes pas mieux instruits des états de moindre résistance, qui préparent l'éclosion d'une tuberculose proprement latente ; c'est le « mystère » du terrain. Mais les études en cours sur l'état physico-chimique des milieux organiques, les variations du pH, de la réserve alcaline des humeurs, tout ce qui préside au métabolisme basal, laissent espérer qu'un jour peut-être tombera cette ignorance. (*Journal des Praticiens*, 14 janvier 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la prétendue contagiosité des cancers

(M. Cl. Regaud. — *Académie de médecine* ; 5-6-1928.)

Le cancer est-il contagieux ? A cette question, M. Cl. Regaud répond nettement par la négative. L'auteur appuie son opinion sur divers arguments et, en particulier, sur une enquête qu'il a poursuivie dans les hospices du Calvaire.

Les hospices du Calvaire sont des œuvres charitables qui hospitalisent les femmes atteintes de cancers incurables, avancés et ulcérés. Les malades y restent le plus souvent jusqu'à leur mort et sont couchées en dortoir. Les pansements et le service sont faits par des dames « résidentes » qui habitent en communauté dans l'établissement et par des « auxiliaires » qui restent ordinairement toute leur vie dans les salles de cancéreuses dont elles font le ménage et partagent la cuisine. Les pansements, exécutés avec propretée, ne sont pas l'objet de précautions d'asepsie particulières. Outre les cancéreuses, les hospices du Calvaire reçoivent quelques malades atteintes de lupus et d'ulcères variqueux, qui vivent là longtemps.

De telles conditions créent un milieu de choix pour l'étude de la contagiosité éventuelle du cancer. Si le cancer est contagieux, c'est dans ces maisons où certainement on devra en trouver des exemples. Or, qu'observe-t-on ?

M. Regaud a poursuivi une enquête auprès des médecins et des supérieures-directrices des Calvaires de Paris, Lyon, Saint-Etienne, Marseille, Bordeaux et Rouen, institutions qui, depuis leur fondation déjà ancienne, ont hospitalisé des milliers de femmes cancéreuses. Or, les cas de cancer signalés dans le personnel soignant est inférieur à la moyenne notée ailleurs, dans les milieux ordinaires, chez les sujets du même âge. Il résulte de cette observation clinique large et de longue durée que la cohabitation prolongée et continue avec des malades porteurs de cancers ouverts ne donne pas une augmentation du taux habituel du cancer. Il y a plus : le pourcentage est inférieur, ici — ce que pourrait expliquer l'existence saine, hygiénique, du personnel des dits établissements. En définitive, dans des maisons où toutes les conditions favorables à la démonstration de la contagion éventuelle des cancers se trouvent réunies, on n'observe pas le plus petit indice de cette prétendue contagion.

M. Regaud envisage ensuite le côté expérimental de la question, relatif aux cages à cancer, aux greffes cancéreuses, etc. Les cages (d'animaux) à cancer ne restent réellement cancérigènes que si elles ne sont pas nettoyées. On sait que la présence de gros parasites (vers) peut provoquer parfois l'éclosion du cancer. Une stérilisation des cages débarrasse celles-ci des parasites et amène la cessation du cancer. D'autre part, la greffe est différente de la contagion.

L'auteur conclut que l'on attribue abusivement à la contagion ce qui n'est qu'apparition de cancers dans un groupement animal ou humain exposé à une même cause cancérigène, parfois à une cause cancérigène collective. Parmi les agents cancérigènes, il en est de rigoureusement personnels : les irritations locales, physiques ou chimiques. D'autres sont capables de reproduction : ce sont des parasites macroscopiques ou microscopiques. C'est le parasite cancérigène (ver, etc.), qui est transmissible et non le néoplasme.

L'isolement des cancéreux apparaît dès lors comme une mesure de prophylaxie absolument inutile. La prophylaxie actuellement rationnelle du cancer doit viser à la suppression, si faire se peut, des facteurs locaux (irritations professionnelles, tabac, alcool, lésions précancéreuses, infestations vermineuses, etc.),

— M. Tuffier remarque qu'il est difficile souvent de préciser où s'arrête la greffe, et où commence la contagion. Le cancer en tout cas, apparaît greffable.

La préparation des malades à l'opération.

(M. Pierre Delbet. — *Académie de médecine* ; 5-6-28.)

La préparation des malades à l'opération est une donnée de chirurgie opératoire de grande importance. Elle est loin d'être connue dans ses détails et même dans nombre de ses côtés essentiels. M. Pierre Delbet en signale deux points qui lui ont paru offrir un réel intérêt.

Pour soutenir le système nerveux de ses futurs opérés, M. Delbet leur fait prendre du chlorure de magnésium, à raison de 100 gr. par jour de la solution à 12 gr. 10 pour 1.000. Ce médicament ingéré ainsi plusieurs jours (3 à 5 jours) donne aux malades de l'euphorie et de l'énergie. De plus, il régularise et désodorise les selles. Expérimentalement, son emploi a paru déterminer (chez le cobaye) une augmentation de la résistance aux accidents de l'anesthésie.

M. Delbet croit utile, d'autre part, un autre petit moyen : l'alimentation pré-opératoire. En 1927, il fut appelé à pratiquer une opération d'ulcère gastrique chez un individu récemment sorti de Fresnes. Cet homme indisciplinable ne tint aucun compte des recommandations qui lui avaient été faites et le matin de l'opération, il absorba en cachette une bouteille de lait. L'abdomen ouvert, les chylifères apparurent gorgés. Mal impressionné par ce détail, M. Delbet s'attendait à des suites opératoires graves. Or, l'opéré guérit sans malaise et dans les meilleures conditions Depuis cette époque, l'auteur fait prendre à ses malades, trois heures avant l'opération, un verre de lait additionné de 20 gr. de sirop de sucre et de 1 gr.

de chlorure de magnésium anhydre. Plus de 500 opérés ont été ainsi préparés et tous s'en sont bien trouvés, particulièrement ceux qui ont subi une opération sur l'estomac et l'intestin.

P. L.

L'ouverture et le drainage de la plèvre dans les pleurésies purulentes tuberculeuses.

(MM. Maurice RENAUD, PETIT-MAIRE et MIGET. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 27-4-1928.)

On admet généralement que si ces épanchements purulents de la plèvre imposent parfois des mesures palliatives, telles que les ponctions, le mieux est de n'y pas toucher tant qu'ils ne provoquent pas d'accidents mécaniques.

Cependant, les auteurs rapportent cinq observations favorables de pleurotomie faite en pareils cas, la pleurotomie ne fut guère ici qu'une ponction élargie, dont on maintient le trajet béant. Certes, aucune des malades n'est complètement guérie ; mais, chez les cinq malades , le drainage de la plèvre a eu pour résultat de parer à des accidents, qui non seulement entravaient toute amélioration, mais allaient entraîner la mort. Un tel trajet ne se fistulise pas ; dans aucun cas, il n'a suppuré lui-même, et quand on ne fait rien pour le maintenir, il se ferme en quarante-huit heures ; les malades ne portent qu'un léger pansement, avec une mèche qui oblitère le trajet ; tous les deux ou trois jours, on passe une canule et on fait un lavage ; les malades vont et viennent et font leur cure.

La pleurotomie met les malades dans de meilleures conditions pour guérir leurs lésions pulmonaires.

— M. Léon BERNARD fait des réserves à ces conclusions. Il croit que, sauf dans les cas où elles sont infectées secondairement, cas pour lesquels la question ne se pose pas, les pleurésies purulentes tuberculeuses chroniques ne sont pas justiciables de la pleurotomie. Elles relèvent au contraire des traitements médicaux, qui aboutissent parfois à de très heureux résultats, alors que l'ouverture de la plèvre entraîne une aggravation de la situation. Il faut s'abstenir d'intervenir, sauf si on a la main forcée par certaines circonstances exceptionnelles (infections secondaires menaçantes, accidents mécaniques graves).

Remarques à propos du traitement opothérapique prétendu spécifique de l'anémie pernicieuse progressive.

(M. G. HAYEM. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 27-4-28.)

La méthode de Whipple (ingestion de foie de veau) s'applique-t-elle en réalité au traitement de l'anémie pernicieuse protopathique ? Cette maladie a été confondue avec les anémies de causes diverses, acquérant une certaine intensité et paraissant graves ; en réalité, la maladie, connue sous le nom de « maladie de Biermer » comprend les faits d'anémie primitive et ceux d'anémie secondaire.

Or, les études poursuivies pendant des années par l'auteur lui ont permis d'assigner au type hématologique de l'anémie pernicieuse progressive ou protopathique (à distinguer de toutes les anémies secondaires) les caractères suivants :

Diminution considérable et souvent rapide du nombre des globules rouges, au point qu'on observe souvent, dès le premier examen , un chiffre inférieur à un million.

Cet abaissement (précoce relativement à ce qu'on observe chez les anémies symptomatiques) peut atteindre 1/2 million et moins encore en quelques semaines. Abaissement également considérable et précoce du chiffre des hématoblastes pouvant descendre jusqu'à 15.000, assez prononcé pour empêcher par irrétractilité du caillot la formation du sérum ; enfin (dernier caractère reconnu), impossibilité d'obtenir par les traitements donnant de bons résultats ou des guérisons dans les anémies symptomatiques un réveil de la rénovation hématoblastique du sang.

Etant donné qu'il y a deux espèces distinctes d'hématopoïèse, l'hématoblastique et la médullaire, l'anémie pernicieuse protopathique a pour cause anatomique l'arrêt de l'hématopoïèse hématoblastique, et probablement l'anéantissement définitif des centres formateurs de ces éléments.

Le traitement le plus efficace des anémies symptomatiques, y compris la chlorose est : le repos, le régime approprié aux troubles de la digestion stomacale, l'administration de fer sous la forme de protosel, notamment d'oxalate de protoxyde.

Ce traitement est resté inefficace dans l'anémie pernicieuse progressive protopathique ; même l'arsenic et la transfusion du sang ont laissé se produire une issue fatale en quelques semaines ou quelques mois.

Cette maladie est relativement rare. Il est de toute évidence que le traitement constitué par un régime spécial et l'ingestion à haute dose de foie de veau a donné de bons résultats ; mais il n'est pas douteux que tous les auteurs ont omis de donner la preuve hématologique que quelques-uns, tout au moins, des cas traités se rapportaient à l'anémie p. p. protopathique. Tous ont adopté les errements anciens ; nous sommes donc dépourvus pour le moment de renseignements certains sur l'efficacité du traitement nouveau dans la maladie qui, pour l'auteur, est la seule vraie anémie pernicieuse protopathique.

La cure radicale des hémorroïdes par l'électro-coagulation en nappe.

(M. P. LEHMANN. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 28-4-1928.)

Ce procédé utilise les effets thermiques des courants de haute fréquence. Le patient est préparé comme pour l'opération, purgé la veille et constipé le jour de la coagulation. L'intervention est douloureuse, mais très rapide ; une anesthésie locale par badigeonnages avec le liquide de Bonin est suffisante pour

de gros bourrelets, dont la muqueuse est pénétrée par l'anesthésique ; mais la douleur est assez vive à la limite de la muqueuse et de la peau, si bien qu'il faut quelquefois recourir à l'anesthésie générale. Par une série de piqûres juxtaposées, on peut en quelques secondes coaguler une nappe de tissu d'une surface et d'une épaisseur quelconques. Il n'y a pas d'hémorragie.

L'opération est terminée très rapidement sous l'anesthésie générale ; elle est plus longue et entrecoupée de quelques pauses avec une anesthésie locale. Le relâchement musculaire est assez grand avec l'anesthésie générale pour qu'on puisse remonter assez haut avec l'aiguille, sans avoir besoin de dilatation.

Le patient peut rentrer chez lui après l'intervention ; mais il doit ensuite garder le repos au lit pendant les quatre jours, où il reste constipé. Il est d'ailleurs de règle de voir, le lendemain de la coagulation, une crise douloureuse du type d'une crise hémorroïdaire. En effet, après leur destruction, les tissus coagulés forment une escharre, qui se sépare des parties saines, et il se produit un suintement abondant de sérosité au niveau du sillon de séparation de l'escharre. Il en résulte un œdème, qui est la cause de la distension des bourrelets et de la crise hémorroïdaire.

Elle est en général d'autant plus intense que le bourrelet est plus serré. Il est toujours possible de rendre cette réaction tolérable par des bains de siège très prolongés et répétés. La crise ne dure pas en général plus de 12 à 48 heures.

Le malade se lève au quatrième jour, après avoir pris un lavement évacuateur. La plaie opératoire persiste encore plusieurs semaines ; pour la cicatrisation, il faut en moyenne compter quatre semaines après l'opération.

Jamais l'auteur n'a observé d'accident à la suite d'une éléctro-coagulation. La plaie ne s'infecte jamais ; elle est remarquablement tolérée. On fait garder un pansement en T. pour éviter les frottements au niveau de la plaie. Les opérés peuvent reprendre leur travail au cinquième ou sixième jour ; il est exceptionnel qu'ils soient immobilisés jusqu'à huit jours.

Pour éviter tout accident, il est essentiel de se servir d'une aiguille et non d'une plaque et d'une intensité faible de courant. La coagulation en nappe permet de localiser très exactement la destruction, et n'expose pas à des rétrécissements consécutifs.

Le titane en thérapeutique.

(M. J. Métadier. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 11-5-1928.)

Le titane est un corps nouveau en thérapeutique ; c'est un corps simple, classé parmi les terres rares. Il se classe, par ordre d'abondance, après l'oxygène, l'azote, le silicium et le soufre. On le trouve partout dans la croûte terrestre, dans le soleil, les étoiles ; presque toutes les eaux thermales en contiennent des traces.

Dans tous les tissus, l'auteur a toujours trouvé la même teneur en titane, à savoir : 0 gr. 0194 par kgr., et cela quels que soient les tissus considérés : muscle, peau, os, sang, tissu humain ou animal, et même végétal. L'âge ne semble avoir aucune influence sur cette proportion du titane, mais il serait intéressant de rechercher l'influence de certaines maladies.

Cette constance du titane est extrêmement curieuse. Le titane est bien le seul élément constitutif du protoplasma, qui présente une telle fixité, et il y a là certainement un fait du plus haut intérêt pour la biologie générale.

Ce corps a des propriétés antiputréfiantes et antifermentescibles ; non seulement il arrête complètement la putréfaction des protéines et des albumines, mais aussi, il la prévient ; on a pu ainsi conserver diverses denrées, telles que bouillon, lait et même poissons.

Au point de vue thérapeutique, quelques essais ont été faits avec le sulfate de titane dans la conjonctivite où il peut remplacer avantageusement le sulfate de zinc. On a également obtenu de très beaux résultats dans le traitement du coryza ; des essais ont été entrepris dans les entérites et aussi dans la tuberculose ; le sulfate de titane arrêterait le développement du bacille de Koch dans les cultures.

Dès aujourd'hui, ce corps peut rendre des services en dermatologie (eczémas, etc.), par son action kératoplastique et antiprurigineuse.

L'auteur a voulu attirer l'attention sur le titane, qui semble bien doué de propriétés remarquables.

Sur le massage des fractures.

(M. Albert Mouchet. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-5-1928.)

Faut-il faire des massages dans les fractures de l'enfant ? Non. Dès l'instant qu'il y a déplacement des fragments, réduisez le plus tôt possible et appareillez, sous l'anesthésie générale toujours ; immobilisez le moins longtemps possible ; laissez l'enfant mobiliser lui-même et progressivement son membre. La balnéation chaude locale, l'air chaud sont très recommandables

Le même précepte — tout aussi impérieux — s'applique aux luxations simples, qui s'accompagnent si souvent chez l'enfant de décollements périostiques.

G. F.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Trichophytie non suppurée de la barbe.

MM. Vigne et A. Fournier représentent un navigateur atteint de teigne de la barbe, sous forme de plaques rouges pityriasiques, à poils cassés courts s'épilant facilement et que l'examen microscopique montre largement parasités de filaments mycéliens. La culture a révélé un trichophyton astéroïde. Le

malade nie toute origine animale directe. Il attribue son contage à un rasage de coiffeur.

Caverne tuberculeuse de la base ouverte dans la plèvre diaphragmatique. pleurésie enkystée diaphragmatique latente.

MM. Boinet et Antoine Raybaud présentent l'observation d'un malade de 64 ans présentant une infiltration tuberculeuse des deux poumons prédominant à droite. L'autopsie révèle en outre une volumineuse caverne multiloculaire siégeant à la partie antérieure de la base du poumon droit. Au niveau de son plancher, cette caverne communiquait avec un gros abcès pleural enkysté occupant toute la cavité inter-pneumo-diaphragmatique droite et du volume d'une mandarine. Ils insistent sur le siège de la caverne et sur le peu de signes cliniques de cette pleurésie médiastine.

Aortite chronique syphilitique. Fissuration aortique. Mort par hémorragie intra-péricardique.

MM. Boinet et Antoine Raybaud. — A l'autopsie d'une femme morte subitement, les A. découvrent une hémorragie péricardique importante (300 grammes). La filiation des accidents paraît être la suivante : fissuration de l'endartère au niveau d'une plaque d'athérome, dissection véritable de la mésartère (aortite disséquante) fuite du sang épanché à travers la périartère fragile et irruption subite sous un à coup de tension du sang dans le péricarde.

Note sur un cas de paralysie diphtérique de l'accommodation et de la convergence.

MM. A. Raybaud et Jean Sedan. — Un enfant présente, 15 jours après une diphtérie guérie cliniquement et bactériologiquement, une paralysie complète de l'accommodation et de la convergence, compliquée d'une réduction de la vision due à une forte hypermétropie du sujet. Un traitement sérothérapique intensif a amené en onze jours une guérison complète et définitive. Les A insistent sur l'utilité absolue du traitement sérothérapique et sur la particularité du cas qu'ils rapportent.

Chorée chronique du vieillard à type Huntington non héréditaire.

MM. Roger et Drapé présentent un homme âgé de 60 ans qui depuis deux ou trois ans présente des phénomènes choréiques généralisés à évolution progressive, associés à des signes de déficit intellectuel, troubles amnésiques et quelques idées de suicide. Pas d'hérédité. Liquide C. R. normal. B. W. négatif. Cette association rappelle à s'y méprendre la chorée de Huntington. Ce cas paraît se ranger dans les chorées chroniques non héréditaires du vieillard, dont les exemples ne sont pas nombreux.

Gangrène pulmonaire à évolution subaiguë. Sérothérapie. Phrénicectomie. Guérison.

Par MM. Paoli et Isémein. — Gangrène subaiguë de la base chez un malade de 28 ans avec température à 39° et expectoration atteignant un litre par 24 h. L'injection de 670 cc. de sérum antigangréneux amena une très grosse amélioration, mais en raison de la persistance des signes cavitaires de la base on pratique une phrénicectomie. Un mois après l'intervention, le malade avait grossi de 9 kilos et trois mois après, reprenait son dur labeur de pêcheur. Un examen radioscopique six mois après l'intervention confirme la guérison. Les A. insistent sur l'action manifeste de la sérothérapie et sur la phrénicectomie. Opération de choix dans ce cas.

L'intervention précoce dans la sténose hypertrophique du pylore du nourrisson.

A propos de deux observations inédites, M. J. Poucel présente deux nouvelles observations et insiste à nouveau sur le fait que la pylorotomie n'est pas une intervention grave à condition d'opérer tôt dans de bonnes conditions de résistance du sujet. Dès le diagnostic posé il faut supprimer l'obstacle plutôt que de courir les aléas de l'expectative. Plus l'enfant sera résistant plus l'intervention sera bénigne.

Résultats éloignés et récents de la thoracectomie précordiale pour symphyse médiastino-péricardique.

M. Rouslacroix présente deux malades, l'un opéré il y a quatre ans (*Presse médicale* 14 mars 1925, page 338) voit sa guérison maintenue. Il a repris sa profession de garçon de restaurant et n'a recours que très rarement aux tonicardiaques. L'autre concerne une jeune fille âgée de 17 ans, atteinte de symphyse viscérale et médiastinale rhumatismale, présentant une asystolie douloureuse angoissante, à peu près irréductible, accompagnée de neurasthénie très marquée. Opérée le 24 janvier 1928 (docteur Bonnal) la malade se lève le treizième jour ; tous les symptômes s'amendent et du point de vue fonctionnel on peut véritablement prononcer le mot de résurrection.

Méningo-encéphalite diffuse. Destruction de la couche optique du côté droit par un foyer hémorragique.

MM. Boinet et Antoine Raybaud présentent l'observation d'un malade vu en état de coma profond sans déviation des yeux ni de la face, azotémie 0.39 pour 1.000. Ni albuminurie, ni glycosurie. B. W. positif. Tension 19, 12. L'autopsie révèle des lésions de méningo-encéphalite diffuse (type P. G.) et un foyer hémorragique important du thalamus droit réduisant ce noyau à une mince coque.

Mort subite par hémorragie méningée au cours d'une hypertension chez un aortique.

MM. Bonet et A. Raydaud présentent les pièces

anatomiques d'un aortique mort subitement d'hémorragie méningée par rupture d'une artériole de l'hexagone de Villis. En raison des lésions cardiaques constatées, ils rapprochent ce cas de ceux publiés par eux (Comité médical, 4 mai 1928 et 20 avril 1928), qui représentent divers stades évolutifs de l'atteinte syphilitique cardio-artérielle.

Sur un cas d'anémie cryptogénétique non pernicieuse traitée par la méthode de Wipple.

MM. François, Zuccoli et Aillaud rapportent l'observation d'une malade atteinte d'anémie intense non pernicieuse. Le traitement par le foie de veau amena une guérison rapide. Les A. insistent sur les indications et les résultats de la méthode dans les syndromes anémiques de quelque origine qu'ils soient.

Fractures du maxillaire inférieur.

MM. Beltrami et Maurech. — Présentation de deux malades traités par le procédé d'occlusion buccale après réduction au moyen de leur dispositif spécial. Cette méthode leur permet d'obtenir des résultats très satisfaisants dans ces cas même défavorables dont l'un des blessés présentés est un exemple.

Plaie du péricarde.

M. Marcel Arnaud présente un blessé opéré il y a neuf mois d'hémopéricarde. Sternotomie médiane et péricardotomie. Suites parfaites sans troubles fonctionnels, ni stéthoscopiques. Le blessé a repris sans aucune fatigue son dur labeur de forgeron.

Traitement des rétentions aiguës chez les prostatiques non distendus par les injections intravésicales de glycérine boriquée.

M. Martin-Laval rapporte six observations dont quatre succès et deux échecs. Ces deux derniers se rapportaient à deux prostatiques distendus. L'A. conseille de n'utiliser la méthode que chez les malades non arrivés au stade de distension et d'avoir soin de pratiquer l'injection à vessie pleine pour éviter les douleurs et obtenir un bon résultat.

G. Darcourt.

Les Livres

Dr Gilbert Charette (de Nantes). — **Précis d'homœopathie. La matière médicale pratique.** (Un vol. 584 pages). Editions Médicales. En vente chez l'auteur, 127, rue des Hauts-Pavés, Nantes.

En 1924-1925, le Dr Charette a publié dans le *Journal des Praticiens*, une série d'articles sur ce sujet : « Qu'est-ce que l'homœopathie ? » Ces articles, réunis en volume connurent un vif succès, justifié par la clarté d'exposition d'une question difficile, et par l'agrément d'un style alerte et châtié. Dans ce premier volume, le Dr Charette exposait la théorie homœopathique, son histoire et les arguments en sa faveur. Il la situait dans la science contemporaine et montrait que bien des thérapeutiques considérées à juste titre comme les plus justifiées (vaccinothérapie, désensibilisation, etc.), pouvaient être considérées comme homœopathiques.

Ce premier volume — théorique — ne donnait pas au médecin allopathe la technique même de l'homœopathie. Les matières médicales homœopathiques ne peuvent être utilisées sans une initiation préalable. Elles demandent en quelque sorte à être traduites en langue médicale classique.

C'est ce travail que vient de faire le Dr Charette. Dans son livre, il expose comment il convient de choisir le médicament approprié, il expose l'histoire et les indications des principaux médicaments homœopathiques. Il illustre bon nombre de celles-ci au moyen d'observations de malades.

Comme le précédent volume du même auteur, celui-ci est de lecture fort agréable. Celle-ci permettra, on peut l'espérer, à de nombreux médecins de pratiquer de loyales tentatives expérimentales en s'inspirant d'une théorie qui mérite un grand intérêt.

H. Dejust.

Amédée Legrand, éditeur, 93, boul. St-Germain, Paris, 6e.

L. G. Dufestel. — **Rayons ultra-violets et chaleur radiante. Traité d'actinologie pratique.** (1 vol., 400 pages, 47 planches hors texte : 50 francs.)

Ce livre, synthèse de tous les travaux parus sur les rayons ultra-violets et infra-rouges, ainsi que de cinq années de travaux personnels, est un traité d'actinothérapie, orienté dans un sens pratique.

La première partie constitue un exposé très clair des propriétés physiques, chimiques et biologiques des divers rayonnements : les deux réactions physiologiques objectives si importantes de l'organisme vis-à-vis des ultra-violets : l'érythème et la pigmentation font l'objet d'un long chapitre.

La technique des irradiations pratiquées avec les diverses sources de radiations est longuement exposée, et un tableau des doses moyennes à employer dans les différents cas est destiné à rendre les plus grands services aux médecins.

La deuxième partie du livre est entièrement consacrée aux indications de traitement des affections justiciables de l'actinothérapie : pour chacune d'elles se trouve décrite la conduite de la cure (mode d'irradiations, doses, médications adjuvantes, formes à traiter, résultats).

Les conseils pratiques à la fin de l'ouvrage, rédigés chacun en quelques lignes, sont en réalité des règles que tout médecin actinothérapeute doit connaître.

Les livres qui viennent de paraître...

LIBRAIRIE DE L'« EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE »,
23, rue du Cherche-Midi, Paris, VI[e].

Dr A. PIATOT, de Bourbon-Lancy. — **Quelques aperçus sur l'action des cures hydro-minérales dans le traitement de la stérilité chez la femme**, (Un vol. 156 p. Prix : 12 fr.).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SAINT-NECTAIRE. — **Clinique thérapeutique de Saint-Nectaire.** (Un vol. in-8°, 64 pages. Prix : 8 fr.). Préface du professeur RATHERY.

Imprimerie GOUNOUILHOU,
9-11, rue Guiraude, à Bordeaux.

Dr COURBIN, de Bagnères-de-Bigorre, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — **Hypertension et cures thermales.** — La tension artérielle envisagée dans ses rapports avec les cures thermales. *Rapport au Congrès d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux de* 1928 (64 pages).

LES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY

La deuxième des Journées médicales organisées cette année par la Faculté de médecine de Nancy a été fort intéressante et a groupé, comme les précédentes, de nombreux praticiens.

La matinée, consacrée à la psychiatrie, se passa à l'Asile de Maréville, près Nancy. Tout d'abord, M. le docteur Lalanne, chargé de cours à la Faculté, et médecin-chef de l'asile, indiqua « ce qu'il faut penser de la démence précoce » : il décrivit les symptômes de l'affection à ses divers stades, établit les connaissances actuelles sur sa pathogénie et illustra sa conférence d'intéressantes présentations de malades. M. le docteur Aubry, médecin-chef de l'asile, fit ensuite une attachante causerie sur « le diagnostic et le traitement de la paralysie générale », en s'appuyant lui aussi sur la présentation de nombreux malades. Enfin eut lieu, sous la conduite du directeur, M. le docteur Senglar, des médecins et des internes, une visite détaillée des divers services de l'asile, notamment des pavillons d'observation et du laboratoire de recherches sérologiques.

Après le traditionnel déjeuner intime à l'Hôtel Thiers, les membres de la Journée médicale se retrouvaient au début de l'après-midi au Grand Amphithéâtre de l'institut Anatomique.

M. le professeur agrégé Caussade exposa tout d'abord à l'auditoire « les nouveaux modes de traitement de la broncho-pneumonie infantile », ce fut une savante revue de chacun des procédés en usage, où M. Caussade insista en particulier sur les indications spéciales qui, dans chaque cas considéré, feront préférer telle arme à telle autre parmi l'arsenal thérapeutique aujourd'hui à la disposition du praticien.

Enfin, M. le professeur Marcel Labbé, de la Faculté de médecine de Paris, avait bien voulu accepter de venir exposer « les traitements du diabète ». L'éminent conférencier, après avoir établi la distinction entre diabète bénin et diabète grave et indiqué les moyens de déterminer ces deux formes, décrivit le traitement à instituer pour l'une et pour l'autre ; ce fut pour M. Labbé l'occasion de décrire notamment le mode d'action de l'insuline, sa place exacte dans la thérapeutique et les résultats à en attendre.

Des applaudissements nourris accueillirent chacun des exposés et M. le doyen Spillmann se fit éloquemment l'interprète de l'assistance pour remercier les conférenciers de la Journée, en particulier M. le professeur Marcel Labbé.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les lipoïdes chez les tuberculeux.

I. Nous avions pu constater, durant notre internat chez le professeur LEURET, au sanatorium des hospices (Feuillas-Pessac), les excellents résultats obtenus dans certains cas chez les tuberculeux pulmonaires, traités par les lipoïdes spécialisés sous le nom de « viosten ».

Dans notre pratique privée, nous n'avons pas manqué d'avoir recours assez souvent à cette médication et nous avons eu le plaisir de constater qu'administré en injections sous-cutanées, ce médicament donnait parfois des résultats très satisfaisants, comparables à ceux observés au sanatorium des hospices de Bordeaux. Réservant tout d'abord cette médication aux tuberculeux asthéniques, cavitaires, aux lésions évolutives, infectantes, ayant usé de nombreuses médications sans résultat bien net, nous avons constaté une amélioration parfois assez rapide de l'état général ; baisse de température, augmentation légère du poids ou du moins, poids stationnaire, meilleur état général. Si les lésions ont continué leur évolution fatale, du moins ces malades étaient-ils soulagés et réclamaient-ils d'eux-mêmes « leur piqûre » qui, disaient-ils, leur donnait des forces, les « remontait ».

Nous avons donc préféré avoir recours chez tous nos tuberculeux et surtout chez ceux traités par le pneumothorax artificiel, au « viosten ». Médication extrêmement bien supportée et toujours acceptée par les malades et bien tolérée. Nous nous réservons de publier nos observations avec des courbes très satisfaisantes. *Associé au pneumothorax, lorsqu'il est possible, il devient nécessaire au malade.*

L'appétit revient très vite ; c'est une remarque très fréquente ; l'esprit du malade en est favorablement influencé. Le poids se relève. La tension artérielle tend, elle aussi, à devenir meilleure. Nous associons donc *toujours*, actuellement ce produit aux autres thérapeutiques que nous avons à instituer chez nos malades tuberculeux.

II. Nous avons recherché par notre méthode personnelle (Thèse Bordeaux : Sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire), l'action d'une médication telle que le « viosten » sur la vitesse de sédimentation des globules rouges. Les deux indices que nous avons décrits (vitesse de sédimentation horaire et vitesse de sédimentation totale) sont souvent heureusement influencés.

Est-ce à dire que ce produit guérit la tuberculose ? Loin de nous une telle pensée. Mais, *continué régulièrement, poursuivi avec ténacité*, il nous a semblé un médicament utile, nécessaire dans bien des cas, parce *qu'il plaît au malade et que son effet est indiscutable.*

III. Dans tous les cas d'anémie, de fatigue générale, d'asthénie dont nous avons eu à nous occuper en clientèle, il nous a paru réaliser, dans le minimum de temps et avec le minimum de frais, la meilleure médication à instituer.

Dans l'arsenal thérapeutique, tous les jours plus compact, des médicaments essayent de lutter contre la tuberculose et les états pathologiques la précédant ; dans la mise en état de résistance du terrain, le « viosten » occupe une place d'honneur justement reconnue.

Dr Raymond FOURCADE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — PRESCRIPTIONS PHARMACEUTIQUES N'AYANT AUCUN RAPPORT AVEC LE TRAITEMENT DE LA BLESSURE. — PROJET DE CRÉATION DE COMMISSIONS MIXTES D'ARBITRAGE

Nous avons reçu du service médical d'une grosse compagnie d'assurances contre les accidents, la lettre suivante :

Certains médecins, à l'occasion d'accidents de travail, délivrent aux blessés des ordonnances n'ayant aucun rapport avec l'accident dont s'agit. Ainsi :

1° DIAGNOSTIC. — « Entorse légère du coude droit », accident du 29 novembre 1927 (reprise du travail le 5 *décembre* 1927.)

Ordonnances. — 29 *novembre* : liniment oléo-calcaire, gaze, coton hydrophile, bande 0,05 × 0,20, n° 8.

9 *décembre* : eau de Vichy.

Montant des ordonnances : 41 fr. 70.

2° DIAGNOSTIC. — « Piqûre du doigt », accident du 8 fvrier 1928 (sans interruption de travail).

Ordonnances. — 9 *février* : eau oxygénée, 1 *litre*.

13 *février* : oxycyanure de mercure, 1 *litre* ; teinture d'iode, bandes, gaze.

20 *février* : salicylate de soude, analgésine, sirop thébaïque, Julep.

27 *février*, même formule que le 20 février et salicylate de méthyle, eau-de-vie camphrée.

Montant des ordonnances : 64 fr. 45.

3° DIAGNOSTIC. — « Entorse », accident du 13 *décembre* 1927.

Ordonnances. — 26 *décembre* 1927 :

Teinture Hamamélis	àâ 10 gr.
— hydrastis......	
— aubépine......	

Montant des ordonnances : 5 fr. 85.

4° DIAGNOSTIC. — « Section parties molles, face dorsale, médius droit. »

Ordonnances.

Eau-de-vie allemande......	àâ 15 gr.
Sirop de Nerprun.........	
Iodure de fer	300 gr.

Montant des ordonnances : 10 fr. 95.

5° DIAGNOSTIC. — « Contusion du genou ». Six jours d'incapacité de travail.

Ordonnances. — Analyse d'urine.

Terpine....................	0.50
Thiocol	0.45
Codéine....................	0.01

Montant des ordonnances : 22 fr. 20.

6° DIAGNOSTIC. — « Forte contusion du médius droit », sans interruption de travail.

Ordonnance. — Ampoules de novocaïne : 6.

7° DIAGNOSTIC. — « Piqûre du pouce droit », sans interruption de travail.

Ordonnance. — Ampoules de chlorhydrate de cocaïne : 4.

7° DIAGNOSTIC. — « Piqûre du pouce droit », sans interruption de travail.

Ordonnance. — Ampoules de chlorhydrate de cocaïne : 4.

8° DIAGNOSTIC. — « Corps étranger dans le pouce droit », sans interruption de travail.

Ordonnance. — Ampoules de chlorhydrate de cocaïne, 4.

9° DIAGNOSTIC. — « Corps étranger sous l'ongle du pouce droit ».

Ordonnance. — Ampoules de chlorhydrate de cocaïne : 4.

Ces trois dernières ordonnances étant du même médecin.

10° DIAGNOSTIC. — « Plaie du médius ».

Ordonnance.

Sirop Tolu	àâ 50 gr.
Sirop diacode	
Sirop de fleurs d'oranger.....	

Certains médecins, pour des accidents **bénins**, prescrivent des quantités considérables **de coton,**

compresses, bandes, eau oxygénée, teinture d'iode, alcool et éther.

Il est évident que ces produits pharmaceutiques ne sont pas tous utilisés par le blessé, mais servent bien plutôt à constituer une réserve en cas d'accident pour lui ou les membres de sa famille.

Une compagnie d'assurances ne peut être tenue de régler des frais médicaux et pharmaceutiques pour des maladies n'ayant aucun rapport avec un accident du travail.

En règle générale, le pharmacien qui, sur présentation d'une ordonnance, délivre des médicaments, agit de bonne foi, ne pouvant apprécier si la formule est en harmonie avec le diagnostic établi par le médeci n (l'ordonnance ne mentionnant pas la lésion dont est atteint le blessé).

Il serait donc très délicat de refuser au pharmacien le règlement des produits qu'il a délivrés. C'est donc, nous semble-t-il auprès du médecin qu'il faut agir.

Ne serait-il pas possible d'exiger que le médecin, pour un accidenté du travail, inscrive sur lettre à en-tête et non sur des chiffons de papier, les ordonnances et le diagnostic justifiant les médicaments prescrits, sans oublier la date de la prescription ?

Nous vous serions très obligés de vouloir bien nous donner votre avis, et nous dire qui doit supporter le payement des produits pharmaceutiques prescrits dans de telles conditions.

Réponse

Il faut convenir que les ordonnances médicales qui nous sont soumises, sont loin d'avoir un rapport direct avec la blessure, qui a été diagnostiquée.

Il semble plutôt que ce soient des prescriptions rédigées après coup, soit que le médecin les ait remises directement au pharmacien, soit que le docteur ait fourni lui-même les matières à pansements et s'en fasse rembourser le montant, d'une manière détournée, soit enfin que le praticien ait été sollicité par le blessé lui-même ou quelqu'un de son entourage, pour faire supporter, par le chef d'entreprise, une médication dont la dépense devrait incomber au patient lui-même.

Que faire pour réprimer de pareils abus ?

D'après le fonctionnement normal de la loi du 9 avril 1898, le médecin pose son diagnostic et prescrit son traitement. Tout récemment encore (*Concours médical*, 1928, 292), le Ministre du Travail reconnaissait que le praticien était maître de sa thérapeutique, sous sa propre responsabilité. La loi, ni la jurisprudence, ne songent à restreindre, en quoi que ce soit, la faculté que le docteur tire de la loi du 30 novembre 1892, de soigner son malade, selon sa science et sa conscience.

En pratique, après qu'il a examiné son blessé, le docteur rédige une ordonnance, qui doit être exécutée par le pharmacien librement choisi par la victime.

Le pharmacien n'a qu'à se conformer aux prescriptions médicales, car il ne connaît pas le diagnostic et n'a pas qualité pour discuter le bien fondé de l'ordonnance.

Par le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi de 1898, le législateur a bien donné au chef d'entreprise le droit de se faire renseigner par le médecin de son choix, sur l'état de la victime ; mais il ne lui a donné aucun droit de regard sur les prescriptions médicales et pharmaceutiques qui, la plupart du temps, sont ignorées du médecin contrôleur.

Normalement et correctement, les choses devraient ainsi se passer : ayant rédigé son ordonnance, le médecin la remet au blessé, lequel se rend chez le pharmacien de son choix et rapporte au docteur les produits que celui-ci a ordonnés.

Pour rendre service au malade et au pharmacien, afin que celui-ci ne fasse pas payer le blessé, le médecin mentionne d'habitude l'indication suivante au bas de son ordonnance : « X. ouvrier de Y., assurance la Z. »

Mais ceci n'est qu'une simple indication, parce que le pharmacien reste toujours libre de ne pas faire crédit ni au blessé, ni au chef d'entreprise, ou à l'assurance de ce dernier : il a toujours le droit de se faire payer les médicaments comptant, en délivrant un reçu, sur le vu duquel le blessé se fera rembourser par qui de droit.

Ajoutons encore que, théoriquement, le blessé a un droit de regard sur l'ordonnance du médecin : en effet, le chef d'entreprise ne doit payer au pharmacien, que les prix fixés par un tarif publié par arrêté ministériel. La victime peut donc avoir à payer de sa poche, une part de ces médicaments.

Ainsi agissent les médecins consciencieux. Mais certains praticiens pèchent par ignorance, par précipitation ; d'autres par amour du lucre.

Parfois surchargé de travail et ne connaissant assez la responsabilité qu'il encourt, le docteur fait un pansement d'urgence, avec des produits qu'il a en réserve ; puis, quelques jours après, il demande directement au pharmacien certains médicaments, ou objets de pansements, qu'il inscrit au nom du blessé et au compte du chef d'entreprise.

Quelquefois aussi, il y a complicité entre médecin et pharmacien ; le premier fait des ordonnances fictives, par dessus la tête du blessé, qui ignore tout et les deux compères, médecin et pharmacien, se partagent le produit de la malhonnêteté.

Pour que les tribunaux puissent sévir, il faut apporter la preuve de l'exagération manifeste des ordonnances du médecin, lorsque celles-

sont hors de proportion avec la blessure ; il faut aussi démontrer la complicité entre médecin et pharmacien. Et ces preuves sont souvent assez difficiles à fournir, car les poursuites ne sont intentées que longtemps après la guérison du blessé, d'autant que celui-ci ou a disparu du pays ou ne se rappelle rien.

Je laisse donc de côté cette question judiciaire, qui est trop longue, trop compliquée et difficile à mettre en mouvement.

A mon avis, syndicats de médecins et consortium des assurances auraient un rôle à jouer, car, si celles-ci défendent justement leurs intérêts pécuniaires, les premiers ont le devoir de sauvegarder la moralité de la profession.

On pourrait, ou bien utiliser les conseils de famille des syndicats médicaux, ou bien provoquer la création de commissions mixtes d'arbitrage.

Tout d'abord, les assurances se mettraient en rapport avec les représentants du corps médical, pour que ces derniers puissent informer les médecins qu'il est blâmable de ne pas remettre directement à l'ouvrier, ou aux représentants de ce dernier, les ordonnances qu'en droit la victime doit faire exécuter par le pharmacien de son choix.

Aucune prescription ne devrait être ordonnée au pharmacien à l'insu du blessé.

D'ailleurs, les représentants des syndicats pharmaceutiques pourraient être convoqués à la réunion précitée, pour que les pharmaciens soient invités à n'exécuter que des ordonnances lisiblement écrites, dont la signature est exacte et qui pourraient mentionner le nom du blessé, celui du chef d'entreprise et, si possible, l'adresse de l'assurance du patron.

Ceci posé, lorsqu'un abus serait signalé, le plaignant s'adresserait au syndicat local, dont ressortit soit le médecin, soit le pharmacien (selon la culpabilité présumée de l'un ou de l'autre).

Le conseil de famille syndical ferait comparaître l'inculpé, entendrait ses explications et défenses, en présence de l'accusateur.

Bien souvent, de cette manière, se résoudraient à l'amiable, des conflits, qui fréquemment sont irrités par des imprécisions, des racontars et même des erreurs.

Le médecin serait-il reconnu coupable de légèretés, une simple admonestation confraternelle suffirait, pour qu'il ne recommence plus.

Serait-il déclaré récidiviste, ou aurait-il agi de mauvaise foi et en parfaite connaissance de cause, que le syndicat pourrait le rayer du nombre de ses membres et même se porter partie civile, au cas où l'affaire serait portée devant les tribunaux de droit commun.

Mais, nous objectera-t-on, tous les médecins ne sont pas syndiqués : ce sont justement les docteurs dits marrons qui ne font pas partie des groupes professionnels et se moquent de la discipline confraternelle, édictée par ceux-ci.

Par conséquent, le syndicat n'aurait pas qualité pour citer à sa barre des praticiens ne faisant pas partie de l'association corporative ; car ne sont liés les uns aux autres que les confrères qui ont accepté les statuts et les décisions votées par les assemblées générales.

L'objection a sa valeur ; mais, en refusant de comparaître devant le conseil de famille, bien que ne faisant pas partie du syndicat, les mauvais confrères pourraient être mis à l'index et plaignant comme syndicat pourraient évoquer le conflit devant les tribunaux de droit commun, pour défendre, non seulement un intérêt pécuniaire (celui de l'assurance), mais aussi un point de vue corporatif, la moralité de la profession.

Ce mode de juridiction corporative ne rallierait-il pas tous les suffrages, que je proposerais de prévoir et d'étudier la création de commissions mixtes d'arbitrage.

Déjà, depuis de nombreuses années, il en fonctionne une à Paris, à la satisfaction de tous. Composée de délégués du syndicat des médecins de la Seine et de représentants des assureurs, cette commission d'arbitrage connaît des conflits et leur donne une solution équitable.

De même, la loi du 31 mars 1919, sur les pensions de guerre, comporte, pour son fonctionnement, des commissions départementales mixtes, qui résolvent les litiges en première instance, l'appel étant porté devant une commission supérieure, dont le siège est à Paris.

Pourquoi la même organisation ne serait-elle pas créée, pour les accidents du travail ?

Ce ne serait pas une révolution, si je me reporte à l'article 31 de l'arrêté ministériel du 31 décembre 1925, ainsi conçu :

« En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif — et non à son interprétation — les parties intéressées pourront convenir, soit de la constitution de commissions de contrôle, ou d'arbitrage, soit de la désignation d'un tiers, médecin contrôleur ou arbitre. »

Invoquant les termes de ce texte réglementaire, je demande que la question soit étudiée.

Certes, les compagnies d'assurances contre les accidents peuvent craindre de ne pas être représentées comme elles pourraient le désirer, par leurs agents locaux ; mais disons de suite, que, dans notre idée, le rôle principal de ces commissions mixtes d'arbitrage serait moins de sévir que de concilier.

Elles pourraient être composées d'un médecin, élu par les syndicats médicaux de la région, un délégué du consortium des assurances (ou deux médecins et deux représentants d'assurance) ; la présidence pourrait être donnée au juge de paix local,

A ces commissions seraient soumis tous les litiges ; l'accusation et la défense pourraient se soutenir librement, par confrontation, ce qui éviterait un échange de lettres aigres-douces qui, fort souvent, enveniment les conflits.

L'appel serait porté devant une commission supérieure sise à Paris, celle qui existe déjà, par exemple, pour le département de la Seine.

Les médecins, faisant partie d'un syndicat, seraient invités, par décision d'une assemblée générale, d'avoir à accepter le cas échéant, la juridiction de ces commissions arbitrales mixtes.

Quant aux praticiens, qui, non syndiqués, se refuseraient de reconnaître cette juridiction arbitrale, ils seraient passibles des tribunaux de droit commun.

Le gros avantage que je vois dans l'organisation de ces juridictions d'exception, c'est la simplification : rapidité de l'instance, diminution des frais judiciaires (ce qui est loin d'être à dédaigner à l'heure actuelle), solutions équitables, possibilité d'expliquer à certains confrères leur compréhension erronée soit de la loi, soit du tarif, défense de la moralité professionnelle, car, on n'irait plus répétant, en la grossissant, la complainte des médecins marrons : praticiens comme assureurs s'uniraient pour une besogne d'assainissement professionnel.

D'ailleurs, s'agirait-il d'un médecin, ayant agi avec légèreté, ou méconnaissance de ses devoirs, une simple admonestation confraternelle, un simple rappel à l'ordre suffiraient pour que le docteur change désormais de manière de faire.

Je n'en veux, pour exemple, que les nombreuses consultations écrites, qui sont données dans les colonnes du *Concours médical*, pour l'interprétation du tarif ministériel, pour les accidents du travail.

Les solutions données par le Dr Decourt sont acceptées de tous et elles ont évité nombre de procès. Il y a énormément plus de médecins honnêtes et consciencieux que de médecins marrons. Il ne faut donc pas que, systématiquement, comme le font certains employés subalternes de quelques compagnies d'assurances, mettre tous les docteurs au même niveau et ne voir que des carottiers et des gens de mauvaise foi.

Au contraire, les commissions d'arbitrage éviteront des conflits regrettables et des protestations quelque peu véhémentes de la part des médecins, cependant que syndicats médicaux et compagnies d'assurances pourront s'unir et s'associer, pour poursuivre, devant les tribunaux correctionnels, les médecins dits marrons, qui exploitent indûment la législation des accidents du travail.

Les syndicats n'hésiteront jamais à se porter partie civile, au cours d'un procès, qui serait intenté à ces confrères indignes et demanderaient réparation du préjudice moral que de tels procédés anti-déontologiques occasionnent à la réputation du corps médical tout entier.

Dr Paul BOUDIN.

SOINS DONNÉS PAR UN MASSEUR A UN BLESSÉ DU TRAVAIL

Un médecin traitant est-il bien en droit d'adresser à un masseur diplômé pour *x* massages un accidenté du travail (fracture, luxation ou entorse), en le consignant simplement sur une feuille d'ordonnance.

Quels sont les honoraires qu'est en droit de demander ce masseur ?

Ci-joint la réponse faite par une Cie à M. X. à qui j'envoie mes blessés susceptibles d'amélioration par un massage rationnel. J'ajoute que la majorité des Cies lui a réglé jusqu'à présent les massages au tarif de 10 fr. par séance sans nulle observation.

Dr B.

Réponse.

Première question : un médecin traitant est-il en droit d'adresser à un masseur diplômé, pour *x* massages, un accidenté du travail, en le consignant simplement sur une feuille d'ordonnances ?

J'ai déjà répondu à cette question dans le *Concours médical*, 1925, page 1460 : oui, d'après la jurisprudence, le médecin traitant peut adresser à un masseur des blessés du travail. Mais, le docteur devra conserver la direction du traitement, c'est-à-dire qu'il prescrira, par ordonnance, le nombre des séances à faire, leur durée, la nature des massages, les régions qui devront être massées.

Ce médecin traitant devra également surveiller l'efficacité du traitement, c'est-à-dire que le blessé devra venir de temps à autre à la consultation du docteur, pour que celui-ci puisse se rendre compte si ses prescriptions sont bien suivies et si le traitement doit être continué, modifié, ou suspendu.

Deux jugements d'appel, du tribunal civil de la Seine, du 26 février 1924 et 2 février 1925, ainsi qu'un arrêt de la cour de Cassation, chambre civile, du 21 novembre 1927, reconnaissant parfaitement au médecin traitant ce droit de confier un traitement spécial à un auxiliaire de la médecine, mais à la condition que le traitement soit continuellement sous la direction et la surveillance du praticien diplômé.

Mais, le praticien fera bien de se conformer aux termes de l'article 7 du tarif ministériel, c'est-à-dire prévenir le chef d'entreprise (ou

l'assurance de ce dernier) qu'il prévoit une série de massages, dépassant cinq séances. De cette manière, le chef d'entreprise verra s'il doit faire contre-visiter le blessé, comme il en a la faculté, aux termes de l'article 4, § 5, de la loi sur ls, accidents du travail.

Deuxième question : à quel taux doit être payé le masseur ?

Se prévalant de la rédaction même du tarif ministériel, certaines compagnies d'assurances soutiennent qu'elles doivent payer les massages, exécutés par un masseur au-dessous du tarif prévu par les docteurs.

Un arrêt de la chambre civile de la Cour de Cassation, du 21 novembre 1927 (*Conocurs médical* 1928, 887) décide que les massages, opérés non par le médecin, mais sous son contrôle et sa surveillance, par le personnel infirmier, doivent être rétribués suivant le taux fixé au tarif établi par arrêté ministériel, pour les soins donnés par le médecin lui-même.

Dans ces conditions, le tarif qui doit être appliqué aux massages effectués par un masseur, d'après ordonnance du médecin traitant et sous le contrôle de celui-ci, doit être celui en vigueur, au moment où ces soins ont été donnés.

Dr Paul Boudin.

L'ŒUVRE SCIENTIFIQUE DE W. HARVEY.

Par M. le professeur A. Chauffard (1).

L'Académie m'a fait l'honneur de me déléguer pour la représenter auprès du Collège Royal des Médecins de Londres, lors de la commémoration du troisième centenaire de la publication du livre immortel de Harvey. Je voudrais, en quelques mots, dire à l'Académie combien cette commémoration a été belle et émouvante.

Des délégués de 22 nations s'étaient joints à leurs collègues britanniques, unis dans un même sentiment d'admiration et de profonde reconnaissance pour Harvey et pour son œuvre. La découverte de la circulation du sang n'est-elle pas la condition nécessaire et comme la base de toute notre physiologie et de notre médecine moderne ?

Reçus par S. M. le roi George V, présentés à S. A. R. le prince de Galles, les délégués ont trouvé auprès de leurs collègues anglais l'accueil le plus empressé et le plus amical, et les réceptions qui leur ont été offertes ont été vraiment magnifiques, au Collège Royal, auprès des corporations les plus anciennes et les plus puissantes de Londres, enfin dans la salle historique du Guildhall.

Dans la séance inaugurale, tenue au Collège Royal des médecins, trois discours ont été prononcés : par un physiologiste, le professeur Sherrington, d'Oxford ; par un médecin, votre délégué ; par un anatomiste, le professeur Keibel, de Berlin.

Au Collège de l'Université de Londres nous a été présenté un admirable film, réalisé par Sir Thomas Lewis et par le Dr Dale, et qui a fait vraiment revivre devant nous l'œuvre de Harvey

(1) Ce discours, page éloquente d'histoire de la médecine, a été prononcé à la séance solennelle du 22 mai 1928 de l'Académie de médecine, à l'occasion de la célébration du troisième centenaire de la découverte de la circulation du sang par W. Harvey.

Toutes les expériences de Harvey sur le cadavre et sur l'animal vivant ont été reproduites et enregistrées avec une ingéniosité et un art qui ont provoqué la plus vive admiration. Grâce à la très grande obligeance du président du Collège Royal des Médecins de Londres, sir John Rose Bradford, nous pouvons espérer que ce film précieux sera prochainement présenté à Paris, et il serait très désirable qu'un exemplaire pût en être obtenu pour l'enseignement de la physiologie à la Faculté. Des visites à l'hôpital de Saint-Bartholomew, à Oxford, à Cambridge, et enfin à la sépulture de Harvey à Hempstead, nous ont permis de suivre pas à pas toute la carrière médicale de Harvey.

Je ne saurais trop dire dans quels sentiments de haute dignité et de piété nationale se sont déroulées ces fêtes commémoratives. Un grand peuple s'honore quand il sait rendre un pareil hommage à la gloire bienfaisante du novateur de génie et du grand médecin qu'a été Harvey.

Je demande à l'Académie la permission de lui donner lecture de l'adresse que j'ai présentée en son nom devant le Collège Royal des Médecins de Londres :

Monsieur le Président,
Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de vous dire combien m'a vivement touché l'invitation que Sir John Rose Bradford a bien voulu me faire de venir aujourd'hui, au cours de la solennelle célébration du troisième centenaire du livre immortel de Harvey, prendre la parole devant le Collège Royal des Médecins de Londres. C'est un très grand honneur, je vous en remercie, je le reporte tout entier à la médecine française, et à l'Académie de médecine de France dont je suis aujour-

d'hui le délégué, et je ne vous en suis que plus reconnaissant.

Parler de Harvey et de son œuvre, c'est une joie pour un médecin, mais combien l'entreprise serait vaste si elle n'était limitée par le court espace de temps dont je dispose ! Vous me permettrez donc à me borner à vous dire quels me paraissent être les *caractères généraux* de l'œuvre scientifique de Harvey.

Le premier fait qui me frappe dans la publication du *De motu cordis et sanguinis*, c'est que ce fut un grand acte de courage.

En ce début du XVII^e siècle, en 1628, la doctrine galénique, si longtemps admise comme un dogme, penchait à son déclin, et le premier coup lui avait été porté par Vésale, qui, dans la seconde édition de son admirable *Traité d'anatomie*, en 1555, avait nié l'existence des pores de la cloison interventriculaire, admis ou plutôt supposés par le médecin de Pergame.

Et, d'autre part, Michel Servet en 1553, Colombo en 1559, avaient entrevu la circulation pulmonaire. Mais ce n'était là qu'un fragment de la vérité, et c'est à Harvey seul que revient l'honneur d'avoir établi sur des bases expérimentales l'étude analytique des mouvements du cœur et du mécanisme de la grande et de la petite circulation.

C'était une grande audace, et il ne faut pas s'étonner des oppositions véhémentes qu'elle suscita. N'est-ce pas le sort qui attend toutes les grandes découvertes, toutes celles qui sont trop en discordance avec les idées reçues à leur époque ?

« Il ne se trouva », dit Willis, « aucun homme qui eut atteint l'âge de quarante ans pour adopter la doctrine de Harvey. Elle dut faire son chemin sous la sauvegarde des esprits jeunes et sans prévention. »

Jugé comme un dangereux novateur, un cerveau fêlé (crackbrained), Harvey perdit une partie de sa clientèle, et les contradicteurs ne lui manquèrent pas. En Angleterre, c'est Primrose, en Italie Parisanus, en Allemagne Gaspard Hoffmann. Mais nulle part, l'opposition ne fut plus violente, qu'en France, avec Guy Patin, homme d'esprit, mais passionné et injuste, avec le grand anatomiste Jean Riolan. Celui-ci, presque réduit au silence par la réfutation de Harvey, n'alla-t-il pas jusqu'à écrire cette phrase prodigieuse sous la plume d'un anatomiste : « *Non circulatur, nisi per accidens.* »

Pour faire accepter la vérité nouvelle, il fallut la thèse soutenue en 1663 par le grand honnête homme qu'était le premier médecin du Roi, Fagon, et, probablement sous son influence, la création par Louis XIV d'une chaire spéciale au Jardin du Roi (aujourd'hui le Muséum) donnée à Dionis, qui, dans sa lettre dédicatoire au roi, en explique ainsi le but : « Je fus choisi pour démontrer à votre Jardin Royal, la circulation du sang et les nouvelles découvertes ». Et, d'autre part, rappelons le mot de Descartes, que « la découverte de la circulation est la plus belle et la plus utile que l'on pût faire en médecine. »

Œuvre de courage, le livre de Harvey est aussi une œuvre de *maturité*, pour laquelle l'exposé oral a précédé de douze ans la publication écrite. C'est, en effet, le 17 avril 1616, dans l'après-midi, que Harvey fit, devant le Collège Royal des Médecins de Londres le premier exposé de sa découverte, « devant », dit Osler, une « quarantaine d'assistants, Fellows, membres du Collège, licenciés et candidats ». « Ces vues », dit Harvey, « plurent à quelques-uns, moins à d'autres ; quelques-uns me blâmèrent et me firent un crime d'avoir osé m'éloigner des préceptes et opinions de tous les anatomistes ; d'autres désirèrent de plus amples éclaircissements sur ces nouveautés. »

Et après cela, ce fut un silence de douze ans, pendant lequel Harvey ne cessa d'étendre son enquête anatomique et physiologique, pour que sa démonstration fût complète et définitive.

Cette longue période de travail silencieux, et, pour ainsi dire, de lente incubation cérébrale, n'est-ce pas la condition presque nécessaire des grandes découvertes, et ne voyons-nous pas, avant la publication de leurs œuvres immortelles, Copernic attendre trente ans, F. Bacon douze ans, Newton plus de vingt ans, et Darwin plus de vingt ans également avant que paraisse l'origine des espèces. Pasteur, de nos jours, n'était-il pas aussi l'homme de la lente réflexion et de la prudente réserve jusqu'au jour où sa démonstration expérimentale lui paraissait inattaquable.

Et c'est ainsi que l'on a pu dire que « le génie est une longue patience. »

Ce sont là de grands exemples qu'il est toujours bon de rappeler à notre époque de publication hâtive et de poursuite par fois trop précipitée des faits nouveaux.

Le dernier caractère, et le plus frappant peut-être, de l'œuvre scientifique de Harvey, c'est sa *modernité*, et je veux dire par là qu'aucune de nos méthodes modernes, telles que l'on pouvait les connaître et les employer à son époque, ne lui est restée etrangère.

Prenons le *De motu cordis*, et suivons-en rapidement les démarches intellectuelles. Et d'abord, à la première page, au-dessous de son nom, voyons le titre que se donne Harvey, « Anglicus » Anglais, et c'est à sa patrie que Harvey dédie ainsi son œuvre, fier de sa race, et lui faisant hommage de la gloire que sa découverte allait lui conquérir. « La Science », a dit Pasteur, « n'a pas de patrie, mais le savant en a une. » Et c'est ce qu'en un seul mot a proclamé Harvey.

Son but, en publiant son livre, a été, dit-il, d'espérer « que, si je suis dans le vrai, mon œuvre

sera de quelque profit pour la Science, et que ma vie n'aura pas été tout à fait inutile. »

Le point de départ de la démonstration de Harvey, c'est la *vivisection* appliquée, non seulement aux chiens, aux porcs, aux cerfs et biches du Parc de Windsor, mis par Charles-I[er] à sa disposition, mais aussi aux animaux à sang froid, plus favorables pour l'observation directe : crapauds, serpents, grenouilles, limaçons, crevettes, crustacés, poissons ; ainsi peuvent se voir au moment de ce que nous appelons la systole, le redressement du cœur, sa contraction avec dureté et pâleur : « Le cœur n'aspire pas le sang en se dilatant, il le chasse par sa contraction. »

A l'étape suivante, le sang afflue dans les artères, aorte et artère pulmonaire ; son cours peut être retardé et amoindri par un sac anévrismal, comme dans un cas que rapporte Harvey, devançant et prévoyant, pour ainsi dire, la loi de Marey.

Puis, vient l'étude admirable des rapports dans le temps, des pulsations auriculaires et ventriculaires, la description du cœur qui va mourir, *ad mortem inclinans* ; enfin, l'extinction des oreillettes, et de l'oreillette droite, l'*ultimum moriens* du cœur.

Chez les animaux à sang froid, chez l'anguille, la structure plus simple du cœur rend les constatations plus faciles, et en pratiquant des sections partielles du cœur Harvey a même ouvert la voie aux expériences célèbres de Stannius.

Dans l'œuf de poule au quatrième ou cinquième jour de l'incubation se montre la première palpitation du point cardiaque, début de la vie apparente, et « ce point » dit Harvey, « qui apparaissait et disparaissait ensuite, semblait faire flotter le principe de la vie entre l'être et le néant » (1).

Poursuivant la progression logique de sa démonstration, Harvey envisage ensuite la petite circulation, la quantité du sang circulant, le rôle des valvules veineuses, avec ses expériences si simples et si élégantes sur les veines de l'avant-bras, les communications périphériques des réseaux artériels et veineux.

La vivisection montre avec évidence chez le serpent les différents temps de la circulation, et suivant qu'on pose une ligature sur la veine cave ou sur l'aorte , on voit se produire deux genres de mort : « l'absence du sang qui épuise, l'afflux de sang qui étouffe ».

Si, par l'anatomie comparée, la vivisection, l'embryologie, l'expérience clinique, Harvey a mis en pleine lumière la circulation du sang, il ne pouvait en comprendre que le côté *mécanique*, et c'est Lavoisier qui devait, un siècle et demi plus tard, en révéler la fonction physiologique. Par contre, Harvey a très bien vu quelques-unes des conséquences cliniques de sa découverte ; la circulation peut transporter dans tout le corps des germes de maladies, poisons et venins, rage, paludisme. « Dans toutes les parties de la médecine » dit-il, « physiologie, pathologie, séméiotique, thérapeutique, que de problèmes peuvent être résolus à l'aide de cette vérité et de cette lumière ! que de doutes peuvent être aplanis, que d'obscurités élucidées ! »

Ainsi, Harvey a eu pleinement conscience de l'immense portée, présente et future, de sa découverte, et on comprend que Flourens ait pu dire du *De motu cordis* qu'il était « le plus beau livre de la physiologie », et, j'oserai presque ajouter, de la médecine.

Quelques années, plus tôt, en 1620, avait paru le *Novum Organum*, où F. Bacon, s'élevant contre le dogme aristotélique, avait défini les règles de la méthode expérimentale et montré la haute valeur scientifique de l'induction. Ainsi, au seuil du XVII[e] siècle, commençait avec ces deux livres mémorables l'ère scientifique moderne ; Bacon en avait formulé les lois fondamentales, mais Harvey avait fait plus encore, il avait agi, et au théoricien, il avait fait succéder l'exemple de la recherche méthodique et de la découverte réalisée. Le livre de Harvey contenait donc plus que l'histoire de la circulation du sang, il ouvrait la voie à toutes les recherches futures. Mais sa portée générale ne pouvait être comprise par ses contemporains et, pour trouver à Harvey un successeur, il faut attendre Lavoisier et toute la pléiade scientifique du XIX[e] siècle.

Qu'est devenu, avec le temps, le livre de Harvey ? Il a gardé toute sa jeunesse et toute sa beauté, et, ce qui est mieux encore, toute sa vérité. Sans doute, bien des conquêtes nouvelles ont été réalisées : l'auscultation, les inscriptions graphiques avec Marey, Chauveau, Mackensie, la radiographie, qui nous permet d'apprécier si exactement la forme et le volume du cœur ; la si délicate méthode de l'électro-cardiographie avec Einthoven, Thomas Lewis, Vaquez ; les mensurations des tensions artérielles. Voilà tout autant d'admirables progrès qui font de la cardiologie une des branches les plus précises des sciences médicales. Et comment oublier que c'est à un médecin anglais, Withering, qu'est dû en 1785 le bienfait inestimable de la médication digitalique dans les cardiopathies.

Mais toutes ces acquisitions de la science moderne n'ont fait que compléter et couronner la découverte de Harvey, elles n'en ont rien infirmé ou modifié. L'œuvre reste entière et intacte, et son importance est telle qu'on ne peut même imaginer ce que pourrait être une physiologie ou une médecine qui, comme point de départ, n'aurait pas la notion de la circulation du sang. Complétée par l'étude des vaso-moteurs et des circu-

(1) Je me suis servi, pour les citations de Harvey, de la très belle traduction du professeur Richet.

lations locales de Claude Bernard, elle est à la base de tout, elle est l'essence même de la vie.

Ce serait cependant rendre à Harvey un hommage incomplet que de ne voir en lui que le découvreur de la circulation. Son œuvre est infiniment plus vaste, et il me sera permis de rappeler d'un mot ses travaux d'anatomie et d'embryologie.

Dans les *Prælectiones Anatomiæ Universalis*, reproduites en fac-similé à Londres en 1886, comment ne pas admirer les préceptes généraux qu'il donne pour l'enseignement et la démonstration de l'anatomie ? Pas un mot ne serait aujourd'hui encore à y changer. Et, à bien des pages, le clinicien se retrouve, dans l'étude approfondie des rapports du foie et de la rate ; dans la description de la phtisie des athlètes, dans la distinction qu'il établit entre trois espèces de nains, les nains proprement dits et bien proportionnés, les nains laids et difformes, qui correspondent à ce que nous appelons aujourd'hui le nanisme crétinoïde et les nains par gibbosité vertébrale, nos pottiques.

En embryologie, Harvey apporte les mêmes vues générales, la même modernité dans les méthodes et dans les idées qu'il expose. *Omne vivum ex ovo*, nous dit-il, formule qui, à part les cas particuliers des infusoires et des protistes, reste toujours vraie, et annonce, pour ainsi dire, la loi non moins célèbre de Virchow, *Omnis cellula e cellula.*

Il semble également qu'il eît entrevu la loi formulée par Hæckel sur le développement par étapes successives de l'embryon, et que l'on résume en disant que l'ontogénie répète la phylogénie. D'après Harvey, « passant toujours par les mêmes degrés, chaque animal se forme en traversant pour ainsi dire les différentes organisations de l'échelle animale, devenant tour à tour œuf, fœtus, et dans chacune de ses phases arrivant à la perfection. » Ainsi les vues de génie se retrouvent presque à chaque page dans l'œuvre scientifique si riche, si variée, si extraordinairement jeune encore, de Harvey.

Et cependant, cette œuvre, nous sommes loin de la posséder tout entière. Avec la révolution anglaise et la mort de Charles I[er], Harvey avait subi une ruine complète, sa maison avait été pillée par la populace, ses ouvrages manuscrits avaient été détruits, et ainsi ont disparu : *La Pratique de la médecine en conformité de sa thèse sur la circulation du sang. Un traité sur la respiration. L'anatomie dans ses applications à la médecine. Les organes du mouvement chez les animaux. Le traité de la génération chez les insectes.* Quelles pertes, et quels regrets ! Mais Harvey ne voulait rien publier, et il fallut l'insistance et la pression de son ami Ent pour que pût paraître le *traité de la génération*. L'œuvre de Harvey est donc étonnante de richesse, de variété et de nouveauté pour son époque, et j'ajoute que l'homme était aussi grand que l'œuvre, Harvey était de haute culture, et tout le *De motu cordis* est écrit dans le latin le plus classique et le plus pur. Son caractère était de la plus noble élévation morale ; fidèle dans ses convictions et ses amitiés, tout dévoué aux intérêts moraux et matériels du Collège Royal, dont il est resté un des plus insignes et généreux bienfaiteurs, il fonde en 1656, un an avant sa mort, un discours annuel, l'*Harveian Oration*, dans lequel se sont fait entendre depuis les plus célèbres médecins de l'Angleterre, et écoutons-le dire ce qu'il attend de cette réunion annuelle : « Commémorer les bienfaiteurs du Collège, exhorter les Fellows et Membres à étudier et chercher les secrets de la nature par la voie expérimentale, exhorter les Fellows et Membres, pour l'honneur de la profession, à vivre entre eux dans un esprit d'amour et d'affection, sans lequel ni la dignité du Collège ne peut être maintenue, ni les individus en particulier ne peuvent recevoir de leur admission dans le Collège le bénéfice qu'ils sont en droit d'en attendre, se rappelant que *Concordia res parvæ crescunt, discordia magnæ dilabuntur.* »

Comment ne pas admirer cette noblesse d'âme et de cœur, et quel plus magnifique programme pourrait être proposé aux grandes corporations scientifiques !

On comprend donc que la mémoire de Harvey soit pour le Corps médical anglais, et, en particulier pour le Collège Royal des médecins de Londres, l'objet d'un véritable culte, et quand, en 1883, le cercueil contenant les restes de Harvey fut transféré au cimetière de Hempstead, huit Fellows du Collège, tinrent à l'honneur de le porter sur leurs épaules. Aujourd'hui, dans la glorieuse commémoration qui nous réunit, c'est la médecine mondiale tout entière qui se joint au Collège Royal pour honorer et célébrer l'illustre médecin qu'a été Harvey. Il est du petit nombre de ces rares génies qui, en ouvrant à la science médicale des mondes nouveaux, sont devenus de grands bienfaiteurs de l'humanité. C'est dans cet esprit que nous pouvons associer, dans un même et profond hommage de respect et de pieuse reconnaissance, les trois grands noms de Harvey, de Laënnec et de Pasteur.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Hollywood dépassé. L'Autre Europe (Luc Durtain).

Quarantième étage, que je vous présentai il y a environ un an, nous menait, avec Luc Durtain, à la découverte de l'Amérique du Nord, celle des Etats-Unis. *Hollywood dépassé* (1) qui lui valut, cette année même, le prix de la Renaissance française, achève de nous éclairer sur le caractère, les mœurs, les sentiments de ce peuple géant, qui s'offre à notre observation comme un édifice monumental, dominateur et somptueux, dont la solidité paraît à toute épreuve, mais où, cependant, l'œil exercé découvre de sérieuses lézardes.

Hollywood, en Californie, un faubourg de Los Angelès, à 10 kilomètres à l'ouest, cité du cinéma, des studios et des stars. Plus à l'ouest, le Pacifique et au-delà, le continent asiatique....

Deux émigrés : un Sicilien, brute sanguinaire, d'intelligence fruste, qui, sans effort, sombrera dans le meurtre ; un Suisse, de Lausanne, fils de pasteur, élève de l'université, esprit cultivé, « Belletrien », ainsi le qualifie l'auteur, affranchi dans une large mesure, et non moins largement dénué de scrupules, mais apte cependant à un certain redressement, —Mascri, Sandroz, —sont venus en Californie pour y chercher aventure. Ils y ont fait tous les métiers, plus ou moins avouables : laveurs de vaisselle, portefaix, cireurs, voleurs à la tire, griveleurs, puis, figurants de ciné, jusqu'au jour où ils deviennent bootleggers et se livrent à la contrebande de l'alcool. Le jeu ne va pas sans risques sérieux dans le pays de la prohibition : pour avoir couru celui d'être pincés par les cops, agents de la prohib., et s'en être tirés avec habileté, le hasard aidant, Sandroz, *alias* Charles Rambert, en a assez du bootlegging, non qu'il obéisse à la peur, mais parce que :

« Jeu trop lucratif et facile. Affaire presque administrative ! »

Il lui faut un travail plus réel... plus puissant. Suggestionné par la lecture d'un fait divers, il songe bien à réussir quelque fructueuse affaire de banditisme à main armée, de *holdup* :

« Joli travail. Fructueux. Disparaître ensuite dans une masse de cent trente millions d'hommes est si aisé ! Sandroz se sait assez de décision pour réussir un travail de ce genre. Mais il ressent une horreur profonde pour tout geste qui risquerait de lui ensanglanter les mains. Et d'autre part, étant donné le prix que le meilleur peut avoir à payer, chaise électrique ou vingt ans de travaux forcés, le Belletrien estime que la plus éclatante réussite d'un *hold up* n'augmenterait en rien la considération qu'il a pour lui-même... »

Il cherchera donc dans les exploitations de pétrole où, précisément, il connaît un ingénieur français, Guyon, avec l'espoir d'y trouver *quelque chose de relativement propre.* Mais ce qu'il voit, du travail des *roughnecks*, de la vie rudement disciplinée dans les *derricks*, ce qu'il apprend des nécessités de cette existence où le *temps sans travail, c'est de l'ennui*, tout cela est pour lui sans aucun attrait. Le percement des puits, l'huile ?

« Non, réellement non. Le seul percement qui m'intéresse : traverser les strates hindoues et kantiennes jusqu'à l'essence nouménale ».

Et voici qu'une conversation avec le propriétaire de l'exploitation pétrolifère lui suggère un bluff de belle taille. Ce maitre sondeur, ancien maraîcher enrichi, veut une statue devant le porche de sa villa : la sienne, celle d'un fort ouvrier en tâche de travail ? Non.

« Femme toujours mieux... seulement, où trouver une de ces damnées espèces d'hommes qui taillent les statues ? »

— Moi, s'offre Sandroz, qui, jadis, à Lausanne, a gâché un peu la glaise, un mois ou deux.

Affaire conclue. Dans une auto de luxe, — le bluff, toujours ! — il apportera demain son premier croquis. Mais où trouver un modèle ? Parmi le personnel des studios cinématographiques de Hollywood ?

Il y a mieux : justement, Sandroz est en flirt réglé avec une américaine, Miss Ethel Glenway qu'il a menée « à l'européenne », faisant succéder de brusques dédains aux marques du plus vif intérêt, allant même jusqu'à la grossièreté et la brutalité, ce qui change cette jeune personne des habitudes américaines de plate soumission des hommes envers les femmes, et la mène tout droit à la plus violente des passions. Jouée à pile ou face par Sandroz et Mascri, c'est finalement à Sandroz qu'elle échoit : elle devient à la fois son modèle et sa maîtresse.

La statue s'achève ; elle est mise en place devant la résidence de Runrill et c'est pour Sandroz la gloire et la fortune. La presse clame partout son génie de sculpteur ; les commandes affluent, payées d'avance. Il s'est installé luxueusement dans un des palaces de Los Angelès...

(1) Editions de la nouvelle « Revue française », 3, rue de Grenelle, Paris, 1928.

Et puis, revirement soudain : comme il traverse la chaussée.

« Pas tout à fait entre les lignes blanches qui délimitent le passage des piétons, la masse d'une puissante automobile, obus d'artillerie lourde, fonça droit vers lui, à l'improviste.

« On a plusieurs fois noté, parmi les bizarres effets de la foudre ou des explosifs, qu'il leur arrive de dévêtir leur victime de façon aussi instantanée que complète. L'urgence du péril a les mêmes effets, au regard de la conscience intérieure. Un Sandroz nu comme l'âme — ainsi le plongeur de Catilina —, un Sandroz ineffablement dépouillé de tout ce qui n'est pas soi, jaillit du tréfonds de lui-même, poings fermés, mâchoires serrées, jarrets élastiques et bondit sur le trottoir ».

Une agence de voyage se trouve à point nommé devant lui : il entre, et prend un billet pour Java, où il partira trois jours plus tard, ayant renvoyé à leurs auteurs les chèques reçus pour des commandes, et partagé ce qui lui reste en propre avec Mascri, un Mascri dont la conscience est toute salie de l'assassinat d'un policeman, au cours d'une récente bagarre, et qui va la charger encore d'un geste assassin vers son ami : dans sa fureur de le voir partir, déserter lâchement, — il en juge ainsi —, il saisit un lourd ciseau de sculpteur et l'abat sur la face de Sandroz qui l'évite de justesse, pas assez pourtant pour que la peau ne soit pas effleurée à en saigner.

Sandroz partira.

« Ainsi quelques vestiges de culture exaltés dans « un Européen déchu suffisaient à le pousser, par « delà les barrières américaines, vers l'Asie, la pro- « fonde Asie. Tous les chemins du globe sont courbes ; « ceux de la révolte, comme ceux de l'absolu, ramè- « nent volontiers les fils de l'ancien continent aux « racines du cap où ils naquirent... *Hollywood était « dépassé* ; le mystique élan de Sandroz dépassait-il « du même coup le plan dans lequel est établi le « nouveau monde ? Mais où se trouve l'arbitre pour « trancher de telles questions ? Dispute éternelle ! « Les continents, comme les hommes, pouvant tou- « jours se méconnaître l'un l'autre ».

***

Je ne sais si j'ai réussi à donner une idée suffisamment exacte de l'affabulation du roman de Luc Durtain. C'est que, soit dit sans acrimonie, il n'est pas toujours aisé de le suivre. Et il faut faire effort parfois pour saisir ses intentions, derrière la magie d'un verbe riche infiniment et si chaudement coloré, que l'on en est parfois ébloui.

Mais sous l'intrigue, cherchons la signification profonde de cet ouvrage, placé comme les précédents, sous le signe des conquêtes du monde. Tout le roman est dominé par la personnalité si puissante de Sandroz, le lausannois, Sandroz l'intellectuel, Sandroz le philosophe. Sandroz, en vérité, est un symbole : la vieille Europe opposée à la jeune Amérique. La vieille Europe ? Certes, puisque :

« Venu du plus petit et du plus ancien des Etats Unis du monde : cette Suisse à l'étroit entre quatre montagnes, mais assise sur trois civilisations auxquelles elle participe avec tant de bonhomie et de subtilité ».

Synthèse ! Et qu'est-il venu chercher outre Atlantique ?

« Si j'ai quitté ma famille et l'Europe, ce n'était nullement la fortune que je cherchais, mais la liberté ... Celle de la vie agitée et intense. N'être attaché à aucun fait, ne prendre pour définitif aucun événement de cette planète... »

Et qu'y trouve-t-il ? Le fait emprisonnant toujours l'individu. L'événement sans cesse définitif ou pris pour tel. L'esprit prisonnier de la matière. Et le bluff sans cesse en action....

« O marchands de réalités ! Vrais poètes de l'Amérique! Audaces si dédaigneuses des possibilités et des faits — ainsi celles des Poë, des Walt Wihteman, des Sandburg. Inspirations imbibées de matière. La matière à bâtir, pierre, acier, bois, dégringolant par blocs et poutres dans les gosiers : la voilà, la vraie boisson enivrante de votre pays ! »

La scène capitale, à mon sens point culminant du livre, qui marque le véritable dessein de Luc Durtain : Sandroz, ai-je dit, s'est imposé en dominateur à Ethel ; obéissante, soumise, humblement, aveuglément, il en est le conquérant, le despote, *talent aujourd'hui, argent et gloire demain*. Au cours d'une séance de pose, l'envie lui prend de se démolir lui-même, de briser son propre prestige. Aucune habileté, œuvre misérable, ratée. De l'argent volé pour de l'art « bon marché » :

« Vous entendez, Ethel, je ne suis pas sculpteur, je n'ai pas appris. Je n'ai jamais vraiment appris quoi que ce soit, je ne sais rien, je ne suis rien ».

Effondrement de la jeune fille ; colère, confusion. Et voici que — remords, pitié —, par une soudaine volte-face, il va tout remettre en place et « faire résonner l'âme de cette jeune Yankee ».

« Ah ! ah ! Avez-vous cru vraiment, Ethel ? Non, n'est-ce pas ? Sachez que ce que j'ai réalisé devant vous, c'est ma prière de chaque matin. Une habitude

de nous autres, grands artistes?... Je suis le meilleur sculpteur de l'Amérique... Je dois devenir le plus riche artiste, le plus photographié... »

Le plus « 'Merricain » pourrait-il conclure. Et Ethel d'être reprise :

« Oh véritablement , Charlie, un LUI HOMME (*He man*). vous êtes ! s'écrie-t-elle à plusieurs reprises, exultante, obscurément spoliée tout au fond de l'âme... »

En vérité, c'est très fort !

C'est que Sandroz n'est pas, tout de même, le premier venu. Individualité complexe : Sandroz l'appliqué, Sandroz l'indécis, Sandroz le théoricien, Sandroz le naïf, Sandroz le rêveur, Sandroz le douloureux, Sandroz le solennel, Sandroz qui s'en fout, Sandroz le joli cœur.

Dénué de préjugés certes. Et pourtant, prêt, comme tant d'autres

« à jeter un peu d'honnêteté, morceau de sucre, dans le mélange de prétendus vices ».

Cherchant à entreprendre quelque chose de relativement propre. Et terminant en beauté, vraiment, son aventure californienne :

« J'ai volé naguère... Le vol a été alors le bienfaiteur de mon âme. Qui sait ce que je trouverai sur le prochain échelon ? Peut-être une figure nommée « bien », par les hommes qui ont besoin de mots, peut-être une autre figure nommée *meurtre* ! »

Comme il juge, avec Luc Durtain, cette Amérique, comme il la juge sévèrement, la dépouillant de cette auréole de clinquant que lui font une publicité, une réclame monstrueuses !

« ... Trois ou quatre dogmes locaux se dressent dans chaque ville des Etats-Unis, contribuant à supporter cette demi-douzaine de dogmes généraux qui torturent l'ensemble de l'Union : « Notre Vertu ! » « Nos Achèvements ! » « Notre mission civilisatrice ! » — ces notions sublimes auxquelles tout citoyen, depuis le Président, jusqu'au dernier manœuvre, à l'exception de quelques écrivains dévoyés, se croit tenu d'adresser hommage au moins une fois par jour ! !... Respirer ici, rien que respirer, c'est tout ensemble une canaillerie, un acte de foi et une aventure... »

« Faut-il que l'âme américaine soit vide, pour qu'elle demande avant tout, et à tout prix, qu'on l'empêche de regarder en soi, fût-ce un instant ? Sans cesse lui jeter un fait qui l'occupe, un bruit qui couvre le son de la voix intérieure, des signes qui interceptent le contact de la réalité ! Affreuse misère du peuple qui se croit le plus riche du monde... »

J'ai rappelé la scène qui m'est apparue comme le symbole de la position de l'Européen perspicace en face de l'Américaine orgueilleuse mais superficielle et vide. D'autres seraient à citer : l'orgie chez Hickmann ; la recherche du trépan brisé au fond du puits de pétrole ; la visite à l'Ile San Catelina, le bateau de verre et sa prodigieuse vision sous-marine ; l'Autrucherie, la ferme des alligators ; et surtout Hollywood, la Cité du ciné, tout artifice, décor, mise en scène, truquages, etc. Notre-Dame de Paris voisinant avec une pagode hindoue, Bagdad, aux cent minarets répliquant au vieux château historique. Pour finir, la dernière scène, le duel entre Mascri et Sandroz, avant le départ de celui-ci.

Magie d'un verbe, haut en couleur, ai-je dit. J'avais déjà signalé la manière de Luc Durtain, ces traits hardis, ces images audacieuses, ces comparaisons téméraires (c'est ainsi, je crois, que je m'exprimais l'an passé). Ajouterai-je manteau brillant, et parfois déconcertant, d'une pensée toujours profonde, et qui va droit à son but : un certain hermétisme de la phrase et parfois aussi, une recherche... précieuse ?

« Les alligators... Ces dos rugueux, naguère flottant comme des verbes sur l'ode du fleuve. »

Mais toujours si personnel... et si original. Son originalité s'inspirant souvent de ses origines : n'oublions pas qu'il est médecin.

« Pousser davantage de ce côté (risques et fantaisie d'une existence mouvementée) ? Il faudrait sauter par-dessus le solide parapet que Sandroz estime nécessaire à son âme et dans lequel il voit même, pour l'embryon qu'il croit être, l'ébauche d'une future colonne vertébrale. » « ..C'est tout doucement que la langue de Mascri touche le palais, comme l'instrument d'un médecin qui craint de faire mal... » « Proportions gardées (extraction de la tige brisée du trépan), c'est à peu près le même problème qui se pose au chirurgien, lorsque, armé lui aussi de tubes et de pinces, il va chercher un corps étranger dans l'œsophage ou dans les bronches, broyer un calcul dans la vessie... » « Quant à Sandroz, après le grossier partage, la jeunesse de cette joie lui fit la douleur que ressent un vrai chirurgien, s'il a, au cours d'un pansement, inutilement touché de la pince une région sensible... »

Et ceci pour finir :

« Posez l'oreille sur la poitrine de l'Amérique ; ce ne sont pas des bruits normaux que vous percevez. Une espèce de roulement intermittent, pareil au tambour des parades foraines et répercuté de journaux en journaux, d'affiches en affiches, grossi par les hauts parleurs de la T.S.F. Les valvules du cœur sont malades. »

Mais la conclusion qui se dégage de cette nouvelle position de l'Amérique ?

« Avec un orgueil maternel, l'Europe naguère voyait dans l'Amérique une de ses créatures. Pour avoir été fait du sang des vieux peuples, pour conserver maintes de leurs empreintes les plus surannées, le pays d'outre-mer ne continue aucunement leur œuvre. Il n'en représente ni l'un des rameaux, ni la branche supérieure. Les deux civilisations n'ont pas le même axe. Bifurcation de la race blanche : tel fut le véritable événement rapporté par la caravelle de Colomb et aujourd'hui déballé aux yeux des peuples. »

***

Développez un planisphère ; allez de l'ouest à l'est, en partant des rives occidentales de l'Europe ; deux races blanches, voit Luc Durtain : l'Europe, l'Amérique ; entre les deux, l'Asie, berceau du monde et des religions, l'Asie, mystérieuse et secrète, redoutable aussi. Mais entre l'Europe occidentale elle-même et l'Asie, *L'autre Europe : Moscou et sa foi* (1), fruit d'un voyage d'exploration qu'il a fait en Russie soviétique, en compagnie de Georges Duhamel.

Je me suis longuement étendu sur Hollywood dépassé, témoignant ainsi de l'intérêt puissant que j'avais pris à sa lecture et aussi de mon admiration pour le talent de Luc Durtain. Je serai plus bref, touchant cette autre œuvre, dont, avec son autorisation, je publierai *in extenso* certains chapitres plus directement biologiques, et donc médicaux.

Luc Durtain rapporte tout ce qu'il a vu, tout ce qu'on lui a montré, ce qui ne veut pas dire qu'il a tout vu. Son récit, émaillé d'anecdotes, veut prendre figure d'un procès-verbal d'expériences auquel il a assisté. Il se pique d'impartialité, et place en effet, en regard l'un de l'autre, le Bien et le Mal ; mais il a soin de faire des réserves sur la signification, dans l'absolu, de ces deux concepts : s'il rend un hommage vibrant à certaines réalisations qui l'ont séduit par leur aspiration vers le Parfait, il blâme et déplore certains excès qui ne méritent, en effet, que condamnation. Mais il y apporte, *volens, nolens*, une certaine indulgence. L'omelette, par son aspect général, est tentante. Il a bien fallu casser des œufs pour la faire.

Son horreur, le mot n'est pas trop fort, de la société capitaliste américaine, de ses hypocrisies, de ses turpitudes, de ses hiérarchies et de ses esclavages, éveille en lui, par une réaction assez naturelle, une certaine sympathie pour ce régime communiste, qui en semble l'antipode. Je dis *qui en semble*, car, il m'apparaît bien que le fossé n'est peut-être pas aussi profond qu'on le croirait, de prime abord, entre les deux types d'organisation sociale. Luc Durtain connaît et juge sévèrement les faiblesses, les fautes mêmes de la bourgeoisie ; les cadres qu'elle s'est donnés lui semblent devenus trop étroits. Lénine et ses collaborateurs — ses complices ? — les ont fait craquer, disparaître, pour en inaugurer d'autres, de modèle entièrement différent. Entièrement différent ? Voire ! M'est avis que depuis dix ans, nous avons fait de fameux bonds vers la dissolution de l'individu dans la collectivité. Et que cette liberté individuelle que les Anglais proclamaient chez eux il y a trois siècles : *Habeas corpus !* — et que notre Grande Révolution instaura en France et dont nous tirions une belle vanité, subit de jour en jour de sérieuses amputations : loi de huit heures, repos hebdomadaire, limitation du droit au travail (fermeture obligatoire des pharmacies, des bijouteries le dimanche). J'entends bien que c'est là revanche de certaines servitudes contre certains despotismes, redressement de l'employé en face de son employeur, tendance à l'équilibre et à la collaboration entre ces deux forces, jadis disproportionnées et antagonistes : le patronat, le salariat. Et sans doute, tout esprit animé d'un sentiment généreux de justice, ou seulement d'équité, ne peut qu'applaudir au principe qu'inspirent ces tendances. Mais dans la pratique ?? Et où cela nous mènera-t-il demain ? A un renversement radical des rôles, comme en Russie ? Pour quel profit ?

Le régime soviétique n'est-il pas en train de s'embourgeoiser ! Et le capital d'y reprendre figure de maitre ?

Lisez, mes chers confrères, l'ouvrage de Luc Durtain ; lisez-le sans parti-pris, ni arrière-pensée. Faites effort pour vous objectiver. Et je vous garantis que vous ne regretterez pas le temps que vous y aurez passé. Tout au moins possèderez-vous des éléments d'information, une documentation qui vous donneront une idée exacte de la Russie soviétique et vous permettront là-dessus, de tenter d'asseoir un jugement fortement motivé.

G. DUCHESNE.

(1) Editions de la « Nouvelle Revue française », 3, rue de Grenelle, Paris.

BEAUX-ARTS

Les Salons de 1928.

Formidablement la saison artistique vient de battre son plein, les Salons ont été visités de façon plus intensive parce qu'ils doivent durer moins longtemps, et vont céder la place à l'aviation.

Les Artistes Français ont distribué leurs récompenses aux « Elèves » des maîtres arrivés, les concours pour les bourses de voyage, coloniales et autres, se succèdent en amenant de toutes parts les mécontentements ordinaires, parce qu'il y a trop peu d'élus parmi trop de concurrents de tous ordres.

Seule, la Récompense demeure incontestablement de premier ordre pour ceux qui la convoitent, elle représente l'image d'un pseudo-absolu dans un ensemble d'une indéniable relativité. *Invidia medicorum pessima*, disent les médecins, mais on pourrait avec encore plus de raison qualifier de *superpessima* l'envie chez les artistes. Ce n'est pas seulement l'œuvre du concurrent qui peut être dénigrée, abaissée, c'est surtout et encore celle du voisin ou du non affilié.

Dans les Sociétés qui n'ont ni jury, ni récompenses, comme les Indépendants, on trouve parfois (mais toujours néanmoins par petites chapelles) des admirateurs de l'œuvre d'autrui, c'était à une époque tellement poussé à l'excès qu'ils étaient devenus une société d'admiration mutuelle... Malheureusement, il n'y a jamais d'exposants qui n'appartiennent qu'à une seule Société, et le rêve de chacun est de fonder une société nouvelle dont il sera président, membre du Comité, ou membre du jury afin de s'assurer un bon accrochage et des chances meilleures de vente. Peut-on le trouver étrange ? N'est-ce pas là le résultat de l'âpreté de la lutte actuelle pour la vie ?

Théoriquement, avec son système de « Récompenses à l'élection » la Société nationale des Beaux-Arts devrait échapper à ces critiques, mais, hélas ! qui dit « élection » dit « politique » et pour qui touche à la politique la déduction est aisée ? Si les Indépendants vont donner les Superindépendants, c'est pour les raisons analogues à celles qui ont amené les membres du Salon des Tuileries à se séparer de la Société nationale. Dès qu'un groupe a pris le dessus, et que chacun de ses sociétaires a droit à six envois dans chaque section, il ne songe plus qu'à en user au maximum et à fermer la porte aux autres : la place est limitée ! ! .... et les groupements individuels ne seraient plus aussi confortables si le nombre en augmentait au delà d'une « petite mesure » soigneusement réglée au compte-gouttes !

Pour être « sociétaire » des Artistes Français il suffit d'y avoir exposé un certain nombre de fois, on ne devient, au contraire, « sociétaire » de la Société nationale qu'après avoir été élu par l'Assemblée générale, sur *proposition du Comité*, d'abord au grade « d'Associé », puis au grade de « Sociétaire ». C'est assez indiquer que pour sortir du premier échelon, la campagne électorale doit être rude ! Pas tout à fait autant qu'une campagne de candidature à l'Académie française (quoique l'éminent président soit ici le maître Forain), parce que le nombre des « grands électeurs » n'atteint pas tout à fait quarante, mais tout de même un peu plus consolante parce que, si beaucoup des anciens sociétaires, (fussent-ils du Comité), auraient aujourd'hui, faute de talent ou d'orientation politique peu de chance d'être élus, il y a, au contraire, parmi les « Associés » tant de réserves de sens artistique et de goût accumulés, que bien malgré lui, le Comité ne peut arriver à choisir au-dessous de son niveau moyen, faute de matière !

Et voilà pourquoi, pour longtemps encore, le Salon se composera de deux salons, celui du Gouvernement à cause des récompenses officielles et celui de la politique dextre.... parce que les gens arrivés se doivent de devenir conservateurs, afin de conserver pour eux-mêmes, à défaut de leur talent, leur place.

Jacques DE LA GROTTE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA CROIX DE GUERRE POUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE (1)

Ces dernières années, le Gouvernement a décerné la croix de guerre à la plupart des Grandes Ecoles pour rendre hommage à la science et au courage de leurs élèves et anciens élèves tombés au champ d'honneur pendant la grande guerre.

Sans parler de Polytechnique et de Saint-Cyr, très justement décorées à la fin de la guerre, on a décoré en 1925 l'Ecole nationale des Eaux et Forêts de Nancy qui donne au pays ces brillants « forestiers », à la science de qui la France doit de conserver ses forêts, ses rivières, et je dirai presque son climat ; mais ces officiers, versés dans l'armée avec un grade équivalent à celui de leur fonction, ont été des entraîneurs d'hommes remarquables, et la récompense reçue était bien méritée.

L'Ecole normale supérieure a reçu des mains de M. Herriot lui-même la palme du sacrifice décernée à ses cadets. Tout récemment, les Ecoles du Service de Santé de l'Armée, de la Marine et des Troupes Coloniales, qui forment les médecins du cadre « actif » ont reçu le même glorieux insigne. La semaine dernière, M. le Président de la République en personne l'a apporté aux Ecoles nationales vétérinaires à Alfort.

Mais que dire de cette grande Ecole professionnelle qui a toujours été oubliée, sans laquelle les Ecoles du Service de Santé ne seraient rien, et qui a envoyé au feu, sans cependant être au sens littéral du mot des combattants, l'immense majorité de ses élèves : je veux parler de la *Faculté de Médecine*. Nul n'ignore, — et la masse des anciens poilus peut l'affirmer, elle qui les a vus à l'œuvre sous la mitraille, le sourire consolateur aux lèvres, — le rôle rempli par les médecins-auxiliaires et les jeunes aide-majors dans les postes de secours, comme médecins de bataillon d'infanterie, c'est-à-dire bien plus près de la ligne de feu que ne l'étaient les combattants de l'artillerie !

Et puis, c'est la Faculté qui a instruit professionnellement ces équipes de chirurgiens de l'*avant*, tenus d'opérer sous les bombardements, sans perdre leur traditionnel sang-froid, et ces nombreux médecins des dépôts et de l'arrière qui ont empêché par leur capacité technique et leur énergie morale la fonte des effectifs.

Pour ces immenses services et ces prouesses, nous estimons que le Gouvernement, à qui nous adressons cet appel, s'honorera en citant à l'ordre de l'Armée, les Facultés de médecine et en leur accordant la croix qu'elles ont si bien méritée. Par modestie, elles n'ont jamais demandé cette citation. Nous la demandons pour elles, qui ont eu 1.400 élèves ou anciens élèves tués à l'ennemi et un chiffre respectable de mutilés et de grands malades, décédés depuis, sur les 8 ou 9.000 médecins ou étudiants en médecine mobilisés.

Maurice MORDAGNE,
Ancien médecin des Troupes coloniales.

CHRONIQUE SYNDICALE

Banquet du Syndicat des Médecins de la Seine.

Le banquet annuel du S. M. S. a eu lieu cette année, comme les années précédentes, en mai, à l'Hôtel Lutetia.

Cette fête confraternelle et familiale avait réuni une assistance nombreuse et choisie, aussi a-t-elle eu le plus grand succès. Elle était présidée par le Dr CIBRIE, l'un des plus ardents animateurs de la résistance du Corps médical à l'application de la doctrine du tiers payant en matière d'assurances sociales.

Des discours vivement applaudis ont été prononcés par le Dr HARTENBERG, président actuel du S. M. S. M. GUÉNOT, président de la Chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine ; M. le Dr LIAN, président de la Fédération Corporative des Médecins de la région parisienne ; M. le professeur BALTHAZARD, président de la Commission intersyndicale de regroupement des syndicats médicaux et enfin par M. le président CIBRIE, tous préconisant l'entente de nos associations afin de maintenir l'exercice de la profession dans son cadre actuel de droiture, et ceci dans l'intérêt des malades, car c'est la seule manière de leur assurer la bonne qualité des soins.

Un bal des plus brillants, avec intermèdes chorégraphiques par des artistes de talent, a terminé cette belle soirée.

(1) *L'Information universitaire.*

Union syndicale des Médecins de la Région parisienne

25, rue Louis le-Grand, Paris.

Les Syndicats médicaux et la réorganisation hospitalière parisienne.

Le bureau de l'Union syndicale des Médecins de la région parisienne a été reçu le 12 juin 1928 par M. le Dr Mourier, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Au cours de cette entrevue, le bureau de l'U.S.M. R. P. a mis M. Mourier au courant des décisions votées le 22 mai 1928 par l'Assemblée générale de ce groupement, décisions concernant la réorganisation hospitalière à Paris et dans le département de la Seine.

On sait que la position du Syndicat est la suivante : aider à la création d'une régie des hôpitaux, maisons de santé de la ville (ou du département) destinée à gérer des formations sanitaires réservées aux futurs assurés et ouvertes à tous les médecins. Ce nouvel organisme, distinct de l'Administration de l'Assistance publique qui continuerait à gérer des hôpitaux réservés aux assistés, serait administré par des représentants du Conseil municipal (ou général), des bénéficiaires de la loi de 1928 et des syndicats médicaux.

Le directeur de l'Administration de l'Assistance n'a pas caché aux délégués de l'U.S.M.R.P. les difficultés que rencontrerait une telle création. Celle-ci ne saurait en effet se faire aux dépens des hôpitaux actuels, l'Administration de l'A.P. ne pouvant laisser diminuer le nombre de lits dont elle a actuellement la gestion.

Cett e création ne paraît cependant pas impossible, et un essai pourrait être tenté si l'Administration de l'A. P. était autorisée, par exemple, à remettre à la future régie hospitalière la gestion de la Maison municipale de santé dite Maison Dubois, qui, actuellement est une charge pour elle. Un tel désaisissement de l'Administration de l'A. P. en faveur de la nouvelle Régie ne pourrait d'ailleurs se faire que si, en banlieu e ou ailleurs, on construisait pour l'Assistance publique un hôpital renfermant le même nombre de lits, et qui lui serait remis en échange.

Le Bureau de l'U. S. M. R. P. a également attiré l'attention du directeur de l'A. P. sur l'intérêt qu'il y aurait, tant au point de vue technique que social, à supprimer la salle commune dans les hôpitaux qui vont être construits. La réponse de M. Mourier a été qu'une telle suppression entraînerait de trop grosses dépenses pour être prise en considération.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Dr Léon Dufour, de Fécamp. — Le créateur de la « Goutte de Lait » était un sentimental, un croyant, et, en même temps, un homme d'action ayant les qualités d'un administrateur.

Il avait l'imagination créatrice.

Ces types d'hommes se rapprochent des grands inventeurs, et leur esprit est peut-être une parcelle infinitésimale du génie spécial des mystiques.

La vision que Dufour avait sur toute chose le classait parmi les enthousiastes.

Sa Goutte de Lait était un chef-d'œuvre d'organisation ayant des admirateurs dans toute l'Europe : de l'Espagne à la Norvège, de la Bretagne à la Turquie. Rien ne lui a manqué : elle eut ses détracteurs parmi les grands maîtres officiels. Nous avons souvenance d'un certain Congrès où Rouen dut rompre des lances avec Paris pour défendre Fécamp. La *Normandie médicale* ne ménagea pas sa peine pour soutenir les efforts de ce Normand vaillant et tenace.

On ne pouvait pas ne pas admirer sa candeur, sa foi, son amour pour les petits et les faibles. Tout ce qui concerne l'enfance touchait son âme tendre ; et lorsqu'une idée de réforme surgissait, son regard s'allumait ; et, d'avance, il l'approuvait, sans se préoccuper des questions collatérales, des obstacles, des responsabilités, toutes choses administratives.

Pendant la guerre, il reprit du service avec enthousiasme ; son optimisme était réconfortant et communicatif.

Dufour représentait un type de Normand qui tend à disparaître par fusion avec le Français moyen. (*La Normandie médicale*).

— **V. E. M. à Vichy.** — La station thermale de Vichy vient d'être le terme de deux intéressants voyages d'études médicales aux stations hydrominérales du centre de la France.

Le premier fut dirigé par le professeur agrégé Duhot, chargé de l'enseignement de l'hydrologie à la Faculté de médecine de Lille.

M. Normand, secrétaire général de la Compagnie fermière de Vichy, dans le toast qu'il prononça au dîner offert aux étudiants de Lille dans le cadre somptueux de l'Hôtel Carlton, signala tout l'intérêt de tels voyages d'étude pour le développement de la thérapeutique thermale, à laquelle l'évolution récente de nos connaissances physico-chimiques et biologiques offre un champ d'action toujours plus vaste. Il formule, en terminant,

le vœu que les efforts du professeur agrégé Duhot en faveur de la science hydrologique et de nos stations thermales reçoivent prochainement leur juste récompense par la création d'une nouvelle chaire magistrale d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.

Le Dr Guinard, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, exposa ensuite, en termes excellents, les succès de la cure de Vichy dans toutes les affections dérivant de l'hépatisme et précisa le rôle du médecin de Vichy, muni, grâce aux installations parfaites du Grand établissement thermal, d'un arsenal thérapeutique incomparable.

Le professeur Duhot, dans une brillante et très littéraire improvisation, fit un historique de Vichy et souligna les magnifiques progrès réalisés par la médication hydrominérale.

***

Quelques jours plus tard, Vichy recevait la visite d'étudiants français et étrangers de la Faculté de médecine de Paris. Le professeur Maurice Villaret prenait pour la première fois la direction de ce voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, institué par le professeur Carnot comme complément des cours de thérapeutique et d'hydrologie.

A la fin du déjeuner offert au Carlton, M. Normand remercia le professeur Villaret de ses efforts, manifestés notamment par l'organisation des voyages d'études médicales de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, avec l'appui bienveillant du regretté professeur Gilbert. Puis il le félicita de sa récente et si légitime promotion à la Chaire d'hydrologie de la Faculté de Médecine de Paris. Il mit enfin en lumière les efforts de la Compagnie fermière de Vichy et exposa le programme des travaux qu'elle a décidé d'exécuter et qu'elle a déjà commencés, dès cette année, au lendemain du renouvellement de sa concession.

Après un toast très applaudi du Dr Guinard, qui apporta à son tour au maître éminent les félicitations du Corps médical de Vichy, M. le professeur Villaret prononça une brillante et substantielle allocution : il rappela qu'il avait participé à 11 voyages d'études médicales à Vichy et qu'il lui avait été donné d'y accompagner des médecins et des étudiants appartenant à 23 nationalités différentes. Il fit de la grande station française un éloge à la fois affectueux et d'une très haute portée scientifique et leva son verre à la gloire de l'hydrologie française.

Une ovation enthousiaste accueillit ses paroles. Puis plusieurs étudiants étrangers et français, MM. Yuen (Chine), Jablow (Etats-Unis), Benveniste (Portugal), Barzilay (Turquie), M. Desportes (de la Martinique), Mlle Flajoliet, et enfin M. Bonnard, interne des hôpitaux, tinrent à remercier particulièrement le professeur Villaret, le Dr Henri Bénard et le Dr Deval, organisateurs de ce voyage d'études médicales, ainsi que le Corps médical et le représentant de la Compagnie fermière de Vichy pour la réception chaleureuse dont ils avaient été l'objet.

— Le V.E.M. de la Faculté de médecine de Nancy aux stations de Savoie. — Profitant des vacances de la Pentecôte, les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy, au nombre d'une cinquantaine et sous la direction de leur maître, M. le professeur Maurice Perrin, sont allés cette année visiter les stations hydro-minérales de Savoie.

Le vendredi, 25 mai, reçus par les docteurs R. Merklen, Françon, Lelong et Blanc, ils ont visité en détail l'établissement thermal et l'Institut mécano-thérapique d'Aix-les-Bains.

L'après-midi, après avoir salué la maison de Lamartine, ils sont allés sur le lac du Bourget, chanté par le poète, et à l'Abbaye royale de Hautecombe.

Le lendemain, ils se sont rendus en auto-cars à Challes-les-Eaux, « La Reine du soufre », dont l'établissement se trouve dans un véritable nid de verdure, site des plus agréables « où la campagne ne s'est pas endimanchée ».

Par la route d'Albens, ils ont gagné Annecy et après une courte halte, sont arrivés le soir à Thônes.

Au cours de sa troisième journée de voyage, la caravane thermale fit une magnifique randonnée. Successivement les cars traversèrent le col des Aravis, Megève, Saint-Gervais, le Fayet, Chamonix, Puis il y eut visite de l'établissement du Fayet et dîner au col de Voza, où jouissant d'une visibilité parfaite, les voyageurs eurent une vue magnifique sur tout le massif du Mont-Blanc et la chaîne des Aiguilles Rouges.

Le but terminal du V.E.M. était Evian. La caravane y arriva le lundi de la Pentecôte, à midi, après avoir passé au col des Gets et à Saint-Jean-d'Aulph. Ils reçurent à Evian, de M. Barillot, Directeur de la Société des eaux, des docteurs Ballet, Cottet et Lévy-Darras, médecins consultants, un accueil particulièrement aimable.

Et ils furent émerveillés, non seulement par la visite de l'établissement thermal d'Evian-Cachat, si luxueux, et comprenant tous les derniers perfectionnements de la science thermale, mais aussi par le cadre remarquable dans lequel se trouve Evian, qui est véritablement la perle du Lac Léman.

Les étudiants rentrèrent à Nancy le mardi 29 mai, avec un bagage scientifique accru par la visite de ces stations et avec le souvenir d'un voyage de toute beauté.

J. L. MASSOT.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Les services automobiles P.L.M. relient la station de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire.* — Par la qualité de ses eaux, la station thermale de Saint-Nectaire s'est fait une renommée mondiale ; les baigneurs y viennent, chaque année, plus nombreux.

Deux services quotidiens d'autocars P.L.M. en correspondance avec les trains de et pour Paris, Nîmes, Montpellier, Cette, Marseille, relient cette station, l'un du 15 mai au 30 septembre à Clermont-Ferrand ; l'autre du 1er juin au 25 septembre, à Issoire.

De Saint-Nectaire, les auto-cars P.L.M. mènent à Murols, au Lac Chambon et au Mont-Dore et facilitent ainsi la visite de la région pour le plus grand agrément des baigneurs.

Les principales gares du réseau P.L.M. délivrent des billets directs pour St-Nectaire, Murols et le Mont-Dore. Ces billets permettent d'enregistrer dès le point de départ les bagages pour les trois stations précitées sans que le voyageur ait à s'en préoccuper à Clermont ou à Issoire.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

régime, — et nous y mettrons fin : nous ne recommencerons pas avec la radiophonie la faute que nous avons commise à la naissance du cinéma, en n'établissant pas notre perception sur lui : qu'est-il arrivé ? C'est que, de tous ses collaborateurs, l'auteur est le plus mal rétribué : de la recette que fait encaisser un film, l'assistance publique a sa part, la musique d'accompagnement a sa part, le seul à ne pas recevoir la sienne, c'est l'auteur du film ! Il est certes des privilégiés qui obtiennent pour un scénario des sommes appréciables, mais ces sommes restent très inférieures à ce que leur aurait valu un pourcentage analogue à celui dont bénéficient les dramaturges. Songez qu'à Paris seulement, en quinze jours, l'*Atlantide* a réalisé 297.521 francs, et la *Bataille* 500.575 fr. 35 : le prix payé à Benoît et à Claude Farrère n'a sûrement pas été proportionnel à ces chiffres.

Nous nous défendrons mieux en T.S.F. car, cette fois, nous avons su prendre, en temps voulu, l'organisation qui convenait : au lieu de lutter isolément, nos sociétés se sont fédérées : la Société des Auteurs et Compositeurs Dramatiques, la Société des Gens de Lettres et la Société des Orateurs et Conférenciers forment l'*Union Radiophonique des Société d'Auteurs* (U.R.S.A.), qui traite seule, au nom de toutes. De quelle force nous disposons ainsi, vous avez déjà pu en juger.

« La Radiophonie est à moi ! », proclamait hier l'administration des P.T.T.

L'U.R.S.A. est intervenue... et vous savez ce qui reste du décret Bokanowski.

« La Radiophonie doit être à nous ! », affirment aujourd'hui les industriels.

A quoi d'autres répliquent, en lançant ce mot d'ordre : « La Radiophonie aux sansfilistes ! ».

Tout doux, messieurs.

Nous ne revendiquons point, pour notre part, la propriété de la radiophonie. Mais nous désirons qu'il soit bien entendu que les œuvres de la pensée appartiennent d'abord à leurs auteurs : nous ne permettrons à la radiophonie d'en disposer que si leurs droits moraux et matériels sont sauvegardés. Ce n'est pas là une déclaration de guerre ; c'est une déclaration toute simple, mais très suffisamment explicite.

Nous savons quelle est l'importance de notre rôle et aussi quelle est celle des intérêts engagés : nous sommes résolus à ne pas être des dupes.

Quand ces messieurs des P.T.T. ont essayé de se créer des revenus avec notre travail, nous les avons mis en échec.

Quand ces messieurs de la finance, au lieu de réunir leurs capitaux sous une même raison sociale, compartimentent leurs entreprises sous diverses étiquettes, ils ne nous abusent point et nous n'ignorons pas que toutes ces filiales sont solidaires.

Quand ces messieurs de l'industrie nous certifient qu'ils organisent des émissions sans esprit de lucre et dans un but d'expériences scientifiques, nous sourions.

On nous a trop joué la comédie du désintéressement : nous sommes devenus très sceptiques, — et nous ne couperons dans aucune des manœuvres que l'on voudra tenter pour nous exploiter au rabais.

Nous n'admettrons pas que l'on nous assigne notre part sur une caisse créée par un office quelconque pour alimenter la T.S.F. C'est nous qui fixerons nos redevances à leur valeur et nous les proportionnerons, non aux recettes des postes, mais à celles de la radiophonie elle-même : ce n'est pas seulement au poste que l'émission fait recette.

Tel doit être notre programme, du moins *selon moi*, car je ne vous parle ici, amis sansfilistes, qu'en mon nom personnel et cet article n'est pas un communiqué de l'U.R.S.A. ; j'en suis le secrétaire général et non le dictateur. Ce sont d'ailleurs vos intérêts que nous soutiendrons ainsi autant que les nôtres, soyez-en persuadés. Sans doute, comme usagers de la radiophonie, vous payerez des taxes ; mais nous serons là pour rappeler qu'elle a d'autres usagers : ceux auxquels vous avez acheté vos appareils. Ils ne devront pas vous laisser assumer tous les frais en se bornant modestement à récolter les bénéfices.

C'est aussi pour vous que nous travaillons en exigeant une rémunération équitable : on veut que la radiophonie ait sa littérature, sa musique, son théâtre, sa pédagogie ? Impossible, si elle ne les rétribue pas, ou si elle rétribue trop mal.

Pour qu'elle devienne prospère, il ne faut pas qu'elle soit la *sansfilouterie*.

Gabriel TIMMORY.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

2183. — 1° certificat d'origine en double, 2° certificat final simple.

La Cie d'assurances la X., dans le mémorandum dont ci-joint original, refuse de payer 5 fr. chaque certificat : celui pour la mairie et celui pour elle.

D'autre part, elle refuse de me payer 15 fr. la visite sur rendez-vous fixée par son médecin pour déterminer la date de la guérison des blessures.

Je viens donc vous demander si les prétentions de la Cie d'assurances sont fondées quant au refus de payer les deux certificats de constatation.

Personnellement, j'estime que je délivre deux certificats, un pour la mairie et un pour les assurances, et que tous les deux doivent donner lieu à rémunération.

Je crois me souvenir que cette question a déjà été tranchée ; je ne voudrais pas, tant dans mon intérêt particulier que dans l'intérêt général, se laisser accréditer une pareille erreur. Je serais disposé, s'il le fallait même et si tel était votre avis, de porter l'affaire sous vos indications, à mes frais s'il le faut, devant la juridiction compétente.

Quant au second point, je le laisse à votre appréciation, mais je vous serai reconnaissant de me préciser, si chaque fois que le médecin contrôleur vient à son jour et à son heure visiter en ma présence ou en celle de mon assistant, examiner un blessé, il ne nous est pas dû un honoraire et quel est le taux de celui-ci.

Dr L.

Réponse.

1° Ne délivrez deux certificats que sur demande écrite de la Compagnie, auquel cas vous êtes en droit de lui faire payer les deux. Qui commande, paye. Sans quoi, il n'est parlé dans le tarif que *d'un seul* certificat et non de deux, tarif de la « responsabilité patronale » (ou de son assureur substitué).

2° La visite de contrôle du médecin patronal (donc de l'assurance substituée) est payée le prix de la visite simple majorée de 50 % (article 3 § 1), donc, au tarif actuel : 12 + 6 = 18 fr Mais ce n'est pas cela dont parle la note de la Compagnie d'assurances : elle parle du certificat final simple lequel est, en effet, *compris* dans le prix de la visite.

Nous vous retournons sous ce pli la note de la Compagnie.

Dr Fernand DECOURT.

2175. — Assimilation des tarifs d'Etat et majoration du tarif chirurgical des accidents du travail.

La réponse que vous faites dans le numéro du 3 juin du *Concours médical,* à la question 1779 (ostéosynthèse pour pseudarthrose) soulève un problème : Pourquoi le tarif mutilé est-il plus avantageux que le tarif A.T. ? et d'autre part, n'est-il pas anormal que le tarif chirurgical A.T. n'ait pas été modifié depuis 1920, sauf la suppression de la 2e catégorie qui n'a touché qu'une partie du corps médical, alors que le tarif de la consultation a été augmenté de 50 % ?

D'autre part, nombreux sont, dans le tarif mutilés, les cas à multiples tarifications, alors que tarif A.T. n'en a qu'une. Exemple : les plâtres qui, selon les cas, coxalgies, tumeurs blanches, etc., vont de 50 à 150.

Et alors, si l'on veut appliquer dans ces nombreux cas, le raisonnement que vous tenez pour les pseu-

darthroses, pourquoi ne pas simplifier en se servant purement et simplement du tarif mutilés, tout en ne dépassant pas le maximum actuel de 600 fr., maximum à élever comme je vous le signalais plus haut ?

En effet, grand est étonnement des chirurgiens, que le tarif chirurgical n'ait pas été majoré de 50 % lui aussi, depuis 1920 !

Ce sont là deux suggestions (assimilation des tarifs, majoration du tarif A.T.) que je vous soumets, espérant que votre situation au sein de la Commission des tarifs vous permettra d'y être notre porte-parole, pour faire adopter ces modifications.

Dr M.

Réponse.

1° Il n'est pas normal qu'il y ait divers tarifs d'Etat pour une même opération, il y a longtemps que je l'ai proclamé.

2° Pour les trois quarts des médecins pour le moins, le tarif des interventions fut augmenté en 1924 de 25 %, par la suppression des catégories, à laquelle je fus loin d'être étranger... Quant à la majoration du tarif chirurgical actuel, je suis prêt à la soutenir et ne demande que le dossier nécessaire fourni par le syndicat des chirurgiens, lequel a son président et son secrétaire général à la Commission du tarif, sur cinq délégués médicaux que nous sommes. Personnellement, je vois là encore un des nombreux méfaits de la *scission* entre les syndicats médicaux, scission qui, d'ici peu heureusement, aura disparu pour le grand bien des praticiens français.

Dr Fernand DECOURT.

2069. — Brûlures petites, mais multiples.

Pouvez-vous me renseigner sur la tarification du cas suivant !

Un ouvrier reçoit, au cours de son travail, des parcelles d'un métal en fusion, qui déterminent un grand nombre de petites brûlures, d'une superficie comparable à une pièce de 0 fr. 50 et peu profondes 2e degré). Ces brûlures se répartissent de la façon suivante :

1° Une brûlure sur la joue gauche.

2° Cinq ou six sur le thorax et la partie supérieure de l'abdomen.

3° 2 sur le bras gauche.

4° 2 ou 3 sur l'avant-bras gauche (très légères).

Puis-je compter :

1° Pansements multiples sur un même segment de membre .... 15 fr.

2° Pansement petite brûlure (celle des bras) .... 12 »

Ou bien faut-il que je compte chacune des brûlures à part, bien qu'une seule large bande Velpeau maintienne tous les pansements à l'ambrine faits sur le thorax ?

Je ne tiens pas compte des brûlures à l'avant-bras et à la face, très légères.

Dr M.

Réponse.

Vous verrez, dans la note 1 de l'article 38, à l'exemple donné d'une « vaste brûlure », qu'on doit se baser pour la catégorisation de la ou des brûlures, sur « la surface ou les *surfaces additionnées* formant une *superficie totale*, etc... ». Il s'ensuit donc que vous devez faire un total des surfaces par à peu près et compter loyalement petite, moyenne ou grande, suivant celles-ci. Avec cette multiplicité de petites brûlures, je compterais 30 francs par séance pour les premiers jours, puis 15 francs « suivant les progrès de la cicatrisation » (voir même note 1).

Dr Fernand DECOURT.

2187. — Contention avec ou sans réduction concomittante.

Abonné au *Concours médical*, je vous prierai de m'indiquer la façon de tarifer les interventions suivantes (accident du travail).

Fracture de 2 os de l'avant-bras (réduction : contention). Appareil plâtré.

Certaines Cies d'assurances m'ont payé d'une part la réduction de fracture, d'autre part, l'appareil plâtré, pour des cas analogues.

Dans le *Concours* du 9 mai 1928, vous admettez, pour une fracture du péroné, le payement par la Cie de la pose de l'appareil plâtré. De deux choses l'une : ou il y a fracture à réduire et un appareil plâtrés s'impose après la réduction, ou il n'y a pas fracture à réduire et un appareil plâtré ne s'impose pas. Dans le premier cas, le tarif de l'acte réduction et contention : 25 fr. (puisque l'appareil plâtré est compris dans la contention qui suit la réduction) et non 50 fr. (pose d'un appareil plâtré). Dans le second cas, puisqu'il n'y a pas fracture à réduire, : aucune rémunération n'est due à mon avis.

En conclusion, la pose d'un appareil plâtré, en matière d'accident du travail, n'est rémunérée que s'il n'y a pas fracture (par exemple : application d'un appareil plâtré pour tumeur blanche). Donc un cas de réduction et de contention d'une fracture avec pose d'un appareil plâtré n'est pas rémunéré davantage que la réduction et la contention d'une fracture sans appareil plâtré, avec attelle de bois). Dans le premier cas il y a cependant, à mon avis, un acte chirurgical plus important que dans le second.

Dr G.

Réponse.

La réduction et *contention* (quelle que soit la façon dont cette dernière est réalisée) des deux os de l'avant-bras est tarifée 120 francs (article 18). Je n'ai jamais « admis » la pose de l'appareil plâtré dans la fracture du péroné, n'ayant

pas le droit « d'admettre quelque chose » *proprio motu*. J'ai simplement fait observer (et je fus suivi par les Compagnies d'assurances) que, la fracture du péroné étant tarifée 25 francs, lorsque le médecin est *obligé* de faire un plâtre, la réduction et contention de cette fracture ne saurait être tarifée moins que la répétition d'un appareil plâtré des os longs, sans réduction concomittante (soit 50 francs, ainsi qu'il est dit article 18, *in fine*). La pose d'appareil plâtré est *toujours* rémunérée dans les accidents du travail ; elle l'est *seule*, au cas où il n'y a pas de réduction ; s'il y a réduction concomittante, le tarif est établi en bloc : réduction + pose d'appareil de contention = *x*. francs.

Dr Fernand Decourt.

2238. — Certificat par correspondance.

Abonné depuis longtemps au *Concours*, dont j'apprécie de plus en plus les services, j'ai recours une fois encore à votre obligeance pour me fixer sur le point suivant :

Il m'arrive fréquemment qu'un blessé du travail ne se représente pas, à la fin de son délai d'incapacité, à mon cabinet, et m'écrive seulement qu'il se considère comme guéri et me prie de lui envoyer son certificat de reprise de travail. Dois-je, dans ma rédaction de notes d'honoraires, compter une consultation ? Aux termes des réglements, les Cies n'ont pas à payer une indemnité spéciale pour « l'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation la guérison du blessé ». Toutefois, la délivrance de ce certificat implique une prise de responsabilité, minime peut-être, mais réelle.

Au point de vue pratique, je sais bien que le règlement par l'assurance ne comporte aucune difficulté dans ce cas et se fait intégralement. Mais, cette rémunération, vous paraît-elle, en conscience, légitime.

Dr B.

Réponse.

a) Vous n'avez pas à faire payer un certificat simple pour reprise du travail.

b) Vous n'avez pas à signer un certificat par correspondance, sans avoir vu le blessé et sur ses dires. Vous ne devez certifier que ce que vous avez *constaté vous-même*.

Conclusion : Je ne vois pas ce que vous pouvez demander à une Compagnie d'assurances dans le cas que vous indiquez.

Dr Fernand Decourt.

2240. — Injection intratrachéale.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer ce que l'on peut demander, d'après le tarif des accidents du travail, pour une injection intra-trachéale (sus-glottique).

Dr L.

Réponse.

Il n'est pas fait mention de l'injection intra-trachéale sus-glottique dans le tarif des accidents du travail. Par contre, pour le tarif des Pensionnés de guerre, la Commission supérieure a décidé que cette sorte d'injection rentrait dans les petites interventions comprises dans le prix de la visite ou consultation. Devant ce précédent, je n'oserais vous conseiller de demander un prix supplémentaire à la visite ou consultation simple.

Dr Fernand DECOURT.

2065. — Paiement par le patron ou l'assurance des certificats d'accident.

Je me permets de venir vous demander un conseil au sujet du litige suivant que j'ai avec l'Usine des ...., qui, depuis quelques mois, s'est attaché un médecin spécial pour les accidents, etc. (non syndiqué, du reste). C'est une question de principe plus que d'argent...

1° J'ai réclamé un certificat de constatation pour un accident O., ouvrier, qui, avec l'autorisation de la dite usine (qui ne possédait pas à l'époque, — décembre 1927, — de médecin attaché), avait été amputé d'un doigt avec la tête du métacarpien. Bien que légal, ce me semble, on ne veut pas me la payer parce que « cette pièce n'a pas été demandée par l'usine et lui était parfaitement inutile, elle n'a pas à la payer ». Ce qui me semble absolument faux, tout accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle exige, à bon droit, un certificat de constatation.

2° On me refuse 2 certificats de constatation de blessures (tout en ne contestant pas les honoraires de consultations ou pansements), parce que le médecin de l'usine avait établi lui-même ces certificats. Pour le premier de ces accidents D., j'ai été appelé par le blessé (atteint de fracture du métatarsien, constatée par une radio, effectuée avec autorisation de l'usine) et le médecin est venu, sans être requis par le blessé, le voir quelques instants après moi, et alors que j'avais fait le nécessaire, considérant du reste cet accident comme une petite contusion.

Pour le deuxième accident R., le médecin de l'usine l'avait vu, en effet, avant moi. Peut-être n'ai-je pas droit cette fois au certificat.

Un mot de réponse de votre part me permettra, je pense, de me faire honorer par l'usine, de bonne foi, me semble-t-il.

Dr D.

Réponse.

1° Vous aviez *le devoir* de remettre au blessé un certificat de consolidation de la blessure, alors qu'il y avait incapacité permanente partielle, puisqu'amputation d'un doigt. Ce certificat, étant tarifé 10 francs, article 29 § 3, fait partie de la *part de responsabilité patronale* qui est précisément l'*objet* du tarif ministériel. Donc, il doit vous être payé par le patron ou son assureur

substitué. La Compagnie a confondu avec le « certificat fourni *au cours* du traitement à *la demande* du patron ou de son assureur, etc. » qui est indiqué même article 29, mais § 5.

2° Il n'en est pas de même du certificat d'origine de votre autre blessé, alors que le dit certificat avait *déjà été établi* par un *autre* médecin, avant que vous ayez vous-même donné vos soins au blessé. On conçoit, en effet, que la Compagnie n'ait pas à payer deux fois un certificat d'origine d'une *même* blessure.

Dr Fernand Decourt.

2268. — Ligature et suture concomittante.

J'ai adressé une note d'honoraires, comptant séparément l'hémostase par ligature : 40 fr. et suture simple de la plaie : 15 fr. La Cie d'assurances réduit mon mémoire en ne voulant payer que la première intervention, parce qu'elle considère que celle-ci (*hémostase* par ligature 40 fr.) comporte nécessairement la seconde (suture de la plaie 15 fr.). J'en suis fort étonné, car c'est la première fois que pareille remarque m'est faite et je désirerais savoir si je suis bien, comme je le pense, dans mon droit. *Il y a là, me semble-t-il*, deux opérations séparées.

Dr B.

Réponse.

Il semble impossible, en effet, de lier une artère sans suturer la plaie béante, si la suture de la plaie est faisable par première intention, comme *dans* votre cas, mais à condition que la ligature soit *sous-jacente* à la suture de la peau, naturellement. Sans quoi, il y aurait, à un endroit X., une ligature d'artère, plus suture de la peau sus-jacente, *complément* de la ligature, et, à un endroit Y., suture d'une plaie quelconque, *sans rapport* avec la ligature d'artère.

Dr Fernand Decourt.

Fiscalité.

2085. — La patente porte sur la valeur locative de tous les locaux professionnels.

Faisant partie du « Sou Médical », je vous serais très obligé de vouloir bien m'indiquer, approximativement, sur quoi porteraient les impôts, et frais de patente à payer, pour un médecin habitant dans une ville de 20.000 à 30.000 habitants et ayant dans cette ville :

1 appartement, où éventuellement il peut être appelé à donner une consultation, mais où ce ne serait pas la règle ;

1 appartement pour ses consultations et 1 clinique.

Soit 1 appartement : habitation, consultations et 1 clinique.

Soit 1 clinique : habitation, consultations, clinique.

Cette clinique pouvant se composer dans le même mur d'enceinte d'un ou de plusieurs pavillons.

Dr C.

Réponse.

La patente porte sur la valeur locative de tous les locaux affectés à l'exercice de la profession et à l'habitation principale du patentable. Donc, vous serez imposé sur votre appartement, sur votre cabinet de consultations et sur votre clinique, que ces locaux soient réunis dans un seul immeuble ou situés dans des immeubles différents.

C'est la valeur locative de tous ces locaux qui sert de base à la patente.

A. M.

2157. — Amortissement des automobiles et des appareils professionnels.

Je lis, dans le *Concours médical* du 3 juin, page 1721, qu'un contrôleur a refusé l'amortissement en cinq ans jusqu'alors accepté. J'ai acheté cette année une voiture automobile et un appareil à rayons ultra-violets. Leur prix total devra donc venir en défalcation de mes recettes de 1928, ou puis-je continuer à amortir en plusieurs années ?

Dr G.

Réponse.

Il est plus avantageux d'amortir une acquisition sur plusieurs années et, malgré l'arrêt du Conseil d'Etat, nous vous conseillons de procéder ainsi, surtout si le contrôleur ne vous a fait aucune observation pour les amortissements des années antérieures.

A. M.

1938. Réduction de la patente en cas de cohabitation avec un parent.

Pourriez-vous me donner un petit renseignement au sujet de ma patente. Celle-ci s'élève à 2.945 fr. 31 basée sur la valeur locative de ma maison (4.150 fr.). Or mon beau-père habitant avec moi et occupant le quart de l'habitation, ne me serait-il pas possible de me faire dégrever du quart ?

Le bail de la maison est à mon nom.

Dr Z.

Réponse.

Vous pouvez présenter une réclamation, mais sans grandes chances de succès, si votre beau-père n'occupe pas un appartement séparé et si, au contraire, il vit en commun avec vous.

A. M.

2070. — Patente et contribution personnelle mobilière. Bases différentes.

Qu'il soit permis à un vieil abonné du *Concours médical* de recourir aux obligeants avis de son conseiller fiscal. Voici les trois points sur lesquels je désirerais qu'il me fixe.

1° Depuis le 31 décembre écoulé, je n'exerce plus dans un cabinet d'une sous-préfecture voisine. Qu'ai-je à faire pour ne pas supporter la contribution de la patente et la contribution mobilière afférentes à ce cabinet ?

2° J'ai changé de domicile le 1er octobre dernier, et je me suis installé dans un immeuble m'appartenant. Ma feuille d'imposition porte sur la valeur locative de cet immeuble et non sur celle de l'appartement que j'occupais le 1er janvier de l'année écoulée et pendant 9 mois de l'année. Il va de soi que ma patente rebondit de ce fait considérablement. Qu'il en soit ainsi désormais, cela est juste ; mais est-il régulier que je paye patente pour toute l'année sur la valeur de l'immeuble que je n'occupe que 3 mois ? Ne serai-je pas en droit de faire une demande de réduction pour cette année, et si oui, comment l'établir et à qui l'adresser ?

3° Qu'est-ce que le loyer matriciel et comment s'établit-il ? Cette question encore, parce que ma patente a été relevée du fait du relèvement du loyer matriciel.

Dr X.

Réponse.

L'avertissement que vous venez de recevoir est fort probablement celui de l'année 1928. La patente et la personnelle-mobilière étant dues d'après les faits existant au 1er janvier de l'année de l'imposition et non d'après ceux de l'année précédente, c'est à juste titre que vous êtes taxé pour l'année 1928 entière d'après la valeur locative de votre habitation dans votre nouvelle résidence.

Le loyer matriciel sert de base à la personnelle-mobilière et non à la patente ; il est proportionnel à la valeur locative des locaux d'habitation, après déduction d'un abattement dont l'importance est très variable, suivant les communes.

A. M.

1973. — Base de la patente.

J'occupe ici une maison pour laquelle je paye en vertu d'un bail passé le 15 janvier 1926, 4.500 fr. de loyer.

Avant cette date le propriétaire l'occupait et sa maison était estimée 1.250 fr. de valeur locative sur la feuille d'impôts. Cette estimation fut la base de ma patente de 1926 et de 1927.

Or, cette année, je reçois ma feuille et je constate que l'on a estimé ma valeur locative 4.500 fr. au lieu de 1250 fr. comme précédemment, ce qui fait que ma patente se trouve presque quadruplée et qu'habitant un village de 1800 habitants, je dois payer autant que si j'habitais une ville.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire si j'ai le droit de réclamer que l'on estime ma valeur locative à 1250 fr. comme précédemment.

Il y a, dans le village, bien d'autres immeubles de l'importance du mien ou d'une importance approchante et pour lesquels les occupants sont beaucoup moins taxés, parce que leur valeur locative est estimée beaucoup moindre. Le pharmacien, par exemple, est propriétaire de sa maison et la valeur locative de son immeuble est dérisoire en comparaison de celle du mien.

Dr X.

Réponse.

Vous êtes régulièrement imposé sur la valeur locative telle qu'elle résulte de votre bail ; vous n'avez aucune chance d'obtenir une réduction.

A. M.

2129. — Patente et autres impôts dûs après décès.

Mon père est décédé en février 1928, exerçant encore jusqu'à ses derniers jours.

J'ai reçu sa feuille d'impôts.

La patente, pour un tarif légal de fr. 317.67, s'élève à 4.350 fr. 80 (11 fr. 56792 centimes additionnels).

Dois-je légalement payer cette somme pour l'année entière ?

Ai-je un droit ou une faveur à demander, pour obtenir un dégrèvement ?

Veuillez me donner votre avis, et les démarches à faire.

La personnelle-mobilière, pour un loyer matriciel de fr. 1440, s'élève à fr. 1538.84.

Une taxe locale sur la valeur locative des locaux servant à l'exercice d'une profession, pour une valeur locative de fr. 2.700, s'élève à fr. 108.

Ces deux dernières taxes sont-elles sujettes à dégrèvement ?

Dr X.

Réponse.

En raison du décès de votre père, vous pouvez demander au contrôleur la réduction des 10/12es de la patente : c'est un droit et non une faveur. Mais les autres contributions restent dues pour l'année entière.

Questions médico-militaires.

1764. — Obligation des périodes d'instruction

Ayant fait la guerre de 1916 à 1918 (blessé, gazé), comme sergent d'infanterie, j'ai été nommé ensuite, au cours de mes études médicales, médecin auxiliaire, puis, ma thèse passée, aide-major de 2e classe, puis l'année passée, aide-major de 1re classe. Je suis de la classe 1917.

Je désirerais savoir en quelle année je vais être appelé à faire des périodes, bien que je ne désire nullement passer à un grade supérieur.

Ma situation actuelle, installé depuis 2 ans, fait que si j'avais une période actuellement à faire, je serais très ennuyé, car, je n'ai pas les moyens de me payer un remplaçant à 100 fr. par jour, durant 25 jours. Puis-je refuser à faire des périodes ?

Puis-je démissionner et alors, quelle marche aurai-je à suivre et à quel grade reviendrai-je ? De cette façon, je serais tranquille au point de vue périodes.

Dr N.

Réponse.

Dans les conditions normales, puisque vous avez actuellement un an de grade, il faudra que d'ici cinq ans, époque à laquelle vous serez proposable pour le grade supérieur, vous ayez effectué deux périodes d'instruction.

Il vous est possible, en invoquant un motif sérieux, ou au dernier moment une maladie aiguë, d'éviter une période pour laquelle vous seriez convoqué, mais en aucun cas, l'ajournement ne peut être accordé deux fois de suite pour la même période d'instruction ; les bénéficiaires d'ajournement sont rappelés pour une période similaire soit l'année suivante, soit deux ans après. (Article 49 de la loi du 1er avril 1923.)

Vous pouvez offrir votre démission au Ministre par la voie hiérarchique ; vous redeviendrez alors homme de troupe, sous-officier, c'est-à-dire médecin auxiliaire ; comme tel, ayant fait la campagne, vous ne serez astreint, en principe, à aucune période d'instruction.

1689. — Démission d'un médecin dégagé d'obligations militaires.

J'appartiens à la classe 99 (né en 1879).

Quand celle-ci est-elle déchargée de tout (j'ai 48 ans et 6 mois) ?

A quelle époque dois-je envoyer cette lettre de démission ?

En quelle année ?

Dr F.

Réponse.

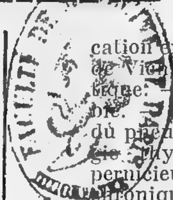
Votre classe sera dégagée de toute obligation militaire le 1er novembre 1928. Dès maintenant, vous pouvez adresser votre lettre de démission au Ministre de la Guerre, par la voie hiérarchique du Directeur du Service de santé.

Mieux vaut cependant attendre le 1er novembre 1928, conformément aux dispositions de l'article 10 de la loi du 8 janvier 1925. « Tout officier qui déclare ne pas vouloir rester dans les cadres est considéré comme démissionnaire » (même article).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE



TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Rover.
Trouville. Jean Massé.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 332. — Doubs. Raison santé, client. à céder, rapp. 100.000 en 1927, sans pharmac. Prix 25.000 dont 10.000 compt. y compr. install. médic. 17.000 avec auto. Pressé.

N° 333. — A céder : 1° Poste diath. Walter A. valise et quelques access. ; 2° instrumentation complète Brumings pour trachéo-œsophagoscopie.

N° 334. — Docteur marié, très au courant pratique médicale, libre novemb. à avril, aiderait ou remplac. confr. Sérieuses réf.

N° 335. — Rég. agréable, facile de commun. Poste seul méd. propharm., rapp. 60.000, maison 13 pièces, gr. jardin, eau, électr. A céder 15.000. S'ad. Cab. Greitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 336. — 8 km. Paris. Client. seul méd., rapp. 47.000 facile à augment. Pavillon 6 p. dépend., jardin. Prix 27.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 337. — Centre. A céd. bonnes condit. pour cause santé, client. rapp. 70.000. Très belle mais. de maître tout conf. en loc. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 338. — Coutainville (Manche) : à louer pour août et septembre maisonnette bien située, à 1 minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

AVIS

I

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

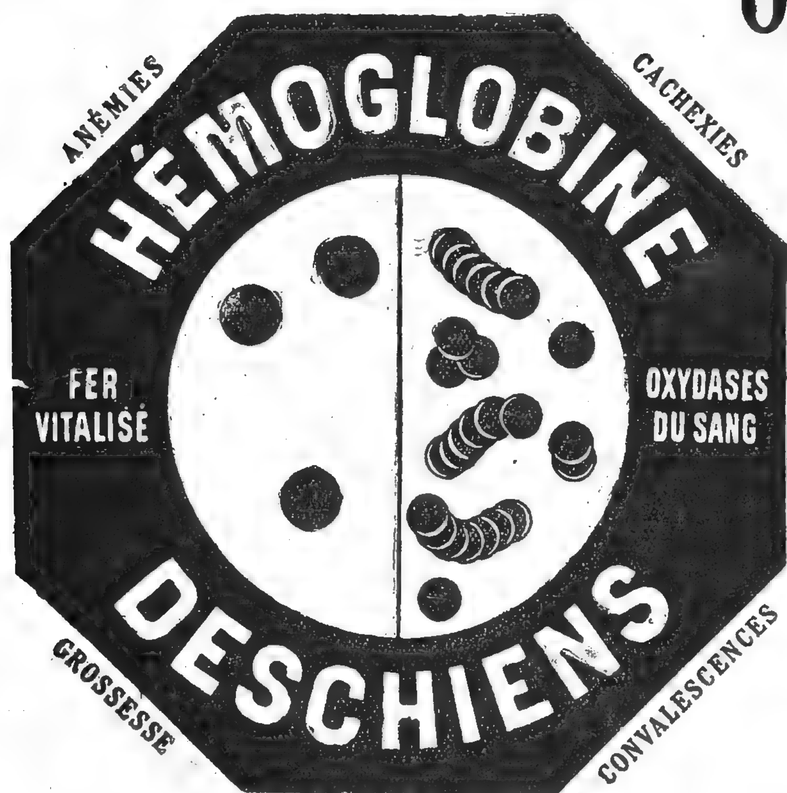
Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

III

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine**. *Elections.* — MM. Barbary (de Nice) et Cestan (de Toulouse) sont élus correspondants nationaux dans la première division (*Médecine et spécialités médicales*).

— **Hôpitaux de Paris**. *Deuxième concours de médecin des hôpitaux.* — A la suite de ce concours, sont nommés médecins des hôpitaux de Paris : MM. Carrié, Janet et Jacquelin (André).

— **Paris**. — Le 25 juin, a été posée, à l'hôpital Saint-Louis, la première pierre du pavillon qui abritera les malades atteints de lèpre. Ce nouveau pavillon sera assez important pour recevoir les lépreux vivant déjà à l'hôpital Saint-Louis et ceux qui venaient de l'extérieur s'y faire soigner.

— **Londres**. — Le professeur Sicard et ses collaborateurs, MM. Forestier et Gaugier, se sont rendus récemment à Londres, invités par la *Royal Society of medicine*, et y ont fait une conférence sur le traitement des varices et ulcères variqueux par la méthode des injections sclérosantes que le professeur Sicard a préconisée dès 1916.

— **Hôpitaux de Paris**. *Concours d'électro-radiologiste.* — A la suite du dernier concours, ont été nommés électro-radiologistes des hôpitaux de Paris : MM. Coliez, Kahn et Chaperon.

— **Hommage au professeur Jeanselme**. — Un groupe d'élèves et d'amis du professeur Jeanselme, à l'occasion de la retraite de ce maître, qui quitte la chaire de clinique dermato-syphiligraphique de la Faculté de Paris, a décidé de faire frapper sa médaille par le graveur Dropsy.

Les souscriptions sont reçues par les trésoriers, MM. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e, jusqu'au 15 octobre prochain.

La remise de la médaille à M. le professeur Jeanselme aura lieu le dimanche 9 décembre, à dix heures, au Musée de l'hôpital Saint-Louis. Les souscripteurs de 100 francs minimum recevront une réplique en bronze.

— **Hôpitaux de Rouen**. *Service dentaire.* — Un concours pour la nomination de chef du service dentaire à créer dans les hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 11 décembre 1928, à Paris. Inscriptions jusqu'au 16 novembre au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont.

— **Hôpitaux de Dieppe**. *Internat.* — Deux places d'interne sont vacantes à l'hôpital de Dieppe. Inscription et renseignements à la Direction de l'hôpital.

— **Æsculape**. *Sommaire de juin 1928.* — L'épopée de Glozel, par le Dr Tricot-Royer, maître de conférences à l'Université de Louvain. Ce numéro, orné de 25 illustrations, est entièrement consacré à Glozel et met au point d'une manière impartiale la question si âprement discutée de l'authenticité du gisement. Supplément (12 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 juin.

Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Par arrêté en date du 21 juin 1928 :

Est nommé membre de la 1re section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail : M. Guerin, député, ancien président de la chambre syndicale des pharmaciens, en remplacement de M. Limouzain-Laplanche, décédé.

Est nommé membre de la 2e section (tous accidents agricoles) : M. Leger, pharmacien à Saint-Denis, ancien président de la chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, membre du conseil d'administration de l'association générale des sociétés pharmaceutiques de France.

29 juin.

DÉCRET DU 21 JUIN 1928

Frais de justice en Algérie.

Modification du titre II du décret du 4 avril 1921 étendant à l'Algérie, sous réserve de certaines modifications, les dispositions du décret du 5 octobre 1920 portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

DES EXPERTS ET INTERPRÈTES

Section I. — Des experts (honoraires et indemnités).

A. — Règles générales.

Art. 17. — Les tarifs fixés par le présent décret en ce qui concerne les frais d'expertise, doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les frais de rédaction et de dépôt du rapport ainsi que la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ces tarifs.

Art. 18. — Les prix des opérations non tarifées par le présent décret sont fixés, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'article 144 ci-après.

Art. 19. — Lorsque les experts se déplacent au delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage, qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, il leur est alloué une indemnité égale au prix d'un billet de 1re classe calculé, s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un autre service de transport en commun, il est

remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à un franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit, à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Art. 20. — Il est alloué, en outre, aux experts, si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 20 fr. par jour et, si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres, une somme de 30 fr. par jour.

Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

Art. 21. — Lorsque les experts sont entendus, soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 fr., outre leurs frais de transport et de séjour, s'il y a lieu.

Art. 22. — Lorsque les experts justifient qu'ils se sont trouvés, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, dans l'impossibilité de remplir leur mission, les magistrats commettants peuvent, par décision motivée, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour et autres déboursés, s'il y a lieu.

Art. 23. — Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres déboursés reconnus indispensables.

Art. 24. — Les magistrats commettants peuvent, sur l'avis conforme du procureur général et à charge par celui-ci d'en informer le gouverneur général, autoriser les experts à toucher, au cours de la procédure, des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

B.— Dispositions spéciales.

a) Expertises en matières de fraudes commerciales.

Art. 25. — Il est alloué à chaque expert désigné conformément aux lois et règlements sur la répression des fraudes en matière commerciale pour l'ana-

lyse de chaque échantillon y compris les frais de laboratoire, la somme de 65 fr.

b) Médecine légale.

Art. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraire :

1° Pour une visite judiciaire, 25 fr. ;

2° Pour autopsie avant inhumation, 120 fr. ;

3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée, 220 fr.;

4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation, 60 fr. ;

5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée, 110 fr. ;

6° Pour examen au point de vue mental dans les cas simples, 80 fr.

Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

c) Toxicologie.

Art. 27. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

1° Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang, 55 fr. ;

2° Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique, 110 fr. ;

3° Pour analyse des gaz contenus dans le sang, 110 fr. ;

4° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères, 55 fr. ;

5° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères, 110 fr. ;

6° Pour recherche avec essais physiologiques, dans une substance ou dans un organe autre que les viscères d'un des alcaloïdes courants, 55 fr. ;

7° Pour recherche dans les viscères, avec essais physiologiques, d'un des alcaloïdes courants, 110 fr.

d) Biologie.

Art. 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques, dans les cas simples, 55 fr.

Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

e) Radiodiagnostic.

Art. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour radiographie :

De la main, du poignet, du pied, du cou-de-pied, 50 fr.

De l'avant-bras, de la jambe, du coude, du genou, 75 fr.

De l'épaule, de la hanche, de la cuisse, du bras, 90 fr.

Du rachis cervical, dorsal ou lombaire, 100 fr.

Du crâne, thorax ou bassin, 125 fr.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Toute autre radiographie de la même région prise le même jour sera comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose ;

2° Pour localisation de corps étranger :

Dans un membre, 100 fr.

Dans le crâne, le thorax ou le bassin, 150 fr. ;

3° Pour radioscopie préalable (aorte, poumons, par exemple) :

Pour le thorax, 60 fr.

Pour les membres (recherche du corps étranger), 50 fr.

Ce tarif est uniforme, quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

f) Identité judiciaire.

Art. 30. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour examen d'empreintes, sans comparaison avec des empreintes autres que celles de la victime, 45 fr. ;

2° Pour examen d'empreintes et comparaison avec des traces recueillies ou avec des empreintes autres que celles de la victime, 140 fr. ;

3° Pour photographie métrique et relevé topographique des lieux du crime, 140 fr.

1er *juillet.*

Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Par arrêté du 29 juin 1928, M. Pernot, député, a été nommé membre des deux sections de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail et vice-président de ladite commission (2e section).

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Prescription des honoraires médicaux.

Cour de Cassation (Chambre des Requêtes).

22 mai 1928.

D. H., 21 juin 1928.

Dans toute instance où la loi du 9 avril 1898 est en jeu, on doit appliquer les règles édictées par cette loi.

Dès lors, est soumise à la prescription annale, édictée par l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, et non à la prescription de droit commun de deux ans, l'action en payement d'honoraires exercée contre la victime

d'un accident du travail, ou ses ayants droit, par le médecin appelé par le patron de celle-ci pour lui donner des soins.

Pourvoi en cassation contre un jugement du juge de paix des Ponts-de-Cé, du 29 juin 1927.

La Cour :

Ouï M. le Conseiller de Casablanca en son rapport, Me Auger, avocat du demandeur, en ses observations, et M. l'avocat général Mornet en ses conclusios ;

Sur le moyen unique pris de la violation de l'art. 2272 du c. civ. et de l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898;

Attendu que le juge de paix constate d'une part, avec raison, que l'accident qui a causé la mort du jeune Réthoré est un accident du travail, et que d'autre part, c'est son patron qui fit appeler le Dr Arin pour lui donner des soins ;

Attendu que, dans toute instance où, comme en l'espèce, la loi du 9 avril 1898 est en jeu, ce sont les régles édictées par cette loi qui doivent être appliquées. Que dès lors le juge de paix, en déclarant prescrite l'action intentée par Arin contre la mère de la victime, plus d'un an s'étant écoulé depuis l'accident, le dernier payement de l'indemnité temporaire ou la clôture de l'enquête a légalement justifié sa décision sans violer aucun des textes visés au moyen;

Par ces motifs :

Rejette le pourvoi.

Commentaires.

Par cet arrêt, la Cour de Cassation modifie sa jurisprudence, jusqu'ici suivie. Cette décision déclare que la loi du 9 avril 1898 est applicable au médecin, que celui-ci ait été mis en œuvre par la victime, ou qu'il ait été appelé par le patron.

Un arrêt de la chambre civile de la Cour de Cassation (2 février 1915 ; D. P. 1917.1.1) decide que, lorsque le médecin a été choisi par le chef d'entreprise, pour donner des soins à la victime d'un accident du travail, cet engagement contractuel crée au profit du praticien une action personnelle et mobilière, distincte et indépendante de celle vis-à-vis de l'ouvrier et qui rentre, aux termes du droit commun, dans la compétence des juges de droit commun et non dans celle du juge de paix du lieu de l'accident.

Un certain nombre de décisions de juges de paix et de tribunaux civils (en appel) ont été rendues dans le même sens.

Néanmoins, il semble ressortir de la lecture attentive de l'arrêt que nous publions, que lorsqu'il s'agit d'un accident du travail, la loi du 9 avril 1898 doit être appliquée dans les contestations qui surgissent entre médecin et patron, alors même que c'est ce dernier, et non la victime, qui a fait choix du médecin.

Rappelons, d'autre part, au sujet du délai de prescription, que la jurisprudence est actuelle-

ment bien fixée sur ce point, depuis deux arrêts de la cour suprême, l'un de la chambre civile, du 4 février 1919 et l'autre, également de la chambre civile, du 4 juillet 1921 : l'action que les médecins et pharmaciens peuvent intenter directement contre le chef d'entreprise, pour soins donnés et pour fournitures faites à son ouvrier, victime d'un accident du travail, est soumise à la prescription d'un an de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 et non à la prescription de deux ans de l'article 2272 du code civil.

Aussi, dans tou s les cas, le praticien agira-t-il prudemment en ne laissant pas traîner le recouvrement de ses notes d'honoraires accident du travail, qu'il s'adresse à la victime ou au patron de celle-ci.

Qu'il n'oublie pas qu'il n'a, la plupart du temps, qu'un an, depuis la cessation de ses soins, pour réclamer ce qui lui est dû.

D'autre part, ce n'est pas un échange de lettres, même seraient-elles recommandées, qui interrompt la prescription : seul, le permis de citer devant le juge de paix permet cette interruption de prescription. Car, à la différence de la prescription à court terme (article 2272 du code civil), l'interruption n'est pas obtenue par une reconnaissance de dette, réelle, ou implicite du débiteur : en matière d'accident du travail, la prescription est d'ordre public et ne repose pas, comme en droit commun, sur une présomption de payement. Elle peut donc être invoquée, même par le débiteur, qui refuse de se justifier sur le point de savoir s'il a payé ou non : un an est écoulé, depuis la cessation des soins, le patron ne doit plus rien.

Donc, attention !

Dr Paul Boudin.

***

A propos des médecins spécialistes

L'étude sur la situation juridique des médecins spécialistes (*Concours médical*, 1928, nº 23, page 1695) m'a valu une très intéressante lettre de M. Billoret, Président de l'Association française des Chirurgiens-dentistes, groupe professionnel qui, dès la première heure, a lutté aux côtés du Corps médical pour obtenir qu'en France, la médecine de la bouche et des dents ne soit confiée, dans un avenir très rapproché, qu'à des praticiens titulaires du doctorat en médecine.

Cette Association a toujours été opposée au diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Dans sa lettre, M. Billoret me fait savoir qu'en Italie, un décret royal du 31 décembre 1923 oblige quiconque, muni du diplôme de docteur en médecine, veut se qualifier « spécialiste », à obtenir un diplôme spécial, décerné à la suite de cours professés dans certaines Universités.

Voir la suite page XLVII-2121

PROPOS DU JOUR

Un roman sur le secret médical.

Un de nos distingués confrères belges, médecin praticien qui exerce dans une petite ville de province et qui, durant la guerre, a su, par sa droiture, son dévouement, son courage et son caractère, se faire de nombreux et de fidèles amis parmi ses confrères français, a écrit, cachant modestement sa personnalité sous le pseudonyme de Louis Fagerin, un très beau roman sur le secret médical (1) : *Le Bandeau sur les lèvres.*

Le héros du drame (car c'est une très dramatique histoire que celle de ce roman) le Dr Jean Bulot, un de ces praticiens, sans peur et sans reproches, qui n'admettent pas la plus petite compromission avec leur conscience et tels qu'on en trouvait encore quelques-uns à la campagne, à l'époque où exerçaient nos pères vers le milieu du siècle dernier, nous donne la raison de ce titre un peu énigmatique : « C'était lors d'une visite qu'il me fit en passant, raconte le notaire Fraignel dont le passionnant récit forme la trame du roman. Comme je lui montrais un marbre de Carrare, l'Amour aux yeux bandés, qu'un client reconnaissant venait de m'offrir : « Je l'aimerais mieux avec un bandeau sur les lèvres ! me dit-il. — Quelle idée singulière, m'écriai-je. Ah ! ces médecins, ils ne pensent jamais comme les autres ! — C'est que, voyez-vous, mon cher Fraignel, répliqua-t-il, quoiqu'on en pense et quoiqu'on en dise, *le médecin, qu'il le veuille ou ne le veuille pas, n'est pas un homme comme les autres.* »

Nous ne pouvons donner ici qu'une analyse sommaire de ce roman dont l'intrigue, ingénieuse et assez compliquée, se déroule au cours de l'ouvrage, tient sans cesse en éveil l'intérêt du lecteur et ne se dénoue que dans les dernières pages.

Le Dr Jean Bulot, veuf depuis de longues années, est le médecin d'une riche veuve qu'il aima et qu'il aime encore et dont il est aimé. Cette veuve a une fille charmante qui paraît destinée à devenir sa belle-fille, car Bulot a un fils qui termine ses études médicales et viendra sous peu le remplacer. Au moment où, par un double mariage, un paisible bonheur paraît devoir régner dans les deux familles, le Dr Bulot apprend, comme médecin, que la jeune fille, trompée par son propre beau-frère, est enceinte. Il s'oppose au mariage de son fils qui aime la jeune fille et, comme le secret médical lui met un bandeau sur les lèvres, il laisse ce fils chéri faire toutes les suppositions, même jusqu'à trouver dans celle qu'on lui refuse une sœur adultérine. Il part, sans dire où il va, laissant son père dans la désolation. Quand un jour, il est appelé d'urgence à assister un de ses maîtres dans une maison de santé, il reconnaît, dans une jeune fille exsangue, sans connaissance, victime d'un avortement criminel, celle que son père, sans raison valable, ne lui a pas permis d'épouser.

La lumière se fait dans son esprit. Il regrette amèrement la peine qu'il a faite à son père en partant. Quittant le jour même la ville pour retrouver au plut tôt le Dr Jean Bulot, le fils anxieux arrive juste à temps pour assister à ses funérailles. Epuisé par le chagrin que lui a causé le départ de son fils et l'effondrement de ses rêves, le Dr Bulot père, dont la santé s'est fort altérée, est tombé mort dans la neige en allant de nuit secourir une pauvresse. Les circonstances de sa mort ont fait croire à un suicide. Mais le secret médical qui, à lui seul, sert de thème à toute cette tragédie, a été jusqu'au bout fidèlement gardé.

Au cours de ce roman, M. Louis Fagerin n'admet pas de compromission dans le secret médical: « Un secret est absolu, fait-il dire à un de ses personnages, ou il n'y a pas de secret. Sans le vouloir, en touchant à la vérité, on risque de la dévêtir toute entière. Le moindre accroc peut déchirer tout le voile. Ce que vous dites se rattache à ce qu'un autre a dit ; l'éraillure que vous faites rejoint celle qu'un autre a ouverte : le vêtement tombe sous vos yeux effarés ; et la vérité, que vous voulez cacher, s'étale devant tout le monde. »

Le Dr Bulot met l'obligation au secret médical au-dessus de la loi.

« Sans qu'il s'en doutât, sa profession avait imprégné tout son être de cette contrainte morale contre laquelle il eût voulu s'insurger. Cette contrainte de l'honneur professionnel, elle était en lui-même, bien plus rigoureuse que le Code. Le Code ! Pour huit jours de prison et 100 francs d'amende, il pouvait le braver ! Il aurait pu le violer impunément dans les circonstances où il se trouvait. Personne de l'aurait su. Et

(1) Louis FAGERIN. — *Le bandeau sur les lèvres* (dessins de Jean François) Aubanel fils, édit. 15, place des Etudes à Avignon, 1928.

alors, il aurait pu vivre « sa vie ». Mais un autre Code, non écrit celui-là, l'a obligé jusqu'au sacrifice. A ce code dont il avait fait la règle de sa vie, il sentait qu'il ne manquerait que si l'ordre devait en être troublé. Dépositaire d'un secret dont il acceptait pour lui toutes les conséquences, il ne le trahirait que si un innocent — celui qu'il savait innocent — devait être condamné. »

Nous trouvons aussi dans ce roman l'appréciation très juste en quelques lignes du secret médical, après un avortement criminel. C'est un chirurgien qui parle :

« Jamais je ne m'irrite contre ma profession que dans cette ignoble besogne, où, malgré soi, on a toujours l'air d'achever un crime... oui, vraiment d'achever un crime ! Et dire que le secret médical nous empêche de dénoncer les coupables, pour ne pas trahir les victimes ! »

Quel est le praticien qui n'a pas eu plus d'une fois l'occasion de parler ainsi ?

La différence entre le secret médical, d'ordre professionnel, et le secret du confessionnal d'ordre religieux, y est encore bien établi, car l'auteur met en présence le médecin et le prêtre en les dotant tous les deux d'un esprit large et d'un beau caractère.

Mais il faut lire *Le bandeau sur les lèvres*, car la thèse du secret scrupuleusement gardé est intimement liée aux péripéties du drame.

Ce livre, qui n'a rien du roman à la mode, car l'auteur s'est soigneusement refusé à faire des descriptions grivoises ou obscènes qui eussent pu facilement s'y glisser en épisodes et contribuer, dans certains milieux, au succès, ce livre dont la lecture est poignante, obligera celui qui l'entreprendra à réfléchir, et, s'il est intelligent, il concluera que le médecin, qu'il le veuille ou ne le veuille pas, n'est pas un homme comme les autres.

J. NOIR.

Le Congrès des Syndicats médicaux.

Dimanche, 8 juillet, à la Faculté de médecine, s'est tenu le Congrès des Syndicats médicaux qui, après deux longues séances, a enfin abouti à la fusion.

Le Professeur Balthazard a présidé avec sa maîtrise habituelle. Dans un exposé lumineux il a montré comment, après que la Commission mixte eût voté, le 8 mai, à l'unanimité, un projet de statuts, les membres de la Fédération nationale faisant partie de la Commission étaient revenus sur leur vote, car dans quelques-uns des syndicats fédérés et surtout dans celui de la Seine, l'article 10 des statuts ayant trait à l'élection du Conseil, paraissait ne pas donner suffisamment de garanties aux partisans des Fédérations. Nous sommes personnellement fédéraliste, mais les tentatives infructueuses que nous fîmes il y a vingt ans, alors que nous étions secrétaire général de l'Union, nous font douter de la facilité d'organiser partout des Fédérations. Il fallait donc trouver le moyen d'assurer une représentation aux syndicats qui, pour une raison ou une autre, ne pourraient ou ne voudraient pas se fédérer.

Cette question qui nous paraît tout à fait secondaire, donna lieu à plusieurs heures de discussion, parfois orageuse, qui mit à une rude épreuve la patience, vraiment digne de tous les éloges, du Président. Le compromis que proposa le Dr Marquis et qui fut accepté à l'unanimité aurait pu être voté au début du Congrès en quelques minutes et nous éviter l'audition pénible de discours à l'éloquence aigre-douce dont l'union indispensable du Corps médical à l'heure actuelle n'avait guère à bénéficier.

La très grosse majorité, sinon l'unanimité des syndicats, désirait la fusion, elle finit donc par triompher. Il est juste de reconnaître que, tant du côté de l'Union que de celui de la Fédération, les hommes qui étaient à la tête firent de louables efforts pour amener l'entente et y réussirent. On ne saurait les rendre responsables de l'esprit de méfiance singulier de quelques-uns qui, si la discussion avait continué, étaient en voie de devenir de véritables persécutés persécuteurs.

Le bon sens a triomphé et la séance s'est terminée par une ovation méritée au Président Balthazard.

La Commission mixte continuera à établir la liaison entre les divers groupes qui amèneront en octobre, par leur dissolution, la naissance légale de la Confédération des syndicats médicaux.

Des échanges de vues ont montré combien sera dificile et délicate l'organisation de la Confédération nouvelle, si l'on veut en faire un organisme répondant sérieusement à tous les besoins du Corps médical. C'est la principale difficulté à vaincre et nous sommes absolument de l'avis de nos confrères Decourt, Cibrie et Jayle qui ont insisté sur la création d'une véritable administration, si l'on veut que le Conseil de la Confédération, ses Commissions et son bureau puissent faire un travail utile et se livrer à une action efficace.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ASTHÉNIE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — 1° NEUROLOGIE : *asthénie et dépression, asthénie musculaire, psychasthénie, asthénie normale, fatigue, apathie, hystérie, etc.* ; 2° PSYCHIATRIE : *hypocondrie, mélancolie, obsessions-phobies, démence, confusion mentale, etc.* ; 3° AUTRES SPÉCIALITÉS ET MÉDECINE GÉNÉRALE : *troubles gastriques, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, asthénie génitale, etc.*

On ne recherchera pas, ici, la cause de l'asthénie. On recherchera si l'asthénie est syndrome accessoire ou syndrome capital, et, étant syndrome capital, avec quels autres syndromes on peut le confondre. Reconnaître le syndrome asthénique (amyosthénie et anidéation), le différencier d'une foule d'autres états morbides, lui assigner sa place exacte dans l'ensemble des faits observes, est certainement chose difficile. Le clinicien moderne, et en cela il ressemble curieusement au clinicien de tous les temps, a une tendance presque exclusive à rechercher la CAUSE avant d'avoir regardé, analysé les signes qui se présentent à lui. Cela conduit maintes fois à des précisions merveilleuses, mais non toujours. De plus, la cause étant découverte, il arrive qu'on n'obtient point, par le traitement rationnel, la guérison ni même l'amélioration du malade. On doit alors revenir au traitement symptomatique ou syndromique.

Il n'est pas vain, croyons-nous, d'identifier l'asthénie durable, chronique, syndrome commun, syndrome souvent complexe et déroutant, syndrome qui maintes fois irrite le clinicien pressé. Avant cet essai diagnostique différentiel, rappelons les signes, nombreux, de l'asthénie ou épuisement nerveux général. Ce sont : 1° l'asthénie musculaire ou amyosthénie ; 2° l'asthénie mentale ou anidéation ; 3° l'asthénie gastrique, lenteur des digestions ; 4° l'asthénie intestinale, constipation ; 5° l'asthénie cardiaque, bradycardie ou tachycardie ; 6° l'asthénie visuelle, troubles subjectifs de la vue ; 7° l'asthénie génitale ; 8° la céphalée ; 9° la rachialgie ; 10° les bourdonnements d'oreilles ; 11° les étourdissements ; 12° l'insomnie ; 13° l'irritabilité. Cette énumération donne de suite une idée des motifs multiples de consultation médicale de la part des patients, suivant qu'ils attribuent une importance propre à tel symptôme éprouvé. Nous avons vu des asthéniques chroniques types qui avaient consulté jusqu'à six et sept spécialistes de spécialités différentes.

En vue d'arriver à quelque clarté dans la présentation de ce diagnostic différentiel, nous examinerons le fait de l'asthénie en neurologie, en psychiatrie, en médecine générale et dans les autres spécialités (yeux, oreilles, etc.).

***

Neurologie. — Quels syndromes, en neurologie, sont à différencier de l'asthénie ? Nous verrons d'abord *qu'il y a identité entre l'asthénie et la dépression*, ensuite qu'il n'y a pas d'asthénie musculaire simple, pas plus *qu'il n'y a* une asthénie psychique simple (psychasthénie), mais qu'il existe une asthénie normale et une asthénie congénitale. Enfin on séparera l'asthénie de la fatigue, de l'apathie, de l'aphasie, de l'hystérie. En cas de consultation pour insomnie, on recherchera si celle-ci est à rapporter à l'asthénie.

Asthénie et dépression. — On ne saurait nier cliniquement l'identité de la dépression et de l'asthénie. On ne peut pas dire que la dépression est un phénomène central ou cérébral, et l'asthénie un phénomène périphérique ou musculaire ; l'asthénie nerveuse est générale, psychique et physique : cela est démontré. Elle comprend donc la dépression cérébrale. Kraëpelin a considéré le mot dépression comme synonyme de mélancolie ; c'est une lourde erreur de clinique psychiatrique. Il en résulte que, chez cet auteur, la mélancolie s'oppose à la manie, alors que c'est l'asthénie qui est l'opposé syndromique de la manie, et que celle-ci est, en conséquence, l'hypersthénie. L'état de dépression mentale décrit par les spécialistes dans la neurasthénie de Beard est purement et simplement de l'anidéation, ou de l'asthénie mentale, ou de l'asthénie psychique. Quels seraient d'ailleurs les caractères de la dépression mentale, si elle ne rentrait pas dans l'asthénie nerveuse générale ?

Asthénie musculaire simple. — Autrefois on décrivait une asthénie musculaire simple et il

semblait que cette asthénie pût exister sans asthénie psychique. Tastevin a établi irréfutablement qu'il n'en était rien. L'asthénie musculaire, dans le syndrome asthénique, peut être décrite par le patient plus nettement que l'asthénie psychique, mais une analyse suffisante établit toujours que cette dernière existe, et au même degré que la première. D'autres malades insistent davantage sur leur asthénie psychique et même nient quelquefois l'asthénie musculaire ; là encore, un examen attentif et prolongé durant plusieurs semaines montre que l'asthénie est générale.

Asthénie psychique. Psychasthénie.— L'asthénie musculaire avait trouvé avec Charcot un regain d'actualité. Son disciple, M. Janet, a tenté de faire de la psychasthénie (asthénie psychique) une maladie nerveuse spéciale. La plupart des psychasthéniques de M. Janet sont des timides, des douteurs, des obsédés-phobiques, qui font très souvent, mais épisodiquement, de l'asthénie nerveuse générale. Ces patients sont essentiellement des sujets ayant des troubles de l'émotivité douloureuse ; ce sont des dysthymiques, des hyper ou mieux des parathymiques ; ce ne sont qu'accessoirement des asthéniques ou des hyposthéniques. On saisit ici sur le vif la confusion établie, combien néfaste pour les malades !

Asthénie normale. — Comment distinguer l'asthénie pathologique de l'asthénie normale ? L'asthénie dite normale ne paraît pas différer, en fait, de l'asthénie dite morbide. Elle semble de même qualité que l'autre ; elle atteint à la fois les muscles et l'idéation ; les caractères des symptômes sont identiques. L'élément quantité de l'asthénie n'est pas davantage capable de conduire à une distinction certaine : l'asthénie profonde, ou stupeur, qui suit, par exemple, un traumatisme crânien, se dissipe quelquefois très rapidement et sans laisser de trace. Le clinicien n'aurait-il alors, comme éléments d'appréciation, que les facteurs durée et évolution de l'asthénie ? C'est possible, sinon probable. Ainsi, par exemple, tout à fait au début de la neurasthénie par surmenage, la difficulté sera grande de prendre une détermination de mise au repos, de cessation de tout travail.

Asthénie congénitale. — Comment séparer l'asthénie congénitale de l'asthénie acquise ? L'asthénie congénitale ou constitutionnelle est plutôt une exception. Si un tel cas se présente, on ne parviendra au diagnostic que par une étude serrée des anamnestiques et de l'histoire clinique. Ajoutons que l'asthénie congénitale est toujours une asthénie de faible degré ou intensité.

Fatigue. — L'asthénie est facile à différencier de la fatigue. La fatigue quotidienne et habituelle ou les fatigues intermittentes et successives aboutissent à l'épuisement nerveux, à l'asthénie due au surmenage, mais il ne faut pas pour cela confondre fatigue et asthénie. La sensation de fatigue n'est pas la sensation ou le sentiment de faiblesse générale qu'éprouve l'asthénique. La sensation de fatigue s'accompagne de douleurs musculaires et articulaires, localisées ou diffuses, toujours prédominantes dans les muscles surmenés ; la fatigue se rapproche de la courbature (non fébrile), de la lassitude. Un sujet fatigué ne dit pas qu'il est diminué, affaibli physiquement, il ne parle ni d'abattement ni d'anéantissement ; il accuse un état douloureux, qu'il fixe à la périphérie. La céphalée est commune dans la fatigue ; on note aussi un besoin impérieux de repos, mais pas d'insomnie. Dans la fatigue, comme dans l'asthénie, la tête est vide, les idées confuses. La fatigabilité est très marquée chez l'asthénique, qui, en conséquence, est capable de se dire fatigué, courbaturé. Cela ne signifie toujours pas que fatigue et asthénie ne diffèrent point.

Apathie. — Il faut séparer l'asthénie de l'apathie. L'activité motrice générale de l'apathique est fort réduite ; il parle lentement, il gesticule peu ; s'il agit, c'est avec lenteur ; lorsqu'il est ému, ses réactions motrices sont de faible amplitude. L'activité intellectuelle est réduite, comme l'activité motrice. L'apathique diffère de l'asthénique par un caractère essentiel ; il ne connaît pour ainsi dire pas l'épuisement ; l'asthénique, dès qu'il se met en mouvement, est rapidement fatigué : l'apathique peut accomplir des mouvements prolongés et pénibles comme un homme ordinaire ; l'évocation des souvenirs enfin, chez l'apathique, est lente, mais sensiblement normale.

« L'apathie, dit J. Tastevin, est intéressante à connaître au point de vue de l'activité neuromusculaire ; elle y met en évidence les deux éléments suivants : d'une part la capacité de production de la matière nerveuse ou influx nerveux, et, d'autre part, l'activité de la dépense de cet influx. Dans l'asthénie, en raison sans doute de la faible production d'influx, la dépense est peu marquée et l'influx s'épuise bientôt. Dans l'apathie la dépense se fait lentement, en raison d'une disposition nerveuse constitutionnelle, mais peut être longtemps continuée ; des efforts énergiques, tels que supporter un lourd fardeau, peuvent même se produire comme à l'état normal. Ici la capacité de production en influx paraît normale, mais la dépense en est ralentie. »

Aphasie. — Il est rare que l'aphasie soit confondue avec l'asthénie. Nous avons vu l'erreur commise à la suite de traumatismes crâniens, soit que la difficulté de l'asthénique à parler fût prise pour de l'aphasie motrice, soit que l'asthénie psychique, ou difficulté d'évocation des souvenirs, fût prise pour de l'aphasie amnésique,

etc. Nous croyons devoir signaler ici qu'il existe une variété d'asthénie nerveuse générale dans laquelle les troubles de l'idéation sont si accusés, — nous en avons observé deux cas que nous publierons sans doute un jour, — que l'idée de l'aphasie amnésique ne saurait pas ne point venir à l'esprit du spécialiste.

Hystérie. — L'hystérie-crises est en général aisée à reconnaître, mais d'une part un hystérique peut faire épisodiquement de l'asthénie après ses crises ; d'autre part un asthénique incompris, traité irrationnellement, peut présenter de petites ou de grandes crises d'hystérie. Il faut bien concevoir l'enchaînement des faits observés si l'on veut soulager son malade et lui inspirer la confiance spécialement indispensable à toute cure nerveuse.

Insomnie. — Maintes fois, les asthéniques viennent consulter pour insomnie, les asthéniques périodiques qui font de longs *accès* plus souvent peut-être que les asthéniques chroniques et incurables ; chez ces derniers cependant, l'incompréhension de la maladie peut être telle que l'aggravation de l'état du sujet aboutit à lui enlever tout repos. Les autres symptômes qui coexistent avec l'insomnie mettent en général rapidement l'observateur sur la voie exacte du diagnostic.

***

Psychiatrie. — L'asthénie, syndrome capital, et non pas syndrome accessoire, peut être confondue en psychiatrie avec les syndromes ou maladies qui suivent : l'hypocondrie, la mélancolie, le délire de persécution, les obsessions-phobies, la démence, la confusion mentale, l'amnésie, les troubles du caractère (irritabilité). On pourra s'étonner de la diversité de tous ces états et cependant les erreurs sont là, qui s'expliquent par la difficulté des analyses psycho-cliniques ou par le fait de la méconnaissance du syndrome asthénique.

Hypocondrie. — L'asthénie est maintes fois prise pour de l'hypocondrie C'est Sydenham qui, le premier, ou en tout cas le plus clairement, a rangé les asthéniques chroniques parmi les hypocondriaques. L'erreur s'explique aisément : l'asthénique souvent a tendance à exprimer des idées hypocondriaques, et l'hypocondriaque accuse maintes fois des signes d'ordre asthénique. Mais l'hypocondrie vraie est une maladie de l'émotivité, à base d'anxiété, alors que l'asthénie durable ou chronique n'est qu'un syndrome à étiologie très diverse. On fera même remarquer qu'un accès d'hypocondrie peut laisser comme séquelle, exceptionnellement, un état d'asthénie chronique sans idées délirantes d'aucune sorte.

Mélancolie. — La mélancolie vraie, comme l'hypocondrie vraie, est une maladie de l'émotivité. On peut la confondre avec l'asthénie, parce que, chez l'asthénique, il n'est pas rare d'observer des tendances mélancoliques ou mêmes des idées d'auto-accusation. La mélancolie vraie, qui, dans ses origines, comporte un chagrin, lequel est déterminé par l'idée d'un mal passé (perte d'un enfant, perte d'une situation aisée), — la mélancolie vraie peut s'accompagner accessoirement de signes d'ordre asthénique, comme l'hypocondrie vraie, mais elle diffère toujours essentiellement de l'asthénie. Un accès de mélancolie vraie peut laisser comme séquelle un état d'asthénie chronique ; cela est rare.

Délire de persécution. — Il est commun d'observer au début du délire de la persécution des signes d'asthénie. Comme l'affection débute toujours par des émotions douloureuses ou par un état passionnel complexe (avec alternatives de joies et de chagrins), les signes d'ordre asthénique sont déterminés par les douleurs afflictives et ne sont que phénomènes secondaires. Cette asthénie peut durer des mois, des années, plus ou moins accusée, et l'erreur de diagnostic s'explique, surtout quand le patient est réticent sur ses ennuis intimes, soit par honte vive, soit par naturel renfermé. Quelquefois, il faut attendre l'apparition des hallucinations chez un persécuté pour se prononcer affirmativement sur la nature de la maladie. C'est l'asthénie, dans la grande généralité des cas, qui fait dire au persécuté qu'on agit sur lui, qu'on l'influence, qu'on l'hypnotise.

Obsessions-phobies. — Les obsessions-phobies sont des parathymies à base d'anxiété. Les malades accusent souvent de l'asthénie. Ils peuvent tendre à en exagérer l'importance, mais l'observation démontre bien vite que cette asthénie n'est qu'accessoire. En proie à un état psychique propre dont ils connaissent l'absurdité tout en souffrant terriblement, ils savent profiter des distractions, si pénibles aux asthéniques vrais ; de plus, et le fait nous paraît très important, ils ne se plaignent presque jamais d'insomnie, de troubles dyspeptiques, de rachialgie, etc.

Démence. — L'asthénie doit être différenciée de la démence. Si ce diagnostic est facile à la période d'état des démences (démence paralytique ou globale, démence organique ou partielle), c'est-à-dire quand l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, sont bien caractérisés, il est, maintes fois, à réserver à la période de début de ces démences. Lorsqu'une démence en évolution s'accompagne d'asthénie, et cela est très commun dans la paralysie générale, il ne faut pas trop se hâter de porter un diagnostic

définitif, même avec des examens biologiques précis, ou bien, si l'on suit assez longtemps ses malades, on aura quelques surprises.

Pour le diagnostic différentiel de la démence et de l'asthénie, on peut dire, d'une manière générale, que le malade dément est un déficient qui ne se rend pas du tout compte, ou qui ne se rend que très insuffisamment compte, de la diminution de ses facultés mentales, tandis que le malade asthénique est un impuissant qui apprécie justement sa situation.

Confusion mentale. — L'asthénie n'a rien de commun, en tant que syndrome, avec la confusion mentale. L'asthénie mentale est la confusion dans les idées, elle s'accompagne obligatoirement d'asthénie musculaire. La confusion mentale proprement dite est la confusion dans les perceptions et elle est caractérisée avant tout par des troubles de la reconnaissance portant sur les lieux, les personnes et les choses ; elle est, en plus, complètement inconsciente. L'asthénie, si commune dans les états infectieux et toxiques, favorise-t-elle l'apparition de la confusion mentale ? C'est possible, mais non pas certain. L'alcoolisme chronique, qui ne s'accompagne jamais d'asthénie, détermine souvent des épisodes confusionnels.

Amnésie. — Un état d'amnésie simple, ou un état d'amnésie chronique (on en a rapporté quelques cas qu'on rattache à l'hystérie), peut être confondu avec l'asthénie. L'anidation de l'asthénique, l'asthénie psychique, lorsqu'elle est très accusée, s'accompagne d'une amnésie d'évocation ou de reproduction presque totale. En fait, le patient n'a pas perdu ses souvenirs, mais il ne peut les remémorer au moment même de la question posée. Dans un cas d'amnésie rétrograde totale, soi-disant hystérique, que nous avons déjà observé pendant deux ans, il existe certainement depuis le choc émotionnel un syndrome d'asthénie chronique qui semble évoluer pour son propre compte.

Irritabilité. — Chez un certain nombre d'asthéniques chroniques, les troubles du caractère sont remarquables, et spécialement la disposition à l'énervement, à la colère. Lorsqu'un malade vient consulter pour irritabilité, il faut donc toujours rechercher l'asthénie chronique. Toutefois, il est des dysthymiques constitutionnels, de nature colérique, qui font épisodiquement et accessoirement de l'asthénie ; leur état est toujours beaucoup moins grave que celui des asthéniques chroniques énervés, excités, « éréthiques », ou mieux hyperthymiques.

***

Autres spécialités et médecine générale. — Différencier l'asthénie nerveuse générale, avec ses petits signes, des autres syndromes ou maladies qui relèvent de la médecine générale ou de diverses spécialités, est encore un acte diagnostique délicat et cependant très important. Il est commun de prendre les symptômes dits secondaires de l'asthénie pour les signes d'une maladie organique quelconque (estomac, cœur, etc.). C'est là un fait qui s'explique aisément, soit parce que le malade, ignorant la nature et la forme exacte de son affection, néglige de dire au médecin l'essentiel de ses troubles pour insister sur un autre signe qui lui paraît grave et capital, soit que le praticien, méconnaissant les symptômes propres de l'asthénie, néglige d'enregistrer les diverses sensations et idées exprimées par le patient relativement à son abattement et à son anidéation. Rappelons les signes accessoires ou secondaires de l'asthénie en les classant dans l'ordre des erreurs de diagnostic les plus fréquentes ; à notre avis, ce sont : l'asthénie gastrique, l'asthénie intestinale, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, les troubles de la vue, la céphalée, la rachialgie, l'asthénie génitale, l'asthénie cardiaque. Et cela n'explique-t-il pas les multiples cas d'asthénie ignorée que chacun peut observer ?

Troubles gastriques. — Les troubles gastriques, les maux d'estomac, très communément, conduisent les asthéniques à la consultation de médecine générale ; leurs digestions sont pénibles (asthénie gastrique) ; ils se plaignent que les aliments ne passent pas ou qu'ils ne passent que lentement et difficilement ; ils sentent comme un poids à l'épigastre ; ils ont parfois des éructations Devant ces symptômes, le praticien porte le diagnostic de dyspepsie. Ce qu'il faut savoir, et c'est un point de diagnostic différentiel qui n'a peut-être bien jamais été discuté, c'est que les dyspepsies douloureuses peuvent elles-mêmes être un facteur d'épuisement nerveux ; l'asthénie succède alors à la dyspepsie ; la dyspepsie est le phénomène primitif, l'asthénie, le phénomène secondaire. La cause de l'asthénie n'est plus les fatigues ni le surmenage, mais une maladie organique douloureuse. Nous avons observé des faits de cet ordre.

Troubles intestinaux. — L'asthénie intestinale se manifeste sous forme de constipation ou d'alternatives de diarrhée et de constipation. L'asthénique, en conséquence, pourra être confondu avec un entéritique. Les selles glaireuses sont rares chez les asthéniques. La constipation souvent est opiniâtre, sans être rebelle, lorsqu'un traitement rationnel est institué.

Etourdissements. — Nombreux sont les asthéniques qui n'accusent au cours d'un examen superficiel, que des étourdissements, ou des vertiges (?). Ils voient tout tourner autour d'eux

(ils ne tombent pas). Ils éprouvent ces phénomènes surtout quand ils penchent la tête en avant, ou quand ils l'inclinent à droite ou à gauche. De nombreux malades asthéniques typiques portent cette erreur de diagnostic : étourdissements, en tête de leur feuille d'observation ou de leur fiche clinique.

Bourdonnements d'oreilles. — Les bourdonnements d'oreilles, si communs chez les asthéniques, provoquent une foule d'examens, à peu près inutiles, de la part des oto-rhino-laryngologistes. Comme ces spécialistes ne découvrent chez ces individus aucun signe précis, objectif, physique, il ne tardent pas à les abandonner à eux-mêmes.

Troubles de la vue. — Les troubles de la vue des asthéniques représentent une autre cause spéciale d'erreur. Ils sont purement subjectifs. Les examens des ophtalmologistes restent négatifs chez de tels patients. Ces troubles sont-ils d'origine musculaire ou d'origine rétinienne ? Ce que nous savons de l'asthénie nerveuse générale nous incite à penser qu'ils sont dus à l'asthénie des muscles oculaires, non pas seulement à l'asthénie du muscle ciliaire ou muscle accommodateur, mais à l'asthénie de tout le système musculaire de l'œil.

Céphalée. Rachialgie. — Ce sont, d'autres fois, la céphalée, la rachialgie qui determinent l'asthénique à demander un examen médical. Ces algies peuvent s'accompagner d'une élévation de la température (38°, 38°5) et être, quand même, symptomatiques d'un syndrome asthénique : cette fièvre légère est due soit aux troubles gastro-intestinaux, soit à d'autres causes. La confusion de la neurasthénie vraie avec la fièvre typhoïde au début est rendue de ce fait possible et s'explique d'autant mieux que l'asthénie générale avec insomnie, céphalée, constipation, vertiges, est constante à l'origine de cette affection. Toutefois l'histoire clinique de la neurasthénie par surmenage est bien différente de l'histoire clinique de la dothiénentérie, sans parler des signes que fournissent l'évolution de la fièvre et les méthodes de laboratoire. Lorsque les algies de l'asthénique sont spécialement localisées aux articulations, l'affection peut être confondue avec le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, avec l'érythème polymorphe, etc.

Asthénie génitale. — L'asthénie génitale, chez l'asthénique, est en relation directe avec l'état d'épuisement musculaire général. Il importe de ne pas confondre l'asthénie génitale des vrais asthéniques avec ce qu'on a appelé la « neurasthénie » génitale qui n'est qu'une variété d hypocondrie, l'hypocondrie génitale. Comme toute l'hypocondrie vraie, cette hypocondrie génitale est d'origine émotionnelle ; elle peut se compliquer d'asthénie, mais celle-ci n'est alors qu'accessoire et secondaire.

Asthénie cardiaque. — Enfin, quelquefois, plus rarement, l'asthénique vient consulter pour des palpitations ou des étouffements. Nous pensons que, quand les fatigues et le surmenage entraînent des altérations cardiaques, celles-ci deviennent rapidement prédominantes, cependant que l'asthénie se dissipe. L'asthénique vrai, par surmenage, n'est qu'exceptionnellement porteur de lésions du cœur. Le surmenage qui détermine une affection cardiaque ne détermine pas l'asthénie chronique.

***

Tel est ce diagnostic différentiel de l'asthénie, de l'asthénie durable, chronique, de l'asthénie fait clinique capital. On peut affirmer qu'il touche à toute la médecine, médecine générale et médecine spéciale. Lorsqu'on a reconnu, identifié, le syndrome asthénie, il importe d'en rechercher la *cause*, tantôt organique, tantôt fonctionnelle. C'est, pensons-nous, une tâche plus facile, en tout cas plus directe, que l'exercice diagnostique discriminatif. *Redisons* que cette tâche différentielle est hautement utile : le traitement causal de l'asthénie ne donne fréquemment aucun résultat ; il faut donc revenir au traitement syndromique et celui-ci n'est efficace que si le médecin traitant comprend parfaitement son malade (1).

(1) V. R. Benon. — *La mélancolie. Clinique et thérapeutique*, Paris, 1925, 144 p. ; éditeur : G. Doin. *La neurasthénie vraie, Diagnostic et traitement*, Paris, 1926, 107 p. ; éditeur : N. Maloine. *L'hystérie. Crises et séquelles*. Paris, 1928, 171 p. ; éditeur : A. Legrand.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

M. le Pr F. Terrien.

Ophtalmie sympathique (1)

A un moment où l'on parle encore du mythe de l'ophtalmie sympathique, il m'a paru intéressant d'insister sur plusieurs observations que nous avons eues coup sur coup.

L'ophtalmie sympathique n'est pas aussi exceptionnelle qu'on le dit, et la nécessité de la traiter en temps utile ou même de la prévenir exige la connaissance des symptômes qui la caractérisent. Comme son nom l'indique, c'est une inflammation qui porte sur un œil normal alors que l'autre a été blessé.

Voilà un jeune garçon de 9 ans et demi, entré le 10 avril pour une blessure de l'œil gauche ; il avait reçu, deux mois auparavant, une pierre, l'œil avait été perforé. Nous avons été obligé de l'enlever le 11 avril. L'œil droit a présenté ensuite une ophtalmie sympathique légère, avec hypotonie, diminution de l'acuité visuelle (5/10). Nous l'avons traité par des injections de sérum anti-diphtérique à la suite desquelles l'acuité est remontée à la normale.

Un homme de 34 ans entre le 31 janvier 1928 pour une blessure de l'œil gauche par un morceau de bois. L'accident est survenu trois semaines avant. On lui fait aussitôt un recouvrement conjonctival. Comme dans le cas précédent, nous intervenons trop tard. Il sort le 25 février, et revient le 17 avril, pour une baisse de la vue de l'œil droit. C'est une ophtalmie sympathique atténuée. L'acuité visuelle est très diminuée. Nous lui faisons trois injections de sérum anti-diphtérique, et on procède à l'énucléation de l'œil blessé. Le 27 avril, le malade sort de l'hôpital, avec une acuité à peu près normale.

Voici un troisième malade qui a reçu un traumatisme en septembre 1927 ; il ne s'est pas soigné, et en avril 1928, il présente une conjonctive très hyperhémiée, une cornée complètement opaque, une tension élevée, une vision à peu près nulle. Le 19 avril, notre interne, M. Cadillac énuclée l'œil droit, parce que le malade se plaignait de troubles de la vision de l'œil gauche. On constatait un peu d'iritis, des synéchies postérieures, une légère photophobie. A la suite de l'énucléation de l'œil droit et des injections de cyanure l'acuité est remontée à 8/10es.

Ces trois formes, tout à fait atténuées, de l'ophtalmie sympathique, auraient passé inaperçues à un examen superficiel. Ce sont des formes peut-être plus fréquentes qu'on ne le dit.

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 4 mai 1928, recueillie par le Dr Laporte, et revue par le professeur.

Deux facteurs sont à considérer dans l'ophtalmie sympathique. Il y a la blessure ou l'inflammation du premier œil, inflammation généralement prolongée, et consécutive à une blessure du globe oculaire, surtout si elle se complique de corps étranger. Le second élément est la participation de l'autre œil à l'inflammation.

Ces blessures de l'œil sont très fréquentes. M. Coppez, dans un travail publié dans la *Revue médico-chirurgicale des accidents du travail et des maladies professionnelles*, cite les statistiques des Compagnies d'assurances. Sur 17.000 accidents déclarés, il y a eu 3.080 accidents oculaires, c'est-à-dire près de 20 %. L'auteur insiste sur les corps étrangers intra et juxta-oculaires méconnus.

L'ophtalmie sympathique se déclare surtout si la blessure s'accompagne d'un corps étranger. Ces corps étrangers méconnus ne sont pas rares. Il faut toujours s'assurer qu'il n'y a pas de corps étranger par une radiographie. MM. Rochon-Duvigneaud, Morax et d'autres ont rapporté des observations curieuses de corps étrangers ignorés, dans des cas de conjonctivites rebelles, tenaces, ou de suppurations intra-orbitaires. La radiographie a révélé quelquefois, un corps étranger quelquefois volumineux (*Bulletins* de la Société d'ophtalmologie), ignoré du malade.

En général, l'ophtalmie sympathique apparaît de la sixième à la quatorzième semaine. Il faut au moins 14 ou 15 jours pour que le deuxième œil participe à l'inflammation du premier. Si on a la chance d'être appelé dès les premiers moments, on peut espérer sauver l'œil blessé.

Le moment le plus dangereux pour l'éclosion de la sympathie se place entre la sixième et la douzième semaines après la blessure. Mais il n'y a pas de limite. L'ophtalmie sympathique peut se déclarer des mois, des années après la blessure. On l'a vue se développer 3, 4, 10 et même 20 ans ou davantage après la blessure.

Quels sont les symptômes qui permettent de prévoir une ophtalmie sympathique ?

On recherchera ces symptômes dans l'œil blessé, qu'on appelle l'œil sympathisant, et aussi dans le second œil (œil sympathisé) ; mais, quand il y a des signes du côté de l'œil sympathisé, généralement il est trop tard pour traiter l'ophtalmie sympathique. Il faut donc la soupçonner avant leur apparition et rechercher les symptômes de l'ophtalmie dans l'œil sympathisant.

Deux éléments surtout peuvent faire craindre l'apparition d'une ophtalmie sympathique : la *rougeur* et la *douleur* de l'œil blessé, qui peut être

réduit à l'état de moignon, ou plus ou moins atrophié, et qui rougit de temps à autre sous l'influence du vent, de la fatigue. Cette facilité à réagir aux diverses irritations doit attirer l'attention et faire penser à la menace d'une ophtalmie sympathique, surtout si elle s'accompagne de douleur à la pression, quelquefois même de névralgies péri-oculaires.

Je vous rappelle que la douleur à la pression se recherche avec les deux index appuyés très doucement sur le globe ou sur le moignon, dans la région du corps ciliaire. Cette douleur ne s'étend généralement pas à la totalité du corps ciliaire ; il y a un point douloureux, situé d'ordinaire à la partie supéro-interne de corps ciliaire.

Si on ne réveille pas la douleur par une pression très légère, il ne faut pas craindre alors d'exagérer la pression, car souvent une pression profonde pourra réveiller une douleur alors que la pression superficielle n'était nullement douloureuse. C'est que, dans cet œil blessé et enflammé, il y a eu un décollement du corps ciliaire, qu'il faut aller chercher profondément.

Lorsqu'on trouve ces deux éléments, cet œil doit être enlevé, à condition, bien entendu, qu'il ait perdu toute vision. Le plus souvent, l'œil blessé ne voit rien et il n'y a pas d'hésitation à intervenir.

L'ophtalmie sympathique peut s'annoncer par deux ordres de symptômes : par des symptômes d'irritation ou par des phénomènes d'inflammation.

a) *Irritation sympathique.* — Assez souvent heureusement, mais non toujours, les phénomènes irritatifs précèdent les phénomènes inflammatoires. Ce sont des troubles moteurs, sensitifs, sécrétoires, sensoriels.

Il n'y a pas de paralysies oculaires, mais on peut observer une certaine gêne de l'accommodation.

On voit des névralgies péri-orbitaires, en particulier au moment du travail, assez souvent du larmoiement, avec photophobie, tenant à l'hypersensibilité de la rétine.

Il peut quelquefois y avoir un peu de diminution de l'acuité visuelle, mais ceci est rare en l'absence de phénomènes inflammatoires.

Les troubles sensoriels peuvent se traduire simplement par une hyperesthésie de la rétine et peut-être aussi par une diminution dans l'étendue du champ visuel, sans qu'il y ait inflammation : Forster a décrit, vous le savez, le type de fatigue, caractérisé par ce qu'il a dénommé le champ visuel en spirale.

Il suffit d'enlever l'œil blessé pour faire disparaître complètement ces phénomènes irritatifs constatés dans l'œil sain, et pour éviter l'apparition de l'ophtalmie sympathique.

b) *Ophtalmie sympathique.* — Malheureusement l'ophtalmie sympathique, l'irido-cyclite proprement dite, n'est pas toujours précédée de ces phénomènes irritatifs. Elle peut apparaître d'emblée.

Elle se traduit à ce moment par des phénomènes d'irido-cyclite, avec des synéchies d'autant plus étendues que l'inflammation est plus accentuée.

Il est des formes légères, comme chez les trois malades dont j'ai parlé, qui se traduisent par un peu d'iritis, quelques adhérences, quelques troubles du vitré, un peu de diminution de l'acuité visuelle. Ce ne sont malheureusement pas les formes les plus fréquentes.

Les formes graves se traduisent par une irido-cyclite très accentuée, des synéchies très nombreuses, et peuvent aboutir à la phtisie de l'œil, c'est-à-dire à l'atrophie.

Il y a toujours de l'hypotonie. Plus l'inflammation est intense, plus il y aura d'hypotonie.

A côté de ces deux formes, plastique et séreuse, il y a une troisième forme d'ophtalmie sympathique caractérisée par les lésions du nerf optique. Au lieu d'une uvéite antérieure, on note en effet quelquefois une inflammation postérieure, constituée par de la névrite et de la papillo-rétinite. On en trouve une observation dans la thèse de Mlle Oswalt, faite ici dans ce service il y a deux ans.

Prophylaxie des accidents sympathiques.

Nous voyons que ce sont les blessures de l'œil, surtout accompagnées de corps étrangers, qui peuvent exposer à l'ophtalmie sympathique, de sorte qu'il y a intérêt à traiter ces blessures le plus tôt possible, afin d'éviter l'infection. Car, parmi les causes qui peuvent favoriser et déterminer l'ophtalmie sympathique, il faut retenir, nous l'avons vu, les blessures de l'œil, et surtout les blessures septiques.

On se basera, pour le pronostic, sur la durée de l'inflammation. En général, lorsqu'un œil a été blessé, s'il n'y a pas d'infection, dans l'espace de 12 à 15 jours ou 3 semaines tout rentre dans l'ordre : la rougeur et l'inflammation disparaissent. Au contraire, un œil qui reste longtemps rouge et enflammé, longtemps douloureux, doit faire craindre tôt ou tard une ophtalmie sympathique.

A côté de l'infection il faut retenir aussi l'étendue de la blessure et la présence d'un corps étranger. S'il y a un corps étranger, il y aura presque fatalement une ophtalmie sympathique, d'où l'importance que nous attachons à l'ablation des corps étrangers, et à leur ablation précoce. Nous enlevons par l'aimant les corps magnétiques. Si le corps étranger n'est pas sensible à l'aimant, il faut l'abandonner et le laisser dans l'œil. Il est cependant des corps étrangers bien tolérés, en particulier les éclats de verre. J'ai cité l'observation de cet étudiant,

préparateur de chimie, atteint d'une blessure de l'œil par éclat de cornue. J'ai suturé l'œil immédiatement. Il y a 30 ans ; il a toujours cet éclat de verre assez volumineux ; il est bien toléré. Le verre est particulièrement bien toléré, parce qu'il est généralement stérile.

Au contraire, le métal est mal toléré. Le fer, sous l'influence de l'acide carbonique, produit des sels ferreux et ferriques, qui irritent le globe oculaire. Le cuivre est un des agents les plus mal tolérés. Ce qu'on observe surtout, ce sont les éclats de capsule, à la suite de tir, quand une carabine a craché. Et bien souvent, c'est seulement un à trois ans plus tard que pourront apparaître des phénomènes inflammatoires sous l'influence de l'irritation déterminée par le cuivre même stérile. Car expérimentalement on a pu déterminer l'hypopion en introduisant de la limaille de cuivre stérile dans la chambre antérieure du lapin.

Si bien qu'il y aurait intérêt, dans tous les cas d'inflammation assez sérieuse du corps ciliaire et de l'iris, à faire une radiographie pour voir s'il n'y a pas de corps étranger.

Il y a aussi la précocité de l'intervention. Vous savez qu'en présence de toute plaie de l'œil, vous devez intervenir soit par la suture ou simplement le recouvrement conjonctival, si la plaie est petite. C'est là une notion dont les enseignements recueillis au cours de la guerre ont montré toute l'importance, mais sur laquelle nous insistions déjà dès 1899 (1).

Plus l'intervention est précoce, et plus on a de chances d'éviter l'ophtalmie sympathique. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Voilà une observation démonstrative, rapportée par Mlle Oswalt, dans sa thèse. Un malade est blessé à l'œil droit par un coup de tournevis. Bien que le sujet ait été traité le jour même par la cautérisation de la hernie de l'iris et le recouvrement conjonctival, trois mois plus tard survenait une ophtalmie sympathique. Et cependant il n'avait pas de corps étranger dans l'œil. Mais à côté de la précocité de l'intervention, il faut retenir aussi le mode d'intervention. Le recouvrement conjonctival n'a qu'une action éphémère et nous lui préférons la suture des lèvres de la plaie, qu'il pourra au besoin compléter (2).

Comment se produit l'ophtalmie sympathique ? Il y a une relation évidente, sur laquelle on a toujours insisté, entre la blessure ou l'inflammation du premier œil, et la participation du deuxième. Mais comment se fait le transport de la maladie ?

La théorie la plus ancienne est celle de la métastase.

La théorie irritative admet une irritation des nerfs ciliaires déterminant dans l'œil sain un *locus minoris resistentiæ.*

Deutschmann a injecté dans le corps vitré du lapin des cultures de staphylocoques, et a constaté dans l'autre œil une inflammation ; de là il a conclu à la transmission de l'ophtalmie sympathique d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des voies optiques. Szyly, inoculant l'herpès dans le corps ciliaire du lapin, observa, 3 semaines plus tard, des phénomènes inflammatoires sur l'autre œil, rappelant ceux de l'ophtalmie sympathique. En coupant ces yeux, il voit que ces lésions se poursuivent dans le nerf optique du côté intéressé, et dans le nerf optique du côté opposé.

Il semble bien que l'ophtalmie sympathique se développe suivant la théorie migratrice de Deutschmann. Ces expériences ont été confirmées par M. Renard (Thèse de Paris, 1927).

Il s'agit certainement d'une maladie infectieuse. Le germe se transporte-t-il par la voie nerveuse ? C'est vraisemblable. S'agit-il de germes quelconques, staphylocoques, streptocoques, perfringens, ou s'agit-il, comme le dit M. Renard, d'un germe spécial ? Nous n'en savons rien.

Il y a un fait indéniable, c'est la relation entre la blessure ou la lésion du premier œil et l'inflammation du deuxième. C'est pourquoi nous devons, par tous les moyens, traiter ces blessures et tâcher d'éviter l'inflammation sympathique de l'autre œil.

Nous devons d'abord traiter ces malades au point de vue local et au point de vue général. Au point de vue local, tout d'abord prophylactique, nous devons être très propres. On sait qu'à la suite de l'opération de cataracte l'ophtalmie sympathique est rare, mais moins rare qu'on le dit. Autrefois, Mackenzie notait qu'on l'observait dans près de 20 % des cas d'opération de cataracte. Ce pourcentage énorme pourrait s'expliquer à la rigueur par l'absence d'asepsie. Mais, même à l'heure actuelle, l'œil ne peut pas être entièrement aseptisé, de sorte que nous pouvons comprendre que l'ophtalmie sympathique soit peut-être moins rare qu'on le dit. M. Truc, dans une communication à la Société française d'Ophtalmologie en 1925, rapporte trois observations d'ophtalmie sympathique à la suite d'opération de cataracte. A la suite d'une blessure du cristallin, ou après l'opération de cataracte, s'il persiste des masses, elles peuvent déterminer une inflammation qui n'est pas seulement traumatique. On a dit irritation mécanique. C'est possible. Mais peut-être peut-elle être déterminée simplement par une hypersensibilité du sujet aux protéines cristalliniennes.

---

(1) F. Terrien. — Suture précoce des plaies du globe oculaire. (*Presse médicale*, juillet 1899.)

(2) F. Terrien et Cousin. — Plaies pénétrantes du globe oculaire. Suture cornéenne ou recouvrement conjonctival. (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1928.)

Nous devons faire le nettoyage complet des masses cristalliniennes, éviter leur rétention, ou même contrairement à l'opinion classique intervenir plus tôt, car peut-être, en effet, la seule présence des masses cristalliniennes peut elle être une source d'irritation. Mais on ne saurait oublier que bien souvent cependant la persistance prolongée de masses cristalliniennes, à la suite de cataractes traumatiques ou de discisions opératoires du cristallin, n'entraîne aucune réaction et mieux vaut s'en tenir à la doctrine classique qui rapporte la plupart de ces inflammations post-opératoires à une infection ectogène et on ne saurait trop exagérer les précautions d'asepsie et d'antisepsie avant toute intervention portant sur le globe oculaire.

Lorsque l'ophtalmie sympathique s'est déclarée, que devons-nous faire ?

Avant tout, enlever l'œil blessé. S'il est rouge et douloureux, enlevez-le avant l'apparition de l'ophtalmie sympathique. Quand l'ophtalmie sympathique est déclarée, l'énucléation ne suffit pas à arrêter l'ophtalmie ; cependant nous avons réussi, par elle, à arrêter sa marche. Il s'agissait, il est vrai, de formes atténuées, mais il faut dans tous les cas intervenir.

Donc, énucléation, pour peu que la vision soit complètement abolie ou à peu près abolie. Du côté de l'œil sympathisé, instillations d'atropine au centième, sangsues, injections sous la conjonctive de cyanure au millième.

Au point de vue général, mercure, non pas que nous soignions un syphilitique, mais parce que ce traitement peut amener des améliorations. On en a obtenu aussi avec le salvarsan, avec le novarsenobenzol. Enfin, récemment, on a retiré des résultats du sérum antidiphtérique, qui agit par choc protéinique, comme les injections de lait. Ces injections de sérum antidiphtérique seront rapprochées et répétées à 4 ou 5 jours d'intervalle, de façon à éviter le choc anaphylactique. On fait 3 à 5 injections.

Dans un cas d'irido-choroïdite torpide rebelle, suivi par nous avec le Dr Vinsonneau, d'Angers et qui avait résisté aux moyens habituels, une seule injection de sérum antidiphtérique suffit à ramener l'acuité visuelle de 1/8 à 1/3 et à supprimer toute rechute pendant plusieurs années.

FAITS CLINIQUES

A propos d'un cas de diphtérie.

Le mercredi 9 mai dernier, un violent coup de sonnette me réveillait, vers minuit : « On demande le docteur, tout de suite, pour une fillette qui saigne du nez que c'est effrayant, on ne peut pas l'arrêter ! »

Je trouve, en effet, un bébé de trois ans, tout barbouillé de sang. Il y a du sang partout — sur des mouchoirs, sur des serviettes, dans des cuvettes ; le lit en est tout souillé, la fille est extrêmement faible, elle vomit à tous moments de gros caillots, les assistants sont affolés.

Je prescris un traitement que j'espérais suffire, car il était énergique, pour un si jeune enfant : tamponnement à l'antipyrine, glace sur le front, potion à l'ergotine, et au chlorure de calcium (à doses plutôt fortes), sirop d'hémostyl, etc.

Au cours de mon examen, j'avais noté de gros paquets bilatéraux de ganglions cervicaux en grappes et l'on m'avait dit qu'un confrère de Paris avait conseillé l'envoi de la petite à la mer, à cause de ces ganglions.

Marie-Josèphe F..., dont le père travaill- chez Citroën, devait se trouver en un milieu conetaminé, car son médecin lui avait fait une piqûre d'anatoxine diphtérique ; les deux suivantes devant se faire chez nous.

Notons que cette enfant arriva dans une famille habitant une seule chambre d'environ 5 mètres sur 4, aux lits clos superposés, servant de chambre à coucher, cuisine, salle à manger, etc., pour 7 personnes.

Le lendemain matin, je trouvai l'épistaxis arrêtée, mais les ganglions avaient notablement augmenté de volume : il y avait beaucoup de fièvre ; je pensai donc, ne voyant rien *dans* la gorge, que j'avais peut-être affaire à une diphtérie nasale et décidai de revenir le soir et de faire une injection de sérum, si cette impression se confirmait.

Entre temps, j'écrivais au *Concours médical*, priant notre ami Duchesne de vouloir bien me communiquer quelque document disant que, l'anatoxine ne contenant pas de sérum, ne contre-indiquait pas ce traitement (la famille était, en effet, fort inquiète, à cause de la vaccination commencée et parce que la mère n'était pas là).

Mais le soir, l'intensité de la fièvre, et la grosseur atteinte par les ganglions, levèrent mes hésitations et j'injectai, lentement, vingt centimètres cubes de sérum de Roux (les ganglions étaient alors tels que de forts oreillons).

Dans la nuit suivante, malgré ce traitement, se produisait encore une énorme épistaxis et, le jour venu, la petite, absolument exsangue, était inerte. On avait déjà écrit à la mère ; on lui télégraphia, l'appelant en vitesse.

Cependant, je remarquai une diminution déjà

manifeste des ganglions : je remontai donc les courages et recourus au sérum Hayem. Le bébé, incapable de se débattre, nous laissa facilement opérer, et demeura inerte toute la journée, *mais les ganglions diminuaient toujours.*

La nuit se passa sans nouvel incident... Au matin, la maman arrivait de Paris croyant trouver sa fillette morte, mais nous voyait en train de faire une seconde injection de sérum salé ; contre toute attente, l'état avait continué de s'améliorer.

Puis, ce fut la guérison rapide (les ganglions disparurent en quelques jours) ; le ressort des bébés est véritablement stupéfiant. Actuellement, Marie-Josèphe va, tous les jours, jouer à la plage.

Certains m'objecteront, évidemment, que la preuve de la diphtérie ne fut pas faite.

Faute d'un laboratoire proche, je ne puis, certes, la fournir. Mais la clinique n'y suffit-elle pas dans le cas présent. ? L'évolution rapide des ganglions et leur fonte non moins rapide, commençant immédiatement après l'injection de sérum, ainsi que la physionomie de la maladie ne sont-ils pas suffisants ? Ne fait-on pas souvent le diagnostic de par le traitement ?.....

Ayant mis Duchesne au courant de la suite de mon histoire, il voulut bien la trouver intéressante et me demanda de la faire connaître aux lecteurs du *Concours.* Elle nous suggère, en effet, quelques réflexions :

1° L'anatoxine, injectée alors que l'enfant était certainement déjà contaminée, ne pouvait plus avoir d'action préventive, mai s elle n'en eut pas non plus de curative. Ne se trouvera-t-il personne pour dire qu'elle a pu *produire* l'intoxication ? mais je ne m'y arrêterai pas ;

2° Elle ne constitua pas une contre-indication au sérum (pas plus, d'ailleurs, que l'hémostyl donné en sirop). Il ne se produisit aucun phénomène anaphylactique ;

3° Dans ce cas, des plus graves, vingt centimètres cubes de sérum ont suffi.

Ceci m'amène à dire que, soignant souvent des cas de diphtérie, ni moi, ni mes confrères environnants, ne recourons jamais aux doses *fantastiques* de sérum que nous voyons préconiser par certains... Et cependant... nous guérissons nos malades ! On ne voit plus, chez nous comme ailleurs, que tout à fait exceptionnellement, des enfants mourir de diphtérie (et pourtant combien sont traités trop tardivement). Nous ne voyons guère de *séquelles* de diphtérie.

Nos traitements sont donc suffisants.

Eh bien : dix centimètres cubes dans les cas légers, vingt centimètres cubes dans ceux d'apparence plus grave, suivis parfois d'une dose complémentaire, nous suffisent dans la très grande majorité des cas.

Quelle est donc la cause qui conduisit à l'emploi des doses énormes ?

Peut-être une exaltation de virulence du microbe en milieu hospitalier ?

Je serais heureux si de simples praticiens, comme moi, *qui se battent, tout seuls, dans les campagnes, contre les cas les plus terribles*, venaient appuyer notre expérience à ce point de vue.

Douarnenez, 31 mai 1928,

Dr Eug. DAMEY.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les dernières recherches sur les maladies à fuso-spirochètes de Vincent.

Le bacille fusiforme et le spirochète que Vincent a décrits tout d'abord dans la pourriture d'hôpital et dans l'angine qui porte son nom, sont incriminés aujourd'hui dans la bronchite sanglante de Castellani, dans la gangrène pulmonaire, et dans certaines conjonctivites.

A la période d'état, la bronchite sanglante offre les signes d'une bronchite banale avec expectoration sanglante ; il en existe des formes aiguës avec fièvre et crachats muco-purulents, des formes mortelles même, par gangrène pulmonaire consécutive, et des formes chroniques durant plusieurs années. Elle frappe indistinctement tous les milieux et tous les âges à partir de deux ans. Elle apparaît en dehors de la tuberculose, mais peut compliquer une tuberculose pulmonaire préexistante.

Dans les différentes affections pulmonaires, on reconnaîtra la gangrène (à rechutes, subaiguë et hémoptoïque, chronique), dont le tableau clinique est celui de la tuberculose pulmonaire chronique, à l'odeur de l'haleine, à la fétidité des crachats, à leur aspect et à la présence du B. fusiformis.

Enfin, on vient aussi de signaler la présence du fuso-spirochète de Vincent dans une forme spéciale de conjonctivite qui résiste à tous les traitements ; elle est parfois unilatérale ; son évolution est lente, aiguë, intermittente ; la cuisson est très vive, très pénible, et la cornée demeure intacte.

L'arsenic est le remède classique de ces spirilloses. D'après le Dr DEJEAN, les formes aiguës de bronchites à spirochètes et de gangrène pulmonaire sont très sensibles à l'action du novarsénobenzol et du stovarsol, par injections intraveineuses, aux mêmes doses que dans la cure syphilitique. Dans les formes chroniques de bronchites spirochétiques, la toux s'apaise, la dyspnée diminue, l'obstruction des voies respiratoires se dégage, l'état général se relève ; mais la guérison est plus difficile à obtenir, et elle est rarement définitive, comme c'est le cas habituel pour les formes aiguës après la troisième ou la quatrième injection. Employés dès le début, ces mêmes agents thérapeutiques peuvent arrêter le cours fatal de la gangrène pulmonaire.

On a préconisé aussi l'émétine, les iodures, la créosote, l'adrénaline à doses prolongées (dans un cas XXX gouttes de la solution à 1 p. 1000 durant 3 mois). Le tartro-bismuthate de potasse en émulsion dans l'huile d'olive à 30 p. 100 a été recommandé, en attouchements, dans les angines de Vincent. L'instillation conjonctivale de la solution forte de sulfate de zinc (1,50 p. 100) paraît exercer une influence favorable sur la conjonctivite fuso spirillaire.

A noter que les bacilles fusiformes ne seraient que des spirochètes transformés, ayant perdu la propriété d'effectuer une rotation hélicoïdale autour de leur axe. (*Gazette des hôpitaux*, 7 janvier 1928.)

L'opothérapie parathyroïdienne dans les chorées aiguës.

Des essais très satisfaisants ont été faits par les docteurs MOLIN DE TEYSSIEU et FITOUSSE. Les chorées aiguës sont, en effet, des syndromes infectieux, dont la localisation principale, sinon unique, se fait sur le système nerveux central et dont les manifestations cliniques dominantes consistent essentiellement en des contractions musculaires désordonnées, anormales et involontaires. Il en est à peu près de même pour la tétanie, et il n'est pas illogique de penser qu'il existe pour les deux maladies un lien commun.

On sait, d'autre part, le rôle de l'intégrité du métabolisme calcique pour le maintien des conditions normales de la contractilité musculaire, et il suffit de rappeler l'action des parathyroïdes sur ce métabolisme.

On peut donc confirmer théoriquement l'action bienfaisante observée par les auteurs dans un cas de chorée aiguë, ayant résisté à toute autre thérapeutique, grâce à l'opothérapie parathyroïdienne.

L'innocuité absolue du procédé et l'absence totale de contre-indications suffiraient, à défaut des résultats heureux signalés par les auteurs, à en commander l'emploi. (*Gazette hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 22 janvier 1928.)

Deux types de la lithiase biliaire : mégacholécyste par calcul oblitérant du bassinet, microlithiase du cystique.

La lithiase biliaire revêt des caractères différents suivant ses localisations dans les voies biliaires extra-hépatiques ; laissant de côté le corps de la vésicule, le Pr VILLARD envisage le bassinet renflé qui lui fait suite, et le canal cystique avec ses sinuosités et sa valvule spirale.

Les calculs du bassinet, toujours volumineux, déterminent de grandes distensions vésiculaires appelées mégacholécystes, et non hydropisies, terme impropre ; les calculs du cystique, au contraire toujours très petits, correspondent à des vésicules de dimensions réduites.

Contrairement aux distensions vésiculaires dues aux poussées de cholécystite ou à des oblitérations passagères, les distensions qui résultent de la présence de calculs dans le bassinet constituent des distensions chroniques d'un volume à peu près constant et les accidents sont limités à la vésicule seule ; il s'agit de ces grandes vésicules que l'on rencontre en clinique sous forme d'une grosse poire allongée, descendant jusqu'à et souvent au-dessous de la transversale de l'ombilic. Cette vésicule est habituellement peu douloureuse ; les grandes distensions chroniques de la vésicule et le calcul enclavé du bassinet sont étroitement associés. Le grand symptôme, celui qui frappe, est la grosse tumeur sous-hépatique constituée par la vésicule distendue ; elle est mobilisée dans le sens vertical avec les mouvements respiratoires, et franchement mobile transversalement par la palpation. Elle est en contact immédiat avec la paroi et en continuité avec le bord inférieur du foie ; chez beaucoup de sujets, la main déprimant la paroi sur son côté externe peut passer au-dessous d'elle et aborder la région rénale. Ce signe a une très grande valeur diagnostique, car il n'en est jamais de même, avec le rein, qui donne de plus le ballottement rénal et la sonorité antérieure ; enfin, dans les tumeurs du côlon, qui prêtent aussi à confusion, il y a des troubles intestinaux.

A la période du mégacholécyste, les coliques hépatiques ont disparu. Les malades sont surtout des dyspeptiques accusant de la pesanteur après les repas, du ballonnement épigastrique, de la lenteur dans les digestions ; le moindre écart de régime réveille des phénomènes douloureux au creux épigastrique. Ce sont des infirmes du tube digestif, qui peuvent vivre ainsi des années durant s'ils refusent une intervention. Mais des accidents plus graves peuvent survenir : la cholécystite aiguë et la transformation néoplasique.

Dans la microlithiase, on trouve des calculs de migration, appelés petits calculs mûriformes du cystique. Cliniquement, elle se traduit par des crises violentes de coliques hépatiques à type franchement vésiculaire, à siège épigastrique, survenant en séries, 2 à 3 heures après les repas, sans aucun phénomène objectif constatable, vésicule non perçue, pas de fièvre, pas de trouble de l'évacuation biliaire. En raison du siège de la douleur, de son apparition après les repas, on devra éliminer le diagnostic d'affections gastriques : la radiographie sera d'un grand secours ; la brusquerie des crises, l'irrégularité de leur apparition, la disparition complète de tout accident dans leur intervalle seront en faveur de la lithiase biliaire ; dans l'ulcère au contraire, les douleurs sont plus lentes, plus régulièrement journalières, les améliorations beaucoup moins rapides.

Le traitement sera chirurgical (cholécystectomie rétrograde), car il est impossible de concevoir qu'un traitement médical puisse déterminer la guérison. (*Lyon médical*, 22 janvier 1928.)

Quelques considérations sur l'étiologie et sur le traitement de l'épilepsie.

Le Pr Pierre Marie montre que l'épilepsie est non pas une maladie, une névrose, mais un grand syndrome, dont on peut affirmer l'origine organique, bien que dans la grande majorité des cas nous ne soyons pas en état de déceler les lésions qui le déterminent. L'épilepsie n'est pas le mal héréditaire, dont la transmission presque fatale aux descendants a fait l'effroi des siècles passés. Quand l'épilepsie se montre d'une façon familiale dans certaines familles ou d'une façon héréditaire, les convulsions épileptiques sont liées à des psychoses bien caractérisées, et ces psychoses sont de celles qui s'accompagnent de lésions organiques de l'encéphale. Mais ces cas sont relativement rares, et pour expliquer la pluralité des épileptiques dans une même famille, il faut savoir l'influence des traumatismes obstétricaux sur la genèse de l'épilepsie : il est certaines femmes chez qui la dystocie est presque la règle à chaque accouchement, et les enfants sont dès lors plus particulièrement exposés à l'épilepsie. Et puis il y a des familles où les enfants sont mal soignés ,exposés à toutes les infections.

Car les causes les plus importantes de l'épilepsie sont les traumatismes du crâne du nouveau-né au moment de l'accouchement difficile et dans les applications de forceps (toujours s'enquérir si l'enfant est né dans un état asphyxique), et les infections (bien plus les infections banales strepto ou staphylococciques, les fièvres éruptives, la coqueluche, etc., que la syphilis). Comme syphilis héréditaire, ce qui doit seul compter ici c'est non pas la syphilis des anamnestiques, mais les stigmates incontestables de syphilis héréditaire accompagnant les crises convulsives.

Voici pour l'épilepsie, dite essentielle, débutant dans l'enfance ou dans les premières années de l'adolescence. Celle de l'adulte reconnaît aussi pour cause une lésion extrinsèque de l'encéphale par traumatisme du crâne, accompagné ou non de plaie ; on invoque aussi les lésions les plus variées de l'encéphale et des méninges (tumeurs cérébrales ou cérébelleuses, méningites chroniques, parfois même lésions en foyer). L'épilepsie peut être aussi sous la dépendance certaine d'une lésion d'un organe des sens (nerf optique, nerf auditif, nerf olfactif) ; il faut aussi signaler l'éclampsie puerpérale, qui fait le lit à l'épilepsie vraie par les lésions fixes que les accès subintrants épileptiques déterminent parfois dans l'encéphale de la parturiente. Enfin, signalons, après la soixantaine, l'épilepsie sénile liée aux altérations du cerveau dit « sénile ».

Thérapeutique. — Le phényl-éthyl-malonylurée (luminal-gardénal), et la médication borée ont remplacé le « martyre » de l'ancien traitement bromuré.

Avec le tartrate borico-potassique l'auteur put réduire à 122 manifestations épileptiques, 285 crises présentées par 14 femmes. Il a également combiné les deux médicaments.

Voici comment il a réglé le traitement.

Lorsqu'il s'agit d'un épileptique jeune, et dont le nombre de crises mensuel ne dépasse pas le chiffre de 5 ou 6, il commence par le mettre à la médication du tartrate borico-potassique seul ; si, au bout d'un mois, il constate une diminution du nombre des crises et des vertiges, il continue ce médicament seul aussi longtemps qu'il voit mensuellement le nombre des crises diminuer ; si ce nombre tend à rester stationnaire ou même à augmenter, il ajoute alors le gardénal au tartrate.

Dans les cas où il s'agit d'adultes présentant un nombre important de crises, on donne immédiatement le traitement combiné. On peut ainsi obtenir des résultats meilleurs avec des doses de gardénal moindres que celles généralement employées ; en effet, il suffit de 0,10 de gardénal tous les deux jours et non pas tous les jours.

Le Pr Marie ordonne le tartrate, non pas en solution (qui à la longue est moins active), mais en poudre, renfermé dans des petits tubes de verre (à la dose quotidienne) bouchés à la paraffine pour éviter son altération. Chaque matin la dose quotidienne (3 grammes) est dissoute dans 100 à 150 gr. d'eau, qui sont pris en 3 fois au début de chaque repas. Rien ne sert de donner de trop fortes doses : 3 à 5 grammes suffisent, et même chez les enfants, 1 à 2 grammes. Si, par hasard, il se produit au bout de quelque temps

une éruption érythémateuse, on cesse pendant 3 ou 4 semaines, puis on reprend sans inconvénient.

Le tartrate borico-potassique n'est pas un médicament nervin. L'épilepsie essentielle, à forme convulsive, est caractérisée par une instabilité de la régulation neutralisatrice du sang, par des périodes d'alcalose vraie, c'est-à-dire chute de la concentration en ions H accompagnée d'une chute de la concentration en ions calcium ; et c'est au cours de ces périodes que surviennent les crises convulsives. Or le tartrate serait un facteur acidosant, agissant lentement après 10 à 15 jours d'ingestions quotidiennes. Telle n'est pas l'action du bromure.

Un phénomène fréquent, surtout chez les jeunes sujets épileptiques soumis au tartrate borico-potassique, c'est que, à mesure que le nombre et l'intensité des crises diminuent l'humeur des malades s'améliore à un point tel que les parents en sont frappés, et ne manquent pas de signaler au médecin ce favorable changement.

Le gardénal est donné à la dose de 0,10 cent. tous les 2 jours et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on prescrit jusqu'à 0,15 ou 20 cent., et seulement par dose de 10 ou 5 cent. à la fois.

Chez les femmes et les jeunes filles, les crises ont tendance à augmenter au voisinage des règles, et alors il faut donner quotidiennement 0,10 cent. pendant les 3 jours qui précèdent le moment présumé de l'apparition des règles, pendant toute la durée des règles et pendant les 3 jours qui en suivent l'arrêt ; puis on reprend la dose ordinaire. Le comprimé de gardénal est donné le soir, 1/2 heure avant le coucher avec une tasse d'infusion de tilleul bien chaude. (*La Presse médicale*, 21 janvier 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les éruptions dues à la laque japonaise.

(M. Darier. — *Académie de médecine* ; 5-6-1928.)

Au nom d'une commission composée de MM. Jeanselme, Balthazard et lui-même, M. Darier présente un rapport sur les éruptions dues à la laque japonaise.

Il y a lieu, tout d'abord, dit-il, d'établir une discrimination entre deux ordres de faits. La plupart des laques et vernis utilisés dans l'industrie sont des dissolutions de résines diverses dans des solvants variés, parfois additionnées de matières colorantes. Toutes sont capables de provoquer des éruptions chez les ouvriers qui les manient. Il s'agit d'éruptions artificielles d'ordre banal, où peut entrer en jeu une idiosyncrasie.

Il en va autrement des accidents imputables à la *laque japonaise*, produit qui paraît doué d'une toxicité spéciale. Cette laque est constituée par la sève desséchée du *Rhus vernicifera*. Elle peut provoquer des éruptions auxquelles sont exposés les récolteurs de laque, les ouvriers laqueurs, les marchands d'objets en laque, notamment de jeux de Mah-Jong. On prétend que des objets en laque, même de fabrication ancienne, peuvent être dangereux à manier quand ils sont mouillés.

Les manifestations morbides observées sont analogues à celles de toutes les dermites artificielles : érythème, ortié ou non, vésicules. Elles se produisent surtout aux régions exposées : mains, avant-bras. Un facteur personnel (idiosyncrasie, sensibilisation) doit jouer un rôle dans la production de ces accidents, quelques ouvriers seulement en étant atteints.

La maladie de la laque est assez facilement évitable, par l'usage de gants protecteurs, ou tout au moins par le graissage des mains avant le travail, par des lavages et savonnages des téguments après le travail. Le traitement sera celui des dermites professionnelles banales ; poudres inertes, pâtes à l'eau glycérinée, parfois désensibilisation (autohémothérapie, immunisation spécifique par injections d'extrait de substance nocive).

La multiplication excessive des forages dans le bassin de Vichy.

(M. Meillère. — *Académie de médecine* ; 5-6-1928.)

Dans sa séance du 9 mars 1926, l'Académie avait émis le vœu que l'administration surveille attentivement l'exploitation des sources du bassin de Vichy et fasse supprimer les captages qui ne sont plus l'objet d'un fonctionnement régulier, ces captages inutilisés étant susceptibles de diminuer la valeur du bassin entier.

Au nom de la commission des eaux minérales, M. Meillère revient sur cette question et il insiste à nouveau sur la nécessité de s'opposer au gaspillage des eaux minérales, en imposant l'obligation d'une fermeture hermétique des captages, en dehors des périodes d'utilisation, pour éviter la déperdition de l'eau ou du gaz thermal, et en retirant l'autorisation à toute source inexploitée pendant cinq ans.

Le lacto-sérum en thérapeutique.

(M. Maurice Renaud. — *Académie de médecine* ; 5-6-1928.)

Le lait est un précieux aliment, mais c'est également un précieux médicament. Ses propriétés thérapeu-

tiques, qu'il faut distinguer de ses propriétés nutritives, sont dues, dit M. Maurice Renaud, au lacto-sérum (lait dégraissé et désalbuminé).

Le lacto-sérum est un excitant des grandes fonctions. Il agit sur le foie et les voies biliaires dont il stimule les sécrétions, sur le rein (diurétique vrai), sur l'intestin, dont il accroît également les sécrétions. Les effets du lacto-sérum, quand il est ingéré à jeun et en dehors de tout processus de digestion, paraissent plus sûrs et plus intenses que ceux du lait total.

M. Maurice Renaud estime qu'il y a intérêt, dans ces conditions, à prescrire le lacto-sérum. Dans toutes les circonstances où il convient de ménager et d'assainir le tube digestif, de décongestionner le foie et de provoquer la chasse biliaire, d'accroître la diurèse, c'est-à-dire dans un grand nombre d'états pathologiques aigus et chroniques, la pratique des grandes cures de lacto-sérum donne des résultats satisfaisants. Dans l'insuffisance viscérale par artério-sclérose, on parvient ainsi à réduire l'azotémie et à faire tomber la tension artérielle. C'est un bon moyen de régulariser les selles des dyspeptiques, des atones, des insuffisants hépatiques.

Œsophagoscope à calibre variable.

(M. Ch. Claoué, fils. — *Académie de médecine* ; 5-6-1928.)

M. Ch. Claoué, fils présente un œsophagoscope perfectionné, à calibre variable. Quand on pratique une œsophagoscopie — opération fort désagréable pour les malades — on est quelquefois obligé, pour mieux voir ou pour saisir un corps étranger, d'introduire successivement des tubes de grosseur variable jusqu'à ce qu'on ait trouvé le calibre convenable. On fait alors une série d'œsophagoscopies successives, peu goûtées par le patient. L'instrument de M. Claoué fils évite cet inconvénient. Formé de deux valves qui peuvent s'écarter à l'aide d'une vis de réglage, sans que pour cela la forme tubulaire disparaisse, il permet, après avoir introduit l'instrument sous son plus petit volume, de grossir progressivement le calibre du tube jusqu'au diamètre optima. Le calibre, d'abord élargi, peut-être diminué ensuite pour franchir un hiatus rétréci, et élargi à nouveau si cela apparaît utile. Avec cet appareil, un seul œsophagoscope suffit dans la trousse du spécialiste.

La myomectomie.

(M. G. Labey. — *Société de chirurgie* ; 28-3-1928.)

M. Labey rapporte un nouveau cas de grossesse après chirurgie conservatrice (myomectomie) pour fibrome. S'appuyant sur les statistiques reproduites dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1924, il estime que la myomectomie, lorsqu'elle est praticable dans de bonnes conditions, est une opération que l'on doit faire et qui permet des grossesses ultérieures dans une proportion très appréciable.

— M. J.-L. Faure est d'accord, en principe, avec M. Labey. Toutefois, en pratique, la question est moins simple. La myomectomie présente, en effet, deux inconvénients : elle est plus grave que l'hystérectomie et elle laisse la possibilité de récidives. On pourra l'utiliser, cependant, chez les femmes jeunes, atteintes de petits fibromes, peu nombreux, faciles à extirper. Si, au cours de l'opération, les manœuvres semblent devoir être difficiles, on fera bien de transformer son but et de faire une hystérectomie.

— M. Tuffier rappelle qu'il défend la myomectomie depuis vingt-cinq ans. C'est une opération à laquelle on devrait recourir plus souvent.

— M. Pierre Mocquot considère que, passé quarante ans, la myomectomie n'a plus d'indication. Après cet âge, les chances de grossesse deviennent problématiques.

P. L.

Sur le traitement du pyopneumothorax tuberculeux.

(M. R. Burnand. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 25-5-28.)

C'est la complication la plus redoutable du pneumothorax, et chaque méthode de traitement offre jusqu'ici autant d'échecs que de succès ; notamment l'oléothorax de Bernon.

Jusqu'à présent on n'a pas assez séparé, au point de vue thérapeutique, les indications propres aux pleurésies purulentes développées spontanément dans la plèvre, et celles qui concernent les pleurésies purulentes compliquant un pneumothorax artificiel.

Dans le second cas, le poumon n'est pas sain ; il y a deux maladies à considérer : la pleurésie d'une part, et d'autre part, la tuberculose du poumon sous-jacent.

Le traitement idéal sera celui qui combattra l'infection de la séreuse sans nuire au poumon, c'est-à-dire sans compromettre le collapsus établi de propos délibéré, et dont l'abandon entraînerait inévitablement le retour offensif des lésions pulmonaires. Disons aussitôt que dans les premiers mois du pneumo, il faut considérer la pleurotomie comme un pis aller thérapeutique.

Si la chute de la fièvre est complète et bien confirmée, l'exsudat sera traité comme une collection sérofibrineuse, c'est-à-dire par abstention opératoire.

Mais cette éventualité est malheureusement rare ; souvent une première défervescence est suivie tôt ou tard d'une recrudescence thermique, ou d'un état fébrile à grandes oscillations, ou d'une fébricule permanente avec déclin rapide de l'état général.

Dans les infections purulentes fébriles de la plèvre, c'est l'oléothorax appliqué correctement qui est le meilleur traitement, si le tableau clinique est celui d'un pyopneumothorax fermé.

Ce n'est que dans le cas où ce traitement échouerait, si le pus se reformait intarissable, si la fièvre ne cédait pas, même aux injections d'huile, qu'il faudrait assimiler le cas à la catégorie suivante, celle du pyopneumothorax ouvert. Or ici, si une fistule pleuro-

bronchique, même minime, est évidente, à plus forte raison si le trajet est largement ouvert en permanence, il est parfaitement vain de faire un oléothorax; d'ailleurs le sort des malades qui crachent leur huile est intolérable.

Que faire alors ?

1° Si le malade est encore résistant, avec un poumon opposé sain ou peu lésé, faire la thoracoplastie d'emblée, suivie de la reprise immédiate des injections huileuses destinées à empêcher la stagnation du pus dans la cavité résiduelle.

2° S'il est affaibli gravement, avec myocarde défaillant, si le poumon opposé est atteint de lésions évolutives, mieux vaut recourir à la pleurotomie large ; l'avenir, problématique, est sacrifié, mais le présent, seul, importe : l'opération permet de gagner du temps et elle soulage le malade.

Synergie thyro-hépatique.

(M. Léopold-Lévi. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-5-1928.)

Le foie et la thyroïde ont des actions communes et dépendantes ; ils peuvent contribuer à maintenir, par leur synergie, un certain équilibre des humeurs en pigments et acides biliaires, en sucre, en fibrinogène, en cytolysines, etc.

Cette synergie se révèle aussi, à propos de la sénilité, dans le sens d'une insuffisance glandulaire.

En ce qui concerne le travail interne des tissus, qui s'objective par la teneur de l'air expiré en O et CO^2 (métabolisme basal) il est dominé par la glande thyroïde.

Sur l'anémie pernicieuse.

(M. A. Bécart. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-5-1928.)

L'anémie pernicieuse, ainsi que l'a fait remarquer précédemment M. Hayem, est un sujet de confusion. Certains auteurs étiquètent anémie pernicieuse toute anémie grave cryptogénétique.

Mais, hématologiquement, l'anémie pernicieuse est caractérisée par la présence dans le sang circulant d'érythroblastes à noyau perlé et de mégalocytes, toutes deux cellules embryonnaires. Elle est un syndrome spécial, qui se différencie au milieu des autres états anémiques.

Si l'hématologie implique ainsi un état de reviviscence embryonnaire des organes hématopoïétiques, les diverses causes invoquées par les auteurs (botriocéphale, achylie gastrique, infection intestinale) ne sont pas suffisantes à elles seules pour provoquer le syndrome d'anémie pernicieuse, un second facteur manque ; c'est un facteur constitutionnel, un vice de développement, sorte de maturation incomplète du système hématopoïétique entraînant sa vulnérabilité. Si le sujet ainsi prédisposé n'est soumis à aucune des causes habituelles de l'anémie, si aucun effort n'est demandé à ses organes hématopoïétiques, il pourra faire carrière sans jamais voir se développer chez lui les signes de l'anémie pernicieuse à moins qu'une senescence prématurée des organes en question ne survienne (cas de l'anémie pernicieuse cryptogénétique).

Si, au contraire, les causes d'anémie, qui, chez un sujet normal, ne produiraient qu'une anémie secondaire symptomatique et banale (hémorrhagie, intoxication, infection, carence, etc.), interviennent, elles développent chez le sujet prédisposé une anémie pernicieuse typique.

Il y a donc un facteur constitutionnel et une cause occasionnelle.

L'anémie pernicieuse peut-elle guérir ?

Quels que soient les traitements employés, méthode de Whipple y compris, on ne peut à l'heure actuelle parler de guérison, dans le sens de *restitutio ad integrum*, parce qu'il faut avant tout l'épreuve du temps, la durée moyenne de l'évolution étant de 4 ou 5 ans.

Le traitement doit être symptomatique et étiologique.

Symptomatique : *a*) Transfusion du sang. Son indication est formelle, elle empêche le malade de mourir, active l'érythropoïèse et permet de gagner du temps dans la recherche de la cause.

b) Méthode de Whipple, qui consiste en absorption quotidienne de foie cru ou d'extrait spécial, en un régime riche en vitamines et en fer (viandes viscérales, foie, cervelle, légumes verts, fruits), qui est le plus puissant régénérateur globulaire.

On a publié de nombreux cas de guérison rapide, mais ces cas ne semblent pas avoir toujours présenté le syndrome de l'anémie pernicieuse.

D'ailleurs, l'auteur a démontré que la méthode de Whipple n'était nullement spécifique de l'anémie pernicieuse, mais que son action s'exerçait sur la moelle osseuse, dont elle est le plus puissant stimulant ; encore faut-il que celle-ci soit en état de répondre ; toute la question est là.

Pour juger de l'activité de la moelle et porter un pronostic, l'auteur a l'habitude d'employer la transfusion associée à la méthode de Whipple, comme une sorte de traitement d'épreuve et d'examiner le sang, une quinzaine de jours après.

L'examen hématologique permet ainsi de noter soit un syndrome de régénération, soit un syndrome d'épuisement de la moelle avec régénérescence embryonnaire, soit un syndrome d'agonie médullaire avec vicariance embryonnaire.

Dans le premier cas, on peut prévoir une rémission à bref délai, et si le facteur secondaire étiologique est supprimé il n'y a pas de raison que le malade ne guérisse pas définitivement. Dans le second cas, le traitement devra être donné régulièrement, l'excitation apportée suppléant à la déficience jusqu'au jour où la maladie présentera le troisième syndrome, auquel cas l'action sera nulle.

Ces trois syndromes correspondent à la pratique de la méthode de Whipple qui, dans certains cas,

fait merveille, dans certains cas doit être continuée indéfiniment, sinon la maladie rechute ; dans un troisième cas enfin, elle ne donne aucun résultat.

Au traitement symptomatique, s'ajoutera la médication étiologique si la cause peut être décelée ou voire même soupçonnée : vaccination par voie buccale s'il s'agit d'infection intestinale, cure de dix jours par mois, ablation des foyers septiques, traitement spécifique si la syphilis est en jeu, traitement spécial s'il s'agit d'une infestation parasitaire.

A propos des péricolites et des appendicites chroniques.

(M. Victor PAUCHET. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-5-1928.)

Il peut y avoir des appendicites chroniques pures, mais 9 fois sur 10, il y a coïncidence de cette appendicite avec la péricolite ; l'ablation de l'appendice est insuffisante pour guérir le patient ; d'autres lésions sont à chercher et à traiter. Chaque fois qu'un malade présente un cæcum douloureux, un appendice douloureux, faire une incision iliaque droite, surveiller la fin de l'iléon souvent porteur d'une bride de Lane. Examiner l'épiploon, qu'il faut parfois supprimer. Sectionner la bride sus-cæcale, qui gêne parfois l'évacuation du cæcum. Si ce dernier est dilaté, faire sa plicature. Cette intervention est aussi bénigne que l'ablation pure et simple de l'appendice, pourvu qu'elle soit faite très aseptiquement, avec une incision suffisante pour bien y voir.

En cas de douleur à gauche, faire une incision médiane, sectionner la bride iliaque gauche et explorer le cæcum et le côlon droit, puis supprimer l'appendice, comme il a été dit précédemment.

Chaque fois qu'un chirurgien pratique une opération duodénale ou gastrique, une cholécystectomie, il prendra soin d'enlever l'appendice concurremment. Nombre de troubles consécutifs à ces opérations n'ont pas d'autre cause.

Conserver à l'opération pour appendicite chronique son pronostic de bénignité extrême, et ne pas faire d'opération risquée.

Etat subjectif et état objectif dans les gastropathies chroniques.

(M. L. PRON. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-5-28.)

Il y a souvent discordance entre ces deux états ; le degré de souffrance est regardé, en général, comme exprimant le degré de maladie. Or, cette façon de voir, quoi qu'elle semble naturelle et logique, est souvent fausse, particulièrement en ce qui concerne les affections de l'estomac. On ne saurait tabler sur les impressions des malades pour juger de l'amélioration qu'ils éprouvent à l'occasion d'un traitement. En se fiant à l'état subjectif, on court le risque de favoriser les complications, en faisant abandonner trop vite le régime et la médication.

G. F.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques

La grippe chez le vieillard pendant l'hiver 1927-1928.

MM. L. RIMBAUD, J. CHARDONNEAU, H.-L. GUIBERT et W. ARNAL. — Les auteurs apportent les observations d'une épidémie de grippe qui a sévi dans le service des vieillards durant l'hiver. Les malades présentaient un même tableau clinique : début brutal, peu de signes locaux pulmonaires, cyanose des extrémités, évolution très rapide vers la mort. Contrastant avec la pauvreté des signes cliniques, les lésions observées à l'autopsie étaient caractérisées par une congestion intense de tous les viscères. Les poumons en particulier présentaient tous, uniformément, un même aspect de congestion massive totale. A l'examen histologique, il s'agissait de noyaux de bronchopneumonie avec participation importante du parenchyme pulmonaire ; au niveau de ce dernier, on trouvait des foyers leucocytaires avec aspect d'œdème inflammatoire et nécrotique, frappant le tissu pulmonaire de mort brutale.

Volumineux polype fibreux utérin sphacélé. Extraction. Fibromatose utérine, hystérectomie subtotale. Guérison.

M. H. ESTOR et G. FAYOT. — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade âgée de 54 ans, présentant à la fois un volumineux polype utérin sphacélé et une fibromatose utérine.

La première tumeur, du volume de deux poings et en arrière de laquelle se trouvait un gros abcès fut extraite par voie vaginale (présentation de la pièce opératoire).

L'hystérectomie abdominale subtotale permit l'exérèse du fibrome utérin.

Guérison sans aucune complication.

Le 440 B (neptal) diurétique mercuriel, dans les œdèmes des cardiaques.

MM. RIMBAUD, J. CHARDONNEAU et W. ARNAL. — Les auteurs ont utilisé le 440 B chez cinq malades âgés, insuffisants cardiaques graves, avec œdèmes étendus. Les toni-cardiaques, qui agissaient très favorablement sur leur état circulatoire, n'avaient pas d'influence sur leurs œdèmes. Le Neptal, toujours parfaitement supporté, en particulier par un vieillard dont l'état présentait la plus grande gravité, a eu une action passagère, mais très énergique sur la diurèse. Il a fait fondre en quelques jours des œdèmes considérés jusqu'alors comme irréductibles. L'élimination urinaire est passée en vingt-quatre heures, dans deux cas de 1.000 à 6.000, de 2.000 à 6.500. De véritables décharges chlorurées ont été observées, les chlorures de vingt-quatre heures passant, de 5 gr. à 54 gr. dans un cas, à 57 gr. dans un autre cas. Ils ont observé, d'autre part, comme l'ont décrit plusieurs au-

teurs, une reprise secondaire, moins accentuée, mais plus prolongée, de la diurèse et la « réactivation » de certains diurétiques, la théobromine en particulier.

Ils estiment, qu'à condition d'observer les contre-indications, de ne point le prescrire aux brightiques à rétention azotée, le 440 B, appliqué chez les insuffisants cardiaques avec œdèmes, facilite l'action des toni-cardiaques, et peut rendre de très grands services.

Tuberculome cérébral à évolution rapide.

MM. MASSABUAU, L. MARCHAND et P. RIMBAUD. — Les auteurs présentent une observation de tuberulome cérébral à évolution rapide. Celui-ci s'est développé chez un sujet atteint d'ostéo-arthrite légère du genou. Les auteurs insistent surtout sur ce fait que la thérapie par le vaccin de Vaudremer, loin d'empêcher le développement de la tumeur cérébrale, en fut peut-être la cause, les premiers symptômes étant apparus trois semaines après le début du traitement. Ils ne peuvent en fournir la preuve, mais demeurent fâcheusement impressionnés par la coïncidence.

Un cas de prolapsus urétral chez une femme âgée.

MM. A. BONNET et E. TRUC. — Les auteurs rapportent l'observation d'un prolapsus urétral chez une femme de 65 ans atteinte de constipation chronique. Ils signalent la rareté de ces prolapsus que l'on voit exceptionnellement chez l'adulte, plus souvent chez l'enfant, et assez rarement chez la femme âgée. Ils insistent sur la nécessité d'un traitement précoce qui évitera le sphacèle.

Hématome scrotal consécutif à une hémorragie veineuse du cordon.

MM. A. BONNET et E. TRUC. — Les auteurs rapportent le cas d'un homme de 60 ans présentant une tuméfaction du scrotum d'une tête d'enfant. Cette tuméfaction de teinte violacée ecchymotique et non douloureuse était apparue en l'espace de vingt-quatre heures sans qu'il y ait eu aucun traumatisme de la région scrotale.

Le malade interrogé signale une hydrocèle ponctionnée plusieurs fois ; chaque ponction avait permis d'évacuer un liquide jaune citrin qui ne fut jamais hémorragique.

Après la dernière ponction, datant de deux ans, l'hydrocèle s'était reformée et atteignait le volume d'un petit poing.

Le diagnostic, après examen, fut celui d'une rupture d'hydrohématocèle par un traumatisme passé inaperçu du malade.

L'intervention montra qu'il s'agissait d'un hématome scrotal consécutif à une hémorragie veineuse du cordon.

Au cours de l'intervention, on ouvre la vaginale et on constate une hydrocèle. Epluchage de la poche. Hémostase. Section du canal déférent. Le testicule qui paraît sain est conservé. Drainage. Sutures. Guérison en vingt jours.

Les auteurs supposent que, dans ce cas, un varicocèle du cordon a dû favoriser cette hémorragie veineuse.

Accidents hypoglycémiques au cours d'un diabète maigre traité par l'insuline, avec amélioration du trouble basal.

MM. VEDEL, J. VIDAL et J. CHAPTAL. — Les auteurs présentent l'observation d'un malade âgé de 35 ans, atteint depuis deux ans de diabète grave. Un traitement diététique fixant à 120 gr. la ration quotidienne d'hydrates de carbone, abaisse la diurèse de 5.200 à 1.500 cc. et la glycosurie de 425 gr. à 117 gr. par jour. Un traitement insulinique est alors institué mais ne provoque tout d'abord aucune amélioration ; on augmente les doses, on emploie successivement : l'insuline Byla, l'iloglandol, l'endopancrine, sans résultat. La glycosurie ne commence à fléchir que lorsque la dose quotidienne d'insuline atteint 120 unités elle oscille encore entre 20 et 30 gr. par jour au moment où l'on injecte 165 unités dans les vingt-quatre heures ; mais des analyses d'urine fractionnées révèlent l'intermittence de cette glycosurie et des accidents hypoglycémiques graves (convulsions, coma, glycémie, = 0 gr. 69) rapidement enrayés par une injection glucosée intraveineuse, surviennent alors que les urines des vingt-quatre heures contenaient encore une vingtaine de grammes de sucre, des traces d'acétone et que la glycémie le matin même, à jeun, atteignait 4 gr. 75 %o, c'est-à-dire un taux supérieur à celui que l'on avait constaté au début avant tout traitement : 3 gr, 44.

On réduit la dose quotidienne d'insuline à 150 unités par jour et on la répartit en trois injections, au lieu de deux. Le malade n'éprouve plus aucun trouble, l'acétonurie disparaît, puis la glycosurie et on peut abaisser progressivement les doses d'insuline jusqu'à 45 unités par jour, sans voir réapparaître la glycosurie. La glycémie est alors de 2 gr. 90 et les urines ne contiennent pas d'acétone. L'état général enfin est grandement améliorée ; reprise de poids de 15 kgr.

De l'étude de cette observation, les auteurs dégagent diverses notions concernant l'insulino-résistance dont la réalité peut être contestée ; les diabètes réfractaires à l'insuline ne sont souvent que des diabètes insuffisamment traités ; nécessité de fractionner les doses d'insuline lorsque la cure d'entretien nécessite une médication aussi intensive que celle qui était employée dans le cas publié. On évite ainsi les accidents d'hypoglycémie et on renforce l'action de l'insuline en la rendant plus continue. Cette action n'est plus seulement symptomatique et substitutive, mais curative semble-t-il, l'amélioration du trouble basal se manifeste en effet par la diminution des doses d'insuline nécessaires et l'abaissement de la glycémie critique. Les auteurs indiquent pourquoi on ne peut expliquer le résultat par une accumulation d'insuline dans l'organisme ou par l'intervention d'un élément rénal.

Les Thèses

P. — H. Simonnet. — **Contribution à l'étude de la sécrétion interne de l'ovaire. Les propriétés du liquide folliculaire.** (Thèse de doctorat vétérinaire. Octave Doin, éditeur, Paris. 1927.)

On connaît les importants travaux que Simonnet poursuit, en collaboration avec L. Brouha (de Liège), sur l'hormone folliculaire. Simonnet, dans sa thèse, rassemble les documents qu'il a recueillis sur les propriétés physiques, chimiques, physiologiques et pharmacodynamiques des ovaires de juments.

Il décrit en détail les procédés de préparation et de concentration des extraits lipoïdiques acétono-solubles, dont il s'est servi dans ses expériences. Mais il a réussi également à isoler un extrait hydrosoluble, dont l'activité n'est pas inférieure à celle de l'extrait liposoluble. « L'hormone ovarienne » ou « folliculine » (Courrier) est un composé ternaire, non protéique, non phosphoré, non apparenté à la cholestérine, sensible aux agents oxydants, mais résistant à la chaleur.

L'action physiologique du liquide folliculaire et de ses extraits a été étudiée sur les rats-femelles, dont le développement génital et le cycle oestral constituent, on le sait, les tests de choix (Long et Evans) pour l'expérimentation de l'hormone ovarienne.

Dénués de toute action toxique et sans influence déprimante appréciable sur la pression sanguine, les extraits obtenus provoquent l'apparition de la puberté précoce et le développement du tractus génital chez les femelles impubères, l'exagération et le prolongement de la période oestrale chez la femelle normale à ovulation spontanée, l'apparition des phénomènes du rut chez les femelles au repos sexuel, qu'il s'agisse d'animaux carencés, ménopausiques ou même castrés. Les doses répétées déterminent un développement de l'utérus analogue à celui de la grossesse et une hypertrophie mammaire.

Les extraits hydrosolubles exercent en outre une action ocytocique sur l'utérus isolé *in vitro*.

Injectée à forte dose au début de la grossesse, la folliculine paraît susceptible de provoquer l'avortement.

Simonnet a dosé ses extraits en « unités-rats », suivant une technique qu'il décrit minutieusement. « L'unité-rat » (Doisy, Ralls, Allen et Johnston) est la plus petite quantité de substance nécessaire pour provoquer l'oestrus chez un rat castré pesant 140 gr., à 20 gr. près, les injections étant faites à raison de trois, à intervalles de quatre heures. Un litre de liquide folliculaire de jument contiendrait de 1.000 à 2.000 unités-rats.

La folliculine se retrouve constamment dans les follicules et dans le liquide folliculaire, dans le placenta, dans le sang circulant au moment de la menstruation et à la fin de la grossesse, d'une manière inconstante dans le corps jaune et dans le tissu ovarien en dehors du follicule. Elle est dépourvue de toute spécificité zoologique.

La critique des faits mène Simonnet à conclure que la folliculine représente bien l'« hormone sexuelle femelle spécifique » et qu'elle tient sous sa dépendance, par les fluctuations de sa sécrétion, tous les phénomènes morphologiques et fonctionnels qui se déroulent dans le tractus génital au cours de la vie sexuelle : régularisation de la croissance, puberté, caractères sexuels secondaires, ménopause.

Le travail de Simonnet s'appuie presque exclusivement sur des expériences personnelles, qui sont relatées avec précision et qui sont accompagnées d'intéressantes figures.

J. Mouzon.

(Extrait de la *Presse médicale* du 18 avril 1928.)

P. — Dr A. Viellard. — **Contribution clinique à l'étude des myosites rétractiles. La myosclérose primitive et symétrique.** (Librairie Louis Arnette, et Cie, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

P. —. Dr M. Deransart. — **Sur quelques cas de cirrhose pigmentaire d'origine syphilitique.** (Jouve éditeurs, 15, rue Racine, Paris.)

Dans certains cas, plus nombreux qu'on ne pourrait le croire peut-être, la syphilis joue un rôle étiologique capital dans la cirrhose pigmentaire du diabète bronzé ; celle-ci ne présente aucun caractère nettement original et particulier au point de vue clinique. De ce seul fait découle la nécessité de toujours soupçonner l'origine syphilitique d'une cirrhose pigmentaire.

Il est légitime de poser le diagnostic de cirrhose pigmentaire en présence d'une mélanodermie avec modification du foie à type de cirrhose, le plus souvent hépatomégalique, et signes de diabète.

Malgré le moment relativement tardif dans l'évolution des lésions qu'implique la réunion de ces trois signes, un traitement doit être institué qui modifie profondément le pronostic des cirrhoses pigmentaires. Fatal le plus souvent pour une cirrhose pigmentaire banale, il permet l'espoir d'une amélioration longue et durable en cas de cirrhose pigmentaire d'origine syphilitique.

LA MÉDICATION BROMURÉE DANS LES PSYCHONÉVROSES

Par le Dr DARRÉ.

C'est sans doute, un vaste sujet que nous nous proposons d'aborder et qui représente un grand chapitre de thérapeutique. Aussi, n'aura-t-il pas la prétention d'être complet, mais seulement d'offrir une petite revue générale destinée à rappeler au praticien tous les avantages qu'il peut tirer de la médication bromurée.

Dans la médication des psychonévroses, depuis longtemps, le praticien a donné aux bromures une importance capitale non seulement lorsqu'il s'agit de traiter les grands malades, justiciables de l'internement, mais aussi et surtout, cette catégorie de sujets : les petits mentaux, qui journellement se présentent à son cabinet. Cette importance est due à l'action thérapeutique des bromures alcalins qui sont le prototype des agents sédatifs.

En effet, la pharmacodynamie nous apprend que cette action est due non seulement aux ions bromiques que renferment ces sels, mais aussi et surtout qu'elle relève du métal uni au brome. En réalité ce sont les bromures alcalins : bromures de potassium, de sodium, de calcium, d'ammonium, de strontium, qui permettent de réaliser la médication bromurée. De ces derniers, on utilise surtout les bromures de potassium et de sodium.

Le bromure de sodium tend pourtant actuellement à remplacer le bromure de potassium, car ce dernier semble moins bien toléré et aurait une action plus dépressive sur le système nerveux de l'appareil cardio-vasculaire. En effet, les bromures sont surtout des modificateurs nerveux qui exercent une action dépressive marquée sur l'encéphale et la moelle ; cependant, il faut bien noter qu'ils ne déterminent pas d'hypnose vraie et leur action est totalement différente de celle des hypnotiques ou narcotiques. Si le sommeil apparaît après leur emploi, ce n'est pas un effet dû directement au médicament lui-même, mais une conséquence, grâce à son action, de la disparition de l'hyperexcitabilité nerveuse, cause principale de l'insomnie.

La posologie est variable : chez l'adulte, on peut atteindre 10 gr. et chez l'enfant 1 gr. par année d'âge. L'utilisation doit être, de l'avis de tous les cliniciens, faite en solutions et même en solutions très étendues. Le bromure serait ainsi mieux toléré et en particulier par la muqueuse gastrique, surtout lorsque la médication doit être poursuivie longtemps.

Mais, depuis que l'intérêt du public et surtout des malades s'est éveillé pour les questions médicales, il est devenu beaucoup plus difficile de formuler le bromure, dont le nom seul fait reculer beaucoup de gens, si elle ne les fâche pas, car il est devenu pour eux, le médicament utilisé uniquement dans les asiles. La formule chimique inscrite dans l'ordonnance n'est pas toujours suffisante pour cacher le bromure à leur curiosité. Tout naturellement on a cherché la façon de le présenter d'une façon masquée : la présentation trouvée est celle du bouillon bromuré, plus connu sous le nom spécialisé de sédobrol. Le goût est identique au bouillon chloruré : il devient donc facile de cacher au malade la nature du médicament qu'il prend et même, avec la complicité de l'entourage, on peut lui laisser ignorer qu'il en prend un. De plus, le sédobrol a l'avantage de renfermer du NaBr d'une pureté chimique absolue ; ceci a une grosse importance, surtout lorsque le médicament doit être employé à des doses élevées et prolongées (G. Lyon). Ce produit, on le sait, se présente sous l'aspect de tablettes renfermant chacune exactement 1 gr. de bromure de sodium, qu'il suffit de faire dissoudre dans une tasse d'eau chaude ou même dans une assiette de potage peu salé ; nous avons fréqumement utilisé ce dernier moyen, le malade a toujours ignoré qu'il prenait un médicament. La dose moyenne, qui peut naturellement être augmentée, est de une à quatre tablettes de sédobrol dont, on le voit, les avantages sont nombreux : présentation cachée, pureté absolue, dosage exact.

Nous nous proposons donc d'étudier maintenant au cours de quelles psychonévroses, nous pourrons utiliser le NaBr : tout d'abord au cours des syndromes dépressifs. Ceci semble un paradoxe, mais nous savons que le déprimé est un asthénique qui le plus souvent ne dort pas ; la première indication est donc de traiter cette insomnie qui augmente encore l'asthénie ; lorsqu'elle sera vaincue, on s'adressera aux reconstituants : fer, arsenic, évitant la strychnine qui, dans certains cas, a un effet néfaste pouvant créer ou augmenter l'anxiété. Il faut utiliser le bromure, de préférence aux hypnotiques, car il n'est pas du tout toxique, avantage appréciable chez ces malades, dont les échanges sont ralentis et il doit toujours être utilisé en premier lieu. L'insomnie est en général vaincue avec deux ou trois grammes de bromure pris le soir, quelques heures avant le coucher, de préférence au début du repas du soir. Le sédobrol montre là ses avantages. Le déprimé ignorera le médicament qu'il prend, ou même qu'il en prend un et il n'interprétera pas à sa façon le mot de bro-

mure ; en effet, ce mot seul pourrait lui faire croire qu'il est plus malade qu'il ne l'est en réalité ou qu'on le prend comme tel ; ces idées devenues obsédantes seraient alors un réel danger, surtout s'il est anxieux, et pourrait être la base d'un raptus. Le sommeil supprimera ces longues heures de réflexions nocturnes au cours desquelles, bien souvent, le malade remue ses soucis ou son idée obsédante et complètera le changement de milieu ou l'isolement relatif qui aura été prescrit.

Nous avons avec succès utilisé le bromure chez ces malades, déprimés constitutionnels, dont le moindre souci d'affaire ou d'ordre familial provoque l'insomnie, puis de l'asthénie par conséquence directe, et parfois un certain degré d'anxiété ou de subanxiété. C'est là, en particulier, que l'aide de l'entourage est intéressante : dès qu'on voit le sujet « nerveux » insomnique, on lui donne sans qu'il s'en doute une ou deux tablettes de sédobrol, au repas du soir ; le matin il se réveille ayant bien dormi, il se sent plus calme, plus apte au travail quotidien, il examine les faits plus froidement. Ces gens-là sont nombreux, on les rencontre à chaque instant et par notre médication on leur rend de gros services ainsi qu'à leur famille que parfois, involontairement ils préoccupent ou dont il compliquent la vie.

Au cours des états d'agitation motrice et d'excitation intellectuelle, les bromures sont en premier lieu indiqués. Tout d'abord, dans l'excitation intellectuelle nocturne, au cours du sommeil, on arrive à des résultats excellents. Les cauchemars diminuent par exemple, chez les alcooliques, les réveils brusques disparaissent, l'onirisme cesse de se manifester. Personnellement, nous avons eu une observation très nette dans un cas d'onirisme professionnel post-encéphalitique qui fut d'abord influencé, puis finit à la longue par disparaître, grâce à deux tablettes de sédobrol prises au repas du soir par le malade. Le même agent thérapeutique doit être employé dans l'onirisme de la confusion mentale, où, tout en agissant, il ne vient pas augmenter les corps toxiques d'origine organique, infectieuse, qui sont le plus souvent à la base de ce syndrome. De même, les sujets délirants bénéficient de l'action de cet agent thérapeutique.

Dans l'hypomanie ou la manie aiguë, les bromures sont également un des médicaments qui constituent le fond du traitement, à des doses beaucoup plus élevées cependant. Mais ils peuvent être insuffisants ; dans ces cas d'agitation très marquée, nous ne devons pas oublier que nous possédons un autre médicament très actif, différent au point de vue chimique, et qui donne d'excellents résultats, soit comme traitement habituel, soit comme agent de contention pour un transport à l'asile du malade : c'est le somnifène en injection sous-cutanée ou intra-veineuse.

Pour le traitement de l'épilepsie, nous devons, à l'heure actuelle, diviser cette question en traitement de l'épilepsie dite essentielle et de l'épilepsie post-traumatique. Dans la première, pendant de longues années, le bromure a été considéré comme le seul traitement ; employé à haute dose, 10 gr. par jour, sous une forme unique ou de solution poly-bromurée, il était devenu le « pain quotidien » de l'épileptique, et à l'heure actuelle, on doit l'essayer toujours en premier lieu ; en cas d'échec, on utilise surtout la phényléthylmalonylurée comme traitement presque spécifique. Cependant, il ne faut pas oublier que, si ce corps diminue les crises généralisées, il n'a aucune action, ou presque, contre les équivalents psychiques. Dans certains cas même, il semblerait laisser ces derniers prendre la place des crises généralisées. Aussi n'a-t-on pas tardé à chercher à l'associer à un autre médicament. A notre avis, appuyé sur de multiples cas observés, c'est le bromure de sodium qui doit être utilisé, de préférence à tout autre. Une dose de bromure journalière de 2 à 4 grammes, en particulier sous forme de sédobrol, aux repas, diminue le nombre d'équivalents psychiques, les céphalées, l'impulsivité et renforce l'action de l'autre traitement tout en le complétant.

Dans le cas d'épilepsie post-traumatique, nous avons affaire avant tout au syndrome des commotionnés du crâne que la guerre a appris à mieux connaître et qu'on retrouve chez les traumatisés de la pratique journalière. Les crises sont le plus souvent rares et très espacées. Ce seront les céphalées, les vertiges, les éblouissements, parfois les équivalents, qui domineront la scène. Ils sont très nettement influencés par le bromure et leur intensité et leur fréquence sont très diminuées ; quant aux insomnies, aux cauchemars, le bromure pris au repas du soir à dose suffisante, deux grammes par exemple, sous forme de sédobrol, les fait disparaître.

Nous venons ainsi de très brièvement passer en revue les divers syndromes qui en psychiatrie bénéficient de l'action certaine du traitement sédatif bromuré. Ils sont nombreux et chaque affection pourrait longuement nous retenir. C'est ainsi que nous n'avons pu fixer d'une façon précise, dans chaque cas, les doses limites à employer. Du reste, elles sont essentiellement variables, selon l'état du sujet et ses réactions au médicament. C'est au praticien surtout de tâter chaque fois les susceptibilités du malade et n'est-ce pas là tout l'art de la thérapeutique ?

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'HYGIÈNE SOCIALE ET SES DISPENSAIRES

Addendum à l'article du Dr Noir sur l'O. P. H. S. et la lutte antituberculeuse dans la région parisienne : L'adhésion récente de la Société Médicale du 16e à l'Association d'H. S. antituberculeuse de l'arrondissement,

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je suis un vieil abonné de 30 ans du *Concours médical*, et jamais je n'avais encore sollicité l'hospitalité de vos colonnes pour une seule ligne de ma prose. Et je suis d'autre part. depuis plus de 9 ans 1 /2, médecin chef du dispensaire antituberculeux de la Croix-Rouge (S. S. B. M.) du 16e arrondissement affilié à l'O. P. H. S. Cette double qualité sera, j'espère, mon excuse auprès de vous même, comme auprès de vos lecteurs, si je me permets d'ajouter quelques mots à votre article du 27 juin dernier sur l'O. P. H. S. et la lutte antituberculeuse dans la région parisienne.

Je m'empresse d'abord de vous dire que j'approuve entièrement les diverses idées que vous y exprimez, lesquelles cadrent exactement avec celles que j'ai moi-même exposées à plusieurs reprises à la Croix-Rouge de notre arrondissement. Presque chaque année, dans le rapport que j'avais à lui présenter sur son dispensaire antituberculeux, je n'hésitais pas à avouer que la tâche de ce dernier serait toujours incomplète et son rôle social antituberculeux imparfaitement rempli, aussi longtemps que tous les praticiens du quartier ne lui apporteraient pas leur collaboration cordiale et agissante. Impossible sans cela de dépister intégralement tous les bacillaires et prétuberculeux. Impossible d'établir autour d'eux et en temps voulu la prophylaxie indispensable.

Pendant trop longtemps, hélas ! ma faible voix ne devait avoir que bien peu d'écho. Ainsi, l'an dernier encore, c'est à peine si une cinquantaine de praticiens du 16e (sur 500 environ) nous firent l'honneur de collaborer avec nous : Etait-ce par hostilité ? Je ne le crois pas. J'ai eu la preuve, ces temps-ci, que bon nombre de nos confrères ignoraient totalement l'existence du dispensaire du 16e et celle de l' O. P. H. S. lui-même. Et cependant, l'un et l'autre, ont presque 10 années d'existence.

Comme vous le dites avec juste raison, il serait donc temps que cette situation fâcheuse prit fin, parce que préjudiciable à tout le monde aux malades d'abord, ainsi qu'à leurs médecins, et aussi au bon fonctionnement de l'O. P. H. S. et de la lutte antituberculeuse en général.

Comment donc y mettre fin ? Un premier moyen, d'après vous, consisterait à rétablir le contact entre les Syndicats médicaux parisiens et l'O. P. H. S. Et vous êtes plus compétent que moi pour en apprécier l'utilité et en préparer les moyens. Je souhaite, pour ma part, que votre proposition soit mise le plus tôt possible à exécution, étant convaincu qu'elle pourrait faire connaître à de nombreux médecins le chemin du dispensaire, et les amènerait ainsi à coopérer utilement à la lutte antituberculeuse.

Une seconde manière de participer à celle-ci est encore à leur portée. Elle vient d'entrer tout récemment en pratique dans le 16e arrondissement avec toutes chances de succès d'ailleurs. Et je vous demande la permission de vous l'exposer le plus brièvement possible.

Comme vous le dites vous-même dans le *Concours médical*, chaque circonscription de dispensaire antituberculeux (dispensaire de l'Office ou en liaison avec lui) est ou sera dotée d'une Association d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse agréée près l'O. P. H. S., Association privée dont le but principal est de venir en aide au dispensaire, en lui procurant l'argent nécessaire pour compléter ses placements, en cas d'embouteillage des établissements de l'Office.

Or, chacune de ces Associations agréées est gérée par un Conseil d'administration, lequel comprend à la fois des membres élus par l'assemblée générale et des « membres de droit » dont le maire, les adjoints et les conseillers municipaux de l'arrondissement, et aussi, les représentants des diverses sociétés qui veulent bien être « adhérentes à l'Association antituberculeuse ». Sous ce titre, notre Association du 16e (qui a vu le jour le 8 mars dernier) recevait, dès le début, l'adhésion des trois sociétés de Croix-Rouge,

de la Mutualité maternelle, de plusieurs conférences de Saint-Vincent-de-Paul, etc. J'essayai alors de faire comprendre à la Société médicale du 16e arrondissement qu'elle devait figurer en tête de celles-ci, et qu'elle y trouverait le double avantage de pouvoir apporter ses directives à l'Association d'H. S. antituberculeuse et d'acquérir en même temps droit de regard sur le fonctionnement du dispensaire. J'ajoutais qu'il serait toujours loisible à la Société médicale du 16e de se retirer en cas de conflit.

Ma proposition fut portée à la connaissance des quelque 200 confrères faisant partie de notre Société d'arrondissement. Et j'eus la satisfaction de la voir adopter le mois dernier, à l'unanimité des membres présents.

Tant et si bien qu'à la réunion de l'Association d'H. S. antituberculeuse qui avait lieu quelques jours plus tard, on y comptait trois praticiens du quartier : le Président, le Vice-Président et le délégué de la Société médicale de l'arrondissement.

Il serait sans doute difficile d'obtenir partout ailleurs une situation équivalente. Mais j'estime néanmoins que les autres Sociétés d'arrondissement auraient tout à gagner à suivre l'exemple de celle du 16e, c'est-à-dire à entrer de suite comme « Associations adhérentes » dans les associations d'H. S. agréées déjà existantes (il leur suffit d'en faire la demande au président) et même à en provoquer la formation là où elles font encore défaut. Et je crois pouvoir affirmer, sans crainte de me tromper, que l'opinion publique qui n'a jamais compris que les praticiens se soient désintéressés jusqu'à ce jour de la lutte officielle antituberculeuse, ne resterait pas indifférente devant ce changement de tactique du corps médical organisé. Or, c'est un atout fort important et dont nous n'avons pas le droit de faire fi à l'avant-veille peut-être d'un pénible conflit avec les assurances sociales.

Veuillez agréer, M. le Rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr CASSEL,
Médecin-chef du Dispensaire antituberculeux (S. S. B. M.) du 16e arrt. et Président de l'Association d'H. S. et de préservation antituberculeuse.

JURISPRUDENCE

MAISON DE SANTÉ POUR ALIÉNÉS. VENTILATION ENTRE LES BÉNÉFICES COMMERCIAUX ET LES HONORAIRES MÉDICAUX

CONSEIL D'ETAT (Contentieux).

28 mars 1928.

(*Archives du* « Sou Médical ».)

Le médecin, propriétaire d'une maison de santé privée, pour aliénés, exerce deux professions : l'une libérale et l'autre commerciale, en hébergeant des malades, auxquels il donne ses soins.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux (Section spéciale du Cententieux, 3e sous-section), siégeant en séance publique :

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés par le sieur Arnaud, demeurant à Vanves (Seine), tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté en date du 5 décembre 1922, par lequel le Conseil de préfecture de la Seine a rejeté son opposition à la contrainte décernée par l'administration des contributions indirectes pour recouvrement de pénalités pour infraction à la législation instituant la taxe sur le chiffre d'affaires ;

. . . .

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur Arnaud est à la fois médecin chef et directeur exploitant à Vanves d'un asile privé d'aliénés, fonctionnant dans les conditions prévues par la loi du 30 juin 1838 ; qu'il a été l'objet d'une contrainte pour le recouvrement des pénalités encourues du fait qu'il n'avait pas déposé les relevés mensuels prévus par l'art. 67 ; 2o de la loi du 25 juin 1920 pour le recouvrement de la taxe sur le chiffre d'affaires, comme cotisable à l'impôt sur les bénéfices industriels, et commerciaux dès l'année 1918 ; que le Conseil de préfecture a maintenu la dite contrainte par le motif que les fournitures faites par lui constituaient des actes relevant des professions commerciales assujetties à l'impôt sur les bénéfices commerciaux, bien qu'il ne fût pas lui-même commerçant, tout en lui réservant dans ses considérants, le droit de déduire, de ses recettes dans le relevé mensuel qu'il était tenu d'établir aux termes de l'art. 67 précité de la loi du 25 juin 1920, tous ses honoraires pour soins médicaux ;

Considérant que dans les conditions où fonctionne l'établissement du sieur Arnaud, les revenus provenant de cet asile correspondent d'une part, au service médical ; et d'autre part, au service des fournitures;

qu'ainsi le sieur Arnaud exerce en réalité deux professions, une profession libérale et une profession commerciale ;

Considérant que, si pour la partie de recettes représentant les honoraires médicaux, le sieur Arnaud n'est pas imposable à la cédule des bénéfices industriels et commerciaux et ne devait pas la taxe sur le chiffre d'affaires, par contre, pour la partie afférente aux fournitures, il exerçait une profession commerciale soumise à cette cédule et était par suite redevable, par application de l'art. 59 de la loi du 25 juin 1920, de la taxe sur le chiffre d'affaires ;

Qu'il suit de là que c'est seulement en ce qui concerne ses honoraires médicaux qu'il était fondé à soutenir qu'il ne devait pas la taxe sur le chiffre d'affaires ;

Que la contrainte décernée contre lui n'étant afférente qu'aux pénalités encourues et non au montant de la taxe et l'infraction étant constante, il y a lieu, sans rechercher dans quelles proportions il aurait été redevable de la taxe sur le chiffre d'affaires eu égard à l'ensemble de ses recettes, de valider peur la totalité la dite contrainte, sous réserve toutefois de la réduction des pénalités encourues à 50 fr. en principa par application de l'art. 14 de la loi du 30 mars 1923

Décide :

Article premier : La requête susvisée du sieur Arnaud est rejetée.

Article deux : La contrainte décernée contre le sieur Arnaud est validée, sous réserve de la déduction des pénalités portées à la dite contrainte à 50 fr. en principal par application de l'art. 14 de la loi du 30 mars 1923.

Commentaires

Cette question intéresse au plus haut point le très grand nombre de confrères qui ont organisé de petites maisons de santé, ou sont intéressés dans de grandes cliniques, dans lesquelles sont soignés leurs malades.

Lorsque l'établissement a une situation juridique bien définie, nul doute n'est possible.

Ainsi, une société anonyme gère une maison de santé, dans laquelle tous les médecins peuvent faire admettre leurs malades et les y opérer, cet établissement est considéré comme ayant le caractère commercial et doit acquitter toutes les taxes et les impôts afférents à cette qualification.

Mais, au contraire, lorsqu'il s'agit d'une maison de santé de quelques lits, propriété du médecin qui y opère, quelle est la situation juridique de l'établissement ? Est-ce un établissement commercial, ou un simple prolongement de l'exercice d'une profession libérale ?

Un chirurgien veut soigner ses propres malades ailleurs qu'à l'hôpital. A ses frais et de ses deniers, il loue, ou achète un immeuble, y organise une salle d'opérations, une salle de pansements, un laboratoire, une salle de radiologie, etc.

Puis, pour ne pas envoyer à l'hôtel, ou chez eux, les malades, qu'il vient d'opérer, parce que le transport serait très préjudiciable à la santé de ces patients, il a installé quelques chambres, dans lesquelles les opérés sont transportés, au sortir de la salle d'opérations.

Souvent, le chirurgien demande un prix global d'honoraires, comprenant les frais de séjour et de soins, dans la clinique et les sommes dues pour l'opérateur et ses aides.

C'est un forfait global.

D'autres fois, il est demandé au patient un prix d'opération et de soins, plus une somme pour frais de séjour à la clinique.

Comment faire le départ pour les différents impôts ? Cette clinique doit-elle être considérée comme un établissement commercial, parce que des malades y sont hébergés ? Ou bien faut-il considérer cet établissement comme formant un prolongement de l'exercice d'une profession libérale, puisque le chirurgien se trouve dans l'obligation, pour soigner ses opérés, de les admettre dans un lit à proximité, de suite après l'opération, alors que le malade est encore sous l'influence de l'anesthésique ?

Pendant longtemps cette dernière solution fut la bonne. Mais, un arrêt de la cour de Cassation du premier novembre 1923 décida qu'en matière d'accidents du travail, une maison de santé (un sanatorium en l'espèce) devait être considéré comme un établissement commercial et, par conséquent, assujetti à la loi du 9 avril 1898, par rapport au personnel infirmier employé.

Dès lors, l'administration des finances émit la prétention de généraliser cette décision et déclara qu'à tous les points de vue, une clinique privée devait être considérée comme un établissement commercial et partant devait payer toutes les taxes afférentes au commerce.

Deux arrêtés du Conseil de préfecture de la Seine, du 5 décembre 1922 n'éclaircirent pas la situation.

L'un décida que l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû par le médecin, qui exploite une maison de santé, à raison du logement et de la nourriture qu'il fournit à ses malades.

L'autre admet que néanmoins l'impôt sur les bénéfices des professions industrielles et commerciales n'est pas dû par le même médecin, propriétaire d'une maison de santé.

Ces deux arrêtés furent déférés au Conseil d'Etat, qui, depuis bientôt six ans, n'a pas encore rendu son arrêt.

Pendant ce temps, l'administration des finances ne désarmait pas et des conflits surgissaient un peu partout.

Le syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé eut fort à faire pour défendre

et conseiller de nombreux confrères, qui se voyaient en butte aux discussions avec le fisc. Les amendes pleuvaient, pour défaut de déclaration du chiffre d'affaires et pour refus de payer l'impôt sur les bénéfices commerciaux.

Ici, certains contrôleurs refusaient de faire le départ entre les honoraires médicaux et le prix de pension.

Par exemple, dans le cas que vient de résoudre le Conseil d'Etat, par l'arrêt que nous publions ci-dessus, un malade entre dans une maison de santé pour nerveux et psychopathes. Le prix mensuel, qui est fixé, comprend non seulement les frais de nourriture et de logement, mais encore les visites journalières, ou biquotidiennes du médecin, les soins donnés par le personnel infirmier, les médicaments.

Dans certains cas, par exemple dans un sanatorium, le prix de journée comporte les frais de nourriture spéciale, de suralimentation, de diététique particulière, frais qui sont l'adjuvant du traitement médical et, en quelque sorte, devraient êtreconsidérés comme faisant partie des frais pharmaceutiques.

L'arrêt ci-dessus jette une première lumière sur ce problème : le médecin propriétaire d'une maison de santé doit faire la ventilation entre les frais proprement dits d'hospitalisation, de nourriture, de logement et d'entretien, avec les honoraires médicaux.

Les premiers sont de nature nettement commerciale, les seconds sont à caractère privé, faisant partie des bénéfices non commerciaux des professions libérales.

Mais le problème est loin d'être élucidé.

Dans certains cas, il est très facile de faire la discrimination entre la partie hôtelière et les soins médicaux ; le malade est admis dans une clinique chirurgicale ; il sait qu'il a à payer tant pour l'opération et tant par jour pour la chambre qu'il va occuper.

Le départ est donc nettement établi, entre ce qui est bénéfice des professions libérales et ce qui est purement commercial.

Mais, dans le cas de maison de santé pour nerveux, ce sera question de fait : il semble cependant que la partie hôtelière n'est que l'accessoire de l'exercice de la profession libérale : pour être utilement traité et recevoir des soins appropriés à son état, le patient doit être hospitalisé, isolé même parfois, rester à proximité de son médecin traitant, qui pourra le voir plusieurs fois par jour, si besoin en est.

Le praticien, propriétaire de la maison de santé ne retire pas de bénéfices immédiats de la partie hôtelière, mais plutôt de l'ensemble des soins qu'il donne (profession libérale).

Il faudra donc localement déterminer la ventilation des bénéfices commerciaux et des bénéfices de profession libérale.

Le même raisonnement s'adresse aux sanatoria : les établissements reçoivent des malades, qui ont besoin d'installations spéciales en vue d'un repos : d'où confort spécial et habitat particulier, spécial au traitement de leur maladie.

D'autre part, personnel infirmier plus nombreux, parce que beaucoup de patients doivent conserver le lit, ou la chaise-longue, comme adjuvant de leur cure.

Enfin il faut une nourriture spéciale, soignée, abondante, variée, pour suralimenter ces malades.

Comment établir la ventilation de ces frais d'hébergement et de nourriture, qui cependant sont des succédanés du traitement curatif ?

C'est à cette besogne que s'est attelé le syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé, en attendant que le Conseil d'Etat ait enfin rendu son arrêt, au sujet des deux arrêtés du Conseil de préfecture de la Seine, du 5 décembre 1922.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Guérir ?.. (Trenga). — La Médecine préventive (Schreiber). — Dents et Dentistes à travers l'histoire (Cabanès).

Guérir ? ... (1), de M. le Dr Trenga, pose un objectif et une question. Guérir les malades qui l'appellent, tel est, en vérité, l'objectif du praticien. Mais, dans quelle mesure intervient-il pour assurer cette guérison, c'est la question que se pose M. Trenga, et qu'il a cherché à résoudre, entre deux visites. Car il en est aussi, de cette race des praticiens ordinaires, ainsi se qualifie-t-il lui-même, qui s'efforcent de faire modestement, mais honnêtement leur devoir.

Au demeurant, plaidoyer en faveur de ces médecins ordinaires, qui n'ont d'autre titre officiel que celui que leur confère leur peau d'âne. Il est, heureusement, des clients qui « accordent » au brave médecin de leur quartier des qualités que, dans leur dédain hautain, leur refusent les augures de la médecine pour qui des docteurs... sont de simples manouvriers seulement capables de traiter, moyennant rétribution... le gros

(1) Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris.

des malades selon des principes et des méthodes sortis, tout armés, de leur olympien cerveau, à eux, les maîtres... »

Et c'est le procès de cette médecine qui, « comme toutes les choses humaines, va en se compliquant de la manière la plus inattendue, la plus vertigineuse... ». C'est le procès de cette phraséologie faite de termes « tout nouvellement fabriqués pour tenter d'exprimer des acquisitions nouvelles (et qui) cachent, sous leur apparente rigueur, sous leur figure austère et compassée, une origine, des pensées, des préoccupations littéraires, philosophiques, mystiques même qui, par leur nature même, ne s'apparentent que de très loin... à l'exactitude scientifique... »

L'art de guérir, c'est en fait la thérapeutique. Deux formules la symbolisent : *Similia similibus curantur*... C'est l'homéopathie ; *Contraria contrariis curantur*... c'est l'allopathie. Peut-être conviendrait-il d'en chercher une troisième : *Contraria similibus* ...! Qu'entend-on, en effet, par contraires. La nuit n'est pas le contraire du jour... La santé est-elle le contraire de la maladie ?

Et de philosopher finement là-dessus. Comme aussi sur les différences qui séparent la Science de la Pratique, sur les guérisseurs sans diplôme, sur l'Argot médical, sur les chirurgiens, opposés aux médecins, comme des frères ennemis, sur le problème des races.

Et l'avenir ?? La médecine de demain ?? Industrialisation des découvertes, commercialisation de la science ??

« La société, marâtre ingrate et inconsciente, ne comprenant plus le rôle du médecin, pousse, de jour en jour, le praticien à devenir un marchand de médecine à prix fixe et au rabais, en attendant d'en faire un fonctionnaire salarié, asservi à des lois stupides et étroites qui feront de la plus individualiste des sciences, du plus original des arts, un grossier monopole d'Etat. »

Prédiction sinistre... Mais en quoi diffère-t-elle tellement de celle, du même genre, que j'ai osé faire il y a déjà plusieurs années...

En attendant, retenons, de l'aimable philosophie du Dr Trenga, qu'il convient, si haut placé soit-on, dans la hiérarchie médicale, de ne pas se montrer trop présomptueux ; de savoir compter sur la Nature, la meilleure des collaboratrices, quand elle n'est pas la plus séduisante des maîtresses ; de limiter ses ambitions à exalter les forces vives qui sommeillent en tout organisme, et, pour le surplus, de ne tirer vanité des succès remportés que dans la mesure où Ambroise Paré nous a appris à le faire : « *Je le pansai*, disait-il, *Dieu le guérit*... »

***

La médecine préventive usuelle, de Georges Schreiber, nous enseigne les moyens d'empêcher l'apparition et l'extension des maladies (1). Elle « englobe toutes les mesures *positives* susceptibles de préserver, *directement*, la santé des individus », différant ainsi de l'hygiène, qui n'agit qu'indirectement, soit qu'elle montre les fautes à éviter pour empêcher la maladie, soit qu'elle dicte les mesures à prendre pour modifier le milieu, ou combattre les agents de transmission.

M. Schreiber prend l'invividu avant sa naissance, et il le suit, tout au long de sa vie, passant en revue toutes les circonstances où la prophylaxie et la prévention peuvent et doivent être mises en œuvre : chez les générateurs et le fœtus, chez le nouveau-né, chez le nourrisson, chez l'enfant. Médecine préventive des principales maladies transmissibles, aussi bien que d'affections diverses, ressortissant à la chirurgie comme à la médecine. Médecine préventive chez l'adolescent, maladies vénériennes. Médecine préventive et mariage : examen prénuptial. Médecine préventive de la vieillesse. Médecine préventive des accidents consécutifs aux opérations, aux blessures et aux morsures..., des maladies exotiques, des venins et du mal de mer.

Rien du vaste sujet qu'il traite n'a été laissé dans l'ombre par M. Schreiber, et la conclusion à laquelle il s'arrête est la nécessité de faire vraiment de la prévention par des examens sanitaires périodiques. Il cite en exemple, avec une abondante et instructive documentation, les méthodes employées en Amérique par l'*Extension life Institute*, de New York.

J'ai parcouru ce livre avec une attention soutenue, et il m'est apparu comme de ceux que le praticien a intérêt à posséder. Dans une certaine mesure, il est permis d'affirmer que l'avenir est à la *Médecine Préventive*.

***

Je veux dire enfin un mot de l'un des derniers ouvrages de Cabanès, : *Dents et dentistes à travers l'histoire*.

C'est du Cabanès, et c'est tout dire. Documentation abondante et parfaite, anecdotes amusantes, illustrations originales inspirées par de vieilles estampes, tout s'y retrouve pour le plus grand intérêt du lecteur.

Intérêt centuplé d'ailleurs, je n'hésite pas à le proclamer, par la beauté de l'édition, somptueusement réalisée par les Laboratoires Bottu. Le tirage limité est d'un luxe impressionnant, par le grain du papier, le type des caractères, les *planches illustrées*...

***

(1) Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Il serait injuste de ne pas mentionner l'effort de l'éditeur, pour mettre en valeur, au moyen d'une présentation exceptionnellement réussie, cet ultime travail du médecin-historien que fut Cabanès, et dont nous déplorons la disparition prématurée. Il avait encore tant de livres en chantier !!!

G. DUCHESNE.

L'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1929.

Vous avez été mal renseigné, mon cher confrère, et vous pouvez, dès maintenant, souscrire à l'édition 1929 de notre Agenda Memento du Praticien : elle est en préparation.

Ce n'est pas au moment où cette publication annuelle nous est réclamée de toutes parts que nous renoncerions à la faire paraître. Bien au contraire. N'est-elle pas en effet le *Vade Mecum* indispensable à celui qui, dans la pratique de son art, rencontre à chaque instant des difficultés dont il n'a pas toujours la solution présente à l'esprit : les lois et leur application, en ce qu'elles concernent la médecine ; les règlements et leur interprétation ; les tarifs, et leur maniement ?

Et je ne parle pas de tout ce que nous englobons sous la rubrique *Droit médico-professionnel*, concernant les honoraires, les soins, et surtout la responsabilité, si fréquemment évoquée dans les prétoires de justice, à l'encontre des médecins.

Donc, dans l'édition 1929 de l'Agenda Memento, vous trouverez la législation mise à jour, dans ses rapports avec la profession médicale ; les tarifs et la façon dont il convient de les comprendre et de les pratiquer ; la jurisprudence, notamment en ce qu'elle a trait aux affaires de droit commun ; les consultations si précieuses de notre ami Decourt, sur la médecine des accivents du travail et des pensionnés de guerre ; celles, non moins intéressantes, de notre conseiller fiscal M. Martinot ; celles enfin, de notre collaboratieur médico-militaire, sur les sujets de sa compétence.

Quelques rappels des techniques les plus utilisées en pratique, prendront place dans notre Agenda, ainsi que des renseignements d'ordre général, sur la valeur des monnaies étrangères, rapportées au franc, dont la stabilisation est fait ; sur les tarifs ferroviaires, etc.

Bref, toute une documentation renouvelée, et complétée par les acquisitions de l'année vous sera offerte dans *les mêmes conditions que précédemment*, et nous n'aurez qu'à remplir le Bulletin de souscription que vous trouverez dans le journal pour être assuré de recevoir ce Compendium para-médical, si nécessaire cependant à celui qui, comme vous, s'adonne à l'art médical.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

I

L'équipement du Service de Santé d'une armée.

Tel est le sujet traité le 17 juin, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, devant les membres des quatre branches de l'Ecole d'instruction du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, par M. le médecin lieutenant-colonel SCHICKELE.

Une Armée étant rassemblée, en vue d'une opération militaire, sur une certaine étendue de terrain, en largeur et en profondeur, c'est un effectif de plusieurs centaines de mille hommes — deux cent mille en moyenne, — dont il faut assurer le ravitaillement en personnel, en vivres et en matériel. Car, le temps est loin où les troupes en campagne pouvaient, dans une certaine mesure, vivre sur le pays ; dont il faut assurer également les évacuations. Incessant mouvement de va-et-vient de l'arrière à l'avant et réciproquement.

Il convient donc de tenir compte, tout d'abord, des voies d'accès de la zone occupée par l'armée : voies ferrées perpendiculaires au front, dites de pénétration ; voies parallèles au front, dites rocades ; voies normales, voies de 0,60 ; routes, rivières et canaux. On estimera également la capacité du débit de ces différentes voies, la voie ferrée unique ne pouvant donner passage qu'à dix-huit trains par jour, tandis que la voie double en laissera passer plus du triple.

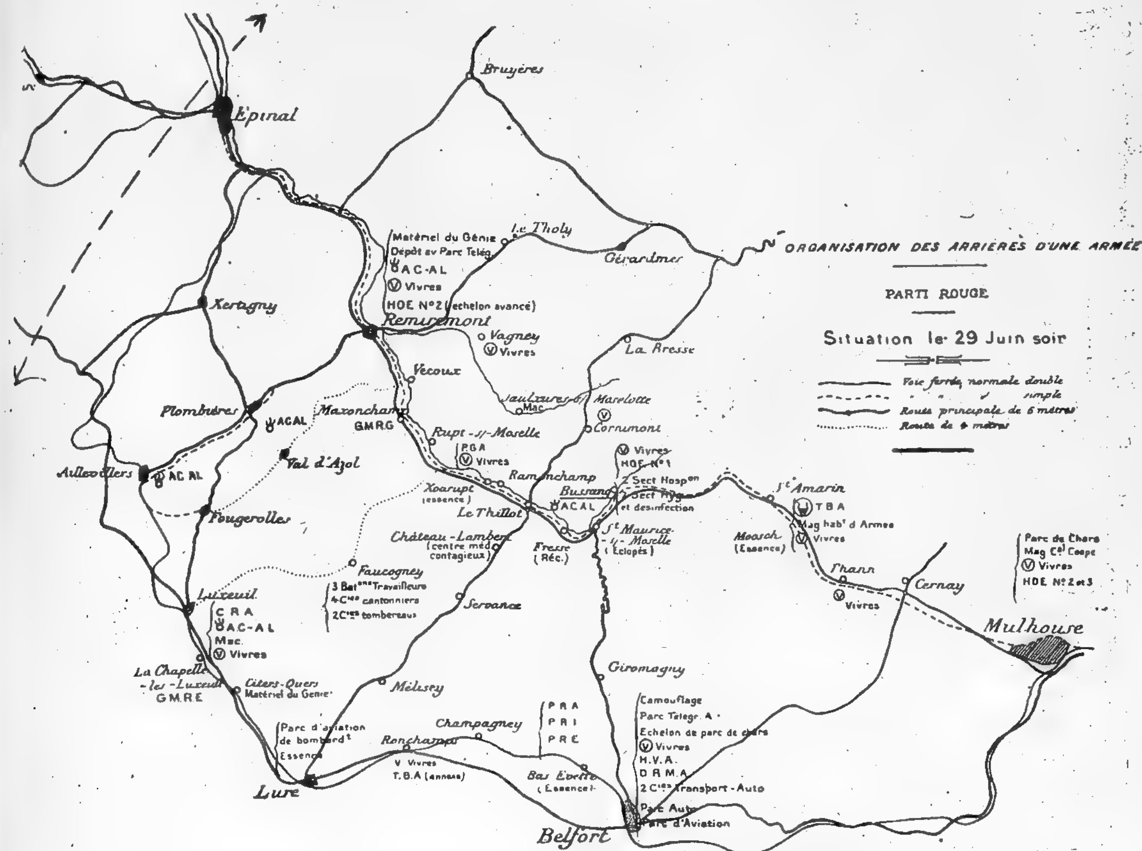
Le réseau ferré utilisable doit lui-même être équipé pour en porter l'exploitation à son maximum de rendement. Les gares, qui prennent ici le nom de chantiers, comportent des quais et

des plates-formes, soit pour 50 wagons, soit pour 25 wagons, des quais en bout et des voies de garage.

L'armée est mise en relation avec l'arrière par sa gare régulatrice : c'est par l'entremise de cette gare que se font le ravitaillement et les évacuations.

Le réseau routier, de son côté, est sous le contrôle d'une Commission régulatrice routière ; les routes se divisent en trois catégories: routes libres, routes gardées, routes policées.

Dans cet équipement des arrières d'une armée, le Service de santé doit faire face aux évacuations. Il conviendra donc que, pour sa part, il étudie les ressources dont il pourra disposer pour assurer l'établissement et le fonctionnement de ses diverses formations. Cette étude sera subordonnée à la situation tactique de l'armée, suivant qu'elle est en stationnement, en position défensive ou en position offensive.



Un thème tactique étant donné, le D^r Schickelé expose les raisons qui guideront le Directeur du Service de santé de l'armée, dans les propositions d'équipement sanitaire qu'il fera au Commandement : installation d'un H. O. E. primaire à Bussang, d'une antenne poussée jusqu'à Remiremont et fournie par l'H. O. E. N° 2, en réserve à Mulhouse.

Il montre que Luxeuil, malgré sa proximité du front, pourrait recevoir également un échelon d'H. O. E. Enfin, il suggère qu'il serait intéressant de recourir, pour certaines évacuations, à l'aviation sanitaire.

M. Schickelé est un conférencier de grand talent. Il possède à fond les sujets qu'il traite, et il sait les rendre familiers à ses auditeurs dont il tient l'attention en haleine permanente. Les bravos qu'il recueillit lui prouvèrent à quel point il avait intéressé l'assistance.

M. le général NIESSEL, membre du Conseil supérieur de la guerre, qui écoutait cette conférence, ajouta quelques mots, pour commenter, à la faveur de ses souvenirs, vécus durant la guerre, le rôle du Service de santé. Les officiers de ce service sont des techniciens auxquels rien n'est à apprendre de leur métier, sauf son adaptation et sa subordination aux nécessités militaires. Leur rôle principal, dans une guerre d'usure, doit tendre à récupérer les effectifs décimés par le feu, les gaz et les maladies. C'est le grand principe qui doit dominer son fonctionnement.

G. DUCHESNE.

***

II

Promotions dans les Réserves

Par décret du 14 juin 1928, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du service de santé :

Au grade de médecin colonel.

Les médecins lieutenants-colonels ci-après désignés :

M. Leniez (Alcide-Marie-Joseph), du gouvernement militaire de Paris.

M. Petges (Georges-Marie-Gabriel-Arnaud), du 18e corps d'armée.

M. de Lauwereyns de Roosendaele (Emile-Charles-Auguste), du 1er corps d'armée.

M. Gross (Georges-Victor-Frédéric), du 20e corps d'armée.

Au grade de médecin lieutenant-colonel.

Les médecins commandants :

M. Verdeau (François-Marius), du 13e corps d'armée.

M. Tellier (Georges-Henri), du 3e corps d'armée.

M. Rist (Edouard, du gouvernement militaire de Paris.

M. Lemaire (Gaston-Félix-Prosper), du 19e corps d'armée.

M. Robineau (Edouard-Maurice), du gouvernement militaire de Paris.

M. Destouches (Louis-Henri), du 10e corps d'armée

M. Lajoanio (Maffre-Pierre-Joseph-Siméon), du 16e corps d'armée.

M. Musin (Edmond-Eloi-Marie-Joseph), du 2e corps d'armée.

M. Armbruster (Louis-Raymond), du 8e corps d'armée.

M. Ermenge (Emile-Ferdinand), du gouvernement militaire de Paris.

Au grade de médecin commandant.

Les médecins capitaines :

M. Tinel (Julien-Marie-Joseph), du gouvernement militaire de Paris.

M. Richard (Louis-Marie-Noël), du 15e corps d'armée.

M. Cazal, (Gaston-Jean-Joseph-Adrien), du 17e corps d'armée.

M. de Brisson de Laroche (Marie-Joseph-Alaire-René), du 13e corps d'armée.

M. Stepinski-Vessière (François-Arthur-Joseph), nu gouvernement militaire de Paris.

M. Legros (Félix-Louis), du 3e corps d'armée.

M. Judet de La Combe (Georges-Elie), du 12e corps d'armée.

M. Saint-Hilaire (Marie-Augustin-André), du 12e corps d'armée.

M. Lalande (Philippe-Henri-Marie), des troupes du Maroc.

M. Wapler (Emile-Philippe), du 8e corps d'armée.

M. Meinard (Firmin-Victor-Charles-Eugène), du 19e corps d'armée.

M. Sourdin (Albert-Louis-Yves-Marie), du 10e corps d'armée.

M. Treille (Roger-Alcide-Georges), du 19e corps d'armée.

M. Champy (Paul-Emile-Christian), du gouvernement militaire de Paris.

M. Aton (Jacob-Edmond), du gouvernement militaire de Paris.

M. Aubriot (Paul-Emile-Emmanuel), du 20e corps d'armée.

M. Audouard (Gabriel), du 13e corps d'armée.

M. Schmitt (Charles-François), du 6e corps d'armée.

M. Martin dit Sisteron (Maurice-Joseph), du 12e corps d'armée.

M. Lamare (Charles-Auguste-Joseph), du 2e corps d'armée.

M. Bernard (Paul-Jean), du gouvernement militaire de Paris.

M. Dumora (Pierre-Marie-Joseph-Henri), du 18e corps d'armée.

M. Loubat (Guillaume-Etienne), du 18e corps d'armée.

M. Welsch (René-Marcel), du 4e corps d'armée.

M. Gares (Guillaume-Jean), du 17e corps d'armée.

M. Lejeune (Félix-Auguste), du 1er corps d'armée.

M. Giroux (Léon-Auguste), du gouvernement militaire de Paris.

M. Lombart (Pierre-Auguste), du 19e corps d'armée.

Au grade de médecin capitaine.

Les médecins lieutenants :

M. Pin (Fernand-Albert-Victor), du 9e corps d'armée.

M. Foare (Joseph-Félix-Auguste), du 9e corps d'armée.

M. Lavaud (Georges-Marie-Ernest), du 9e corps d'armée.

M. Hovelacque (André-Edouard-Emile), du gouvernement militaire de Paris.

M. Jouffraut (André), du 9e corps d'armée.

M. Jobard (Nicolas-Pierre), du 8e corps d'armée.

M. Guinemand (Léandre-Edmond-Maurice), du 11e 11e corps d'armée.

M. Muzac (Henri-Louis-Léopold), du 12e corps d'armée

M. Rougier (Alexandre-Gabriel-Joseph), du 12e corps d'armée.

M. Jund (Léon-Paul-Louis), du 12e corps d'armée.

(1) *Journal Officiel*, 28 juin 1928.

M. Dupuy (Maxime-Albert-Martin), du 17e corps d'armée.
M. Codron (Maurice-Marie-Joseph), du 12e corps d'armée.
M. Ducasse (Auguste-Joseph-Honoré), du 17e corps d'armée.
M. Clos (Gustave-Charles-Camille), des troupes du Maroc.
M. Fournier (Albert-Armand), du 12e corps d'armée.
M. Vauzelles (Edouard-Pierre-Paul), du 12e corps d'armée.
M. Beyly (Pierre-Marc), du 12e corps d'armée.
M. Remy (André-Jean-Nicolas), du 20e corps d'armée.
M. Daubas (Georges), du 18e corps d'armée.
M. Laget (Pierre-Joseph), du 16e corps d'armée.
M. Calazel (Georges-Jean), du 17e corps d'armée.
M. Wallet (André-Pierre-Pol), du 5e corps d'armée.
M. Colombier (Georges-Martin-Alexandre-Léon), du 18e corps d'armée.
M. Robert (Charles-Emile), du gouvernement militaire de Paris.
M. Lataillade (Jean-Edouard-Aristide), du 20e corps d'armée.
M. Sigwalt (Jean-Paul), du 6e corps d'armée.
M. Bousseau (Georges-René-Louis-Auguste), du 11e corps d'armée.
M. Catrice (Paul-Léon-Sabin-Joseph), du 1er corps d'armée.
M. Strauss (Léon), dû 20e corps d'armée.
M. Licourt (Georges-Pau)l, du 6e corps d'armée.
M. Duclos (Joseph-Jacques-François), dû 3e corps d'armée.
M. Cassard (Stéphane-Marie), du 11e corps d'armée
M. Leblanc (Marie-Marcel), du 3e corps d'armée.
M. Pasquier (Albert-Hippolyte-Marie-Victor), du 11e corps d'armée.
M. Gauthereau (Raoul-Dominique), du 8e corps d'armée.
M. Gendreau (Gabriel-Benjamin-Fernand-Marie), du 11e corps d'armée.
M. Bourrouillou (Pierre-Marie-Joseph-Jullien), du 3e corps d'armée.
M. Labeau (Marie-Louis-Roger), du 18e corps d'armée.
M. Leveque (Albert), du 1er corps d'armée.
M. Vinson (Léon-Jean-Emmanuel-Marc), du 17e corps d'armée.
M. Girard (Edouard-Félix-Maurice), du 15e corps d'armée.
M. Béguet (Maurice-Eugène), du 19e corps d'armée
M. Grunberg (Matous), du 20e corps d'armée.
M. Grumberg (Vladimir), du 20e corps d'armée.
M. Daniel (Charles-Paul-Marie), du 4e corps d'armée.
M. Phelippot (Jean-Edouard), du 18e corps d'armée.
M. Belveze (Jean-Marie-Pierre), du 17e corps d'armée.
M. Rimey (Marius-Charles-Marcel), du 7e corps d'armée.
M. Roux (Edmond-Auguste), du 15e corps d'armée
M. Tixier (Marie-Félix), du gouvernement militaire de Paris.
M. Schaechter (Iliazard-Israël), du 6e corps d'armée.
M. Landau (Joseph-Baruch), du gouvernement militaire de Paris.
M. Versepuech (Emmanuel-Henri-Félix), du gouvernement militaire de Paris.
M. Funck (Joseph-Charles), du gouvernement militaire de Paris.
M. Routhier (Armand-Edouard-Jean), du gouvernement militaire de Paris.
M. Lebosse (Jean), du gouvernement militaire de Paris.
M. Molly (Marie-Joseph), du 7e corps d'armée.
M. Khayatt (Rachid), du gouvernement militaire de Paris.
M. Riquez (Albert-Alexandre Dominique), du gouvernement militaire de Paris.
M. Fichot (Sébastien-Etienne), du gouvernement militaire de Paris.
M. Néel (Philippe-Albert-Marcel), du gouvernement militaire de Paris.
M. Cohen (Moïse-Maurice), du gouvernement militaire de Paris.
M. Duclaud (Numa), du gouvernement militaire de Paris.
M. Peyronnet (Joseph-Moïse), du 12e corps d'armée.
M. Guichou (Jean-Bernard), du 17e corps d'armée.
M. Thouart (Gustave), du 12e corps d'armée.
M. Gincin (Emile), du gouvernement militaire de Paris.
M. Vernier (Paul-Louis), du 20e corps d'armée.
M. Mollet (Alexandre), du gouvernement militaire de Paris.
M. Saussol (Jean-Marcel-Henri), du 19e corps d'armée.
M. Fronty (Louis), du gouvernement militaire de Paris.
M. Magnier (Louis-François-Joseph), du gouvernement militaire de Paris.
M. Poey-Noguès (Jean-Gustave), du 18e corps d'armée.
M. Amselle (Gaston), du 6e corps d'armée.
M. Battesti (François,) du 15e corps d'armée.
M. Koppler (Emile-Jean), du 20e corps d'armée.
M. Guillaume (Maurice), du 7e corps d'armée.
M. Escarras (Alfred-Charles-Marie-Casimir), du 15o corps d'armée.
M. Bonnet (Eugène-Adrien-Paul), du 13e corps d'armée.
M. Garach (Pierre-Marie-Ludovic), du 3e corps d'armée.
M. Platon (Louis-Frédéric-Odilon), du 8e corps d'armée.

M. Brunet (Charles-Jules-Clément), du 6e corps d'armée.

M. Fournier (Pierre-Emile-Maurice), du 12e corps d'armée.

M. Martin (Jean-Baptiste-Xavier-Paul), du 13e corps d'armée.

M. Deflinne (Maurice), du 1er corps d'armée.

M. Michel (Ludovic-Elie-Amédée), du 13e corps d'armée.

M. Bonnet (Georges-Edmond), du 13e corps d'armée.

M. Sauveplane (Henri-Marie-Ferdinand), du 13e corps d'armée.

M. Laurent (Charles-Victor-Marie-Michel), du 13e corps d'armée.

M. Greffier (Théodore), du 14e corps d'armée.

M. Mickanievwski (Witold-André), des troupes du groupe de l'Indochine.

M. Briquet (Camille-Victor-Joseph), du 3e corps d'armée.

M. Lebœuf (Marcel-Louis-Maurice), du 5e corps d'armée.

M. Vignolles (Louis-Marc), du 16e corps d'armée.

M. Germain (Pierre-Raoul), du 18e corps d'armée.

M. Lapillonne (Paul-Joseph-Nicolas-Louis), du 8e corps d'armée.

M. Pons-Leychard (Alexandre-Adrien), du 19e corps d'armée.

M. Wittwer de Froutiguen (Ppilippe-Henri-Marie-Joseph-Louis), du 16e corps d'armée.

M. Gallerand (Marius-Gabriel), du 15e corps d'armée.

Au grade de pharmacien colonel.

M. le pharmacien lieutenant-colonel Rothéa (François-Jean-Baptiste-Ernest), du gouvernement militaire de Paris.

Au grade de pharmacien lieutenant-colonel.

M. le pharmacien commandant Coutière (François-Louis-Henri), du gouvernement militaire de Paris.

Au grade de pharmacien commandant.

Les pharmaciens capitaines :

M. Hue (Joseph-Edouard), du 11e corps 'darmée.

M. Parroche (André-Pierre), du 18e corps d'armée.

M. Girel (Marie-Georges-Félix), du 14e corps d'armée.

M. Loosdregt (Marcel-Joseph-Emmanuel-Emile), du 16e corps d'armée.

Au grade de pharmacien capitaine.

Les pharmaciens lieutenants :

M. Fournier (Henri-Charles-François), du gouvernement militaire de Paris.

M. Royer (Henri-Léon), du 6e corps d'armée.

M. Gin (Aymard-Georges-Gaëtan), du 12e corps d'armée.

M. Laurent (Charles-François-Eugène), du 18e corps d'armée.

M. Buisson (Jean-Charles-Edouard), du 14e corps d'armée.

M. Blondois (Charles-Léon-Gérard), du 1er corps d'armée.

M. Bonvoisin (René-Jules-Antoine), du 11e corps d'armée.

M. Muller (Charles-Louis-Constant), du 20e corps d'armée.

M. Boulois (Georges-Arthur), du 1er corps d'armée.

M. Girardot (Raymond-Jules), du 8e corps d'armée.

M. Terrancle (Jacques-Marie-Joseph), du 17e corps d'armée.

M. Lenoir (Henri-Charles-Aristide), du gouvernement militaire de Paris.

M. Leroy (Jullien-Adolphe), du 2e corps d'armée.

M. Moneyron (Louis), du 13e corps d'armée.

M. Coquet (René-Camille-Lucien), du gouvernement militaire de Paris.

M. Luquet (Alexandre-Louis-Charles), du gouvernement militaire de Paris.

M. Poitau (Paul-Ernest-Joseph), du 1er corps d'armée.

M. Mansat (Jean-Louis-Félix), du gouvernement militaire de Paris.

Au grade de commandant d'administration.

Les capitaines d'administration :

M. Collomb (Christophe), du 14e corps d'armée.

M. Donzelot (Paul-Emile-Séraphin), du 7e corps d'armée.

M. Margail (Saturnin-Pierre-Joseph), du 16e corps d'armée.

M. Jolyet (Georges-Henri-Lucien), du gouvernement militaire de Paris.

M. Fabre (Jean-Antoine-Pierre-Etienne), du 13e corps d'armée.

M. Mayeux (Eugène-Henri), du gouvernement militaire de Paris.

Au grade de capitaine d'administration.

Les lieutenants d'administration :

M. Schreyer (Paul), du gouvernement militaire de Paris.

M. Vézien (Louis-Joseph-Désiré), du 4e corps d'armée.

M. Détharé (Jean-Marie), du 5e corps d'armée.

M. Lantourne (Jean-Georges), du 18e corps d'armée.

M. Morand (Adolphe-Fernand), du 1er corps d'armée.

M. Lavandier (Edouard), des trouves du Maroc.

M. Alloncle (Albert-Louis-Gaston) du 9e corps d'armée.

M. Jactat (Robert-Louis-Léon), du 6e corps d'armée.

M. Clément (Benoit-François), du gouvernement militaire de Paris.

M. Filippi (Jean-François-Alexandre), du 15e corps d'armée.

M. Giscard (René-Théodore-Charles), du 13e corps d'armée.

M. Conan (Joseph-Marie), du 16e corps d'armée.

M. Chabuosson (Marie-Julien), du 20e corps d'armée.

M. Dunan (Joseph-André-Roger), du 18e corps d'armée.

M. Coquard (Stéphane-Louis-Joannès-Pétrus), du 14e corps d'armée.

A mon grand ami Louis-Henri DESTOUCHES promu lieutenant-colonel, j'adresse mes affecteuuses félicitations. Ceux qui connaissent ses états de lservice, et sa belle et valeureuse conduite pendant la première bataille de la Marne, ne seront pas surpris d'un avancement brillant dont tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il s'est fait attendre !

G. DUCHESNE.

SOU MÉDICAL

Exrtait analytiques des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Juin 1928.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8.359 DAURIAC, 39, rue Boudet, Bordeaux, Syndicat des médecins bordelais.
8.360 LAURENTI, 6, avenue Bétrix, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
8.361 BRANCHE, Saint-Etienne (Loire), Syndicat de Saint-Etienne.
8.362 METRAL, Les Mées (Basses-Alpes), Syndicat des Basses-Alpes.
8.363 FAYOL, 6, quai d'Occident, Lyon. Syndicat du Rhône.
8.364 CAVARO, Avignon (Vaucluse), Syndicat d'Avignon
8.365 CAVAILLES, Charenton (Seine), Syndicat de la Seine
8.366 CASTANG, Montereau (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
8.367 PECKER (André), 4, rue du Rocher, Paris. Parrains : Drs Pecker père et Médioni.
8.368 LAQUERRIÈRE, 60, rue de Rome, Paris, Syndicat de la Seine.
8369 CARTOUZOU, Djidjelli (Constantine), Syndicat de Constantine.
8.370 LASSERRE, La Teste-de-Buch (Gironde), Syndicat suburbain de Bordeaux.
8.371 MONESTIER, Pau (Basses-Pyrénées), Société médicale de Pau.
8.372 BRAUSCH, Algrange (Moselle), Syndicat de Thionville.
8.373 LEGENDRE, Alger (Alger), Syndicat d'Alger.
8.374 MEROT, Hirson (Aisne), Syndicat de la Thiérache.
8.375 BALLAN, Gornac (Gironde), Syndicat du Réolais.
8.376 LE FAUCHEUR, Béja (Tunisie), Syndicat français de Tunisie.
8.377 LIVINEC, Guingamp (Côtes-du-Nord), Syndicat des Stomatologistes.
8.378 MICHON, La Roche-sur-Yon (Vendée), Syndicat de la Vendée.
8.379 LEROY, Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), Syndicat de Boulogne.
8.380 THOBOIS, Saint-Ouen (Seine), Syndicat de la Seine.
8.381 PICARD, Arles (Bouches-du-Rhône), Syndicat d'Arles.
8.382 DODIER, Hirson (Aisne), Syndicat de la Thiérache.
8.383 HUGUET, Saint-Quentin (Aisne), Syndicat de la Thiérache.
8.384 SOBELMAN, Le Nouvion (Aisne), Syndicat de la Thiérache.
8.385 COUREAU, Buironfosse (Aisne), Syndicat de la Thiérache.
8.386 JOSSO, Aubenton (Aisne), Syndicat de la Thiérache.
8.387 CUPERMAN, Fourmies (Nord), Fédération du Nord.
8.388 BREGER, 24, rue de Dunkerque, Paris, Syndicat de Paris.
8.389 VALLERY, Hôpital de l'Antiquaille, Lyon. Parrains : Drs Sargnon et Bertèmes.
8.390 JAMIN, Creully (Calvados). Parrains : Drs Tourmente et Quiquemelle.
8.391 JOUSSEMET, La Roche-sur-Yon (Vendée), Syndicat de la Vendée.
8.392 BERTRAND, Ecole Française de Stomatologie Paris.
8.393 CALIFE, Ecole française de stomatologie, Paris.
8.394 DELAVAUD, Ecole française de stomatologie, Paris.
8.395 DUHOURCAU, Ecole françiise de stomatologie, Paris.
8.396 GENCEL, Ecole française de stomatologie, Paris
8.397 GRINSTAIN, Ecole française de stomatologie Paris.
8.398 KRITCHEVSKY, Ecole française de stomatologie, Paris.
8.399 Mlle LEBOIS-JOURDAN, Ecole française de stomatologie, Paris.
8.400 LOWINSKI, Ecole française de stomatologie, Paris.
8.401 NICOLESCO, Ecole française de stomatologie Paris.
8.402 TOUNAISSEN, Ecole française de stomatologie, Paris.
8.403 LE VOYER, Saint-Briac (Ille-et-Vilaine), Fédération Nationale médicale.
8.404 CAMUS, Villeneuve-la-Guyard (Yonne), Syndicat de Sens.
8.405 PICARD, Goderville (Seine-Inférieure), Parrains : Drs Delanoë et Deschamps.
8.406 BRAU-TAPIE, Pau (Basses-Pyrénées), Syndicat du Béarn).
8.407 BOUCHET, Bessèges (Gard), Syndicat d'Alès.
8.408 VIDY, Luc-en-Diois (Drôme), Syndicat de la Vallée de la Drôme.
8.409 JACQUEMART, Lorris (Loiret), Syndicat de Montargis.
8.410 MARCANT, Looberghe (Nord), Syndicat de Dunkerque.

Diffamation.

Le Dr B. (Seine) a fait condamner à nouveau sa diffamatrice, en appel, à 4 mois de prison, 100 fr. d'amende et 1.000 fr. de dommages intérêts.

Il fait abandon au « Sou » des dommages intérêts, mais demande le remboursement des mille francs d'honoraires versés à son avocat pour ses plaidoiries en correctionnelle et en appel.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme et remercie le Dr B.

Baux et locations.

Le Dr G. (Seine) a perdu le procès en réduction du prix de son loyer, dans lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé, à la suite de la production par le propriétaire d'un engagement de location du locataire de 1914, que le Dr G. ignorait et qui portait un prix supérieur à celui qui avait été indiqué par l'enregistrement.

La bonne foi du Dr G. étant hors de doute, le Conseil ordonnance le remboursement des 563,20 de frais et honoraires qu'il a payés à son avoué.

A la suite de l'envoi de cette somme, le Dr G. a fait don au « Sou » de 60 fr., ce dont le Conseil le remercie.

Le Dr D. (Seine) est cité en référé, à fin d'expulsion, par son propriétaire, malgré le pourvoi en cassation formé contre le jugement qui lui a refusé la prorogation pour son appartement professionnel.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour se défendre.

Le Dr B. (Charente-Inférieure) est l'objet, de la part de son propriétaire, d'une demande de reprise de son appartement professionnel.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande.

Exercice illégal.

Le Syndicat de Seine-et-Marne a fait condamner un masseur, pour exercice illégal de la médecine, à 2.000 fr. d'amende et 500 fr. de dommages-intérêts.

Le Conseil ordonnance le payement de la moitié des frais et honoraires dus dans cette affaire, la moitié des membres du Syndicat faisant partie du « Sou », soit 149,50, et du coût de la copie du jugement, soit 12,50, ensemble 162 francs.

Responsabilité professionnelle.

Le Conseil ordonnance le payement de la somme de 300 francs, montant du trimestre échu le 16 juin, de la rente que le Dr C. (Eure) a été condamné à payer à un client qui l'a assigné en responsabilité.

Le Dr D. (Eure-et-Loir) est assigné en 7.000 fr. pour remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques, 3.000 fr. pour réparation du préjudice moral et 3.000 fr. de rente viagère, par une cliente qui lui reproche d'être cause qu'elle est atteinte d'une infirmité.

Le Conseil l'admet, dans les conditions statutaires, à la garantie de la Caisse spéciale.

Fiscalité.

Le Dr B. (Seine-et-Oise), qui a obtenu, l'année dernière, l'appui pécuniaire pour former une réclamation, par l'intermédiaire de M. Martinot, contre l'imposition à la patente sur une valeur locative trop élevée attribuée à la maison dont il est propriétaire, obtient à nouveau l'appui pour former, dans les mêmes conditions, une demande semblable pour sa patente de 1928, établie sur les mêmes bases.

Accidents du travail.

Le Dr C. (Hérault) se voit refuser, sur une note accidents du travail, le payement d'une indemnité kilométrique, la Compagnie prétendant compter la distance par une route non carrossable.

Le Conseil, conformément à l'avis de M. le Dr Decourt, accorde en principe l'appui pécuniaire au Dr C., pour le cas où une démarche amiable qui serait tentée près de la Compagnie ne donnerait pas de résultat.

Le Dr R. (Maine-et-Loire) ayant soigné, dans une clinique privée, un blessé du travail admis d'urgence, se voit opposer le « tout compris », bien que le pharmacien ait été payé, après condamnation du patron par le juge de paix.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr R. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

L'expert désigné par le Tribunal, en appel du jugement de justice de paix, dans l'affaire du Dr M. (Bouches-du-Rhône) pour donner son avis sur un accident du travail contesté, est prêt à déposer son rapport, dès que ses honoraires, qu'il fixe à 600 fr. lui auront été versés.

Le Conseil, craignant que l'adversaire, s'il est condamné aux dépens, ne demande la taxe et ne fasse réduire les honoraires de l'expert, dont le complément resterait alors à la charge du « Sou », décide de verser une provision de 400 fr. et d'expliquer à l'expert, par lettre, les motifs qui ont dicté sa décision.

Honoraires de droit commun.

Le Dr D. (Gironde) a obtenu la condamnation par défaut de clients réclacitrants à lui payer 5.500 fr. d'honoraires.

Il a versé, aux avoués, pour honoraires, 300 fr. sur lesquels il déclare abandonner 100 fr. à la caisse du « Sou ». Le Conseil l'en remercie et ordonne le payement des 200 fr. de surplus.

Le Dr P. (Sarthe), ayant fait condamner un automobiliste à payer les honoraires dus pour soins donnés à sa victime, a versé, pour frais et honoraires

d'huissier, 74,40, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Isère) dont une note d'honoraires de 2.000 fr. a été réduite à 1.000 fr. demande l'appui pour interjeter appel du jugement rendu par le juge de paix.

Conformément à l'avis de Me Priou, le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé et ordonnance le versement d'une provision de 200 fr. à l'avoué.

Les docteurs D. (Pas-de-Calais), F. (Indre-et-Loire), G. (Loire), et P. (Meurthe-et-Moselle) ayant donné des soins à des victimes d'accidents d'automobile, ne peuvent obtenir le payement de leurs honoraires, bien qu'ils aient été mis en œuvre par les automobilistes, auteurs des accidents.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr C. (Haute-Garonne), ayant fait accepter par un client une traite en payement d'honoraires, n'a pu s'en faire payer le montant.

Le Conseil estime que, puisque le prix demandé a été accepté, il ne s'agit plus d'une question médicale, mais d'un simple recouvrement d'honoraires, ne donnant pas lieu à l'appui pécuniaire.

Le Dr F. (Isère) a soigné chez sa belle-mère et appelé par elle, un gendre, nouvellement marié, par lequel il ne peut se faire payer, car il est insolvable.

L'appui pécuniaire lui est donné pour poursuivre la belle-mère, qui l'a mis en œuvre.

Le Dr D. (Marne) a eu une note d'honoraires de 1.500 fr. réduite à 1.000 fr. par le juge de paix. Bien que le jugement soit faiblement motivé, Me Priou est d'avis que l'appel aurait peu de chances de succès, étant donné surtout que le juge a alloué une somme supérieure à celle offerte par le client, qui était de 750 fr.

En conséquence, le Conseil décide qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'appui pécuniaire pour interjeter appel.

Le Dr C. (Aube) a été payé amiablement des honoraires qui lui étaient dus par la succession d'une cliente dont les héritiers contestaient leur qualité.

Les frais et honoraires de Me Audebert dans cette affaire, qui s'élèvent à 50 fr., sont ordonnancés par le Conseil.

Le Dr B. (Côtes-du-Nord) a été payé amiablement des 204 fr. d'honoraires que lui devait une cliente qu'il avait soignée pendant la saison balnéaire.

Le Conseil approuve le règlement fait par Me Audebert, qui a déduit de la somme touchée 34 fr. pour ses frais et honoraires. Les honoraires du D B lui seront envoyés intégralement.

Le Dr T. (Saône-et-Loire), ayant demandé 1.000 fr. d'honoraires pour un accouchement difficile, son client lui en offre 600.

Le Conseil, estimant que les honoraires demandés sont loin d'être exagérés, accorde l'appui pécuniaire au Dr T. pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr T. (Alpes-Maritimes), ayant opéré une jeune fille de famille suisse aisée et demandé 4.000 fr. d'honoraires, se voit offrir moitié de cette somme par la famille, qui est retournée en Suisse, où il sera obligé de la poursuivre.

Le Conseil lui accorde, à cet effet, l'appui pécuniaire.

Le Dr D. (Gironde), ayant accouché une jeune fille, à la demande de ses parents, se voit offrir, dix mois après, le payement de ses honoraires par l'assistance médicale gratuite.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre les parents de la jeune fille, dont l'admission à l'assistance est tardive.

Le Dr V. (Seine-et-Oise), ayant opéré de la cataracte une personne âgée et demandé 1.500 fr. d'honoraires, somme que le Syndicat des oculistes estime être au-dessous du tarif normal, ne peut obtenir le payement de ses honoraires ni par sa cliente, ni par ses enfants, auxquels elle a fait abandon de ses biens.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre la cliente et ses enfants.

Divers.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr D. (Marne) de la somme de 721,45, montant des frais qu'il a payés, en première instance, dans l'affaire de défense à demande en garantie de remboursement de prêt effectué en vue d'une cession de clientèle, pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été donné, en première instance, puis en appel.

L'appui pécuniaire est accordé, dans la proportion du nombre de leurs membres qui font partie du « Sou », à deux Syndicats, pour porter plainte contre des pharmaciens qui exercent illégalement la médecine.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Nécrologie. — M. le Dr Gérard, de Ballée (Mayenne). — M. le Dr Enriquez, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Degos, de Paris.

— V. E. M. de médecins belges en Auvergne et à Vichy. — A la suite de leur visite aux Stations thermales d'Auvergne, Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, St-Nectaire, Châtel-Guyon, où ils ont été partout chaudement accueillis, un groupe de médecins Belges, conduit par les professeur Delcourt et Cohen, de Bruxelles, est venu visiter Vichy les 22 et 23 juin. Ils ont pu, malgré leur court séjour, se rendre compte de la beauté et de l'efficacité des installations de la Grande Station Thermale Française.

Après la visite des sources mondialement connues et du magnifique Etablissement Thermal, ils ont assisté à une représentation très réussie de *Rigoletto*.

Le lendemain samedi, ils ont suivi avec un vif intérêt les épreuves de dressage du Championnat du Cheval d'Armes qui se dispute depuis l'an dernier à Vichy et y réunit d'élite de la cavalerie française. Le Colonel Baron du Teil, président de la Société Hippique Française et le Baron de Neuflize, Président du Concours Hippique de Vichy, leur ont fait visiter les belles installations du Concours Hippique.

Un sympathiqe déjeuner d'adieu offert par la Compagnie fermière de Vichy à l'Hôtel Carlton rassembla les visiteurs ainsi que leurs confrères belges actuellement en cure à Vichy. Au champagne, des toasts chaleureux furent portés célébrant l'union si fraternelle de la Belgique et de la France. Le professeur Delcourt, dans une improvisation éloquente, sut trouver les termes les meilleurs pour vanter les avantages et les bienfaits des Stations thermales françaises.

— Congrès français de chirurgie. — Le 37e Congrès de chirurgie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 8 au 13 octobre 1928, sous la présidence de M. A. Gosset, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *La rachi-anesthésie. Etat actuel de la question.* Rapporteurs : MM. le professeur Forgue (de Montpellier) et Basset (de Paris).

2° *Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.* Rapporteurs : MM. Delore (de Lyon) et Okinczyc (de Paris).

3° *Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques.* Rapporteurs : MM. Maisonnet (armée) et Petit-Dutaillis (de Paris).

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au Secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris, VIe.

— L'agrégation de médecine. — Le Ministère de l'Instruction publique communique la note suivante :

« Le régime de l'agrégation des Facultés de médecine ayant suscité des critiques assez vives, le Comité consultatif de l'enseignement supérieur public a été saisi de la question.

« Dans sa dernière réunion, ce Conseil, se prononçant pour le retour au système du concours, a demandé qu'il fût sursis à toute session d'épreuves de l'examen actuel jusqu'à ce qu'un nouveau règlement ait été élaboré. Le ministre de l'Instruction publique a adopté ces conclusions : le Conseil supérieur de l'Instruction publique sera donc saisi, dans sa prochaine session, d'un projet d'arrêté supprimant les épreuves qui devaient avoir lieu pour le premier degré en décembre 1928, et pour le deuxième degré, au printemps de 1929. »

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *De Paris aux stations thermales et climatiques de la Savoie et du Dauphiné.* — Du 20 au 15 septembre, le rapide qui quitte Paris à 11 h. 15 pour Genève et Chambéry, comporte des Pullmann de 1re classe et des voitures de 1re et 2e classes pour Evian ; il arrive à Evian, à 22 h. 10.

En sens inverse, départ d'Evian à 11 h. 30. Arrivée à Paris à 22 h. 28.

Du 19 juin au 29 septembre, un nouveau rapide de nuit avec places de lits-salons, de couchettes et de 1re et 2e classes est mis en circulation entre Paris et Saint-Gervais (Chamonix) d'une part, Paris et Evian, d'autre part. Ce train comporte un wagon-lit pour Evian et un wagon-restaurant entre Annecy et Saint-Gervais.

Aller :		
Paris	dép.	20 h. 05
Evian	arr.	8 h. 13
Annecy	arr.	6 h. 38
Sallanches-Combloux	arr.	9 h. 21
Saint-Gervais	arr.	9 h. 35
Chamonix	arr.	11 h. 04
Retour :		
Chamonix	dép.	18 h. 05
Saint-Gervais	dép.	19 h. 40
Sallanches-Combloux	dép.	19 h. 51
Annecy	dép.	22 h. 32
Evian	dép.	22 h. 15
Paris	arr.	9 h. 15

De Sallanches-Combloux, un service automobile conduit au Grand Hôtel P. L. M. de Combloux (1.000 m. d'altitude) ou vice versa.

Du 15 juin au 6 octobre, le rapide de nuit, qui part de Paris à 22 h. pour Genève, comporte une voiture pour Divonne-les-Bains avec places de lits-salons, de 1re et 2e classes, arrivée à Divonne 9 h. 05.

En sens inverse, départ de Divonne-les-Bains 20 h. 17. Arrivée à Paris 7 h. 10.

Du 14 juin au 5 octobre, le rapide de nuit Paris-Grenoble avec lits-salons couchettes, 1re, 2e et 3e classes a sa marche accélérée. Son départ de Paris est reporté de 19 h. 55 à 21 h. et l'heure d'arrivée à Grenoble reste la même (7 h. 05).

En sens inverse, départ de Grenoble 22 h. arrivée à Paris 8 h. 55.

Le Directeur-Gérant : **Dr A. GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

En particulier, pour l'odontiatrie, le stage est de deux années, (une fois le doctorat en médecine obtenu.)

D'ailleurs, un décret-loi du 16 octobre 1924 force quiconque veut exercer l'odontiatrie et la prothèse dentaire à subir les examens pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Les étudiants sont tous obligés à passer une épreuve d'odontiatrie et de prothèse dentaire, même s'ils ne veulent pratiquer que la médecine générale.

Ainsi, le gouvernement italien a-t-il estimé que les soins à donner, pour les maladies de la bouche et des dents, nécessitaient des connaissances générales dans l'art de guérir, sanctionnées par le doctorat en médecine et que, réciproquement, ces affections ne doivent plus être ignorées des médecins praticiens.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

2358. — Plaies multiples. Article 14 ou 17 ?

J'ai eu à soigner ces jours derniers une femme accidentée au cours de son travail, en tombant sur une tinette. Elle s'est fait : 1° une plaie linéaire au niveau de la joue droite de 3 cm. 1/2 ; 2° une plaie déchiquetée de 5 cm. environ à l'avant-bras droit.

J'ai suturé ces deux plaies, l'une avec trois, l'autre avec quatre points.

Dois-je compter 25 fr. pour chaque plaie, soit 50 fr. ?

D'autre part, pour les pansements consécutifs, dois-je réclamer 24 fr. ou 15 fr. ?

Je vous serais obligé de m'en aviser afin que je puisse établir ma note d'honoraires sur vos conseils.

Dr M.

Réponse.

Vous avez à compter : 25 + 25 = 50 francs pour le premier jour et 12 + 12 = 24 francs pour les pansements consécutifs, attendu que la question relève de l'article 14 (blessures multiples) et non de l'article 17 (plaies multiples sur un *même* segment de membre), puisqu'il s'agit de la joue et de l'avant-bras.

Dr Fernand DECOURT.

2320. — a) 1re visite ; b) visite de contrôle.

a) Je donne mes soins, le 15 mai, à un accidenté du travail muni d'un bulletin d'avis d'accident parfaitement en règle, atteint d'œdème inflammatoire du dos de la main consécutif à une piqûre que le blessé ne peut préciser.

Je lui donne des soins, sans arrêt de travail. Il remet à l'assurance ma note se montant à 34 fr. ; l'assurance me répond que cette blessure est consécutive à une piqûre d'insecte, et qu'en conséquence elle ne peut se charger de l'accident.

En admettant que ce soit la véritable origine de la blessure, n'est-ce point un accident du travail, si cette piqûre est survenue pendant le travail ? D'autre part, s'il n'y a pas là un véritable accident, la première consultation et le certificat initial ne me sont-ils pas dûs, puisque j'ai entre les mains un bulletin d'avis d'accident parfaitement en règle, où est mentionnée la date de l'accident ?

b) Le même médecin d'assurance voit chez moi, en même temps, deux blessés convoqués par lui, mais appartenant à deux assurances différentes ; pour cette dernière raison, dois-je augmenter des 50 % le prix des deux consultations ou le prix d'une seule ?

Dr P.

Réponse.

1° La première consultation et le certificat initial vous sont dûs par le signataire du bulletin d'avis, qui vous demande précisément votre avis sur l'accident qui est considéré par lui comme tel, puisqu'il en donne la date. En cas de non accident, vous avez à vous adresser, pour les visites consécutives, à celui qui fut bénéficiaire de vos soins.

2° En cas de visites de contrôle, le prix est celui d'une visite majorée de 50 % (article 3 *a*) et cela par visite, quel que soit le nombre des visites effectuées.

Dr Fernand Decourt.

2331. — Le régime spécial pour les « régions libérées » n'existe plus.

La Cie d'assurances X. vient de rectifier une de mes notes d'honoraires. J'avais compté une indemnité kilométrique (il s'agit d'un accident du travail) sur la base de 1 fr. 80 par kil. parcouru. Elle m'écrit que, d'après l'arrêté du 16 décembre 1926, art. 2, il n'est dû 1 fr. 80 par km. que dans les pays de montagne et qu'il n'est pas fait mention de prix spéciaux dans les régions libérées. En conséquence, le prix à appliquer à C. serait de 1 fr. 50.

Jusqu'à ce jour, j'avais compté toujours 1 fr. 80 et aucune autre Cie d'assurance n'avait élevé de protestation. Que faut-il penser de cette lettre ? Quels sont les tarifs officiellement en vigueur ?

Dr G.

Réponse.

La Compagnie est dans son droit. Le prix de 1 fr. 80 (comme indemnité de déplacement au kilomètre parcouru) n'existe que pour les visites en pays de montagne et non plus également (depuis plus de deux ans) pour les régions libérées,

ce qui n'était que transitoire à la suite de la guerre. C'est donc, dans toute la France, dans les pays de plaine, le tarif kilométrique de 1 fr. 50 « tant à l'aller qu'au retour », soit 3 francs par kilomètre de distance.

Dr Fernand DECOURT.

2347. — Consultations entre confrères et visites de nuit répétées x + y fois.

J'ai recours à votre obligeance pour m'aider dans l'établissement d'un relevé d'honoraires pour soins à un blessé ayant fait du tétanos et guéri.

J'ai été appelé auprès du malade par le médecin traitant qui n'a pas voulu, seul, assumer la responsabilité du traitement et nous avons fait de concert, à heures fixes, 2 visites de jour (9 h. et 15 h.), et une visite de nuit (21 h.), pendant 3 semaines. Les interventions ont consisté à chaque visite en une injection intraveineuse (20 cmc.), une injection intra-musculaire (10 cmc.), et une injection sous-cutanée (20 cmc.)

Ne sachant pas encore si la blessure sera imputée à un accident du travail ou non, je vous serai très obligé de me faire savoir si les deux confrères peuvent pour chacun d'eux, appliquer le tarif suivant :

Cas d'un accident du travail :

Visite de jour	12 fr.
à heure fixe (50 %)	6 »
3 km. déplacement (aller et retour) 1,50	4 50
	22 50

En plus de la visite :

1 injection de sérum (intraveineuse)	13 fr.
» » (intramusculaire)	8 »
» » (sous-cutanée)	8 »
A répartir entre les deux confrères	29 fr.

Visite de nuit (21 h. à 22 h.).

Visite	36 fr.
à heure fixe	18 »
3 km. à 1,50	4 50
	58 50

En plus de la visite :

1 injection intraveineuse	13 fr.
» intramusculaire	8 »
» sous-cutanée	8 »
A répartir entre les deux confrères	29 fr.

A noter que l'examen du malade et les 3 injections demandaient environ une heure de temps à chaque visite.

Cas d'un accident de droit commun.

Dans le cas ou l'accident rentrerait dans le droit commun peut-on majorer le prix des visites et interventions de 25 % ?

Dr T.

Réponse.

a) Il n'y a pas de tarification spéciale pour une « visite à heure fixe ».

b) Si vous comptez une intervention quelconque, comme ici vos injections intraveineuses,

---

vous ne pouvez compter en même temps la visite, ce serait le *cumul* interdit, par l'article 13.

c) L'injection intraveineuse est tarifée 20 fr. (et non 13) ; les injections intramusculaires et sous-cutanées sont *comprises* dans le prix de la visite (article 17).

Conclusion : Comptez : consultation de nuit = 5 visites (j'ai déjà expliqué pourquoi en détail dans l'Agenda du *Concours*), soit 12 × 5 = 60 fr., tout compris.

Nota. — Je ne pense pas un seul instant que l'on accepte de vous payer une visite de nuit toutes les vingt-quatre heures, car il y avait moyen de faire vos injections trois fois par jour sans vous relever la nuit dans ce but. De plus, une « consultation entre confrères » chaque jour pendant trois semaines ! ! ! ! ! ..... Là encore, je crains un refus motivé par la Compagnie.

En cas de « *droit commun* », il ne s'agit plus de tarif, faites suivant les habitudes de la région et le tarif syndical.

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

2076. — Fourniture des verres par un oculiste.

Tous les jours je prescris des verres, à ma consultation, et mécontent de la façon dont étaient exécutées mes ordonnances, chez les bijoutiers ou autres marchands et acquiesçant, d'autre part, au désir de ma clientèle, j'ai décidé de fournir moi-même les articles de lunetterie à mes clients, suivant ainsi l'exemple de certains de mes confrères des villes voisines.

Peut-être, avec la remise octroyée par certains fabricants, ou le léger gain que je compte prendre sur chaque article, ferai-je un bénéfice annuel de deux, trois ou quatre mille francs.

Je voudrais savoir dans quelles conditions je me trouve vis-à-vis du fisc.

Ma patente de docteur en médecine me permet-elle de fournir les lunettes aux clients qui me les demandent ? Peut-on considérer ceci comme prothèse ?

Dois-je simplement, dans le détail de mon exposé de ma déclaration pour l'impôt sur le revenu, mettre ce bénéfice qui comptera avec le total de mon revenu professionnel ?

Ou vais-je être considéré comme commerçant ? et me fera-t-on prendre une nouvelle patente ?

Dr B.

Réponse.

Nous estimons que, dans les conditions prévues par votre lettre, la fourniture des verres ne peut être considérée comme constituant l'exercice d'une profession commerciale donnant lieu à l'imposition d'une patente autre que celle de mé-

decin. Les bénéfices tirés de cette fourniture seront évidemment compris dans vos bénéfices professionnels.

A. M.

2131. — Patente en cas de changement de domicile.

1° Dans le cas où je voudrais quitter mon poste au mois d'avril prochain, dois-je payer ma patente pour toute l'année 1929, ou seulement pour la fraction pendant laquelle j'aurai exercé ?

2° Doit-on prévenir le contrôleur des contributions et à quelle date pour obtenir de ne payer la patente que pour une fraction de l'année ?

Dr C.

Réponse.

La patente, établie d'après les faits existant au 1er janvier de l'année de l'imposition, reste dûe pour l'année entière. Mais, si vous allez exercer dans une autre commune, la patente dûe dans cette deuxième résidence pour le nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'année est établie sous déduction de la fraction correspondante de celle établie dans l'ancienne résidence.

A. M.

2135. — La patente est basée sur la valeur locative réelle.

Je viens de cesser, au moins momentanément, l'exercice de la médecine ; j'ai un pied-à-terre en garni à A., où je n'exerce pas du tout. J'ai cédé mon mobilier à mon gendre, médecin à B., chez qui j'habiterai une partie du temps.

Je désirerais prendre une patente de médecin à B, pour diverses raisons, mais je voudrais éviter autant, que possible, des impositions concernant la patente et la cote personnelle-mobilière ou du moins, les réduire au minimum. Que me conseillez-vous ? Faut-il déclarer, par exemple, un loyer de cent francs dans la maison de mon gendre et où cela me mène-t-il ? Voyez-vous d'autres combinaisons ?

Dr N.

Réponse.

Si vous exercez la médecine à B..., vous y serez imposé à la patente d'après la valeur locative réelle des locaux qui seront à votre disposition et non pas d'après un chiffre fixé par vous-même.

Si vous n'habitez pas à B..., mais à A..., vous payerez également patente d'après la valeur locative de votre habitation dans cette dernière ville.

A. M.

2190. — Base de la contribution foncière. Taux de la patente.

1° La base des propriétés bâties a-t-elle été aug-

mentée cette année ? Exemple, ma maison était imposée (impôt foncier) l'an dernier sur 1820 (après augmentation légale des 2/3, je crois, l'année précédente). Cette année, on m'impose sur 2120. Est-ce régulier ?

2° Je suis dans une ville de moins de 15.000 habitant.

Ma maison est imposée au 1/15e de sa valeur locative comme patente et mon garage, cette année seulement, est imposé non plus au 1/15e, mais au 1/10e ? Est-ce régulier ?

A noter que j'arrive à payer pour un garage 225 fr. de patente + 85 fr. d'impôt foncier. C'est très joli.

Dr L.

Réponse.

1° La base de la contribution foncière de 1927 doit être la même que celle de 1926, sauf en cas de construction nouvelle, ce qui paraît être le cas en raison de votre garage.

2° Le taux du 10e n'est jamais applicable aux médecins, c'est au plus celui du 12e et, en tout cas, il devrait être appliqué aussi bien sur la valeur locative de votre maison que sur celle du garage. Veuillez nous communiquer vos avertissements.

A. M.

Questions médico-militaires.

1691. — Admission d'un militaire malade dans un hôpital marin.

Un jeune homme ayant contracté au régiment, en 1926, une adénite cervicale avec volumineuse péri-adénite et plusieurs fistules, et réformé avec 40 % de pension, peut-il demander, avec espoir d'obtenir satisfaction, à se faire admettre dans un hôpital militaire marin pour héliothérapie? Dans l'affirmative quelle est la marche à suivre ?

Dr C.

Réponse.

« Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades seront admis, à leur choix, dans les salles militaires ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort » (article 64 de la loi du 31 mars 1919).

Cette hospitalisation est donc un droit pour votre malade, dès qu'il est inscrit sur la liste des bénéficiaires de l'article 64.

Les hôpitaux militaires marins sont : l'hôpital Pasteur, à Nice, les hôpitaux complémentaires 43 et auxiliaire 109 à Berck-Plage, l'hôpital maritime St-Mandrier à Toulon.

Adresser une demande au Ministre de la guerre (7e Direction), 66, rue de Bellechasse, Paris 7e, avec : 1° un bulletin de visite extrait du carnet de soins gratuits (article 64) et sur

lequel le médecin : *a*) certifie que l'hospitalisation est nécessaire ; *b*) spécifie la nature de l'infection ; *c*) désigne l'établissement choisi ; 2° une copie, certifiée conforme par le maire, de la notification ministérielle de la pension concédée pour l'infirmité en cause.

1686. — Augmentation des taux d'infirmité inférieure 10 %.

Un soldat est réformé en 1920 pour bronchite chronique et emphysème, et il lui est alloué une incapacité (pension) de 30 % à titre définitif.

Son état s'étant aggravé, il passe devant une commission de réforme en 1926 et il est pensionné à 60 % à titre temporaire, J'ai supposé que ceci voulait dire

30 % définitif
30 % temporaire } 60 % temporaire.

Or, il vient de recevoir une lettre lui annonçant que son incapacité étant inférieure à 10 %, il ne toucherait plus rien.

Est-ce légal ? si oui que veut dire le terme « définitif » ?

Dr G.

Réponse.

Cet ex-militaire était titulaire d'une pension définitive de 30 %. Il pensait vraisemblablement que la maladie invoquée comme aggravation pouvait être rattachée à l'affection initiale. En ce cas, il aurait reçu (d'après le taux que vous indiquez) une pension temporaire de 60 % pour deux ans (avec élément *définitif* de 30 %, auquel on ne peut toucher).

Or, il est probable que le Ministre a rejeté la nouvelle infirmité comme non imputable au service, et qu'il a jugé l'aggravation de la première infirmité comme inférieure à 10 %, c'est-à-dire ne donnant pas droit à une augmentation de pension ; on lui a donc notifié un rejet pour *aggravation n'atteignant pas le taux de* 10 %, chose nécessaire pour qu'une pension définitive soit augmentée au titre de l'article 68 de la loi du 31 mars 1919, mais la pension définitive de 30 % est intangible.

Voilà ce que nous croyons pouvoir déduire des renseignements que vous nous donnez.

1899. Infirmité inférieure à 10 %. Pas de droit à pension

Membre du *Concours*, j'ai l'honneur de vous demander quelques renseignements me permettant de répondre à un de mes clients.

Engagé volontaire en 1911. Le 26 septembre 1914, il eut la 3e phalange de l'index droit sectionné entièrement par une plaque tournante de bifurcation de porte sac d'escarbilles. Opération à bord avec résection de la tête de la 2e phalange.

L'origine de cette blessure est notée sur son livret de solde.

Cet homme exerce actuellement une profession où il est gêné, pour certains travaux, par le manque de cette phalange.

A-t-il droit à une pension ? Quelles sont les formalités à remplir pour la demander ?

Dr D.

Réponse.

La perte de la troisième phalange de l'index droit ne donne droit qu'à un taux d'invalidité de 5 %, ce qui n'entraîne l'octroi d'aucune pension, le degré d'invalidité étant inférieur à 10 %.

Votre client peut cependant faire reconnaître l'origine au service de sa blessure, en demandant, par pli recommandé, une visite et une expertise médicales au Directeur du Service de santé de sa région.

2071. — Périodes d'instruction obligatoires.

Je suis médecin-major de 2e classe depuis 1919 et je reçois aujourd'hui de mon directeur du Service de santé une note me demandant à quelle date et pour combien de jours (25 ou 15) je désire être convoqué pour une période d'instruction qui, ajoute cette note, « est obligatoire et imposée par la loi aux officiers remplissant les conditions d'ancienneté pour la proposition au grade supérieur ».

Dois-je entendre que je puis demander à être dispensé de cette période si, comme c'est le cas, je n'aspire pas à un quatrième galon ? ou cette période est-elle obligatoire pour tous les officiers remplissant les conditions d'ancienneté requises, qu'ils désirent ou non être proposés pour le grade supérieur ?

Dr P.

Réponse.

Cette période est obligatoire pour conquérir un grade supérieur ; si vous ne désirez pas concourir pour ce grade, déclarez-le à votre Directeur, en disant que vous ne tenez à faire que les périodes de réserve qui sont imposées à tout officier dans les conditions fixées par l'article 49 de la loi du 1er avril 1923. Vous serez dès lors plus libre pour essayer de vous faire ajourner à un an ou deux ans, en cas de convocation.

Accidents.

2330. — Honoraires pour contre-visite d'un accidenté du travail.

L'agent de la P. de ma localité vient, au nom de sa Compagnie d'assurances, me prier d'établir un rapport, après examen, sur un malade soigné par mon confrère et atteint d'ostéomyélite chronique du tibia consécutive à un accident du travail qui a eu lieu le 19 mars 1927.

Je me suis transporté auprès du malade et ai fait un rapport détaillé sur les lésions du tibia en cause, sur la valeur fonctionnelle de la jambe et sur l'état général du blessé.

Que dois-je demander comme honoraires ?

Dr G.

Réponse.

Comme il ne s'agit pas de soins donnés à un blessé du travail, mais d'un examen fait pour le compte d'une compagnie d'assurances, vous n'avez aucun tarif spécial à appliquer et vous pouvez demander les honoraires que vous paraissent justifier le temps passé et les difficultés techniques de votre mission. C'est là une question de droit commun, à débattre entre vous et l'assurance.

En pratique, il est d'usage de demander, pour une contre-visite de ce genre, de 50 à 60 francs, y compris la rédaction du rapport, en comptant en plus les frais de déplacement, s'il y a lieu.

Baux et locations.

2286. — Le garage professionnel bénéficie de la prorogation et est imposable à la patente.

Un récent arrêt de la Commission supérieure de Cassation des loyers (2 avril 1928) vient de décider que les garages ne sont ni des locaux d'habitation ni des locaux à usage professionnel et qu'en conséquence les propriétaires peuvent louer ces dits locaux au prix qui leur convient.

Nous n'avons qu'à nous incliner devant cette décision.

Mais *quid* pour les contributions directes ? Les contrôleurs vont-ils continuer à nous imposer pour la patente sur nos garages ? Va-t-on continuer à Paris à nous imposer à la taxe sur les locaux d'habitation ou à usage professionnel concernant les dits garages.

Je serais bien heureux de connaître l'opinion de votre conseiller fiscal sur cette question d'ordre très général, comme vous pouvez en juger.

Dr F.

Réponse.

L'arrêt de la Commission supérieure de Cassation du 2 avril 1928, qui a été publié notamment dans le *Dalloz hebdomadaire* et dans la *Gazette du Palais*, avait été remarqué par nous et nous avons signalé aux rédactions de ces publications juridiques que deux arrêts de la même Commission supérieure, des 30 juin et 21 juillet 1927, avaient, au contraire, admis le caractère professionnel du garage de la voiture professionnelle d'un médecin. Nous avons envoyé en même temps le numéro du *Concours médical* qui a publié ces deux arrêts, obtenus par le « Sou Médical » (numéro du 18 septembre 1927).

Nous ne pensons donc pas qu'il faille s'incliner devant la décision du 2 avril, mais qu'au contraire, il y a lieu de continuer à soutenir que le garage professionnel d'un médecin bénéficie des prorogations professionnelles et notamment de celle instituée par la loi du 1er avril 1926.

Au point de vue fiscal, M. Martinot, notre Conseil, à qui nous avons transmis votre lettre, est d'avis que l'exigibilité de la patente sur le garage professionnel du médecin ne fait aucun doute lorsqu'il s'agit d'un garage particulier dont le locataire possède la clef et dont il dispose exclusivement.

Le fisc va même plus loin et deux médecins de Paris ont été imposés à la patente sur la place qu'occupe leur voiture dans un garage public, où ils ne disposent pas d'un local particulier, mais où leur automobile occupe tantôt une place, tantôt une autre. Comme ces deux médecins sont membres du « Sou Médical », l'appui pécuniaire leur a été donné, pour réclamer contre cette imposition, que M. Martinot, qui soutient leur demande, considère comme illégale. Mais le Conseil de Préfecture de la Seine est long à rendre ses décisions et ces affaires, qui remontent à plus d'une année, ne sont pas encore jugées.

J. D.

Médecine légale.

2248. — Honoraires pour un examen de cadavre.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir par le prochain *Concours médical* quel est le tarif actuel accordé par la Préfecture de police, pour un examen de cadavre et rapport médico-légal, dans la banlieue de Paris.

Dr R.

Réponse.

En vertu du décret du 22 décembre 1927, qui a modifié le décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, il est dû à un expert, dans une localité autre que Paris, pour une visite judiciaire, la somme de 25 francs, y compris la rédaction et le dépôt du rapport et, s'il y a lieu, la prestation de serment.

Si vous n'avez eu qu'à examiner le cadavre, sans pratiquer d'autopsie, c'est 25 francs que vous pouvez demander. Si vous avez eu à faire l'autopsie, il vous est dû 120 francs, si elle a eu lieu avant inhumation, et 220 francs, si elle a eu lieu après exhumation ou sur un cadavre en état de décomposition avancée.

Lorsqu'il s'agit du cadavre d'un nouveau-né, ces prix sont respectivement de 60 et de 110 francs.

ANTHOLOGIE

Les deux triomphes.

L'ombre des nuits, le bleu des jours
Gardent la vision de la pompeuse escorte :
Il reste des reflets dans tous les carrefours,
Il reste des frissons autour de chaque porte.
Rome, Rome a subi l'étreinte du Soleil.
Apportant son rut sous la tente,
La chair de l'Orient vermeil
Donne à la Ville palpitante
Le plus voluptueux réveil.
Dans le Palais et dans les bouges,
On voit haleter le désir,
Et tous les couples y sont rouges
De plaisir....
Malgré la gaîté de la fête,
La débauche salit les rires du moment :
Rome n'est qu'une mare où le ciel se reflète,
Et que l'on sent croupir sous l'éblouissement.
Sur cette pourriture immonde,
Comme le lis sur le fumier,
Christ sera la splendeur du monde :
Le dernier sera le premier.
Pour cortège il aura le plus simple cortège :
Dans des robes de lin
Aussi blanc que leur âme, aussi blanc que la neige,
Les chrétiens sortiront enfin
De l'angoisse des catacombes,
Et ces morts sortis de ces tombes
Seront les seuls vivants demain.

In domo Domini.

Porte céleste de ces murs,
Auréole qui les pénètre :
Le miracle du divin Maître
N'excède que les chemins sûrs.

Exquis deux cœurs à se complaire
Destinés ! mais élus encor
Par le religieux accord
De leur parallèle exemplaire !

Diamants de l'éternité
Dans la créature fragile :
Paroles d'amour, évangile !
Acte de foi, félicité !

(*Les Poèmes* de Charles Guéret, Tome I-5).

Cinquantième année N° 30 22 Juillet 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Du vernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Boulx
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.
Barbazan. Fournier.
Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry. Contal.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.
Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)
Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.
Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet. Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.
Néris. Ducros. Jossand.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.
Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.
Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Saint-Raphaël. Léon Clement (*chir.*).
Saint-Sauveur. Sabail.
Santenay-les-Bains. Boudeille.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.
Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr MICHEL, de Damvillers, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 339. — Doct. recomm. infirmière pour clinique chirurg. Paris ou province. Ecr. Madame Ledilly, 69, rue de Calais, à Beauvais.

No 340. — Poste méd. à céder en octobre prochain, sans indemnité, conviendr. à jeune méd. désirant vivre à la campagne. S'adr. Dr Coupat, St-Martin-d'Estréaux (Loire).

No 341. — Cond. int. 6 CV Renault grand luxe, comme neuve, 17.500 compt. Dr Martinet, 16, rue du Petit-Musc, Paris.

No 342. — A céder après décès lot instruments médecine courante et app. rayons X Gaiffe petit mod. sans table, le tout en très bon état. S'ad. Mme Renaudet, Villa Beau-Soleil, à Ste-Maxime-sur-Mer (Var).

No 343. — Veuve de confr. pourrait diriger intérieur chez docteur-pro-pharm. de préfér. seul.

No 344. — Normandie, proxim. bord mer, anc. poste, rapp. 80.000, petit rayon, joli chalet, 9 p. jardin. A céder 20.000 dont moitié compt. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 345. — Nord-Ouest, 150 kil. Paris près gr. ligne, client. agglom., seul médec. 90.000 touchés, méd. ch. de fer. Loyer 1.000, mais. 7 p. et dépend. Indemn. 18.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 346. — Paris. Quartier bien et agréab., très anc. client. méd. générale, rapp. 40.000 en appartem. d'angle, 4 p., loyer 2.200. Indemn. à débat. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 347. — Coutainville (Manche) : à louer pour août et septembre, maisonnette bien située, à une minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fénoux, Paris (15e).

No 348. — Vve de méd. masseuse diplômée cherche occup. professionnelles, clinique de préférence. Pressé.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — MM. Bérard, de Lyon, et Girard, de Toulon, sont élus associés nationaux.

— **Hôpital Saint-Antoine.** Clinique médicale (professeur F. Bezançon). — Du 1er juillet au 15 octobre 1928, MM. les docteurs Jacquelin, médecin des hôpitaux, Weismann-Netter, Pollet, Celice et Cayla, chefs de clinique, feront tous les jours, à 11 h., des présentations de malades.

— **Groupe médical parlementaire.** — Le groupe médical parlementaire de la Chambre des Députés est ainsi constitué : MM. Gardiol, président ; Dézarnaulds et Legros, vice-présidents ; Gadaud, secrétaire général ; Mercier, secrétaire administratif ; Amal, Basset, Bonnefout (Louis), Briquet, Camboulives, Cauzole, Chassaing, Debeve, Even, Fays, Fié, Fraissex, Gouzon, Gout, Grinda, Jouffrault, Lecacheux, Marcombes, Maselanis, Molinié, Mourer, Neyret, Nicollet, Oberkirch, Pacaud, Péchin, Perfetti, Pfleger, Poillot, Queuille, Régis, Ricklin, de Rocca Serra, Roumagoux, Roy, Sevestre.

— **Croisière de l'Association de la Presse médicale française.** (Méditerranée-Océan). — Le paquebot *Brazza* partira de Marseille, le 20 août 1928, pour Barcelone, Palma de Majorque, Alger, Tanger, Lisbonne et Bordeaux. Excursions accompagnées dans tous les ports d'escale.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Compagnie des Chargeurs Réunis, 3, boulevard Malesherbes, Paris.

Prix spéciaux pour les médecins : 1re classe 3.650 francs au lieu de 6.150 fr. ; 2e classe 3.150 fr, au lieu de 4.200 fr. ; 3e classe 2.550 fr., toutes excursions comprises.

— **Hôpitaux de Lille.** — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Lille s'ouvrira le 2 novembre.

— **La Bauche-les-Bains (Savoie).** — Le Directeur médical de la Station hydrominérale de La Bauche-les-Bains (Savoie) nous prie d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le fait que les tuberculeux ne doivent pas être envoyés à La Bauche-les-Bains.

Aucun foyer de contagion tuberculeux n'ayant jamais existé dans la station, le Directeur médical s'opposerait rigoureusement au séjour de tout sujet porteur de lésions.

Les médecins peuvent donc, en toute confiance, recommander la station aux parents soucieux de la santé de leurs enfants, mais ils doivent la déconseiller aux tuberculeux, à quelque degré que ce soit, pour leur éviter les ennuis, les dépenses et les fatigues d'un voyage inutile.

Les précautions les plus minutieuses sont prises pour que La Bauche-les-Bains reste ainsi la station favorite idéale des enfants.

(*Communiqué.*)

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 juillet

Académie de Médecine.

Par décret en date du 28 juin 1928, est approuvée l'élection faite par l'Académie de Médecine de M. Radais, pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante dans la section de pharmacie par suite du décès de M. Guignard.

Avis de Concours-Rectificatif.

Avis de concours pour 2 emplois de professeur suppléant et 1 emploi de chef des travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Rectificatif au *Journal officiel* du 15 juin 1928 : 1° Page 6609, 2e colonne, 4e ligne en commençant par le bas, au lieu de : « Un concours s'ouvrira le mercredi 18 décembre 1928 », lire : « Un concours s'ouvrira le mardi 18 décembre 1928 » ; 3e colonne, 4e ligne, au lieu de : « Un concours s'ouvrira le vendredi 20 décembre 1928 », lire : « Un concours s'ouvrira le jeudi 20 décembre 1928. »

4 juillet

Avis de Concours-Rectificatif.

Avis de concours pour 2 emplois de professeur suppléant et 1 emploi de chef des travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Rectificatif au *Journal officiel* du 3 juillet 1928 : page 7407, 1re ligne en commençant par le bas, au lieu de : « s'ouvrira le jeudi 29 décembre 1928 », lire : « s'ouvrira le jeudi 20 décembre 1928. »

6 juillet

Vacance d'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène.

Avis de vacance d'emploi d'inspecteur départemental de l'hygiène et de la santé publiques.

L'emploi d'inspecteur départemental de l'hygiène et de la santé publiques dans le Nord est vacant.

Le traitement attaché à la fonction est fixé à 30.000 fr. et peut atteindre 40.000 fr., par échelons successifs de 2.500 fr.

Les retenues réglementaires pour le service de la caisse des retraites sont opérées sur le traitement.

Les frais de tournées sont fixés à 5.000 fr.

Le nouveau titulaire de l'emploi sera désigné après un concours à deux degrés.

1° Concours sur titres qui sera éliminatoire ;

2° Concours sur épreuves entre les candidats choisis après le premier concours sur titres.

Les candidats doivent être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante ans au plus. Toutefois, cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils et militaires ouvrant des droits à une pension de retraite.

Le programme des épreuves sera adressé sur demande.

Les inscriptions en vue de ce concours seront reçues à la préfecture du Nord, avant le 1er octobre 1928, délai de rigueur.

Les candidats produiront :

1° Demande sur papier timbré ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Certificat de services militaires ;

5° Casier judiciaire ;

6° Engagement, dans le cas où ils seraient nommés à l'emploi mis au concours, de se consacrer exclusivement à la fonction, de s'abstenir de toute clientèle et de rester au service du département du Nord, pendant six ans au moins, sous peine, en cas de départ anticipé, de verser à la caisse départementale des retraites une somme de deux mille francs ;

7° Un certificat médical, délivré par un médecin assermenté, attestant qu'ils sont valides et peuvent remplir, en toute activité, les devoirs de leur charge ;

8° Note faisant connaître leurs titres scientifiques, l'état de leurs services et toutes pièces justificatives à ce sujet.

7 juillet

Avis de Concours.

Avis de concours pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Un concours s'ouvrira le lundi 29 octobre 1928 devant la faculté de pharmacie de l'Université de Paris pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Seuls, les deux candidats inscrits à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour le concours du 15 octobre 1927, annulé par arrêté du 9 décembre 1927, pourront prendre part à ce concours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Le recteur de l'Académie de Paris, et le recteur de l'Académie de Poitiers sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire.

Travail et hygiène

Frais de garde-malade en matière d'accidents du travail.

534. — M. Bergey, député, demande à M. le Ministre du travail : 1° si un blessé du travail, qui refuse de se faire transporter à l'hôpital et qui demande à être soigné chez lui, a droit à l'assistance d'un garde-malade, lorsqu'il vit seul dans ses appartements ; 2° à qui incombe le payement des frais de garde-malade. (*Question du* 28 *juin* 1928.)

Réponse. — Question d'espèce, qui ne peut être tranchée, à défaut d'accord entre les parties, que par les tribunaux compétents. Il est admis, en doctrine (Sachet, *Traité sur les accidents du travail*, 7e édition, tome Ier, n° 612), que le patron peut refuser d'acquiter le salaire d'un garde-malade dont l'assistance n'aurait été rendue nécessaire que par le refus injustifié de l'ouvrier d'entrer dans un hôpital. Il a été jugé, d'autre part, qu'il est du devoir du médecin traitant de mettre en garde l'ouvrier contre des dépenses trop larges ou de prescrire son transfert à l'hôpital, au cas où, si ces dépenses étaient absolument nécessaires, l'ouvrier ne pourrait y faire face (tribunal civil d'Amiens, 5 mars 1925.)

(*J. O.*, 6 juillet 1923.)

JURISPRUDENCE

Loi des pensions. Médecin civil. Applicabilité.

Conseil d'Etat, 13 juin 1928.

(Section du Contentieux.)

(Archives du « Sou Médical ».)

Un médecin civil, appelé par l'autorité militaire à participer au fonctionnement du service de santé et, par suite d'une convention passée avec l'administration, exerçant les fonctions de médecin chef d'un hôpital militaire, a droit à pension par suite d'infirmités causées, ou aggravées par les fatigues, dangers, ou accidents éprouvés par le fait du service.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux, section du Contentieux, 2e sous-section.

Vu le recours du Ministre des Pensions .... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler une décision en date du 30 juin 1925, par laquelle la Cour régionale des pensions d'Alger a reconnu au sieur Arnaud droit à pension d'invalidité.

Ouï M. Bouffandeau, Maître des Requêtes, en son rapport ;

Ouï Me Auger, avocat du sieur Arnaud, en ses observations ;

Ouï M. Latournerie, Maître des requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions.

Considérant que le Ministre des Pensions se fonde pour demander l'annulation de la décision de la Cour Régionale d'Alger, reconnaissant au sieur Arnaud droit à pension d'invalidité, sur ce que ce médecin civil ne saurait bénéficier des prescriptions de l'art. 57 de la loi du 31 mars 1919, lesquelles ne concernaient que le personnel subalterne du service de santé, et sur ce que l'accident dont il a été victime ne rentrerait dans aucun des cas limitativement énumérés par la disposition législative dont s'agit ;

Considérant que l'art. 57 de la loi du 31 mars 1919 décide que ladite loi est applicable à tout le personnel du service de santé et des formations militaires temporaires ou auxiliaires qui lui sont rattachées ; qu'il résulte des termes mêmes de cet article qu'il concerne l'ensemble des personnes appelées, bien que n'appartenant pas à l'armée, à participer au fonctionnement du service sus-indiqué, sans qu'aucune distinction puisse être établie entre elles suivant le caractère bénévole ou contractuel, gratuit ou rémunéré, de leur concours, ni suivant les emplois remplis dans le dit service.

Considérant que la Cour régionale, en adoptant les motifs des premiers juges, a constaté que le sieur Arnaud, démobilisé le 23 avril 1919, continuait en vertu d'une convention passée avec l'Administration, à exercer les fonctions de médecin chef de l'hôpital militaire de La Calle, lorsqu'il a été, le 3 août 1920, victime d'une piqûre septique ; que dès lors, ladite Cour, en estimant que le sieur Arnaud faisait partie à cette date du personnel visé par l'art. 57, n'a commis aucune erreur de droit.

Considérant, d'autre part, qu'en rendant par l'art. 57 précité, la loi du 31 mars 1919 applicable au personnel civil du service de santé, le législateur a entendu assurer audit personnel le bénéfice, notamment de l'art. 3 de cette loi, d'après lequel ouvrent droit à pension les infirmités causées ou aggravées par les fatigues, dangers ou accidents éprouvés par le fait du service ; que le tribunal départemental, puis la Cour régionale, ayant constaté que le sieur Arnaud était atteint d'une infimité imputable à un accident survenu dans le service, lesdites juridictions ont pu légalement décider que ce médecin avait droit à la pension prévue par le dernier paragraphe de l'art. 57 sus-mentionné ;

Considérant que de tout ce qui précède, il résulte que le Ministre des Pensions n'est pas fondé à soutenir que la décision attaquée est entachée de violation de la loi.

Décide :

Le recours susvisé du Ministre des Pensions est rejeté.

Commentaires

Le « Sou Médical » a été heureux de soutenir les droits de son adhérent jusqu'au bout et, grâce à Me Bernard Auger, son avocat conseil au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, de lui faire obtenir justice.

Il eût été inique de voir un praticien, faisant fonction de médecin militaire, se voir refuser droit à pension, pour infirmité contractée en service, sous le prétexte qu'il n'était pas militaire, mais civil.

Les soins, comme les risques encourus, sont les mêmes, qu'ils soient donnés par un docteur ayant un uniforme, ou par un confrère sans galons.

C'est en quelque sorte un accident du travail, qui, s'il n'est pas garanti par la loi du 9 avril 1898, doit cependant donner des droits à réparation.

L'injustice eût été flagrante, si le même accident, survenu à un confrère de l'armée, eût donné à ce dernier droit à une pension d'invalidité, alors que le malheureux médecin civil, palliant par son dévouement à la pénurie de médecins militaires, en Algérie, eût été privé de toute réparation, sous le simple prétexte qu'il n'était qu'un vulgaire pékin.

Le Conseil d'Etat a été plus humain et plus juste que les bureaux de l'Administration de la Guerre et nous nous félicitons de ce premier jugement qu'a obtenu le « Sou médical », établissant ainsi un principe en faveur de nos confrères civils, blessés au service de l'armée.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents.

2042. — Déclarations d'accidents du travail. Les employés de mairie sont-ils tenus au secret professionnel ?

Les employés de la mairie ont-ils le droit de donner aux reporters des journaux locaux les noms des accidentés du travail (diagnostic, durée de l'incapacité et nom du médecin ayant soigné le blessé) ?

En d'autres termes, n'y a-t-il pas là une violation du secret auquel sont tenus les employés des majries qui sont chargés de recevoir les déclarations d'accident du travail.

Dr R.

Réponse.

Il faut d'abord distinguer les faits, qui sont secrets et ceux qui sont de notoriété publique.

Ainsi, un accident est arrivé dans une usine ; les reporters apprennent, dans leur enquête, qu'il y a eu un mort, une fracture de jambe, etc. Il n'y a donc pas secret et tout le monde peut parler.

Mais, ce qui serait secret, ce serait d'interwiever le docteur, ou une personne quelconque, qui, par état, a connaissance du certificat médical et d'apprendre des détails sur une lésion pathologique, qui n'est pas connue du public.

Il y a alors violation du secret professionnel.

Aussi, tous les médecins s'abstiennent-ils de donner des renseignements à la presse, concernant leurs malades, même lors que les faits sont de notoriété publique : la prudence oblige à cette discrétion, car les propos du praticien peuvent être mal compris, mal interprétés et l'on peut inconsidérément porter tort à la victime, ou à ses ayants droit.

D'ailleurs, je ne puis que rappeler que la Cour de Cassation, chambre criminelle, par arrêt du 9 mai 1913 (*Concours médical* 1913, 1403) a décidé que les dispositions de l'article 378 du code pénal s'imposent d'une manière générale et absolue, en matière d'accidents du travail.

Un arrêt de la Cour de Chambéry, du 13 janvier 1926 (*Concours médical,* 1927, 1810) estime que la Commission administrative d'un hôpital est liée par le secret professionnel, au regard du chef d'entreprise, à propos d'un ouvrier hospitalisé pour blessure survenue au cours du travail.

Donc, première conclusion : le secret professionnel s'impose, en matière d'accidents du travail, à tous ceux, qui, par état, ou profession, sont assujettis à l'article 378 du code pénal.

Les secrétaires de mairie sont-ils au nombre de ces derniers ?

Un arrêt de la Cour de Cassation, du 13 mars 1897 (*Concours médical,* 1897, 156) décide qu'en matière de déclaration des maladies contagieuses, faites par les médecins, les secrétaires de mairie sont astreint au secret professionnel.

« Attendu que ces communications confidentielles par leur nature conservent ce même caractère aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent et qui, aux termes d'un arrêté du ministre de l'Intérieur du 23 novembre 1893, sont le sous-préfet et le maire :

« Attendu qu'un secrétaire de mairie est l'auxiliaire du maire ; qu'il est son confident nécessaire et se trouve, dès lors, dépositaire par état, ou profession, des secrets confiés au maire et confiés par le maire à lui-même. »

Dans ces conditions, on peut conclure qu'un secrétaire de mairie viole le secret professionnel et manque à la discrétion à laquelle il est tenu, par profession, en révélant à des reporters de journaux, les diagnostics des médecins, ayant constaté des accidents du travail.

S'agirait-il même de faits, connus de tout le monde que l'indiscrétion du secrétaire de mairie donnerait aux bruits une authenticité quasi-officielle.

Que faire ?

Le Syndicat médical peut avertir le maire des manquements graves de son employé. Le Syndicat ouvrier peut joindre sa protestation à celle des médecins.

Un blessé du travail peut égalementse plain-

Voir la suite page XLVII-2177

PROPOS DU JOUR

L'illusion des statistiques. A propos des résultats de la lutte contre la tuberculose à Paris. Ce qu'en pensent nos confrères de la campagne. Constatation angoissante

La mortalité par tuberculose est, nous affirme-t-on, en régression, notamment à Paris, et les protagonistes de la lutte contre ce fléau l'attribuent à leurs propres efforts. Ils ont vraisemblablement raison, car il serait vraiment désolant, si, en dépensant annuellement plus de vingt millions pour l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, dans le seul but de combattre la tuberculose, l'on n'obtenait aucun résultat. Mais dans quelle proportion la mortalité par la tuberculose a-t-elle diminué ?

Nous désirerions être renseignés par des graphiques et des statistiques simples et clairs. Nous serions heureux de voir, sur la même feuille, une ligne indiquant le chiffre de la population, une seconde correspondant à la mortalité générale, une troisième à la mortalité par maladies transmissibles, enfin une quatrième ayant trait à la mortalité par tuberculose, et, cela de 1908 à 1928, pendant une période de vingt ans. Ces quatre lignes, par leur parallélisme ou leur divergence, en diraient plus sur les résultats obtenus que toutes les considérations plus ou moins compliquées.

M. le Dr Rist, dans son livre si intéressant sur la tuberculose (page 333, fig. 25), nous donne un plan de Paris indiquant la diminution du taux annuel moyen de la mortalité par tuberculose pulmonaire pour les divers arrondissements de cette ville entre les périodes 1909-1923 et 1919-1923. Il fait remarquer « que les deux seuls arrondissements où la mortalité par tuberculose ait augmenté (le VIIIe et le XVIe), sont les plus riches et les plus aérés ; mais leurs dispensaires antituberculeux sont aussi les moins actifs et, jusqu'à une époque toute récente, ne travaillaient pas en liaison avec l'Office public d'hygiène sociale. » Il en résulterait donc que les bonnes conditions d'existence et la salubrité de l'habitation qui sont la règle dans les VIIIe et XVIe arrondissements de Paris, n'empêcheraient pas la mortalité tuberculeuse d'augmenter, tandis que les dispensaires feraient tomber cette mortalité de 30 à 38 pour 100 dans les arrondissement peuplés de miséreux vivant dans d'innommables taudis.

Ceci demande quelques éclaircissements.

Le VIIIe arrondissement est celui où il meurt le moins de tuberculeux à Paris (86,5 pour 100.000 habitants par an en moyenne). Les VIIe et XVIe viennent ensuite (129 et 130 pour 100.000 habitants). Ce sont en effet les arrondissements les plus riches, les plus aérés, les plus sains. L'action des Dispensaires dans ces quartiers est à peu près nulle, car on ne conçoit guère la nécessité d'envoyer des infirmières-visiteuses chez des multimillionnaires et de placer leurs enfants, aux frais du département, dans des préventoriums et des sanatoriums. Si la mortalité tuberculeuse y a néanmoins légèrement augmentée, c'est du fait de la crise des loyers qui a amené le surpeuplement des appartements à loyers modérés dans ces deux arrondissements et a diminué, de ce fait, leur salubrité. Pour les autres arrondissements, un phénomène inverse s'est produit ; l'augmentation des prix de location dans les taudis et surtout dans les hôtels meublés les plus insalubres, a obligé la population la plus misérable à quitter Paris et à aller vivre dans la banlieue. Or, cette population tout à fait misérable est celle qui paye le plus lourd tribut à la tuberculose. En outre, c'est dans les arrondissements les plus populeux que l'on a construit des maisons saines, à loyers réduits pour les familles nombreuses et, de ce fait, la diminution de la mortalité par tuberculose s'explique, même en dehors de l'action des dispensaires. Nous n'en discutons pas cependant l'utilité, ni l'efficacité, mais nous désirons les voir ramener à une appréciation plus exacte.

Ce n'est pas tout. Nous savons tous qu'un nombre considérable de tuberculeux, comptés comme faisant partie de la population parisienne, vont mourir en province. Le plus souvent ce sont de jeunes paysans qui, fascinés par les distractions de la ville ou attirés par les avantages apparents de fonctions privées ou publiques, (par ex. les facteurs des postes, les manœuvres, les employés subalternes des grands magasins et des hôtels, les domestiques) abandonnent leur village et viennent à Paris. Au bout de 1, 2 ou 3 ans, une forte proportion de ces émigrés de

◆◆

province deviennent phtisiques. Ils ne se soignent pas ou se soignent mal, hésitent à prendre à temps la mesure radicale qui serait de quitter Paris. La maladie progresse et, quelques mois, parfois seulement quelques semaines avant leur mort, ils regagnent leur pays natal et vont fâcheusement finir au milieu de leur famille. Ces cas s'ajoutent à ceux très nombreux, où des Parisiens de Paris, devenus phtisiques, partent agonisants, conservant l'espoir de retrouver la santé dans une station climatique réputée et y vont mourir. Ces cas, disons-nous, contribuent singulièrement à fausser les statistiques des décès par tuberculose et à en altérer la signification.

Nous avons reçu à ce sujet une lettre d'un de nos distingués confrères d'Excideuil (Dordogne) M. le Dr Tocheport, lettre des plus intéressantes et que nous croyons utile de publier. Elle soulève une question angoissante sur laquelle une enquête sérieuse devrait être faite par le Ministère de l'Hygiène. Cette question, c'est le danger de placer des tuberculeux contagieux dans les campagnes ou de faciliter leur exode, leur permettant ainsi de répandre le fléau parmi les populations rurales. Mais voici la lettre de notre confrère.

Très honoré confrère,

Je viens de lire, dans le *Concours*, votre très intéressant article du 17 juin dans lequel vous résumez le livre de M. Henri Sellier (Rapport sur l'O.P.H.S. du département de la Seine).

Permettez à un modeste médecin de campagne de donner son avis sur ce sujet. Bien entendu je ne veux pas généraliser et je n'entends parler que des faits que je constate dans ma clientèle et que je vois signaler par mes confrères de la région.

Le nombre des cas de tuberculose est, dit M. Sellier, en considérable diminution dans le département de la Seine et il attribue, en grande partie, cette diminution à la lutte engagée contre la maladie et au bien-être de la population.

Ici, dans ma région le nombre des cas de tuberculose, bien diagnostiqués et confirmés par la radio et l'examen des crachats, s'accroît d'une façon effrayante, et cependant les habitants sont généralement bien logés, bien nourris.

Il y a trente ans, le pays était pauvre, les habitants étaient mal nourris, habitaient souvent des taudis, sans fenêtres, à trois ou quatre dans le même lit.

Les cas de tuberculose étaient rares.

Aujourd'hui, et surtout depuis la guerre, le paysan est à l'aise, il est bien nourri, il habite des maisons saines. Le nombre des cas de tuberculose augmente. Les mieux logés, les mieux nourris sont aussi atteints que les plus malheureux.

A quoi cela est-il dû ?

A mon avis et d'après les faits constatés, cela est dû à l'action parfois néfaste de vos dispensaires, de vos hôpitaux, de beaucoup de vos médecins de la grande ville. Ils envoient mourir les tuberculeux à la campagne, la statistique de Paris s'améliore ainsi, mais celle de la campagne !!!....

Dans la pratique, en effet, que se passe-t-il ?

Beaucoup de jeunes gens de notre pays partent pour la ville, comme employés de commerce, ouvriers, garçons de café, domestiques, etc. Après quelques mois de séjour à Paris beaucoup tombent malades, ils voient un médecin, vont au dispensaire voisin, ou à l'hôpital. « Partez vite à la campagne, leur dit-on, vous y guérirez, la ville ne vous convient pas. »

Et voici ce jeune homme, cette jeune fille, rentrant dans leur famille. C'était une tuberculose au début. Malgré le fameux grand air pur, cette tuberculose évolue et ce pauvre malade contamine ses frères, ses parents... et voici toute une famille qui est contaminée... La statistique de Paris et du département de la Seine s'améliore, mais à quel prix !

Et que faire dans un département où rien n'est organisé pour lutter contre la maladie.

Des dispensaires oui, mais doublés de préventoriums, de sanatoriums, d'hôpitaux de tuberculeux. Vous y garderez vos malades et vous ne nous les enverrez dans leurs familles que guéris ou morts. Sans cela, rien de bon ne peut être fait et ceux qui ne meurent pas ici, meurent ailleurs....

Les statistiques favorables de Paris ne prouvent rien.

Pardonnez-moi, très honoré confrère, cette lettre hâtivement écrite entre deux visites médicales et recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr J. Tocheport,
Déjà vieux membre du *Concours médical.*

La lettre du Dr Tocheport, d'Excideuil, mérite d'attirer l'attention de tous ceux qui, dans les grandes villes, organisent la lutte contre la tuberculose. Maintes fois nous avions entendu déjà des plaintes analogues émanant de médecins ruraux des régions les plus diverses, sur les dangers de l'exode *in extremis* des phtisiques urbains. Comme M. René Bazin, nous prêchons le retour des Français à la terre, mais non de ceux qui y retournent pour finir en semant autour d'eux les germes de la mort.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES CONSEILS POUR FAIRE UNE TRANSFUSION SANGUINE

Par le docteur Paul Renault.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les interminables discussions auxquelles a donné lieu la transfusion sanguine se résument en fait à deux problèmes :

La transfusion du sang est-elle utile ?

La transfusion du sang est-elle dangereuse ?

La transfusion du sang est-elle utile ? Peu de méthodes ont subi de plus sévères critiques. Peu de méthodes aussi ont été préconisées avec plus d'enthousiasme.

Le temps et l'expérience ont montré que la transfusion s'est imposée comme une arme thérapeutique incomparable à la condition d'en limiter les véritables indications et d'en éviter les accidents par une technique rigoureuse.

La généralisation de ce procédé thérapeutique excellent, dans des mains, au début inexpertes et souvent trop audacieuses, a donné lieu à des déboires.

Des accidents graves, mortels même, ont été observés entraînant un discrédit sur la transfusion sanguine.

Il a fallu la série des observations heureuses publiées ces dernières années et rappelées par Pauchet au Congrès de chirurgie de 1923 pour mettre en lumière les inappréciables services que peut rendre la transfusion.

Même à l'heure actuelle, cette méthode rencontre encore cependant des adversaires ; ceux-ci, soit par routine, soit par négligence, soit parce que les quelques transfusions qu'ils ont vues n'ont pas entraîné leur conviction, lui préfèrent des méthodes souvent infidèles et, en tous cas, infiniment moins efficaces.

De plus, si la transfusion est pratiquée dans les centres hospitaliers importants, il est, par contre, des villes et même des provinces où aucune transfusion n'a été faite et où,s'il était nécessaire en cas d'urgence, elle ne pourrait être pratiquée.

La transfusion du sang est-elle dangereuse ?

Dans l'esprit du public médical, trop souvent encore, la transfusion passe pour une opération dangereuse pour le malade comme pour le donneur.

On ne saurait trop réagir contre cet état d'esprit et de nombreux auteurs ont montré l'innocuité absolue d'une saignée de 400 à 500 gr. chez le donneur qui récupère en trois semaines la totalité de ses globules.

Enfin, la recherche des incompatibilités sanguines a suscité de nombreux travaux qui ont permis, sinon d'en supprimer les mystères, tout au moins de préciser les règles pratiques permettant d'éviter tout accident grave lors d'une transfusion.

Nous ne voulons pas dire qu'une transfusion, même bien faite par un transfuseur habitué, rompu à sa méthode comme aux examens sanguins, ne donnera pas des incidents, mais nous sommes convaincu qu'avec un ensemble de précautions, que seule une certaine pratique fait acquérir, les incidents sont exceptionnels. En tous cas, on peut éviter, d'une façon absolue, les accidents graves ou mortels.

Dans cet article, laissant volontairement de côté toute discussion théorique de même que toute discussion sur la nature des groupes sanguins et le détail des indications, nous nous attacherons uniquement à préciser l'ensemble des précautions qui, au premier abord, semblent inutiles et qui permettent cependant de faire bien une transfusion, de la faire à coup sûr, et de la faire sans accidents.

La transfusion sanguine vaut, en effet, non pas ce que vaut la méthode, plusieurs sont excellentes, elle vaut souvent ce que vaut celui qui la pratique et c'est pourquoi d'excellents appareils, qui font merveille dans les mains de ceux qui les manient habituellement, ont été injustement décriés par suite de la négligence de petits détails qui ont rendu la transfusion soit impossible, cela se voit, soit insuffisante, c'est le plus fréquent, soit si pénible pour le malade et pour l'entourage, qu'elle ne saurait être conseillée à nouveau.

Nous ne pensons pas, comme il serait désirable et comme le voudrait Pauchet, que la transfusion puisse encore devenir une opération de petite chirurgie, pouvant être faite par n'importe qui et que, suivant son expression même, elle puisse « être ordonnée par le chef de service comme une injection d'huile camphrée ». Ce serait, à

notre avis, le plus sûr moyen de faire un tort certain à la méthode en multipliant les accidents et peut-être les désastres.

Nous croyons, par contre, qu'avec un peu d'entraînement, beaucoup de minutie et une méthode réglée dans ses moindres détails, un médecin averti peut arriver rapidement à pratiquer très correctement une transfusion même difficile et qu'il peut rendre ainsi d'inappréciables services dans la région qu'il occupe, car nous connaissons des provinces entières où il n'existe pas un seul médecin ayant fait une transfusion.

Les quelques détails, que nous allons exposer ici, nous les avons appris en voyant opérer, chaque jour, et en opérant nous-mêmes chaque jour sous les conseils de notre maître et ami Tzanck.

Nous avons mis des mois à perfectionnel notre technique et à discuter avec lui chaque détail pour arriver à la meilleure solution. Nous pouvons dire que dans le service de notre très regretté maître Gilbert, où nous avons commencé à transfuser, nous n'avons jamais vu réussir, d'une façon satisfaisante, une transfusion par un élève, même habile, la pratiquant pour la première fois, et cela, nous insistons sur le fait, aussi bien avec les méthodes utilisant les anticoagulants, techniques cependant plus faciles qu'avec les méthodes utilisant le sang pur.

Le plus souvent, la transfusion commençait, l'élève habile trouvant bien la veine et un détail infime arrêtait la transfusion ; bien heureux s'il n'y avait pas de coagulation du sang dans les aiguilles ou les seringues, ou si des incidents immédiats ne survenaient pas.

C'est devant la constance de ces résultats que nous nous sommes efforcé, aussi bien pour nous-même que pour nos camarades, de préciser une technique d'une façon rigoureuse.

Une transfusion n'est pas réussie si, après une centaine de cmc. de sang, le transfuseur est obligé d'interrompre.

Une transfusion est réussie si le transfuseur injecte la quantité de sang qu'il a décidé d'injecter, que celle-ci soit de 100 gr. ou qu'elle soit d'un litre.

***

Abordons maintenant la première partie du problème : le choix du donneur.

En pratique courante, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'on est appelé d'extrême urgence et il faut prendre comme donneur une des personnes présentes, ou bien l'on a quelques heures devant soi et, dans ce cas, on peut s'adresser à des donneurs habituels.

Il existe, en effet, dans les centres spécialisés, des donneurs dont le sang a été partaitement étudié et a été utilisé pour d'autres transfusions. Nuos n'hésitons pas à leur donner la préférence quand cela est possible. En effet, malgré toute la minutie et la rigueur apportées à la recherche des groupes sanguins, il est certain facteur d'erreur que nous signalerons tout à l'heure.

On a observé également que, en dehors de toute incompatibilité sanguine, le sang de certains donneurs donnait fréquemment de petites réactions alors que le sang de certains autres était parfaitement toléré.

Nous avons même observé un donneur dont le sang déterminait, chez le sujet transfusé, avec une constance remarquable, des phénomènes congestifs et des poussées urticariennes.

Sans entrer dans une discussion théorique, il est certain qu'il y a de bons donneurs comme il y a de mauvais donneurs et qu'il vaut mieux éliminer ces derniers par l'expérience.

Nous croyons enfin, nous basant uniquement sur les faits cliniques, que le sang des sujets jeunes et vigoureux est préférable à celui des sujets âgés ou débilités.

Dans les centres hospitaliers, il est facile de recruter des donneurs dans le personnel médical ou infirmier, On peut, au préalable, sélectionner les groupes sanguins, pratiquer des réactions de Wassermann et rechercher, ce qui est d'un gros intérêt en certains cas, les donneurs immunisés à certaines infections. Cette méthode des immuno-transfusions, encore peu répandue en France, nous a donné des résultats trop remarquables dans des cas désespérés pour que nous la passions sous silence.

Donc, à notre avis, le donneur habituel (voire même le donneur professionnel, comme cela se pratique en Amérique), est la meilleure solution à ce premier problème.

Il se heurte cependant à deux difficultés :

La première est que, pour réaliser cette conception, il faut être dans un centre et avoir, à sa disposition, un personnel assez important. Cette difficulté rend cette solution inapplicable dans certaines conditions d'exercice par exemple lorsque l'on se trouve isolé loin de tout centre hospitalier ; aussi, préconisons-nous cette solution en maison de santé (nous avons recruté des donneurs dans le personnel de beaucoup de maisons de santé), à l'hôpital et dans les grandes villes, où une organisation officieuse, telle que celle dont nous parlions, est facile à réaliser. Peut-être peut-on souhaiter qu'une organisation officielle vienne encore faciliter le problème.

En ville, à la campagne, lorsque l'on est appelé d'urgence, le problème se pose très différemment. A moins d'avoir, avec soi ou tout au moins très rapidement, par téléphone, un donneur qui soit toujours prêt à vous suivre, il faudra se contenter des personnes qui entourent le ou la malade et choisir parmi celles-ci. En théorie, rien n'est plus facile ; tout le monde connaît la technique de la recherche des groupes sanguins. En pratique les

choses sont souvent plus difficiles et bien des accidents de la transfusion sont dus à la recherche hâtive des groupes.

Il existe, dans le commerce, des sérums étalons. Ils sont bons en général. Nous avons cependant observé des accidents avec des sujets groupés par ces sérums. Ceux-ci valent évidemment ce que vaut le laboratoire qui les prépare. Aussi, pour notre part, ne nous contentons-nous pas de ces sérums et nous conseillons vivement à ceux qui sont appelés à faire des transfusions de nous imiter.

Partant de ces sérums du commerce faciles à se procurer, on pourra très facilement grouper un certain nombre de sujets. On aura ainsi des sujets de groupe II et de groupe III. On fera la même épreuve avec des sérums étalons d'autre marque, et si les résultats ne sont pas absolument concordants on rejettera ces sujets. On prendra alors les sujets pour lesquels l'aglutination a été particulièrement rapide et nette ; on leur retirera 40 à 50 gr. de sang, dont on recueillera le sérum qui, conservé par l'addition de quinosol, formera les sérums étalons personnels qui seront contrôlés mutuellement et contrôlés également avec les sérums du commerce.

Le groupe d'un sujet donné est, contrairement à ce que l'on a dit tout d'abord, remarquablement fixe .On aura donc la possibilité de se procurer des sérums étalons facilement en s'adressant aux mêmes sujets. De plus, l'expérience en confirmera la valeur.

Si nous insistons sur ce point particulier, c'est qu'en fait s'il y a un accident lors de la transfusion on en rendra le transfuseur responsable et nullement le laboratoire qui a préparé le sérum. Sans suspecter les sérums du commerce on ne saurait donc trop recommander la prudence et les vérifications et, en pareil cas, il est un vieil adage qui prétend que l'on est toujours mieux servi par soi-même.

Signalons, au sujet des groupes, encore un petit détail technique qui fut décrit par Tzanck et dont nous nous trouvons très bien. Pour étudier le groupe d'un individu, on laisse tomber une goutte de sérum étalon sur un carton blanc (carte de visite par exemple) .On mélange ensuite une goutte de sang du sujet à grouper et on observe ce qui va se passer. L'agglutination est beaucoup plus nette sur le carton que sur le verre et, de plus, en laissant sécher, on fixe en quelque sorte l'agglutination. On peut, par ce procédé, conserver dans ses dossiers l'agglutination d'un sujet donné et observer, par la suite, ses variations d'intensité.

***

Nous avons été appelé en cas d'hémorragie grave. Notre premier geste a été de s'enquérir de donneur. Nous supposons que tous les membres de la famille soient consentants. Nous cherchons leur groupe ainsi que celui de la malade, supposons que celle-ci appartienne au groupe II et que, parmi les membres de la famille, nous ayons des groupes II et des groupes IV. Que donneur choisir ? Nous prendrons d'abord des donneurs du même groupe que la malade et après, si nécessaire, des donneurs universels.

Si dans notre transfusion nous avons besoin de plusieurs donneurs, nous utiliserons ceux du groupe II d'abord, ceux du groupe IV ensuite, mais jamais dans l'ordre inverse.

En effet, si l'on pratique une injection massive de sang de groupe IV, on peut temporairement modifier le groupe du malade transfusé qui recevant alors du sang de groupe II pourrait présenter des accidents.

Signalons encore deux autres détails qui ont leur importance. Choisir, parmi les donneurs, des sujets ayant des veines facilement accessibles. Choisir surtout des sujets peu émotifs car les troubles nerveux chez ces donneurs occasionnels peuvent, comme nous le verrons par la suite, compliquer la transfusion.

Enfin, dernier point très important, si nous avons à faire une transfusion non plus en cas d'hémorragie, mais pour une anémie chronique, il est indispensable de faire l'épreuve directe entre le sang du donneur et celui du receveur. Le sang des anémiques contient, en effet, des lysines complexes qui peuvent détruire les globules du donneur, même si celui-ci appartient à un groupe que le malade devrait, en principe, tolérer.

A la question du donneur, est liée la question de la qualité de sang à transfuser. Cette question a donné lieu à des controverses d'une rare âpreté. Pour les uns, Weil en tête, la dose optima, la dose habituelle c'est 300 gr., c'est comme le dit cet auteur, la dose omnibus. D'autres injectent moins, d'autres beaucoup plus. Si l'on réfléchit un peu, on voit, qu'en fait, cette controverse vient de ce que le problème est mal posé.

Il y a, comme le disent Lévy-Solal et Tzanck (*Presse médicale*, déc. 1927), deux indications bien différentes.

Les unes transfusions médicales agissent par hémothérapie et justifient l'emploi de petites dosesde sang.

Les autres, transfusions chirurgicales ou obstétricales, sont indiquées lorsque la malade est anémié par une hémorragie souvent considérable.

Injecter 200 ou même 300 gr. à une femme qui, à la suite d'une rupture de grossesse tubaire a perdu deux litres, ou même plus, de sang, est non seulement insuffisant, mais parfaitement inutile. On s'aperçoit, en faisant la transfusion que ce n'est qu'après 600 gr. et plus que la malade

commence à sortir de son état de choc et cela aucune injection de sérum intraveineuse ou non ne le réalise. Il faut une transfusion et une transfusion suffisante pour remplacer une partie du sang perdu et permettre une hématose normale.

Pour les questions de doses, nous renvoyons à l'article de Lévy-Solal et Tzanck et, en pratique, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de règle fixe dans les transfusions consécutives aux grosses hémorragies. C'est au cours de la transfusion même que l'on sera appelé à s'arrêter ou à continuer et il est très impressionnant de voir le changement considérable de la malade en quelques secondes pendant la transfusion lorsque la dose suffisante est atteinte.

Nous conseillons même, par prudence, de dépasser cette dose pour qu'une nouvelle hémorragie ne leur fasse pas perdre le bénéfice de la transfusion.

Interrompre la transfusion avant est la rendre inutile.

C'est l'état même de la malade qui commandera la quantité à injecter.

C'est dire que nous sommes bien loin de la dose fixée de 300 gr. ; tantôt c'est après 500 gr., 700 gr., parfois un litre, un litre et demi, que ce changement se produira chez la malade qui, fait caractéristique, le dit elle-même, se sent mieux, se sent, suivant une belle expression qu'il nous a été donné d'entendre dans la bouche de l'une d'elles, sortir d'un profond sommeil pour renaître à la vie.

Pour ces transfusions massives, on ne peut évidemment s'adresser à un seul donneur. C'est pourquoi avant l'opération, on préparera ses donneurs et on disposera tout pour que rien n'interrompe l'opération.

***

Abordons maintenant la transfusion même et tout d'abord la première question qui va se poser est la question de la technique. Sang citraté ou sang pur. Les partisans des deux théories ont leurs arguments qui semblent irrésistibles. Nous n'avons nullement l'intention de les discuter ici, ce qui déborderait considérablement le cadre de cet article. Nous nous excusons, par la même occasion, de ne faire aucune citation des nombreux travaux parus sur ce sujet et qui mettent en évidence des conclusions exactement contradictoires.

Pour nous, la question est beaucoup plus simple. Avec les méthodes employant les anticoagulants (citrate ou autre) on ne peut de par la toxicité même de cet anticoagulant injecter que des doses de sang ne dépassant pas 500 gr. Nous avons vu que ces doses, en certains cas, étaient inopérantes.

Sans autre discussion, nous donnons la préférence à la méthode de transfusion de sang pur dans laquelle on peut, sans inconvénient, injecter une quantité théoriquement illimitée et pratiquement bien plus considérable que ne le permettent les méthodes utilisant le citrate.

Il existe de nombreux appareils permettant de réaliser la transfusion de sang pur. Les uns empêchent la coagulation du sang en évitant le contact du sang et de la paroi de verre, la seringue soigneusement vaselinée à cet effet (seringue de Bécart). Les autres (Jubé et Tzanck) empêchent la coagulation du sang en évitant la stagnation.

Grâce à un dispositif très ingénieux et différent dans chacun de ces appareils, le sang du donneur passe au receveur, par fraction de 5 ou 10 cmc. en ne faisant dans l'appareil qu'un séjour de quelques secondes.

L'appareil de Jubé est plus portatif, il demande aussi une dextérité plus grande.

L'appareil de Tzanck est un peu plus encombrant et plus compliqué au premier abord ; en réalité, il est d'un maniement très simple.

Il a deux avantages incontestables. Le premier est l'existence d'un point mort. Si l'on est gêné dans la transfusion par un incident quelconque, on injecte quelques cmc. de sérum dans chaque tubulure, on met l'appareil au point mort et l'on peut attendre les événements sans craindre de coagulation du sang dans l'appareil. On reprend la transfusion sans avoir eu à toucher aux aiguilles ni à l'appareil.

Le deuxième avantage qui résulte du même dispositif de point mort est la possibilité de changer de donneur, ce qui est nécessaire pour les grosses transfusions où l'on ne peut songer à retirer plus de 5 à 600 gr. à un même donneur. Pour cela, on met l'embranchement qui va au receveur en communication, par l'intermédiaire du robinet à trois voies, avec une ampoule de sérum, on change la tubulure du donneur, et l'on est prêt à continuer la transfusion, avec un nouveau donneur, sans avoir eu à toucher au receveur.

On peut ainsi, nous l'avons fait maintes fois, prendre le sang successivement de deux, trois, quatre donneurs même, ce qui est indispensable dans les grosses transfusions.

De plus, grâce à sa stabilité et à son fonctionnement, l'appareil donne à l'opérateur la possibilité d'avoir les mains libres pour parer à toute éventualité pendant la transfusion.

Ces avantages ainsi que la simplicité du maniement de l'appareil nous le font préférer pour les transufsions importantes.

Cependant, avant de s'en servir, quelques recommandations :

1° Le stériliser à l'ébullition après l'avoir démonté.

2° Le faire fonctionner à vide avant l'opération ou avec du sérum.

Enfin, une dernière recommandation, avoir toujours à proximité une seringue de rechange de l'appareil, prête à fonctionner. Quand on fait une transfusion, il faut être prêt à toute éventualité, la seringue peut se gripper ou tomber. Au cours de la transfusion, elle peut devenir dure à manier ; une deuxième seringue stérile permet de parer à toute éventualité.

Nous faisions étendre le donneur, surtout si ce n'est pas un donneur habitué. On évite ainsi les syncopes et accidents nerveux qui pourraient arrêter la transfusion.

Primitivement, nous faisions étendre le donneur sur une chaise longue parallèle au lit du malade. Avec Tzanck, il nous a paru préférable de mettre la chaise longue perpendiculairement au lit du malade. Dans l'angle ainsi formé, on peut mettre une petite table sur laquelle le donneur et le receveur offrent leur bras. De plus, l'opérateur a plus d'espace à sa disposition pour effectuer la transfusion.

On peut, en général, facilement atteindre les veines du donneur, mais, souvent, au cours de la transfusion on constate que le sang qui venait facilement au début de l'opération, ne vient plus que très difficilement ou même plus du tout.

Nous avons vu plusieurs transfusions arrêtées ainsi après l'injection de 80 à 100 cmc. de sang. On invoque l'hypercoagulabilité du sang, des troubles sympathiques, etc...

En fait, deux causes peuvent produire ce phénomène.

La première, la plus fréquente, provient de l'arrêt total, ou presque total, de la circulation dans le membre, par suite d'une striction trop forte. Il faut desserrer le lien de caoutchouc et ne jamais faire diminuer les battements du pouls.

La deuxième cause est une cause d'ordre général. Lorsque le donneur a une tendance syncopale, la pression tombe subitement. Il est très difficile d'obtenir du sang. En pareil cas, arrêter la transfusion. Injecter du sérum dans la canalisation de l'appareil et reprendre la transfusion après quelques minutes. Si les phénomènes se reproduisent, changer de donneur.

Les veines les plus facilement accessibles sont celles du pli du coude, celles de l'avant-bras, souvent plus volumineuses et plus tentantes, sont en réalité, difficiles à atteindre parce que plus mobiles.

Nous faisons toujours, avant la ponction veineuse, une anesthésie locale au chlorure d'éthyle, la transfusion devient, de ce fait, entièrement indolore pour le donneur comme pour le receveur.

Les veines du receveur, surtout s'il s'agit d'un malade ayant beaucoup saigné, peuvent être extrêmement difficiles à atteindre. On peut parfois les apercevoir en frictionnant le pli du coude au xylol, ou en laissant le membre en position déclive.

Signalons un dispositif qui nous a, en certains cas, été d'un grand secours :

Il est rare qu'avec une aiguille très fine on ne puisse atteindre une veine superficielle inaccessible aux aiguilles plus volumineuses nécessaires à la transfusion. On fait alors par cette aiguille du sérum intraveineux en laissant le lien qui arrête la circulation de retour. Les veines se trouvent ainsi gonflées par l'injection et deviennent facilement accessibles (Tzanck).

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'il est nécessaire de recourir à la dénudation veineuse qui sera faite au pli du coude sur 1 cm. environ.

Nous supposons que tout se soit passé pour le mieux. Les aiguilles sont introduites dans les veines du donneur et dans celles du receveur. On branche l'appareil sur le donneur, on expurge tout l'air ou le sérum que contenait l'appareil, on branche la communication avec le receveur et la transfusion commence.

On ne saurait trop recommander d'injecter très lentement les premières seringues de sang. C'est, en effet, à ce moment que peuvent se produire des accidents dramatiques.

Les accidents immédiats observés le plus souvent sont : sensation de chaleur, battements de tête, douleur lombo-rénale ou coccygienne, rarement tendance syncopale chez le receveur.

Il suffit, en général, de commencer très lentement la transfusion pour les éviter.

Les accidents déjà plus impressionnants et plus tardifs sont : les frissons, les sueurs froides.

Les accidents graves sont : la syncope, la rachialgie intense avec ou sans hémoglobinurie.

Ils sont dus, en général, à une incompatibilité sanguine. Ils se produisent dès le début et peuvent être mortels.

L'ensemble des précautions que nous avons décrites lors de la recherche des groupes sanguins permet de les éviter. Nous avons suffisamment insisté sur l'importance de cette recherche pour n'y pas revenir. Si ces accidents survenaient, arrêter la transfusion aussitôt, injecter de l'adrénaline, pratiquer, en cas de syncope, la respiration artificielle. Nous ne discuterons pas sur la cause de ces accidents. Remarquons cependant qu'il est peu probable que ce soit l'hémoglobine mise en liberté par la destruction des globules du donneur qui soit en cause car l'injection d'hémoglobine ne détermine pas à ces petites doses d'accidents comparables (Chabrol et Tzanck).

Si toutes les précautions ont été prises, si la transfusion a été conduite très doucement au début, il n'y a, en général, ni accident ni incident ; on peut, après l'injection des 100 premiers

cmc, accélérer le rythme. Tout danger a disparu.

Au cours de la transfusion même, il est très rare d'observer des incidents autres que ceux provenant du manque d'habitude de l'appareillage.

Si la seringue devient dure, la rincer au sérum ou mieux en changer.

Si, par un hasard très fâcheux, ce qui ne doit pas arriver si toutes les précautions ont été prises, le sang se coagulait dans un tube de caoutchouc, changer ce tube et continuer la transfusion sans toucher aux aiguilles.

Avec ces quelques précautions, la transfusion sera, sinon facile, tout au moins toujours possible et aucun incident n'obligera le transfuseur à s'arrêter en cours de route.

Pour arrêter la transfusion, mettre l'appareil au point mort, retirer le lien du donneur, enlever les deux aiguilles et nettoyer immédiatement l'appareil à l'eau froide pure pour ne pas laisser le sang qu'il contient se coaguler dans les tubulures.

***

Ces quelques conseils paraîtront peut-être bien terre à terre. Chacun d'eux néanmoins a sa raison d'être. Certes, la pratique que confère l'expérience ne saurait être comparée au savoir-faire que donne l'étude livresque. Nous croyons néanmoins que l'application d'une méthode rigoureuse évite bien des erreurs.

Les conseils de ceux qui nous ont fait profiter de leur expérience nous ont été tellement utiles que nous espérons, par l'exposé d'une série de détails, dont chacun a son importance, éviter à certains la phase de tâtonnements du débute aussi préjudiciable au médecin qu'à son malade.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Principes directeurs et technique des physiogrammes.

D'après une leçon de M. le professeur-agrégé LAIGNEL-LAVASTINE (1).

L'idée directrice fondamentale des physiogrammes dépend de l'endocrinologie. Pratiquement, la logique tient une place secondaire. Les notations numériques et la présentation synoptiques sont utiles.

Le premier des principes directeurs concerne la grande différence entre le clinicien, qui fait de la pathologie, et le biologiste. En médecine, on s'occupe plus des ressemblances fonctionnelles que des différences individuelles. On étudie surtout les fonctions de nutrition et peu des fonc*tions de relation de l'individu avec* ses semblables.

Le médecin s'occupe avant tout des fonctions et des perturbations de la respiration, de la digestion, des sécrétions, de la nutrition générale, puis, du cerveau, et les fonctions et perturbations sexuelles passent à un rang assez secondaire.

Au contraire, quand on cherche la caractéristique individuelle, il semble que ce soit justement dans les fonctions les moins nécessaires que s'accusent les variations ; il faut accorder une place très importante aux caractères de la sexualité dans l'établissement des physiogrammes.

La biologie différentielle repose essentiellement sur l'étude de la personnalité. La synthèse du coefficient réactionnel peut être représentée par une suite de réactions, un cercle neuro-endocrino-humoro-sympatho-psychique.

La biologie différentielle est née de l'éthologie ou étude des caractères. Zénon a dit : « Le caractère est la source de la vie, d'où les actions coulent goutte à goutte ». Ainsi, déjà dans la philosophie stoïcienne, la biologie différentielle, en tant que plan principal du caractère, montre l'influence des variétés psychologiques dans la conduite de la vie. La personnalité sociale est aussi à envisager.

Il existe également une personnalité nutritive. Il est vraisemblable même que c'est par l'analyse et la connaissance de la *personnalité nutritive* qu'on trouvera le point de départ de toutes les autres expressions morphologiques et psychologiques.

L'endocrinologie doit être à la base de ces études. Je vous rappelle que les glandes endocrines sécrètent trois variétés d'hormones : les hormones proprement dites, qui exercent à distance une action excitatrice, et les chalones, qui ont, au contraire, une action inhibitrice et les harmozones qui agissent sur la morphologie. L'action des hormones est prouvée par les phénomènes résultant de leur injection. Celle des chalones est fournie par les phénomènes résultant de leur privation. On sait que la faisane castrée prend peu à peu un aspect asexué se rapprochant de celui du mâle. On connaît l'exubérance du système pileux chez la femme ayant dépassé la ménopause.

Les harmozones ont un rôle très important dans le développement général et l'harmonie des différentes parties de la fédération humaine, témoin l'harmozone hypophysaire.

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 21 décembre 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

Mais ces glandes dépendent du sympathique et du vague, qui les innervent, de sorte que nous arrivons à établir un cercle fermé, l'excitation ou l'inhibition du sympathique ou du vague étant elle-même sous la dépendance de l'excitation psychique. On sait que, sous l'influence de la peur ou de la colère, l'adrénalinémie physiologique augmente.

Il est indiscutable que, dans la coordination de nos morphogrammes et de nos physiogrammes, nous nous sommes inspiré de la conduite anglo-saxonne ; la hiérarchisation selon la logique gréco-latine était insuffisante.

Dans ces physiogrammes, je prendrai pour critères, non pas les fonctions, mais simplement leurs localisations.

Il faut commencer par noter l'attitude générale. C'est un point sur lequel a insisté Charcot. Il faut prendre note de la démarche, avec son rythme, sa rapidité ; étudier non seulement les modifications dynamiques de toute la musculature, mais la voix, le regard, la température qui est l'expression du métabolisme ; le rapport du poids à la taille : l'indice de nutrition de Pech, ou différence, exprimée en milli-volts, entre l'électricité positive et négative du corps et du milieu extérieur. On sait aussi que la tension électrique n'est pas la même dans les différents tissus.

L'indice de nutrition de Pesch est généralement positif par rapport au sol, et négatif par rapport à l'air. Un certain nombre de nerveux (endocrino-névrose hypotensive) se portent admirablement dans les villes, où l'air est désélectrisé (par les maisons, etc.), tandis qu'en plein air, à la campagne, où la tension électrique est fortement positive, ils ont aussitôt mal à la tête.

Dans la clinique courante, on peut se rendre compte de l'augmentation ou de la diminution de l'indice de nutrition par des procédés assez simples ou par l'interrogatoire. Certaines malades ont des cheveux électriques, crépitant sous le peigne d'écaille, ce qui est signe d'une augmentation de l'indice de nutrition liée en général à l'hyperthyroïdie. Quand on lit un livre, qu'on déchire des papiers et que la tension électrique est forte, les feuilles restent attachées aux doigts. C'est l'*épreuve de la corbeille à papiers*.

Un autre indice de nutrition bien connu, et que nous devons aux Américains, c'est la mesure du métabolisme de base, par l'étude des échanges respiratoires, exprimé en grandes calories par heure et par unité de surface. Le métabolisme de base normal est de 40. Le rapport avec le métabolisme de sommet sous l'influence du travail renseigne sur la labilité de la nutrition.

On notera, du côté de la peau, tous les caractères de couleur, aspect morphologique, sécheresse, épaisseur ; les réflexes vaso-moteurs, sudoraux, moteurs. L'épreuve de l'*hydrophilie* rend service. Elle indique les variatons du métabolisme de l'eau. Le mieux est de recourir à la solution de chlorure de sodium à 8,5 pour mille. Lorsque les individus sont en imminence d'œdème, il y a un grand raccourcissement du temps de résorption, qui peut tomber à quelques minutes ; au contraire, s'il y a diminution de la capacité d'imbibition, ce temps se prolonge plusieurs heures.

Le rapport entre le test d'hydrophilie et les perturbations endocriniennes a été étudié par Marie Parhon. La thyroïdectomie chez le mouton diminue la teneur en eau des muscles. Donc, le test d'hydrophilie doit être augmenté de durée chez les hypo-thyroïdiens.

Inversement, chez la grenouille plongée dans l'eau, l'extrait hypophysaire facilite la production des œdèmes.

MM. Meyer et Scheffer ont montré que l'hydrophilie est généralement proportionnelle à l'indice lipolytique, c'est-à-dire au rapport de la cholestérine avec les acides gras.

On étudiera les battements des paupières, la richesse des larmes, le brillant de l'œil, les réflexes de la pupille,les battements des ailes du nez, le ptyalisme, le volume du cou et du corps thyroïde.

On recherchera, au point de vue de la musculature, si l'individu est bosselé, ou plat, si son tonus musculaire est augmenté ou diminué. Lorsqu'il est diminué, on a de la laxité ligamenteuse, permettant une hypertextension des doigts sur la main arrivant quelquefois à l'angle droit.

L'*épreuve de l'apnée* consiste à rester le plus longtemps possible sans respirer. La longueur de l'apnée est en général inversement proportionnelle à la rapidité du métabolisme.

L'étude du fonctionnement du diaphragme, la phrénoscopie, est importante, puisque ce muscle étant soustrait à la vue, sa physionomie n'est pas modifiée par l'hypocrisie sociale.

La tension artérielle donne des renseignements importants, étant donné le rôle du sympathique sur les vaso-moteurs.

Les modifications du sang sont intéressantes à divers points de vue ; elles ont donné lieu, notamment, à l'individualisation des sangs. On a établi quatre grands *groupes sanguins*, en rapport avec l'agglutination des hématies au contact des sérums. Ces réactions paraissent être l'expression chez l'homme de qualités héréditaires mendéliennes. L'étude des groupes sanguins doit prendre une très grande importance, non seulement dans l'anthoropologie, mais en médecine légale et en biologie différentielle. Le groupe I est receveur universel (sérum non agglutinant), le groupe IV, donneur universel (hématies non agglutinées). Les groupes II et III forment des agglutinations correspondantes avec chacun d'eux.

Il y a prédominance chez les tuberculeux du groupe IV, comme je l'ai constaté avec Mlle Boegner.

D'autre part, nous avons cherché s'il y avait un rapport entre le groupe sanguin et la formule sympathique. Chez les tuberculeux, il n'y a aucun rapport, et ceci tient à ce que les coefficients sympathiques sont considérablement modifiés par la maladie. Sous l'influence de la fièvre, j'ai observé chez les tuberculeux la diminution de l'excitabilité vagale. Cette constatation est à rapprocher du vieil adage : « *Febris accedens spasmos solvit.* »

Du côté des fonctions du rein, il est difficile de dire ce qu'il faut accepter parmi les multiples tests à rechercher.

Evidemment, il y a un test qui paraît avoir beaucoup d'importance, c'est le coefficient de diurèse, rapport entre l'ingestion des liquides et l'élimination. On sait aussi l'intérêt du rythme d'élimination, surtout l'importance du métabolisme de l'eau et des variations du pH urinaire, c'est-à-dire de l'acidité ionique. Il y a, en général parallélisme entre la labilité du pH et la labilité vago-sympathique. On connaît les variations du pH pré-paroxystiques chez les épileptiques.

Il est utile de sédimenter tous ces tests : ce physiogramme peut orienter. Je vais en donner la démonstration.

Voici le jeune R... Il mesure 1 m. 30, a 21 ans, et son poids est de 51 kgr., par conséquent, dépassant de beaucoup le poids de sa taille. Sa température est de 37° aujourd'hui, mais a été de 36° et même 35°5. Le métabolisme de base était diminué de 22 %, aujourd'hui de 6 % seulement, parce qu'il est traité par la thyroïde et les spécifiques de la syphilis. Sa peau est normale. Ses réflexes sont relativement faibles. Le relief thyroïdien n'est pas perceptible. La musculature est plutôt faible. Le réflexe orthostatique n'est pas modifié : 68, assis et 70 debout. R. n'a pas grande tendance à l'excitabilité des réflexes sympathiques. Il a une formule sympathique caractérisée par la vagotonie avec réflexe solaire nul.

Mlle H., a un R. O. C. très exagéré, mais il en est de même du réflexe solaire. Elle est une hyper-olo-sympathique, tandis que R. a une formule d'hypo-sympathie, avec un R. O. C. perceptible.

R. a une apnée de cinquante secondes, ce qui est en rapport avec la diminution de son métabolisme de base.

Sa capacité respiratoire, mesurée au spiromètre, est petite. Sa tension artérielle n'est que de 10/7, au Vaquez. Aucune vibrance. La vibrance est généralement proportionnelle à l'excitabilité de l'ortho-sympathique.

Chez Mlle H., nous avons une vibrance très nette, et qui s'étend sur plusieurs centimètres de mercure.

Chez R., nous avons trouvé une augmentation de la calcémie et de la cholestérinémie (3 gr.) chez Mlle H., elle est normale (1 gr. 50).

Chez R., le pH urinaire est de 6. Robert urine très peu. Sur la radiographie de R. qui est un hypothyroïdien, il y a incontestablement une selle turcique petite.

Au contraire Mlle H., qui est essentiellement une longiforme, pour une taille de 1 m. 75, ne pèse que 68 kgr. La température est beaucoup plus oscillante : 37°4 à 37°8. Le métabolisme de base présente une augmentation de 23 %. La résorption de la boule d'œdème est très lente, mais moins longue que chez R.

Les règles sont très irrégulières, avec des retards de cinq ou six jours ; elles s'arrêtent à certains moment, sous l'influence des émotions. Au point de vue de la sensibilité et des troubles vaso-moteurs, la malade dit s'enfoncer elle-même des épingles dans les bras et les cuisses, sans rien sentir et sans que cela saigne. C'est ce qu'on appelait jadis *signum diaboli.*

Chez Mlle H., le R. O. C. et le réflexe solaire sont exagérés. Le réflexe orthostatique du pouls passe de 100, assise, à 108 debout. La longueur maxima d'apnée est de 16 secondes.

Ajoutons que cette malade présente des crises d'*aérocôlie.* La glycémie est de 0,86 par litre. Le pH est labile (6,6 à 7,8). Sur la radiographie, la selle turcique est considérablement augmentée.

Il y a donc chez R. et Mlle H., concordance entre le morphogramme et le physiogramme.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Myocardite et endocardite rhumatismales évolutives. Vaccinothérapie. Arrêt de l'évolution.

Bien souvent, un réveil de l'infection rhumatismale détermine une localisation grave sur le cœur ; le salicylate de soude agit sur la fièvre, sur l'état général, mais, dans certains cas, celui-ci reste complètement inefficace sur le cœur.

Le prof. ÉTIENNE et P. GERBAULT, dans un de ces cas, ont été amenés à utiliser le vaccin antirhumatismal de Bertrand (d'Anvers) et ils ont pu obtenir la disparition des symptômes, notamment la chute de la température. Ils relatent cette observation en détails. Le malade reçut d'abord six injections sous-cutanées, allant de deux millions 1/2 à 25 millions d'unités. A ce moment, la température s'abaisse, tombant rapidement aux environs de 37°. Huit jours plus tard, on reprit cinq injections, contenant de 25 millions à 125 millions d'unités ; la température ne dépasse plus 37°1 ; en même temps, l'éréthisme cardiaque, la tachycardie, l'anxiété précordiales, disparaissaient ; on avait employé auparavant, et sans succès, 8 à 10 grammes par jour de salicylate de soude, et même pendant huit jours des injections intraveineuses de ce même médicament, d'urotropine, de septicémine, et de violet de gentiane.

Le vaccin antirhumatismal de Bertrand est une émulsion de diplocoques tués par la chaleur et isolés par arthrotomie de franges synoviales de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. Ces diplocoques seraient une forme spéciale du bacille isolé en 1891 par Achalme des liquides organiques d'un malade mort de rhumatisme articulaire aigu.

Certains pourraient prétendre que le vaccin a agi par protéinothérapie ; mais le malade avait reçu des injections de lait et de l'auto-sang, sans aucun résultat. Il est donc possible de faire bénéficier certains cas de localisations cardiaques évolutives des progrès de la vaccinothérapie. (*Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1927.)

Le cancer s'étend-il ?

C'est là une question angoissante, certes, et à laquelle un examen superficiel des statistiques semble apporter une réponse positive, alors qu'au fond l'extension est plus apparente que réelle ; le Dr HERMANN nous montre qu'on trouve plus de cancer aujourd'hui parce qu'on le cherche mieux.

« Ne nous frappons pas, mais n'imitons pas l'autruche ! »

Le monde souffre d'un mal aussi vieux que lui, mais dont le bilan n'a jamais été établi sérieusement. Le passif en est lourd, beaucoup plus même qu'on ne le suppose, mais il ne mènera pas à la faillite. Il ne sert à rien d'affoler les masses, d'exagérer le mal sous prétexte d'accentuer le bon combat. Il faut voir les choses telles qu'elles sont et ne conclure qu'avec toutes les garanties scientifiques voulues.

Si, au bout de vingt ans, le niveau statistique, que nous supposerons devenu étale après progression, est dépassé dans une proportion plus grande que celle que justifierait une augmentation de la longévité, c'est que vraiment il y a accroissement du cancer.

Les dispensaires de dépistage ou stations de diagnostic doivent être établis en nombre suffisant et avec l'outillage moderne, pour permettre de découvrir tous les cas, non pas seulement au point de vue du recensement, mais surtout au point de vue du traitement. Celui-ci aura naturellement d'autant plus de chances de succès, qu'il sera plus précoce. (*Le Scalpel*, 18 février 1928.)

Les appendicites chroniques avec pus dans l'appendice.

M. Guy LAROCHE publie quatre observations d'appendiculaires chroniques, à l'opération desquels on trouva du pus dans l'appendice ou une ulcération de la muqueuse avec infection polymicrobienne. Il s'agit de deux cas d'appendicite chronique pure, et de deux cas d'appendicite avec entéro-colite chronique, dans lesquels l'appendice était rempli de pus ou ulcéré. Aucun symptôme ne permettait de prévoir ce pus ou cette ulcération, ni l'intensité de la douleur ni la fièvre inexistante, ni aucun des signes de réaction appendiculaire aiguë. Ces observations sont rares, mais non exceptionnelles ; tout chirurgien, qui examinera systématiquement les appendices qu'il enlève en rencontrera de temps en temps.

Il est impossible en cas d'appendicite chronique de différencier les cas qui resteront bénins de ceux qui peuvent être graves. S'abstenir dans ces conditions, c'est s'exposer à courir un gros risque pour en éviter un très petit. L'examen du sang lui-même, dans ces cas où l'infection reste très minime, dangereuse seulement par son siège, ne peut être d'aucun secours

Ces appendicites sont des appendicites bénignes, malgré leur pus et leurs ulcérations, car elles ne provoquent ni fièvre, ni réaction violente. Mais on ne peut affirmer que cette absence de

virulence sera durable. Le seul traitement rationnel de l'appendicite chronique, qui sauvegarde la vie et l'avenir du malade est l'ablation de l'organe malade ; cependant, en cas de lésions associées (bride de Lane, péricolite, périduodénite, etc.), le chirurgien doit savoir regarder dans le ventre et faire le nécessaire, comme il doit instituer un régime pour guérir ensuite l'entérocolite, l'ulcère, la cholécystite, lésions concomitantes , pour éviter les troubles qui peuvent persister après l'intervention chirurgicale ; c'est là une remarque pratique de tout premier ordre. (*La Presse médicale*, 18 février 1928.)

La rubéole n'est pas toujours une maladie bénigne.

MM. Carrieu, Lamy et Bouchet viennent de trouver une nouvelle preuve de la gravité que peut présenter la rubéole au cours d'une récente épidémie, avec trois décès sur une centaine de cas.

Les deux tiers des cas environ ont été très légers ; les enfants ne se sont même pas alités, et ont passé, soit dans la rue, soit dans la maison, les vingt-quatre heures que durait leur maladie. Mais d'autres ont fait une température de 39°5, 40° et 40°5 ; le troisième jour de la maladie, avant la sortie de l'éruption, deux enfants ont, au milieu de phénomènes généraux importants, présenté des convulsions et sont morts rapidement, le cœur lâchant malgré les médications mises en œuvre.

Voici le tableau clinique le plus habituel : présence d'une angine au début de la maladie, adénopathie cervicale, catarrhe oculo-nasal peu marqué et surtout assez tardif, éruption fugace et plus ou moins précoce caractérisée par des éléments isolés et *siégeant à la face, au thorax* et aux membres, desquamation parfois intense au niveau des mains et des pieds. Ce n'était pas de la scarlatine dont l'éruption confluente est rouge vif, ne s'accompagne jamais de coryza et dont la contagiosité est ordinairement beaucoup moins considérable. Ce n'est pas la rougeole, qui ne présente jamais d'une façon aussi constante des adénopathies, dont l'invasion est plus longue et dont les complications pulmonaires sont toujours beaucoup plus fréquentes. Il ne s'agissait ni d'une intoxication alimentaire, ni d'une diphtérie, où les éruptions sont exceptionnelles et où l'angine est, le plus souvent, à fausses membranes.

C'était bien une épidémie de rubéole, à formes graves. (*La Presse médicale*, 3 mars 1928.)

Le traitement de l'ascite de la cirrhose du foie par le chlorure de calcium.

Les observations, rapportées par Léon Blum et P. Carlier, montrent d'une façon indiscutable que le chlorure de calcium est susceptible d'exercer une action diurétique importante sur des accumulations d'eau aussi réfractaires à la thérapeutique que l'ascite de la cirrhose du foie.

Deux facteurs sont nécessaires à cette action : l'absence rigoureuse de sel de cuisine dans l'alimentation, et l'ingestion prolongée de fortes doses de chlorure de calcium.

Il faut donc donner au maximum 200 gr. de lait par jour, et mettre le malade à une alimentation où le danger d'une ingestion de sel est réduite au minimum : pommes de terre au four, fruits, riz, œufs et viande.

De fortes doses de chlorure de calcium sont nécessaires (1 0 à 15 gr. de sel *sec* par jour) pour obtenir un résultat ; on a même donné 25 à 30 gr. de ce sel par jour, sans difficultés ; puis continuer pendant un certain temps ; l'influence du sel calcique ne se manifeste qu'à partir du 6e ou 7e jour ; les premiers jours, le poids reste stationnaire ou montre même une légère tendance à l'augmentation ; puis le poids baisse en même temps que diminue l'ascite.

Mais souvent l'ingestion de chlorure de calcium se heurte à de grandes difficultés ; répulsion du malade, diarrhées profuses ou constipation opiniâtre ; formation d'un état de chloro-acidose.

Si le rein fonctionne mal et n'élimine pas le Cl en excès, il en résulte une intoxication, malgré la présence de forts œdèmes (le liquide d'œdème ou d'ascite parvenant à neutraliser le chlore en raison de sa forte teneur en alcali). Aussi existe-t-il deux contre-indications à la médication calcique : l'insuffisance circulatoire des reins dans l'asystolie, et l'insuffisance sécrétoire par altération du parenchyme rénal, comme on la rencontre dans les néphrites avec œdèmes, où une rétention chlorée sèche coexiste avec une rétention chlorée hydratante. (*La Presse médicale*, 25 janvier 1928.)

Considérations sur la recherche de l'albumine dans l'urine. Technique simple et précise.

Les procédés habituels peuvent être entachés d'erreur, en raison des anomalies parfois constatées, lors de l'emploi de telle ou telle technique considérée comme spécifique. M. Paget, après une longue expérimentation, adopte la technique suivante, pour laquelle il distingue deux cas :

a) Urine limpide. Prendre sa réaction (si l'urine n'est pas acide, ajouter de l'acide acétique jusqu'à ce que le résultat soit atteint). Prélever 10 cc. d'urine, les saturer à froid de sulfate de soude anhydre ou effleuri . Les additionner de 10 gouttes d'acide acétique à 1/10. Chauffer la partie supérieure du tube qui les contient.

1° S'il ne se produit aucun trouble, l'urine ne renferme pas d'albumine ;

2° S'il se produit un trouble, un précipité, l'urine contient de l'albumine. Ce mode opératoire,

fidèlement suivi, écarte certaines erreurs ; le sulfate de soude empêche, en effet, la précipitation des phosphates, celle de la pseudo-albumine, et la solubilisation de l'albumine acéto-soluble.

b) Urine trouble et ne devenant pas limpide, même après plusieurs filtrations. Ce trouble, persistant malgré les filtres ou certaines poudres inertes additionnées, est dû à des bactéries du genre coli, subtilis, etc. ; il faut les détruire par un antiseptique puissant avant tout essai de clarification ; le permanganate est indiqué, car il est sans action sur l'albumine.

Traiter, en conséquence, l'urine trouble par 30 gouttes de solution saturée de permanganate. Agiter fortement et laisser reposer cinq minutes. Ajouter 15 gouttes d'eau oxygénée officinale et laisser se déposer l'oxyde de manganèse. Attendre cinq minutes pour filtrer. Sur le filtrat, opérer comme précédemment (10 cc. d'urine saturée de sulfate de soude plus 10 gouttes d'acide acétique au 1 /10e, etc.). (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 4 mars 1928.)

Influence de la perte d'un œil sur la fonction visuelle et ses conséquences au point de vue de la capacité du travail.

La vision binoculaire permet d'apprécier les distances et de saisir le relief, et la perte d'un œil cause à ce point de vue un grand dommage, tant que plusieurs jours ou plusieurs mois n'ont pas permis une rééducation cérébrale.

Ce dommage est surtout marqué lorsqu'il y a perte brusque d'un œil sain à la suite d'une blessure, par exemple.

Cette rééducation est fonction de la capacité cérébrale du sujet ; et l'estimation de sa durée a un gros intérêt au point de vue de la détermination de la consolidation de la blessure, car la diminution de capacité ouvrière sera bien plus importante au début de la rééducation. Celle-ci terminée, il ne resterait plus que la perte d'une partie minime du champ visuel, soit 1 /6e environ. Cependant le Dr H. Spindler estime qu'en plus, il y a la perte d'un des deux faisceaux maculaires : le faisceau rétinien spécial qui, dans chaque œil, est de beaucoup le plus important, parce que c'est lui qui donne la vision distincte, impression de la forme et de la couleur des objets, en allant impressionner par le chiasma le centre visuel de l'œil opposé. L'énergie de la perception lumineuse a diminué, puisque l'intensité de l'excitation lumineuse reçue au niveau de la rétine a diminué de moitié par le fait de la suppression d'une rétine ; il y a donc diminution de l'énergie de la vision.

Chez un ouvrier à la perte d'1 /6e de champ visuel (soit 16,6 %), il faut donc ajouter 8,4 % pour diminution de l'énergie visuelle, soit 25 %. Cette proportion est admise par la majorité des oculistes, elle est tout à fait équitable. (*La Clinique ophtalmologique*, janvier 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le vaccin B. C. G. par voie hypodermique chez l'enfant et l'adolescent.

(MM. J. Parisot et H. Saleur, de Nancy. — *Académie de médecine* ; 12-6-1928.)

Le B.C.G. a été employé, par *voie hypodermique*, dans l'enfance, l'adolescence et même chez l'adulte, par divers auteurs : Weill-Hallé et Turpin, Walgren, (de Göteburg), Schael et Heimbeck (Norvège), Ascoli (Italie), Girard et Legendre (Madagascar), etc. Depuis un an, de leur côté, MM. Parisot et Saleur y ont eu recours chez les jeunes sujets qui fréquentent les dispensaires anti-tuberculeux nancéens, dans le but d'étendre l'emploi de cette méthode de prophylaxie qui ne paraît pas devoir se restreindre aux seuls nouveau-nés de quelques jours. Il serait particulièrement intéressant, en effet, de parvenir à faire de ce moyen de prévention, si possible, une vaccination plus générale s'appliquant sinon à tous les âges, du moins aux âges les plus menacés par la tuberculose. Nous n'en sommes pas là, encore, mais le travail de MM. Parisot et Saleur constitue une contribution intéressante à ce problème.

La condition technique qui limite actuellement l'usage du B.C.G. est la suivante : ce vaccin ne doit être administré qu'à des sujets indemnes d'une infection tuberculeuse spontanée antérieure. Or, au cours de l'enfance et de l'adolescence, un certain nombre d'individus, élevés en milieu familial sain et à l'abri des contages, remplissent encore cette condition, que traduit une cuti-réaction négative. Au fur et à mesure que l'enfant avance en âge, dans les villes en particulier, le taux des cuti-réactions négatives diminue, les contacts contaminants se multipliant avec le temps, dans l'entourage familial, les milieux de séjour (écoles, ateliers, etc.). La vaccination faite avant ces contagions les préviendra et c'est dans ce but que les auteurs ont pratiqué des injections de B.C.G. chez 318 sujets de 1 an à 16 ans, qui semblaient plus particulièrement menacés par leurs conditions d'existence.

Une précaution a été prise. Pour éviter que l'in-

troduction de vaccin ne se superposât, accidentellement, à une infection récente, deux réactions tuberculiniques furent pratiquées à trois mois d'intervalle, le candidat au B. C. G. étant maintenu en préventorium pendant ce laps de temps. La dose utilisée de virus-vaccin s'éleva à 1/100e de milligramme seulement et fut administée en injection dans la fosse sus-épineuse. Comme MM. Weill-Hallé et Turpin, les auteurs ont observé quelques incidents, d'ailleurs purement locaux : nodosité apparaissant après 4 à 6 semaines, grossissant lentement, se résorbant ou se ramollissant.

— M. Calmette remarque que la méthode de vaccination par voie sous-cutanée des enfants et des adultes nécessite de *grandes précautions*. Elle ne saurait quant à présent être mise en œuvre que par des médecins particulièrement compétents en phtisiologie. Il faudra s'assurer, comme l'a fait M. Parisot, par deux cuti-réactions négatives, que le sujet est indemne de toute infection bacillaire et l'isoler de tout contact infectieux pendant un mois, jusqu'à ce que l'immunité soit acquise.

Sur la dilatation des bronches.

(MM. Emile Sergent et Jobin. — *Académie de médecine* ; 29-5-1928.)

MM. Emile Sergent et Jobin font une communication sur les images radiologiques dans les formes fétides et non fétides de la dilatation des bronches.

Abordant le côté thérapeutique, ils distinguent les bronchiectasies qui se drainent bien et celles qui se drainent mal. Les bronchiectasies mal drainées (sacciformes, fétides), trouvent avantage à l'emploi d'un mode de traitement fort en honneur aujourd'hui : la bronchoscopie avec aspiration et lavage des bronches. En quelques séances, on obtient la diminution et la disparition de la fétidité, en même temps que l'expectoration devient moins abondante et perd son caractère de pseudo-vomique pour prendre celui de bronchorrhée purulente banale. Dans les bronchiectasies qui se drainent bien et ne sont pas fétides, il est inutile d'imposer au malade ces séances toujours pénibles.

Le traitement des paraplégies pottiques.

(MM. R. Massart et Ducroquet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-3-1928.)

MM. R. Massart et Ducroquet communiquent une intéressante observation de paraplégie pottique guérie complètement et rapidement par la ponction de l'abcès médiastinal.

Utilisant l'incision latéro-vertébrale, ils arrivèrent dans le médiastin, sur l'abcès, préalablement repéré par une radiographie. La ponction et l'évacuation du pus furent effectuées en s'entourant de toutes précautions et d'une rigoureuse aseptie.

L'opérée a guéri de sa paraplégie en une semaine et la plaie s'est cicatrisée par première intention.

Cette observation montre que, par une intervention qui est loin de présenter la gravité des laminectomies, on parvient à obtenir en pareil cas une excellente décompression médullaire.

Projectiles intra-craniens.

(M. Bourguet ; M. R. Massart. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-3 et 20-4-1928.)

M. Bourguet rapporte trois cas d'extraction de balles de revolver : l'une logée dans la cavité orbitaire, la seconde dans le ventricule latéral gauche, la troisième au-dessus de la tente du cervelet. Trois guérisons.

— M. R. Massart insiste sur l'importance qu'ont en pratique civile les deux points suivants, pour ce qui concerne l'extraction des projectiles intra-craniens : 1° l'extraction doit toujours être précédée d'un repérage radiographique ; 2° elle doit être faite sous le contrôle des rayons.

— M. Peugniez présente l'instrument qu'il a fait construire pour l'extraction de certains projectiles intra-craniens à travers un petit orifice de trépanation.

Choc anaphylactique sévère après opération de kyste hydatique.

(M. Bressot. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-3-1928.)

M. Bressot a opéré un kyste hydatique du foie par ponction et formolisation. Il fut obligé d'ouvrir la poche avant de l'extirper. Dès la fin de l'opération, choc anaphylactique très grave, avec réaction urticarienne généralisée. Guérison.

Pour l'auteur, la rapidité des phénomènes de choc tiendrait à la résorption du liquide hydatique au niveau de l'épaisse tranche de tissu hépatique sectionnée pour aborder le kyste. Il conseille, avec Lemaire, pour éviter les accidents de ce genre, d'ajouter au formol du sulfate de soude ou de l'alcool, substances modificatrices des albumines.

Sur les indications de la rachi-anesthésie.

(M. Haller. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-3-1928.)

M. Haller estime que la rachianesthésie rend dans certains cas de grands services par le silence abdominal qu'elle procure — par exemple dans les opérations sur l'abdomen d'une certaine durée (gastrectomie, colectomie, Wertheim, etc.). Elle est nettement contre-indiquée chez les chokés et les hémorrhagiques.

La consolidation accélérée des fractures.

(M. Crétin, du Mans. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 16-3-1928.)

M. R. Massart présente un rapport sur un travail de M. Crétin, du Mans, intitulé : Contribution à l'é-

tude de l'ossification et de la réparation des fractures; consolidation accélérée de celles-ci.

L'étude histo-chimique de l'ossification montre que le muscle intervient dans la construction de l'os et que tous les éléments qui servent à l'édification du squelette se retrouvent dans le muscle et le tendon. Les minéraux en question, dont les plus importants sont le phosphore et le calcium, sont véhiculés par des albumines.

Dans la réparation des fractures, l'influence du silicium est capitale dans la prise et le durcissement du cal.

L'auteur apporte une série d'observations de malades atteints de fractures auxquels — se basant sur ces notions — on a donné des comprimés de silicium et de calcium et dont la réparation osseuse a été très rapide. Il signale aussi deux maux de Pott dans lesquels cette médication a procuré de bons résultats.

Les bases du traitement de la stase intestinale chronique.

(Sir ARBUTHNOT LANE, de Londres. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-3-1928.)

M. V. PAUCHET fait un rapport sur une communication de Sir Arbuthnot Lane concernant la stase intestinale chronique (maladie de Lane). Le chirurgien anglais insiste sur l'une des causes de la constipation chronique, qu'il a signalée souvent : l'habitude prise par les hommes civilisés de n'aller à la selle qu'une fois par jour. Il est nécessaire, dit-il, de rééduquer les individus,et principalement les enfants, pour les habituer à avoir *une selle après chaque repas*.

P. L.

Sur les artérites pulmonaires.

(MM. Ch. LAUBRY et M. THOMAS. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 25-5-1928.)

MM. TRÉMOLIERES, A. TARDIEU et R. NATIVELLE ont communiqué une observation d'artérite pulmonaire subaiguë chez un syphilitique atteint de maladie mitrale.

MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU ont rapporté celle d'une artérite pulmonaire syphilitique chez un cardiaque noir ; enfin, MM. RUDAUX et DURANTE ont traité de l'artérite syphilitique pleurale.

MM. Ch. Laubry et M. Thomas reprennent la question du côté clinique et pratique. On est autorisé, disent-ils, avec vraisemblance à porter un diagnostic d'artérite pulmonaire, à une phase peu avancée, lorsque se conjuguent les signes suivants : hémoptysies répétées et que n'expliquent aucune lésion pulmonaire, syndrome radioscopique spécial, notion d'une syphilis antérieure affirmée par les antécédents, par les réactions humorales, par les stigmates et surtout par les stigmates aortiques. Quand le seul symptôme radioscopique existe, et surtout quand, par des examens répétés, il a été permis d'assister au développement insolite de l'artère pulmonaire, les auteurs ont pu ou bien évoquer la syphilis ou bien prédire des hémoptysies, et ces prévisions se sont quelquefois vérifiées.

Pratiquement, toute artérite pulmonaire dépistée au cours d'une cardiopathie, ne fait qu'en aggraver le pronostic et apparaît ainsi comme un signe inéluctable de mort rapide. Mais si la syphilis est en cause, même au cours d'une cardiopathie rhumatismale, si elle l'est en dehors de toute cardiopathie, si enfin, dans les deux cas, elle est soupçonnée à temps, le pronostic change, et le traitement, dont on a trop médit récemment, retrouve tous ses droits et quelquefois tous ses succès.

Diagnostic radiologique des kystes hydatiques intra-hépatiques.

(MM. Marcel LABBÉ, LOMON et SELIGMAN. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 25-5-1928.)

L'examen radiologique d'un kyste hydatique du foie est habituellement considéré comme ne donnant que des signes indirects de déformation hépatique, ou simple hépato-mégalie si le kyste est central. Cependant certaines images de kystes sont directement visibles à la radiographie, grâce à leur calcification, ces kystes étant morts.

Les auteurs rapportent 3 cas de kystes hydatiques intra-hépatiques visibles à la radiographie ; l'un d'eux était vivant, et le contour de la masse hépatique était seul apparent.

Dans un cas, l'image radiographique a confirmé le diagnostic clinique et permis les localisations du kyste dans le foie. Dans les deux autres, l'affection intra-hépatique a été une découverte de la radiologie.

L'examen radiologique et surtout radiographique doit donc être introduit parmi les procédés d'examen systématique servant au diagnostic du kyste hydatique du foie.

Les accidents du traitement spécifique de l'aortite syphilitique. Réaction de réactivation et réaction de résolution.

(M. Ed. DOUMER. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 25-5-28.)

Le traitement spécifique dans l'aortite syphilitique donne souvent d'excellentes résultats ; mais il est parfois mal supporté, en particulier à la 3e ou 4e semaine du traitement arsénobenzolique. Les manifestations pathologiques s'exagèrent quand on passe de 0,45 à 0,60, et quand on poursuit le traitement à cette dose.

S'agit-il d'une réactivation de l'infection ? Oui, si elles sont précoces ; mais, dans la majorité des cas, elles paraissent traduire une réaction de résolution de l'infection, laquelle est fâcheuse par l'irritation locale qu'elle entretient, pendant que se poursuit ce processus de résolution.

Dans l'hypothèse d'une réactivation, il faudrait continuer et intensifier le traitement. S'il s'agit au contraire d'une réaction de résolution, il faut le sus-

pendre ou tout au moins le modérer, pour éviter les conséquences d'une action thérapeutique trop brutale.

L'auteur s'est toujours bien trouvé de tempérer le traitement, de l'interrompre au besoin pour le reprendre un peu plus tard avec un peu plus de douceur, de diminuer les doses, de renoncer aux fortes doses pour un traitement plus doux et longtemps prolongé, de renoncer à l'arsénobenzol et de lui préférer le bismuth, souvent mieux supporté, ou même simplement le traitement d'autrefois à base de mercure et d'iodure, d'adapter en somme très étroitement, dans chaque cas particulier, l'intensité du traitement aux réactions du sujet.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Anévrysme disséquant avec hémopéricarde.

M. Pallasse et Mlle Lambert. Malade de 46 ans, entré à l'hôpital pour douleurs lombaires et albuminurie et mort subitement huit jours plus tard. L'albuminurie existait depuis trois ans ; les douleurs lombaires, violentes, étaient apparues trois jours avant l'entrée. Ni éthylisme, ni spécificité connue. L'interrogatoire et l'examen dénotaient un passé de néphrite chronique, un état général fébrile et une raideur intense du tronc, liquide céphalo-rachidien normal. A l'autopsie, aorte parsemée de nombreuses plaques d'aortite et perforée au niveau de sa tunique interne dans la région sus-sigmoïdienne ; anévrysme disséquant, résultat de l'infiltration sanguine entre les tuniques du vaisseau ; enfin perforation de la tunique externe dans sa portion intra-péricardique, avec hémopéricarde terminal.

Syphilis du maxillaire inférieur ayant simulé une ostéite bacillaire.

MM. Villard et Labry. Femme de 30 ans venue une première fois à l'hôpital en 1926 pour des lésions ulcéreuses et fistuleuses de la région sus-claviculaire droite ayant débuté l'année précédente par des ganglions cervicaux. En raison de la toux, de l'amaigrissement, de signes radioscopiques, on pense à des ésions bacillaires et on intervient. Les fistules réapparaissent six mois après, ainsi que l'amaigrissement et la fièvre ; de plus, se constitue une tuméfaction du maxillaire. Nouvelle intervention à ce niveau : curettage de l'os qui présente un foyer d'aspect caséeux et extraction de petits séquestres. Un mois après l'intervention, les fistules subsistant et l'examen histologique des fragments enlevés ayant été négatif au point de vue de la tuberculose, on fait un Wassermann qui est très positif et un traitement d'épreuve qui, en quinze jours, amène une guérison locale complète, la disparition de la fièvre et l'amélioration de l'état général.

Stomatite ulcéro-membraneuse exubérante.

MM. J. Chalier et Rousset rapportent l'observation d'une femme de 32 ans, débile mentale, qui, à la suite d'un refroidissement, eut de la fièvre, des frissons, du trismus avec dysphagie douloureuse et des douleurs dans la langue. A l'entrée, odeur fécaloïde de la bouche perceptible à distance ; langue tuméfiée, recouverte d'un enduit fuligineux : lèvres, face interne des joues, gencives recouvertes d'un enduit blanc grisâtre, verdâtre par endroits. Sous cet enduit les muqueuses sont boursouflées, saignottantes. L'examen microscopique de l'exsudat révèle de nombreux spirilles, des cocci et des bacilles en navettes, caractéristiques de l'association fuso-spirillaire ; on trouve également de nombreux streptocoques et coli-bacilles. Amélioration assez rapide après application de collutoires au novarsénobenzol. A noter l'absence d'angine notable, la gorge était seulement rouge, sans exsudat. Par contre, après guérison de la stomatite, on put reconnaître l'existence d'une pyorrhée alvéolo-dentaire cause initiale probable de la maladie.

Diphtérie trachéo-bronchique de l'adulte.

M. J. Chalier, Mlle Gaumont et M. Clavel. Femme de 40 ans entrée à l'hôpital pour une dyspnée laryngée sans angine préalable ; cyanose, voix éteinte, toux rauque et aboyante. On fait immédiatement 50 cc. de sérum antidiphtérique intra-veineux, et 50 cc. intra-musculaire. Le lendemain, l'état s'étant aggravé, on fait un tubage qui n'amène aucune amélioration ; puis M. Clavel pratique rapidement la trachéotomie. D'épaisses fausses membranes sont rejetées par le tube et la dyspnée s'améliore. L'amélioration se continue le lendemain ; rejet pendant plusieurs jours de fausses membranes où pullulent les Löffler. Ultérieurement, la malade fit des accidents cardiaques imputables à la toxine diphtérique ; elle guérit néanmoins sans ennuis du côté de sa plaie trachéale.

Dans de pareils cas, le tubage est inefficace. Seule la trachéotomie permet de parer aux accidents asphyxiques en assurant une perméabilité plus lointaine à l'air et en facilitant le rejet des fausses membranes. Bien entendu, il faut lui associer la sérothérapie à hautes doses (180 cc. par jour pendant sept jours dans ce cas).

Paralysies diphtériques généralisées.

M. J. Chalier et Mlle Gaumont. Malade de 27 ans entré à l'hôpital des contagieux pour une diphtérie maligne, avec albuminurie et cylindrurie. On fait 50 cc. de sérum par jour pendant 5 jours, ce qui n'empêche pas l'apparition d'une paralysie du voile au quatorzième jour de la maladie. On refait du sérum mais le malade quitte volontairement l'hôpital. Il revient environ un mois après, avec des paralysies multiples : voile du palais, des cordes vocales (apho-

nie), pharynx, muscles bronchiques, *grand hypoglosse gauche* (déviation de la langue de ce côté), *facial* (hyperacousie douloureuse). Les membres inférieurs furent également atteints,ainsi que l'accommodation. Les paralysies de l'hypoglosse et surtout du facial sont très rarement observées dans la diphtérie. Amélioration assez rapide et guérison complète en deux mois par le traitement sérothérapique.

Myome malin de l'utérus et épithélioma du corps utérin.

M. Violet présente l'observation d'une femme de 57 ans qu'il a opérée pour un myome malin avec épithélioma du col. Or cette femme avait consulté sept ans auparavant, un médecin des hôpitaux et un chirurgien compétent qui avaient constaté l'existence d'une tumeur utérine ou annexielle du volume d'une tête fœtale. Une intervention proposée alors n'avait pas été acceptée. Ménopause l'année suivante.

Radiographies de pleurésies médiastines.

MM. Roubier et J. Carle présentent l'observation de deux malades atteintes de pleurésie médiastine postérieure n'ayant donné qu'un minimum de signes cliniques et diagnostiquées grâce à la radioscopie. Les images étaient identiques dans les deux cas : en position oblique antérieure droite, on constatait la présence d'une ombre dans la région rétrocardiaque, ombre de forme triangulaire masquée par l'ombre cardiaque en position frontale. Ces épanchements sont probablement de nature tuberculeuse.

Cystite tuberculeuse sans lésions rénales.

M. Gayet. On sait que la cystite tuberculeuse est presque toujours d'origine rénale. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, témoin le cas présenté par M. Gayet et concernant un homme de 25 ans, venu consulter pour des douleurs lombaires, de la pollakiurie et des hématuries. Les reins n'étaient pas perçus ; la cystoscopie était impossible à cause de l'intolérance de la vessie. On décida de pratiquer une double lombotomie exploratrice qui montra l'intégrité des reins. L'évolution et les examens ultérieurs montraient qu'il s'agissait de cystite tuberculeuse, sans doute secondaire à des lésions de même nature de l'épididyme droit et de la prostate. L'amélioration de la cystite ayant par la suite permis la cystoscopie et le cathétérisme uretéral, ceux-ci confirmèrent l'intégrité des reins.

Société médicale des hôpitaux.

Compression médullaire par anévrysme de l'aorte.

MM. A. Devic et Jeannin rapportent un cas d'anévrysme aortique ayant érodé le rachis et ouvert le canal rachidien ; cliniquement, on n'avait observé qu'une paraplégie à début brusque. Il s'agit d'un cas extrêmement rare.

Compression médullaire par tumeur méningée chez une femme de 75 ans.

MM. Devic et Jeannin. Femme de 75 ans atteinte de paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, Babinski bilatéral, anesthésie remontant jusqu'au dessous des seins ; le lipiodol injecté par ponction sous-occipitale s'arrête au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Intervention : on trouve une tumeur du volume d'une noisette adhérente à la dure-mère qu'on enlève. Le lendemain de l'opération, la température monte à 40° ; une escarre apparaît dans le sillon interfessier; mort deux jours plus tard. Il s'agissait en somme d'un cas à localisation facile et les conditions d'opérabilité, en dedors de l'âge, étaient bonnes. L'opération entraînait de gros dangers, néanmoins on s'y décida car c'était la seule chance de survie ; de tels malades sont en effet voués à une mort assez rapide au milieu de douleurs intolérables.

Douleurs à type de décharge électrique dans la sclérose en plaques.

MM. Bériel et Devic. Homme de 34 ans présentant depuis 1924 des troubles de la marche ; à son entrée à l'hôpital, on note une paraplégie spasmodique typique avec exagération des réflexes tendineux, Babinski bilatéral, abolition des réflexes cutanés abdominaux à gauche. Le malade a remarqué en outre depuis deux mois que toutes les fois qu'il fléchit la tête en avant il ressent dans les membres inférieurs une sensation de décharge électrique. Lhermitte a, le premier, signalé ce trouble et l'attribue à la démyélinisation des fibres nerveuses sans altération profonde du cylindraxe : ce dernier, mal protégé, serait facilement *irritable dans la légère* élongation imprimée à la moelle par la flexion de la tête.

Ataxie tabétique aiguë.

MM. Gaté et Devic relatent l'observation d'une femme de 32 ans, vue en octobre 1927 pour des troubles vagues de la marche : on ne nota à ce moment *aucun signe objectif*. Fin octobre, apparition de diplopie avec vertiges : paralysie du moteur oculaire commun gauche avec ptosis. Le 8 novembre, aggravation brusque des troubles de la marche. Le 12, l'examen montre une incoordination extrême, abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Romberg positif. Quelques jours après apparition du signe d'Argyll-Robertson. Le traitement antisyphilitique institué dès le début et intensifié par la suite amène une grosse amélioration.

Xérophtalmie par avitaminose guérie par l'huile de foie de morue.

MM. Mouriquand et Nicolau. La xérophtalmie se produit chez les hommes et les animaux soumis à

un régime déficient en vitamine A. Elle se caractérise cliniquement par la microphtalmie, la sécheresse de la conjonctive et de la cornée, l'inflammation de la conjonctive avec sécrétion purulente abondante à flore microbienne très riche ; elle peut aboutir à la panophtalmie. Or, chez des rats blancs rendus xérophtalmiques par un régime déficient en vitamine A, les auteurs ont obtenu en quelques jours la guérison de l'affection oculaire sans traitement local, par l'administration d'huile de foie de morue, à dose minime (trois gouttes par jour). L'intérêt de ces recherches réside dans ce fait qu'elles posent un problème important de pathologie générale : celui de la valeur du terrain dans la genèse et l'évolution des infections.

Néphrite aiguë dans l'endocardite infectieuse.

MM. Gallavardin et Gravier présentent deux observations : la première concerne un homme de 52 ans entré à l'hôpital avec un syndrome de néphrite aiguë : dyspnée, œdème des jambes, urines rares, de teinte « bouillon de bœuf », fortement albumineuses. égèrement hématuriques et renfermant des cylindres granuleux. L'étiologie reste indéterminée, Au cœur, très léger souffle diastolique près de l'appendice xiphoïde. Le malade meurt rapidement après un séjour de trois semaines, ayant eu dans les derniers jours une légère hyperthermie. L'autopsie montra l'existence d'une endocardite infectieuse à type végétant de la tricuspide et des valvules aortiques et des lésions rénales à type de glomérulite embolique. Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de 34 ans avec un syndrome d'endocardite infectieuse greffée sur une cardiopathie ancienne : antécédents rhumatismaux, double lésion aortique avec souffle systolique et diastolique et frémissement systolique léger, lésion mitrale très probable (roulement présystolique suivi d'un léger souffle systolique, à la pointe) ; hypertrophie de la rate, doigts hippocratiques. En même temps, syndrome de néphrite aiguë typique : urines foncées, hématuriques, très albumineuses, œdème modéré. Cette néphrite s'améliora par la suite, mais les urines redevinrent troubles et albumineuses, à la suite de plusieurs poussées hématuriques. Mort après onze mois de séjour. A l'autopsie, on trouva une endocardite mitro-aortique ancienne avec lésions végétantes d'endocardite infectieuse, et des lésions rénales rappelant surtout le rein cardiaque.

Déformations hippocratiques des doigts dans l'endocardite infectieuse.

MM. Gallavardin et Gravier présentent une observation de cardiopathie valvulaire mitrale suivie pendant trois ans ; quelques mois avant sa mort, le malade présenta des signes classiques d'endocardite infectieuse et l'autopsie montra de grosses lésions d'endocardite végétante, greffées sur une endocardite ancienne. Or, dès le premier séjour du malade à l'hôpital, on posa la question de l'existence possible d'une endocardite infectieuse à marche lente, à cause de la présence de belles déformations hippocratiques des doigts. On sait que celles-ci ont été signalées dans l'endocardite infectieuse par MM. Gallavardin et Langeron. Cette observation prouve que ce signe peut parfois être très précoce dans l'endocardite infectieuse à forme lente.

Tétanos généralisé guéri par la sérothérapie.

MM. J. Chalier et Mestrallet présentent une observation de tétanos généralisé, chez un homme de 24 ans, consécutif à une plaie du pied faite par un morceau de verre au cours d'une baignade dans le Rhône. Dès l'entrée du malade on injecte 60 centimètres cubes de sérum antitétanique (30 sous-cutanés, 30 intra-veineux) et on donne du chloral à hautes doses en lavements. Le lendemain, on fait 170 cc. (100 sous-cutanés, 70 intra-veineux) en 2 séries de piqûres matin et soir ; on excise la plaie du pied. Les jours suivants et pendant cinq jours, on fait quotidiennement 200 cc. de sérum (100 sous la peau, 100 dans les veines). La dernière injection ayant donné un choc assez intense on suspend la sérothérapie qu'on reprend par la suite à petites doses l'état s'étant progressivement amélioré. Le malade sort *guéri* de l'hôpital après un mois et demi de séjour et ayant reçu en tout seize cent soixante centimètres cubes de sérum dont 800 par voie intra-veineuse et 860 par voie sous-cutanée. Cette observation corrobore plusieurs autres observations déà publiées et prouvant la possibilité de la guérison du tétanos grave par le sérum. Le traitement doit être aussi précoce que possible. Il doit être intensif : 150 à 200 cc. par jour. M. Chalier préconise l'association des deux voies : intra-veineuse et sous-cutanée et la pratique de deux séries d'injections par jour.

A. C.

Les Thèses

P. — Dr Fernand De La Rue. — **Recherches sur les indications thérapeutiques de l'association des dérivés barbituriques et de la belladone totale dans différents syndromes vagotoniques** (Thèse de 1927.)

Voici les conclusions générales de ce travail :

1° Il existe des syndromes résistant aux efforts de la thérapeutique et la pathogénie de ces syndromes doit être cherchée dans un trouble du système organo-végétatif.

2° Le renforcement de la phényl-éthyl-malonylurée, sédatif du système moteur et du vague, par la bellafoline, inhibiteur du parasympathique, montre fréquemment par ses effets favorables sur les syndromes résistants la prédominance pathogénique de la dixième paire.

3° Cette association thérapeutique (belladénal) a pour formule et par comprimé :

Phényl-éthyl-malonylurée : 0 gr. 05 centigr. ;

Alcaloïdes totaux de la belladone : 1 /4 de milligr.

Elle représente une puissante action sédative générale, et, en outre, particulière aux vagotonies, avec atténuation des inconvénients secondaires de la phényl-éthyl-malonylurée.

4° Dans la pratique médicale, on peut difficilement différencier le système sympathique du système vagal. Il y a intrication, en divers syndromes morbides, des deux forces antagonistes. Il existe, cependant, des prédominances d'un système sur l'autre et fréquemment de l'hypervagotonie.

5° Ces constatations s'imposent aux cliniciens dans certain nombre d'affections sur lesquelles nous avons nous-même étudié les effets du belladénal. Ce sont :

a) *L'angine de poitrine* : quelle que soit sa forme, angine de poitrine d'effort et de décubitus, qu'il y ait ou non, dans le mécanisme de la crise douloureuse angoissante, précession du phénomène hypertension, le pneumogastrique exerce une influence souvent décisive sur le déclanchement de l'accès.

La thérapeutique par le belladénal (3 à 4 comprimés par jour) donne des résultats sédatifs remarquables dans des cas où les autres médications ont échoué. A noter que la dose du médicament doit être assez élevée et atteindre fréquemment 4 comprimés par jour.

b) *Syndrome épilepsie.* — Il y a des cas résistants d'épilepsie, dans lesquels l'hypervagotonie incomplètement inhibée constitue l'élément pathogénique prédominant. Cet élément se retrouve aussi dans les équivalents épileptiques.

Les nombreux cas cliniques observés par les auteurs, en particulier M. Marchand et Viguier, ainsi que nos observations, montrent l'action éminemment sédative du belladénal (4 à 6 comprimés par jour) dans un grand nombre de cas (50 % environ).

c) *Dysménorrhée spasmodique.* — Ce syndrome s'oriente de plus en plus vers une pathogénie organo-végétative à prédominance vagale.

Par dysménorrhée, il faut entendre non seulement la douleur utérine, mais les troubles à distance (migraines, névralgies, phénomènes convulsifs, etc.).

La dysménorrhée dite essentielle semble se rattacher tout entière au système neuro-glandulaire.

Le belladénal sera utilisé à la dose de 2 à 3 comprimés huit jours avant les règles comme sédatif du para-sympathique et à la dose de 3 à 4 comprimés contre la crise douloureuse.

d) *Syndrome tremblement.* — Nous avons étudié le tremblement dans les intoxications, l'alcoolisme, la sclérose en plaque, la paralysie générale progressive, la maladie de Parkinson, la sénilité, les démences précoces

Les effets du belladénal dans ces syndromes se sont montrés remarquables d'une façon presque constante et cette disparition du tremblement montre que la pathogénie du syndrome ressortit au système organo-végétatif. Les doses à utiliser sont de 2 à 4 comprimés par jour.

L'amélioration porte surtout et en premier lieu sur le tremblement digital et moins nettement sur le tremblement lingual. Celui-ci, cependant, a cessé dans plusieurs cas par la continuation du traitement à la dose de 3 à 4 comprimés.

Les résultats sédatifs obtenus sur les tremblements persistent après la cessation et la reprise de la médication ramène les résultats favorables précédemment obtenus. Cependant, dans la sclérose en plaques, le tremblement réapparaît plus vite et il faut alors reprendre la médication.

6° Dans la maladie de Parkinson, la rigidité est également amendée par le belladénal.

7° Ce médicament est, dans certains cas de parkinsonisme, supérieur à la belladone totale étudiée par Bourgeot et à la stramoine. Celle-ci, dont l'activité ne peut d'ailleurs être supérieure à celle de la belladone totale puisque le principe actif essentiel de l'une et de l'autre est, avec une égale proportion, l'hyosciamine lévogyre, est difficile à manier en raison de la nécessité, pour atteindre la posologie efficace, d'arriver jusqu'aux doses toxiques.

8° Nous n'avons pas observé de cas d'intolérance au belladénal. Le médicament est bien supporté. Il ramène l'appétit et ne provoque pas de pollakiurie comme la phényl-éthyl-malonylurée. La posologie doit correspondre à l'intensité des symptômes et varier avec elle. Il ne faut pas hésiter à administrer, chez l'adulte, 3 ou 4 comprimés par jour, c'est-à-dire 15 ou 20 centigr. de gardénal associé à 3 /4 de milligr. de belladone totale. Chez les épileptiques, les doses seront même supérieures (20 à 30 centigr. de gardénal et 1 milligr. à 1 milligr. 1 /2 de bellafoline).

9° Chez les enfants, on utilisera des doses correspondant à 1 /4 de comprimé par an d'âge.

10° La méthode des doses réfractées est possible selon les indications.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ORDRE DES MÉDECINS

IL Y A DES MÉDECINS BELGES HOSTILES A L'ORDRE DES MÉDECINS

La discipline peut seule donner aux Syndicats, puissance défensive, offensive et constructive.

Tous les médecins belges ne sont pas partisans de l'Ordre des Médecins, écrivais-je le 17 juin dernier. En voici la preuve : je la trouve dans *Bruxelles Médical*, et je reproduis intégralement l'Ordre du jour de l'Union professionnelle des médecins du Brabant.

L'Union professionnelle des médecins du Brabant avait convoqué les médecins de Bruxelles et des environs à une séance qui a eu lieu dimanche dernier dans la salle de l'Union Coloniale.

Au bureau avaient pris place les docteurs Querton, Hoebeke et Evely.

La discussion a porté sur les rapports faits par les docteurs Brohée et Moreaux concernant l'opportunité de la création d'un Ordre des médecins.

Après l'exposé des rapports et les discussions, les médecins présents, au nombre d'une soixantaine, parmi lesquels nous avons remarqué les docteurs Thoelen, De Gynst, Swolf, ont adopté à l'unaninamité l'ordre du jour suivant :

Considérant d'une part :

1° Que la création d'une juridiction professionnelle des médecins doit être rejetée en principe (cette juridiction serait anticonstitutionnelle, — articles 6 et 30), elle rétablirait l'ancienne caste ou corporation abolie par la Révolution française ;

2° Qu'il y a incompatibilité fondamentale entre la notion de l'Ordre et la notion de Syndicat médical ;

3° Qu'il n'y a aucune analogie entre l'Ordre des Avocats, établi en 1812, c'est-à-dire, 18 ans avant le vote de la Constitution Belge et l'Ordre éventuel des médecins ;

4° Que les juges médecins n'auraient aucune compétence juridique pour juger les infractions et pour faire appliquer les sanctions ;

5° Qu'aucun texte légal d'un code n'établirait ces infractions et les sanctions à y appliquer ;

6° Que la mission des Conseils de l'Ordre serait, dans la pratique, de défendre uniquement les intérêts corporatifs de caste et non de lutter dans l'intérêt de la salubrité et de la moralité publiques, contre les abus de la pratique médicale (exercice illégal de la médecine, manœuvres charlatanesques, ristournes, rabattages, dichotomie, avortement criminel, etc., etc.).

7° Que nantis d'un pouvoir disciplinaire légal, certains juges-médecins pourraient arbitrairement commettre des erreurs ou se livrer à des abus de pouvoir ;

8° Que les médecins n'ayant pas actuellement une connaissance suffisante des arguments favorables à l'Ordre et aux Conseils de Discipline, étant partisans ou adversaires de ceux-ci, simplement par question de sentiment ou par question d'intérêt, devraient être complètement éclairés et être appelés, *dans la suite*, à se prononcer par un referendum individuel général, bien organisé ;

9° Que l'Ordre des médecins, sans aucunement relever le prestige et la dignité médicale, donnerait une fausse sécurité au public et constituerait un moyen inefficace pour punir les vrais délinquants, un remède sans action pour assurer un meilleur accomplissement de l'art de guérir ;

Considérant d'autre part :

Qu'il existe depuis plus d'un siècle, des abus nombreux, flagrants, se multipliant chaque jour et contre lesquels les tribunaux sont désarmés, à cause de l'inexistence des textes légaux, de l'insuffisance et du manque de précision des textes actuels ;

Emettent les vœux suivants :

1° *La création d'un Ordre des médecins ne doit pas être envisagée* ;

2° *Il faut reviser la loi sur l'art de guérir, coordonner les textes légaux existants, les refondre, les compléter, élaborer de nouveaux articles visant les abus créés par la pratique médicale actuelle.*

(L'Union professionnelle des médecins du Bra-

bant a étudié cette revision et présentera tout prochainement un avant-projet dans ce sens.)

Décident d'envoyer ces vœux aux journaux et aux membres de l'Académie, aux ministres et aux membres de la Chambre des Représentants.

***

Cet Ordre du Jour, plusieurs de ses considérants ont à mes yeux une force réelle, notamment le 7°. Inopérant, la plupart du temps, pour réprimer les fautes, l'Ordre pourrait devenir une machine de guerre, entre certaines mains, en commettant des erreurs ou des abus de pouvoir.

Je ferai remarquer que l'Union professionnelle des Médecins du Brabant n'en reconnaît pas moins la nécessité de renforcer un pouvoir de répression insuffisant, en révisant la loi sur l'art de guérir, coordonnant les textes légaux existants, les refondant, et élaborant de nouveaux articles contre les abus créés par la pratique médicale actuelle.

Pour être impartial, selon mon habitude, il convient que je cite également, l'information suivante, extraite du même *Bruxelles médical.*

A propos de l'Ordre des médecins. — Le Collège des médecins de l'agglomération bruxelloise, qui groupe la grande majorité des médecins de la capitale et des communes limitrophes, vient de décider à son tour de mettre à son prochain ordre du jour la question de l'Ordre des médecins. Son Bureau en est partisan convaincu et il semble qu'il soit en mesure de faire voter un ordre du jour diamétralement opposé à celui qu'acclamèrent dimanche dernier les quelques médecins réunis par l'Association professionnelle des médecins du Brabant.

***

Le plus grand nombre des médecins partisans d'un Ordre des médecins, aussi bien en France qu'en Belgique, ont été évidemment séduits par l'Ordre des Avocats, et ils ont pensé, de très bonne foi, que ce qui était bon pour le barreau ne pouvait manquer de l'être pareillement pour la médecine.

Il serait puéril de se payer de mots, et de prendre pour argent comptant tout ce qu'on accorde officiellement de puissance réelle de répression, à l'Ordre des Avocats. Lorsqu'on parle de cette question à des avocats, celui-ci sourit et répond évasivement, celui-là reconnaît que des abus se commettent, que l'Ordre est impuissant à réprimer ; cet autre, plus affirmatif encore, déplore la tache d'huile que font ces abus, et qui s'étend rapidement...

Dans un quotidien de récente création, *L'Ami du Peuple,* j'ai lu, le 16 juin dernier, un article intitulé : *Réflexions sur le Palais,* d'où j'extrais ce qui suit, corroborant ainsi ce qui précède :

« Certes, les anciennes traditions d'honneur et de droiture sont jalousement gardées par un Conseil de l'Ordre qui ne badine pas avec certaines compromissions, et la grande majorité des avocats sont des hommes dévoués, poursuivant avec honneur une carrière souvent ingrate.

« Mais il est non moins certain que les compromissions réprouvées par le Conseil de l'Ordre sont souvent difficiles sinon impossibles à prouver ; et que, parmi les jeunes avocats surtout, beaucoup sont trop pressés d'arriver, et n'hésitent pas à remplacer les vieilles traditions austères par des mœurs d'hommes d'affaires peu scrupuleux. »

Et l'auteur de l'article donne des détails sur les procédés employés pour happer la clientèle : petits cadeaux, table fastueuse largement ouverte, propagande faite...

Remplacez, dans la coupure qui précède, le mot Avocat par le mot Médecin, il n'y a pas un iota à y changer par ailleurs.....

Compromissions difficiles, sinon impossibles à prouver... C'est ce que je ne cesse de mettre en évidence devant les collègues qui en tiennent pour l'Ordre...

D'autres pensent exactement comme moi. Tel mon excellent ami Foveau de Courmelles, qui m'a envoyé la lettre suivante :

Mon cher Ami,

J'approuve pleinement votre article sur *l'Ordre des médecins.* Même les avocats le discutent, encore, n'ont-ils rien à innover, à inventer.

Je me rappelle ce qui fut dit de l'inventeur de la radiothérapie des fibromes et qui avait du reste été dit des premières *applications électrothérapiques* aux tumeurs : qu'il n'y avait là rien de curatif, et que c'était purement charlatanesque.

Le procès qu'intente le Dr Bonnefon contre le syndicat des ophtalmologistes qui le radie pour avoir rendu un peu de vision à 40 aveugles, dit-on, sur des centaines traités, ce procès, dis-je, va-t-il nous éclairer ?

Si l'on arrête tout progrès médical, si l'on suppose la médecine codifiée comme le droit en règles inflexibles (encore, la jurisprudence modifie souvent la loi), si tous les malades et situations deviennent semblables, alors, oui, en avant, pour l'Ordre des médecins. Certes, combien séduisant de figer l'honnêteté d'une corporation en règles inflexibles ! Mais la médecine qui progresse ne peut être immuable, loin de là !

A situations dissemblables, règles forcément dissemblables. Toute invention ou innovation relevant, non du temps, mais du Conseil de l'Ordre, ferait bannir, rayer son auteur.

Les nombreux procès intentés aux médecins prouvent la prudence et la cohésion nécessaire par les syndicats. La difficulté des expertises montre la

variabilité des opinions en présence, du reste, de cas si nombreux et si différents.

Les « brebis galeuses », encore si rares chez nous, ne font en général pas partie des syndicats. Et si quelques scandales ont éclaté, c'est parce qu'on n'a pas écouté les syndicats qui les signalaient à qui de droit, ce « qui de droit » ne faisant pas, quoique éclairé, le nécessaire pour les réprimer.

Le droit commun ne s'applique-t-il pas d'ailleurs à ces délits ?

Restons-en aux syndicats, mais unis, solidaires.

Bien cordialement à vous.

Dr Foveau de Courmelles.

Si je reprends, à la faveur de documents nouveaux, la discussion sur ce sujet de l'Ordre des Médecins, c'est qu'en certains milieux, il continue à rester sur le plan de l'actualité. Or, il faut que les religions soient aussi lumineusement éclairées que possible, que pas un médecin n'ignore le pour et le contre d'un projet qui, s'il était jamais réalisé, aurait pour l'exercice de la médecine d'incalculables conséquences, non pas de ces conséquences moralisatrices que nous appelons en grande majorité de tous nos vœux, mais des conséquences sur la situation sociale du médecin. Ceux qui craignent que son indépendance soit, un jour prochain, compromise par les lois médico-sociales, ne se doutent pas que l'Ordre serait, pour cette indépendance, le commencement de la limitation. Ce qui n'empêcherait pas cette organisation corporative de demeurer impuissante devant certains actes professionnels que nous sommes nombreux à qualifier d'incorrects.

Je reproduisais, il y a un mois environ, la lettre circulaire répandue par un médecin parisien dans son quartier, et l'entête des ordonnances d'un autre confrère. Et je cherchais à imaginer ce qu'il adviendrait de ces agissements, l'Ordre des Médecins fonctionnant. Je prétendais que la juridiction d'appel infirmerait les décisions du Conseil, jugeant en premier ressort.

Je ne me doutais pas que l'actualité allait m'apporter un argument d'une puissance inouïe, en faveur de ma thèse, et de mes anticipations.

C'est l'affaire du Dr Bonnefon qui me vaut cette aubaine. Foveau de Courmelles y fait allusion dans sa lettre, en se plaçant à un certain point de vue, que je reprendrai tout à l'heure. Présentement, je me borne à exposer les faits, tels que la presse nous les a fait connaître.

Le Dr Bonnefon, oculiste, membre du Syndicat des Oculistes, applique une méthode qui a rendu la vue à certains aveugles de guerre. Une publicité énorme s'est faite autour de ces résultats, considérés comme presque miraculeux ; publicité d'allure quelque peu excessive dans ses manifestations — dont la grande presse s'est fait le complaisant écho. Le Syndicat des Oculistes, agissant comme Chambre de discipline, — retenez bien cela ; c'est ainsi que ferait un Conseil de l'Ordre, — estime que la publicité n'a pu être ainsi faite que par le Dr Bonnefon, ou avec son agrément. Les faits lui paraissent assez graves pour motiver sa radiation, qui est prononcée.

Le Dr Bonnefon en appelle au Tribunal civil de la Seine. Et le Ministère Public de conclure que la publicité incriminée a été faite en dehors de lui ; qu'*elle fut parfaitement licite*, comme résultant directement des guérisons obtenues par le médecin. Il rend en même temps hommage *« à la grande presse dont l'action bienfaisante a permis, par la divulgation des procédés et des résultats du Dr Bonnefon, de soulager la plus terrible des infortunes. »*

Sur la demande du Dr Bonnefon de voir prononcer sa réintégration dans le Syndicat, le Ministère public conclut que le Tribunal n'a pas qualité pour en décider, mais que le Syndicat a causé un préjudice au demandeur, dont il lui doit réparation.

J'attends le jugement qui n'est pas encore prononcé. J'en donnerai la substance dès qu'il sera connu.

Nul doute que le Tribunal se range à l'avis du substitut.

Voilà donc le cas typique d'un médecin frappé d'une pénalité sévère par l'organisme professionnel auquel il appartient. Il en appelle devant une juridiction de droit commun. Et là, il obtient satisfaction.

Vienne l'Ordre des Médecins que vous invoquez de tous vos vœux, confrères qui vous en déclarez partisans, et c'est tous les jours que nous assisterons à de pareilles aventures. Elles ne tarderont pas à jeter le discrédit sur cet organisme disciplinaire, réclamé à cor et à cri...

Même discrédit d'ailleurs lui serait dévolu pour les raisons invoquées par Foveau de Courmelles, à savoir la condamnation, au nom de la technique médicale, de toutes les innovations investigatrices ou opératoires non encore passées dans les mœurs. C'est-à-dire négation du progrès...

* * *

— Mais, me ripostera-t-on sans doute, qu'avez-vous donc à proposer, puisque vous ne voulez pas de l'Ordre, tout en estimant cependant qu'il faut faire quelque chose ?

Je l'ai dit à plusieurs reprises. L'organisation disciplinaire la plus pratique, la plus efficace, la plus opérante, c'est celle qui s'appliquera à chaque spécialisation médicale, le mot étant pris dans son sens le plus général. Chambre de discipline des médecins aliénistes ; des radiologues ; des omnipraticiens..... Les décisions en pourraient être déférées aux tribunaux de droit commun. Mais leurs infirmations n'auraient pas les

mêmes conséquences, parce qu'elles fonctionneraient dans le rayon limité de chacune d'elles...

Ces Chambres de discipline, elles existent en germe dans nos Syndicats.

La première condition, pour qu'un Syndicat donne son plein effet, c'est que ses membres se conforment aux décisions prises par la majorité, et soient disposés à en accepter les disciplines, dans l'intérêt général.

Or, j'en dois faire l'aveu, — j'en arrive à craindre que nos groupements professionnels réussissent jamais à aboutir à de solides réalisations.

Comment voulez-vous que je pense autrement, quand je lis, dans le compte rendu de l'Assemblée générale d'un Syndicat, que le Dr X *a donné sa démission*, et l'a maintenue, malgré diverses démarches, *pour protester contre l'amende statutaire de cinq francs infligée aux absents non excusés ?*

Il y était entré librement ; il en connaissait les statuts, il savait que toute absence non excusée à une réunion était sanctionnée par une amende modique. Il ne prend pas part à la réunion ; c'était son droit, certes, s'il était retenu ailleurs. Il néglige de s'excuser : c'était une faute, que la modique amende sanctionnait. Beau joueur, il aurait payé en pensant qu'il la méritait. Il a préféré laisser voir sa mauvaise humeur et partir en claquant la porte. Jugez sa conduite, vous qui croyez que l'avenir du Corps médical est tout entier dans la soumission de ses membres aux règlements librement acceptés.

Comment voulez-vous que je pense autrement quand je lis encore, dans le compte rendu de l'Assemblée générale d'un autre Syndicat, qu'un de ses membres, malgré qu'il ait accepté de n'avoir aucun rapport avec la Mutualité locale, est néanmoins entré au Dispensaire de cette Mutualité, préférant donner sa démission ?

Primum vivere, dira-t-on peut-être. Quelles que soient les bonnes raisons que pourraient donner les deux confrères dont je rappelle l'attitude nettement anti-syndicaliste, je n'en persiste pas moins à déplorer que des hommes de haute culture, comme doivent l'être des médecins, ne comprennent pas la nécessité qui s'impose à eux présentement d'être associés, et donc, solidaires, en même temps que régis, dans leur association, par des statuts qui sont leurs lois spéciales, et auxquels il faut obéir.

Qu'ils prennent garde qu'avec ou sans Ordre des Médecins, ces lois, d'un caractère particulier que sont les Statuts d'un Syndicat, ne deviennent un jour *La Loi*, celle qu'impose le Pouvoir, avec des moyens efficaces pour la faire respecter...

G. DUCHESNE.

***

La première chambre du tribunal de la Seine, présidée par M. Lesueur, a rendu le 2 juillet dernier, son jugement dans le procès intenté par le docteur Bonnefon, au syndicat général des oculistes français qui l'avait rayé de ses membres.

Le Tribunal, adoptant la thèse soutenue par Mes Mouliérac et Richard, a déclaré que le docteur Bonnefon n'avait pas « agi avec le sentiment égoïste de ses intérêts personnels, qu'il n'avait pas cherché à attirer la clientèle des autres oculistes et qu'il ne fallait pas confondre la réclame interdite par les statuts avec une renommée légitimement acquise. » En conséquence, le docteur Bonnefon a été réintégré, les délibérations des assemblée générales du syndicat des oculistes français du 28 avril, 25 et 12 mai 1926, ayant été annulées, et il a obtenu un franc à titre de dommages-intérêts.

L'Union des aveugles de guerre qui intervenait à l'instance a été déboutée de son intervention parce qu'elle ne justifiait pas d'un intérêt direct. (*Les Journaux*)

DÉVELOPPEMENT DES « ORDRES »

Un de nos plus anciens correspondants nous adresse la boutade suivante, que nous insérons très volontiers.

G. D.

On est heureux d'apprendre qu'une grande vague de moralisation déferle sur notre pays, et particulièrement sur les rives défleuries du Quai d'Orsay.

Après la constitution de l' « Ordre » des médecins, que demande au Parlement M. Couteaux, pour chasser d'une des plus honorables professions de France, les très rares brebis galeuses, qui la déparent, voici que quelques députés futurs se proposent de demander à la rentrée la constitution de l' « Ordre » des députés.

Nous avons pu nous procurer quelques-unes des bonnes pages de ces intéressants manifestes, et parmi les articles, quelques-uns sont d'une très haute portée morale.

D'abord, la constitution du Conseil de l' « Ordre » prouve que les auteurs désirent un contrôle des plus sérieux. Il sera composé (toujours d'après les auteurs de la proposition), de neuf membres titulaires, et de neuf membres suppléants. Il y aura :

Un agriculteur ;

Un architecte ;
Un avocat ;
Un commerçant ;
Un député (tiré au tort) ;
Un expert comptable ;
Un industriel ;
Un médecin ;
Un ouvrier de la C. G. T. ;

Les neuf suppléants seront aussi de la même profession que les titulaires.

Ces membres seront nommés à l'unanimité par leur groupe respectif.

Art. 1. — Tout député, sauf pour cas de force majeure *contrôlée*, doit assister régulièrement aux séances de la Chambre.

Art. III. — Les députés seront payés par jetons de présence ; aucun député ne pourra toucher pour le collègue absent.

Art. IV. — Après un tiers d'absence aux séances sauf, pour cas de force majeure — *contrôlée* — l'invalidité sera prononcée.

....

....

Art. IX. — Les trois quarts des députés n'ayant jamais fourni de travail utile, leur nombre sera réduit à deux députés, par département.

Art. XIII. — Tout député, après son élection, devra faire la déclaration *vérifiée* de sa fortune.

Art. XIV. — Si un député, sans fortune, ou de fortune modeste, lors de sa nomination, vit sur un pied de cent à cent cinquante mille francs, il devra justifier la provenance de ces fonds.

Dans le cas où cette justification serait inadmissible, ce député serait invalidé, et jugé inéligible, et le jugement serait affiché dans sa circonscription.

Art. XIX. — Dans le cas où le Corps médical constitué poursuivra un médecin, pour manquement grave aux règles déontologiques, tout député ou même sénateur, qui sera intervenu pour arrêter les poursuites, sera condamné à la perte de six mois de traitement, et à l'affichage dans sa circonscription.

Art. XXI. — La députation ne constituant pas un patrimoine, le fils d'un député en exercice, ou récemment décédé, ne pourra se présenter dans la circonscription paternelle, que dix ans après la mort du *de cujus*.

X.

LES GRANDS BAZARS MÉDICO PHARMACEUTIQUES. UNE TENDANCE NOUVELLE DE L'EXPLOITATION DU PUBLIC

On nous communique le papier ci-dessous, en nous demandant si les tribunaux pourraient condamner de pareils procédés de réclame et d'associations médico-pharmaceutique.

PHARMACIE ......

Avenue de Paris — ......

Téléphone n° . .

Tous les matins, à 10 heures et le soir, à 15 heures

CONSULTATIONS MÉDICALES

avec la collaboration d'un Médecin

MÉDECINE GÉNÉRALE

Tous les Jeudis, à 11 heures et demie,

CONSULTATIONS par Médecin Spécialiste

Maladies des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles.

L'opération des **amygdales** *est faite rapidement avec les appareils les plus perfectionnés.*

Le **chirurgien** *est consulté dès qu'une intervention chirurgicale est décidée,* **il ne vient pas à date fixe.**

Une infirmière diplômée est à la disposition des malades.

Les analyses microscopiques sont faites avec un soin méticuleux ; elles

ont pour but de renseigner exactement les médecins, d'éviter les accidents, de permettre le contrôle du diagnostic.

Tous mes médicaments, après entente avec les médecins proviennent des drogueries suivantes : Adrian, Dausse, Usines du Rhône, Byla, Darrasse, Poulenc, etc.

Ma nouvelle organisation, qui comprend une salle de consultation, une salle d'opération, un laboratoire d'analyses, évite des déplacements coûteux aux malades.

La collaboration amicale du médecin-spécialiste, du pharmacien et de l'infirmière est une nécessité, dont les malades apprécieront les bienfaits.

Cette collaboration supprime les erreurs de diagnostic et les accidents. Tous mes clients peuvent le constater.

Les malades dont les ressources sont insuffisantes n'ont qu'à s'entendre avec moi, *Je paye* le médecin et j'ouvre aux malades un compte-courant amortissable par versements mensuels.

Je suis très heureux de continuer l'œuvre utile, commencée depuis trois ans, de venir en aide aux ouvriers, aux employés, de participer au soulagement et à la guérison de ceux qui souffrent.

Les mariniers qui ont besoin de médicaments sont priés de venir à la Pharmacie aussitôt leur passage à l'écluse de F...s Je me charge de leur adresser un médecin s'ils le désirent. Je mets mon téléphone à leur disposition.

XXX

Le problème, qui nous est soumis, se présente sous trois aspects différents : pareille association entre pharmacien et médecins est-elle répréhensible en droit pénal, en droit civil et en droit coutumier professionnel médical (appelé déontologie) ?

1° En droit pénal.

Aucun texte n'atteint pareils agissements. *Nullum crimen, nulla pœna sine lege.* Du moment où le pharmacien est propriétaire de son officine, le maître absolu de sa pharmacie, il a le droit de prendre des employés divers, médecins ou autres ; il peut également prendre des collaborateurs, plus ou moins associés, du moment où il restera le maître tant de son officine, que de la gestion professionnelle de celle-ci.

La loi du 21 germinal an XI ne se trouve nullement applicable.

Cela est si vrai que le titulaire des deux diplômes, celui de docteur en médecine et de pharmacien, peut exercer les deux professions, sans encourir de pénalités. J'ai déjà traité ce sujet l'an dernier dans le *Concours médical* (1927, 3060) et n'ai trouvé aucun texte législatif, ni jurisprudentiel, pour interdire l'exercice simultané des deux professions, par le titulaire des deux diplômes.

2° En droit civil,

Aucun texte ne prohibe les sociétés entre médecins et pharmaciens ; mais une jurisprudence très ferme les considère comme entachés de nullité, en vertu d'une présomption de cause immorale (Cour d'Amiens, 10 février 1854. D. 1885.2. 62 ; Paris, 31 mai 1866 ; S. 1867, 2.49 ; trib. commerce Lyon, 19 mars 1904. Rep. Crinon 1906. 268 ; trib. Paix Paris, 1er arr., 23 mai 1913 ; Rép. Crinon, 1913.424, *La Loi*, 5 juin 1924, etc.).

Dans toute association entre médecin et pharmacien, les tribunaux recherchent s'il n'y a pas un but immoral, tombant sous le coup de l'article 6 du code civil : « On ne peut déroger, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs. »

La plupart du temps, ces associations plus ou moins occultes entre médecins et pharmaciens ont pour but de faire prescrire par le médecin des remèdes, que le pharmacien préparera et de la vente desquels ils partageront les profits.

Il y a donc compromission de la santé publique et de l'honorabilité des deux professions. Aussi, toute convention particulière, substituant un but de lucre à la défense de la santé publique, par les deux professions, doit être frappée d'invalidation.

Mais, dans l'immense majorité des cas, ces associations occultes ne sont portées devant les tribunaux qu'à cause d'un désaccord, survenu entre les deux associés. Ils se chamaillent pour le partage de leurs petits bénéfices et les juges les mettent d'accord, en prononçant la nullité de l'association en participation intervenue entre eux, comme ayant une base immorale : l'exploitation de la santé publique.

Cependant, sont reconnues licites les associations, dont on ne peut prouver le but immoral, ni la spéculation sur la crédulité publique (Cas-

sation, requêtes, 10 janvier 1882. *Le Droit*, 11 janvier 1882 ; Tribunal commerce Seine, 6 décembre 1899 ; *Le Droit*, 24 janvier 1900).

D'autant qu'il faut démontrer l'intention coupable des deux parties contractantes, alors qu'on peut supposer que médecin et pharmacien entendent rester dans les limites des lois générales, ou spéciales à leurs deux professions.

C'est pour cela qu'on a tendance à considérer comme parfaitement licite l'exercice cumulé des deux professions par le titulaire du double diplôme. Par suite, deux diplômés peuvent, dans certains cas, s'associer, pour exercer honnêtement, de concert, les prérogatives, à eux attribuées par les grades universitaires qu'ils ont obtenus.

3° En droit coutumier professionnel déontologique.

Les syndicats médicaux et pharmaceutiques tiennent du Livre III du Code du Travail le droit de sauvegarder la dignité de la profession. Peuvent-ils, doivent-ils laisser les diplômés s'engager dans cette voie nouvelle, qui sent la commercialisation de l'art de guérir ?

L'association de fait entre médecin et pharmacien peut exister, à cause de liens de parenté, ou même de mariage : un médecin a comme beau-frère un pharmacien ; un médecin épouse une pharmacienne, qui a officine ouverte.

Un médecin peut prêter de l'argent à un pharmacien tout en laissant celui-ci maître absolu de son officine et de la gestion de cette dernière.

Un médecin, inventeur d'une spécialité pharmaceutique, peut s'entendre avec un pharmacien, pour vendre à ce dernier des vignettes, des timbres spéciaux, qui permettront un certain contrôle sur la vente des produits, afin d'établir le partage des bénéfices.

Mais, que dire de la question spéciale, qui est soulevée à propos du papier qui nous a été soumis ?

Un pharmacien, propriétaire de son officine, transforme celle-ci en centre de cure et de diagnostic. Le malade trouvera, dans une boutique, un médecin, qui l'examinera, un spécialiste, qui l'opèrera, un laboratoire, qui fera des analyses ; enfin un préparateur, qui délivrera les médicaments, ordonnés par les divers médecins, attachés à l'établissement.

C'est, en réduction, un petit hôpital.

Sont-ce les mœurs de demain ? Surtout à la veille des assurances sociales ? Devons-nous tolérer ces tentatives de commercialisation, voire d'industrialisation de deux professions libérales ?

D'autant que le pharmacien en question semble se transformer en banquier des pauvres. Il fait crédit aux miséreux ; aux besogneux ! il paye, en leur nom, les médecins et il se fait rembourser à la petite semaine, à tempérament.

Les Syndicats médicaux ne peuvent-ils pas craindre non seulement une déconsidération, qui rejaillira sur les deux corporations, mais encore une source de profits illicites, d'exploitation des malades, qui s'égareront dans ces bazars médicaux ?

Abordons maintenant la situation juridique des médecins et du pharmacien. Les premiers seront-ils les associés du second ? Concourront-ils aux dépenses, aux frais généraux de l'entreprise, avant partage des bénéfices nets ?

Seront-ils au contraire de simples employés salariés, payés au mois ou à la tâche ?

Et même, dans ce dernier cas, en sus de leurs appointements, ne recevront-ils pas une ristourne sur les médicaments, qu'ils auront ordonnés et qui auront été servis par le pharmacien ?

Abordons mainetenant le point de vue public.

Le malade est attiré par des réclames, tout comme il se précipite sur la publicité mensongère et tapageuse de certaines spécialités pharmaceutiques, de la quatrième page des journaux.

Non seulement, les patients peuvent payer très cher des médicaments inefficaces ; mais encore ils ne peuvent pas contrôler la bonne foi du médecin et celle du pharmacien.

Lorsqu'en clientèle ordinaire, un docteur formule une ordonnance, il remet sa prescription au malade, qui est libre de s'adresser au pharmacien de son choix.

Il y a donc, en quelque sorte, contrôle d'un diplômé par l'autre et, souvent, les pharmaciens ont la fâcheuse tendance de discuter, ou même de critiquer l'ordonnance du docteur.

Mais, dans le cas particulier, qui nous est soumis, le client n'a pas son libre choix : l'ordonnance que vient de lui donner le médecin, il est obligé de la remettre au pharmacien, en traversant l'officine, pour sortir.

On peut donc, à bon droit, suspecter la moralité de l'entreprise, le médecin étant incité à formuler plus que de besoin, pour que les bénéfices du pharmacien soient plus considérables.

D'ailleurs, ce n'est pas par philanthropie que le pharmacien en question ouvre un immense bazar médico-pharmaceutique ; s'il cherche à attirer les clients, en leur promettant des examens médicaux et spéciaux, c'est surtout pour y trouver son bénéfice, en vendant des remèdes.

Dans ces conditions, les Syndicats médicaux et pharmaceutiques sont fondés à s'adresser aux tribunaux civils, pour faire interdire pareille exploitation de l'art de guérir, comme portant une atteinte à la dignité des deux professions et comme constituant un procédé irrégulier pour attirer la clientèle.

Mais, avant toute poursuite, il faudra réunir quelques preuves, trouver des malades, qui

avoueront s'être crus obligés de donner, pour exécution, leur ordonnance médicale, à la pharmacie dans laquelle ils avaient trouvé un médecin consultant.

Cette intention de lucre, contraire à l'ordre public et nuisible à la santé publique, doit être prouvée (Paris, 27 mai 1862. D. 62.1.105). Elle entraîne alors la nullité de toute convention entre médecin et pharmacien.

C'est encore au nom du même principe qu'a été déclarée illicite la convention par laquelle un médecin s'engage envers un pharmacien, à donner des consultations dans un cabinet attenant à son officine, où seront immédiatement exécutées ses prescriptions (Paris, 31 mai 1866. S. 1867. 4.49.)

Tout récemment, un arrêt de la Cour de Douai, du 17 février 1926 (Rec. Douai, 1926-78) condamne une association faite entre un médecin et un pharmacien, pour la vente de certains médicaments : « attendu que le contrat susvisé a pour objet l'exploitation des malades, grâce à une publicité intense et à l'emploi de qualificatifs destinés à impressionner le public. »

Les attendus de cette décision ne pourraient-ils pas s'appliquer au cas, qui nous est soumis, car le public peut être impressionné par cette publicité, faite par le pharmacien, pour attirer, dans son officine, des clients, qui croient pouvoir trouver, grâce à l'association du pharmacien et des médecins, le soulagement à tous leurs maux.

Conclusions.

Le papillon-réclame, qui nous a été soumis, ne constitue pas en lui-même un délit, punissable, par une poursuite correctionnelle.

Mais la voie syndicale peut faire résoudre le cas, devant le tribunal civil.

Le syndicat des médecins peut estimer que pareils agissements, tout en jetant la suspicion sur la profession dans son ensemble, constitue un détournement de clientèle, au profit de compères, qui tentent d'attirer les malades, en leur promettant des soins plus éclairés qu'ailleurs.

Le syndicat des pharmaciens peut voir, dans ce procédé de réclame tapageuse un détournement de clientèle, une concurrence déloyale faite aux autres officines, ouvertes dans la ville et les alentours. En même temps, le discrédit est également porté sur une profession qui se défend d'être commerciale, pour être considérée plutôt comme libérale et scientifique.

Dès que des témoignages de clients auront été réunis, le « Sou Médical » pourra étudier, de concert avec le Syndicat médical et le Syndicat pharmaceutique, de quelle manière, il conviendra de rédiger des conclusions introductives d'instance, pour que, juridiquement, le problème puisse recevoir entière et complète solution.

Si les tribunaux reconnaissent ces procédés comme étant parfaitement licites, libre carrière sera donnée aux réclames commerciales médico-pharmaceutiques, qui seront alors permises aux confrères de demain. Et, à ceux qui se plaindraient, on n'aurait qu'à répondre, si les tribunaux admettaient la légitimité de pareils actes : *vulgus vult decipi : decipiatur !*

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr HENRY, de Montdidier (Somme).

— **Congrès international d'oto-rhino-laryngologie** (Copenhague, 30 juillet-1er août). *Excursion après le Congrès.* — Du 2 au 5 août : Excursion en automobile à travers le Danemark. Visites à la cathédrale de Roskilde (tombeau des rois de Danemark), à la maison natale de H. C. Anderson, à Odense, à un Sanatorium danois pour les tuberculeux, à l'Académie de gymnastique de Niels Buhk, à la plus grande laiterie d'Europe : Trifolium à Haslev, à une série de beaux châteaux danois datant de la Renaissance. Prix : 145 couronnes par personne tout compris.

Du 6 au 22 août : Grande excursion à travers la Scandinavie : Aalborg, Skagen, Göteborg, Stockholm, Upsala, Oslo, Sognefjord, Bergen ; retour à Copenhague par bateau à vapeur. Durée 16 jours. Prix avec guide : 795 couronnes tout compris excepté la boisson.

Du 2 au 18 août : Même excursion sans guide : Prix : 715 couronnes par personne, tout compris, excepté la boisson.

Du 6 au 13 août : Excursion plus petite à travers la Scandinavie : Stockholm, Upsala, Oslo, Copenhague. Durée de 7 jours. Prix : 330 couronnes tout compris, excepté la boisson.

Du 2 au 9 août : Même excursion sans guide. Prix : 295 couronnes par personne, tout compris, excepté la boisson.

— **En Russie soviétique.** — Au cours d'une conférence faite à l'Institut Granerman, le professeur Serdukoff a fait connaître que le nombre des avortements, à Moscou, s'était élevé pour l'année 1926, à 31.000, dont les trois quarts provoqués.

LA MÉDECINE ET L'HISTOIRE

Cabanès et son œuvre.

Ce n'est pas un sentiment, cependant bien naturel chez un ami, *qui nous* a dicté ces lignes, c'est une sorte d'obligation morale, imposée par notre connaissance de l'œuvre et de l'esprit de Cabanès.

« J'estime qu'il n'a pas été payé à sa valeur et qu'on lui doit une réparation », nous écrivait à son sujet, le Dr Cayla, de Neuilly, un de ses plus distingués compatriotes et amis, et cela est vrai. Il convient de rendre entière justice à ce médecin savant, écrivain de talent, historien consciencieux et probe, d'une inimaginable érudition, critique judicieux et scrupuleux qui sut avec une originalité incontestable rectifier maintes erreurs et élucider de nombreux points obscurs de l'Histoire. Il n'a pas été, selon nous, suffisamment compris et a été trop souvent jugé à la légère, même par les meilleurs de ses amis.

M. Louis Barthou, de l'Académie française, ministre de la Justice, paraît bien être de cet avis, quand il a fait la réponse suivante à la prière que nous lui avons adressée de bien vouloir accepter le patronage du Comité constitué pour honorer la mémoire de Cabanès.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
CABINET DU
GARDE DES SCEAUX

Paris, 27 *mai* 1928.
13, place Vendôme (1er)

Monsieur,

La mort du Dr Cabanès est une vraie perte pour l'histoire où il avait tracé avec tant d'originalité un sillon si fructueux. J'avais une sincère sympathie pour l'homme et pour l'œuvre. Ils méritent d'être honorés et je donne très volontiers mon patronage à la souscription que vous ouvrez pour prolonger leur souvenir.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments très distingués.

Louis BARTHOU.

Ce jugement sûr bien que concis, émanant d'un homme aussi autorisé que l'éminent ministre académicien, suffit à démontrer que Cabanès fut pour ceux qui le connurent bien et surent l'apprécier, autre chose qu'un conteur élégant d'anecdotes amusantes. Il fut un véritable historien, l'innovateur, sinon le créateur, d'une méthode critique scientifique originale, qui a porté ses fruits, la méthode médico-historique.

* * *

Augustin Cabanès naquit à Gourdon (Lot) le 28 avril 1862. Son père, pharmacien dans cette petite ville du Quercy, lui fit faire ses études secondaires aux lycées de Cahors et de Bordeaux. Puis, lorsqu'il fut bachelier, désirant lui céder un jour son officine, il l'envoya étudier la pharmacie à Paris. Remarquablement doué, le jeune étudiant devint rapidement interne des hôpitaux et entreprit en même temps ses études médicales. L'esprit pratique du petit pharmacien quercinois entrevoyait pour son fils, pharmacien de première classe et docteur en médecine, une situation

aux multiples profits. Le cabinet du docteur eût pu singulièrement augmenter les revenus de l'officine, mais le jeune Dr A. Cabanès avait d'autres ambitions. Déjà il avait mordu au fruit enivrant de l'érudition ; il ne pouvait satisfaire sa passion de chercheur laborieux que dans une grande ville ; il refusa de quitter Paris. Ce fut la brouille momentanée avec sa famille qui lui supprima toute subvention. Il fallait donc d'a bord vivre ; Cabanès s'installa rue du Montparnasse et exerça la médecine. Il fut médecin du Bureau de bienfaisance, médecin de la Préfecture et connut la vie rude et les débuts difficiles, prafois décevants, du médecin praticien à Paris. Les circonstances de la vie médicale lui firent connaître le Dr Aubeau. Ce dernier jugea Cabanès à sa valeur, le présenta et le recommanda à Péan. Le grand chirurgien prit Cabanès pour secrétaire, en fit son anesthésiste, puis son ami. N'étant plus tenu aux obligations obsédantes de la clientèle, Cabanès eut des loisirs qu'il consacra aux recherches médico-historiques qu'il avait entreprises dès 1885. Il put collaborer à un grand nombre de périodiques. Mis en relations par son camarade d'études, le distingué pharmacien, M. G. Prunier, avec M. Chassaing, il put, grâce à ce dernier, fonder en 1893, la *Chronique médicale*, journal qui, sous sa direction, prit le caractère bien spécial d'une revue d'érudition médicale et qui, avant peu, fut une sorte d'intermédiaire des chercheurs et des curieux pour tout ce qui intéresse de près ou de loin l'histoire et la médecine. Entre temps, Cabanès faisait paraître son premier ouvrage : *Marat inconnu* (1893). Ce coup d'essai fut un coup de maître. L'auteur avait entrepris une tâche singulièrement difficile, celle d'expliquer comment Marat avait pu devenir ce qu'il fut. Il ne pouvait le réhabiliter, mais il montra que cet homme intelligent, bien doué, savant véritable, qui connut au début le succès, même mondain, fut aigri et transformé par l'opposition injuste et systématique qu'il rencontra dans les milieux scientifiques de son époque, même chez les encyclopédistes qui affectèrent de l'ignorer. Atteint en outre d'une maladie cruelle qui lui interdisait tout repos, Marat, rêveur, idéologue, Suisse d'origine et assez comparable à son compatriote, J.-J. Rousseau, devint peu à peu un persécuté-persécuteur. Il finit par être la véritable bête féroce dont l'histoire et la légende nous ont laissé le terrible souvenir. Ce livre, très soigneusement documenté, eut un grand succès et la première édition en fut rapidement épuisée. Tel fut le début de l'œuvre historique de Cabanès.

La mort de Péan survint en 1898 ; Cabanès était déjà connu. Il abandonna à peu près complètement l'exercice de la médecine et se consacra entièrement aux travaux d'érudition. Il mit à ses recherches une véritable passion. Les réserves de nos Bibliothèques n'avaient point de secrets pour lui et il en sortait pour aller fureter sur les quais dans les boutiques ou les boites des bouquinistes ; heureux comme le chasseur après une battue fructueuse, il revenait chez lui chargé de documents rares ou de curieuses anecdotes. Il publiait alors le fruit de ses découvertes, n'attachant d'importance qu'à la manifestation d'une vérité. Sur ce point seul, il était d'une intransigeance absolue. S'il cherchait à commenter sa trouvaille, il le faisait sans esprit de parti, en toute indépendance. N'ajoutant aucune importance à l'opinion qu'il venait d'émettre, il en acceptait la discussion sans aigreur, ne mettait aucun acharnement à soutenir une thèse et se rangeant sans amour-propre à l'avis qui lui paraissait plus vraisemblable. En un mot, il ne mettait ses recherches qu'au service de la vérité.

Il expose lui-même dans une de ses préfaces (1) les bornes qu'il donne à la tâche qu'il a entreprise.

« Les érudits, écrit-il, ont un rôle modeste, un rôle de pionniers, si l'on veut, mais qui n'est pas sans utilité. Ce sont eux qui fournissent les matériaux de l'édifice que d'autres se chargeront de construire ; il ne leur appartient pas de sortir des limites de leurs attributions au risque d'en compromettre la solidité.

« Leur tâche est assez complexe sans qu'ils aient à s'en donner de nouvelles ; à eux de présenter les faits, aux lecteurs à en dégager la moralité..... Le doute de celui qui sait est un scepticisme qui se peut avouer. »

Dans ces trente dernières années, Cabanès accumula les documents sans répit et publia sans interruption ses ouvrages en raison de deux volumes par an en moyenne. Là ne se borna pas son effort ; car il était encore un journaliste ou plus exactement un journaliste chroniqueur. Il avait, paraît-il, fait à dix-sept ans ses débuts dans la presse en publiant nous ne savons plus quelle nouvelle dans un petit journal de province. Il reprit plus tard cette vocation ; d'abord dans la *Chronique médicale* dont il assurait à lui seul la direction et la rédaction, qu'il savait animer de sa pensée et de ses questions ; puis, dans un grand nombre de publications. Le *Progrès médical* inséra une de ses premières études.

(1) Les Indiscrétions de l'Histoire, 1903.

Pendant près de trente ans il collabora régulièrement à la *Médecine internationale*, la savante revue mensuelle illustrée bien connue, sous les pseudonymes de Dr Quercy, Dr Bienvenu et Dr Rondelet. Tout aussi régulière fut encore sa collaboration au *Répertoire des alcaloïdes* où il signait Dr Fernel des articles médico-historiques toujours très goûtés de ses confrères. L'Æsculape du Dr Benjamin Bord, si richement illustré, ouvrit encore ses colonnes à Cabanès.

La Grande Presse recherchait son concours. L'*Eclair*, le *Petit Parisien*, le *Petit Journal*, le *Journal*, la *Revue Mondiale*, *Excelsior*, le *Dimanche illustré*, etc., firent connaître au grand public, qui sut l'apprécier, l'érudition de Cabanès.

Il considérait d'ailleurs le journalisme médical comme sa véritable profession et ce fut lui qui, en 1906, il y a vingt-deux ans, fonda l'*Association professionnelle des Journalistes médicaux français* dont il fut le premier secrétaire général.

Le travail acharné de recherches auquel il ne cessa de se livrer, l'obligea à mener une vie de bénédictin, presque de reclus, passant ses journées dans les bibliothèques ou dans son cabinet, à classer les documents, à les commenter, à les réunir en articles ou en volumes. Il fut admirablement secondé dans sa tâche par la femme intelligente qu'il avait choisie, qui fut sa secrétaire, collaboratrice modeste et dévouée, bien qu'il tînt le plus grand compte de ses conseils et qu'il provoquât son jugement à propos de toutes ses œuvres.

De temps à autre, répondant à l'invitation d'une société telle que celle des Amis de l'Université de Paris, ou simplement pour obliger un ami, Cabanès consentait à faire une conférence. Il parlait avec une grande clarté et une parfaite correction ; un public nombreux accourait toujours pour l'écouter et l'applaudir. C'est ainsi qu'il voulut bien faire pour nous être agréable au Comité d'Archéologie de la Montagne Sainte-Geneviève, une causerie sur le Dr Verdier, l'ancien propriétaire de l'Hôtel de Magny (Hôtel de l'Administration du Muséum au Jardin des Plantes) qui fut délégué par la Commune de Paris à la surveillance de Louis XVI, prisonnier au Temple.

La renommée de Cabanès dépassait nos frontières. En 1919-1920, il fut appelé à professer à Bruxelles une série de leçons sur les rapports des sciences médicales et de l'histoire, par l'*Institut des Hautes Etudes* de Belgique. La Presse belge nous apprit quel fut le succès de ces remarquables conférences.

En 1908, il pensa qu'il serait utile de réunir les historiens et les médecins et de provoquer entre eux des discussions sur les faits discutés de l'histoire, persuadé qu'il était que de leurs controverses jaillirait la lumière sur plus d'un point obscur. C'est dans ce but qu'il fonda la *Société médico-historique* dont nous regrettons la durée trop éphémère. Nous nous souvenons avoir assisté à une séance de cette société, où, dans la salle des actes de la Faculté de médecine, Cabanès et Frédéric Masson furent, pendant plus d'une heure, aux prises à propos de l'état de santé de Napoléon, à Waterloo, état qui joua sans doute un rôle plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici, sur l'issue de la bataille.

Pendant les tristes et longues années de la dernière guerre et celles qui suivirent, Cabanès continua son labeur fécond. Il l'intensifia même dans ces dernières années ; on eût dit qu'il avait le pressentiment d'être arrivé à la fin de sa carrière et qu'il avait hâte de publier ses travaux en cours.

Depuis de longs mois, il se sentait malade, faisait part de ses angoisses à ses amis et demandait conseil aux plus réputés. Tous insistaient, mais en vain, pour lui faire prendre quelque repos. Le repos, était-il compatible avec la vie de ce laborieux ? Un jour nous reçûmes le dernier livre qu'il a publié : *Æsculape chez les artistes.* Nous n'y trouvâmes pas sur la page de garde la dédicace aimable et cordiale qu'il avait coutume de tracer sur tous les livres qu'il nous adressait fidèlement depuis plus de vingt ans. Nous comprîmes que quelque chose de grave s'était produit dans son état. En effet la maladie de Cabanès avait brusquement empiré et nous eûmes le chagrin d'assister à la fin trop prématurée à notre gré, de cette belle intelligence. Il mourut, 15, rue Lacépède, le samedi 6 mai. Ses obsèques eurent lieu à l'église Saint-Médard, le mardi 8 mai, sans grande pompe, sans fleurs, sans discours, comme il en avait exprimé le désir, et, selon sa volonté, son corps reposera au cimetière de Gourdon, sa ville natale.

***

L'ŒUVRE DE CABANÈS.

L'œuvre de Cabanès comprend plus de 60 volumes, certains réunis en série. Si nous y ajoutons de nombreuses plaquettes sur des sujets intéressants et variés, qu'il consentit à écrire pour les pharmaciens spécialistes, ses publications atteignent la centaine. Ce n'était pas unique-

ment par intérêt que Cabanès rédigeait ces plaquettes. Artiste dans l'âme, il aimait les belles éditions, il avait toujours le souci d'illustrer ses travaux de nombreux documents iconographiques qu'il savait fort judicieusement choisir et la condition primordiale qu'il mettait à écrire ces petites publications, était qu'elles fussent éditées richement, avec soin et avec goût. La dernière publication de ce genre qui parut lors de sa mort, est un véritable chef-d'œuvre que les bibliophiles se disputeront un jour. Elle a pour titre *Dents et dentistes à travers l'histoire*, contient dix-huit fort belles planches hors texte et a été éditée sur papier de luxe par les Laboratoires Bottu. Avec *Æsculape chez les artistes* illustré de près de 200 gravures, c'est le dernier travail publié du vivant de Cabanès.

Nous ne parlerons pas de ses articles de journaux, ils sont innombrables et beaucoup avaient pour sujet des documents et des anecdotes qu'il réservait pour des livres en préparation, dont certains étaient déjà composés, car il était inépuisable.

***

Cabanès a lui-même classé ses travaux en ouvrages ayant trait à : 1° à la médecine historique ; 2° à l'hygiène sociale ; 3° en monographies médico-physiologiques ; 4° en travaux de psychologie morbide appliquée à l'histoire ; 5° en études sur l'histoire de la médecine et sur les curiosités médicales.

La *médecine historique* comprend la série du *Cabinet secret de l'histoire*, des *Indiscrétions de l'histoire*, les *Morts mystérieuses de l'histoire*, les *Légendes et curiosités de l'histoire*, *Poisons et sortilèges* (ouvrage écrit en collaboration avec le Dr Nass), *L'enfer de l'histoire*. Dans ce groupe d'ouvrages, à l'aide de documents qu'il interprète Cabanès s'efforce d'expliquer certains faits obscurs et discutés, et détruit certaines légendes.

L'hygiène sociale comprend la longue série des *Mœurs intimes du passé*. Cabanès nous conduit de la ville à la cour. Nous expose l'histoire terrifiante des grandes épidémies, des *fléaux de l'humanité*. Il peint pittoresquement un tableau vivant et toujours avec textes à l'appui, de *la vie de l'étudiant à travers les âges* et nous apprend en quoi consistait l'*éducation des princes*.

Les *Monographies médico-physiologiques* comprennent *Napoléon jugé par un Anglais*, *Balzac ignoré*, *Une Allemande à la Cour de France* (la Palatine à la Cour de Louis XIV) et enfin la *Princesse de Lamballe intime*, dont l'auteur complète la biographie avec les mémoires de son médecin Saiffert.

Parmi les études de *psychologie morbide appliquée à l'histoire* nous pouvons compter *Marat inconnu*, *La névrose révolutionnaire*, écrite en collaboration avec le Dr L. Nass, où en deux volumes, les auteurs font un exposé véritablement clinique de cette psychose collective que fut la terreur, les *Fous couronnés* (Les Romanow), *Folie d'Empereur* (Guillaume II), *Au chevet de l'Empereur* (Napoléon I) et enfin *Le Mal héréditaire*, où, passant en revue toute l'histoire d'Espagne, Cabanès suit la dégénérescence physique et mentale dans la lignée des Habsbourg, puis dans celle des Bourbons d'Espagne.

L'histoire de la médecine et les curiosités médicales rempliraient une bibliothèque. Relevons-y les *Remèdes d'autrefois*, les *Remèdes de bonne femme* en collaboration avec le Dr Barraud, les *Gayetez d'Æsculape* écrites avec le Dr Wittowski, les *Curiosités de la médecine*, *La salle de garde* (histoire anecdotique des salles de garde des hôpitaux de Paris), les *Cinq sens*, *le Sixième sens*, enfin *Æsculape chez les artistes*.

Nous ferons une place à part aux *Souvenirs d'un académicien sur la Révolution, le Premier Empire et la Restauration* que Cabanès publia, en les précédant d'une introduction bien intéressante sur cet académicien peu connu, Ch. Brifaut, qui, sans être un homme supérieur, et bien qu'assez médiocre poète, sut, par son savoir-vivre et son savoir-faire, sa modestie habile, et encore par ses qualités de causeur exquis, pénétrer dans tous les salons à la mode et nous renseigner exactement sur la Société de son époque. Cabanès comprit tout l'intérêt que les historiens trouveraient à consulter ces *Souvenirs* et il les édita en les accompagnant de nombreuses notes et de commentaires.

Un autre ouvrage important qui mérite encore une place à part dans l'œuvre de Cabanès est *Chirurgiens et blessés à travers l'histoire*. Ce livre est un monument élevé à la gloire de la médecine militaire. Il remonte à la Fable avant même la guerre de Troie et poursuit cette étude jusqu'à la fondation de la Croix Rouge. 275 gravures et 1 planche illustrent ce gros in-quarto de plus de 600 pages qui fut couronné par l'Académie de médecine.

Enfin Cabanès réunit en un volume les leçons qu'il professa en 1920 à Bruxelles et les intitula : *L'Histoire éclairée par la clinique*. C'est à notre avis, son œuvre maîtresse, c'est en quelque sorte l'histoire critique complète de la méthode

médico-historique qu'il se défend d'avoir créée mais à laquelle il a indiscutablement donné un développement prodigieux, tout en la soumettant à une rigueur scientifique. C'est ce beau livre qu'il convient de lire si l'on veut se faire une idée exacte de Cabanès.

***

CABANÈS ET LA MÉTHODE MÉDICO-HISTORIQUE.

Après avoir pendant plus de trente années accumulé des documents, les avoir classés dans des volumes et dans des séries tout comme le naturaliste range ses collections sur les rayons d'un Musée avant d'établir une classification scientifique, Cabanès s'est enfin résolu à écrire de belles pages philosophiques sur l'ensemble de ses recherches, réalisant le mot de Fustel de Coulanges qui prétendait qu'une heure de synthèse demandait des années d'analyse. Certes, son œuvre jusque-là n'avait pas consisté en une sèche énumération de documents intéressants, ni en un amas décousu d'anecdotes amusantes. Il avait avec une méthode rigoureuse et savante suivi les stigmates de l'hérédité morbide dans l'ascendance et la descendance de Charles-Quint, écrivant ainsi le premier l'histoire médicale des Habsbourg ; il s'était attaqué avec la même rigueur à la famille des Romanoff, des Wittelbach, aux Bourbons d'Espagne, aux Condé qui furent, selon son expression, une famille de héros et de demi-fous. Louis XIV et son siècle avaient été étudiés médicalement par lui avec de nombreux documents et parmi eux la correspondance de la mère du Régent, la Princesse Palatine, et le tableau fait par Cabanès, qui est l'expression de la vérité vraie, ne se superpose pas très exactement au Panégyrique du Grand Roi par M. Louis Bertrand. L'histoire du XVIII^e^ siècle est singulièrement éclairée au cours des règnes de Louis XV, de Louis XVI et surtout pendant la Révolution par les recherches sur les Condé, sur Marat inconnu, sur la princesse de Lamballe intime, recherches auxquelles s'ajoutent la description toute psychiatrique de la névrose révolutionnaire. Il a abordé encore l'examen de la santé des Bonaparte qu'il a exposé sous le titre : Une famille d'arthritiques, la santé de Napoléon et a fait l'étude psychophysiologique et pathologique complète de Napoléon I^er^ dans les deux remarquables volumes intitulés : *Dans l'intimité de l'Empereur* et *Au chevet de l'Empereur*.

Tout cela n'est pas, répétons-le, une collection d'anecdotes, c'est une suite de travaux historiques très sérieux où l'histoire est comprise autrement que dans les manuels pour la préparation du baccalauréat que l'on mettait entre nos mains il y a plus de 40 ans. « Ce n'est pas faire œuvre de dénigrement systématique que de dépouiller les monarques de leur auréole légendaire, écrivait Cabanès dans une de ses Préfaces, ce n'est pas manifester un sentiment qui ne serait que mesquin de les rapetisser à notre taille.

Des dilettanti peuvent discuter s'il est préférable d'entretenir les légendes que d'en émonder l'histoire ; ce sont là des discussions académiques auxquelles le savant ne doit prendre aucune part. Le culte de la vérité doit passer avant toute autre préoccupation. »

Dans *L'Histoire éclairée par la clinique*, Cabanès montre comment il comprend les études historiques et la part que les sciences et surtout les sciences médicales doivent tenir dans ces recherches. L'opinion des plus grands historiens ne différait pas de la sienne sur ce point. V. Duruy écrivait à Corlieu au sujet de ses recherches sur les morts des rois de France :

« On nous rendrait service à nous autres historiens, si l'on soumettait toutes les morts tragiques, des personnages importants, à un examen médical. La physiologie devient le fond de la médecine et celui d'une partie de l'histoire. »

Leibniz établissait une distinction fondamentale entre l'histoire et la science : « L'histoire, disait-il, étant l'ensemble des faits singuliers, se distingue de la science, considérée depuis Aristote comme le domaine des faits généraux. » Mais cette distinction bien subtile n'a plus qu'une valeur relative, car la science plus que jamais fait entrer dans son domaine les faits singuliers avant de les grouper pour en déduire des lois générales.

Ce n'est pas notre siècle, ni Cabanès qui ont mis pour la première fois les sciences au service de l'histoire et, avec son amour ardent de la vérité, Cabanès est le premier à énumérer toutes les sciences qui ont rendu depuis longtemps, rendent actuellement et rendront toujours des services signalés à ceux qui écrivent l'histoire.

C'est la mathématique par la statistique, l'ethnographie, la démographie, l'astronomie. Ce sont la géologie, l'archéologie, la philologie, la mythologie comparée, l'anthropologie générale, la sigillographie, l'héraldique, la numismatique, l'épigraphie, la diplomatique, la radiographie, la paléographie, la préhistoire, l'océanographie, la paléontologie, l'anthropométrie.

Toutes ces sciences contribuent à éclairer l'historien et à donner aux faits qu'il relate les caractères d'authenticité sans lesquels l'on ne donne plus de nos jours à un fait la qualité d'historique.

Avec un luxe de détails Cabanès relève les travaux de ceux qui, bien avant lui, ont fourni à l'histoire des documents médicaux. Il rappelle que le médecin Cornelius Agrippa fut l'historiographe de Charles Quint, que Héroard, premier médecin du roi, écrivit le journal de l'enfance et de la jeunesse de Louis XIII, qu'on trouve dans les Lettres de Gui Patin maints détails médicaux sur la santé des grands de son époque et leurs conséquences historiques. Il n'oublie pas le Journal de la santé de Louis XIV, si minutieusement tenu à jour par Vallot, Dacquin et Fagon qui furent successivement ses premiers médecins. George Bate décrivit la maladie de Cromwell ; Daza Chacon, chirurgien de Philippe II, a laissé une relation des blessures et de la guérison de Don Carlos. Zimmermannnous a documentés sur la maladie de Frédéric II.

Le nombre des médecins qui se sont consacrés à l'étude d'un problème historique, est trop élevé pour nous permettre de les citer tous. Relevons simplement ceux qui ont apporté au cours du siècle dernier la contribution la plus importante en psychopathologie historique et que Cabanès se plaît à signaler : Lélut, l'auteur du *Démon de Socrate* et de l'*Amulette de Pascat* ; Brière de Boismont, Lauret, Calmeil, Baillarger et Alfred Maury, Moreau de Tours qui qualifia le génie de névrose, A. Cullerre, Wiedermeister avec ses études sur les Césars, P. Jacoby, et tant d'autres, tous éminents psychiâtres.

Nous ne parlerons pas des contemporains. Ils sont trop et Cabanès a eu la sagesse de ne pas les énumérer.

Toujours dans l'*Histoire éclairée par la clinique*, Cabanès examine trois historiens qui, dans une certaine mesure lui tracèrent sa voie : ce furent Michelet, Taine et Littré.

Michelet a bien tenté de jouer au physiologiste historien, mais il n'était pas un savant ; ses procédés furent pseudo-scientifiques ; il manquait de la précision et de la méthode sans lesquelles il n'y a pas de vraie science. Certes, ce fut un peintre merveilleux, un metteur en scène admirable ; on ne saurait contester le charme littéraire ni la portée philosophique de son œuvre, mais la valeur scientifique de ses jugements est plus que discutable.

A l'œuvre toute subjective de Michelet, Cabanès oppose l'œuvre objective de Taine. Michelet, c'est l'imagination créatrice ; Taine c'est l'esprit géométrique. Taine veut « faire de l'Histoire une science en lui donnant comme au monde organique une anatomie et une physiologie. » Avant d'écrire l'Histoire, Taine suit les cours des physiologistes Fano et Bérard, ceux d'Adrien de Jussieu, d'Isidore Geoffroy St-Hilaire, de Baillarger, de Duchartre, de Milne Edwards, des Brongniart, de Cuvier, de Serres, de Flourens, d'Esquirol, de Grisolle, de Piorry, de Leuret, de Chomel. Il s'imprègne de l'esprit scientifique. Mais il devient trop dogmatique. Il admet trois forces primordiales, la race, le milieu, le moment qui règlent les actions des hommes et Albert Sorel a pu dire de lui avec raison : « Il n'écrit pas l'histoire de la Révolution, il fait la pathologie mentale du Français pendant la Révolution. » Cabanès et Nass n'ont-ils pas aussi suivi cet exemple dans la *Névrose révolutionnaire* ?

Mais celui que Cabanès préfère suivre malgré l'admiration qu'il ne ménage pas à Taine, c'est Littré.

Avec Littré, la méthode vraiment scientifique s'introduit dans l'histoire. « L'histoire, dit Albert Sorel, tend à devenir une science, la science des sociétés ; elle a toujours été et sera toujours un art, l'art de démêler les passions des hommes et de les peindre. »

Taine avait des idées préconçues et cherchait des documents pour les démontrer. « Il faut qu'il s'improvise sur le champ une certitude », disait de lui Aulard. Littré, comme l'affirme Sainte-Beuve, était avant tout « médecin par la vocation, le dévouement, la méthode en tout » et ses recherches en bénéficiaient. Sa critique médicale méthodique a redressé maintes erreurs historiques. Son élève Brachet, héritier de sa méthode, a considérablement élargi dans la reconstitution de l'évolution morbide des dynasties françaises, la pathologie historique qui, selon le mot de Littré, était appelée à devenir « un des offices intellectuels du XX[e] siècle ». Et Cabanès, s'inspirant de Michelet, de Taine et surtout de Littré et de Brachet, a ouvert largement et agrandi cet office intellectuel. L'esprit scientifique de Cabanès ne lui permet pas de concevoir l'histoire telle qu'elle fut comprise pendant longtemps. « Il y aurait deux variétés d'historiens, écrit-il, ceux qui proscrivent le sentiment et l'inspiration, suppriment le pittoresque et le dramatique, ne tolèrent dans la forme que les qualités de la prose scientifique, n'ont souci que de l'exactitude ; et ceux qui cherchent les ornements du style, voient la réalité à travers leur

moi, peignent plutôt qu'ils ne décrivent. » Les premiers sont des savants comme Taine et Littré, les autres des artistes comme Michelet. Cabanès nettement se met à la suite des premiers. Comme Littré il introduit les sciences médicales dans le domaine de l'histoire et « cette application de la médecine à l'histoire, affirme Littré, jette de la lumière sur beaucoup de mobiles obscurs qui ont poussé en divers sens le genre humain. »

Expliquant sa contribution personnelle aux problèmes de l'Histoire, Cabanès estime que non seulement il a fait œuvre de clinicien mais besogne d'anatomiste pathologique.

« Nous ne fouillons pas seulement les viscères, dit-il, nous disséquons les cerveaux. Nos opérations ont un autre but que de porter un diagnostic rétrospectif, elles visent à éclairer la psychologie par la physiologie et la pathologie. En reconstituant à l'aide de documents épars l'observation de nos malades, j'allais dire de nos clients, nous suivons pas à pas leur évolution morbide et, parallèlement, leur évolution psychique. C'est en nous inspirant de ces données que nous avons entrepris l'œuvre qui se poursuit sans interruption depuis plus de trente années. »

« Que nous étudiions une dynastie, comme les Hohenzollern, les Romanow, les Wittelsbach ; ou un phénomène de vésanie collective ; ou des personnages isolés, nous suivons la même méthode, nous appliquons les mêmes procédés d'analyse. »

Critiques formulées sur l'œuvre de Cabanès. — Comme tous les ouvrages de l'esprit qui ont une valeur, l'œuvre de Cabanès a été l'objet de maintes critiques.

Les uns lui ont reproché de faire une part trop large à l'anecdote. L'anecdote cependant est le fait qui souvent permet de mieux comprendre une époque, son esprit et ses mœurs. « Je n'aime dans l'Histoire que les anecdotes, écrit P. Mérimée dans la préface de la *Chronique du Règne de Charles IX*, et parmi les anecdotes, je préfère celles où j'imagine trouver une peinture vraie des mœurs et des caractères à une époque donnée. »

Cabanès savait admirablement sélectionner les anecdotes et choisir celles qui donnaient une idée juste du sujet qu'il traitait. Il partageait l'opinion que Voltaire a émis dans le *Siècle de Louis XIV* : « Les anecdotes, écrit Voltaire, sont un champ où l'on glane après la vaste moisson de l'Histoire ; ce sont de petits détails longtemps cachés (et de là vient le nom d'anecdotes) ; ils intéressent le public, quand ils concernent les personnages illustres. »

D'autres critiques ont jugé un peu futiles les recherches de folklore qui constituent des livres tels que les *Remèdes d'autrefois* et les *Remèdes de bonne femme*. Tout le monde ne pense pas ainsi, Charcot, par exemple, qui a dit : « La méthode empirique est le vestibule obligé de la science. Elle doit toujours rester debout et servir de contrôle et comme de contre-poids aux spéculations scientifiques. »

Un reproche plus sérieux qui a été adressé à Cabanès, c'est d'avoir plus sacrifié à l'analyse qu'à la synthèse. Il conclut rarement, a-t-on affirmé ; il propose plus de rébus qu'il n'en déchiffre. Cela est certain ; mais c'est la conséquence même de l'esprit scientifique e Cabanès. Sa réserve pour conclure tient à ce qu'en vrai savant, il ne veut avancer que le certain.

Il s'est trop attaché, a-t-on dit, au classement, à la critique des documents, on eût voulu lui voir plus d'envolée, plus d'imagination. Mais la critique des documents n'est-elle pas comme une « synthèse érudite » et n'est-ce pas un travail préliminaire indispensable qui en prépare un autre que Cabanès laisse aux historiens philosophes le soin d'accomplir, celui de la synthèse philosophique ? Dans l'*Avenir de la science*, E. Renan fait remarquer que « la science parfaite n'est possible qu'à la condition de s'appuyer préalablement sur l'analyse et la vue distincte des parties. »

Quelques appréciations sur Cabanès. — Nous ne saurions terminer cette étude critique de l'œuvre de Cabanès sans reproduire l'appréciation de quelques esprits très distingués sur cette œuvre.

Au début de cette étude, nous avons reproduit une lettre flatteuse de M. Louis Barthou, de l'Académie française. Il ne faudrait pas faire de longues recherches pour en trouver un grand nombre de semblables.

Dès ses débuts Cabanès fut apprécié à sa valeur par les hommes les plus distingués.

En 1905, J. Claretie, préfaçant la *Névrose révolutionnaire*, portait le jugement suivant :

« Michelet eût salué en lui (Cabanès) un vaillant élève et Flaubert, l'eût vivement encouragé dans ces travaux devenus populaires.

Encore une fois c'est un « curieux », le mot dit tout — et cette curiosité l'attire à la fois dans tous les sens, vers la sociologie, l'économie politique, la magie, la bactériologie de l'histoire si

je puis dire. Les infiniment petits l'intéressent aussi vivement que les grands personnages d'autrefois. Il sait déchiffrer un parchemin et annoter un almanach. Il y a, disons-le, dans son érudition un peu de fièvre, c'est un chasseur qui tire au jugé. Mais quoi ! le fusil est bon et le gibier porté au tableau est nombreux. »

A côté de ce jugement d'homme de lettres, voyons l'appréciation de quelques grands savants.

L'illustre chimiste Berthelot, analysant lui-même dans le *Journal des savants*, un ouvrage de Cabanès (*Le Cabinet secret de l'histoire*), écrivait à son sujet : « L'esprit scientifique sous ses formes multiples et par ses méthodes diverses étend son domaine dans tous les ordres. En histoire notamment, il fournit des contrôles et introduit des intelligences inattendues. Les moins intéressantes ne sont pas celles qu'apportent les sciences médicales. »

Dans la préface des *Morts mystérieuses de l'Histoire*, le célèbre professeur de médecine légale lyonnais, Lacassagne, donne ce jugement fort juste : « Cabanès se conduit comme les experts devant la justice, ils ont rapporté dans leur honneur et conscience. L'historien comme le savant, dit Camille Jullian, cherchera la vérité et ne croira jamais l'avoir atteinte. *Quœro* doit être la devise de sa vie. »

***

L'UTILITÉ PRATIQUE DE L'ŒUVRE DE CABANES.

Tout ceci est fort bien, objecteront quelques esprits pratiques, mais n'est-il pas fâcheux qu'un homme doué de l'intelligence de Cabanès, capable de donner une pareille somme de travail, ait sacrifié ces brillantes qualités à de vaines recherches d'érudition ? Quels progrès techniques n'aurait-il pu faire réaliser, s'il avait consacré sa vie aux sciences appliquées ? C'est, en un mot, le reproche que le grand Pasteur adressait à Littré dans son discours de réception à l'Académie française. Ernest Renan, qui le recevait, releva comme il convenait, cette attaque du savant de laboratoire contre les sciences d'érudition dont il démontra l'utilité. « La critique historique, dit-il, a des bonnes parties. L'esprit humain ne serait pas ce qu'il est sans elle, et les sciences n'existeraient pas, s'il n'y avait, à côté d'elles, une gardienne vigilante pour empêcher le monde d'être dévoré par la superstition et livré sans défense à toutes les assertions de la crédulité. »

C'est bien là la grande utilité pratique des travaux de Cabanès. Comme Littré, il contribua dans une large part à combattre l'erreur, à détruire les préjugés, à imprégner ses lecteurs de l'esprit critique scientifique, en mettant toute son activité intellectuelle, dans le cadre qu'il avait choisi, au service de la Vérité.

J. NOIR.

Comité constitué à Paris dans le but d'honorer la mémoire du Dr Cabanès.

Ont accepté le *patronage du Comité* :

MM. Louis BARTHOU, ministre de la Justice et Camille JULLIAN, membres de l'Académie française.

M. le Dr BÉCLÈRE, président de l'Académie de médecine. M. le Pr ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris. M. le Pr RADAIS, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris. M. le Pr SIGALAS, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. M. le Pr J. LÉPINE, doyen de la Faculté de médecine de Lyon. M. le Pr EUZIÈRE, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. M. le Pr SPILLNANN, doyen de la Faculté de médecine de Nancy. M. le Pr WEISS, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ont adhéré au Comité :

MM. le Dr Babonneix, médecin de la Charité ; le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France ; M. Jean Bernard, rédacteur en chef de la *Presse Associée*, président du Groupe des chroniqueurs ; le Dr Berry, rédacteur en chef de la *Médecine internationale illustrée*, secrétaire général adjoint de l'Umfia ; le Dr Bord, directeur d'*Æsculape* ; le Pr Capitan, du Collège de France, membre de l'Académie de médecine ; le Dr Cayla, de Neuilly, ancien président de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne ; Champion Edouard, éditeur ; le Dr Chapon, président de l'Association médicale mutuelle (Ass. Lagoguey) ; Charavay, expert en autographes ; le Dr Chassaing (*Chronique médicale*) ; le Dr Darras, vice-président de l'Association générale des médecins de France et président de la Société centrale, rédacteur en chef de la *Vie médicale* ; le Dr Dartigues, président de l'Union médicale latine (U.M.F.I.A.) ; Davidou, maire de Gourdon (Lot) ; le Dr Duchesne, président de la Caisse des retraites de l'Association des journalistes médicaux français, rédacteur en chef du *Concours médical* ; Camille Ducray, directeur du *Dimanche illustré* ; le Dr Farez, chroniqueur au *Journal des Débats* ; le Dr Maurice de Fleury, membre de l'Aca-

démie de médecine ; le Dr Charles Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine, rédacteur en chef du *Journal des praticiens* ; le Dr Foveau de Courmelles, président du Syndicat de la Presse scientifique ; le Dr Ganiayres ; le Dr Garrigues, secrétaire général de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français ; le Pr Grimbert, de la Faculté de pharmacie, membre de l'Académie de médecine ; Abel Henry, rédacteur en chef du *Petit Journal* ; le Prof. agrégé Laignel-Lavastine, président de la Société d'Histoire de la médecine, médecin de la Pitié ; Le Coq de Kerland ; le Dr F. Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux* ; le Dr Levassort, secrétaire général honoraire de l'Association générale des médecins de France ; le Pr Loeper, de la Faculté de médecine de Paris, président de l'Association de la Presse médicale française ; le Dr Auguste Marie, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; le Dr Mathé, trésorier de l'Association prof. des journalistes médicaux français ; le Dr Maurat, président de la Mutualité familiale du Corps médical français ; Albin Michel, éditeur ; le Dr Molinéry secrétaire général de l'Union médicale latine ; le D, Nass, collaborateur du Dr Cabanès ; Georges Montorgueil, rédacteur au *Temps* ; le Dr Noir, président de la Société d'anthropologie de Paris, vice-président de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français, rédacteur en chef du *Concours médical* ; le Pr Gabriel Petit, de l'école vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine ; le Dr L. M. Pierra, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française ; Georges Prunier ; le Dr Louis Régis, secrétaire de l'Association générale des médecins de France, secrétaire général adjoint de « la Maison du médecin » ; le Pr Sabrazès, de la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine, président de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français ; le Dr Paul Sollier, professeur à l'Institut des Hautes Etudes de Bruxelles ; Stresser-Péan ; le Dr Vitoux, de la *Presse médicale*.

Dans sa réunion du 7 juillet le Comité a nommé son bureau définitif :

PRÉSIDENT : Le président de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français : M. le Pr Sabrazès, de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine.

VICE-PRÉSIDENTS : M. le président de l'Association générale des médecins de France : Dr Bellencontre ; M. le président de l'Union médicale latine : Dr Dartigues ; M. le président de l'Association de la Presse médicale française : Pr Loeper ; M. le Pr Capitan, du Collège de France, membre de l'Académie de médecine et de la commission du Vieux Paris ; M. Jean Bernard, président du groupe des chroniqueurs, directeur de la *Presse associée* ; M. Davidou, maire de Gourdon.

Secrétaires : Le vice-président et le secrétaire général de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français : docteurs Noir et Garrigues.

Trésorier : M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris XIVe. Compte de chèques postaux : Paris 96.10.

***

Le Comité a ensuite décidé de publier l'appel suivant :

Le Comité, constitué à Paris dans le but d'honorer la mémoire du Dr Cabanès, a résolu d'ouvrir une souscription dont le produit sera destiné à faire sceller sur la pierre tombale du regretté médecin historien son médaillon. Il a décidé d'étudier en outre tout autre projet réalisable permettant à ses amis de perpétuer son souvenir.

L'exécution du médaillon sera confié à M. Seysse le distingué statuaire, membre du jury du Salon ami de Cabanès.

Le Comité fait un pressant appel aux amis, aux lecteurs de Cabanès et à tous ceux qui ont pu apprécier son œuvre pour contribuer dans la plus large mesure au succès de la souscription. Il les prie de bien vouloir adresser leurs cotisations au trésorier :

M. Albin MICHEL, *éditeur*, 22, *rue Huyghens, Paris* (14e). COMPTE DE CHEQUES POSTAUX : PARIS. 96 10. *Si les circonstances le permettent*, une réduction du médaillon sera attribuée à tout souscripteur de 100 francs et plus.

Pour le Comité,

Le Secrétaire : J. NOIR, 9, rue Linné, Paris, Ve.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

dre et s'il n'était pas écouté, il aurait qualité pour poursuivre le secrétaire de la mairie devant le tribunal correctionnel, pour violation de l'article 378 du code pénal.

D'ailleurs, le Syndicat médical aurait également qualité pour avertir le Procureur de la République et prier ce magistrat de faire des remontrances à l'employé trop bavard.

Dr Paul BOUDIN.

2299. — Paiement des honoraires en cas d'accident de droit commun.

Au sujet des soins donnés aux blessés par automobile, ma ligne de conduite qui aplanit toutes les difficultés ultérieures (au point de vue règlements d'honoraires) soit avec le blessé, soit avec l'auteur de l'accidents est la suivante : après enquête de la gendarmerie, et après avoir donné mes soins au blessé, je suggère à ce dernier (la bonne foi est si rare aujourd'hui !) de se faire signer par l'auteur de l'accident l'engagement écrit ci-après : « Je soussigné... déclare prendre à ma charge ou à celle de la Compagnie d'assurance X tous les frais résultant de l'accident que j'ai causé avec mon auto, *x* jour, *x* heures à M. Y., domicilié à Z., le ...... ».

Si le propriétaire de l'auto se refuse à signer, je conseille au blessé, dans son intérêt, de porter plainte sur-le-champ au procureur de la République. Une fois seulement j'ai été obligé d'en venir là.

En agissant ainsi, j'ai été chaque fois réglé entièrement de mes honoraires, soit par l'assuré, soit par la Compagnie. Dr A.

Réponse.

Le procédé que vous employez pour éviter toute contestation au sujet du payement des indemnités au blessé, et, partant, de vos honoraires, dans les cas de blessures par accident d'automobile, est excellent. Malheureusement, bien peu de médecins ont la présence d'esprit d'agir ainsi et la plupart se contentent de promesses vagues de l'auteur de l'accident qui, par la suite, se retranche derrière sa Compagnie d'assurances et refuse de payer.

Le « Sou Médical » a dû, dans une quantité d'affaires, donner son appui à ses adhérents pour poursuivre en justice, l'auteur de l'accident qui les avait mis en œuvre, sans prendre d'engagement écrit.

Si tous les médecins faisaient comme vous, le nombre de ces affaires serait considérablement réduit.

2407. — Pourvoi en Cassation en matière d'accidents du travail.

Un accidenté du travail a-t-il le droit à l'assistance judiciaire, même pour un recours en cassation ? Si oui, voici le cas qui m'occupe.

Le 7 décembre 1926, M. L..., fait une chute dans un escalier d'usine, il meurt le 27 décembre suivant.

L'accident n'est pas contesté. Le certificat final donne : fracture du col du fémur droit, choc traumatique ayant provoqué des accidents cérébraux cause du décès. Une radiographie proposée en consultation avec le Dr X., chirurgien, n'a pu être faite, le blessé étant intransportable.

Le Tribunal de B., refuse à la veuve une pension estimant que la preuve de la cause de la mort n'est pas faite ; il refuse en outre une expertise médicale et une autopsie qu'elle réclame, sous prétexte que cela n'apporterait aucune lumière et causerait des frais inutiles à la Compagnie d'assurances.

La Cour de D..., confirme l'arrêt.

Peut-on demander à la Cour de Cassation un avis sur ces points ?

Pour contester la cause de la mort, la Compagnie d'assurances doit apporter un certificat médical, contestant la relation de cause à effet entre l'accident et le décès. Ce qu'elle n'a pu faire.

Dans ces conditions, le certificat médical du médecin traitant est valable. La preuve apportée par Mme L., est suffisante.

Si le Tribunal estime que le certificat médical est insuffisant, il ne peut refuser à Mme L., l'enquête médicale et l'autopsie demandées, seuls moyens qu'elle a de faire valoir ses droits.

J'estime que ces jugements créent des précédents dangereux pour les blessés, c'est pourquoi un avis de la Cour de Cassation me paraît nécessaire.

Un certificat du médecin traitant, non contesté par un autre certificat médical, doit être considéré comme valable. Au cas où il y aurait contestation, une expertise médicale doit être prescrite avec autopsie s'il y a lieu.

Madame L., se trouve dans les délais légaux ; comment doit-elle s'y prendre pour interjeter appel en cassation ? Comment doit-elle s'y prendre pour obtenir l'assistance judiciaire ? Comment peut-elle forcer l'avoué à exposer la question telle que je vous l'expose ?

Dr B.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, il n'existe aucune disposition spéciale concernant le pourvoi en Cassation.

Par conséquent, conformément aux règles ordinaires de procédure, le pourvoi doit être formé dans les deux mois de la signification de la décision attaquée, en l'espèce de l'arrêt de la Cour de D.

Devant la Cour de Cassation, l'assistance judiciaire n'est pas accordée de plein droit à la victime de l'accident ou à ses ayants droit ; il faut qu'elle soit demandée dans les formes habituelles.

Si la veuve veut aller en Cassation, et, pour cela, obtenir l'assistance judiciaire, elle devra

adresser une demande au Procureur général près la Cour de Cassation. A sa demande, elle devra joindre un extrait du rôle de ses contributions ou un certificat du percepteur de son domicile constatant qu'elle n'est pas imposée, une déclaration attestant qu'elle est dans l'impossibilité de subvenir aux frais d'un pourvoi en cassation et une copie signifiée ou une expédition de la décision attaquée.

Sur le fond de l'affaire, nous tenons à vous faire remarquer que la Cour de Cassation n'exerce pas son contrôle sur les constatations de faits résultant des jugements ou arrêts qui lui sont déférés. Elle se borne seulement à rechercher si, ces faits admis, le Tribunal ou la Cour a fait une exacte application de la loi.

---

236. — Un cantonnier est-il couvert par la législation sur les accidents du travail.

Au mois de novembre 1927, un cantonnier est blessé dans l'exercice de ses fonctions sur la route par un cheval d'une remonte appartenant à l'Etat.

Les gendarmes sont venus me demander, il y a sept mois ma note. Depuis l'affaire est classée, je n'entends plus parler de rien. Quelle est la marche à suivre pour me faire rembourser mes honoraires et à qui m'adresser !

J'ajoute que le service vicinal a déclaré qu'il n'avait pas à me payer un accident causé par un tiers (l'Etat).

Réponse.

Que le blessé ait la qualité de fonctionnaire, ou qu'il soit un simple ouvrier lié à l'administration qui l'emploie par un contrat de louage de services, la loi sur les accidents du travail ne paraît pas applicable en l'espèce, dans le premier cas, parce que les fonctionnaires ne peuvent cumuler les avantages de la loi du 9 avril 1898 avec ceux que leur procure leur statut spécial et, dans le second cas, parce que le travail effectué par un cantonnier ne présente pas, en principe, le caractère commercial, industriel ou agricole nécessaire pour que la loi soit applicable.

Dans ces conditions, vous n'avez aucune action directe en payement de vos honoraires contre l'administration qui emploie le blessé. Vous n'en avez pas non plus contre l'autre administration qui emploie l'auteur de l'accident, car si cet accident a créé des liens de droit entre le blessé et cette administration, il n'en a créé aucun entre elle et vous.

Si vous n'arrive pas à vous faire payer à l'amiable par l'une ou l'autre des administrations il faudra donc que vous vous fassiez payer directement par le blessé, comme par un client ordinaire, sauf à lui remettre un reçu de vos honoraires. Le blessé, lui, pourra soit se faire rembourser vos honoraires par l'administration à laquelle

il est attaché, soit les comprendre dans l'indemnité qu'il pourra réclamer à l'autre administration, en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil.

2389. — Rédaction d'un rapport d'expertise.

Je viens d'être nommé expert des tribunaux pour la stomatologie et les accidents du travail, qui y correspondent, ainsi que pour les appareils de prothèse dentaire.

Je serais très heureux si vous pouviez m'envoyer quelques rapports qui pourraient me servir, au besoin de guide, pour les expertises auxquelles je pourrais être appelé.

Réponse.

Nous n'avons pas de modèle de rapports d'expertises, mais nous avons publié à différentes reprises dans l'Agenda-Memento du Praticien des indications pour la rédaction de ces rapports.

En voici les passages essentiels :

Plan du rapport :

a) Préambule et commémoratifs : nom, prénoms, qualités et domicile de l'expert ; indication de l'autorité requérante ; date de la réquisition, ou de l'ordonnance ou du jugement ; mention de la prestation de serment ou de sa dispense ; dates et lieux des expertises avec les noms et les titres des personnes qui y ont assisté ; but de l'expertise et questions posées par le magistrat ;

b) Enumération et description des faits, description des phénomènes constatés, renseignements recueillis, etc. ;

c) La discussion, c'est-à-dire la relation des diverses phases de l'expertise et des opérations auxquelles il a été procédé ;

d) Les conclusions.

Il faut les rédiger avec grande prudence, sans opinions préconçues ou conjecturales, sans théories d'école, ni parti pris.

Les réponses seront faites dans l'ordre des questions posées par le magistrat.

D'une manière générale, le rapport doit être clair, précis, motivé, complet. L'expert doit à la justice la vérité entière, telle qu'elle existe dans son esprit. Il doit se rappeler que c'est uniquement dans sa science qu'il doit chercher la solution des questions soumises à son examen.

Au point de vue matériel, il faut éviter les blancs, les surcharges, les interlignes, les ratures, les grattages. Toute altération du texte doit être approuvée, en marge, avec la signature de l'expert.

Les dates et les nombres doivent être inscrits en toutes lettres.

Baux et locations.

2383. — La loi du 1er avril 1926 est applicable dans toutes les localités où la population a augmenté de 5 % entre les deux derniers recensements.

Je suis locataire d'une maison située à C... par un bail du 3 novembre 1923, location consentie pour des périodes de 3-6-9 ans résiliable à l'expiration de chacune de ces 3 périodes à charge par l'une ou l'autre des parties de se prévenir six mois à l'avance.

J'ai reçu hier congé par huissier pour novembre 1929 (expiration de la deuxième période de 3 ans).

La population de C... ayant passé de 544 habitants à 761 habitants au dernier recensement, suis-je en droit de bénéficier de la prorogation jusqu'en avril 1931, et dans l'affirmative dois-je en aviser mon propriétaire ou simplement attendre ?

Dr B.

Réponse.

Puisque le dernier recensement fait apparaître un accroissement de plus de 5 % de la population municipale de votre commune, la loi sur les loyers du 1er avril 1926 y est applicable.

Par suite, lorsque votre bail sera expiré, le 3 novembre 1929, vous aurez droit à une prorogation légale jusqu'au 1er avril 1931, sans que votre propriétaire puisse prétendre reprendre votre maison pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, le droit de reprise ne pouvant porter que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Comme vous exercez votre profession dans les lieux loués, vous échappez au droit de reprise.

La prorogation est de droit ; elle n'a pas besoin d'être demandée sous une forme ni dans un délai quelconques. Vous pourriez donc vous abstenir de toute réponse à votre propriétaire et vous borner à attendre les évènements. Cependant, peut-être pourriez-vous, dès maintenant, lui adresser une lettre recommandée pour lui faire connaître votre intention de bénéficier de toutes les dispositions de la loi du 1er avril 1926, sans plus.

En ce qui concerne le loyer que vous aurez à payer en échange de la prorogation, il nous est impossible pour le moment de vous donner aucune indication, la taxation actuelle des loyers devant être révisée le 1er avril 1929.

Fiscalité.

2138. — Le médecin employé dans une clinique n'est pas patentable.

Du 15 septembre 1926 au 1er janvier 1927, j'ai été au service d'une clinique de société de secours mutuels. Par suite d'incident, et jugeant que la place

n'était guère bonne, j'ai rejoint mon ancien poste. A l'heure actuelle, je reçois du percepteur une feuille m'avertissant d'avoir à payer une certaine somme pour la patente. Dans cette clinique j'étais rétribué au mois et la clinique assurait tous les frais ; que dois-je faire ? Dois-je acquitter cette somme ou faire valoir que j'avais passé la plus grande partie de l'année dans mon premier poste et que c'est là que je dois payer cette patente. Le coût de la patente en effet n'est pas le même.

Dr C.

Réponse.

Vous ne devez pas la patente pour le temps pendant lequel vous avez été au service d'une clinique à condition, toutefois, que vous n'ayez pas eu en dehors une clientèle particulière. Vous demanderez au contrôleur de vous accorder le dégrèvement de la patente. S'il s'agissait de l'année 1927, vous auriez droit à ce dégrèvement à un double titre, puisque vous aviez quitté au 1er janvier.

A. M.

Patentes : Décès du patentable.

Epouse d'un pharmacien ayant, après le décès de son mari, tenu l'officine ouverte pendant un an, conformément à l'article 25 loi du 21 Germinal an XI. Fermeture à l'expiration de ce délai, devant être regardée comme étant la conséquence du décès de l'exploitant.

(*Conseil d'Etat du 25 février 1927. — Deckeuwer*).

L'article 28 de la loi du 15 juillet 1880, modifié par l'article 30 de la loi du 8 août 1890, dispose qu'en cas de fermeture d'un établissement par suite de décès, les droits de patente ne sont dûs que pour le passé et le mois courant.

Après le décès de son mari, la veuve s'est bornée à user de la faculté que lui donnait l'article 25 de la loi du 21 germinal, an XI, et, en remplissant les conditions prévues par cet article, à tenir son officine ouverte pendant un délai d'un an à compter du lendemain du décès de son mari, c'est-à-dire jusqu'au 5 février 1922, date à laquelle elle a fermé ladite pharmaceie.

Cette fermeture dans les conditions où elle a été réalisée, doit donc être regardée comme étant la conséquence du décès de l'exploitant ; dès lors, il doit être accordé décharge des dix douzièmes des droits de la contribution des patentes pour l'année 1922.

2296. — Revisions des taxations des revenus.

A mon grand étonnement, je viens de recevoir de l'inspecteur principal des Contributions directes, un avertissement ainsi conçu : « Les bénéfices déclarés

« s'écartent trop des dépenses qu'accuse votre train « de vie et sont portés à des chiffres plus en rapport « avec ces dépenses :

1927 : 40.000 fr.
1928 : 40.000 fr.

Or, ma déclaration de l'année dernière avait été acceptée. Elle portait :

Recettes : 48.750 fr. Dépenses : 37.000. Revenu total : 18.413 fr.

Cette année, j'avais décaré :

Recettes : 57.800. Dépenses : 45.198 fr. 84. Revenu total : 16.451 fr. 16.

Mes chiffres de dépense ont beaucoup augmenté, à cause de mon état de santé.

Bien entendu, je n'accepte pas les chiffres de l'inspecteur, et désirerais savoir :

1° S'il a le droit de me taxer rétroactivement pour l'année dernière ;

2° La marche à suivre pour me faire dégrever.

Dr X.

Réponse.

Le contrôleur a parfaitement le droit de réviser la taxation établie au titre de 1927 sur les revenus de 1926.

Présentez vos observations écrites au contrôleur et demandez-lui à être convoqué devant la Commission départementale qui sera ainsi appelée à trancher le différend.

A. M.

2381. — Patente de deux médecins exerçant dans le même cabinet.

J'ai un cabinet à C... ; je vais ouvrir dans un mois un second cabinet de rayons X, à D... avec un autre médecin. Dois-je payer deux patentes ou seulement la plus élevée ?

Dans ce nouveau cabinet, je serai associé à un autre médecin. Au point de vue du fisc, cela nécessite-t-il une déclaration spéciale ?

Veuillez me dire aussi si la patente est due pour l'année entière si l'installation se fait en juillet ?

Réponse.

Si votre association est constatée par un acte régulier, l'imposition à D...... sera établie au nom du principal associé(le premier cité dans l'acte), l'autre doit être exempt de patente pour ce local.

Si le cabinet est ouvert en juillet, la patente ne sera due que pour les six derniers mois de 1928.

Vous n'avez aucune déclaration à faire au contrôleur en ce qui concerne la patente.

A. M.

2229. — Dégrèvements pour charges de famille.

Je vous adresse ci-inclus deux feuilles d'avertissement et vous prie de me faire savoir :

1° Si, ayant cinq enfants en bas âge, je n'ai pas droit à un dégrèvement pour ma cote mobilière ;

2° Si ce dégrèvement m'a été appliqué ;

3° Comment peut-on vérifier ce dégrèvement ?

Réponse.

En ce qui concerne la personnelle-mobilière, le taux des abattements est variable, suivant les localités.

Nous vous conseillons de vous adresser à la mairie ou à un répartiteur.

En ce qui concerne la contribution foncière, les dégrèvements se calculent comme suit :

Revenu net : 2.700 francs.
Impôt foncier, part de l'Etat à 18 %, 486 fr.
Réduction pour 5 enfants : 35 %.
Dégrèvement : 170 fr. 10.

Nous vous retournons sous ce pli vos avertissements.

A. M.

2932. — Traitements et salaires et bénéfices non commerciaux.

Je suis installé depuis deux ans et demi à X... où j'exerce la profession médicale.

D'autre part, j'étais médecin militaire de l'active et fus mis en non activité en novembre 1925 pour infirmité temporaire.

Je touche donc de l'armée, une solde de non activité.

Dans ma déclaration d'impôt j'ai spécifié :

1° Revenus valeurs et capitaux mobiliers A ;
2° Traitement de non activité B ;
3° Légion d'honneur, C ;
4° Bénéfices des professions non commerciales, D.

Sans aucune demande d'explications de la part de l'Administration, je reçois ma feuille d'impôt et je constate :

1° Impôt sur le revenu établi sur A + B + C + D comme je l'avais prévu ;

2° Impôt sur le bénéfice des professions non commerciale :

On me taxe sur B + C + D, j'ai fait une demande d'explication verbale au contrôleur de X... qui m'a dit que lui-même m'avait taxé selon ma déclaration : c'est-à-dire qu'il avait établi l'impôt sur les professions non commerciales sur le chiffre D que je lui avait fourni.

Or, il m'a montré une note émanant de la direction de G... lui enjoignant d'imposer sur B + C + D

Il avoue lui-même ne pas comprendre et ajoute à l'appui qu'aux années précédentes, il n'avait pas procédé ainsi, ne m'imposant, comme il semble logique quant à la profession non commerciale que sur le chiffre D.

Avant d'adresser une réclamation régulière, je vous prie de bien vouloir m'indiquer votre avis sur

cette taxation qui me paraît constituer une grossière erreur.

Réponse.

Les contribuables qui jouissent à la fois de traitements et salaires et de bénéfices de professions non commerciales doivent, pour l'ensemble des revenus de ces deux catégories, être taxés *à la cédule des traitements et salaires*. Votre imposition à la cédule des professions non commerciales n'est donc pas régulière, mais vous n'avez avantage à être taxé à la cédule des traitements et salaires que si vous êtes marié et avez des personnes à votre charge.

A noter que la « Légion d'honneur » est un traitement, au sens fiscal du mot. A. M.

Application du tarif Fallières.

Le relèvement du Tarif Fallières.

Je vous écris, sans nul doute après bien d'autres confrères, pour vous demander si le *Concours médical* s'occupe du relèvement des tarifs depuis la loi de consolidation. Si je prends le *vade-mecum*, édition 1910 signé Duchesne et Dumesny, je vois que le prix de la consultation, pour accidents du travail, est

à Paris	2 fr. 50
Pansement aseptique	2 fr. 50
Certificat	2 ou 5

Avant la guerre.

Actuellement, ces prix devraient être quintuplés. Le certificat initial pour accident du travail doit être 10 ou 25 fr. Et le prix de la consultation ne doit pas rester à 11 fr. et avec pansement encore !

Tous les médecins seront reconnaissants au *Concours* de s'occuper de la question le plus tôt possible. Ce ne sont certes pas les assurances qui attacheront le grelot.

Réponse.

La publication de cette lettre attirera l'attention sur l'opportunité d'une mesure qui s'impose en effet, en attendant que le Corps médical organisé, par l'entremise du superorganisme central unique, en voie de réorganisation, puisse faire les démarches nécessaires auprès des Pouvoirs publics.

2450. — Chalazion ou analogue.

Au moment de rédiger une note d'honoraires pour accident du travail, je suis très embarrassé et viens vous demander votre conseil.

J'ai opéré avec consentement de la Compagnie un blessé. Un kyste analogue à un chalazion s'était développé sur la paupière, après une brûlure par projection d'un petit morceau de fer en fusion.

Je ne trouve pas, dans le tarif des accidents du travail, l'opération du chalazion. Elle existe dans le tarif des blessés de guerre et par analogie, il me semble que

je pourrai demander la somme de cent francs pour l'opération.

Je vous demanderais de me donner votre avis.

Réponse.

Du moment que vous déclarez qu'il s'agit d'une intervention analogue, comme importance, à celle d'un *chalazion* et que, d'autre part, il n'y a rien à ce sujet au tarif Fallières, mais que cette intervention est tarifée 100 francs dans le tarif Maginot-Marin, je crois qu'il est légitime de proposer ce prix-là à la Compagnie, en lui donnant les raisons ci-dessus.

Dr Fernand DECOURT.

2464. — Suture de *plusieurs* tendons.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner, par le journal, le renseignement concernant les honoraires à demander (suivant le tarif des A. T.) pour l'opération suivante : suture des tendons extenseurs : long du I, propre du II, communs II, III, IV.

Si j'en crois à la lettre le tarif, ce serait 50 fr. qu'il y ait un ou plusieurs tendons à suturer, puisque la mention porte suture des tendons (au pluriel) extenseurs des doigts : 50 fr.

Dr M.

Réponse.

Relisez la « lettre » du tarif. Il y a « suture (au singulier) des tendons, etc. ». Or, comme on ne fait pas *une* seule suture pour *plusieurs* tendons, j'estime que la « lettre » même (et, a *fortiori*, le bon sens) ne saurait admettre (bien que ceci ait été déjà soutenu) que la tarification doit être le même pour une ou plusieurs sutures de tendons. Donc, je l'ai déjà soutenu et fait accepter, il faut payer *chaque* suture de tendon. *Mais*, étant entendu que, puisqu'il n'y a, en tout, qu'*une seule opération*, on doit compter tarif plein pour la première intervention, et demi tarif pour les suivantes puisqu'il n'y eut pas autant de préparatifs, ainsi que d'anesthésies diverses et tous autres accessoires opératoires que si l'on avait dû faire à 1, 2, 3 ou X blessés une suture de tendon seulement.

Dr Fernand DECOURT.

Questions médico-militaires.

1675. — Pension d'un médecin réformé à 50 %

Un médecin major de 1re classe, de l'armée territoriale, donc « des Réserves », est pensionné à 50 % pour infirmités contractées au cours de la grande guerre. Quelle doit être sa pension annuelle ?

Dr A.

Réponse.

La pension au taux de 50 % d'invalidité, pour

un médecin-major de 1re classe de réserve, est

de	2.875	fr.
plus, à titre de supplément	1.320	»
Total, par an	4.195	»

1726. — Augmentation du taux d'une pension de réforme.

J'ai un client réformé à 20 % dans les conditions suivantes :

Blessé par éclat d'obus au thorax en septembre 1915.

Pleurésie purulente droite consécutive à la blessure du poumon.

Empyème avec résection costale, extraction d'un volumineux éclat d'obus dans le cul-de-sac pleural. Guérison de la plaie.

Réformé le 26 avril 1919 à 10 %, puis le 21 juillet 1920 à 20 % avec mention : Symphyse pleurale droite, suite d'une pleurésie purulente consécutive à blessure de l'hémithorax par éclat d'obus.

Or, ce blessé se plaint ces temps-ci de souffrir plus de son côté : lancements, fourmillements, faiblesse au travail.

Je vous demande donc :

1° Si le taux de 20 % est le taux habituel pour des lésions similaires ?

2° Si non, quelles démarches y a-t-il lieu de faire pour arriver à son augmentation ? Dr P.

Réponse.

Le taux de 20 % semble équitable pour les lésions que vous décrivez. Cependant, le malade peut toujours demander une révision, pour aggravation, de la pension qui lui a été concédée.

En ce cas, qu'il adresse, par pli recommandé, une lettre, rédigée en ce sens, au Directeur du Service de santé de sa région. Vous y joindrez un certificat médical constatant une aggravation par rapport à l'état antérieur.

Divers.

2447. — Les pharmaciens ont-ils le droit de faire visiter les clients par des voyageurs.

Depuis un an et demi, (non sans impatience), la localité et la région où s'exerce mon activité professionnelle est visitée à jour fixe, le mardi, par un voyageur d'une pharmacie de C... qui, en auto, vient apporter à domicile et dans certaines épiceries du pays des produits pharmaceutiques variés ; il entre dans toutes les maisons pour solliciter les achats ; je voudrais mettre un terme à ces voyages hebdomadaires d'autant plus qu'on me fait savoir que ce voyageur se permet de donner des conseils médicaux ; je ne sais pas s'il est même pharmacien ou simple employé.

Puis-je intervenir : 1° près du Syndicat des Pharmaciens de X... ; 2° près du Syndicat des Pharmaciens de Y... ; 3° près du Syndicat de Z... dont je fais partie depuis 27 ans d'exercice. Dr L.

Réponse.

Je vous fais envoyer un numéro du *Concours* (1926, page 1321), dans lequel vous verrez traitée la question que vous nous posez.

Oui, commencez par tenter une démarche auprès des Syndicats des pharmaciens. Il est à craindre que ces groupes se désintéressent de la question, car les pharmaciens, malheureusement, ne comprennent pas assez que leurs intérêts sont de plus en plus liés à ceux des médecins, surtout à la veille des assurances sociales.

Si vous échouez auprès des Syndicats pharmaceutiques, saisissez le Syndicat médical, pour que ce groupe corporatif puisse à son tour prier le Syndicat des Pharmaciens de s'occuper de concert avec lui de la question.

Ce n'est qu'en cas d'échec qu'il faudrait saisir la justice.

Pour cela, il faut vous procurer des témoins, qui pourront déclarer que l'employé ambulant du pharmacien leur a vendu des drogues et médicaments.

Ce qui est défendu, c'est le débit de produits pharmaceutiques au poids médicinal par un non pharmacien.

Mais l'employé peut parfaitement recueillir les ordonnances, les rapporter à son patron, qui les exécute dans son officine et revenir les livrer.

Cet ambulant peut également noter les commandes de produits officinaux (antipyrine, teinture d'iode, pommade camphrée, etc.) qu'il reviendra livrer, après avoir transmis la commande à la pharmacie ; mais il est interdit de vendre des médicaments tout préparés d'avance, comme peut le faire un ambulant de Caiffa, ou autre.

Il faut également avoir le témoignage de clients, qui auront reçu des conseils médicaux de l'ambulant, avec livraison immédiate de médicaments.

Une fois ces témoignages réunis, vous les enverrez au conseil juridique du « Sou médical » et cette Ligue verra de quelle manière porter l'affaire devant les tribunaux, pour vous faire obtenir satisfaction. Dr Paul Boudin.

2493. — De deux jumeaux, quel est l'aîné ?

Lecteur du *Concours médical*, je vous serai bien obligé de me donner, par la voie du journal, la réponse relative à une grossesse gémellaire.

Dans un accouchement gémellaire quel est l'aîné ?

Dr V.

Réponse.

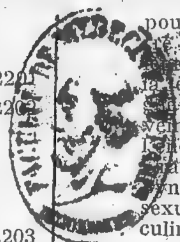
En matière d'accouchement gémellaire, celui des deux jumeaux qui est venu au monde le premier est réputé l'aîné. Il importe donc de constater avec soin l'heure de la naissance de chaque jumeau. (Voir dans ce sens : Dictionnaire Dalloz, page 21, n° 56.)

Cinquantième année — N° 31 — 29 Juillet 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE



TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré). J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis
Beaulieu-sur-Mer. Gaston (*clinique*).
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Lajoux (Jura). L. Benoit-Jeannin.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Rover.
Trouville. Jean Massé.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr X., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

N° 349. — Vve de méd. masseuse diplômée cherche occup. professionnelles, clinique de préférence. Pressé.

N° 350. — Province. Poste d'ophtalm. oto-rhino-laryngol. Recettes 50.000 suscept. augmentation. A céder pour le prix d'instrum. et mobi. du cab. : 20.000 fr.

N° 351. — Méd. membre du *Concours*, dont fils doit partir prochainem. au Caméroun, ser. très reconn. à conf. civils ou militaires connaiss. cette contrée, de vouloir bien lui envoyer quelques renseign., surtout d'ordre médical. Les remercie à l'avance. Ecr. Dr Rigal, 73, boul. Victor-Hugo, Les Mureaux (S.-et-O.).

N° 352. — Veuve de confr. désire place chez médec., diriger. intérieur, recevr. clients, etc.

N° 353. — Centre. A céder rais. de famille, client. seul méd. pharm. accouch. Pays agr., gr. maison, jardin, dépendances. Rapp. 52.000, indemn. à débatt. Pressé.

N° 354. — Sanat. maritime pour tubercul. osseux, dem. méd.-adjoint, même femme, ayant si possible notions d'électr. médicale et laborat. On préférerait méd. ayant déjà exercé dans sanat. public ou privé. Début 25.000 et avantages. Ecr. titres et réf. à M. Lansraux, villa Heldé, aux Allées, Verton (P.-de-C.).

N° 355. — Veuve de méd. très active, dés. trouver place chez confr. après-midi, comme secrétaire.

N° 356. — Paris. Excell. quartier bien desservi, très anc. client. méd. génér., rapp. 80.000 envr., loyer 6.200, bel appart. 7 p., salle bains. A céder 60.000 dont 40.000 compt. ou 50.000 si tout compt. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). T. Gob. 36.46.

Nº 357. — Aisne. Excell. client. facile dans résid. agréable et bien desservie. Rapp. 115.000 avec plus. fixes usines, maison 6 p., dépend., jardin. Prix 55.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 358. — 90 kil. Paris. Ch.-lieu cant. très riche, vieille client. rapp. 100.000 (hôpital pour interv.) belle et vaste maison confort. Indemnité 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 359. — Cond. int. 6 CV Renault grand luxe, comme neuve, 17.500 compt. Dr Martinet, 16, rue du Petit-Musc, Paris.

Nº 360. — Coutainville (Manche) : à louer pour août et septembre, maisonnette bien située, à une minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Feroux, Paris (15e).

Renseignements

— Dr Mollir, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

— Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés, Trait. spécial ind. Résultats très int. Pension méd., vie famille, prix mod. Dr Gaston, 104, route Nationale à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpitaux de Paris**. *Concours de l'externat*. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 20 octobre 1928. Inscription à l'administration centrale de l'assistance publique, 3, avenue Victoria, du 10 septembre au 6 octobre.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur Nobécourt). *Cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera du lundi 3 septembre au jeudi 13 septembre 1928, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçons chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube), suivies d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy.

Droit d'inscription : 100 fr.

Inscription au secrétariat de la Faculté.

— VI^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — Du 24 au 28 septembre 1928 aura lieu à Rome la VI^e Conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose. Les thèmes suivants y seront discutés : *Eléments filtrables du virus tuberculeux* (rapporteur : prof. Albert CALMETTE) ; *le diagnostic de la tuberculose infantile* (rapporteur : prof. Rocco JEMMA) ; *organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux* (rapporteur : Dr WILLIAM BRAND).

Le secrétariat général de la conférence (12 via Toscana, à Rome) enverra le programme détaillé sur demande.

— Ligue nationale française contre le péril vénérien. *Concours.* — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de laboratoire central, directeur technique des laboratoires de sérologie de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Les candidats ou candidates ayant la qualité de français sont seuls admis à concourir.

Ils devront se présenter au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, pour y faire une déclaration de candidature en déposant leurs pièces (pièces d'état civil, diplômes et exposé de leurs titres) et signer leur déclaration de candidature sur le registre ouvert à cet effet, *avant le 1er septembre* 1928.

— Cinéma scolaire et cinéma agricole. — Nous signalons avec plaisir l'œuvre du cinéma scolaire et agricole de Mainneville, fondée il y a 7 ans, par M. Hubert, inspecteur primaire aux Andelys, et actuellement présidée par notre confrère le Dr PILLOUARD. Depuis sa création un millier de films d'éducation ont été présentés. L'œuvre reçoit des dons, qui peuvent être adressés à M. le Dr Pillouard, à Mainneville (Eure).

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 juillet

Réglementation de l'exercice de la pharmacie en Indochine.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Décret du 6 juillet 1928.

Paris, le 6 juillet 1928,

Monsieur le Président,

L'article 1er du décret du 16 juillet 1919, relatif à l'exercice de la pharmacie en Indochine, a stipulé qu'à l'exception des dépositaires de remèdes officinaux visés à l'article 14, seuls les pharmaciens diplômés pourraient vendre des médicaments autres que ceux de la pharmacopée indigène.

Dans le but de permettre la diffusion des spéciali-

tés françaises, le gouverneur général de l'Indochine demande que les dépositaires de remèdes officinaux et de drogues simples non toxiques et les marchands de médicaments sino-annamites soient autorisés à tenir et à vendre toutes les spécialités françaises dans lesquelles n'entre aucune des substances toxiques inscrites aux tableaux A, B et C du décret du 16 juillet 1919 réglementant le commerce des substances vénéneuses dans la colonie.

Il nous a paru qu'il ne pourrait y avoir que des avantages à compléter dans ce sens l'article 13 dudit décret du 16 juillet 1919.

Tel est l'objet du projet de décret ci-joint que nous vous serions reconnaissants, si vous en approuvez la teneur, de vouloir bien revêtir de votre haute sanction.

Nous vous prions d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Le ministre des colonies,
Léon PERRIER.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Louis BARTHOU.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies et du garde des sceaux, ministre de la justice,

Vu l'article 18 du sénatus-consulte du 3 mai 1854 ;

Vu le décret du 16 juillet 1919 réglementant l'exercice de la pharmacie en Indochine et, spécialement, l'article 14 dudit décret ;

Vu le décret du 16 juillet 1919 réglementant l'importation, le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses en Indochine.

Décrète :

Art. 1er. — L'article 14 du décret du 16 juillet 1919 réglementant l'exercice de la pharmacie en Indochine est complété comme suit :

Art. 14. — Des dépôts de remèdes officinaux et de drogues simples non toxiques, pourront être installés dans les localités éloignées de plus de 10 kilomètres de celles où il existe une pharmacie régulièrement ouverte. La préparation des remèdes officinaux y sera interdite.

Les dépositaires de remèdes officinaux et de drogues simples non toxiques ainsi que les marchands de médicaments sino-annamites dont les boutiques se trouvent à plus de 15 kilomètres d'une pharmacie européenne, pourront être autorisés à tenir et à vendre toutes les spécialités pharmaceutiques françaises dans la composition desquelles n'entre — sous la réserve prévue à l'article 29 du décret du 16 juillet 1919 relatif au commerce des substances vénéneuses — aucune des substances toxiques inscrites aux tableaux A, B et C dudit décret.

(Le reste de l'article sans changement.)

Art. 2. — Le ministre des colonies et le garde des sceaux, ministre de la justice, sont chargés, chacun

en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret qui sera publié aux *Journaux officiels* de la République française et de l'Indochine et inséré au *Bulletin officiel* du ministre des colonies.

Fait à Paris, le 6 juillet 1928,

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre des colonies,
Léon PERRIER.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Louis BARTHOU.

12 *juillet*

Modification au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Arrêté ministériel du 9 juillet 1928.

Par arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales en date du 9 juillet 1928, la disposition finale du paragraphe VI de l'article 26 (tarif des électro-radiologistes et radiothérapeutes) des arrêtés des 31 décembre 1925 et 16 décembre 1926, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, est rédigée comme suit :

« Les frais et honoraires prévus aux paragraphes Ier à VI ci-dessus, ainsi que les radiographies faites sous plâtres visées aux alinéas 1er et 2 du paragraphe VII ci-après, doivent être majorés de 50 p. 100. »

L'alinéa 4 du paragraphe VII (observations) de l'article 26 du tarif susvisé est rédigé ainsi que suit :

« Sauf les cas d'extrême urgence, l'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement moitivé. Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire. En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus. »

Indemnités et honoraires des médecins et chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones.

Décret du 28 juin 1928.

Le Président de la République française,

Vu l'arrêté du 2 mars 1900 et l'arrêté du 20 septembre 1919, réorganisant le service médical des postes et des télégraphes à Paris ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1904 créant le service d'inspection des locaux de Paris et de la Seine, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1920 étendant au département de la Seine, hors Paris, le service médical tel qu'il fonctionne à Paris ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 1921 relatif à l'organisation des comités médicaux régionaux, modifié par les arrêtés des 15 juillet 1925 et 3 décembre 1927 ;

Vu le décret du 23 avril 1926 relatif aux honoraires des médecins et des chirurgiens des postes et des télégraphes ;

Vu le décret du 7 janvier 1927, fixant le taux de l'indemnité allouée aux médecins titulaires de l'administration des postes, télégraphes et téléphones exerçant dans le département de la Seine hors Paris ;

Vu l'article 9 de la loi du 18 octobre 1919 ;

Vu la loi de finances du 27 décembre 1927 ;

Sur la proposition du président du conseil, ministre des finances, et du ministre du commerce etde l'industrie,

Décrète :

Art. 1er. — La rétribution annuelle du médecin chef des postes et des télégraphes est fixée à 18.000 fr.

Art. 2. — La rétribution annuelle du médecin chargé d'inspecter les bureaux de Paris et du département de la Seine, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, est fixée à 9.000 fr.

Art. 3. — La rétribution annuelle du médecin, conseiller technique de l'administration en matière d'accidents du travail, est fixée à 8.000 fr.

Art. 4. — La rétribution annuelle des médecins et des chirurgiens des postes et des télégraphes exerçant à Paris et dans le département de la Seine est fixée à 4.500 francs.

Art. 5. — Le prix des visites de soins faites à Paris, par les chirurgiens des postes et des télégraphes, au domicile des agents et des ouvriers de l'administration, est fixé à 15 fr. par visite.

Art. 6. — Le tarif des certificats établis, à Paris et dans le département de la Seine, par les chirurgiens et les médecins des postes et des télégraphes, à l'occasion des accidents de service et du travail, est fixé à 5 fr. par certificat.

Art. 7. — Les honoraires des médecins, membres des comités médicaux régionaux des postes et des télégraphes, sont fixés à 20 fr. par vacation horaire, en ce qui concerne les candidats et les agents dont l'examen est à la charge de l'administration.

Art. 8. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1928.

Art. 9. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre du commerce et de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

14 juillet

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et

des beaux-arts en date du 13 juillet 1928, un concours s'ouvrira le 25 janvier 1929 devant la faculté de médecine de Paris pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Tableau de concours pour le grade de Chevalier de la Légion d'Honneur [1]

SERVICE DE SANTÉ

Réserve.

Médecins.

1. Imbert (Antoine-Claude), médecin commandant 14e corps d'armée.
2. Gautier (Paul-Armand-Théophile), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.
3. Coville (Maurice-Josse-Marie), médecin commandant, 5e corps d'armée.
4. Girma (Frédéric-Pierre), médecin capitaine, 17e corps d'armée.
5. Saleur (Alfred-Emile), médecin capitaine, 20e corps d'armée.

(1) *J.O.*, 12 juillet 1928.

6. Moog (Robert), médecin capitaine, 17e corps d'armée.
7. Pila (Dominique), médecin lieutenant, 15e corps d'armée.
8. Margnat (Jean-Edouard), médecin commandant, 13e corps d'armée.

8 *bis*. Breton (Etienne-Louis-Edouard), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

9. Benabu (Georges-Ebbi), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.
10. Lecornu (Pierre-Louis-Alexandre), médecin commandant, 3e corps d'armée.
11. Clippet (Constantin-Joseph), médecin capitaine 2e corps d'armée.
12. Fouque (Paul-Armand-Amurat), médecin capitaine, 2e corps d'armée.
13. Maigne (Charles-Marie-Antonin-Georges), médecin capitaine, 10e corps d'armée.

13. Bridant (François-Joseph), médecin capitaine, 7e corps d'armée.

15. Henry (Alexandre-François-Xavier), médecin commandant, 19e corps d'armée.
16. Denis (Maurice-Louis-Désiré), médecin capitaine, 5e corps d'armée.
17. Monfort (André-Jules-Eugène), médecin commandant, 11e corps d'armée.
18. Graz (François-Honoré), médecin capitaine, 8e corps d'armée.
19. Beauvy (Charles-Armand-Sulpice), médecin capitaine, 5e corps d'armée.

20. Hérard (Adolphe-Léopold-Louis), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

21. Jullemier (Léon-Noël-Alain), médecin capitaine, 11e corps d'armée.

22. Guieysse (Albert), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

23. Vaudet Brun (Paul), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

24. Chaufour (Emile-Charles-Edgard), médecin commandant, 2e corps d'armée.

25. Chavialle (Guillaume-Emile), médecin capitaine, 13e corps d'armée.

26. Beyle (Gustave-Marie-Gaston), médecin capitaine, 14e corps d'armée.

27. Sauphar (Georges-Félix), médecin capitaine, 7e corps d'armée.

28. Liabot (Jacques-Henri), médecin capitaine, 8e corps d'armée.

29. Aton (Jacob-Edmond), médecin commandant, gouvernement militaire de Paris.

30. Gardiol (Louis-Joseph-Marie-Aimé), médecin capitaine, 15e corps d'armée.

31. Ballu (Théodore-André), médecin capitaine, 4e corps d'armée.

32. Onfray (René-Louis-Joseph), médecin commandant, 4e corps d'armée.

33. Hollande (Edmond-Dieudonné), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

34. Olmer (David-Raoul), médecin commandant, 15e corps d'armée.

35. Jasseron (Ferdinand-Alexandre), médecin commandant, 19e corps d'armée.

36. Catrin (Marcel-Louis), médecin lieutenant, 2e corps d'armée.

37. Richard (Eugène-Alexis-Ernest), médecin capitaine, 5e corps d'armée.

38. Canuet (Gabriel), médecin capitaine, 3e corps d'armée.

39. Pélissard (Louis-Paul), médecin capitaine, 19e corps d'armée.

40. Labougle (Léon-Joseph-Emmanuel-Paul), médecin commandant, 6e corps d'armée.

41. Yvert (Albert-Paul-Claude), médecin commandant, 3e corps d'armée.

42. Camus (Paul), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

43. Bonnet (Georges-Edmond), médecin capitaine, 13e corps d'armée.

44. Orgebin (Alphonse-Marie), médecin capitaine, 11e corps d'armée.

45. Philip (Léon-Maurice), médecin capitaine, 18e corps d'armée.

46. Poiteau (Emile-Eugène-Anatole), médecin capitaine, 1er corps d'armée.

47. Mortegoutte (Pierre-Jean-Baptiste-Victor), médecin commandant, 12e corps d'armée.

48. Liautey (Marie-Dominique-Victor), médecin commandant, 7e corps d'armée.

49. Tremblin (Louis-Alphonse-Hippolyte-Joseph), médecin capitaine, 4e corps d'armée.

50. Thirion (Georges), médecin capitaine, 20e corps d'armée.

51. Armengaud (Maurice-Pierre-Eugène-Elie), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

52. Nordmann (Charles-Bernard), médecin commandant, 13e corps d'armée.

53. Estachy (Emile), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

54. Bardin (Paul-Emile), médecin capitaine, 8e corps d'armée.

55. Bedrunes (Emile-Georges-Fernand), médecin capitaine, 3e corps d'armée.

56. Chanal (Jean-Auguste), médecin commandant, 13e corps d'armée.

57. Duranton (Jules-Albert), médecin lieutenant, 13e corps d'armée.

58. Chenot (Marie-Antoine-Jean-Marcel), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

59. Vermorel (Emile-Etienne-Marie), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

60. Brevet (Jules-Joachim-Antoine), médecin capitaine, 14e corps d'armée.

61. Perdrigeat (Marie-Frédéric-Jules-René), médecin capitaine, 18e corps d'armée.

62. Senlecq (Louis-Noël-Joseph-Marie), médecin commandant, 20e corps d'armée.

63. Faugeron (François-Louis), médecin capitaine, 12e corps d'armée.

64. Bourdeau (Léopold-Georges-Hyacinthe), médecin lieutenant, 9e corps d'armée.

65. Joyeux (Adrien-Louis-Marcel), médecin capitaine, 6e corps d'armée.

66. Luzoir (Jules-Henri-Eugène), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

67. Jacobee (Pierre-Marie-Joseph), médecin capitaine, 11e corps d'armée.

68. Parrical de Chammard (Jean-Joseph-Henri), médecin commandant, 12e corps d'armée.

69. Prosanval (René), médecin lieutenant, 14e corps d'armée.

70. Pansier (Théophile-Auguste), médecin capitaine, 6e corps d'armée.

71. Gautier (Raphaël-Gaston-Claude), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

72. Valeton (Prosper-Laurent-Paul), médecin capitaine, troupes du Maroc.

73. Audibert (Marcel-Achille), médecin capitaine, 16e corps d'armée.

74. Manya (Joseph-Hubert), médecin lieutenant, 19e corps d'armée.

75. Bloch (André-Benjamin-Emile), médecin capitaine, gouvernement militaire de Paris.

76. Nouis (Lucien-Emile), médecin lieutenant, 15e corps d'armée.

77. Lombes (Marius-François-Jean-Baptiste), médecin capitaine, 17e corps d'armée.

78. Hamon (Francisque), médecin capitaine, 10e corps d'armée.

79. Delmas (Jean-Félix-François-Marie), médecin commandant, 16e corps d'armée.

80. Gardere (Charles-Jean-Joseph), médecin commandant, 14e corps d'armée.

81. Maffei (Charles-Louis), médecin lieutenant, 14e corps d'armée.

82. Massina (Camille-Alfred-Emile), médecin lieutenant, 16e corps d'armée.

83. Fiolle (Jean-Gustave), médecin commandant, 15e corps d'armée.

84. Joly (Paul-Aimé), médecin capitaine, 14e corps d'armée.

85. Perret (Joseph-Louis), médecin capitaine, 14e corps d'armée.

86. Didier (Robert), médecin capitaine, 20e corps d'armée.

87. Poirel (Marie-Pierre), médecin capitaine, 4e corps d'armée.

88. Pons (Henri-Simon), médecin lieutenant, 16e corps d'armée.

89. Bretegnier (Raymond-Alfred), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

90. Lechaux (Jules-Pierre-Léonard), médecin capitaine, 3e corps d'armée.

91. Collomb (Marcel-Eugène), médecin lieutenant, 16e corps d'armée.

92. Ros (Valentin), médecin commandant, 19e corps d'armée.

93. Krouch (Maurice-Jean-Emile), médecin capitaine), troupes de Tunisie.

94. Benard (Henri-Auguste), médecin capitaine, 20e corps d'armée.

95. Saleur (Gaston-Emile-Henri), médecin lieutenant, 20e corps d'armée.

96. Chalon (Georges-Edouard-Léon), médecin capitaine, 1er corps d'armée.

97. Brun (Didier-Jean-Emile), médecin lieutenant, 1er corps d'armée.

98. Merle (Alphonse-Jean-Joseph), médecin lieutenant, 16e corps d'armée.

99. Durand (Gilbert), médecin lieutenant, 8e corps d'armée.

100. Racadot (René-Marie-Claude), médecin lieutenant, 7e corps d'armée.

101. Bloch (Lucien-Georges-Jacques), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

102. Govy (Henri-Charles-François), médecin capitaine, 10e corps d'armée.

103. Agron (Edouard-Jean), médecin lieutenant, 8e corps d'armée.

104. Cadet (Jean-Etienne), médecin capitaine, 18e corps d'armée.

105. Fregier (Paul-Jules-Eugène), médecin lieutenant, 15e corps d'armée.

106. Bentkowski (Henri-Jean-François), médecin lieutenant, 14e corps d'armée.

107. Leuret (Michel-Marie-Joseph-François), médecin capitaine, 18e corps d'armée.

108. Bernardbeig (Jean-Charles-Amédée), médecin lieutenant, 17e corps d'armée.

Voir la suite page XLVII-2237

PROPOS DU JOUR

L'augmentation du nombre des médecins. Autres temps, autres mœurs.

Brouardel, dans un livre très intéressant sur la *Profession médicale au commencement du XXe siècle*, raconte qu'en 1894, le nombre des étudiants en médecine à Paris augmentant sans cesse (5.000 quand les locaux de la Faculté permettaient à peine d'en instruire 3.000) attira l'attention du Ministre de l'Instruction Publique sur les dangers que le surnombre des médecins ferait courir à la population française. Le Ministre, M. Spuller, traita la question à la tribune du Sénat, « s'éleva contre cet engouement des parents pour les études médicales, montrant en présence de la pléthore sans cesse grandissante, les déboires qui attendaient le futur médecin. »

Ce discours fut résumé dans une circulaire ministérielle, qui fut adressée à tous les proviseurs, principaux de collèges, chefs d'institution. Il en résulta une diminution appréciable des étudiants en médecine, tout au moins pour Paris. Leur nombre oscilla autour de 4.000. Le nombre des étudiants étrangers augmentant aussi sans cesse (un étranger pour quatre français), Brouardel, se rendant compte que la plupart venaient en France, non pour s'instruire mais pour s'y établir, fit instituer en 1897 le diplôme d'Université et exiger les deux baccalauréats pour le diplôme d'Etat.

Aujourd'hui, trente ans après, M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le Pr Roger, pousse le même cri d'alarme que son prédécesseur Brouardel. Les ressources de la Faculté de Paris sont insuffisantes pour instruire les étudints qui y affluent en surnombre. La pléthore médicale s'accentue d'une façon inquiétante.

C'est un danger pour le pays, danger qui commença à se faire déplorablement sentir quelque années après la guerre.

La réponse du Gouvernement n'a pas tardé à se faire entendre et ce n'est pas sans stupéfaction que nous avons lu dans le *Journal des Débats* du 4 juillet le compte rendu suivant :

« La séance d'ouverture de la deuxième session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique a été présidée ce matin par M. Herriot, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, qui a prononcé un discours dont nous détachons ces passages :

..... *Les études médicales poursuivies par les étrangers en France font l'objet d'un intéressant projet qui vise les conditions de transformation du diplôme universitaire de docteur en médecine en diplôme d'Etat ; les nouvelles dispositions permettront de dispenser ces candidats, dans une mesure plus large, des obligations de scolarité ; peut-être, serait-il possible de ne les obliger à subir qu'une partie des épreuves jugées les plus importantes* ».

A lire ce stupéfiant passage, on croirait que la France est dépourvue de médecins.

En 1901, d'après Brouardel, 16.485 médecins exerçaient en France qui comptait 38.500.000 habitants. Ce qui fait un médecin pour 2.335 habitants environ. En 1928, la France qui ne compte pas 39.500.000 habitants, est dotée de 28.380 médecins, ce qui fait un médecin pour 1.400 habitants. Si nous considérons seulement Paris et le département de la Seine, nous comptons en 1928, 6.231 médecins pour une population de 4.500.000 habitants, soit environ un médecin pour 723 habitants. Alors qu'en 1925, il n'y avait en France que 24.149 médecins et à Paris et le département de la Seine 5.211.

Or, Brouardel, dont personne aujourd'hui ne peut discuter la clairvoyance, écrivait en 1903 :

« Qu'on ne se méprenne pas d'ailleurs sur le sens de ces observations. Il ne s'agit pas seulement de sauvegarder les intérêts d'une profession. *La Société a exactement les mêmes intérêts que les médecins. Elle est en danger si elle n'a pas un corps médical digne de toute confiance. Elle ne l'aura que si celui-ci n'est pas exposé à subir les compromissions que suggèrent les difficultés de la vie.* Le malade n'est pas compétent pour apprécier la valeur d'un médecin, il se livre à lui ; la puissance des charlatans le démontrent tous les jours. Que la Société prépare donc, dans son intérêt à elle, une génération de docteurs en qui scientifiquement et moralement elle puisse avoir toute sécurité. »

Ces sages paroles de Brouardel n'ont pas été écoutées, il n'a pas fallu attendre 25 ans pour voir fléchir le niveau de la conscience professionnelle. La guerre et la cherté de la vie qui en a été la conséquence, ont encore précipité la crise. Les scandales de certaines cliniques d'accidents du travail, des carnets médicaux pour les pensionnés de guerre, les abus de la dichotomie sont venus démontrer que la Société n'avait rien à gagner à ce que le Corps médical fût exposé à *subir les compromissions que suggèrent les difficultés de la vie.*

Est-il prudent d'engager les jeunes médecins étrangers à venir encombrer encore davantage notre profession et de les tenter par des privilèges que n'ont pas les Français, à s'installer dans notre pays ? Le Ministre de l'Instruction Publique n'a certainement pas réfléchi aux conséquences de ses projets. Sans doute, nous devons faire tous nos efforts pour engager les étrangers à venir étudier chez nous et visiter notre pays. Il n'y a pas de médecin plus convaincu de l'utilité de l'A. D. R. M., de l'U. M. F. I. A., de l'A. P. I. M. que celui qui écrit ces lignes, il n'en est pas qui ait autant que lui horreur de la xénophobie, mais dans les conditions économiques où nous sommes, alors que les dépenses du médecin sont multipliées depuis 1914, par 5 et même 6, et que ses recettes sont à peine 3 fois plus fortes, est-ce le moment de favoriser la venue en France d'émigrés, pour la plupart des « sans patrie », à la conscience courte et aux dents longues ?

Nous attirons sur ce danger pressant la vigilance des dirigeants de la nouvelle Confédération de nos Syndicats médicaux. *Caveant Consules.*

J. Noir.

LA NOMINATION DU MÉTÈQUE

« Oui ! Votre concurrent, bien Français lui, je l'ai évincé, parce qu'en France, c'est toujours le Français qu'on prend pour tête de Turc ! »

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES FRACTURES SPONTANÉES CHEZ L'ENFANT

M. Raphaël MASSART,

Ancien assistant d'orthopédie à la clinique chirurgicale infantile et orthopédique de la Faculté.
Chirurgien de la Fondation Lire-Hernine.

On a pris l'habitude d'appeler *fracture spontanée*, une fracture dont la cause est méconnue, qui ne nécessite pour se produire qu'une force minime et qui est liée à un état pathologique de l'os, le rendant impropre à résister à la plus légère violence. Il est inexact de dire que ces fractures se fassent spontanément, Paul Broca proposait d jà de les appeler *fractures pathologiques*, ce qui leur convient beaucoup mieux, mais l'usage a prévalu de dire *fracture spontanée*.

Ces lésions osseuses sont d'observation courante, dans la pratique des enfants, elles doivent être étudiées en dehors des autres traumatismes, car s'il importe de bien réduire et d'immobiliser les segments fracturés, il faut surtout rechercher la cause générale ou locale, pour éviter de nouveaux accidents, qui ne manqueraient pas de se produire, si la lésion causale n'était pas traitée.

L.s causes de la fragilité osseuse chez l'enfant sont fort nombreuses, je voudrais exposer ici les plus fréquentes : les unes sont des lésions locales du squelette, déterminant des zones de moindre résistance ; les autres tiennent à une maladie générale, dont le retentissement sur le système osseux amène une diminution de résistance.

L'étude radiographique des fractures spontanées a permis de mettre de l'ordre dans des lésions diverses cataloguées longtemps fragilité osseuse, et peu à peu on a réussi à isoler de l'ostéopsathyrosis des formes à caractères bien définis.

Lorsqu'un enfant bien portant se fait une fracture, il est deux points qu'il importe de bien fixer.

a) *Les conditions dans lesquelles le traumatisme s'est produit* ;

b) *L'aspect radiographique de la lésion.*

L'os d'un enfant ne se brise pas facilement, il faut, pour produire une fracture, un effort proportionnellement plus grand que chez l'adulte ; comme Charpy l'a jadis bien montré, l'enfant sain résiste mieux aux fractures par les qualités de son os, par la petitesse de sa masse par sa faiblesse musculaire par la brièveté de ses leviers osseux, qu'un sujet qui a atteint son complet déve oppement.

L'os de l'enfant est beaucoup plus élastique que celui de l'adulte, sa substance n'est pas la même, des masses cartilagineuses protègent l'extrémité de ses diaphyses et on s'explique ainsi que chez l'enfant bien portant qui tombe, qui joue, qui se bat, les fractures ne figurent dans la statistique totale de Malgaigne que pour un chiffre de 9 à 12 %.

Lorsqu'un faible traumatisme (chute de sa hauteur, enfant soulevé par la mère, bataille avec un camarade) vient à produire une fracture il y a vraisemblablement une fragilité constitutionnelle liée à un état pathologique.

La *radiographie* est absolument indispensable dans l'étude des fractures de l'enfant, il ne suffit pas de se rendre compte à la radioscopie de la forme et de l'aspect du trait de fracture, il faut faire un cliché et l'examiner avec soin ; on voit ainsi l'état du tissu osseux avoisinant le foyer de fracture et on arrive à déceler des lésions locales favorisant la moindre résistance de l'os.

L'examen radiographique est aussi utile dans l'étude d'une fracture que l'examen histologique dans l'étude d'une tumeur, la radiographie permettra de voir des lésions dont la clinique ne pouvait soupçonner ni l'étendue ni l'importance.

Au premier rang des lésions osseuses locales qui favorisent la fracture, il faut placer les *kystes des os*, dénomination commode mais peu scientifique, qui groupe, à cause d'une analogie radiographique, des lésions très diverses que nous essayerons de dissocier.

Kystes solitaires non parasitaires des os longs.

C'est une lésion de l'adolescence, qu'on observe surtout à l'âge scolaire de six à quinze ans chez des enfants bien portants, ne présentant aucun signe de rachitisme.

Ces kystes uniques siègent sur les grands os, très souvent sur l'humérus, sur le fémur ou le tibia, plus rarement sur un des os de l'avant-bras ou sur le péroné.

Leur localisation se fait sur la diaphyse de

l'os, au voisinage de l'épiphyse et de l''épiphyse la plus fertile ; les kystes osseux de l'humérus, les plus fréquemment observés, sont même au contact du cartilage conjugal, qui semble arrêter leur développement dans cette direction ; par contre, vers la diaphyse, où ils ne rencontrent aucun obstacle, ces kystes descendent fort bas et peuvent intéresser ainsi toute la moitié supérieure du tube osseux.

L'extension du kyste ne se fait pas seulement suivant le canal médullaire, mais sa paroi distend le tube osseux, en raréfiant le tissu qui l'entoure à tel point qu'à un moment donné, la paroi est devenue si mince que le moindre mouvement rompt la diaphyse réduite à son périoste.

Ces kystes peuvent évoluer pendant longtemps avant de se révéler : en général, c'est la fracture qui attire l'attention sur eux.

Cette fracture ne s'accompagne pas dans la plupart des cas d'une douleur bien vive, la crépitation y est nulle, bien qu'il y ait beaucoup de mobilité, et c'est plutôt un frottement doux qu'on perçoit au niveau du trait de fracture.

C'est par la radiographie qu'on découvre le kyste : on voit le trait passer au milieu de la tumeur et parfois il y a pénétration et engrènement très visible entre les tubes osseux.

Mais ce sont les cas où la radiographie n'a pu être faite au moment de la fracture qui trompent le plus le clinicien.

Il a suffi de bien immobiliser l'enfant, pour voir se produire une consolidation rapide, mais le cal reste gros, dur, souvent douloureux, et il n'est pas rare, quoi que la fracture ait pu apparaître dans certains cas comme un processus de guérison, de voir se produire dans le même foyer de nouvelles fractures, Broca, Bérard, Mouchet en ont cité des exemples.

Avant de bien connaître l'existence des kystes essentiels, on attribuait à une maladie du cal ce qui revenait en réalité au kyste et les désignations de *cal soufflé*, de *tumeur du cal*, de *cal bulleux*, de *cal hyperostosique* du fémur ou de l'humérus ont souvent caché des kystes au milieu desquels s'était fait une fracture.

On a pu écrire (Kummer) que ces kystes apparaissaient après une fracture de l'humérus ou du fémur, et se développaient au niveau de la cicatrice osseuse, aux dépens d'un hématome consécutif ; il n'en est rien.

Le kyste est primitif, la fracture secondaire, et il y a fracture parce que l'os est, en ce point, diminué de résistance.

Quelle distincnction faut-il faire entre ces kystes solitaires et *la maladie kystique de Recklingausen* ?

J'ai eu l'occasion d'en observer et d'en suivre un cas que j'ai publié avec ceux de Ducroquet et de Chauveau à la Société de Pédiatrie sous le nom d'*Ostéite Fibro-Géodésique*, Chauveau l'a publié dans sa thèse en utilisant les radiographies, les dessins et les observations que j'ai pu faire en série pendant plusieurs années.

Cet enfant, chez lequel, seul l'examen systématique de toutes les diaphyses m'a permis de découvrir un grand nombre de formations kystiques intra-osseuses avait été pendant cinq ans soigné pour un kyste essentiel de l'extrémité supérieure de l'humérus droit au niveau duquel, trois fois de suite, l'os s'était brisé.

Un de nos maîtres avait proposé une intervention refusée par la famille et c'est en août 1921, que je fus amené à lui donner mes soins, pour une fracture sous trochantérienne du fémur gauche.

Une radiographie montrait la partie supérieure de la diaphyse augmentée de volume et déformée en crosse ; de vastes géodes apparaissaient en clair sur l'épreuve radiographique amincissant la lame compacte. Le trait de fracture passait sous le niveau du grand trochanter. L'existence simultanée de deux kystes ; l'un à l'humérus, l'autre au fémur nous amena, bien qu'aucun signe clinique n'ait pu le faire soupçonner, à faire l'examen systématique de toutes les diaphyses. Nous avons ainsi découvert que les deux péronés, les deux radius, le col de l'omoplate, présentaient des géodes comme l'humérus et le fémur.

Nous avons classé ce cas dans l'*ostéite fibro-géodésique à type Recklingausen*, bien que l'enfant eût un Wassermann positif (ce qui, au dire de Skillern et des auteurs allemands, est la règle) et nous avons institué pendant deux ans un traitement intensif par le mercure et les arsénobenzols ; ce traitement n'a en rien modifié l'aspect des géodes, il calmait seulement les douleurs dont le malade se plaignait.

Ces deux affections, kystes solitaires et kystes multiples relèvent-elles de l'hérédo-syphilis ? sont-elles, la première, une forme de début de la maladie de Recklingausen (ce qui expliquerait sa bénignité relative), la seconde, une forme évoluée, d'où son incurabilité ; ce sont là seulement des hypothèses qui ne reposent que sur des ressemblances radiographiques et cliniques..... ce sont là des données insuffisantes pour conclure... disait Auguste Broca.

Les aspects radiographiques de certaines gommes osseuses, de certaines formes de tuberculoses bien localisées aux diaphyses, peuvent en imposer parfois pour des kystes ; mais l'évolution clinique est bien différente.

Au niveau de ces os pathologiques, il est rare d'observer des fractures.

L'os de la *syphilis héréditaire* est hypertrophié, volumineux, déformé, la périostite a fait une ossification nouvelle, la fracture spontanée ne s'y observe pas ; on a attribué à la sy hilis des frac ures qui é ai nt dues à un traitement mercuriel exagéré chez des hérédo-syphilitiques.

L'ostéo-tuberculose, en général, s'est décelée depuis bien longtemps, par son évolution soit vers la peau (fistule) ou vers un foyer articulaire (arthrites) avant qu'on observe une fracture.

On peut dire que chez un enfant d'apparence bien portant, la syphilis et la tuberculose sont des causes exceptionnelles de fractures spontanées.

Des maladies d'observation moins courante comme l'*infection hydatique* et l'*ostéo-sarcome* se révèlent souvent par des fractures spontanées, il faut toujours y songer au moment de rechercher les causes de la lésion osseuse.

L'infection hydatique de l'os est rare chez l'enfant, elle nécessite un trajet très long et très compliqué du parasite et se traduit souvent par d'autres manifestations viscérales, avant de se localiser sur l'os ; l'enfant est alors devenu homme avant que ne se produise une fracture.

L'ostéo-sarcome peut, par contre se développer insidieusement en particulier l'ostéo-sarcome central révèle son existence par une fracture spontnanée.

Le siège habituel de ces sarcomes est l'extrémité supérieure de l'humérus ; souvent ils font croire à une fracture simple, surtout si les autres signes sont frustes, s'il n'y a eu ni phénomènes douloureux nocturnes provoquant l'insomnie, ni tuméfaction juxta-épiphysaire amincissant la coque osseuse et donnant avant que l'os ne se brise, *la crépitation parcheminée de Dupuytren.*

Très rapidement d'ailleurs, après la fracture, le diagnostic étiologique est facilité par l'extension et la diffusion de la tumeur, l'état général s'altère et la fracture pathologique n'occupe plus qu'une faible place dans le tableau clinique.

La tumeur a myéloplaxes siège rarement sur les diaphyses et si la fracture spontanée y est exceptionnellement possible, le fait est assez rare pour que nous n'y fassions point allusion.

Si, dans le scorbut infantile, on observe des ossifications sous-périostées, avec points douloureux, au niveau de la jonction dia-épiphysaire, il ne s'agit pas de fractures à proprement parler, mais de décollements épiphysaires par altération du cartilage conjugal.

Ces lésions, nous ne saurions les faire rentrer dans le cadre de la fragilité osseuse.

De l'étude de toute cette première catégorie de faits, il faut conclure que, chez un enfant d'aspect bien portant, la fracture spontanée est due le plus souvent à une formation osseuse kystique en dehors de toute lésion osseuse tuberculeuse ou syphilitique.

L'ostéomyélite aiguë, l'abcès intra-osseux, l'ostéomyélite chronique d'emblée ne se révèlent pas par des fractures spontanées, la fracture, si elle se produit, ne constitue pas le premier symptôme et nous ne voulons ici en faire aucune mention, elle apparaît comme une complication de phénomènes aigus ou chroniques qui aboutissent à l'usure et à la disparition de la diaphyse.

Des violences minimes peuvent déterminer des fractures, qui ont toute l'apparence des fractures spontanées, sur des os dont le développement normal a été troublé par une maladie générale.

C'est le cas des fractures qu'on observe chez les enfants, dont le squelette a été affaibli et décalcifié par des lésions infectieuses, ceux dont les os ont subi un arrêt de développement par le fait d'une poliomyélite, on a coutume d'y ajouter ceux qui ont subi une longue immobilisation plâtrée.

Les *fractures des enfants immobilisés dans le plâtre* doivent, à notre avis être rangées avec celles qu'on observe chez les enfants dont les os ont été affaiblis par un état pathologique.

Les fractures qu'on observe sur les fémurs coxalgiques lorsque l'on essaye de les redresser, ne sont pas le fait d'une immobilisation plâtrée prolongée, mais celui d'un trouble de croissance causé par la tuberculose qui a nécessité le plâtre. Il nous arrive souvent d'immobiliser des enfants ou des adultes dans le plâtre pour des causes diverses, les aspects radiographiques ne montrent pas de décalcification et on n'observe pas de fractures.

Sur des centaines d'enfants atteints de luxation congénitale de la hanche, que nous avons pu voir, dont certains ont été plâtrés de longs mois, nous n'avons pas observé de fractures spontanées des diaphyses, pas même au cours de la reprise de la marche, lorsque le plâtre a été retiré et cependant l'enfant maladroit tombe, souvent.

C'est bien là un argument de valeur à opposer aux cas de fractures du col ou de la tête observées au cours de manœuvres de réduction. La force développée pendant une réduction doit être, certes, mesurée, mais elle est toujours considérable, elle soumet l'os à des mouvements de torsion et nous pensons, qu'il n'y a pas lieu de classer dans les fractures spontanées ou pathologiques de pareilles lésions.

L'ostéomalacie locale, décrite par Lefort chez les sujets immobilisés, et qui déforme les diaphyses dès les premiers essais de marche, nous ne l'avons jamais observée chez les enfants immobilisés pour des luxations de la hanche, où aucun autre processus n'intervient pour expliquer la fragilité osseuse.

Par contre, c'est un fait d'observation courante, dès qu'une tuberculose frappe une articulation voisine, l'os est atteint dans son développement en longueur, en épaisseur, souvent même il s'allonge en s'atrophiant, c'est l'*allongement atrophique* qu'a décrit Ollier.

L'aspect radiographique de ces os fragiles les montre frêles et minces, ils sont facilement per-

méables aux rayons, les fractures spontanées s'y observent avec fréquence :

tantôt, c'est au cours d'une manœuvre de réduction ; en voulant redresser un genou à demi ankylosé qu'on brise le fémur au tiers inférieur, réalisant ainsi une ostéoclasie souvent utile pour remettre le membre dans la rectitude.

tantôt, c'est en commençant à faire marcher l'enfant qu'on voit se produire une fracture spontanée. Nous avons observé plusieurs fois chez des enfants en voie de guérison et atteints de coxotuberculose, des fractures sous-périostées du tibia au tiers moyen, sans déplacement ; elles se traduisent par des douleurs, de l'impotence fonctionnelle et l'un des enfants qui marchait déjà depuis plusieurs mois, vint nous revoir parce que sa famille le croyait paralysé d'une jambe.

Ces cas doivent être connus, ils n'ont rien d'exceptionnel et traduisent bien la fragilité osseuse qui frappe tout un membre au cours de l'évolution d'une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Faut-il ranger dans les fractures spontanées, les *fractures des os atteints de paralysie infantile* ?

Au premier abord, quand on observe radiographiquement, chez ces enfants, les diaphyses osseuses si minces, si mal développées, donnant l'aspect de longues tiges sans résistance, on est tenté de croire qu'un traumatisme minime les brisera ; les lésions osseuses décrites par Blum dans sa thèse d'agrégation pourraient aussi le faire penser.

L'observation amène à conclure tout autrement.

La paralysie infantile est fréquente au membre inférieur, l'enfant se traîne, tombe, lance ses jambes dans toutes les directions ; l'os ne se brise que rarement ; c'est presque toujours à l'humérus qu'on observe les fractures.

Mezbourian, dans sa thèse, concluait à la solidité de l'os paralytique ; Léon Rappoport. qui a publié dans la sienne des observations que nous avons pu faire avec lui, exprime un avis un peu différent.

Chez le paralysé, toutes les fois où nous avons vu l'humérus brisé, il y avait eu un trauma très important ; c'est là un ensemble de faits, qui ne nous permettent pas de rattacher ces fractures aux fractures d'os pathologiques.

En réalité, ce qui, chez l'enfant, est la grande cause des fractures spontanées, des fractures méconnues, des fractures multiples, des fractures itératives, c'est le *rachitisme*.

Le rachitisme, grand facteur de fragilité osseuse, est de jour en jour plus fréquent, à mesure qu'on voit disparaître, dans nos villes et dans nos campagnes, l'allaitement au sein.

Les dégâts qu'il cause au niveau des os varient suivant l'âge de l'enfant, suivant le degré de gravité de la maladie, mais il fournit à lui se l la presque totalité des fractures chez le nourrisson.

Dans les formes graves de la maladie, chez les enfants dont l'alimentation a toujours été défectueuse, le système osseux est arrivé à présenter une fragilité telle que les fractures s'observent sur presque tous les os longs, ces lésions ont ce caractère particulier de se faire sans que l'enfant tombe, sans qu'agisse aucune violence extérieure, elles se reproduisent aussi très souvent après la formation du cal.

Ces rachitiques se présentent cliniquement comme des hypotrophiques, retardés dans leur développement général, petits de taille, portant bien au-dessous de leur âge, véritables achondroplasiques, au ventre gros, aux membres grêles, a la tête énorme et déformée par la longue persistance des fontanelles.

Nous avons observé un enfant de trois ans, mal soigné, nourri et gorgé de lait, dont toutes les diaphyses osseuses étaient brisées ; des cas aussi graves sont heureusement fort rares.

Très fréquemment, chez ces enfants, les fractures sont méconnues, elles passent inaperçues, parce que le traumatisme qui brise l'os est toujours léger ; c'est en habillant, l'enfant, en le posant par terre, en le descendant de sa chaise qu'on produit la fracture.

Le nourrisson rachitique est naturellement criard, on attache peu d'importance à ses plaintes, et au bout de quelques jours, les parents sont étonnés, par l'incurvation anormale d'un membre ou par l'apparition d'une volumineuse tumeur osseuse de la diaphyse qui est *le cal*.

Lorsque la fracture est récente, le diagnostic est quelquefois difficile à faire sans le contrôle radiographique ; il faut prendre comme règle absolue lorsqu'on amène un enfant rachitique qui pleure dès qu'on touche à un de ses membres, de faire *un cliché radiographique*, ces fractures sont difficiles à voir pour un œil qui n'en a pas la grande habitude, la radioscopie les laisserait certainement passer inaperçues.

Nous n'insisterons jamais assez sur la nécessité qu'il y a à dépister chez l'enfant rachitique la fracture sans déplacement la fêlure ou la fissure, lésions si fréquentes et qui guérissent d'ailleurs fort bien sans appareil.

C'est un grand tort, à notre avis, de n'en pas mettre ; il faut appareiller absolument, pour éviter de voir se produire sur un os affaibli par une fissure, et à l'occasion d'une nouvelle chute, une fracture qui sera grave et s'accompagnera d'un déplacement important. Lannelongue avait signalé ce fait, pour les décollements sans déplacements, il faut agir de même avec la fracture sans déplacement de l'enfant rachitique. Si un appareil plâtré paraît bien important, on confectionnera avec des bandes de cutiplaste un excellent appareil de protection.

Les enfants rachitiques avec les alimentations actuelles (lait sec, lait condensé, laits pauvres en vitamines) sont de plus en plus nombreux, et malgré tous les jus de fruits, le nombre des fractures spontanées augmente. Chez ces enfants, *le traitement de la fracture pour être complet doit comporter un traitement de l'état général*, qui seul permettra d'éviter de nouvelles fractures.

La connaissance des fractures spontanées chez l'enfant rachitique a un grand intérêt médico-légal ; Grosjean François, dans sa thèse, l'a bien mis en valeur. Il a montré que les nombreuses fractures ne doivent pas être rapportées à des sévices ou à des gestes criminels, mais à des mouvements naturels ou à des contractions musculaires brisant un os anormalement fragile.

Il reste enfin toute une série de fractures spontanées qui surviennent chez des sujets d'apparence bien portants, mais dont les os se brisent comme du verre ; depuis Lobstein, on les range sous le nom de *fragilité constitutionnelle des os* ou *ostéopsathyrose* (1).

Il s'agit là, bien qu'on en ignore la cause réelle, d'une maladie spéciale du système osseux, que des facteurs étiologiques, toujours les mêmes, permettent d'affirmer.

L'ostéopsathyrose, comme l'hémophilie est une maladie héréditaire, d'observation plus fréquente chez les Anglo-Saxons.

Erkmann cite une famille où l'ostéopsathyrose frappa trois générations successives. Broca (*Revue de Chirurgie*, 10 décembre 1905) cite l'observation d'un enfant de 12 ans qui avait eu 14 fractures, sa mère 6, les sœurs également un grand nombre.

Cette fragilité est, avant tout, une maladie de l'enfance, elle se manifeste de 2 à 12 ans, elle s'atténue et disparaît avec l'âge adulte.

Nous avons revu avec notre maître Broca, il y a quelques années, un des malades dont il rapportait l'observation, il venait demander un certificat pour la révision.

De 15 mois à 12 ans, il avait eu 10 fractures, depuis ses os semblaient avoir repris une solidité nouvelle, c'était un fort gaillard, bien constitué et chez lequel il semble que la puberté avait fait disparaître une fragilité osseuse pathologique, sans laisser aucune trace clinique ou radiographique, comme un examen complet nous permit de le constater.

L'influence très nette de la puberté, dans toutes les observations publiées, nous fait croire qu'il faut, sans aucun doute, rapporter ces faits à des troubles endocriniens ; nous ferions certainement un traitement opothérapique pluriglandulaire intensif, s'il nous arrivait à nouveau d'observer pareille lésion.

Les fractures spontanées de l'enfant doivent être connues de tous, car, très souvent, elles sont, pour le clinicien, le premier signe d'une lésion locale importante ou d'un état général déficient, qui réclame une thérapeutique particulière.

Il est certain que la radiographie a éclairé d'un jour nouveau ces lésions très diverses qui n'ont qu'un seul caractère commun : *la fragilité de l'os.* C'est là un argument de plus pour déterminer nos confrères encore hésitants à faire radiographier, chaque fois qu'ils le peuvent, les fractures même les plus simples, même celles qui ne s'accompagnent d'aucun déplacement ; cette manière de faire, qui est la nôtre, nous fait bien souvent faire des découvertes après un examen clinique pourtant minutieux et complet.

Nous sommes sûrs qu'à la lumière de faits mieux connus, nous arriverons à voir peu à peu disparaître de l'étude des fractures toutes les causes encore inconnues qui conditionnent les fractures spontanées des enfants.

(1) Depuis la rédaction de cet article, M. APERT a publié dans la *Presse médicale* un travail sur cette question : Les hommes de verre.

PÉDIATRIE

La mortalité infantile et le mauvais lait.

Si nous en croyons M. le Dr Lestoquoy (*Gazette médicale de Paris*, 5 novembre 1927), le taux considérable de la mortalité infantile, qui a atteint en 1926 97,8 % à Paris, est dû au mauvais lait. C'est le mauvais lait qui provoque ces diarrhées meutrières qui, dans le cours de la même année, ont représenté le tiers, à elles seules, de la mortalité.

D'où vient donc que le mauvais lait puisse être assez répandu qu'il agisse à la façon d'un véritable déclancheur d'épidémies ? De ce que l'industrie laitière n'est pas réglementée. Aucune surveillance ne s'exerce sur la cueillette ou la traite du lait. Le producteur ne prend aucune précaution pour tenir les vaches, les étables et les vachers dans un état de propreté suffisant pour que toutes chances de contamination soient réduites au minimum.

La seule préoccupation des industriels qui ramassent le lait déposé dans de grands récipients métalliques sur le bord des chemins, est de s'assurer que la teneur en beurre en est satisfaisante. J'avais, il y a quelques semaines, une très intéressante conversation avec un jeune inspecteur appartenant au personnel de l'une des plus importantes laiteries de Paris. Il me racontait qu'on l'envoyait dans les centres de production pour effectuer des prélèvements et des recherches de beurre. Il circule par monts et par vaux sur les camions affectés au ramassage ; il procède sur place à ses prélèvements, et l'après-midi du même jour, il mesure la teneur en beurre. Celle-ci importe seule à la Société laitière. Qu'il soit sale, par surcroît, cela n'a d'intérêt que dans la mesure où la saleté peut provoquer la fermentation lactique. Car, la fermentation protéolytique, la plus dangereuse parce que s'opérant invisiblement, échappe aux investigations d'une telle inspection.

Or, pour éviter la fermentation lactique, il suffit de pasteuriser le lait, en le portant à une température de 60°, et en l'abaissant brusquement à 11°.

« Le lait tel qu'il nous est livré pasteurisé, ajoute M. Lestoquoy, est donc un lait en fermentation », dans lequel on trouve de nombreux germes : B. subtilis, Proteus vulgaris, B. fecalis alcaligenes...

L'auteur nous apprend que, d'après les études faites aux Halles en 1922, 9 % des échantillons examinés apparaissaient suffisamment propres. Mais le reste renfermait plus de 10.000 germes par cmc. Et c'est là l'aliment que l'on distribue quotidiennement pour les petits enfants, les malades et certains vieillards ! Et l'eau potable est considérée comme mauvaise quand elle renferme plus de 10.000 bactéries par cmc ! O paradoxe, qui applique à l'eau une prohibition dont le lait est exempté !

La fermentation protéolytique libère donc des masses de toxines microbiennes, des acides aminés, des déchets ammoniacaux, que la chaleur de l'été fait apparaître plus rapidement et plus massivement encore, si bien que, durant la saison chaude, ce sont de véritables hécatombes de nourrissons qui sont enregistrées...

Sans doute l'ébullition à l'autoclave à 120° est suffisante pour stériliser le lait ; pratiquement, cette mesure est impossible à prendre, et l'on doit se contenter de l'ébullition, soit directe, à 101°, soit par l'intermédiaire du bain-marie, à 99° ; ces températures maxima, les seules qui puissent être atteintes, sont impuissantes à détruire les germes microbiens.

« Au surplus, ajoute M. Lestoquoy, rien ne prouve que les corps microbiens détruits lors de l'ébullition ne puissent engendrer certains désordres, car les corps morts de coli-bacilles, bacillus acidi lacti, bacilles protéolytiques, bacillus lactis aerogenes, ingérés à dose élevée, entraînent chez les jeunes animaux des diarrhées, avec dégénérescence graisseuse du foie ».

Quel remède propose l'auteur de cette intéressante communication ? Sélectionner les vaches et éliminer les tuberculeuses ; les abriter dans des étables spacieuses, ventilées, claires, tenues très propres, confier la traite à un personnel éduqué et sain ; alimenter les animaux avec des matériaux sains ; exiger du personnel une propreté rigoureuse des mains, en mettant à sa portée des lavabos et du savon ; recueillir le lait directement dans le récipient sans aucune opération de transvasement ; conserver et transporter le lait dans des récipients hermétiquement clos, en glacière ; soumettre les laits ainsi produits à de fréquents examens bactériologiques. Le prix de revient d'un lait traité de cette manière s'élève à 3 fr. 50 le litre. »

En attendant un progrès d'une envergure telle que, de longtemps, il ne ser a pas entré dans la voie des réalisations, M. Lestoquoy conseille de donner aux nourrissons du lait sec ou condensé.

Mais c'est encore là une pratique qui trouvera

bien des nourrices réfractaires, faute d'une éducation suffisante. Faut-il donc se soumettre passivement à un pareil fatalisme ? N'y a-t-il pas certaines précautions à prendre pour diminuer les risques d'infection surtout durant la saison chaude ? Si l'on considère que la fermentation protéolytique est une fermentation acide, on ne peut que trouver avantage à alcaliniser le milieu gastro-intestinal et les humeurs organiques.

Cette alcalinisation, rien ne saurait mieux la réaliser que la Reine de Vals, cette eau minérale naturelle, à minéralisation dominée par le bicarbonate de soude, et avec une impressionnante richesse carbo-gazeuse. Une cuillerée à café ou deux, immédiatement avant et après chaque tétée, est sans le moindre inconvénient, et aurait sans doute l'avantage d'augmenter la résistance organique du nourrisson. D'ailleurs, quand la diarrhée survient, n'est-il pas classique de recourir sans tarder au traitement d'attaque par la diète hydrique, réalisée dans les conditions les plus satisfaisantes avec la Reine de Vals ?

A proclamer que la Reine de Vals contribue chaque année à sauver nombre d'existences, il n'y a aucune forfanterie.

É. D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les voies d'accès de la hanche.

M. Raphaël MASSART rapporte un travail du Dr Nathaniel Allison sur l'arthrotomie de la hanche, d'après lequel il existe trois voies d'accès de l'articulation, l'approche antérieure, l'approche latérale, l'approche postérieure, chaque méthode ayant ses avantages et ses inconvénients.

A son dire, la radiographie permet d'être plus catégorique sur la voie d'accès qui convient selon les cas. Il n'y a pas en effet une voie d'accès *optima* et *omnibus* ; chaque espèce réclame la sienne. S'agit-il d'un drainage de l'articulation ? La voie antérieure est à conseiller. De même pour les résections, la voie postérieure étant réservée aux contre incisions de drainage. La voie latérale s'adresse aux opérations ostéoplastiques.

Raphaël Massart conclut, en accord partiel avec M. Nathaniel Allison :

« *La voie antérieure* (HUTER, VIDAL), c'est celle qu'on doit réserver aux lésions infectieuses de la hanche (ostéomyélite, coxalgies fistuleuses, fractures infectées) ; elle permet d'arriver facilement sur les lésions, de drainer, réséquer et curetter ; si dans quelques cas il est nécessaire de la compléter par une ou plusieurs autres incisions, faites en arrière ou en dehors, elle n'en offre pas moins tant d'avantages qu'elle doit être considérée comme la voie de choix.

« La *voie latérale* (OLLIER, SMITH-PETERSON), c'est la voie idéale pour explorer toute l'articulation y compris les trochanters et la fosse iliaque externe, c'est la voie qui permet d'exécuter facilement toutes les opérations ostéoplastiques.

« Ces deux voies enfin permettent d'opérer un malade bien immobilisé, de le mettre en plâtre sans changer sa position ; c'est là un point dont on ne saurait trop tenir compte, puisque c'est un des facteurs les plus importants de la réussite des arthrodèses, des verrouillages et des butées osseuses. » (*Bull. de la Société des chirurgiens de Paris*, 18, mai 1928.)

La purée de pommes de terre au lait, comme premier aliment de sevrage pour remplacer la bouillie farineuse.

Le prof. VARIOT montre qu'il est possible et même avantageux de remplacer les substances amylacées et nutritives contenues dans les farines de céréales par celles qui composent les tubercules de la pomme de terre, et cela dès la première phase de sevrage (6 à 8 mois), *alors que* jusqu'à ces derniers temps on ne la conseillait qu'à partir de 15 mois ; on craignait probablement qu'elle ne soit pas bien digérée et utilisée plus tôt. A ce sujet, l'expérience de l'auteur a été faite sur des milliers de nourrissons durant plus de quinze ans : la purée de pommes de terre est certainement bien supérieure à celle des farines de conserve.

Rappelons notamment les inconvénients des farines au cacao, dont les nourrissons sont très friands, et qui déterminent des accidents caractéristiques, surtout lorsqu'elles sont données sans lait : perte de l'appétit, amaigrissement, constipation opiniâtre, anémie très prononcée, nervosisme, retard de l'accroissement. La farine lactée préparée à l'eau est nettement rachitique et trouble souvent la nutrition ; il en est de même de la panade (pain bouilli dans l'eau). Les farines de conserve, préparées en stock considérable, sont dangereuses, pour une part en raison de leur ancienneté de fabrication ; aussi faut-il, tout

au moins, recommander les farines fraîches de froment, d'avoine, de maïs, etc., dans des bouillies claires au lait.

La purée de pommes de terre peut être donnée sans inconvénients jusqu'à deux fois par jour ; elle doit être claire d'abord ; une cuillerée à soupe délayée dans le lait est suffisante ; puis on augmente graduellement la quantité jusqu'à trois ou quatre cuillerées à soupe par jour. Jamais il n'a été observé d'intolérance gastrique, et les déjections ont une coloration et une consistance normales.

Dans la purée au lait, la déficience de la pomme de terre en substance azotée est compensée par la forte quantité 4 % des albuminoïdes du lait de vache, qui contient aussi une quantité surabondante de phosphates, jusqu'à 3 et 4 %.

Ensuite la purée de pommes de terre au lait associée au jus de bifteak frais est très bien utilisée par les enfants, à partir de un an, et elle constitue un aliment reconstituant, qui restaure très vite les nourrissons anémiques et débiles. L'auteur l'a toujours employée avec des résultats excellents dans le traitement du rachitisme. Il est bien établi d'ailleurs que les féculents associés aux albuminoïdes en facilitent la digestion et l'assimilation.

La purée de pommes de terre au lait ne favorise pas l'apparition du rachitisme. Son emploi constitue un progrès important dans l'alimentation infantile, aussi bien au point de vue économique (la pomme de terre est à la portée de toutes les bourses) qu'au point de vue physiologique pour régulariser la nutrition et la croissance. (*Journal des Praticiens*, 3 mars 1928.)

Le traitement des broncho-pneumonies infantiles

Le traitement général des broncho-pneumonies doit toujours être employé ; il est indispensable et donne des résultats ; mais il n'empêche pas cette maladie de causer des désastres, surtout dans les milieux hospitaliers. S'en tenir aux méthodes classiques, comme le veulent encore certains auteurs, c'est, déclare le Dr GRENET, se résigner à assister impuissant à la mort des enfants qui nous sont confiés.

En matière de prophylaxie, on ne doit pas oublier toute l'importance de l'antisepsie des fosses nasales, de la bouche, et du pharynx chez les grippés, les rougeoleux, etc.

Les mesures d'hygiène, l'emploi de la révulsion, de l'oxygène et de quelques médicaments sont les bases du traitement général.

La révulsion comporte la sinapisation, les ventouses et l'hydrothérapie. Signalons les services que peut rendre dans certaines formes graves avec collapsus la sinapisation violente suivant le procédé d'Heubner : plonger un drap dans une bouillie épaisse de farine de moutarde (100 gr. pour 200 à 300 gr. d'eau tiède) et envelopper tout le corps de l'enfant pendant 5 à 10 minutes ; on peut renouveler cette application une à deux fois par jour. Chez les enfants de deux ans et plus, quelques ventouses scarifiées agissent efficacement en réalisant une petite saignée dans les formes congestives avec élévation brusque de la température. L'hydrothérapie, toujours utile, consiste en bains (bains simples ou sinapisés de 5 à 6 minutes, toutes les trois ou quatre heures. Bains frais 30 à 35°, dans les formes hyperthermiques et suffocantes ; bains à 38° dans les formes moyennes, ou dans les bronchites diffuses). Quand il y a tendance au collapsus et défaillance cardiaque, lorsque dans le bain l'enfant se cyanose, recourir aux enveloppements : frais au niveau du thorax (20°-30°) pendant une heure ou deux, toutes les trois ou quatre heures. L'oxygène en grandes inhalations rend les plus grands services dans les formes asphyxiques ; les injections sous-cutanées d'oxygène soulageraient moins la dyspnée que les inhalations fréquemment répétées ; elles détermineraient parfois une certaine agitation du petit malade.

Parmi les médicaments, les vomitifs sont abandonnés, parce que dépressifs pour le cœur, sinon chez les grands enfants, quand le cœur résiste bien. Les expectorants, comme le benzoate de soude, sont bien supportés. La médication stimulante donne de bons résultats : alcool, éther, huile camphrée et même digitaline.

Quant aux métaux colloïdaux, ils réalisent parfois, en injections, un choc salutaire ; mais ils demeurent une arme à double tranchant.

Les antithermiques (quinine, etc.), semblent à rejeter ; l'hydrothérapie, bains ou enveloppements, leur est incontestablement supérieure.

Quant aux moyens biologiques ou spécifiques, il est indiscutable que la vaccinothérapie permet un meilleur résultat. La statistique hospitalière la moins favorable donne une réduction de la mortalité qui passe de 82 à 58 p. 100.

Si l'auteur a obtenu mieux (22 p. 100), c'est grâce à l'association de la sérothérapie antidiphtéritique intensive dans certains cas ; mais celle-ci n'est peut-être pas utile partout et toujours ; elle est le traitement non de la broncho-pneumonie, mais d'une intoxication qui s'y surajoute en certaines circonstances.

La vaccinothérapie des broncho-pneumonies paraît donc s'imposer, associée bien entendu au traitement général. Il faut la faire tous les jours jusqu'à chute complète de la température, selon les règles propres à chaque vaccin. Certains auteurs, sans rejeter une méthode qu'ils n'ont sans doute que peu pratiquée, insistent surtout sur la prudence nécessaire dans son application : petites injections, espacées de plusieurs jours, dans la crainte de fatiguer le malade. Mais le Dr G. n'a jamais vu d'incidents graves avec les vaccins de

Ranque et Senez, de Weill et Dufourt, de Duchon ; toujours ils sont bien supportés, dans les conditions qui leur sont propres. Si l'on veut obtenir de la vaccinothérapie les heureux résultats qu'on est en droit d'en attendre, qu'on veuille du moins l'appliquer à des doses suffisantes et continues.

Sans doute la méthode est encore imparfaite : on en doit poursuivre l'amélioration. Elle donne pourtant dès maintenant un ensemble de succès qui mérite de la faire adopter. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 mars 1928.)

La technique des injections intraveineuses et intramusculaires dans le traitement de la syphilis.

Avec une technique correcte, l'injection intraveineuse reste et restera toujours, non seulement la plus active, mais, ajoute le Dr G. Milian, quitte à ce que cela paraisse paradoxal, la plus innocente et la moins douloureuse.

Cependant, on ne peut pas indifféremment injecter, dans les veines ou dans les muscles, tous les médicaments ; mais chaque médicament : arsenic, bismuth, mercure, a ses représentants dans les deux modes d'introduction.

Injections intra-musculaires. Les sels solubles de *mercure,* injectés dans le muscle comme sous la peau, sont toujours très douloureux ; ils coagulent les albumines, sont caustiques ; l'injection musculaire n'est donc pas recommandable. L'huile grise, au contraire, réalise le type du médicament insoluble, qui devrait entrer dans la pratique journalière ; pratiquement, elle est précieuse, car on l'injecte une fois par semaine seulement ; puis, il est absorbé lentement, doucement et il agit pendant la semaine entière. Avec douze injections d'huile grise (contre 80, 60, 90 piqûres de sels solubles), un malade est soigné pendant trois mois. Si l'huile grise a la réputation d'être douloureuse, c'est qu'elle a été mal employée.

Pour l'*arsenic,* les 606 et 914 (arsénobenzols) sont propres aux injections intraveineuses, à cause des réactions inflammatoires, et même nécrosantes, qu'ils provoquent sous la peau ; dans les veines, ils sont indolores et ils constituent les plus actifs et plus puissants tréponémicides. Il y a cependant un arsénobenzol, le sulfarsénol, qu'on peut injecter sous la peau, encore ne faut-il pas dépasser la dose de 60 centigrammes ; mais cette dose étant insuffisante pour l'adulte, cette médication reste surtout indiquée chez le nourrisson et le jeune enfant, difficilement injectable par voie veineuse.

Quant aux sels de *bismuth,* ils sont au nombre de trois (hydroxyde, tartrobismuthates, et iodo-quinio-bismuth) ; mais leurs noms varient suivant les spécialistes ; étant insolubles, ils restent réservés aux injections intra-musculaires ; il n'y a pas de bismuth à injecter dans les veines, car il est, par cette voie, extrêmement toxique.

Voici la technique des injections intramusculaires ; c'est la seule voie à choisir en dehors de la veine, car, sous la peau, la résorption des médicaments huileux est difficile et douloureuse.

La position de choix pour le malade, c'est la position assise ; dans la fesse, en effet, il y a une zone dangereuse : la zone du nerf sciatique et des gros vaisseaux, qui passent avec lui vers la cuisse (douleurs possibles et phénomènes gangréneux) ; or la position assise oblige à piquer un peu plus haut que l'endroit où passent ces vaisseaux et nerfs. Ensuite quand le sujet assis se penche en avant, la peau se tend et facilite l'entrée de l'aiguille. Sur le sujet assis, la fesse se présente limitée en haut par la crête iliaque, en dedans par le sacrum, en bas par le tabouret, en dehors par le bord de la peau ; c'est un quadrilatère au milieu duquel on mène une verticale, et sur celle-ci on place de haut en bas 3 à 4 injections, 6 à 8 pour les deux fesses, en évitant les surfaces osseuses trop superficielles.

Il faut une aiguille longue de 6 cent. ; une aiguille sera préférable, car elle fera moins souffrir le malade, mais il faudra être assez adroit pour ne pas la briser (5/10es de mm. pour les sels solubles, 9/10es de mm. pour les huiles). Il faut aussi aiguiser les aiguilles sur la pierre, en biseau long qui pénètre mieux que le biseau court. On fait bouillir les aiguilles en acier non dans l'eau simple qui rouille, mais dans l'eau additionnée de borate de soude.

L'aiguille doit être enfoncée perpendiculairement à la peau, non d'un grand coup, mais d'une manière ferme et uniforme ; si la peau est tendue, le malade ne se rend pas compte qu'il a été piqué ; enfoncer l'aiguille de 5 cent., et attendre 10 à 20 secondes, avant d'y adapter la seringue, pour être sûr de ne pas avoir piqué un vaisseau. Retirer l'aiguille, après l'injection, en deux temps, de 2 cent. d'abord, ce qui détermine déjà une petite contraction musculaire, qui disjoint le pertuis fait par l'aiguille ; puis, on retire vivement, en posant non moins vivement un tampon d'ouate sur le point piqué, et en frictionnant avec ce tampon pendant que le malade se relève.

Se méfier malgré tout de l'infection possible, et avoir fait longuement bouillir la seringue. Même, l'injection intra-musculaire bien faite, on peut avoir des nodosités, non plus sous-cutanées, mais intra-fessières, si l'huile grise, par exemple, a été poussée, non plus dans le muscle, mais dans le tissu cellulo-adipeux ; cet accident se complique volontiers de stomatite ; si celle-ci est grave, avec gangrène locale et phénomènes généraux inquiétants, demander au chirurgien d'enlever toute la masse infiltrée.

D'ailleurs, on ne devrait jamais avoir de stomatite avec l'huile grise ou le bismuth si on faisait examiner et nettoyer la bouche des malades par le dentiste préalablement au traitement. A

signaler la possibilité de l'embolie veineuse (crachats hémoptoïques durant quatre ou cinq jours), l'escarre fessière par embolie artérielle (choisir de préférence la ligne médiane de la fesse).

Injections intra-veineuses. Avec le cyanure, employer une solution titrée, non pas comme il est d'usage en pharmacie, à un centigramme par cmc., mais à un centigramme par 2 cmc. d'eau ou de sérum ; en effet si, par malheur, l'injection se fait partiellement sous la peau, les accidents nécrosants sont bien moins graves ; puis, il y a moins d'angoisse traumatique. Il faut injecter toujours très doucement, piquer la veine et y introduire l'aiguille d'1/2 cent., cathétériser la veine ; 2 à 3 mm. ne suffisent pas, car le moindre mouvement peut l'en faire sortir ; il faut pousser légèrement l'aiguille parallèlement au vaisseau, sans effraction, en se laissant conduire par le vide liquidien de la cavité dès que la piqûre donne du sang, qui indique que l'on est bien dans la veine.

Bien faire gonfler les veines par le lien du bras, et s'assurer que le pouls bat toujours, et l'on opèrera avec plus de facilité.

Mêmes recommandations pour le 914 ; pour éviter les accidents ennuyeux de la crise nitritoïde avec une injection concentrée à la seringue, employer la gaveuse, c'est-à-dire un entonnoir pourvu d'une tubulure avec tube de caoutchouc branché à l'autre extrémité sur une aiguille. Employer une solution diluée de 1 cent. cube de 914 dans 1 cmc. de sérum artificiel, et non pas d'eau pure, qui hémolyse le sang.

Pour éviter la crise nitritoïde, on vide avec une seringue dans un verre une ampoule d'adrénaline et l'on met de l'eau par-dessus, pour la faire boire au patient, on rince avec 2 cmc. de sérum artificiel ce qui reste d'adrénaline dans la seringue, et l'on jette dans la gaveuse dix gouttes par exemple de cette rinçure d'adrénaline (1/20e de milligr. par exemple). On a donc du 914, plus quelques gouttes de rinçures d'adrénaline. Dans le tuyau de la gaveuse se trouve du sérum artificiel ; et dans la gaveuse elle-même le beau liquide jaune de 914. Le lien est mis ; l'aiguille est introduite de 2 cent. dans la veine, le sang s'écoule, puis on adapte la tubulure, et l'écoulement commence. Supposez que vous ne soyez pas dans la veine, il se produit aussitôt un gonflement sous-cutané ; mais vous n'avez rien à craindre, aucun accident local, puisque c'est du sérum, qui s'écoule ; on retire l'aiguille, on pique ailleurs ; et, alors lorsqu'on est dans la veine, l'injection se fait, le plus lentement possible, en dix minutes, un quart d'heure ; la gaveuse permet même d'arrêter l'écoulement au moyen d'une pince hémostatique.

Vous avez de l'adrénaline dans la solution, que va-t-elle occasionner ? Surveillez le malade, de façon à ne pas l'effrayer. Il va pâlir, il aura la leuco-réaction de l'adrénaline ; quelquefois, il aura des battements du cœur ; lorsqu'il pâlit, vous mettez une pince hémostatique pour arrêter un instant l'injection sans que le malade s'en doute, et pour éviter les battements du cœur de l'adrénaline. Le malade qui fait sa leuco-réaction ne fera jamais de crise nitritoïde. Supposez au contraire qu'il ne pâlisse pas, c'est qu'il est en insuffisance d'adrénaline ; ajoutez alors quelques gouttes de rinçure de la gaveuse, et vous obtiendrez probablement la réaction adrénaline.

De la sorte, on évitera la crise nitritoïde, ou, si elle se produit, elle sera réduite au minimum. Dès que le malade réagit, on met la pince sur le tuyau, l'écoulement cesse et l'accident est arrêté.

Ne pas confondre non plus le début d'une crise nitritoïde avec la vaso-dilatation secondaire de l'adrénaline, car après la leuco-réaction, il se produit une vaso-dilatation secondaire avec sensation de chaleur au visage. D'ailleurs, le pouls reste régulier dans ces conditions, et s'il est irrégulier, c'est une crise qui commence avec picotements de la langue, des lèvres, des pieds, toux, angoisse, etc.

En réalité, conclut l'auteur, les injections intraveineuses sont moins difficiles et moins ennuyeuses que les injections intra-musculaires. (*Paris médical*, 3 mars 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la contagiosité du cancer.

(M. Lesage. — *Académie de médecine* ; 19-6-1928.)

Dans une lettre du 18 mai 1928, M. le Ministre de l'Instruction publique demandait l'avis de l'Académie sur le point qui suit : le voisinage d'un hôpital de traitement du cancer comporte-t-il des risques de contagion pour les établissements environnants. L'Institut du radium se proposant de construire une clinique pour la thérapeutique du cancer sur un terrain contigu aux bâtiments de l'Ecole normale supérieure, le Ministre désirait être éclairé sur le danger possible de cette nouvelle fondation pour les élèves de l'école voisine.

Au nom de la Commission du cancer et de la section d'hygiène, M. Lesage a formulé la réponse suivante :

« Dans l'état actuel de la science, on est autorisé à affirmer, sans réserve, que le voisinage d'un hôpita

pour le traitement du cancer ne comporte aucun inconvénient.

« Un hôpital de cancéreux n'entraîne pas de risque de contagion, pour les élèves visés dans la lettre ministérielle ».

Des mesures à prendre pour protéger les populations civiles contre la guerre chimique.

(M. Sieur. — *Académie de médecine* ; 19-6-1928.)

La question des mesures à prendre pour protéger les populations civiles contre la guerre chimique a été envisagée par le Comité international de la Croix-Rouge dans sa réunion du 1er janvier dernier, à Bruxelles. M. Sieur signale quelques-uns des vœux qui ont été adoptés à cette occasion.

Les populations civiles doivent être protégées contre deux groupes de gaz, les uns non persistants, les autres persistants (type ypérite). Contre les premiers, on établiera des abris momentanés dont on pourra obturer les ouvertures, abris qui serviront également à la protection contre les avions. Contre les seconds, les abris devront être pourvus de substances neutralisantes (chlorure de chaux, permanganate de potasse, etc.., et on y associera l'évacuation des locaux contaminés, leur désinfection, les soins aux gazés. Une affiche indiquera les moyens à mettre en œuvre en pareil cas.

Au point de vue des appareils de protection individuelle, la population pourra être partagée en deux groupes : les agents des services publics (police, pompiers, équipes de désinfection, membres de la Croix-Rouge en service,..) pour lesquels des appareils perfectionnés seront nécessaires ; la population passive, qui n'utiliserait que des appareils simplifiés.

Il conviendrait, dès le temps de paix, de se préoccuper de cette organisation : sous-sols particuliers à prévoir, personnel à éduquer (membres de la Croix-Rouge, sociétés sportives). Un enseignement aux étudiants en médecine de la pathologie et de la thérapeutique des atteintes par gaz aurait sa place dans le cours de la scolarité.

Le Comité de la Croix-Rouge, d'ailleurs, tient à insister sur ce fait que l'organisation des dites mesures ne saurait être considérée comme un acquiescement à la guerre chimique. La guerre chimique, par les catastrophes en particulier auxquelles elle pourrait exposer les non combattants, demeure condamnée par le droit des gens

Comme conclusion et sur la demande de M. Cazeneuve, l'Académie nomme une commission, composée de MM. Richet, Gley, Cazeneuve, Moureu, Achard, Desgrez, Sieur, Balthazard, Lapicque, Tiffeneau et Delépine, chargée d'étudier ce sujet.

Cas ignorés de lèpre en France. Le praticien doit penser à la lèpre.

(MM. Giacardy, de Tarbes ; Spillmann, de Nancy, et Jeanselme. — *Académie de médecine* ; 26-6-1928.)

La lèpre, qui a sévi gravement en France au Moyen-Age, n'est plus guère aujourd'hui dans notre pays qu'une maladie d'importation. Elle y est rare, tout en n'étant peut-être pas aussi exceptionnelle qu'on le croit. Sa rareté fait que le médecin pense peu à cette affection, sérieux inconvénient pour la prophylaxie.

MM. Giacardy et Spillmann rapportent deux cas de lèpre tuberculeuse observés l'un dans le midi, l'autre dans le Nord de la France. Le premier concerne une femme qui, ayant vécu pendant un an (1917) avec une lépreuse venue des colonies, présenta sept ans plus tard des accidents lépreux (taches achromiques, alopécie sourcilière, nodules au visage, bacilles de Hansen dans le mucus nasal, etc.). Le second cas concerne un Portugais, également porteur de lésions lépreuses (facies léonin, tubercules, taches achromiques sur le corps, coryza, etc.) qui put travailler pendant cinq ans dans une usine sans que sa maladie fut reconnue.

M. le prof. Spillmann montre les dangers des cas de ce genre, la contagion possible dans l'entourage, le voisinage, contagion d'autant plus à craindre qu'elle est insidieuse, la maladie ne commençant à se manifester qu'après plusieurs années. Ce malade, dit-il, a été examiné à diverses reprises ; il a passé des visites sanitaires sans que son léontiasis ait été signalé comme suspect. L'attention du corps médical doit être attirée sur la lèpre plus qu'elle ne l'est actuellement.

— M. Jeanselme appuie la proposition de M. Spillmann. Il conviendrait, dit-il, de rédiger une brève notice sur la lèpre et de l'adresser à tous les praticiens. Cette notice indiquerait les signes fondamentaux de la maladie et la conduite qu'il convient de tenir à son égard. L'auteur demande — et l'Académie se range à son avis — que la commission de la lèpre rédige cette notice ; le Ministère de l'Hygiène pourrait l'envoyer aux médecins praticiens.

Encéphalite rhumatismale aiguë guérie par le salicylate de soude intra-veineux.

(MM. Tardieu et Carteaud. — *Soc. de thérapeutique* ; 8-2-1928.)

Les auteurs rapportent un cas d'encéphalite rhumatismale aiguë survenue au cours de l'évolution d'une première attaque de rhumatisme. Le salicylate de soude avait été donné par voie buccale. L'éclosion du délire, malgré la prise du médicament, ainsi que l'intensité des manifestations psychopathiques (état onirique anxieux, avec agitation désordonnée), incita à recourir à la voie intra-veineuse, à l'injection de 2 gr. de salicylate, à l'aide d'une solution à 30 p. 1000 avec quantité égale de glycose. Rapidement, les accidents encéphalitiques s'amendèrent.

Le salicylate peut-il modifier l'endocardite rhumatismale ancienne ?

(M. A. Coury. — *Soc. de thérapeutique* ; 8-2-1928.)

M. Coury estime qu'il y a avantage à poursuivre

assez longtemps la cure salicylée dans le rhumatisme articulaire aigu. Il signale deux cas d'endocardite rhumatismale soignés plusieurs mois après la crise aiguë et qui se sont terminés par guérison.

— M. BABONNEIX fait, à ce propos, les trois remarques suivantes : 1° tous les médecins d'enfants savent que les cardiopathies rhumatismales peuvent guérir spontanément, parfois au bout de plusieurs mois ; 2° la plupart des cardiopathies rhumatismales restent rebelles au salicylate, même prescrit longtemps ; 3° un certain nombre de pédiatres ont coutume de prolonger l'administration du salicylate après la disparition des phénomènes articulaires.

P. L.

Granulomatose maligne et tuberculose.

(MM. G. CAUSSADE et I. SURMONT, N. FIESSINGER et R. COTTAN, L. BOIDIN et HAMBOURGER. — *Soc. méd. des hôpitaux.* ; 11-5-1928.)

La granulomatose maligne, connue sous le nom de maladie de Hodgkin, ou de Hodgkin-Sternberg, fut d'abord considérée comme propre au tissu lymphatique ; cependant elle doit être envisagée aujourd'hui comme susceptible de léser non seulement les ganglions, mais aussi les poumons, la peau, les os, et même le système nerveux. Quel que soit l'agent morbide, les tissus divers réagissent de même façon : énormes cellules de Sternberg, cellules en voie d'accroissement dénommées cellules de Langhans, cellules éosinophiles non pas dans le sang, mais dans les tissus.

Dans toutes les lésions, on a recherché micro-organismes, spirochètes, amibes mycéliens et champignons ; tous les résultats ont été négatifs. Il n'est plus question aujourd'hui de prétendre que la maladie de Hodgkin est de nature tuberculeuse. Dans la majorité des observations on ne trouve pas trace d'infection tuberculeuse. Généralement, quand la tuberculose intervient, c'est à titre d'épiphénomène ; témoin les 3 observations de Noël FIESSINGER et R. CATAN ; dans l'une d'elles, l'association de la tuberculose fut particulièrement précoce, puisque la biopsie, sept mois avant la mort, avait déjà signalé la coexistence de tuberculose et de maladie de Hogdkin. Cette même observation de ganulomatose maligne apporte également une belle feuille de température d'une durée de 9 mois, sur laquelle on voit régulièrement se faire des poussées d'hyperthermie de 8 à 15 jours entrecoupées de périodes d'apyrexie de moins en moins longues : au début de 8 jours et à la fin de 2 jours. Durant ces poussées fébriles, le malade présentait constamment une aggravation de l'état général, des sueurs abondantes, parfois une augmentation douloureuse du volume de la rate, et, à la fin de la poussée, l'état général s'améliorait au point qu'à plusieurs reprises on eut l'impression d'une guérison ; cette amélioration dans les périodes intermédiaires, la découverte des gros ganglions médiastinaux et la présence des cellules de Sternberg dans la biopsie inclinèrent le diagnostic vers la granulomatose. Mais, lorsqu'à la période terminale apparut une méningite tuberculeuse typique, une ascite, et de la dyspnée avec des signes pulmonaires, on eut seulement notion qu'il y avait certainement une coexistence de tuberculose et de granulomatose. L'autopsie confirma entièrement le diagnostic.

MM. BOIDIN et HAMBOURGER rapportent un cas remarquable d'une association typique dans la rate, de nodules de Sternberg, et de follicules tuberculeux caséeux avec cellules géantes ; il n'y avait pas de nodules tuberculeux dans les coupes du poumon et des ganglions. C'était un de ces types assez fréquents, à début pleural pseudo-tuberculeux (pleurésie tenace fébrile et, secondairement, adénopathies).

Dans l'observation princeps de MM. CAUSSADE et SURMONT, l'ordre chronologique des manifestations a été le suivant : adénopathie, affection cutanée, enfin complication pleuro-pulmonaire. Elle est intéressante par son évolution rapide (7 mois au lieu de 3 et 15 ans), et par sa localisation cutanée tout à fait caractéristique : érythémateuse au début, elle fut ensuite granuleuse, puis scléreuse. C'est une étude très complète et très documentée, avec microbiologie, cytologie, histologie, nécropsie ; elle est suivie d'une bibliographie avec discussion des observations publiées.

Syndrome d'hyperplasie somatique et sexuelle chez un enfant de quatre ans.

(MM. Léon BERNARD, M. LELONG et Mlle G. RENARD. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-5-1928.)

C'est un cas type de syndrome classiquement connu sous le nom de puberté précoce ou de « macrogénitosomie précoce ». Ce type est cliniquement pur de tout symptôme associé ; il n'y a ni adiposité, ni infiltration cutanée, ni polyurie, et surtout l'examen le plus minutieux n'a pu révéler aucune étiologie (rien du côté de l'épiphyse ou des centres nerveux).

A remarquer que le nom de « puberté précoce » habituellement donné à ce syndrome paraît défectueux, car il présente une dissociation anatomo-physiologique curieuse ; il y a manque de parallélisme entre les aspects anatomique et physiologique de la croissance ; si le développement général du corps, la taille et le poids du sujet, la forme et le volume des organes qui occupent intégralement la place assignée par le squelette, les caractères d'ossification du squelette sont ceux d'un adolescent de 14 à 15 ans ; si même les organes génitaux sont ceux d'un adulte, par contre l'évolution dentaire, le métabolisme basal et l'état psychique sont ceux d'un enfant de quatre ans. Chez ce sujet l'évolution dentaire ne participe pas de la croissance générale du squelette, mais du rythme de la croissance physiologique ; il y a là un fait de haute signification du point de vue de la physiologie générale et qui tend à montrer, comme d'ailleurs le pensent les pédiatres, que la chronologie de l'éruption dentaire est fonction

de l'évolution physiologique de l'organisme et de l'appareil digestif, et non de son évolution anatomique.

Folliculine. Insuline et diabète.

(MM. Rathery et M. Rudolf, MM. Carnot, Terris et Caroli. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-5-1928.)

On sait l'influence que paraît jouer l'insuline dans le fonctionnement de l'ovaire (arrêt des hémorragies, des vomissements incoercibles).

D'autre part MM. Rathery et Rudolf ont étudié systématiquement l'influence que pouvait avoir la folliculine sur le métabolisme des glucides chez le sujet normal et chez le diabétique.

1° Durant le cycle menstruel de la femme diabétique, il semble, disent-ils, qu'il existe une période où les malades présentent une sensibilité particulière à l'insuline, qui paraît être plus active ; or, cette période, correspondant au prémenstruum et aux premiers jours des règles, est justement celle où la folliculine semble être particulièrement abondante dans le sang. Ce premier fait ne paraît cependant pas absolument constant, mais il est très fréquent.

2° La médication combinée insuline-folliculine a déterminé chez deux malades une chute de la glycosurie et une baisse nette de l'excrétion des corps acétoniques et de l'acide cétogène. Chez l'une, on note une baisse marquée de la glycémie ; chez ces deux malades cependant, en utilisant des doses plus élevées de folliculine, l'effet contraire se produisit.

Chez une troisième malade, non encore réglée, l'effet de la folliculine combinée à l'insuline fut nul sur la glycosurie, et à peine marqué sur les corps acétoniques. La glycémie subit une ascension nette.

L'intéressante observation de MM. Carnot, Terris et Caroli se rapporte à un cas de « diabète ovarien » résistant à l'insuline, très amélioré, par la folliculine ; elle confirme le fait que la folliculine peut influencer chez le diabétique le métabolisme des hydrates de carbone. Mais le mécanisme de ces phénomènes assez complexes n'apparaît pas simple.

L'état du fonctionnement ovarien paraît intervenir : aucun effet de la folliculine chez la diabétique après la ménopause ou chez la femme non réglée ; il y aurait même plutôt aggravation de la glycosurie et de la glycémie.

Chez des femmes ayant été réglées, ou chez qui les règles d'abord normales ont disparu, la folliculine semble cependant être plus active.

La dose de folliculine paraît aussi jouer un rôle, et il semble qu'avec de fortes doses l'effet produit soit souvent l'opposé de celui obtenu avec des doses plus faibles. Il paraît exister une dose optima de folliculine combinée avec une dose optima d'insuline : un certain équilibre entre ces deux hormones serait nécessaire au fonctionnement normal du métabolisme des hydrates de carbone.

G. F.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Les donneurs de sang dangereux malgré les épreuves négatives.

M. Ducuing pratiquant une deuxième transfusion de sang citraté, 8 jours après la première, chez un malade atteint d'ulcère pylorique ayant subi une forte hémorragie, perdit son opéré quelques minutes après la transfusion. Ce malade, ne mourut ni d'embolie, ni de dilatation aiguë du cœur, ni d'intoxication par le citrate, ni d'une erreur de groupe (donneur universel, récepteur du groupe IV et resté dans le même groupe avant la deuxième transfusion) ; il mourut de choc colloïdoclasique, comme le tableau clinique typique et la discussion très serrée des autres causes de mort le prouvent nettement.

Il existe donc des donneurs de sang dangereux (en l'espèce un donneur de sang universel) malgré les épreuves négatives ; il existe des accidents qui relèvent de l'incompatibilité des plasmas : la littérature médicale vient d'ailleurs d'en publier un certain nombre de cas.

Il est très difficile de se mettre à l'abri de ces accidents et la transfusion sanguine est encore ,suivant Kopaczewski, une désespérante et cruelle énigme. Peut-être l'étude physico-chimique du sang (vitesse de sédimentation, tension superficielle, modification des charges électriques des colloïdes du sérum, etc.) élucidera la question et permettra d'éviter les accidents.

Pneumothorax artificiel et laryngite tuberculeuse.

MM. Laporte, Ducuing et Vaquier rapportent deux cas de guérison et deux cas de très grosse amélioration de laryngite tuberculeuse chez des malades traités par la collapsothérapie. Chez une de leurs malades, atteinte de laryngite à forme ulcéro-végétante, antérieure au traitement par le pneumothorax, la guérison complète des lésions laryngées traitées en même temps par l'héliothérapie endolaryngée fut obtenue en une année et se maintient depuis deux ans; le deuxième cas de guérison est celui d'une laryngite à forme polypoïde apparue au cours de la collapsothérapie et disparue en quelques mois.

Les deux cas de grosse amélioration concernent, le premier, un malade dont les lésions laryngées rétrocédèrent rapidement après une phrénicectomie complétant l'action du pneumothorax, le deuxième, un malade chez lequel une forme infiltro-ulcéreuse de laryngite apparue au début de la collapsothérapie, s'améliora progressivement en même temps que l'état pulmonaire.

Influence du climat marin sur les affections cardio-vasculaires.

M. Serr et Mlle Fache ,après avoir étudié les

éléments de ce climat susceptibles d'agir sur l'appareil cardio-vasculaire (température, vents, état hygrométrique, pression atmosphérique) et montré l'action générale qu'il est susceptible d'exercer sur lui, indiquent comparativement l'influence du climat de montagne. Ils passent ensuite en revue les actions climatiques des différentes régions des côtes françaises, et font remarquer la supériorité du littoral oriental méditerranéen et de certaines stations abritées des côtes de l'océan Atlantique, comme lieu de séjour pour les cardio-vasculaires.

Après avoir envisagé les contre-indications du climat marin (anévrysme, dilatation aortique, angine de poitrine, asystolie), ils précisent les indications en tenant compte des questions de zones marines et de topographie. Pour les cardiopathies valvulaires, l'influence du climat marin peut être favorable ou peu à redouter dans la période de compensation, alors que la plus grande prudence doit être observée dans la période d'hyposystolie.

Dans les cardiopathies artérielles, l'artériosclérose, l'hypertension, l'action stimulante du climat marin et l'accroissement de pression artérielle qu'elle provoque peut paraître de nature à faire redouter chez ces malades le voisinage de la mer, mais il semble bien à la vérité que ces malades peuvent, sans inconvénients, fréquenter les arrière-stations abritées et sédatives de la Côte d'Azur ainsi que la station d'Arcachon.

Les complications spasmodiques de la coqueluche et leur traitement.

MM. Pierre Bézy et Drouet rapportent quatre observations de complications nerveuses de la coqueluche, l'une de spasme glottique, les autres de convulsions externes. Deux classes sont à distinguer dans ces dernières : les unes survenant à la fin d'une quinte, se reproduisant à courts intervalles, s'accompagnant de prostration ou de coma, relèvent généralement d'une hémorragie cérébrale ou méningée, les autres, laissant dans leur intervalle un bon état général, tiennent à des troubles circulatoires au niveau de l'encéphale et peuvent être efficacement combattues par une thérapeutique appropriée, éther, vaccins, oxygène, antispasmodiques, mais surtout actinothérapie, qui est le véritable traitement de fait et donne les meilleurs résultats, pourvu que soient respectées certaines conditions, précocité du traitement, intensité des doses et fréquence des séances. Dès le début de celles-ci, atteindre dix minutes de traitement à 80 cm. en augmentant de dix minutes chaque jour, sauf contre-indications par recherche chez l'enfant de la dose érythémateuse.

Corps étranger bronchique.

M. Viéla communique le cas d'une fillette de 14 ans, à passé pulmonaire chargé (bronchite chronique) hospitalisée dans le service du Pr Escat, six jours après l'ingestion d'un noyau de prune d'Agen dans la bronche gauche. A son entrée, la malade, en puissance d'abcès pulmonaire, n'avait aucun signe d'obstruction laryngée. Le lendemain, constatant du tirage on fit une trachéotomie qui ne put faire expulser le noyau : ce dernier fut évacué par la canule 13 jours après l'accident à la faveur d'une vomique abondante. L'abcès sembla d'abord se cicatriser, puis récidiva un mois après : on ne put recourir à un traitement chirurgical par suite de la localisation imprécise de la poche purulente, et l'enfant mourut un mois et demi après l'accident au milieu de troubles septicopyohémiques et dans une cachexie extrême.

L'auteur conclut à la nécessité impérieuse de traiter immédiatement de tels malades, sans attendre des complications pulmonaires dont l'éclosion fut facilitée ici par le passé pulmonaire de l'enfant. L'expulsion du corps étranger par vomique est loin d'entraîner un pronostic à coup sûr favorable. Enfin, à défaut d'une bronchoscopie (contre-indiquée ici par le mauvais état pulmonaire) la trachéotomie, si elle n'est pas toujours curative, facilite l'expulsion du corps étranger.

A propos de deux cas d'invagination intestinale.

M. Calvet communique deux observations concernant des petits nourrissons âgés de douze mois et d'un mois et demi qui succombèrent brusquement avec forte hyperthermie (43° et 42°) et chez lesquels les constatations nécropsiques révélèrent une invagination intestinale. A ce sujet, l'auteur passe en revue les divers signes classiques des invaginations, mélæna, douleurs abdominales, vomissements, tumeur en boudin, en discute la valeur et insiste sur l'importance diagnostique de la toxémie. Discutant ensuite l'utilité de l'examen radiographique, il conclut à son rejet, estimant qu'il représente une perte de temps, et que l'action des rayons X peut être néfaste sur un frêle organisme.

Ostéomyélite de l'astragale.

M. J. P. Tourneux a eu l'occasion d'intervenir sur un homme de 25 ans, dont l'affection, siégeant au pied droit, avait débuté deux mois auparavant après une légère entorse, et chez lequel le diagnostic de tuberculose avait été porté par le médecin traitant.

L'état général était grave, avec température à grandes oscillations ; localement, le gonflement du pied était considérable, et il existait deux fistules, l'une du côté interne, l'autre du côté externe donnant issue à du pus contenant du staphylocoque doré pur.

L'intervention chirurgicale montra que les lésions étaient limitées uniquement à l'astragale en très grande partie nécrosé : les suites opératoires furent très bonnes ; actuellement, environ six mois après l'opération, le raccourcissement du membre inférieur est d'environ deux centimètres, le pied est en bonne position ; il existe encore un peu de raideur de la nouvelle articulation tibio-calcanéenne.

Histoire et fonctionnement d'une maternité.

M. R. Garipuy. A Toulouse, la maternité actuelle date, comme la clinique d'accouchement, de 1890. Le nombre des femmes qui vinrent y accoucher croît sans cesse puisque leur nombre a passé de 193 en 1900 à 420 en 1927.

Après avoir donné quelques renseignements sur les conditions actuelles de séjour, l'auteur expose les organisations nouvelles qui font aux maternités une place de premier ordre dans la lutte contre l'hérédo-syphilis et la tuberculose infantile.

Les réactions de B.W. sont recherchées chez toutes les femmes qui viennent aux consultations, une sur dix est positive : le traitement est aussitôt institué, mais la grosse difficulté est qu'il soit régulièrement suivi. Contre la tuberculose infantile, on pratique la vaccination avec le vaccin de Calmette de tous les enfants dont les parents paraissent suspects.

Grâce à ces mesures, les résultats obtenus dans les maternités sont très encourageants et expliquent le développement pris par ces établissements.

J.-P. Tourneux.

Voyage d'études de la Faculté de médecine de Montpellier aux stations Climatiques et hydro minérales du Vivarais, du Velay et du Lyonnais.

Les médecins et étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de consacrer leur voyage annuel de 1928 (1) à une région qu'explorent rarement les caravanes médicales, celle des hauts plateaux du Vivarais, de leurs confins du Velay et du Lyonnais et des vallées déchirées qui en descendent vers le Rhône.

Malgré la profusion de ses richesses climatiques et hydrominérales, cette région était jusqu'à présent tenue à l'écart des cycles ordinaires des voyages d'études, parce qu'elle était réputée d'un abord malaisé.

L'expérience a montré que sa visite ne présente aucune difficulté réelle : ce pays est très accidenté sans doute, les dénivellations y sont importantes et multiples : au cours de trois des quatre journées de route, les voyageurs se sont vus, dans la même journée, à des altitudes variant de 250 à 1.300 et même 1.400 et 1.550 mètres ; le dernier jour, c'est à trois reprises qu'ils ont subi cet écart. Les rampes sont dures, les routes courent souvent en lacets hardis, surplombent des abîmes, les virages sont parfois sans douceur, mais les conducteurs de cars savent se jouer de pareils obstacles et possèdent la prudence qui permet de les surmonter avec aisance. Les cars ont ainsi parcouru plus de 500 kilomètres en quatre jours de route (ou pour mieux dire, trois jours, le deuxième jour n'ayant comporté qu'un très court circuit autour de Vals).

Ce voyage a été facilement mis au point parce que les concours rencontrés ont été nombreux et efficaces, au règlement de tous les détails de cette organisation le directeur du voyage avait, en effet, reçu de l'O. N. T. la mission d'en étudier point par point les conditions de réalisation, avant que la décision fût prise d'inscrire officiellement ce circuit au calendrier de 1928, et qu'elle fût communiquée à la Fédération thermale et climatique française ; l'accueil et l'appui qu'il a rencontrés auprès des dirigeants de Vals (1), de ses médecins, les docteurs Chabannes, Bressot et David, de son maire distingué, M. Paul Giraud, des nombreuses personnalités ardéchoises et régionales à l'expérience et au concours desquelles il a fait appel, des docteurs Bardin, de Saint-Laurent-les-Bains, et Riou, du Chambon-sur-Lignon, de M. le Maire de Charbonnières Brevet et des administrateurs de la Société des eaux minérales de cette ville, ont transformé un voyage réputé difficile en une promenade presque exempte de soucis.

L'aide matérielle de l'éminent spécialiste des voyages qu'est le docteur Janot, secrétaire administratif de la Fédération thermale et climatique française, l'intervention de cette Fédération qui donne aux conducteurs de voyages la sécurité morale en les couvrant de fortes assurances, la contribution financière directe enfin de la Faculté de médecine de Montpellier, ont pour une part importante contribué au succès de l'entreprise.

Vals et son bassin hydrominéral.— Ce voyage avait pour but de présenter aux médecins et étudiants d'une part un très riche bassin hydrominéral, d'autre

(1) Ce voyage comprenait 41 membres. Il était conduit par le prof. Gaston Giraud, assisté, comme commissaire du voyage, de M. le Dr R. Castagné, préparateur à la Faculté de médecine. M. Blayac, professeur de géologie à la Faculté des sciences, avait bien voulu accepter de collaborer au cours du voyage à l'enseignement, dans sa partie hydro-géologique. Aux étudiants s'étaient joints, en outre, le prof. Paul Delmas, le prof. agrégé Puech, Mlle le Dr Marthe Giraud, chef de laboratoire à la Faculté, les docteurs Lautié (de Bédarieux) et Vitry (de Sete). A Vals sont venus à notre rencontre les docteurs Paul Pamard (d'Avignon), François Le Sourd et Levassort (de Paris).

(1) Il est impossible de nommer ici tous ceux qui, à Vals, ont participé à la réception des médecins de Montpellier. On ne peut pas toutefois ne pas citer M. Chalamon, président du Syndicat des exploitants des sources et administrateur de Vals-Saint-Jean, qui s'est multiplié avec une affabilité parfaite ; le colonel Biendi auquel les voyageurs doivent une soirée délicieuse ; l'administration de l'Hôtel des Bains et des grandes sociétés Saint-Jean, Béatrix, Favorite, Perles, Reine, Vivaraises, etc.

part des zones climatiques de hauts plateaux d'un grand intérêt thérapeutique.

Au centre d'une région volcanique convulsée, Vals, au voisinage du confluent de la Volane et de l'Ardèche, fait figure de capitale d'un bassin hydro-minéral, où les émergences innombrables possèdent des traits communs, tout en s'écartant souvent considérablement les unes des autres par leurs caractéristiques chimiques et thérapeutiques. A Vals même, les sources sont extrêmement nombreuses (plus de 150), et si elles sont presque toutes bicarbonatées sodiques et carbo-gazeuses leur minéralisation quantitative est si variable qu'une gamme très étendue s'offre au médecin et au malade : le taux des bicarbonates varie de 0.50 à 9 grammes par litre en passant par 1,50 (Saint-Jean, Reine), 2 grammes (Béatrix), 4 grammes (Favorite), 6 grammes (Précieuse), 8 grammes (Alexandre), 9 grammes (Constantine), cependant que les Perles s'échelonnent entre 1, 3, 5 et 7, les Vivaraises entre 1, 3 et 5, etc.. Dominique et Saint-Louis plus ferrugineuses sont aussi arsenicales. Toutes ces eaux sont froides, à température constante. Cette grande variabilité du taux des bicarbonates, la température basse des eaux caractérisent la physionomie de Vals et la séparent de Vichy.

Thérapeutiquement, Vals s'adresse surtout à la triade de malades qui sollicitent l'ensemble des stations bicarbonatées : dyspeptiques, hépatiques, malades atteints de troubles de la « nutrition ». Ce sont les dyspeptiques qui forment le fond de la clientèle de Vals : dyspeptiques fonctionnels, à l'exclusion des lésionnels, qu'il faut écarter, et des dyspeptiques secondaires, qu'il ne faut admettre à la cure que dans certains cas et à titre complémentaire ; dyspeptiques atones, dyspeptiques hypersécrétants, candidats à l'ulcère, dyspeptiques douloureux. La grande variabilité du taux de minéralisation des sources et des moyens employés permet l'adaptation de la cure à des cas en apparence très dissemblables. La température des eaux leur donne une action stimulante dont savent se servir à bon escient les cliniciens de Vals mais qui leur impose des techniques prudentes et limite l'indication de Vals dans le traitement des douloureux et des excitables. La dyspepsie lithiasique et la lithiase biliaire (traitées avec la même prudence), les petites insuffisances fonctionnelles du foie, le diabète sans acidose, les syndromes uricémiques bénéficient de la cure si variée de Vals, diurétique ou cholagogue, modificatrice du métabolisme, tonifiante par ses composés ferro-arsénicaux.

Une conférence clinique du professeur Gaston Giraud, directeur du voyage de Montpellier, a développé et mis en place sous la présidence du docteur Chabannès, doyen des médecins de la station, ces caractéristiques générales de la cure de Vals.

Ceux qui ont goûté de la paix et des ombrages des parcs de Vals ont apprécié d'autre part le charme reposant de son séjour.

La visite de la station a permis aux visiteurs de se rendre compte de l'importance et du succès de l'effort qu'accomplit Vals en vue de sa transformation moderne. A Vals, la cure de boisson l'emporte sur la cure externe, l'embouteillage et l'expédition des eaux minérales sont extrêmement actifs. La visite de la nouvelle et gigantesque manutention tout à fait moderne de la Société Saint-Jean — une merveille d'ingéniosité, qui a été installée par M. Rabany et que dirige M. Raynaud — mérite d'attirer vivement l'attention. Le lavage et l'embouteillage se font automatiquement à l'abri de tout contact manuel. Partout, à la Favorite, aux Perles, à Béatrix, aux Vivaraises, à la Reine, etc., les pompes vont à 12, 20, 30 mètres de profondeur, puiser méthodiquement l'eau bien protégée. Chacun poursuit sa tâche, au milieu des difficultés — qui ont été parfois paralysantes — et qui naissent du morcellement de la propriété des sources et de l'absence du périmètre de protection.

D'ailleurs, Vals est en pleine transformation : la création d'une Société immobilière a permis la construction de plusieurs grands hôtels nouveaux modernes : d'autres vont suivre et les anciens, piqués d'émulation, se modernisent de toutes parts ; le Casino est reconstruit et agrandi ; les parcs et les jardins sont remaniés. L'extension des installations thermales est à l'étude. Un administrateur hardi et réalisateur, le très sympathique maire de Vals, M. Paul Giraud, est entré dans la voie des grands travaux d'hygiène urbaine et sa ville va posséder la première station française d'épuration des eaux résiduaires par les boues activées.

Vals donne actuellement un bel exemple de travail et d'activité.

Autour de Vals et dans un large rayon, les eaux bicarbonatées fusent par toutes les fissures du granit, souvenirs des éruptions tertiaires. La liste des sources pourrait être indéfiniment allongée : les médecins de Montpellier en ont vu des exemples nombreux à la Bégude, au Vernet, à Jaujac, à Thuyets, à Prades, à Neyrac, à Montpezat, au Pestrin, à Desaignes, etc., etc. Le Pestrin possède un établissement tout neuf, moderne et pimpant et ses eaux améliorent singulièrement certains états diarrhéiques prolongés : les bicarbonates calciques et magnésiens l'emportent sur les alcalins dans les eaux froides et gazeuses du Pestrin. Neyrac, très ancienne station, mérite une mention spéciale, car elle possède des eaux tièdes (27 et 28 degrés), ce qui est rare dans le bassin de Vals ; la source Jaune est incrustante et ses eaux sont louches. Les sources de Neyrac sortent des flancs d'un volcan, à côté de mofettes carboniques abondantes. Neyrac a connu dans le traitement des dermatoses une heure de célébrité et sa situation heureuse pourrait permettre d'escompter son renouveau.

Saint-Laurent-les-Bains. — Dans le haut bassin de la Borne, une station remarquable et peu connue a été visitée, dont les caractères physico-chimiques et thérapeutiques sont très différents de ceux de Vals : c'est Saint-Laurent-les-Bains dont les eaux hyperthermales (56 degrés), très peu minéralisées et radio-

actives, les étuves naturelles à 43 degrés, les bains de piscine modifient d'une façon très heureuse les rhumatismes chroniques torpides et les séquelles traumatiques. La renommée de Saint-Laurent s'étend à juste titre et trouve sa sanction dans la création de ressources hôtelières dont le confort ne laisse rien à désirer. A Saint-Laurent, l'exposé clinique du professeur Giraud a été complété par une intéressante causerie du professeur Blayac qui a synthétisé l'hydrogéologie général du Massif Central, puis a montré sur le terrain les rapports des sources de Saint-Laurent avec les failles du granit et les filons de fluorines, et par les explications techniques précises du docteur Bardin.

A la fin du voyage, aux portes de Lyon, une dernière station hydro-minérale a été étudiée, c'est Charbonnières, dont le professeur Giraud a défini les propriétés essentielles : eaux froides, de très faibles minéralisation (0,15) riches en fer (0,04 de bicarbonate ferreux), très efficaces dans les états anémiques et chlorotiques, indépendants des grands troubles dits essentiels de l'hématopoïèse et de la tuberculose ou des déchéances organiques graves. Les piscines fraîches de Charbonnières et son établissement thermal, présentés par le docteur Melou et par les administrateurs de la Société ont été très appréciés.

Climatisme. — Une bonne partie du voyage de Montpellier a été consacrée, d'autre part, à l'exploration des zones climatiquesd'altitude intéressantes qui avoisinent les hauts plateaux des pays de Cévennes, des Boutières et du Lyonnais. On a rencontré là beaucoup de remarquables stations estivales ; quelques-unes ont l'abri nécessaire pour l'hivernage, malgré la rudesse du climat. Ce dernier possède toutes les propriétés toni-stimulantes générales du climat d'altitude, entre 1.000 et 1.500 mètres, et il s'adresse à tous les sujets que dépriment leur hérédité, leurs conditions de vie défectueuse ou des maladies récentes, à la condition qu'ils ne soient ni congestifs ni évolutifs, et qu'ils puissent, sans dépasser le but, faire les frais de la stimulation qu'on leur impose. C'est dire assez que les tuberculeux évolutifs n'y sontpas à leur place, non plus que les bacillifères même torpides, tant que n'auront pas été prévues pour ces derniers des installations spéciales à eux réservées. Dans le parc charmant de l'hôpital des enfants à la montagne, au Chambon-sur-Lignon, le docteur Riou, le professeur Giraud ensuite ont développé et précisé ces indications. Auparavant, Mlle le docteur Lucie Comte, de Saint-Etienne, avait présenté l'établissement très simple et très propre qui pendant les deux mois de vacances fonctionne effectivement comme hôpital de la belle œuvre que fonda son père, l'éminent pasteur Comte, et qui sert, pendant les dix autres mois de l'année, comme préventorium pour quarante-cinq fillettes pupilles de la Nation de la Loire.

Tout le plateau des Boutières est d'ailleurs une vaste station climatique où les enfants sont répartis en été : Saint-Agrève, le Chambon-sur-Lignon, Tence, dont le docteur Valentin a aimablement dirigé la visite, Fay-sur-Lignon, pour ne citer que des centres de quelque importance, entre 950 et 1050 mètres, y ont été visités. La proximité des bois de pins constitue un des charmes et des avantages de ces stations. A Saint-Agrève, que les voyageurs ont trouvé en cours de perfectionnements hôteliers, les cars ont été conduits un instant sur le plateau boisé du Mont-Chiniac, d'où se découvre toute la chaîne des Boutières.

Plus au Nord, La Louvesc, lieu de pélerinage célèbre et station climatique, se blottit à 1.000 mètres dans le feuillage sombre, au bord d'une terrasse qui s'ouvre, par une large échappée vers le Dauphiné et le panorama alpestre : M. Astié, maire de La Louvesc, y a présidé à la réception intime et cordiale offerte à ses visiteurs.

Aux confins des Cévennes septentrionales et du pays des Boutières, La Bastide (1.000), Langogne (900), Pradelles (1.300), Lanarce (1.100), Saint-Cirgues-en-Montagne (1.000), Issarlés (1.000) avaient été déjà rencontrées. Les voyageurs ont pu se rendre compte de ce qui pouvait être fait à Issarlés, par exemple, au nord de cette vasque d'eau bleue de 90 hectares qui se creuse à plus de 100 mètres de profondeur, dans un cirque de forêts, sous un ciel souvent éclatant, si un effort matériel suffisant pouvait s'y porter.

Thueyts, Montpezat, Desaignes, Lamastre, Satillieu constituent d'intéressantes stations d'une altitude de sensiblement moindre.

Au nord du pays des Boutières, enfin, fut exploré le Massif du Mont-Pilat, haute citadelle avancée, détachée de la ligne principale axiale des crêtes, vaste région climatique d'altitude qui s'élève jusqu'à 1.435 mètres et qui domine, en belvédère splendide, la vallée du Rhône et toute la chaîne des Alpes : les voyageurs, du haut des 1.300 mètres de la terrasse du Grand-Hôtel, ont pu amplement se rassasier de ce spectacle magnifique, en dépit des brumes lointaines qui n'arrivaient pas à effacer complètement de l'horizon les cimes étincelantes du Mont-Blanc et des massifs voisins.

***

Riche en enseignements pour le médecin, ce voyage a été à tous autres égards d'un puissant intérêt. Il faut dire la variété des sites abordés, la fête des genêts en fleurs qui couvrent en cette saison toutes les croupes montagneuses, les précipices qui se démasquent au-delà des cols franchis, les routes en corniches sur les abimes, les cratères volcaniques camouflés par les châtaigniers comme à Jaujac, ou brûlés de laves qui paraissent émises d'hier comme sur certaines pentes de la Vestide du Pal, les chaussées basaltiques gigantesques qui se dressent à chaque détour des vallées et où l'histoire des éruptions successives et superposées s'écrit avec une évidence aveuglante, la puissance monstrueuse du feu qui a jailli partout autrefois des granits brisés par la secousse de la naissance des Alpes, comme jaillissent aujourd'hui par les mêmes

fissures les sources minérales, — le lent et formidable travail de l'érosion qui a remodelé la surface du sol, renversé les murailles, déchiqueté la Gueule d'Enfer, construit, par le singulier caprice des fractures qu'elle a entraînées sur la muraille verticale de la vertigineuse Chaussée des Géants, l'Echelle du roi, escalier naturel dont l'ascension n'a découragé aucun des voyageurs Montpelliérains. Plus haut, sur les plateaux, plus bas, dans le cours inférieur des rivières, le paysage s'humanise et ses lignes s'atténuent. Le pittoresque y perdrait si les chemins ne couraient souvent à travers d'épaisses futaies de sapins ou de cèdres, trop souvent barbus de lichens gris ou à travers les châtaigniers, parure et richesse du pays, — convoités pourtant par les usines meurtrières. Les plateaux dénudés où l'élevage résume toute l'activité de l'homme, seraient monotones, si du haut des pitons l'œil ne découvrait d'immenses horizons.

Le programme général n'a pu être rempli sans soumettre les voyageurs à un sérieux entraînement physique ; il est vrai que, s'ils ont peu dormi, ils ont été bien et délicatement nourris. Aussi ont-ils pu supporter aisément le débarquement matinal et le départ immédiat de La Bastide, le premier jour, à 4 heures du matin, après une courte nuit de chemin de fer, la rude descente de la Gueule d'Enfer et la remontée de l'Echelle du Roi à Thueyts, l'escalade abrupte et un peu chaude du volcan de Jaujac, celle des pierres roulantes du dôme du Gerbier de Jonc, où les visages déjà cuits par le soleil ont reçu le coup de grâce.

Le premier jour (1er juin) les a vus, dès 4 heures du matin, plonger de La Bastide sur Saint-Laurent (premiers vertiges), consacrer au travail sérieux toute une matinée qui s'est terminée par un succulent déjeûner servi dans la plus familiale des atmosphères, remonter à midi à la Trappe de Notre-Dames-des-Neiges, d'où le père de Foucauld partit pour le Hoggar, et dont le Père abbé a bien voulu leur faire les honneurs avec la plus accueillante bonhomie, essuyer entre le Luc et Langogne un bel orage de montagne, grimper à Pradelles, visiter l'auberge sanglante de Peyrebeille, puis du col de la Chavade, plonger en quelques kilomètres de 1.300 à 300 mètres, explorer les basaltes de Thueyts par d'acrobatiques chemins et ceux plus accessibles du Pont de Labeaume, visiter Neyrac et aboutir afin au confort capitonné de Vals.

Le second jour a été consacré à la visite détaillée de Vals, aux causeries et conférences du matin ; l'après-midi, après la visite d'Aubenas et de la place de l'Airette, d'où l'on voit se dérouler toute la chaîne du Champ-de-Mars et du Coiron, barrière entre les pays de Cévennes et de Boutières, les explorations volcaniques ont recommencé au Vernet, au volcan de Jaujac et dans la vallée du Lignon. Et la journée s'est terminée par un grand banquet où prirent la parole MM. Chalamon, président du Syndicat des exploitants des sources et administrateur de Vals-Saint-Jean ; Paul Giraud, maire de Vals ; le docteur Levassort, de la Société des Perles, le docteur Chabannes (de Vals) et le professeur Gaston Giraud — et par une brillante réception qui retint jusqu'à 2 heures du matin dans la grande et somptueuse salle du casino Béatrix les invités enchantés du colonel Biondi.

Le troisième jour, grand circuit : visite du Pestrin et de Montpezat, escalade du Pal, de Saint-Cirgues-en-Montagne, où une procession se déroulait sous le grand soleil, déjeûner à Issarlès. Puis ce fut encore la montée jusqu'à la source de la Loire et au sommet des phonolithes du Gerbier de Jonc, la traversée des bois de la Chartreuse de Bonnefoy, des hauts plateaux du Mézenc et de Fay, la succulente collation offerte par le Syndicat d'initiative du Chambon-sur-Lignon, singulièrement bien vue par les voyageurs qui commençaient à oublier les truites d'Issarlès, enfin la visite de Tence et l'arrivée tardive à Saint-Agrève.

Le dernier jour, enfin, un départ presque matinal à 7 heures, la descente sur Lamastre par un vallon boisé, la remontée sur Nozières, la visite et la réception de Louvesc, puis Satillieu, Annonay, le Mont-Pilat et la halte confortable du Grand Hôtel, la traversée du pays noir, et Charbonnières, enfin, terme du voyage. Les Montpelliérains ont dîné au Casino de Charbonnières, où M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, leur a fait le très grand honneur d'être des leurs. Libéralement reçus par les administrateurs de la Société des eaux minérales, ils ont passé au casino de cette coquette station perdue dans un nid de verdure une soirée pleine d'agrément, après laquelle, reconduits à Lyon-Perrache dans les cars luxueux de la Société de Charbonnières, ils ont regagné Montpellier par un voyage de nuit.

Le plein succès de ce voyage a comblé d'aise ceux qui l'ont organisé et suivi et les laisse pleins de gratitude à l'égard de ceux qui l'ont rendu possible.

G. G

Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris VIe.

Nouvelle pratique thérapeutique médico-chirurgicale, par G. Blechmann, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; H. Chabanier, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; René-A. Gutmann, attaché médical à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, chargé des consultations de gastro-entér. ; Paul Chevallier, médecin des hôpitaux de Paris ; L. Devraigne, accoucheur des hôpitaux de Paris ; Jean Charrier, chirurgien des hôpitaux de Paris ; G. Heuyer, médecin des hôtaux de Paris ; Y. Kermorgant, ancien chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Jean Madier, chirurgien des hôpitaux de Paris ; A. Monbrun, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris ; A. Moulonguet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; Pierre Pruvost, médecin des hôpitaux de Paris ; Daniel Routier, assistant de la consultation de cardiologie de l'hôpital Broussais, et A. Tzanck, médecin des hôpitaux de Paris. (2 vol. in-8° formant 1.696 pages avec 144 figures dans le texte. Reliés, 175 francs.)

Dans cet ouvrage, essentiellement pratique, la thérapeutique a été à la fois modernisée et simplifiée. Les maladies, classées par ordre alphabétique, sont passées en revue en deux volumes, le premier, de A à K, le second de L à Z. Chacun des auteurs — et tous sont particulièrement compétents dans les questions qu'ils envisagent — expose son sujet d'après un plan général uniforme qui donne au livre une grande unité. Sans détails inutiles, les traitements sont indiqués clairement, constituant une longue ordonnance où le lecteur n'a qu'à choisir ce qui convient au cas particulier en face duquel il se trouve. Quand la conduite est facile, les auteurs ont simplement indiqué leur manière de faire, les méthodes et les médicaments qui leur ont paru les meilleurs. Lorsqu'il s'agit de maladies plus longues, plus difficiles, où il faut savoir varier les médications, toutes les ressources de la thérapeutique sont alors successivement exposées.

Cet ouvrage constitue pour le médecin un véritable guide de thérapeutique journalière, donnant dans une juste mesure la place qui convient aux traitements nouveaux et aux traitements anciens.

Le praticien ayant sur son bureau cet excellent Précis trouvera en un instant le renseignement thérapeutique qu'il désire connaître, toute la pathologie médico-chirurgicale, même celle des pays chauds, y ayant trouvé place — l'obstétrique également.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

André Philibert, prof. agrégé à la Faculté de Paris. — **Manuel de bactériologie médicale**. (Un vol. in-8° 552 p., avec 21 planches en couleurs. Prix : 45 fr.)

Les ordonnances du médecin praticien. 250 répertoires de thérapeutique clinique, par MM. Abbatucci, Bello, Bozo, Brocq, Comby, Degrais, Desfosses, Feldstein, Glénard, d'Hérelle, Jayle, Journé, Juster, Laurens, Lermoyez, Leven, Lorin, Lutier, Martinet, Léon Meunier, P. Michon, Nobécourt, Pautrier, Poix, Ravaut, Rivet, Springer, F. Terrien, Terson, André Thomas, Van der Elst, Vigne. (Un vol., 514 p. Prix : 45 fr.)

Chez Payot, éditeur.
106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Etienne Antonelli, professeur à la Faculté de droit de Lyon, député, rapporteur de la loi à la Chambre. — **Guide pratique des assurances sociales**. Commentaire et texte de la loi du 5 avril 1928. (Un vol. in-8° raisin, 230 pages. Prix : 20 fr.)

Chez Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris,
et aux Editions Universitaires de Strasbourg
1a, place de l'Université, Strasbourg.

Dr G. Saint-Paul (G. Espé de Metz). — **Thèmes psychologiques**. Introduction a l'étude de la cérébrologie. (Un vol. in-8° carré, 84 p. 7 fr.)

Editions Berger-Levrault,
Nancy-Paris-Strasbourg.

J. Priou. — **Nord-Sud. Notes de voyages**. (Un vol, in-12, 281 p., 1928.)

Les Presses Universitaires de France

Albert Maitre, docteur en droit, avocat à la cour d'appel de Paris. — **Le manuel juridique des sages-femmes**. (Un vol. 1927 : 30 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

VIII. Bouche Close !!!

Vos lettres sont comme les jours, mon cher ami. Elles se suivent et ne se ressemblent pas. Et dans le cas présent, j'en suis infiniment heureux pour vous. Tudieu ! Quelle pluie de bonnes nouvelles ! Abondance de biens ne nuit pas, me répondrez-vous sans doute.

Tout d'abord, votre conduite courtoisement confraternelle envers le Dr Armand a eu des conséquences immédiates qui ont été comme la germination rapide de ce bon grain que vous aviez semé. Touché de votre procédé, votre vieux confrère vous a manifesté l'intention de vous substituer peu à peu à lui-même dans sa clientèle. Et de l'intention, il est passé sans tarder aux actes, puisqu'il vous envoie à sa place chez ceux de ses clients qui habitent hors de la ville. Voilà, n'est-il pas vrai ? un excellent appoint dans vos affaires, et votre situation s'en trouve du même coup affermie. Soyez néanmoins circonspect avec le Dr Armand ; évitez tout ce qui pourrait lui porter ombrage : quelque excès de zèle, quelque hâte précipitée à devancer ses offres, ou bien un certain contrepied de ses méthodes pris trop ouvertement. Affaire de tact, évidemment, et aussi, de flair. Vous n'en manquez pas, et vous saurez manœuvrer avec toute l'habileté désirable.

Ce sont ces qualités qui vous ont valu l'estime et la sympathie de Didier Dubreuil. Qu'il ait songé à vous prendre comme assistant et collaborateur dans l'exploitation du centre d'examen clinique et de traitements qu'il vient de créer, c'est une preuve de confiance et d'amitié qu'il vous donne là. Montrez-vous-en digne. Et puisqu'il désire vous confier plus particulièrement le service de radiologie, où vous possédez quelque compétence, en raison du stage que vous fîtes naguère à Saint-Antoine, n'hésitez pas, s'il en est besoin, à vous entendre avec lui pour venir suivre pendant deux ou trois semaines quelque cours de perfectionnement qui augmentera vos connaissances et vous donnera plus d'assurance auprès des malades.

Enfin, vous allez vous marier... Vous épousez une jeune fille, camarade de vos jeunes années. « Avec le temps, me dites-vous, la camaraderie s'est changée en un sentiment plus tendre. » Vous en êtes très épris ; de son côté, elle manifeste un profond attachement pour vous. Bref, cette union se présente sous les auspices les plus favorables. Et vous avez hâte, maintenant que votre avenir professionnel vous paraît à peu près assuré, de la réaliser et de fonder un foyer.

Je vous en félicite, et vous adresse dès ce jour mes bien sincères vœux de bonheur. Ces vœux ne manqueront pas de s'accomplir, puisque votre caractère et vos goûts s'harmonisent tellement avec ceux de votre fiancée que vous n'hésitez pas à m'écrire : « Nous ne ferons vraiment qu'un ; nous serons très étroitement unis, comme deux êtres qui se complètent. En vérité, nous n'aurons rien de caché l'un pour l'autre... »

Halte là ! mon cher ami. Toutes ces félicités que vous envisagez ne s'obtiendront pleinement que si votre future femme se familiarise bien avec cette idée qu'au contraire, vous serez dépositaire de secrets que vous ne lui confierez pas, qu'il vous sera interdit de partager, même avec elle. Je veux parler, vous l'avez certainement compris, de tout ce que vous verrez, entendrez et découvrirez auprès de vos malades, dans l'exercice de votre art, de tout ce qui constitue le secret médical.

En fait, vous ne raconterez pas à votre femme tout des incidents de votre pratique. Mais, il vous arrivera, sans y penser pour ainsi dire, sans vous en rendre compte, de vous laisser aller à certaines indiscrétions. Quand vous rentrerez au petit jour, après une nuit passée au chevet d'une parturiente, harassé et recru de fatigue, sa sollicitude inquiète s'exprimera en questions qui se presseront sur ses lèvres : « Mon pauvre chéri, comme tu dois être las ! Cela n'a donc pas marché tout seul ? Quel mal tu as dû avoir ! Que s'est-il donc passé ? ? ? »

Et vous de répondre : « Ah ! Ne m'en parle pas ! ... Une mauvaise présentation. L'enfant était mal tourné. J'ai du faire une version... Pas commode... D'autant que chez cette pri-

mipare âgée, les tissus offraient une résistance incroyable... »

Quoi de plus naturel que ce dialogue entre époux, à la suite d'une circonstance un peu exceptionnelle de leur vie en commun ? Quoi de plus innocent, au moins en apparence ? Cela n'en constitue pas moins une indiscrétion professionnelle, sans conséquence, si votre femme est elle-même discrète, mais qui deviendrait grave, si elle ne savait pas tenir sa langue.

Faites avec moi un effort d'imagination. Représentez-vous, dans un salon, la conversation qui s'engage entre « dames » de la société, parmi lesquelles se trouve une femme de médecin.

— Et le Docteur, comment va-t-il ? Toujours très occupé sans doute ?? ? C'est lui qui vient d'assister Mme Dupont dans son accouchement ! ... Il paraît que ce fut dur...

— Ne m'en parlez pas, chère amie... Enfant mal placé... Il a fallu le tirer par les pieds... Et chez une femme étroite... Ah ! Ce n'est pas comme Mme Unetelle... Elle est tellement large que ses enfants s'expulsent comme des noyaux de cerise... »

Vous souriez, mon cher ami ? N'en faites rien ... Je n'ai rien imaginé, et la scène que je viens d'esquisser ainsi est une scène bel et bien vécue. Un confrère qui ne cache rien de sa vie professionnelle à sa femme, laquelle n'a rien de plus pressé que de le colporter à droite et à gauche... Et toute leur petite ville sait que le fringant M. X. est velu comme un fauve, que le gentil petit W est cryptorchide, que la gracieuse Mlle X. a des flueurs blanches qui lui rongent la peau des cuisses, et que l'altière poitrine de Mme Z. n'est qu'un leurre, ses seins pendant lamentablement au naturel comme des outres dégonflées ! C'est charmant ! !

Evidemment l'un et l'autre ne se doutent pas, je veux le croire pour eux, de la gravité de leurs paroles et des risques qu'ils courent ..

Vous éviterez de tomber dans ce travers — c'en est un — et vous en direz le moins possible à votre femme. Elle est intelligente, sensée, pondérée. Elle comprendra et se le tiendra pour dit. Et s'il vous échappe quelques paroles relatives aux faits de votre pratique, elle les oubliera à peine entendues, et jamais elle n'en fera état.

C'est chose très sérieuse, croyez-le bien, que le secret médical. Tellement sérieuse que l'Académie de médecine l'a inscrite à son ordre du jour et s'occupe d'en discuter encore, les conclusions de la Commission nommée par le docte aréopage n'étant pas définitivement arrêtées, que je sache.

Nous vivons actuellement sous le régime de l'article 378 du Code pénal, ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

Et le serment d'Hippocrate, remis en honneur dans certaines Facultés, telle Montpellier, comporte l'obligation impérieuse pour le médecin, de ne rien révéler de tout ce qu'il aura vu ou entendu, *visa et audita*... »

Ces textes sont, ou paraissent clairs et limpides. Ils ont été confirmés par une abondante jurisprudence qui consacre la rigueur absolue de la discrétion professionnelle, sans aucune exception, *erga omnes*, précisent certains arrêts de justice.

Et cependant, la question demeure controversée... Des hommes de loi discutent encore sur la nature des rapports qui existent entre médecin et malade : est-ce un contrat, au terme juridique du mot, qui les lie l'un à l'autre ? N'est-ce pas plutôt un mandat que le malade donne à son médecin ? Et de ces chinoiseries procédurières, on prétend tirer argument pour formuler de subtils *distinguo* entre ce qui doit être tenu caché, et ce qui peut être dévoilé...

Il n'y a, pour le moment, qu'une seule révélation qui, légalement, doive être faite par le médecin : c'est celle des maladies transmissibles qu'il soigne, dès qu'il les a diagnostiquées. Et encore, cette révélation, qualifiée de déclaration obligatoire, est-elle entourée de certaines formalités qui en limitent la portée.

Le Législateur a pensé avec l'Hygiéniste, — l'intérêt général l'exige — que toute maladie contagieuse doit être signalée à l'autorité afin que des mesures puissent être prises contre sa dissémination. Et il a traduit cette légitime préoccupation en des articles que vous trouverez dans la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, et dans la loi de 1902 sur la santé publique.

Préoccupation dont le principe est parfaitement juste. Mais qui a mis à la charge du médecin une responsabilité, qui, tout bien examiné, ne lui incombe pas. Aussi, sommes-nous nombreux à réclamer une révision de ces textes législatifs et demandons-nous que l'obligation de la déclaration pèse avant tout sur le malade contagieux lui-même et sur son entourage... Une proposition de loi a d'ailleurs été rédigée en ce sens et déposée au Parlement, qui n'a pas encore abouti. Un jour viendra où il faudra bien qu'on remanie la loi sur la santé publique qui n'est plus « à la page ». Les formalités de la déclaration seront peut-être modifiées elles-mêmes... dans un sens plus logique et plus équitable.

C'est au nom du même intérêt général que les hygiénistes réclament des précisions sur les causes des décès, afin de pouvoir dresser une statistique pleine d'enseignements pour le bien de la santé publique... Et ils proposent que ce soit le médecin traitant, mieux renseigné que tout autre, qui fournisse ces précisions dans un certificat établi par lui.

Vous savez ce que valent en général les statistiques et le peu de cas que, pratiquement, on en peut faire. Celle qui nous retient présentement est tout d'abord faussée par les nombreuses morts soudaines ou subites dont les causes sont habituellement rangées sous la rubrique, quelque peu fantaisiste, de *rupture d'anévrysme*, ou d'*embolie*... Même dans les cas où le malade a été attentivement suivi par son médecin jusqu'à son décès, la cause immédiate de celui-ci ne renseigne pas toujours avec exactitude sur les causes véritables, plus ou moins éloignées : la mention *œdème pulmonaire* ne précisera pas s'il s'agit d'une syphilis cardio-rénale ; une *hémoptysie foudroyante* n'est pas fatalement tuberculeuse... Pour tous ces motifs, je doute, en vérité, que la santé publique ait à gagner à l'établissement de la statistique des décès selon leur cause. Ce gain fût-il démontré, que je persisterais à prétendre qu'il appartient à la collectivité intéressée de faire procéder aux vérifications des décès par des techniciens à son service, en l'espèce, les médecins dits de l'état-civil. Théoriquement, et bien que souvent, l'argument n'ait pas prévalu, le médecin traitant n'a pas à intervenir pour dévoiler le diagnostic de l'affection à laquelle ont succombé ses clients, serait-ce à un autre médecin.

D'autres exigences du même ordre se sont récemment manifestées, dans certaines administrations, et notamment dans les services de l'Assistance médicale gratuite, qui imposent aux médecins des indigents l'obligation de préciser le diagnostic des maladies de ceux-ci sur les Bulletins justificatifs de leurs visites. Je dois vous dire que certains Syndicats médicaux ont accepté de signer avec les préfectures des contrats renfermant une clause relative à cette obligation... Des médecins se sont vu refuser le règlement de leurs honoraires, qui n'avaient pas voulu souscrire à une obligation qui, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, est proprement illégale.

Et pourtant, ces Administrations n'ont pas tort lorsqu'elles font valoir, à l'appui de leur prétention, leur droit de contrôle sur les dépenses engagées à l'occasion des soins médico-pharmaceutiques.

Il est impossible de nier la légitimité d'un pareil contrôle ; il est indispensable, à une époque où l'évolution des mœurs tend à multiplier les organisations publiques et privées, dispensatrices de soins qu'elles financent, sous une forme ou sous une autre. Où la difficulté surgit, c'est quand il s'agit des modalités même de ce contrôle. Celui qui fonctionne dans la médecine des pensionnés de guerre suscite encore des critiques... Paul BOUDIN, docteur en médecine et en droit, dont on ne saurait contester la compétence de juriste dans tous les problèmes médico-professionnels, préconise, dans l'Assistance, l'obligation pour chaque médecin traitant de prévenir l'administration toutes les fois que les soins menaceront de se prolonger ou de se compliquer. C'est d'ailleurs ainsi que les choses se passent pour les soins aux pensionnés de guerre et aux victimes du travail. Vous savez que le médecin doit informer qui de droit toutes les fois qu'il prévoit plus de cinq interventions à tarif spécial. C'est une méthode qui pourrait s'étendre aux simples visites elles-mêmes. Si bien que l'administration informée pourrait procéder à toutes les opérations de contrôle qui lui paraîtraient nécessaires.

En passant, je dois vous dire que nous sommes nombreux à réclamer une indépendance absolue entre la médecine de soins et la médecine de contrôle. Le médecin traitant, défenseur des intérêts de son malade, ne peut être en même temps chargé du contrôle exercé par la collectivité et de la défense des intérêts de celle-ci, souvent antagonistes des autres.

Pour en terminer avec le secret médical, je dois vous initier aux prétentions de certains hommes de loi qui voudraient que le médecin fut contraint de déposer en justice, à condition qu'il soit relevé du secret par son malade. Les magistrats admettent difficilement qu'un justiciable se dérobe à leurs investigations. Ils ne peuvent méconnaître évidemment la loi et l'article 378, mais ils ergotent sur son interprétation, envisagent des choses secrètes de leur nature, en opposition avec d'autres choses qu'il n'y aurait, selon eux, aucun inconvénient à révéler. Si l'on les en croit, la bonne administration de la justice demande que des limites soient fixées au secret médical.

Là, nous sommes au bord d'un terrain où nous devons refuser de nous laisser entraîner. A l'instruction d'une affaire, tout autant qu'à l'audience où elle est évoquée, nous avons l'impérieux devoir de rester muets, quelque pressante que se fasse l'objurgation du juge, — pressante et à l'occasion menaçante. Notre client nous pressât-il lui-même de parler, nous ne devons pas céder à ses instances, car il nous est impossible de savoir quelle sera la portée des révélations plus ou moins restreintes que nous ferons.

Restons muets, je le répète : c'est notre droit, c'est notre devoir...

Les certificats sont un moyen indirect d'obtenir du médecin qu'il compose avec l'obligation du secret. Certes, ces pièces ne peuvent être remises qu'à celui dont le cas en est l'objet. Et le fonctionnement de certaines lois repose tout entier sur la production de certificats médicaux telle la loi sur les accidents du travail. J'ai déjà eu l'occasion de vous mettre en garde contre certains inconvénients de semblables attestations. Il convient que nous soyons très prudents dans leur rédaction, que nous précisions bien à quel usage elles sont destinées, et que nous prenions, en telles circonstances un peu délicates, la précaution de les faire contresigner par leur bénéficiaire.

Tels sont, mon cher ami, les principaux aspects du secret médical. Ne nous y trompons pas : s'il représente encore à cette heure un bloc solide à peu près intact, il faut bien nous dire que cette intégralité est fortement menacée. Le jour où elle sera entamée, il est à craindre que le bloc s'effrite peu à peu et qu'il ne reste un jour rien d'autre du secret médical que les risques du préjudice causé, aux termes de l'article 1382 du Code civil.

Nous n'en sommes pas encore là. En attendant que le législateur prenne l'initiative de donner le premier coup de pioche dans l'édifice — il hésitera longtemps, je le présume — le mot d'ordre est aussi aisé à observer qu'à retenir. C'est une consigne inviolable qui s'exprime ainsi : « *Bouche close* ! »

G. DUCHESNE.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Rapports du médecin de contrôle avec le médecin traitant.

Que faut-il entendre par médecins contrôleurs, dans la loi sur les accidents du travail ? Quelles sont leurs attributions ? Quelles sont les formalités auxquelles ils sont tenus et notamment, ont-ils le droit de faire appeler les blessés en traitement à l'hôpital, pour enlever le pansement, en l'absence du médecin traitant ?

Telles sont les questions, qui viennent de nous être posées.

Aux termes de l'article 4, § 5, de la loi du 31 mars 1905, modifiant la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix, au cours du traitement, le médecin, chargé de le renseigner sur l'état de la victime.

Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance, par lettre recommandée.

Des textes législatifs, réglementaires et jurisprudentiels, il résulte :

1° Que le médecin contrôleur n'a aucune part dans la direction du traitement.

Il n'a pas le caractère d'un médecin expert et ne doit pas s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin de son choix (circulaire ministérielle du 3 mai 1905.)

Le législateur a eu uniquement en vue de permettre au chef d'entreprise de se rendre compte de l'état de santé de l'ouvrier, qui pourrait être tenté de bénéficier plus que de raison de l'indemnité de demi salaire.

Le Parlement n'a pas entendu donner à ce médecin désigné par le patron le droit de surveiller la nécessité et la réalité des interventions, ou des visites du médecin traitant, que personne n'a voulu mettre en suspicion.

En ce sens, tribunal civil de Nîmes, 15 janvier 1914, Cassation, Requêtes, 30 décembre 1912, D. P. 1913.5.44 ; Cassation, req. 9 novembre 1926 ; *Gaz. Pal.*, 18 janvier 1927.)

2° Nécessité de la lettre recommandée.

Le législateur a voulu subordonner les visites du médecin contrôleur au visa du juge de paix, autoriser seulement une visite hebdomadaire et réserver exprssément la présence du médecin traitant, dûment prévenu deux jours à l'avance, par une lettre recommandée , « de manière à ce que l'ouvrier, fort de la présence de son médecin puisse toujours se trouver à l'abri de toute ingérence dans le traitement, comme de toute intimidation volontaire, ou involontaire sur son esprit. » (Circulaire ministérielle, du 3 mai 1905).

Aussi, en poussant les choses à l'extrême, pourrait-on dire qu'avant d'examiner la victime, le médecin , délégué par le patron doit présenter à l'ouvrier : 1° la lettre du chef d'entreprise le désignant, revêtue du visa du juge de paix ; 2° la copie de la lettre convoquant le médecin traitant, avec le talon de la poste, justifiant l'envoi de cette lettre, sous pli recommandé.

Fixation du lieu de visite et de l'heure.

A première vue, la plus élémentaire déontologie exigerait que les deux praticiens (médecin traitant et médecin contrôleur) se missent d'ac-

cord pour convenir du lieu et de l'heure de la visite de contrôle.

Mais le médecin contrôleur a souvent beaucoup de visites de contrôle à faire, en quelques heures, Force lui est donc d'indiquer les moments, qui lui conviendront le mieux, sans trop tenir compte des possibilités du médecin traitant.

En droit, le législateur a eu en vue l'hypothèse la plus fréquente, d'une visite faite au domicile du blessé, hors d'état de se déplacer (cassation, ch. civ., 26 mai 1924.)

Il n'appartient pas au médecin traitant du blessé d'exiger que la visite ait lieu chez lui et aux heures, qu'il indique (Justice de Paix de Paris, XVIIe arr., 11 janvier 1912).

L'ouvrier n'est pas en droit de se refuser à tout examen du médecin contrôleur, sous le prétexte que, bien que le médecin traitant ait été régulièrement averti, par lettre recommandée, 48 heures à l'avance, il n'a pas pu se rendre au rendez-vous fixé par le contrôleur, à cause de ses consultations au cabinet. (Justice de Paix, 11 janvier 1912, confirmé par Cassation ch. req., 30 décembre 1912 (D. P., 1913.5.44 ; *Concours médical*, 1913.568).

Donc, en principe, l'ouvrier doit être contre-visité chez lui. S'il désire être examiné par le contrôleur ailleurs qu'à son propre domicile, le blessé fera bien d'en prévenir le chef d'entreprise, par lettre recommandée.

Mais, le médecin traitant ne peut pas imposer son propre cabinet, ou un autre lieu. Il reçoit d'ailleurs des honoraires spéciaux, pour assister à cette visite de contrôle.

Le médecin contrôleur peut indiquer un autre lieu que le domicile du blessé, pour cette contre-visite ; mais il doit en prévenir à la fois le médecin traitant et le blessé (Cassation, ch. civ., 26 mai 1924). (*Gaz. Pal.*, 1924, 2. 236.)

Qui doit prévenir le blessé ?

L'arrêt précité de cassation du 26 mai 1924 dit: « Attendu qu'en prescrivant de ne prévenir que le médecin traitant, le législateur, a eu seulement en vue l'hypothèse la plus fréquente d'une visite faite au domicile du blessé, hors d'état de se déplacer ; que, si la visite doit avoir lieu dans un autre local, la non comparution de l'ouvrier ne l'expose à la sanction de l'article 4 que s'il a été convoqué en temps utile, que cette convocation incombe à la partie intéressée. »

D'ailleurs rien dans la loi n'oblige le médecin traitant à avertir le blessé du lieu et de l'heure de la visite de contrôle. C'est au chef d'entreprise qu'incombe cette mission.

Sanctions.

Le tribunal de paix d'Argenteuil, par jugement du 3 décembre 1913 (*Concours médical*, 1914.771) a condamné à 50 francs d'amende un médecin contrôleur, qui avait négligé d'avertir le médecin traitant de l'heure et du lieu de sa visite, par lettre recommandée.

Défenses d'examen et d'enlever le pansement hors la présence du médecin traitant.

Le médecin contrôleur ne peut s'immiscer dans le traitement, dont la responsabilité incombe au seul médecin traitant (circulaire ministérielle, 5 mai 1905 ; trib. civ. Nîmes, 15 janvier 1914).

Dans ces conditions, le médecin traitant a parfaitement le droit d'interdire que le pansement soit défait, hors sa présence, lorsqu'il n'a pas été prévenu, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de la visite de contrôle.

En effet, le fait de défaire un pansement, pour la contre-visite peut infecter une plaie, arrêter un processus de guérison, surtout si on refait le pansement, avec d'autres médicaments, que ceux qu'emploie le médecin traitant.

En passant outre à la défense faite par le médecin du blessé de défaire le pansement, en dehors de sa présence, le médecin contrôleur aurait « violé une défense du médecin responsable du traitement, comme aussi dépassé sa mission de contrôle » (Cour de Cassation, ch. civ., 5 décembre 1923 ; *Gaz. Pal.*, 1924.1. 206. Trib. paix du Havre, 27 janvier 1921 ; *Gaz. Pal.*, 1924.2.236.)

Bien entendu, si le médecin traitant a été régulièrement convoqué par lettre recommandée et s'il entrave, par son absence volontaire et injustifiée, la mission du médecin contrôleur, il peut être condamné à des dommages-intérêts, en interdisant au blessé de se laisser toucher, s'il n'est pas présent.

Il serait abusif que la victime se refusât à tout contrôle, sous le prétexte que son médecin n'a pas pu se mettre d'accord avec le contrôleur, sur le lieu et l'heure de la visite commune (Cassation ch. req., 30 décembre 1912. *Gaz. Trib.*, 1913.1 110.)

Secret professionnel.

N'oublions pas que le médecin de contrôle représente les intérêts du chef d'entreprise : c'est un mandataire et non un expert, qui a mission de rapporter à son mandant tout ce qu'il a appris surpris, deviné, au cours de sa mission.

Dans ces conditions, le médecin du blessé doit taire tout ce qui n'a pas fait l'objet de son certificat initial.

Un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, du 9 mai 1913 (*Gaz. Pal.*, 1913.1. 734 ; *Concours médical*, 1913.1403) est très net sur ce point : « Attendu que la disposition de l'article 378 est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la charge du révélateur, l'intention de nuire ;

Et la Cour suprême de décider que c'est à tort que le médecin traitant a communiqué à son confrère, médecin contrôleur, le résultat d'une analyse de sang, et que pareille divulgation constitue une violation de l'article 378 du code pénal.

Un arrêt de la Cour d'appel de Chambéry, du 13 janvier 1926 (*Concours médical*, 1927, 1810 ; *Gaz. Pal.*, 13 mai 1926) estime que l'hôpital est tenu au secret professionnel par rapport au chef d'entreprise, dont un ouvrier blessé du travail est hospitalisé.

Confusion de fonctions.

Il arrive parfois que le médecin traitant soit en même temps médecin du chef d'entreprise ou de l'assurance de ce dernier. L'ouvrier a accepté d'être soigné par celui que lui a désigné son patron.

Dans ce cas, le praticien doit se considérer comme étant lié, par le secret professionnel, à l'égard du patron pour tout ce qui ne sera pas le résultat immédiat du traumatisme.

Ainsi, ce praticien se souviendrait-il que le blessé a déjà reçu ses soins pour syphilis, diabète, ou tuberculose, qu'il ne peut, sans encourir les pénalités prévues à l'article 378 du code pénal, renseigner le chef d'entreprise sur ces antécédents pathologiques de la victime.

Il en serait de même si c'était celle-ci qui se confiait au médecin.

Et si, ultérieurement, le blessé ou ses ayants-droit poursuivaient le médecin, devant la juridiction correctionnelle, pour avoir dévoilé autre chose que ce qui concerne la délivrance du certificat initial, qui constate l'état du blessé et la durée de l'incapacité de travail, il pourrait bel et bien être condamné.

Je recommande donc personnellement à mes confrères, lorsqu'ils sont médecins traitants, de ne jamais accepter une mission quelconque de contrôle, ou d'expertise en ce qui concerne leurs clients.

Droits de l'ouvrier.

De tout ceci, résulte que le blessé a parfaitement le droit de se refuser à tout contrôle, lorsque son médecin traitant n'a pas été régulièrement convoqué et que, par suite, il n'est pas présent, pour défendre ses intérêts.

Mais, la victime peut toujours accepter une visite quelconque, même si son médecin est absent ; elle peut également ne pas s'opposer à être examiné dans un hôpital, ou au dispensaire de la compagnie : c'est son droit le plus absolu.

Cependant, le médecin traitant, comme les Syndicats ouvriers, peuvent renseigner le blessé sur ses droits, qu'il tire de la loi de 1898, pour que ses intérêts soient sauvegardés, c'est-à-dire qu'il peut exiger que son médecin soit présent à la visite de contrôle, et s'opposer à ce qui quiconque autre que celui qu'il a librement choisi puisse enlever le pansement.

Conclusions.

La loi du 31 mars 1905 a donc bien précisé les droits et devoirs du médecin de contrôle. Mais combien plus profitable pour tous est la bonne entente confraternelle, s'appuyant sur la plus élémentaire déontologie, c'est-à-dire courtoisie confraternelle.

Bien des conflits seraient évités si médecin de contrôle et médecin traitant pouvaient s'entendre sur le lieu, le jour et l'heure de la visite commune. Les praticiens n'auraient pas à se regarder en frères ennemis, surtout lorsque le médecin contrôleur s'imagine avoir affaire uniquement à des médecins marrons.

Je sais bien que, dans les grandes villes, ces missions sont confiées à des confrères, n'ayant pas de clientèle, ne pratiquant pas, ou jouissant d'une retraite de médecin militaire.

Les anciens médecins de l'armée croient se trouver en présence de confrères subalternes et parfois apportent, dans leurs rapports confraternels, une certaine raideur et quelque brusquerie de langage et d'allure, qui font souvent sourire le médecin consciencieux qui assiste le blessé.

Aussi serait-il utile et bienfaisant que la connaissance des conflits confraternels fut soumis aux conseils de famille des Syndicats locaux, ou portée devant un tribunal mixte d'arbitrage local.

Bien des difficultés seraient résolues, lorsque, de part et d'autre, on connaîtrait les termes précis des lois, que l'on n'apprend pas dans les Facultés de médecine.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE

La désinfection à la campagne.

Par le Dr René MARTIAL.

Ce titre est aussi l'énoncé d'une question posée par un de nos confrères exerçant à la campagne. La question est simple ; la réponse ne l'est pas. Dans les livres, dans les règlements, peut-être l'est elle ; en pratique, elle ne l'est pas. La réponse est difficile, parce qu'il ne s'agit pas uniquement de technique, d'administration, de médecine, mais aussi d'usages, de coutumes, d'habitudes d'esprit, d'ignorance ou de nonchalance, et de toute l'attitude psychologique du campagnard à l'égard des pratiques de l'hygiène. Enfin, dans les campagnes, comme dans les villes d'ailleurs, il s'agit, de plus, de l'action éducative du médecin qui, encore actuellement, n'est pas suffisamment poussée.

D'autre part, les conditions matérielles de l'habitation à la campagne sont parfois telles que, même lorsque toutes les autres conditions se présentent de la manière la plus favorable, celles-ci rendent toute action impossible ou illusoire. La désinfection doit, en outre, accompagner très souvent, à la campagne, la désinsection.

Enfin, d'autres difficultés proviennent du fait de la co-habitation des animaux et de l'homme, de la méconnaissance de leurs parasites communs de l'insouciance à l'égard de la propreté des animaux et des locaux qui les abritent.

Nous allons cependant tenter une réponse, des imperfections de laquelle nous nous excusons d'avance, en raison de ce qui vient d'être dit.

***

I. Désinfection par les services publics.

Deux cas sont à distinguer de prime abord : il s'agit de la désinfection pour une maladie contagieuse humaine obligatoirement déclarable ; ou bien pour toute autre maladie humaine, ainsi que pour telle maladie frappant les animaux ou commune à l'homme et aux animaux (1).

Ces éventualités peuvent se présenter, soit dans un département pourvu d'une inspection d'hygiène, soit dans un département qui n'en possède pas encore.

Examinons d'abord le cas du département pourvu d'une inspection départementale d'hygiène.

Dans l'état actuel de la loi du 15 février 1902, le médecin qui constate un cas de maladie humaine transmissible en fait la déclaration au maire et au préfet. S'il s'agit d'une ville de plus de 20.000 habitants c'est au médecin-directeur du bureau municipal d'hygiène qu'il incombe d'agir — excepté dans le département de la Seine qui a un *statut spécial très particulier*. Mais ce cas ne nous retiendra pas, car, théoriquement du moins, une ville de plus de 20.000 habitants n'est pas la campagne.

Au contraire, il s'agit d'une commune véritablement campagnarde ne comptant que quelques centaines d'habitants. C'est le service départemental de désinfection qui intervient sous la haute direction et sous la responsabilité de l'inspecteur départemental (dans quelques rares départements : directeur). Il intervient à coup sûr, ou presque à coup sûr, en fin de maladie pour la désinfection terminale — assez souvent avec de bons appareils — mais, tous les départements ne sont pas pourvus d'une inspection d'hygiène ni d'un service de désinfection, quelquefois le matériel de ce service est insuffisant ou le personnel trop peu nombreux. Dans ces cas, le médecin praticien devra ou conseiller les entreprises privées de désinfection s'il en existe dans un rayon pas trop éloigné — grâce aux automobiles ce rayon peut être assez étendu — soit se débrouiller par lui-même. Réservons un instant l'examen de cette éventualité.

II. Prédominance de la désinfection au cours de maladie.

Mais, la désinfection en fin de maladie n'est qu'un acte terminal qui porte surtout sur les locaux où le ou les malades ont séjourné, sur la literie. Pendant tout le cours de sa maladie, le malade a produit des déjections de différentes espèces : crachats, urines, fèces, squames, cheveux, poils, sueur, sang, pus, qui ont souillé son linge, ses draps, ses couvertures, les vases, les objets dont il s'est servi, les jouets si c'est un enfant, les livres qu'il a lus, etc., etc.

Tous les services de désinfection départementaux qui existent en ce moment sont bien pourvus du *petit matériel* nécessaire à la désinfection en cours de maladie, le personnel a reçu le degré d'instruction suffisante pour enseigner à son tour la famille au sujet de la manipulation de ce petit matériel, si élémentaire que soit cette manipulation. Ne voyons-nous pas en médecine comme en hygiène les erreurs les

(1) V. Principes d'hygiène, par l'auteur. Chap. VI et VII. (G. Doin, éd., Paris.)

plus étonnantes, et, parfois même, les familles qui ne sont pas ignorantes des choses de la prophylaxie ne commettent-elles pas des erreurs surprenantes en voulant trop bien faire ? Comme nous n'avons encore, en matière d'hygiène, aucune éducation nationale, malgré les efforts que nous, les précurseurs, avons faits depuis vingt-cinq ans (1), la désinfection en cours de maladie demeure trop souvent illusoire, ou n'est même pas tentée : tuberculose, rougeole, fièvres typhoïdes, etc. Dans le département de la Seine même, les services officiels ne possèdent rien, ni sacs à linge, ni crachoirs, ni désinfectants, pour assurer la désinfection en cours de maladie, au domicile du malade.

Certains de nos autres départements sont mieux pourvus à cet égard, mais nous manquons de renseignements précis pour l'ensemble de la France, mais il en est deux au moins dans la proximité de Paris qui sont bien outillés. Et, en fin de compte, puisque tous nos départements ne sont même pas encore pourvus d'une inspection d'hygiène, le médecin praticien fera mieux de procéder lui-même à l'éducation prophylactique de la famille du malade pour la désinfection en cours de maladie. Il lui enseignera donc suivant la maladie en cours, l'usage du crachoir, des verres, des sacs à linge, des vases de nuit, de l'eau de Javel ou de l'extrait de Javel, du chlorure de chaux, ou de tel désinfectant d'une efficacité reconnue qu'il choisira à son gré ; il insistera sur les vertus de l'ébullition, sur l'efficacité du trempage, sur la propreté des mains et des ongles considérés comme agents de transport, sur le nettoyage de la vaisselle avec de l'eau chaude additionnée de carbonate de soude. Tous ces ingrédients, tous ces petits procédés, judicieusement employés permettent de prévenir l'épidémie familiale ainsi que le transport des germes à grande distance. Lorsque la désinfection en cours de maladie est bien faite, la désinfection terminale perd beaucoup de son importance, excepté pour la literie.

N'oublions pas tous les bienfaits que l'on peut tirer de la présence, dans la maison d'un malade contagieux, d'une casserole d'eau bouillante toujours prête, car il faut prévoir d'être réduit aux moyens les plus rudimentaires.

L'alcool, et parfois même, les simples mais fortes eaux-de-vie distillées par nos campagnards peuvent être d'un grand secours. Il est vrai d'ajouter que le dit distillateur ne prise pas beaucoup ce genre d'utilisation de son alcool.

La destruction par le feu de chiffons, de hardes, de cahiers, de brochures, de vieux livres scolaires qui nécessite tout un protocole légal lorsqu'elle est opérée par les services publics, peut être plus simplement obtenue par le médecin traitant. Souvent, elle sera le meilleur mode de désinfection.

Enfin, beaucoup de maladies transmissibles de nos pays se transmettant par la gorge ; l'usage des gargarismes légèrement antiseptiques sera recommandé d'une façon aussi instante que la propreté des mains.

Mais, si le service départemental de désinfection existe, dirigé par un inspecteur départemental présentant du fait de sa nomination toutes les garanties de compétences, il est plus simple, plus sûr et plus certain de s'adresser à lui au moins chaque fois que la famille sera incapable d'assurer pour elle-même cette désinfection en cours de maladie.

***

III. La désinfection terminale et l'état des locaux.

Revenons au cas du département dans lequel aucun service n'existe en ce qui concerne la désinfection terminale. Il faut utiliser un procédé facile à appliquer et peu coûteux. Les cartouches de formol sont tout indiquées. Il vaut mieux forcer la dose que rester au-dessous. Chaque marque dit le nombre de mètres cubes pour lequel une cartouche suffit. Mettez-en une de plus.

Le point capital ici est de bien disposer les objets de literie, les tentures, etc., pour que les vapeurs de formol puissent tout atteindre, non seulement en surface, mais aussi en profondeur. C'est pourquoi il sera bon d'ouvrir une partie de la couture des matelas pour que ces vapeurs puissent pénétrer à l'intérieur.

Il va de soi que toutes les ouvertures et fissures des fenêtres, cheminées, portes devront être bien obturées au moyen de bandes de papier collées.

***

Jusqu'ici, nous avons supposé qu'il s'agissait de locaux en bon état ou en assez bon état de construction normale. Ceci est loin d'être toujours le cas à la campagne et surtout dans la banlieue des grandes villes ou des agglomérations industrielles. Là les maisons délabrées, les locaux défectueux, les taudis sont si nombreux que c'est ceux surtout dont la désinfection préoccupera — et à juste titre — le médecin traitant.

Dans ces cas, la désinfection terminale n'a que peu ou pas d'efficacité : lézardes, trous de toutes dimensions, fentes et fissures, plafonds aux lattes apparentes, planchers branlants, absence totale d'entretien, et souvent de propreté, tout concourt à rendre la désinfection locative

(1) V. Hygiène individuelle du travailleur. (Giard et Brière, éd., Paris.)
V. Principes d'hygiène. Chap. I. (G. Doin, éd., Paris.)

inopérante. La seule chose à tenter c'est le blanchiment des murs à la chaux et le lavage des sols avec une solution antiseptique, car il est bien inutile de demander la remise en état des locaux. Ceci serait une toute autre question. C'est alors que la désinfection en cours de maladie, même avec des moyens rudimentaires, mais bien guidée, rendra les plus éminents services. Au besoin le médecin traitant sera obligé de l'imposer avec quelque fermeté. N'oublions pas que l'« ensoleillement » prolongé de l'habitation lorsqu'il est possible constitue aussi un très bon procédé auxiliaire de désinfection (1). S'il n'y a pas moyen de transformer le local en cavité bien close, que faire du grabat, de la literie ? des hardes, des vêtements, de ces objets hétéroclites qui garnissent ce genre d'habitation. Il reste encore la ressource de trouver une caisse ou deux assez grandes pour pouvoir y opérer, après calfeutrage, la formolisation ou, s'il y a des parasites, et surtout des poux, la sulfuration.

Et pour les chiffons, débris vestimentaires ou autres, il faut essayer de persuader leur propriétaire de les brûler.

***

IV. Remarques particulières à certaines maladies transmissibles.

Telle est dans ses grandes lignes, la désinfection considérée au point de vue pratique ou administratif. Encore, pour simplifier, nous abstenons-nous de parler de la première sortie des malades dont le maire devrait être avisé, mais ce dont, dans la plupart des cas, il se soucierait peu, et d'autant moins qu'il ne possède aucun moyen de désinfection.

Il convient, maintenant, d'ajouter quelques mots à propos de quelques-unes des maladies transmissibles de nos pays, de celles qui sont, pour nous, le plus fréquentes.

Nous procèderons dans l'ordre suivant : maladies propres à l'homme, maladies communes à l'homme et aux animaux (2).

Tuberculose. — Beaucoup de nos départements sont dotés maintenant, plus ou moins complètement, d'organismes de lutte anti-tuberculeuse. Dans quelques-uns même, la lutte anti-tuberculeuse semble avoir relégué au second plan d'hygiène générale.

Grosse erreur à notre avis due à l'absence d'une doctrine et d'une organisation véritable de l'hygiène en France. Mais enfin il faut essayer d'utiliser ce qui existe. Le point délicat réside moins dans la technique de la prophylaxie et de la désinfection en cours de maladie que dans l'accord entre les services essayant d'assurer cette lutte et les médecins traitants. Il y a eu, il y a encore des frictions qui nuisent au succès de l'entreprise. Cependant l'éducation populaire nécessaire à cette lutte ne peut guère être donnée que par les infirmières visiteuses qui se sont spécialisées dans cette branche de la prophylaxie, parce qu'elles peuvent aller chez l'habitant aussi souvent que possible. A moins que l'on dispose d'une infirmière du type « polyvalent », comme celles que forme, à Vanves, notre éminent collègue et ami le D[r] Lafosse. Ce n'est pas le lieu d'entamer une digression pour savoir la place respective que doivent occuper le médecin traitant et l'infirmière visiteuse vis-à-vis l'un de l'autre. Mais, en matière de tuberculose, la désinfection en cours de maladie et l'éducation populaire sont tellement jointes que l'on ne peut s'empêcher de considérer cette dernière comme faisant partie intégrante de notre sujet. C'est pourquoi nous avons cru bon d'en dire un mot.

Rougeole. — Beaucoup, la majorité des médecins praticiens estiment que la désinfection dans la rougeole est inutile. Cette opinion ne me paraît pas juste et a pris naissance dans le fait qu'aucune mesure préventive n'étant prise, en général, on laisse la contagion se propager — elle se propage rapidement — et l'on rend ainsi la désinfection à peu près impossible : ils sont trop. D'autre part, la désinfection terminale nous paraît un peu superfétatoire dans le cas de la rougeole.

Mais, c'est ici que triomphe la désinfection en cours de maladie, appliquée là où il faut, c'est-à-dire principalement, à la gorge de tout l'entourage, aux mains, aux jouets, livres et cahiers si l'enfant fréquente l'école.

Mais, dans une caserne, dans un camp, la seule désinfection bi-quotidienne de la gorge constitue un moyen préservatif de premier ordre, *a fortiori* dans une famille, même à la campagne. J'ai eu l'occasion d'appliquer en grand ce procédé en 1916, 1918 et 1925 (1) chaque fois avec un succès remarquable. Aussi en ai-je fait imprimer des tracts que l'on peut distribuer aux familles.

Sa simplicité le recommande, une cuillerée à à café d'eau oxygénée pour un verre d'eau bouillie, ou même simple.

Scarlatine. — Je crois que le même procédé, avec une dose d'eau oxygénée portée à une cuillerée à bouche aurait le même succès s'il était appliqué à temps, c'est-à-dire aussitôt le premier cas familial constaté et à la condition que celui-ci soit constaté assez tôt.

Mais dans la rougeole comme dans la scarla-

(1) V. Principes d'hygiène. Chap. IV et V. (G. Doin, éd., Paris.)

(2) V. Principes d'hygiène. Chap. VII, VIII, VI et XII. (G. Doin, éd., Paris.)

(1) V. Evolution topographique d'une épidémie de rougeole. (*Bull.* de l'Académie de médecine, 15 décembre 1925.)

tine l'usage des gargarismes désinfectant la gorge est d'une si grande efficacité, que les mêmes tracts, distribués gratuitement aux populations intéressées, peuvent servir aussi bien dans la scarlatine que dans la rougeole.

En cas d'épidémie de rougeole, faut-il licencier les écoles? Cette mesure, inutile à la ville, peut être efficace à la campagne parce que les habitations sont souvent éloignées les unes des autres.

La prophylaxie de la scarlatine par la méthode de l'hôpital Claude-Bernard ne peut être appliquée que par le seul médecin.

Coqueluche. — Ici la désinfection en cours et en fin de maladie est indispensable. Les coquelucheux sont extrêmement contagieux. Il est vraiment scandaleux de voir des mères les emmener dans les voitures publiques ou chez des voisines. Le médecin traitant doit user de son autorité pour prévenir ces procédés qui sèment la contagion volontairement. La désinfection en cours de maladie sera particulièrement rigoureuse ainsi que l'isolement — s'il est possible — et les personnes soignant l'enfant devront porter une blouse et se laver les mains aussi souvent qu'il faudra.

Là encore, je crois à l'efficacité du gargarisme préventif.

Angines. — *A fortiori* dans les angines de toute nature, Quant à celle de la diphtérie nous possédons aujourd'hui des moyens préventifs plus puissants que les meilleurs gargarismes et que le médecin traitant applique lui-même (anatoxine).

***

V. Désinfection des livres.

C'est à dessein que j'ai groupé la rougeole, la scarlatine, la coqueluche et les angines. C'est parce qu'un très grand nombre des enfants qui en sont atteints souillent, pendant la période d'incubation leurs livres et cahiers, fait qui contribue à la contagion scolaire. D'autre part, la désinfection des livres a été jusqu'à présent considérée comme une opération très difficile.

J'ai déjà eu l'occasion d'en parler ici-même (1).

L'appareil qui permet d'utiliser la chloropicrine est d'un maniement si facile que même dans les écoles de campagne, surtout dans celles-là, qui sont éloignées de tout centre bien armé au point de vue désinfection, on devrait en posséder un. La désinfection des livres scolaires est, suivant moi, le complément obligatoire de la désinfection des maladies transmissibles dont nous venons de parler brièvement.

***

VI. Remarques au sujet des fièvres typhoïdes

Fièvres typhoïdes. — La désinfection quotidienne multiple des fèces a, dans les fièvres typhoïdes, une importance considérable. C'est, en effet, sans aller plus loin que la banlieue même de Paris, un usage constant que de vider les seaux dits de toilette, vases, baquets, voire tinettes, dans les jardins, sous prétexte de les fertiliser.) Ce ne sont pas seulement de simples paysans qui pratiquent ainsi la fumure de leur potager, mais parfois aussi des gens que l'on pourrait croire avertis. Cet usage se poursuit aussi bien pendant une maladie que dans les périodes de bonne santé, et d'autant mieux si un membre de la famille est atteint de fièvre typhoïde (ou de dysenterie), car il y a davantage de vases à vider. Souvent aussi les urines s'écoulent librement vers le trou qui représente la fosse d'aisances, avec les eaux ménagères. Aucune précaution n'est prise à l'égard du puits qui est sans cesse contaminé de par nouvelles infiltrations.

Dans ces cas, il importe d'appeler fortement l'attention de la famille sur le danger de telles pratiques et de multiplier les recommandations au sujet de la désinfection des fèces, urines et eaux usées par le chlorure de chaux.

Il sera nécessaire aussi d'insister sur la propreté des mains et leur désinfection, car il ne faut pas aller traire les vaches en sortant de vider les vases des malades. On souillerait du même coup le pis des vaches, le lait, et les récipients dans lesquels on le recueille.

Il faut aussi penser à la protection des sources, s'il y en a dans le voisinage, car on a connu fréquemment des épidémies dues à la contamination de sources très pures, habituellement, par la projection du contenu des vases sur une prairie, dans un potager, un verger. J'en ai observé dans le bassin de Paris et dans les Pyrénées-Orientales.

Il est donc de toute nécessité de faire mélanger toutes les dejections des typhoïdiques d'une quantité, même exagérée plutôt que trop faible, de chlorure de chaux ou d'un autre désinfectant énergique, de les laisser en contact une couple d'heures avant de les déverser dans le trou-dépotoir, ou de les laisser jeter sur le fumier, ou épandre dans le jardin, cette dernière pratique devant être prohibée en tout cas. Il faudra ne pas oublier de faire jeter chaque jour dans le trou, ou la tinette, du désinfectant de façon à ce que les matières soient absolument modifiées par leur mélange constant avec ces agents chimiques qui sont tous des oxydants énergiques et qui désodorisent en même temps.

C'est par cet exemple que l'on voit plus particulièrement la nécessité de cette éducation hygiénique qui est encore si peu répandue en France.

L'intervention de l'inspection départementale d'hygiène s'impose ici d'une façon encore plus formelle que dans les autres maladies contagieuses. *(A suivre.)*

(1) V. *Concours médical*, n° 2, 1928, page 106.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MAISON DU MÉDECIN

Dimanche 24 juin, a eu lieu dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine l'Assemblée générale annuelle de la *Maison du médecin*. En s'absence du Dr Cazin, président, M. le Pr Cunéo présidait la séance.

Le secrétaire général, le Dr Dupuy de Frenelle, montra les résultats obtenus, résultats très satisfaisants évidemment puisque les ressources de la Société augmentent progressivement, mais encore insuffisants puisque la *Maison du médecin* ne peut couvrir ses frais qu'avec le produit de sa vente de charité et de sa tombola qui ont lieu tous les ans et ont rapporté cette année 170.000 francs. Il remercie le Dr Boucard, généreux organisateur de la tombola, qui a remis net un chèque de 120.000 francs, à l'œuvre et Madame Paul Claisse et ses collaboratrices qui ont obtenu 50.000 francs pour la vente. Heureusement la *Maison du médecin* peut compter sur de pareils dévouements. Après avoir remercié les efforts suivies des succès appréciables des journalistes médicaux et notamment du Dr Molinéry dont un des articles sur la *Maison du médecin* paru dans la *Médecine internationale illustrée* a provoqué de nombreuses lettres et de multiples adhésions, le Dr Dupuy de de Frenelle a exprimé ses regrets de voir l'indifférence encore trop grande que le plus grand nombre des méedcins montraient à une œuvre dont la nécessité se fait et se fera de plus en plus sentir. Les comptes du trésorier furent adoptés à l'unanimité. Quelques observations judicieuses furent alors faites par le Dr Smester, un des doyens vénérés du corps médical parisien qui ne cesse de s'intéresser vivement à la Maison de Valenton et à ses prensionnaires et, un échange de vues eut lieu sur les améliorations qui pourraient être apportées à son administration.

Voici le texte du discours prononcé par M. le prof. Cunéo :

Mesdames, Messieurs,

C'est l'absence de notre cher président Cazin qui me vaut l'honneur de présider l'Assemblée générale. Je n'ai pas besoin d'excuser Cazin. Pour nous tous qui savons le dévouement, je dirai même la tendresse qu'il a voués à cette œuvre dont il fut le créateur et dont il reste l'animateur, son absence ne peut être motivée que par une raison sérieuse. Vous vous joindrez à moi pour souhaiter le rétablissement complet de Madame Cazin dont la santé un peu altérée à obligé notre président à avancer son départ.

Avant de vous donner un résumé de la situation actuelle de notre œuvre, permettez-moi de remercier M. le Doyen de l'hospitalité qu'il veut bien nous donner pour cette réunion.

Mesdames, Messieurs,

La situation de la « Maison du médecin » s'améliore chaque année. Le nombre des membres actifs s'accroit, mais pas dans la mesure où nous le désirerions. Il faut que chacun de nous pense à faire auprès des confrères qu'il connait la propagande continue, patiente et inlassable seule susceptible de donner des résultats. L'accroissement le plus sensible porte sur les membres donateurs et les membres bienfaiteurs. De ce fait nous avons touché en 1926, 21.000 ; en 1927 nous atteignons le chiffre de 36.000.

Je n'insisterai pas sur les legs dont notre dévoué secrétaire général vous donnera le détail. Je me bornerai à vuos signaler le legs de Madame Delporte que nous avons reçu l'année dernière et le legs Robier que nous allons toucher très prochainement et que l'on peut évaluer à 40.000 francs. Nous devons tous garder un souvenir ému de la générosité de ces deux confrères, en espérant que leur exemple sera suivi.

La vente de charité a rapporté 170.000 francs. Nous devons à la générosité du Dr Boucard la somme de 120.000 francs. Je remercie tout spécialement Madame Boucard d'avoir bien voulu s'occuper de la loterie.

Je remercie également Madame Paul Claisse et les autres dames patronesses de leur zèle à la vente qui nous a rapporté plus de 50.000 francs.

Je tiens également à dire notre reconnaissance aux confrères journalistes qui par leurs échos sur la Maison du médecin nous ont valu des nouvelles adhésions. Deux d'entre eux méritent une mention spéciale, c'est d'une part Molinery pour ses articles dans la *Médecine internationale illustrée* ; c'est d'autre part notre distingué confrère Noir dont vous connaissez tous les éminentes qualités journalistiques qui a fait dans le *Concours médical* un appel vigoureux pour la Maison du médecin.

J'ai le triste devoir d'adresser à la mémoire de notre confrère Huguier, membre de notre Conseil d'administration, l'expression de notre souvenir tristement ému. Ancien aide d'anatomie à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, Huguier avait de remarquables qualités de chirurgien. Sa thèse a fait époque dans l'histoire des pseudarthroses. Son observation de remplacement d'un humérus par un péroné est un des premiers succès, de cette chirurgie réparatrice. Beaucoup d'entre vous ont pu être témoin de son habileté dans la chirurgie gastro-intestinale;

La « Maison du médecin » perd en lui un membre aussi actif que dévoué.

Notre vice-président Laignel-Lavastine a été frappé par un affreux malheur. Un accident d'automobile lui a ravi son fils. Je lui adresse en votre nom l'expression de notre sympathie profondément attristée.

Permettez-moi en terminant de parler de nos bons pensionnaires. Ils sont actuellement au nombre de 23 dont 4 ménages. C'est dire que la Maison est presque pleine. Ils trouvent à Valenton l'asile de paix et de repos dont une existence souvent difficile doit leur faire apprécier la valeur. Ils se trouvent généralement bien de leur séjour à Valenton. Lorsqu'ils sont souffrants, ils reçoivent les soins empressés de notre confrère Clément, médecin de Brévannes, auquel je tiens à adresser l'expression de notre reconnaissance.

Le discours du Pr Cunéo, fut salué par d'unanimes applaudissements qui prouvaient combien tous les assistants étaient reconnaissants à l'éminent professeur de donner le bon exemple. Trop rares sont en effet les sommités médicales qui daignent apporter leur concours à des œuvres de bienfaisance confraternelle telles que la *Maison du médecin* (1).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Séance du Conseil Général du 7 juin 1928.

Cette séance fut présidée par M. le Dr Oberkirch, membre du Conseil, sous-secrétaire d'Etat au Ministère du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, qui avait tenu à répondre à la convocation qui lui avait été envoyée et prouver ainsi au Corps médical tout l'intérêt qu'il lui porte. Dans une brève allocution, il assura ses collègues de toute sa sollicitude et leur affirma que dans l'élaboration en cours du décret d'administration publique qui doit assurer le fonctionnement de la loi des assurances sociales il tiendrait le plus grand compte des revendications du Corps médical, et ferait tout ce qui dépendrait de lui pour lui donner satisfaction. M. le Dr Bellencontre, président de l'Association remercia M. le Dr Oberkirch de son geste amical, en lui affirmant, à nouveau, les sentiments reconnaissants et affectueux de l'Association.

Au cours de la séance, M. le Dr Chapon, membre du Conseil fit une intéressante communication sur l'influence de la stabilisation sur les honoraires médicaux et démontra que la situation matérielle du médecin de 1928 était bien inférieure à celle du médecin de 1913 ; néanmoins il considère qu'avec la stabilisation il n'est guère possible de penser actuellement à une nouvelle augmentation des tarifs.

M. le Dr Chapon tint le Conseil sous le charme de sa parole pendant plus d'une demi-heure et reçut les félicitations de tous ses collègues pour son intéressant exposé.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

26 *juin* 1928.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir ; Vimont, Mignon, Gassot ; Huguenin ; de la Rochefordière, Henne ; Pamart et Boudin, *secrétaire*.

Excusés : MM. Mazeroux et Levassort.

M. Mignon, *secrétaire général*, présente au Conseil son travail sur la morbidité médicale au sein de la Mutualité familiale pendant ses trente premières années.

Le Conseil remercie M. Mignon et charge M. Gassot de s'entendre avec le *Concours médical* pour la publication de ce travail.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

(1) Secrétariat de la Maison du Médecin : 51, rue de Clichy. Cotisation : 30 fr. Chèques-postaux, Paris 391-46.

Combinaisons MA et B.

2 Maurat	Oise	38 jours	380 »
14 Chopinet	Creuse	7 jours	70 »
16 Bricet	Paris	3 mois	300 »
22 Seney	Alpes-Maritimes	20 jours	200 »
43 Collignon	Sarthe	22 jours	220 »
126 Malfuson	Cher	11 jours	110 »
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164 de Grissac	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
192 Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193 Colin	Finistère	3 mois	300 »
228 Tacheron	Aube	3 mois	300 »
236 Herland	Finistère	3 mois	300 »
260 Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
322 Raynal	Tarn	60 jours + 24 jours chr	679 90
357 Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
386 Mayet	Savoie	3 mois	300 »
409 Caffeau	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
433 Guental	Doubs	21 jours	210 »
464 Audoucet	Marne	6 jours	60 »
482 Hervé	Loir-et-Cher	43 jours	430 »
488 Harnaut	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
500 Richard	Loiret	6 mois	600 »
504 Deluc	Gers	3 mois	300 »
524 Fraikin	Seine	16 jours	160 »
539 Devoir	Alpes-Maritimes	21 jours	210 »
565 Targowla	Aisne	32 jours	320 »
583 Boichot	Saône-et-Loire	39 jours	390 »
587 Lalague	Landes	42 jours	420 »
614 Lafont	Seine-et-Oise	1 mois	100 »
657 Myron	Bouches-du-Rhône	8 jours	80 »
664 Samalens	Gers	13 jours	130 »
673 Berger	Gironde	60 jours + 25 jours chr	683 25
696 Cézilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700 Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
751 Barde	Gironde	6 jours	60 »
806 Gabriault	Vienne	22 jours	220 »
828 Mercier	Paris	3 mois	300 »
857 Martin	Haute-Saône	17 jours	170 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
868 César	Ain	60 jours + 5 jours chr	616 65
892 Sabadini	Alger	3 mois	300 »
921 Ducret	Haute-Savoie	8 jours	80 »
960 Grand	Tarn	11 jours	110 »
980 Bousrez	Vosges	15 jours chr	50 »
1057 Boudon	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1070 Jouve Balmelle	Bouches-du-Rhône	21 jours	210 »
1076 Genévrier	Saône-et-Loire	8 jours	80 »
1077 Daclin	Isère	2 mois et 19 jours chr	263 25
1084 Truelle	Paris	9 jours + un mois thermal	190 »
1109 Gauthier	Sarthe	6 jours	80 »
1119 Descos	Loire	37 jours	370 »
1138 Vialle	Corrèze	16 jours	160 »
1198 Mouras	Ardennes	27 jours	270 »
1213 Etienne	Meurthe-et-Moselle	9 mois	900 »
1224 Sérégé	Allier	4 mois et 28 jours chr	493 25
1259 Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1265 Coulomb	Gard	32 jours	320 »
1272 Molinéry	Haute-Garonne	2 mois	200 »
1281 Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1298 Quesnel	Calvados	7 jours	70 »
1317 Denier	Allier	36 jours	360 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410 Montigny	Nord	3 mois	300 »
1474 Monier	Nord	23 jours	230 »
1506 Chazalon	Ardèche	60 jours + 3 jours chr	610 »
1534 Gayet	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
1538 Lequint	Pas-de-Calais	32 jours	320 »
1541 Cassard	Loire-Inférieure	24 jours	240 »
1554 Dorte	Hérault	28 jours	280 »
1557 Magnin	Ain	3 mois	300 »

à Reporter 20.816 30

		Report	20.816 30
1573 Lecouillard	Paris	6 mois	600 »
1587 Lacomme	Saône-et-Loire	un mois thermal	100 »
1601 Fournioux	Puy-de-Dôme	9 jours	90 »
1668 Maurat	Lozère	8 jours	80 »
1777 Petriaux	Paris	57 jours	570 »
1796 Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1823 Castéran	Ardennes	60 jours + 26 jours chr	686 55
1854 Laroche	Vosges	20 jours	200 »
1858 Morisot	Dordogne	54 jours	540 »
1880 Muller	Marne	10 jours	100 »
1895 Fort	Seine-et-Marne	60 jours + un jour chr	603 35
1896 Roure	Ardèche	3 mois	300 »
		Total	24.986 20

Combinaison MAD.

14 Chopinet 2	Creuse	7 jours	280 »
16 Bricet 1/2	Paris	22 jours	220 »
43 Collignon	Sarthe	22 jours	440 »
144 Goulven	Finistère	21 jours	420 »
243 Royé	Morbihan	14 jours	180 »
386 Mayet	Savoie	33 jours	660 »
524 Fraikin 1/2	Seine	16 jours	160 »
583 Boichot 2	Saône-et-Loire	39 jours	1.560 »
614 Lafont 2	Seine-et-Oise	un mois	400 »
657 Nayron 1/2	Bouches-du-Rhône	8 jours	80 »
857 Martin 1/2	Haute-Saône	17 jours	170 »
921 Ducret	Haute-Savoie	8 jours	160 »
980 Bousrez 1/2	Vosges	15 jours chr	50 »
1080 Truelle 1/2	Paris	9 jours + un mois thermal	190 »
1198 Mouras 1/2	Ardennes	27 jours	270 »
1265 Coulomb 1/2	Gard	32 jours	32
1474 Monier 1/2	Nord	23 jours	320 »
1538 Lequint 1/2	Pas-de-Calais	32 jours	320 »
1601 Fournioux 1/2	Puy-de-Dôme	9 jours	90 »
1823 Castéran 1/2	Ardennes	60 jours + 26 jours chr	686 60
		Total	7.066 60

M. le Dr Duclaux (142) fait un don de 25 francs à la Caisse auxiliaire. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du 2e trimestre 1928 les sommes suivantes à :

4	Mme Vve Lepage, Paris	150 fr.
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 »
38	Mme Vve Gillette, Calvados	150 »
43	Mme Vve Chevreux, Paris	150 »
45	Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Mme Vve Rousselot, Marne	150 »
	Total	760 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 juin 1928.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. Duballen, Tisseau, Bourguet, Michel et Routin.

Combinaison MAD :

M. Bron.

Combinaison MAD2 :

MM. Castelbon, Duballen, Tisseau, Michel, Bourguet, Bobay et Routin.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA.

MM. les docteurs :
Ruppe, de Paris.
Potié, d'Armentières, Nord.
Laigle, de Harnes (Pas-de-Calais).
Aurioud, de Caen.
Alric, de Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône).
Auricombe, d'Agen.

Combinaison MAD.

M. le docteur :
Alric, de Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône).

Combinaison MAD2.

MM. les docteurs :
Ruppe, de Paris.
Potié, d'Armentières (Nord).
Viard, de la Chambre (Savoie).
Laigle, de Harnes (Pas-de-Calais).
Aurioud, de Caen.
Auricombe, d'Agen.
Ducret, de Reignier (Haute-Savoie).
Bénazet, de Pennautier (Aude).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin septembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

MM. les docteurs :
Ducret, de Reignier (Haute-Savoie).
Autricombe, d'Agen.
Bénazet, de Pennautier (Aude).

Combinaison R.

M. le docteur :
Bénazet, de Pennautier (Aude).

Combinaison V.

M. le docteur :
Autricombe, d'Agen.

Le Conseil considérant que l'essai de propagande directe ne peut, à l'époque des vacances, donner des résultats sur lesquels il soit possible de tabler, décide que cet essai sera prolongé pendant l'année 1929. Le secrétaire général étudiera la possibilité d'étendre ce service à une ou deux régions en province.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée

Le Secrétaire. P. Boudin. — *Le Président,* A. Maurat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Benoit-Gonin, de La Chartre-sur-le-Loir (Sarthe). — M. le Dr Guillet, de Bayeux (Calvados). — M. le Dr Pottevin, ancien sénateur, Directeur de l'Office international d'hygiène publique. — M. le Dr Bouchez, de Busigny. — M. le Dr Ambard, de Brignolles (Var).

— **Maternités de Pellegrin et de l'école départementale d'accouchement de Bordeaux.** — *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes* (Cinquième série), du 8 au 13 octobre 1928, par MM. les docteurs Anderodias, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine, Pery, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien en chef de la Maternité, et P. Balard, accoucheur des hôpitaux, assistant de la Maternité, avec la collaboration de MM. Lafon-Oré, accoucheur des hôpitaux, Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, Boisserie-Lacroix, médecin des hôpitaux.

Programme : Lundi 8 octobre, 9 heures. Cours (Dr Balard) : Les vomissements de la grossesse. — 10 heures. Maternité. Leçon clinique. — 15 heures : Visite à la Maison de santé Lavalance, 118, rue Pasteur-Caudéran Thé offert par M. le Directeur. — 17 heures. Cours (Dr Pery) : Indications et conditions nécessaires au forceps.

Mardi 9 octobre : 9 heures. Cours (Dr Anderodias) : La délivrance et la rétention des membranes. — 10 heures. Maternité (visite du service. Présentation de malades). — 14 heures. Visite du service municipal de désinfection. — 17 heures. Cours (Dr Balard) : Les ocytociques.

Mercredi 10 octobre : 9 heures .Cours (Dr Anderodias) : Formes cliniques et thérapeutique des infections puerpérales. — 10 heures. Canolle (Dr Lafon) : Visite du service. Leçon clinique. — 13 heures. Visite du Nid médocain. Départ à 13 h. précises place de la Comédie. Cours (Dr Boisserie-Lacroix) : L'hérédité tuberculeuse. Collation offerte par Mme la présidente de l'œuvre. Se faire inscrire pour cette excursion le lundi avant 17 h.

Jeudi 11 octobre : 9 heures. Cours (Dr Balard) : La saignée en pratique obstétricale. — 10 heures. Maternité (Visite du service. Présentation de malades). — 15 heures. Visite de la Pouponnerie des Dames de France. Thé offert par la Direction des Magasins. — 17 heures. Cours (Dr Pery) : La présentation du siège.

Vendredi 12 octobre 9 heures. Cours (Dr Boisserie-Lacroix) : La syphilis héréditaire précoce. — 10 heures. Maternité. Leçon clinique. — 16 heures. Cours (Dr Balard) : Le service social des maternités.

Samedi 13 octobre : 9 heures. (Dr Jeanneney) : Ce qu'une sage-femme doit savoir des cancers de l'utérus. — 10 heures. Maternité (Visite du service. Présentation de malades).

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'école départementale d'accouchement à Pellegrin.

Grâce au bienveillant concours de l'Administration des hospices, les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées gratuitement à l'école d'accouchement, des repas leur seront servis au prix de 5 francs le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la Directrice de l'école avant le 4 octobre, et de s'entendre avec elle pour les repas.

Des précisions sur l'Excursion au « Nid Médocain » seront données au début des cours de perfectionnement.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la Directrice de l'école d'accouchement, Hôpital Pellegrin, Bordeaux.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

109. Porcheron (Edgard-Jean-Ernest), médecin lieutenant, 9^{e} corps d'armée.

110. Breitman (Lucien-Benjamin), médecin lieutenant, 5^{e} corps d'armée.

111. Malon (Emile-Charles-Yacinthe), médecin lieutenant, 10^{e} corps d'armée.

112. Barberousse (Michel-François), médecin lieutenant, 6^{e} corps d'armée.

113. Delecour (Constant-Joseph-Alexandre), médecin lieutenant, 1^{er} corps d'armée.

114 Rochetaux (Jacques), médecin lieutenant, 9^{e} corps d'armée.

115. Balleydier (Henri-Louis-Marie), médecin lieutenant, 14^{e} corps d'armée.

116. Verger (Pierre-Georges-Marie), médecin lieutenant, 12^{e} corps d'armée.

117. Polony (Sylvain-Eugène-Léonard), médecin capitaine, 7^{e} corps d'armée.

118. Lassus (Jean-Marie-Joseph-Déodat-Guiraud), médecin sous-lieutenant, 10^{e} corps d'armée.

119. Lecacheur (Georges-Albert), médecin lieutenant, 3^{e} corps d'armée.

120. Cuvier (Victor-Georges), médecin lieutenant, 18^{e} corps d'armée.

121. Amsler (Louis-Roger), médecin lieutenant, 9^{e} corps d'armée.

122. Marchand (Joseph-Henri), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

123. Algan (Henri-Jules-Eugène), médecin lieutenant, 20^{e} corps d'armée.

124. Duvignau (Marie-Camille-Antoine), médecin lieutenant, 15^{e} corps d'armée.

125. Martinettti (Charles-Amédée-Théodore), médecin lieutenant, 16^{e} corps d'armée.

126. Lebon (Eugène-Auguste), médecin lieutenant, 19^{e} corps d'armée.

127. Boppe (Marcel), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

128. Dore (Jean), médecin lieutenant, 17^{e} corps d'armée.

129. Fontaine (René-Antoine-Joseph), médecin lieutenant, 9^{e} corps d'armée.

130. Robin (Joseph-Ernest-Marie), médecin lieutenant, 11^{e} corps d'armée.

131. Helie (Yves), médecin lieutenant, gouvernement militaire de Paris.

132. Angele (Pol-Joseph), médecin lieutenant, 17^{e} corps d'armée.

133 Barre (Léon-Noël), médecin lieutenant, 15^{e} corps d'armée.

134. Ahreiner (Georges), médecin lieutenant, 20^{e} corps d'armée.

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Les taches solaires et les maladies chroniques.

Mon cher Confrère,

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des symptômes des maladies chroniques coïncidant avec le passage des taches solaires au méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages de taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches, est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1928 est particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvelle, dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement, si la question vous intéresse ; — si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, mon cher Confrère, à l'assurance de nos meilleurs remerciements et de nos très cordiaux sentiments.

Le Président : Dr M. FAURE.

Adresser la correspondance au Dr M. FAURE, 14, rue Verdi, à Nice du 15 novembre au 15 mai et à Lamalou (Hérault) du 15 mai au 15 novembre.

Relations du cancer et des traumatismes.

M. le professeur agrégé JEANNENEY, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, recevrait avec plaisir toutes communications et travaux pouvant éclairer la question des relations du cancer avec les traumatismes. Nos lecteurs qui auraient des documents sur ce sujet voudront bien les adresser au professeur JEANNENEY, à Bordeaux.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Quand un médecin peut-il être considéré comme un spécialiste ?

Quelles sont les conditions selon lesquelles on peut accorder à un médecin la qualification de spécialiste ? Au cas où cette qualification serait discutée en justice, le praticien serait-il en droit de réclamer des dommages-intérêts, pour préjudice causé et atteinte à sa réputation professionnelle ?

Comme je l'ai démontré dans un récent article du *Concours médical* (1928, p. 1695), la définition de médecin spécialiste dépend de plusieurs éléments.

Rappelons la définition donnée par le jugement de paix de Villejuif (8 juin 1921) que j'ai donnée dans l'article précité : « aux termes de l'article 27 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, on doit entendre par médecin spécialiste celui qui se consacre principalement, ou exclusivement, au traitement de certaines maladies, par opposition avec le praticien de la médecine générale courante.

Or, doit-on dénier la qualification de spécialiste à un docteur, qui, simultanément, s'occupe de plusieurs spécialités ? Par exemple, un oto-rhino-laryngologiste peut-il également faire de l'ophtalmologie et tantôt être déclaré spécialiste pour les maladies de la gorge et du nez, tantôt être qualifié de spécialiste pour les yeux ?

Le jugement précité décide que « le fait, pour un médecin oculiste, spécialisé, de s'occuper accessoirement de certaines affections étrangères à sa spécialité, ne saurait lui faire perdre la qualité qu'il tire de sa pratique journalière.

Dans le cas particulier, qui fit l'objet de ce jugement, le spécialiste en ophtalmologie put prouver qu'il avait suivi des cliniques et services d'hôpitaux spécialisés, qu'il avait fait des travaux scientifiques et qu'en même temps, il avait étudié la partie oto-rhino-laryngologie : en conséquence, il avait le droit de se dire spécialiste en plusieurs branches de la médecine.

Allant plus loin, un jugement de paix d'Ivry sur-Seine, du 17 novembre 1908 (Rec. Ministère du Travail, XI, 14) décide que lorsqu'un spécialiste se substitue au médecin traitant et

devient seul médecin du blessé, il n'existe aucun texte de loi, qui interdise aux spécialistes de donner des soins rentrant dans la médecine générale.

L'adversaire du praticien ne saurait se prévaloir, ajoute le juge, d'un prétendu usage, existant dans le Corps médical, d'après lequel le spécialiste, qui reçoit un malade envoyé par un confrère, s'interdit de donner à ce malade des soins autres que des soins spéciaux ; qu'il s'agit là d'un fait d'ordre confraternel, qui ne regarde pas, en aucune façon, les tiers étrangers à la profession médicale.

Dans un jugement, en date du 2 juin 1919 (*La Loi*, 31 décembre 1919), le tribunal civil de Bordeaux (1re chambre), décide qu'en matière d'accidents du travail, le tarif des spécialistes ne peut être appliqué que lorsque, sur avis du médecin traitant, le client a dû s'adresser à un spécialiste. Si le médecin traitant donne les soins lui-même, il juge inutile d'adresser l'accidenté à un spécialiste et il n'a pas droit à la majoration.

Ajoutons que la jurisprudence décide que le patron ne peut être tenu des soins donnés par le spécialiste, si ceux-ci font double emploi avec ceux donnés par le médecin traitant (Justice de paix de Charenton, 18 décembre 1907 ; Rec. Min. Trav., XI, 6 ; Just. paix d'Ivry-srur-Seine, 16 juin 1908, Rec. Min. Trav., XI, 7 ; Just. paix de Versailles, 6 mars 1909 ; Rec. Min. Trav., XII.320 ; Just. paix, Noisy-le-Sec, 30 décembre 1908, Rec. Min. Trav., XII-.11.)

De tout ceci découle que la qualification de médecin spécialiste ne saurait être refusée à un praticien qui exerce une ou plusieurs branches de l'art de guérir, en dehors de la médecine générale, qui peut prouver qu'il a fait des études spéciales, ou des stages hospitaliers particuliers, pour se perfectionner dans une ou plusieurs spécialités et qui, enfin, peut donner la certitude qu'un certain nombre de médecins, ses confrères, lui adressent des malades, relevant de sa ou de ses spécialités.

Ceci posé, lorsqu'un chef d'entreprise, ou l'assurance de ce dernier dénie la qualité de spécialiste et donne à son assertion une certaine publicité, notamment en portant le débat devant les tribunaux, le médecin peut-il demander des dommages-intérêts, pour préjudice matériel et moral, qui lui est ainsi occasionné, vis-à-vis de sa clientèle ?

Différentes décisions de justice de paix ont accordé au médecin des dommages-intérêts, pour pertes de temps, démarches, etc., occasionnées par des retards injustifiés de payement (J. P., Bléré (Indre-et-Loire), 17 avril 1907, *Concours médical*, 1907.482 ; J. P., Boulogne-sur-Seine, 24 avril 1907 ; *Concours médical*, 1907.523 ; J. P. Fréjus, 28 octobre 1908 ; *Concours médical*, 1909.

158 ; J. P., Béziers, 1er canton, 12 janvier 1909 ; *Concours médical*, 1909.158 ; J. P., Luxeuil-les-Bains, 2 avril 1910 ; *Concours médical*, 1910-764 ; Tribunal civil d'Aix, 29 octobre 1908 ; *Concours médical*, 1909-55.)

Pour que des dommages-intérêts soient accordés, il faut que le médecin puisse se plaindre d'une mauvaise volonté de la part du chef d'entreprise (ou de son assurance) pour le payer, que les raisons invoquées n'aient aucune valeur ; enfin ce retard injustifié de payement a provoqué, dans l'esprit de la clientèle du médecin, une sorte de suspicion sur sa bonne foi, ou sur son habileté professionnelle.

Dans le cas où la compagnie ne discute pas la notoriété d'un médecin comme oto-rhino-laryngologiste, mais se refuse à le considérer comme un oculiste, il y aura dommage, lorsque le débiteur aura basé son refus de payement sur de mauvaises raisons, ne voulant pas admettre les preuves de spécialisation scientifiques et pratiques fournies ; enfin, lorsque ces discussions sur la valeur professionnelle du praticien ont été connues du public.

Dr Paul Boudin.

Le sérum antidiphtérique et ses doses à la campagne

Je viens de lire dans le *Concours médical* du 15 juillet, reçu ce matin, l'intéressante communication du Dr Damey, de Douarnenez, sur un cas de diphtérie nasale. J'admire vivement son grand sens clinique qui a permis de sauver la vie de sa jeune malade. De plus, je suis absolument de son avis, lorsqu'il affirme qu'il est possible de guérir les diphtéries, même graves, avec des doses de sérum beaucoup moins fortes que celles que nous trouvons préconisées dans les traités les plus récents. Je n'ai jamais dépassé la dose de 40 c. c. par jour dans les cas les plus graves et fort heureusement, car combien de gens seraient dans l'impossibilité de faire les frais d'un traitement avec les fortes doses que nos maîtres conseillent aujourd'hui ? Peut-être le microbe campagnard a-t-il une virulence moins grande que celui de la ville et de l'hôpital ?

Je serais heureux si mon confrère de Douarnenez pouvait savoir qu'il y a des médecins de campagne du même avis que lui.

Em. Chailloux.

Champigné (M.-et-L.).

CORRESPONDANCE

Application du tarif Fallières.

2305. — Quand doit-on faire une injection de sérum antitétanique ?

Veuillez trouver ci-jointe : une lettre de moi au Dr Decourt, président de mon Syndicat, et la réponse du Dr Decourt.

Il s'agit là, à mon avis, d'une question sérieuse à laquelle j'ai pensé souvent et que je voudrais bien voir élucider.

Je suis même étonné que quelqu'un d'entre nous n'y ait pas été encore pris.

Et ce cas est de pratique courante.

Lettre au Dr Decourt.

A propos d'accidents de travail, je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur la question suivante :

Un blessé se présente avec une plaie banale, d'un doigt par exemple, survenue en dehors de toute circonstance propre à faire craindre le tétanos. Estimant qu'il n'y a pas lieu de faire d'injection de sérum antitétanique, je m'abstiens. Si, cependant le tétanos se déclarait, la Compagnie d'assurances pourrait-elle m'incriminer ?

En d'autres termes, chez les accidentés du travail, faut-il faire systématiquement une injection de sérum antitétanique, — ce qui met facilement, vous le savez, les Compagnies d'assurances en garde contre nous —, ou bien faut-il la réserver au cas où elle est formellement indiquée ?

Dr F.

Réponse du Dr Decourt.

Mon cher Confrère,

Savoir quand on doit faire une injection de sérum antitétanique et quand on peut s'abstenir est, à mes yeu, la quadrature du cercle, attendu que la moindre écorchure peut-être tétanigène et la plus énorme blessure ne pas l'être.

En tous cas, ce n'est pas au modeste praticien que je suis à vous répondre sur une telle question. Ce serait plutôt aux membres de la Société de Chirurgie voire de l'Académie de Médecine.

Et je serais curieux de savoir s'ils feraient une réponse nette et précise. Jusqu'à preuve du contraire, permettez-moi d'en douter.

Dr Fernand Decourt.

Réponse.

A mon avis, la réponse à cette question doit être envisagée sous deux angles : le clinique et le juridique.

Cliniquement, doit être considérée comme suspecte toute plaie anfractueuse, qui a été souillée

par la terre, ou qui survient chez un blessé qui soigne des chevaux, etc.

Une plaie franche, à bords nets, facilement désinfectable, ne présente pas les mêmes caractères, au point de vue de l'infection possible, par le tétanos.

Doit être également envisagée la surveillance plus ou moins suivie, que peut exercer le médecin. Si le blessé se fait faire chaque jour un pansement, par lui, celui-ci pourra se rendre compte de l'allure générale de la plaie, de sa vivacité à la réparation, ou au contraire de son aspect blafard, sans réaction curative des tissus. Il agira alors en conséquence, par prudence, et verra s'il doit, ou non, pratiquer une injection antitétanique, un, deux ou trois jours après l'accident.

S'agit-il au contraire d'un accidenté que le médecin ne peut pas suivre, dont il confiera les soins à la famille, à un infirmier, à un auxiliaire quelconque ? il a quelque doute sur l'infection tétanique, il agira prudemment en pratiquant une injection préventive.

Donc, question de clinique, d'expérience, d'impression.

Au point de vue juridique, nous devons, tout d'abord écouter les doléances des responsables : chefs d'entreprise. Surtout les assurances de ces derniers se plaignent que certains médecins qui ne vivent que de la médecine des accidents du travail, font systématiquement des injections antitétaniques à tout blessé, qui a une plaie quelconque.

On soupçonne donc d'agir, non pas dans l'intérêt du blessé, ou du responsable, mais dans le leur propre, pour établir ainsi des notes de plombier, en tirant du tarif ministériel tout ce qui peut être à leur avantage.

Mais, ces mêmes responsables, qui n'ont pas tous les torts en se plaignant de ces abus et en les dénonçant, seraient cependant les premiers à mettre en cause la responsabilité professionnelle du médecin traitant, si celui-ci avait omis l'injection préventive antitétanique, alors qu'ultérieurement l'infection se serait déclarée.

Il n'est pas douteux que le praticien serait poursuivi devant les tribunaux, pour avoir occasionné la mort d'un blessé du travail, alors qu'il n'aurait pas diagnostiqué l'infection tétanique et n'aurait pas pris, à temps, les méthodes de traitement qui s'imposaient.

A l'heure actuelle, où les tribunaux ont la fâcheuse tendance sociale d'étendre, sans mesure, la responsabilité du médecin, laissant ainsi supposer que, dans l'esprit des magistrats, la science médicale, contrairement aux autres sciences humaines, est infaillible et absolue, il est à craindre que le praticien incriminé ait besoin du « Sou médical » pour le défendre vigoureusement et faire proclamer sa non-culpabilité.

Cependant, pour présenter la défense du con-

frère, le « Sou médical », s'appuierait sur la jurisprudence antérieure et notamment sur celle que j'ai indiquée dans le *Concours médical*, 1925, p. 918 et démontrerait que, si le médecin a fait consciencieusement le nécessaire, pour soigner son malade, il ne doit pas être rendu responsable de son erreur de diagnostic.

Ainsi, on peut parfois reprocher à un praticien de ne pas avoir fait procéder à la vérification de son diagnostic par la radiographie, lorsque la chose est possible. L'examen radiologique peut confirmer une lésion, ou en déceler une autre.

Mais, en matière d'infection tétanique, même un examen bactériologique pourrait rester négatif, alors que, dans une anfractuosité de la plaie, se cache, puis se développe le terrible bacille de Nicolaïer.

Conclusion.

Tout n'est affaire que de science et de conscience. Le médecin doit se laisser guider par son sens clinique et, s'il le juge à propos, il pratiquera une injection préventive.

Au chef d'entreprise responsable de faire contre-visiter le blessé, par son médecin contrôleur, et, si ce dernier estime utile l'injection antitétanique, il pourra s'en ouvrir à son confrère, le médecin traitant, comme au chef d'entreprise, dont il représente les intérêts.

Mais également, la conscience professionnelle du médecin doit entrer en ligne de compte. Est répréhensible l'abus des traitements divers, uniquement pour toucher des honoraires indûment gagnés.

Aussi, en reviens-je toujours à mon idée d'arbitrage : petites commissions locales, départementales, ou autres, pour connaître des mille conflits de tous les jours.

Médecins, désignés par leurs pairs, représentants des assurances pourraient former ces commissions locales et résoudre amiablement, en équité, ces problèmes.

Le médecin, habituellement délinquant, coupable par habitude d'exagérations, serait vite repéré et, s'il ne s'inclinait pas devant les conseils confraternels qui lui seraient donnés d'avoir à changer de conduite, il pourrait être déféré aux tribunaux de droit commun, le syndicat médical local se portant, s'il y avait lieu, partie civile, aux côtés de l'assurance, qui poursuivrait.

Ainsi, obtiendrait-on une moralisation plus grande dans cette médecine spéciale des accidents du travail, cependant qu'il serait possible d'examiner, dans un cas particulier, comme celui qui nous est soumis, si le médecin traitant doit, dans tous les cas d'effraction des téguments, pratiquer une injection antitétanique préventive, ou s'il doit se laisser guider par son expérience et par son honnêteté professionnelle, pour agir pour le

mieux des intérêts du blessé et du chef d'entreprise responsable.

Dr Paul BOUDIN.

2608. — Majorations dominicales.

Je vous prie de demander à M. le docteur Decourt comment je dois tarifer l'accident du travail suivant : *sutures multiples faites le dimanche* ; faut-il compter 25 francs seulement ou 25 + 50 % = 37 fr. 50 ?

Dr C.

Réponse.

Il n'y a aucune autre majoration dominicale que celle indiquée article 3-*b* pour la visite ..... et même pas pour la consultation, ce qui nous fut refusé parce que « peu dérangeant ». Quant aux interventions, il n'y a de majorations que pour la nuit (article 8).

Dr Fernand DECOURT.

2626. — Fracture du bassin.

Je viens faire appel à votre complaisance infinie au sujet d'un accident du travail bizarre.

Un blessé a eu un décollement complet de tout l'os coxal qui est remonté d'un seul bloc et est décalé de 5 centimètres environ. J'ai appliqué un appareil à extension continue pour essayer une réduction sur laquelle je ne compte guère d'ailleurs, le malade ayant 65 ans.

Que dois-je compter ?

Réduction de luxation de la hanche, soit 250 fr

ou bien :

Réduction de fracture du bassin, soit 150 francs ?

Quoique rare, cet accident peut intéresser les autres confrères et je vous demanderais de me répondre par le journal.

Dr P.

Réponse.

Votre lettre ne note nullement une luxation de la hanche, mais bien une *fracture du bassin*, dont la réduction et contention est tarifée, article 28, de 60 à 100 francs. Ce n'est 150 francs qu'avec un *corset plâtré*, donc pas votre cas. Je ne vois donc pas que vous puissiez demander plus de 100 francs.

Dr Fernand DECOURT.

2472. — Le transport d'un blessé n'est pas affaire de tarif des accidents du travail.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer la façon d'établir ma note d'honoraires pour l'assurance dans le cas qui suit :

Le 26 octobre 1927, à 7 h. 1/2 du soir, j'étais appelé à 6 kil. de mon domicile pour donner mes soins à un jeune homme qui avait un bras broyé.

L'amputation urgente nécessitait l'admission immédiate à l'hôpital. Le blessé était très affaibli par une grosse hémorragie, je jugeais ma présence nécessaire pendant le transport.

Le bras pansé, je l'immobilisai dans une gouttière, et je conduisais moi-même en auto, de nuit, le blessé à l'hôpital, distant de 31 kil. de son domicile. Après avoir assisté à l'amputation, je suis rentré à une heure du matin.

Dr M.

Réponse.

Vous avez à compter : *soins d'urgence* en vue d'un transport à l'hôpital et pose d'appareil provisoire : 50 francs + déplacement à six kilomètres de distance, à 3 fr. : 18 francs (article 18, note 1, et article 2 sur les déplacements kilométriques, qui ne vont que de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade). Ajoutez à cela le temps passé pour surveiller le blessé en danger de mort, soit une visite par demi-heure, jusqu'à un maximum de 5 visites ; donc ici : 12 × 5 = 60 francs. Au total : 50 + 18 + 60 = 128 fr.

Mais vous n'avez pas à compter, au tarif *médical* des accidents du travail, le transport du blessé, qui est une question de « loueur de voiture ». Arrangez-vous à l'amiable avec la Compagnie, sinon avec le blessé lui-même, mais il n'y a plus rien là de tarification légale.

Dr Fernand DECOURT.

2477. — Luxation du poignet.

Je viens abuser de vous pour vous demander comment tarifer (tarif accidents du travail) une « luxation du poignet réduite par méthode non sanglante ».

Je ne trouve dans le tarif que l'arthrotomie du poignet, ce qui n'est pas le cas.

Dr T.

Réponse.

Voir article 28 : « Luxation du poignet sans fractures : 75 francs. »

Dr Fernand DECOURT.

Questions médico-militaires.

1765. — Indemnité de déplacement pour les Ecoles de perfectionnement militaires.

J'ai lu dans le *Concours*, page 1380, LXX, une réponse à une question au sujet des Ecoles de perfectionnement du S. S. au paragraphe 4°, je lis : « on n'accorde aucune indemnité aux médecins, etc. ».

A la 8e région, on nous accorde une indemnité.

Quel que soit notre mode de locomotion on nous rembourse le prix du voyage en chemin de fer, en 1re classe au tarif militaire + une indemnité (de 11 fr. je

crois) si l'horaire des trains nous oblige à prendre un repas à la ville.

C'est ainsi qu'habitant à 28 ou 30 kilomètres de T., je devrais partir à six heures du matin et revenir à 14 heures. C'est pratiquement très désagréable et je vais toujours aux conférences en auto. Je touche 19 fr. 20 par séance. Nous sommes payés par l'Officier d'administration de la section d'infirmiers de Dijon, à la fin de chaque trimestre.

Je pense que ce renseignement intéressera votre correspondant et que nos confrères de la XI[e] région auront le même avantage que nous.

D[r] B.

Réponse.

En effet, les écoles *régionales* de perfectionnement s'organisent l'une après l'autre et leurs crédits permettent d'indemniser les officiers *de leur rayon* qui en suivent les cours.

L'exception subsiste toujours (pas d'indemnisation) pour l'école du gouvernement militaire de Paris, école *nationale*, en raison d'une part de la faible étendue de son rayon et, d'autre part, des frais considérables qu'occasionnerait le déplacement des médecins venant de tous les coins de la France pour y suivre les cours ; à ceux-là on n'accorde que la faculté de se déplacer à leurs frais en quart de place militaire.

2227. — Situation d'un aliéné interné victime de la guerre.

J'ai dans ma clientèle, une femme dont le mari est pensionné de guerre à 100 % pour aliénation mentale. Voici trois ans que cette personne a dû faire interner son mari dans une maison de santé. Elle touche par an 4.900 fr. y compris la majoration des grands invalides et l'augmentations pour deux enfants : soit 2.400 + 600 + 1.960 = 4.960 fr.

Cette personne est obligée de donner 3.200 fr. par an à la Maison de Santé. De plus, le tribunal, l'ayant nommée pour une période de trois ans administratrice provisoire des biens de son mari, l'avoué lui signifie cela en lui demandant chaque fois 183 fr. 20 pour frais.

Est-ce légal tout cela ? Le mari étant malade et incurable du fait de la guerre, la femme doit-elle donc payer les frais pour le faire soigner ? Ne devrait-il pas l'être *gratuitement* ?

L'avoué a-t-il le droit de réclamer des frais à cette femme ?

2° Un soldat ayant été malade pendant son incorporation et étant libéré en son temps, est, en ce moment tuberculeux ; il a eu durant son service des séjours à l'infirmerie et hôpital pour laryngite, bronchite. Il y a un an qu'il est démobilisé ; a-t-il le droit encore de réclamer, imputant l'origine de sa maladie aux maladies qu'il a eues pendant son incorporation ? N'y a-t-il pas un délai ?

D[r] M.

Réponse.

Il y a là, en effet, une anomalie de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre, en ce qui concerne les aliénés *internés*, victimes de la guerre.

Pour eux seuls, parmi les victimes de guerre, le traitement n'est pas gratuit, s'ils sont internés ; mais, en revanche, il est prévu, quel que soit le taux de la pension, des dispositions favorables pour l'épouse, l'Etat prenant à sa charge les frais de traitement en excédent sur le revenu de la pension.

Voici d'ailleurs ce que dit l'article 55 de cette loi : « La pension définitive ou temporaire allouée pour cause d'aliénation mentale à un militaire ou marin interné dans un établissement public d'aliénés, ou dans un établissement privé faisant fonction d'asile public, sera employée, à due concurrence, à acquitter les frais de son hospitalisation. »

« Toutefois, en cas d'existence de femme ou d'enfants, l'administrateur des biens de l'aliéné ou son tuteur doit, *avant tout autre prélèvement*, verser dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, à la femme ou au représentant légal des enfants, *les majorations des enfants et une somme égale à une pension de veuve du taux de réversion.*

« ... L'Etat supporte seul la partie des *frais d'hospitalisation qui n'auraient pu être acquittés par suite de la retenue exercée sur la pension*, mais jusqu'à concurrence seulement du prix de journée alloué pour le régime ordinaire.

« Si, après le payement de la pension due à la femme et aux enfants, et après celui des frais d'hospitalisation, il reste un excédent, le tuteur ou l'administrateur des biens de ce pensionné emploie ce reliquat à l'amélioration de son sort. »

Il semble que ces frais doivent être payés par la femme.

2095. — Inscription au tableau pour la Légion d'honneur.

Classe 1895, médecin-major de 2e classe ayant accompli jusqu'à ce jour mon service militaire strict, y compris la guerre, ayant plus de 32 annuités, et proposé plusieurs fois pour la Légion d'honneur.

D'autre part, médecin de gendarmerie depuis 1900 et ayant de ce côté 28 annuités alors que 30 sont suffisantes en principe pour une inscription au tableau ; ces 32 annuités d'un côté et 28 de l'autre me permettent-elles d'espérer être inscrit un jour ou l'autre au tableau ?

Dr X.

Réponse.

Vous devez réussir au tableau de la « guerre », titre normal ; il serait bon de vous faire appuyer, pour plus de sécurité. Vos services de guerre doivent vous faire poursuivre ce moyen, de préférence à celui de la gendarmerie.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Belloeuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux. Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.

Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet. Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau *peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin. Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Raphaël. Léon Clement (*chir.*).

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié, Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr LE BOURHÈS, de Belle-Isle-en-Terre, la somme de vingt francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 361. — Province. Poste d'ophtalm. oto-rhino-laryngol. Recettes 50.000 suscept. augmentation. A céder pour le prix d'instrum. et mobi. du cab. : 20.000 fr.

N° 362. — Sanat. maritime pour tuberc. osseux, dem. méd.-adjoint, même femme, ayant si possible notions d'électr. médicale et labor. On préf. méd. ayant déjà exercé dans sanat. public ou privé. Début 25.000 et avantages. Ecr. titres et réf. à M. Lansraux, villa Heldé, aux Allées, Verton (P.-de-C.).

N° 363. — Oise. A repr. d'urgence causé départ, prix modéré, poste d'avenir avec fixes. Livres et instruments, S'ad. Dr Leraître, à Beauvais (Oise).

N° 364. — Doct. ch. pour septembre, personne distinguée, intelligente et dévouée pour l'aider dans l'exercice de sa profession et tenir son ménage ; et en outre un bon ménage, valet toutes mains et bonne à tout faire. Envoyer réf. Dr C. S., 9, rue d'Astorg, à Paris (8e).

N° 365. — Infirmière très au courant de la cuisine est demandée au Château de la Bauche, par les Echelles (Savoie) pour surveil. exécution cuisine diététique et cures de régimes prescrites par méd. directeur.

N° 366. — Coutainville (Manche), à louer pour août et septembre, maisonnette bien située, à une minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, à Paris (15e).

N° 367. — Doct. ayant appartem. médical bien installé, 18e, quart, Monceau, sous-louerait 2 pièces et usage salon à conf. spécialiste.

N° 368. — A céder :

1° Paris 16e, gr. artère, cab. très anc. méd. génér., rapp. négligé env. 40.000, appart. 4 p. admirab. situé, loyer 2.200. Indemn. à débatt.

2° Hte-Marne. — Chef-lieu cant., poste propharm. rapp. 60.000, facile à augment., mais. 13 p., jardin. Loyer 1.200, bail 6 ans. Indemn. 15.000 compt.

3° Sarthe. — Excel. poste rap. 132.000 en accr., mais. 11 p., jardin, garage, tout conf. Indemn. 70.000 compt.

4° Loiret. — Seul méd., local. très agréab., rapp. 80.000 en sérieuse aug., belle mais. neuve 10 p., jardins, bail 3, 6, 9, loyer 4.000. Indemn. 40.000 dont 30.000 compt. Très longue présent.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e) Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

— Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés. Trait. spécial ind. Résultats très int. Pension méd., vie famlile, prix mod. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — MM. DHÉRÉ, de Fribourg, et POLICARD, de Lyon, sont élus correspondants nationaux dans la quatrième division (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Syndicat de la presse scientifique.** — Le dîner semestriel de la presse scientifique vient d'avoir lieu sous la présidence du Dr Foveau de Courmelles.

— **Service de santé militaire.** *Nominations.* — M. le médecin général inspecteur DOPTER, chef du Service de santé de l'armée du Rhin, est nommé directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris.

M. le médecin général SAVORNIN, directeur du Service de santé au ministère de la guerre, est nommé chef du Service de santé de l'armée du Rhin.

M. le médecin général LÉVY, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre, est nommé directeur du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. le médecin général Savornin.

M. le médecin général BARON, membre du Comité consultatif de santé, est nommé directeur du Service de santé de la 18e région, à Bordeaux.

M. le médecin colonel LANGLOIS, président de la Commission de réforme de Paris, est nommé directeur du Service de santé de la 2e région à Amiens.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. Tanon est nommé professeur d'hygiène et médecine préventive en remplacement de M. Léon Bernard.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a présenté :

Pour la chaire de *médecine coloniale*, en première ligne M. le prof. agrégé H. Bonnin, et en seconde ligne M. le prof. agrégé Creyx ;

Pour la chaire de *toxicologie et hygiène appliquée*, en première ligne M. le prof. Labat, et en seconde ligne M. le prof. agrégé Golse.

— **Ecole de médecine de Limoges.** — M. le Dr Bourguignon est nommé professeur de clinique médicale.

— **Ecole de médecine de Besançon.** — M. le Dr Duvernoy est nommé professeur d'anatomie et M. le Dr Volant, professeur de pathologie externe.

— **Croisière en Méditerranée Orientale.** — A l'occasion des cérémonies du centenaire de la Faculté de médecine du Caire et du Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène qui se tiendra en même temps au Caire, une croisière de propagande en Méditerranée orientale est organisée par l'Office égyptien de tourisme Alfred Viais, du 11 décembre 1928 au 4 janvier 1929. Prix forfaitaire par personne : 7.000 fr. (couchettes C), 8,000 fr. (couchettes B) et 8.500 fr. (couchettes A).

Renseignements à l'Office égyptien du tourisme Alfred Viais, 3, rue Marivaux, Paris IIe.

— **Médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine.** — Un concours pour 15 places de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine s'ouvrira dans le courant de décembre 1928. Pour renseignements, s'adresser au Ministère des Colonies, Inspection générale du service de santé, 2e section.

— **Dispensaires antituberculeux de l'Orne.** *Avis de concours.* — Un concours sur titres sera ouvert à Alençon fin août, pour la nomination d'un médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Orne (dispensaires d'Alençon, de Domfront, Flers et Mortagne). Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. avec indemnités pour charges de famille et participation à une rettaite.

Les candidats doivent être âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose.

Adresser les demandes de candidature au Comité National de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

— **Dispensaires antisyphilitiques.** *Nominations.* — Le Conseil d'administration de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, à la suite du concours qui vient de se terminer, a prononcé les nominations suivantes : Est nommé médecin-chef du dispensaire de Boulogne-sur-Mer, M. Raymond Planque.

Sont nommés médecins-adjoints de dispensaires : MM. Fernand Lotte, Paul Renault, Alexandre Carteaud, Georges Garnier, Jean Meyer, René-Louis Cohen, Gaston Eliet et Paul Boyer.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. *Sommaire du numéro de juillet* 1928. — De quelle maladie mourut la fille de Madame de Pompadour (4 ill.), par Ch. Ouy-Vernazobres. — Que penser de Pétrone ? (8 ill.), par Paul Moinet. — Esculape secourt une jeune fille défaillante (1 ill.). — Pour l'Institut d'histoire de la médecine de Leyde (2 ill.), par le Dr Laignel-Lavastine. — La feuille, la fleur, le fruit dans la littérature du Moyen-Age (7 ill.), par le Dr BOUTAREL. — La personnalité de l'art nègre (2 ill.).

— **Hôpital de Fontainebleau.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et chirurgie à l'hôpital mixte de Fontainebleau aura lieu le 25 septembre prochain. Avantages : nourriture, logement, chauffage, indemnité de 4.000 francs (1re année), 4.500 francs (2e année) et 5.000 francs (3e année). Conditions : certificat de 12 inscriptions ou certificat d'externat des hôpitaux d'une ville de Faculté, certificat du dernier chef de service, etc.

Inscription huit jours au moins avant la date du concours. Renseignements à l'Economat de l'hôpital.

— **Naissance.** — Le Dr André BARANGER, de Saint-Etienne, et Madame, nous font part de la naissance de leur fille *Hélène*.

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 juillet

Décret du 12 juillet 1928, modifiant l'article 1er du décret du 4 janvier 1921, sur la nomination de professeurs sans chaire.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 4 janvier 1921 ;

Vu la loi du 27 février 1880,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 4 janvier 1921 est complété de la manière suivante :

« Peuvent également, dans les formes prévues audit décret du 4 janvier 1921, recevoir le titre de professeur titulaire sans l'attribution d'une chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des facultés de médecine pourvus, sans limite de temps, d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement équivalent à celui d'un agrégé chargé d'enseignement, et remplissant depuis quinze ans au moins une fonction d'enseignement didactique technique ou clinique. »

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et

des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 juillet 1928,

Gaston DOUMERGUE.

21 juillet

Rectificatif du tableau de concours pour chevalier de la Légion d'honneur paru au *Journal Officiel* du 12 juillet 1928. (Réserve).

Page 7821, 1re colonne, après 51 Armengaud, ajouter : « 51 *bis* Boyreau (Germain-Marius-Jean-Louis), médecin lieutenant 17e région » ; 2e colonne, après 71 Gautier, ajouter : « 71 *bis* Gaillard (François), médecin lieutenant 14e région » ; après 88 Pons, ajouter : « 88 *bis* Marey (Joseph-Léon-Georges), médecin capitaine gouvernement militaire de Paris. »

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Perte du diplôme de docteur en médecine. Formalités d'enregistrement en cas de changement de poste.

Un médecin quitte son poste médical, pour aller s'installer dans un autre département. Il est obligé de faire un nouvel enregistrement de son diplôme, aux termes de l'article 9, § 2, de la loi du 30 novembre 1892.

Or, son diplôme a été égaré, perdu. Comment procéder à la formalité de l'enregistrement ?

Aucun texte de loi ou de règlement n'a prévu le cas ; la jurisprudence est muette : aucune décision de justice n'est intervenue.

Cependant, depuis la guerre, plusieurs cas se sont présentés : des médecins ont été pillés par les envahisseurs ; ils ont perdu leurs bagages, etc. ; bref, ils ne peuvent fournir ni à la mairie, ni à la préfecture, le parchemin, prouvant leur qualité et leur grade de docteur en médecine.

Le problème doit être envisagé sous deux angles différents : comment le praticien peut-il faire la preuve qu'il est bien réellement docteur en médecine ? Comment peut-il se faire délivrer un duplicatum de son titre ?

La preuve est assez facile à fournir : depuis la cessation des hostilités, les praticiens se sont réinstallés dans leur ancien poste, abandonné au moment de la mobilisation, ou bien ils ont exercé pendant longtemps dans une commune, où les aurorités administratives savent qu'ils sont bien docteurs en médecine.

Il faut alors se faire délivrer un certificat de notoriété : le maire, le préfet peuvent attester que M. X., âgé de..., fils de ... a bien exercé la médecine dans telle commune et que son diplôme a été réellement enregistré à la préfecture, au greffe du tribunal civil et visé à la mairie, en date du ...

Muni de ces attestations, le médecin n'aura qu'à prouver l'identité de ce praticien avec lui-même.

Comme l'enregistrement du diplôme est une formalité administrative, le préfet pourra considérer comme valables les indications, qui lui sont ainsi données. Cela lui servira à faire figurer le médecin sur les listes officielles de statistique des praticiens du département.

Si le préfet refuse de prendre en considération les preuves qui lui sont ainsi fournies, s'il se borne à exiger la production du diplôme et non la certification que M. X. a bien régulièrement exercé la médecine en France, ayant produit avant la guerre son titre régulier, le praticien pourra purement et simplement s'installer dans son nouveau poste.

Il courra le risque d'être poursuivi, soit pour exercice illégal de la médecine, soit pour défaut d'enregistrement de diplôme.

Pour le premier chef d'accusation, le médecin pourra apporter toutes preuves qu'il a fourni autrefois son diplôme à la préfecture de son département et qu'il y a bien identité entre sa personne et le praticien qui exerçait jadis dans la commune de son ancienne résidence.

Restera alors l'inculpation de défaut d'enregistrement de diplôme.

La pénalité sera une amende de 25 à 100 francs (article 22 de la loi du 30 novembre 1892).

Le second point du problème à envisager est l'obtention d'un duplicatum du diplôme.

On peut s'adresser à la Faculté de médecine, où l'on a subi l'examen et la soutenance de la thèse, pour demander une attestation, certifiant qu'à telle date, M. X. (état civil) a obtenu le diplôme de docteur en médecine.

Ce papier n'a aucune valeur légale ; il ne peut remplacer le diplôme ; mais il peut servir de commencement de preuve par écrit.

Quant à obtenir le duplicatum du diplôme, c'est presque impossible.

Le titre peut avoir été retrouvé par un tiers; il peut avoir été volé et servir de couverture à un illégal, qui se livrera à l'exercice de la médecine.

Le parchemin pourrait même être vendu (en droit pénal, il faut prévoir toutes les hypothèses).

Or, les titres, qui sont délivrés par les Facultés, au nom du Ministre de l'Instruction publique, comportent bien la mention de l'état civil de l'impétrant ; mais nullement sa photographie, ses empreintes digitales ou autres signes permettant d'établir, sans doute possible, l'identité de personne, entre le titulaire du diplôme et le porteur du titre.

Si l'obtention d'un double était assez simplifiée, ne serait-il pas à craindre qu'un diplômé ne s'entendisse avec un illégal, pour simuler la perte du titre et, sur le duplicatum obtenu, ma-

quiller les noms et état civil, pour couvrir le non-diplômé.

Tant qu'il ne sera pas pris de dispositions telles que le porteur d'un diplôme pourra prouver qu'il en est bien le propriétaire, on comprend aisément que les Facultés de médecine fassent des difficultés pour délivrer le duplicatum du parchemin.

Conclusions.

En cas de perte du diplôme (incendie, vol, ou autre) le titulaire fera bien d'avertir la préfecture et le Parquet de la disparition du titre, pour qu'en quelque sorte, une opposition puisse frapper le parchemin disparu.

Mais, si la perte a eu lieu depuis longtemps, pendant la guerre, par exemple, et que le praticien ait actuellement besoin de son titre pour une nouvelle installation, nous lui conseillons la ligne de conduite suivante : obtenir de la Faculté de médecine une attestation affirmant qu'à la date du.... M. X. a bien obtenu le titre de docteur en médecine, à la suite de la soutenance de sa thèse.

Obtenir de la préfecture du département, où l'on a exercé, de la mairie et du greffe du tribunal civil, une attestation, déclarant que M. X., docteur en médecine, a bien fait enregistrer son titre, à la date du ... et qu'il a régulièrement exercé la médecine du.... au....

Muni de ces diverses attestations, le praticien se rendra à la préfecture et demandera que son identité soit bien établie avec celle du docteur, ainsi dénommé.

Si l'administration préfectorale accepte ces preuves, ce sera parfait ; si elle refuse, le confrère n'aura qu'à s'installer et attendre les poursuites qui seront exercées contre lui, pour violation de l'article 22 de la loi du 30 novembre 1892.

Nul doute qu'au cours de l'instruction, un non-lieu ne soit rendu, lorsque la bonne foi aura été prouvée.

Mais les poursuites seraient-elles continuées, que le « Sou Médical » poursuivrait cette question de principe devant toutes les juridictions, jusque devant la chambre criminelle de la Cour de Cassation. Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Asiles d'aliénés.

2734. — Limite d'âge pour le concours des asiles d'aliénés.

Pourriez-vous me faire connaître quelle est la limite d'âge pour se présenter au concours du médicat des Asiles d'aliénés.

Peut-on déduire les années de guerre ?

Ainsi pour mon cas personnel, mobilisé le 2 août

1914. Démobilisé fin août 1919 (en sursis avant la guerre), né le 1er décembre 1892, jusqu'à quelle date puis-je me présenter au concours ?

Le concours du médicat a généralement lieu en mars, avril de chaque année.

Dr S.

Réponse.

En vertu de l'article 3 du décret du 3 janvier 1922, relatif au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés, les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée et avoir eu moins de 33 ans au 1er janvier de l'année du concours. *Cette limite d'âge est prolongée de la durée des services militaires pendant la guerre de* 1914.

Né en 1892 et ayant fait 5 années de service au cours de la guerre, vous pourrez encore vous présenter aux concours qui pourront avoir lieu en 1929 et en 1930.

Accidents du travail.

Spécialités pharmaceutiques. Refus de paiement par l'assurance. Liberté de prescription du médecin.

Un blessé du travail a un phlegmon profond. Le médecin traitant ordonne une boîte de propidon, vaccin polyvalent, fait les piqûres et sauve le bras et la main de la victime.

Actuellement, la compagnie d'assurances refuse le paiement de ce médicament, en tenant le raisonnement suivant :

« Ou la formule porte inscrites sur la boîte « les indications prescrites par décret du 13 « juillet 1926 : alors elle est remplaçable ; ou « bien elle ne les porte pas ; alors il s'agit d'un « remède non licite et par conséquent interdit. »

La commission d'arbitrage entre les assureurs et les pharmaciens n'a pu obtenir le payement du Propidon, motif pris que ce médicament ne figure pas sur la nomenclature.

Le raisonnement de l'assurance est erroné. Le propidon porte sur sa boîte la formule suivante : bouillon 1 cc., streptocoques 430 millions, staphylocoques 830 millions, pyocyaniques 2 milliards.

Ce n'est donc pas un médicament secret, puisqu'il s'est conformé aux dispositions de l'arrêté du 13 juillet 1926.

Ce n'est pas non plus un médicament remplaçable, car le pharmacien détaillant serait bien embarrassé de livrer les cultures avec les doses, pour injections sous-cutanées.

D'autre part, ce n'est pas parce que le propidon ne figure pas sur la liste officielle qu'il ne peut pas être prescrit aux frais du chef d'entreprise. Sous sa propre responsabilité, le médecin

est en droit d'ordonner tous les médicaments, qui sont utiles à son malade.

Ajoutons que les piqûres sont extrêmement douloureuses et provoquent souvent des réactions thermiques élevées. Ce n'est donc pas pour son plaisir que le blessé se laisse faire ces piqûres, surtout si sa vie est en danger, comme dans le cas présent.

A la suite des démarches qu'a faites le « Sou Médical », le pharmacien a été payé par la compagnie d'assurances ; mais celle-ci maintient son point de vue et estime ne pas devoir payer les médicaments, qui ne figurent pas sur la liste officielle, arrêtée tous les trois mois par la commission spéciale du tarif des accidents du travail.

Puisque la question de principe reste toujours posée, nous nous permettons de faire remarquer combien les compagnies d'assurances ont le plus grand tort de rester isolées, par rapport au corps médical.

Ne connaissant pas la médecine, ne sachant ni ce qu'est un phlegmon, ni en quoi consiste le propidon, un chef de service mal renseigné, dans les bureaux de la compagnie d'assurances, a pensé pouvoir appliquer, dans toute sa rigueur, les termes du tarif pharmaceutique des accidents du travail.

Or, si ce chef de service avait été documenté par une personne idoine, il aurait su que le Propidon n'est pas un médicament secret ; que ce bouillon-vaccin ne peut pas être préparé par le pharmacien détaillant ; que les piqûres sont extrêmement douloureuses, provoquent des réactions locales et générales, avec poussées de fièvre.

C'est un médicament fort actif, que le médecin doit employer avec une certaine prudence et en toute connaissance de cause.

Or, pour vingt francs, prix de la boîte, le médecin a été assez heureux pour arrêter l'évolution d'un phlegmon de la main et de l'avant-bras.

Sans ce propidon, le blessé serait peut-être mort, ou aurait tout au moins une incapacité permanente partielle élevée.

Ces 20 francs de propidon ont donc fait réaliser une économie sérieuse à la compagnie d'assurances.

Le médecin a le devoir de n'accorder qu'une minime importance aux arrêtés ministériels, lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine : le propidon était indiqué, dans le cas actuel, il a parfaitement agi en l'utilisant, sans se soucier si les personnes réunies autour d'un tapis vert ont la compétence voulue en clinique médicale, pour faire le départ entre les médicaments, qui peuvent être prescrits et ceux qui ne le sont pas.

D'ailleurs, aux termes de l'arrêt de Cassation

Voir la suite page LV-2305

PROPOS DU JOUR

Difficultés et dangers de l'application de la loi sur les assurances sociales. Les répercussions à prévoir pour les hôpitaux et les services d'assistance, tout particulièrement à Paris.

Le texte très large de la loi du 5 avril 1928 laisse au Conseil d'Etat le souci de déterminer les mesures à prendre pour permettrer son application. La tâche du Conseil d'Etat sera ardue, car la loi aura des répercussions dont il ne faut pas se dissimuler la gravité sur les services d'assistance et surtout sur les hôpitaux, plus particulièrement dans les grandes villes et notamment à Paris.

Dans sa séance du 12 juillet, le Conseil municipal de Paris s'est occupé de la question, ou plutôt un des plus autorisés de ses membres en matière d'assistance, M. de Fontenay, en a fait un exposé détaillé. Cet exposé a été renvoyé à l'Administration, en la priant de demander au Conseil d'Etat de prévoir dans les règlements d'administration publique, un décret spécial pour le département de la Seine et la révision d'une suite de décrets qui fixent à l'heure actuelle le fonctionnement de l'Assistance à Paris et dans sa banlieue.

Comme le fait remarquer M. de Fontenay Paris est Paris et il ne faudrait pas que, pour l'application d'une loi de pareille importance, on l'assimilât, comme cela a déjà été fait dans plus d'un cas, à une préfecture de 3e classe.

M. de Fontenay fait d'abord remarquer que les assurances ne pourront pas supprimer l'assistance. Toute une catégorie d'assurés et une catégorie très importante, celle que l'on qualifie actuellement du nom de *nécessiteux*, par le fait de salaires quotidiens insuffisants et de charges de famille, ne pourra subvenir aux soins d'une maladie par les seuls avantages que lui octroiront les assurances. Actuellement les nécessiteux sont soignés gratuitement et reçoivent des secours. Il conviendra de continuer de leur assurer encore soins et secours. D'ailleurs la loi, par son article 39, permet le cumul de l'assurance et de l'assistance médicale.

En ce qui s'agit de l'hospitalisation payante, M. le Dr Dron, sénateur, maire de Tourcoing, qui a une compétence spéciale en matière d'assistance, le Pr Sergent, médecin de la Charité (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 31 mars 1925), et M. le Dr Labrousse, sénateur, sont plus que pessimistes. La tarification tue le régime hospitalier, a affirmé le Dr Labrousse au Sénat. Il n'est pas douteux que les Caisses primaires fonderont ou s'assureront des maisons de santé nouvelles où seront soignés leurs malades et elles trouveront ou pourront organiser des établissements qui leur consentiront des conditions plus avantageuses que les hôpitaux parisiens actuels.

Un reproche sérieux fait à l'hospitalisation parisienne est que le prix de la journée tend à devenir de plus en plus élevé ; de 23 fr. 32 en médecine pour 1926, il a atteint 31 fr. 88 en 1928 ; et en chirurgie le prix de 24 fr. 26 s'est élevé à 33 fr. 60. Tout porte même à croire qu'il atteindra 40 francs.

Or, ces chiffres ne représentent pas le prix de revient réel de la journée hospitalière, car il n'est pas tenu compte dans son calcul de l'amortissement du capital engagé, ni des grosses réparations d'entretien, parfois extrêmement coûteuses.

En outre, dans les hôpitaux, on ne s'est guère préoccupé d'économiser les journées. Quand il n'y a pas urgence, les malades attendent parfois des délais assez longs pour être opérés, ou examinés. Il y a un manque de souplesse dans la rotation des lits, et, en outre, une difficulté de contrôle administratif qui effrayeront les caisses primaires et cela d'autant plus que la loi prévoit des pénalités pour les caisses dont la gestion sera onéreuse.

Les économies réalisées sur les lois d'assistance doiventêtre versées en partie au fonds de majoration et de solidarité, mais le texte de l'article 79 qui prévoit l'utilisation des ces économies, est d'une obscurité inquiétante et ce sera le décret qui devra en préciser la signification.

« Il faut que l'assuré puisse bénéficier de l'hôpital, dit M. de Fontenay, sans que cet hôpital par son tarif soit pour lui un traitement onéreux et plus onéreux encore par la nécessité d'y dépenser un nombre de journées supérieur à ce qui est nécessaire, d'y perdre dans un séjour coûteux le bénéfice des traitements ambulatoires, le bénéfice des examens n'exigeant pas l'internement, etc. »

Et M. de Fontenay répète l'affirmation du Dr Labrousse : « Dans l'état actuel de notre organisation hospitalière *la tarification fera fuir nos*

hôpitaux par les assurés et constituera une prime déplorable aux traitements dits de « cliniques », de petites installations fort sommaires où l'on fera toutes sortes d'interventions, ou encore favorisera les maisons à prix réduits. »

M. de Fontenay insiste sur le manque de liaison qui existe entre l'hôpital et l'assistance médicale à domicile. Nous déplorons, comme lui, cet état de choses et depuis de très longues années. Mais pour établir une liaison entre l'hôpital et le médecin traitant à domicile, pour que ce dernier puisse continuer de soigner le malade sortant de l'hôpital après l'avoir fait entrer lui-même dans cet établissement, pour qu'il soit tenu au courant du traitement appliqué pnendant le séjour à l'hôpital et des diverses phases de la maladie, pour obtenir tout cela, il faudra un bouleversement dans les hôpitaux et une révolution dans les mœurs de leur personnel dont M. de Fontenay ne se rend certainement pas compte.

M. de Fontenay croit que la création des offices d'hygiène sociale pour la lutte antituberculeuse a fait tomber nos vieilles routines. Hélas ! en théorie peut-être, mais certainement pas en pratique.

M. de Fontenay fait allusion aux résultats obtenus par l'admirable service social des hôpitaux, et il faudrait selon lui suivre son exemple dans le domaine médical.

« Il faut, dit-il, qu'à la sortie le malade retrouve le médecin qui l'aura fait entrer à l'hôpital et qu'à sa sortie comme à son entrée , observations, traitements et pronostics l'accompagnent. » Il demande qu'il n'y ait pas de jour creux dans la vie hospitalière, de ces jours où l'on attend ; que les salles d'examen, de radiologie, les laboratoires fonctionnent à un rythme accéléré ; que la vie hospitalière ne soit pas limitée aux quelques heures de la matinée ; que le séjour des malades soit, grâce à un traitement immédiat et continu, réduit à un strict minimum, d'autant plus que lorsque l'assuré sortira de l'hôpital, il ne sera pas un malheureux jeté sans ressources dans la rue, mais un convalescent aisé qui retournera cnez lui, y trouvera le complément de soins nécessaire et pourra sans difficulté parfaire sa guérison.

Nous ne saurions trop approuver les critiques e t les désirs de M. de Fontenay, mais pour réaliser ces derniers, il conviendrait de tripler au moins le pesronnel médical des hôpitaux, de l'honorer suffisamment pour lui permettre de vivre et de trouver la compensation du travail acharné auquel il a dû se livrer et des dépenses considérables qu'il a dû engager pour poursuivre de longues études. Il faudrait encore doter le personnel médical d'auxiliaires suffisamment instruits, disciplinés et dévoués et ces qualités ne sont pas toujours facile à trouver réunies. Il faudrait établir une liaison entre les médecins de la ville et les médecins de l'hôpital ; ce qui, dans l'état actuel des choses, n'est guère pratiquement possible.

Tout ceci demande une véritable révolution. L'Assistance Publique de Paris et ses hôpitaux n'ont pas été modifiés dans leur organisation administrative depuis quatre-vingts ans et cependant il y a eu une évolution sociale et des progrès techniques de quelque importance accomplis depuis 1849.

La loi des assurances sociales va vraisemblablement obliger la ville de Paris et sa banlieue à modifier de fond en comble son système hospitalier.

Les réformes que propose M. de Fontenay seraient faciles à réaliser dans de petites villes ou dans des centres hospitaliers autonomes et réduits, mais l'agglomération parisienne n'est pas, comme il l'a dit, une préfecture de troisième classe et le domaine de l'Administration de l'Assistance parisienne actuelle s'étend à Paris et en partie au département de la Seine en conservant avec ses qualités et ses défauts une centralisation intense.

Puisqu'il s'agit de réformes, ne serait-il pas intéressant de comparer le prix de revient de la journée d'hôpital des établissements de l'assistance à celui des Etablissements privés parisiens : l'hôpital Pasteur, l'hôpital Saint-Joseph' l'hôpital Rothschild par exemple ?

Et si ces prix de revient différaient, ne serait-il pas instructif d'en rechercher les causes et d'en tirer un enseignement ?

En outre, pourquoi systématiquement considérer le traitement de l'hôpital de l'Assistance comme le *nec plu ultra* de la perfection ?

Il serait assez facile de démontrer avec des faits indiscutables à l'appui qu'il n'en est rien et loin de là.

Pourquoi parler avec mépris de la prime déplorable que la carence hospitalière constituerait aux traitements dits de cliniques, aux petites installations fort sommaires et aux maisons à prix réduits ?

Avec les assurances sociales et le concours des Caisses, il se fondera inévitablement des maisons de santé, des cliniques, qui ne mériteront pas la fâcheuse réputation de certaines cliniques d'accidents du travail, auxquelles M. de Fontenay paraît avoir fait allusion. Il se fondera des hôpi-

taux privés, des établissements de cure avec un personnel médical, instruit, honnête et dévoué. Ces établissements bien surveillés et économiquement administrés pourront peut-être consentir des prix inférieurs à ceux de l'Assistance publique parisienne.

Il est probable que ces établisements existeraient déjà, si la concurrence des hôpitaux de l'Assistance publique dont le contribuable parisien couvre généreusement le déficit, ne les avait pas empêchés de vivre et souvent même de naître.

Vraisemblablement, ce sera du côté de l'initiative privée à laquelle les médecins apporteront leur concours, qu'il faudra chercher la solution de la situation singulièrement critique que vont créer les assurances sociales.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES RÉSULTATS DE LA MALARIATHÉRAPIE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Pr Henri Claude et le Dr René Targowla.

Naguère encore, l'incurabilité de la paralysie générale était un dogme intangible, dont les aliénistes ne souffraient point la discussion. Une telle position ne peut plus être maintenue ; il est désormais possible d'enrayer avec une extrême fréquence une paralysie générale commençante, d'arrêter dans sa progression la maladie à la période d'état et, souvent, d'en faire rétrocéder les symptômes cliniques et humoraux au point que le sujet peut être considéré comme redevenu normal et le diagnostic rendu impossible pour le clinicien le plus averti.

Depuis 1924 nous pratiquons la malariathérapie de la paralysie générale associée au traitement antisyphilitique. Les essais que nous avons faits des autres méthodes dites pyrétothérapiques (tuberculine, vaccin antichancrelleux, typhus récurrent) et de la simple chimiothérapie spécifique (quelles que soient les spécialités employées) nous ont donné une proportion d'insuccès et d'accidents (aggravation ou décès) bien supérieure à celle de la malariathérapie. D'autre part, avec le nombre, la qualité même des résultats obtenus fait de celle-ci la méthode de choix, à laquelle on ne doit renoncer que devant une contre-indication formelle. Cette ligne de conduite, à laquelle nous restons fidèles après une expérience de quatre ans, trouve encore un appui dans l'extension mondiale de la méthode, devenue même en quelque sorte officielle dans certains pays comme l'Angleterre, où le Ministère de la santé publique l'a prise sous son contrôle et a créé, dans la région de Londres, un centre de malariathérapie dirigé par un psychiatre et un parasitologiste.

Les faits que nous nous proposons de rapporter ici, dont les caractères sont particulièrement saillants, mettent en relief la supériorité de la méthode de Wagner-Jauregg sur les autres procédés de traitement de la paralysie générale actuellement connus.

Nous avons déjà résumé avec G. Robin l'observation de cet ancien officier, âgé de 49 ans, qui avait été interné le 17 avril 1925 pour un état d'affaiblissement intellectuel portant surtout sur le jugement et l'auto-critique, avec de l'excitation psychique et des idées délirantes absurdes et contradictoires de richesse et de grandeur : « il gagne un million par an et paye 250.000 francs d'impôts ; il va être commandeur de la Légion d'honneur, ministre de l'Intérieur, sénateur et député à la fois, chante tous les soirs dans un music-hall au cachet de mille francs par soirée, etc... » Il avait, en outre, une pupille paresseuse, de la dysarthrie aux mots d'épreuve, du tremblement de la langue et des doigts. Impaludé le 2 mai, il fut transféré dans un autre service en juillet, ne présentant aucune modification importante. Il en sortait cependant un mois après considérablement amélioré. En mars 1926, nous le revîmes : il parlait d'un ton calme et posé, sans dysarthrie appréciable, jugeait son état avec objectivité et en reconnaissait spontanément le caractère morbide, discutait judicieusement ce qu'il était capable de faire au point de vue professionnel. Il fut revu ensuite périodiquement et se comporte actuellement comme un individu normal, dirige un service important dans une industrie ; on ne retrouve aucun signe mental ou neurologique de paralysie générale et les réactions du liquide céphalo-rachidien ont toutes *complètement* disparu, ne laissant pas même un léger reliquat lymphocytaire.

Une autre malade, K... 26 ans, domestique,

avait été internée le 30 décembre 1925 pour un état démentiel très accentué accompagné d'idées délirantes de richesse, de grandeur, érotiques, de grossesse, saugrenues et incohérentes, avec dysarthrie, trémulations de la langue, abolition des réflexes rotuliens et rigidité pupillaire. Elle avait, en outre, commis une série de vols absurdes dans un grand magasin. Inoculée le 18 janvier suivant, elle présenta une série d'accès à forme double-tierce qui furent interrompus le 12 février. Dès les premiers jours de mars, une amélioration se manifeste : les gros signes démentiels s'estompent, puis disparaissent, laissant seulement quelques modifications de l'affectivité, une émotivité anormale, de la sensiblerie qui, peu à peu, s'atténuent à leur tour. Lorsque la malade quitte le service en octobre 1926, son comportement est entièrement normal, elle apprécie très exactement son état, travaille régulièrement et activement. Au point de vue physique, la dysarthrie et les tremblements ont depuis longtemps disparu ; seules la rigidité pupillaire et l'abolition des réflexes rotuliens révèlent encore les lésions anciennes ; les réactions humorales persistent mais se sont atténuées.

Depuis sa sortie, K... a repris son travail de domestique d'une façon normale en continuant à se traiter dans la mesure possible. Nous l'avons revue récemment, l'amélioration s'est consolidée et on peut penser que les réactions du liquide céphalo-rachidien ont sensiblement rétrocédé, mais la malade s'est refusée à une nouvelle ponction lombaire. Elle projette un prochain mariage dont nous n'avons pu la dissuader.

Un troisième cas concerne un homme de 46 ans docteur en droit, dirigeant une importante étude d'avoué dans une grande ville de province, qui nous est adressé en juin dernier par notre excellent confrère, le Dr B. Le malade présente de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll, des trémulations de la langue, de la dysarthrie, un syndrome humoral paralytique qui ont déjà fait porter le diagnostic par le médecin traitant ; au point de vue psychique, il existe seulement un état de légère excitation psychique et un sentiment d'euphorie générale, tels que le malade accepte bien la notion d'une maladie grave et la nécessité de se soigner énergiquement mais, l'envisage avec une certaine désinvolture et un optimisme tranquille, se préoccupant surtout de maintenir sa femme dans l'ignorance de sa syphilis. Son activité professionnelle reste normale.

En raison de l'état mental favorable et devant certaines nécessités, il fut décidé que l'impaludation serait faite au domicile du malade. Mais dès les premiers accès, un état d'agitation violente se manifesta accompagné d'excitation intellectuelle, de confusion et de délire mégalomaniaque qui transformèrent le tableau clinique en une démence paralytique franche avec agitation et délire. Le malade dut être conduit d'urgence dans une maison de santé. L'agitation motrice violente accompagnée d'un délire incohérent de grandeur, de richesse et érotique dura pendant toute la période fébrile. Elle s'atténua progressivement par la suite, mais le délire persista ainsi que l'affaiblissement psychique ; l'état général s'améliora lentement sous l'influence du traitement spécifique mixte ; les réactions du liquide céphalo-rachidien demeurèrent franchement positives.

Nous envisagions une nouvelle impaludation et nous avions soumis le malade à une cure arsenico-bismuthique préparatoire lorsque le tableau clinique se transforma complètement. En quelques semaines, les signes physiques s'atténuèrent, les idées délirantes s'effritèrent, les souvenirs s'organisèrent, l'attention revint, le malade se montra calme et raisonnable, se rendant compte de la gravité de son état et acceptant volontiers les suggestions médicales ; il comprit la nécessité de liquider ses affaires, s'y intéressa, put fournir des indications exactes et donner même par téléphone, de la maison de santé, des instructions et des explications. Il put enfin rentrer dans sa famille à la fin de janvier 1928, où son médecin, le Dr B. continue le traitement. Il est calme, lucide, s'intéresse aux événements de la vie courante, son aspect extérieur est florissant et il donne à tous l'impression d'une guérison complète ; en fait, il demeure un peu puéril, suggestible, indifférent à sa situation et aux siens (une maladie de sa fille par exemple.) Le syndrome humoral reste positif, mais de type paralytique atténué.

Un de nos premiers cas soumis à la malariathérapie concernait un commerçant, atteint d'une association tabéto-paralytique, qui donna une première preuve d'amélioration en établissant de mémoire, à la maison de santé, sa déclaration au fisc en vue de l'impôt sur le revenu, déclaration qui n'avait pu être faite sans lui et fut reconnue exacte après vérification. On avait dû l'emmener d'urgence un mois auparavant en raison d'une démence rapidement progressive qui l'avait rendu incapable de s'occuper de ses affaires.

Les deux faits précédents nous ont paru devoir être rapprochés à cause de la reprise rapide d'une activité professionnelle adaptée, en quelque sorte au point même où elle était restée. à l'apparition de la démence.

Un autre malade, impaludé vers la même époque, était un banquier d'outre-mer, qui nous avait été envoyé par son médecin, ancien élève de l'un de nous, pour être traité hors de son milieu ; il avait une légère dysarthrie, de l'inégalité pupillaire, des réactions humorales positives ainsi qu'un état d'exaltation psychique, avec eupho-

rie et projets grandioses qui risquaient de compromettre ses affaires. Il put, quelques mois après, reprendre la direction de sa maison avec un parfait équilibre et un excellent état général sans que personne eût même soupçonné qu'il avait été malade.

Ce retour rapide à une activité pratique adéquate est un fait fréquent et d'une extrême importance, que nous avons signalé, dès nos premières publications, chez nos malades d'hôpital (ouvriers, manœuvres, ménagères) ; sans doute, leur besogne quotidienne est compatible avec des moyens intellectuels limités, mais on voit qu'il en est de même pour les professions mettant en œuvre des processus psychiques plus élevés. En voici un autre exemple : un employé de bureau, chez qui le diagnostic de paralysie générale avait été fait précocement par le Dr Dinet, qui nous l'adressa, put reprendre ses occupations moins de trois mois après le traitement et depuis les accomplit de façon satisfaisante ; il s'agit d'un travail de contrôle qu'il avait dû interrompre à cause des lacunes de l'attention et de la mémoire. Un autre de nos anciens malades, traité dès le début des manifestations psychiques, d'ailleurs discrètes, fut capable de reprendre progressivement la conduite d'une importante entreprise de constructions après quelques mois de repos. Il reste normal depuis trois ans.

On trouve dans la série d'observations que nous venons de rappeler deux ordres de faits. Les uns concernent des malades en plein état démentiel et délirant ; l'évolution a été enrayée par l'infection provoquée, les symptômes psychopathiques ont rétrocédé jusqu'à *restitutio ad integrum*, récupération complète des facultés psychiques dans certains cas, possibilité d'une vie sociale plus ou moins réduite mais normale dans tous. Les autres visent des sujets dont les troubles mentaux très discrets n'avaient pas définitivement interrompu l'activité et dont la maladie, à symptomatologie encore réduite, se traduisait surtout par des signes physiques et humoraux ; chez ceux-ci, il n'y a pour ainsi dire pas de suspension de la vie sociale et, dans les cas favorables, lorsque la nécessité s'impose, l'activité professionnelle peut être reprise dans un délai restreint, assez tôt pour éviter les désastres auxquels la paralysie générale voue infailliblement ceux qu'elle frappe. On empêche à tout le moins le développement de la démence et nous rapporterons encore, à ce propos, le cas d'un entrepreneur, âgé de 50 ans, que nous avons soigné récemment (malade que nous avait envoyé le Dr Ravaut) et qui avait fait plusieurs ictus dont un suivi d'une chute d'un échafaudage, mais dont le syndrome psychique se réduisait à un certain degré d'apathie et à quelques lacunes de la mémoire (dates, noms propres). Dès la fin de la période fébrile, cet homme vit son état général s'améliorer, sa dysarthrie, d'ailleurs discrète, s'atténuer en même temps que reparaissaient l'intérêt à ses affaires et aux événements extérieurs et son ancienne vivacité d'esprit. Un autre malade, propriétaire d'une maison de commerce, impaludé en 1926 à la demande du Dr Hudelo et d'un confrère qui continue à le suivre, a pu reprendre, après une interruption de quelques mois, la direction de ses affaires que sa femme avait assurée dans l'intervalle.

Partant de la notion classiquement admise (et d'ailleurs non absolument exacte) que la démence paralytique ne rétrocède jamais spontanément, certains auteurs ont soutenu *a priori* que la démence persistait, mais que certains troubles psychiques contingents, surajoutés disparaissent seuls, comme on le voit fréquemment dans des cas non traités. Il suffit d'avoir observé quelques malades pour se rendre compte qu'il n'en est rien et les faits que nous rapportons plus haut le prouvent nettement : partiellement ou totalement, ce sont bien des manifestations spécifiquement démentielles qui disparaissent. Nous en apporterons un dernier exemple, à la fois pittoresque et intéressant du fait qu'il a été observé par un autre clinicien que nous-mêmes, le Dr Rogues de Fursac : il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, plusieurs fois condamnée pour vols dans les grands magasins, qui fut internée en 1925 avec tous les signes mentaux, physiques et humoraux de la paralysie générale. Elle fut impaludée et quitta l'asile quelques mois après, très sensiblement améliorée mais non guérie. Nous l'avions perdue de vue lorsque, l'année suivante, le Dr Rogues de Fursac nous signala qu'elle avait repris ses anciens moyens d'existence et que, arrêtée, elle avait fait valoir son séjour à l'asile pour demander un examen mental dont il avait été chargé. Sur la foi des certificats, absolument formels dans la description des symptômes et le diagnostic, il n'avait pu que la déclarer irresponsable, mais ni un examen minutieux et méthodiquement mené, ni l'étude des faits qui lui étaient reprochés, n'avaient permis à l'expert de mettre en évidence la moindre manifestation psychique, le moindre signe physique de paralysie générale. La malade était cliniquement guérie.

Une plus longue énumération de faits serait fastidieuse. Nous insisterons seulement encore sur un élément capital des résultats de la malariathérapie : l'atténuation progressive et la disparition des réactions du liquide céphalo-rachidien à la suite du traitement. Témoin biologique direct de l'inflammation encéphalo-méningée, le syndrome humoral en s'éteignant montre qu'il s'agit, non d'une rémission clinique, mais de guérison (au sens propre du mot) du processus

morbide, guérison confirmée par les constatations faites à l'autopsie de sujets morts ultérieurement. Nous avons pu observer cette disparition des réactions humorales, non seulement chez des malades cliniquement guéris, mais dans certains cas où les symptômes paralytiques s'effacent, laissant à leur suite un état psychopathique entièrement différent et du type des syndromes paranoïdes, de la démence précoce ou de la démence artériopathique. En voici un exemple : un malade qui avait, avant le traitement, un Bordet-Wassermann positif, un benjoin du type paralytique, une albuminose de 0,50 p. 1000 avec 17 lymphocytes par mmc., présentait deux ans après : B.W. négatif, benjoin négatif, albumine 0,30, lymphocytes 1. Dans un autre cas, nous avons pu suivre le cycle complet du syndrome humoral : en mars 1927 à un état d'excitation maniaque (préparalytique) s'associe des réactions partiellement positives qui prennent, quelques mois plus tard, un type paralytique caractéristique en même temps que les signes cliniques se précisent. Six mois après l'impaludation, on ne trouve plus que 0 gr. 35 d'albumine et 3 leucocytes par mmc. ; toutes les autres réactions sont négatives. La malariathérapie réalise ainsi de véritables formes thérapeutiques de la paralysie générale, transformant le tableau clinique, l'évolution et le pronostic ; c'est le même phénomène que l'on a observé pour la fièvre typhoïde, le tabès, et d'autres maladies avec les progrès de nos moyens d'action.

Il ressort des faits précédents que nous possédons dans la malariathérapie combinée au traitement spécifique une méthode de choix pour le traitement de la paralysie générale, dont le bénéfice ne saurait être refusé au malade, sauf contre-indication formelle. Elle doit être appliquée aussi près que possible du début, dès que le diagnostic est posé, car si elle donne de bons résultats à toutes les périodes de la maladie, c'est dans les formes initiales que l'on obtient le plus grand nombre de succès.

La malariathérapie constitue enfin une méthode d'une innocuité remarquable, moins dangereuse que les traitements habituels, lorsqu'elle est judicieusement conduite. Alors que nos premières statistiques comportaient un pourcentage de 10,5 p. 100 de décès nous n'avons enregistré qu'un seul cas de mort au cours des deux dernières de notre expérience.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Hernie scrotale. — II. Fracture marginale postérieure du tibia vicieusement consolidée. — III. Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie du Dupuytren). — IV. Gangrène diabétique du pied.

D'après une leçon du professeur HARTMANN (1).

I. Hernie scrotale.

Le malade présente une volumineuse déformation de la région scrotale gauche. Un médecin diagnostiqua une hernie et lui conseilla le port d'un bandage. Malgré le port constant de celui-ci, la déformation augmenta de plus en plus avec des périodes de rémission, de diminution passagère.

Ce malade présente donc l'histoire habituelle des hernies non soignées ; la distension du scrotum est telle que la peau de la verge est attirée en-dessous ; il en résulte des difficultés pour uriner. On voit, sur la partie supéro-latérale droite, une petite tuméfaction allongée, qui correspond au testicule du côté opposé. La peau est un peu rouge, épaissie.

La tumeur est sonore à la percussion, dans toute son étendue. On arrive, par une pression soutenue, à diminuer son volume, à la rentrer partiellement. Le testicule gauche se trouve situé en bas et en arrière de la tumeur.

En présence d'une aussi grosse hernie, descendant jusqu'à mi-cuisse, on doit penser à deux causes d'irréductibilité possibles. L'une est l'existence d'adhérences entre la paroi du sac et les parties constituant la hernie. L'autre, c'est le volume considérable de la hernie, qui a perdu droit de domicile dans le ventre. Ici, il y a probablement les deux causes réunies.

Un bandage ne peut servir à quelque chose que quand la hernie est réductible, c'est-à-dire quand on peut rentrer tout son contenu dans l'abdomen ; à cette condition seule, le bandage sera bien toléré. Mais, quand une partie de la hernie reste constamment au dehors, il est impossible de la contenir, elle ressortira toujours sous le bandage

Par conséquent, chez ce malade, il n'y a pas lieu de songer à mettre un bandage.

Le seul appareil utile sera une espèce de suspensoir fabriqué exprès, en peau de chien, et relié à une ceinture, cet appareil étant destiné simplement à comprimer la hernie.

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1927, recueillies par le Dr LAPORTE.

Puis, il y a l'intervention, mais avant d'opérer un cas de ce genre, on doit s'assurer que le malade est dans des conditions lui permettant de supporter l'opération. Evidemment, l'intervention ne consistera pas dans une cure radicale ordinaire. En effet, le plus souvent, dans ces grosses hernies, il y a des portions du contenu abdominal qui sont adhérentes.

C'est, tout d'abord, l'épiploon ; celui-ci n'a pas une grande importance, car il suffit de le couper. Mais l'intestin est souvent adhérent. Il peut présenter deux sortes d'adhérences : d'une part, des adhérences inflammatoires, réunissant l'intestin à la paroi ; et, d'autre part, ce qui est décrit sous le nom d'adhérences charnues naturelles, c'est-à-dire des adhérences non inflammatoires, qui tiennent à ce que le cæcum, à droite, ou le côlon pelvien, à gauche, ont glissé dans la hernie, en entraînant avec eux leurs insertions à la paroi abdominale. Par suite, l'intervention est beaucoup plus délicate.

Il y a une autre raison encore qui, quelquefois, gêne aussi l'opération, c'est que ces malades sont souvent des obèses ; ils présentent, comme celui-ci, une épaisseur énorme de graisse au niveau de la paroi abdominale.

Il faut encore les ausculter avec soin au point de vue pulmonaire, parce qu'ils sont souvent emphysémateux, et précisément ce malade se fait remarquer par la brièveté du cou et un thorax globuleux à sa partie supérieure. Il faut avant d'opérer, examiner les urines, doser l'urée sanguine, instituer un régime de désengraissement et de désintoxication par le lait.

II. Fracture marginale postérieure du tibia vicieusement consolidée.

Un homme a subi un violent traumatisme sur l'extrémité inférieure de la jambe gauche. La roue d'une automobile, dit-on, est passée sur le membre. Les phénomènes immédiats firent penser à une entorse mais une radiographie fit diagnostiquer une fracture. Le blessé fut immobilisé pendant un mois dans un appareil plâtré enveloppant la jambe et le genou. Quand le malade, sorti de son plâtre, recommença à marcher, il souffrait et boitait, et au bout de quelques semaines, ces symptômes s'accusant de plus en plus, il vint à l'hôpital.

Ce malade a donc présenté dans la région du cou-de-pied une fracture d'abord méconnue, puis reconnue, et qui a été immobilisée. Il marche avec difficulté.

On ne voit pas de déformation énorme de la région, mais on constate cependant l'existence d'un épaississement de la région du cou-de-pied, particulièrement du côté externe. Le pied est à peu près dans son axe normal par rapport à la jambe. Mais, si l'on regarde la jambe latéralement, on voit que la concavité du tendon d'Achille, est manifestement plus marquée du côté malade que du côté sain.

Si on regarde la partie antérieure du cou-de-pied, on voit que le tibia fait une saillie un peu plus considérable que du côté opposé. En un mot, le tibia s'avance un peu sur le pied ; quand on mesure la distance entre le bord antéro-inférieur du tibia et l'extrémité du gros orteil, on voit que ce dernier point est à peu près d'un centimètre plus rapproché du tibia qu'il ne l'est du côté sain, c'est-à-dire que l'avant-pied se trouve raccourci du côté malade.

Au palper, on constate que la malléole externe, au lieu de se diriger verticalement en bas, dirige sa pointe un peu en arrière. Au palper, on constate que le bord antérieur du tibia fait une saillie manifeste au-dessus de l'astragale, et en arrière, que la gouttière rétro-malléolaire est beaucoup moins profonde que du côté sain, c'est-à-dire que le tibia présente un épaississement manifeste en arrière. Dans le reste de sa hauteur, le tibia ne présente aucune inégalité.

Le mouvement d'extension du pied est à peu près normal, ou tout au moins n'est pas franchement diminué. La flexion, au contraire, est manifestement diminuée.

La mortaise tibo-péronière n'est pas élargie ; les mouvements que l'on cherche à communiquer à la jointure n'arrivent à produire aucune sensation de ballottement de l'astragale, mais on obtient une sensation de frottements osseux et de craquements manifestes. Ces constatations, jointes à celles de l'existence d'un certain nombre de points douloureux à la pression, au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, notamment, sont des phénomènes caractéristiques indiquant l'existence d'un processus d'arthrite subaiguë atteignant à la fois l'articulation tarso-métatarsienne et la médio-tarsienne.

Mais ce n'est pas la difformité typique que l'on rencontre le plus généralement dans les fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied. Le plus souvent, en effet, la déviation de l'extrémité inférieure du péroné en dehors et en arrière est telle qu'elle entraîne une déviation très manifeste du pied en valgus. Ce malade, au contraire, n'a qu'une déviation minime, il n'a pour ainsi dire pas de valgus.

Ici, le pied, vu de face, offre donc une situation en apparence normale. Mais, si on le regarde de profil, on est frappé d'un certain nombre de phénomènes : la courbe postérieure du tendon d'Achille est exagérée ; la saillie du talon en arrière est notablement plus marquée que sur le pied sain ; la partie antérieure de l'extrémité du tibia fait une saillie anormale en avant. En résumé, on ne constate pas, chez ce malade, de déviation latérale considérable, — contrairement à ce qui est le cas le plus ordinaire, — et, par contre, *il existe une déviation en arrière manifeste.*

Notons que les déviations en arrière ont été surtout étudiées depuis que les chirurgiens ont à leur disposition la radiographie. Ces déviations en arrière sont en rapport avec l'existence d'une fracture marginale postérieure du tibia. Sur une radiographie de profil, à l'état normal, le tibia présente une forme concave, avec une marge antérieure, relativement peu saillante, et une marge postérieure, plus saillante, dans l'intervalle desquelles se trouve située la face supérieure de l'astragale. S'il existe une fracture de la marge postérieure, le fragment osseux remonte sur la face postérieure du tibia, et l'astragale, n'étant plus retenu, se porte en arrière.

A chacune de ces déformations osseuses, correspond un trouble dans l'équilibre du pied.

A l'état normal, le pied ne peut se dévier en dedans ou en dehors, parce que l'astragale se trouve maintenu solidement dans la pince que constituent les malléoles. Lorsqu'une des malléoles se trouve déviée, comme l'est souvent la malléole péronière, l'astragale peut se déplacer dans le sens latéral, et entraîner un défaut dans l'équilibre latéral du corps, puisque le tibia, au lieu de peser sur le milieu de l'astragale, pèse sur sa partie latérale.

Dans la fracture marginale postérieure, ce n'est plus un trouble dans l'équilibre latéral du pied, mais dans l'équilibre antéro-postérieur. L'astragale se trouve dévié en arrière, et le poids transmis par le tiba tombe en avant.

Quelquefois, les deux lésions sont associées, il y a, à la fois, une déviation du péroné qui donne lieu au trouble de l'équilibre latéral, et une fracture marginale postérieure, avec un trouble dans l'équilibre antéro-postérieur.

Ici, il doit y avoir un trouble dans l'équilibre antéro-postérieur. La forme du pilon tibial étant altérée, le poids transmis par le tibia tombe en avant du milieu de l'astragale. Mais les troubles de la marche que présente le malade ne sont pas dus seulement à la déviation, en somme minime, de l'astragale, mais aussi aux phénomènes consécutifs d'inflammation chronique articulaire, qui portent non seulement sur l'articulation tibio-tarsienne, mais aussi sur l'articulation médio-tarsienne, puisqu'il a une douleur manifeste au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne ; ces phénomènes d'arthrite sont le résultat des entorses successives qui se produisent dans ces cas-là.

L'avenir de ces malades est variable.

Il y a des cas où, au bout d'un certain temps, il se développe sur l'astragale des espèces de petites exostoses qui arrivent à caler dans une certaine mesure les parties, et le résultat de cette arthrite chronique ankylosante est d'améliorer la marche, mais ces malades n'arrivent jamais à marcher bien.

On a beaucoup discuté sur la question des interventions chirurgicales, en pareil cas, et l'on en a fait de divers ordres. On a pratiqué des ostéotomies, dans lesquelles on coupait le fragment postérieur, pour ramener le pied en avant ; on a été jusqu'à faire des résections tibio-tarsiennes. Toutes ces opérations, semblent difficiles et complexes lorsqu'il s'agit, comme ici, d'une lésion portant directement sur l'articulation. Il y a, au contraire, une opération qui donne des résultats fonctionnels très bons, c'est l'ablation de l'astragale, l'astragalectomie.

Il suffit d'enlever l'astragale, purement et simplement, et de laisser le calcanéum remonter dans le restant de la mortaise qu'occupait l'astragale. Ce calcanéum fournit un point d'appui suffisant au tibia, et on a de très bons résultats, à une condition, cependant, c'est qu'on enlève la totalité de l'astragale. Quelquefois, on se trouve en présence d'un astragale en grande partie soudé au pilon tibial, par suite d'un processus d'arthrite chronique ankylosante, de sorte qu'on peut casser l'astragale et en laisser un petit morceau : cela suffit pour avoir un mauvais résultat opératoire, et aujourd'hui on insiste sur la nécessité d'une ablation totale de l'astragale dans ces cas-là.

Il y a aussi une autre condition pour obtenir un bon résultat fonctionnel. C'est, après avoir terminé l'opération et enlevé l'astragale en totalité, de placer le calcanéum dans ce qui reste de la mortaise en portant ce calcanéum aussi en avant que possible, ce que l'on réalise facilement en faisant faire un mouvement de flexion forcée du pied au moment où l'on pose le plâtre.

III. **Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren).**

La malade, âgée de 50 ans, vient à l'hôpital parce qu'elle ne peut plus étendre le cinquième doigt de la main droite, depuis six mois. Auparavant, elle avait remarqué une induration indolore, siégeant dans la paume de la main, à la base du cinquième doigt.

La première chose que la malade a remarqué a donc été l'existence d'une induration de la paume de la main dans une région correspondant à la base du cinquième doigt, puis celui-ci s'est fléchi progressivement. La malade étend très bien la dernière phalange, la phalangette. C'est un caractère à noter, car dans cette maladie, il est constant. Continuant la direction du doigt et se dirigeant obliquement vers le haut du membre, on voit une sorte de corde ressemblant à un tendon. Cette espèce de corde présente une dépression transversale, au-dessus et au-dessous de laquelle se trouvent des épaississements très durs, l'un qui correspond à la base du doigt, l'autre qui est situé vers le milieu de la paume de la main.

Quand on regarde l'autre main, la main gau-

che, on voit que la malade étend tous les doigts d'une façon très complète, mais en examinant la main au palper, on constate qu'il existe, vers la partie moyenne de la paume de la main, dans la direction de l'annulaire, un épaississement sous-dermique en forme de corde. Il est donc probable que débute du côté gauche une lésion analogue à celle qui existe manifestement du côté droit.

Cette lésion, qui ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucun phénomène inflammatoire, où il n'y a absolument que des lésions fibreuses donnant l'aspect d'un tendon rétracté, a été décrite pour la première fois par Dupuytren, et on l'appelle pour cette raison maladie de Dupuytren. Elle porte, non pas sur le tendon, qui est tout à fait sain, mais sur l'aponévrose palmaire. La peau est ici un peu épaissie. Elle ne l'est pas toujours. La lésion principale porte toujours sur l'aponévrose. C'est une rétraction de cette aponévrose, avec des productions fibromateuses qui arrivent à se fusionner avec la peau. C'est une maladie rebelle à tous les traitements autres que le traitement chirurgical. Au début, on a fait des sections, sans aucun résultat, puis des opérations plastiques, des incisions en V à base postérieure comprenant toute la bride fibreuse. On disséquait l'aponévrose par sa face profonde. Le doigt pouvait s'étendre de plus en plus. Quand il était complètement étendu, on faisait une suture en Y. Cette opération réussit, mais ce n'est pas le meilleur procédé, loin de là.

Les procédés consistant à prendre un lambeau sur la paroi abdominale ne paraissent pas bons à conseiller . Evidemment, on obtient de cette façon des guérisons, seulement ce n'estpas beau, et c'est d'ailleurs une opération compliquée. Le procédé de Routier est le meilleur.

IV. **Gangrène diabétique du pied.**

Une malade, âgée de 71 ans, entre pour des ulcérations suppurantes du pied droit. Elle est soi gnée pour le diabète depuis une dizaine d'années, et a été opérée d'une cataracte il y a deux ans.

Au niveau de la base du deuxième orteil, s'étendant sur la face latérale du troisième et du premier, s'enfonçant vers la plante du pied, existe une surface noirâtre par places, gris noirâtre en d'autres, avec des parties ramollies, et suppurantes ; toutes sont absolument indolentes.

Vers la partie moyenne de la plante du pied, il y a une ulcération grande comme une pièce d'un franc, au fond de laquelle apparaît du tissu sphacélé. En arrière de la malléole interne, dans la gouttière intermédiaire à cette malléole et au tendon d'Achille, on voit une ulcération presque indolente, et de laquelle il sort du pus.

Au palper, on constate sur le deuxième orteil une mobilité latérale très marquée, indiquant la destruction des ligaments de l'articulation. On détermine une certaine douleur en pressant sur la partie correspondant à la gouttière calcanéenne, eten même temps, on fait sortir du pus par l'ulcération de la plante du pied. On détermine une douleur vive par pression au-dessous de la malléole interne.

Cette gangrène diabétique présente les caractères habituels d'une gangrène humide, septique, à marche envahissante. De plus, il convient de remarquer que le processus infectieux et gangréneux suit exactement les gaines. C'est, par suite de la méconnaissance de cette particularité qu'on a fait tant d'amputations pour gangrènes diabétiques, alors que souvent on peut conserver le pied : il suffit pour cela d'inciser la gaine sur toute la longueur. Les incisions multiples sont insuffisantes. Ici, il faudra de plus enlever le deuxième orteil.

Une fois la gaine incisée, on pourra la désinfecter, la cautériser par l'air surchauffé. Dans la gangrène diabétique pure, il n'y a pas d'oblitération artérielle. En effet, chez cette malade, on constate simplement une augmentation de la tension artérielle (20-10 au Pachon), mais l'oscillométrie est identique des deux côtés. Il n'y a pas de signes d'endartérite. Dans la gangrène diabétique, la question de l'oblitération vasculaire ne joue qu'un rôle très limité ; l'élément infectieux joue un rôle beaucoup plus considérable.

LES ANÉMIES ET LEUR TRAITEMENT PAR LE FOIE DE VEAU

C'est un fait bien acquis à cette heure, et les communications aux Sociétés savantes se multiplient, prouvant manifestement l'efficacité de la méthode de Whiple dans le traitement des anémies.

A trois semaines d'intervalle, la Société médicale des hôpitaux à enregistré deux observations particulièrement impressionnantes, l'une le 18 mai, l'autre le 8 juin.

La première, présentée par MM. Lévy-Solal et Tzanck, concernait une jeune femme atteinte, au cours d'une grossesse qui évolua et se termina normalement, d'anémie d'apparence protopathique, suivie ultérieurement d'accidents pyélonéphritiques d'origine coli-bacillaire. L'anémie était apparue au 6e mois. Ce ne fut que deux jours après l'accouchement que la pyélonéphrite se manifesta cliniquement par des urines purulentes à coli-bacilles.

A cette occasion, les auteurs discutent avec à propos les relations qui peuvent exister entre le syndrome anémique précoce, et l'infection tardive. « Pour des raisons chronologiques, il semble bien qu'il n'y ait aucun rapport entre les deux complications de la puerpéralité. Mais, comme la coïncidence est fréquente entre elles, il est permis de se demander si l'infection coli-bacillaire, demeurée latente, jusqu'à l'apparition des troubles rénaux, n'explique pas l'anémie. Aussi, convient-il de continuer à rechercher systématiquement le coli-bacille chez les femmes enceintes qui font de l'anémie à allure pernicieuse.

Traitement : cathétérisme urétéral répété pour évacuer les bassinets, transfusions sanguines, et ingestion de foie de veau, mais seulement dès qu'elle put s'alimenter.

La guérison complète fut obtenue.

La seconde observation, présentée par MM. P. Emile Weil et Robert Cahen, a trait à un cas de syndrome psycho-anémique et intéresse un homme de 52 ans qui entra à l'hôpital, atteint de troubles mentaux à type confusionnel, en même temps que d'une anémie pernicieuse.

Alors que l'examen de tous les organes ne révélait aucune altération appréciable, le sang montrait une déglobulisation extrême avec seulement 850.000 hématies, et 20 % d'hémoglobine.

Les troubles mentaux se systématisèrent : délire de persécution sur un fond de confusion mentale avec désorientation dans le temps et dans l'espace.

Le traitement institué se composa de transfusions sanguines, de foie de veau et d'insuline. L'état physique s'améliora rapidement. Les auteurs ayant remplacé le foie de veau en ingestion par des injections d'extrait de foie, l'amélioration ne progressa plus, de trois semaines, jusqu'à ce qu'on ait repris la méthode de Whiple, concurremment avec l'insuline. Sept semaines après l'entrée à l'hôpital, l'anémie avait disparu, mais les troubles mentaux persistaient aussi marqués. Sous l'influence de la méthode de Whiple, systématiquement continuée, le délire se calma peu à peu, et quelques jours plus tard, l'état psychique était redevenu normal. Le malade sortit de l'hôpital guéri de sa psychose et de son anémie.

Les troubles mentaux sont fréquents au cours de l'anémie pernicieuse, ou maladie de Biermer, comme aussi les troubles médullaires. Ils sont sans doute sous la dépendance de lésions superficielles d'origine toxique ou ischémique. A cette période, ces troubles cérébro-médullaires sont heureusement orientés, par le traitement, vers la guérison.

« Les méthodes actuelles de traitement de l'anémie progressive ont donné des résultats qui nous autorisent dès maintenant à fonder sur elles, au sujet de l'évolution et du pronostic des complications du syndrome de Biermer, les plus grands espoirs ».

L'INFECTION CHEZ L'ENFANT EN BAS AGE

Si l'accroissement de la population, en France, est insignifiant, voire nul, ce n'est peut être pas tant parce qu'on ne fait pas assez d'enfants que parce que ceux qui sont faits meurent prématurément.

MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun donnent une valeur considérable à cette affirmation en rappelant que, sur 800.000 naissances, on a compté, il y a une vingtaine d'années, 120.000 morts dans la première année. Chiffre impressionnant et qui porte à rechercher les causes exactes de ces morts prématurées, pour pouvoir les combattre (1).

Or, des statistiques qu'ils ont dressées avec le plus grand soin établissent que, contrairement à une opinion très répandue, ce ne sont pas tant les troubles digestifs, que les infections qui provoquent ces hécatombes de nouveau-nés. Multiples sont les origines de l'infection chez l'enfant : infection congénitale (syphilis, fièvres éruptives, tuberculose) ; infection obstétricale, avant, pendant et après l'accouchement ; infection acquise, endogène ou exogène, celle-ci utilisant trois portes d'entrée habituelles, le rhinopharynx, les téguments et l'intestin.

S'il est exact que l'enfant en bas âge possède, contre les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, une immunité naturelle qu'il tient de sa mère ou un état réfractaire vis-à-vis de certaines infections, il se montre au contraire infiniment réceptif pour les germes des infections banales, strepto : staphylo, pneumo, etc.

Les signes de l'infection du nouveau-né sont les modifications du facies, les troubles nerveux et la tendance aux hémorragies ; les modifications de la température, les troubles de la nutrition et les anomalies de la courbe de poids, et les troubles digestifs.

Passant sur la plupart de ces manifestations, je m'arrêterai plus longuement sur les troubles digestifs. On ne doit pas oublier en effet que bon nombre de cas de choléra infantile, d'athrepsie, de dyspepsie chronique, etc. masquent souvent une infection générale. Les germes pathogènes véhiculés par la voie sanguine pénètrent dans les parois intestinales et les glandes annexes ; la bile des petits infectés est souvent très septique. Les toxines microbiennes s'éliminent souvent à la faveur de diarrhées abondantes. La déglutition des mucosités naso-pharyngiennes est encore une source d'altération gastro-intestinale.

C'est ainsi que l'on note de l'anorexie, des vomissements alimentaires, muqueux et glaireux ou sanglants. Les selles se modifient, elles renferment du mucus ; elles deviennent liquides et leu r abondance peut créer un syndrome cholériforme symptomatique ; elles peuvent même contenir du sang. Le foie participe aux désordres de l'appareil digestif : hépatomégalie, ictère, tendance hémorragipare...

***

Le traitement de l'infection du nouveau-né est complexe, comme les indications auxquelles il doit répondre. Tout d'abord, il convient d'assurer au mieux la nutrition de l'enfant, en luttant contre les troubles digestifs, l'anorexie, les vomissements, les perturbations intestinales. La ration alimentaire ne sera pas en général réduite, et devra au contraire se rapprocher autant que possible de la normale, composée de telle sorte qu'elle soit assimilable au maximum, et de préférence, de lait de femme. Les injections variées de sérums artificiels divers combattent les déshydratations. Le sérum animal, le sang total injecté stimulent les fonctions. L'oxygénation, au moyen d'un obus, de l'atmosphère de la couveuse, facilite singulièrement l'hématose et renforce la résistance.

Dans les infections spécifiques, les sérums correspondants seront utilisées et agiront soit en raison de leur spécificité, soit en raison de leur teneur en albumine (protéinothérapie).

A côté des sérums organiques ou artificiels dont il vient d'être question, il serait regrettable de ne pas mentionner certaines eaux minérales qui rendent en pareil cas d'inappréciables services. C'est ainsi que les troubles digestifs trouvent un excellent correctif dans l'Eau de Vals, source la Reine, soit qu'elle s'ajoute au lait des biberons, soit qu'elle soit administrée par petites doses, avant et après les tétées.

Mais là ne se borne pas l'efficacité de la Reine de Vals. Les lecteurs du *Concours médical*, qui en connaissent, par expérience, et la minéralisation alcaline optima, et la richesse en acide carbonique libre, n'ignorent pas qu'elle ne limite pas son action à tempérer les ardeurs dont brûle l'appareil gastro-intestinal, d'une de ses extrémités à l'autre. Elle est diurétique et stimule le fonctionnement du rein. Elle lave le sang et contribue à le débarrasser des toxines qu'il charrie. Elle est enfin parfaitement acceptée et tolérée.

Telles sont les raisons principales qui donnent à la Reine de Vals une place importante dans la thérapeutique des infections de la première enfance.

E. D. Gaston.

(1) *Bulletin médical*, 30 juin 1928.

L'Actualité Scientifique

La Presse

De la pneumonie nécrosante de Sabourin.

C'est une embolie bronchique, qui a propagé l'infection tuberculeuse d'un poumon à l'autre ; le caractère nécrotique de cette localisation secondaire pneumonique de la tuberculose lui a valu l'appellation de pneumonie nécrosante, ou encore de pleuro-pneumonie nécrosante.

A l'occasion d'une observation personnelle, MM. Piéchaud et Parneix rappellent qu'il y a toujours eu atteinte antérieure, marquée cliniquement ou à bas bruit ; puis, il y a début brusque, avec forte température, toux quinteuse, douleurs thoraciques ; parfois le début est plus calme, plus bénin en apparence ; les sueurs sont un symptôme fréquemment constaté.

A l'examen, on a l'impression nette d'une caverne tuberculeuse du parenchyme pulmonaire ; la toux provoque des craquements ou des râles d'une sécheresse remarquable, dénommés par Sabourin, craquements xiloïdiens. La pneumonie nécrosante s'accompagne de manifestations congestives, maintes fois très étendues, parfois diffuses à un lobe. Cette réaction de voisinage explique la diversité des diagnostics portés dans les premières étapes de la maladie, tels que congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, pleuro-pneumonie, pleurésie, etc.

Il peut y avoir hémoptysies ; un peu plus tard apparaissent les crachats nummulaires.

Quand il n'y a pas perte de substance notable, la réparation intégrale est assez fréquente ; mais de nombreux incidents peuvent survenir : hémoptysies, accidents congestifs simples au moment des règles ; pleurésie à épanchement, etc.

Il est rare d'observer le type classique décrit par Sabourin ; le plus souvent c'est un type bâtard ; d'où l'intérêt de l'observation rapportée par les auteurs.

L'accident pneumonique s'est déclaré sur le poumon jusqu'alors sain, tandis que l'autre était annihilé par un pneumothorax thérapeutique. Malgré tous les soins donnés, la cure sanatoriale, etc., la nécrose s'est développée dans tout le lobe supérieur.

L'évolution fut extensive ; la malade mourut en six mois. Cependant, l'étude de l'observation et l'analyse de la courbe thermique montrent que l'accident pneumonique initial avait eu tendance à guérir, car, après un cycle thermique très net, la température était tombée. Mais il fallut que la période menstruelle suivante remît tout en cause. Par la suite, la fièvre hectique s'installa et ne quitta plus la malade jusqu'à son dernier jour. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 février 1928.)

Le son en diététique.

Les celluloses, dans l'alimentation des hépatiques et des gastro-intestinaux, ont l'avantage d'accélérer la traversée digestive, de lutter contre la constipation, et de cette façon d'activer l'évacuation biliaire. C'est dans cette idée qu'on a conseillé il y a quelques années l'emploi des graines, semences de psyllium et graines de lin, puis l'emploi des algues sous forme d'agar-agar.

Plus logique est l'emploi du son, conseillé par Noël Fiessinger. Le son a des avantages ; il est à la portée de tous ; il a peut-être l'inconvénient d'être trop vulgaire et trop bon marché.

Le son n'est pas qu'une cellulose, sa charge en matières azotées lui donne un véritable pouvoir nutritif. Le pain complet contient une partie de son, le pain de son contient le son tout entier.

Comment donc prescrire le son ? L'idée la plus simple est de l'utiliser tout d'abord dans le pain. On prescrit soit le pain bis (blutage à 25 ou 30 %) soit le pain complet (blutage à 10 %).

Les farines blutées à 25 % sont celles pour lesquelles, du produit brut de la mouture du grain, 25 parties ont été rejetées sous forme de son. Il ne faut pas prescrire la totalité du pain sous cette forme. Il serait souvent trop indigeste ; mieux vaut en prescrire à chaque repas une mince tranche, en tartine beurrée. Mais on peut aussi prescrire le son pur, soit sous forme de spécialité américaine (granulé), soit aussi bien sous forme de son pur du boulanger. Les doses suffisantes sont une cuillerée à soupe aux deux principaux repas, soit avec un peu de lait sucré, soit dans un plat de légumes ou dans une compote.

Le son a aussi des inconvénients ; il est notamment indigeste, mais pas plus que l'agar-agar ; le tout est d'y habituer progressivement le malade.

Mais ses avantages sont manifestes, du point de vue contractilité gastrique et intestinale ; une constipée habituelle a pu être régularisée au moyen d'une cuillerée à café de son par repas. Ce n'est certes pas la règle ; mais le son associé aux celluloses des légumineuses et des fruits remplit son rôle mécanique.

On doit tenter le régime cellulosique aussi bien chez les dystoniques gastriques que chez les ato-

niques dits ptosiques, dits dilatés, de l'estomac, que les stasiques de l'intestin, aussi bien coliques droits que coliques gauches. Il faut insister aussi sur les petits hépatiques, ictères catarrhaux, cirrhoses au début, lithiases biliaires au début sans infection, sans cholécystite évolutive.

Les contre-indications sont les ulcères gastriques, les cancers, les sténoses du pylore, les entérites et colites ulcéreuses, les tuberculose ou cancers sténosants, les obstructions calculeuses ou néoplasiques des voies biliaires, les cholécystites aiguës fébriles ou chroniques, à coliques fréquentes, les cirrhoses en période d'insuffisance hépatique grave, les hémorragies digestives.

Pour que le son soit utile, il faut que le trouble pathologique soit purement et seulement fonctionnel. (*Journal des Praticiens,* 25 février 1928.)

La dystocie par gros enfant.

C'est là une dystocie toute particulière aux multipares, et, à ce titre, elle ne se confond pas avec la dystocie osseuse, dont les accidents sont aussi bien l'apanage des primipares que de celles qui ont eu plusieurs enfants. Cependant, le terme de gros enfant n'a en soi rien d'absolu ; c'est une question aussi de relativité par rapport aux dimensions propres du bassin.

Avec des femmes à bassin normal, la dystocie ne commence vraiment en général qu'avec des enfants de 4 kgr. 500 ; mais en plus du poids, il faut tenir compte aussi de la conformation individuelle de la tête et des épaules.

Cette dystocie apporte un travail généralement long par troubles de la contraction utérine, par rupture précoce des membranes et troubles de la dilatation, qui sera lente avec tuméfaction œdémateuse du col, non précédée d'effacement. Parmi les phénomènes mécaniques, il faut surtout citer la dystocie des épaules, qui ne survient qu'après un dégagement pénible de la tête ; elle peut survenir à titre isolé et constitue une désagréable surprise, soudainement apparue au cours d'un accouchement, quelque peu pénible, mais que rien ne faisait apparaitre d'une telle gravité, car elle doit être résolue en quelques courtes minutes, sous peine de voir l'enfant succomber à l'asphyxie. Les hanches peuvent parfois créer un obstacle à l'accouchement, mais cette dystocie n'offre d'intérêt que dans les présentations du siège.

La délivrance en pareils cas est souvent marquée par des hémorragies.

Le pronostic est plutôt sombre, pour la mère menacée d'infection, de rupture utérine, pour l'enfant, qui peut mourir de multiples façons et reste toujours difficile à élever.

Quelle est la conduite à tenir ? Voici les conseils du prof. BALARD.

Les gros enfants sont surtout observés chez les diabétiques ou les syphilitiques. Un principe général de thérapeutique pendant la grossesse est le suivant : tout état pathologique en activité de la mère, tel que diabète grave et syphilis en évolution, à moins d'impossibilité absolue d'utiliser la voie basse, contre-indique formellement une intervention dangereuse pour la mère et qui n'aurait d'autre résultat que de faire naître un enfant taré ; pour les syphilitiques cependant la règle doit être moins absolue, car avec les traitements modernes on peut traiter des enfants, qui auraient été jadis condamnés. En ce cas, on pourrait pratiquer l'accouchement prématuré, en temps utile.

Dans les autres cas, il est préférable de recourir à la voie haute, soit d'emblée, soit après épreuve du travail.

Pour la dystocie de la tête, avec disproportion manifeste, pendant le travail, la césarienne d'emblée est l'opération de choix, qui donnera les meilleurs résultats, à condition qu'il n'y ait pas d'infection. Sinon on doit pratiquer l'épreuve du travail ; autrefois, si l'accouchement ne se terminait pas spontanément, on exécutait la version ou bien on faisait un forceps. Mais la version se termine souvent par la mort, car l'extraction devient très pénible, l'excès de volume se compliquant du relèvement des bras. Quant au forceps sur la tête non engagée, c'est une opération déplorable, qui n'est parfois qu'une basiotripsie déguisée et détermine des hémorragies méningées souvent mortelles. L'auteur proscrit version et forceps ; pour lui, l'épreuve du travail n'a d'autre corollaire que l'accouchement spontané ou la césarienne basse ; c'est une opération de choix, qui sauvegarde le mieux les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

S'il y a infection, la ligne de conduite n'est nullement modifiée ; on abrège simplement l'épreuve du travail ; le forceps peut alors raccourcir la durée de l'accouchement s'il n'y a pas de disproportion entre le fœtus et la filière pelvienne.

Mais lorsque l'infection est sérieuse et surtout qu'elle dure depuis longtemps, l'enfant étant encore vivant, l'hystérotomie seule ne peut pas suffire à mettre la mère à l'abri de tout danger ; il faut faire l'hystérectomie.

Si l'on est surpris par une dystocie des épaules, après sortie de la tête, ne pas exercer de tractions sur la tête, et ne pas essayer de fixer l'épaule antérieure sous la symphyse ; la dystocie, en effet, s'accentue du fait de ces tractions, qui abaissent les épaules vers la base du thorax, partie encore plus élargie. Le cou doit rester sous la symphyse ; au diamètre bi-acromial, il faut substituer un diamètre cervico-acromial, lorsqu'on aura réussi à abaisser le bras postérieur. Puis on fera tourner la tête pour transformer le bras antérieur en bras postérieur et on recommencera la même manœuvre pour son abaissement.

L'enfant mort, on fera la basiotripsie.

Bref, dans la dystocie par gros enfant, la césarienne est devenue actuellement une pratique classique. A la dystocie successive de la tête et des épaules, on pare par l'épreuve du travail, suivie de césarienne supra-symphysaire, en cas d'arrêt dans la progression de l'enfant. Dans ces cas, ces méthodes chirurgicales, sans augmenter sensiblement les dangers de l'accouchement pour la mère permettent seules d'obtenir à coup sûr un enfant vivant. (*Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 11 mars 1928.)

Utilisation des réflexes vaso-moteurs en thérapeutique gynécologique.

Par une excitation bien calculée des zones réflexogènes, réglant le fonctionnement des vasomoteurs pelviens, nous pouvons e n agissant sur une zone donnée améliorer certains états morbides. C'est sur la connaissance de ces réflexes que se basent la plupart des thérapeutiques employées en gynécologie : massage, révulsion, hydrothérapie, spoliations sanguines, électrothérapie. Certes, reconnaît H. Vignes, ces pratiques comportent une part considérable d'empirisme ; elles mettent en branle des réflexes que nous ne connaissons pas avec précision ; leurs effets thérapeutiques ne sont pas constants ; pourtant des faits nous montrent leurs résultats. Si leur effet n'est pas constant, c'est que des facteurs sont intervenus en sens contraire ; la notion que tels facteurs existent doit nous inciter à les rechercher, mais ne pas nous faire sous estimer la valeur des faits fréquemment observés.

On peut décrire : 1° des réflexes vasculo-vasculaires locaux modifiant le tonus vasculaire de la région ; 2° des réflexes vasculo-vasculaires à distance, tels que l'anémie d'une région amenant l'hypérémie d'une autre région ; 3° des réflexes sensitivo-vasculaires, tels qu'une excitation sensitive, se répercutant sur un groupe de vaisseaux.

Si des scarifications ou une application de sangsues sur le col exercent une action déplétive locale, qui se prolonge pendant plusieurs heures, c'est qu'il se produit, quand on a appliqué ces sangsues, en plus de l'effet mécanique local, une action à distance par pénétration dans la zone traitée (pelvienne) d'une substance, encore inconnue, favorable à la circulation.

Une application locale d'eau froide, ou d'eau chaude (38° et plus) détermine une vaso-constriction locale fugace suivie d'une vaso-dilatation ; on peut l'utiliser dans les cas d'aménorrhée (douche froide sur le museau de tanche), ou, en désespoir de cause, dans certaines métrorragies mal coercibles. Il en est de même de la diathermie. Mais ces deux moyens, employés à tort, peuvent provoquer des accidents et des incidents divers : tel médecin qui s'obstine malgré des petits signes d'intolérance peut déterminer des troubles graves.

La gymnastique décongestive (mouvements d'abduction des cuisses, qui dériveraient le sang du bassin vers les masses musculaires pelviennes), la gymnastique congestive (circumduction des cuisses) agissent à distance par action mécanique. Les applications caloriques (application froide générale, bain chaud) peuvent amener un meilleur tonus des vasomoteurs pelviens ; mais si la stimulation est trop prolongée, trop vive, la réaction est tardive et les résultats sont nuls ; si la sensibilité du sujet est trop exaltée, la réaction peut dépasser le but.

Les réflexes sensitivo-vasculaires peuvent se fonder sur la sensibilité au tact (certains massages et percussion modérée des culs-de-sac par l'eau tiède). Sur la sensibilité à la douleur : on trouve à l'examen minutieux des zones de sensibilité anormale dans le Douglas, sur les ligaments utéro-sacrés, sur les ovaires, sur le col utérin ; l'insistance sur ces zones (méthode de Tournier) amène une sédation de la douleur ; en même temps, la palpation du ventre indique des modifications de la tension intestinale ; la pression artérielle et surtout la maxima baisse cependant que la malade se sent mieux.

Le massage gynécologique à la façon « vibratoire » de Brandt procède à la fois des réflexes vasculo-vasculaires et sensitivo-vasculaires par sensibilité tactile. Lorsqu'on masse le ventre par des frictions circulaires légères, on fait contracter, puis dilater les vaisseaux mésentériques, on régularise ainsi la circulation abdominale et pelvienne ; le mieux-être tend à persister tant dans l'abdomen que dans le bassin.

Enfin l'excitation d'une zone donnée produit les effets dans une autre zone (réflexes d'Adams) ; d'où certaines pratiques hydrothérapiques et certaines applications de sangsues : 1° la douche froide sur la région lombaire se propose d'exciter le centre génito-spinal et le sympathique et de combattre, par ce moyen, les métrorragies. Le froid, prolongeant son action sur cette région pendant une ou deux heures par l'emploi d'un sac à glace exerce une action emménagogue ; les sacs à eau chaude appliqués sur les gouttières lombaires ont une action hémostatique ;

2° On peut agir sur la circulation abdominale par les douches épigastriques et hypogastriques à percussion faible ;

3° La douche plantaire froide et le bain de pied froid augmentent la contraction utérine et sont hémostatiques ; effets inverses pour les applications chaudes.

Des sangsues appliquées à la face interne des cuisses ou aux malléoles vers la date probable de l'apparition des règles combattraient l'aménor-

rhée, surtout si celle-ci est d'origine réflexe ou émotive.

Tous ces moyens comptent des succès éclatants et des insuccès nets ; il faut pousser leur étude physiologique et celle des troubles fonctionnels de l'appareil génital, afin de mieux apprendre à connaître leurs indications. (*Le Progrès médical*, 10 mars 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement du diabète compliqué de tuberculose.

(MM. Marcel Labbé, Seligmann et G. Dreyfus. — *Académie de médecine* ; 26-6-1928.)

On connaît depuis longtemps la fréquence et la gravité de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques. Comme le coma, la tuberculose est une des principales causes de mort dans le diabète. Il semble cependant que du fait de la lutte anti-tuberculeuse actuelle, cette cause ait légèrement diminué d'importance, tout en restant cependant encore au premier plan.

M. Marcel Labbé envisage ce qu'il convient de faire en présence d'un diabétique devenu tuberculeux. Faut-il l'alimenter largement, le suralimenter ; faut-il traiter surtout son diabète, ou surtout sa tuberculose ; faut-il donner de l'insuline ?

Diverses raisons ont été invoquées pour expliquer la fréquence et la gravité de la tuberculose dans le diabète. Il est une donnée bactériologique : le glycose favorise le développement du bacille de Koch dans les milieux de culture artificiels. Il importe donc de se préoccuper en premier lieu du diabète, de l'hyperglycémie. Cette notion a conduit M. Marcel Labbé a soumettre les tuberculeux diabétiques à une cure de réduction alimentaire, plutôt qu'à une cure d'hyperalimentation, de façon à obtenir l'abaissement de la glycémie à un taux normal. L'atténuation de l'hyperglycémie exerce une influence inhibitrice sur le développement de la bacillose chez le diabétique tandis que la suralimentation mal établie produit une action aggravante.

Régime du diabète et insuline sont ici indiqués. L'insuline rend de signalés services. Les cas défavorables de Blum, Chabrol et Sézary n'ont pas eu de confirmation.

A côté du traitement anti-diabétique, on mettra en œuvre les médications et le traitement de la tuberculose pulmonaire : cure de repos et d'air, pneumothorax, etc.

Sans doute, tous les diabétiques tuberculeux ne guérissent pas dans ces conditions, mais le pronostic est alors meilleur. Si la tuberculose chez les diabétiques reste grave, elle n'est pas cependant nécessairement fatale. La thérapeutique visera ainsi le diabète et la tuberculose et s'efforcera d'abord de maintenir le malade constamment sans acidose, sans glycosurie et sans hyperglycémie, c'est-à-dire humoralement normal. On complètera ces soins par la cure d'air et de repos dans les cas légers, le pneumothorax associé ou non à la phrénicectomie et aux thérapeutiques diverses dans les cas extensifs.

Pouvoir bactéricide des liquides de pleurésies tuberculeuses sur le bacille de Koch.

(MM. Paul Courmont et Gardère. — *Académie de médecine* ; 26-6-1928.)

En 1898, M. Courmont a montré, grâce à l'emploi de cultures homogènes du bacille de Koch, l'action bactéricide des liquides de pleurésies séro-fibrineuses sur le bacille de la tuberculose. La technique employée consistait à mélanger, au bouillon de culture, du liquide pleurétique qui, à doses suffisantes, empêchait le développement du bacille.

M. Courmont et M. Gardère ont repris ces expériences avec plus de précision. Utilisant la même technique, ils ont vu que non seulement la culture était empêchée par le contact du liquide pleural, mais encore que les bacilles mis en culture étaient réellement tués.

Le pouvoir bactéricide en question est particulier à la pleurésie séro-fibrineuse. Il ne s'observe pas dans les autres exsudats pleuraux (pleurésie cardiaque, cancéreuse, syphilitique). Cette propriété est intéressante au point de vue de la pathologie générale, du diagnostic et du pronostic. Dans certains cas où le diagnostic de la nature d'une pleurésie reste douteux, l'absence ou la présence du pouvoir bactéricide peut trancher le problème. Un pouvoir bactéricide élevé, d'autre part, comporte un pronostic favorable, quant à l'affection pleurale du moins.

Greffe endocrinienne chez la femme.

(M. Dartigues. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 2-3-1928.)

M. Dartigues, après avoir rappelé les noms des chirurgiens qui pratiquèrent les premières greffes ovariennes et de ceux qui ont étendu la méthode, résume ses propres expériences et ses opérations. Il décrit les procédés qu'il a imaginés pour l'application du greffon : voie pariéto-abdominale sous-aponévrotique, latérale et médiane hypogastrique, périgénitale interne, para-génitale, etc. M. Dartigues donne, dans un tableau, les diverses techniques utilisables pour la greffe endocrinienne de l'animal à la femme.

Adénopathie inguinale et lésions du col de l'utérus.

(M. Brodier. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 16-3-1928.)

M. Brodier remarque que l'adénopathie inguinale dans les lésions du col de l'utérus est loin d'être un fait exceptionnel. Les dissections anatomiques ont montré, depuis Mascagni (1787), les connexions lymphatiques de l'utérus et des ganglions inguinaux. Ces relations lymphatiques sont signalées dans les traités classiques, et confirmées par l'anatomie pathologique et la clinique. Les observations de ce genre sont nombreuses. Il faut les classer en deux groupes : les adénopathies inguinales consécutives aux lésions cancéreuses du col (peu fréquentes); les adénopathies accompagnant les lésions vénériennes du col. Dans ces dernières, l'adénite n'est jamais pelvienne, mais toujours inguinale.

P. L.

Abcès gangréneux du poumon. Spirochètes.

(MM. Etienne Bernard et Desbucquois. — *Soc. méd. des hôpitaux*, ; 11-5-1928.)

Les auteurs ont pu, dans un cas aigu à évolution rapide, mettre en évidence, dans les crachats et sur les coupes, l'association des anaérobies et des spirochètes. La fétidité est apparue tardivement, six semaines seulement après le début, trois semaines avant la mort. Cette fétidité, qui imprégnait l'haleine plus que les crachats, était parfaitement tolérable, et elle n'offrit jamais le caractère affecté qui oblige à l'isolement des malades dans certains cas de gangrène diffuse ; dès qu'elle eut apparu, on décela la présence de spirochètes.

Cette observation s'ajoute à d'autres pour montrer le rôle primordial et sans doute initial des spirochètes dans la gangrène pulmonaire.

Maintenant, il faudra dépister ces spirochètes avant l'apparition de la fétidité, c'est-à-dire avant l'entrée en jeu de la flore anaérobie. Pareille découverte permettra peut-être de voir s'atténuer la résistance habituelle aux thérapeutiques arsenicales.

Si des indications opératoires pouvaient être posées, ce serait probablement dans ces formes si localisées d'abcès gangréneux.

Traumatisme cranio-cérébral. Contamination spécifique. Paralysie générale trois ans plus tard.

(MM. L. Marchand et A. Courtois. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 18-5-1928.)

Le rôle du traumatisme cérébral comme facteur étiologique de la paralysie générale est encore mal établi. Les auteurs présentent l'observation et les pièces anatomiques, qui paraissent apporter une preuve convaincante de l'action d'un traumatisme cranio-cérébral dans le processus méningo-encéphalitique de la maladie de Bayle.

Une jeune fille de 21 ans se tire une balle de revolver au niveau de la bosse frontale droite. Trépanation et guérison. Syphilis à 26 ans. Trois ans après début de la paralysie générale. Les lésions cérébrales, causées par le trajet du projectile ont dû jouer un rôle d'appel pour la localisation du tréponème dans le cerveau, et le traumatisme cérébral a été cause certainement de la diminution du temps de latence de la paralysie générale.

Le lait agent thérapeutique. Principes des cures de lacto-sérum.

(M. Renaud. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 18-5-1928.)

Le lacto-sérum est un excitant remarquable des grandes fonctions organiques ; il est obtenu du lait frais dégraissé, par séparation de la caséine qu'on coagule par la présure, e t élimination des albumines coagulables par chauffage à 110°. C'est un liquide louche, légèrement ambré, renfermant encore un peu de graisses, quelques matières protéiques, mais riche surtout en sels et en hydrates de carbone ; il renferme des substances organiques complexes, vitamines, zymases, et sans doute aussi des enzymes. Il est de goût agréable et la plupart des sujets le prennent avec plaisir.

Quand le lacto-sérum est ingéré dans un estomac vide, il le traverse très rapidement. On en a la preuve directe quand une sonde est en place dans le duodénum, et la preuve indirecte dans la rapidité avec laquelle se modifie la diurèse, dont les changements, qui surviennent moins de 15 minutes après l'ingestion, ne sont évidemment possibles qu'après absorption intestinale. C'est un fait capital.

Le lacto-sérum exerce une influence très importante sur le rein, le foie, le tube digestif, dont il stimule les fonctions et accroît le rendement. C'est bien le lacto-sérum, qui donne au lait les propriétés que la thérapeutique empirique utilise depuis toujours. Le lacto-sérum est indiqué toutes les fois qu'il convient de dégorger le foie, d'évacuer et d'assainir l'intestin, d'accroître la diurèse, c'est-à-dire dans un grand nombre d'affections aiguës et chroniques. Son action, lorsqu'il est ingéré pur, en dehors de tout processus digestif, est infiniment plus efficace que celle du lait ; aussi faut-il séparer hardiment, dans nos prescriptions, le lait aliment et le lait médicament.

Généralisation cutanée d'un sarcome lymphoblastique après une vaccination jennérienne.

(MM. Emile Sergent, R. Turpin et H. Durand. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 18-5-1928.)

Le malade, dont l'observation est rapportée, était depuis trois mois hospitalisé pour une lympho-sarcomatose, dont les caractères ne s'écartaient en rien des données classiques, lorsqu'une vaccination jennérienne vint brutalement modifier le cours ; le virus-vaccin, dont on connaît l'affinité élective pour les tissus dérivés de l'ectoderme (et presque nulle pour les tissus dérivés du mésoderme) déclancha la généralisa-

tion certaine du processus sarcomateux. Ce fait établit une fois de plus, que tumeurs épithéliales et conjonctives ne se comportent pas de même à l'égard du vaccin.

L'action des traitements spécifiques sur la pression artérielle des syphilitiques.

(MM. A. Sézary et J. Heitz. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-5-1928.)

Sur 80 syphilitiques soumis à des traitements spécifiques, plus ou moins intensifs (914, bismuth, arsénobismuth), la pression s'éleva dans 17,7 p. 100 des cas ; elle s'est abaissée dans 57,7 p. 100, et n'a pas été modifiée dans 25 p. 100 des cas. Conclusion inattendue : très vraisemblablement, les injections répétées d'arsénobenzènes et de bismuth sont capables, assez fréquemment, d'abaisser une pression artérielle trop élevée ou même normale chez des sujets syphilitiques et indemnes de lésions rénales.

D'autre part, les faits rapportés montrent en particulier que les traitements antisyphilitiques peuvent être employés sans danger chez les sujets hypertendus, si leur hypertension n'est pas secondaire à une altération rénale grave. L'action hypotensive, que ces médications provoquent fréquemment, et qui ne relèvent pas d'une défaillance cardiaque même fruste, vient s'associer utilement à l'influence qu'elles exercent sur les lésions de l'aorte, des artères périphériques ou du myocarde, toujours possibles chez les syphilitiques hypertendus.

Marcel Pinard remarque aussi que, dans beaucoup de cas, la médication antispécifique agit remarquablement sur la tension artérielle, et là encore les arsénicaux type 914 sont très supérieurs au mercure et au bismuth.

Il arrive aussi que chez un tabétique hypertendu le 914 fasse baisser rapidement la tension qui reste à peu près normale pendant quelques années, puis s'élève à nouveau sans que cette fois le traitement ait le même succès que la première fois.

Ulcérations des orteils par artérite syphilitique améliorées par le traitement.

(MM. Milian et Cl. Launay. — *Soc. fr. de dermatologie et syphil.* ; 10-5-1928.)

A côté de sa forme habituelle, oblitérante, des troncs artériels, l'artérite syphilitique peut avoir un siège purement artériolaire ; c'est uniquement une endo-capillarite et une artériolite. Cette atteinte élective des extrémités vasculaires est souvent symétrique. Elle ne peut être décelée par les signes classiques d'artérite, puisque les troncs artériels sont cliniquement sains.

Elle peut être soupçonnée par l'existence de douleurs vives, bilatérales et par les modifications tégumentaires.

Elle peut être affirmée par la thérapeutique. Il a paru utile aux auteurs d'attirer l'attention sur cette variété d'ulcérations, souvent prises à tort pour des lésions infectieuses banales, que l'on ne soumet pas au traitement efficace, et qui sont pénibles à un double point de vue ; elles sont très douloureuses et elles sont d'une extrême ténacité.

Psoriasis blanchi par une application de radium sur la région splénique.

(M. E. Wallon. — *Soc. fr. de derm. et de syphiligraphie* ; 10-5-1928.)

L'auteur rapporte deux cas, où une application importante de radium a déterminé une régression temporaire, mais évidente du psoriasis. Il ne s'agit pas d'une action locale, puisque des taches très éloignées du champ d'irradiation ont disparu.

Il semblerait s'agir, non d'une action sur les glandes endocrines, mais d'un choc humoral secondaire à la résorption des albumines libérées par les radiations.

Cette « protéinothérapie » serait à rapprocher de l'auto-hémothérapie, de la sérothérapie et du traitement par les vaccins de Danysz.

Elle agirait par une action de désensibilisation, et en effet, chez un malade, en même temps que l'éruption s'effaçait, l'état général et les troubles rhumatismaux s'amélioraient considérablement témoignant d'importantes modifications humorales.

Traitement du lupus tuberculeux. Résultats comparés des divers procédés.

(MM. Louste et Thébaut. — *Soc. fr. de derm. et de syph.* ; 10-5-1928.)

1° Les lupus de dimensions notables situés dans des régions favorables doivent être enlevés chirurgicalement, et leur exérèse suivie d'une suture immédiate aboutit toujours à une réunion par première intention, laissant une cicatrice très souple.

De tous les procédés, c'est celui qui comporte le plus d'avantages, en particulier brièveté de la cicatrice et rapidité de la guérison. En huit jours, peut être supprimée une lésion qui traînait depuis des années ;

2° La greffe est peu recommandable. Quand, par suite de l'étendue du lupus, la suture des lèvres de la plaie opératoire ne peut être obtenue, il est préférable de laisser celle-ci se combler, se cicatriser, et le résultat esthétique sera plus satisfaisant qu'avec la greffe.

3° La récidive n'est pas plus fréquente avec l'exérèse qu'avec les autres moyens thérapeutiques (curetage, cautérisations) ; elle est même tout à fait exceptionnelle. G. F.

Les goutteux aux stations hydrominérales.

(M. A. Piatot. — *Soc. d'hydrologie et de climatologie* ; 21-11-27.)

L'auteur rapporte en détail cinq observations per-

sonnelles parmi les 65 cas qu'il a observés, en 1927 et qui se rangent sous les rubriques suivantes :

Trois cas de rhumatisme d'Heberden ;

Cinq cas de goutte tophacée ;

Vingt et un cas de goutte articulaire, avec tophi extra-articulaires ;

Trente-six cas de rhumatisme goutteux.

Si le diagnostic des trois premiers groupes est relativement facile, celui du quatrième demande, pour être posé exactement, des analyses du sang avec dosage de la cholestérine, de l'acide urique, des oxalates. On tiendra également compte de l'hérédité goutteuse et de la coexistence de sortes d'équivalents : obésité, diabète, troubles veineux, hémorroïdes.

Si les manifestations aiguës articulaires des infections et intoxications, le rhumatisme articulaire aigu étant certainement d'origine infectieuse, sont relativement faciles à rapporter à leur véritable cause, il n'en est plus de même des arthropathies chroniques que sont appelés à voir les médecins thermaux. Il est cependant possible de distinguer les arthropathies rhumatismales des goutteuses. Les premières ont une infection à leur origine, les secondes une intoxication ; les premières plus fréquentes chez la femme et les sujets débilités, les secondes plus fréquentes chez l'homme vigoureux, les premières survenant à la suite de refroidissements, les secondes à la suite d'excès de table..... Et l'auteur de passer ainsi en revue tous les éléments du diagnostic différentiel de l'arthropathie rhumatismale et de la goutteuse.

La goutte est uricémique ou oxalémique, de toute façon type de la maladie précipitante. Trouble de la nutrition, elle n'en est pas moins subordonnée à l'influence du système nerveux, régulateur des circulations locales et de la nutrition générale et procède aussi de l'insuffisance pneumo-musculaire.

La goutte articulaire se présente sous deux formes : la forme tophacée et le rhumatisme goutteux. A côté des cures alcalines et de diurèse, on fera appel, dans le traitement de la goutte chronique « à des médications plus complexes agissant sur le système nerveux pour le fortifier et le calmer ; assurant la désintoxication de l'organisme par la mise en valeur des émonctoires supplémentaires : diurèse, sudation, évacuations intestinales; apportant une action locale révulsive sur les exsudats articulaires et sédative sur les manifestations douloureuses ». Les cures alcalines s'effectuent à Vichy, et aussi à Vals, Royat, Pougues... Les cures de diurèse à Contréxéville, Martigny, Vittel, accessoirement, avec des eaux plus laxatives et plus toniques : Châtel-Guyon, Brides, Saint-Amand.

Les cures thermales externes sont réalisées par les eaux chlorurées froides (Salies-de-Béarn...), par les eaux thermales chlorurées sodiques (Salins, Moutiers ...), par les eaux peu minéralisées (Plombières, Bourbon-Lancy, Néris, Aix-les-Bains...), par les eaux ferrugineuses à petites doses (Forges...), par les boues minérales (Dax, Saint-Amand...).

C'est ainsi que les bains, sans agir sur la diathèse goutteuse elle-même, ni remédier aux arthropathies, assouplissent les muscles et mobilisent les jointures. Le massage, sous la forme de simple effleurage et de pétrissage des muscles péri-articulaires, agit comme un stimulant de la nutrition.

En même temps, le médecin surveillera le régime alimentaire et l'hygiène de son malade...

« Si les cures alcalines, les cures de diurèse conviennent aux goutteux pour enrayer leur diathèse, les cures externes s'adressent surtout aux arthropathies chroniques constituées. »

A Bourbon-Lancy, notamment, on enverra les goutteux, même en période subaiguë à tendances artérielles, les préscléreux, les hypertendus et les aortiques, avec gros cœur éréthique et émonctoires déjà insuffisants. « Ils y trouveront un traitement s'adressant à leur état diathésique et à l'ensemble de leur système circulatoire. »

G. D.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Trois cas d'hémorragies obstétricales arrêtées par le procédé des pinces.

M. Mourgues rapporte trois cas d'hémorragies obstétricales d'étiologie différente, hémorragie suite d'avortement, hémorragie de la délivrance par inertie utérine, hémorragie par déchirure du col, dans lesquelles l'émission sanguine put être facilement arrêtée par le procédé des pinces : fermeture du col par une pince de Museux dans le premier cas, pinces clamp sur les culs-de-sac latéraux dans le second et pince à demeure sur la déchirure du col dans la troisième.

Note sur un cas de bride vulvaire.

MM. Audebert et J. Fabre ont constaté l'existence d'une bride latérale s'étendant de la région sous-méatique à la petite lèvre gauche, et dans laquelle l'examen histologique montra l'existence de fibres musculaires.

Cancer du côlon et grossesse.

MM. Clermont et Gay communiquent l'histoire d'une IIIpare de 29 ans, atteinte de constipation depuis plusieurs mois, qui présenta un ensemble de symptômes faisant penser à une occlusion aiguë par volvulus. L'intervention chirurgicale ayant montré une tumeur du côlon pelvien, on fit un anus artificiel et une extériorisation de l'anse : l'ablation de la tumeur eut lieu le 8e jour. La grossesse ayant continué à évoluer, l'accouchement se fit sans complication ; l'anus artificiel fut fermé ultérieurement.

Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique obstruant presque complètement la lumière intestinale.

Le cancer du col après l'hystérectomie subtotale.

M. Ducuing, après avoir discuté plusieurs statistiques et montré qu'en somme le cancer du col après hystérectomie subtotale est très peu fréquent, ne pense pas qu'il faille à titre préventif pratiquer systématiquement l'hystérectomie totale toujours plus grave que la subtotale, ni la cervicectomie large : le simple isolement commissural du col lui paraît la conduite de choix. En cas de cancer du moignon cervical, il repousse toute intervention pour recourir à la curiethérapie.

Fibrome prævia enclavé, césarienne et hystérectomie.

M. Fournier a du intervenir chez une IIpare qui présentait un fibrome de la lèvre postérieure du col du volume d'une noix de coco, enclavé dans le petit bassin. L'accouchement par les voies naturelles étant impossible, on fit une césarienne suivie d'hystérectomie totale et d'un Mickulicz. Le 15e jour il se déclara une phlébite avec embolie le 31e jour. La malade guérit.

La cystostomie préalable dans la cure des fistules vésico-vaginales.

M. Ménil rappelle qu'avivement et bonne suture sont à eux seuls insuffisants pour assurer la guérison, et montre l'importance des soins post-opératoires et en particulier du bon drainage de la vessie. Ayant vu les ennuis de la sonde à demeure, et constaté l'échec des divers procédés de décubitus latéral ou ventral, il a pensé que le meilleur moyen de combattre la réplétion vésicale était de réaliser une dérivation urinaire par cystostomie sus-pubienne.

Cette intervention a été pratiquée systématiquement dans tous les cas de fistules vésico-vaginales basses, 8 à 10 jours avant le dédoublement et la suture, et lui a procuré d'excellents résultats dans les 8 cas où elle a été faite.

Grossesse et accouchement dans un cas de polyadénome du col.

MM. Audebert et Estienny rapportent l'observation d'une VIpare de 41 ans, qui présentait des hémorragies incessantes depuis le début de sa grossesse. L'existence de végétations saignant au moindre contact dans le canal cervical firent d'abord penser à un épithélioma, l'examen d'une biopsie montra qu'il ne s'agissait que de métrite adénomateuse.

Accouchements spontanés chez une femme précédemment césarisée.

M. Bertron communique l'histoire d'une III pare de 24 ans, qui ayant subi pour bassin rétréci une césarienne conservatrice, présenta ultérieurement deux accouchements spontanés.

J. P. Tourneux.

Les Congrès

2e Congrès international de Graphologie.

C'est, je crois, la première fois que la graphologie prend sa place dans les journaux médicaux. Science fort peu connue jusqu'ici parmi les médecins si ce n'est par quelques neuro-psychiatres qui ont poussé assez loin l'étude des écritures morbides, elle n'était guère sortie par ailleurs du domaine de l'empirisme. L'art divinatoire y trouvait son compte au profit des naïfs que le mystère angoisse et se faisaient portraiturer comme ils se font lire leur destin dans lignes de la main.

Ce temps a changé. A l'étranger, des savants, tels Saudek (Tchécoslovaquie), Klages (Allemagne) et combien d'autres, ont transporté la graphologie au laboratoire et, appliquant à son étude les rudes disciplines de la science positive ont parqué définitivement les diseurs de bonne aventure dans un ghetto où seuls les niais continueront à les visiter. Cependant qu'en France les successeurs de l'abbé Michon, plus instruits que lui, tels Crépieux. Jamin de Rougemont, Vauzanges, etc., ont honoré de leurs découvertes une graphologie qui se recommande de la psychologie la plus fine et la plus judicieuse.

Sans prétendre à démêler tous les arcanes de l'âme humaine, la graphologie est une science analytique attrayante qui fournit au psychologue, au psychiatre, aux éducateurs et fournira demain à la justice des indications de plus en plus précises appuyées ou confirmées par l'observation sagace et prolongée des scripteurs de tout acabit.

Le geste scriptural si complexe et si intéressant dans sa physiologie aurait-il moins de signification que la physionomie, le classique miroir de l'âme, non moins variée que l'écriture et dans laquelle les moins initiés ont appris à lire ; que le comportement général et la mimique des individus par lesquels ils extériorisent leurs émotions et leurs élans passionnels ? Notre grand physiologiste Gratiolet a émis après Darwin sur cette branche énorme de nos connaissances scientifiques, des pages célèbres qui l'ont immortalisé. Duchenne de Boulogne traça de son côté la voie expérimentale aux graphologues et demain les laboratoires de psychologie expérimentale nous en apprendront bien d'autres.

Le deuxième Congrès de graphologie a été scientifique dans toute la force du terme. Ouvert par le professeur Pierre Janet, il a obtenu de ce dernier par son discours-programme une véritable charte : à sa suite, dorénavant, les curieux de la psycho-physio-

logie, rassurés sur les vraies tendances et sur la vraie signification de la graphologie, les médecins ne manqueront pas de s'engager dans la voie des recherches et de grossir son bagage de précieuses découvertes. Nous sommes loin, on le voit, des prétendus devins qui ont tout à apprendre.

Le professeur Janet a tenu à indiquer les rapports de la nouvelle science psychologique et de la nouvelle science graphologique. La première n'est pas du tout une science solide ; c'est une science qui cherche, qui tâtonne et reprenant à pied d'œuvre la vieille philosophie, s'efforce à lui donner des bases certaines et définitives. Comment pourrait-on prétendre discerner des états d'âme dont on ne connaît ni l'essence, ni le mécanisme, ni même la définition univoque ?

Ce serait une dangereuse illusion. Et c'est là contre justement que se heurteront encore les graphologues traditionnels aussi égarés que Gall dans le dédale de ce qu'on appelait des facultés, quand l'observateur scientifique les cherche encore.

Mais inversement quel secours peut apporter la graphologie, par son admirable discernement des gestes scripturaux, à la science psychologique que nous construisons. Les deux sciences se prêtent un appui mutuel.

Les états émotionnels, les passions se dessinent de mieux en mieux (la physiologie générale des glandes endocrines elles-mêmes n'y a-t-elle pas contribué ?) et les apports de l'analyse graphologique lui fournissent de précieux éclaircissements. On voit poindre le jour où le lien précis entre le geste et l'état d'âme apparaîtra de façon frappante.

Les travaux du congrès ont été riches et originaux. Citons encore les patientes et lumineuses recherches du Dr Houzel (Paris) sur la physiologie de la *lettre tordue* et sa valeur comme test de la puberté. Pour ce praticien éclairé, la *lettre tordue* traduit un déséquilibre des glandes endocrines. Apparaissant à la puberté, elle disparaît à la ménopause. Son comportement nous renseigne sur la précocité ou le retard du développement. Sa persistance anormale indique un déséquilibre endocrinien (génital). Sa signification graphologique va de la contrainte que représente chez un nerveux la lettre redressée jusqu'à l'anxiété et l'angoisse.

Le Dr Legrain a présenté et développé de nombreux documents scripturaux de nerveux et d'aliénés jetant une curieuse lumière sur ce qu'en psychologie on dénomme dédoublement de la personnalité, insistant surtout sur les graphismes paradoxaux particulièrement précieux à connaître pour le graphologue.

Dans une autre conférence, le même auteur a décrit les signes graphiques de l'imagination morbide. Le Dr Streletzki (Paris) a montré comment le graphisme était révélateur de troubles endocriniens insoupçonnés (expériences pratiques) avec confirmation thérapeutique.

L'écriture des enfants a fait l'objet de précieuses observations de la part de Mme Becker (Allemagne). On a dû encore au prof. Saudek une description fort ingénieuse de l'écriture grâce au cinéma ralenti.

N'hésitons pas à mentionner une visite captivante faite aux Archives de la Préfecture de police, mine de documents graphiques uniques émanant de personnages historiques.

Nombres de travaux de moindre importance retiendront l'attention des médecins auxquels l'étude de la graphologie est recommandée au moins comme un passe-temps de haut goût.

Dr LEGRAIN,
Président de la Société de graphologie.

Les Livres

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Clinique thérapeutique de Saint-Nectaire. (un vol. in-8° couronne, 8 francs.)

Œuvre de tous les médecins appartenant à la Société médicale de St-Nectaire, cette brochure est préfacée par M. le professeur Rathery qui définit excellemment les conditions requises par une ville d'eaux pour répondre aux indications de sa spécialisation : à savoir, les eaux elles-mêmes, avec leurs propriétés électives ; les installations techniques nécessaires à leur utilisation raisonnée ; la compétence des médecins chargés de les prescrire et d'en surveiller les effets. Trois conditions particulièrement bien remplies à St-Nectaire. Le maître éminent montre ensuite comment les eaux de St-Nectaire agissent sur le rein, tantôt *directement*, pour provoquer la cicatrisation des lésions du parenchyme et même leur réparation ; tantôt *indirectement*, sur le facteur extra-rénal, souvent si important. A St-Nectaire ressortissent deux grandes classes de justiciables : les débiles rénaux et les néphritiques proprement dits.

A la suite de ces généralités, le Dr Porge traite du traitement thermo-minéral des néphrites congestives ; le Dr Roux, de l'action physiologique des eaux prises en boisson ; le Dr Sérane, de la modification de la fonction uréo-sécrétoire au cours de la cure ; le Dr Siguret, à qui je dois tant, précise quels sont les malades atteints de néphrite chlorurémique avec œdèmes qu'il faut envoyer à St-Nectaire : ce sont ceux dont le rein a conservé une certaine perméabilité, une certaine souplesse de fonctionnement, démontrées par les épreuves actuellement classiques. Si, par contre, les reins ont perdu tout pouvoir de

réponse à ces sollicitations expérimentales,la cure est formellement interdite. Le Dr Versepuy étudie les eaux de St-Nectaire utilisées en injections hypodermiques et conclut que la Source Rouge, analogue au sérum sanguin, constitue un véritable sérum hydrominéral naturel injectable.

A l'appui des travaux si documentés de ces distingués confrères, qu'il me soit permis d'apporter mon humble témoignage en faveur de la puissance des eaux de St-Nectaire envisagées comme réparatrices des lésions organiques du rein, stimulantes et rééquilibrantes de sa fonction, reconstitutives, en outre, du tonus général.

G. D.

Dr A. Piatot. — **Aperçus historiques et cliniques sur l'action des cures hydro-minérales dans le traitement de la stérilité chez la femme.** (Un vol. in-8°. 17 francs.)

Dès son introduction, l'auteur marque bien la distinction qu'il convient de faire entre la femme anatomiquement ou physiologiquement impropre à la conception, et donc, proprement stérile, et celle qui souffre de troubles endocriniens, infectieux et diathésiques qui s'opposent temporairement à la conception ou entravent le développement de la grossesse : c'est l'inféconde, celle qui a le droit de réclamer, à certaines cures thermales appropriées, le remède efficace aux troubles qui conditionnent son infécondité.

Dans un premier chapitre d'histoire, le Dr Piatot met en valeur tous les témoignages que nous possédons, en faveur de la foi antiqu des femmes en la vertu curative de la stérilité par les eaux minérales et les sources : ex-votos, bas reliefs,statuettes évocatrices, écrits des mémorialistes, etc. Entrant ensuite dans le vif de son sujet, il étudie la stérilité des deux conjoints dans leurs rapports réciproques, le mari étant responsable, dans environ 1/5 à 1/6 des cas. La responsabilité du mari étant éliminée, quelles sont les causes de la stérilité féminine ? Causes endocriniennes : insuffisance ovarienne, thyro-ovarienne. Causes infectieuses : infections banales agissant sur les glandes endocrines ; infections locales : endométrite cervicale blennorrhagique, métrite, salpingite, salpingo-ovarite, de même origine habituellement. Causes diathésiques ou constitutionnelles : neuro-arthritisme, maladie à poussées et à dépôts, selon Loeper et Debray, placés au point de vue clinique ; maladie floculante et précipitante, avec instabilité des solutions humorales, disent les biologiques.

Trois grands groupes d'eaux minérales répondent à toutes les indications du traitement de la stérilité : les chlorurées sodiques fortes ; les sulfureuses ; les eaux faiblement minéralisées ou indéterminées. Les chlorurées fortes (Salies-de-Béarn, Biarritz et Besançon) conviennent aux aménorrhées, à la congestion utérine suite de subinvolution post-partum, aux hémorrhagies intercalaires, aux dystrophies utéro-ovariennes ; aux leucorrhées, aux reliquats de salpingite refroidie. Les sulfureuses moyennes (Luchon, Barèges, Cauterets, Saint-Sauveur), les sulfurées calciques (Allevard, Fumades, Enghien, Barbotan, St-Honoré) ; les sulfurées chlorurées (Uriage, Gréoulx, Tercis), s'adressent aux subinvolutions, aux congestions passives, aux métrorrhagies torpides, à certaines rétroversions, à certaines lésions inflammatoires anciennes ; aux métrites du col ; aux insuffisances ovariennes. Les eaux radio-actives (Evaux, Plombières, Bourbon-Lancy, Royat, La Bourboule) améliorent la dysménorrhée, la leucorrhée, la congestion utérine, les infiltrations péri-utérines et périsalpingiennes ; les prurits génitaux ; l'insuffisance ovarienne.

Envisageant les cures thermales dans leurs rapports avec les malades, l'auteur précise les indications et les contre-indications respectives de ces cures. La cure de Bourbon-Lancy lui est particulièrement familière. Aussi, rapporte-t-il plusieurs observations personnelles qui confirment son exposé doctrinal et lui permettent de formuler ses conclusions, auxquelles j'emprunterai les lignes terminales suivantes :

« Dans la stérilité essentielle, celle dont la cause est inconnue, toutes les eaux minérales ont des succès à leur actif. Le fait est indiscutable, toutes ayant une action modificatrice sur l'état général. Certaines d'entre elles possèdent une action indéniable sur l'appareil génital et elles sont particulièrement indiquées en cas de stérilité.

« Mais Luxeuil, Néris, Plombières, Bourbon-Lancy, Saint-Sauveur ont une efficacité toute particulière... Dans les états chroniques, quand toute réaction inflammatoire s'est apaisée, quand il s'agit de donner un coup de fouet à un état torpide ou de réveiller la vitalité des parties, se manifeste le triomphe des cures hydro-minérales. »

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Le dernier congrès des syndicats médicaux.

Dr Gabriel Batier, de Strasbourg.

Le triste *conflit qui avait abouti à la division* du corps médical organisé, tenait à des conceptions différentes de la tactique professionnelle vis-à-vis de l'assurance-maladie, et aussi du mode d'élection du conseil de l'Union. C'est pourquoi ceux qui avaient entrepris de réconcilier les frères ennemis, avaient porté leurs efforts vers la recherche d'un terrain d'entente, d'abord au sujet des assurances sociales, ensuite pour la réforme des statuts.

Il était essentiel de commencer par les assurances sociales, d'abord parce que manifestement c'était le point capital, c'était — si j'ose dire — le front extérieur. La « bataille devant le Sénat » avait été une sanglante défaite pour le corps médical ; pour tous les esprits sains, la division du corps médical était l'une des causes principales de cet échec cuisant ; il était urgent de reparaître unis devant les adversaires, au moins pour sauver la retraite et obtenir une paix acceptable. Ce fut la tâche du congrès du 30 novembre dernier, dont tous les médecins se souviennent avec soulagement.

Pratiquement donc, depuis sept mois, l'unité médicale était reconstituée, au sujet des assurances sociales, unité de programme, unité même d'action, puisque la commission mixte, présidée par le Pr Balthazard, était seule chargée de représenter le corps médical devant les pouvoirs publics en la matière, Union, Fédération et Groupement des spécialistes s'effaçant tous trois devant elle.

Mais cette entente paraissait précaire, non pas aux médecins avertis, mais à nos amis et surtout à nos adversaires. Malgré la solennelle affirmation du Dr Gadaud à la tribune de la Chambre, des gens demeuraient sceptiques. De plus, nul doute que, dans cette période transitoire, le travail professionnel ne se soit ralenti considérablement. Il importait que cesse au plus tôt, entre les deux moitiés du corps médical, cette sorte de *séparation de corps et de biens*, peu favorable à une union féconde.

C'est le dimanche 8 juillet, à la veille des vacances, que la commission mixte a cru possible la réunion des délégués pour arrêter — ou presque — le texte des statuts du nouvel organisme commun à tous les syndicats médicaux de France.

Tous les syndicats avaient reçu le texte adopté le 20 mai à l'unanimité de la commission mixte. La séance s'annonçait comme de pure forme. Mais aux dernières nouvelles, changement de tableau : il y avait eu nouvelle discussion à la commission mixte, les représentants de la Fédération ayant remis en discussion le texte qu'ils avaient cru pouvoir adopter cinq semaines plus tôt au sujet de l'élection du conseil d'administration. Qu'allait-il se passer ?

Quel habile homme que le Pr Balthazard ! Dans une introduction un peu longue — longue à dessein, pour mieux pénétrer son auditoire et asseoir l'autorité nécessaire à la présidence de tels débats,— il expose la tâche accomplie par la commission mixte en matière d'assurances sociales conformément au mandat donné par le précédent congrès ; il sait que là-dessus, il a l'unanimité pour lui. Puis brusquement, il limite la tâche du jour aux points litigieux du texte qu'il s'agit de voter, laissant à l'assemblée constitutive du nouvel organisme le soin de discuter les amendements de détail sur les points secondaires.

Alors, prudemment, il aborde les moins redoutables des points litigieux. Tout le monde est d'accord pour incorporer, dans l'article qui convient, que l'organisme nouveau assurera, à l'intérieur, les fonctions prévues pour un Ordre des médecins, aussi longtemps que cet Ordre n'existera pas ; et cela comporte des conséquences plus grandes qu'il n'est peut-être apparu à beaucoup.

Il est prévu que, le conseil étant un peu lourd,

le Bureau sera complété par une commission de cinq membres pour prendre les décisions urgentes. Ici commence à paraître le plan de clivage de l'assemblée, car une motion comporte que les cinq membres devront appartenir à des syndicats et à des régions différentes. L'esprit qui anime cette motion apparaîtra plusieurs fois ; s'il est élégant et habile d'affirmer en séance que cela n'est inspiré par aucune considération personnelle, il est certain que pareille idée ne serait pas venue à un législateur fraîchement débarqué de Syrius. Quoi qu'il en soit, la motion est adoptée.

Légère discussion au sujet des commissions. Nul doute que ces précieux organes de travail fussent loin de l'idéal dans la vieille Union. Si je ne suis pas sûr que leur principal défaut tenait surtout à leur manque de vitalité, il n'en demeure pas moins qu'elles manquaient d'organisation. Elles étaient surtout une tribune d'essai pour leur secrétaire — toujours le même pour toutes les commissions — et l'on y étonnait si par hasard on semblait toucher à quelque clause fondamentale d'un projet soumis tout fait à l'approbation, plutôt qu'à l'étude des commissaires. Personne n'a défendu cette inorganisation des commissions. Mais, chose curieuse et qui prouve le sens des responsabilités de gouvernement chez les opposants d'hier, ma proposition de donner le droit d'initiative aux commissions dans les limites de leur compétence, ne fut pas soutenue par la tendance fédéraliste qui la trouva trop audacieuse, quoique dans son sens : elle ne passa pas.

Quant au nom du nouvel organisme, il sera « Confédération des syndicats médicaux français ». Il y avait, à ce sujet, des susceptibilités à fleur de peau : si prudentes qu'elles aient été, certaines questions l'ont prouvé.

Il se peut que soit ici oubliée telle ou telle question de détail. Qu'importe, pourvu que l'esprit soit rendu ?

Alors vint en question le point névralgique : l'élection du conseil d'administration. Le président tint à ouvrir la discussion générale avant le déjeûner, sans doute pour en voir l'orientation. Elle reprit dans l'euphorie de la digestion et la certitude que l'accord interviendrait avant le crépuscule. C'est dire qu'elle fut relativement calme. A noter, pour être chroniqueur impartial, que l'aile fédéraliste vibrait plus que l'aile unioniste, de sorte que les orateurs de la Fédération étaient écoutés dans le silence, ce qui n'était pas souvent le cas des orateurs unionistes.

On entendit s'affirmer la thèse du régionalisme intégral, c'est-à-dire l'élection de tous les conseillers à raison de un par région, les syndicats étant d'office groupés en régions électorales là où ils ne constituent pas déjà des Fédérations et là où les Fédérations existantes sont trop petites pour donner droit à un représentant. Pour ceux qui ignorent la position que j'ai prise sur ce sujet, je rappelle que j'ai soutenu ici même la thèse du régionalisme il y a longtemps, mais qu'il est contraire à ma nature de vouloir contraindre qui que ce soit ; j'ai donc accueilli avec joie la formule qui, faisant de la représentation régionale la règle, sur la base proportionnelle et en laissant aux syndicats la liberté de se grouper à leur guise, ouvrait une soupape de sûreté pour la représentation des restes. C'était la formule de la commission mixte le 20 mai. On a fait plus haut allusion aux nouvelles discussions de la commission à ce sujet : ces discussions avaient abouti à un enfant mal venu, rachitique et mort-né dont les parents ne voulurent plus en séance. Marquis vint les sauver de leur embarras par un habile amendement qui recueillit, après certaines explications et après l'adhésion officielle de Dibos, président de l'Union, l'unanimité de l'assemblée.

On discuta aussi sur les deux sièges de conseillers, réservés à la désignation des syndicats de spécialistes. Certains se sont étonnés de ce privilège ; c'est qu'ils ignoraient le sacrifice fait par ces syndicats en abandonnant le droit de représenter leurs membres par le versement de leur cotisation ; c'est qu'ils ignoraient... mais ce n'est pas le lieu de s'étendre sur la délicate question des spécialistes. Personnellement, je pensais et pense toujours que la seule solution équitable et pratique du problème serait d'organiser la représentation technique parallèlement à la représentation topographique, selon la conception présentée simultanément dans la presse médicale et les commissions par M. Noir et M. Duvernoy, de Besançon. Mais les esprits, préoccupés d'autres choses et insuffisamment préparés à cette idée nouvelle, l'avaient accueillie avec une telle indifférence, qu'il eût été maladroit de la présenter au congrès. La velléité qui fut essayée dans ce sens par un homme de bonne foi, ne pouvait pas réussir, surtout dans un milieu encore plein de méfiance vis-à-vis de tout projet nouveau où l'on flairait à tort mais instinctivement un piège. Finalement et sagement on maintint les deux sièges réservés aux spécialistes.

Passons — car on en reparlera — sur le projet de confier le secrétariat général à un fonctionnaire médical, bien rétribué et à qui serait interdite la clientèle. Il y a pas mal d'arguments pour et pas mal d'arguments contre. Le projet a été renvoyé à l'étude des syndicats, qui auront d'ailleurs le droit et le devoir de préparer les amendements qu'ils jugeront utiles au projet de statuts, afin qu'on en discute à l'assemblée constitutive de la Confédération nouvelle.

Cette fois l'entente est réalisée dans le corps médical sur les deux points de friction. Est-ce à dire que la fusion soit faite ? Ce serait une grave erreur que de le croire ; ce serait préparer de nouveaux conflits que s'abandonner avec insouciance à la joie de ce jour de fête. Les mariages d'amour

ont parfois de cruels lendemains. A plus forte raison les autres ! Or, c'est ici un mariage de raison, ne l'oublions pas !

A Lyon, si vous allez à La Mulatière contempler le confluent de la Saône et du Rhône, vous voyez que longtemps après l'apparente réunion, les eaux jaunes de la Saône glissent à côté des eaux bleues du Rhône sans s'y mélanger. De même, les deux tendances vont subsister dans la Confédération nouvelle et ne se confonderont que bien plus tard. Beaucoup de prudence sera nécessaire aux premiers pilotes et, pour dire toute ma pensée, la personne de M. Balthazard me semble indispensable à la tête de la nouvelle Confédération, pour lui éviter les redoutables écueils des premières années.

II

Réflexions d'un délégué

Des applaudissements presqu'unanimes ont salué à plusieurs reprises l'expression du désir d'union ; à cause de ce désir sincère et vif, on a obtenu un résultat : l'Union est faite. Les hommes de bonne foi ont pu avec vivacité exprimer leurs conceptions, mais ils ont pu, les uns et les autres, faire les concessions nécessaires au but final.

Les concessions ! Mais oui, l'intransigeance le plus souvent n'amène qu'un échec ou, après un succès momentané, une longue réaction, l'histoire des révolutions le prouve. Dans la jeunesse, il est nécessaire de se former un idéal des conditions les meilleures pour permettre le maximum du rendement moral, économique, social et politique.

Quand on arrive au soir de la vie, après avoir travaillé avec ardeur, dévouement, désintéressement et continuité au profit de cet idéal, on s'aperçoit que de petits progrès ont été réalisés. Et loin de s'en attrister, il faut s'en réjouir. Quant à moi qui consacre depuis 35 ans au syndicalisme intelligence (faible sans doute), sentiments (douleur de voir mes idées incomprises ou dénaturées), temps et argent, je suis resté optimiste et me réjouis de l'Union reconstituée.

La médecine est une science expérimentale ; et alors, comment regretterait-on que la représentation régionaliste soit mise en expérience ? Si elle est avantageuse, mise en concurrence avec la représentation au scrutin de liste, elle ne tardera pas à triompher et ce succès sera préférable à celui imposé par la force. Si toutefois la représentation majoritaire a quelqu'intérêt, elle subsistera dans une faible mesure, incapable de porter ombrage au régionalisme, mais permettant toutefois d'introduire dans le conseil quelques personnes que tous, nous regretterions d'en voir exclues. Observons et l'expérience guidera notre jugement ; c'est ainsi que la science a progressé ; la sociologie est une science qui doit avoir la même méthode, si elle ne veut pas tomber dans le dogmatisme.

L'unanimité s'est retrouvée quand il s'est agi de remercier le président Balthazard ; une ovation chaleureuse est venue la récompenser de sa peine. Il a dirigé les débats avec bonhomie, ce qui lui a permis d'user d'une autorité insensible, mais effective. A ces remerciements, il est trop juste d'y joindre notre amicale reconnaissance pour tous les membres sans exception de la Commission mixte. Il était difficile pour tous de mesurer la concession possible pour amener les décisions acceptables par les groupements. Tout est bien qui finit bien.

On a présenté des motions concernant le secrétaire général : elles contenaient deux choses : 1° une indemnité large et, 2° une suppression de la faculté de délibérer. Je me suis permis de faire une objection contre cette suppression du droit de vote ; Decourt a cru sans doute que je m'opposais à l'indemnité et a cité des exemples pris en Angleterre et en Allemagne. Or, j'ai été étudiant dans ces deux pays, il y a près de 40 ans et depuis, j'ai partout défendu cette idée de justice que toute peine mérite salaire et qu'un haut salaire permet en général un meilleur choix. Par là, on voit comment les idées peuvent être défigurées de la meilleure foi du monde dans une grande assemblée. Lafontaine a dit à ce sujet d'excellentes choses, et la question a été renvoyée à la Confédération qui entrera en fonction le 6 décembre prochain.

Robert Sorel.

UNE IMPORTANTE MODIFICATION EN RADIOLOGIE DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

Par le Dr Fernand Decourt.

Nos confrères radiographes sont, depuis quelque temps surtout, brimés de façon intolérable par les compagnies d'assurance et, dans les questions que l'on me pose chaque jour, au sujet du tarif Fallières, il m'arrivait, de plus en plus, des plaintes amères à ce sujet. C'est alors qu'après avoir constitué dossier avec l'aide de deux confrères radiographes, j'écrivis à M. Sumien, le président de la Sous-Commission du tarif des soins aux accidentés du travail la lettre suivante que j'avais communiquée auparavant au Dr François, le secrétaire général de l'Union :

Paris, le 18 avril 1928.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous communiquer un dossier concernant *le libre choix du médecin, violé par des compagnies d'assurances.*

Voilà déjà plusieurs fois que je suis saisi de plaintes à ce sujet. Je n'avais pas gardé les pièces communiquées. Cette fois, j'ai prié le Dr X. de me les retourner et de me les abandonner (voir carte 3), ce qui me permet de vous les envoyer.

De plus, il y a quelques jours, j'ai reçu une plainte du même genre du Dr Y., que je joins au premier dossier.

A. — *Dossiers X et Y.*

Voici les pièces :

No 1. Lettre de plainte du Dr X, exposant les faits de violation du libre choix (le Dr X. est spécialiste).

No 2. La réponse que je lui ai faite.

No 3. La carte me retournant et m'abandonnant les pièces du dossier.

No 4. Lettre du Dr Z. (médecin praticien) constatant le refus de la Compagnie d'envoyer le blessé... au radiologue X).

No 5. Lettre de la Compagnie au Dr Z. informant que le blessé... sera radiographié à l'hôpital de la Compagnie.

No 6. Lettre de la Compagnie M. refusant radio par Dr X. et déclarant que « le chef de leur contentieux, M. B. *fera procéder comme d'habitude à la radiographie.* »

No 7. Lettre du Dr Z. au Dr X. *ne pouvant avoir de renseignements* sur la radio faite par la Compagnie.

No 8. Refus de la Compagnie D. au Dr X, de payer un traitement diathermique (là il ne s'agit plus de radio, mais ayant reçu cette pièce, je vous la communique également).

No 9. Tarif de la Compagnie N. (au rabais sur le tarif officiel et combien !!) pour les radiographies et pour un service radiographique que tient un ouvrier électricien !!

B. — *Dossier S.*

No 10. Lettre du Dr S.

No 11. Lettre de la Compagnie P. refusant le paiement d'une radio, bien que son médecin contrôleur ait vu... *et emporté l'épreuve*, ce qui enlève toute raison au refus de paiement.

Je ne vous adresse aujourd'hui qu'un dossier restreint ne voulant pas, pour le moment, que cette question prenne les allures d'une polémique entre Assurances et Corps médical, mais je puis vous assurer avoir reçu de *très nombreuses et très vives plaintes* et avoir vu de *nombreuses pièces*, démontrant que les Compagnies d'assurance, de plus en plus, *refusent systématiquement* toutes radios si elles ne les font pas faire *elles-mêmes* par *leur radiographe*, médecin... ou ouvrier électricien.

Je viens donc vous demander Monsieur le Président, de saisir de ces faits nos collègues assureurs à la sous-commission, afin que nous puissions en causer à l'amiable, en vue d'un redressement de cette situation anormale, illégale, et qui ne peut rester dans le *statu quo.*

Je vous prie, etc.

Dr Fernand Decourt.

Dès le surlendemain, je recevais un **mot de** M. Sumien me disant que, devant **cette plainte,** il allait **immédiatement** convoquer **la sous-commission** et, *le 3 mai* suivant, en effet, la **réunion** avait lieu.

***

Ainsi que je le disais dans mon **rapport à** l'Union (paru dans le *Médecin syndicaliste* **du** 15 mai 1928, page 411) il y eut, **tout d'abord** une sorte de « lever de rideau » **concernant un** petit point, qui à la demande d'un **confrère,** avait été soulevé par moi et porté à la **connaissance** de M. Sumien, environ six semaines **auparavant.**

I. — **Radio sous plâtre.** — Certaines **compagnies** refusent de *majorer de* 50 % **(comme** l'est tout le reste du tarif) le supplément **de 20 fr.** pour toute radiographie d'une région « **entourée.** d'un appareil plâtré ». Et ce refus **provient de** ce que :

a) La *majoration générale* est ainsi **conçue:** « Les frais et honoraires prévus aux **paragra-**

phes I à VI ci-dessus doivent être majorés de 50 % ».

b) Le supplément pour radio sous-plâtre se trouve au début du paragraphe VII, donc après donc « en *dessous* », de la notation de majoration de 50 % qui parle des paragraphes I à VI *ci-dessus*.

Il est évident que, d'après la lettre et la topographie, le supplément dont il est parlé se trouve non compris dans la majoration générale ... mais il est non moins évident qu'il n'y a aucune raison pour qu'il en soit ainsi et que cela ne provient que du plus pur hasard topographique et que personne des membres de la Commission n'a voulu en faire volontairement une exception.

N'insistons pas. Les délégués assureurs de la sous-commission en convinrent galamment aussitôt et on fit au texte l'addition notée ci-dessous en italique :

« Les frais et honoraires prévue aux paragraphes Ier à VI ci-dessus, *ainsi que les radiographies faites sous plâtre, visées aux alinéas* 1 *et* 2 *du paragraphe VII ci-après,* doivent être majorés de 50 % ».

II. — Réponse motivée obligatoire de l'assurance au sujet des explorations radiologiques. — La très grosse majorité des radiologues s'est aperçue que les compagnies d'assurance *violent délibérément le libre choix* quand il s'agit d'un examen radiologique.

Il faut pour le médecin traitant, qui désire faire radiographier son blessé, « ACCORD *avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence* ». Or, devant la demande du médecin traitant, les compagnies ont trois façons d'agir :

a) La compagnie ne répond pas ou beaucoup trop tard pour que la radio puisse être utilisée ;

b) Elle répond en refusant toute autorisation sans même daigner dire pourquoi ;

c) Elle répond que la radio ne sera permise que si elle est faite par *son* radiographe, ou par le service radiographique *qu'elle possède* personnellement (et où il n'y a parfois qu'un ouvrier électricien comme le démontre le dossier).

Naturellement, comme nous nous y attendions, les délégués assureurs firent remarquer que des *abus de radio* nombreux se sont montrés et c'est pourquoi les Compagnies préfèrent *leurs* propres radiographes, etc.

Mais le dossier démontrait (voir la pièce n° 9) qu'elles préféraient non seulement leurs propres radiographes, mais aussi ceux qui *acceptaient les rabais marqués sur leurs propres tarifs,* EN VIOLATION DU TARIF OFFICIEL DRESSÉ PAR LA PRÉSENTE COMMISSION ELLE-MÊME...

LEFEVRE, NOIR et moi-même, nous expliquâmes longuement ce qui se passait. M. QUILLENT, le représentant des ouvriers, fit remarquer, ainsi que nous l'avions dit nous-mêmes, que l'intérêt du blessé était primordial et qu'il n'y avait jamais à refuser ni même à retarder une radio que demandait le médecin traitant, etc...

On peut et on doit refuser, objectaient les assureurs — et avec raison, c'est entendu — lorsqu'il n'y a aucune raison sérieuse, aucun motif valable pour réclamer une radio...

C'est alors que je proposai d'ajouter au texte actuel une simple phrase que j'avais préparée dans ce but, à savoir que le médecin de l'assurance en cas de refus, « devrait donner de ce refus, « un avis *techniquement motivé, et cela dans les* 48 *heures* ».

Le principe en fut admis par tous les membres de la sous-commission, et après divers « ajustages » de phrase, voici les modifications qui furent votées, ou plutôt l'*addition* acceptée par la sous-Commission au sujet de la réponse à donner par le médecin de l'assurance.

« ... *Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée du médecin traitant* ... »

Donc avis « techniquement motivé » dans les trois jours. Si aucune réponse durant ce délai et par suite de l'adage « qui ne dit mot consent », le médecin traitant est en droit de faire radiographier son blessé aux frais du patron. Et ceci fut bien convenu par tous les membres de la sous-commission.

* * *

Mais il ne suffisait pas de l'adhésion de la sous-commission pour présenter cette modification à la signature ministérielle. Aussi, le 3 juillet dernier était réunie la *Commission plénière* du tarif des soins aux accidentés du travail.

La séance ne fut pas longue, car la Commission plénière entérina, en quelque sorte, les travaux de la sous-commission, en faisant toutefois une petite modification au texte que l'on a lu ci-dessus.

L'un des délégués patronaux fit, en effet, remarquer que si l'on demandait au médecin patronal ou de l'assurance de « motiver techniquement » tout refus, l'équité voulait que l'on demande également au médecin traitant de « motiver techniquement » toute demande de radio, ce qui éviterait bien des abus.

Abus ou non, il est certain qu'on ne pouvait refuser d'accepter une légitimation technique de toute demande de radio. Il fut donc immédiatement convenu que cette modification serait ajoutée au texte présenté par la sous-commission et c'est ainsi que fut voté le texte définitif *à l'unanimité*.

Pour mieux fixer les idées de nos confrères nous mettrons en parallèle le texte ancien et le texte nouveau :

Texte actuel	*Texte nouveau.*
L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué sauf les cas d'extrême urgence : dans ces derniers cas, le chef d'entreprise, etc...	L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué *Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les 3 jours, à compter de la date de la réception de la lettre recommandée du médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.* *Dans les cas d'extrême urgence,* le chef d'entreprise, etc...

A l'heure où paraîtront ces lignes dans le *Concours*, il y aura déjà plusieurs jours, je pense, que le Ministre aura signé le décret additif au tarif actuel et ces modifications auront alors force de loi. (1)

Et c'est ainsi que, peu à peu, certains progrès peuvent apparaître dans les lois et règlements intéressant le corps médical. Ne trouvez-vous pas confrères que s'intéresser de tout son cœur à ces modestes modifications et tendre son esprit à en faire admettre de nouvelles est plus utile, pour les praticiens que de se chamailler entre soi, à la grande joie de la galerie ? ...

Dr Fernand DECOURT.

(1) Le Décret a paru au *Journal Officiel* du 12 juillet 1928.

N. D. L. R.

JURISPRUDENCE

Un chirurgien dentiste peut-il être désigné par un Tribunal pour expertiser le travail exécuté par un docteur stomatologiste ?

COUR D'APPEL DE PARIS (Chambre des Référés).

9 *février* 1928.

(Archives du « Sou Médical »).

Un chirurgien-dentiste peut être désigné comme expert, lorsqu'il s'agit de l'examen d'un travail de prothèse dentaire et non de soins médicaux donnés par un docteur stomatologiste.

La Cour, statuant sur l'appel d'une ordonnance de référé rendue par le président du Tribunal civil de la Seine, le 3 février 1927 ; considérant que l'urgence justifie l'expertise ordonnée par le premier juge ; considérant que s'agissant de l'examen d'un travail de prothèse dentaire et non pas de soins médicaux, il ne peut être fait grief au juge des référés de n'avoir pas désigné comme expert un docteur en médecine conformément à l'article 74 de la loi du 30 novembre 1892 ; considérant que les juges du fond ordonneront s'ils le jugent à propos une nouvelle expertise ; qu'ils pourront confier à des docteurs en médecine si le travail de C., expert, qui est déjà terminé, ne leur offre pas tous éléments d'appréciation et toutes garanties nécessaires ;

Par ces motifs :

Déboute le Dr B., de son appel ainsi que toutes ses demandes, fins et conclusions ; confirme en conséquence purement et simplement l'ordonnance de référé entreprise pour être exécutée selon ses forme **et teneur.**

Commentaires

Il faut examiner avec beaucoup d'attention cet arrêt de la Cour d'appel de Paris et le comparer avec l'ordonnance du juge des référés, pour voir qu'il donne raison au Dr B., sans lui donner toutefois entièrement satisfaction.

En effet, l'ordonnance du juge des référés était ainsi rédigée :

« Nommons C. expert, dispensé du serment, avec mission de rechercher et examiner le travail exécuté dans la bouche de la demanderesse, dire s'il a été correctement effectué et si la dame T. a reçu tous les soins que comportait l'état de sa bouche ; rechercher si le bridge exécuté peut, ou non, être, par elle, utilisé, rechercher si l'état actuel de la bouche est ou non, la conséquence des soins reçus par la demanderesse, établir le compte d'entre les parties, évaluer le préjudice causé... »

Ainsi, le juge des référés confiait à l'expert, chirurgien-dentiste, non seulement la mission

d'examiner si le travail de prothèse avait été convenablement effectué, mais encore de dire si « la dame T. *a reçu tous les soins que comportait l'état de sa bouche..... rechercher si l'état actuel de la bouche est ou non la conséquence des soins reçus par la demanderesse* ».

A n'en pas douter, mission était donnée à l'expert chirurgien-dentiste d'apprécier les soins donnés par un docteur en médecine.

Or, c'était justement sur ce point que le Dr B. avait interjeté appel et la cour ne répond que d'une manière indirecte. L'arrêt semble ne pas faire attention au texte même de la nomination de l'expert, chirurgien-dentiste, et ne porte son attention que sur l'expertise d'un appareil de prothèse, oubliant de statuer sur le point principal, qui était soumis à la cour, à savoir si un chirurgien-dentiste est qualifié pour expertiser les soins donnés par un docteur en médecine.

Cependant, d'une manière détournée, la cour donne satisfaction au Dr B., puisque l'arrêt confirme, en ces termes : « considérant que, s'agissant de l'examen d'un travail de prothèse dentaire *et non pas de soins médicaux* ».

Faut-il en déduire que l'arrêt aurait infirmé l'ordonnance du juge de référé, s'il s'était agi d'expertiser des soins médicaux et non un appareil de prothèse ?

Il semble que la cour n'ait pas voulu annuler une expertise déjà terminée et elle s'est tirée d'embarras, en ne jugeant qu'un seul point : celui du travail de prothèse en litige, en décidant que les juges du fond ordonneront, s'ils le jugent à propos, une nouvelle expertise, qu'ils pourront confier à des docteurs en médecine.

Pouvait-on porter ce litige devant la cour de Cassation ?

Les avocats conseils du « Sou Médical » n'ont pas cru possible un recours devant la Cour suprême.

On aurait peut-être pu invoquer la violation de l'article 305 du code de procédure civile, qui indique que les parties doivent se mettre d'accord, sur la nomination des experts, alors que, dans le cas présent, comme habituellement en matière de référés, le juge désigne d'office l'expert, sans souvent consulter les parties.

Pouvait-on encore invoquer la violation des articles 308, 309 et 310, sur la récusation des experts ?

Nous ne l'avons pas cru utile. La Cour de Cassation aurait probablement répondu par un rejet, motifs pris que les juges du fait étaient souverains pour apprécier la mission qu'ils avaient confiée à l'expert et qu'en l'espèce, le motif de récusation n'était pas valable, puisqu'il ne s'agissait que d'expertiser un travail de prothèse, alors que, s'il s'agissait d'apprécier la valeur et le résultat des soins donnés, les juges pourraient alors désigner un nouvel expert, docteur en médecine.

Je sais bien qu'on peut invoquer les termes d'une circulaire du Garde des Sceaux, en date du 11 juin 1912 (*Bull. Min. Just.*, 1912, p. 226), qui recommande instamment, dans les affaires concernant personnellement les chirurgiens-dentistes, de confier autant que possible l'expertise à un expert, possédant un titre au moins égal à celui du confrère en cause.

Notamment, dans les affaires concernant les docteurs en médecine stomatologistes, le ministre recommande de ne désigner, comme experts, que des docteurs en médecine spécialisés dans l'art dentaire.

On peut également rappeler un jugement d'appel de la 7e chambre du tribunal civil de la Seine, du 17 novembre 1913, réformant un jugement de paix de Paris, 6e arrondissement, du 15 avril 1913 (*Concours médical*, 1927, 3326).

Le juge de paix avait désigné un chirurgien dentiste pour donner son avis sur des soins donnés par un docteur en médecine stomatologiste.

Or, pour infirmer cette décision, le tribunal d'appel s'était surtout appuyé sur le texte de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « les fonctions de médecin expert près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français. »

Ce motif est légalement erroné. En effet, la Cour de Cassation a été appelée à se prononcer, à l'occasion d'un jugement en date du 23 janvier 1912, rendu par le tribunal civil de la Seine, jugeant en appel et décidant que lorsqu'un juge de paix ordonne, dans une contestation d'accident du travail, une expertise et qu'il commet, pour ce faire, un médecin pris en dehors de la liste des experts, l'expertise doit être déclarée nulle.

Et le tribunal d'affirmer que les expertises médico-légales relèvent des dispositions de la loi du 30 novembre 1892 et des décrets de 1894, 1904 et 1906 et non pas des stipulations du Code de procédure civile.

Par arrêt du 15 novembre 1914 (*Concours médical*, 1928, 101), la Cour de Cassation décida qu'il y avait erreur d'interprétation des textes législatifs et que la dérogation au droit commun apportée par la loi du 30 novembre 1892, ne concerne que la nomination d'experts, en matière pénale et non en matière civile.

D'ailleurs, les tribunaux ne sont jamais liés par l'avis d'un expert : celui-ci n'est pas un juge, qui rend une décision, mais un auxiliaire de la justice, qui donne une simple opinion personnelle, un avis.

Deux arrêts récents de Cassation (Requêtes, 6 avril 1927 et 17 janvier 1928) viennent de

proclamer ce principe : Les juges ne sont pas tenus de suivre l'avis de l'expert. Il suffit, s'ils s'en écartent, qu'ils indiquent les motifs qui, en dehors des conclusions du rapport, ont déterminé leur décision.

Conclusion.

En conséquence, il est indispensable de bien préciser, par de correctes conclusions, le point de droit et les points de fait, qui sont soumis aux juges, pour que ces derniers soient obligés de répondre aux différents problèmes qui leur sont posés.

En la matière qui nous occupe, lorsqu'un docteur en médecine, spécialisé en stomatologie, comparaît en justice et que le procès en cours comporte nomination d'un expert, le docteur doit conclure à ce qu'il plaise au juge de désigner comme expert un docteur en médecine stomatologiste et non un chirurgien-dentiste, lorsqu'il s'agit d'apprécier les soins qui ont été donnés.

Si le juge passe outre et désigne un expert non docteur en médecine, on aura trois jours, à dater de cette nomination, pour notifier la récusation, en indiquant les motifs (article 309 du code de procédure civile).

Mais, au cours du procès, le médecin stomatologiste aura toujours la faculté de demander la nomination d'un autre expert, docteur en médecine.

Il est évident, que ces difficultés n'existeraient pas si l'art dentaire était considéré, non pas comme une science spéciale, autonome, mais comme une branche de la médecine, à l'instar des autres spécialisations de l'art de guérir.

Voilà un motif de plus pour demander au Parlement que tous ceux qui, dans l'avenir, auront à soigner les maladies de la bouche et des dents, soient tous pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les obstacles auxquels elle se heurte.

Un vieil ami du *Concours*, qui n'est pas médecin, mais qui le lit, j'en suis certain, beaucoup plus assidûment que nombre de confrères, me parlait récemment d'un médecin âgé qui se trouvait dans un dénuement complet et n'avait pour vivre que les quelques secours que peut lui donner sa fille, elle-même dans une situation précaire : ce médecin, me disait-il, avait exercé pendant quarante ans dans de très bonnes conditions et il n'avait trouvé le moyen ni de marier sa fille, ni d'économiser les quelques milliers de francs qui lui auraient assuré l'avenir.

— S'il avait eu à sa disposition la Mutualité Familiale, il aurait pu se constituer une pension de retraite, quel viatique c'eût été dans sa détresse !

— Eh oui, mais, comme tant d'autres, il avait vécu au jour le jour, il n'avait pas cru nécessaire de faire acte de prévoyance, il n'avait cru ni à la possibilité de la maladie ni aux infirmités de la vieillesse.

— C'est une mentalité vraiment qu'on ne peut comprendre chez des gens comme les médecins.

— Et, pourtant, que d'exemples je pourrais vous citer moi-même :

J'ai connu un confrère qui avait une belle clietntèle, marié sans enfants, qui menait la vie large, avait une serre et un jardinier, etc..., quand il mourut, sa femme fut oligée de s'adresser à l'Association générale des médecins de France à laquelle l'amitié de Brouardel l'avait fait inscrire.

J'en ai connu un autre qui était à la tête d'un établissement médical prospère, qui menait aussi assez grand train et qui, un beau jour, frappé d'apoplexie, devient hémiplégique : ce fut pour lui la gêne immédiate... il mourait quelques années après et sa veuve allait à toutes les portes quémander un maigre secours.

Je pourrais continuer, mais à quoi bon ? Toutes ces histoires sont de tous les jours : pas un médecin qui n'en connaisse de semblables autour de lui.

— Et ces exemples ne les émeuvent pas, ne les font pas réfléchir ?

— Mais voici qui est plus typique encore : un de nos confrères, après avoir travaillé tant qu'il a pu, finit par être arrêté ; comme lui a été prévoyant, il reçoit le secours qu'il s'est assuré et qui, si je l'en crois, lui arrive toujours fort à propos... Eh bien ! son fils juge inutile de venir à nous.

— C'est à désespérer de moins convaincus que vous.

— Tenez, lisez encore cette lettre que je viens de recevoir :

« Je vous adresse mon bulletin médical : bien qu'amélioré je reste toujours incapable de reprendre ma situation. Comme j'ai bien fait d'entrer à la Mutualité familiale dès mes premières années d'exer-

cice ! Car, qui est plus exposé aux maladies que le médecin presque toujours au contact de contagieux ? Et combien négligents ceux qui n'y songent pas !

J'ai essayé aussi souvent que j'ai pu de faire de la propagande pour cette œuvre si utile qu'est la Mutualité familiale, mais que de fois ai-je, moi aussi, prêché dans le désert ? Et cependant je suis personnellement un exemple assez connu et bien fait pour faire réfléchir... »

Dr B...

Vous voilà édifié sur l'indifférence à laquelle nous nous heurtons, écoutez cet autre son de cloche :

Un de nos confrères nous écrit que, s'étant présenté chez un médecin pour y subir un examen médical d'entrée, il fut accueilli de cette façon :

« — Vous êtes donc aussi une poire ?

— Comment cela ?

— Vous allez entrer dans cette boutique dont l'utilité principale est d'engraisser ceux qui l'ont créée et qui la dirigent.

— Vous êtes bien sûr de cela ?

— Dame, cela se dit et il n'y a pas de fumée sans feu. »

Notre candidat était un convaincu, il nous connaissait, il connaissait aussi la Mutualité Familiale qu'il avait soigneusement étudiée ; il n'eut donc pas de peine à réfuter l'accusation, mais supposez qu'il se fût agi d'un timide, d'un confrère mal éclairé... le doute n'aurait-il pas pu entrer dans son esprit ? ne l'aurait-il pas en fin de compte déterminé à s'abstenir ?

— Mais que dire de l'homme qui a — ou n'a pas — entendu cette calomnie sur l a Mutualité Familiale et qui n'hésite pas à la répéter ?

— J'aime mieux croire qu'il ne l'a pas inventée.

— Dans tous les cas, il a commis une mauvaise action, car il parlait de ce qu'il ne connaissait pas.

Un autre, un jour, nous faisant l'honneur de ne pas nous soupçonner personnellement, disait :

« La Mutualité familiale ! Elle ne sert qu'à faire vivre des chroniques plus ou moins intéressants et parfois canailles ! »

— Pauvres malades chroniques ! Ils se sont par leur sagesse prémunis contre les coups du sort et ils ont eu la malechance d'avoir à se féliciter de leur prévoyance ; ils reçoivent un secours auquel ils ont un droit absolu et qu'ils se sont assuré pour boucler un maigre budget..... et voilà comment on les traite !

— On exploite contre la Mutualité Familiale qui leur vient en aide un acte qui devrait au contraire lui attirer des recrues nouvelles.

— Mais celui qui tenait ce langage était coupable de chercher à détourner ces recrues ; il était coupable de parler, lui aussi, sans avoir cherché à savoir.

— Jalousie chez les uns, malveillance chez les autres, ignorance chez tous ; voilà les obstacles auxquels nous nous heurtons aussi.

— Heureusement que ce sont des faits exceptionnels.

— Faits exceptionnels sans doute, mais qui n'en sont pas moins tristes à constater et qui décèlent, en prenant l'hypothèse la moins défavorable, une inconscience et une légèreté inconcevables.

— Et qui détonnent singulièrement avec le caractère du médecin, tel du moins qu'on le comprend généralement.

Vous vous demanderez, confrères, pourquoi je relève ces faits, pourquoi je leur donne la publicité du *Concours* : c'est parce que nous voulons éclairer ceux qui songent à venir à nous ; c'est parce que nous voulons qu'ils sachent, par avance le langage qu'ils sont exposés à entendre.

L'indifférence est certes le gros ennemi de la Mutualité Familiale, mais ce n'est pas le seul qu'elle ait à redouter : il y en a bien d'autres.

J'y reviendrai un jour, car nous ne pouvons laisser exploiter contre nous le silence que jusqu'ici nous avions cru devoir garder.

Confrères qui voulez faire acte de prévoyance, adressez-vous directement à notre secrétaire général : dites-lui vos besoins, soumettez-lui vos hésitations, vos doutes si vous en avez ; il vous répondra en toute confiance.

Nul mieux que lui ne saurait vous éclairer sur un article des statuts que vous aurez pu mal interpréter, nul mieux que lui ne pourra vous montrer les avantages de notre organisation.

Et si vous voulez savoir comment les membres de la Mutualité Familiale apprécient les services qu'elle leur rend, lisez les lettres suivantes qui sont d'hier :

Mon cher confrère,

Je vous remercie de l'indemnité que vous m'avez envoyée, la dernière, puisque je suis sortant par mon âge.

Permettez-moi d'ajouter que si je n'ai plus rien à demander à notre société, je reconnais hautement les services qu'elle m'a rendus et je reste de cœur avec elle.

Dr R... à A...

Mon cher confrère,

Au moment de vous quitter, laissez-moi exprimer ma reconnaissance bien sincère aux membres du

Conseil d'administration et vous remercier des bons procédés confraternels que vous avez eus à mon égard et que je n'oublierai pas dans ma retraite.

Il va sans dire que j'essayerai, comme toujours, de faire connaître à mes confrères jeunes les bienfaits de la Mutualité familiale.

Dr M... à L...

Monsieur,

Je viens pour mon mari toujours très souffrant vous accuser réception de votre envoi. Il vous est particulièrement reconnaissant de la ponctualité avec laquelle vous lui avez envoyé ses indemnités qui lui ont rendu service surtout au moment où il a été forcé par la maladie d'abandonner sa clientèle. Tous les regrets sont pour lui de ne plus faire partie de la Mutualité familiale.

Espérons que beaucoup de jeunes docteurs comprendront la nécessité de se créer des ressources pour le moment où la maladie viendra les atteindre et que la Mutualité familiale deviendra de plus en plus florissante.

Mme E... à l'H...

J'ai choisi spécialement les lettres de sociétaires qui, atteints par la limite d'âge, cessent de participer à l'indemnité -maladie.

Voilà en quels termes ils s'expriment.

Croyez-vous, confrères, que nous n'ayons pas raison, en dépit de l'indifférence et de la malveillance, de continuer sans relâche notre propagande ?

A. GASSOT.

HYGIÈNE

La désinfection à la campagne (*Suite et fin*).

Par M. le Dr René MARTIAL.

VII. **Maladies comportant des parasites intestinaux.**

Ce que nous venons de dire à propos des fièvres typhoïdes est également vrai à l'égard des dysenteries. J'ai connu sur le front, pendant la guerre, un régiment algérien qui avait infesté ses cantonnements de repos par épandage.... direct. Sans doute quelques hommes véhiculaient-ils des bacilles de la dysenterie, car, bientôt les malades se multiplièrent. La désinfection des cantonnements et de leurs abords jointe aux précautions individuelles amena la limitation rapide du nombre des cas et l'épidémie cessa de se développer.

Il est des parasites auxquels on ne pense généralement pas, bien qu'ils soient fort connus. On n'apprécie guère non plus le danger qu'ils présentent pour l'homme, on oublie que certains sont encore plus directement dangereux pour le bétail. Les oxyures vermiculaires, l'ascaride lombricoïde, ne sont que des hôtes gênants. On connait cependant des cas authentiques où l'ascaride à déterminé la mort du porteur, ou bien des cas de typhoïde avec présence du même ver. Mais il faut penser au trichocéphale, parasite très difficile à expulser, qui est plus fréquent qu'on ne pense et susceptible de déterminer chez l'homme des accidents très graves au cours d'une anémie qu'on ne s'explique pas tout d'abord.

Il en va de même de l'ankylostome duodénal, et de la douve du foie.

L'usage de chlorure de chaux s'impose dans les cas de malades ainsi parasités aussi bien que dans les cas de fièvres typhoïdes, afin d'assurer la destruction des œufs. Et l'épandage doit être tout aussi formellement interdit. C'est pour lutter contre ces parasites dont un homme peut porter dans son intestin deux, trois jusqu'à quatre espèces différentes, que j'avais, en 1917, organisé d'une manière particulière un camp où vivaient six mille travailleurs coloniaux. J'avais même essayé d'y réaliser l'incinération des matières fécales — ce qui n'est nullement impossible — mais nécessite un incinérateur spécial et un personnel bien entraîné (1).

A Fez, ayant concouru au service vétérinaire de l'abattoir, j'ai, plus que souvent, contrôlé l'extrême extension des lésions parasitaires au bétail lorsque la destruction des matières fécales humaines n'est pas bien assurée ; la parasite, passant par l'intermédiaire des plantes de l'homme aux animaux, revient ensuite à ceux-ci, donnant lieu à une contamination cyclique qui ne peut que se propager.

Ceci est également vrai pour nos campagnes, car l'ankylostome, le trichocéphale, l'ascaride existent dans nos régions.

(1) V. Incinération des matières fécales. Organisation du camp des travailleurs coloniaux de Castres. — Etude des parasites intestinaux et des moyens de les détruire, 1917.

V. également : Etudes sur les épidémies de fièvres typhoïdes de Montpellier, Perpignan, Carcassonne, sur les eaux et l'alimentation en eau des villes de Perpignan, Lodève, Rodez, Agde, Prades et Marseille, 1918. In *Archives* du Service de santé, au Val-de-Grâce, et chap. VI et XII. *in* « Principes d'hygiène ». (G. Doin, éd., Paris.)

***

Parmi les autres maladies communes aux animaux et à l'homme, mention doit être faite, à titre de « memento », de la fièvre aphteuse, de la morve, heureusement de plus en plus rares chez l'homme, et du charbon. A propos de ce dernier, rappelons seulement la nécessité absolue de détruire le cadavre des animaux atteints de charbon, l'enfouissement ordinaire ne pouvant que créer un nouveau foyer de contagion pour la terre, les plantes puis, les animaux.

Les teignes animales se transmettent facilement à l'homme, mais le traitement pour ces derniers est facile et assure en même temps la désinfection. Au vétérinaire de s'occuper des animaux.

La propreté des pigeonniers constituera à la fois la désinfection contre l'argas, et la prophylaxie de la gale du pigeon.

***

VIII. De quelques autres parasites de l'homme et de son habitation.

Ceci nous conduit à parler sommairement de la désinfection dans les teignes humaines et le favus, ainsi que de la désinsection et de la désinfection à l'égard des poux, de la gale.

Les punaises et les mouches méritent aussi quelques mots.

Et nous pourrons terminer en parlant de la désinfection des bâtiments qui abritent les animaux.

N'avais-je pas raison en commençant de dire que la désinfection à la campagne n'est pas une question simple. Tout médecin de campagne sait que les divers cas que nous venons de passer trop rapidement en revue, se présentent, que les circonstances qui les accompagnent varient à l'infini, mais que, de plus, aux difficultés inhérentes à la désinfection de la maladie elle-même se joignent celles dues à l'ignorance de la famille, à ses habitudes de malpropreté, aux mauvais état des locaux, à l'absence ou au mauvais état du linge, à la diversité des bâtiments, etc., etc.

En ce qui regarde les teignes et le favus, quel que soit le traitement adopté, je recommande le changement quotidien du linge de toile dont on entoure la tête et son incinération immédiate. Ainsi les spores qu'il contient sont sûrement détruites.

S'il s'agit du linge des galeux, lorsqu'un étuvage sévère ne sera pas possible, et ce sera très souvent le cas, l'ébullition dans une eau additionnée de carbonate de soude paraît être le moyen le plus pratique et celui qui abime le moins le linge.

IX. Destruction des poux.

Mais la destruction des poux (prophylaxie du typhus exanthématique toujours possible à notre époque où tant de gens se déplacent et où les immigrants vont maintenant dans l'agriculrure) constitue un problème plus délicat à résoudre.

L'étuvage des literies, linges, vêtements pouilleux, ne donne guère de résultats sérieux.

Qu'on me permette de rappeler ce dialogue entre deux soldats anglais qui viennent de reprendre à l'étuve de l'hôpital les vêtements pleins de poux qu'ils lui avaient confiés.

Ils examinent leurs vêtements et poussent un soupir de désappointement. « Ah, dit le premier, il y en a encore. — Oui, répond, l'autre, mais ce qu'ils ont dû avoir peur ! »

Voici comment j'avais organisé, à Fez, la sulfuration des vêtements pouilleux, dans le fondouk — preventorium que j'avais créé pour assurer la prophylaxie du typhus exanthmématique — et la désinsections des vêtements parasités (1). Une pièce pas trop spacieuse, rendue hermétiquement close portait les vêtements suspendus et déplissés sur des fils de fer. Dans la porte deux trous : un horizontal laissant passer le tuyau injectant la vapeur de soufre, l'autre oblique de dedans en dehors, permettant d'introduire à frottement modéré un tube à essai. Dans ce tube à essai, on mettait d'abord quelques poux bien vivants pris sur les vêtements ou les gens, on le fermait avec un tampon de coton et on introduisait à l'intérieur de la porte l'extrémite garnie de coton. Au dehors demeurait le fond du tube dans lequel les poux s'agitaient. La désinfection était considérée comme achevée lorsque les poux témoins étaient morts. L'injection de soufre avait lieu au moyen d'une trompe à manivelle soufflant de l'air sur un petit foyer où brûlait du soufre. Appareil simple et robuste fabriqué par une de nos grandes firmes de désinfection.

Au cas où des populations agricoles ou des familles viendraient à être menacées d'une invasion de poux, je conseille le procédé suivant dont l'application m'a rendu bien service pendant la guerre.

Lemon Grass........	ââ 300 cmc.
Essence de menthe Pouliot	ââ 300 cmc.
Essence d'eucalyptus..	ââ 300 cmc.
Naphtaline pulvérisée..	100 gr.

F. A. S. Mélange contre les poux.

VI à VIII gouttes sur un petit carré de feutre ou de drap épais cousu dans les sous-vêtements (ceinture, aisselles, inter-omoplates).

Sur les vêtements isolés, repasser au fer chaud, surtout les plis, et imbiber avec :

(1) V. *Bull.* Académie médecine, 1922, *Revue d'hygiène*, n° 11, 1922, *Informateur médical*, n° 20, 1923.

Mélange ci-dessus.......	5 parties
Alcool à 50°............	100 —

Pour les fourrures et les cuirs : placer les objets dans une caisse à demi-hermétique à fond métallique, chauffer la plaque à 45° et fermer après avoir placé au milieu des vêtements, un linge imbibé de :

Mélange	5 cmc.

durée de l'opération : vingt minutes.

On détruira les lentes avec l'onguent :

Mélange	2 cmc.
Vaseline	8 gr.

***

X. Des mouches.

La désinfection à la campagne comporte assurément la destruction des mouches, insectes qui se nourrissent de toutes les saletés, vont sur toutes les déjections — en particulier les crachats, d'où : contamination des humains, des aliments, des vêtements — et, en particulier, contamination du lait par le bacille tuberculeux humain.

Voici les prescriptions que j'ai données en 1917 et en 1918, comme adjoint technique de l'armée, pour la lutte contre les mouches dans la 16e région. Elles sont applicables partout, et efficaces (1). Il est possible qu'un nouvel ingrédient récemment lancé excellent contre les mites soit également efficace contre les mouches ; mais, après expérience, je me demande s'il n'est pas également un peu toxique pour ceux qui l'emploient.

Voici ces prescriptions :

Dans les écuries, étables, fromageries, laiteries, arroser le sol avec une solution de *petit lait formolé* à 10 %. Dans les locaux d'habitation, déposer sur les tables, le rebord des fenêtres, en pleine lumière, mais à l'abri des courants d'air, des assiettes creuses contenant :

Formol du commerce....	15 parties
Lait	20 parties
Eau très légèrement sucrée	65 parties

Ajouter au liquide quelques miettes de pain pour que les mouches puissent s'y poser.

Les procédés utilisant les poudres en papiers « tue-mouches » à base d'arsenic, ne doivent pas être employés car, les mouches tombent souvent assez loin, sur *des aliments*, et peuvent occasionner des accidents d'intoxication.

(1) V. aussi : larvicides et insecticides, pages 151 à 159, *in* « Principes d'hygiène ». (*G. Doin, éd.*)

Comme piège à glu, on peut utiliser du papier enduit de la préparation suivante :

Huile de ricin	5 parties
Résine	8 parties

On assure le mélange en le portant à l'ébullition et en remuant avec un bâtonnet.

On emploiera aussi des moyens propres à empêcher la production des mouches, surtout lorsqu'il y aura à la maison un tuberculeux ouvert, ou un pneumonique, ou un typhoïdique. Pour cela, on incinérera les ordures et résidus ménagers (incinérateur tronc-conique de campagne), ou bien on les enfouira après les avoir arrosées de crésyl à 5 % ou bien avec l'émulsion suivante :

Savon noir........... 1 kgr.
Eau à 50°, q. s. jusqu'à masse pâteuse ;
Ajouter 5 kgr. d'huile lourde, agiter et ajouter eau q. s. pour faire 100 litres

Même précaution pour les fumiers. L'aire du fumier sera arrosée de la solution de crésyl à 5 % après l'enlèvement de celui-ci ;

Chlorure de chaux pour les latrines et appareils (?) de vidange. S'il existe une vraie fosse d'aisances, on y jettera le mélange suivant :

Sulfate de fer........	2 kgr. 500
Huile lourde.........	500 cmc.
Eau	10 litres

Pour une contenance de deux mètres cubes.

Toutes les surfaces de liquides stagnants, quelles que soient leur provenance et leur nature seront recouvertes d'une mince couche d'huile lourde de houille.

XI. Des punaises.

Il paraît hors de doute — bien que cela ne soit peut-être pas encore démontré avec toute la rigueur scientifique voulue — que les punaises qui s'alimentent en piquant l'homme, malade aussi bien qu'en bonne santé. sont des agents de contage dont il faut se débarrasser. Malheureusement, si la destruction de l'insecte adulte est encore possible, celle des œufs est extrêmement difficile sinon impossible. En effet, la punaise dépose ses œufs au plus profond des fissures murales, des fissures des plafonds, à l'intérieur des bois de lits, dans les jointures des lits en fer. En outre, ces œufs sont insensibles aux vapeurs antiseptiques, et, en toute occurrence, très résistants. De plus, le succès de cette désinsection dépend aussi de l'état des pièces d'habitation. Lorsqu'elles sont par trop fissurées ou délabrées, le mal n'a d'autre remède que dans le feu. Et l'incendie n'est pas encore régulièrement admis au nombre des procédés de désinfection.

Si les pièces envahies sont en assez bon état,

après avoir fait procéder à l'arrachage des papiers, on fera boucher toutes les fissures et trous au plâtre fin — ce qui assure la mort des œufs et des insectes qui viennent d'éclore, par asphyxie. Si la pièce à désinfecter est parquetée, il faut introduire de la cire dans toutes les rainures du plancher et encaustiquer par dessus. Mais dans les fermes, à la campagne, ce sera tout à fait exceptionnel.

Le mobilier sera traité de différentes manières suivant sa matière. Les lits en bois seront désinfectés pour trempage prolongé de leurs divers éléments dans une solution de potasse caustique, ceux en fer seront enduits de pétrole et flambés. Les enveloppes de literie, les rideaux, le linge de maison, seront désinfectés par trempage si la nature de l'étoffe le permet, puis lessivés.

***

XII. Des bâtiments qui abritent les animaux.

Pour terminer, il faut dire quelques mots des bâtiments qui abritent les animaux. A part quelques rares fermes modèles, on n'a pas idée en France du soin que l'on doit au bétail, gros ou petit — et l'on pratique communément cette axiome que le le bétail peut — et même pour les porcs, doit — vivre dans la saleté. Souvent même (département de la Seine, faubourgs des grandes villes), le bétail (vaches laitières) ne sort *jamais* de l'étable, faute de pâturages, et les vaches sont condamnées à mourir sur place au bout de 18 mois à 2 ans de vie végétative, attachées dans l'étable, sans air ni lumière, à une température anormalement et constamment élevée, dans le purin et la bouse, avec toutes les odeurs qui se dégagent d'elles et de leurs déjections. Il n'est donc pas étonnant que ne voyant plus jamais la lumière du jour, ne mangeant plus aucune nourriture fraîche, elles tombent malades, s'étiolent et meurent. Et, que penser des qualités nutritives du lait qu'elles fournissent ? Quel sera le sort des enfants nourris avec ce lait ? Comment se fait-il qu'à une époque où tout le monde parle d'hygiène, personne ne s'émeuve d'une telle situation.

Même si *les vaches ainsi emprisonnées dans l'air confiné* ne deviennent pas tuberculeuses, on ne peut pas être étonné que le lait qu'elles donnent soit un lait plus nuisible qu'utile au nourrisson humain. Ces vaches ne vivent pas ainsi plus de dix-huit mois à deux ans. Si, encore les bâtiments qu'elles occupent étaient salubres et proprement tenus.

Non, les animaux n'aiment pas à vivre dans la saleté ni à être malpropres sur eux. Dans les pays où l'on ne parle pas seulement d'hygiène, mais où on en fait, les vaches sont toujours propres, les porcs frais et roses, les chevaux étrillés et bouchonnés, les poulaillers ne contiennent pas de fumier, bref, l'habitat des animaux est aussi propre que celui des humains : allez en Hollande, au Danemark et vous verrez que ce qui est une exception admirable en France, est une règle communément appliquée dans ces contrées.

En outre, d'une malpropreté souvent repoussante, ces bâtiments sont souvent vieux, non entretenus depuis des années, plus ou moins ruineux, les sols n'en sont plus pavés — lorsqu'ils l'ont été — il n'y a plus de fils d'eau pour l'écoulement des liquides, bref, toutes les conditions favorisantes sont réunies pour assurer la propagation d'une maladie qui aura frappé quelqu'une des bêtes.

Les règlements sur la construction des étables, des porcheries, des écuries ne sont pas appliquées et les architectes (?) eux-mêmes ignorent qu'il en existe.

Comment donc opérer la désinfection dans de tels locaux lorsque survient la fièvre aphteuse ou la tuberculose bovine. Il faut absolument faire sortir les bêtes et les parquer en un endroit que l'on pourra désinfecter à son tour ou nettoyer convenablement. Pendant ce temps, il faut faire un nettoyage complet de l'étable après en avoir sorti tous les accessoires y compris les mangeoires en bois et grilles à fourrage en bois puisque très souvent encore elles ne sont ni en ciment ni en fer. Il faut chauler les murs avec soin, reboucher les anfractuosités des murs, surtout celles des murs placés en face des naseaux des bêtes, passer le bas des murs, les sols, la pavage au crésyl. Les accessoires de bois lorsqu'ils seront ceux destinés à la ou aux bêtes malades seront brûlés, les autres lessivés avec une solution de potasse, puis trempés dans une solution de crésyl à 5 %. Les objets métalliques seront brossés à l'eau savonneuse, puis passés au crésyl. On désobstruera les regards et canalisations, on régularisera les fils d'eau, on pratiquera des ouvertures assez grandes et à hauteur suffisante, on aérera fortement, et l'on pourra espérer avoir une étable propre pour quelque temps.

Que de considérations sur l'avarice et le scepticisme du paysan ne faudrait-il pas ajouter pour persuader à chacun d'agir ainsi ; que d'arguments pour éviter les dépenses dues à la désinfection ; que de pis laller ne proposera-t-on pas. Cela heurtera tellement de préjugés, dérangera tellement d'habitudes ! Mais peut-être que la perspective de voir mourir quatre ou cinq vaches au lieu d'une décidera le paysan.

***

Cette question de la désinfection à la campagne est si vaste, elle soulève tant de questions préjudicielles, elle entraîne tant de corollaires

qu'elle nécessiterait une minutieuse étude. Tout particulièrement en ce qui concerne les parasites du bétail et des animaux domestiques à commencer par le chien.

Je m'excuse de n'avoir tracé qu'une très imparfaite esquisse — mais elle comporte les grandes lignes du tableau et pourra être reprise quelque jour.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Châteaulin.

Assemblée générale** du 17 juin 1928 **à Pleyben.

Etaient présents : MM. les docteurs Bastit, Berthélémé, Breton, Cozannel, Gouriou, Le Buanec, Le Coz, Marchais, président ; Menguy, Miossec, Repers, Strowski, Vourch.

Excusés : MM. les docteurs :Andrieux, Bourhis, Le Moyne.

Absents : MM. les docteurs Caraës, Classe, Magne.

Assistaient à la séance : MM. les docteurs Chauvel et Morvan, du Syndicat du Sud-Finistère ; Le Gorgeu Goasguen, Teurnier, du Syndicat de Brest ; Daoulas, Bollot, Martin, du Syndicat de Morlaix, membres de la Fédération du Finistère qui doit se réunir après-midi ; Thomas, du Syndicat de Haute-Cornouaille.

Tarifs. — Le président communique succinctement à ses confrères les tarifs actuellement en application dans les services suivants :

A.M.G. — Consultation : 7 fr. 50 ; visite de jour : 9 francs ; visite de nuit et du dimanche : 18 francs ; kilomètre parcouru : 1 fr. 50 ; interventions : tarif des accidents du travail réduit de 10 % ; accouchements : simple, 80 francs ; gémellaire, 100 francs ; dystocique, 270 francs ; traumatique, 180 francs.

Vaccinations. — Un franc par vaccination avec minimum de 20 francs par séance. De même pour la révision. Tarif kilométrique d'A.M.G.

Consultations de nourrissons. — 0 fr. 50 par enfant avec minimum de 20 francs par séance. Tarif kilométrique d'A.M.G.

Service des épidémies. — Vacation : 12 francs ; rapport : 6 francs ; déplacements comme ci-dessus

Le Syndicat confirme que le tarif des examens médicaux pour compagnies d'assurances sur la vie doit être *dans tous les cas* de 60 francs pour une assurance simple ; de 120 francs pour une assurance sur deux têtes.

Le Syndicat décide qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les sociétés le tarif syndical minimum ; il dicte ainsi la réponse à faire à une société de retraités qui demande une réduction.

Le président lit une décision de la Commission supérieure des pensions qui rejette une demande d'honoraires pour certificat délivré à un pensionné. Cette décision est conforme à la jurisprudence : un pensionné a droit aux soins médicaux, mais pas aux constatations d'aggravation ou autres qui restent à sa charge.

Nomination des médecins aux fonctions publiques. — Le président lit une correspondance qu'il a échangée récemment avec l'administration préfectorale au sujet de la succession des postes officiels. Le président s'est mis d'accord avec les intéressés, et les propositions qu'il a faites ont été agréées. Cette méthode offre dans tous les cas des avantages considérables, car elle est un gage de bonne entente entre les confrères. Elle doit être appliquée même en cas de désaccord où le bureau du Syndicat doit prendre l'initiative des propositions à faire, quitte à en référer à la prochaine assemblée générale du Syndicat qui approuve ou désapprouve son bureau. De cette façon les tractations, s'il y en a, se passent au sein de la profession. Le Syndicat adopte cette manière de voir et la vote à l'unanimité.

Responsabilité des honoraires dans les expertises médico-légales. — Le président ayant reçu d'un confrère une demande de renseignements au sujet de la réquisition d'un maire pour la visite d'un pendu, ne peut mieux faire que de le reporter à la lecture d'un article de Boudin, dans le *Concours médical* du 27 mai 1928, page 1618. Il en résulte que le médecin requis doit toujours exiger une réquisition régulièrement établie qui engage, soit les fonds communaux si le maire agit comme officier de l'état civil, soit le budget de la justice s'il sagit comme officier de police judiciaire.

Droits et obligations des médecins propharmaciens. — Le président rend compte qu'il a récemment reçu une circulaire préfectorale inspirée par un rapport de l'inspecteur des pharmacies en 1927. Il est rappelé aux intéressés qu'ils ne doivent délivrer à leurs malades que les médicaments qu'ils leur ont prescrit, en exécutant en fait leurs propres ordonnances, à l'exclusion de tout autre produit. De plus, il est formellement interdit de tenir officine ouverte et d'assurer la vente de produits pharmaceutiques, de quelque nature qu'ils soient, par une tierce personne. Les médecins ne peuvent pas faire acte de commerce, n'étant pas imposés à la cédule des professions commerciales.

Contrôle médical des accidents du travail. — Le contrôle régulier est régi par une loi ; il est mis en action par le patron (ou l'assureur) qui fait intervenir le juge de paix. Dans ce cas, la convocation du médecin traitant à toute visite de contrôle est obligatoire. Quelle est la procédure à suivre en cas de contrôle officieux, c'est-à-dire lorsque la compagnie d'assurances (c'est le cas le plus commun) demande directement à un médecin de son choix de contre-visiter un blessé ? La même que pour le contrôle officiel, dit le Dr Decourt, dans une consultation publiée dans le *Médecin Syndicaliste* du 1er mars 1928. La même, dit également le Syndicat de Châteaulin, à l'unanimité. De sorte qu'à l'avenir le médecin de la compagnie devra toujours aviser de sa mission le médecin traitant et prendre rendez-vous avec lui avant de se rendre chez le blessé.

Tarif des expertises des accidents du travail. — Récemment, la sous-commission des accidents du travail, à la diligence de l'Union des Syndicats, a décidé de proposer à la signature ministérielle (Justice et Travail) le prix minimum de 150 francs pour les expertises de cette catégorie. Cette somme comprend : prestation de serment, rapport, etc. Le tarif sera définitif quand tous les Syndicats auront donné leur adhésion. Le Syndicat de Châteaulin l'a accepté (réponse du président à une circulaire de l'Union). Approuvé.

Création d'un syndicat de médecine générale. — Lecture est donnée des documents relatifs à la création de ce nouveau groupement issu dans l'esprit de quelques praticiens de médecine générale de la crainte d'une prépondérance abusive dans les conseils de la profession des Syndicats de spécialistes. Cette création aurait pour effet, d'après ces praticiens de rétablir l'équilibre en faveur de ceux qui sont le nombre.

Le Syndicat ne paraît pas outre mesure impressionné par ces considérations. Cependant un certain nombre de confrères se font inscrire séance tenante au nouveau Syndicat. Ils pensent probablement que le droit de regard vaut bien la faible cotisation exigée.

Mais n'est-il pas possible par d'autres moyens d'éviter la prépondérance incriminée ? Il en est un sur lequel tout le monde se met d'accord, notamment les représentants des autres Syndicats du département : c'est la suppression au conseil de la future Union des 2 voix supplémentaires proposées par la commission mixte en faveur des Syndicats de spécialistes. L'assemblée attache à cette solution une telle importance, qu'elle mandatera ferme son délégué au prochain Congrès pour voter contre cette disposition.

Situation financière. — Sans entrer dans les détails de sa gestion, le trésorier déclare qu'il a en caisse 2.019 fr. 70. Mais il a, d'autre part, à toucher les cotisations de 1928, d'autre part à verser à quelques confrères les indemnités votées l'an dernier, soit 50 francs, pour assister à une réunion professionnelle dans le cadre du département : 150 francs par journée de mission à l'extérieur, plus le voyage en première classe. Il aura, de plus, à verser au trésorier de l'Union les cotisations de 1928, soit 40 francs par membre inscrit. Ce versement doit être effectué avant le 8 juillet, date du Congrès.

Fléaux sociaux et médecine préventive. — Lecture est faite d'une circulaire préfectorale relative à la vaccination antidiphétrique par l'anatoxine de l'Institut Pasteur. Ce document intéresse vivement l'assemblée ; tous les confrères se font inscrire pour participer à cette œuvre prophylactique. Le président se mettra d'accord avec le Préfet sur les voies et moyens. D'ores et déjà la propagande doit être déclanchée en dehors de tout foyer épidémique.

Aucune observation n'est faite sur l'inspection médicale des écoles dont l'expérience se poursuit avec le concours des médecins des dispensaires antituberculeux, mais en fin d'année le Dr Miossec déposera un rapport sur la question.

Le président fait un court exposé des questions d'actualité relatives à la lutte antisyphilitique. Il met ses confrères en garde contre la quiétude dans laquelle ils se laissent vivre sous prétexte que les cas de contamination sont peu nombreux. Cependant les Wassermann positifs sont encore assez fréquents quand on les recherche. Que l'on constate ici une régression, là une recrudescence, il n'en est pas moins vrai qu'on déploie en haut lieu une certaine activité qui ne s'exerce pas toujours dans le sens de nos intérêts professionnels. « Rien de médical, a inscrit la commission mixte en exergue de ses délibérations, ne doit être fait en dehors de nos Syndicats. » Il faut que ceux-ci étudient les diverses solutions proposées ; il faut qu'ils choisissent et que, le jour venu, ils puissent donner un mandat ferme à leurs délégués chargés de discuter la future organisation. Que chacun donc se mette au travail pour imposer, s'il le faut, la solution la plus favorable, celle qui laisse au malade le choix de son médecin et à celui-ci le choix de sa thérapeutique.

Commission mixte et Congrès du 8 juillet. — Le président expose brièvement l'historique de la commission mixte (commission intersyndicale, dit la F.N.) depuis sa nomination, 30 novembre, jusqu'au 20 mai. Les tractations ont été difficiles ; des solutions bâtardes ont été votées à la majorité, puis rejetées. Bref les projets de la future organisation syndicale se traînaient péniblement parce que, malgré un désir unanime d'accord, chacun apportait dans la discussion ses propres conceptions ou celles du groupe dont il émanait.

Enfin, le 20 mai, un projet viable, dû à l'initiative du Dr Renou (des spécialistes) a pu être voté à l'unanimité. Il a été publié dans toute la presse médicale Prière de s'y reporter.

Deux points de ce projet sont à retenir, car ils feront l'objet de chaudes discussions au Congrès du

8 juillet qui doit réunir encore une fois tous les Syndicats médicaux appelés à délibérer sur les nouveaux statuts.

1° *Titre de l'unique groupement central.* — La commission mixte a adopté, après beaucoup d'autres, celui de : *Confédération des Syndicats médicaux français.* Nous savons que, pour des raisons de politique intérieure ou économique, il sera présenté au Congrès d'autres propositions et que, malgré l'importance relative de la question, l'accord ne se fera pas facilement.

2° *Mode de nomination du Conseil d'administration.* — C'est ici que le projet Renou a été particulièrement opportun. Au lieu d'imposer aux Syndicats un mode étroit de votation, la future organisation laissera à chacun d'eux le choix de sa représentation au Conseil. Ceux qui le voudront, s'associeront entre eux pour constituer des collèges électoraux régionaux ayant droit à un conseiller par 400 membres ; les autres voteront à l'assemblée générale sur une liste de candidats établie sur la même base d'un membre à élire par 400 syndiqués (voir le compte rendu de la commission). L'essentiel de ce système mixte est qu'il laisse à chacun sa liberté... le libre choix si cher aux médecins !

Sur ces seules indications le président pose cette question au Syndicat : dans quelle catégorie préfère-t-il entrer ? On vote au bulletin secret sur ces deux termes : « régionalistes » ou « nationalistes ». Le résultat est : 8 régionalistes, 5 nationalistes. Il eut été peut-être plus exact d'appeler les uns « groupés », les autres « isolés ».

Le Syndicat demande donc à s'affilier aux Syndicats voisins. Ceux du Finistère feront sans doute la même réponse, mais nous ne sommes que 200 ; il faut donc s'aboucher avec les départements limitrophes, Côtes-du-Nord et Morbihan. Pas plus loin, car l'intérêt des Syndicats ruraux est d'éviter de faire cause commune avec ceux des grandes villes comme Rennes ou Nantes. Le président, membre du Conseil de l'Union, est chargé d'entrer en relations avec les présidents des Fédérations voisines. Il est, en outre, au même titre, délégué pour représenter le Syndicat au Congrès. Les bureaux présents des Syndicats de Quimper, Brest et Morlaix, prennent la responsabilité de mandater également le même délégué, ne se croyant pas autorisés, en dehors de leurs assemblées respectives, à engager de nouveaux frais.

Interventions du délégué du syndicat à l'assemblée générale de l'Union en décembre. — Le président, délégué à l'assemblée générale de l'Union les 1er, 2 et 3 décembre 1927, fait part de ses interventions à la tribune :

1° Il a fait une déclaration en faveur de l'application aux services d'A.M.G. du tarif syndical minimum. Cette déclaration a été enregistrée sans plus.

2° Il a protesté contre les catégories du tarif des expertises médico-légales. Sa protestation a été annexée au rapport du professeur Gaussel. Il s'en est suivi une demi-satisfaction. L'ancien tarif comprenait 3 catégories. Celui du 22 décembre dernier n'en comprend plus que 2, Paris jouissant seul désormais d'une tarification supérieure à celle des autres villas ou localités.

3° Enfin il s'est associé à une réclamation d'un confrère de la Meuse contre un chirurgien qui va donner des consultations à jour fixe dans une localité éloignée de sa résidence. Il a demandé que l'assemblée interdise cette pratique aux omnipraticiens, et l'interdiction a été votée. Le Syndicat de Châteaulin s'associe unanimement à cette manière de voir et condamne expressément toute consultation à jour fixe hors de la résidence habituelle du médecin.

Avant de terminer, le président tient à signaler la communication très remarquée du Dr Le Gorgeu, délégué de Brest, à la même assemblée, sur ce sujet : « Autonomie et discipline syndicales », problème ardu qui avait été précédemment amorcé dans nos Syndicats. Son but était de provoquer des précisions de la part des éminents théoriciens de l'Union. Mais sa question a surpris même les personnalités les plus compétentes qui ont dû se récuser en alléguant que « la question n'était pas au point ».

Qui nous éclairera ?

La séance est levée à midi 25.

Le Président,
Dr MARCHAIS.

Le Secrétaire,
Dr MENGUY.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social,

Par le Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire.

Exercice 1927.

En 1927 le périmètre du secteur du dispensaire de Béziers n'a subi aucune modification. Son action a donc rayonné sur les six cantons de : Béziers (deux cantons), Capestang, Murviel-les-Béziers, St-Chinian et Servian, comprenant, ensemble, 56 communes et une population globale de 133.400 habitants dont 15.800 Espagnols.

La ville de Béziers compte, elle seule, 64.000 habitants dont 6.200 d'origine espagnole.

Dans la présente étude statistique nous suivrons l'ordre adopté précédemment ; de même, pour permettre d'apprécier par comparaison les résultats de l'exercice 1927, nous mettrons, en regard, ceux de 1926.

***

Vue d'ensemble.

1° *Nombre total de consultants.* — En 1927, le total des présences aux consultations (anciens et nouveaux inscrits) a été de 2052 ; (1888 en 1926).

2° *Nouveaux inscrits.* — (Consultants nouveaux), 1344 en 1927, (1236 en 1926), dont 456 hommes, 542 femmes et 346 enfants.

Parmi ces nouveaux inscrits figurent, en 1927, 140 Espagnols (100 en 1926), dont 100 adultes et 40 enfants.

La proportion d'Espagnols, nouveaux inscrits, comparée à leur nombre dans la région, est de 9 pour mille environ (6 0/00 en 1926) ; celle des Français, nouveaux inscrits, est de 11 pour mille (10 0/00 en 1926).

3° *Familles surveillées.* — Leur nombre était de 673 le 31 décembre 1927, (710 le 1er janvier 1927).

Ces familles sont celles dont un des membres, encore vivant ou disparu depuis moins de deux ans, a été diagnostiqué « tuberculeux » au dispensaire : positif, négatif, adénopathique ou autre forme.

Le total des tuberculeux « toutes formes » vivant dans ces familles était de 573 le 31 décembre 1927.

Leur composition à la même date était la suivante :

632 hommes, 628 femmes et 581 enfants, soit en tout 1841 personnes surveillées par le Dispensaire.

4° *Analyses de crachats.* — 643 analyses de crachats ont été pratiquées en 1927 (653 en 1926). 172 ont donné un résultat « positif », c'est-à-dire ont révélé la présence de bacilles de Koch.

Parmi ces 643 examens, 593 concernent des malades inscrits au Dispensaire (anciens ou nouveaux), et 50 des malades non inscrits (alités ou trop éloignés).

Parmi les 172 résultats « positifs » 119 concernent des malades nouveaux inscrits, 45 des malades anciens, déjà connus du Dispensaire, et 8 des malades non inscrits dont les expectorations ont été envoyées sur le conseil des médecins traitants.

En réalité, dans ce total de 643 analyses sont compris 33 examens de matières fécales, dont 5 ont été « positifs ». En effet, cet examen a été demandé pour tous les malades ne sachant ou ne pouvant cracher (femmes et enfants), mais dont les signes cliniques ou radioscopiques laissaient soupçonner une lésion pulmonaire de nature tuberculeuse.

Toutes ces analyses, y compris les homogénéisations, pratiquées toutes les fois que l'examen direct était « négatif », ont été faites à l'Institut Bouisson-Bertrand à Montpellier.

En 1926, le nombre de crachats trouvés « positifs » avait été de 203, dont 180 provenaient de malades « nouveaux inscrits » au Dispensaire.

5° *Examens radioscopiques.* — 2047 radioscopies pulmonaires ont été pratiquées en 1927 (1847 en 1926).

Tous les consultants « nouveaux » ont été radioscopés ; les « anciens » ne l'ont été que sur la demande de leur médecin ou lorsqu'est survenue dans leur état une modification quelconque (complication, aggravation, amélioration).

6° *Placements effectués.* — 50 adultes, hommes ou femmes, et 46 enfants ont été placés, les premiers dans des sanatoriums ou des hôpitaux, les seconds dans divers préventoriums.

Les prises en charge ont été acceptées, pour les adultes, par les communes (assistance médicale gratuite), et pour les enfants : 19 par l'Assistance médicale gratuite, 10 par le Bureau de Bienfaisance de Béziers, 14 par l'Office départemental des Pupilles de la Nation, et 3 par les familles.

En 1926 le Dispensaire avait placé 80 adultes et 34 enfants.

Le nombre d'adultes placés en 1927 est inférieur à celui de 1926, parce que celui des « positifs » diagnostiqués en 1927 a été beaucoup moins

élevé : 119 au lieu de 180 en 1926, et aussi parce que les places disponibles dans les sanatoriums se font de plus en plus rares.

Celui des enfants placés a légèrement augmenté en 1927, 46 au lieu de 34. Il est encore bien infime comparé à ce qu'il devrait être. La cause en est dans la difficulté pour les collectivités et les œuvres de Bienfaisance de trouver les ressources suffisantes pour assumer les prises en charge, les prix de journée des préventoriums atteignant, comme toutes choses, des taux de plus en plus élevés.

Récapitulons. Nous obtenons, en reproduisant, en regard, les chiffres correspondants de 1926, le tableau comparatif ci-dessous :

	Années 1926	1927
Consultants (anciens et nouveaux)	1.888	2.052
Consultants nouveaux (nouveaux inscrits)	1.236	1.344
Familles surveillées	710	673
Analyses de crachats	653	643
Crachats positifs (nouveaux inscrits)	180	119
Examens radioscopiques	1.817	2.047
Placements d'adultes	80	50
Placements d'enfants	34	46

***

Exposé détaillé.

Comment se répartissent les 1344 consultants nouveaux ?

On compte parmi eux : 998 adultes et 346 enfants.

Nous verrons d'abord ceux-ci et les classerons en : non tuberculeux, non diagnostiqués, et tuberculeux toutes formes (pulmonaires contagieux, pulmonaires non contagieux, adénopathiques et autres formes).

Les adultes seront ensuite examinés et classés sous les mêmes rubriques, avec cette différence que celle des adénopathieques sera passée sous silence et celle des « positifs » sera, au contraire, amplement développée.

***

Enfants

Le nombre d'enfants, c'est-à-dire de sujets au-dessous de 15 ans révolus, vus pour la première fois, en 1927, a donc été de 346, dont 40 d'origine espagnole.

Sur ces 346 enfants, 288 ont été « sortis » comme non tuberculeux, soit une proportion de 83 %.

Sont comptés comme « sortis » : les chétifs, les malingres et les enfants « en contact de cohabitation », actuel ou ancien, non tuberculeux ni adénopathiques. Toutefois, bien que « sortis » les uns et les autres sont « suivis », surveillés et revus aux consultations.

En 1926, le pourcentage des « sortis » avait été de 75 %.

***

Le nombre d'enfants « non diagnostiqués » pour une raison ou une autre (non revenus, déménagés, etc.), a été de 16, soit un pourcentage de 5 % environ.

En 1926, ce pourcentage avait été de 6 %.

***

42 enfants ont été trouvés atteints de lésions tuberculeuses « toutes formes » (osseux, ganglionnaires, pulmonaires, etc.), soit un pourcentage de 13 % environ.

En 1926, ce pourcentage avait été de 18 %.

Ces tuberculeux « toutes formes » comprennent :

20 adénopathiques, soit 6 % environ (12 % en 1926) ;

14 pulmonaires non contagieux, soit 4 % environ (3,5 % en 1926) ;

5 osseux, ostéo-articulaires, etc., soit 1,4 % environ (0,8 % en 1926) ;

3 pulmonaires contagieux, soit 0,8 % environ (1 % en 1926).

Comme précédemment, ont été étiquetés « adénopathiques » les enfants dont l'examen radioscopique a révélé un élargissement *notable* de l'ombre médiane joint à une *opacité franche* de l'espace rétro-cardiaque normalement clair. Les autres, à « ombres médianes ou hilaires légèrement élargies » avec « espace médian voilé », n'ont pas été retenus, l'expérience nous ayant démontré, une fois de plus, que ces « nuances » s'atténuent avec le temps et que les enfants qui les présentent, atteints d'un fléchissement passager de leur santé, dû probablement à une cause *autre* que la tuberculose (infection rhino-pharyngée, rougeole, coqueluche, misère physiologique, etc.), récupèrent assez rapidement leur équilibre normal, tant local que général. Quelques conseils d'hygiène scrupuleusement suivis, au besoin une intervention rhino-pharyngée, un séjour à la campagne pendant les vacances produisent, la plupart du temps, le résultat désiré.

Les 3 enfants dont les expectorations contenaient des bacilles de Koch concernent trois fillettes âgées de 6, 12 et 13 ans.

La première présente des lésions de la région moyenne du poumon droit ; la seconde des lésions diffuses sur toute la hauteur du poumon gauche ; la troisième également.

La première est soignée dans sa famille ; la seconde, après un séjour de plusieurs mois, sans résultats favorables, dans un sanatorium, est actuellement dans sa famille, ses lésions se sont bilatéralisées ; la troisième est dans un sanatorium ou un pneumothorax a été pratiqué ; elle paraît être en voie d'amélioration.

Pour cette dernière seulement, le « contact infectant » a pu être trouvé : un frère plus âgé était décédé tuberculeux « positif » il y a quelques années.

En dehors de ce nombre relativement peu élevé de tuberculeux « toutes formes », qui sont « vus » régulièrement par le Dispensaire, rappelons que celui-ci « surveille », en outre, tous les enfants « en contact de cohabitation », ceux dont le contact a disparu depuis moins de deux ans et ceux aussi qui, sans contact antérieur ou actuel, sont malingres, miséreux, chétifs et insuffisamment développés. Tous ces enfants sont à l'occasion, proposés pour un placement à la campagne.

Terminons ce paragraphe en disant que, comme par le passé, nombreux ont été les enfants invités par le Dispensaire à se rendre chez l'oto-rhino-laryngologiste ou chez le dentiste. Le pourcentage des insuffisances respiratoires d'origine nasale et des affections rhino-pharyngées constatées au Dispensaire, puis confirmées et traitées par le spécialiste, n'a pas été fait, mais il est très élevé et dépasse sûrement la moitié des enfants vus. De même, sont très fréquentes les caries dentaires, non seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes. D'où l'immense intérêt qu'il y aurait à créer, à côté du Dispensaire, une « Clinique dentaire » gratuite, car la clientèle du Dispensaire, recrutée en grande partie dans la classe pauvre, ne peut pas faire les frais d'une restauration dentaire toujours indispensable certes, souvent très importante et par conséquent très onéreuse.

***

Adultes

Le nombre d'adultes vus pour la première fois au Dispensaire, en 1927, a été de 998, dont 456 hommes et 542 femmes.

***

Ont été « sortis », comme « non tuberculeux », 701, dont 290 hommes et 411 femmes, soit une proportion de 70 % du nombre total d'adultes ; la proportion est de 63 % pour les hommes et 75 % pour les femmes.

En 1926, ces proportions étaient respectivement de 59 %, 50 % et 66 %.

***

N'ont pu être diagnostiqués pour diverses raisons (non revenus au Dispensaire, changement de domicile, etc.), une soixantaine d'adultes, soit une proportion de 6 %.

En 1926, cette proportion des « non diagnostiqués » avait été de 8,6 %.

Nota. — Dans cette catégorie sont compris les sujets « en observation », donc suivis, mais non encore diagnostiqués.

***

Ont été diagnostiqués tuberculeux « toutes formes », pulmonaires et autres : 218 adultes, dont 129 hommes et 89 femmes, soit un pourcentage de 22 % dont 28 % pour les hommes et 16 % pour les femmes.

Ce qui donne une proportion de 1 tuberculeux sur 5 consultants adultes.

En 1926, les proportions étaient de : 41 % pour les hommes, 24 % pour les femmes, 32 % pour les deux réunis, soit 1 tuberculeux sur 3 consultants adultes.

Ces 218 adultes « tuberculeux toutes formes » se répartissent ainsi :

Formes non pulmonaires, « autres formes » : 12 soit 1 % ;

Pulmonaires non bacillifères (négatifs) : 90 soit 9 % ;

Pulmonaires bacillifères (positifs) : 116 soit 11 %.

***

Les tuberculeux catalogués « autres formes » comprennent des sujets porteurs d'ostéites, arthrites, adénites, etc...

***

Les tuberculeux pulmonaires dits « négatifs » sont ceux dans les crachats ou les matières fécales desquels n'a pu être décelé, même après homogénéisation, le bacille de Koch, mais chez lesquels les signes cliniques ou radioscopiques, les deux réunis la plupart du temps, révélaient l'existence d'une lésion pleuro-pulmonaire. Ils sont diagnostiqués, au Dispensaire, corticopleurites ou adénopathies trachéo-pronchiques (celles-ci très rares chez l'adulte fait, plus fréquentes chez le jeune adulte de 18 à 25 ans).

Leur nombre est de 90, ce qui donne une proportion de :

9 % par rapport au total de consultants adultes ;

41 % par rapport à celui des tuberculeux « toutes formes » ;

Soit 1 « négatif » sur 11 consultants, et 2 « négatifs » sur 5 tuberculeux « toutes formes ».

En 1926, les pourcentages respectifs étaient les suivants :

12 % et 37 %, soit 1 « négatif » sur 8 consultants et 2 « négatifs » sur 5 tuberculeux « toutes formes ».

***

Adultes « positifs »

Leur nombre a été, en 1927, de 116, dont 68 hommes et 48 femmes.

Parmi ces adultes « positifs » figurent une dizaine d'Espagnols.

La proportion des « positifs » par rapport au total des tuberculeux adultes « toutes formes », 218, est de 53 %, soit 1 « positif » sur 1,8 tuberculeux « toutes formes », ou encore 5 « positifs » sur, environ 9 tuberculeux « toutes formes », un peu plus de la moitié.

Comparé au nombre total des consultants adultes (998), le pourcentage des « positifs » est de 11,6 %, ce qui donne une proportion de 1 « positif » sur 8 consultants.

Pour les hommes, la proportion, par rapport aux consultants hommes (456), est de 15 % environ, bien supérieure à celle des femmes, par rapport aux consultants femmes (547), qui est de 9 % environ.

En 1926 ces proportions étaient les suivantes :

60 % par rapport au total des tuberculeux adultes, soit 2 « positifs » sur environ 3 tuberculeux « toutes formes » ;

19,6 % par rapport au total des consultants adultes, soit 1 « positif » sur 5 consultants ;

25 % pour les hommes ;

15 % pour les femmes.

Nous avons vu que le pourcentage des « négatifs » était de 9 % (par rapport au total des consultants adultes), et 41 % (par rapport à celui des tuberculeux toutes formes) : ce qui signifie que : sur 100 consultants adultes il a été trouvé : 11 « positifs » et 9 « négatifs » ; et, sur 100 tuberculeux « toutes formes », 53 « positifs », 41 « négatifs » et 6 tuberculeux « autres formes ».

En 1926, sur 100 consultants adultes, 19,5 étaient « positifs », 12 « négatifs » ; et, sur 100 tuberculeux « toutes formes » 60 étaient « positifs », 37 négatifs, et 3 tuberculeux « autres formes ».

Ces résultats sont sensiblement concordants. Ils concordent aussi avec ceux des exercices antérieurs.

Le pourcentage des « négatifs » reste faible. Nous persistons, en effet, à ne pas étiqueter « tuberculeux » des sujets accusant des troubles fonctionnels vagues de l'appareil respiratoire, mais ne présentant « objectivement » aucun signe clinique ou radioscopique permettant d'attribuer indubitablement leurs malaises à la tuberculose. Comme précédemment nous n'avons retenu que ceux chez lesquels l'ensemble des symptômes constatés ne pouvait appartenir à aucune *autre* affection.

***

Localisations pulmonaires chez les adultes

La fréquence des localisations pulmonaires, droites, gauches et bilatérales, chez les 116 adultes, est la suivante :

1° Localisations droites, ou prédominant à droite : 57 cas, dont 35 hommes et 22 femmes ;

Soit un pourcentage de 49 % par rapport aux autres localisations, à peu près la moitié (45 % en 1926) ;

Chez les hommes la proportion est de 51 %, un peu plus de la moitié (45 % en 1926) ;

Chez les femmes elle est de 45 % (37 % en 1926).

2° Localisations gauches ou prédominant à gauche : 35 cas, dont 19 hommes et 16 femmes ;

Soit un pourcentage de 30 % (35 % en 1926) ;

Chez les hommes la proportion est de 28 % (30 % en 1926) ;

Chez les femmes elle est de 33 % ; (42 % en 1926).

3° Localisations bilatérales, sans qu'il ait été possible de dire, au moment où les malades ont été vus au Dispensaire à leur première visite, si les lésions avaient débuté à droite ou à gauche : 24 cas, dont 14 hommes et 10 femmes :

Soit un pourcentage de 20 % (19 % en 1926) ;

Chez les hommes, la proportion est de 20 % (23 % en 1926) ;

Chez les femmes, elle est de 20 % également (13 % en 1926).

De cet exposé il ressort ceci, conforme d'ailleurs aux résultats antérieurs :

1° Les localisations droites ont été les plus nombreuses : 49 %, presque la moitié ;

2° Elles ont été proportionnellement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes : 51 % contre 45 % ;

3° Les localisations gauches ont été proportionnellement plus fréquentes chez les femmes 33 % contre 28 %.

4° Les localisations bilatérales ont été peu nombreuses : 20 %, pourcentage sensiblement égal à celui de 1926 qui était de 19 %. Mais, en

1927, la proportion des femmes et des hommes est la même, alors qu'en 1926 elle était de 13 % seulement pour les premières contre 23 % pour ceux-ci.

***

Voici condensés dans un tableau récapitulatif et comparatif, ces chiffres statistiques :

	Années 1926				1927			
Tuberculeux « toutes formes », adultes	294	soit	32	%	218	soit	22	%
» pulmonaires « négatifs »	108	»	12	%	90	»	9	%
» non pulmonaires « autres formes »	10	»	1	%	12	»	1	%
» pulmonaires « positifs »	176	»	19.6	%	116	»	11.6	%
Localisations droites	80	»	45	%	57	»	49	%
» gauches	62	»	35	%	35	»	30	%
» bilatérales	34	»	19	%	24	»	20	%
» droites chez les hommes	50	»	45	%	35	»	51	%
» » » femmes	30	»	37	%	22	»	45	%
» gauches chez les hommes	33	»	30	%	19	»	28	%
» » » femmes	29	»	42	%	16	»	33	%
» bilatérales chez les hommes	25	»	23	%	14	»	20	%
» » » femmes	9	»	13	%	10	»	20	%

Soulignons encore la proportion plus élevée des localisations droites : 49 % contre 30 %. En 1926 nous trouvions 45 % contre 35 %.

Notons également, en 1927, la proportion un peu inférieure, par rapport à 1926, des localisations gauches 30 % contre 35 % ; cette diminution est plus accusée chez les femmes : 33 % contre 42 %. Par contre, chez ces dernières la proportion des localisations bilatérales est beaucoup plus élevée, en 1927 : 20 % au lieu de 13 %.

Ces constatations permettent de supposer, comme nous le laissions entrevoir dans nos rapports antérieurs, que les lésions « bilatérales » étaient primitivement localisées à « gauche » ; ou, en d'autres termes, que les lésions « gauches » auraient une tendance plus marquée que les « droites » à envahir l'autre poumon, à se « bilatéraliser ». En effet, le pourcentage des localisations « droites » reste à peu prés stationnaire d'une année à l'autre ; 45 %, 45 %, 49 % ; celui des localisations « gauches » diminue depuis 1925 : 40 %, 35 %, et 30 %, pendant que croît au contraire celui des localisations « bilatérales » : 14 %, 19 %, 20 %, comme si celles-ci progressaient aux dépens de celles-là.

Nous n'avons pu contrôler cette hypothèse. Nous nous contentons de la formuler de nouveau. Confirmée, elle entraînerait pour les localisations « gauches » un pronostic plus sévère, donc aussi un traitement plus précoce (pneumothorax artificiel) et étroitement surveillé.

De même, reste à expliquer la cause de la « bilatéralisation » plus fréquente des lésions « gauches ». Est-elle anatomique ? (différence de calibre de longueur et de direction des grosses bronches), ou fonctionnelle ? (fréquence plus grande du décubitus latéral droit).

Pures hypothèses que nous livrons à la critique des cliniciens et des anatomo-pathologistes

***

« Sorties », adultes et enfants

Les consultants, nouveaux inscrits, adultes et enfants, « sortis » en 1927, se classent ainsi :

Non tuberculeux : 936, soit 69 % ;

Non diagnostiqués : 77, soit 5,7 % ;

Décédés (parmi les positifs) : 30, soit 25 % environ des « positifs » diagnostiqués en 1927.

En 1926 ces pourcentages étaient respectivement de 63 %, 8 % et 25 %.

***

En récapitulant, adultes et enfants, nous obtenons le tableau suivant :

	Années 1926				1927			
« Positifs », adultes	176	soit	19.6	%	116	soit	11.6	%
» enfants	4	»	1	%	3	»	0.8	%
« Négatifs » et « autres formes », adultes	118	»	13	%	102	»	10	%
« Adénopathiques », enfants	41	»	12	%	20	»	6	%
« Négatifs » et « autres formes », enfants	15	»	4.5	%	19	»	6	%
« Sortis » « non tuberculeux », adultes et enfants	783	»	63	%	936	»	69	%
» « non diagnostiqués », adultes et enfants	99	»	8	%	77	»	5.7	%

Seuls, les « non tuberculeux » et les « sortis » « non diagnostiqués » n'étant ni « suivis » ni « surveillés », il en résulte que, parmi les consultants « nouveaux », 25 à 30 % environ restent sous la surveillance effective du Dispensaire. Ce pourcentage est sensiblement égal à celui des exercices précédents.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »).

— **Nécrologie.** — M. le Dr Bon, de Navarrenx (Basses-Pyrénées). — M. le Dr Joseph Robineaud, de Bordeaux. — M. le Dr Jules Ferrier, stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Bréal, de Janzé (Ille-et-Vilaine). — M. le Dr H. Clément, de Lyon. — M. le Dr Deleuil, de Trets (Bouches-du-Rhône). — M. le Dr Villemus, de Trets (Bouches-du-Rhône). — M. le Dr Granon, de Nîmes (Gard).

— **Faculté de médecine de Toulouse.** Inauguration du Monument Alfred Terson. — Montaigne dit, quelque part, dans *Les Essais*, que « le soin de nos morts nous incombe ». Obéissant à cette pieuse pensée, M. le professeur Frenkel conviait, il y a quelques mois, professeurs, collègues, amis, élèves, à commémorer le souvenir de celui qui, soixante années durant, exerça, à Toulouse, la pratique de l'ophtalmologie.

Il convenait que le magnifique et ressemblant médaillon, dû au ciseau aussi ému qu'inspiré du fils du maître, fût placé dans la salle même de la clinique ophtalmologique des hôpitaux de Toulouse où Alfred Terson professa son lumineux enseignement...

Nous reconnûmes parmi les assistants, M. le professeur Abelous, doyen de la Faculté, MM. les professeurs Mossé, St-Ange, Morel, Dambrin, Tapie, Bézy, Miginiac, les docteurs Dupuy-Dutemps, Chaillous, Levrat, Edmond Garripuy, Sorel fils, Tourneux, chirurgien des hôpitaux, et un grand nombre d'anciens internes de la clinique, d'élèves ; enfin, le service au grand complet.

M. le Doyen Abelous présidait la séance. Parmi les excusés nous entendîmes les noms de MM. de Lapersonne, Truc, Rochon-Duvigneaud, Dor, etc.

M. le professeur Frenkel prit le premier la parole. Alfred Terson (né à Puylaurens, Tarn, en 1838, mort à Toulouse en 1925), fondateur de la clinique ophtalmologique de la Faculté, fut élève de Montpellier, mais dès 1864 exerça à Toulouse où il créa une clinique privée qui fut, rapidement, suivie par de très nombreux malades et quelques médecins bénévoles dont le Dr Albert Terson, son fils, et le Dr de Micas, plus tard chef de clinique à la Faculté.

M. Frenkel rappelle le succès de clientèle de son prédécesseur qui fut souvent appelé en consultation non seulement dans toutes les grandes villes du Sud-Ouest, mais encore en Espagne, en Belgique, etc.

Terson s'appliqua en particulier au traitement du glaucome et de la cataracte : il pratiqua cette dernière opération 5.000 fois et il avait 83 ans quand il abandonna volontairement « ce couteau qui n'avait jamais tremblé ».

M. le prof. Robert Garipuy, au nom de la Société de médecine de Toulouse, dont il est le président, rappela que M. Terson fut l'un de ses prédécesseurs. Au cours de sa présidence, l'éminent ophtalmologiste, qui pratiquait d'une façon impeccable les règles de la déontologie, présenta un rapport qui peut encore être cité sur les relations de la médecine avec les pouvoirs publics.

Le Dr de Micas, au nom des anciens élèves de Terson, dit le caractère de ce grand homme de bien. On le disait hautain ou distant, grave et froid. Ceci n'était qu'une enveloppe qui cachait des trésors de dévouement et de bonté.

M. de Micas silhouette, avec infiniment de vérité et de délicatesse de touche, ce que fut l'opérateur à cette période presque héroïque de l'ophtalmologie, période où tout était encore à créer et où il fallait surtout ne pas nuire !

Et lorsque M. le Doyen Abelous découvrit le médaillon les applaudissements allèrent aussi bien à l'auteur Jean Terson qu'à la mémoire de celui dont on commémorait le souvenir. M. le Doyen sut trouver les mots émus qui convenaient pour remettre à l'administration des hospices la garde de ce monument. M. le professeur Baylac remercia de fort éloquente façon les membres du Comité. Il ne restait plus à M. Alfred Terson, de Paris, qu'à manifester sa reconnaissance et sa profonde émotion

Raymond Molinéry.
Ancien interne de la C. Oph. de Toulouse

— **Le Ve Congrès international de médecine des accidents du travail et des maladies professionnelles** aura lieu à Budapest, du 2 au 8 septembre 1928.

Les professeurs J. Liniger (Francfort-sur-Mein), F. Steinmann (Berne), Sauerlich (Berlin), Leone Lattes (Modena), O. Crouzon (Paris), Stephan Jellinek (Vienne), M. Oppenheim (Vienne), Gustave Pisenti (Modène) ; les docteurs F. Gollinger (Aarau), J.-N. Cottalorda (Marseille), y feront des rapports au sujet des maladies occasionnées par des accidents.

Sir Thomas Oliver (Londres) ; les professeurs K.-B. Lehmann (Würzburg), Koelsch (Munich), J.-G. Sleewijck (Delft), Jötten (Munster), parleront des maladies professionnelles.

Trente-deux conférences sont annoncées au sujet de maladies occasionnées par des accidents et dix-sept conférences au sujet de maladies professionnelles.

Pour tous renseignements, s'adresser à Budapest, VI Eötvös Utca, 3.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — *Cours de perfectionnement de chirurgie infantile.* — Ce cours aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie ; Huc, Aurousseau, Fèvre et Saint Girons, chefs de clinique et chef de laboratoire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 30 leçons et des examens de malades. Il commencera le vendredi 14 septembre 1928 et sera terminé le mercredi 3 octobre 1928.

Sont admis aux cours de revision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 fr. pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de Médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1928 commencera le 3 octobre et sera terminée le 15 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de Médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin. — Parasitologie. Professeur : M. Brumpt. — Bactériologie. Professeur : M. Roger. — Hygiène et épidémiologie exotiques. Professeurs : MM. Camus, Marchoux, Pozerski, Teissier, Tanon. — Maladies cutanées. Professeur : M. Jeanselme. — Chirurgie des pays chauds. Professeur : M. Lecène. — Ophtalmologie. Professeur : M. de Lapersonne. — Organisation administrative. Professeur : M. Neveu-Lemaire. — Règlements sanitaires . Professeur : M. N...

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offert par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la Clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de Médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoires (Pathologie expérimentale, Parasitologie, Bactériologie, Clinique, etc.), 750 fr. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, *tous les jours, de midi à 3 heures.*

— Société médicale du Littoral Méditerranéen. *V^e voyage médical international de Noël, sur la Côte d'Azur.* — Comme les années précédentes, le grand voyage annuel de la Société médicale (voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. La concentration se fera à Marseille, dans la journée du mercredi 26 décembre. Le voyage commencera le 27 décembre au matin, par une visite du port. On passera la journée du 28 à Toulon, et, le 29, commencera l'étude des Stations climatiques et des établissements de cure de la Côte d'Azur.

Successivement Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu, présenteront leurs richesses thérapeutiques sans égales. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale. De somptueuses réceptions leur seront réservées à Marseille, Cannes, Nice et Monte-Carlo. Le trophée Romain de la Turbie, les Grottes préhistoriques de Grimaldi, le laboratoire du D[r] Voronoff, l'Observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée Océanographique de Monaco, seront l'occasion de très intéressantes promenades. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les explications nécessaires, pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable.

Ce beau voyage sur la Côte d'Azur se terminera, au gré du voyageur, par une excursion dans les Alpes (6-7 janvier), ou par une excursion en Corse (6-10 janvier), ou encore par quelques journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale, D[r] M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Pour les vacances.* — Pour les vacances, la Compagnie P.-L.-M. offre aux voyageurs trois combinaisons de billets à prix réduit :

1° Les billets d'aller et retour de famille qui comportent une réduction de 25 % pour la 2[e] personne, de 50 % pour la 3[e] et de 75 % pour la 4[e] et chacune des suivantes. Des réductions supplémentaires sont consenties si la distance à effectuer est supérieure à 400 kil. aller et retour. Les titulaires de ces billets de famille peuvent aussi s'ils le désirent, expédier leur automobile à un tarif extrêmement avantageux.

2° Les cartes d'excursions dans le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne, les Cévennes. Ces cartes, qui sont délivrées pour 15 ou 30 jours, permettent d'atteindre la zone d'excursion, d'y circuler librement et de revenir ensuite au point de départ.

3° Les billets d'aller et retour individuels (d'avant ou d'arrière-saison), pour stations balnéaires, thermales et climatiques de la Côte-d'Azur, des Alpes, du Jura, de Cévennes, de l'Auvergne, du Morvan.

Demander trois jours à l'avance les cartes d'excursions et quatre jours à l'avance les billets de famille et les billets de stations balnéaires thermales et climatiques.

Le Directeur-Gérant : D[r] A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

du 16 mai 1911, le tarif ministériel est simplement énonciatif et nullement limitatif ; par conséquent, le médecin reste libre de ses prescriptions pharmaceutiques pour être à même de donner à son blessé tous les soins nécessaires à son état. Je rappelle, à ce sujet, la lettre du Ministre du Travail, en date du 28 décembre 1927 et les commentaires que j'ai donnés (*Concours médical*, 1928, p. 292).

Mais, dira-t-on, des abus intolérables peuvent se produire. Certes, nous regrettons des complaisances coupables ; mais depuis longtemps, nous réclamons des commissions arbitrales entre médecins, pharmaciens, assureurs et juristes pour régler ces conflits.

Tout récemment, dans un article du *Concours médical* (1928, page 2047), nous avons exposé nos idées personnelles sur les dites commissions.

J'estime donc que la compagnie d'assurances qui a refusé primitivement de rembourser le propidon a été mal conseillée : un pharmacien aurait pu lui démontrer qu'il ne s'agit ni d'un médicament secret, ni d'un médicament remplaçable ; un docteur en médecine lui aurait expliqué l'utilisation de ce médicament, qui est utile, souvent même indispensable, pour sauver la vie de la victime ; un juriste aurait enfin prouvé que la nomenclature pharmaceutique n'a pas force de loi et ne peut servir qu'à titre de simple indication, comme base des prix, pour les médicaments les plus usuels.

Et bien des froissements auraient ainsi été évités.

Dr Paul Boudin.

2437. — Calcul de la rente d'un agriculteur assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail.

Je soigne une fermière pour un accident du travail qui a causé une invalidité permanente partielle de 15 %.

Cette dame est assurée comme ses ouvriers.

Quelle sera la quotité de sa pension ?

Cette pension est-elle rachetable par un capital ? Quel capital ?

Dr B.

Réponse.

En vertu du dernier paragraphe de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles, « en ce qui concerne les exploitants non salariés, le calcul de l'indemnité journalière ou des rentes dues se fera sur la base du gain annuel par eux déclaré au moment où ils contracteront assurance ».

Par conséquent, pour pouvoir vous dire quel sera le montant de la rente à laquelle pourra prétendre votre cliente, fermière exploitant en

son nom personnel, il serait nécessaire de connaître le gain annuel déclaré par elle à son assurance.

Si cette rente est supérieure à 100 francs, il sera impossible d'en demander le remplacement par le versement du capital.

2551. — L'accident dont un ouvrier peut être victime dans le trajet de son domicile au lieu de son travail n'est pas un accident du travail.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur la question suivante :

Un ouvrier est chargé par son patron d'extraire de la pierre d'une carrière.

L'ouvrier habite L. et tous les matins se rend à la carrière à 3 kil. Un soir, sortant de la carrière à bicyclette pour rentrer chez lui, il tombe à 100 m. de la carrière et se fait une fracture du crâne. Le patron et moi faisons le nécessaire. La Compagnie répond qu'elle n'accepte pas ce sinistre, « l'ouvrier étant tombé de bicyclette alors qu'il avait quitté son travail ». Jugement du tribunal civil du Havre, 11 déc. 1920. « La loi du 9 avril n'est pas applicable à l'ouvrier qui a fait une chute de bicyclette en se rendant à son travail. » N'y a-t-il pas depuis 1920, une autre façon de juger ce genre d'accidents ?

Dr O.

Réponse.

Aux termes de la loi du 9 avril 1898, sont seuls considérés comme accidents du travail les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. Pour que la responsabilité du patron soit engagée, il faut que l'ouvrier, au moment où s'est produit l'accident, se soit trouvé placé sous la direction et la surveillance du patron.

Une jurisprudence constante a décidé, en raison de ces principes, que l'accident dont l'ouvrier pouvait être victime dans le trajet de son domicile au lieu de son travail, ou vice versa, n'était pas un accident du travail, car, au cours de ce trajet, il n'est pas encore ou n'est plus sur le lieu du travail et le patron ne peut exercer sur lui ni direction ni surveillance.

Dans ces conditions, la thèse soutenue par la compagnie d'assurances nous paraît exacte et nous ne pensons pas que l'ouvrier puisse obtenir gain de cause par une action en justice.

2692. — Hernie accident du travail.

A l'occasion d'un effort, un ouvrier se plaint d'une douleur forte dans l'aine, en fait part à un autre ouvrier, attend deux jours, vient me voir, il a une hernie étranglée.

S'agit-il d'un accident du travail ?

Dr M.

Réponse.

Dès lors que la hernie est survenue à la suite d'un effort violent et soudain fourni par le fait ou à l'occasion du travail, on doit considérer, en vertu de la jurisprudence la plus récente, qu'il y a accident du travail, quand bien même l'ouvrier aurait présenté des dispositions à l'affection dont il est atteint. C'est à l'ouvrier qu'il appartient de faire la preuve de la relation de cause à effet entre l'effort fourni et la hernie et, en l'espèce, il nous semble que votre client n'aurait pas de peine à établir cette preuve, puisque, aussitôt, après l'effort, il s'est plaint à ses camarades.

Dans ces conditions, le blessé peut réclamer le payement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898. Si la compagnie d'assurances conteste l'accident du travail, il faudra que l'ouvrier cite son patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit en payement de son demi-salaire. Préalablement, il faudra qu'il déclare l'accident à la mairie, si cette formalité n'a pas été remplie par le patron.

Enfin, au cas où le blessé resterait atteint d'une incapacité permanente partielle, il faudrait que vous rédigiez un certificat constatant cette incapacité. Le blessé déposerait le certificat à la justice de paix, ce qui aurait pour effet de déclencher la procédure d'enquête et d'attribution de rente.

2715. — Accident du travail. Soins médicaux postérieurs à la consolidation.

Le 15 juillet 1925, Mme X., sous-maîtresse en tulle, tombe d'une échelle, d'où contusions très nombreuses (ecchymoses), sur tout le corps : le travail est continué.

Huit, quinze jours après, la blessée accuse une vive douleur dans la région lombo-sacrée. Je fais cesser le travail. Une radio est exécutée. Ombre très marquée de la région. Je pense à un mal de Pott au début. J'en fais part au Dr X., méd. contrôleur de la X..., qui après 2 ou 3 contre-visites propose la guérison, son diagnostic étant névropathie. Je refuse. Suspension des demi-salaires. Première expertise du Dr Y., (chirurgien) qui se range à mon avis. Après une tentative de transaction on m'accorde le plâtre demandé. Une deuxième radio n'est pas plus nette que la première. Il pense à une fracture possible du sacrum. Demi-salaires rétablis après premier procès.

Deux appareils plâtrés sont faits avec le Dr Z., fils (chirurgien). De nombreux contrôles sont faits par le Dr X., de Paris, attaché à la X.

En février 1927, le mal de Pott est confirmé par l'apparition d'un abcès ossifluent de la fosse iliaque droite. Nombreuses ponctions de 250 gr. pus environ. Le 15 juin 1927 *sans m'aviser*, le Dr X. (Paris) et X., expert près les tribunaux, se rendent près de ma blessée et en un clin d'œil la *consolident*. Je refuse, suspension des demi-salaires, deuxième procès. Un deuxième abcès apparaît à gauche. Près d'un an,

nous attendons que l'affaire soit appelée. L'avocat de ma cliente est par hasard celui de la X. Enfin, en fin mai, l'avocat n'ayant pas assisté à l'audience plus que l'entourage de ma blessée, nous annonce que la consolidation est purement et simplement maintenue. La contre-expertise par trois confrères que nous avons demandée est refusée. Les frais médicaux et pharmaceutiques ultérieurs nécessaires sont refusés aussi. Pension à 75 %. Et je viens de ponctionner à nouveau les deux abcès, acte que je renouvelle mensuellement. Le délai permettant le rappel est paraît-il passé ; on l'a cherché ainsi, nous avons été avisés en fin mai que l'affaire avait été jugée le 11 mai. Que pouvons-nous encore faire ? Attendre la révision ? Depuis un an, je soigne évidemment la blessée gratuitement.

Réponse.

L'appel du jugement fixant la date de la consolidation et le taux de l'incapacité aurait dû être interjeté dans les trente jours de sa date, conformément à l'article 17 de la loi du 9 avril 1898. Le délai d'appel étant aujourd'hui expiré sans que le nécessaire ait été fait, le jugement est passé en force de chose jugée et n'est plus susceptible d'aucune voie de recours.

Il en résulte que le droit aux soins médicaux cesse pour la blessée à compter du jour fixé pour la consolidation ; tous les soins postérieurs à cette date resteront à sa charge et vous ne pourrez vous les faire payer par l'assurance.

Dans les trois ans du jugement, la blessée pourra introduire une action en révision, si son incapacité vient à s'aggraver, mais cette action ne pourra avoir pour effet que de faire élever le montant de la rente ; elle ne pourra ouvrir à nouveau le droit aux soins médicaux.

Application du Tarif Fallières.

2673. — Interventions diverses faites de nuit.

Arrivé après 21 heures auprès d'une blessée, accident agricole, chute de bicyclette (course pour le service), j'ai fait :

1º Certificat, accident grave. (art. 29.) ;

2º Injection de sérum antitétanique. (art. 16.) ;

3º Pansement de la face, blessures multiples (art. 14.) ;

4º Pansement de la région thoracique (art. 14) ;

5º Pansement de la main droite (art. 14) ;

6º Une heure de surveillance (blessée dans le coma) (art. 6) ;

7º 6 kilomètres parcourus (Art. 2).

Comment tarifer pour appliquer correctement l'article 6 et l'article 4, l'article 8 et observer l'article 13.

Le lendemain, j'ai fait une visite avec :

1º Une injection d'huile camphrée ;

2º Pansement de la face ;

3º Pansement du thorax et une deuxième visite le soir.

Que dois-je tarifer.

Ne vous paraît-il pas y avoir une antinomie entre l'art. 4 et les articles 13 et 8 au moins pour certains actes opératoires les plus courants.

Art. 4. Une visite faite après 21 heures donne 12 × 3 = 36. L'injection de sérum antitétanique faite au cours de cette visite ramène la taxe à 20 + 25 % = 25. (Art. 17, art. 13, art. 8).

Dr E.

Réponse.

A. Vous avez à compter :

a) Injection antitétanique, qui *comprend* (article 13) *un* des pansements effectués.....	20 fr.
b) Pansements du thorax............	12 »
c) Pansement de main droite.........	12 »
Total	44 fr.
avec majoration de nuit de 25 % (article 8)	11 »
Ajoutez en outre :	
a) Une heure de surveillance (article 6)	24 »
b) 6 kilom. parcourus à 1 fr. 50.......	9 »
c) Certificat descriptif...............	10 »
Total	98 fr.

B. Pour le lendemain, vous avez à compter deux pansements le *matin* (face et thorax), soit : 12 × 2 = 24 francs, plus la visite du *soir*, le prix d'une visite simple.

Nota. — Il n'est pas étonnant que, dans un tarif d'ordre *général*, il puisse être constaté des « anomalies » pour certains cas *particuliers*. Le praticien a toujours le droit de prendre dans le tarif les articles qui sont plus favorables à son cas particulier, alors que celui-ci pourrait également relever de plusieurs articles, au choix.

Dr Fernand Decourt.

2711. — Surveillance prolongée la nuit.

Samedi 14 juillet, de 9 heures à minuit (resté trois heures) pour soins donnés à un ouvrier, entré dans une chaudière. Ne pouvant sortir, on a dû découper un orifice au chalumeau (état syncopal, asphyxie, inhalations d'oxygène, injections répétées d'huile camphrée éthérée).

Réponse.

Vous avez à compter pour votre surveillance de 9 heures à minuit, en vous basant sur l'article 6, le maximum de 5 visites : 60 francs. Ajoutez à cela la majoration de nuit de 25 % (article 8) pour les interventions, soit 60 + 15 = 75 francs et enfin 2 francs de déplacement moyen dans les grandes villes et banlieue (article 2), soit, au total, 77 francs.

Dr Fernand Decourt.

2695. — Brûlure de deux segments du même membre.

Il s'agit d'une brûlure de tout l'avant-bras dans toute sa circonférence jusqu'au-dessus du coude.

J'ai 11 pansements que j'avais tarifés 50 fr., plus les pansements suivants à 15 fr.

Dans sa première lettre, la Compagnie m'offre 25 fr. Dans un esprit de conciliation, j'ai transigé à 40 fr. chaque pansement me demandant près de trois quarts d'heure. Dans la lettre d'hier, les Forges m'offrent 30 fr. Que dois-je faire ? Maintenir ma décision ou accepter. Dr G.

Réponse.

Le pansement de « brûlure d'un membre » tarifé 50 francs doit comprendre les *trois segments* de ce membre, soit, pour le membre supérieur : bras, avant-bras, et main (voir la note 3 de l'article 14). Dans votre cas, il y a pansement de brûlure de l'avant-bras jusqu'*au-dessus* du coude, donc le segment moyen, avec empiètement sur le segment supérieur... autrement dit : « Brûlure comprenant deux segments de membre : 30 francs » (article 28).

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

2328. — Dégrèvement d'impôt foncier pour charges de famille.

Je vous serais bien obligé de me donner quelques éclaircissements sur le cas suivant, pour lequel je ne peux pas obtenir un dégrèvement auquel j'ai droit.

Je suis propriétaire d'une petite propriété de rapport pour laquelle je paye 1.065 fr. d'impôts fonciers. Voici deux ans que je réclame le dégrèvement pour charges de famille, car je suis père de quatre enfants. Après avoir écrit au contrôleur de R., et sur son avis, je lui ai envoyé l'imprimé habituel énonçant mes charges de famille, avant le 1er mars 1928. Peu de jours après, je reçois un avertissement non rectifié, que je renvoie aussitôt au contrôleur, le priant de le rectifier ; aucune réponse. Ces jours-ci, je reçois une sommation sans frais, toujours avec la même somme, à payer sans aucune déduction effectuée.

Que convient-il de faire ? Mes réclamations ont-elles été insuffisantes ou mal présentées ? Je serais très content d'arriver à ce dégrèvement, d'autant plus que les impôts sont actuellement hors de proportion avec le fermage qui doit être augmenté, mais ceci est une autre affaire. Dr D.

Réponse.

Confirmez votre demande de dégrèvement au contrôleur, mais, dorénavant, présentez une réclamation au Directeur des contributions directes et demandez à surseoir au payement de la fraction de contribution contestée.

A. M.

2388. — Traitement fixe et revenus personnels.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur le cas suivant :

J'ai un traitement fixe de 50.000 fr.

D'autres recettes professionnelles : 2.000 fr.

Je ne déclare au fisc que le traitement de 50.000, mais d'autre part, je ne porte pas en déduction mes dépenses professionnelles supérieures aux recettes professionnelles de 2.000 fr.

Le contrôleur m'a demandé si, en dehors de mon traitement de 50.000 déclaré, je n'avais pas d'autres recettes professionnelles (accidents de travail, inspection des écoles, etc.), et si je les avais déclarées.

Je lui ai répondu que j'avais d'autres recettes, mais que je ne les ai pas déclarées, parce que leur total était inférieur au total de mes dépenses professionnelles diverses que je n'ai pas non plus déclarées. L'affaire en est là.

Je vous prie de me faire savoir :

Si je puis faire la déclaration suivante :

Traitement et salaires	50.000 fr.
Moins impôts et dégrèvement famille	5.000 »
	45.000 »
Recettes professionnelles	2.000 »
	47.000 »
Dépenses professionnelles	4.000 »
Revenus	43.000 »

Dr T.

Réponse.

Il eût été plus régulier de souscrire votre déclaration en donnant les détails mentionnés dans votre lettre. Vous auriez pu également les donner dans votre réponse au contrôleur. Si ce dernier vous écrit à nouveau, donnez-lui toutes les précisions nécessaires.

A. M.

2490. — Traitement fixe non taxable à la cédule des bénéfices non commerciaux.

Ma déclaration comprend le bénéfice des professions non commerciales et un traitement. Ce traitement, perçu au titre de médecin de l'Assistance, est soumis à une retenue de 5 % en vue de la retraite.

Jusqu'en 1927, j'avais été, suivant la formule administrative « cotisé pour l'ensemble des revenus avec les déductions et atténuations prévues pour l'impôt sur les traitements, le revenu taxable étant ensuite fractionné proportionnellement au montant pour être taxé séparément dans les deux cédules. »

Cette année, le nouveau contrôleur prétend m'imposer pour la totalité sur le bénéfice des professions non commerciales, sous prétexte que « les médecins sont imposables aux bénéfices non commerciaux pour l'ensemble de leurs revenus s'ils exercent leur profession en même temps qu'ils reçoivent des rétributions fixes (*J. O.* du 30 janvier 1926, question écrite, 6119.)

Faut-il subir ? Vaut-il mieux réclamer le procédé de taxation (combien plus avantageux pour moi) des années précédentes ? Un traitement ouvrant droit à une retraite est-il une simple rétribution ?

Dr T.

Réponse.

Nous estimons que votre imposition à la cédule des bénéfices des professions non commerciales est injustifiée et que vous devez adresser une pétition au sous-préfet, la retenue de 5 % en vue de la retraite conférant à votre rétribution le caractère d'un « salaire », au sens fiscal du mot.

A. M.

2506. — Bases de la contribution foncière.

J'habite comme locataire une maison dont les impôts sont à ma charge (clause enregistrée sur le bail). Or, le total de ces impôts atteint depuis 1926 un chiffre extravagant, égal à 55 % environ du montant du loyer, ce qui, à la campagne surtout, semble exorbitant. Il me semble que le propriétaire, dans sa déclaration de revenus concernant sa maison, doit déduire le montant de l'impôt comme s'il le payait lui-même ; sinon, laisser les impôts à la charge du locataire équivaudrait à les augmenter, par cela même, dans des proportions considérables, et serait une injustice flagrante à son égard.

En l'espèce, l'impôt perçu porte sur un revenu *net* de 2.962 fr. 50 (le loyer étant 3.200) ; or, le total en atteint 1.753 fr. Est-ce admissible ?

Jusqu'en 1925, mon loyer n'était que de 2.000 fr., ma propriétaire occupant l'autre moitié de la maison ; les impôts n'étaient pas à ma charge, et n'atteignaient, pour toute la maison, que 354 fr. L'augmentation a donc atteint des proportions considérables.

Dr B.

Réponse.

La valeur locative servant de base à la contribution foncière est déterminée en ajoutant au loyer les charges et contributions qui, légalement, incombent au propriétaire.

Votre loyer étant de 3.200 francs et la contribution foncière de 1.753 francs la valeur locative réelle est de 4.953 francs. Le revenu net de 2.962 fr. 50 n'est donc pas exagéré.

A. M.

2548. — Vérification des déclarations pour l'impôt sur le revenu.

Chaque année, je fais en temps voulu, ma déclaration de bénéfices professionnels pour l'impôt sur le revenu, et je paye très régulièrement les sommes qui me sont réclamées, j'en ai toujours les reçus. Or, dernièrement, je fus très surpris de recevoir deux feuilles d'impôts : l'une, impôts de 1924, bénéfices de 1923 l'autre, impôts de 1925, bénéfices de 1924. Ces feuilles portent un bénéfice supérieur à celui, réel, que j'avais déclaré à ce moment là, et on me réclame un supplément d'impôt, en me déduisant les sommes déjà payées en 1924 et en 1925, dont j'ai toujours les reçus comme je vous le disais plus haut.

Pourquoi ce retour en arrière ?

De plus, avant hier, je reçois du contrôleur des contributions directes une demande de renseignements : pour établir l'impôt de 1926, on me demande : en 1925 : produits bruts de la profession, montant et nature des charges déduites, montant et nature et détail par article des impôts déduits.

Or, comme je vous le disais, je fais régulièrement chaque année ma déclaration, et je paye la somme fixée.

Que signifient ces retours en arrière ? Que dois-je faire ? Ne suis-je pas en droit de répondre ceci : ayant payé en 1926, — un reçu en ma possession en fait foi — je n'ai plus ma comptabilité de 1925, et je considère que je ne vous dois plus rien puisque je vous ai payé la somme que vous aviez-vous-même fixée en 1926.

Veuillez être assez aimable pour me donner un conseil, et me dire ce que je dois faire dans ce cas. Vous a-t-on déjà signalé des choses analogues.

Dr H.

Réponse.

Le contrôleur a six ans pour vérifier, rectifier les déclarations et, le cas échéant, établir des impositions supplémentaires. Vous ne pouvez vous abstenir de fournir les renseignements demandés, sous peine d'être taxé d'office supplémentairement.

A. M.

2606. — Patente de deux médecins exerçant dans le même local.

J'habite un appartement où j'exerce la médecine générale et où je paye la patente. J'exerce en plus pendant quelques heures par jour dans une clinique où le loyer est au nom de mon associé, aussi docteur, et au mien. Je paye aussi là-bas la patente tous les ans. Il paraît que ce n'est pas régulier et que je paye inutilement deux patentes, au lieu d'une. Si cela est vrai, pourrai-je réclamer au fisc de me rembourser ce que j'ai payé de trop pendant neuf ans, ou la question ne se pose même pas ?

Si oui, à qui faut-il adresser ma réclamation ?

Dr B.

Réponse.

Si vous exercez la médecine pour votre propre compte dans la clinique louée par votre confrère, votre deuxième imposition est régulière.

Au contraire, si vous êtes payé par votre confrère, dont vous pouvez alors prétendre être « l'employé salarié », l'imposition est irrégulière.

Vous ne pouvez, le cas échéant, obtenir de dégrèvement que pour l'année 1928.

A. M.

2624. — Caractère fiscal de la rémunération du travail de gestion.

Ne croyez-vous pas qu'un chirurgien, directeur de

clinique ne pourrait pas, en raison du temps qu'il passe à la gestion (même avec une directrice), s'allouer du point de vue fiscal, un traitement ?

Dr P.

Réponse.

La rémunération du travail de gestion d'une clinique dont il est propriétaire, constitue l'un des éléments du bénéfice que le médecin retire de l'exploitation de sa clinique. Cette rémunération ne peut donc être considérée comme un salaire, au sens fiscal du mot.

A. M.

Questions médico-militaires.

2226. — Durée de service des sursitaires.

Il y a, paraît-il, une circulaire de l'armée, parue en février ou mars, m'a-t-on dit, dans laquelle il est noté que « les jeunes gens sursitaires de la classe 1922, accomplissant leur service militaire à l'étranger, seraient libérés en septembre 1928 au lieu de mai 1929, n'accomplissant ainsi qu'un an de service actif, au lieu de 18 mois.

Si la chose est exacte, pourriez-vous me donner la date exacte de cette circulaire et le numéro.

Dr M. P.

Réponse.

Nous ne connaissons pas la circulaire dont vous parlez, mais seulement le texte de l'article 23 de la loi du 1er avril 1923, qui est le suivant :

« ... Le sursis d'incorporation ne confère au-
« cune dispense. Les jeunes gens qui ont obtenu
« des sursis d'incorporation sur leur demande
« suivent le sort de leur classe, à partir du jour où
« ils ont rempli leurs obligations dans le service
« actif et dans la disponibilité... »

2232. — Radiation des cadres. Périodes d'instruction. Limite d'âge.

Classe 1899, on me demande si je désire être rayé des cadres de l'armée ou maintenu dans ma position actuelle jusqu'à la limite d'âge prévue par la loi du 2 avril 1918 et l'article 12 de la loi du 8 janvier 1925.

Veuillez avoir l'obligeance de me faire connaître le plus tôt possible :

1° Que disent ces lois et quelle est la limite d'âge par elles prévue ?

2° Si je reste dans les cadres dans ma position actuelle de capitaine, y a-t-il des périodes à faire, leur nombre et leur durée ?

3° Si je reste dans les cadres, puis-je en sortir ensuite à n'importe quel moment, quand il me plaira — et si oui, comment ?

4° Pouvez-vous me donner un conseil ?

Dr Z.

Réponse.

A l'expiration du temps de service total exigé par la loi de recrutement dans les réserves, tout officier de réserve est tenu d'adresser au Ministre une déclaration faisant connaître s'il veut ou non rester dans les cadres.

Tout officier qui déclare ne pas vouloir rester dans les cadres est considéré comme démissionnaire (article 10 de la loi du 8 janvier 1925), Si, ultérieurement, cet officier, maintenu ainsi dans les cadres sur sa demande, veut reprendre sa liberté, il lui suffit, à tout moment, de le déclarer au Ministre sous la même forme.

Nous ne pensons pas que, si vous restiez ainsi, vous soyez tenu à des périodes d'instruction, à moins que vous ne sollicitiez un avancement.

La retraite des capitaines est fixée à l'âge de 54 ans ; vous seriez ainsi, sur votre demande, maintenu jusqu'à 59 ans, puisque l'article 12 de la même loi spécifie : « Les officiers de réserve « sont rayés des cadres quand ils ont atteint la « limite d'âge des officiers de même grade de l'ar- « mée active, augmentée de cinq ans. »

2237. — Filiation entre une maladie et le service militaire. Recours contre rejet de demande de pension.

1° Un billet d'évacuation, une feuille d'hôpital, en règle, suffisent-ils à établir la filiation entre une maladie, (le paludisme), observée et soignée par un médecin civil, admise par les experts militaires, et cette même maladie, reconnue pendant le service militaire et contractée au front d'Orient pendant la guerre ;

2° Dans l'affirmative, quelle serait la marche à suivre pour faire admettre la filiation par la Commission de réforme qui se refuse à la reconnaître ?

Dr M.

Réponse.

1° Réponse affirmative, d'autant plus qu'il s'agit de la même maladie. Le billet d'hôpital constate l'apparition de la maladie pendant le service ; le certificat du médecin civil établit la filiation, quelle que soit l'époque à laquelle les soins ont été donnés, puisqu'il s'agit de la même maladie.

2° Si la commission de réforme a commis une erreur, le Ministre la réparera ; au cas où, par extraordinaire, la chose lui échapperait, l'intéressé devrait introduire un pourvoi devant le tribunal des pensions, dans les six mois de la notification qu'il recevrait de son rejet. Il aurait sûrement gain de cause par les tribunaux.

2171. — Conditions nécessaires et suffisantes pour être effectivement promu médecin-lieutenant de réserve.

J'ai lu dans plusieurs journaux professionnels et notamment dans le *Concours médical*, que les médecins sous-lieutenants de réserve sont promus lieutenants automatiquement à l'ancienneté lorsqu'ils comptent quatre ans de grade et sans qu'une période de réserve soit nécessaire.

Ai-je bien lu ?

Je me le demande.

En effet, par rappel d'ancienneté, ma prise de rang dans le grade de médecin-sous-lieutenant fut fixée en février 1924.

Il semblait donc probable que je sois promu médecin-lieutenant, avec quelque retard sans doute, mais à dater de février 1928.

Or, ne voyant rien venir, je me suis renseigné au Ministère.

Réponse : vous comptez déjà 16 jours de réserve, demandez à compléter votre période à 28 jours, et vous serez promu.

Ecrivant alors à la Direction du Service de Santé de la Région, pour demander si je dois accomplir une période en vue de ma promotion, et de combien de jours, et à quelle époque, on me répond : « Vous serez promu médecin-lieutenant sans être astreint à une nouvelle période de réserve. »

Ayant transmis cela à Paris, on me répète :

« La VII^e Direction du Ministère ne partage pas l'avis de la N^e Région : vous devez accomplir une période complète pour être promu lieutenant, et il vous manque quelques jours ; votre nomination ne datera que du jour où vous aurez terminé votre période.

Toute la question est donc là.

Dois-je oui ou non compléter à 28 jours les exercices de réserve avant d'être promu lieutenant ?

D^r X.

Réponse.

Ainsi que vous l'avez constaté vous-même, il y a, sur le sujet qui vous intéresse, du flottement, même dans les Directions Régionales du Service de Santé.

Cependant, la 7^e Direction, arbitrant le conflit, a finalement raison, d'autant plus raison que c'est elle qui soumet à la signature du Ministre les promotions des médecins.

D'ailleurs, elle ne fait que suivre strictement les termes de l'article 26 de la loi du 8 janvier 1925, qui exige pour la promotion à deux galons quatre ans de grade et deux périodes.

Il ne vous reste donc qu'à compléter votre période d'instruction pour être promu.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer E. Banis
Beaulieu-sur-Mer. Gaston (*clinique*).
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau Duproca.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot Stéphan
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Rover.
Trouville. Jean Massé.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 369. — Sud-Ouest. — Dans ch.-lieu de préfecture, client. d'accouchem. et de gynécolog. avec clinique à céder de préfér. à doctoresse. Condit. à débattre.

N° 370. — Dr, nez, gorge, oreilles, demande femme de chambre pour s'occuper lingerie et surveill. petits opérés nez et gorge. Bons gages. Réf. exigées.

N° 371. — A vend. collect. compl. « Vie Automobile » depuis fondation 1901, 17 vol. reliés, et collect. complète « Omnia » depuis fondat. 1904. Faire offres.

N° 372. — Bonne infirmière est dem. par import. clin. acc. du trav. à Paris. Pressé.

N° 373. — Urgent. A louer, maison centre Gournay-en-Bray, 14 pièces, tout ou partie, meublée ou non. Ec. Mme Delaunay, à Fresneaux-Montchevreuil (Oise).

N° 374. — Coutainville (Manche) : à louer pour août et septembre, maisonnette bien située, à une minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

Nº 375. — Charente. Client. de campagne, seul méd. rapp. 55.000, maison vaste et très confort., 8 pièces, jardin. Indemn. 80.000 y compris maison, dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 376. — Dans local, importante, ancienne client. active, rapport 105.000, maison particulière très vaste et confort. avec jardin. A céder pour cause santé 70.000, dont 30.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 377. — Porte de Paris. Polyclinique très bien placée, bonne install., maison en pierres, rapp. 120.000, en progression. Conditions à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

— Ent. infirmes, paralys., épilept., arriérés, Trait. spécial. ind. Résultats très int. Pension méd., vie famille, prix mod. Dr Gaston, 104, route Nationale à Beaulieu-sur-Mer. (A.-M.).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Prix de l'Institut.** AUX HÉROS SANS GLOIRE. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que l'ouvrage de Madame A. René Brouillhet, veuve d'un de nos jeunes confrères, victime de la guerre : *Aux Héros sans gloire*, vient d'obtenir le *Prix Audiffred*, de l'Académie des Sciences morales et politiques. Rappelons que Madame Brouillhet avait réuni dans ce livre, en un recueil émouvant, les plus beaux passages des lettres ou des souvenirs que les médecins, victimes de la guerre, avaient adressés à leur famille ou à leurs amis. La correspondance touchante du jeune Dr René Brouillhet y tenait une petite place et nous avons, lors de la publication des *Héros sans gloire*, exprimé ici combien nous avions été émus de ce pieux hommage rendu aux victimes du corps médical français. J. N.

— **Vitamines et lumière, par T.S.F.** — Le Dr Foveau de Courmelles traitera par T.S.F. au poste de la Tour Eiffel, le vendredi 17 août 1928, à 19 h., ce sujet d'actualité : *Vitamines et lumière.*

— **Médailles des épidémies.** — Une médaille de vermeil des épidémies vient d'être décernée à M. Philippe Decourt, interne des hôpitaux de Paris, pour sa brillante conduite au Maroc au cours d'une épidémie grave de typhus. M. Philippe Decourt est le second fils de notre ami Decourt. Nous leur adressons à tous deux nos plus sympathiques félicitations.

— **Consultations du soir dans les hôpitaux de Paris.** — Le Conseil municipal de Paris a adopté la proposition suivante :

« L'Administration de l'Assistance publique est invitée à organiser d'urgence des consultations du soir de médecine et de chirurgie dans les établissements hospitaliers à l'usage des adultes des deux sexes. »

— **Service médical de la Petite Roquette.** — M. Touchard (J.), médecin en chef, est nommé médecin en chef honoraire.

M. Fouineau, médecin adjoint, est nommé médecin en chef.

M. Barois, ancien interne à la Maison départementale de la Seine, est nommé médecin adjoint.

— **Caisse de secours de l'Union des médecins propharmaciens.** — L'Union des médecins propharmaciens dont l'organe bi-mensuel est *Le Propharmacien*, vient d'émettre, sous l'inspiration de son président, Dr Albert Cazin (Vandelainville-Onville, Meurthe-et-Moselle), le timbre du secours immédiat, baptisé « Timbre Amarante » par son dessinateur, Dr Grandgérard, de Nancy.

Le produit de la vente de ce timbre vignette (prix 0 fr. 10) est destiné à alimenter la « Caisse de secours immédiat de l'Union des médecins propharmaciens »

Le timbre est tenu à la disposition de nos confrères.

S'adresser : Dr Cazin, ou aux bureaux du *Propharmacien*, 24, grand'rue, Villebourbon, Montauban (Tarn-et-Garonne).

— **Hospices d'Orléans.** — Le concours d'internat a eu lieu, le 26 juillet, sous la présidence de M. le Dr Georges Petit, administrateur, assisté de MM. les docteurs Courgeon, Denis, Gaufroy.

Ont été admis : MM. Montaigne, Renac, Le Baron, Pineau, internes titulaires ; Bourderionnet, interne provisoire.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *juillet*

Soins aux gendarmes.

Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 21 juillet 1928, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie.

1° *Lettres d'éloges officiels.*

(délivrées après dix années de soins gratuits.)

MÉDECINS

MÉDECINS. — Légion de Paris : MM. Lutaud, Etampes (Seine-et-Oise) ; Gébert, Pantin (Seine).

3e légion : MM. Couderc, Le Neubourg (Eure) ; Van Heddeghem , Criquetot-l'Esneval (Seine-Inférieure).

4e légion : MM. Lemonnier, Flers (Orne) ; Dentr, Vimoutiers (Orne).

6e légion : M. Cohen, Mourmelon-le-Grand (Marne).

8e légion : MM. Guichard, Saint-Jean-de-Losne (Côte-d'Or) ; Bertrand, Nogent-sur-Aube (Aube).

11e légion : M. Langlois, Oudon (Loire-Inférieure).

13e légion : MM. Mas, Bellerive (Allier) ; Fournier, Pradelles (Haute-Loire).

15e légion : M. Greffier, Vence (Alpes-Maritimes).

16e légion : M. Molinier, Saint-Amand-Sault (Tarn)

17e légion : MM. Carles, Aire-sur-Adour (Landes) ; Ferrand, Lavelanet (Ariège).

18e légion : MM. Ernautène, Saint-Palais (Basses-Pyrénées) ; Corrèges, Bayonne (Basses-Pyrénées) ; Masfrand, Bordeaux-la-Bastide (Gironde) ; Callen, Sore (Landes) ; Laborde, Liposthey (Landes).

19e légion : M. Rançon, El-Biar (Alger).

Tunisie : M. Reynal, KMabdia (Tunisie).

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits).

MÉDECINS. — Légion de Paris : MM. Crosse, Gentilly (Seine) ; Privat, Chaville (Seine-et-Oise) ; Humbel, Poissy (Seine-et-Oise) ; Catrin, Saint-Cloud (Seine-et-Oise) ; Guedeney, Clichy (Seine) ; Sérée, Le Vésinet (Seine-et-Oise) ; Sigwalt, Clamart (Seine) ; Fourneau, La Queue-les-Yvelines (Seine-et-Oise) ; Le Roux, Colombes (Seine) ; Philippe, Aubervilliers (Seine) ; Larré, Boulogne (Seine) ; Garasse, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ; Baudson, Gonesse (Seine-et-Oise).

1re légion : MM. Fourdrinier, Bully-les-Mines (Pas-de-Calais) ; Mulliez, Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais) ; Broquet, Wattrelos (Nord) ; Chuffart, Pont-à-Marcq (Nord) ; Niquet, Lambersart (Nord) ; Poiteau Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais).

2e légion : M. Mairesse, La Capelle (Aisne).

3e légion : MM. Fabre, Verneuil-sur-Avre (Eure) ; Gombert, Bernay (Eure).

4e légion : MM. Daniel, Gorron (Mayenne) ; Delon, Le Theil (Orne).

5e légion : MM. Cros, Saint-Florent (Cher) ; Chamaillard, Les Aix-d'Angillon (Cher).

6e légion : MM. Henriet, Brieulles-sur-Bar (Ardennes) ; Guerbé, Carignan (Ardennes) ; Pierson, Buzancy (Ardennes) ; Médot, Vrigne-aux-Bois (Ardennes).

7e légion : MM. Simeray, Moirans (Jura) ; Duboz, Salins (Jura) ; Mignot, Dôle (Jura) ; Savouret, Chaumont (Haute-Marne).

8e légion : MM. Copreaux, Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire) ; Devillard, Paray-le-Monial (Saône-et-Loire) ; Seive, Paray-le-Monial (Saône-et-Loire) ; Fiatte, Sens (Yonne) ; Mauroy, Nogent-sur Seine (Aube).

9e légion : MM. Garban, Cluis (Indre) ; Lebègue, Poitiers (Vienne) ; Périchon, Le Blanc (Indre) ; Durand, Preuilly (Indre-et-Loire) ; Ranvoize, Richelieu (Indre-et-Loire).

10e légion : MM. Guillaume, Perros-Guirec (Côtes-du-Nord) ; Herviault, Paimpol (Côtes-du-Nord) ; Vannier, Le Pertre (Ille-et-Vilaine) ; De Lafargue-Barès, Tessy-sur-Vire (Manche).

11e légion : MM. Barbier, Blain (Loire-Inférieure) ; Lucas, Saint-Renan (Finistère) ; Le Coz, Pont-l'Abbé (Finistère).

12e légion : MM. Croizet, Châteauneuf (Charente) ; Maumy, Ahun (Creuse) ; Gourgand, Cognac (Charente) ; Larché, Chenérailles (Creuse) ; Lanes, Saint Vaury (Creuse).

13e légion : MM. Huguet, Saint-Pourçain (Allier) ; Cros, Saint-Flour (Cantal) ; Cour, Brioude (Haute-Loire) ; Godemel, Gannat (Allier).

14e légion : MM. Pinard, La Cluse (Ain) ; Gide, Saint-Gervais (Haute-Savoie) ; Vidonne, Taninges (Haute-Savoie) ; Reynier, Saint-Jeoire (Haute-Savoie) ; Denave, Virieu-le-Grand (Ain) ; Charvet, Villefranche-sur-Saône (Rhône).

15e légion : MM. Lauze, Aimargues (Gard) ; Lenail, Largentière (Ardèche) ; Bouvat, Saint-Péray (Ardèche) ; Maurin, Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Lériget, Brignon (Gard) ; Remusat, Arles (Bouches-du-Rhône).

Corse : M. Colombani, Ville-di-Paraso (Corse).

16e légion : MM. Rigal, Saint-Chinian (Hérault) ; Bédos, Olonzac (Hérault) ; Alzieu, Servian (Hérault) ; Cayla, Laguiole (Aveyron) ; Lagarde, Decazeville (Aveyron) ; Anduze-Acher, Chalabre (Aude) ; Soueix, Lacaune (Tarn).

17e légion : MM. Fonsagrives, Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne) ; Bent, Monclar (Tarn-et-Garonne).

18e légion : MM. Fouchou-Lapeyrade, Lesparre (Gironde) ; Granval, Pauillac (Gironde) ; Rascol, Pauillac (Gironde) ; Chapeaud, Aulnay (Charente-Inférieure) ; Mirtin, Parentis-en-Born (Landes) ; Gentilhe, Biarritz (Basses-Pyrénées).

19e légion : MM. Bensussan, Sidi-Aïssa (Alger) ; Ledoux, Saint-Leu (Oran) ; Joly, Oran (Oran).

20e légion : MM. Henry, Bains-les-Bains (Vosges) ; Hippert, Colombey-les-Belles (Meurthe-et-Moselle).

Réunion : MM. Manès, Heil-Bourg (Ile de la Réunion) ; Hoareau, Saint-Louis (Ile de la Réunion).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de services gratuits.)

Médecins. — Légion de Paris : MM. Bosc, Les Mureaux (Seine-et-Oise) ; Méténier, Villejuif (Seine) ; Bisot, Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) ; Harpey, Bougival (Seine-et-Oise) ; Meuvret, Sceaux (Seine) ; Boucaut, Angerville (Seine-et-Oise).

1re légion : MM. Lancet, Ardres (Pas-de-Calais) ; Théret, Anvin (Pas-de-Calais) ; Rémy, Anzin (Nord) ; Carret, Hautmont (Nord) ; Denoyelle, Beaurainville (Pas-de-Calais) ; Rembauville, Frévent (Pas-de-Calais).

2e légion : MM. Dubus, Corbie (Somme) ; Carton, Flixecourt (Somme).

3e légion : MM. Legrand, Verneuil-sur-Avre (Eure); Bédrune, Criel-sur-Mer (Seine-Inférieure) ; Engelbach, Le Havre (Seine-Inférieure).

4e légion : MM. Goupil, Javron (Mayenne) ; Bernard, Sablé (Sarthe) ; Vèzard, Domfront (Orne) ; Collignon, Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).

5e légion : MM. Fileux, Corbigny (Nièvre) ; Belêtre, Sancoins (Cher).

6e légion : MM. Tollin, Cheppes-la-Prairie (Marne) ; Vilte, Vrigne-aux-Bois (Ardennes).

7e légion : MM. Masson, Joinville (Haute-Marne) ; Vauthrin, Anrosey (Haute-Marne) ; Nurdin, Fougerolles (Haute-Saône) ; Daiche, Fougerolles (Haute-Saône) ; Boyer, Jonvelle (Haute-Saône) ; Kornprobst, Prauthoy (Haute-Marne) ; Coulon, Amancey (Doubs) ; Baldensperger, Saint-Vit (Doubs).

8e légion : MM. Magnon-Pujo, Jevrey-Chambertin (Côte-d'Or) ; Volle, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

9e légion : MM. Chailloux, Saint-Flovier (Indre-et-Loire) ; Michiels, Saint-Savin (Vienne) ; Houppert, Usson (Vienne) ; Roqueplane, Gençay (Vienne).

10e légion : MM. Le Calvé, Redon (Ille-et-Vilaine) ; Croyn, Pirpiac (Ille-et-Vilaine).

11e légion : MM. Cotonnec, Quimperlé (Finistère) ; Chauveau, Ancenis (Loire-Inférieure) ; Michel, Indre (Loire-Inférieure) ; Clenet, Nort-sur-Erdre (Loire-Inférieure) ; Auvinet, Saint-Philibert-de-Pont-Charrault (Vendée) ; Lambert, Etel (Morbihan) ; Le Strat, Concarneau (Finistère).

12e légion : MM. Fillion-Roux, Baignes (Charente) ; Marsat, La Valette (Charente) ; Barbancey, Montpout-sur-Isle (Dordogne) ; Chabriez, Vigeois (Corrèze) ; Morisson, Hiersac (Charente) ; Laborderie, Sarlat (Dordogne) ; Goudard, Bénévent (Creuse) ; Monéger, Egletons (Corrèze).

13e légion : MM. Giraudoux, Cusset (Allier) ; Bonnouvrier, Charlieu (Loire) ; Talandier, Mauriac (Cantal) ; Saubert, Olliergues (Puy-de-Dôme) ; Soulier, Ruines (Cantal) ; Rouchy, Pléaux (Cantal) ; Roy, Rochefort-Montagne (Puy-de-Dôme).

14e légion : MM. Poignon, Le Châtelard (Savoie) ; Cros, Vif (Isère) ; Allibe, Sassenage (Isère) ; Eynard, Bourg-de-Péage (Drôme) ; Lafaury, Tain (Drôme).

15e légion : MM. Toillier, Serrières (Ardèche) ; Manjot, Le Martinet (Gard) ; Roques, Saint-Rémy (Bou-

ches-du-Rhône) ; Vernet, Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Quercy, Miramas (Bouches-du-Rhône) ; Cambon, Saint-Félicien (Ardèche) ; Tron, Sisteron (Basses-Alpes).

Corse : M. Orabona, Novella (Corse).

16e légion : MM. Zorestier, Langogne (Lozère) ; Babeau, Saint-Chinian (Héruault) ; Crémieux, Sète (Hérault) ; Cros, La Salvetat-sur-Agoût (Hérault) ; Jacob, Saint-Affrique (Aveyron) ; Azaïs, Saint-Pons (Hérault) ; Mazet, Chalabre (Aude) ; Mounié, Coursan (Aude).

17e légion : MM. Ringuet, Varen (Tarn-et-Garonne) ; Reilhac, Clairac (Lot-et-Garonne) ; Bouty, Lauzun (Lot-et-Garonne) ; Andrieu, Caylus (Tarn-et-Garonne).

18e légion : MM. Fergugnat, Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées) ; Cuillé, Saint-Pé (Hautes-Pyrénées) ; Morisson, Labouheyre (Landes) ; Naureils, Morcenx (Landes) ; Larquier, Hageteau (Landes) ; Geneuil, Montguyon (Charente-Inférieure) ; Delaunay, Cozes (Charente-Inférieure) ; Hernette, Saint-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure) ; Cazaillet, Pons (Charente-Inférieure) ; Auboin, Saint-Genis (Charente-Inférieure) ; Coustou, Gensac (Gironde) ; Flous, Noaillau (Gironde).

19e légion : MM. Péduran, Boufarik (Alger) ; Cavaldini, El-Arrouch (Constantine).

20e légion : M. Baseil, Frouard (Meurthe-et-Moselle).

Tunisie : M. Marini, Sousse (Tunisie).

Réunion : M. de Fayard, Port (île de La Réunion).

Guadeloupe : M. Noirtin, Le Moule (Guadeloupe).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de services gratuits).

MÉDECINS. — Légion de Paris : MM. Blaire, Bondy 110, avenue de la République (Seine) ; Merle, La Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne) ; Bosvieux, Ville-d'Avray (Seine-et-Oise) ; Rigal, Chevreuse (Seine-et-Oise) ; Richault, Etrechy (Seine-et-Oise) ; Dauzats, Sceaux, 72, rue Houdan (Seine) ; Greuet, Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise) ; Goulard, Brie-comte-Robert (Seine-et-Marne) ; Couvreur, Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).

1re légion : M. Lestoquoy, Solesmes (Nord).

2e légion : M. Prestelle, Rosières (Somme).

3e légion : MM. Pareur, Sanvic (Seine-Inférierure) ; Marlière, Dieppe (Seine-Inférieure) ; Joly, Cabourg (Calvados) ; Damour, Villers-Bocage (Calvados).

4e légion : MM. Bosnières, Putanges (Orne) ; Lorier, Le Mans (Sarthe) ; Poussin, Savigné-l'Evêque (Sarthe).

5e légion : MM. Devaux, Châteauneuf-sur-Cher (Cher) ; Barré, Aubigny-sur-Nère (Cher).

6e légion : M. Rascalou, Charleville, 8, rue Forest (Ardennes).

7e légion : MM. Brugirard, Montbozon (Haute-Saône) ; Loriot, Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Faivre, Mollans (Haute-Saône).

8e légion : MM. Brugnot, Bligny-sur-Ouche (Côte-

d'Or) ; Carteret, Digoin (Saône-et-Loire) ; Trébeneau, Montchanin-les-Mines (Saône-et-Loire).

9e légion : MM. Dupont, Lussac-les-Châteaux (Vienne) ; Houpert, Angles (Vienne) ; Quillon, Le Blanc (Indre) ; Lhopitallier, La Membrolle (Indre-et-Loire) ; Varangot, Noyant-la-Gravoyère (Maine-et-Loire).

10e légion : MM. Briens, Bricquebec (Manche) ; Coupu, Lamballe (Côtes-du-Nord) ; Roullin, Louvigné-du-Désert (Ille-et-Vilaine) ; Badin, Dinard (Ille-et-Vilaine).

11e légion : MM. Mornu, Nantes, 20, rue de Gigant (Loire-Inférieure) ; Le Gall, Châteauneuf-du-Faou (Finistère) ; Reverseau, Saint-Michel-en-l'Herm Vendée) ; Leroueille, Saint-Julien-de-Vouvantes (Loire-Inférieure) ; Le Meur, Ploudalmézeau (Finistère) ; Besse, Muzillac (Morbihan).

12e légion : MM. Laroche, Jarnac (Charente) ; Masgnaud, Thenon (Dordogne).

13e légion : MM. Martinet, Saint-Pourçain (Allier) ; Michel, Montaigut (Puy-de-Dôme) ; Malsang, Champeix (Puy-de-Dôme) ; Eyraud, Allègre (Haute-Loire); Rigot, Saint-Chamond (Loire) ; Chognon, Saint-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme).

14e légion : MM. Liénard, Pont-de-Beauvoisin (Savoie) ; Durand, La Balme-de-Sillingy (Haute-Savoie) ; Isnel, Vizille (Isère) ; Favre-Félix, Thônes (Haute-Savoie) ; Payre-Ficot, Séderon (Drôme).

15e légion : MM. Goubert, Salindres (Gard) ; Saramito, Sospel (Alpes-Maritimes) ; Vadon, Saint-Raphaël (Var) ; Alexandrowicz, Alès (Gard) ; Guiol, Hyères (Var) ; Roumagoux, Oppède (Vaucluse) ; Masse, l'Isle-sur-Sorgue (Vaucluse).

16e légion : M. Jean, Saint-Chinian (Hérault).

17e légion : MM. Bentejac, Montréal (Gers) ; Ayrolles, Bretenoux (Lot).

18e légion : MM. Mendiondo, Bidache (Basses-Pyrénées) ; Bernes-Lasserre, Peyrehorade (Landes).

19e légion : MM. Chainian, Saint-Cloud (Oran) ; Margerid, Lafayette (Constantine) ; Jouane, Guelma (Constantine).

20e légion : MM. Merklen, Xertigny (Vosges) ; Bruant, Neuves-Maisons (Meurthe-et-Moselle), Baros, Bussang (Vosges).

Réunion : MM. Aubry, Saint-Louis (île de la Réunion), Mansès, Cilaos (île de la Réunion).

27 *juillet*

Enseignement de la Médecine.

L'emploi de chef de travaux pratiques de médecine opératoire de la Faculté de Bordeaux est supprimé à dater du 1er octobre 1928.

Il est créé, à la Faculté de médecine de Montpellier, une chaire de dermato-syphiligraphie (emploi rétribué sur le budget de la Faculté. Subventions diverses.)

29 *juillet*

Est approuvé le projet de convention intervenu entre la Faculté de médecine de Paris et l'Associa-

tion pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile en vue de rattacher à cette Faculté, sous le titre d'Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, l'Ecole de puériculture fondée par l'Association susvisée.

Académie de Médecine.

Traitements du personnel de l'Académie de Médecine. Décret du 24 juillet 1928.

Art. 1er. — Le décret du 11 septembre 1927, portant fixation des traitements et des classes du personnel de l'Académie de médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

....

Chef des bureaux :

1re classe	15.000 fr.
2e classe	14.500 »
3e classe	13.400 »
4e classe	12.300 »
5e classe	11.200 »
6e classe	10.100 »
7e classe	9.000 »

Commis :

1re classe	13.500 fr.
2e classe	12.500 »
3e classe	11.600 »
4e classe	10.700 »
5e classe	9.800 »
6e classe	8.900 »
7e classe	8.000 »

Garçons :

1re classe	9.500 fr.
2e classe	9.250 »
3e classe	9.000 »
4e classe	8.800 »
5e classe	8.600 »
6e classe	8.400 »
7e classe	8.200 »
8e classe	8.000 »

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire ne peut être attribué aux fonctionnaires et agents de l'Académie de médecine que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 3. — L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 sur le traitement, prévue par le décret du 21 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des fonctionnaires dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er janvier 1928.

Art. 5. — Le ministre de l'instruction publique et

des beaux-arts et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

31 *juillet*

Mutualité.

Elections au Conseil supérieur de la Mutualité.

Les délégués des syndicats médicaux sont convoqués le dimanche 11 novembre 1928 pour élire leur représentant au Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels.

LA QUESTION DES LOYERS

Un appel de la Confédération des Travailleurs Intellectuels.

Nous recevons du Secrétariat général de la Confédération des travailleurs intellectuels, la communication suivante :

Comme vous le savez, le Parlement est saisi d'un projet de construction destiné à mettre fin à la crise actuelle du logement dans une période de 5 à 6 ans. Il serait extrêmement périlleux pour les Travailleurs Intellectuels, plus encore que pour les autres locataires, que sous le couvert de cette promesse, dès l'expiration des prorogations actuelles, toute protection cesse à leur égard.

A la rentrée du Parlement, la Commission de législation civile de la Chambre des Députés doit mettre à l'étude une nouvelle loi ayant pour but de réglementer cette période de transition. Si nous désirons que nos légitimes intérêts — qui concordent avec l'intérêt général — soient défendus, il est nécessaire que nous éclairions la Commission et le rapporteur par une documentation nombreuse et précise.

Dans cet esprit, nous vous adressons l'appel qui suit :

« La Confédération des Travailleurs Intellectuels (C. T. I.), émue par le danger vital que présentent pour les Travailleurs Intellectuels et plus particulièrement pour ceux qui exercent des professions libérales, les échéances prochaines des prorogations des locations professionnelles, ouvre auprès de tous les intéressés une enquête dont les résultats seront transmis au Groupe Parlementaire pour la défense des Travailleurs Intellectuels, en vue de l'élaboration des dispositions législatives indispensables.

« Cette enquête a pour objet de préciser la gravité des conséquences qui résulteraient, au point de vue professionnel et social, de l'application des lois en vigueur et, notamment, du refus systématique de location qui serait opposé aux professionnels ainsi que des exigences formulées pour la location.

Les réponses seront centralisées au siège de la C. T. I. G., 11, rue Henner (9e).

Pour le Comité :
Le Secrétaire général : G. RODRIGUES. »

Voir la suite page XLVII-2365

PROPOS DU JOUR

Les locaux professionnels des médecins.

A propos de la loi sur les habitations à bon marché et à loyer moyen.

Ce n'est pas seulement à Paris, mais un peu partout en France, que les médecins éprouvent de grandes difficultés à trouver une habitation.

A Paris, les propriétaires qui ne veulent pas louer à un médecin deviennent de plus en plus nombreux et ils ont pour cela d'excellentes raisons, ne serait-ce que celle du va-et-vient continu dans la maison de malades qui peuvent être contagieux. Si, pour une raison quelconque, un médecin est obligé de changer de domicile, il peut rarement trouver un appartement à proximité, et l'éloignement du quartier, où il exerce depuis de longues années, équivaut à la perte à peu près complète de sa clientèle. En outre, le loyer, dans certains quartiers, atteint un tel taux qu'additionné à la patente, toujours proportionnelle au montant du loyer, il devient pour le malheureux praticien une charge intolérable.

Pourquoi, nous ont répondu certains de nos amis, ne ferait-on pas en France comme l'on fait dans certaines villes à l'étranger ? Il y existe des maisons médicales, comprenant des locaux professionnels uniquement destinés à des médecins. Un personnel spécial (téléphoniste, dactylographes, valets de chambre, infirmières, etc) est mis à la disposition des médecins locataires qui peuvent les utiliser. Les malades vont consulter leru médecin à la maison médicale, ne vont pas troubler, ni infecter leur appartement familial et, en cas de visite réclamée à domicile, le téléphone se charge de prévenir le praticien chez lui, si cela est nécessaire.

Il n'est pas douteux que pareille réforme serait très avantageuse pour les médecins praticiens. En séparant leurs locaux professionnels de leur domicile privé, ils mettraient leur famille à l'abri de contagions toujours possibles ; eux et leur famille pourraient, en outre, jouir en paix, aux heures de leurs repas ou le soir, de la tranquillité et de la liberté qui ne leur sont généralement guère laissées pour peu qu'ils aient une clientèle.

Mais il faut compter avec les mœurs et, si pareille organisation, qui constituerait un progrès indiscutable, est facilement réalisable pour les grands consultants, les chirurgiens et les spécialistes, elle serait assez difficile à faire accepter pour le véritable médecin praticien. Il est cependant vraisemblable que cette transformation s'imposera peu à peu lorsque l'application de la loi sur les assurances sociales aura bouleversé complètement nos habitudes dans l'exercice de notre profession.

Il n'y a pas que dans les grandes villes que le médecin éprouve de grandes difficultés à se loger. Nous avons connu de vieux confrères qui ont été obligés d'abandonner le bourg où ils exerçaient depuis trente ans, parce que leur propriétaire refusait de renouveler leur bail, et avons reçu les plaintes de plusieurs jeunes confrères qui n'avaient pu aller s'installer dans tels petits centres où ils avaient la presque certitude de gagner immédiatement leur vie ; il leur était impossible d'y trouver une habitation même modeste.

A ce sujet, un de nos lecteurs, qui exerce aux confins de la Bretagne et de la Normandie, nous a adressé la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical* et très distingué confrère,

Le projet de loi déposé la semaine dernière par le Ministre du travail sur les habitations à bon marché et à loyer moyen, projet de loi qu'a voté la Chambre hier, est en soi excellent. Mais n'estimez-vous pas que cette loi, dont vont bénéficier non seulement les ouvriers, mais aussi les exploitants agricoles et les petits artisans pourrait, devrait s'étendre à toute la catégorie de citoyens de situation modeste ? On oublie et on délaisse toute la classe moyenne. A ne parler que du corps médical, beaucoup d'entre nous dont les loyers et les impôts (*la patente tout particulièrement*) sont véritablement écrasants, sont dans une situation difficile, pour ne pas dire précaire. Victimes de propriétaires de plus en plus exigeants, nous pouvons du jour au lendemain être « flanqués à la porte ». Or pour nous un changement de domicile est particulièrement néfaste, puisqu'une partie de notre clientèle nous abandonne du fait seul que

◆◆

nous changeons de quartier. Il faut donc que nous devenions propriétaires.

Pourquoi l'Etat ne nous aiderait-il pas à construire des maisons modestes tout en étant élégantes ? Vous qui êtes près du « Soleil », vous qui êtes souvent en contact avec des hommes politiques, ne pourriez-vous pas plaider la cause des humbles praticiens que nous sommes ?

Veuillez agréer, mon très distingué confrère, etc.

Dr X.

Hélas ! si nous sommes près du Soleil, nous n'en sommes pas pour cela plus favorisés, et nos contacts avec les hommes politiques sont assez rares, éprouvant par tempérament une certaine répugnance à quémander leur appui et encore moins leurs faveurs.

Quant à plaider cette cause absolument juste, qui est la nôtre, celle des *humbles praticiens que nous sommes*, nous ne pourrions mieux le faire que par la publication de la lettre de notre confrère. Ce sera là encore une utile démarche que devra faire le bureau de notre nouvelle Confédération des Syndicats médicaux auprès du groupe médical interparlementaire qui sera vraisemblablement reconstitué à la rentrée du Parlement.

J. Noir.

A propos des fiches de santé scolaires.

Il conviendrait à certains médecins scolaires d'éviter, par d'inutiles maladresses dans la rédaction par trop impérative des fiches qu'ils rédigent, de blesser la susceptibilité des praticiens leurs confrères. Rappelons que le médecin scolaire ne doit pas s'immiscier dans le traitement des malades, qu'il doit se borner à attirer, quand cela est nécessaire, l'attention des parents sur l'état défectueux de la santé de leurs enfants et ce sont eux, les parents, à qui il incombe de faire soigner leurs enfants par le médecin de leur choix et s'ils sont indigents, par le médecin de l'Assistance.

Un de nos lecteurs du département de l'Aisne nous transmet la copie des deux fiches suivantes et se plaint amèrement de la façon dont elles sont rédigées :

X. Antoinette : 10 ans.
1° Développement insuffisant.
2° Soins dentaires.
3° Examen otologique, par médecin spécialiste des maladies d'oreilles.
4° Examen radioscopique des poumons, qui sera pratiqué par convocation que vous recevrez ultérieurement.
5° Cette enfant bénéficierait d'un séjour dans un centre hélio-marin.

Y. Suzanne : 10 ans.
1° Soins dentaires.
2° Attitudes vicieuses.
3° Bénéficierait d'un séjour dans un centre hélio-marin.

Dans l'intérêt des médecins scolaires et des médecins praticiens, il est indispensable qu'une collaboration loyale, confiante et confraternelle s'établisse entre eux et cela encore plus dans l'intérêt de beaucoup supérieur des enfants.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

RÉFLEXIONS SUR UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE

Par MM.

le Dr VERNHES
Médecin-inspecteur d'hygiène de l'Hérault.

et

le Dr BEDOS,
Médecin-vaccinateur.

Grâce à la vaccination, la variole est devenue une maladie de plus en plus rare. Durant ces dernières années, cependant, plusieurs foyers ont été signalés dans le Midi de la France. Au cours des années 1925-1926, les départements de l'Aude et de l'Hérault ont enregistré plusieurs épidémies dont une dans la commune d'Olonzac (Hérault). Dans cette localité, nous avons assisté à l'éclosion de 9 cas de variole qui, au point de vue clinique, peuvent se ramener aux formes suivantes :

1) Variole commune : forme confluente : 3 cas ; forme accentuée : 4 cas.

2) Variole hémorragique : 2 cas.

Pour permettre de suivre la marche de la maladie, nous allons rapporter succinctement l'histoire clinique de chaque malade :

OBSERVATION I. — Marie Chau...., 40 ans.

Le 2 novembre, a fait un voyage à Béziers.

Brusquement, le 14 novembre, elle éprouve des frissons, avec violentes céphalées et rachialgies intenses, qui l'obligent à s'aliter. Le 18 novembre : éruption sur les membres et le visage. Le période de suppuration évolue normalement, sans laisser trace de cicatrices.

Vaccinée à un an avec succès.

OBSERVATION II. — Mademoiselle Hou... (nièce de Marie Chau... qu'elle a soignée). Le 2 décembre, éprouve des maux de tête et des douleurs violentes dans la région lombaire. Trois jours après, apparaissent quelques boutons sur les membres et le visage. La malade ne porte aucune attention à cette éruption et continue à vaquer à ces occupations.

Vaccinée à un an et à dix ans avec succès.

OBSERVATION III. — Sylvanie Caz..., 48 ans (cousine de Marie Chau... qu'elle a soignée durant 15 jours).

Le 5 décembre, elle éprouve un violent frisson et accuse des douleurs dans la tête, la nuque et surtout les lombes. Dans la nuit du 9 décembre, éruption généralisée ; phénomènes nerveux avec délire. *Pustules confluentes* particulièrement sur le visage.

Au bout de 20 jours, les croûtes tombent sans laisser de cicatrice.

A été vaccinée avec succès dans son jeune âge.

OBSERVATION IV. — Hélène Bess..., 41 ans (cousine de Sylvanie Caz... à laquelle elle a rendu visite durant sa maladie).

Vaccinée le 19 décembre avec succès.

Le 31 décembre et le 1er janvier, frissons, céphalées, rachialgies. Le 2 janvier, éruption discrète sur les cuisses ; le 5 janvier, quelques boutons apparaissent sur le dos et la tête ; cinq ou six jours après, les pustules se dessèchent et les croûtes tombent sans laisser de cicatrices.

Coexistence de variole et de vaccine.

OBSERVATION V. — Joséphine Germ..., 40 ans. A soigné à plusieurs reprises Marie Chau...

Au bout de huit jours, rash purpurique, hyperthermie, rachialgies intenses. Le troisième jour, métrorragies abondantes, épistaxis. Meurt le cinquième jour, sans qu'aient apparu de pustules.

Vaccinée une seule fois à un an.

OBSERVATION VI. — Cécilia Germ..., 60 ans (belle-mère de Augusta Germ..., qu'elle a soignée).

Au bout de dix jours, mêmes symptômes : rash purpurique, métrorragies abondantes.

Meurt quatre jours après sans pustulisation. Jamais vaccinée.

OBSERVATION VII. — Anna Bess..., 59 ans, a donné ses soins à Cécilia Germ...

Dix jours après, frissons, céphalées, rachialgies et éruptions généralisées sur tout le corps. En raison des mauvaises conditions hygiéniques du milieu familial, cette malade est évacuée sur l'hôpital de Béziers dont elle sort vingt jours après complètement guérie, mais présentant des cicatrices sur la face et le corps.

Cette malade n'avait jamais été vaccinée. Dès que le contact avec Cécilia Germ... fut connu, elle fut soumise à la vaccination (le 31 décembre). Le 4 janvier, la malade éprouva les premiers symptômes de variole qui évolua en même temps que les pustules de la vaccine.

Beau cas de variole-vaccine.

OBSERVATION VIII. — Mathilde Ferr..., 32 ans. A soigné Marie Chau..., fait le ménage et touche les pustules de la malade.

Le 1er décembre, frissons, courbature qui l'obligent à s'aliter. Le 3 décembre, violents maux de tête, fièvre ; apparition des règles. Dans la nuit du 4 au 5 décembre, douleurs intolérables dans les reins. Dans la journée du 6 décembre, apparition de boutons sur les membres, le dos, le visage, puis le cuir chevelu. Au bout de huit à dix jours, les pustules se dessèchent, les croûtes tombent. Quelques cicatrices indélébiles sur le corps et le visage.

Vaccinée dans son jeune âge, puis à 20 ans avec succès.

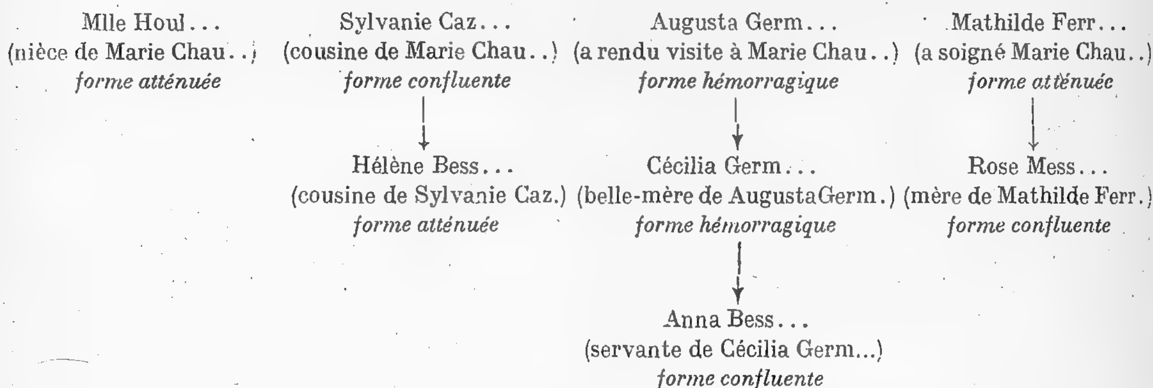
Observation IX. — Rose Mess..., 66 ans (mère de Mathilde Ferr..., avec qui elle habite et qu'elle a soignée pendant quinze jours).

Le 18 décembre, céphalée et rachialgies ; le 21 et 22 décembre, apparition de *papules*, d'abord sur le ventre, puis, dans la bouche, la gorge, le nez, les oreilles, ensuite sur la poitrine et les membres. Ces papules passent à la suppuration et se dessèchent huit à dix jours après sans laisser de cicatrices.

Vaccinée dans son jeune âge en Espagne, avec succès (?) *Revaccinée le 17 décembre : coexistence de variole et de vaccine.*

Le schéma ci-dessous permet de suivre l'éclosion et la marche de l'épidémie.

Marie Chau...
(*forme atténuée*).



La relation des observations de ces 9 malades nous permet de remarquer :

1° Qu'au cours de cette épidémie, *seules les femmes* ont présenté un état de réceptivité au germe de la variole, bien que les hommes aient vécu dans le milieu contaminé, presque toujours sans prendre de mesures prophylactiques. Ceci ne doit pas nous surprendre, car, au cours de la guerre, la presque totalité des hommes a été vaccinée.

2° Que certaines malades, quoique vaccinées avec succès dans le bas-âge et à vingt ans, n'en ont pas moins contracté la variole.

3° Que, lorsque d'anciens vaccinés, mais ayant perdu leur immunité complète, contractent la variole, celle-ci est très atténuée.

4° Que la vaccination ne crée pas immédiatement l'immunité : chez trois de nos malades, il y eut coexistence de variole et de vaccine.

5° Le premier cas (Marie Chau...) sur l'étiologie duquel il a été impossible d'obtenir des renseignements précis, paraît être dû à une contamination au cours de son voyage, très probablement dans le train, car, à la même époque, quelques cas de variole avaient été enregistrés à Toulouse.

Ces constatations étiologiques n'ont pas seulement une valeur documentaire ; des conclusions pratiques du plus haut intérêt s'en déduisent au point de vue prophytactique :

a) *La vaccination anti-variolique est le seul et unique moyen d'éviter la variole.*

b) La variole ne devrait pas exister dans les pays à vaccination obligatoire.

c) Une surveillance sévère et énergique ne devrait pas permettre aux personnes assujetties d'échapper à la vaccination.

d) Il faut redoubler de surveillance pour la revaccination de la femme à la 20e année.

e) Puisqu'il est admis que l'immunité ne dure guère plus de dix ans, il faudrait instituer des séances de revaccination obligatoire pour les deux sexes vers la 40e *année*.

f) Il ne faudrait laisser passer aux frontières que les sujets vaccinés depuis moins de dix ans.

Lorsqu'*un cas* de variole est déclaré, pour éviter toute dissémination du germe, il importe :

1) D'isoler immédiatement le malade en le séparant de sa famille, dans un pavillon d'hôpital *exclusivement* réservé aux contagieux.

2) De vacciner *de suite* toutes personnes ayant eu un contact médiat ou immédiat avec le malade.

Le transport à l'hôpital ne devra être effectué que par *voiture-ambulance* qui sera aussitôt après minutieusement *désinfectée*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Rectite proliférante et sténosante.

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

Cette femme de 42 ans, qui a été opérée d'un anus iliaque qu'elle porte encore actuellement, entre pour des pertes d'abord sanguines, devenues ensuite purulentes, s'accompagnant de très violentes douleurs à la défécation. L'affection évolue depuis sept ans. Ceci écarte déjà l'idée d'un néoplasme. Ces écoulements sanguins sont apparus, il y a 4 ou 5 ans. Les matières étaient parfois rubanées, parfois filamenteuses. Cela indique l'existence d'un rétrécissement siégeant immédiatement au-dessus de la région anale. Quand le rétrécissement siège au-dessus de l'ampoule, les matières peuvent s'accumuler dans celle-ci. Là, elles sont brassées par les contractions de l'intestin et prennent la forme pilulaire.

Nous avons trois éléments : un très long passé, l'affection ayant débuté il y a sept ans ; le caractère des matières, indiquant que la lésion siège immédiatement au-dessus du sphincter ; enfin, cet écoulement ichoreux, sanieux, plus ou moins purulent.

Incontestablement, il y a des épithéliomas de l'anus et du rectum qui peuvent siéger extrêmement bas. Mais la longue durée de l'affection nous conduit à rejeter ce diagnostic.

Il y a une autre affection qui entraîne un rétrécissement immédiatement sus-sphinctérien et qui a une évolution très lente ; c'est une variété de rétrécissement liée à des lésions inflammatoires constituant ce que j'ai décrit sous le nom de rectite hypertrophique proliférante et, dans certains cas, sténosante.

Voilà le diagnostic de probabilité. Nous allons voir si l'examen direct confirme ce diagnostic.

Nous voyons d'abord que l'anus est entouré de saillies irrégulières. La plus grosse est latérale droite. Une siège immédiatement en arrière, une autre immédiatement en avant, avec un prolongement sur le côté gauche.

Cette topographie des tuméfactions a une importance énorme. Ce ne sont pas des hémorrhoïdes. Les hémorrhoïdes ne siègent jamais, ni exactement sur la ligne médiane, ni exactement en avant, ni exactement en arrière.

Il arrive quelquefois que, chez les malades ayant des hémorrhoïdes anciennes, la muqueuse rectale est entraînée en même temps que les hémorrhoïdes ; il se produit un prolapsus hémorrhoïdaire. Il y a alors un bourrelet muqueux qui fait régulièrement tout le tour de l'anus. Mais les hémorrhoïdes sont toujours latérales, et, dans la majorité des cas, il y a quatre tuméfactions, deux à droite, deux à gauche, deux plus antérieures, deux plus postérieures, séparées par un sillon en croix.

Ici, c'est tout différent. Même si la malade avait des hémorrhoïdes et qu'il y ait une tuméfaction exactement sur la ligne médiane en avant et une autre en arrière, je dirais qu'avec ses hémorrhoïdes, elle a autre chose. On donne à cette lésion le nom de condylome. Il y a un revêtement cutané à la partie externe, et muqueux à la partie interne. A la coupe, on rencontre du tissu conjonctif plus ou moins œdémateux. Ces sortes de molluscums, quelquefois énormes, sont des productions inflammatoires, qui se produisent dans cette région avec une facilité et une rapidité incroyables.

Ces saillies condylomateuses sont presque ordinaires chez les malades atteintes de cette variété de rectite et de rétrécissement du rectum.

Nous allons faire maintenant le toucher. Souvent dans ces affections, il est très douloureux. Aussitôt qu'on a passé le canal anal, on arrive sur une partie dure, résistante, parfaitement annulaire, dont la dilatation détermine des douleurs. Le doigt s'engage extrêmement peu.

Vous voyez que cet examen ne fait nullement saigner la malade. Cette absence de saignement est un excellent symptôme de cette variété de lésion. Au lieu de l'ampoule rectale, on rencontre un canal à parois résistantes, qui a une forme conique.

Ce rétrécissement est donc caractérisé d'abord par sa situation sus-sphinctérienne ; en outre, par sa forme régulièrement conique et annulaire. Les épithéliomas du rectum ont tendance à se développer dans le sens annulaire, en avançant des croissants qui peuvent arriver à se rejoindre sur la partie antérieure du rectum, mais il s'en faut de beaucoup que l'épithélioma ait partout la même épaisseur, et même la même étendue dans le sens vertical. Là où il a commencé, il est beaucoup plus saillant, beaucoup plus développé.

Le rétrécissement est canaliculé. On diagnostiquait jadis dans ce cas un rétrécissement syphilitique du rectum. On dit depuis quelques années : rétrécissement dit syphilitique.

Il faut donc que nous sachions si ce rétrécissement est véritablement de nature syphilitique, ou s'il n'est pas de quelqu'autre nature.

Envisageons l'anatomie pathologique.

Les premières modifications qu'on peut cons-

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 24 mai 1928, recueillie par le Dr Laporte.

tater sont les modifications de la muqueuse. Ces modifications ne sont cependant pas tout à fait primitives, car il y a toujours en même temps des modifications de la sous-muqueuse. C'est ce qui se passe dans la leucoplasie.

Au début, on a une sensation particulière que donnent des zones plus ou moins étendues de cette muqueuse. Pour sentir cela, il faut faire le toucher avec le doigt nu. On sent que la muqueuse du rectum a perdu un peu de sa souplesse; elle est devenue rugueuse, râpeuse. L'épithélium en ces points est kératinisé. C'est le premier début de cette rectite. Ultérieurement, elle peut évoluer de façons différentes : tantôt vers le type purement hypertrophique, tantôt inclinant davantage vers le type sténosant.

Ici, il est probable qu'au-dessus de ce rétrécissement il y a encore des lésions qui remontent dans la partie haute du rectum, peut-être dans le côlon, car très souvent ces lésions remontent à une très grande distance. C'est une notion très importante au point de vue thérapeutique. Ces saillies, plus ou moins irrégulières peuvent être sessiles, pédiculées, même quelquefois former dans la cavité rectale une sorte de polype, avec un pédicule presque libre, comme un battant dans une cloche.

Il peut arriver que se produisent des ulcérations de la muqueuse ; cela saigne, suinte et est malodorant. Lorsqu'on ne connaît pas très bien cette affection, on est entraîné à porter le diagnostic de cancer du rectum. C'est une erreur de diagnostic qui n'est pas rare.

Mais le toucher permet toujours de faire aisément le diagnostic. Les végétations néoplasiques sont toujours molles, friables et le moindre toucher entraîne une hémorragie considérable. Au contraire, dans la rectite proliférante, ces végétations, qui sont des productions inflammatoires, fibreuses, sont dures, résistantes ; elles ne se laissent pas effriter par le doigt.

Dans d'autres cas, comme chez notre malade, la lésion évolue sous forme d'anneau fibreux parfaitement régulier et de forme conique, la partie la plus évasée en bas, au niveau du bord supérieur du sphincter.

J'ajoute que très souvent les deux formes sont associées, et je ne serais pas surpris que chez cette malade, il existe des lésions proliférantes au-dessus du rétrécissement.

Berger, Duplay et d'autres n'ont jamais cessé de protester contre l'attribution à la syphilis de cette variété de rétrécissement. On a admis un rétrécissement d'origine blennorrhagique. Vers 1891, est parue une thèse de Sourdille, qui a décrit ces rétrécissements comme des rétrécissements tuberculeux.

L'origine tuberculeuse n'est pas douteuse, puisque Sourdille a trouvé des follicules tuberculeux typiques, et tuberculisé des cobayes en inoculant ces masses.

Souvent, on trouve, à une distance plus ou moins grande, des orifices fistuleux. Jadis, on a dit que la stagnation des matières au-dessus du rétrécissement produisait une ulcération par compression de la muqueuse. Il est possible que cette interprétation s'applique à certains cas ; mais, dans la majorité, on a constaté que l'orifice fistuleu, au lieu de s'ouvrir au-dessus du rétrécissement, s'ouvre en plein dans le rétrécissement. Peut-être est-ce un bon symptôme en faveur de l'origine tuberculeuse du rétrécissement ?

Pour Duplay, c'est une lésion inflammatoire banale, mais dans laquelle cependant la blennorragie joue un rôle prépondérant. La blennorragie rectale n'est pas exceptionnelle, particulièrement chez la femme.

Reste la syphilis. Tout le monde a reconnu que le traitement antisyphilitique n'a aucune action sur ces rétrécissements, ni sur leur évolution. Il est certain que ces malades sont souvent syphilitiques, mais il s'en faut de beaucoup qu'ils le soient tous. La proportion est de 24 à 40 %, et Fournier dit que c'est à peu près la proportion de la syphilis dans la population parisienne. Même si le malade est syphilitique, on ne peut pas affirmer que son rétrécissement est syphilitique. La nature syphilitique est fort douteuse. La nature inflammatoire banale existe certainement. La nature tuberculeuse existe aussi. Enfin, Moutier a signalé dans les rétrécissements de ce genre des agents pathogènes particuliers, décrits par Nocard, les *nocardia*. Ces agents pathogènes, très différents des microbes, pourraient être atteints par un traitement général par l'éther benzylcinnamique. En prolongeant ce traitement, on pourrait obtenir la guérison de certaines de ces lésions.

Il faut, dit-on, un traitement prolongé pendant 3 à 6 mois.

Ces rétrécissements du rectum sont une affection terrible, sans cesse progressive. Jadis, on avait renoncé à faire l'extirpation de ces rétrécissements, opération considérée comme trop grave à ce moment. On faisait des incisions du rétrécissement, ce qu'on appelait des rectotomies, soit internes, soit externes. C'est une méthode lamentable.

Quand on peut surprendre l'affection tout au début, ce qui est rare, il ne faut pas hésiter à réséquer toutes les verrucosités profondément, et j'ai obtenu ainsi, dans un cas, la guérison définitive.

Parfois, la lésion commence à se coarcter un peu au-dessus du sphincter. On peut alors faire une résection de la partie rétrécie par les voies naturelles. Quelquefois même, tout au début, le rétrécissement peut être extériorisé.

Mais à ces phases absolument au début, il est

rare que les malades viennent nous consulter.

Lorsque la lésion est aussi avancée que chez cette malade, enlever le sphincter est un gros sacrifice, et comme il y a presque toujours des lésions remontant extrêmement haut, on n'arrive pas à faire une extirpation réellement complète ; on a des récidives.

Il ne reste qu'une chose à faire, c'est à détourner le cours des matières, c'est-à-dire à faire un anus artificiel. C'est ce qui a été fait chez cette malade, il y a trois ans. Je pense qu'elle est venue ici pour demander qu'on supprime cet anus artificiel et qu'on rétablisse la continuité du rectum. Pouvons-nous réussir ? J'en doute fortement dans ce cas. Il m'est arrivé quelquefois de pouvoir faire une résection du rétrécissement, car souvent, lorsque le cours des matières est détourné, il y a un certain degré d'amélioration ; mais quant à donner une guérison de longue durée, définitive, c'est absolument exceptionnel. Aussi, quel immense progrès ce serait, s'il était établi que cette lésion est due à la nocardia.

Dans la majorité des cas, les antiseptiques détruisent plus de cellules qu'ils ne détruisent de microbes. Mais la question se pose autrement pour les protophytes ou les protozaires. C'est peut-être pour les amibes qu'on réussit le mieux, à l'heure actuelle, avec l'émétine.

Il semble que dans un certain nombre de cas, on arrive à les détruire d'une manière définitive. Qu'on puisse détruire le spirochète de la syphilis par le mercure, par le bismuth, par l'arsenic, qu'on puisse en détruire un grand nombre dans un organisme, ce n'est pas douteux, de même que par des médicaments analogues, on peut détruire des trypanosomes, dans la maladie du sommeil. Mais peut-on détruire tous ceux qui infectent un organisme ? La *therapia sterilisans magna* est très exceptionnelle. Le 606 a-t-il guéri radicalement, complètement, définitivement, des syphilis ? Dans quelques cas, cela paraît certain. Ce qui est certain, c'est qu'à l'heure actuelle, les syphiligraphes pensent que la stérilisation complète du sujet est tout à fait exceptionnelle ; et même avec le trypanosome, on obtient des résultats primitifs remarquables, très brillants, ce n'est pas douteux, mais des résultats définitifs et complets, c'est beaucoup plus douteux, parce que ces protophytes, ces protozoaires, s'adaptent aux médicaments, et deviennent mercurio-résistants, bismutho-résistants, arsenico-résistants.

Pour la *Nocardia*, que se passera-t-il avec l'éther benzylcinnamique, je n'en sais rien, mais on a publié des cas où on a obtenu une très grande atténuation des symptômes.

En présence de ces rétrécissements, faites le traitement par l'éther benzylcinnamique.

Si vous constatez les premiers signes d'une rectite qui va évoluer vers la forme proliférante et sténosante, à cette première étape où il y a seulement des modifications de la muqueuse, des saillies sous-muqueuses plus ou moins considérables, il ne faut pas hésiter à faire faire l'extirpation. A cette période, on obtient des guérisons durables.

Lorsque la lésion est plus avancée, à la phase du rétrécissement confirmé, la chirurgie ne donne que des résultats extrêmement médiocres. Notre préoccupation n'est plus de guérir le malade, mais de lui permettre de vivre avec son infirmité, en la réduisant au minimum, c'est-à-dire entretenir le calibre du rectum, faire la dilatation.

Proscrire la dilatation brusque extemporanée sous-anesthésie, parce qu'elle peut produire un éclatement entraînant une cellulite pelvienne qui peut être rapidement mortelle.

On peut la faire permanente, en introduisant dans le rectum, non pas des laminaires, non pas une éponge qui empêche les gaz de sortir, mais des tubes.

On doit donc faire la dilatation permanente, la dilatation temporaire progressive, mais pas de dilatation brusque. Il faut dire qu'un grand nombre de malades, ont une existence qui n'a rien de très pénible, à la condition de se soumettre à cette dilatation avec des bougies d'Hégar, tous les deux ou trois jours ; ils arrivent ainsi à avoir des évacuations suffisantes, et cela peut durer indéfiniment, ou très longtemps.

Lorsque le rétrécissement est par trop serré, lorsqu'au-dessus de lui, il existe des ulcérations, avec un écoulement sanieux, ichoreux et fétide par l'anus, il n'y a qu'une ressource, c'est de faire un anus artificiel, et malheureusement, dans ces cas-là, le plus souvent on est obligé de faire un anus définitif, car on n'a plus guère de chance d'arriver à rétablir la perméabilité du rectum.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les éléments de diagnostic clinique des états septicémiques.

Le prof. LANGERON essaye de dégager les principes et les caractères généraux d'après lesquels le médecin, en présence de tel ou tel cas clinique sera amené à orienter son diagnostic dans telle ou telle direction, et à demander au laboratoire des recherches dirigées dans tel ou tel sens particulier.

La clinique seule, si elle est parfaitement apte à reconnaître la nature septicémique d'un ensemble de symptômes cliniques observés, se trouve, en effet, l a plupart du temps impuissante à caractériser de façon précise la nature de la septicémie en cause ; elle doit s'adresser au laboratoire qui, par l'hémoculture, le séro-diagnostic, etc., pourra, au moins, la plupart du temps, nous renseigner sur la nature de l'agent pathogène en cause, et sera ainsi utile au traitement.

Les symptômes, qui caractériseront les septicémies, seront rattachables à deux causes principales : l'existence de foyers infectieux, et les décharges microbiennes avec dissémination de l'infection. Les premiers seront aussi variables que le nombre, l'étendue et la situation des foyers infectieux qui leur auront donné naissance. Les seconds distingueront les septicémies des simples réactions locales ; ce sont la fièvre, les frissons, l'azotémie, la fréquence du pouls, l'abaissement de la tension artérielle, les symptômes nerveux, digestifs, respiratoires, cutanés, la splénomégalie, les modifications sanguines.

Le diagnostic de la nature septicémique d'un état pathologique doit être basé sur la notion clinique d'une infection à porte d'entrée inaperçue ou à localisation initiale plus ou moins apparente, dans laquelle les symptômes généraux prennent le pas sur les manifestations locales.

L'aspect clinique typhique orientera le diagnostic du côté des infections à bacilles typhiques et paratyphiques ; on pensera aussi à la possibilité d'autres agents pathogènes, en particulier de l'entérocoque, de la mélitococcie (longueur de l'évolution, forme de la courbe thermique).

Si la porte d'entrée est connue, on pourra conclure à la probabilité de tel ou tel agent pathogène : streptocoque, et parfois coli-bacille dans les infections puerpérales ; streptocoque en cas de plaie cutanée, d'intervention septique; ; staphylocoque en cas de furoncle, d'anthrax ; colibacille en cas d'infection digestive ; colibacille, gonocoque en cas d'infections urinaires. Ce sont des présomptions, qui ne sont pas négligeables.

Quand dans l'infection existe une dominante clinique caractérisée, l'appareil atteint (circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, osseux) peut nous fournir des présomptions analogues.

Lorsque la septicémie n'a aucune caractéristique évidente, l'observation clinique prolongée finira toujours par montrer l'apparition d'un foyer caractéristique, mais ce sera parfois au bout d'un temps assez long, durant lequel nous devrons multiplier les moyens d'investigation, hémocultures, séro-diagnostics, examens du sang, radiographies thoraciques, etc.

La sanction pratique de toutes ces considérations sera de conduire logiquement à l'établissement d'une thérapeutique appropriée, soit polyvalente, soit spécifique, suivant les cas particuliers et les possibilités du moment. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 février 1928.)

Quelle destination faut-il donner aux tuberculeux pulmonaires ?

Tout d'abord, écrit le prof. M. PERRIN, le triage des cas s'impose, au seul point de vue clinique. *Cas intransportables* : les grandes hémoptysies, les pneumothorax spontanés avec dyspnée intense, les formes suffocantes de granulie, les tuberculoses pulmonaires compliquées de méningites.

Cas transportables à courte distance : ils sont constitués par les phases terminales de la tuberculose pulmonaire chronique, les pneumonies et les broncho-pneumonies caséeuses, la phtisie galopante, les localisations graves sur les séreuses.

Les cas pouvant aller loin sont les plus nombreux : cas subaigus peu fébriles, malades encore vigoureux quoique gravement touchés, cas chroniques à évolution lente, à poussées évolutives espacées, ou relativement stabilisées après extinction des complications graves.

Quant à la destination à donner aux malades, voici l'opinion de l'auteur :

Les formes cicatrisées s'accordent avec toutes les destinations, voire même exceptionnellement avec les cures hydrominérales.

Les formes torpides sont justiciables des climats stimulants (altitudes élevées ; mer avec des nuances, mais surtout Côte d'Azur et certaines stations de l'Océan).

Les formes peu actives, à poussées évolutives assez espacées, bénéficient surtout des altitudes moins élevées, de l'arrière-pays de la Riviera, de la forêt d'Arcahon, parfois des stations abritées

du littoral (Menton, Beaulieu), ou des cures de repos en haute mer.

Aux formes à poussées plus graves conviennent les stations de moyenne altitude, les sanatoria de plaine.

Les formes très graves, très évolutives, sont celles qu'on traite dans les climats de plaine, dans le climat sédatif de Pau, dans les hôpitaux sanatoria de la région du malade, dans les salles d'isolement des hôpitaux généraux et souvent au domicile des malades.

Enfin, il est beaucoup de tuberculeux pulmonaires de toutes catégories que des conditions familiales ou pécuniaires retiennent chez eux ou tout près de chez eux.

Il faut toujours que la surveillance médicale soit sérieuse et continue.

Il faut une bonne exécution des prescriptions médicales, d'où la supériorité habituelle des cures en sanatorium sur les cures libres. La cure doit toujours être de longue durée, plusieurs années ordinairement ; il faut « surguérir » les tuberculeux et les tenir au repos un an après la guérison apparente.

Le profit qu'on retire d'un climat dépend un peu de ses qualités propres et beaucoup de la façon intelligente dont on les utilise. (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1927.)

Les limites légales de la cécité.

Ce terme de « légal » est lié à une question d'indemnisation ; car s'il y a l'amaurotique (cécité absolue) et l'amblyope (faiblesse de la vue), le cæcus et le cæcutiens, ce qu'il faut indemniser, c'est l'amblyope, celui qui est atteint d'une faiblesse de vue, telle qu'il ne puisse plus exercer sa profession. Cette cécité professionnelle est de l'avis du Dr GINESTOUS, convenablement évaluée à 1/20e et au-dessous ; 1/20e d'acuité visuelle représente une incapacité totale de travailler et de pourvoir à sa subsistance ; la cécité professionnelle sera indemnisée comme cécité totale ; on ne saurait refuser à celui qui, malgré un restant de perception lumineuse , est cependant encore capable d'accomplir certains actes de la vie courante, le bénéfice de la réparation totale de la cécité. A ceux qui ne pourront plus accomplir les actes essentiels de la vie sera allouée une indemnité spéciale, sous forme de majoration du quart de leur pension (art. 10 de la loi militaire sur les pensions, 31 mars 1919). (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 4 mars 1928.)

La stagnation biliaire intra-vésiculaire.

L'emploi répété de deux méthodes modernes d'investigation, le tubage duodénal d'une part, et la cholécystographie de l'autre, a montré qu'à côté de la lithiase vésiculaire et des cholécystites et en dehors de tout obstacle mécanique, il existe un autre syndrome . Celui-ci purement fonctionnel, dû à l'insuffisance contractile de la vésicule et par là à la stagnation biliaire intra-vésiculaire. Mais, fait remarquer Noël FIESSINGER, il est difficile de distinguer cette stagnation, de la stagnation colique ou gastrique qui s'y ajoute souvent, surtout que les cholagogues et le tubage duodénal agissent sur l'une comme sur les autres.

Dans le tubage (afflux de bile foncée), comme dans la radiographie de la vésicule après absorption de tétraiodephénolphtaléine, deux épreuves successives peuvent concorder, et alors elles sont en faveur de la stagnation ; mais, notamment la densité du tétraiode dans la vésicule biliaire étant variable en raison de la facilité d'absorption intestinale ou d'élimination hépatique, il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic de stagnation biliaire devient plus délicat ; il est cependant très important à établir puisque cet état est un des préludes de la lithiase.

Quels sont donc les éléments qui, dans la symptomatologie de la dystonie gastrique ou de la constipation reviennent plus spécialement à la stagnation vésiculaire ? C'est une anorexie répulsive : dégoût des graisses, des huiles, des œufs ; dès le matin au réveil ce dégoût apparaît avec une sensation d'amertume dans la bouche ; son complément, non nécessaire, est le vomissement bilieux ; c'est ce que les malades appellent la « crise de bile » ; ne pas la confondre avec la crise de foie qui s'augmente d'un élément douleur . Souvent aussi il existe une lourdeur de tête.

L'examen physique est très sobre en signes objectifs : langue saburrale, indican et souvent urobiline dans les urines, vésicule accessible, émergente, douloureuse, avec sensation nauséeuse et constriction sous-xiphoïdienne, mais sans arrêt de l'inspiration comme dans les lithiases vésiculaires. Le tubage donne une bile épaisse et fortement colorée ; il y a aussi « migraine biliaire », avec petits signes d'insuffisance hépatique.

L'évolution est paroxystique, 10 à 15 jours, puis guérison pour quelques semaines. Sous une influence généralement minime, pilule drastique, infusion de boldo, petite dose de sulfate de soude, il se produit une brusque diarrhée bilieuse fortement colorée en vert foncé ; c'est la diarrhée libératrice.

Cette stagnation intra-vésiculaire peut se compliquer d'ictère bénin, d'infection avec cholécystite aiguë ou chronique , de lithiase et de coliques hépatiques.

Les malades peuvent être plus ou moins atteints dans leur état général (amaigrissement progressif).

Le traitement le plus efficace consiste dans le tubage duodénal, suivi de 30 cc. de la solution de sulfate de magnésie à 30 p. 100.

Comme médicaments , l'auteur déconseille

l'hypophyse et l'atophan, parce qu'ils sont trop énergiques.

Il a recours à des cholagogues ; le matin au réveil, soit un verre d'eau de Vichy Grande-Grille chaude avec une pincée de sulfate de soude, soit dans un demi-verre d'eau une cuillerée à café de lactose tartratée :

Lactose	40 grammes
Tartrate potasso-sodique...	20 grammes
Citrate de soude........	àâ 10 grammes
Bicarbonate...........	

Le soir, au coucher, soit une préparation de boldo, soit une préparation de combretum : l'extrait fluide dans un peu d'eau à la dose de XXX gouttes suffit presque toujours.

Le traitement de base est continué cinq jours par semaine, trois semaines par mois, avec interruption d'une semaine pendant les règles.

Les deux derniers jours de ces trois semaines, le matin au réveil, dans une tasse d'eau tiède, une cuillerée à café de sulfate de magnésie, ou d'une préparation spécialisée de magnésie peptone.

Régime : ni graisse, ni friture, mais du beurre frais ; peu de pain et grillé. Insister sur les soupes de légumes non passées, sur les légumes verts en branches, sauf les choux, les farineux (haricots, lentilles, petits pois), écrasés mais non passés. Fruits cuits et crus avec les peaux bien mastiquées. Les celluloses ont en effet l'avantage d'activer les contractions musculaires de l'estomac, de l'intestin et d'exciter l'évacuation vésiculaire.

Médication et régime peuvent suffire pour améliorer considérablement ces malades. Comme cures thermales, Viehy si l'état vésiculaire prime l'état intestinal, Châtel-Guyon si l'état intestinal prime l'état vésiculaire. (*Journal des Praticiens*, 10 mars 1928.)

Des sténoses cervicales comme cause de la stérilité, leur traitement par la dilatation à l'aide de tiges de laminaire.

Louis Tixier décrit, comme causes fréquentes de la stérilité chez les femmes mariées, jeunes, deux types de sténoses cervicales :

1º Sténose du col avec hypoplasie utérine du type infantile et antéflexion d'un fond utérin petit et dur ;

2º Sténose du col avec hypoplasie du type pubescent et antéflexion d'un fond utérin globuleux et mou avec légère cervicite ;

Certains symptômes accusés par les malades, quelques détails concernant les lésions concomitantes de l'appareil utérin obligent à différencier ces deux formes.

La première est la forme classique de l'atrésie du col utérin ; mais il est à remarquer qu'il s'agit ici de jeunes filles ou de jeunes femmes à hérédité souvent chargée en ce qui concerne la tuberculose ou la syphilis, notion intéressante au point de vue thérapeutique ; elles sont chétives et peu développées au point de vue physique et moral ; il y a atrophie manifeste du corps thyroïde ; les règles sont venues tard, et il y a dysménorrhée très douloureuse, avec coliques utérines sans réaction péritonéale ; ces coliques annoncent l'apparition des règles, puis disparaissent avec elles ; pas de leucorrhée, et plus rien d'anormal jusqu'aux prochaines règles. Sur ces seuls signes subjectifs, on doit soupçonner chez une jeune fille l'existence d'une atrésie du col et affirmer l'exactitude d'un diagnostic par un examen gynécologique. Une dilatation à la tige de laminaire fera disparaître la dysménorrhée, corrigera l'antéflexion, et suscitera un développement régulier du col ; ce sera un traitement palliatif à la stérilité, qui menace cette jeune fille devenue bientôt jeune femme.

La deuxième forme est moins fréquente ; certains des symptômes qu'elle réalise semblent si manifestement relever d'une infection surajoutée qu'on a peine à admettre l'idée d'une origine purement anatomique ; mais cependant il existe une sténose non infectieuse du col avec fond utérin globuleux et légère cervicite. En pareil cas les règles, tardivement apparues, sont aussi dysménorrhéiques, mais ici, elles ne disparaissent pas lorsque l'écoulement sanguin est normalement établi. Les coliques utérines s'accompagnent d'une sensibilité exquise de tout le bas ventre et d'irradiations dans les reins et la face interne des cuisses (douleurs du type ovarien) ; il n'y a aucun signe de réaction péritonéale ; une leucorrhée glaireuse, abondante, succède à l'écoulement sanguin menstruel ; elle est tenace ; à l'examen microscopique ce n'est pas du pus. A l'examen, l'orifice externe du col n'est plus taillé à l'emporte-pièce dans une muqueuse cervicale lisse, unie, résistante ; il est au contraire, au fond d'un entonnoir muqueux et mou, dont les bords sertissent exactement son contour d'une auréole fongueuse.

Le corps utérin est légèrement globuleux, uniformément arrondi comme une grosse prune, trop volumineux pour un petit col atrésié et dur ; fond utérin en antéflexion ; exploration des annexes négative ; les ovaires un peu gros ont, à la pression, une sensibilité réactionnelle assez constante.

La thérapeutique par les moyens mécaniques ne doit pas être mise en œuvre dès les premiers mois du mariage chez une jeune femme avide de maternité. Assez souvent, lorsque l'atrésie cervicale est du type pur, la répétition des rapports conjugaux agit heureusement sur l'hypoplasie utérine ; l'utérus augmente de volume, le col s'efface, s'aplatit, l'orifice externe s'élargit, les règles sont moins douloureuses.

Dans les formes avec cervicite légère, ces modifications surviennent exceptionnellement sous l'influence du mariage, et la fécondation est rare si l'on n'intervient pas.

Il faut alors faire une dilatation méthodique avec une tige de laminaire, dont l'action s'exerce simultanément sur tous les facteurs anatomiques de la sténose cervicale. La tige de laminaire permettra le passage de bougies d'Hégar volumineuses, qui vont glisser sans peine, sans créer de déchirures dans ce conduit ramolli, alors que, la veille encore, le plus petit hystéromètre avait peine à se frayer passage. Mais la mise en place d'une tige de laminaire est une véritable opération chirurgicale ; le trajet à explorer et à parcourir est tortueux, coudé brusquement au niveau de l'isthme ; il ne faut pas être brutal et ne pas faire de fausse route.

Il est extrêmement important de tenir grand compte des renseignements que fournit l'exploration de l'utérus au cathéter ou à la bougie fine.

S'il s'agit d'une sténose du col avec hypoplasie utérine du type infantile, l'exploration fait reconnaître une filière cervicale uniformément serrée, la muqueuse utérine ne saigne pas ; les sécrétions sont minimes ; on peut donc sans crainte introduire une tige de laminaire susceptible de devenir volumineuse par imbibition ; on peut la laisser en place vingt-quatre ou trente-six heures, sans crainte de réaction, ni de rétention ; la dilatation obtenue sera très satisfaisante et se maintiendra bien.

Dans le deuxième type, il faut redoubler de prudence ; la muqueuse saigne facilement ; la cavité utérine est grande, relativement, sensible ; une sécrétion abondante, de teinte foncée, parfois sanguinolente, s'écoule. Il faut alors une très petite tige de laminaire, qu'on ne laissera en place que dix-huit à vingt heures, avec surveillance toutes les six heures de la température pour enlever rapidement la laminaire si le thermomètre accuse 37°8 ou 38° ; il faut toujours redouter les effets de la rétention ou ne pas, ici comme précédemment, compléter l'action de la laminaire par des bougies d'Hégar ; des érosions dangereuses seraient produites par la muqueuse ; un curettage est inutile. Laisser les malades au lit d'autant plus longtemps que la métropathie aura été plus prononcée.

Chez une jeune femme stérile, présentant une sténose du premier type, la proportion de réussite est considérable si on agit avant 30 ans (50 %). Après 30 ans, il faut tenir grand compte de la persistance ou non d'un écoulement sanguin menstruel, de l'obésité précoce de la femme et de l'âge du conjoint.

Pour le deuxième type, le pronostic est malheureusement moins favorable ; la cervicite persiste toujours malgré la disparition de la sténose ; les chances de fécondation sont beaucoup moins grandes.

La dilatation par la laminaire est, quoi qu'il en soit, toujours à recommander chez une jeune femme stérile à col utérin atrésié ; elle peut réserver, à condition d'être exécutée avec une prudence et une minutie extrêmes, de très heureuses surprises, même chez des femmes paraissant vouées à une stérilité définitive. (*Lyon médical*, 19 février 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Action de l'extrait testiculaire sur les échanges respiratoires.

(MM. Pouchet, Guy-Laroche, R. Faillie et A. Camus. — *Académie de médecine* ; 3-7-28.)

Les auteurs ont recherché l'action de l'extrait testiculaire (testicules de jeunes taureaux) sur le métabolisme basal chez l'homme et chez la femme, le produit étant administré en ingestion et en injections sous-cutanées. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° En général, les échanges respiratoires sont augmentés chez les sujets soumis à l'ingestion ou à l'injection d'extrait testiculaire ;

2° Cette augmentation des échanges respiratoires est moins considérable que celle obtenue avec les extraits thyroïdiens. Il est extrêmement rare de provoquer avec l'extrait testiculaire des variations du métabolisme dépassant la normale ;

3° L'extrait testiculaire agit chez la femme aussi bien que chez l'homme, sauf, semble-t-il, lorsque la femme est hystérectomisée (ce dernier point restant à l'étude) ;

4° Presque tous les sujets traités ont accusé au cours du traitement une perte de poids en rapport avec l'augmentation de leur métabolisme et la plupart d'entre eux ont signalé une résistance à la fatigue beaucoup plus grande persistant après le traitement.

Sur la recrudescence actuelle de la syphilis dans la région parisienne.

(MM. Jeanselme et Burnier. — *Académie de médecine* ; 3-7-1928.)

S'appuyant sur les statistiques du dispensaire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, M. Jeanselme montre que le nombre des syphilis récentes, après avoir

diminué de 1920 à 1924, a présenté une recrudescence en 1925, qui s'est accentuée depuis. En 1928, le chiffre des syphilis primaires est revenu à ce qu'il était à la fin de la guerre.

Quelles raisons peut-on invoquer pour expliquer ce retour offensif de la contagion ? M. Jeanselme en indique plusieurs :

Les femmes syphilitiques se traitent en général très insuffisamment, d'où l'intérêt d'un renforcement de l'éducation sexuelle féminine et d'une discrétion plus grande du traitement.

Les malades abandonnent souvent tout soin après avoir reçu quelques injections blanchissantes. Un tiers seulement suivent régulièrement le traitement. Le service social, en instruisant les syphilitiques du danger qu'ils courent s'ils se négligent, peut rendre des services. De même une organisation faisant perdre le moins de temps possible aux sujets en cours de traitement.

Le chancre n'est pas toujours diagnostiqué assez tôt, d'où l'utilité d'un stage obligatoire des étudiants en médecine dans un service de vénéréologie.

Une dernière cause est l'accroissement considérable de la prostitution clandestine à Paris.

La fièvre jaune au Sénégal en 1927.

(M. Lasnet, médecin général inspecteur. — *Académie de médecine* ; 3-7-1928.)

Après un sommeil de près de quatorze ans, la fièvre jaune s'est réveillée au Sénégal vers la fin de 1926 pour s'arrêter, fin 1927, sous l'influence des mesures prophylactiques prises.

Comme particularités cliniques de cette épidémie, l'auteur note l'albuminurie élevée (parfois jusqu'à 25 et 30 gr.). La chute brusque de cette albumine a été un bon signe de terminaison heureuse.

Aucun traitement, y compris le sérum de Noguchi, n'a paru offrir d'activité réelle. La thérapeutique est restée hygiéno-diététique. Les vaccinations avec le vaccin à base de leptospire de Noguchi, les injections de bismuth, etc. n'ont pas procuré d'effets préventifs. Noguchi, d'ailleurs, concluait qu'on ne devait plus compter avec le leptospire pour la fièvre jaune d'Afrique.

Les mesures de prophylaxie adoptées par M. Lasnet et ses collaborateurs ont été les suivantes : *a)* isolement sous grillage des fébricitants *suspects*. On ne doit pas attendre, en effet, au point de vue de la défense sanitaire, un diagnostic certain, difficile à établir au début. La fièvre, la vultuosité du visage, l'injection des yeux, la céphalalgie frontale, les sensations épigastralgiques, les vomissements forment un ensemble assez caractéristique, en pareille circonstance. L'ictère peut être tardif et le vomito manquer. L'albuminurie intense est un bon signe ;

b) Désinfection des locaux fréquentés par les malades ou par des suspects ;

c) Destruction systématique des moustiques et des gîtes à larves ;

c) Protection obligatoire contre les moustiques, entre 18 heures à 6 heures, au moyen de grillages métalliques dans les locaux occupés ; au moyen de défense individuelle (gants, voiles de tête, leggins) en dehors des locaux grillagés ;

d) Amélioration de l'hygiène dans les milieux indigènes.

Il a été constaté que la fièvre jaune pouvait, outre la transmission par les moustiques, être contractée par inoculation directe de sang infectant à travers la peau.

Sur la proposition du médecin inspecteur Lasnet, une conférence intercoloniale a été organisée à Dakar visant à l'adoption de mesures internationales de protection contre la fièvre jaune.

La radioscopie des mouvements du diaphragme dans le diagnostic de certaines affections rénales.

(M. Maurice Chevassu. — *Académie de médecine* ; 3-7-1928.)

La constatation radioscopique de la limitation unilatérale des mouvements du diaphragme peut aider au diagnostic de certaines affections rénales (tuberculose, cancer du rein, phlegmons péri-néphrétiques). Dans les cas en question, la limitation des mouvements de l'hémidiaphragme est totale, se fait en masse ; dans les pleurites avec adhérences, la limitation se fait en feston.

L'auteur rapporte un cas de septicémie dans lequel, se basant sur ce signe radioscopique, il est intervenu et a évacué un abcès rétro-rénal. La guérison de la malade, dont l'état était considéré comme désespéré, fut alors rapide.

Sur la radioactivité des sources de Bourbonne-les-Bains.

(MM. André Chevallier, de Lyon, et Albert Delacroix, de Bourbonne. — *Académie de médecine* ; 3-7-1928.)

MM. Chevalier et Albert Delacroix ont fait, en 1927 et 1928, d'intéressantes recherches sur la radioactivité des différents produits des sources de Bourbonne-les-Bains. Leurs travaux ont été poursuivis à la fois sur place et à Lyon, dans les laboratoires de l'Institut d'hydrologie et de l'hôpital militaire.

Ils concluent que le sondage n° 13 de Bourbonne-les-Bains produit en abondance des gaz spontanés présentant une haute teneur en émanation de radium. Par contre, l'eau même, de ce sondage ne contient qu'une quantité infime de radon dissous et ses sels ne sont pas radio-actifs. Nulle part, en outre, on ne peut mettre en évidence la présence de corps de la famille du thorium.

Des études ultérieures portant sur les autres sondages permettront sans doute d'apporter un travail d'ensemble sur ces eaux hyperthermales.

Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

MM. LESNÉ, BEAUFILS et Mme ARDOUIN-LINOSSIER — *Soc. de thérapeutique* ; 14-3-1928.)

Les auteurs ont étudié l'élimination comparée du salicylate de soude administré par diverses voies d'absorption : ingestion, veines, rectum. L'absorption par voie rectale présente un léger retard sur les deux autres. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'élimination après injection intra-veineuse n'est pas plus rapide qu'après ingestion. Suivant la dose, elle se prolonge, dans les deux cas, 24, 30 heures et au-delà.

— M. CAUSSADE pose à nouveau la question de l'action *spécifique* du salicylate dans le rhumatisme aigu. Ce médicament, efficace sur les polyarthrites, la fièvre, l'encéphalite, ne paraît pas influencer les complications cardio-péricardiques et pleurales. Quant à l'albuminurie du rhumatisme articulaire aigu, ne dérivant pas, en toute apparence, d'une lésion rénale, elle ne contre-indique pas le salicylate.

— M. COURY rappelle qu'il a déjà signalé, avec MM. Gilbert, Bénard et Deval, l'élimination assez lente du salicylate de soude injecté dans les veines. L'auteur ne croit pas non plus que l'albuminurie chez les rhumatisants constitue une contre-indication au traitement salicylé. Il pense, enfin, que le dogme de l'incurabilité des lésions cardiaques rhumatismales par le salicylate n'est peut-être pas intangible. Mais on ne saurait obtenir de résultat que par une administration très prolongée du médicament. Si l'efficacité du salicylate de soude sur les déterminations cardiaques rhumatismales, qui sont l'essence même de la maladie, était définitivement infirmée, sa prétendue valeur spécifique n'aurait été qu'un mythe et c'est dans d'autres voies que les recherches thérapeutiques devraient s'engager. Seule, resterait l'action calmante et anti-phlegmasique sur les articulations.

— M. LESNÉ accorde au salicylate une certaine efficacité contre la péricardite et la pleurésie rhumatismales. Le médicament doit être donné longtemps, chez l'enfant, après la cessation des douleurs, pour protéger des récidives si fréquentes dans le jeune âge.

Le chlorure d'ammonium dans les colibacilluries.

(MM. BÉCART et GÆHLINGER, de Châtel-Guyon. — *Soc. de thérapeutique* ; 14-3-1928.)

L'alcalinité des urines paraît éminemment favorable au développement du coli-bacille. D'où, dans les coli-bacilluries, l'efficacité des médicaments qui acidifient l'urine : acide phosphorique, hexaméthylène tétramine, etc. MM. Bécart et Gæhlinger se sont bien trouvés également, dans cet état morbide, du chlorure d'ammonium à la dose de 2 à 4 gr. Il n'offre pas d'inconvénient, sauf un goût désagréable s'il est pris en potion. Les auteurs le formulent en comprimés glutinisés de 50 centigr. (4 à 8 par jour). Sous l'influence de cette médication, associée à la vaccination par voie buccale, les urines s'éclaircissent rapidement et les symptômes de cystite s'amendent en quelques jours.

P. L.

Granulie froide subaiguë à forme toxique.

(MM. F. TRÉMOLIÈRES et J. MOUSSOIR. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 1-6-1928.)

La maladie s'est terminée en quatre mois par la mort, chez un homme adulte, sans antécédents bacillaires, c'était une granulie vraie, c'est-à-dire une tuberculose folliculaire généralisée d'origine vraisemblablement hématogène, ayant évolué avec une courbe de température très proche de la normale, et avec des signes de localisation très minimes et non significatifs. Cette forme, très rare, et d'un diagnostic impossible cliniquement, n'a été qu'une trouvaille radiologique. Elle a entraîné la mort du malade, sans phénomènes mécaniques d'asphyxie notable, sans signes méningés et vraisemblablement uniquement par un processus toxique.

Pneumonie prolongée et à rechute de l'enfance.

(M. Jean CATHALA. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 1-6-28.)

Les rechutes de la pneumonie sont exceptionnelles, et, dans ce cas, la rechute a été comme dans d'autres maladies à rechutes, la fièvre typhoïde par exemple, d'une durée beaucoup plus brève que la maladie primitive. Voici le résumé d'une observation.

Un enfant de 2 ans 1/2 fait une pneumonie prolongée droite ; il atteint péniblement 37° au 19e jour, sans qu'une crise franche ait marqué la terminaison de sa maladie. Pendant une période intercalaire de 9 jours s'ébauchent les signes d'une convalescence traînante. Puis au 29e jour, il fait une rechute typique siégeant dans l'autre poumon : pneumonie violente, mais écourtée, qui guérit par crise franche au 4e jour.

Il y a lieu, en tous cas, de mettre en parallèle le caractère absolument opposé de l'évolution de ces deux pneumonies successives, l'une et l'autre dues au pneumocoque. Peut-être faut-il attribuer ici un rôle éventuel au vaccin de Weill et Dufourt ? Lors de la première pneumonie, l'emploi a été différé jusqu'au 15e jour espérant que les injections d'électrargol auraient déclanché le mécanisme critique. Lors de la deuxième pneumonie, le même vaccin a été injecté dès le 4e jour.

Œdème disparaissant par le traitement thyroïdien.

(M. APERT et Mlle BACH. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-6-1928.)

Il s'agit d'un enfant de trois ans, avec œdème facial et palpébral, sans albumine rénale, sans aucun commémoratif de ce genre. Comme dans deux observations précédentes, l'origine thyroïdienne fut démontrée, car l'œdème disparut en quelques jours à la suite de l'administration quotidienne de 0,05 de pou-

dre sèche. Chaque fois que le traitement a été supprimé, l'œdème a reparu, pour céder de nouveau au traitement thyroïdien.

Les indications des cures de lacto-sérum et leurs résultats.

(M. Maurice RENAUD. — *Soc. méd des hôpitaux* ; 1-6-1928.)

En séparant dans le lait les graisses, les albumines et le lacto-sérum, on obtient trois catégories de substances, dont les deux premières ont une valeur alimentaire, et la troisième, les propriétés thérapeutiques d'un vrai médicament. L'alimentation est ainsi rendue indépendante de la cure lactée.

Le lacto-sérum est un véritable médicament sans toxicité, sans contre-indications possibles ; c'est un stimulant, régulateur précis des grandes fonctions ; il exerce ses bienfaits dans des cas bien définis. Il dégorge le foie, assainit l'intestin, accroît la diurèse, et ce sont là des nécessités primordiales au cours de la plupart des états pathologiques soit aigus, soit chroniques.

Son administration, variable suivant les cas et les susceptibilités individuelles, revêt trois modalités :

Le *régime intégral* est celui auquel sont temporairement soumis les grands malades, infectés, urémiques, etc. On fait prendre dans le courant de la matinée trois ou quatre verres de lacto-sérum, et, à partir de midi, on donne du lait pur ou des aliments solides d'origine lactée : lait caillé, crème, beurre, fromage, et les boissons sucrées.

C'est un régime, dont la sévérité peut être accrue par la prescription de laits allégés, ou réduite par l'adjonction de fruits, de pâtes, de légumes.

La *grande cure* comporte la prise, dans la matinée, de trois verres de lacto-sérum, les malades étant ensuite soumis à un régime végétarien ou fruitarien, dont la sévérité et la réduction sont réglées suivant les circonstances. La durée d'une telle cure sera d'environ dix jours. Après ce délai, les débâcles intestinales, biliaires et urinaires ayant soulagé les viscères et l'équilibre fonctionnel commençant à se rétablir, on réduira à un verre la prise de lacto-sérum.

Cure de régime. Souvent, il suffira de faire prendre à jeun et une demi-heure au moins avant le premier déjeuner un verre de 200 cc. pour nettoyer l'estomac, déterminer une petite chasse biliaire, provoquer une selle molle et exciter la diurèse matinale.

L'application un peu prolongée d'une formalité diététique aussi simple que cette prise de lacto-sérum transformera rapidement l'état d'un grand nombre de sujets dyspeptiques, neurasthéniques et artério-scléreux fatigués.

G. F.

Lyon

Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales.

Corps étranger de l'hypopharynx chez un nourrisson.

M. CHEVALIER présente, au nom de M. Collet, un anneau de biberon extrait de l'hypopharynx d'un nourrisson.

Les symptômes fonctionnels étaient presque nuls ; le corps étranger fut facilement senti avec l'index et extrait du même coup. M. Collet insiste sur la facilité qu'on a d'explorer par le toucher l'hypopharynx jusqu'à la bouche de l'œsophage non seulement chez l'enfant, mais même chez la plupart des adultes.

Calcul de la glande sous-maxillaire.

MM. REBATTU et PARTHIOT présentent l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec des signes de péri-amygdalite phlegmoneuse ; en outre, on constatait, au niveau de la région sous-maxillaire droite, une tuméfaction douloureuse du volume d'un œuf de pigeon. Etat général peu touché, température 38°. Plusieurs ponctions au niveau du foyer de péri-amygdalite n'amènent pas de pus ; néanmoins le pharynx reprend bientôt son aspect normal. Par contre, la masse sous-maxillaire persiste, sans modification de volume. Les dents sont saines ; radio négative ; essai infructueux de traitement spécifique, aussi se décide-t-on à intervenir : ablation de la glande qui est dure, entourée de ganglions et fortement adhérente à sa loge ; on en extrait un calcul jaunâtre, friable, mûriforme, pesant 1 gr. 25. A noter la latence de cette lithiase intra-glandulaire ; seule l'amygdalite phlegmoneuse attirait l'attention ; il n'y avait pas ici, en effet, de lithiase du canal de Warthon, laquelle donne un tableau de colique salivaire avec gonflement douloureux de la glande.

Pyonéphrose aiguë et tuberculose ancienne d'un même rein.

M. GAYET et Mlle GUILLEMIN présentent l'observation d'une femme de 21 ans, ayant eu, à 17 ans, une albuminurie de peu de durée. Mariée depuis peu, elle est prise, trois semaines après son mariage, de grands frissons, puis se met à souffrir du ventre et à avoir des urines troubles et rougeâtres.

A l'examen, on trouve alors un gros rein gauche, avec point douloureux paraombilical, iliaque et vaginal. Une néphrotomie conduit sur un rein bosselé que l'on ponctionne : écoulement de pus grumeleux éveillant l'idée de tuberculose ; la dilacération avec l'index amène un véritable mastic. L'examen du pus sur lames montre de nombreux cocci, pas de bacilles. On remet à plus tard la néphrectomie qui paraît s'imposer, la séparation des urines n'ayant pu être faite. Celle-ci, pratiquée ultérieurement, ayant montré un rein droit suffisant, on fait la néphrectomie La pièce enlevée représente une très grosse pyonéphrose mul-

tiloculaire à parois assez tendues ; dans la partie supérieure du rein existe encore du parenchyme avec trois ou quatre cavernes au milieu d'une zone d'infiltration puriforme. C'est dans une de ces cavernes que l'on avait pénétré lors de la néphrotomie. Il paraît s'agir d'une ancienne tuberculose latente du pôle supérieur, plus ou moins exclue, puis infectée secondairement (infections urinaires suivant parfois les premiers rapport sexuels).

Tétanos post-abortum.

MM. J. Chalier et Rousset présentent une observation de tétanos typique, d'origine utérine, survenu à l'occasion d'une fausse couche de nature indéterminée, n'ayant nécessité aucune intervention médicale, mais traitée par des injections vaginales pratiquées par la malade ou son mari, dans un milieu d'une repoussante malpropreté, avec une eau de puits probablement mal ou pas stérilisée.

Le trismus est survenu cinq jours après le début de la fausse couche. Trois jours après, la malade entre au pavillon des contagieux, et on lui commence un traitement sérothérapique intense de 80 centimètres cubes de sérum intraveineux et 80 intramusculaire chaque jour (880 cmc. en tout). Amélioration passagère des signes fonctionnels au quatrième jour du traitement, mais la température continue à monter ainsi que le pouls, les crises convulsives persistent et la mort survient au sixième jour au milieu de l'une d'elles.

Tétanos par corps étranger de l'oreille.

MM. J. Chalier et Rousset présentent l'observation d'un enfant de trois ans atteint de tétanos aigu ayant évolué vers la mort en quatre jours. On ne trouva aucune porte d'entrée; mais la famille raconta que quinze jours auparavant, l'enfant s'était introduit dans le conduit auditif droit une petite pierre qu'un médecin avait vainement tenté d'extraire. A l'autopsie, on ne put enlever cette pierre qu'après avoir ouvert le crâne, enlevé l'encéphale et fait sauter le rocher à la gouge et au ciseau. On trouva trois fragments, un gros et deux très petits qui ont pu être brisés pendant les tentatives d'extraction, car il semble s'agir d'un minéral friable. Les méninges et l'oreille moyenne étaient normales.

Zona et varicelle.

M. Barbier relate le cas de trois jeunes enfants ayant présenté une varicelle typique, quinze jours après un zona survenu chez leur père. Ces enfants n'allaient pas en classe et vivaient isolés dans une villa à la campagne.

Pachypleurite pariétale au cours du pneumothorax artificiel.

MM. Roubier et Langénieux présentent l'observation d'une malade de 21 ans entrée à l'hôpital après une hémoptysie abondante pour tuberculose ulcéro-caséeuse évolutive localisée au poumon droit.

Après radioscopie confirmative, on institua un pneumothorax artificiel qui fut entretenu sans incidents pendant six mois ; puis survint un épanchement d'abord minime, puis qui augmenta jusqu'à devenir total.

A la suite de cette pleurésie, se produisit un épaississement considérable de la plèvre pariétale rendant toute ponction impossible.

Fibrome de l'ovaire.

MM. Labry et F. Condamin présentent une pièce opératoire consistant en un fibrome près de l'ovaire, du volume d'une tête fœtale. Cette tumeur ne déterminait que des troubles fonctionnels assez légers.

Calcul de l'uretère pelvien.

M. Guiliani présente un calcul de l'uretère qu'il a enlevé par urétérotomie sous-péritonéale, après échec d'injections d'huile. Le calcul était situé à 4 centimètres de la vessie. Sa présence avait été confirmée par la radiographie.

Corps étranger intra-articulaire du genou.

MM. Laroyenne, Rousselin et Dubois présentent l'observation d'une fille de 26 ans qui en cirant un parquet ressentit une violente douleur dans le genou gauche ; elle dut garder le lit quatre jours, puis recommença à marcher, mais difficilement.

A l'examen, jambe en légère flexion, articulation non augmentée de volume, pas de choc rotulien ; pression douloureuse en un seul point de l'interligne articulaire, à mi-chemin environ entre le ligament rotulien et le ligament interne ; l'extension passive complète est possible, mais la douleur empêche d'arriver jusqu'à la flexion à angle droit. Radiographie négative. L'intervention permet d'enlever un corps étranger d'aspect graisseux, en forme de disque irrégulier, de un centimètre de diamètre sur deux millimètres d'épaisseur et rattaché à la synoviale par un pédicule de un centimètre et demi de long.

Histologiquement, ce corps se montra formé de tissu fibreux avec un peu de stroma collagène. Il s'agissait donc d'un corps étranger synovial et non cartilagineux.

A. C.

Les Congrès

Le Congrès de Thalassothérapie de Bucarest-Constantza,

Par C.-M. BUFNOIR,

Vice-Président de la Société Médicale du Littoral Méditerranéen.

La Société médicale du Littoral Méditerranéen, qui fut l'ardente promotrice des Congrès internationaux de Thalassothérapie, et qui contribua, de tout son pouvoir, à l'organisation du premier de ces Congrès (Cannes 1914) et de celui qui se réunit, en 1920, à Monaco, se devait d'être représentée au V[e] Congrès, qui vient de se tenir en Roumanie.

La Société y était, en effet, représentée par le prof. LAIGNEL-LAVASTINE, de Paris, les docteurs PITATTE et DAULNOY, de Cannes, VADON, de Saint-Raphaël. En l'absence de son président, le D[r] Maurice FAURE, de Nice, empêché par des raisons de santé, j'ai eu l'honneur, à titre de vice-président, d'être le délégué officiel de la Société.

La représentation de la France, fort nombreuse, avait à sa tête, le prof. Marcel LABBÉ, président de l'Association internationale de Thalassothérapie, et comptait, parmi ses membres, le prof. RATHERY, le D[r] SORREL, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, le D[r] ARMAND-DELILLE, médecin des hôpitaux de Paris, le D[r] Georges BEAUDOUIN, vice-président de l'Association internationale de Thalassothérapie, le D[r] CANGE, etc. La Belgique, l'Italie, la Pologne, l'Egypte, le Japon, avaient également envoyé des délégations.

La représentation française a, malheureusement, été plongée dans le deuil, dès le premier jour, par le décès subit, à Bucarest, de M. REGAUD, directeur de l'Office national du Tourisme. A notre retour en France, nous avons appris dans quelles cruelles circonstances notre ami LAIGNEL-LAVASTINE avait été frappé dans ses plus chères affections et avait perdu accidentellement, loin de lui, un fil chéri dont il nous avait parlé maintes fois avec une légitime fierté et qui s'était engagé dans la voie si noblement tracée par son père. Nous nous inclinons profondément devant le deuil de la famille de M. REGAUD et nous partageons de tout notre cœur la douleur effroyable qui étreint notre ami LAIGNEL-LAVASTINE.

***

La Délégation française, partie de divers points, s'est concentrée à Trieste. Connaissance fut bientôt faite ou renouvelée, et les voitures du Simplon-Orient-Express devinrent un salon où les groupes se formèrent au gré des sympathies et des anciens souvenirs.

Après une nuit paisible et une journée pendant laquelle nous avons traversé l'immense plaine Yougo-Slave, ensemencée de blés et de maïs admirablement cultivés, nous arrivions à la frontière Serbo-Roumaine où nous attendait une délégation nous apportant les souhaits de bienvenue de la Roumanie, avant notre entrée sur son territoire. Nous étions accueillis, quelques minutes après, à la gare de Jimbolia, par le général Vicol, organisateur du Congrès, et par le D[r] Margulius, à la complaisance inépuisable. Une réception enthousiaste nous était réservée sur le quai même de la gare, brillamment décorée : autorités civiles et religieuses, habitants et enfants des écoles en costumes nationaux, nous saluaient de leurs hourrahs, nous offraient des fleurs, tandis qu'un admirable chœur de paysans exécutait, en notre honneur, de merveilleux chants populaires. Et cette réception enthousiaste se répètera partout où nous passerons ; partout nous aurons le même accueil chaud et vibrant : partout nous sentirons quel attachement profond unit le peuple Roumain à la France. Dans les villages de Transylvanie, que nous avons traversés en automobile, sans nous y arrêter, des paysans nous ont attendus pendant des heures au bord de la route, pour nous saluer au passage de leurs vivats et pour nous couvrir de fleurs !

Le soir, tardivement, nous arrivions aux Bains d'Hercule, où nous attendait un somptueux banquet, servi dans la grande salle du Casino brillamment illuminé, et au cours duquel, jusqu'à trois heures du matin, un chœur d'amateurs justement réputé nous a fait applaudir ses chants les plus célèbres. Des paysans, en costume national, nous ont donné une fête ethnique en exécutant des danses originales. Partout où nous passerons les fêtes et les banquets se succèderont , partout la population nous témoignera sa joie de notre visite.

Après quelques courtes heures de sommeil (ces heures nous ont été parcimonieusement accordées au cours de notre voyage) nous avons visité les établissements des Bains d'Hercule, égrenés le long d'une gorge boisée, dans laquelle bondissent les eaux fraîches de la Cerna. Les eaux thermales sortent du sol à une température si élevée que l'on est obligé de les refroidir à l'air libre avant l'usage, elles sont si riches en principes sulfureux qu'aucun objet métallique ne peut rester dans les cabines et qu'elles se déversent par d'énormes robinets de bois dans des piscines de marbre. Tous les établissements thermaux, hôpitaux et hôtels, sont réunis par des galeries couvertes ou souterraines qui permettent aux malades d'aller à leur traitement sans s'exposer aux intempéries.

L'après-midi fut consacré à une promenade sur le Danube. Pendant quatre heures de navigation sur

le fleuve, entre les Karpathes et les Balkans, nous avons admiré le paysage sévère et grandiose des défilés de Kasan et des Portes de Fer. Sur la rive Yougo-Slave, existent encore des traces très visibles de la route de Trajan. Au débarqué, à Turnu Severin, où Trajan a traversé le fleuve, nous avons visité les ruines du pont gigantesque de 800 m. de longueur qu'il y a construit, ainsi que des forteresses qu'il avait établies à sa tête. Turnu Severin doit son nom à la to ur de Sévère, encore debout, mais restaurée ou plutôt complètement remaniée.

A Turnu Severin nous attendait un train spécial qui restait à notre disposition jusqu'à la fin du Congrès, et qui nous déposait le lendemain matin à Bucarest.

A Bucarest, s'est ouvert le Congrès, dans la magnifique rotonde du Palais de l'Athénée, sous la présidence du professeur Théohari, ancien interne des hôpitaux de Paris, en présence de S. E. M. Anghelesco, ministre de l'Instruction publique, également ancien interne des hôpitaux de Paris, de M. Inculetz, ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale, des représentants officiels des différents gouvernements étrangers et du corps diplomatique.

Le discours du président fut prononcé en français ; la langue française fut d'ailleurs à peu près la s eule usitée au Congrès.

Après un déjeûner offert par le Président, la séance de travail commença dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, débordant d'auditeurs, par une leçon magistrale du professeur Marcel Labbé sur le traitement du diabète, et une artistique conférence du professeur Laignel-Lavastine sur la pathologie du sympathique.

La question à l'ordre du jour, le traitement du mal de Pott en climat marin, est ensuite lumineusement exposée dans les rapports de M. Sorrel et de Madame Sorrel-Déjerine, de Berck, de M. Delchef, de Coq-sur-Mer, de MM. Calandra et Delitala , de Palerme et de Venise, enfin de MM. Balacesco, Manicatide et Dona, de Bucarest et de Tekirghiol.

Le soir, dîner offert par M. le Ministre de la Santé publique.

Le lendemain, la matinée était consacrée à la visite de Bucarest, ville neuve qui a su ménager dans tous ses quartiers des oasis de verdure, à celle des hôpitaux, des laboratoires et de l'exposition nationale balnéaire, climatique et touristique, admirablement organisée dans un pavillon du parc Carol, et digne d'une étude plus approfondie. Le Parc Carol était rempli d'une foule recueillie. Nous nous y trouvions le jour de la fête de l'Ascension, selon le calendrier orthodoxe, jour consacré au culte des Héros. Nous nous sommes rendus devant le monument élevé à la mémoire des Soldats Français morts pour la Roumanie, et nous y avons déposé une couronne. Une autre couronne fut portée en cortège sur la tombe du Soldat Inconnu Roumain. La délégation française, de retour à Bucarest, à la fin du Congrès, sous la direction du professeur Marcel Labbé et du Dr Sorrel, y déposait à nouveau une gerbe aux couleurs de notre drapeau.

Dans l'après-midi, conférence des plus instructives du Dr Armand-Delille sur la lutte contre la tuberculose de l'enfance, et communications particulières. Le soir, festival où l'on applaudissait, parmi tant d'autres artistes, une jeune virtuose de la harpe, âgée de 6 ans, élève de sa mère, et fille d'un de nos confrères.

Pendant les séances de travail, les dames congressistes visitaient la ville sous les aupices du Comité des Dames présidé par Madame Cantacuzène. Celle-ci les accueillait elle-même avec son amabilité coutumière en un thé servi dans les laboratoires du professeur Cantacuzène.

Deux journées ont été ensuite consacrées à des excursions en Transylvanie. La matinée du premier jour, nous visitions les grandioses mines de sel de Slanicul Prahovei, immense nef de cathédrale en ogive de 100 m. de hauteur, creusée à 160 m. audessous du sol, puis nous nous rendions dans les exploitations pétrolifères de Moreni, où, depuis quelques semaines, flambaient deux sondes de pétrole, projetant vers le ciel des flammes de plus de 50 m. de hauteur.

L'après-midi, nous nous rendions en automobile à Sanaïa, à travers les montagnes de Transylvanie, et nous nous arrêtions chemin faisant à Breaza. Nous y visitions une des maisons nationales présidées par le général Manolesco, où des orphelines de la guerre tissent des tapis aux coloris chatoyants, et exécutent des broderies réputées.

S. M. la Reine avait daigné nous accorder une audience en son château royal de Peles, à Sinaïa. Sa santé momentanément ébranlée ne lui a pas permis de nous recevoir. Elle a bien voulu nous autoriser à visiter sa résidence, véritable joyau, écrin de merveilles artistiques, dans un site pittoresque, au milieu des villas de la plus importante station climatique de Roumanie, qui s'étage sur les pentes de hautes montagnes couronnées de neige.

Le lendemain, nous continuions notre course à travers la montagne, et nous arrivions à Brasov, ville d'origine saxonne où nous avons visité une très belle église ornée de splendides tapis anciens.

Le soir, notre train nous conduisait sur les bords de la Mer Noire, à Constantza. Nous admirions, chemin faisant, le grand pont jeté sur le Danube par un ingénieur français, Sérigny, ancien élève de notre Ecole Centrale, qui a su donner à cet immense ouvrage métallique une grâce, une sobriété et une élégance de ligne incomparables.

C'est à Constantza que devait se tenir, le lendemain, la dernière séance du Congrès. Constantza est maintenant un très grand port, qui doit sa prospérité au trafic des blés et des pétroles. On y trouve encore quelques vieilles maisons turques délabrées ; quelques minarets pointent vers le ciel. Ce n'est plus le lieu désolé où fut exilé Ovide, et qui nous valut quelques-uns de ses chants douloureux.

Avant de clôturer le Congrès, nous visitions dans

les environs les plages de Tekirghiol, ses établissements climatiques parfaitement organisés, et ses bains de boues. Les boues sont tirées d'un lac distant de quelque cent mètres de la mer, avec laquelle, il n'est pas en communication : ses eaux sont quatre fois plus chlorurées et deux fois plus bromurées que celles de la mer.

A Constantza, durant la dernière séance de travail, d'intéressantes communications ont été faites sur la Thalassothérapie dans les différentes stations roumaines, et sur les recherches bactériologiques sur les boues de Tekirghiol.

Le soir même, les membres du Congrès se dispersaient. Tandis que nous rentrions directement en France, d'autres s'embarquaient pour Constantinople et revenaient par la Grèce.

Au cours de notre voyage, nous avons été frappés par l'organisation impeccable du Congrès, par l'accueil triomphal dont nous avons été l'objet, par la culture latine et française de la Roumanie qui a su conserver son indépendance spirituelle et intellectuelle pendant des siècles d'oppression. Nous nous sommes sentis les hôtes d'un peuple généreux, fier de sa jeune liberté, ardent au travail, et qui saura mettre en valeur les immenses richesses de son sol. Nous nous trouvions parmi de véritables frères. Ce n'est pas en vain que la Roumanie se proclame une nation sœur de la France.

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils,
Paris.

Dr J. André. — **L'asthme et son traitement.** *Etiologie. Pathogénie. Diagnostic.* (Un vol. in-8°.)

« ...Malgré les brillants et séduisants travaux sur l'anaphylaxie, les états colloïdaux, l'endocrinie, je crois encore qu'il faut considérer l'asthme comme une manifestation diathésique bien individualisée, qui a sa place marquée dans le cadre nosologique, ses caractères propres, bien définis, et que même les formes atténuées, larvées, frustes, relèvent du type asthmatique vrai et se réclament d'une parenté morbide bien établie. »

Profession de foi liminaire, qui situe immédiatement sur leur véritable plan, les conceptions de l'auteur.

Plus loin, il définira l'asthme, en ces termes : « Actuellement, doit être appelée asthme toute affection respiratoire, caractérisée par une dyspnée paroxystique expiratoire, avec ou sans phénomènes vaso-moteurs et vaso-sécrétoires, accompagnée d'éosinophilie des expectorations et du sang. »

L'auteur étudie l'étiologie de l'asthme : asthme d'origine toxique et infectieuse, asthme diathésique ; asthme d'origine digestive ; asthme d'origine respiratoire ; asthme cardio-artériel ; asthme nerveux ; asthme génito-urinaire... et de conclure ce chapitre : « Une première constatation se dégage : c'est que l'asthme se réclamant d'une série de causes auss hétérogènes, doit relever, le plus souvent, d'un mécanisme constant et susceptible de réagir à des excitations aussi nombreuses et aussi variées ; il faut admettre aussi que toutes ces causes, qui ne semblent pas provocatrices d'asthme chez les individus normaux, réclament un *terrain préparé* pour déclancher l'accès d'asthme. »

Un long chapitre est consacré aux conceptions pathogéniques de l'asthme : asthme névrose, asthme diathésique, asthme anaphylactique avec variations des tonus vago-sympathiques. Au vrai « il semble aujourd'hui démontré que la crise d'asthme est constituée par un élément spasmodique : les *contractures des muscles bronchiques et inspiratoires*, et dépendant *en partie du vague*, et un élément *vasomoteur* et *sécrétoire* et *contrôlé par l'ortho-sympathique.* »

A la faveur d'un essai de mise au point pathogénique et clinique, M. André reprend sa première définition et la complète ainsi : « Dyspnée paroxystique respiratoire...... survenant chez des sujets entachés de diathèse arthritique et présentant, en général, des intervalles de santé apparente. » C'est encore à un autre point de vue, tout comme la migraine, l'épilepsie, « un acte de défense de l'organisme se manifestant par une crise évacuatrice des déchets toxiques en excès ».

Diagnostic différentiel, diagnostic pathogénique sont minutieusement étudiés, avec toutes les méthodes capables d'en fournir les éléments précis.

Le traitement s'adressera au terrain et comprendra la mise en œuvre d'un régime ; de certaines cures de désintoxication ; d'une hygiène ; de la climatothérapie ; de la crénothérapie, celle-ci représentée par les cures thermales de St-Honoré, de la Bourboule et du Mont-Dore, avec leurs indications respectives. Le traitement causal aura recours aux méthodes anti-anaphylactiques, anti-colloïdoclasiques ; il visera le dysfonctionnement du système neuro-glandulaire de la vie végétative, etc...

L'accès d'asthme réclame un traitement qui comportera des fumigations, inhalations et pulvérisations ; l'opium et ses dérivés : la belladone et l'atropine ; l'adrénaline ; l'éphédrine....

Parvenu au terme de son travail, l'auteur, à toutes les causes qu'il a invoquées pour expliquer l'asthme et ses accès, en ajoute une dernière, *la civilisation* : « Les races les plus robustes, les mieux constituées, ne peuvent résister aux effets des altérations produites sur les individus par l'influence de longs siècles que par *« des retours plus ou moins fréquents et prolongés à la vie simple, normale et naturelle »*.

G. D.

G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

P. A. Carrié et A. Leblanc. — **Tome II (première partie) du Nouveau Traité de pathologie interne,** *publié sous la direction de* E. Enriquez, A. Laffitte, Ch. Laubry, Clovis-Vincent. (1 vol. gr. in-8° de 900 pages avec 90 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte. Relié: 150 francs.

Ce volume traite des maladies du *foie*, des *voies biliaires* et du *pancréas*, des *maladies de la nutrition et des intoxications.*

Les chapitres du foie, mis à jour des aperçus nouveaux, ne donnent aux discussions théoriques que le développement nécessaire pour la compréhension des syndromes et des maladies ; ils laissent la plus grande place aux exposés cliniques et thérapeutiques. A citer notamment les nouvelles méthodes d'examen et de traitement des cholécystites, les nombreux aspects que peut revêtir la syphilis hépatique, les problèmes nouveaux des ictères.

Les notions bio-chimiques, nécessaires à la compréhension du diabète sucré sont exposées avec soin ; une large place est consacrée aux méthodes thérapeutiques nouvelles qui en ont transformé le pronostic. Une large place a été réservée aux maladies dites par « carence » et au problème des avitaminoses.

Dans les pages réservées aux intoxications, les auteurs ont justement consacré de longs développements aux intoxications d'origine médicamenteuse, plus particulièrement à celles qu'on observe dans l'application des traitements spécifiques : arsenic, mercure, bismuth ; le praticien y trouvera toutes les précautions que l'on doit prendre pour les éviter, et les mesures que leur apparition peut nécessiter.

W. M. Stern, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Diagnostic chirurgical,** huitième édition entièrement remaniée. (1 vol. de 1238 pages, avec 675 figures dans le texte en noir et en couleurs : 130 fr.)

Cet ouvrage vient de paraître, entièrement remanié et rajeuni, tout en restant aussi méthodique et aussi pratique que les précédentes éditions, qui avaient été traduites en plusieurs langues étrangères.

L'étude du diagnostic des différentes affections chirurgicales suivant, avant tout, l'ordre topographique, région par région. Pour chacune de celles-ci, le plan est resté toujours le même : un chapitre d'exploration, montrant comment on doit aborder, regarder, palper, en un mot « interroger » la région malade ; ensuite, plusieurs chapitres de diagnostic différentiel, dans lesquels les diverses affections sont constamment confrontées avec la principale d'entre elles. Pas de détails oiseux : clarté et précision. On se tient strictement sur le terrain solide de la clinique traditionnelle, sans oublier pour cela de mentionner, chemin faisant, les procédés de laboratoire ou d'investigation complémentaire, souvent si utiles pour éclairer ou parfaire un diagnostic épineux.

Une table alphabétique très détaillée termine l'ouvrage et rend ainsi rapides et faciles toutes les recherches.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Le François, éditeur,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr Louis Moinson. — **La thérapeutique par les glandes (opothérapie).** (Un vol. in-18, 190 p. Prix : 8 fr.). *Préface du Dr* De Martel.

Dr E. Monin. — **L'impuissance virile** (son traitement rationnel). (Un vol. in-18, 170 p. Prix : 10 fr.)

Les Presses Universitaires de France,
49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Pierre R. Lévy-Falco, docteur en droit. — **Les auxiliaires sociales.** La participation du service social au fonctionnement des institutions protectrices de la maternité et de la première enfance.

Editions de la Semaine dentaire,
12, rue de Hanovre, Paris.

E.-H. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Toulouse. — **Vade-Mecum juridique du chirurgien-dentiste.** 2e *supplément,* 1928. (Un vol. 130 p.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

VALIDITÉ D'UN TESTAMENT FAIT EN FAVEUR D'UN MÉDECIN PAR UN PARENT

D'une manière générale, les médecins ne sauraient hériter de leurs malades. Aux termes de l'article 909 du code civil, les praticiens qui ont soigné une personne pendant sa dernière maladie, ne peuvent profiter des dons et legs que cette personne leur a faits au cours de cette maladie.

Mais le même article 909 prévoit deux cas d'exception : 1° Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux dispositions du disposant et aux services rendus.

Cela veut dire que le don fait au médecin doit être proportionné à la fortune du disposant et aux services rendus par le médecin. Ce sont questions d'appréciations qui sont laissées à la souveraineté des juges locaux.

2° La seconde exception concerne les degrés de parenté. Au cas où le décédé n'a pas laissé d'héritier en ligne directe (fils ou petits-enfants), il peut léguer sa fortune entière à son médecin, lorsque ce dernier est parent jusqu'au quatrième degré inclusivement, c'est-à-dire cousin germain.

Mais il faut que le médecin soit parent ; s'il était simplement allié, même jusqu'à ce quatrième degré, il ne bénéficierait plus de l'exception : la disposition faite à son profit serait nulle.

Par rapport à sa femme, le médecin qui l'a soignée au cours de sa dernière maladie, peut-il hériter d'elle ?

La question est controversée ; cependant la majorité des auteurs et la jurisprudence se prononcent dans le sens de l'affirmative et décident que le testament est valable (Cassation, req., 30 août 1908 ; trib. civ. Dax, 25 mai 1899).

Ce dernier jugement (*Concours médical*, 1899, 393) reconnaît au médecin le droit d'hériter de sa femme, à laquelle il a donné ses soins, pendant sa dernière maladie, alors même que le mari aurait su, en contractant mariage, que la femme qu'il épousait, était de santé délicate et prédisposée, par hérédité, à être emportée par la tuberculose.

En tous cas, y aurait-il contestation, qu'il faut que les adversaires du médecin héritier puissent prouver d'abord qu'il y a eu traitement médical régulier et assidu, de la part du docteur héritier vis-à-vis du disposant qui vient de mourir.

Ainsi, ne peut être considéré comme étant médecin traitant au cours de la dernière maladie le praticien qui a seulement donné au malade des soins et des remèdes prescrits par un autre docteur (Cour d'Angers, 19 mars 1875), à moins qu'en raison de la fréquence des consultations, il ne puisse être considéré comme le médecin ordinaire en second ou adjoint du malade (Trib. civ. Seine, 23 mai 1896).

L'incapacité édictée par l'article 909 ne concerne pas également le médecin qui n'a eu avec le malade que des relations passagères et s'est borné à lui transmettre un médicament ordonné par un autre praticien (Cour de Paris, 30 juin 1891), ou le remplaçant d'un confrère (trib. civ. Angoulême, 9 mars 1892) ; le médecin qui s'est borné à donner seulement quelques conseils dans le but de procurer un soulagement au malade (Cassation req., 8 août 1900).

Au surplus, le traitement d'une maladie est un fait complexe, dont l'appréciation, dans les circonstances diverses dont il se compose, appartient aux tribunaux (Cassation req., 17 janvier 1876 ; 6 août 1900).

Il faut ensuite s'entendre sur la signification des mots « dernière maladie ». S'agit-il d'une maladie aiguë, aucune difficulté ne se présente ; mais s'agit-il d'une maladie chronique, comment en apprécier et en préciser le commencement ?

Il a été jugé que la dernière maladie doit être réputée avoir commencé quand « était arrivé un état morbide, défiant tous les effets de la médecine et n'admettant plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade » (Cour de Paris, 8 mars 1867) ; que, dans une maladie chronique, on doit considérer comme constituant la dernière maladie la période où le mal s'est aggravé de manière à ôter tout espoir de guérison, où l'affection dont souffrait le malade est devenue incurable (Cour de Pau, 13 décembre 1872 ; cour de Paris, 23 juillet 1895).

Mais, au cas où le testament aurait été fait en

faveur de la femme du médecin, pourrait-on soutenir que cette dernière n'est qu'une personne interposée ?

D'après l'article 911 du code civil, sont réputées personnes interposées les père et mère, les enfants et descendants et l'époux de la personne incapable de recevoir.

Mais cette nullité cesse dans les cas cités plus haut, dans lesquels cesse l'incapacité elle-même.

Ainsi n'est pas personne interposée, la femme qui hérite personnellement d'une cousine germaine, ou l'épouse d'un médecin, qui n'aurait donné que quelques soins purement accidentels, ou n'aurait pas traité le *de cujus* pendant sa dernière maladie (Cassation requêtes, 17 janvier 1876).

Dr Paul BOUDIN.

LE RÉGIONALISME PATHOLOGIQUE

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Le régionalisme est à la mode. Il n'est pas l'autonomisme, ni le séparatisme, bien au contraire. Charles-Brun, qui a tant fait pour la décentralisation, pour les Congrès régionalistes, comme le sénateur Justin Godart, ancien ministre, a démontré et démontre encore constamment (20 juin 1928) ce que comporte le régionalisme vrai.

Les « Causes atmosphériques des variations morbides » que viennent d'exposer à la Société de Pathologie comparée, le 12 juin 1928, Foveau de Courmelles et J. Risler, comportent maintes causes locales, provinciales particulières, qui militent en faveur de la thèse du régionalisme morbide.

Par ces temps de voyages, de mélanges de races, les maladies importées par tant d'immigrants (que le Dr R. Martial veut faire examiner à juste titre avant leur entrée en France), ce qui revient directement au sol local devient de plus en plus difficile à discriminer.

Et puis, il y a les astres : les Drs M. Faure et G. Sardou se sont attachés, nous l'avons dit souvent, et notamment en des communications antérieures à la Société de Pathologie comparée (1), aux effets de la lumière solaire sur les organismes humains, démontrant l'action du passage des taches au méridien de l'astre sur le passage à l'état aigu des maladies chroniques, sur l'état nerveux provoquant des suicides en plus grand nombre...

Que de médecins, de savants, ont admis l'astrologie pathologique (P. Flambart *alias* Choisnard), Camille Flammarion, Drs J. Regnault, Creuzé, Ghislain-Houzel, Hector Grasset. La lune, (les « lunatiques » est un mot de formation ancienne) donnerait des « coups de lune »... Notre système nerveux est si sensible !

Que le passage de taches solaires soit vraiment leur cause ou une simple coïncidence prophétique, il est utile à connaître, et comme il est publié par les observatoires, d'avance, on pourra souvent agir et prévenir maintes conséquences. Le *Bulletin* de l'Observatoire de Lyon, dirigé par M. Jean Mascart, est très explicite sur ce point.

Les lumières varient avec les astres. L'ozone des hautes couches atmosphériques (Fabry et Buisson) absorbe beaucoup d'ultra-violets.

La lumière n'est pas tout en l'atmosphère, la lumière elle-même est fonction de maints agents ambiants qui la forment, la déforment, l'absorbent ou la transforment, il est difficile de tout attribuer à la seule lumière, hypothèse peut-être simpliste, et d'étudier l'ensemble des conditions atmosphériques, électriques, barométriques, lumineuses, calorifiques, variant avec les pays, la constitution géologique du sol, absorbant, émanant, réfléchissant les forces cosmiques, créant des maladies locales, rejetant les autres... Climats et sympathique (Laignel-Lavastine) ?

***

Le sol produit des aliments qui longtemps furent les seuls consommés sur place, donc, influence sur le corps et l'esprit des habitants alors faciles à étudier. Bientôt nous n'aurons plus que l'histoire culinaire pour nous renseigner. Il est certain, et c'est ce que l'on a appelé « les maladies endémiques » qu'il y a eu, qu'il y a encore des maladies purement locales.

La nourriture varie avec les importations, encore le sol, le lieu de consommation, réagit.

Le rapport de Foveau de Courmelles à la *Société de pathologie comparée* du 13 décembre 1927, insiste sur ces phénomènes locaux, notamment sur la *lumière*. Elle varie avec les climats, donc, avec l'influence extérieure, atmosphérique. Les aliments insolés, irradiés, intégrant de la lumière, sont photogéniques. Le vin, l'alcool, produits de grappes vermeilles et ensoleillées, sont nécessaires aux Tropiques

(1) FOVEAU DE COURMELLES et Jacques RISLER. — *Influences saisonnières morbides*, 12 octobre 1926, *Agents météoriques pathogènes*, 10 mai 1927.

(Major Chas. E. Woodruff, 1905), à la classe, ouvrière (Raymond Pearl, Baltimore, mai 1924) à la condition évidente de n'en pas abuser. Les enveloppes des graines, des fruits, du riz, donc, insolées, sont nutritives, vitaminées, dit-on, et elles sont sous la dépendance du climat, du temps, du sol, des vents, de l'ambiance... Vitamines ou à mon avis, *lumière intégrée* par l'aliment, par l'individu qui le consomme, dominent la situation.

Il y a un *régionalisme*. Charles-Brun a montré celui des monuments, de l'alimentation, des caractères. Il y a un régionalisme pathologique, bien que l'atténuent grandement les mélanges et les voyages, nous le répétons, car combien ces éléments compliquent le problème. Cependant, nous le devons étudier, car il peut nous fournir des éléments de diagnostic et de thérapeutique.

Le terrain influence également tout, l'électricité, les frottements au contact de ses vagues, de ses roches, de ses marais... comme au moment de la récolte des produits du sol. La phytothérapie dépend, en son action, de quantité d'éléments réagissant à son tour sur nous. Le sol, la culture, celle-ci s'unformisant, je le sais, par les écoles d'agriculture, modifient les propriétés des plantes. Les poudres de rhubarbe et de rhapontie sont plus ou moins fluorescentes selon les terrains, voire les procédés d'examen (Verre de Wood)... (J. Maheu, *B. S. P.*, mai 1928).

La terre a ses courants, dits telluriques, dépendant certainement du sous-sol et transmis au sol environnant avec son action sur certains sensitifs par des baguettes de coudrier notamment. Ce sont « les sourciers » étudiés par les D[rs] J. Regnault, Moineau, MM. Albert Mary, Henri Mager, Viré, G. Le Bon... La *biodynamique*, comme l'apelle le D[r] J. Regnault, étudie ces questions et leurs relations humaines locales...

***

Le sol plus ou moins magnésien, surtout calcaire et dolomitique en matière de cancer (Albert Robin, Dubard) a une grande influence. Les plantes qui y poussent, les animaux et les hommes nourris de ces plantes, absorbent évidemment ainsi de la magnésie curative ou préventive.

La preuve en est dans les succès — je l'ai souvent constaté — de la radiothérapie, de compresses de sirop de sucre sur la tumeur (Th. Nogier), et *surtout* avec ingestion de la chaux et de la magnésie, chez les déminéralisés que sont les cancéreux. M. A. Yervantian, en *Comment éviter et guérir le cancer* y insiste avec raison, le vin, la bière, la vodka... le combattent : sans nier cependant les méfaits de l'alcoolisme, encore que la vie chère ayant supprimé le vin de bien des tables appauvries, on voit augmenter le nombre des cancéreux.

Dans certains pays goitreux, on voit peu à peu disparaître la maladie depuis la plantation de vignobles. D'après Répin, 1906, le goitre serait causé par des eaux radifères consommées. Qui sait ce que produisent ces eaux si nombreuses et l'atmosphère radio-active formée par elles... ? La lumière peut réveiller le paludisme contracté bien loin au contact de marais et depuis longtemps guéri, apparemment (Foveau de Courmelles).

Le sol, ses productions, son ambiance... créent la race. L'Afrique avec ses races multiples, autochtones et homogènes qui peuvent fournir ample moisson à nos explorateurs. Le Désert le Sahara, peut donner (J. Dal Piaz) d'amples cures. Examinons les indigènes, leurs mœurs, leur alimentation...

Les pays de vignobles ont moins ou peu de pellagreux, moins d'intoxiqués, les U. V. tuent les toxines supprimées par le vin et le terrain aussi (D[rs] Veillard, Jean Séval, J. Sédillot). C'est encore là une action héliothérapique sur laquelle on doit insister, les travaux de Veillard, notamment dans le *Concours médical*, sont très concluants.

« Fraudes alimentaires et lumières » sont souvent difficiles à discriminer dans leur action pathologique. Les accidents s'aggravent le plus souvent à l'obscurité ou à trop de lumière. Les fraudes compliquent aussi singulièrement l'étude, car, combien nocives.

M. Ch. Cadéot, vétérinaire à Saint-Mézard (Gers), m'écrit le rachitisme des porcs claustrés en des bauges sombres, et guéris au soleil. En Auvergne, les porcs sont lâchés en plein champ, l'été, et intègrent de la lumière. Les procédés de culture des animaux et des végétaux, variant avec les régions, créent aussi des états sanitaires locaux.

Il faut aussi tenir compte de la toxicité de certaines substances acquise sous l'action lumineuse, de la réflexion de la lumière (infra-rouge sur feuilles vertes...), des antagonismes radiants (prof. D[r] A. Dognon, *Siècle médical*, 15 avril 1928), phénomènes influencés localement. Il est évident que cet « antagonisme des radiations » que je signalais en 1903, et « vingt ans après » et depuis, si à la mode, peut se produire par des réflexions, transformatrices sur certaines roches métallifères et s'opposer aux U. V. du soleil, les annihiler... d'où, les effets inattendus, utiles ou nocifs.

Les particularités ambiantes, endogènes, exogènes, terrestres, développent à leur tour certaines maladies : le cancer (*L'énigme étiologique du cancer*, par le D[r] Cathelin, subsiste) d'après une enquête des médecins du Doubs rapporté par le prof. Hartmann, s'accommoderait sur-

tout des maisons humides (1), alors que les sèches à côté en seraient indemnes. Les bords de la Bièvre, à argiles, marnes, craie, ferrugineux, salins, sont mauvais (Lakhovsky). D'après le Dr Stélys, au Plateau central, les terrains carbonifères et radifères pour les plantes et pour les gens et bêtes le favoriseraient. Un sol isolant laissant passer sans les absorber les ondes cosmiques, le combat (Lakhovsky).

***

Quant aux maisons, « aux cages à cancer », cela ne paraît pas absolu ; s'il y a des îlots à tuberculeux, il ne semble pas y en avoir à Paris, pour cancéreux (Dr Henry Thierry, *Assoc. fra. pour l'étude du cancer*). *La Société internationale de Recherches contre la tuberculose et le cancer* ne l'a pas constaté non plus. De même pour les pays. Le plomb passe pour actif (Duroux, Blair Bell, A. Tilmant), aussi serait-il utile de comparer le nombre de cancéreux des pays à mines plombifères des pays ordinaires.

Le cancer est en croissance : qu'il soit dû au remplacement dans les ustensiles de cuisine, par l'aluminium, du cuivre et du plomb préconisés contre lui, soit, par la moindre consommation du vin dans les classes moyennes et prévoyantes, préoccupées, et préparant ainsi leur terrain moral et physique, régression mentale...

Il y aurait donc à voir si sur les terrains cupriques ou saturnins, il y a moins de cancéreux ? si les professions maniant le plomb fournissent moins de néoplasmes; de même pour le cuivre, l'étain...

La conductibilité électrique des terrains a son importance : L'ingénieur G. Lakhovsky fermant un résonateur sur un tube de verre avec pâte d'argile, de craie, de marne, de gypse, de calcaire, les a trouvés bons (plus ou moins) conducteurs des ondes de haute fréquence, des radiations : *l'Origine de la Vie.* L'ingénieur Laville a montré *le cancer, dérangement électrique.*

MM. Gosset, Magrou, Lakhovsky ont produit et guéri par les radiations le cancer du pelargonium. Et que de radiations sont produites par le sol, les eaux minérales radioactives du voisinage ; action locale, régionaliste encore.

Le soleil se réfléchissant sur la neige, la mer, les roches, les terrains, de même radioactifs, sans nul doute, bien des milieux, sans préjudice de son action directe et modifiante de ces éléments de la vie qui s'y développe, nous entoure, et pénètre !

Cette radioactivité produite par la lumière, dissoute dans les eaux ingérées, ou absorbée par l'air ambiant, est encore à étudier. Des arrêts de développement des êtres vivants peuvent lui être dus (discussion du rapport du Dr Félix Regnault à la Société de pathologie comparée, 1925). Bohn a montré cette action sur les têtards; et Guilleminot sur les graines.

Les mycoses nous envahissent par ingestion ou inhalation, involontaires bien entendu, question de terrains, de pays, et de leur végétation probable et résultante. La mycose splénique, si bien étudiée par le prof. Nanta (d'Alger), se fait par champignons, aspergillose (on lui a fort justement donné le nom de « maladie de Nanta ») ... Il serait intéressant de la localiser et d'en voir les corrélations avec l'ambiance.

La symbiose des météréologistes, des astronomes, des physiciens, des médecins, des biologistes, devient indispensable.

Il est évident, et c'est banal de le répéter, qu'agit « le temps qu'il fait » ! et que ce qui influence la santé humaine directement, fait de même sur tous les êtres vivants, et que des réactions réciproques s'établissent. Mais le pays avec ses accidents, ses montagnes, ses dépressions, crée évidemment un « régionalisme pathologique » et physique. La biologie si complexe détermine certaines causes, en éclaire d'autres ; et, en sélectionnant, peut-être arrivera-t-on ainsi à éclairer l'étiologie morbide ?

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

(1) C'est encore l'humidité qui, d'après Sir Léonard Rogers, joue son rôle dans la propagation de la petite vérole en Angleterre et dans le pays de Galles étudiés de 1921 à 1927. Une diminution de l'humidité en favorise l'éclosion, et une augmentation, l'arrêt du développement (P. OURY, *Presse médicale*, 30 mai 1928). Cette humidité fait varier la pression si importante (Stoïcesco Baudon, Courcoux, E. Sergent, Lavy) qui réagit sur les hémoptysies.

Variétés

I

VARIÉTÉ BIBLIOGRAPHIQUE

Nord-Sud (J. Priou)

« Heureux qui, comme Ulysse a fait un beau voyage.... ». N'est-ce pas le sort de M. Jean Priou, qui nous entraîne à sa suite, non pas de la Porte de la Chapelle à la porte de Versailles, comme le titre de son ouvrage pourrait le donner à penser à quelque esprit superficiel, qui aurait le tort de s'en tenir là. Mais de par le vaste monde, en Corse et en Sardaigne, en Tunisie, en Algérie, au Maroc : voilà pour le Sud. Et voici pour le Nord : du Havre en Pologne, par voie de mer, puis en Tchéco-Slovaquie, en Autriche, en Yougo-Slavie, en Roumanie, en Bulgarie, en Serbie, et finalement en Grèce.

Et c'est un régal de l'accompagner dans sa longue et lointaine randonnée, tant il sait conduire son récit avec simplicité et bonne grâce, amabilité et bonne humeur. Qu'importe que le gîte manque de tout confortable, que la propreté des aitres soit plus que douteuse, que les bestioles dont la nuit couvre les exploits troublent son sommeil ; il en prend gaiment son parti et veut, en toute chose, n'en voir que le bon côté.

Aucune monotonie d'ailleurs, dans ses descriptions : de l'entrain, de la vivacité, et, opportun, le trait qui, de sa touche colorée, donnera de la vigueur, ou du relief, ou de la grâce, au tableau.

Des aimables rentiers ajacciens, « dont la voix est un écho de la splendeur du ciel », cette eau forte : « Un court silence, un pas en avant ou en arrière, un mouvement de tête énergique, un regard fulgurant comme le saut de l'isard dans la montagne soulignent un fait ou un argument qui ne saurait souffrir la réplique. Il n'y en a point à faire. Les critiques du Nord ne sont pas de mise ici. »

En Sardaigne. « Le dimanche et les jours de fête, réunis sur la place de l'église, une foule bigarrée en costumes nationaux s'agite. Les hommes hirsutes, coiffés de bonnets noirs, habillés de culottes blanches et de vestons chamarrés, discutent avec animation dans leur dialecte, le plus primitif d'Italie. Les femmes, drapées dans de longs caftans noirs ou guindées dans des corselets en velours pailletés et brodés d'or, se rendent pieusement à l'office. On songerait à notre Bretagne si les figures bronzées inondées de soleil en plein janvier ne rappelaient la latitude. »

Nous y sommes, nous les voyons....

Parfois, pourtant, une révolte vite apaisée d'ailleurs, quand l'observation impartiale conclut au rejet de certains poncifs, trop facilement acceptés ailleurs.

« A quoi bon venir dire que c'est pour le malheur des populations (nous sommes en Algérie), que la domination européenne s'affirme dans ces pays livrés autrefois à l'arbitraire absolu de petits chefs. Vieux clichés stupides, exhumés par des gens ignorants ou désireux de se faire une popularité facile. J'aime me rappeler dans cette colonie d'Afrique du Nord les théories de ceux que l'intérêt personnel pousse ou qui n'ont jamais bougé. Soyez de bonne foi. Voyagez, voyez et comparez. Peut-on croire que la situation des peuples colonisés soit inférieure à celle des races gouvernées par elles-mêmes, lorsque leurs habitudes politiques sont instables ? »

A Constantine, il trouve l'hiver et toute son horreur... « Je suis furieux et, avec inquiétude, je me demande comment je pourrai passer à nouveau un hiver dans cet invraisemblable pays que les géographes ont qualifié de tempéré. Je me demande aussi comment j'ai pu tolérer la boue et la pluie les autres hivers et vivre ainsi. »

A Varsovie, l'étude des Israélites qui pullulent en Pologne, l'impression de la menace bolchevique lui suggèrent : « Des réflexions me viennent pendant que je cire mes chaussures et fais mon lit. Elles ne sont peut-être pas très exactes. Mais ce qui est certain, c'est que si le garçon d'étages est bolchevique, il est également un fainéant, ce qui est un idéal qui s'explique depuis de longs siècles. Seulement, comme j'ai payé par jour ma chambre très chère, dans un hôtel palace, je n'engagerai aucunement mes amis à s'aventurer en Pologne actuellement, à moins d'obligations absolues... Ma chambre est faite et cela ne m'a pas gêné, moi personnellement. Mais je connais maints amis aux idées politiques spéciales qui m'injurieraient si je les envoyais dans un pareil hôtel. Je passe une bonne nuit malgré quelques bestioles qui veulent me punir de mes méchantes et absurdes pensées. »

Et pour finir, ce croquis, à la Callot, d'une soirée dans un bouge de Caca, en Tchéco-Slovaquie.

« ... Un orchestre de tziganes composé de violons et de guitares joue avec une âme que je n'ai peut-être jamais constatée.... Les airs succèdent aux airs. Infatigables, les musiciens

jouent. A peine s'arrêtent-ils pour boire dans une cruche de Pilsen... L'orchestre joue, joue toujours. L'atmosphère est irrespirable. Une volupté infernale et malsaine s'exhale de ce milieu et à mesure que la soirée s'avance sous le choc répété des airs langoureux et excitants que composent les musiciens, les yeux des mâles deviennent brillants et la tenue des filles moins sévère. Peu importe le lieu. Je ne veux retenir de ce coin perdu dans les Carpathes au nom si ridicule pour nos oreilles que ces heures délicieuses où, *pour mon bonheur*, quelques tziganes paysans me révèlent un art de jouer qu'il me semble que je n'avais jamais encore connu. »

Pour mon bonheur, écrit M. Priou. Avais-je donc tort de placer cette présentation de Nord-Sud (1), sous l'égide de Joachim du Bellay ?

G. DUCHESNE.

II

UN FAUX ANAPHRODISIAQUE RABELAISIEN :

Le chèvrefeuille

J'ai veu, écrit Brantome (1), *et leu un petit livre d'autrefois, en italien, sot pourtant qui s'est voulu mesler de donner des receptes contre la luxure ; mais elles sont si sottes que je ne conseille pas aux femmes d'en user.* Ce souci de vertu fut jadis fréquent ; pareilles listes de recettes sont communes et Rabelais n'a pas manqué de dresser la sienne dans la consultation que le médecin Rondibilis donne à Panurge.

S'il est vrai, comme je le crois, que, dans le personnage de Rondibilis, Rabelais ait fait revivre un ancien condisciple de Montpellier, Rondelet (2), force est de dire cependant qu'il ne le paraît guère dans le présent détail. Rondelet fut, en effet, plutôt sceptique quant à la puissance de la thérapeutique pour assurer la vertu. *Qui amori semper indulgent*, écrit-il (3), *his difficile potest abigi affectio.* Il avait dit déjà avec une philosophie un peu malicieuse : *De amantibus nihil nobis est dicendum quia ill nullam curam sibi adhibere volunt.* — Il convient toutefois de dire que le *Methodus curandorum morborum* n'était pas encore écrit (4) quand parut le *Tiers Livre*. Rabelais, qui aimait à lire Platon (2), put donc à son gré prêter la foi du philosophe dans la thérapeutique au professeur de Montpellier en qui, sur ce point du moins, elle était moindre.

Tout juste à propos de la consultation de Rondibilis, M. J. Plattard a fait cette remarque (3) que Rabelais empruntait sa doctrine à la tradition médicale antique, mais que, dans le domaine proprement médical, l'abondance de son invention est grande. Discutable si on veut la prendre dans son absolu, cette observation est tout à fait exacte appliquée à la phytothérapie anaphrodisiaque de Rabelais. La liste des dix plantes auxquelles, il prête la vertu de *refrener la concupiscence charnelle* lui est personnelle. Je le crois du moins, parce qu'il m'a été impossible de retrouver où il l'aurait prise. En particulier, ce sont pour la plupart d'autres plantes que celles de Rondibilis dont T. Lespleigney (4) venait de former son groupe des remèdes pour *fouir le vouloir de luxure*. Quant aux Anciens, la liste du Περὶ εὐποριστων de Dioscoride est autre aussi que celle de Rabelais et celui-ci d'ailleurs, en 1546,

(1) BRANTOME. — *Vie des dames galantes*, discours IV.

(2) Voir Rhizotome et la pharmaceutrie, *Revue des spécialités*, juillet 1928. — Rabelais fut reçu docteur en 1538. Rondelet devint professeur de médecine à l'Université de Montpellier en 1544. « *Le célèbre Rondelet, qui fut à Montpellier le maître de Rabelais* » est donc une erreur de M. Vieillard (*L'Urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne*, gr. in-8, Rudeval, Paris, 1903, p. 5 et p. 21, note 3), que M. Cabanès a répétée (*Esculape chez les artistes*, in-16, Le François, Paris, 1928, p. 359.)

(3) Gugl. RONDELETII *Methodus curandorum omnium morborum corporis humani*, in-12, J. Lertout, Lyon, 1601, liv. I, ch. 45, p. 239.

(4) La première édition du *Methodus curandorum morborum* parut in-8, à Paris, en 1574.

(1) Editions Berger-Levrault, 136, boulevard Saint-Germain, Paris. — Jean Priou, Docteur en droit, Avocat à la Cour de Paris est l'un des Conseils juridiques du *Sou Médical*, et le gendre du Dr M. Vimont. G. D.

(2) Dans le *Banquet*, Platon fait dire à Eryximaque médecin : *Celui-là est un excellent praticien qui dispose tellement des inclinations du corps qu'il peut les changer suivant le besoin, faire naître l'amour où il manque et est necessaire, le supprimer où il existe.*

(3) J. PLATTARD. — *L'œuvre de Rabelais*, in-8. Champion, Paris, 1910, p. 149.

(4) T. LESPLEIGNEY. — *Promptuaire des médecines simples*, 1538.

ne put la connaître (1). Différentes encore sont les herbes *ad castitatem servandam* d'Oribase (2). Différente toujours, quoiqu'on en ait dit (3) est la liste de Pline au chapitre 10 (4) du livre XXVI de son *Histoire naturelle* ; et, quant à penser que Rabelais prit dans cette histoire naturelle tout entière pour former son bouquet anaphrodisiaque (5), il ne me le paraît pas davantage. Quelques remarques sur le chèvrefeuille justifieront cette opinion. Elles montreront aussi combien Rabelais en prenait à son aise avec ses auteurs et, comme le dit M. Plattard, la part de son invention dans ce qui touche à la médecine au milieu de l'épopée pantagruélique.

> Je trouve en nostre Faculté de médecine et l'avons prins de la résolution des anciens platoniques que la concupiscence charnelle est réfrénée... par certaines drogues et plantes, lesquelles rendent l'homme refroidi, maléficié et impotent à génération. L'expérience y est en nymphæa heraclia, amerine, saule, periclymenos... etc.
>
> (Rabelais, *Pantagruel*, liv. III, chap. 31)

Tenons-nous en, pour aujourd'hui, à ce dernier (6). Le periclymenos de Rabelais est notre *Lonicera periclymenum*, L., le chèvrefeuille. Si ceci est assuré, c'est, en revanche, un redoutable problème de concordances que celui que posent le κλύμενος et le περικλύμενος antiques.

Du κλύμενος de Théophraste, on ne peut honnêtement rien dire, car le vieil auteur ne donne aucune description de la plante (7). Dioscoride a un κλύμενος (8) qui semble être le *Lathyrus latifolius*, L. et un περικλύμενος (9), que l'on s'accorde à reconnaître pour notre chèvrefeuille, sans qu'il soit absolument assuré que cette opinion soit juste. Pline, brouillant tout à son ordinaire, décrit deux *Clymenus* (1) : l'un qui est celui de Dioscoride ; l'autre qui se confond, sans que Pline s'en doutât, avec son *periclymenus*, ou chévrefeuille (1). Or, Rabelais a, lui aussi, un clymenos et un periclymenos.

> Parmi les plantes, les unes ont prins le nom de celui qui premier les inventa, cogneut, monstra, cultiva, apprivoisa et appropria... comme clymenos de Clymenus.
>
> (Rabelais, *Pantagruel*, liv. III, chap. 50).

Il y eut un Clymène roi d'Arcadie, un autre roi d'Orchomène, et bien d'autres Clymène légendaires. Auquel attribuer le chèvrefeuille ? Rabelais ne s'en est pas inquiété ; il a simplement, pour ce seul détail, suivi Pline : *Clymenus a rege appellata est* (1). Or, ce clymenus royal de Pline est le chèvrefeuille et, ni à son propos, ni plus loin au sujet du periclymenus, le compilateur latin ne fait mention d'aucune vertu anaphrodisiaque. C'est du second clymenus plinien, du *Lathyrus latifolius*, L., qu'il est écrit : *et succus autem in usu, vi summa in refrigerando*. En ce qui regarde le chèvrefeuille, le médecin s'est donc séparé du naturaliste.

Il y a plus, car ce n'est pas seulement de Pline

(1) Ce *De curationibus morborum per medicamenta paratu facilia* du médecin grec, traduit et annoté par J. Moïbanus et C. Gesner, parut, à Strasbourg, seulement en 1655.

(2) Oribase. — *Euporistes*, liv. IV, chap. 93.

(3) L. Sainéan. — *L'histoire naturelle dans l'œuvre de Rabelais*, (in-8 Champion, Paris, 1921, p. 127). *Tous ces exemples se trouvent dans Pline avec les détails qu'ils comportent.*

(4) Dans d'autres éditions, chap. 61.

(5) Paul Dorveaux. — Notes pour le Commentaire, *Revue des Etudes rabelaisiennes*, in-8, (Champion, Paris, 1907, t. V. p. 85 : *Rabelais a pris cette nomenclature de drogues et plantes antiaphrodisiaques dans l'histoire naturelle de Pline. Un chapitre de cet ouvrage* (liv. XXVI, ch. 10) *est consacré aux herbes qui* eschauffent ou raffroidissent la personne au jeu d'amour. *Rabelais a puisé dans ce chapitre pour deux herbes seulement et dans le reste de l'ouvrage pour les huit autres drogues.*

(6) Pour les trois premières plantes, voir : Plantes de cloitres, *L'Art médical*, 1928.

(7) Theophraste. — *Histor. Plantar*, liv. IX, ch. 9, p. 179 de l'édit. greco-latine des *Œuvres*, in-fol. H. de Haestens, Genève, 1713 (chap. 8, p. 239 de l'édit. Teubner, Leipsig, 1854) et liv. IX, chap. 19 (H. de Haestens), ou chap. 18 (Teubner).

(8) Dioscoride. — *Traité de matière médicale*, liv. IV, chap. 11 (ou 13 dans certaines éditions).

(9) *Idem*, chap. 12 (ou 14 dans certaines éditions).

(1) Pline. — *Histoire naturelle*, liv. XXV, chap. 7 (ou 33 dans d'autres éditions).

qu'il s'écarte, mais de tous les Anciens, en mettant periclymenos au rang des herbes anaphrodisiaques. Pline avait dit du chèvrefeuille : *sterilitatem pota etiam* viris *fieri* (1). L'opinion venait de Theophraste (2) et de Dioscoride ; elle avait été reprise plus tard par Galien (3) avec une nuance de doute. La tradition médicale classique était donc pour une action stérilisante, qui valut quelquefois au periclymenos le nom de ἄγονον et qui s'exerçait particulièrement, non pas sur les fem-

mes comme l'a dit M. Sainéan (4), mais sur les hommes. Or, la stérilité n'est pas l'anaphrodisie.

Elle en est si loin en la circonstance que, à suivre les doctrines d'autrefois, on aboutit à un sentiment juste opposé à l'opinion de Rondibilis. Nos pères ont cru longtemps aux *facultés* première, seconde et troisième des médicaments. Volontiers, ils répartissaient ceux-ci en quatre grandes classes, déterminées par leur *faculté première* : chaude, froide, sèche ou humide. La chèvrefeuille était chaud et sec au troisième degré. *Fructus et folia siccantem simulque calefacientem vim habent,* écrit Paul d'Egine (1). On peut comprendre l'action stérilisante. Quant au reste, J. de Renou (2) dira avec la naïveté crue de son temps : *les médicaments chauds eschauffent et fortifient l'estomach, désopilent le foye, dissipent les ventositez, corrigent l'intempérie froide de la matrice et font lever la queue.*

Il est vrai, je n'ai nulle part rencontré qu'on ait explicitement accordé au chèvrefeuille pareille vertu (3) ; mais elle est confirmée par la tradition populaire, qui fait de la plante un symbole d'amour et que tous nos *Langage des fleurs* ont recueillie (4). Le plus complet de ces recueils sur ce point particulier est, à ma connaissance, celui de Sirius (5). Il donne : chèvrefeuille blanc jaunâtre = lien d'amitié ; — chèvrefeuille rouge = liens d'amour ; — chèvrefeuille blanc = liens purs de tout amour ; — chèvrefeuille jaune en dedans et rouge en dehors = liens d'amour et de chair. Dans le patois gallot (Bretagne), *cherfeu* (chèvrefeuille) veut dire chère fille. Certes, ce symbolisme tient à la nature grimpante de la plante et non pas à ses propriétés thérapeutiques ; mais il s'accorde avec J. de Renou autant qu'il s'oppose à la pensée rabelaisienne.

Détourné des Pères de la Médecine, de Pline même qu'il repète si souvent, des traditions populaires auxquelles il fut toujours si attentif, Rabelais avait-il, sur ce sujet particulier suivi le conseil de Gargantua à Pantagruel : *quant à la cognoissance des faicts de nature, je veulx que tu t'y adonnes curieusement et que rien ne te soit incognu* (6) ? Nous avons vu qu'il a écrit : *L'expérience y est en..... periclymenos* ; a-t-il vraiement, cette fois, parlé d'expérience ? A cette

(1) *Idem*, liv. XXVII, chap. 12 (ou 94 dans d'autres éditions).

(2) En admettant que le κλύμενος de Théophraste soit le chèvrefeuille. *On dit que ne peut jamais engendrer celui qui, pendant trente jours consécutifs, a bu largement une tisane vineuse de semence de* κλύμενος ; *car cette semence passe pour stériliser* (ἀγονεῖν) *complètement l'homme* (*Histor. plantar.*, liv. IX, chap. 18, § 6 (édit. Teubner.)

(3) Galien. — *De simpl. medic. facultat.*, chap. VIII dans *Opera Omnia*, édition in-fol. des Juntes, 1576, 5e classe, p. 58 B. — *Certains disent que la semence de chèvrefeuille prise en trop grande quantité rend tout à fait stérile.*

(4) L. Sainéan. — *L'histoire naturelle dans l'œuvre de Rabelais*, in-8 Champion, Paris, 1921, p. 134.

(1) Paul d'Egine. — *De re medica*, liv. VI. — Cf. aussi : Oribase, *Medicin. Collect.*, liv. XV.

(2) Cité par Wickersheimer. — *La Médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance*, in-12, Maloine, Paris, 1906, p. 404.

(3) Je reconnais même que l'opinion générale de J. de Renou est en opposition avec celle de Galien : *venerem cohibent calida et sicca* (*Opera omnia*, édit. in-fol. des Juntes, Venise, 1576, 5e cl., p. 57 F. *de simpl. med. fac.* ch. 8).

(4) Cf. abbé Noël. — *Le véritable langage des fleurs*, in-12, Ruffet, Paris, 1867, t. I, p. 231. — C. D. Chambet, *Emblèmes des fleurs*, in-18, Maison, Paris, s. d. — Mme Leneveux, *Les fleurs emblématiques*, in-16, Roret, Paris, s. d., etc.

(5) Sirius. — *Nouveau langage des fleurs*, in-16, Kobb, Paris, s. d., p. 41.

(6) Rabelais. — *Pantagruel*, liv. II, chap. 8.

expérience très spéciale un détail de sa vie pourrait laisser croire : sa mise en *in-pace* dans l'abbaye de Fontenay-le-Comte et les raisons qu'on en a données.

On inventa pour prétexte, écrit E. Noël (1), qu'il avait voulu par drogues diaboliques pousser les bons pères à la concupiscence charnelle; mais Rabelais, longtemps après, lorsqu'il racontait cette histoire, prétendait, en riant, qu'ils avaient craint précisément le contraire.

Il aurait donc mêlé des herbes calmantes à la nourriture des moines et ses premiers essais de thérapeutique anaphrodisiaque remonteraient loin. Le malheur est que cette histoire appartient toute entière à la légende qui, très vite, se forma autour de Rabelais. La conversation que rapporte E. Noël est née de sa seule fantaisie. L'emprisonnement même de Frère François à Fontenay-le-Comte, du moins dans un *in-pace*, reste chose intcertaine.

Rabelais, en revanche, eut d'autres occasions de se faire une expérience personnelle de la thérapeutique, quoi qu'en ait dit M. Wickersheimer. *Rabelais*, écrit-il (2), *fut le médecin particulier du Cardinal de Bellay, puis du Cardinal de Langey et ne connut sans doute jamais d'autres clients.* — Mais, sans compter l'amusante erreur de faire un cardinal de Guillaume du Bellay, *seigneur de Langey*, général et diplomate , c'est oublier que le docteur Rabelais fut médecin du Grand Hôpital de Lyon en 1535 et médecin de la ville de Metz en 1547.

Je ne crois pas pourtant que ces années de pratique médicale lui aient fait découvrir dans le chèvrefeuille des propriétés anaphrodisiaques. Encore aujourd'hui, en dehors de quelques données toxicologiques publiées par O. Hanssen de Christiania dans le *Nordiskt medicinsk Arkiv*, nous ne savons à peu près rien de la pharmacodynamie du *Lonicera periclymenum*. On l'employait empiriquement au XVI[e] siècle au titre de diurétique, de vulnéraire, quelquefois d'eutocique. On l'a utilisé plus longtemps comme antispasmodique ; et c'est ainsi qu'un *sirop de chèvrefeuille* existait toujours dans notre *Codex* de 1837 (1), utilisable contre la toux, l'asthme et le hoquet. Mais je n'ai trouvé nul auteur qui en fit une plante ennemie de Vénus, nul auteur hormis Rabelais.

Pareille découverte thérapeutique est médiocre quand, par la suite, elle n'est pas confirmée. En réalité, il n'en faut même pas prêter le mince honneur à Rabelais, qui ne la fit certes pas. Au *Prologue* de *Gargantua*, il nous a dit lui-même qu'il écrivit son œuvre en se jouant, *n'y perdant, ne employant oncques plus ne aultre temps que celui qui estoit estabIi à prendre réfection corporelle.* Il n'eut donc pas, — Dieu merci ! — la pensée d'ajouter là à la médecine de son siècle.

Du reste, s'il était médecin, il était érudit plus encore et M. P. Stapfer a pu parler de sa *mémoire encombrée et farcie de curiosités de toutes sortes, qui, venant pèle-mêle, au bout de sa plume, amusent et délectent visiblement l'écrivain* (2). Pour le periclymenos, cette mémoire, simplement, l'a trahi.

Jetant sur le papier des souvenirs qui venaient en foule et d'une verve qui se fut émoussée à en contrôler l'exactitude, on comprend sans aucune peine que l'érudit ait oublié l'exacte tradition médicale classique et transformé en vertu anaphrodisiaque l'action stérilisante attribuée au chèvrefeuille. Il vient seulement quelque surprise de ce que le médecin, à défaut de s'apercevoir que l'une comme l'autre étaient irréelles, ne sut pas du moins sauver l'érudit de son erreur.

A. GARRIGUES.

(1) E. NOËL. — *Rabelais*, in-16, Recus, Paris, 4[e] édition, s. d., p. 58.
(2) WICKERSHEIMER. — *Loc. cit.*, p. 17.

(1) CODEX. — Pharmacopée française, in-4 Béchet, Paris, 1837, p. 367.
(2) Paul STAPFER. — *Rabelais*, in-12, Colin, Paris 1889, p. 360.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Réunion du 10 juin 1928, à Belley.

Présidence du D[r] LEVRAT.

Présents MM. les docteur : LEVRAT, JULLIARD (Châtillon), BRANDSTETTER, LARRIEU, MARICHAL, PATEL, PERRIER, PORTE, BERARD, BONDET, BRUNET, CARRON, CHABERT, CHABOUX, DE CHOUDENS, COLMEZ, FAVRE, GIDON, GIRARDOT, MAITREJEAN, MICHAUD, PAGET, PINARD, PONSARD, ROLLAND (François), ROLLAND (Jean), SAINT-PIERRE, TEMPORAL, TOUILLON, VIEUX, VION-DELPHIN.

Excusés : MM. les docteurs CLÉRET, FUZIER, GRÉZEL, JULLIARD (Genève), MARTIN, RIGAUD, RENARD, ROCHETTE.

I. — *Congrès des Syndicats médicaux de France* (*Paris*, 30 *novembre* 1927.)

M. le D[r] BRANDSTETTER, secrétaire du Syndicat, après quelques mots sur la tenue du *Congrès des*

Syndicats médicaux, du 30 novembre 1927, à Paris, fait l'exposé des décisions prises au sujet des *Assurances sociales*. Ces décisions ont été énumérées dans le *Bulletin de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France.*

Les décisions ci-dessus mentionnées, prises à la presque unanimité du Corps médical, représenté au Congrès, doivent, en fin de compte, *aboutir à la fusion des groupements dissidents, en un groupement unique.*

Les statuts de ce groupement unique, approuvés antérieurement par tous les Syndicats médicaux de France, *devront être définitivement votés au nouveau Congrès des Syndicats médicaux*, qui se tiendra à Paris le 8 *juillet* 1928.

Le *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex* approuve la nomination par des *Collèges électoraux régionaux*, des délégués devant prendre part au *Congrès des Syndicats médicaux de France* du 8 juillet prochain. Ces collèges régionaux seront composés de 300 à 400 membres.

Les médecins délégués devront représenter les *Groupements régionaux* au sein du futur *Conseil d'administration* de la nouvelle « *Confédération nationale des Syndicats médicaux de France* ».

Le *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex* devra entrer en pourparlers avec le *Syndicat Bourg-Trévoux* et avec les *Syndicats de la Savoie et de la Haute-Savoie*, ainsi qu'avec les *Syndicats du Jura*, pour constituer, si faire se peut, *un Collège électoral régional.*

II. — *Congrès des Syndicats médicaux de France du 8 juillet* 1928, *à Paris.*

Le *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex* donne mandat au Dr BRANDSTETTER, pour le représenter au *Congrès des Syndicats médicaux de France*, qui aura lieu à Paris, le 8 juillet 1928.

III. — *Conflit entre le Corps médical et l'Administration préfectorale.*

A propos du conflit entre le Corps médical et l'Administration préfectorale, *au sujet des tarifs de l'Assistance médicale gratuite*, etc., et après un exposé historique rapide de la question, lecture est donnée des décisions, prises par le *Conseil général de l'Ain, dans sa session extraordinaire du* 15 *mai* 1928.

I. — *Assistance médicale gratuite.* — Consultation au cabinet du médecin : 10 francs. — Visite au domicile du malade : 12 francs. — Indemnité kilométrique : 3 francs par kilomètre parcouru à l'aller.

II. — *Service de la protection des enfants du premier âge.* — Visite mensuelle : 10 francs. — Certificat médical : 10 francs. — Indemnité kilométrique : 3 francs.

III. — *Pupilles de l'Assistance publique.* — Consultation : 10 francs. — Visite : 12 francs. — Indemnité kilométrique : 3 francs.

Ces différents tarifs n'entreront en vigueur qu'à partir du 1er *juillet* 1928.

Les mémoires d'honoraires du premier semestre 1928, *seront établis d'après les anciens tarifs* (consultation : 6 francs ; visite : 8 francs, etc., etc.).

IV. — *Service de la vaccination.* — Par personne vaccinée : 1 franc. — Minimum par séance de vaccination : 10 francs. — Séance de revision : 10 francs. — Maximum par séance de vaccination : 40 francs. — Indemnité kilométrique : 3 francs.

Les tarifs de vaccination, ci-dessus mentionnés, sont applicables dès maintenant (à partir du 1er janvier 1928).

IV. — *Accidents du travail.* — *Expertise.*

A une demande de la « *Fédération nationale* », proposant d'établir un *Tarif unique pour les expertises d'accidents du travail*, toute l'Assemblée se rallie au *tarif de* 150 *francs.* — *Ce tarif comportera, en plus, l'indemnité kilométrique habituelle*, s'il y a lieu à un déplacement.

V. — *Certificat médical pour Assurance-vie.*

Il est rappelé aux médecins que *le tarif minimum pour les certificats d'Assurance-vie est de* 60 *francs.*

VI. — *Organisation de la lutte antivénérienne.*

A une demande, faite au Syndicat par l'Administration préfectorale, *pour concourir à l'organisation de la lutte antivénérienne*, il est répondu de la façon suivante :

Les médecins feront tous leurs efforts dans ce sens, en acceptant d'entrer en rapport avec les dispensaires organisés, et en réclamant les médicaments pour les malades nécessiteux ; *sans toutefois violer, en quoi que ce soit, le secret professionnel.*

VII. — *Admission de nouveaux membres.*

Candidats ayant demandé leur admission :

M. le Dr GUEUGNON, de Tenay. Parrains : MM. les docteurs LEVRAT et COCHAUD.

M. le Dr TOUILLON, de Nantua. Parrains : MM. les docteurs LEVRAT et GRÉZEL.

M. le Dr MAITREJEAN, d'Hotonnes. Parrains : MM. les docteurs BONDET et GRÉZEL.

MM. les docteurs GUEUGNON, TOUILLON et MAITREJEAN sont admis à l'unanimité.

VIII. — *Réunion d'automne.*

La réunion d'automne aura lieu à Bellegarde, en novembre 1928.

Le Secrétaire adjoint.
Dr MARICHAL.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A.P.I.M.

Paris, le 10 juillet 1928,

3e SESSION DU CONSEIL GÉNÉRAL.

Mon cher Confrère,

Vous êtes instamment prié de venir à la *troisième session du Conseil général de l'A.P.I.M.*, qui aura lieu à Paris, au Siège social, 25, rue Louis-le-Grand (près l'Opéra), les 27, 28, 29 *et* 30 *septembre* 1928.

Les séances auront lieu, comme lors des précédentes sessions, de 9 heures à midi et de 14 heures à 18 heures.

Les correspondants nationaux *titulaires* qui ne pourraient assister à cette session, sont priés de se faire remplacer par leurs *suppléants* ou, à défaut, par tout confrère *spécialement mandaté*, à cet effet, par le Groupement national.

De même, ainsi qu'il est dit à l'art. 4 des statuts : « plusieurs groupements de pays différents, bien que possédant obligatoirement un correspondant particulier à chacun, peuvent à titre de « suppléant » envoyer un *délégué commun*, chargé de les représenter en bloc. »

Enfin, il fut convenu, l'année dernière, que les Groupements nationaux, non encore adhérents officiellement à l'A. P. I. M. pourraient, pour se rendre compte des buts et de l'utilité de notre groupement international, envoyer des délégués à notre session, à titre d'*observateurs*. Et ceci s'adresse particulièrement à un certain nombre de groupements à qui, depuis plus d'un an déjà, le Secrétariat de l'A. P. I. M. fait le service des circulaires et des enquêtes, en la personne d'un « correspondant officieux et bénévole. »

***

Nous vous prions, mon cher Confrère, de vouloir bien *répondre au Secrétariat* dès que possible et dire de quelle façon, soit par vous-même, soit par un suppléant, vous assurerez la représentation de votre Groupement et de nous répondre également, même si votre groupement ne pouvait malheureusement être représenté, malgré les facilitsés statutaires énumérées ci-dessus.

Nous faisons la même demande aux correspondants officieux et bénévoles qui pourraient venir eux-mêmes ou aux suppléants à titre d'observateurs.

C'est dans l'espoir que presque tous nos groupements seront représentés à nos grandes assises internationales, si importantes pour la défense du praticien, que je vous adresse, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Secrétaire général de l'A. P. I. M. :
Dr F. DECOURT.

P. S. — Veuillez trouver ci-joint *deux annexes* :

*Annexe n*o 1 : observations préliminaires sur le contenu du programme.

*Annexe n*o 2 : programme de la session.

***

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LE CONTENU DU PROGRAMME

Mon cher Confrère,

La circulaire 24, du 18 mai dernier, avait donné un avant-projet de programme pour notre 3e session de façon que chaque correspondant puisse faire ses observations et ses propositions. C'est ce qui eut lieu, non sur le fond même de ce programme qui est adopté par tous ceux qui ont répondu au Secrétariat, mais sur un point particulier qui fut soulevé par quatre correspondants.

Il s'agit de l'importance de ce programme même et de la crainte de ne pouvoir le liquider en trois jours seulement, surtout si nous voulons prendre des conclusions fermes à propos des assurances sociales, et cela en toute liberté, sans être pressés par le temps...

Tenant compte de ces observations qui me semblent personnellement d'autant plus justes, que j'avais eu la même impression, je propose donc, qu'en outre des trois jours prévus : jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 septembre, nous mettions le dimanche 30, étant bien entendu, naturellement, que nous terminerions la session le samedi soir, dans le cas où nous aurions à ce moment, épuisé tout notre ordre du jour. Et c'est pourquoi, j'ai cru bon de mettre *ces quatre jours* en tête même de notre programme.

Nous aurons aussi à nommer *trois* membres de la *Commission administrative*, puisqu'il reste trois sièges à pourvoir dont nous avons omis de désigner les titulaires l'année dernière. On sait que les membres de cette Commission sont nommés pour trois ans, nous aurons donc l'année prochaine à en nommer six autres, ou à renouveler le mandat des sortants, puisqu'ils seront rééligibles.

Vous verrez qu'il est parlé aussi, dans le programme, d'une *addition aux statuts*. C'est que, lorsque j'ai voulu, comme je le devais, déclarer notre Association, on m'a fait remarquer qu'on avait omis de désigner, comme d'habitude dans les statuts, le texte de loi sous lequel cette Association doit être rangée. De plus, il faut également penser que d'ici peu, il y aura une loi sur les groupements internationaux et il importe de le prévoir également dans nos statuts. Ce sont là des « questions de forme », mais qui ont leur importance légale et qu'il sera bien facile de régler.

Nous aurons aussi, à la demande du Trésorier, à étudier la question de l'*unification des cotisations* et la suppression éventuelle de la diminutinon de

50 % dans le taux de la cotisation pour les pays à change déprécié. Devant les frais croissants du Secrétariat, par suite de ses travaux mêmes (bien que ces frais soient très modiques, parce que réduits au strict minimum), il y a lieu, a pensé notre trésorier, et je ne puis que l'approuver, de supprimer cette disposition des demi-cotisations qui n'avait d'ailleurs été inscrite dans l'article 2 du règlement intérieur, qu'à titre essentiellement *provisoire*.

Dans le même ordre d'idées, la question de notre *Revue internationale* devra être examinée. Cette Revue me paraît devoir constituer, dorénavant, notre *Bulletin officiel* et contenir tous nos travaux et tous les résultats de nos enquêtes. Or, celles-ci dactylographiées coûtent très cher de main d'œuvre et surtout d'envoi. Les frais seraient beaucoup moins élevés si elles pouvaient être incorporées dans notre *Revue*..... Mais, dans ce cas, celle-ci devra paraître environ quatre fois par an, au lieu de deux. Il y aurait donc à songer à en diminuer les frais par de la *publicité* et c'est ce que vous aurez à décider vous-mêmes, d'après les propositions qui me sont faites par la maison de publicité de notre *Bulletin* des Syndicats français et aussi par une maison de publicité dont le Directeur vint me voir, envoyé par des confrères de Belgique. Pourrait-on avoir d'autre publicité dans d'autres pays : il appartiendrait à chaque correspondant d'y songer et de voir si la chose est possible dans son propre pays, en se basant sur une *Revue* paraissant quatre fois par an et tirant (pour le moment du moins) à 500 exemplaires. Nous examinerons attentivement en séance cette question, mais j'ai tenu à la poser dès maintenant pour que chaque correspondant s'y intéresse et puisse, au besoin, nous apporter quelque proposition utile.

* * *

A la suite du programme lui-même vous trouverez trois réunions auxquelles vous êtes priés d'assister, AINSI QUE LES DAMES.....

1° C'est d'abord l'*Institut international de Coopération intellectuelle*, organe de la Société des Nations qui a son siège à Paris et nous invite à une réception amicale en ses locaux du Palais-Royal (à dix minutes à pied de notre Siège social).

Le rapport que je viens de terminer sur cet I. I. C. I. et que vous allez recevoir d'ici peu vous donnera une première idée de l'importance de ce nouvel organisme international. De plus, M. WEISS, chef du service juridique, viendra à l'une de nos séances, nous donner de vive voix toutes explications complémentaires. Mais d'ores et déjà, d'accord avec MM. PREZZOLINI, WEISS et VOS VAN STEENWIJK, les chefs de section de l'I. C. I., avec lesquels je suis en rapports cordiaux, nous sommes attendus le jeudi 27 septembre à 18 heures.

2° Vous pouvez voir dans l'*enquête G* sur « l'examen médical pour conduire les automobiles » que la Société des Transports en commun de la région parisienne (S. T. C. R. P.) fait passer à ses candidats-chauffeurs, un *examen psychique* constitué par des épreuves pratiques devant toute une série d'appareils et dispositifs spéciaux. Monsieur LAHY, le directeur de cette section psychique de l'examen médical, a bien voulu, sur ma demande, mettre à notre disposition ses locaux, et ses appareils, qui sont situés dans une des annexes de la S. T. C. R. P. et où il nous attendra le vendredi 28 septembre à 16 heures 1/2. J'ai pris cette initiative, persuadé que vous y trouverez tous un puissant intérêt, comme je l'avais trouvé moi-même lors de ma visite pour faire mon rapport national à l'enquête G.

3° Enfin, j'ai la satisfaction de voir que le *dîner confraternel* a été chaleureusement approuvé par tous les correspondants qui m'ont répondu jusqu'ici. Et, comme la plupart m'ont annoncé leur intention de venir avec leurs femmes, j'espère que ce premier dîner laissera un bon souvenir à chacun et que nous pourrons en perpétuer la tradition dans les sessions suivantes.

* * *

Telles sont les explications préliminaires que je tenais à vous donner, avant de vous adresser le programme de notre 3e session. Vous le trouverez, sans doute, très chargé... ce n'est là qu'une preuve nouvelle de l'utilité de notre A. P. I. M. et des services signalés qu'elle peut rendre aux médecins praticiens.

Le Secrétaire général de l'A.P.I.M. :
Dr F. DECOURT.

PROGRAMME DE LA IIIe SESSION DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'A. P. I. M.

(27, 28, 29, 30 septembre 1928.)

1° Nomination du *président des séances* de la 3e session ;

2° Nomination des deux *contrôleurs des comptes* ;

3° Nomination de titulaires aux trois sièges vacants de la *Commission administrative* ;

4° Insertion dans les *statuts* d'un article concernant le régime *légal* de l'A. P. I. M.

5° *La XIe session de la conférence internationale du travail*, à Genève, rapporteur Dr DECOURT (France).

6° ASSURANCE-MALADIE.

Deux rapporteurs distincts sur les résultats des enquêtes C et C2 : le docteur SCHNEIDER (Allemagne) et le docteur FARKAS (Yougoslavie).

a) *Etude des deux rapports*, conjointement sur chaque question. Examen des conclusions, motions ou résolutions proposées, d'ordre international, soit des questions réservées parce que d'ordre uniquement national.

b) *Vote d'un ordre du jour* marquant les positions actuelles de l'A. P. I. M. devant les diverses questions concernant l'assurance-maladie.

7° Nomination de *délégués* en vue de pourparlers

éventuels avec l'Internationale des caisses-maladie 1929. *Mandat* à donner à ces délégués.

8° *L'Institut international de coopération intellectuelle* (organe de la Société des Nations). Rapporteur : Dr DECOURT (France) avec audition de M. WEISS, chef du service juridique de l'I. I. C. I.

9° *Les médecins spécialistes* devant l'ensemble du Corps médical. Rapporteur : Dr VUILLEUMIER (Suisse) sur les résultats de l'*enquête E*. Conclusions à prendre.

10° *La liberté de prescription en médecine sociale*. Rapporteur Dr SCHAEFTGEN (Luxembourg) sur les résultats de l'*enquête F*, conclusions à prendre.

11° *Rapport du trésorier* avec l'unification proposée des cotisations, par la suppression des modalités spéciales aux pays à change déprécié.

12° *Rapport des Commissaires des comptes.*

13° *L'examen médical pour les conducteurs d'automobiles*. Rapporteur : Dr FORTUYN (Hollande) sur les résultats de l'*enquête G*, conclusions à prendre.

14° Notre *Revue internationale*. Rapporteur : Dr DECOURT (France). Décisions à prendre sur le nombre annuel de ses numéros et sur des propositions de publicité.

15° Principales *enquêtes à faire en* 1929.

16° *Date* et *siège* de la 4e session (en 1929).

17° Questions diverses.

***

Annexe au programme.

1° Le jeudi 27 septembre, à 18 heures, *réception* des membres du Conseil général de l'A. P. I. M. à l'*Institut international de coopération intellectuelle* au Palais Royal, 2, rue Montpensier. Les dames sont également priées de se rendre à cette réception.

2° Le vendredi 28 septembre, à 16 h. 30, *visite* des divers appareils servant à l'*examen psychique* des candidats à l'emploi de conducteurs d'automobiles à la S. T. C. R. P. (Société de transports en commun de la région parisienne). Cette visite se fera à l'une des annexes de la S. T. C. R. P., 15, rue du Hainaut, sous la conduite de M. LAHY, directeur du service. Les dames peuvent également assister à cette visite.

3° Le samedi 29 septembre, à 19 h. 30, *dîner confraternel* au Foyer Médical franco-international, 10, avenue d'Iéna (prix : 45 fr. français). Les dames y sont spécialement conviées, ainsi que tout confrère présenté par un des membres du Conseil général.

Paris, le 10 juillet 1928,

Le Secrétaire général de l'A. P. I. M. :

Dr F. DECOURT.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social,

Par le Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire.

Suite (1).

Décès.

Les « *décès* » enregistrés du 1er janvier au 31 décembre 1927, parmi les « positifs » diagnostiqués pendant cette période, atteignent le nombre de 30, soit 25 % environ, le quart des « positifs »

Parmi ces décès on compte : 14 hommes, soit 20 % (68 hommes positifs), et 16 femmes, soit 33 % (48 positives).

En 1926, le pourcentage des décès avait été de 25 % également, hommes et femmes réunis, 24 % pour les hommes, 23 % pour les femmes et 50 % pour les enfants.

Au point de vue « localisation » des lésions, on trouve, parmi ces décédés : chez les hommes, 4 localisations droites, 4 gauches et 6 bilatérales ; chez les femmes, 7 droites, 5 gauches et 4 bilatérales ; soit en tout 11 droites, 9 gauches et 10 bilatérales.

Pourcentages :

19 % de décès parmi les localisations droites ;

25 % de décès parmi les localisations gauches ;

42 % de décès parmi les localisations bilatérales.

En 1926, ces pourcentages étaient respectivement de : 20 %, 17 % et 44 %.

Chez les hommes seuls on trouve :

11 % de décès parmi les localisations droites (18 % en 1926) ;

21 % de décès parmi les localisations gauches (24 % en 1926) ;

43 % de décès parmi les localisations bilatérales (36 % en 1926).

Chez les femmes on trouve :

32 % de décès parmi les localisations droites (23 % en 1926) ;

31 % de décès parmi les localisations gauches (10 % en 1926) ;

40 % de décès parmi les localisations bilatérales (66 % en 1926).

Ainsi, les localisations « bilatérales » donnent évidemment le pourcentage le plus élevé de décès, presque la moitié ; puis viennent les « gauches ».

(1) *Concours Médical*, n° 32.

S'il est démontré que celles-ci ont une tendance plus marquée que les « droites » à se « bilatéraliser », il faut admettre logiquement que leur pronostic est plus sombre et accorder une certaine créance à la croyance populaire d'après laquelle la tuberculose du « côté gauche » serait « plus mauvaise » que celle de l'autre côté.

***

Classés d'après leur « *âge* », ces décédés se répartissent ainsi :

De 0 à 15 ans (enfants) 0 ;

De 16 à 20 ans, 7, soit 23 % des décès et 33 % des « positifs » entre ces deux âges ;

De 21 à 30 ans, 9, soit 30 % des décès et 21 % des « positifs » entre ces deux âges ;

De 31 à 40 ans (adultes) 7, soit 23 % des décès et 25 % des « positifs » entre ces deux âges ;

De 41 à 50 ans, 4, soit 13 % des décès et 23 % des « positifs » entre ces deux âges ;

De 51 à 60 ans, 1, soit 3 % des décès et 16 % des « positifs » entre ces deux âges ;

Au-dessus de 60 ans, 2, soit 6 % des décès et 66 % des « positifs » au-dessus cet âge.

La lecture de ces chiffres permet de constater que les trois quarts des décès enregistrés en 1927, parmi les « positifs » vus au dispensaire pour la première fois au cours de cette même année, concernent des sujets de 16 à 40 ans, c'est-à-dire des adolescents et des hommes ou femmes jeunes. L'autre quart intéresse presque exclusivement des adultes au-dessus de 40 ans. Autrement dit 70 à 75 % des décédés ont disparu à un âge où leur famille et la société pouvaient attendre d'eux de longs et utiles services.

***

Considérés au point de vue « *origine* », ville ou campagne, ces 30 « décédés » habitaient : 21 la ville de Béziers, soit 70 %, près des trois quart et 9 la campagne.

Nous verrons plus loin que, parmi les « positifs », 72 ont leur domicile à Béziers et 47 à la campagne. La proportion des décès est donc respectivement de 29 % pour les premiers et 19 % pour lès ruraux.

La mortalité tuberculeuse, parmi les « positifs » vus au Dispensaire en 1927, a donc été plus élevée à Béziers-ville qu'à la campagne. La morbidité tuberculeuse étant sensiblement la même ici et là, à la ville et à la campagne, il en résulte que les tuberculeux — il s'agit toujours de ceux connus du Dispensaire — meurent en plus grand nombre, à la ville qu'à la campagne.

Même constatation en 1926.

***

Malades envoyés par les médecins.

En 1927, le nombre de consultants envoyés au Dispensaire par les médecins a été de 633, dont 470 adultes et 163 enfants. Parmi ces derniers, 83 sont venus sur le conseil de leur « médecin traitant », et 80 de la part des Médecins Inspecteurs des écoles.

La proportion des adultes, par rapport au total des consultants adultes (998) est de 48 % ; elle est de 47 % si on considère les adultes et les enfants réunis, un peu inférieure à celle de 1926 qui était de 57 %, pour les adultes seuls.

Rappelons ici, à cette place, cette catégorie de malades qui n'ont pas été vus au Dispensaire et n'y sont pas inscrits, mais dont les expectorations, envoyés sur les conseils des médecins traitants, y ont été analysées (recherche du bacille de Koch). Le nombre de ces crachats a été de 50. Dans 8 d'entre eux a été trouvé le bacille de Koch.

Parmi ces malades adultes (470), vus sur la demande de leur médecin traitant, le nombre de « positifs » (crachats bacillifères) a été de 85, soit 73 % des « positifs » adultes, et 18 % des consultants adultes envoyés par les médecins (80 % et 27 % en 1926).

La proportion des « positifs » adultes ayant une autre origine (31), a été de 26 % des « positifs », et 6 % des consultants non envoyés par un médecin traitant (21 % et 9 % en 1926).

Ainsi le recrutement « médical » se maintient à un taux élevé et reste manifestement supérieur, en « quantité et en qualité » à tous les autres réunis.

***

Profession, âge et origine des « positifs ».

Parmi les « professions » exercées par ces 116 « positifs » adultes, nous relevons :

25 cultivateurs (viticulteurs), soit près du quart ;

13 employés de bureau ou de magasin ;

27 ménagères, soit près du quart également ;

5 domestiques ou femmes de ménage ;

5 couturières ou lingères ;

4 ajusteurs mécaniciens ;

4 plâtriers ;

4 menuisiers ;

2 employés de chemin de fer ;

2 commerçants ;

2 professions libérales.

et un ou deux représentants de l'une des professions suivantes : sténo-dactylographe, employées des P. T. T., boulanger, charretier, garçon de café, colporteur, forain, chauffeur, potier, tonnelier, électricien, instituteur, tuilier raccommodeur de parapluies.

Ainsi, parmi ces « positifs », les cultivateurs

et les ménagères conservent le triste privilège d'être les plus nombreux. Les premiers vivent, cependant, au grand air, mais le bénéfice incontestable qu'ils retirent de cette existence est probablement annihilé par d'autres facteurs tels que : le surmenage, les excès de toutes sortes, l'alimentation défectueuse, la contamination, le logement insalubre, etc.

Quant aux ménagères, employées de bureau, couturières, lingères, qui, réunies, représentent près de 40 % des « positifs », leur morbidité élevée doit être mise, sans nul doute, sur le compte de l'air confiné, de la contamination, du surmenage, des privations de toutes sortes et autres causes semblables qui amoindrissent leur résistance.

***

Au point de vue « *âge* », ces 119 « positifs », enfants et adultes, se classent ainsi :

De 0 à 15 ans, (enfants), 3, soit 1 % environ d'enfants vus, et 2,5 % des positifs ;

De 16 à 20 ans, 21, dont 9 hommes et 12 femmes, soit 17,5 % des positifs ;

De 21 à 30 ans, 42, dont 23 hommes et 19 femmes, soit 35 % des positifs ;

De 31 à 40 ans, 27, dont 19 hommes et 8 femmes, soit 22,5 % des positifs ;

De 41 à 50 ans, 17, dont 12 hommes et 5 femmes, soit 14,5 % des positifs ;

De 51 à 60 ans, 6, dont 5 hommes et 1 femme, soit 5 % des positifs ;

Au dessus de 60 ans, 3, dont 5 hommes et 0 femmes, soit 2,5 % des positifs.

Ces pourcentages concordent avec ceux de 1926 et des années antérieures.

Ce sont encore des adolescents et des adultes, de 16 à 50 ans, qui ont payé le plus large tribut à la maladie (88 %), et parmi eux, toutes proportions gardées, les femmes aussi bien que les hommes.

Qu'il nous soit permis encore une fois d'émettre ici le vœu que de nombreux organismes de prophylaxie, préventoriums, colonies de vacances à la montagne ou à la mer, etc... soient créées pour les adolescents, et même les adultes, afin de prévenir chez eux l'évolution de la tuberculose. Il est avéré, en effet, que celle-ci se développe surtout « *après l'âge de* 15 *ans* ». Ne pas perdre de vue les sujets à leur sortie de l'école, les surveiller constamment pour parer immédiatement à toute déficience de leur état de santé, entretenir leur résistance, *est un devoir des plus urgents.*

***

Au point de vue « *origine* », ville ou campagne nous trouvons 72 « positifs » habitant Béziers, soit 60 % et 47 la campagne.

Le pourcentage des « positifs » est sensiblement plus élevé pour la ville et Béziers que pour la campagne (secteur du Dispensaire). La population, ici et là, est cependant a peu près égale. Et ceci laisserait supposer que la morbidité tuberculeuse est supérieure à la ville

Pure illusion. Pour avoir la proportion exacte de la morbidité tuberculeuse rurale et urbaine connue du Dispensaire, il faut établir le pourcentage d'après le nombre de consultants adultes ruraux et citadins. Or, en 1927, ce nombre a été de 618 pour la ville de Béziers et 380 pour la campagne.

Le pourcentage de l'origine des « positifs ? devient alors celui-ci : 11,6 % pour la ville, et 12,3 % pour la campagne.

En 1925, et en 1926, ces proportions étaient de 18 et 23 %. Ce qui nous autorise à affirmer, une fois de plus, que la tuberculose, dans le secteur du Dispensaire de Béziers, sévit autant, sinon plus, à la campagne qu'à la ville.

***

La recherche du « *contact infectant* » a donné un résultat dans 40 cas, soit le tiers environ. C'est dans l'entourage immédiat du malade que ce »contact » , récent ou ancien, a été trouvé.

***

Répartition des « positifs ».

Parmi les 119 « positifs » diagnostiqués en 1927, 72, avons-nous dit, habitent Béziers et 47 la campagne.

Ces derniers se répartissent ainsi : 17 dans les deux cantons de Béziers (ville non comprise), et 7 à 8 dans chacun des cantons de Capestang, Murviel-les-Béziers, Servian et Saint-Chinian.

Quant aux 72 de Béziers-ville, leur répartition est la suivante : 44 dans le canton Nord, et 28 dans le canton Sud.

Le premier compte 33.000 âmes, en chiffres ronds (recensement de 1926) ; et le second 31.000. La proportion, par mille habitants, est donc respectivement de 1,3 ‰ et 1 ‰ c'est-à-dire sensiblement identique.

Même remarque si on suppose une ligne Nord-Sud divisant la ville en deux parties : Est et Ouest. Dans les quartiers de l'Est, 30.000 habitants, on trouve 32 « positifs », et 40 dans ceux de l'Ouest qui comptent 34.000 habitants, soit respectivement : 1 ‰ et 1,2 ‰ habitants.

Ces résultats concordent avec les précédents et confirment notre première impression : dans Béziers la tuberculose sévit peu à près également dans tous les quartiers.

***

Logement des « positifs ».

Sur ce « total de 119 « positifs », le Dispensaire connaît le logement de 77, soit près des deux tiers.

Classons ces logements en « suffisants » et « insuffisants ». Les premiers sont ceux dont le nombre de pièces, y compris la cuisine, est au moins égal à celui des personnes qui les habitent, plus une pièce supplémentaire, « *chambre d'isolement* », indispensable, à notre avis, pour « isoler » le contagieux, la nuit en particulier, et assurer la prophylaie ; les seconds comprennent tous ceux dont le nombre de pièces est inférieur à celui des personnes qui les habitent, ou encore, dans lesquels, le nombre de pièces étant égal à celui des habitants, il n'existe pas et il n'est pas possible d'aménager une « chambre d'isolement ».

Nous trouvons : logements « suffisants » : 28, dont 17 à la ville, et 11 à la campagne ;

Logements « insuffisants » : 49, soit 63 %, dont 31 à la ville, et 18 à la campagne ; soit 64 % pour la première et 62 % pour la seconde.

Ainsi, plus des deux tiers de ces logements, dans lesquels vivent un ou plusieurs tuberculeux « contagieux », sont « insuffisants », donc nuisibles au malade lui-même et malsains pour son entourage dont ils diminuent la résistance et favorisent les contacts infectants.

Ces logements « insuffisants », on les trouve à la campagne aussi bien qu'à la ville.

Là, ils sont situés soit dans des hameaux de faible importance, soit dans les grosses agglomérations.

Ici, à la ville, ils sont répartis à peu près également dans tous les quartiers : 15 au Nord, 16 au Sud, ou encore, 14 à l'Est et 17 à l'Ouest.

Ces résultats concordent avec les précédents et confirment nos premières constatations : la tuberculose affectionne le logement « *insuffisant* » *où qu'il soit situé.* Ce qui ne veut pas dire, rappelons-le, que tout logement « *insuffisant* est nécessairement « tuberculisé » ou « tuberculigène ».

D'autres facteurs interviennent, complexes et multiples, dont on ignore la nature, l'importance et l'influence respective sur la « graine » et le « terrain. »

***

Travail intérieur du Dispensaire.

En 1927, on constate dans le « rendement mensuel » du Dispensaire les mêmes variations que les années précédentes ; 146 consultants en janvier, 220 en février, 183 en mars, 196 en avril, 225 en mai, 279 en juin (dont 118 enfants), 149 en juillet, 95 en août, 101 en septembre, 184 en octobre, 136 en novembre et 138 en décembre.

***

Le nombre de « séances de consultations » a été, en 1927, de 170. La « consultation du soir », créée à titre d'essai pour permettre à la classe laborieuse de bénéficier des avantages du Dispensaire en dehors des heures de travail et fixée au mercredi 20 heures, a dû être supprimée. Elle était en effet peu ou pas fréquentée et imposait au personnel, infirmières et médecin, un dérangement tout à fait inutile.

Le nombre moyen de consultants, « anciens et nouveaux », vus à chaque séance a donc été environ de 12 ; (10 en 1926).

Celui des consultants « nouveaux », a été de 8 environ ; (7 en 1926).

Celui des « nouveaux diagnostics de tuberculose », négatifs ou positifs, fait à chaque consultation, adultes seulement, a été de 1,3 environ ; (1,6 en 1926).

Celui des « nouveaux diagnostics de tuberculose positive » fait à chaque consultation a été de 0,7 (0,9 en 1926).

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Morand, de La Neuve-Lyre (Eure). — M. le Dr Peschaud (Gabriel), de Murat (Cantal). — M. le Dr Regoby, de Perthes-en-Gâtinais (Seine-et-Marne).

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (professeur Paul Carnot). — *Cours de vacances de* 1928, sous la direction des professeurs P. Carnot et M. Villaret, du professeur agrégé Chabrol et du Dr H. Benard, médecin des hôpitaux.

Cours de septembre (10-22 septembre) : Notions récentes sur le diabète et les maladies du foie.

Lundi 10 *septembre* : 9 h. 30, Dr H. Bénard, Le métabolisme des sucres ; Syndromes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie. — 2 h. 30, Dr H. Bénard, Le métabolisme des protéines et des graisses.

Mardi 11 *septembre* : 9 h. 30. Dr H. Bénard, Le métabolisme basal ; Régulation du pH : réserve alcaline ; Syndromes d'acidose et d'alcalose. — 2 h. 30, Dr Froment, Les formes cliniques du diabète.

Mercredi 12 *septembre* : 9 h. 30, Dr Coury, Les gangrènes et les infections chez les diabétiques. — 2 h. 30, Dr Baudouin, Le coma diabétique et son traitement.

Jeudi 13 *septembre* : 9 h. 30, Dr Baudouin, La conduite du traitement de fond chez les diabétiques. — 2 h. 30, Dr Blum, Les kystes hydatiques du foie.

Vendredi 14 *septembre* : 9 h. 30, Dr Rachet, Les hépatites amibiennes. — 2 h. 30, Prof. Villaret. Les Syndromes cliniques d'hypertension portale.

Samedi 15 *septembre* : 9 h. 30, prof. Villaret, Les syndromes cliniques d'hypotension sushépatique ; Le foie cardiaque. — 2. h. 30, Dr Coury, Les syndromes cliniques de l'insuffisance hépatique ; Les épreuves d'insuffisance hépatique ; Petite insuffisance ; Syndromes hémorragiques ; Syndromes nerveux.

Lundi 17 *septembre* : 9 h. 30, prof. Villaret, Les hépatites alcooliques. — 2 h. 30, Dr Dumont. Les hépatites tuberculeuses ; Les hépatites paludéennes.

Mardi 18 *septembre* : 9 h. 30, Dr Terris, Les hépatites toxiques ; Ictère arsénobenzolique : Les hépatites syphilitiques. — 2 h. 30, Dr Bariéty, Les pigments biliaires ; Les sels biliaires ; La cholestérine ; Techniques de recherche dans le suc duodénal, le sang, la bile.

Mercredi 19 *septembre* : 9 h. 30, Dr Bariéty, Les syndromes d'ictère : ictères par rétention ; ictères dissociés ; ictère hémolytique ; ictères bénins et ictères graves. — 2 h. 30, Dr Dumont, Les spirochétoses ictéro-hémorragiques et les ictères infectieux.

Jeudi 20 *septembre* : 9 h. 30, Dr Boltanski, Les angiocholites ; Les cholécystites ; Les cirrhoses biliaires. — 2 h. 30, Dr Rachet, Les cancers du foie et des voies biliaires.

Vendredi 21 *septembre* : 9 h. 30, professeur agrégé Chabrol, La lithiase vésiculaire. — 2 h. 30, professeur agrégé Chabrol, Les lithiases compliquées.

Samedi 22 *septembre* : 9 h. 30, Dr Lagarenne, La cholécystographie. — 2 h. 30, professeur agrégé Chabrol, Traitement de la lithiase biliaire.

Voyage d'études a Vichy. — Après ce cours aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs des cours.

Droit de 250 fr. Inscription à la Faculté.

— **Indemnités aux médecins pour la vaccination antidiphtérique.** — Le Conseil général de la Seine vient de prendre la décision suivante :

« Art. 1er. — Les médecins du service des Pupilles du département de la Seine (Enfants Assistés) chargés de la vaccination antidiphtérique recevront une rétribution de 2 fr. par piqûre.

« Ils bénéficieront, en outre, de l'indemnité kilométrique pour la vaccination des pupilles de 15 mois à 7 ans en placement familial.

« Art. 2. — La vaccination antidiphtérique, qui, à l'avenir, ne concernera que les enfants de 13 à 15 mois, sera appliquée exceptionnellement, en 1928, à tous les pupilles de 13 mois à 7 ans. »

— **Les consultations externes des hôpitaux de Paris.** — Le Conseil municipal de Paris a prononcé le renvoi à l'administration de la délibération suivante :

« L'administration de l'Assistance publique est invitée à réorganiser les services de consultations externes des hôpitaux d'enfants en vue d'y pratiquer sur une plus grande échelle les traitements et soins à donner aux enfants et d'apprendre aux mères à donner ces soins et à assurer les prescriptions médicales, soit en avançant l'heure d'entrée des consultations, soit en faisant revenir les malades dans le courant de l'après-midi. »

— **Clinique gynécologique de Lyon.** — Dans le but de permettre aux docteurs en médecine de se perfectionner dans la connaissance des affections gynécologiques et de leurs traitements, il sera fait à la Clinique gynécologique (hôpital de la Charité, à Lyon), un enseignement complémentaire réalisé sous deux formes :

1° Un cours de perfectionnement pendant les vacances ; 2° un stage de perfectionnement au cours de l'année scolaire 1928-1929.

I. *Cours de perfectionnement.* — Ce cours aura lieu du jeudi 11 au samedi 27 octobre 1928. Il consistera en leçons théoriques, consultations gynécologiques et examens cliniques, permettant ainsi une étude rapide des principaux points de la pratique gynécologique.

Programme du cours. — Prof. Villard ; M. Labry, chef de clinique ; M. Quincieu, moniteur :

L'examen gynécologique. — L'antéflexion utérine et la dysménorrhée douloureuse en général. — La rétroversion utérine et son traitement. — Les pessaires. — Les prolapsus génitaux. — Les pertes blanches ; vaginites et métrites. — Formes cliniques, diagnostic et traitement des salpingites. — La métrite hémorragique, diagnostic des métrorragies ; le curettage. — La grossesse tubaire. — Symptômes. Evolution et complications des fibromes utérins. — Traitement des fibromes utérins. — Evolution, complications et traitement des kystes de l'ovaire. — Les agents physiques en gynécologie. — Cancer du col utérin. — Cancer du corps utérin ; traitement des cancers de l'utérus. — La stérilité.

Pour le détail se reporter à l'affiche spéciale apposée dans les locaux hospitaliers et universitaires ; ou en demander un exemplaire au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

II. *Stage de perfectionnement.* — Le stage sera d'une durée de deux mois pendant lesquels les stagiaires inscrits suivront les cours, assisteront aux visites, consultations et opérations du service. Ils pourront être admis à pratiquer quelques interventions de petite gynécologie. Les périodes de ce stage seront :

1° Du 1er novembre au 31 décembre 1928 ; 2° du 1er janvier au 28 février 1929 ; 3° du 1er mars au 30 avril 1929 ; 4° du 1er mai au 30 juin 1929.

Pour l'inscription au cours de perfectionnement et au stage, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine. Les droits d'incription seront de : cours de perfectionnement : 150 fr. ; stage de perfectionnement : 200 fr.

— **Hôpital Saint-Michel.** *Gastro-entérologie.* — Enseignement schématique de la gastro-entérologie par M. Maurice Delort. Présentation d'images, films cinématographiques, schémas, etc., concernant l'anatomie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique des voies digestives en 20 leçons.

Ces leçons seront faites les lundis à 14 heures précises et dureront une demi-heure environ. Elles commenceront le lundi 1er octobre et se termineront fin février.

Elles comporteront une présentation de figures avec un minimum de commentaire.

A l'issue des cours les auditeurs pourront revoir des albums avec reproductions des schémas et figures présentés.

Pour le programme détaillé, s'adresser à l'hôpital Saint-Michel, service de gastro-entérologie.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Action en paiement d'honoraires dirigée contre l'ouvrier. — Appel en garantie du patron. — Délai de quinze jours pour faire appel.

COUR DE CASSATION. Chambre Civile.

21 *avril* 1928.

D. H., 24 mai 1928-301.

Le délai d'appel d'un jugement, déterminant les honoraires du médecin, est de quinze jours, à dater du prononcé du jugement, lorsque, l'ouvrier, assigné par le docteur, appelle son patron en garantie, aux termes de la lo idu 9 avril 1928.

La Cour,

Sur le moyen unique,

Attendu que le jugement attaqué (Tribunal civil de Melun, 15 mai 1923) constate que le Dr Ladroitte a, le 1er octobre 1921, donné ses soins à la dame Chenot, médecin choisi par elle, ouvrière des Etablissements Verdier et Dufour, à Aubervillers, victime d'un accident du travail ; que ce médecin a assigné les époux Chenot devant le juge de paix de Brie-Comte-Robert en payement de la somme de 500 fr., montant de sa note impayée d'honoraires ; que les chefs d'entreprise ont été appelés dans la cause par les époux Chenot, les débats ayant révélé qu'il s'agissait d'un accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898, et que, par jugement du 20 janvier 1922, le magistrat cantonal a arbitré à 270 fr. les honoraires dus par les époux Chenot et fixé à 72 fr. la garantie de Verdier et Dufour.

Attendu que cette sentence ayant été frappée d'appel par le Dr Ladroitte, le 22 juin 1922 seulement, le jugement attaqué a déclaré irrecevable cet appel, formé après l'expiration du délai de quinzaine à partir de la décision, imparti par le paragraphe 15 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que le pourvoi fait grief au jugement d'avoir appliqué cette disposition spéciale aux contestations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques, procédant exclusivement de la loi du 9 avril 1898, à l'action exercée, pour le payement de ses honoraires, en vertu du droit commun, par un médecin contre l'ouvrier qui l'a choisi.

Mais attendu que l'appel en cause du chef d'entreprise, en vue d'obtenir sa condamnation personnelle au payement des sommes réclamées par le docteur Ladroitte, a eu pour effet nécessaire de donner à l'instance le caractère d'une action en réparation des conséquences d'un accident du travail ;

Attendu qu'il importe peu que le médecin ait exercé en outre, pour le complément de ses honoraires, les droits qu'il croyait tenir d'un engagement contractuel pris à son égard par l'ouvrier, que le jugement intervenu sur cette procédure ne pouvait être attaqué par la voie de l'appel que dans les formes et délais

prescrits par la loi sur les accidents du travail ; qu'en effet, le législateur a voulu, dans un intérêt d'ordre public, assurer la solution rapide des litiges de cette nature ; qu'il en résulte que, dans toute instance, où l'application de la loi du 9 avril 1898 est en jeu, l'appel est soumis aux règles de procédure qui y sont édictées, même si des questions d'une autre nature sont débattues. D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait, le jugement attaqué, loin de violer les textes visés au moyen, en a fait au contraire une exacte application.

Par ces motifs,

Rejette le pourvoi.

Commentaires

Depuis quelque temps, la Cour de Cassation a tendance à étendre l'applicabilité de la loi d'exception, qu'est celle du 9 avril 1898, à toutes les instances que les médecins peuvent engager, même en se plaçant sous l'empire du droit commun.

Ainsi, nous avons publié dans le *Concours médical*, 1928, p. 2082, un arrêt de la chambre des Requêtes de la Cour de Cassation, du 22 mai 1928, par lequel la Cour suprême considère comme soumise à la prescription annale de la loi de 1898 (et non à celle de l'article 2272 du code civil), une note d'honoraires médicaux réclamée à la victime d'un accident du travail, par le médecin appelé par le patron, pour lui donner des soins.

L'arrêt de Cassation du 21 avril 1928 ci-dessus, reconnaît lui aussi que la loi du 9 avril 1898 est applicable, toutes les fois que, n'étant pas payé de ses honoraires médicaux, le médecin assigne en justice son débiteur principal, l'ouvrier, alors que ce dernier appelle son patron en garantie.

Dans l'espèce qui nous occupe, le médecin avait laissé passer le délai de quinzaine, imparti depuis le prononcé du jugement, pour frapper ce dernier d'appel, en vertu de la loi du 9 avril 1898.

L'appel fut déclaré irrecevable, tant par le tribunal d'appel, que par la Cour de Cassation.

Confrères, vous avez donc le plus grand intérêt à confier tous ces litiges au « Sou Médical », au lieu d'écouter des juristes locaux, qui ne sont pas très au courant de ces questions de droit médical et peuvent, par conséquent, vous faire perdre vos procès, tout en vous faisant dépenser beaucoup d'argent, en procédure et en plaidoiries.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires.

2144. — Recours contre un rejet de demande de pension.

Un client atteint de tuberculose pulmonaire a été réformé à 100 pour 100 en mai 1927, or ces jours-ci, le ministre lui retire toute pension disant que sa maladie n'est pas imputable au service. Cependant, ce malheureux a été réformé en 1915 par la Commission de réforme de Lisieux. Il était infirmier militaire en 1915 et a été soigné à l'hôpital où il se trouvait, et ensuite il a été réformé pour bronchite. Or, le ministre prétend que cet homme n'a pas apporté la preuve exigée par la loi du 9 janvier 1926.

De quelle preuve s'agit-il ? Il a été réformé n° 2, en 1915 ?

Peut-il réclamer et où, contre la décision du ministre. Quelles sont les démarches à faire et devant quelle juridiction et quelles pièces sont à fournir ?

Dr M.

Réponse.

Votre client, ayant laissé passer le délai de 5 ans prévu par la loi de 1919 pour demander une pension, ne peut plus bénéficier que des dispositions de la loi du 9 janvier 1926 pour réclamer ses droits sous certaines conditions.

Une de ces conditions, c'est la charge de la preuve ; l'intéressé doit apporter la preuve que l'infirmité est imputable au service.

L'a-t-il apportée, cette preuve ? Il semblait être en service à l'intérieur au moment de sa réforme ! Cependant, n'aurait-il pas été affecté à un service de tuberculeux, en sa qualité d'infirmier ?

Dans les six mois du jour où il a reçu notification du rejet de sa pension, il doit introduire un pourvoi devant le Tribunal des Pensions, par lettre recommandée adressée au greffe du Tribunal civil dont il dépend. Le greffier fera le nécessaire pour constituer le dossier.

Que votre client réclame en même temps le bénéfice de l'assistance judiciaire, par lettre au Président du Tribunal.

2403. — Honoraires des médecins experts devant le tribunal des pensions.

La Cour régionale des Pensions de X. m'a désigné comme expert, avec mission de visiter, à domicile, après serment préalable, un malade qui, depuis trois ans, réclame une pension pour mal de Pott. Le Centre de réforme de C., et le Tribunal des Pensions de la même ville l'ont successivement débouté, pour cause de non imputabilité et de forclusion.

L'affaire est maintenant en instance devant la Cour régionale des Pensions de X., à laquelle le ma-

lade a fait un nouvel appel. C'est cette Cour régionale qui a ordonné l'expertise en question, expertise à laquelle j'ai procédé hier après serment préalable.

Distance de mon domicile à celui du malade 25 kilomètres (soit 50 kilomètres parcourus).

Quel tarif appliquer pour cette expertise ?

Celui qui est fixé par le nouveau décret du 22 décembre 1927 réglant les frais de justice criminelle, police correctionnelle et simple police ?

Ou bien existe-t-il un tarif spécial pour ces expertises en matière de pensions militaires ?

Dr E.

Réponse.

Il est alloué aux médecins experts, pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le Tribunal des Pensions une somme fixe de 25 ou 50 francs (article 44 du règlement d'administration publique du 2 septembre 1919). Demandez la somme de 50 francs. Pour le déplacement, essayez d'obtenir comme les témoins 5 francs par 5 myriamètres (article 47 du même règlement), mais nous ne pouvons vous garantir le résultat !!!

2438. — Revision de pension.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire les formalités pour un réformé n° 1, pour tuberculose pulmonaire qui désire faire réviser sa pension ?

Dr B.

Réponse.

Que l'intéressé ait été ou non pensionné, il faut qu'il adresse, par lettre recommandée, une demande officielle de visite au médecin-chef du Centre de réforme dont il dépend. S'il a déjà été pensionné, il demandera une visite pour aggravation (article 7), s'il est pensionné temporaire, (article 68) s'il est pensionné définitivement, et il joindra en tout cas un certificat médical constatant l'aggravation dans son état qu'il croit pouvoir invoquer.

2425. — Périodes d'instruction obligatoires.

Classe 1905, médecin aide-major de 1re classe depuis 1917, je reçois une note du Directeur du Service de santé de ma région me disant que je suis dans les conditions pour être nommé médecin-major de 2e classe, mais que pour être proposé il est nécessaire que je fasse une période de 15 ou 25 jours entre le 1er juillet et le 31 octobre.

1° Suis-je obligé de faire une période (j'en ai fait une de 28 jours en 1914, mai) ;

2° D'autre part, en cas d'obligation absolue, n'est-il pas possible de faire cette période en ma propre ville ?

Dr G.

Réponse.

1° Oui, car en 1914 vous n'étiez pas médecin-lieutenant.

En principe, il vous faut deux périodes pour passer au grade de capitaine. La guerre vous dispense d'une période, puisque vous en avez fait la moitié comme médecin lieutenant.

2° Vous pouvez vous entendre à ce sujet avec votre directeur ; une visite serait plus rapide et plus décisive qu'une lettre.

2356. — Délivrance de pièces militaires officielles.

Un malade gazé en 1918 et hospitalisé en octobre 1918 à l'hôpital militaire de B., a écrit au médecin-chef de cet hôpital pour lui demander un duplicatum de son bulletin d'hospitalisation. Le médecin-chef répond : « Demande à faire formuler par l'autorité militaire intéressée ». Pourriez-vous me dire quelle est en l'occurrence l'autorité intéressée ?

Dr M.

Réponse.

En effet, l'autorité militaire n'a pas droit de délivrer directement aux intéressés de duplicatum de pièces officielles. C'est aux médecins des centres de réforme (quand ils constituent un dossier de pension) qu'il appartient de demander ces pièces.

2342. — Avancement des médecins ayant fait la guerre.

Je vois dans le *Concours* une liste d'avancement de médecins militaires de réserve. Dans cette liste figurent les médecins-lieutenants, puisque l'on dit ainsi maintenant, proposés pour médecins-capitaines. Comment cela peut-il se faire puisque pour cet avancement, il faut deux périodes d'instruction ? Et que celles-ci n'ayant repris que l'année dernière on peut avoir, comme médecin-lieutenant de réserve, une période d'instruction au maximum et sûrement pas deux.

Dr L.

Réponse.

Les médecins qui ont fait en qualité d'officiers toute la guerre ou la moitié de la guerre au front peuvent être dispensés d'accomplir deux ou une période d'instruction ; d'autre part, certaines réunions médicales officielles (Congrès de Varsovie, par exemple) peuvent compter pour un certain nombre de jours de périodes d'instruction.

Pharmacie.

2764. — Médecin propharmacien concurrencé par des personnes, ne possédant pas le diplôme d'herboriste.

Pendant l'été, je fais de la propharmacie dans un petit pays et je désirerais savoir si un marchand de

comestibles qui n'est pas herboriste peut vendre des herbes au public.

N'est-il pas besoin d'être herboriste pour vendre des grains de genièvre, des fleurs d'arnica, de l'eau de mélisse, des racines de salsepareille, etc., etc ?

Je désirerais en un mot, si cela vous est possible, connaître la formule qui sépare un produit vendu par un herboriste d'un produit hygiénique et simple qui peut être vendu même par un épicier, comme l'alcool de menthe, le café, le tilleul, la camomille, etc.

Dr S. X.

Réponse.

L'article 37 de la loi du 21 germinal an XI est ainsi conçu :

« Nul ne pourra à l'avenir vendre des plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches, ni exercer la profession d'herboriste, sans avoir subi auparavant, dans une des écoles de pharmacie, ou par devant un jury de médecine un examen qui prouve qu'il connaît exactement les plantes médicinales . . .

« Il sera délivré aux herboristes un certificat d'examen, par l'école ou le jury, par lesquels ils seront examinés et ce certificat devra être enregistré à la municipalité du lieu où ils s'établiront. »

Plusieurs décisions de jurisprudence se rapportent à des cas d'exercice illégal de l'herboristerie, par des individus non diplômés ; mais, si le législateur de l'an XI a interdit la vente de plantes médicinales par toute personne, qui ne possède pas les diplômes voulus, il a oublié d'inscrire des sanctions, en cas d'infraction.

En vertu de l'adage : *nulla pœna sine lege*, les tribunaux sont dans l'obligation de relaxer le prévenu, tout en le déclarant coupable d'exercice illégal de l'herboristerie.

Cependant, un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, du 1er avril 1901, bien que reconnaissant, que l'article 37 de la loi de germinal est dépourvu de sanctions, ajoute :

« Toutefois, à Paris, l'exercice illégal de l'herboristerie est prohibé par l'article 6 de l'ordonnance de police du 14 nivose an XII et doit être poursuivi, conformément aux dispositions de l'article 471, paragraphe 15, du code pénal et puni des peines de simple police (amende de 1 à 5 francs). »

Donc, pas grand'chose à faire, contre un individu quelconque, qui, sans droits, exerce illégalement le commerce de la vente des plantes médicinales indigènes.

Mais, comme il est probable que cet individu ne connaît pas les lois de son pays, on peut le faire appeler devant le maire, pour qu'en vertu de l'article 37 de la loi du 21 germinal an XI, il fournisse son diplôme d'herboriste, pour le faire enregistrer.

On ne lui fera pas connaître que cet oubli ne comporte pas de sanction.

Il aura certainement peur de poursuite et ne continuera pas son commerce.

Mais il est probable que celui qui exerce illégalement l'herboristerie, ne se contente pas de ne vendre que des plantes médicinales indigènes : il pourra également débiter des mélanges de plantes et même des remèdes plus ou moins simples.

Il serait alors possible de le poursuivre, non plus pour exercice illégal de l'herboristerie, mais pour exercice illégal de la pharmacie.

Pour cela, il serait indispensable de connaître quels sont les produits, que met en vente celui qui est dépourvu de tout diplôme, recueillir des témoignages, des preuves ; après quoi, on pourrait porter plainte entre les mains du procureur de la République, pour violation de l'article 25 de la loi du 21 Germinal an XI, qui interdit de débiter aucun médicament à quiconque n'est pas titulaire du diplôme de pharmacien (sauf l'exception prévue à l'article 27 de la dite loi, en faveur des médecins, dits propharmaciens).

Mais, avant d'engager des poursuites il sera prudent de confier le dossier au conseil juridique du « Sou Médical », pour ne pas aller au devant d'un échec.

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Fallières.

2733. — Visites multiples de contrôle.

Je viens de lire dans le *Concours* du 15 juillet, page 2122.

En cas de visite de contrôle, le prix est celui d'une visite majoré de 50 % et cela par visite, quel qu'en soit le nombre.

C'est ainsi que j'avais interprété le tarif jusqu'au 7 juillet 1925, où j'ai reçu une lettre de la P., dont je vous relève le passage qui m'intéresse.

« Nous avons effectué une réduction sur la note 2004-25 en nous basant sur l'arrêté du 24 décembre 1924 où il est dit que lorsque plusieurs contre-visites sont faites le même jour, seul le prix de la première est majorée de 50 %.

Depuis cette époque, si j'ai eu plusieurs visites de contrôle le même jour, je n'ai majoré qu'une seule de 50 %.

Je suis persuadé que le Dr Decourt est dans le vrai, je serais heureux d'en avoir confirmation pour agir en conséquence à l'avenir.

Dr H.

Réponse.

Le prix de *chaque* visite de contrôle, quel qu'en soit le nombre pour un blessé, est le prix de 12 fr. + 50 % de majoration, soit : 18 fr. Mais, si « plusieurs visites de contrôle ont lieu pour *plusieurs* blessés *au cours du même rendez-*

vous, le prix de la première sera *seul* majoré de 50 % ». C'est le texte même de l'article 3, § 4. Si c'est là votre cas, la Compagnie est dans son droit.

Dr Fernand Decourt.

2783. — Le libre choix en radiographie depuis le 9 juillet 1928.

Je ne voudrais pas abuser de votre bonté, mais cependant je vous serais très reconnaissant de lire le projet de lettre que je veux envoyer à mes correspondants pour savoir si vous en approuvez les termes et si je ne dépasse pas votre pensée. Car les radiographies, en fait, se décident surtout dans les visites de contrôle et il me semble (puisque votre désir est d'assurer la liberté du choix du radiologiste) que l'autorisation formelle orale ou écrite du médecin contrôleur doit suffire (sans être obligé pour le médecin traitant d'envoyer en outre une lettre recommandée à l'assurance) pour que le médecin traitant ait le droit d'envoyer son blessé se faire radiographier chez le radiologiste de son choix. Si tel est bien l'esprit de la Commission de contrôle, si ce n'en est pas tout à fait la lettre, je vous prie de me renvoyer la circulaire ci-contre approuvée par vous, sinon veuillez y faire les corrections nécessaires.

Dr G.

Réponse.

Je ne suis pas d'avis d'envoyer votre circulaire. Si vous voulez le *libre choix*, il faut *l'imposer* précisément par votre lettre recommandée... tout au moins dans les premiers temps. Quand le pli sera pris, il y aura accord *à l'amiable*, c'est parfait, plus de paperasses ! Mais, pendant longtemps encore, il vaut mieux se méfier et ne pas se laisser aller à l'ordinaire paresse épistolière médicale qui nous a fait souvent beaucoup de mal. Maintenant, si le médecin contrôleur, dans sa visite, accepte la radio, il n'a qu'à vous écrire un mot sur le champ, avec « avis techniquement motivé », sans avoir besoin de lettres recommandées puisqu'il vous remet la sienne de la main à la main.

Dr Fernand Decourt.

2718. — Interventions multiples de nuit.

Abonné à votre journal, j'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance, le renseignement suivant rapport à un accidenté du travail dont j'ai à établir la note d'honoraires.

C'est un accidenté atteint de plaies de la face, coupure profonde du cuir chevelu, coupure de l'oreille droite, luxation du médius droit, ecchymoses généralisées.

Le 22 juin 1928, à 22 heures, je me suis déplacé à 1 kil. 200 environ et lui ai fait six points de suture.

Une injection de sérum antitétanique, réduction

du médius droit, pansements généralisés, face, mains.

Combien puis-je tarifer cette intervention ?

Dr G.

Réponse.

Vous avez à compter le premier jour : *a*) 6 points de suture : 25 fr. (article 17) + *b*) injections antitétanique : 20 francs (article 16) + *c*) réduction de luxation du médius droit : 25 fr. (article 10), soit au total : 25 + 20 + 25 = 70 fr. Mais, comme il s'agit d'une intervention *de nuit*, vous avez à majorer cette somme de 25 % (article 8), soit : 70 + 25 % = 70 + 17,50 = 87 fr. 50 Ajoutez encore 10 fr. de certificat descriptif, total général : 97 fr. 50.

Nota. — Vous ne pourriez compter de pansements (qui sont compris dans le prix de la visite), sans pratiquer le *cumul* interdit par l'article 13.

Dr Fernand DECOURT.

Fiscalité.

2772. — Exemption de la patente.

Veuillez me dire à qui je dois recourir pour me faire exonérer des droits de patente qui s'élèvent pour moi cette année à 600 fr. alors que je n'exerce plus effectivement.

Je crois avoir lu dans le *Concours* qu'il fallait s'adresser au Directeur de ce service et non à des subordonnés.

Ayez la charité de me donner un bon conseil ce dont je vous remercie d'avance.

Dr H.

Réponse.

Adressez-vous tout d'abord au contrôleur des contributions directes. S'il ne vous accorde pas satisfaction, adressez une réclamation rédigée sur papier timbré au Préfet du département, si le rôle a été mis en recouvrement avant le 1er juillet, et au Directeur des contributions directes si la mise en recouvrement est postérieure à cette date.

A. M.

2735. — Exonération d'impôts sur constructions neuves. Base de la patente.

Je me suis installé en août 1928, j'ai fait bâtir une clinique chirurgicale où j'habite pour l'instant et où j'ai mon cabinet.

Je vous soumets mes feuilles d'impôts de 1927 et 1928. J'y joins la réponse que, d'après mon comptable, j'ai envoyée au contrôleur qui me demandait les renseignements que vous pourrez lire au recto de ladite feuille.

Je sais que je dois être exonéré de certains impôts pendant deux ans comme ayant fait construire. Voyez-vous qu'il en ait été ainsi d'après mes impôts.

De plus, ayant déclaré pour l'année 1927, un bénéfice de 25.442 fr. 85, que signifie cet impôt sur le revenu de 30.700.

J'ai proposé au contrôleur de lire ma comptabilité quand il lui plairait, ce dont il s'est bien gardé. Il me semble avoir été taxé d'office, je dois vous dire que ne faisant pas de médecine, je n'ai comme consultations que celles provoquées par mes confrères.

En outre, habitant la clinique et y ayant mon cabinet et mon domicile, ne dois-je pas au point de vue patente ne payer que sur les locaux professionnels (cabinet, salle d'attente).

De plus, les premières années, il est clair que si ma maison de santé a du déficit, je dois intervenir avec mes honoraires. Ce qui n'entre évidemment pas en ligne comme revenus.

Sur les 25.420 fr. portés sur l'article 14.110, ne doit-on pas abattre 7.000 fr.

Réponse.

Les constructions nouvelles doivent être exemptes de contribution foncière pendant deux ans.

En ce qui concerne l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, la base est bien celle déclarée par vous. Il est tenu compte de l'abattement de 7.000 francs dans le calcul de l'impôt, bien que l'avertissement n'en fasse pas mention.

En ce qui concerne l'impôt général sur le revenu, il aurait fallu nous transmettre le double de votre déclaration, afin que nous puissions voir le chiffre déclaré.

Le droit proportionnel de patente doit être basé sur la valeur locative totale des locaux professionnels et des locaux d'habitations.

A. M.

2732. — Base de la patente.

La patente des médecins est fixée à 1/15e du loyer (plus les centimes qui portent à 1/50e). Le fisc peut-il baser cette somme sur la totalité du loyer ou seulement sur le loyer des pièces ayant un caractère purement professionnel (cabinet et salle d'attente ?)

Dr G.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente doit être basé sur la valeur locative totale des locaux d'habitation et des locaux professionnels.

A. M.

Accidents du travail.

2751. — Insolation.

Un ouvrier d'une usine est employé à charger des caisses au soleil pour le compte de ladite usine. Il est victime d'une insolation. Cet accident quoique n'é-

tant pas produit par une machine comme le stipule la loi de 1898 ne peut-il pas être considéré comme accidenté du travail ?

Le rapport entre l'exposition au soleil et l'insolation qui s'en est suivie semble évident.

Dr F.

Réponse.

Suivant Sachet, conseiller à la cour de Cassation, auteur d'un Traité très estimé sur les accidents du travail, il est nécessaire, pour que l'insolation puisse être considérée comme un accident du travail, que le travail de l'exploitation ait, sinon créé, du moins aggravé sérieusement pour l'ouvrier le risque d'être atteint d'une insolation, car, si, en principe, la loi de 1898 ne s'applique pas aux accidents dus à l'action des forces de la nature, même quand ils sont survenus pendant le travail, il en est autrement quand le travail a mis ces forces en mouvement ou en a aggravé les effets.

Seules, les circonstances de fait particulières à chaque affaire permettent de déterminer si l'insolation doit être considérée ou non comme accident du travail.

Dans ces conditions, il nous est impossible de vous donner un avis ferme sur le cas que vous nous soumettez.

Cependant, si l'assurance refuse de reconnaître l'accident du travail, l'ouvrier pourra poursuivre son patron en payement de son demi-salaire devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure spéciale de la loi du 9 avril 1898 et le juge tranchera la question. Le succès n'est pas certain mais il y a une chance à courir.

A noter que l'action en justice de paix n'exposera l'ouvrier à aucun frais.

2748. — Assujettissement des compagnies de chemins de fer à la législation sur les accidents du travail.

A quel titre un journalier de la Compagnie P. L. M., payé à la journée, non encore embrigadé, rentre-t-il dans la médecine des accidents du travail : libre choix indemnité.

Dr C.

Réponse.

Les Compagnies de chemins de fer sont des entreprises industrielles de transports et, à ce titre, sont soumises à la législation sur les accidents du travail.

Il en résulte que tous les ouvriers et employés de ces Compagnies bénéficient, en cas d'accident, des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 et ont le droit de choisir librement leur médecin et leur pharmacien.

2566. — Revision pour aggravation. Allocations supplémentaires.

Un de mes clients a été victime d'un accident dans l'œil droit le 14 avril 1910. Un jugement du 6 octobre 1910, lui a concédé une rente de 260 francs par an sur un salaire de 7 fr. par jour.

Ce blessé a réclamé récemment le bénéfice d'une loi postérieure à la guerre, et qui majore les pensions des blessés du travail dont l'I.P.P. est au moins égale à 30 %. On l'a débouté parce qu'il est pensionné à moins de 30 %.

Or, cet œil est aujourd'hui complètement perdu par cataracte compliquée. L'incapacité permanente est, de ce fait, de 30 %. Bien plus, l'autre œil se cataracte à son tour et n'a plus qu'une acuité de 0,2 ; mais il sera opérable, alors que l'œil blessé ne l'est pas. Quoi qu'il en soit, il est possible qu'opéré ou non, ce malheureux ne puisse plus, à bref délai, exercer son métier.

A-t-il le droit de rappeler pour aggravation ? Si oui, le taux de 30 % n'est pas discutable aujourd'hui; dans ces conditions, aurait-il droit à la majoration prévue par la loi ?

Je crois que le délai de rappel n'excède pas trois années, à dater du jugement attribuant la rente ; mais je ne voudrais pas me tromper au préjudice d'un blessé intéressant.

Dr P.

Réponse.

Le jugement attributif de rente datant de 1910, le délai de trois ans pour introduire une action en révision en vertu de la loi sur les accidents du travail est depuis longtemps passé, et par conséquent, il n'y a rien à faire pour votre blessé de ce côté-là.

Mais, des lois du 15 juillet 1922 et subséquentes ont institué des allocations supplémentaires, à la charge de l'Etat, au profit des blessés du travail dont l'accident a eu lieu avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 août 1920. La dernière en date de ces lois, celle du 24 mars 1928, contient un article 2 qui dit textuellement ceci :

« Les mutilés du travail borgnes, ayant perdu la visibilité entière d'un œil, auront droit à l'allocation de 360 fr. par an, même si le taux de l'invalidité qui leur est accordé est inférieur à 30 %. »

Il est douteux que cette disposition puisse concerner un blessé de l'œil, qui n'a perdu la visibilité entière de son œil que postérieurement à l'accident et à l'expiration du délai de révision.

Cependant, si l'intéressé avait présenté sa requête, afin de se faire allouer l'indemnité temporaire payée par l'Etat, avant la promulgation de la loi du 24 mars 1928, il pourrait essayer de renouveler aujourd'hui sa requête, par les mêmes voies, en se basant sur cette disposition nouvelle et en produisant à l'appui un certificat médical concluant à la perte totale de la visibilité de l'œil.

Cinquantième année № 34 19 Août 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix
Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.
Barbazan. Fournier.
Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry. Contal.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.
Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)
Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.
Néris. Ducros. Jossand.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.
Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Saint-Raphaël. Léon Clemen (*chir.*).
Saint-Sauveur. Sabail.
Santenay-les-Bains. Boudeille.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Uriage. Barbier, A. Boutellier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les Bains. Bressot, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié Reynes.
Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CUDENNEC, d'Audierne, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 378. — Coutainville (Manche) : à louer pour septembre, maisonnette bien située, à une minute plage et fournisseurs, comprenant : cuisine, 3 pièces pour 5 personnes maximum. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

N° 379. — Grande propriété à 30 kil. Paris, conviendr. à maison de repos, cure d'air, situation unique, confort exc.

N° 380. — Seine-et-Oise. — Banl. N.-O., client. rapp. 75.000, seul méd. A céder bonnes condit. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 381. — Midi. Cab. gyn. dermat. dans jolie ville ville en plein rapp. Très belle install. moderne. Indemn. 150.000, dont moitié compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 382. — Champagne. — Poste pro-pharm. très ancien, rapp. 200.000, maison vaste et très confort. Loyer. Indemn. 130.000 dont 70.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret. 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

La clin. de Vaugirard, 8 *bis*, rue Léon Delhomme, nouvellem. installée, reçoit sur la demande des confrères, des accouchements à forfait dans d'excell. conditions.

— Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés, trait. spécial ind. Résultats très int. Pension méd., vie famille, prix mod. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.** — *Citation à l'ordre de la Nation.* — Le gouvernement porte en ces termes à la connaissance du pays la belle conduite du Dr CHATINIÈRES (Alpinien-Ernest-Paul), médecin commandant en congé, médecin chef de l'infirmerie indigène du groupe sanitaire du Sous :

« Type accompli du médecin du bled, alliant à une haute valeur morale les qualités d'un grand cœur et d'un inépuisable dévouement. Depuis plus de 15 ans au Maroc et en Syrie, n'a cessé de faire preuve de la plus complète abnégation.

« Au cours de la grande épidémie de typhus du Taroudant, méprisant le danger qui le guettait, s'est sacrifié sans compter. Est tombé mortellement atteint par la terrible maladie le 9 février 1928, terminant par un suprême sacrifice une vie de héros. Mort pour le Maroc et pour la France. »

— **Hôpitaux de Paris.** — *Pour le personnel médical des hôpitaux et du service d'assistance à domicile.* — Sur l'initiative de M. Mourier, le Conseil municipal de la Ville de Paris vient de prendre une délibération instituant un régime de garanties des risques professionnels du personnel médical des hôpitaux et du service d'assistance médicale, à Paris.

Ce régime s'inspire des dispositions prises en faveur des internes, sans toutefois en avoir l'équivalence, le personnel médical des hôpitaux et de l'assistance à domicile ne consacrant qu'une partie de son activité à son service. Le risque, toutes les fois où un doute subsistera sur l'origine de l'invalidité, a été partagé entre l'administration et la victime. D'autre part, le taux des allocations a été fixé en principe au montant maximum des pensions civiles du personnel administratif. Pour les médecins et sages-femmes de l'assistance médicale à domicile, le « forfait » adopté — en raison du risque moindre — a été toutefois sensiblement réduit. L'allocation pourra s'élever à 25 pour 100 du taux de l'indemnité accordée en cas d'affection notoirement contractée en service.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Concours d'accoucheur adjoint des hôpitaux.* — Une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le 14 novembre 1928.

— **Hôpitaux de Lille.** — *Internat et externat.* — Des concours, pour deux places d'interne et huit places d'externe, s'ouvriront à Lille, les 18 et 25 octobre 1928. Inscriptions à l'Administration des hospices, 41 rue de la Barre, à Lille, jusqu'au 12 octobre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médecins de la Santé.

28 *juillet.*

Ont été nommés à l'emploi de médecin de la santé :

A Dunkerque, M. le Dr Merveille ;
A Marseille, M. le Dr Raybaud.

1er *août.*

Enseignement de la médecine.

La chaire de thérapeutique, hydrologie et climatologie de la Faculté de Lyon prend le titre de chaire de thérapeutique.

M. Margarot, agrégé près de la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de dermato-syphiligraphie de ladite Faculté (chaire créée).

Sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de Paris, MM. Jeanselme et Marfan, anciens professeurs de ladite faculté.

2 *août.*

Assurances sociales.

Arrêté ministériel du 21 juillet 1928 nommant une Commission des Assurances sociales.

Art. 1er. — Il est constitué au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sous la présidence du ministre, une commission des assurances sociales, chargée de donner son avis sur toutes les questions que lui soumettra le ministre, en ce qui concerne le règlement général d'administration publique prévu à l'article 72 de la loi du 5 avril 1928 et les projets de loi éventuels qu'il y aurait lieu de déposer.

Art. 2. — Sont nommés vice-présidents de la commission des assurances sociales :

MM. Chauveau, sénateur, président de la commission d'hygiène, d'assurance et de prévoyance sociales du Sénat.

Grinda, député, président de la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés.

Art. 3. — Sont nommés membres de cette commission :

MM. Daniel Vincent, sénateur, ancien ministre du travail.

Pasquet, sénateur, ancien ministre.

Valadier, sénateur, ancien directeur des retraites et des assurances sociales au ministère du travail.

Antonelli, député.

Durafour, député, ancien ministre du travail.

Landry, député.

Cahen Salvador, conseiller d'Etat.

Le directeur de la caisse des dépôts et consignations ou son délégué.

Le directeur du budget et du contrôle financier ou son délégué.

Le directeur du mouvement gnééral des fonds ou son délégué.

Le directeur de l'agriculture ou son délégué.

Le directeur général de la caisse nationale de crédit agricole ou son délégué.

Le directeur de l'administration générale, de la mutualité et de la prévoyance sociales ou son délégué.

Le directeur du travail ou son délégué.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ou son délégué.

Le directeur des retraites et des assurances sociales ou son délégué.

Raoul Péret, sénateur, président général de la fédération nationale de la mutualité française.

Georges Petit, président de la fédération nationale de la mutualité française.

Heller, président de la fédération mutualiste de la Seine.

Lavielle, membre du conseil supérieur de la mutualité.

Augé Laribé, secrétaire général de la confédération nationale des associations agricoles.

Brancher, secrétaire général de la société nationale de l'encouragement à l'agriculture.

Vimeux, secrétaire général de la fédération nationale de la mutualité et de la coopération agricoles.

Garcin, président de la fédération des associations agricoles du Sud-Est.

Le professeur Balthazard.

Le président de la fédération nationale des syndicats médicaux de France ou son délégué.

Le président de l'union des syndicats médicaux de France ou son délégué.

Le président du groupement des syndicats généraux des médecins spécialisés ou son délégué.

Le président de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France ou son délégué.

Le président de la ligue des pharmaciens français ou son délégué.

Le président du syndicat des grandes pharmacies de France et des colonies ou son délégué.

Yung, secrétaire de la fédération nationale des coopératives de consommation.

Briat, secrétaire général de la chambre syndicale des associations ouvrières de production.

Le délégué général de la confédération générale de la production française.

Le président de l'union des syndicats patronaux des industries textiles ou son délégué.

Le président de l'union des industries-métallurgiques et minières ou son délégué.

Le président de la fédération nationale du bâtiment et des travaux publics ou son délégué.

Baudet, président de l'assemblée des présidents de chambres de commerce.

Le secrétaire général de la C. G. T. ou son délégué.

Georges Buisson, secrétaire de la fédération nationale des employés.

Labe, secrétaire de la fédération des ouvriers en métaux.

Liochon, secrétaire de la fédération des travailleurs du livre.

Tessier, secrétaire de la confédération française des travailleurs chrétiens.

Art. 4. — Sont adjoints à cette commission comme rapporteurs :

MM. le chef de cabinet du ministre du travail.

Delseries, inspecteur des finances, chargé de mission au cabinet du ministre du travail.

Ferdinand-Dreyfus, chef du service de l'actuariat au ministère du travail.

Jullien, chef de bureau au ministère du travail.

Laurent, chef de bureau au ministère du travail.

Parrain, chef du service du contrôle au ministère du travail.

Viallant, sous-directeur des retraites et des assurances sociales.

Art. 5. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'administration générale, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

3 *aout.*

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales :

Grand Officier : M. Netter, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Commandeur : M. le Dr Darier, de Paris.

Officiers : MM. les Dr Guillain, de Paris ; Lalesque, d'Arcachon ; Lippmann, de Paris ; Rosso, de Nice ; Stern, de Briey ; M. de Moüy, chef de Bureau au Ministère du travail.

Chevaliers : MM. les Dr Ardouin, de Nice ; Barraud d'Alger ; Basset, de Toulouse ; Bellec, de Rostrenen ; Compagnon, de Paris ; Coronat, de Gap ; Cottenot, de Paris ; Deladrière, de Calais ; Fabre, de Paris ; Fauverghe, de Roubaix ; Frantz, de Metz ; Goffart, de Maretz ; Guilly, de Paris ; Humbert, de Strasbourg ; Maugeais, de Caen ; Metge, de Paris ; Pain, de Mayenne ; Planès, de Paris ; Quilliot, de Paris ; Robinne, de Paris ; Rocher, de Couiza ; Roussel, de Paris ; Bernet, de Paris ; Wilbout, de Paris ; Jaworski, de Paris ; M. Fleury, actuaire de la Mutualité Familiale.

4 août.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère des travaux publics :

Officier : M. le Dr Boyer, d'Elbeuf.

Chevalier : M. le Dr Gardin, d'Avesnes.

Enseignement de la médecine.

Sont créés, pour le service de la chaire de clinique de la tuberculose à la Faculté de Paris, les emplois ci-après déterminés (Université, subvention du département de la Seine) :

Chef de clinique, 1.
Chefs de laboratoire, 3.
Garçons de laboratoire, 2.

5 août.

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de l'Instruction publique et des beaux-arts : MM. les Dr Dreyfus, de Lyon et Salva, de Grenoble ; M. Nepveu, dit Luc-Durtain, homme de lettres.

Nous relevons avec un vif plaisir, dans ces listes, les noms de notre confrère Luc Durtain (Dr Nepveu), littérateur bien connu, et de M. Fleury, le très distingué actuaire de la Mutualité familiale du Corps Médical Français, œuvre à laquelle il a rendu de si grands services. Nous sommes heureux d'exprimer au Dr Nepveu et à M. Fleury nos plus sincères félicitations.

Assistance publique.

Commission d'examen des moyens d'atténuer la charge qui résulte pour les hôpitaux de Paris du traitement des malades de la banlieue, des départements et de l'étranger.

Arrêté du 27 *juillet* 1928.

Art. 1er. — Une commission chargée d'examiner les moyens d'atténuer la charge qui résulte pour les établissements hospitaliers de Paris du traitement des malades de la banlieue parisienne, des départements et de l'étranger, est instituée au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 2. — Cette commission sera composée comme il suit :

MM. le docteur Gustave Dron, sénateur du Nord, président du conseil supérieur de l'assistance publique.

Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre.

Morizet, sénateur de la Seine.

Nogaro, député des Hautes-Pyrénées, ancien ministre, président de la commission de préparation des traités internationaux.

Henri Sellier, président du conseil général de la Seine.

Rebeillard, président de la commission d'assistance au conseil général de la Seine.

Lesesne, conseiller général de la Seine, rapporteur de l'assistance médicale gratuite.

Ambroise Rendu, doyen du conseil municipal de Paris, président de la commission de l'assistance publique du conseil municipal de Paris.

Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail.

Labussière, conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur.

Cornu, directeur du contrôle, de la comptabilité et des affaires algériennes au ministère de l'intérieur.

Le docteur Mourier, directeur général de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Haguenin, inspecteur des finances, chargé de la direction du contrôle des administrations financières au ministère des finances.

Imbert, chef du service central de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Le docteur Bire, inspecteur de l'assistance publique du département de la Seine.

De Mouy, chef de bureau au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Cambier, chef du bureau de l'assistance médicale à la préfecture de la Seine.

Quellet, chef du service des hôpitaux et hospices à la direction générale de l'administration générale de l'assistance publique de Paris.

Art. 3. — M. le docteur Gustave Dron, remplira les fonctions de président.

Art. 4. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Résultats obtenus au cours de l'année 1927 par l'Office de Répression de l'exercice illégal de la médecine.

Il y a eu en 1927 :

Nouveaux dossiers constitués ...	63
Fiches	105
Plaintes adressées à la Préfecture.	27
Affaires envoyées au Parquet ...	17
Condamnations	20

1. — B..., condamné le 6 janvier 1927 à 200 francs dommages et intérêts au S. M. S. et 500 francs d'amende.

2. — W... D..., condamné le 18 février 1927 à 200 francs d'amende et 1.000 francs dommages-intérêts au S. M. S.

3. — C..., condamné le 24 février 1927 à 100 francs d'amende.

4. — C..., condamné le 25 mars 1927 à 100

francs d'amende et 300 francs dommages-intérêts au S. M. S.

5. — C..., condamné pour exercice illégal, le 14 avril 1927, à 1.000 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts au S. M. S.

6 et 7. — F... et L..., condamnés le 18 mars 1927 ; le premier à 200 francs d'amende; le second à 100 francs d'amende ; solidairement à 500 francs de dommages-intérêts au S. M. S.

8 et 9. — Dr et Mlle D..., condamnés par arrêt Cour du 19 mars 1927, à 500 francs d'amende, confirmation jugement 29 janvier 1926, solidairement 1.000 francs dommages-intérêts au S. M. S.

10, 11 et 12. — K..., F... et K..., condamnés le 1er juillet 1927 le premier : à 200 francs d'amende ; le deuxième à 200 fr. d'amende et le troisième à 300 francs ; solidairement 600 francs dommages et intérêts au S. M. S.

13 et 14. — Dr C... et L..., condamnés le 27 juillet 1927 : le premier à 300 francs d'amende; le deuxième à 100 fr., d'amende, solidairement 1.500 francs dommages-intérêts au S. M. S.

15. — J... F..., condamné le 4 octobre 1927 à 100 fr. d'amende, 500 francs dommages-intérêts au S. M. S. et 500 fr. à Mme B... qu'il avait soignée pour un panaris.

16. — C.., condamné le 24 novembre 1927, à 200 francs d'amende, 500 francs dommages-intérêts au S. M. S., 4.337 fr. 50 dommages-intérêts à la personne qu'il avait soignée.

17. — E..., condamné le 22 décembre 1927 à 200 francs d'amende, 500 francs dommages-intérêts au S. M. S.

18. — B..., condamné le 24 décembre 1927 à 100 francs d'amende, 300 francs dommages-intérêts au S. M. S.

19. — C..., condamné le 30 décembre 1927 à 1.000 francs d'amende et 1.000 francs dommages-intérêts au S. M. S.

Le Directeur de l'Office,
Dr COLDEFY.

A PROPOS DE DIPHTÉRIE

Comme conclusion à un article publié dans le *Concours médical* du 15 juillet dernier, le Dr Damey, de Douarnenez, sollicite l'avis « de simples praticiens qui se battent, tout seuls, dans les campagnes, contre les cas les plus terribles ». Je me bats ainsi depuis trente-deux ans ! Mon expérience ne vient pas corroborer l'opinion du Dr Damey, partagée par le Dr Chailloux (*Concours médical* du 29 juillet), au sujet de l'inutilité des doses massives de sérum, même pour des diphtéries graves ; depuis un certain nombre d'années elle m'a conduit à une conclusion tout à fait opposée. Redoutant un peu, comme tous

les confrères il y a 20 ou 30 ans, les réactions du sérum, en usant avec trop de prudence, j'injectais des doses de 20 c. cubes, conformément à la pratique ancienne. Les malades guérissaient très généralement. Le souvenir m'est cependant resté d'un enfant traité dans mes débuts, qui mourut après quatre injections, profondément intoxiqué, sans suffocations et sans diphtérie laryngée, la gorge tapissée de fausses membranes que les 80 cent. cubes de sérum n'avaient pas réussi à détacher.

Ma prudence de l'époque m'a toujours laissé des regrets.

Après la guerre, de plus en plus souvent, il me fut donné de constater que la résistance des membranes aux doses de 20 c. cubes m'obligeait à multiplier les injections ; et m'autorisant de l'avis des maîtres, j'adoptai la dose de 40 cent. cubes, administrée en principe, même à des enfants.

Le plus souvent une injection suffit ; les accidents sériques communs ne sont ni plus fréquents, ni plus intenses. Un cas rare, observé pour la première fois dans ma clientèle, très intéressant à connaître sans doute pour les confrères, a précisé à mes yeux la nécessité d'user du sérum de Roux sans parcimonie, d'arriver parfois aux doses massives ! Appelé le 19 octobre 1927, à visiter une petite fille de six ans, F. Marie, je constatai la présence d'une petite membrane, d'aspect nettement diphtérique, lardacée, enchatonnée, sur l'amygdale gauche ; une légère augmentation de volume des ganglions, avec fièvre modérée.

Le cas semblait bénin. Injection de 40 centicubes de sérum normal, non purifié.

Dans la nuit l'enfant est prise de suffocations persistantes, sans aucun intervalle de répit, un peu moins violentes que celles du croup.

Le matin, à la première heure, aucune trace de membrane ne paraît plus sur les amygdales, ni dans l'arrière-gorge. Sans perdre de temps la petite malade est mise en auto et envoyée à Angoulême, clinique Saint-Joseph, en vue d'une intervention qui paraissait devenir urgente. Le Dr Hourtoule, chirurgien, ne voit pas de membrane et ne peut que s'en rapporter à mon affirmation. Pour éclairer le diagnostic un spécialiste O.R.L. est demandé aussitôt. Son examen démontre que le larynx est indemne, la glotte libre, mais qu'il s'agit de diphtérie des bronches.

Devant l'impossibilité d'une intervention utile et la gravité de la situation, il restait un seul recours ; le sérum à doses massives.

Première injection de 100 centi-cubes, le matin ; deuxième, de même dose, le soir.

Le lendemain, les suffocations persistent ; les mêmes doses sont administrées. En cinq jours

Voir la suite page XLVII-2425

PROPOS DU JOUR

Un exemple à suivre : L'hôpital aux médecins. L'hôpital modèle San José de Bogota fondé et administré par les chirurgiens de cette ville.

Il y a bien près de trente ans que nous conseillons en vain aux médecins praticiens de s'associer, de créer des coopératives pour fonder et administrer (ou faire administrer sous leur direction, car les médecins français sont, le plus souvent, de bien mauvais administrateurs) des maisons de santé, des hôpitaux payants pour les gens riches et les malades de petite aisance. En agissant ainsi, ils auraient rendu de signalés services à la population et auraient évité une crise que les assurances sociales vont précipiter et dont nous ignorons quelles seront les conséquences pour les médecins praticiens.

L'individualisme féroce, l'égoïsme étroit, l'envie légendaire, la méfiance systématique qui sont les plaies du Corps médical français et la raison de la faiblesse de son syndicalisme, ont empêché le succès de quelques rares tentatives.

Combien seraient différents le langage et la situation de nos Syndicats médicaux à l'égard des Caisses d'assurances, si, possédant des maisons de santé, des hôpitaux privés bien organisés, ils étaient en mesure d'offrir dès demain, à des prix à débattre, les lits dont ces caisses vont avoir un pressant besoin ?

S'il en était ainsi, songerait-on, à Paris par exemple, à détourner les Hôpitaux de l'Assistance de leur rôle et à créer pour ces hôpitaux une nuée de fonctionnaires ou de demi-fonctionnaires médicaux, comme la communication de M. de Fontenay au Conseil municipal de Paris nous le laisse entrevoir ?

Est-il donc impossible de créer des coopératives médicales pour la fondation et l'exploitation d'établissements hospitaliers ? L'on nous objectera que les médecins ne sont pas des capitalistes. Certes, la plupart ne sont pas de gros capitalistes, et cependant certains !..... Mais presque tous possèdent néanmoins de petits capitaux. Il en fut qui en ont possédé et n'ont pas hésité à les engloutir dans les fonds russes, quand, avec une naïveté qui désarme, ils ne les ont confiés à des banquiers véreux ou à des aigrefins pour l'achat d'un porc hypothétique aux jambons d'or ; car depuis le bon La Fontaine, l'avare a tué la poule aux œufs d'or et l'escroc habile l'a changée en cochon. C'est plus moderne.

***

Ce qui est impossible en France, se réalise cependant à l'étranger et, sur ce point, les chirurgiens colombiens, que nous fêtions naguère dans un des plus cordiaux banquets de l'UMFIA, nous ont donné une leçon.

Nos distingués confrères, Jenaro Rico et Ricardo Zapata, de Bogota, viennent de nous adresser le tirage à part d'un très intéressant article, paru le 5 mai 1928 dans la *Presse médicale*, intitulé : *l'hôpital San José, œuvre de la Société de Chirurgie de Bogota.*

Cet hôpital est ouvert depuis deux ans à peine. Il a été fondé par la « Sociedad de Cirugia de Bogota » qui date de 25 ans.

Cette Société compte 40 membres actifs, tous chirurgiens de profession. Dès sa création, elle a étudié un projet d'hôpital-maison de santé, permettant de mettre à la disposition des chirurgiens et de leurs malades, les derniers perfectionnements techniques et scientifiques.

Les sociétaires ont eux-mêmes discuté les plans avec l'architecte italien Pietro Cantini, surveillé les travaux, rédigé les contrats pour l'édification et acheté le mobilier. Leur initiative parut si intéressante que les donations aussitôt affluèrent ; le Gouvernement donna des subventions ; le clergé et le nonce apostolique, S. E. le Cardinal Ragonessi, tinrent à contribuer à cette œuvre bienfaisante et fournirent de quoi construire un pavillon de chirurgie qui porte le nom du Cardinal.

Cet hôpital modèle qui sera accru, reçoit actuellement dans ses huit pavillons 350 malades. Nous n'énumérerons pas les installations parfaites des salles d'opération, des salles de radiologie et d'examens endoscopiques, des laboratoires de toutes sortes.

A côté des salles d'hôpital dont le nombre de lits ne dépasse jamais 30, sont des pavillons pourvus de chambres pour les malades payants. « *Dans ce service peuvent venir travailler tous les médecins de la ville même ceux qui ne font pas partie de la* « *Sociedad de Cirugia* » ; de sorte que dans le même bâtiment, on trouve l'hôpital de Charité, où les malades pauvres sont soignés et

opérés gratuitement et la maison de santé ; ainsi les chirurgiens ne sont pas obligés de se déplacer pour courir de l'un à l'autre.

Les pensions payées font partie du budget de l'hôpital et aident à soutenir les malades indigents ; *les honoraires provenant des services professionnels sont payés à part au médecin chargé du malade.* »

« Les membres de la « Sociedad de Cirugia » font gratuitement le service scientifique de l'hôpital pour les indigents. »

Voici l'exemple que vient de donner aux médecins de tous les pays la Société de Chirurgie de Bogota.

Nous n'insisterons pas sur l'organisation de l'hôpital. Le Pr Cunéo qui y a opéré, lors de son récent voyage en Colombie, nous a renseignés à son sujet à l'A.D.R.M. ; et M. le Dr Reimbourg, qui l'accompagnait, l'a fait aussi dans une causerie à l'UMFIA. Mais nous insisterons sur ce fait, sur cet exemple, sur cette leçon : une Société de quarante chirurgiens colombiens a pris l'initiative de la fondation, de l'organisation et de l'administration d'un hôpital-maison de santé ; au lieu de le garder égoïstement pour ses membres et d'en exploiter les chambres payantes, elle a voulu n'en accaparer que les charges, le service gratuit des indigents, et a libéralement, généreusement, confraternellement ouvert à tous les médecins de la ville de Bogota les chambres payantes où chaque malade honore directement son médecin.

Nous serons heureux de signaler ici les Sociétés médicales qui, dans une ville française ou à Paris, suivront ce noble exemple, car nous doutons qu'il en existe beaucoup qui l'aient précédé.

J. Noir.

Les conséquences de l'exode des tuberculeux urbains à la campagne.

Il n'y a pas qu'à Excideuil, en Dordogne, que les tuberculeux urbains sont envoyés pour y mourir. Nous recevons du Dr M. Deschamps, de Bolbec, en Normandie, la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Abonné depuis 18 ans au *Concours*, je le lis avec soin et plaisir.

Dans le numéro du 22 juillet, a paru la lettre du confrère Tocheport au sujet de l'Illusion des statistiques.

Voici ce que j'observe dans mon canton :

1° Décès dans la commune de X, par tuberculose pulmonaire d'une bacillaire de 60 ans traitée à Paris pendant 4 ans et envoyée à la campagne un mois avant sa mort ;

2° Une bacillaire de 30 ans me fait demander il y a deux mois : elle sort d'un sanatorium de la région parisienne munie d'une foule de papiers en règle, d'examens, température, poids. On lui aurait dit : « Allez en Normandie, sur le plateau, à 39 kilomètres environ de la mer ». Elle y est venue aussitôt : période ultime. Son décès rapide est certain ;

3° Bacillaire de 46 ans venant d'un sana du Calvados. On lui aurait dit au bout de quelques années : « L'air ici ne vous vaut rien. Recherchez l'air de la campagne, sur le plateau normand, etc., etc. » Il y est venu aussitôt. Période ultime. Décès rapide certain, etc., etc., etc.

Il y a mieux :

Une œuvre composée de riches philanthropes, très bien intentionnés, fait placer dans ma région des enfants malingres, chétifs, issus de bacillaires. Ces enfants sont placés chez des ouvriers agricoles ayant eux-mêmes des enfants. L'un d'eux est décédé il y a quelques semaines de broncho-pneumonie ? ?

Et alors on vient nous dire : « Regardez dans ces grands centres, la bacillose diminue parce qu'il y a dispensaires, infirmeries, etc.

Ici, chez vous, elle augmente, donc il vous faut un armement antituberculeux très actif ».

Eh ! Eh ! si l'on ne nous envoyait pas mourir chez nous des malades portés guéris ou améliorés ailleurs ; si l'on ne plaçait pas chez nos nourrices à enfants nombreux et sains des issus de bacillaires, nous pourrions avoir de belles statistiques (ce qui d'ailleurs, ne prouve rien), mais surtout nous ne verrions pas nos campagnes, déjà désertées par l'exode vers la ville, risquer de devenir des déserts par la maladie.

Si vous croyez ma lettre intéressante vous pouvez la publier.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments,

Dr Deschamps.

Bolbec, le 23 juillet 1928.

Il n'est pas de département en France où les praticiens de campagne ne pourraient faire les mêmes constatations.

J. N.

Souscription pour honorer la mémoire du Dr Cabanès

M. le Pr Ardin-Delteil, doyen de la Faculté de médecine d'Alger, a bien voulu accorder son patronage à la souscription.

Première liste : M. Charavay, 50 fr. ; M. Albin Michel, 250 fr. ; M. Georges Prunier, 200 fr. ; *Le Dimanche illustré*, 100 fr. ; M. le Dr Béclère, 50 fr. ; M. le Dr Noir, 200 fr. ; M. le Dr Ganiayre, 1 0 r. M. le Dr Vimont, du *Concours médical*, 50 fr. ; M. le Dr Babonneix, 100 fr.

Total de la première liste : 1.100 francs.

Envoyer les souscriptions au Trésorier, M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris. Compte-chèques post. Paris 96.10

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DES DISTENSIONS VEINEUSES (VARICES, HÉMORROIDES), PAR LA TECHNIQUE DES INJECTIONS SCLÉROSANTES DU DOCTEUR FILDERMAN

Par le Dr Filderman.

Le Concours m'a demandé, en 1923, d'exposer à ses lecteurs la méthode des injections sclérosantes que l'appliquais après avoir pris connaissance de la méthode du professeur Sicard. On peut trouver dans le numéro du 21 octobre 1923 la description détaillée de cette technique.

A la suite de plusieurs publications récentes, et notamment de l'article du Dr Tournay, paru dans le *Concours* du 24 juin, il me semble utile de comparer les deux procédés.

M. Tournay a judicieusement remarqué, à propos de la variabilité, de l'irrégularité d'action de la méthode de Sicard, que ce qui importe, avant tout, c'est la concentration de la solution injectée dans la veine et non pas du titre de la solution dans la seringue.

C'est pourquoi, depuis de longues années, j'insiste sur la nécessité d'injecter la solution dans une veine vidée de son sang. On ne peut atteindre ce but que par l'application du garrot pneumatique, dont la décompression brusque permet seule l'évacuation presque complète du sang. C'est ce procédé qui m'a permis d'obtenir l'oblitération scléreuse de toutes les variétés de varices, chez tous les malades, par un nombre d'injections réduit dans des proportions invraisemblables. La moyenne générale est de cinq injections pour les deux membres inférieurs. Couramment nous pouvons montrer, à l'hôpital de Rothschild et dans notre cabinet, l'oblitération de toute une saphène interne de la crosse à la malléole, obtenue par une seule injection.

La réduction du nombre des injections présente l'avantage de la rapidité des résultats et de la suppression d'un grand nombre de séances douloureuses.

Ce ne seraient pas là des raisons suffisantes pour parler d'une technique différente.

Mais l'observation d'un grand nombre de faits, pendant une période qui dépasse huit années, nous autorise à proclamer la supériorité de notre façon de faire à d'autres points de vue, plus importants :

Par la méthode de M. Sicard on obtient, parfois, des oblitérations correctes, homogènes, par un petit nombre d'injections. Mais, le plus souvent, cette technqiue des injections faites sur le malade debout, en partant de l'extrémité du membre vers sa racine, donne des oblitérations segmentaires. Nous avons pu montrer plusieurs cas de segments de varices oblitérées, séparés par des portions de veines perméables. C'est là une conséquence inévitable de cette technique, étant donné le trop court rayon d'action de la solution, qui se trouve rapidement diluée dans le sang, gonflant les varices d'un malade immobilisé dans l'attitude verticale. Dans leur livre, paru récemment, MM. Sicard et Gaugier déclarent (page 64) que :

« Dans les cas heureux, dès la première injection, 6 à 8 centimètres de longueur de veine s'oblitèrent. »

Sauf un ou deux cas, que nous avons rencontrés, pendant une longue période de huit années, nous n'avons pas de réactions aussi limitées. Nous obtenons, régulièrement, des oblitérations totales, homogènes, de chaque branche variqueuse, sur toute sa longueur, par une injection unique.

C'est là une garantie de *solidité de l'oblitération*, mettant à l'abri des récidives, dont nous n'avons vu que trois cas. On conçoit, par contre,

que l'oblitération fragmentaire donne des récidives fréquentes, pour la raison que les branches anastomotiques exercent une poussée continue dans les segments restés perméables, ce qui amène progressivement le clivage des parois accolées.

Fait plus grave encore :

« Les petites doses trop souvent répétées finissent par durcir et scléroser les parois de la veine sans oblitérer celle-ci. Les veines, ainsi accoutumées aux injections, offrent une grande résistance ultérieure aux liquides sclérosants, même à taux très concentrés (Sic. et Gaug., p. 64). »

C'est un fait que nous n'avons jamais constaté et nous en ignorerions la possibilité sans cette description.

Ajoutons que ce ne sont pas les doses, trop petites, qui sont responsables de ces échecs, mais leur dilution. Nous n'employons pas de doses plus élevées, ni de taux plus concentrés, que celles que nous avons appris à employer en regardant faire M. Sicard et ses élèves, il y aura bientôt dix ans.

A l'appui de ces explications nous pourrions citer un grand nombre de malades suivis par de nombreux médecins. Nous nous contenterons de n'en apporter que trois :

Ces jours-ci, un confrère nous a adressé une malade, à laquelle un spécialiste avait promis d'oblitérer un gros paquet variqueux par une douzaine d'injections. Le jour même de sa première visite, et avant toute intervention, nous avons déclaré à la malade qu'une seule injection suffirait et nous l'avons priée d'aller immédiatement le dire à son médecin. La suite a confirmé les prévisions.

M. M., pharmacien de Paris, dont l'ulcère et les varices étaient connus par un grand nombre de médecins, a vu une saphène interne oblitérée de la crosse à la malléole par une seule injection.

Mme W. avait suivi, pendant trois mois, en 1925, et pendant un laps de temps égal en 1927, un traitement par injections sclérosantes, n'ayant donné aucun résultat. Tout l'effort s'était porté sur une énorme pelote du mollet ; on avait renoncé à s'attaquer à une pelote encore plus volumineuse de la cuisse. Alors qu'une quarantaine d'injections par la technique de M. Sicard n'avaient donné aucun résultat, six injections à l'aide du garrot pneumatique ont amené l'oblitération parfaite de toutes les varices de ce membre.

J'insiste sur le point qu'il ne s'agit pas là de ces rares. Je sais que l'on peut citer, de ci de là, des résultats semblables obtenus par les injections sur malade debout.

Il faut que le lecteur se pénètre de l'idée que notre technique donne régulièrement ces résultats et non pas exceptionnellement.

On a pensé pouvoir se passer du garrot, tout en reconnaissant (sans m'en attribuer la paternité indiscutable), la nécessité du contact direct avec l'endothélium veineux, par l'expulsion du sang. On a cru atteindre ce but en faisant l'injection sur le malade couché sans lien constricteur.

Tout d'abord cette façon de faire est rarement possible. Et d'autre part, l'évacuation du sang ne se fait pas avec la même intensité, la même brutalité que lorsqu'on l'obtient par la brusque détente du garrot pneumatique. Il se fait, par cette manœuvre, une véritable succion du sang, selon l'expression d'un confrère qui nous assistait.

J'ai été le premier à adopter l'application de la « méthode de Sicard » aux hémorroïdes, en 1920. J'en ai donné la technique, très simple, dans le même article du *Concours* (21 octobre 1923). Cette technique continue à me donner des résultats excellents, dans toutes les variétés d'hémorroïdes, internes ou externes, procidentes ou non. Deux réserves sont à faire :

Les récidives sont assez fréquentes, dans un tiers des cas environ, soit que de nouvelles ampoules se forment, soit même que la réaction ait été insuffisante.

J'emploie toujours le salicylate de soude en solutions à 20 ou 25 %, le plus souvent, un ou deux cc., par ampoule hémorroïdaire. Je fais une injection tous les deux jours, trois ou quatre suffisent dans la plupart des cas (donc huit à dix jours par traitement).

Le traitement est généralement indolore lorsqu'il est pratiqué en période d'acalmie. Les malades n'ont pas à interrompre leurs occupations, n'ont pas à se reposer après les injections. Tout cela pour les hémorroïdes à la phase refroidie. Par contre, au cours des périodes inflammatoires, sauf dans quelques cas rares où une sédation immédiate a été obtenue, les douleurs ne sont pas calmées. La crise suit son cours, mais ce sera la dernière.

Les récidives ne découragent pas les malades ; ils sont quittes à revenir, à des intervalles très éloignés, pour recevoir une injection absolument indolore, grâce à l'anesthésie locale.

C'est l'injection anesthésique préalable, qui permet de vérifier que l'on est bien dans l'intérieur de l'ampoule hémorroïdaire. Ce qui est indispensable.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures du calcanéum,

M. J. P. Tourneux,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

Vous avez pu observer au cours de ces derniers temps, dans notre service, deux fort beaux cas de fractures du calcanéum, intéressant l'un le corps de l'os lui-même et l'autre la grande apophyse ; je vais en profiter aujourd'hui pour vous donner quelques détails sur ces solutions de continuïté que l'on n'a bien connues que depuis la découverte de la radiographie. Voici tout d'abord les histoires de nos deux blessés que je vais vous résumer très rapidement.

La première observation se rapporte à une femme âgée de 55 ans, une paysanne tombée d'aplomb sur le pied droit d'une hauteur d'une dizaine de mètres environ, par suite de la rupture soudaine d'un barreau d'une échelle. Elle nous fût amenée à l'hôpital deux jours après l'accident, et le simple examen de la région traumatisée nous permit bien vite de penser à l'existence probable d'une lésion du calcanéum. Le gonflement du pied, apparu précocement, deux à trois heures après la chute, qui s'était accompagnée de douleurs très violentes et d'impotence fonctionnelle complète, était considérable, comblant les gouttières sous et rétro-malléolaires et noyant le relief du tendon d'Achille. Ce gonflement occupait ainsi tout l'arrière-pied, et s'étendait sur une partie de l'avant-pied et du bas de la jambe, alors que deux vastes ecchymoses, à direction antéro-postérieure, siégeaient sur les régions sous-malléolaires.

En examinant les deux pieds par leur face plantaire, la malade ayant été mise à genoux, on notait du côté droit une déformation assez caractéristique consistant en un élargissement du talon (le calcanéum ayant gagné en largeur ce qu'il avait perdu en hauteur), constrastant avec la conservation du diamètre bi-malléolaire, et au-dessous des deux malléoles, on percevait à la palpation l'existence d'un relief osseux en demi-cercle, très douloureux au toucher qui comblait les gouttières sous-malléolaires. Du côté de l'interligne de Chopart, on reconnaissait l'existence de saillies anormales, sensibles à la pression, qui ne pouvaient que répondre à la tête de l'astragale et à la grande apophyse du calcanéum déplacées. Le tendon d'Achille et le triceps sural étaient flasques, la voûte plantaire affaissée, particulièrement du côté interne, et le pied dévié en valgus, signes que l'examen du malade dans la station debout fit apparaître plus nettement encore, en même temps qu'il mettait en évidence un symptôme extrêmement important : l'abaissement des deux malléoles, qui atteignait près d'un centimètre. Les mouvements passifs de flexion et d'extension du pied sur la jambe, tout à fait indolores, conservaient leur amplitude normale, mais ceux d'abduction, d'adduction et de rotation en dehors ou en dedans, excessivement douloureux, étaient presque complètement supprimés.

Devant un pareil ensemble symptomatique, on ne pouvait guère songer qu'à une fracture du corps calcanéen, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen radiographique qui montra un enfoncement très net de la lame du thalamus, se compliquant de traits fissuriques s'irradiant en divers points du calcanéum. Vous pouvez d'ailleurs fort bien vous rendre compte de l'étendue des lésions sur les clichés que je vous fais passer, et vous y remarquerez également que si l'axe du calcanéum a conservé son obliquité normale sans saillie ni déformation au niveau de la face inférieure, l'extrémité postérieure de l'astragale s'est abaissée fortement, alors que son extrémité antérieure se relevait, déterminant ainsi un diastasis astragalo-scaphoïdien.

Après quelques jours de repos, destinés à permettre la diminution des phénomènes douloureux et réactionnels, j'ai cherché, sous anesthésie générale, par un ensemble de tractions directes et énergiques, de mouvements forcés de pronation et de supination, et de pressions latérales, à désengraisser les fragments, afin d'essayer de rendre au calcanéum sa hauteur normale, et de reconstituer la voûte plantaire. Le pied a ensuite été immobilisé dans un appareil plâtré pendant une trentaine de jours, laps de temps au bout duquel, on a commencé le massage et la mobilisation. La marche n'a été reprise qu'assez tardivement, au bout d'une soixantaine de jours, car la consolidation osseuse est assez lente, avec le port d'une chaussure spéciale à talon surélevé et à semelle bien cambrée.

Etant donnée la gravité des altérations articulaires qui portaient à la fois sur l'articulation sous astragalienne et sur celle de Chopart, ainsi que la difficulté du traitement, le pronostic qui devait être porté sur l'avenir fonctionnel du pied de notre blessée ne pouvait pas être excessivement brillant ; il y a actuellement près de six mois que l'accident est survenu, la marche, assez douloureuse et pénible au début, tend maintenant à

s'améliorer un peu, et nous sommes en droit d'espérer que, sauf en terrain par trop inégal, notre patiente ne boitera pas trop.

Les lésions présentées par notre deuxième malade, un homme de 23 ans, diffèrent complètement de celles que je viens de vous exposer : assurément, l'étiologie est sensiblement la même, puisqu'il s'agit également dans ce cas d'une chute d'une douzaine de mètres, mais comme notre sujet est tombé non sur le pied d'aplomb, mais sur le pied gauche en flexion plantaire, c'est-à-dire sur la pointe du pied, il en est résulté que la solution de continuité ne s'est pas effectuée au niveau du corps lui-même, mais au point de son union avec la grande apophyse, ainsi que vous pouvez le constater par ces clichés radiographiques. Ce trait de fracture oblique en arrière et en bas, allant du sinus du tarse à la face plantaire du calcanéum, a divisé cet os en deux fragments, l'antérieur pointe en haut et en avant, étant soulevé par le long péronier latéral, tandis que le postérieur a basculé en arrière par suite de l'action du triceps sural. Et c'est l'existence même de ces dernières lésions qui vous explique les profondes différences que vous avez pu noter avec la symptomatologie précédente.

Ici point de lésions appréciables au-dessous ou en arrière des malléoles avec élargissement du talon, mais un affaissement complet de la voûte plantaire, avec du gonflement et de la douleur dans le sinus du tarse, et l'existence, sur la face dorsale, des saillies de la grande apophyse et de l'astragale débordant le cuboïde et le scaphoïde. Il existe encore deux autres symptômes très caractéristiques de la fracture de la grande apophyse calcanéenne, je veux parler de la crépitation et de la mobilité anormale du tarse postérieur : je n'ai pas tenté de les provoquer à ce moment, car leur recherche est toujours très douloureuse pour le blessé, mais je n'ai pas manqué de vous les faire observer le jour où sous anesthésie, après avoir essayé de rétablir la voûte plantaire j'ai immobilisé le pied en extension, le genou étant fléchi afin de relâcher les muscles postérieurs de la jambe.

Il y a quelques jours à peine que notre blessé a été délivré de son appareil, et que l'on a pu commencer les manœuvres de mobilisation, si importantes en pareil cas, il est donc beaucoup trop tôt pour essayer d'envisager le résultat que l'on pourra obtenir et ce n'est que dans quelques mois que l'on se rendra compte de son degré de capacité fonctionnelle.

Les fractures du calcanéum furent signalées pour la première fois au début du 18e siècle par Garengeot en 1720, elles furent ensuite étudiées par J.-L. Petit, Desault, Boyer, Malgaigne, Middeldorp, Tillaux, Legouest, Polaillon, Morestin, etc. ; l'avénement de la radiographie a jeté un jour tout nouveau sur ces solutions de continuité et permis à Destot et Morel de donner une description précise de ces fractures très mal connues avant la découverte de Roentgen.

Très souvent méconnues, il n'y a pas bien longtemps encore, puisque Polaillon, sur un total de 1.529 fractures observées en un an, n'en signalait que 2 du calcanéum, ces lésions sont devenues beaucoup plus fréquentes, et actuellement les statistiques leur attribuent un pourcentage général de 2,33 à 3,80 pour cent. Bien que leurs observations ne soient donc pas courantes, elles représentent cependant 18 pour cent de la totalité des fractures du pied et constituent la plus fréquente des fractures du tarse.

Exceptionnelle chez l'enfant, se rencontrant beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, comme d'ailleurs tous les traumatismes, la fracture du calcanéum s'observe de préférence à l'âge adulte, à partir de 30 ans, du côté droit, comme du côté gauche : la bilatéralité se voit dans un tiers des cas.

Il était autrefois classique de répartir les fractures du calcanéum en deux grandes classes, les fractures par arrachement ou fractures de Boyer, et les fractures par écrasement ou fractures de Malgaigne : cette division pathogénique, extrêmement claire, mais un peu trop simpliste, est actuellement abandonnée, car elle ne répond pas aux faits observés, un même type de fracture pouvant dépendre de différents mécanismes, fussent-ils contradictoires, aussi a-t-elle été remplacée par la classification anatomo-pathologihue. Vous savez que le calcanéum est formé d'un corps cubique surmonté de deux facettes permettent de recevoir l'astragale : ce corps, qui présente sur la face externe une petite saillie, l'apophyse trochléaire, est prolongé en avant par la grande et par la petite apophyse et en arrière par la tubérosité où vient s'insérer le tendon d'Achille ; par suite, les solutions de continuité calcanéennes seront divisées en totales ou en segmentaires, suivant que les lésions intéresseront l'os dans tous ses éléments ou seulement dans l'un de ses segments.

Je ne vous dirai qu'un mot des fractures totales qui sont extrêmement rares : elles peuvent se présenter sous deux aspects, les fractures sagittales, dans lesquelles le trait partage l'os en deux moitiés, externe et interne, et les fractures horizontales où le calcanéum se trouve divisé en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure, restant au contact ou se séparant l'une de l'autre.

Les fractures segmentaires, sur lesquelles je m'étendrai davantage comprennent deux grandes variétés, les fractures du corps et les fractures des apophyses.

Les fractures du corps sont, vous le devinez aisément, de beaucoup les plus nombreuses et aussi les plus importantes, étant donné que c'est cette partie moyenne de l'os qui supporte le poids du corps transmis par l'astragale sur ses deux facettes : elles représentent les deux tiers de la totalité des lésions calcanéennes.

Le siège initial et le maximum d'intensité des désordres se trouve en niveau de la facette postéro-externe du calcanéum, qui supporte, lorsque le pied repose à plat sur le sol, presque tout l'astragale et par suite presque tout le poids du corps et que pour cette raison Destot appelle lit de l'astragale ou thalamus. La lame corticale, épaisse et compacte, reste à peu près intacte, mais suivant l'intensité de la violence, elle pénètre plus ou moins dans l'épaisseur du tissu spongieux sous-jacent, où se produit, en plus de traits fissuriques de nombre et de directions variables, un tassement trabéculaire d'autant plus important que la pénétration de la lame thalamique sera plus considérable.

Suivant l'étendue des lésions, on a distingué trois degrés : le premier consistant en une simple fêlure de l'os avec léger enfoncement de la facette dans le tissu spongieux, le deuxième constitué par l'enfoncement du thalamus et du dos du calcanéum avec fissures multiples irradiées dans tout l'os, et le troisième, considéré par certains auteurs comme étant une fracture totale, se traduisant par un écrasement avec éclatement complet entraînant la pénétration de l'astragale dans le tissu spongieux calcanéen broyé, ainsi que des altérations de toutes les articulations du tarse postérieur.

A côté de ces fractures par enfoncement qui, je le répète encore, sont celles que vous rencontrerez presque toujours, je me borne à vous signaler qu'il existe des fractures transversales du corps, où le trait partant de la surface thalamique se dirige soit verticalement, soit obliquement vers la face plantaire, divisant ainsi le calcanéum en deux parties, antérieure et postérieure.

Quant aux fractures segmentaires, qui peuvent exister à l'état isolé, ou accompagner une lésion du corps de l'os, elles comprennent celles qui intéressent la grande et la petite apophyse, la grosse tubérosité et l'apophyse trochléaire.

Associées généralement à une fracture du troisième degré du thalamus, les fractures d e la grande apophyse peuvent exister isolément, soit sous la forme de lésions comminutives, soit sous la forme de solution de continuité siégeant au niveau du col. Dans ce dernier cas, le trait, à direction transversale, verticale ou légèrement oblique en avant ou en arrière, part du sinus du tarse pour aboutir sur la face plantaire du calcanéum. Tout déplacement peut manquer, mais généralement par suite de l'action du long péronier latéral, et du triceps sural, le fragment postérieur bascule en avant et en bas, alors que l'antérieur pointe en haut et en avant, déterminant une dislocation de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. De son côté, l'astragale glisse en avant, ce qui exagère encore le déplacement fragmentaire et entraîne un diastasis astragalo-scaphoïdien. Comme vous pouvez aisément le comprendre, il ne peut résulter de tous ces changements d'orientation des axes osseux qu'un effondrement de la voûte plantaire, réalisant un pied plat traumatique.

La fracture isolée de la petite apophyse semble assez rare, et s'accompagne presque toujours, comme l'a fait remarquer Destot, d'une lésion de la malléole externe : toujours constante dans les écrasements comminutifs du calcanéum, elle accompagne quelquefois les fractures du deuxième degré du thalamus. Le fragment détaché se porte en bas, comblant en grande partie le canal calcanéen, effaçant ainsi l'arc interne du pied : l'astragale, dont la tête n'est plus soutenue, s'éverse en bas, en avant et en dedans, ce qui entraîne une déformation en pied plat valgus.

Les solutions de continuité de la grosse tubérosité, quelles que soient leurs variétés, fracture vertico-transversale, fracture de l'angle postéro-supérieur, fracture de l'angle postéro-inférieur, fracture des tubérosités plantaires, présentent deux caractéristiques qui les séparent complètement de toutes les autres fractures du calcanéum que je viens de vous énumérer : de par leur situation, elles respectent les surfaces articulaires, et laissent à peu près intacte la continuité de la voûte plantaire.

Dans la fracture de l'angle postéro-supérieur, que l'on observe le plus fréquemment, le trait commence en arrière du thalamus pour se diriger obliquement en arrière et aboutir sur la face postérieure dans la zone d'insertion du tendon d'Achille. Le fragment ainsi détaché, en forme de pyramide triangulaire, décrit autour de son angle antéro-supérieur, qui reste adhérent au calcanéum par le périoste, un mouvement de bascule plus ou moins accusé ; plus rarement, il ne conserve aucune relation avec le reste de l'os, et s'élève en haut, attiré par le tendon du triceps sural.

Je vous signalerai encore qu'il existe des fractures de l'apophyse trochléaire, point d'insertion du ligament péronéo-calcanéen, il n'en existe qu'un petit nombre d'observations, aussi n'insisterai-je pas davantage sur elles.

Il faut enfin que vous sachiez que par suite de sa situation, le calcanéum peut se trouver lésé en même temps que certains os qui l'avoisinent, astragale et pilon tibial. En particulier, l'association d'une fracture de la malléole externe avec

une solution de continuité thalamique, indiquée jadis par Malgaigne et bien décrite par Destot, est relativement fréquente : il est d'autant plus important que vous connaissiez bien l'existence de cette association, que l'attention du clinicien est toujours attirée par la première de ces deux lésions, ce qui risque de faire méconnaître celle du calcanéum.

Voyons maintenant de quelle manière et par quels mécanismes se produisent ces différentes variétés de fractures : comme toutes les autres solutions de continuité osseuse elles résultent de violences directes ou indirectes.

Les fractures par cause directe sont très rares : elles résultent d'un choc porté directement sur le calcanéum, coup de feu, passage d'une roue de voiture lourdement chargée sur une des faces latérales de l'os, ou encore d'une compression de ce dernier entre le sol et un corps pesant. Il en résulte ordinairement une fracture comminutive, mais dans quelques cas, c'est au niveau de la base d'implantation de la grande apophyse que s'est trouvé le maximum des lésions.

Les fractures de cause indirecte, beaucoup plus nombreuses, puisqu'elles correspondent à 87 % des cas, résultent d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé sur la plante des pieds, tentative de suicide par précipitation, ou chute d'un échafaudage, ce qui vous explique que cette fracture s'observe généralement dans certaines professions, maçons, couvreurs ou charpentiers. Dans d'autres cas, la solution de continuité osseuse est consécutive à une chute ou à un saut de hauteur minime, d'une chaise, d'une marche d'escalier, ou encore à un faux pas.

A côté de ces deux grandes causes pathogéniques, il ne faut pas oublier qu'il existe aussi des fractures calcanéennes spontanées, survenant sans aucune espèce de traumatisme, à la suite d'une marche par exemple et qui constituent la première manifestation clinique d'un tabes.

Les fractures de causes indirectes peuvent se produire par deux mécanismes, l'écrasement par transmission du choc, et l'arrachement par action musculaire.

Le mécanisme de l'arrachement, invoqué par J.-L. Petit et décrit par Boyer, ne peut être incriminé, contrairement à ce que l'on avait longtemps pensé, que dans un très petit nombre de cas. C'est ainsi que dans certaines chutes sur la pointe du pied, le calcanéum fixé par son extrémité antérieure, est attiré brusquement en haut par une contraction violente et brusque du triceps sural, qui arrache le fragment osseux sur lequel il s'insère par le tendon d'Achille, déterminant une fracture de l'angle postéro-supérieur de la grosse tubérosité. De même, dans une chute avec torsion du pied en avant, le ligament péronéo-calcanéum arrache son tubercule d'insertion, l'apophyse trochléaire, comme dans un mouvement forcé d'adduction et de rotation interne, ou dans une chute sur le pied en valgus, les ligaments peuvent arracher la petite apophyse.

Mais en dehors de ces cas très limités, comme vous pouvez le voir, toutes les fractures du calcanéum dépendent du mécanisme de l'écrasement, le siège des lésions variant nécessairement suivant la position du pied dans la chute. Si cette dernière se fait d'aplomb, le calcanéum est tamponné entre le sol et l'astragale qui lui transmet le poids du corps multiplié par la vitesse acquise, et bien qu'il soit l'os le plus compressible et le plus élastique de l'économie, la brusquerie du choc détermine un enfoncement de sa surface compacte et résistante dans le tissu spongieux sous-jacent ; il tombe sous le bon sens que l'importance de cet enfoncement et l'éclatement de l'os sont en rapport direct avec l'intensité de la violence.

Lorsque la chute se fait sur la pointe du pied, l'astragale recevant le choc d'arrière en avant, glisse sur la surface thalamique, déchire le ligament inter-osseux, puis fait éclater la grande apophyse en venant peser sur le sinus du tarse par son crochet externe. Dans la chute en flexion dorsale, en talus, la grosse tubérosité, touchant le sol la première, se brise par flexion autour du bec postérieur de l'astragale, ou bien la grande apophyse, pressée par l'astragale et refoulée en bas et en dehors, se fracture au niveau de son col.

Vous comprenez aisément, étant donné le grand nombre de variétés de fractures calcanéennes que vous pourrez, suivant les cas, vous trouver devant des tableaux cliniques bien différents les uns des autres, car une lésion du corps de l'os se traduit nécessairement par des symptômes tout à fait différents de ceux qui caractérisent une lésion apophysaire.

Comme vous connaissez déjà par les deux blessés que vous avez pu suivre quels sont les signes par lesquels on peut reconnaître certains types de ces fractures, je vais pouvoir passer assez rapidement sur cette symptomatologie en insistant sur les seules variétés que vous n'avez pu observer.

Les fractures du thalamus sont, au premier chef, des fractures articulaires, la surface calcanéo-astragalienne étant lésée, de plus, les formes graves s'accompagnent d'un affaissement de la voûte plantaire. Il y a tout d'abord un ensemble de symptômes communs à tous les degrés de ces lésions, ce sont, un gonflement noyant tout l'arrière-pied avec maximum à la région externe, des ecchymoses d'apparition précoce au niveau du talon et du dos du tarse, des douleurs qui ne permettent plus au malade d'appuyer sur le pied, enfin une douleur vive à la pression sous la malléole externe, seul point où le corps du calcanéum est directement accessible. Il existe en

outre des signes spéciaux qui vous permettront de reconnaître l'étendu des désordres osseux, et par suite le degré de la fracture.

Dans le premier degré, qui consiste en un simple enfoncement de la lame thalamique, les symptômes sont assez réduits, aussi la déformation est-elle assez difficile à apprécier : le profil du talon et la voûte plantaire ne sont pas modifiés et il n'existe pas de saillie anormale dans les gouttières rétro-malléolaires. Ce que vous pourrez observer, c'est la présence d'un relief osseux douloureux à la pression au-dessous de la malléole externe et qui se propage plus ou moins loin sur la face externe du calcanéum : la constatation de ce symptôme devra vous faire penser à la possibilité d'une lésion calcanéenne, qu'une radiographie viendra confirmer,

Vous reconnaîtrez une fracture du deuxième degré, où l'enfoncement du thalamus s'accompagne de fissures multiples, à ce que le talon vous paraîtra raccourci et effacé, alors que les deux creux malléolaires ainsi que les gouttières achilléennes sont comblées par un gonflement apparu précocement. Les malléoles sont abaissées par rapport au pied sain, la voûte plantaire est affaissée, le pied est dévié en valgus ; l'appui plantaire externe est devenu plus large, le blessé présente un véritable pied plat valgus traumatique dans lequel les mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation, très douloureux, sont extrêmement limités ou même supprimés.

Enfin, dans le troisième degré, dans l'écrasement complet, les symptômes très accusés de déformation osseuse, que vous constaterez surtout en faisant agenouiller le blessé, vous révéleront tout de suite la gravité des lésions du calcanéum. Le talon est sphéroïdal, globuleux, les gouttières infra et rétro-malléolaires, la dépression sus-calcanéenne et le tendon d'Achille sont noyés par l'œdème, donnant au membre l'aspect d'un pied d'éléphant. Les deux malléoles, siège d'une douleur très vive, dont l'abaissement est considérable, et dont le relief a disparu à la vue, sont enfoncées dans des masses osseuses débordant sur les côtés et en arrière, comblant les gouttières sous et rétro-malléolaires ainsi que le sinus du tarse, et faisant paraître le talon plus court. Et comme la fracture concomitante de la petite apophyse a permis la bascule de l'astragale, il en est résulté un effondrement de la cambrure du pied ainsi qu'un affaissement de la voûte plantaire aussi bien en dedans qu'en dehors, donnant un pied plat valgus traumatique des plus marqués.

Les fractures de la grosse tubérosité sont, je vous l'ai déjà dit, des fractures extra-articulaires, aussi tous les symptômes objectifs sont-ils localisés à la partie postérieure, rétro-malléolaire du talon. S'il existe une lésion de l'angle postéro-supérieure avec ascension du fragment, la dépression normale sus-calcanéenne est remplacée par une saillie mobile dans le sens vertical et transversal, correspondant à ce fragment entraîné par le triceps sural : le relief arrondi du talon a disparu pour faire place à deux saillies douloureuses à la palpation, plus ou moins tranchantes, entre lesquelles votre doigt pourra pénétrer si l'écartement est assez considérable. Vous pourrez également, en relâchant le triceps sural par l'extension forcée du pied sur la jambe, ramener les deux fragments en contact, et rendre au talon son relief normal, alors que vous augmenterez au contraire le diastasis en mettant le pied en flexion forcée.

Lorsque vous remarquerez que la pression directe de la plante du pied réveille une douleur vive, surtout en arrière du plan malléolaire, alors que les gouttières sont libres, et que la cambrure du pied n'est pas modifiée, bien que la voûte plantaire soit légèrement aplatie par suite de l'effondrement du pilier postérieur, vous devrez songer à l'existence d'une fracture rétro-thalamique que la radiographie ne pourra que confirmer.

Les fractures isolées du col de la grande apophyse, se révéleront à vous par les saillies osseuses que font les extrémités de cette même apophyse et de l'astragale au-dessus du cuboïde et du scaphoïde, ainsi que par une douleur exquise existant à la fois dans le sinus du tarse et au point correspondant de la surface plantaire. Vous trouverez que les gouttières rétro-malléolaires sont intactes, alors qu'il existe un effondrement complet de la voûte plantaire remplacée parfois par une convexité due à la bascule de l'extrémité postérieure du calcanéum. Si les fragments ne sont pas engrenés, vous pourrez obtenir de la crépitation osseuse en mobilisant l'avant-pied sur l'arrière-pied et vous pourrez également imprimer au tarse postérieur des mouvements anormaux de latéralité assez étendus, signe très important, car la fracture de la grande apophyse est la seule lésion calcanéenne dans laquelle on puisse mettre en évidence de la mobilité latérale.

Dans les fractures comminutives, vous trouverez la plupart des signes que je viens de vous indiquer, mais vous constaterez en outre un déplacement de l'astragale dont la tête s'est abaissée, simulant une luxation médio-tarsienne partielle, pendant que la crépitation a pris le caractère de crépitation en sac de noix.

Vous ne constaterez pas dans les fractures de la petite apophyse les symptômes classiques des fractures du calcanéum : le talon n'est pas élargi, et la gouttière sous-malléolaire externe est complètement libre. La palpation vous révélera à la face interne de l'os, au-dessous de la malléole

dans le canal calcanéen qu'elle a comblé, une masse dure, résistante, douloureuse qui répond à la petite apophyse abaissée. Comme l'astragale, qui n'est plus soutenu, a basculé en bas et en dedans, la voûte plantaire s'est affaissée, et la cambrure du pied a disparu, ce qui a entraîné une déviation du pied en valgus, déformation facile à corriger, mais qui se reproduit chaque fois que le pied est abandonné à lui-même. L'impotence fonctionnelle est considérable, le blessé accuse des douleurs et des crampes dues à la compression des vaisseaux et des nerfs plantaires, l'abduction et l'adduction sont abolies, la flexion des orteils est très douloureuse, car les tendons passent sur le foyer de fracture.

Je ne vous dirai qu'un mot de la fracture de l'apophyse trochléaire, elle ne se caractérise que par l'existence d'un point douloureux localisé, et par la constatation d'un petit fragment osseux mobile au-dessous de la malléole externe.

Ces fractures du calcanéum dont je viens de vous esquisser rapidement la symptomatologie, peuvent présenter diverses complications : en dehors de l'association d'une lésion de l'astragale, ou de la malléole externe, on a signalé des attritions du paquet vasculo-nerveux tibial postérieur, ainsi que des communications du foyer de fracture avec l'extérieur survenues primitivement ou secondairement par sphacèle des téguments sur une saillie osseuse : il ne faut pas oublier encore que l'ostéotrophie calcaire est fréquente et doit être tenue pour une des causes de la permanence des douleurs.

Le diagnostic de ces lésions devra comporter pour vous deux étapes successives : vous devrez, en effet, reconnaître tout d'abord l'existence d'une fracture calcanéenne, et en second lieu en déterminer la variété.

Facile dans les cas typiques où les lésions sont considérables, le diagnostic devient très difficile lorsqu'elles sont minimes, ce qui vous explique aisément que les fractures calcanéennes aient été souvent méconnues dans plus de 60 % des cas, au dire de certains auteurs. Bien souvent, en effet, devant des douleurs persistantes, on pense à une arthrite ou à une synovite, alors qu'une simple radiographie aurait montré l'existence d'une fracture sans déplacement.

C'est surtout avec une entorse grave du cou-de-pied, une contusion du talon, une fracture malléolaire que l'erreur est fréquente ; aussi, même en l'absence de la plupart des signes d'écrasement, devez-vous soupçonner la fracture et la rechercher minutieusement.

Dans l'entorse, les mouvements de flexion et d'extension sont toujours limités et douloureux alors qu'ils sont indolores et gardent leur amplitude normale dans la fracture calcanéenne, et la vive douleur que produit la percussion directe de la surface osseuse inférieure dans le cas de fracture ne s'observe pas dans l'entorse.

Le gonflement et la douleur à la percussion de la plante du pied qui disparaissent assez rapidement dans la contusion du talon, se manifestent longtemps dans la fracture du calcanéum, aussi devrez-vous toujours tenir leur persistance pour très suspecte.

L'intégrité objective et fonctionnelle du cou-de-pied (absence de modifications du diamètre bi-malléolaire, conservation des mouvements de flexion et d'extension), la perte de la pronation et de la supination, la localisation de la déformation aux régions sous et rétro-malléolaires, et l'abaissement des malléoles, vous permettront d'éliminer une fracture malléolaire et de localiser la lésion au calcanéum.

Vous devrez aussi songer à la possibilité d'une association de fracture de la malléole externe et d'enfoncement du thalamus : vous vous souviendrez que la disparition de la gouttière sous-malléolaire externe est caractéristique, et que son remplacement par une voussure légère et résistante, tenant à l'éculement du thalamus en dehors, constitue un signe de premier ordre.

Enfin vous n'oublierez pas qu'un déplacement fragmentaire, soit sur le dos, soit dans la plante du pied, peut, dans certains cas, être dû à une lésion astragalienne très difficile à éliminer en dehors d'un examen radiographique.

Ce dernier, qui vous servira également à préciser la détermination de la variété de fracture, ne devra pas seulement être fait dans le sens latéral, car si le trait n'intéresse pas la totalité de l'épaisseur de l'os, il pourrait passer inaperçu sur le cliché. La radiographie antéro-postérieure, vous montrant les saillies osseuses latérales internes ou externes que le cliché de profil ne peut révéler, est indispensable, et dans certains cas, vous aurez intérêt à avoir recours à des radiographies postéro-antérieures qui vous permettront d'explorer plus complètement la région de la petite apophyse.

En dehors des fractures de la grosse tubérosité qui sont extra-articulaires et dont le pronostic est assez bénin, bien qu'on ait pu observer des cas de talalgie assez rebelle, vous devrez vous souvenir que les lésions du thalamus calcanéen sont toujours graves, le pronostic étant intimement lié aux modifications des surfaces articulaires astragalo-calcanéennes. Leur dénivellation entraîne une arthrite persistante, et les modifications de l'axe du col de l'astragale, devenu horizontal par suite de l'enfoncement du thalamus, détermine une distorsion de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, une arthrite chronique de l'articulation de Chopart. La marche du blessé est pénible, difficile, douloureuse, et l'impotence persiste souvent pendant plusieurs années,

jusqu'à ce qu'une ankylose fibreuse, supprimant les mouvements des articulations sous-astragaliennes et médiotarsienne, ait réalisé un processus de guérison.

La fracture de la petite apophyse détermine, en plus de la déformation en valgus, des phénomènes d'arthrite, des troubles de compression des vaisseaux et des nerfs plantaires qui passent dans le canal calcanéen externe, son pronostic sera donc presque toujours assez mauvais comme celui de la fracture de la grande apophyse en raison de la dislocation articulaire médio-tarsienne, de l'effondrement de la voûte plantaire et du pied plat qui en résultent.

Vous devrez donc tenir soigneusement compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail des différents facteurs que je viens de vous signaler : la durée de l'impotence variera en moyenne de six mois à deux ans, elle pourra devenir permanente et équivaudra alors à la perte du pied, ce qui entraînera une diminution de capacité variant suivant les cas de 20 à 50 pour cent, proportion s'abaissant à 5 ou 15 pour cent dans les fractures extra-articulaires de la grosse tubérosité.

Au point de vue du traitement, les indications thérapeutiques découlent des lésions anatomo-pathologiques et des altérations que la fracture a apportées isolément ou simultanément aux surfaces articulaires ainsi qu'à l'équilibre de la voûte plantaire.

Dans le cas de fracture extra-articulaire, si l'écartement est minime, la réduction manuelle suivie de l'immobilisation du membre dans une gouttière plâtrée, le pied en extension sur la jambe et la jambe en flexion sur la cuisse, peut suffire. Le plus souvent la réduction sera incomplète et vous n'obtiendrez qu'un cal fibreux, suffisant pour assurer la fonction s'il est court et résistant. Mais si l'écartement est considérable, ou si vous voulez obtenir une réduction parfaite, il vous faudra recourir à l'ostéosynthèse, par enchevillement, enclouage, suture ou cerclage.

En ce qui concerne les fractures articulaires, la simple immobilisation, qui fut préconisée par plusieurs auteurs, ne peut donner, comme vous pouvez facilement le comprendre, que de très mauvais résultats, et je ne vous engage pas à y recourir. Vous devrez tenter la réduction sous anesthésie, et pour cela, vous vous efforcerez, par des tractions directes et énergiques exercées sur le pied, par des mouvements forcés de pronation et de supination, par des pressions latérales vigoureuse,s, de désengréner les fragments, de rendre au calcanéum sa hauteur, de modeler la voûte plantaire et dans certains cas de corriger le valgus. Le pied après réduction sera immobilisé dans un appareil plâtré pendant 25 à 30 jours puis vous commencerez le massage et la mobilisation.

Lorsque les lésions articulaires n'auront pas été trop marquées, vous pourrez espérer un résultat satisfaisant, mais, il est bien certain que dans les cas graves, il serait tout à fait illusoire pour vous d'attendre le retour des mouvements de l'articulation sous-astragalienne, et vous devrez vous tenir pour satisfaits si votre blessé peut marcher sans douleurs sur un pied ankylosé à angle droit. C'est pourquoi certains auteurs, ayant remarqué que des malades restaient de véritables infirmes jusqu'à ce qu'une ankylose ait transformé tout l'arrière-tarse en un véritable bloc, ont pratiqué systématiquement l'arthrodèse astragalo-calcanéenne. Cette ligne de conduite me paraît un peu excessive, et je ne crois pas que vous ayez intérêt à la suivre : mieux vaudrait, à mon avis, en cas d'arthrite et de douleurs persistantes, pratiquer l'astragalectomie, qui effectuée sans drainage peut rendre au blessé une capacité fonctionnelle assez étendue.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des broncho-pneumonies du nourrisson.

Le streptocoque et le pneumocoque en sont les causes les plus fréquentes, agissant soit comme contages directs, soit comme microbes de sortie après une maladie débilitante (coqueluche, grippe, diphtérie) ; il faut aussi tenir compte des surinfections hospitalières, de l'influence néfaste de l'encombrement, qui rend si difficile l'élevage en commun des nourrissons.

Le début des broncho-pneumonies peut être progressif, succédant à une phase de bronchite, ou bien brusque ; l'évolution et les complications sont variables.

Traitement. — Mettre le nourrisson dans des conditions hygiéniques favorables : isolement, aération ; inhalations d'eucalyptus ; éviter les conséquences souvent fâcheuses du décubitus.

Modifier l'état des voies respiratoires. La médication externe est d'une extrême importance ; onctions à l'huile térébenthinée, mieux encore enveloppements humides (compresses imbibées d'eau à 30° recouvertes d'une couverture de laine neuve non imperméable ; laisser en place plu-

sieurs heures et renouveler deux ou trois fois par jour), que l'on peut, suivant l'excellent conseil de MM. LEREBOULLET et SAINT GIRONS, associer aux bains chauds, donnés à deux degrés au moins au-dessous de la température du petit malade, pendant cinq à dix minutes sans dépasser cette limite : citons les bains sinapisés à donner très courts, l'enveloppement sinapisé à manier prudemment. La médication interne est basée sur l'emploi de l'acétate d'ammoniaque et de l'ipéca.

Agir contre la fièvre, mais seulement si la température par son élévation peut être préjudiciable à l'enfant : bains plus frais (36°-35°) ; faibles doses d'aristochine, 0,10 à 0,15 centigr. deux fois par jour, préparation de quinine facilement acceptée par l'enfant ; suppositoires de chlorhydrosulfate de quinine. Déconseiller la cryogénine et le pyramidon.

Soutenir les forces et tonifier le cœur : injections d'huile camphrée ; adrénaline V gouttes, deux à trois fois par jour ; digitaline, une à deux gouttes par jour ; solubaïne à 1 p. 1000, quatre à six gouttes par jour.

Lutter contre l'infection causale : A. *Moyens indirects* : collargol en frictions (inoffensif mais peu actif), injections sous forme d'électrargol, peu efficaces chez le nourrisson ; mieux vaut, trois ou quatre jours de suite, une injection intra-musculaire de 10 cmc. de nucléinate de lithium (physiosthénine), qui amène souvent une chute thermique et une évolution favorable. L'oxygène même en injections sous-cutanées, semble capable de rendre des services, mais n'est qu'une médication adjuvante.

B. *Moyens spécifiques.* Les sérums (anti-pneumococcique, anti-diphtérique) sont de faible ressource ; il peut même y avoir une réaction sérique locale au niveau du poumon pris, alors qu'on croyait la maladie enrayée. Les vaccins doivent entrer dans le traitement habituel des broncho-pneumonies du nourrisson, surtout dans les formes subaiguës et prolongées sans négliger les autres moyens thérapeutiques : vaccins à pneumocoque, streptocoque, bacille diphtérique, uni ou plurimicrobiens, en suspension ou en lysat. A cet égard le propidon rend service dans certains cas graves, mais à faible dose (1/4 ou 1/5 de cmc.), et en répétant l'injection deux à trois fois seulement à un ou deux jours d'intervalle. On ne doit pas augmenter les doses de vaccin et en répéter les injections en raison même de la gravité de la maladie ; une prudence très grande doit toujours être observée. (*Paris médical*, 18 février 1928.)

L'hypertension de la ménopause et son traitement.

René MIGNOT rappelle que, cliniquement, on peut en distinguer deux grands types :

A. L'hypertension révélée ou aggravée par la ménopause chez des femmes présentant des tares cardiaques, aortiques ou rénales, jusque-là latentes.

B. L'hypertension simple par anovarie et rupture de l'équilibre endocrino-sympathique, favorisée par une prédisposition plus ou moins grande.

L'hypertension de la ménopause peut apparaître avant, pendant et après la ménopause ; elle peut être découverte fortuitement, ou débuter par quelques troubles vagues : céphalée, vertiges, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, bouffées de chaleur, palpitations, douleurs précordiales, sensations d'angoisse, légère dyspnée d'effort, asthénie au moindre effort. Le plus souvent au cours de la ménopause, la tension artérielle oscille entre 16-9 et 19-10, mais peut atteindre dans la suite un chiffre plus élevé 23-12 et même fort 25 et 27. Ultérieurement, elle s'abaisse parfois et même se stabilise, mais elle peut aussi continuer à augmenter ; c'est, dans ce dernier cas que l'on voit survenir des accidents graves, tels que petits ictus, parésies, hémorragies rétiniennes, ou bien apparaître peu à peu des signes d'insuffisance cardio-rénale.

Un caractère important de cette hypertension, c'est d'être instable, oscillante. Elle varie de jour en jour, augmente au moment de la période où la femme devrait avoir ses règles, et subit nettement l'influence de la digestion, de l'effort musculaire et des émotions. Cette hypertension, transitoire, est influencée d'une manière remarquable par une thérapeutique appropriée ; dans certains cas même elle peut rétrocéder spontanément sous l'influence du temps.

L'hypertension de la ménopause artificielle (chirurgicale ou radiothérapique) s'accompagne des mêmes signes endocriniens et neurotoniques. Comme il s'agit de femmes plus jeunes, ces troubles deviennent plus frappants, et les phénomènes psychiques sont plus marqués. Elle est moins capricieuse et moins accessible à la thérapeutique que la forme précédente ; elle n'est pas comme la précédente, passagère et régressive.

Dans le diagnostic, il faut éliminer l'hypertension due à une aortite syphilitique ou à un trouble rénal.

Le traitement de l'hypertension de la ménopause dépend de sa pathogénie.

Les prescriptions d'ordre général comportent le repos physique et moral ; dans cette forme, le régime n'a pas les mêmes indications rigoureuses que dans l'hypertension permanente, car il n'y a ni rétention azotée, ni rétention chlorurée ; il faut cependant chercher à faire maigrir les malades, et supprimer tous les excitants du système nerveux : régime restrictif sur les aliments et la boisson, à prédominance fruito-végétarienne.

La médication déplétive comporte de petites saignées mensuelles de 80 à 150 gr. par ventouses scarifiées ou par ponctions veineuses ; les purga-

tifs ont une action passagère ; assurer l'évacuation quotidienne par des laxatifs huileux ou salins.

Les sédatifs seront donnés sous forme de bromures, valériane, cratægus, gui, passiflore, gardénal, etc. (0.01 à 0.02 deux à trois fois par jour).

Opothérapie. — Dans la ménopause artificielle, ne pas employer aussitôt l'opothérapie ovarienne, commencer par l'opothérapie thyroïdienne.

Pour la ménopause chirurgicale, l'opothérapie est d'autant plus efficace qu'elle est précoce et persévérante. On prescrira l'extrait ovarien pendant vingt jours par mois à doses progressives allant jusqu'à 0.45 et 0,50 par jour, de préférence le matin à jeun avant le petit déjeûner. Si la poudre d'ovaire ne suffit pas, employer le corps jaune à doses progressives de 0 gr. 15 à 0,45 par voie buccale.

On prétend qu'en raison des troubles thyroïdiens qui sont à l'origine de la plupart des troubles de la ménopause, les malaises ne s'améliorent rapidement que si on associe l'extrait thyroïdien (0 gr. 05 à 0 gr. 10) à l'extrait ovarien.

L'hypophyse enfin pourra rendre des services, et l'opothérapie thyro-hypophyso-ovarienne a été souvent très efficace.

Parmi les agents physiques, on recommande le massage (surtout abdominal), l'hydrothérapie, la chaleur, la lumière, peut-être la diathermie et la radiothérapie des glandes surrénales.

Royat constitue, d'autre part, la station de choix pour le traitement de l'hypertension de la ménopause par ses bains carbo-gazeux dont l'action est hypotensive et sédative, cardiotonique et diurétique. (*L'Hôpital*, février 1928-B.)

Le rôle thérapeutique de l'insuline.

Le résumé des connaissances principales que le médecin doit posséder sur l'action thérapeutique de l'insuline, est exposé par le Pr A. Baudoin. C'est un produit d'une activité merveilleuse que chacun doit apprendre à bien manier ; cela exige certes de la prudence et de l'attention, mais cela n'a rien de spécialement difficile.

Le coma diabétique. De toutes les indications, c'est la plus absolue, à ce point, dit l'auteur, qu'un médecin qui négligerait aujourd'hui cette arme dans le traitement du coma diabétique risquerait d'être taxé de faute professionnelle.

La thérapeutique actuelle de ce redoutable accident peut se résumer ainsi : il faut donner au malade de l'insuline, de l'eau, du sucre. En dehors de ces soins fondamentaux, il faut encore veiller à réchauffer le sujet, et, s'il y a lieu, administrer des toni-cardiaques, digitale ou spartéine.

300 à 400 unités d'insuline dans les 24 heures sont des doses normales. Dès l'arrivée auprès du malade, il faut donner 60 à 80 unités par voie sous-cutanée, ou, en cas de grand danger, par la voie intra-veineuse. Puis, toutes les deux heures, on administrera 20 à 40 unités en surveillant l'état du sujet. S'il se réveille, on diminuera, sinon on continuera avec acharnement jusqu'à ce qu'il soit avéré que la partie est définitivement perdue. Il est très important de suivre l'état des urines, en faisant les réactions d'acidose sur chaque échantillon émis. S'il n'y en a pas de rendue, on en obtiendra par la sonde.

Donner abondamment de l'eau à ces déshydratés : eau, tisanes, injections de sérum glucosé isotonique, ou goutte à goutte intra-rectal avec de l'eau glucosée ou bicarbonatée à 20 p. 1000.

En fait de sucre, on donne en grammes de sucre par une voie quelconque, la moitié ou le tiers de la dose d'insuline en unités, cette dose étant variable, en plus ou en moins, d'après l'état des urines.

Le diabète grave, consomptif et acidosique constitue une seconde indication fondamentale. Autrefois, c'était l'époque des cures de jeûne extrêmes ; on ne faisait vivre le malade qu'en le laissant mourir de faim. Cependant, aujourd'hui, l'insuline ne dispense pas d'établir un régime ; tout l'art du thérapeute consiste à les ajuster l'un à l'autre.

Soit un sujet atteint de diabète grave, à tolérance nulle. Le médecin décide de lui donner une tolérance de 100 grammes d'hydrates de carbone, ce qui est un bon chiffre moyen.

A ce malade de 60 kgr., on permettra 50 grammes d'albumines par jour : cela fait 200 calories ; les 100 grammes d'hydrates de carbone, une fois métabolisés, livreront 400 calories. Si l'on veut que la ration totale soit de 1800 calories (30 calories par kil. et par 24 heures), il reste à obtenir des matières grasses 1200 calories : cela fera environ 130 grammes de graisse. Le régime ainsi fixé sera équilibré, puisque 100 grammes de sucre brûlé permettent d'utiliser plus de 200 grammes de matériaux cétogéniques (graisses). Ces décisions une fois prises, le médecin traduira ce régime en viandes, pommes de terre, légumes verts, beurre, huile, etc., en se servant des tables que l'on trouve partout.

Reste à fixer la dose d'insuline. Puisque « l'équivalent en glucose de l'insuline », c'est-à-dire le nombre de grammes de sucre qu'une unité d'insuline va permettre de brûler, est de 1 à 2 grammes, il faudrait donc 100 ou 50 unités d'insuline ; on commencera par le chiffre le plus faible ou par un chiffre un peu plus bas, 40 unités par exemple ; on se tiendra à ce chiffre, ou on l'augmentera suivant le résultat des analyses des urines et du sang.

Les résultats de ce procédé sont excellents : l'acidose diminue, puis le sucre se réduit, et, pour des petites doses d'insuline, peut complètement disparaître. Mieux vaut ne pas rechercher ce résultat à tout prix, et conserver une petite glycosurie de « sûreté ».

L'indication est de second ordre. Ce n'est même

pas le cas pour le diabète simple, car celui-ci doit être traité par le régime ; l'insuline est, en effet, loin d'être un médicament anodin et inoffensif, et il convient de réserver son emploi aux cas où elle est nécessaire.

En dehors du diabète rénal, il n'existe pas de contre-indication à l'insuline, même pas la tuberculose, ainsi qu'on l'a prétendu.

Notons enfin les services immenses que rend l'insuline dans la chirurgie des diabétiques. Avant l'opération, s'il s'agit d'un diabète simple, sans acidose, l'insuline est cependant inutile ; le régime suffit à faire disparaître la glycosurie, et à ramener la glycémie à la normale. S'il s'agit d'un diabétique grave, acidosique, il faut ramener le malade à un état voisin de la normale par le régime combiné à l'insuline.

Au moment de l'opération, il faut absolument proscrire le chloroforme, tout spécialement dangereux. En cas de diabète grave, un mode d'anesthésie locale sera préférable même à l'éther. Quand le malade est soumis à l'insuline, il faut lui donner, avant l'opération, sa dose habituelle. Pour les autres, il est bon d'administrer, une heure avant l'opération, une petite dose d'insuline, 15 à 20 unités, et de leur faire croquer 3 à 4 morceaux de sucre.

La surveillance post-opératoire est surtout importante durant 48 heures, à cause du shock et de l'inanition à laquelle sont soumis les opérés. C'est à ce moment que les accidents d'acidose sont le plus à redouter. Il est prudent dans la soirée de donner 30 à 40 unités d'insuline avec 20 à 30 grammes de sucre ; et il faut rechercher les réactions d'acidose dans *tous* les échantillons d'urine émise. Si elles font défaut, on ne donnera plus d'insuline ; sinon le malade sera considéré comme en imminence de coma et traité, comme plus haut, avec de l'insuline, de l'eau, du sucre.

Même conduite s'il s'agit d'une opération d'extrême urgence : hernie étranglée, appendicite ; avant l'opération 40 à 50 unités avec 300 grammes de sérum glucosé. (*L'Hôpital,* avril 1928, B.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le chlorure de magnésium dans la prophylaxie du cancer.

(M. Pierre Delbet. — *Académie de méd.* ; 10-7-1928.)

Dans une précédente séance, M. Pierre Delbet signalait les avantages procurés par l'administration du chlorure de magnésium pour la préparation des malades aux opérations. Ce précieux sel — chlorure de magnésium — a d'autres applications cliniques et il paraît pouvoir jouer un rôle très intéressant dans la thérapeutique d'une foule d'affections et aussi dans la prophylaxie du cancer.

M. Pierre Delbet n'en parle pas à la légère. C'est, en effet, depuis 1915 qu'il étudie l'action biologique curieuse de cette substance. Le chlorure de magnésium est un agent d'épargne, un tonique et bien d'autres choses encore.

Pour s'en tenir à la clinique, on l'a vu agir avantageusement sur des crises de cholécystite et angiocolite, sur la constipation, sur la fétidité des selles, sur l'asthénie du surmenage, sur l'asthénie qui suit certaines maladies infectieuses (il donne de l'euphorie, de l'optimisme), sur certains troubles de l'âge avancé (tremblement, démarche lourde, impuissance) sur le tremblement du parkinsonisme, les crampes, les prurits, des dermatoses, etc.

A cette longue énumération des indications du chlorure de magnésium, il faut en ajouter une autre de premier ordre ; son utilité dans la prophylaxie du cancer.

M. Delbet cite son cas personnel. Porteur d'un petit papillome corné du pavillon de l'oreille, ayant récidivé malgré plusieurs ablations chirurgicales, il prit du chlorure de magnésium. Un beau jour, le papillome rebelle disparut, sans retour ! D'autres cas analogues ont été observés.

Expérimentalement, l'auteur a eu recours à l'expérience suivante. Chez 10 cobayes, des petits cailloux furent insérés dans la vésicule biliaire. Kozama a montré que l'inclusion de ces corps étrangers dans la vésicule biliaire des cobayes produit rapidement des cancers. Cinq de ces animaux furent hypermagnésiés, cinq servirent de témoins. Chez le cobaye magnésié, la vésicule resta presque indemne ; chez le cobaye témoin, elle fut très altérée ou atteinte de cancer.

M. Pierre Delbet estime que l'usage régulier, *comme d'un aliment*, des sels halogènes de magnésium (chlorure de magnésium) est capable d'empêcher la genèse de bien des tumeurs. Sa conviction est entière et basée sur un temps déjà long. Il l'explique pas des propriétés cytophylactiques de ces sels. Il recommande hautement l'usage régulier du chlorure de magnésium chez les sujets prédisposés au cancer ou le redoutant. Il faut en prendre longtemps (2 comprimés de 0 gr. 60 par jour), comme on prend du sel marin. C'est une substance euphorique, tonique, par ailleurs sans inconvénient.

L'anesthésie dans le traitement du panaris.

M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 18-4-1928.)

M. Paul Moure fait une communication sur l'anesthésie dans le traitement du panaris. Pour le phlegmon des gaines, l'anesthésie générale est naturellement indispensable, mais pour les panaris simples l'anesthésie locale peut en général suffire. A ce propos, l'auteur insiste sur le danger que présente l'usage de l'adrénaline dont on additionne la solution anesthésiante, en particulier si l'on pratique une anesthésie en bague. Il existe des cas de gangrène des téguments et même de gangrène totale des doigts consécutifs à des injections anesthésiantes adrénalinées.

M. Paul Moure signale, d'autre part, l'utilité d'un traitement chirurgical préventif du panaris. Chaque fois, dit-il, que je me trouve en présence d'une piqûre suspecte de la face palmaire des doigts ou de la paume de la main, lorsque cette piqûre est spontanément douloureuse après douze ou vingt-quatre heures, qu'elle s'accompagne de battements et qu'elle empêche le sommeil, je la débride. Le débridement ne doit pas être une simple incision ; il comportera, après anesthésie locale, une excision circulaire de quelques millimètres de diamètre de l'orifice d'entrée, intéressant toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire qui fait hernie. Il en résulte une sorte de puits qui assure un drainage efficace, grâce à l'application d'un pansement humide à la solution de Dakin ou à l'eau salée hypertonique.

— M. J.-L. Faure a vu de gros sphacèles après injections de sérum adrénaliné. Il conseille fermement de ne jamais recourir à ce sérum en injection.

— M. Chevrier pense que si un bon liquide anesthésique peut être dépourvu d'adrénaline, pour la novocaïne il faut un peu d'adrénaline. Il convient toutefois d'en mettre moins que dans la formule de Reclus.

— M. Louis Bazy a observé deux cas où, à la suite d'anesthésie locale avec la solution de Reclus (qui contient XX gouttes d'adrénaline pour 100 c. c.), du sphacèle des lèvres de la plaie s'est produit. Dans ces conditions, l'auteur a supprimé totalement l'adrénaline et il n'a pas constaté de différence dans les effets anesthésiques.

— M. Toupet a failli perdre un malade à la suite d'une anesthésie en bague du gros orteil, avec la solution de Reclus. Il opère toujours actuellement les lésions suppurées des doigts à l'anesthésie générale de courte durée (bouffée de chlorure d'éthyle).

Métastases osseuses dans les phlegmons de la main.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie* ; 18-4-1928.)

M. Auvray a traité un malade de 57 ans qui, à la suite d'un phlegmon de la main, a présenté une ostéomyélite aiguë métastatique du fémur, mortelle. Comme le phlegmon était la conséquence d'un accident du travail, le corps fut autopsié à l'Institut médico-légal. La note du médecin légiste fut : piqûre accident du travail, mort d'infection généralisée.

— M. Paul Moure a observé une ostéomyélite du fémur chez une femme de 60 ans, ayant débuté consécutivement à une grippe et à un furoncle.

— M. Sauvé a vu un cas analogue chez un homme de 65 ans qui venait d'être atteint de furonculose.

— M. Raymond Grégoire a suivi un malade de 50 ans qui eut comme séquelle d'un panaris du pouce, des ostéomyélites de l'humérus et du fémur, et qui mourut de septicémie lente.

— M. Pierre Mocquot a recueilli plusieurs observations de ce genre, réunies dans la thèse de M. Ernest Lafont.

— M. Louis Bazy signale le cas d'un blessé de guerre porteur d'ostéite fistulisée de la clavicule, qui fit une infection fémorale post-traumatique. Il lui est apparu qu'il fallait rattacher l'infection fémorale au traumatisme (accident du travail ici), l'accident ayant servi d'appel à une localisation du germe de l'ostéite claviculaire.

Les accidents des vers intestinaux.

(M. Léon Souben, de Pont-l'Abbé. — *Soc. de thérapeutique* ; 18-4-1928.)

M. Souben a observé un certain nombre de troubles provoqués par les vers intestinaux et guéris par l'administration de vermifuges. Ces troubles ont été variables : convulsions, méningisme, céphalée avec vomissements, etc.

L'auteur estime que, surtout chez les enfants, il faut toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de parasites intestinaux. L'embarras gastrique avec selles fétides, les démangeaisons nasales ou anales, les vomissements, les convulsions, une petite toux quinteuse incitent à songer à ce diagnostic. On peut rechercher les œufs dans les selles, mais il est plus simple souvent d'instituer d'emblée un traitement d'épreuve.

— M. Leven remarque que l'on attribuait jadis en pathologie une importance très grande — exagérée — aux parasites intestinaux. Aujourd'hui, par contre, on les néglige trop. Il rappelle l'histoire d'un jeune soldat qui, un jour, fut ramassé sur la voie publique en pleine crise convulsive. Attribuant cette crise à un excès de boisson, on s'apprêtait à conduire cet homme à la prison lorsque des renseignements plus circonstanciés le signalèrent comme porteur d'un tænia. Un vermifuge amena une guérison rapide.

— M. Babonneix connaît un cas où la clinique et la cytologie parlaient en faveur de la méningite tuberculeuse et qui n'était qu'une méningite vermineuse. Toutefois, les parasites intestinaux peuvent coexister avec des lésions tuberculeuses méningitiques et il ne faut pas se hâter de conclure à des accidents vermineux.

P. L.

L'angine de poitrine : son traitement par la radiothérapie profonde.

(M. Arrillaga (Buenos-Aires). — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 1-6-1928.)

Les interventions chirurgicales proposées pour traiter l'angine de poitrine sont graves ; l'auteur essaye d'utiliser le grand pouvoir analgésique des rayons X ultra-pénétrants pour combattre les souffrances atroces et les douleurs des malades en question. Il n'a traité que des angineux graves, exigeant de ce nouveau mode de traitement un maximum d'activité. Chez ceux-ci, les crises d'angor, dit d'effort, avaient résisté à tous les moyens thérapeutique usités ; chez tous, le résultats fut excellent ; il est resté durable depuis 8 mois, un an ; huit patients ont été ainsi traités.

On agit par voie antérieure et postérieure sur l'aire de projection cardio-aortique ; on fait des séries de 6 à 10 jours (ou 10 à 15 jours, si le cas est plus grave), avec interruption de 30 à 40 jours. Après une très courte et légère exacerbation des malaises, tous les malades se sont considérablement améliorés, et lorsqu'on a dû commencer la 2e série, ils n'accusaient plus de douleurs. On n'a pas observé d'autres manifestations que celles qui suivent les applications radiothérapiques importantes (maux de tête, prostration, nausées).

Bien entendu, cette méthode ne s'oppose d'aucune manière à tout ce qu'on a fait et doit continuer à faire pour combattre l'angine de poitrine (traitement spécifique chez les syphilitiques, nitrite chez les hypertendus, indication antispasmodique, diététique, etc.).

Désormais le traitement chirurgical devrait céder le pas à la radiothérapie profonde.

Zona et varicelle coexistant chez le même malade.

(M. Esquer. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 1-6-1928.)

L'auteur rapporte l'observation d'un malade sur lequel il a vu évoluer simultanément zona et varicelle. Ce cas peut contribuer à détruire un argument des dualistes. L'élément étiologique commun est le virus varicelleux qui affecte soit le revêtement cutané, soit le tissu nerveux.

Cholécystite aiguë pré-typhoïdque.

(MM. Mussio Fournier, Bertolini, Alvarez, Gatti. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 1-6-1928.)

Le bacille d'Eberth aime la vésicule biliaire ; rien donc de surprenant dans l'existence des cholécystites typhoïdiques. L'inflammation de la vésicule apparaît le plus souvent pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, et moins souvent pendant la convalescence. Exceptionnellement elle marque le début de l'affection.

Chez le malade observé, les phénomènes vésiculaires qui s'étaient accompagnés d'épistaxis, disparurent au bout de 5 jours. La coexistence de ces deux signes fit penser à la possibilité d'une fièvre typhoïde, malgré l'absence d'abattement, de splénomégalie, de taches rosées lenticulaires. Le laboratoire confirma ces soupçons : réactions de Widal positive, hémoculture positive, leucopénie. Après que disparurent les troubles vésiculaires, apparurent les taches lenticulaires et la splénomégalie, puis la température.

Seize jours après le début, la malade était guéri, avec chute de la température, semblable à une chute pneumonique.

Abcès hépatique amibien à évolution masquée par un syndrome pleuro-péritonéal suspect.

(MM. Dargein et Oudard. — *Soc. méd. des hôpitaux*; 1-6-1928.)

Ici l'abcès amibien avait pris le masque exceptionnel de tuberculose péritonéo-pleurale pendant deux mois : météorisme abdominal, ascite, réaction pleurale à lymphocytose exclusive, symptômes digestifs, constipation, faisaient pencher pour ce diagnostic. On mettait le gros foie sur le compte d'une cirrhose tuberculeuse, et on tenait les douleurs du début pour des manifestations de cholécystite ou de péricholécystite de même nature.

Absence d'antécédents dysentériques. L'absence de leucocytose et de polynucléose n'était pas en faveur d'une suppuration.

Ce n'est que dans les derniers jours que les auteurs ont été orientés par une augmentation de volume du foie, par la voussure de l'hémithorax, vers le diagnostic exact : une ponction exploratrice est venue lever tous les doutes, entraînant en même temps l'intervention opératoire immédiate.

Cette forme pleuro-péritonéale est à signaler, en plus des formes pleuro-pulmonaires, de difficulté de diagnostic si considérable, quoique encore relativement répandues.

A propos du service sanitaire des usines Ford à Détroit.

(M. L. Destouches. — *Soc. de médecine de Paris* ; 26-6-1928.)

Chez Ford, grâce à la mécanisation des usines, la machine prend rapidement beaucoup plus d'importance que l'homme dans la fabrication ; on serait ainsi en mesure actuellement de supprimer le tiers du personnel employé. Aussi n'importe qui peut-il remplacer n'importe quel autre ouvrier dans n'importe quel emploi, immédiatement, sans qu'il s'en suive, ou presque, de diminution dans le nombre des pièces fabriquées à la fin de la journée. L'auteur a vu procéder à l'embauchage ; ce sont les postulants les plus déchus physiquement et psychiquement, qui sont les plus appréciés par la direction de l'usine. Ford s'est engagé à payer à chacun de ces semi-

inutiles, d'emblée, au moins 6 dollars par jour ; et il tient cette promesse.

Les dirigeants de l'industrie américaine veulent éviter à tout prix le débauchage ; aussi ont-ils cherché par de multiples et ingénieuses combinaisons à attacher l'ouvrier à l'usine. Le fait d'avoir recours aux invalides physiques et psychiques semble être la plus fructueuse de ces combinaisons.

Sur 44.500 ouvriers, 13.184 souffrent d'affections et d'invalidités sérieuses et chroniques : 629 tuberculeux et asthmatiques, 187 épileptiques et psychopathes divers, 5.000 hernies, 417 cardiaques, 51 aveugles, des ataxiques et même des malades atteints de maladie du sommeil, 800 néphrites et cystites. Sur ce nombre, 7.328 seulement sont au dessous de leur tâche, 500 ne parviennent pas à 50 % d'efficience, 5 n'atteignent que 10 %. L'examen médical d'entrée, hormis l'analyse d'urines, n'est qu'une simple inspection ayant pour but de dépister les hernies et de classer pour les statistiques les plus grosses invalidités. D'ailleurs l'affectation de l'ouvrier a un travail déterminé a lieu avant l'inspection médicale et au hasard.

D'ailleurs les accidents sont peu fréquents chez Ford ; pour les réduire au minimum on a sans cesse perfectionné les appareils de protection aux différentes machines.

C'est donc en somme la possibilité de gagner leur vie offerte à toutes les faiblesses physiques et mentales, même aux plus grandes, aux plus prononcées.

« En ce qui nous concerne, médecins et hygiénistes, d'après l'expérience Ford, dit l'auteur, nous devons peut-être nous demander s'il n'est point temps d'apporter de sérieuses modifications aux notions en vigueur encore actuellement, en hygiène sociale, qui concernent l'état de santé et l'état de maladie, et de les réviser en les envisageant sous l'angle réellement moderne, celui d'un monde qui s'industrialise, s'américanise si l'on veut, un peu plus chaque jour. Il y a peu de chances que nous échappions à cette évolution, et il y aurait sans doute de grands avantages à ne pas l'ignorer sous des prétextes plus ou moins traditionnels... »

En France, nous ne sommes pas encore parvenus à ce haut degré de mécanisation industrielle. Nos usines les plus perfectionnées de l'industrie automobile par exemple prennent encore 100 heures de travail pour la fabrication d'une automobile, au lieu de 60 heures seulement chez Ford. Néanmoins, il serait sans doute possible d'étudier sérieusement dès à présent les modalités éventuelles d'emploi de certains malades chroniques dans l'industrie.

Une meilleure utilisation des ouvriers, des malades chroniques, plus soigneuse que chez Ford, permettrait sans doute si elle se généralisait dans l'industrie et même dans le commerce, d'alléger de beaucoup le budget des assurances sociales de demain.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des Sciences médicales

Mégacôlon et malformations multiples chez un vieillard.

MM. Croizat, Jeannin et Cuilleret relatent l'observation d'une femme de 68 ans morte à l'hôpital après avoir présenté une dyspnée énorme avec cyanose, de l'hyperthermie, de la matité et de l'obscurité à la base droite, des signes de bronchite diffuse et quelques râles fins sous les clavicules et dans l'aisselle droite. A l'autopsie : symphyse totale avec grosse pachypleurite du côté droit ; abcès froid sous-pleural axillaire ; sur des deux poumons, poussée granulique récente généralisée ; péritoine semé de granulations ; *côlon descendant énorme*, du volume d'un tuyau de poêle, à parois épaisses ; malformations multiples : *un seul rein*, à gauche ; uretère droit existant sous forme de cordon fibreux ; trompe utérine gauche du volume d'un pouce ; adénome de la surrénale gauche.

Epilepsie et hérédo-syphilis chez un garçon de 20 ans.

M. Pallasse et Mlle Bussy présentent l'observation d'un jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital pour une crise nerveuse survenue la veille et ayant offert tous les caractères d'une crise d'épilepsie ; on ne note aucune crise antérieure, ni aucun signe larvé d'épilepsie.

Le seul antécédent pathologique consiste dans la syphilis du père, affirmée par la famille. L'examen montre une voûte palatine ogivale, des incisives supérieures érodées en coup d'ongle ; réaction de Wassermann très positive ; ponction lombaire : tension, 30 ; albumine, 0 gr. 30 ; sucre, 0 gr. 55 ; grosse leucocytose. Un traitement spécifique est institué.

Société Médicale des Hôpitaux.

Doigt hippocratique et endocardite infectieuse.

MM. Gallavardin, Gravier et Puig rapportent un nouveau cas d'endocardite infectieuse où l'hippocratisme des doigts fut le seul symptôme permettant de soupçonner le diagnostic : malade de 30 ans, ancien rhumatisant, entré pour une poussée rhumatismale au niveau des tibio-tarsiennes et porteur d'une cardiopathie mitro-aortique. Hippocratisme léger des doigts. Les signes classiques de l'endocardite infectieuse, bien que minutieusement recherchés, faisaient défaut. Mort brusque par œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva, à côté de lésions anciennes des valvules aortiques, des végétations récentes importantes ; la rate, bien que n'ayant pas été perçue, était grosse, avec deux petits infarctus.

Tuberculose pulmonaire cicatrisée chez une enfant de 3 ans atteinte de maladie de Roger avec cyanose.

MM. Mouriquand, Bertoye et Bouysset pré

sentent des pièces provenant de l'autopsie d'une fillette de trois ans, ayant eu de la bronchite dès les premiers jours de la vie, puis la coqueluche et la rougeole. A deux ans, elle commença à tousser et fut soignée pour de la tuberculose pulmonaire. Depuis un mois, fièvre et cyanose. A l'entrée, cyanose intense et généralisée, dyspnée marquée ; à l'examen, matité et souffle au sommet droit, quelques râles dans les poumons ; cœur gros, abaissé, bruits fortement perçus, sans souffle. Autopsie : tubercule crétacé à l'extrême sommet du poumon droit, entouré d'une zone scléreuse étendue ; lésions de pneumonie lobulaire infarctoïde au voisinage de ce tubercule, ainsi qu'à la base droite et à la partie postérieure du poumon gauche. Cœur gros ; trou de Botal non perméable ; orifice du diamètre d'une pièce de 50 centimes faisant communiquer les deux ventricules. Si la maladie de Roger s'accompagne habituellement d'un souffle intense sans signes fonctionnels, on peut voir des formes anormales avec cyanose ou tuberculose pulmonaire, ou les deux à la fois ; l'absence de souffle s'expliquerait ici par l'asystolie terminale.

L'apparition tardive de la cyanose s'explique par la gêne de la circulation pulmonaire causée par la tuerculose : le sang du cœur droit, ne trouvant pas n écoulement facile vers les poumons, passait en partie par la perforation de la cloison interventriculaire.

Extrasystoles ventriculaires isolées greffées sur un rythme sinusal régulier chez un cardio-rénal. Mort rapide.

MM. A. Josserand et P. Veil relatent l'observation d'un homme de 63 ans atteint de néphrite interstitielle, chez lequel l'électrocardiographe enregistra quelques extrasystoles ventriculaires survenant sur un rythme sinusal, sans fibrillation auriculaire, ni bigéminisme. Le malade mourut, presque subitement, quatre jours après et l'autopsie, si elle confirme le diagnostic de néphrite, resta muette sur les causes de la mort.

Les auteurs se demandent s'il ne faut pas attacher à l'extrasystolie ventriculaire une valeur pronostique grave, analogue à celle des rythmes bigéminés des cardiopathies sévères. Des observations plus nombreuses seraient nécessaires pour résoudre ce problème.

Les mêmes auteurs, quelques jours après le cas précédent, ont observé un autre cardiaque mort dans des conditions analogues et chez lequel l'étude des électrocardiogrammes montrait l'existence de rares extrasystoles, greffées cette fois sur une tachyarythmie.

Un cas d'agranulocytose chez l'enfant.

M. A. Dufourt présente un cas d'une affection décrite en 1922 par Schulz (de Berlin) sous le nom d'*agranulocytose* et qui est caractérisée par une diminution énorme des leucocytes granuleux et par une angine à caractère ulcéro-nécrotique. Les observations publiées jusqu'ici concernent des adultes. Ici, il s'agit d'une fillette de 12 ans. Le début se fit par de la fièvre entre 39° et 40°, une asthénie intense et quelques douleurs diffuses. Bientôt apparut une angine pseudo-membraneuse qui en imposa au médecin traitant pour de la diphtérie. Quand M. Dufourt la vit, l'enfant était extrêmement pâle et dans un état d'asthénie extrême. On notait sur les téguments de, taches rouges ressemblant à des piqûres de puces dont certaines étaient papuleuses, et quelques phlyctènes ; la gorge présentait à droite une fausse membrane noirâtre, décollée sur des bords nettement creusés ; à gauche, il y avait une fausse membrane blanche, sans ulcération. On ne trouva ni B. de Lœffler, ni association fuso-spirillaire. Pas d'adénopathie. L'examen du sang montra la formule suivante : globules rouges 2.050.000 ; globules blancs : 1.230 dont : polynucléaires 10 %, grands monos : 0 ; mononucléaires, 60 % ; lymphocytes, 29 ; mononucléaires basophiles, 1 ; éosinophiles 0

L'enfant mourut brusquement au bout de six jours de maladie.

Pneumonie du sommet chez un nourrisson.

MM. Mouriquand, Bernheim et Sédallian présentent une observation de pneumonie du sommet survenue chez un nourrisson et offrant deux particularités importantes : la première, c'est la constatation de streptocoques hémolytiques à l'intérieur du pus prélevé dans les petits abcès du foyer d'hépatisation grise et l'absence de pneumocoques. La seconde, c'est la présence, à la radioscopie, d'une ombre « en casque » occupant toute la partie supérieure du poumon. Cette ombre, dont M. Mouriquand a établi la valeur séméiologique et pronostique, peut s'observer transitoirement, succédant au « triangle » primitif, puis disparaissant pour faire place au triangle de retour ; elle n'a alors aucune signification fâcheuse. Quand, au contraire, elle est durable, se retrouvant dans tout le cours de la pneumonie, elle comporte un pronostic sombre : hépatisation grise, pneumonie chronique à tendance hyperplasique, hépatisation tuberculeuse.

Le rhumatisme scarlatin n'est pas un pseudo-rhumatisme infectieux, mais du rhumatisme articulaire aigu.

M. Gallavardin croit pouvoir baser cette affirmation sur trois arguments :

1° Le rhumatisme scarlatin s'accompagne d'endocardite avec une fréquence inconnue dans les autres pseudo-rhumatismes infectieux ;

2° Le rhumatisme scarlatin est souvent suivi, quelques mois ou quelques années plus tard, d'atteintes franches de rhumatisme articulaire aigu ;

3° Le rhumatisme scarlatin peut être suivi de chorée.

On conçoit l'importance pratique d'une telle théo-

rie qui conduirait à traiter le rhumatisme scarlatin par le salicylate de soude.

Bronchite à spirilles au décours d'une fièvre typhoïde.

M. A. DUFOURT et Mlle GAUMONT. — Fillette de 11 ans entrée à l'hôpital pour fièvre typhoïde à évolution normale. Vers le septième jour après l'entrée, on constate au sommet gauche de la submatité et des râles gargouillants ; signes de bronchite intense dans le reste des poumons ; expectoration abondante, franchement purulente. Radioscopie négative ; pas de B. de Koch dans les crachats ; par contre, on y trouve une quantité énorme de spirilles, quelques bacilles fusiformes, pas de pneumocoques. La fièvre persistait malgré la disparition de tous les signes typhiques. On donna du stovarsol qui amena au bout de cinq jours une amélioration de tous les symptômes.

Polydactylite probablement syphilitique chez un nourrisson.

MM. GARDÈRE, CHASSARD et Mlle WEILL présentent l'observation d'une fillette de 16 mois atteinte de tuméfactions multiples des doigts, pour lesquels le diagnostic pouvait hésiter entre celui de dactylite syphilitique et celui de spina ventosa tuberculeux à forme périostique. En pareil cas, la preuve de l'origine syphilitique des lésions est fournie par la radiographie *complète* du squelette : on trouve alors, presque toujours, des lésions plus ou moins discrètes de périostite ossifiante au niveau des os longs.

A. C.

Les Livres

G. DOIN ET CIE, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

Prof. A. POROT (d'Alger). — **Les syndromes mentaux.** Préface du prof. H. CLAUDE. (1 vol. in-8° de 380 pages, avec 24 fig. dans le texte : 55 francs. In *Bibliothèque des grands syndromes.*)

Voici la pathologie mentale présentée par « syndromes ». C'est la formule la plus claire et la plus acceptable pour le praticien, qui ne soucie que des réalités cliniques ; il n'a que faire, en effet, des discussions doctrinales spécieuses, et des classifications nosographiques mouvantes, qui, trop longtemps, lui ont fait apparaître la psychiatrie comme une spécialité incertaine et obscure.

Le premier fascicule a trait aux états confusionnels et contient tout ce qu'il convient de connaître des états délirants et des psychoses en rapport direct et immédiat avec la médecine générale : infection, intoxications, états puerpéraux, traumatismes, états endocrino-végétatifs, affections organiques diverses, etc. On y trouvera les ressources, trop souvent négligées, que la pathologie générale peut fournir du point de vue thérapeutique.

Cet ouvrage, intéressant pour le spécialiste par ses développements et sa mise au point, s'adresse aussi et surtout au praticien pour l'éclairer et le guider dans les contacts si fréquents qu'il doit prendre avec es urgences psychiatriques.

J. GALUP et M. SÉGARD. — **L'asthme. Traitement et pathogénie.** (1 vol. in-8° de 272 pages. *In* Collection des actualités de médecine pratique) Prix : 20 francs.)

Les auteurs, spécialisés depuis quinze ans dans le traitement des asthmatiques, nous font connaître le résultat précieux de leur expérience. Ils ont écrit une synthèse complète, véritable et définitive mise au point de l'asthme.

De tous les travaux anciens ou nouveaux, ils dégagent ce qui, au contrôle de l'expérience clinique, constitue soit des acquisitions définitives, soit de sérieuses probabilités, soit seulement d'intéressantes suggestions ; en plus, ils ajoutent les résultats de leurs propres recherches, les plus récentes.

Au total : étude objective complète, et qui ne ressemble en rien aux livres de polémique qui ont été publiés sur la question il y a deux ans.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

J. CAMBIÈS, médecin-consultant à Châtel-Guyon et J. M. ROSELL, spécialiste des maladies de la nutrition à Barcelone. — **Coprologie clinique : exploration séméiologique et diagnostic coprologique.** (1 vol. in-8° de 250 pages avec 71 figures et 6 planches en couleur. Préface du Dr BENSAUDE, médecin de l'hôpital St-Antoine. Prix : 30 francs.)

Ce qui caractérise ce travail, c'est la partie importante accordée à l'étude séméiologique des fèces et aux indications thérapeutiques qui résultent de l'analyse minutieuse des selles. C'est donc un livre destiné plus au clinicien qu'à l'homme de laboratoire.

Le chapitre consacré aux parasites intestinaux est très complet avec de nombreuses figures, qui permettent facilement au médecin de reconnaître les différents parasites ou leurs œufs, qui occasionnent si fréquemment des troubles intestinaux.

Un important chapitre est consacré à la coprologie du nourrisson et des enfants.

Ainsi, abondamment illustré, pourvu d'un index alphabétique très complet, et d'une importante bibliographie, mise à jour, ce livre rendra service autant par son côté pratique que par l'abondance des renseignements qu'il fournit à tout médecin, s'intéressant aux affections gastro-intestinales.

VIGOT frères, éditeurs,
23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

F. X. LESBRE, professeur à l'école nationale vétérinaire de Lyon. **Traité de tératologie de l'homme et des animaux domestiques.** (Un vol. in-8°, 344 pages avec 252 figures : 40 francs.)

Cet ouvrage est la synthèse d'une étude poursuivie par l'auteur pendant sa longue carrière d'anatomiste, le fruit de nombreuses observations apportant un contingent de faits nouveaux et d'idées, qui ne sont pas sans importance au point de vue de l'anatomie normale et pathologique, car « les monstres eux-mêmes n'échappent pas aux lois générales de l'organisation, ils en subissent l'empire, en prouvent l'universalité ».

Bien qu'élémentaire et essentiellement didactique, il embrasse la très grande généralité des anomalies des mammifères, tant et si bien que la distinction d'une tératologie humaine et d'une tératologie vétérinaire est à peu près superflue.

L'identité de la nature physique de l'homme et des brutes, si évidente déjà par leur anatomie normale, est plus manifeste encore par l'anatomie anormale. D'assez nombreuses références bibliographiques sont données pour permettre au lecteur de compléter sa documentation.

Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boul. Saint-Germain, Paris, 6e.

Oscar MERCIER. — **Séméiologie urinaire.** Préface de G. MARION. (1 vol. gr. in-8°, 292 pages. 115 fig., dont 39 en couleurs.)

Celui qui veut connaître la pathologie d'un organe doit avant tout posséder à fond la séméiologie, c'est-à-dire connaître la valeur des symptômes provoqués par les maladies de cet organe afin d'éviter les erreurs commises journellement à propos de cas parfois très simples.

Ce livre très utile retrace en partie l'enseignement du Pr Marion, avec de nombreux schémas, radiographies, images cystoscopiques en couleur, ce qui rend aussi intéressant que possible cette étude aride de symptômes.

Les radiogrammes, les pyélogrammes et les cystoradiogrammes sont de véritables symptômes physiques, qui demandent à être étudiés et examinés avec méthode pour en tirer des conclusions utiles.

D. SANTENOISE. — **Pneumogastrique et glandes endocrines.** (1 vol. in-8°, 1268 pages.)

Si les rapports fonctionnels, qui existent entre le sympathique et les glandes endocrines, ne sont pas encore élucidés (systèmes distincts, ou dépendants l'un de l'autre), ceux qui règlent les relations du parasympathique et des glandes endocrines sont encore moins précis.

L'auteur a pu cependant constater que le pancréas sécrétait une substance, véritable hormone excitante, vagotonisante, dont la présence dans le sang est nécessaire au maintien du tonus du vague et conditionne l'excitabilité de ses centres.

D'autre part, le pneumogastrique régit non seulement la motricité de certains organes, l'activité de certaines glandes à sécrétion interne, mais il semble avoir un rôle capital sur la régulation humorale par les actions excito-sécrétoires qu'il exerce sur certains éléments endocriniens, comme l'appareil thyroïdien. Son influence dépasse par conséquent le domaine de ses branches et s'exerce sur l'organisme tout entier par l'intermédiaire de sécrétions internes et du milieu intérieur circulant. Il semble même que cette action régulatrice du milieu humoral soit parmi les fonctions les plus importantes du nerf pneumogastrique.

On conçoit dès maintenant comment le vague peut exercer un rôle sur la sensibilité de l'organisme aux chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes, et sur la sensibilisation individuelle aux poisons.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCOUCHEMENT à heure fixe, par P. DELMAS. *Siècle médical*, 1er mars 1928. *Médecine pratique*, n° 3, 31 mars 1928.

ALGIES VISCÉRALES (traitement par les infra-sons), par L. MONER. *Le Médecin français*, n° 6, 15 mars 1928.

ALIÉNÉS (L'internement des), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 14, 1er avril 1928.

ASTROLOGIE ET MÉDECINE (Braquons notre lunette. Chronique), par P. RABIER. *Union médicale*, mars 1928.

BOURDONNEMENTS D'OREILLE. *a*) Traitement par la ballote fétide, par H. LECLERCQ. *Presse médicale*, n° 26, 31 mars 1928 ; *b*) traitement par les infra-sons, par L. MONER. *Médecin français*, n° 7, avril 1928.

CARDIO-VASCULAIRES (La question des abus des traitements antisyphilitiques dans le traitement des affections), par Cl. SIMON. *Bulletin médical*, n° 8, 22 février.

CENTRES DE DIAGNOSTICS ET MAISONS DE CURE (Nécessité des), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 11, 11 mars 1928.

CERTIFICAT PRÉ-NUPTIAL (Chronique), par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 726, 15 mars 1928.

CHORÉE DE SYDENHAM GUÉRIE PAR PONCTION LOMBAIRE par A. RAYBAUD, fils. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 16 décembre 1927.

CYCLOTHYMIE DÉDOUBLÉE, par M. DE FLEURY. Soc. de Psychiatrie, 11 février 1928.

Delirium tremens d'origine thérapeutique, par Toulouse. Soc. de psych., 11 février 1928.

Dermatologie, par Clément Simon. — *a*) En 1927, *Monde médical*, n° 725, 15 février ; *b*) Progrès de la thérapeutique. *Bulletin médical*, n° 8, 22 février 1928.

Diététique (L'organisation des régimes), par J. Laumonier. *Aristote*, n° 14, février 1928.

Duodénum (Dilatation et occlusion aiguës post-opératoires), par Maurice Tussau. *Renaissance médico-chirurgicale*, février 1928.

Eclampsie (Convulsions et sulfate de magnésie), par H. Vignes. *Bulletin médical*, n° 8, 22 février 1928.

Endocardites aigues, par J. Sabrazès. *Médecine pratique*, n° 2, 29 février 1928 et *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 12, 18 mars 1928.

Esquirol, par R. Molinéry. *Art médical*, n° 54, 29 février 1928.

Fonctionnarisation de la médecine, par J. Noir. *Concours médical*, n° 12, 18 mars 1928.

Greffes. — *a*) Animale chez la femme (technique), par Dartigues. Société des chirurgiens de Paris, 2 mars 1928 ; *b*) intra et para-articulaires dans la coxalgie, par R. Leriche. Société de Chirurgie de Lyon, 8 mars 1928.

Guérisseurs (Chronique), par J. Noir. *Concours médical*, n° 14, 1er avril 1928.

Héliothérapie, par Foveau de Courmelles. *Presse médicale*, n° 18, 3 mars 1928.

Hernie obturatrice, par J. de Fourmestraux. *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 2, février 1928.

Histologie (Procédé rapide de diagnostic), par J. Sabrazès. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 13, 25 mars 1928.

Hygiene des arts ménagers, par Foveau de Courmelles. *Mouvement sanitaire*, n° 46, 29 février 1928.

Hygiène sociale (Sa mystique ; la théorie ; la pratique), par G. Duchesne. *Concours médical*, n° 9, février 1928.

Hyperthyroidisme expérimental (Action sur les phanères), par P. Sainton. Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 12 janvier 1928.

Hystérographie, par H. Vignes. *Siècle médical*, 1er mars 1928.

Immigration, par R. Martial. — *a*) Conditions techniques. *Concours médical*, n° 13, 25 mars 1928 ; *b*) psychologie et technique. Soc. de méd. publ. et de génie sanit., 22 février 1928.

Initiation sexuelle, par P. Rabier. *Paris médical*, n° 8, 25 février 1928.

Lamarck, par J. Noir. *Concours médical*, n° 13 *bis*, 28 mars 1928.

Langue scientifique universelle (Nécessité d'une) par Dartigues. *Médecine internationale illustrée* n° 3, mars 1928.

Lettres a un jeune médecin (Embûches, bûches), par G. Duchesne. *Concours médical*, n° 13, 25 mars 1928.

Lipoidémie brightique et réaction du venin de cobra, par E. Duhot. *Pratique médicale française*, n° 2 *bis*, février 1928.

Luchon, par R. Molinéry. *Journal des Praticiens*, n° 12, 24 mars 1928.

Lumière conservée, par Foveau de Courmelles. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 1, janvier 1928.

Maladies infectieuses (Traitement par un extrait de levures), par G. Lemoine. Société de thérapeutique, 14 mars 1928 et *Nord médical*, n° 674, 15 mars 1928.

Médecine (la) à l'exposition de la Révolution (Chronique), par H. Bouquet. *Vie médicale*, n° 4, 25 février 1928.

Médecine (L'Association, nécessité professionnelle), par G. Duchesne. *Concours médical*, n° 10, 4 mars 1928.

Morphogénie cranio-mandibulaire, par Herpin. Société de Stomatologie, 13 février.

Mortalité infantile, par R. Mainot. *Vie médicale*, n° 6, 25 mars 1928.

Nemesis médicale de F. Fabre, par P. Rabier. *Revue des Spécialités*, n° 2, février 1928.

Nightingale (Florence), et son œuvre, par J. Noir. *Concours médical*, n° 10, 4 mars 1928.

Ostéosynthèse par agrafe, par R. Leriche. Soc. de Chirurgie de Lyon, 8 mars 1928.

Patentes et loyers médicaux, par Foveau de Courmelles. *Gazette des hôpitaux*, n° 26, 28 mars 1928.

Phytothérapie (Récentes acquisitions), par H. Leclerc. *L'Hôpital*, n° 211, mars 1928.

Radiations et aliments, par Foveau de Courmelles *L'Œuvre médicale*, n° 3, mars 1928.

Rayons X et radium en thérapeutique gynécologique, par Foveau de Courmelles. *Courrier médical*, n° 6, 1 2 février 1928.

Sabbat (Comment on se rendait au), par Cabanès. *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 67, mars 1928.

Sages-femmes (Leur enseignement sous Louis XV), par Molinéry. *Paris médical*, n° 8, 25 février 1928.

Santé publique (Administration sanitaire de la France), par J. Noir. *Concours médical*, n° 11, 11 mars 1928.

Secret médical (Feuillets d'agenda), par P. Rabier *Union médicale*, mars 1928.

Silice (Rôle en biologie ; emploi thérapeutique) (*fin*), par Albert Garrigues. *Médecine internationale illustrée*, n° 3, mars 1928.

Syndicalisme médical (Organisation), par J. Noir. *Concours médical*, n° 13, 25 mars 1928.

Syphilis. — *a*) Armement antivénérien en France, par Molinéry. *Médecine internationale illustrée*, n° 3, mars 1928 ; *b*) traitement abortif, par Cl. Simon. *Bulletin medical*, n° 10, 3 mars 1928 et n° 14, 31 mars 1928.

Thérapeutique au début du XVIIe siecle d'après les œuvres de Vincent Voiture, par Albert Garrigues. *Concours médical*, n° 9, 26 janvier 1928.

Thermalisme et assurances sociales, par P. Boudin. *Concours médical*, n° 12, 18 mars.

Thermothoracothérapie, par Jules Tussau. *Renaissance médico-chirurgicale*, février.

T. S. F. (Le Monopole de la), par Foveau de Courmelles. *T. S. F. Revue*, n° 168, 3 mars 1928.

Tuberculose, par G. Lemoine. — *a*) Traitement de l'expectoration. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 1, janvier 1928 ; *b*) faut-il donner des antithermiques ? *Revue moderne de medecine et de chirurgie*, n° 2, février 1928.

Vaccinothérapie des affections pulmonaires, par J. Minet. *Journal médical français*, février 1928.

Zona (Traitement par les infra-sons), par L. Moner. *Le Médecin français*, n° 5, 1er mars 1928.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

DEUX LETTRES : DEUX SONS DE CLOCHE DISCORDANTS. — UNE GASCONNADE, FACHEUX REFLET DE L'OPINION SUR UN CERTAIN ESPRIT MODERNE

Quand je cherche à me représenter l'avenir de la médecine, je fais naturellement état de toute la documentation qui me parvient : correspondances, articles de journaux, procès-verbaux de réunions syndicales, décisions de justice, etc. Il y a là une abondante matière à méditations et à supputations. Nous allons dépouiller ensemble quelques éléments récents de cette documentation. Et nous essayerons d'en tirer quelques conclusions.

Voici tout d'abord deux lettres qui ont été écrites à la même époque, pour le même objet. La première émane d'un confrère thermal que je connais bien et estime fort. Mis à part les compliments qu'il m'adresse personnellement, et dont je le remercie, il se proclame d'accord avec moi sur la nécessité, pour les médecins, de se voir, de se fréquenter, de s'entendre, de se grouper : moyen de faire naître une confiance réciproque, une considération mutuelle, un souci de s'entraider... C'est évidemment une thèse que je soutiens volontiers.

Mon cher Confrère,

J'ouvre mon *Concours médical* et j'ai le plaisir d'y trouver et d'y lire votre lettre à un jeune médecin sur la courtoisie confraternelle.

Comme cette lettre vaudrait d'être lue par tous mes confrères jeunes et vieux ! que de fois j'ai éprouvé par moi-même que ce que vous écrivez est exact !

Certes, nous aurons quand même parmi nous quelques brebis galeuses. Mais bien souvent, la rencontre de deux confrères a permis de dissiper de pénibles malentendus.

Et voilà pourquoi, nous devons tendre à développer nos amicales, nos syndicats, nos associations, et celles du *Concours* en particulier puisqu'elles sont parmi les meilleures.

Toutes mes félicitations pour votre article.

Dr C

La seconde... Ah ! la seconde ! Quelle peine elle m'a causée ! Non pour moi-même, mais pour celui qui l'a écrite, et que je ne connais nullement d'ailleurs ! Pauvre, pauvre homme, pauvre confrère ! Que d'aigreur dans ses propos ! Mais aussi, quelle tournure d'esprit ! La voici, sans en retrancher un iota:

Mon cher Confrère,

J'admire la belle assurance de votre article du *Concours médical.* Mais connaissez-vous un syndicat médical qui soit autre chose avant tout qu'un groupement d'intérêts acquis et prêts à se défendre contre tout nouveau partage ?

Allons, confrère ! futilités méprisables que toute cette indignation ! tartufferies ! enfantins simulacres de probité collective qui repose sur quoi, je vous le demande ?

Evidemment, celui qui est dans la place, qui a su mettre le plus grand nombre de femmes de ménages, de concierges, etc., dans son jeu, se promène, toute dignité au vent, à travers les rues de sa clientèle conquise !..... Est-ce là suffisants titres, admirable critère pour gémoniser l'humble débutant qui fait ce qu'il peut, lui aussi, pour payer son terme, sa bonne, son pain ?

Ce n'est pas de discours, confrère, et d'appels à la patience dont les débutants ont besoin, mais de clients pour vivre aussi. Que les syndicats les fassent vivre ou qu'ils se taisent. On ne mange pas des mots. Ordre ! Syndicats ! Dignité ! Cohésion ! Puissance !... A pouffer ! vous dis-je, toutes ces phrases ! Combien de tant dignes et parfaits déontologues résisteraient à l'examen sévèrement critique de leurs actes médicaux d'une journée entière ?

« Medicus ..... Mendicus... Medicus...

Au propriétaire, au boulanger, au métro, toutes cette phraséologique catonesque font peu d'effet. C'est devant un guichet quelconque que se jugent de nos jours les conseils qu'on vous donne. Ceux-ci ont peu de poids. Discipline... peut-être... mais manger ... d'abord.

Il ne faut pas faire au mendiant grief d'avoir les mains sales, il n'y tient pas. Et tant d'autres disent qu'ils les ont propres pour qu'on n'aille pas y voir ?

Dr D.

Songez au désarroi dans lequel m'a plongé la lecture de ces deux lettres. Laquelle est la plus

représentative de la mentalité du médecin moderne ? Faut-il croire que ce soit la deuxième ?

Un troisième confrère faisait hier devant moi sa profession de foi dans les termes suivants : « Je suis nettement anti-syndicaliste... Les syndicats, c'est ce qui fait le plus de tort à la médecine... »

Je ne prétends certes pas que tout est pour le mieux dans tous les Syndicats médicaux. Et tout récemment encore, je déplorais, avec des exemples à l'appui, l'absence de discipline qui vicie, à sa base, l'action syndicale, et la paralyse. Mais, de là à soutenir qu'un Syndicat n'est qu'un groupement d'appétits, prêts à se défendre âprement, une association d'intérêts mesquins, empreints du plus féroce égoïsme, il y a de la marge, n'est-il pas vrai ? Si telle était réellement la tendance des Syndicats, ils ne feraient pas autant d'efforts pour recruter des adhérents parmi les jeunes médecins. Ils fermeraient au contraire jalousement leurs portes, pour ne les ouvrir que parcimonieusement. En tout cas, ils ne sont pas responsables du surpeuplement médical qui règne en certaines villes, et particulièrement à Paris. Que l'on y rencontre des confrères qui y vivent chichement, faute de clients, cela ne saurait surprendre dans une agglomération où l'on compte plus de 5.000 médecins pour quatre millions d'habitants, en moyenne, un médecin pour 800. Mais pourquoi faut-il que, comme les phalènes viennent brûler leurs ailes à la flamme lumineuse, qui les attire invinciblement, tant de jeunes s'acharnent à vouloir s'éclairer au flambeau parisien, qui n'en fait qu'une flambée !! Qu'y peuvent les Syndicats ! S'ils mettent en garde les nouveaux venus contre le mirage décevant de la vie médicale des bords de la Seine, méritent-ils d'être accusés d'accaparement ?

Cela ne veut pas dire évidemment qu'ils ne devraient pas orienter leur activité vers des réalisations nettement constructives. Ils ont trop tardé à le faire. Plus une minute n'est à perdre, pour tenter d'organiser la profession. Sinon, elle est vouée à la plus radicale des transformations, celle qui changera un état qualifié de libéral, parce que tenu par des hommes libres, en une fâcheuse dépendance dans les cadres d'une fonctionnarisation plus ou moins déguisée.

C'est d'ailleurs vers cet objectif que nous mènent les tenants de cet esprit nouveau, dont la lettre que je publie ci-dessus est une monstrueuse manifestation.

J'ai dit et je répète, notamment avec le Dr René Biot, qui l'écrit dans l'*Index médical*, je crois que cette transformation est plus proche qu'on ne le suppose. En voulez-vous une preuve récente ? Dégustez cet attendu d'un jugement rendu par un tribunal gascon, à propos d'une contestation d'honoraires.

Attendu que *les médecins sont chargés d'un service public* très important, celui de la santé publique, sous le seul contrôle de la capacité, exercé par l'Etat, au moyen de délivrance de diplômes officiels ;

Eh non ! Monsieur le juge, les médecins ne sont pas chargés d'un service public, en dehors de ceux pour lesquels le fait n'est pas contestable: médecins d'hôpitaux, médecins légistes, etc.

L'affirmer aussi solennellement dans une décision de justice, c'est à coup sûr méconnaître la réalité, mais sans doute procéder à une anticipation... peut-être désirée d'ailleurs.

S'il ne tenait qu'à vous, ils le deviendraient sans doute immédiatement ?

Ce jugement est par ailleurs plein d'enseignements. Appréciez à sa valeur l'opinion qu'a de nous le magistrat qui l'a rédigé.

Attendu qu'avant la guerre, les usages avaient peu à peu amené un *modus vivendi* qui donnait satisfaction à tout le monde, le public était très bien soigné à des prix normaux, les médecins étaient honorés, très respectés, très aimés, l'honneur médical était très haut, les contestations presque inconnnues.

Depuis la guerre, les convulsions économiques ont jeté le désarroi dans ce bel état de choses, les médecins étant obliges d'élever le chiffre de leurs honoraires et le public trouvant que parfois, l'élévation dépassait la mesure.

D'autre part, certains médecins et certains groupements de médecins n'ont pas été sans être frôlés par la vague de mercantilisme qui a déferlé sur les organismes sociaux et certains opérateurs notamment, ont émis des prétentions qui ont mal impressionné l'opinion publique. Certains mêmes sont allés jusqu'à abandonner le tiers, et parfois la moitié, de leurs honoraires au confrère qui leur adressait le malade à opérer, de sorte que, dans certaines opérations, le médecin ordinaire du malade recevait parfois plusieurs billets de 1.000 francs, pour le seul fait d'avoir adressé son client à un chirurgien. Il est de toute évidence que cette pratique malhonnête déshonore à la fois le médecin qui reçoit et le chirurgien qui donne ; cette pratique ne relève que du mépris public. D'autant plus, qu'en fait, le chirurgien est amené ainsi à prendre des honoraires scandaleusement exagérés pour rémunérer son confrère, et parfois aussi, à être amené à faire des opérations inutiles et dangereuses pour ne pas contrarier son correspondant.

A-t-il donc eu tant à se plaindre de son propre médecin pour oser tenir un pareil langage, à l'abri de l'impunité dont jouissent ses pareils ? Faut-il que les honoraires qu'il lui a sans doute versés lui aient laissé un cuisant souvenir et qu'il n'ait pas encore digéré la note qui les lui chiffrait ?

Les experts eux-mêmes en prennent pour leur grade, et leur impartialité est suspectée quand ils sont désignés pour apprécier ces règlements de compte. Mieux vaut s'en passer, déclare notre juge sévère :

Attendu que, pour le même motif, les tribunaux doivent éviter toutes les fois que cela leur est possible de se retranche r derrière une expertise médicale, au point de vue des honoraires, le médecin ainsi désigné devenant arbitre en sa propre cause et pouvant le lendemain bénéficier de ses appréciations, et se trouvant d'ailleurs très gêné vis-à-vis d'un confrère.

Jamais, à ma connaissance, semblable volée de bois vert n'avait été administrée, dans un prétoire de justice, à des hommes à qui l'on fait grief de vouloir vivre de leur profession, et qui prétendent cependant constituer encore, dans leur ensemble, une élite.

Combien de temps pourront-ils émettre cette prétention ? Quelques exceptions, dont j'ai donné des échantillons, auront suffi peut-être à provoquer des généralisations hâtives et injustes, et l'opprobe nous sera jeté à pleines mains, dans une enceinte qui deviendra alors un prétoire d'injustice.

Syndicats, vous, dont le nouveau superorganisme centralisateur vient de s'assigner pour objectif la suprême sauvegarde de la probité traditionnelle des médecins, il est grand temps pour vous d'entrer en action. Cessez de sembler mériter le grief que l'on vous a fait de n'être préoccupés que de questions de tarifs, et efforcez-vous d'édifier, de construire un monument solide d'adaptation de l'exercice de la médecine aux exigences des temps nouveaux, vers lesquels nous marchons à grands pas. Adaptation technique et adaptation morale, qui rendent les médecins irréprochables.

Et pour le surplus, laissez vitupérer le juge. Vienne pour lui, un jour ou une nuit, l'angoisse et la douleur de la crise, comme il aura vite fait d'appeler à son chevet l'un de ces praticiens qu'il a si somptueusement vêtus, et d'un ton si sarcastique !

Et peut-être alors que la balance de Thémis, qui incline si bas le plateau chargé des méfaits des médecins, projettera très haut au contraire la glorification de leurs belles actions.

G. DUCHESNE.

LA QUESTION DES STUPÉFIANTS ET L'ŒUVRE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS

Il n'est pas douteux qu'à l'heure présente, l'intoxication par les divers stupéfiants ne soit devenue un mal international. Il s'agit d'un danger qui menace tous les pays, toutes les races, et qui, si l'on n'y prend garde, augmentera considérablement le nombre des aliénations mentales, totales ou partielles, dans une civilisation, qui vit dans la trépidation et la surexcitation.

Aussi, la Société des Nations a-t-elle abordé la question de la lutte contre ce fléau, qui gagne du terrain.

A sa suite, des conférences diplomatiques se sont ouvertes, pour envisager le problème de la production des drogues, leur trafic, ou leur consommation.

Des textes ont été discutés ou votés, mais leur rédaction est souvent ambiguë ; au cours de la discussion, bien des mauvaises volontés se sont fait jour, masquant des intérêts privés, des questions financières qui, d'une manière occulte, s'opposent au bien public.

Dans un livre qu'il vient de faire paraître dans la collection du recueil Sirey, M. Michel LIAIS, docteur en droit, donne un exposé des travaux internationaux qui, jusqu'à présent, ont tenté de résoudre le problème.

Dans un chapitre de considérations générales, l'auteur s'applique à donner une *définition* exacte du mot « stupéfiant ».

Faut-il se contenter de l'acception commune : ce vocable servant à désigner communément des poisons, tels l'opium, la morphine, la cocaïne et leurs dérivés, qui produisent une sorte d'inhibition des centres nerveux, d'où résulte un état d'inertie physique et morale ?

Mais, fait observer M. Liais, certaines substances, groupées dans la catégorie des stupéfiants, ne sont hypnotiques qu'à haute dose. Ce que recherchent en elles les toxicomanes, c'est, non pas du tout un état d'inertie, mais l'excitation produite par les premières prises ou injections.

Cette excitation provoque un état d'euphorie, une suractivité cérébrale que d'aucuns estiment indispensable pour leur permettre une production intellectuelle.

Aussi, l'auteur propose-t-il de dire que seraient stupéfiants les produits toxiques, qui risqueraient d'entraîner un besoin impérieux, une habitude chez les personnes appelées à en user, pour une raison ou pour une autre.

D'ailleurs, le toxicomane serait un individu originellement taré, un psychopathe constitutionnel. Condamné moralement d'avance, il suffira d'un concours de circonstances pour voir son vice se révéler.

Et M. Liais de rappeler la définition du Dr Logre (Toxicomanies, p. 31) : « la toxicomanie, qui dure, est une maladie mentale constitutionnelle que l'occasion favorise, sans la créer. Cet état

d'âme préalable, à peu près constant, fait d'un sujet, non un toxicomane accidentel, victime d'une imprégnation fortuite, dont il saura se libérer, en temps voulu, par un sursaut d'énergie, mais un toxicomane né, ayant le goût originel et comme le tropisme du poison. »

D'où découle la distinction suivante : l'emploi par un malade, sain d'esprit, d'alcaloïdes, tels que la morphine, la cocaïne, n'entrainera aucune conséquence fâcheuse. Par contre, chez un psychopathe constitutionnel, l'usage de ces produits ne manquera pas de devenir, à la longue, une véritable passion, dont la satisfaction sera le but suprême de la vie.

De là, cette conséquence, qu'en l'état actuel de la science, il est permis de conclure à la fausseté de cette proposition, qui voudrait que, pour qu'une drogue acquière véritablement le caractère de stupéfiant, il faille prouver l'accoutumance, l'abus, qui produit les effets et les effets qui produisent l'abus.

La question du critère scientifique qui permettra d'opérer une discrimination entre les substances toxiques de nature stupéfiante et celles qui n'auront pas cette propriété, reste donc ouverte.

Et l'auteur d'aborder, dans le chapitre suivant, l'étendue du mal, dans tous les pays.

Les éléments du problème peuvent ainsi se poser en raccourci : le commerce des stupéfiants n'échappe pas à la loi de l'offre et de la demande. Or, l'extension de la passion malsaine pousse les toxicomanes à se procurer leur drogue à n'importe quel prix, laissant au trafic clandestin des bénéfices considérables.

Les stupéfiants fabriqués s'écoulant rapidement, le fabricant est amené à accroître son volume de fabrication. D'où surproduction, constitution de stocks dépassant de beaucoup les besoins médicaux et scientifiques et qui contribue au développement du trafic illicite.

Aussi, convient-il d'examiner le problème sous trois angles : celui de la production, celui du trafic et enfin celui de la consommation.

Limiter la production mondiale des stupéfiants aux besoins médicaux et scientifiques est une formule magique, un peu simpliste, qui se heurte à l'absence de convention universelle internationale et à des intérêts particuliers égoïstes.

D'ailleurs, comment déterminer exactement les besoins scientifiques et médicaux d'un Etat donné ?

Quant au trafic, il laisse des bénéfices considérables, énormes, tant au fabricant qu'à celui qui se charge d'écouler la drogue.

Enfin, en ce qui concerne la lutte contre le consommateur, qui abuse, faut-il envisager, contre le toxicomane, le régime de la prison, moyen répressif, ou celui de l'internement, moyen plus souple, plus humain, qui permettra d'intervenir à tout moment ?

Mais l'auteur se déclare partisan de retirer les toxicomanes momentanément de la circulation, justement à cause du besoin de prosélytisme, qui les anime.

Libres, ils constituent des foyers permanents de contagion morale : ils ont un besoin impérieux de faire partager aux gens qu'ils côtoient le bonheur de leur paradis artificiel.

Aussi, M. Liais n'hésite pas à se déclarer partisan du régime de l'isolement d'office, sous condition de donner certaines garanties au malade, le droit pour lui, par exemple, de demander des contre-expertises médicales.

En passant, l'auteur fait la critique de la loi de 1838, comme étant trop ambiguë : le malade dangereux doit être interné, dit le texte de la loi. Mais quand commencera le danger ? Les opinions sont forcément subjectives, l'interprétation d'un diagnostic médical variant avec la personnalité de chaque médecin.

Et il cite l'exemple du Brésil : un établissement spécial a été créé pour l'internement des toxicomanes. Dans ce sanatorium, les malades subissent un traitement médico-correctionnel, par combinaison du système pénitentiaire et du traitement thérapeutique.

Les malades sont internés, soit par voie judiciaire, soit, dans un quartier spécial, à la suite de leur propre volonté, ou d'une personne de leur famille ou de leur curateur.

Une véritable procédure judiciaire est ouverte, dans le cas d'internement volontaire et le juge rend sa sentence après examen médical, rapport d'experts.

La décision du juge est susceptible d'appel.

La libération de l'interné judiciaire aura lieu au terme de la durée prévue dans la sentence d'internement ; les internés volontaires ne recouvreront leur liberté qu'en suite d'expertises médicales, qui démontreront si l'état morbide qui avait déterminé l'internement a cessé.

Or, peut-on se demander, que viennent faire les juges en pareille occurrence ? Ils sont incompétents en matière médicale et doivent suivre les avis des experts.

L'auteur termine ce chapitre des législations en indiquant que d'après lui, les qualités premières de la loi sur l'internement des toxicomanes seront d'être claire, précise, de ne pas donner lieu à des interprétations équivoques, causes de contestations et de procès, de ne pas être une source d'entraves pour l'exercice honnête de la médecine.

M. Liais n'a pas développé ce dernier point : cependant, il se pose à l'état aigu, pour notre profession et mériterait de retenir l'attention des juristes et des praticiens, pour que les con-

frères consciencieux puissent soigner leurs clients, quels qu'ils soient, sans s'exposer à se voir appelés devant le juge d'instruction, à la suite de la plainte d'un pharmacien, non docteur en médecine, qui, au cours des tournées d'inspection des pharmacies, dénonce au parquet toutes les ordonnances médicales qu'il considère comme irrégulières.

M. Liais, en juriste, étudie surtout le point de vue juridique du problème et principalement les efforts internationaux, pour la lutte contre l'envahissement du poison.

Il passe successivement en revue la législation des stupéfiants dans tous les pays et fait un examen critique de toutes ces législations, au regard de la situation de chaque Etat, devant le problème de la seule production ou celui de la seule consommation par importation.

Que peuvent faire les conventions diplomatiques comme les travaux de la Société des Nations ?

M. Liais passe en détail la revue des textes, des protocoles, des conventions internationales. Et il tire les conclusions générales suivantes :

D'aucuns ont trop attendu de l'institution de Genève. Ils la voyaient forgeant de grandes lois, sous l'égide desquelles vivrait l'humanité.

En second lieu, dans toutes les réunions internationales, s'éveille le besoin tyrannique de faire quelque chose pour justifier, aux yeux de l'opinion publique, de l'utilité de la délégation. Les étapes ont été franchies trop vite, sans se soucier des réalités. On a confondu ce qui est désirable avec ce qui est possible.

Quel sera l'avenir des travaux de la Société des Nations ?

Peut-être la convention de Genève sera-t-elle ratifiée par un nombre imposant de puissances. Ou bien une politique d'accords particuliers se substituera-t-elle peu à peu à l'idée de règlementation uniforme pour tous les pays.

Cependant, la législation interne de chaque Etat reste encore la manière la plus efficace de lutter contre le fléau, cette législation interne s'appuyant et s'inspirant des travaux internationaux, qui, jusqu'à présent, ont été élaborés et discutés.

Quoi qu'il en soit, M. Liais ,dans son livre fort intéressant, montre qu'une réforme est amorcée. Aboutira-t-elle à des résultats tangibles, ou va-t-elle soulever des controverses stériles ? dont l'effet sera d'éveiller des espoirs prématurés et de provoquer des déceptions ? C'est là le secret de l'avenir.

En attendant, les syndicats des médecins ne devraient pas perdre de vue que la question des stupéfiants doit être étudiée par eux pour qu'ils puissent donner leur opinion de praticiens, tant sur les réformes à apporter à la législation des stupéfiants, qu'à celle de l'internement des aliénés et des toxicomanes.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

L'Autre Europe.

Luc DURTAIN.

Extrait

Un ministère : le Commissariat du Peuple à la Santé publique et à l'Hygiène. — Figure de Sémachko. — Un grand effort. — Hôpitaux. — Instituts et laboratoires.

Rue modeste. Une maison de cinq ou six étages : quelque immeuble nationalisé. On ne sait quel air de froideur officielle, le même dans tous les pays du monde. C'est ici le *Narcomsdrav* : le Commissariat du peuple à la Santé Publique et à l'Hygiène.

Gravissez ce large escalier. Sur les paliers, sur les marches, d'austères jeunes gens vous croisent, sans vous jeter un regard, rapides, affairés : qui, un papier à la main, qui, une liasse sous le bras... L'un d'eux pourtant vous écoute, vous renseigne avec une affabilité protectrice.

Voici des couloirs, des salles d'attente. Un peuple fort divers s'y presse : paysans, fonctionnaires, intellectuels, bonnes femmes. Fait particulier à l'U.R.S.S. : ici, comme dans la rue, les plus visiblement pauvres semblent plus assurés, plus « chez eux » que les autres. De l'effarement si les circonstances se compliquent, jamais ce tremblement qui, chez nous, saisit encore les petites gens lorsqu'ils approchent l'une des incarnations de l'Etat. Et c'est en parlant aux humbles que les employés moscovites semblent le mieux perdre sinon leur autorité, du moins leur transcendance.

Nous devons patienter dans cette pièce dont la large table, ornée d'un tapis vert, évoque les séances de quelque conseil sanitaire. Simples chaises de bois blanc. Aux murs, cette sorte de documents que nous avons rencontrés dès la gare frontière, et depuis retrouvés partout : photos, diagrammes, cartes.

Regardons de près

Des photographies ? Celles-ci nous ramènent aux affreux temps de cette famine qui frappait de paralysie les membres ou les enflait d'œdème : appelant le squelette à travers la peau du visage. A côté, les clichés récents nous montrent hôpitaux modèles, avions sanitaires dernier cri.

Des diagrammes ? Ils illustrent la prompte décroissance de ce typhus exanthématique qui désola des régions entières. Le mal est aujourd'hui retourné à l'état de rareté, de même que la rage, naguère disséminée jusque dans le centre de la Russie par des bandes de loups descendus du Nord.

Des cartes ? Ces districts sanitaires qui aujourd'hui s'organisent dans toute l'U.R.S.S.

Cartes. Diagrammes. Photos... Une civilisation nouvelle est sommée, aux yeux de l'étranger et aux siens propres, de faire ses preuves : où trouverait-elle prunelle plus irrécusable que l'objectif d'un Kodak, champs mieux étalés que ceux des cartes, preuves plus manifestes — et parfois plus dociles — que les courbes des statistiques ?

La propagande par le résultat n'est-elle pas la plus parlante ? Les subtils zélateurs de la nouvelle théologie politique savent avec infiniment d'adresse répondre par le fait aux objections de la théorie, ou, inversement, colmater par l'idée les interstices des résultats.

Certes, le contrôle, l'esprit critique, doivent, en U.R.S.S. comme partout, garder leurs droits. Pourtant, bien infidèle témoin qui ne verrait dans cet apostolat que les habiletés sans y apercevoir un large sentiment, celui de la foi !

Bien des parties de l'œuvre révolutionnaire légitiment la réserve, d'autres appellent de dures critiques. Mais, en s'efforçant d'introduire plus d'hygiène et de confort dans l'immense pays retardataire dont il a pris charge, le nouveau régime réalise un des côtés positifs de son travail. Examinons cet effort.

***

— Nous sommes ici pour tout voir, le meilleur et le pire. Croyez que nous savons votre tâche assez étendue pour ne pas mesurer la besogne seulement à ses lacunes.

A peine la porte était-elle refermée sur les précédents visiteurs, que nous nous trouvions accueillis d'un mot bref, assis, et déjà situés, comme des documents ou des symptômes, dans l'interrogation d'un regard rapide, pénétrant, acquiesçant au fait : un regard de chirurgien. Le professeur Sémachko : figure large, solide, où le craquelé des rides décèle l'exercice continuel de l'attention, la méditation sagace. La taille est élevée. Le haut du corps, parfois renversé, prend du recul, du champ, ou plus souvent, d'un mouvement familier, s'incline vers cette large table où se dressent la batterie téléphonique et les piles de papiers sévèrement rangés. On dirait alors que, détaillant la coupe des phénomènes, quelque invisible microscope lui propose un oculaire.

— Tout vous est ouvert. Il ne vous sera point difficile de trouver ici bien des installations délabrées ou de mode ancienne. Sachez qu'elles sont condamnées ! Notre pratique est de laisser la ruine à la ruine, et de réserver nos efforts à construire du neuf.

Le Commissaire du Peuple à la Santé publique laisse un instant, au délà de nous, errer sa pensée dans la vaste pièce où des classeurs modernes accumulent et analysent un nombre incroyable de circonstances. Quelques tiroirs ouverts laissent lire des noms de villes ou de gouvernements: toute une épaisseur d'onglets et de fiches .Sur la cheminée, dans les pétales d'un drapeau rouge, un grand buste de Lénine, en bronze. Je ne sais pourquoi, je songe au malicieux Lénine de la banque. On s'attendrait à voir ici Wladimir Ilitch dans la calme incarnation d'un vigilant administrateur : or il a les yeux exorbités, la bouche distendue par une vocifération. Je reste sur mes gardes : ne cédons pas au pouvoir mystique, présent ici sous les formes les plus inattendues... Un sévère jeune homme, du type de ceux que nous avons croisés dans l'escalier, se tient à côté de Sémachko. « *Construire du neuf* » : à ces mots, il s'est tourné vers nous, le regard enthousiaste. On sent qu'il voudrait ajouter quelque emphase, un peu d'éclat aux laconiques phrases du chef.

— Nous avons beaucoup essayé. Nous nous sommes parfois trompés, dit Sémachko avec une objectivité tranquille. Vous verrez si pourtant quelque résultat se dégage de nos efforts... Presque tout reste encore à faire.

— Le régime tzariste, interroge Duhamel, ne vous avait pas légué une œuvre très avancée à l'endroit de l'hygiène ?

A ce mot de « tzarisme », le jeune homme sourit avec mépris : « *Rien* ! » s'écrierait-il sans doute, s'il osait parler. Sémachko est juste et dur.

— Il avait fait peu.

Peu ; entre ces trois lettres tient en effet tout ce que l'ancien régime, avec ses immenses ressources, a réalisé, dans la longueur des siècles, pour ce peuple qui le nourrissait.

— Est-il vrai qu'avant la guerre un quart des malades de Moscou ne pouvait recevoir de soins, faute de place dans les hôpitaux ?

— C'est exact. Nous avons abaissé cette proportion à un cinquième. Résultat qui semble minime, mais qui suppose un travail... effectif (Sémachko a pesé le mot) si vous vous rappelez que la population de Moscou a doublé. Oh ! la grande difficulté n'est pas à Moscou.

Le savant a ouvert des mains créatrices, entre

lesquelles l'espace prend une étrange valeur. Son regard se porte sur la carte d'U.R.S.S. avec une décision tranquille. Auprès de la lumière de ce visage, le zèle du jeune homme semble ce reflet naïf dont aux vitrines des bottiers reluisent les chaussures qui n'ont pas servi.

Avec mainte réserve, mainte atténuation et un total oubli de soi, Sémachko nous dit l'œuvre immense entreprise dans la campagne russe, à travers la forêt et le steppe : les notions de l'hygiène activement répandues ; la création de ces cellules sanitaires qui groupent médecins et représentants des soviets locaux. Déjà l'ébauche de ce grand projet : donner à chaque ensemble de 80.000 habitants un hôpital moderne avec services de chirurgie et de spécialités, avec dispensaires pour lutter contre la syphilis et la tuberculose.

— Presque tout est encore à faire, répète Sémachko .Ce sera le travail de deux générations.

Je viens de ressentir une impression que la politique ne donne guère à moins de se trouver associée à la science. Je crois bien avoir vu à la tête d'un ministère un homme utile et un honnête homme.

***

Voyons les faits. Ne taisons ni l'irréprochable, ni le rudimentaire.

Depuis trois ans, on a édifié dans les grandes villes de vastes centres hospitaliers, conformes aux exigences modernes. Usines autonomes pour la vapeur et l'électricité ; pavillons isolés par des jardins ; laboratoires ; salles d'opérations à machinerie efficace et muette ; services de spécialités ; services de rayons X dont les jeux de verrerie et d'acier, de clinique et de mathématique gagnent à tout coup l'admiration. On ne voit pas mieux à New-York ni à Montréal. Je répète qu'il ne s'agit nullement là de quelque hôpital modèle, mais unique, d'un spécimen à l'usage de l'étranger. L'effort est multiple. Et, ce qui vaut mieux, approfondi. A des yeux avertis, cent détails l'attestent.

Bien entendu, ici, en médecine comme en tout autre sujet, contrastes excessifs. L'U.R.S.S., il faut sans cesse le redire, pays hétéroclite, au retour duquel le voyageur partial, qui n'a voulu voir qu'un côté des choses, peut mentir audacieusement tout en ne rapportant que des vérités. A côté de services magnifiques, d'autres, surannés, où la lézarde a pris rendez-vous avec la crasse. Et, parfois, certaines insuffisances de technique. C'est ainsi que, dans un service de laryngologie, j'ai vu en usage tels procédés archaïques et le vieil et meurtrier amyagdalotome à guillotine. Il est vrai qu'à trente pas de là, je visitais le laboratoire d'acoustique le mieux monté que j'aie jamais vu en vingt capitales. Mais partout, magnifiques ou minables, ces ateliers à réparer l'homme travaillant à force, partout les services pleins : tout un peuple vigilant de médecins, d'assistants, d'infirmières.

De politique, il ne s'en fait guère, dans ce grand labeur professionnel. Un « coin rouge », avec ses photographies, est néanmoins dédié au culte de Lénine, dans chaque hôpital comme dans chaque usine ou chaque caserne. Et l'on m'a chuchoté, sans trop d'acrimonie, que, parmi les chefs de service, il se trouvait des membres du Parti. L'espèce de surveillance qu'ils exercent sur leurs collègues agace parfois ceux-ci : ils l'acceptent tout de même, ayant besoin d'appui dans leurs conflits avec l'administration ou les malades.

Outre l'hôpital, les institutions de l'hygiène.

Dispensaires partout multipliés, avec consultations externes et infirmières-visiteuses, radioscopie, scolarium, réfectoires. Préventoria de nuit où, pour ne point contaminer leur entourage, les malades qui travaillent encore vont, après avoir passé au vestiaire et à la salle de bains, dormir dans des pièces bien aérées. Cures de repos, de convalescence, à la campagne ou dans les stations climatiques — en Crimée par exemple —, dans les palais de l'ancienne aristocratie. Toutes ces institutions, bien entendu, encore fragmentaires, encore bien insuffisantes de nombre et d'extension, mais toutes en progrès rapide, incessant.

Presque autant que la politique, l'hygiène a sa propagande. Dans la rue, dans l'école parlantes affiches : ainsi cet arbre de la révolution dont la hache retranche une racine malade, ces larges placards dénonçant alcool ou tuberculose, « les pires ennemis du prolétariat ». Voyez, sur tel kiosque, cet appel placé par le service de dépistage des maladies mentales : *Avant de vous suicider, venez nous voir* ! Au théâtre, sketches ou films destinés à rappeler telle ou telle précaution sanitaire.

L'hygiène a ses musées. Ainsi ceux de l'hygiène sociale, de la santé du peuple, de l'enfant : et ce Musée pédagogique où tout ce qui concerne les soins du ménage ou de la maternité est illustré par des tableaux ou des modèles de cire qui confrontent la bonne technique et la mauvaise.

Cette intéressante organisation médicale, a deux défauts graves : nombre insuffisant de médecins — il n'y en a que 33.000 dans la vaste U.R.S.S. —, et fonctionnarisation excessive. Le sixième des médecins à peine exerce à titre privé. La loi n'alloue à ces indépendants qu'une chambre de plus, comme aux autres intellectuels : d'ailleurs elle les traite presque aussi durement que les *nepmen*, en ce qui concerne loyers et impôts... Toute médecine officielle est encombrée par les paperasses du contrôle, déformée par les complaisances ou les résistances. La médecine russe serait privée de certaines efficacités suprê-

mes, le jour où l'initiative individuelle en serait entièrement bannie.

Telle qu'elle est, avec son but élevé et ses réalisations encore tronquées, l'œuvre entreprise par le *Narcomsdrav* est assurément l'un des aspects les moins contestables du nouveau régime. Elle suggère déjà l'une des figures de la justice partout due au peuple travailleur et souffrant.

***

Un faubourg de Moscou. Des espaces où s'épandent à la fois l'idée de steppe et celle de labour. Les œuvres des hommes, les unes tragiquement laissées à l'abandon, d'autres invinciblement poursuivies. Derrière la carcasse d'une colossale église en construction, depuis dix ans oubliée dans ses échafaudages, voici, large bâtisse, l'*Institut de Physique et de Biologie.*

Cette bâtisse, elle, est vivante.

Trois étages. A chaque étage, de bout en bout, un couloir aligne des portes ainsi qu'une bibliothèque des livres. Mais c'est de science active et neuve qu'il s'agit.

Le labyrinthe de l'expérience la plus inédite, les secrets motifs qui appellent le chercheur ont toujours des repères connus. L'usage apprend à vite mesurer la dignité de ces travaux. Ce n'est pourtant point aux recherches que j'ai faites moi-même ou, de tout près, vu poursuivre, que je me reporte pour apprécier les investigations. Moins encore à tant d'universités visitées dans l'Ancien Monde ou le Nouveau. C'est aux jours que je vécus, tout enfant, dans le réduit à haut plafond et larges vitrages, où mon père préparait ses expériences et ses cours. Le grand front, les yeux hospitaliers aux idées et aux choses, la moustache à la gauloise et la barbe blanche, quittent soudain les portraits. Cet homme au sourire naïf et aux généreuses maladresses n'a point cessé, à travers le muet abîme, de juger pour son fils certain ordre de difficultés. Le bactériologiste qui le premier vit le streptocoque et la localisation nerveuse de la rage, a pu laisser à d'autres la gloire. Il savait créer autour de lui et rendre sensible, même au novice, une discipline où se combinaient la rigide honnêteté qu'il faut pour réussir une culture ou une série d'inoculations, l'ingéniosité et la patience avec lesquelles il convient d'interroger une coupe, l'élan sans quoi la quête piétine sur place. Dans ce faubourg moscovite si éloigné de mon passé, j'ai été heureux d'en retrouver à l'improviste l'atmosphère.

Le labeur qui se fait là, sous la direction du professeur Lazarev, est loyal et de dignité exceptionnelle.

Quelques mots anglais ou allemands — selon la culture la plus familière aux chercheurs — suppléant parfois les explications en français, quelles belles heures nous avons passées parmi les expériences en cours ! Les appareils, seuls ou groupés, se saisissant de l'invisible avec leurs membres mécaniques et leurs scrupuleux organes des sens ; le tracé, pareil à ce sillage que chaque existence laisse au globe, inscrivant sa piste sur le cylindre obscurci par le noir de fumée ; le procès-verbal des faits dicté à l'aide. Apprendre ce qui fait tressaillir cette aiguille ; pourquoi ces connections électriques ; quels réactifs agissent dans ces cuves ; les parts respectives du constat et de l'hypothèse ; les heurts des idées ; l'hiatus des chiffres. Partout la science en cette émouvante et fragile minute que l'art, que l'amour connaissent aussi : cet instant au goût d'éternité, où la certitude, sitôt que d'un seul flot cohérent elle a réuni les grains de sable ou les rochers de l'une des plages de l'univers, repart et déferle avec une nouvelle audace.

Toutes les qualités de la pensée slave, complexité, subtilité, excès même dans les négations et les scrupules, élan des hypothèses et du rêve, subites tables rases, tournent à vertu dans le labeur de la science. Nul doute que la Russie n'y triomphe un jour, singulièrement. Quels beaux visages, durs, détachés, impassibles, il m'a été donné de rencontrer là-bas ! Dans cette nuit factice qu'exigent certains travaux, à la lueur des lampes, des faces de mort semblent interroger les données suprêmes....

Je n'ai point à dresser ici un catalogue d'expériences. Il faudrait un volume. Quelle variété ! Attaque de la fibre musculaire par les ions. Mesures de l'énergie minima capable de déclancher les sensations auditives ou visuelles. Force électromotrice des centres nerveux. Ailleurs, c'est de la viscosité ou de tension superficielle qu'il s'agit. Vous poussez cette porte ? Cristallographie. Celle-là ? Curieux essais où s'aventurent le météorologiste et le géologue, sur de grands modèles de la terre, telle qu'elle fut aux temps cambriens ou néo-dévoniens. Il s'agit d'expliquer les changements de climat du monde....

***

Il est, en Russie, bien d'autres instituts : vaccins et sérums, tuberculose, maladies tropicales, maladies professionnelles, alimentation populaire, etc... N'oublions ni la médecine expérimentale, ni la microbiologie, ni l'étude du cerveau, ni la biochimie... Tous laboratoires placés sous la direction de cet Institut Central de la Santé publique spontanément dédié, en 1923, à la mémoire de Pasteur, alors qu'aucune relation officielle avec la France n'avait encore été reprise.

Malgré l'état précaire des finances soviétiques, il y a de l'argent pour les recherches désintéres-

sées. Le régime sait leur donner, et le respect qui est dû, et l'argent qu'il leur faut.

J'entends de certaines gens « pratiques » murmurer :

— Eh ! quoi ? De l'argent pour des passe-temps de mandarins, alors qu'en U.R.S.S. l'électrification de l'industrie est à peine ébauchée ? Alors que le labour manque de tracteurs et le paysan de bottes ?

Soit ! Qu'il y a-t-il de plus inutile, de plus gratuit à observer que les fantaisies de l'aiguille aimantée ? Pourquoi, indiquant à peu près le Nord dans presque tous les lieux du monde, cette aiguille, dans les régions de Koursk, se dirige-t-elle vers un pôle local ? Joli sujet de plaisanterie : des gens sérieux s'assemblant sur les lieux où se constate l'aberration de la bestiole d'acier : calculant ; visant ; entassant les appareils. Dire que, précisément à cette époque, des villages entiers mouraient de faim, faute de ravitaillement !... O gens pratiques, vous convient-il de railler ou de froncer les sourcils ?

Eh bien ! ces jeux-là viennent d'aboutir à la découverte d'un colossal gisement de fer. D'un gisement qui, à lui seul, dépasse l'importance de toutes les mines de fer de l'Europe réunies. Vingt-cinq milliards de tonnes de métal. L'avenir industriel de l'U.R.S.S. assuré.

Je donne ce résultat parce qu'à de certains regards le résultat compte avant tout. Toutefois, dans cette somme des grandeurs les plus diverses que réalise tout véritable contact avec le monde, l'utilité n'est que peu de chose. Je suis persuadé que, pour les chercheurs de Koursk, le noble instant ne fut pas celui où le premier échantillon de roche rougeâtre sortit du tube de forage. Mais la rencontre d'une formule, au soin d'une table, sur un bout de papier. Où là-bas, dans les forêts, quelque promenade solitaire, le soir, sous les étoiles, dans cet air humide que la gravitation attache, ainsi que les pas des hommes, au sol de la planète : la gravitation à laquelle n'obéissent pas les idées.

Le professeur Lazarev — dont l'initiative fut au début de la trouvaille formidable — venait de nous faire visiter son Institut. Il était déjà deux heures ; nous trottions, depuis le matin, de salle en salle, d'appareils en théories, aux côtés de cet homme vif et roux dont le teint coloré lutte d'ardeur avec le poil, dont les idées talonnent les mots sur les lèvres. Nous avions encore d'autres laboratoires à visiter. Nous acceptâmes sans nous faire prier le repos et la collation qu'il nous offrit.

Ce furent les mains de Mme Lazarev — expertes elles aussi aux dispositifs des expériences — qui préparèrent le sommaire menu et le déposèrent elles-mêmes sur la table. Dans ce repas modestement servi par la femme de l'un de ceux qui donnèrent à leur pays une fabuleuse richesse, comment ne pas trouver quelque ressemblance avec cette hospitalité de moines que connaissent bien les voyageurs en Orient ? Après les formules arides, qui sont les prières par lesquelles le savant accède à l'univers, le pain et le vin de la communion. Approche d'une moderne sainteté...

Luc DURTAIN.

***

Pour l'impartialité de la documentation, je crois devoir publier cette coupure du « Matin », *du* 11 *juin* 1928 :

G. DUCHESNE.

Impressionnante statistique sur les progrès de l'alcoolisme en Russie.

Moscou, 10 juin. — Les *Izvestia* publient les chiffres suivants sur la consommation de l'alcool en Russie :

En 1923-1924 on a consommé 96.000 hectolitres d'alcool ; en 1924-1925, 480.000 hectolitres ; en 1926-1927, 3.600.000 hectolitres.

D'après la consommation des cinq premiers mois de 1928, on pense qu'on arrivera pour cette année au total de 4.800.000 hectolitres. Et, dans ces chiffres, il faut remarquer qu'on ne fait pas entrer la production des bouilleurs de cru, qui représente à peu près trois millions d'hectolitres.

En 1927, la population a dépensé, pour les boissons alcooliques, 1.200 millions de roubles (plus de 15 milliards de francs).

Le même journal publie les résultats de l'enquête faite dans deux écoles au point de vue de l'alcoolisme.

L'enquête a porté sur 2.420 écoliers de 8 à 16 ans. Voici les chiffres : 15 % des garçons, 14 % des filles s'enivrent régulièrement ; en outre, 14 % des garçons boivent beaucoup, sans toutefois s'enivrer.

34 % des garçons ne boivent que de l'alcool et 68% de la bière et du vin ; 8 % des filles boivent de l'eau-de-vie et 2 % de la bière et du vin. 11 % seulement des enfants ignorent le goût même de l'eau-de-vie.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA 3e SESSION DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

(A. P. I. M.)

Pour la troisième fois le *Conseil général de l'A. P. I. M.* va tenir sa session annuelle à son siège social 25, rue Louis-le-Grand. Vu l'importance de son programme, cette session comprendra un jour de plus qu'en 1927, soit les 27,28, 29 *et* 30 *septembre*. Nous avons pensé intéressant, pour nos confrères du *Concours*, de donner ici ce programme tel qu'il fut envoyé à tous les membres du Conseil qui représentent, à l'heure actuelle, exactement *vingt-six nations*.

Programme.

1° Nomination du *président des séances* de la 3e session.

2° Nomination des deux *contrôleurs des comptes*.

3° Nomination de titulaires aux trois sièges vacants de la *Commission administrative*.

4° Insertion dans les *statuts* d'un article concernant le régime *légal* de l'A. P. I. M.

5° *La XIe session de la conférence internationale du travail*, à Genève. Rapporteur docteur DECOURT (France).

6° ASSURANCE MALADIE.

Deux rapporteurs distincts sur les résultats des enquêtes C et C2 : le docteur SCHNEIDER (Allemagne) et le docteur FARKAS (Yougoslavie).

a) Etude des deux rapports, conjointement sur chaque question. — Examen des conclusions, motions ou résolutions proposées, d'ordre international, soit des questions réservées parce que d'ordre uniquement national.

b) Vote d'un ordre du jour marquant les positions actuelles de l'A. P. I. M. devant les diverses questions concernant l'assurance-maladie.

7° Nomination de *délégués* en vue de pourparlers éventuels avec l'internationale des caisses-maladie en 1929. *Mandat* à donner à ces délégués.

8° *L'Institut international de coopération intellectuelle* (organe de la Société des nations). Rapporteur : Dr DECOURT (France), avec audition de M. WEISS, chef du service juridique de l'I. I. C. I.

9° *Les médecins spécialistes* devant l'ensemble du corps médical. Rapporteur : Dr VUILLEUMIER (Suisse) sur les résultats de l'*Enquête E*. Conclusions à prendre.

10° *La liberté de prescription en médecine sociale.* Rapporteur Dr SCHAEFTGEN (Luxembourg) sur les résultats de l'*Enquête F*, conclusions à prendre.

11° *Rapport du Trésorier* avec l'unification proposée des cotisations par la suppression des modalités spéciales aux pays à change déprécié.

12° *Rapport des Commissaires des Comptes.*

13° *L'examen médical pour les conducteurs d'automobiles.* Rapporteur : Dr FORTUYN (Hollande) sur les résultats de l'*Enquête*, conclusions à prendre.

14° Notre *Revue internationale.* Rapporteur Dr DECOURT (France). Décisions à prendre sur le nombre annuel de ses numéros et sur des propositions de publicité.

15° Principales *Enquêtes à faire en* 1929.

16° *Date* et *siège* de la 4e session (en 1929).

17° Questions diverses.

***

Annexe au programme.

1° Le jeudi 27 septembre, à 18 heures, *réception* des membres du Conseil général de l'A. P. I. M. à l'*Institut international de coopération intellectuelle* au Palais Royal, 2, rue Montpensier. Les dames sont également priées de se rendre à cette réception.

2° Le vendredi 28 septembre, à 16 heures 30, *visite* des divers appareils servant à l'*examen psychique* des candidats à l'emploi de conducteurs d'automobiles à la S. T. C. R. P. (Société de transports en commun de la région parisienne). Cette visite se fera à l'une des annexes de la S. T. C. R. P., 15, rue du Hainaut sous la conduite de M. LAHY, directeur du service. Les dames peuvent également assister à cette visite.

3° Le samedi 29 septembre, à 19 heures 30, *dîner confraternel* au Foyer médical franco-international, 10, avenue d'Iéna (prix 45 fr. français). Les dames y sont spécialement conviées, ainsi que tout confrère présenté par un des membres du Conseil général.

Paris, le 10 juillet 1928.

Le secrétaire général de l'A. P. I. M.

Dr F. DECOURT.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport statistique médico-social,

Par le Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire.

Suite et fin (1).

« Dépistage » des tuberculeux

Combien, le 1er janvier 1928, y a-t-il *approximativement*, dans le secteur du Dispensaire de Béziers, de tuberculeux « positifs » ? Combien, à cette même date, en connaît-il ?

Nous savons que pour avoir *approximativement* le nombre de tuberculeux « positifs » vivants dans une région donnée, il suffit de multiplier par un coefficient connu, déduit de multiples observations et statistiques, le chiffre de la mortalité tuberculeuse pulmonaire, annuelle, enregistrée dans cette région.

Le coefficient généralement adopté en France est 5.

Grâce à l'extrême amabilité de M. le docteur Arquier, médecin-directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Béziers, nous connaissons la mortalité totale et la mortalité tuberculeuse de la ville en 1927.

Les voici :

Mortalité totale : 964, soit 15 pour mille habitants (64.000) ;

Mortalité par tuberculose toutes formes : 130 soit 2 ‰ ;

Mortalité par tuberculose pulmonaire : 105 soit 1,6 ‰.

Ces pourcentages sont tous sensiblement égaux à ceux de 1926 qui étaient respectivement 15,5 ; 1,7 et 1,5 ‰.

Retenons uniquement les décès par tuberculose pulmonaire, et multiplions leur nombre, 105, par le coefficient 5.

Nous trouvons 525, chiffre qui représente, « *approximativement* », la morbidité tuberculeuse à Béziers en 1927 (« positifs »).

Or, le 1er janvier 1928, le Dispensaire connaissait, habitant la ville, 238 « positifs » (total des cas diagnostiqués de 1921 à 1927 inclusivement, défalcation faite, bien entendu, des décès survenus jusqu'à cette date).

La différence entre ce dernier chiffre et le précédent est 287, ce qui signifie que le 1er janvier 1928, 287 tuberculeux pulmonaires « positifs », habitant Béziers, échappaient encore à la surveillance du Dispensaire, soit une proportion de 54 %.

La ville de Béziers, avec ses 64.000 âmes, représente à peu près la moitié de la population totale du secteur du Dispensaire qui, est, en chiffres ronds, de 133.000 habitants. L'autre moitié vit à la campagne.

Nous ne connaissons pas la mortalité tuberculeuse de celle-ci, mais nous savons que la morbidité tuberculeuse rurale égale sensiblement celle de la ville.

Par conséquent, nous pouvons évaluer celle-ci, « approximativement », à 525, mettons 530 en chiffres ronds puisque la population rurale est un peu supérieure à celle de Béziers.

Sur ces 530 tuberculeux « positifs » ruraux, le Dispensaire en connaissait 161 à la date du 1er janvier 1928 (total des cas diagnostiqués de 1921 à 1927 inclusivement, défalcation faite des décès).

La différence, c'est-à-dire 369, représente, « approximativement », le nombre de « positifs » ruraux encore inconnus du Dispensaire, soit une proportion de 67 %.

En additionnant : 287 + 369 on obtient 656, nombre qui représente « approximativement » le total des « positifs » encore « inconnus » du Dispensaire « existant » dans son secteur à la date du 1er janvier 1928, soit une proportion de 60 %.

Autrement dit, le Dispensaire connaît 40 %, pas tout à fait la moitié, des tuberculeux « positifs » vivant dans son secteur.

Le 1er janvier 1927, ces proportions étaient respectivement de 60 % (inconnus) et 40 % (connus), c'est-à-dire identiques.

Le travail doit donc être poursuivi intensément puisque 60 % des « positifs » restent encore à découvrir.

***

Conclusions

La tuberculose à Béziers. — Le « devenir » des positifs connus. — Récapitulation.

La tuberculose est-elle en décroissance dans le secteur du Dispensaire de Béziers ?

Jusqu'à ce jour, toute réponse à cette question nous a paru prématurée. Aujourd'hui, nous n'osons encore la formuler nettement. Toutefois, la comparaison du rapport statistique actuel, 1927, avec le précédent permet de mettre en relief

(1) *Concours Médical*, nos 32 et 33.

quelques indices qui autorisent à parler de recul de la tuberculose.

Ces indices les voici :

En 1926, la proportion d'adultes « sortis » non tuberculeux » était de 63 % ; 70 % en 1927 ;

La proportion d'adultes diagnostiqués tuberculeux « toutes formes » était de 32 %, en 1926, elle est tombée à 22 % en 1927.

Enfin, le nombre d'adultes trouvés « positifs » était de 176 en 1926, soit20 % des consultants nouveaux ; en 1927, ce nombre descend à 116, soit 60 de moins et le pourcentage ne dépasse pas 12 %.

Ainsi, en 1927, le nombre de tuberculeux diagnostiqués au Dispensaire, tant négatifs que positifs, a sensiblement diminué.

Cette diminution paraît bien correspondre à la réalité, nous voulons dire refléter la marche et l'état présent de l'endémie tuberculeuse dans la région.

En effet, en 1927, le nombre de consultants et celui des nouveaux inscrits n'a pas diminué, au contraire : 2.052 et 1.344 contre 1.888 et 1.236 en 1926. Celui d'analyses de crachats est sensiblement identique : 643 contre 653 en 1926 ; non seulement tous les crachats « négatifs » ont été homogénéisés, en 1927, mais encore 33 recherches de bacilles de Koch ont été faites dans les selles de malades qui ne savaient où ne pouvaient expectorer et dont les signes cliniques ou radioscopiques permettaient de soupçonner une lésion pulmonaire ; cinq de ces recherceh es ont donné un résultat « positif ».

En 1927, le nombre d'adultes, nouveaux inscrits, a été supérieur à celui de 1926 : 998 au lieu de 902 ; parmi eux, 470, soit 48 % ont été envoyés par leur médecin, proportion légèrement inférieure à celle de 1926 (57 %).

En somme, on constate, en 1927, d'une part, la présence d'un plus grand nombre de consultants, anciens et nouveaux, tous examinés cliniquement, radioscopiquement et bactérioscopiquement dans les mêmes conditions que ceux des années précédentes, et, d'autre part, parmi ces consultants, un « rendement » en tuberculeux — s'il est permis de s'exprimer ainsi — bien inférieur à celui de 1926.

Il faut donc en conclure, croyons-nous, que le milieu qui a fourni ces consultants, c'est-à-dire la région bittéroise, était moins riche en « tuberculeux » en 1927, donc que la tuberculose y était en décroissance. Notons le fait : il en vaut la peine et espérons que ce recul ne sera pas uniquement « accidentel ». Les statistiques ultérieures ne tarderont pas d'ailleurs à étayer cette impression optimiste ou à dissiper cette première lueur d'espoir.

La mortalité tuberculeuse n'a pas baissé, il est vrai, à Béziers tout au moins, en 1927 : 1,6 ‰ contre 1,5 ‰ en 1926 pour la tuberculose pulmonaire, et 2 ‰ contre 1,7 ‰ pour la tuberculose toutes formes. Mais la morbidité déclinant, si les déductions précédentes sont exactes, nul doute, que la mortalité suive elle-même prochainement, un recul parallèle.

***

Voyons maintenant ce que deviennent les « positifs » d'un Dispensaire après un délai de un, deux, trois, quatre, cinq et six ans.

Le tableau ci-après donne, année par année, le nombre des « positifs » diagnostiqués, des « perdus de trace », des « suivis », des décédés et des survivants.

Années	« Positifs » diagnostiqués	Perdus de trace	Restent « connus » et « suivis »	Décédés parmi les « suivis »	Survivants parmi les « suivis »	Pourcentage des survivants
1921	75	13	62	51	11	17 %
1922	77	11	66	53	13	19 %
1923	124	22	102	79	23	22 %
1924	131	20	111	85	26	23 %
1925	170	36	134	82	52	38 %
1926	180	28	152	70	82	54 %
1927	119	10	109	30	79	72 %

Ainsi, abstraction faite des « perdus de trace » sur lesquels le Dispensaire ne possède aucun renseignement, le pourcentage des « positifs » survivants est le suivant, le 1er janvier 1928 :

Les trois quarts environ, parmi ceux diagnostiqués en 1927 ;

La moitié environ, parmi ceux diagnostiqués en 1926 ;

Le tiers environ, parmi ceux diagnostiqués en 1925 ;

Le quart environ, parmi ceux diagnostiqués en 1924 ;

Un peu moins du quart, parmi ceux diagnostiqués, en 1923, 1922 et 1921.

Autrement dit :

Un quart environ sont morts un an après avoir été diagnostiqué au Dispensaire ;

La moitié environ sont morts deux ans après avoir été diagnostiqués au Dispensaire ;

Les deux tiers environ sont mort trois ans après avoir été diagnostiqués au Dispensaire ;

Les trois quarts environ sont morts quatre ans après avoir été diagnostiqués au Dispensaire.

Ceux qui ont survécu quatre ans ont de grandes chances de survivre encore quelque temps, peut-être de nombreuses années — les statistiques ultérieures le diront — car, après ce laps de temps, la mortalité augmente fort peu d'une année à l'autre. Les périodes les plus critiques paraissent être les deuxième, troisième et quatrième années de la maladie.

***

Récapitulons, dans un dernier tableau, l'activité du Dispensaire depuis son ouverture, mars 1921 jusqu'au 1er janvier 1928 :

Présences aux consultations	11.609	
Consultants inscrits (adultes et enfants)	6.884	
Tuberculeux diagnostiqués (positifs et négatifs ; adultes et enfants)	1.608	
» « positifs » (crachats bacillifères ; adultes et enfants	876	
Analyses de crachats	3.673	
Crachats trouvés « positifs »	1.135	
Radioscopiés pulmonaires	8.824	
Familles surveillées	1.000	(environ)
Placements d'enfants	414	
» d'adultes	377	

***

La « Calmettisation » de TOUS les nouveau-nés

Il s'agit, on l'a deviné, de la prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G. Ce néologisme, créé pour désigner d'un mot cette vaccination, est encore, croyons-nous, peu usité en France. Il nous vient de l'étranger, Pologne ou Tchéco-Slovaquie,sauf erreur de notre part. Toutefois, il nous paraît tellement heureux et « adéquat » que nous n'hésitons pas à le mettre en tête de la présente rubrique.

Donc, la « Calmettisation » de *tous* les nouveau-nés, mise sur pied à Béziers par le Bureau de Bienfaisance, a fonctionné régulièrement en 1927. Nous avons donné dans le rapport statistique de 1926 tous les détails d'organisation de ce nouveau service entré en vigueur le 1er novembre 1926 ; nous n'y reviendrons pas. Contentons-nous de dire que depuis le début aucune modification n'y a été apportée, son fonctionnement donnant entière satisfaction à la population aussi bien qu'aux promoteurs de cette initiative éminemment bienfaisante et sociale.

Un tableau joint au rapport déjà cité de 1926, fait connaître, mois par mois, du 1er novembre 1926 au 1er novembre 1927, c'est-à-dire pendant la première année de fonctionnement du service, le nombre de naissances à Béziers, celui des « Calmettisations » pratiquées et leur pourcentage.

Voici résumés, en bloc, les résultats de l'année 1927, 1er janvier au 31 décembre :

Nombre de naissance à Béziers	741
Vaccinés au B. C. G. « calméttisés »	594
Pourcentage des vaccinés	80.1 %

En 1928, la « Calmettisation » de *tous* les nouveau-nés, en contact ou non avec un tuberculeux contagieux, se poursuit dans les mêmes conditions et avec le même succès.

Ceux des six premiers mois sont les suivants:

Mois	Naissances	Vaccinés	Pourcentage des vaccinés
Janvier 1928	83	69	83,1 %
Février	87	68	78,1 %
Mars	68	59	86,7 %
Avril	66	50	75,7 %
Mai	66	51	77,2 %
Juin	53	40	75,4 %

Soit un pourcentage moyen de 79,6 %, un peu plus des trois quarts.

Rappelons sommairement, qu'après entente parfaite entre la Mairie et le Bureau de Bienfaisance, une infirmière, attachée à ce dernier, se rend tous les jours aux bureaux de l'état-civil et relève les naissances déclarées la veille. De là, elle va voir les parents de tous les nouveau-nés et leur propose la vaccination au B. C. G., vaccination à laquelle elle procèdera elle-même ou qui sera pratiquée, au gré de la famille, par le médecin traitant ou la sage-femme. L'acceptation obtenue et la signature du père ou de la mère apposée au bas d'une lettre-demande spéciale, le Bureau de Bienfaisance en est informé et délivre immédiatement les doses de vaccin nécessaire dont il a toujours un petit stock en réserve sinon,

il télégraphie immédiatement à l'Institut Pasteur à Paris.

Ce service est absolument gratuit et il n'est demandé aux familles aucune rétribution.

Les revaccinations, à la fin de la première et troisième années, ne sont utiles que chez les enfants qui vivent, ou ont vécu, en contact avec un tuberculeux contagieux. Elles sont opérées par les infirmières-visiteuses du Dispensaire départemental antituberculeux.

Mais, les revaccinations exceptées, une seule infirmière visiteuse est attachée à Béziers au service des vaccinations. Bien plus, elle assure,en outre, un service de consultations dans un Dispensaire du Brureau de Bienfaisance. C'est dire qu'avec une visiteuse dévouée et une collaboration étroite entre les divers services et les administrations, on peut organiser partout et avec relativement peu de frais la « *Calmettisation* » *de tous les nouveau-nés.*

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie** — M. le Dr SEYTRE, Le Bar (Alpes-Maritimes). — M. le professeur DUBAR, de Lille.

— **XIIIe Congrès de médecine légale de langue française** 1re *session de médecine sociale, accidents du travail, maladies professionnelles* (Paris, 9, 10, 11 octobre 1928), sous la présidence de M. Georges BROUARDEL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. — *Programme* : Mardi 9 octobre 1928, 9 h. 30 : Séance d'ouverture, amphithéâtre Vulpian, à la Faculté de médecine ; 1er rapport : Médecine sociale. Les expertises dans les lois sociales (M. le prof. BALTHAZARD, de Paris). — 14 h. 30 : même amphithéâtre ; 2e rapport : Accidents du travail. Résultats comparés des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe. (MM. CHARBONNEL et MASSÉ, de Bordeaux).

Mercredi 11 octobre 1928, 9 h. 30. Même amphithéâtre: Suite de la discussion du rapport sur l'ostéosynthèse. Séance de communications ; — 14 h. 30 : Même amphithéâtre ; 3e et 4e rapports : Maladies professionnelles. Les intoxications professionnelles par les hydrocarbures (M. DUVOIR, de Paris). Pathologie professionnelle des corps radio-actifs (M. de LAET, de Bruxelles).

Jeudi 11 octobre 1928, 9 h. 30 : Amphithéâtre de la clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis ; 5e rapport : Criminologie ; les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique (M. FRIBOURG-BLANC, de Paris). — 14 h. 30: Amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas ; séance de communications. Organisation du prochain congrès.

La Société de médecine légale de France tiendra une séance exceptionnelle à l'occasion du XIIIe congrès, le lundi 8 octobre 1928, à 17 heures, à la première Chambre du tribunal de la Seine, au Palais de Justice, sous la présidence de M. WATTINNE, président du tribunal de la Seine. Tous les membres du Congrès sont invités à y assister.

N. B. — 1° Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne MARTIN, 64, rue Pasteur (Lyon) ; M. MICHEL, 5, rue de Rigny (Nancy) ; M. PIÉDELIEVRE, 24, rue Gay-Lussac (Paris). 2° Les personnes qui désirent participer au Congrès devront s'inscrire le plus tôt possible, en envoyant leur cotisation (60 francs) à M. VERNIS, 29, quai de l'Horloge, Paris, 1er, 3e. Les grands réseaux de chemins de fer français et les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sont disposés à accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux Congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Pour bénéficier de de cette réduction, chaque congressiste devra être muni d'une autorisation établie pour la totalité du parcours quel que soit le nombre de Grands Réseaux empruntés. Cette formule imprimée devant être revêtue du cachet du Congrès et de la signature d'un Secrétaire général, et visée par le Réseau sur lequel est située la gare de départ du trajet aller, il sera nécessaire de la demander à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris 1er, avant le 10 septembre 1928 (Indiquer la gare de départ. l'itinéraire et les différents réseaux empruntés).

Chaque Congressiste muni de cette autorisation devra acquitter à la gare de départ le prix d'un billet à place entière pour le trajet aller et le montant de l'impôt (15 % de l'exemption) ; le trajet de retour s'effectuera gratuitement. Validité à l'aller : du 6 au 9 octobre inclus ; au retour : du 9 au 12 octobre inclus.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — Des cours de perfectionnement seront faits, du lundi 8 octobre au 2 novembre prochain, sous la direction de M. le prof. Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée : Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée : Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard, Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

4° Recherche du pH et de la réserve alcaline : Indications. Technique et résultats.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen clinique : sucre, albumine, urée.

Examen cytologique : Tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées.

Examen bactériologique : Les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etudes des ictères : Recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches.

Ictères dissociés : Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal.

Ictères hémolytiques : Recherche de la résistance glo-

bulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycosis.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon) — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Les cuti-réaction (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Transfusion du sang (1 leçon). — Indications et technique.

Les deux cours ont lieu chaque jour à 14 h. à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— **Journées médicales de Bordeaux** (4-8 **novembre** 1928). — A l'occasion du cinquantenaire de la Faculté de médecine de Bordeaux auront lieu les Journées médicales dont ci-après le programme provisoire.

Dimanche 4 novembre. — A 16 heures, Célébration du cinquantenaire de la Faculté de médecine. — Inauguration des Journées médicales.

Lundi 5, mardi 6, mercredi 7 novembre, à 8 heures, Exercices pratiques dans les différents services et laboratoires, ainsi qu'au Centre du cancer (ces exercices seront indiqués par affiches spéciales).

Lundi 5 novembre. — A 9 h. 30, Traitement de l'appendicite, prof. Bégouin. — A 10 h. 30, Lutte contre la syphilis (traitements actuels de la syphilis), prof. Petges. — A 15 h. 30, Contribution à la chirurgie des vaisseaux, prof. Goyanez. — A 17 heures, L'oscillométrie. Sa spécificité et son champ d'information, prof. Pachon. — A 21 heures, Soirée au Grand-Théâtre.

Mardi 6 novembre. — A 9 h. 30. Lutte contre la mortalité infantile (traitement préventif et curatif de la diphtérie). prof. Cruchet. — A 10 h. 30, Les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie, prof. Guyot. — A 14 h. 30, Diabète et insuline, prof. Mauriac. — A 15 h. 30, L'encéphalomyélite épidémique. Etat actuel de la question, prof. Verger. — A 17 heures, Médecine sociale. Les répercussions des assurances sociales sur la vie professionnelle en Alsace, Dr Specklin (Mulhouse).

Mercredi 7 novembre. — A 9 h. 30, Les traitements modernes de l'infection puerpérale, prof. Andérodias. — A 10 h. 30, Lutte contre la tuberculose (traitements actuels de la tuberculose), prof. Leuret. — Lutte contre le cancer (traitements actuels du cancer), prof. Rochou. — 15 heures, Conférence de médecine navale. — 17 h. 30 A propos de l'encéphalographie artérielle, prof. Egas Moniz. — Réception du Comité et Revue.

Jeudi 8 novembre. — (Hôpital militaire de Talence), Exercices pratiques de chirurgie de guerre, prof. Rccher et Guillermin. — Démonstration d'aviation sanitaire — De 14 heures à 15 h. 30, Démonstration du fonctionnement d'une formation sanitaire au Magasin général. — 16 heures. Conférence de médecine militaire. — 19 h. 45, Banquet.

Le Comité de permanence est ainsi constitué : Prof. H. Verger, président ; prof. R. Cruchet, commissaire général ; prof. agrégé Creyx, secrétaire-trésorier ; prof. agrégé Jeanneney, secrétaire adjoint.

La cotisation a été fixée à 25 francs pour les médecins, à 15 francs pour les membres associés et les étudiants (Dr Creyx, trésorier, 10, rue Boudet).

— **Clinique de Dermatologie et de syphiligraphie.** — Des cours de perfectionnement de dermatologie et de vénéréologie seront faits sous la direction de M. le professeur Gougerot.

Le cours de dermatologie aura lieu du 1er octobre au 27 octobre 1928. — Le cours de vénéréologie aura lieu du 29 octobre au 24 novembre 1928. — Le cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 26 novembre au 15 décembre 1928. — Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 fr. Un programme détaillé sera envoyé sur demande. Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe). Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie, etc.).

Le musée des Moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (On peut s'inscrire par correspondance).

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Services d'autocars P.L.M. du Vivarais et du Velay.* — Afin de faciliter aux voyageurs l'accès de Vals-les-Bains, des services quotidiens d'autocars P.L.M., en correspondance, à la gare de Montélimar, avec les principaux trains en provenance ou à destination de Paris et de Marseille, assurent la liaison entre Montélimar et Vals.

Départs de Montélimar à 11 h. 15 et 16 h. 10 ; arrivée à Vals à 12 h. 45 et 17 h. 40.

Départ de Vals à 7 h. 40 et 13 h. 30 ; arrivée à Montélimar à 9 h. 10 et 15 h.

Prix du parcours aller et retour : 25 francs.

Des billets combinés chemin de fer et autocars avec enregistrement direct des bagages pour Vals sont délivrés par les principales gares du réseau P.L.M.

Les touristes qui désirent visiter les jolies régions du Vivarais et du Velay, ont à leur disposition, par ailleurs, deux circuits ; l'un au départ de Vals, l'autre au départ du Puy. Ces deux circuits sont en correspondance au lac d'Issarlès.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

soixante-deux flacons sont injectés, six cent vingt centimètres cubes de sérum.

La petite fille, en convalescence, est ramenée à son domicile le 26 octobre. Guérison rapide, sans accidents autres qu'une poussée banale d'urticaire, de courte durée.

Elle s'est toujours bien portée depuis.

Laissons à chacun le soin de conclure. Sur la résistance anormale du bacille spécifique, qui se manifeste dans certaines régions du moins, il serait intéressant de connaître l'avis de l'Institut Pasteur. En Charente, d'autres confrères ont constaté le fait.

L'Institut a dû être informé, et recevoir des desiderata en ce qui concerne le volume des flacons. Pour faciliter les manipulations, ne serait-il pas préférable de mettre à la disposition des médecins des doses de 20 ou 25 centi-cubes ?

Les nouvelles ampoules rendent l'opération plus longue et plus difficile : le sérum ne peut être aspiré qu'à l'aide de l'aiguille et non plus directement avec la seringue et l'embout métallique. Pour cet usage j'en suis réduit à employer un tube spécial, qu'on trouve dans quelques boîtes de sels de bismuth injectables. La question mérite d'être étudiée.

Dr MAFFRE.

JURISPRUDENCE

Honoraires médicaux.

TRIBUNAL CIVIL DE 1re INSTANCE DE LA SEINE (8e Chambre).

28 *mars* 1928.

(Archives du « Sou médical ».)

Doit être repoussée la demande reconventionnelle d'un client, qui, pour ne pas se libérer envers le chirurgien, invoque une prétendue malfaçon sans égard à la personnalité et à la situation professionnelle du chirurgien.

Le tribunal, jugeant en matière ordinaire et en dernier ressort ; attendu que sur la demande en paiement de quatre mille cinq cents francs, pour honoraires et en validité de saisie-arrêt formulée par le docteur G., chirurgien spécialiste des maladies de la gorge, du nez et des oreilles, contre H., et sur la demande reconventionnelle en cinquante mille francs de dommages intérêts, formée par H. contre le docteur G., un jugement avant faire droit de cette Chambre du 10 mars 1927, a ordonné une expertise ; attendu que le docteur Rougeot, médecin-légiste commis, a rempli sa mission et déposé son rapport ; attendu qu'il résulte de ce document que les interventions chirurgicales pratiquées par le docteur G., étaient indiquées par l'état grave dans

lequel se trouvait la jeune H. ; que l'opération de la mastoïdite, pratiquée à la demande des lésions, était bien celle qui devait être pratiquée ; que l'opération de l'évidement pétro-mastoïdien n'était nullement indiquée ; que le docteur G. a pris toutes les précautions indispensables et a cherché à donner toute garantie à son client, qu'il fut aidé par le docteur Gally, chirurgien chef des hôpitaux de Carcassonne ; qu'il a fait des prélèvements permettant de donner à son diagnostic toutes les précisions voulues et pouvant être d'une grande utilité pour la direction thérapeutique ; que la personnalité du docteur G. est reconnue tant par sa situation professionnelle à Carcassonne que par ses titres universitaires et scientifiques ; que vu la constatation de la nature tuberculeuse des lésions, le résultat définitif pourrait être douteux ; que les docteurs Brunel et Gautier en ont douté, qu'il fut long et pénible à obtenir avec des alternatives d'aggravations et de rémission comme il y en a toujours avec cette nature de lésions ; mais qu'actuellement il est bon, que l'état général de l'enfant est parfait et son état local très satisfaisant, que si la cicatrisation n'est pas encore complète, elle ne tardera pas à l'être ; qu'enfin le prix de quatre mille cinq cents francs réclamé par le docteur G. est très raisonnable ; attendu que le rapport précité fait une juste appréciation des faits de la cause ; qu'il y a lieu de l'entériner purement et simplement ; qu'il échet en conséquence de condamner H. au paiement intégral de la somme réclamée et de valider la saisie-arrêt du treize mars 1926, faite entre les mains des Etablissements du Nord ; attendu qu'il y a d'autant moins lieu de s'arrêter à la demande reconventionnelle formée par H., que le défendeur se borne à solliciter des délais pour se libérer ; attendu à cet égard, qu'on ne saurait oublier que les soins donnés par le docteur G. remontent à trois ans, qu'aux premières réclamations de ce praticien, H. n'a donné aucune réponse ; qu'il a ensuite adopté une autre attitude en signifiant au docteur G. qu'il ne le connaissait pas, que sa fille n'avait jamais eu besoin de ses services et qu'il se réservait de lui demander des dommages-intérêts s'il continuait à le poursuivre ; qu'une semblable inconscience est incompréhensible chez un homme dans la situation sociale du défendeur ; que la résistance de celui à la procédure actuelle n'a eu pour objet que de retard le paiement et pour résultat que d'augmenter les frais ; attendu que néanmoins il est expédient d'accorder certains délais au défendeur en raison des charges qui pèsent sur lui ;

Par ces motifs : condamne H. à payer au docteur G., pour les causes sus-énoncées, la somme de quatre mille cinq cents francs, avec les intérêts de droit ; dit toutefois qu'il pourra se libérer par acomptes mensuels de deux cents francs jusqu'à parfait paiement ; déclare bonne, valable et régulière la saisie-arrêt pratiquée par le docteur G. entre les mains des Etablissements du Nord, 109, boulevard Péreire,

à Paris, à l'encontre de H. ; dit en conséquence que toutes les sommes dont le tiers saisi se reconnaîtra ou sera jugé débiteur envers H., seront par lui versée entre les mains du docteur G., en déduction ou jusqu'à concurrence du montant de sa créance, en principal, intérêts et frais ; condamne H. aux dépens.

Commentaires

La petite histoire mérite d'être narrée.

Une enfant, dans un état très grave, est confiée à un chirurgien, qui doit pratiquer une trépanation de la mastoïde.

L'intervention chirurgicale est faite, avec l'aide d'un second chirurgien et donne d'excellents résultats ; mais il persiste, pendant quelque temps, un trajet fistuleux, étant donné la nature bacillaire de la lésion.

Un autre spécialiste consulté quelque temps après, prononce une opinion quelque peu à la légère et conseille aux parents un évidement de la mastoïde qu'il pratiquerait lui-même.

Il est à remarquer que beaucoup d'affaires en responsabilité professionnelle ont pour point de départ, des paroles volontairement malveillantes ou des propos prononcés à la légère par un confrère à l'égard du premier praticien.

Le client, qui ne cherche qu'à ne pas payer ses dettes, est trop content d'opposer Hippocrate à Galien et d'accuser le premier médecin d'ignorance, d'impéritie, ou d'erreur, en se basant sur les propos tenus par le second praticien.

Dans le cas qui nous occupe, lorsque le chirurgien présenta sa note, les parents de la petite malade firent les étonnés, allant même jusqu'à soutenir qu'ils ne connaissaient pas ce docteur, qui réclamait des honoraires ; qu'ils ne l'avaient jamais vu et qu'ils étaient surpris de se voir réclamer quoi que ce soit, alors qu'il n'y avait jamais eu d'opération chirurgicale, pratiquée sur leur enfant.

Puis, ne pouvant plus nier l'évidence, ne serait-ce même qu'en présence de la cicatrice et de l'effondrement de la mastoïde, les parents cherchèrent des moyens dilatoires, pour ne pas s'acquitter.

Ils avaient quitté la localité de province pour venir à Paris, et ils espéraient, ainsi, que le praticien ne pourrait pas les poursuivre si loin de son domicile.

Le « Sou médical » conseilla à notre confrère d'assigner ces clients peu intéressants et si peu reconnaissants.

Ceux-ci formulèrent alors une demande reconventionnelle en cinquante mille francs de dommages-intérêts.

Une expertise eut lieu devant le docteur Rouget, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris et le Secrétaire général du «Sou,» assistant à cette expertise, put soutenir les intérêts du confrère absent et démontrer qu'il n'y avait

aucune faute à reprocher au chirurgien, qui, non seulement avait sauvé la vie à la petite malade, mais encore l'avait guérie, puisqu'aucune nouvelle intervention n'était nécessaire.

L'expertise fut tout à fait favorable à notre confrère et le tribunal d'entériner le rapport.

Cependant, le jugement accorde des délais au débiteur pour se libérer, bien qu'il occupe une situation fort intéressante.

De tout ceci, il faut retenir une chose, c'est que lorsqu'un client nous consulte pour les agissements professionnels d'un confrère, il faut éviter, pour faire croire à la supériorité de sa propre science et de son habileté professionnelle, de laisser entendre quelques critiques sur un traitement, auquel on n'a pas assisté.

De tels propos sont fréquemment injustifiés ; mais ils sont toujours nuisibles, parce que les clients s'en emparent pour en faire la base d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour erreur de diagnostic, ou mauvais traitement.

Hodie mini, cras tibi : un peu plus de confraternité et de correction déontologique et il y aura certainement moins de confrères injustement poursuivis.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

2397. — Fixation de l'infirmité et de la rente d'un blessé du travail.

En novembre 1927, un de mes clients est victime d'un accident du travail, chute d'un toit : fracture compliquée de la jambe gauche au niveau de l'articulation du cou-de-pied.

Ostéotomie : raccourcissement de 7 cm., ankylose de l'articulation, œdème volumineux augmentant par la station debout.

Je me refuse à délivrer, actuellement, un certificat de consolidation. Le blessé (plombier-zingueur) ne peut rien faire.

Convoqué devant le tribunal, on commet un expert, qui, en présence du médecin de la Compagnie d'assurance, évalue l'incapacité permanente et estime la cessation du demi-salaire au 1er juillet 1928. Le pourcentage d'invalidité n'a pas encore été communiqué au blessé.

1° Peut-on décider de l'arrêt du demi salaire alors que ni le chirurgien qui a opéré, ni le médecin qui surveille le blessé, n'ont délivré de certificat de consolidation ?

2° J'estime le pourcentage à 75 % à partir du jour de la consolidation qui ne peut être fixé avant deux mois. Est-ce trop ?

3° Quelle est la procédure à suivre en cas de contestation de la part du blessé ?

4° Pour un salaire de 42 fr. par jour ouvrable à combien peut arriver une rente avec 75 % d'invalidité.

Dr N.

Réponse.

Ce n'est ni le médecin traitant, ni le médecin de la compagnie, ni même le médecin expert qui fixe la date de la consolidation, mais seulement le Tribunal qui juge à l'aide de tous les éléments de la cause, en se basant, surtout, évidemment, sur le rapport de l'expert. Mais les conclusions d'un expert peuvent toujours être contestées devant un tribunal.

Si le blessé n'accepte pas les conclusions de l'expert, il n'aura qu'à laisser l'affaire suivre son cours normal et le Tribunal statuera. Le blessé est pourvu d'office d'un avoué qui fera en son nom toute la procédure nécessaire.

Le pourcentage que vous avez l'intention d'attribuer à l'invalidité de votre blessé pourrait peut-être paraître un peu élevé. En effet, dans les ouvrages spéciaux que nous avons consultés, on donne seulement 65 % pour une amputation de la jambe au tiers supérieur. Il est peu probable que votre blessé obtienne plus de 60 %.

La rente d'un blessé du travail est calculée non pas sur son salaire quotidien, mais sur son gain annuel. En admettant que votre client ait travaillé 300 jours dans l'année, son salaire de base sera de 42 × 300 = 12.600 fr. La portion dépassant 8.000 francs n'entre en ligne de compte que pour le quart seulement, de sorte que la rente sera calculée sur un salaire de : 8.000 + (4.600 : 4) = 9.150 francs.

Avec une incapacité de 75 %, le montant de la rente sera le suivant :

$$\frac{9.150 \times 75}{100 \times 2} = 3.431 \text{ fr. } 25.$$

2892. — Accident survenu en revenant du travail.

Je viens de soigner un ouvrier qui en retournant à bicyclette de son travail, sa journée terminée, fait une chute sur la route et présente un traumatisme de la hanche. Sur le point d'être guéri, alors que, la Compagnie ayant été prévenue, mais n'ayant pas répondu, une radiographie avait été pratiquée, brusquement la Compagnie fait savoir à l'ouvrier par l'intermédiaire du patron, qu'elle estime que la journée étant terminée, l'ouvrier n'était plus sous la surveillance du patron et qu'il n'y a pas lieu, en conséquence, de payer le demi salaire.

La Compagnie a-t-elle raison ? S'agit-il ou non d'un accident du travail ?

Dr N.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail il faut

que l'accident se soit produit par le fait ou à l'occasion du travail, alors que l'ouvrier se trouvait placé sous la direction et la surveillance de son patron.

Lorsque l'ouvrier effectue le trajet du lieu de son travail à son domicile, il ne travaille plus et ni la direction ni la surveillance du patron ne peuvent s'exercer sur lui.

Une jurisprudence constante décide donc que l'accident dont l'ouvrier peut être victime au cours de ce trajet ne saurait être considéré comme un accident du travail.

La réponse de la compagnie estbasée sur cette jurisprudence et nous craignons fort que le blessé ne perde son procès s'il cite son patron en justice de paix pour obtenir paiement de son demi-salaire.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, ils doivent rester à la charge de l'ouvrier, sans recours contre le patron, à moins que vous n'ayez été mis en œuvre directement par ce dernier, ce qu'il vous appartiendrait de prouver.

2872. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire quelle sera la pension d'un ouvrier gagnant 20 francs par jour, qui a subi l'amputation du bras gauche,

L'assurance lui doit-elle un appareil de prothèse ? Lequel ? Dr M.

Réponse.

Suivant le barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail, du Dr Lucien Mayet, l'amputation du bras gauche, donne lieu à une invalidité de 70 à 75 %.

D'autre part, la rente à laquelle a droit le blessé doit être calculée non pas sur son salaire quotidien, mais sur son salaire annuel. En admettant que le blessé travaillait 300 jours par an, on peut fixer son salaire annuel à : $20 \times 300 = 6.000$ francs.

Le montant de la rente sera obtenu au moyen de l'opération suivante :

$$\frac{6.000 \times 75}{100 \times 2} = 2.250 \text{ francs.}$$

Seuls, sont à la chagre de la compagnie les appareils nécessaires au traitement de la blessure. Lorsque celle-ci est consolidée, c'est le blessé qui doit faire lui-même les frais des appareils de prothèse.

Fiscalité.

2833. — Réduction d'impôts pour charges de famille.

Voici unrelevé de ma feuille d'impôts. Voulez-vous me dire s'il est juste et si on me tient compte du dégrèvement auquel j'ai droit pour 4 enfants :

	Impôt brut	Réduction pour charges de famille	Impôt net
Contribution foncière.			
1° Propriété bâtie, pour un revenu net 1.262, 75	351 52	68 35	283 17
2° Propriété non bâtie, pour un revenu imposable 2.544,35	817 06	137 43	673 63

et si la feuille d'impôts est juste.

N'a-t-on pas droit à des réductions pour charges de famille, pour la taxe vicinale ? et est-elle correspondante puisque pour contribution fonc. propriété bâtie elle est : 100 fr. 51 ; contribution foncière, propriété non bâtie elle est 231 fr. 82.

Dr M.

Réponse.

Le dégrèvement auquel vous avez droit pour 4 enfants à charge est égal à $\frac{45\,\%\,(7{,}5 \times 2 + 15 \times 2)}{100}$ du principal de la contribution foncière ou à 25 % de ce même principal selon que votre revenu net global, défalcation faite des déductions pour situation ou charges de famille est ou non supérieur à 10.000 fr.

Dans le premier cas, la réduction serait :

$\frac{1.262{,}75 \times 18 \times 45}{100 \times 100}$ = 102 fr. 28 sur le foncier bâti ;

et de $\frac{2.544{,}95 \times 18 \times 45}{100 \times 100}$ = 206,14 sur le foncier non bâti.

Dans le second cas, elle serait :

$\frac{1.262{,}75 \times 18 \times 25}{100 \times 100}$ = 56 fr. 82 sur le foncier bâti ;

et de $\frac{2.544{,}95 \times 18 \times 25}{100 \times 100}$ = 114,52 sur le foncier non bâti.

Ni l'une ni l'autre de ces réductions ne vous est accordée. Vous devez être dans la première catégorie au point de vue revenu global et une réduction de 30 % vous est accordée pour trois enfants à charge $\frac{(7{,}5 \times 2 + 15)}{100}$

On a en effet :

$\frac{1.262{,}75 \times 18 \times 30}{100 \times 100}$ = 68,20 sur le bâti ;

et $\frac{2.544{,}75 \times 18 \times 30}{100 \times 100}$ = 137 fr. 47 sur le foncier non bâti.

Si au premier janvier vous aviez réellement 4 enfants à votre charge, vous demanderez au contrôleur de vous accorder une réduction de 102,28 au lieu de 68 fr. 20 sur le foncier bâti et de 206,14 au lieu de 137, 43 sur le foncier non bâti.

Il n'y a pas de réductions pour charges de famille en ce qui concerne la taxe vicinale.

A. M.

2843. — Les reçus d'honoraires accidents sont soumis au timbre-quittance.

Une caisse de secours d'une usine laisse le libre choix d'un médecin, rembourse *x* fr. sur reçu signé du médecin, par visite ou consultation. J'ai donc libellé les reçus de la manière suivante. Reçu de M. X. les honoraires pour 2 ou 3 consultations. Je n'ai pas timbré. Le contrôleur en visitant la comptabilité a fait cette découverte et m'inflige 7 amendes de 90 fr. pour 7 reçus dépassant 10 fr. non timbrés. Dois-je payer ou non ? N'y a-t-il pas une interprétation erronée de la loi au sujet d'une caisse de secours qui a un caractère privé et philanthropique ? Je trouve que c'est exagéré. Après réclamation sur papier timbré le directeur me fait une remise de 8/10ᵉ que je dois verser *immédiatement*. J'espérais après explications être relevé de l'amende.

Dr Y.

Réponse.

Les reçus d'honoraires se rapportant à des accidents du travail ne sont pas exempts du timbre de quittance.

A. M.

2812. — Un médecin salarié n'est pas patentable.

La patente est-elle exigible d'un médecin d'usine, n'exerçant pas en ville, rétribué au mois.

Dr X.

Réponse.

En vertu d'un arrêt du Conseil d'Etat, du 15 décembre 1926, le médecin attaché à un asile privé, qui n'a pas de clientèle particulière, et qui est au service exclusif de la maison de santé, n'est pas imposable à la patente.

Travaillant dans les mêmes conditions, vous pouvez demander à bénéficier de la même exemption.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

2816 — Consultation de nuit entre confrères.

1° Combien dois-je compter la consultation avec confrère, faite à 11 h. du soir.

(Il s'agit d'un accident grave pour lequel j'ai été appelé d'urgence la nuit).

2° Le blessé en question avait 3 plaies bien distinctes. Tête. Bras droit. Bras gauche.

Pour établir ma note d'honoraires, je compte noter séparément :

Visite et pansement de tête....... 12 fr.
Pansement bras droit .... 12 fr.
Pansement bras gauche.......... 12 fr.

Suis-je dans la vérité ?

3° Pour la consultation avec confrère dont il a été question plus haut et où le confrère m'a aidé à faire les pansements, celui-ci peut-il compter lui aussi : consultation avec confrère et pansement + pansement bras droit + pansement bras gauche ?

Dr B.

Réponse.

1° Ainsi que je l'ai *très* longuement expliqué (voir l' « Agenda du Concours) et qui fut admis plusieurs fois déjà, une consultation de nuit avec confrère doit être payée cinq fois le prix de la consultation simple, soit 12 × 5 = 60 francs, naturellement déplacement en sus, s'il y a cela pour chaque médecin consultant.

2° Pour les pansements consécutifs, il s'agit de trois pansements distincts sur segments de membres différents ; vous avez donc à compter : 12 × 3 = 36 francs par séance, tout au moins les premiers jours.

3° Le confrère consultant est venu faire « sa consultation » et non des pansements que vous étiez capable de faire seul.

Dr Fernand DECOURT

2848. — Le cumul n'est interdit (article 13) qu'en cas de visite ou consultation simple (comprenant le pansement simple et tout ce qui est indiqué comme compris dans cette visite ou consultation simple).

Comment tarifer (accidents du travail) :

Pansements de l'avant-bras et de la main droits plus injection de sérum antitétanique, plus certificat ?

Dr R.

Réponse.

Vous avez à compter : un pansement multiple (article 17) 15 fr. + une injection antitétanique + un certificat. Là, il n'y a pas le cumul interdit par l'article 13, puisque le pansement multiple n'est pas *compris* (à l'inverse du pansement simple) dans le prix de la visite ou consultation... lequel prix vous ne pouvez cumuler avec une intervention quelconque.

Dr Fernand DECOURT.

2802.— Déplacement indispensable ou non ?

Le 29 décembre 1927 j'étais appelé par le médecin d'une commune distante de 48 km. pour une accidentée du travail présentant un panaris du pouce gauche.

La compagnie d'assurance ne veut m'acquitter que le prix de l'intervention ; elle refuse de me payer

l'indemnité kilométrique sous le prétexte que la malade pouvait se déplacer pour venir me consulter.

A plusieurs reprises je me suis déjà déplacé, sur l'appel de médecin, pour opérer des blessés du membre supérieur, et les compagnies d'assurances intéressées m'avaient toujours réglé sans discussion mes frais de déplacement.

Très étonné donc de la prétention émise par cette compagnie d'assurances, j'ai refusé tout règlement en attendant vos conseils.

Dr B.

Réponse.

La compagnie est absolument dans son droit de ne pas vous payer votre déplacement, si vous ne pouvez prouver techniquement que le blessé « ne pouvait se présenter à votre consultation sans inconvénient pour sa santé » (voir article 2 § 1). Et, pour un panaris du pouce, je ne vous engagerais nullement, *a priori*, à porter l'affaire sur le terrain judiciaire.

Dr Fernand Decourt.

Brevet d'infirmiers.

2913. — Quelle est la valeur du diplôme d'infirmier-masseur ? Est-il obligatoire ?

J'ai recours à votre obligeance pour avoir le renseignement suivant : une jeune femme n'ayant fait aucune étude spéciale, aide actuellement sa mère qui est masseuse. La maman désire se retirer et voudrait que sa fille profite immédiatement de sa clientèle, quelles formalités d'installation doit faire la fille ? Un diplôme est-il obligatoire ? Habitant Saint-Etienne, quelle est l'école la plus proche ? Y a-t-il des études longues obligatoires ?

Dr D.

Réponse.

Le décret du 27 juin 1922 institue des brevets de capacité professionnelle, permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français.

Ces brevets sont délivrés par le Ministre du travail et de l'hygiène, à la suite de deux années d'études passées dans une école reconnue par l'Etat, donnant un enseignement théorique et pratique.

Des décrets ultérieurs ont précisé les programmes et les conditions de reconnaissance des écoles.

Certaines écoles forment des infirmiers-masseurs d'une grande valeur professionnelle ; mais le titre n'a aucune valeur juridique, en ce qui concerne l'exercice de la profession.

En effet, n'importe qui peut s'instituler masseur, sans s'être astreint au stage scolaire et sans avoir obtenu le diplôme d'Etat.

Il n'y a pas possibilité de poursuivre l'exercice illégal de la profession d'infirmière ou de

masseuse, sauf si la personne s'affuble de titres mensongers.

Dans ces conditions, la fille de la masseuse peut parfaitement hériter de la clientèle de sa mère, sans avoir aucune formalité à remplir.

Mais, néanmoins, le diplôme entre dans les mœurs, à juste titre le syndicat des infirmiers masseurs fait tout son possible pour épurer la profession de toutes sortes de charlatans, qui déprécient le métier de masseur ; il cherche à rendre pratiquement obligatoire l'obtention du diplôme, après deux années d'études sérieuses.

D'autre part, les médecins savent que ce diplôme existe et ils ont tendance à confier leurs malades à des masseurs diplômés, plutôt qu'à un individu quelconque, qui se dit masseur.

Enfin, en cas d'accident, pouvant avoir sa répercussion en justice, les tribunaux auront plus de facilité à reconnaître la capacité d'un masseur diplômé, alors qu'ils pourront condamner le non-diplômé pour ignorance et impéritie.

Conclusion : la candidate masseuse ferait bien de suivre les cours d'une école, avant de prendre la succession de sa mère.

A Lyon, d'ailleurs, elle trouvera facilement à s'éduquer, car Lyon est un centre, qui forme d'excellentes infirmières de toutes spécialités.

Dr Paul BOUDIN.

Baux et locations.

2879. — Droit à la prorogation pour un garage professionnel.

Je suis depuis le 1er avril 1922, locataire d'un garage : mon bail expire le 29 septembre 1930. Je paye 850 francs par an, plus 46 fr. de charge. Le prix au 1er août 1914 était de 600 *fr. avec le* 1er *étage derrière* : en 1925 *seul le garage était loué* 400 *fr.* (renseignements pris à l'enregistrement).

Je crois savoir que le nouveau propriétaire, qui a reçu ce garage par héritage, aurait l'intention de me refuser un nouveau bail ; j'ignore si c'est pour l'occuper lui-même ; je ne le crois pas. Je crois que c'est plutôt pour le louer à un autre à un prix fort.

Ai-je droit soit à une prorogation, ou droit à demander un nouveau bail même annuel.

Quel est le prix maximum (charge comprise ou non comprise) auquel le propriétaire pourrait fixer son nouveau bail ?

Quand dois-je demander le renouvellement de mon bail et par quelles voies ? Dois-je le faire dès maintenant ou attendre ?

Dans le cas, où amiablement, je n'aurais pas obtenu ce que vous allez me fixer, faut-il agir judiciairement et quand ?

Dr N.

Réponse.

En vertu d'un arrêt de la Commission supé-

rieure de Cassation du 21 juillet 1927, obtenu avec l'appui du « Sou médical » et que nous avons publié dans le *Concours médical*, il est admis que le garage dans lequel un médecin remise l'automobile nécessaire à l'exercice de sa profession présente un caractère professionnel et bénéficie comme tel des dispositions de la loi du 1er avril 1926 sur les loyers.

Par conséquent, si vous vous servez de votre automobile pour les besoins de votre profession, vous aurez droit à une prorogation pour votre garage, de la fin de votre bail au 1er avril 1932, sans avoir besoin de la demander sous une forme quelconque et sans que votre propriétaire puisse le reprendre même pour son usage personnel.

En ce qui concerne le loyer que vous aurez à payer en échange de la prorogation, il nous est impossible pour le moment de vous donner aucune indication, la taxation actuelle des loyers devant être révisée le 1er avril 1929, mais la taxation nouvelle s'appliquera à votre garage, comme à tous les locaux visés par la loi du 1er avril 1926.

Après le 1er avril 1931 et à moins que de nouvelles prorogations ne soient accordées à cette époque aux locataires, le droit commun doit, en l'état actuel de la législation, reprendre son empire. Votre propriétaire pourra donc, sous la réserve ci-dessus indiquée, poursuivre votre expulsion à partir du 1er avril 1931 ou bien vous consentir un nouveau bail ou loyer qu'il fixera, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

Vous ne pourriez contraindre votre propriétaire à vous accorder un nouveau bail, ou en cas de refus, à vous verser une indemnité, que s'il s'agissait d'un local dans lequel serait exploité un fonds de commerce (loi du 30 juin 1926).

A votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Questions médico-militaires.

2708. — Sort des propositions pour la Légion d'honneur.

Proposé depuis plusieurs années pour la Légion d'honneur, et, la deuxième fois, dans les premiers numéros du corps d'armée, je ne figure pas encore sur le tableau de concours. Est-il exact, ainsi que me l'assure un de mes amis qui se dit bien informé, que toutes les propositions au titre des réserves, doivent obligatoirement recevoir satisfaction avant le 1er janvier 1930 ?

Dr Z.

Réponse.

Il n'existe, à notre connaissance, aucun engagement de ce genre pris par le Ministre de la guerre.

Cinquantième année — N° 35 — 26 Août 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

I

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis
Beaulieu-sur-Mer. Gaston (*clinique*).
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Coutaud, d'Auterive, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 383. — Bourgogne. Gr. ville, méd. dem. assistant longue durée, ayant passé thèse et accompli service milit., jeune et actif, pour client. médico-chirurgic.

N° 384. — Normandie. Poste rapp. 45.000, dans pays agréab. et riche, à céder de suite, condit. très avantag.

N° 385. — On désire acheter microscope d'occas. Faire offres et prix Dr Kérambrun, à Hédé (I.-et-V.).

N° 386. — Serais reconn. à conf. m'indiquant, sur la côte entre St-Nazaire et Bordeaux, personne pouvant prendre en pension jeune homme ayant besoin air marin et le faire travailler en vue du brevet.

N° 387. — Poste méd.-propharm. à prendre en Normandie, 150 km. Paris. Seule condit. : reprise matériel et pharmacie.

N° 388. — 1° 180 km. Paris, client. de méd. génér. en ville très agréab., rapp. 50.000 fac. à augm., maison de maître très confort. On céderait contre faible indemn.

2° Banl. Paris, sanator. très bien installé dans château avec grand parc et vastes dépendances, 60 malades, rapp. 600.000 fr., bail. Loyer 16.500. A céder 600.000 dont moitié compt.

3° Ouest. Pet. ville très agréab., facilités instruction. A repr. suite médicale intéres. 60.000 dans très bonnes condit., très peu de frais, petit loyer avec belle mais. confort, et jardin.

4° Dans joli site de la banl. Est, ancien poste très bon rapport, à céder pour cause santé. Loyer 2.200, maison agréab., facil. paiement.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru, proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

La clin. de Vaugirard, 8 *bis*, rue Léon-Delhomme, nouvellem. installée, reçoit sur la demande des confrères, des accouchements à forfait dans d'excell. conditions.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès d'aviation sanitaire.** — On annonce qu'un premier Congrès international d'aviation sanitaire se tiendra à Paris, en mai 1929.

— **Paris.** *La vaccination anti-diphtérique dans les écoles de la banlieue parisienne.* — Le Conseil général de la Seine vient d'approuver les conclusions d'un mémoire préfectoral relatif à l'ouverture d'un crédit de 80.000 fr. destiné à permettre la vaccination anti-diphtérique dans les écoles de la banlieue parisienne.

— **Congrès du Caire** (15-22 décembre 1928). — Le Congrès officiel du Caire (Anniversaire du Centenaire de la Faculté du Caire et Congrès de médecine tropicale) sera présidé par S. E. Ali El Shamsi Pacha, ministre de l'Instruction publique.

Les plus grandes facilités sont accordées aux congressistes pour le voyage, le séjour et les excursions en Egypte.

S'inscrire auprès du secrétaire général, le docteur Moh Khalil, ou du secrétaire adjoint, le docteur H. Péretz, 152, rue Kasr-el-Aïné, au Caire.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** *Chirurgie oto-rhino-laryngologique.* — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. le docteur P. Winter,

chef de clinique ; Moatti et Rossert, internes des hôpitaux de Paris, commencera le lundi 10 septembre 1928, à 2 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Clinicat.* — Le concours pour la nomination d'un chef de clinique des maladies de l'enfance vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Sédaillan, ex-interne des hôpitaux. Le concours du clinicat obstétrical s'est terminé par la nomination de M. le Dr Baussillon, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

— **Ecole de médecine de Marseille.** — M. le docteur Paul Vigne est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique dermatologique à l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. le docteur Paul Blum, relevé de sa délégation dans cet emploi.

— **Asiles publics d'aliénés de la Seine.** *Concours.* — Un concours pour une place de médecin des asiles publics d'aliénés de la Seine sera ouvert le 15 octobre 1928. Inscriptions à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, Paris.

— **Hospices de Bourges.** *Internat.* — L'Hôtel-Dieu de Bourges demande un étudiant possédant 16 à 20 inscriptions pour remplir les fonctions d'interne. S'adresser à l'Econome-secrétaire des Hospices de Bourges.

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 août

Service de santé des troupes coloniales.

Concours, en 1928, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales.

Le ministre de la guerre.

Vu la loi du 7 juillet 1900 relative à l'organisation des troupes coloniales ;

Vu le décret du 21 juin 1906 portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales ;

Vu la loi du 17 février 1926 donnant aux élèves du service de santé de la marine versés dans le service des troupes coloniales et aux docteurs en médecine et pharmaciens admis au concours latéral, une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, lors de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major des troupes coloniales :

Vu l'instruction interministérielle du 16 mai 1925 relative au concours latéral pour les emplois de médecins et de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales ;

Vu la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée,

Arrête :

Conformément aux dispositions de l'article 3, paragraphe 2, du décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales et de l'instruction interministérielle du 16 mai 1927, susvisées, un concours sera ouvert le 3 décembre 1928, à neuf heures, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales, sans limitation de nombre.

Pour être admis à concourir, les docteurs en médecine et pharmaciens devront réunir les conditions suivantes :

1° Être nés ou naturalisés français ;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier 1928, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1896 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux ;

3° Avoir satisfait, au 31 décembre 1928, aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

4° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

Pour les docteurs en médecine.

1° Interrogation sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Interrogation sur l'anatomie chirurgicale d'une région et sur une question de technique opératoire ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Pour les pharmaciens.

. . . .

Pièces a produire

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 novembre 1928.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance sur papier libre dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, établi l'année de l'admission, constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service armé. Cette aptitude, ainsi que celle au service colonial, sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin commandant au moins ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militiaire ou un état signalétique et des services ;

5° Indication du domicile où doit être adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

7° Engagement dans la forme indiquée ci-après, de servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de l'admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis sont nommés médecins ou pharmaciens sous-lieutenants pour compter du 31 décembre 1928 et bénéficient d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine et de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exception pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine, c'est-à-dire que par application de ces bonifications, les docteurs en médecine seront nommés immédiatement médecins lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1927 et les pharmaciens seront nommés pharmaciens lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1928.

Ils suivent à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ils concourent à la fin de ce stage avec les médecins et pharmaciens lieutenants de leur promotion provenant des écoles du service de santé de la marine et du service de santé militaire et prennent rang avec eux sur la liste d'ancienneté, dans le grade de médecin ou de pharmacien lieutenant dans l'ordre de classement de sortie et deviennent disponibles pour le service colonial.

A l'issue du stage, ils peuvent percevoir les bourses suivantes destinées à les indemniser de leurs frais d'études antérieurs, sous condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse :

5 bourses de 10.000 fr. chacune au titre de l'Afrique occidentale française pour un séjour normal ;

5 bourses de 10.000 fr. chacune au titre de Madagascar pour un séjour normal ;

5 bourses de 10.000 fr. chacune au titre du budget de la guerre pour un séjour normal dans toutes colonies.

Fait à Paris, le 31 juillet 1928.

Paul PAINLEVÉ.

MODÈLE D'ENGAGEMENT

Je soussigné (nom, prénoms, profession et domicile), candidat à l'emploi de (médecin ou pharmacien)

sous-lieutenant des troupes coloniales, m'engage à servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de mon admissinon dans le corps de santé des troupes coloniales.

Fait à ...., le .... 192...

(Signature.)

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'or des épidémies a été accordée, à titre posthume, au professeur Hideyo Noguchi, mort à Acera, le 21 mai 1928, de fièvre jaune contractée au cours d'expériences de laboratoire.

10 *août*

Enseignement de la médecine.

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine en 1928.

Arrêté du 9 *août* 1928.

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 15 octobre 1928.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 6 octobre, à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR

ET NATURE DES ÉPREUVES

Sont admis à concourir :

A. — *Régime d'études de* 1893-1899.

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptons qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. — *Régime d'études de* 1911-1912

Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. — *Régime fixé par le décret du* 10 *septembre* 1924.

Les candidats pourvus de 4, 8, 12, ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. — *Régime d'études de* 1893-1899 *et de* 1911-1912.

Etudiants à 4 inscriptions.

Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie :

b) Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions.

a) Une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions

a) Une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. — *Régime d'études de* 1924.

Etudiants à 4 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie ;

b) Une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions.

a) Une compositions de physiologie ;

b) Une composition de physique et de chimie biologiques comportant :

1° Une question de physique biologique (1 heure) ;

2° Une question de chimie biologique (1 heure).

Etudiants à 12 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie pathologique ;

b) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions.

a) Une composition de médecine générale ;

b) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année, les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréa t de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalaurétat et de la mention « bien » audit certificat.

11 août

Enseignement de la médecine.

Il est créé à la Faculté de Paris un emploi de chargé de cours ; le titulaire donnera son enseignement à l'Ecole de Puériculture.

Le traitement de cet emploi est fixé à 34.000 francs.

CORRESPONDANCE

Déontologie.

2846. — Quelle différence faire déontologiquement entre un médecin rabaisien d'usine et un médecin gratuit de dispensaire. La Dichotomie.

Vous qui, dans votre *Concours médical*, exposez toujours des questions difficiles à résoudre, et les résolvez avec science et clarté, je me permets de vous demander de m'éclairer sur deux points, au point de vue déontologique et au point de vue juridique.

1° Les Syndicats médicaux blâment tous médecins qui acceptent d'exercer leur profession à tarif réduit ou à forfait pour le compte d'entreprises industrielles par exemple ou d'œuvres de bienfaisance.

Par contre, ces mêmes Syndicats envoient leurs félicitations et remerciements aux confrères qui créent des établissements pour le compte de l'Etat, qui dirigent des dispensaires pour le bien public, où l'on accepte des malades parfaitement capables de rémunérer leur médecin.

Quelle différence y a-t-il entre :

a) Le docteur X, médecin des établissements A ;

b) Le docteur Y, médecin consultant de l'hôpital 13 ou de l'Institut C, qui soigne pour encore moins cher des malades quelquefois beaucoup moins intéressants ?

Les deux sont également nuisibles aux intérêts de leurs confrères ;

2° La dichotomie est passée dans les mœurs ; elle est inattaquable.

Pourquoi se fait-elle en cachette ? Pourquoi un médecin à qui un opéré dirait : « Vous avez touché le tiers ou la moitié (ça existe), des honoraires que j'ai payés au chirurgien », se croirait-il obligé de répondre avec un air de réprobation : « Ah çà ! jamais Monsieur ! »

Pourquoi les juges la condamnent-ils ?

— Un médecin qui touche une ristourne sur le prix d'un bandage ou d'une analyse, ne fait-il pas du commerce ?

Vous me rendriez un réel service en m'éclairant, car vraiment, dans cette profusion de mots que nous nous envoyons à la figure, je n'ai pas encore su saisir la différence que certains font entre : un médecin marron et un médecin très comme il faut. J'ajoute que je suis jeune.....

Dr B.

Réponse.

Il faut tout d'abord admettre que la déontologie n'est qu'un droit professionnel coutumier, fait d'habitudes, mais n'ayant jamais été codifié, ni réglementé.

Ces habitudes peuvent différer selon les régions de France et pourront ainsi être parfois en opposition les unes avec les autres, tant qu'un travail juridique n'aura pas été fait — (si encore on peut arriver à le faire) — pour bien préciser ce qui est permis et ce qui ne l'est pas, le tout rédigé dans un français, dont chaque mot sera étudié dans son acception française pure, pour ne pas permettre aux mauvais confrères de violer le code de déontologie, en traduisant à leur manière des termes qui ne seraient pas assez précis.

Pour la première question, qui nous est posée, il faut tout d'abord faire une grande différence entre les médecins, qui acceptent de soigner à forfait les malades d'une usine et ceux qui consentent à donner leurs soins dans des hôpitaux et dispensaires ou autres établissements charitables.

L'usine, c'est l'établissement industriel, qui doit gagner de l'argent pour ses propriétaires.

Le médecin qui loue ses services, est une sorte d'employé, qui, bien que conservant sa liberté au point de vue thérapeutique, doit néanmoins obéir aux ordres de son employeur.

Par suite, le docteur qui consent à louer ainsi ses services crée à son seul profit un monopole : celui des malades et blessés de cette usine, au détriment de ses autres confrères.

S'il n'accaparait pas cette clientèle, à un taux inférieur, les malades pourraient aller se faire soigner auprès de tous les autres médecins de la localité, ou des alentours.

Donc, le rabais sur les honoraires, consenti par un seul, porte préjudice à l'ensemble de la corporation.

Au contraire, le médecin d'hôpital, de dispensaire, collabore à une œuvre de bienfaisance, avec d'autres philanthropes, qui donnent gratuitement leur temps, pour administrer le patrimoine des pauvres.

Le médecin ne touche pas d'honoraires, mais parfois une simple indemnité, lorsqu'il ne fait pas le travail entièrement pour rien.

Il ne porte pas tort à ses confrères, car il soigne des pauvres bougres, qui sont hors d'état de payer, quel que soit le médecin.

Enfin, il est de tradition, dans le Corps médical, de s'associer à toutes les œuvres de philanthropie et de bienfaisance.

La meilleure preuve, c'est qu'une sélection s'est faite dans le Corps médical des grandes villes : les étudiants cherchent à obtenir, par concours, sinon les fonctions d'interne, au moins celles d'externe.

Plus tard, les docteurs tenteront les épreuves

redoutables du médicat, ou du chirurgicat des hôpitaux.

Je sais bien qu'il me sera opposé que les princes de la science savent se faire honorer de la clientèle payante, grâce à leur titre hospitalier. Je n'en disconviens pas ; mais il n'en reste pas moins vrai que les fonctions hospitalières sont très recherchées, car elles permettent aux pauvres d'être soignés par des médecins pour riches, alors que ces praticiens trouvent dans leurs services hospitaliers la possibilité de poursuivre des travau scientifiques, tout en s'adonnant à l'enseignement des élèves.

Voici, en théorie, le tableau, qu'on pourrait faire, concernant ces médecins altruistes, qui donnent gratuitement une partie de leur temps et leur science aux déshérités de la fortune.

Malheureusement, les hôpitaux se sont peu à peu transformés en maisons de santé à bon marché, ouvertes à tout venant.

Au lieu de rester confinés à leur but primitif : la bienfaisance, ces établissements publics se sont mis à faire des actes de commerce, en hébergeant des malades payants, dont certains sont loin d'être en mesure de solliciter le bénéfice de l'assistance médicale gratuite.

Depuis très longtemps, les médecins protestent contre beaucoup d'admissions abusives de ces faux pauvres ; mais les commissions hospitalières, qui tirent profit de ces malades payants, laissent entendre aux médecins que, s'ils ne sont pas contents, ils n'ont qu'à démissionner.

A la dernière séance plénière du conseil supérieur de l'Assistance publique, la question des honoraires à allouer aux médecins, pour soins donnés aux hospitalisés payants, est revenue en discussion.

De même pour les instituts, plus ou moins gratuits, organisés par la bienfaisance publique ou privée.

S'il ne s'agissait que des seuls indigents, il n'y aurait rien à dire : mais parmi les pauvres, se faufilent toujours des exploiteurs de la charité publique.

D'autre part, il faut signaler la tendance que présente l'administration d'établir peu à peu une véritable médecine fonctionnarisée : dans des dispensaires largement ouverts, dirigés par des médecin appointés et fonctionnarisés, tout venant trouvera diagnostic et soins.

De ceci, on peut conclure que le médecin d'usine accapare pour lui seul une clientèle, qui pourrait payer, puisque c'est le chef d'industrie qui est responsable des frais médicaux. Il y a donc lésion des intérêts généraux des médecins de la région pour le profit d'un seul.

Au contraire, en matière de bienfaisance publique ou privée, il y a détournement progressif du but primitif altruiste et extension abusive des

Voir la suite page XLVII-2485

PROPOS DU JOUR

Le talent ou le génie et la Folie.

I. La Folie de Van Gogh par les Drs V. Doiteau et Edg. Leroy.
II. La Folie de Nietzsche. Son influence sur ses œuvres, par le Dr A. H. Moussa.

L'influence de la Folie sur le talent et le génie a été depuis bien des années l'objet de nombreuses et longues controverses qui, vraisemblablement, se continueront encore fort longtemps. Sans aller jusqu'à affirmer, comme Moreau de Tours, que le génie soit une névrose, ni tomber dans l'exagération de Lombroso qui qualifie d'épileptoïde cette prétendue névrose, nous devons bien reconnaître que le cerveau de l'homme de talent ou de génie diffère du cerveau de l'homme normal et se trouve souvent, de ce fait, sujet plus que ce dernier aux affections mentales ; ces dernières peuvent aussi influer sur son activité intellectuelle. Les récents travaux d'un savant russe, M. le Dr B. Hindzé, tendent à prouver que la circulation du cerveau d'un homme d'élite, est assurée par un réseau artériel incomparablement plus riche que celle du cerveau d'un homme peu intelligent. On peut donc émettre l'hypothèse que le cerveau de l'homme d'élite est plus prompt à se congestionner et peut subir plus facilement les troubles des diverses maladies qui se traduisent par les symptômes des affections dites mentales ou de la folie. Vraisemblablement cette hypothèse se vérifiera un jour et permettra de donner une explication scientifique à la constatation troublante de la fréquence de la folie et des névroses chez les hommes de talent et de génie.

Sans remonter à l'antiquité, aux hallucinations de Socrate et de Platon, à l'épilepsie de César, il n'est pas douteux que de nombreux hommes de génie ou de talent ont composé leurs œuvres sous l'influence d'une excitation cérébrale morbide, ou ont été frappés de folie à la suite de cette excitation. La folie du Tasse, atteint du délire de la persécution et de confusion mentale, a donné lieu à maintes études. Byron était atteint d'épilepsie jacksonienne; Léopardi, de mélancolie; Shelley était un halluciné et un somnambule ; Musset un névropathe dipsomane, sujet à des hallucinations ; Hoffmann, Edgard Poë, Verlaine étaient alcooliques et même ivrognes et l'excitation cérébrale, due à l'alcool, jouait sans doute un rôle dans leur inspiration ; Baudelaire était un névropathe ; Balzac un mythomane ; Gérard de Nerval écrivit ses plus belles œuvres à la fin de sa vie, entre les accès de folie qui le conduisirent au suicide ; Guy de Maupassant finit paralytique général. Nous n'énumérons ici que les noms qui nous viennent sous la plume, cette liste pourrait sans doute être allongée indéfiniment.

Deux ouvrages fort intéressants viennent d'être publiés qui remettent la question des rapports du génie ou du talent avc la folie à l'ordre du jour : c'est d'abord un livre richement édité et admirablement illustré sur la *Folie du peintre Vincent Van Gogh*, écrit par les docteurs Victor Doiteau et Edgard Leroy, qui sont les auteurs de plusieurs articles remarquables, publiés sur le même sujet, par l'un dans le *Progrès médical* (1926), par l'autre dans *Æsculape*, à la même époque (1).

C'est ensuite une très intéressante thèse de la Faculté de médecine de Paris, intitulée *La folie de Nietzsche : son influence sur ses œuvres*, soutenue par le Dr Ahmed Hamdi Moussa (2) et inspirée, tout au moins en partie, par notre distingué confrère, le Dr Félix Regnault qui, récemment encore, exposait le cas de Nietzsche à la Société d'Anthropologie de Paris.

***

Les docteurs V. Doiteau et E. Leroy, en écrivant la Folie de Van Gogh, rédigent avec tous ses détails une véritable observation clinique.

Fils d'un pasteur protestant de Gundert, en Hollande, Vincent Van Gogh était, dès sa jeunesse, sauvage, taciturne et méditatif. Elève peu doué, rebelle envers ses parents, il témoignait une vive affection à son frère Théodore,

(1) V. Doiteau et E. Leroy. — La folie de Van Gogh. Collection : Sous le signe de Saturne, Editions : Æsculape, 15, rue Froidevaux, Paris

(2) Paris, Librairie M. Lac, édit., 26, rue Monsieur-le-Prince, 1928.

affection qui persista toute sa vie. A 15 ans, il fut placé comme employé à la succursale de la Maison Goupil, de Paris, à La Haye, sur la recommandation de son oncle, marchand de tableaux ; il donna toute satisfaction à ses patrons qui l'envoyèrent à la succursale de Londres. Pensionnaire chez la veuve d'un pasteur français, il s'éprit de sa fille Ursule, et la demanda en mariage, mais celle-ci lui fit savoir qu'elle était fiancée. Cette déception joua un rôle considérable dans sa vie. Il quitta Londres pour Paris, y retourna, espérant en vain fléchir l'objet de sa passion. Il revint à Paris toujours employé à la Maison Goupil. Sombre, farouche, il fut alors la proie d'un violent mysticisme religieux.

Il retourna dans sa famille, abandonnant la Maison Goupil, et peu à peu à la suite de sa déconvenue sentimentale, il s'enlisa dans le domaine de la folie.

Professeur polyglotte à Ramsgatte, il revient à Londres et y apprend que celle qu'il aimait est mariée. L'oubli ne s'est pas fait dans son cœur, il cherche une dérivation en essayant de consoler les miséreux et les déshérités de Londres. Entré comme aide-prédicant chez un pasteur méthodiste, il ne réussit pas car il est un déplorable orateur. Son mysticisme devient plus ardent après une maladie. Un jour de quête, il jette dans l'aumonière sa montre en or et ses gants. Il revient dans sa famille, est placé par son oncle comme commis libraire à Dordrecht, étonne tout le monde par ses allures de quaker. Il tente sans succès d'entreprendre des études à l'Université d'Amsterdam, demande à son père de le faire admettre dans une mission qui veut évangéliser les ouvriers mineurs du Borinage en Belgique. Mais toujours mauvais prédicateur, il ne veut subir aucune observation, recevoir aucun conseil, entre dans de terribles colères et donne l'impression d'un halluciné ou d'un fou. Renvoyé de la mission, il part comme prédicateur libre, s'installe à Pâturage près de Mons. Son zèle touche la mission évangélique qui le nomme à un poste provisoire ; il fait preuve d'une charité sans limites, mais à ce sujet se livre à mille extravagances. Il se distingue par son dévouement pendant une épidémie de typhus, à la suite d'un coup de grisou et au cours d'une grève et le pasteur Vincent est populaire chez les mineurs. Mais ses élans humanitaires sont démesurés ; on cherche en vain à les modérer ; finalement on lui retire sa mission. Il part alors pour Bruxelles. Dans le Borinage, l'amour du dessin s'est développé dans son cerveau et cette nouvelle passion finira par avoir raison de sa fougue religieuse et philanthropique. Revenu chez ses parents, Van Gogh tombe de nouveau amoureux d'une veuve, sa cousine, qui, elle aussi, l'éconduit et, pour le fuir, gagne Amsterdam ; son père qui considère cette passion comme coupable, se fâche. Vincent quitte le foyer familial, va chez un peintre de la Haye, Mauve, son parent par alliance, et travaille dans son atelier. Toujours indocile, il n'accepte aucun conseil, se met violemment en colère, brise de rage une tête d'Apollon qu'il ne veut pas comme modèle et est congédié.

Désemparé, il accepte la vie commune avec une ivrognesse, mère de cinq enfants, qu'il a la prétention de relever et de purifier. Sa famille scandalisée l'abandonne, seul son frère Théodore continue à s'occuper de lui et finit par le libérer de cette gouge. Accueilli et pardonné par son père, devenu pasteur de Menen, il inspire un véritable amour à une femme assez défavorisée de la nature, mais riche, qui veut l'épouser. Les parents de cette dernière s'opposent à pareil mariage ; la jeune femme tente de se suicider. Le chagrin causé par ce drame, joint à la mort subite de son père avec lequel il avait de fréquentes querelles religieuses, le détraque encore davantage. Le pasteur protestant et le curé catholique interdisent aux villageois de poser pour ce toqué. Il est contraint de quitter Menen ; après un court séjour à Anvers, où il se querelle avec les professeurs de l'Académie, il vient à Paris chez son frère Théodore, devenu employé de la Maison Goupil et qui habite Montmartre. Il fréquente l'atelier de Cormon, y scandalise tout le monde par ses audaces artistiques, mais se lie avec Toulouse-Lautrec et Emile Bernard. Van Gogh cherche alors à imiter Monet, Pissaro, Sisley, Seurat. Mais ses colères rendent la vie commune avec son frère impossible. Il fait la connaissance de Gauguin, de Guillaumin, de Signac, devient l'amant d'un ancien modèle de Corot, la Segattori, effraye ses amis par ses actes de dément, surtout Guillaumin à qui il rappelle le tableau de Delacroix, le *Tasse chez les fous.* Comme il souffre cruellement du froid en hiver, il se décide à aller s'installer à Arles sur les conseils de Lautrec.

A Arles, il travaille, mais ne s'alcoolise plus comme à Paris et dans le Nord, son estomac malade lui interdit d'ailleurs l'alcool. Il engage Gauguin à venir le rejoindre, la vie à deux sera moins coûteuse. Ils vont tous deux en excursion aux Saintes-Maries, à Montpellier. Mais il ne tarde pas à reprendre ses habitudes alcooliques, travaille beaucoup et se querelle avec Gauguin.

Un jour il se livre à des actes violents à l'égard de ce dernier, lui jette un verre d'absinthe à la tête, se précipite sur lui un rasoir à la main, mais s'arrête au moment de frapper, médusé par le regard de son ami. Gauguin l'abandonne. Van Gogh se coupe avec le rasoir le lobule de l'oreille gauche. Il plie ce bout d'oreille dans une enveloppe et va la remettre à des filles dans une maison publique voisine. Arrêté après cette extravagance, il est conduit à l'hôpital d'Arles, et est soigné par un interne, M. Rey, qui s'intéresse à lui. Battant la campagne, halluciné, il a des périodes de rémissions pendant lesquelles, il peint avec acharnement. C'est durant une de ces périodes qu'il reçoit la visite de Signac qui admire ses tableaux. Mais il ne guérit pas et comme on ne peut indéfiniment le garder à l'hospice d'Arles, un pasteur, M. Salles, lui conseille d'entrer à l'asile de St-Rémy de Provence. Entre temps, l'interne, M. Rey, le dissuade de s'engager dans la légion étrangère où on ne l'accepterait pas car il est, dit-il, *aliéné* et *épileptique.*

A Saint-Rémy, le Dr Peyron confirme le diagnostic d'épilepsie. Van Gogh reprend ses pinceaux, jouissant d'une demi-liberté, mais, un jour, pendant qu'il est en train de peindre dans la campagne, il a une crise suivie d'une longue période de prostration et de dépression intellectuelle. Il s'adonne frénétiquement au travail, pour chasser, dit-il, ses idées anormales. Il eut cinq attaques en dix-huit mois, pendant son séjour à Saint-Rémy.

Il se décide à quitter l'asile et vient retrouver son frère Théodore à Paris qui le place dans une pension à Auvers-sur-Oise, sous la surveillance relative du Dr Paul Gachet qui aime les arts et admire les peintures de Vincent Van Gogh. Malgré toute la sympathie que lui témoigne le Dr Gachet et l'attachement que Vincent Van Gogh a pour lui, le malheureux peintre a de violentes crises de colère contre son médecin, notamment une fois où il fait le geste de saisir dans sa poche un revolver. Le sang-froid du Dr Gachet paralysa son intention comme à Arles, le regard de Gauguin l'arrêta au moment où il voulait le frapper avec un rasoir.

Mais sa folie fait de sensibles progrès et ses toiles s'imprègnent du déséquilibre de son cerveau. C'est ainsi qu'il peint l'*abside de l'église d'Auvers* en lui donnant l'aspect monstrueux d'une sorte de masse vivante et vibrante. Sa surexcitation épileptique qui avait failli le conduire au meurtre se termine par le suicide. Après avoir terminé le tableau : *Corbeaux volant au-dessus d'un champ de blé,* œuvre macabre d'un visionnaire, il se tire un coup de revolver dans la région du cœur au cours d'une promenade derrière le château d'Auvers. Le coup ne paraît pas mortel, il a la force de gagner sa pension. Le Dr Gachet averti accourt, prévient son frère Théodore ; on espère le sauver. Deux jours après, il meurt sans souffrance (29 juillet 1890). Son frère Théodore qui s'était marié quelques années auparavant, devint aussi fou et mourut six mois après Vincent, à Utrecht. En 1913, le corps de Théodore est ramené à Auvers et les deux frères Van Gogh y reposent dans le même tombeau.

***

Nous avons tenu à faire une analyse détaillée du récit de la vie de Van Gogh, suite assez monotone de ses tristes aventures, d'après le livre des docteurs Doiteau et Leroy, qui abordent ensuite l'étude de son dossier pathologique. Issu d'une vieille famille bourgeoise hollandaise, où, parmi ses ascendants le mysticisme de nombreux pasteurs le dispute au réalisme de commerçants, d'artistes, et d'hommes politiques (un fut ministre, un amiral), Van Gogh, du côté de ses ancêtres paternels, ne paraît avoir hérité que de la tare arthritique. Du côté maternel, on relève des antécédents épileptiques évidents. Son père mourut subitement, mais à un âge déjà avancé et son frère Théodore fut frappé de folie peu après son décès et mourut aliéné. Trapu, carré, le crâne pointu, les traits taillés en coups de hache, il se dégage de sa physionomie et de toute sa personne une impression de brutalité. Triste, hagard, dur et sombre, de mise négligée, il a l'aspect d'un vagabond halluciné et persécuté. Néanmoins une flamme mystique brille dans ses yeux et lui donne une expression émouvante. Sa violente irascibilité, évidemment pathologique, est le fond de son caractère et se manifeste dès son jeune âge.

A la suite de son premier déboire amoureux, Van Gogh, dont la tenue avait été jusque-là correcte, change brusquement. Il devient tout à coup d'une tendresse excessive pour les humbles et les misérables, mais cette tendresse s'accompagne d'une sorte de vanité puérile et d'excentricités altruistes pour les déshérités, poussées au point de troubler leurs familles et leur pays. Un autre caractère de la mentalité de Van Gogh est l'inaptitude absolue à subir toute discipline. Il est est insociable, ne peut s'adapter au milieu où il vit. Ajoutons qu'irritable, indiscipliné, insociable, Van Gogh est en outre instable, l'histoire de sa

vie le démontre indiscutablement. Il se laisse suggestionner par ses lectures. Une page de Renan le pousse à se faire pasteur ; un roman de Dickens le décide à aller prêcher dans le Borinage ; une phrase de Michelet le détermine à vivre en concubinage avec une ivrognesse. Ses lectures favorites furent Michelet, Dickens, V. Hugo, George Eliot, Erckmann-Chatrian, Bossuet, Henri Heine, Anderson, Uhland, la Bible, l'Imitation de J.-C., la Case de l'Oncle Tom, Legouvé, Fromentin, les Goncourt, Zola, A. Daudet. Van Gogh était syphilophobe, mais rien ne permet de le croire syphilitique et surtout d'attribuer à la syphilis ses troubles mentaux. Le café, l'alcool, le tabac, le surmenage jouèrent un rôle dans sa folie qui ne ressembla jamais à la paralysie générale et ne présenta jamais un caractère démentiel. La lecture de ses lettres prouve qu'il écrit aussi bien qu'il peint. Son activité littéraire est aussi grande que son activité artistique. Jaspers qualifie la maladie de Van Gogh de *schizophrénie*, psychose caractérisée par des troubles de l'association des idées. Mais l'aliéniste Walther Riese, de Francfort-sur-le-Main, n'admet pas la schizophrénie qui amène une altération de la personnalité, une dislocation des facultés intellectuelles. MM. Doiteau et Leroy font de la folie de Van Gogh une psychose entrant dans les cadres de l'épilepsie. Il n'eut pas de véritables attaques de haut mal, mais il présenta ce qu'on appelle en France les équivalents psychiques de l'épilepsie et en Allemagne des états crépusculaires. C'est d'ailleurs l'opinion de Walther Riese. Cette psychose épileptoïde débute généralement tardivement, à 36 ans chez Van Gogh, elle s'accompagne d'accès d'excitation aiguë, liés à des symptômes psychomoteurs (hallucinations). Les crises sont précédées ou suivies d'angoisses, accompagnées de visions terrifiantes ; après les crises, le sommeil et la perte du souvenir des événements récents sont encore des signes épileptiformes qui se compliquent aussi fréquemment d'idées mystiques.

Le diagnostic de la folie de Vincent Van Gogh serait donc : *épilepsie larvée mentale*. L'hérédité, la dégénérescence physique dont il porte les stigmates et des causes adjuvantes : syphilis possible, alcoolisme, caféinisme, tabagisme, misère, surmenage physique et moral, suffisent à éclairer l'étiologie de la psychose.

La folie certes, comme l'affirme le Dr Vinchon, n'a jamais engendré le talent, ni le génie. Van Gogh ne produisit jamais rien pendant ses crises, mais dans leur intervalle, ses facultés intellectuelles sont aussi actives qu'avant et même, comme Van Gogh l'affirme, le sont davantage. La tournure d'esprit du peintre, son hyperémotivité ont certes influencé ses œuvres, mais il faut aussi remarquer qu'il a surtout peint les paysages tourmentés de cette région de la Provence qu'on a surnommée la Provence mystique. A la fin, on se rend compte qu'il se livre dans le cerveau du peintre une effroyable lutte contre la maladie et que la folie finit par triompher de l'art dans le tableau de l'*Abside de l'église d'Auvers* et celui des *Corbeaux*.

Si la folie de Van Gogh n'a pas engendré son génie, elle l'a signée, surtout vers la fin, d'une marque certaine. C'est la folie qui a donné à l'œuvre comme à la vie du peintre hollandais, le caractère tragique, émouvant et humain de la lutte de l'esprit et de la matière, de l'art et de la folie, de la vie et de la mort.

***

Il est intéressant de rapprocher de cette étude de la folie du peintre Van Gogh, celle de la folie du philosophe Nietzsche qui a été étudiée médicalement par le Dr Moussa dans une thèse récente. Ce n'est plus à l'épilepsie, mais à la paralysie générale dont le diagnostic est établi et confirmé que l'on a affaire dans le cas de Nietzsche. Il est curieux néanmoins de constater que pour lui, comme pour Van Gogh, l'influence de la folie sur ses œuvres est manifeste. Les deux observations ne sont certes pas exactement superposables, le genre d'aliénation étant bien différent, mais elles permettent de tirer des conclusions analogues.

Frédéric Gauillaume Nietzche naquit à Röcken en Thuringe en 1844. La famille de son père était d'origine polonaise ; protestante, elle s'était réfugiée en Allemagne au XVIIIe siècle. On a attribué à cet atavisme le type physique et le caractère imaginatif du philosophe. Aucun trouble mental chez ses ascendants tant paternels que maternels dont la longévité fut remarquable. Son père, pasteur comme celui de Van Gogh, mourut à 36 ans, vraisemblablement des suites d'une attaque apoplectiforme qui fut attribuée par certains à la syphilis. Deux ans après, son petit frère mourut dans une crise convulsive. Il est donc probable que F. Nietzsche était hérédo-syphilitique. Son enfance se passa sans incident. C'était un enfant sage, taciturne, aimant, considéré néanmoins comme un névrosé.

Religieux et mystique jusqu'à 17 ans, où le doute commença à l'envahir, il aimait beaucoup la musique sans avoir d'aptitudes musicales. Il

était excellent patriote, d'une extrême bonté, charitable, aimable même pendant ses crises de souffrances, et ses qualités contrastent singulièrement avec les doctrines qu'il soutint dans ses écrits où il combattit la compassion et la pitié et conseilla au superhomme de devenir dur. A l'Université de Bonn en 1862, où il est étudiant, il fait partie de la corporation Franconia et mène la vie assez agitée de ses camarades ; il boit, prend part aux orgies et aux parties de bateau, se bat en duel et en recueille les balafres traditionnelles des étudiants des corps allemands. Ne pouvant mener longtemps cette vie sans répugnance, il entre en conflit avec ses camarades, quitte Bonn et va continuer ses études de philologie à Leipzig. Devenu docteur et ayant fait son service militaire, il est nommé, en 1869, professeur de philologie à l'Université de Bâle. Souffrant de céphalées fréquentes, vaniteux, il vit en solitaire bien que ceux qui l'approchent lui reconnaissent une intelligence supérieure. Réformé à cause de la faiblesse de sa vue et naturalisé Suisse, il fait en partie la guerre de 1870 comme ambulancier, mais reste le plus souvent à Bâle. C'est en 1870 qu'on s'accorde à fixer l'époque où il aurait contracté la syphilis bien que l'on n'ait à ce sujet aucune précision et comme il mourut en 1900, son cerveau aurait subi durant 30 ans les effets de cette maladie. Le début des troubles cérébraux fut entre 1882 et 1885 et la paralysie générale se confirma de 1885 à 1890.

Au début, avant 1882, Nietzsche souffrait de violentes migraines, d'insomnies, de troubles de la vue, de crises gastriques qui modifièrent son caractère. Ses premières œuvres ne paraissent pas influencées par la maladie. Il eut de nombreux amis souvent beaucoup plus âgés que lui, par exemple Jacob Burckardt et Wagner qui ont dépassé la cinquantaine quand Nietzsche n'a guère que 25 ans. Erwin Rohle qui le connut à Leipzig, trouvait à son amitié « quelque chose de pathologique ». Il lisait beaucoup ; ses auteurs favoris étaient J.-J. Rousseau, Gœthe et Schopenhauer, surtout ce dernier. Bien qu'ayant eu des relations féminines, d'ailleurs assez rares, l'amour sexuel ne paraît pas avoir tenu un grand rôle dans sa vie. On l'a accusé, sans preuves et sans doute à tort, d'homo-sexualité, parce qu'il fréquentait Burckardt et Wagner sur lesquels pèsent des soupçons équivoques.

Le premier livre de Nietzsche, l'*Origine de la tragédie* (1870-71) où il place la culture grecque au-dessus de tout, où il distingue l'esprit idéal artistique qu'il qualifie d'appolinien de l'esprit dionysiaque qui résulte de l'extase provoquée par le sentiment de la nature, est une œuvre très documentée, écrite dans le style allemand classique à longues périodes. C'est bien l'œuvre d'un névrosé, mais rien n'y fait présumer la folie. Les exagérations des idées émises dans ce livre soulevèrent de violentes critiques. Il en fut exaspéré au point qu'il fit preuve au cours des polémiques d'une insolente et ridicule présomption. Cela ne l'empêchera pas quinze ans plus tard de juger lui-même son ouvrage avec une sévérité excessive et même injuste. Ces contradictions et ces revirements furent d'ailleurs fréquents chez Nietzsche. L'historien Treitschke le qualifiait en 1873 de « détraqué mordu jusqu'à la moelle par la folie des grandeurs ». Nietzsche est en effet mégalomane, il trouve qu'il est le seul véritable philologue, que seul il est capable de comprendre et d'admirer Schopenhauer et Wagner. De 1873 à 1875, il écrit les *Considérations inactuelles* où, dans la première considération, il nie la culture allemande, exalte la culture française et traite David Strauss de philistin ; dans la troisième et la quatrième il exalte Schopenhauer et Richard Wagner.

Ce livre qui causa quelque scandale, fit connaître et apprécier Nietzsche surtout en France. Bien que Max Nordau ait considéré les *Considérations inactuelles* comme l'œuvre d'un fou, Möbius formula à leur sujet un jugement équitable en disant : « Ce livre est ce que Nietzsche a écrit de mieux. Si l'écrit est passionné, il ne témoigne rien de maladif. » De 1876 à 1881, Nietzsche éprouva une crise terrible, ses relations avec Wagner se relâchèrent, il n'admira plus Schopenhauer. Il fut se reposer en Italie, à Naples, à Sorrente et revint à Bâle. Pendant cette période, il écrivit des recueils d'aphorismes : *Humain, trop humain* (1876-1877), *Pensées et sentences variées* (1878), le *Voyageur et son ombre* (1879). Il démissionna en 1879 de sa chaire, abandonna la philologie pour la philosophie et vécu d'une modeste pension de 3.000 francs, à Gênes, à Nice, à Sils Maria en Haute Engadine, à Venise. C'est alors (1880) qu'il écrivit *Aurore* qui est une violente campagne contre la morale et où certains psychiatres commencent à relever des signes de folie. Les aphorismes qui composent ces livres, sont de valeur variable, mais il n'est pas douteux que certaines idées sont profondes et témoignent d'un grand esprit d'observation.

De 1881 à 1885, l'état de santé du philosophe marque une période de rémission. Il devient optimiste, c'est l'euphorie complète du paralytique général. Il rêve d'une vie nouvelle, de

travaux nouveaux tout à fait différents des anciens, dont selon lui la maladie est la seule excuse. Il écrit alors le *Gai savoir* (Gaya Scienza). Ce sont encore des aphorismes, jetés au fur et à mesure sur le papier, sans aucun lien. Les idées exprimées sont révolutionnaires, il déclare la guerre à toute métaphysique, à toute religion. Sa fatigue cérébrale ne lui permet plus de relier ses idées, il ne prend plus la peine de se documenter. Il cherche à expliquer ce changement en l'attribuant à une nouvelle méthode de sa part. C'est simplement le résultat de la maladie qui lui interdit toute réflexion, tout travail cérébral soutenu. Les idées, fruits de son inspiration, lui viennent surtout la nuit, parfois en rêve.

Vers 1883, il est pris d'accès, de sortes de crises où il affirme jouir d'une extraordinaire lucidité de raisonnement. C'est pendant ces périodes qu'il compose : *Ainsi parlait Zarathoustra*, dont il écrivit les trois premières parties en moins de dix jours chacune à Rapallo, à Sils Maria et à Nice. Ces crises duraient parfois une journée et devenaient même agréables. Il fit dans *Ecce Homo* une description enthousisaste de ces crises d'inspiration. «Tout cela se passe, dit-il, sans que notre liberté y ait aucune part, et pourtant nous sommes entraînés comme en un tourbillon par un sentiment plein d'ivresse, de liberté, de souveraineté, de toute puissance, de divinité. »

Mais après les périodes d'inspiration, il devient faible et est épuisé.

Ainsi parlait Zarathoustra, fruit de cette période d'inspiration, est conidéré comme son chef-d'œuvre. L'idée lui en vint au cours d'une promenade en forêt au bord du lac de Salvaplana en Engadine, où il fut hanté de la conception de l'éternel retour, premier éclair de la pensée de Zarathoustra. Cette œuvre ne consiste plus en aphorismes, il y a entre les idées émises un lien poétique, les actes du prophète. Les pensées obscures y abondent ; ses admirateurs prétendent que ces obscurités ne sont qu'apparentes, qu'elles tiennent à l'excès d'images, de métaphores, mais les contradictions, les bizarreries, les redites s'y multiplient. Nietzsche a eu des commentateurs qui, comme les théologiens, se sont évertués à lui faire dire avec de longues considérations ce qu'il n'a jamais sans doute eut l'intention de dire.

Les admirateurs de Nietzsche en font le plus grand penseur de l'Allemagne moderne, le Darwin de la morale. Ses détracteurs relèvent ses erreurs, le traitent d'ignorant, de fou, de perturbateur de la santé et de la morale publiques. Lorsqu'on a dépouillé les pensées de Zarathoustra de ses brillantes parures, il reste peu de chose, la négation de ce qui est cher à l'humanité, l'annonciation du « surhomme » supérieur au reste de l'humanité et qui constituera le progrès à lui seul.

Zarathoustra fut dès son apparition considéré comme l'œuvre d'un fou. Möbius remarque que l'excitation chez le philosophe y va croissante. Entre 1882 et 1885, un grand changement se produit dans son style, lui qui, après ses premières œuvres, avait dans un style admirable, employé les phrases courtes et nettes si rares dans la littérature allemande qui font de certaines parties de Zarathoustra un chef d'œuvre de style de la langue allemande, écrit parfois de nouveau, des phrases longues et pesantes. La liaison des idées, les images, le ton de polémique finissent par choquer, ce n'est plus seulement un excité, c'est un véritable malade.

Les qualités de style de Nietzsche qui le rapprochent du style français et les attaques qu'il décocha au début de sa carrière à la culture allemande, expliquent l'engouement que l'on eut pour Nietzsche dans notre pays. Le style de Nietzsche enchanta les amateurs de littérature, ils ne virent pas ce que ses qualités voilaient d'erreurs et d'obscurités. De 1885 à 1888, le philosophe dont la maladie progressait, entra dans une période de fanatisme ; sa mégalomanie et son euphorie s'accentuèrent ; il écrivit en 1888 six ouvrages en huit mois. Il retomba dans le système des aphorisme avec *Par delà le bien et le mal* et *La généalogie de la Morale*, le *Crépuscule des Idoles*, *l'Antichrétien* où il prétend que le christianisme et l'alcool sont les deux plus grands agents de corruption, *le Cas Wagner* où, cinq ans après la mort du grand musicien, il insulte grossièrement celui qui fut son intime ami, les ouvrages posthumes *La volonté de puissance* et *Ecce Homo*, où dans un journal intime, sorte d'autobiographie, il étale sa mégalomanie, annoncent la très prochaine démence finale. Cependant si, dans ces œuvres, la folie se manifeste dans toutes les phrases, les qualités de style persistent souvent, ce sont elles qui disparaîtront les dernières. « Habitude de métier » conclut sur ce point le Dr Moussa.

Dans ses lettres le culte effréné du moi, la mégalomanie dépassent tout ce qui est concevable ; il signe Nietzsche César, Nietzsche le Crucifié ; il affirme qu'il est la seule autorité qui existe, qu'il est le continuateur du Christ, etc.

En 1890, éclata à Turin la crise finale. Un matin, pris d'une crise de folie furieuse, il se mit à labourer des coudes un piano en hurlant un

hymne à Dionysos. On le ramena en Allemagne et il resta dément jusqu'en 1900 où il mourut. Quand on allait lui rendre visite et que, pour lui plaire, on lui annonçait qu'il était devenu très célèbre et qu'on le félicitait de la faveur dont jouissaient ses œuvres, il répliquait : « Ils n'ont rien compris... personne n'a rien compris. » Ce fut sans doute un de ses aphorismes les plus sensés et les plus vrais.

Les théories de Nietzsche, comme toutes les théories sociales, peuvent être soutenues, car il n'y a pas de vérité absolue en cette matière. Nous avons expliqué l'engouement dont il jouit en France par les qualités de son style et à cause des attaques qu'il dirigea à ses débuts contre la culture allemande ; pour d'autres raisons, il devint en Allemagne un demi-dieu. Ses doctrines néfastes permirent d'établir dans ce pays le culte de la force brutale, de justifier la nécessité de la guerre, d'en légitimer les cruautés. Sa devise « Devenez durs » fut celle de l'armée allemande en 1914.

***

Nous devons remercier les docteurs V. Doiteau et E. Leroy et le Dr Moussa de nous avoir permis de faire le rapprochement de la folie de Van Gogh et de celle de Neitzsche. Les histoires médicales du peintre de talent et du philosophe réputé montrent éloquemment comme l'affirment du reste MM. Doiteau et Leroy, que si la folie ne crée pas les œuvres de génie, elle les marque de son sceau. En outre elles prouvent une fois de plus l'utilité d'éclairer à la lumière de la médecine, comme le fit Cabanès, les obscurités, les bizarreries des artistes et des penseurs que les critiques les plus subtils, s'ils ne sont pas médecins, sont impuissants à expliquer.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Syndromes abdominaux douloureux dans la pneumonie des enfants (1)

Ce garçon est né le 11 avril 1923. Il est généralement bien portant, mais il est sujet aux rhumes ; il aurait eu, en mars 1926, une bronchite aiguë fébrile, en décembre 1926, une grippe, en décembre 1927, une autre grippe.

Le 6 mars, il se lève bien portant et va à l'école, comme d'habitude. A midi, il mange avec peu d'appétit. A 16 heures, le maître d'école constate qu'il est somnolent, qu'il a le visage très rouge. On le ramène chez lui. Son père lui fait boire un grog. Il le vomit.

Le matin du 7 mars, on prend la température ; elle est de 41°. Le médecin appelé constate de la douleur abdominale, parle d'appendicite et fait mettre de la glace sur le ventre.

Le 8 mars, la douleur de l'abdomen a disparu. Le médecin pense alors à une infection intestinale ; il prescrit un purgatif léger et de l'aspirine. Mais, dans l'après-midi, à 17 heures, la température s'élève à 40°8, la douleur abdominale reparaît, l'enfant a un ou deux vomissements verdâtres ; le médecin l'envoie à l'hôpital, avec le diagnostic d'appendicite aiguë, pour qu'on l'opère d'urgence. On le reçoit dans le service de chirurgie. Le diagnostic d'appendicite est éliminé et l'enfant est passé dans notre service.

Il entre à la salle Bouchut le 9 mars, quatrième jour de la maladie. Il a 4 ans et 11 mois. Il est bien développé, mesure 112 cm. et pèse 19 k. 900. Son teint est légèrement jaunâtre. Il est prostré. Sa température est de 40°8 le matin, 40°6 le soir. Son pouls est à 160. Sa langue est blanche, son pharynx un peu rouge. Il ne vomit plus et est constipé. Nous notons une légère hyperesthésie cutanée, le décubitus latéral, en chien de fusil, une légère raideur de la nuque et un léger Kernig. L'abdomen est complètement indolent à la palpation et souple. Il n'y a pas de douleur à la pression au niveau du point de Mac

(1) Leçon du 31 mars 1928, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

Burney. L'examen des poumons et du cœur ne révèle rien.

Les urines sont très rares, un quart de litre par vingt-quatre heures ; elles sont troubles, contiennent un peu de sang et d'albumine.

Une cutiréaction à la tuberculine est négative ; une seconde, pratiquée le 20 mars, le sera également.

Le 10 mars, l'état est le même. La température est de 40°4 le matin, 39°9 dans l'après-midi. L'hyperesthésie cutanée est très marquée et généralisée. A l'examen du thorax, on trouve, en arrière et à gauche, à la partie moyenne, une légère submatité et une respiration soufflante. La radiographie montre, de ce même côté gauche, dans la moitié supérieure, à la partie externe, une ombre assez mal limitée, qui va en s'amincissant vers le bord du cœur et est vaguement triangulaire.

Le 11 mars, sixième jour de la maladie, la température est de 40°7. En plus de l'hyperesthésie, on provoque des douleurs à la pression du point péronier, sur le trajet du sciatique, et au niveau des articulations atloïdo-axoïdiennes. L'abdomen est souple et a un aspect normal. Le foie et la rate sont normaux. Dans la région scapulaire gauche, il y a de la submatité et un souffle inspiratoire à caractère tubaire.

Les urines, toujours rares (200 cc.), contiennent 2 gr. 50 d'albumine par litre, des pigments et des acides biliaires en petite quantité, quelques leucocytes ; il n'y a plus d'hématies. Il n'y a pas d'azotémie ; M. Bidot dose 0 gr. 22 d'urée par litre de sérum sanguin.

Le 12 mars, la température est de 38°8 le matin, 39°4 le soir.

Le 13 mars, huitième jour de la maladie, la température, de 39°8 le matin, tombe à 37° le soir.

Le 14, elle remonte le matin à 39°8 et retombe le soir à 37°6. Cette disparition de la fièvre ne s'accompagne pas de crise urinaire. Les symptômes pulmonaires restent les mêmes.

Le 15 et le 16 mars, il y a apyrexie, puis, le 17, la température remonte à 38°9 et 39°. L'enfant est très abattu, très hyperesthésié ; il présente de la raideur de la nuque et du signe de Kemig. On se demande s'il s'agit du début d'une méningite. Les ponctions lombaires échouent ; on ne peut examiner le liquide céphalo-rachidien.

Le spécialiste constate une otite bilatérale, non suppurée. Cependant, comme, le 18 mars, la température est à 39°, il pratique la paracentèse du tympan gauche. La température tombe, le soir, à 38°, mais elle reprend et, les 19 et 20 mars, se maintient à 39°5-39°8. Les symptômes nerveux ne se modifient pas. Les urines (200 à 300 cc. par vingt-quatre heures) contiennent 0 gr. 50 d'albumine par litre.

Le 22, l'explication de ces phénomènes est donnée par l'apparition d'une rougeole. Cette rougeole évolue d'une façon régulière. La défervescence se produit le 24 mars.

Somme toute, un garçon de 4 ans et 11 mois est pris brusquement de fièvre, de vomissements et d'une douleur abdominale. Le médecin appelé parle d'appendicite. Le quatrième jour, ce diagnostic est éliminé ; on pense à une pneumonie, mais c'est seulement le sixième jour que les signes physiques permettent d'en préciser l'existence. Le diagnostic est d'ailleurs facilité par une radiographie qui montre un processus pulmonaire.

Les huitième et neuvième jours, la défervescence s'effectue en deux temps.

Après deux jours d'apyrexie, la fièvre reprend avec une otite légère. Finalement, le quinzième jour, apparaît une éruption de rougeole.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle est un exemple de la complexité des symptômes que présente la pneumonie chez les enfants de cet âge.

Je retiendrai aujourd'hui le *syndrome abdominal douloureux simulant l'appendicite.*

***

Parmi les symptômes de la pneumonie, la DOULEUR tient une place importante.

Chez l'*adulte*, le point de côté est généralement sous-mammaire ; il est très douloureux ; il gêne la respiration. Son apparition, accompagnée d'un grand frisson, fait penser à la pneumonie.

Chez l'*enfant*, la douleur ne se rencontre ni avec la même fréquence ni avec la même intensité. Elle est inconstante et n'apparaît guère que dans la moitié des cas, d'après Cadet de Gassicourt et M. Comby. Elle est également peu violente. Sa fréquence et son intensité augmentent d'ailleurs avec l'âge. Etudiant le *diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant* dans le *Journal des Praticiens* de 1915, le professeur Hutinel dit du point de côté : « Presque jamais, il n'est franchement mamelonnaire ; il se localise plus bas et plus en dehors, dans la région sous-hépatique ou sous-costale, dans les flancs, et surtout dans l'abdomen ».

L'importance des douleurs abdominales dans la pneumonie ne paraît pas avoir retenu l'attention des anciens médecins. Rilliet et Barthez, en 1853, dans la deuxième édition de leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Cadet de Gassicourt, en 1880, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, ne font aucune allusion aux douleurs abdominales.

Plus près de nous encore, M. Comby, en 1898, dans la première édition du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby, Marfan, écrit

simplement : « Outre le point de côté, en même temps que lui ou en son absence, j'ai noté 27 fois des douleurs abdominales, des coliques, des tranchées ou des souffrances vagues, qui se traduisent ainsi dans la bouche des parents : « L'enfant s'est plaint du ventre ».

Mais, vers cette époque, on commence à connaître l'appendicite.

En 1899, un médecin de Boston, John Lowet Morse rapporte les observations de trois enfants, deux garçons de 7 et 8 ans, et une fille de 3 ans, qui ont eu des pneumonies avec des symptômes abdominaux marqués simulant l'appendicite.

Le 12 mars 1901, M. Guinon, à la *Société de pédiatrie,* rapporte l'observation d'une fille de 13 ans qui a présenté le même syndrome. La même année, M. Massalongo, de Vérone, décrit la *pneumonie aiguë appendiculaire,* la *pseudo-appendicite pneumonique.*

En 1902, un chirurgien de Boston, Richardson, observe deux garçons de 6 et 4 ans, chez qui la pneumonie s'est accompagnée de symptômes d'appendicite ; ces enfants ont été opérés et on a trouvé l'appendice sain.

En 1902 également, M. Barnard parle d une fille de 13 ans et d'un garçon de 10 ans, atteints de pleuro-pneumonies, qui ont présenté des symptômes simulant la péritonite aiguë.

MM. Comby et Diserliski, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1902, rapportent un cas de *pneumonie simulant l'appendicite,* qu'ils ont observé chez un garçon de 8 ans.

Enfin dans la seconde édition du Traité de Grancher et Comby, en 1904, M. Comby écrit qu'il a trouvé la douleur abdominale 47 fois sur 356 pneumonies, c'est-à-dire dans 13 % des cas ; il ajoute que les douleurs abdominales peuvent être cause d'erreurs de diagnostic ; « le point de côté étant souvent *abdominal* chez l'enfant, si la pneumonie siège à droite, on pourra parfois songer à l'*appendicite* ».

Actuellement cette notion est devenue classique.

Voici trois observations concernant des enfants, qui furent envoyés dans le service de chirurgie avant de nous être adressés.

Un garçon de 10 ans, le 5 mars 1920, après un effort, racontent les parents, est pris d'une forte douleur abdominale ; il a plusieurs vomissements verdâtres, bilieux, et des frissons. Le 6 mars, on lui donne un purgatif ; il le vomit en partie. Les douleurs abdominales persistent ; on constate de la fièvre, de la céphalée et de la toux. On l'envoie en chirurgie pour appendicite. Le 7 mars, troisième jour de la maladie, le chirurgien ayant éliminé l'appendicite, nous l'adresse. Il a une température de 39°2 le matin, 40°4 le soir. Dans la région sous-épineuse, on trouve un souffle tubaire et quelques râles crépitants. Le 8 mars, quatrième jour, se produit la défervescence : 37°4 le matin et 38°2 le soir. Le 10, l'apyrexie est complète. L'enfant quitte l'hôpital, guéri, le 21 mars.

Un garçon, né le 14 décembre 1912, est pris, le 12 décembre 1924, vers 11 heures du matin, au retour de l'école, de céphalée, de vomissements, de douleurs abdominales. Le 13 et le 14, l'état reste le même, le médecin parle d'appendicite et envoie le malade en chirurgie. Le 15, quatrième jour, le chirurgien élimine ce diagnostic et le fait passer en médecine.

Il a 12 ans. Il est bien développé. Sa température est de 39°, son pouls à 120. Ses pommettes sont rouges. Il a de la polypnée : 50 respirations par minute. L'abdomen présente une sensibilité diffuse, mais sans contracture, sans douleur localisée au point de Mac Burney. Le foie et la rate sont normaux. Il y a un peu de diarrhée. En arrière et à gauche du thorax, dans la partie moyenne, on perçoit de la matité, un souffle tubaire, quelques râles crépitants.

L'évolution est régulière. Le 18 décembre au soir, septième jour, se produit la défervescence. Le 24, l'enfant sort guéri.

Un garçon, né le 23 juillet 1912, a habituellement une bonne santé. Le 14 avril 1927, à 4 heures du matin, il est réveillé par une violente douleur abdominale, siégeant vers la fosse iliaque gauche. Il n'a pas de frissons, pas de vomissements. Il tousse un peu. Les mouvements, la toux exagèrent la douleur. La température est de 40°. L'enfant est conduit d'urgence à l'hôpital ; il est reçu dans le service de chirurgie. On constate une température de 39°6.

On ne l'opère pas, et le lendemain, 15 avril, on l'envoie dans notre service, Il a 14 ans 8 mois. Sa température est de 39°1. Il est très abattu. La douleur abdominale est très atténuée. Il tousse un peu et il expectore quelques crachats épais, visqueux, adhérents, brunâtres. Il n'a pas de dyspnée et a 40 respirations par minute. Le pouls est bien frappé, à 112. A l'examen du thorax, en arrière, à gauche, dans le tiers inférieur, on trouve de la matité, de l'exagération des vibrations vocales, une respiration légèrement soufflante, de la pectoriloquie aphone. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 16 avril, troisième jour, le souffle tubaire est très net et on entend des râles crépitants.

La température persiste en plateau jusqu'au 21 avril, septième jour, où se produit la défervescence.

La convalescence est régulière et l'enfant quitte l'hôpital le 26 avril.

Voici donc quatre enfants ayant présenté des SYNDROMES ABDOMINAUX DOULOUREUX, QUI ONT FAIT PENSER A L'APPENDICITE et les ont fait

conduire dans un service de chirurgie. Ce sont les seuls cas que nous ayons observés sur 122 pneumoniques, 94 garçons et 28 filles.

La *fréquence* de ces syndromes abdominaux a donc été de 3,2 %. Il est à noter qu'ils ont été rencontrés uniquement chez des garçons ; la proportion, pour eux, est donc de 4,2 %.

Le *tableau clinique* est toujours le même dans ses *grandes lignes* .

Le début est brusque ou rapide. L'enfant est pris d'une douleur abdominale, plus ou moins vive, avec ou sans vomissements. Il se plaint de céphalée. Quelquefois il a des frissons. La température est de 39° ou 40°.

Si on voit l'enfant après quelques heures ou le lendemain, on apprend qu'il a eu des vomissements alimentaires ou bilieux. Le plus souvent il n'en a qu'un ou deux. Rarement ils sont persistants et nombreux. Parfois, comme chez un de nos malades, l'enfant vomit une première fois, puis, après une rémission, il se remet à vomir. Souvent il y a de la constipation ; mais la diarrhée, et même une diarrhée glaireuse, n'est pas rare.

L'attention est de suite attirée sur l'abdomen. Il a l'aspect normal ou est ballonné et météorisé. La douleur est assez diffuse. Elle siège généralement du côté droit, parfois du côté gauche. Elle paraît plus superficielle que profonde et limitée à la paroi. Si on déprime doucement, avec la main à plat, on ne provoque pas de douleur dans la profondeur, alors que c'est le contraire dans l'appendicite. La paroi reste souple ; si on l'explore avec la patience voulue et sans brusquerie, on ne trouve pas de contracture de défense. La douleur est mal localisée ; elle n'est pas au point classique de Mac Burney.

En cas de doute, il faut pratiquer le toucher rectal, qui ne décèle rien d'anormal.

Enfin, l'enfant reste moins immobile que quand il a une réaction péritonéale véritable ; il se couche volontiers sur le côté, en chien de fusil, et non sur le dos.

Somme toute, on ne trouve pas de signes caractérisés d'appendicite. Comme on sait qu'il peut s'agir de pneumonie, on recherche les signes de cette affection.

Il y a des cas où ces signes existent.

En plus de la fièvre, le visage peut- être plus ou moins rouge et vultueux ; cependant, assez souvent, les enfants, au début d'une pneumonie, sont pâles et ont un faciès plus ou moins grippé.

Il existe une hyperesthésie généralisée, des points douloureux à la pression sur le trajet du sciatique, sur les côtés du cou. La nuque est ou paraît un peu raide ; il y a un léger signe de Kernig.

Le pouls est généralement rapide. La respiration peut être accélérée ; mais la tachypnée est *un symptôme inconstant de la pneumonie* ; bien des enfants atteints de pneumonie n'ont pas une respiration particulièrement exagérée. Le malade tousse peu.

L'examen du thorax peut révéler quelques signes discrets : dans la région sous-clavière, quelquefois du skodisme et un défaut d'expansion de la paroi thoracique (signe d'Edmond Weill), une tonalité un peu élevée ; à la partie postérieure, en haut ou en bas, une légère submatité, une respiration faible ou soufflante, parfois quelques râles crépitants.

Dans d'autres cas, ces signes font défaut, la pneumonie reste occulte : l'enfant ne tousse pas, *la respiration est normale*, l'examen du thorax ne révèle rien.

Le diagnostic reste alors hésitant ; mais l'intensité des phénomènes généraux, les réactions nerveuses, les caractères des symptômes abdominaux, sont en faveur de la pneumonie.

D'ailleurs, les symptômes abdominaux ne persistent pas : dès le deuxième ou le troisième jour, ils s'atténuent et disparaissent, tandis qu'au contraire les symptômes de pneumonie se précisent. M. Comby écrit : « L'appendice sera bien vite mis hors de cause. Le diagnostic est relativement facile, mais il exige de l'attention, de la sagacité clinique et une critique serrée de tous les symptômes ».

A la vérité, assez souvent, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures le médecin reste hésitant. Pour nos quatre malades, le diagnostic a cependant été porté assez facilement par les chirurgiens.

Il arrive même qu'on pratique l'appendicectomie. En général, l'appendice est trouvé sain.

Quelquefois l'enfant rejette des ascaris. M. Lasalle, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1914, rapporte *deux cas de pneumonie à forme appendiculaire avec expulsion d'ascaris* ; il attribue à la migration des vers le syndrome abdominal. Le fait est possible, mais cette expulsion n'est pas rare au cours des maladies fébriles, sans que le syndrome se trouve réalisé. Les quatre malades dont j'ai parlé n'avaient pas d'ascaris.

***

Dans les faits que je viens d'envisager, il existe un syndrome appendiculaire sans appendicite.

Dans d'autres cas, apparaissent des SYMPTÔMES NETS D'APPENDICITE. Alors, en même temps qu'une pneumonie, évolue une appendicite. Les phénomènes généraux sont les mêmes. Mais les vomissements sont plus persistants, la douleur est plus localisée dans la fosse iliaque ; elle est plus durable. On constate de la défense musculaire et une douleur à la pression au point de Mac Burney. Les symptômes de pneumonie apparaissent plus ou moins rapide-

ment. En pareille circonstance, il faut porter le diagnostic de *pneumonie et d'appendicite*, et non pas de pneumonie avec syndrome simulant l'appendicite.

L'évolution de l'appendicite est différente suivant les malades.

Tantôt les symptômes appendiculaires ne tardent pas à s'atténuer ; tantôt, au contraire, se produisent la suppuration et la perforation de l'appendice.

Dans une étude sur le *point de côté abdominal* et les *phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile*, publiée par *La Clinique* de 1908, MM. Lesné et Marre rapportent l'observation d'un garçon de 4 ans et demi, qui est pris brusquement de fièvre, de vomissements alimentaires et bilieux, de douleur abdominale. Il entre à l'hôpital quelques heures après le début. La température est de 40°, le pouls à 120, régulier, bien frappé. On constate une douleur spontanée et provoquée dans la fosse iliaque droite, de la défense musculaire localisée. Il n'existe aucun signe pulmonaire. On diagnostique une appendicite.

Le deuxième jour, apparaissent les signes d'une pneumonie dans la partie moyenne du poumon droit. On modifie le diagnostic ; on dit : pneumonie avec forte réaction abdominale. Mais, dans la journée, les symptômes péritonéaux s'accentuent, la douleur et la défense s'étendent.

Le troisième jour, l'enfant a le faciès péritonéal, un ventre de bois très douloureux ; somme toute, il présente des signes de péritonite généralisée. On intervient ; on trouve une péritonite généralisée, un appendice gangréné et perforé. L'enfant meurt. L'autopsie vérifie l'existence d'une pneumonie.

Charles Leroux, en 1906, publie l'observation d'un garçon de 12 ans. Un soir, brusquement, il est pris de frissons, de fièvre, de douleurs dans l'hypochondre droit. La température est de 39°5, le pouls à 120.

Le lendemain matin, la température est élevée, la dyspnée vive, le ventre ballonné ; on constate une légère défense musculaire et la pression de l'hypochondre droit est douloureuse. On porte le diagnostic de pneumonie, probablement de la base droite, et point de côté abdominal.

Le troisième jour, l'état général est grave ; on entend un souffle tubaire à l'angle de l'omoplate droite ; les symptômes abdominaux sont les mêmes. Le toucher rectal décèle du côté droit une masse pelvienne arrondie. On porte le diagnostic de pneumonie et appendicite. On intervient, on trouve une péritonite suppurée et un appendice perforé.

L'enfant meurt. L'autopsie vérifie le diagnostic.

***

Dans d'autres cas, le médecin se trouve, dès son premier examen, en présence d'un SYNDROME PÉRITONÉAL GÉNÉRALISÉ. Il convient alors de distinguer deux catégories de faits.

Dans une première catégorie, il s'agit d'un *syndrome péritonéal sans péritonite avérée*. Le fait n'est pas exceptionnel. Broca, en 1914, dans sa *Chirurgie infantile*, écrit : « Il faut savoir qu'au début d'une pneumonie peuvent s'observer des phénomènes aigus de *péritonisme* passager, probablement dû à une infection très légère de la séreuse. On voit d'ailleurs des *méningismes* semblables. La difficulté du diagnostic est alors grande en cas de pneumonie centrale, sans signes stéthoscopiques. »

MM. Mouriquand et Bernheim, étudiant, dans *La Médecine* d'août 1927, les *réactions péritonéales au cours de la pneumonie infantile*, insistent sur cette modalité.

Le début est brusque. L'enfant est pris d'une température élevée ; il se plaint de douleurs abdominales violentes et généralisées. On constate un météorisme abdominal considérable, on découvre ou non des signes de pneumonie. On pense à un début de péritonite à pneumocoques, on prescrit la vessie de glace, une sonde rectale pour faire évacuer les gaz et on attend. Bientôt on est heureusement surpris de voir les symptômes s'atténuer et disparaître. Il s'agissait donc d'une réaction péritonéale et non d'une véritable péritonite.

Quelquefois, et M. Mouriquand en cite un cas, une dizaine de jours après la défervescence, on peut assister à une reprise de la fièvre et des phénomènes péritonéaux ; cette reprise est généralement passagère, elle apporte un argument à l'existence d'une infection péritonéale atténuée.

D'après Broca et M. Mouriquand, on se trouverait en présence d'une *péritonite abortive*.

Les faits de ce genre ne sont pas spéciaux à l'enfance. On les observe chez l'adulte et ils ont été décrits sous des appellations diverses.

Ce sont les *fausses appendicites grippales*, étudiées par Villard dans le *Lyon médical* de décembre 1918.

C'est le *syndrome péritonéal* avec *dilatation intestinale dans la pneumococcie aiguë*, décrit par MM. Flandin, Debray et Françon à la *Société médicale des hôpitaux*, le 7 novembre 1919.

Ce sont *les pseudo-perforations intestinales au cours des infections à pneumocoques*, qui ont fait l'objet de la thèse de M. Jean Creuzot, en 1920.

Dans une seconde catégorie de faits, on se trouve en présence d'une véritable *péritonite aiguë généralisée*.

Le début est brusque et la fièvre est élevée, comme dans une pneumonie. Très rapidement

se *constitue un syndrome clinique de péritonite* aiguë généralisée. L'enfant a des vomissements bilieux, le faciès péritonitique, un pouls très rapide et petit ; il se plaint de vives douleurs abdominales ; il y a de l'hyperesthésie de la paroi, du météorisme, de la dureté du ventre ; souvent, il existe une diarrhée glaireuse plus ou moins profuse on découvre ou non des signes de pneumonie.

En pareille circonstance, il s'agit ou bien d'une péritonite appendiculaire ou bien d'une péritonite à pneumocoques.

On trouve dans la littérature quelques cas de *péritonite appendiculaire* observée chez des enfants. Je viens d'en citer quelques-uns. En voici deux autres qui, par leur symptomatologie, rentrent dans le groupe de faits que j'envisage en ce moment.

Le premier est cité par Triboulet, dans un mémoire de *La Clinique* du 20 septembre 1911, intitulé : *Syndrome péritonéal ou syndrome entéritique. Leur valeur dans la septicémie à pneumocoques.* L'observation est publiée avec plus de détails dans la thèse de M. Maurice Jeannest, soutenue en 1913, sur les *réactions abdominales au cours des pneumococcies.*

Une fille de 6 ans entre à l'hôpital le neuvième jour de la maladie. Elle a des douleurs abdominales violentes, des vomissements bilieux. Pendant les deux premiers jours, elle a eu, en outre, une diarrhée profuse. Depuis quatre jours, elle tousse et est dyspnéique.

On constate une température de 39°, un pouls à 145, un faciès abdominal, de la cyanose, une langue sèche, des râles muqueux disséminés. Le ventre est météorisé, immobile dans la respiration ; la défense musculaire est généralisée.

Les jours suivants, la température se maintient à 40°, les symptômes restent les mêmes. Mais on constate, à la base doite, de la matité, une respiration faible, puis du souffle. L'hémoculture donne des pneumocoques.

L'enfant meurt le quatrième jour après l'entrée, le treizième jour de la maladie. A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente généralisée, des plaques de sphacèle sur l'appendice, des ecchymoses sur l'intestin, au-dessous du pylore et au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; dans les poumons, un lobe inférieur droit carnifié, un lobe supérieur droit splénisé. Dans la paroi de l'appendice, on décèle des pneumocoques.

Triboulet écrit : « Pour son malheur, cette fillette avait une *diarrhée* profuse qui nous détourna du diagnostic ferme d'appendicite, et, de plus, elle ébaucha des signes trop nets, en apparence, du côté de son thorax. J'affirmais pneumococcie avec vomissements et diarrhée, c'est-à-dire avec syndrome abdominal, et ce diagnostic étiologique fut vérifié par l'hémoculture positive. Malheureusement, une localisation nous échappa, qui était une péritonite purulente. »

Le second exemple se trouve dans la thèse soutenue à Paris, en 1912, par M. Francis Daussy sur les *rapports de l'appendicite et de la pneumonie.* L'observation lui a été communiquée par M. Chastenet de Géry, chirurgien des hôpitaux de Nantes.

Un garçon de 28 mois est amené à l'hôpital. Depuis huit jours, il présente des troubles qualifiés d'embarras gastrique fébrile. On trouve une température de 38°, un pouls à 130. Le facies est typhique. Le ventre est très ballonné, un peu douloureux. Le chirurgien hésite entre une appendicite ou une occlusion intestinale. Il opère. Il trouve une péritonite purulente à pus fétide, abondant ; un appendice gros et rouge, présentant des petites plaques grisâtres de nécrose, mais non perforé. Dans le contenu de la cavité, on isole une flore anaérobie.

L'enfant meurt vingt-quatre heures après l'intervention. A l'autopsie on découvre une pneumonie double, où on décèle des pneumocoques. On constate également des pneumocoques dans le sang.

Cette observation s'oppose à la précédente. Au lieu de méconnaître la péritonite, on a méconnu la pneumonie. « Pas un seul instant, écrit M. Daussy, notre attention n'a été aiguillée vers le poumon, tellement le danger semblait être au péritoine ».

Au sujet de la *péritonite à pneumocoques* je serai très bref, car je lui ai consacré, le 5 février 1927, une leçon publiée dans le *Concours médica* du 27 septembre.

Cette affection est, en général, cliniquement primitive, en ce sens qu'elle survient au cours d'une pneumococcémie, consécutive à une localisation première discrète, une angine, une rhino-pharyngite, par exemple.

Au contraire, elle est rare au cours de la pneumonie, comme si la fixation du pneumocoque dans le poumon l'empêchait d'infecter le péritoine. On ne rencontre guère la péritonite para-pneumonique, mais plutôt la péritonite post-pneumonique, qui survient plus ou moins longtemps après la défervescence de la pneumonie. Tantôt l'évolution de cette dernière est insidieuse : après la défervescence le ventre grossit, un épanchement abdominal apparaît qui s'accroît graduellement ; puis, au bout de deux ou trois semaines l'ombilic se déplisse et une fistule se forme par laquelle le pus s'écoule. Tantôt l'évolution est aiguë ; huit à quinze jours après la défervescence de la pneumonie, la fièvre reparaît, et les symptômes abdominaux se constituent rapidement.

Pour nous résumer, au début et pendant l'évolution de la pneumonie, on peut observer des lésions de l'appendice et du péritoine, soit

une appendicite d'allure simple, qui rétrocède assez rapidement, soit une appendicite avec sphacèle et suppuration rapide, entraînant une péritonite généralisée, soit une réaction péritonéale passagère, soit enfin, parfois, une péritonite à pneumocoques suppurée. Ces faits sont, en somme, relativement rares ; sur les 122 observations que j'ai compulsées, nous n'en trouvons aucun cas.

***

Les phénomènes abdominaux, que je viens de passer en [illegible] sont d'ordres divers. Leur PATHOGÉNIE [illegible] complexe :

1° Le *point de côté abdominal*, sans altérations appréciables de l'appendice et du péritoine, doit relever du même processus que le point de côté thoracique banal. Or, on n'est pas définitivement fixé sur la cause de ce dernier.

On admet généralement qu'il présente les caractères d'une névralgie intercostale due, soit à l'irritation du nerf par la plèvre ou le tissu fibreux sous-pleural enflammés, soit à la transmission à la moelle de l'irritation des filets sympathiques du poumon.

D'après divers auteurs et notamment d'après Mirande, qui a discuté, dans sa thèse de 1900, les causes *du syndrome appendiculaire dans les affections thoraciques* (sans lésion de l'appendice), la pathogénie du point de côté abdominal est la même ; c'est pourquoi la douleur peut siéger au niveau de l'*abdomen*. En effet, les cinq derniers nerfs intercostaux innervent en grande partie les muscles et les téguments de la paroi abdominale. Il ne s'agit pas d'appendicite ; les symptômes diffèrent de ceux de cette affection, des appendices enlevés ont été trouvés sains.

Certains auteurs, cependant pensent que le point de côté, qui siège dans la région appendiculaire au début d'une pneumonie droite, pourrait être dû à l'inflammation de l'appendice. Mais ils font remarquer que la douleur peut siéger du côté gauche, quand il y a une pneumonie gauche.

On est donc autorisé à admettre que le point de côté abdominal simple relève d'une irritation nerveuse plutôt que d'une inflammation de l'appendice.

2° Il existe parfois des *signes nets d'appendicite* et des *altérations profondes de l'appendice*. L'existence d'une appendicite au cours de la pneumonie n'a rien de surprenant, car le pneumocoque tient une place importante dans l'étiologie de l'appendicite. L'appendicite de la pneumonie n'est qu'un cas particulier de l'appendicite pneumococcique. Au cours d'une pneumonie vraie, le pneumocoque s'arrête assez souvent dans l'appendice ; sa richesse en tissu lymphoïde, qui en fait une véritable amygdale abdominale, est une des raisons de cette localisation.

3° Quant à la *péritonite à pneumocoques*, elle relève également de la septicémie pneumococcique. Cette septicémie peut d'ailleurs atteindre en même temps le tissu lymphoïde de l'intestin et de l'appendice. Souvent un syndrome entéritique lié à des ecchymoses ou des inflammations de la paroi intestinale est réalisé en même temps que la péritonite.

En somme, qu'il s'agisse d'appendicite ou de péritonite, soit avérée, soit abortive, c'est la septicémie pneumococcique qui est à l'origine de ces affections.

De la septicémie pneumococcique, qu'il y ait ou non pneumonie, peuvent relever non seulement l'appendicite, la péritonite, des syndromes entéritiques, mais encore d'autres syndromes et notamment des syndromes encéphaloméningés ; ceux-ci se traduisent par l'hyperesthésie cutanée, un peu de raideur de la nuque, un léger Kernig. La réaction méningée n'aboutit qu'exceptionnellement à la méningite suppurée, de même qu'au niveau du péritoine la septicémie peut déterminer des réactions qui n'aboutissent qu'exceptionnellement à la péritonite suppurée.

***

La notion de septicémie pneumococcique domine la clinique. Aussi le DIAGNOSTIC ne se pose plus comme autrefois, alors qu'on ne connaissait pas cette septicémie et que la pneumonie était considérée comme une maladie locale.

Voici brièvement résumée la conduite du diagnostic.

Un enfant est pris brusquement de fortes douleurs abdominales, de vomissements alimentaires, puis bilieux, de fièvre à 39° ou 40° ; son faciès est altéré ; l'attention est attirée sur l'abdomen, mais étant donnée la symptomatologie générale, on pense à une pneumococcie. A l'exament de l'abdomen on se trouve en présence de différents ordres de faits.

Tantôt la douleur a le caractère du point de côté abdominal ; il n'existe pas de signes précis d'appendicite et de péritonite. Il s'agit vraisemblablement d'une pneumonie. Les jours suivants, le syndrome abdominal s'efface, tandis que la pneumonie se caractérise. Cette éventualité est la plus fréquente.

Tantôt on découvre des signes manifestes d'appendicite aiguë ou de péritonite aiguë généralisée. Il peut y avoir ou non des symptômes de pneumonie. Peu importe. Il s'agit de porter le diagnostic de pneumococcie, d'une part, d'appendicite ou de péritonite, d'autre part. S'il existe des signes de péritonite généralisée, il ne faut pas oublier la possibilité d'un syndrome

péritonéal sans péritonite cliniquement appréciable.

Il faut se rappeler que les mêmes syndromes abdominaux ne sont pas spéciaux à la pneumonie et aux pneumococcies. Ils ne sont pas rares au début ou au cours de différentes maladies infectieuses de l'enfance. Le professeur Hutinel, dans le *Journal des praticiens* du 23 avril 1908, a bien décrit les *Appendicites et pseudo-appendicites dans certaines maladies infectieuses.* On peut les observer dans la fièvre typhoïde, la rougeole et surtout la scarlatine. La scarlatine peut prêter à confusion avec les pneumococcies par son début brusque, une température élevée à 39° ou 40°, une angine souvent occulte ; mais l'éruption, qui apparaît au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, vient lever toutes les hésitations.

Du diagnostic dépendent le pronostic et le traitement.

Le PRONOSTIC, quand on a affaire à un simple point de côté abdominal, reste celui de la pneumonie ; il est donc généralement bénin. Quand il existe une pneumonie et une appendicite aiguë, le pronostic peut rester bénin, si l'appendicite est légère, mais quelquefois l'appendicite comporte une gravité très grande. En présence d'un syndrome de péritonite généralisée, ce syndrome est sans gravité en cas de simple réaction péritonéale passagère, qui va disparaître en quarante-huit heures, tandis qu'il est très grave si la péritonite est confirmée.

Le TRAITEMENT dépend également du diagnostic.

S'il s'agit d'un *simple point de côté abdominal*, on institue le traitement de la pneumonie et on fait quelques applications chaudes sur le ventre. Il ne faut pas intervenir chirurgicalement.

Si on est en présence, d'une *pneumonie avec appendicite*, l'intervention chirurgicale doit être discutée. Il faut se comporter comme en présence de tout appendicite aiguë, mettre de la glace sur le ventre, supprimer les aliments et les boissons, surveiller le malade d'heure en heure ; si les symptômes ne rétrocèdent pas rapidement et surtout s'il se produit une aggravation, il faut opérer d'urgence. L'existence d'une pneumonie ne doit pas empêcher l'intervention. En pareille circonstance, les enfants la supportent bien, comme le montrent les observations de malades opérés par erreur, pour un simple point de côté abdominal.

Si on reconnaît une *péritonite généralisée*, la situation du médecin est angoissante, car la conduite doit différer suivant la cause de la péritonite. Quand la péritonite a pour point de départ l'appendice, il convient d'intervenir, malgré les risques, car abandonnée à elle-même, son pronostic est presque fatal. Quand il s'agit d'une péritonite à pneumocoques, il vaut mieux s'abstenir, car d'après l'opinion à peu près unanime parmi les chirurgiens et les médecins, pendant les premières phases tout au moins, les résultats de l'intervention sont désastreux ; on se borne à instituer le traitement médical.

Le médecin des enfants doit bien connaître les problèmes importants que posent les syndromes abdominaux douloureux dans la pneumonie. Le plus souvent, il s'agit d'un simple point de côté abdominal qui n'implique pas une gravité spéciale de la pneumonie. Mais il ne faut pas s'endormir dans un optimisme trop grand, il faut penser aux faits plus rares, aux appendicites et aux péritonites, qui ont une gravité très grande, et rechercher ces affections avec insistance pour essayer de ne pas les méconnaître.

Si en général, le diagnostic est simple, parfois il est singulièrement délicat et cause au médecin de grandes préoccupations.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Lésions cardiaques congénitales en rapport avec l'hérédo-syphilis.

Si le rôle du tréponème apparaît évident dans la production de lésions cardiaques acquises, il a semblé important, depuis longtemps, pour expliquer la genèse des malformations congénitales du cœur.

La syphilis agit ici comme partout ailleurs, ou bien par son rôle dystrophiant, spécifique peut-être, mais qui est d'ordre très banal, ou bien elle est vraiment en activité et c'est le tréponème qui intervient directement pour créer des lésions valvulaires. Il y aurait, certes, gros intérêt à savoir, pour un cas donné, en présence de quel processus on se trouve ; en pratique, cela semble fort difficile et seule l'épreuve thérapeutique permet de décider.

MM. BABONNEIX et DELARUE rapportent un certain nombre d'observations dans lesquelles l'influence de l'hérédo-syphilis paraît certaine, dans le cadre des remarques précédentes (stig-

mates syphilitiques, antécédents familiaux connus, réaction de Wassermann positive, traitement spécifique efficace). Toujours est-il qu'une maladie congénitale du cœur associée à d'autres stigmates doit faire rechercher la maladie pour instituer un traitement qui, d'ailleurs, sera fait sans grandes chances de succès. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1928.)

Etude clinique et physiopathologique d'un cas d'anémie pernicieuse progressive traité par le foie.

C. Van Caulaert ne revient pas sur le rôle du foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse ; tout le monde est à peu près d'accord sur la question. Il rapporte l'histoire d'un cas traité d'abord par le premier extrait hépatique préparé par Cohn, et plus tard par le régime de Minot et Murphy, pour montrer comment (étude cytologique et chimique du sang), sous l'influence du foie, le sang revient à la normale.

Au point de vue clinique, il s'agissait bien d'un cas type d'anémie pernicieuse cryptogénétique : langue lisse et atrophique, estomac ne contenant pas d'acide chlorhydrique libre ; dans le sang, des hématies énormes irrégulières, bourrées d'hémoglobine et dont le diamètre moyen était augmenté ; tous signes qu'on tend de plus en plus, surtout quand ils sont associés, à considérer comme caractéristiques de l'anémie pernicieuse.

L'augmentation du nombre total des hématies fut faible sous l'influence de l'extrait hépatique, mais elle fut nette avec l'administration de foie : la courbe s'éleva brusquement à un niveau élevé ; il y eut, d'autre part, un pourcentage énorme de cellules réticulées, c'est-à-dire jeunes, projetées dans la circulation avant d'avoir atteint la forme adulte et celui-ci monta de 3 à 16 p. 100 après l'extrait hépatique, pour s'élever à 35 % avec le foie, quand le nombre des hématies commençait seulement à s'élever.

Bref, le régime de Minot et Murphy s'applique à l'anémie pernicieuse typique et c'est dans ces cas seulement que l'on obtient les beaux résultats rapportés par les promoteurs de ce régime.

Dans les anémies secondaires, au contraire, l'action du foie est à peine marquée.

Dans les cas où le diagnostic ne serait pas posé d'une manière nette, on peut se servir de ce régime comme traitement d'épreuve en prenant pour guide les hématies réticulées. Si, au bout de 8 à 10 jours au maximum, on ne constate aucune réaction, il sera inutile de continuer à imposer au malade ce régime monotone, dont il se lassera d'autant plus vite qu'il reste inefficace. (*Gazette des hôpitaux*, 26 mars 1928.)

Hémorragies génitales et lésions annexielles.

La grande majorité des ménorragies et des métrorragies relève, chez la femme en période d'activité génitale, du fibrome utérin, soit que celui-ci agisse directement par sa présence au voisinage de la muqueuse, soit indirectement par son action sur les ovaires. Le rôle des ovaires, dans ces hémorragies, est très important, puisqu'on voit celles-ci diminuer après la castration chirurgicale, et que l'action de la radiothérapie se fait autant sentir sur les ovaires que sur la tumeur utérine ; aussi faut-il, en dehors de toute lésion utérine, faire une place aux lésions annexielles dans les hémorragies génitales.

Les salpingites, envisagées globalement, donnent assez rarement des hémorragies génitales ; il n'en est pas de même des annexites kystiques, dont 65 p. 100 des cas donnent des hémorragies génitales. En somme, quoique moins généralement connues, les lésions salpingo-ovariennes sont souvent en cause dans les hémorragies génitales ; le Pr Jeanneney en rapporte une observation où l'on fut obligé d'intervenir en raison de l'état d'anémie extrême de la malade, un traitement symptomatique et endocrinien (sistomensine, ergotine, calcium) n'ayant donné aucun résultat : il y avait un hydrosalpinx du volume d'un gros œuf de dinde.

Les hémorragies graves, provoquées par les lésions annexielles, peuvent donc mettre en danger la vie de la malade et, dans ce cas, seul le traitement chirurgical peut amener la guérison.

Ceci confirme une fois de plus la notion, désormais classique, qu'on ne doit traiter par les radiations que les fibromes pour lesquels le diagnostic est indiscutable. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mars 1928.)

La mélanogenèse et les ferments cutanés.

Notre excellent confrère et ami H. Dejust, chef du laboratoire de chimie de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, vient de publier un mémoire très curieux sur cette question. En voici les conclusions :

« En manière de conclusions, nous avouons notre ignorance, et de la nature exacte du pigment mélanique, et de son mode de formation.

« Sans doute il est constitué par de la mélanine : mais nous avons vu l'imprécision de ce terme. On connaît précisément une mélanine, produit que l'on peut obtenir synthétiquement par l'action oxydante de la tyrosinase sur la tyrosine. Or d'autres amino-acides phénoliques, on le sait depuis longtemps, sont capables de fournir par oxydation chimique ou fermentaire des corps de coloration très foncée. Ces produits ont encore été à peine étudiés. Leurs propriétés sont assez voisines de celles de la mélanine de tyrosine pour qu'on les confonde trop habituellement avec celle-ci ; on écrit mélanine au singulier alors qu'il faudrait employer le pluriel.

« L'analyse chimique fut impuissante jusqu'ici

à différencier ces diverses mélanines et à nous permettre de remonter à partir d'une mélanine jusqu'à l'amino-acide-phénolique qui l'a engendrée.

« La physiologie pathologique, par la connaissance de l'hyperpigmentation dans les maladies qui s'accompagnent d'un trouble des glandes surrénales nous conduit à penser avec B. Bloch que le chromogène du pigment doit être pourvu de deux oxydryles phénoliques, comme l'adrénaline. Hypothèse préférable, mais hypothèse.

« Nous ignorons donc la nature du chromogène qui engendre le pigment.

« Quant au mécanisme qui détermine cette formation on ne peut le considérer comme totalement élucidé.

« Il est vraisemblable qu'elle est due à l'action d'une diastase identique ou analogue à la tyrosinase, diastase qu'une circonstance particulière ne permit pas encore d'extraire ni même de mettre en évidence *in situ* par son action sur la tyrosine. Cette circonstance particulière consiste peut-être seulement en la faible proportion du ferment dans la cellule, ce qui exige, pour déceler le ferment, un amino-acide phénolique tel que la dioxyphénylalanine, plus sensible que la tyrosine.

« Un facteur nous paraît d'une grande importance : la réaction du milieu.

« L'oxydation diastasique des amino-acides phénoliques envisagés ici se produit plus aisément en milieu légèrement alcalin. Ceci conduit à considérer le grain de mélanine et son « atmosphère alcaline » comme le produit terminal d'un métabolisme, produit insoluble que le cytoplasme a tendance à éliminer en maintenant constante sa propre composition et c'est bien ainsi que la mélanine peut finalement être rejetée par les lymphatiques, voie naturelle d'élimination de corpuscules devenus étrangers à l'organisme.

« La mélanine présente donc le caractère d'un produit de déchet immobilisé dans la cellule sous forme insoluble et inapte normalement à d'ultérieures transformations.

« Quant aux ferments de la peau, l'ensemble des recherches qui leur furent consacrées est encore trop peu cohérent pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

« Un fait cependant paraît démontré : la présence de ces ferments dans le revêtement cutané.

« Leur importance physiologique ne pourra être déterminée qu'une fois connue la fonction accomplie par eux (si tant est qu'ils en accomplissent une), la présence d'une diastase dans une cellule ne prouvant nullement que cette diastase trouve dans le milieu un élément nécessaire à son action.

« Mais si nous sommes amenés à considérer la peau comme une glande à sécrétion diastasique, cette glande se trouve être pondéralement la plus grosse de l'organisme, 4 kilogrammes environ, et l'importance des variations de son fonctionnement serait considérable pour l'économie générale.

« En ce qui concerne la pathologie cutanée, les ferments de la peau ne présentent pas moins d'intérêt : que devient leur sécrétion au cours des diverses dermatoses ? certaines de celles-ci ne sont-elles pas dues à une hyper- ou à une hypoformation des ferments cutanés normaux?

« Les hypothèses se présentent facilement, bien plus aisément que la possibilité de les contrôler et nous sommes encore arrêtés par les difficultés techniques.

« Les quantités de ferments contenus dans la peau varient vraisemblablement sous des influences physiologiques ou pathologiques.

« Seule la connaissance de ces variations nous permettra de comprendre le rôle biologique des ferments cutanés. Mais la mesure de ces variations présuppose l'emploi de techniques rigoureusement fixées et contrôlées dont la précision soit à la taille de ces faibles variations elles-mêmes. » (*Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Propriétés anti-toxiques et anti-microbiennes du salicylate de soude.

(M. H. Vincent. — *Académie de médecine* ; 10-7-28.)

M. Vincent a étudié les propriétés antitoxiques et antimicrobiennes du salicylate de soude. Il a vu que la solution saturée de salicylate (1 gr. pour 1 cent. c. d'eau) inactivait, après un contact de trois à quatre jours, de 50 à 250 doses mortelles pour le cobaye de toxine tétanique. La même solution possède un pouvoir bactéricide qui n'est pas négligeable.

Cette double action fournit une explication des effets thérapeutiques dudit médicament dans certaines maladies (rhumatisme, infections biliaires, encéphalite léthargique, etc.). Elle incite d'ailleurs, à étendre les indications du salicylate à d'autres états toxi-infectieux.

L'auteur a pratiqué des essais analogues avec la solution saturée de benzoate de soude. Ce dernier possède des propriétés bactéricides similaires à celles du salicylate de soude. Il est antitoxique et anti-micro-

bien et est même un peu plus antiseptique que le salicylate.

Sur l'encéphalite post-vaccinale.

(MM. Levaditi, P. Lépine et J. Troisier. — *Académie de médecine* ; 10-7-1928.)

MM. Levaditi, Lépine et Troisier concluent ainsi leur communication sur l'étiologie de l'encéphalite post-vaccinale :

« L'ensemble de nos expériences montre que l'encéphalite post-vaccinale est une infection du névraxe d'allure clinique et histo-pathologique particulière, provoquée par un virus différent de celui du vaccin jennérien et, dans la majorité des cas, non inoculable aux animaux de laboratoire. Cette non-transmissibilité de la maladie humaine permet de rapprocher l'encéphalite post-vaccinale de l'encéphalite léthargique qui, elle aussi, n'a pu être conférée expérimentalement que dans un nombre très limité de cas. Peut-être l'hypothèse formulée par l'un de nous (Levaditi), concernant les neuro-infections mortelles auto-stérilisables, est-elle appelée à expliquer cette particularité de certaines ectodermoses neurotropes, telles que l'encéphalite léthargique, l'herpès, l'encéphalite post-vaccinale, la rage, voire la poliomyélite. »

L'anorexie chez l'enfant.

(M. Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 10-7-1928.)

Chez les enfants, l'anorexie peut affecter le type de crises passagères ou être permanente. Passagère, elle relève d'un excès momentané d'alimentation ou d'une maladie aiguë, la grippe en particulier. Permanente, elle peut dépendre ou d'une maladie générale (tuberculose, syphilis, etc.), ou d'un état dyspeptique gastro-intestinal. Dans ce dernier cas, on corrigera la diététique si elle est défectueuse et l'on agira sur l'intestin et les fonctions hépatiques (phosphate de soude, teinture de rhubarbe, combrétine, boldo etc.).

Les doses dans la transfusion sanguine.

(M. Tzanck. — *Académie de médecine* ; 10-7-1928.)

La question des doses a besoin d'être précisée en matière de transfusion sanguine. M. Tzanck distingue deux cas.

S'agit-il d'une grande hémorrhagie, il faut transfuser une assez grande quantité de sang, 500 gr. et au-delà. S'agit-il, au contraire, de modifier une anémie, une infection, de provoquer un choc, de faire appel aux propriétés biologiques du sang surtout, la transfusion doit être faite à doses modérées, inférieures à 200 grammes.

La longue latence de la lèpre et les pensions de l'Etat.

(M. E. Jeanselme. — *Acad. de médecine* ; 17-7-1928.)

Le début de la lèpre est, en général, insidieux et passe presque toujours inaperçu. Les premiers symptômes qui expriment la dissémination du bacille de Hansen dans l'organisme sont peu caractéristiques. Les accès fébriles sont mis sur le compte du paludisme ; l'anémie, la perte des forces, sont attribuées à des causes diverses... Alors même qu'une éruption de taches et de tubercules accompagnée de troubles sensitifs devrait imposer le diagnostic, la maladie est généralement méconnue parce qu'on n'y pense pas. Cette période de latence, qui oscille en général entre 3 et 5 ans, peut dépasser sensiblement ce dernier laps de temps.

Il en résulte qu'un malade, qui a contracté la lèpre aux Colonies au service de l'Etat, peut très bien n'être reconnu atteint de lèpre qu'après le délai de 5 ans, limite admise par la loi de 1833 pour l'obtention d'une pension. M. Jeanselme demande qu'une modification de la loi, sur ce point particulier, soit établie en matière de lèpre ou de toute autre maladie tardive analogue.

La purgation au lacto-sérum.

(M. Maurice Renaud. — *Académie de médecine* ; 17-7-1928.)

M. Maurice Renaud revient sur l'emploi thérapeutique du lacto-sérum, produit dont il a déjà entretenu l'Académie de médecine et la Société des hôpitaux. Il préconise aujourd'hui la purgation au lacto-sérum. Avec 4 à 5 prises de 100 c. c. de lacto-sérum, effectuées à vingt minutes d'intervalle, on détermine chez la plupart des sujets des évacuations de selles liquides et fortement colorées, surtout si l'on renforce le lacto-sérum par l'addition de 2 gr. de sulfate de soude ou de magnésie. Depuis quelques mois, l'auteur a substitué, à l'hospice de Brévannes, le lacto-sérum sulfaté aux divers purgatifs habituels.

Les infections de la vésicule biliaire.

(Sir Berkeley Moynihan, de Leeds. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 20-4-1928.)

M. Desjardins présente un rapport sur un travail de Sir Berkeley Moynihan. Celui-ci, après avoir rappelé le rôle physiologique de la vésicule, qui est surtout un rôle de résorption, étudie les différentes voies d'infection vésiculaire : voie sanguine, voie lymphatique, voie biliaire. Les organes même éloignés peuvent être en jeu : le foie, la rate, l'appendice, l'estomac, par déficience de l'acide chlorhydrique (hypochlorhydrie ou achlorhydrie) chargé de la désinfection du contenu stomacal. Quand la vésicule est infectée par voie sanguine ou biliaire, c'est la muqueuse qui est envahie la première et présente le maximum de lésions. Quand c'est par voie lymphatique, ou par propagation de voisinage, c'est la tunique externe qui est d'abord intéressée et offre les lésions les plus marquées. L'auteur étudie la pathogénie des calculs biliaires qui pour lui sont d'origine infectieuse. Le rôle de la cholestérine est capital dans la formation de ces

calculs ; c'est elle qui en forme le centre. L'auteur envisage à ce propos les rapports entre la cholestérinémie et l'état des parois vésiculaires. Les symptômes précoces de la cholécystite n'ont rien de typique ; c'est par le groupement et la persistance des différents troubles qu'on est amené au diagnostic. Celui-ci peut-être précisé par la cholécystographie. Dès que le diagnostic de cholécystite est posé de façon précise, le seul traitement radical est la cholécystectomie.

Pathogénie et traitement des coli-bacilluries.

(M. Le Fur. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 4-5-1928.)

M. Le Fur rappelle que, dès 1906, il a décrit les rapports fréquents entre les infections intestinales et les infections réno-vésicales et les deux voies — à peu près d'égale fréquence — suivies par l'infection : voie circulatoire directe ou petit circuit intestino-vésical, et voie indirecte ou grand circuit intestino-réno-vésical. Au point de vue du traitement, l'auteur emploie avec succès les bouillons-vaccins anti-colibacillaires, soit, à l'habitude, en applications locales, soit, dans les cas d'infection généralisée, en injections sous-cutanées. Les deux modes peuvent d'ailleurs être combinés mais la vaccination locale, lorsqu'elle est indiquée, a toujours paru la plus active.

Pseudo-luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson.

(M. Lamy. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 4-5-28.)

M. Lamy a observé une douzaine de cas de pseudo-luxations de la hanche consécutives à des arthrites suppurées chez le nourrisson. Il a renoncé à la reposition, immédiate ou secondaire, qui, malgré toutes les précautions, même dans les cas les plus favorables c'est-à-dire les arthrites à pneumocoques, ne donne jamais de bons résultats. Il signale les traitements chirurgicaux préconisés par divers auteurs, notamment la bifurcation de Lorenz, les opérations de Putti. Il semble que la meilleure intervention soit une combinaison de l'implantation fémorale et de la transplantation du moyen fessier.

P. L.

A propos de l'action trichogène des rayons ultra-violets.

(MM. Louste et Justin. — *Soc. fr. de derm. et de syph.* ; 10-6-1928.)

Dans deux cas, les rayons ultra-violets paraissent avoir déterminé une activité nouvelle de la trichogénèse. Mais cette action sur la pousse des poils ne doit être possible que si la papille pilaire a conservé ou a retrouvé son activité cellulaire.

Dans certains cas d'alopécie en aire, les bains généraux de rayons ultra-violets, en raison de leur action sur l'état général et glandulaire des malades, ont semblé permettre une évolution plus rapide et plus favorable de la pelade.

Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la langue.

(M. Paul Moure. — *Soc. fr. de derm. et de syph.* ; 19-4-1928.)

Sur 23 cancers de la langue opérés de 1920 à 1925 et suivis jusqu'à ce jour, il y eut un décès par maladie indéterminée 5 ans après l'opération, 10 guérisons et 12 récidives.

Pour les petits cancers débutants et pour les lésions suspectes, en particulier pour les plaques de leucoplasie en voie de dégénérescence, l'auteur conseille l'extirpation large au bistouri, à l'anesthésie locale, qui, avec une mortalité nulle, donne 80 % de guérisons. Il craint, dans les cas de leucoplasie, l'action excitante et irritante du radium sur les plaques voisines, qui ne sont pas dans le champ de destruction.

Dans les cancers cliniques évidents, mais encore limités, si la lésion linguale est facilement accessible par les voies naturelles, il en pratique l'extirpation large au bistouri à l'anesthésie locale, mais il reconnaît que le radium est moins mutilant. Cependant, le radium provoque des radio-nécroses, et assez souvent une poussée aiguë sur les ganglions ; et cette poussée d'adénite, mélange de néoplasie et d'infection peut envahir le tissu cellulaire du cou et rendre ensuite impossible ou illusoire le curage ganglionnaire. D'autre part, un cancer qui récidive après une application de radium est, en général, définitivement perdu, car une deuxième application entraîne souvent de désastreuses nécroses. Au contraire, si un cancer extirpé chirurgicalement récidive dans la langue, on peut alors avantageusement faire usage du radium, et tout espoir n'est pas perdu, si par ailleurs les gites ganglionnaires évidés sont restés indemnes.

Par contre, si la lésion linguale est difficilement accessible, ou si elle siège au niveau du plancher, il est préférable de la traiter d'emblée par le radium, car les interventions larges, qui sont nécessaires, se montrent incomparablement plus graves que le radium.

Traitement des kystes du poignet et autres kystes superficiels par électrolyse.

(M. Jean Meyer. — *Soc. fr. de derm. et de syph.* ; 19-6-1928.)

Les kystes du poignet sont remarquablement rebelles à toute thérapeutique ; ils récidivent fréquemment après ablation chirurgicale, même large ; les autres modes de traitements, écrasement, injections interstitielles de substances irritantes, iode ou xylol, ne donnent que des résultats inconstants et peuvent déclancher de grosses réactions inflammatoires.

L'électrolyse permet de vider facilement la poche et d'en scléroser les parois. De technique assez délicate, elle est peu douloureuse, ne comporte pas de

réaction inflammatoire gênante. Ce procédé n'exclut cependant pas la récidive.

Essai de traitement de la syphilis par des injections de sels organiques de bismuth solubilisés dans l'huile.

(M. Clément-Simon, J. Bralez et J. Demoly. — *Soc. fr. de derm. et de syph.* ; 19-4-1928.)

Les essais ont porté sur le campho-carbonate de bismuth et sur le camphorate double d'éthyle et de bismuth. Ces sels sont solubles dans les huiles, et en particulier dans l'huile d'olive. Leur action thérapeutique sur les accidents primaires et secondaires semble égale et plutôt supérieure à celle des suspensions dans l'huile.

Troubles de la menstruation dans l'hérédo-syphilis.

(*Soc. fr. d e derm. et de syphil.* ; 19 -4-28 et 11 -3-28.)

Lucien Périn présente deux malades, où *l'aménorrhée* est totale, permanente, et ne s'explique par aucune lésion apparente des organes génitaux ; on n'en trouve qu'une seule explication plausible, la syphilis, d'origine probablement héréditaire, dont l'existence méconnue pendant une longue période n'a été décelée que par hasard, à l'occasion d'une ostéo-périostite dans le premier cas, et d'une séro-réaction systématique dans le deuxième cas. Dans certains cas, l'aménorrhée peut donc constituer un véritable symptôme révélateur.

Dans le même ordre d'idées, J. Kreis décrit la *polyménorrhée pubérale.* Lorsqu'une jeune fille commence sa puberté, parfois assez tardivement à l'âge de 14 ans ou de 16 ans, avec une menstruation abondante, durant d'habitude 6-8 jours, lorsqu'une personne a des règles normales, mais a présenté ce début pubéral, il faut penser à l'hérédo-syphilis en l'absence d'une lésion gynécologique palpable.

Cette affection peut persister à l'âge adulte, ou dégénérer en métrorragies irrégulières, ou guérir spontanément avec l'amélioration de l'état général ou pour d'autres raisons inconnues. Elle guérit définitivement par le traitement anti-syphilitique ; le bismuth est très recommandable. G. F.

Les Livres

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Paul Bary. — **Les origines de la chimie colloïdale.** A. Baudrimont (1806-1880). Préface du Pr Cruchet. (1 vol. 60 pages.)

La chimie colloïdale, très intéressante au point de vue thérapeutique, est même devenue une explication de la vie.

En publiant ce travail, l'auteur n'a pas eu en vue uniquement de sortir de l'oubli le nom d'un compatriote (Baudrimont), dont les études sont la base principale d'une science devenue de grande importance, mais encore d'ajouter à l'histoire de cette science quelques éléments qui permettent de la connaître plus complètement, et par suite, de la mieux comprendre.

Librairie J. B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, et R. Dujaric de la Riviere, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. — **Hygiène hospitalière** (VIIIe fascicule du Traité d'hygiène de L. Martin, G. Brouardel et R. Dujarric de la Rivière), 2e édition. (1 vol. gr. in-8° de 416 pages avec 124 fig., 1927 : 40 francs.)

Les auteurs ont eu pour but de renseigner les médecins et les hygiénistes sur les principes généraux, qui doivent diriger la construction, l'aménagement et l'entretien de l'hôpital moderne.

Après un tableau d'ensemble de l'hôpital, ils reprennent en détail les services spéciaux, les annexes, les dépendances et tout ce qui doit concourir au bien-être du malade.

Ils étudient ensuite les besoins, les nécessités des hôpitaux spéciaux, et en particulier des hôpitaux pour les maladies contagieuses, de même, ils envisagent la question d'établissement ou d'agrandissement des hospices de vieillards, et aussi des asiles d'aliénés.

Les œuvres antituberculeuses sont étudiées en détail.

L'ouvrage se termine par un exposé sur le rôle du personnel et les garanties morales et professionnelles qu'il doit présenter.

Les auteurs espèrent montrer dans cette deuxième édition le bien accompli, les progrès réalisés, tout en indiquant les réformes indispensables, qui doivent faire de l'hospitalisation une œuvre saine.

L'ouvrage est complété par une bonne illustration d'appareils nouveaux, de plans et de vues.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Grasset, éditeur,
61, rue des Saints-Pères, Paris.

Dr Pierre Vachet, professeur à l'Ecole des Hautes-Etudes sociales. — **Remède à la vie moderne.** (Un vol. 238 p. Prix : 12 fr.).

Editions « Le Bon Plaisir »,
39, rue Peyrolières, à Toulouse.

Raymond Groc. — **Le coup d'Alfanghuir**, pièce dramatique en trois tableaux (104 p.).

THÉRAPEUTIQUE

A propos d'une auto-observation,

Par le Dr JARJAVAY.

L'iloglandol est une insuline préparée par la Maison Hoffmann-La Roche. C'est un extrait aqueux stérilisé des îlots de Langerhans, présenté en petites ampoules d'un peu plus de 1 cc., ses propriétés générales sont celles de toutes les insulines : action sur la glycémie, la glycosurie et l'acidose. Action trophique et action sur nombre de troubles nutritifs en dehors du diabète.

Voici quelques remarques que j'ai pu faire sur cette insuline, suivies d'une auto-observation, partant de l'époque où j'ai commencé à l'utiliser régulièrement.

L'action immédiate, comme pour toute insuline est de courte durée. Quelques heures seulement (1). Elle produit une chute rapide de la glycémie, qui remonte ensuite progressivement. L'hypoglycémie maxima paraît être en général dans la deuxième heure qui suit l'injection. Toutefois, dans certains échantillons récents, j'ai trouvé en auto-observation une action plus lente et aussi intense. J'ai essayé, au lieu de prendre l'insuline 1/2 heure avant les repas, de porter l'intervalle à 1 heure, voire 1 heure 1/2. Il n'y a pas eu de réactions hypoglycémiques et le taux du sucre urinaire émis dans la première heure après les repas s'est trouvé très inférieur à ce qu'il était avec injection précédant juste le repas.

Nous n'avons jamais observé avec l'iloglandol de choc à allure nitritoïde et cela ni sur nos malades, ni sur nous-même.

Sur nous, nous avons, en dehors des premières insulines mal purifiées, observé à plusieurs reprises avec certains produits même très récents, des troubles accompagnant aussitôt l'injection. Sensations de congestion, goût alliacé, polypnée, tachycardie, céphalées.

Ces troubles, nous ne les avons pas observés avec certaines insulines ; avec l'iloglandol en particulier, nous n'en avons jamais eu.

Par contre, nous avons éprouvé nous-même de légers malaises qui nous ont paru tenir à des phénomènes d'hypoglycémie. Ces malaises ont du reste cédé aussitôt après l'ingestion d'aliments sucrés. Nous n'avons pu vérifier le taux de la glycémie, étant naturellement pris au dépourvu. Ces troubles se manifestaient toujours très loin de l'injection, cinq heures ou six, environ après.

Avec d'autres insulines, les mêmes troubles ressentis se manifestaient au contraire beaucoup plus vite (1/2 heure à 1 heure) après.

Ces phénomènes d'hypoglycémie (diagnostiqués cliniquement seulement) n'ont jamais été très sérieux avec l'iloglandol. Leur sensation est seulement désagréable et pénible.

Nous n'avons pas constaté dans notre cas personnel d'épuisement de l'action de l'iloglandol.

Les injections d'iloglandol Roche sont légèrement douloureuses.

Les premiers échantillons expérimentés par moi en 1926 étaient très douloureux. Véritable sensation de brûlure même en intra-musculaires. Néanmoins, contrairement à ce que j'ai observé avec quelques autres insulines, douloureuses aussi, cette sensation est de courte durée, une à deux minutes, et n'apporte par la suite, aucune gêne.

Les produits actuels de la Maison Roche en matière d'insuline ne sont presque pas douloureux. Il y a juste parfois, et sur le moment, une sensation légère de cuisson, instantanément dissipée.

Il persiste parfois, pendant deux ou trois jours de petits nodules indolores qui disparaissent très rapidement.

Notre traitement par ce produit remonte à plus de dix mois actuellement, et malgré les nombreuses périodes traversées ou des circonstances, étrangères à l'insuline elle-même, en affaiblissant l'efficacité, nous avons toujours retrouvé ensuite l'équilibre habituel, avec reprise du poids, chute de la glycosurie et de l'acidose.

Voici maintenant une auto-observation dans laquelle on peut trouver un certain nombre de faits relatifs à l'iloglandol.

Observation.

Malade traité depuis mai 1924 par l'insuline, soit depuis quatre ans environ. Traité par l'iloglandol Roche par intermittences jusqu'en mai 1927. Presqu'exclusivement par l'iloglandol depuis.

Diabète consomptif avec acidose. Tolérance absolument nulle aux H. C.

Au moment où il prend l'iloglandol, le malade est en bon état général et bon équilibre nutritif.

(1) On trouvera : *in* thèse, Bordeaux, 27, JARJAVAY : « Etudes de divers facteurs expliquant les variations de l'action de l'insuline au cours du traitement du diabète », une étude sur la régularité des effets de l'iloglandol et des courbes sur l'action de ce produit.

L'iloglandol continue alors l'effet de l'insuline précédemment utilisée.

Glucose éliminé par 24 heures : 30 gr., régime 200, doses 40 unités, poussées à 70-80-90 grammes en périodes de fatigue ou de petites affections intercurrentes.

Vers juillet 1927, le malade est victime d'un accident : fractures multiples. Il n'y a pas d'accroissement de la glycosurie. La guérison est aussi rapide que pour un sujet normal.

En octobre, le malade fait un remplacement au bord de la mer. La glycosurie devient insignifiante, bien que le régime ne puisse être suivi. Ration hydrocarbonée très forte. Le sujet qui mène une existence très active, a repris au bout d'un mois, près de trois kilos.

Jusqu'en janvier 1928, rien à signaler de particulier : injections et régime sont suivis régulièrement.

Le malade fait trois injections par jour : la première au réveil, la seconde au moment du repas de midi, la troisième au souper.

Ce procédé a l'avantage de répartir le plus possible la dose d'insuline au cours du nycthémère et d'obtenir ainsi un taux plus régulier de la glycémie.

Par contre, il rend le traitement plus astreignant pour le patient et pour la personne qui pratique les injections.

En janvier 1928, le malade fait, à la suite de quelque faute d'asepsie, un volumineux abcès de la fesse gauche. Cet abcès paraît bien s'être développé au niveau d'une piqûre antérieure.

Evolution normale (incision, drainage). Au cours de la cicatrisation, on injecte dans la poche de l'abcès, à trois reprises, une ampoule d'iloglandol. La cicatrisation paraît fortement activée de ce fait.

L'examen bactériologique du pus n'a pas été pratiqué. Néanmoins, il ne semble pas que l'abcès soit d'origine irritative, mais bien septique, en effet il y eut fièvre, ensemencement autour de la plaie, pyodermite, petits abcès folliculaires ; enfin réinoculation à la reprise des injections aux fesses, formant au niveau des piqûres, deux nouveaux abcès.

Pendant l'évolution de ces deux derniers, très mauvais état général, grosse poussée de glycosurie et d'acidose. L'acétonurie des 24 heures, nulle en temps ordinaire, était montée à plus d'un gramme par 24 heures, le sucre à 50 environ.

On pratique les injections dans les muscles de l'épaule. Celles-ci sont parfois très douloureuses, mais il n'y a pas formation de nouveaux abcès.

Durant toute cette période d'infection, on a porté à 4 ampoules (soit environ 60 unités) la dose d'iloglandol.

A la convalescence, glycosurie et acidose tombent rapidement. Le malade ressent bientôt, malgré la réduction des doses d'insuline, quelques troubles hypoglycémiques ou paraissant tels. L'analyse pratiquée alors révèle glucose urinaire : 0 ; acétone : 0. Ce résultat se maintient environ une quinzaine de jours, au cours desquels on continua cependant les injections, à raison de deux ampoules seulement.

Depuis il est réapparu une légère quantité de sucre dans les urines, sans acidose.

Les injections fessières ont été reprises actuellement, sans nouveaux accidents. Ce dernier fait semble démontrer que la formation des abcès est bien purement accidentelle (injection) et non imputable à l'insuline.

L'iloglandol, bien au contraire, a semblé donner un sérieux coup de fouet à la guérison des plaies, en l'employant dans le pansement de ces dernières.

Il est intéressant de noter la rapidité de la convalescence et la disparition complète du sucre à ce moment.

Le malade a depuis repris sa vie normale en continuant ses trois ampoules par jour, sans que, jusqu'à présent, le produit ait paru perdre, sur lui, sa puissance d'action.

En somme nous pouvons assigner à l'iloglandol Roche les qualités suivantes :

1° Action puissante en tant qu'hormone.

2° Action régulière variant peu d'un échantillon à l'autre.

3° Sans propriétés irritantes, ni anaphylactisantes.

4° Enfin n'épuisant pas ses effets et ne produisant pas à la longue d'intolérance, ce qui permet à notre avis, un usage très prolongé. Je n'ose encore dire indéfini.

5° Les préparations actuelles m'ont semblé avoir une action un peu plus lente et plus tardive, ce qui demanderait un plus long délai entre l'injection et le repas qui la suit.

6° Ajoutons enfin, que la présentation liquide et sous un très petit volume, est d'une grande commodité d'emploi.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'ENCOMBREMENT MÉDICAL

Vieux neuf. — Limitation = Fonctionnarisation.

A ceux qui remettent en question l'encombrement médical et l'étude des moyens propres à le combattre, je ne saurais trop recommander de feuilleter la collection du *Concours médical* de 1900. Le sujet y est déjà traité tout au long par de nombreux auteurs, parmi lesquels je figure, et la limitation apparaît au premier plan des remèdes proposés. Je dois dire qu'à cette époque, je fus l'un de ses protagonistes.

Ce que je veux préciser pour le moment, c'est que, depuis cinquante ans, il n'y a guère eu d'époques sans que les médecins se soient plaints d'être trop nombreux. Mais, le problème prend parfois une acuité particulière. Et alors, on voit reparaître toute une argumentation, dont je puis dire qu'elle n'est que du vieux neuf. Tant il est vrai qu'il n'y a rien de nouveau ici-bas. Et que les idées sont un peu comme les astres ; elles accomplissent des révolutions et reparaissent périodiquement au méridien de l'actualité. La roue tourne.

En 1900, on comptait en France 15.415 docteurs en médecine et 1.430 officiers de santé, au total 16.845 médecins pour 38.442.601 habitants.

En 1928, la population s'est accrue surtout des provinces désannexées et dépasse quelque peu 40.000.000. Par contre, le nombre des médecins exerçant en France est d'environ 27.500.

Il est bien évident que la disproportion entre l'accroissement de la population et celuidu corps médical est considérable et que si, en 1900, nous nous plaignions d'être encombrés, en 1928, les plaintes sont encore plus fondées.

Il semble pourtant que le mal, si c'en est un, sévit bien plus en Allemagne et en Angleterre que chez nous. Ce qui n'est pas une raison pour s'en désintéresser. Il est non moins évident que la grande loi économique de l'offre et de la demande joue au regard des médecins, et que là aussi, quand l'offre dépasse notablement la demande, il y a avilissement de la chose offerte, dans le cas particulier, les soins médicaux. Avilissement en qualité intrinsèque, avilissement également extrinsèque par abaissement de la moralité, dans une certaine mesure.

Ce qu'il y a de pis, c'est qu'il semble bien que la pléthore doive aller en s'accentuant, si nous en croyons les statistiques de nos Centres d'enseignement. Pour Paris, le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine, dénombre 2.570 étudiants ayant accompli un acte scolaire en 1924-1925, contre 2.676 en 1926-1927 ; 902 étudiants ont pris leur première inscription de doctorat en 1926-1927, dont 295 étrangers, contre 736, dont 203 étrangers, en 1924-1925.

Si l'on peut s'enorgueillir, pour le prestige de la science française, de voir les étrangers se porter de plus en plus vers nos Facultés, on ne saurait se réjouir quand ils prennent définitivement pied en France et s'y installent pour concurrencer nos nationaux.

Que penser dès lors des projets du Grand Maître de l'Université, touchant l'élargissement des conditions imposées présentement à un étranger qui veut exercer la médecine en France ? Ces projets, Noir les a dénoncés, il y a quelques jours : je n'y reviendrai pas.

Est-il possible néanmoins d'interpréter ces tendances des Pouvoirs publics à favoriser l'encombrement ? Je crois, en ce qui me concerne, que le Parlement n'a pas été sans s'émouvoir de l'attitude prise par le corps médical, alors étroitement uni, en face de certaines lois médico-sociales, et notamment en face de la loi des pensions. Même émotion, devant les grèves administratives déclanchées de temps en temps, dans certains départements, contre l'Assistance médicale gratuite. Que faudrait-il donc pour réduire à merci les médecins ? Qu'ils fussent acculés par la nécessité à accepter n'importe quelles conditions. Or, avec l'augmentation du nombre, la concurrence se fait plus âpre, la lutte pour la vie devient plus aiguë : il faut manger ; *primo vivere*. A n'importe quel prix, serait-ce pour un salaire de famine.

Voilà pourquoi il est fort à craindre que les Pouvoirs publics ne prêtent guère l'oreille à nos doléances. Jusqu'au jour pourtant où l'encombrement deviendra un danger public : alors, on verra surgir des mesures limitatives, celles que

demandent par exemple les médecins du Vaucluse. Mais prises par l'Etat, elles iront à l'extrême de leurs possibilités, et le service de santé civil sera créé. Le nombre des médecins militaires est limité, et ce sont des fonctionnaires. Le nombre des médecins civils sera pareillement limité, quand ils seront aussi des fonctionnaires. La France sera divisée en circonscriptions, calquées sur les divisions cantonales, je présume. L'Etat fixera le nombre de médecins pouvant exercer dans le canton, la médecine des Assurances sociales, des accidents du travail, des assistés, etc. Il y aura bien à côté d'eux, par ci par là, des indépendants. En petite quantité pourtant ; cela présumera en effet certaines ressources personnelles pour leur permettre de subsister. Il est vrai que le jour où leur réputation sera établie, leur cabinet ne désemplira pas et ils feront vite fortune.

C'est à cela qu'aboutit la limitation du nombre des médecins, telle que la réclament tant de confrères qui ne se doutent pas que cette mesure ne peut être réalisée qu'avec le concours de l'Etat, et que celui-ci posera ses conditions, et les imposera.

Mais quel est donc le démon qui pousse tant de jeunes gens à entrer dans la carrière médicale? A quels mobiles obéissent-ils ?

S'ils sont si nombreux à prendre des inscriptions de doctorat, c'est qu'ils sont convaincus que la médecine enrichit son homme.

Et ce sont leurs aînés, les médecins exerçant, qui les encouragent dans cette voie.

Je ne parle pas à la légère, et j'ai longuement médité avant d'être aussi affirmatif.

Prenez ce que j'appellerai la mercuriale des clientèles médicales, offertes en vente, et vous serez surpris, je le pense, des revenus annoncés. J'en ai une sous les yeux. J'y trouve proposée une clientèle rapportant de 60.000 à 80.000 francs par an ; une autre, rapportant 60.000 francs, susceptible de développement ; une troisième, 90.000 francs assurés ; une autre encore, 100.000 francs ; un cabinet urologique, produisant de 100.000 à 150.000 francs ; une clinique médico-chirurgicale produisant 450.000 francs....

Je sais une clientèle rurale de médecin pro-pharmacien dont il a été demandé, — tenez-vous bien ! — trois cent mille francs....

Comme on se garde bien de mettre en parallèle, avec les revenus bruts, les dépenses professionnelles, généralement très élevées, le mirage demeure de ces gros chiffres, dont certains sont véritablement astronomiques, et les jeunes gens s'y laissent prendre, comme alouettes au miroir.

***

La surabondance existe surtout dans les grandes villes. Paris est évidemment surpeuplé, avec ses 6231 médecins pour l'ensemble de son agglomération. Les campagnes, par contre, semblent se dépeupler. Nous en savons les raisons. De bons correspondants nous ont montré la difficulté de faire donner aux enfants l'éducation qu'ils réclament, et aussi d'autres motifs qui éloignent du centre rural le jeune médecin plus attiré par le centre urbain.

Donc, la répartition est défectueuse. Avec le régime actuel, il est difficile d'y remédier.

Le corps médical organisé ne doit cependant pas renoncer à faire comprendre à l'Etat que la santé publique est fonction de la qualité du médecin, et qu'il est intéressé, donc, à ce que celle-ci soit irréprochable. Dès maintenant, deux objectifs me semblent devoir être envisagés, dans l'effort à faire pour arriver à ce résultat.

1° Loin de faciliter l'installation des étrangers en France, *il faut la leur interdire.* Que nul ne puisse exercer, s'il n'est Français ou naturalisé, à condition que celui-ci ait satisfait à toutes ses obligations militaires, comme un Français.

2° Proportionner le nombre d'étudiants admis dans une Faculté à ses capacités d'enseignement.

A Paris, il n'est pas douteux qu'il y a débordement. Les salles de dissection sont surpeuplées, de même que les grands services hospitaliers, où l'on compte les assistants parfois par centaines. Les travaux pratiques demeurent difficilement accessibles à la foule qui s'y presse.

Il conviendrait de déterminer aussi précisément que possible le maximum d'étudiants, aux différents stades de leur scolarité, que peut recevoir la Faculté de Paris pour leur dispenser un enseignement sérieux. Le nombre des étudiants admis dans un service hospitalier devrait être pareillement limité, en tenant compte : 1° humainement, de la fatigue qu'auront à supporter les malades soumis à de multiples examens ; 2° pédagogiquement, des possibilités du personnel médical attaché au service.

Les autres Facultés sont moins encombrées. Il ne conviendrait pas moins de procéder à la même évaluation pour chacune d'elles.

Comment ferait-on les admissions ? On pourrait inscrire les étudiants dans l'ordre où ils se présenteraient, jusqu'à ce que le chiffre limite fût atteint. De même que les portes d'un théâtre s'ouvrent devant les premiers arrivés, les derniers ne pouvant entrer quand toutes les places ont été distribuées.

On pourrait encore effectuer une sélection. Par un moyen qui me paraît très simple : tant que le certificat P.C.N. existera, il faudrait en faire l'objet d'un classement selon le nombre de points obtenus, les *ex-æquo* se classant entre eux par lettres alphabétiques.

Objection : comment classer entre eux les certifiés du P.C.N. des différentes Facultés des

Sciences ? Pourquoi ne pas décider que les certifiés de chaque Faculté des Sciences devront obligatoirement se faire inscrire à la Faculté de médecine ou à l'école préparatoire correspondante ? Favorisez les écoles préparatoires : elles font d'excellents praticiens et nombre de maîtres leur doivent la mise en valeur des aptitudes qui les ont fait émerger.

Je livre ces propositions à la méditation des Syndicats médicaux et de leur superorganisme. Qu'ils les mettent à l'étude, qu'ils en discutent, qu'ils parviennent à les transformer en propositions réalisables, et qu'ils fassent pression auprès du Parlement.

Une dernière proposition pourrait également être envisagée et ajoutée aux précédentes, c'est la limite d'âge pour être inscrit dans une Ecole ou Faculté : 21 ans.

***

L'Allemagne, l'Angleterre, la France... sont encombrées de médecins. S'imaginerait-on qu'en d'autres régions, il n'en fut pas toujours de même, si j'en crois l'*Illustration* du 5 septembre 1903 où l'on peut lire l'entrefilet suivant, que m'a communiqué notre excellent correspondant, le Dr FONTAINE, de Garches (je l'en remercie vivement) :

Un pays qui manque de médecins.

Ce pays n'est pas la France... c'est l'Autriche-Hongrie. Hâtons-nous aussi de dire que ce sont plutôt les campagnes que les villes, même en Autriche-Hongrie, qui manquent de médecins : ce qui est un peu l'histoire de tous les pays. Toutefois, cette pénurie est vraiment accentuée au-delà du minimum tolérable, puisque vingt mille communes de l'Empire, soit 86 %, sont, paraît-il, trop pauvres pour s'offrir le luxe d'un médecin, et que, suivant les régions, de 30 à 75 % des décès sont enregistrés sans certificat médical.

En réalité, au rebours de ce qui se passe chez nous, où le nombre des étudiants en médecine va chaque année grossissant, sans que le besoin s'en fasse sentir, bien au contraire, dans les universités autrichiennes, il va sans cesse diminuant, et sur 1.000 étudiants, c'est à peine si l'on compte 130 étudiants en médecine. Cette année, le nombre total de ces derniers ne dépasse pas 2.120. C'est une diminution de 50 % dans ces deux dernières années.

La cause de ce phénomène serait intéressante à connaître. D'après le Dr Wichmann, qui a dénoncé cette situation au Congrès de médecine récemment tenu à Vienne, *c'est le développement de l'assurance obligatoire contre les maladies qu'il faudrait incriminer.* Cette assurance aurait décidément tué la profession médicale. Ainsi, un bon tiers des Viennois ferait partie des sociétés d'assurances, et dans les villes même, il sera bientôt impossible aux médecins de vivre honorablement.

Ajoutons qu'il y a à ce mal une compensation, c'est l'accroissement du nombre des charlatans, car, si l'on exige le médecin gratuit, on n'hésite jamais à payer le charlatan.

***

On le voit : le problème de l'encombrement médical n'est pas nouveau. Sa complexité n'a fait que croître, en même temps que croissait la population médicale en France. Les solutions qu'il appelle ne sont pas aussi simples qu'elles le paraissent au premier examen. Gardez-vous de celles qui, par leur simplicité même, s'offrent immédiatement à votre esprit. Et quelle solution plus logique en apparence que celle qui consiste à limiter le nombre des médecins, comme est limité celui des notaires, des avoués, des percepteurs ?

Oui, mais notaires, avoués, percepteurs, sont des officiers ministériels ou fonctionnaires, nommés par l'Etat dont ils dépendent. Limités en nombre, les médecins le deviendront pareillement.

Après tout, ce n'est peut-être pas pour déplaire à certains d'entre nous....

La seule comparaison qui soit en faveur de la limitation des médecins est celle que permet la médecine vétérinaire. On entre dans les Ecoles vétérinaires en nombre limité, et par voie de concours. Oui, mais..... la médecine vétérinaire est libre... Il n'y a pas d'exercice illégal dans les soins à donner aux animaux. Rien d'étonnant dès lors à ce que la sélection des vétérinaires instruits, scientifiquement, et non empiriquement, soit entourée de certaines garanties particulières ? Supposez que la médecine humaine devienne libre, que pour soigner son semblable, il ne soit nullement nécessaire d'être docteur en médecine. Il est vraisemblable qu'alors, les mêmes garanties seraient exigées des docteurs en médecine. Soyez assurés d'ailleurs que le prestige des guérisseurs, rebouteux et autres illégaux, décroîtrait immédiatement, en même temps que se relèverait celui des diplômés.

Et pour finir. N'alléchez pas les jeunes médecins en leur offrant des clientèles dont le revenu devrait les conduire à la fortune en très peu de temps. Annoncez le bénéfice net retiré chaque année, tel qu'il figure sur votre déclaration de revenus. Vous ne manquerez pas d'amateurs. Mais ils seront moins nombreux, et ce n'en sera que mieux pour le but que nous poursuivons.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Frais médicaux. — Privilège du médecin.

COUR DE CASSATION (Chambre civile).
19 avril 1928.

(*Gaz. Pal.*, 5 juin 1928. — *D. H.*, 17 mars 1928-285.
(Archives du « Sou médical »).

L'article 4 § 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, conférant au médecin, par subrogation aux droits de l'ouvrier victime d'un accident du travail, une action directe contre le chef d'entreprise, pour le recouvrement des honoraires qui lui sont dus, pour les soins donnés à cet ouvrier, la créance du médecin est la même que celle de l'ouvrier et elle est garantie, comme celle-ci, par le privilège de l'article 2.101 du Code civil, que l'article 23 de la loi de 1898 étend à la créance de la victime, relative aux frais médicaux.

La Cour :

Ouï en l'audience publique de ce jour, M. le Conseiller CASTEIL en son rapport, Me Auger, avocat, en ses observations, ainsi que M. Péan, avocat général, en ses conclusions et après en avoir immédiatement délibéré conformément à la loi.

Donne défaut contre le défendeur.

Sur le moyen unique :

Vu l'art. 4, par. 4, de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu que ce texte confère au médecin, par subrogation aux droits de l'ouvrier, victime d'un accident du travail, une action directe contre le chef d'entreprise pour le recouvrement des honoraires qui lui sont dus pour les soins donnés à cet ouvrier, que dès lors la créance du médecin est la même que celle de l'ouvrier ; et qu'elle est garantie, comme celle-ci, par le privilège de l'art. 2101 C. civ., que l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898 étend à la créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit, relative aux frais médicaux ;

Attendu que des qualités et des motifs du jugement attaqué, il résulte que le docteur L., créancier d'une somme de 180 fr. pour soins donnés, à la suite d'accidents du travail, à des ouvriers de G., entrepreneur de transports à V., mis en liquidation judiciaire, a demandé son admission au passif privilégié de la liquidation ; qu'à la réunion des créanciers, la créance de ce médecin n'a pas été admise au rang privilégié, mais seulement comme chirographaire ; et que le jugement attaqué a maintenu cette décision par le motif que « le médecin ne peut obtenir son paiement, par privilège, qu'en exerçant au nom de l'ouvrier, l'action oblique de l'art. 1166 C. civ. ce que le Dr L. ne fait pas » ;

Attendu qu'en statuant ainsi le jugement attaqué a méconnu le caractère de l'action exercée par le médecin et violé les textes susvisés ;

Par ces motifs :

Casse et annule le jugement rendu entre les parties par le tribunal de commerce de V., le 17 novembre 1925 et renvoie devant le tribunal de commerce de F.

Commentaires.

L'article 23 de la loi du 9 avril 1898 est ainsi conçu :

« La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants-droit, relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2101 du code civil et y sera inscrite sous le numéro 6. »

Mes confrères savent que le privilège est un droit que la qualité de la créance donne à un créancier d'être préféré aux autres créanciers, même hypothécaires.

Pour soins donnés pour la dernière maladie du *de cujus*, ou d'un failli, la créance des médecins vient en troisième rang.

Il est très important de faire admettre une créance, en son rang de privilège, quand on a droit à celui-ci, sinon on viendrait en concurrence avec les autres créanciers, dits chirographaires et on ne toucherait sa créance qu'au marc le franc, s'il reste quelque chose de l'actif, après que les créanciers privilégiés auront été désintéressés.

Dans le procès ci-dessus, soutenu par le « Sou Médical », notre Ligue de défense professionnelle a été assez heureuse de voir le privilège du médecin être reconnu, pour la première fois, en matière d'accidents du travail, par la Cour de Cassation. Nous ne saurions trop remercier notre avocat conseil à la Cour de Cassation, Me Bernard Auger.

Cette décision de la Cour suprême est la conséquence logique de la jurisprudence qu'elle a toujours suivie, jusqu'à ce jour.

Dire que le médecin bénéficie du même privilège que l'ouvrier, accordé à celui-ci par l'article 23 de la loi du 9 avril 1898, c'est rappeler les arrêts antérieurs, par lesquels la Cour de Cassation a décidé que l'action directe conférée aux médecins et aux hôpitaux, par le paragraphe 4

de l'article 4 de la loi de 1898, est la même que celle conférée à la victime de l'accident de travail.

En ce sens, Cassation civile, 20 novembre 1918 ; *Gaz. Pal.*, 1918-1919, 1.583 ; D. 1920.1. 129 note de M. Sarrut n° 15 ; Cassation, civ., 4 juillet 1921 ; *Gaz. Pal.* 1921.2.379 ; S. 1923.1. 169 avec note de M. Sachet ; Cass. civ., 19 octobre 1921 ; *Gaz. Pal.*, 1921.2.606 ; S. 1923.1.169.

Le médecin, bénéficiant ainsi de la même action directe que celle de l'ouvrier, doit également bénéficier des dispositions de l'article 23, qui accorde au blessé le privilège, contre son patron pour frais médicaux et autres créances et indemnités, privilège inscrit sous le numéro 6 de l'article 2101 du code civil. (V. Sachet, Traité de la législation sur les accidents du travail ; 7e édition, t. II, n° 1361 et suiv. pages 393 et suiv.).

Le médecin ne pourrait employer l'action oblique de l'article 1166 du code civil que contre les personnes contre lesquelles il n'a pas l'action directe.

Ainsi, un médecin peut user de l'action oblique pour poursuivre le payement de ses honoraires contre la compagnie d'assurances du chef d'entreprise : le blessé est parti et le patron refuse de payer le docteur, sous le prétexte qu'il est assuré et que cela ne le regarde pas, mais concerne son assurance.

Par arrêt en date du 31 décembre 1917 (*Concours médical*, 1922.2392), la Cour de Cassation, chambre civile, a reconnu qu'ayant l'action directe contre le patron, en vertu de l'article 4, § 4, de la loi de 1898, le médecin pouvait se substituer à ce dernier et, en vertu de l'article 1166 du code civil, exercer les droits et actions de son débiteur, le chef d'entreprise.

Revenant à l'action directe, un jugement de tribunal de paix avait déjà donné satisfaction à un de nos confrères.

Jugement du Tribunal de Commerce de Chaumont du 6 janvier 1928.

Conformément aux dispositions de l'article 4, § 4, de la loi du 9 avril 1898, un médecin doit être admis comme créancier privilégié dans la faillite d'un chef d'entreprise, pour les soins donnés à un ouvrier blessé dans son travail.

Considérant que le docteur P. n'a pas produit sa créance à la faillite de la Société F. et Cie dans les délais prescrits par la loi ;

Que le procès-verbal de vérification est actuellement clos, mais qu'il résulte des justifications par lui fournies qu'il est créancier privilégié de la faillite de la Société X de la somme de 80 fr. pour soins donnés à différents ouvriers de ladite société dans le cours des années 1926 et 1927 et ce, conformément aux dispositions de l'article 2101, § 3, du Code civil et article 4, § 4, de la loi du 4 avril 1898 ;

Considérant au surplus que le syndic reconnaît la légitimité de la réclamation de M. le docteur P ;

Qu'il y a lieu dès lors de l'admettre à titre privilégié pour la somme de 80 fr. dans les répartitions conformément aux dispositions de l'article 503 du Code de commerce.

Considérant quant aux dépens que c'est le cas de les faire supporter par le demandeur, qui par sa faute a nécessité la présente instance (art. 503 du Code de commerce) ;

Par ces motifs, ouï en son rapport M. le juge commissaire de la faillite de la Société et après en avoir délibéré, admet à titre privilégié M. le docteur P. à participer dans les répartitions de la faillite de ladite Société pour la somme de 80 fr. pour les causes sus-énoncées, à charge par lui d'affirmer la sincérité de sa créance entre les mains de M. le juge commissaire de cette faillite.

Le condamne en outre en tous les dépens de l'instance qui seront recouvrés comme en matière d'accidents de travail.

Par jugement en dernier ressort

De tout ceci résulte que, lorsque nos confrères ont des difficultés pour se faire payer leurs honoraires, ils ne doivent pas oublier les principes suivants :

1° Ne pas laisser traîner trop longtemps leurs notes, car en matière d'accidents du travail, la prescription est d'un an et peut être toujours invoquée, même si le débiteur est reconnu ne pas avoir payé.

2° C'est l'ouvrier qui est responsable des soins, qui lui ont été donnés, à moins que le médecin ne préfère avoir affaire au chef d'entreprises grâce à l'action directe, qui lui est accordée par l'article 4, § 4, de la loi du 9 avril 1898.

Il en résulte que si le patron fait de mauvaises affaires ou est mis en faillite, il est prudent de présenter sa note le plus tôt possible.

S'adresser à l'assurance du chef d'entreprise, est souvent dangereux : certaines compagnies ont le tort de laisser traîner les mémoires, qui leur sont présentés, de chicaner, après coup, sur la validité de l'accident, sur l'applicabilité de la loi de 1898 et même d'invoquer le non payement des primes de l'assuré.

Pendant ce temps court la prescription annale ou bien on présente sa note à la faillite, lorsque l'ordre des créanciers est définitivement arrêté.

Le mieux, lorsqu'on a une difficulté, c'est de s'adresser immédiatement au « Sou Médical », qui donnera les conseils utiles et juridiques, pour que l'adhérent de notre Ligue de défense professionnelle soit complètement désintéressé.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

L'Autre Europe.

Luc Durtain.

Extrait.

L'enfant : sa place au regard du nouveau régime. —Avortement contrôlé. — Protection de la mère. — Législation de l'enfance. — Une terrible lacune de cette œuvre : les enfants abandonnés. — Difficulté du problème. — Efforts. — Histoires d'un gant, d'un paquet et de la montre de Sémachko. — Histoire d'une petite comsomolka.

— Les relations des sexes entre eux et vis-à-vis de l'enfant ? Le legs des traditions a singulièrement embrouillé les choses. Mais on peut s'en tracer un fort simple schéma.

Le savant sourit, tournant vers moi le beau regard clair que son visage offre ainsi qu'une source où tout passant peut venir puiser. M. F... est l'un de ces techniciens que le nouveau régime a eu la chance de rencontrer dans le pays et le mérite de mettre à la tête d'importantes fonctions, sans trop se soucier de leurs arrière-pensées politiques. Il s'occupe à Moscou des institutions consacrées à la première enfance.

— Voyez, poursuivit-il. Deux humanités, la masculine et la féminine, égales en valeur, différentes de force. Cette différence-là, de tout temps permit à l'une de prendre sur l'autre une injuste prépondérance : premier abus. Et le couple à son tour assuma vis-à-vis de l'enfant, non plus le devoir de sauvegarde, mais ces pouvoirs excessifs que le passé s'arroge à l'égard de l'avenir : second abus... Multipliez ces deux tyrannies par les mythes qui les aggravent en les légitimant. Et vous obtenez vite l'absurde et douloureuse intrication des privilèges et des oppressions familiales. Vos notions occidentales de la famille n'ont plus rien à voir avec la réalité... C'est pourquoi la crédulité des hommes leur a prêté la valeur d'absolue.

— Votre conclusion semble sévère. Je connais chez nous bien des familles dont l'atmosphère est charmante ,et je m'efforce, dans la mienne...

— Je pense bien, interrompit-il, que la sensibilité française se charge d'humaniser les systèmes les plus absurdes. N'empêche que, de l'homme à la femme, du couple à l'enfant, deux légers décalages, l'un de force, l'autre d'âge, servent de prétexte dans chacun de vos foyers à une double dictature... Et vous nous reprochez la nôtre ! ..

Un rapide regard jeté vers la porte, il poursuivit à mi-voix :

— Je suis fort loin d'admirer toute l'œuvre des Soviets, croyez-le bien. Mais ici leur système de table rase et de construction neuve produit d'excellents effets. Trois mots pour tout définir ! *Egalité des sexes.* C'est bien ce que nous avons réalisé en Russie, n'est-il pas vrai ?

— Oh ! sans aucun doute...

— D'autre part, le droit de la femme ne devient-il pas supérieur à celui de l'homme dès qu'elle porte en elle le fardeau de l'avenir ? Charge qui prend toute une part de ses forces. Donc, *droit absolu de la femme enceinte à l'aide de l'Etat. Et primauté de la mère vis-à-vis du père.* Enfin, un être vivant ayant tout autre importance que les sentiments sexuels si variables : *primauté de l'enfant vis-à-vis du couple...* C'est tout.

M. F... se tut, puis :

— Vous constaterez, dans les salles de nos tribunaux autant que dans nos crèches, que ce ne sont point là pour nous de vains mots. Cependant, déjà, regardez ces murs. Voici des affiches qui incriminent les vieux errements : la femme enceinte lavant son linge ; le nouveau-né couché avec la nourrice qui le précipitera du lit ou l'étouffera ; la sucette malpropre ; le bol de lait garni d'une couronne de mouches ; le porc et le chien rôdant à travers l'isba, auprès du berceau. Eh bien, contemplez celle-ci : un meeting de nouveau-nés élevant des pancartes : Nous exigeons le lait naturel ! De l'air ! de la lumière ! Des parents sains !

Il sourit encore et conclut :

— C'est cela ! Il faut que tout se passe comme si l'enfant gouvernait. Gouvernait en sachant ce que l'adulte sait, ou devrait savoir...

***

La charge honorée que la maternité est en U.R.S.S., la femme pourtant a droit de la décliner.

Le code soviétique a fait effort pour éclaircir le problème de l'avortement : partout ailleurs caché dans une ombre où des mains ignorantes ou cupides abiment, estropient et tuent. Les médecins en France savent les désastres que laisse chaque année après lui notre demi-million d'avortements clandestins. Or le mal est aussi grand à Berlin, Londres ou New-York qu'à Paris.

Le droit pour la femme de faire interrompre

sa grossesse est reconnu par la loi russe, mais, il ne faut pas l'oublier, sous certaines conditions seulement. La candidate à l'avortement doit, devant une commission spéciale, justifier de motifs valables : âge précoce ou trop avancé, famille déjà nombreuse, pauvreté, tuberculose, etc... Les demandes sont repoussées dans une proportion importante, un quart environ. Hors des services de l'Etat, l'avortement redevient un délit.

— Ce sont assez souvent les mêmes femmes qui se présentent à nous, me disait un avorteur officiel.

Tels effets de cette législation peuvent prêter à la critique : sauraient-ils être plus funestes que ceux d'une prohibition inutile ?

Il faut pourtant avouer que le pays soviétique, où la population se multiplie d'une façon excessive, peut rechercher sans arrière-pensée une solution équitable. D'autres nations en sont réduites à suppléer les naissances volontaires par celles du hasard.

***

La mère a-t-elle accepté le fardeau ?

Protection de la grossesse, d'abord. A dater du cinquième mois, interdiction d'employer à aucun travail pénible ce corps qui transporte une charge plus précieuse que toute autre. Congé payé et obligatoire de quatre mois : moitié avant, moitié après la date prévue pour l'accouchement. A la sortie de l'hôpital, la mère reçoit, à son choix, soit un viatique de quarante roubles, soit une layette complète. A l'usine, si elle allaite son enfant, prime de douze roubles par mois, et, chaque jour, deux heures de repos payé : droit au contact avec la chair de sa chair !

La balance de l'Etat s'inclinant du côté de l'avenir, quoi de plus équitable ?

Suppression de toute inégalité de droit entre les enfants nés du mariage et ceux de l'union libre. Recherche de paternité vraiment effective et sévère. L'analyse du sang elle-même admise à faire preuve. La femme enceinte hors mariage doit, avant le sixième mois, déclarer à l'Etat civil le nom du père. Si celui-ci ne conteste pas, il est déclaré tel : un tiers de son salaire (la moitié en cas de chômage) est versé à l'enfant jusqu'à ce que celui-ci ait atteint huit ans. Un jury de trois membres, où il y a toujours deux femmes, sait imposer ce devoir au déserteur.

Que si plusieurs hommes étaient en rapport avec la mère à l'époque de la conception, les frais d'entretien de l'enfant sont partagés entre eux. Plutôt l'enfant à plusieurs pères, que ce monstre de chez nous : l'enfant qui n'en a pas ! Tant pis pour les mâles affectés assez ridiculement d'un tiers ou d'un quart de paternité !

Tout cela est juste, net, décisif. Que le mensonge, le chantage puissent toutefois s'insérer dans ces circonstances, point de doute. Moindres maux que la désertion ailleurs consacrée...

La Russie est prodigue à l'égard de l'enfant. De belles crèches blanches et propres dans chaque usine. Un nombreux personnel déshabille et baigne les petits ; plus de maillot, les membres en liberté ! Détails touchants : dans chaque garderie, ces grands jouets, bateaux et chevaux mécaniques ; ces silhouettes d'animaux clouées au-dessus des patères pour que l'enfant reconnaisse aisément celle où il doit accrocher ses vêtements. On dresse déjà ce petit monde à l'initiative, on lui apprend à s'habiller, à se débrouiller seul.

A trois ans, le bambin quittera la crèche pour entrer au jardin d'enfants ou à l'école. Il y restera jusqu'à huit ans.

Les campagnes aussi ont leurs crèches, de plus en plus multipliées. La paysanne, dont la nombreuse progéniture, mêlée aux animaux domestiques, grouillait dans l'étroite et malpropre isba, avait d'abord fait mauvais visage à l'innovation. Elle y voit aujourd'hui une aide précieuse. Que l'Etat soviétique ait saisi ce joint pour infiltrer ses dogmes dans le village, c'est évident ! Mais, quels que ces dogmes puissent être, un Etat qui débarbouille les enfants, les instruit, les sort d'une vie animale, vaut mieux qu'une famille ignorante et malpropre.

***

La Russie nouvelle qui fait tant pour l'enfance, est frappée en celle-ci de la plaie la plus monstrueuse, et, il faut le dire, la plus imméritée qui puisse humilier un peuple (1).

C'est des « enfants abandonnés », des *besprizorni* que je parle.

En pleine capitale, sur la Loubianka ou la place Rouge — plus souvent dans les faubourgs populaires — parmi la belle jeunesse qui foisonne à Moscou de toutes parts, vous voyez soudain passer quelque affreuse bande de mômes. Maigres, haillonneux, morveux, de la crasse partout : sauf à ces vives prunelles que lave le linge complaisant des paupières. D'ailleurs, regards de loup, dents prêtes à mordre.

Point de marché sans quelque jeune rôdeur aux mains subtiles. Penchez-vous à l'arrière de ce tramway : le regard effronté d'un *besprizorni* qui s'est accroché au tampon... Chaque jour, les conversations de vos hôtes reviendront à ce sujet avec pitié, avec honte, avec crainte.

— Ne rentrez pas la nuit par les ruelles à votre Hôtel du Tsékoubou, nous a-t-on répété vingt

(1) Mme Militsina, pédagogue au cœur d'apôtre, m'a aidé à voir clair dans cette question. Je lui en dois vive gratitude.

fois. Vous risqueriez fort d'y être attaqués par quelque escouade de précoces bandits et tout au moins soulagés de vos pardessus.

***

La grosse dame a quitté les Magasins du *Goum* par cette issue en Z, en « chicane », que les établissements moscovites ont volontiers : vous chicanant, en effet, comme un paradis, l'entrée, et, comme une prison, la sortie. Un petit marchand vend de suaves pains d'épices au miel. La grosse dame mange. Délices... Soudain, elle ne sait quoi lui a tiraillé un pan de son manteau. Déjà, l'autre jour, un *besprizorni* lui a coupé la courroie de son sac ; elle se méfie !... Sa poche est à demi-retournée ; un gant pendille : un gamin déguenillé retire prestement la main.

— Attention ! Vous perdez votre gant !

On le croirait, ma foi ! tant la face montre de suave hypocrisie... Mais les yeux rient malgré eux.

La dame a saisi le bras grêle et sale. Oh ! elle n'est pas méchante : elle aurait pitié de ces pauvres os ! C'est le mensonge qui l'exaspère.

— Voleur ! Rends-moi l'autre gant.

— Ton gant ? lance le gosse, tout de suite insolent. Et si tu perdais un téton, faudrait peut-être que je le ramasse ?

— C'est bien. Je vais t'amener au milicien, menace-t-elle, furieuse.

L'enfant hésite.

— Hé ! Vous n'avez qu'à regarder par terre.

La maigre épaule désigne un porche voisin : un tas d'ordures y atteste que le service de la voirie eut affaire aujourd'hui ailleurs que dans ce quartier-ci. Deux camarades du gosse y ricanent : le gant, par miracle, se trouve précisément à leurs pieds.

Sophie Alexandrovna porte sous le bras un joli paquet. Des blouses qu'elle a brodées. Cette Sophie rêvasse ,comme toujours, on ne sait à quoi. Imprudence. Le quartier du Smolienski, vers huit heures du soir, est si désert !

Des *besprizorni* aux pas muets ont surgi d'un coin de rue, d'un coin de porte, du sol... Il fallait mieux serrer le bras, Sophie ! Ton paquet court sur des pieds nus, et déjà bondit de main en main.

— Au secours !

Un taxi passe, par grand hasard. Sophie, tu peux t'y précipiter, tu peux tenter la poursuite !.. Les taxis ne franchissent pas les palissades.

Sébastopol. Des quais assez mal famés. Un promeneur pensif y égare, au crépuscule, sa haute taille et ses pas distraits. Un coup de sifflet qu'il n'entend pas. Des ombres se rapprochent. Avant que Semachko, Commissaire du Peuple à la Santé publique, ait pu faire un geste sa montre court aussi vite que le paquet de Sophie...

Peut-être, en cet instant même, l'hygiéniste rêvait-il à cette plaie de l'enfance abandonnée, peut-être, dans la pourpre du flot crépusculaire, la voyait-il, de tous côtés, se fermer sans cesse et sans cesse se rouvrir.

***

Le mal, en effet préoccupe les maîtres du jour. Ce mal est fort étendu. Des chiffres absurdes ont été prononcés. « Huit millions de *besprizorni* ! » Non : deux à trois cent mille. C'est déjà beaucoup.

Ce sable arraché de la terre russe par tant de cataclysmes, par la guerre étrangère et civile, le typhus, la famine, ce sable menu et innombrable que saisons et vents dispersent par les campagnes ou entassent au creux des villes, on a tenté de patients efforts pour le fixer : ainsi plante-t-on des pins dans les dunes... Cette enfance errante, on a voulu la rattacher au sol, près du paysan ; à l'atelier, près de l'ouvrier. Des asiles ont été créés. En hiver, soupe et poêle retiennent les *besprizorni*. Sitôt les beaux jours, ni contrainte, ni murs ne résistent. Les bandes s'égaillent ; toutes les disciplines déchirées d'un éclat de rire, les vêtements neufs vendus et remplacés par des loques. C'est qu'ils n'ont point trop à craindre de l'indulgence russe, ces gosses. bougonnerie sympathique des miliciens, clin d'œil du passant, rire du volé lui-même... Ils n'ont point trop à craindre du gouvernement, en un pays où les femmes y sont présentes. C'est en vain que tel ou tel partisan de l'ordre a songé à d'atroces remèdes : déportation dans une île, voire la mitrailleuse ou le gaz fatal. En fait, une cruelle solution s'ébauche : la maladie décime les rangs des abandonnés plus que l'exemple ou les fatalités ne les accroissent.

Dans le rigide ordre communiste, trois cent mille enfants tiennent le rôle du nihilisme. Ames audacieuses, emportées au-delà du délit par l'agilité ! Surhommes morveux qui décident chaque jour ce qu'ils vont choisir dans l'état de la société. Intelligences sans cesse aiguisées. Peut-être quelque Gorki sortira-t-il un jour des rangs de ces vagabonds ?

Des camps ont été créés pour les *besprizorni* : des moniteurs admirables savent leur laisser l'illusion de l'indépendance et présenter l'ordre sous les espèces de la gymnastique et du sport. Dans les villes, des refuges où des femmes aux cœurs de mères lavent les plaies, détachent les croûtes, mettent de l'émulation dans la corvée de patates, du jeu dans le balayage... Un médecin trie parmi les tares et les délits. Un instituteur écoute : cet homme écoute vantardises, mensonges et jusqu'aux énormités. Un vieil

ouvrier s'efforce de faire connaître à ces indisciplinés les plaisirs du travail bien fait. De jeunes camarades s'essaient à leur rendre le goût du foyer.

Enfants révoltés ? Peut-être. Mais « abandonnés », sur la généreuse terre russe ? Non pas !

***

Ce n'est qu'une petite comsomolka comme une autre... On en rencontre tant qu'on en veut, dans la rue, dans les meetings, de ces visages où tantôt la lumière de l'œil et tantôt la volonté de la mâchoire prend prééminence : où parfois aussi une pudeur, inattendue dans cette jeunesse informée de tout, témoigne de ces profondeurs qui ne se connaissent pas elles-mêmes.

Elle arrive dans la ville de S..., au lendemain même d'une impuissante rafle. C'est en vain qu'armée et milice tentent ici ou là de débarrasser, de ces précoces bandits, toute une région. Quelques malchanceux, quelques malades se laissent prendre. Sitôt que les dos des adultes se sont tournés, voici l'enfance maligne ressortir de chaque pavé : un peu plus méfiante, un peu plus sauvage seulement.

Le plan de la petite comsomolka est fait. Elle est allée rôder derrière la gare. Deux gamins audacieux fixent son sac d'un regard effronté : dommage qu'ils ne soient pas en nombre ! De cet air sérieux avec lequel on s'adresse aux personnes de toute confiance, la jeune fille leur demande de lui indiquer le bâtiment des expéditions... Les gosses, flattés, répondent de leur mieux. Quelques mots sur le temps qu'il fait : gravement échangés entre connaisseurs. Et la voilà déjà partie... Déjà !

Elle revient le lendemain. Quelle chance ! Dans ce lot de quatre ou cinq gosses qui vont fouinant dans la neige charbonneuse, elle a reconnu les deux gars d'hier. Elle va droit à eux. Dix minutes, et voici une espèce de dînette s'installer sur un bout de planche, car, quel hasard ! il y a des gâteaux dans le sac de la jeune fille. Il y a aussi des contes dans sa mémoire. Elle en sort un, magnifique. Des sorcières et des ogres, des oiseaux qui parlent, des palais qu'un seul mot magique suffit à élever dans les airs : ce que çà serait commode pour se loger ! Tandit qu'elle narre, deux ou trois museaux croûteux se sont ajoutés aux autres. Elle n'a pas fini, et il faut qu'elle s'en aille : quel dommage ! On la reverra demain, n'est-ce pas ? Cependant, on fait connaissance :

— Comment t'appelles-tu, toi, le grand ?

— Nicolas-Gratte-toi.

— Et vous deux ?

— Moi, « Lénine », citoyenne.

— Moi, Tête-de-Chou.

— Et toi, ma petite ?

— Syphilis.

Elle est revenue tous les jours, la petite comsomolka. Parfois, les mains pleines. Bonbons, crêpes ou tricots bien chauds. Souvent rien qu'avec des récits. Des légendes, comme la première fois, mais aussi des histoires plus merveilleuses encore. Celles d'un morceau de sucre, ou de charbon, ou d'un brin de fil, à partir de la betterave, de la mine ou du lin. Un jour, la petite comsomolka déploie une carte de la grande et magnifique Russie. Ses fleuves, ses chemins de fer dont maints de ses auditeurs, qui volontiers voyagent accrochés sous les wagons, connaissent surtout le ballast. Voici l'alphabet à présent : chaque jour, ces drôles de signes qui servent à crocheter, à déboulonner les mots fixés aux murs.

Elle entend bien des narrations aussi, la jeune fille. Car elle sait écouter. Elle a appris bien des choses dont elle ne se doutait pas et un vocabulaire prodigieusement ordurier dont les gosses pourtant, sans qu'ils s'en rendent compte, épargnent à la grande amie les pires éclaboussures. On est ici entre gentilshommes — entre gentilshommes de fortune, comme au temps des pirates ! Auprès de la jeune fille, rêve étonnant ! on n'a plus de loques, de morve, ni de plaies, on croit même ne plus avoir, pire maladie, cette enfance si longue à guérir. De ces bandits, la comsomolka n'a rien à craindre. Sa montre et son porte-monnaie sont en sécurité. Elle sait d'ailleurs se protéger elle-même. Elle a dégonflé d'un mot le grand Basile qui faisait le mariolle. Il est maintenant au premier rang des auditeurs. Comme cela se presse autour d'elle, ces têtes pouilleuses et teigneuses ! ainsi une grappe de raisin moisie par le brouillard. Comme tous écoutent, émerveillés ! Le Rat a cessé de grignoter. Khokhol a tu son accent ukrainien. Le sourire de Simon-la-Dent fait oublier cette canine de travers qui lui donne l'air d'un sanglier. Marmite, Lentielle et les filles — il y a trois ou quatre petites filles dans la bande — Motka, Chourka, sont bien sages.

La comsomolka est de la bande, maintenant. On lui a révélé le grand secret : celui du gîte nocturne. C'est dans la chaufferie de la gare. Un des employés n'a pas honte de vendre très cher à ces malheureux enfants le chaud asile.

Une nuit, elle y pénètre. Ténèbres, détours. Fête à la lueur d'une lampe « poissée » à la gare. Les deux grands prestiges sont là : champagne de Crimée et cocaïne. Avant que les gosses ne titubent, Dindon et Pavelle-Bourgeois jouent au milicien naïf et au malin *besprizorni*. Avec un talent incroyable, la môme Six-Doigts et Bébé miment la raccrocheuse de nuit et le client ivre.

— Et moi, à mon tour, je vous invite dimanche à une fête !

Oh ! Cela n'a pas été facile de les décider ! Certes, ils font confiance à leur amis, mais ces portes ouvertes ont un tel air de piège ! Vingt *besprizorni* sur les trente pourtant les franchissent. Les maîtresses d'école et les écoliers, que la jeune fille a conquis eux aussi, sourient et accueillent, Thé, friandises, jeux... La petite comsomolka voit se rougir ou se froncer les faces des abandonnés : un *besprizorni* ne pleure pas, sauf par comédie, et pourtant, des larmes dans ses yeux. La comsomolka aussi en a dans les siens, quand elle a vu, les uns après les autres, ses amis reculer, partir.

Quatre sont restés. Quatre sauvés, après six semaines de patience, d'angoisse !... Il faudra jeter encore et encore le filet. Puis changer de ville. Il faudra, tout en faisant la pêche aux âmes, gagner sa vie à soi, durement : bien que le frère de la jeune fille, étudiant à une *rabfak*, se fasse durant ses loisirs, un peu d'argent comme portefaix et remette souvent ce gain à sa sœur.

La jeune fille n'a point fini de narrer son apostolat. Mais elle doit se taire : quinte de toux. Voyez ces mains diaphanes, ces pommettes rouges. Le vent est froid, le soir, sur les terrains vagues que hantent les *besprizorni* ; la boue sur les berges est glaciale.

Elle peut tomber, la jeune fille. Elle sera aussitôt remplacée. Ce n'est qu'une petite comsomolka comme une autre.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Le traitement d'un cas de phtisie pulmonaire à l'époque de Louis XV.

Par MM. Joseph PIERRE et Marcel MOLUÇON.

De ce travail très intéressant, publié dans Le Courrier médical *du 4 mars* 1928, *nous extrayons ce qui suit, pour servir à l'histoire de la médecine au XVIII*e *siècle.*

I

Nous avons en notre possession un certain nombre de lettres manuscrites échangées en 1728, et principalement en 1742 et 1743, entre les proches d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire et les médecins qui lui donnèrent leurs soins.

De nombreuses ordonnances sont annexées à cette correspondance ; certaines furent rédigées au lit de la malade, mais, dans la plupart des cas, les médecins fixèrent leur opinion et établirent leurs prescriptions d'après la relation, qui leur était faite par lettres, des symptômes. Nous trouvons donc longuement décrits les malaises dont souffrait la malade.

....

Les dix-neuf pièces de cette correspondance constituent un véritable dossier médical, propre à nous instruire de la manière dont on appliquait *en clientèle* le traitement de la tuberculose au commencement du XVIIIe siècle.

....

Mme BILLOT naquit en 1705, elle était Damoiselle Anna Catherine POUPARD (1), fille de Maistre Jean POUPARD et de Dame JANVOIS.

Au cours des années 1742 et 1743 où sa maladie connut une acuité particulière, elle habitait près de la Chapelle Saint-Pierre à *Vendôme*. Si elle fit fréquemment appel à des médecins de *Blois*, c'est que son frère était Procureur au Bailliage et Siège Présidial de *Blois*.

Le recours à CHICOYNAUD (1) François, gendre de Chirac et son successeur comme médecin de Louis XV, se justifie d'autant plus que son père, Michel Chicoynaud, docteur, professeur et chancelier de la Faculté de Montpellier, mort en 1701, était né à *Blois*.

Les ordonnances d'HELVÉTIUS (2) sont datées de Versailles. Il était à la Cour où le retenaient ses fonctions auprès de la Reine. D'importants travaux et la réputation de ses remèdes avaient consacré son autorité. Il était non seulement le médecin de la Reine Marie LECZINSKA, mais aussi son confident (3).

(1) Elle avait pour sœur cadette Damoiselle Jeanne POUPARD qui, par contrat du 20 octobre 1722, avait épousé Maistre François BASSET, Procureur au Siège Ducal de Châteauroux, et pour frère, Maistre Jean POUPARD, Procureur au Baillage et Siège Présidial de *Blois*. De cette même famille était Vincent Poupard né à *Levroux* vers 1730, licencié en Théologie, lauréat de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, curé de *Sancerre* (Cher), Député aux Etats Généraux de 1789, auteur estimé de l'*Histoire de Sancerre* (1777), nommé par élection en 1791 Evêque du département du Cher, charge que sa conscience lui fit refuser, comme elle lui fit donner sa démission de membre de l'Assemblée Nationale. Il mourut en 1796 dans sa ville natale où il s'était retiré.

Ces renseignements biographiques et le dossier médical dont nous faisons état se trouvent dans les Archives de M. PIERRE, Directeur de la *Revue du Berry*, Château de Charron par *Cluis* (Indre) ; liasse « Levroux passim ».

(1) CHICOYNAUD François (1672-1752), cf. *Michaud Biographie universelle*. — Dr Paul DELAUNAY. *Le Monde médical parisien au XVIIIe siècle* (édit. Rousset, Paris 1906, r. Casimir-Delavigne).

(2) HELVETIUS (Jean, Claude, Adrien) (1685-1755) deuxième fils du médecin Adrien HELVETIUS et le père du philosophe. Cf. les deux ouvrages mentionnés à la note précédente, et Dr LAFOND : *La Dynastie des Helvetius*. — *Les Remèdes du Roi* (Edit. Guitard 1926, 6, passage Verdeau, Paris).

(3) Cf. *Les Mémoires du duc de Luynes*.

A titre de remerciements, on fit parvenir à CHICOYNAUD quelques pièces de gibier. On trouve l'écho de ce détail dans une lettre du 10 janvier 1743 ou M. de FERRIEZ accuse réception de l'envoi et indique l'usage qu'il en a fait : « J'ay reçu, mon cher amy, le panier de gibier que vous m'avez envoyé, en très bon état ; voicy l'usage que j'en ay fait ; j'ai envoyé à M. CHICOYNAUD les deux perdrix rouges, le levreau et les deux bécasses... ». CHICOYNAUD n'avait pas les mêmes scrupules que l'original ami de G. SAND, le Dr DESCHARTRES, qui jetait lièvres et perdreaux à la tête de ceux qui se disposaient à lui en faire don, Il accepta de fort bonne grâce cet aimable envoi. Il faut ajouter qu'on en profita pour obtenir de lui une petite consultation : « Sur les accidents survenus du sang, M. CHICOYNAUD a dit à la personne qui luy a présenté le gibier que cela ne pouvait que faire du bien et qu'il n'y avait qu'à continuer ses remèdes et ceux de M. HELVÉTIUS, après quoy ils donneraient leurs avis par la suite... »

Notons, en passant, cette collaboration de la meilleure déontologie entre HELVÉTIUS et CHICOYNAUD. Elle eût pu ne pas exister, car ils avaient été, quelques mois auparavant, concurrents au poste si envié de médecin de Louis XV (1).

Un autre médecin, d'un certain renom, fut appelé à *Vendôme*, le 30 juin 1743 au chevet de Mme Billot, le Dr LEHOUX (Jean-Baptiste-Jacques) qui habitait au Mans, rue de la Paille. Né à *Thorigné* (Haut-Maine), reçu docteur à la Faculté de *Reims* le 27 novembre 1731, agrégé en 1735 au Collège de Médecine du *Mans*, époux de Marie-Anne LE ROMAIN, il mourut au Mans le 5 janvier 1766. Il était doyen du Collège de Médecine, et associé regnicole de la Faculté Royale de Médecine (2).

Deux autres médecins participèrent au traitement de la maladie : le Dr HEMERY, médecin à *Blois*, et le Dr DEVOUZIERE dont les lettres sont datées de *Blois*. Certaines de ses ordonnances ont été rédigée à *Vendôme*. Le ton de sa correspondance paraît indiquer qu'il était assez lié avec la malade et la famille de celle-ci. Ni l'un ni l'autre ne sont cités par DELTHIL dans son travail *Causerie sur la Médecine... Da la Renaissance de la Médecine dans le Blésois et recherches sur les Célébrités médicales* (3).

....

II

....

(1) M. LAFOND rapporte, dans son travail *La Dynastie des Helvetius*, cette observation que Barbier consigna sur son *Journal anecdotique* : « On a enfin nommé M. CHICOYNAUD, gendre du défunt M. CHIRAC, qui est de la Faculté de Montpellier. C'est une injure faite à la Faculté de Paris où il y a de très habiles gens. Ce poste est très considérable, et par le crédit et par le revenu qui est de plus de 60.000 livres de rentes. »

(2) Ces renseignements nous ont été obligeamment communiqués par le Dr DELAUNAY, du Mans.

(3) Paris, Lauwereyns, 1883, in-8°.

III

Il ressort de la lecture de cette correspondance médicale que la gravité de la maladie s'accentua de jour en jour. La violence des symptômes mentionnés dans les deux dernières lettres est la marque d'un état alarmant. Tous les symptômes sont minutieusements consignés par l'entourage de la malade : toux violente que calment très imparfaitement les pilules de cynoglosse, crachats abondants, douleurs de tête et d'épaules, fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée, ictère, affaiblissement et amaigrissement progressifs. Il semble qu'il s'agisse d'une tuberculose aggravée et précipitée dans son évolution par une grossesse intercurrente, peut-être (en raison de l'ictère noté) également compliquée de lithiase biliaire et d'entérite tuberculeuse.

L'auscultation n'existait pas. Les moyens d'investigation étaient rudimentaires. Dans une lettre de la malade, nous retrouvons le compte rendu de l'examen des crachats par son médecin. On se borne à incinérer les crachats pour en apprécier l'odeur et à les jeter dans une bassine d'eau pour observer s'ils vont au fond. « Il faut remarquer, dit Mme FOUQUET dans son *Recueil de Remèdes* (1), que si ce qu'il (le phtisique) crache était mis dans un bassin d'eau, il irait à fond ».

Pour SYLVIUS LE BOÉ, la phtisie (2) était le produit d'une diathèse qui engendrait une sérosité irritante, laquelle se déposant sur les parties molles du poumon, y produisait les tubercules dont la fonte aboutissait à l'ulcération de cet organe. Les médecins de Mme BILLOT restent fidèles à cette conception et les expressions dont ils usent sont le reflet de cette doctrine : « On doit donc reconnaître pour cause une salûre qui domine dans le sang... qui agace toutes les parties où elle passe ». « Partout on y reconnaît un sang extrêmement âcre qui fait sentir son activité sur toutes les parties du corps et plus encore sur le poumon qui, à raison de la lisière molle et délicate, est moins en état de soutenir les impressions » (3). « Le sang est plein d'une sérosité acide » (4). Pour le Dr LEHOUX, « le principe du mal consiste dans les tubercules qui semblent occuper la partie supérieure du lobe gauche du poumon ». On ne trouve que de rares allusions à la doctrine iâtromécanique. Il est cependant dit qu'il conviendra de « rétablir les ressorts de ces mêmes parties qui ont été affaiblies ».

Il faudra donc combattre l'âcreté acide du sang et aussi empêcher l'épaississement et la stagnation

(1) VAN HELMONT, précurseur de Sylvius, disait que les maladies pulmonaires prenaient naissance lorsque l'archée, dans un mouvement de rage, envoyait aux poumons des acides âcres qui en déterminaient l'inflammation (*Kurt Sprengel, loc, cit.*, tome V, p. 35). L'archée était le fondement de la vie et de toutes les fonctions.

(2) Edition 1739, *Loc. cit.* tome II, p. 272.

(3) Ord. du Dr DEVOUZIERE, 15 fév. 1743.

(4) Ord. du Dr HÉMERY, 12 juin 1743.

des humeurs, facteurs, selon BOERHAAVE, de toutes les maladies.

C'est le règne de la médecine désobstruante : On saigne. La malade avait été saignée quatre fois en peu de temps lorsque le Dr HÉMERY fut appelé à son chevet. Mais, selon lui, « il faut encore avoir recours à la saignée du bras et même ensuite à celle du pied ». C'est l'époque où l'on dispute sur les mérites respectifs de la saignée au bras et de la saignée au pied. Ainsi, quelle que soit la thèse admise, le Dr HÉMERY restera orthodoxe, dans un cas au moins. Plus tard, il regrettera l'extrême faiblesse de la malade qui empêchera d'employer la saignée « cependant nécessaire pour la révulsion de la sérosité acide ». Ses collègues en usent heureusement avec plus de modération.

Le traitement doit être, aussi, délayant. La malade fait une grande consommation d'infusions théiormes. LE SAGE (1) n'a pas manqué d'observer l'abus qu'on faisait des boissons chaudes : le Dr SANGRADO emploie la palette, mais aussi l'eau chaude.

La méthode purgative sera la suite logique de ce traitement. On purge et on repurge la malade, avec une once de catholicon délayée dans six onces d'eau de plantain (2), avec deux onces de manne dans un bouillon au veau (3), avec la rhubarbe (4), dont on est obligé de suspendre l'emploi, avec trois gros de casse cuite (5) qui est le purgatif favori d'Helvétius. HELVÉTIUS attache une grande importance à la qualité de cette casse. Il recommande expressément de prendre cette drogue chez « M. PITCHELER, pharmacien rue Saint-André-des-Arts, vis-à-vis de la rue de l'Eperon ». Toutes ces purgations sont destinées à délayer le sang et à évacuer la bile dont la fermentation accroît « l'acrimonie saline des humeurs (6). » Devant un ensemble aussi touchant de prescriptions (7) purgatives, Montaigne aurait sans doute maintenu son ironique appréciation : « A dire vray, de toute cette diversité et confusion d'ordonnances, quelle autre fin et effect après tout y a-t-il que de vider le ventre ? »

Si les purges ne suffisent pas, on fera appel aux lavements que l'on rendra purgatifs en y délayant une once de lénitif et un gros de cristal minéral

. Tout assaisonnement est naturellement banni de l'alimentation, principalement composée de lait, de légumes, de bouillons de viande et de volailles.

(1) *Gil. Blas* parut en 1815.
(2) Ord. DEVOUZIERES, 15 février 1743.
(3) Ord. DEVOUZIERES, 27 février 1743.
(4) HELVÉTIUS, 2 mars 1743.
(5) HELVÉTIUS, 2 mars 1743.
Ord. HELVÉTIUS, 12 juin 1743.
Ord. HELVÉTIUS, 2 juillet 1743.
(6) Ord. HÉMERY, 12 juin 1743.
Ord. HÉMERY, 2 juillet 1743.
(7) Rappelons la valeur des poids et mesures alors en usage : l'once correspondait à 30 gr., la livre à 16 onces, soit 490 gr., le gros à 3 gr. 82, le scrupule à 1 gr. 27, le grain à 0 gr. 053, la drachme à 3 gr. 24, la pinte à 0 litre 93, le septier valait 8 pintes.

Voilà, dans ses grandes lignes, le traitement général, logique application des conceptions médicales qui dominent cette époque.

IV

En tête de la médication particulière à la tuberculose pulmonaire, il convient de placer le lait et le petit lait « bien clarifié ».

Au cours de la maladie, tous les médecins prescrivent l'usage régulier du lait soit pur, soit coupé. Si parfois on en abandonne l'emploi, à regret, c'est que la malade affaiblie ne peut plus le tolérer. Il faut bien noter que le lait n'est pas employé seulement au titre diététique mais, en conformité avec les opinions d'alors, comme émollient et édulcorant. Il est réputé le grand remède de la phtisie, dans l'opinion populaire. Les quelques lignes que lui consacre « l'illustre et pieuse Mme FOUQUET » dans son *Recueil de remèdes* (1) marquent assez dans quelle estime on tenait ce remède pour combattre la phtisie que Mme FOUQUET définit « un ulcère du poumon par lequel tout le corps devient sec comme du bois ». Remède pour les phtisiques. *Le meilleur remède et qui les soulage le plus*, c'est de leur faire boire tous les matins trois quarterons de lait d'Anesse et de ne prendre rien de trois heures après ; il faut autant que faire se pourra que l'Anesse soit jeune et qu'il n'y ait que trois ou quatre jours qu'elle ait fait son Anon : faute de lait d'Anesse, on peut prendre la même dose de lait de Chèvre, y mêler aussi bien que dans celui d'Anesse, une cuillerée de sucre rosat ». On fait prendre en effet, à la malade, de la cassonnade et du sucre rosat, même en nature, pour compléter l'action édulcorante du lait.

On a également recours à l'action incisive et béchique des plantes dont on fait grand usage en infusions, apozèmes, sirops. On emploie les produits gommeux et visqueux (sirop de limace) pour émousser les *pointes* (2) des acides. Contre l'acidité des liqueurs on use des poudres inertes. En résumé, drogues incisives (3), adoucissantes, délayantes, neutralisantes dont la liste qui fait suite à ce chapitre nous donnera une idée suffisante.

Enfin, pour « adoucir et rembaumer le sang », les médecins prescrivent les produits balsamiques, acquisitions récentes de la flore du nouveau monde,

(1) *Recueil des remèdes faciles et domestiques choisis, expérimentez et très approuvez pour toutes sortes de maladies internes et externes et difficiles à guérir recueillis par les ordres charitables de l'Illustre et pieuse Mme* FOUQUET *pour soulager les pauvres malades* (ED. 1739) *Loc. cit.* p. 272. Mme Fouquet était la mère du surintendant FOUQUET. Son livre de médecine populaire connut une grande vogue.
(2) On prête aux acides la forme de pointes et aux alcalis celle de parallélipipèdes.
(3) Les remèdes incisifs sont les remèdes pénétrants, destinés à raréfier les humeurs visqueuses et à dissocier les obstructions pulmonaires.

dont le Codex de 1732 donne une longue liste : « Il serait bon de passer à l'usage des baumes à petites doses. Les huit premiers jours on se contentera de donner deux gouttes de baume de Pérou et autant de celui de Copahu » (DEVOUZIERE). HELVÉTIUS prescrit un bol contenant vingt grains de baume du Canada ; HÉMERY formule un bol contenant avec du benjoin, du safran et du blanc de baleine, huit gouttes de baume de soufre térébenthiné Le Dr LEHOUX ordonne le baume de Pérou « pour déterger et consolider les tubercules suppurés ».

Certaines prescriptions nous donnent l'impression d'une thérapeutique récalcifiante, avant la lettre : témoins ces formules dans lesquelles rentrent corail rouge préparé, corne de cerf calcinée, yeux d'écrevisses.

Il s'agit plus vraisemblablement d'une médication neutralisante. La calcéothérapie n'est pas encore en vogue !

Nous ne trouvons qu'une seule prescription d'ipéca destinée à arrêter « les progrès du dévoiement » : « chacun de ces bols sera composé de deux grains d'épécacuahna en poudre et de dix grains de diascordium, il ne s'agit pas de procurer un vomissement abondant ni même un vomissement, de simples nausées suffisent (1) ». Voilà une pratique qui rappelle singulièrement notre traitement actuel des hémoptysies par l'ipéca à dose nauséeuse. Mais ce n'est que plus tard qu'on eut recours à des doses très faibles d'ipéca dans les hémorragies et les affections de poitrine. L'ipéca n'était connu à Paris que depuis 1686 et fut longtemps employé uniquement contre la dysenterie. Remarquons que déjà il est associé à l'opium.

Il va sans dire que nous retrouvons à différentes reprises des prescriptions opiacées. Vers la fin du XVIIe et au commencement du XVIIIe siècle, l'opium suscita de vives controverses avant d'atteindre la célébrité (2). HÉMERY indique d'ajouter à la médication balsamique « cinq gouttes de SYDENHAM chaque troisième jour ».

La malade doit user de pilules de cynoglosse qui apaiseront la toux et lui donneront par conséquent du repos. Cependant dans tous les cas l'opium est prescrit à de faibles doses et encore est-il recommandé d'en user avec modération.

« Nous ajouterons que quant aux narcotiques dont peut-être on pourrait être tenté de faire usage par la suite, ils doivent être supprimés autant que cela sera possible, attendu que dans les circonstances leur usage appelle souvent l'enflure, fait languir l'expectoration qu'il rend aussi plus laborieuse ». De même HELVÉTIUS : « Elle ne prendra pas le soir de calmants à moins qu'elle n'y soit forcée par la violence et la continuité de la toux. » Cette restriction dans l'emploi des narcotiques est tout à fait conforme à nos idées actuelles.

L'opium est le seul médicament héroïque ordonné. Dans le Codex de 1732 figurent cependant de nombreuses plantes toxiques qui eussent pu être judicieusement employées dans le traitement de la malade ; entre autres l'aconit, la belladone, le laurier-cerise. Leur nouveauté et leur toxicité répugnèrent sans doute à ces médecins respectueux dans certains cas du *primo non nocere*.

On compte sur le traitement général pour amener une diminution de la fièvre. Nous ne relevons que deux essais de médication spécifiquement antithermique. HÉMERY recommande l'usage des bouillons amers et des préparations de quinquina. Plus tard HELVÉTIUS fera appel au quinquina, mais avec des scrupules qui sont le reflet de la suspicion dans laquelle on tenait cette drogue : « Tisane de kinkina. Prenez une once (1) de kinkina coupé par morceau, faites-le bouillir dans un pot de terre avec cinq demi-setiers d'eau, mesure de Paris, réduit à une pinte, ensuite on le passera et on le partagera en six prises » (HELVÉTIUS).

Mais avant de recourir à cette tisane, on essayera des purgations. On ne fera appel au quinquina seulement « si la fièvre ne quitte pas après les deux purgations. » Là n'est pas la seule condition : « on ne donnera le kinkina qu'au cas qu'on s'aperçoive que la fièvre est du genre des intermittentes, c'est-à-dire qu'elle revienne périodiquement le soir en se marquant par des bâillements ou par un frissonnement ». Et encore, si on prend cette décoction qui nous paraît aujourd'hui parfaitement inoffensive, faudra-t-il s'entourer de précautions : « la malade prendra immédiatement avant chaque prise de tisane de kinkina une prise de l'opiat fait avec le blanc de baleine et la cassonnade. Par ce moyen le kinkina ne pourra faire nulle impression sur sa poitrine. » Helvétius et ses contemporains éprouveraient quelque surprise devant l'emploi généralisé du quinquina devenu peut-être la plus populaire des drogues de notre matière médicale.

En cours de traitement, lassé sans doute de l'insuccès de sa thérapeutique, HELVÉTIUS conseilla à la malade un séjour à la campagne. Il comptait sur le repos et l'action bienfaisante du grand air. Le principe des cures d'air n'est pas une idée nouvelle. Déjà en 1573, le Dr Charles ESTIENNE (2) écrivait : « Ceux qui sont pulmoniques ou exténuez de longue maladie doivent chercher l'air des forests où il y a pin à force, parce que tel air leur est grandement profitable (3) ». Le *Larousse médical* s'exprime peu

(1) Dr DEVOUZIERE, 15 février 1743.

(2) Je ne puis m'empêcher de féliciter le genre humain de ce que le Tout-Puissant lui a fait présent, pour la consolation et le bonheur de l'humanité souffrante, de ce remède... Sans lui, l'art de guérir cesserait d'exister. SYDENHAM, Op. T. I., p. 113.

(1) C'est la dose classique. On peut se contenter d'une once lorsqu'il s'agit d'une fièvre intermittente ordinaire, Pour prévenir les récidives, on doit continuer pendant huit jours d'en faire prendre une demi-drachme chaque matin.

(2) *Agriculture et Maison Rustique.*

(3) Voici tout le rôle qu'HELVÉTIUS attribuait au

différemment sur le choix d'un emplacement propice à la construction d'un sanatorium, Dans ce cas comme dans bien d'autres, l'observation empirique a précédé l'explication scientifique. Cette cure d'air n'apporta, du reste, aucune amélioration à l'état de la malade (1).

V

. . . .

Les doctrines médicales qui inspirèrent le traitement que nous venons d'exposer, ont été sans cesse revisées au cours de ces deux derniers siècles. Il ne reste plus grand chose de cette méthode curative de la tuberculose pulmonaire. Certaines applications (la saignée jusqu'à la défaillance et l'abus des purgations) nous paraissent avoir eu une fâcheuse répercussion sur l'évolution de la maladie. Notre pharmacopée s'est dépouillée de la « cuisine arabesque » dont parle Guy PATIN. Elle s'est précisée par l'emploi des alcaloïdes et enrichie de nouvelles acquisitions ; mais nous demeurons relativement désarmés. La diversité des remèdes préconisés est la marque de notre incertitude. Parmi ces remèdes, il est curieux d'observer que bon nombre, et des plus réputés, furent employés par nos ancêtres sous une forme rudimentaire. Il est devenu classique de retrouver dans le passé l'emploi de médicaments dont la nouveauté prétendue fait notre orgueil. N'est-il pas d'ailleurs remarquable que les principes chimiques isolés au cours des recherches phytothérapiques récentes ont, dans bien des cas, légitimé l'usage que nos ancêtres faisaient des plantes ? Simples remarques qui ne méconnaissent pas l'étendue du chemin parcouru.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr MAC, du Mans (Sarthe). — M. le Dr LHOPET, de Collioure (Pyr.-Orient.). — M. le Dr GEORGES SECRESTAT-ESCANDE, ancien député de la Dordogne. — M. le Dr CAT, de Draguignan (Var).

— **XVe Congrès annuel d'hygiène.** — La Société de Médecine publique et de Génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès tiendra séance les mardi 23, mercredi 24 et jeudi 25 octobre 1928, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. J. Brisac, préfet honoraire, directeur de l'Office national d'hygiène sociale, président de la Société pour 1928.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro consacré spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour : 1° Relations des initiatives privées avec l'Etat, dans le domaine de l'hygiène publique et sociale. Rapport par M. G. Dequidt ; — 2° La question des lotissements. Rapport par M. Henri Sellier ; — 3° Le plan d'extension des villes. Rapport par M. Doumerc, directeur de l'Extension de Paris à la Préfecture de la Seine ; — 4° M. le professeur Marchoux fera un rapport sur le rôle de l'Etat dans la lutte contre le paludisme en Corse ; — 5° M. Kanony, directeur-médecin en chef, attaché au Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte : Sur l'organisation du service quarantenaire d'Egypte.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui seront adressés avant le 15 septembre 1928.

Une visite à une usine de produits alimentaires sera organisée. M. Gaudicheau fera à cette occasion une conférence sur la conservation des viandes.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées : 1° les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages (pages de 39 lignes ; lignes de 52 lettres), et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ; 2° les manuscrits devront être remis en séance ; 3° le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ; 4° les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire*, 4, rue de Sèvres, Paris ; 5° faire précéder le texte d'un résumé de 4 à 5 lignes qui figurera en caractères gras en tête de la communication ; 6° remettre en séance un résumé (10 à 15 lignes), en plusieurs exemplaires, destinés à la presse.

Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 15 septembre 1928, et devront être adressées à l'agent de la Société, M. Dufaure, Institut Pasteur, 28 rue Dutot, Paris (XVe).

---

phénomène de la respiration. Il prétendait que le sang s'étant rafraîchi dans le poumon par le contact d'un air toujours nouveau diminuait de volume et n'exigeait plus que le canal artériel fût aussi large que celui des veines. (Dissertation sur la circulation du sang).

(1) On avait également remarqué que la vapeur qui s'élève de la terre végétale fraîchement remuée était salutaire aux pneumoniques. Dès 1725, on recommanda les bains de terre comme un remède fort utile contre la phtisie pulmonaire. On faisait coucher ou asseoir le malade une fois par jour dans une fosse et on le recouvrait jusqu'au cou de terre remuée nouvellement. Cette exhalaison est constituée en grande partie par le gaz carbonique. Nous n'avons pas trouvé trace d'un tel traitement dans les mémoires de notre dossier. Dans le même ordre d'idées, vers la fin du XVIIIe siècle, on préconisa l'air des étables.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur Carnot). *Cours de vacances* sous la direction des professeurs Carnot et Villaret, du prof. agrégé Chabrol et du Dr Bénard, médecin des hôpitaux.

COURS D'OCTOBRE (1er-13 octobre) : Notions récentes sur les maladies digestives.

Lundi 1er octobre : 9 h. 30, M. Deval, chef du laboratoire de la Clinique. Techniques d'examen des sucs gastriques et duodénaux. — 2 h. 30, Mlle Tissier, Coprologie clinique (examens chimiques, microscopiques, parasitaires, bactériologiques).

Mardi 2 octobre : 9 h. 30, Dr Lagarenne. Techniques radiologiques des examens digestifs. — 2 h. 30, Dr Rachet, Endoscopie ; Œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie.

Mercredi 3 octobre : 9 h. 30, Dr Bouttier. Les syndromes gastriques sécrétoires (hyperchlorhydrie, achylie) et moteurs (atonie, hypersthénie, etc.). — 2 h. 30, professeur agrégé Chabrol, Les syndromes hémorragiques (hématémèses, mélæna, hémorragies occultes), traitement ; Les syndromes anémiques. Traitement.

Jeudi 4 octobre : 9 h. 30, professeur agrégé Chabrol, Les syndromes douloureux (gastralgies, entéralgies, crises solaires, crises tabétiques). — 2 h. 30, professeur P. Carnot, Les syndromes de sténose et d'occlusion.

Vendredi 5 octobre : 9 h. 30, Dr Jacquet, Les ptoses digestives. — 2 h. 30, Dr Jacquet, Les dolicho et méga-viscères.

Samedi 6 octobre : 9 h. 30, Dr Fatou, Les éventrations et hernies diaphragmatiques. — 2 h. 30 ,Dr Libert, Les stases intestinales chroniques ; leur thérapeutique.

Lundi 8 octobre : 9 h. 30, Dr Libert. Les diarrhées chroniques ; leur thérapeutique. — 2 h. 30, professeur Villaret. Les ulcères de la petite courbure.

Mardi 9 octobre : 9 h. 30, professeur Villaret, Les ulcères juxta-pyloriques. — 2 h. 30, Dr Boltanski, Les périviscérites digestives.

Mercredi 10 octobre : 9 h. 30, Dr Froment, Les ulcéro-cancers ; Les limites. — 2 h. 30, Dr Bariéty, Les cancers de l'estomac.

Jeudi 11 octobre : 9 h. 30, professeur Carnot, Les cancers de l'intestin (ampullomes, cancer iléo-cæcal, cancer de l'appendice, cancer du côlon). — 2 h. 30, Dr Friedel, Les cancers recto-sigmoïdiens.

Vendredi 12 octobre : 9 h. 30, Dr Dumont, Les entéro-colites tuberculeuses. — 2 h. 30, Dr H. Bénard, Les colites amibiennes et lambliennes.

Samedi 13 octobre : 9 h. 30, Dr Terris, Les appendicites chroniques. — 2 h. 30, Dr Friedel, Les rectites infectieuses (blennorragiques, syphilitiques, tuberculeuses ; rectocolite hémorragique). Traitements.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

— **Ecole française de stomatologie** (20, passage Dauphine, Paris (XIe). — L'Ecole de stomatologie a été créée, en 1909, par L. Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Elle a pour objet de donner un enseignement stomatologique complet : 1° Aux docteurs en médecine français et étrangers qui veulent se spécialiser en cette branche de la médecine ; 2° aux étudiants en médecine, à partir de leur cinquième année d'études et ayant au moins 16 inscriptions.

L'enseignement comprend : la clinique stomatologique, la technique et la pratique de l'odontologie, de la prothèse et de l'orthodontie.

Le programme est entièrement parcouru en dix-huit mois. Un dernier semestre de perfectionnement gratuit permet aux élèves de rester deux années à l'Ecole et d'entreprendre à leur gré des travaux de leur choix.

Le diplôme de l'Ecole est décerné aux élèves qui ont satisfait aux examens obligatoires de fin d'études. Droits d'inscription : 2.500 fr.

Deux rentrées annuelles : une en décembre, l'autre en mai. La prochaine rentrée saura lieu le lundi 3 décembre 1928. Le nombre des places étant limité prière de s'inscrire le plus rapidement possible.

Pour tous renseignements, s'adresser tous les jours au secrétariat de l'Ecole ou tous les matins et sur rendez-vous au directeur, 20, passage Dauphine.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** — M. le prof. F. Terrien, assisté de M. le prof. agrégé Velter et de MM. Cousin, Veil, Favory, Malt et Renard, chefs de clinique, assistant et chef de laboratoire, fera un cours de perfectionnement en 12 leçons, sur la technique chirurgicale oculaire,pendant le mois d'octobre1928.

Les élèves seront appelés à pratiquer eux-mêmes les opérations sur le cadavre.

La première leçon sera faite par M. le prof. Terrien le vendredi 5 octobre 1928 à l'Hôtel-Dieu, et l'enseignement continuera les jours suivants.

Pendant la durée du cours, les auditeurs seront autorisés à travailler à la bibliothèque Javal.

Droit d'inscription,300 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h. ou au siège de l'A.D.R.M., salle Béclard, à la Faculté.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *L'Auvergne ,ses sites et ses villes d'eaux , en auto cars P.L.M.* — Si Vichy est la reine des villes d'eaux c'est aussi un centre d'excursions d'où partent, dans toutes les directions, des services automobilesP.L.M., qui permettent aux touristes d'admirer les curiosités de l'Auvergne et des Cévennes.

Parmi les circuits à effectuer autour de Vichy, dans la journée ou dans l'après-midi, il convient de citer les suivants : Châtel-Guyon-Royat, 146 km., 55 fr. ; Monts de la Madeleine, 134 km., 50 fr. ; Viaduc des Fades, 160 km., 70 fr. ; Monts du Forez, 223 km., 80 fr. ; Sommet du Puy-de-Dôme, 156 km., 75 fr. ; Thiers, par la montagne, 111 km., 40 fr. ; Vallée de la Sioule, 131 km., 50 fr. ; Glozel, 46 km., 20 fr.

De Vichy, partent aussi les autocars de la « Route thermale d'Auvergne » qui, à travers des sites charmants, conduisent à Royat, Le Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Nectaire, avec retour à Vichy le soir même. Prix du circuit de 252 km., 100 fr.

Depuis le 1er juillet, des autocars mènent de Vichy au Puy ; d'autres, du Puy conduisent vers les Gorges du Tarn et l'admirable Grotte de l'Aven Armand. D'autres, enfin, permettent d'atteindre, par Valence et Grenoble, la « Route des Alpes et du Jura », qui, de Nice à Mulhouse, offre les plus beaux spectacles de montagne qu'on puisse imaginer.

Le Directeur-Gérant : Dr **A. GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

moyens d'action, en dehors de la classe des pauvres, ou des demi-nécessiteux, abus qui est commis, non pas par les médecins attachés à l'établissement, mais au détriment de ces mêmes médecins et de leurs autres confrères.

Aussi, les syndicats médicaux ont -ils toujours répudié les situations forfaitaires d'usine, ou autres, et cherchent-ils à s'opposer à l'extension abusive de la clientèle payante des hôpitaux ou à la fonctionnarisation, qui tend à s'établir, sous le nom de médecine sociale, dans tous ces dispensaires d'hygiène sociale, préventoria et autres, où les soins sont donnés à quiconque, par des médecins, véritables fontctionnaires de la puissance publique.

Quant à la dichotomie, si elle conserve son caractère occulte, c'est que, si elle trouve des défenseurs, qui l'expliquent avec des arguments qui ont leur valeur, elle n'est pas entrée dans les mœurs et surtout ne peut pas être comprise du public.

Le malade admet de payer des honoraires royaux à un chirurigien, car celui-ci travaille dans un décor impressionnant : la maison de santé ; parce qu'il coupe, tranche et que son travail laisse des marques appréciables, sous un pansement.

Au contraire, le même malade se montrera surpris des honoraires réclamés par un médecin, parce que le travail intellectuel de ce praticien ne se voit pas, parce qu'il est bien difficile de savoir quand un médecin fait un effort cérébral intense pour arriver à un diagnostic aussi juste que possible.

Les syndicats médicaux essayent d'aborder cette question, qui mérite qu'on s'y attache d'ailleurs, qu'on n'appelle plus dichotomie tout partage d'honoraires ; mais déterminons quelle part doit revenir au médecin traitant, qui assiste à une opération et qui représente les intérêts du malade qui est endormi.

Souvent, ce praticien peut être appelé à éclairer le chirurgien, sur une particularité, découverte au cours de l'opération, où peut, au nom du patient anesthésié, prendre une détermination, lorsqu'il s'agit d'une modification à apporter à l'intervention décidée avec le malade et sa famille.

Le syndicat des chirurgiens de France a abordé le problème, lors de son assemblée générale dernière, en octobre 1927 : cet exemple doit être suivi, pour élucider la difficulté et pour aboutir à une solution : ou bien, l'interdiction déontologique de tout partage d'honoraires, ou bien établir des règles, qui seront licites et pourront être ouvertement révélées au public.

Quant à la question des ristournes pour fourniture de bandages, etc. ; là encore, ce sont habitudes prises par les fabricants d'appareils, qui

systématiquement, adressent à tout docteur une petite commission, pour le client envoyé.

Ce sont des habitudes commerciales, qui ont été, pendant longtemps, réprouvées et interdites.

Malheureusement, elles se sont insinuées lentement. Et comment appliquer une sanction et quelle sanction, au cas où l'ensemble des syndicats médicaux interdiraient ces habitudes ?

Certains n'iront-ils pas jusqu'à demander que soit défendu d'accepter des carnets, des feuilles d'ordonnances, les petits cadeaux divers que certains spécialistes pharmaceutiques adressent aux médecins ?

N'est-ce pas, sous une autre forme, une ristourne donnée aux médecins, qui, sous le couvert de l'anonymat, procurent des clients aux firmes pharmaceutiques ?

Si l'on s'engage dans cette voie, où s'arrêtera-t-on, car certain chirurgien ne donne pas d'argent à ses correspondants, mais il sait les traiter royalement à table, ou dans de grandes fêtes, alors que que d'autres profitent de certains évènements heureux, pour adresser un cadeau à l'ami, qui peut envoyer des clients.

Que faire alors ? Mes conclusions ne sont-elles pas quelque peu décourageantes ?

J'en conviens ; mais, en l'absence de droit écrit professionnel de déontologie qui soit autre chose qu'un droit coutumier et variable selon les régions, je crois que chaque médecin doit exercer sa profession, selon les indications de sa conscience.

Ainsi agira-t-il, comme l'honnête citoyen, qui n'a jamais ouvert le code pénal et ne sait pas ce qui est défendu par la loi.

Cependant, le bon sens et l'honnêteté de ce citoyen lui dictent une conduite telle, que jamais il n'a à se préoccuper de comparaître devant les tribunaux répressifs.

Voilà pourquoi je ne crois pas à l'utilité, ni surtout à l'efficacité des conseils de l'Ordre ; il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de rédiger un code de déontologie, qui rivaliserait de précision avec le Code pénal.

Et les médecins, qui seraient les juges de leurs confrères, seraient peut-être eux aussi accusés des mêmes pratiques que commettent ceux qu'ils auraient à juger, parce que, dans le silence du cabinet, sous le sceau du secret professionnel, il est possible d'accomplir des actes en cachette, ou de décorer de noms appropriés une ligne de conduite professionnelle qui serait difficilement punissable.

Cherchons à imiter quelques belles figures médicales et il y en a encore beaucoup, demandons conseil à nos anciens et suivons notre intuition, surtout lorsque nous nous trouvons en face du malade et que nous nous sentons véritablement médecins : c'est-à-dire ceux qui guérissent quelquefois, soulagent souvent et consolent toujours.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Fallières.

2884. — Extraction de corps étranger.

Voulez-vous me renseigner sur le prix à demander pour une intervention, accident du travail.

Un ouvrier électricien avale une pointe, il la sent implantée dans le pharynx. Il n'y a pas ici de panier de Graefe, j'introduis la sonde naso-pharyngienne sans résultat apparent immédiat, mais au bout d'une heure, l'ouvrier ne sent plus rien, mange sans difficulté. Je ne peux pas dire que j'ai extrait le corps étranger, mais il est probable que je l'ai détaché et qu'il a été ingéré. Dr G.

Réponse.

Je ne pense pas facile de réclamer une « *extraction* de corps étranger », alors que vous ne l'avez pas « extrait » et que vous ne faites que *supposer* avoir contribué à son ingestion.

Dr Fernand DECOURT.

2.868. — Suture du tendon du quadriceps.

Peut-on assimiler une intervention pour rupture du tendon du quadriceps avec une fracture de la rotule. Quel est le tarif ?

Dr M.

Réponse.

Je suppose que l'intervention dont vous parlez consiste en une « *suture* du tendon du quadriceps », auquel cas il me semble que vous pourriez compter, vu l'importance de ce tendon, par *analogie* avec « suture des tendons profonds du poignet » : 300 francs (article 17). D'ailleurs, les « opérations sanglantes » sur la rotule sont également tarifées 300 francs (article 18).

Dr Fernand DECOURT.

Remplacements.

2964. — Formalités pour un remplacement par un étudiant.

Devant m'absenter à la fin du mois et être remplacé par un étudiant en médecine (20 inscriptions N. R)., je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire quelle démarche il faut faire à la préfecture pour qu'il soit agréé régulièrement.

Dr P.

Réponse.

En vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifié par la loi du 6 mai 1922, un étudiant en médecine ne peut être autorisé à effectuer un remplacement que s'il est interne des hôpitaux ou hospices français, nommé au concours et muni de 16 inscriptions, ou bien encore s'il a terminé sa scolarité et se trouve, par conséquent muni de 20 inscriptions.

L'autorisation doit être délivrée par le Préfet

du département où le remplacement doit s'effectuer ; elle n'est valable que pour trois mois, mais peut être renouvelée.

Pour obtenir l'autorisation préfectorale, un étudiant muni de 20 inscriptions n'a qu'à produire un certificat de scolarité, justifiant le nombre de ses inscriptions. Ce certificat est délivré par le secrétariat de la Fcaculté de médecine.

Fiscalité.

I

2799. — Traitements et salaires et bénéfices non commerciaux.

Dans le *Concours médical* (page LV-2185) je lis, dans la réponse faite à une question concernant les impôts cédulaires, la phrase suivante :

« Les contribuables qui jouissent à la fois de trai-
« tements et salaires et de bénéfices de professions
« non commerciales doivent, pour l'ensemble des re-
« venus de ces deux catégories, être taxés à la cédule
« des traitements et salaires. »

Or ceci est en contradiction avec un arrêt du Conseil d'Etat du 29 juin 1925. La chose est importante pour les contribuables, car, avec un double abattement, le chiffre de l'impôt se trouve fortement diminué.

Dr P.

Réponse.

L'arrêt du Conseil d'Etat en date du 29 juin 1925 est basé sur la législation antérieure à la loi du 13 juillet 1925, qui a modifié les règles d'assiette des impôts cédulaires pour les contribuables qui jouissent à la fois d'un traitement et de bénéfices de professions non commerciales. Notre réponse s'appuie évidemment sur la loi du 13 juillet 1925.

A. M.

2700. — II

Mes revenus professionnels comprennent : 1° des traitements (hôpital, compagnie des Chemins de fer) ; 2° mes recettes de clientèle courante.

Dans ma déclaration pour 1927, j'ai déclaré l'ensemble de ces revenus dans la rubrique professions non commerciales.

Il semble résulter de la notice adressée en même temps que l'avertissement, note de la page 7, que si j'avais déclaré séparément chacun de ces revenus, j'aurais été imposé d'après les règles applicables à l'impôt sur les traitements, salaires, etc., d'où avantage important étant marié et père de deux enfants mineurs.

Pensez-vous que je puisse faire encore une rectification et dans ce cas à qui dois-je l'adresser.

Dr L.

Réponse.

Nous vous conseillons de présenter une réclamation rédigée sur timbre, au préfet de votre département si le rôle a été mis en recouvrement antérieurement au 1er juillet, au Directeur des Contributions directes dans le cas contraire.

A. M.

Questions médico-militaires.

2532. — Carte de surclassement et billets d'aller et de retour de famille.

Les billets d'aller et retour de famille à prix réduits (tarifs G. V. 6/106) donnent le droit, comme on le sait : 1° à trois des voyageurs compris dans le billet de voyager isolément avec un billet individuel spécialement établi à cet effet ;

2° Au chef de la famille, d'obtenir une carte d'identité sur la présentation de laquelle il est admis à voyager isolément à moitié prix du tarif général pendant la durée de la villégiature de la famille, entre le lieu de départ et le lieu de destination mentionnés sur le billet.

Un officier de réserve, titulaire de la carte de surclassement, voyageant dans l'une des deux conditions ci-dessus, peut-il utiliser sa carte ? Les instructions portées au dos de la carte de surclassement, bien que mentionnant un certain nombre de cas où elle-ci n'est pas valable, et spécifiant d'autre part qu'elle l'est pour les mutilés et les pères de familles nombreuses, est muette sur le cas des billets de famille.

J'ai demandé le renseignement à la gare de L. et il m'a été répondu affirmativement. Mais, comme cette réponse m'a été donnée en se référant à une note dont le verso de la carte de surclassement n'est que la reproduction, je conserve un doute, et il me paraît qu'il serait intéressant pour tous les porteurs de cartes de surclassement susceptibles d'utiliser des billets de famille, d'être officiellement fixés à ce sujet.

Si donc vous pouviez faire trancher la question par les réseaux, ou si, à votre connaissance, elle l'a déjà été, je vous serais obligé de vouloir publier la réponse, dans l'un des numéros les plus prochains du *Concours*.

Dr C.

Réponse.

Renseignements pris aux sources les plus autorisées, le chef de famille, titulaire d'une carte de surclassement d'officier de réserve sur les chemins de fer, ou tout autre membre de la famille, titulaire de la même carte, peut utiliser les avantages de la dite carte, lorsqu'il voyage isolément, soit avec un billet individuel, soit avec une carte d'identité, que peut comporter le billet de famille des chemins de fer (aller et retour à prix réduits).

2646. — Preuve d'origine de blessure.

Je soigne un mutilé de guerre, qui brusquement alors qu'il est pensionné depuis un an seulement vient de recevoir du Ministère des pensions un avis lui signifiant que « son *infirmité n'est pas imputable au service, l'intéressé n'ayant pas apporté la preuve exigée par la loi* (*loi du* 9 *février* 1926).

Que doit faire ce mutilé ? Quelle preuve doit-il apporter, alors qu'il a fourni déjà des certificats d'origine de blessure (intoxication par les gaz) ?

S'agirait-il d'établir la filiation des accidents primitifs avec l'état actuel ?

Dr N.

Réponse.

La loi du 9 janvier 1926 exige que l'intéressé fasse la preuve *entière* que son infirmité est imputable au service, c'est-à-dire *preuve d'origine* (accidents pulmonaires lors de l'intoxication par les gaz, au cas d'une infirmité pulmonaire actuelle) et *preuve de continuité de soins*, ou de *filiation médicale*, depuis l'accident primitif.

Le rejet de pension lui ayant été notifié, il bénéficie d'un délai de 6 mois pour introduire devant le tribunal des pensions un pourvoi contre cette décision ministérielle, en apportant tous documents nouveaux de preuve qu'il aura pu établir.

2707. — Indemnité d'un témoin au tribunal des pensions.

Convoqué par le président du tribunal des pensions militaires pour donner des explications sur un certificat que j'ai fait concernant un malade qui demande une pension militaire, et parti de chez moi à 7 h. 15' et rentré à 10 h. 45', à quelle indemnité ai-je droit ? (frais de déplacement et heures d'absence) ».

Dr X.

Réponse.

A notre avis, vous devez être indemnisé comme témoin, c'est-à-dire conformément aux dispositions de l'article 47 de la loi du 31 mars 1919, dont voici le texte :

« Il est alloué aux témoins entendus qui en font la demande une somme de 2 francs comme indemnité.

S'ils sont domiciliés hors du canton, au moins à 2 myriamètres et demi et moins de 5, ils reçoivent 4 francs.

S'ils sont domiciliés au-delà de 5 myriamètres, la somme allouée est portée à 5 francs par 5 myriamètres ou fraction de 5 myriamètres.

Ceci doit, pensons-nous, s'entendre comme pour le réformé lui-même (article 43) par myriamètre tant pour l'aller que pour le retour.

2262. — Droit à l'admission comme pupille de la Nation.

Je vous serais obligé de me dire si un enfant né le 8 octobre 1919 et dont le père est décédé de maladie contractée à la guerre pour laquelle il était réformé à 100 p. 100 peut être admis comme pupille de la Nation. Les deux autres enfants nés en 1921 et en 1925 peuvent-ils aussi être pupilles ? La veuve a-t-elle droit pour ses enfants à une allocation ?

Dr M.

Réponse.

Tous les enfants des ex-militaires décédés des suites de la guerre peuvent être admis comme pupilles de la Nation, s'il est prouvé que la maladie a été *contractée* ou *aggravée* par le service (article 3 de la loi de juillet 1917). C'est donc le cas ici, puisque l'intéressé était pensionné à 100 %.

Ils conservent le droit, jusqu'à l'âge de 18 ans, de toucher la majoration d'enfants qu'ils recevaient du vivant de leur père (article 13 de la loi du 31 mars 1919).

La mère reçoit une pension de veuve (article 14 de la loi du 31 mars 1919).

2282. — Conditions d'allocation de l'indemnité aux tuberculeux de guerre.

Membre du « Sou », abonné au *Concours*, voudriez-vous me dire ce que doit faire un de mes malades à qui M. le Préfet envoie la lettre ci-jointe :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que par suite de l'existence d'un dispensaire antituberculeux à X., vous devrez à l'occasion de la prochaine visite trimestrielle que vous serez appelé à subir, vous présenter au médecin de cet établissement (consultations tous les 2e et 4e mercredis de 15 h. à 17 heures).

Il en sera de même pour les autres visites trimestrielles. Seul, le certificat qui me sera adressé par le médecin du dispensaire me permettra de continuer de vous faire percevoir l'*indemnité de soins*.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.

Pour le Préfet :

Le Directeur du Service des soins gratuits.

Le malade en question réformé à 100 p. 100 pour bacillose pulmonaire touche l'indemnité de 7.000 fr. Dans quelle mesure ce malade est-il tenu de se soumettre aux visites du dispensaire ?

Existe-t-il un décret ou une loi l'y obligeant ; si oui, peut-il faire valoir que son état de santé ne lui permet pas des voyages aussi fatigants. X, est à une quarantaine de kilomètres de Y. et l'autobus (moyen de transport le plus pratique !) met sur de mauvaises routes quatre heures à faire le trajet.

Il serait obligé de partir à sept heures du matin pour ne revenir que le lendemain. Voyez fatigue et dépense. Or, ce malade tuberculeux floride et très dyspnéique fait assez souvent de petites hémoptysies avec poussées de température.

Enfin que devient dans tout cela le rôle du médecin traitant. Il me semble que de ce pas nous ne serons plus aptes bientôt qu'à distribuer du julep-codéine — et que les seuls médecisns de dispensaires ou autres officiels détiendront les qualités nécessaires pour ausculter et au besoin faire faire des analyses de crachats.....

Dr N.

Réponse.

Le décret du 25 août 1925 et les circulaires du 4 septembre 1925 (pensions), du 8 septembre 1925 (finances) règlent les conditions dans lesquelles l'indemnité pour soins peut être allouée aux tuberculeux à 100 %. Dans cette dernière, il est dit : « 4° la nécessité de soins spéciaux doit être reconnue. C'est aux organismes antituberculeux, ou, à défaut, aux médecins spécialement désignés qu'il appartient de constater que l'état du tuberculeux nécessite des soins et que, par conséquent, l'indemnité doit être allouée ou maintenue ».

Le Préfet est donc dans la légalité. Cependant, si le malade n'est pas transportable, rendez-en compte à l'autorité préfectorale, afin que, pour le visiter à domicile, elle désigne spécialement un médecin.

2709. — Proposition pour la Légion d'Honneur.

J'ai lu dans le *Concours médical* la promotion des officiers du S. S. de réserve, et j'y lis des noms de camarades appartenant à des promotions contemporaines ou postérieures à la mienne.

Je suis à trois galons depuis décembre 1916 et je serais désireux de savoir si, passé après la démobilisation dans la territoriale, je remplis les conditions d'ancienneté pour la proposition au grade supérieur.

Dans ce cas, vous m'obligerez de me dire ce que j'aurai à faire pour obtenir le quatrième galon.

Enfin, j'ai eu, au cours de la campagne, des titres vraiment particuliers pour la Légion d'honneur, mais chef de service, il ne pouvait me convenir de les faire valoir, et personne ne s'est avisé de la moindre proposition en ma faveur, alors que j'ai assuré un des services de spécialités les plus importants au front sous les bombardements. Que devrai-je faire pour concourir pour le tableau de la Légion d'honneur ? J'appartiens à la classe 1904, et ai fait la campagne du premier au dernier jour. Pouvez-vous me dire comment se comptent les annuités et si je remplis les conditions d'inscription par mes annuités en dehors des titres tout à fait particuliers dont je parle plus haut.

Dr X.

Réponse.

Promu au dernier grade en 1916, vous êtes proposable pour le 4e galon, à condition de faire une seule période d'instruction, puisque vous avez fait la moitié de la guerre avec ce grade. Adressez-vous à votre Directeur du Service de

Santé pour lui dire votre désir, et votre décision d'accomplir toute période d'instruction nécessaire.

Afin d'être proposable aussi pour la Légion d'honneur, il vous faut trente annuités, toute année de mobilisation comptant pour une annuité supplémentaire, et de même toute blessure ou toute citation à l'armée.

Accidents du travail.

2965. — Accident survenu au cours d'un déplacement.

Voulez-vous me permettre de discuter votre réponse au n° 2551.

Le cas me paraît très simple : si l'ouvrier quitte la carrière une fois sa journée terminée, le patron n'est pas en cause. Mais si le trajet est compris dans les heures payées, l'accident, à mon avis, tombe sous le coup de la loi de 1898.

Il en est de même de la bonne qui tombe en course, du charretier ou du commissionnaire accidentés sur la voie publique au moment où ils sont en service commandé.

Dr P.

Réponse.

La réponse que nous avons publiée dans notre numéro du 5 juillet 1928, page 2.306, sous le numéro 2551, concernait uniquement le cas d'espèce qui nous était soumis, c'est-à-dire le cas d'un ouvrier victime d'un accident au cours du trajet entre son domicile et le lieu de son travail.

Dans cette réponse, nous n'avons pas envisagé le cas d'un accident survenant au cours d'un déplacement effectué pendant le travail, pour la nécessité du service et sur l'ordre du patron, et nous n'avions pas à le faire. D'ailleurs, rien dans les termes de notre réponse ne permet de penser que celle-ci puisse s'appliquer aussi à ce dernier cas.

En effet, lorsque l'accident survient au cours d'un déplacement effectué pendant les heures du travail et sur l'ordre du patron, aucune difficulté n'est possible : l'accident est bien survenu par le fait ou à l'occasion du travail, alors que l'ouvrier était placé sous la direction de son patron et, par suite, la loi du 9 avril 1898 devient applicable.

2957. — Honoraires d'expertises accidents.

Quel est le prix moyen que l'on peut demander pour une expertise d'accident du travail ? J'ai toujours remarqué une extrême variété dans les sommes demandées et je m'aperçois que je demande beucoup moins que certains confrères.

Que peut-on demander pour une expertise faite à trois experts ayant nécessité une seule séance ?

Quel est le tarif kilométrique ? Dans le cas ci-des-

sus j'ai dû me rendre de A. à C., soit 89 kilomètres (simple course en auto).

Dr P.

Réponse.

En matière d'expertise pour les accidents du travail, il n'existe aucune tarification des honoraires. C'est à l'expert qu'il appartient de proposer, sur son mémoire, la somme que lui paraissent justifier le temps passé et les difficultés techniques rencontrées. Sa demande est ensuite soumise au Procureur, puis au Président qui taxe.

A titre d'honoraires, vous pouvez, en pratique, dans les cas simples, demander environ de 150 à 200 francs.

En plus de vos honoraires, vous avez, en l'espèce, à compter vos frais de déplacement, au prix d'un billet aller et retour, en première classe, si le trajet pouvait s'effectuer par chemin de fer, ou à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour dans le cas contraire. En outre, comme vous vous êtes déplacé à plus de vingt kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez à compter une indemnité spéciale de 30 francs.

2787. — Recouvrement d'honoraires accidents en justice de paix.

La Compagnie d'assurances à laquelle sont assurés les ouvriers d'une entreprise de travaux publics dont je suis le médecin, refuse de me régler ma note d'honoraires du semestre écoulé. Cette note s'élève à quatre mille francs pour environ 25 accidents.

Devant quelle juridiction dois-je porter ce litige en règlement de compte ? Si c'est en bloc, le juge de paix n'est pas compétent.

Si on juge à part chaque sinistre, comme chacun d'eux ne s'élève pas à plus de 200 francs le juge de paix est compétent.

Dans ma note sont compris non seulement mes honoraires médicaux, mais encore les fournitures de pansements comme pro-pharmacien.

Dr R.

Réponse.

Puisqu'il s'agit du recouvrement d'honoraires médicaux et de fournitures pharmaceutiques pour soins donnés à des ouvriers blessés dans leur travail, le juge de paix du canton où les accidents se sont produits est compétent pour connaître de votre demande, à quelque chiffre qu'elle s'élève, en vertu du § 4 de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898.

L'action devra être dirigée non pas contre la Compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, mais contre le patron ou la société qui emploie les ouvriers, seul responsable envers vous.

Nous vous signalons que, pour cette instance, qui sera introduite en application de la loi sur les accidents du travail, la procédure sera exempte des droits de timbre et d'enregistrement.

3052. — La gelure des mains est-elle un accident du travail ?

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner, si possible, le renseignement suivant : la gelure des mains peut-elle être considérée comme un accident du travail ?

J'ai vu 2 ou 3 jugements à ce sujet, se contredisant et datant déjà de 20 ans. Y en a-t-il de plus récents ?

A titre d'indication, voici le cas : Un ouvrier, en manipulant des madriers et des matériaux gelés, contracte des gelures de bout des doigts.

Pas d'incapacité de travail, mais traitement nécessitant quelques pansements durant une période de 10 à 15 jours. L'ouvrier s'était présenté avec un avis délivré par le patron.

Aujourd'hui la Compagnie d'assurances refuse de payer les honoraires sous prétexte qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail.

Peut-on insister et s'appuyer sur des jugements pour obtenir le règlement ?

Dr B.

Réponse.

Suivant Sachet, Conseiller à la Cour de Cassation, auteur d'un traité très estimé sur les accidents du travail, « l'action soudaine d'une basse température qui détermine la congélation d'un membre ou le décès de la victime présente les caractères d'un accident... Au contraire, il n'y a pas d'accident du travail dans la mort d'un ouvrier atteint d'une congestion au cours d'un travail exécuté par un temps rigoureux, mais dans des conditions qui n'ont pas mis en mouvement les forces de la nature, ni aggravé les dangers que pouvait faire courir la température » (Edition 1926, tome 1, nº 278).

Nous ne connaissons pas de jurisprudence se rapportant à un cas d'espèce analogue à celui qui fait l'objet de votre lettre, mais, en vertu de l'opinion exprimée par Sachet, nous estimons qu'il y a bien accident du travail, puisque la gelure des mains a été consécutive à la manipulation de matériaux gelés. Les dangers que la température pouvait faire courir à l'ouvrier ont bien été aggravés par la nature du travail qu'il était appelé à effectuer.

La Compagnie d'assurances n'acceptant pas le sinistre, l'ouvrier, s'il veut faire payer par elle le montant de vos honoraires, devra citer son patron en paiement du demi-salaire devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. La procédure est exempte des droits de timbre et d'enregistrement et l'ouvrier bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire.

3024. — Évolution d'incapacité permanente.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner les renseignements suivants qu'il me semble avoir déjà

---

lus dans le *Concours*, mais que je ne puis retrouver.

Un accidenté du travail, agriculteur, a dû subir une amputation partielle du 5e doigt de la main gauche dont seule subsiste désormais la première phalange.

A combien évaluer son incapacité permanente ? A-t-il droit à une rente ? Et si oui, comment la calculer ? Dr P.

Réponse.

D'après le barème pour l'évaluation des incapacités résultant des accidents du travail, du Dr Lucien-Mayet, la perte des deux premières phalanges de l'auriculaire gauche peut être évaluée de 3 à 5 %.

L'ouvrier qui en a été atteint dans son travail aurait donc droit à une rente de moitié, c'est-à-dire de 1,5 à 2,5 pour 100 de son salaire annuel, calculé conformément à l'article 2 de la loi accidents, modifié par la loi du 8 juillet 1926, c'est-à-dire, compté pour la totalité jusqu'à 8.000 fr., pour le quart de 8.000 à 18.500 fr. et pour le huitième au-delà de 18.500 fr.

Assistance.

3036. — Certificats pour les femmes en couches.

Un certificat de repos après les couches ainsi qu'une attestation de repos avant les couches doivent être fournis à l'administration préfectorale par les personnes remplissant les conditions requises pour bénéficier de l'assistance obligatoire aux femmes en couches (lois des 17 juin et 30 juillet 1913, 23 janvier et 2 décembre 1917). Ne serais-je pas autant qualifié pour la délivrance de ces deux certificats aux femmes qui sont mes clientes et que j'accouche à X, commune de 800 habitants à peine, que la dame visiteuse de l'endroit, directrice du foyer civil et infirmière du secours d'urgence qui pratique ouvertement l'exercice illégal de la médecine et n'a jamais daigné collaborer loyalement avec moi.

Dr G.

Réponse.

Le certificat de grossesse qui doit accompagner la demande d'assistance aux femmes en couches ne peut être délivré que par un médecin. Le Ministre de l'Hygiène l'a reconnu, en réponse à une question posée par M. Dugueyt, député, no 20.700 du 20 février 1924, insérée au *Journal Officiel* du 29 février 1924 et reproduite par le *Concours médical* du 23 mars 1924, page 926.

Il s'agit là, sans doute, de ce que vous appelez le certificat de repos avant les couches.

Quant à l'attestation de repos après les couches, elle doit être donnée, d'après la loi et les règlements, par la personne désignée à cet effet par le Bureau d'assistance, sur une liste que le bureau dresse, chaque année, au cours de sa première session. C'est sans doute la dame visiteuse dont vous vous plaignez qui est chargée de cette mission.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 65 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.

Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Gauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Raphaël. Léon Clemen (*chir.*).

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 389. — Doct. 52 ans, fatigué, cherche situat. demi-repos dans sanat.

N° 390. — Auto La Buire, torp. 12 CV, 4 pl. 2 strap., 2 roues sec., amortiss. Hartford. Bon état de marche. Prix 12.000 fr. S'ad. Dr Cat, à Marignane (B.-du-R.).

N° 391. — Bretagne. Poste très intéress. de méd. propharm. à céder de suite.

N° 392. — Anc. interne hôp. Paris, très au courant client., reprend. situat. import. et sérieuse avec install. confort.

N° 393. — Doct. Côte d'Azur, disponible septembre, remplacer. conf.

N° 394. — 60 km. Paris, sur gr. ligne ch. de fer, client. rurale rapp. 150.000, fixes intéress. Loyer 3.000, gr. maison particulière avec beau jardin. Indemnité à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 395. — Algérie. Maison d'orthopédie et d'instruments de chirurg., affaires 500.000, partie professionnelle séparée avec appartem. Prix demandé : 250.000 dont compt. à débattre, plus reprise marchandises. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris(5e). Tél. Gob. 36-46

N° 396. — Côte d'Or, près ville, client. seul médec. propharm., rapport. mensuel 5.000, en développ. Petit loyer, maison agréable. Indemn. 12.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

Renseignements

La clin. de Vaugirard, 8*bis*, rue Léon-Delhomme, nouvellem. installée, reçoit sur la demande des confrères, des accouchements à forfait dans d'excell. conditions.

AVIS

I

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

III

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** Année scolaire 1928-1929. — *Inscription des étudiants.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 h., au Secrétariat de la Faculté. En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Cours de vacances de septembre.* — Le cours de vacances de septembre, sur les notions récentes concernant le diabète et les maladies du foie, commencera le 10 septembre à 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — Un cours élémentaire de pratique obstétricale, sous la direction de MM. Ravina et Seguy, chefs de clinique, sera fait du 3 au 15 septembre à la Clinique Baudelocque. Droit : 200 fr.

— **IIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.** — Le Congrès de l'Association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée le 8 octobre 1919, se tiendra, pour la 9e fois, le lundi 8 octobre prochain, à 17 heures 15, à Paris.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Service électrothérapique.* — Un concours pour deux places de directeur adjoint du service annexe d'électrothérapie des hôpitaux de Bordeaux aura lieu le 27 novembre 1928, à Bordeaux.

— **Naissance.** — Le docteur R.-C. Breteille, de Paris, et Madame, nous font part de la naissance de leur fille, *Claude-Yolande.*

— **Æsculape.** — Grande Revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. Abonnement : 35 fr. (étranger : 50 francs). , 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe). — *Sommaire du numéro d'août* 1928 :

L'Art vétérinaire dans Virgile (6 ill.), par Louis Masson. — Un Ami de Restif de la Bretonne : Guilbert de Préval (2 ill.), par Jean Avallon. — La démarche pelvi-ondulante de la femme (7 ill.), par le Dr Marcel Galland. — Cures thermales d'autrefois: les eaux imprégnadères (5 ill.), par le Dr A. Piatot. — Le cardinal Salviati pendu (1 ill.), dessin de Léonard de Vinci. — Supplément (11 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *août.*

Légion d'Honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère de l'Intérieur :

Officier : M. le Dr Dezac-Derecq, de Paris.

Chevaliers : MM. les docteurs Liénard, de Pont-de-Beauvoisin ; Mendel, médecin de l'Association des journalistes parisiens et Papillon, médecin du Ministère de l'intérieur.

Service de santé militaire.

Concours pour l'admission, en 1928, *aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants du service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines.*

Arrêté du 31 *mai* 1928.

Un concours sera ouvert le mercredi 28 novembre

1928 à neuf heures à l'école d'application du service de santé militaire à Paris, pour l'admission à dix emplois de médecin sous-lieutenant et à trois emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1928, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1899 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1928 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les épreuves à subir seront :

A. — Pour les docteurs en médecine.

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Un interrogatoire sur l'hygiène.

B. — Pour les pharmaciens.

. . . .

Nota. — Tous les candidats seront en outre soumis à un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et l'instruction du 29 septembre 1926.

Majoration de points

Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences, dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° A ceux pourvus du diplôme supérieur de pharmacien ;

3° A ceux qui ont été nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine ou de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° Aux docteurs en pharmacie ;

3° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur ;

4° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ;

5° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande ou remettront au président du jury, une pièce officielle constatant leurs titres.

Une majoration de points sera également attribuée aux candidats pour leur tenir compte du dommage résultant de l'interruption de leurs études et de la durée de leur présence sous les drapeaux pendant les hostilités, d'après le barème ci-après :

1 point par mois de présence aux armées ou dans la zone des armées comptant pour l'obtention des brisques ;

5 points par citation à l'ordre du régiment ou de la brigade ;

10 points par citation à l'ordre de la division ou du corps d'armée ;

15 points par citation à l'ordre de l'armée ;

30 points si le candidat est décoré de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire (sans cumul avec la citation qui entraîne l'inscription au tableau pour ces distinctions) ;

10 points par blessure de guerre.

Les points résultant de la majoration pour services de guerre ne comptent pas pour l'admission et n'interviennent que pour le rang à donner dans le classement des candidats.

PIÈCES A PRODUIRE

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er novembre 1928 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi.

2° *a)* Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien, indiquant le régime d'études terminales. (Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

b) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ;

3° Certificat, délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et de ses services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves ;

6° L'engagement de servir pendant six ans au

moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active ;

7° Etat des services indiquant le temps passé aux armées, les blessures, citations et décorations donnant droit à majoration.

8° L'indication par ordre de préférence des villes, sièges de faculté, où le candidat désirerait être affecté, à partir du 31 décembre 1928 jusqu'au 3 novembre 1929, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'école d'application du service de santé militaire, au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

NOTA. — Les candidats admis seront nommés médecins ou pharmaciens sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1928 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de 2 ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les réglements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine, ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecins lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1927 et les pharmaciens (nouveau régime d'études) seront nommés pharmaciens lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1928. Ils seront pourvus, à dater du 31 décembre 1928, d'une affectation à un hôpital militaire ou aux salles militaires d'un hospice mixte se trouvant dans une ville, siège de faculté de médecine ou de pharmacie ; leur affectation sera prononcée d'après les vacances existant au 31 décembre 1928 et d'après l'ordre de classement des candidats dans le cas où plusieurs d'entre eux solliciteraient leur affectation dans une même ville de faculté.

Toute fraude ou tentative de fraude dans l'une quelconque des épreuves entraîne l'exclusion du concours.

14 *août*

Enseignement de la médecine.

MM. Barthe et Le Dantec, anciens professeurs de la Faculté de Bordeaux, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Attribution du titre de professeur de faculté sans chaire.

Décret du 10 *août* 1928.

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 4 janvier 1921 est complété de la manière suivante ;

« Peuvent également, dans les formes prévues audit décret du 4 janvier 1921, recevoir le titre de professeur titulaire sans l'attribution d'une chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des facultés de médecine pourvus, sans limite de temps, d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement et remplissant depuis 15 ans au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique. »

Art. 2. — Est abrogé le décret du 12 juillet 1928.

Art. 3. — Le ministre de l'Instruction publique et des beaux arts est chargé de l'exécution du présent décret.

15 *août.*

Service de santé de la marine.

Concours pour l'emploi de professeur et de prosecteur dans les éécoles de médecine navale.

Les concours pour les emplois de professeur et prosecteur dans les écoles de médecine navale, annoncés au *Journal Officiel* du 12 février 1928, auront lieu à Toulon aux dates indiquées ci-après :

1° *Le lundi* 10 *septembre* 1928 *et jours suivants.*

Professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire et médecine légale à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

2° *Le jeudi* 13 *septembre* 1928 *et jours suivants.*

Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Toulon.

3° *Le jeudi* 20 *septembre* 1928 *et jours suivants.*

A. — Professeur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Brest et de Rochefort.

B. — Professeur de chimie biologique à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.

4° *Le mercredi* 26 *septembre* 1928 *et jours suivants.*

Prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon.

5° Les noms des médecins et pharmaciens chimistes candidats à ces emplois devront être signalés au département dix jours au moins avant les dates respectivement fixées pour chacun de ces concours.

17 *août.*

Enseignement de la médecine

Un concours s'ouvrira le 20 février 1929, devant la Faculté de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

19 *août.*

Assistance publique.

Il est attribué, pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique les récompenses suivantes :

Médaille d'or : MM. les docteurs Delmas, professeur à la Faculté de Montpellier ; Sourbès, de Mezin (Lot-

et-Garonne) ; Mutterer, de Mulhouse (Haut-Rhin) ; Mahu et Truelle, de Paris ; Chopy, de Nemours (Seine et-Marne).

Médaille d'argent : MM. les docteurs Lanchamp, de Besançon ; Debédat, Guyot, Latreille, Leuret, Perrens, de Bordeaux ; Tardif, de Longué (Maine-et-Loire) ; Goellner, de St Amarin (Haut-Rhin) ; Bonan, d'El-Ariana (Tunisie) ; Rouquié, de Tunis.

Médaille de bronze : MM. les docteurs Charra, de Lamastre (Ardèche) ; Calazel, de Foix (Ariège) ; Mme le Dr Pietri, de Belfort ; Chancel, de Cleon-d'Audran (Drôme) ; Patron, de Nantes ; Dufour, de Corné (Maine-et-Loire) ; Le Breton, d'Avranches (Manche) ; Darras, de Saint-Omer (Pas-de-Calais) ; Deladrière, de Calais ; Dervaux et Pley, de Saint-Omer ; Girod, de Chambéry ; Masson, de Chambéry ; Janin, de Paris ; Cantin, de Brie-Comte-Robert ; Chevrolle, de Beton-Bazoches ; Cochot, de La Ferté-Gaucher ; Fromageot, de Coulommiers ; Vilpelle, de Meaux ; Bouhageb, de Tunis ; Hayat, de Tunis.

Hygiène publique

Vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Auxerre.

Le traitement alloué est fixé de 15.000 à 19.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau), 7, rue Cambacérès leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

21 *août.*

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Affaires étrangères : M. le Dr Scemama Bichi de Gialluly, Tunisien.

A PROPOS DE DIPHTÉRIE

La question des doses de sérum.

Nous avons reçu à propos de l'observation relatée dans nos colonnes par le Dr Damey, les trois lettres suivantes... et d'autres encore que nous publierons dans notre prochain numéro.

I

Comme suite à l'article du Dr Damey, de Dou-

arnenèz, concernant les doses de sérum à injecter en cas de diphtérie, je me permets de vous soumettre ma statistique personnelle.

En 18 ans, j'ai traité 220 cas de diphtérie. Au début, jeune médecin, craignant de trop fortes réactions du côté du malade... et du côté de sa bourse, je n'ai fait que 10 c. cubes .Voyant que ça réussissait, j'ai continué, et sur mes 220 cas, je n'ai eu *aucun décès* ; mes malades, jeunes ou vieux ont fort bien guéri ; et je n'ai pas eu que des cas simples !!!

Douze fois seulement j'ai dû répéter des injections toujours de 10 cc. ; une fois j'ai dû aller jusqu'à quatre.

J'ai eu plusieurs paralysies du voile du palais. Elles ont toutes cédé à 2 ou 3 injections supplémentaires. On m'objectera que si mes doses avaient été plus fortes, je n'aurais pas eu à recommencer et je n'aurais peut-être pas eu de paralysies. Pas sûr ! Les fortes doses n'empêchent pas les paralysies, et n'empêchent pas non plus de recommencer.

Quoi qu'il en soit, voilà ma statistique ; comme toute statistique elle ne prouve pas grand'chose. J'ai peut-être eu la chance de tomber sur la bonne série, mais vous avouerez que, pour une bonne série, c'en est une.

Dr M. Béquain,
à Servance (Haute-Savoie).

II

Je suis de ceux « qui se battent tout seuls dans les campagnes contre les cas les plus terribles » et *comme le Dr Damey, je constate que 10 à 20 cent. cubes de sérum ont raison de presque tous les cas de diphtérie* qui se présentent.

Et comme lui, je suis à me demander si les doses excessives que l'on emploie en ville *ont bien leur raison d'être et si parfois elles ne sont pas nocives.*

Dr Fau.
Courpière (P.-de-D.).

III

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt et même avec plaisir l'article du Dr Damey du *Concours médical.*

Depuis le début de l'année j'ai vu 128 *cas de diphtérie* dont plusieurs avec fausses membranes remplissant complètement le pharynx.

J'ai employé *une fois* 30 *c.c.* de sérum de Roux, *tous les autres cas ont été traités avec succès par* 20 *cc.*

J'ai eu un seul décès : enfant malingre de 8 ans ne présentant que quelques points grisâtres, pas de fausses membranes. Inj. de 20 cc. à midi, coma à 3 h., décès à 7 h.

Médecin installé depuis 21 *ans*, je suis déjà de la vieille école. En 1913, 63 cas, pas de décès, je n'avais employé que 10 cc.

Depuis le début d'avril, j'ai vacciné, par l'anatoxine de Ramon, 96 enfants (aucune réaction),

Voir la suite page LV-2553

PROPOS DU JOUR

L'illusion des statistiques dans la lutte contre la tuberculose à la ville. La contamination progressive des campagnes.

Nous avons appelé l'attention sur ce que les statistiques ayant trait à la mortalité par tuberculose dans les villes et notamment à Paris, avaient d'illusoire. Un nombre très appréciable de tuberculeux avancés vont mouirr à la campagne, quittant la ville trop tardivement dans l'espoir de trouver loin d'elle les conditions d'existence nécessaires à la guérison. Si cet exode de phtisiques ne faisait que fausser les statistiques, ce ne serait qu'un demi-mal ; elles donneraient aux protagonistes de la lutte antituberculeuse l'illusion d'une plus grande efficacité de leur action, les encourageraient à persévérer, à intensifier leur propagande. Il en résulterait toujours quelques résultats, payés assez chers, et qu'on ne saurait regretter. Mais l'exode des phtisiques a des conséquences infiniment plus graves c'est, comme nous le signalait le Dr Tocheport d'Excideuil (*Conc. méd.*, 22 juillet 1928, page 2141) et le Dr Deschamps, de Bolbec (*Conc. méd.* du 19 août 1928, page 2390). de répandre la tuberculose dnas les campagnes et dans des régions où naguère elle était inconnue (1). Ce danger ne paraît pas avoir jusqu'ici préoccupé suffiamment ceux qui mènent la lutte contre le fléau et dont l'attention a été un peu trop accaparée par les villes.

Notre article et la lettre du Dr Tocheport d'Excideuil nous ont valu une correspondance et des documents intéressants ; certains méritent d'être publiés.

Le Dr Marchais, de Carhaix (Finistère), président du Syndicat médical de Châteaulin, membre du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, nous écrit la lettre suivante :

Monsieur et honoré confrère,

J'ai l'avantage de vous adresser ci-joint copie d'un document qui confirme votre manière de ovir sur l'*Illusion des statistiques* en matière de tuberculose pulmonaire dans la région parisienne et sur le jeu de balance qui tend à s'établir de plus en plus entre la capitale et la province. En dépit de la lutte organisée un peu partout actuellement, plus les statistiques sont favorables à Paris, plus elles tendent à devenir décevantes dans nos campagnes où la défense sanitaire est autrement ardue.

Je confirme donc par un document officiel et par des chiffres, malheureusement limités à une enquête restreinte, l'opinion du confrère Tocheport de la Dordogne qui n'a rien exagéré.

Veuillez agréer, etc.

Dr MARCHAIS.

(1) Le Dr J. Gibert, de Commentry (Allier) nous donne dans une lettre récente des renseignements absolument identiques à ceux que nous avons publiés.

Cette lettre est suivie du document suivant qu'il importe de faire connaître et qui montre que nous ne sommes pas seuls à nous inquiéter de cette question.

COMITÉ DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE
DE L'ARRONDISSEMENT DE CHATEAULIN

RAPPORT *sur le danger de contamination tuberculeuse par les malades de l'extérieur.*

Un essai fort incomplet a été récemment tenté dans l'arrondissement en vue de dénombrer les cas d'importation de tuberculose et d'en mesurer les conséquences.

L'enquête a porté sur quatre dispensaires.

Disons tout de suite que les cas signalés ne comprennent guère que des gens originaires du pays et s'étant expatriés dans le but de chercher fortune ailleurs. Combien de déceptions au bout de cet exode effectué le plus souvent sans règle, sans garantie d'aucune sorte !

Voici en 3 ans (novembre 1924 à novembre 1927) le nombre des tuberculeux venus de l'extérieur s'inscrire aux dispensaires de :

Châteaulin	27	malades
Carhaix	15	—
Pleyben	7	—
Châteauneuf	8	—
Total	57	—

Pour ces quatre dispensaires (qui sont des organismes cantonaux à population moyenne de 15.000 hab.) la moyenne annuelle des inscriptions de cette catégorie est de 19, chiffre considérable quand on songe aux contaminations probables dans des milieux d'ordinaire si mal défendus.

Les contacts familiaux relevés par ces retours au pays ont été :

◆◆

	Adultes	Enfants
Pour Châteaulin	61	27
» Carhaix	26	10
» Pleyben	4	2
» Châteauneuf	15	10
Total	106	49
Total général..	155	

Châteaulin seul donne les résultats de ses contacts :

Adultes	1 adéno	3 T. P.
Enfants	2 —	4 méningites

Soit 10 cas de contamination contrôlés.

Ces renseignements sont trop peu nombreux pour en tirer des déductions. Cependant ces 10 malades contaminés n'ont-ils pas essaimé à leur tour, et si on généralisait, à quelle conclusion décevante n'aboutirait-on pas ?

D'où venaient ces 57 malades ?

De Paris	38 soit 66 %
Du Havre	4
D'Angers	3
De Toulon	3

Les autres sont des cas isolés.

Il faut retenir l'énorme proportion de tuberculeux revenant au pays *chassés de Paris* (le terme n'est pas exagéré) et venant créer chez nous de nouveaux foyers d'infection.

Il faut qu'on le sache en haut lieu ; il faut que les pouvoirs publics, aidés par l'opinion qui a besoin d'être éduquée, *il* faut qu'ils puissent enfin s'opposer aux déplacements des tuberculeux refoulés à l'heure actuelle de la capitale par ses propres services sanitaires (hôpitaux, dispensaires, sanatoria) sous prétexte de changement d'air, de repos, etc. On n'aurait pas le droit d'agir de même à l'égard de maladies infiniment moins meurtrières chez nous, comme la peste ou le choléra dotés d'une sévère réglementation.

S'il n'est pas fait obstacle à cette invasion continue, la lutte antituberculeuse dans nos dispensaires, malgré son inlassable activité, restera ilusoire, la matière indésirable se renouvelant sans cesse. Le nombre des tuberculeux continuera à augmenter aggravant les charges déjà lourdes et les dangers courus par la population.

Remarque à noter : les gens du pays semblent se défendre moins efficacement contre une infection exotique que contre une contamination de même nature, mais autochtone.

Châteaulin le 22 février 1928.

Dr Marchais.

D'autre part un de nos distingués correspondants, le Dr Henri Bon, de Besançon, qui dirige dans les environs de cette ville la clinique médicale du Chalet d'Arguel par Beure (Doubs), clinique dont la réputation n'est plus à faire, nous signale en ces termes les dangers que feraient courir aux malades et convalescents que reçoivent les maisons de cure, l'admission de tuberculeux contagieux si les médecins de ces maisons n'y prenaient sérieusement garde :

« Je voulais vous écrire ces temps derniers au sujet de votre article sur la tuberculose dans les campagnes. Nombreux sont les malades et médecins qui m'écrivent : Sachant que vous ne prenez pas de tuberculoses ouvertes et ne voulant pas aller (ou envoyer mon malade) dans un sanatorium où il y aurait risque de surinfection, je vous serais reconnaissant de me prendre (ou de prendre mon malade) à votre clinique. » Il s'agit naturellement de tuberculeux plus ou moins avancés, et, craignant une surinfection problématique, on n'hésite pas à risquer de contaminer des malades indemnes de tuberculose et que leur état de santé rend éminemment réceptifs ! Et ces tuberculeux que je refuse et ceux que refusent les sanatoriums parce que trop avancés, on les dissémine dans les hôtels, les pensions, les villas des lieux de villégiature et autres... où les bien portants viendront pendant les vacances chercher la réparation de fatigues de l'année !

Les contagieux pour ne pas se « surcontaminer » ne veulent pas aller dans les établissements où par les murs ripolinés, les planchers sans joints, les antiseptiques, les crachoirs stérilisés, la discipline de la toux, la désinfection du linge, le microbe est incessamment détruit et limité... Et les non tuberculeux doivent voir sans aucun moyen de protection leurs cures d'air changées en cures de contamination ! »

Tout cela est vrai, trop vrai.

Combien de problèmes angoissants soulève la lutte contre la tuberculose ? Combien il serait nécessaire, pour qu'elle ait quelque efficacité de la collaboration sincère, complète, loyale et consciencieuse de tous les médecins, de tous les hygiénistes, des pouvoirs publics et des œuvres philantropiques.

Jusqu'ici chacun paraît avoir voulu monopoliser les moyens de prophylaxie, moins dans un but d'utilité publique que pour imposer sa propre conception de la lutte, satisfaire une vanité personnelle ou collective, ou bâtir une plate-forme politico-sociale sur la plus triste et la plus désespérante des misères qui frappent nos compatriotes et précipitent la dépopulation et la déchéance de notre pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA PRATIQUE DE LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

Par Fr. Saint Girons,

Chef de laboratoire de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades.

La vaccination antidiphtérique est dans ces derniers mois entrée dans la pratique médicale courante ; la grande presse n'a pas été étrangère à ce résultat, et il n'est guère de praticien qui cet hiver n'ait eu, dans sa clientèle, à donner son opinion sur l'opportunité d'une vaccination, soit que des enfants aient été en contact avec un diphtérique, soit que, dans l'entourage, il y ait eu une petite épidémie d'angine diphtérique jugulée par la vaccination et la séroprophylaxie.

A l'heure actuelle, on peut sans crainte affirmer que tout médecin est tenu en conscience de répandre autour de lui la pratique d'une vaccination qui peut et doit, en quelques années, *supprimer la diphtérie aussi sûrement que la vaccination jennérienne a fait disparaître la variole.* Le but de cet article est tout simplement et modestement de préciser *quand et comment il faut vacciner contre la diphtérie.* J'ai largement utilisé, pour sa rédaction, l'important ouvrage que mon maître P. Lereboullet, en collaboration avec G. Boulanger-Pilet, a consacré à l'étude clinique et thérapeutique de la diphtérie (1).

I. Quand doit-on vacciner contre la diphtérie.

Les *indications* de la vaccination antidiphtérique sont extrêmement étendues ; et à la question : quand doit-on vacciner contre la diphtérie ? le praticien peut répondre sans hésitation : toujours et presque tous les enfants. *En cas d'épidémie* les indications sont particulièrement impérieuses, et l'on doit vacciner tous les sujets de plus d'un an sans exception, sans même pratiquer la réaction de Schik. Il n'en va pas tout à fait de même *en temps normal.* Il faut, comme en temps d'épidémie, rejeter la vaccination avant un an, car chez le nourrisson il est *impossible de réaliser une immunisation active.* Mais, étant donné que la réceptivité de la diphtérie est maxima vers le 12e mois *« il faut vacciner ni trop tôt ni trop tard, et l'âge d'élection nous paraît être entre un et deux ans »* (P. Lereboullet et G. Boulanger-Pilet) ; il est donc à souhaiter qu'au cours de la deuxième année la pratique de la vaccination antidiphtérique se généralise autant que l'est, dans les premiers mois, celle de la vaccination jennérienne. C'est à ce moment en effet que la réaction vaccinale est minima. *Entre* 2 *et* 7 *ans,* la vaccination reste excellente, avec des réactions très faibles ; elle peut être pratiquée sytématiquement sans même rechercher la réaction de Schik. Après 7 ans, davantage après 10 ans, et surtout chez l'adulte, les réactions vaccinales étant plus fréquentes et intenses, et d'autre part les immunisations spontanées étant plus fréquentes surtout dans le milieu citadin, il convient de rechercher la réaction de Schick, et *de ne vacciner que les sujets à Schick positif* (1) ceux qui ne possèdent pas l'immunité contre le bacille de Klebs-Lœffler.

Quant aux *contre-indications* de la vaccination antidiphtérique, en dehors des réserves que nous avons signalées à propos de l'*âge,* il semble qu'elles soient surtout passagères. Il ne faut pas vacciner, évidemment, un sujet atteint ou convalescent, ou en incubation de maladie infectieuse aiguë, notamment de rougeole, un tuberculeux avéré, un cachectique. Il est préférable

(1) P. Lereboullet et G. Boulanger-Pilet. — Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie. (J.-B. Baillière et fils, Paris, 1928.)

(1) Rappelons que la réaction de Schik est une *intra-dermo-réaction à la toxine diphtérique diluée.* L'Institut Pasteur livre cette toxine toute prête pour l'emploi ; une partie de la solution est simplement diluée, l'autre a en outre été chauffée à 75° pendant cinq minutes. La seule difficulté pratique est que ces solutions doivent être utilisées le jour même, ou au plus tard dans les 4 jours On injecte à la face interne de l'avant-bras droit, dans le derme, 1/10e de cc. de la toxine diluée non chauffée et au bras gauche, même dose de la toxine diluée et chauffée. Au bout de 48 heures, on lit le résultat. Trois cas sont possibles : 1er cas, il y a réaction à droite, rougeur vive, à contours nets, et non à gauche : la *réaction* est *positive* ; 2e cas, il n'y a aucune réaction ni à droite, ni à gauche : la réaction est négative ; 3e cas, il y a réaction des deux côtés. Il faut attendre le quatrième jour : s'il y a réaction à droite le Schik est positif ; si la réaction est nulle ou à peine marquée des deux côtés, il est négatif.

également, comme l'a signalé M. L. Martin, de ne pas vacciner immédiatement les enfants qui dans un but préventif ont reçu du sérum antidiphtérique ; on attendra 2 à 3 semaines après la dernière injection sérique.

II. **Comment vacciner** ?

La pratique de la vaccination antidiphtérique repose sur la découverte de Ramon, en 1924. Cet auteur a montré qu'en mettant pendant un mois à 40° la toxine diphtérique en présence de formol (dans la proportion de 4 ‰), le produit obtenu ou *anatoxine* a perdu sa toxicité, tout en conservant son pouvoir immunisant. C'est cette anatoxine qui est livrée par l'Institut Pasteur sous le nom de vaccin antidiphtérique en boîte de 3 ampoules, pour la vaccination individuelle, et en ampoules de 10 et 20 cc. pour les collectivités. Afin d'éviter la confusion avec le sérum, le contenu des ampoules est coloré en vert.

Technique.

La vaccination se fait essentiellement par voie sous-cutanée, soit à l'épaule dans la fosse sus-épineuse, soit à la face externe de la cuisse. Il est nécessaire et suffisant de pratiquer 3 injections, effectuées, quel que soit l'âge, de la manière suivante :

Une première injection de 0 cc. 5 de vaccin.

Une deuxième injection de 1 cc., 3 semaines après la première.

Une troisième injection, de 1 cc. ou 1 cc. 5, 15 jours au moins après la deuxième.

Réactions vaccinales.

L'innocuité du vaccin est absolue, mais il peut cependant déterminer des réactions locales et générales, d'autant plus fréquentes et intenses que le sujet est plus proche de l'âge adulte. Jamais du reste ces réactions n'atteignent à la gravité et à l'allure impressionnante que peuvent revêtir certaines réactions sériques.

La *réaction locale* est en général une simple rougeur, du diamètre d'une pièce de 5 fr. avec léger empâtement douloureux disparaissant en 24 à 48 heures ; très rarement on observe un placard douloureux, œdémateux, long comme une paume de main, avec réaction ganglionnaire. Quant aux abcès, ils sont exceptionnels et relèvent de fautes d'asepsie.

La *réaction générale* n'est pas rigoureusement parallèle à la réaction locale. Elle consiste en une élévation thermique de 38°, rarement davantage, durant un à deux jours, trois au plus.

Ces réactions locales ou générales ne sont pas exceptionnelles ; mais elles ne sont fortes que chez 10 à 15 p. 100 des vaccinés.

Elles s'observent surtout chez les convalescents de diphtérie ; mais le facteur principal qui les conditionne est l'*âge* ; les réactions fortes sont l'apanage exclusif de l'adulte et du grand enfant ; avant 6 ans, elles sont négligeables et nulles dans la première enfance.

Mais il faut bien reconnaître que ces réactions gênent la vaccination chez l'adulte ; bien des étudiants en médecine, fréquentant pour la première fois un milieu diphtérique et porteurs d'une réaction de Schick positive ont dû interrompre après la première injection la vaccination par voie sous-cutanée. C'est à ces cas, semble-t-il, qu'il faille réserver la *vaccination par voie nasale*, qui a été étudiée par Zœller et Ramon, Lesné et Marquézy, Lemaire et Monmignant ; il faut instiller chaque jour dans les deux narines 3 à 4 gouttes d'anatoxine et ce pendant huit jours, puis on interrompra huit jours, et on reprendra, de manière à faire trois séries d'instillations. L'immunité ainsi conférée est semblable à celle que détermine une injection véritable.

Il est indispensable, surtout dans les milieux ouvriers, qu'il persiste une trace de la vaccination. MM. Lereboullet et Gournay, au centre de vaccination des Enfants-Malades, ont établi un modèle de certificat qui est remis à la famille après la troisième vaccination ; ce modèle a été adopté par l'Institut Pasteur qui en joint un exemplaire à chaque boîte d'anatoxine.

Résultats de la vaccination antidiphtérique.

La réaction de Schick a permis de suivre avec une précision presque absolue les résultats de la vaccination antidiphtérique.

Il faut savoir tout d'abord qu'il y a un *temps nécessaire à l'établissement de l'immunité* : 5 à 7 semaines environ ; ceci a une importance, en cas d'épidémie. En effet s'il s'agit de cas relativement nombreux dans une agglomération où l'isolement est difficile, on ne peut attendre aussi longtemps, sans risquer de voir l'épidémie s'étendre ; il faut donc renoncer à la vaccination et recourir à la séroprophylaxie, qui met pour 21 jours les sujets à l'abri de toute contamination. Si au contraire il s'agit de cas sporadiques, disséminés, la vaccination reprend ses droits.

Obtient-on toujours l'immunité ? On peut, en pratique répondre par l'affirmative, pourvu qu'on fasse les trois injections aux doses et aux intervalles que nous avons indiqués et que l'expérience a prouvé indispensables. C'est à peine si deux à huit pour cent des sujets vaccinés gardent un Schick positif.

Quant à la *durée* de l'immunité obtenue, il est évidemment trop tôt pour pouvoir l'affirmer. Déjà on a pu voir des sujets vaccinés depuis 4 ans et gardant leur immunité, d'autre part des vaccinations ont été réalisées, voici 10 ans par les mélanges toxine anatoxine de Park,

et Zinglher, et l'immunité n'a pas fléchi chez les sujets vaccinés depuis ce laps de temps. Or l'anatoxine ayant un pouvoir immunisant beaucoup plus considérable quele mélange toxine antitoxine, on peut espérer que la vaccination par la méthode actuelle donnera des immunités de durée non seulement égale, mais encore supérieure à la technique américaine.

Il semble donc qu'à l'heure actuelle il ne soit plus permis au praticien de se tenir sur la réserve dans la question de la vaccination antidiphtérique ; la méthode a fait surabondamment ses preuves ; elle est facile, inoffensive et efficace. Les familles la demandent ; il appartient au corps médical de diriger ce mouvement et d'obtenir que la vaccination soit réalisée dans les meilleures conditions, c'est-à-dire au cours de la deuxième année par 3 injections sous-cutanées séparées par trois semaines d'intervalle.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

Complications oculaires du diabète. (1)

M. le professeur F. Terrien.

Vous savez que le diabète entraîne assez souvent des complications oculaires. Voici un malade qui présente un glaucome hémorragique ; il a la pupille moyennement dilatée et des hémorragies sur l'iris. C'est un homme d'une soixantaine d'années, qui a été pris à 38 ans, à la suite d'émotions très violentes, de diabète. Il avait à ce moment une glycosurie considérable (180 gr.), que le traitement abaisse à 6 gr.

Vingt ans plus tard, il fait une rétinite hémorragique des deux yeux. Il avait à ce moment 25 gr. de sucre.

C'est alors un sujet hypertendu, néphrétique, car il présente 96 centigrammes d'albumine dans les urines. Comme cela est fréquent, ces hémorragies ont entraîné du glaucome hémorragique, qui a été opéré, laissant à sa suite un hyphéma de la chambre antérieure. L'acuité est très mauvaise.

Ces complications oculaires du diabète ne sont pas rares. Elles sont anciennement connues. Elles apparaissent dans toutes les formes de diabète, mais surtout dans les diabètes graves. D'une manière générale, on distingue les diabètes simples, dans lesquels il suffit de régler l'alimentation pour faire disparaître la glycosurie et les diabètes graves, dans lesquels le régime ne suffit pas.

Ces complications sont elles-mêmes de gravités diverses. Il y en a de bénignes, qui se caractérisent par des troubles de la réfraction. A côté de l'exagération de la presbytie sur laquelle insistait déjà Trousseau, et quelquefois de la paresse de l'accommodation, on peut voir le phénomène inverse, de la myopie apparaître. A la Société d'ophtalmologie, M. Dupuy-Dutemps a rapporté l'observation d'une myopie très accusée apparue brusquement chez un diabétique. Ceci est rare. Généralement la myopie est légère (2 ou 3 d.). Ce n'est pas une myopie axile, ni une myopie de courbure (on aurait pu penser à un spasme du muscle ciliaire). C'est une myopie d'indice. Mais la teneur du sucre dans l'humeur aqueuse est insuffisante pour modifier la réfraction ; on a calculé qu'il faudrait une quantité de 20 gr. de sucre dans l'humeur aqueuse pour déterminer une augmentation de réfraction de 1 dioptrie. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une sclérose cristallinienne. Bien souvent d'ailleurs la cataracte sénile ordinaire s'annonce par une exagération de la réfringence du cristallin et le sujet se félicite de l'amélioration de sa vision ; il devient capable de lire de près avec des verres plus faibles ou même sans verres du tout.

On peut noter des troubles de transparence, mais il faut distinguer entre la cataracte véritablement diabétique et les cataractes chez les diabétiques.

La cataracte diabétique, due purement au diabète, s'observe surtout chez les jeunes sujets. C'est une cataracte bilatérale, qui évolue très rapidement et comporte généralement un pronostic très sombre, même au point de vue général. Elle témoigne d'un trouble profond du système régulateur. La mort survient dans l'espace de quelques années. Ces cataractes revêtent la forme molle. Elles sont comparables à ce qui s'observe chez la grenouille, lorsqu'on met du sel sous la peau : dans l'espace de quelques heures on voit le cristallin devenir complètement blanc. Mais si l'on met l'animal dans l'eau pure, le lendemain les cristallins sont redevenus transparents. Cette cataracte est due à une déshydratation du cristallin. Il est probable que la cataracte diabétique reconnaît une pathogénie semblable.

A côté de cette cataracte purement diabétique il y a des cataractes chez les diabétiques. Ici, il faut distinguer, suivant que le sujet est dans l'âge moyen de la vie, à la période de ma-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 1er juin 1928, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

turité, 40 à 50 ans, ou s'il est plus âgé, et s'il s'agit alors de cataracte sénile favorisée par le diabète.

De 40 à 50 ans, on peut parler de cataracte diabétique. Là aussi, les cataractes revêtent généralement la forme molle. Elles sont presque toujours bilatérales et évoluent rapidement Mais elles n'ont pas le pronostic aussi sombre que celles de l'enfant. Elles apparaissent lorsque la quantité de sucre est considérable.

Enfin viennent les cataractes qu'on observe chez les sujets âgés, à partir de 60 ans. Ce sont des cataractes séniles, mais favorisées par le diabète, car la cataracte sénile elle-même est probablement sinon déterminée, tout au moins, favorisée par des toxines. Le diabète agirait de la même manière. Mais cette cataracte diabétiques des sujets âgés a une marche plus lente ; elle est souvent dure et n'est pas susceptible de se résorber comme les autres cataractes.

Il est certain qu'on a bien plus de chances d'avoir des complications et des ennuis chez des malades atteints de diabète. Ce n'est pas une raison pour ne pas intervenir, d'autant plus qu'on peut diminuer les dangers par le régime. J'ai pu opérer avec succès des diabétiques dont l'un avait plus de 100 gr. de sucre, avec des résultats excellents.

Les diabétiques ont facilement des hémorragies rétiniennes, même sans intervention. Ces hémorragies revêtent la forme ponctuée, la forme en flammèches ou la forme en flaques. Le trouble visuel est proportionnel au degré et au siège de l'hémorragie.

Le diabète à lui seul ne semble pas suffisant pour déterminer des hémorragies. Dans la moitié des observations, il s'agit d'hypertendus vasculaires, ayant en même temps de la néphrite, de l'albumine dans les urines.

Notre malade en est un exemple très net. Il fait un diabète sérieux à l'âge de 38 ans et présente, à la suite d'émotions très violentes, 189 gr. de sucre dans l'urine. Cependant il reste 20 ans sans faire d'hémorragies. Ce n'est qu'à la période d'hypertension artérielle, qui se développe à la faveur de l'âge, du diabète et de la néphrite, qu'il fait des hémorragies rétiniennes, ayant alors 96 cgr. d'albumine dans les urines.

Souvent aussi ce sont des rétinites azotémiques. A l'examen ophtalmoscopique, il est quelquefois difficile de faire le départ entre une rétinite purement néphritique et une rétinite diabétique. Les deux types sont cependant différents. Il y a l'aspect stellaire, les plaques blanches, etc., qui ne se rencontrent pas dans la rétinite diabétique, où il y a des plaques blanches plus épaisses, des hémorragies plus abondantes, s'accompagnant de thromboses veineuses. Ces thromboses veineuses ne se rencontrent pas dans les néphrites. Rochon-Duvigneaud a montré que les artères et veines de la rétine sont sensiblement normales dans la rétinite néphritique. C'est une opinion contraire à celle des Allemands qui admettent que les lésions vasculaires sont assez nombreuses.

Dans tous les cas, il y a des lésions vasculaires de la choroïde.

Dans le diabète, il y a donc des phénomènes de thrombose. Il n'est pas moins vrai que ces lésions sont favorisées par l'hypertension artérielle et par la néphrite azotémique.

Au point de vue local, le danger de toute hémorragie rétinienne, en dehors du diabète, c'est l'hypertension, c'est le glaucome. Aussi à côté du régime diabétique, il faut prescrire les instillations régulières de pilocarpine pour prévenir l'hypertension oculaire possible.

Il se fait aussi des thromboses au niveau de l'angle irien, qui favorisent cette hypertension, car l'hypertension est presque fatale à la suite de ces hémorragies rétiniennes. Nous en avons un exemple très net chez notre malade. L'iridectomie entraîna il est vrai de l'hypotension et même celle-ci évolua vers la phtisie de l'œil. Son hyphéma n'est pas encore résorbé.

Sur l'œil gauche, atteint de glaucome hémorragique et qui n'a pas été opéré, que devons-nous faire ? Nous savons que l'iridectomie est une mauvaise opération dans le glaucome hémorragique; elle expose à des hémorragies considérables. Il faudrait plutôt ici faire une simple ponction de la sclérotique, afin de diminuer momentanément le tonus et permettre ensuite une iridectomie.

Le pronostic général est également très mauvais. Il y a 96 cgr. d'albumine, mais il doit y avoir une azotémie assez considérable. L'examen du sang n'a pu encore être pratiqué chez notre malade. Dans une statistique relevée par M. Onfray sur 16 diabétiques âgés de plus de 50 ans, une seule, une femme âgée de 83 ans, a survécu dix ans après le début de la rétinite ; 4 sont morts un an après les hémorragies, 1 seul a survécu 2 ans, et deux autres 3 ans.

Le pronostic semble d'autant plus mauvais que les hémorragies rétiniennes sont plus étendues, puisqu'elles témoignent de lésions veineuses et rénales plus considérables. Il est aussi d'autant plus mauvais qu'il y a plus de sucre dans l'urine, et plus d'azotémie. Le pronostic est donc lié à l'état des reins.

A côté des hémorragies spontanées, il y a les hémorragies opératoires. Toutes les fois que nous opérons des yeux de cet ordre, nous avons des hémorragies dans la chambre antérieure, souvent assez abondantes.

L'extraction de la cataracte expose à des hémorragies considérables et de deux sortes : hémorragies iriennes, et hémorragies profuses. C'est une raison pour faire l'extraction simple

avec suture cornéenne sans iridectomie ou pour recourir à l'iridectomie préparatoire.

Enfin à côté des hémorragies, il y a l'infection. L'infection est plus fréquente chez les diabétiques, même en prenant toutes précautions aseptiques. Cependant on a prétendu que quelquefois l'apparition d'une infection: tuberculose ou pneumonie, améliorait le diabète. Cette amélioration est due simplement au changement de régime ; le malade mangeant moins, le sucre diminue ou disparaît dans l'urine.

On ne saurait donc trop multiplier toutes les précautions d'asepsie.

Est-ce vraiment le diabète qui prédispose aux hémorragies ? Cela ne paraît pas douteux. Takahashi (*Von Graefe Archiv f. Ophtalm.*, 1926) a tâché de réaliser le diabète chez le chien, en enlevant une partie du pancréas. On sait que tous les diabètes, quelle qu'en soit la variété, se comportent un peu comme le diabète pancréatique. Ces animaux vivent quelques semaines et Takahashi a toujours obtenu des hémorragies profuses à la suite de l'iridectomie. Il ne semble pas douteux que c'est le terrain diabétique qui détermine ici les hémorragies.

De même, si après avoir enlevé une partie du pancréas, chez ces animaux, il les traite par l'insuline, il n'a plus d'hémorragies. Donc, la présence du sucre dans l'urine semble jouer un rôle caractéristique. D'ailleurs, la fréquence et l'abondance des hémorragies semblent en relation directe avec la quantité de sucre contenue dans le sang.

A l'état normal le sang contient en moyenne un gramme de sucre par litre. Chez ces animaux, lorsque la proportion est de 0.1 % de glucose, il n'y a pas d'hémorragies. Au-dessus de 0,2 %, les hémorragies sont plus ou moins abondantes. Lorsque la proportion dépasse 0,2 %, les hémorragies sont constantes.

Il en est de même pour les infections. Takahashi, en comparant les infections obtenues avec des cultures de staphylocoques, de pneumocoques, etc. injectées dans le vitré chez des chiens normaux et chez les chiens dépancréatés, a toujours trouvé une proportion beaucoup plus considérable chez ceux-ci.

L'infection paraît bien être la conséquence de la glycémie ; elle semble se produire d'autant plus facilement que la glycémie est plus accentuée.

Ceci montre que nous devons redoubler de précautions chez les diabétiques et tâcher de faire disparaître la glycémie, par le régime, le bicarbonate de soude, 10 à 20 gr., au besoin par l'insuline.

Nous savons que l'insuline diminue le sucre dans une proportion considérable, et quelquefois peut donner l'hypoglycémie.

On donne l'insuline en ampoules de 5 cmc., en injection (4 à 5 cmc. par jour). Ce traitement exige une grande surveillance. Il faut le laisser entre les mains du médecin, qui doit surveiller le malade de très près.

Voilà donc une relation entre l'existence de sucre dans l'urine, dans le sang, et la fréquence des hémorragies et des infections.

Takahashi a taché d'en préciser le mécanisme. Il a recherché les variations du sucre contenu dans l'humeur aqueuse chez les chiens normaux et chez les diabétiques. L'humeur aqueuse normale contient en moyenne 1 gr. de sucre par litre. Dans le diabète, la glycémie augmente, et celle du sucre de l'humeur aqueuse augmente dans des proportions sensiblement identiques. C'est pourquoi la myopie ne peut être due à l'exagération du sucre dans l'humeur aqueuse, la proportion de celui-ci étant toujours relativement minime. L'humeur aqueuse de deuxième ponction contient la même quantité de sucre.

Takahashi a noté, avant l'ablation d'une partie de la rate, la proportion de sucre dans l'humeur aqueuse et dans le sang; après l'ablation il a constaté que le sucre augmente dans la même proportion dans le sang et dans l'humeur aqueuse.

Il en est de même de la proportion des sels, qui a été étudiée par Wessely, Magitot, Mestrezat et d'autres.

Mais il n'en est pas de même de l'albumine. Il n'y a pas de différence sensible entre l'humeur aqueuse normale de première ponction et l'humeur aqueuse diabétique de première ponction. La proportion d'albumine contenue est à peu près de 1,6 %. Par contre la différence entre la quantité d'albumine et l'humeur aqueuse de deuxième ponction chez le chien diabétique et chez le chien normal est considérable. A l'état normal, l'humeur aqueuse on le sait se reproduit très vite, mais contient une quantité d'albumine bien plus considérable. Au contraire, chez le diabétique l'albumine diminue dans une proportion considérable dans l'humeur aqueuse de deuxième ponction.

Le fibrogène n'existe pas dans la chambre antérieure normale. Avec M. Dantrelle nous avons pu constater l'absence de coagulation après la première ponction en l'absence de sels de calcium et de toute irritation du trijumeau (1).

L'iritis blennorragique s'accompagne parfois de précipités lentiformes. Cette coagulation observée à l'état pathologique, on ne l'observe plus après la première ponction, chez le chien diabétique.

Si on traite l'animal par l'insuline, en même temps que la quantité de sucre diminue dans le sang, on voit l'augmentation de la fibrine et

(1) F. Terrien et Dantrelle. — *XIIIe Congrès international de médecine*. *Londres* 4 au 7 août.

des ferments fibrogènes dans l'humeur aqueuse, comme l'a montré Takahashi.

Ce traitement peut donc diminuer la tendance aux hémorragies car il est vraisemblable que ces hémorragies sont favorisées par la présence du sucre dans le sang, et par l'absence de ferment fibrogène.

Il est possible que l'infection reconnaisse une origine semblable, car en même temps que l'albumine et le ferment passent moins dans l'humeur aqueuse de deuxième ponction, il en est de même des anticorps. C'est la diminution de ces éléments de défense qui permet à l'infection de se développer et de prendre des proportions souvent très graves. Cela montre l'importance du traitement par l'insuline.

Cependant l'insuline ne donne pas des résultats dans tous les cas. Gennet (*Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1926) rapporte cinq observations de rétinites diabétiques traitées par l'insuline. Il n'observa qu'une seule fois une amélioration très légère de l'acuité visuelle, et encore l'état du second œil s'était-il aggravé.

Nous savons que ces hémorragies peuvent s'améliorer spontanément, sous l'influence du régime diététique. On peut traiter les malades par l'insuline pour les mettre dans un meilleur état de résistance.

Enfin, il peut y avoir des complications du côté de la rétine et du nerf optique. On observe l'amblyopie, soit sous forme de scotome central, soit sous forme de névrite optique.

Le scotome central se comporte comme le scotome toxique. On a pensé à l'alcoolisme et au tabagisme et peut-être bien des amblyopies dénommées diabétiques devaient-elles être rapportées à une intoxication par l'alcool et par le tabac. Toutefois le scotome diabétique est plus persistant.

On peut observer des névrites optiques et des amblyopies aiguës, tel ce fait rapporté par Forster chez une femme de 62 ans. Tout d'un coup, elle se plaint de l'apparition d'un scotome central à droite et le lendemain l'amaurose était complète. Elle se termina par l'atrophie optique.

Enfin, je vous rappelle que les diabétiques peuvent avoir des paralysies. Quelquefois la pupille est paresseuse, et ceci, en dehors de toute syphilis.

On observe en particulier la paralysie du droit externe, souvent précédée de névralgies du trijumeau. Cette apparition de paralysie chez un sujet relativement jeune, accompagnée de douleurs péri-orbitaires, doit faire penser à la possibilité du diabète.

A côté de ces paralysies, il peut y avoir des orgeolets, de l'œdème des paupières, des diabétides, etc., qui peuvent éveiller l'attention : ce sont les petits signes oculaires du diabète sur lesquels le temps ne nous permet pas d'insister.

DE L'INFECTION TUBERCULEUSE EXPÉRIMENTALE (TYPE VILLEMIN) A L'INFECTION PAR LE VIRUS TUBERCULEUX FILTRANT

Par M. le prof. Fernand ARLOING et M. le Dr André DUFOURT,

de la Faculté de médecine de Lyon (1).

La géniale découverte de Villemin, révélant, il y a soixante-deux ans, avec des preuves expérimentales rigoureuses, la virulence spécifique, l'inoculabilité, la transmissibilité et la contagiosité de la tuberculose, est à la base de la conception pathogénique et hygiénique moderne de la phtisiologie.

Vivement combattu, au début, par les non-contagionnistes partisans de la formule clinique et étiologique de la tuberculose maladie héréditaire ou de misère physiologique, Villemin permit au principe de la tuberculose maladie par contagion, de triompher du dogme de l'hérédité bacillaire.

Chauveau, en 1876, appuya les affirmations du Maître du Val-de-Grâce, dont, après douze ans, on contestait encore l'exactitude, par ses propres expériences, poursuivies à l'Ecole vétérinaire de Lyon, prouvant la contagiosité de la tuberculose par les voies naturelles (digestives ou respiratoires) et la virulence du bacille humain pour les bovidés.

Ainsi, bien avant la découverte de Koch, en 1882, fut forgé le trépied (unité, contagiosité, inoculabilité) qui, après les trouvailles immortelles de Laennec, assure à la science française la part capitale dans les connaissances fondamentales concernant la tuberculose humaine et animale.

Villemin, par sa description des lésions expérimentales relevées sur les animaux de laboratoire, nous apprit à attribuer à la tuberculose virulente d'inoculation un facies anatomo-pathologique caractéristique (chancre d'inoculation, adénite régionale, tubercules crus jaunes ou caséeux de la rate, du foie, du poumon, etc.) si constant, qu'il semblait impossible à tous les

(1) Communication faite à la « Journée de la tuberculose » du *Centenaire de Villemin* (16 octobre 1927).

bactériologistes que l'infection bacillaire d'un organisme pût jamais exister en dehors du « type Villemin ».

Or, par la suite, la connaissance de la variabilité de la virulence du bacille tuberculeux permit de savoir que des effets anatomiques et histologiques moins caractérisés, parfois même invisibles microscopiquement, pouvaient être consécutifs à la bacillisation d'un organisme par un agent tuberculeux d'une virulence atténuée ou modifiée (tuberculose non folliculaire, de type inflammatoire, tuberculose type Yersin).

Enfin, les dernières découvertes portant sur la forme filtrante du virus tuberculeux ont fait connaître de nouvelles et bien curieuses modalités de l'expression anatomique et pathogène de ces formes invisibles du bacille de la tuberculose.

C'est à leur courte étude expérimentale et clinique, ainsi qu'à leur rôle possible dans une conception rénovée de l'hérédité tuberculeuse, que nous consacrerons ce bref exposé.

Nos recherches personnelles nous ont conduits, depuis plusieurs années, à envisager ce problème difficile et passionnant.

I. — Le polymorphisme et la variabilité de la virulence du bacille tuberculeux. — Les formes filtrantes, leurs modes d'obtention.

A la doctrine lyonnaise, établie par Chauveau par S. Arloing et leurs élèves, de l'unité et de la variabilité de la virulence du bacille tuberculeux s'est juxtaposée — toutefois sans relations formelles avec la mutabilité de la virulence — la notion du polymorphisme extrême du bâtonnet acido-résistant de Koch.

A l'opposé des formes géantes, mycéliennes, on connut les formes arrondies, simples grains protoplasmiques de Much ou de Babès. Enfin, Fontès annonça, en 1910, qu'à travers une bougie de porcelaine de moyenne porosité passaient des éléments virulents invisibles, mais reproduisant dans certains cas, par inoculations chez le cobaye, une tuberculose nodulaire caséeuse farcie de bacilles acido-résistants typiques.

Après une tentative infructueuse de Philibert en 1912, la question des formes filtrantes du virus tuberculeux sommeilla jusqu'en 1923. Vaudremer la reprit alors, et elle reçut, depuis, surtout en France, l'appoint démonstratif et capital de travaux importants.

Parmi leurs auteurs, et sans viser à une bibliographie forcément incomplète, nous citerons : *en France*, avec Vaudremer, les noms de Valtis, Hauduroy, Gessard, Bezançon et Philibert, ceux de Calmette, Nègre et Boquet, Nélis, Nesta, précédés par Fernand Arloing, A. Dufourt, Malatre, L. Thévenot ; *en Belgique*, celui de Potter ; *en Espagne*, après J. Ferran, un précurseur, celui de Partearroyo ; *en Italie*, ceux de Vannucci, Verdina, de Bonis, Dessy, Montemartini, Petragnani, Canelli et Bosco, Nasso, Gerbasi ; *en Russie*, celui de Mlle Togounoff.

Le virus tuberculeux invisible s'obtient en filtrant sous faible pression, à travers une bougie Chamberland L2 ou L3 des cultures jeunes ou vieilles, liquides ou solides, suspendues en eau salée, ainsi que des produits pathologiques humains ou expérimentaux (liquide céphalo-rachidien, liquide pleural, pus d'abcès froid, lésions caséeuses pulmonaires, ganglionnaires, viscérales, etc...). Tous ces produits tuberculeux ne sont pas également riches en agents filtrants et, surtout, livrent des virus invisibles d'activité très variable. Les lésions infantiles et les cultures liquides paraissent le contenir de préférence à son état le plus actif.

II. — Étude du pouvoir pathogène du virus tuberculeux filtrant. — Les trois principales formes anatomiques et évolutives chez le cobaye adulte, en rapport avec la variabilité de sa virulence.

En inoculant, sous la peau ou dans le péritoine d'un cobaye adulte, 1 à 5 centimètres cubes d'un filtrat tuberculeux, nous avons obtenu, avec beaucoup plus de constance et de netteté que chez le lapin, trois formes anatomiques et évolutives différentes de la maladie expérimentale.

Elle ont un caractère commun, reconnu par tous les auteurs : *l'absence de chancre d'inoculation et de ganglions satellites.*

Une première forme de l'infection du cobaye, d'ailleurs rare (4 p. 100) tue l'animal en trois à quatre mois, avec des lésions caséeuses, nodulaires, discrètes, à bacilles acido-résistants. Cette forme fut, on le conçoit, la première et la plus aisément individualisée par les descriptions de Valtis, de Durand et Vaudremer et par les nôtres.

Dans une *seconde forme*, le filtrat amène la mort de l'animal en trois à quatre mois également. Le sujet meurt cachectique, presque squelettique ; on trouve dans ses ganglions, et spécialement dans le groupe trachéo-bronchique hypertrophié, des bacilles acido-résistants typiques en petit nombre, sans altération anatomique d'allure tuberculeuse. Ces cas sont plus fréquents, environ 61 p. 100. Cette seconde forme nous a conduits à rapporter au virus tuberculeux filtrant la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies de nourrissons nés de mères tuberculeuses. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Frappés du nombre important de nos cobayes inoculés avec des filtrats, ne présentant aucun trouble apparent de la santé en dehors d'un fléchissement temporaire et inconstant du poids après l'inoculation (45 p. 100) ,en présence de la survie indéfinie de ses sujets en parfait état

physiologique et de l'absence de bacilles dans des ganglions d'aspects normaux, nous avons eu l'idée de soumettre ces animaux au contrôle de la tuberculine, et c'est ce qui nous a permis de décrire la *troisième forme* de l'infection du cobaye par le virus filtrant, que nous avons appelée la forme labile, éphémère, spontanément curable. En effet, les animaux inoculés dans ce troisième cas ne présentent que des réactions temporaires à la tuberculine.

De tels résultats n'ont pas été sans provoquer quelque étonnement, en même temps qu'ils soulevèrent quelques critiques et un certain scepticisme.

Parmi ces critiques, la principale est l'infidélité de la bougie (Petragnani, Dessy, Denys), qui laisserait passer, en petit nombre il est vrai, des bacilles acido-résistants, dont l'inoculation au cobaye aboutirait aux effets pathogènes observés.

Il paraît superflu de répondre en soulignant que les expérimentateurs ont su vérifier l'intégrité du filtre par des adjonctions microbiennes appropriées au produit tuberculeux soumis à la filtration, s'assurant que les filtrats, conservés en bouillon ordinaire vingt-quatre à quarante-huit heures, se montraient stériles ; que leur ensemencement sur milieu de Petroff en bouillon à l'œuf favorable à la culture du bacille tuberculeux normal restait négatif, ainsi que la recherche par coloration d'un élément acido-résistant quelconque dans le filtrat.

De plus, à supposer que de très rares bacilles aient pu, malgré tout, échapper à la démonstration directe, colorante et culturale, les formes anatomiques de la maladie expérimentale par virus filtrants, si profondément différentes de la tuberculose classique d'inoculation type Villemin, sont là pour prouver son autonomie et son origine spéciale et spécifique. L'absence de chancre d'inoculation, d'adénopathie régionale, d'édifications nodulaires, l'évolution, les réactions à la tuberculine dont nous allons parler sont autant d'arguments démonstratifs qui ruinent, même si de rarissimes bacilles normaux avaient été inoculés aux lieu et place du virus filtrant, les objections des contradicteurs.

Un argument de plus en faveur de la spécificité d'action du virus filtrant tuberculeux et de son intervention spécifique dans la maladie expérimentale, à l'exclusion de toute infection accidentelle par le bacille acido-résistant normal, est trouvé dans les effets de la réinoculation au cobaye des ganglions bacillifères d'un sujet infecté par le virus filtrant. Ces bacilles, issus des éléments filtrables, ne donnent, ainsi que Valtis y insiste, ni chancre d'inoculation ni tuberculose type Villemin, mais reproduisent les formes anatomiques dues à l'élément filtrant que nous avons décrites.

Ainsi se trouve confirmé le pouvoir pathogène spécifique du virus tuberculeux invisible et ses nuances en rapport avec les nuances mêmes de sa virulence.

Cette virulence varie suivant une gamme très étendue. Dans les produits pathologiques, elle subit des variations naturelles considérables, allant d'une grande activité à un pouvoir presque éteint.

Artificiellement, nous avons pu, par le vieillissement, la chaleur, les courants électriques, les rayons ultra-violets, atténuer à l'extrême et même annihiler ses effets pathogènes.

La maladie expérimentale, ainsi que les troubles cliniques que l'on observe dans certains cas déterminés, sont donc bien la conséquence directe de la présence, dans l'organisme infecté, d'éléments tuberculeux filtrants.

Il est erroné d'invoquer, après Petragnani, une sorte d'hérédité passive anergisante, par échanges transplacentaires de la mère au fœtus, pour expliquer la tuberculisation ultérieure du sujet, sans l'intervention éventuelle d'un passage du virus à travers le placenta.

Il est difficile également d'admettre, avec Verdina, une action déprimante spécifique des moyens de résistance du cobaye par le virus filtrant, qui cesserait d'être tuberculigène par lui-même et à sa manière, mais permettrait le développement, chez le cochon d'Inde, d'une tuberculose spontanée.

Les auteurs n'ignorent pas l'extraordinaire rareté de la tuberculisation spontanée du cobaye, et ce fait enlève beaucoup à la valeur de leur controverse et à sa conviction.

En somme, la variabilité de la virulence existe, pour le virus tuberculeux filtrant, comme les recherches classiques de S. Arloing l'ont montré pour le bacille tuberculeux acido-résistant.

III. — Les formes de l'allergie a la tuberculine créées par le virus tuberculeux filtrant. — Leurs particularités curieuses, leurs relations avec la virulence.

Examinons maintenant l'*allergie à la tuberculine chez les cobayes inoculés avec le virus filtrant tuberculeux.* Cette étude comparative est extrêmement importante pour la compréhension du problème. Voici les faits :

A. — *Chez les cobayes témoins tuberculisés avec une culture normale.*

Réaction à la tuberculine au 100e, allant de la papule rouge à l'eschare et à la nécrose hémorragique ; période anté-allergique de huit à dix jours, période allergique indéfinie jusqu'à la mort du sujet.

B. — *Chez les cobayes infectés par le virus filtrant.*

Première forme d'infection caséifiante. — Réaction positive depuis un centième, nette avec un cinquantième, un vingt-cinquième et un dixième; période anté-allergique de vingt jours, période allergique de soixante à quatre-vingt-dix jours.

Deuxième forme cachectisante. — Même type de réaction.

Troisième forme éphémère spontanément curable. — Réaction négative à un centième, positive légère à un cinquantième, positive à un vingt-cinquième et à un dixième ; période anté-allergique, vingt-quatre jours ; période allergique quarante-cinq jours. Ultérieurement, les intradermo-réactions, même à un vingt-cinquième et à un dixième, restent négatives.

Ainsi donc, nous avons prouvé l'existence d'un virus tuberculeux filtrant labile, cliniquement et anatomiquement inoffensif, que l'organe détruit ou élimine, et dont l'action ne peut être révélée que par l'emploi d'une tuberculine plus concentrée que celle couramment utilisée en pratique. Nos résultats ont été confirmés par Valtis, par Durand, Oury et Benda, par Debré, Lelong et Bonnet, par E. Sergent, etc...

Mais l'étude suivie de ce sujet a permis d'en connaître tout l'imprévu ainsi que la complexité. Elle a fait voir, comme nous le laissions supposer à l'Académie de médecine dès les 27 avril 1926, dans une réponse à M. le prof. Marfan, que l'infection par le virus filtrant tuberculeux risquait parfois d'échapper à la détection par la tuberculine et qu'un jour, nous en aurions la démonstration.

Renseignés par nos propres expériences sur ce fait d'apparence paradoxale, — qui ne s'écarte pas, au fond, de la loi de spécificité, puisque le virus tuberculeux filtrant a une biologie différente de celle du bacille acido-résistant dont la tuberculine démontre l'imprégnation, — nous choisirons intentionnellement, pour notre exposé, des arguments dans les travaux d'autres auteurs.

Les causes locales d'erreur une fois éliminées (topo-anergie, topo-hyperergie, pigmentation de la peau, etc.,), il est maintenant établi (Popper et Railéano, Mlle Togounoff, Nélis, Valtis et Portret) que des cobayes, infectés par du virus filtrant et porteurs dans leurs parenchymes des bacilles acido-résistants qui en dérivent, peuvent ne pas réagir à la tuberculine même concentrée (dilution à 1/20e, 1/10e, 1/5e, tuberculine brute pure).

De même, chez des nouveau-nés, issus de tuberculeuses et porteurs probables de virus filtrant, la tuberculine est défaillante.

Par contre, si l'on éprouve, par intradermo-réaction, ces cobayes et ces enfants avec deux gouttes de filtrat tuberculeux chauffé, pur ou dilué à 1/100e, on observe des réactions positives, alors qu'elles sont négatives avec la tuberculine à 1/100e.

Des exemples ont été fournis par Popper, Slobosiano et Railéano (sur 45 enfants issus de mères réagissant à la tuberculine : 4 intradermo-réactions faibles à la tuberculine et 41 négatives ; avec le filtrat, 17 négatives, 21 faibles, 7 fortes), par Nélis (sur 7 enfants à cuti-réaction tuberculinique négative issus de tuberculeuses, 3 intradermo-réactions tuberculiniques faibles, 4 violentes avec le filtrat).

Nos observations personnelles ne nous ont pas, jusqu'ici, fourni des arguments supplémentaires.

Par contre, nous désirons insister ici sur ce que des cobayes, imprégnés par un virus filtrant et ayant eu une allergie tuberculinique temporaire ou n'ayant jamais réagi à la tuberculine, se sont montrés résistants à une épreuve d'infection par un bacille classique mortel. Ils avaient donc subi une infection qui n'avait pu être mise en lumière par aucune méthode.

Il convient donc d'examiner le problème de l'infection accidentelle ou héréditaire par le virus filtrant, en tenant compte de ces particularités expérimentales et cliniques.

Elles modifient profondément les notions admises aujourd'hui, mais ne doivent pas nous entraîner à des généralisations hâtives, ni à des déductions pratiques qui n'auraient pas été soumises à une critique raisonnée et sévère.

IV. — La transmission transplacentaire du virus filtrant tuberculeux, ses conséquences possibles dans l'hérédité tuberculeuse.

Au cours de nos recherches, nous avions émis l'hypothèse que les formes du virus tuberculeux, capables de franchir un filtre poreux de porcelaine, pouvaient peut-être aussi, dans certaines conditions à déterminer, traverser la barrière placentaire, presque absolument infranchissable pour le bacille tuberculeux acido-résistant.

Nous avons apporté un certain nombre de faits expérimentaux d'abord, quelques observations cliniques minutieuses ensuite, confirmées par des savants éminents (Calmette, Couvelaire, Sergent, Valtis, etc.), qui sont venus, par la suite, fournir la preuve de ce que nous avions supposé et permettre une conception rénovée du problème de l'hérédité tuberculeuse.

Après avoir été maîtresse, pendant de longs siècles, de l'opinion médicale et populaire, la croyance à l'hérédité du germe tuberculeux comme cause originelle de la tuberculose des descendants a été brusquement détrônée depuis Villemin, Chauveau et Koch, depuis Grancher, les pédiatres et les hygiénistes modernes, par la notion pathogénique de la contagion quasi-abso-

lue, raison de l'infection tuberculeuse de l'enfant et de l'adulte.

De nos jours, la phtisiologie, dominée par la juste obsession de l'infection acquise, de la contagion post-natale, avait donc presque entièrement perdu de vue les descriptions antérieures concernant l'*hérédité de germe* ou *hérédité directe* avec ses variétés : hérédité conceptionnelle pratiquement inconnue ; hérédo-infection transplacentaire par le bacille acido-résistant, établie par 130 observations ; héredité de germe avec latence prolongée, aboutissant à une tuberculose évolutive de l'adolescence, ainsi que l'*hérédité de terrain*, ou *hérédité indirecte*, avec ses formes (hérédo-prédisposition de Laennec et de Peter, hérédo-immunité de Sanarelli, Mafucci, Maragliano, Marfan ; hérédo-dystrophie de Landouzy).

C'est dans cette atmosphère nosographique qu'ont été connus le passage transplacentaire du virus filtrant et son rôle possible dans l'hérédité directe de l'infection tuberculeuse.

Résumons nos acquisitions personnelles les concernant.

1° *Nos faits expérimentaux.*

Le 16 juin 1925, nous faisions connaître à la Société médicale des hôpitaux de Lyon que, d'après nos premiers résultats, il semblait que l'existence des formes filtrantes du virus tuberculeux soulevait à nouveau la question de l'hérédité du germe tuberculeux.

Le 9 novembre 1925, nous fournissions à l'Académie des Sciences la première démonstration, à l'aide de filtrats d'origine humaine, du passage transplacentaire du virus filtrant chez le cobaye en gestation.

Cette expérience s'ajoutait à celle publiée, en octobre 1925, par Calmette et ses collaborateurs, chez la cobaye pleine inoculée avec un filtrat de liquide d'ascite bacillaire expérimental.

Dans d'autres expériences s'appliquant à l'étude de l'hypotrophie infantile d'origine tuberculeuse, nous avons injecté à des cobayes nouveau-nés des filtrats tuberculeux, en les éprouvant de temps à autre à la tuberculine.

Certains, parmi ces jeunes animaux, ne présentèrent aucun trouble dans leur développement et parvinrent à l'âge adulte sans manifestations apréciables. D'autres, au contraire, eurent sur les témoins un retard pondéral très net, s'accompagnant d'une intradermo-réaction positive et passagère à 1/25e. Au bout de trois mois, leur poids se relève, le déficit se comble et l'intradermo-réaction devient négative. D'autres enfin, dépérissent progressivement, meurent cachectiques en trois mois environ, avec de nombreux bacilles acido-résistants dans les ganglions.

2° *Nos faits cliniques.*

Le 23 mars 1926, nous publiions à l'Académie de médecine la première preuve indiscutable du passage transplacentaire du virus filtrant tuberculeux de la mère à l'enfant dans l'espèce humaine.

Nous avions retiré des viscères d'une enfant née d'une mère tuberculeuse, dont elle fut isolée dès la naissance, des filtrats qui donnèrent chez le cobaye un amaigrissement et une hypotrophie progressive mortelle avec de nombreux bacilles acido-résistants dans les ganglions, comme chez l'enfant qui avait fourni ce matériel d'expérience.

Six mois après, MM. Calmette, Valtis et Lacomme, ainsi que M. Couvelaire publièrent plusieurs exemples confirmatifs.

Il est donc avéré que les nouveau-nés de mères tuberculeuses apportent parfois en naissant la forme filtrante du virus tuberculeux. Ce sont leurs ganglions qui servent de réservoir au virus.

Jusqu'ici, pour des raisons faciles à comprendre, les recherches faites avec le sang du cordon ont échoué.

En somme, dans certains cas, le syndrome de dénutrition progressive sans lésions de Couvelaire, les morts inexpliquées observées par Debré et Lelong chez les nouveau-nés viables issus de mères tuberculeuses sont l'expression de la forme mortelle de l'infection transplacentaire par le virus tuberculeux filtrant.

V. — CONSÉQUENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES. HÉRÉDO-INFECTION, HÉRÉDO-IMMUNITÉ PAR VIRUS FILTRANT TUBERCULEUX, PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE INFANTILE.

Les discussions et les contradictions qu'avaient suscitées, au début, nos études sur le virus tuberculeux filtrant sont aujourd'hui closes devant l'évidence de la démonstration.

Il est hors de conteste que certains cas mortels d'hypotrophies des nourrissons sont imputables au virus filtrant hérité de la mère (4 à 7 p. 100 environ des morts d'enfants de tuberculeuses).

Mais, en dehors de ces cas d'*hérédo-infection* évidente, révélés par une évolution clinique et par le critère bactériologique et allergique, semblent exister des cas d'*hérédo-immunité*, ou tout au moins d'*hérédo-résistance* imputables aux éléments filtrants.

Cette immunité relative ou presque absolue, qui parfois est l'apanage des produits des géniteurs tuberculeux, a été bien souvent notée par la clinique empirique et traditionnelle. Les pédiatres actuels l'ont observée également et les expérimentateurs doublés de cliniciens comme Sanarelli, Mafucci, Maragliano, puis Gaertner l'ont réalisée, chez les oiseaux en particulier.

C'est à l'imprégnation par le virus tuberculeux filtrant et aux réactions organiques consécutives qu'il convient de faire remonter l'origine de cette défense, qui peut sembler naturelle, mais qui, en

réalité, est acquise, contre le bacille acido-résistant.

Des preuves expérimentales en ont été récemment données par Paraf, par Boquet, Nègre et Valtis et par les résultats que nous-même, avec L. Thévenot, A. Dufourt et Malartre venons de faire connaître.

Résistance incomplète, résistance complète, cela dépend de l'activité et de la dose du virus filtrant immunisant, ainsi que de la virulence, de la dose, de la voie de pénétration des bacilles acido-résistants surinfectants.

Ce processus allergique de défense se développe sournoisement et lentement, souvent sans que le sujet qui en bénéficie présente jamais une cuti-réaction positive à la tuberculine ou au filtrat tuberculeux.

Ceci est un des points les plus mystérieux et les plus étranges de l'histoire des formes filtrantes invisibles, immunisantes, prédisposantes ou mortelles du virus tuberculeux et qui ne sont peut-être, au surplus, qu'un stade du cycle évolutif, morphologique et pathogène, encore si incomplètement connu du bacille de Koch.

Quoi qu'il en soit, envisagée au point de vue pratique et hygiénique, l'hérédité transplacentaire du virus filtrant tuberculeux paraît certaine sans être pour cela, malgré quelques cas indiscutables, très dangereuse.

En tout cas, cette notion ne prévaut pas contre les enseignements journaliers de la pédiatrie. Celle-ci nous apprend, qu'isolé du milieu familial bacillifère, un jeune enfant, même issu de parents tuberculeux et partant suspect d'héberger du virus filtrant, échappe à la tuberculose, s'il est soustrait immédiatement à la contagion.

L'infection post-natale d'origine humaine exogène est pratiquement l'étiologie capitale presque unique de la bacillisation du jeune être ou de l'adulte.

Aussi serait-il illogique et pernicieux de vouloir actuellement conclure par simple analogie et transformer définitivement toutes les notions étiologiques acquises concernant la genèse de la tuberculose du premier âge. Les résultats remarquables des œuvres de prévention antituberculeuse de l'enfance suffisent pour ne laisser dans l'ensemble aucun doute sur ce sujet, et nous engager à persister dans une méthode aussi bienfaisante.

Conclusions

En résumé, le virus tuberculeux filtrant nous a déjà livré quelques points importants de sa biologie et de son pouvoir pathogène.

Dans l'état actuel de nos connaissances, sa transmission transplacentaire héréditaire paraît comporter les évolutions suivantes :

1° Ou le virus filtrant devient rapidement mortel, en provoquant une tuberculose caséeuse discrète généralisée, un peu différente, dans son aspect, de la tuberculose nodulaire classique ;

2° Ou il engendre le syndrome d'hypotrophie du nourrisson, qui succombe émacié par son action pathogène spéciale ;

3° Ou il sommeille pendant de longues années dans des foyers ganglionnaires, en particulier dans le groupe trachéo-bronchique, pour se réveiller dans la seconde enfance, l'adolescence ou l'âge adulte et créer une tuberculose pulmonaire le plus souvent à point de départ hilaire, procédant ainsi d'une infection héréditaire incoupçonnée ;

4° Ou enfin, sans évoluer lui-même, il développe dans l'organisme qui l'a héréditairement reçu un état allergique susceptible d'une double expression :

a) Une hypersensibilité aux surinfections exogènes par le bacille acido-résistant, conférant à certaines manifestations tuberculeuses cliniques de l'enfance ou de l'adulte une soudaineté et une brutalité qui rappellent certains « phénomènes de Koch » (c'est l'hérédo-sensibilisation) ;

b) Une résistance à l'infection par le bacille classique, que des expériences en cours nous font actuellement connaître (c'est l'hérédo-immunité) ;

5° Ces deux phénomènes allergiques, hypersensibilité ou résistance, de sens opposé, au point de paraître contradictoires, dépendent de la virulence variable et de la dose du virus filtrant allergisant, qui suivant les cas, aboutit à des effets différents à l'égard du bacille acido-résistant surinfectant qui assaille l'organisme à des doses, avec une virulence et par des voies d'introduction elles-mêmes variables.

Bibliographie

F. Arloing et A. Dufourt : « Contribution à l'étude des formes filtrantes du bacille tuberculeux » (C.R. Soc. Biol., t. XCIII, p. 165, 15 juin 1925).

— « Les formes filtrantes du bacille de Koch et le problème de l'hérédité tuberculeuse » (Soc. Méd. hôp. Lyon, 19 mai 1925 ; in *Lyon Médical*, t. CXXXI, n° 41, p. 444).

— « Obtention des formes mycéliennes du bacille tuberculeux » (Soc. Méd. hôp., Lyon, 17 mai 1925 ; in *Lyon Médical*, t. CXXXI, n° 41, p. 443).

— « Polymorphisme du bacille tuberculeux. Formes mycéliennes et ramifiées » (*Revue de la tuberculose*, t. VI, n° 41, p. 517).

— « Transmission du virus tuberculeux par voie transplacentaire chez la femelle du cobaye tuberculisée avec un filtrat de produit tuberculeux humain » (*C.R. Académie des Sciences*, t. CLXXXI, p. 826).

— « Tuberculose et hérédité. Passage expérimental du virus filtrant tuberculeux de la mère au fœtus » (Soc. Méd. hôp., Lyon, 8 décembre 1925 ; in *Lyon médical*, t. CXXXVII, n° 6, p. 169).

— « Recherches sur le virus tuberculeux filtrant et son passage à travers le placenta » (*Bull. Acad. Méd.*, t. XCV, n° 7, p. 163, 16 février 1926).

— « Rôle présumé du virus tuberculeux filtrant dans la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies

des nourrissons nés de mères tuberculeuses » (*Bull. Acad. Méd.*, t. XCV, n° 12, p. 318, 23 mars 1926).

— « A propos du virus tuberculeux filtrant et du problème de l'hérédité tuberculeuse » (*Bull. Acad. Méd.*, t. XCV, n° 17, p. 416, 27 avril 1926).

— « Les formes invisibles et filtrantes du virus tuberculeux » (*Clinique et Laboratoire*, 20 juillet 1926, p. 127).

— « Intradermoréaction à la tuberculine chez le cobaye injecté avec le virus tuberculeux filtrant » (*C.R. Soc. Biol.*, t. XCV, p. 1363, 15 novembre 1926).

— « Sur la variabilité de virulence et des effets pathogènes du virus tuberculeux filtrant. Ses conséquences dans le problème de l'hérédité tuberculeuse » (*Bull. Acad. Méd.*, t. XCVI, p. 301, 30 novembre 1926).

— « Résultats obtenus par l'inoculation de virus tuberculeux filtrant aux cobayes nouveau-nés » (*C.R Soc. Biol.*, t. XCV, p. 1414, 4 décembre 1926).

— « Le nouvel aspect de l'hérédité tuberculeuse; recherches personnelles » (Soc. Méd. hôp. Lyon, 14 décembre 1926 ; in *Lyon médical*, t. CXXXVIII, n° 52, p. 731).

— « Atténuation du virus filtrant tuberculeux labile par les courants électriques et les rayons ultra-violets » (*C.R. Soc. Biol.*, t. XCVI, n° 1, p. 39, 20 décembre 1926).

— « Le virus tuberculeux filtrant et les acquisitions nouvelles sur l'hérédité tuberculeuse » (*Presse méd.*, 5 janvier 1927, n° 2, p. 17).

F. Arloing, A. Dufourt et Malartre : « Caractères anatomiques et cliniques de la tuberculose expérimentale du cobaye provoquée par l'inoculation des formes filtrantes du bacille tuberculeux » (*C.R. Soc. Biol.*, t. XCIV, p. 46, 21 décembre 1925).

— « Variations morphologiques et pathogènes du bacille de la tuberculose » (*Paris médical*, n° 1, 2 janvier 1926, p. 22).

— « Formes anatomiques de l'infection expérimentale par le virus tuberculeux » (Soc. Anat., 16 décembre 1926 ; in *Annales Anat. pathol.*, t. III, n° 9, p. 982).

F. Arloing, L. Thévenot, A. Dufourt et J. Malartre : « Résistance vis-à-vis d'une infection tuberculeuse virulente conférée au cobaye par le virus tuberculeux filtrant » (Acad. Médecine, 11 octobre 1927).

F. Arloing et Malartre : « Recherches histo-bactériennes comparatives sur des cultures du bacille tuberculeux, d'actinomycose et d'aspergillus sur pomme de terre » (*C.R. Soc. Biol.*, t. XCII, p. 1303, 27 avril 1925).

— « Aspect des coupes de cultures du bacille tuberculeux sur pomme de terre » (*C.R. Soc. Biol.*, t. XCIII, p. 225, 27 juin 1925).

F. Arloing : « Variations morphologiques du bacille tuberculeux de l'homme et des mammifères obtenues artificiellement » (*C. R. Acad. des Sciences*, 20 janvier 1908).

— « Variabilité du bacille de la tuberculose » (Congrès intern. Hyg. de Berlin ; in *Rev. Tub.*, t. V, n° 1, février 1908).

— « Sur l'obtention de cultures et d'émulsions homogènes sur le bacille de la tuberculose humaine et sur une variété mobile de ce bacille » (*C.R. Acad. des Sciences*, 9 mai 1908).

— « Variabilité des caractères végétatifs et des caractères pathogènes du bacille de la tuberculose » (*Bull. Soc. des Sciences vétérinaires de Lyon*, 1er février 1908).

J. Malartre : « Acquisitions récentes concernant le bacille de Koch. Modifications morphologiques et tinctoriales. Formes filtrantes. Aspect actuel du problème de l'hérédité tuberculeuse » (Thèse de Lyon, n° 81, 1926-1927).

KINÉSITHÉRAPIE

Formulaire de gymnastique thérapeutique.

Par le Dr J. Gaston (de Baulieu-sur-Mer).

Position couchée.

Il est préférable de s'étendre sur le plancher le corps bien droit, jambes réunies, bras à côté du corps.

1° Flexion et extension du pied ; l'un après l'autre d'abord, puis les deux ensemble, chaque mouvement 10 fois.

Active la circulation (froid au pieds, céphalalgie, rhumatisme local, épistaxis à répétition goutte, hémorroïdes, métrorragies, raideurs articulaires. varices, paralysies).

2° Circumduction ; l'un après l'autre d'abord, puis les 2 ensemble, chaque mouvement 10 fois.

Comme en 1 pour les résultats thérapeutiques et les indications.

3° Ecartement et rapprochement des membres inférieurs, 10 fois.

Agit sur les articulations coxo-fémorales, fortifie les muscles des cuisses et des hanches (raideurs articulaires avec douleurs rhumatismales, dysménorrée, varices).

4° Flexion du genou, extension et élévation de la jambe, ramener sur le sol la jambe bien tendue, 10 fois.

Agit comme en 3 (mouvement idéal pour faire résorber une hydarthrose et remettre en état les muscles atrophiés périarticulaires.)

5° Ecartement et rapprochement des genoux, les jambes fléchies, 10 fois.

Congestionne le bassin (aménorrée, dysménorrée).

6° Soulèvement du bassin, 5 fois. Prendre point d'appui sur la tête et les talons sans se servir des bras.

Décongestionne le bassin, fortifie les muscles fessiers et spinaux, assouplit la colonne vertébrale (métrorragies, hémorroïdes, lumbago, hoquet).

7° Flexion du tronc en avant et extension des bras, 5 fois. Mettre les pieds sous un meuble ou se les faire tenir ; bras croisés d'abord ou derrière la tête, se relever lentement et aller toucher la pointe des pieds sans plier les genoux.

Assouplit la colonne vertébrale, fortifie les muscles du dos et renforce la sangle abdomi-

nale, agit comme régulateur des fonctions abdominales (constipation, troubles gastro-intestinaux, scoliose, dyspepsie, lumbago, varices).

Position assise.

Bras croisés, genoux et talons joints :

1° Se relever et s'asseoir, 10 fois.

Active la circulation des membres inférieurs et fortifie les muscles, doit précéder les exercices de marche dans les cas de paralysies déjà améliorées.

Troubles de la station, paralysies, varices, atrophies musculaires.

2° Flexion du tronc en avant en laissant tomber les bras de chaque côté du corps, les doigts allant toucher le sol au niveau des talons.

Assouplit la colonne vertébrale, régularise les fonctions abdominales, fortifie les muscles lombo-iliaques et le périnée (coliques intestinales, constipation, ralentissement des fonctions hépatiques, scolioses et cyphoses, dysménorrée, dyspepsies, hémorroïdes, hoquet, leucorrée, lumbago).

3° Torsion du tronc à droite et à gauche, mains derrière la nuque, 5 fois.

Assouplit la colonne vertébrale, agit sur les muscles du tronc et surtout sur les grands obliques, décongestionne le bassin, active la circulation lombaire (coliques intestinales, constipation, courbatures, dyspepsies, épistaxis, hémorroïdes, lordose, lumbago, congestion utérine).

4° Flexion latérale du tronc, 5 fois de chaque côté.

Assouplit la colonne vertébrale et fortifie les muscles dorsaux en les allongeant et en les faisant contracter alternativement (courbatures, déviations de la colonne vertébrale, spondyloses).

5° Flexion de la tête en avant, en arrière, latéralement, 5 fois.

Assouplit et fortifie les muscles du cou, décongestionne la tête et le cerveau (céphalalgie, cyphose, rhumatismes, torticolis, migraines, névralgies).

6° Torsion de la tête, 3 fois à droite et à gauche, mêmes résultats et indications qu'en 5.

Position debout.

Mains sur les hanches, le pouce en arrière, talons joints :

1° Se porter alternativement sur les talons et sur la pointe des pieds, 10 fois et très lentement.

Régularise les fonctions circulatoires des membres inférieurs (varices, phlébites chroniques, artérites, ulcères).

2° Flexion des membres inférieurs en 4 temps. Tenir son équilibre en s'appuyant sur le dossier d'une chaise : se lever sur la pointe des pieds, fléchir en avant en s'asseyant sur les talons, se relever sur la pointe des pieds et repos sur les talons, 10 fois (mouvement général de première importance : agit sur la circulation sur les muscles et les articulations).

3° Marche sur place en alternant, 10 fois.

Comme le précédent.

4° Flexion du tronc en avant, genoux tendus et aller toucher les pieds avec la pointe des doigts.

Assouplit la colonne vertébrale, agit sur les organes abdominaux, déviations de la colonne vertébrale, affections abdominales chroniques, constipation.

5° Flexion latérale du tronc à droite et à gauche, 10 jois.

Agit surtout sur la colonne vertébrale, scolioses.

6° Torsion du tronc à droite et à gauche.

Mêmes indications et effets physiologiques que pour le même exercice dans la position assise.

7° Exercice des bras en 6 temps : 1 flexion des bras poignets aux épaules, points fermés et tournés en dedans ; 2 bras tendus au dessus de la tête ; 3 revenir à la position 1 ; 4° étendre latéralement les bras ; 5 revenir à la position 1 ; 6 repos.

Puissant exercice d'ordre général, devrait être employé tous les jours au point de vue purement hygiénique.

Remarques importantes.

Ces exercices doivent être faits le matin et le soir en étant complètement nu pour permettre à la peau de prendre en même temps un bain d'air.

Chaque séance doit commencer et se terminer par 5 exercices respiratoires : mains sur les hanches, inspirer lentement et fortement par le nez en gonflant le plus possible la cage thoracique expirer brusquement bouche ouverte.

Cette méthode thérapeutique réclame surtout de la part des malades patience et persévérance (à faire pendant des mois et même des années), mais les résultats sont toujours favorables et durables, quand les exercices ont été judicieusement choisis.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des anémies pernicieuses par l'insuline et les transfusions. La transfusion sanguine chez les leucémiques.

I. La méthode de Whipple, qui consiste à traiter les anémies graves, de causes diverses ou cryptogénétiques, par l'administration digestive du foie à hautes doses, a donné de réels succès ; mais elle ne doit pas faire négliger les autres méthodes de traitement, qui, d'ailleurs, peuvent l'améliorer elle-même dans ses résultats.

C'est ainsi que, dans les anémies pernicieuses, l'insuline et les transfusions peuvent se montrer tout aussi efficaces, ainsi que le démontre P.-Emile WEIL.

Il y aurait dans l'anémie pernicieuse une baisse de la réserve alcaline avec augmentation du taux sanguin du sucre, et l'insulinothérapie aurait pour résultat de ramener à la normale la réserve alcaline et la glycémie.

Quoi qu'il en soit, chez un homme de 58 ans, atteint d'anémie cryptogénétique, que deux transfusions n'avaient qu'amélioré, le faisant passer de 1.600.000 à 2 millions d'hématies sans modifier son poids et son état général, l'adjonction de 5 unités d'insuline quotidienne aux transfusions le firent passer en six semaines à 4 millions et reprendre une santé parfaite avec 10 kgr. La cure d'insuline fut encore continuée cinq semaines sans transfusions, et, depuis huit mois, le malade guéri a pu reprendre, sans fatigue ni rechute, son métier de maçon en ne faisant aucun traitement.

Etant donné que dans ce cas le début de l'amélioration fut un peu lent, l'auteur emploie actuellement des doses de 20 unités en deux injections.

L'amélioration sanguine fut analogue à celle qu'on observe avec la méthode de Whipple, mais le sang ne reprit pas un état d'équilibre parfait, comme cela se voit généralement après la guérison par le foie ; il subsiste un léger état d'anémie : 4 millions de globules et 80 % d'hémoglobine ; mais la reprise du poids a encore continué. La guérison est en apparence parfaite, quoiqu'une rechute soit toujours possible, surtout chez un homme qui exerce un dur métier.

A noter que les transfusions, faites avec des donneurs universels, déterminaient, quoique bien supportées de façon immédiate, de la fièvre survenant le lendemain et de la fatigue pendant 4 jours. Il semble que, chez beaucoup de ces anémiques graves en état d'hémolyse, le plasma du donneur d'un groupe différent, et même de groupe identique, soit capable de se montrer nocif. Il n'en est plus de même quand l'hémolyse vient à être enrayée.

Parfois, cependant, en pareils cas, l'insuline ne paraît pas aussi active ; elle semble manifestement inférieure à la méthode de Whipple. Par contre, l'insuline, ajoutée à l'administration de foie s'est montrée utile ; elle a ajouté à l'action de l'opothérapie hépatique, dont l'effet fut particulièrement actif et rapide. L'amélioration hématique cessa avec la seule prise de foie, et reprit avec le recommencement des injections insuliniques.

En outre, dans les anémies symptomatiques graves, anémies spléniques, hémolytiques ou post-hémorragiques, anémies post-hémorragiques, le traitement insulinique et les transfusions ont également donné de beaux résultats, certainement équivalents à ceux de la méthode de Whipple, moins active dans ces cas que dans les anémies biermériennes.

Si valable que soit la méthode de Whipple, elle ne donne pas de succès constants, et il est utile de la compléter voire même de la remplacer dans les cas où les malades ne pourraient la supporter, en y ajoutant l'insulinothérapie et les transfusions.

II. Quant aux transfusions sanguines chez les leucémiques, le Dr P.-Emile WEIL donne le résultat de son expérience de six années.

La transfusion est inutile dans les cas chroniques sans anémie ou avec anémie faible. Dans les leucémies aiguës, radium, radiothérapie, même à doses faibles, se montrent inefficaces et la transfusion ne rend aucun service.

Elle peut cependant être utile dans les cas chroniques compliqués, dans les complications hémorragiques, dans les leucémies avec forte anémie, dans les cas de radio-résistance, mais les services qu'elle rend sont trop faibles et trop irrégulières pour y avoir facilement recours.

Mieux vaut dans ces cas chroniques compliqués, sauf exception, s'abstenir de pratiquer la transfusion, d'autant que d'autres méthodes, telles que les injections de sang et l'ingestion de foie (*méthode de Whipple*) peuvent donner actuellement d'aussi bons, sinon meilleurs, résultats. (*Le Bulletin médical*, 28 avril 1928.)

Réactions méningées au cours des sinusites d'origine dentaire.

Le Pr FRIBOURG-BLANC rapporte une observation de ce genre : syndrome méningé, brusquement survenu sans cause apparente, terminé par

complète guérison. Il appelle, à ce propos, l'attention sur l'embarras dans lequel le praticien peut se trouver pour établir un diagnostic étiologique en présence de certains accidents méningés survenus sans cause précise, en dehors de toute poussée épidémique, de toute maladie infectieuse aiguë, et sans éléments d'orientation dans l'examen du liquide céphalo-rachidien.

L'examen méthodique du sujet fit découvrir une carie avancée des deux prémolaires supérieures gauches, avec sinusite maxillaire gauche, douleur à la pression du point maxillaire supérieur, papille de l'œil gauche très hyperémiée, à bords flous.

On fit procéder à l'ablation des 2 prémolaires cariées ; sans autre intervention, dès le lendemain, tous les phénomènes méningés rétrocédaient ; plus de vomissements, reprise d'un pouls normal à 72, apyrexie, disparition en 3 jours des céphalées, des vertiges, de la raideur de la nuque.

L'état méningé était en relation directe avec la polysinusite, déterminée elle-même par l'infection dentaire.

Un autre cas était également dû à la carie d'une prémolaire supérieure gauche ; il guérit aussi vite, dans les mêmes conditions. L'infection partie du sinus maxillaire gagne les sinus postérieurs, sphénoïdal et ethmoïdal.

Ces faits démontrent une fois de plus la nécessité de toujours pratiquer un examen minutieux des malades. (*Journ. des Praticiens*, 24 mars 1928.)

Le traitement des anémies graves par la méthode de Whipple.

L'opothérapie hépatique représente l'un des traitements les plus estimés de l'anémie, surtout dans les formes graves et progressives, dans l'anémie pernicieuse cryptogénique du type Biermer.

Le régime comporte, outre la suppression presque complète des graisses et l'abondance de légumes verts et de fruits riches en vitamines comme en fer, la ration quotidienne de 200 à 250 grammes de foie de veau.

La statistique de Minot et Murphy, rapportée par le Dr P. N. Deschamps, porte sur 125 malades. Chez presque tous, une puissante action hématopoiétique s'est manifestée dès les premiers jours de la cure et a porté le chiffre moyen des hématies, qui était de 1.500.000 au début, à plus de 3 millions au bout de 1 mois, plus de 4 millions au bout de 2 mois, et près de 5 millions au bout de 6 mois.

De plus, au contraire des rémissions spontanées de l'anémie pernicieuse, en général toujours passagères, cette amélioration dans un grand nombre de cas, qui ont pu être suivis, s'est montrée durable, persistant après plus d'un an, et même chez quelques uns, après 2 ou 3 ans.

Toutes les formes d'anémies graves et progressives relèvent de cette cure, qui est très simple. Pratiquement, on utilise le foie de veau, qui peut être ingéré cru, haché dans du bouillon, ou encore en sandwich entre deux tartines de beurre d'anchois. Il peut être aussi consommé cuit, à condition d'être à peine passé à la flamme et surtout de ne pas être rôti. On peut le préparer grillé, en tranches ou en boulettes, ou encore le faire bouillir pendant 10 minutes puis le pulvériser et le mélanger à l'eau de cuisson, ce qui constitue une sorte de soupe. Ainsi préparé, le foie de veau est presque toujours bien toléré, même pendant fort longtemps. Il semble que ce traitement, comme tous les traitements opothérapiques, doive être prolongé.

Cette opothérapie fournirait à l'organisme des substances formatives du stroma des hématies et provoquerait ainsi la régénération globulaire.

L'avenir dira si la guérison des syndromes anémiques peut être ainsi obtenue et demeure durable, même après arrêt de la cure. (*La Médecine*, mars 1928.)

Réflexions sur deux cas de diphtérie familiale sans fausses membranes.

Ces formes sont importantes à connaître en raison du traitement. L'un des cas observés par le Dr Bernard, s'accompagna de phénomènes généraux d'une particulière gravité.

Chez l'autre malade, le début fut, non lent et insidieux, mais foudroyant, faisant penser à une septicémie : la septicémie fut recherchée, mais l'hémoculture resta stérile ; cette forme hypertonique s'accompagna d'une insuffisance surrénale (hypotension marquée).

L'angine sans fausses membranes dans la diphtérie est un fait peu fréquent. Il s'observe surtout chez les enfants, qui font des diphtéries extra-pharyngées : coryza, otites, etc.

L'angine diphtérique peut ne se révéler que par une simple rougeur des amygdales et du pharynx. Il arrive que la véritable nature de cette angine se traduise à la convalescence par une polynévrite des membres inférieurs, et c'est la paralysie qui permet de faire le diagnostic rétrospectif de diphtérie.

Dans ces cas, seul l'ensemencement de l'exsudat sur sérum donne le véritable diagnostic étiologique. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 29 avril 1928.)

Essai de diagnostic des traumatismes du cou-de-pied et de l'arrière-pied, particulièrement d'après la déformation consécutive.

Ils sont souvent d'un diagnostic difficile, et nécessitent un examen attentif, en comparant le pied atteint avec celui du côté opposé.

Il faut, écrit le Dr Gasne, connaître les points de repère suivants : les malléoles, l'axe du pied (la crête tibiale est prolongée par le 2e métatarsien, le bord interne de la rotule par le bord interne du gros orteil), la plante des pieds, la longueur de la face dorsale de l'avant-pied et la saillie du talon, les mouvements anormaux, les points douloureux fixes.

I. Il n'y a pas de déformation ; le diagnostic est très difficile ; seul le siège exact de la douleur, son exagération par certains mouvements, l'apparition d'une ecchymose localisée, pourront faire prévoir un diagnostic, et la radiographie deviendra indispensable dans la majorité des cas pour le préciser. Ce seront, soit des entorses, soit des fractures sans déplacement.

II. Il y a déformation, et celle-ci donne, dès l'abord, des indications extrêmement importantes.

Si le pied est en équin, il faut chercher une fracture marginale postérieure du tibia, ou une fracture de l'angle postéro-supérieur du calcanéum.

Si le pied est plat, il faut rechercher les fractures du calcanéum, et s'il y a en même temps exagération de sa cambrure dorsale, les fractures de la tête de l'astragale ou du scaphoïde.

Si le pied est en valgus, il faut penser, soit aux fractures bimalléolaires, soit aux fractures du calamus, et surtout aux luxations sous-astragaliennes du pied en dehors.

Si le pied est en varus, il faut rechercher les fractures du pilon tibial, ou celles de la malléole interne ; ou, si la douleur siège plus bas, les fractures du col de l'astragale. Si le pied est creux varus, les fractures ou luxations du scaphoïde.

Si le pied paraît luxé directement en avant ou en arrière, il faut penser aux luxations toujours accompagnées, soit de fractures marginales du tibia, soit de fractures de l'astragale. (*La Consultation*, mars 1928.)

Le traitement médical des cholécystectomies.

Il est fréquent de constater, chez les malades cholécystectomisés, le retour après l'opération, de phénomènes douloureux, de malaises quelquefois presque aussi pénibles que ceux qui étaient présentés avant. Trop souvent d'ailleurs, on a tendance à promettre au malade une guérison immédiate et complète sitôt après l'opération d'où désillusion d'autant plus grande qu'on aura été plus affirmatif.

Le Dr Jamin (de Châtel-Guyon) ne considère pas la fistule biliaire consécutive, mais les cas les plus simples, où l'opération se sera passée le plus normalement possible, sans aucune suite chirurgicale.

Au bout de 3 semaines ou d'un mois, les digestions deviennent un peu pénibles, avec sensation de ballonnement malgré un régime sévère ; puis ce sont des douleurs mal localisées dans la région épigastrique, la région hépatique, l'hypocondre droit, avec une grande fatigue générale, et une diarrhée très pénible : tantôt jaune, tantôt brun noirâtre, mousseuse, très rebelle aux traitements médicaux et au régime. Il y a, en plus, de la céphalée, des vomissements avec crises douloureuses rappelant une colique hépatique fruste.

Le malade attribue bien souvent ces accidents à son alimentation ; il la dose, réduit progressivement : légumes, viandes ; d'où amaigrissement et cachexie restrictive, qui influence le moral.

Or les conditions, réalisées par l'ablation de la vésicule, modifient le fonctionnement du tube digestif ; il faut au moins une année pour que se forme une néo-vésicule par dilatation du canal cholédoque.

Tous les symptômes, sauf la diarrhée qui peut se prolonger durant des mois et des années, sont temporaires, bien qu'ils puissent durer assez longtemps.

Il faut, après l'opération, faire lever tardivement les malades, leur éviter une reprise complète trop rapide de leurs occupations. Ils s'étendront sur une chaise longue après les repas, avec des applications humides chaudes sur les régions hépatique et épigastrique. Plus tard, des applications diathermiques pourront calmer cette gêne douloureuse dans la cicatrice dont se plaignent les opérés.

Les douleurs gastriques sont plus rebelles ; on donne de la belladone à faible dose au début des repas, des poudres alcalines : solution de Bourget ou bien une cuillerée à café à la fin des repas de :

Lactose	60	grammes
Hydrate de magnésie.........	40	—
Sous-nitrate de bismuth......	30	—
Carbonate de chaux..........	20	—

Pour reposer les malades, ces traitements seront ordonnés pendant 5 jours par semaine, et 3 semaines par mois.

Le boldo pourra être donné à la fin des repas.

Le régime alimentaire sera caractérisé par l'absence de graisses, fritures, épices, sauces. Il sera influencé par ce phénomène si fréquent et si rebelle de la diarrhée ; contre laquelle on donnera carbonate de chaux, bismuth, laudanum à faible dose.

La cure thermale, soit à Vichy, soit à Châtel-Guyon sera d'un précieux secours. Enfin on favorisera le reprise normale de l'écoulement biliaire, par 3 ou 4 tubages, à raison d'un par semaine. (*Lyon médical*, 8 avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le B. C. G. est-il absolument inoffensif ?

(M. J. Lignières. — *Académie de médecine* ; 24-7-1928.)

« Le B. C. G., bien que très atténué et sans action tuberculigène, reste encore trop pathogène pour l'espèce humaine » : tel est le titre donné par M. le professeur J. Lignières à sa dernière communication à l'Académie. L'auteur verse au débat ouvert sur la question de l'innocuité du B. C. G., deux observations dans lesquelles l'administration du B. C. G. a été suivie de mort du sujet traité.

La première concerne un adulte, médecin âgé de 30 ans, de bon état général apparent, atteint de lèpre, qui — dans le but de guérir sa lèpre — demanda et reçut trois injections de B. C. G. Il s'en suivit une réaction générale assez vive, des abcès, une cachectisation rapide et la mort six mois plus tard.

La seconde est relative à une enfant de un an qui fut soumise à la naissance à l'ingestion de B. C. G. dans les conditions normales. Quelques mois après, apparut une adénopathie cervicale qui se développa, s'ouvrit, en même temps que la petite malade maigrissait. D'autres adénopathies de cou se montrèrent, ainsi que de l'entérite et, après quelques alternatives, l'enfant succomba. Dans le pus des ganglions, on trouva de nombreux bacilles acido-résistants. Les mêmes bacilles furent rencontrés dans les selles. Ces bacilles — acido-résistants comme le bacille de Koch — n'étaient pas, selon l'auteur, des bacilles de Koch et ils se comportaient bactériologiquement comme le B. C. G. La sœur de cette petite malade, d'autre part, présenta une adénopathie suppurée à bacilles acido-résistants analogues, pouvant faire penser à une contagion.

M. Lignières conclut « qu'il existe des organismes — peut-être exceptionnellement sensibles au B. C. G. — chez lesquels ce vaccin est capable de déterminer des accidents plus ou moins graves ». Ces faits, ajoute-t-il, justifient les prudentes réserves formulées dans une communication antérieure.

Mortalité des cobayes traités par le B. C. G.

(MM. P. Remlinger et J. Bailly. — *Académie de médecine* ; 24-7-1928.)

MM. Remlinger et Bailly signalent les résultats de leurs expériences sur le B. C. G. Ces expériences ont porté sur 435 cobayes, dont 306 reçurent (par voies diverses) du B. C. G. et 129 furent témoins. Or, la mortalité générale des cobayes traités par le B. C. G. n'a pas été supérieure à celle des animaux témoins.

Des dangers de l'hystérographie par injection intra-utérine.

(M. Pierre Duval. — *Société de chirurgie* ; 25-4-1928.)

On parle beaucoup actuellement de l'hystérographie par injection intra-utérine et intra-tubaire de substances opaques aux rayons X (lipiodol, bromure de sodium) dans le diagnostic des états gynécologiques, de la stérilité tubaire entre autres.

M. Pierre Duval montre que cette méthode peut offrir quelques inconvénients. Le liquide injecté est susceptible, parfois, de passer dans le péritoine et de créer des péritonites, ou encore de léser les trompes. L'auteur en relate des observations prises dans la littérature médicale étrangère, dont une ayant comporté la mort de la malade. Il conclut qu'il ne faut pas abuser de ce mode d'exploration de l'appareil génital féminin.

— M. Sicard fait remarquer que dans les observations relatées par M. Pierre Duval, c'est le bromure de sodium *et non le lipiodol* qui a été utilisé.

Apoplexie traumatique tardive.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie* ; 25-4-1928)

A propos d'un cas d'apoplexie traumatique tardive relaté par M. Fey, M. Auvray revient sur cet état morbide intéressant.

L'apoplexie traumatique tardive se présente généralement dans les conditions suivantes. Un sujet a reçu sur la tête un choc plus ou moins violent. Il n'a éprouvé sur le moment aucun trouble cérébral ou seulement quelques phénomènes sans gravité, tels que perte de connaissance momentanée, mal de tête, vertiges, et souvent il a pu continuer à vaquer à ses occupations. Au bout d'un temps variable, allant de quelques jours à plusieurs semaines et même plusieurs mois, il est atteint d'accidents apoplectiques à marche foudroyante ou progressive. On a donné le nom de *phase latente* à la période plus ou moins longue qui sépare le traumatisme de l'apoplexie.

Les lésions constatées (au cours de l'opération ou à l'autopsie) sont généralement des hémorrhagies, à siège variable, et dont la pathogénie n'est pas entièrement élucidée (hémorrhagie dans la partie contusionnée, hémorrhagie secondaire, par rupture incomplète de vaisseaux, par lésion de vaisseaux altérés, etc.). La thérapeutique comportera une intervention immédiate si l'évolution des accidents en laisse le temps au chirurgien.

— M. Lernormant n'aime pas beaucoup, ici, le terme d'« apoplexie » qui manque de précision. Les faits dont il s'agit sont des hémorrhagies intracraniennes tardives d'origine traumatique. La clas-

sification anatomique apparaît en pareille circonstance plus profitable.

De l'association novocaïne-adrénaline.

(M. Anselme SCHWARTZ. — *Société de chirurgie* ; 9-5-1928.)

Dans l'anesthésie locale, l'association de l'adrénaline à la novocaïne a été accusée de provoquer des gangrènes.

M. Anselme Schwartz, élève de Reclus, ayant une expérience particulière des anesthésies locales, n'a jamais observé d'accidents, même avec la solution primitive de Reclus, ainsi formulée :

Sérum physiologique	100 grammes.
Novocaïne	0 gr. 50
Adrénaline	25 gouttes

Dans cette préparation, un peu chargée en adrénaline, celle-ci peut être réduite avantageusement à dix gouttes.

Un point essentiel, bien précisé par Reclus, est la nécessité de mélanger l'adrénaline à la novocaïne, au moment où l'on commence l'anesthésie, car dans les préparations faites d'avance, l'adrénaline s'altère.

M. Schwartz estime que l'anesthésie locale à la novocaïne seule est très inférieure à celle obtenue avec l'association adrénaline-novocaïne. Mais, cette anesthésie locale a des règles. Il faut l'éviter toutes les fois où l'on opère sur une région atteinte de troubles trophiques, et dans les panaris avec lymphangite et œdème remontant jusqu'à la racine des doigts. Seul, le panaris à inflammation limitée à la phalangette peut être ouvert après anesthésie locale à la bague anesthésique.

— M. BASSET pense que, dans la controverse entre M. Moure et M. Schwartz, le fait d'employer de la novocaïne-adrénaline préparée extemporanément ou d'avance explique la différence des résultats observés.

P. L.

Un cas d'endocardite maligne primitive à évolution prolongée consécutive à une vaccination jennérienne.

(MM. P. BRODIN et Charles RICHET fils. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 7-6-1928.)

Il s'agit d'un homme de 47 ans, diabétique, qui vacciné contre la variole le 27 octobre, mourut en asystolie le 20 janvier suivant.

Deux points surtout méritent de retenir l'attention dans cette observation :

1° Alors que la plupart des endocardites malignes subaiguës à forme prolongée apparaissent chez des sujets porteurs d'une lésion cardiaque antérieure, chez ce malade les nombreux examens pratiqués auparavant permettent d'affirmer qu'il n'existait pas de lésion cardiaque antérieure et que l'endocardite a par conséquent été primitive.

2° Les premiers symptômes de l'affection sont apparus immédiatement après la vaccination, et l'on peut se demander si, chez un sujet prédisposé par son hyperglycémie et son obésité, elle n'a pas agi, soit en diminuant sa résistance et permettant le développement d'une infection jusque-là latente, soit comme porte d'entrée directe du germe inconnu, cause de la maladie.

Aussi, les auteurs pensent-ils que la vaccination n'est peut-être pas sans danger chez les diabétiques latents, et qu'en tout cas elle ne doit jamais être faite chez eux par scarification.

Du traitement de l'hypertension artérielle par la cure de repos au lit et de diète.

(MM. E. BERNARD, DESBUCQUOIS et Mlle FALGUIÈRE. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-6-1928.)

Les auteurs pensent qu'il est possible, en faisant abstraction de toute médication spécifique et non spécifique, de faire baisser la tension artérielle d'un assez grand nombre d'hypertendus et cela par le repos et la restriction alimentaire.

Il s'agit : 1° du repos au lit ; 2° de la diète hydrique réduite : eau lactosée (1 lit. 1/4) pendant 2 jours ; lait (1 lit. 1/4) pendant 3 jours. Puis reprise de l'alimentation avec, pendant une ou deux semaines, régime fruito-végétarien et réduction de la quantité des boissons à moins de 1 litre.

Au bout de 5 jours, les malades qui doivent être améliorés par la cure en ont recueilli presque tout le bénéfice. Le gain réalisé les jours suivants est en général moins important.

Le repos au lit a paru indispensable. A la cure, on a dans certains cas adjoint d'autres thérapeutiques, purgations chez les pléthoriques, saignée chez les dyspnéiques, toni-cardiaques, etc... Il est difficile de ne pas reconnaître à ces médications une grande utilité. Mais dans des cas semblables le traitement s'est limité à la cure et l'étude comparative des résultats obtenus ne permet pas d'accorder à ces médications le rôle essentiel.

Sur 52 malades traités, de 28 à 70 ans, 50 avaient une hypertension égale ou supérieure à 20 avec l'appareil de Vaquez-Laubry, portant à la fois sur la maxima et la minima.

23 p. 100 présentaient des signes d'insuffisance cardiaque, 39 p. 100 des signes d'insuffisance rénale ; c'est dire que dans un certain nombre de cas l'hypertension est apparue solitaire ; cette notion est en train de devenir banale.

Malgré les différences dans le succès, les cas favorables furent de 65 p. 100, et encore n'y range-t-on aucune observation où la baisse de la tension a été inférieure à deux points pour la minima comme pour la maxima. Ces cas favorables comportent : 1° ceux où l'amélioration a pu être contrôlée à nouveau un mois ou plusieurs mois après la sortie de l'hôpital

(8 cas) ; 2° ceux chez qui l'amélioration obtenue s'est maintenue pendant tout le séjour à l'hôpital, 6 semaines à 3 mois (20 cas) ; 3° ceux chez qui l'amélioration obtenue n'a été que partiellement maintenue, soit pendant le séjour à l'hôpital, soit après la sortie (6 cas).

Les insuccès ont atteint la proportion de 35 %. des sujets étudiés : amélioration n'ayant atteint qu'un point, ou ayant disparu dès qu'on cessait le lait ou la lactose. La résistance au traitement n'est pas conditionnée par l'âge (2 malades de 37 ans et plusieurs ayant dépassé la soixantaine).

A noter pour ces cas « non favorables » que lorsque la tension est restée fixe après la cure, l'évolution peut acquérir rapidement un haut degré de gravité (hémorragie cérébrale, ou marche rapide vers l'urémie dans les mois qui suivent) ; cette thérapeutique permet ainsi, dans une certaine mesure, une classification pronostique. D'autre part, les cas irréductibles à cette thérapeutique le sont également à toute autre médication.

Cette cure n'a aucune contre-indication ; mais il va de soi que lorsque l'insuffisance cardiaque domine la scène, c'est elle qui commande le traitement. Elle n'a jamais occasionné d'accidents ; elle n'a pas notamment l'action brutale d'une saignée copieuse qui risque de modifier avec soudaineté un régime tensionnel élevé, mais qui semble souvent nécessaire.

On peut supposer que la cure de restriction alimentaire diminue le volume de la masse sanguine, et on peut admettre que la cure de repos favorise au maximum l'atténuation du spasme vasculaire qui conditionne sans doute pour une grande part l'hypertension. La preuve d'une telle atténuation nous est donnée dans la sédation rapide des symptômes où le spasme semble jouer le premier rôle : doigt mort, crampes, vertiges passagers.

Cette cure de repos au lit et de diète constitue le moyen thérapeutique le mieux approprié pour faire céder dans l'hypertension artérielle tout ce qui n'est pas définitivement fixé.

La fièvre ganglionnaire chez les enfants.

(M J. Comby. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-6-1928.)

La fièvre ganglionnaire, dont l'auteur a vu des centaines de cas, ne se rencontre que chez des enfants; dans sa forme typique, elle est exceptionnelle à l'âge adulte.

C'est une maladie aiguë, fébrile, à porte d'entrée rhino-pharyngée ; primitive le plus souvent, la fièvre ganglionnaire infantile a paru succéder à la grippe dans quelques cas.

La gorge est la porte d'entrée habituelle, que semble bien affirmer la localisation angino-maxillaire de l'adulte ; on n'y trouve que peu de chose : quelques points blancs parfois, le plus souvent une simple rougeur de l'isthme, avec gonflement de l'une ou l'autre amygdale.

Deux phénomènes seulement, par leur constance et leur objectivité, caractérisent la fièvre ganglionnaire: la fièvre, le ganglion. La fièvre frappe par sa soudaineté et sa violence : 39°, 39°5, 40°, mais ces chiffres ne se maintiennent pas au-delà de 2, 3, 4 jours ; quelquefois on trouve seulement 38° ou 38°5. Forte ou faible, la fièvre n'a qu'une courte durée, et, de ce côté, on est vite tranquillisé. Par contre, le gonflement ganglionnaire, qui l'accompagne toujours, se résout lentement, et si l'on a compté 2 ou 3 jours pour la durée de la fièvre, il faudra ajouter un zéro à ces chiffres pour évaluer la durée de l'adénopathie ; en tout cas, la guérison est obtenue complète, sans séquelle, sans passage à la chronicité, sans terminaison par tuberculose, même quand l'adénite aboutit à la suppuration. L'abcès qui se forme est un abcès chaud guérissant vite par une petite incision médicale, qui ne laisse pas de trace appréciable, de cicatrice désobligeante comparable à celle des écrouelles ou humeurs froides.

Suppurée ou non, la fièvre ganglionnaire se distingue nettement de l'adénopathie tuberculeuse, à laquelle pensent toujours les familles et que craignent les médecins.

Pneumothorax thérapeutique bilatéral, avec collapsus extrême des poumons.

(MM. E. Rist et E. Coulaud. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-6-1928.)

Ce qui est très remarquable dans l'observation rapportée, c'est l'extraordinaire réduction de volume des deux poumons. La radiographie montre que seul le lobe inférieur droit est resté perméable et assure la fonction respiratoire ; l'expansion inspiratoire des deux moignons est de faible amplitude. Et pourtant la malade n'a aucune sensation subjective de dyspnée, et peut même aller et venir modérément sans être essoufflée. Il est probable, d'après la spirométrie, qu'il n'y a pour ainsi dire plus d'air résiduel dans les poumons ainsi collabés, qui respirent comme ceux de l'enfant nouveau-né ; la ventilation pulmonaire, bien que portant sur des volumes moindres est, par conséquent, plus parfaite.

G. F.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Dégénérescence épithéliale du moignon du col après la subtotale.

M. Dambrin. — Sur 300 cas personnels d'hystérectomies subtotales pratiquées depuis 1919, n'a relevé que trois cas de dégénérescence, dont on seul peut être considéré comme absolument certain.

Etant donné le faible pourcentage de cette complication post-opératoire, il ne croit pas que l'on doive systématiquement remplacer la subtotale par la

totale toujours plus grave, et reste partisan de cette première intervention. Il rejette toute tentative d'opération en cas de dégénérescence cancéreuse du moignon du col, qui lui paraît justiciable de la curiethérapie.

Atrésie cicatricielle du col après un accouchement.

MM. Ducuing et Rascol ont eu à intervenir chez une IIIpare de 42 ans, qui avait présenté des phénomènes d'infection utérine grave au moment de son dernier accouchement (enfant mort et macéré). Cette malade n'avait pas présenté de retour de couches, et n'avait pas non plus été réglée depuis plusieurs mois. A l'examen, on sentit une tumeur tendue dans le vagin correspondant à une hématométrie par sténose utérine. Une incision donna issue à un litre de sang noir et visqueux. Il est à présumer que le col, déjà altéré par les accouchements antérieurs, a dû être le siège d'escarres lors de l'infection puerpérale, et que la disparition du revêtement muqueux a entraîné la coalescence des tissus. Il s'agit là d'un fait rare dont on ne connaît qu'un petit nombre de cas.

La rachianesthésie dans la césarienne.

MM. Audebert et Estienny exposent les sérieux avantages qu'ils ont obtenus par cette méthode dans 10 cas où elle a été effectuée : exaltation de la contractilité utérine, d'où absence d'hémorragie, plus grande facilité du décollement placentaire, des membranes, et des sutures utérines, qui sont plus solides, par suite de la contraction musculaire, silence abdominal et absence de shock opératoire. Le seul inconvénient réside dans l'intensité des tranchées utérines.

Tuberculose utéro-annexielle et appendicite tuberculeuse.

MM. Dambrin et Pommepy rapportent l'observation d'une femme de 31 ans, à passé tuberculeux, hospitalisée pour appendicite, et chez laquelle l'examen clinique révèle l'existence d'une salpingite double. Au cours de l'intervention, appendicectomie et hystérectomie subtotale, on constata l'existence de granulations tuberculeuses dans tout le petit bassin ; les suites opératoires furent parfaites.

Avortements provoqués. Infection consécutive.

M. Rascol communique trois cas d'avortements provoqués, ou en dépit d'un curettage, des phénomènes d'infection d'abord locale, puis générale, extrêmement graves ne tardèrent pas à se manifester. Dans deux cas, où la septicémie ne fut combattue que par des moyens purement médicaux, on dut enregistrer un décès ; on obtint au contraire, une guérison dans celui où l'on décida d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale, qui semble bien être le meilleur mode de traitement des infections utérines post-abortives graves.

Sur la précocité de certaines embolies post-opératoires.

M. Ducuing rapporte deux cas d'embolies survenues précocement, 50 et 52 heures après une appendicectomie à froid et une cure de hernie crurale. Etant donnée la précocité des phénomènes emboliques l'auteur ne croit pas que l'infection soit nécessaire dans la formation des phlébites, et pense que le thrombus peut souvent être dû à une action mécanique comme la dissection de la veine fémorale dans sa deuxième observation.

Bassin généralement rétréci, césarienne basse.

M. Baux a eu l'occasion de pratiquer une césarienne basse chez une petite femme à corps de fillette, sous rachi-anesthésie. Il y eut une hémorragie du segment inférieur et du corps nécessitant une injection d'ergotine, complication très rarement observée après les rachianesthésies.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Martin communique six observations de fistules de pathogénie diverse, avec cinq guérisons complètes. Il estime que la commodité seule doit faire choisir la voie vésicale ou la voie vaginale ; il est partisan de la dérivation hypogastrique des urines dans tous les cas, et a abandonné le fil de lin pour le catgut chromé.

Evacuation extemporanée de l'utérus.

M. Rascol a eu recours à la méthode préconisée par le Pr Delmas, dans quatre cas, arrêt de la dilatation, présentation de l'épaule, et procidence du cordon. La rachianesthésie a été pratiquée avec la scurocaïne, la dilatation artificielle a été rapide et facile.

Rupture d'un pyo-salpinx.

MM. Baillot et Rascol sont intervenus chez une femme de 35 ans, atteinte de métrite et de salpingite qui, après avoir ressenti dans la fosse iliaque droite une violente douleur, présentait tous les signes d'une péritonite appendiculaire. Au cours de l'intervention pratiquée d'urgence, on trouva l'appendice et les annexes droits sains, alors qu'il y avait à gauche un pyo-salpinx rompu.

Les suites opératoires après salpingectomie unilatérale et Mickulicz, furent excellentes.

Société de médecine

Cinq observations de phlébites post-opératoires.

MM. Viguier et Ducuing présentent cinq observations de phlébites ayant évolué chez des opérés de 20 ans, après des interventions dont les suites furent absolument aseptiques. Ces observations prouvent que les phlébites chirurgicales sont plus fréquentes chez les jeunes que ne l'admettent habituellement les classiques. En outre, étant donnée la rareté chez les

jeunes opérés des facteurs habituels favorisant la formation des phlébites post-opératoires (ralentissement de la circulation, maladies de cœur, rapports normaux des éléments constitutifs du sang), ces faits augmentent encore les difficultés d'interprétation des phlébites post-opératoires.

Tuberculose massive du rein.

M. J.-P. Tourneux communique un cas de cette forme assez rare de dégénérescence tuberculeuse du rein, à évolution silencieuse, observée chez une femme de 40 ans, qui présentait dans l'hypochondre gauche une tumeur, dure, mate, peu sensible à la pression, bombant au-dessous des fausses côtes, possédant le contact lombaire, atteignant presque en dedans la ligne médiane et en bas la crête iliaque.

Les mictions avaient toujours été normales et indolores : l'examen vésical montra une vessie d'excellente capacité, très tolérante : l'orifice urétéral droit était sain et donnait une urine claire ; on ne put découvrir le méat gauche.

L'intervention chirurgicale eut lieu le 27 septembre 1922 sous anesthésie générale à l'éther par incision antérieure sous-péritonéale : la libération de la tumeur, par suite de ses adhérences avec les plans voisins, fut assez délicate. Les vaisseaux étaient complètement atrophiés et l'uretère transformé en un simple cordon fibreux. Les suites furent normales.

La tumeur était constituée par une masse compacte offrant la consistance et la couleur du mastic de vitrier, sans traces de tissu rénal, entourée par une capsule propre considérablement épaissie.

Ostéomyélite costale.

M. J.-P. Tourneux communique l'observation d'un jeune homme de 18 ans, qui, après avoir présenté, deux mois auparavant, un certain nombre de phénomènes généraux, malaise, courbature, fièvre et frissons suivis bientôt d'une douleur dans la région thoracique droite, d'abord assez diffuse puis localisée à la hauteur de la 5e articulation chondro-costale, avait vu apparaître en ce point du gonflement. Ce dernier n'avait pas tardé à se disposer dans le sens même de la côte pendant que les téguments présentaient de la rougeur et de l'œdème. Très rapidement, la tumeur était devenue fluctuante, montrant au niveau de la 5e côte une masse allongée, fortement adhérente au plan osseux sous-jacent.

Etant donnée l'évolution clinique, le diagnostic d'ostéomyélite costale fut porté : une intervention pratiquée deux jours plus tard montra une cavité pleine de pus dans laquelle se trouvait un os dénudé qui fut réséqué sur une longueur de quelques centimètres. La poche une fois nettoyée fut laissée largement ouverte : l'examen du pus montra qu'il s'agissait de staphylocoque doré.

Acrodynie infantile.

M. P. Bézy rappelle qu'il a rapporté en novembre 1926, le premier cas d'acrodynie signalé dans le sud-ouest : il y a quelques mois Raccoz à la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux en a publié une série d'observations.

L'auteur vient de suivre quatre nouveaux malades originaires de la région toulousaine. Le Sud-Ouest de la France paraît donc en ce moment être le siège d'une épidémie de cette curieuse maladie signalée un peu partout dans ces dernières années.

Les manifestations vago-sympathiques et l'évolution semblent indiquer qu'il s'agit de la localisation d'un virus neurotrope sur le système organo-végétatif, peut-être d'une forme particulière de l'encéphalite épidémique.

Cholécystite chronique lithogène.

M. Bonnhoure communique l'observation d'une jeune femme de 22 ans, hospitalisée pour troubles gastro-intestinaux, chez laquelle la présence d'un point vésiculaire net, et les signes de Murphy, Abrams et Parturier-Vasselle, firent admettre l'hypothèse de cholécystite lithogène.

L'intervention chirurgicale montra qu'en plus d'un appendice sclérosé et atrophié, qui fut enlevé, il y avait une vésicule sclérosée et renfermant des calculs. Il existait une réaction péricystique, qui rendit pénible la libération du canal.

La biliculture, l'ensemencement des calculs triturés, et celui des produits de raclage des parois vésiculaires restèrent infructueux.

J.-P. Tourneux.

Les Thèses

LI. — Dr T. Mellin. — **Le traitement curatif actuel du tétanos.** (Imprimerie G. Sautai, 46, rue Gauthier-de-Chatillon, Lille.)

Supprimer le foyer d'inoculation par incision, débridements larges, lavages antiseptiques, oxygène et pansements répétés au sérum antitétanique.

Employer le nouveau sérum purifié, curatif (à 5.000 unités antitoxiques) dès que l'on a porté le diagnostic de tétanos, sans perdre de vue que le résultat dépend avant tout de la précocité de l'intervention.

Injecter des doses massives de sérum sans compter avec les accidents d'anaphylaxie. On pourra faire 100 à 200 cmc. par jour. Il est cependant loisible de proportionner les doses à la gravité des cas à traiter mais, pour cela, il faudra que l'on soit sûr des éléments du pronostic basé sur la durée de la période d'incubation, la température, la fréquence du pouls, la fréquence et la durée des crises de contractures.

Employer comme voies d'introduction : *a*) la voie intra-rachidienne lombaire, 20 cmc. par jour pendant huit jours, en retirant une quantité au moins égale de liquide céphalo-rachidien ; *b*) les voies intra-veineuse et sous-cutanée, 100 à 180 cmc. par jour jusqu'à disparition des crises.

On pourra associer à la sérothérapie la chloroformisation lorsque les crises paroxystiques sont très intenses et mettent en danger la vie du malade par asphyxie où lorsque la ponction rachidienne est rendue impossible par suite de l'opisthotonos très marqué. Le somnifène *per os* ou en injections intra-veineuses est une méthode récente qui semble digne de retenir l'attention. On complètera s'il y a lieu, letraitement par la médication calmante : chloral 5 à 10 gr., morphine 2 à 4 cgr. par jour.

Dr M. Fredet, ancien interne des hôp. de Paris. — **Traitement chirurgical actuel de la lithiase rénale infectée ; technique opératoire, soins pré et post-opératoires.** (Thèse 1928. Editée au Commerce des Idées, 1928.)

L'auteur s'est proposé au cours de cet ouvrage d'étudier les moyens qui permettent de diminuer les risques opératoires et d'améliorer les résultats post-opératoires des interventions dirigées contre la lithiase rénale infectée.

Il y expose une technique préconisée et mise en œuvre par son maître Heitz-Boyer et qui comporte trois conditions successives :

1° Elle impose dans tous les cas un traitement pré-opératoire de désinfection locale systématique ;

2° Elle utilise une technique opératoire souvent mixte, permettant de toujours éviter, même pour les plus gros calculs, la néphrotomie large du parenchyme rénal : pour cela, on recourt à une pyélotomie, qui, pour les plus gros calculs, sera angulaire, associée au besoin pour les calculs intra-rénaux à une néphrotomie partielle soit contiguë, soit à distance ;

3° Elle réclame un traitement post-opératoire longtemps poursuivi, à la fois local et général, ce dernier découlant de la notion du syndrome entéro-rénal comme générateur habituel de la lithiase infectée.

A. *Le traitement pré-opératoire* de désinfection locale consiste essentiellement dans un drainage permanent du rein lithiasique infecté, réalisé par une sonde urétérale mise à demeure au besoin pendant plusieurs semaines et permettant des lavages bi-quotidiens du bassinet. Ce drainage est parfaitement supporté, même pendant des périodes de 25 à 30 jours. Et grâce à lui :

1° On arrive à refroidir des lésions en désinfectant, sinon totalement, du moins grandement le champ opératoire ;

2° Grâce à cette atténuation de l'infection, on peut reculer les limites de la chirurgie conservatrice, et sauver des reins qui auraient été autrement justiciables de l'exérèse si l'on avait opéré à chaud ;

3° Cette désinfection pré-opératoire permettra aussi dans le choix de l'opération conservatrice de pouvoir substituer à une néphrotomie large, opération très dangereuse, la pyélotomie, opération beaucoup moins mutilante et plus bénigne comme suites ;

4° Enfin, dans l'exécution de l'acte opératoire lui-même, cette atténuation de l'infection diminue les risques de complications immédiates si redoutables, telles que la contamination du champ opératoire et juxta-opératoire, la désunion des sutures et les embolies.

B. *La technique de l'intervention* cherchera à épargner le plus possible le parenchyme rénal, ce qui est possible grâce à une large pyélotomie, de forme angulaire dans les grands calculs du bassinet, complétée, si nécessaire, dans les cas de calculs intra-caliculaires, par une néphrotomie limitée, soit contiguë, soit à distance. *La pyélotomie élargie de Marion* et la *pyélotomie angulaire élargie de Heitz-Boyer* sont décrites dans ce chapitre.

C. *L'institution d'un traitement post-opératoire* a pour but surtout d'empêcher les récidives qui sont sous l'influence de la persistance ou du retour de l'infection du rein.

Pour combattre cette infection, il faut agir à la fois localement et sur l'état général :

1° Localement, on obtiendra à tout prix, dans les trois mois qui suivent l'opération l'asepsie du bassinet du rein opéré et celle-ci obtenue, on vérifiera au moins deux fois par an, sa persistance.

2° Plus important sera encore d'empêcher la persistance ou la réapparition d'un syndrome entéro-rénal, qui, pour Heitz-Boyer, est 9 fois sur 10 à la base de la lithiase infectée. Le traitement souvent complexe de cet état infectieux entéro-urinaire sera mis

en œuvre avec la plus grande rigueur possible et toute la ténacité nécessaire.

P. — Dr M. JOUANNEAU. — **Faux syndrome abdominal aigu d'allure chirurgicale par intolérance aux arséno-benzènes.** (Librairie médicale et scientifique Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Le syndrome abdominal aigu d'allure chirurgicale par intolérance aux arsénobenzènes, peut se présenter sous *trois aspects différents* :

a) *Simple réaction légère et abdominale*, telle celle que l'on peut observer au cours d'une crise nitritoïde banale, se résumant à : quelques vomissements, nausées, coliques, pâleur de la face, parfois évacuation alvine impérieuse ;

b) *Réaction abdominale intense vraie* :

1° *Soit* qu'il s'agisse d'une crise nitritoïde viscérale (abdominale) localisée, telle celle que publia GOUGEROT en 1922, crise utéro-placentaire avec douleur abdominale, coliques utérines, pertes sanguines aboutissant à l'avortement ;

2° *Soit* qu'il s'agisse d'une véritable réaction péritonéale : réveil sous l'action du traitement novarsénical d'une affection abdominale connue ou jusque-là latente.

Tableau de cholécystite, douleur au point vésiculaire, nausées, vomissements, légère défense de la paroi, facies grippé, pouls petit et rapide, etc., etc. Cholécystite confirmée à l'intervention.

Ly. — Dr Paul BOUILLOUD. — **Contribution au traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson par le proto-chlorure de mercure léger et dissociable. Suppositoires et frictions.** (Bosc et Rion, Lyon.)

Le docteur Paul Bouilloud expose, dans la thèse qu'il vient de soutenir devant la Faculté de Lyon, les avantages que présente l'emploi du protochlorure du mercure léger et dissociable, administré sous forme de suppositoires ou de frictions, comme traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson.

Ce médicament a toujours été bien supporté. Il nous montre pourquoi le mercure doit souvent être préféré dans ces cas aux autres spécifiques, et comment parmi les composés mercuriels, le protochlorure léger et dissociable semble devoir être préféré.

Il nous cite plusieurs observations probantes nous faisant ressortir l'efficacité du médicament.

C'est, dit-il, un produit atoxique aux doses thérapeutiques. Il faut l'administrer par voie cutanée ou rectale. Son mode de présentation est discret, et, par suite, il semble que ce médicament doive être préféré aux autres composés mercuriels.

Nous renvoyons, pour plus de détails, les confrères que ce sujet intéresse particulièrement, à la thèse du docteur Paul Bouilloud, où ils trouveront toutes les indications nécessaires à la conduite du traitement.

Georges BOUDIN.

N. D. L. R. — Le *Concours médical* tient à saluer l'entrée dans la profession médicale du jeune docteur Paul Bouilloud.

Son père, médecin à Pont-d'Ain, était des nôtres depuis de longues années ; membre du *Concours médical*, de la Mutualité Familiale et du « Sou médical », notre regretté confrère était un fervent syndicaliste.

Membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, il vint pendant plusieurs années, à chaque réunion syndicale, où il faisait entendre la voix des médecins du Sud-Est.

Le docteur Bouilloud est mort à la tâche, laissant un souvenir impérissable parmi nous et dans toute la population de Pont-d'Ain : nous souhaitons succès et prospérité à son fils, le jeune docteur Paul Bouilloud, qui, avec un tel exemple sous les yeux, ne peut devenir qu'un excellent confrère et un habile praticien.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris.

J. NICOLAS, professeur à la Faculté de Lyon, H. MOUTOT, chef de clinique et M. DURAND, agrégé à la Faculté de Lyon. — **Thérapeutique de la syphilis et des maladies vénériennes.** Un vol. de la *Bibliothèque de thérapeutique P. Carnot et Harvier* (in-8, 690 p. avec 82 fig. ; prix : 55 fr.)

Chez Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain,

A. HOVELACQUE et A. SOURDIN. — **Les artères de la région iléo-cæco-appendiculaire** (une broch., 65 pages : 5 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

ECHOS SYNDICALISTES

Soyons prévoyants. — Soyons assidus. — Soyons disciplinés.

J'ai reçu, il y a quelques jours, la visite de la veuve d'un médecin de la banlieue parisienne, qui me demandait de l'aider à trouver des massages à faire. J'ai immédiatement donné des instructions pour que sa demande soit insérée deux fois, à la rubrique réservée à ces manifestations.

Je l'ai fait parler : j'ai su que son mari était mort, pensionné de guerre, et qu'une maigre parcelle de sa pension lui était réversée, impuissante à l'aider à vivre. « Votre mari n'appartenait-il pas à aucune de nos œuvres ? — Pas que je sache, me répondit-elle. — C'est infiniment regrettable, car nous avons des mutualités et des organisations qui sont précisément instituées pour répondre au désir de prévoyance des médecins, pour les leurs et pour eux-mêmes... »

Ce confrère n'aurait sans doute pas été aussi insouciant s'il avait entendu la bonne parole de notre confrère et ami Laroche, de Périgueux, telle que j'ai grand plaisir à la reproduire ici *in extenso.*

Toast du Dr Laroche au banquet du Syndicat de la Dordogne (3 *juin* 1928.)

MESDAMES,
MES CHERS CONFRÈRES,

Il y a huit jours, j'assistai, avec mon collègue Cassard, aux journées thermales d'Auvergne.

Réglées par des professionnels de l'Enseignement et du Tourisme, ce fut une merveille d'organisation.

L'organisation de cette journée syndicale, Cassard ne me contredira pas, ne leur cède en rien, et nous devons en remercier notre habile et actif régisseur, notre Secrétaire Perromat. Rien n'est omis. Ainsi, dans toute fête bien conçue, ne serait-ce que pour rappeler que la perfection n'est pas de ce monde, peut-être aussi parce que les contrastes mettent mieux en relief les valeurs, il est une tradition constante : c'est le discours-rasoir, et c'est cette tâche que je viens assumer devant vous, en vous parlant de vos devoirs et de vos intérêts.

Et je suis fort heureux de pouvoir reprendre et développer ce qui vous fut dit ce matin à l'Association, en présence de quelques dames. Les femmes, en effet, ont le cœur plus porté à la charité, et aussi à la prévoyance pour la famille.

Il est de votre devoir de faire partie de notre section locale de l'Association des Médecins de France. C'est une mutuelle qui, pour un léger sacrifice annuel, assure à nos vieux confrères impotents, tombés dans le malheur, un secours encore bien faible, mais qui est souvent le bienvenu en assurant littéralement le pain quotidien.

Les dirigeants de notre Association savent quelles lamentables misères insoupçonnées ils ont à secourir. Et la filiale de notre Association, c'est la Maison du Médecin, cette œuvre excellente qui assure à nos vieux confrères, et au besoin à leurs femmes, une fin de vie digne et heureuse, dans un milieu confraternel.

Il est aussi de votre devoir, mais aussi de votre intérêt, de faire partie du Syndicat. Je ne le dis pas pour vous, ici présents, qui en êtes ; mais afin que vous fassiez de nouvelles recrues.

Et, dans votre intérêt, vous devez faire partie du « Sou Médical », qui vous défend et vous conseille.

Mais, surtout, faites parties des œuvres de Prévoyance ; et je m'adresse, ici, aux femmes de Médecins.

Quelles que soient ces œuvres, Mutuelle de Saumur, Assurance de l'Association générale, œuvres du Concours, choisissez, cumulez, même, mais assurez-vous.

Assurez-vous contre la maladie, qui ne vous respecte pas non plus que le simple client. Assurez-vous contre la vieillesse, c'est-à-dire faites-vous une retraite. Il y en a pour vous, il y en a pour vos femmes ; il y en a, hélas ! il faut tout prévoir, pour vos veuves ; il y en a pour vos enfants.

Assurez-vous contre la mort : il y a des Caisses de secours en cas de décès.

Et, maintenant, passons à des idées moins sérieuses. Remercions les dames qui ont bien voulu égayer et embellir de leur présence notre réunion. Mais, seuls, votre Secrétaire et moi avons le plaisir d'être aimablement encadrés. Je vous demande, je vous souhaite qu'à notre prochain banquet, chacun de vous soit aussi heureux que nous ; que vos femmes

vous accompagnent, et, pour faire plaisir à notre animateur, venez plus nombreux ; *Cérons* nos rangs, autour de lui.

Je lève donc mon verre en l'honneur de nos voisines, en l'honneur de notre conseiller judiciaire, Me de Lacrousille, dont la gaité, l'esprit et l'entrain sont la joie de nos réunions ; aux présidents de l'Association des Médecins de la Dordogne et des différentes sections syndicales ; en l'honneur de notre Secrétaire Perromat, de vous tous, mes chers confrères, et je termine en disant : Honte aux absents !

Dr LAROCHE.

« Assurez-vous contre la maladie, contre la vieillesse, contre la mort, a dit Laroche. Les œuvres de prévoyance du corps médical sont faites pour cela... Assurez-vous contre tous les risques professionnels. C'est l'affaire du « Sou Médical. »

Paroles de sagesse, prononcées par un vieux syndicaliste instruit par une longue expérience. Puissent-elles être entendues par les jeunes, aussi bien que par ceux qui, moins jeunes, n'ont pas encore pris la décision d'être prévoyants ! Et puisse-t-il trouver lui-même, ici, l'hommage de notre amical merci, pour la nouvelle preuve de considération qu'il vient ainsi de nous donner !

***

Soyons assidus aux réunions des groupements auxquels nous appartenons, et notamment de nos Syndicats. Renforçons, par notre présence et notre participation aux discussions et aux votes, la puissance corporative de ceux-ci. Si le syndicalisme acquiert, du consentement de ses adhérents, une cohésion, une méthode, une volonté unanimes, nous serons armés contre l'asservissement du médecin par l'Etat, dans le cadre d'une organisation qui fera de nous des êtres hybrides, ni souris, ni oiseaux, ayant sans doute à subir toutes les charges de la fonctionnarisation, sans en avoir les avantages.

Ce n'est pas sans mélancolie que j'ai lu le lamento paru sous ce titre, dans le *Bulletin* du Syndicat de Marseille, et que je reproduis ci-dessous.

Mélancolie.

Nous avons voulu donner sans tarder, à nos confrères, le compte rendu de cette Assemblée générale. Nous voudrions y joindre quelques réflexions. Est-il admissible que sur 380 médecins syndiqués, 30 seulement se dérangent pour assister à une Assemblée générale ? L'organisation et l'administration du syndicat laissent-elles nos confrères indifférents à un tel point ?

A chaque instant, nous recevons les échos de doléances de confrères qui se plaignent de l'attitude du Conseil. « Pourquoi ne faites-vous pas ceci ? pourquoi ne prenez-vous pas telle mesure ? etc... » A les entendre, le Conseil du Syndicat s'endormirait dans une tranquille quiétude, laissant aller les choses au gré d'une fantaisie exagérée. D'autres nous arrivent au contraire mécontents de ce que telle ou telle mesure va les léser au bénéfice d'autres confrères... « Vous êtes des tyrans, nous disent-ils ! Vous exagérez la sévérité ! Vous devriez avoir des idées plus larges ! etc... »

Fait curieux, tous les médecins qui se plaignent ainsi appartiennent au groupe de ceux qui ne viennent jamais à nos réunions.

Que ne viennent-ils nous donner leurs directives et avoir le courage d'exposer leurs desiderata au jour des Assemblées générales ? Ils y apprendraient à mieux se rendre compte de l'effort fourni pour défendre tous les intérêts de la collectivité, et comprendraient que si quelquefois ces intérêts collectifs peuvent paraître en opposition avec quelques intérêts particuliers, il y a toujours à considérer le bénéfice à retirer dans un avenir très prochain de la concorde et de la solidarité professionnelles, et qu'en réalité, l'intérêt de chacun se fond et s'amalgame dans la masse des intérêts communs.

Ceux-là qui savent faire au bien public le sacrifice d'une heure ou deux tous les six mois pour assister à une assemblée générale s'en rendent bien compte, et ce n'est jamais de leur part que nous recevons ces récriminations injustifiées, car ils ont, eux, connu le tableau de nos travaux, de nos démarches, de nos efforts et ils ont compris que si, dans la vie syndicale, tout doit tendre à une amélioration des conditions de fonctionnement de la profession, il n'est pas cependant possible de renverser d'un seul coup toutes les citadelles dans lesquelles s'enferment les adversaires du corps médical, et qu'il faut enlever les unes après les autres, sans que les mêmes procédés de lutte doivent toujours être employés

Avec les uns, la manière forte s'impose, et nous devons nous souvenir du vieux diction : *Poignez vilain, il vous oindra.*

Avec d'autres, au contraire, la persuasion peut être obtenue par une éducation de la pensée ; il en est qui ne nous connaissent pas, ou plutôt, qui nous connaissent mal. Ceux-ci ont besoin d'une rééducation qui leur apprenne que le médecin, travailleur de l'intelligence, effectue auprès de ses malades un véritable labeur. A ceux-là, on pourrait rappeler le célèbre distique : Trinam...

Nos confrères ne devraient donc pas s'étonner que notre attitude vis-à-vis des collectivités ne soit pas toujours identique à elle-même et qu'il nous faut parfois beaucoup de patience et beaucoup d'énergie pour ne pas nous décourager dans la défense quotidienne de leurs intérêts.

Nous eussions voulu que nombreux vinssent les confrères à notre Assemblée générale et nous leur aurions peut-être dit tout cela de vive voix.

C'eût été prêcher des convertis puisque le petit nombre de ceux qui sont venus n'était constitué que

de syndicalistes convaincus. Mais nous voudrions atteindre malgré eux ceux qui se tiennent en dehors de la vie syndicale. Nous serions trop fiers si nous pouvions croire que c'est par une confiance aveugle et absolue dans le fonctionnement du Conseil. Mais cette confiance même ne saurait nous satisfaire. L'échange des vues et des idées est absolument indispensable entre nous tous.

Puissent nos amis, nos confrères, les indifférents, nos adversaires même, s'il en est, entendre notre appel et venir à notre prochaine réunion nous apporter l'expression de leurs désirs dans une séance pour laquelle nous voudrions que notre salle devint trop étroite.

J. P.

Ainsi, l'effectif du Syndicat de Marseille atteint le chiffre imposant de 330 médecins, et 30 seulement, 8 %, prennent part à une manifestation aussi importante qu'une Assemblée générale !

Quand le médecin comprendra-t-il que les temps du splendide isolement sont périmés ; que le succès va à la force et que c'est l'union qui la fait ?

***

L'union, l'association, le groupement, sous une même bannière, voilà en effet ce qui s'impose au corps médical qui ne semble pas se douter, tout au moins, dans sa majorité, qu'il danse présentement sur un volcan. Tandis que les Mutualités s'organisent, que les assurances évoluent, et en dépit de l'appel réitéré de ceux qui voient le danger, toute l'activité déployée se concentre de préférence sur les questions de tarifs et d'honoraires... C'est désolant, et angoissant. Il faut donc que, nous aussi, nous nous organisions, que, nous aussi, nous construisions.

Nous n'y réussirons qu'en étant unis, et en outre, disciplinés. Quand une décision aura été prise, après une longue délibération, il faut que tous, sans exception, s'y soumettent, et apportent à sa réalisation, toutes leurs forces, et tout leur cœur, même si leurs intérêts particuliers devaient en être quelque peu lésés.

Le corps médical est, à sa façon, une armée de combattants. Rappellerai-je qu'en outre de l'union, la discipline fait la force principale des armées ?

G. Duchesne.

CERTIFICATS APRÈS DÉCÈS POUR ASSURANCES SUR LA VIE. SECRET PROFESSIONNEL

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis motivé sur le cas suivant :

A la suite du décès d'un de mes clients, sa veuve me demande un certificat de décès pour qu'elle puisse le fournir à la Compagnie d'assurance-vie à laquelle mon client était assuré.

Je délivre ce certificat mais sans mentionner la cause du décès.

Je déclare seulement que la cause du décès est naturelle.

La veuve revient quelques jours après me demandant de notifier exactement sur le certificat la cause du décès de son mari, faute de quoi la Compagnie d'assurance ne veut pas payer.

Aujourd'hui, je reçois la lettre suivante de la Compagnie d'assurance.

Depuis le temps que la manière d'agir en pareil cas est discutée, est-elle enfin tranchée en droit sans discussion possible.

Dr B.

le 2 juin 1928,

Lettre de l'Agent Général de la Compagnie d'assurances,

Monsieur le docteur B.,

Comme suite à votre refus de délivrer à Madame Veuve C, le certificat médical réclamé par la Compagnie, celle-ci me prie de vous faire observer :

Qu'il est bien entendu que l'article 378 du code pénal est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de « santé ainsi que les pharmaciens et sages-femmes et « toutes autres personnes dépositaires par état et « profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors « le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, « auront révélé ces secrets, seront punis, etc. »

Mais, cet article de loi ne semble pas concerner les médecins qui, sans révéler des « secrets qui leur auraient été confiés, renseignent les Compagnies d'assurances sur la Vie, conformément à l'engagement pris par un assuré dans son contrat, sur les causes du décès de cet assuré.

Cette théorie s'appuie d'ailleurs sur un grand nombre de décisions judiciaires parmi lesquelles figurent celle de la Cour d'appel de Lyon du 16 juin 1909 et celle du Tribunal civil de la Seine du 13 mars 1914.

C'est certainement d'après cette jurisprudence que la très grande majorité des médecins français (environ 95 %) délivre journellement aux Compagnies d'assurances les certificats *post mortem* qui leur sont demandés par les bénéficiaires des contrats sinistrés, et qui permettent aux Compagnies non seulement de juger si le règlement de ces contrats ne tombe pas sous l'application de certains articles de la police, mais aussi de dresser leurs tables de mortalité par sortes de maladies.

Il est du reste facile de constater dans nos dossiers de règlement qu'à part quelques rares exceptions, ces

dossiers contiennent chacun un certificat médical légalisé indiquant les renseignements qui nous sont utiles sur les causes du décès de nos assurés.

Il convient d'ajouter qu'au cours de la séance du 30 novembre 1926, l'Académie de Médecine, discutant la question du secret professionnel, a reconnu que le médecin pouvait révéler le secret médical, sans déroger à la règle établie, dans un certificat remis au client lui-même ou à ses ayants-droit.

Réponse.

Tant que l'article 378 du code pénal ne sera pas abrogé, ou modifié, je ne saurais trop recommander à mes confrères d'observer le secret professionnel.

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin doit taire tout ce qu'il a appris, surpris, deviné, ou qu'on lui a confié au cours de l'exercice de sa profession. Il n'a pas besoin de se préoccuper de savoir si les choses sont ou non secrètes de leur nature : ce n'est pas son affaire.

Ce n'est qu'en matière de déclaration de certaines maladies contagieuses qu'une loi, celle du 15 février 1902, est venue délier le médecin du secret professionnel.

Par conséquent, rien ne sert d'ergoter dans un sens ou dans un autre : respect à la loi telle qu'elle est, tant qu'elle ne sera pas modifiée par une autre loi.

Ceci posé, je ne puis souscrire à l'argumentation de l'agent local d'assurances.

Son but est louable, lorsqu'il cherche à connaître le diagnostic des décès, non seulement pour savoir si les héritiers ont droit à la prime d'assurances, mais encore pour obtenir des statistiques des causes des décès.

Mais cet agent d'assurances viendrait-il prendre la place du médecin, en police correctionnelle, si celui-ci était poursuivi pour avoir violé le secret professionnel, en délivrant un certificat de décès aux héritiers ou à des tiers ?

Le tribunal civil du Havre (30 juillet 1886 (1) a jugé que les compagnies d'assurances sur la vie ne peuvent exiger la production d'un certificat médical, mentionnant la cause du décès.

Même décision du tribunal civil de Besançon (15 février 1887) précisant même que le consentement donné par l'assuré, au moment où il a signé sa police, n'est pas suffisant pour relever le médecin du secret professionnel.

Un arrêt de la cour de Cassation, chambre civile, du 1er mai 1899 décide qu'il est interdit à un médecin de révéler, dans une enquête provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait qui n'a pu être connu de lui qu'en raison des soins donnés à son client.

De même, la cour de Besançon, par arrêt du 7 juin 1899 affirme qu'un médecin, qui a soigné une personne, pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort, sans violer le secret professionnel, même si c'est la famille qui le demande.

La Cour de Paris (4 février 1891) reconnaît au médecin le droit absolu, dans tous les cas, de se refuser à la délivrance du certificat de décès, qui lui est réclamé par la famille du défunt, ou par une assurance, en motivant son refus sur le secret professionnel.

D'ailleurs, le jugement précité du Havre décide que les héritiers d'une personne décédée ne peuvent pas relever le médecin traitant du secret professionnel, en ce qui concerne le défunt.

Dans le même sens a été rendu le jugement du tribunal civil de Meaux, 22 novembre 1923, confirmé par la cour de Paris, 1re chambre, 31 octobre 1924 (*Gaz. Pal.*, 14 février 1924), disant que le secret professionnel est absolu, *erga omnes*, même lorsque tous les ayants droit du *de cujus* délient le médecin du secret professionnel. Celui-ci doit se taire, conformément aux prescriptions de l'article 378 du code pénal.

Notre contradicteur, l'agent d'assurances, oppose deux décisions de jurisprudence : l'une de la cour de Lyon, du 16 juin 1909 et une du tribunal civil de la Seine, du 13 mars 1914.

L'arrêt de Lyon concerne un certificat délivré *avec l'assentiment* de l'intéressé. *Nous* y reviendrons plus loin. Le jugement du tribunal civil de la Seine du 13 mars 1914 est le seul document de jurisprudence, qui soit contraire aux arrêts de Cours d'appel et de cassation. Il est probable qu'il eût été infirmé en appel.

Quant à *l'interprétation* de *la séance de* l'Académie de médecine que donne l'agent général d'assurance, qu'il n'oublie pas que la docte assemblée n'a pas encore fait connaître ses conclusions ; mais qu'en tous cas, elle ne pourra donner qu'une indication au législateur, qui verra s'il doit, ou non, modifier, ou abroger l'article 378 du Code pénal.

Tant que ce dernier est en vigueur, les médecins doivent l'observer s'ils ne veulent pas avoir l'ennui d'avoir à se défendre en correctionnelle, pour violation du secret professionnel.

Vainement, cite-t-on l'exemple de nombreux docteurs, qui plus savants en médecine qu'en droit, délivrent des certificats *post mortem*, pour les compagnies d'assurances sur la vie.

Mais combien sont-ils également les praticiens, qui croient pouvoir concilier leurs devoirs (article 378) et l'intérêt des héritiers du *de cujus*, en rédigeant un certificat, sur lequel la cause exacte et scientifique du décès n'est pas mentionnée.

Une tuberculose pulmonaire peut devenir une bronchite chronique, une lésion syphilitique peut être escamotée, tant qu'à la cause précise

(1) Voir sommaire ci-après.

de la maladie, un suicide même peut être appelé traumatique, ou accident.

La loi est tournée ; mais cela ne veut pas dire que les médecins ne soient pas coupables : pour ne pas violer les prescriptions de l'article 378 C. pén., ils s'exposent à des poursuites pour délivrance de certificat volontairement erroné, ou même certificat de complaisance.

Aussi dois-je préférer la recommandation de l'obligation au silence dans tous les cas.

Sommaire des décisions de jurisprudence.

Tribunal civil du Havre, 1re chambre, 30 juillet 1886. (D. 1887, 3.24 ; S. 1887.2.69 ; *Concours médical*, 1886-418.)

Les principes de la liberté professionnelle et la règle absolue du secret médical imposent au médecin l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat, constatant les causes de la mort du client, qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une Compagnie d'assurances sur la vie préalablement à tout versement de capital assuré.

La police, qui renferme une pareille clause, n'est pas opposable au médecin, qui est un tiers au regard du contrat d'assurances de son client.

Le secret étant personnel au client décédé, personne, et principalement le tuteur des héritiers mineurs, n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence, que ce droit put appartenir au client lui-même qui peut très bien en ignorer la portée et l'étendue, le médecin étant souvent tenu de dissimuler la vérité à son client.

Trib. civ. Besançon, 17 février 1887 ; S. 1887.2.94.

Est insuffisante l'autorisation donnée, à l'avance et d'une manière générale, par un client, sans en savoir la portée, notamment l'autorisation donnée par avance, dans sa police d'assurances, par une personne contractant une assurance sur la vie, au médecin quelconque, qu'elle ne connaît peut-être pas même, qui la traitera dans sa dernière maladie, de remettre à l'assureur un certificat relatant la cause de son décès.

Cour de Paris, 4 février 1891 (D. 1891.2.317 ; *Concours médical*, 1891.108.)

Est réputée avoir accompli son obligation, la veuve qui réclame au médecin traitant un certificat de décès, en vertu de la stipulation, contenue dans la police d'assurances, par laquelle le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de sa demande en payement, un certificat de médecin, constatant le genre de mort qui aurait donné ouverture à cette assurance. Ladite obligation est remplie par la veuve, alors que le médecin traitant oppose un refus absolu, motivé sur le secret professionnel.

Cour de Besançon, 7 juin 1899 (D. 1900.2.40 ; *Concours médical*, 1900.94.)

Le médecin traitant n'a connu les causes de la mort de son client qu'en raison de l'exercice de sa profession : dès lors la Cour ne peut faire état de ces documents, qui ne peuvent faire preuve par eux-mêmes, ni constituer l'élément essentiel et primordial de la preuve par voie d'expertise, qui est ainsi illégalement sollicitée.

Le malade étant mort, nul ne peut relever le médecin du secret professionnel, parce que c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même, qui en est propriétaire. Les héritiers, les continuateurs mêmes de la personne du défunt, n'ont ni l'exercice, ni la jouissance d'un droit, qui, par sa nature même, est exclusivement individuel et personnel.

Cassation, ch. civ., 1er mai 1899, D. 1899.1.585 ; *Gaz. Pal.*, 1899.1.689 ; *Gaz. trib.*, 10 mai 1899.)

Il est interdit à un médecin de révéler, dans une enquête provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait secret de sa nature, qui n'a pu être connu de lui qu'à raison des soins donnés à son client.

Sa déclaration sur ce point, ayant un caractère délictueux, ne saurait donc servir de fondement à une décision judiciaire, pour annuler le contrat d'assurance, sous prétexte d'une réticence commise par l'assuré.

Cour d'Amiens, 5 avril 1900 (Rec. Amiens, 1901. 99 ; *Concours médical*, 1900.275.)

Un médecin a le rigoureux devoir de garder un silence absolu sur les confidences de ses clients, relatives à leurs infirmités ou à leurs maladies ; toute révélation de sa part à ce sujet constitue, au premier chef, la violation du secret professionnel.

Il suit de là que les tribunaux ne sauraient faire état des déclarations, émanant du médecin d'un assuré décédé — déclarations ayant un caractère délictueux — pour accueillir un moyen de déchéance, fondé sur la dissimulation d'une maladie, dont cet assuré aurait été atteint avant la souscription du contrat.

Cour d'Aix, 15 janvier 1900 (*Le Droit*, 29 mars 1900 ; *Concours médical*, 1900.204.)

Le certificat, délivré par un médecin, après la mort de son client, constitue une violation du secret professionnel, car le médecin n'a connu la maladie qu'à l'occasion de l'exercice de sa profession et, pour ce motif, il lui est interdit de la révéler.

En conséquence, la délivrance de ce certificat constitue un manquement aux devoirs de discrétion qui sont imposés au docteur par la loi et ledit certificat doit être écarté des débats.

Cassation, crim., 9 mai 1913 ; *Concours médical*, 1913.1403.

La disposition de l'article 378 du code pénal est générale et absolue et elle punit toute révélation du se-

cret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire.

Constitue une violation du secret professionnel, le fait, pour le médecin traitant d'un blessé du travail, de communiquer, après le décès de celui-ci, au médecin du patron, le résultat d'une analyse du sang.

Tribunal civil de Meaux, 22 nov. 1923 ; *Gaz. Pal.*, 14 février 1924 ; *Concours méd.*, 1924-657.

Un médecin est tenu au secret professionnel non seulement à l'égard de son client, mais *erga omnes.*

C'est donc à bon droit que le médecin appelé à témoigner en justice se refuse à divulguer ce qu'il a appris, en soignant son client, qui est décédé.

Ce jugement a été confirmé par *Paris*, 1re *chambre*, 31 octobre 1924 (inédit, archives du « Sou médical »).

« Considérant que, dans une instance en dommages intérêts, introduite devant le tribunal de Meaux, par B. contre D., à l'occasion de la mort de sa fille, il a été procédé à une enquête, à laquelle a été appelé comme témoin le docteur D. ;

« Que le principe du secret professionnel ayant été opposé à cette déposition, B., au lieu de recourir pour la solution de l'incident, à la procédure instituée en matière d'enquête, a, par action principale, saisi le tribunal civil ;

« Que, contre le jugement, qui a rejeté son action, B. a demandé à la cour, par ses conclusions d'appel, de dire et juger que « D. est sans droit pour s'opposer à la déposition du docteur D. ; que celui-ci, étant délié du secret professionnel par les ayants droit de la demoiselle B., peut être entendu comme témoin, sans encourir les pénalités de l'article 378 du code pénal ; dire et juger, en conséquence, que la déposition du docteur D., sera reçue dans les formes légales, malgré l'opposition de D. »

« Considérant que l'enquête donnant lieu au litige est, depuis longtemps et définitivement close ; qu'il est de toute impossibilité que le Dr D. y soit désormais entendu ; que, dans ces conditions, le procès ne saurait donner lieu qu'à une discussion théorique des règles du secret professionnel et qu'il ne comporte aucune décision, qui soit pratiquement applicable ; qu'ainsi la demande soumise par l'appelant à la Cour apparaît comme dépourvue de tout intérêt et est, en réalité, sans objet, qu'elle doit, en conséquence être déclarée non recevable. »

Cour de Pau, 19 janvier 1914 ; *Le Droit*, 18 mai 1914.

Le droit, pour un malade, de demander un certificat au médecin est un droit purement personnel, qui ne passe pas aux héritiers.

Cassation civ., 29 mars 1927 (D. H., 1927.287) ; *Gaz. Pal.*, 16 juin 1927.

Le juge peut refuser de faire état de certificats, où le médecin a précisé la nature de la maladie, dont sa cliente décédée était atteinte ; il s'agit là d'un fait secret par nature, qu'il lui était interdit de révéler.

Par contre, le juge peut retenir à l'appui de sa décision un certificat médical, où la maladie n'est pas spécifiée.

Dans la note au Dalloz hebdomadaire, sous Cass. 29 mars 1927 précité, M. Léon Mazaud, docteur en droit, écrit :

« Aussi a-t-il toujours été jugé que le médecin, qui cédant aux sollicitations des héritiers, leur remet un certificat constatant la maladie du *de cujus*, viole le secret professionnel et se rend coupable du délit prévu par l'article 378 du C. pénal.

« En pareille hypothèse, le médecin n'a même pas l'excuse de l'un de ces angoissants cas de conscience, où la santé, la vie, l'honneur même de toute une famille peuvent dépendre de son silence. Sa révélation délictueuse n'est faite que pour trancher un simple intérêt pécuniaire.

« Le certificat ainsi frauduleusement délivré par le médecin ne saurait produire aucun effet juridique ; il doit être considéré comme inexistant, puisque l'article 378 a interdit sa rédaction.

« Le retenir comme un élément de preuve serait reconnaître effet à un acte délictueux et nul ; ce serait, de la part du tribunal, favoriser une révélation pourtant frappée par la loi de peines correctionnelles.

« Et la solution serait la même, si le certificat, délivré au malade, était après la mort, utilisé par les héritiers, qu'il n'y aurait pas autorisés.

« Certes, le médecin n'aurait alors commis aucun délit ; le certificat n'en devrait pas moins être écarté, parce que les révélations qu'il contient, propriété personnelle du *de cujus*, restent en dehors de la succession et ne peuvent être utilisées par les héritiers. »

Cour de Montpellier, 7 mars 1928. (*Gaz. Pal.*, 21 juin 1928.)

Il est de principe, par application de l'article 378 du C. pén., que le médecin, qui a soigné une personne, doit conserver le secret de tout ce qui lui a été donné de connaître, dans l'exercice de sa profession ; et, c'est là une règle d'ordre public, qui s'applique même après la mort du malade, les héritiers n'ayant pas, quoique continuateurs de sa personne, le pouvoir de délier le médecin de son obligation de garder le secret, ce droit étant par son essence même exclusivement personnel au malade.

En conséquence, le juge ne peut retenir comme élément de preuve tout certificat, tout témoignage, qui contiendrait la révélation du secret professionnel.

***

Pour être complet, un dernier point reste à envisager : en aucun cas le médecin ne peut, sans violer le secret professionnel, délivrer à des tiers un certificat concernant un client, qui n'aurait pas donné expressément la permission de délivrer pareille attestation.

Même vis-à-vis de son malade, le médecin

n'est pas dans l'obligation de lui révéler tout ou partie de son état de santé, en raison de motifs, dont le praticien est seul juge (Esmein, note au Sirey, 1901-1-164).

A plus forte raison, le docteur doit-il observer le silence, par rapport aux tiers, lorsque le client n'a pas donné au praticien l'autorisation expresse de délivrer un certificat.

Tribunal civil de Fougères, 29 juin 1898, confirmé par *Cour de Rennes*, 2e chambre, 22 avril 1899 (D, 1900.2.263 ; *Concours médical* 1900.70).

La délivrance, par un médecin, d'un certificat hors la présence et sans le consentement de son client, constitue un manquement grave au devoir de discrétion imposé à tous les médecins. En conséquence, si le certificat est produit en justice, il doit être rejeté du débat.

Dans quelques cas particuliers, afin de pouvoir bénéficier de certains avantages, des malades peuvent avoir intérêt à se faire délivrer un certificat à destination d'un tiers, ou autoriser leur docteur à prévenir directement ce tiers, sur la nature de la maladie.

Au client de savoir s'il doit permettre au praticien de divulger l'affection pour laquelle il reçoit des soins, ou si, préférant que le secret soit gardé, il renoncera, par là même, aux avantages, auxquels il pourrait avoir droit.

C'est l'espèce qui a été résolue par l'arrêt de la cour d'appel de Lyon, que cite l'agent général d'assurances, dans sa lettre :

Cour de Lyon (2e chambre), 16 juin 1909 ; *Le Droit*, 3 août 1909.

La Loi, 20 août 1909, avec note, D. 1910.2.123.

« L'obligation du secret, imposé au médecin, n'est pas un principe d'ordre public auquel il ne serait pas permis de déroger en ce sens que le malade peut incontestablement ne pas s'en prévaloir et autoriser son médecin à divulguer le caractère de la maladie constatée.

« Si rien n'oblige un ouvrier, en cas de création par le patron, d'une caisse d'assurance-maladie, à se soumettre à la visite du médecin et à réclamer le bénéfice des avantages offerts par le règlement de la caisse d'assurances, s'il y recourt, il doit être obligé de se soumettre aux prescriptions de ce règlement et de laisser le médecin de la caisse faire à la direction de l'usine les communications nécessitées par le règlement. »

De cet arrêt ne résulte nullement une infirmation de ma thèse, comme le pense l'agent général d'assurances, lorsqu'il fait état de cette décision jurisprudentielle, pour déclarer qu'est valable l'engagement, pris dans son contrat d'assurances, par l'assuré, d'autoriser le médecin, qui donnera des soins au cours de la dernière maladie, de dévoiler à la compagnie la cause exacte du décès.

Bien au contraire, cet arrêt de Lyon met en évidence le fait que le malade doit, en toute connaissance de cause, donner ou refuser la divulgation du diagnostic de la maladie, pour laquelle il reçoit des soins.

C'est au malade lui-même — et non pas à un tiers — que le docteur remet le certificat. Au client de savoir ce qu'il doit faire de ce papier : ou le déchirer, pour que la divulgation n'ait pas lieu — et alors le malade renonce aux bénéfices que lui accorde sa déclaration de maladie à la Société dont il fait partie — ou bien le patient préfère toucher ce à quoi il a droit — et il remettra directement et lui-même la certificat demandé.

Cependant, il ne faudrait pas croire que, dans tous les cas, le docteur soit obligé de remettre à son malade un certificat mentionnant exactement et complètement toutes les maladies pour lesquelles il donne des soins au client.

Il est des circonstances, où le médecin a le devoir de cacher au malade sa propre situation, dans l'intérêt de ce dernier (Planiol, note sous l'arrêt de la cour de Cassation du 1er mai 1899, D.1899.1.585 ; Esmein, note au Sirey, 1901 1.164).

Un jugement du *Tribunal civil de Rennes* du 12 juin 1903 (D. 1905.2.323) s'exprime ainsi :

« Les cas sont fréquents où le médecin par prudence, par humanité, cache à son malade les constatations qu'il a faites ; le malade, qui relève le médecin du secret ignore les choses découvertes par lui, ne connaît pas le secret dont il délie et ne peut, en conséquence, connaître la portée de l'autorisation qu'il donne ».

Voir également Brouardel : « Le secret médical », p. 68 et suiv.

Conclusions.

Le secret professionnel est actuellement fortement battu en brèche : d'aucuns voudraient le supprimer au nom de l'hygiène publique, ou d'intérêts d'ordre financier (contrôle des mémoires d'honoraires d'assistance médicale, assurances sur la vie ou contre les accidents du travail, etc.)

Mais, ces questions sont à l'étude et y resteront probablement longtemps encore.

Qu'il nous suffise de rappeler à nos confrères que, dans l'espèce qui nous a été soumise, ce n'est pas la loi telle qu'elle devrait être, mais telle qu'elle est qu'il faut suivre.

En l'état actuel de la jurisprudence, devant la rédaction précise de l'article 378 du code pénal, le médecin a le devoir social de se taire, sauf pour déclarer une maladie contagieuse, ou une naissance (encore, dans ce dernier cas, le secret professionnel entre parfois en jeu).

Sollicité par une veuve, ou par une compa-

gnie d'assurances, pour délivrer un certificat, déclarant la maladie qu'il a constatée chez un client *qu'il a soigné*, le médecin traitant doit se taire et refuser pareil certificat.

Au lieu de chicaner juridiquement sur une question, qui est archi jugée, les compagnies d'assurances sur la vie feraient bien mieux de mettre à l'étude,avec des personnes compétentes, les manières et modalités, selon lesquelles elles pourront être renseignées sur la valeur physique des candidats aux diverses assurances sur la vie, ou autres, comme sur le point de connaître, ou d'être documentées sur les affections morbides des assurés.

En attendant, notre devoir de médecins traitants est de conserver le silence absolu *erga omnes* sur les affections que nous avons constatées chez les personnes pour lesquelles nous avons été appelés à donner nos soins.

Sinon, aux termes de l'article 378 du code pénal, nous sommes passibles d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 100 à 500 francs.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les obstacles auxquels elle se heurte.

II

A côté des obstacles que je signalais dans un récent article, il en est auxquels se heurte pareillement la Mutualité Familiale et qu'il convient de signaler.

Ceux-ci sont d'ordre intrinsèque, pourrais-je dire.

En première ligne il faut placer la limite de l'âge d'entrée.

Cette limite est nécessaire, indispensable même dans une société sérieuse et qui entend bien tenir les engagements qu'elle prend : il faut que tous entrent dans des conditions sensiblement identiques, or, à un certain âge, la morbidité augmente brusquement, puis les tares de la vieillesse commencent à se faire sentir et à ce moment les prévisions sur lesquelles reposent les calculs des cotisations ne sont plus exactes, c'est le hasard qui règne en maître. Il est donc indispensable d'écarter les candidats qui arrivent à cet âge critique, mais cette mesure, si fondée qu'elle soit, n'en constitue pas moins un obstacle au recrutement de la Société.

Les jeunes gens n'ont guère souci de la prévoyance : la maladie ne les inquiète pas et la vieillesse leur paraît trop loin pour qu'ils s'en préoccupent ; nous avons beau leur crier gare, ils ne nous entendent point.

Il faut qu'on ne se sente plus aussi solide, qu'on commence à avoir quelques craintes plus ou moins fondées pour qu'on se décide à jeter les regards vers les œuvres de mutualité... mais souvent alors l'âge d'admission est passé et chaque année, notre secrétaire général est obligé d'écarter des demandes trop tardives.

Les évincés ont des regrets, ils récriminent... non pas contre leur négligence ou leur indifférence passée, mais contre la société qui n'en peut mais.

Vient ensuite la peur de l'examen médical..

Cet examen n'a pas à être justifié, on conçoit qu'il soit indispensable, et une société mutuelle ne saurait admettre des membres qui, dès leur entrée, lui apporteraient des charges qu'elle ne pourrait supporter. Cependant certains hésitent à se soumettre à cet examen.

Tantôt c'est une tare qu'on ne consent pas à avouer : un candidat nous demandait récemment s'il ne lui serait pas possible de taire à son examinateur certains troubles qu'il supposait ignorés et qu'à aucun prix il ne voulait dévoiler dans son entourage.

Tantôt c'est la crainte d'une certitude qu'on n'a pas jusque-là voulu envisager sérieusement : on préfère rester dans le doute.

Tantôt enfin c'est un dérangement qu'on redoute lorsqu'on ne veut pas s'adresser à des confrères voisins ou lorsque le secrétaire a eu des raisons particulières de les écarter lui-même.

Dans tous ces cas, on hésite, on tergiverse, on retarde... et on finit par ne rien faire.

Signalons maintenant les exigences individuelles qui sont infinies.

La société offre certaines choses, mais c'est autre chose qu'on voudrait et qu'on lui propose.

Pour l'un, l'indemnité n'est pas suffisante ; pour l'autre, il faudrait une pension plus élevée ou à un âge plus rapproché, un troisième voudrait un capital à un certain moment, etc... etc... Les combinaisons ne sont ni assez nombreuses ni assez variées, les statuts ne s'adaptent pas à tous les cas particuliers et chacun voudrait avoir ce qu'il a rêvé, ni plus ni moins.

En veut-on des exemples ? Qu'on lise ces lettres :

« Est-il possible de prendre rang dans la Mutualité Familiale en demandant le service d'une indemnité de cent francs par jour ? Je demande cette com-

binaison en raison de mes charges. Pourrais-je également m'inscrire pour une retraite de 9.600 francs à 60 ans ?

En un mot pourrais-je verser comme deux sociétaires ? Je suppose que la Société n'a rien à y perdre et acceptera volontiers ma proposition. »

« J'ai vu vos statuts, mais n'y ai rien trouvé sur les assurances dotales : voudriez-vous me dire quel serait le tarif pour une assurance dotale de 10.000 francs à l'âge de 20 ans pour un enfant de 14 ans, un autre de 11 ans, un troisième de 8 ans et demi ? »

« Je voudrais être assuré pour une somme de 20 fr. par jour en cas de maladie, de plus avoir une retraite de 6.000 francs à 65 ans, enfin, en cas de mort ou d'infirmité totale, recevoir un capital de 50.000 fr. »

« J'ai un ami qui, sans que rien le fasse prévoir est devenu tuberculeux : cet exemple m'a frappé et je voudrais m'assurer contre la maladie et, en même temps, avoir une petite retraite.

Je demande 20 fr. par jour en cas de maladie incurable, par exemple, si je devenais tuberculeux ou cancéreux ou si, à la suite d'une blessure, je devenais incapable d'exercer ma profession. Il est bien entendu que, si j'avais une maladie temporaire, telle qu'une bronchite qui m'arrêterait pendant un mois, je n'aurais droit à rien. »

Je pourrais continuer ces extraits de lettres qui nous parviennent chaque jour, je ne montrerais pas plus que la Mutualité familiale n'est pas comprise, qu'elle n'est pas une compagnie d'assurances et qu'elle doit se renfermer dans ses statuts.

Notre secrétaire général répond, bien entendu, à toutes ces lettres, explique ce que notre société peut faire... il n'entend plus parler de rien ; le confrère voulait telle chose et non pas telle autre, cette dernière se rapprochât-elle de ce qu'il réclamait.

Signalons encore l'incompréhension des statuts.

Quelques clairs et explicites qu'on ait pu les rédiger, ils ne sont pas toujours compris et, chose curieuse, c'est trop souvent à l'interprétation la moins rationnelle qu'on s'arrête en pareil cas. Il serait pourtant bien simple de consulter le secrétaire général : on n'y pense pas, on s'ingénie à couper des cheveux en quatre pour arriver souvent à une absurdité... et on ne va pas plus loin, on s'en tient là.

Il faut noter l'adhésion antérieure à une autre société ou à une compagnie d'assurances.

Tel, parce qu'il est assuré sur la vie, croit qu'il est inutile de le préserver contre le risque maladie, comme si les deux choses ne se complétaient pas.

Tel autre, membre d'une société plus ou moins analogue à la nôtre, croit qu'il ne doit pas venir à nous. Il est pourtant, à notre connaissance, bien des confrères inscrits à deux et même trois sociétés différentes : quelle que soit, en effet, leur similitude apparente, il y a toujours quelque point qui diffère, quelque avantage que n'offre pas la société voisine, et les divers avantages se superposent.

Je ne serais pas complet si je ne donnais la lettre suivante que j'ai reçue ces temps derniers :

« Mon cher Confrère,

Vous vous donnez bien du mal pour arriver à un asse z maigre résultat : laissez-moi vous dire que vous n'employez pas le bon moyen, le seul qui soit capable de vous donner des adhésions en nombre.

Vos articles dans le *Concours*, on ne les lit pas : on voit le titre « Mutualité Familiale », et on tourne la page ; c'est à tort, j'en conviens, mais c'est comme cela.

Tant que vous n'aurez pas un agent qui aille visiter les médecins, qui leur explique ce qu'ils ne comprennent pas, qui discute avec eux et finisse par les persuader, vous n'arriverez à aucun résultat appréciable. »

Je pourrais répondre à notre confrère qu'il exagère quand il prétend que les articles du *Concours* ne sont pas lus et je n'en veux pour preuve que les lettres nombreuses reçues par notre secrétaire général — je préfère convenir avec lui qu'il a raison et que nos moyens de propagande sont insuffisants.

Oui, l'insuffisance de la propagande est un très grand obstacle à notre recrutement et, dès longtemps, nous avions envisagé la possibilité de l'intensifier. Le malheur c'est que la chose est difficile.

S'il ne s'agissait que des pensions de retraite, les obstacles ne seraient pas bien grands ; mais la Mutualité familiale est avant tout une œuvre d'indemnité-maladie que la retraite vient simplement compléter. Or, il ne suffit pas qu'un agent emporte un bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, il faut encore que le candidat soit en bonne santé, qu'il subisse victorieusement l'examen médical, et c'est là, dans la pratique, le point épineux.

Nous songeons pourtant à faire un essai, car nous nous reprocherions de négliger une mesure capable d'accroître la prospérité de notre société : nous n'oublions pas que nous travaillons pour le seul bien du corps médical et, à nos yeux, cette considération doit tout dominer.

Connaître les obstacles auxquels on se heurte, c'est certainement la condition première pour les surmonter. Nous avons exposé ceux que rencontre la Mutualité familiale, espérons que nous ne serons pas seuls à les combattre.

A. GASSOT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

GROUPEMENT DES SYNDICATS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS SPÉCIALISÉS

Rapport sur l'utilité des certificats pour l'exercice des spécialités médicales.

Par le docteur PIÉTKIEWICZ,

Président du Syndicat Général des Médecins Stomatologistes français.

Ce qui fait la beauté et la difficulté de la médecine, c'est qu'elle emprunte à toutes les sciences physiques, chimiques, biologiques, mathématiques, les données qui lui permettent de mieux assurer un diagnostic et d'améliorer la thérapeutique.

L'extrême complexité des connaissances exactes et précises que doit posséder un médecin est telle que nul d'entre nous ne peut y prétendre.

Les progrès de la science ont été si rapides, ils mettent à la disposition de la médecine un apport, presque journalier, si considérable, qu'il n'est pas de cerveau capable de les enregistrer tous.

Le médecin est dans l'obligation de se tenir au courant des perfectionnements incessants apportés à l'art de guérir par un travail de documentation et de perpétuelle étude d'autant plus pénible qu'il ne peut s'y livrer qu'aux quelques instants de liberté et de loisir que lui laissent ses occupations professionnelles.

Mais quels que soient ses efforts, ses facultés de travail, sa mémoire et son intelligence, il lui est impossible de tout connaître et de tout savoir.

D'autre part, de la multiplicité des moyens scientifiques mis à la disposition du médecin pour soulager et guérir, est née une technique de plus en plus délicate, exigeant une instrumentation de plus en plus parfaite et complexe, mais difficile à manier.

Du progrès général des sciences, d'où découle celui de la médecine, sont fatalement nées les spécialités médicales. Nos maîtres ont connu le temps où le doctorat en chirurgie étant tombé en désuétude avant même que d'être supprimé officiellement, les docteurs en médecine pouvaient pratiquement exercer toute la médecine. A cette époque, récente encore, aux services hospitaliers de médecine générale, étaient adjoints des services d'accouchement et Potain, entre autres, en dirigeait un.

Le professeur Pinard fut le premier « accoucheur des hôpitaux » nommé au concours. Puis certains médecins ou chirurgiens des hôpitaux se consacrèrent plus spécialement parfois totalement à l'étude et au traitement des maladies des yeux ou des oreilles. Enfin, par la force même des choses, la spécialisation devint de plus en plus une nécessité.

Il ne pouvait, il ne devait pas en être autrement.

En fait, actuellement la spécialisation dans l'art de guérir existe et nous prévoyons même que d'autres spécialités que celles aujourd'hui connues naîtront demain. Et c'est d'ailleurs infiniment heureux et pour les malades et pour les médecins.

La spécialisation dans l'art de guérir est un bien puisqu'il est impossible de tout savoir en médecine. Admettons même qu'il existe un surhomme médecin connaissant à fond toute la médecine et ses spécialités, sa science complète demeurerait inemployée, il ne pourrait à la fois exercer toutes les spécialités car il n'en aurait pas le temps matériel et serait même dans l'impossibilité de posséder toutes les instrumentations nécessaires.

Les facultés de médecine ont reconnu les spécialités et toutes sont actuellement enseignées par des professeurs spécialisés. Les hôpitaux, tant de Paris que de province, ont leurs spécialistes le plus souvent nommés au concours.

Le Corps médical doit-il se contenter de constater sans plus, l'existence des spécialités médicales, doit-il, au contraire, étudier leur réglementation. Tout le problème actuel est là.

Le spécialiste est un docteur en médecine qui, grâce à des études spéciales, a acquis une compétence particulière pour exercer une partie déterminée de la médecine. Quelle que soit la spécialité choisie, le diplôme de docteur en médecine est indispensable. C'est, en effet, ce diplôme qui seul témoigne du minimum de connaissances médicales nécessaires à l'exercice de toute spécialité.

Dans quelles conditions un médecin se spécialise-t-il actuellement ? Vers la fin de ses études médicales ou son diplôme obtenu, le médecin se spécialise parce que ses goûts particuliers, ses aptitudes spéciales, ses relations personnelles, l'orientent vers telle ou telle partie de la médecine. La plupart ont déjà choisi et étudié leur spécialité au cours de leurs études médicales, en entrant comme externe ou comme interne dans les services spécialisés.

Les autres étudient leur spécialité tant dans les hôpitaux qu'en suivant les cours pratiques et théoriques des facultés et les cours particuliers de perfectionnement faits sous le contrôle soit des

facultés, soit des titulaires des services de spécialités des hôpitaux, soit encore dans des établissements publics ou privés (Instituts de facultés, écoles spéciales).

Le futur spécialiste trouve actuellement toutes les possibilités de s'instruire.

Ainsi fait l'immense majorité pour ne pas dire la presque totalité des médecins qui veulent se spécialiser. Sa conscience professionnelle, le souci de sa responsabilité, la crainte de l'insuccès, empêcheront toujours le médecin de tenter l'exercice d'une spécialité sans une préparation suffisante.

Cependant on peut toujours craindre et redouter le pire. Un médecin ébloui par les soi-disant fastueux honoraires des spécialistes pourrait s'installer comme tel en n'ayant que de vagues notions acquises tant bien que mal de la spécialité choisie. Un confrère et non des moindres, n'a-t-il pas lancé cette boutade dans un journal médical des plus répandus que pour être spécialiste, il suffisait de mettre une plaque à sa porte.

Il n'est pas moins vrai que le diplôme de docteur en médecine conférant à son possesseur le droit absolu d'exercer toutes les spécialités, un médecin peut, s'il le désire, se dire spécialiste de toutes les spécialités qui lui conviendront. Il n'est limité dans l'exercice de la profession que par la crainte de sa responsabilité pénale.

Il ne viendrait à l'esprit de personne de soutenir qu'on peut exercer une spécialité sans l'avoir apprise. Et la tendance de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, des Facultés de médecine, d'un nombre chaque jour croissant de médecins, et de l'opinion publique elle-même est de penser qu'il est nécessaire de sanctionner par un diplôme, un certificat, une attestation quelconque, l'enseignement spécial reçu par l'étudiant.

Quelles objections sérieuses peut-on faire à la création d'un certificat de spécialité ? Une seule et qui est d'ordre purement sentimental : l'intangibilité du diplôme de docteur en médecine.

On objecte que le praticien de campagne n'osera plus, par exemple soigner une ophtalmie purulente dans la crainte qu'on ne lui reproche, au cas de perte de l'œil, de ne pas posséder le certificat d'ophtalmologiste. C'est un argument absurde. Tout médecin a le droit de soigner ses malades pour toutes les affections générales ou spéciales pour lesquelles ils viennent le consulter, de donner tous les soins que réclame leur état et de pratiquer toutes les interventions qu'il jugera indispensables. Ceci tombe sous le sens commun et ne souffre aucune discussion.

Mais, en réalité, sauf les cas rarissimes d'extrême urgence, le praticien se gardera bien de traiter des affections qui sortent de sa pratique habituelle, sans avoir recours au spécialiste qualifié et ceci aussi bien dans son propre intérêt que dans celui de son malade.

La nécessité pour le praticien de tout faire s'imposait autrefois, quand la décentralisation des spécialistes n'existait pas. Mais actuellement quel est le médecin de campagne qui opérerait sans aide, sans instruments stérilisés, même une hernie étranglée, alors qu'en quelques heures, il peut faire venir un chirurgien compétent qui arrivera avec ses aides et son matériel complet, ou faire transporter son malade dans un centre chirurgical toujours peu éloigné.

Le spécialiste est le collaborateur indispensable du praticien.

L'intangibilité du diplôme de docteur en médecine n'est nullement atteinte parce qu'il existe des spécialistes, en quoi le serait-elle si les dits spécialistes étaient pourvus d'un certificat de spécialité ?

N'existe-t-il d'ailleurs pas déjà des certificats spéciaux officiels et cela malgré les protestations d'ailleurs inefficaces de certains groupes médicaux, car on ne lutte pas contre une nécessité. Il s'agit là d'une évolution inévitable qui se fera sans nous, peut-être contre nous, si elle ne se fait pas avec nous.

Les aliénistes ne peuvent diriger une maison de santé pour aliénés s'ils ne passent un concours spécial.

La médecine militaire et navale de guerre sont exercées par des médecins qui ont reçu une éducation spéciale. Il existe déjà des certificats facultatifs délivrés par les Facultés de médecine, citons la médecine coloniale, la médecine sanitaire maritime, la médecine légale, la pédiatrie, la radiologie.

Enfin n'est-ce pas au fond un diplôme spécial que possèdent les spécialistes des hôpitaux, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, stomatologistes, radiologistes ?

La création d'un diplôme spécial « le certificat facultatif » pour les médecins voulant s'adonner à une spécialité ne serait que la consécration officielle de ce qui existe déjà officieusement.

En quoi cela pourrait-il gêner le praticien que le chirurgien auquel il demandera d'opérer une appendicite, que l'ophtalmologiste auquel il adressera une cataracte, soit possesseur d'un certificat spécial ? N'y trouvera-t-il pas au contraire une sécurité morale plus grande ?

Pour les spécialisés eux-mêmes ne sera-ce pas un soulagement de savoir que leurs collègues ne sont ni des laissés pour compte de la médecine générale ni des médecins marrons réfugiés dans une spécialité qu'ils ignorent.

L'application progressive des lois sociales (accidents du travail, assistance médicale, mutilés de guerre, assurances sociales, etc.), exige que le médecin justifie sa qualité de spécialiste puisqu'il existe des tarifs particuliers pour les interventions spéciales. L'existence d'un certificat de spé-

cialité n'est-elle pas le meilleur moyen de résoudre ces difficultés ?

Enfin, devant la justice, quelle autorité et quelle sécurité donnera le certificat de spécialité à son possesseur. Les tribunaux devant lesquels nous sommes traduits si souvent à tort ont pris coutume de considérer comme spécialistes qualifiés ceux d'entre nous qui appartiennent à un syndicat de spécialistes. Or, malheureusement d'excellents confrères pour des raisons qui leur sont personnelles, encore que mauvaises, ne veulent pas faire partie d'un syndicat et n'est-il pas plus cruel d'exiger qu'un spécialiste soit syndiqué pour être reconnu comme tel que de l'autoriser à posséder un certificat de spécialité.

Si les tribunaux considèrent comme spécialiste qualifié un médecin appartenant à un syndicat de spécialistes, c'est que nos syndicats n'ouvrent leur porte qu'à des médecins possédant des titres (chefs de clinique, assistant des hôpitaux, etc.), qui témoignent qu'ils ont réellement appris leur spécialité ou « qu'ils exercent leur spécialité depuis *x* années ». Dans ce dernier cas ne serait-ce pas insinuer qu'ils ont appris leur spécialité aux dépens de leurs malades pendant ce même temps. Ne serait-il pas plus simple pour le spécialiste de posséder un certificat spécial ? Nous ne voulons pas tirer argument de ce qui se passe dans les autres pays, chaque peuple ayant ses coutumes, sa mentalité particulière et ses réactions personnelles. Cependant, il est utile de savoir ce qui existe à côté de nous.

En Allemagne, il y a 14 spécialités reconnues officiellement, un médecin ne peut qu'exceptionnellement être autorisé à se donner comme spécialiste pour deux de ces branches de la médecine, l'omni-praticien ne peut exercer, outre la médecine, une spécialité. On exige du spécialiste non seulement un certain nombre d'années passées comme assistant dans un service hospitalier spécialisé, mais encore une installation matérielle suffisante. Le contrôle est exercé par des commissions nommées par les organisations médicales et composées d'omni praticiens et de médecins spécialisés.

Au Danemark, il existe une quinzaine de spécialités. mais le spécialiste n'a le droit d'exercer sa spécialité qu'après avoir fait la preuve qu'il a étudié pendant trois ou quatre années sa spécialité.

En Suède, c'est l'Union centrale des médecins qui donne au spécialiste l'investiture officielle qui est considérée comme une garantie telle que celui qui s'installerait sansla posséder serait sans clientèle.

En Tchékoslovaquie, le titre de spécialiste est délivré par le Ministre sur la base d'un règlement édicté par la Chambre médicale tchèque.

Beaucoup d'autres pays, comme la Roumanie, exigent également des justifications spéciales.

Pourquoi en France, proposons-nous la création de certificats facultatifs pour les spécialistes?

C'est que nous sommes obligés de tenir compte de l'opinion des médecins de médecine générale qui voient à tort une amputation de leurs droits, une fragmentation plus théorique que réelle du doctorat en médecine dans la création de certificats obligatoires.

Nous ne demandons donc actuellement que la création de certificats facultatifs pour les spécialistes, car théoriquement facultatif, le certificat sera pratiquement obligatoire par suite du discrédit du fait de ne pas le posséder. Nous n'attachons donc à cette question qu'une importance secondaire.

Nous en trouvons la preuve dans les certificats existants.

Un médecin qui ne sera pas titulaire du certificat de médecin sanitaire maritime trouvera difficilement à s'embarquer. Un médecin qui ira s'installer aux colonies sans le certificat de médecin colonial ne pourra pas occuper de postes officiels. Un juge désignera de préférence un médecin possédant le certificat de médecin légiste pour une expertise médico-légale ou une autopsie.

N. B. — Ce rapport a été renvoyé, pour étude et conclusions, devant l'Assemblée générale de chacun des Syndicats adhérents au Groupement des Syndicats généraux des médecins spécialisés.

UNE VICTOIRE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'AVANT

Les médecins mutilés ou réformés de guerre auront droit à un emploi médical réservé.

On sait ici avec quel acharnement l'Association des médecins de l'Avant a poursuivi depuis des années, devant les pouvoirs publics, la reconnaissance des droits des médecins mutilés ou réformés de guerre à une réparation *professionnelle* puisque seuls, à peu près, ils ont été appelés à venir au feu, avec les combattants, en tant que professionnels.

Ils ont partagé, eux les non combattants, dans les toutes premières lignes, les dangers des troupes de choc, ils ont même après le combat secouru avec un dévouement auquel de toutes parts on s'est plu à rendre hommage, les blessés tombés où qu'ils soient ; ils ont subi de ce fait des pertes formidables dont M. Millerand, alors ministre de la guerre, pouvait déjà dire en 1914, qu'elles étaient les plus fortes après celles de l'infanterie.

Et cependant, mutilés, ils touchaient seulement la pension afférente à leur grade d'officier, ce qui était déjà inconcevable, mais encore, ayant droit à des emplois réservés comme les autres mutilés, aucun poste médical n'avait été prévu pour eux, et s'ils pouvaient devenir percepteurs, gardiens de musée, ou agents d'octroi, aucune situation de leur compétence ne leur avait été réservée dans les grandes administrations, dans les services publics, où elles sont nombreuses, qui eût pu compenser l'invalidité professionnelle que leur amenaient les mutilations acquises au service du pays.

Seul M. Thoumyre à la chambre des Députés, avait accepté, dans la dernière législature, de mettre son talent estimé, son prestige de parlementaire de grande classe, son dévouement affectueux, au service de ses camarades, les anciens toubibs de l'avant, et il devait déposer un amendement à la loi sur les emplois réservés, que le Ministre des Pensions lui demanda de retirer pour ne pas entraver le vote rapide du budget.

L'Association des médecins de l'Avant s'était inclinée par devoir patriotique, mais elle demanda à M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, membre de l'Académie de médecine, l'ami fidèle et constant du corps médical, de reprendre la question à la prochaine occasion dès la rentrée des Chambres.

Nous savions que nous pouvions compter sur son inlassable sollicitude ; nous avions d'autre part depuis les dernières élections législatives un défenseur tout naturel de nos droits au Parlement, en la personne de notre Président constamment réélu depuis 1921, le Dr Caujole, conseiller général et député de la Seine ; la partie semblait bien engagée, et nous devons ajouter que la loyale équité de M. Marin, ministre des Pensions, nous a grandement facilité la tâche.

Dans sa séance du 30 juin en effet, le Sénat discutait le projet de loi sur les emplois réservés ; et son éminent rapporteur, le Dr Gallé, sénateur de la Haute-Savoie, ancien médecin de l'avant lui aussi, avait aimablement accepté que la question des emplois réservés médicaux fût posée au cours du débat.

Nous donnons ici, dans son entier, le compte-rendu de la discussion nous concernant, paru au *Journal officiel* du 1er juillet 1928 :

M. Paul Strauss. — Messieurs, ce n'est pas moi qui voudrais retarder d'une minute le vote de la loi sur les emplois réservés ; je n'oublie pas que j'ai été pendant la guerre le rapporteur de la loi, incomplète mais opportune, de 1916, que j'avais été chargé par la commission de l'armée de préparer le rapport sur la loi de 1923 lorsque j'ai été appelé dans les conseils du Gouvernement, et que j'ai eu comme successeur notre regretté collègue M. Cazelles.

Je désire soumettre au Sénat et à M. le ministre des pensions non pas sous la forme d'un texte, mais comme suggestion, une proposition ferme et positive qui, j'en suis sûr, rencontrera l'accueil sympathique de M. le ministre.

Il s'agit des médecins mobilisés, dont il serait superflu de faire l'éloge devant le Sénat : toutes les Assemblées et tous les Gouvernements ont rendu hommage au corps médical, pour sa magnifique et héroïque conduite pendant la guerre. Les médecins mobilisés de l'avant, qui furent au nombre approximatif de douze mille, ont perdu 1.800 des leurs ; plusieurs milliers d'entre eux ont été blessés, mutilés, réformés : ils ont droit à la reconnaissance de la nation et, s'ils ont droit aux emplois réservés, il ne serait que juste d'utiliser leurs aptitudes en leur accordant des postes médicaux.

M. le ministre des pensions, à qui j'ai fait part de cette suggestion, lui a fait l'accueil le plus sympathique et il m'a informé que d'accord avec les associations des médecins de l'avant et avec moi, il était prêt à établir, d'accord avec les administrations intéressées, des tableaux annexes, en vue de donner satisfaction à cette légitime revendication.

Si j'avais pu déposer un texte, je l'aurais soumis à un très grand nombre de mes collègues, et surtout aux médecins qui font partie de cette assemblée et dont plusieurs ont même été parmi les mobilisés de l'avant, comme à ceux d'entre

nous qui ont été les témoins de leur admirable dévouement, pour recueillir leurs signatures.

Si j'avais pu soumettre un texte au Sénat, j'aurais ainsi rédigé mon amendement :

« Dans un but de meilleure utilisation des compétences et de reconnaissance nationale envers le corps des médecins qui ont, pendant la guerre, servi le pays et donné leurs soins aux combattants avec un dévouement inlassable, auquel il a été unanimement rendu maintes fois un légitime hommage, il sera réservé dans les services publics et dans les grandes administrations privées, un certain nombre d'emplois médicaux en faveur des médecins mutilés et réformés de guerre. »

Tel est le sens, telle est la portée de cette suggestion, que je n'ai pas pu traduire en un texte écrit, parce qu'il était trop tard et que le vote de la loi est impatiemment attendu, le délai expirant le 25 juillet 1928, mais le Sénat tout entier sera d'accord avec moi et M. le ministre des pensions fera, j'en suis convaincu, tout le nécessaire pour donner à cette légitime proposition la suite qu'elle comporte. (*Très bien ! Très bien !*)

M. Louis MARIN, ministre des pensions. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le Ministre des pensions.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. — Je ne confirme pas seulement à M. Strauss ce que je lui ai dit ; j'ajoute que, dès que nous avons été saisis de sa lettre, nous avons demandé à toutes les administrations susceptibles de nous indiquer les emplois médicaux dont elles disposaient, de bien vouloir le faire dès maintenant. (*Très bien !*)

On voit par là que pour une fois la cause de la justice, même tardive, a triomphé. Cela nous le devons à nos amis du Parlement, notamment à M. le Sénateur Paul Strauss à qui nous exprimons ici notre vive gratitude, et à M. le ministre des pensions, mais aussi à la vaillante attitude des médecins pendant la guerre ; cette séance du Luxembourg fut une occasion nouvelle d'entendre publiquement le bien que le Pays pense des médecins de l'avant.

Il connaît la somme de nos sacrifices personnels, il sait le dévouement efficace que nous avons témoigné sans compter à ses glorieux combattants, il reconnaît la qualité des services que nous avons rendus à la défense nationale. Nos blessures, nos souffrances sont oubliées si maintenant on ne marchande pas à ceux d'entre nous qui sont revenus invalides de la guerre, la réparation professionnelle que nous étions en droit de réclamer. Soyons fiers de notre passé ; l'hommage rendu aux médecins de l'Avant honore le corps médical tout entier ; la création des emplois réservés médicaux, sur lesquels nous donnerons aux intéressés les détails nécessaires, va ajouter à la gloire des médecins de l'Avant, la sécurité matérielle qui manquait à beaucoup d'entre eux, et, comme l'on dit au Palais, ce sera justice.

R. DE MÉDEVIELLE,
Secrétaire général et fondateur
de l'Association des Médecins de l'Avant.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A.P.I.M.

Enquête (A) sur les groupements professionnels nationaux s'occupant de défense professionnelle et médecine sociale.

Par le Dr Fernand DECOURT.

FASCICULE N° I.

I. — Introduction.

Il a paru au secrétaire général de l'A.P.I.M. que la première enquête à faire, dès son entrée en fonctions, le 1er janvier 1927, devait être celle concernant nos Groupements *nationaux* professionnels, dont notre commun groupement *international* forme le lien et le point central d'information. Pour bien travailler, tous ensemble, il faut d'abord se connaître. De plus, en se connaissant, nous pourrons mutuellement profiter de ce que nous trouverons de *bon* chez les autres et nous en déduirons, peut-être, certaines modifications à introduire chez nous ?... Il est donc utile de connaître : d'une part, les constitutions de nos divers groupements, leur fonctionnement, leur puissance, leurs ressources, les rapports qui, dans chaque nation, existent entre les groupements *locaux* ou régionaux périphériques et le groupement *central* dont ils sont les fondements et les soutiens. D'autre part, quelle est la situation de chaque corps médical par rapport à l'ensemble du pays ? Combien de médecins par habitants et, parmi ces médecins combien sont membres des groupements professionnels ? Et ces mêmes groupements, en plus des questions de médecine sociale, s'occupent-ils de prévoyance, d'assurances, de sociétés mutuelles, en faveur du praticien ? Et, pour les médecins âgés, malheureux, imprévoyants, s'occupent-ils des questions de secours, de bienfaisance ?

Disons cependant que tout ce qui concerne la *prévoyance* ou la *bienfaisance* ne sera que noté, pour mémoire, en cette enquête. Nous n'effleurerons même pas ces questions. Elles feront l'objet plus tard, D'UNE AUTRE ENQUETE qui leur sera spécialement consacrée... Enfin, nous noterons de même, en passant, les groupements s'occupant de questions *scientifiques*, mais sans nous appesantir sur ce point qui est hors do domaine de l'A.P.I.M.

Donc, exposer, en quelques lignes, les caractéristiques de chaque groupement national professionnel tel est le but de cette enquête. Elle apparaît comme une première fenêtre ouverte dans le mur opaque séparant jusqu'ici nos groupements les uns des autres. Mais ce n'est là qu'un premier rayon de soleil, passant par une fenêtre encore bien étroite, dans la timide clarté d'une aube indécise...

***

On a pu remarquer, les mots « *Fascicule n° 1* ». C'est que nous ne pouvons publier, à l'heure actuelle, que les résultats des réponses qui nous sont, jusqu'ici, parvenues. Nous en attendons d'autres, mais elles sont retardées, pour la plupart, par la distance même, alors que, pour l'envoi du questionnaire, l'étude des réponses à faire et le retour de celles-ci au secrétariat, *plusieurs mois* sont nécessaires, comme par exemple, pour nos confrères de l'Amérique du Sud. Quand aurions-nous pu aboutir ? Il a donc paru qu'il était préférable de faire un premier exposé dans un Fascicule n° 1, lequel sera suivi d'un — ou même de plusieurs autres — sur le même sujet.

Et il en sera de même pour toutes nos enquêtes.

C'est en outre, que celles-ci portent sur des questions « vivantes », donc *toujours en mouvement* et sujettes à des variations continuelles. C'est pourquoi, pour cette première enquête, même si *toutes* les Nations avaient déjà répondu, l'enquête resterait ouverte... En effet, les résultats exposés ne sont *jamais définitifs*. Pour rester dans le vrai et dans l'exact, il faut, chaque année, des retouches, d'après les faits qui ont pu se passer et dont nos correspondants nous feront part. Toute enquête sera donc suivie *d'une série de mises au point sueccessives*, suivant les renseignements qui nous seront fournis sur le monde médical professionnel dont, au secrétariat de l'A.P.I.M., nous avons l'intention de tenir à jour les *Annales*.

C'est dans ce but que, au sujet de ces enquêtes, nous placerons chaque fascicule envoyé aux correspondants, dans un DOSSIER VERT, avec titre bien apparent. De cette façon, *chaque groupement national* n'aura, dans la suite, qu'à réunir chaque fascicule concernant une même question pour constituer ainsi des *Archives* qu'il pourra consulter à loisir.

Et ceci ne nous empêche pas de penser que *nos enquêtes* elles-mêmes — *traduites* par le groupement national dans la langue du pays — seront *certainement publiées* (en tout ou partie) DANS LES BULLETINS PROFESSIONNELS NATIONAUX... Une telle certitude est ambitieuse de notre part, ce n'en est pas moins un puissant stimulant pour le secrétariat et, dans ce point de vue, ce sentiment trouve sa justification.

***

Pour cette première enquête auprès de nos correspondants, le secrétaire général de l'A.P.I.M. demande la plus grande indulgence. *Fit fabricando faber.* Ce n'est là qu'un premier essai : comme tel, il est bon que chaque correspondant veuille bien nous faire part de ses remarques, et nous donne franchement ses conseils. Nous ne pouvons dire qu'une chose, c'est que, avec les réponses fournies, et l'étude attentive des statuts et des règlements (quand on nous les a envoyés) nous avons fait de notre mieux.

Pour l'exposé qu'on va lire, nous ne suivrons pas les numéros des questions posées. Celles-ci furent largement dépassées — et nous en sommes heureux — par les détails des réponses ou des statuts. Nous allons donc suivre un autre plan d'exposition.

Nous examinerons, tout d'abord, les questions de *statistique et de comparaison* qui peuvent être brièvement présentées par tableaux, ce qui facilitera les vues d'ensemble. Puis, les questions de fond, comme celles n^{os} 6, 8, 12, etc... jusqu'à 18, feront, *en bloc*, l'objet d'une étude détaillée, par pays.

II. — Sources de l'enquête.

Le secrétaire de l'A.P.I.M. avait envoyé la circulaire n° 3 contenant le questionnaire sur cette enquête à 25 *groupements nationaux*. A l'heure actuelle nous avons reçu des réponses de 18 *Nations*, non *compris* celles qui nous les ont promises pour plus tard. D'autres comme l'*Autriche*, par exemple, n'ont pas encore répondu, mais nous répondra sûrement, notre excellent confrère Stritzko, de Vienne, faisant partie de notre Commission administrative.

Et même pour ce rtaines des réponses reçues, nous avons dû faire des rappels et cela parfois à 2 et 3 reprises, sans compter les *précisions* demandées sur divers points particuliers... Il nous faudra même encore, pour certaines réponses, des *suppléments d'information*. Tout cela (supplément et réponses non encore parvenus) trouvera place dans le *fascicule n° 2* qui paraîtra ultérieurement.

Quoi qu'il en soit, au sujet des Nations ayant répondu, voici leurs noms par ordre alphabétique, et celui de ceux qui ont préparé et envoyé les réponses. On verra ainsi que ces réponses furent puisées *aux meilleures sources* :

1° *Allemagne.* — Réponses fournies par le Dr SCHNEIDER, secrétaire général de l'Union des Groupements médicaux allemands.

2° *Argentine.* — Réponses du Dr CAPIZZANO, membre du Comité exécutif du Syndicat médical de la République Argentine.

3° *Bulgarie.* — Réponses fournies par le Dr KIROFF président de l'Union des médecins bulgares.

4° *Danemark.* — Réponses fournies par le Dr Sophus BANG, président de l'Association danoise des médecins.

5° *Finlande.* — Réponses fournies par le Dr Artus TOLLET, président de l'Union générale des médecint de Finlande.

6° *France.* — Réponses fournies par le Dr Fernand DECOURT, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

7° *Grande Bretagne.* — Réponses fournies par le Dr Alfred Cox, secrétaire médical de la British Medical Association.

8° *Hollande.* — Réponses fournies par le Dr Droogleyer FORTUYN, secrétaire général de la Société hollandaise pour le progrès de la médecine.

9° *Hongrie.* — Réponses fournies par le Dr J. IMRE, président de l'Union des médecins hongrois.

10° *Lettonie.* — Réponses fournies par le Dr F. ALKNIS, président de l'Union professionnelle des médecins de Lettonie.

11° *Norvège.* — Réponses fournies par le Dr Jörgen BERNER, secrétaire général de l'Association des médecins norvégiens.

12° *Pologne.* — Réponses fournies par le Dr PRZYBOROWSKI, président de la Chambre médicale de Varsovie.

13° *Suède.* — Réponses fournies par le Dr J. W. NORDENSON, membre du Comité exécutif de l'Union des médecins de Suède.

14° *Suisse.* — Réponses fournies par le Dr VUILLEUMIER, membre du Comité central de la Fédération des médecins suisses.

15° *Tchékoslovaquie.* — Réponses fournies par le Dr Karel HELBICH, secrétaire général de l'Union centrale des médecins tchékoslovaques.

16° *U.R.S.S.* (Russie). — Réponses fournies par le Dr ROUBAKINE, représentant du Commissariat du peuple de la santé publique.

17° *Yougoslavie.* — Réponses fournies par le Dr Camille FARKAS, membre du Comité de l'Association des médecins yougoslaves.

18° *Uruguay.* — Notre correspondant le Dr BERRO, président du Syndicat médical de l'Uruguay n'étant pas encore en mesure de répondre à nos questions, cette réponse paraîtra dans le 2e fascicule.

19° *Etc...* — Les *autres correspondants* ne nous ont pas encore répondu à ce sujet.

***

Nota. — Parmi les correspondants ci-dessus désignés, il est à noter que le Dr Cox (Grande Bretagne) et le Dr ROUBAKINE (U.R.S.S.) ne peuvent être considérés comme correspondants reconnus, leurs deux groupements n'ayant pas adressé au secrétariat de l'A.P.I.M., une *adhésion officielle.* Nous tenons néanmoins à remercier ici le groupement anglais d'avoir envoyé 50 livres sterling (soit 250 dollars ou 1.250 francs suisses) à titre de *don volontaire* à notre trésorier le Dr FORTUYN, à Amsterdam, et à remercier personnellement le Dr Cox et le Dr Roubakine d'avoir bien voulu, malgré tout, nous envoyer *tous* renseignements en leur possession.

III. — Unité ou multiplicité.

des groupements nationaux de défense professionnelle par pays avec leur date de fondation et leur siège social.

A. Il n'y a qu'*un seul groupement national professionnel* dans les pays suivants :

Argentine : « Sindicato de medicos de la Republica Argentina » *fondé* en 1921. *Siège social* : Calle soler, 4829 à Buenos-Aires.

Bulgarie : « Balgarski lekarski Saüz » *fondé* en 1900. *Siège social* : rue Valkovitch 16, à Sofia.

Danemark : « Den Almindelige Danske Loegeforening » *fondé* en 1859. *Siège social* : Ameliegade 5, à Copenhague.

Finlande : « Suomen Yleisen Laakarilüto » (en finlandais) ou « Finlando Allmanna Läkarforbund (en suédois) *fondé* en 1910. *Siège social* : Helsingfors.

Hollande : « Nederlandsche Maatschappy tot bevording der geneeskunst » *fondé* en 1849. *Siège siocial* : Raadhuistraat 20, Amsterdam.

Hongrie : « Orszagos Orvos-szovetseg » *fondé* en 1898. *Siège social* : VIII, Szentkiralyi ul 21, à Budapest.

Lettonie : « Latvijas Profesionala Arstu Savieniba » *fondé* en 1926. *Siège social* : Brivibas iela n° 2, dziv. 12, Riga (Lettonie).

Norvège : « Den Norske Loegeforening » *fondé* en 1886. *Siège social* : Oscarsgate, 27, Oslo.

(Nota. — Il y a bien en Norvège, « l'Association des jeunes médecins », fondée en 1912, mais ses membres font tous partie du précédent groupement qui comprend donc bien *tous* les médecins groupés de Norvège.)

Suède : « Sveriges Läkarforbund » *fondé* en 1903. *Siège social* : 28 Artillerigatan, à Stockolm.

Suisse : « Fédération des médecins suisses » ou « Verbindung der Schweizer Aertze » ou « Federazione dei Medici Svizzeri » *fondé* en 1901, par fusion entre les groupements de Suisse allémanique et romande. *Siège social* : chez son président, le Dr MAILLART, place de la Synagogue 6, à Genève, ou au secrétariat central, Dr TRUEB (juriste) 2 rue de Faupen, à Berne.

U.R.S.S. (Russie). « Union des travailleurs médicaux, section des médecins » *fondée* depuis la révolution. *Siège social* non indiqué.

Yougoslavie : « Jugoslovensko likarsko Drustvo » *fondé* en 1920 par la Réunion de l'Association des médecins serbes (*fondée* en 1872) et de celle des médecins de Croatie et Slavonie (*fondée* en 1874). *Siège social* : Postanski pretinac, 310, à Belgrade.

(Nota. — Il y a bien, en dehors, 4 groupements mais aucun d'eux n'est national : ils sont régionaux ou locaux ou de médecins spéciaux. Nous en parlerons d'ailleurs plus loin.)

B. Il y a *plusieurs groupements nationaux professionnels* dans les pays suivants :

Allemagne : a) « Deutscher Aerztevereinsbund » *fondé* en 1873. *Siège social* : Babelsberger strasse 4, à Postdam. b) « Leipsiger Verband » ou « Hartmannbund » *fondé* en 1900. *Siège social* : ?

France : N'avait qu'un seul groupement jusqu'en 1926 où la question des assurances sociales a amené une *scission*.

a) « Union des Syndicats médicaux de France » *fondée* en 1884. *Siège social* : 25, rue Louis-le-Grand, Paris. (b « Fédération nationale des syndicats médicaux » *fondée* en 1926. *Siège social* : Romilly (Aube) c) « Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés » *fondé* en 1927. *Siège social*, 18, rue de Verneuil. Paris.

Grande Bretagne : a) « British Medical Association » *fondée* en 1832, *Siège social* : Tavistock Square W.C.1. à London. b) « The Medical Practitioners Union » *fondé* en 1914. *Siège social*, 56, Russel Square, à Londres.

Pologne : a) « Izba Lekarska » Chambres médicales fondées en 1921. *Siège social* : (Ch. méd. supérieure ou centrale) Krolewska 6, à Varsovie. b) « Union des médecins polonais » (pas de renseignements autres). c) « Association des médecins polonais » (pas de renseignements autres).

Tchékoslovaquie : a) « Ustredni jednota ceskoslovenkysch lekaru » (pour les médecins tchèques et les stovaques) *fondé* en 1888. *Siège social* : VIII-943, Podlipného Ulice à Prague. b) « Reichsverband der Deutschen Aerzteverein der Tchékoslovatischen Republik » (pour les médecins de langue allemande) *fondé* en ?. *Siège social* : ? (réponses supplémentaires non encore parvenues ; à reporter au 2e fascicule).

IV. — Moyenne du nombre d'habitants par médecin.

NATIONS (ayant déjà répondu)	NOMBRE d'habitants	de médecins	d'habitants par médec.
Grande Bretagne (Royaume uni sans les Dominions)	44.000.000	40.160	1.095
Suisse	3.936.000	3.466	1.137
Danemark	3.000.000	2.500	1.200
Allemagne	63.000.000	47.715	1.321
Hollande	7.500.000	4.884	1.535
Argentine	10.000.000	6.500	1.538
Hongrie	8.750.000	5.600	1.562
France	40.743.000	25.700	1.585
Lettonie	1.857.000	1.062	1.748
Tchekoslovaquie	13.600.000	7.500	1.813
Norvège	2.600.000	1.400	1.857
Suède	6.000.000	2.100	2.857
Yougoslavie	13.200.000	3.700	3.567
U.R.S.S. (Russie)	144.000.000	38.000	3.789
Pologne	28.500.000	7.500	3.800
Finlande	3.500.000	856	4.088
Bulgarie	5.500.000	1.300	4.230

V. — Pourcentage des médecins adhérents aux Groupements de défense professionnel.

NATIONS (ayant déjà répondu)	NOMBRE DES MÉDECINS exerçant	adhérents	Pourcentage
U.R.S.S. (Russie)	38.000	38.000	100 %
Danemark	2.500	2.340	93.6 %
Norvège	1.400	1.300	92.8 %
Finlande	856	792	92.5 %
Tchékoslovaquie	7.500	7.000	92.3 %
Allemagne	47.715	41.698	87 %
Suisse	3.466	2.987	86.3 %
Pologne	7.500	6.000	80 %
Hongrie	5.600	4.400	78.5 %
Bulgarie	1.300	1.000	76.9 %
Hollande	4.884	3.662	75 %
Suède	2.100	1.400	66 %
Lettonie	1.062	697	65.6 %
Grande Bretagne	40.160	25.500	63.4 %
France	25.700	16.200	63 %
Yougoslavie	3.700	1.988	59 %
Argentine	6.500	2.000	30.7 %

VI. — Cotisations au Groupement national central

Par médecin adhérent.

D'ordinaire, ce sont les groupements *locaux* ou *régionaux* qui envoient au groupement *central* une cotisation prise sur la cotisation globale qu'ils ont reçue de chacun de leurs adhérents. Jusqu'ici, nous n'avons trouvé d'exception qu'en *Grande Bretagne* où chaque médecin adhérent envoie au trésorier *central* sa cotisation globale. Et c'est le Comité central (on le verra plus loin) qui envoie des subsides aux groupements régionaux ou locaux. Il en résulte une différence très grande entre la cotisation au groupement *central* payée par nos confrères anglosaxons et la cotisation payée par ceux des autres pays.

Mais, il y a, en outre, une grave remarque à faire au tableau ci-dessous. D'après certains prix, par trop inégaux, les cotisations étant de même nature, il semblerait que certains correspondants auraient envoyé le *chiffre global* de la cotisation payée annuellement par leurs confrères, tandis que les autres auraient simplement indiqué la *partie* de ce chiffre correspondant à la cotisation envoyée par le groupement local au groupement national *central*. En tous cas, nous donnons ce tableau, sous les réserves ci-dessus, mais en priant nos correspondants d'y faire dès maintenant les corrections nécessaires et de *nous prévenir des modifications* à effectuer, afin que le secrétaire général puisse *remettre les chiffres exacts* et *de même nature* dans le nouveau tableau qu'il présentera, à ce sujet, dans le 2e *fascicule*.

Ceci établi, voici les chiffres qui nous sont parvenus, parmi les Nations nous ayant répondu jusqu'ici :

NATIONS (ayant répondu jusqu'ici)	COTISATIONS AU GROUPEMENT CENTRAL en monnaie nationale	en francs suisses
Allemagne	4 marks	4.85 F.S.
Argentine	10 Pezos	22 F.S.
Bulgarie	280 Levas bulg.	14 F.S.
Danemark	45 Couronnes (Danoises)	62.20 F.S.
Finlande	120 marks finland.	15.75 F.S.
France	25 Francs	5.10 F.S.
Grande Bretagne	3 Guinées	78 F.S
Hollande	20 Florins	40 F.S
Hongrie	6 Pengo	5.50 F.S.
Lettonie	5 Lats	5 F.S.
Norvège	40 Kroners	54.175 F.S.
Pologne	20 Zlotys	11 F.S.
Suède	15 Cour. suéd.	20.90 F.S.
Suisse	10 Francs	10 F.S.
Tchékoslovaquie	120 K. tché. sl	18.50 F.S.
U.R.S.S. (Russie)	non indiqué	?
Yougoslavie	30 Dinars	2.72 F.S.

VII. — **Organisation des Groupements centraux, régionaux et locaux dans chaque pays.**

ALLEMAGNE

1° La « *Deutscher Aerztevereinsbund (D.A.V.B.)* » ou Association des médecins allemands a pour but : « la santé du peuple allemand, la culture de la science médicale et de tous les intérêt sociaux et professionnels des médecins allemands ». Elle considère donc, comme ses attributions : *a*) son intervention dans toutes les questions concernant les rapports du corps médical avec le gouvernement ; *b*) tout ce qui concerne l'enseignement, l'éducation et la surveillance des médecins, ainsi que tout ce qui concerne, en général, la pratique de la médecine, les divers tarifs étatiques, collectifs ou de la clientèle libre ; *c*) les progrès de la science médicale ; *d*) une collaboration importante à l'élaboration des lois sociales, ainsi que des questions de soins, de dispensaires, d'assistance, etc... et enfin la règlementation des conditions d'exercice de la médecine avec toutes les collectivités.

L'Association est composée de 523 *groupements régionaux*, associations médicales ou professionnelles, dont une partie possède la personnalité juridique. Ces groupements nomment des *délégués* qui constituent les membres de l'*Assemblée générale annuelle* (*Congrès*), où seuls ils ont le droit de vote, par opposition, à divers autres membres désignés par la direction. Les grands groupements régionaux peuvent envoyer plusieurs délégués, mais chacun d'eux représentant au moins 50 voix. C'est le président du Conseil restreint qui conduit les débats. En principe, les orateurs ne doivent pas parler plus de dix minutes et ce temps peut être réduit avec l'assentiment de l'Assemblée. Les votes ont lieu d'ordinaire à mains levées ou par bulletins contenant le nombre des membres représentés.

Le Conseil du D.A.V.B. comprend, au moins, 25 membres, dont 15 sont nommés par l'Assemblée générale au scrutin de liste et les autres nommé, par ces 15 premiers élus « mais, autant que possible, parmi les membres appartenant aux régions de l'Empire non déjà représentées » (art. VI des statuts). De plus, « un membre du Conseil doit être choisi parmi les représentants des Facultés de médecine des établissements d'enseignement supérieur allemands, dans le groupe des médecins fonctionnaires, des médecins de dispensaires, et parmi les associations d'assistants affiliés au D.A.V.B., et sur leur proposition » (*ibidem*). Ils ont également voix délibérative comme les autres. Le Conseil d'administration exécute les décisions du Congrès, il s'occupe des affaires courantes du D.A.V.B., nomme les membres des Commissions (Arbeitsausschüsse), prépare les travaux du Congrès, aplanit les différends entre associations affiliées au D.A.V.B. etc...

Les décisions du Conseil sont valables si la moitié au moins des membres sont présents. Dans certains cas particuliers, il peut être voté *par correspondance*, sans convocation du Conseil, mais à la condition qu'il n'y ait *pas de contradicteur*.

Le bureau est nommé par le Conseil d'administration du D.A.V.B. et est composé d'un président, vice-président, et 3 assesseurs. Il a pour mission, sous la direction du président, d'exécuter le travail qui lui est soumis par le Conseil ou par le président (art. IX).

Le président élabore le travail du Conseil. Il est en droit de donner lui-même des sujets d'étude mais il doit en référer au Conseil lors de la prochaine séance. Il est tenu de présenter au bureau toutes les affaires importantes. Il peut soit exposer lui-même les questions, soit les communiquer à d'autres membres pour qu'ils les exposent.

Un administrateur est nommé pour l'expédition des affaires courantes et agit sous la direction et la responsabilité du président (art. XI). Il édite en outre au nom de D.A.V.B. le périodique *Aerztliches Vereinsblatt Fur Deutschland* qui a son rédacteur à lui. Il remplit simultanément les fonctions de trésorier et assiste aux séances du Conseil d'administration de même qu'à celles du bureau, avec voix délibérative.

Les rentrées du bureau central du D.A.V.B. furent en 1925 de 232.180 mk. soit environ 290.000 francs suisses. Les dépenses principales furent : traitements 25.130 mk. Séances du Conseil d'administration : 20.804 mk. Périodique du D.A.V.B. : 8.346 mk.

2° « *L'Hartmannbund* ou Fédération des médecins allemands fut fondée en septembre 1900 par le Dr Hartmann, médecin à Leipzig. Après sa mort ne 1922, elle prit le nom de Hartmannbund. Son but est de défendre les intérêts matériels des médecins allemands, principalement vis-à-vis des Caisses de malades. En 1903, la Fédération fut reconnue comme section économique du D.A.V.B.

La Fédération s'occupe en premier lieu des intérêts matériels des médecins allemands. Elle mène les

négociations avec les Caisses de malades de toutes catégories, principalement avec les Caisses de malades instituées par les lois nationales (Caisses locales de malades, Caisses d'entreprises, Caisses de corporations, Caisses rurales de malades) mais aussi avec les corporations, les Instituts d'assurance sociale et l'office national d'assurance des employés.

A l'encontre du D.A.V.B. la Fédération a pour base *l'adhésion individuelle* de chaque membre. L'ensemble des membres habitant la *même* localité forme une « *Association des médecins de caisses* ». Les Associations de leur côté se réunissent en *groupements régionaux et provinciaux* correspondant à peu de choses près aux circonscriptions politiques du Reich.

L'autorité souveraine appartient à l'*Assemblée générale*. C'est elle qui émet les directives d'après lesquelles le *Comité*, composé de 10 membres, gère les affaires. Ce Comité est contrôlé, et dans les circonstances difficiles, soutenu par un *Conseil* « Beirat ») qui se compose de 28 membres choisis de façon à donner toute satisfaction aux différentes régions.

L'exécutif est entre les mains du *secrétariat général*, qui se compose d'un administrateur, et de six secrétaires généraux. L'un de ces secrétaires généraux dirige la section politique à Berlin, laquelle maintient le contact avec les Chambres, avec les autorités du Reich, et les groupements nationaux, ayant leur siège à Berlin.

Nota. — Les renseignements concernant l'*Hartmannbund* nous sont arrivés sous la signature de son président le Dr Streffer, mais nous avaient été transmis par le correspondant de l'A.P.I.M. ; notre confrère Schneider, secrétaire général de la *Deutscher Aerztevereinsbund*, et cela suivant la règle de nos statuts qui ne veut *qu'un seul correspondant par Nation.*

(*A suivre.*) F. D.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Société des Chirurgiens de Paris.** — *Elections.* — Ont été élus : 1° membre titulaire : M. Devraigne (de Paris) ; 2° membres correspondants étrangers : Sir Arbuthnot Lane (de Londres) ; Sir Berkeley Moynihan (de Leeds) ; MM. Nathaniel Allison (de Boston) ; William Darrach (de New-York) ; Melvin Henderson (de Rochester) ; Frank Lahey (de Boston) ; Dean Lewis (de Baltimore) ; Charles Perrier (de Genève) ; Juan F. Canessa (de Montevideo).

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinicat.* — Des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

1° Le lundi 22 octobre 1928 :

I. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 6 ; — II. Clinicat chirurgical : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 2 ; adjoint, 1, — III. Clinicat obstétrical : titulaires, avec traitement 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1 ; — IV. Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec traitement, 2 ; sans traitement, 2 ; — V. Clinicat des maladies cutanées : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 2 ; — VI. Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans traitement, 2 ; — VII. Clinicat ophtalmologique : titulaire, avec traitement, 1 ; — VIII. Clinicat urologique : titulaire, sans traitement, 1 ; — IX. Clinicat chirurgical infantile : titulaire, avec traitement 1 ; — X. Clinicat gynécologique : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; — XI. Clinicat de thérapeutique médicale : titulaire, sans traitement, 1 ; — XII. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaire, avec traitement, 1 ; adjoint, 1 ; — XIII. Clinicat de thérapeutique chirurgicale : titulaire, sans traitement, 1 ; — XIV Clinicat propédeutique : titulaire, sans traitement, 1 —. XV. Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 4.

2° Le mardi 30 octobre 1928 :

XVI. Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1 ; — XVII. Clinicat médical infantile : adjoint, 1 ; — XVIII Clinicat de la première enfance : titulaires, avec traitement, 1.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 13 octobre inclusivement pour les concours s'ouvrant le 22 octobre et jusqu'au samedi 20 octobre pour les autres. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 12 à 16 h., à partir du lundi 10 septembre 1928.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

aucun n'a été atteint. Dans plusieurs familles des enfants non vaccinés ont contracté la diphtérie. Les vaccinés sont restés indemnes.

Dr A. HAMEL,
St-Georges-de-Reintembault.
(Ille-et-Vilaine).

LA MISE EN PRATIQUE DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

La liberté du choix du traitement.

Nous découpons, dans l'*Auxiliaire médical*, organe du syndicat des infirmiers-masseurs, le vœu suivant, voté par ce syndicat et soumis à la Fédération des services de Santé, puis à la C.G.T.

Le Conseil d'administration du syndicat des infirmiers-masseurs et infirmières-masseuses diplômés de l'Etat et des Ecoles reconnues par l'Etat, dans sa séance du 28 décembre 1927, a émis les vœux suivants :

Considérant que des difficultés croissantes surgissent dans le domaine des accidents du travail, au sujet du paiement des massages ou autres interventions de petite chirurgie ordonnés par le médecin traitant et exécutés par masseur ou infirmier ;

Considérant que pareils errements se sont introduits dans l'application des lois sociales telles que celles des pensionnés de guerre ou de l'assistance médicale gratuite, de la Mutualité, etc. ;

Considérant cependant qu'aucun texte de loi ne restreint la liberté de prescription des docteurs, que ces derniers tiennent de leur diplôme le droit d'ordonner tel ou tel traitement qui sera exécuté par leurs aides ou auxiliaires, comme d'utiliser tous médicaments spécialisés ou non ;

Considérant que la classe ouvrière a le droit d'exiger que la science médicale soit répartie également à tous ceux qui, riches comme pauvres, en ont besoin ;

Que tout salarié a le droit d'être soigné avec les mêmes procédés thérapeutiques et avec les mêmes médicaments que ceux qui ont la fortune suffisante pour se les offrir ;

Considérant que l'intérêt bien compris de la société tout entière et des responsables des soins médicaux, et pharmaceutiques exige que l'ouvrier soit vite guéri, parce que bien soigné, pour reprendre rapidement sa production de travail ;

Qu'il importe donc de se préoccuper, dès à présent, que l'application de la loi sur les Assurances sociales ne suive pas les mêmes errements que pour la mise en pratique des lois sociales préexistantes, en n'accordant pas à la classe ouvrière le droit à certains traitements (massages ou autres)

et à certains médicaments (eaux minérales, spécialités pharmaceutiques, etc...) ;

Demande que la Fédération des Services de Santé et la C.G.T. étudient de quelle manière faire reconnaître le droit, pour la classe des travailleurs, de recevoir, en cas de maladie ou d'accident relevant d'une loi sociale quelconque, tous les soins nécessaires prescrits par ordonnance du médecin traitant, tant dans le domaine des massages et de la petite chirurgie que dans celui de la pharmacie.

Pour copie conforme :
Le Secrétaire général,
Edouard GISSELBRECHT.

(*L'Auxiliaire médical*, juillet 1928, p. 34.)

A mon avis, ce vœu a une très grosse importance : il ne doit pas être envisagé sous le seul angle de la défense des intérêts corporatifs des masseurs.

Il est vrai que ces derniers praticiens entendent avoir les mêmes avantages que pour la loi sur les accidents du travail, puisqu'ils ont obtenu, de la Chambre des Députés, que le chef d'entreprise soit rendu responsable, non seulement des frais médicaux et pharmaceutiques, mais encore des honoraires dus aux auxiliaires du corps médical, pour massages, ou autres, exécutés d'après ordonnance du médecin traitant et sous la surveillance de ce dernier.

Certes, les masseurs (du moins je parle de ceux qui, par leurs organisations professionnelles veulent se débarrasser de quantité de parasites, qui leur portent un grand préjudice moral et matériel) ont la prétention de vivre honnêtement de leur métier, tout en restant en relation étroite avec les médecins, qui ordonnent les traitements physiques à exécuter.

Mais, le syndicat des infirmiers masseurs a élevé la question : faisant partie de la classe ouvrière, ces praticiens réclament, pour la classe ouvrière, le droit aux mêmes traitements, aux mêmes procédés thérapeutiques et aux mêmes produits pharmaceutiques, spécialisés, ou magistraux, que pour la classe riche.

Il n'y a pas deux médecines : une pour pauvres, une autre pour gens fortunés.

Par la voix des masseurs, la classe ouvrière demande que, lors de la mise en pratique de la loi sur les assurances sociales, les travailleurs, bénéficiaires de la loi, puissent être guéris rapidement et mis à même de reprendre leur travail, dans le plus bref délai possible, en bénéficiant de toutes les découvertes de l'art de guérir, tant en médecine qu'en pharmacie et agents physiques.

Personnellement, je m'associe à ce vœu, car, lorsque je me trouve en face d'un malade, je crois avoir le droit d'ordonner ce qui sera le plus utile, pour obtenir une prompte guérison ; mais, bien entendu, je me soucie également de l'intérêt de

celui qui doit payer la note du médecin et celle du pharmacien.

Aussi, en matière d'accidents du travail, ai-je réclamé des commissions d'arbitrage, composées de médecins et de représentants de ceux qui payent, pour connaître de tous les conflits.

Il sera donc possible de soigner le malade, pour le mieux des intérêts de ce dernier, de lui ordonner massages, bains médicamenteux, traitements par agents physiques, préparations officinales magistrales ou spécialités pharmaceutiques ; mais celui qui aura à régler tous ces frais aura la certitude que toute conclusion, ou toute exagération sera d'abord réprimandée, puis sévèrement punie, par ces commissions arbitrales mixtes.

Dr Paul BOUDIN.

LE PEMPHIGUS

Observations cliniques et recherches de laboratoire.

Par le professeur Jean SABRAZÈS (Bordeaux), et le Dr Jean TORLAIS (La Rochelle),

(*Communication au 52e Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences*, La Rochelle, juillet 1928.)

Les auteurs ont recueilli six observations de pemphigus. Presque tous ces cas suivis pendant longtemps ont été l'objet de recherches de laboratoire. L'un d'eux a fourni des pièces de biopsie, un autre les résultats d'une autopsie.

Le pemphigus, syndrome pathologique, doit être différencié des manifestations symptomatiques pemphigoïdes.

S. et T. distinguent : 1° un pemphigus aigu ; 2° un pemphigus subaigu qui répond aux dermatites herpétiformes de Duhring et de Brocq ; 3° le pemphigus chronique, qui comprend : *a*) le pemphigus chronique congénital ou épidermolyse bulleuse congénitale ; *b*) le pemphigus chronique acquis. Les expressions « simple, foliacé, végétant », seront indiquées à titre de modalité évolutive des lésions.

Dans le pemphigus aigu, la tare originelle, — épidermolyse bulleuse congénitale — peut se révéler par le signe de Nikolsky. En tout cas, la vulnérabilité de la peau probablement préexistante à la dermatose joue un grand rôle de prédisposition dans certains cas de pemphigus aigus ou chroniques. Elle contribue à imprimer le sceau du pemphigus à des états pathologiques divers, toxémies, septicémies, phénomènes de sensibilisation et d'anaphylaxie, affections des glandes endocrines, etc.

La dermatite herpétiforme de Duhring, la dermatite chronique polymorphe douloureuse de Brocq appartiennent au cadre du pemphigus.

Les auteurs apportent aussi des preuves en faveur de l'intervention de l'hérédo-syphilis parmi les causes de la dermatite herpétiforme de Duhring.

L'anatomie pathologique de la dermatite herpétiforme a été abordée par S. et T. sur des biopsies : le siège relativement superficiel des bulles, la possibilité de lésions parakératosiques feuilletées réalisant des foyers de pemphigus foliacé ressort de leurs examens. La péri et l'endovascularite des vaisseaux tégumentaires, les commémoratifs, les réactions sérologiques, l'effet du traitement montrent le rôle de la syphilis dans un de ces cas.

Des constatations cliniques et nécropsiques les amènent à penser que les lésions infectieuses des reins et du foie jouent un grand rôle dans la pathologie de certains pemphigus.

Quant à l'éosinophilie locale et sanguine dans le pemphigus, elle est variable avec le sujet. Le jeune âge est surtout à considérer comme facteur d'éosinophilie.

Beaucoup d'énigmes restent à résoudre en matière de pemphigus : ainsi le rôle de certaines glandes endocrines, comme la thyroïde, l'influence des rétentions azotées et chlorurées, le mode d'action des toxémies et des infections sur les téguments, les réactions d'hypersensibilisation et d'anaphylaxie en pareil cas.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

2904. — Accident survenu pendant le trajet du lieu du travail au domicile de l'ouvrier.

Un jeune apprenti (salaire 12 fr. 50 par jour) tombe de bicyclette, se rendant au travail, à 50-60 m. de son atelier. Il vient me trouver, je lui dis de demander à son patron un bulletin de déclaration d'accident ; celui-ci lui donné et il me l'apporte. Quelques jours après je reçois un mot de l'assurance disant qu'elle refuse de reconnaître cet accident comme relevant de la loi de 1898, et par suite toute indemnité au blessé et tout honoraire pour moi-même.

Dois-je conseiller au blessé de poursuivre la compagnie d'assurances (ou le patron) et quelle est en ce cas, la marche à suivre.

Dr D.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail, il faut que l'accident se soit produit par le fait ou à l'occasion du travail, alors que l'ouvrier se trouvait placé sous la direction et la surveillance de son patron.

Une jurisprudence constante décide que, lorsque l'ouvrier effectue le trajet de son domicile au

lieu de son travail, le travail n'a pas encore commencé et que ni la direction ni la surveillance du patron ne peuvent s'exercer.

Dans ces conditions, elle considère que ne constituent pas des accidents du travail, les accidents dont l'ouvrier peut être victime au cours du trajet.

Etant donnée cette jurisprudence, nous ne saurions engager votre client à introduire une action contre son patron.

Quant à vos honoraires, vous ne pourrez en demander le paiement qu'au blessé lui-même.

3050. — Changement de médecin traitant.

Un blessé soigné par un autre confrère ne veut plus recevoir des soins du dit confrère.

Quelle conduite tenir ?

1° Vis-à-vis de l'assurance ?

2° Vis-à-vis du confrère ?

Dr G.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail assure aux blessés le libre choix de leur médecin traitant. Par conséquent les blessés peuvent, pour une raison ou pour une autre, changer de médecin au cours du traitement, à la condition toutefois de ne se faire soigner que par un seul médecin à la fois.

En l'espèce, vous n'avez aucune formalité spéciale à remplir. Cependant, il serait bon que vous écriviez dès maintenant à l'assurance pour lui faire connaître que vous avez pris la direction du traitement et pour lui permettre d'exercer à votre égard son droit de contrôle, si elle estime devoir le faire.

En ce qui concerne votre confrère, il serait préférable que ce soit votre client lui-même qui lui fasse connaître son intention de ne plus se faire soigner par lui à l'avenir. Cependant, si les règles de la déontologie médicale sont différentes dans votre ville, il y aurait lieu de vous conformer à ces règles spéciales.

3002. — La loi accidents ne prévoit pas les soins donnés par des infirmiers.

Un blessé se présente à mon cabinet pour plaie peu grave de l'index. Je lui fais ses certificats et son ordonnance et lui dis de revenir le surlendemain.

Le blessé revient alors me dire que la patronne lui fera ses pansements. Désagréablement surpris, je demande des explications et on me répond ceci.

Il paraît que lorsqu'une usine emploie plus de 20 ouvriers, elle est tenue d'avoir un infirmier avec des objets de pansements (fournis par la Cie). L'infirmier (qui est-ce qui garantira de sa capacité ?), serait chargé des pansements secs ou humides simples et cela sur l'avis du médecin qui mettrait ce qu'il y a lieu de faire sur l'ordonnance.

Qu'est-ce que c'est que cette nouvelle combinaison de la part d'une grosse compagnie ? Il me paraît qu'il s'agit ici de détournement de blessé au profit de la Cie et cela de la part de la Cie qui intimide le patron. Enfin y aurait-il un texte de loi à ce sujet ? Je ne me rappelle pas avoir rien lu de semblable.

Dr A.

Réponse.

Aucune loi ne prescrit à un industriel occupant plus de vingt ouvriers de posséder une infirmerie pour faire panser ses ouvriers blessés. Il se peut que l'assurance l'exige de ses assurés pour diminuer ses frais et, par conséquent, pour réduire la prime à payer, mais c'est là une simple convention, en dehors de toute réglementation légale.

Que le patron mette ou non une infirmerie à la disposition de ses ouvriers, ceux-ci n'en restent pas moins libres de choisir leur médecin, comme la loi leur en donne le droit.

Par conséquent, en l'espèce, votre client pourrait refuser de se faire panser par sa patronne et venir vous trouver chaque fois que son pansement doit être renouvelé.

D'ailleurs, en s'immisçant dans le traitement des blessures, en dehors de tout contrôle médical, la patronne ou l'infirmier seraient passibles de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

2672. — Droit d'un accidenté du travail agricole atteint d'une incapacité permanente.

J'ai soigné un blessé, accident agricole, qui conserve la perte de la vision de l'œil gauche.

Le patron est assuré dans des conditions telles que l'invalidité de 25 % ordinairement fixée pour ce cas donnera une rente de 350 à 400. La procédure n'est pas encore engagée, aucune proposition n'a été faite, le juge de paix n'ayant pas encore procédé à l'enquête prescrite.

Le patron a en outre une assurance de responsabilité complémentaire.

Ne trouvez-vous pas que la rente qui sera allouée est insuffisante pour indemniser du préjudice subi.

De quelle façon faut-il agir pour engager la responsabilité complémentaire et obtenir une amélioration de la rente allouée. Le salaire annuel d'un ouvrier agricole de la condition de mon blessé est ici de 5.500 environ (y compris les redevances en nature).

Le salaire de la journée est de 12 fr. 80, barème préfectoral.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis à ce sujet.

Dr E.

Réponse.

Quelle que soit la façon dont son patron est assuré, dès lors qu'il s'agit d'un accident relevant de la législation sur les accidents du travail, le

blessé aura droit à une rente calculée suivant les règles édictées par la loi du 15 décembre 1922.

Or, en vertu des articles 8 et 9 de cette loi, le salaire servant de base à la fixation des rentes ne peut être inférieur au salaire minimum fixé tous les deux ans par le Préfet d'après le salaire moyen annuel des travailleurs agricoles.

Si, en fait, le blessé a touché au cours de l'année qui a précédé l'accident un salaire supérieur au salaire minimum arrêté par le préfet, c'est son salaire réel qui doit être retenu pour le calcul de la rente.

Avec un salaire de base de 5.500 fr. et une incapacité de 25 %, votre client aura droit à une rente égale à :

$$\frac{5.500 \times 25}{100 \times 2} = 687 \text{ fr. } 50.$$

Pour déclencher l'enquête du juge de paix et la procédure en attribution de rente, il suffira à votre blessé de déposer au greffe de la justice de paix un certificat dans lequel vous constaterez qu'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle.

Déontologie.

2766. — Opération dans une clinique appartenant à un chirurgien. Choix de l'opérateur.

Pourriez-vous me renseigner quelle est la conduite déontologique du chirurgien dans le cas suivant :

Un accidenté d'automobile est transporté dans une clinique proche de l'accident et appartenant à un chirurgien. Les parents du blessé demandent une consultation qui est acceptée. Le chirurgien consultant et le chirurgien propriétaire de la maison de santé jugent une opération nécessaire et urgente.

La famille demande que l'opération soit exécutée par le chirurgien consultant qu'elle connaît, alors qu'elle n'a jamais eu affaire au chirurgien de la maison de santé.

Le chirurgien de la maison de santé refuse d'accéder au désir de la famille parce que la maison de santé est entretenue de ses deniers et qu'il n'est pas un directeur de maison de santé dans laquelle tout chirurgien peut venir opérer.

L'argument parfaitement valable lorsque le malade a eu le loisir de choisir sa maison de santé vaut-il lorsque le blessé n'a pas eu les moyens de choisir l'endroit où il veut être soigné ?

Dr G.

Réponse.

A la question posée, il ne m'est possible de répondre qu'en théorie, car il me faudrait entendre les deux sons de cloche.

En principe, charbonnier est maître chez lui, et un médecin, propriétaire de sa maison de santé, est responsable de tout ce qui se passe chez lui.

Il a donc le droit absolu de décider que seul, il opèrera les blessés, qui seront conduits dans son établissement.

Ceci posé, il faut reconnaître au malade, comme aux membres de sa famille, lorsqu'il n'est pas en état de le faire, le libre choix absolu du médecin : c'est une question de confiance.

Aussi, se trouvant en présence de deux chirurgiens consultants, la famille peut-elle émettre le désir que l'opération soit exécutée plutôt par celui qu'elle connaît et en lequel elle a confiance, que par un autre chirurgien, dont on ne méconnaît pas les mérites, ni la science, mais qui n'a pas encore eu l'occasion d'être apprécié de ladite famille.

Il semble donc que le second chirurgien puisse avoir deux attitudes :

Ou bien dire à la famille : « Transportez votre blessé ailleurs que chez moi, car, dans ma clinique, qui est ma propriété, j'entends avoir seul le droit d'opérer. »

Ou bien passer le bistouri à son confrère et l'assister pendant l'opération, comme le feraient deux chirurgiens des hôpitaux de grande ville, ou de Paris, lorsqu'ils sont appelés auprès d'un malade.

Au droit civil pur peut être opposée la correction déontologique, qui peut découler d'un ensemble de circonstances accessoires.

Ainsi, l'accident ayant été grave, le blessé a été transporté au plus près, pour recevoir rapidement les secours nécessités par son état.

Ce n'est pas le Dr A., propriétaire de la clinique qui a été choisi, mais plutôt son établissement, comme étant le plus rapproché du lieu de l'accident.

Au Dr A. de faire état de cette circonstance de fait et de ne pas se considérer comme étant diminué, si ultérieurement, le blessé ou sa famille émet le désir de voir l'opération pratiquée par un autre chirurgien, avec le premier comme assistant.

Supposons maintenant que le Dr A., propriétaire de la clinique, ait tenu le langage de la première hypothèse et se soit refusé à laisser opérer, dans sa clinique, le chirurgien choisi par la famille.

Ou bien le blessé n'avait qu'à partir se faire opérer ailleurs, par qui serait choisi par lui ou ses proches, ou bien l'état du malade était grave, le blessé intransportable.

Alors, le Dr A., par son intransigeance, aurait mis obstacle au libre choix du médecin.

Certes, dans les cas de pratique courante, un chirurgien est maître absolu, dans la maison de santé qui est sa propriété et il a le droit de se refuser à passer le bistouri à un autre chirurgien.

Mais, ce droit est absolu dans des cas où l'urgence ne prime pas tout ; le chirurgien de la clinique a été désigné par le patient, du fait où celui-ci est venu en toute liberté et connaissance de cause, à la maison de santé chirurgicale.

Il n'en est plus de même, lorsque l'urgence pri-

me tout et que, pour sauver la vie du blessé, il faut le transporter au plus près, sans que la victime puisse manifester sa préférence en faveur de tel établissement et de tel ou tel chirurgien.

Dans ce cas, sans déchoir et sans que sa réputation professionnelle puisse en souffrir, il me semble, jusqu'à plus ample informé, que le chirurgien, propriétaire de la clinique, pourrait acquiescer au désir exprimé par la famille et assister, comme aide, son confrère, au lieu de faire valoir ses droits légitimes de propriétaire.

Je compléterai cette consultation, en disant que de pareils conflits devraient être soumis, soit au conseil de famille du syndicat médical local, soit à l'arbitrage d'un ou de trois confrères.

Il serait alors possible d'apprécier tous les faits de la cause, apprécier les circonstances et surtout entendre les deux parties dans leurs accusations et leur défense.

Voilà pourquoi je ne puis donner aujourd'hui qu'une appréciation toute théorique.

Dr Paul Boudin.

Fiscalité.

2750. — Chiffres élevés atteints par la patente.

Je viens vous demander un renseignement au sujet de mes patentes : voici la copie de l'avertissement de mon cabinet où je paye un loyer de 1.000 fr. par an.

Pour un loyer matriciel de 30 fr., médecin tableau D.	131 13
Au 15e sur une valeur locative de 1.000, 66 67	611 48
Sur la contribution mobilière	69 45

Est-ce exact ? Cela me paraît bien exagéré. C'est presque aussi élevé que mon loyer ?

Inclus aussi copie de l'avertissement de ma clinique ; ne suis-je pas trop imposé et comment faire pour retrouver la valeur de l'impôt ?

Copie de l'avertissement de ma clinique.

Pour un loyer matriciel de 100 fr.	437 11
Médecin tableau D.	
Au 15e sur un loyer de 2.400, 160	1467 47
Sur la contribution mobilière 40.27	
Sur la contribution des patentes 137.68	177 95
	2082 73

Je paie donc presque autant que pour mon loyer. J'habite une ville de 10.000 habitants.

Dr X.

Réponse.

Vos impositions sont régulièrement établies ; leur importance est la conséquence du taux élevé du centime-le-franc. Toutefois, l'imposition à la contribution mobilière sur votre clinique n'est

justifiée que si vous y avez une habitation personnelle. Les employés logés devraient y être imposés personnellement.

A. M.

2610. — Double patente sur un seul local.

Etabli O.R.L. à A. je fais une consultation régulière deux fois par semaine à B. Mon confrère ophtalmologiste à A. me prête l'appartement qu'il utilise pour son cabinet. J'ai comme lui une plaque extérieure. Lui seul paye un loyer. Tous deux avons reçu une feuille d'impôts. Est-il normal que, pour un seul local, et un seul loyer, nous payions deux patentes sur la même valeur locative ?

Dr X.

Réponse.

Votre imposition sur le local que vous prête votre confrère est régulière, puisque vous exercez votre profession dans ce local.

A. M.

Baux et locations.

2615. — Droit à la prorogation.

Je suis locataire à C., chef-lieu de canton de 4.500 habitants, d'une habitation dont le bail expire le 24 juin 1929, mon bail avant une durée de 9 ans.

Comme j'avais l'intention de faire un nouveau bail avec mon propriétaire, je ne l'ai pas prévenu que je comptais user de la prorogation jusqu'en 1931.

Nous ne nous sommes pas mis d'accord pour la conclusion d'un nouveau bail. Je dois donc partir le 24 juin prochain.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître : 1° si j'ai droit à la prorogation jusqu'en 1931 ;

2° Si je dois aviser mon propriétaire que je compte user de cette prorogation ;

3° Combien de temps à l'avance dois-je l'aviser ?

Dr C.

Réponse.

Puisque votre commune compte plus de 4.000 habitants, la loi du 1er avril 1926 sur les loyers y est applicable.

Il en résulte que, lorsque votre bail sera expiré, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation accordée par cette loi aux locataires jusqu'au 1er avril 1931, moyennant le paiement d'un loyer dont nous ne pouvons encore vous indiquer les bases, car la taxation des loyers doit être révisée au 1er avril 1929.

La prorogation de la loi du 1er avril 1926 n'a pas besoin d'être demandée, ni dans un délai, ni sous une forme quelconques ; le locataire n'a aucune formalité à remplir, ni même à faire connaître au propriétaire son intention de bénéficier des avantages de la loi.

A noter que le droit de reprise que la loi reconnaît au propriétaire pour lui-même ou certains membres de sa famille ne peut jamais porter sur un local affecté en tout ou en partie, comme c'est votre cas, à l'exercice d'une profession.

Propharmacie.

2991. — Conditions d'exercice de la propharmacie.

1° Je vais m'installer dans une commune voisine, dépourvue de pharmacien ; je compte y faire la propharmacie. En ai-je le droit, bien que la commune voisine possède une pharmacie et en soit située à 3 km. environ ? J'entends dire qu'il faut une distance de 4 km. et pourtant il me semble avoir lu sur le *Concours* que la seule condition exigée, est qu'il n'y ait pas de pharmacie sur le territoire de la commune où réside le médecin.

2° Pourrai-je délivrer des médicaments à mes clients habitant dans la commune du pharmacien, ou seulement à ceux des communes qui en sont dépourvus ?

Dr G.

Réponse.

Si vous vous installez dans une commune dépourvue de pharmacien, vous aurez le droit de faire de la propharmacie, c'est-à-dire de vendre des médicaments à vos malades, quelle que soit la distance qui vous séparera du pharmacien le plus proche (article 27 de la loi du 21 germinal an XI). Aucune distance minima n'est imposée par la loi ; il faut et il suffit que le médecin soit installé dans « un bourg, village ou commune » où il n'y ait pas de pharmacien ayant officine ouverte.

Mais pour cela, il est indispensable que vous transportiez votre domcile, en fait comme en droit, dans la commune dépourvue de pharmacien.

Tout arrangement qui n'aurait pour but que de tourner la loi serait entaché de fraude et pourrait motiver des poursuites en exercice illégal de la pharmacie.

Vous aurez le droit de délivrer des médicaments à vos malades résidant dans la commune où se trouve établi un pharmacien, si ces malades viennent vous consulter à votre domicile personnel, mais si vous allez les visiter, vous ne pourrez leur apporter aucun médicament.

Questions médico-militaires.

2877. — Inscription au tableau d'avancement.

Je lis au *Journal Officiel* que je suis inscrit au tableau d'avancement de 1928 pour le grade de capitaine médecin.

Quel est le signe fixateur de cette inscription? Suis-je *ipso facto* titulaire de ce grade, ou bien n'est-ce qu'une indication de nomination ultérieure.

Je penche pour cette seconde hypothèse, étant donné que je n'ai reçu aucun avis de la direction du service de santé et que je suis toujours en possession du même ordre de mobilisation au titre de médecin aide-major de 1re cl. Si donc je dois attendre un avis de promotion ferme, comment serai-je avisé et à quelle époque environ ?

Dr M.

Réponse.

Inscription au tableau d'avancement pour le grade ne signifie pas promotion à ce grade.

Le tableau constitue une liste des médecins appelés à être pourvus du grade supérieur, au fur et à mesure des vacances qui se produiront parmi les titulaires actuels de ce grade. Les prévisions du tableau d'avancement portent généralement sur les besoins pour 12 ou 18 mois. Des promotions ont lieu en moyenne chaque trimestre, par décret inséré au *Journal Officiel*. Le moment venu, votre directeur vous enverra un extrait de ce *Journal Officiel* pour vous aviser que vous avez été promu. Vous serez promu, en principe, plus ou moins tôt, suivant que vous serez plus ou moins avancé sur cette liste.

2581. — Période d'instruction militaire.

Etant médecin lieutenant de réserve, classe 1915, marié sans enfants, je dois faire du 1er au 15 octobre 1928, une période d'instruction avec solde.

Voulez-vous me répondre, par les colonnes de votre journal, aux questions suivantes :

1° En quoi va consister exactement la période que je vais faire ? Vais-je faire un stage dans un hôpital militaire ou être affecté temporairement à un régiment ?

2° Quel va être le montant de ma solde durant ces 15 jours ?

3° Faut-il me présenter avec une tenue militaire ?

D G.

Réponse.

1° Seul, votre directeur du service de santé pourrait exactement vous renseigner à cet égard ; mais, déjà, le lieu de votre convocation peut vous donner quelque indication.

2° Un médecin lieutenant, du 1er échelon, touche, comme solde budgétaire, 1.224 francs par mois, soit 612 francs pour 15 jours.

3° Vous êtes obligé, comme officier de réserve, de posséder au moins la tenue de campagne, et vous devez vous présenter à l'autorité militaire en tenue.

Cinquantième année — N° 37 — 9 Septembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs) Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E Pauis.
Beaulieu-sur-Mer. Gaston (*clinique*).
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 397. — Anc. interne hôp. Paris, très au courant client., reprend. situat. import. et sérieuse avec install. confort.

Nº 398. — Nice, quartier industriel, à céder excell. cab. méd. génér. et acc. trav. Titulaire âgé. Vaste appart. ensoleillé. Loyer 3.000. Condit. à débatt.

Nº 399. — Beau chien courant briquet tricolore 3 ans, parfait tous animaux : 400 fr., jolie voiture de coxalgie pour enfants de 14 à 18 ans, marque Dupont, état neuf : 400 fr. Dr Lamirault, à Cormery (I.-et-L.).

Nº 400. — Centre. Bon poste ch.-lieu de canton plein rendement. Présentation. 20.000 compt. S'ad. Dr Moyraud, 1, boulevard Béranger, à Tours.

Nº 401. — Méd. 30 ans, marié, cherche collaboration de durée avec conf. âgé, malade ou surchargé de travail, pend. période six mois à trois ans en vue cess. ultérieure dans région tempérée et de plaine. Accepterait poste méd.-adjoint dans clin. chirurgicale, acc. du trav., maison de santé ou d'accouch., sanator., avec possib. assoc. ou vente.

Nº 402. — A céd. dans bonnes cond. à l'état de neuf, un générateur de rayons U.V. Massiot type R. S'ad. Dr Boulanger à St-Nicolas d'Aliermont (S.-Inf.).

N° 403. — A céd. Finistère, client. propharm., rapp. 50.000, proxim. ville, logement assuré, pays chasse et pêche, départ cause santé. Indemnité 15.000 plus pharmacie. Pressé.

N° 404. — Paris, quart. bourgeois, anc. cab. méd. géné. électro-neurol. rapp. 80.000, loyer 12.000, appart. 5 p. et dépend. Indemn. à déba . S'ad. Cab. Breitel et Goret 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 405. — S.-et-O. proxim. Paris, poste de bel avenir, rapp. actuel 50.000, gr. pavillon confort. loyer 6.000, bail. Prix 25.000 dont 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 406. — Banlieue N.O. imméd., clin. A.T. ancienne, rapp. 70.000, loyer 1.600 avec bail. Indemn. 80.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru, proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Carte de surclassement sur les voies ferrées.** *Cours de perfectionnement des médecins de réserve de la marine.* — Le cours de perfectionnement des médecins de réserve de la marine sera inauguré à Bordeaux, dans les premiers jours de novembre, à l'occasion de la célébration du cinquantenaire de la Faculté de médecine et des Journées médicales bordelaises.

L'assistance à ces conférences, dont le nombre prévu est de 9 pour la session d'octobre 1928 à avril 1929, permettra aux intéressés d'obtenir la carte de surclassement sur les voies ferrées. L'assistance à une conférence des Journées médicales bordelaises pourra tenir lieu de présence à une séance de cours spécial.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Travaux pratiques supplémentaires d'histologie.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire d'histologie de la Faculté, du 4 au 17 octobre. Droit de 150 fr. Inscriptions au secrétariat.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** *Chirurgie réparatrice et cosmétique.* — M. le prof. Pierre Sébileau, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr Léon Dufourmentel, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront un cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face le mercredi 26 septembre 1928, à 14 h., et le continueront tous

les jours, à la même heure. Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours à la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1.000 fr. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

—**Faculté de médecine de Lyon.** *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 15 octobre au 17 novembre 1928, sous la direction du prof. Paul Courmont, avec la collaboration de MM. Arloing, Barjon, Bérard, Bertoye, Boissel, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Favre, Gardère, Gaté, Collet, Mouisset, Mouriquand, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier Savy et Tixier.

Le droit d'inscription est de **150 fr.** Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Lyon, jusqu'au **10** octobre.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le Dr P. Courmont, 61, rue Pasteur, à Lyon.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Ce cours, organisé par M. E. Vaucher, chargé de cours, à la Faculté aura lieu à Strasbourg et dans les sanatoria de la région du 8 au 25 octobre. Il sera suivi d'un voyage d'études à Leysin du 26 octobre au 1er novembre. Pendant le séjour à Leysin, les participants seront reçus gratuitement dans les établissements de cette station. La compagnie Aigle-Leysin offrira le parcours gratuit sur son chemin de fer.

S'inscrire auprès de M. Vaucher, 8, quai Finkwiller, à Strasbourg, avant le 1er octobre. (Droit d'inscription de 350 fr.)

— **Faculté de médecine de Paris. Ecole de puériculture.** *Cours.* — Le 1er octobre 1928, s'ouvrira à l'Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, 64, rue Desnouettes, un cours d'enseignement pour infirmières et sages-femmes. Enseignement élémentaire, préparatoire au certificat : Sessions commençant les 1er octobre et 1er février ; durée 4 mois. Enseignement supérieur, préparatoire au diplôme : Sessions commençant les 15 février et 15 juin ; durée 8 mois. Internat et externat : Bourses et fractions de bourses aux élèves méritantes.

La direction de l'Ecole signale le nombre croissant des postes offerts aux élèves titulaires de ces diplômes, actuellement encore très supérieur au chiffre des élèves diplômées.

— **Maison de Saint-Lazare.** *Internat.* — Le 12 novembre 1928, s'ouvrira un concours pour six places d'aide-interne titulaire et huit places d'aide-interne provisoire à la maison d'arrêt de Saint-Lazare. Les candidats doivent être français, pourvus d'au moins 12 inscriptions (ancien régime) ou 16 inscriptions (nouveau régime).

Inscriptions jusqu'au 12 octobre à la préfecture de police (service du personnel).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Boccard, de Jujurieux, ancien député de l'Ain. Atteint dans sa santé, notre confrère n'avait pas demandé le renouvellement de son mandat aux dernières élections législatives.

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 *août.*

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Pensions :

MM. les docteurs Couturier, de Trouville ; Lanos, de Neuilly ; Patou, de Fruges (Pas-de-Calais).

24 *août*

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Affaires étrangères : M. le Dr Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté de Paris.

25 *août*

Code de la route.

Décret du 21 *août* 1928 *modifiant le décret du* 31 *décembre* 1922 *réglementant la police de la circulation et du roulage* (Code de la Route).

Art. 1er. — Les articles 11 et 29 du décret du 31 décembre 1922 sont modifiés comme suit :

Article 11.

Stationnement des véhicules sur la voie publique.

Il est interdit de laisser sans motif légitime un véhicule stationner sur la voie publique.

Tout véhicule en stationnement sera placé de manière à gêner le moins possible la circulation et à ne pas entraver l'accès des propriétés.

Les conducteurs ne peuvent abandonner leur véhicule avant d'avoir pris les précautions nécessaires pour éviter tout accident.

Lorsqu'un véhicule est immobilisé par suite d'accident ou que tout ou partie d'un chargement tombe sur la voie publique sans pouvoir être immédiatement relevé, le conducteur doit prendre les mesures nécessaires pour garantir la sécurité de la circulation et notamment pour assurer, dès la chute du jour, l'éclairage de l'obstacle.

Article 29.

Permis de conduire.

Nul ne peut conduire un véhicule automobile s'il n'est porteur d'un permis délivré par le préfet du département de sa résidence sur l'avis favorable d'un expert accrédité par le ministre des travaux publics. Ce permis ne peut être délivré qu'à des candidats âgés d'au moins dix-huit ans. Il ne peut être utilisé pour la conduite, soit des voitures affectées à des transports en commun, soit des véhicules dont le

poids en charge dépasse 3.000 kgr., que s'il porte une mention spéciale à cet effet.

Les conducteurs de motocycles à deux roues doivent être porteurs d'un permis spécial que le préfet pourra, sur l'avis favorable d'un expert accrédité, délivrer aux candidats âgés de seize ans au moins.

Sont dispensés des prescriptions énoncées dans les paragraphes précédents les conducteurs de véhicules à propulsion mécanique dont l'objet principal est la culture des terres.

Le ministre des travaux publics fixe, par arrêté, les conditions dans lesquelles doivent être établis et délivrés les permis de conduire.

Si le titulaire d'un permis de conduire est l'objet d'un procès-verbal constatant un des faits prévus aux articles 319 et 320 du code pénal, le préfet du département où a été dressé le procès-verbal peut prononcer la suspension du permis jusqu'à la décision judiciaire à intervenir.

Lorsque le titulaire est condamné, pour avoir contrevenu aux dispositions du présent décret, le préfet du département où intervient la condamnation peut prononcer soit la suspension, soit l'annulation du permis.

Quand le titulaire d'un permis est condamné par application des articles 319 et 320 du code pénal, le préfet doit prononcer soit la suspension, soit l'annulation du permis.

L'annulation est obligatoirement prononcée si le jugement constate que le conduteur a commis par surcroît le délit de fuite visé par la loi du 17 juillet 1908 ou qu'il était en état d'ivresse. Elle l'est également en cas d'infraction à un arrêté prononçant la suspension du permis.

En cas d'annulation, l'arrêté qui la prononce peut fixer un délai à l'expiration duquel le titulaire du permis annulé pourra en solliciter un nouveau. Sinon le titulaire du permis annulé ne peut en solliciter un nouveau qu'après y avoir été autorisé par le préfet après avis de la commission spéciale prévue ci-après.

Si postérieurement à la délivrance d'un permis, une incapacité permanente du titulaire est dûment constatée, le préfet du département où cette constatation a lieu prononce l'annulation du permis.

Tous les arrêtés préfectoraux portant suspension ou annulation du permis de conduire sont pris après avis d'une commission technique spéciale. Les titulaires de permis contre lesquels une mesure est proposée doivent être convoqués devant cette commission ; ils peuvent y présenter des observations, soit en personne, soit par représentation. Les arrêtés de suspension ou d'annulation de permis sont notifiés par les préfets au ministre des travaux publics pour être transmis à l'organisme chargé de l'établissement et de la tenue à jour d'un répertoire général des permis. Les permis suspendus ou annulés sont retirés aux titulaires temporairement en cas de suspension, définitivement en cas d'annulation.

Art. 2. — Les ministres de l'intérieur et des travaux publics sont, chacun en ce qui le concerne, char-

gés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

26 août

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère du Travail et de l'Hygiène :

Officier : M. le Dr Parturier, de Vichy.

Chevaliers : MM. les docteurs Cassel, de Paris et Foucher, d'Argentan (Orne).

A PROPOS DE DIPHTÉRIE

La question des doses de sérum.

A la suite de la publication faite dans le *Concours* de mon cas de diphtérie nasale, j'ai eu le plaisir (un peu mélangé d'étonnement, je l'avoue) de voir *plusieurs* confrères prendre la peine de m'écrire pour me dire qu'ils étaient de mon avis, quant aux fortes doses de sérum.

Combien le pensent aussi qui n'en ont pas fait autant... ?

Je remercie le confrère qui m'a répondu par le *Concours* et vous communique, ci-jointes, les lettres des autres.

Vous y trouverez des expériences de 21 et 23 ans, portant sur des cas très nombreux.

Ma propre expérience date de 25 ans.

Je puis affirmer n'employer que 10 cc. d'emblée dans les cas légers ou douteux, 20 cc. dans les cas d'allure plus sévère.

Il m'est certes arrivé de devoir récidiver ; jamais plus d'une fois, et généralement de 10 cc. pour la seconde injection, rarement de 20 cc. Les cas où il fallut une dose supérieure sont *la très grande exception*.

Or, je ne me souviens que d'un cas mortel (vu deux heures avant la mort). Tous les autres malades traités, enfants ou adultes, ont guéri.

Quant aux séquelles — paralysies en particulier — très *rares* également, ce qui prouve que le traitement fut suffisant.

N'ai-je même pas, un jour, lors de mes débuts, injecté sur les marches d'un calvaire, un enfant que l'on m'amena en hâte, en voyant passer ma voiture ! D'asepsie, il ne fut guère question, ce jour-là... mais l'enfant s'en tira quand même !

Et pour finir, je remarque que si certains m'ont écrit qu'ils m'approuvaient, *personne n'a relevé le gant* et n'a dit : « Moi, je crois à la nécessité des fortes doses, et voici mes raisons ! »

Merci donc d'avoir bien voulu publier mon observation (à propos, ma petite malade va toujours très bien).

P. S. — Ma lettre est prête à partir, où je dis n'avoir eu aucun contradicteur quand m'arrive précisément le *Concours* du 19 août... J'y vois la note du Dr Maffre.

La simple correction m'oblige à ajouter un post-scriptum.

Je répondrai donc à notre confrère Maffre que je n'ai pas parlé de l'*inutilité* ni même de la *nocivité* (d'autres le font) des doses massives de *sérum.*

J'ai simplement constaté que, *dans la plupart des cas,* elles ne sont pas *nécessaires,* et de cela j'ai apporté des preuves, que plusieurs confrères ont bien voulu corroborer.

N'étant pas imbu de l'esprit de système, je conviens que, dans des cas exceptionnels (n'en est-ce pas un que nous relate le docteur Maffre !) je saurais, comme lui, m'adapter aux circonstances, sans exagérer cependant, non par prudence, mais par souci d'économie et conviction de la suffisance *contrôlée* de ce que je ferais.

Le résultat obtenu m'importe plus que l'avis des Maîtres, quand j'ai pu tirer la malade d'un mauvais pas.

Ne pas oublier qu'il faut tenir compte du milieu où l'on exerce et peut-être aussi du *nombre de cas* rencontrés.

Et maintenant, puisque nous discutons, je me permettrai d'affirmer à nouveau une chose pour laquelle je me suis fait en... guirlander, il y a quelques années. Dans des angines d'adultes, il m'est arrivé d'ajouter au traitement un flacon de sérum *per os,* et de voir un nettoyage de la gorge dont la rapidité fut inusitée. On m'objecta alors que *per os,* le sérum ne pouvait agir, que la réaction de Shick, etc., etc..., Que voulez-vous ? Cela ne m'empêcha pas de continuer. Et aujourd'hui, il me semble avoir lu que des bacilles créent des associations... non autorisées, et que la vaccination *per os* a réuni *quelques* adeptes.....

Dr E. Damey.
Douarnenez (Finistère).

***

Ci-après, les deux lettres communiquées par le Dr Damey :

Très intéressante, cher confrère, votre observation d'épistaxis diphtérique, si j'ose dire — et aussi très instructive. Je n'ai pas encore vu de cas de ce genre et pourtant la diphtérie règne *ici à l'état endémique.* La plupart guérissent, je dis la plupart, car est-ce insouciance, ignorance, cupidité, chaque année dans ma clientèle des enfants meurent de diphtérie sans avoir reçu *aucun soin.* J'en sais deux cas où, étant arrivé *de suite après appel,* j'ai trouvé les enfants morts (12 et 10 ans).

Quant aux doses, il ne m'est arrivé qu'*une seule fois d'en utiliser d'énormes*, comme on le recommande un peu partout. Depuis 9 années que j'ai « piqué » plusieurs centaines de malades de tout âge, je n'ai souvenir que d'un enfant de 7 ans qui a reçu en trois séances 120 cmc. de sérum (voie sous-cutanée et I. M.). Et je n'ai pas perdu de malade !...

Les doses que vous utilisez m'ont paru très suffisantes dans la très grande majorité des cas et pourtant (je vous le répète), je soigne *des diphtériques tout le long de l'année* et je sais un petit garçon qui a eu besoin dans la même année de trois injections à plusieurs mois d'intervalle (chacune).

Dr P. Bettremieux,
Jumilhac-le-Grand (Dordogne).

Il m'est facile de réaliser le souhait que vous formulez dans le *Concours médical* du 15 courant.

Voici *vingt-trois* ans que je pratique à la campagne, dans une région où la diphtérie est à l'état endémique. Je n'ai presque jamais traité mes petits malades autrement que par l'injection *de deux ou trois flacons* de sérum en une seule fois. En général, je ne les revois pas. Je n'*ai vu mourir que trois malades* ; une jeune fille d'une vingtaine d'années qui fit une récidive, une fillette que j'avais vue déjà mourante à ma première visite et une autre fillette qui fit une diphtérie nasale très grave. Inutile de dire que, dans ces trois cas, j'avais augmenté et multiplié les doses.

Telle est mon expérience personnelle.

Je vois aujourd'hui des confrères « à la page » employer le sérum purifié alors que l'autre agit beaucoup mieux et — Besredka aidant — sans accidents anaphylactiques — et injecter les doses fantastiques dont vous parlez, ce qui a pour premier résultat de rendre les malades beaucoup plus malades. On ne saurait trop, à mon sens, protester contre cette pratique et c'est pourquoi j'apporte mon témoignage à l'appui du vôtre, en vous autorisant à faire de ma lettre l'usage qui vous conviendra.

Dr Poirson,
Vauvillers (Haute-Saône).

LES MÉTHODES NOUVELLES DE RÉCLAME

Nous lisons dans l'*Ouest-Eclair* du 28 juin dernier, l'entrefilet suivant :

LES GUÉRISONS DE LA SEMAINE

1. Anna G..., 25 ans s'enrhume tous les hivers, depuis plusieurs années. Souffre des épaules, a perdu l'appétit, sue la nuit, tousse le matin au réveil. Passe trois mois à ma cli-

nique et sort guérie avec une augmentation de poids de dix kilos.

2. François P..., 41 ans, mange à peine, souffre de migraines atroces, tousse et est oppressé au moindre effort. Peut à peine se traîner. Passe trois mois à ma clinique et sort guéri avec une augmentation de poids de douze kilos.

3. Francine R..., 21 ans, a maigri de huit livres en deux mois. Mange à peine et sans une quinte de toux. Rejette souvent son repas. Passe trois mois à ma clinique et part guérie avec une augmentation de poids de neuf kilos.

DOCTEUR OLLIVIER

Spécialiste de la Faculté de médecine de Lille.

Consultera :

Aujourd'hui jeudi, Lamballe, Hôtel de la Gare.

Samedi, Guingamp, Hôtel de la Gare.

Ne soigne que par les sérums et envoie sa méthode contre mandat de vingt francs adressé à sa Clinique :

VILLA JEHANNE, BINIC.

Il est évident que le Corps médical, qui est composé d'honnêtes gens, ne saurait approuver ces tendances modernes de racolage des clients.

Les praticiens consciencieux préfèrent devoir leur notoriété à la reconnaissance de leurs clients, à la renommée qui s'établit peu à peu autour de chaque praticien.

La réclame a toujours été honnie par les groupes professionnels médicaux.

Que faire, en présence de pareils procédés ?

Juridiquement, il est bien difficile d'agir. La loi pénale ne punit pas ces agissements, qui, commercialement, n'ont rien de répréhensible.

C'est de la réclame, au même titre que les articles payés dans les journaux, les panneaux réclames ou encore la distribution de prospectus par les hommes sandwichs.

Civilement, pourrait-on demander des dommages-intérêts ?

Il faudrait prouver que ces agissements ont détourné la clientèle du cabinet des autres médecins.

Il faudrait également obtenir la certitude que les observations, publiées dans ces entrefilets, sont mensongères ou fabriquées de toute pièce.

Ce serait alors chose délicieuse que de poursuivre un médecin malhonnête, qui chercherait à abuser de la crédulité publique, en attirant des malades par des annonces fallacieuses de guérison.

On pourrait peut-être, si les espèces étaient bonnes, démontrer que ce médecin, qui prétend faussement avoir obtenu des guérisons magnifiques, a voulu persuader l'existence d'une méthode imaginaire, pour faire naître l'espérance

d'un succès, d'une guérison et s'est fait ainsi indûment remettre des fonds par ses clients. Le délit d'escroquerie serait ainsi constitué.

Au point de vue déontologique, le syndicat médical local est compétent. Il peut, au cours d'une assemblée générale, citer le praticien, coupable d'employer ainsi des procédés de réclame, susceptibles de déshonorer la profession et de porter atteinte à son prestige moral.

Si le médecin en question fait partie du groupe corporatif, il devra se rendre à la convocation, qu'il recevra en temps utile, par lettre recommandée. Il présentera sa défense, fournira toutes les explications, qu'il jugera utiles, pour essayer de justifier sa conduite.

Après quoi, conformément aux dispositions prévues aux statuts, le syndicat délibèrera et prononcera sa sentence.

Si le syndiqué fait défaut, la sentence sera néanmoins rendue et lui sera signifiée par lettre recommandée, avec accusé de réception de la poste, ou par voie d'huissier.

Le syndiqué pourra alors faire opposition au défaut dans les délais prévus aux statuts.

La peine prononcée pourra être le blâme, avec obligation de cesser cette publicité intempestive, ou l'exclusion.

Mais, si le praticien ne fait pas partie du syndicat, ce groupe peut néanmoins le citer à sa barre, pour qu'il puisse présenter sa défense.

La pénalité à prononcer pourra être la mise à l'index et les médecins des alentours n'auront plus de relations confraternelles avec le praticien ainsi mis en interdit.

Mais, il faudra bien se garder de donner à cette décision toute autre publicité que celle prévue aux statuts.

De même, si un confrère est appelé en consultation avec le médecin, mis en interdit, le docteur ne donnera aucun motif à son refus, se bornant à dire : « Je ne veux pas voir ce malade en consultation avec M. le Dr X. »

Bien entendu, seuls les cas d'urgence, cas dans lesquels l'humanité oblige à un prompt secours, autoriseront un médecin syndiqué à se trouver en présence du médecin mis à l'index.

Allant plus loin, le syndicat peut également envisager la possibilité de poursuivre le médecin réclamiste devant le tribunal civil et de demander des dommages-intérêts, pour préjudice moral, porté à toute la corporation.

Mais la question est délicate : les juges admettront-ils que ces procédés de réclame sont coupables ? Ne croiront-ils pas, au contraire, qu'il est du devoir d'un médecin, inventeur d'une méthode de guérison, de faire connaître *urbi et orbi*, qu'il a trouvé le moyen de soulager l'humanité souffrante ?

Ne verra-t-on pas le syndicat de la publicité de

Voir la suite page XLVII-2613

PROPOS DU JOUR

Les services sociaux. Leur collaboration probable aux Assurances sociales.

Dans l'*Histoire des origines du Christianisme*, Ernest Renan a écrit : « En transformant tous nos services sociaux en administrations, la Révolution a créé une nation dont l'avenir est peu assuré. »

En effet, la Révolution a fait table rase de toutes les Institutions de l'ancien régime et l'Etat a pris en charge tous les services qu'elles assuraient. Nous ne prétendons pas que cette opération radicale n'était pas nécessaire, nous avons montré ici, il y a quelques années, comment les corporations, par exemple, avaient dévié de leur rôle, et d'institutions utiles, nécessaires même à l'économie sociale de la nation, étaient devenues des instruments d'oppression et d'accaparement. La vieille Faculté de médecine de Paris, avec ses privilèges désuets et ses prétentions ridicules, en avait été un des plus caractéristiques exemples. Mais l'Etat et ses administrations ne peuvent suffire à tout, ou du moins y suffisent parfois très mal. Peu à peu au cours du XIXe siècle et au début du XXe, la nécessité de nouvelles institutions indépendantes de l'Etat, rappelant les anciennes, mais modernisées et adaptées aux besoins et aux idées de l'époque, se fit sentir. L'on vit se former d'abord les Sociétés de bienfaisance, les Sociétés de Secours mutuels, puis les Syndicats professionnels dont la création fut une véritable révolution dans le domaine économique, enfin une infinité d'associations aux buts les plus divers, chacune s'efforçant de combler une lacune des administrations de l'Etat et des services officiels des départements et des communes.

Les services sociaux, qui ont été développés chez nous surtout depuis la guerre sous l'influence des œuvres américaines, sont des institutions nouvelles qui viennent en aide aux administrations et aux œuvres dont le but est l'hygiène sociale et l'assistance. Ces services actuellement jouent un rôle considérable que beaucoup de nos confrères ne soupçonnent pas ; ils en joueront sans doute un plus grand encore avec les assurances sociales. Aussi, comme nous nous efforçons toujours d'instruire nos confrères de tout ce qui doit les intéresser en médecine sociale et de leur montrer qu'il est capital, pour l'avenir de notre profession, de collaborer aux œuvres de prophylaxie, d'hygiène, d'assistance, en un mot de médecine sociale, nous croyons devoir résumer ici une mise au point remarquable sur le service social de M. Pierre R. Lévy-Falco, docteur en droit, ouvrage intitulé : Les auxiliaires sociales : *La participation du service social au fonctionnement des Institutions protectrices de la maternité et de la première enfance* (1). L'éminent professeur de prévoyance et d'assistance sociale au Collège de France, M. Edouard Fuster, se rendant bien compte de l'importance du travail de M. Lévy-Falco a écrit pour lui une préface où il souligne l'intérêt de la lecture de ce petit livre qui, selon son expression, renseigne à la fois et fait penser.

***

L'on entend par *services sociaux* « des services auxiliaires des institutions d'hygiène et d'aide sociales, institutions dont, au sein des administrations publiques, des entreprises et des œuvres privées, ils améliorent le rendement en vue de pourvoir, par l'aide préventive, aux besoins d'origine sociale de l'homme ». Cette définition montre quelle peut être la variété des institutions qui peuvent avoir besoin d'un service social. A l'heure actuelle ; il existe des services sociaux à l'hôpital, des services sociaux pour secourir l'enfance en danger moral ; des services sociaux d'usine, dont le but est de maintenir la bonne santé physique et la bonne tenue morale du personnel de l'usine ; des services sociaux pour les écoles, facilitant la tâche du corps enseignant et celle de l'inspection médicale ; des services sociaux pour les familles qui secondent et facilitent aux mères de familles, les obligations du ménage et les soins aux enfants.

L'origine de l'organisation actuelle du service social remonte à 1898, époque à laquelle William H. Tolman fonda à New-York l'*American Institute of social Service*.

En France, les services sociaux sont recon-

(1) Paris, Les Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel.

nus par l'Etat. Le *service social à l'hôpital* a été reconnu d'utilité publique par décret du 14 juillet 1922 et l'*Association des surintendantes d'usines et services sociaux* le fut par décret du 2 juillet 1923.

Les caractères du service social sont les suivants :

1º Il doit répondre à des besoins sociaux dont la nature est à la fois une et complexe, d'ordre physique et moral, économique et juridique, psychique et mental.

2º Il doit constituer un rouage des administrations publiques ou des institutions privées dont ils remplissent la fonction sociale.

3º Il doit remplir le rôle d'auxiliaire des institutions d'hygiène et d'aide sociale dans le cadre des administrations publiques et des établissements privés dont il doit être un des rouages.

4º Il doit apporter une aide préventive contre tout bouleversement physique, économique ou moral (recherches des causes de ce bouleversement, éducation, liaison avec les organisations de secours).

5º Il améliore ainsi le rendement des institution d'hygiène et d'aide sociales.

L'on peut classer comme il suit les services sociaux :

1º Services sociaux des institutions protectrices de la maternité et de la première enfance (institutions publiques, semi-publiques ou privées).

2º Services sociaux qui s'occupent de l'enfance à l'âge scolaire.

3º Services sociaux pour l'adolescence (éducation physique, intellectuelle et morale de la jeunessse).

4º Services sociaux pour les institutions privées fonctionnant dans le domaine économique et dans celui de l'hygiène sociale pour les adultes. (La collaboration à la lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, péril vénérien, cancer, taudis, etc. appliquée dans les usines Michelin, la Compagnie générale d'électricité, les Forges et Aciéries du Nord, les Blanchisseries de Thaon, etc., etc.).

5º Services sociaux pour arriérés et anormaux (service social de l'enfance en danger moral, intervention auprès des tribunaux pour enfants, service social du dispensaire de prophylaxie mentale de l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle à Paris).

6º Services sociaux en faveur de la famille populaire.

Tous ces services sociaux interviennent pour assurer la fonction sociale d'une institution qui diffère de sa fonction technique. Prenons un exemple pour bien faire comprendre la différence de ces deux fonctions : L'Ecole a une fonction technique, l'instruction de l'écolier, mais elle a aussi une fonction sociale complexe : « la surveillance, la protection et le développement de la triple vie physique, intellectuelle et morale » de l'enfant.

Pour assurer le fonctionnement des services sociaux, il faut des agents spéciaux. Ces agents sont des femmes ayant reçu une instruction et une éducation spéciales. On a reconnu que la femme pouvait plus facilement et plus complètement remplir ces fonctions. Ces agents sont les *auxiliaires* ou les *assistantes sociales*.

Le Dr Armand-Delille a défini l'assistante sociale un agent qui doit pouvoir donner une aide materielle, une aide intellectuelle et une aide morale à l'individu qui, devenu dépendant, ne peut assurer de son propre chef la lutte pour l'existence.

Pour remplir ce rôle infiniment complexe et délicat, il faut que l'auxiliaire ou assistante sociale ait subi une préparation.

D'après le Dr René Sand, cette préparation exige deux ans d'études comprenant deux cycles, un consacré à la formation générale, un autre à la préparation spécialisée.

La *formation générale* qui est remplie par le programme de la première année d'études, est partagée entre les sciences sociales, les techniques sociales et le service social.

Le programme des sciences sociales comprend :

La philanthropie et la littérature sociale.

L'économie politique et sociale. La législation sociale. L'étude du paupérisme.

Le régime de l'industrie, la description des métiers.

Le droit public, social et administratif.

L'hygiène individuelle et sociale, y compris la puériculture.

La psychologie et la pédagogie individuelles et sociales. L'étude de l'enfance et de l'adolescence. Les statistiques.

Les *techniques générales* ont le programme suivant :

Economie domestique. Soins aux malades, aux blessés et aux enfants.

Méthodes de documentation, enquêtes, technique de bureau.

Education civique.

Le *service social* a pour programme :

Histoire, science et pratique du service social, de l'assistance et de la prévoyance.

Organisation de la collectivité urbaine et rurale.

Etude des œuvres.

Déontologie.

Joignons à cela les visites d'œuvres, les exercices de bibliographie sociale, la culture physique, les jeux, danses, chants, les exercices d'élocution et de discussion, les travaux manuels, la connaissance des méthodes frœbeliennes et montessoriennes, la dactylographie, la sténographie, le piano et le dessin.

Voilà une année qui sera bien remplie.

La deuxième année comprend la *spécialisation* dont le choix est laissé à l'élève.

Il y a des stages prévus dans les institutions (abris temporaires, maisons de convalescence, maisons de relèvement, asiles municipaux, asiles pour femmes enceintes, hôpitaux), dans les sociétés d'aide sociale dans les familles, dans les offices publics d'hygiène sociale, les services sociaux d'hôpitaux, d'école, d'usines, à la mairie, au tribunal pour enfants, dans les centres d'orientation professionnelle et de placement, dans les centres d'activité sociale, les bibliothèques, les maisons de vacances, les foyers, garderies, jardins d'enfant, etc., etc. Tel est le programme que M. le Dr René Sand donne dans un article sur « *Les écoles de service social* » paru dans la revue *Le Service social*, nº de janvier 1927. Pour l'école de l'Association des surintendantes d'usines des services sociaux, l'on exige en outre un mois de stage comme ouvrière d'usine.

Loin de nous la pensée de vouloir le moins du monde chercher à jeter le plus petit discrédit sur l'œuvre des auxiliaires sociales que nous sommes les premiers à admirer, mais la lecture de ce programme nous a fait frémir. Pour assimiler toutes les connaissances et remplir toutes les obligations de la première année une femme très instruite, à la fois docteur en droit et docteur en médecine, aurait à notre avis peine à y parvenir.

Le mieux est l'ennemi du bien et la publication de pareil programme nous paraît destiné à éloigner les jeunes filles et les jeunes femmes intelligentes et réfléchies de la carrière d'assistantes sociales. Nous ne doutons pas que ce programme, expression d'un idéal théorique, doit être en pratique singulièrement simplifié.

Il existe depuis longtemps en France des écoles pour former des auxiliaires sociales. La première, fondée en 1911 à Paris par Mlles Novo et Butillard, est l'Ecole normale sociale de l'Institut catholique, à Paris, 56, rue du Docteur-Blanche.

En 1918, le pasteur Doumergue créa, 189, boulevard Montparnasse, à Paris, l'Ecole pratique de service social. Puis fut fondée l'Association des surintendantes d'usines et des services sociaux (19, rue Dareau) qui organisa deux écoles : l'Ecole de préparation sociale pour des jeunes filles de 18 ans, et l'Ecole de surintendantes d'usines et des services sociaux n'admettant que des personnes entre 25 ans et 45 ans.

Le professeur Gemähling, en 1921, organisa l'Ecole de formation sociale de Strasbourg, (5, place du Château).

En 1927, M. l'abbé Violet, ouvrit à Paris, 92, rue du Moulin-Vert, l'Ecole d'action familiale ; enfin, la même année, M. le Doyen Barthélemy annexa à la Maison-Ecole d'infirmières privées de Mlle Chaptal, à Paris, l'Ecole d'application du Service social. Ces diverses écoles sont actuellement fédérées et forment le Comité d'Entente des Ecoles sociales.

Les auxiliaires et assistantes sociales diffèrent des infirmières visiteuses bien que leur rôle ait avec celui de ces dernières de singulières analogies. En France, les fonctions de ces deux ordres sont cumulées, c'est actuellement la règle. Le Dr René Sand est l'adversaire résolu de ce cumul, tandis que Mlle J. Fritsch, directrice des infirmières visiteuses de la Fédération des œuvres girondines de la protection de l'enfance, est convaincue de sa nécessité. Comme M. Lévy-Falco, nous pensons que jusqu'à nouvel ordre l'organisation des services sociaux doit être essentiellement souple et, comme Mary S. Gardner, loin de prendre parti pour une des opinions extrêmes, il faut avoir foi dans l'expérimentation réfléchie.

***

Les auxiliaires sociales doivent dépister les besoins familiaux et individuels. La maladie leur ouvre le plus souvent le foyer familial, mais la maladie n'est pas le seul facteur qui nécessite leur intervention. Elles doivent surtout viser à l'éducation de la famille populaire et cette éducation doit être hygiénique, économique, parfois juridique, mentale, souvent morale et aussi ménagère.

La distribution des secours matériels est d'ordre secondaire. Le but principal doit être l'éducation.

L'auxilaire sociale doit assurer la coordination

des efforts des œuvres ; sans cette coordination, la charité désordonnée est une source de gaspillage.

Nous nous bornerons à ce résumé de la première partie du livre de M. Lévy-Falco, nous réservant dans un second propos, d'examiner la participation du service social au fonctionnement des institutions protectrices de la maternité et de la première enfance, qui a donné déjà dans les grands centres des résultats considérables.

Comme les Caisses d'assurances sociales utiliseront les services sociaux, car l'expérience de cette utilisation a été déjà faite avec succès par les Caisses de compensation, et les institutions sociales de grandes sociétés industrielles et de Compagnies de chemins de fer, cette question des services sociaux et des assurances sociales doit intéresser au premier chef le corps médical et c'est pour cela que nous avons cru devoir donner à l'analyse du livre de M. Lévy-Falco une place importante dans le *Concours médical.*

J. Noir.

L'exode des tuberculeux urbains à la campagne.

Le Dr Ch. Dupuy, de Quillan (Aude), nous adresse la lettre suivante :

20 août 1928.

Mon cher confrère,

« *L'exode des tuberculeux urbains à la campagne* » présente des conséquences graves au point de vue de la statistique, mais combien plus terribles au point de vue de la contagion ! J'ai plusieurs exemples de tuberculeux de la capitale venus chercher, sur les conseils de leur médecin, le salut dans le midi. Toujours il s'agissait de malades éminemment contagieux. Le dernier exemple est récent, il date de fin mai.

Un jeune homme de 24 ans, *in extremis*, est envoyé par son médecin dans le midi. « Il n'y a plus de salut qu'au pays du soleil ». En hâte, toute la famille, de très modeste condition liquide les quelques meubles qu'elle possède, réalise au maximum, emprunte quelque argent à des parents plus fortunés et se met en route vers le midi. *Moins d'une semaine après*, le malheureux malade, tuberculeux pulmonaire et laryngé, mourait au grand étonnement du père et de la mère qui avaient fait provision trop ample d'illusions...

Quand on pense que ce « cadavre ambulant », semeur de bacilles, a pu traverser la France du Nord au Sud ; quand on pense que l'*Administration* quelques mois auparavant a exigé d'une famille qui faisait procéder à l'exhumation et au transport d'un de ses membres, mort plus de 2 ans auparavant, un certificat médical attestant que le défunt n'était pas mort de maladie contagieuse, certificat que j'ai dû fournir malgré toutes mes récriminations, on est obligé de conclure qu'il y a chez nous de beaux thèmes pour les auteurs de revues. Tout cela serait comique, si ce n'était attristant. On peut tout au moins y trouver la preuve que la notion de prophylaxie n'est pas encore universellement admise. Avis à ceux qui s'attribuent la mission de l'enseigner et à ceux qui ont pour fonction de faire et d'appliquer les lois de prévoyance et d'hygiène sociales.

Agréez mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Ch. Dupuy.

Cette lettre me rappelle l'histoire d'une de mes propres malades :

Je soignais depuis son enfance une jeune femme d'excellente famille que la guerre avait mise dans une situation difficile comme beaucoup d'autres. Sous l'influence de privations vaillamment supportées ou de toute autre cause, la malheureuse devint tuberculeuse. Malgré mes efforts et mes conseils, difficiles à suivre chez des gens sans ressources suffisantes et que la fierté empêchait d'avoir recours aux institutions d'assistance, la maladie fit des progrès et deux ou trois ans après le début, l'état de la malheureuse femme était sans espoir. Le mari, écoutant des conseils contre lesquels il m'était bien difficile de réagir, puisque je lui avais avoué mon impuissance à guérir sa femme, s'adressa à un misérable qui lui promit de la remettre sur pied par une série de piqûres d'un sérum spécial. Après avoir raflé les quelques billets de mille francs qui restaient au pauvre ménage, cet immonde personnage, prévoyant une fin prochaine conseilla *pour parfaire la guérison* un séjour dans une station de cure réputée. Appelé par la mère de la malade à donner mon avis, bien entendu en dehors de ce médecin détrousseur de cadavres, je trouvais mon ex-cliente *in extremis* et m'opposais formellement au départ. Je me buttais à la volonté bien arrêté du mari qui voulait à tout prix sauver sa femme. Je conseillais à la mère de faire appel à un confrère autorisé, d'une haute valeur scientifique et morale, qu'elle connaissait bien et qui fut encore plus catégorique que moi pour s'opposer au transport de la malade. Le malheureux mari à qui l'on

avait fait miroiter l'espoir d'une guérison possible, n'écouta pas nos conseils. Il emprunta une assez forte somme à un ami, loua une petite villa dans la station indiquée, gagna la ville de X. avec la malade étendue dans une couchette, la fit transporter en ambulance jusqu'à la station de cure. Les circonstances voulurent que je fus appelé quelques jours après dans cette station. Je trouvais dans une très petite villa, sombre et isolée, ma pauvre malade mourante avec sa vieille mère seule à son chevet. Jamais dans ma longue carrière, je ne fus témoin d'un spectacle aussi lugubre et aussi désolant. Le surlendemain la pauvre jeune femme avait fini de souffrir.

Les faits de ce genre se produisent fréquemment dans toutes les stations de cure et nuisent singulièrement à leur réputation. D'autre part des exodes de ce genre constituent un sérieux danger. A-t-on désinfecté la couchette, le compartiment, l'ambulance dans lesquels a voyagé ma pauvre malade ? Qui a occupé après elle la misérable villa où elle a terminé ses jours ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA VACCINATION PRÉVENTIVE ANTITUBERCULEUSE PAR LE B.C.G.

Par M. Georges SCHREIBER.

Notre collaborateur, M. Georges SCHREIBER, *qui vient de faire paraître à la librairie Masson un livre* « LA MÉDECINE PRÉVENTIVE USUELLE » *appelé à rendre les plus grands services aux praticiens, nous adresse l'article suivant sur l'immunisation antituberculeuse par le vaccin B.C.G. qui continue à faire l'objet de discussions du plus haut intérêt. Nous sommes très heureux de publier cet article dans nos colonnes.*

N.D.L.R.

Les diverses discussions auxquelles vient de donner lieu la vaccination par le B. C. G. m'incitent à présenter à son sujet un certain nombre de réflexions, réflexions de praticien pour les praticiens. Ces réflexions sont basées sur des cas personnels de ville ou d'hôpital, et sur les nombreux articles ou communications écrites ou verbales, tant français qu'étrangers, que j'ai eu l'occasion de lire en détail ou d'entendre depuis qu'est ouvert cet important débat sur la méthode de prémunition contre la tuberculose de Calmette et de ses collaborateurs.

L'*efficacité* du vaccin B. C. G. paraît démontrée par les recherches expérimentales et par les satistiques humaines personnelles du Prof. Calmette, de Weill-Hallé, et de leurs élèves. Les résultats qu'ils ont publiés ne sont pas admis toutefois sans réserve par tous les auteurs. Leurs statistiques ont été critiquées par Arvid-Walgren (1) en Suède, par S. Cordey (2), en Suisse, par Justin Roux (3) en France. D'autre part, un certain nombre de cliniciens ont publié les observations d'enfants devenus tuberculeux quoique vaccinés au B. C. G. Le Prof. Taillens (4) a vu mourir d'une méningite tuberculeuse un

(1) Arvid WALGREN. — Observations critiques sur la vaccination antituberculeuse de Calmette. *Acta pœdiatrica*, 1927, fasc. 1, 2.

(2) S. CORDEY. — Prémunition du nouveau-né contre la tuberculose par le vaccin B.C.G. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 déc. 1927.

(3) Justin ROUX. — A propos d'un nourrisson vacciné avec le B.C.G. *Soc. de pédiatrie*, 20 mars 1928.

(4) J. TAILLENS. — Mort par méningite tuberculeuse d'un enfant vacciné au B.C.G. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 décembre 1927.

enfant ainsi vacciné. Le Prof. Nobécourt (1) sur 10 enfants vaccinés préventivement par ingestion de B. C. G. a décelé des lésions tuberculeuses chez 4 d'entre eux.

Ces faits, même peu nombreux, démontrent à l'évidence que l'*ingestion* de B. C. G. pendant les premiers jours de la vie n'exclue pas *les possibilités ultérieures de mortalité ou de morbidité par tuberculose*. Mais pareille constatation est totalement insuffisante pour condamner la méthode de Calmette.

Toutes les vaccinations comportent un pourcentage de déchets, nous le savons bien, mais il y a plus. L'*ingestion* de B. C. G., suivant la technique la plus rigoureuse et la mieux surveillée, ne peut pas signifier toujours *vaccination* par le B. C. G.

Quand nous pratiquons la vaccination jennérienne avec le meilleur vaccin et selon les règles, nous pouvons avoir un résultat négatif, mais la non apparition des pustules vaccinales nous renseigne sur l'échec de la vaccination (2). Avec le B. C. G. rien de pareil ; tout résultat négatif passe absolument inaperçu.

Que l'ingestion soit inopérante ou la vaccination par le B. C. G. insuffisante, il n'est pas douteux que *les risques permanents de contagion ultérieure* sont beaucoup plus considérables pour la tuberculose, infection endémique et chronique très répandue, que pour une maladie aiguë sévissant surtout par épidémies comme la diphtérie, la fièvre typhoïde ou la variole. Et cela aussi nous permet de prévoir un pourcentage d'échecs plus élevés pour la vaccination antituberculeuse que pour les autres vaccinations.

Mais la plus grosse difficulté tient au *délai indispensable après l'ingestion pour obtenir l'immunité.*

Ce délai paraît être d'au moins un mois, pendant lequel il est nécessaire de réaliser l'isolement des nouveau-nés vaccinés en milieu tuberculeux afin d'éviter toute contamination pendant la période d'immunisation.

Cette mesure, il faut bien le reconnaître, complique singulièrement la vaccination antituberculeuse, car nous savons combien il est difficile dans la pratique courante d'obtenir la séparation d'une mère tuberculeuse ou d'un père tuberculeux et de leur enfant. Elle n'empêchera pas les familles éprouvées et instruites de tirer bénéfice de la méthode Calmette mais elle contrariera considérablement son application dans la plupart des cas.

L'innocuité du vaccin B. C. G. prête encore à discussion. Le Prof. Calmette et ses collaborateurs déclarent que le vaccin B. C. G. est absolument inoffensif pour le nouveau-né, que son absorption ne détermine aucun trouble digestif, ni aucun malaise et que le développement ultérieur de l'enfant n'est en rien contrarié.

Cette opinion rencontre encore de nombreux adversaires. Les plus irréductibles vont jusqu'à prétendre que la tuberculose observée chez des enfants vaccinés n'est pas survenue *malgré le B. C. G.*, mais *à cause du B. C. G.* Leurs arguments, il faut bien le dire, ne sont nullement démonstratifs.

D'autres auteurs déconseillent l'emploi du B. C. G. en médecine humaine, en se basant sur certains travaux expérimentaux (Galli-Valério, Krauss, Gerlach, Heymans, Lignières, Kühn, etc.) qui semblent établir que le B. C. G. n'est pas privé de virulence autant que l'admet le Prof. Calmette. Cette manière de voir est encore généralement adoptée dans les pays de langue allemande. Au récent Congrès de pédiatrie, tenu à Budapest, en septembre 1927, la plupart des membres (H. Chiari, Nobel et Solé, Noeggerath, Schlossmann, etc.) ont déclaré qu'*il est prématuré de mettre le vaccin B. C. G. entre les mains des médecins praticiens.*

Tout dernièrement, au cours de la conférence tenue à Vienne le 23 mai 1928, Rudolf Kraus après avoir communiqué les résultats des expériences faites à l'Institut sérothérapique de Vienne sur de jeunes veaux, reconnut l'innocuité des injections préventives de B. C. G. et il résuma sa pensée en déclarant que celui-ci donne lieu à un envahissement de l'organisme par le bacille libre, mais qu'il est incapable de déterminer une maladie réelle.

Cette communication n'empêcha pas le prof. Pirquet de déclarer à son tour qu'il ne saurait être question d'appliquer le procédé Calmette à l'homme tant que son innocuité ne serait pas garantie d'une façon absolue, ce qui à son avis n'est pas encore le cas.

Cette réserve de la majorité des pédiâtres de langue allemande s'explique sans doute en grande partie par le profond discrédit dans le quel est tombée la *tuberculine de Koch* préconisée en 1890 comme remède efficace de la tuberculose et accueillie tout d'abord avec le plus vif enthousiasme.

L'ostracisme absolu à l'égard du B. C. G. paraît excessif. Répondant à ses adversaires, le Prof. Calmette fait observer que Kraus et Gerlach ont reconnu que les lésions expérimentales produites par de fortes doses de B. C. G. sont toujours spontanément curables, qu'elles

(1) P. Nobécourt. — Tuberculose chez des enfants vaccinés préventivement par le B.C.G. pendant les premiers jours de la vie. *Soc. de pédiatrie*, 20 mars 1928.

(2) On pourrait objecter que l'échec de la vaccination jennerienne résulte d'une immunité naturelle contre la vaccine et partant contre la variole, mais une telle immunité ne se rencontre que chez 1 p. 100 des sujets d'après d'Espine, et elle ne peut être admise que lorsque 3 ou 4 vaccinations consécutives sont demeurées sans effet.

disparaissent sans laisser de traces et qu'elles ne sont jamais réinoculables à d'autres animaux. Il signale, d'autre part, que beaucoup d'autres expérimentateurs hautement qualifiés (Ascoli, Cantacuzène, Maelström, Heimbeck, Aldershoff, Malvoz, Silberschmidt William Park, etc.) ont vérifié l'*innocuité absolue du B. C. G. pour les animaux.*

D'ailleurs la non virulence du B. C. G. ne serait-elle pas absolue et ce germe serait-il susceptible de déterminer des lésions atténuées chez l'enfant qu'il ne conviendrait pas pour cela d'en rejeter l'emploi sans plus ample informé.

Est-ce que la vaccination jennérienne ne détermine pas une infection atténuée, la *vaccine*, pour protéger l'organisme contre une infection redoutable, la *variole* ? Est-ce que cette même vaccination ne peut pas dans des cas exceptionnels comporter des complications redoutables comme l'encéphalite par exemple ?

Si donc le B. C. G. pouvait provoquer une tuberculose atténuée, non meurtrière et ne contrariant pas le développement de l'enfant, si même d'une façon exceptionnelle, il pouvait engendrer des accidents plus graves, il ne conviendrait pas pour cela d'en refuser les bienfaits inestimables s'il est démontré — comme cela paraît être — que le B. C. G. peut nous protéger contre l'atteinte du B. K.

En l'état actuel de la question, il semble en tout cas utile de formuler pour les praticiens un certain nombre de conclusions susceptibles de leur servir de base jusqu'à nouvel ordre. Ces conclusions me paraissent pouvoir être ainsi rédigées :

1° Il est prématuré de soumettre tous les nouveau-nés à la vaccination antituberculeuse préventive par le B. C. G.

2° Etant données l'efficacité très vraisemblable de la prémunition par le B. C. G., son innocuité ou, en tout cas, sa nocivité atténuée, étant donnés d'autre part, les très grands dangers auxquels sont exposés les enfants élevés en milieu contaminés par le bacille de Koch, il est recommandable de vacciner par le B. C. G. les nouveau-nés exposés à la contagion familiale et notamment les enfants issus de mères tuberculeuses.

3° Les nouveau-nés en milieu tuberculeux, ainsi vaccinés, devront être isolés pendant la période d'immunisation, c'est-à-dire pendant un mois au minimum.

D'ailleurs, en attendant que le vaccin B. C. G. ait fourni sa preuve d'une façon indubitable, il est évidemment prudent de préserver ultérieurement les enfants vaccinés du contact des porteurs de bacilles et de maintenir — toutes les fois qu'il est possible — l'éloignement du milieu familial contaminé comme nous l'avons demandé avec le professeur Nobécourt (1) au *Congrès du Royal Institute of public Health* en 1913.

NOTES PRATIQUES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'épistaxis.

Par Henri-FISCHER.

Assistant de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux.

On désigne sous le terme d'épistaxis, le saignement de nez (ἐπι : sur στάζειν : couler goutte à goutte, Vogel et Pinel, 1808) l'hémorragie de la pituitaire.

Ce n'est qu'un symptôme dont il convient toujours de déterminer la cause locale ou générale.

Il faut se demander avant tout la narine qui saigne, le sang refluant souvent par le côté opposé. Rarement l'hémorragie est bilatérale.

Siège de l'hémorragie.

a) La cloison presque toujours.

La zone de saignement est principalement la *tache vasculaire* à la partie antéro-inférieure de la cloison, c'est à ce niveau que les terminaisons de l'artère palatine ascendante s'anastomosent avec l'artère sphéno-palatine.

La lésion porte habituellement sur la terminaison de la branche interne de la sphéno-palatine que Lermoyez appelle artère de l'épistaxis, par analogie avec l'artère lenticulo-striée qu'on a dénommée artère de l'hémorragie cérébrale.

b) La paroi externe, les cornets, le plancher plus rarement (tumeurs, corps étranger, hémorragies post-opératiores).

Symptomatologie.

A. **Petites épistaxis.**

Survenant assez fréquemment et du même côté. Quelques gouttes de sang s'écoulent par une seule narine puis tout s'arrête spontanément.

---

(1) P. NOBÉCOURT et Georges SCHREIBER. — Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose. De la nécessité d'éloigner l'enfant dès la naissance du milieu familial tuberculeux. *Congrès du Royal Institute of public Health*, Paris 15-19 mai 1923 et *Archives de médecine des enfants*, avril 1914.

B. Epistaxis abondantes.

PRODROMES. — Le début est souventbrusque s'annonçant par une sorte de pesanteur siégeant à la racine du nez, de céphalée frontale, d'une sensation de sécheresse de la pituitaire, de la rougeur de la face.

ETAT. — Le sang coule goutte à goutte rapidement par l'une des narines et si l'hémorragie n'a pas tendance à se tarir,le sujet présente des vertiges, des bourdonnements, de l'obnubilation de la vue, de la pâleur et on observe une tendance à la syncope par anémie cérébrale.

Diagnostic différentiel.

Si l'écoulement est abondant ou si le sujet est couché, le sang peut être inconsciemment dégluti et donner lieu soit à une hématémèse, soit à du mélæna.

Le malade peut aussi rejeter par la bouche le sang qui tombe dans son pharynx, l'épistaxis peut être alors confondue avec une *hémoptysie* ou avec une *hémorragie buccale* ou *pharyngée.*

L'examen méthodique des fosses nasales évitera l'erreur.

Diagnostic étiologique.

Epistaxis traumatiques.

S'observent dans :

a) Les traumatismes légers de la muqueuse nasale (enfant qui avec son ongle provoque une petite écorchure).

b) A la suite d'ablation de cornet, d'éperon, etc.

c) Dans les contusions sur le nez.

d) Les fractures des os propres du nez.

e) Les fractures de la cloison.

f) Les fractures de l'étage antérieur de la base du crâne.

Epistaxis spontanées.

A) DE CAUSE LOCALE :

a) Rhinites aiguës : coryzas simples, de la rougeole, etc.

b) Ulcérations de la pituitaire (syphilis, tuberculose, morve).

c) Tumeurs des fosses nasales (cancer, angiome, polypes, fibrome).

d) Petites varicosités : très fréquentes. ..

e) Corps étrangers : rhinolites.

f) Exulcérations eczémateuses.

B) CAUSES GÉNÉRALES :

Souvent on ne trouve pas de lésion locale.

La muqueuse a saigné en nappe sous l'influence d'une cause générale.

a) *Maladies infectieuses.*

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde qui s'annonce dans la moitié des cas par de l'épistaxis.

Variole ;

Scarlatine ;

Rougeole ;

Le purpura infectieux ;

Le scorbut ;

La diphtérie nasale, l'ictère grave ;

La dengue.

b) *Les maladies de l'appareil digestif et du foie.*

Diverses gastropathies.

Cirrhose atrophique (épistaxis presque toujours de la narine droite).

c) *Les maladies des reins* :

Néphrite hypertensive (adulte ou vieillard ayant des hémorragies nasales abondantes).

d) *Les affections de l'appareil circulatoire* :

1° Par congestion active.

a) Epistaxis supplémentaire du flux menstruel à l'occasion de dysménorrhée due à la ménopause ou à une affection utéro-ovarienne.

b) Epistaxis des arthritiques, des hypertendus artériels, des artério-scléreux, des névropathes, des émotifs, de la croissance de la puberté ; épistaxis dues aux insolations, aux ascensions, au travail dans les cloches à plongeur, aux impressions olfactives violentes (le nerf olfactif réagit sur le trijumeau d'où vaso-dilatation et hémorragie).

2° Par congestion passive (stase veineuse)

a) Affections cardiaques (insuffisance mitrale, insuffisance aortique).

b) Affections pulmonaires (emphysème, augmentation de la tension sanguine dans le cœur droit).

c) Tumeurs du médiastin : anévrysme. Compression de la veine cave supérieure.

3° Les maladies du sang.

a) Hémophilie : hémorragies faciles, répétées, rebelles et profongées.

b) Hémoglobulie.

c) Leucémie.

d) Anémies graves.

Il convient de se rappeler que l'alcoolisme, le paludisme, le diabète, la goutte, le saturnisme, sont des affections qui donnent souvent lieu à des hémorragies nasales.

Considérations générales.

Si l'épistaxis est abondante ou répétée, il faut rechercher surtout si elle est symptomatique d'une affection du foie, du cœur ou du rein.

Quand on voit survenir chez un adulte et à plus forte raison à un âge avancé des hémorragies nasales abondantes, sans cause locale, il faut songer à la néphrite interstitielle (Lécorché).

C'est la cloison qui saigne toujours dans les épistaxis de cause générale et dans la plupart de ceux de cause locale.

Tout autre point qui saigne abondamment doit faire suspecter une tumeur, la tuberculose ulcéro-végétante ou un corps étranger ancien, englobé dans des bourgeons infectés (Baldenweck).

Pronostic.

Il est subordonné à l'affection causale.

Les hémorragies nasales ne deviennent graves par elles-mêmes que lorsqu'elles sont abondantes (anémie, déglobulisation du sang) elles peuvent devenir mortelles chez les hémophiles.

Traitement.

Suivant les cas on devra respecter (artério-scléreux), modérer (épistaxis légère) ou arrêter (épistaxis abondante) l'hémorragie nasale.

Epistaxis légères.

a) Comprimer les deux narines entre le pouce et l'index.

b) Placer dans la narine un tampon imprégné d'eau oxygénée pure, de cocaïne, d'antipyrine ou de ferripyrine.

c) Irrigations chaudes prolongées à l'eau bouillie.

Epistaxis abondantes.

1° TRAITEMENT LOCAL.

a) *Tamponnement.* Après nettoyage des fosses nasales, faire un tamponnement antérieur, voire même postérieur à l'aide de lanières de gaze iodoformée ou vioformée.

b) *Cautérisation* à l'acide chromique, au nitrate d'argent ou au galvano-cautère.

2° TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Injections d'hémostyl, de sérum antidiphtérique, d'extrait hypophysaire. Autohémothérapie, glace et chlorure de calcium à l'intérieur. Caféine, solu-camphre, sérum artificiel si nécessaire.

SUR LA BACTÉRIOTHÉRAPIE DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES PAR LE VACCIN DE VAUDREMER

Nous recevons du Dr Vaudremer la très intéressante lettre suivante, qui fixe un point important de la bactériothérapie des tuberculoses articulaires par le vaccin de Vaudremer :

Le *Concours médical* a publié le 15 juillet 1928, (n° 29, page 2103) le résumé d'une communication faite, au mois de mai 1928, à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, par MM. Massabuau, Marchand, et Rimbaud, sous le titre : « Tuberculome cérébral à évolution rapide ».

Le tuberculome observé par les auteurs s'était développé chez un sujet atteint d'ostéo-arthrite légère du genou.

MM. Massabuau, Marchand et Rimbaud ont insisté surtout sur ce fait que, « la thérapie par le vaccin de Vaudremer, loin d'empêcher le développement de la tumeur cérébrale, en fut peut-être la cause, les premiers symptômes étant apparus trois semaines après les débuts du traitement ». De ce fait, ils n'ont pu fournir la preuve, mais ils sont demeurés fâcheusement impressionnés par la coïncidence.

N'ayant eu connaissance de cette observation que par les communications qui en ont été faites à la Presse, je vous demande de bien vouloir accueillir la réponse que j'aurais faite aux auteurs de la note, si ceux-ci avaient bien voulu me faire connaître le cas qu'ils avaient traité avec l'émulsion bactérienne à eux expédiée par mes soins.

Je leur aurais fait savoir que la bactériothérapie est sans action sur les accidents cérébraux et méningés de nature tuberculeuse.

Dans les douze observations que j'ai de cas de ce genre, deux sont guéris, et dix sont morts. Et, encore, n'ai-je pas retenu les deux cas heureux *dans lesquels l'examen bactériologique avait été négatif.* L'inefficacité du traitement dans les cas de méningite ne peut pas nous surprendre, étant données nos connaissances actuelles et mes recherches personnelles sur la question. Des expériences sur la vaccination de la méningite tuberculeuse du lapin, expériences publiées à la Société de biologie en juillet 1914, m'ont appris, en effet, qu'il était possible de vacciner des lapins contre la méningite tuberculeuse. Mais, cette vaccination est locale, et des lapins vaccinés contre la méningite tuberculeuse meurent de tuberculose généralisée quand on les infecte par la voie sous-cutanée.

La découverte de ce fait m'a permis d'écrire que les méninges étaient vaccinées pour leur compte, mais que l'organisme en général ne participait pas à cette immunité. Cela, d'ailleurs, nos connaissance actuelles sur la physiologie des méninges permettaient de le prévoir, comme elles permettaient tout aussi bien de prévoir que la vaccination méningée n'implique pas la vaccination générale ; la vaccination générale n'implique pas la vaccination méningée.

Ce fait expérimental infirme l'hypothèse faite par les auteurs de la note que nous analysons ici, à savoir que : « la bactériothérapie aurait peut-être pu être la cause du développement de la tumeur cérébrale constatée par eux ». Elle ne l'a pas arrêtée : c'est tout.

Cette hypothèse ainsi contredite expérimentalement l'est aussi cliniquement. Nul n'ignore, en effet, que les accidents encéphalo-méningés sont une complication relativement fréquente des tuberculoses articulaires. Ceux-ci éclosent

parfois ni plus ni moins qu'ailleurs, dans les centres hélio-marins où leur fréquence semble être plus grande pendant l'hiver, et surtout pendant les hivers doux et pluvieux. Il n'est pourtant venu à l'esprit de personne d'établir une relation de cause à effet entre le traitement hélio-marin et la méningite tuberculeuse.

Depuis quatre ans la bactériothérapie a été appliquée à trois mille sept cents malades, par quatre cents médecins, en France, en Belgique, en Espagne, en Yougo-Slavie, en Australie, en Amérique du Sud, aux Antilles, aux Indes, etc. Parmi les malades traités, trois à notre connaissance sont morts de méningite.

De cette proportion, inférieure à la moyenne, on peut conclure que, non seulement la bactériothérapie ne provoque pas d'accidents encéphalo-méningés, mais qu'elle diminue leur fréquence, en abrégeant la durée de l'infection locale dont les malades sont atteints.

Dr Vaudremer.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Principes et techniques des psychogrammes.

D'après une leçon de M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine (1).

On peut considérer l'homme comme un transformateur d'énergie à réflexes en dérivation. Il y a trois variétés de manifestations motrices de plus en plus différenciées : les réflexes simples, les besoins et les tropismes. Pawlow a montré l'importance énorme des *réflexes conditionnels* dans l'organisation de la vie psychique. On connaît, notamment, l'expérience du chien à fistule stomacale. On a constaté dans cette expérience que l'animal sécrète de la pepsine à la seule vue de la viande, et la preuve qn'il s'agit d'un réflexe de la vie psychique, c'est qu'on peut obtenir le même résultat en donnant à l'animal, au moyen d'un verre rouge, l'illusion d'un morceau de viande. Certaines perversions du domaine génital, le fétichisme, par exemple, paraissent en général pouvoir s'expliquer par un mécanime analogue.

Ces réflexes peuvent se compliquer d'autres réflexes, conscients ou inconscients. Les besoins de l'organisme ne sont que la sensation plus ou moins consciente de la nécessité de continuer la vie et de la reproduire.

Parmi les tropismes affectifs, on peut distinguer les tendances et les instincts ou tendances héritées. A côté des instincts purs, comme celui de la conservation et de la reproduction, il y a les instincts déviés, dérivés ou sublimés. La vie sociale élevée résulte en grande partie de la sublimation des instincts. Les goûts, si importants à étudier pour l'orientation professionnelle, sont encore une manifestation de ces tropismes.

Ajoutées aux tendances, les fonctions synthétiques constituent la personnalité, comme je l'ai montré dans ma *Pratique psychiatrique*. Les fonctions synthétiques supérieures consistent dans l'intelligence, l'affectivité et l'inhibition ; leur faisceau diminue d'ampleur et d'importance chez les débiles.

Si ces fonctions synthétiques supérieures sont encore plus insuffisantes, ou si les instincts ou l'un d'entre eux prennent un développement trop considérable, les individus rentrent dans la catégorie des anormaux, des pervers instinctifs.

D'autres fois, non seulement l'instinct est hypertrophié, mais il est dévié, mal formé.

Ces éléments permettent de fixer les principales variétés des caractères.

Une autre notion très importante est ce qu'on peut appeler la tonalité générale de la personnalité. On peut comparer la quantité d'énergie de chaque individu au voltage électrique ; c'est ce que M. Bergson a appelé l'*élan vital*. Cette quantité d'énergie qui est à notre disposition se modifie dans son intensité : c'est ce que M. Janet a appelé la *tension psychologique*. Chez certains individus, elle est toujours basse. En outre, le rythme peut être lent ou rapide. En général, pour faire de bonne pédagogie, il ne faut pas donner un éducateur à rythme psychique très rapide à un élève présentant une lenteur marquée des réactions psychiques. D'ailleurs la rapidité du rythme n'est pas fonction de l'intelligence ; elle produit des esprits brillants, mais qui peuvent être superficiels. De plus, ce rythme est variable suivant bien des circonstances. On peut, par exemple, citer la bradypsychie post-paroxystique des épileptiques.

La résistance plus ou moins grande à l'influx nerveux semble être fonction de l'indifférenciation. On pourrait écrire cette formule :

$$\text{Tension psychologique} = \frac{\text{Elan vital}}{\text{Indifférenciation}}$$

La *psychotechnique* a été extrêmement étudiée

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 11 janvier 1928, recueillie en partie et résumée par le Dr Laporte, revue par le professeur.

à l'étranger. Madame Simone Roux a étudié les tests employés dans l'armée américaine.

Il y a toujours lieu de se méfier et de rechercher des critères objectifs. Avec MM. Paul Chevallier et Charles Vié, nous sommes arrivés à mettre en évidence la valeur d'un réflexe spécial, le *réflexe tono-dynamique* (1). Ce réflexe a une très grande importance au point de vue de la qualité de la personnalité, parce qu'il paraît bien être un réflexe cortical.

Vous voyez que chez R..., hypothyroïdien ayant une série de réactions psychologiques, physiologiques et sociales en rapport avec son hypothyroïdie, le réflexe tonodynamique est très inférieur à la normale.

Voici une courbe de parkinsonien, où la réaction est à peu près nulle.

A l'opposé, il y a des individus chez qui, au lieu d'une simple réaction, ce réflexe se produit un grand nombre de fois.

Ce réflexe *polycinétique* paraît répondre à certaines qualités de la corticalité. Voici un ingénieur distingué, qui a répété jusqu'à seize fois l'élévation du bras. Nous avons trouvé de nombreux réflexes polycinétiques parmi les membres de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Le schéma du *psychogramme* est basé d'abord sur l'instinct de nutrition : modalités de la faim, de la soif, etc. L'exagération de la cénesthésie du pharynx est très fréquente chez les vagotoniques, dans l'aérophagie. La radioscopie du diaphragme est plus utile que l'étude de la mimique, parce que les mouvements du diaphragme ne sont pas modifiés par la volonté comme le sont les jeux de la physionomie.

Il faut noter les réactions affectives du goût ; le goût varie au cours de l'existence ; les enfants aiment le sucre ; ils ont besoin, en raison de leur croissance, d'une ration d'hydrates de carbone inutile à un adulte.

Le sens olfactif est moins important chez l'homme que chez les animaux, comme le montre la philogénie.

Dans certains cas, on parle de signe d'Argyll inversé. Il arrive quelquefois que, sous l'influence de la diminution du réflexe lumineux, un jet de lumière vive produit une dilatation, au lieu d'une contraction. Ceci résulte de ce que le réflexe de la rétine à la douleur entraîne une dilatation de la pupille.

Les réactions affectives aux différentes couleurs ont été admirablement employées par les religions, particulièrement le catholicisme. Qui ne connaît l'influence affective des vitraux des églises ?

(1) Laignel-Lavastine, P. Chevallier et J. Vié. Le réflexe tono-dynamique. Soc. médicale des hôpitaux, 24 juin 1927. Soc. de biologie, 25 juin 1927, p. 211.

Il faut également examiner le sens de l'orientation, les réactions affectives à la musique, l'audition colorée, le sens tactile, thermique, le sens musculaire, la sensibilité à la fatigue, la tachypraxie, la bradypraxie, les actes manqués, les stéréotypies, etc., etc.

Puis vient l'instinct de conservation ou de défense, avec ses trois degrés : l'instinct de combativité, la tendance à la lutte, à la colère, à la cruauté, à la haine, à l'indignation, la recherche des obstacles, le goût de la critique, la colère compensatrice des caractères faibles, etc. ; la fuite, la timidité, la terreur mystique ; l'instinct de possession. On s'explique ainsi la réunion fréquente de l'orgueil et de l'avarice chez beaucoup de paranoïaques.

Il faut noter l'instinct *de reproduction*, dans son intensité, dans sa fréquence, dans les réactions affectives au besoin et à la satisfaction, le choc émotif d'origine sexuelle, les pollutions, la masturbation, l'inhibition, l'impuissance, les perversions, la coquetterie, le besoin de tendresse, le transfert aux poupées, aux animaux, le fétichisme.

Le goût de la solitude est souvent l'expression du caractère *schizoïde* ; il résulte de divers mécanismes. Il est évident que l'isolement psychique, la perte de contact avec la réalité causée par la réflexion d'un Archimède est tout à fait différente de l'isolement social causé par une démence précoce.

On notera le besoin de protection, qui peut être mystique et se traduire par l'union imaginaire avec une divinité, enfin la tendance à se séparer du milieu extérieur aboutissant au négativisme, à l'insensibilité morale.

Nous arrivons à ce qu'on peut appeler l'instinct sémantique, c'est-à-dire à l'expression de la psychologie par des signes (σημα, signe), comprenant deux grandes expressions : l'expression musculaire générale, le comportement des membres et du torse, le langage mimique facial, enfin un langage beaucoup plus spécialisé, qui est le mécanisme moteur laryngo-pharyngé, c'est-à-dire le *langage verbal.* Il faut en rechercher les anomalies : logorrhée, psittacisme, écholalie, langage intérieur, hallucinations verbales, retard du mot ; toutes les variétés d'aphasie ; le mutisme, les dyslalies variées, etc.

Puis ce sont les fonctions synthétiques supérieures qu'il faut analyser : l'instinct de curiosité, l'attention passive, l'attente, l'émotion, l'étonnement, l'intérêt ; l'attention volontaire, qui est à la base de tout l'acquit intellectuel ; l'effort de réflexion ; l'étude des différentes mémoires dans leurs qualités de conservation, fixation et évocation ; la mémoire logique. Entre l'intelligence discursive théorique et l'intelligence pratique, il y a très souvent un écart, ou même un contraste très net, comme chez les schizophrènes.

Les troubles de l'*auto-conduction* ont un grand intérêt, comme l'ont montré MM. Toulouse et Mignard. L'attention spontanée et volontaire tend à diminuer sous l'influence d'une idée obsédante. Il existe différents automatismes.

Le rythme varie des tachy aux brady-psychiques. Il existe des variations de ce rythme selon les moments, selon le degré de fatigue, le contrôle volontaire inhibiteur des instincts, les déviations de l'activité raisonnante et l'influence d'une activité excessive, comme chez les paranoïaques revendicateurs.

Il faut encore contrôler certaines modalités fonctionnelles : sensualité psychique, goût de la rêverie, imagination créatrice, aptitude esthétique, goût du jeu.

L'analyse psychologique terminée avec l'aide de certains tests de la psychophysique on dressera une synthèse de la personnalité de l'individu observé, qui se ramène aux caractères de sthénie plus ou moins grande, de fatigabilité plus ou moins facile, de rythme général rapide ou lent, ou inégal, et de différenciation fonctionnelle plus ou moins poussée.

La coordination de ces caractères aboutit à l'unification. Il y a des gens qui sont unifiés, et d'autres qui le sont très peu. Cette unification peut se modifier dans le temps. C'est ce qui explique la psychologie des conversions.

Il faut enfin mesurer l'éclairement conscient, c'est-à-dire l'étendue et l'intensité de la conscience sur ce que j'appelle le *spectre psychique*, par analogie avec le spectre lumineux. On peut en effet, en psychologie, admettre l'existence de différents segments plus ou moins accessibles du moi conscient. De même que dans le spectre d'une source lumineuse telle que le soleil, il y a des régions qui ne donnent pas à notre œil de sensation lumineuse au delà du rouge et du violet, de même dans le spectre psychique, nous pouvons considérer un certain nombre de régions différant les unes des autres par une intensité plus ou moins considérable de l'éclairement conscient. C'est ainsi qu'on peut décrire une région luminale, puis une région sub-luminale, ou infra-luminale, enfin une région ultra-luminale.

Le seuil de la conscience s'abaisse dans les régions cénesthésiques infra-luminales, chez beaucoup de psychasténiques, qui sentent leur estomac, etc., chez les individus ayant des sensibilités météoriques marquées. Chez d'autres le seuil de la conscience est relevé, ce sont des individus qui ne sentent pas leur corps ou du moins le sentent très peu.

La grandeur de la marge consciente est parfois beaucoup plus étendue du côté infra-luminal.

Il y a souvent un rapport inverse entre l'intensité et l'étendue de la marge consciente. C'est ce qu'on rencontre dans certains états de réflexion ou d'attention concentrées.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications cliniques et thérapeutiques dans les fractures ouvertes des membres.

MM. B. Desplas et Jullien rappellent que c'est là un très grave problème, car une fracture ouverte peut mettre en jeu la vie du blessé ou l'avenir fonctionnel du membre.

Le pronostic dépend du degré de la lésion, de l'âge de la blessure, de l'état général du blessé, des conditions mécaniques ou telluriques de l'accident.

Les fractures ouvertes de dedans en dehors (par perforation des téguments) sont des fractures fermées à peine ouvertes ; plus graves sont les fractures ouvertes de dehors en dedans, par éclatement.

Quant à l'âge de la blessure, on peut dire que dans les 4 à 6 premières heures, l'infection est latente ; passé six heures, l'infection est réelle, mais il est des cas où elle se développe, foudroyante, dès les premières heures.

L'amputation s'impose : 1° quand il y a amputation incomplète d'un membre, dont le segment terminal ne tient plus que par des ponts cutanés ou des éléments anatomiques incomplètement rompus ; 2° quand il y a fracture compliquée fraîche par écrasement avec vaste décollement, broiement musculaire et osseux, vasculaire et nerveux, refroidissement du segment sous-jacent, qui est livide, insensible, froid ; 3° quand il y a fracture compliquée importante, avec dégâts souillés, infectés, facture vue tardivement, avec un suintement sanieux, une odeur suspecte, une peau marbrée, une crépitation légère, un état général toxi-infectieux ; il y a menace vitale et des accidents locaux à tendance envahissante. Faire une amputation à lambeaux, et non en saucisson, rapprochant les téguments par quelques points espacés ; si l'accident est survenu dans la rue, laisser le moignon ouvert, faire un emballage et secondairement rapprocher les lambeaux.

Dans tous les autres cas, l'amputation ne doit pas être envisagée. Le traitement doit être conservateur, ayant pour but de transformer la fracture ouverte en fracture fermée, et d'assurer la coaptation des fragments osseux, soit par une réduction immédiate à ciel ouvert soit par une suture osseuse secondaire si la lésion osseuse ne se coapte pas ou si des déplacements osseux se produisent ; dans des cas exceptionnels faire une synthèse ou une suture osseuse immédiate.

Chaque segment de membre a un pronostic différent ; aux membres supérieurs, essentiellement il faut viser à conserver la mobilité et la préhension ; aux membres inférieurs, on doit essentiellement se préoccuper de la solidité et de points bons d'appui pour la marche. Dans tous les cas, les dégâts vasculaires doivent être réparés ; s'il s'agit de section simple, le rapprochement de la périphérie des gaines est indiqué.

Ces interventions doivent être faites avec le maximum de soins et d'asepsie ; multiplier les précautions aseptiques ; les parties molles se défendent mal ; l'os ne se défend pas du tout ; beaucoup moins tolérant que le péritoine, il réagit toujours sévèrement aux inoculations septiques.

C'est du premier pansement que dépend l'avenir vital ou fonctionnel d'un blessé présentant une fracture ouverte.

La suture primitive est un traitement idéal quand elle réussit ; quand elle échoue,c'est une méthode qui aggrave considérablement la lésion, compromet la vie du blessé ; elle doit être systématiquement rejetée dans les plaies qui ont plus de 4 heures, et dans les plaies consécutives aux grands traumatismes de la rue. La suture osseuse primitive dans les fractures ouvertes doit être réservée à des cas exceptionnels ; seuls doivent la pratiquer, avec toutes réserves, des chirurgiens autorisés et bien outillés. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1928.)

Où en est le traitement spécifique des broncho-pneumonies infantiles ?

Les données actuellement acquises sur la flore bactérienne des broncho-pneumonies, sur lesquelles doivent s'appuyer les tentatives d'immunisation spécifique montrent la complexité du problème exposé par Lucien Garot. Les germes en cause sont nombreux : leurs caractères biologiques sont très différents. Les uns, comme le streptocoque, résistent à la vaccinothérapie ; les autres, comme l'entérocoque, ne permettent pas en pratique la confection d'un sérum ; il en est, comme le pneumocoque, qui sont plus sensibles à la fois à l'action d'un sérum et à l'action d'un vaccin. D'autre part, chez un malade déterminé, l'identification des germes en cause demande un temps assez long, à supposer même que les ponctions pulmonaires soient sans danger.

Méthodes sérothérapiques. — Etant données les difficultés qu'il y a à réaliser un sérum polyvalent, il apparaît immédiatement que ces méthodes ne peuvent avoir, dans un grand nombre de cas, qu'une efficacité partielle, en égard à la diversité des germes en cause, au moins en tant que médications spécifiques ; peut-être les sérums agiraient-ils parfois comme de simples médications de choc ?

La sérothérapie antipneumococcique a été abandonnée en raison de l'inconstance de son action. Le sérum antistreptococcique est encore moins efficace, de l'avis unanime, car les races de streptocoques sont multiples ; on a préparé un sérum antipneumo-staphylococcique, dont l'action est diversement interprétée. Enfin le sérum antidiphtérique de Duchon n'a d'utilité que dans les milieux contaminés par le bacille de Loeffler.

On associe maintenant la sérothérapie à la vaccinothérapie dans l'espoir d'améliorer ses résultats.

Méthodes vaccinothérapiques. — Qu'il s'agisse du vaccin de Minet (pneumo 100, strepto 50, staphylo 350, pyocyaniques 100) stérilisé par chauffage discontinu, du vaccin de Weill-Dufourt (chauffé, avec en proportions égales, pneumo I, II III, entérocoques, tétragènes, staphylocoques), des vaccin de Duchon (lysat filtré de diphtériques 2.500, strepto 3.500, pneumo 2.500, bacille de Pfeiffer 7.500, micrococcus catarrhalis 3.000, colibacilles 2.500),, nous voyons toujours la mortalité baisser d'une manière assez sensible. Mais la question n'est pas encore jugée ; on porte quelquefois trop facilement le diagnostic de bronchopneumonie, alors qu'il s'agit de catarrhes pulmonaires des voies respiratoires s'accompagnant volontiers de symptômes impressionnants chez le petit enfant et guérissent en 2 ou 3 jours sans traitement. En outre, l'immunisation vaccinale contre les germes les plus sensibles à l'action des vaccins est lente, et il est difficile de l'invoquer pour expliquer la guérison rapide d'une affection comme la broncho-pneumonie. Puis, les vaccins réveillant parfois la virulence de certains germes de la flore intestinale jusque là inoffensifs, il y a lieu de les employer à très fortes doses. Il faut tout au moins les employer avec circonspection chez les enfants débiles ou intoxiqués gravement et chez ceux qui présentent des formes étendues et hypertoxiques de broncho-pneumonies.

La méthode mixte consiste à faire d'emblée une polysérothérapie (anti-pneumo-strepto-diphtérique), 30 à 60 cc. pendant les 2 ou 3 premiers jours, pour permettre à la vaccination à très faibles doses, commencée simultanément, d'agir,

Voici la formule d'Œlsnitz: sérothérapie hâtive et massive, vaccinothérapie simultanée ou consécutive, dans des cas graves ou avancés dans leur évolution — sérothérapie atténuée, vaccination prépondérante dans les formes bénignes — vaccinothérapie tenace dans les formes torpides ou prolongées.

Quoi qu'il en soit, ne pas négliger cependant de faire bénéficier les maladies des anciennes méthodes de traitement, qui, elles, ont fait leurs preuves : oxygène en abondance, révulsion thoracique, stimulants généraux, mesures hygiéniques et diététiques. (*Liège médical*, 29 avril 1928.)

Un nouveau signe de sclérose aortique. Le choc des artères sous-clavières.

Le Dr Trunecek décrit un nouveau signe de la sclérose aortique, s'ajoutant à ceux relevant de la percussion et de la radiographie. Il s'agit du choc des artères sous-clavières facilement décelable au doigt dans l'espace sus-claviculaire.

Le creux sus-claviculaire, examiné chez un homme bien portant et normal, ne présente pas de pulsations artérielles. Sous l'aponévrose profonde, fond de la dépression, se trouve l'artère sous-clavière qui passe entre le sterno-mastoïdien et la partie moyenne de la clavicule. En ce point, de chaque côté du scalène antérieur, qui la recouvre, en avant et en arrière, il y a une interstice, où l'artère sous-clavière est près de la périphérie. Même là, elle est profondément située, de sorte que ses pulsations n'arrivent pas à ébranler la peau. Pour sentir battre le vaisseau, il faut enfoncer le doigt derrière la clavicule, près du tubercule de Lisfranc, où il s'applique à la première côte.

Cependant, dans l'insuffisance des valvules semi-lunaires de l'aorte, on constate une pulsation très apparente de toutes les artères superficielles y compris les artères sous-clavières. En dehors de ces cas, certains malades présentent, dans les creux sus-claviculaires, des pulsations visibles et palpables, qui bien souvent ébranlent les régions sus-claviculaires tout entières. Ce choc scléro-aortique des sous-clavières est une pulsation artérielle, de caractère concentrique, synchrone à la contraction ventriculaire, indépendante de la respiration. Cette pulsation est séparée par le muscle sterno-mastoïdien de la glande thyroïdienne et des carotides qui, elles aussi, en cas de sclérose locale, peuvent présenter des battements analogues.

Chez des sclérotiques, affectés simultanément de pléthore, ce symptôme se présente un peu autrement. Les régions sus-claviculaires sont le siège de proéminences particulières, contenant le sang des capillaires et veines dilatées. Chez ces malades, il faut introduire le doigt entre la voussure et la clavicule, on palpe là, dans la profondeur, l'artère sous-clavière battant à la même place et peu dépressible.

Le choc sclérotique des sous-clavières a pour cause le fait que l'aorte rigide ne peut, à chaque moment, s'adapter à la quantité de l'onde sanguine, comme dans les conditions normales. Ce signe apparaît aussi dans la péricardite, si l'exsudat comprime l'aorte et rend impossible sa dilatation.

Le choc est un signe facile à trouver sans fatiguer le malade. Il est plus accusé si le cœur se contracte fortement. Dans la sclérose de l'aorte ascendante, il n'apparaît qu'à droite ; dans la sclérose de la crosse, des deux côtés. Le choc des sous-clavières nous renseigne sur la validité du cœur et sur l'état anatomique de l'aorte thoracique, organe inaccessible à notre exploration. (*Bruxelles médical*, 8 avril 1928.)

Les ressources thérapeutiques contre le nervosisme thyroïdien compliquant les affections gynécologiques.

La malade évitera les excitations trop vives et les fatigues, qui augmenteraient les déperditions de son organisme : plaisirs, plaisirs d'amour en excès, soucis de l'ambition. Il faut, estime le Dr Vignes, une douce campagne où sont rares les brusques variations de température et les grands vents ; les forêts sont propices, la mer néfaste.

On emploiera les calmants : bains frais pour les unes, douches tièdes pour les autres. Les eaux de Bourbon-Lancy, d'Ussat, de Néris, exercent une puissante action sédative chez les hyperthyroïdiennes ; les bains carbo-gazeux de Royat sont particulièrement utiles quand le cœur est las. On recommande aussi : valériane, ballote, bromure, bore, gardénal, belladone.

Une alimentation reconstituante et sapide, sans condiments « enragés » est de rigueur. Le lait doit être considéré comme un véritable médicament pour certaines hyperthyroïdiennes. Le thé et les boissons alcoolisées sont peu recommandables.

On diminuera le métabolisme basal : eau fraîche à jeun en assez grande quantité (1/2 litre) ; arsenic, cacodylate de soude. La quinine est un des meilleurs médicaments de la tachycardie et de la vaso-dilatation cutanée. Employer pendant plusieurs mois avec des repos le salicylate de soude à la dose de 2 à 3 grammes.

Les vaso-constricteurs (ergot de seigle en ingestion, post-hypophyse en injection), la faradisation arrivent parfois à diminuer la circulation thyroïdienne. Il en est de même des applications de glace et d'eau fraîche sur la partie antérieure du cou. La diathermie diminue le volume du goitre, la tachycardie, l'amaigrissement.

Quelques autres médications sont parfois utiles : pressions, percussions et vibrations au niveau de la 7e cervicale, les ultra-violets, la galvanisation.

S'efforcer à dépister la syphilis congénitale ; le traitement antisyphilitique fait parfois merveille.

L'hémato-éthyroïdine, à la dose de plusieurs cuillerées à café par jour, est utile et peut même parfois dépasser l'effet escompté. L'iode donne des améliorations.

Les traitements radicaux ne sont pas de mise pour les cas bénins, dont il est parlé ; l'irradiation, la ligature des artères thyroïdiennes, la thyroïdectomie doivent être réservées aux cas graves. (*Journal des praticiens*, 14 avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'ablation de la plaie d'inoculation dans le traitement du tétanos déclaré.

(M. Georges Leclerc, de Dijon. — *Société de chirurgie* ; 24-4-1928.)

Dans le traitement du tétanos déclaré, l'ablation des grands foyers traumatiques par l'ampulation est, à l'habitude, considérée comme un sacrifice inutile et inopérant. Mais, en est-il ainsi toujours ? D'autre part, pour les petits foyers, l'exérèse de la plaie d'inoculation ne doit-elle pas être faite comme complément du traitement sérothérapique ?

M. Leclerc rappelle une phrase écrite par Lecène et Leriche : « Dans le tétanos, ont dit ces auteurs, le traitement local n'influence pas la maladie déclarée ». Il est cependant des observations qui montrent le rôle favorable de l'ablation du foyer traumatique en pareille circonstance. M. Leclerc en relate une, concernant une femme qui se blesse légèrement au front en tombant sur un seau. Six jours après, elle commence à avoir du trismus, puis un tétanos céphalique typique. Malgré la sérothérapie, aucune amélioration. Devant cette situation, bien que la plaie soit cicatrisée, on opère. On est étonné de trouver sous les téguments une perforation de la table externe du frontal qui arrive directement sur la dure-mère. Dès le lendemain du nettoyage du foyer traumatique, les accidents se calment ; puis, guérison.

M. Louis Bazy, dans le rapport qu'il présente sur le travail de M. Georges Leclerc, s'associe aux conclusions de ce dernier. Il est utile, avec la sérothérapie, de neutraliser le foyer tétanigène. Si l'amputation n'est pas souvent indiquée, elle peut l'être lorsqu'elle est commandée par les lésions.

— M. Lecène proteste contre l'interprétation donnée à sa pensée par M. Leclerc. S'il a écrit que, dans le tétanos déclaré, la valeur du traitement local de la plaie tétanigène reste discutable, il n'en accorde pas moins une place essentielle à l'excision précoce des plaies et à leur traitement chirurgical minutieux en pareil cas.

Pour ce qui concerne l'observation de M. Leclerc, elle a trait à un tétanos apyrétique, avec pouls normal, forme clinique de faible gravité. La distinction entre ce tétanos chronique ou subaigu et le tétanos aigu, fébrile, avec accélération du pouls, est capitale.

— M. Brisset, de Saint-Lô, dont une communication antérieure avait été mise en cause par MM. Louis Bazy et Leclerc, répond que s'il rejette l'amputation comme traitement de principe du tétanos, il l'admet dans quelques circonstances, quand la conservation de la lésion tétanigène se montre plus que douteuse. En tout cas, il accepte l'excision de la plaie tétanigène lorsqu'elle n'est pas trop mutilante et recommande une action locale chirurgicale aussi complète que possible.

Sur l'injection intra-utérine de lipiodol.

(MM. Proust et Cl. Béclère. — *Soc. de chirurgie* ; 9-5-1928.)

MM. Proust et Béclère ont pratiqué 70 fois des injections intra-utérines de lipiodol. Le lipiodo-diagnostic leur a procuré des renseignements intéressants et aucun accident n'a été observé.

— M. J.-L. Faure considère l'injection de lipiodol intra-utérine comme un moyen utile de diagnostic, dont on doit user toutefois en choisissant soigneusement ses cas.

Le traitement chirurgical de l'asthme bronchique.

(MM. René Leriche et R. Fontaine. — *Société de Chirurgie* ; 2-5-1928.)

M. Leriche présente quelques considérations sur le traitement chirurgical de l'asthme bronchique. Il signale le travail de Kümmell qui a obtenu 6 guérisons dans 8 cas traités par ablation unilatérale de la chaîne sympathique. Personnellement, M. Leriche a guéri deux asthmatiques, à crises intenses et rebelles, par l'exérèse du ganglion étoilé gauche.

La question du traitement chirurgical de l'asthme bronchique est neuve et peu connue. L'auteur pense qu'elle se développera dans l'avenir, pouvant arriver à une extension analogue à celle prise par la chirurgie intestinale.

Phlegmon de la main et vaccinothérapie.

(M. Pierre Delbet. — *Société de Chirurgie* ; 2-5-28.)

M. Pierre Delbet présente une malade atteinte de

phlegmon de la gaine du fléchisseur du pouce qui a guéri par la vaccinothérapie (injections du propidon) et une simple petite incision antibrachiale.

— M. P. Moure demande à M. Delbet de préciser les indications du propidon. Il trouve qu'il peut être dangereux de conseiller la temporisation opératoire sans fixer les limites de la vaccinothérapie.

— M. Delbet répond qu'il vaccine tous les phlegmons de la main. Il incise si cela lui paraît nécessaire et quand cela paraît nécessaire : question d'expérience et de surveillance. Comme doses, il injecte d'abord 4 cent. cubes de propidon, en deux piqûres, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les cas moyens, on renouvelle les injections trois fois en laissant deux jours pleins d'intervalle. Dans les cas graves, la dose est augmentée et les injections rapprochées.

— M. Cadenat pense que si le résultat obtenu après la première injection est satisfaisant, il vaut mieux ne pas renouveler l'injection.

Anthrax du sein.

(M. Robert Proust. — *Société de Chirurgie* ; 27-6-28.)

M. Robert Proust montre une pièce, qui est un sein dont il a pratiqué l'extirpation. La malade, à la suite d'une poussée de furonculose, avait présenté une localisation de cette furonculose au niveau du sein. Cette nouvelle poussée fut traitée sans succès par le vaccin. Un véritable anthrax se produisit avec énorme gonflement de l'organe et lymphangite sous- axillaire.

L'auteur pensa que des incisions multiples seraient inopérantes et favoriseraient la septicémie. Il fit, dans ces conditions, l'exérèse de toute la partie enflammée au moyen de deux incisions semi-elliptiques. Pansements, lavage à l'éther, drainage de sûreté.

Actuellement, la plaie est cicatrisée, sauf au niveau des deux orifices de drainage.

A l'examen de la pièce, le sein apparaît transformé en une véritable éponge purulente. Le pus, recueilli avec une pipette, fournit une culture presque pure de staphylocoques dorés.

P. L.

Auto-vaccins pour la gangrène pulmonaire en tubes profonds. Trachéofistulisation ou injection transthoracique.

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de médecine de Paris* ; 26-6-1928.)

L'auteur expose les résultats de ses recherches sur la vaccinothérapie locale des maladies respiratoires, et surtout de la gangrène pulmonaire, car, par l'évolution des idées, on est conduit de plus en plus à réaliser la vaccinothérapie locale.

Pour celle-ci, il est indispensable de recourir logiquement aux auto-vaccins, dès qu'il est possible. D'autre part, il faut réserver la question des spirochètes, dont on a voulu faire le germe fondamental de la maladie ; ceux-ci devront être attaqués par les médications actives contre les germes similaires (arsénobenzol, etc.). Se défier dans l'injection intra-pulmonaire transthoracique, des dangers qui peuvent résulter de la manœuvre : l'embolie, que l'on peut éviter en employant des solutions aqueuses, et l'ensemencement de la plèvre rendu rare par l'emploi d'aiguilles fines en bon état. Puisqu'il s'agit d'obtenir une immunisation de tissu, et non d'amener un antiseptique dans un foyer malade, il n'est pas nécessaire que l'aiguille à trous multiples soit plantée dans le foyer putride ; l'injection peut se faire dans le poumon sain. Eviter les spasmes de la glotte chez l'enfant en bas âge pour ne pas provoquer un spasme mortel. Si, dans un cas prolongé on a mis en place une canule de trachéofistulisation, en profiter suivant la technique de l'auteur. Enfin, la vaccinothérapie doit s'associer aux médications classiques, en particulier au pneumothorax artificiel, qui donne parfois dans la gangrène pulmonaire des résultats merveilleux ; elle doit aussi s'associer à la vaccination générale.

Pour la préparation des vaccins, ensemencer dans des tubes de bouillon Martin glucosé, tubes de grande dimension, 30 cm. de hauteur, contenant une colonne liquide de 20 à 25 cm. de hauteur, le crachat lavé ; la grande hauteur du liquide (tube profond) est indispensable ; aérobies et anaérobies y poussent richement. Après 48 heures, le bouillon sera centrifugé ; le culot microbien centrifugé plusieurs fois et repris par du sérum physiologique sera stérilisé, étalonné et mis en ampoules aqueuses ou huileuses. Le bouillon est filtré, neutralisé et stérilisé par un procédé classique ; il pourra être employé comme bouillon immunisant ; il est bon de filtrer des bouillons ensemencés depuis 7 à 10 jours, et de les utiliser ultérieurement.

Dans l'injection transthoracique : solutions aqueuses ou en bouillon de culture ; dans la trachéofistulisation, émulsions en bouillon ou huileuses en raison de la tolérance de la trachée pour l'huile, à nouveau démontrée par les recherches expérimentales de l'auteur.

Les résultats de la méthode ne pourront être établis que par une série de cas cliniques ; l'écueil de la vaccinothérapie, c'est le manque de contrôle et de critère scientifique ; il faudrait à nouveau doser les opsonines de Wright.

Rapport de l'atrésie de mâchoires avec les accidents de l'éruption des dents temporaires.

(M. Pierre Robin. — *Soc. de Médecine de Paris* ; 26-6-1928.)

Il existe aussi des accidents de la dentition pendant l'éruption des dents temporaires ; ces accidents sont principalement conditionnés par l'atrésie de la mandibule, refoulant le plancher de la bouche et la langue, et cette glossoptose amenant une sténose du confluent vital fonctionnel, c'est-à-dire gêne des voies respiratoires supérieures, de la digestion, trou-

bles circulatoires locaux, gingivaux, etc. L'état congestif des gencives notamment et des tissus péri-folliculaires favorise les troubles de l'éruption.

Dès la naissance le diagnostic de l'atrésie mandibulaire doit être fait. Quand ce diagnostic sera positif, l'application de la tétée orthostatique fractionnée s'imposera jusqu'à l'âge de deux ans environ, au moment où l'appareillage des mâchoires devra être effectué si les mâchoires ne sont pas encore normales. Tel est l'intérêt de cette communication : l'auteur a imaginé un appareillage qui réduit avec succès la glossoptose, origine des accidents éruptifs des premières dents.

G. F.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du Rhône.

Un cas de zona brachial.

MM. Mathieu et Montcerisier présentent une malade de 50 ans, sans antécédent, ni maladie, ni intoxication actuelle. atteinte depuis une quinzaine de jours d'une éruption vésiculeuse ayant débuté au niveau du coude droit et s'étant généralisée sur la face interne du membre supérieur, sur le territoire radiculaire innervé par C8 et D1. Les auteurs insistent sur la rareté de la localisation.

Endocardite infectieuse à marche lente à streptocoque viridans.

MM. D. Olmer et Y. Jacques. — Un jeune homme de 25 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu avec insuffisance mitrale, en 1925, présente en 1927 une endocardite infectieuse avec fièvre, douleurs articulaires, splénomégalie. Hémiplégie droite avec aphasie le 14 janvier 1928. Mort en avril. L'autopsie montre des lésions d'endocardite à la face auriculaire de la mitrale. L'hémoculture avait mis en évidence des colonies de streptocoques viridans. Les A. tirent diverses conclusions de cette observation et insistent sur la fréquence relative de l'endocardite à marche lente (l'un d'eux en a observé 8 cas), sur la gravité du pronostic et sur l'échec des divers traitements. Dans un cas cependant l'immuniso-transfusion avait donné une rémission.

Anévrysme sacciforme de l'aorte abdominale. Embolie terminale.

MM. D. Olmer et Y. Jacques présentent les pièces d'autopsie de cette malade qui a déjà fait l'objet d'une présentation antérieure. L'anévrisme a le volume du poing. Il n'adhère pas aux organes voisins et s'est développé aux dépens de la face antérieure du vaisseau. En avant de la poche naissent le tronc cœliaque et la mésentérique supérieure. La mésentérique inférieure nait au-dessous du sac. La poche anévrismale est remplie de caillots qui obstruent également l'aorte abdominale et l'artère iliaque droite. C'est l'embolie qui a occasionné les accidents terminaux et déterminé la mort.

Lymphogranulomatose maligne type Sternberg Hodgkin.

MM. François et Zuccoli. — L'affection, qui a duré 3 ans, a atteint les ganglions cervicaux, thoraciques et abdominaux qui forment une masse importante que présentent les A. en insistant sur le syndrome d'ascite mécanique qu'elle a occasionné et qui pouvait égarer le diagnostic. Formule sanguine à polynucléose neutrophile à 85 % ; pas d'éosinophilie. L'examen biopsique d'un ganglion avait révélé la nature de l'affection.

Cancers du foie et de la tête du pancréas avec extension aux voies biliaires secondaires à un néo du pylore.

MM. François et Zuccoli présentent les pièces nécropsiques dont le point de départ fut un épithélioma non sténosant du pylore. L'examen anatomo-pathologique a permis d'identifier dans les différents segments des formations d'épithélioma cylindrique typique.

Hémorragie intestinale typhique et hémophilie acquise

MM. Boinet et Antoine Raybaud. — Jeune garçon de 21 ans, atteint de fièvre typhoïde. Séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1/100e, d'allure moyennement grave. Au 14e jour de l'affection, le malade meurt d'hémorragie intestinale presque foudroyante. Or, le sang du malade prélevé l'avant-veille présentait le syndrome plasmatique de l'hémophilie ; temps de coagulation allongé (2 heures 1/2), coagulation plasmatique, irrétractibilité du caillot. A l'autopsie, altération ulcéreuse hypertrophique du tissu lymphoïde de l'intestin grêle et du cæcum. Ces faits doivent être rapprochés de ceux qu'ont rapportés P. E. Weill et R. Lévy (*Presse médicale*, 2 mars 1927) et montrent qu'à côté des troubles hémogéniques acquis il peut exister des états hémophiliques acquis, créés de toutes pièces par l'infection eberthienne.

Un cas de monstre pseudencéphale.

MM. A. Rathelot et J. Chesson présentent l'observation d'une IV pare de 35 ans qui a accouché d'un monstre de 3.050 gr. présentant une pseudencéphalie typique. Dystocie réelle des épaules dont eut raison péniblement l'abaissement du bras postérieur. Le diagnostic de cette monstruosité n'a pu être fait qu'au cours du travail en fin de dilatation. Le diagnostic étiologique n'est pas évident. En faveur de la spécificité on a retenu la grosseur du placenta qui pèse 350 gr.

Un nouveau cas de monstre anencéphale.

MM. A. Rathelot et J. Chosson. — Y. P.,

24 ans, *première grossesse* 2 ans avant, *monstre* anencéphale de 5.300 gr., né après 10 mois et 10 jours de gestation ; 2° grossesse actuelle prolongée à 10 mois et 10 jours ayant donné à nouveau le jour à un fœtus anencéphale de 4.400 gr. Les A. soulignent la durée de la gestation qui par deux fois chez cette femme fut de 10 mois et 10 jours et le caractère itératif du genre de monstruosité. Le diagnostic aidé par les anamnésiques fut porté pendant la grossesse grâce à l'épaisseur anormale des membres révélée par le palper et la sensation d'un disque à pourtour saillant révélé par le toucher. La cause paraît être une syphilis venue du mari.

La fièvre ondulante au Danemark.

L'A. signale les travaux du Dr Kristensen (de Copenhague) sur la fièvre ondulante à B. abortus observée au Danemark. Il fait remarquer combien les faits accumulés par de nombreux observateurs et d'origines très diverses devraient avoir enfin raison de la sotte routine qui fait conserver à la fièvre ondulante les appellations illogiques de fièvre de Malte, de fièvre méditerranéenne et de mélitococcie, et fait peser sur les chèvres en général et les chèvres maltaises en particulier l'accusation d'avoir le privilège de conserver et de propager le germe de cette fâcheuse maladie.

Cancer broncho-pulmonaire secondaire à un cancer de la lèvre guéri.

M. J. Chosson. — La coupe histologique de la métastase pulmonaire montra un épithélioma d'origine malpighienne. L'observation est remarquable par le temps (9 ans) sur lequel elle porte et par la rareté de la métastase pulmonaire dans l'épithélioma de la lèvre.

Cirrhose de Laennec avec extrême atrophie du foie et compression extrinsèque de la V. C. I. dans sa traversée hépatique.

MM. Rouslacroix et Raffalli. — Cette pièce d'autopsie montre une cause peu signalée de l'ascite et de sa répétition rapide attribuée en général au développement de la pyléphlébite. La V. C. I. se montre absolument coincée et comprimée dans un tunnel de tissu hépatique scléreux entre le lobe de Spigel et le lobe droit, fortement dilatée au-dessous du point de striction : il s'ensuit que la circulation subissait à ce niveau une gêne considérable et permanente.

Pleurésie diaphragmatique droite enkystée.

MM. Audibert, Toinon et Assada rapportent un cas de pleurésie diaphragmatique droite enkystée ayant entraîné la mort en un peu plus d'un mois. Les ponctions sont restées négatives, aucune vomique ne s'est produite, la face supérieure du foie présente une voussure anormale déprimant le diaphragme au niveau de la pleurésie ayant contribué à rendre impossible le diagnostic radioscopique de pleurésie enkystée.

Hernie diaphragmatique droite étranglée.

MM. Audibert, Toinon et Assada. — Un syndrome douloureux subit abdominal et thoracique droit accompagné d'un vomissement, apparaît chez un noir de 30 ans. La mort survient à la 36e heure par syncope. L'autopsie révèle une hernie de l'intestin grêle à travers le centre phrénique. Le poumon est rétracté vers le hile. Les anses intestinales nagent dans un abondant liquide pleural. La bascule du foie à gauche autour de son ligament suspenseur a permis aux anses intestinales de traverser l'hémidiaphragme droit. Un cal ancien de fracture de côtes siégeant sur la partie moyenne des 4e, 5e et 6e côtes ne doit pas être sans rapport avec la production de cette hernie si rarement observée à droite et dont l'étranglement a été la première manifestation.

Un cas de névraxite aiguë diffuse guérie par le sérum de Pettit.

M. Rouslacroix et Mlle Coulange présentent l'observation d'une femme de 42 ans qui après un stade initial fébrile caractérisé par fièvre, frisson, toux, vomissement, d'allure grippale, présenta une paralysie progressive ascendante douloureuse à type Landry. Dans la L. C. R., dissociation albuminocytologique et réaction de B. W. faiblement positive (albumine 0,8, lymphocyte 5). Après traitement mixte consistant en injections intrarachidiennes du sérum de Petit, injections intraveineuses de cyanure de Hg et de gonacrine, la malade a guéri rapidement et presque totalement.

Réapparition de la fièvre exanthématique à Marseille.

M. D. Olmer insiste sur l'intérêt qu'il y aurait pour élucider ces faits à compléter les observations cliniques et l'enquête étiologique par les recherches de laboratoire suivantes : réaction de Weil-Félix, inoculation expérimentale (singes et cobaye), recherches des réactions d'immunité.

Forme exanthématique de la fièvre typhoïde chez un nourrisson de 20 mois.

MM. Cassoute, Poinso et Audier présentent l'observation d'une typhoïde nette avec séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1 %, caractérisée au début par la présence de taches rosées lenticulaires abdominales ayant diffusé sur toute la surface du corps, face comprise, et s'étant étendues de façon à simuler les macules irrégulières de la rubéole. L'éruption persista 7 jours, guérison en 26 jours. Cette observation confirme l'étude de Weill (de Lyon).

Dr G. Darcourt.

LA MORTINATALITÉ ET LA MORTALITÉ INFANTILE DANS LE LIMBOURG

Il n'y a pas qu'en France qu'on se préoccupe de ces causes de diminution de la population. Nous savons déjà que les dernières statistiques de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française nous ont montré, chez les Scandinaves, et dans la vertueuse et rigide Helvétie, une dénatalité impressionnante.

En Belgique, dans cette province du Limbourg, composée en grande partie d'agriculteurs, de petits bourgeois, d'ouvriers s'adonnant en même temps à la petite culture, le Dr CLERCKK nous apprend que la mortinatalité, un peu plus faible que dans le reste du pays, s'élève encore à 3,38 %, explicable, à ce taux, en l'absence des facteurs : syphilis, blennorragie, tuberculose, alcoolisme, précocité ou retard des mariages, etc., par le défaut du contrôle médical de la grossesse, facile pourtant à organiser à l'aide des consultations prénatales (1).

Quant à la mortalité infantile, par contre, elle est plus élevée qu'ailleurs, chiffrant à 10,46 % contre 9,73, dans le reste du royaume. Comment interpréter des faits en apparence opposés ?

D'après l'auteur, la mortalité infantile est plus importante dans les populations prolifiques, à forte natalité ; dans les classes pauvres ; parmi les illettrés.

Cependant, il n'y a rien d'absolu dans le rapport entre les naissances et les décès dans le premier âge. Les enfants robustes ne survivent pas toujours, alors que les chétifs disparaissent par le jeu d'une sélection naturelle, et ils succombent parfois pour d'autres raisons que les physiologiques.

Dans le Limbourg belge, les causes de la forte mortalité infantile dénoncée par le Dr Clerckk sont : 1° l'insuffisance de l'habitation et sa médiocrité, pour ne pas dire sa misère : logis étroits, bas, malpropres, malodorants, ouverts aux intempéries. Absence fréquente de linge, de vaisselle, de literie ; 2° l'ignorance, grâce à quoi l'on ne recourt au médecin que trop tard, après avoir mis à contribution tous les remèdes de bonne femme, et les anciennes médications délivrées par le pharmacien spontanément, sans aucun contrôle technique compétent.

Une troisième cause est placée par l'auteur sous le signe de l'enfant encombrant, dans les ménages irréguliers, ou chez les filles mères, Enfant encombrant dont on se débarrasse en ne le soignant pas : « Drame lent où la conscience s'agite et lutte contre le désespoir qui l'emporte ».

Il fait enfin une part au surmenage de la femme, dans bon nombre d'exploitations agricoles, ne lui laissant pas le temps de s'occuper de ses enfants...

Les remèdes à cette situation doivent consister à mettre en application une loi belge créant l'Œuvre nationale de l'enfance. On instituera des consultations de nourrissons, des consultations prénatales.

On cherchera à améliorer les conditions de l'hygiène générale de l'habitation. Et on répandra aussi abondamment que possible, par tous les moyens : conférences, tracts, leçons, etc. les notions relatives à l'hygiène de l'enfance, et à sa diététique.

C'est ainsi que la question de l'allaitement mérite d'être mise au tout premier plan de cette hygiène infantile. Les troubles digestifs, primitifs, ou secondaires à une infection plus ou moins avérée, comme je le montrais récemment, pèsent très lourdement sur la première enfance et expliquent le plus grand nombre des décès qui surviennent à cette époque de la vie de l'enfant.

Il convient donc de surveiller très attentivement le fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal de l'enfant, savoir discerner les régurgitations physiologiques par « trop-plein », oserai-je dire, des véritables vomissements provoqués par une irritation de l'estomac ; contrôler toutes les selles, dans leur composition et dans leur quantité, ne pas attacher trop d'importance aux selles louables et jaunes qui verdissent quelque peu au bout de quelques minutes, mais s'arrêter par contre à celles qui manquent d'homogénéité, parmi lesquelles se discernent des grumeaux non digérés, à tendance liquide, trop souvent répétées, etc. Toutes ces petites anomalies, compatibles quelque temps avec une apparence de bonne santé, n'en sont pas moins des signaux d'alarme, auxquels il importe de prendre garde.

C'est alors qu'on réformera l'allaitement s'il présente des négligences, des lacunes ; qu'on substituera le plus souvent possible le lait de femme au lait de vache ; qu'on règlera les prises de lait selon les lois du juste milieu : ni trop, ni trop peu. Car il y a des nourrissons qui souffrent d'être sous-alimentés et qui en souffrent dans leur sphère digestive.

Et puis, on aura toujours avantage à faire de la prophylaxie des maladies digestives, plutôt que de les avoir à combattre quand elles sont déclarées.

Dans l'un et l'autre cas, la Reine de Vals trouvera une indication qu'il ne faudra pas négliger. Elle est, on le sait, eupeptique, digestive, alcalinisante, diurétique. Pour toutes ces raisons,

(1) *Bruxelles médical*, 22-7-28.

et aussi parce qu'elle possède une intéressante richesse carbo-gazeuse, l'acide carbonique libre étant intimement mêlé aux molécules liquides et ne se dégageant qu'en très fines bullettes, vous n'oublierez pas que la Reine de Vals fait partie de l'arsenal thérapeutique réservé au chapitre *Digestion* de la pathologie infantile.

E. D. GASTON.

Les Livres

Henri JONQUIERES, édit. « Jadis et Naguère », 21, rue Visconti, Paris 1928.

Mémoires de Armand-Louis de Gontaut, duc de Lauzun, préface et notes de M. Edmond PILON.

M. Edmond Pilon, un de nos plus érudits écrivains et qui savent exhumer en de charmants ouvrages les plus passionnantes histoires des siècles passés, a entrepris la publication d'une collection sur *les hommes, les faits et les mœurs, Jadis et Naguère,* qu'éditent MM. H. Jonquières et Cie. Le premier volume de cette collection sont les *Mémoires du Duc de Lauzun*, non pas le Lauzun de la Grande Mademoiselle, dont Madame de Sévigné a rendu les aventures célèbres, mais de Armand-Louis de Gontaut, duc de Lauzun, général Biron de la Révolution, qui fut guillotiné en 1793.

Une très intéressante préface de M. Edmond Pilon nous renseigne sur ce Lauzun et nous apprend ce que ne nous dit pas ses Mémoires. Les lettres adressées à leur auteur par sa femme Amélie de Boufflers, par ses maîtresses, Aimée de Coigny, duchesse de Fleury (la jeune captive d'André Chenier) et la marquise de Coigny, qui complètent le livre, nous permettent de nous faire une idée assez juste de ce singulier personnage.

Ce Lauzun fut une sorte de Don Juan, de chevalier de Faublas, dont le charme frivole ne rencontra jamais de cruelles dans cette cour corrompue de Marie-Antoinette où il n'était pas possible de concevoir une femme sans amants, ce qui n'émouvait nullement les maris de l'époque.

La duchesse de Grammont, la comtesse d'Esparbès, cousine de Madame de Pompadour, Madame de Stainville, Madame de Cambis, lady Sarah Lamox, Mademoiselle Vaubernier qui fut la maîtresse du comte du Berry et de M. de Fitz-James, Mademoiselle Tétard, de l'Opéra, Madame Chardon, dont le mari était intendant de la Corse, Mademoiselle Audinot, danseuse de l'Opéra, maîtresse du Maréchal de Soubise, Madame de Laval, Madame Dillon, la princesse Czartoryska, Miss Harlaud, la baronne Dalberg, Madame de Coigny, Mrs. Robinsoux, la duchesse de Fleury, etc., etc., etc. sans compter sa femme née Mademoiselle de Boufflers, nombre de femmes de chambre, et une quantité appréciable d'actrices et de danseuses, ne purent lui refuser leurs faveurs.

La reine Marie-Antoinette aurait eu pour lui, s'il faut l'en croire, une véritable inclination et il n'aurait tenu qu'à lui d'en pousser jusqu'au bout la conquête. Lauzun avait un tel charme qu'aucune de ses nombreuses maîtresses ne parut lui tenir vraiment rigueur de ses infidélités, nous dirions de son instabilité.

Mais cet homme frivole ne manquait ni de cœur, ni de courage ; il parcourut l'Allemagne, la Pologne, l'Anglettre, combattit en Corse, fut conquérir le Sénégal et la Gambie et se battit pour l'indépendance de l'Amérique sous les ordres de Rochambeau,

Elu député aux Etats généraux par la province de Quercy, il prit part aux intrigues du duc d'Orléans, Philippe-Égalité, dont il était l'ami, entra dans l'armée républicaine sous les ordres de Custine et de Luckmer et y devint le général Biron.

Il ne se distingua, ni à l'armée du Nord, ni en Vendée. Ses échecs et son inaction le rendirent suspect . Arrêté, condamné à mort par le tribunal révolutionnaire, il fut guillotiné en nivôse an II.

La lecture de mémoires telles que celles de Lauzun, bien qu'il ne faille pas en accepter toutes les affirmations sans réserve, sont du plus grand intérêt ; elles expliquent, si elles ne les justifient, les excès de la Révolution ; et l'on ne saurait être trop reconnaissant à M. Edmond Pilon de contribuer à nous faire connaître dans son intimité cette époque corrompue, frivole et néanmoins charmante, qui précéda la chute de la Monarchie.

J. NOIR.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

HONORAIRES MÉDICAUX ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

A l'occasion de quelques récentes décisions de jurisprudence, il me semble nécessaire de fixer la situation juridique d'un médecin, par rapport à un de ses clients, blessé du travail.

Premier cas.

Une victime d'accident du travail se présente au cabinet du docteur, muni d'un accréditif, détaché, par le patron, d'un carnet à souches, fourni par la Compagnie d'assurances.

Sur cette feuille, le chef d'entreprise informe le praticien que le blessé appartient à son entreprise et qu'il se prétend victime d'un accident du travail.

En conséquence, le docteur est prié d'examiner l'ouvrier et de délivrer le certificat qui permettra au patron de faire les déclarations nécessaires.

Dans ce cas, le médecin fait confiance au patron : non seulement il examine le blessé et lui délivre le certificat nécessaire, mais encore il lui donne ses soins le jour même et les jours suivants, sans se faire payer à chaque fois, par la victime.

Le docteur estime qu'ultérieurement, le patron ou l'assurance de ce dernier lui soldera la note qu'il présentera.

Mais, disons de suite que la loi du 9 avril 1898 n'oblige pas le docteur à agir ainsi : le praticien est toujours en droit — de même que le pharmacien — de se faire payer comptant par l'ouvrier, quitte à ce dernier de se faire rembourser, par son patron, la part que l'article 4, § 2, met à la charge du chef d'entreprise.

Cependant, la plupart du temps, s'agissant d'ouvriers, dont la situation pécuniaire est loin d'être brillante, le médecin ne réclame rien à la victime et plus tard se contentera des prix fixés par arrêtés ministériels, dits tarif Dubief, Breton, Durafour, Fallières, etc.

Ce n'est que lorsqu'il a affaire à des ingénieurs, des directeurs d'usines, ou de riches exploitants agricoles, qui émettent la prétention de se faire soigner aux mêmes conditions que leurs ouvriers, c'est-à-dire d'après le tarif ministériel, que le médecin regimbe et réclame à ces personnes riches le surplus que la loi de 1898 laisse à leur charge (différence entre les prix portés au tarif ministériel et ceux en usage dans la région, pour la clientèle ordinaire).

Aussi, à la demande de certains de nos confrères croyons-nous utile de publier à nouveau le jugement de la 1re chambre du Tribunal civil de Rouen, en date du 6 juillet 1925 et l'arrêt de la Cour de Rouen, en date du 3 mars 1926.

TRIBUNAL CIVIL DE ROUEN (1re Ch.)

6 *juillet* 1925.

(*Gazette du Palais*, 28 octobre 1925.)

Attendu que V., directeur des anciens établissements M. à D., a été victime, le 15 mai 1924, d'un accident du travail lui ayant causé notamment la fracture de la rotule droite et ayant entraîné une réduction de capacité ouvrière de 30 % et l'allocation d'une rente de 1.162 fr. 50 à partir du 15 novembre 1924, date de la consolidation de la blessure et basée sur un salaire annuel de 20.000 fr. aux termes d'un procès-verbal de conciliation dressé devant le président du tribunal civil du siège le 12 février 1925 ; que le Dr P., médecin choisi par V., lui a proposé d'appeler comme chirurgien D., qui a immédiatement donné ses soins à la victime à son domicile à D. ; que D. demande actuellement à M. et à V. le paiement de ses honoraires s'élevant à 4.150 fr. et comprenant, d'une part, les frais d'opération et ses suites immédiates, soit 3.850 fr. ; et, d'autre part, les soins donnés du 1er au 15 juillet, soit 500 fr. ; que l'action de D. est basée sur une convention qui aurait été conclue entre lui et le chef d'entreprise qui l'aurait désigné et choisi pour soigner le blessé ; que cette action rentre donc bien dans les termes du droit commun et ne peut s'exercer suivant la compétence exceptionnelle de l'art. 15, § 4, de la loi du 9 avril 1898 (Sachet, accidents du travail, 6e éd., no 1117 *bis*, § 2) ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, lorsque la victime choisit elle-même son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence du tarif actuellement fixé par arrêté ministériel du 8 juillet 1920 ; qu'en l'espèce P., médecin choisi par V. a

proposé à V. d'appeler comme chirurgien D.; que V. a accepté ; qu'il n'est pas établi que M. soit interven u directement dans cette désignation et ce choix et qu'il en résulte qu'il ne doit à D., chirurgien choisi par V, que les honoraires déterminés par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, soit la somme de 700 fr. ;

Attendu qu'au cas où l'homme de l'art mandé par le blessé ne se contente pas des honoraires fixés par le juge, en vertu du tarif du 8 juillet 1920, il doit intenter pour le surplus de ses honoraires, s'ils sont légitimement dus, une action non pas contre le patron, mais contre la victime elle-même (Sachet, accidents du travail 6e éd. T. I., nº 621) ; que cette interprétation, conforme au droit commun, ressort nettement des dispositions de l'art. 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, qui doivent être interprétées restrictivement ; qu'en l'espèce les honoraires réclamés par D. sont amplement justifiés par toutes les circonstances de la cause, notamment par la gravité de l'opération, le rang et la position de fortune de la personne traitée, qui a un salaire annuel de 20.000 fr. les titres et la situation du médecin, la perte de temps et les difficultés que le chirurgien a éprouvées pour les visites et opérations, ainsi que son éloignement du lieu où il a été appelé ;

Par ces motifs :

Condamne V. à payer à D. la somme de 4.150 fr avec intérêts de droit, et le condamne en tous les dépens ;

Dit que M. est tenu vis-à-vis de D. au paiement de cette somme jusqu'à concurrence de 700 fr. ;

Déboute les parties de toutes fins et conclusions contraires ou plus amples.

COUR DE ROUEN (2e Chambre),

3 *mars* 1926.

(Archives du « Sou médical ».)

Attendu que par jugement rendu le 6 juillet 1925, V. a été condamné à payer à D. une somme de 4.150 francs avec intérêts de droit, pour soins médicaux à lui donnés et qu'il se refusait de payer, sous prétexte qu'étant accidenté du travail il n'était tenu de payer aucun frais ;

Attendu qu'il a fait appel de ce jugement, que cet appel, dont la validité n'est d'ailleurs pas contestée, est régulier en la forme ;

Au fond, attendu que les premiers juges, par des motifs exacts que la Cour s'approprie, et qui répondent suffisamment par avance aux griefs formulés par l'appelant pour faire tomber le jugement attaqué, ont repoussé les prétentions de V., qu'il y a lieu de maintenir leur décision ;

Par ces motifs,

La Cour, ouï etc...

En la forme, reçoit V. appelant du jugement du six juillet 1925,

Au fond, confirme le dit jugement, ordonne qu'il sortira son plein et entier effet ;

Condamne V. à l'amende et aux dépens.

Dans le même sens est intervenue la décision ci-après :

TRIBUNAL CIVIL D'ANNECY.

Audience publique du 26 juin 1925.

Attendu que M. C., docteur-médecin à R., a fait assigner C., en paiement de la somme de 2.940 fr. montant des soins médicaux fournis à celui-ci ensuite d'un accident agricole qui lui est survenu le 24 juillet 1924 ;

Attendu que C. soutient que c'est à tort que le docteur C. a établi sa note d'honoraires d'après le tarif local ; qu'il s'était par déclaration faite le 10 juillet 1924 à la mairie de R. et par application de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922, assujetti à la loi sur les accidents du travail ; qu'en conséquence le chiffre des honoraires qui lui sont réclamés doit être fixé conformément au tarif légal, en matière d'accidents du travail ;

Mais attendu que si, aux termes de l'article 4, paragraphe 1, de la loi du 9 avril 1898, le patron supporte les frais médicaux lorsqu'il se produit dans l'entreprise un accident du travail, il est fait par le paragraphe suivant une exception à cette disposition quand la victime a fait choix elle-même de son médecin ; que le patron n'est tenu dans ce cas des frais médicaux que dans les limites du tarif ministériel dit tarif Dubief-Breton ; qu'il s'en suit que, si le docteur applique le tarif courant, la différence entre ce tarif et le tarif ministériel est supportée par le blessé qui a librement choisi son docteur ;

Attendu qu'en l'espèce, il est constant que c'est C. qui a choisi le docteur C. ;

Attendu que C. soutient que le phlegmon diffus dont il souffrait à la jambe droite ne comportait pas le nombre de visites qui lui sont réclamées ; qu'il y a lieu sur ce point de recourir à expertise; que le docteur C. ne s'oppose point d'ailleurs à cette mesure ;

Par ces motifs :

Jugeant en matière ordinaire et sans s'arrêter à toutes conclusions contraires des parties, si ce n'est pour les rejeter.

Dit que C. ayant choisi lui-même le docteur C. n'est pas en droit d'imposer à ce dernier, pour le paiement de ses honoraires, le tarif ministériel dit tarif Dubief-Breton :

Et avant qu'autrement statuer,

Commet M. V., docteur, médecin-chirurgien à A. aux fins de rechercher si, à raison de la gravité de la maladie et des soins qu'elle a nécessités, les honoraires sont excessifs :

Dépens réservés.

Rappelons à ce sujet un projet de loi (Chambre des Députés, séance du 9 décembre 1925, *Con-*

cours médical, 1926.209), qui fut joint aux autres propositions et projets de loi, modifiant la loi du 9 avril 1898, qui furent l'objet d'un rapport très étudié de M. Gros.

A la séance du 22 décembre 1927 (*Journal officiel*, Débats parlementaires, Chambre, page 3981) la Chambre adopta le texte suivant :

« Quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident et même s'il n'y a pas eu interruption, le chef d'entreprise supporte en outre, les frais médicaux chirurgicaux et pharmaceutiques ..... Le chef d'entreprise est seul tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, taxés par le juge de paix du canton où est survenu l'accident et conformément à un tarif, qui sera établi par arrêté ministériel..... »

Ce texte, voté par la Chambre, est actuellement soumis au Sénat.

Mais, l'on y voit l'intention du législateur de faire supporter au chef d'entreprise seul, tous les frais médicaux, ces derniers étant déterminés par arrêté ministériel.

Ainsi, le médecin serait contraint et forcé d'invoquer, dans tous les cas, les termes de la loi du 9 avril 1898, lorsqu'il réclamerait en justice le payement de ses honoraires : il n'aurait affaire qu'au patron seul et non plus, comme maintenatnt au patron et à la victime (ce dernier pour le surplus du tarif ministériel).

Deuxième cas.

Le médecin n'ignore pas qu'il s'agit d'un accident du travail ; mais, comme c'est son droit absolu, il ne veut avoir affaire qu'à l'ouvrier ou au patron de celui-ci selon les termes du droit commun.

Ses honoraires seront fixés d'après le tarif ouvrier local de droit commun : au chef d'entreprise, à son assurance et à la victime de s'arranger entre eux, pour établir le départ des responsabilités de chacun en ce qui concerne la portion des frais médicaux, qui doit être supportée tant par le patron, que par l'ouvrier.

Or, une certaine tendance se manifeste, dans la jurisprudence toute récente de la Cour de Cassation, qui tendrait à rendre applicable la législation de 1898, toutes les fois qu'il s'agit d'un accident du travail.

Nous avons publié, dans le *Concours médical*, un arrêt du 21 avril 1928 de la Cour de Cassation (*Concours médical*, 1928, p. 2.365), décidant qu'en matière d'accident du travail, lorsque le médecin réclame ses honoraires au blessé, en vertu du droit commun, et que la victime appelle le patron en garantie, la loi du 9 avril 1898 est applicable en l'espèce et que, par suite, le délai d'appel n'est plus, comme en droit commun, de deux mois, après la signification du jugement, mais seulement de quinze jours après le prononcé du jugement.

De même un arrêt de la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation, du 22 mai 1928 (*Concours médical*, 1928.2083) décide que la prescription d'un an prévue par la loi du 9 avril 1898 (et non celle de deux ans, du droit commun) est applicable aux instances en payement d'honoraires, dirigées par le médecin, contre le chef d'entreprise, qui avait appelé le docteur pour donner ses soins à une victime d'un accident du travail.

De ceci résulte que, toutes les fois que la loi de 1898 peut directement, ou indirectement, être mise en jeu, cette législation d'exception a tendance à se substituer aux règles du droit commun.

Troisième cas.

Le médecin n'a pas été averti que le blessé qu'il soigne peut se prévaloir de la loi sur les accidents du travail : ce n'est que plus tard, au moment du règlement des honoraires, qu'on oppose au praticien les chiffres plus faibles du tarif ministériel.

Un cas récent vient d'être résolu par le juge de paix du 3e arrondissement de Paris.

Un médecin est appelé à donner ses soins à la victime d'un accident d'automobile, pendant une vingtaine de jours.

Il envoie sa note d'honoraires à son client, qui la fait parvenir à son assurance.

Quelque temps après, le praticien reçoit une lettre, l'informant que l'accident étant survenu au cours du travail de la victime, c'était le tarif ministériel et non le tarif de droit commun, qui devait être applicable.

Défendu par le « Sou médical » et par Me Priou, notre avocat-conseil, notre confrère refusa toute diminution sur les honoraires qu'il réclamait en vertu du droit commun et le juge de paix lui a donné raison, par la décision suivante.

JUSTICE DE PAIX DE PARIS (3e canton).

25 *avril* 1928.

(Archives du « Sou médical ».)

Le médecin qui soigne un blessé et qui est laissé dans l'ignorance qu'il s'agit d'un accident du travail, est en droit d'exiger le paiement de ses honoraires d'après le tarif du droit commun.

Attendu que le docteur C. a fait citer les époux B. en leur nom et comme représentants de leur fils mineur pour s'entendre condamner à lui payer : 1° la somme de 650 fr. pour soins donnés à M. B. fils ; 2° la somme de 100 fr. pour soins donnés à Mme B., ensemble la somme de 750 fr ;

Attendu que les époux B. ne méconnaissent pas les soins donnés par le docteur C., mais prétendent, en ce qui concerne ceux donnés à M. B. fils, qu'ils

étaient consécutifs à un accident du travail et qu'ils doivent être réclamés à la compagnie d'assurances, en l'espèce la « France Asiatique », qui est prête à les payer d'après le tarif Breton ;

Attendu que cette prétention des époux B. est en tous points insoutenable : que, tout d'abord, ils n'établissemnt pas qu'au moment où B. fils a demandé les soins de M. le docteur C., il lui a fait connaître qu'il s'agissait d'un accident de travail ; que, bien au contraire, les circonstances de la cause indiquent nettement que le médecin a été tenu dans l'ignorance de cette situation particulière ; que, du reste à supposer qu'il y ait eu accident du travail, il résulte d'une jurisprudence formelle que le médecin choisi par le blessé a une action directe contre lui pour la totalité des honoraires qui sont dus ; que, dans ces conditions, les honoraires réclamés par le docteur C., et qui ne sont du reste pas contestés dans leur quantum, lui sont entièrement dus ;

Attendu qu'il en est de même des 100 francs représentant les honoraires dus pour soins donnés à Mme B.

Par ces motifs :

Statuant en dernier ressort,

Condamnons les époux B. en leur nom personnel et comme représentants de leurs fils mineur à payer à M. le docteur C. la somme de 750 francs pour honoraires.

Les condamnons en outre en tous les dépens...

Remarquons, dans le jugement ci-dessus, que le père est condamné à payer les soins qui ont été donnés à son fils mineur. Un certain nombre de décisions de jurisprudence ont été publiées, dans le *Concours médical*, ne laissant aucun doute à ce sujet.

Comme conclusion de tout cela, nous pouvons dire que le médecin reste actuellement en droit de réclamer à son blessé, la totalité de ses honoraires, calculés d'après le tarif syndical local.

Le blessé se retournera vers son patron et, si la loi du 9 avril 1898 est applicable, le chef d'entreprise remboursera à son ouvrier les charges qui lui incombent, d'après le tarif déterminé par arrêté ministériel.

A plus forte raison, si le médecin a été laissé dans l'ignorance que les lésions qu'il a soignées relevaient d'un accident du travail, est-il en droit de se faire payer d'après les règles du droit commun.

Cependant, signalons cette tendance de la cour de Cassation de rendre applicables les dispositions de la loi du 9 avril 1898 aux litiges entre médecin d'une part et blessé, ou chef d'entreprise d'autre part.

Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? L'avenir le dira. Mais, ce que nous pouvons affirmer, c'est que petit à petit l'immense majorité des praticiens de France s'est habituée à ne jamais réclamer à la victime d'un accident du travail lorsqu'il s'agit d'un ouvrier, la part d'honoraires qui reste à sa charge : les médecins se contentent des chiffres déterminés par les arrêtés ministériels.

De plus, en matière d'accident du travail, les docteurs usent de l'action directe, pour assigner le patron responsable, laissant souvent de côté le blessé lui-même.

Ce sont des habitudes qui ont été prises et contre lesquelles il est difficile de réagir, d'autantque souvent l'ouvrier est un pauvre diable, qui ne pourrait pas décaisser la part qui reste à sa charge et, s'il faut assigner en justice, le blessé a fréquemment changé de pays, ou d'entreprise.

Devant ces difficultés d'ordre pratique, les praticiens ont pris l'habitude de traiter directement avec le chef d'entreprise, ou l'assurance de celuici.

C'est un acheminement vers la loi sur les assurances sociales, avec les tractations entre Corps médical et caisses locales.

D'ailleurs, en nous appuyant surtout sur la jurisprudence établie en matière d'accidents du travail, j'ai pu discuter, avec certains syndicats médicaux, les aspects juridiques des différentes situations pratiques que les médecins auront demain, vis-à-vis des caisses d'assurances sociales pour les soins à donner aux assurés, pour le mode de payement et le quantum des honoraires à réclamer.

Dr Paul BOUDIN.

UNE IMPORTANTE QUESTION D'ACTUALITÉ

Le Problème du Logement pour les Travailleurs Intellectuels.

« *Sous ce titre, dit la* Vie Judiciaire *des* 30 *et* 31 *juillet* 1928, *nous avons publié dans notre dernier numéro les desiderata des propriétaires exprimés au cours du XXVII^e congrès de la propriété bâtie de France, tenu à Paris les* 18-20 *juin* 1928 ».

Nous reproduisons du même auteur, sur cette même question, la communication de la Conférdération des Travailleurs intellectuels (C. T. I.) ; elle vient d'être radiodiffusée au poste de la Tour Eiffel, par Me Louis Sarran, avocat à la Cour de Paris, délégué de la section des professions libérales au Comité de la C. T. I., membre du bureau ; il sollicite une enquête générale près des intéressés.

« La C. T. I., s'excuse de vous inffliger, à l'heure du repos, un sujet aussi sévère, mais elle a le devoir impérieux de jeter un cri d'alarme.

Pour la plupart des Français, le problème du logement peut être une préoccupation. Pour les travailleurs intellectuels — surtout ceux des professions libérales — il est une angoisse permanente.

Pour eux, il ne s'agit pas seulement de savoir s'ils pourront s'assurer, assurer à leur famille, un abri plus ou moins confortable, mais s'ils ne perdront pas leur instrument de travail, c'est-à-dire leur moyen d'existence.

En stabiliant le franc, l'Etat a consacré la perte sans retour dse 4/5 de la monnaie nationale : Désormais le franc vaut quatre sous : Il doit valoir quatre sous pour tous, sans exception.

Ceux qui ont prêté à l'Etat, à des Sociétés ou des particuliers, des francs qui valaient 20 sous, ne recevront plus que des francs à 4 sous : Peut-on exiger qu'ils payent leur loyer avec des francs à 20 sous ?

Or, multiplier les loyers de 1914 par le coefficient 5, c'est, en réalité, en exigér le paiement en francs or.

Il ne peut y avoir deux catégories de Français : ceux qui possèdent des pierres, c'est- à-dire de l'or et ceux qui détiennent la signature de l'Etat ou des particuliers, c'est-à-dire du papier.

Il n'est pas de texte législatif qui puisse prévaloir contre une injustice aussi révoltante.

On dit : le logement est une marchandise comme une autre, pourquoi en limiter le prix, alors qu'on ne limite pas celui des autres marchandises.

Ce raisonnement est faux.

Dans tous les pays, chaque fois que n'a pu jouer la loi de l'offre et de la demande, ce qui est le cas pour le logement, ont été taxées les denrées de première nécessité : l'habitation est du nombre.

Au surplus et avant tout, s'il est licite que les commerçants vendent leurs marchandises au cours du jour, c'est seulement lorsqu'ils les ont achetées au cours du jour.

Les propriétaires d'immeubles, construits ou achetés avant la guerre — outre qu'ils ont plus ou moins amorti leur capital — échapperaient seuls à la loi commune du franc à quatre sous, s'ils pouvaient multiplier le loyer de 1914 par le coefficient 5, c'est-à-dire le recevoir en francs or.

La C. T. I. n'a et ne peut avoir de doctrine politique, ni religieuse : Sa raison d'être est la défense des intérêts moraux et matériels des travailleurs intellectuels.

Elle n'est pas et ne peut être l'adversaire de la propriété : Elle en réclame chaque jour l'extension aux productions de l'esprit. Mais elle admet que l'intérêt particulier a pour limite l'intérêt général et, d'accord avec la jurisprudence la plus moderne, elle n'accepte pas l'abus du droit.

Dans l'intérêt général, les droits de l'écrivain, du peintre, du musicien, du sculpteur. de l'inventeur, expirent 50 ans après la mort du créateur.

Si l'état général s'accommode du maintien sans limite du droit de propriété, il exige que son exercice ne lèse pas une catégorie de citoyens.

Les travailleurs intellectuels sont, de tous les Français, les plus atteints par la dévalorisation du franc.

Avec le franc à 20 sous, leur modeste patrimoine, labeur cristallisé de plusieurs générations, garantissait généralement leurs besoins matériels. Aevc le franc à 4 sous, leur existence même n'est plus assurée.

Alors que les salaires manuels ont, nécessairement et légitimement atteint ou dépassé le coefficient 5, la plupart des appointements ou honoraires n'ont pas dépassé le coefficient 2 ou 3, tandis que les impôts — la patente notamment — ont pour le moins décuplé.

Si le prix des loyers peut être quintuplé, c'est pour la majorité d'entr'eux — surtout dans les professions libérales — l'impossibilité absolue de vivre.

Si pour essayer de vivre de sa profession, le médecin de campagne ou de quartier doit demander 50 ou 100 francs pour une simple visite, le plus modeste avocat 500 francs pour le moindre litige, n'est-il pas à craindre que la santé publique n'en soit atteinte et la justice désertée au profit de la mauvaise foi ?

Cependant, comment échapper à cette nécessité si le plus humble professionnel doit, avant de songer à son alimentation et à son habillement acquitter pour le seul logement un tribut annuel de 15 et 20.000 francs, plus que doublé par la patente et les impôts personnels, soit 30 à 40.000 francs.

Il y a mieux. A Paris, tout au moins, un grand nombre de propriétaires refusent ystématiquement toute location aux professionnels : médecins, avocats, architectes, officiers-ministériels, experts, receveurs de l'enregistrement et autres fonctionnaires

Peut-on concevoir que tous ces facteurs indispensables de la vie sociale, soient exclus du cœur de la ville et relégués dans quelque lointaine banlieue ?

L'intérêt général ne doit-il pas, ici, commander à l'intérêt ou au caprice individuel ?

Sans doute, la guerre a détruit des richesses qui ne se reconstitueront plus et la création de richesses nouvelles doit être le premier souci de tout gouvernement. Mais dans la production, les travailleurs intellectuels jouent un rôle considérable, sinon apparent.

Ce sont eux qui fournissent les techniciens, créateurs ou organisateurs, les dirigeants ou agents des grands Services de l'Etat — la justice et l'hygiène en première ligne — sans lesquels la production elle-même serait impossible.

Si ces postes qui constituent l'armature intellectuelle et morale du pays deviennent inaccessibles aux classes moyennes, imbues de nos traditions nationales, à qui livrera-t-on les leviers de commande de l'Etat ?

Il est donc indispensable que les travailleurs intellectuels conservent dans la cité la place qui leur revient et qu'ils soient assurés d'une dignité d'existence en harmonie, à la fois avec leurs fonctions et avec la situation que leur a créée le nouveau franc.

Par quels moyens ?

D'abord, construire, construire comme dans tous les pays atteints par la crise mondiale, avec le concours de l'Etat pour offrir aux bourses moyennes des logements accessibles et répondant à leurs besoins.

Le Parlement a mis en chantier une législation dont il est permis d'escompter d'heureux effets et la C. T. I. s'efforcera de lui apporter une utile contribution.

Mais le résultat espéré ne sera atteint que dans 5 ou 6 ans au minimum : aucun doute que jusqu'à ce moment de nouvelles prorogations soient indispensables.

Le programme de construction exécuté, le marché du logement ayant recouvré son équilibre, les travailleurs intellectuels pourront-ils acquitter le loyer que la libre volonté des propriétaires pourrait leur imposer ?

L'avenir seul permettra de répondre.

Dès à présent, il est permis d'affirmer qu'il est injuste de rendre la liberté aux seuls propriétaires d'immeubles à gros loyers — généralement Sociétés puissantes, souvent à capitaux internationaux, qui n'ont que peu ou pas souffert de la guerre — et leur permettre de rejeter automatiquement leurs locataires fortunés dans la masse des concurrents moins avantagés.

Nul n'ignore, par contre, qu'un grand nombre de petits propriétaires ou de propriétaires d'immeubles à petits loyers, ont cruellement souffert de la guerre et des abus, peut-être inévitables, qu'elle a engendrés.

Il nous paraît que l'Etat, qui s'est reconnu le devoir de contribuer à la création d'un nouveau patrimoine immobilier, se doit également à la conservation de l'ancien.

A ceux qui faute de ressources ou de revenus, clament la grande pitié de leurs immeubles, l'Etat doit apporter, pour les réparations et restaurations nécessaires, le même secours en subventions et en prêts, qu'aux constructions d'immeubles nouveaux, mais ce secours de tous ne peut être que la rançon de la perte commune. Propriétaires et locataires, égaux devant le concordat national du franc à 4 sous doivent subir également la perte des 4/5 : A chacun 2/5.

En conséquence, logiquement, et équitablement, les loyers des immeubles anciens ne devraient pas atteindre progressivement un taux supérieur à 2 fois 1/2 celui de 1914. De la sorte, un loyer de 1.000 fr. en 1914 serait porté par paliers à 2.500 — un loyer de 3.000 à 7.500 — un loyer de 10.000 à 25.000 et ainsi de suite...

Ainsi avec le concours de la collectivité et sous l'égide de l'Etat, propriétaires et locataires se répartiraient également entre eux le fardeau de la dévalorisation du franc, et, par cette juste transaction, pourrait s'instituer, dans l'intérêt de la Paix sociale et de l'avenir du pays, le « LOCARNO du LOGEMENT ».

La C. T. I. le souhaite ardemment : Elle est résolue à s'y employer.

C'est dans cet esprit et dans ce but qu'elle a pris l'initiative d'une enquête dont les résultats seront transmis au Parlement, qu'elle contribuera à éclairer.

Elle demande à tous les intéressés, adhérents ou non, de faire connaître au siège social : 12, rue Henner, à Paris, leurs suggestions sur le problème qui nous préoccupe : Le refus systématique de location qui serait opposé aux professionnels, ainsi que les conditions inacceptables qui seraient opposées à la location.

Elle espère que son appel sera entendu des deux côtés de la barricade, avant qu'elle ne l'adresse aux Pouvoirs publics ».

***

La Confédération des Travailleurs Intellectuels parle par T. S. F. tous les vendredis à la Tour Eiffel « Université » ou « Journal Parlé ». Il y fut parlé le 27 juillet de la question troublante des loyers, comme on vient de le voir, pour le grand public.

Mon collègue et ami du bureau de la C. T. I. l'avocat Louis Sarran fait appel à mon âme de syndicaliste, me sachant des deux côtés de la barricade, pour combattre en faveur des locataires.

J'ai écrit trop souvent les menaces qui pèsent sur les professions libérales, médecins, avocats... dont on ne veut plus nulle part — alors que les mercantis dont personne n'ose parler, triomphent. Voyez, dans les boutiques, les sourires, non des marchands sûrs de leurs prix de loyers et maîtres des prix de vente, mais des clients qui

ont peur, avec leurs francs à quatre sous, francs nombreux, de ne pouvoir être servis. La prose de mon ami Sarran mérite *quelques*, *beaucoup* de réflexions.

Je voudrais bien que tout s'*arrange*, que les « commençants » et les « finissants » de la profession puissent exercer, vivre... mais... combattre, restreindre la propriété, n'est pas le moyen, me semble-t-il, de la multiplier, de faire construire... à quels prix du reste, si l'Etat, les villes, — nous contribuables non consultés — opèrent !

M. Trutié de Vareux et la Chambre des Propriétaires de Paris veulent des paliers....

Pourquoi ne demander de sacrifices qu'aux mêmes ? Et nos « honorables » qui cumulent les professions et s'augmentent sans cesse ; quand l'un d'eux veut abandonner son traitement, — non, son indemnité ! — on l'invalide (cas Valensi, 1928).

Le budget de la Ville de Paris est écrasant. C'est lui qui double ou presque nos loyers, et pourquoi ? Pour des piscines inachevées de douze millions, des logements à « place modérée » loués très cher, des voyages d'études (?) ici et là, etc., etc. Pour quoi ne pas demander, obtenir là des réductions ; que d'inutiles et coûteuses missions payées par nous qui n'en pouvons mais, *Paris Municipal* fondé par Paul Vivien, ancien conseiller municipal de Paris, en cite souvent...

La « marchandise maison » est amortie, dit-on, ne ressemble en rien à la nourriture tout en étant de première nécessité. Mais l'alimentation passe avant, car même ceux de nos contemporains qui « couchent sous les ponts », mangent ; donc, les aliments, avant le loyer, devraient être taxés. Voyez Convention et Guillotine ! On sait le « grand écart » entre les prix de revient et ceux de vente, alors, qu'attend-on ? On sait bien qu'on ne verrait plus rien, si l'on taxait, alors que la maison est là ; elle est *là*, mais ne se multiplie pas, alors que les francs restent en banque, improductifs, nombreux, car leur existence immobilière est falote, douteuse, menacée..... de par les lois, l'état mal réglé des choses.....

Le franc est à quatre sous et doit l'être pour tout le monde. Par analogie devrait-on dire, le Nord et l'Est de la France ont été dévastés, faisons en autant pour le reste de la France ? Le franc est à quatre sous pour les rentes et devrait être de même pour les pierres, autrement dit les maisons ! Le franc est à vingt sous (par son nombre) pour le travail manuel, à huit et douze sous pour le labeur cérébral. Et cependant, nos monuments portent : « Egalité, Liberté, Fraternité'. »

Des réalités vaudraient mieux que des mots creux ! Les rentiers meurent de faim ou se suicident. Bien des intellectuels font de même. Certains propriétaires, au front comme tant d'autres, sont rentrés, ruinés, avec des maisons délabrées, et, n'ayant pas touché, sans argent pour les réparer ; certains se sont tués. Quelques-uns sont des vautours, certes, mais que de locataires, le sont plus encore, vis-à-vis de leurs co-locataires.

Qu'on nous permette de citer l'*Œuvre* non suspecte de tendresse pour les propriétaires (ni pour les médecins). En son « Coin des Mamans », le 29 juillet 1928, avec le sous-titre : Des appartements disponibles », nous trouvons cet article de Madame Marguerite Prévost :

La suggestion que je vous soumettais la semaine dernière sous ce titre m'a valu quelque courrier. Pour aujourd'hui, je ne veux pas vous signaler la cruelle confirmation apportée, sur l'exploitation de la crise par les tenanciers de meublés, par l'un de nos lecteurs.

Son cas est, en effet, d'une espèce particulière. Nous connaissons le trafiquant toujours preneur, aux plus hauts prix, d'appartements libres qu'il meuble tant bien que mal et sous-loue en bloc ou qu'il débite à la pièce... Nous connaissons même le malin et même la maligne qui ont, momentanément paraît-il, quitté l'appartement qu'ils habitaient et qu'ils sous-louent... afin d'aller ailleurs recommencer. Nous avons enfin tous entendu parler de ces ingénieuses familles qui tiennent à garder un appartement trop grand, bien que des échanges avantageux leur soient offerts parce qu'elles ont trouvé quelque chose d'autrement fructueux : c'est la sous-location meublée de parties de leur appartement. Avouez qu'il y aurait intérêt à retirer au moins le bénéfice de la loi sur les loyers à ces gens-là.

Notre correspondant, lui, a mis la main sur une autre variété d'industriel : c'est le propriétaire qui a enfin compris le truc : puisque le prix des appartements nus est limité et que celui des appartements meublés ne l'est pas, pourquoi le propriétaire se priverait-il d'une exploitation parfaitement autorisée lorsqu'elle est pratiquée par des locataires ? En somme, que reprocher à cet homme ingénieux qui a supprimé un intermédiaire ? Y songez-vous ? S'il avait fait de la location meublée à prix modéré, cet homme-là aurait même pu être considéré comme un bienfaiteur ?

Malheureusement, ce n'est pas le cas. Outre que les chambres qu'il loue, sommairement meublées, sont privées de tout espoir de soleil, il faut descendre un étage pour aller chercher l'eau... dans les w.-c., à cinquante centimètres du sol. J'ignorais, je le confesse, qu'une telle installation fût admise par les services de salubrité. Ce parfait confort se paye à raison de 236 fr. 75 par mois, soit 2.841 francs par an.

Maintenant une double question se pose : est-ce que tous ces exploiteurs en chambre ont fait leur déclaration à la préfecture de police et au percepteur ?

M. Chiappe, non sans sagesse, veut que sa

police soit sympathique et mieux encore : populaire. Quelle besogne à cet égard efficace il lui ferait faire s'il la chargeait d'établir un fichier *complet* du meublé ! C'est qu'alors, en effet, il n'aurait pas de peine à obtenir la liberté de trancher ferme là-dedans, pour mettre, dans le minimum de délai, à la disposition des jeunes ménages riches déjà d'un bébé, quelques centaines d'appartements... Marguerite Prévost ».

Limitons les droits des mauvais locataires et on les peut connaître, si l'on veut bien . Mais d'autres côtés du problème du logement demeurent, surtout sa rareté.

« La critique est facile, et l'art est difficile » me dira-t-on avec La Fontaine. Mais nous avons des gouvernements payés pour nous trouver les remèdes, des Ministres, deux Chambres, des gens à qui le suffrage universel a reconnu toutes les compétences, se reconnaissant, lui, incompétent.

Alors que nos « honorables » voient, comparent, sachent l'histoire, consultent — il y a tant d'économistes « distingués » — et évitent les fautes passées... concilient tout, soient de bons « juges de paix » !...

Et puis, que tout le monde « se serre », économise... Donne-t-on aux médecins, aux avocats ... des augmentations, quand ils ne font pas leurs affaires. Ils peuvent augmenter leurs prétentions, dira-t-on. Mais les clients, contribuables et « taillables à merci » par ailleurs, sont, là, rétifs : ils se soignent peu ou tard, recourent comme soins ou plaidoiries aux charlatans bon marché... Tout ce qui est indépendant ne peut s'augmenter ou si peu, mais... les autres ? ...

Comment faire ?

Encourager les initiatives privées par tous les moyens, donner au travail toute sécurité et toute liberté. Il y a trop à dire sur ces points pour y insister...

***

L'Œuvre du 17 août 1928 écrivait : « La crise des logements serait moins aiguë si on louait tous les locaux vacants ». Certes, oui, et on les louerait, si l'on était sûr de les retrouver au moment du besoin. Dans le *Journal des Praticiens*, j'ai souvent écrit que bien des propriétaires dont les fils préparent par exemple la médecine, le droit, ne louent pas, car ils veulent pouvoir les loger, le moment venu, alors que les empêchent des lois tyranniques dont ne profitent que certains locataires, on l'a vu.

Le franc à *quatre sous*, que combat Jean de Pierrefeu, n'encourage guère la construction : il en faut trop...

Donc quantité d'appartements restent et malgré la rareté des logements, d'où du reste le locataire est souvent indélogeable ; ils resteront vacants : la future loi, qui les veut louer quand même, se heurtera aux occupants intéressés, fils, neveux, cousins, des propriétaires qui y peuvent habiter en attendant la prise du grade. Les lois ne sont faites, a dit un humoriste (?) que pour être violées !...

La *Femme et l'Enfant* du 15 août 1928, contient une belle étude de M. Théodore, professeur de démographie à l'Ecole des Hautes Études sociales, sur la *Loi Loucheur*, avec amendement Landry réduisant de moitié les droits de mutation sur les achats de terrain pour construction d'habitations à bon marché, sur la loi Ribot qui y est perfectionnée.

Il faut la liberté de bâtir. Un maçon bâtissant lui-même sa maison ne s'est pas vu bénéficiaire des avantages des constructions neuves !... Et, je ne puis mieux conclure qu'avec M. Stéphane Lauzanne, l'auteur du beau livre *Au secours du Français enchaîné*, que « *le responsable de la crise du logement est l'Etat* ».

« Nous extrayons d'un bon article de M. Stéphane Lauzanne, dans les *Actualités*, les passages suivants qui correspondent entièrement à la façon de voir de *La Femme et l'Enfant*, quant aux responsabilités qui incombent à nos dirigeants en matière d'habitation (*La Femme et l'Enfant*, 15 août 1928) :

« La construction d'habitations n'est, en somme, qu'une industrie comme une autre. Elle est, en tout cas, soumise aux mêmes lois générales que les autres industries. Elle exige des constructeurs, des matériaux : ni les uns, ni les autres ne manquent en France. Elle veut aussi que ces constructeurs puissent construire librement, qu'ils aient le droit de fabriquer à l'avance et par série, que surtout, ils aient le droit de stocker en utilisant les périodes de chômage ou les mortes saisons. Elle veut enfin que, lorsque les constructeurs ont construit, ils puissent librement vendre leurs constructions, sans qu'il en résulte une pénalité extravagante — j'allais écrire une amende formidable.

« C'est ce qui se passe dans tous les pays du monde pour l'édification des habitations. C'est même ce qui se passe en France pour la plupart des industries, y compris les industries de luxe. Mais ce n'est pas ce qui se passe pour la première des industries d'utilité publique, pour cette industrie qui consiste à fabriquer des toitures sous lesquelles les citoyens pourront abriter leurs têtes. Là, l'Etat intervient et demande aussitôt : « Pour qui est cette maison qu'on bâtit ? » Et, si on lui répond qu'on ne sait pas, que ce sera pour un acquéreur inconnu, il fronce le sourcil, décroche son appareil fiscal, met en mouvement ses procureurs de contribution et prononce : « Vous payerez 27 pour 100 d'amende (parfois plus) sur le montant de la vente. »

« Et il conclut en ces termes :

« Le projet de loi de M. Loucheur va-t-il remédier à la crise du logement ? Il y remédiera au moins en partie. Mais, je vous en prie, vous tous qui souffrez de la crise, n'oubliez pas le seul, le principal auteur de votre souffrance — l'Etat. Et dites-vous

que, si, en 1927, on a pu construire aux Etats-Unis, 519.000 maisons, représentant la somme formidable de 7 milliards de dollars (175 milliards de francs), c'est qu'il n'y a pas de droits de mutation, pas de taxes hypothécaires — enfin quoi, pas de fisc aux doigts crochus... »

On ne saurait mieux dire !

Dr Foveau de Courmelles.

VARIÉTÉS

Charles Guéret et son œuvre.

Nous avons à plusieurs reprises annoncé, et mmeê publié, les poésies du Dr Charles Guéret, de Sète.

Voici une étude sur son œuvre, qui mérite d'être connue de tous ceux, et ils sont nombreux parmi nous, qui cherchent et trouvent dans le culte des belles-lettres, et des beaux-arts, de consolantes diversions aux amertumes de la vie professionnelle.

G. D.

Il est toujours difficile, pour celui qui aime la vérité, de porter un jugement sur l'œuvre d'un artiste, et la difficulté devient une impossibilité, lorsqu'il s'agit de l'œuvre d'un véritable créateur.

L'œuvre de Charles Guéret, qui est un miroir dans lequel se refléte un monde merveilleux, montre tout le mystère que recèle une âme qui vit de cette vie surnaturelle que l'on appelle l'inspiration. C'est pourquoi il n'est pas possbile d'analyser un talent poétique comme le sien, et les gros volumes que pourront lui consacrer ses biographes à venir seront remplis d'annotations encore plus vaines que toutes celles qui composent d'habitude cette sorte de production.

Charles Guéret, ainsi que l'a révélé la Presse durant ces derniers mois, imprime lui-même ses poèmes, dans de telles conditions, que la partie de son œuvre qu'il livre actuellement au public, est une réalisation remarquable dans l'art de l'édition de luxe. C'est ainsi que nous venons de voir paraître six poèmes dans lesquels flotte un reflet de cet étrange mystère, qui nous donne les sensations rares, presque jamais éprouvées, et qui, toutes, tiennent du vertige.

Ecoute fait vibrer en nous, comme si elles étaient des échos, toutes ces sensations morbides, contradictoires, bizarres, folles, qui naissent dans une âme trop délicate et qui cherchent l'absolu dans l'amour. *Nocturne* fait naître cette musique imprécise qu'éveillent en nous les belles nuits d'été et fait apparaître devant nos yeux, à travers tour à tour une légère brume ou un poudroiement de lune, des images délicates, créées par l'harmonie des vers aux sonorité merveilleusement rythmées. *L'Hymne au vin* nous montre combien l'inspiration de Charles Guéret est d'une pureté absolue : il a su faire vivre là encore les mots qui, assemblés avec un art trop rare de nos jours, forment un ensemble qui trouble des fibres puissantes dans nos cœurs de Méridionaux, mais on sent que le poète a pris là un sujet trop matériel pour son inspiration. Dans *A Molière*, l'envolée de la pensée fait comprendre tout ce qu'est cette pensée lorsqu'elle se trouve dans un ciel assez vaste pour elle. Les accents sont suffisamment beaux pour ne pas être indignes de ce thème, les vers sont suffisamment solides pour ne pas nous paraître faibles lorsqu'ils chantent l'immortalité du génie. *Printemps, Jeunesse* éveille l'angoisse de la fuite des belles années et de l'approche des heures durant lesquelles nous regretterons les baisers que nous n'aurons pas su prendre. *Ta Provence, Mistral,* reproduit avec une intensité étrange le charme du pays où tout est plus beau, où tout a plus de lumière, où tout a plus de joie.

Ainsi, chacun de nous peut étudier et fixer les réactions de son être, lorsque devant lui ont surgi les belles images du rêve, lorsque dans sa chair ont vibré les sensations qui ont diminué en lui le poids de la matière. Mais nous ne devons jamais avoir la prétention de connaître la nature de la merveilleuse drogue qui nous a permis de pénétrer dans le paradis artificiel.

Certains critiques, qui voudraient bien enfermer des rayons de soleil dans leurs mains, vont fouiller dans la vie de l'écrivain qu'ils étudient, espérant que parmi ces pauvres faits, ils trouveront la source des sentiments qui constituent la beauté de son œuvre, et que le rythme, selon lequel ces faits se reproduisent, pourra leur révéler des tendances de cet esprit créateur, et ainsi leur livrer le grand secret.

Le travail de ces pauvres compulseurs de documents faux pourrait être comparé à celui de l'insensé qui, voulant étudier l'essence de la lumière, examinerait soigneusement la lampe d'où elle surgit.

L'instant durant lequel je rencontrai pour la première fois Charles Guéret restera dans mon souvenir avec une précision que rien ne pourra atténuer. J'avais lu presque toutes ses œuvres, et certains de leurs détails avaient gardé sous mes yeux une ombre que je n'avais pu dissiper. Je me rendais très bien compte que cela provenait uniquement de ce que je ne connaissais pas la parole magique qui devait déchirer les ténèbres. Et puis, un jour, le hasard, sur le quai d'une

gare, me mit en présence du poète. Dès que j'aperçus ce regard qu'il dirigea vers moi, en me tendant la main, avec cette bonté infinie dont tous ses amis connaissent la valeur, je compris quelle était cette ombre qui parfois m'avait caché quelques côtés des belles images. Je compris que l'inspiration qui avait créé ces rythmes aux sonorités inoubliables, ces phrases aux formes qui avaient la solide beauté des monuments indestructibles, venaient des lointains d'une âme qui cachait dans son infini des sentiments, des pensées, des images, des forces, qui, arrivant trop belles dans leur pureté, du sein de cet empire fabuleux, étaient ternies par notre pauvre réalité. Et c'est pourquoi je dis que l'on ne doit jamais avoir la prétention de connaître une œuvre vraiment belle, car elle contient ce que notre esprit ne peut contenir. (*Le Petit Méridional*, 24 mai 1928.)

Jean CLAREL.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HOSPICES CIVILS DE ROUEN

Concours du 11 décembre 1928, pour la nomination du chef de service dentaire.

Règlement arrêté par délibération du 24 mai 1928, *approuvée par le Préfet le 4 juin* 1928.

Article premier. — Un concours est ouvert pour l'attribution de la direction du service dentaire à créer dans les hôpitaux de Rouen à l'usage des malades hospitalisés et des indigents de la ville de Rouen. Ce service est destiné, en outre, à servir de centre d'enseignement pour les étudiants.

Ce concours aura lieu publiquement dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

Art. 2. — L'ouverture du concours sera annoncée au moins six mois à l'avance au moyen d'affiches apposées dans la ville de Rouen, d'avis adressés dans les principaux hôpitaux et écoles dentaires de France, les facultés et écoles de médecine, enfin, d'insertions publiées dans les journaux de Rouen et dans la presse médicale.

Art. 3. — Nul ne pourra être admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français, âgé de 25 ans révolus et pourvu soit du diplôme de docteur en médecine, soit du diplôme de dentiste délivré par une école dentaire officielle française.

Art. 4. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat des hospices civils de Rouen, rue de Germont, n° 1, au plus tard vingt-cinq jours avant la date fixée pour le concours. Ce délai est de rigueur.

Ils déposeront à cet effet au Secrétariat des hospices :

1° Une demande d'inscription contenant engagement de se conformer au règlement des hospices civils de Rouen, ainsi qu'aux décisions pouvant être prises ultérieurement par la Commission administrative ;

2° Un extrait en forme de leur acte de naissance ;

3° Une pièce établissant leur qualité de Français ;

4° Un certificat de moralité ;

5° Leur diplôme de docteur en médecine ou de dentiste d'une Ecole officielle française ;

6° La nomenclature des titres et un exemplaire au moins des travaux scientifiques qu'ils se proposent de soumettre au Jury ;

7° Une pièce établissant leur situation au point de vue du service militaire.

A l'expiration du délai d'inscription, les candidats ne devront plus pénétrer dans les services des hôpitaux jusqu'à la date du concours.

Art. 5. — La Commission administrative des hospices civils de Rouen statuera sur l'admissibilité au concours d'après les documents détaillés à l'article 4.

La décision sera notifiée aux intéressés.

Art. 6. — Le jur y du concours, dont la présidence appartient à celui d'entre les membres de la Commission administrative des hospices de Rouen spécialement délégué à cet effet, comprendra, outre celui-ci :

1° Trois stomatologistes des hôpitaux de Paris ;

2° Un médecin et un chirurgien chefs du service des hôpitaux de Rouen, à désigner par la Commission administrative au moyen d'un tirage au sort sur la liste des chefs de service en activité.

Art. 7. — En l'absence du membre de la Commission administratieve délégué pour présider le concours, la présidence sera dévolue au plus âgé des membres composant le jury.

Art. 8. — L'Administrateur des hospices dirige les opérations du concours ; il prend part avec voix prépondérante à toutes les délibérations sur les questions qui ne sont point d'ordre exclusivement scientifique.

Il proclame les résultats du concours et en rend compte à la Commission administrative.

Le secrétaire-directeur peut assister à toutes les opérations du concours.

Art. 9. — Le jury prend toutes les mesures qu'il juge opportun pour assurer la régularité du concours, il veille notamment à ce que les candidats ne puissent utiliser aucun ouvrage imprimé ou manuscrit, ni aucun secours étranger quelconque.

L'épreuve écrite est déposée sous pli cacheté jusqu'au moment de la lecture.

Hormis pour ce qui concerne l'examen des titres et travaux qui constitue obligatoirement la première opération du concours, le jury a la faculté d'intervertir l'ordre des autres épreuves définies sous l'article 11. Il en fixera d'un commun accord entre ses membres les jour et heure.

Art. 10. — Tout membre du jury qui se trouve absent lors d'une épreuve ne peut prendre part aux opérations subséquentes.

Art. 11. — La première opération du jury consistera dans l'examen, en Comité secret, des titres et travaux scientifiques des candidats.

A cet effet, les documents déposés par ceux-ci lors de leur inscription seront communiqués aux membres du jury.

La suite des opérations comportera :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie et de thérapeutique bucco-dentaire pour laquelle il est accordé trente minutes de préparation et vingt minutes d'exposition ;

2° Une épreuve orale théorique de prothèse. Pour cette épreuve, le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Quinze minutes sont accordées au candidat pour faire sa leçon après quinze minutes de réflexion ;

3° Une composition écrite sur un sujet de pathologie bucco-dentaire à traiter en trois heures ;

4° Une leçon clinique avec indication du traitement sur deux malades. Un délai de quinze minutes est assigné pour l'examen de chaque sujet ; après quinze minutes de réflexion, le candidat disposera de trente minutes pour l'exposition.

Toutes ces épreuves sont obligatoires.

Le candidat qui, pour une cause quelconque, même par cas de force majeure, n'aurait pu subir l'une de ces épreuves, se trouvera de ce fait éliminé.

Art. 12. — Les mêmes dispositions sont traitées par tous les concurrents.

L'un d'entre eux, désigné par le sort, tirerade l'urne dans laquelle ils auront été placés, les thèmes d'épreuves arrêtés au début de chaque séance par le jury, à la majorité, en comité secret.

Les sujets à examiner pour l'épreuve clinique sont désignés par le jury qui, après discussion en comité secret, arrête et rédige un diagnostic écrit ; ces sujets choisis obligatoirement parmi les hospitalisés ayant moins de vingt-cinq jours de présence à l'hôpital, sont répartis par voie de tirage au sort entre les candidats ; ceux-ci ne doivent jamais avoir à opérer sur un même individu.

Art. 13. — A la fin de chaque épreuve, le jury discute en comité secret la valeur des épreuves présentées par les candidats.

Après que la clôture de cette discussion a été prononcée par le président, celui-ci met aux voix le nombre des points à attribuer à chaque candidat, en commençant par le maximum et en descendant successivement jusqu'à ce que la majorité se soit prononcée en faveur de l'un des nombres ainsi proposés.

Dans le cas où la majorité ne pourrait s'établir sur un nombre donné de points, le point acquis au candidat sera la moyenne qui ressortira de la totalisation des points accordés par chacun des membres du jury.

Le résultat de chaque épreuve est inscrit au procès-verbal immédiatement après le vote. Il est aussitôt publié.

Tout candidat qui n'aura pas obtenu la moitié du maximum des points attribués à chaque épreuve sera éliminé.

Art. 14. — Le nombre maximum des points que peuvent obtenir les candidats est :

a) Pour leurs titres et travaux, de dix points	10
b) Pour l'épreuve orale de pathologie et de thérapeutique bucco-dentaire, de vingt points.	20
c) Pour l'épreuve orale théorique de prothèse, de vingt points	20
d) Pour la composition écrite, de trente points	30
e) Pour la leçon clinique sur deux malades, de quarante points	40
Soit un total de cent vingt points	120

Art. 15. — Après le jugement de la dernière des épreuves définies à l'article 11, les points obtenus par les candidats sont totalisés pour le classement définitif.

Dans le cas où des concurrents se trouveraient, par la totalisation des points qui leur sont attribués, classés *ex-æquo*, ils auront à subir une épreuve supplémentaire ayant pour objet une leçon clinique sur un malade.

Le jury, après choix de ce malade qui sera différent pour chaque candidat, discute et arrête par écrit son diagnostic puis le remet sous enveloppe fermée.

Les malades à examiner sont répartis entre les candidats par voie de tirage au sort.

Les concurrents disposent d'un laps de temps de :
Dix minutes pour l'examen du malade ;
Dix minutes pour la préparation de l'exposé ;
Dix minutes pour l'exposition ;
Le maximum des points à accorder est de vingt.

Art. 16. — Les candidats ne pourront être présentés par le jury au choix de la Commission administrative des hospices que s'ils ont obtenu les trois quarts du maximum des points.

Art. 17. — Le candidat présenté en première ligne sera nommé chef de service dentaire des hôpitaux de Rouen, à titre provisoire pendant une période d'une année.

A l'expiration de cette période, il pourra être titularisé dans cet emploi et investi de ce mandat jusqu'à l'échéance de la limite d'âge qui est de soixante ans.

Art. 18. — Le chef du service dentaire recevra pour l'accomplissement de cette fonction, une indemnité de service calculés à raison de trois mille six cents francs (3.600 fr.) par an.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A.P.I.M.

Enquête (A) sur les groupements professionnels nationaux s'occupant de défense professionnelle et médecine sociale.

Par le Dr Fernand DECOURT.

(*Suite*) (1)

ARGENTINE

Les réponses reçues, il y a quelques jours seulement de l'excellent confrère CAPIZZANO, étant très succinctes, le secrétaire général n'a pu, à cause de la distance, lui demander, ainsi qu'il le fit pour d'autres correspondants, de vouloir bien les compléter. Au reçu du présent exposé, il est à penser qu'il voudra bien les compléter et elles feront partie de l'exposé ultérieur qui paraîtra dans le *fascicule n°* 2. Pour le moment, après les tableaux déjà fournis ci-dessus, nous ne pouvons plus extraire des réponses que ce qui suit :

Le « *Sindicato de medicos de la Republica Argentina* » est un groupement national comprenant tous les médecins *groupés* du pays, ayant pour but principal « la défense des intérêts moraux et matériels des médecins ». Ses principales préoccupations actuellement sont : 1° L'assurance sociale ; 2° la mutualité ; 3° l'assistance aux collectivités.

Son « *Comité Ejecutivo* » est composé de « trois secrétaires », assistés de deux « employés ».

Le groupement ne s'occupe pas des questions intérieures de *prévoyance* et de *secours*, car il y a des groupements professionnels dans le pays, qui se sont *spécialisés* en ces questions.

BULGARIE

Le « *Balgarski Lekarski Sauz* » ou Union des médecins de Bulgarie est composé de 32 *groupements régionaux*. Chaque groupe de 3 médecins au moins peut constituer un groupement régional. S'ils sont moins de trois ils peuvent faire partie de l'Union, en s'inscrivant au groupement le plus proche. Chaque groupement régional a ses statuts conformes à ceux de l'Union et il s'occupe, comme l'Union, à la fois de *questions scientifiques et professionnelles*. En plus, à Sofia, existent des groupements de spécialistes (société dermatologique ou société d'oto-rhino-laryngologistes, etc...).

L'ORGANE LÉGISLATIF de l'Union est le *Congrès* qui se réunit tous les deux ans pour délibérer sur les questions professionnelles, et plus souvent s'il y a urgence. Il se compose des délégués des groupements régionaux à raison d'un par 10 membres ou fraction de 10. Tous les deux ans également se tient un Congrès *scientifique* en sorte qu'il y a en somme un Congrès chaque année.

L'ORGANE EXÉCUTIF est le *Comité central administratif* élu par le Congrès pour deux ans. Il se compose de 5 *membres* : un président, un vice-président et un secrétaire général trésorier, ainsi que de deux membres, chargés de la rédaction des *Annales de l'Union des médecins en Bulgarie*, paraissant chaque mois et traitant des questions professionnelles. De plus chaque année paraissent trois ou quatre volumes des *annales* contenant des mémoires *scientifiques*.

Chaque groupement régional a son « *Tribunal d'honneur* » (Conseil de famille) pour les conflits professionnels ou déontologiques.

Depuis 1909, l'Union a certains *droits légaux* : *a*) son président est membre du Conseil supérieur d'hygiène ; *b*) l'Union a le droit de donner son opinion sur tout projet de loi et de règlement concernant les questions sanitaires ; *c*) d'élaborer et de proposer aux Pouvoirs publics des règlements sur les questions d'ordre sanitaire, professionnel ou déontologique, etc...

DANEMARK

« *Den Almindelige danske loegeforening* » ou Association des médecins danois est composée de 22 *Associations locales de district* (plus « l'Association des jeunes médecins », ceux encore non établis). Et elle comprend actuellement « tous les médecins du pays, presque sans exception, des internes aux professeurs d'Universités, des praticiens aux chefs de service des hôpitaux et aux spécialistes ». Ceux qui restent en dehors du groupement sont « quelques rares médecins fonctionnaires, de vieux confrères n'exerçant plus, certains médecins résidant à l'étranger, etc... » Les associations locales s'occupent des intérêts des médecins, en face des autorités communales ou de district ou des discussions avec les Caisses. Mais, pour ces dernières, les pourparlers doivent être menés conformément aux décisions du Comité central, par des *Comités régionaux*. Les questions d'ordre général, sont discutées dans des *Congrès annuels* qui ne peuvent prendre de décision officielles. Celles-ci sont prises à la séance de l'*Assemblée des délégués* qui suit ces Congrès et dont les délégués, actuellement au nombre de 49, sont nommés par les Associations de district, au nombre d'un ou plusieurs, suivant l'importance de celles-ci.

(1) *Concours médical*, n° 36.

Quant à *l'organe exécutif*, il est nommé par l'Assemblée des délégués. C'est le « Hauptvorstand » ou *Comité central* qui se compose de 6 membres : le président, 4 membres représentant les différentes régions et un membre représentant l'Association des jeunes médecins. Pour sanctionner les manquements aux statuts, ont été créés des *Tribunaux d'arbitrage* qui ont, comme cour d'appel, le *Tribunal d'arbitrage supérieur*, composé de 5 membres nommés par l'Assemblée des délégués et dont les décisions sont sans appel.) Lui *seul* peut prononcer l'exclusion d'un membre, *exclusion* dont les conséquences sont fort graves puisque « l'exercice de la médecine des *Caisses* n peut être effectué *que par des membres de l'Association* en vertu des accords passés avec l'Union des Caisses maladies ».

Chaque médecin reçoit la *Gazette médicale hebdomadaire*, *Ugeskrift for Loeger*, organe de l'Association qui renferme 3 parties : *a*) scientifique ; *b*) professionnelle et sociale ; *c*) les communiqués du secrétariat : rapports des Associations, avis officiels, renseignements personnels (personalia). De plus, existe depuis 1916 un *Annuaire* divisé en deux parties : *a*) données médicales et pharmacologiques ; *b*) l'index médical contenant : statuts de l'Association, tarifs d'honoraires, divers renseignements médicaux couants. Gazette et Annuaire sont compris dans 1,a otisation annuelle. Enfin, tous les 10 ans environ est publié un volume : « *Le corps médical danois* » avec courtes biographies de médecins et photographies des décédés dans la période de dix ans précédente.

L'Association possède également un office « *das Buro* », qui sert d'intermédiaire à ses membres pour les remplacements, les ventes de clientèle, postes d'aides dans les hôpitaux, etc... Il y a également un intéressant *règlement des spécialistes*. Comme au Danemark il n'existe pas d'examen spécial pour pratiquer une spécialité, l'Association a élaboré des règles précises à ce sujet concernant les garanties techniques à exiger dans les diverses spécialités et un *Comité permanent* s'en inspire pour accorder, ou refuser, au nom de l'Association, la qualification de spécialiste dans chaque branche.

Chaque année, l'Association organise des *cours de perfectionnement* d'une durée de 15 jours chacun, ainsi que des *séjours de vacances* pour le médecin et sa famille dans la station balnéaire de Silkeborg, avec des conférences scientifiques chaque jour.

Il y a également un *Comité des certificats* pour obtenir avec les Compagnies d'assurances et les administrations des formules pratiques pour les différentes catégories de certificats et pour arriver à des ententes au sujet de la rédaction et du *règlement des honoraires*.

L'Association a créé un *fonds de secours* pour ses membres en cas de périodes difficiles. Elle s'occupe de la *défense antituberculeuse et anticancéreuse*. Elle a organisé l'instruction rationnelle des *masseurs* et *gymnothérapeutes* sous son propre contrôle, et délivre une autorisation d'exercer, moyennant l'engagement de se soumettre à ses règlements et de n'exercer que sur ordonnance médicale.

Elle donne son avis dans les questions sociales et nomme des Délégués aux *Commissions législatives* quand il s'agit d'organisations sanitaires. Pour trancher les différends à propos des Caisses maladie ou d'Assistance médicale sont créées des *Commissions d'arbitrage et de conciliation* dans lesquelles sont élus, de droit, moitié de délégués du Corps médical.

FINLANDE

Je ferai pour notre distingué confrère le Dr Artus Tollet, président du Groupement national finlandais, les mêmes remarques que je fis plus haut concernant les réponses envoyées de la République Argentine. Ces confrères, comme d'autres, ne peuvent encore savoir — et cela est naturel — que nos enquêtes doivent être non pas superficielles, comme pour écrire un article de journal quelconque, mais faites *en détail* et *minutieusement*, si on veut qu'elles soient utiles. Mais nous ne pouvons demander la perfection pour une première enquête : nous ferons tous mieux dans la suite.

Le « *Suomen yleisen laakariluto* » (en finlandais) ou « *Finlandsallmanna lakarforbund* » (en suédois), soit l'Union générale des médecins de Finlande, qui comprend 792 adhérents, s'occupe, à la fois, d'organisation et de défense professionnelles ainsi que de secours et de prévoyance. « Il veille, en général, à tous les intérêts du Corps médical, collégiaux, sociaux et économiques. »

Son *Secrétariat central* se compose d'un secrétaire de langue finlandaise, d'un secrétaire de langue suédoise, et d'un trésorier.

FRANCE

1er *Groupement.* — « *L'Union des Syndicats médicaux de France* » groupait jusqu'en 1926, près de 300 *Syndicats locaux ou régionaux* ou groupés en *Fédérations régionales* et qui formaient un total d'environ 16.000 adhérents... Mais, depuis l'année 1926, à la suite de luttes, de discordes, au sujet du projet en cours de loi sur l'*assurance-maladie*, la minorité s'est séparée de l'Union et a formé un *deuxième groupement* d'environ 4.000 adhérents, non compris un *troisième groupement* de médecins spécialisés. Nous verrons tout cela plus loin.

Actuellement l'Union comprend encore 200 *Syndicats avec* 11.000 *adhérents*. Chaque *Syndicat local, ou départemental* comprend, un Bureau composé, d'ordinaire, d'un président, vice-président, secrétaire, trésorier et parfois un archiviste. De plus, une ou deux fois par an, il y a une Assemblée générale du Syndicat où sont, en principe, présents les adhérents de ce syndicat. Certains de ces syndicats se groupent parfois en *Fédérations départementales*, ou *régionales* ; d'autres en groupes d'*entente intersyndicale*, simples réunions de bureaux, en vue d'étudier

certaines questions ou même d'une action régionale à mener en commun.

Chaque syndicat local, quoi qu'il en soit, nomme, en sa réunion annuelle un ou plusieurs *délégués*, à raison de un par 100 membres, ou fraction au-dessus de 100. La réunion de ces délégués forme l'*Assemblée générale de l'Union* et en est le POUVOIR LÉGISLATIF. Cette Assemblée, annuelle d'ordinaire, ou plus fréquente en cas de besoin, décide *définitivement* de toutes les questions soumises auparavant, aux syndicats, et pour celles non encore soumises à ceux-ci, émet des *avis*, en attendant. C'est l'Assemblée générale qui nomme le *Conseil de l'Union*, POUVOIR EXÉCUTIF. Celui-ci est composé de 26 *conseillers* élus *en bloc*, chaque année, au scrutin de liste, sans désignation spéciale des membres du bureau. Ce Conseil doit agir suivant les votes de l'Assemblée générale sans prendre d'autres initiatives, sauf en cas d'urgence, mais en soumettant ses actes à la ratification ultérieure de l'Assemblée.

Le Conseil nomme *lui-même* son *bureau* composé de six membres : président, 2 vice-présidents, secrétaire général, secrétaire général adjoint, archiviste. Il a pour mission d'expédier les affaires courantes, de représenter l'Union devant les collectivités et les Pouvoirs publics et de suppléer le Conseil, dans l'intervalle des sessions de celui-ci qui ont lieu tous les deux mois environ.

Quant au *secrétariat général*, il comporte, en plus du secrétaire général et du secrétaire adjoint : *a*) 2 médecins chargés, sous la direction des secrétaires, de la rédaction et de la publication du *bulletin de l'Union* « *Le Médecin Syndicaliste* », ainsi que de recherches spéciales, de revue des journaux professionnels, de statistiques, d'étude des questions posées etc.... *b*) la secrétaire administrative avec 4 employées (dactylos) chargées du travail matériel de correspondance, des circulaires, d'envoi du bulletin, etc....

2e *Groupement.* — « *La Fédération nationale des Syndicats médicaux* » fondée en 1926 par *scission* d'avec l'Union. Elle comprend 69 syndicats avec 4.000 membres environ. Là, l'élection du *Conseil* se fait par des *collèges régionaux* constitués au gré des syndicats ou Fédérations, en tenant seulement compte de la situation géographique de ceux-ci, à raison de un membre du Conseil par 250 syndiqués. Le *Bureau* est nommé par le Conseil. Le *Secrétariat* est composé du secrétaire général, qui a sous sa direction une secrétaire dactylographe, celle-ci se faisant aider au besoin.

Voici les raisons principales de la scission, telles qu'elles ont été données au secrétaire de l'A.P.I.M. par le président de la Fédération nationale lui-même :

« Elles sont multiples : 1° centralisation excessive à l'Union entre les mains du secrétaire général ; 2° mode d'élection du Conseil par l'Assemblée générale ; 3° rédaction centralisée du bulletin officiel de l'Union dont les colonnes ne sont ouvertes qu'à certains ; 4° position prise par l'Union vis-à-vis de la future loi des Assurances sociales, l'interposition d'un tiers-payant étant mise sur le même pied que l'entente directe. La Fédération n'admet que celle-ci et repousse la participation des syndicats médicaux à la gestion administrative des Caisses ». Actuellement des pourparlers pour une réunion des deux Groupements ont lieu. Dans ce cas, le *statu quo ante* reviendrait c'est-à-dire l'unité de groupement de tous les syndicats médicaux.

3e *Groupement.* — « *Le groupement général de médecins spécialisés* » s'est mis à part par suite de la scission précédente, ses membres appartenant également, les uns à l'Union, les autres à la Fédération. Actuellement ce nouveau groupement comprend les syndicats généraux des chirurgiens, des oculistes, des oto-rhino-laryngologistes, des stomatologistes... D'ailleurs, il vient seulement, en 1927, il y a quelques semaines, de se former et conserve la neutralité en attendant *la fin de la scission* que la presque unanimité des médecins syndiqués réclame et qui ne tardera pas, nous l'espérons.

Nota. — Ces groupements ne s'occupent ni de science, ni de prévoyance, ni de bienfaisance. Ces diverses questions sont l'objet de multiples groupements spéciaux que nous étudierons dans une autre enquête.

GRANDE BRETAGNE

1° La « *British medical Association* » fondée en 1832, est composée de *groupements régionaux* appelés « *divisions* » ou « *branches* », suivant leur importance, une branche pouvant être formée d'une seule ou plusieurs divisions. Ces groupements existent aussi bien dans le « Royaume Uni » (Angleterre Ecosse, Irlande, Galles) que dans les Dominions et colonies de la couronne. Mais, au contraire de ce qui se passe dans la majorité des pays, ces divisions ou branches sont de simples filiales du groupement *central* qui a « pleins pouvoirs » pour les reconnaître, déterminer leur étendue territoriale, les réunir ou les diviser, refuser leur adhésion ou les faire sortir de l'Association (voir articles of Association — III — 13 et 14). De même, la cotisation est payable à la branche dont fait partie un adhérent, mais cette branche devra l'envoyer au trésorier central de l'Association (statuts — III — 12). Il n'y a pas de cotisations *obligatoires* spéciales à une branche ou division mais seulement des dons ou souscriptions volontaires et en vue de « privilèges spéciaux » (*ibid.* 14). Par contre, le trésorier central de l'Association payera annuellement, sur les fonds de l'Association au trésorier de chaque branche une somme déterminée par le Conseil mais qui ne dépassera pas six shillings par membre (*ibid.* 28) à moins que la branche démontre avoir besoin de plus de fonds, auquel cas il lui est alloué une allocation supplémentaire (*ibid.* 29). De même il appartient aux « branches » d'envoyer aux « divisions » l'argent qui leur est nécessaire.

C'est donc avec des cotisations individuelles de la

périphérie affluant au centre directement, un système de payement collectif du centre à la périphérie contrairement à ce que nous avons noté jusqu'ici dans les autres groupeemnts nationaux.

Les divisions, forment des collèges *électoraux* (constituencies) qui élisent des *représentants* (representatives) à raison d'un représentant pour toute division contenant au moins 50 membres et au plus 150, si le nombre des membres dépasse 150, la division a droit à deux représentants et ainsi de suite, à raison d'un représentant par 100 membres au-dessus des 150 premiers membres. Cette élection a lieu, dans chaque division, soit par une Assemblée spéciale, soit par correspondance. Les représentants sont rééligibles et des *suppléants* sont également nommés en cas de besoin (statuts VI — 38 à 44). Les membres ainsi élus forment le *corps des représentants* (representative Body) mais non eux *seuls* et exclusivement car, font également partie de ce corps des « membres *ex officio* » (président et son prédécesseur immédiat, membres du Conseil en exercice, etc...) ainsi que 4 représentants des membres du Service de la santé publique.

C'est la réunion de tous ces représentants qui forme l'*Assemblée générale annuelle des représentants* (annual Representative meeting). Comme son nom l'indique, elle a lieu une fois par an, mais elle peut avoir lieu plusieurs fois en cas de besoin. C'est ainsi que lors des luttes de la B.M.A. à propos de la loi assurance-maladie, il n'y eut pas moins de 4 assemblées en une seule année. A l'Assemblée générale annuelle ordinaire, sont élus : le président des séances de l'Assemblée (The Chairman of the representative Body) et son suppléant (Deputy Chairman) ; le président de l'Association, le trésorier, *certains* membres du Conseil et des Commissions, etc... (statuts : *ibid.* 47). De plus, comme pouvoirs généraux, du representative Body, on peut dire que c'est à lui que sont confiés « le contrôle général et la direction des affaires de l'Association » constituant ainsi le pouvoir *législatif*, le pouvoir *exécutif* étant dévolu au *Conseil* dont nous parlerons ci-dessous. Mais auparavant il convient d'ajouter qu'en outre de cette Assemblée générale *professionnelle*, il se tient au moins une fois l'an, suivant les décisions du Conseil, une *Assemblée scientifique annuelle* (article of Association : 28) où se réunissent les membres de l'Association et aussi *d'autres groupements* avec un programme de communications et de conférences scientifiques relatives à la médecine ou aux sciences connexes.

Le Conseil de l'Association (Council) est composé de façon assez complexe qu'il est intéressant de détailler (statuts : VII — 53 à 59).

a) 24 membres élus par le suffrage direct des membres des branches ou divisions du Royaume-Uni *groupés* ainsi qu'il est prescrit par le corps des représentants (statuts : VII — 54).

b) 7 membres, élus de même, en dehors du Royaume Uni (Dominions, par exemple).

c) 12 membres élus par un suffrage au 2e degré, c'est-à-dire par 12 collèges électoraux formés des représentants déjà élus par les collèges électoraux ordinserre

d) 8 membres élus par l'Assemblée générale.

e) 2 membres élus par les membres du Service de la santé publique.

f) 1 médecin militaire de chaque service (armée, marine, aéronautique, Indes....).

Le Conseil se réunit au moins 4 fois par an. Il nomme son chairman (président des séances) ainsi que certains des membres des *commissions* fixes ou non (Committees and Standing Committees) et en plus les multiples *fonctionnaires* dont il fixe les appointements. Ces fonctionnaires forment un état major (staff) de 120 personnes environ, employées toute la journée aux diverses besognes nécessitées par l'action de l'Association et à la publication de « *British medical Journal* » qui s'occupe en partie de questions *professionnelles* et en partie de questions *scientifiques*. Ce journal a à sa tête un *éditeur* spécial avec ses aides particuliers. De même,il y a un *secrétaire financier* avec ses aides pour tout ce qui concerne les questions financières. Quant aux questions médicales professionnelles, elles exigent un groupe technique de 26 personnes dirigées par le *secrétaire médical* et ses 3 collègues médecins.

2° Le « *The medical practitioners Union* » ou Union des médecins praticiens est un petit groupement, créé vers l'année 1914, qui comprend 3 ou 4.000 membres mais a peu d'influence et ne s'accroît pas. Il a des membres disséminés en Angleterre, Ecosse et Galles et s'occupe, comme la B.M.A. des intérêts de la profession mais sans qu'on puisse vraiment tirer une comparaison entre les deux. Ce groupement semblerait avoir été créé surtout dans le but de défendre les praticiens qui font partie du service de l'assurance nationale maladie. Néanmoins, il convient de remarquer que les 3/4 des praticiens de l'assurance font partie de la British medical Association et que cette dernière compte rien que parmi ceux de ses membres qui sont praticiens d'assurance plus d'adhérents que la Medical practicioners Union, dans la totalité des siens.

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr SAINT-MARTIN, sénateurde la Haute-Garonne. — M. le Dr DREY, de Lyon. — M. le Dr Henri GUERRIER, de Paris. — M. le Dr BRUNSWICH, d'Epinal. — M. le Dr BASSO, d'Albertville (Savoie).

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de revision d'une semaine* (22 au 27 octobre 1928) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. Camille Lian, agrégé, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Weissenbach, agrégés, et de MM. Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon et Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 h., Exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à midi, Démonstration pratique.

Lundi 22 : M. Lian, Hôpital Tenon. — Mardi 23 : M. Aubertin, Hôpital de la Pitié. — Mercredi 24 : Professeur Sergent, Hôpital de la Charité. — Jeudi 25t M. Fernet, Hôpital Saint-Louis (service de M. Lorta-Jacob). — Vendredi 26 : M. Faroy, Hospice de la Salpêtrière. — Samedi 27 : M. Périsson, Hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité : De 3 h. à 4 h., Démonstration pratique : Service ou laboratoire du professeur Sergent. — De 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Conférences cliniques : Amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent. La leçon de clôture sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 22 octobre. — 3 h. à 4 h. M. Henri Durand (tuberculose). — 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4, M. C. Lian (cœur, vaisseaux). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 23 octobre. — 3 h. à 4 h., M. C. Lian (cœur, vaisseaux). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Périsson (neurologie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 24 octobre. — 3 h. à 4 h., M. Périsson (neurologie). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Faroy (estomac). — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Harvier (endocrinologie). — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 25 octobre. — 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Fernet (peau et syphilis). — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Joannon (hygiène). — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang).

Vendredi 26 octobre. — 3 h. à 4 h., M. Weissenbach (médecine générale). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Duvoir (médecine légale). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston Durand (intestin).

Samedi 27 octobre. — 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. le professeur Sergent (appareil respiratoire).

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi 3 à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. S'inscrire à la Faculté de médecins, salle Bécard (A.D. RM.) tous les jours, ou bien guichet no 3 du Secrétériat, Lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 h. Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— **Députés-Médecins.** — Liste des députés-médecins et de leurs circonscriptions.

Amat (Haute-Garonne : Toulouse, 3e circ.), rad.-soc.
Augagneur (Rhône : Lyon, 1re circ.), soc. ind.
Basset (Haute-Vienne : Limoges, 1re circ.), rad. soc.
Bonnefous, Louis (Aveyron : Rodez), conserv.
Briquet (Eure : Evreux), rad.-soc.
Camboulives (Tarn : Albi, 1re circ.), S.F.I.O.
Caujolle (Seine : Saint-Denis, 8e circ. Boulogne-sur-Seine), répub. de gauche.
Chassaing (Puy-de-Dôme : Ambert), rad.-soc.
Constans (Tarn-et-Garonne : Montauban), U.R.D.
Debève (Nord : Douai, 2e circ.), radical.
Descubes (Haute-Vienne : Rochechouart), rép. soc.
Dézarnaulds (Loiret : Gien), rad.-soc.
Even (Côtes-du-Nord) : Lannion), rép. soc.
Faugère (Dordogne : Bergerac), rad.-soc.
Fié (Nièvre : Cosne), S.F.I.O.
Fraissex (Haute-Vienne : Limoges, 2e circ.), comm B.O.P.
Gadaud (Dordogne : Périgueux, 1re circ.), rép. rad.
Goujon (Rhône : Lyon, 12e circ.), S.F.I.O.
Gout (Aude : Carcassonne), rad.-soc.
Gradiol, Louis (Basses-Alpes : Castellane), S.F.I.O.
Grinda (Alpes-Maritimes : Nice, 1re circ.), rép. de g.
Jouffrault (Deux-Sèvres : Niort, 1re circ.), rad. diss.
Lecacheux (Manche : Valognes), U.R.D.
Legros (Loir-et-Cher : Blois, 2e circ.), rép. de g.
Lissar (Basses-Pyrénées : Bayonne, 2e circ.), U.R.D.
Marcombes (Puy-de-Dôme : Clermont-Ferrand, 1re circ.) rad.-soc.
Masclanis (Gers : Condom-Lectoure), rad.-soc.
Molinié, Jean (Aveyron : Millau), libéral.
Molle r(Oran : Oran, 1re circ.), U.R.D.
Moure (Bas-Rhin : Strasbourg, 2e circ.), comm.
Neyret, Jean (Loire : Saint-Etienne, 1e circ.), U.R.D.
Nicollet, Paul (Ain : Trévoux), S.F.I.O.
Oberkirch (Bas-Rhin : Sélestat), U.R.D.
Pacaud (Vendée : Les Sables d'Olonne, 1re circ.), rad.
Péchin (Seine : Paris (12e), 1re circ.), U.R.D.
Perfetti (Haute-Marne : Langres). rad.-soc.
Pfleger (Haut-Rhin : Ribeauvillé), U.R.D.
Poillot (Côte-d'Or : Semur), rad. Un. N.
Queuille (Corrèze : Ussel), rad.-soc.
Régis (Bouches-du-Rhône : Marseille, 4e circ.), U.R.D.
Ricklin (Haut-Rhin : Altkirch), autonomiste.
Rocca-Serra (de) (Corse : Sartène), rép. de g.
Roumagoux (Vaucluse : Apt), rad.-soc.
Roy (Puy-de-Dôme : Clermont-Ferrand, 3e circ.), rad.-soc.
Sevestre (Vienne : Loudun), U.R.D.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

la quatrième page des journaux quotidiens soutenir le médecin accusé, sous le prétexte que la réclame médico-pharmaceutique est d'un gros rapport pour la presse politique et qu'il ne faut pas tarir une telle source de profits ?

La question mérite donc d'être examinée de très près et, à mon avis, pour que des poursuites en justice aient chance d'aboutir, il faut avant tout apporter la preuve que le médecin en question s'attribue un crédit et un pouvoir imaginaires et que ses guérisons merveilleuses n'existent, en réalité, que dans son imagination ou que les attestations qu'il peut produire n'ont été obtenues que contre argent comptant.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

2840. — Accident survenu pendant un congé payé.

L'un de mes blessés, contre-maître dans une usine, en congé payé de quinze jours par an, fait une chute de motocyclette.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire s'il peut bénéficier de l'assurance de son patron qui le paye au mois (1.400 francs environ plus des indemnités de fin d'année) ?

Dr D.

Réponse.

Pour qu'un accident puisse être considéré comme un accident du travail, il faut qu'il soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à un moment où l'ouvrier était placé sous la direction et la surveillance de son patron.

Par conséquent, ne peut constituer un accident du travail, l'accident dont l'ouvrier est victime au cours d'un congé, quand bien même ce conge lui serait payé.

2854. — Allocations aux victimes anciennes du travail.

Un ouvrier a été tué le 15 janvier 1906. Sa veuve a eu une pension de 360 fr. par an qu'elle touche depuis.

A-t-elle droit a une augmentation de pension et à qui s'adresser ?

Dr E.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922, modifiée à différentes reprises par des lois subséquentes, a institué des allocations temporaires en faveur des victimes d'accidents du travail survenus avant l'application de la loi du 5 août 1920, ou de leurs ayants droit.

En vertu de l'article 3 de cette loi, les conjoints doivent recevoir une allocation égale au montant de leur rente, s'ils justifient qu'ils sont ou infirmes ou atteints d'une maladie incurable, ou âgés de plus de soixante ans (hommes) ou de plus de 55 ans (femmes).

Dans les deux premiers cas, la demande doit être adressée au sous-préfet de l'arrondissement par l'intermédiaire du maire et soumise à la commission cantonale prévue par la loi du 14 juillet 1905, à laquelle il appartient de décider, sous réserve d'appel et dans les conditions précisées par l'article 11 de la dite loi.

Au cas où votre cliente serait âgée de plus de soixante ans, elle devrait simplement adresser sa demande sur papier libre au Ministère du travail, contrôle des assurances.

Sa demande porterait les indications suivantes :

Nom, prénom, adresse,

Nationalité,

Date de l'accident,

Date de la dernière décision attributive de rente, ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le montant de la rente servie.

Date de naissance et nom et prénoms de la victime de l'accident.

Indication de l'établissement qui fait le service de la rente ou, si elle est payée par le chef d'entreprise, les nom et adresse de ce dernier,

Le dossier est ensuite liquidé par le Ministère et le service de l'allocation est fait par l'établissement qui paye les arrérages de la rente.

Au cas où votre cliente ne serait ni infirme, ni incurable, ni âgée de plus de 55 ans, elle n'aurait droit à aucune allocation supplémentaire.

La loi du 30 juin 1924 a abaissé à 55 ans, au lieu de 60, l'âge minimum pour bénéficier des allocations, pour les conjoints du sexe féminin ni infirmes, ni incurables.

Fiscalité.

2946. — Impôt sur deux voitures ne circulant pas simultanément.

Un médecin possédant deux voitures : 11 HP, 6 HP. paye la contribution trimestrielle pour la 11 HP.

Peut-il mettre en circulation en cas d'urgence, la 6 HP, la plus petite voiture, sans être dans l'obligation de passer au préalable par le service des contributions afin de retirer un nouveau permis de circulation. Il est bien entendu que la plus forte voiture pour laquelle a été payée la cotisation est *immobilisée* au garage.

Je crois avoir vu une réponse à une question d'un

député nous donnant satisfaction. Cepndant les contributions exhibent une ancienne circulaire contestant ce droit.

Dr V.

Réponse.

A notre connaissance, la décision visée dans votre lettre n'a pas été abrogée et vous devez déposer le permis de circuler de la voiture de 11CV. et retirer celui de la voiture de 6 CV, formalité qui permet à l'administration de constater l'absence de périodicité et de fréquence dans les mutations.

A. M.

3032. — Formalités en cas de changement de domicile.

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner les indications nécessaires pour les formalités suivantes :

Mon bail à A, sera échu le 1er avril 1929, mon logement sera vide ou sous-loué, mais de toutes façons je n'y habite plus et n'y ai plus de mobilier, à qui et dans quels termes dois-je faire une déclaration pour être exonéré de tous impôts et patente à A.

A qui dois-je écrire pour les impôts de circulation de mon automobile.

Dr C.

Réponse.

Avisez de votre départ le contrôleur des contributions directes de A.

En ce qui concerne votre voiture automobile, c'est au receveur de A. qu'il faut également vous adresser.

A. M.

3041. — Payement de la patente en cas de reprise de clientèle.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire dans quelles conditions se règle la patente.

Est-ce que l'on paye pour l'année e n cours ou pour l'année qui vient de s'écouler ?

J'ai repris la clientèle de mon père au 1er janvier 1928. Qui doit acquitter la patente réclamée pour 1928 ? Est-ce moi ou est-ce mon père qui a cessé d'exercer au 31 décembre 1927 ?

Dr X.

Réponse.

La patente se paye pour l'année en cours ; ayant repris la clientèle de votre père au 1er janvier 1928, c'est vous qui devez payer la patente de 1928.

A. M.

2865. — Déductions sur le revenu professionnel.

J'ai fait une déclaration honnête depuis l'établissement de l'impôt sur le revenu, mais mon contrôleur depuis quelques années me cherche ce qu'on

appelle des poux dans la tête : jusqu'à présent mes explications exactes avaient suffi. Cette année (déclaration 1926 et 1927), il m'a appelé devant la Commission consultative qui m'a donné raison, il en a été pour ses frais.

Il ne s'est pas tenu pour battu et me demande le détail de mes dépenses professionnelles en me faisant remarquer que les dernières années, j'avais déduit l'amortissement de mes études qui n'est pas soi-disant déductible. Veuillez me conseiller.

Dr Z.

Réponse.

L'amortissement des frais d'études est discuté par l'administration, qui peut se baser sur un arrêt du Conseil d'Etat pour refuser tout amortissement de dépense effectuée au cours d'une année antérieure.

A. M.

Honoraires de droit commun.

2461. — Soins donnés à un nourrisson.

Voulez-vous me dire si j'ai des chances de gagner en justice de paix, si je poursuis en règlement d'honoraires dans le cas suivant :

Une nourrice m'a appelé pour soigner un nourrisson dont la mère est fille-mère.

Je n'ai pu obtenir de billets d'assistance, celle-ci n'ayant pas voulu faire la demande que j'avais conseillée, son enfant ayant moins de deux ans et la mairie de la commune où est la nourrice n'ayant pas voulu en délivrer, la mère habitant à 30 kilomètres de là.

Ne trouvez-vous pas que la loi sur l'assistance aux filles-mères et à leurs enfants est un peu oubliée, car la mairie de la nourrice ne peut ignorer la situation puisqu'elle a délivré le carnet de la loi Roussel.

Je ne vois pas qu'il m'ait été possible d'agir auprès de la commune. Puis-je faire quoi que ce soit à la Préfecture ?

Enfin, si je poursuis la nourrice, obtiendrai-je qu'elle soit condamnée à me régler mes honoraires ?

Il s'agit d'une somme de 144 francs mais j'en fais surtout une question de principe, d'abord au point de vue assistance aux filles-mères, puis pour fixer les nourrices qui nous font soigner les enfants et se désintéressent ensuite de nos honoraires.

J'ignore complètement ce qu'est la mère du nourrisson.

Dr M.

Réponse.

Lorsqu'une nourrice mercenaire fait appeler un médecin auprès de son nourrisson, elle agit comme intermédiaire, dans l'intérêt de l'enfant, au nom des parents de celui-ci.

Si le praticien ne connaît pas ces parents, il est en droit de réclamer ses honoraires à la nourrice, quitte à celle-ci à se retourner vers les parents, qui la rembourseront.

Dans ce sens, a été rendue la jurisprudence suivante :

Justice de paix du canton de Cloyes (Eure-et-Loir), 27 février 1904 (*Concours médical*, 1904. 605) :

« Attendu que l'appel du médecin a été fait dans l'intérêt des nourriciers, qui avaient le devoir et l'obligation de faire soigner par un médecin l'enfant de la dame D., malade, dont ils avaient la garde ».

Trib. de paix de la Ferté-Bernard, 1er avril 1908 (*Moniteur des Justices de paix*, 1898.199.)

Justice de paix de Bléré (Indre-et-Loire), 11 décembre 1908 (*Concours médical*, 1909.160.)

Justice de paix de Liancourt (Oise), 10 janvier 1912 (*Concours médical*, 1912.455.)

Si la nourrice paye le docteur, les parents n'en restent pas moins débiteurs, vis-à-vis de la nourrice, des soins donnés à leur enfant : l'article 203 code civil oblige les père et mère aux frais médicaux nécessaires à leurs enfants. La jurisprudence est unanime pour considérer les frais de maladie comme entrant dans l'obligation alimentaire.

Mais, si la nourrice est indigente et, comme telle, inscrite sur la liste d'assistance médicale gratuite, les honoraires du médecin du nourrisson ne doivent pas incomber au budget de l'A.M. G. ; mais ils devront être acquittés par les parents de l'enfant, selon le tarif normal, en vigueur dans la localité.

Mais, si les parents de l'enfant sont eux-mêmes indigents, le nourrisson a, comme domicile de secours, celui de son père, ou de sa mère, aux termes du 2e paragraphe de l'article 6 de la loi du 15 juillet 1895. Les frais médicaux devront donc incomber à la commune de la résidence habituelle du père ou de la mère.

Cependant, en cas d'urgence, les frais médicaux incomberont à la commune où est placé l'enfant, pour les dix premiers jours de la maladie, ou de l'accident (loi du 15 juillet 1893, article 20).

Que faire, dans le cas, qui nous est soumis ?

Le médecin peut s'adresser à la nourrice, en lui faisant observer que si la mère de l'enfant ne paye pas, c'est elle, nourrice, qui sera appelée devant le juge de paix, pour être condamnée à payer le docteur, quitte ensuite à se retourner vers la mère.

Aussi, le praticien donne-t-il à la nourrice le conseil d'avertir la mère que, si cette dernière se prétend indigente, elle n'a qu'à demander son inscription sur les listes de l'assistance médicale et, que, de ce fait, son enfant sera soigné aux frais de la commune où réside la mère.

Si le maire refusait cette inscription, la mère aurait un recours, en vertu de l'article 16 de la loi du 15 juillet 1893 et elle adresserait sa récla-

mation au sous-préfet, qui la soumettrait à la commission cantonale, prévue par l'article 17.

Au cas où ces tentatives de conciliation échoueraient, le membre du « Sou médical » en réfèrerait à cette Ligue de défense professionnelle, pour qu'on puisse lui donner les meilleures indications, propres à lui faire rendre raison.

Dr Paul BOUDIN.

Baux et locations.

2655. — Situation des locataires en 1932.

J'ai actuellement un loyer de 1.000 francs par an et un bail de 9 ans, qui va du 1er juillet 1923 au 1er juillet 1932. Je sais que mon propriétaire a l'intention d'augmenter mon loyer, quand le bail sera terminé. Je désirerais savoir quelle augmentation il est en droit de me faire d'après les lois sur les loyers actuellement en vigueur, et quels arguments je pourrais lui opposer en cas où il me ferait une augmentation exagérée.

Dr R.

Réponse.

Les lois actuellement en vigueur en matière de loyers, pour les locaux d'habitation ou à usage professionnel, ne sont applicables que jusqu'au 1er avril 1931.

Votre bail ne prenant fin que le 1er juillet 1932, il nous est donc impossible, quant à présent, de vous dire quel loyer votre propriétaire sera fondé à vous demander pour la conclusion d'un nouveau bail. S'il n'intervient aucune nouvelle loi d'exception après le 1er avril 1931, les conditions du bail seront à débattre entre vous et votre propriétaire, sans qu'aucune taxation puisse être invoquée, conformément au droit commun. Mais il se peut que la crise des loyers subsiste encore après le 1er avril 1931 et que le Parlement accorde de nouvelles prorogations aux locataires, à des conditions que nous ne pouvons encore prévoir.

2536. — Conditions du droit à la prorogation.

Pourriez-vous me dire, s'il vous plaît, quels sont mes droits en face de mon propriétaire dans le cas suivant : logement occupé avant et pendant la guerre par mes parents, loyer 360 fr en 1919, j'ai pris le logement au même loyer.

Actuellement, par augmentations successives, je paie 1.200 fr. ce qui est loin du pourcentage de 125 % permis par la loi. Quels sont donc mes droits en face de nouvelles exigences de mon propriétaire, qui n'a fait aucune réparation, alors que, dans ce logement, j'ai fait de nombreuses réparations pour un prix assez élevé. Au cas où j'aurais le droit de refuser une augmentation, ai-je droit ou non à quelques années dans mon appartement ? Serais-je sous le coup d'une expulsion ? (Je suis sous le régime des conventions

verbales, j'habite une petite ville de 4.000 habitants environ).

Dr M.

Réponse.

Si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune, c'est-à-dire si celle-ci ou bien compte plus de 4.000 habitants, ou bien se trouve distante de moins de cinq kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, ou bien encore a vu croître sa population municipale d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements, au cas où votre propriétaire vous donnerait congé, vous auriez droit, automatiquement et sans même avoir à la demander, à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931, sans qu'il soit possible jusqu'à cette date à votre propriétaire de reprendre votre maison, même pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, puisque vous y exercez votre profession. Dans cette éventualité, vous auriez le droit de refuser toute nouvelle augmentation, car le loyer que vous payez actuellement dépasse déjà de beaucoup le taux-limite institué par la loi du 1er avril 1926 et révisable le 1er avril 1929.

Par contre, si la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, votre propriétaire a le droit de vous donner congé à tout moment, puisque vous êtes en location verbale, et de poursuivre votre expulsion. Il peut également vous demander pour sa maison un loyer plus élevé encore que celui que vous payez actuellement, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

Médecine légale.

2569. — Tarif des honoraires médico-légaux.

Ayant à établir plusieurs mémoires d'honoraires concernant des morts violentes, pendus ou noyés suspects, notes à adresser au Parquet, et ayant entendu dire qu'il existait depuis peu un nouveau tarif médico-judiciaire, veuillez me faire connaître :

1° Le prix des rapports ou certificats délivrés ;

2° Le tarif au kilomètre ;

3° Le tarif de chaque vacation ou examen médico-légal.

Bien qu'abonné au *Concours* et membre du « Sou » depuis 24 ans, je n'ai rien vu paraître dernièrement dans le *Concours* à ce sujet.

Dr M.

Réponse.

Le tarif des frais et honoraires de médecine légale a été révisé par un décret du 22 décembre 1927, publié dans le *Concours médical* du 8 janvier 1928, page 65.

En vertu de ce décret, vous avez droit, pour chaque examen de cadavre, sans autopsie, à un honoraire de 25 francs y compris la rédaction de votre rapport ou certificat et son dépôt.

De plus, chaque fois que vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence, vous avez droit à des frais de déplacement calculés à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Enfin, si le lie u de votre transport était situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, il vous est dû une indemnité supplémentaire de 20 francs, portée à 30 francs, si le lieu du transport était à plus de 20 kilomètres de la commune de votre résidence.

Vous devez envoyer votre mémoire d'honoraires en double exemplaire, pour chaque affaire, dont l'un sur papier timbré si la somme demandée dépasse 50 francs, au Procureur de la République du ressort. Après visa du Procureur général et taxe du Président, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Questions médico-militaires.

2325. — Demande de pension militaire.

Je me trouve actuellement en traitement pour bacillose fibreuse du sommet droit.

Je suis certain que cette affection remonte à la guerre, bien que j'aie pu exercer ma profession jusqu'à ces derniers temps, et j'ai l'intention de faire une demande pour bénéficier de la loi du 31 mars 1919. J'aurai besoin pour cela de quelques renseignements :

Je possède deux certificats d'hospitalisation avec congés de convalescence assez longs. Il me manque un certificat d'évacuation alors que j'étais au ...., en juillet 1917.

A qui dois-je m'adresser pour avoir un duplicata ? D'autre part, à la suite de cette évacuation, j'ai été soigné à X. d'où je suis parti pour un mois de convalescence, laquelle a été prolongée de quinze jours à Y. Comment faire pour certifier ces convalescences ? A qui m'adresser ?

Une fois ces documents en mains, si je peux les réunir, quelles sont les formalités à accomplir. Si je ne puis me déplacer, puis-je demander à être examiné ici ?

Dr B.

Réponse.

Le dépôt du régiment ne vous délivrerait pas directement, à vous-même, les pièces en question. C'est le centre de réforme qui se chargera de compléter officiellement votre dossier en ce qui concerne ce point particulier, mais suivant les données les plus précises que vous devez lui fournir.

Aussi, faut-il, le plus tôt possible, adresser par pli recommandé au directeur du service de santé de votre région une demande de visite pour indemnisation ; vos délais définitifs expirent le 31 décembre 1928.

A votre demande, vous pourrez déjà joindre

une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police des pièces officielles que vous possédez ; surtout ne vous démunissez pas des originaux.

Vous déclarerez en même temps avec attestation médicale jointe, que vous ne pouvez vous déplacer et l'on vous visitera sur place, comme intransportable.

2564. — Demande de pension de la mère d'une victime de la guerre.

Vous seriez très aimable de me donner le renseignement suivant :

Femme veuve, seule, 55 ans.

Mari : mort (aliéné) en 1915.

Fille : morte en 1918.

Fils : mort à la guerre en 1915.

Cette femme a fait une demande de pension en 1919, refusée.

Etant donné qu'elle est seule, et sans autres enfants, peut-elle renouveler sa demande de pension (pour son fils tué).

Si oui, à qui s'adresser ?

Dr M.

Réponse.

La pension a été refusée en 1919, parce que l'ascendante n'avait pas l'âge minimum exigé par la loi, soit 55 ans.

Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, elle peut renouveler sa demande et elle obtiendra satisfaction, si elle remplit certaines autres conditions concernant les impôts, notamment si elle n'est pas imposée sur le revenu.

Qu'elle adresse sa demande au sous-intendant militaire, chargé du service des pensions dans sa région. Celui-ci a pour mission de constituer le dossier nécessaire.

2826. — Taux de la pension d'invalidité d'une victime de la guerre.

Ayant été proposé par la commission de réforme pour une invalidité de 10 %, et cette proposition ayant été acceptée, je vous serais reconnaissant de me renseigner sur les points suivants :

1° Que représentent 10 % pour un aide-major de 1re classe ?

2° Quelles majorations y a-t-il pour 4 enfants en bas âge ?

3° De quand part la pension d'invalidité. Du jour de la réforme ? ou y a-t-il un rappel ? et dans quel cas y a-t-il rappel ?

Dr S.

Réponse.

1° 10 % pour un médecin lieutenant au premier échelon, représentent une pension de 461 francs par an.

2° A ce taux chaque majoration d'enfant en bas âge vaut 54 francs.

3° Le point de départ de la pension est au jour de la commission de réforme qui a fixé le taux d'invalidité en question. Le cas échéant, il y a droit à rappel.

2656. — Promotion au troisième galon.

Médecin sous-lieutenant en 1908, j'ai été nommé à deux galons en décembre 1914. J'ai fait toute la guerre dans diverses formations de l'avant y compris un régiment d'infanterie.

Dès 1917, j'ai été proposé pour le grade supérieur. J'ai aujourd'hui quarante-huit ans sonnés et j'attends toujours mon troisième galon.

Pour être complet, j'ajoute que j'ai été mis hors cadre de 1924 à 1926 pour séquelles de grippe contractée pendant la guerre. J'ai été depuis réintégré sur ma demande.

Croyez-vous qu'il soit normal que je sois encore médecin à deux galons après 20 ans de grade plus la campagne contre l'Allemagne ?

Pour ma part, je ne le pense pas et si j'avais à revêtir l'uniforme pour une cérémonie quelconque, je serais presque honteux de le porter à mon âge avec ses deux pauvres ficelles.

Alors que tous mes confrères spécialistes ont reçu leur troisième galon bien avant 40 ans, je ne m'explique pas une telle différence, car si je n'étais pas spécialiste, j'ai été longtemps spécialisé pendant la guerre, en particulier dans le courant de la dernière année où je remplissais les fonctions de chef d'équipe chirurgicale dans une auto-chir.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur ma situation militaire. Si vous pensez que je serais bien fondé à formuler une réclamation, à qui dois-je l'adresser ?

Dr Y.

Réponse.

C'est à votre Directeur du Service de Santé, ou mieux encore au Ministre de la Guerre, si vous en avez la possibilité, qu'il faut adresser vos réclamations parfaitement justifiées, avec tous documents à l'appui.

Comme on pourrait vous opposer que bientôt vous serez dégagé de vos obligations militaires, vous direz que, peut-être, si vous obtenez satisfaction, vous demanderez ensuite à être maintenu dans les cadres, après la libération complète de votre classe de recrutement ?

2920. — Obtention de la carte de combattant.

1° Y a-t-il pour un médecin ayant fait la guerre intérêt à demander la carte du combattant ;

2° En dehors de toute politique, à qui s'adresser, s'il vous plaît.

Dr H.

Réponse.

Pour obtenir la carte de combattant, adressez-

vous à la gendarmerie, ou bien au général commandant la Région. Aucun avantage précis n'existe actuellement pour le médecin ; mais il est possible que la carte de combattant lui soit un jour utile, au moment de la mise en application de la loi sur les assurances sociales.

2947. — Service médical d'un corps de troupe assuré par un médecin civil.

Un médecin de réserve délégué par le Directeur du Service de santé pour assurer le service médical d'un corps de troupe peut-il : 1° continuer à assurer ce service lorsqu'il est atteint par la limite d'âge ; 2° peut-il être nommé officier honoraire et, dans ce cas, sera-t-il promu au grade supérieur pour avoir exercé pendant plusieurs années les fonctions de médecin-chef d'un régiment dépourvu de médecin de l'active ?

Dr X.

Réponse.

1° La convention signée par le Directeur du Service de santé pour déléguer un médecin civil en vue d'assurer un service militaire, est indépendante de la situation militaire de ce confrère civil. Celui-ci peut donc continuer à assurer ce service, même après qu'il est atteint par la limite d'âge ;

2° Ce confrère peut être nommé officier honoraire s'il remplit les conditions requises, mais avec le grade qu'il possédait au moment de la limite d'âge. Il n'existe pas de promotions pour ceux qui sont officiers honoraires, par conséquent dégagés de toutes obligations militaires.

VARIÉTÉS

Les cures merveilleuses

Un de nos bons correspondants appelle notre attention sur un écho du *Cri de Paris* du 8 juillet dernier, que nous reproduisons très volontiers.

Si non e vero, bene trovato.. Mais il doit y avoir beaucoup de vrai, ne serait-ce que dans l'affluence de la clientèle, tant le nombre des gogos est illimité, tant éternelle est la bêtise humaine.

Le besoin de se bien porter devient si impérieux que quiconque prétend posséder le moyen de nous rendre ou de nous conserver la santé, est assuré d'avoir de nombreux adeptes. Mais ce sont ceux qui s'appuient sur la science ou sur la foi qui obtiennent le plus miraculeusement la confiance des pauvres désespérés.

Un Parisien nous communique le « procès-verbal » ci-dessous de la visite faite par deux malades déjà âgés, et las de souffrir, à un prêtre de campagne qui fait, dit-on, des cures merveilleuses.

Huit heures du matin, les clients pénètrent

dans le village en auto. Un habitant va à leur rencontre.

— Vous venez pour consulter M. le Curé ?... Vous avez des tickets ??? Vous savez, hier, plus de trente personnes ont dû repartir sans avoir été reçues !... Allez donc à la cure voir sa sœur, ou bien à l'église. Il doit dire sa messe.

***

A la cure, tout est fermé à clé.

A l'église, un grand officiant et une grande desservante s'en vont vers la sacristie.

A la sacristie, enfin, le malade aborde la demoiselle.

— Mademoiselle... Nous voudrions consulter le curé.

— Je m'en doute bien ! Avez-vous écrit ?

— Non.

— Alors, vous n'êtes pas prêts de passer.

— C'est ennuyeux ; nous venons de si loin !

— Vous n'êtes pas les seuls ! il y a encore plusieurs milliers de demandes à satisfaire.

— Oh ! comme c'est ennuyeux ! Alors, il va falloir revenir, et de si loin ?

— Bien sûr que M. le Curé n'ira pas chez vous.

***

— Mais comment avoir des tickets ?

— Ecrivez.

— Et quand aurons-nous la réponse ?

— Ah ! ça... Tenez, allez à l'usine, vous vous rendrez compte.

***

Ils vont à l'« usine » ; il y a des salles de préparations médicinales, un petit bâtiment pour les machines, un mât de T.S.F., un garage.

Dans une salle d'attente, quelques patients sont déjà installés, d'autres arrivent par groupes dont l'importance correspond à la capacité des voitures.

A neuf heures, survient une secrétaire.

— Vos tickets, messieurs, dames !... Vous n'avez pas de tickets ? Alors vous ne passerez pas aujourd'hui, d'autant plus que c'est le jour de repos de M. le Curé, et il arrêtera ses consultations à onze heures.

— Alors, Mademoiselle, nous allons être obligés de repartir.

— Vous ferez bien.

— Quand faudra-t-il revenir ? Pourrions-nous obtenir un rendez-vous fixe et des tickets ?

— Je vais voir. Tout ce que je peux faire pour vous, c'est de précipiter le rendez-vous. Revenez dans six semaines.

— Sommes-nous sûrs d'être reçus ?

— Oui... A moins que M. le Curé ne soit mort. (*Le Cri de Paris*, 8 juillet 1928.)

Cinquantième année | Nº 38 | 16 Septembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, Clottens, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, R. Hügel, E. Le Gouriérec, Louvel, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Foucaud, Gaehlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Legate.

Evian-les-Bains. Darras, J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.)

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Cany, Duliège, Guilliot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet. Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Coustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé, St Béat.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, G. F. Prévost, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Raphaël. Léon Clemen (*chir.*).

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutellier

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Mazurié Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr BRUSLÉ, de Paris, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix aes insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 407. — Anc. interne hôp. Paris, très au courant client., reprend. situat. import. et sérieuse avec install. confort.

N° 408. — On recherche docteur ou fils de docteur pour lancement eau thermale dans région côtière colonies ou étranger. Dr Descarpentrles, Roubaix.

N° 409. — Clientèle à reprendre dans l'Eure, bail 14 ans, loyer 1.500, conviendrait à médecin début. Prix demandé 10.000 s'adresser à Me Pachot, conseil juridique, 35, rue Bergère, Paris, 9e

N° 410. — Docteur cherche poste demi-repos, conditions *sine qua non* : maison confortable, chasse, pêche, 200 km. de Paris maximum.

N° 411. — Docteur ayant sa voiture désire faire remplacement longue durée à partir du 15 septembre.

N° 412. — 1° Banlieue est. Import. sanat. affec. pulm. 60 malades, rap. import. grd. instal. avec parc conf. moderne ; cond. de cess. avant.

2°. Grde ville, 3 h. Paris, anc. client. médecine gle, rap. 80.000 fr. mais. part. à céder pr. cause santé ; prix à débattre.

3° Nord dans résid. agréa. excel. client. rurale, rap. 80.000 minimum à céder pr. cause départ, bonnes cond. et facilités mais. moderne.

4° Paris rive gauche quart. bourgeois, bien aéré, suit de cli. négligée très anc. avec bel appart., 6 p. dépend. état neuf, loyer 7.600 fr. charges. Indemn. 50.000 fr. compt.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Gob. 36-46.

Renseignements

L'Œuvre d'hivernage des Enfants demande personnel dévoué mais payé, dont la santé nécessiterait un séjour dans le Midi. Fédération Parisienne des Colonies de vacances, 26, faubourg Saint-Jacques.

Importante Société d'appareillage électro-médical (lampes de quartz Hanau) désire faire visiter médecins. Adresser offres avec références à M. Debuisson, 48, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Journées médicales de Bordeaux.** — Nous rappelons que les Journées médicales de Bordeaux auront lieu du 4 au 8 novembre 1928. Nos lecteurs trouveront le programme de ces Journées dans le Reportage du n° 34 (19 août 1928) du *Concours médical.*

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Joseph Cotoni, d'Oissel, chevalier de la Légion d'honneur, âgé de 76 ans.

Le Dr Joseph Cotoni, d'origine Corse, fut le type le plus parfait du médecin de campagne. Pendant 50 ans, il a sillonné de l'aube à la nuit les routes qui avoisinent Oissel. Il fut le principal fondateur du sanatorium d'Oissel, le premier établissement de ce genre, créé dans cette région de Normandie. Il était très aimé de tous les habitants de la région pour lesquels il s'était dévoué avec une abnégation peu commune. Aussi une foule considérable se pressait à ses obsèques, qui furent émouvantes. De nombreux discours furent prononcés, notamment par le Dr Sans, maire de Saint-Etienne-du-Rouvray et par les représentants de nombreuses sociétés locales et rouennaises.

Le Dr Joseph Cotoni était le père du Dr Louis Cotoni à qui nous adressons nos confraternelles condoléances.

Dr N.

— **Paris. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Un cours pratique et complet de dermatologie sera fait du 1er octobre au 27 octobre 1928, à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction du professeur Gougerot. Droit de 250 fr.

— **Paris. Clinique obstétricale Baudelocque.** *Cours d'opérations obstétricales.* — Ce cours sera fait à la clinique Baudelocque par M. Portes, accoucheur des hôpitaux, du 4 au 31 octobre. Il comprendra des exercices pratiques individuels et des séances de projections de films cinématographiques. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Droit de 250 fr.

— **Faculté de Lyon.** *Cours de perfectionnement obstétrical.* — Un cours de perfectionnement et de pratique obstétricale aura lieu à la clinique d'accouchements de la Charité, sous la direction de M. le professeur Voron, du 22 octobre au 18 novembre 1928. Chaque élève aura la charge d'un certain nombre de femmes enceintes dont il surveillera l'accouchement, exécutant lui-même, sous la direction du chef de clinique, les manœuvres obstétricales nécessaires. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Droit de 250 fr.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Cours de perfectionnement sur le cancer.* — Ce cours, organisé par M. Gunsett, aura lieu du 16 au 31 octobre prochain. Il comportera des exercices pratiques sur le traitement du cancer par les agents physiques,

Les inscriptions sont reçues au centre anti-cancéreux, hôpital civil à Strasbourg.

— **Hôpital civil de Brest.** *Internat.* — Un interne en médecine est demandé à l'hôpital civil de Brest pour le service de M. Gouin (dermato-syphiligraphie). Outre le traitement donné par l'hôpital, un supplément est versé par le Ministère pour le dispensaire anti-vénérien.

— **Hôpitaux de Rouen.** *Externat.* — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 18 octobre, à l'hospice général. Pour les inscriptions et renseignements s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue Germont, avant le 3 octobre 1928.

— **Changement d'adresse.** — Le Dr Verron, de Cerizay (Deux-Sèvres), s'installe à *Nueil-sous-les-Aubiers* (Deux-Sèvres), à dater d'aujourd'hui. Il est remplacé à Cerizay par le Dr A. Poinot.

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *août.*

Enseignement de la médecine.

MM. Curtis, Doumer et Lemoine, professeurs à la Faculté de Lille, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

31 *août.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examens sont ouvertes :

En septembre, à Besançon, pour les infirmières hospitalières.

En octobre : à Dijon, à Lyon, à Rouen et à Lille, pour les infirmières hospitalières.

A Lyon, à Toulouse et à Lille, pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

1er *septembre.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 21 août 1928 relatif aux quatrième et cinquième examens de fin d'année en vue du doctorat en médecine.

Le Président de la République française.

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février 1880, 18 mars 1880 et 10 juillet 1896 ;

Vu les décrets des 21 juillet 1897 et 31 juillet 1920 ;

Vu le décret du 10 septembre 1924 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 26 du décret du 10 septembre

1924, portant réorganisation des études médicales, est complété comme suit :

Art. 26. — Les quatrième et cinquième examens de fin d'année, les examens de clinique et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Il ne peut être dérogé à cette règle que par une décision ministérielle prise après avis de la faculté d'origine de l'étudiant et du comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Décret du 17 août 1928 fixant les conditions dans lesquelles les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, peuvent être admis à postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu la loi du 30 novembre 1892 ;

Vu le décret du 25 juillet 1893 ;

Vu la loi du 10 juillet 1896 ;

Vu le décret du 29 décembre 1906 ;

Vu le décret du 10 septembre 1924 sur la réorganisation des études médicales ;

Vu le décret du 6 août 1927 sur les grades et titres exigés pour l'inscription à ces études ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public (commission de la médecine et de la pharmacie) être autorisés à postuler, avec dispense de scolarité et dispense partielle d'examens, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou du titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes).

Art. 2.— La dispense de scolarité pourra être totale pour ceux qui auront accompli, en France, le cycle complet des études en vue du doctorat universitaire

La dispense d'examens ne pourra, en aucun cas, porter sur plus de trois épreuves.

Art. 3. — Le décret du 29 décembre 1906 est abrogé.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Amortissement des frais du droit au bail.

427. — M. Paul ESCUDIER, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si un contribuable, exerçant une profession libérale, peut faire figurer dans ses frais généraux l'amortissement des frais du droit au bail ; 2° si le même contribuable peut faire figurer dans ses frais généraux le remboursement échelonné des engagements pris pour le payement d'une perte antérieure. (*Question du 23 juin 1928.*)

Réponse. — 1° Réponse affirmative, étant entendu que la déduction ne peut porter que sur la partie des frais du droit au bail qui correspond à la cession des locaux professionnels ; 2° il n'est pas possible de répondre sans connaître la nature et l'origine de la perte dont il s'agit.

(*J. O.*, 31 août 1928.)

Droits d'enregistrement sur la cession d'un cabinet dentaire.

705. — M. JAUBERT, député, demande à M. le ministre des finances quels sont les droits à percevoir sur une cession de cabinet dentaire, comprenant l'enseigne, le droit au bail et le matériel nécessaire à l'exercice de la profession. (*Question du 6 juillet 1928.*)

Réponse. — La cession à titre onéreux d'un cabinet dentaire donne ouverture au droit de 9 p. 100 sans décimes (loi du 4 avril 1926, art. 80) et, le cas échéant, à la taxe complémentaire et exceptionnelle de 7 p. 100 sur la première mutation (loi du 3 août 1926, art. 18). De plus, lorsque le prix de la cession ou la valeur vénale du cabinet excède 300.000 francs ou 500.000 fr., ces droits doivent être majorés des surtaxes de 1,20 p. 100 et 2,40 p. 100, décimes compris, instituées par l'article 42 de la loi du 13 juillet 1925. Enfin si le cabinet cédé a son siège à Paris, la mutation est, en outre, passible d'une taxe municipale de 1.25 p. 100 (loi du 31 décembre 1900, art. 10).

(*J. O.*, 31 août 1928).

De l'action anti-néoplasique de certains sucs de plantes.

On sait que le traitement du *néoplasme gastrique* (cancer) est, à peu près exclusivement chirurgical : la *radio* et la *radiumthérapie* ont donné des résultats appréciables sur les cancers, plus accessibles (langue, œsophage, rectum), des voies digestives, mais peu opérants en ce qui concerne le cancer gastrique habituel. On a bien pu procurer aux malades un soulagement temporaire, en calmant un peu la douleur, en diminuant les vomissements, mais les résultats sont bien fugaces et aléatoires.

Si le traitement chirurgical est le plus souvent indiqué, c'est à la condition que le diagnostic d'intervention opératoire soit fait le plus tôt possible. Dans le casou lé diagnostic est douteux, le médecin en est réduit au traitement médical qui doit être accepté, comme *palliatif* et seulement pour ce qu'il vaut. On sait que celui-ci comporte, en dehors de la diététique et de quelques topiques externes et internes (poudres), la gamme des médicaments calmants habituels (eau chloroformée, solution cocaïnée et stovaïnée, la codéine et la belladone pour diminuer les sécrétions glandulaires) auxquels on peut ajouter l'extrail de cannabis indica, la solanine obtenue économiquement des rejets des tubercules de pomme de terre et finalement, la morphine à doses progressives et assez souvent renouvelées ; *le cuivre* en *solution colloïdale* associé au sélénium, la magnésie, etc., mais toujours avec des résultats problématiques !!

La *chélidoine* mérite aussi d'être adjointe à cette série, à cause de son action sédative et régressive remarquable que j'ai eu l'occasion d'observer et qu'un médecin russe, Denisserko, a employée, paraît-il, avec succès, à la fois en topique externe et à l'intérieur, comme capable d'agir efficacement sur le système veineux et de diminuer la fétidité des sécrétions, On sait que *la chélidoine* ordinaire (*grande éclaire*) renferme 2 alcaloïdes dans son *latex jaune.* J'ai employé aussi, parallèlement, et avec des résultats encourageants, le latex blanc, laiteux, des *euphorbes,* et celui du *figuier* obtenu par la section du pédoncule du fruit, avant sa complète maturité. La propriété antinéoplasique de ces divers *sucs* peut, facilement, être constatée par l'application directe de ceux-ci sur des *verrues* et sur ce qu'on appelle les *croûtes de vieillesse* qui ne sont que des néoplasmes, le plus souvent *bénins* à leur début. Par suite de la très faible toxicité de ces divers *sucs de plantes,* il n'existe aucune contre-indication dans leur emploi qui, pour être efficace, doit être souvent répété.

Dr Ed. CROUZEL.
Le Buisson (Dordogne).

Posologie. Pour l'emploi *interne* de ces sucs, il faut faire ingérer ceux-ci aux malades *triturés* à l'état frais avec une *poudre inerte* (talc) à la dose de 10 gr. *pro die.* Quant à l'emploi, comme *topiques,* il suffit d'en faire l'application directe, matin et soir, pendant une quinzaine de jours, limite habituelle pour la *guérison* ou la *nullité* du résultat.

LE REMÈDE SECRET

M. Narodetski, docteur en droit, docteur en pharmacie, vient de publier, à la librairie générale de Droit et de Jurisprudence, un intéressant ouvrage sur la spécialité pharmaceutique.

Cette dernière est entrée dans les mœurs : le médecin, le public en usent largement, cependant que le pharmacien continue ses recherches de laboratoires, ses expériences de chimie, car une découverte peut être la fortune pour lui.

Or, M. Narodetzki montre les diverses phases juridiques par lesquelles est passée cette question des spécialités pharmaceutiques.

Sous le signe de germinal, sous le signe de la tolérance, sous le signe de la clarté, tels sont les trois grands chapitres qui divisent l'ouvrage.

La loi de germinal a rendu de grands services ; mais elle est quelque peu désuète aujourd'hui. Cependant, combien difficile est d'y toucher, car bien des intérêts se heurtent, qui vivent actuellement en équilibre.

Or, cette loi interdisait le médicament secret.

Des décrets ultérieurs, des ordonnances royales vinrent préciser ce qu'il fallait entendre par médicaments secrets.

C'était l'époque où l'industrie chimique était peu développée : le pharmacien préparait tous ses médicaments lui-même et ne s'approvisionnait que des drogues impossibles à fabriquer dans son officine et dans son laboratoire.

Durant cette époque, le médicament secret fut prohibé.

Aussi, M. Narodetzki met en lumière, d'une part les textes réglementaires et, de l'autre, les décisions nombreuses de jurisprudence. Le médicament secret était poursuivi et actuellement, il nous paraît quelque peu ridicule de lire les condamnations prononcées contre certaines spécialités, datant de l'époque, et qui aujourd'hui ont conquis droit de cité.

Les tribunaux condamnaient tout pharmacien, qui mettait en vente un produit, dont la composition n'était pas inscrite au Codex, alors que tous les éléments entrant dans la composition dudit produit figuraient tous au Codex.

Il est curieux de parcourir l'ouvrage de M. Narodetzki et de voir, parmi les condamnations, des produits opothérapiques, des arséno-benzènes, etc., dont les fabricants avaient eu l'idée illicite de leur donner un nom marchand !

Il faut arriver à la loi du 30 décembre 1916, article 16, qui institue un impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Le ministre des Finances impose des médicaments, que le Ministre de la Justice doit faire condamner comme médicaments secrets.

Certains pensèrent que, du moment où l'Etat

prélevait un impôt sur les spécialités pharmaceutiques, celles-ci devaient donc devenir licites et étaient reconnues comme telles par le gouvernement.

A côté de cette innovation fiscale, il faut reconnaître, comme le démontre M. Narodetzki, « qu'en pharmacie, comme ailleurs, la spécialisation est devenue la condition première de toute bonne fabrication, qui y trouve la récompense du profit et l'émulation de la concurrence. »

Joignons à cela la tendance de plus en plus marquée des pharmaciens détaillants de ne plus préparer eux-mêmes leurs drogues. Ils trouvent plus expéditif et plus lucratif d'acheter, chez le grossiste, nombre de préparations faites en vrac. Les sirops eux-mêmes viennent de la droguerie en gros.

Certains font préparer par centaines des pilules, des cachets, qui sont couramment formulées par les médecins de la région, dans leurs ordonnances magistrales.

Enfin, les très nombreuses décisions de jurisprudence aboutissaient à mettre une fois de plus en lumière l'adage : *summum jus, summa injuria* ; le droit pur était souvent respecté ; mais l'équité était complètement violée, au nom du droit pur.

Ce furent alors de nombreux procès en concurrence déloyale, en nullité d'association, etc.

Nous en arrivons enfin à la période que M. Narodetzki place sous le signe de la clarté.

Nos confrères se souviennent qu'une commission avait été instituée à la faculté de pharmacie, pour répondre à une question qui avait été posée au Conseil supérieur de l'Assistance publique : quelles sont les spécialités pharmaceutiques que les conseils généraux peuvent autoriser les médecins à formuler pour le compte de l'Assistance médicale gratuite ?

A juste titre, M. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie, souleva une question préalable : comment répondre à cette question, alors que la loi et la jurisprudence déclarent illicites toutes les spécialités pharmaceutiques ?

Ce fut ainsi que, personnellement, au cours d'une réunion de cette commission, je démontrai que la spécialité était actuellement indispensable, tant au médecin qu'au malade lui-même.

Et, après une étude juridique de la question, je me plaçai au point de vue social, pour demander qu'un texte réglementaire vînt enfin moderniser les textes réglementaires, remontant à la loi du 21 germinal an XI.

Ce fut le décret du 13 juillet 1926, reconnaissant comme licite toute spécialité pharmaceutique, qui porte, sur l'étiquette, la formule exacte du produit et de la dose de chacune des substances actives entrant dans sa composition, ain-

si que le nom et l'adresse du pharmacien, qui prépare le médicament.

Le droit et l'équité pourront donc marcher de pair.

Désormais, écrit M. Narodetzki, « une spécialité ne pourra plus attendre son succès d'un caractère mystérieux, d'une découverte occulte. En vérité, le décret du 13 juillet 1926, c'est la fin de ce remède secret, qui n'est plus un remède s'il n'est plus secret ».

La voie est largement ouverte aux inventeurs, cependant que le médecin traitant saura, par la formule, la dose exacte des produits entrant dans la composition du médicament.

La loi sur les fraudes pourra toujours venir punir ceux qui essayeraient de tromper sur la qualité, ou la quantité des principes actifs.

Quant au malade, il trouvera des médicaments plus purs, plus actifs et aussi, ce qui n'est pas à dédaigner, plus agréables à prendre.

Quel sera l'avenir de la pharmacie française, se demande en terminant M. Narodetzki ?

L'auteur se garde d'aborder ce problème.

Personnellement, nous y reviendrons un jour, en exposant nos propres idées, étant donnée l'évolution de la médecine et de la pharmacie, au regard des lois sociales, comme des habitudes prises tant pour la rédaction que pour l'exécution des ordonnances médicales.

Mais, félicitons M. Narodetzki de nous avoir donné une monographie aussi précise, aussi documentaire et si claire sur ce problème actuel de la Spécialité pharmaceutique.

Dr Paul BOUDIN.

Souscription pour honorer la mémoire du Dr Cabanès.

(2e *liste*)

Dr Bord, directeur d'*Æsculape*, 100 fr. ; Dr Cathelin, de Paris, 100 fr. ; Pr Jeanneney, de Bordeaux, 100 fr. ; Produits Lambiotte, 100 fr. ; Dr Louis Régis, 200 fr. ; Dr François, de Valence 10 fr. ; Dr Lafforgue, de Gourdon, 50 fr. ; M. Régismanset, de Paris, 50 fr. ; Dr Garrigues, de Paris, 50 fr. Total : 760.

Liste précédente : 1.100 fr.—Total général : 1.860 fr.

Nous apprenons en outre que le Conseil municipal de Gourdon a voté 500 fr. pour la souscription.

Prière d'envoyer les cotisations au trésorier : M. ALBIN MICHEL, éditeur, 22, rue Huyghens, à Paris. Compte chèques postaux : Paris 96.10.

Voir la suite page XLVII-2673

PROPOS DU JOUR

**L'œuvre nationale belge de la Protection de l'Enfance.
La participation en France du Service social au fonctionnement des Institutions protectrices de la maternité et de la première enfance.
Les problèmes soulevés par le développement des services sociaux.**

Depuis 50 ans en France, la loi Théophile Roussel assure ou est censée assurer la protection de l'enfance, et c'est avec un sentiment d'admiration, mélangé de tristesse et aussi de honte, que nous constatons combien nous sommes dépassés sur ce point par nombre de nations étrangères. Notre ami R. Molinéry, a, dans le numéro de juillet de *La Médecine internationale illustrée*, montré l'effort considérable fait en Belgique par l'*Œuvre nationale de la protection de l'enfance*, grâce au patronage réel et actif de S. M. la Reine des Belges, du directeur général de l'Œuvre, M. Maquet, et de ses collaborateurs et collaboratrices. Consultations de nourrissons, gouttes de lait, maisons maternelles, crèches, consultations prénatales, cantines maternelles, cantines d'enfants débiles, colonies d'enfants débiles, etc. ont été créées, développées et sont en plein rendement.

Mme Crutzen, directrice de l'Œuvre, a résumé à Molinéry, dans la phrase suivante, le but poursuivi : « Assister les mères et les enfants non uniquement dans les œuvres, mais à domicile ; faire de l'assistance appropriée et s'efforcer, en même temps, de modifier les causes de la misère physique ou morale. » Les 12.000 interventions utiles dans plus de 3.000 familles, faites en 1926, légitiment les pages enthousiastes que Molinéry consacre à l'Œuvre nationale de la Protection de l'enfance en Belgique.

Malgré les regrets que nous avons tout d'abord exprimés sur l'inefficacité relative de la loi Roussel en France, il ne faudrait pas croire qu'aucun effort pour la protection de l'enfance n'est fait dans notre pays. Nous trouvons dans l'excellent livre de M. Pierre L. Lévy-Falco, *Les auxiliaires sociales* (1), un remarquable exposé de la participation du service social au fonctionnement des institutions protectrices de la maternité et de la première enfance. L'essor vraiment impressionnant de ces institutions et de leurs services sociaux nous fait bien augurer de l'avenir.

Nous ne reviendrons pas sur la définition du service social et des auxiliaires sociales que nous avons donnée dans un article récent, en l'empruntant au livre de M. Lévy-Falco. Grâce à ces services sociaux, d'enquête, de dépistage des besoins familiaux, d'éducation hygiénique et sociale, d'aide éclairée à tous les points de vue par les assistantes ou auxiliaires sociales, la protection de la maternité et de l'enfance est devenue, dans de nombreux centres, méthodique et efficace.

Le but poursuivi est la *réduction de la mortinatalité* et de la mortalité infantile. Les moyens mis en usage sont d'ordre médical et d'ordre social.

Dans l'ordre médical, les services sociaux ont multiplié les monitrices d'hygiène ou assistantes auxiliaires instruites et éduquées, qui sont indispensables au bon fonctionnement des consultations prénatales, surveillant et assistant les futures mères au foyer et à l'usine. Par elles, on arrive à rendre plus efficace la lutte contre l'hérédo-syphilis.

Dans l'*ordre social*, l'assistante intervient auprès de la fille-mère abandonnée, et peut ainsi empêcher plus d'un avortement volontaire ; par son entremise, la réconciliation de la jeune fille trompée avec sa famille s'effectue fréquemment. Elle fait les démarches pour obtenir la reconnaissance judiciaire du nouveau-né, pour faire bénéficier l'accouchée des mesures d'assistance officielle ; elle s'occupe du placement et de la surveillance des autres enfants pendant les couches de la mère, veille à l'allaitement maternel, est l'agent exécuteur des ordonnances médicales de la consultation des nourrissons. Si la mère est tuberculeuse, elle cherche à séparer d'elle l'enfant nouveau-né ; si la mère meurt, elle s'efforce de placer les orphelins, de faire admettre les débiles dans un préventorium. Pour remplir cette mission, l'auxiliaire sociale est en liaison

(1) Paris. Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel.

constante avec le médecin, les institutions publiques, semi-publiques et les œuvres privées.

Ces services sociaux peuvent fonctionner dans le cadre administratif. La loi du 27 juin 1904 autorise les conseils généraux à créer un ou plusieurs emplois de visiteuses d'enfants nouveau-nés. Il faut avouer que peu de départements ont usé de cette autorisation. Dans le département de la Seine, il a été créé des dames déléguées pour visiter les enfants secourus et des auxiliaires pour les consultations de nourrissons. En 1919, une tentative officielle fut faite par le ministère des régions libérées, et nous avons été témoin des efforts de Madame Gervais-Courtellemont, surintendante de ces services, et de quelques-unes de ses inspectrices, efforts qui ont exigé beaucoup de luttes avec une administration dont les représentants n'avaient pas l'esprit assez ouvert pour comprendre l'utilité et la grandeur de la tâche entreprise. En 1922, le service passa au ministère de l'hygiène qui ne tarda pas à le supprimer pour raisonsbudgétaires ! ! !

Nous avons signalé en détails, dans les colonnes du *Concours médical*, le travail utile et les résultats obtenus par le *Comité américain des régions dévastées* dans quatre cantons du département de l'Aisne : Soissons, Coucy-le-Château, Vic-sur-Aisne, Anizy-le-Château. Les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin possèdent des centres cantonaux de puériculture. La loi du 17 juin 1913, et surtout celle du 15 avril 1916 sur l'organisation des dispensaires d'hygiène sociale, prévoient la création d'auxiliaires sociales dans le but de protéger l'enfance.

Des services semi-publics ont été créés : les deux plus importants sont ceux de la *Fondation franco-américaine pour l'enfance à Lyon*, qui date de 1918, et de *la Fédération des œuvres girondines pour la protection de l'enfance*. Ces services sont en liaison avec les administrations, les hôpitaux, les maternités, etc. et collaborent avec les œuvres privées. Il s'ensuit qu'à Lyon et à Bordeaux, la protection médico-sociale de la mère et de l'enfant est complète, car ces services comblent les vides des institutions officielles.

Dans les autres villes de France, il n'y a guère d'organisations uniformes et les communes rurales sont à peu près totalement déshéritées.

La première tentative d'application du service social à la protection de la maternité et de l'enfance à Paris fut faite par Mlle Chaptal. Elle créa, en 1901, l'*Association maternelle et infantile de Plaisance*. La première consultation de nourrissons fut ouverte le 14 janvier 1901, et 200 enfants environ y furent conduits cette année-là ; en 1926, le nombre des enfants inscrits a été de 1.274. Cela suffit à donner une idée du succès de l'œuvre. Comme résultat, signalons que 82 % des enfants surveillés sont nourris au sein et que dans ces dernières années, la mortalité des enfants dont s'occupe l'Association n'a pas dépassé 2 à 3 %.

Dans le XV^{e} arrondissement, voisin de Plaisance, l'*Association pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile* exerce son activité. Là nous assistons à la collaboration de l'Office public d'hygiène sociale, de l'Ecole de puériculture qui, administrée par la Faculté de médecine, relève de l'Université de Paris, et d'une œuvre d'initiative privée ; c'est un type d'institution semi-publique. Les résultats obtenus sont analogues à ceux que nous avons relevés pour le quartier voisin de Plaisance.

Dans le XIX^{e} arrondissement de Paris, région populaire et où la misère est fréquente, c'est la *Croix-rouge américaine* qui a organisé en 1919 la protection de la maternité et de l'enfance. L'œuvre *Pour l'enfance et la famille par l'Aide sociale* continue la tentative américaine, et son *Centre social de la rue Clavel*, n° 6, constitue un type de service social. Consultations prénatales, consultations de nourrissons, action des infirmières visiteuses au foyer familial pour signaler les maladies contagieuses et les affections héréditaires qui restent souvent sans secours médicaux, pour apprendre à la mère à soigner convenablement ses enfants et lui donner des leçons d'hygiène domestique, interventions de ces assistantes sociales auprès des pouvoirs publics, démarches auprès des œuvres d'assistance, obtention des allocations, réconciliations provoquées au sein des familles, placements d'enfants, etc., etc., tout ceci constitue un travail social qui aide singulièrement les mères à résoudre les difficultés de l'existence.

Nous ne saurions omettre, dans cette énumération des œuvres parisiennes, les services sociaux des maternités. Quatre œuvres se partagent la tâche :

1° Le *service d'entr'aide sociale* qui s'occupe de la maternité de Port-Royal et de la clinique Tarnier.

2° Les *volontaires du service social* qui bornent leur action à la maternité de la Charité.

3° Les *Amis de la maternité* pour l'hôpital Boucicaut.

4° La section des maternités du *Service social*

à l'hôpital qui étend sa protection aux maternités de Saint-Antoine, de Lariboisière, de la Pitié, de Beaujon, de Saint-Louis, à la clinique Baudelocque, à la maison maternelle de Saint-Maurice et à la Maison nationale du Vésinet. L'animatrice de ce dernier service social est Mme Getting.

M. Lévy-Falco publie un tableau statistique des résultats du travail des sections des maternités et des enfants du service social à l'hôpital. Nous regrettons de ne pouvoir le reproduire. Relevons quelques chiffres : en 1923, les secours en espèces dans les maternités ont été de 9.387 fr. ; en 1925, ils ont atteint 54.430 fr. 65 pour tomber en 1926 à 13.867. Les secours en espèces aux enfants ont passé de 14.000 fr. en 1923, à 15.588 fr. en 1925 et à 25.038 fr. 55 en 1926.

En somme, à l'hôpital, l'auxiliaire sociale du service social apporte surtout son aide morale ; au dispensaire multivalent tel que doit être le dispensaire du bureau de bienfaisance moderne, elle devient l'âme des gouttes de lait, de la consultation des nourrissons, de la consultation prénatale. Dans les offices publics d'habitations à bon marché, elle coordonne l'action sociale des diverses œuvres qui doivent y propager l'hygiène maternelle et infantile.

Voilà ce que donnent les services sociaux dans le cadre administratif, M. Lévy-Falco trouve encore plus importante l'œuvre du service social dans le cadre économique.

***

Une circulaire ministérielle du 29 octobre 1919 confiait, dans les usines de guerre, à des surintendantes le service social qui s'étendait à des crèches, des salles d'allaitement, des garderies d'enfants. A la préfecture de police de Paris, deux surintendantes s'occupent du service de puériculture, créé par l'Association amicale et de prévoyance ; de la préfecture de police service auquel Mme Chiappe, la femme du Préfet, donne son généreux concours.

Les cités-jardins fondées par la Compagnie des chemins de fer du Nord pour son personnel sont pourvues de Gouttes de lait, de consultations prénatales, de consultations de nourrissons, où 28 infirmières visiteuses assurent le service. Résultats obtenus en 1926 : tandis que la mortalité infantile était de 9.74 % pour toute la France, de 10.66 % dans les départements sur lesquels s'étend le réseau de la Compagnie du Nord, celle des enfants des cités-jardins ne dépassait pas 5.47 %.

Cet exemple a été suivi par les chemins de fer de Paris-Orléans, de P. L. M. et par ceux du Midi. Ce sont les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul qui assurent le service social des deux premières grandes compagnies, P. O. et P. L. M.

Les grands établissements industriels du Centre, la Compagnie des Forges de Châtillon, Commentry, Neuves-Maisons, des Usines St-Jacques à Montluçon sont pourvus de services sociaux.

Tout le monde connaît les résultats obtenus par les établissements Michelin à Clermont-Ferrand, qui se traduisent par une notable élévation de la natalité dans leur personnel.

Les Caisses de compensation pour les allocations familiales, créées par entente d'établissements industriels, ont recours à la collaboration des services sociaux. En 1923, les 120 caisses de compensation comprenant 7.600 établissements ont versé 92 millions de francs à 800.000 allocataires. En 1926, le nombre des caisses atteint 195 avec 14.000 établissements et *deux cent millions* de francs ont été versés à 1.300.000 allocataires. Les services sociaux ont présidé à la répartition de ces allocations qui ont consisté en primes de naissances, primes d'allaitement et organisation de services d'hygiène.

En 1921, la caisse de compensation de la région parisienne a créé un service d'enquêtes pour connaître la situation des veuves et des orphelins de ses ressortissants. Ce service a été étendu à toutes les familles en 1922. En 1927, la caisse de compensation parisienne utilise 50 auxiliaires sociales. Une directrice se tenant à la permanence contrôle, coordonne les efforts des auxiliaires et, dans des réunions mensuelles, leur donne ses instructions. Ces auxiliaires sociales ne soignent pas les malades, mais remplissent le rôle d'assistantes sociales, de monitrices d'hygiène et sont en liaison avec les services municipaux et les œuvres privées pour faire bénéficier leurs protégés de tous les secours et allocations auxquels ils sont en droit de prétendre. La caisse de compensation utilise en outre une enquêteuse dont le rôle est un rôle policier. Elle vérifie la sincérité des déclarations et prévient les abus.

Le but unique de ces services sociaux est toujours d'assurer la protection de l'enfance, non seulement la protection physique mais aussi la protection morale. Les assistantes sociales tâchent de dépister les contaminations possibles ; elles doivent entrer en liaison avec tous les services médicaux, les œuvres de colonies de va-

cances, les institutions de rééducation pour les arriérés, etc., etc.

***

Le service social étend encore sa protection et son action bienfaisante sur le *foyer ouvrier*. En liaison avec les offices et les sociétés d'habitations à bon marché, ses agents vont dans les familles prêcher la morale hygiénique et répandre l'enseignement ménager.

Toutes les institutions n'ont pas cru devoir se donner un service social autonome. Le Comité commun pour l'hygiène sociale de l'enfance, constitué entre les caisses d'allocations familiales de la région lyonnaise, a trouvé plus avantageux d'avoir recours aux visiteuses de la *Fondation franco-américaine pour l'enfance de Lyon*. Ce comité a compris que ce qui vaut le mieux est d'utiliser ce qui existe et d'éviter les doubles emplois. L'action de ce service social lyonnais s'étend, non seulement à la première enfance, mais à l'enfance d'âge scolaire.

Des tentatives de service social ont été faites dans le *cadre corporatif*.La *caisse de compensation du bâtiment et des travaux publics de Paris*, fondée en avril 1922, a entrepris de « veiller du berceau à la tombe » sur ses ressortissants. Elle a organisé un service d'hygiène de l'enfance, 4 dispensaires de médecine générale avec consultations prénatales, post-natales, consultations de nourrissons, consultations spéciales de radiologie, chirurgie, ophtalmologie, otorhinologie, service dentaire et, en outre, un service de prophylaxie spécifique.

***

M. Lévy-Falco eût pu multiplier les exemples. Il conclut que l'intérêt du service social et de son agent, l'auxiliaire sociale, consiste surtout dans la sauvegarde de la race, en s'attaquant à la prophylaxie de la tuberclose, de la syphilis, au taudis, à l'alcool, à la mauvaise hygiène physique et morale.

Le rôle du service social est multiple et l'on peut prévoir qu'il deviendra considérable car, demain, il n'est pas douteux qu'il secondera l'action des caisses d'assurances sociales.

Le développement des services sociaux soulève des problèmes d'ordre administratif et d'économie sociale qu'il faudra s'ingénier à résoudre promptement.

Dans l'ordre administratif, il faut songer à perfectionner leur organisation encore embryonnaire, à mieux coordonner l'action des pouvoirs publics et des initiatives privées. Il faudra songer sérieusment au recrutement et à l'éducation du personnel et à lui assurer des garanties de carrière, ne pas se borner à exploiter simplement la bonne volonté et le dévouement. Il faudra résoudre le problème le plus important, le problème financier, mais les pouvoirs publics et les industriels n'hésiteront pas à faire les sacrifices nécessaires lorsqu'ils se seront rendu compte du rendement économique tout à fait remarquable qui résulte de la bonne application des services sociaux.

En effet, en économie sociale, on peut prévoir que ces services sociaux doivent amener un allègement notable des budgets de l'hygiène et de l'assistance, mais cet avantage n'est rien si on le compare à l'amélioration par eux du rendement du travail dans l'industrie.

***

Nous soulèverons, nous-même, un autre problème que M. Lévy-Falco a oublié d'aborder ou n'a pas voulu aborder, c'est celui des rapports des services sociaux et du corps médical.

Nous sommes convaincus que la plupart de nos confrères ignorent, ou à peu près, l'importance de ces services. Beaucoup usent de leur collaboration, mais les considèrent comme beaucoup d'œuvres charitables, éphémères, quand ce sont des organisations qui, méthodiquement, se perfectionnent et se multiplient et qui ne tarderont pas à s'imposer par l'importance des services qu'elles auont rendus et plus encore qu'elle sseront appelées à rendre.

Ce nouveau facteur des services sociaux interviendra activement, qu'on le veuille ou non, dans l'exercice de la médecine de demain. Nous espérons que nos Syndicats médicaux songeront à l'intérêt qu'il y aura à entrer le plus tôt possible en liaison avec eux, à étudier de quelle façon il pourra les utiliser, s'assurer leur collaboration. Il serait déplorable, sous prétexte de médecine traditionnelle, de dédaigner, de repousser une collaboration qui ne tardera pas à s'imposer, si nous ne cherchons pas nous-mêmes à nous l'assurer.

Quant aux services sociaux, nous nous permettrons de leur signaler un écueil qu'ils doivent éviter à tout prix, car de là dépend leur prospérité et leur avenir. La tâche des assistantes sociales est belle, mais combien difficile et déicate, surtout dans notre pays. Elles pénètrent

dans les familles, font des enquêtes, s'inquiètent de ce qui se passe dans l'intimité des ménages, s'occupent des enfants, donnent des directives et des conseils aux femmes. De quel tact, de quelle délicatesse, de quelle prudence ne doivent-elles pas user si elles ne veulent pas que leur rôle, qui doit être celui d'un guide et d'une amie, ne soient pas pris pour celui d'un espion au service d'un parti politique, d'un patron, ou même d'une religion ?

Le service social n'est au fond que la modernisation, l'adaptation à la vie moderne de l'action charitable et bien intentionnée des anciennes congrégations. Tout le monde sait l'impopularité qui résulta pour quelques-unes, des excès de zèle et des maladresses de certains de leurs membres, et du coup qui leur fut porté. Souhaitons que, dans l'intérêt public, l'histoire ne recommence pas sur ce point et que la belle œuvre des services sociaux se développe harmonieusement, prêtant largement son concours au Corps médical de demain.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONSIDÉRATIONS SUR LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP ET LA THÉRAPEUTIQUE PRÉVENTIVE DE SES COMPLICATIONS

Par MM.

R. Archambaud, Médecin et MM. Friedman et Moureau, Internes

de l'Hôpital de Saint-Denis.

Malgré les bienfaits de la sérothérapie et de la vaccinothérapie antidiphtérique, on assiste encore trop souvent à des formes de diphtéries laryngées graves où la sérothérapie arrive trop tard et où le médecin est appelé à prendre une décision immédiate sous menace de voir emporter le petit malade par l'asphyxie inévitable.

On sait que la virulence du bacille de Lœffler atteint son maximum vers les mois de décembre-janvier. C'est donc à ce moment qu'on constate en général une recrudescence de ces formes graves de la diphtérie, qui exigent une décision rapide du médecin.

Nous n'avons pas l'intention de nous occuper de la thérapeutiqe préventive de cette maladie. Nous nous contenterons de parler de ces croups malins où le sérum n'a pas le temps d'agir et où on doit choisir entre les deux procédés que nous possédons : tubage ou trachéotomie.

Il est incontestable, et c'est l'avis de la plupart des auteurs d'aujourd'hui — que le tubage, dans la majorité des cas — doit être préféré à la trachéotomie, à cause de ces deux principaux avantages :

1° Simplification opératoire, et

2° Simplification des suites opératoires.

En pratique, la question semble plus difficile qu'on ne le croirait, car le tubage n'est pas sans inconvénient non plus. Nombreux sont les cas où le praticien manque d'habitude pour le tubage. Or c'est une opération qui doit être pratiquée aussi rapidement que possible, car quelques secondes d'apnée au cours de l'intervention suffisent parfois à provoquer une asphyxie de l'enfant. D'autre part, sans une surveillance constante, des accidents graves et mortels sont à redouter tels que : l'obstruction du tube par les fausses membranes. Enfin, pour pratiquer cette opération, il faut que l'enfant soit encore assez résistant. Nous insistons sur ces deux derniers points : manque de résistance suffisante qui rend impossible l'intubation, ou possibilité d'obstruction ultérieure du tube.

Ces deux complications assombrissent considérablement le pronostic de cette opération, qui, théoriquement, est cependant la conduite à tenir idéale dans le croup diphtérique.

La situation est pourtant, en présence de ces formes graves, critique, l'asphyxie est imminente, il faut faire quelque chose. Il nous reste une seule issue, c'est de pratiquer la trachéotomie.

Si cette opération est émouvante, nous pouvons dire qu'elle est, dans certains cas, moins choquante et que le danger d'asphyxie est moins grand qu'au cours de l'intubation, car le déplacement qu'elle exige est minime. Enfin, dans la période terminale, l'enfant, épuisé par la lutte,

et enivré par l'anhématose présente une véritable anesthésie asphyxique, qui facilite encore la trachéotomie.

Pourtant, si l'opération elle-même paraît relativement simple et donne un soulagement immédiat au malade, les suites opératoires et les complications broncho-pulmonaires qui surviennent dans un grand nombre des cas aggravent considérablement le pronostic de cette intervention. C'est ce qui a fait que, dans ces derniers temps, on a tant récriminé contre la trachéotomie. Cependant, dans les cas où — le tubage étant impossible à pratiquer — on est obligé de recourir à elle, n'y a-t-il pas moyen d'améliorer ce pronostic par une thérapeutique préventive de ses complications ?

L'observation suivante que nous avons relevée dans notre service à l'hôpital de Saint-Denis, semble assez instructive en raison de l'amélioration rapide des suites opératoires dues, croyons-nous, à la conduite suivie après l'intervention

Le 5 janvier dernier entre dans notre service M... Renée, âgée de 5 ans, avec un diagnostic de croup. Nous examinons cette fillette qui présente à ce moment : une voix complètement éteinte, une pâleur des téguments avec cyanose des lèvres, dyspnée grave, inspiratoire et expiratoire, tirage généralisé (susternal, épigastrique, intercostal).

Nous injectons immédiatement 60 cc. de sérum anti-dihptérique purifié par voie intra-musculaire et 40 cc. par voie sous-cutanée, huile camphrée, éther, strychnine, caféine ; mais en présence des signes graves présentés par la petite malade (asphyxie progressive, épuisement total), il nous semble indispensable d'adjoindre au traitement médical une intervention d'urgence. L'enfant ayant atteint la limite extrême de la résistance, l'intubation nous semble impossible à pratiquer, et nous préférons recourir à la trachétoomie sous-cricoïdienne, rendue plus facile par l'anesthésie asphyxique présentée par la petite malade.

Soulagement immédiat caractérisé par une recoloration des téguments ; sédation manifeste des troubles de la respiration et un état de bien-être général qui se peint sur tous les traits de l'enfant.

Le lendemain, nous la retrouvons dans un état d'amélioration nette ; la respiration se fait régulièrement par la canule, la température qui était à 40° la veille au soir est retombée à 37°9. Nous injectons 50 cc. de sérum intramusculaire ; les 3e, 4e et 5e jours 30 cc. ; les 6e, 7e et 8e jours, 20 cc. par jour.

Le 3e jour qui suit la trachéotomie, la canule peut être retirée définitivement sans que l'enfant présente aucun signe d'asphyxie. On entretient, dès le 1er jour, un état d'humidité constant devant la plaie, au niveau de laquelle on pratique plusieurs fois par jour des pulvérisations avec la solution de Mencière.

Ayant présente à l'esprit la grande fréquence des complications pulmonaires consécutives à la trachéotomie, nous avons pensé qu'il serait utile d'instituer un traitement préventif de la broncho-pneumonie.

Dès le 2e jour, l'enfant reçoit donc 20 cc. de sérum antipneumococcique, pendant 3 jours consécutifs, 2 enveloppements sinapisés par jour, et une potion antipasmodique et béchique.

La température est descendue à 37° dès le 3e jour, et s'y est maintenue par la suite. La cicatrisation de la plaie s'est effectuée rapidement au bout de 15 jours. La parole est réapparue à la fin de la deuxième semaine.

Le premier prélèvement fait au moment de l'entrée a montré la présence de bacilles de Loeffler moyens. Quinze jours après disparition des bacilles diphtériques dans la culture.

L'enfant quitte l'hôpital le vingt-cinquième jour, complètement guérie. Nous l'avons revue depuis à plusieurs reprises dans un excellent état de santé. La voix est parfaitement normale et la cicatrice laissée par l'incision est à peine visible.

De cette observation, nous pouvons, semble-t-il, retenir :

1° Que dans le cas où le tubage est impossible à pratiquer par suite de la résistance insuffisante du petit malade, ou de l'absence d'une surveillance constante, la trachéotomie semble présenter l'avantage d'être moins choquante pour l'enfant, et d'être plus facilement exécutable par suite de l'anesthésie asphyxique.

Il faut souligner l'importance de l'ablation aussi précoce que possible de la canule, pour permettre le rétablissement précoce de la perméabilité aérienne par les voies naturelles.

Nous pensons qu'on peut tenter l'ablation de la canule au bout de 48 heures, parfois même plus tôt, car pendant ce temps là, le sérum a le temps d'agir.

2° Puisque ce sont les complications pulmonaires qui font la gravité du pronostic de la trachéotomie, il sera utile, croyons-nous, d'instituer le traitement préventif de ces complications par le sérum antipneumococcique, enveloppements sinapisés, etc. ainsi que nous l'avons fait chez notre petite malade.

Il ne semble pas non plus inutile de souligner que pour le praticien éloigné des grands centres et qui peut ne pas posséder toujours une grande pratique du tubage, nécessitant d'ailleurs une instrumentation coûteuse, la trachéotomie présente, dans les cas d'urgence, une intervention relativement simple, n'exigeant qu'une instrumentation réduite, une surveillance ultérieure moins expérimentée que le tubage et à laquelle il devra parfois de sauver la vie de ses jeunes malades.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Mammite chronique en évolution : les épithéliomas dendritiques intra-canaliculaires du sein.

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Cette malade, âgée de 45 ans, est venue à l'hôpital, il y a un an, en juin 1927, parce qu'elle avait un écoulement par le sein droit depuis un an et demi. L'affection actuelle date donc de deux ans et demi. Sa chemise présentait des taches jaunes et d'autres marron. Depuis six mois, le liquide est teinté de rouge.

Sur l'autre sein, elle a eu deux abcès au moment où elle nourrissait.

Elle avait eu, disait-elle, une grossesse nerveuse, il y a 24 ans, puis deux enfants, qui sont bien portants. Ses règles sont régulières, très abondantes, avançant de six jours.

Voilà l'histoire que racontait la malade à cette époque. Je lui ai fait une intervention partielle, dont vous voyez la cicatrice. Le résultat a été nul ; cela a recommencé tout de suite après.

Nous avons à nous demander quelle est la signification clinique de ces écoulements qui se produisent par le mamelon. C'est un phénomène fréquent. D'abord, il arrive quelquefois qu'à la suite de la grossesse et de l'allaitement surtout, le lait ne se tarisse que très lentement, progressivement, et que les malades conservent pendant assez longtemps un écoulement lactescent, sans présenter aucun phénomène anormal dans le sein.

Voyons les écoulements qui se produisent en dehors de la grossesse. Ils ont été étudiés pour la première fois par Adolphe Richard. Ils sont de divers ordres. La nature, l'aspect grossier du liquide qui s'écoule par le sein peut être absolument différent.

Tantôt ils se produisent d'une manière spontanée. La malade s'aperçoit que sa chemise est tachée, à la hauteur du mamelon ; la tache est plus ou moins grande, plus ou moins colorée. Souvent les malades constatent que lorsqu'elles pressent une partie du sein, l'écoulement se produit par le mamelon.

Ces écoulements sont parfois lactescents, quelquefois beaucoup plus clairs, presque transparents, d'autres fois jaunâtres. Souvent ils deviennent rougeâtres, c'est-à-dire qu'ils sont plus ou moins teintés par le sang. Enfin, on observe dans un certain nombre de cas des écoulements franchement sanglants. Ces écoulements sanglants ne sont pas toujours, il s'en faut, l'aboutissant d'écoulements ayant été séreux pendant des semaines, des mois ou des années. L'écoulement de sang pur peut être primitif. Il est même assez rare que des écoulements anciennement plus ou moins lactescents deviennent franchement hémorragiques.

Le départ entre les deux variétés est parfois difficile, et peut-être cette difficulté de distinguer les écoulements qui contiennent un peu de sang de ceux qui sont franchement hémorragiques est-elle l'explication de certaines divergences au sujet de l'interprétation de ces écoulements.

Les écoulements qui ne contiennent pas de sang ou peu de sang sont toujours liés à des phénomènes de mammite chronique. Ils ne comportent, par conséquent, aucune gravité. Les écoulements qui sont formés, au contraire, de sang pur, c'est-à-dire les hémorragies par le mamelon, sont liés, pour ainsi dire constamment, à une forme d'épithélioma à laquelle Cornil a donné le nom d'épithélioma dendritique intra-canaliculaire. Ces épithéliomas passent pour des formes tout à fait bénignes. Cette conception est-elle exacte ? En aucune façon. S'ils ont cette excellente réputation, cela tient à ce qu'on peut en faire le diagnostic tout au début, à une période d'évolution du néoplasme où il est absolument imperceptible à l'examen clinique ; si on fait faire à ce moment une opération, la malade guérit d'une façon définitive.

Ce sont de véritables épithéliomas. Lorsqu'on les laisse évoluer, ils prennent souvent une forme particulièrement grave. Ce sont de ces épithéliomas que j'ai appelés hémophiles, c'est-à-dire dans lesquel les cellules néoplasiques envahissent précocément les vaisseaux sanguins.

Dans ces cas, on sent quelquefois une toute petite nodosité ayant l'aspect d'une nodosité de mammite chronique. C'est une saillie papillomateuse développée dans l'intérieur d'un conduit galactophore, comme le démontre l'examen histologique,

Ces épithéliomas dendritiques sont souvent multiples. Lorsqu'on ne les opère pas d'une manière précoce, ils finissent par former des tumeurs énormes, à ce point que certaines sont diagnostiquées sarcomes à cause de leur volume.

Ce sont de véritables néoplasmes malins. Ceci est extrêmement important au point de vue des indications opératoires.

Chez notre malade, il y a eu des écoulements d'abord séreux, jaunâtres, grisâtres, qui sont

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 7 juin 1928, recueillie par le Dr LAPORTE.

devenus progressivement plus foncés, mais n'ont jamais été formés de sang absolument pur. Je lui avais dit de revenir, si elle constatait que l'écoulement était devenu hémorragique. Elle est venue montrer sa chemise qui était teinte de façon assez vive, mais ce n'est pas de sang pur. Par conséquent, nous ne pouvons rien en conclure au point de vue de la nature de la lésion qui, chez elle, a produit l'écoulement.

Nous allons voir si l'examen clinique va nous révéler autre chose.

Il y a un premier fait intéressant, c'est que l'exérèse d'un certain nombre de petits nodules qu'elle présentait dans le sein, il y a un an, n'a pas amené la guérison. Faut-il considérer cela comme une récidive, dans le sens qu'on donne à ce mot lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne ? Récidive est d'ailleurs un mauvais mot ; c'est la première tumeur qui continue à évoluer ; ce sont des cellules qui ont échappé à l'exérèse et qui prolifèrent. Faut-il considérer qu'il y a une récidive ? En aucune façon.

Ces petites lésions, qui produisent un écoulement séreux, sont des lésions de mammite chronique. Ces lésions sont toujours diffuses et même souvent bilatérales. Si l'écoulement n'a pas été tari, c'est que d'autres nodules de mammite chronique ont continué à sécréter, et même à évoluer.

A l'examen, une première chose frappe, c'est que la malade a une peau d'orange magnifique. En pinçant la peau, on rend cette peau d'orange beaucoup plus apparente. C'est un symptôme encore donné comme étant caractéristique des tumeurs malignes du sein, c'est-à-dire des épithéliomas. A-t-il cette signification ? En aucune façon. Avec Herrenschmidt, nous avons montré que c'est simplement dû à de la stase et de l'œdème lymphatique. Vous trouverez la peau d'orange sur un membre atteint de *phlegmatia alba dolens* ; chez les femmes ayant une volumineuse paroi abdominale, plus ou moins pendante, vous la trouverez dans les parties déclives. Elle est de règle chez les malades ayant de grosses tumeurs de l'abdomen (kystes de l'ovaire) ; chez les malades atteintes d'épithélioma du sein avec œdème du membre supérieur, vous trouverez la peau d'orange au niveau du poignet ou de la main, c'est-à-dire en un point où il n'y a aucune trace de néoplasme. Par conséquent, la valeur séméiologique de ce symptôme est réduite ou nulle. Cet œdème lymphatique est dû, dans un certain nombre de cas, à un néoplasme, mais il peut être causé par une simple mammite chronique, et même chez les malades ayant des mamelles un peu volumineuses et plus ou moins tombantes, il peut arriver que les troubles circulatoires amènent un certain degré de stase lymphatique et que se produise la peau d'orange, sans qu'il y ait aucune lésion.

D'autre part, il y a des épithéliomas du sein qui évoluent jusqu'à la période terminale sans jamais produire de peau d'orange.

Rappelez-vous que la palpation de la mamelle faite soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal, est un procédé incroyablement trompeur. C'est d'avant en arrière, en étalant le sein sur la paroi thoracique qu'il faut l'explorer, en mettant les malades dans la position horizontale. Chez cette malade, on constate tout de suite que ce qui donnait l'impression d'une grosse masse se résout en une série de petits grains. La peau ne présente nulle part la moindre adhérence. La mobilité sur le thorax est intacte. Cela indique que la lésion n'a pas envahi la paroi costale, mais cela n'indique pas l'absence d'adhérence au grand pectoral. Il faut faire contracter ce muscle. Quand il est tendu, vous voyez que la mobilité du sein est restée intacte. Par conséquent, il n'y a aucune adhérence, et, d'ailleurs nous ne devions pas ici nous attendre à en trouver.

Cette malade a incontestablement des lésions de mammite chronique. Ces lésions expliquent l'écoulement séreux qu'elle a eu pendant un an et demi ou deux ans. Dans ces derniers temps, l'écoulement a changé d'allure. Il est devenu plus sanguinolent, c'est-à-dire qu'il a pris une teinte rougeâtre qu'il n'avait pas avant. Ce n'est pas du sang pur. Nous ne sommes donc pas autorisés à affirmer que la malade a un épithélioma dendritique intra-canaliculaire. Cependant, ce changement d'allure indique non seulement une progression, mais une modification de la lésion. Nous ne pouvons pas dire que cette modification constitue réellement un épithélioma dendritique, mais nous pouvons craindre une évolution fâcheuse.

Nous allons chercher si parmi ces grains il y en quelques-uns qui ne présentent plus les caractères de la mammite chronique, et qui présentent déjà ceux d'un épithélioma.

Il n'est pas rare que des nodules de mammite chronique deviennent confluents, sans que cependant il y ait véritablement une transformation néoplasique. Ce sont les cas qui présentent les difficultés cliniques les plus considérables. Ici, je ne trouve pas de ces infiltrations caractéristiques des néoplasmes ; je pense que les lésions sont encore au stade de mammite chronique, qu'elles ne sont pas au stade d'épithélioma.

Faut-il conclure que dans un cas de ce genre on doit s'abstenir et surveiller la malade ?

Non. Il faut se garder d'enlever toutes les mammites chroniques ; cela conduirait à amputer les seins des trois quarts des femmes ; mais il y a des cas où il faut se décider à faire cette amputation. Ce sont les cas où la mammite chronique présente une évolution. Je pense

qu'à l'heure actuelle, cette malade n'a pas d'épithélioma, cliniquement (il est possible que l'histologie me donne tort), mais, ce qui est très probable, c'est qu'elle en aura un. La question qui se pose est à peu près la même que dans certaines formes de leucoplasie linguale, quand elles commencent à végéter avant de se transformer en cancer.

Dans certains cas de mammite chronique en évolution, la question se pose absolument de la même façon. La grosse difficulté est de reconnaître s'il y a là une évolution, et quand cette évolution est commencée, il y a les plus grandes chances pour qu'elle se complète, et que la phase d'épithélioma se produise. J'estime donc que, dans ce cas-là, notre devoir est de faire une intervention qui mette la malade sûrement à l'abri du développement d'une tumeur maligne.

Voilà comment la question se pose pour cette femme.

La question se posé un peu différemment pour les malades qui ont des hémorragies véritables, c'est-à-dire des écoulements de sang pur par le mamelon. Dans ces cas, vous devez faire faire l'amputation de la totalité du sein, même si vous n'avez rien trouvé à l'examen du sein. Ces écoulements hémorragiques par le mamelon, encore une fois, sont liés à des épithéliomas dendritiques intra-canaliculaires et ceux-ci sont une forme grave d'épithélioma. Ces formes ne sont pas bénignes lorsqu'on les laisse évoluer. Si elles ont une apparence de bénignité, cela tient à ce qu'on les opère ordinairement d'une façon extrêmement précoce, à cause de ce signal-symptôme, l'hémorragie par le mamelon. Dans ces cas-là il n'est pas besoin de faire le curage de l'aisselle.

Cette doctrine, qui conduit à faire l'amputation de sein chez toutes les malades présentant un écoulement de sang par le mamelon, a été attaquée. On a publié quelques cas où, chez des malades ayant eu des écoulements sanguins par le mamelon, on n'a pas trouvé histologiquement d'épithélioma intra-canaliculaire. On en a conclu qu'il est absolument inutile de faire dans ces cas l'amputation du sein et qu'il faut faire simplement l'ablation des nodules perceptibles.

Comment appliquer cette règle chez les malades ne présentant aucun nodule perceptible? Il y en a chez lesquelles la clinique ne révèle absolument rien . Supposons que la malade ait eu un écoulement de sang pur et qu'on sente une petite tumeur unique, qu'on l'enlève par une incision sous-mammaire, suivant la règle proposée par un de mes collègues. Est-ce sage ? Nous avons enlevé le sein chez une malade qui ne présentait qu'une petite tumeur perceptible, et en examinant le sein, nous avons trouvé trois autres petites tumeurs imperceptibles, à distance de la première. Par conséquent, en pareil cas, en faisant seulement l'ablation du nodule cliniquement constaté, on n'aurait pas mis la malade à l'abri d'une évolution grave et fâcheuse.

Je persiste dans la règle que j'ai formulée. Lorsqu'une malade présente par le mamelon un écoulement de sang pur, on doit considérer qu'elle a un épithélioma intra-canaliculaire du sein, et faire aussi rapidement que possible l'amputation du sein.

PHYTOTHÉRAPIE TROPICALE

Le sdau.

Les indigènes du Cambodge désignent sous le nom de sdau, un bel arbre de moyenne grandeur qui croit spontanément dans la région. Ils connaissent et utilisent les différentes parties de l'arbre comme agents thérapeutiques. Cet arbre est identifié sous le nom d'azadiratcha indica et classé dans la famille des méliacées. Il s'appelle margousier en français.

Description : arbre de moyenne grandeur, tronc droit à rameaux opposés ouverts, de croissance rapide.

Ecorce : gris foncé à l'extérieur, jaune et fibreuse à l'intérieur, inodore, de saveur amère.

Feuilles : bords dentelés, pointues à l'extrémité terminale, à nervures latérales nombreuses, longues d'environ 8 centimètres, de saveur amère.

Fleurs : petites et rondes ayant un centimètre de diamètre, de saveur amère, floraison en mars, avril.

Fruits : de couleur jaune, de la grosseur d'une petite olive contenant un seul noyau, de saveur amère.

Habitation : il croit en Indochine, dans l'Inde, à Ceylan, et dans presque tous les pays chauds.

Parties employées : écorce, feuilles, fleurs, fruits.

Ecorce : la partie externe grise est légèrement astringente, la partie interne jaune et amère. Elle contient un principe actif appelé margosine et une résine amorphe qui se trouve dans la partie interne fibreuse de l'écorce.

On l'emploie en poudre ou en décoction contre les fièvres palustres et comme tonique dans les convalescences. Durant plus d'un an, au dispensaire de Prey-Veng, nous avons employé l'écorce :

1° Sous forme de poudre, au même titre que la poudre de quinquina à la dose de 0,30 à 1 gr.,

comme fébrifuge ou tonique ; 2° sous forme de décoction concentrée :

Ecorce de sdau contusée........	10 gr.
Eau........................	100 gr.

Réduire de moitié par ébullition et administrer à la dose de 30 à 60 gr. chez les adultes et de 10 à 20 gr. chez les enfants comme fébrifuge ou tonique.

Ces deux formes et leur posologie nous ont été indiquées par les Kroupets (médecins cambodgiens) et notamment par M. Oum, Kroupet du palais royal de Pnom-Penh. Tous les malades qui ont subi cette médication s'en sont bien trouvés ; aucun n'a présenté le moindre signe d'intolérance. Ces deux formes ont dû être abandonnées, parce que peu pratiques dans un service de consultations. La forme teinture a été adoptée.

En faisant macérer l'écorce dans l'alcool :

Ecorce d'azadiratcha indica contusée.....................	200 gr.
Alcool à 90°,.................	500 gr.

au bout de 8 jours, on obtient un liquide brun foncé, de saveur amère, ne précipitant pas par addition de son volume d'eau distillée, contrairement à la teinture de quinquina, à laquelle elle ressemble beaucoup comme aspect et quelque peu comme saveur.

Les adultes ont pris une à deux cuillerées à soupe de teinture par jour, les enfants une cuillerée à café par jour. Aucune intolérance à signaler. La grande majorité des malades venus à la consultation, pour paludisme chronique avec accès intermittents et fatigue générale, ont pris de la teinture de sdau régulièrement pendant une semaine au moins ; tous en ont été satisfaits.

Au cours des nombreuses tournées médicales, après la distribution des comprimés de quinine, beaucoup d'indigènes venaient nous demander de la teinture de sdau qui ne leur était donnée, à notre grand regret, qu'avec beaucoup de parcimonie.

Les malades hospitalisés au dispensaire pour lésions traumatiques ont été soumis durant une semaine à un traitement tonique : 1/2 cuillerée à soupe de teinture de sdau avant les repas, matin et soir. Aucun n'a eu au cours de son hospitalisation le moindre accès de fièvre palustre ; l'état général s'est sensiblement amélioré ; l'appétit plus accusé chez tous ces malades. La teinture de sdau employée au même titre que le quinquina nous a donné de bons résultats.

Depuis, nous avons adopté une nouvelle formule qui paraît supérieure à la précédente comme fébrifuge, tonique et apéritive :

Poudre de coriandrum sativum..	100 gr.
Poudre de zingiber officinalis....	100 gr.
Teinture d'écorce d'azadiratcha indica.....................	1 litre

Laisser macérer une semaine au moins ; même posologie que précédemment.

A cette préparation nous associons volontiers et non sans succès de la noix vomique, du fer ou de l'arsenic, selon les indications thérapeutiques tirées du malade.

Feuilles, elles sont émollientes, parasiticides, antiprurigineuses, désinfectantes.

Les décoctions des feuilles sont employées pour laver les eczémas prurigineux ; les applications de cataplasme de feuilles fraîches broyées et laissées en place jusqu'à dessiccation améliorent rapidement les eczémas suintants et chroniques.

Les feuilles broyées avec des graines de sésame sont employées pour améliorer les ulcères atones.

Dans l'Inde, les feuilles sont très employées avec succès chez les varioleux comme antiprurigineuses et antiseptiques.

Au dispensaire de Prey-Veng nous avons utilisé la teinture de feuilles :

Feuilles contusées d'azadiratcha indica.....................	100 gr.
Alcool à 90°................	500 gr.

Laisser macérer dix jours. On obtient un liquide vert brunâtre de saveur amère, présentant une odeur caractéristique de feuilles de sdau froissées, se troublant par addition de son volume d'eau distillée.

Cette préparation a été employée au même titre que l'alcool camphré et la teinture d'arnica comme résolutif contre les contusions et le entorses; en frictions stimulantes contre les algies de nature indéterminée. Elle remplace avantageusement l'alcool camphré et la teinture d'arnica. Elle a été de plus employée comme tonique apéritif à la dose d'une cuillerée à café avant chaque repas chez les adultes ; de 5 à 10 gouttes chez les enfants.

Fleurs. On s'en sert en infusion, qui, prise avant les repas, se montre efficace dans les dyspepsies atoniques. Elle stimule les fonctions hépatiques et favorise la décongestion du foie.

Graines : elles servent à la préparation de l'huile de sdau qui est un excellent liniment contre les affections rhumatismales. Elle est très active contre les manifestations cutanées. Elle jouit de propriétés antiseptiques et vermifuges. Nous employons avec grande satisfaction la formule suivante, qui nous a valu de nombreux succès dans les dermatoses prurigineuses et suintantes des pays chauds :

Huile d'azadiratcha indica	âà	25 gr.
Huile d'hydrocapsus inebrians		
Jus de feuilles de cassia alata		50 gr.
Soufre sublimé		2, 50
Cire jaune		50 gr.

Usage externe.

Chauffer jusqu'à ébullition durant une heure en agitant, ajouter la cire à la fin.

L'huile de sdau contient un acide margosique qui donne deux sels : margosate de soude et margosate de potasse très employés contre la lèpre et les accidents cutanées de la syphilis tertiaire.

L'huile de sdau est administrée à l'intérieur comme vermifuge, 1/2 à 1 cuillerée à café pour adultes le matin, à jeun ; 10 à 15 gouttes chez les enfants à partir de trois ans.

Dr Tirouvanziam.
Assistance médicale de l'Indochine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le jardin des simples, par le Dr P. Mariadassou.
Indian materia medica, par Nadkarni.
Ayourvedic System of medicine, tome III, par N. N. S. Gupta.
Materia medica & therapeutics, par R. Gosh.
1500 plantes de l'Inde, par A. Achart.
Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le fonctionnement du rein.

La théorie partout enseignée dérive de celle de Bowmann : le glomérule sécrète presque toute l'eau ; les tubes sécrètent des substances autres que l'eau et un peu d'eau.

Mais, par ses recherches, le Dr Paul Chevalier est arrivé à une conception toute différente : les tubes rejettent tout, eau, sels, déchets. Le glomérule ne rejette pas, il est un organe absorbant. En effet, l'eau sécrétée par des tubes remonte partiellement vers le glomérule pour être résorbée. Elle vient diluer le sang artériel ; ce sang dilué arrive au réseau capillaire intertubulaire, système porte de basse pression, qui favorise l'accaparement épithélial des tubes contournés.

Les cellules des tubuli ne fonctionnent, en particulier pour les déchets azotés, que sous une suffisante dilution d'eau. Toutes circonstances qui diminuent l'apport sanguin au rein provoquent une oligurie relative avec une rétention des substances excrémentielles. Bien entendu, on ne peut prétendre que le facteur rénal explique tout dans la grande azotémie des néphrites. Il convient cependant de signaler les beaux succès obtenus dans certains syndromes urémiques chroniques avec azotémie, en gavant le malade d'eau par toutes les voies (boisson, goutte à goutte rectal, injections de sérum chloruré isotonique).

On peut définir, pour une identique concentration du sang en eau libre, des syndromes d'hyperglomérulie, et des syndromes d'hypoglomérulie.

L'hyperglomérulie est caractérisée par un excès de résorption aqueuse, d'où excès de concentration urinaire et diminution des urines.

L'hypoglomérulie est caractérisée par un défaut de résorption aqueuse, d'où excès de dilution urinaire et polyurie. Pour se prononcer, il faut une observation assez longue, car sur des éliminations courtes influent les multiples perturbations de la nutrition. L'un et l'autre syndrome peuvent être rénaux (organique ou fonctionnel), soit extra-rénaux (anomalies de la composition du sang).

Dans l'insuffisance glomérulaire rénale organique chronique, il y a destruction des glomérules, transformés en blocs fibreux ou amyloïdes ; l'insuffisance fonctionnelle est proportionnelle au nombre des glomérules détruits. Elle est bien compensée quand, quelle que soit l'abondance de la diurèse aqueuse, le taux de la diurèse des sels et déchets est normal.

Le pronostic dépend de trois éléments :

1° De la maladie rénale elle-même ; l'insuffisance est d'autant plus marquée que plus de glomérules sont atteints. Certaines lésions peuvent être stationnaires, fixées ; d'autres sont évolutives, et la maladie aboutit à une agglomérulie ou insuffisance totale, qui semble incompatible avec la prolongation de la vie.

2° Des tubes contournés. Si grande que soit une insuffisance glomérulaire, elle peut être compensée tant que l'eau est fournie en quantité suffisante à des tubes capables de sécréter.

3° Ce facteur est encore plus important que le premier. Lorsqu'est apportée au rein une grande quantité d'eau excrétable, l'insuffisance glomérulaire est compatible avec l'équilibre organique. Mais qu'une cause diminue cet apport d'eau, l'intoxication est fatale. Les plus grands dangers auxquels sont exposés les brightiques sont des chutes de la pression artérielle et sur-

tout la soif d'eau des humeurs. Sans doute, l'œdème n'est pas dû à la lésion rénale, mais il est du plus mauvais augure ; l'hydrophilie de l'organisme retire du rein l'eau qui lui est nécessaire en excès ; l'hydratation thérapeutique devient inutile et même nuisible.

Par la lumière qu'elle projette sur les faits et par les idées qu'elle suggère, l'hypothèse d'un rôle résorbant du glomérule paraît digne de retenir l'attention. (*Paris médical*, 14 avril 1928.)

Comment on devient un dyspeptique ?

On ne naît pas dyspeptique, déclare le Dr Brunier (de Châtel-Guyon). Cet ensemble symptomatique mal étiqueté procède certainement de tares héritées, mais surtout est la suite logique d'une maladie, le rachitisme, évitable et curable pendant qu'elle est encore évolutive.

Le rachitisme de la première enfance n'est pas, à proprement parler, une maladie du squelette, mais un trouble de la nutrition portant sur le métabolisme de la chaux et du phosphore et une maladie du système lymphatique et lymphopoiétique. Elle s'accompagne toujours d'hypertrophie ganglionnaire généralisée, et particulièrement du tissu lymphoïde rhino-pharyngé, de splénomégalie, de gros foie, de réaction de la moelle osseuse et d'anémie rouge. Or, nous savons qu'il n'est pas de région aussi richement pourvue en lymphatiques (à part le pharynx) que le système : iléon, côlon droit, appendice, première partie du transverse. Aussi n'est-il pas étonnant que cette partie du tractus digestif soit particulièrement touchée au cours du du rachitisme infantile par l'infection ; puis l'enfant entre dans l'atonie abdominale par la porte de l'infection. Plus tard le malade est infecté perpétuellement parce qu'il est devenu un grand stasique.

Mieux vaut une bonne alimentation et quelques séances d'héliothérapie ou d'ultra-violets à 10 mois que des kilos de pilules à 40 ans. La folliculite abdominale, la colite et la stase intestinale doivent être traitées pendant l'enfance et même la première enfance, parce qu'à ce moment, la thérapeutique agit sur un terrain neuf et qu'il est permis de compter sur des guérisons définitives ; l'auteur en possède des exemples fréquents.

Quand, au contraire, la maladie a évolué pendant de longues années et s'est installée avec ses cicatrices, ses lymphangites, ses péricolites rétractiles et les déficiences des grands parenchymes organiques, il ne faut demander à tous les moyens dont nous disposons (cure thermale, régime, gymnastique, médication laxative douce, vaccination intestinale), que des améliorations peut-être brillantes, mais passagères (*Le Monde médical*, 15 avril 1928).

La prévention et le traitement actuel de la diphtérie.

I. La prévention de la diphtérie se pratique différemment suivant qu'on est en milieu indemne de diphtérie ou en milieu épidémique.

Premier cas. — Vaccination par l'anatoxine, chez les enfants âgés de plus d'un an ; elle est inefficace avant cet âge. Vacciner surtout en milieu collectif, ou dans les maisons à familles nombreuses. Chez les grands enfants ou les adultes, on peut ne vacciner que les sujets réceptifs (à réaction de Schick positive).

On fait trois injections sous-cutanées d'anatoxine (délivrée par l'Institut Pasteur), respectivement 1/2 cc., 1 cc. et 1 cc. 1/2 à trois semaines d'intervalle, sinon l'immunisation n'est pas durable ; l'immunité qui s'obtient d'ailleurs sans réaction (sauf un peu de fièvre quelquefois ou des malaises passagers), dure plusieurs années. Mais la vaccination par l'anatoxine demande six semaines pour être effective. Aussi faut-il agir différemment en milieu épidémique, car il y a urgence.

Deuxième cas. — Injection préventive de sérum. On fait aux enfants , y compris les nourrissons, une injection sous-cutanée d'un flacon de sérum antidiphtérique purifié (antitoxine), contenant 5.000 unités antitoxiques ;l'immunité est rapidement obtenue, mais n'a qu'une durée de 20 à 25 jours.

Cependant, chez les grands enfants, isolés des contagieux, on peut attendre le résultat de l'ensemencement du nez et de la gorge et de la réaction de Schick : *a*) on ne fait rien aux enfants à Schick négatif, non porteurs de germes ; *b*) on isole les porteurs de germes, et, parmi eux, on ne vaccine à l'anatoxine que ceux dont le Schick est positif ; *c*) on vaccine également, mais sans les isoler,les enfants à Schick positif non porteurs de germes.

Enfin, en milieu épidémique, on fera toujours du sérum purifié préventif à un enfant atteint d'une autre affection chez lequel la diphtérie serait une grave complication, en particulier, rougeole, coqueluche, broncho-pneumonie.

II. Quant au traitement de la diphtérie, il comporte avant tout des injections de sérum antidiphtérique ; on s'abstient de tout traitement local. On ne peut, comme autrefois, doser la quantité de sérum d'après l'âge des malades ; des doses qui donnaient auparavant des résultats satisfaisants, se montrent actuellement tout à fait insuffisantes (augmentation de virulence du bacille ?) Aujourd'hui, on emploie de plus grosses doses, sans plus d'accidents sériques, mais avec plus de dépenses. Il existe aujourd'hui, outre le sérum ordinaire, un sérum purifié préparé pour diminuer l'intensité et la fréquence des accidents sériques, mais qui ne doit jamais

faire retarder ou éviter l'emploi du sérum ordinaire.

Quelle que soit la forme clinique de diphtérie, André BOHN, veut que la sérothérapie soit aussi précoce que possible, moitié sous-cutanée, moitié intra-veineuse, surtout les premiers jours et les doses à injecter doivent être en rapport non avec l'âge, mais avec la gravité du cas.

Angine diphtérique bénigne. On injecte du sérum purifié à la dose de 20 à 30.000 unités le premier jour ; le lendemain, suivant l'état de la gorge, la même dose ou seulement 15 à 20.000 unités ; le troisième jour, 10.000, soit au total 45 à 70.000 unités.

Angine diphtérique commune et croup. Sérum ordinaire, de préférence au sérum purifié, à la dose de 80 à 100 cc. les 2 ou 3 premiers jours, puis de 60 à 40 cc., soit au total 260 à 400 cmc. Le croup nécessite en plus un traitement antispasmodique (compresses chaudes autour du cou, gardénal, etc.) et parfois le tubage et la trachéotomie.

Angine diphtérique grave ou traitée tardivement et angine maligne. Les doses seront plus fortes et plus prolongées : 200 à 300 cc. par jour en deux ou trois fois pendant 2 ou 3 jours, puis 100 cc. par jour, soit un total de 600 à 1.000 ou 1.200 cc. suivant la gravité de l'intoxication et la ténacité des fausses membranes. Dans ces cas, il est important d'entretenir la sérothérapie en faisant tous les 5 ou 6 jours, pendant 4 à 6 semaines une injection sous-cutanée de 20.000 unités de sérum purifié en se basant sur l'évolution et les complications qui ont pu, malgré tout, survenir. Ne pas négliger les injections d'huile camphrée, de caféine et surtout de strychnine (1 à 4 milligr.), et d'extrait surrénal (1/2 cc., puis 1 cc. par jour), ou persurrénal (1/4 cc., puis 1/2 cc. par jour).

Si, malgré tout, des paralysies diphtériques apparaissent, faire 3 jours de suite une injection de 20 à 40.000 unités de sérum purifié, en employant, pour éviter les accidents sériques immédiats, la méthode de Besredka, si le sujet a reçu antérieurement du sérum depuis plus de 7 jours (on fait à une demi-heure d'intervalle 1/10 cc., puis 1/4 cc., 1/2 cc. et la dose totale). Au sérum, associer la strychnine, et l'extrait surrénal ou persurrénal. (*L'Hôpital*, avril 1928 A.)

De la néphrite chronique chez les femmes enceintes.

Les professeurs A. GROSSE et P. MOISNARD mettent en relief l'influence réciproque et aggravante de l'état gravide et de la néphrite, ainsi que les graves complications qui peuvent en résulter.

C'est souvent à l'occasion d'une grossesse qu'apparaissent les premiers signes d'une néphrite chronique jusque-là latente et qu'elle vient révéler. Sous l'influence du surcroit de travail que la grossesse impose à l'organisme et surtout aux fonctions hépatiques et rénales, de l'accroissement des éliminations résultant d'une part d'une nutrition plus active, de l'autre de l'accumulation des produits toxiques ou infectieux dus à la constipation, aux fermentations intestinales, à la colibacillose si fréquente chez la femme enceinte, l'équilibre est rompu. Le rein ne suffit plus à sa tâche et les signes d'insuffisance rénale apparaissent. Il est rare aussi que la grossesse évolue sans retentir fâcheusement sur la néphrite. Le plus souvent, elle détermine une aggravation des lésions rénales existantes, qui se manifeste par l'apparition de symptômes urinaires.

L'albumine est le signe capital et le premier en date ; elle est variable de quantité ; cependant, si elle est pour ainsi dire constante, elle est parfois légère (traces) et peut faire exceptionnellement défaut, au moins transitoirement, malgré une atteinte profonde des reins. Il y a oligurie, parfois hématurie. Les éliminations des substances normales de l'urine, sont habituellement diminuées ; celle de l'urée en particulier. Cependant la proportion de celle-ci peut rester assez considérable à la veille d'accidents graves. La rétention chlorurée, avec œdèmes, œdème cérébral existe ; mais elle n'a pas la sévérité de la rétention aztoée, ni de l'hypertension artérielle ; elle cède beaucoup plus facilement au traitement.

En dehors de l'examen du sang, l'azotémie peut se manifester par certains signes cliniques, torpeur, obnubilation cérébrale, somnolence ou agitation, troubles oculaires (mouches, brouillard devant les yeux, obscurité du champ visuel, rétinite), prurit, délire, parfois coma.

Quant à l'hypertension artérielle, c'est le symptôme capital des néphrites ; elle fait rarement défaut dans les cas graves, où elle peut atteindre des chiffres très élevés. Son ascension brusque constitue un véritable coup de bélier circulatoire ; aussi est-elle l'agent principal des hémorrhagies viscérales et placentaires, et on la trouve à l'origine de toutes les complications graves d'ordre toxique et hémorragique : éclampsie, urémie, rétinite, hémorragie cérébrale, infarctus placentaire, apoplexie utéro-placentaire avec hématome rétroplacentaire et décollement du placenta. Modérée ou en décroissance dans les cas bénins, elle reste stationnaire ou ascendante dans les cas graves. C'est un véritable baromètre pathologique ; elle doit être prise régulièrement et elle constitue ainsi une vraie prophylaxie des accidents graves qu'elle permet de prévoir et surtout d'éviter par un traitement approprié.

Toutes les complications, exceptionnelles dans la simple albuminurie de la grossesse, sont beaucoup plus fréquentes chez les néphrétiques, où

elles surviennent parfois de façon précoce, dès le cinquième ou sixième mois de la grossesse. En premier lieu, ce sont les accidents urémiques et éclamptiques, puis les troubles oculaires : amaurose, rétinite albuminurique. L'amaurose est passagère ; elle disparaît avec les accidents toxiques qui l'ont provoquée. La rétinite albuminurique est beaucoup plus grave, en raison du décollement de la rétine et de la cécité irrémédiable à laquelle elle peut donner lieu ; ce que l'accoucheur doit retenir, c'est que l'interruption de la grossesse, quelle que soit son époque, est indiquée de façon absolue dès que la rétinite a été constatée par un oculiste.

Quant à l'influence de la néphrite sur la grossesse, celle-ci évolue à terme ou près du terme dans les cas bénins seulement, sans azotémie, ni chlorurémie, ou dans lesquels ceux-ci ont rapidement cédé au traitement et sans hypertension artérielle.

Mais l'accouchement prématuré, et l'avortement, spontanés ou provoqués, sont la modalité habituelle. La mort du fœtus *in utero* est fréquente aussi.

Une question très importante est celle de l'influence exercée sur le rein par une nouvelle grossesse et de l'évolution de cette grossesse. Si dans les cas bénins où les lésions rénales sont peu accentuées, celles-ci peuvent rester stationnaire et la grossesse évoluer sans incidents, avec quelques précautions d'ordre diététique et hygiéniques, dans la majorité des cas, la grossesse entraîne une aggravation des lésions et elle est elle-même mal supportée. On a donc toutes chances de voir les mêmes accidents se reproduire, le fœtus succomber ou être expulsé prématurément, l'interruption de la grossesse s'imposer comme précédemment.

Réservé pour la mère, fâcheux pour l'enfant, le pronostic est également mauvais pour l'avenir génital de la femme.

Le traitement médical (régime lacto-végétarien déchloruré, combiné à l'emploi des diurétiques et purgatifs) n'offre aucune particularité.

En présence de symptômes et d'accidents graves de toxémie et d'hypertension, d'œdème aigu du poumon, de paralysie, une saignée copieuse permet souvent d'éviter les accidents.

Le traitement obstétrical, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse, est souvent indispensable, quelle que soit l'époque de la grossesse. Ses indications les plus habituelles sont : l'échec du traitement médical, une très forte hypertension, l'azotémie, l'éclampsie et l'urémie, des paralysies, des troubles de la vue et surtout la rétinite albuminurique. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement des septicémies pneumococciques par les injections de sels biliaires

(M. Barjot. — *Académie de médecine* ; 31-7-1928.)

On connaît bien, dans les laboratoires, l'action dissolvante rapide des sels biliaires sur les pneumocoques virulents. M. Barjot s'est basé sur cette propriété pour traiter les infections septico-pyohémiques à pneumocoques chez les travailleurs noirs des colonies, qui en sont très souvent atteints. L'auteur a injecté à ses malades par voie veineuse 7 grammes de taurocholate de soude, incorporant ainsi ce sel dans le milieu sanguin à une dose qui dépasse 1 pour 1.000 ; or, le titre de 1 p. 1000 suffit *in vitro* à provoquer la lyse des pneumocoques. Dans 4 cas, soumis au traitement par le taurocholate, les résultats furent 3 guérisons et 1 mort — résultats très supérieurs à ceux obtenus à l'habitude, étant donnée la très grande gravité de ces septicémies.

— M. Netter remarque que l'action solubilisante de la bile sur le pneumocoque a été établie en 1900 par Neufeld. Cette action est utilisée journellement dans les laboratoires pour différencier le pneumocoque des streptocoques. Elle est due, comme l'ont montré Maurice Nicolle et Adil bey, aux sels des acides biliaires. Il s'agit d'une propriété commune à la plupart des savons d'acides gras.

Richard Lamar, à l'Institut Rockefeller, a réussi à guérir par injection intra-rachidienne de sérum anti-pneumococcique et de solution d'oléate de soude des singes atteints de méningite expérimentale à pneumocoques. De tous les savons d'acides gras le plus actif paraît être le ricin-oléate de soude (Netter, E. André, Césari et Cotoni).

Tuberculose pulmonaire expérimentale du cheval.

(MM. G. Petit, L. Panisset et Ph. Kfouri. — *Académie de médecine* ; 31-7-1928.)

M. G. Petit relate deux observations de tuberculose expérimentale chez le cheval, consécutive à une série d'injections *intra-bronchiques* de bacilles tuberculeux bovins à fortes doses. Les animaux étaient porteurs de grosses lésions de tuberculose fibreuse et caséo-calcaire en voie de réparation et sans signe clinique

Le contrôle biologique des substances renfermant des vitamines.

(MM. E. Lesné, R. Clément et S. Simon. — *Académie de médecine* ; 31-7-1928.)

Les vitamines, comme l'insuline ou les extraits hypophysaires, n'ont pas une valeur parallèle au poids des substances qui les contiennent. M. Lesné estime qu'il y a lieu d'apprécier la richesse d'un médicament ou d'un aliment en vitamines par une autre méthode, celle des unités physiologiques.

L'auteur considère comme unité physiologique ici, la quantité de substance nécessaire et suffisante à ordonner quotidiennement à un animal soumis à un régime de carence pour qu'il ne ressente par les effets dudit régime. Pour le facteur de croissance lipo-soluble ou vitastérine A antixérophtalmique, le meilleur animal témoin est le jeune rat blanc. Mis au régime carencé en facteur A, il devient xérophtalmique et cachectique en 4 à 5 semaines. Pour le facteur antirachitique, le jeune rat blanc est encore l'animal de choix. Pour la vitamine antiscorbutique C, l'animal le plus sensible au scorbut est le cobaye. Pour la vitamine antibéribérique B, c'est le pigeon.

On aura là des moyens de contrôle biologique des vitamines. Le contrôle — ajoute M. Lesné — devrait être daté, les vitamines perdant souvent leur activité sous des influences diverses (chaleur, sécheresse, vieillissement, oxydation, etc.)

La météoro-pathologie : syndrome du vent du Midi.

(M. G. Mouriquand, de Lyon, et Charpentier. — *Académie de médecine* ; 30-7-1928.)

De tout temps, on a invoqué l'action des modifications météorologiques sur la santé des êtres vivants En particulier, les effets de certains vents ont depuis longtemps retenu l'attention des cliniciens, sans toutefois que des états morbides précis y aient été rattachés.

Depuis dix ans, M. Mouriquand a observé, dans la région lyonnaise, chez le nourrisson, un syndrome clinique qu'il a fait dépendre des conséquences du vent du midi.

A la clinique médicale infantile de Lyon, lorsque le vent du Midi souffle, tous les enfants de la crèche présentent une agitation extraordinaire et poussent des cris incessants. Chez un grand nombre, à cela se réduisent les manifestations provenant de la perturbation atmosphérique. Quelques-uns (2 ou 3 sur 10) font une poussée fébrile (38°, 39°) qui persiste pendant toute la durée du vent. Les cas les plus intéressants sont ceux où s'installe un syndrome de déshydratation aigu, comparable à celui du choléra sec (yeux excavés, température à 40°, etc.). La spoliation hydrique se fait par voie respiratoire. Les autopsies sont négatives.

L'élément pathogène qui paraît intervenir est la baisse hygrométrique, à laquelle M. Mouriquand attribue un rôle prépondérant. Le vent du Midi modifie profondément la courbe hygrométrique. La siccité extrême de l'air agit sur tous les êtres vivants dans le sens de la déshydratation. Mais alors que celle-ci ne se manifeste que par des malaises légers chez l'adulte, elle peut compromettre la nutrition de l'enfant du premier âge, surtout chez les nourrissons dystrophiques.

Cette explication se trouve confirmée par les résultats prophylactiques. Récemment, a soufflé à Lyon pendant plusieurs jours un vent du midi violent. Il a suffi de rafraîchir et d'humidifier l'air dans la salle des nourrissons (en faisant agir le ventilateur sur des blocs de glace) pour empêcher les effets nocifs habituellement observés en pareil cas.

P. L.

Anémie pernicieuse traitée exclusivement par le foie.

(MM. Ch. Aubertin et M. Poumailloux. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-6-1928.)

La malade présentée a été traitée exclusivement par la seule ingestion de foie de veau cru, sans régime spécial et sans adjonction d'aucun médicament. L'amélioration chez elle a été aussi rapide que dans les cas où la méthode de Whipple n'était pas employée seule. Elle constitue donc un argument important en sa faveur, car, ici, le terrain n'a pas été préparé, comme dans beaucoup d'autres cas par les différents traitements employés immédiatement auparavant : transfusions, injections d'insuline, etc.

M. Hayem prétend que les cas améliorés par cette méthode ne sont pas des cas d'anémie pernicieuse vraie, que les auteurs désignent sous le nom d'anémie aplastique ; dans celle-ci le foie est aussi inopérant que les autres traitements.

Polyglobulie tardive d'origine cardio-pulmonaire traitée et guérie par la radiothérapie.

(MM. Ch. Pagniez, L. Rougues et Solomon. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-6-1928.)

Un homme de 67 ans présentait des accès de dyspnée et de cyanose très marqués, dont le début remontait à 7 ou 8 ans ; c'était l'aboutissement d'un long passé de bronchites hivernales ; l'examen clinique et radioscopique dénotait, outre les lésions pulmonaires, un état d'hyposystolie, sans signes de lésion valvulaire ou de distension excessive des cavités cardiaques ; mais à l'examen du sang, il y avait une polyglobulie marquée : environ 7.200.000 globules rouges, le chiffre des leucocytes étant normal.

On se trouvait donc en présence d'un malade, ayant l'aspect d'un « cardiaque noir », et atteint de polyglobulie tardive, secondaire évidemment à un fonctionnement cardio-pulmonaire défectueux. On sait combien sont médiocres les ressources de la thérapeutique en pareilles circonstances. Les saignées n'ont qu'un effet minime et toujours transitoire, la médication toni-cardiaque n'améliore que peu ou

pas ces états cyaniques, et les autres traitements sont tous inefficaces.

Par analogie avec ce qu'on fait dans l'érythrémie primitive de Vaquez-Osler, ce malade fut soumis aux irradiations, d'abord de la rate, puis de l'extrémité des os longs. Le résultat fut remarquable ; il n'y a plus aucune cyanose, plus de dyspnée ; le chiffre des globules rouges oscille maintenant autour de 4.700.000 depuis 5 mois, et sans traitement ; ce dernier résultat est dû surtout à 10 séances d'irradiation médullaire en six semaines, faisant suite à 12 séances d'irradiation splénique.

A propos de la diathermo-coagulation des hémorrhoïdes. Parallèle avec les avantages de la fibrose curative.

(M. G. Delater. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-6-1928.)

C'est une méthode qui exige trop souvent une anesthésie générale, qui provoque une large eschare cicatrisée seulement en 4 semaines, qui est suivie d'une crise hémorroïdaire très douloureuse durant parfois 48 heures, qui nécessite un repos au lit de 4 à 6 jours, et qui cependant n'atteint pas les lésions haut situées ; cette méthode enfin ne paraît pas offrir une supériorité manifeste sur l'intervention au thermocautère.

D'autre part la fibrose curative par injections interstitielles sclérosantes ne demande jamais aucune anesthésie ; elle ne provoque pas d'eschare, du moins quand on emploie la solution de sel double de quinine et d'urée à 5 % de Vendel, appelée sclérosérum ; elle n'entraîne aucune immobilisation du malade, qui continue ou recommence à vaquer à toutes ses occupations ; elle est remarquablement souple, s'adapte à toutes les lésions, permet d'atteindre tous les bourrelets et de supprimer le processus même qui est à leur origine : la congestion passive des veines de la muqueuse ano-rectale.

Le plus souvent, la première séance arrête tous les symptômes ; le chlorhydrate double de quinine et d'urée, en effet, est à la base d'un analgésiant, l'urocaïne, à peu près abandonné aujourd'hui parce que fibrosant.

Tel malade, dont les procidences se reproduisaient énormes en position verticale, reste pour toujours continent après que l'anuscope a réduit ses bourrelets et que l'aiguille a, pour la première fois, injecté 5 cc. à 4 cent au-dessus de la marge.

En effet, ce ne sont pas les bourrelets extériorisés que l'on injecte, mais la muqueuse qui les domine à 3 cent. environ de la marge, sur le cylindre ano-rectal, et d'où ils sont partis dans un effort de défécation. L'injection est faite sous endoscopie par lumière frontale, avec l'appareil de Bensaude appelé anuscope, à l'aide d'un long embout, qui porte l'aiguille jusqu'à l'extrémité interne du spéculum, tandis que la seringue est manœuvrée sans difficulté de l'extérieur.

Il ne faut plus parler de l'oubli de certains bourrelets, ce n'est pas eux que l'on traite, mais leur cause congestive qui, si on ne la supprime pas, laisse se produire de nouvelles procidences après qu'on a enlevé les anciennes.

Au-dessus de cette cause, il en est d'ailleurs une autre, c'est l'obstacle à la circulation portale : les récidivistes, en effet, reviennent le plus ouvent après une suite d'excès alimentaires. Aussi y a-t-il lieu de prescrire certaines interdictions, et prendre la direction du traitement de quelque affection du foie, si fréquemment coexistante.

Sur la teneur en minéraux des organismes humains et animaux.

(MM. Lematte, Boinot et Kahane. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-6-1928.)

Le phosphore n'est pas le métalloïde spécifique des fonctions cérébrales ; le thymus en contient plus que le cerveau, et le testicule de taureau en renferme presqu'autant. Le fer est beaucoup plus abondant dans la rate que dans tous les autres organes. On peut dire que cette dose élevée est caractéristique, et qu'elle est bien en relation avec le rôle important, générateur ou conservateur d'hématies de la rate.

L'iode de la glande thyroïde est caractéristique de cet organe. Si la présence d'iode a été signalée en d'autres tissus, c'est en quantité infiniment petite, comparée à celle qui a été trouvée dans la glande thyroïde.

L'analyse de plusieurs cerveaux humains provenant d'adultes sains morts accidentellement a montré aux auteurs, chez la même espèce, des variations considérables de minéralisation quand on passe d'un individu à l'autre. Il est cependant intéressant de signaler la relation d'analogie qui existe entre la composition du cerveau humain et celle du cerveau de bœuf.

A propos des péricolites chroniques.

(MM. Thévenard. — *Soc. de médecine de Paris* ; 8-6-1928.)

Leur évolution aboutit toujours à la formation de brides, de néo-membranes scléreuses et rétractiles, qui apportent à la morphologie des côlons des modifications tellement compliquées qu'elles échappent à toute description d'ensemble : ce sont coudures, plicatures, accolements, angulations, qui provoquent la plus grande gêne au circulus intestinal. La stagnation des produits stercoraux, leur fermentation, l'exacerbation de la virulence de la flore microbienne intestinale en ces milieux favorables, déterminent une toxi-infection, qui peu à peu retentit sur tout l'organisme (asthénie, cachexie). Tout cela s'accompagne des lésions des parois intestinales infiltrées dans leur totalité.

Dans ces cas ni le traitement médico-physiothé-

rapique, ni le traitement chirurgical ne peuvent à eux seuls venir à bout de la maladie.

Même après une colectomie qui radicalement enlève l'organe source de l'infection il faudra un traitement médical pour relever l'état général, et remédier à l'intoxication de l'organisme. Mais la colectomie, tant soit peu étendue, reste une opération très grave, et la grande majorité des chirurgiens se rallie aujourd'hui à la pratique de la cololyse, dont le but est de rendre au côlon son transit normal, en le libérant de ses plicatures, de ses brides et adhérences. Mais encore celle-ci n'agit-elle pas sur les lésions, et c'est alors qu'intervient le traitement médico-physiothérapique ; l'héliothérapie, la diathermie, les radiations ultra-violettes modifieront l'état congestif et inflammatoire des parois viscérales, s'opposeront à la formation de nouvelles adhérences, contribueront à la désinfection du contenu.

Il sera même avantageux d'employer avant l'opération la désinfection et la vaccination.

On ne négligera pas non plus ni le traitement médical et diététique des entérites, gastrites, cholécystites, ni la cure thermale. G. F.

Les Congrès

IX[e] Réunion neurologique internationale annuelle (1).

(Paris, 3-4 juillet 1928.)

Les tumeurs cérébrales.

La Société de neurologie avait mis, cette année, à l'ordre du jour de sa réunion annuelle, une question d'actualité dont l'importance pratique s'est considérablement accrue depuis la guerre.

Il y a quelque quinze ou vingt ans, les tumeurs cérébrales n'étaient que le chapitre le plus touffu et le plus spécialisé, mais aussi un des plus décourageants, de la neurologie. Actuellement, non seulement les neurologistes ont pu y exercer leur sagacité dans la description de signes de localisation sans cesse plus nombreux et plus précis, mais ophtalmologistes, radiologistes, anatomo-pathologistes ont contribué largement aux progrès de nos connaissances sur ce sujet. Sous la puissante impulsion de Cushing, une nouvelle spécialité médico-chirurgicale s'est créée aux Etats-Unis, celle des neuro-chirurgiens, que Cl. Vincent et Th. de Martel viennent d'inaugurer en France, et ces nouvelles méthodes d'interventions, complétées par les techniques radiothérapiques modernes, ont déjà à leur actif un nombre important de succès, que personne n'aurait osé imaginer il y a vingt ans. C'est un nouveau domaine de la neurologie, qui devient accessible à la thérapeutique. Mais une intervention utile exige un diagnostic précoce. C'est dire combien il importe à tous les médecins praticiens de se mettre au courant du travail colossal qui a complètement remanié la question des tumeurs cérébrales, et dont l'ensemble se trouve admirablement mis au point dans le fascicule de 280 pages, que la *Revue neurologique* consacre à la publication des rapports de la IX[e] Réunion neurologique internationale annuelle. La Réunion s'est tenue à Paris, le 3 et le 4 juillet 1928, à l'Ecole des Infirmières de la Salpêtrière.

Le diagnostic des tumeurs du cerveau devait être le titre du rapport de Cl. VINCENT. Mais c'est là un sujet qui est devenu trop vaste pour qu'on puisse l'enfermer dans les limites étroites d'un rapport, et M. Cl. Vincent s'est borné à la description clinique d'une des localisations les plus difficiles, à laquelle il s'est plus spécialement attaché depuis quelques années : les *tumeurs du lobe frontal.* Son important travail constitue d'ailleurs un mémoire original bien mieux encore qu'un rapport. Ses conclusions sont étayées sur 14 observations personnelles (il en a rapporté trois autres en séance), et sur les travaux concordants des auteurs étrangers, plus particulièrement de D. Pisani (de Rome), de Pussepp (de Dorpat), de Purwes Stewart, de E. Sachs (de Saint-Louis). Tout ce rapport doit être lu. On y trouvera décrits la triade sémiologique essentielle (paralysie faciale de type central, aphasie, troubles mentaux), les signes plus rares tels que le tremblement unilatéral, l'abolition unilatérale du réflexe abdominal, l'ataxie frontale, la désorientation dans l'espace, l'anosmie, l'atrophie optique d'un côté avec stase du côté opposé, enfin les caractères différentiels qui distinguent, du point de vue clinique, anatomique et évolutif, les diverses variétés de tumeurs frontales : épithéliomes secondaires, gliomes de divers types, hémangiothéliomes, méningiomes de la voûte, de la petite aile du sphénoïde ou du sillon olfactif. Il y a là toute une série de types anatomo-cliniques nouveaux, que le neurologiste doit connaître et reconnaître, s'il veut fournir au chirurgien les indications précises de localisation et de nature dont il a besoin pour préparer convenablement, pour aborder et pour mener à bien l'opération curatrice.

La neurologie a fait de précieuses acquisitions dans le domaine du radio-diagnostic des tumeurs cérébrales. M. A. BÉCLÈRE leur consacre la première partie de son rapport sur : **Le radiodiagnostic et la radiothérapie des tumeurs de l'encéphale.**

Au fur et à mesure que l'on apprend à perfectionner et à varier les techniques de la radiographie cranienne, et aussi à mieux interpréter les images, on

---

(1) *Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*

voit se multiplier les cas de tumeurs cérébrales dont la radiographie vient éclairer le diagnostic de localisation et même le diagnostic de nature. On ne radiographie certainement pas assez de crânes. Actuellement, tout médecin doit avoir toujours présentes à l'esprit la fréquence des tumeurs cérébrales et l'utilité majeure de leur diagnostic précoce, et, au moindre doute, il n'a pas plus le droit de négliger la radiographie que d'omettre l'examen ophtalmoscopique.

On trouvera, dans le rapport si autorisé de A. Béclère, toutes les indications utiles, en particulier sur les altérations de l'image cranienne provoquées par l'hypertension générale, sur les déformations de la selle turcique, — déformations banales liées à l'hypertension, ou déformations spécifiques des tumeurs intra- ou suprasellaires, — sur les radiographies du conduit auditif interne et du canal optique, enfin sur les caractères radiographiques très particuliers des réactions osseuses qui se produisent au contact des méningiomes, et sur lesquelles Cl. Vincent, avec Sosman et Putman, insiste longuement, lui aussi.

En dehors de ces signes de voisinage « craniographiques », les rayons ne permettent guère de déceler que les concrétions calcaires de la glande pinéale, — dont les déplacements latéraux, antéro-postérieurs ou verticaux, sont peut-être susceptibles de fournir des indications intéressantes (Noffziger) — les calcifications fréquentes des tumeurs suprasellaires développées aux dépens de la poche de Rathke (A. Béclère), et plus rarement certains psammomes (Souques), certains méningiomes denses, ou certains gliomes kystiques (Van Dessel). Mais aujourd'hui nous possédons des procédés d'encéphalographie médiate, qui permettent d'espérer un élargissement considérable du domaine de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, et, en particulier, des gliomes centraux. La ventriculographie gazeuse, selon le procédé de Dandy, ou selon la technique plus prudente que préconise Cl. Vincent, l'encéphalographie artérielle à l'iodure de sodium, de Egas Moniz (de Lisbonne), l'encéphalographie sinuso-veineuse au lipiodol de Sicard, Haguenau et Wallich, pour ne citer que les mieux éprouvées de ces techniques, ont toutes permis des localisations exactes dans des cas où la clinique simple n'autorisait pas le diagnostic topographique. Malheureusement, aucune ne peut être considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme complètement inoffensive : il s'agit là de techniques spécialisées, qui, pour le moment, doivent être réservées aux cas graves et difficiles.

* * *

Le point de vue ophtalmologique a fait l'objet du rapport de J. Bollack et E. Hartmann sur **Le diagnostic et le traitement des tumeurs cérébrales.** Ce rapport est une Revue générale, extraordinairement riche de faits empruntés à la littérature et à l'expérience personnelle des auteurs, et suivie d'une abondante bibliographie. J. Bollack a étudié plus spécialement les signes oculaires, leur évolution et leur traitement au cours du syndrome d'hypertension crânienne, E. Hartmann, la valeur de l'examen ophtalmologique dans la localisation des tumeurs cérébrales.

Si l'on met à part l'atteinte fréquente, mais généralement fugace de la VIe paire, et un certain degré de mydriase, la stase papillaire est le signe ophtalmologique majeur de l'hypertension cranienne. On peut considérer qu'elle constitue, avec la céphalée et avec l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, une triade symptomatique absolument caractéristique.

Bollack se défend de discuter la pathogénie de la stase papillaire, mais il envisage ce trouble exclusivement du point de vue pratique, en étudiant son diagnostic positif, son diagnostic différentiel, sa valeur diagnostique pour la reconnaissance de l'hypertension cranienne, de l'existence d'une tumeur expliquant cette hypertension, et même de la localisation de cette tumeur.

Parmi les signes de début les plus fidèles de la stase papillaire, Bollack insiste sur la discordance entre l'ntensité des phénomènes ophtalmoscopiques et l'intégrité longtemps persistante des fonctions visuelles, sur l'effacement du bord temporal de la papille, beaucoup plus caractéristique que l'effacement du bord nasal, sur les obnubilations passagères de la vision, éclipses visuelles qui précèdent toujours la diminution de l'acuité, enfin sur l'atteinte relativement précoce du champ visuel : agrandissement de la tache aveugle de Mariotte, dissociation du champ visuel pour les diverses couleurs, quelquefois même hémianopsie binasale dans les tumeurs postérieures (Cushing et Walker).

En dehors des méningites, dont l'existence est généralement facile à démontrer, toute stase papillaire confirmée doit faire rechercher une tumeur cérébrale. Presque toujours, elle s'associe à la céphalée, le plus souvent à l'hypertenion du liquide céphalo-rachidien. Cependant, il n'y a pas — loin de là — parallélisme étroit entre la stase papillaire et l'hypertension rachidienne : chacun des deux symptômes, s'il est bien caractérisé, conserve sa valeur diagnostique en dehors de l'autre.

Il existe, en effet, des tumeurs cérébrales dans lesquelles la stase papillaire fait défaut, et d'autres dans lesquelles elle est précoce, intense, et rapidement évolutive vers l'atrophie optique et la cécité. Il semble que ce soit surtout la localisation de la tumeur, bien plus que son volume et sa nature, qui exerce son influence à cet égard. La fréquence de la stase papillaire est maxima dans les tumeurs cérébelleuses, dans les tumeurs de la région des tubercules quadrijumeaux et de l'épiphyse, dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, dans les tumeurs du IVe ventricule. Elle est déjà moindre dans les tumeurs du lobe occipital, de la protubérance, du lobe pariétal et du lobe frontal ; elle décroît encore dans les tumeurs des noyaux gris centraux, du centre ovale, du lobe temporal, de la zone rolandique ; la stase papillaire devient plus rare dans les tumeurs du corps calleux, du IIIe ventricule, des ventricules latéraux, du pédon-

cule cérébral et du bulbe ; elle est enfin rare dans les tumeurs basilaires, dans les tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire en particulier et dans les méningiomes. Les localisations qui prédisposent le plus à la stase papillaire sont justement celles qui, mécaniquement, sont susceptibles d'amener la plus grande gêne dans la circulation des espaces ventriculo-sous-arachnoïdiens, et qui aboutissent le plus vite à l'hydrocéphalie ventriculaire. De multiples faits sont venus confirmer l'opinion, déjà avancée par Bollack dans sa thèse en 1919, concernant le rôle joué par la dilatation des ventricules dans la production de la stase papillaire.

La mesure de la tension de l'artère rétinienne, suivant la technique de Bailliart (1917), fournit une donnée précieuse sur la tension artérielle intracranienne. Les travaux de Bailliart, de Magitot, de Claude, Lamache et Dubar, de Marcel Kalt, établissent que cette tension est habituellement un peu inférieure à la tension artérielle humérale, mais qu'elle s'élève avec la tension du liquide céphalo-rachidien dans l'hypertension cranienne. Cette technique est précieuse : elle permet de suivre objectivement et de mesurer l'hypertension intracranienne chez des malades pour lesquelles des ponctions lombaires répétées pourraient être dangereuses. Cependant, il n'y a pas toujours parallélisme entre l'hypertension rétinienne et l'hypertension rachidienne.

D'autre part, il faut savoir que la stase papillaire détermine la chute de la tension rétinienne : la technique de Bailliart n'est donc utilisable que dans les hypertensions intracraniennes sans stase.

La stase papillaire des tumeurs cérébrales comporte des indications thérapeutiques, dont la discussion est importante.

Tant que la stase ne s'accompagne d'aucun trouble visuel, on peut tenter, s'il y a lieu, le traitement spécifique. Encore faut-il qu'un résultat favorable soit obtenu en deux ou trois semaines. Sinon, il vaut mieux recourir à la décompression ; cette dernière permet quelquefois à un traitement spécifique, jusqu'alors inefficace, d'exercer par la suite une action curative (Dufour et Cantonnet).

Les traitements médicaux de la stase papillaire n'ont qu'une importance bien secondaire. L'emploi de solutions hypertoniques, en injection intraveineuse ou en ingestion, n'a pas encore fait sa preuve à cet égard. La ponction lombaire, souvent efficace dans les stases papillaires des traumatismes craniens ou des méningites, ne saurait être recommandée à titre thérapeutique dans les tumeurs cérébrales, où elle crée les dangers que l'on sait, d'autant plus que son résultat est généralement nul ou même défavorable sur les accidents oculaires. Elle trouve plutôt ses indications après la trépanation décompressive.

La ponction ventriculaire est plus logique et plus utile, mais elle n'intervient généralement, elle aussi, qu'après trépanation décompressive.

Le traitement chirurgical par extirpation de la tumeur est assurément l'idéal : c'est le seul traitement qui assure des résultats définitifs. Il arrête l'évolution de la stase papillaire ; mais, si l'acuité visuelle a déjà baissé au moment de l'opération, il ne faut pas s'attendre à une bien grande amélioration fonctionnelle. L'amélioration pourrait porter plutôt sur le champ visuel, au cas où la tumeur comprimerait les voies optiques.

La trépanation de la gaine du nerf optique est un essai intéressant du point de vue doctrinal, mais sans portée pratique.

La ponction du corps calleux (Anton et Braman), la ponction sous-occipitale (Anton et Schmieden) mériteraient sans doute davantage d'entrer dans la pratique.

Mais le véritable traitement de la stase papillaire reste, jusqu'à nouvel ordre, la trépanation décompressive. Quel que soit le mécanisme encore obscur de son action, et bien qu'elle ne semble pas agir sur la tension du liquide céphalo-rachidien mesurée par ponction lombaire, l'efficacité de la trépanation décompressive, bien que très variable d'un cas à l'autre, est évidente et immédiate, et il faut y recourir d'urgence, dès que la stase papillaire menace la vision. Il faut y recourir aussitôt sans perdre de temps, si la stase papillaire s'accompagne de troubles visuels : baisse de l'acuité ou obnubilations passagères de plus en plus fréquentes ; il le faut également, même en l'absence de troubles fonctionnels, si l'aspect ophtalmoscopique ne s'améliore pas rapidement, en quinze à vingt jours, sous l'action d'un traitement spécifique énergique. La rapidité de l'intervention est la condition capitale pour un bon résultat. Le plus souvent, l'opération, pratiquée à temps, maintient l'acuité visuelle au point où elle se trouve. Parfois cependant l'état de la vision peut s'améliorer, surtout dans les cas opérés précocement ou dans quelques rares observations de « cécité aiguë ». Parfois aussi, peut s'aggraver encore et s'acheminer vers la cécité, en particulier dans les cas accompagnés de phénomènes atrophiques. La trépanation décompressive est souvent le premier temps d'une extirpation radicale de la tumeur ou d'un traitement radiothérapique. Dans le cas contraire, on ne peut en attendre qu'un résultat temporaire, qui ne dépasse guère quelques mois. Cependant Velter l'a vue, dans des cas de tumeur vérifiés à l'autopsie, assurer la guérison des troubles oculaires pendant deux et trois ans.

Dans les tumeurs de l'étage postérieur, la décompression sous-tentoriale semble devoir être préférée à la technique classique.

Le traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales exerce une influence des plus variables sur la stase papillaire, et cela tant chez les malades trépanés que chez les malades non trépanés (Bollack et Salgo). Les aggravations parfois observées obligent à être extrêmement prudent dans l'application du traitement radiothérapique chez les malades atteints de stase papillaire, surtout si les tumeurs sont incarcérées (Béclère). Le traitement ne doit être conduit que sous le contrôle d'examens ophtalmoscopiques

fréquemment répétés. La plupart des auteurs conseillent, en tous cas, la trépanation décompressive préalable. Cette dernière, d'ailleurs, permettra quelquefois une biopsie, grâce à laquelle on pourra apprécier la radiosensibilité de la tumeur.

Le travail de E. Hartmann, sur la valeur des symptômes oculaires pour la localisation des tumeurs cérébrales, est un exposé analytique et critique très détaillé de toute la séméiologie des troubles sensoriels, moteurs et sensitifs de l'appareil oculaire, qui peuvent s'observer dans les tumeurs cérébrales. C'est un compendium que l'on consultera avec fruit, mais qui échappe à l'analyse. L'auteur en dégage, en terminant, une description synthétique des phénomènes ophtalmologiques, tels qu'ils se présentent dans les diverses localisations tumorales.

Les tumeurs du lobe occipital s'annoncent quelquefois par des hallucinations visuelles, vraies ou élémentaires. Le plus habituellement, elles déterminent une hémianopsie homonyme plus ou moins complète, avec disparition du réflexe hémiopique de Wernicke. La congruence est généralement très exacte entre les champs des deux yeux ; mais il est assez fréquent qu'il existe des lacunes à la fois dans le champ droit et dans le champ gauche, ce qui s'explique par la proximité des deux régions calcarines. Ces phénomènes deviennent d'ailleurs rapidement impossibles à discerner, par suite de l'évolution de la stase papillaire, qui est particulièrement précoce et rapide dans cette variété. La cécité, chez ces malades, s'accompagne souvent de perte des souvenirs visuels et de désorientation spatiale.

Les symptômes visuels sont également au premier plan dans les tumeurs temporales : l'hémianopsie homonyme y est très fréquente, mais elle est souvent partielle, et réduite à une hémianopsie du quadrant supérieur, par lésion de l'anse temporale des radiations optiques. Dans les lésions de la bandelette optique, la congruence des champs des deux yeux est souvent moins parfaite que dans les lésions calcarines. On peut également observer les hallucinations visuelles, des parésies de la musculature extrinsèque, l'abolition du nystagmus optique. Enfin, en cas de développement vers la face interne du lobe, on peut voir apparaître des signes pédonculaires ou basilaires.

Les tumeurs du lobe pariétal donnent peu de signes oculaires, sauf si elles affectent un développement postérieur : dans ce dernier cas, elles donnent de l'hémianopsie homonyme, presque toujours en quadrant inférieur, et l'abolition du nystagmus optique.

Les signes oculaires sont peu marqués également dans les tumeurs de la région rolandique. Cependant cette localisation se complique parfois de thrombose de la sylvienne : le ramollissement peut, dans ce cas, intéresser les radiations optiques et donner lieu à de l'hémianopsie. On peut observer également des signes atténués et transitoires de paralysie latérale du regard, de déviation conjuguée, et même l'abolition du réflexe cornéen dans les localisations basses (Guillain, Alajouanine et Darquier).

Parmi les tumeurs frontales, ce sont surtout les méningiomes de la face inférieure qui donnent lieu à une séméiologie oculaire. Le syndrome est alors plus particulier, et se caractérise principalement, du côté de la tumeur, par une névrite rétro-bulbaire, par compression directe du nerf optique. Cette névrite rétrobulbaire peut rester isolée ou s'associer à une stase papillaire du côté opposé (syndrome de Foster Kennedy), elle évolue vers l'atrophie optique. Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde peuvent, en outre, donner lieu à une exophtalmie lentement progressive, unilatérale ou plus rarement bilatérale.

Les tumeurs centrales, les tumeurs des ventricules latéraux ou du III[e] ventricule, celles du corps calleux n'ont guère de séméiologie oculaire spéciale par elles-mêmes. Le développement des tumeurs vers le plancher du III[e] ventricule peut donner lieu au syndrome chiasmatique d'hémianopsie bitemporale.

Les tumeurs de la base intéressent avant tout les nerfs oculo-moteurs, la branche ophtalmique du trijumeau, les bandelettes optiques. L'hémianopsie homonyme, quand elle existe, s'accompagne du réflexe hémiopique de Wernicke. Celui-ci est difficile à mettre en évidence ; mais, lorsqu'il existe, sa valeur est considérable. On peut observer également l'exophtalmie et le syndrome oculo-sympathique (mydriase et élargissement de la fente palpébrale).

Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, on connaît la valeur séméiologique et la précocité de l'abolition du réflexe cornéen. L'atteinte du trijumeau se manifeste rarement par la névralgie faciale, mais beaucoup plus souvent par les troubles de la sensibilité objective, qui peuvent se compliquer de kératite neuro-paralytique. L'atteinte du VI est fréquente, mais sa fixité seule acquiert une valeur, car ce nerf, est souvent parésié dans toutes les hypertensions craniennes. Le III et surtout le IV, sont moins souvent touchés. Mais la paralysie de cette dernière paire, difficile à découvrir, doit souvent passer inaperçue. Le nystagmus, si fréquent, est plus un symptôme cérébello-vestibulaire qu'un signe oculaire.

Le signe capital des tumeurs de la région pinéale et quadrigéminale est la paralysie verticale du regard, qui, lorsqu'elle est complète, s'accompagne de paralysie de la convergence. On peut observer en outre l'abolition des réflexes photomoteurs, et même le signe d'Argyll-Robertson. La stase papillaire est précoce. Secondairement, les signes pédonculaires apparaissent, ainsi que les paralysies du III et du IV.

Dans les tumeurs pédonculaires et protubérantielles, les paralysies du moteur oculo-commun ou les paralysies latérogyres peuvent s'accompagner de syndromes alternes.

C'est dans les tumeurs du IV[e] ventricule et dans les tumeurs médianes du cervelet que la stase papillaires est le plus précoce et le plus rapide. Les tumeurs de hémisphères cérébelleux donnent parfois des hémianopsies de voisinage, par compression de la zone visuelle calcarine.

(A suivre.)

Les Thèses

P. — Dr A. VINCENT, ancien interne pr. des hôpitaux de Paris. — **Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse gravidique et du rôle de la transfusion sanguine dans son traitement.** (Paris (5e), les Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, 1927.)

Il est assez fréquent d'observer au cours de la gestation un léger degré d'anémie, qui peut s'exagérer au point de revêtir un type pernicieux, d'un pronostic très grave, rencontré non seulement chez les multipares épuisées par leurs grossesses successives, mais aussi chez les primipares antérieurement bien portantes ;

La guérison ne peut survenir qu'après expulsion spontanée ou provoquée du fœtus.

L'anémie pernicieuse gravidique présente certaines particularités cliniques : la constance des œdèmes ; le peu d'importance de l'albuminurie ; la fréquence de la dyspnée *sine materia* ; l'absence ou le peu d'abondance des hémorragies, en particulier au cours de l'accouchement ou de la délivrance ; la possibilité de splénomégalie, qui serait d'un pronostic favorable, et certains caractères hématologiques.

C'est une anémie plastique. L'importance de la réaction myéloïde et l'augmentation du nombre des hématoblastes sont, lorsqu'ils apparaissent, d'un bon pronostic. La diminution du nombre des hématies signe l'anémie, mais est sans valeur pronostique. Le chiffre minimum de globules rouges est généralement atteint dans les jours, plus rarement dans les semaines, qui suivent l'accouchement.

L'anémie pernicieuse gravidique n'est pas d'un pronostic absolument fatal. Elle peut guérir, mais seulement après expulsion du fœtus.

Le traitement peut être étiologique et symptomatique.

Etiologique : administration de cholestérine, et surtout l'avortement provoqué lorsqu'il paraît nécessaire. Ce sont des cas d'espèce.

Symptomatique : C'est avant tout la *transfusion sanguine.*

P. — Dr M. REPÉROL. — **Traitement des fractures diaphysaires ouvertes de jambe.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1927.)

1° Il s'agit d'une fracture ouverte avec plaie minime punctiforme ou lenticulaire des téguments, le plus souvent de cause indirecte, l'ouverture du foyer étant due à l'embrochement des tissus par un fragment osseux.

La plupart des chirurgiens suivent une conduite identique ; ils n'interviennent pas, se contentent d'appliquer sur la plaie un pansement aseptique et immobilisent la fracture dans l'appareil ordinaire des fractures de jambe, et on a, le plus souvent, la chance de voir évoluer la fracture comme une fracture fermée et la consolidation s'établir dans les délais normaux, mais il convient d'être prudent et dans le moindre doute sur l'infection de la plaie, il faut intervenir.

2° Grosse fracture comminutive, véritable écrasement, fracture directe, et la cause qui a fracturé l'os a lésé, en même temps, les parties molles. L'attrition énorme des tissus, peau et muscles, la multiplicité des fragments osseux, l'atteinte du paquet vasculo-nerveux — font toute la gravité de ce genre de fracture. Devant l'étendue du désastre, devant le choc du malade, choc traumatique auquel s'ajoute le choc hémorragique, peu de chirurgiens hésitent : essayer de conserver le membre broyé, c'est risquer la vie du malade ; mieux vaut pratiquer immédiatement une amputation. Dans les cas moins graves, on pourra par le débridement, le pansement à plat, l'immobilisation, essayer de conserver le membre.

3° Fracture de cause directe, ou indirecte ; l'ouverture du foyer de fracture est de plus ou moins grande dimension, les parties molles, muscles et peau, sont modérément contus et l'on peut les réséquer sans avoir à craindre une énorme perte de substance, l'os est fracturé, mais la fracture, malgré des fragments multiples, n'est pas trop esquilleuse, le paquet vasculo-nerveux n'est pas atteint ;

La conduite varie, mais il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est sur la nécessité d'intervenir d'une façon précoce (6 à 12 heures après l'accident).

Si cette condition est réalisée, quelle conduite va-t-on tenir ? Dans le cas où la fracture est peu souillée (fracture de cause directe le plus souvent), peu esquilleuse, s'il n'existe pas une grosse attrition musculaire et si le paquet vasculo-nerveux n'est pas lésé, le malade étant peu choqué, on pratiquera la désinfection mécanique par l'exérèse des tissus contus, l'ablation des esquilles libres, une hémostase soignée.

On fera ensuite la réduction et si celle-ci se maintient facilement, on pourra se contenter de faire une suture primitive en drainant la plaie par mesure de prudence avec un faisceau de crin par exemple, et d'immobiliser le membre fracturé dans un appareil plâtré ordinaire.

Si le maintien de la réduction est difficile, la prothèse métallique devient nécessaire pour rétablir l'os dans sa continuité, mais nous savons que l'introduction d'un corps étranger gêne le processus d'ostéogénèse et peut déterminer la nécrose de l'os sous-jacent, d'où la nécessité de choisir le matériel de prothèse le moins offensant possible et d'en faire l'ablation dès que la consolidation est assurée.

Dans tous les cas, quelle que soit la technique employée : fermeture primitive ou ostéosynthèse, il est

utile de faire la sérothérapie antitétanique et antigangréneuse.

Bx.— Dr J. Casassus.— **Les incurvations congénitales de la jambe à concavité antérieure.** (Imprimerie A. Destout, aîné, 8, rue Pault-Bert, Bordeaux, 1927.)

Il existe deux types de « courbure congénitale de la jambe ». Dans l'un, type classique, la courbure est *à convexité antérieure ou antéro-interne* ; dans l'autre, à peu près ignoré, la courbure est à *concavité antérieure ou antéro-externe.* Cette incurvation siège toujours à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe, lieu de moindre résistance du tibia ; habituellement unilatérale, elle est caractérisée par l'incurvation des deux os de la jambe, la diminution de longueur et de volume du membre (ordinairement moins marquée, cependant, que dans la courbure inverse), l'attitude du pied en talus valgus et un aspect radiographique spécial et caractéristique. Un symptôme rencontré fréquemment dans le type classique, la dépression cutanée cicatricielle, située au sommet de l'incurvation, paraît exceptionnel dans les courbures à concavité antérieure.

Les « courbures congénitales de la jambe à concavité antérieure » sont curables par redressement orthopédique progressif, non sanglant, en plusieurs temps, chaque étape du redressement étant fixée par l'application d'un nouvel appareil plâtré.

A PROPOS DE LA MÉDICATION BROMURÉE

Par le Dr C. Dessout.

Dans la pratique courante, on utilise très fréquemment la médication bromurée, qui trouve son application dans les affections les plus diverses.

Les bromures sont des sédatifs puissants du système nerveux. Cette propriété est connue depuis longtemps du grand public lui-même. Ils agissent en diminuant la sensibilité et l'excitabilité réflexe du cerveau et de la moelle épinière.

De ce fait, ils ont une action sur les divers centres moteurs, sensitifs ou psychiques et sur le sympathique.

Le premier sel de brome employé a été le bromure de potassium, et pendant longtemps il a été le seul. Puis, les bromures de sodium, ammonium, strontium sont entrés dans la thérapeutique. Après une période de défaveur, la médication bromurée est utilisée de plus en plus et des modifications y sont apportées successivement. Certains médecins préconisent l'association des trois bromures (potassium, sodium et ammonium) comme plus efficace que l'emploi d'un seul sel à dose égale.

D'autre part, les recherches de MM. Richet et Toulouse ont montré — et de nombreuses expériences ont rendu classique cette notion — que la déchloruration renforce l'action du bromure. En effet, l'association du régime déchloruré à la thérapeutique bromurée permet de diminuer la dose du médicament : on obtient le même effet qu'avec des doses plus fortes et cette action sédative du bromure est même prolongée.

Comme on le sait, l'absorption de bromure à haute dose et l'usage longtemps continué de ce médicament provoquent souvent des accidents d'intoxication assez graves connus sous le nom de bromisme. Le bromisme aigu s'observe rarement ; les accidents de bromisme chronique seraient plus fréquents ; il semble que ce soit cet inconvénient qui puisse expliquer l'abandon de la médication bromurée à une certaine période. L'intoxication par le bromure se traduit par des troubles :

a) *Du système neuro-musculaire.* — Diminution de la sensibilité, perte de la mémoire, affaiblissement de l'intelligence, faiblesse musculaire.

b) *Du système digestif.* — Salivation abondante, anorexie, dyspepsie avec constipation ou diarrhée, dans les cas graves.

c) *De l'appareil cardio-vasculaire.* — Ralentissements des battements du cœur, modifications de la tension artérielle.

d) Enfin le bromure s'éliminant aussi par la peau peut déterminer des accidents cutanés : acné bromique, assez comparable à l'acné iodique, mais plus confluente, plus profonde.

Les troubles cardio-vasculaires que nous venons de mentionner sont attribués au métal potassium uni au brome et l'action dépressive du potassium sur le cœur en fait une contre-indication à l'emploi du K Br chez les cardiaques, les hypotendus et les fatigués.

Le bromure de sodium a une valeur thérapeutique égale à celle du K Br et il n'a pas ses inconvénients, pas d'action dépressive sur le cœur, pas d'action toxique sur le rein ; il est admirablement supporté par l'estomac même chez les enfants ; — de plus, pour certains auteurs (Sabatier), il serait un véritable régulateur de la nutrition. On a donc tout avantage à donner la préférence au NaBr dans la thérapeutique neuro-sédative. Cependant, pour éviter toute action défavorable, il faut employer un bromure de sodium absolument pur.

Le Sédobrol Roche représente, à l'heure ac-

tuelle, le moyen le plus pratique et le plus sûr d'administrer le bromure de sodium ; chaque tablette d'extrait de bouillon végétal, concentré, achloruré, contient un gramme de bromure de sodium rigoureusement dosé et chimiquement pur. La tablette se dissout rapidement dans une tasse d'eau très chaude et donne un bouillon délicieux, d'un arôme agréable, facilement accepté par les malades les plus difficiles et les enfants.

On peut faire dissoudre également cette tablette dans du potage ordinaire et si le malade est soumis au régime déchloruré, le sédobrol masquera la fadeur des mets en leur donnant un goût sapide et agréable. On peut administrer ce bouillon aux heures des repas ou le soir, au coucher, comme une infusion chaude.

D'une façon courante, la dose à utiliser chez l'adulte est de 2 à 4 grammes de bromure par jour, donc 2 à 4 tablettes de sédobrol. Chez l'enfant, on prescrira une demi à une tablette par jour. Ces doses peuvent être doublées sans danger le produit étant dépourvu de toxicité. Les doses fortes, d'ailleurs réduites par l'usage du régime hypochloruré, s'emploieront plus rarement.

Les indications de la thérapeutique bromurée sont infiniment nombreuses et variées ; il y a, tout d'abord, les insomnies nerveuses, liées au surmenage, à l'hyperidéation, les délires des diverses névroses, l'onirisme avec agitation, etc.; d'autre part, le sédobrol agit comme hypnotique doux, sans cependant risquer d'intoxiquer le malade ; il fait merveille dans les délires à la période d'agitation des maladies infectieuses et dans l'alcoolisme aigu.

Nous avons vu que le bromure de sodium exerce une action heureuse sur la nutrition, dans ces formes de dyspepsies rebelles, qui font des malades inquiets, aigris, se plaignant de douleurs épigastriques, de ballonnement, de pesanteur après le repas et qui traînent leurs lamentations dans les cabinets de tous les spécialistes sans qu'on puisse leur trouver une lésion organique. Ces malades seront calmés sinon guéris quand on aura traité leur solairalgie. D'après Leven, « la dyspepsie naît de l'irritation du plexus solaire, « et Mathieu disait « supprimer l'hyperesthésie, c'est amener la guérison ».

Ajoutons cependant que le fait de posséder une médication nous permettant de supprimer l'élément douleur, ne doit pas nous décider à faire toujours cette thérapeutique symptomatique sans essayer de compléter notre diagnostic par les diverses recherches, chimisme, radiographie, qui peuvent nous donner la cause organique, l'étiologie du mal.

Retenons aussi l'action favorable du sédobrol dans le traitement de la migraine. D'autre part les dyspeptiques se présentent souvent à nous avec des symptômes attirant l'attention sur l'appareil cardio-vasculaire ; tel se plaint de palpitations, d'angoisse, tel autre de fausse angine de poitrine. Ce sont des malades dont on a pu dire : « Ils entrent chez nous cardiaques, ils en sortent dyspeptiques ». Les troubles respiratoires, la dyspnée, peuvent donner le change. Dans tous ces cas, la médication bromurée a fait ses preuves.

Mais là ne s'arrête pas la liste des indications du sédobrol : les propriétés antispasmodiques du NaBr justifient son emploi dans les affections de l'enfance : convulsions, chorée, laryngite striduleuse, asthme. Récemment, le Dr Darré signalait aussi les effets du sédobrol comme adjuvant du repos dans le traitement des insomnies (ou inversion du rythme du sommeil) chez les parkinsonniens post-encéphalitiques. C'est à son avis le médicament de choix, surtout quand il existe un syndrome dépressif.

Nous n'insisterons pas très longuement sur l'emploi du sédobrol dans l'épilepsie. C'est dans ce cas que nous aurons à employer les doses plus fortes et les doses prolongées. Son action antiépileptique est certaine. Comme « le bromure doit rester presque un aliment pour un épileptique qu'il a guéri » (Voisin), nous aurons l'occasion d'apprécier les avantages du sédobrol qui rend alors la médication bromurée agréable tout en permettant de prolonger le régime déchloruré, tandis que l'administration du bromure en solution, non seulement serait désagréable, mais entraînerait les accidents de bromisme, exceptionnels avec le sédobrol, qui représente, à l'heure actuelle, la forme la plus élégante, la plus pratique et la plus sûre d'imposer la médication bromurée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Poursuites contre un médecin pour prétendue escroquerie. — Acquittement.

I

Tribunal de première instance du Morbihan.

(Section de Lorient),

14 mai 1928.

(Archives du « Sou Médical.)

Attendu que E., docteur en médecine à A, est inculpé d'avoir à A, en tous cas sur le territoire de l'arrondissement de L., depuis moins de trois ans et plus spécialement :

Primo : En décembre mil neuf cent vingt-six, en faisant usage de manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un crédit imaginaire, tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds et, par ce moyen, d'escroquer partie de la fortune de la Compagnie d'assurances « La R. » ;

Secundo: En juillet mil neuf cent vingt-sept, en faisant usage de manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un crédit imaginaire, tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds, et par ce moyen d'escroquer tout ou partie de la fortune de la Compagnie d'assurances « La R. » ;

Attendu que ladite compagnie s'est constituée partie civile et demande qu'E. soit condamné, outre les peines prévues par la loi, à lui verser la somme de un franc à titre de dommages-intérêts ;

Sur le premier fait : attendu que E, ayant donné des soins à un nommé A. blessé le dix-sept décembre mil neuf cent vingt-six aurait tenté de faire faussement croire à la Compagnie « La R. » qu'il l'avait soigné pour une fracture du pied ou de la jambe afin de se faire attribuer les honoraires afférents au traitement que nécessitait une pareille fracture.

Que les manœuvres constitutives de la tentative d'escroquerie consisteraient en la délivrance de certificats émanant de l'inculpé et propres à confirmer cette fausse allégation.

Que les certificats produits sont au nombre de deux ;

Attendu que l'un d'eux, du trente mars mil neuf cent vingt-sept, déclare ce qui suit : « Il y a eu une grosse ecchymose avec une plaie assez profonde. Cependant, au premier abord, je n'ai pas diagnostiqué de fracture, mais il a dû faire une fracture au péroné.

Tout cela a guéri avec des pansements simples » ; que dans ce certificat E, n'affirme donc pas qu'il y a eu fracture, mais, par les mots : « a dû », indique qu'il envisage une simple possibilité ;

Que le deuxième certificat est ainsi conçu :

« C'est une fracture compliquée de la jambe gauche, « mais il y avait des plaies multiples du membre « droit qui ont fait penser à cette déclaration inexacte ».

Attendu que ces derniers mots font allusion à une déclaration inexacte, qui aurait été faite précédemment, mais que rien n'indique dans quelles circonstances elle aurait été faite, ni qu'il s'agit d'A, le nom du blessé n'étant pas indiqué.

Que cette déclaration, rédigée sur une feuille de papier à lettre du docteur E, n'est même pas datée et a, au surplus, toute l'apparence d'une fin de lettre, dont le début serait resté aux mains du destinataire, ou de l'expéditeur qui l'aurait gardée par mégarde ;

Que la déclaration d'E. que cette pièce concernait un autre qu'A n'a donc rien d'invraisemblable et qu'en tout cas, rien ne permet d'affirmer qu'elle concerne A. et que dans ces conditions, il n'est pas établi qu'E. a déclaré A. atteint d'une fracture, ou ait fourni un certificat, pour établir une telle allégation, ni par suite qu'il ait commis la manœuvre constitutive de la première tentative d'escroquerie qui lui est reprochée.

En ce qui concerne le deuxième fait. Attendu que le docteur E. a déclaré que L, blessé le 7 juillet 1927, était atteint d'une fracture du pied ou de la jambe; que, sur la demande de la Compagnie « La R. », qui contestait ce diagnostic, le docteur M, a radiographié

le blessé et a constaté qu'aucune trace de fracture n'apparaissait, mais qu'à l'audience, il a formellement déclaré que son examen négatif n'impliquait pas qu'il n'y avait pas eu de fracture et que celle-ci pouvait parfaitement avoir existé, sans laisser de trace, à raison, notamment, du long temps écoulé depuis la blessure, son examen n'ayant eu lieu que plusieurs mois après.

En ce qui concerne l'apposition au blessé d'un appareil :

Attendu que la Compagnie conteste que l'apposition de cet appareil pour lequel E, lui réclame cent cinquante francs ait jamais été faite.

Qu'à cet égard, le seul témoin entendu est le nommé L, qui s'exprime et paraît comprendre très difficilement, que c'est là sans doute qu'il faut voir la raison de ses contradictions devant le juge d'instruction, qu'il a en effet successivement déclaré qu'on lui avait posé un appareil plâtré ; puisqu'on lui avait fait un simple pansement sans poser d'appareil.

Attendu il est vrai qu'il a exprimé sa première version, en prétendant que c'était à l'instigation d'E. qu'il l'avait produite ; mais qu'à l'audience, il fut loin d'être aussi affirmatif et que confronté avec E. il s'est borné à dire : « J'ai cru comprendre » . . .

Attendu que, d'autre part, E. persiste à affirmer qu'il lui a posé un simple appareil avec de légères attelles et qu'en enlevant son pansement, L. a pu l'enlever sans remarquer les attelles.

Attendu qu'à cet égard, le docteur M. qui, à l'information, avait dit que c'était peu vraisemblable, a déclaré à l'audience que c'était, au contraire, très possible et que si on avait autrement interprété ses déclarations, c'est qu'on avait mal compris sa pensée ;

Qu'il n'est donc établi, ni que la fracture ait été inexistante, ni que E. n'ait pas posé l'appareil litigieux : qu'à tout le moins, il subsiste à cet égard un doute dont le prévenu doit bénéficier :

Par ces motifs : le Tribunal jugeant en matière correctionnelle et en premier ressort.

1° Statuant sur les réquisitions du ministère public, relaxe le prévenu des fins de la poursuite sans peine ni dépens ;

2° Statuant sur les conclusions de la partie civile.

Décerne acte à Maître L, avoué substituant Maître N, de sa constitution de partie civile aux débats au nom de la Compagnie d'assurances « La R. » ;

Condamne cette partie civile aux dépens, en ce y compris le timbre et l'enregistrement du présent jugement.

II

Arrêt d'Appel

Cour de Rennes.

(Chambre des Appels de Police correctionnelle).

26 juin 1928.

La Cour,

Après avoir entendu le rapport de l'affaire fait par M. le Conseiller M ; le prévenu en son interrogatoire ; Me S, avoué de la Compagnie. « La R. » en ses conclusions déposées ; Me L, avocat, en sa plaidoirie et le développement des dites conclusions ; M. l'Avocat général en ses conclusions et réquisitions ; M. K, avocat, en sa plaidoirie pour la défense du prévenu ; et celui-ci en ses dernières observations, et en avoir délibéré conformément à la loi ;

Adoptant les motifs des premiers juges, et considérant en outre que la preuve absolue n'est pas rapportée, de ce que E aurait fait faussement figurer dans ses mémoires médicaux le coût des soins donnés à A et à L. . .

Qu'encore, en admettant qu'il aurait sciemment donné des indications erronées, le fait ne constituerait de sa part que des mensonges exclusifs de toutes manœuvres frauduleuses, nécessaires pour entraîner le délit d'escroquerie.

Qu'il échet donc de confirmer la décision des premiers juges.

Par ces motifs,

La Cour confirme le jugement dont appel.

Déboute la Compagnie d'assurances « La R. » de toutes ses demandes fins et conclusionse la condamne en tous les dépens.

Commentaires

Voici un procès qui aurait pu être évité, si des commissions régionales mixtes d'arbitrage existaient, pour résoudre les conflits des compagnies d'assurances avec les médecins et les pharmaciens.

Avant le litige actuel, le docteur E. était en assez mauvais termes avec l'assurance ; des lettres quelque peu vives avaient été échangées ; de sorte que la compagnie était désireuse de prendre sa revanche.

Elle crut la trouver, à propos de faits, qui, à première vue, pouvaient laisser suspecter la bonne foi du médecin.

Pour un blessé nommé Audic, le certificat initial décrivait une lésion de la jambe droite, alors qu'il s'agissait du membre inférieur gauche; de plus, le médecin était accusé d'avoir diagnostiqué une fracture, alors qu'une radiographie, faite six mois après l'accident ne révélait aucune lésion.

Cependant, lorsqu'il s'agit de rechercher le profit que le médecin a pu retirer de ces agissements qui lui sont reprochées, on remarque qu'il n'a même pas demandé d'honoraires pour réduction et contention de fracture de jambe :

il s'est contenté de se faire payer ses visites, sans se faire rémunérer pour un travail qu'il n'avait pas fait.

On ne peut pas dire également qu'il ait fait un diagnostic volontairement erroné, puisque, dans un certificat délivré quatre mois et demi après le début de l'accident, il écrivait qu' «il y a eu une grosse ecchymose, avec une plaie profonde. Cependant, au premier abord, je n'ai pas diagnostiqué de fracture : mais il a dû faire une fracture du péroné. Tout cela a été guéri par des pansements simples. »

Par conséquent, diagnostic difficile à établir, sur un membre gonflé, œdématié, avec ecchymoses.

Dans le second cas, le blessé (assuré facultatif), en faisant sa propre déclaration d'accident, mentionna une entorse, alors que le médecin, dans son certificat initial, porta le diagnostic de fracture.

Pose d'un appareil léger, que le malade retira lui même, au bout de deux à trois jours.

A ce moment, le médecin ne jugea pas à propos de refaire un appareil de contention.

Or, au cours de l'instruction, le blessé, qui s'exprime très mal en français, se serait embrouillé dans les questions à lui posées et aurait laissé croire qu'on lui avait apposé un appareil plâtré.

Comment aurait-il, tout seul, retiré cet appareil, alors que le médecin a souvent de la difficulté pour l'enlever ?

Et dans sa note d'honoraires, le médecin ne compte que 50 francs, comme prix du petit appareil de contention qu'il a appliqué.

La contrevisite n'est faite que trois mois après l'accident, alors que le blessé est guéri. Disons que cette visite de contrôle eut lieu, sans que le médecin traitant ait été averti de la venue de son confrère, par lettre recommandée, 48 heures à l'avance.

Une radiographie, pratiquée un mois après le certificat de reprise du travail et quatre mois après le début de l'accident, ne trouve pas trace de fracture.

Cela ne veut pas dire que cette lésion n'ait jamais existé. D'ailleurs, ou bien il faut s'en rapporter au diagnostic primitif du médecin traitant, diagnostic que souvent on réforme quelques jours après le traumatisme, ou bien on fait contrôler le malade assez rapidement, pour faire pratiquer une radiographie, dans les quelques jours qui suivent l'accident.

Mais, venir contrôler et radiographier plusieurs mois après le traumatisme, c'est plutôt montrer le désir de chercher une mauvaise querelle au médecin. D'autant que le médecin radiographe, commis par l'assurance, a pris une pose défectueuse pour sa photographie : le cliché porte sur les deux os de la jambe, bien au-dessus des malléoles, alors que c'étaient ces dernières qu'il fallait radiographier.

L'examen de la note d'honoraires du médecin ne décèle aucune exagération : pour toute cette période de soins, il ne réclama que le prix de dix visites, alors qu'en plus, au moins une dizaine de fois, il était entré prendre, en passant, des nouvelles du blessé et que ces visites, il ne les a pas comptées à l'assurance.

La conclusion de tout ceci, c'est que l'examen attentif du dossier permit au « Sou médical » de se rendre compte que son adhérent était innocent du délit d'escroquerie, qui lui était reproché ; en conséquence, le confrère fut soutenu devant le tribunal correctionnel, puis devant la Cour, puisque l'assurance crut devoir faire appel.

Certes, certains confrères de campagne, ou même de ville, parce qu'ils sont quelque peu bousculés par leur clientèle, ne font pas assez attention à la rédaction de leurs certificats.

Ces pièces ont une valeur, au point de vue juridique, et il convient de les rédiger avec réflexion.

Mais, de leur côté, les agents d'assurances locaux induisent le siège central en erreur, en présentant la conduite de certains médecins comme étant absolument répréhensible.

Puissions-nous aboutir à l'organisation des commissions mixtes d'arbitrage, destinées à résoudre tous ces conflits.

Dans le cas particulier, point n'aurait été besoin de mobiliser la justice répressive.

Les médecins, composant la commission arbitrale, auraient estimé la valeur médicale des diagnostics, portés par leur confrère, alors que le représentant de l'assurance aurait montré les reproches faits au praticien.

Et l'on aurait vu que tout ceci se réduisait à bien peu de chose.

Au médecin, on aurait dit de rédiger ses certificats avec plus de réflexion et de ne pas hésiter à recourir à l'examen radiographique, toutes les fois qu'il a un doute sur l'existence d'une fracture sous-jacente.

A l'assurance, on aurait démontré qu'elle n'avait subi aucune perte pécuniaire, aucun dommage et qu'elle aurait dû faire procéder assez rapidement à une visite de contrôle, au lieu d'attendre la guérison, survenue au bout de 4 mois dans un cas, 6 mois dans l'autre.

Et ce n'était pas la peine de faire tant de bruit pour cette affaire, qui ne fait qu'irriter et creuser un fossé, alors que l'intérêt bien compris de toutes les parties en cause demanderait l'accord et la concorde.

Dr Paul BOUDIN.

LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

Y aura-t-il un Secrétaire général ?

Au Congrès des S.M. de juillet dernier — alors que les points névralgiques ayant été traités et très heureusement résolus — grâce surtout, il faut le redire, à la très habile autorité du professeur Balthazard, on votait à 30 à l'heure les articles des nouveaux statuts, j'ai fait la proposition suivante :

« Le secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français, sera de l'ordre *administratif*, c'est-à-dire : médecin n'exerçant pas ou n'exerçant plus, possédant les qualités nécessaires, largement appointé et se consacrant exclusivement au secrétariat de notre grande organisation. Nommé par le Conseil, mais pris en dehors de celui-ci et n'ayant pas par conséquent *voix délibérative.* »

Les raisons qui ont déterminé cette proposition sont de plusieurs ordres.

La première est celle-ci : la charge de secrétaire général d'une association aussi vaste, comporte un travail écrasant, et suffit à employer toute l'activité d'un homme. Nous ne pouvons indéfiniment demander à des confrères vivant de leur profession de donner à la collectivité leur temps et leur travail, pour une indemnité dérisoire. Plus nous irons avec en perspective l'application des lois sociales, et l'évolution fatale de l'exercice professionnel, plus la tâche du secrétaire général sera lourde.

Deuxième raison : il importe au plus haut point que le secrétaire général soit d'ordre administratif, c'est à-dire soit la cheville ouvrière du groupement, « réalise » tout le travail décidé par le Conseil, mais n'ait pas la tentation de faire du *Bulletin* de la Confédération une tribune utilisée pour la défense de ses conceptions personnelles. La tentation est naturelle ; il faudrait être un surhomme pour ne pas y céder une fois ou l'autre... ou plus souvent. L'écueil est facilement évité en prenant le secrétaire général en dehors du Conseil. Auditeur attentif des discussions auxquelles il ne prendra nulle part, il traduira fidèlement celles-ci et exécutera les décisions prises.

***

L'heure de faire cette proposition ne me paraissait pas pouvoir être différée. En effet, lorsque je l'ai soumise à l'Assemblée, Union et Fédération existant encore, personne ne pouvait prendre ladite proposition en mauvaise part et comme un acte de suspicion personnelle.

Je dis tout de suite que j'ai eu le plaisir de voir cette proposition appuyée par Decourt, Vanverts, Jayle et quelques autres. Lafontaine a fait observer, après sa critique, que la question n'était pas à l'ordre du jour. Elle y était en fait puisque nous discutions un projet de statuts ; mais je ne voulais pas d'un vote de surprise, et Decourt et moi avons accepté que la proposition soit « prise en considération » et votée au prochain Congrès qui sera la première séance de la Confédération.

Cette idée de secrétaire général administratif et « non élu » n'est pas nouvelle. J'en ai parlé au S.M.S. il y a 7 ou 8 ans déjà, et d'autres en ont parlé ailleurs. Le fait qu'elle est approuvée par des membres de l'Union et de la Fédération prouve bien que la question est mûre et doit être traitée.

On m'a demandé si le secrétaire administratif ne pourrait pas être simplement une doublure d'un secrétaire général élu ? A mon avis ceci ne doit pas être. Les décisions prises par le Conseil ou le bureau, suivant les cas, seraient exécutées par le secrétaire général administratif et pour ce qui est des pièces officielles ou des circulaires, contresignées du président ou du président et des deux vice-présidents. Je vois très bien, chacun de ces trois confrères prenant « la semaine » ou le mois, pour la corvée de la signature, le courrier ordinaire bien entendu ne portant que la signature du secrétaire.

***

Il m'a paru que ces quelques raisons de la proposition faite en juillet au Congrès, devaient être portées à la connaissance du plus grand nombre possible de nos confrères afin que la discussion, le moment venu, en soit rendue plus large et plus facile.

Souhaitons maintenant force et longue vie à la Confédération des Syndicats médicaux français.

P. Cibrie.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Une lettre et une réponse à méditer.

Je viens de recevoir d'un confrère avec lequel je suis depuis longtemps en relations amicales personnelles la lettre suivante que je donne telle quelle, pensant qu'elle pourra être lue avec un certain intérêt par ceux des abonnés du *Concours* qui ne font pas comme mon correspondant et qui lisent leur journal.

Mon cher ami,

Je viens d'être stupidement malade et je profite de ma convalescence pour te raconter ce qui vient de m'arriver et te demander conseil.

Tu te rappelles qu'il y a quelques années j'ai eu une angine blanche que j'ai cru diphtérique et que je me suis traité à ce moment par deux ampoules de sérum de Roux : à la vérité, ce ne fut qu'une angine pultacée sans suites.

Or, ces mois derniers, j'ai été repris par une nouvelle angine... et, cette fois, c'était bel et bien une diphtérie véritable, confirmée par le laboratoire et prise en soignant un cas de croup — j'en suis encore à me demander comment je me suis laissé empoisonner ainsi... bref, je me suis refait du sérum de Roux. Mais, si l'angine n'a pas résisté au sérum, qu'est-ce que j'ai pris comme crise anaphylactique ! et, par dessus le marché, comme il a fallu cesser le traitement fatal, j'ai pincé une paralysie du voile du palais avec toutes ses conséquences.

Je ne veux pas te raconter mes transes, celles de ma femme, le chambardement de la maison, l'exil des deux filles, les embêtements avec le remplaçant, etc., etc... J'en sors et c'est l'essentiel, mais ce que je veux surtout te dire maintenant, le voici — tu en feras l'usage que tu voudras, je te demande seulement de respecter mon anonymat si tu crois utile de publier certains passages de ma lettre.

Tu sais que je suis abonné au *Concours*, beaucoup parce que tu m'y as poussé ; tu sais aussi sans doute que je n'ai pas toujours le temps de le lire et que bien souvent je me borne à parcourir les titres puis à l'empiler sur le coin de mon bureau... quand le tas est trop gros, on le monte au grenier.

Or, il y a huit jours, ayant épuisé les revues et pas mal de romans ineptes que j'avais sous la main, j'eus l'idée de jeter un coup d'œil sur ce vieux *Concours* et je fis descendre les dernières années. Entre autres choses intéressantes et nouvelles pour moi que j'y découvris, articles scientifiques, médecine sociale, consultations juridiques, j'y trouvais un certain nombre d'articles écrits par Gassot et par toi sur votre Mutualité familiale — m'as-tu assez rasé autrefois avec cette Mutualité familiale ! — n'ayant rien de mieux à faire, je me suis nourri de votre prose, et, dame, je dois te l'avouer, vous m'avez amené à réfléchir comme je ne l'avais jamais fait auparavant.

Mais, que je te le dise tout de suite, je suis effrayé du mal que vous vous donnez pour n'arriver à rien, car qu'est-ce que 50 ou 60 recrues annuelles sur le nombre des confrères qui pourraient êtres des vôtres ? Comme le médecin qui vous écrivait récemment, je suis d'avis que vous vous y prenez mal et que ce n'est pas avec une douzaine d'articles de propagande par an que vous pouvez arriver au résultat cherché. On ne vous lit pas : regarde mon exemple, je te connais depuis plus de trente ans, tu m'as parlé x fois de la question... eh bien ! il m'a fallu une longue maladie et une longue convalescence pour m'amener à relire — et quand je dis relire, tu le sais, c'est par politesse — tout ce que tu as écrit sur l'indemnité maladie. Si tu ne trouves pas autre chose en fait de propagande, tu verras bientôt ce qu'elle deviendra, ta société, avec l'esprit nouveau du jeune Corps médical !

Les assureurs sont autrement malins, ils ont des visiteurs qui ne lâchent qu'avec le morceau enlevé, la signature arrachée : tu ne te doutes pas du tort qu'ils vous font et j'ai idée que c'est pour beaucoup dans le peu de succès de votre recrutement. C'est très beau d'écrire des articles : tu vas sûrement publier ma prose — châtie un peu — elle fera peut-être réfléchir quelques confrères qui auront écopé comme moi ; mais combien la liront ? Et parmi ceux-là combien seront en état de venir à vous ?

Car c'est à cela que, moi, je veux en venir.

Que va m'avoir coûté ma maladie ? J'en frémis avant d'avoir additionné ; or, je calcule que, si j'étais assuré à votre combinaison de 50 francs, j'aurais déjà touché plus de 3.500 francs de votre caisse et je trouve que le jeu en vaut la chandelle.

Je ne veux pas être refait une fois de plus.

Dis-moi vite ce que je dois faire pour être admis à la Mutualité familiale, envoie-moi les paperasses, mais surtout écris-moi ce que j'ai à verser avant que je n'aie le temps d'oublier ce bon mouvement. Il faut battre le fer pendant qu'il est chaud !

Dr H. C..., à R...

Et voici ce que j'ai répondu :

Je t'envoie les paperasses que tu demandes. Si tu veux bien prendre la peine de les lire, tu y verras que pour la combinaison à 50 francs tu arrives trop tard. Tu as beau être plus jeune que moi, te voilà, pour nous, un vieux : tu as passé 45 ans, l'âge fatidique, et seule notre ancienne combinaison MA, qui donne 10 francs peut te recevoir, encore à la condition que ta diphtérie ne t'ait pas laissé de tare définitive, du côté du rein

par exemple : c'est l'examen médical qui décidera.

A cela, je ne puis rien. Si tu m'avais écouté plus tôt, il y a quelques années encore, tu serais maintenant tranquille, mais le passé est le passé.

Tu peux aussi entrer à notre combinaison R qui donne la retraite à 65 ans, et je te conseille vivement de le faire, car, du moins, tu pourras t'assurer une pension de 2.400 francs.

Quant à tes observations sur la propagande, tu as dû lire que nous les trouvions tellement justes que le Conseil d'administration vient de décider de faire un essai. Si le résultat est bon, nous étendrons le système, mais comme nous devrons en couvrir les frais, force nous sera absolument d'élever le droit d'entrée.

Si, au lieu de ne rien lire, de ne rien écouter, de se moquer des imbéciles qui ressassent sans cesse les vieilles idées si antédiluviennes de prévoyance, les jeunes médecins voulaient prendre la peine de s'instruire sur ce qui devrait les intéresser le plus, ils feraient l'économie de ce que nous serons obligés de leur demander pour rémunérer ceux qui iront les instruire à domicile.

Quant à nous, décidés jusqu'au bout à prêcher, fût-ce dans le désert, nous continuerons notre apostolat... et si tu as quelque idée pratique pour lui faire rendre davantage dans l'avenir, n'hésite pas à me la souffler.

Je n'ajouterai qu'un mot à cette réponse : que mes lecteurs veuillent bien prendre pour eux aussi ma dernière phrase. Toute critique sérieuse, toute proposition pratique qu'ils voudront bien nous adresser sera la bienvenue, ils en peuvent être certains.

H. MIGNON.

VARIÉTÉS

Un centre d'enseignement médical sous l'ancien régime. La Faculté de Médecine de Montpellier,

Par le Pr Paul DELMAS,

Professeur d'Obstétrique à la Faculté de Montpellier.

(Extr. de l'*Histoire, la Vie, les Mœurs et la Curiosité* de J. Grand-Carteret).
(*Librairie de la Curiosité et des Beaux-Arts, Paris.*)

Nul ne pouvait mieux condenser en 20 pages l'histoire de l'Antique Faculté de médecine de Montpellier pendant l'ancien régime que le Pr Paul Delmas qui est à la fois un des maîtres les plus distingués et un des meilleurs historiens de cette Faculté. En quelques lignes M. P. Delmas expose les origines de Montpellier et les raisons de sa prospérité. Après que Maguelonne, devenu un repaire de Sarrasins, eût été rasée par Charles Martel (737), le commerce de cette dernière ville reflua à quelques lieues de là sur les bords du Lez où les marchandises précieuses de l'Orient, les épices, affluèrent dans un marché important et facile à défendre (Mons Pestillarius, montagne des Epiciers, Montpellier).

Les Juifs apportèrent à Montpellier les livres hippocratiques et les doctrines médicales de Salerne d'une part et de l'autre les connaissances thérapeutiques des Arabes de l'Espagne voisine et il s'ensuivit que Montpellier devint un Centre d'enseignement des connaissances médicales de l'époque.

Au XIIe siècle Guillhem VIII s'oppose à la monopolisation de l'enseignement de la médecine et laisse la liberté la plus absolue pour cet enseignement aux juifs et aux chrétiens. Il en résulte des disputes et des abus. Après la croisade contre les Albigeois au XIIIe siècle le cardinal Conrad, légat du pape Honorius III, décrète que pour enseigner la médecine à Montpellier, il faudra l'autorisation de l'évêque de Maguelonne qui assisté de deux maîtres de son choix examinera les candidats. Et en 1240, les maîtres ainsi réunis sont mis sous la direction d'un doyen, d'un chancelier, dépendants de l'Evêque de Maguelonne et en dernier ressort de la Cour de Rome. L'Université ainsi créée organise son enseignement et hiérarchise ses grades. Le pape Clément V, retiré à Avignon, prend, le 13 septembre 1309, la décision de séculariser l'Université sur les conseils de ses médecins Arnaud de Villeneuve et Jean d'Alès. L'autorité ecclésiastique, représentée par le Prieur de Saint-Firmin, n'est plus désormais que virtuelle.

L'organisation se perfectionne au cours du XIVe siècle : le chancelier et le doyen sont secondés par deux procureurs et par deux suppôts, le secrétaire et le bedeau. Les étudiants affluent et des collèges se constituent pour les recevoir en partie. Les études alors coûtent cher et les moyens d'existence sont difficiles. Il y a lutte entre la municipalité et l'Université. Charles VIII, par lettres patentes de 1485, met cette dernière sous la protection et le contrôle du gouverneur ou sénéchal de Montpellier, son représentant. Les docteurs de l'Université, très réputés,

sont recherchés de tous côtés et l'enseignement finit par en pâtir. A la demande d'un des régents, Honoré Picquet, Charles VIII (1496), puis Louis XII (1498) créent quatre professeurs royaux suffisamment appointés qui s'adjoignent un certain nombre de jeunes « docteurs agrégés ». Au XVIe siècle les guerres de religion et la peste ruinent la ville de Montpellier à tel point qu'en 1580 la vie scolaire cesse et les maîtres sont dispersés. Henri IV, devenu roi de France, rétablit l'Université, ajoute en 1593 une chaire nouvelle d'anatomie et de botanique et crée le Jardin des Plantes en 1598.

Au XVIIe siècle une chaire de chimie est créée en 1673. La première chaire de clinique date de 1705. De véritables dynasties de professeurs se constituent, ce sont les Chastelain, les Chycoyneau, les Magnol. Chirac, premier médecin de Louis XV, admet à la Faculté les médecins-chirurgiens, véritable révolution à cette époque.

Le prestige des professeurs royaux est considérable. Leur charge leur confère la noblesse. Ils portent le double camail bordé d'hermine et, au bout de 25 ans d'enseignement, deviennent comtes palatins. Un cérémonial minutieux et qui nous paraît aujourd'hui quelque peu ridicule, celui du *malade imaginaire*, accompagne la collation des grades et la réception du nouveau docteur est suivie du célèbre serment d'Hippocrate dont la doctrine reste article de foi dans la vieille Université.

La loi du 12 août 1792, supprime la Faculté de Montpellier avec toutes les Universités.

Elle revit par la loi du 14 frimaire an III qui crée à Montpellier une Ecole de santé ; en 1801 elle devient Ecole de médecine. Le décret du 17 mars 1808 la transforme en Faculté avec sa structure actuelle.

Le Pr Paul Delmas fait suivre cette notice historique du récit de l'installation d'un professeur en 1749, de l'énumération des leçons à cette époque, du compte rendu de la visite de la Faculté en 1755, de la description des obsèques de Pierre Chastelain, fils du doyen, qui avait obtenu la survivance de la charge de son père. Enfin un très intéressant article sur Paul Barthez, médecin du duc d'Orléans, extrait des mémoires sur la vie de P.-J. Barthez par Jacques Lordat (1818) termine cette étude.

Mais, si le texte du Pr P. Delmas est des plus intéressants que dire des documents iconographiques qui l'illustrent et que l'érudit professeur a su choisir dans les collections artistiques si riches de sa chère Faculté. Les sceaux, les miniatures, les cartes anciennes, les vues anciennes de la ville, de la Faculté, les tableaux, les portraits de vieux maîtres, les documents, tels que la prétendue robe de Rabelais que M. P. Delmas a revêtue pour nous la faire connaître, augmentent le charme que trouve le lecteur qui feuillette ces attrayantes pages.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Fédération des syndicats médicaux du Finistère.

Compte rendu de la première réunion de 1928 *tenue à Pleyben, le* 17 *juin.*

Etaient présents : Brest : Docteurs Gloaguen, Le Gorgueu, Teurnier.

Morlaix : Docteurs Bollot, Daoulas, Martin.

Châteaulin : Docteurs Bastit, Marchais, Vourch

Quimper : Docteurs Chauvel, Damey, Morvan.

Comité interdépartemental.

Le docteur Damey, délégué, rend compte de la réunion tenue à Rennes le 1er avril dernier.

Au sujet des Assurances sociales, la décision unanime fut que, contrairement à certaines affirmations, et à certaines déclarations (qui auraient d'ailleurs été truquées) le vote de la Chambre ne nous donne nullement satisfaction, *et n'a pas notre assentiment.*

Quelle devra être notre attitude ? La non reconnaissance de la loi paraît la seule qui convienne.

Nos organismes centraux devront continuer à s'occuper *très activement* de cette question, puisque rien n'est définitif.

Soins aux marins du commerce.

Là encore, la loi votée ne saurait avoir notre assentiment.

Elle ne tient pas debout, et de cela résultent des abus manifestes (certains inscrits touchent plus à terre, qu'embarqués). Les hospitalisations sont trop la règle générale. Bref, c'est encore une question qui doit retenir l'attention de nos organismes centraux.

Médecins spécialisés.

On conçoit le désir de ces derniers de se grouper mais on n'approuve pas leur constitution *en syndicat.* (On constate déjà de fâcheuses conséquences de cette tendance).

Fin de la scission.

Tout le monde est heureux de l'annonce d'une fin

probable de la scission. et l'on souhaite que la réconciliation soit aussi prochaine que possible.

Puis l'on passe aux questions Finistériennes.

Congres du 8 juillet 1928.

Les Syndicats du Finistère sont heureux de l'annonce de la fin de la scission.

Mais le Congrès de juillet ne devant avoir qu'une raison de principe, un seul délégué suffira pour le département.

Le docteur Marchais, qui accepte, nous représentera donc tous.

Nous admettons, (nous étant tous déclarés régionalistes), le mode proposé *mixte* pour es élections au Conseil de la Confédération prochaine.

Pour que nous constituions un groupement de 400 membres, nous donnant droit à un délégué au Conseil il faudra nous entendre avec les Côtes-du-Nord et le Morbihan ; le docteur Marchais entrera, dans ce but' en relations avec les deux fédérations voisines.

Les nouveaux statuts projetés paraissent généraement admissibles, cependant le docteur Le Gorgeu proteste contre l'article qui, donnant aux spécialistes des délégués spéciaux, leur ferait une situation privilégiée.

L'Assemblée l'approuve entièrement , estimant que cela ne se justifie pas et pourrait même devenir dangereux. (Ne se crée-t-il pas déjà un syndicat des praticiens de médecine générale ?)

Pourquoi tout cela,*qui peut mener à des oppositions* regrettables ?

Le docteur Marchais sera chargé d'exprimer notre opposition au vote de cet article.

Assistance médicale gratuite.

Il s'est produit des confusions dans les exposés syndicaux du nouveau tarif accepté par le Conseil général.

Une mise au point est donc nécessaire.

Le tarif sera :

Consultation		7 fr. 50
Visite	Jour	9 fr.
	Nuit ou dimanche	18 fr.

Indemnité de déplacement : 1 fr. 50 par kilomètre parcouru. Seul le tarif des interventions a été tout récemment adopté et fixé aux taux du tarif Durafour (accidents du travail) avec diminution de 10 %.

Mais en principe *les interventions chirurgicales sont réservées aux hôpitaux.*

Seules l'urgence ou l'impossibilité du transport des malades autoriseront les interventions à domicile.

(*Explications devront être jointes aux mémoires.*)

Le docteur Daoulas fait observer que le tarif admis comme base étant un tarif *pour accidents* comporte certaines lacunes.

La Fédération, reconnaissant le bien fondé à cette observation, le prie donc d'établir, sans délai une liste complémentaire (avec tarification par analogies) qui sera soumise immédiatement à la Préfecture.

(Dernière heure : c'est fait !)

La Fédération estime aussi qu'il y aura lieu à retouche au sujet des accouchements.

Accouchement *traumatique* à supprimer.

Accouchement simple à augmenter, quitte à diminuer le tarif de l'accouchement dystocique (la disproportion trop grande pouvant engendrer des abus).

Rappelons que pour les vaccinations, etc., le tarif est de 1 fr. par sujet (avec garantie d'un minimum de 20 fr. par séance (déplacement en plus).

L'adoption du tarif de l'A. M. G., par tranches, a eu pour effet d'embrouiller la question, la Fédération demandera donc à la Préfecture de vouloir bien en rédiger l'*ensemble.*

Imprimés.

Certains confrères ayant eu des difficultés pour se procurer les imprimés nécessaires à l'établissement de leurs mémoires, la Fédération fait savoir qu'il suffit de demander tous ces imprimés *à la Préfecture,* on les recevra *par l'entremise des mairies.*

Circonscriptions vaccinales.

Il s'est encore produit quelques erreurs involontaires dans la répartition des circonscriptions.

Les rectifications nécessaires seront faites. Les signaler au besoin.

Le docteur Vourch proteste au sujet de l'attribution à un seul médecin de *tous* les postes administratifs d'une localité desservie par deux confrères.

Le Syndicat de Brest intéressé, avait demandé « une répartition équitable. »

Il n'avait pu mieux faire parce que les confrères en cause de s'étaient pas mis d'accord pour proposer *eux-mêmes* une répartition — qui eût certainement été approuvée. D'autres cas (à Douarnenez, par exemple) nous en ont donné la preuve.

Puisse cet exemple apprendre à tous qu'il ne suffit pas d'être syndiqué, mais *qu'il importe encore plus d'avoir l'esprit syndicaliste.*

Soins aux victimes de la guerre. Controle.

Certains médecins ont reçu des observations rédigées (par un secrétaire sans doute) en termes fort peu plaisants.

Des exemples sont produits, pour lesquels ce ton n'était guère justifié.

La Fédération appuiera donc la protestation de ces confrères.

Expertises pour les accidents du travail

Le tarif de ces expertises s'étant révélé d'une variété anormale, et certains confrères ayant eu à se plaindre de discussion de leurs mémoires une unification sera nécessaire.

A Quimper, le minimum de 100 fr., kilomètres en plus est actuellement admis. Mais l'Union fait précisément une enquête et propose de demander le tarif de 150 francs minimum. Réponse favorable lui sera adressée.

Expertises pour les pensionnés de guerre

Il y a des protestations contre l'insuffisance de leur tarif, et nos délégués ont eu des entretiens à ce sujet avec le Ministre des Pensions.

Il est actuellement question d'en fixer le taux à un minimum de 60 à 100 francs.

Pour les juges au Tribunal des Pensions, le tarif proposé serait de 15 francs par heure.

Sages-femmes.

Ce serait *légalement* que des sages-femmes feraient certaines consultations de nourrissons parce que les médecins intéressés n'ont pas voulu s'en charger.

Prochaines réunions

Sur demande du docteur Marchais, il est convenu que les prochaines réunions de nos Syndicats devront avoir lieu *assez tôt*, celle de la Fédération devant, au contraire, ne précéder que de peu celle du Congrès prévu pour le 6 décembre.

En principe cette dernière réunion se tiendrait donc le 2 décembre prochain.

La *Gazette médicale de Bretagne* nous avait offert de publier nos comptes rendus. Nous préférons continuer à les publier nous-mêmes et à les lui communiquer.

Quimper : Douarnenez, le 11 juillet 1928.

Le Président, Dr CHAUVEL. *Le Secrétaire*, Dr DAMEY.

LA VARIOLE EN EUROPE DE 1919 A 1925

Je trouve, dans l'*Internacia Medicina Revuo*, « l'organe officiel de l'Association universelle espérantiste médicale », dont le rédacteur en chef est notre ami Vanverts, de Lille, un tableau assez complet, sur les cas de variole en Europe de 1919 à 1925. Je crois qu'il intéressera les lecteurs du *Concours*.

J'ai simplement mis les noms français à la place de ceux en espéranto, ainsi que les indications en têtes de colonne, pensant que peu de nos confrères sont familiarisés — malheureusement — avec la langue internationale.... Voici donc ce tableau :

PAYS	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	Total	Moyenne par an	Cas de variole par millions d'habitants
Norvège	0	0	1	0	0	0	1	2	0,3	0,1
Suède	7	11	2	0	0	1	0	21	3,0	0,5
Hollande	5	50	1	0	2	3	2	63	9	1,3
Danemark	0	0	7	0	0	25	0	32	4,5	1,4
Hongrie	—	—	131	2	9	1	2	145 : 5	29	3,3
Belgique	42	91	21	23	31	31	12	251	36	4,6
France	572	392	341	172	195	210	455	1338	191	4,8
Autriche	*411*	*253*	*13*	4	17	0	0	618	88	13,4
Allemagne	5012	*2042*	*688*	*215*	*17*	*16*	*24*	*8014*	1144	19,5
Suisse	3	2	596	1153	2126	1234	331	5445	779	19,8
Grande-Bretagne et Irlande	294	263	315	315	973	2485	5363	10008	1430	29,4
Bulgarie	874	527	22	24	20	5	0	1472	210	42,9
Italie	36565	26453	4644	534	495	430	204	69125	9875	74,8
Pologne	1864	3948	5078	2399	502	460	77	15629	2233	79,1
Finlande	1759	77	27	91	12	1	2	1969	281	85,1
Espagne	3620	4280	2097	1325	525	1214	851	12912	1845	87,7
Yougoslavie	—	4156	2119	728	1042	330	14	8389 : 6	1398	116,5
Grèce	—	—	—	—	2115	250	23	2389: 3	796	126,3
Tchécoslovaquie	4209	4529	1542	70	35	9	3	17398	2885	169,2
Roumanie	20523	3467	2744	465	89	9	28	27725	3961	424,5
U.S.S.R.	169548	156317	96686	51934	32843	25598	11428	543457	77764	820,3

On peut y constater d'une part que la France ne s'y trouve pas en mauvaise posture et que, d'autre part, la médecine soviétique des U.R.S.S. a encore un champ technique assez vaste à défricher....

Dr Fernand DECOURT.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A.P.I.M.

Enquête (A) sur les groupements professionnels nationaux s'occupant de défense professionnelle et médecine sociale.

Par le Dr Fernand Decourt.

(*Suite*) (1)

HOLLANDE

La « *Nederlandsche maatschappy tot bevording der geneeskunst* » ou Société hollandaise pour le progrès de la médecine, a pour but, comme son titre l'indique, non seulement les intérêts *professionnels* mais aussi les progrès *scientifiques* et enfin, « le contrôle et la collaboration aux *lois* concernant l'hygiène publique et la médecine sociale ». Cette société est composée de *soixante groupements régionaux*. Chacun d'eux a un Conseil exécutif composé de cinq membres et nomme un délégué pour *l'Assemblée générale* de la Société centrale qui constitue l'organe législatif de cette société, sauf quand il s'agit de décisions importantes liant tous les membres, auquel cas celles-ci ne peuvent être prises sans un *referendum* général. Cette Assemblée nomme l'organe exécutif qui est le *Comité central* composé de 9 membres nommés pour 5 ans et irrééligibles et de 3 délégués des 3 *Commissions permanentes* qui sont : deux pour les intérêts sociaux des médecins généraux et des médecins spécialistes et une pour les intérêts des « employés médicaux » (médecins fonctionnaires ?).

Le *bureau* pour l'expédition des affaires journalières est composé de cinq membres choisis par le Comité central, sauf le secrétaire général qui fut choisi par l'Assemblée générale.

Le *secrétariat*, sous les ordres du secrétaire général, se compose d'une administratrice, 3 dactylographes et une personne tenant les livres. Y compris les 3 commissions permanentes qui ont également leurs bureaux, l'ensemble de l'organisation centrale coûte annuellement 120.000 francs suisses.

Les groupements régionaux s'occupent de questions *scientifiques*. Dans l'Assemblée générale, tenue chaque année en juillet, il y a toujours quelques conférences scientifiques mais le principal, ce sont les questions d'ordre professionnel ou législatif.

Il y a un *organe judiciaire* dans chaque groupement régional avec un *Conseil central d'appel* pour tout le pays. Il y a un *Journal* scientifique, avec une rédaction indépendante de la société, mais une partie de ce journal est réservée pour les communications officielles de la Société (Nederlansche Tydschrift voor Geneeskunde).

Au point de vue *bienfaisance*, existe, pour les secours aux veuves et aux orphelins une *Commission permanente* de 5 personnes, choisies par l'Assemblée générale, nommées par 5 ans et rééligibles. Les cotisations sont libres, on donne annuellement de **10 à** 20 francs suisses par membre.

Enfin, en dehors de la société, notons un groupement spécial s'occupant des secours en cas d'accidents.

HONGRIE

L'« *Orszagos orvos-Szovetseg* » ou Association des médecins de Hongrie, est constituée par 36 *groupements régionaux* ayant chacun son président, son secrétaire et son Conseil. Ces groupements « sont subordonnés au *Conseil général central* avec son président central ».

L'organe exécutif central est le secrétaire général, assisté de deux secrétaires et d'un dactylo. Le budget du secrétariat général est actuellement de 8.000 pengo, soit 7.300 francs suisses.

Le but principal de ce groupement national est le bien moral et matériel du Corps médical : toutefois, il est non seulement un groupement d'organisation et de défense professionnelle mais, en outre, de prévoyance et de secours mutuels. Dans ce dernier ordre d'idées, on trouve, en outre, un groupement *local* de secours aux praticiens de Budapest, ainsi qu'un groupement de secours aux médecins de caisse de Budapest.

L'assurance sociale, les mutualités, l'exploitation des médecins par l'Etat et le public, la situation morale et matérielle des médecins et des officiers de santé dans les villages, l'enseignement médical, l'exercice illégal de la médecine et de la lutte contre les fléaux sociaux... telles sont les questions qui intéressent le plus ce groupement professionnel de nos confrères hongrois.

LETTONIE

« *Latvijas profesionala arstu savieniba* » ou Union professionnelle des médecins de Lettonie, a pour objets principaux : *a*) de défendre les intérêts médicaux devant les collectivités et de passer avec celles-ci des contrats collectifs ; *b*) de protéger l'honneur et la morale médicale par des tribunaux professionnels ; *c*) de participer aux services d'hygiène et de lutte contre les fléaux sociaux, au point de vue professionnel et *scientifique* ; *d*) de fixer les honoraires et les traitements ; *e*) d'organiser des cours de perfec-

(1) *Concours médical*, nos 36 et 37.

tionnement et des congrès médicaux ; *f*) de fonder des journaux scientifiques...

Elle est formée des *Associations régionales suivantes* : 1° Association professionnelle des médecins de Riga qui comprend *a* et *b*) les deux sociétés de médecins lettons ; *c*) société des médecins allemands, *d*) société des médecins russes ; 2° société des médecins juifs de Riga ; 3° société des médecins de petites villes et des communes rurales ; 4° association des médecins de Liépaja (Libau) et de la Basse Courlande (embrassant 3 sociétés des médecins lettons, allemands et juifs) ; 5° société des médecins de Daugovpils (Dunabourg) ; 6° société des médecins de Haute Courlande.

L'organe législatif est le *Congrès des délégués* pour lequel chaque organisation nomme un délégué par dix membres. Il se réunit au moins une fois l'an et plus en cas de besoin. Il fixe le budget de l'Union et nomme la « *Commission de révision* » composée de 3 membres et 2 suppléants élus pour deux ans. L'organe exécutif est le *Conseil administratif* formé de 12 membres élus par le Congrès des délégués pour deux ans. En même temps, 12 suppléants sont élus. Le *bureau* ou *secrétariat général* est composé du président de l'Union, de son suppléant, d'un secrétaire et d'un trésorier. Ce bureau est élu par le Conseil et parmi ses membres.

Il existe, en outre, pour les questions d'honneur et de déontologie, *cinq tribunaux professionnels* et une *Cour supérieure de cassation à Riga*. Mais, de plus, chaque société possède un tribunal d'honneur particulier, pour ses membres.

L'*Union* est également, en plus de ses occupations de défense professionnelle, un groupe de *prévoyance* et de *secours mutuels* (ceci fera l'objet d'une enquête ultérieure).

Parmi les préoccupations de l'Union « en premier lieu, il faut mentionner les questions de l'assurance sociale et de ses conséquences délétères pour la profession médicale ». Puis viennent la mutualité, l'assistance aux collectivités sous toutes les formes, la lutte contre les fléaux sociaux, l'enseignement, etc... Toutes les sociétés composant l'Union s'occupent également des questions scientifiques.

NORVÈGE

« *Den Norske Loegeforening* » ou Association des médecins norvégiens, est composée de 22 *groupements régionaux* dont la direction est composée, pour chaque groupement, de 3 membres avec 3 suppléants. Cette direction veille à ce que les décisions de l'Association soient respectées et elle juge de la conduite de ses membres. Après chaque réunion dugroupement ment régional, le président doit envoyer au secrétariat de l'Association une copie des délibérations du groupement régional.

L'Association des médecins norvégiens est administrée par les organes suivants :

1° *Un Comité général*, composé de : président, vice-président, secrétaire général et 3 membres (avec suppléants). Il prend les résolutions nécessaires dans les affaires courantes que lui soumet le secrétariat.

2° *Un Comité national* composé des membres du Comité général et des présidents des groupements régionaux avec membre supplémentaire pour chaque centaine de membres en plus dans le groupement régional. Il se réunit sur convocation du Comité général et avant toute Assemblée générale. Il prend ses résolutions par vote des présents et aussi des absents par écrit.

3° *Un secrétariat* dirigé par le secrétaire général qui peut aussi être désigné comme *trésorier* de l'Association et *directeur* du bureau, ainsi que *rédacteur* de la *Revue de l'Association*, en ce qui concerne les questions professionnelles, un rédacteur spécial étant nommé par le Comité national pour ce qui concerne les questions scientifiques.

Au point de vue matériel, il y a au secrétariat, en outre du secrétaire général, un assistant non médecin mais teneur de livres et dactylographe, ainsi qu'une dame extra comme en cas de besoin.

4° *Assemblée générale des médecins*. A lieu tous es deux ans. Les décisions y sont prises à la majorité, mais si un tiers des membres le demande, dans les deux mois qui suivent l'Assemblée un *referendum* général a lieu dont les bulletins sont envoyés au secrétariat par l'entremise des présidents des groupements régionaux. C'est l'Assemblée générale qui élit président, vice-président et trois membres du Comité général avec trois suppléants. Pour le président, l'élection a lieu à la majorité absolue ou si elle n'est pas obtenue par un referendum général,comme il est dit plus haut.

POLOGNE

1° L'« *Izba Lekarska* » ou Chambre médicale est l'organisme légal obligatoire. Il y a autant de *chambres médicales régionales* que de régions (la région se compose de deux voyevodies). Ces chambres régionales sont très différentes d'importance d'après le nombre de médecins. C'est ainsi que sur 7.500 praticiens environ en Pologne, il y en a 2.300 qui font partie de la Chambre médicale de Varsovie.

L'organe législatif de la Chambre médicale est le *Conseil général des délégués*, ceux-ci étant nommés à raison de 1 par 50 membres ou fraction de 50. Ce conseil général, réuni en *Assemblée générale* au moins une fois par an et avant le 1er avril élit le *Conseil d'administration*. Celui-ci se compose de 5 à 9 membres, suivant les Chambres, et comprend : président, vice-président et un secrétaire qui dirige les services sous la surveillance du président. Quant au secrétariat, son importance varie avec celle de la Chambre: là Varsovie, il comprend trois employés et un encaisseur. C'est également le Conseil général des délégués qui élit, en outre du Conseil : *a*) les membres du *Tribunal professionnel*, destiné à assurer la discipline, la déontologie, etc... ; *b*) la Commission des vérifications des comptes ; *c*) les délégués à la Chambre supérieure.

La Chambre supérieure ou centrale, qui siège à Varsovie, est composée des délégués des Chambres régionales, à raison de 1 par 200 membres ce qui forme environ 30 délégués qui constituent l'*Assemblée générale* de la Chambre supérieure. Ils représentent l'organe législatif central, votent le budget de la Chambre supérieure et nomment le *Conseil d'administration central* avec président, vice-président et secrétaire général. Mais il n'apparaît pas que son secrétariat ait des services très étendus puisqu'il n'a qu'une seule dactylographe.

Nota. — Il semblerait donc ainsi que, sous le rapport de centralisation administrative des groupements médicaux, soient aux deux extrêmes, *aux antipodes* si l'on peut dire, d'une part la *Grande-Bretagne* avec son Conseil central de la British medical Association qui a des pouvoirs si étendus sur les divisions et, les branches, et d'autre part la *Pologne* avec son Conseil central des Chambres médicales ayant un rouage si simple et si léger, ce qui implique peu de pouvoirs sur les Chambres régionales qui paraissent conserver une grande autonomie administrative.

Les Chambres médicales ne s'occupent pas des questions purement *scientifiques* à moins que parfois, il puisse arriver que certaines questions professionnelles empiètent quelque peu sur des questions scientifiques, mais ce n'est pas la règle. Par contre, les Chambres s'occupent de *prévoyance* et de *mutualité professionnelle* et celle de Varsovie a une caisse *d'assurance au décès*, en outre de la caisse de secours aux veuves et orphelins que possède la « Société médicale de Varsovie » vieille de plus de cent ans, mais qui n'est pas une organisation purement professionnelle.

2° L'« *Union des médecins polonais* » est un deuxième groupement professionnel, en partie confondu avec le précédent, avec ses 4.000 membres qui font également partie des Chambres médicales, « En se fondant sur les statuts des Chambres, écrit notre correspondant, on pouvait croire que les Chambres pourraient défendre efficacement le Corps médical. La pratique commence à nous instruire du contraire puisque le Pouvoir public (Ministère) exerce la surveillance qui lui revient de droit, d'une manière qui porte atteinte aux statuts, du moment qu'il s'agit des assurances sociales... « C'est de là que vient sans doute la fondation de ce groupement qui « a pour but principal la défense du médecin, de ses droits, de son existence matérielle... »

3° *L'Association des médecins polonais* semble être un groupement analogue, mais sur lequel ne nous est donnée aucune précision. Nous savons seulement que, de même que l'Union, ce n'est pas un groupement scientifique, mais uniquement professionnel.

SUÈDE

Le « *Sveriges Läkar Forbund* » ou Union des médecins de Suède est composé de 26 *groupements régionaux* plus une société de jeunes médecins non établis. Chaque groupement nomme des délégués, à raison de 1 par 50 membres ou fraction de 50. Ceux-ci forment l'*Assemblée générale* ou Assemblée des délégués « Jullmäktige » qui compte ainsi 43 membres. C'est l'organe législatif de l'Union. Ses décisions sont définitives ; cependant, avant de prendre des décisions importantes, les questions sont renvoyées à l'étude des groupements régionaux pour avoir leur opinion. Le vote, à l'Assemblée, est public.

L'organe exécutif est le *Comité central*, ou « centralstyrelsen ». Il se compose de 9 membres dont un président, et un secrétaire général qui est, en même temps, trésorier. Trois des membres du Comité central forment le *Comité exécutif* « Vertställande Utskottet », le président, le secrétaire et un troisième membre habitant la capitale ou ses environs.

Le secrétariat comprend le secrétaire et une aide. Le Comité exécutif s'occupe de la rédaction du *bulletin* « Svenska Läkartidninnen ».

Les groupements régionaux, à l'exception de 3, en outre des questions professionnelles, s'occupent des questions *scientifiques*. De même, de temps à autre, sur le vote de l'Assemblée générale des délégués, est convoqué un *Congrès des médecins de Suède* qui traite des questions scientifiques ainsi que professionnelles.

Une caisse de *secours maladie* et une caisse *pour pensions* sont annexées au groupement.

Quant aux questions d'ordre général intéressant le plus actuellement le groupement, ce sont, tout d'abord, celles des assurances sociales et des mutualités.

Enfin, le correspondant suédois, notre excellent confrère Nordenson, déclare ne nous donner aucun renseignement sur leurs statuts et règlements, parce qu'ils sont, actuellement, en revision. Ils seront envoyés plus tard. Nous y reviendrons donc, à l'occasion dans le deuxième fascicule.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr CHARLES, de Florac (Lozère). — M. le Dr G. ROLLAND, ancien directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux. — M. le Dr MANGON, de Margaux.

— **Hôpital Broussais.** *Cardiologie.* — Un cours sur le maladies du cœur, des vaisseaux et du sang sera fait du lundi 8 au samedi 20 octobre 1928, sous la direction de M. Ch. Laubry, avec le concours de MM. Daniel Routier, Jean Walser, G. Marchal, R. Chaperon, L. Deglaude, A. Jaubert, J. Moussoir, R. Castéran, M. Poumailloux et J. Louvel.

Programme du cours. — Lundi 8 octobre, 10 h. Leçon clinique, M. Ch. Laubry. — 11 h., Introduction à l'étude des lésions valvulaires, M. Laubry. — 15 h., Technique orthodiagraphique (leçon théorique et pratique), M. Chaperon.

Mardi 9 octobre, 9 h. 30, Consultation clinique, M. Routier. — 11 h., Les insuffisances valvulaires fonctionnelles, M. Marchal. — 15 h., Les vaisseaux de la base lu cœur (vus de face), M. Chaperon.

Mercredi 10 octobre, 10 h., Leçon clinique, M. Laubry. — 11 h., Etude anatomoradiologique des cavités cardiaques, M. Chaperon. — 15 h., La sphygmomanométrie théorique et pratique, M. Routier.

Jeudi 11 octobre, 10 h., Consultation clinique, M. Laubry. — 11 h., Le cœur sénile, M. Castéran. — 15 h., Les anémies pernicieuses (avec démonstrations pratiques d'hématologie,) M. Poumailloux.

Vendredi 12 octobre, 10 h., Radiologie pratique, M. Chaperon. — 11 h., Les neurotomies cardiaques, M. Walser. — 14 h. 30, Notions bactériologiques et thérapeutiques concernant les endocardites infectieuses, M. Jaubert. — 15 h. 30, Tracés mécaniques (Leçon pratique), M. Routier.

Samedi 13 octobre, 9 h. 30, Consultation clinique, M. Walser. — 11 h., Les tachycardies, M. Routier. — 14 h. 30, La maladie de Hodgkin, M. Marchal. — 15 h. 30, Le hile normal, M. Chaperon.

Lundi 15 octobre, 10 h., Le pouls alternant, M. Laubry. — 15 h., La fièvre chez les cardiaques, M. Moussoir. — 16 h., Le hile pathologique, M. Chaperon.

Mardi 16 octobre, 9 h. 30, Consultation clinique, M. Routier. — 11 h., Notions pratiques d'électroradiographie. M. Deglaude. — 15 h., Les positions obliques et le déroulement aortique. M. Chaperon.

Mercredi 17 octobre, 10 h., Leçon clinique. — 11 h., Le rhumatisme cardiaque, M. Routier. — 15 h., Cœur pathologique, M. Chaperon.

Jeudi 18 octobre, 9 h. 30, Consultation clinique, M. Laubry. — 11 h., Les phlébites des membres inférieurs. Notions actuelles de clinique et de thérapeutique, M. Louvel. — 15 h., Interprétation de tracés électrocardiographiques (avec projections). Tracés normaux et troubles du rythme, M. Walser.

Vendredi 19 octobre, 10 h., Radiologie clinique — 11 h., Les artérites oblitérantes juvéniles, M. Walser. — 15 h., Electrocardiographie (L'insuffisance cardiaque) M. Walser.

Samedi 20 octobre, 9 h. 30, Consultation clinique, M. Walser. — 11 h., Notions fondamentales de thérapeutique cardiaque, M. Laubry.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser à M. Moussoir à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs, qui auront fait preuve d'assiduité, pourront sur leur demande recevoir à la fin du cours un diplôme.

— **VIIe Congrès national de la tuberculose de Bordeaux.** Le Comité d'organisation du Congrès national de la tuberculose d'accord avec la Fédération girondine des Œuvres antituberculeuses, a mis à l'ordre du jour du prochain Congrès qui aura lieu à l'époque de Pâques, en 1930, les questions suivantes :

Question biologique. — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteurs : Prof. BEZANÇON, Drs A. PHILIBERT et J. PARAF (Paris).

Question clinique. — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : Prof. LEURET et Dr CAUSSIMON (Bordeaux).

Question médico-sociale. — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : Drs KUSS (Paris), SECOUSSE et PRÉCHAUD (Bordeaux).

Question médico-militaire. — La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, par M. le médecin-commandant PILOD (du Val-de-Grâce).

Pour renseignements, s'adresser au Comité nationa de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

— **Voilier sanatorium.** — La cure de pleine mer pour laquelle le docteur Loir, directeur de l'Institut Océanographique du Havre et administrateur des *Archives Médico-chirurgicales de Normandie,* mène une campagne méritoire, appuyée, au point de vue de la constance des conditions climatériques, sur les observations régulières que font pour le compte de l'Institut océanographique les capitaines au long cours munis par ses soins de questionnaires détaillés, va recevoir sa première consécration vraiment complète et pratique par l'aménagement d'un voilier en sanatorium.

L'expérience pratiquée par le docteur Loir et le professeur Léon Bernard qui ont embarqué avec succès des malades sur des cargos va pouvoir être reprise dans des conditions plus favorables.

Le prix n'excèdera pas 150 francs par jour pour une cabine individuelle ; la traversée adoptée sera celle des Antilles. Les malades ne descendront pas aux escales. Leur séjour à bord durera cinq mois (*Bruxelles médical*).

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

A propos des injections sclérosantes dans les varices.

Aux lecteurs qui nous ont demandé le numéro du « Concours » contenant la description de la technique des injections oblitérantes du Dr Filderman, nous faisons savoir que ce numéro est épuisé.

L'auteur nous informe qu'il a, sous presse, à la « Librairie de la Faculté de médecine », rue Racine, un petit volume qui leur donnera les renseignements pratiques qui les intéressent.

DÉONTOLOGIE

Petite histoire de clientèle.

Si philosophe que soit le médecin et si cuirassé qu'il puisse être contre les ennuis de la clientèle, il est tout de même des cas où certains clients affichent une mentalité toute particulière et qui n'est pas en leur faveur. Le cas suivant peut servir d'illustration :

Le 15 août dernier, je fus appelé auprès d'un malade qui me dit s'être fait extraire une dent quelques jours auparavant, avec anesthésie, par un dentiste et être malade depuis; il attribuait ses malaises à « la piqûre trop forte du dentiste ». Quelques jours après, je revis ce malade et lui trouvai une température vespérale de 39 degrés avec des symptômes, de « courbature fébrile » (fièvre, anorexie, langue saburrale, courbature, céphalalgie, gargouillement dans les fosses iliaques) ; à noter que le malade avait saigné quelques gouttes du nez quelques jours avant de s'aliter. Etant donné cet ensemble de symptômes, je fis une prise de sang pour la recherche de la typhoïde et des para ; deux jours après, le laboratoire me répondit qu'il s'agissait d'une paratyphoïde A ; je poursuivis le traitement classique : liquides abondants, lait coupé d'eau de Vichy, infusion, bouillon de légumes, etc., cachets de pyramidon à dix centigrammes répétés plusieurs fois par 24 heures.

Glace sur le ventre, eau champagnisée. Le cinquième jour, je constate un ictère au début qui ne fait que s'accentuer les jours suivants, pendant que la température baisse pour se maintenir entre 37,4 et 37.8. Je supprime la glace et prescris alors la solution Schann, des capsules d'huile de Harlem, et l'eau de Vichy Grande-Grille, ainsi que des injections d'huile camphrée quotidiennes contre l'adynamie.

Le huitième jour de ce traitement, la « gouvernante de ce malade vient me trouver à sept heures du matin pour me « causer ». Elle me dit que son malade a appelé un confrère la veille et me prie de ne plus me déranger. Ce confrère était venu en effet et avait déclaré au premier abord qu'il ne s'agissait pas de paratyphoïde, et, suivant ses habitudes antidéontologiques, continue les soins sans s'occuper de

moi. Je demandai alors à cette aimable « gouvernante » quels étaient les motifs pour lesquels le malade me quittait ? Elle me répondit que c'était parce qu'il n'était pas content que je lui aie fait poser de la glace sur le ventre, et qu'il ne croyait pas avoir une paratyphoïde.

Voilà donc comment je fus évincé, bien qu'ayant fait un diagnostic exact, scientifique et prescrit un traitement que je crois bon, l'ayant déjà appliqué maintes fois dans des cas semblables, avec succès.

A noter que ce confrère est syndiqué.

Dr Haussmann
Estissac (Aube).

CORRESPONDANCE

Assistance.

3068. — Protection de la grossesse chez les domestiques.

Il s'agit d'une « bonne à tout faire ».

Existe-t-il une législation relative à la grossesse pour les gens de maison ?

Ma question est relative à une jeune femme cuisinière dont le mari est valet de chambre dans la même maison. Les patrons les renvoient à cause de la grossesse.

S'il y a une législation en faveur de cette femme très intéressante, quelle est-elle je vous prie ?

Dr C.

Réponse.

D'après l'article 29 du Code du travail, la suspension du travail par la femme, pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture, par l'employeur, du contrat de louage de services et ce à peine de dommages-intérêts au profit de la femme.

Cette loi s'applique à toutes les femmes sans exception, qui sont liées par un contrat de louage de services, par suite, aux domestiques comme aux employées et ouvrières du commerce ou de l'industrie.

Mais elles ne peuvent s'en prévaloir que dans dans les huit semaines qui entourent la date de l'accouchement et, par suite, jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse, le patron peut légalement congédier une domestique qui, à raison de son état, est dans l'impossibilité de remplir les fonction qui lui était confiée.

Médecine légale.

3138. — Honoraires médico-légaux.

1° Requis par le juge d'instruction de C. en résidence à A., pour un infanticide à 9 kilo-

mètres de ma résidence, le 11 juillet dernier, que dois-je réclamer pour mes honoraires et à qui dois-je adresser ma demande.

a) Autopsie du cadavre avant inhumation ;
b) Distance kilométrique : 9 k. aller, 9 k. retour. ;
c) Rapport détaillé de l'autopsie.

2° Requis le surlendemain pour examiner la fille-mère, sur le lieu de l'accouchement. Elle s'était accouchée pendant la nuit dans une basse-cour où se trouvaient des monticules de terre très dure qui avaient occasionné une fracture du pariétal, l'accouchée étant debout et la tête ayant frappé sur ce monticule).

a) Examen de la fille-mère ;
b) Distance kilométrique : 9 k. aller et retour.
c) Rapport détaillé des lieux.

Dr C.

Réponse.

1° Il est alloué, pour autopsie du cadavre d'un nouveau-né avant inhumation, la somme de 60 francs, y compris le rapport, son dépôt et la prestation de serment, le cas échéant.

Si le voyage ne pouvait s'effectuer par un service de transport en commun, il est alloué une indemnité de 1 fr. par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, plus, lorsque le lieu du transport est situé à une distance de plus de 5 kilomètres, et ne dépassant pas 20 kilomètres une somme de 20 fr. par jour.

2° Pour l'examen de la fille-mère, il n'est dû que l'honoraire d'une visite judiciaire, soit 25 fr., toujours y compris le rapport, son dépôt et la prestation de serment.

Cependant, au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat fixe, d'après les circonstances, la taxe qui peut être allouée.

Vous pourriez peut-être demander un complément d'honoraires pour l'examen des lieux et le rapport y afférent, par exemple une somme égale à la visite judiciaire soit 25 fr. en plus

L'indemnité de déplacement serait la même que pour le premier cas.

Baux et locations.

2727. — Réduction du loyer au taux-limite.

Cherchant un local d'habitation (mon cabinet est situé dans un local particulier), je me vois proposer des logements au prix de 1.000 à 1.500 fr. la pièce, ce qui met de 5 à 7.500 fr. des logements de 5 pièces qui avant la guerre se louaient couramment à L. de 700 à 1.500 fr.

1° La loi autorisant les majorations de 125 % seulement, s'applique-t-elle aux nouveaux baux ?

2° Au cas où un bail serait conclu à un prix représentant 5 à 6 fois le prix d'avant-guerre pour un local d'habitation, y aurait-il moyen en s'adressant à

la justice d'obtenir sa réduction à un chiffre respectant la loi ?

3° Quelle serait la procédure à suivre ? Où s'adresser pour connaître le prix de 1914.

Dr B.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable à L. En conséquence, les loyers des locaux à usage professionnel ne doivent pas y dépasser le loyer ou la valeur locative de 1914, majoré de 125 %, plus le remboursement des majorations subies, par rapport à 1914, par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt foncier, et par les prestations en nature fournies par le propriétaire, telles que l'éclairage, l'eau, le chauffage, etc...

Cette taxation des loyers n'est applicable que jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle elle sera révisée.

Elle concerne indistinctement les locations anciennes comme les nouvelles. En cas de loyer supérieur au taux-limite, le locataire peut, en vertu de l'article 14, § 2, introduire dans les six mois de son entrée en jouissance une action en réduction.

Il appartient au locataire qui veut exercer cette action de saisir le président du Tribunal civil, quand son loyer excède 1.500 fr., le juge de paix dans le cas contraire, par lettre recommandée ou déclaration au greffe. Les parties sont convoquées en conciliation et, à défaut de conciliation, l'affaire est renvoyée à l'audience. Les parties peuvent se faire représenter ou assister par un avoué ou un avocat.

Pour connaître le prix auquel le local était loué en 1914, il suffit de demander le renseignement au receveur de l'enregistrement de la situation de l'immeuble, en justifiant de sa qualité de locataire.

2511. — Limite du prix d'augmentation du loyer,

Sous-locataire d'avant-guerre en 1911, je payais à cette date 1.200 fr. J'ai dû accepter il y a trois ans, fin de bail, un bail de 3 ans avec loyer de 3.000 fr. écoulé le 25 juin 1928.

Le propriétaire m'impose un nouveau bail de 5 ans mais à 5.000 fr.

A-t-il le droit ?

Dr A.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre ville, puisque celle-ci compte plus de 4.000 habitants.

Par conséquent, depuis le 25 juin 1928 date à laquelle s'est terminé votre bail, vous bénéficiez de plein droit de la prorogation instituée par cette loi jusqu'au 1er avril 1931.

Tant que durera cette prorogation, vous êtes assuré que votre propriétaire ne pourra pas reprendre votre maison, même pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, le droit de reprise ne pouvant jamais porter sur un local affecté en tout ou en partie à l'exercice d'une profession libérale.

En échange de la prorogation, vous avez à payer un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 125 %, plus la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par le propriétaire et les impôts grevant l'immeuble, impôt cédulaire foncier non compris. Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait qui ne peut excéder 15 % du loyer majoré.

Il y a lieu d'observer que cette taxation des loyers sera révisée à partir du 1er avril 1929, pour la seconde période de la prorogation.

Disposant des droits que la loi vous donne et que nous venons de vous exposer, il est sans intérêt pour vous d'accepter un bail de 3 ans, à un prix de beaucoup supérieur au taux-limite. Pour qu'il soit avantageux pour vous de faire un bail, il faudrait que celui-ci vous assure une occupation ferme d'au moins six ans.

D'ailleurs, si vous acceptiez actuellement un bail à un prix supérieur de plus de 10 % au taux limite, vous pourriez, dans les six mois, intenter une action en réduction de votre loyer, en vertu de l'article 14 de la loi du 1er avril 1926, pour la durée d'application de cette loi.

Service du téléphone.

2863. — Appel d'un médecin par téléphone pendant la fermeture des bureaux.

Je vous serais obligé de me faire savoir si les employés des postes sont obligés — pendant les heures de fermeture des bureaux — de mettre en communication avec le médecin les malades qui le demandent, même si dans la localité où habite le médecin il n'existe pas de service téléphonique de nuit.

Dr H.

Réponse.

Voici le texte d'une réponse faite par le Ministre à une question posée par un sénateur dans un cas analogue au vôtre :

Aux termes de l'instruction sur le service téléphonique, les communications téléphoniques se rapportant à des avis de sinistres (incendies, inondations, naufragés, etc.) et aux demandes de secours correspondantes sont établies par priorité absolue.

Les receveurs ou gérants sont tenus de donner suite, pendant les heures de fermeture du service, à toute demande de communication présentée *à partir de*

la cabine et qui a pour objet soit un avis de sinistre, d'accident, soit une demande de secours.

De même, les bureaux correspondants peuvent être appelés *à toute heure du jour ou de la nuit* pour l'établissement de ces communications.

En outre, à quelque moment de la journée qu'elles soient demandées, les dites communications doivent bénéficier d'un droit de priorité sur les communications officielles ou ordinaires.

Doivent être assimilées aux demandes de secours les communications ayant pour objet de réclamer l'envoi d'un médecin, d'une sage-femme, d'une ambulance, d'un vétérinaire.

Par demande de communication, il convient d'entendre . demande de mise en relation avec un poste d'abonnement téléphonique pour l'échange d'une conversation. En conséquence, il ne peut être donné suite aux appels destinés à des autorités ou des particuliers non abonnés au téléphone. Toutefois, en pareil cas, il y a lieu d'admettre l'envoi de messages téléphonés ; pendant la nuit, la distribution de ces messages doit être assurée dans le lieu d'arrivée.

Dans les bureaux qui ne sont pas le siège d'un chef-lieu de canton, l'application de ces dispositions est suspendue le dimanche de 11 heures à 21 heures. Elle est maintenue tous les jours de fête légale qui ne tombent pas un dimanche.

Questions médico-militaires.

3042. — Dispense de période d'instruction pour les médecins ayant fait la guerre.

J'ai lu dans le *Concours* que les médecins ayant fait une partie de la guerre comme officiers peuvent être dispensés d'une période d'instruction pour passer à 3 galons. Je me demande si je suis dans les conditions voulues : classe 1912, 12 inscriptions, en sursis d'appel en 1914. Nommé médecin auxiliaire en septembre 1914) je rejoins un régiment d'infanterie sur le front en novembre 1914. Décoré de la médaille militaire et de la Croix de guerre en mai 1915, je suis nommé médecin aide-major de 2e classe à T. T. en décembre 1915.

Médecin A. M. de 1re classe en décembre 1917, je quitte l'infanterie pour passer dans l'artillerie toujours au front jusqu'à l'Armistice, démobilisé en août 1919, je passe ma thèse en avril 1920. Je suis nommé M. A. M. de 2e cl. à T. D. pour prendre rang du 28 juin 1918 et M. A. M. de 1re classe à T. D. pour prendre rang du 26 avril 1921. J'ai fait l'année dernière une période d'instruction de 18 jours. Cette année je n'ai pu en faire une pour raison de clientèle. Croyez-vous que mon séjour au front comme officier à titre temporaire puisse me dispenser d'une période. J'en doute un peu puisque j'ai été bonifié de quelques mois au point de vue ancienneté. Pourtant il me paraît qu'il est bien inutile de nous faire perdre notre temps et notre

argent à faire des périodes qui ne peuvent rien nous apprendre, ni au point de vue médical ni au point de vue militaire.

Dr X.

Réponse.

Vous avez été promu au grade de médecin-lieutenant à titre définitif en 1921 (pour prendre rang à cette date) ; vous n'étiez donc pas en possession de ce grade définitif durant la guerre ; or, il eût fallu, pour bénéficier de cette dispense de périodes d'instruction, faire la guerre ou une partie de la guerre avec le grade à titre définitif de médecin-lieutenant.

Telle est l'interprétation stricte. Cependant, étant donné l'esprit de différentes lois sur les bénéfices à réserver aux gradés à titre temporaire, vous devriez poser la question à votre Directeur, en invoquant l'analogie avec les lois sur les pensions et sur le dégagement des cadres, qui reconnaissent les droits acquis des gradés à titre temporaire ; vous auriez des chances d'obtenir gain de cause.

3004. — Droits des titulaires de cartes de surclassement.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me fixer sur les deux questions ci-dessous dont la deuxième surtout paraît être différemment interprétée suivant les « *conseillers* » !

La carte de surclassement des officiers de réserve ayant suivi les cours de perfectionnement donne-t-elle *le droit d'utiliser avec elle* :

1° Les billets *ordinaires* d' « *aller et retour* » (je crois que oui).

2° Les cartes de demi-tarif nouvellement créées par les compagnies des divers réseaux de chemins de fer pour des parcours à effectuer en 1 ou 2 mois (c'est ici que les avis sont partagés ! ! !)

Si dans la deuxième question, la réponse est affirmative, puis-je avec un billet de 3e classe et ma carte de surclassement me faire délivrer un *ticket garde-place* de 2e classe dans les délais voulus.

Dr T.

Réponse.

La carte de surclassement des officiers de réserve donne droit, avec un billet de 3e classe, de voyager sur les chemins de fer en 1re classe, mais non pas en place de luxe.

Avec cette carte, on peut utiliser : 1° les billets ordinaires aller et retour ; 2° le service des tickets garde-places, en payant naturellement le garde-place en 1re au tarif de 1re classe ; 3° les cartes de demi-tarif nouvellement créées pour effectuer un parcours déterminé dans un temps déterminé.

Il n'y a impossibilité que pour les cartes de voyageurs de commerce.

2952. — Ajournement de période d'instruction pour raison de santé.

Je suis de la classe 1920 et n'ai jamais fait de service militaire (ajournements successifs), je vais partir faire prochainement une période de vingt jours, comme infirmier de 2e classe, période que j'aurais dû accomplir l'année dernière, mais pour laquelle j'ai obtenu un sursis d'un an.

Or, je me trouve dans un état de santé des plus précaires. Comment pourrais-je passer devant une commission de réforme afin d'obtenir celle-ci.

Dr Y.

Réponse.

Puisque vous n'êtes pas officier, vous dépendez directement du Bureau de Recrutement ; la chose est donc des plus simples ; adressez-vous au recrutement par la gendarmerie, qui vous a remis votre convocation, et demandez votre comparution devant une Commission de réforme, qui prendra toute décision nécessaire.

Il serait bon de remettre un exposé à la gendarmerie, pour faire connaître l'état de votre santé, et d'y joindre un certificat confirmatif établi par un médecin civil.

2736. — Pension militaire d'invalidité.

Médecin-major de 2e classe de réserve 1er échelon, marié sans enfant, pensionné à 65 %, pour invalidité-maladie, combien avec les augmentations successives, dois-je toucher trimestriellement ?

Dr N.

Réponse.

Vous devez toucher votre ancienne pension d'invalidité de médecin-major de deuxième classe à 65 %, majorée de 80 % du taux de soldat (100 % étant égaux à 2.400 francs), soit majorée de 1.248 francs.

3099. — Comment peut-on être réintégré dans les cadres ?

Démobilisé en 1918, il me fallait, paraît-il, encore 2 ou 3 annuités pour avoir droit à la Légion d'honneur. Peu après, on m'a demandé si je désirais être rayé des cadres ; j'ai répondu affirmativement, ce en quoi j'ai eu, me semble-t-il, bien tort, car j'aurais eu, je crois, automatiquement le ruban rouge au bout de 2 à 3 ans, ce qui m'aurait tout de même fait plaisir pour être comme les camarades qui ont fait la guerre.

Actuellement, j'ai 53 ans et je suis encore assez vert. Malgré mon âge avancé, aurai-je encore le droit de me faire réintégrer dans l'armée pour y attendre la Légion d'honneur ?

Dr Z.

Réponse.

La Légion d'honneur n'est pas conférée d'une

manière automatique aux officiers ; ceux, d'entr'eux, qui réunissent certaines conditions d'ancienneté fixées d'avance, sont proposés au Ministre sur une liste de classement établie par le choix des Directeurs régionaux. Le ministre centralise ces listes et choisit lui-même pour établir le tableau annuel de la Légion d'honneur.

Etant dégagé de toute obligation militaire comme les hommes de votre classe, et de plus ayant été rayé des cadres d'officiers sur votre demande, il vous est désormais impossible d'être réintégré dans l'armée.

3065. — Demande de pension militaire.

Un brave homme auquel je m'intéresse beaucoup, père de 7 enfants, a fait « intégralement » la guerre Mobilisé en août 1914 il n'a été libéré qu'en février 1919 et il a passé tout ce temps en première ligne. A noter qu'il n'a jamais été évacué ni pour blessure ni pour maladie.

Or depuis son retour il se plaint de rhumatismes localisés tantôt à la région sacro-lombaire, tantôt aux épaules, tantôt aux membres inférieurs. Ces arthralgies réduisent considérablement sa capacité de travail. Enfin, depuis deux mois il est immobilisé par une arthrite double des genoux avec gros épanchement.

Il semble rationnel de rattacher cette affection aux années passées dans la boue des tranchées et d'admettre « *a priori* » que ce brave homme a droit à une pension.

Malheureusement, n'ayant pas été évacué, il ne possède pas de certificat d'origine. Il devra donc, malgré ses états de service et l'origine non douteuse de sa maladie, être privé d'une juste rémunération.

Est-ce qu'une demande adressée sous pli recommandé au directeur du service de santé de la région et accompagnée des certificats dûment motivés de, divers médecins qui l'ont soignés ces dernières années aurait une chance quelconque d'aboutir ?

Dr G.

Réponse.

Pourquoi cet homme n'a-t-il pas fait de demande de pension dans les cinq ans, ou mieux encore dans les 6 mois qui ont suivi sa démobilisation, alors qu'il bénéficiait encore de la présomption légale ?

N'ayant aucune constatation de maladie durant son service, il n'a aucune chance désormais de voir aboutir une demande.

3033. — Maladie suivant de peu l'incorporation d'un soldat. Pas de présomption légale d'imputabilité au service.

Un soldat a été incorporé au mois de novembre 1927 ; huit jours après son incorporation ce jeune homme tombe malade, ne fait pas son service. Le

capitaine néglige de le faire examiner par un médecin militaire, disant qu'il a tout simplement le cafard. Il est tourné en dérision par toute la chambrée et vers le 25 novembre, on l'envoie en permission chez ses parents dans son village natal. J'ai été appelé auprès de lui à ce moment-là et je constate des troubles mentaux, une quantité considérable de sucre et d'albumine. Je rédige un certificat dans ce sens et l'autorité militaire l'hospitalise dans un asile. Il sort de cet asile trois mois après avec une réforme temporaire n° 2. Ce jeune homme a-t-il droit à une pension ? On ne lui a pas donné les soins nécessaires au régiement puisqu'il n'a jamais été à la visite. La responsabilité du capitaine et par conséquent de l'Etat n'est-elle pas en cause ?

La famille n'est-elle pas fondée à réclamer une pension à l'Etat, puisque ce jeune homme a été pris bon, et que deux mois après ce jeune soldat est atteint de troubles mentaux avec diabète et albuminurie.

Dr L.

Réponse.

Ce jeune homme n'a pas droit à une pension parce que, étant tombé mlaade dans les trois premiers mois de son incorporation, il ne bénéficie pas de la présomption légale et que, dès lors, il doit faire la preuve que son affection est impus table à un fait de service. Or, il ne peut invoquer de fatigues exceptionnelles ; la maladie dont il est atteint s'est révélée dès les premiers jours de service, mais elle existait bien avant l'incorporation et il n'est pas prouvé qu'elle ait été aggravée par les fatigues de la vie militaire, les quelques jours passés à la caserne ne constituant pas un élément de preuve d'aggravation.

Accidents

3124. — Bris d'appareil dentaire dans un accident.

Puis-je avoir, au titre de membre du « Sou », votre avis sur le cas suivant : un ouvrier gonfle un pneu quand le piston remontant brusquement, le manche lui brise deux dents *et un appareil dentaire,* lui faisant une plaie à la lèvre inférieure. Soigné par son médecin pour cette plaie, il l'est par un chirurgien-dentiste pour l'extraction de ses dents et la *réparation de son appareil.* Les soins du dentiste et la réparation sont-ils, ou non, dus par le patron ou par son assurance substituée ?

Dr P.

Réponse.

S'il s'agit d'un accident du travail, survenu par le fait ou à l'occasion du travail, le patron doit les frais médicaux et pharmaceutiques, par suite, les honoraires du médecin qui a soigné la plaie de la lèvre et ceux du dentiste qui a extrait les deux dents naturelles brisées.

Mais la loi ne prévoit pas la réparation des objets détériorés par l'accident et, par suite, le patron ne doit pas la réparation de l'appareil dentaire brisé, pas plus qu'il ne devrait la réparation d'un vêtement déchiré.

2731. — Pourcentage d'incapacité permanente partielle d'un accidenté du travail.

J'ai un blessé du travail qui à la suite d'un panaris de l'index droit se trouve dans la situation suivante :

Articulation métacarpo-phalangienne normale.

Première articulation interphalangienne : mobilité diminuée de moitié.

Deuxième articulation interphalangienne presque ankylosée.

Deuxième, troisième phalanges atrophiées avec insensibilité et troubles trophiques.

C'est un ouvrier agricole qui a sa capacité de travail diminuée.

Cela vaut-il 10 %.

Y a-t-il droit à pension si l'invalidité est inférieure à 10 % ? Dr B.

Réponse.

D'après le barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail, du Dr Lucien Mayet, l'ankylose des deuxième et troisième articulations de l'index droit donne une incapacité d'environ 10 %. Vous pouvez donc, dans le cas particulier, proposer ce pourcentage.

En matière d'accidents du travail, une pension est due pour toute invalidité constatée, même quand celle-ci est inférieure à 10 %. C'est seulement lorsque l'invalidité ne dépasse pas 2 à 3 % que certains tribunaux refusent d'allouer une rente, et encore il n'est pas sûr que cette jurisprudence serait admise par la Cour de Cassation.

ANTHOLOGIE

L'Enfant et la Goutte d'Eau.

Le soleil luit. La giboulée
A versé lavant les cailloux
Sur la verdure une coulée
De gouttes qui sont des bijoux.

L'enfant délaissant sa poupée
Et les jeux tristes du salon
Vient courir par l'herbe trempée,
Tenant sous le bras son ballon.

Elle a quatre ans, elle est coquette,
Elle minaude gentiment
Et sait déjà que sa fossette
Mérite au moins un compliment.

Elle aime les rubans de soie,
Les fleurs, les lumières du soir
Et goûte une dansante joie
A se regarder au miroir.

Sans savoir elle s'étudie
A jouer de maintes façons
La toujours neuve comédie
Que la fille joue aux garçons.

Son orgueil veut qu'on dise d'elle
Que tel dimanche de l'été
Elle eut la robe la plus belle
Et le chapeau le plus fêté,

Qu'elle a l'air d'une demoiselle
Et marche faisant des jaloux
Quand sa main se retient à celle
Du gentil cousin son époux.

Elle aussi, lorsque son épaule
Sera prête aux embrasements,
Veut y voir, comme sur le saule,
Pleuvoir des étincellements.

Oh ! montrer sur une peau blanche
De l'or, des pierres, des reflets,
Des bagues aux doigts, sur la manche
Des torsades de bracelets,

Du corail pendant aux oreilles,
Quatre rangs de perles au cou
De couleur si douce et pareilles
A celles que là sur un chou

L'ondée en tombant a laissées,
Que le soleil change en rubis,
Dans la coupe aux coques frisées
Comme le jabot d'un marquis !

Alors sur ses talons assise
Devant la plante qui reluit,
L'enfant tend les doigts et croit prise
La goutte méchante qui fuit,

Et recommence et s'émerveille
Et se plaint que dans le chemin
De cette feuille à son oreille
Sa perle fonde dans sa main.

Dr Paul GROSSIER.

Cinquantième année | N° 39 | 23 Septembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporants, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Flumet. P. Monnamy.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E Panis
Beaulieu-sur-Mer. Gaston (*clinique*).
Beg Meil-Fouesnant. G. Legal
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.
Trouville. Jean Massé.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 416. — Docteur cherche poste demi-repos, conditions *sine qua non* : maison confortable, chasse, pêche, 200 km. de Paris maximum.

No 417. — On achèterait poste médical à Marseille.

No 418. — Méd. demeurant boul. St-Germain prendrait en pension jeune étudiant. S'ad. Clinique, 6, rue Gît-le-Cœur, Paris (6e).

No 419. — On offre excell. poste méd., pro-pharm., campagne bretonne, à jeune doct. célibat., chrétien, excell. santé. Conditions exceptionn. avantageuses et intéressantes.

No 420. — Côte-d'Azur. Client. méd. génér. et maladies enfants en ville. Rapp. 40.000 A céder d'urgence cause santé. Appart. 5 p., loyer 5.500, avec nouveau bail. Indemn. 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 421. — Normandie. Gr. ligne, très anc. poste seul médec., jolie résidence, aff. 60.000 facile à augmenter. Loyer 500, grande maison confortable. Indemn. 25.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 422. — Bretagne. Import. poste à reprendre d'urgence avec facilités de paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Distinctions honorifiques.** — M. le Dr Paul Delmas, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, accoucheur en chef de la Maternité, vient de recevoir la médaille d'or de l'Assistance publique. Nous sommes heureux de lui exprimer nos plus vives félicitations.

— **Athènes.** *L'épidémie de fièvre dengue.* — L'épidémie de fièvre dengue, actuellement en décroissance, a frappé plus de 400.000 personnes, avec une mortalité dépassant 60 malades par jour.

— **Hommage au prof. Noguchi.**— La médaille d'or des épidémies a été décernée, à titre posthume, au prof. Hideyo Noguchi, mort le 21 mai 1926 à Acra, de fièvre jaune contractée au cours d'expériences de laboratoire.

— **Le centenaire de Gall.** — Un groupe international de phrénologistes s'est rendu, la semaine dernière, au Père-Lachaise, devant la tombe de Gall, pour célébrer le centenaire de la mort du célèbre phrénologiste.

— **Paris. Ecole de puériculture.** — L'enseignement de l'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris commencera le 1er octobre prochain, sous la direction du Dr Weill-Hallé, chargé de cours.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est ouvert le 17 septembre, à Lyon.

— **Les Journées médicales bruxelloises de 1929.** — La neuvième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra du 22 au 26 juin. La séance inaugurale aura lieu le samedi 22 juin, à 16 heures, au Palais des Académies.

— **Ecole de médecine de Rennes.** — La chaire de pathologie externe et clinique des voies urinaires est transformée en chaire d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

— **Souscription pour honorer la mémoire du Dr Cabanès** (3e *liste*): M. Henri d'Alméras (Villeneuve-lès-Avignon), 10 fr.; Dr Paul Noury (Rouen), 50 fr.; Dr Sabrazès (Bordeaux), 300 fr. ; M. Jean Lorédan (Pornic), 100 fr. ; M. Péchard (Paris), 50 fr. ; M. A. Boghaert-Vaché (Bruxelles), 50 fr. ; Dr Ch. Fiessinger, 300 fr. Total : 860 francs.

Listes précédentes : 1.860 fr. Total général : 2.720 francs.

Prière d'envoyer les cotisations au trésorier : M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghen, à Paris. Compte de Chèques Postaux : Paris, 96-10.

— **Naissance.** — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs la naissance de Robert Leroy, le huitième enfant et troisième garçon de notre confrère le Dr Leroy, de Saint-Rémy-de-Provence.

Le *Concours médical* adresse ses félicitations au Docteur et à Madame Leroy, et ses souhaits à sa belle famille.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 septembre.

Service de santé des Troupes coloniales.

Décret du 22 août 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 7 juillet 1900 portant organisation des troupes coloniales ;

Vu le décret du 21 juin 1906 portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales ;

Vu le décret du 15 juin 1920 instituant un concours pour l'obtention du titre de « médecin des hôpitaux militaires », « spécialiste des hôpitaux militaires » et de « pharmacien chimiste du service de santé militaire » ;

Vu le décret du 24 novembre 1924 instituant un concours pour l'obtention du titre « d'assistant des hôpitaux militaires » ;

Vu le décret du 22 août 1928 portant organisation

de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ;

Sur le rapport des ministres de la guerre et des colonies,

Décrète :

Art. 1er. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre « d'assistant des hôpitaux coloniaux » dans les catégories suivantes :

Médecine.
Chirurgie.
Bactériologie.
Electro-radiologie.

Ce concours a lieu, en principe, deux fois par an.

Peuvent seuls y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la guerre, les médecins capitaines des troupes coloniales de l'armée active, présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie au moment du concours.

Les conditions et le programme de chaque catégorie du concours font l'objet d'une instruction interministérielle.

Le titre obtenu au concours, suivi de la mention de chaque catégorie, est définitivement acquis.

Art. 2. — Les candidats nommés après chaque concours sont, suivant leur catégorie, pourvus d'emploi d'assistants de médecine, de chirurgie, de bactériologie ou d'électroradiologie, auprès des chefs de service, dans les hôpitaux militaires, les salles militaires des hospices mixtes, les laboratoires de bactériologie ou les services d'électro-radiologie qui sont désignés par arrêtés ministériels.

La nature des emplois à pourvoir et le nombre des emplois à mettre au concours sont fixés par arrêtés du ministre.

La durée des fonctions d'assistants des hôpitaux coloniaux ne peut, en aucun cas, excéder trois années.

Les assistants en fonctions peuvent participer exceptionnellement, en cas de besoin urgent, à l'exécution du service médical de place ou régimentaire ; des dispositions sont prises pour concilier, dans la meilleure mesure, les obligations du service général et les besoins du service hospitalier.

Art. 3. — Pour chaque catégorie, un jury spécial est nommé par le ministre de la guerre.

Chaque jury est présidé par un médecin général inspecteur ou un médecin général du service de santé des troupes coloniales.

Les autres membres comprennent :

1° Pour la section « médecine » : un professeur (médecine) de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, un médecin colonel ou lieutenant-colonel et deux médecins des hôpitaux coloniaux ;

2° Pour la section « chirurgie » : un professeur (chirurgie) de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, un médecin colonel ou lieutenant-colonel et deux chirurgiens des hôpitaux coloniaux ;

3° Pour la section « Bactériologie » : le professeur (ou le professeur agrégé) de bactériologie de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, un médecin colonel ou lieutenant-colonel, un médecin des hôpitaux coloniaux et un spécialiste des hôpitaux coloniaux (bactériologie) ou, à défaut, un médecin choisi parmi ceux qui sont ou ont été médecins chefs ou directeurs de laboratoire de bactériologie ;

4° Pour la section « électro-radiologie » : le professeur (ou le professeur agrégé) de clinique chirurgicale et spécialités de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, un médecin colonel ou lieutenant-colonel, un médecin des hôpitaux coloniaux et un spécialiste des hôpitaux coloniaux (électro-radiologie) ou, à défaut, un chef ou un ancien chef de service d'électro-radiologie.

En outre, il est désigné un membre suppléant du jury choisi : pour la section de médecine ou de chirurgie : parmi les médecins ou chirurgiens des hôpitaux coloniaux ; pour la section de bactériologie : parmi les médecins des hôpitaux coloniaux ou les médecins des troupes coloniales assurant ou ayant assuré les fonctions de médecin chef ou directeur de laboratoire de bactériologie, et, pour la section d'électro-radiologie : parmi les chefs ou anciens chefs de service d'électro-radiologie.

Dans chaque jury spécial, aucun juge ou juge suppléant ne peut être désigné s'il est parent ou allié, jusqu'au sixième degré inclusivement, soit d'un autre juge, soit d'un des candidats.

Art. 4. — A titre transitoire et en attendant la formation de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux coloniaux, il pourra être désigné, à leur place, pour faire partie des jurys de concours, des professeurs agrégés en exercice ou libres de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ou des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires. Il en sera de même pour le cas où le nombre des médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux coloniaux, présents en France, ne serait pas suffisant pour permettre de constituer les jurys de concours.

Art. 5. — Le ministre de la guerre et le ministre des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Décret du 22 août 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du service de santé colonial.

Décret du 22 août 1928 relatif à l'organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ces deux derniers décrets, étant donné leur étendue, seront publiés ultérieurement dans le corps du journal.

5 septembre.

Service de santé de la Marine.

Les médecins de 1re classe, dont les noms suivent, sont autorisés à prendre part au concours pour l'emploi de professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire et médecine légale à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, qui aura lieu à Toulon, le lundi 10 septembre 1928 et jours suivants :

MM. Courtier (G.-J.) (hôpital Sainte-Anne) ; Carboni (P.-P.-P.) (hôpital Saint-Mandrier).

JURISPRUDENCE

Loi des Pensions : Honoraires médicaux ; Droits de défense.

Conseil d'Etat
(Section du Contentieux; 2e sous-section).
13 *juin* 1928.
(Archives du « Sou Médical ».)

Doit être annulée une décision de commission départementale et de la commission supérieure, qui a réduit les honoraires médicaux, sans que le médecin intéressé ait été entendu, ni invité à présenter ses explications.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux, section du Contentieux, 2e sous-section,

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présenté pour le sieur Millet, médecin... et tendant à ce qu'il plaise au conseil annuler, pour excès de pouvoir, une décision en date du 22 octobre 1925, par laquelle la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux pensionnés de guerre a réduit le montant de ses honoraires ;

Ouï M. Chasserat, auditeur, en son rapport ;

Ouï Me Auger, avocat du sieur Millet en ses observations ;

Ouï M. Andrieux, maître des requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions.

Sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres moyens de la requête :

Considérant que devant la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, le sieur Millet a demandé l'annulation de la décision de la commission départementale par le motif que ses honoraires avaient été réduits sans qu'il ait été entendu, ni invité à présenter ses explications, contrairement aux dispositions de l'art. 54 du décret du 25 octobre 1922 ; que la commission supérieure n'a pas répondu à ce moyen ; qu'il y a lieu dès lors d'annuler sa décision comme insuffisamment motivée.

Décide :

Article premier. — La décision de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, en date du 22 octobre 1925, est annulée.

Art. 2. — Le sieur Millet est renvoyé devant la commission supérieure des soins médicaux pour être statué à nouveau ce qu'il appartiendra sur son recours contre la décision départementale, en date du 1er février 1924.

Commentaires.

D'après le décret du 25 octobre 1922, modifié par ceux des 8 juillet 1924 et 14 octobre 1926, la commission départementale est chargée de la surveillance et du contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques.

Entr'autres attributions, elle a pour mission (article 31, 3°) de vérifier les mémoires des médecins et des pharmaciens et d'apporter à ces mémoires tous les redressements nécessaires.

Mais, d'après l'article 32, le réclamant doit toujours être entendu, ou dûment appelé.

La commission supérieure, instituée par les articles 43 et suivants du décret, statue en appel, sur toutes les réclamations, qui ont déjà été portées devant la commission départementale.

Dans l'espèce actuelle, la commission départementale avait statué sans entendre le médecin intéressé ; la commission supérieure ne s'était pas arrêtée à cette violation des droits de la défense.

C'est donc à bon droit que l'affaire a été portée, par le « Sou Médical », devant le Conseil d'Etat et que, grâce à son avocat conseil, Me Bernard Auger, notre Ligue vient de faire rendre justice à notre confrère.

Avant d'amputer arbitrairement les notes des médecins, les commissions doivent les entendre dans leurs moyens de défense, pour savoir si un mémoire qui, *a priori*, paraît exagéré, ne peut trouver son explication dans des faits cliniques, qui ont obligé le praticien à un surcroît de soins ou d'interventions.

Dr Paul Boudin.

LA SÉROTHÉRAPIE ANTIDIPHTÉRIQUE

I

La discussion que vous avez soulevée dans le *C.M.* au sujet des doses de sérum antidiphtérique employées et les correspondances que vous publiez m'engagent à vous apporter mon tribut personnel sur ce point.

J'ai 58 ans, j'exerce la médecine à la campagne depuis l'âge de 28 ans, c'est vous dire que je ne suis pas de l'école actuelle. J'ai exercé jusqu'en 1912 dans un pays où la diphtérie était endémique et où, chaque année, je voyais un certain

nombre de cas. Je ne vous fournirai ni chiffres ni statistiques, je n'en fais pas. Or, je n'ai jamais employé plus de 20 cc. dans chaque cas et jusqu'à cette date, je n'ai enregistré qu'un seul décès, survenu avant même que j'aie pu faire l'injection de sérum.

De 1912 à ce jour, je vois moins de diphtériques malgré l'humidité plus grande de la région où je me trouve. Et je n'ai jamais employé de doses plus fortes, sauf il y a 15 jours où j'ai dû récidiver avec un 3e flacon de 10 cc. pour un cas tenace. Je n'ai également vu mourir qu'un bébé, qui était déjà asphyxiant et violet quand on m'a demandé. J'estime donc la dose de 20 cc. bien suffisante dans les cas moyens et quand on peut agir à temps.

Et laissez-moi vous conter une anecdote. Il y a 2 ans, on m'appelle dans une famille pour une jeune femme obèse et lymphatique, amygdalienne et adénoïdique, qui était ma cliente depuis plusieurs années.

A mon arrivée, on me montre une analyse de laboratoire de la ville avec diagnostic suivant :

« Diphtérie grave. Loefler nombreux et moyens. Injecter 100 à 120 cc. de sérum d'emblée. » Le mari ajoutait : Nous sommes allés ces jours-ci à X. (chef-lieu d'arrondissement voisin) où mon frère est pharmacien. Ma femme y a eu mal à la gorge. Elle a une plaque sur l'amygdale, on a fait faire l'analyse des mucosités, et voilà le résultat. — « Bien, dis-je, voyons cette gorge ». Je trouvai alors sur l'amygdale gauche une plaque grisâtre de la surface d'une grosse lentille et rien autre, mais son aspect n'était guère celui d'une fausse membrane et paraissait beaucoup plus nacré. L'examen minutieux de la gorge ne me révéla rien autre. Et depuis deux jours, cette plaque n'avait pas augmenté.

Je fis remarquer que 100 cc. était une dose trop considérable pour commencer, vu les dangers d'accidents sériques probables chez la malade. Et j'injectai 20 cc. Le lendemain, rien de nouveau, la plaque ne s'était pas agrandie.

Le surlendemain, pas davantage ; mais une poussée fantastique d'urticaire. Bien entendu j'eus quelques reproches de cette urticaire qui dura 6 jours.

Et je refusai de renouveler les injections réclamées par la famille, malgré l'urticaire.

Bref, la plaque ne se modifia pas, et la malade la conserva et l'a encore. Il s'agissait vraisemblablement d'une cicatrice d'ancien abcès amygdalien, chose fréquente chez les grosses lymphatiques.

Par exemple, cette cliente m'abandonna par la suite... Songez donc : après diagnostic de pharmacien et analyse de laboratoire positive, je n'avais pas marché ! Et *la malade avait eu de l'urticaire*, sans que la plaque, soi disant diphtérique, disparût ! Quel crime abominable ! Dr S.

II

Si mon avis peut compter, au sujet des injections de sérum antidiphtérique, depuis 30 ans que je soigne des diphtéries, j'ai rarement dépassé 20 cc., jamais 30. Je n'ai perdu qu'un enfant mort subitement 3 jours après qu'il se levait. Les doses de 200 et plus m'ont toujours laissé rêveur.

Dr Louis (Versailles).

CORRESPONDANCE

Accidents

2032. — Comment mettre en cause la Compagnie d'assurances ?

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou », je me permets de solliciter encore un conseil dans une affaire honoraires accident du travail :

Soins donnés longtemps (note excédant 1.000 fr.) à un blessé adressé par la compagnie d'assurance, correspondance avec le médecin patronal : expertise du blessé auquel il a été attribué une I. P. P. ; tout cela réglé, même le pharmacien, sauf mes honoraires.

J'ai appelé en justice de paix le représentant du patron, lequel a disparu, et reçu avis de la compagnie La P. qu'elle se désintéressait de cette affaire ; j'ai alors obtenu du juge qu'il remette la suite à une date éloignée, espérant pouvoir éclaircir ce point : n'est-il pas, dans certains cas, possible de mettre en cause la compagnie d'assurance ? Dans le cas présent, je ne peux et ne veux pas inquiéter le patron qui, d'ailleurs, n'est pas très solvable.

Ne pourrai-je pas déposer des conclusions tendant à ce but ?

La compagnie que j'ai revue donne comme motif de refus : la moralité du blessé et celle de son patron.

Dr L.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'une affaire d'accident du travail, vous n'avez action en paiement de vos honoraires que contre le patron responsable et non contre sa compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit.

C'est donc le patron seul que vous pouvez poursuivre et non la compagnie.

Mais, lorsque vous aurez fait condamner le patron, celui-ci pourra se retourner contre sa compagnie pour qu'elle le garantisse des condamnations prononcées contre lui, suivant les stipulations de sa police.

Au besoin, si le patron, insolvable, néglige d'exercer ce recours, vous pourrez l'exercer en son nom, conformément aux dispositions de l'article 1166 du Code civil, mais avant tout, il faut que vous fassiez condamner le patron.

Voir la suite page LI-2735

PROPOS DU JOUR

Pour lutter contre l'accroissement du nombre des médecins.

Proposition d'un confrère à expérimenter.

L'accroissement du nombre des médecins qui, jusqu'à ces dernières années avait été modéré, suit une progression véritablement inquiétante et d'autant plus, que les Pouvoirs publics, loin de chercher à l'enrayer comme le fit en 1894 le Ministre de l'Instruction Publique, Spuller, tentent au contraire de l'augmenter en favorisant la transformation du diplôme d'Université accordé aux étrangers en diplôme d'Etat (discours de M. Herriot, Ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts à la séance d'ouverture de la session de juillet 1928 du Conseil supérieur de l'Instruction publique). Un de nos lecteurs, le Dr Dardelin, de Paris, retiré actuellement à Saint-Brévin, ayant lu le *Propos du Jour* que nous avons écrit le 29 juillet dernier, nous rappelle, dans une longue lettre, qu'en 1925, il s'était occupé de cette question et avait écrit sur elle des articles dans la *Gazette médicale du Centre* et le *Nouveau Journal des médecins*. La lettre du Dr Dardelin n'avait pas pour but de revendiquer à ce sujet une sorte de priorité. Il sait bien que la question a préoccupé et préoccupe depuis de longues années tout le Corps médical. Son but était de chercher un moyen pratique de remédier à une situation qui pourrait devenir angoissante. Jusqu'ici, l'on a plus souffert en France de l'afflux excessif des médecins dans les Centres urbains que de leur nombre proportionnellement à la population. La crise a été surtout une crise de mauvaise répartition. Il se pourrait que demain, il en fût tout autrement. Le nombre des étudiants augmente sans cesse, et aussi celui des médecins étrangers, qui s'installent dans notre pays ; ils ne viennent pas combler des vides, mais disputer à nos nationaux, qui eux-mêmes sont en excès, des situations de plus en plus modestes. Il faut songer qu'en moins de trente ans, le nombre des médecins s'est accru de près de 19.000, alors que la population ne s'est guère élevée de plus d'un million d'habitants ; qu'en 1925, il y avait dans notre pays 24.149 médecins et qu'il y en aurait en 1928 près de 28.000.

Le Dr Dardelin qui, en 1925, avait écrit une lettre : *A l'élève de Philosophie*, montrait aux jeunes gens les difficultés et la médiocrité matérielle de la vie du médecin praticien, dont ils peuvent se convaincre s'ils veulent se donner la peine de réfléchir et d'établir le bilan des recettes et des dépenses. Il y prouvait que tout le bénéfice de la profession consistait en satisfactions morales, si toutefois le praticien exerçait avec conscience et dignité. Aujourd'hui, il nous propose de publier une lettre semblable, ou mieux, d'éditer une brochure où seraient réunis tous les documents démontrant la situation économique exacte des médecins à notre époque et l'amère désillusion qui attend celui qui s'engage dans la profession médicale, croyant y mener une vie facile et y gagner rapidement un capital lui permettant de s'assurer de bonne heure une retraite.

Il n'est pas douteux qu'une circulaire officielle, telle que celle que le ministre Spuller fit adresser en 1894 à tous les proviseurs de lycée et à tous les chefs d'institution, serait la mesure la plus efficace pour détourner les jeunes gens inconscients et peu avertis d'une profession encombrée, mais puisque nous ne pouvons pas compter aujourd'hui sur l'appui du bras séculier, bien au contraire, ne vaudrait-il pas mieux nous défendre nous-mêmes comme le propose le Dr Dardelin ?

Nos Syndicats, nos Sociétés de Bienfaisance, de Prévoyance et de Secours Mutuels ne sortiraient pas de leur rôle, en se concertant pour faire les frais de l'édition de la brochure que demande notre confrère et pour en assurer l'envoi. Il ne serait sans doute pas impossible d'y associer quelques puissants organes de la grande presse.

En outre, nous ne pensons pas que nous mériterions d'être traités de nationalistes à l'esprit étroit, si nous demandions qu'on exigeât des médecins étrangers qui s'installent en France et de ceux qui s'y font naturaliser, les mêmes obligations qui sont demandées à nos nationaux, tant au sujet de leurs études qu'au point de vue de leur service militaire. En leur offrant l'égalité dans notre pays, nous faisons acte de générosité ; en créant pour eux un privilège, nous commettons une sottise et sans doute encore une imprudence.

Telle est la thèse soutenue par le Dr Dardelin à laquelle nous nous associons complètement.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA TECHNIQUE DES INJECTIONS SCLÉROSANTES INTRAVARIQUEUSES

Par le Dr Raymond Tournay.

Dans un article paru le 19 août dans le *Concours,* article provoqué pour une part par celui que nous avions donné dans le même *Concours*, le 24 juin dernier, le Dr Fildermann, comparant deux procédés, qui ne diffèrent d'ailleurs que par la façon d'attaquer les veines variqueuses — à la racine du membre ou à son extrémité, avec ou sans garrot, — conclut à la supériorité de la méthode qu'il emploie depuis de longues années.

Nous n'avons jamais songé à dénier à M. Fildermann la paternité de son procédé d'injection haute après décompression brusque d'un garrot pneumatique, mais c'est la supériorité de ce procédé, dans tous les cas, qui ne nous semble pas évidente. Les résultats obtenus, soit d'une façon, soit d'une autre, nous ont en effet amené, au cours de près de neuf années de pratique, à certaines conclusions qui ne nous semblaient pas, au début, devoir en découler nécessairement.

Lorsqu'en 1920, à la suite de Sicard, nous avons, utilisant alors le carbonate de soude, commencé à user des injections sclérosantes, nous n'avions qu'un but : obtenir le plus rapidement possible la transformation fibreuse des varices que nous traitions. But souvent facilement atteint, le carbonate de soude étant une substance sclérogène excellente et les solutions employées à cette époque étant de concentration élevée (10 pour 100) et leur volume assez abondant (10 cmc.).

La sclérose de toute une saphène après une seule injection pratiquée au niveau de la cheville n'était pas exceptionnelle, loin de là : pas si exceptionnelle non plus lorsque, deux ans plus tard, ayant délaissé le carbonate de soude trop caustique, nous utilisâmes le salicylate de soude préconisé par Sicard et employé à concentration forte, 30 % par exemple.

Mais dès ce moment nous n'attachions plus une telle importance — et bien au contraire — à la rapidité de la cure.

En effet, nous avions pu nous rendre compte des inconvénients qu'il y avait à vouloir à tout prix obtenir un résultat dès la première injection. Il est impossible en effet — nous avons insisté là-dessus à maintes reprises — de savoir à l'avance comment va se comporter l'endothélium veineux que l'on cherche à irriter : certains individus réagissent violemment à la suite de l'injection d'une solution très diluée, certains autres exigent au contraire une solution très concentrée.

Puisque rien ne peut laisser prévoir l'intensité de la réaction qui va se produire — encore qu'une réaction excessive soit infiniment rare — n'est-il pas infiniment plus sage de tâter, dans une première séance, quitte à ne rien obtenir de positif cette fois-là, la susceptibilité des veines de son malade ?

Traitement ambulatoire que celui des varices par les injections sclérosantes. Pour qu'il soit bien tel dans l'immense majorité des cas, n'agissons pas brutalement. Un traitement progressif, s'il comporte deux ou trois séances de plus, n'est-il pas plus raisonnable ?

Or l'intérêt majeur de l'injection haute après emploi du garrot réside, nous dit-on, dans « la rapidité des résultats et la suppression d'un grand nombre de séances douloureuses ». Mais, d'une part, le nombre des séances peut être également restreint si l'on emploie la technique habituelle en usant de solutions plus concentrées, en faisant les injections en position couchée, en en faisant plusieurs par séance. D'autre part, il ne faut pas exagérer la douleur, souvent très relative, consécutive aux injections.

M. Fildermann, citant un cas écrit : « *Ces jours-ci, un confrère nous a adressé une malade à laquelle un spécialiste avait promis d'oblitérer un gros paquet variqueux par une douzaine d'injections. Le jour même de sa première visite et avant toute intervention nous avons déclaré à la malade qu'une seule injection suffirait et nous l'avons priée d'aller immédiatement le dire à son médecin. La suite a confirmé les prévisions.* »

Bien, mais : 1° l'on sait que les paquets variqueux isolés réagissent très facilement aux injections sclérosantes ; il était donc exagéré de parler en l'occurence d'une douzaine d'injections : une, deux ou trois étaient suffisantes ; 2° la mé-

thode dans ce cas importait peu, la veine vidée de son sang par brassard ou par mise en position surélevée, le résultat devait être le même, une même solution étant employée ; 3° mais de plus, s'il était facile, employant une solution concentrée, d'affirmer que l'on scléroserait tout le paquet en une seule, une unique injection, il eût été peut-être plus raisonnable de ne pas vouloir à tout prix faire en une fois ce qu'il eût été plus prudent de faire en deux ou trois.

Car, et nous en revenons toujours là, mieux vaut d'abord tâter son malade, débuter par une solution faible, n'augmenter le taux de la solution que si le résultat obtenu est insuffisant. Sinon l'on risque, rarement d'ailleurs, c'est vrai — mais enfin, ne vaut-il pas mieux l'éviter dans la mesure du possible ? — une réaction inflammatoire brutale, excessive : toute une région, tout un membre empâtés, chauds, sensibles, même douloureux ; peut-être même l'extension de la veinite bien au-delà de ce que l'on eût souhaité.

Si rares que soient ces incidents une méthode ne peut en être plus exempte qu'une autre : ils ne dépendent que de la susceptibilité particulière de l'endoveine du malade à l'égard de la substance introduite.

Un autre avantage de la technique préférée par M. Fildermann serait d'éviter que persistassent des portions de veines perméables séparées par des segments variqueux oblitérés. La chose peut se produire évidemment si l'on injecte au hasard tantôt à un endroit, tantôt à un autre, sans se soucier de la continuité des varices ou des anastomoses qui les réunissent, mais elle ne se voit que de façon tout à fait exceptionnelle si le traitement est conduit régulièrement, méthodiquement.

D'autres reproches sont faits à la méthode de Sicard : 1° le court rayon d'action de la solution injectée, trop vite diluée dans le sang ; 2° la résistance ultérieure des veines à la sclérose après la répétition de trop petites doses.

C'est un fait certain que l'action sclérosante de la solution injectée dans la *position debout*, les veines gorgées de sang, est très limitée : 5, 8, 10 centimètres selon la concentration de la solution employée, le calibre de l'aiguille et la rapidité avec laquelle l'injection est poussée.

Au début, il y a huit et neuf ans, on n'agissait pas autrement. Mais voici longtemps que la position debout n'est plus utilisée que comme un pis-aller.

Chaque fois que la chose est possible, c'est la *position allongée* qui est utilisée ; parfois même le membre inférieur étant surélevé. Les varices ainsi vidées de leur sang, plus ou moins, l'action de la solution sclérosante, mordant directement sur l'endothélium, est évidemment beaucoup plus forte, et son rayon d'action beaucoup plus grand.

Dans certains cas d'ailleurs, nous estimons qu'il n'y a aucun intérêt à chercher à déclancher en une fois un processsus de sclérose dans un territoire trop vaste ou trop éloigné.

A limiter son effort on est beaucoup plus maître de son action.

Considérations toutes relatives il est vrai. Si le malade désire un résultat extrêmement rapide, quitte à risquer une gêne consécutive plus ou moins marquée : à son gré. De même si le patient, venu par exemple à la ville tout exprès, ne peut accorder qu'un minimum de temps à l'opérateur.

Pour ce qui est de la résistance ultérieure des veines à la sclérose après répétition de doses trop diluées, elle est très réelle, mais rien n'oblige à répéter des injections trop faibles. D'un excès, il ne faut pas tomber dans un autre. Action insuffisante d'une solution donnée : l'injection suivante sera faite avec une solution plus concentrée. La réaction cherchée ne se produirait-elle pas : abandon du salicylate et utilisation du chlorhydrate de quinine.

Par ailleurs, nous reconnaissons que la technique des injections hautes après mise à plat des veines, peut donner dans certains cas des résultats excellents, supérieurs même à ceux obtenus autrement.

Par exemple, dans le cas de petites varices multiples de la jambe, dans le cas de certaines éponges variqueuses du pied ou du cou-de-pied, dans le cas de certaines ampoules de la saphène, soit que l'injection dans de petites veinules à l'extrémité du membre soit malaisée ou nécessite d'être répétée en trop de points, soit qu'une action plus intense soit utile en une région donnée.

Ne pas utiliser par principe qu'un seul procédé.

Selon les circonstances user de l'un, user de l'autre, au besoin les combiner : c'est ce qui nous semble préférable.

Dr Raymond TOURNAY.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.)

M. le professeur NOBÉCOURT

Syndromes de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire dans la maladie de Bouillaud chez les enfants (1).

Je vous ai montré, plusieurs fois, salle Parrot cette fillette. Elle est née le 15 août 1918, à terme, avec un poids de 3 kgr. 500. Son père a été réformé pour bronchite chronique, sa mère et deux frère et sœur sont bien portants. Elle s'est développée régulièrement. Elle a eu, à 18 mois, la coqueluche, à 2 ans et demi la varicelle, à 8 ans et demi, en juin 1927, une rougeole avec bronchite.

Depuis cette époque elle se sent fatiguée et tousse.

En décembre, elle se plaint de céphalée et maigrit ; elle aurait perdu 4 kgr., dit la mère ; elle a le soir de la fièvre, jusqu'à 38°8.

Au début de mars, apparaissent des douleurs dans les genoux et le coude droit. Le 9 mars, la température s'élève à 40° ; il survient un saignement de nez et une forte céphalée.

On amène l'enfant à l'hôpital le 10 mars.

Elle est âgée de 9 ans et demi. Elle a une taille moyenne, de 122 cm., est un peu maigre (22 kgr. 800).

Elle est pâle ; les lèvres sont sèches ; elle a quelques petites épistaxis. La température est de 40° le matin, 40°1 le soir.

Les genoux sont gros et très douloureux. A leur niveau, la peau a une coloration normale. La palpation est surtout douloureuse au-dessus de la rotule, au niveau des tissus péri-articulaires. On perçoit le choc rotulien.

Le coude droit est devenu indolent.

La malade tousse un peu. Au niveau de l'hémithorax droit, on perçoit en arrière et à la base, de la submatité, de la résistance et quelques râles fins à l'inspiration ; dans la région sus-épineuse, une respiration légèrement soufflante, surtout vers le médiastin.

Au cœur, on entend, sur la pointe, un premier bruit sourd et un léger souffle systolique ; à la base, un second bruit pulmonaire éclatant.

Le pouls, à 136, est régulier. Le foie déborde le rebord costal d'un travers de doigt ; il est douloureux au palper. La matité de la rate est d'environ trois travers de doigt.

La langue est saburrale. L'enfant n'a pas d'appétit et est constipée.

Le pharynx est rouge.

Les urines sont peu abondantes et ne contiennent pas d'albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est fortement positive.

On prescrit des enveloppements humides tièdes du tronc, un litre de lait et 6 grammes de salicylate de soude.

Le 11 mars, la température est de 39°-37°9 le 12, de 38°-38°5. Le 13, elle tombe à 37°7-37°5.

L'état général est très amélioré. Les douleurs des genoux ont disparu.

A la base droite, il ne persiste plus qu'une respiration rude et quelques râles muqueux. Le premier bruit mitral est sourd. le souffle systolique plus faible.

Une radiographie montre, dans le tiers inférieur de l'hémithorax droit, une ombre triangulaire à sommet axillaire, à base médiastinale, à bords flous, qui n'est distante du diaphragme que dans les quatre cinquièmes externes. Dans le reste du champ pulmonaire droit il existe des taches floues disséminées. L'ombre médiastinale est élargie des deux côtés.

La matité précordiale est agrandie. Un orthodiagramme montre un cœur un peu gros, allongé transversalement.

A partir du 14 mars la température, reste au-dessous de 38°, sauf le 12 avril où elle fait un crochet à 39°.

L'état général est bon ; le poids augmente ; il était de 22 kgr. 800 le 11 mars ; il est, le 15 avril, de 23 kil. 850.

On perçoit encore pendant quelque temps, au niveau de la base gauche, de la submatité, quelques râles sous-crépitants humides et des râles sibilants disséminés ; puis ces symptômes disparaissent. Au niveau des hiles, la respiration est toujours un peu soufflante.

Sur les radiographies pratiquées le 17 mars et le 7 avril, l'ombre qui existait dans le tiers inférieur de la plage pulmonaire droite, est moins opaque, ses contours sont plus flous ; les ganglions du hile sont plus apparents, surtout du côté droit.

Le volume du cœur, comme on le voit sur l'orthodiagramme du 3 avril, et le décalque de la matité précordiale, se modifient peu ; le premier bruit mitral reste sourd et le souffle léger. De plus, on perçoit un assourdissemnt du second

(1) Leçon du 21 avril 1928, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

bruit aortique, qui contraste avec l'accentuation du second bruit pulmonaire.

Le foie grossit.

L'examen des crachats montre l'absence de bacilles de Koch.

La séro-floculation à la résorcine, faite par M. Prétet, le 23 mars, est normale; le degré optométrique est de 24.

Le Bordet-Wassermann est négatif : H^8.

On continue le salicylate de soude à la dose de 6 gr. par jour, du 10 au 14 mars, puis de 5 gr., le 15 mars, et de 4 gr.. Du 16 mars au 20 avril, l'enfant en prend en tout, 175 gr.

Malgré cette forte dose, l'endocardite est encore actuellement en évolution. On ne trouve plus trace de la pneumopathie.

Voici donc une fille de 9 ans et demi qui, à la suite d'une crise articulaire de maladie de Bouillaud, est atteinte d'une endocardite et présente un syndrome de congestion pulmonaire de la base droite. Celle-ci est transitoire d'après l'examen clinique, mais persistante, d'après l'examen radiologique. Il existe, d'autre part, une adénopathie trachéobronchique, et la cuti-réaction permet de penser que celle-ci est de nature tuberculeuse.

Cette seconde fille est née le 4 avril 1920; Elle a eu une série de maladies : à 18 mois une rougeole compliquée de broncho-pneumonie; à 2 ans une coqueluche; à 3 ans une varicelle, les oreillons, une otite; à 6 ans, une chorée pour laquelle elle est restée huit jours à l'hôpital.

Depuis le milieu de mars, elle est fatiguée, et a, presque chaque jour, des vomissements alimentaires.

Le 31 mars, au retour de l'école, elle se plaint d'une forte douleur dans la hanche gauche. Le premier avril, la douleur de la hanche a disparu, mais sont apparues des douleurs dans les genoux et les cous-de-pieds; le genou gauche est tuméfié. Un médecin porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu avec cardiopathie.

L'enfant entre ici le 3 avril. Elle est âgée de 8 ans.

Elle a une taille moyenne de 119 cm. un poids moyen de 20 kil. 200. Cependant elle paraît maigre, pâle. Elle reste immobile; elle paraît souffrir et être gênée pour respirer. La température est de 37°6-37°8.

Les genoux, surtout le gauche, sont douloureux, tuméfiés; on provoque le choc rotulien. Les chevilles sont douloureuses.

Le pouls est à 120; la pression artérielle au Pachon de 10,5-5,5.

La matité précordiale est augmentée, le choc de la pointe, fort. On entend sur la pointe un premier bruit mitral sourd; à la base, un second bruit pulmonaire accentué.

L'appareil respiratoire, le foie, la rate paraissent normaux. La langue est saburrale. Il y a de la constipation. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann, H^8, et le Hecht sont négatif.

On prescrit 8 gr. de salicylate de soude, par jour.

Le 4 avril, les douleurs articulaires ont presque disparu; les genoux sont moins gros, mais le choc rotulien est encore perceptible.

Le 5 avril, la température est de 37°5-37°8 et les genoux ont encore diminué. Le pouls est à 104. La pression entre les chefs des sterno-cléido-mastoïdiens, surtout à gauche, de même qu'au-dessous du rebord costal, dans sa moitié externe, du côté gauche, provoque de la douleur.

Le cœur est plus gros, la pointe bat dans le sixième espace, à 2 cmc. et demi en dehors de la verticale mamelonnaire, le bord droit déborde le sternum de 2 cm. et demi. On entend à la pointe un souffle systolique faible; à la base, un second bruit pulmonaire accentué, un second bruit aortique sourd et un léger souffle au foyer aortique. De plus, dans la région sternale supérieure, on perçoit un frottement péricardique, mésosystolique, net.

L'oreillette gauche n'est pas augmentée de volume.

L'orthodiagramme montre un cœur gros, allongé transversalement.

On ne remarque rien d'anormal à l'examen des poumons.

Les urines sont rares : 550 cm.

A partir du 9 avril, la température monte de quelques dixièmes : elle est de 38°-37°8. L'enfant tousse et est essoufflée. Le pharynx est rouge, surtout sur sa paroi postérieure.

A la base gauche du thorax, en arrière, on constate de la submatité et quelques râles sous-crépitants secs.

Le 11 avril, l'enfant est très fatiguée, sa température de 37°5-37°8. Elle a de la dyspnée et de la tachycardie. Les douleurs thoraciques à la pression ont augmenté. L'état des poumons et du cœur est le même.

Le 12 avril, la température est de 37°8 le matin, de 38° le soir, le pouls à 120. Nous prescrivons V gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000e. Le soir et la nuit, l'enfant éprouve des douleurs spontanées et violentes du côté gauche du thorax. L'interne de garde constate des frottements pleuraux à la base gauche; il prescrit des ventouses scarifiées.

Le 13 avril, la température est de 37°5-38°2, l'enfant plus calme. On supprime le salicylate de soude, dont l'enfant a pris 80 gr. en dix jours, et on continue la digitaline.

Le 14, la température est de 37°8-38°3, le 15, de 38°-38°6; *l'état ne se modifie pas.*

Le 16 avril, le thermomètre reste à 38°6, le

pouls est à 96. L'enfant est très pâle, ses conjonctives sont décolorées.

On constate, à la base gauche du thorax, de la submatité remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate, avec une augmentation de la résistance ; le bord supérieur de la matité s'incline en pente douce dans la sous-aisselle. A l'extrême base on trouve une matité franche avec absence de bruit respiratoire. Dans le reste du poumon, on perçoit une inspiration rude simulant presque un frottement pleural.

Le foie déborde de 1 cm. 5 le rebord costal. La matité précordiale est peu modifiée. On entend un souffle systolique mitral, un second bruit pulmonaire accentué, un second bruit aortique sourd, un léger souffle systolique aortique. Les urines sont peu abondantes (600 cc.).

Les jours suivants la température s'abaisse au-dessous de 38°, le cœur grossit, comme on le voit sur l'orthrodiagramme dessiné le 18 avril.

Ce matin la température est de 37°5. A la base gauche du thorax, en arrière, on constate encore de la submatité et de la faiblesse du murmure vésiculaire, sans bruits adventices.

En résumé, cette fille de 8 ans est atteinte d'une crise articulaire de maladie de Bouillaud, compliquée d'endocardite mitrale et aortique. En plein traitement salicylé, débutent, le sixième jour, une péricardite sèche, et, le onzième jour, un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche avec réaction pleurale.

Ces deux observations me donnent l'occasion de parler des *pneumopathies et des pleurésies de la maladie de Bouillaud.*

***

Les MANIFESTATIONS PULMONAIRES et PLEURALES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD, le RHUMATISME PULMONAIRE ET PLEURAL, ont été étudiés depuis longtemps.

Tout le monde connaît les travaux de Lasègue, de Béhier, en 1876, Bernheim, en 1877, de Georges Homolle, en 1882, qui, chez l'adulte principalement, ont étudié ces manifestations. Pour l'enfant, Cadet de Gassicourt, en 1882, dans son *Traité Clinique des maladies de l'enfance*, leur consacre quelques pages.

Ces localisations sont les plus fréquentes après les localisations cardiaques. Chez l'enfant elles sont manifestement beaucoup moins communes que les cardiopathies.

Les localisations pulmonaires et pleurales peuvent apparaître *au cours des diverses modalités et à toutes les phases de la crise articulaire.* Elles peuvent apparaître au cours d'une crise articulaire intense, généralisée, fébrile, comme au cours d'une crise oligo-articulaire, fruste et peu fébrile. Elles peuvent précéder les manifestations articulaires de cinq à six jours, apparaître à leur début, pendant leur évolution ou même après leur disparition. Comme la maladie de Bouillaud est sujette à reprises, on peut voir alterner les manifestations pulmonaires et les crises articulaires.

D'après certains auteurs, les manifestations pulmonaires pourraient survenir indépendamment de toute crise articulaire et constituer la seule manifestation de la maladie de Bouillaud. Des observations sont rapportées par Lebreton, en 1884, dans sa thèse de Paris, sur les *manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques*, et par Étienne Loppé, dans sa thèse de 1915 sur les *manifestations viscérales dans le rhumatisme articulaire aigu sans lésions articulaires.*

Le 18 octobre 1927, MM. Cathala et Ollivier ont présenté à la *Société de pédiatrie* l'observation d'une fille atteinte d'une *congestion pleuro-pulmonaire rhumatismale, unique manifestation de la maladie de Bouillaud.*

Quand il n'existe aucune manifestation articulaire, le diagnostic étiologique de tels syndromes pulmonaires reste hésitant, sous la réserve que je vais faire.

Les manifestations pulmonaires peuvent être indépendantes de toute cardiopathie ; le plus souvent, surtout chez les enfants, elles *sont intriquées à des cardiopathies.*

A cet égard, il faut faire une distinction. Cadet de Gassicourt la pose très nettement ; Les pneumopathies, écrit-il, « ne doivent être considérées comme de nature rhumatismale qu'à la condition d'éclater pendant un rhumatisme articulaire, spontanément et sans intermédiaire. Si au contraire, elles ne s'y rattachent qu'indirectement, s'il y a un intermédiaire entre la maladie principale et la manifestation pulmonaire, on ne peut lui donner la même place nosologique ».

Cette distinction est importante, mais elle ne doit pas être trop absolue. Le virus de la maladie de Bouillaud peut, en effet, frapper en même temps le cœur, le poumon et la plèvre. On peut même dire que, surtout chez l'enfant, la cardiopathie est la véritable signature de la maladie de Bouillaud, tandis que, au contraire. les arthropathies n'en sont guère qu'un épisode. On conçoit des manifestations pulmonaires sans arthropathies ou avec des arthropathies discrètes ; mais, en l'absence de celles-ci, s'il ne survient pas une cardiopathie, on est conduit à faire des réserves sur la nature rhumatismale de la pneumopathie.

Toutefois l'existence d'une cardiopathie complique le problème nosographique. La pneumopathie peut, en effet, relever, non du virus rhumatismal, mais soit de la cardiopathie elle-même, soit d'infections secondaires.

Du point de vue anatomo-clinique, les manifestations pulmonaires et pleurales de la maladie de Bouillaud sont des SYNDROMES DE CONGESTION PULMONAIRE AIGUE OU ACTIVE ; ce sont des états morbides consistant dans une hyperémie pulmonaire, due à une vaso-dilatation active, dans de l'œdème et dans une alvéolite inflammatoire. Ces lésions peuvent être diversement combinées et, par suite, réaliser des types cliniques variés.

En clinique, on peut distinguer une *congestion pulmonaire généralisée,* intense, avec *œdème aigu,* et une *congestion pulmonaire localisée.*

Celle-ci comprend : des *formes pneumoniques* du type Woillez, parmi lesquelles rentrent la pneumonie congestive de Potain, et la congestion pulmonaire aiguë de Cadet de Gassicourt, des *formes pleurétiques,* groupant la congestion pleuro-pulmonaire du type Potain et la spléno-pneumonie du type Grancher.

Les *formes pleurétiques* sont caractérisées par des *symptômes pleurétiques.* sans épanchement pleural ou avec un très petit épanchement ; M. Malloizel qualifie ces symptômes de *pseudo-pleurétiques.* Ces symptômes traduisent des fluxions et des inflammations des parties superficielles du poumon et de la plèvre. Ils sont, écrit M. Malloizel : « la traduction, dans tous les cas, d'un minimum de deux lésions : l'une pulmonaire corticale, l'autre pleurale. Dans tous les cas, la séreuse est œdémateuse ». C'est là la définition de la *cortico-pleurite,* appellation qui a fait fortune.

La participation pleurale est souvent discrète ; la ponction de la plèvre retire quelques gouttes de liquide tout au plus. Parfois, elle est plus importante ; elle se traduit par des frottements et peut aboutir à un épanchement liquide, cliniquement appréciable. On peut alors parler de *pleurésie.*

Ces syndromes sont très fréquents chez les enfants. J'en ai parlé en 1921, dans une leçon sur *les congestions pleuro-pulmonaires aiguës chez les enfants,* parue dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire.* Ils relèvent d'infections dues aux pneumocoques, au bacille de Koch, ou à d'autres germes. Ils surviennent dans les maladies infectieuses, telle que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, comme j'en ai publié des exemples dans une leçon de 1923, reproduite dans le même livre, consacrée aux *congestions pleuro-pulmonaires* et *aux pleurésies dans la rougeole et la scarlatine des enfants.*

Le *virus de la maladie de Bouillaud* peut réaliser les mêmes *syndromes de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire.*

Les *pleurésies rhumatismales,* souvent décrites, se rattachent à ces derniers. MM. Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil, dans un mémoire des *Annales de médecine* de février 1926 sur *la cortico-pleurite rhumatismale,* écrivent : « La pleurésie rhumatismale, dans l'immense majorité des cas, est une corticopleurite ».

***

Une première forme clinique est la CONGESTION PULMONAIRE INTENSE, GÉNÉRALISÉE.

On peut en décrire deux variétés principales : la *forme suraiguë, foudroyante,* qui s'accompagne d'œdème et entraîne la mort en quelques instants ou en quelques heures ; la *forme aiguë* qui se termine par résolution et est souvent à reprises.

Il est rare qu'elle se montre sans qu'il existe une cardiopathie en évolution.

Voici, à cet égard, une observation typique de Cadet de Gassicourt.

Un garçon de 8 ans et demi est atteint de rhumatisme articulaire subaigu, de chorée, d'endocardite avec souffle systolique de la pointe,

Six mois plus tard, à l'âge de 9 ans, survient une deuxième attaque de rhumatisme. L'enfant éprouve une douleur précordiale vive, on entend des frottements péricardiques, puis on constate des signes d'épanchement.

Après une douzaine de jours, les signes de péricardite disparaissent, mais un souffle systolique de la pointe, très rude, persiste.

« C'est alors, écrit Cadet de Gassicourt, que, pour la première fois, éclate brusquement une congestion pulmonaire intense. L'enfant est pris presque subitement d'un accès de suffocation ; la dyspnée est extrême, la respiration anxieuse et très rapide ; la face, pâle d'abord, se cyanose légèrement ainsi que les extrémités, et l'on entend des râles très fins, disséminés dans toute la hauteur de la poitrine, en avant et en arrière ... Dès le lendemain, l'état s'améliorait, et le surlendemain, la congestion pulmonaire avait disparu. »

Dix jours après, survient une deuxième crise semblable.

Trois jours après cette deuxième, une troisième crise éclate, cette fois, avec de l' « apoplexie pulmonaire évidente, facilement diagnosticable par les crachats » ; elle dure six jours.

Cependant la fièvre et les douleurs articulaires disparaissent ; mais le cœur reste gros et le souffle d'insuffisance mitrale persiste.

L'enfant sort de l'hôpital. Huit jours après sa sortie, survient une quatrième crise et il meurt en quelques heures.

Cadet de Gassicourt se demande quel est le rôle de la cardiopathie. « Pour la congestion pulmonaire aiguë de l'enfant, écrit-il, j'ai toujours trouvé entre elle et le rhumatisme un intermédiaire, la maladie du cœur, ou, pour être plus précis, l'endo-péricardite ».

Il semble bien, en effet, que ces formes soient attribuables à la cardiopathie. Actuellement,

nous savons quel est le rôle de l'insuffisance de l'oreillette gauche dans la production de ces phénomènes pulmonaires. Celle-ci n'est pas commune chez l'enfant. Avec M. Pichon, nous avons publié dans les *Archives de médecine des enfants* d'avril 1925, l'observation d'une fille de 10 ans, atteinte de *rhumatisme cardiaque évolutif* avec insuffisance auriculaire gauche. Cette enfant présentait une forme particulière de congestion œdémateuse persistante des poumons qui pouvait faire penser à une granulie pulmonaire.

L'insuffisance de l'oreillette gauche peut, en effet déterminer soit des manifestations brusques, des congestions-œdèmes aiguës et suraiguës, soit des manifestations persistantes, comme chez cette dernière malade.

Un deuxième forme clinique est la CONGESTION PULMONAIRE A FORME PNEUMONIQUE. Elle est, rare. Au cours de la crise articulaire ou même en dehors de celle-ci, son début peut être insidieux ou brusque.

L'enfant tousse, il n'a généralement pas d'expectoration ou bien rejette quelques crachats visqueux.

A une base ou à un sommet on trouve des signes pouvant faire penser à une pneumonie : matité ou submatité, murmure vésiculaire faible, respiration rude ou soufflante, ou souffle bronchique, mais plus étalé, moins rude que le souffle de la pneumonie. Il y a du retentissement de la voix et de la toux. On n'entend pas de bruits adventices ou on perçoit quelques crépitations limitées et fugaces, quelques râles sous-crépitants ou muqueux de bronchite.

Ces symptômes sont généralement mobiles et fugaces. Quelquefois ils persistent et, surtout quand ils siègent au sommet, on peut penser à la tuberculose.

Généralement, la guérison est rapide.

Quelquefois, les symptômes généraux et fonctionnels sont assez atténués, il n'y a pas de toux ; seuls les signes locaux retiennent l'attention.

En somme, comme l'a écrit le professeur Widal dans le *Traité de médecine et thérapeutique* de Brouardel, en 1895 ; cette forme « ne présente ni la symptomatologie, ni l'évolution, ni la lésion de la pneumonie ». Elle est bien différente de la *pneumonie fibrineuse*, due au pneumocoque. Celle-ci peut se rencontrer dans la maladie de Bouillaud, comme dans d'autres maladies infectieuses, mais elle est exceptionnelle. M. Pierre Benoit, dans sa thèse de 1900 sur les *pneumopathies rhumatismales et la pneumonie fibrineuse dans le rhumatisme articulaire aigu*, n'en cite que quatre observations recueillies chez des adultes.

La troisième forme clinique est la CONGESTION PULMONAIRE A FORME PLEURÉTIQUE. C'est celle qu'on observe le plus souvent, chez l'enfant surtout.

Il est classique de dire que le début est brusque, par un point de côté intense s'accompagnant d'hyperesthésie de la paroi thoracique et de gêne respiratoire. Il n'en est pas toujours ainsi ; le début peut être insidieux, sans douleur, sans dyspnée, sans toux. La fièvre est souvent modérée.

Plus ou moins rapidement, apparaissent généralement à l'une des bases, les signes physiques.

On constate une submatité plus ou moins accentuée, inégale, à bord supérieur mal limité, avec résistance plus ou moins augmentée ; un murmure vésiculaire diminué ou même aboli. Il n'y a pas de souffle, ou bien on entend, à l'inspiration et à l'expiration, soit un souffle assez doux, étalé, soit un souffle broncho-pleurétique.

Quelquefois, après la toux, on perçoit des râles crépitants secs, ou de fines crépitations pleurales, ou même un frottement doux. Il y a de la broncho-égophonie , de la pectoriloquie aphone . Les vibrations thoraciques sont diminuées ou abolies, mais chez l'enfant ce symptôme n'a souvent aucune signification.

Chez certains malades, au bout de quelques jours, on constate, à la base et sur une étendue variable, une zone de matité plus franche avec perte d'élasticité, qui indique la présence de liquide dans la plèvre. Chez d'autres, se montrent des signes d'un épanchement pleural, volumineux en apparence, mais il existe des caractères particuliers qui permettent de dire que cet épanchement est en réalité peu abondant.

Tantôt alors il n'y a en réalité pas d'épanchement ; il s'agit d'une congestion pleuro-pulmonaire du type Grancher, d'une spléno-pneumonie. Tantôt il y a réellement du liquide dans la plèvre.

L'épanchement siège surtout à la partie postérieure, d'où le nom de pleurésie en galette donné par Lasègue.

La radioscopie permet de préciser l'état respectif du poumon et de la plèvre.

La ponction de la plèvre retire quelques centimètres cubes ou quelques centaines de grammes de liquide.

Ce liquide est séro-fibrineux, clair ou louche. Sa teneur en fibrine est faible, d'après MM. Bezançon et M. P. Weil. Comme l'ont établi MM. Widal et Ravaut, M. Dopter et d'autres, il contient de nombreuses cellules endothéliales, isolées ou en placards, des polynucléaires neutrophiles en nombre variable et, si l'épanchement traîne, des lymphocytes qui peuvent devenir prédominants. Il est plus ou moins riche en hématies. Le taux de l'albumine y est augmenté La réaction de Rivalta est positive, sauf pendant les premières phases, d'après M. Sabrazès.

L'examen au microscope et l'ensemencement ne décèlent aucun germe.

Ainsi se trouve constituée la *pleurésie rhumatismale.*

La congestion pleuro-pulmonaire et la pleurésie ont généralement une courte durée, trois à huit jours. La fièvre tombe en lysis et tout rentre dans l'ordre.

Assez souvent, le syndrome est bilatéral. Les deux côtés sont pris successivement, quelquefois simultanément.

Il y a des cas où l'affection se prolonge pendant deux ou trois semaines.

L'inflammation pleurale peut disparaître sans laisser de séquelles. Il n'est pas rare que le processus continue d'évoluer à bas bruit et aboutisse à la formation d'une symphyse pleurale, comme le montre l'autopsie des enfants morts de pancardites subaiguës.

Les syndromes de congestion pleuro-pulmonaires, avec ou sans épanchement liquide de la plèvre sont fréquents chez les enfants au cours de la maladie de Bouillaud. Ils pourraient même en être la manifestation unique ; témoin l'observation relatée par MM. Cathala et Ollivier.

Parfois ils ne s'accompagnent pas de cardiopathies. Plus souvent, chez les enfants surtout, ils sont intriqués avec des *manifestations cardiaques.*

Henri Roger, Cadet de Gassicourt, enseignent qu'il n'y a guère d'endo-péricardite rhumatismale sans qu'à un moment donné n'apparaisse une pleurésie ; cette pleurésie siège généralement à gauche, mais souvent ensuite apparaît une pleurésie droite.

Dans une leçon sur la *pleurésie rhumatismale* publiée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du 10 juillet 1921, le professeur Hutinel fait remarquer que la pleurésie n'est pas aussi fréquente qu'on le dit et siège assez souvent du côté droit.

On admettait autrefois que la coïncidence de la pleurésie gauche et de la péricardite était due à la propagation de l'inflammation de la plèvre au péricarde et inversement. Or, il n'existe pas de communications lymphatiques permettant le passage de l'infection entre les deux séreuses et, d'ailleurs, nous le venons de voir, la pleurésie débute par un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire, qui témoigne de la participation du poumon au processus.

En réalité, au cours d'une infection sanguine, le virus de la maladie de Bouillaud envahit le cœur, le péricarde, le poumon, la plèvre. Le syndrome de congestion pleuro-pulmonaire avec ou sans pleurésie est réalisé par la septicémie rhumatismale.

Malgré l'intrication avec une cardiopathie, il s'agit bien d'une localisation parenchymato-pleurale du virusrhumatismal ; les manifestations cliniques et les caractères du liquide pleural l'établissent. Dans une leçon de 1922, sur *Les plèvres et les poumons dans les cardiopathies des enfants*, leçon reproduite dans le livre que j'ai déjà mentionné, j'ai rapporté des observations probantes. Voici l'une d'elles brièvement résumée.

Un garçon, né le 22 juin 1911, a, à l'âge de 8 ans, en juillet 1919, une crise de rhumatisme polyarticulaire aigu, compliqué de chorée. A la suite, persiste une insuffisance mitrale.

Vers le 20 août 1920, il ressent quelques douleurs aux pieds et a de la fièvre. Le 23, il est pris d'un violent point de côté dans la région précordiale et l'aisselle gauche, d'une dyspnée vive, d'une toux sèche, peu fréquente.

Il entre à la salle Bouchut le 3 septembre. Il a 9 ans et 2 mois. La dyspnée est vive ; on compte 54 respirations par minute. Le foie est un peu gros, déborde de 2 cm. le rebord costal. Le cœur est gros, allongé transversalement ; on entend un souffle systolique à la pointe, en jet de vapeur, et, dans la région sternale, un double frottement péricardique. Le pouls est à 124-128, la pression de 13-6 au Pachon. Les urines rares (400 cc. à 500 cc.) ne contiennent pas d'albumine.

Au niveau du thorax, en arrière et à gauche, à la partie moyenne on perçoit un souffle fort et quelques râles crépitants après la toux.

On fait une saignée de 200 cc., on applique de la glace sur le cœur et des ventouses sur le thorax ; on prescrit II gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième.

La radioscopie montre un cœur très gros avec une augmentation considérable des ventricules, et, à la base du poumon gauche, une opacité diffuse, masquant la pointe du cœur ; l'espace clair postérieur est effacé.

Une ponction exploratrice de la plèvre donne un liquide séro-fibrineux, un peu louche, contenant des polynucléaires, quelques mononucléaires et des cellules endothéliales ; il n'y a pas de germes.

A partir de 5 septembre, la température baisse graduellement.

Le 6, le thermomètre marque 38°-38°4, le pouls est à 98, les frottements péricardiques sont moins nets.

Du côté gauche du thorax, en avant, on trouve de la matité au-dessous du mamelon ; l'espace de Traube est diminué ; il est impossible de délimiter le bord gauche de la matité précordiale ; à ce niveau on entend un souffle aigu, superficiel. Du même côté, en arrière, la matité est absolue depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base ; on entend un souffle broncho-pleurétique, de la broncho-égophonie, de la pectoloquie aphone.

Une ponction retire 180 cc. de liquide citrin, contenant un grand nombre de cellules endothéliales et de polynucléaires ; on ne peut pas retirer une plus grande quantité de liquide, car le poumon vient de suite en contact avec l'aiguille.

Le 8 septembre, la température est de 37°8-38°4, le pouls à 90, les signes physiques ont diminué. Une nouvelle ponction pleurale retire 100 cc. de liquide louche, contenant des cellules endothéliales et des polynucléaires en abondance.

Les jours suivants, les symptômes diminuent. Le 15 septembre, l'apyrexie s'installe. On fait encore une ponction pleurale, qui retire 20 cc. de liquide, où les lymphocytes prédominent sur les cellules endothéliales et les polynucléaires.

Finalement, le 2 octobre, on n'entend plus que quelques frottements pleuraux à la base gauche. La cardiopathie continue d'évoluer d'une façon subaiguë avec des poussées fébriles. Elle est encore en évolution quand l'enfant sort, le 22 décembre, après un séjour de trois mois et demi.

Voici un autre exemple, que j'ai relaté l'année dernière dans une leçon sur *Les pancardites rhumatismales aiguës et subaiguës*, reproduite dans *Le Concours médical* du 5 novembre 1927.

Un garçon, né le 21 juin 1913, a, en 1923, à 10 ans, une première atteinte de maladie de Bouillaud. Il se remet mal ; il conserve de la pâleur, de l'essoufflement et des crises nocturnes de dyspnée ; de temps en temps surviennent des douleurs fugaces dans les genoux.

A partir de novembre 1926, les douleurs s'accentuent ; elles siègent dans les genoux, les épaules, les coudes, les poignets. L'enfant se plaint de gêne et de pincements dans la région précordiale, de points de côté sous le mamelon gauche.

Il entre le 25 novembre, à 13 ans et 5 mois.

Il est petit, pâle, maigre. Il a une petite fièvre (38°3-38°5) qui disparaît au bout de trois jours. Le pouls est à 130. Le foie est très gros, le cœur volumineux ; on entend un souffle systolique mitral, un second bruit pulmonaire accentué, des frottements préicardiques à la partie moyenne.

A la base droite du thorax, en arrière, il y a de la matité, du silence respiratoire, de l'abolition des vibrations thoraciques. Une ponction de la plèvre retire 400 cc. de liquide séro-fibrineux, contenant quelques cellules endothéliales, quelques lymphocytes, et surtout des polynucléaires.

Le 28 novembre, il n'existe plus à la base qu'une légère submatité et quelques râles souscrépitants fins.

Dans la suite, la cardiopathie continue d'évoluer.

Ces exemples suffisent pour montrer que les syndromes de congestion pleuro-pulmonaire, apparaissant au cours des cardiopathies rhumatismales en évolution, peuvent être justement attribués au virus de la maladie de Bouillaud.

Mais il faut bien se garder de trop étendre le champ de ces pneumopathies rhumatismales. Il est d'autres variétés qu'il ne faudrait pas attribuer à la maladie de Bouillaud.

Le DIAGNOSTIC est à faire avec les *syndromes de congestion pleuro-pulmonaire* avec ou sans *épanchement pleural*, liés à la compression du poumon et à l'atélectasie pulmonaire réalisées par un cœur volumineux ou un péricarde rempli de liquide. Vous connaissez la signification du signe de Pins, en pareil cas.

Il est à faire avec l'*apoplexie pulmonaire* consécutive à une embolie pulmonaire, avec les *bronchites* et les *broncho-pneumonies* dues à des infections secondaires facilitées par les troubles de la circulation dans les poumons.

La *tuberculose* enfin peut réaliser des syndromes semblables. Ils relèvent de processus divers.

Au cours d'une péricardite tuberculeuse sèche ou avec épanchement, peuvent survenir un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire et même une pleuro-tuberculose séro-fibrineuse. Parfois, en même temps, l'enfant ressent des arthralgies ou surviennent de véritables arthropathies, de l'hydarthrose des genoux, par exemple. Ces phénomènes peuvent simuler les manifestations articulaires de la maladie de Bouillaud Sans admettre les théories de Poncet ni l'expression de rhumatisme tuberculeux aigu ou subaigu pour désigner ces faits, ceux-ci n'en sont pas moins réels.

Dans d'autres cas, il existe une intrication de la tuberculose et de la maladie de Bouillaud. Contrairement à ce qui a été dit, il n'existe pas d'antagonisme entre ces maladies. Chez les enfants atteints de maladie de Bouillaud, on trouve souvent une cutiréaction à la tuberculine positive et quelquefois des signes d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Alors l'interprétation des syndromes de congestion pulmonaire est délicate.

D'une part ce syndrome peut être réalisé par le bacille de Koch. Au cours d'une atteinte de maladie de Bouillaud, il peut même s'agir de pleuro-tuberculose, comme chez les malades de M. Laforgue. Ce médecin, à la *Société de biologie*, le 8 mai 1919, a montré la nature tuberculeuse de pleurésies survenues en pleine crise articulaire de maladie de Bouillaud, chez deux adultes ; le liquide pleural, qui contenait 60 et 70 % de cellules endothéliales, a tuberculisé le cobaye.

D'autre part, l'apparition du syndrome de congestion pulmonaire peut être favorisée par l'adénopathie trachéo-bronchique. Les *adénopathies trachéo-bronchiques* et les *infections des*

voies respiratoires intriquées sont communes comme je le rappelais en 1921, dans une leçon reproduite dans le livre de *Clinique* que j'ai déjà mentionné. L'action du virus rhumatismal sur le poumon peut être favorisée aussi bien que celle du pneumocoque ou de tout autre germe.

Le diagnostic étiologique est donc souvent très difficile. Comme l'écrivent MM. Bezançon et Weil : « il n'existe aucun caractère pathognomonique de la nature rhumatismale d'une cortico-pleurite... Alors même que la maladie rhumatismale est indiscutable, il ne faut pas oublier que la pleurésie peut être de nature tuberculeuse ». La même opinion s'applique aux syndromes de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire.

On donne généralement, en faveur de la nature rhumatismale d'une pneumopathie, l'*action du salicylate de soude*. Cette opinion ne me paraît pas justifiée. L'action de ce médicament sur les pneumopathies rhumatismales aussi bien que sur les cardiopathies est loin d'être évidente : nos deux malades en sont un exemple.

Il faut d'ailleurs se rappeler, d'une part, la fugacité fréquente de ces syndromes, qui était considérée comme caractéristique par les médecins qui observaient avant l'emploi du salicylate de soude ; d'autre part, leur persistance possible chez les enfants traités par le salicylate de soude. C'est l'opinion de MM. Bezançon et Weil : « L'action de la médication salicylée sur la fièvre et l'épanchement, écrivent-ils, est manifeste, mais elle est peu active sur les pleurésies rhumatismales prolongées ; elle n'y a pas, comme le disent Mollard et Favre, la rapidité et la plénitude d'effet qu'on observe à l'égard d'autres déterminations de l'affection ». Du reste, ajoutent-ils, cette médication salicylée « a exceptionnellement, par contre, sur la courbe fébrile de certaines pleurésies tuberculeuses, une action remarquable, qui montre qu'on ne saurait conférer à ce seul signe une valeur diagnostique particulière ».

***

Voici les quelques considérations qu'il m'a paru intéressant de vous exposer à propos des deux malades que je vous ai montrés. Les deux observations ne sont pas tout à fait susceptibles de la même interprétation.

La seconde malade paraît bien être atteinte d'une congestion pleuro-pulmonaire attribuable au virus de la maladie de Bouillaud.

La première me paraît plus complexe. Au premier abord, évidemment, il est frappant de voir cette congestion pulmonaire, qui se rapproche du type de Cadet de Gassicourt, survenir au cours d'arthropathies rhumatismales et céder assez rapidement. Mais, notons que cette enfant a une adénopathie trachéo-bronchique et une cutiréaction positive à la tuberculine ; notons que, si les symptômes cliniques de la congestion pulmonaire ont rétrocédé rapidement, la radiographie nous apprend leur persistance. Sommes-nous donc en présence d'une simple pneumopathie rhumatismale, ou bien d'un processus parenchymateux dû au bacille de Koch, comme on en rencontre chez les enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique ? C'est l'avenir qui nous permettra de nous prononcer.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Considérations sur l'arthroplastie du gros orteil.

A la suite de l'immobilisation prolongée du membre inférieur, pour fractures, il s'établit parfois, dit M. A. Lambotte (d'Amiens), une demi-ankylose en flexion du gros orteil. Cette demi-ankylose constitue une complication sérieuse. En effet, lorsque le blessé s'essaye à la marche, une fois la consolidation obtenue, il éprouve de vives douleurs dans l'orteil et il ne peut poser le pied à plat sur le sol. Le convalescence en est souvent allongée et parfois la marche compromise définitivement. L'opération que Lambotte applique à cette infirmité consiste à tailler un large lambeau fibreux dont la base reste adhérente au métatarsien. Après résection de la tête du métatarsien, ce lambeau est rabattu sur l'extrémité de l'os, et l'encapuchonne.

Ce capuchon est maintenu en place par deux points en V qui traversent les parties molles externes. (*Paris chirurgical*, 2 mars 1928.)

La rachianesthésie dans le traitement des états dits de rigidité spasmodique du col au cours du travail.

En appliquant systématiquement l'anesthésie rachidienne au traitement de toutes les dystocies du col, B. Balard et R. Mahon ont été amenés à constater son inefficacité dans les cas de rigidité pathologique.

Par contre, toutes les fois que la contracture est en jeu, l'anesthésie rachidienne apparaît

comme une thérapeutique vraiment spécifique. Sans aucune action sur la contracture du corps, elle contre-indique formellement toute manœuvre intra-utérine, mais, véritable sésame du col, elle permet la terminaison immédiate de l'accouchement sans aucun frais pour la mère ni pour l'enfant.

Son action ne doit pas nous faire oublier celle des opiacés ; mais tandis que la morphine ou ses dérivés constituent un traitement surtout efficace dans la contracture au début, traitement que l'on devra employer à l'exclusion de tout autre dans la première partie de l'accouchement, la rachianesthésie apparaît comme le remède par excellence des rigidités spasmodiques, quand, l'effacement du col étant complet et la dilatation commencée, les intérêts fœtaux et maternels commandent la terminaison rapide de l'accouchement. (*La Presse médicale*, 7 mars 1928.)

De l'emploi des diurétiques mercuriels dans le traitement de l'ascite de la cirrhose atrophique du foie et de la cirrhose cardiaque.

L'emploi des diurétiques mercuriels, qui sont les agents de diurèse les plus puissants que nous possédions, se généralise de plus en plus, grâce à l'introduction de nouveaux produits relativement peu toxiques. Néanmoins les produits mercuriels sont des toxiques qui, introduits en quantités même modérées, peuvent produire des troubles marqués (température, colite, stomatite, aggravation de l'état chez les hépatiques).

Chez un cirrhotique hépatique, antérieurement amélioré par de fortes doses de chlorure de calcium, une piqûre de 0 gr. 22 de novasurol par voie intra-musculaire, amena une élimination de 3.500 cmc. d'urines ; mais le lendemain, l'état du malade s'aggrave ; le sujet devint somnolent et succomba après 8 jours des suites de cholémie.

Ces accidents sont d'autant plus à redouter que chez les porteurs d'ascite une seule piqûre ne suffit pas à déclencher une diurèse ; il y aurait donc intérêt à ne faire appel qu'à un minimum de produit mercuriel, capable de donner lieu à une diurèse abondante. MM. L. Blum et P. Carlier pensent que l'association des chlorures de calcium et d'ammonium avec des produits mercuriels paraît répondre à ces desiderata.

Dans une observation, le novasurol, le cyanure de mercure et le neptal se sont montrés sans action sur l'élimination aqueuse lorsqu'ils ont été administrés en dehors d'une préparation par le chlorure de calcium. Après une telle préparation, au contraire, l'effet diurétique s'est montré, par deux fois, d'une grande puissance. Une deuxième observation confirme ces résultats. Il semble que le mercure, agissant ainsi sur un terrain préparé, trouve une possibilité d'action plus grande que dans les conditions humorales normales. Quant aux doses, il faut les régler selon l'importance de l'accumulation hydrique, c'est-à-dire mesurer l'apport du chlore aux réserves supposées de sodium que comporte la rétention. Bien qu'on soit obligé parfois de donner 60 à 80 gr. par jour de chlorure d'ammonium, une préparation de 3 jours, à raison de 10 à 20 gr. de sel par jour, doit être considérée comme suffisante dans la plupart des cas.

Quel chlorure choisir, ammonium ou calcium ? Le chlorure d'ammonium présente sur le chlorure de calcium quelques avantages. Son goût, sans être moins mauvais, persiste moins ; les brûlures œsophagiennes, quelquefois éprouvées, persistent moins ; la constipation est moins opiniâtre. Mais, d'autre part, il n'a du chlorure de calcium ni la précieuse action antiphlogistique si nette et si bienfaisante chez les fébricitants, ni les vertus toni-cardiaques. En outre, la transformation de l'ammonium en urée qui est dévolue au foie, peut amener un surmenage regrettable chez les hépatiques.

La pratique de cette association thérapeutique est inutile quand le sel mercuriel déclenche à lui seul la diurèse. Elle est indiquée surtout par les cas avec forte ascite, d'origine cirrhose alcoolique ou cirrhose cardiaque.

Pour les cardiaques et les cardio-brightiques avec œdèmes généralisés, mais ascite modérée, on peut être plus hésitant ; car l'introduction préalable de fortes quantités de chlorures peut augmenter les œdèmes et aggraver l'état général, de sorte que l'injection subséquente de mercure aurait lieu dans des conditions difficiles. En ces cas il vaut mieux faire d'abord l'injection mercurielle, et réserver les chlorures pour un échec. Dans les néphrites à forte rétention chlorée, les chlorures sont aussi contre-indiqués, mais non dans les néphrites hydropigènes pures, sans forte hypertension. (*La Presse médicale*, 21 mars 1928.)

Le collapsus cardio-vasculaire dans la pathogénie de certains comas diabétiques acidosiques réfractaires à l'insuline.

Au cours de l'évolution des diabètes avec acidose et dénutrition, et plus particulièrement au cours du coma acidosique, il est possible d'observer des accidents d'insuffisance cardiaque à type de collapsus, dont la nature exclusivement diabétique et l'origine ne font absolument aucun doute.

Voici, d'après trois observations de Marcel Labbé et R. Boudin, le tableau de la forme cardiaque du coma diabétique.

Un diabétique, atteint d'une forme sévère de la maladie, avec acidose et dénutrition, tombe dans le coma. Au premier abord, c'est un coma banal ; la dyspnée de Kussmaul, l'hypotonie des

globes oculaires, tous les signes peuvent se trouver au complet ; l'élimination des corps acétoniques se fait en grande abondance. Néanmoins, l'on est frappé par la rapidité du pouls, qui bat parfois à 150 ; par la diminution, voire même par l'annulation de l'index oscillométrique ; par l'abaissement de la tension maxima, qui, au Vaquez, peut avoisiner 5. Sous l'action de l'insuline, la glycosurie et la diacéturie diminuent ou même disparaissent, la réserve alcaline se relève et redevient compatible avec la survie. Parfois même, le malade semble s'éveiller et reprendre conscience, mais il ne s'agit là que d'une trêve éphémère. Tachycardie et hypotension s'accentuent, les extrémités se refroidissent; parfois les urines se suppriment, et, en dépit de tous les tonicardiaques, la mort survient en quelques heures.

Avant l'insuline, l'évolution de l'acidose était tellement rapide qu'elle ne laissait pas à l'insuffisance cardiaque le temps de se manifester, en sorte que *la forme cardiaque du coma acidosique* apparaissait comme rarissime ; on la confondait aussi avec le collapsus cardiaque à forme comateuse des diabétiques sans acidose ni dénutrition. Actuellement, l'insuline a opéré la dissociation : le diabétique tel qu'il est décrit plus haut, guérit de l'acidose, mais succombe à l'insuffisance cardiaque, par un coma diabétique qui, lui, reste rebelle à l'insuline, alors que la plupart des comas guérissent sous l'action de l'insuline.

Pour expliquer les comas diabétiques réfractaires à l'insuline, on met en cause notamment l'insuffisance rénale ; mais il est un facteur, dont l'importance est certaine, et qui pourtant n'a pas été mis en vedette comme il le mériterait, c'est le collapsus cardio-vasculaire.

Mais le fait essentiel n'est pas l'insuffisance cardiaque ; c'est l'hypotension, une hypotension suraiguë ramenant en quelques heures la tension à 5 ou 6 ; avec cette hypotension importante, il y a le contraste de l'absence d'arythmie, de dilatation du cœur, de stase viscérale, d'œdème, et le faible degré de tachycardie.

Ces faits nous donnent des directives pratiques :

C'est d'abord une obligation rigoureuse de prendre, dans tout coma diabétique, la pression artérielle. Dans le coma banal, celle-ci ne s'abaisse pas au-dessous de 10 ; mais 6 à 7 doivent immédiatement faire classer le cas dans les formes avec collapsus cardio-vasculaire.

Du point de vue pronostic, cette notion a une importance capitale, puisqu'elle équivaut, jusqu'à présent tout au moins, à une condamnation inéluctable : l'acidose disparaîtra, mais le malade mourra de collapsus.

En thérapeutique, le champ est ouvert à toutes les initiatives : sans doute, il est indiqué de prolonger l'administration de l'insuline jusqu'à disparition de l'acidose, d'injecter du sérum chloruré, glycosé ou bicarbonaté, pour maintenir ou rétablir la diurèse ; de prescrire des injections intra-veineuses de digitaline ou d'ouabaïne pour lutter contre l'asthénie cardiaque associée ; en réalité, il ne s'agit là que de médication purement rationnelle, mais totalement inopérante. La seule thérapeutique efficace serait vraisemblablement celle qui s'adresserait à l'hypotonie vasculaire, somme toute l'adrénaline. Avec des doses énormes (10 milligr.), peut-être parviendra-t-on à améliorer le pronostic désastreux de cette forme heureusement rare de coma diabétique. (*La Presse médicale*, 29 février 1928.)

Comment combattre les phobies.

M. J. Jarkowski nous donne des indications psychothérapiques pour nous permettre, en présence de phobies à la phase de début, d'exercer sur les malades une action thérapeutique particulièrement efficace. La psychothérapie doit être directe, c'est-à-dire s'adresser aux forces psychiques régulatrices du malade, à sa raison, à sa volonté, à son énergie. Or, pour exercer une telle action, il est essentiel de fournir au phobique une explication des troubles dont il est atteint, explication qui doit être accessible à sa compréhension et qui doit justifier l'effort que nous allons lui demander.

Un individu, par ailleurs sain d'esprit, est persécuté par une représentation, une idée obsédante qu'il reconnaît absurde, mais qui le remplit d'une angoisse insupportable ; pour éviter celle-ci, le malade a recours à une série d'actes de défense, antalgiques, organisés en une sorte de rite qui se complique le plus en plus et devient finalement son unique préoccupation. Nous retrouvons toujours, en pareil cas, les trois éléments constitutifs de la phobie : l'angoisse qui exprime la souffrance du malade, l'obsession fixe et systématisée qui le distingue des autres anxieux, les actes antalgiques qui rendent le malade insociable et constituent la maladie la plus apparente de l'affection.

Dans beaucoup de cas, la phobie semble indépendante de toute affection neuropsychiatrique, mais fréquemment elle vient aussi compliquer divers autres états psychopathiques, et il est alors difficile de faire la discrimination.

Les actes antalgiques, qui donnent au malade, au premier abord, l'apparence d'un aliéné ne sont pas, à proprement parler pathologiques ; ils répondent à une besoin impérieux de défense de la part du malade ; pareils à une démangeaison que le grattage soulage d'abord, en l'exagérant ensuite, la phobie ne se calme sous leur influence que pour reprendre aussitôt après avec une force accrue.

La phobie doit être largement accessible à la psychothérapie directe, en faisant appel à la raison et à la volonté du malade ; mais, pour réussir, ce ne sont pas les troubles dont le malade se plaint, ses angoisses, ses obsessions, mais c'est sa valeur sociale, sa conduite, qui doit être, au moins en apparence, l'objectif principal de la psychothérapie. Il faut que le malade laisse vivre les autres et qu'il vive lui-même d'une vie normale, malgré les phobies. Mais pour justifier ce programme, si différent de ce que le malade nous demande, nous devons lui faire comprendre que les troubles qui le tourmentent ne présentent aucune gravité, qu'ils sont pour une grande part le résultat d'une suite de malentendus, d'erreurs. En premier lieu, nous tâcherons de lui faire comprendre que des idées paraissant étrangères à sa personnalité, qui surgissent dans sa conscience, ne traduisent nullement une perturbation mentale, bien qu'elles soient absurdes, n'indiquant pas des instincts anormaux lorsqu'elles sont contraires à sa nature, n'engagent en aucun point sa responsabilité morale même si elles répugnent à son sens éthique. De telles idées apparaissent à chaque instant dans l'esprit des hommes les plus normaux ; le fait de s'en rendre compte ne prouve souvent qu'une faculté d'introspection accrue. La simple explication de ces erreurs soulage déjà le malade dans une grande mesure ; mais alors, il faut faire appel à sa bonne volonté, lui demander un effort. Nous stimulerons son amour-propre, son sens du devoir, ses ambitions ;nous lui ferons voir l'image de la vie lamentable qui l'attend s'il s'y refuse. L'effort que nous lui demanderons doit consister, non en un accroissement de sa lutte contre les idées obsédantes (elle ne fait que les accroître), mais dans l'abandon complet de tout acte antalgique ; il doit apprendre à supporter ses obsessions sans réagir « en les traitant par le mépris ». Bien que le but immédiat de cet effort soit de corriger sa conduite extérieure, c'est de plus le meilleur remède contre son angoisse et ses obsessions : contrairement aux prévisions du malade, l'angoisse supportée sans réaction s'atténue et se calme, l'idée obsédante perd son empire, elle cesse d'être obsédante. (*La Presse médicale*, 14 mars 1928.)

L'entendant-muet.

Il s'agit de l'audi-mutisme. Le Dr J. Clarac rappelle que l'entendant-muet est un enfant ayant une apparence physique normale, âgé de plus de 3 ans et de moins de 10 ans, qui ne présente pas d'arriération intellectuelle très accusée, qui possède les organes de la phonation et de l'audition normalement constitués, qui ne paraît atteint d'aucune lésion cérébrale et qui, cependant, ne parle pas : à peine s'il émet des sons : « o, a, gue ». Ces malades sont parfaitement curables dans un temps plus ou moins long, en moyenne soixante semaines.

Dans leurs antécédents, on relève toujours une anomalie d'éducation : enfance malheureuse, souffrante, ayant fait de longs séjours dans les hôpitaux et de ce fait privés de l'éducation maternelle, ou bien ayant vécu isolé dans certaines campagnes. C'est aussi un anormal psychique, impulsif, coléreux, presque toujours grand instable, incapable de fixer son attention quelques minutes sur le même objet ; il lui manque deux grandes qualités, grâce auxquelles l'enfant normal peut apprendre : la spontanéité et la docilité.

Ces malades se distinguent ainsi de certains enfants, sans arriération mentale, tout à fait normaux, mais atteints d'un « retard électif de la parole », qui se démutisent d'ordinaire vers l'âge de 3 ans. Cependant leur arriération mentale ne doit pas être telle qu'ils ne puissent se démutiser avant 9 ou 10 ans ; ils présenteraient alors une tare physique ou psychique expliquant leur mutisme, et ce ne serait pas des entendants-muets...

Ils se distinguent aussi de ceux atteints de surdi-mutisme (complications fréquentes des otites, de la rougeole, des méningites ou affections congénitales), de mutisme otogène (dans lequel la lésion otique est curable, améliorable, alors que chez le sourd-muet elle est incurable).

L'audi-mutisme est essentiellement curable, mais en tant que trouble de la parole ; or, l'entendant-muet étant aussi un arriéré intellectuel, on a remarqué que, peut-être abandonné à lui-même, il évoluait vers l'opposition à parler et l'aggravation de la déchéance intellectuelle. Il convient donc de le traiter de façon précoce vers 5 ou 6 ans. Il est impossible d'améliorer ces malades rapidement dans le milieu familial, puisque c'est précisément lui qui a favorisé la persistance du mutisme. D'autre part, il est nécessaire de stimuler la curiosité de ces enfants, de les entraîner par l'exemple : il faut donc les placer au milieu d'autres enfants. Le placement dans les hôpitaux d'anormaux semble à peu près indispensable ; il faut, en effet, adjoindre à cette vie en conmmunauté, le pouvoir éducatif de maîtres habitués à manier des anormaux. Il faut s'efforcer de provoquer la parole par l'excitation de la vue et de l'ouïe (lecture labiale, orthophonie), de fixer l'instabilité par des séances, progressivement allongées et suffisamment variées de travail manuel ; c'est seulement dans ces conditions que l'auteur croit pouvoir permettre à ces deshérités de récupérer une certaine valeur. (*Journal de médecine de Bordeaux* 10 avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Epistaxis mortelles tardives consécutives à une fracture du crâne.

(M. G. Worms. — *Société de chirurgie* ; 2-5-1928.)

Le malade de M. Worms présenta, *quatre mois après* une fracture du crâne considérée comme guérie, une série d'épistaxis graves. Une dernière hémorrhagie, brutale, provoqua la mort, rapidement. L'autopsie montra une dilacération du sinus caverneux, la brèche veineuse communiquant avec le sinus sphénoïdal, d'où partaient les épistaxis.

L'auteur rappelle que dans un cas analogue, Jacques (de Nancy) réussit à sauver le malade par un tamponnement latéro-nasal de la cavité sphénoïdale, obtenu en dirigeant la mèche vers la paroi externe.

M. Worms conclut ainsi : la rupture du sinus caverneux peut se produire (assez rarement, sans doute) à une date lointaine du traumatisme original, par ulcération du vaisseau au contact d'une esquille détachée du foyer fracturaire.

La symptomatologie se réduit parfois à des épistaxis répétées, d'une désespérante ténacité. Le pronostic ne laisse aucun espoir si l'on n'est pas amené, par les signes tirés de l'examen local, à s'attaquer par voie nasale à la lésion initiale et à comprimer le vaisseau rompu.

Sphacèle d'un doigt après anesthésie en bague à la novocaine.

(M. Moulonguet. — *Société de chirurgie* ; 27-5-28.)

M. Lecène communique un rapport sur une observation de M. Moulonguet relative à un cas de sphacèle d'un doigt après anesthésie en bague à la novocaïne sans adrénaline.

Nous avons parlé déjà des accidents signalés à la suite de l'anesthésie en bague des doigts à la novocaïne-adrénaline et analysé la discussion à laquelle ils ont donné lieu à la Société de chirurgie. Ces accidents, d'ordre sphacélique, ont été attribués par les uns à la présence de l'adrénaline dans la solution injectée et par les autres à l'état inflammatoire, à l'infiltration des tissus ainsi anesthésiés. Dans le cas relaté par M. Moulonguet aucune de ces explications n'était valable. L'anesthésique employé contenait seulement de la novocaïne, sans adrénaline, et d'autre part, l'injection en bague fut pratiquée sur un doigt non inflammé, pour permettre l'ablation d'un corps étranger (aiguille) implanté dans la phalangette. La question, on le voit, conserve donc encore des incertitudes et il conviendra, malgré tout, de pratiquer avec une certaine prudence ces anesthésies en bague des doigts, qui rendent cependant des services.

Epilepsie et projectile intra-cranien.

(M. Maisonnet. — *Société de chirurgie* ; 30-5-1928.)

M. Maisonnet a soigné un malade qui reçut un coup de révolver dans la tête il y a vingt-cinq ans et conserva le projectile dans le cerveau. Pendant 15 ans il eut des crises épileptiques mais depuis dix ans, malgré la persistance du projectile intra-cranien, les symptômes convulsifs ont entièrement disparu.

Dans le rapport qu'il présente sur le travail de M. Maisonnet, M. Lenormant remarque que, pour plusieurs auteurs, l'évolution de l'épilepsie traumatique est regardée comme fatale et progressive. Behague, néanmoins, dès 1921, affirmait qu'il n'en est pas toujours ainsi. Un tiers des blessés épileptiques sans traitement, dit-il, vont en s'améliorant ; un tiers restent stationnaires ; un tiers s'aggravent. Depuis lors, de nombreux faits ont montré cette possibilité d'une amélioration spontanée de l'épilepsie traumatique. Il paraît établi, d'ailleurs, que les projectiles profondément enfouis dans l'encéphale ne sont pas épileptogènes, que seuls les corps étrangers corticaux peuvent jouer un rôle dans la production des crises.

— M. Picot a vu un cas inverse. Un blessé de guerre, porteur d'un éclat intra-cranien, n'eut pendant dix ans aucun accident et avait repris une vie absolument normale. A ce moment éclata brusquement, un soir, une crise épileptique généralisée. Après plusieurs heures de coma, la mort survint à la fin de la nuit.

P. L.

La cholécystectomie minima.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. de méd. de Paris* ; 8-6-1928.)

Pour poser sans hésitation et sans scrupule l'indication de l'exérèse en dehors de la cholécystite calculeuse ou suppurée, la chirurgien se base sur *un* des caractères suivants : les dimensions plus grandes de la vésicule, sa coloration blanche, son aspect graisseux, l'impossibilité de la réduire par l'expression digitale (oblitération partielle ou totale du canal cystique), l'aspect du tissu hépatique périvésiculaire montrant un réseau blanchâtre.

Mais, pourquoi un grand nombre de malades continuent-ils de souffrir, leur vésicule une fois enlevée ? Parce qu'il s'est produit des adhérences entre le foie, le duodénum, le côlon ; ces adhérences gênent le malade et occasionnent des troubles dyspeptiques. Or, en respectant la séreuse péri-vésiculaire, c'est-à-dire en faisant une cholécystectomie sous-séreuse, en ne supprimant en somme que la tunique muqueuse, les troubles sont amoindris ou supprimés d'autant plus

que le drainage peut souvent être supprimé ou réduit à son minimum. Chaque fois qu'une inflammation chronique n'a pas trop solidarisé la séreuse avec la sous-muqueuse, la chose est possible ; il suffit d'injecter un liquide ou un gaz entre séreuse et muqueuse et le cholécyste se dépouille de sa séreuse.

Dans tous les cas de cholécystectomie, il faut toujours supprimer l'appendice, car 9 fois sur 10 l'appendicite chronique est la cause de la maladie.

L'acidité gastrique après résection partielle pour ulcère.

(M. L. Pron. — *Soc. de méd. de Paris* ; 8-6-1928.)

La gastrectomie partielle, comme traitement de l'ulcère gastro-duodénal, gagne chaque jour du terrain sur la gastro-entérostomie ; on peut enlever jusqu'aux 2/3 de l'estomac. Le but est de supprimer la zone infectée, lieu de récidive, ou de diminuer l'hypersécrétion par diminution de la surface sécrétante, et cela sans augmenter la gravité opératoire, la mortalité étant de 2 à 4 p. 100.

Des observations faites par l'auteur, il résulte que si les larges résections amènent presque toujours un abaissement de sécrétion important, il faut tenir compte également d'un autre facteur excito-sécrétoire possible, c'est la résorption des produits de digestion intra-gastrique, et surtout le reflux dans l'estomac du liquide duodéno-pancréatique, dont l'activité est précisément augmentée par compensation de la diminution du chimisme gastrique.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Lamblia.

M. Denis, au nom de M. le prof. Tixier, présente un malade entré à l'hôpital pour des crises douloureuses abdominales accompagnées de vomissements, d'un peu d'hyperthermie et quelquefois suivies de subictère. L'examen ne décelait que des points douloureux sous-costal droit et appendiculaire. L'affection durait depuis 10 ans et avait amené un amaigrissement de 11 kilogrammes. L'examen des selles montra la présence de nombreux kystes de lamblia et un traitement au stovarsol, associé à l'émétine, amena une amélioration rapide. Le malade avait fait, pendant la guerre, un séjour en Albanie.

Enorme polype utérin sphacélé.

MM. Molin et Charachon relatent l'observation d'une malade de 49 ans porteur d'un volumineux fibrome avec hémorragies et température oscillant en 38° et 39°. A l'examen, énorme tumeur occupant les trois quarts de la cavité abdominale et faisant corps avec l'utérus. Apparition successive d'une phlébite gauche et d'une phlébite droite ; état général mauvais, grands frissons. On intervient quelques jours après : extraction facile d'une masse fibromateuse énorme que l'examen montre être un polype sphacélé comblant la cavité utérine et développé aux dépens du fond utérin. Isolement soigneux de la cavité abdominale et drainage à la Mickulicz. Guérison.

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Bruyère présente, au nom de M. Tavernier, une malade de 31 ans souffrant du genou gauche depuis deux ans. L'articulation paraît normale à l'examen clinique ; on note seulement une légère aug mentation de volume de l'extrémité inférieure du fémur ; seul l'examen radiographique a permis d'affirmer le diagnostic de tumeur à myéloplaxes. Comme traitement, M. Tavernier se propose d'évider la tumeur et de combler la cavité avec des greffes ostéo-périostiques.

Spina bifida occulta.

MM. Laroyenne et Rousselin. — Jeune homme de 24 ans, entré à l'hôpital pour des douleurs lombaires inférieures. A présenté de l'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 8 ans ; en 1927, contusion de la région sacrée par tampon de wagon. Aucun signe clinique en dehors des douleurs. La radiographie montre une déhiscence très nette oblique en bas et à gauche occupant toute la hauteur des lames de la première vertèbre sacrée. Il est important, en pareil cas, de rechercher les signes d'un mal de Pott qui pourrait coexister avec la *spina bifida* ; ces signes faisaient défaut ici. Le traitement est totalement différent suivant le cas : immobilisation, dans le mal de Pott ; dans la spina bifida, continuation d'une vie normale avec, éventuellement, opération aux rayons X.

Cancer méconnu de la prostate avec généralisation à l'os iliaque et au foie.

MM. Bonnamour et Giraud. — Malade de 80 ans, gros éthylique, entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'une cirrhose de Laënnec typique. Le malade perdait ses urines ; sa vessie n'était pas perceptible. L'autopsie révéla qu'il s'agissait d'un cancer secondaire du foie, le cancer primitif se trouvant au niveau de la prostate ; il existait également une généralisation à l'os iliaque. A côté de cette forme médicale, hépatique, du cancer de la prostate, on peut observer une forme pleuro-pulmonaire, une forme avec métastases osseuses, une forme phlébitique (Rebattu).

Tuberculose du rein.

M. Phélip présente un rein enlevé par néphrectomie et sur lequel on constate une caverne pleine de

mastic et une foule de granulations. L'auteur insiste sur les bons effets du régime, sur l'opérabilité de ces lésions : chez sa malade, le régime fit tomber l'urée sanguine de 0,71 à 0,26, ce qui la mettait dans de bien meilleures conditions pour l'intervention qui eut des suites très satisfaisantes.

Rupture traumatique de l'urètre.

M. Reynard rapporte le cas d'un sujet de 38 ans qui fit une chute à califourchon sur un tampon de locomotive, en juillet 1918. Vu le lendemain de l'accident, on constate : rétention complète ; vessie distendue ; gros hématome périnéal. Opération immédiate : l'urètre prébulbaire est divisé en deux tronçons que l'on retrouve et qu'on suture, ainsi que les muscles bulbo-caverneux. Suites normales, Le blessé est revu en 1927, soit neuf ans après ; l'explorateur n° 22 passe facilement. A noter qu'ici les lésions avaient été aggravées par des tentatives répétées de cathétérisme qu'il ne faut jamais faire en pareil cas (à défaut de cystostomie d'urgence, faire une ponction vésicale). L'opération de choix est l'urétrorraphie circulaire avec dérivation sus-pubienne sans sonde à demeure.

Injections intra-bronchiques de lipiodol par cathétérisme laryngo-trachéal.

M. Mounier-Kuhn présente un instrument destiné à faciliter les injections intra-bronchiques de lipiodol.

Syndrome douloureux de cholérystite chronique.

MM. R. Labry et Bouysset rapportent l'observation d'une malade de 30 ans entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales remontant à douze ans environ et survenant par crises qui, dans les derniers temps, avaient pris le caractère de coliques hépatiques nettes. A l'examen, tension épigastrique et point douloureux vésiculaire ; certains jours, on avait l'impression de percevoir une vésicule distendue. L'intervention (cholécystectomie) montra une vésicule légèrement distendue, ne renfermant aucun calcul, mais présentant une muqueuse d'aspect velouté parsemée par points assez rapprochés de formations d'un blanc jaunâtre (« vésicule fraise » de Mac Carty). Histologiquement, la paroi de cette vésicule présentait une allure inflammatoire assez intense.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Collet présente un homme porteur d'un fragment de dentier en caoutchouc de 53 millimètres de dents. L'œsophagoscopie permit d'apercevoir le corps étranger que la radioscopie montrait arrêté au niveau de la fourchette sternale ; mais au moment de le saisir il glissa dans l'estomac et fut éliminé deux jours après par l'anus.

L'existence de deux tumeurs sur le même larynx

M. Mayoux présente un larynx enlevé à un malade opéré quelques jours plus tôt d'une tumeur bénigne kystique. Un examen laryngoscopique ultérieur avait montré une ulcération du vestibule que l'examen d'un fragment prélevé avait révélé de nature cancéreuse.

Lymphosarcome médiastino-pulmonaire.

M. Pallasse et Mlle Lambert relatent l'histoire d'une femme de 63 ans, morte en trois jours dans le service après avoir présenté une dyspnée marquée, de l'amaigrissement et de l'asthénie, une tuméfaction de l'extrémité externe de la clavicule avec des douleurs à ce niveau étendues à tout l'hémithorax gauche, de l'ictère par rétention avec un gros foie, une matité importante à la base du poumon gauche, avec obscurité et souffle ; une ponction à ce niveau resta négative. A l'autopsie, grosse tumeur médiastinale rayonnant en éventail dans le poumon gauche et que l'examen histologique montra être un lymphosarcome.

Cancer du col utérin à forme hypertrophique.

MM. Cotte et Freidel présentent une pièce opétoire provenant d'une malade de 35 ans atteinte depuis six mois de pertes blanches, puis rouges ; jamais de douleurs, ni de troubles urinaires ; un peu de constipation. Au toucher, col très induré, remplissant tout le fond du vagin, saignant au contact du doigt. Opération de Wertheim typique. Il s'agit d'un néoplasme développé aux dépens de la lèvre antérieure du col, qui n'est pas bourgeonnante mais infiltrée.

Abcès profond, intra-musculaire, de la langue.

M. R. Gaillard présente un homme de 44 ans qui, depuis trois mois souffrait de dysphagie douloureuse et avait maigri de dix kilogrammes. Les douleurs sont réparties à la gorge, surtout du côté droit et s'irradient à l'oreille du même côté. A l'examen, immobilité de la langue qui ne présente aucune voussure apparente, mais dont la moitié droite présente une induration profonde très douloureuse. Pas de température. Une ponction avec une grosse aiguille trocart atteint l'abcès à deux centimètres de profondeur ; on retire environ six centimètres cubes de pus malodorant, mais non fétide. Soulagement immédiat. Actuellement, quinze jours après la ponction, la guérison est complète.

Adéno-cancer avec cirrhose.

MM. Bonnamour et Giraud présentent une pièce d'autopsie provenant d'un homme de 61 ans, éthylique certain et syphilitique probable, qui entra à l'hôpital avec un syndrome typique de cirrhose de Laennec, dont la seule particularité fut l'évolution

rapide. L'affection remontait à un mois avant l'entrée et le malade, déjà cachectique à ce moment et porteur d'une ascite abondante, mourut deux mois après. L'autopsie montra un foie atrophié, dur, clouté ; au-dessous de la face supérieure du lobe droit existait une tumeur de la grosseur d'une petite orange séparée du parenchyme par une capsule. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adéno-cancer avec cirrhose.

Paralysie générale traitée par la pyrétothérapie réglée

MM. Gaté et Christy présentent l'observation d'un paralytique général chez lequel ils instituèrent un traitement pyrétogène par le Dmelcos (vaccin anti-chancrelleux). Le malade succomba au cours du traitement à la suite d'un ictus. Mais les auteurs présentent ce cas en raison des deux faits suivants : 1° les accès thermiques furent de moins en moins marqués, ce qui semble un point faible de la méthode qui ne donne pas les accès thermiques soutenus de l'impaludation ; 2° le malade présenta, au cours des accès, des modifications pupillaires, traduction évidente d'une excitation du sympathique qui pourrait expliquer, par des modifications de la circulation cérébrale, l'action des poussées fébriles sur les maladies mentales.

Ictère préroséolique.

M. P. Delore (présenté par M. Pic) rapporte l'observation d'une jeune fille de 20 ans entrée à l'hôpital pour jaunisse : ictère généralisé remontant à douze jours, sans troubles digestifs, sans fièvre ; décoloration des selles, urines foncées avec pigments et sels biliaires. Cet ictère se prolongeait vingt jours après l'entrée, quand apparurent sur la face des plaques circinées que le prof. Favre déclara être de nature spécifique, puis apparut sur le tronc une roséole typique. Traitement bismuthique ; disparition des éruptions cutanées en six jours, de l'ictère en douze jours. Wassermann positif.

Un signe de la paralysie faciale périphérique.

M. Collet présente un enfant de 13 ans porteur d'une parésie faciale gauche reliquat d'une paralysie survenue à l'âge de deux ans. Actuellement, dans les mouvements alternatifs rapides d'ouverture et d'occlusion des yeux, on constate que l'œil du côté malade s'ouvre plus vite et plus complètement que l'autre et demeure plus ouvert.

Pleurésie séro-fibrineuse au cours d'une syphilis secondaire.

MM. Gaté et Barral rapportent l'observation d'une femme, indemne de tout antécédent tuberculeux, qui, au cours d'une syphilis secondaire, fit une pleurésie séro-fibrineuse d'allure assez spéciale : l'épanchement, ne donnant aucun signe fonctionnel, fut une véritable trouvaille d'auscultation ; il manifesta une tendance spontanée à la résorption, même avant tout traitement spécifique. Les auteurs tendent à admettre la nature syphilitique, et non tuberculeuse, de cet épanchement.

Quelques cas de pneumothorax artificiel bilatéral.

MM. Cordier et Ch. Gaillard ont pratiqué chez neuf malades des pneumothorax doubles et ont eu cinq bons résultats, un douteux et trois échecs. Ils pensent qu'on est en droit de tenter cette opération : 1° chez des malades anciennement porteurs d'un pneumothorax unilatéral chez lesquels apparaît une lésion évolutive grave opposée ; 2° chez les malades atteints de bacilloses fibro-caséeuses évolutives bilatérales chez lesquels les autres méthodes thérapeutiques semblent échouer.

Deux cas de tachycardie paroxystique terminale

MM. Dumas, R. Froment et Mlle Mercier relatent deux cas de tachycardie paroxystique qui ont abouti au bout de quatre jours à la mort brusque par syncope.

Bronchectasies apparues au cours d'une suppuration pleurale chronique.

MM. Pic, Paupert-Ravault et Paufique présentent l'observation d'un homme de 39 ans qui, à l'âge de 16 ans, eut une pleurésie purulente post-grippale traitée par la pleurotomie avec résection costale. Depuis le malade a toujours toussé et craché, et en 1924, il eut une vomique. En 1917, il entre à l'hôpital avec des signes de sclérose pulmonaire gauche étendue avec symphyse pleurale, expectoration purulente, sans B. de Koch. On pense à la possibilité de bronchectasies. Dans un second séjour, apparition d'une gangrène pulmonaire qui amène la mort. A l'autopsie, symphyse calleuse du poumon gauche avec nombreuses cavités du type bronchectasie ; abcès intra-pleural résiduel évacué autrefois par vomique. Gangrène secondaire avec sphacèle du poumon opposé. Amylose viscérale généralisée. Les auteurs, en l'absence de tout antécédent syphilitique chez ce malade, admettent que la dilatation des bronches était secondaire à la pleurésie purulente ancienne, par pachy-pleurite sclérosante rétractile et infection chronique du poumon sous-jacent.

Rétention chlorée intra-cérébrale au cours d'une pneumonie délirante chez un vieillard.

MM. Pic et Thiers présentent l'observation d'un homme de 81 ans qui succomba à une pneumonie suraiguë avec agitation extrême et délire furieux L'autopsie permit de déceler une rétention chlorée intra-cérébrale considérable, conséquence de l'imperméabilité rénale, qui existe toujours à cet âge, chez un vieillard présentant des lésions cérébrales antérieures (il s'agissait d'un sujet gâteux, à psychisme très diminué) ; cette rétention chlorée fut déclen-

chée par la pneumonie ; on sait que cette affection s'accompagne habituellement de rétention chlorurée qui se fait d'ailleurs en des points mal connus.

Syndrome aigu fébrile à poussées successives d'azotémie et de méningoencéphalite.

MM. CHALIER et LEVRAT présentent l'observation d'une femme de 50 ans qui, à trois reprises, fut amenée à l'hôpital avec les symptômes suivants : coma survenu en quelques heures, avec abolition de tous les réflexes tendineux, température autour de 40°, pouls à 120 ; pas de signes méningés, pas de paralysie, Babinski en flexion, réaction pupillaire à la lumière normale ; examen des organes négatif ; gros disque d'albumine ; le liquide céphalo-rachidien montrait quelques globules rouges à la cellule de Nageotte et 250 lymphocytes par bande, une albuminose élevée, le sucre augmenté. En deux ou trois jours, le coma se dissipait et la température redevenait normale ; les autres symptômes disparaissaient parallèlement. Dans l'intervalle de ces trois séjours, la malade menait une vie normale. On ne trouve rien dans les antécédents. Wassermann négatif, ainsi que le sérodiagnostic T.A.B. L'urée du sang atteignit 1 gr. 40. Il ne paraît s'agir ni de méningite urémique (disparition rapide de l'azotémie et de l'albuminurie, absence d'hypertension artérielle), ni d'hémorragies méningées minimes qui n'expliquent ni le coma complet, ni l'azotémie, ni l'hyperglycorachie. Reste l'hypothèse d'encéphalite épidémique, hypothèse que rien ne confirme. La malade a toutefois été soumise à un traitement par des injections intra-veineuses d'urotropine et, depuis deux mois, n'a pas repris de crises.

Reprise de fièvre typhoïde de type septicémique avec grands frissons ; efficacité remarquable du sérum de Rodet.

MM. CHALIER et LEVRAT relatent l'observation d'un malade de 23 ans qui fit une fièvre typhoïde banale ; la température tomba assez rapidement aux environs de 38°, s'y maintient une douzaine de jours, puis le malade prit un frisson très violent avec ascension thermique à 40° ; pendant quinze jours ces frissons se répétèrent une ou plusieurs fois par jour avec oscillations thermiques comprises entre 36°8 et 40°5. Très grosse rate ; hémoculture négative à l'entrée, positive à cette période de frissons On décide de faire des injections de sérum de Rodet. Dès la première, les frissons cessent, la température reste autour de 38°, la rate diminue rapidement. Le malade quitte le service complètement guéri. On sut par la suite qu'il était mort rapidement vingt-cinq jours après sa sortie dans des conditions indéterminées. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit là d'une action manifeste du sérum de Rodet chez un malade ayant présenté une reprise de fièvre typhoïde sous forme de septicémie éberthienne pure.

A. C.

Les Congrès

IXe Réunion neurologique internationale annuelle (1).

(suite et fin)

Le diagnostic et le traitement des tumeurs cérébrales a été étudié par Th. DE MARTEL pour la partie chirurgicale, par A. BÉCLÈRE, pour la partie radiothérapique.

Th. de Martel insiste sur les caractères spéciaux de la neuro-chirurgie, qui la différencient entièrement de la chirurgie générale : c'est une chirurgie toute de minutie, de prudence et de patience, qui doit être sans cesse guidée par les données neurologiques et radiologiques, et qui, à tous égards, mérite vraiment de constituer une spécialité autonome.

La chirurgie doit viser, de plus en plus, à enlever les tumeurs. Cela est vrai, naturellement, des tumeurs méningées. Mais on peut y prétendre également pour un bon nombre de gliomes , qui sont parfaitement clivables au milieu de la substance cérébrale,et nullement infiltrés,contrairement à la théorie classique.

Ces opérations radicales et curatives seront d'autant plus souvent réalisables que le diagnostic de la tumeur sera plus précocement posé. Les ressources nouvelles de l'examen radiographique, de la ventriculographie et de l'encéphalo-artériographie facilitent ces localisations, même dans des cas où les données de l'examen purement nerologique restent insuffisantes.

L'opération se fait autant que possible en un temps, mais elle est longue, et sa durée est hors de toute comparaison possible avec toutes les autres techniques chirurgicales : certaines de ces opérations durent cinq ou six heures, sept heures (Cl. Vincent), même neuf heures (Cushing).

Th. de Martel recommande l'anesthésie locale, qu'il utilise depuis quinze ans, et qui présente de multiples avantages : pas de toux, pas de vomissements, la collaboration du malade, qui peut prendre la position qui convient le mieux à chaque moment de l'intervention, et qui peut même, par une inspiration profonde, arrêter une grosse hémorragie veineuse.

L'anesthésie générale sera réservée aux malades agités, pour lesquels l'anesthésie locale est impossible. C'est l'éther qui a les préférences de de Martel et

(1) *Concours médical*, n° 38.

de Cushing ; cependant il a l'inconvénient d'élever la tension artérielle et d'augmenter la tension du liquide céphalo-rachidien.

La tension artérielle, la rapidité du pouls et l'état de la respiration sont attentivement surveillés pendant tout le cours de l'opération. Mais ce qui provoque les états de shock, ce n'est pas la durée de l'opération ni de l'anesthésie : c'est la brutalité des manœuvres ou l'hémorragie, surtout l'hémorragie veineuse.

La position de choix est la position assise. De Martel se sert d'un fauteuil spécial, qui réduit au minimum la fatigue du malade au cours des opérations prolongées,et qui permet, en cas de syncope, un mouvement de bascule rapide, sans souillure des champs opératoires.

Le grand obstacle des opérations cérébrales est l'hémorragie, et de Martel insiste sur les détails de technique qui permettent la suture si délicate des artérioles du cuir chevelu, la lutte contre les hémorragies du diploé grâce à une cire spéciale, l'oblitération des sinus et des émissaires veineux par des tigelles osseuses de calibre approprié, l'hémostase des méninges par les fragments de muscle de lapin prélevés aseptiquement, ou l'arrêt des hémorragies profuses du cerveau par les petits tampons d'ouate mouillés, avec aspiration du sang et lavage au sérum chaud.

Les autres points de technique, auxquels s'attache de Martel, sont l'instrumentation mécanique qu'il a créée pour la section de l'os, et dont il montre les multiples avantages et la parfaite tolérance, — l'hémostase extrêmement minutieuse du cuir chevelu et sa fermeture en trois plans (chacun de ces temps demandant souvent de quarante à soixante minutes), — la préparation du malade par un milligramme de scopolamine et un centigramme de morphine, — enfin quelques petites précautions préalables : deux orifices de trépanation doivent être percés, permettant de ponctionner, s'il est nécessaire, les ventricules latéraux ; les veines saphènes internes doivent être dénudées et préparées pour une injection intraveineuse de sérum ou même de sang filtré (Cushing) ; enfin, on peut préparer également la face externe de la cuisse, où l'on aura parfois besoi n de prélever des fragments de muscles nécessaires pour l'hémostase, ou une pièce de fascia lata destinée à réparer une brèche dure-mérienne.

La dure-mère ne doit jamais être incisée tant que la ponction ventriculaire, ou à son défaut, la ponction lombaire, n'a pas diminué sa tension.

Les grosses tumeurs ne peuvent souvent pas être énucléées, et il faut les morceler. Or, ce morcellement est très dangereux pour les tumeurs très vasculaires. Dans ce cas, l'électro-coagulation par anse galvaninique, telle que la pratique Cushing, peut être très utile.

Parmi les gliomes, ce sont les gliomes kystiques qui peuvent s'enlever le plus facilement, après ponction et injection d'un liquide fixateur dans leur cavité. Ils contiennent toujours une partie plus résistante, la « tumeur neurale » de Bailey et Cushing, qu'il faut s'efforcer d'extirper.

Les kystes hydatiques, les kystes cysticercosiques, les tubercules même sont généralement faciles à enlever. Mais l'ablation de ces derniers n'empêche pas les malades de mourir de méningite tuberculeuse de deux à six mois plus tard. Aussi de Martel, de même que Cushing, ne les enlève plus maintenant.

Les syphilomes sont exceptionnels.

La pachyméningite hémorragique ne bénéficie pas de l'opération.

Les tumeurs du cervelet, les tumeurs de l'acoustique, les tumeurs du vermis médian comportent quelques précautions de technique spéciales, sur lesquelles insiste le rapporteur. Dans beaucoup de ces dernières, et dans les tumeurs de l'acoustique, il faut en général, comme le conseille Cushing, se contenter de l' « énucléation » ou de l'ablation partielle ; parfois même l'opération en deux temps est indiquée. La technique de l'énucléation a donné 24 succès à de Martel sur 30 tumeurs de l'acoustique qu'il a opérées par ce procédé. Cette statistique démontre avec éloquence l'importance des progrès réalisés dans la chirurgie cranienne et auxquels, depuis quinze ans, de Martel a largement contribué. De plus en plus, la trépanation décompressive doit céder le pas aux interventions plus radicales.

***

Nul n'était mieux qualifié que A. Béclère pour mettre au point les indications, la technique, les résultats et les accidents du **traitement radiothérapique** dans les tumeurs cérébrales.

A la différence des autres rapporteurs, A. Béclère n'écarte pas de son sujet les tumeurs de l'hypophyse. Bien au contraire, c'est par elles qu'il commence son étude, parce que ce sont à la fois les plus radiosensibles et les plus facilement accessibles à l'irradiation parmi toutes les tumeurs intracraniennes. Les cas les plus favorables à cet égard sont les cas d'acromégalie et de gigantisme, qui correspondent toujours à des adénomes chromophiles. Les cas d'infantilisme ou de syndromes adiposo-génitaux lorsqu'ils manifestent un adénome chromophobe, peuvent être également sensibles aux rayons. Par contre, s'ils sont en rapport avec une tumeur développée aux dépens des reliquats embryonnaires de la poche de Rathke, la rœntgenthérapie reste sans action, — et cela quel que soit le développement, intrasellaire ou extrasellaire, de la tumeur. Dans certains cas, cependant, certaines tumeurs suprasellaires, sans déformation de la selle turcique, sont sensibles aux rayons (Roussy et Lhermitte).

La technique du traitement rœntgenthérapique des tumeurs hypophysaires reste celle dont A. Béclère avait fixé le principe dès 1909, à cela près que l'on parvient maintenant, grâce aux méthodes de radiothérapie pénétrante, à faire pénétrer dans la selle turcique des doses environ vingt fois plus fortes

qu'autrefois. Les observations ne se comptent plus, qui témoignent de l'heureuse influence des rayons X sur les divers symptômes des tumeurs de l'hypophyse, particulièrement sur les troubles visuels.

Les tumeurs cérébrales proprement dites ne fournissent pas à la rœntgenthérapie un terrain aussi favorable. Cependant, de nombreuses observations, depuis les premiers essais de Nordentoft (1915), ne permettent plus de douter de son efficacité. Mais, à cet égard, il existe de grandes différences, qui s'expliquent surtout par la nature très variée des tumeurs. Or, ce sont les tumeurs les plus graves et les plus rapides dans leur évolution qui sont précisément les plus radiosensibles ; ce sont en effet celles qui sont les plus riches en cellules et dont les cellules sont les moins hautement différenciées.

D'après la statistique de Bailey, Sosman et van Dessel qui porte sur 256 cas de la clinique de Cushing, les tumeurs les plus radiosensibles sont les gliomes, et, parmi eux, les médulloblastomes et les spongioblastomes multiformes, pour lesquels la durée moyenne de survie est de douze à quinze mois sans irradiation, et de dix-neuf à trente-quatre mois après irradiation. D'autres gliomes, tels que les astrocytomes protoplasmiques, les astroblastomes, certaines tumeurs métastatiques (Krison), peuvent également peut-être en bénéficier. Au contraire, il ne semble pas qu'il y ait intérêt à irradier d'autres variétés de gliomes, telles que les astrocytomes fibrillaires, les oligodendrogliomes, les spongioblastomes unipolaires. Les épendymomes, des schwarnomes, — et en particulier, les tumeurs de l'acoustique. — les méningiomes, les tumeurs d'origine embryonnaire (poche de Rathke) ne sont pas justiciables de l'irradiation.

Pour les auteurs américains, seuls les adénomes hypophysaires peuvent être soumis d'emblée aux rayons X, sans intervention préalable. Toutes les autres tumeurs ne doivent être irradiées qu'après trépanation décompressive et même après tentative d'extraction et biopsie permettant d'apprécier l'indication et le pronostic de l'action rœntgenthérapique.

Mais, sur ce dernier point, A. Béclère critique l'opinion de Bailey, Sosman et Van Dessel. Il montre, par des exemples concrets, que la radiothérapie peut déterminer des améliorations rapides et durables dans des cas où la tumeur n'a pas été découverte après l'opération, et même dans des cas où la trépanation décompressive n'a pas été faite. Dans de telles observations, il n'est d'ailleurs pas du tout certain que les rayons aient eu une action quelconque sur les cellules de la tumeur ; il est très possible, selon l'hypothèse de Marbug et de Sgalitzer, que l'influence favorable des rayons s'exerce directement sur les plexus duroïdes, et par là sur la sécrétion (ou sur la résorption) du liquide céphalo-rachidien.

A. Béclère a déjà exposé, avec une clarté lumineuse il y a trois ans, à la Société de neurologie, les inconvénients et les dangers du traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales. Les accidents possibles sont d'ordres divers : accidents radionécrotiques, qui peuvent toucher le tissu nerveux ou ses capillaires sanguins, accidents toxiques liés à la destruction massive des grosses tumeurs très radiosensibles ; mais les plus fréquents en pratique sont les accidents mécaniques dus à la « préréaction », c'est-à-dire à la congestion et à l'œdème qui se produisent souvent dans les quarante-huit heures qui suivent l'irradiation. Ces phénomènes de préréaction, lorsqu'ils se déclanchent au voisinage de « tumeurs incarcérées », c'est-à-dire de tumeurs enfermées dans des cavités à parois inextensibles, déterminent des accidents mécaniques : lorsqu'il s'agit de tumeurs encéphaliques, ce sont des poussées d'hypertension cranienne, qui peuvent affecter la plus haute gravité, et qui expliquent certaines morts subites post-radiothérapiques. A cet égard, la trépanation décompressive préalable crée une soupape de sûreté, qui permet de conduire plus hardiment la radiothérapie. En tout cas, il importe, dans toute radiothérapie cranienne, mais plus spécialement chez les malades non trépanés et chez les malades qui ont déjà une tension élevée du liquide céphalo-rachidien, de commencer par des doses faibles de rayons, et de ne poursuivre la cure que sous le contrôle fréquent du manomètre de Claude et de l'ophtalmoscope.

Le rapporteur indique enfin quelques-unes des notions techniques principales auxquelles il est parvenu dans la rœntgénothérapie des tumeurs encéphaliques: il y faut « des rayons très pénétrants, fortement filtrés, émis à grande distance et dirigés par plusieurs portes d'entrées sur de larges surfaces. Après une première irradiation d'épreuve à la dose cutanée de 500 R. (unité française Solomon), il est prudent, aux séances suivantes, séparées par un intervalle d'au moins quarante-huit heures, de ne pas dépasser la dose de 1.000 R. par séance. »

La curiethérapie ne paraît guère présenter d'avantages. Il faut, en tout cas, renoncer à implanter des aiguilles dans le tissu cérébral ou dans les tumeurs : cette méthode, en effet, ne permet pas une répartition convenable des doses.

La radiothérapie, au contraire, est un agent thérapeutique souvent efficace de l'hypertension cranienne, et un puissant procédé de lutte contre les formes les plus malignes et les plus envahissantes des tumeurs encéphaliques. Rien ne permet, jusqu'à présent, de penser qu'elle puisse *guérir* des tumeurs cérébrales. Mais elle peut certainement soulager des malades et prolonger leur existence.

***

Discussions et communications

Classification des tumeurs cérébrales. — M. Roussy critique les termes d'endothéliomes, de psammomes, appliqués à des tumeurs d'un volume important. Il distingue des méningiomes d'origine conjonctive, et des méningiomes de nature neuro-épithéliale. Il doute de l'origine endothéliale

des hémangiothéliomes. Il réclame enfin une classifi-ctation physio-pathologique, clinique et pratique des tumeurs cérébrales, dégagée de toute notion histogénétique, et fondée sur un matériel de faits considérable. Une telle classification existe déjà pour les tumeurs de la peau et pour les tumeurs du sein.

Les troubles mentaux dans les tumeurs des lobes frontaux. — M. H. Baruk. — Les troubles mentaux constituent une part importante de la séméiologie des tumeurs des lobes frontaux ; leur analyse minutieuse peut fournir un appoint précieux au diagnostic. L'auteur en décrit les principaux aspects en se basant sur quinze observations qu'il a recueillies (avec vérification anatomique). On observe surtout: 1° de la confusion mentale avec torpeur ou avec confusion amnésique ; 2° des syndromes d'allure démentielle qui rappellent la paralysie générale ; 3° des troubles de l'humeur et du caractère (euphorie, puérilisme, etc).

L'auteur envisage les éléments du diagnostic différentiel et les rapports des troubles observés avec la nature de la tumeur.

Les troubles de la mastication et de la déglutition dans les tumeurs du lobe frontal. — M. Laruelle (de Bruxelles) a observé, dans un cas de tumeur du lobe frontal, des troubles de la mastication et de la déglutition, qui s'associaient à la paralysie faciale du type frontal.

Remarques cliniques et anatomiques sur 12 cas de tumeurs frontales. — MM. Barré et Crusen (de Strasbourg). Par ordre de fréquence décroissante, les « Signal-symptômes » on t été la céphalée, les bourdonnements d'oreille, les vertiges, les crises passagères d'amaurose. Les troubles psychiques manifestèrent les premiers la tumeur dans trois cas seulement. Ces troubles ont existé dix fois au cours de l'évolution ; mais cinq fois, ils furent tardifs et terminaux. Les troubles de la parole (arrêt brusque, bredouillement passager, etc.) se virent six fois. Les troubles pyramidaux sont souvent légers, localisés, intermittents ; le signe de Babinski présente quelques particularités. Les crises Bravais-Jacksoniennes furent observées dans six cas; elles consistaient parfois en quelques secousses d'un segment de membre. L'olfaction est souvent troublée d'un côté ou même des deux, pour une tumeur unique. Les troubles vestibulaires sont fréquents, s'imposent à l'observation ; ils peuvent dérouter. Les auteurs ne peuvent en donner une formule simple. Aucun trouble cérébelleux vrai ne fut noté.

La stase et l'hypertension existèrent neuf fois sur onze, mais souvent très tard. Tout l'hémisphère qui contient la tumeur est déformé ; les noyaux gris et les ventricules repoussés en arrière.

C'est particulièrement avec les tumeurs temporales que le diagnostic est difficile. La distinction avec les tumeurs de l'étage postérieur est maintenant simple. Beaucoup de tumeurs frontales sont énucléables ; l'amélioration de nos connaissances cliniques doit permettre au neurologiste de guider le chirurgien vers une voie précise. La mortalité doit s'abaisser dans un avenir prochain. La ventriculographie aura été un adjuvant passagèrement utile.

La méningite séreuse soi-disant idiopathique. — M. Viggo Christiansen (de Copenhague) estime que la prétendue « méningite séreuse idiopathique » est extrêmement rare, si tant est qu'elle existe. Il ne l'a jamais rencontrée sur environ 500 cas d'hypertensions intracraniennes qu'il a étudiés. Toute méningite séreuse doit faire soupçonner une tumeur cérébrale latente.

L'encéphalographie artérielle. — M. Egas Monitz (de Lisbonne) précise la technique de l'épreuve qu'il a préconisée et qui, dans 24 cas où il l'a employée, ne lui a jamais donné d'accident grave. Il montre, en projection, des radiographies très démonstratives qu'il a obtenues par ce procédé, et qui indiquent très bien la localisation des tumeurs. Mais il faut tenir compte de nombreuses anomalies artérielles, qui rendent parfois difficile la lecture des clichés.

L'encéphalographie ventriculaire (projections). — M. Laruelle (de Bruxelles).

Sur la valeur de l'encéphalographie. — M. Foerster (de Breslau) projette une série de ventriculogrammes. Certains d'entre eux montrent bien, non seulement les ventricules latéraux, mais le III^e ventricule, l'espace sous-trigonal, et même le IV^e ventricule. L'examen de ces derniers permet de localiser certaines tumeurs du tronc vertébral.

Volumineuse tumeur cérébrale localisée à la pariétale ascendante droite. — MM. L. Babonneix et A. Widiez rapportent le cas d'une tumeur cérébrale dont les symptômes s'étaient manifestés par les signes d'hypertension intracrânienne habituels, sans stase papillaire, et par des fourmillements, puis par une hémiplégie localisée au côté gauche. A l'autopsie, il y avait un méningiome de la partie supérieure de la pariétale ascendante droite. Si les résultats négatifs de l'examen ophtalmoscopique n'avaient pas conduit, d'ailleurs à tort, les auteurs à abandonner la bonne hypothèse, ce cas aurait, sans doute, bénéficié d'une intervention, puisque la tumeur était unique, superficielle, et bien isolée des circonvolutions voisines.

Hallucinations lilliputiennes au cours d'une tumeur de l'hypophyse. — MM. A. Souques et H. Baruk. — Il s'agit d'une tumeur de l'hypophyse, qui s'est traduite, d'abord par du petit mal, puis par des hallucinations lilliputiennes, enfin par un syndrome d'hypertension incracranienne avec les signes de localisation habituels. Les hallucinations lilliputiennes pré-

sentaient leur caractère classique (vision de petites poupées colorées et mobiles) ; elles étaient strictement unilatérales, dans le champ de l'hémianopsie, et parfaitement conscientes.

Les auteurs discutent la pathogénie de ces hallucinations, qu'ils rattachent à l'irritation des voies optiques périphériques, et plus particulièrement du chiasma des nerfs optiques.

Tumeur frontale ayant simulé une lésion de l'artère cérébrale antérieure. — MM. J.-A. Chavany et R. Baldy. — Cette observation anatomo-clinique est intéressante du fait de l'âge du sujet (quatre-vingt-un ans), et parce que la symptomatologie (monoplégie crurale droite, apraxie idéo-motrice sans aphasie) orientait vers le diagnostic de lésion de l a cérébrale antérieure. Il n'existait, en dehors de crises d'épilepsie bravais-jacksonienne, aucun indice d'hypertension intracranienne. Les auteurs insistent sur deux signes : le signe de la préhension forcée, et une agitation musculaire très spéciale, qui survenait à la suite d'excitations cutanées ou tendineuses. La tumeur était un gliome sous-cortical, qui infiltrait d'avant en arrière la première circonvolution frontale et la région du lobule paracentral.

Gliome de l'hémisphère gauche avec xanthochromie du liquide ventriculaire, et liquide spinal normal. Action des injections hypertoniques sur la pression ventriculaire. — MM. Th. Alajouanine et H. Baruk — Il s'agit d'un cas de gliome diffus de l'hémisphère gauche, qui s'est traduit par de l'épilepsie, puis par un syndrome mental confusionnel à évolution rapide. On a constaté en outre une dissociation entre le liquide ventriculaire, qui était xanthochromique et qui subissait la coagulation massive, et le liquide spinal, qui était de composition normale.

Anatomiquement, il y avait compression du tronc cérébral et de l'aqueduc de Sylvius par des hémisphères infiltrés.

Enfin, on a pu mettre en évidence un abaissement marqué de la pression ventriculaire sous l'influence des injections intraveineuses de solutions hypertoniques glucosées.

Troubles vestibulaires dans les tumeurs cérébrales. (Etude basée sur 35 cas). — MM. J.-A. Barré et Alfandary (de Strasbourg) insistent sur la fréquence de l'atteinte du nerf vestibulaire, notée d'abord par Souques.

Les troubles vestibulaires diffèrent selon que la tumeur est supra ou intratentoriale. Les examens cliniques ont plus de valeur que les examens instrumentaux. Les tests d'Eagleton ne se trouveront vérifiés que dans 27 p. 100 des cas de tumeurs et se rencontrent en dehors des tumeurs.

Les auteurs croient que l'hypo ou l'inexcitabilité vestibulaire précoce par tumeur ne se voit que si la tumeur comprime directement le nerf. L'hypoexcitabilité tardive peut se trouver dans n'importe quelle tumeur. Le signe du « syndrome vestibulaire disharmonieux », décrit par l'un des auteurs, permet de penser à une affection cérébelleuse, même en l'absence des signes cérébelleux classiques.

Jusqu'à maintenant, l'hypertension ou la stase labyrinthique se montre moins fidèle et moins utilisable que la stase papillaire, dans la majorité des cas au moins.

Les tumeurs de l'étage postérieur du crâne — M. Boschi (de Ferrare) montre que les tumeurs de l'étage postérieur entraînent, plus que toutes autres, une forte hypertension sous-arachnoïdienne et une stase papillaire précoce. La trépanation décompressive, en pareil cas, doit être occipitale postérieure.

Contribution clinique à l'étude des tumeurs cérébrales. — M. Brunschweiler.

Deux cas de tumeurs des noyaux centraux. Parkinsonisme symptomatique. — M. Bzrezicki (de Cracovie).

La perceptibilité différentielle des sons dans les tumeurs cérébrales. — M. Mendelssohn.

Parésie faciale controlatérale dans les tumeurs de l'étage postérieur. — M. H. Roger (de Marseille).

Le liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs cérébrales. — M. Aàyla (de Rome).

L'inconstance de la stase papillaire dans les tumeurs cérébrales. — MM. G. Guillain et Lagrange.

La pathogénie de la stase papillaire. — M. Dupuy-Dutemps.

Le traitement chirurgical des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — M. Viggo Christiansen (de Copenhague).

Le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales. — M. Pussepp (de Tartu).

A propos de 14 interventions pour tumeurs cérébrales. — MM. H. Welti et Renard. — La trépanation décompressive n'est légitime qu'en présence d'une tumeur non localisée ou inextirpable. Dans ces circonstances, elle peut cependant donner des résultats. Ceux-ci seront d'autant plus satisfaisants que la dure-mère aura été incisée et la décompression faite au voisinage de la tumeur. Une observation de trépanation sous-occipitale pour tumeur de l'auditif semble justifier cette conduite thérapeutique.

Effet heureux, mais passager, du traitement radiologique dans deux cas de tumeurs cérébrales. — MM. J.-A. Barré et Metzger (de Strasbourg). — Dans deux cas de tumeurs, l'une rolandique, l'autre rolan-

do-frontale, les auteurs ont obtenu un très brillant résultat (disparition rapide et complète des céphalées, des crises jacksoniennes, des paralysies, régression de la stase papillaire), mais ce résultat dura seulement trois mois.

Le docteur Gunsett avait donné quatre séances de 3.500 à 4.000 R. La récidive se produisit, brutale ; un nouvel essai radiothérapique se montra peu efficace ; un des deux malades a été opéré ; la région superficielle du cortex ne présentait pas les modifications qu'on trouve parfois ailleurs après radiothérapie, et qui en font souvent redouter l'usage par les chirurgiens.

La radiothérapie des tumeurs cérébrales contrôlée par la mesure de la tension du liquide céphalo-rachidien. — M. J. Froment (de Lyon) montre que cette mesure est indispensable, surtout chez les malades qui sont soumis aux rayons sans trépanation préalable.

Sur la radiothérapie des tumeurs cérébrales. — M. Solomon insiste particulièrement sur les excellents résultats donnés par la radiothérapie, même en un petit nombre de séances, dans les tumeurs hypophysaires.

J. Mouzon.

Les Thèses

P. — Dr P. Monod. — **Le drainage à la Mickulicz dans les appendicites graves.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1927.)

Dans le traitement des appendicites aiguës graves, gangrène de l'appendice, perforation ayant entraîné des péritonites généralisées ou localisées, il y a nécessité de laisser la plaie opératoire largement ouverte après l'intervention à chaud. Le drainage suivant le procédé de Mickulicz est le procédé de choix. Il réalise au mieux le maintien de la béance de la plaie. La fermeture systématique paraît être un danger.

Dans les péritonites localisées (abcès appendiculaires proprement dits avec barrière solide d'adhérences) organisées. Le Mickulicz donnera le maximum de sécurité.

Dans les péritonites généralisées, les appendicites gangréneuses, les appendicites septiques, les appendicites à foyers multiples l'emploi du Mickulicz paraît être la méthode de choix qui abaissera le pourcentage de mortalité.

P. — Dr L. Paillard. — **La séro-réaction à la résorcine de Vernes dans le diagnostic de la tuberculose** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris 1927.)

La séro-réaction à la résorcine de A. Vernes — séro-mesure de l'infection tuberculeuse —, soit en s'ajoutant aux indications données par la clinique, la radiologie ou la bactériologie, soit en l'absence de tout autre signe, est un procédé d'investigation solide pour le dépistage de la tuberculose, notamment dans ses formes larvées.

La spécificité de la réaction est pour ainsi dire absolue. La syphilis ne gêne en aucune façon la séro-floculation à la résorcine, sauf dans les cas rares de malades porteurs de chancre syphilitique au début, où alors le diagnostic est de la plus grande facilité. On sait que, au contraire, la réaction de fixation du complément ne peut être appliquée aux syphilitiques.

C'est une réaction d'activité de la tuberculose ; un seul examen n'a jamais de valeur absolue ; il importe toujours de dresser la courbe de l'infection, et si l'on trouve un degré photométrique dans la zone d'incertitude, le doute se trouvera dans la suite éclairci.

La séro-réaction à la résorcine de A. Vernes, permettant de déceler l'infection tuberculeuse, de dépister les formes larvées, contrôler la fixité des guérisons apparentes, rendra, il n'est pas douteux, d'immenses services au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie dans la lutte anti-tuberculeuse.

P. — Dr C. Jany, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Etude radiologique des broncho-pneumonies aiguës de l'enfance.** — (Librairie médicale et scientifique, Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Les images radiologiques des broncho-pneumonies aiguës de l'enfance, aussi diverses que les formes cliniques de la maladie, sont suffisamment importantes pour justifier une étude d'ensemble.

On peut les diviser en deux groupes : les images nodulaires et les images en foyer.

Les caractères généraux des *images nodulaires* sont les suivants : 1° un réseau broncho-vasculaire épaissi et flou forme le fond de l'image ; 2° sur cette trame se disposent des taches nodulaires de volume, de forme et de groupement très variables ; 3° on observe le plus souvent une prédominance marquée de toutes ces ombres sur le territoire lobaire inférieure, et leur atténuation du hile vers la périphérie.

Sous le nom d'*images en foyer*, l'auteur décrit des opacités d'un seul tenant et nettes dont l'existence est niée par les pédiatres lyonnais.

Ces ombres peuvent être parfaitement homogènes et uniformes ; plus souvent, à un fort éclairage, transparaissent quelques zones de teinte inégale. La netteté de leur contour est surtout fonction de leur siège et de leur étendue : image triangulaire ou en casque dans les hépatisations pseudo-lobaires du lobe supérieur ou moyen ; ombre dégradée dans les pseudo-hépatisations de la base.

Les caractères particuliers des images radiographiques, en rapport avec le siège et l'intensité, permettent la description de formes radiologiques. Parmi les images nodulaires, une des dispositions les plus fréquentes est la prédominance lobaire, inférieure, déformant la projection cardiaque, et la dissémination généralisée et uniforme. Les images frustes, discutables, en rapport avec des taches petites et peu opaques, ne sont pas rares. Parmi les images en foyer, on distinguera les formes pseudo-pneumoniques, où une seule ombre constitue toute la lésion, et les images associées à des taches nodulaires.

La disparition rapide des ombres nodulaires et la persistance très longue des traînées « péribronchiques sont les caractères essentiels de l'évolution radiologique. L'image de convalescence s'apparente à « l'ombre triangulaire non homogène de la base » qu'on a décrite comme celle des séquelles, amorce de sclérose et de dilatation bronchique.

Il n'y a pas de relation établie entre le siège ou l'étendue des ombres anormales et les signes d'auscultation ou la gravité de la maladie.

L'étude anatomo-radiologique montre :

1° Que l'accentuation des arborisations broncho-vasculaires semble due à un processus de péri-bronchite aiguë ;

2° Que les taches nodulaires sont en rapport avec les nodules péribronchiques.

Cette étude justifie la fréquence des images frustes par l'importance de l'emphysème ; elle explique la possibilité des ombres opaques et homogènes des broncho-pneumonies lobaires où la fusion des nodules est si complète que l'aspect du poumon est celui d'une hépatisation pneumonique, et de celles de broncho-pneumonies pseudo-lobaires où il y a simple juxtaposition très serrée de nodules nombreux distendus par la fibrine.

Les images radiologiques des broncho-pneumonies aiguës n'ont pas un caractère pathognomonique qui permette de trancher un diagnostic clinique hésitant. Néanmoins, sont en faveur d'une broncho-pneumonie aiguë simple les caractères suivants : l'arborisation épaissie et floue des pédicules, avec prédominance des lésions sur le territoire lobaire inférieur lorsqu'il s'agit d'image nodulaire ; l'homogénéité rarement absolue des images en foyer pourvu que la pénétration des rayons ait été suffisamment grande.

En dernière analyse, le diagnostic reste toujours la synthèse des différents moyens d'exploitation. Il faut se garder « de demander à la radiologie plus qu'elle ne peut donner ». Elle ne peut à elle seule modifier la nosologie des affections pulmonaires aiguës du nourrissons, à l'encontre des nombreuses et anciennes observations cliniques et anatomiques.

N. — Dr J. Herbeuval. — **Hémarthrose hémophilique du genou.** (Imprimerie Bailly et Wettstein, Nancy, 1927.)

Les hémarthroses hémophiliques apparaissent de très bonne heure avec leur tableau clinique caractérisé par la spontanéité de leur apparition, les douleurs violentes, le gonflement articulaire, l'impotence absolue, les symptômes généraux. En une huitaine de jours, tout rentre dans l'ordre sans laisser de trace. La répétition des hémarthroses amène, au bout d'un temps variable, la production d'une arthropathie chronique ; à ce stade, les reliquats subsistent après chaque accès, évoluant petit à petit vers l'immobilisation de l'article en position vicieuse, et simulant parfois l'ostéoarthrite tuberculeuse.

Il est très important de faire, le plus rapidement possible, le diagnostic hémarthrose hémophilique ; une connaissance exacte des symptômes caractérisant cette diathèse est absolument indispensable. Une erreur de diagnostic entraînant une intervention chirurgicale, peut avoir les conséquences les plus graves. Le diagnostic se fera avec les signes héréditaires, le mode d'évolution de l'arthropathie, la radiographie et l'examen hématologique.

La radiographie décèle les altérations des extrémités osseuses qui se produisent tardivement. L'ankylose peut survenir après une deuxième poussée d'hémarthrose sans qu'il existe de lésions articulaires ou osseuses.

La radiothérapie trouve une application nouvelle dans le traitement de l'hémophilie : la constance de ses résulttats, son efficacité curative et préventive, la rapidité de son action presque instantanée lui créent des indications dans tous les cas particulièrement graves.

On pourra associer, à côté des irradiations de la rate, les injections sous-cutanées de sérum frais de cheval ou les injections de peptone répétées aussi longtemps qu'il est nécessaire, les sels de calcium, l'opothérapie, et enfin, en dernier lieu, la transfusion sanguine.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS A L'ÉTRANGER

Je livre à la méditation des partisans de l'Ordre des médecins la manière dont certains gouvernements comprennent la juridiction professionnelle.

Dans la lutte du pot de fer contre le pot de terre, le plus fort, — celui qui fait les lois — impose aux plus faibles, — ceux qui obéissent aux lois par crainte des gendarmes, — un conseil de l'Ordre, qui laisse bien loin derrière lui les conceptions de certains confrères français.

Au lieu de laisser la profession médicale faire elle-même sa police déontologique, le gouvernement d'un canton suisse entend ne pas voir échapper notre corporation à son contrôle et à la tutelle administrative.

Oyez plutôt :

Canton de Vaud (Suisse)

Art. 1. La chambre des médecins se compose .

1° Du conseiller d'État, chef du département de l'intérieur remplissant les fonctions de président ;

2° De 5 médecins et de 3 suppléants (pratiquant leur art dans le canton), nommés par le Conseil d'État sur présentation de la Société Vaudoise des médecins pour une période de 4 ans et rééligibles.

3° Elle se complète d'une personne désignée par le Conseil d'État parmi les membres de la magistrature ou du barreau sur présentation de la chambre ;

4° D'un secrétaire nommé par la chambre n'ayant pas voix délibérative.

Art. 2. La chambre des médecins est appelée par les autorités à donner son avis dans les enquêtes instruites contre ceux qui ont contrevenu aux lois ou règlements concernant la pratique médicale.

Art. 3. Lorsqu'un médecin pratiquant dans le canton commet des actes répréhensibles ou tout au moins indignes de sa profession, la chambre des médecins l'invite à comparaître devant elle pour lui demander des explications et peut lui adresser une réprimande.

Art. 4. En cas de contestations relatives aux honoraires entre un médecin et son client, la chambre des médecins peut être requise par l'un ou l'autre des intéressés d'en arrêter le montant. Cette décision n'a qu'une valeur consultative, les parties restent libres de soumettre aux tribunaux le principe de la dette et de sa quotité.

Art. 5. Si un conflit relatif à l'exercice de leur profession surgit entre deux médecins, l'intervention de la chambre des médecins peut être requise par l'un ou l'autre en vue de tenter une conciliation.

Art. 6. La chambre des médecins donne son avis sur les questions professionnelles qui lui sont soumises par le Conseil d'Etat.

Art. 7. Le médecin qui refuse de comparaître devant la chambre des médecins ou de fournir des explications ou renseignements qui lui sont demandés est passible d'une amende de 1 à 500 francs prononcée par le Conseil d'Etat.

Art. 8. Les membres de la chambre des médecins peuvent être récusés ou doivent se récuser spontanément si les relations qu'ils entretiennent avec un médecin ou avec un client sont de nature à compromettre leur impartialité.

Le Conseil d'Etat statue en dernier ressort sur la validité de récusation.

Art. 9. Les membres de la chambre des médecins doivent garder le secret sur les faits qu'ils ont appris dans l'exercice de leurs fonctions.

Art. 10. Un règlement du Conseil d'Etat fixe les émoluments des membres de la chambre des médecins.

Analysons, en juriste, le texte ci-dessus.

Composition du conseil de l'Ordre

Sept membres, cinq médecins, le ministre de l'Intérieur (ou son représentant) comme président et un magistrat.

Les praticiens ne sont donc plus entre eux, en famille, pour connaître des litiges médicaux et pour les apprécier, selon le droit coutumier, appelé déontologie.

Nomination.

Les médecins sont présentés par la Société médicale, mais ils ne sont nommés que par le Conseil d'Etat, c'est-à-dire par le Gouvernement.

Par le fait du prince, le ministre aura toujours le droit de nommer tel et tel, et de se refuser à

agréer ceux des médecins qui n'auraient pas l'heur de plaire aux puissants du jour.

Bien entendu, les membres du Conseil de l'Ordre sont rééligibles, mais ils doivent recevoir une nouvelle investiture du pouvoir central, lorsque leurs quatre ans de magistrature sont terminés.

Malheur donc aux esprits indépendants, qui ne se plieraient pas aux désirs, aux ordres, aux injonctions du président. Ils pourraient être désignés à nouveau, par la confiance de leurs confrères : ils ne seraient sûrement pas réinvestis par le pouvoir central.

Fonctions.

Quel vague voulu, dans la rédaction ci-dessus. Partout nous ne trouvons que le mot : « avis ».

Par l'article 2, le conseil de l'Ordre est invité à donner son avis, à propos des procès qui seront intentés contre des médecins, ou contre des individus exerçant illégalement la médecine.

Les tribunaux ne se sont jamais crus liés par un avis. Ce sont des avis que donnent les experts, par exemple et les magistrats ont parfaitement le droit de n'en tenir que le compte qu'ils estiment strictement nécessaire, pour ne pas dire qu'ils sont en droit de n'en faire aucun cas et de rendre une décision contraire aux conclusions de l'expertise.

Encore un avis, qui, par l'article 6, est demandé par le gouvernement au conseil de l'Ordre des médecins, pour toutes questions se rattachant à l'exercice de la profession.

Faisons une comparaison avec nos lois françaises : l'article 6 des lois du 21 mars 1884 et 12 mars 1920 (codifiées dans le Livre III du Code du Travail) et l'article 17 de ce code spécifient que : « les syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les questions, se rattachant à leur spécialité. Dans les affaires contentieuses, les avis du syndicat sont tenus à la disposition des parties, qui peuvent en prendre communication et copie. »

Je voudrais bien savoir combien de fois, depuis 1884, ou tout au moins depuis la loi du 30 novembre 1892, qui a reconnu l'existence légale des syndicats médicaux, en France, les pouvoirs publics, ou les tribunaux ont eu recours aux avis des groupes professionnels des médecins, pour des questions intéressant l'art de guérir.

Ce sont promesses qu'on ne tient pas ; c'est une manière habile de faire passer et d'escamoter les chaînes de l'esclavage.

Revenons au canton de Vaud : par l'article 3, la chambre des médecins a la possibilité de citer directement à sa barre un praticien, qui se serait rendu coupable d'agissements répréhensibles ou indignes.

Mais cet article ne comporte, comme sanction pénale, qu'une simple réprimande.

Ainsi, les tribunaux de droit commun restent toujours chargés de réprimer les délits commis pour les médecins. Mais ces magistrats, qui connaissent le Droit, ne sont pas à même d'apprécier les fautes contre le droit coutumier, non écrit, de la profession médicale, appelé déontologie.

Les médecins ont bien du mal à se mettre d'accord, pour établir les limites de ce qui est permis et de ce qui est défendu, dans l'exercice de notre profession ; ce qui est répréhensible dans une région syndicale est licite dans une autre. Où donc est la vérité ?

Ce ne seront sûrement pas les juges de droit commun qui pourront la trouver, en matière de droit professionnel médical, droit qui ne découle que de coutumes, d'habitudes et ne repose sur aucun texte écrit et précis, ne laissant place à aucune ambiguité, ni à aucun échappatoire.

D'ailleurs, si le médecin cité par le Conseil de l'Ordre refuse de comparaître, ou de fournir des explications, la chambre des médecins proposera au gouvernement de faire prononcer, par ce dernier, s'il le juge à propos, une amende de un à 500 francs (Article 7).

Dans les conflits de confrère à confrère, la chambre des médecins peut être requise, par la partie la plus diligente, à servir de conciliateur (et non pas d'arbitre) (Article 5).

La parole reste donc toujours aux tribunaux de droit commun, même si l'une des parties n'est pas satisfaite de la conciliation prononcée par la Chambre des médecins.

Cependant, l'institution d'un conseil de l'Ordre a pour principal but d'aplanir, ou de juger les conflits entre médecins.

On tend à établir une jurisprudence professionnelle, découlant des jugements rendus par des praticiens, qui exercent la médecine.

Le gouvernement vaudois refuse ce privilège à notre profession : la chambre des médecins ne doit donner que des avis et non pas connaître des conflits médicaux, même au premier degré.

Quant aux contestations qui surgissent entre un docteur et un client, elles pourront être soumises, à titre consultatif seulement à la chambre des médecins (article 4).

Les tribunaux de droit commun restent toujours souverains pour départager les plaideurs, même sur des questions d'ordre purement médical.

Si en France, on voulait bien se souvenir que les lois sur les syndicats professionnels permettent au pouvoir législatif, aux magistrats et aux ministres, préfets et maires, de consulter les syndicats sur les questions se rapportant à leur spécialité, nous serions placés sur le même pied que nos confrères vaudois sans avoir un conseil de l'Ordre.

Aux syndicats médicaux d'étudier, avec dse

juristes, les textes législatifs, ou réglementaires, pour présenter des amendements, des modifications bien étudiées qui peuvent être incorporés dans les lois, décrets et arrêtés.

Aux syndicats encore de se saisir des grosses questions professionnelles, qui sont soumises aux tribunaux et, après étude, de concert avec des avocats, faire parvenir leurs avis autorisés aux magistrats, composant le tribunal, qui est saisi du procès.

Aux médecins de ne pas se contenter d'envisager les problèmes sociaux, uniquement sous l'angle médical, mais, au contraire, d'envisager les répercussions sur tous les corps, qui composent la nation.

Au début, la voix des praticiens ne sera pas entendue ; mais peu à peu, certains esprits avertis, tant au Parlement, que parmi les juges ou les administrateurs de la chose publique, prendront l'habitude de recourir aux avis, aux travaux des syndicats médicaux, surtout si ces derniers apportent, non pas des doléances parfois irréalisables, mais des études précises, juridiques, concises et pratiques.

Paris ne s'est pas fait en un jour, dit un vieil adage ; il en est de même de l'armature de nos lois sociales, qui doivent souvent être remises sur le chantier et c'est dans ces études de remaniement que le Corps médical peut donner sa mesure en apportant sa collaboration à ceux qui ne pensent pas à la leur demander.

Mais, revenant au Conseil de l'Ordre des médecins vaudois, je n'aperçois nullement ce qui peut être avantageux pour nos confrères.

Quant à moi, je ne vois, dans ce texte, qu'une manière de gouvernement : le Corps médical a toujours eu la réputation d'être indiscipliné et quelque peu frondeur.

Quelle belle occasion de l'enchaîner et de l'asservir, en le dotant d'un conseil de discipline, dans lequel les pouvoirs publics auront toujours un droit de regard et permettant, dans tous les cas, la connaissance des litiges aux tribunaux de droit commun.

Serait-ce donc bien la peine de changer ce qui existe déjà en France ?

Rédigeons d'abord notre code de déontologie ; confions la révision de cette rédaction à quelques juristes, pour obtenir des textes précis, concis, dont les mots soient bien pesés, sans amphibologie possible.

Un code doit, autant que faire se peut, être respecté et obéi. Pour cela, sa rédaction doit être l'objet d'une étude minutieuse de la valeur exacte de chaque mot français.

Une fois le code rédigé, faisons-le respecter, par nos conseils de famille syndicaux, ou par des poursuites intentées par les syndicats, contre les mauvais confrères, devant les tribunaux de droit commun.

Rendons le syndicat indispensable par intérêt, par tous les avantages qu'il peut donner à ses membres, de sorte que nul ne se souciera de rester en dehors du groupe corporatif.

Etablissons des contrats entre médecins, entre syndicats et collectivités et faisons respecter ces contrats par l'intermédiaire des tribunaux.

Après quoi, si ces procédés ont échoué, pour moraliser la profession, nous nous adresserons aux pouvoirs publics, telles les grenouilles, qui demandaient un roi.

Dr Paul Boudin.

FÉDÉRATION MÉDICALE BELGE

A propos d'un Ordre des Médecins.

En réponse à l'ordre du jour que la presse a reproduit récemment, le Comité Directeur a cru devoir publier le communiqué suivant :

Un syndicat qui s'intitule « Union professionnelle des médecins du Brabant » a répandu dans toute la presse le texte d'un vœu qui aurait été émis *à l'unanimité par les médecins du Brabant*, réunis à Bruxelles, pour s'opposer à la création d'un Ordre des Médecins.

Les termes de ce vœu étant de nature à induire le public en erreur, la Fédération Médicale Belge, composée de 42 Unions professionnelles reconnues, groupant 4.200 membres, c'est-à-dire la quasi totalité des médecins du pays, se voit obligée de déclarer que le Syndicat en question n'est pas qualifié pour parler au nom des médecins du Brabant ou d'ailleurs. Il ne constitue même pas une minorité au sein du corps médical, mais bien une *exception*. Quel crédit peut-on accorder à quelques dizaines de dissidents, associés en un groupement de fortune créé depuis quelques mois, en regard de la masse imposante et compacte des 4.200 médecins réunis sous l'égide de la Fédération médicale Belge, laquelle, au surplus, existe depuis 65 ans ? Poser la question, c'est y répondre.

Quant au fond du débat, quiconque a pris la peine de lire jusqu'au bout le fatras d'affirmations et de contre-vérités débitées dans le vœu en question a son opinion faite.

Le projet de création d'un Ordre des Médecins et de Conseils de discipline préconisé par la Fédération n'a pas été élaboré ni imposé par

des dirigeants « ne représentant qu'eux-mêmes ». Il y a vingt ans, à la suite d'un referendum organisé parmi les médecins, ceux-ci s'étaient déjà prononcés, à une écrasante majorité, en faveur de cette création. Et cependant, à cette époque, la nécessité s'en faisait beaucoup moins sentir qu'aujourd'hui : il n'y avait pas eu la guerre ni l'affaissement moral qui l'a suivie. En ces dernières années, la question a encore fait l'objet, dans toutes les Unions fédérées, à la Fédération elle-même, d'études consciencieuses, de rapports documentés, dont la discussion a été portée à l'ordre du jour des congrès de médecine professionnelle. Ces rapports, ainsi que les échanges de vues auxquels ils ont donné lieu, ont été publiés *in extenso* dans le *Bulletin* de la Fédération Médicale.

L'institution d'un Ordre des Médecins et de Conseils de discipline a été adoptée par les délégués officiels des Unions fédérées, sans aucune exception. Les dissidents d'aujourd'hui n'ont envoyé personne pour exposer leurs vues et les soumettre à la critique. Pourquoi ? Parce qu'ils savaient bien qu'en ce faisant, ils iraient à l'encontre des desiderata de leurs confrères. C'est tellement vrai qu'ils en sont réduits à constituer le public juge dans une question qui n'aurait jamais dû être traitée que par les médecins, les pouvoirs pubilcs et les personnalités compétentes (juristes, etc.).

Par contre, la plus haute institution médicale du pays, l'Académie Royale de Médecine, saisie de la question, a consacré plusieurs séances à la discuter et elle a conclu à la nécessité de créer un Ordre des Médecins et des Conseils de discipline.

La Fédération Médicale, en concordance d'idées avec cette savante compagnie, vise uniquement à créer un tribunal d'honneur, un « Conseil des Anciens », chargé de maintenir le corps médical dans la voie du devoir et de la dignité professionnels. Comme l'Académie, elle a demandé que tout ce qui touche à des intérêts matériels soit formellement soustrait à la compétence des conseils de l'Ordre. Il n'est donc pas question de créer une juridiction de caste, où les médecins seront juges et parties. Il s'agit, au contraire, d'empêcher que le public ne soit odieusement exploité par une poignée de médecins sans scrupules, contre lesquels la législation actuelle ne permet pas de sévir. Cette législation date de 1818 !

LA MÉDECINE FUTURE
au VIe Congrès International d'Assistance

Par le Dr Fernand DECOURT.

Le VIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE, vient d'avoir lieu du 5 au 8 juillet 1928, salle Pleyel, à Paris. L'*Union des Syndicats médicaux de France* y avait délégué notre ami RINUY qui, depuis de longues années, s'est spécialisé en ces questions d'assistance, comme chacun sait, et en fait, chaque année, dans le *Médecin Syndicaliste*, un rapport copieux, documenté, précis et qui nous est fort utile, alors que, dans nos départements, nous voulons débattre les questions d'assistance avec la Préfecture et le Conseil général.

RINUY fera donc, je pense, au Conseil de l'Union, un rapport général sur ce Congrès. Mais il est un point que je désire aujourd'hui mettre en lumière, c'est comment est compris, pour l'avenir, l'*exercice de la médecine* par les « Officiels » de l'Assistance et de l'Hygiène, dans les divers pays. C'est là une question *internationale*, au premier chef, et qui, comme telle, ne pouvait me laisser indifférent.

Cette question de « la médecine future » est traitée dans une partie spéciale du « *Rapport général sur la première question* » de ce VIe Congrès et qui a pour sujet : « **La substitution progressive de la Prévoyance à l'Assistance** ». Le rapporteur en était M. CYR VAN OVERBERGH, sénateur belge, président du Conseil supérieur de l'Assistance de Belgique, vice-président du Comité international des Congrès d'assistance publique et privée.

Je n'ai pas l'intention d'analyser ici ce rapport, si intéressant qu'il soit. Je voudrais seulement faire connaître aux praticiens ce qui semble se préparer, en vue de l'avenir, sur le sujet qui nous intéresse tout particulièrement, puisqu'il est fonction même de notre profession : *la lutte contre la maladie* qui, avec la lutte contre la *misère* et ses multiples sources, ainsi que celle contre le *chômage involontaire* et ses causes, forme le programme de ce rapport général d'une grande envergure, comme on peut s'en rendre compte aisément.

Pour lutter contre la maladie, déclare M. C. VAN OVERBERGH, « la stratégie moderne dispose de trois espèces de moyens qui se perfectionnent tous les jours : *les mesures préventives* qui empêchent la maladie de naître ; *les moyens de dépister* la maladie qui se manifeste, de manière à la soigner de suite : *les moyens de guérir* plus vite et mieux les malades, de façon à rendre à la Société, après les soins que la convalescence comporte, des membres valides, aptes à reprendre leur tâche productive, leur service social. »

I. **MESURES PRÉVENTIVES**. — Parmi les moyensde prévenir les maladies, le rapporteur en signale quatre « d'un usage presque courant et qui tendent à se généraliser sous des modalités diverses :

a) *L'hygiène générale*, lutte contre l'insalubrité, les taudis, la débauche, les falsifications, etc... ;

b) *L'hygiène par l'instruction et l'éducation*, de source privée le plus souvent, avec conférences de propagande, bibliothèques publiques, etc. ;

c) *L'hygiène par les lois protectrices du travail*, la diminution des heures de labeur, des conditions hygiéniques meilleures dans les ateliers, etc. ;

d) *L'hygiène par l'organisation ouvrière* dans les syndicats, les coopératives, les mutualités, les assrurances, les institutions de culture et d'éducation, etc., et aussi les salaires meilleurs, d'où logements et nourriture supérieurs.

Grâce à tous ces efforts préventifs, des statisticiens ont évalué à 60 % le nombre de maladies qu'on avait ainsi empêché de naître au sein des classes laborieuses.

II. **MESURES DE DÉPISTAGE**. — «Mais, dit le Rapporteur,malgré ces précautions,malgré tout l'effort préventif, la maladie se déclare. C'est à ce moment que la deuxième directive de la tactique moderne contre la maladie entre en action sous l'aspect du dépistage. »

« Dans cette voie sont entrés avec des succès croissants, outre le Corps médical lui-même, les institutions les plus diverses : depuis l'infirmière-visiteuse, l'inspecteur d'hygiène et l'inspection médicale scolaire jusqu'à l'inspection médicale des ateliers, la surintendante d'usine, les mutualistes, les assurances sociales diverses, etc. ».

« Outre le Corps médical », consent à dire le rapporteur qui admet ainsi, tout de même, que le médecin praticien peut apporter sa petite pierre au grandiose édifice de dépistage social de la maladie. Mais il apparaît que ce n'est là qu'une concession de forme car, en réalité, c'est à d'autres qu'aux médecins que le dépistage semble devoir être dévolu. Les dames de Croix-Rouge et autres sont des agents bien plus précieux de dépistage que le praticien ; voyez plutôt :

« On cite à l'ordre du jour de cette lutte, les *Centres de santé* que répandent les Croix-rouge et d'autres œuvres. Un Centre de santé, dans sa forme la plus simple, est un local modeste ouvert à tout venant, oùune *infirmière-visiteuse* éclaire et assiste quiconque sollicite son intervention. Non seulement elle prêche l'évangile de la santé, la propreté, le grand air, l'exercice, la modération en toutes choses, non seulement elle enseigne aux mères la façon d'habiller, de soigner, de baigner, de nourrir les enfants et dirige les malades vers les institutions où ils trouveront les soins appropriés, mais du moment qu'elle *remarque un indice de maladie*, elle dirige aussitôt l'intéressé vers l'examen médical préventif, *dépistant ainsi avec méthode les troubles morbides* du début... »

C'est nous qui soulignons quelques passages, car, jusqu'ici nous pensions que « remarquer un indice de maladie » ou bien « dépister avec méthode des troubles morbides », cela s'appelait poser un *diagnostic* probable, d'après des symptômes, c'est-à-dire faire l'*œuvre médicale par excellence*, donc œuvre devant être du ressort et de la compétence du médecin..... Il est vrai qu'à un Congrès contre la tuberculose, à Strasbourg, il y a quelques années, nous avons entendu dire que le praticien n'était guère capable de dépistage et que, seule, une infirmière-visiteuse..... Mais passons. Nous ne voulons aujourd'hui qu'*exposer* les tendances actuelles des grands hygiénistes officiels dans les Congrès internationaux.

Nous allons voir maintenant « les moyens de guérir » préconisés. Nous citerons là le plus possible du rapport. Cela en vaut la peine.

III. **SOINS AUX MALADES**. — « Le but des soins, continue le rapporteur, est de rendre à la Société un homme valide capable de reprendre et de continuer sa tâche productrice et sociale. Depuis l'armistice, grâce à l'élan donné par la guerre, grâce aussi aux efforts de la Croix-Rouge en divers pays, les initiatives privées et les initiatives officielles, assurances et assistance comprises, ont multiplié les progrès dans les établissements de guérison. »

Le rapporteur parle « des grands hôpitaux où on soigne toutes les maladies » puis, à côté d'eux, « des hôpitaux pour certaines maladies spéciales et des asiles pour convalescents ». Il n'est pas parlé ici, et il est permis de s'en étonner, ni des preventoria, ni des sanatoria — à moins que ceux-ci soient compris dans les « hôpitaux spéciaux ». Puis, il ajoute que « à l'ombre de ces hôpitaux modèles », d'autres « de moyenne et de petite taille » rendent des services dans les localités moins importantes et « pour les cas peu compliqués ».

Mais, à ce moment, le rapporteur entre dans un « *plan d'avenir, pour soins à donner, à tous les malades*, RICHES OU PAUVRES ». Là, il faut citer, en entier, sans passer un seul mot, car c'est la codification proposée de l'exercice futur de la médecine. Je prie donc nos confrères de lire attentivement ce qui suit, que je cite textuellement, en prenant seulement la liberté de *souligner* divers *passages* :

« Dans certains pays, l'expérience paraît déjà suffisante pour dresser un *vaste plan d'avenir* de la réforme, non seulement pour les indigents, mais pour *tous* les malades, *riches ou pauvres* ; ce plan national se réaliserait au fur et à mesure des possibilités financières.

« Les plans nationaux récents prennent la figure d'une vaste pyramide. A la base, il y aurait **le centre de santé primaire** qui serait, par exemple, une *petite clinique dirigée par un praticien* et comportant une salle d'attente, des cabinets de consultation, une pharmacie, une ou deux salles d'hospitalisation, une maternité, une salle d'opération, une installation de radiographie et de physiothérapie, un laboratoire et une morgue. Chaque petite ville, chaque village important possèderait son centre de santé qui servirait de *clinique scolaire et industrielle* et disposerait des moyens et du personnel nécessaire pour transporter les malades. »

Les **Centres de santé secondaires** seraient situés dans les villes assez importantes pour posséder un nombre suffisant de *consultants et de spécialistes.* Ici, le centre de santé serait un véritable hôpital avec toutes les installations et le personnel nécessaires. Les malades dont l'état nécessite des examens ou des soins spéciaux y seraient envoyés par les médecins des centres primaires. Sur demande, les médecins du centre secondaire iraient voir en *consultation* les malades traités aux centres primaires ou à *domicile.* C'est du centre secondaire que serait dirigé le *service des infirmières* pour toute la circonscription. Les centres primaires et les centres secondaires seraient en relation avec les hôpitaux pour infectieux, les sanatoria, les asiles d'aliénés, les écoles de rééducation, les maisons de convalescence, les colonies d'épileptiques, etc...

« Au sommet de la pyramide se place **l'hôpital universitaire**. De la sorte, l'esprit d'investigation se répandrait jusqu'au praticien qui serait *aidé* dans sa tâche difficile et *secondé* dans ses recherches ; ces recherches, grâce aux *relations organisées* entre les praticiens des centres primaires, les consultants des centres secondaires et les professeurs d'université (formateurs de la médecine de demain) pourraient être entreprises sur une vaste échelle et jetteraient, notamment, de nouvelles lumières sur les stades initiaux des maladies.

« Dans chaque province un **Conseil de la santé publique** dirigerait les services d'hygiène *et le service médical,* ainsi rénové. Ce conseil serait composé d'élus du corps électoral, ou de *représentants des « consommateurs »*, de *médecins* désignés par les praticiens de la région, du *représentant du service provincial de santé.*

« Un **Conseil supérieur de la santé publique** couronnerait l'organisation.

« Le centre primaire, le centre secondaire, le centre universitaire, les Conseils de santé, auraient tous, bien entendu, une mission préventive et une mission curative.

« Ce régime, en l'espèce, mettrait fin à la dispersion des efforts, *au divorce entre les praticiens et les services d'hygiène.*

On le voit, il y a là, en effet, une « pyramide » de soins, donnés par une « pyramide », de compétences nettement hiérarchisées, dans une sorte de SERVICE DE SANTÉ CIVIL. Je ne vois pas d'autres mots pour caractériser cet embrigadement des médecins depuis le praticien jusqu'aux professeurs de Faculté..... Serait-ce un bien ou un mal dans la sauvegarde de la santé publique ? Ce n'est pas le moment de le discuter et telle n'est pas mon intention. J'expose seulement, si ces projets étaient mis à exécution, ce qui adviendrait du « médecin de famille » actuel qui me paraîtrait devoir disparaître de la scène pour laisser la place au médecin fonctionnaire.

Et ceci ne serait pas dans les choses utopiques puisque ce n'est pas seulement une « vue de l'esprit » d'un rapporteur, mais une sorte de résumé des plans divers *venus de divers pays* et présentés officiellement par des « officiels ». Nous lisons, en effet, à la suite de ce que j'ai rapporté plus haut :

« Dans la pensée des auteurs de ces plans — qui correspondent dans leur ensemble aux plans préconisés par les Commissions officielles d'Angleterre, de Belgique et de certains Etats américains — les cliniques, les hôpitaux et les services actuellement existants, pourraient servir de noyau à cette organisation meilleure qui tend à *systématiser et à coordonner la pratique médicale et celle de l'hygiène,* sans en modifier les bases essentielles.

« De tous les services sociaux, le seul qui relève encore, en certains pays, de l'Assistance, c'est celui de la masse des hôpitaux qui, cependant, sont eux-mêmes soumis au contrôle de l'hygiène.

« L'évolution se poursuit nettement dans *trois directions* .

« D'abord, la *Prévoyance* continue à conquérir du terrain au détriment de l'*Assistance.*

« Ensuite, la Prévoyance se hâte vers la coordination de ses divers services ; d'une part, les assurances de la maladie, de l'accident, de l'invalidité prématurée, se dirigent vers une certaine unification. D'autre part, ces assurances se rapprochent du service des placements et de celui de l'hygiène avec lesquels les contacts se multiplient. Enfin, l'hygiène, au sens large, tend, sinon à grouper sous sa direction, du moins à inspirer presque toutes les institutions de la Prévoyance contre la maladie, y compris l'hygiène du travail. Si bien que, dans les pays les plus avancés, on semble se diriger vers la création d'un *Ministère de l'hygiène, de la Prévoyance sociale et du travail.*

« En troisième lieu, des essais se produisent, de ci, de là, pour multiplier les ententes entre tous ces services de Prévoyance et le service de l'Assistance, celui-ci s'orientant de plus en plus vers l'Assistance préventive. Logiquement, ces tentatives de rapprochement et de collaboration conduisent à une réforme qui, à l'Administration centrale, serait l'adjonction de la *Direction de l'Assistance au Ministère, de l'Hygiène, de la Prévoyance et du Travail.* Ainsi seraient réunis dans une même main et obéiraient à un même esprit, tous les services sociaux qui com-

battent la maladie, l'accident et l'invalidité prématurée qui causaient, jusqu'ici, un tiers des cas de misère. »

***

Voici donc un PROJET INTERNATIONAL soutenu par les officiels de diverses nations qui vient d'être présenté comme schéma (et schéma à trame déjà serrée et parfaitement solide et unifiée) de l'exercice futur de la pratique médicale.

Or, à ce Congrès, je ne vois pas qu'il fût question de demander, et surtout de suivre, les avis des *praticiens*. Si bien « ajusté » que soit déjà l'édifice en construction, ne pensez-vous pas, confrères, que l'opinion, et aussi les « Conseils » des *praticiens* présenteraient une utilité incontestable ?

A propos de la loi assurance-maladie, la majorité des praticiens syndiqués français, a pris comme devise « l'*Entente directe* » *et l'ignorance voulue des répercussions* SOCIALES *de la loi*. C'est une attitude digne, fière, hautaine même, puisque nous déclarons ne faire qu'œuvre de *techniciens médicaux*, laissant à d'autres tout le côté « social », soucieux de ne voir — dans l'avenir comme dans le passé — *que le médecin seul devant son malade seul*.

C'est entendu, mais est-ce une raison pour ne pas se préoccuper de ce que préparent « les autres » en dehors de nous et nous renfermer dans une dangereuse tour d'ivoire dont nous pourrions bien un jour être *expulsés*, sous la poussée des faits sociaux ?....

C'est ce qui est malheureusement arrivé déjà dans de nombreux pays. On a pu le voir dans les enquêtes C et C² de l'*Association professionnelle internationale des médecins* (A.P.I.M.), qui ont paru dans le *Médecin Syndicaliste*, ainsi que dans le *Concours*. Dans certains pays, il y a même lutte entre les médecins de caisse et les médecins libres, les premiers ayant réussi à empêcher le *libre choix*..... A Genève, lors de la X[e] Session de la *Conférence internationale du travail*, l'année dernière, le libre choix n'a pas été admis internationalement..... Et c'est même une des tâches primordiales de l'A.P.I.M. que de le faire admettre officiellement sous la poussée de l'ensemble des médecins praticiens, jusqu'ici mis à l'écart de toute Conférence internationale, parce qu'ils n'étaient pas encore organisés internationalement. Nous l'avons en France ce libre choix, ne nous endormons pas pour cela, *même sur ce point* contre lequel couvent des offensives...

Nous allons, à l'A.P.I.M., à notre prochaine session (27. 28. 29, 30 septembre) nous occuper de ce projet de « service de santé civil » qu'on propose au nom de la santé publique. Nous venons même de préparer personnellement un rapport concluant à une *enquête internationale* à faire à ce sujet. Il est, en effet, nécessaire que soit entendue en cette question, la voix des praticiens...

Mais, en France également, il faut que notre « Confédération des Syndicats médicaux français » s'en préoccupe aussi. Il faut même que chaque praticien soit mis au courant et se rende compte de ce qui se prépare...

C'est dans ce but que, sans commentaires, j'ai tenu à exposer ici cette question à nos confrères du *Concours*, laissant aux « dirigeants syndicaux » le soin de se concerter sur ce point, en vue d'une *action de présence dans toutes les discussions qui peuvent avoir lieu dans la suite*, action qui me paraît absolument indispensable.

D[r] Fernand DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs .

8.411 TORREGROSSA, 93, avenue Gambetta, Paris, Syndicat de la Seine.
8.412 BETEAU, 4, square Théodore-Jublin, Paris. Parrains : D[rs] Duchesne et Noir.
8.413 JOULLIE, Nîmes (Gard), Syndicat de Nîmes.
8.414 LENFANT, Sevran (Seine-et-Oise). Parrains : D[rs] Sarrou et Bonjour.
8.415 WELSCH, Bussières (Loire), Syndicat de la Loire.
8.416 LE BRIGAND, Pleunevez-Moëdec (Côtes-du-Nord), Syndicat de Guingamp.
8.417 BARRAU, Dax (Landes), Syndicat des Landes.
8.418 CHIFFRE, Perpignan (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
8.419 POINSIGNON, Mascara (Oran). Parrains : D[rs] Vaugion et Pavillard.
8.420 ELTRICH, Alençon (Orne), Syndicat d'Alençon.
8.421 PUYO, Bayonne (Basses-Pyrénées), Syndicat de Bayonne.
8.422 BARDON, Brive (Corrèze), Syndicat de Brive.
8.423 LALLEMAND, Héricourt (Haute-Saône). Parrains : D[rs] Rosling et Crunel.
8.424 RONGIER, La Bourboule (Puy-de-Dôme), Syndicat de La Bourboule.
8.425 BUISSON, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
8.426 PUCHE, Ham (Somme), Syndicat de Péronne.
8.427 PAUCHET, Sartrouveille (Seine-et-Oise). Parrains : D[rs] Lamare et Grenier.

8.428 CLÉMENT, Brévannes (Seine-et-Oise). Parrains Drs Cibrie et Delvaille.
8.429 BERNARD, 6, rue Edouard-Valentin, Paris. Parrains : Drs Duchesne et Pamart.
8.430 BAMWARTH, Mulhouse (Haut-Rhin), Syndicat de Mulhouse.
8.431 SEGUIN, 30, rue Bobillot, Paris, Syndicat de la Seine.
8.432 PAILLER, Mérigny (Indre), Syndicat de l'Indre).
8.433 FARRANDO, Moy-de-l'Aisne (Aisne). Syndicat de Saint-Quentin.
8.434 ENGEL, Pierrefitte (Meuse). Parrains : Drs Lefer et Pierson.
8.435 BOISSIER, 5, avenue de l'Opéra, Paris, Syndicat des stomatologistes.
8.436 PARDOEN, Ronchin (Nord), Syndicat de Lille.
8.437 GANNAT fils, Vichy (Allier). Parrains : Drs Gannat père et Mercier.
8.438 FOUREST, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat de Cannes.
8.439 LEKIEFFRE, Roubaix (Nord), Syndicat de Roubaix.
8.440 MARTIN, Revin (Ardennes). Parrains : Drs Fontan et Boucher.
8.441 GÉRARD, Molesse (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
8.442 PRINCE, Nice (Alpes-Maritime). Parrains : Drs Liotard et Poujol.

Responsabilité professionnelle

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué du Dr D. (Eure-et-Loir) d'une provision de 500 francs dans son affaire de responsabilité.

Un jugement a renvoyé l'affaire du Dr H. (Pas-de-Calais) devant trois médecins experts. L'avocat demande qu'un membre autorisé du Conseil du « Sou » assiste à l'expertise.

Le Conseil décide de déléguer son secrétaire général le Dr Paul Boudin.

Le Dr M. (Gard) est assigné en 150.000 francs de dommages intérêts et 6.000 francs de rente viagère par un client dont l'action correctionnelle a échoué.

Le Conseil lui accorde l'appui et l'admet éventuellement au bénéfice de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr S. (Pyrénées-Orientale) est l'objet d'une plainte pour homicide par imprudence à la suite d'une erreur de destination de médicaments.

L'appui moral et pécuniaire lui est accordé, ainsi que le bénéfice éventuel de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr F. est menacé d'une action en responsabilité civile pour avoir méconnu une luxation du coude et n'avoir pas fait pratiquer la radiographie.

Le Conseil lui accorde l'appui moral et pécuniaire et l'admet éventuellement au bénéfice de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr E. (Morbihan) a été acquitté en cour d'appel, comme devant le Tribunal correctionnel, du chef de la prévention d'escroquerie. Le Dr E. était accusé d'avoir réclamé des honoraires pour une intervention qu'il n'avait pas effectuée.

Le Conseil ordonnance le versement d'une somme de 1.200 fr., comme participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat qui a plaidé l'affaire en correctionnelle et en appel.

Le Dr D. (Seine-et-Oise) est assigné en 300.000 fr. de dommages-intérêts par un client qui attribue à une injection mal faite une paralysie dont il serait atteint. Il est garanti en premier lieu par le « Sou », pour 20.000 fr., puis par une autre assurance.

Le Conseil l'admet éventuellement, dans les conditions statutaires, au bénéfice de la Caisse de garantie.

Le Dr A. (Isère) ayant poursuivi un client en 700 francs d'honoraires, est l'objet d'une demande reconventionnelle en 100.000 francs de dommages-intérêts pour « négligence, manque de soins et de perspicacité ».

Le Conseil l'admet éventuellement, dans les conditions statutaires, au bénéfice de la Caisse de garantie.

Diffamation.

Le Dr G. (Haute-Savoie) a dû abandonner l'action en dommages-intérêts intentée, avec l'appui du « Sou », contre un mauvais confrère, celui-ci ayant quitté le pays et se trouvant sans ressources.

Les frais d'avoué s'élèvent à 303,50 et les honoraires d'avocat à 100 fr., au total 403,50, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Gironde), diffamé, à l'occasion de l'exercice de sa profession, par un journal local, obtient l'appui moral et pécuniaire pour poursuivre le gérant du journal et l'auteur de l'article. La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 500 francs.

Baux et locations.

Le Dr D. (Seine), qui a formé un pourvoi en cassation contre un jugement lui refusant la prorogation, a obtenu, après plaidoirie de Me Priou, un délai de grâce jusqu'au 1er octobre prochain pour quitter son appartement.

Un jugement de juge de paix ayant accordé au propriétaire du Dr P. (Var), la reprise de la maison qu'il habite et où il exerce sa profession, bien que la loi du 1er avril 1926 soit applicable dans la localité, l'appui moral et pécuniaire lui est accordé pour se pourvoir en cassation et le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 500 francs pour honoraires et de 205 francs pour les frais du pourvoi.

Le Dr B. (Seine) a vu confirmer en appel l'ordon-

nance de référé ordonnant son expulsion. Il demande l'appui pécuniaire pour soutenir le pourvoi en cassation qu'il a formé contre la décision qui lui a refusé la prorogation pour son local professionnel.

Le Conseil lui accorde cet appui.

Le Dr L. demande l'appui pécuniaire dans un différend avec son propriétaire, portant sur la date de payement de son loyer et sur des réparations.

Le Conseil, estimant que cette affaire ne présente aucun caractère professionnel, n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr P. (Loire) est en conflit avec son propriétaire pour la fixation du prix de son loyer, par application de la loi sur les baux de longue durée. Il offre le maximum déterminé par la loi du 1er avril 1926, mais le propriétaire demande une somme plus élevée.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour résister à cette demande.

Exercice illégal.

Le Dr F. (Loir-et-Cher), ayant obtenu l'appui pécuniaire pour poursuivre un *illégal*, le syndicat de Loir-et-Cher désire intervenir dans les poursuites et présenter un avocat, autre que celui du Dr F.

Le Conseil accorde l'appui moral et pécuniaire au syndicat dans la proportion du nombre de ses membres qui font partie du « Sou ». Il demande que le syndicat lui fasse connaître le chiffre des honoraires de son avocat, pour lui permettre de fixer la participation du « Sou » dans ces honoraires.

Accidents du travail.

Sur plaidoirie de Me Priou, l'appel interjeté par l'adversaire du Dr C. (Seine) contre un jugement le condamnant au paiement d'honoraires accidents, a été déclaré non recevable comme tardif par jugement du Tribunal civil de la Seine.

Me Audebert étant parvenu à recouvrer le montant de la créance du Dr J. (Seine), en principal et intérêts, contre un patron qui refusait de lui payer ses honoraires pour soins donnés à son ouvrier blessé, du travail, soit 21,30, les frais se sont élevés à 97,50.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr J. de la somme de 21,50 et le remboursement à Me Audebert du solde de ses frais et honoraires, soit 76 francs.

Dans l'affaire du Dr W. (Seine), auquel le Tribunal d'appel, a donné gain de cause en infirmant la décision du juge de paix, l'adversaire a payé 1095,25 pour le principal et les frais. L'avoué a retenu 75 francs pour ses honoraires.

Le Conseil approuve ce règlement et ordonnance le versement au Dr W., qui a avancé les frais de justice de paix, de la somme de 1095,25.

Par jugement du Tribunal civil de Pontoise, la décision du juge de paix qui avait refusé le paiement au Dr L. (Seine-et-Oise) de ses honoraires pour les soins donnés à un blessé du travail chez une sage-femme, où il avait été reçu d'urgence, a été confirmée.

Le Dr M. (Seine) en discussion avec une Compagnie d'assurances pour le règlement d'une note d'honoraires accident du travail, a engagé la procédure sans s'assurer au préalable de l'appui de la Ligue et demande actuellement cet appui pour subvenir aux frais d'une expertise qui a été ordonnée et pour se faire assister d'un avoué.

Le Conseil, estimant que le litige aurait dû être porté devant la Commission d'arbitrage instituée à cet effet et que, d'autre part, le Dr M. a contrevenu aux Statuts en engageant la procédure sans lui en avoir référé, n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr G. (Seine-et-Oise) voudrait poursuivre contre l'ouvrier blessé le recouvrement d'une note d'honoraires de 109 fr. pour un accident du travail qui a été refusé par la Compagnie.

L'appui moral et pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le blessé en justice de paix, conformément au droit commun.

Honoraires de droit commun.

Le Dr S. (Ain) a été payé amiablement de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile.

Le Conseil ordonnance le remboursement de ses frais, soit 20 francs.

Le Dr P. (Isère) a été payé amiablement, sur citation en justice de paix, par le client, qui lui devait 80 francs pour assistance à une radiographie et à l'intervention consécutive.

Les frais se sont élevés à 25 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Vaucluse) a obtenu la condamnation d'un client qui lui devait 200 fr. pour soins donnés à son enfant victime d'un accident d'automobile, mais n'a pu exécuter le jugement, le débiteur étant insolvable.

Le Conseil ordonnance le remboursement de 151,70 montant des frais et des honoraires de son avocat.

A la suite d'une démarche amiable, Me Audebert a obtenu le paiement des honoraires dus au Dr T. (Seine) pour accouchement et suites et demande que ses honoraires soient fixés à 15 % de la somme recouvrée, par compensation avec les petites affaires où il ne peut demander aucun honoraire.

Le Conseil adresse à Me Audebert ses remerciements pour les services qu'il rend au « Sou Médical » et ordonnance le paiement des honoraires demandés, soit 367,50.

Le Dr C. (Puy-de-Dôme) ne demande le versement que de 550 fr. sur les 756,30 qui lui reviennent dans le règlement de son affaire et fait abandon du surplus à la caisse du « Sou ».

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme demandée et adresse tous ses remerciements au Dr C. pour son geste généreux.

Le Dr F. (Gironde) a payé une provision de 139,55 à son huissier et de 49,25 à son agréé, au total 188,80, dans son affaire d'opposition sur le prix d'un fonds de commerce pour soins donnés à un commerçant.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme.

Le Dr G. (Hérault), ayant perdu partiellement, en raison de faux renseignements qui lui avaient été donnés et qu'il avait transmis au « Sou », le procès en paiement d'honoraires engagé avec l'appui pécuniaire, demande que lui soient remboursés seulement les honoraires de l'avoué et de l'avocat, soit 300 fr. et déclare renoncer au remboursement des frais qui se sont élevés à 481,60.

Le Conseil ordonnance le remboursement demandé et adresse au Dr G. tous ses remerciements.

Le Dr V. (Puy-de-Dôme), ayant menacé, suivant le conseil qui lui a été donné, sa cliente, qui lui devait un reliquat de 50 fr. sur ses honoraires thermaux de l'année dernière et qui est revenue cette année dans la station, de faire pratiquer une saisie-foraine sur ses bagages, a obtenu immédiatement le paiement de ses honoraires.

Le Dr R. (Morbihan) a soigné une femme de chambre, à la demande de ses patrons, et ne peut obtenir le paiement de ses honoraires qui s'élèvent à 45 fr.

L'appui lui est accordé pour poursuivre le patron en justice de paix, conformément au droit commun.

Le Dr G. (Nord) a gagné le procès qu'il avait intenté, avec l'appui de la Ligue, contre un cultivateur blessé dans son travail qui voulait le payer suivant le tarif Fallières.

Les frais et honoraires réclamés par l'huissier se sont élevés à 95,50, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le différend survenu entre le Dr B. (Var) et son client a été arbitré par le Président du syndicat, qui n'a voulu accepter aucun honoraire pour cet arbitrage et auquel le Conseil adresse tous ses remerciements.

Le Dr M. (Gironde) a perdu en premier ressort le procès en recouvrement d'honoraires, pour soins donnés à une jeune femme mariée, en instance de divorce, qu'il avait engagé contre le mari avec l'appui du « Sou ».

Conformément à l'avis de l'avoué et de l'avocat du Dr M., appuyé par Me Priou, le Conseil accorde l'appui pécuniaire pour interjeter appel du jugement, en limitant à 500 francs la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr C. (Eure) désire poursuivre un client qui refuse de payer ses honoraires (400 fr.) en prétendant qu'il aurait commis une erreur grossière de diagnostic.

L'appui lui est accordé pour poursuivre son client en justice de paix.

Le Dr P. (Sarthe) poursuit le recouvrement de ses honoraires pour intervention chirurgicale pratiquée dans sa clinique contre un patron agriculteur gravement blessé dans son travail et dont la femme a signé un engagement de payer les honoraires chirurgicaux. L'assureur oppose le « tout compris » et la prescription de la loi de 1898.

Le Conseil, tenant compte de ce que le conseil du Dr P. s'est mis en rapport avec le secrétariat du « Sou » pour la direction du procès lui accorde l'appui moral et pécuniaire pour le soutenir.

Le Dr M. (Somme) a gagné un procès en recouvrement d'honoraires contre l'auteur d'un accident d'automobile qui lui avait amené le blessé.

Les frais et honoraires de l'homme d'affaires se sont élevés à 387,80, dont le Conseil, tout en constatant que ce chiffre est très élevé, ordonnance le remboursement.

Le Dr S. (Ain) ne peut obtenir le paiement de 3.020 fr. d'honoraires pour soins à une cliente décédée, le mari prétendant que le médecin n'a rien connu à la maladie de sa femme.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr S. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, réduits à 3.000 fr., pour rester dans la compétence du juge de paix.

Le Dr C. (Basses-Pyrénées) a recouvré, par l'intermédiaire de Me Audebert, les 880 fr. d'honoraires qui lui étaient dus par un client habitant les environs de Paris.

Les frais et honoraires de Me Audebert, s'élevant à 264 fr., qu'il a retenus, sont approuvés par le Conseil, qui ordonnance le versement au Dr C. de l'intégralité de sa créance.

Le Dr L. (Yonne) a obtenu, par l'intermédiaire de Me Audebert, le paiement des 87,50 d'honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile. Mais les frais et honoraires se sont élevés à 106,10.

Le Conseil ordonnance le versement au Dr L. de ses honoraires, soit 87,50 et à Me Audebert des 18,60 qui lui restent dus après encaissement de la créance.

Le Dr C. (Savoie) ne peut obtenir le paiement d'une somme de 6.981,50 qui lui est due pour honoraires, les clients prétendant que les soins donnés n'étaient pas nécessaires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de sa créance, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 francs.

Les docteurs B. (Dordogne), P. (Finistère), F. (Marne), et C. (Haute-Garonne), obtiennent l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des honoraires qui leur sont dus par des automobilistes qui les ont mis en œuvre pour soigner leurs victimes)

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A.P.I.M.

Enquête (A) sur les groupements professionnels nationaux s'occupant de défense professionnelle et médecine sociale.

Par le Dr Fernand DECOURT.

(*Suite et fin*) (1)

SUISSE

La « *Fédération des médecins suisses* » ou « Verbindung der Schweizer Aertze » ou « Federazione dei medici Zvizzeri » repose sur les mêmes bases fédératives que la Confédération suisse elle-même. Elle est composée de 23 *sociétés médicales cantonales* pour les 23 cantons de Suisse, mais divisées en deux grands groupements *intermédiaires* qui sont : a) *la Société médicale de la Suisse allemande et italienne* fondée en 1870 et qui comprend 18 sociétés cantonales dont 17 de Suisse allemande et une de Suisse italienne (Tessin) ; b) *la Société médicale de la Suisse romande*, fondée en 1865 et qui comprend 5 sociétés cantonales. Sauf dans le canton de Genève où il y a une société s'occupant des questions *professionnelles* et une autre des questions *scientifiques*, toutes les autres sociétés cantonales s'occupent des deux branches à la fois... mais il est à noter que les questions professionnelles sont, en général, « confiées à des « Commissions » ou des « Comités » spéciaux *indépendants* des organes dirigeants de la société et avec un mandat d'une durée plus longue, de façon à assurer la « continuité » et l'uniformité dans les discussions avec les diverses caisses ou administrations ».

Chaque société cantonale nomme des *délégués*, à raison de 1 par 50 membres ou fraction de 50. Il y a ainsi 69 *délégués* dont 51 pour la société de Suisse allémanique avec un « *Comité* » de 7 membres dont l'un de Suisse italienne et 6 de Suisse allémanique. De même il y a 18 délégués pour la Suisse romande qui constituent le « Comité romand ». Trois membres en forment le « bureau » le président, le vice-président-caissier et le secrétaire. Et c'est donc « l'ensemble de ces deux ensembles » soit les 69 délégués (que nous venons de décomposer ainsi) qui forment *l'Assemblée générale* dénommée « *Chambre médicale Suisse* » qui est L'ORGANE LÉGISTATIF de la Fédération des médecins suisses.

Toute décision de la Chambre médicale lie le Corps médical si, dans le délai de deux mois après sa publication le Comité d'ue société cantonale n'a pas soulevé d'opposition. Si dans les trois mois suivants deux autres sociétés appuient cette opposition, il y a lieu à une nouvelle délibération de la Chambre médicale et si les sociétés opposantes le réclament un referendum général est fait auprès de tous les membres de la Fédération. La Chambre peut nommer des Commissions spéciales ou laisser ce choix au Comité central. Dans toute discussion le rapporteur du sujet a toujours le droit de parler le premier et le dernier. Les votes ont lieu à la majorité à main levée ou, à la demande de 5 membres, au scrutin secret.

L'ORGANE EXÉCUTIF est le « *Comité central* » ou « *Zentral Vorstand* » composé de 9 membres dont les 7 désignés plus haut (6 de Suisse allémanique plus 1 de Suisse italienne) et deux sur les 3 du bureau romand. Ils sont nommés pour 3 ans et rééligibles. Le bureau de ce Comité central est composé d'un président, un vice-président et du secrétaire, l'un des trois, au moins, devant appartenir à la Suisse romande.

Le secrétariat comprend : un *directeur* (juriste) et 7 employés. Il dirige, en même temps, le « Syndicat médical pour la sauvegarde des intérêts économiques » (section économique de la Fédération médicale suisse) et la « Caisse d'assurance vieillesse et survivants de la F.M.S. » En outre, un « *secrétaire particulier* » (médecin celui-là) est attaché au président et choisi par lui, parmi les confrères de la ville qu'il habite.

L'organe de la F.M.S. est le « *Bulletin professionnel*

(1) *Concours médical*, nos 36, 37 et 38.

des médecins suisses ». Il est rédigé par un Comité de trois membres : le directeur du secrétariat central, un médecin de la Suisse allemande et un médecin de la Suisse française.

A côté des questions professionnelles. la Fédération médicale suisse s'occupe des questions *scientifiques*. Et, tous les 3 ans, elle est convoquée en un « *Congrès des médecins suisses* » qui se réunit, en général, dans une ville universitaire, avec un ordre du jour presque exclusivement scientifique (visites de cliniques ou d'installations hospitalières, présentation de malades, conférences, etc...). Il y est aussi parfois — mais exceptionnellement — traité ou discuté de questions d'ordre professionnel ou législatif.

On a vu, au cours de cet exposé, les organes législatifs et les organes exécutifs de la Fédération, ajoutons, en terminant, qu'un ORGANE JUDICIAIRE de la F.M.S. est actuellement à l'étude.

TCHEKOSLOVAQUIE

1° La « *Ustredni jednota ceskoslavenskych Lekaru* » ou Union centrale des médecins tchékoslovaques, fondée en 1888, est composée de 34 *groupements régionaux* correspondant aux 34 districts se trouvant sur le territoire du pays, soit 22 en Bohême, 7 en Moravie et Silésie, 3 en Slovaquie et 1 dans la Russie subcarpatique. Quant au 34e il comprend les médecins de nationalité non solvaque de la slovaquie et Russie subcarpatique. A côté de ces divisions en districts, donc *territoriales*, se trouvent des sections *corporatives*, faisant corps avec les premières et composées des *mêmes* membres, simplement réunis en vue de certainesoccupations ou intérêts particuliers. Ce sont *les sections* : *a*) des médecins s'occupant des maladies mentales ; *b*) des médecins des tribunaux et des prisons ; *c*) des médecins de ville d'eaux ; *d*) des médecins de chemins de fer ; *e*) des médecins spécialisés ; *f*) des médecins communaux et cantonaux ; *g*) des dentistes ; *h*) des médecins des hôpitaux généraux ; *i*) des médecins de caisses de malades ; *j*) des médecins de district de la ville de Prague ; *k*) des médecins militaires ; *l*) de la « jeune génération des médecins » qui travaillent dans le cadre de l'Union. Mais il est à noter que tous ces médecins font en même temps *partie* de leurs groupements *régionaux* et de l'Union *centrale*.

Tout médecin peut devenir membre de l'Union, s'il a reçu, rempli et signé la « Cestné prohlaseur » ou déclaration d'honneur de respecter les statuts et les conventions, de payer régulièrement sa cotisation annuelle et s'il est accepté à la fois par le district et le Comité central. Quant à la cotisation en sont exempts en totalité les médecins des hôpitaux non payés (?) et de moitié les médecins employés d'Etat du 11e au 9e rang et les médecins militaires jusqu'au grade de capitaine y compris. Cette exemption totale ou partielle de cotisation dépend d'une demande à renouveler chaque année.

L'Union centrale s'occupe de toutes les questions médicales, sociales et économiques, et parfois scientifiques. Elle assure, en outre, à ses adhérents *un secours matériel en cas de maladie*, grâce à une section spéciale de l'Union à ce sujet la « Podpurna a nemocenska sekce » dont *seuls* peuvent faire partie les membres de l'Union. Il en est de même pour le *bureau de placement* gratuit pour postes fixes ou d'intérieur.

Les membres de l'Union reçoivent gratuitement leur journal « Vestnik ceskych lekaru » *journal hebdomadaire* traitant des questions professionnelles actuelles et « mis à la disposition des membres de l'Union pour la discussion et la publication d'articles indépendants ». Chaque année, l'Union envoie à ses membres un « kalendar ceskysch lekaru » ou calendrier des médecins tchèques, et un « schematismus » publié suivant les besoins de l'actualité.

De plus, la « Lekarsak Zalozna » ou *Caisse générale d'avances aux médecins* qui a son siège à Brno et une succursale à Prague, procure à ses membres des avances les aidant dans leurs achats, encaissant surtout les notes en souffrance et acceptant de l'argent à de bons intérêts.

Il y a donc à remarquer, dans cette Union centrale des médecins tchékoslovaques toute une série de *préoccupations* et *d'aides économiques* qui sont en dehors de toutes les questions de *bienfaisance* et que nous n'avons pas vu, jusqu'ici, aussi développées, ordinairement dans d'autres pays.

2° La « *Reichsverband der Deutschen Aerztevereine der Tchekoslovakischen Republik* » ou « l'Association des médecins allemands dans la République tchékoslovaque », forme un deuxième groupement national, en fort bons termes d'ailleurs avec le précédent. C'est à l'A.P.I.M., le même correspondant, pour les deux groupements, notre excellent confrère Karel Helbich, ainsi qu'il est prescrit par nos règlements. Nous n'avons pas reçu de précisions concernant ce second groupement. Nous pensons les recevoir pour le deuxième fascicule.

YOUGOSLAVIE

Le « *Jugoslovensko lekarsko drustvo* » ou Association des médecins yougoslaves, se compose de *huit groupements régionaux* qui sont les Associations des médecins : 1° Serbes ; 2° de Croatie et Slavonie ; 3° Slovènes ; 4° de Maribor ; 5° de la Nojvodina ; 6° de Bosnie et Herzégovine ; 7° de Dalmatie ; 8° du département de Raguse.

Ces groupements sont tous, à la fois *scientifiques* et *professionnels* et complètement indépendants les uns des autres. Toutefois, depuis la grande guerre, dès 1919, les délégués de ces divers groupements se sont réunis à Belgrade pour fonder une Association des médecins yougoslaves qui fut organisée définitivement en 1920.

Cette Association nationale se compose de *trois sortes de membres* : 1° membres ordinaires ; 2° membres correspondants (étrangers) ; 3° membres hono-

raires. Pour les premiers, tout membre d'un groupement régional est *ipso facto* membre de l'Association nationale et celle-ci reçoit une partie de la cotisation versée au groupement régional.

Pour la direction de toutes les affaires concernant l'Association, il est créé un *Conseil de direction* qui est composé de membres délégués des groupements régionaux, à savoir cinq pour les plus grands et trois pour les plus petits, avec un suppléant pour chaque groupement. Un quart des membres du Conseil doit résider à Belgrade, où se trouve le siège de l'Association. Cette partie du Conseil de direction forme le *Comité exécutif* qui se réunit au moins une fois par mois ; il expédie les affaires courantes. Le Conseil de direction tout entier se réunit quatre fois par an à Belgrade. Les frais de déplacement des membres du Conseil sont supportés par le groupement national.

L'élection du *président* a lieu chaque année à l'*Assemblée générale* au scrutin secret et à la majorité absolue des voix des membres présents. Il est d'usage que la fonction du président soit confiée alternativement à un Serbe, Croate et Slovène, mais les statuts sont muets sur ce point. Le président est rééligible.

L'Association tient son *Assemblée générale ordinaire annuelle* au mois de septembre de chaque année aux lieux fixés à la session précédente. L'Assemblée générale entend les rapports sur la gestion du Conseil de direction et sur la situation financière, elle élit les membres correspondants et honoraires, ainsi que les délégués au Conseil national sanitaire ; en outre elle discute les *sujets scientifiques* ainsi que les *questions professionnelles* importantes fixés à l'ordre du jour de la session par le Conseil de direction d'après la délibération de l'Assemblée générale de l'année précédente. Par exemple pour la session de cette année ont été choisis les thèmes suivants : 1) la pathologie de la nutrition ; 2° libre choix des médecins aux assurances sociales. Si les membres présents le demandent, d'autres questions professionnelles peuvent être traitées. Le Comité exécutif est chargé de remettre les résultats des délibérations de l'Assemblée aux autorités compétentes et d'en poursuivre les effets. Le président peut convoquer dans les cas importants avec l'approbation du Conseil de direction ou sur demande d'au moins cinq membres du Conseil une *Assemblée générale extraordinaire.*

Le Comité de direction choisit parmi ses membres deux vice-présidents, deux secrétaires, le trésorier et le bibliothécaire. Le secrétariat, avec l'administration, a son siège à Belgrade ; il est installé très modestement et dispose du strict indispensable. Le secrétaire ainsi que le trésorier n'ont aucune indemnité personnelle.

C'est aux efforts de l'Association nationale, qu'est particulièrement due la constitution des *Chambres médicales* par décision du ministère de la santé nationale, de l'hygiène, du 27 mars 1923. L'A.M.Y. a largement traité la question de la tuberculose en yougoslavie à son Assemblée générale de 1922, à l'Assemblée générale de 1926, cette question importante a été traitée par tous les pays slaves. Elle a pris l'initiative de la création de « *l'Association des médecins slaves* en convoquant en 1925 les délégués de tous les pays slaves à Dubrovnik, Raguse, en session constitutive. Les statuts de ceste Association furent définitivement dressés à Prague au mois de décembre de l'année dernière. Au mois de mai de cette année se tiendra à Varsovie le premier « *Congrès médical Slave* » où se réuniront les médecins de tous les pays Slaves.

Les Chambres médicales sont établies en vue de la protection des intérêts et de la surveillance de l'état moral du Corps médical.

Elles représentent donc des groupements purement professionnels ; toutefois, elles ne sont pas entièrement libres, plutôt *semi-officielles* car leurs délibérations sont soumises au contrôle du ministère de l'hygiène. Le pays est partagé en 4 régions ayant chacune sa Chambre médicale. Chaque médecin exerçant sa clientèle est *obligé* de s'inscrire à la Chambre médicale correspondante. Les Chambres médicales ont un *Comité exécutif* et un *Conseil de discipline* qui juge les médecins ayant commis des fautes d'ordre professionnel. Les décisions du Conseil de discipline des Chambres médicales sont appelables devant le *Conseil de discipline supérieur* siégeant au Ministère de l'Hygiène.

Il est à noter, en outre, des groupements particuliers : 1° L'Association des médecins auxiliaires (assistants) de Belgrade et de Zagreb (locale) ; 2° L'Association des médecins de chemin de fer (*nationale*) ; 3° la société des médecins de caisse d'assurance de Slovénie (régionale).

Enfin les questions intéressant le plus le groupement national de nos confrères yougoslaves sont : *a*) Lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes ; *b*) assurances sociales ; *c*) la socialisation de la médecine et des médecins.

Note du Secrétaire général.

Mes chers confrères,

Avant de clore le premier fascicule de notre enquête (A), nous désirons faire quelques remarques qui nous sont suggérées par la pratique même.

***

a) Nous demandons à ceux de nos correspondants qui nous ont envoyé des renseignements insuffisants de les compléter ainsi que nous l'avons noté au fur et à mesure (par exemple : Argentine, Finlande, U.R.S.S., etc...).

b) Nous demandons à ceux qui ne nous ont pas encore répondu (par exemple : Autriche, Chili, Esthonie, Pérou, Belgique, etc...) de le faire dès que possible et aussi complet qu'ils le pourront en suivant les exemples qu'ils ont maintenant sous les yeux.

c) Nous demandons aux confrères qui nous ont promis des réponses bien que ne faisant pas partie de l'A.P.I.M. (tels que les Etats Unis d'Amérique, par exemple) de vouloir bien — au reçu de ces résultats d'enquête que nous nous faisons un plaisir de leur envoyer — nous adresser à leur tour, les documents nécessaires pour que puisse être fait un exposé semblable à ceux qu'ils liront ici et qui prennent place au milieu des autres, en attendant, ce que nous souhaitons de tout cœur, que leur groupement national lui-même vienne se joindre à nous.

***

Nous pourrons ainsi faire un *deuxième fascicule* complétant le premier et nous permettant d'établir des tableaux comparatifs plus étendus. En même temps, nous continueorns, à comprendre de mieux en mieux, ce qui se passe chez les autres, nous en tirerons leçon à l'occasion et *nous nous rendrons ainsi service mutuellement.*

Que tous nos confrères à qui s'adresse spécialement ce « Nota » veuillent bien en tenir compte et combler les vœux que nous émettons ici. Ce serait la meilleure récompense et le plus grand encouragement qu'ils pourraient apporter au secrétaire général de l'A.P.I.M. qui a fait de son mieux, et espère que tous ceux à qui il s'adresse ici auront à cœur de faire de même, dans l'intérêt du Corps médical mondial.

Paris, le 12 mai 1927.

Le secrétaire général de l'A.P.I.M. :

Dr FERNAND DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Le nombre des médecins en Angleterre.** — En Angleterre, comme en France, le nombre des médecins va sans cesse en croissant. Le dernier recensement a donné le chiffre de 52.614 médecins, au lieu de 43.926 en 1918. La pléthore médicale paraît être de tous les pays !

— **Paris. Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.** — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl ; de MM. Zimmern, professeur agrégé ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. CERTIFICAT D'ÉTUDES PRÉPARATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité.

Il comprend les cours suivants : *Première partie.* — Physique des rayons X. Radioactivité. Technologie (22 leçons). — Radiodiagnostic (28 leçons).

Deuxième partie. — Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie (39 leçons).

Troisième partie. — Electrologie. Photothérapie (30 leçons).

Travaux pratiques. — Pendant toute la durée du cours, des exercices pratiques portant sur la technique radiologique, curiethérapique et électrologique auront lieu au laboratoire de la Faculté de médecine et à l'Institut du radium.

Des visites d'usines seront faites, sous la direction de M. Turchini, chef des travaux de physique à la Faculté de médecine.

Stages. — Les élèves accompliront successivement des stages de radiodiagnostic, de radiothérapie et d'électrothérapie dans trois des hôpitaux suivants : MM. Aubourg, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie. — Béclère (Henri), hôpital de Vaugirard, laboratoire de Radiologie du professeur Pierre Duval. — Beaujard, hôpital Bichat, service de Radiologie. — Belot (J.), hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie. — Bourguignon, hôpital de la Salpêtrière, service d'Electroradiologie. — Bordet, hôpital de la Pitié, service du professeur Vaquez. — Darbois, hôpital Tenon, service de Radiologie. — Delherm, hôpital de la Pitié, service d'Electroradiologie. — Duhem, hôpital des Enfants-Malades, service d'Electroradiologie. — Gernez, hôpital Tenon, centre anticancéreux. — Haret, hôpital Lariboisière, service d'Electroradiologie. — Laquerrière, hôpital Hérold, service d'Electroradiologie. — Ledoux-Lebard, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire, de Radiologie du professeur Gosset. — Maingot, hôpital Laennec, service d'Electroradiologie. — Ronneaux, hôpital de la Charité, service d'Electroradiologie. — Solomon, hôpital Saint-Antoine, service deRadiologie. — Zimmern, agrégé, Institut municipal d'Electroradiologie.

Le choix des services de stage se fera au début du cours suivant l'ordre d'inscription.

Les élèves ayant suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier pourront subir en partie ou en totalité un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 1er décembre de chaque année, *à 18 h., à l'amphithéâtre de Physique de la Fa-*

culté de médecine. Il aura lieu tous les jours à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vu de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr. ; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h. Le nombre des places est limité.

II. DIPLÔME DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS (Durée : Deux ans). — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. Deux de ces stages pourront, après demande adressée à M. le doyen de la Faculté de Médecine, être faits dans certains laboratoires de province ou de l'étranger.

A la suite de cette période de stage, les candidats présenteront un mémoire (dactylographié en sept exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales.

Ils seront interrogés : 1° sur ce travail ; 2° sur l'ensemble de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

A titre transitoire, les docteurs en médecine français, ayant passé leur thèse avant 1918, pourront, en justifiant de trois ans de pratique radiologique et électrologique, être autorisés à passer l'examen du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales en présentant un mémoire.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au sécrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., avant le 1er novembre.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les droits à verser sont de : Deux droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr. ; un droit d'examen, 250 fr. ; deux droits de bibliothèque à 40 fr., 80 fr.

— Cours de perfectionnement sur le cancer au centre anticancéreux de Strasbourg. — Du 16 au 31 octobre 1928 aura lieu, à Strasbourg, sous la direction de M. le Dr GUNSETT, directeur du Centre anticancéreux, chargé de cours à la Faculté de médecine, un cours de perfectionnement sur le cancer qui comportera : 1° Des conférences sur l'étiologie du cancer et les cultures de tissus (M. BORREL) et sur la physico-chimie du cancer (M. VLÈS). — 2° Des conférences cliniques sur le cancer (MM. CANUYT, KELLER, LERICHE, PAUTRIER, REEB, WEILL et WEISS). — 3° Un cours complet d'histopathologie des tumeurs (M. GÉRY). — 4° Des conférences et exercices pratiques sur le traitement du cancer par les agents physiques (M. GUNSETT) : *a*) technique de la Rœntgenthérapie. Unité et mesures ionométriques. L'unité électro-statique et son application à la pratique. Mesures et dosage en profondeur. Isodoses. La diffusion et son influence sur les mesures. Mesures de la qualité (Halbwertschicht et spectrométrie) ; *b*) technique de la Curiethérapie. Méthodes d'application. Méthodes de mesure et de calculation de la dose. Microionométrie. Télécuriethérapie. Pendant les travaux pratiques (MM. GUNSETT, Melle BERG, M. SICHEL, M. et Mme SPACK) les participants auront l'occasion de se familiariser avec ces méthodes. Ils apprendront à faire des moulages en curiethérapie et à faire des étalonnages en unités Solomon et en unités électrostatiques. — 5° Une conférence avec démonstrations sur l'électrocoagulation (M. GUNSETT). — 6° Des conférences sur les chapitres principaux de la radiopathologie (M. GUNSETT). — 7° Des conférences sur la technique du traitement des principaux cancers (M. GUNSETT). — 8° Des présentations journalières de malades (M. GUNSETT). — 9° Des conférences sur la physique des rayons X et des corps radioactifs (M. REISS). — 10° Des conférences et travaux pratiques d'hématologie (M. WOLFF).

Le cours se terminera les 30 et 31 octobre, par deux journées de communications avec discussion qui seront présidées par M. Paul STRAUSS, sénateur, ancien Ministre de l'Hygiène et dont voici le programme :

Mardi, le 30 *octobre,* 9 *heures*: Communications de MM. DEGRAIS, Paris ; MERCIER, Lausanne, et DAUVILLIER, Paris (Dosage en curie et en rœntgenthérapie) ; BELOT, Paris et ROSSELET, Lausanne (radiorésistance). Conférence de M. SOLOMON, Paris : Notation des unités internationales et étalonnage pratique des ionomètres. Visite au Centre anticancéreux. Démonstration d'un étalonnage en unités électrostatiques pour la pratique (M. GUNSELTT).

Mardi, le 30 *octobre,* 14 *heures* 30 : Communications de MM. CHEVAL et MAYER, Bruxelles (télécuriethérapie) CAHEN, Bruxelles (tumeurs malignes en gynécologie) ; COLIEZ, Paris (télécuriethérapie) ; S. LABORDE, Paris (sujet réservé) ; PROUST, Paris (radiothérapie etmétastases osseuses). Conférence de M. DUSTIN, Bruxelles. Les réactions eytologiques des tumeurs traitées par la télécuriethérapie.

Mercredi, le 31 *octobre,* 9 *heures* : Sujets à l'ordre du jour : Les cancers de la cavité buccale et de l'appareil respiratoire. Les cancers du corps thyroïde. Communications de MM. BÉRARD, Lyon ; REGAUD, Paris (sujet réservé) ; CANUYT, Strasbourg ; DU BOIS, Genève ; GERNEZ et MALLET, Paris ; GAUDUCKAU, Nantes ; HOCHE, Nancy ; JEANNENEY, Bordeaux ; LEDOUX, Bruxelles ; SLUYS, Bruxelles.

Mercredi, le 31 *octobre,* 14 *heures* 30 : MM. DE COULON, Lausanne et VLÈS, Strasbourg (physicochimie du cancer) ; REDING et SLOSSE, Bruxelles (altérations tumorales) ; FIRKET, Liège (biologie des sarcomes); HEYNINX, Bruxelles (étiologie gingivo-dentaire) ; TEYRON, Marseille (tumeurs thyroïdiennes. — Visite de l'Institut de M. le professeur BORREL suivie d'une conférence.

Les inscriptions pour le cours sont reçues par M. le Dr GUNSETT, directeur du Centre anti-cancéreux, hôpital civil à Strasbourg. Le droit d'inscription pour le cours est de 300 fr. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Nous vous signalons que la prescription de l'action du médecin contre le patron responsable, en paiement de ses honoraires, s'accomplit par un an à compter de la guérison ou de la consolidation de la blessure, et que cette prescription est d'ordre public.

2849. — Rente d'un accidenté du travail atteint d'incapacité permanente absolue.

Je serais heureux d'avoir le renseignement suivant : quel est le montant de la pension d'un ouvrier accidenté dont le taux d'incapacité a été évalué à 100/100 pour cécité et qui gagnait 47 fr. par jour.

Dr C.

Réponse.

Les rentes allouées aux victimes d'accidents du travail ne sont pas calculées sur le salaire journalier, mais sur le salaire total de l'année qui a précédé l'accident.

En admettant que votre client ait travaillé 300 jours dans son année, son salaire annuel sera fixé à : 47 × 300 = 14.100 fr.

Quand le salaire annuel dépasse 8.000 fr., la partie qui excède cette somme n'entre en ligne de compte qu'à concurrence du quart, pour le calcul de la rente. Le salaire sur lequel la rente de votre client sera fixée devra donc être ramené à : 8.000 + (6.100 : 4) = 9.525 fr.

Le blessé, se trouvant atteint d'une incapacité absolue et permanente, a droit à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel, soit :

$$\frac{9.525 \times 2}{3} \quad 6.350 \text{ fr.}$$

2114. — Soins à un patron blessé en travaillant. Inapplicabilité du Tarif Fallières.

Un patron ayant été victime d'un accident dans son entreprise et étant assuré (individuelle bien entendu) à une Cie ; il a droit d'après son contrat aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Je présente ma note d'honoraires à la dite Cie sur la base du tarif syndical.

La Cie refuse de me payer sur la base du tarif syndical qu'elle prétend ignorer : elle entend appliquer le tarif Fallières.

Je suis d'autant plus certain qu'elle a tort que d'autres Cies ne font aucune difficulté dans un cas semblable. Mais il me faudrait votre avis pour nous départager.

Dr F.

Réponse.

Il ne s'agit pas, en l'espèce, d'un cas d'application de la législation sur les accidents du travail, mais la Compagnie d'assurances et son assuré ont

pu valablement convenir dans la police que les frais médicaux et pharmaceutiques seraient supportés par la Compagnie conformément aux tarifs des accidents du travail.

Si, agissant aux droits de votre client, vous vous adressez directement à la Compagnie pour vous faire honorer, vous ne pouvez exiger de celle-ci plus que ce à quoi elle est obligée en vertu de son contrat, c'est-à-dire plus que le tarif Fallières.

Mais, en la circonstance, ce n'est pas ainsi que vous devez procéder : faites-vous payer, *par votre client lui-même*, votre note établie conformément à votre tarif syndical et remettez-lui un reçu détaillé de vos honoraires. En possession de votre reçu, votre client se retournera contre sa compagnie pour se faire rembourser par elle dans la limite du tarif prévu au contrat. S'il y a une différence, c'est votre client qui devra la supporter de sa poche.

Vous pourriez encore accepter la somme que vous offre la Compagnie, *à titre d'acompte sur ce qui vous est dû*, et réclamer la différence à votre client, mais nous estimons qu'il est préférable d'employer le premier procédé, qui vous évite tout rapport et toute contestation avec la Compagnie.

2795. — Responsabilité d'un accident survenu dans une école.

Une jeune fille de l'école supérieure est tombée alors qu'elle fait à cette école une course (en exercices) sous la surveillance d'une professeur de gymnastique venue du dehors, et professant de temps à autre à cette école.

La jeune fille en tombant se fait une fracture de l'avant-bras. A qui incombe la responsabilité ?

La mère de l'enfant est solvable, mais elle m'a payé une somme insuffisante parce que : 1° la directrice, 2° la professeur de gymnastique se dérobent.

Une autre fois je n'ai rien touché pour une fracture de clavicule dans un cas semblable parce que la mère était chargée de famille et nécessiteuse.

Dr S.

Réponse.

En vertu de l'article 1384 du Code civil, les instituteurs publics ou privés sont responsables des dommages causés par les élèves placés sous leur garde et la responsabilité de l'Etat est de plein droit substituée à celle des instituteurs publics.

Par conséquent, si l'accident a été causé par une compagne de la jeune fille, l'Etat en est responsable, à moins qu'il ne puisse prouver qu'il a été impossible au maître d'empêcher le fait dommageable.

En revanche, si la jeune fille s'est blessée elle-

même, sans que le fait d'une de ses compagnes puisse être invoqué, l'Etat n'est responsable qu'autant qu'il sera démontré que l'accident est dû à une faute, à une négligence ou à un défaut de surveillance du maître.

La jeune fille étant sans doute mineure, c'est à ses parents qu'il incombera d'intenter une action en dommages-intérêts contre l'Etat, s'ils estiment devoir le faire.

Quant à vous, médecin, qui n'avez été mis en œuvre ni par la directrice ni par le maître, vous n'avez aucune action contre l'Etat. Vos seuls débiteurs sont les parents de la blessée et c'est contre eux que, le cas échéant, vous devriez agir en paiement de vos honoraires, sauf à eux à comprendre ensuite le montant de vos honoraires dans leur demande d'indemnité.

3192. — Accident survenu dans le trajet du lieu du travail au domicile.

J'ai encore une fois recours à vous à propos d'un litige pour un accident du travail.

Un ouvrier tombe de motocyclette à 500 m. de l'usine où il se rendait travailler. Son patron, en plus de son salaire, lui paye 1 fr. 50 d'indemnité de déplacement. L'assurance ne reconnaît pas le sinistre comme accident du travail. Le blessé prétend que touchant une indemnité pour son déplacement, il se trouve lors de celui-ci sous la surveillance du patron.

A votre avis, qui a raison ? Je risque fort de ne rien toucher comme honoraires si l'assurance ne reconnaît pas le sinistre !

Dr F.

Réponse.

En règle générale, l'ouvrier n'est pas garanti par la législation sur les accidents du travail pendant le temps du transport entre son domicile et le lieu du travail, ou *vice versa*. C'est que, pendant ce temps, il n'est pas soumis à l'autorité du patron ni sous sa surveillance.

Il en est autrement, d'après les auteurs, notamment Sachet (Traité de la Législation sur les accidents du travail, 1926, no 322) lorsque le chef d'entreprise a pris à sa charge le transport de ses ouvriers entre l'usine et leur demeure, précisément parce que, en cette occurrence, les ouvriers restent sous la surveillance du patron ou de ses préposés, même dans le cas où c'est une compagnie de transport qui est chargée d'emmener l'ouvrier.

Mais lorsque l'ouvrier choisit lui-même son mode de transport, la durée du trajet n'est pas considérée comme entrant dans les heures de travail, même s'il reçoit du chef d'entreprise une indemnité à raison de l'éloignement de son domicile.

Donc si, en l'espèce que vous nous exposez, l'ouvrier touche simplement une indemnité pour

son déplacement et emploie lui-même cette indemnité comme il l'entend, il n'y a pas accident du travail et vous ne pouvez réclamer qu'à l'ouvrier.

3173. — Accident de droit commun. Inapplicabilité du Tarif Fallières.

Deux de mes clients, cheminant sur un trottoir, sont sérieusement blessés par la chute de caisses de savon, venant du chargement mal arrimé sur le camion. Ce camion appartient aux fabricants G. Ces clients me font appeler pour les soigner.

A qui devrai-je envoyer mes honoraires ? Aux clients, aux propriétaires du chargement, au camionneur, à l'assurance.

Je n'ai jamais voulu soigner les accidentés, c'est pourquoi, en plus de la première question, je vous demanderai quel doit être le taux de mes honoraires ?

Celui d'un accidenté du travail (ça me paraît illogique) puisqu'il s'agit d'un accident de droit commun.

Ou plutôt mon tarif habituel, accepté par toute ma clientèle ?

Dr R.

Réponse.

Il s'agit bien, en effet, d'un accident de droit commun, et non d'un accident du travail.

Comme, d'autre part, ce sont les blessés, vos clients, qui vous ont fait appeler pour les soigner et que vous n'avez pas été mis en œuvre par le responsable (à déterminer) de l'accident, vous ne pouvez avoir de recours que contre vos clients, sauf à eux à se retourner contre le ou les responsables de l'accident qui leur est survenu et à leur demander, notamment, le remboursement de vos honoraires.

Ces honoraires devront être établis, non suivant le tarif des accidents du travail, mais suivant votre tarif de droit commun, celui applicable aux personnes de la situation sociale des blessés.

3204. — Recouvrement d'honoraires-accidents. Prescription.

Ayant soigné du 19 novembre 1927 au 8 janvier 1928 un accidenté du travail, j'ai envoyé ma note d'honoraires à la Cie X. dans les jours suivants la guérison.

N'ayant aucune nouvelle de cette compagnie je désirerais savoir jusqu'à quelle date je peux faire valoir mes droits sans que la dite compagnie puisse faire valoir la prescription.

Quel est le meilleur moyen dans ces cas ? Faut-il s'adresser au patron (dont l'ouvrier m'a présenté une fiche m'invitant à l'examiner) ou faire recouvrer par l'intermédiaire d'un office ?

Dr P.

Réponse.

La prescription, en matière d'accidents du

travail, est acquise au bout d'une année, dont le point de départ est soit le jour de l'accident, soit celui de la clôture de l'enquête du juge de paix, soit celui de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.

Dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, comme il n'y a peut-être pas eu d'enquête et que vous ignorez la date à laquelle l'ouvrier a cessé de toucher son demi-salaire, il serait prudent d'agir avant le 8 janvier 1929.

En cette matière, la prescription n'est interrompue que par une citation en justice ou par une reconnaissance de dette provenant du débiteur. Une lettre recommandée est insuffisante pour l'interrompre.

Vous pouvez adresser une lettre de réclamation au patron, car vous n'avez pas de lien de droit avec l'assurance, mais, à défaut de réponse, il faudrait le citer devant le juge de paix du lieu de l'accident au plus tard le 7 janvier 1929.

Vous pouvez évidemment faire recouvrer par l'intermédiaire d'un office, mais il faudra que celui-ci ait soin de ne pas laisser prescrire votre créance.

Fiscalité.

3113. — La patente ne porte que sur l'habitation principale.

J'ai acheté cette année une petite propriété à A., propriété d'agrément où je vais me reposer de temps en temps le dimanche. On me dit que je vais être imposé à la patente sur cette propriété. Est-ce vrai ? Il va sans dire que je ne fais pas de médecine à A.

Dr B.

Réponse.

L'imposition à la patente n'est due que pour l'habitation principale ; votre propriété d'agrément de A., ne servant pas à l'exercice de votre profession, en est exemptée.

A. M.

3159. — Traitements fixes et bénéfices des professions non commerciales.

J'ai lu avec grand intérêt les questions de fiscalité et les réponses de M. Martinot, relative aux abattements à la base sur les traitements fixes et les professions non commerciales parues dans le n° 35 du *Concours*, sous les n^{os} 2799 et 2700. J'ai moi-même posé cette question en avril dernier et vous m'avez répondu par lettre du 29-4-28 et par la réponse n° 1534 du *Concours*.

Je viens de lire la note de la page 7 de la notice aux contribuables éditée par l'administration. Il semble donc que tout concorde. Or, le contrôleur des contributions, à qui j'ai soumis votre réponse, a refusé les abattements pour charge de famille s'appuyant sur la réponse du Ministre des Finances parue au *J.O.*

du 20 janvier 1926, question n° 5805, donc postérieure à la loi de 13-7-25 à laquelle vous vous référez. Il me semble donc qu'il y a contradiction entre cette réponse et la note de la notice dont on fait état.

Voici le texte de la réponse du Ministre :

« Un médecin, qui, tout en recevant de certains établissements publics et privés des rétributions fixes, exerce en même temps sa profession dans la clientèle normale, ne peut être considéré comme placé, vis-à-vis de ces établissements, dans la situation subordonnée d'un employé, et les honoraires qu'il reçoit, bien que fixés par un abonnement annuel, n'ont pas le caractère d'un traitement ou d'un salaire. Il est dès lors passible, à raison de l'ensemble de ses revenus professionnels, de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et il ne peut valablement prétendre au bénéfice des abattements à la base réservés aux contribuables assujettis à l'impôt sur les traitements et salaires ».

Dans le même ordre d'idées, le ministre a décidé que « le médecin qui, assurant le service médical d'une entreprise industrielle moyennant un traitement fixe, consacre tout son temps à ce service et n'a pas de clientèle particulière, doit être considéré comme exerçant une profession salariée et assujettie à ce titre à l'impôt sur les traitements et salaires ». Réponse n° 13861, *J.O.* du 4-8-23.

Voilà, ce me semble, deux textes ou ensemble de textes, de source officielle tous deux, et qui sont contradictoires. Cette question est particulièrement intéressante à résoudre pour tous ceux qui, comme moi, chargés de famille, avons des traitements fixes et exerçons en même temps la clientèle ordinaire.

L'appel au Conseil de préfecture, et, à plus forte raison le recours au Conseil d'Etat, m'effraient quelque peu et j'attends de votre complaisance des apaisements et éclaircissements.

Dr G.

Réponse.

L'apparente contradiction des deux réponses du Ministre des Finances s'explique par le fait que dans le deuxième cas visé, le médecin n'a pas de clientèle particulière : l'Administration le considère comme attaché à l'établissement qui le rétribue au même titre qu'un employé salarié ; tandis que dans le premier cas, l'Administration estime que le médecin conserve sa liberté d'action puisqu'il peut assurer ses soins à une clientèle particulière et, qu'en conséquence, le mode de rétribution (abonnement fixe) n'est pas suffisant pour conférer au médecin la qualité de salarié.

Comme nous l'avons exposé à maintes reprises, nous estimons que cette question doit être tranchée par le Conseil d'Etat et nous vous conseillons de présenter une réclamation au Conseil de préfecture : les frais à engager comportent uniquement le coût du papier timbré (3 fr. 60 pour chaque réclamation ou pourvoi).

A noter que si le rôle est publié postérieurement au 30 juin 1928, la réclamation doit être adressée au Directeur des Contributions directes au chef-lieu du département !

A. M.

3185. — Base de la patente.

J'ai ouvert en juillet 1926 une maison de chirurgie, dont je suis le seul chirurgien.

Le contrôleur des C.D. prétend baser le chiffre de patente de la façon suivante :

1° Valeur d'achat de l'immeuble en 1925 ;

2° Valeur des réparations et aménagements qu'il a fallu y faire pour le transformer en clinique chirurgicale ;

3° Valeur des appareils literie, mobilier, etc., destinés aux opérés.

De ce fait nous arrivons aux chiffres suivants :

Achat de l'immeuble, plus frais........	120.000
Réparations, transformations, chauffage central, ascenseur, électricité, tout à l'égout, etc..............................	300.000
Mobilier chirurgical..................	145.000

Se basant sur ces chiffres, le contrôleur estime que le loyer de ma clinique est au minimum de 35.000, d'où découle un chiffre de patente formidable 21.000 francs. Or si je voulais louer mon immeuble actuellement, je n'en tirerais (au dire des notaires du pays) pas plus de 8 à 9.000 francs par an.

En conséquence je vous serais obligé de me faire savoir si les calculs du contrôleur sont conformes à l'esprit de la loi sur les patentes et quelle base je dois prendre pour fixer une fois pour toutes la valeur locative de l'immeuble qui me sert de clinique.

Dr X.

Réponse.

La prétention du contrôleur de faire état des frais d'acquisition de l'immeuble, des frais de transformation, de la valeur du mobilier pour déterminer la valeur locative de votre patente est injustifiée. Cette valeur locative doit être déterminée par comparaison avec celle attribuée à des immeubles de même importance et faisant l'objet de baux récents. Ce n'est qu'en l'absence de termes de comparaison que le contrôleur doit procéder à une évaluation directe.

Le taux du droit proportionnel sur la maison de santé étant du 50e, le chiffre indiqué de 21.000 francs pour la patente nous paraît extravagant.

A. M.

3179. — Etablissement des bénéfices professionnels.

Je suis médecin propharmacien et je vous demande un conseil pour mes déclarations d'impôts sur le bénéfice professionnel. J'ai déclaré l'année dernière un bénéfice brut de 59.000 francs et un bénéfice net de 16.800. Je viens de recevoir un avertissement des

contributions indirectes me taxant depuis 1922 jusqu'à 1927 d'un bénéfice de 80.000 par an. Ce chiffre invraisemblable ne correspond aucunement au chiffre d'affaires que je puis faire, j'estime que ma pharmacie représente un peu plus du tiers de mon chiffre d'affaires. Veuillez donc m'indiquer le moyen de procéder et de défendre ma cause.

Dr N.

Réponse.

Nous vous conseillons de voir le contrôleur et de lui communiquer (si toutefois vous en avez tenu un) votre livre de recettes et de dépenses.

En ce qui concerne les bénéfices de 1926 et de 1927, la loi vous fait une obligation de justifier l'exactitude des chiffres déclarés. Si le contrôleur n'admettait pas vos dires, vous auriez la faculté de demander que la Commission départementale statue sur votre différend.

A. M.

Questions médico-militaires.

3123. — Les emplois réservés et les médecins.

Dans sa séance du 30 juin dernier, le Sénat, discutant le projet de loi sur les emplois réservés, il a été décidé que les médecins mutilés ou réformés de guerre auront droit à un emploi médical réservé.

Etant dans la catégorie des médecins pouvant prétendre à un emploi de cet ordre, je vous serais reconnaissant de me faire savoir approximativement quels seront ces emplois et comment devrai-je m'y prendre pour poser ma candidature.

Dr B.

Réponse.

Vous avez en vue la loi du 24 juillet 1928 sur les emplois réservés. Nous avons parcouru la dernière liste d'emplois réservés, qui ait été établie en faveur des victimes de la guerre : nous n'y avons relevé aucune fonction de médecin.

On y mentionne des places d'infirmières dans les offices d'hygiène, dans les institutions communales, mais pas de médecins.

Des vétérinaires sont prévus comme conférenciers dans les écoles d'agriculture ; des ingénieurs adjoints dans différentes situations, et c'est tout pour ce qui a trait aux professions libérales. Néanmoins, il faut dire que l'Instruction pour l'application de cette loi n'a pas encore paru.

Si, cependant, vous croyez avoir des droits à quelqu'emploi réservé, adressez votre demande au Ministère des pensions, Service des emplois réservés, 37, rue de Bellechasse, à Paris, et mentionnez le département et la résidence pour laquelle vous désirez être inscrit. S'il y a lieu, on vous demandera, ultérieurement, de faire valoir

vos titres, puis on vous indiquera votre classement d'attente, qui paraîtra au *Journal Officiel*

3165. — Tenue réglementaire des officiers.

Devant faire une période d'instruction et ne pouvant plus utiliser la tenue que je portais à la démobilisation, je vous serai reconnaissant de me dire quelle est la tenue réglementaire actuelle (bleu horizon ou kaki).

Dr T.

Réponse.

Faites-vous faire une tenue kaki, c'est la teinte réglementaire pour l'avenir.

3118. — Obligation des périodes d'instruction. Légion d'Honneur.

Classe 1914, j'ai fait toute la guerre dans des unités combattantes d'artillerie comme sous-officier. Versé dans le service de santé après l'armistice, j'ai été nommé médecin-auxiliaire en 1919, puis promu médecin-lieutenant à la date du 18 mars 1927. Dois-je faire une période d'instruction en 1929 ?

D'autre part, combien faut-il réunir d'annuités pour être proposable pour la Légion d'honneur ?

Dr M.

Réponse.

On ne peut vous donner aucune assurance à cet égard ; mais, selon toutes probabilités, vous ne serez pas appelé à effectuer une période d'instruction en 1929.

Il faut réunir trente annuités, afin d'être proposable pour la Légion d'honneur.

3174. — Demande de pension d'une veuve de guerre.

Un de mes clients a été incorporé au moment de la déclaration de guerre le 2 août 1914. Il a été réformé nº 2 le 29 août 1914. Il a succombé en mai 1916. Sa veuve a-t-elle droit à une pension ? Ses enfants ont-ils droit à une indemnité comme orphelins de guerre ?

Je vous prie de vouloir bien me donner tous renseignements concernant ce cas, les démarches à faire les pièces à produire.

Dr L.

Réponse.

Cette veuve a attendu bien longtemps pour faire valoir ses droits, et la chose devient plus difficile.

Qu'elle se hâte, avant la fin de l'année, d'adresser une demande de pension de veuve au Sous-intendant de la section régionale des pensions, chargé de constituer le dossier. Si elle obtient gain de cause, ses orphelins auront droit à une majoration jusqu'à l'âge de 18 ans.

2961. — Pensions temporaires ou définitives.

1re *lettre.*

Un mutilé de guerre est pensionné à 10 % en 1922 pour condensation des sommets.

Il reçoit un titre définitif à ce taux. Ensuite il fait une demande d'aggravation, étant en réalité atteint de tuberculose pulmonaire.

Un examen de crachats à l'hôpital militaire est positif : il est alors porté à 50 % provisoire. Il fait appel devant le tribunal des pensions qui le porte à 100 % provisoire ; il est convoqué pour la visite régulière quelque temps après et ramené à 10 %.

Il n'a toujours pas reçu avis du Ministre que le taux de 100 % fixé par le tribunal des pensions est accepté par le Ministre.

D'où question : Un homme définitif à 10 %, sur aggravation ultérieure est porté à 100 % par le tribunal des pensions à titre *provisoire*. Est-ce que cette aggravation ne doit pas être accordée à titre *définitif* et non à titre *provisoire* ?

Il a fait appel devant la cour d'appel des pensions pour q e la décision du tribunal *provisoire* soit réformée en *définitive.*

Voudriez-vous me donner votre avis et indiquer éventuellement la marche à suivre.

Dr B.

1re Réponse.

Quand le titulaire d'une pension définitive voit le taux de sa pension augmenté à la suite d'une nouvelle visite, ce nouveau taux de pension n'est accordé qu'à titre temporaire pour 2 ans (avec élément définitif du taux antérieur), soit dans le cas présent, 100 % pour 2 ans, avec élément définitif de 10 %.

Au bout de 2 ans nouvelle visite, nouveau taux ; 2 ans plus tard, même chose, et c'est seulement ce nouveau taux, fixé 4 ans après la constatation première de l'aggravation qui fixe la nouvelle pension définitive (art. 7 de la loi du 31 mars 19). Exception est faite naturellement pour des infirmités reconnues d'emblée « incurables », ce qui ne peut être le cas pour une affection pulmonaire. Vous ne donnez pas de dates dans votre lettre ; mais le Tribunal en fixant un nouveau taux, et par conséquent en accordant une nouvelle pension, a certainement fixé la durée de cette nouvelle pension temporaire accordée. Votre client y a droit, un droit absolu ; qu'il réclame au Ministre des pensions.

2e *lettre.*

Bien reçu votre lettre. Auriez-vous l'obligeance de me préciser les points suivants :

Le malade a été porté à 100 % temporaire par jugement du tribunal des pensions du 2 mars dernier.

Or, en avril suivant, il a été appelé pour passer une biennale, car, outre son taux définitif antérieur de

10 %, il avait été porté temporaire à 50 % pour aggravations en août 1926.

Cette biennale, soit un mois après la décision du tribunal des pensions après surexpertise le portant à 100 %, l'a ramené à 10 % !!!

Que va décider le ministre ? Va-t-il admettre le taux de 100 proposé par le tribunal des pensions — à titre temporaire — ou va-t-il donner le 10 % donné un mois après ?

D'un autre côté que penser d'une fantaisie pareille donnant 100 % et un mois après 10 % et comment protester ?

En outre, cet homme qui est un cracheur de bacilles intermittent, outre plusieurs analyses en ville positives, a un examen positif à l'hôpital militaire ; est-ce que cet examen n'est pas absolu et ne doit-il pas entraîner d'une façon *absolue* et *indiscutable* un 100 % non seulement *temporaire*, mais même *définitif* ? Auriez-vous l'obligeance de me répondre à ces diverses questions avec la plus grande précision, car ce malade est absolument ballotté par ces fantaisies variées.

Dr B.

2e Réponse.

Le Tribunal allouant une pension *temporaire* de 100 % a fixé le point de départ de cette pension ; or vous ne nous l'indiquez pas? Admettons, chose vraisemblable, que la réclamation ait porté sur les 50 % alloués en août 1926, le tribunal aura accordé 100 % d'*août* 1926 *à août* 1928. *Ceci est acquis.*

Cependant, dans les six derniers mois précédant cette échéance d'août 1928, l'intéressé a dû subir, et a subi (avril 1928) une nouvelle visite pour fixation du taux *à partir d'août* 1928 : celui-ci est, dites-vous de 10 %.

N'oubliez pas que l'expert, nommé par le tribunal, s'est basé non seulement sur son examen actuel, mais aussi et surtout sur les anamnestiques pour fixer le taux qui pouvait être celui de l'invalidité existant en AOUT 1926 !

L'écart entre 100 % et 10 %, à si peu de distance, devient donc une possibilité. Le ministre se base sur les propositions et l'examen des experts de la Commission de réforme. La tuberculose n'est pas une maladie incurable ; la bacilloscopie peut devenir négative après avoir été positive : un taux de 100 % ne devient définitif que s'il persiste au bout de quatre ans après qu'il a été établi une première fois. (Art. 7 de la Loi du 31 mars 1919).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 423. — Docteur ayant sa voiture désire faire remplacement longue durée à partir du 15 septembre.

N° 424. — Docteur cherche poste demi-repos, conditions *sine qua non* : maison confortable, chasse, pêche, 200 km. de Paris maximum.

N° 425. — Doct. très expérim. ferait remplac. courte ou longue durée, Paris de préfér. Libre actuell.

N° 426. — Centre Est, bon poste ch.-lieu canton, chasse et pêche, loyer modéré, indem. 10.000, facilités. Urgent.

N° 427. — Jeune chirurgien, ex-interne, ex-assistant de clinique gynécolog., libre immédiat., ch. poste actif, ou collaborat. avec confrère, avec de préfér. cession ultérieure.

N° 428. — Doct. spécialiste de physiothérapie, radiologie, psychothérapie, ch. poste de direct. de sanator., mais. de santé ou laborat. de physiothérapie ou radiologie.

N° 429. — Allier. Ds. résid. import., anc. client., rapp. 110.000. Très belle mais. confort., 8 p. avec jardin. Indemn. et compt. à débatt. S'ad. Cab. Breite, et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 430. — Nord. Clinique peau, gynécol., varices. Rapp. 250.000, belle install. profess. Indemn. 200.000 dont 100.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 431. — Seine-Inf., Poste seul méd., rapp. 125.000 min., client. agglom. Maison de 8 p. et dépend., jardins. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 432. — Conduite intérieure Panhard 16 CV. 6 places face à la route. Modèle 1926, en parfait état de marche. Essai à volonté. Prix 25.000 fr.

Renseignements

Villa de cure du Docteur Mahieu, à Wimereux (P.-de-C.) reçoit toute l'année enfants de 5 à 15 ans. Chauffage central.

Pour cure héliothérapique en Cerdagne, alt. 1.300, belle maison de 3 garnis (3 à 4 pièces chacun), à louer ensemble 800 fr. par mois, ou séparément 300 fr. Ecrire M. Ribes, à Estavar (Pyr.-Or.).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès d'hygiène.** *Changement de date.*— La date du Congrès d'hygiène (Paris, Institut Pasteur) a dû être modifiée. En raison de l'ouverture de la session des Conseils généraux le 24 octobre, les inspecteurs départementaux d'hygiène ne pouvant quitter leur poste à ce moment, le Congrès d'hygiène, qui devait se tenir du 23 au 25 octobre, aura lieu *du* 16 *au* 18 *octobre* 1928.

— **Hôpital-Ecole**, 93, rue Michel-Ange ; métro Exelmans. — M. Raphaël MASSART présentera le mercredi 10 octobre 1928, à 9 heures et demie du matin, avec leurs projections radiographiques, des résultats éloignés de GREFFES OSSEUSES : luxations et subluxations de la hanche ; ankyloses rachidiennes pour mal de Pott, arthrodèses de la hanche, de l'épaule, du poignet et du pied.

— **Congrès de chirurgie.**— A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. CALOT (de Berck) fera, le mercredi dix octobre, de neuf heures et demie à onze heures et demie, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Sur le traitement des *tuberculoses « chirurgicales »* (adénites, abcès froids, fistules, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, épididymites) par sa méthode des ponctions et injections modificatrices, supérieure aux méthodes sanglantes en ce domaine de la tuberculose ;

2° Sur le traitement des luxations congénitales et subluxations de la hanche avec *réduction de plusieurs luxations* et de *plusieurs subluxations.*

Présentation de sujets en traitement et de sujets guéris.

Moyens d'accès : les tramways 14 et 20 du boulevard Saint-Germain ; descendre à l'arrêt « facultatif » rue Jean-Nicot, entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

— **IXe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.** — Le 9e Congrès de l'Association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, se tiendra, nous le rappelons, à Paris, le lundi 9 octobre, à 17 h. 15, à la Faculté.

En raison des futures Assurances sociales, et vu la nécessité de l'union des groupements médicaux, ce Congrès est particulièrement important.

Voici l'ordre du jour actuel : Marche de l'Association. Représentation du Corps médical des hôpitaux dans les Commissions administratives. Assurance des médecins des hôpitaux contre maladies ou accidents en service. Honoraires pour payants et droits communs dans les hôpitaux ; séance et décision du Conseil supérieur de l'Assistance publique, 29 février 1928. Accidents du travail. Syndicalisation des groupements hospitaliers. Discussion sur l'adhésion de l'Association au Groupement des médecins spécialisés. Election annuelle du Conseil, et du nouveau président.

Les collègues qui auraient d'autres questions à porter à l'ordre du jour, sont priés de les faire connaître aux membres du Conseil : REYNÈS, président sortant, à Marseille ; LE NOUENE, au Havre, GUYOT à Bordeaux, vice-présidents ; MM. PATEL, trésorier, à Lyon ; L. H. ROCHER, secrétaire général, à Bordeaux ; Paul BOUDIN, conseiller médico-juridique, à Paris.

— **Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat.** — L'Assemblée générale de l'Association des Facultés de médecine de l'Etat se tiendra le *vendredi* 12 *octobre* à 14 h. à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur J. Guyot (de Bordeaux), président.

L'ordre du jour est le suivant : le prochain concours d'agrégation ; situation des agrégés dits : « sans enseignement » ; enseignement des spécialités ; demande d'abrogation des dispositions de l'amendement Herriot relatives aux traitements des professeurs payant patente.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de stomatologiste.* — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 29 octobre, 3, avenue Victoria. Inscription du 1er au 15 octobre 1928.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médaille d'or de l'internat.* — Ces concours auront lieu le 17 janvier, (chirurgie et accouchements) et le 21 janvier 1929 (médecine).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'oto-rhino-laryn-*

gologiste. — Un concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 11 octobre.

Concours d'ophtalmologiste. — Un concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris aura lieu le 24 octobre 1928.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Prosectorat.* — A la suite du dernier concours, M. Cibert a été nommé prosecteur à la Faculté.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Externat.* — Le concours d'externat des hôpitaux de Lyon est fixé au 8 octobre 1928.

— **Hôpitaux de Marseille.** *Internat et externat.*— Un concours pour 10 places d'internes en médecine et en chirurgie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 15 octobre. Les externes et internes des hôpitaux de Marseille et des hôpitaux annexés à une Faculté peuvent s'inscrire.

Le 22 octobre aura lieu, d'autre part, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours pour 20 places d'externes.

— **Paris.** — M. Villette, médecin inspecteur du service des décès à Paris, est désigné pour effectuer les constatations et dresser les certificats exigés par le décret du 15 mars 1928 relatif aux incinérations.

— **Bureau d'hygiène de Clichy.** — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de Clichy (Seine) est déclarée ouverte. Traitement de 18.000 fr par an. Adresser les candidatures au ministère du travail et de l'hygiène, 7, rue Cambacérès (6e bureau).

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 septembre.

Ecoles d'infirmières.

Arrêté ministériel du 28 août 1928 modifiant l'arrêté du 1er octobre 1926 en ce qui concerne l'âge d'admission dans les écoles d'infirmières.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu le décret du 27 juin 1923, modifié par les décrets des 19 février 1923 et 18 juillet 1924 ;

Vu l'arrêté en date du 1er octobre 1926 et notamment son article 2 ;

Vu les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 8 octobre 1927 ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — L'article 2 de l'arrêté du 1er octobre 1926 fixant les programmes pour les examens d'Etat d'infirmiers et d'infirmières — paragraphe 2 : âge d'admission dans les écoles d'infirmières — est complété comme suit :

« L'âge d'admission dans les écoles d'infirmières est porté à dix-huit ans :

« *a*) Pour toute élève prenant l'engagement de

poursuivre les trois années d'études, soit deux années pour la préparation au diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière et une année d'études d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance ;

b) Pour toute élève prenant l'engagement de poursuivre les études de sage-femme à l'expiration de ses deux années d'études d'infirmière soit hospitalière, soit visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. »

Art. 2. — Dans aucun cas, ces élèves ne seront admises aux examens conférant les diplômes d'Etat d'infirmières avant l'âge de vingt et un ans.

Art. 3. — Les sages-femmes en possession de leur diplôme réglementaire pourront être admises à poursuivre les études préparant au diplôme d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance, pour la deuxième année de spécialisation, étant entendu qu'elles rempliront les conditions d'admission dans les écoles d'infirmières énumérées à l'article 2 de l'arrêté du 1er octobre 1926.

Art. 4. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Clichy (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX

(4-8 novembre 1928)

COMITÉ D'ORGANISATION

BUREAU

Président d'honneur : M. le Dr C. SIGALAS, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie.

Président : M. le Dr H. VERGER, professeur de clinique médicale.

Commissaire général : M. le Dr CRUCHET, professeur de clinique des maladies des enfants.

Trésorier : M. le Dr CREYX, professeur agrégé.

Manifestations en l'honneur des Journées médicales.

DIMANCHE 4 NOVEMBRE

15 *heures.* — Célébration du Cinquantenaire de la Faculté de médecine.

18 *h.* 30. — Réception des congressistes. Inauguration des Journées médicales.

LUNDI 5 NOVEMBRE

21 *heures.* — Soirée au Grand Théâtre.

MERCREDI 7 NOVEMBRE.

21 *heures.* — Réception du Comité et Revue.

JEUDI 8 NOVEMBRE.

19 *h.* 45. — Banquet par souscription.

VENDREDI 9 NOVEMBRE.

Excursions à Arcachon, Dax et Hossegor et dans les vignobles bordelais.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Exercices et démonstrations pratiques.

LUNDI 5 NOVEMBRE.

A 8 *heures* :

Hôpital Saint-André (Salles 14 et 5). — Tubage et alimentation duodénale (Prof. CARLES et prof. agrégé DAMADE).

Clinique médicale de l'hôpital des Enfants. — Nouveaux traitements de l'emphysème pulmonaire et de l'asthme (prof. agrégé CREYX).

Centre régional du cancer. — Présentation de malades.

Clinique dermatologique de l'hôpital Saint-André. — Présentation de malades (prof. PETGES).

Clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants. — Séance opératoire de chirurgie infantile. Bec de lièvre : orchidopexie. Hernie inguinale congénitale, etc. (technique personnelle) (Prof. ROCHER).

Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. — Opération de la cataracte (Prof. TEULIÈRES).

Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital du Tondu. — Séance opératoire : traitement des suppurations chroniques de l'oreille ; correction des nez déformés ; amygdalectomie totale (Prof. PORTMANN).

MARDI 6 NOVEMBRE

A 8 *heures* :

Clinique neuro-psychiatrique de l'hôpital Saint-André. — Traitement du délire infectieux aigu (Prof. ABADIE).

Clinique médicale de l'hôpital Saint-André (Salles 15 et 6). — Isolement de malades dans des salles communes (Dr BOSREDON, de Brive).

Centre régional du cancer. — Présentation de malades.

Clinique médicale de l'hôpital des Enfants. — Notions nouvelles sur la scarlatine (Prof. DUPÉRIÉ).

Sanatorium de Feuillas. — Notions et techniques nouvelles en phtisiologie (Prof. LEURET).

Hôpital Saint-André (Salles 1 *bis* et 10 *bis*). — Voies d'accès sur la troisième portion du duodénum par décollement colo-mésentérique (Dr LEFÈVRE).

Hôpital Saint-André (Salles 1 et 10). — Les rapports entre l'ulcère et le cancer de l'estomac. (Prof. agrégé Félix PAPIN).

Clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants. — Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires : l'injection d'eau chaude à 60° dans les abcès ossifluents (technique personnelle) (Prof. ROCHER).

Service d'électrothérapie de l'hôpital des Enfants. — Traitement électrothérapique de la paralysie infantile (Dr ROQUES).

Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. — Opérations de la myopie forte, de l'hypotension et du décollement rétinien (Prof. TEULIÈRES).

A 9 heures :

Clinique oto-rhino-laryngologique (Annexe Saint-Raphaël). — Consultation oto-rhinologique ; les surdités chroniques ; cancer des fosses nasales et des sinus (Prof. PORTMANN).

MERCREDI 7 NOVEMBRE.

A 8 heures :

Clinique neuro-psychiatrique de l'hôpital Saint-André. — Traitement de la paralysie générale progressive (prof. ABADIE).

Hôpital Saint-André (Salles 12*bis* et 3*bis*). — Arthoplastie. Ostéosynthèse (Dr CHARBONNEL).

Centre régional du cancer. — Présentation de malades.

Clinique dermatologique de l'hôpital Saint-André. — Présentation de malades (Prof. PETGES).

Clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants — Traitement de la luxation congénitale de la hanche (Prof. ROCHER).

Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. — Opération du glaucome (Prof. TEULIERES).

A 8 h. 30 :

Hôpital d'isolement des maladies contagieuses du Groupe Pellegrin. — Démonstration de microscopie pathologique (Prof. SABRAZÈS).

A 10 heures :

Clinique oto-rhino-laryngologique (Annexe Saint-Raphaël). — Consultation oto-laryngologique ; les amygdalites chroniques ; cancer du pharynx et du larynx ; la tuberculose laryngée (Prof. PORTMANN).

JEUDI 8 NOVEMBRE

A 8 heures :

Hôpital militaire de Talence. — Exercices pratiques de chirurgie de guerre (Prof. ROCHER et Dr GUILLERMIN).

Démonstrations d'aviation sanitaire.

A 8 h. 30 :

Annexe du Laboratoire d'anatomie pathologique et de microscopie clinique, Galerie de l'Horloge (1er étage), hôpital Saint-André. — Démonstrations de microscopie pathologique (Prof. SABRAZÈS).

14 heures à 15 h. 30 :

Magasin général, 37, boulevard de Bègles. — Démonstrations du fonctionnement d'une formation sanitaire au magasin général, spécialement destinées aux officiers de réserve du service de santé.

Conférences et réunions.

Ces conférences et réunions auront lieu dans les amphithéâtres de la Faculté de médecine et de pharmacie, place de la Victoire.

LUNDI 5 NOVEMBRE

9 *h.* 30. — Traitement de l'appendicite (Prof. BÉGOUIN).

10 *h.* 30. — Lutte contre la syphilis (traitements actuels de la syphilis (Prof. PETGES).

15 *h.* 30. — Contribution à la chirurgie des vaisseaux (Prof. GOYANEZ, de Madrid).

17 *heures.* — L'oscillométrie. Sa spécificité et son champ d'informations (Prof. PACHON).

MARDI 6 NOVEMBRE

9 *h.* 30. — Lutte contre la mortalité infantile (traitement préventif et curatif de la diphtérie) (Prof. CRUCHET).

10 *h.* 30. — Les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie (Prof. GUYOT).

11 *heures.* — Le syndrome vestibulaire (avec projections cinématographiques) (Prof. PORTMANN).

14 *h.* 30. — Diabète et insuline (Prof. MAURIAC).

15 *h.* 30. — L'encéphalomyélite épidémique (état actuel de la question) (Prof. VERGER).

17 *heures.* — Les répercussions des assurances sociales sur la vie professionnelle en Alsace (Dr SPECKLIN, de Mulhouse).

MERCREDI 7 NOVEMBRE

10 *h.* 30. — Lutte contre la tuberculose (traitements actuels de la tuberculose) (Prof. LEURET).

Lutte contre le cancer (traitements actuels du cancer) (Prof. RÉCHOU).

15 *heures.* — Conférence de médecine navale (Les intoxications par les gaz de combat) (M. le

Médecin en chef de 1re classe Oudard, professeur de clinique chirurgicale et de chirurgie d'armée à l'Ecole d'application des Médecins stagiaires de Toulon).

17 *h.* 30. — A propos de l'encéphalographie artérielle (Prof. Egas Moniz, de Lisbonne).

Jeudi 8 novembre

16 *heures.* — Conférence de médecine militaire: Du rôle du matériel dans l'organisation de guerre du Service de Santé militaire (Médecin général inspecteur Toubert).

17 *h.* 30. — Conférence de médecine coloniale : la fièvre jaune (Dr Marcel Léger, médecin des troupes coloniales).

Avis très important.

La durée des Journées médicales de Bordeaux comptera comme période d'instruction sans solde pour les officiers de réserve du Corps de santé sur leur demande (armée métropolitaine marine et colonies). Ces demandes de convocation seront adressées soit aux directeurs des Services de santé des 9e, 11e, 12e, 17e, 18e Corps d'armée (armée métropolitaine et colonies), soit à la Direction centrale du Service de santé, au ministère de la marine (marine). Cette période comptera pour l'avancement et comportera les *réductions habituelles des tarifs de chemin de fer.*

Comité de dames.

Un Comité de dames sera heureux de recevoir les dames des congressistes et leur fera visiter, pendant la durée des *Journées médicales,* les principales curiosités de la ville.

Exposition de produits pharmaceutiques, eaux minérales, instruments de chirurgie, etc.

Une exposition sera ouverte pendant toute la durée du Congrès dans le grand hall de la Faculté de médecine et de pharmacie. Les médecins y trouveront tous les renseignements susceptibles de les intéresser dans la connaissance et la prescription de médicaments nouveaux, l'utilisation des eaux minérales, l'emploi des instruments de chirurgie, etc.

Logements dans les hôtels.

Les congressistes sont priés de s'adresser à la *Compagnie française du tourisme,* place Gabriel, palais de la Bourse, téléphone 28.41, Bordeaux, qui leur donnera tous les renseignements qu'ils pourront désirer dans le choix et le prix des hôtels.

Inscriptions.

La cotisation pour les membres adhérents est de 25 *francs* ; pour les membres associés et les étudiants, elle est réduite à 15 *francs.*

Envoyer le montant des cotisations à M. le Dr Creyx, 10, rue Boudet, Bordeaux. Chèques postaux 143.21, Bordeaux.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un interne des hôpitaux est-il garanti en cas d'accident ?

La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, ne s'applique pas actuellement aux internes, externes et médecins des hôpitaux. Les établissements hospitaliers ne sont pas considérés comme des entreprises industrielles ou commerciales, mais comme des institutions philanthropiques ; par suite la législation des accidents du travail ne leur est pas applicable.

Mais, un projet de loi a été déposé, par le Ministre du Travail, sur le bureau de la Chambre des Députés, en date du 1er juin 1926, à la suite d'un rapport que j'avais eu l'honneur de soutenir devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique à la session de juin 1923.

Ce projet de loi fut l'objet d'un rapport de M. le Dr Fié, député (19 novembre 1926) et fut adopté par la Chambre, le 21 janvier 1927.

Devant le Sénat, le projet de loi fut l'objet d'un premier rapport de M. Dudouyt, sénateur, mais ce rapport vient d'être retiré, pour modifications. Il est d'ailleurs probable que la question sera renvoyée, pour avis, devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

On peut dire donc qu'il se passera encore pas mal de temps, avant que le Sénat ne vote un texte qui, s'il apporte des modifications et amendements à celui voté par la Chambre, devra revenir devant cette assemblée législative, pour que l'accord soit complet entre les deux Chambres.

On peut donc dire qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, les internes des hôpitaux ne doivent pas être considérés comme relevant de la loi sur les accidents du travail, au cas où ils seraient victimes d'un accident survenu au cours de leurs fonctions hospitalières.

Ils sont liés à l'administration de l'établissement par un contrat, qui ressemble au contrat de louage de services, mais s'en distingue, en ce sens que, scientifiquement, les internes ne reçoivent pas d'ordres de leur employeur : la commission administrative de l'hôpital.

Juridiquement, on peut dire que le contrat doit être rangé dans la catégorie des contrats innommés.

Dans ces conditions, on ne peut pas assimiler les internes aux infirmiers, qui, pour certains, doivent bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898, en cas d'accident du travail, bien que l'hôpital soit un établissement charitable et nullement à caractère commercial.

Il en est de même pour les médecins et étudiants qui, à des titres divers, ont des fonctions rémunérées auprès des Facultés de médecine. La loi sur les accidents du travail ne leur est pas applicable.

Il en résulte que, dans le cas de Strasbourg,

Voir la suite page XLVII-2793

PROPOS DU JOUR

La crise médicale aux Colonies.

En Nouvelle-Calédonie et dans le Sud-Algérien.

Quand notre distingué confrère, le Dr Ch. Nicolas, qui, depuis, 20 ans, remplissait à la Nouvelle-Calédonie les fonctions de médecin de colonisation, nous annonça qu'il avait été nommé à Nouméa, médecin de l'hôpital du Dépôt de l'Orphelinat, nous lui envoyâmes des félicitations pour le courage qu'il avait d'accepter pareil poste, car nous savions par la presse locale dans quelle situation épouvantable se trouvaient les malades et les infirmes « soignés » dans ce prétendu hôpital-hospice. Nos lecteurs se souviennent sans doute du tableau effrayant que, d'après des documents sérieux, nous en avons fait, il y a environ un an, dans nos colonnes. Le Dr Ch. Nicolas, nouvel Hercule, parviendrait-il à nettoyer ces écuries d'Augias ? Nous apprîmes depuis par le *Bulletin du commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles Hébrides* que ce prétendu hôpital avait été transformé, que les travailleurs exotiques, « soignés » à cet hôpital, seraient transférés à l'hôpital colonial lorsque leur état serait grave et qu'un remboursement de *neuf francs* par jour couvrirait les frais qu'ils occasionneraient. *Neuf francs* par jour ! il faut que la vie soit singulièrement bon marché à Nouméa, où cependant les colons prétendent qu'elle est plus chère qu'en France (1). Quant aux malades légers et convalescents, aux infirmes, aux vieillards, aux aliénés et indigents, ils seraient transportés dans un nouvel établissement aménagé dans l'île Nou, de sinistre réputation, devenue désormais île Nouville. Là, à l'abri des regards indiscrets, ils continueraient sans doute à constituer une sorte de Cour des miracles.

Le Dr Ch. Nicolas, étant chargé de ce dernier hôpital-asile, des services de l'immigration, de la Douane, de la Police, de la Prison, du Collège, de Montravel, de l'Orphelinat des filles, des soins aux fonctionnaires et à leur famille, etc., demanda un supplément d'indemnité pour cette surcharge de besogne. On lui répondit, qu'étant médecin de colonisation de 1re classe et pouvant faire de la clientèle à Nouméa, aucun supplément d'appointements ne pouvait lui être accordé. Résigné, il vint à Nouméa et chercha un logement pour lui et les siens. Il ne put en trouver, car la crise du logement existe aux Antipodes. L'Administration coloniale continua à se désintéresser de son sort. Obligé de vivre à l'hôtel, où il lui était impossible de faire pratiquement de la clientèle, et en face d'une situation sans issue, le Dr Nicolas chercha un autre poste. Il signa un contrat avec la Société du Nickel et devint médecin de cette société à Thio. Il y dispose d'un petit hôpital de 80 lits avec Maternité, salles d'opération, de pansements, d'isolement, de consultation. A cet hôpital est annexé une pharmacie avec pharmacien. Il est assisté d'une infirmière et de quatre infirmiers. Il peut, nous écrit-il, y faire un travail propre, et partant agréable, et se trouve désormais à l'abri des tracasseries, des chinoiseries et de la gabegie administratives. Cela le reposera des lamentables tableaux qu'il a eus sous les yeux, d'autant plus lamentables qu'ils se sentait impuissant à les modifier.

Un autre de nos confrères calédoniens, le Dr Morin, nommé au poste de Hienghène, a démissionné et a accepté une situation aux Nouvelles-Hébrides. La raison de la démission du Dr Morin, comme la cause de la crise médicale en Nouvelle-Calédonie, est crûment exposée dans le *Bulletin du commerce* du mercredi 13 juin 1928, par M. Pierre Bergès, conseiller général de la colonie (1).

« Pourquoi, me demandera-t-on ? écrit M. P. Bergès. Mais, bonnes gens, pour un motif que vous devineriez aisément pour peu que vous en prissiez la peine : Entre la solde royale qu'on lui assurera aux Hébrides et la maigre solde qui l'attendait à Hienghène, le Dr Morin a fait le choix que vous savez et que vous eussiez fait à sa place ! Que voulez-vous, mes bons amis,

(1) L'on nous a affirmé que la vie était deux fois plus chère à la Nouvelle-Calédonie qu'en France. En tous cas, une journée d'hôpital à neuf francs par jour tout compris serait un tour de force, même dans la métropole.

(1) Dans la *France Australe*, nous lisons une discussion au Conseil général de la Nouvelle-Calédonie (séance du 14 mai 1928,) dans laquelle plusieurs conseillers se plaignent que l'autorité coloniale, en permettant aux médecins de l'armée coloniale d'exercer à Nouméa, en éloigne les médecins civils et est cause de la crise dont souffre la colonie.

on a beau être médecin, on n'en est pas moins homme. Un médecin qui va aux colonies, n'y va pas uniquement pour y admirer la féerie des soleils couchants ».

Le roi puissant du jour se couchant dans sa gloire.

« Le jeune médecin va aux colonies dans l'espoir de s'y créer une situation meilleure que celle qui lui était réservée dans la métropole. S'il n'en devait pas être ainsi, mais pourquoi donc irait-il ?

« Pourquoi quitterait-il ses parents, ses amis, l'ambiance, combien captivante, d'un pays civilisé où toutes les satisfactions matérielles et intellectuelles lui sont permises ? La question des médecins de colonisation, permettez que je vous le dise une fois pour toutes, est une question de galette (*sic*) ».

Nous sommes heureux de voir pareilles vérités élémentaires exprimées par un journaliste calédonien qui n'est pas médecin et qui, comme conseiller général, occupe une situation importante dans la colonie. Nous regrettons de ne pouvoir citer l'article en entier. Il nous montre quelle sera la besogne écrasante du Dr Daval, le nouveau médecin de Hienghène, qui, bien que logé par la municipalité, innovation en Nouvelle-Calédonie qu'il faut applaudir, devra assurer le service médical de l'Extrême-Nord et Nord-Est de l'île. M. P. Bergès constate que pareil service ne pourrait être fait qu'en avion et il conclut :

« J'ai signalé le danger (le manque de médecins à la Nouvelle-Calédonie) ; il ne peut être nié ; il existe. J'ai indiqué le remède (une solde suffisante pour les médecins) (1) ; il me semble le seul efficace. Si l'on en voit un meilleur, qu'on l'emploie ; mais de grâce qu'on l'emploie vite !

« Des médecins pour les colons déshérités de l'Extrême-Nord et Nord-Est Calédonien, des médecins pour ces colons qui ont l'impression jusqu'ici que l'on se désintéresse d'eux et que leur existence, celle de leurs femmes et de leurs enfants, ne comptent pas pour les pouvoirs publics ! »

***

Nous étions convaincu qu'il n'y avait guère qu'en Nouvelle-Calédonie, et peut-être en Afrique occidentale et équatoriale, que les médecins de colonisation étaient chargés de services bien au-dessus des forces humaines, quand nous avons lu, dans l'*Algérie médicale* de mars 1928, l'arrêté suivant que nous croyons devoir reproduire dans son intégralité :

ARRÊTÉ *portant création et suppression de circonscriptions médicales de colonisation.*

Le Gouverneur général de l'Algérie,
Vu les décrets.....

ARRÊTE :

ARTICLE 1er. — La circonscription médicale de colonisation de Bouïra est supprimée et les territoires qui en dépendent sont ainsi répartis :

Le centre d'Aboutville est rattaché à la circonscription médicale d'Aïn-Bessem.

Un service communal d'assistance médicale sera organisé pour le centre de Bouïra et les trois douars qui en dépendent.

ART. 2. — Il est créé une circonscription rurale de médecin de colonisation dont le siège est fixé à Aïn-Boucif et qui comprendra les territoires suivants :

Commune mixte d'Aïn-Boucif :	
Aïn-Boucif, centre	2.687 h.
Tittery, douar	26.935 h.
Tirghane, douar	29.466 h.
Kef-Lakhdar, douar	20.021 h.
Birine, douar	80.000 h.
Zemzach, douar	142.909 h.
Guelt-es-Stell, douar	37.718 h.
Rahmane-Chéraga, tribu	107.000 h.
Commune mixte de Boghari :	
Ouled-Mareuf, douar	10.593 h.
Total	457.329 h.

En conséquence, le douar Ouled-Mareuf est distrait de la circonscription médicale de Boghari.

ART. 3. — Le Secrétaire général du Gouvernement et le Préfet d'Alger sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté

Fait à Alger, le 20 janvier 1928.

Le Gouverneur général,
Pierre BORDES.

(*Journal officiel de l'Algérie*, 10 février 1928.)

457.329 *habitants pour* UN SEUL *médecin* ! Cela fait rêver ! !

Mais voilà qui est plus fort. Le *Journal officiel de l'Algérie du 3 février* 1928 publie :

« Par arrêté du Gouverneur général en date du 20 janvier 1928, M. le docteur Négroni, médecin de colonisation à Bedeau, a été affecté, SUR SA DEMANDE, au poste médical d'Aïn-Boucif.

457.329 clients à soigner ! ! Sur sa demande ! ! ! Reconnaissons que M. le Dr Négroni a du courage ! ! !

J. NOIR.

(1) Un médecin de colonisation de 1re classe, toutes indemnités comprises et malgré les grands frais qui lui sont imposés par son service, touche exactement 2.750 francs par mois, soit 35.000 francs par an (sept mille francs or d'avant guerre) !

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

APPAREIL A SENSIBILITÉ VARIABLE, DE MESURE DE CERTAINS RÉFLEXES PÉRIOSTO-TENDINEUX

C'est à propos de la détermination du degré de grandeur du réflexe rotulien que nous avons été amené à construire un appareil extrêmement simple, dont la description fait l'objet de cette note.

Ce réflexe est le type des réflexes périosto-tendineux, aussi le prenons-nous comme exemple.

Le mouvement de la jambe par rapport à la cuisse peut être considéré comme un mouvement de rotation autour d'un axe transversal qui passerait à peu près par les deux tubérosités condyliennes, c'est-à-dire par les insertions fémorales des ligaments latéraux et des ligaments croisés. On percute le tendon sous-rotulien dans sa partie moyenne entre ses deux repères osseux : la tubérosité du tibia et la pointe de la rotule, le sujet étant placé dans l'une des positions bien connues ; le réflexe consiste, on le sait, en une extension de la jambe sur la cuisse due à la contraction du quadriceps fémoral. Tous savent combien, il est difficile de dire si le réflexe est normal ou non, s'il est faible ou fort. Et la difficulté s'accroît du fait que de nombreuses causes d'erreurs interviennent : erreurs pouvant provenir du sujet qui, en connaissance de cause, peut avoir intérêt à simuler ou à déformer un réflexe, erreurs pouvant être dues au procédé sommaire employé dans la recherche du réflexe. On juge habituellement de la grandeur du réflexe en rapportant la grandeur de la propulsion de la jambe du sujet examiné à celle que l'on observe chez un individu normal en employant une technique identique.

Une droite tracée sur la jambe du sujet et passant par son axe de rotation sur la cuisse balaye un secteur d'une certaine amplitude lorsqu'on soumet le tendon à un choc d'une certaine valeur. Amplitude du secteur, grandeur du choc constituent les deux variables, on pourrait dire simultanées, du problème de la mesure des réflexes.

Diverses considérations examinées dans la suite, conduisent à imaginer un appareil de mesure de la propulsion d'apparence plus compliqué qu'une sorte de vernier circulaire à alidade très mobile auquel on songe immédiatement dès qu'il s'agit de mesurer un angle.

La partie de l'appareil s'appliquant sur le sujet se compose de deux tiges égales coudées à angle droit AOB, faisant corps avec leurs similaires A'O'B' en AA'. Articulées en O,O' une tige en U telle que OM = OB repose librement sur la partie antérieure de la jambe du sujet, la rotation de OMM'O' est rapportée au déplacement sur des tiges prolongeant AO, A'O', d'un cavalier D mû par deux barres mobiles autour de B et B' et devant passer par M. et M' (figure 1).

figure 1.

On remarque immédiatement que D est d'autant plus éloigné de l'axe de rotation OO' que OMM'O' se rapproche de OBO'B' et qu'une même rotation de cette tige, est évaluée sur OLO'L' par des longueurs d'autant plus grandes qu'elle est primitivement plus près de OBO'M'. De là un

moyen de donner à l'appareil une sensibilité plus ou moins grande selon que l'on se trouve en présence d'affaiblissment ou d'exagération du réflexe ; il suffit de déplacer légèrement l'appareil de telle façon à incliner plus ou moins OMM'O' par rapport à OBO'B'. Les axes de rotation de l'instrument et du genou sont différents en général ; il serait possible par considération des propriétés de la figure d'établir quelles seraient les corrections à apporter pour obtenir l'angle de rotation exact quand les axes coïncident ; cela est inutile, car il est toujours possible de placer l'appareil dans les mêmes conditions initiales de fonctionnement soit sur un même sujet pour chaque membre homologue, soit chez des sujets différents quitte à faire varier, dans une seconde opération la sensibilité de l'instrument.

La graduation a pour origine le point fixe C tel que OB = OC (figure 2).

figure 2.

L'angle $E_1B\ E_2$ n'est autre que le demi angle $M_1O\ M_2$ de rotation de OM, or, d'une façon générale CE = OB × tgOBE — OB, l'angle OBE prenant des valeurs supérieures à 45 degrés. Au facteur OB près, il suffit donc de porter sur CL à partir de C. les valeurs successives des tangentes trigonométriques des angles supérieurs à 45 degrés : c'est ce que nous avons ébauché avec exactitude sur la figure 2 (OB = 10 centimètres, échelle 1/4).

Exemple. — La distance E_1E_2 étant étalonnée 60,75 , on en déduit que la rotation a été de 15 divisions de la règle CL, c'est-à-dire de 2 × 15 = 30 degrés ainsi qu'on peut le vérifier sur la figure.

On constate que les divisions de CL sont inégales : cela est extrêmement intéressant à noter car un réflexe sera d'autant plus facile à évaluer qu'il aura une valeur moindre (toute proportion gardée, bien entendu), car le point E se déplace du côté des plus grandes divisions.

Il est aisé d'imaginer un dispositif permettant de régler l'appareil dans ses dimensions pour qu'il puisse s'adapter à la recherche de divers réflexes, B par exemple se déplace et peut être fixé sur OB à 10, 5, centimètres de O, etc. La graduation change, et si les dimensions de OB, OC, OM sont réduites de moitié par exemple, il en est de même de la graduation de CL. L'appareil comporte alors deux tiges articulées en C et C', l'une graduée comme nous l'avons dit précédemment, l'autre graduée en millimètres ; on conçoit que par le moyen d'une sorte d'équerre d'ouverture variable grâce à une vis de pression fixant deux branches h et h', on puisse par glissement sur ces règles, repérer une division E de la règle en degrés quand les dimensions de l'appareil sont réduites (par exemple de moitié, comme il a été supposé figure 3).

figure 3.

Le problème de la percussion n'est pas sans difficulté, on sait que le coup doit avoir une certaine force et qu'il doit être porté de préférence par un marteau à percussion. Mesurer la percussion se rapproche du problème de physique élémentaire suivant :

Une sphère de poids p dynes est attachée à un fil d'acier de 1 centimètre de longueur. Quel écartement a faut-il donner à la sphère pour que la force vive maximum soit de e ergs ?

(1 dyne = 1 gramme × 981, 1 erg = 1 dyne × 1 centimètre).

On trouve :

$$4 \times p \times 1 \times \sin^2 \frac{a}{2} = e$$

relation qui permet de déterminer a en fonction de e connaissant le poids p et la longueur l, distance du point de suspension au centre de la sphère.

Nous n'avons fait que poser la question, elle nous paraît pouvoir être solutionnée dans le sens que nous venons d'indiquer.

Dr Lambolez (Nancy).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des brûlures du crâne par courant électrique.

M. J.-P. Tourneux,
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse.

On nous a amené hier dans notre service, un ouvrier électricien, présentant en divers points de son corps, des brûlures provenant de l'action d'un courant électrique : la plupart de ces lésions n'offrent pas de bien grande gravité, il en est cependant une située dans la région pariétale gauche, qui intéresse très profondément le cuir chevelu, et qui semble avoir atteint la voûte cranienne elle-même. Comme il est infiniment probable que je serai amené ici à intervenir chirurgicalement, et à pratiquer une trépanation, je vais, après vous avoir dit quelques mots de ces brûlures par courants électriques, vous exposer la conduite qu'il convient de suivre en pareil cas ; j'ai déjà eu l'occasion d'observer trois brûlures analogues, que je vous rapporterai rapidement, et les heureux résultats que j'ai obtenus les deux fois où je n'ai pas attendu la chute spontanée de l'escarre osseuse, mais où j'en ai pratiqué l'ablation, vous montreront tous les avantages que présente pour le blessé l'institution de bonne heure d'une thérapeutique active.

Vous savez que l'action du courant électrique sur le corps humain peut déterminer et des lésions générales, et des lésions locales. Les lésions d'ordre général sont représentées par la perte de connaissance, par le shock, par l'action inhibitrice sur les centres bulbaires de la respiration et de la circulation, ainsi que par l'action dépressive exercée sur le cœur. Quant aux lésions locales, elles sont réparties sur la surface du corps, au point d'application, d'entrée ou de sortie du courant, et se traduisent par des altérations spécifiques des téguments, rappelant ordinairement les brûlures du deuxième ou du troisième degrés, mais pouvant atteindre, les quatrième, cinquième et sixième degrés, lorsque le courant a agi assez longtemps et que la chaleur dégagée a été suffisamment intense.

Dans ces accidents, ce sont les lésions d'ordre général qui sont de beaucoup les plus dangereuses, et qui sont presque toujours la cause de la mort du sujet atteint, car, comme le montrent les observations, les lésions locales ne jouent le plus souvent qu'un rôle très secondaire. Pourtant si pour une raison ou pour une autre, l'action du courant n'a pas entraîné la mort du blessé, elle peut déterminer la production de brûlures très graves, qui, par les lésions causées à des organes importants de l'économie, sont capables de menacer sérieusement la vie.

Les brûlures par courant électrique peuvent siéger, ainsi que je viens de vous le dire, sur toute la surface du corps, mais on les observe plus particulièrement sur certaines régions plus vulnérables, et moins bien défendues, telles que les mains, les avant-bras ou encore la tête, et à ce niveau, c'est surtout le cuir chevelu qui est intéressé. Bien que l'action vulnérante du courant puisse ici, comme d'ailleurs pour le reste du corps dépasser le plan tégumentaire et venir léser les formations profondes, on ne connaît cependant qu'un très petit nombre d'exemples de brûlures des os du crâne, et cette rareté doit probablement tenir, non pas à ce que le courant ne cause la plupart du temps que des brûlures superficielles, mais bien à ce fait, que les auteurs ont cru ne devoir rapporter que les observations où il y avait eu guérison du blessé, et non celles où les phénomènes généraux avaient entraîné la mort, ce qui a dû se produire malheureusement dans la très grande majorité des cas. Et pour vous en donner un exemple, je ne bornerai à vous signaler le mémoire de Faber, paru en 1920, dans lequel cet auteur n'a pu rapporter que onze observations, alors que le nombre des accidents causés par les courants électriques s'est multiplié dans le début de ce siècle ; de plus, je ne crois pas qu'il en ait paru d'autre depuis.

Le traitement de ces brûlures du crâne qui se traduisent toujours par une nécrose plus ou moins totale de la partie lésée, ne semble pas avoir été

bien réglé jusqu'ici, car, dans la plupart des cas on s'est borné à attendre que la partie osseuse mortifiée se soit éliminée d'elle-même ; plus rarement on est intervenu, mais toujours très tardivement. C'est ainsi que Mason et Lester, que Guinard et qu'Oberst se sont bornés à enlever la partie séquestrée ; seul Quénu a fait chez son malade une véritable trépanation lui permettant de faire l'ablation de toute la région nécrosée en passant à sa limite, mais en dehors d'elle, et cela seulement sept mois après le début des accidents.

Comme je vous le disais, il n'y a qu'un instant, j'ai eu l'occasion d'observer trois cas de brûlures du crâne : dans le premier, j'avais cru, devoir attendre l'élimination spontanée du séquestre, qui ne s'est produite qu'au bout de sept mois, dans les deux autres, instruit par l'expérience, j'ai pensé pouvoir suivre la conduite tenue par Quénu, et je suis intervenu dès que j'ai été à même de constater le début de la nécrose osseuse, ce qui a entraîné une guérison beaucoup plus rapide. Ce sont ces trois observations que je vais maintenant vous rapporter.

I. Observation. — Louis P., âgé de 38 ans, est amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 3 mai 1912 pour brûlures par courant électrique ; il s'agit d'un ouvrier électricien, qui procédait à des réparations lorsqu'il fut atteint par la chute de fils conducteurs, la perte de connaissance fut immédiate et dura plusieurs heures.

Au moment de son hospitalisation, on constata des brûlures du premier et du deuxième degré au niveau des avant-bras et des mains, une brûlure du troisième degré au niveau de la face externe de la cuisse droite, et une brûlure très profonde siégeant dans la région fronto-pariétale droite, dirigée d'avant en arrière, mesurant huit centimètres de long sur trois de large et occupé par une escarre noirâtre.

Le blessé, une fois revenu à lui, n'accusa aucune douleur tant du côté de la tête que du côté des membres : les brûlures des avant-bras et des mains guérirent rapidement sans complications, celle de la cuisse fut un peu plus longue à se cicatriser. Quant à celles du cuir chevelu, l'escarre s'élimina d'elle-même huit jours plus tard, mettant l'os à nu. Malgré les pansements faits très régulièrement, la plaie ne présenta aucune tendance à la fermeture spontanée, la surface osseuse commença à offrir une teinte brunâtre et deux mois plus tard, au début de juillet, on constata l'apparition d'une légère suppuration qui s'accompagna d'élimination de petites parcelles osseuses. Cette elimination spontanée se poursuivit assez régulièrement, et au fur et à mesure que dans une région les portions nécrosées s'étaient détachées, les bords de la plaie tendaient à converger l'un vers l'autre et à se réunir, ce qui fit qu'au début d'octobre l'ancienne plaie était traversée par deux larges bandes de tissu cicatriciel isolant ainsi trois petites zones où l'élimination osseuse ne s'était pas encore produite. Finalement, en décembre, tout l'os atteint ayant été expulsé, la plaie fut complètement cicatrisée.

La guérison définitive ne put donc être obtenue qu'au bout de sept mois et il me fut aisé de me rendre compte, par l'examen des parcelles osseuses éliminées successivement, que l'étendue de la nécrose avait été uniforme, atteignant partout l'épaisseur totale de la paroi cranienne.

II. Observation. — Jacques V., âgé de 42 ans, est amené le 26 octobre 1917, à l'hospice mixte de Sézanne pour brûlures siégeant au divers points du corps. Cet homme, monté sur une échelle, travaillait à réparer une canalisation électrique, quant à la suite d'une fausse manœuvre il perdit pied et ten ta de se raccrocher aux objets les plus voisins : il toucha alors avec la tête et les deux membres supérieurs les fils conducteurs.

Au moment où il fut hospitalisé, le blessé se trouvait dans un très bon état général : la perte de connaissance survenue au moment de l'accident n'avait duré que quelques minutes, et il n'accusait aucune souffrance. Au niveau de la face antérieure de l'avant-bras gauche, se trouvait une brûlure assez étendue répondant au deuxième degré et sur la face dorsale de la main gauche une autre brûlure de forme ovalaire répondant également au deuxième degré : on notait encore quelques brûlures superficielles au niveau de la main et de l'avant-bras droits. Dans la région fronto-pariétale gauche, il existait enfin une brûlure du cuir chevelu du troisième degré, l'escarre, assez régulière, noire, sèche et insensible mesurait quatre centimètres de long sur trois de large.

Toutes ces différentes brûlures furent pansées aseptiquement : les lésions des membres se cicatrisèrent rapidement en quelques jours, et le 31 octobre, on constata la chute de l'escarre du cuir chevelu, qui laissa à découvert la surface de l'os blanc et sec. Malgré des pansements journaliers, la plaie ne se répara pas et commença à suppurer légèrement, ses bords paraissant décollés. Vers le milieu de novembre, je remarquai un début de nécrose osseuse, et connaissant par expérience la lenteur de l'élimination des ces séquestres, je proposai au blessé une intervention qui, fut pratiquée le 25 novembre.

Après une large incision circulaire du cuir chevelu passant en tissu sain, et deux incisions de débridement, je pratiquai quatre orifices avec le trépan de Doyen, qui furent réunis à la scie de Gigli, ce qui me permit, après décollement de la dure-mère, d'enlever en un seul bloc toute la partie osseuse en voie de nécrose ; la dure-mère paraissait congestionnée mais sans traces de pachyméningite. La perte de substance tégumentaire fut en grande partie comblée par un lambeau latéral légèrement tordu.

Les suites de l'intervention furent excellentes, il n'y eut pas de suppuration, et le reste de la plaie se combla progressivement ; vers la fin du mois de décembre, mon opéré était complètement guéri. J'ai

eu l'occasion de le revoir à plusieurs reprises en 1918 et au début de 1919, il n'accusait aucun phénomène céphalalgique, mais en palpant la région fronto-pariétale gauche, on constatait que l'os ne s'était pas reformé.

III. Observation. — Marius R., âgé de 25 ans, charpentier, est amené d'urgence le 10 août 1919 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Ce jour-là, vers dix heures du matin, étant occupé dans une usine à monter un pont roulant au-dessus duquel passaient des câbles électriques, il a heurté un de ces cables avec la tête. Il a ressenti immédiatement une très violente commotion et est tombé sans connaissance : il n'est sorti de cet espèce de coma que le lendemain, à l'hôpital où on l'avait transporté immédiatement.

En l'examinant, on constata des brûlures des premier et deuxième degré au niveau des deux mains, du pied gauche, ainsi que de la joue droite ; au niveau de la région fronto-pariétale gauche, il existait une brûlure du troisième degré mesurant quelques centimètres d'étendue. Les lésions des membres furent pansées avec de l'ambrine, celle de la tête avec de l'huile goménolée.

L'escarre du cuir chevelu ne tarda pas à se détacher, et vers le 16 août il existait à ce niveau une perte de substance ovalaire en cinq centimètres de long sur trois de large, au fond de laquelle on apercevait un os blanc et sec, entièrement dépourvu de périoste.

Les brûlures des membres et de la face furent cicatrisées au bout d'une quinzaine de jours, et quelque temps après, je me rendis compte que sur le crâne l'os mis à nu commençait à présenter une coloration grisâtre, indice d'un début de nécrose.

Comme dans le cas précédent, je ne manquai pas d'intervenir, et le 8 septembre, j'ai pratiqué la trépanation qui se passa sans incidents : la dure-mère était également congestionnée, mais ne présentait pas d'épaississement. La perte de substance fut presque entièrement comblée par autoplastie.

Les suites furent exemptes de complications, et vers le début d'octobre mon opéré pouvait quitter l'hôpital : depuis lors, j'ai eu l'occasion de le revoir à plusieurs reprises, en excellent état de santé, car il n'a jamais encore présenté jusqu'ici de symptômes cérébraux, quant à la perte de substance osseuse, il ne semble pas qu'elle se soit réparée.

Telles sont mes trois observations, dont je me suis borné à vous présenter les grandes lignes : dans le premier cas, où je suis demeuré dans l'expectative, la guérison ne s'est produite qu'au bout de sept mois, dans les deux autres, où j'ai cru devoir intervenir, la cicatrisation des plaies s'est effectuée beaucoup plus rapidement, dans l'espace d'environ deux mois, ce qui nous montre bien les grands avantages qu'a présentés l'exérèse osseuse pour les blessés, étant donné surtout que les phénomènes de nécrose s'étendant à toute l'épaisseur de la paroi cranienne, l'élimination spontanée aurait demandé un temps extrêmement long, comme cela s'est d'ailleurs produit chez mon premier brûlé.

Quénu avait même regretté d'être intervenu tardivement, ce qui avait permis à des lésions dure-mériennes de s'établir, me basant sur cet avis, j'ai pratiqué mes trépanations de bonne heure, dès les premiers signes de nécrose osseuse, et en supprimant ainsi ce foyer d'irritation constante, je n'ai pas laissé à ces altérations secondaires le temps de se produire.

Il ne m'a pas été donné de constater chez mes deux opérés la reproduction d'une lame osseuse aux dépens de la dure-mère, comme le fait s'est présenté pour le trépané de Quénu ; aussi tant pour obvier au défaut de résistance, que pour parer à la production possible d'accidents ultérieurs d'adhérences et de compression, suis-je bien tenté dans le nouveau cas qui vient de se présenter, de chercher à créer une prothèse osseuse soit aux dépens du périoste cranien, soit en pratiquant une véritable plastie cranienne au moyen d'os mort suivant le procédé Sicard-Dambrin.

Vous remarquerez d'ailleurs que la nécrose de la totalité de la paroi du crâne par courant électrique est un fait qui se voit assez rarement, et que dans presque toutes les observations publiées, c'est la partie superficielle de l'os seule qui a été atteinte, c'est-à-dire la table externe : mais il ne faut pas cependant oublier que l'action destructive du courant peut agir encore plus profondément en allant atteindre jusqu'à la dure-mère et jusqu'au cerveau comme dans le cas rapporté par Faber.

Vous vous demanderez peut-être comment agit le courant électrique dans son pouvoir destructeur et quel est le processus pathologique qui détermine la destruction osseuse : les premiers auteurs tels qu'Oliviera-Néry et que Mason et Lester, n'ayant observé chez leurs blessés que des nécroses osseuses intéressant seulement la table externe sans atteindre le diploé, avaient cru pouvoir en conclure que la mortification toute superficielle devait résulter de la destruction du périoste par le courant électrique. Quénu, au contraire, qui avait pu constater chez son opéré une nécrose totale de la paroi, soutint que la destruction osseuse était due à l'agent électrique lui-même, qui provoquerait une thrombose des vaisseaux avec coagulation subite du contenu des capillaires sanguins. Cette opinion, parfaitement plausible, qui fut admise par Faber, semble bien avoir été confirmée depuis par les examens pratiqués aux Etats-Unis après les électrocutions judiciaires, examens au cours desquels on a pu constater, non seulement que le crâne était complètement desséché dans toute la portion correspondant au contact de l'électrode, mais encore

que dans la partie profonde de cette même région les vaisseaux méningés étaient remplis de sang carbonisé.

Cette électro-coagulation, bien connue d'ailleurs, et utilisée même pour sa valeur hémostatique dans un certain nombre de procédés thérapetiques, constitue le facteur principal de l'aspect et de l'évolution si particulière des brûlures par le courant électrique. Leur nature exsangue, le fait qu'elles ne donnent qu'exceptionnellement lieu à des hémorragies tardives, et que les tissus se sphacèlent parfois dans une étendue beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait supposé tout d'abord s'expliquent des plus aisément par les phénomènes d'électro-coagulation dans les tissus touchés par le courant.

Et il est en outre bien évident, que suivant l'action plus ou moins prolongée de ce courant, et suivant aussi sa nature, le courant alternatif étant plus dangereux que le courant continu, on devra par suite assister à des lésions destructives plus ou moins profondes, allant de la simple mortification de la table externe, jusqu'à la carbonisation de toute l'épaisseur de l'os.

DES MODALITÉS CLINIQUES ET DU TRAITEMENT DE L'ASTHME INFANTILE

Par L. Lebée,

Chef de clinique infantile à la Faculté.

Syndrome de même signification que chez l'adulte et dans son ensemble obéissant le plus souvent aux mêmes processus pathogéniques, l'asthme infantile revêt cliniquement certaines allures susceptibles d'en rendre parfois le diagnostic difficile à ceux qui n'ont pas suffisamment assisté au développement des différents tableaux cliniques qu'il fait voir.

Forme commune catarrhale.

L'accès classique de l'asthme infantile est tout différent de celui de l'asthme de l'adulte.

En général l'enfant s'était endormi comme à l'ordinaire sans accuser d'autre malaise qu'un peu de nervosité. Bientôt il s'agite et se réveille. Quelquefois il vomit, on croit à une indigestion, puis il tousse, la respiration *s'accélère*, devient courte, brève, rapide, bruyante. On entend des sifflements à distance. Le thorax est dilaté, immobilisé. L'expiration est bruyante, prolongée. Bientôt la dyspnée est extrême, l'enfant cyanosé s'assied, s'accrochant aux barreaux du lit. Les lèvres se cyanosent ou pâlissent, les ailes du nez se mettent à battre, les extrémités sont froides, couvertes de sueur. L'enfant asphyxie et la crise peut durer des heures.

On compte 50 *à* 60 *respirations* à la minute et on entend à distance des râles sibilants qui remplissent la poitrine. A l'auscultation pas de lésion en foyer, mais signes de congestion généralisée, râles sonores mélangés à des râles humides, râles musicaux, fugaces, inconstants, sans localisation fixe. C'est le bruit de tempête, le bruit de pigeonnier. La fièvre est nulle ou le thermomètre marque 39° et au-dessus.

Les parents, le médecin s'alarment ; l'enfant semble devoir succomber à l'asphyxie après quelques heures de lutte angoissante et terrible. La rémission matinale est trop insignifiante pour dissiper les craintes. La nuit suivante, la crise se répète et quelquefois s'accentue. La situation reste la même le lendemain et le surlendemain. Comme le fait remarquer Trousseau, on pense à une bronchite capillaire, à une broncho-pneumonie ou à certaines formes de tuberculose au début.

Vers le troisième ou quatrième jour, brusquement, au moment où l'on croyait à l'imminence de la terminaison fatale, l'enfant ressuscite et guérit en quelques heures « de cette broncho-pneumonie de 48 heures ».

Cette forme catarrhale, qui est la plus communément observée, sur laquelle insistent, avec juste raison, tous les pédiatres et Hutinel et Paisseau en particulier, cette forme peut persister et durer quelquefois des semaines, bien qu'alors moins intense ; d'autres fois, au contraire, elle est très courte, fruste et tous les troubles durent à peine une heure.

Asthme sec.

Il est beaucoup plus rare que le précédent et son tableau clinique ne diffère en rien de celui de l'adulte.

Pour Cantonnet, l'évolution des crises d'asthme chez les enfants, évolution qui est différente de celles des crises chez les adultes, serait assez souvent identique permettant ainsi de décrire une évolution schématique. Chez les enfants, les périodes d'asthme éclatent lorsque le foie est encrassé, le ventre plus ou moins ballonné, et la langue toujours saburrale. Un observateur attentif aurait remarqué de l'inappétence depuis quelques jours, un peu d'asthénie, un facies spécial. Pendant une ou deux nuits, l'enfant fait entendre une petite toux sèche qui ne gêne pas le sommeil ; après quoi éclate le tableau classique qui dure de 1 à 15 jours, comme nous l'avons dit plus haut. La terminaison de ces grands accès est généralement annoncée par des vomisse-

ments plus ou moins nombreux, plus ou moins bilieux. L'état du tube digestif va, rarement d'ailleurs, jusqu'à revêtir un caractère incoercible, l'estomac n'acceptant plus même une cuillerée d'eau.

Ces grandes périodes se renouvellent de 2 à 5 fois l'an.

Entre ces périodes persistent soit de petites crises nocturnes quotidiennes plus ou moins marquées, soit des toux nocturnes plus ou moins persistantes et s'accompagnant d'une respiration plus ou moins sifflante.

Chez certains enfants, ces deux tableaux se succèdent. Chez d'autres, les grandes périodes ont lieu seules ; chez d'autres, infiniment plus rares, les épisodes quotidiens se voient seuls.

Pratiquement, il y aurait chez ces enfants, tous neuro-arthritiques, à foie insuffisant, hérédo-syphilitiques ou non, deux types sensiblement aussi fréquents, que Cantonnet décrit ainsi :

1° Le plus souvent, les enfants sont chétifs, pâles, à muqueuses décolorées. Les traits sont tirés ; la maigreur, l'ascension des épaules déportées en avant frappent dès l'abord. Les yeux sont brillants, la queue du sourcil est souvent rare, acrocyanose fréquente, avec quelquefois un corps thyroïde visible ; ce sont des calmes, trop sages, avec des alternatives d'agitation, d'irritabilité et de nervosisme. Certains de ces enfants font de l'incontinence d'urine.

Chez ces enfants, on pense, malgré soi, à quelque imprégnation tuberculeuse, surtout ganglionnaire. Mais, à l'exception de quelques hypertrophiés trachéo-bronchiques, chez lesquels une coqueluche assez récente est souvent responsable à titre occasionnel, on ne découvre la tuberculose que bien rarement.

Comme le dit Sédillot, l'enfant qui commence son asthme entre 4 et 7 ans est un arthritique du type hâve, malingre, cholémique, dont l'aspect amène chez les parents, et cela d'autant plus que l'enfant tousse, la hantise de la tuberculose. Et alors cet enfant tombe dans un cercle vicieux : cet intoxiqué à qui il faudrait un régime à prédominance lacto-végétarienne sera gavé de viandes, d'œufs ,de jus de viande. Comme le fait remarquer Nobécourt, cet enfant a, depuis bien avant ses crises d'asthme, depuis toujours, de façon permanente, de la constipation et des accès de syndrome colique, et tous ces troubles seront, eux aussi, d'autant plus aggravés, que ce gavage de viande et d'œufs sera important.

2° A côté de ce type pâle, Cantonnet signale des enfants un peu plus âgés, florissants, joufflus, colorés, qui sembleraient normaux, s'ils n'avaient, eux aussi, mais à un degré bien moindre, l'aspect un peu sage de l'enfant qui a souffert. Ces enfants en général ne subissent pas les périodes de crises ou grand asthme, mais ils font plus souvent que les autres, et quasi toutes les nuits, des crises plus ou moins marquées.

Chez les enfants asthmatiques, l'examen des crachats montre quelquefois la présence d'éosinophiles, bien que moins fréquemment que chez l'adulte ; même lorsque l'on peut obtenir des crachats de l'enfant.

Le corps thyroïde est un peu augmenté de volume, comme nous l'avons dit plus haut, mais pour Galup, tant chez l'enfant que chez l'adulte, il n'y a en général pas d'écarts bien considérables du chiffre du métabolisme basal normal.

Rarement on trouve des troubles nets des autres glandes endocrines : ovaires, surrénales.

Le système neuro-végétatif est théoriquement souvent troublé. Pendant la crise, le R.O.C. serait très souvent positif (Debré et Broca, Dorlencourt et Mlle Spanien). Pour Nobécourt, ce signe ne serait pas constant.

Lorsque la crise est en voie d'amélioration, et en dehors des crises, le R.O.C. est souvent peu net. Les réflexes oculaires médicamenteux (*Paris Médical*, 25 septembre 1926) peuvent aussi se rechercher : avec Nobécourt, nous avons étudié un cas publié dans les *Actualités médicales*, et, avec Cantonnet, 200 cas, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Nous avons communiqué les résultats de cette étude tout récemment à la Société de Biologie (5 mai 1928).

Ces réflexes (R.O.C. et réflexes oculaires médicamenteux) et les signes cliniques (d'hypervagotonie, d'hypersympathicotonie, de dystonie) donnent des renseignements intéressants, surtout chez les asthmes drogués où ils permettent de juger dans chaque cas l'importance des méfaits de l'adrénalinomanie et de la belladonomanie.

Equivalents.

Chez les enfants, en dehors de la rhinite spasmodique et du rhume des foins, V. Hutinel signale la *toux spasmodique, les vomissements acétonémiques* et Tixier les accès de *laryngite spasmodique.*

Asthme anaphylactique.

Cet asthme est encore beaucoup plus difficile à mettre en évidence que chez l'adulte. Lesné aurait eu cependant des asthmes par inhalation ; plus souvent Lesné et Nobécourt auraient pu incriminer des asthmes d'origine alimentaire notamment à la suite d'absorption de blanc d'œuf. Un choc protéique (colloïdoclasie) provoqué par le froid ou la fatigue pourrait également déterminer des crises d'asthme.

En fait, l'asthme anaphylactique est très rare chez l'enfant, il n'est net que lorsque l'enfant lui-même ou son entourage annoncent la cause occasionnelle de l'asthme. Dans le cas contraire même avec les cutis, lorsque la cause n'est pas évidente, il est bien rare que l'on arrive à un

résultat positif. Car, répétons-le, comme le dit J. Hutinel « 60 sur 190 essais de cuti-réactions sont positifs chez ces neuro-arthritiques que sont les petits asthmatiques ».

Et c'est le terrain là encore qui est le *primum movens* des crises.

Asthme et affections des voies respiratoires.

Percepied signale tout particulièrement l'influence respective des maladies aiguës de l'appareil respiratoire.

L'influence de la coqueluche et de la rougeole sont particulièrement remarquables.

Par contre, Marfan, Nobécourt, Lesné, Tixier, insistent sur le fait que la tuberculose ne joue aucun rôle dans l'apparition de l'asthme, non seulement chez le nourrisson, mais encore chez le grand enfant.

Nous n'insisterons pas sur les pseudo-asthmes dus aux polypes du nez, déviations de la cloison, végétations adénoïdes.

Asthme et affections du tube digestif.

Le tube digestif et le foie jouent, de l'avis de la plupart des auteurs, un rôle des plus importants. Nous avons assez insisté tout à l'heure sur ces pseudo-tuberculeux pâles, qui ne sont que des constipés souffrants du syndrome colique fétide et dont l'état s'aggrave d'autant plus qu'on les gave d'œufs, de viande, de lait.

Très souvent on note chez eux, comme le fait remarquer Nobécourt, de la cholémie familiale, de l'hypocholie pigmentaire. Moncorgé insiste sur les antécédents hépatiques directs ou collatéraux. L'ictère est souvent noté dans la petite enfance. Le foie est souvent augmenté de volume et sensible à la pression, Galup signale chez les asthmatiques l'insuffisance protéopexique du foie révélée par la leucopénie digestive dans 77 p. 100 des cas. Pour Cantonnet, toujours le foie est plus ou moins en cause quand il s'agit d'asthme.

Pour lui, le foie, même sans être lésé visiblement par sa diminution fonctionnelle, détermine constamment le terrain alors que, d'autre part, l'épine peut être fournie par le tube digestif (appendice, helminthiase, etc.), au même titre qu'elle peut être fournie par l'appareil respiratoire ou autre.

Pronostic. L'âge. Complications.

L'asthme est assez fréquent chez l'enfant tant en ville qu'à l'hôpital. Il débute pendant toute l'enfance et surtout de 4 à 10 ans. L'âge du début a une grande importance pour le pronostic. Pour les classiques, s'il débute avant 5 ou 6 ans, l'asthme est appelé très ordinairement à avoir une évolution favorable et à disparaître avant la fin de l'enfance, au plus tard à la puberté. S'il débute après 6 ou 7 ans, il sera probablement beaucoup plus tenace, mais il ne persistera pas en général au delà de 25 ans. En réalité on voit chaque jour des asthmatiques adultes, atteints depuis l'enfance.

Chez le nourrisson et le petit enfant on observe surtout l'asthme catarrhal, alors que le grand enfant a plutôt l'asthme sec de l'adulte.

Quelle que soit la gravité apparente des crises, on n'enregistre presque jamais, comme chez l'adulte, l'emphysème pulmonaire ou l'asystolie.

Chez l'enfant le cœur et le poumon se laissent rarement forcer (Comby).

Les affections fébriles font disparaître momentanément les crises.

Brissaud avait signalé comme complication la scoliose dorsale légère qui se développe à la faveur du rachitisme.

Traitement.

Nous ne parlerons pas du traitement chirurgical des pseudo-asthmes (ablation de polypes, de végétations adénoïdes, résection de la cloison).

Nous ne discuterons même pas le traitement chirurgical de l'asthme vrai chez l'enfant, par intervention directe sur le sympathique.

Nous n'évoquerons pas le traitement anti-infectieux (streptocoques) qui, jusqu'ici, n'a pas donné de résultats bien nets.

En cas de crise, on a essayé d'injecter par voie sous-cutanée V à VII gouttes d'adrénaline dissoutes dans 10 cmc. de sérum physiologique par jour, chez les jeunes enfants, et X et XV gouttes chez les sujets plus âgés. Comme chez l'adulte, on a parfois associé l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse à l'adrénaline.

L'éphédrine a également été utilisée.

La belladone est encore plus souvent prescrite que l'adrénaline : en ingestion ;

Teinture de drosera .... }	ââ 15 gr.
Teinture de lobélie .... }	
Teinture de belladone	2 gr. 50

En fumigations.

On a associé souvent ensemble belladone et adrénaline, on leur a adjoint parfois stovaïne-cocaïne.

La caféine, le gardénal, ont également été mis à contribution.

Rappelons combien, à notre avis, est funeste l'usage trop répété de l'adrénaline, de la belladone, qui transforment les malades en véritables adrénalinomanes, belladonomanes, amenant ainsi un véritable trouble de l'état général et d'autre part rendant plus difficile la désensibilisation curative.

Le traitement de fond *classique* est l'iodure : iodure de potassium et iodure de sodium associés (0,10 à 0,20 dans la première enfance, 0,30 à 0,40 dans la deuxième enfance pendant 20 jours par mois). Sédillot fait précéder la cure iodurée

par 20 jours de régime déchloruré. Nobécourt associe l'arsenic à l'iode :

Triiodure d'arsenic	0 gr. 05
Eau distillée	5 gr.

II gouttes par année d'âge et par jour.

Non moins important que le médicament est le régime alimentaire associé, pour Ségard, à des sels de soude, des ferments lactiques, une opothérapie hépatique.

Nobécourt insiste sur le régime végétarien.

Sédillot conseille 4 semaines de repos hépatique total, sans viande, ni œufs, ni sel, ni vin, ni café, ni alcools, associées à une médication hépatique, puis un demi-repos hépatique pendant un temps prolongé. Aucune saison d'eaux ne peut remplacer le régime et le traitement médicamenteux longtemps prolongés.

Villes d'eaux. — Mont-Dore : asthme arthritique, anaphylactique, rhinite spasmodique.

La Bourboule : formes intriquées de dermatoses prurigineuses, de lymphatisme, formes catarrhale et associées à des bronchites.

Saint-Honoré : asthme catarrhal, adénopathie trachéo-bronchique, végétations adénoïdes.

Rayons ultra-violets très prônés par Tixier, assez discutés à l'heure actuelle.

Rœntgenthérapie : aurait donné quelques résultats dans les mains de P. Gibert.

Diathermie de la rate, tentée par Gassoul.

Diathermie nasale préconisée par Tsinoukas particulièrement dans la rhinite spasmodique.

La saignée dans certaines crises d'asthme anaphylactique.

Reste enfin la **désensibilisation.**

Spécifique : on sait combien elle est difficile chez l'enfant par ce que nous avons dit plus haut à propos de l'asthme anaphylactique de l'enfant.

Non spécifique.

Les injections intra-veineuses de chlorure de calcium auraient parfois donné, dans les mains de Petzevakès, des résultats intéressants. Tixier met en garde contre de telles pratiques qui, dit-il, peuvent provoquer des désastres chez des sujets à équilibre humoral aussi instable que celui des asthmatiques.

La peptone utilisée en injections intramusculaires depuis 1907 par Cantonnet, donne en ingestion peu de résultats. En injections intraveineuses, elle est à proscrire rigoureusement. Par injections intradermiques, Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier auraient obtenu des résultats intéressants dans les asthmes sans lésions bronchiques.

Les injections de lait sont dangereuses.

Les vaccins (vaccin Minet vaccin antigrippe de l'Institut Pasteur, entéroantigène de Danyz, immunisols Grémy) ont parfois donné quelques résultats ; mais, comme le fait remarquer Lereboullet, il faut les manier avec une extrême prudence chez ces sujets à équilibre humoral instable que sont les asthmatiques.

L'autohémosérothérapie désensibilisatrice n'a pas de résultats bien remarquables à son actif (Ségard, Tixier).

Rappelons l'autohémothérapie (Ravaut), l'autohémothérapie par ventouses (Godlewski), l'autosérothérapie (Achard et Flandin), (injection de sérum antidiphtérique par exemple).

D'une façon générale, écrit Tixier en novembre 1925, in *Monde Médical*, les différentes méthodes de désensibilisation n'ont pas encore donné tout ce qu'on en attendait. Langeron, de Lyon, écrit même que « nous ne sommes encore qu'à l'amorce de la médication antichoc, et la manions un peu comme nous secouons une montre pour la remettre en marche ». Cordier, Pehu et Grivet de Castelnau, émettent des avis semblables. *Ces opinions viennent de ce que la plupart des auteurs ne font porter leur jugement que sur la peptone mal utilisée ou employée seule.*

L'efficacité de la méthode de Cantonnet vient surtout de ce que, le premier, il a su réunir un ensemble d'armes thérapeutiques, de pouvoirs et de modes d'action différents. Il a publié en 1927 les procédés qu'il avait mis au point depuis plus de 20 ans, et expérimentés sur des milliers de sujets.

Il désensibilise par la peptone, mais sa peptone est injectée dans le muscle, moins choquante qu'en injection intra-veineuse, plus active qu'en injection intra-dermique, c'est une peptone polyvalente.

Cette peptone, de plus, est associée à l'iode des anciens auteurs, iode qui agit précieusement sur le terrain.

Le chlorure de calcium et le jaborandi injectés simultanément agissent sur le système neurovégétatif. On le voit donc, cette médication agit sur la sensibilisation par le choc (polypeptone), sur le terrain par l'iode, sur le système neurovégétatif par l'iode, le chlorure et le jaborandi.

Dans certains cas, il associe certains vaccins à cet arsenal thérapeutique.

Il lutte contre les épines respiratoires et les rend moins irritables, par des pulvérisations nasales et des injections intratrachéales antiseptiques et légèrement alertantes.

Mais il ajoute et, dit-il, ne saurait trop insister sur ce fait, que le régime hépatique et le régime décholestériné sont de toute importante et que, sans eux, en court le risque de voir se multiplier les rechutes.

Au contraire, une technique minutieuse et précise, d'une application d'ailleurs délicate, variable suivant chaque individu, permet, bien maniée, d'obtenir des résultats *définitifs et complets* dans la grande majorité des cas.

L'Actualité Scientifique

La Presse

De quelques faits utiles à connaître pour la pratique de l'anesthésie rachidienne.

Voici quelques remarques intéressantes faites par le professeur R. Leriche :

Si certaines rachi-anesthésies sont suivies d'échecs complets ou d'anesthésies insuffisantes c'est que l'anesthésique n'a fait qu'entrer et sortir, c'est qu'il n'est pas resté assez longtemps pour imprégner suffisamment les racines ; or, l'observation démontre que les trous de ponction perdent presque tous : il faut n'employer que des aiguilles de très petit calibre. Puisqu'aussi le liquide sort par fuite dès que l'aiguille est retirée, il faut, pour s'assurer une bonne anesthésie, injecter très doucement l'anesthésique et laisser l'aiguille en place tout le temps nécessaire pour que l'anesthésique ait son plein effet, soit un minimum de deux minutes.

Puisqu'une perte de liquide par un trou de ponction amène, au bout de six heures environ, un état d'hypotension assez marqué pour se traduire cliniquement, il faut, dès que le malade éprouve les symptômes caractéristiques, relever la tension liquidienne, faire une injection souscutanée de 250 cmc. de sérum ; le lendemain on renouvelle le même traitement et de même les jours suivants, aussi longtemps qu'il est nécessaire, puisque la fuite de liquide se poursuit durant quelques jours. (*La Presse médicale*, 22 février 1928.)

Traitement opératoire des abcès de la prostate.

Le traitement opératoire des abcès de la prostate ne convient qu'aux abcès prostatiques d'un certain volume, ou bien à ceux qui, une fois ouverts dans l'urètre ou le rectum, ne peuvent arriver à guérir. La persistance de la fièvre, malgré l'ouverture spontanée d'un abcès de la prostate, et surtout l'apparition de la péri-prostatite indiquent nettement la nécessité d'une opération.

L'ouverture peut se faire par la voie rectale, par la voie hypogastrique chez les cystostomisés. La voie d'élection est la voie périnéale. M. Le Fur en décrit ainsi la technique : après incision courbe passant à deux travers de doigt en avant de l'anus, on isole le bulbe de l'urètre. Après section du raphé musculaire superficiel, on aperçoit, en écartant le bulbe de l'anus, le raphé musculaire profond que l'on dissocie avec le doigt ou la sonde cannelée. On suit ensuite prudemment l'urètre, qui est rendu apparent par une sonde béquille, jusqu'à l'ouverture de l'abcès, ou jusqu'à la mise en évidence du lobe prostatique déformé par l'abcès. On draine avec une sonde Le Fur. On maintient la peau largement ouverte pour permettre à la cicatrisation de se faire de la profondeur vers la superficie.

En cas de fistule urinaire, il suffit de maintenir la plaie largement béante par un bon tamponnement. (*Paris chirurgical*, 2 mars 1928.)

Phimosis et circoncision.

Le Dr Comby entend par phimosis, un prépuce, non seulement trop long, mais adhérent au gland, avec un méat punctiforme qui le rend irréductible et gêne la miction. Alors seulement, la circoncision est nécessaire ; il faut libérer le prépuce et amputer sa partie antérieure. En dehors de cette éventualité, la circoncision est inutile et l'auteur conseille de s'en abstenir.

Dans 9 cas sur 10, le phimosis est donc réductible médicalement. L'enfant étant dans le décubitus dorsal, maintenant sa verge avec la main gauche dans la position verticale, on fera, avec la main droite, de haut en bas, des tractions douces mais répétées qui dilateront le méat et ramèneront le prépuce à la base du gland. S'il n'y a pas d'adhérences trop serrées, la manœuvre réussit toujours et la circoncision est définitivement écartée. Si les adhérences empêchent la mise au jour du gland dans sa totalité, il est indiqué de les libérer avec une sonde cannelée préalablement stérilisée par la chaleur. Si le méat ne s'élargit pas sous l'influence des tractions manuelles, ou le dilatera avec les mors d'une pince hémostatique propre.

Cependant un prépuce long, un orifice préputial étroit peuvent mettre obstacle à la miction, exposer à la dysurie, gêner les soins de propreté ; d'où inflammation du gland, de la muqueuse, suppuration, ulcérations, paraphimosis avec étranglement à la base du gland. Ces accidents seront prévenus par des soins attentifs ; à leur défaut, la circoncision est indiquée.

Cependant, il faut bien savoir que la circoncision entraîne des risques d'anesthésie et de complications. L'anesthésie générale est particulièrement à redouter au cours de cette petite opération. Quand on coupe ou comprime le prépuce, on détermine par voie réflexe une chute considérable de la pression sanguine. De plus, la bronchite, le catarrhe suffocant, la bronchopneumonie sont à redouter. L'ulcère du méat peut succéder à la circoncision qui le découvre et

l'expose à l'irritation ammoniacale chez les enfants dont les langes ne sont pas assez souvent changés ou purifiés. Si l'on n'a pas à redouter la septicémie générale, une cellulite fatale a pu être observée. Parmi les complications possibles, il faut mentionner l'hémorragie, qui peut être révélatrice d'hémophilie ou le purpura. Une complication plus rare est l'étranglement du gland par un cheveu, maternel ordinairement, qui a pour conséquence l'œdème du gland et simule le paraphimosis.

Tout enfant devrait avoir le prépuce détaché du gland, ou élargi et refoulé en arrière dans la première quinzaine de la vie. Le rôle de la garde-couches, avant de partir, doit être de libérer toutes les adhérences balano-préputiales en passant une sonde ; ensuite elle ramène le prépuce en arrière en le débarrassant du smegma et lubrifie le gland avec de la vaseline. Elle doit montrer à la mère, qu'elle va quitter, les manœuvres susdites. Cette pratique aurait le double avantage d'empêcher les circoncisions inutiles et de faire connaître de bonne heure tous les cas de vrai phimosis.

Comme la circoncision n'est pas toujours une opération inoffensive, et comme elle est inutile dans la majorité des cas, il faut s'opposer à sa pratique routinière et injustifiée. (*Le Bulletin médical*, 14 avril 1928.)

Les pigmentations pulmonaires et la fiction de l'anthracose.

André Jousset montre que la doctrine de l'inhalation charbonneuse ne s'applique qu'à des cas exceptionnels, que la pigmentation habituelle des poumons de vieillards résulte ordinairement d'une accumulation de scories de fer amassées à la faveur de congestions pathologiques successives, dont la tuberculose revendique la plus lourde responsabilité, et que la majeure partie des faits imputés à l'anthracose appartient en réalité aux sidéroses palmaires.

Des faits rapportés, il ressort que la pigmentation noire des poumons, attribuée par erreur aux poussières charbonneuses, est de nature organo-métallique, que le fer en est le principe essentiel, et que ce fer aux allures résiduelles gravite autour des vaisseaux sanguins : il n'en fallait pas plus pour songer à une origine hémolytique du pigment, et cette hypothèse est infiniment vraisemblable.

Il n'existe d'ailleurs pas de pigmentation normale du poumon.

Ainsi s'expliquerait le fait de poumons de vieillards, qui, malgré des conditions déplorables d'hygiène respiratoire, dans une atmosphère enfumée, sont demeurés obstinément normaux, pareils à des poumons d'enfants ; ces vieillards avaient simplement pu traverser la vie sans une atteinte pathologique importante.

L'anthracose est donc à rayer de nos connaissances et la pigmentation, qui la remplace, ne saurait être qualifiée ni de physiologique, ni de sénile. A ces conceptions erronées doit faire place la notion de sidérose, résidu pathologique.

Point n'est besoin de maladie grave pour laisser du pigment ; la plus légère atteinte suffit. D'où la fréquence des résidus ferrugineux.

Notamment, toutes les formes de tuberculose, aiguës ou chroniques, légères ou profondes, sont donc susceptibles d'engendrer du pigment noir ferrugineux. Aux multiples réactions bien connues du bacille, caséification, sclérose, calcification, doit donc s'ajouter la réaction pigmentaire. Le charbon (irritant pour les bronches, cause d'inoculation) cesse donc d'être une cause pour devenir un effet.

Cette notion donne au médecin l'explication des faits signalés précédemment de catarrhe noirâtre observé au cours de la tuberculose fibreuse, catarrhe prolongé que ne peut expliquer la théorie des poussières, et qui se conçoit admirablement avec celle de l'élimination martiale. (*La Presse médicale*, 14 avril 1928.)

A propos des accidents graves liés à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

Quelques observations rappellent de temps en temps la difficulté de ce diagnostic et montrent qu'il faut toujours penser à ces accidents, et demander à la radiographie son contrôle pour ne pas les laisser passer. Témoins les deux cas de MM. E. Pollosson et M. Dechaume.

Premier cas. — Enorme périostose et infiltration scléreuse du masséter gauche prise pour un sarcome chez une jeune fille de 18 ans. Extirpation de la pseudo-tumeur suivie d'une application de radium. Dent de sagesse enclavée reconnue à la radiographie. Extirpation. Guérison.

Deuxième cas. — Névralgies faciales à crises plus ou moins intenses persistant depuis plus de 20 ans chez une femme de 58 ans. En 1924, apparition d'un trismus progressif avec tuméfaction considérable de l'angle maxillaire inférieur gauche et adénites rétro-maxillaires. Dent de sagesse incluse ; ablation par la voie externe Disparition du trismus ; amélioration très considérable des douleurs névralgiques.

En pareils cas, il est une règle intangible, qui exige l'extraction de la dent de sagesse ; aucune exception n'est admise. On la voit exprimée par certains classiques. Elle reste malheureusement bien souvent livresque, et la pratique la méconnaît ou l'applique trop tard. Le temps perdu peut avoir des conséquences désastreuses.

Devant les accidents déclarés, les demi-mesures sont formellement interdites. Attendre que

l'inflammation cède et estimer rendre ainsi une intervention tardive plus aisée, c'est aller au devant de complications plus graves. Enlever la deuxième molaire dans le but de faire de la place, c'est s'abuser soi-même et se tromper. L'extraction de cette deuxième molaire est évidemment plus aisée ; cependant il n'est pas non plus logique de risquer l'ablation d'une dent saine. Elle laisse derrière elle un espace, où d'une manière problématique viendra se placer une dent de sagesse mal orientée, souvent même cariée. Plus encore, elle va parfois au devant des accidents que l'on craint en créant une fissuration du sac péricoronaire de la troisième molaire, et son infection.

La séquestrotomie de voisinage, dans les cas d'accidents chroniques n'est qu'une des modalités du traitement symptomatique, incomplet donc inefficace. Le véritable séquestre est la dent de sagesse elle-même. C'est elle qui est la cause ; c'est à elle qu'il faut toujours s'adresser. (*Presse médicale*, 11 avril 1928.)

Une épidémie de diphtérie grave. Vaccination systématique à l'anatoxine diphtérique de Ramon. Arrêt subit de l'épidémie.

Dans une commune de la Gironde, 48 cas de diphtérie grave furent observés en 1925 et 1926, chez les écoliers ; il y eut 8 cas mortels, 11 cas très graves, soit comme angine diphtérique avec gangrène des amygdales, soit par les paraplégies et les paralysies qui s'en suivirent. Par une enquête, le Prof. G. DUBREUIL établit que le foyer contagieux était à l'école, que le moyen de dissémination était représenté par les écoliers, que la contagion secondaire se faisait dans le milieu familial ou parmi les proches voisins.

Le 24 février et les 17 et 24 mars 1927, en fit une vaccination systématique des enfants à l'anatoxine de Ramon ; cette vaccination devenait efficace et immunisante fin mars 1927 ; or dans le premier semestre de cette année on observa seulement 8 cas (le dernier au 22 mars), pour 12 cas dans le premier semestre 1925.

La désinfection, jadis grosse artillerie de l'hygiène, fut d'effet nul ; à quoi bon désinfecter un local qui sera réinfecté immédiatement par les porteurs de germes ? on ne pourrait la comprendre que s'il y avait contagion médiate, ce qui n'est pas le cas.

Deux seules mesures efficaces furent appliquées, le licenciement de l'école et la vaccination à l'anatoxine, car celle-ci paraît avoir immunisé les sujets, puisque, malgré la présence persistante de porteurs de germes, aucun nouveau cas ne s'est produit et que l'épidémie a cessé brusquement.

On n'a relevé que deux ou trois fois des accidents d'ailleurs peu sérieux : douleurs dans le membre vacciné, légère réaction fébrile, impotence fonctionnelle, vomissements.

La rentrée des écoles, malgré la présence de porteurs de germes, n'a eu aucune conséquence ; plus de foyer de contagion, plus de dissémination. (*Gazette hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 8 avril 1928.)

L'épreuve de l'hyposulfite de soude pour la détermination de la perméabilité rénale.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine comporte la difficulté d'un dosage exact ; aussi, le Prof. G. HUMBERT et F. FINCK préfèrent le procédé à l'hyposulfite de soude, modifié suivant leurs indications.

On fait uriner le malade et l'on recueille son urine ; si on suppose qu'il ne vide pas complètement sa vessie, on recourt au cathétérisme. Puis on injecte dans une veine du pli du coude 10 cmc. de la solution d'hyposulfite de soude. Des ampoules stérilisées sont préparées, contenant 11 cmc. de la solution demi-normale d'hyposulfite ; ces ampoules se conservent, sans altération, pendant plusieurs mois. Il est prudent de s'assurer que les 10 cmc. de la seringue bien graduée, correspondent bien à 100 cmc. de la solution d'iode qu'on emploiera pour le dosage.

Après l'injection, on fait boire au malade 200 cmc. d'eau ou d'une infusion aromatique. Au bout de 2 heures exactement après l'injection, on recueille l'urine, en notant son volume.

Comme l'urine normale décolore une petite quantité d'iode, on prélève 15 à 20 cmc. de chacun des deux échantillons d'urine, celle qui a été recueillie avant l'injection et celle qui a été émise deux heures après celle-ci. On ajoute à chacune des deux prises une pointe de couteau de charbon animal convenablement lavé à plusieurs reprises, puis desséché. On agite le mélange, on laisse reposer pendant deux minutes, puis on passe sur un petit filtre ; on prélève exactement 10 cmc. du filtrat parfaitement limpide. On ajoute au premier échantillon (urine prélevée avant l'injection) 20 gouttes de la solution à 1 p. 100 d'amidon dans une solution saturée de chlorure de sodium. On introduit au préalable dans une burette graduée une solution n/20 d'iode. On fait couler cette solution goutte à goutte dans la liqueur jusqu'à virage au bleu. Le chiffre obtenu, de 0,10 à 0,35 cmc. en général, sera soustrait de la quantité d'iode employée pour la titration définitive de l'hyposulfite. Le deuxième échantillon, traité de la même façon, est titré identiquement par la solution d'iode. Après avoir soustrait du chiffre obtenu la quantité employée pour la première titration, on n'a plus qu'à multiplier le nombre de centimètres cubes de la solution d'iode utilisée par le volume de l'urine et à diviser par 10, selon la formule

$X = \frac{N V}{10}$, dans laquelle N égale le nombre de centimètres cubes de la solution d'iode et V le volume de l'urine.

Jamais d'incidents sérieux à noter, sauf chez quelques sujets particulièrement sensibles ; dans les heures suivant l'injection, un léger malaise, accompagné parfois d'une faible ascension thermiquel ne dépassant pas 38°5. L'injection intramusculaire est à rejeter, car les résultats peuvent être faussés.

Chez des sujets, jeunes et bien portants, on a obtenu des chiffres d'élimination variant de 23,4 à 30,7, avec une moyenne de 25,9, cela sans ingestion d'eau après l'injection. Chez quelques-uns, l'ingestion de 200 cmc. d'eau a provoqué une élimination un peu plus élevée, de 29 à 32,2, avec une moyenne de 30,4.

Un sujet sain qui éliminait 70 p. 100 de phénolsulfonephtaléine en une heure, éliminait 33 p. 100 d'hyposulfite de soude en deux heures. A l'état normal, dans les conditions ci-dessus indiquées, il faut donc admettre un taux moyen d'élimination de 20 à 30 p. 100. Un chiffre inférieur à 20 doit être considéré comme anormal, indiquant une perméabilité diminuée.

Dans la grande majorité des cas, les résultats obtenus avec les deux substances ont été concordants. Le plus souvent, lorsque la perméabilité était diminuée, les écarts, soit dans un sens, soit dans l'autre, n'ont pas dépassé 20 p. 100. Ces divergences sont peut-être attribuables à l'incertitude du dosage de la phénolsulfonephtaléine.

Chez une malade atteinte de néphrite épithéliale ancienne avec atrophie secondaire et aplasie du rein droit, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, pratiquée quelques jours avant la mort alors que le taux de l'urée sanguine atteignait 4 gr., donna un résultat absolument négatif, l'élimination du colorant étant nulle, alors que l'élimination de l'hyposulfite était de 1,25 p. 100.

Cette dernière méthode paraît donc excellente en clinique, supérieure à la précédente par l'exactitude du dosage, et aussi dans certains cas par sa sensibilité. Elle n'a qu'un défaut, celui d'une marge étroite allant de 20 à 0, le reste de la substance étant oxydé par l'organisme (*La Presse médicale*, 4 avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les fractures articulaires temporo-maxillaires fermées.

(M. Dufourmentel. — *Soc. des chirurgiens de Paris* : 16-6-1928.)

Fractures fréquentes et souvent méconnues, dit M. Dufourmentel. L'auteur en décrit trois variétés anatomo-pathologiques, d'après la direction du choc sur le maxillaire inférieur. Les symptômes offrent bien des fois une certaine similitude, que la lésion soit uni ou bilatérale. Le pronostic est plus grave chez l'enfant, l'ankylose étant alors commune. Chez l'adulte, l'ankylose n'est pas à craindre, mais il reste une gêne de la mastication par trouble de l'articulation dentaire. Il en résulte des indications thérapeutiques et l'emploi d'appareils différents.

Rétroflexion brusque d'un utérus fibromateux. Gangrène.

(M. Thévenard. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-6-1928.)

M. Thévenard a observé, chez une femme de 30 ans, une rétroflexion brusque avec incarcération totale d'un utérus fibromateux dans le Douglas. Il s'en suivit une symptomatologie aigue et de la gangrène. L'hystérectomie totale avec Mickulicz amena la guérison.

C'est là une complication très rare des fibromes. L'auteur n'en a trouvé, dans la littérature médicale, qu'une seule observation, à laquelle s'ajoute la sienne.

L'histoire clinique du goitre.

(M. Lewis, de Baltimore. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-5-1928.)

M. Pauchet présente un rapport sur un travail de M. Lewis, de Baltimore. L'auteur expose rapidement l'histoire clinique du goitre, depuis Juvénal jusqu'à nos jours. Il montre qu'il y a une proportion directe entre l'activité du processus hyperplasique de la thyroïde et les phénomènes toxiques de Basedow. Le terme d'intoxication thyroïdienne et d'hyperthyroïdisme doit remplacer celui de goitre exophtalmique. D'ailleurs, l'exophtalmie manque souvent. La formation nodulaire du goitre est un processus de défense, de dégénérescence. On comprend dans ces conditions pourquoi les goitres nodulaires, bosselés et volumineux, sont moins virulents et plus facilement curables que les goitres parenchymateux, dont aucune partie n'a tendance à la dégénérescence.

L'iode rend des services dans certains cas, notamment avant d'opérer. La radiothérapie peut être utilisée quelquefois, mais le traitement de choix est l'intervention chirurgicale. C'est l'avis des pathologistes qui ont une grande expérience de la question.

Sur les suites de certaines fractures du col anatomique de l'humérus.

(M. JUDET. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 18-5-1928.)

M. Judet communique deux observations de fracture du col anatomique de l'humérus dans lesquelles la tête luxée, qui ne donnait lieu à aucun phénomène de compression vasculaire ou nerveuse, fut abandonnée dans l'aisselle. On réduisit la diaphyse dans la cavité glénoïde et l'on fit une mobilisation précoce de l'épaule. Les résultats furent variables. L'un des malades, âgé de 49 ans, suivi pendant 15 ans, accuse un résultat très satisfaisant : l'articulation est indolore, musclée ; les mouvements sont étendus ; l'abduction atteint 90°. A la radiographie, la tête s'est presque entièrement résorbée. L'autre malade, âgé de 64 ans, avait au bout de 3 mois une grande limitation des mouvements.

— M. PÉRAIRE ajoute deux cas personnels de fracture du col chirurgical de l'humérus avec luxation de la tête. Une fois, la tête était fixée sous la clavicule et, une autre fois, elle était luxée au niveau de l'aisselle. L'auteur fit une reposition sanglante de la tête déplacée et une suture osseuse avec des agrafes de Jacoel et des fils de bronze d'aluminium. Résultats excellents.

P. L.

Sur l'asystolie utérine.

(MM. A. LEMIERRE, R. GARCIN et J. LACAVE-LAPLAGNE. — MM. Et. BERNARD et DESBUQUOIS. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 22 et 29-6-1928.)

Le retentissement des maladies du cœur sur l'utérus est d'une étude relativement récente. Il y a un utérus cardiaque, comme il y a un foie et un rein cardiaques. De même que la congestion passive ne se fixe sur le foie ou le rein qu'à l'occasion d'une tare parenchymateuse antérieure, l'asystolie ne se localise sur l'utérus qu'à l'occasion d'une congestion physiologique (molimen cataménial) ou pathologique (métrites, fibromes, etc.), dans la sphère génitale.

Cliniquement, les hémorrhagies qui caractérisent l'asystolie utérine se présentent tout comme des hémorrhagies de cause locale ; elles précèdent souvent toute manifestation clinique de la cardiopathie originelle, qui risque donc de rester ignorée, et lors même qu'elles prennent une intensité inaccoutumée, elles ne se trouvent pas associées aux signes périphériques habituels, qui traduisent l'insuffisance cardiaque. C'est dire la difficulté du diagnostic exact de leur nature en l'absence d'un examen systématique et complet.

Au point de vue thérapeutique, la connaissance de ces accidents est d'un réel intérêt, car le traitement tonicardiaque est le plus souvent d'une surprenante efficacité. En faisant disparaître ces métrorragies, la cure digitalique vient fournir en même temps la preuve de leur véritable origine.

Dans un cas, rapporté par les premiers auteurs, la malade, habituée fidèle des consultations de chirurgie, avait essayé durant plus de 5 ans toutes les médications hémostatiques jusqu'au jour où une anémie sérieuse nécessita un examen complet ; la lésion mitrale une fois dépistée, le traitement digitalique fit, par deux fois, disparaître rapidement des hémorragies incoercibles chez cette femme de 50 ans. Revue trois mois après, cette malade, depuis cinq ans dans le sang, ne présentait plus trace d'écoulement sanguin.

L'observation d'E. Bernard et Desbuquois se rapporte à une femme de 22 ans qui, entrant à l'hôpital, avec une métrorrhagie importante et une fièvre élevée, fait aussitôt penser à une rétention placentaire ; mais cette idée doit être vite abandonnée. On essaye tour à tour les différentes médications hémostatiques : chlorure de calcium, sérum sérique, sang total, qui ne produisent aucune diminution de l'hémorrhagie. Un traitement tonicardiaque (digitaline) est institué ; les pertes de sang qui duraient depuis 23 jours sont arrêtées en 48 heures. Cette jeune femme était atteinte d'une lésion mitrale, qui datait d'une crise de rhumatisme articulaire aigu subie dans l'enfance.

Le traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine.

(M. A. TZANCK. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 22-6-28.)

A côté des migraines dites symptomatiques (digestives, hépatiques, ovariennes, etc.), se rangent les migraines vraies, qui apparaissent sans cause apparente, se limitent à un seul côté, s'accompagnent de vomissements et de phénomènes oculaires plus ou moins marqués ; ici, les résultats des diverses médications récemment proposées, qui parfois réussissent dans les premières, sont des plus décevants. Seul le tartrate d'ergotamine, dont on connaît l'action paralysante sur le grand sympathique, a donné quelque succès. Employé à la dose de 2 milligrammes, il est susceptible d'enrayer une crise de migraine déjà apparue, à la condition d'être employé dès les premiers symptômes de la crise. L'emploi de ce corps peut tripler et même plus les intervalles intermigraineux et dans les cas heureux supprimer pendant des mois les crises migraineuses.

Cependant, il est impossible de parler de guérison, car, la médication suspendue, les crises réapparaissent ; aussi, en vient-on à réaliser un véritable traitement d'entretien dont la modalité sera fixée par tâtonnement. Dans ce but, l'auteur prescrit l'ingestion journalière de 2 milligrammes d'ergotamine, dose qu'il double lorsque la migraine semble imminente. Le plus souvent, au bout de quelque temps, on restreint la dose d'entretien à 1 milligramme par jour. Plus de 10 malades ont pu, sans le moindre inconvénient, atteindre la dose de 60 milligrammes par mois ; cependant, en raison des dangers d'une pareille médication, la surveillance doit être des plus rigoureuses pendant la période d'étude.

Ce sont les malades considérés comme vagotoniques qui ont donné les meilleurs résultats.

Lymphogranulomatose maligne avec forte hypoglobulie, absence d'éosinophiles, prurit atténué.

(M. G. LAURÈS. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 22-6-28.)

L'observation rapportée se caractérise par l'absence d'éosinophilie, et par un prurit non intense, contrairement à la règle générale.

La réaction fébrile fut ici, comme d'habitude, précoce et constante ; seule, elle permit de faire un diagnostic clinique ferme, confirmé après la mort par la présence de cellules de Sternberg dans les ganglions ; elle est d'une importance diagnostique considérable, et traduit la nature infectieuse, à poussées successives, sans qu'on puisse préciser quel est l'agent infectieux en cause. A remarquer que c'est dans les services de tuberculeux que l'on rencontre généralement ces malades.

Sur le traitement du lupus érythémateux par les sels d'or.

(*Société de dermatologie et de syphiligraphie* ; 14-6-28.)

MM. Marcel PINARD, P. VERNIER et Mlle VERSINI rapportent l'observation détaillée d'un cas de lupus érythémateux évoluant depuis 4 années, chez une femme de 44 ans, qui a été traitée et très amélioré par des injections intraveineuses d'un sel d'or.

M. HUDELO résume la discussion en faisant remarquer d'une part que la médication par les sels d'or appliquée au lupus érythémateux a donné non seulement des améliorations, mais des guérisons impressionnantes ; cependant ce traitement nécessite les plus grandes précautions, tant au point de vue du choix du produit employé que du dosage minutieux et de la surveillance des réactions du malade : il semble à ce point de vue qu'il est prudent de ne pas faire une cure ambulatoire, au moins pour les premières injections et jusqu'à ce qu'on soit fixé sur la manière de réagir du malade. En tout cas, il est intéressant, après les résultats irréguliers et souvent passagers fournis par les traitements récemment essayés, de rencontrer une méthode qui puisse devenir efficace d'une manière durable, sous certaines précautions.

La gonoréaction et sa valeur clinique.

(M. G. GELMAN. — *Soc. de dermatologie et de syphilig.* ; 14-6-1928.)

Le sérum des porteurs de gonocoques contient des anticorps décelables par la réaction de Bordet-Gengou. La question des antigènes est ici primordiale ; l'avenir de la gonoréaction dépend de la qualité des antigènes, qui devraient être mis commercialement à la disposition des travailleurs.

Cette réaction, recherchée d'après la méthode de Rubinstein est spécifique. Positive, elle constitue un signe certain d'affection. Dans les complications gonococciques la réaction peut atteindre 100 % de positivité. Dans la blennorragie aiguë, la préférence doit être donnée aux recherches bactériologiques directes. La gonoréaction acquiert tout droit de cité dans les formes chroniques avec ou sans complications.

L'électro-dessiccation en dermatologie.

(MM. J. ARCHAMBAULT et A. MARIN. — *Soc. de dermatologie et de syphilig.* ; 14-6-1928.)

En France, on utilise presqu'exclusivement l'électro-coagulation (emploi bipolaire du courant de d'Arsonval) ; on ne semble pas reconnaître la haute utilité de l'électro-dessiccation : emploi monopolaire du courant de Oudin, lequel possède une plus haute tension et une plus faible intensité que le courant de d'Arsonval ; mais son intensité, hormis quelques cas spéciaux, suffit à produire la chaleur nécessaire à la destruction des lésions. L'électro-dessiccation n'est pas de la fulguration ; il n'y a pas d'étincelage ; il faut au contraire que l'électrode soit en contact avec la peau ; le courant la pénètre immédiatement sans production d'étincelles. L'électrode est une simple aiguille d'acier tenue par un manche isolant et reliée par un conducteur souple au résonateur de Oudin d'un appareil de haute fréquence.

Les nævi pigmentaires, plans ou tubéreux, sont détruits facilement en une seule application ; les cors, callosités et verrues plantaires, les verrues vulgaires, les verrues planes, les verrues séborrhéiques, disparaissent rapidement après un contact rapide de l'électrode. Les angiomes stellaires, points rubis, ne demandent qu'une seule séance, contact rapide, pour disparaître sans laisser de cicatrices apparentes. Trois cas de xanthélasma des paupières ont été guéris en une seule application sans cicatrice ; les condylomes vénériens, les kératoses séniles, disparaissent en une ou deux applications.

Moins brutal que l'électro-coagulation qui est très douloureuse et laisse des cicatrices beaucoup plus apparentes, moins douloureux que la cryothérapie et plus efficace aussi, cet agent physique est facile à manier, bien accepté des malades et produit des résultats souvent supérieurs aux autres procédés couramment employés. Il mérite d'occuper une place importante en physiothérapie dermatologique.

A propos du traitement chirurgical du lupus.

(M. P. MOURE. — *Soc. de derm. et syphil.* ; 14-6-28.)

Beaucoup de lupus, petits, limités, sans tendance à l'extension, ne demandent qu'à guérir ; mais il en est d'autres qui font échec à toutes les thérapeutiques.

Le Dr Paul MOURE expose que le traitement chirurgical ne doit s'adresser qu'à certains lupus circonscrits, et qui ne sont pas en période d'évolution, ni d'essaimage ; l'extirpation au bistouri doit être d'emblée totale, c'est un point très important, car, dans l'exérèse chirurgicale comme dans la destruction du

lupus par les caustiques ou les cautérisations, si la lésion lupique ne peut être enlevée ou détruite en une seule séance, elle a les plus grandes chances d'ensemencer les tissus cruentés et de provoquer une récidive. L'auteur préfère à la suture immédiate la réparation secondaire par suture ou par greffe dermo-épidermique, pour éviter les risques d'une récidive ou d'une cicatrice chéloïde.

Le grand avantage de l'excision du lupus au bistouri est de pouvoir mesurer exactement son action, ce que ne peuvent pas toujours faire les caustiques, ni les cautérisations, et de pouvoir être parfois considérée comme un procédé héroïque, lorsque le lupus a résisté pendant des années à toutes les autres thérapeutiques.

G. F.

Les Thèses

P. — Dr E. Fellous. — **La vaccinothérapie dans la blennorragie aiguë et l'anatoxine gonococcique.** (Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1927.)

Contrairement aux principes admis jusqu'à ce jour, la cure vaccinale de l'urétrite aiguë, devient, dès le début de l'infection, un précieux adjuvant du traitement local, qui en reste cependant la thérapeutique de base.

La préparation d'un auto-vaccin étant trop longue, il faut nécessairement avoir recours à un stock-vaccin et l'auteur donne sa préférence à une formule vaccinale réalisant les différents points suivants :

a) Nécessité absolue de renfermer *les principes totaux des sécrétions gonococciques*, seules responsables des phénomènes inflammatoires et douloureux de l'infection et du passage à la chronicité.

b) La pluralité des souches de gonocoques est également un facteur de premier plan qui doit être respecté ;

c) Le terme blennorragie implique la présence indiscutable d'une flore associée, ayant sa large part de responsabilité dans l'évolution des urétrites à gonocoques ; cette flore microbienne doit donc être représentée dans une formule établie logiquement ;

3° L'effet thérapeutique d'un vaccin est intimement lié à la façon de s'en servir : de sa posologie, dépendront les résultats.

En principe, *toute réaction générale est inutile : une réaction locale est nécessaire, et une réaction focale est d'un bon pronostic.*

P. — Dr P. Meignant, ancien interne des hôpitaux de Paris, et des Asiles de la Seine. — **Le réflexe de flexion dorsale directe du pied. Réflexes dits de défense ou d'automatisme médullaire.** (Librairie Louis Arnette, 2, r. Casimir-Delavigne, Paris 1927.)

Le signe de la flexion dorsale réflexe du pied consiste en ceci : à une excitation cutanée (pincement) portant *hors de la plante* du pied (dos du pied, ou face antérieure du cou-de-pied dans les cas les plus habituels), le pied réagit par une flexion dorsale directe due à la contraction simultanée et synergique des trois muscles jambier antérieur, extenseur commun des orteils et extenseur propre du gros orteil.

Cette flexion réflexe *est* toujours un *phénomène pathologique*, du moins à partir d'un certain âge (un an d'après nos recherches, trente mois ou trois ans pour d'autres) et chez le sujet non endormi. Par là-même, par la facilité de sa recherche, il acquiert une grosse valeur pratique, d'autant plus grande qu'on peut le constater de façon isolée. *A lui seul, il constitue un excellent test d'organicité : il permet d'affirmer l'existence d'une lésion du système nerveux central*, au même titre que l'extenseur de l'orteil.

En général, il s'associe à des signes de perturbation pyramidale. Cependant, il peut exister en dehors de tout signe classique d'altération pyramidale (exagération des réflexes tendineux, clonus, extension de l'orteil). Il semble lié moins à des destructions qu'à des irritations (compressions ?) de la voie pyramidale, qu'on trouve intacte ou très peu lésée à l'autopsie. Si aucun fait jusqu'ici constaté ne permet de dire que la flexion dorsale réflexe puisse exister en dehors de toute perturbation pyramidale (matérielle ou fonctionnelle), il est indiscutable qu'elle est favorisée par l'association de certaines lésions non pyramidales, notamment du système moteur extrapyramidal (corps strié), et peut-être des voies sensitives longues.

La flexion dorsale réflexe du pied doit être distinguée des phénomènes d'hyperréflectivité hyperalgique et de la flexion dorsale du pied par action isolée du jambier antérieur. Elle doit être considérée comme entrant dans le groupe des réflexes dits de défense ou d'automatisme médullaire ; elle en constitue une forme fruste, une manifestation limite, un seuil ; elle est peut-être le premier chaînon, indispensable, de ce type de réflexes.

Elle a la même valeur que ceux-ci dans les syndromes de compression médullaire. Elle peut exister (éventuellement bilatérale) dans les cas de tumeurs cérébrales (même strictement unilatérales) : elle est alors la manifestation de phénomènes diffus qui, par leur existence même, commandent d'interpréter avec la plus grande circonspection les signes de localisation concomitante.

Son étude est à poursuivre, comme celle des réflexes cutanés en général, en s'inspirant de ce qui a été fait pour le réflexe plantaire, c'est-à-dire en supposant l'existence, au-dessus d'un mécanisme médullaire de base et retentissant sur lui, de circuits longs,

mésocéphaliques ou cérébraux, dont nous ne pouvons encore que soupçonner l'existence.

P. — Dr R. Lichtenberger, ancien interne pr. des hôpitaux de Paris.— **Traitement par voie buccale des nourrissons hypotrophiques hérédo-syphilitiques** (Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1927.)

Les accidents causés par la syphilis héréditaire ne sont pas tous justiciables de la même thérapeutique. Le traitement par voie buccale, qui présente de réels avantages chez l'enfant et surtout chez le nourrisson, est indiqué dans des cas bien déterminés : chez l'hypotrophique, dans deux formes fréquentes de la syphilis héréditaire :

1° Dans les formes à manifestations atténuées ;

2° Dans les formes larvées.

Actuellement, cette méthode ne remplace pas, dans tous les cas, le traitement classique par les injections d'arsénobenzène, qui reste le traitement de choix des formes virulentes, septicémiques.

La possibilité d'administrer par la voie buccale, les nouveaux arsenicaux, dérivés de l'acide arsinique, qui se sont montrés doués de propriétés thérapeutiques comparables à celles des arsénobenzènes, rend cette méthode de traitement particulièrement intéressante.

Un traitement de fond, énergique, doit être opposé à ces formes à manifestations atténuées et à ces formes larvées de la syphilis héréditaire, avec des médicaments spécifiques éprouvés et dans la majorité des cas l'association arséno-mercure semble très efficace.

L'adjonction d'une médication opothérapique est, d'autre part, utile ; celle-ci *renforce* le traitement spécifique en même temps qu'elle agit sur les troubles de la croissance.

Dans ces formes, on obtient des résultats intéressants par l'emploi, en cures associées, d'une véritable triade thérapeutique dont les éléments sont :

1° Le tréparsol ;

3° Le lactate neutre de mercure ;

3° L'opothérapie thyroïdienne et surrénalienne.

Cette méthode, qui doit être complétée par un traitement hygiénique et diététique minutieux, dont l'importance est capitale chez les hypotrophiques, n'a été suivie d'aucun incident et inconvénient. Elle ne saurait d'ailleurs se passer d'une surveillance médicale rigoureuse, particulièrement attentive au cours des séries arsenicales et opothérapiques.

Employée comme traitement de fond des formes à manifestations atténuées et des formes larvées, elle semble être également indiquée pour les cures d'entretien de troisième ou quatrième année, des formes virulentes, septicémiques, après les cures d'assaut du début. Elle peut être employée enfin, lorsqu'on veut instituer un traitement d'épreuve chez le nourrisson.

P.— Dr H. Bidegaray. — **Etude statistique et critique du parasitisme intestinal. La technique en coprologie.** (Librairie M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince (Paris (6e), 1927.)

L'âge moyen de la vie est l'âge le plus parasité. A cause des variations importantes des résultats avec le nombre d'examens pratiqués pour chaque selle, d'une part, et avec la technique employée, d'autre part, il est difficile de donner des chiffres réellement valables pour toute la France. On peut cependant dire que le nombre de porteurs de kystes à quatre noyaux est de 6 %, si l'on s'en tient à un seul examen par selle, que ce taux doit être porté aux environs de 15 à 20 %, si l'on pratique plusieurs examens.

La question des techniques en coprologie microscopique reste délicate. La pluralité des procédés montre assez qu'aucun n'est parfait.

L'auteur a mis au point une technique rapide, facile, n'exigeant pas un outillage perfectionné. Elle a l'avantage de s'adresser à la fois aux kystes de protozoaires et aux œufs d'helminthes, et permet, d'autre part, d'une manière fort simple, de faire des cultures à partir de kystes d'amibes, d'après la méthode de Yorke et Adams, largement modifiée.

Les livres qui viennent de paraître...

Les Éditions du Monde Moderne
79*bis*, rue de Vaugirard, Paris.

Henri Mignon. — **Tristan et Iseut.** Nouvelle adaptation en vers. (Un vol., 422 pages avec illustrations.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

IX. — Prévoyance.

J'apprends avec peine, mon cher ami, que vous venez d'être malade et que, durant une bonne quinzaine, vous fûtes absolument empêché d'exercer votre profession. Fort heureusement pour vous, votre maladie survint à une époque où l'état sanitaire de votre région était satisfaisante, et vous avez trouvé chez Didier-Dubreuil l'amicale assistance que vous étiez en droit d'en attendre : non seulement il vous a soigné avec un dévouement éclairé, auquel vous vous plaisez à rendre hommage, mais encore, il vous a remplacé dans votre clientèle qui commence, me dites-vous, à prendre de l'importance.

Les circonstances vous ont donc une fois de plus favorisé ; et j'en suis enchanté pour vous. Prenez garde qu'une autre fois, vous ayez moins de chance, que votre indisposition dure plus longtemps, et que vous ne puissiez trouver auprès de vous le remplaçant momentané qui visitera vos malades et vous les conservera.

Si vous persistez dans votre imprévoyance, vous regretterez alors de pas ne avoir suivi mes conseils. Car, je ne sache pas que vous vous soyez décidé à faire partie des œuvres qui garantissent le médecin contre la maladie et le chômage qui en résulte, et contre la vieillesse.

Que votre récente maladie vous serve de leçon, et ne tardez pas plus longtemps à solliciter votre admission dans l'une d'entre elles.

Je ne vous parle que pour mémoire de l'*Association médicale mutuelle de la Seine*, dite Association Lagoguey, qui n'admet que les médecins du département de la Seine, et assure à ses membres une indemnité journalière de maladie, aussi longtemps que celle-ci dure, même indéfiniment.

Mais ce qui mérite de retenir votre attention, c'est l'*Association générale des médecins de France* dont le but est de secourir les sociétaires médecins que l'âge, les infirmités, la maladie, mettent dans l'impossibilité d'exercer leur profession ; leurs femmes, quand elles sont dans le besoin ; leurs veuves, leurs enfants, leurs ascendants, restés sans ressources... C'est l'*Association confraternelle des médecins français*, qui remet aux héritiers de chaque sociétaire décédé, sans retard, sans formalités, sans retenue, un secours représenté par la totalité des versements effectués par tous les autres sociétaires survivants. C'est la *Mutuelle médicale française*... C'est enfin la *Mutualité familiale du Corps médical français*. Et parce que j'en suis l'un des administrateurs, vous me permettrez de m'étendre plus longuement à ce sujet.

Cette Mutualité se divise en deux grandes branches : la branche *indemnité maladie* ; la branche *retraite*. Vous pourrez adhérer à l'une à l'exclusion de l'autre. Mais si vous tenez à faire œuvre de prévoyance, et je vous y engage fort, vous ferez partie des deux tout à la fois.

Vous aurez à subir un examen médical préalablement à votre admission, je présume qu'il vous sera favorable. Votre admission sera donc prononcée et vous serez inscrit à la combinaison que vous aurez adoptée. Car nous avons voulu nous mettre à la portée de toutes les bourses, en donnant à cet organisme toute la souplesse désirable. C'est ainsi que, selon l'importance de la prime annuelle que vous payerez, et qui sera fonction de votre âge, vous serez garanti contre la maladie, jusqu'à concurrence de dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs par jour, et cela, durant deux mois. Passé ce délai, si votre invalidité se prolonge, et devient même chronique, l'indemnité deviendra mensuelle, et vous recevrez *indéfiniment*, si vous en êtes malheureusement dans le cas, cent, deux cents, trois cents, quatre cents, cinq cents francs par mois....

Quant à la retraite, vous pourrez à votre choix vous l'assurer à 60 ans ou à 65 ans, avec la facilité de cumuler les deux combinaisons. Le maximum en est, dans l'une et l'autre, de 2.400 francs.

Et comme vous allez vous marier, laissez-moi vous conseiller d'assurer une rente viagère à votre veuve, au cas où vous disparaîtriez avant elle.

Je sais bien ce que vous allez m'objecter : « Qu'est-ce que vous voulez que l'on fasse à cette heure avec 50 francs par jour, avec cinq cents

francs par mois, avec 4.800 francs par an ?? »

Et moi, je vous répondrai : « Qu'est-ce que vous voulez faire avec rien du tout ??? »

Certes, il est possible de s'assurer une retraite plus avantageuse, ne serait-ce qu'en s'adressant à la Caisse nationale de la vieillesse... Certes, d'autres œuvres, je vous l'ai déjà montré, sont destinées à prémunir le médecin contre les inconvénients de la vieillesse. Et j'ai oublié de vous mentionner la *Société française des eaux minérales*, dite encore *Prévoyance médicale*, qui, dans certaines conditions, assure une retraite à ses membres, pourvu qu'ils comptent au moins quinze ans de pratique active.

Mais il n'y a, pour les provinciaux, que la Mutualité Familiale qui possède une branche indemnité maladie pratiquement organisée. Je n'ajoute pas qu'elle est administrée par des médecins, dont je suis, à titre complètement gratuit, et que ceux-ci ont tenu à placer leur administration sous le signe de la confraternité la plus cordiale et la plus agissante, compte tenu des nécessités qui résultent de la loi et des statuts.

Je n'avais pas voulu, jusqu'ici, par discrétion, insister auprès de vous pour que vous soyez des nôtres. Votre mésaventure est pour moi une excellente occasion de revenir à la charge, et cette fois, je ne vous lâcherai pas que vous ne m'ayez envoyé votre demande d'admission, que je transmettrai à mon ami le Dr H. Mignon, au Vésinet : c'est le plus dévoué et le plus actif des secrétaires généraux. Il vous précisera, avec toute l'exactitude désirable, les obligations que vous contracterez suivant les combinaisons que vous aurez choisies.

***

Cette forme de prévoyance, dont je viens de vous entretenir longuement, s'impose à vous. Je ne m'explique pas que vous ayez tant attendu.. Songez que la prime annuelle que vous payerez sera d'autant moins élevée que vous entrerez plus jeune dans notre Mutualité.

Il en est une autre dont je veux vous dire un mot. Moins pressante, elle n'en mérite pas moins de retenir votre attention. Je veux parler de votre situation militaire. Je sais que vous avez terminé votre service comme aide-major de deuxième classe, ou, pour parler le langage actuellement officiel, médecin sous-lieutenant. Vous serez appelé à accomplir des périodes d'instruction dont votre avancement futur sera fonction. Encore que ces périodes pourraient être mieux réalisées, tant pour ménager le temps du praticien, qui est toujours précieux, que pour assurer son instruction médico-militaire dans de meilleures conditions, soumettez-vous de bonne grâce à cette servitude. Vous trouverez, auprès de vos chefs, tous les accommodements possibles pour le choix de l'époque où vous pourrez plus facilement vous absenter. Mais ne vous dérobez pas indéfiniment devant ces périodes. Et mettez-votre ambition à parvenir au moins jusqu'au grade de capitaine. Si le malheur voulait qu'une nouvelle catastrophe fondît sur la France et, sur l'Europe, si jamais la mobilisation était de nouveau décrétée, dites-vous bien que votre position sera d'autant plus avantageuse que vous serez plus élevé en grade.

Croyez-en mon expérience. Lorsque le 2 août 1914, j'ai rejoint le régiment dont j'étais le médecin-chef, que de bons confrères n'ai-je pas alors rencontrés, et non des moindres, qui ne s'étaient jamais préoccupés de tout cela, et qui furent mobilisés, frisant la quarantaine, quand ils ne l'avaient pas dépassée, comme sous-lieutenants, comme sous-officiers, et même comme simples soldats ??? Dieu sait pourtant combien j'avais été plaisanté, naguère, sur mon zèle et mes galons. C'était surtout de la prévoyance, et ceux qui en avaient le plus ri furent les premiers à m'envier.

Inscrivez-vous aussi à l'Ecole d'Instruction du Service de santé de votre région, et suivez-en les conférences et les exercices, aussi régulièrement que possible. Vous aurez ainsi droit à la carte de surclassement qui, durant un an, vous permettra, quand vous voyagerez en chemin de fer, d'occuper une place de première classe, en ne payant que le tarif de troisième classe, Si vous allez à Nice, je vous prie de croire que vous trouverez la différence appréciable... C'est un petit sacrifice évidemment à faire ... Mais on en est amplement récompensé. Et j'imagine que l'attrait de cette carte et de ses avantages est profondément puissant, si j'en juge par le *décuplement* des effectifs des écoles d'Instruction qui a été enregistré depuis deux ans.

***

Je me suis surtout préoccupé de vous chapitrer sur cette obligation que vous avez, envers vous-même, et envers votre future famille, d'être prévoyant dans la plus large mesure possible, et cela m'a fait négliger jusqu'à présent les autres sujets dont vous m'entretenez. En apprenant votre maladie, je n'ai pu me défendre de quelque irritation envers vous. C'est passé d'ailleurs, tant je suis sûr que vous allez suivre mes conseils.

C'est donc le mois prochain que vous vous mariez, et vous me faites l'honneur de me prier d'être votre témoin en cette solennelle circonstance. D'autres sont peut-être plus qualifiés que moi. Néanmoins, j'accepte très volontiers, et vous pouvez compter sur moi.

J'ai été aussi très vivement intéressé par tous les détails que vous me donnez sur l'activité de la section syndicale de votre ville. Grâce à Didier-Dubreuil, *soutenu par vous*, vos confrères

ont fini par comprendre que le corps médical a tout à gagner à vivre dans l'union, et dans la coopération, sagement organisée.

Les projets dont vous m'esquissez le schéma sont de ceux qui méritent d'être poursuivis et réalisés, car c'est par une entente mutuelle, une confiance réciproque et une discipline intelligente que les médecins vraiment dignes de ce nom pourront s'adapter aux nécessités qui dérivent de l'évolution des mœurs, et de l'avènement des lois qui en sont la conséquence.

Projet d'accords pour vous remplacer les uns les autres, en cas de vacances ou de maladie ; projet de conventions passées avec la Commission administrative de l'hôpital local pour l'organisation du service médical ; projet d'institution d'une Commission d'arbitrage, réglant les conflits que font surgir les accidents du travail et leurs conséquences, entre médecins et compagnies d'assurances, etc., etc.

C'est, si j'ose dire, du pain sur la planche pour votre groupement syndical, et du bon...

J'espère que toutes les bonnes dispositions dans lesquelles je vous vois, ainsi que vos confrères, vont persister ; que votre beau zèle collectif ne se refroidira pas ; et que, quand j'irai assister à votre mariage, mon amitié pour vous n'aura pas à vous féliciter seulement de cet heureux événement, mais que le souci que je prends des intérêts généraux du corps médical tout entier trouvera sa légitime récompense dans les constatations que j'aurai l'occasion de faire sur place, et dans la joie très vive que j'en ressentirai.

G. DUCHESNE.

LE SECRÉTARIAT DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

Par le Dr Fernand DECOURT.

I. — COMPARAISON AVEC L'ÉTRANGER.

La question du secrétariat de notre nouvelle *Confédération* a été mise spécialement par notre confrère Cibrie, à l'ordre du jour du *Congrès des Syndicats médicaux*, le 8 juillet dernier. Comme nous avons pris la parole, à ce sujet, en rappelant ce qui se passe dans le secrétariat de divers groupements médicaux à l'étranger, nous croyons utile, dans les colonnes du *Concours* de montrer : 1° *ce qui se passe en dehors de chez nous* ; 2° *comment, à notre avis, ce secrétariat doit être envisagé en France*. Ce sera l'objet de deux articles successifs : nous parlerons aujourd'hui du premier point.

Donc, le 8 juillet, Cibrie proposa de remplacer le poste de *secrétaire général* de la nouvelle confédération par celui de *secrétaire administratif*. Ce simple changement d'adjectif renferme, il faut le proclamer tout d'abord, une véritable RÉVOLUTION dans le fonctionnement de cet organisme central qui fut, jusqu'ici, la cheville ouvrière de notre mouvement national de défense professionnelle, et cela par ses attributions même, qu'il s'agisse du secrétariat de l'*Union* ou de celui de la *Fédération*.

Le secrétaire général fut jusqu'ici un « animateur ». C'était son rôle. C'était son devoir. Il avait à insuffler le mouvement, la vie, à ce qu'avait décidé le Conseil de l'Union, émanation des syndicats. Pour cela, il fallait que le secrétaire général fût une forte personnalité qui sût, au moment nécessaire se faire entendre et écouter, non seulement de l'ensemble du Corps médical, mais aussi des pouvoirs publics, des parlementaires, des diverses collectivités dressées de l'autre côté de la barricade. Pour ne parler que de ceux qui ne sont plus actuellement sur la brèche, nous dirons que ces fortes personnalités, nous les avons eues en Lafontaine et Lenglet... Mais, parce que ceux-ci prirent leur rôle à cœur et s'y donnèrent tout entier on les accusa de dictature, quand ce ne fut pas de trahison... et les nouveaux statuts qui viennent d'être votés pour la Confédération portent trace, tout au long, de la crainte fondamentale de voir revenir au pouvoir d'analogues personnalités. Déjà par les précautions prises dans ces statuts mêmes, il est manifeste qu'une telle crainte est devenue vaine, si crainte on en put avoir. Néanmoins, la proposition Cibrie vient encore renforcer le cadenas de sûreté... et telle est, en réalité, le fond même de cette proposition, ce que l'on doit, dès l'abord, mettre loyalement en relief.

C'est dans la crainte d'être « mené » qu'on propose de remplacer le « secrétaire général », animateur et metteur en œuvre, par un « secrétaire administratif » modeste exécuteur, *passif et non responsable*, des décisions du Conseil de la Confédération. Est-ce un bien, est-ce un mal ? Nous en reparlerons plus loin. Pour le moment, je veux tout d'abord expliquer le sens de mon intervention, au Congrès, lors de la proposition Cibrie.

Averti par l'une des Enquêtes de l'*Association professionnelle internationale des médecins* (*A.P.I.M.*), j'avais pour devoir de faire savoir à nos confrères que les groupements médicaux professionnels de Grande-Bretagne et d'Allemagne, avaient un *secrétaire administratif*, du type proposé par Cibrie. La question était donc à étudier. Elle était à « prendre en considération » en vue d'une résolution ultérieure, lors de l'Assemblée générale de la Confédération, le 6 dé-

cembre prochain. Et c'est d'ailleurs une « prise en considération » que vota le Congrès.

Elle s'imposait. Nous avons, en effet, à examiner tous, les uns et les autres, sans parti pris, *a priori*, les raisons pour et contre cette grosse réforme du secrétariat de notre Groupement professionnel national — étant entendu toutefois qu'une réforme très importante de ce secrétariat est *déjà* faite, d'après les nouveaux statuts. On a déjà, en effet, dissocié entre divers titulaires (pour la rédaction du *Bulletin*, par exemple) les fonctions multiples, écrasantes, qu'avaient supportées jusqu'ici, les secrétaires généraux de l'Union, faute d'une organisation judicieusement préétablie et harmonieusement combinée (ce qui est encore à régler) entre les divers *fronts* auxquels doit faire face notre défense professionnelle, si on veut qu'elle soit opérante et efficace.

« Le secrétaire est administratif, purement et simplement dans divers pays étrangers et non des moindres, ai-je dit ,en substance, au Congrès. Maintenant que notre organisme professionnel central est sorti de la période de croissance pour entrer dans l'âge de la maturité, il conviendrait d'examiner si le secrétariat général, que nous connaissions jusqu'ici, doit être remplacé par un secrétariat administratif, comme il en est en d'autres nations. »

Or, le premier des points à fixer est de savoir si nous avons à nous laisser influencer par ce qui se passe au dehors et si nous pouvons nous livrer à *des comparaisons entre choses comparables*. C'est ce que, depuis le Congrès, je me suis efforcé de faire, en reprenant l'étude des résultats de l'Enquête de l'A.P.I.M. qui avait été faite, en 1927, sur les divers « Groupements médicaux professionnels dans chaque nation ». Et ce sont les conclusions de cette étude que, sincèrement, en toute objectivité, je désire faire connaître aujourd'hui.

***

Je prendrai, comme types, la *Grande Bretagne* et l'*Allemagne*, dont j'avais parlé au Congrès du 8 juillet. Et à ces deux groupements, j'ajouterai la Hollande qui, comme secrétariat, se rapproche beaucoup du type français actuel et surtout à la suite du vote des nouveaux statuts. Je vais citer textuellement suivant les termes mêmes de l'Enquête (A), de l'A.P.I.M. sur « les groupements professionnels nationaux » qui a paru le 12 mai 1927.

1° Allemagne.

Le Groupement professionnel allemand appelé le « Deutscher Aerztevereinsbund » ou, par abréviation courante, le « D.A.V.B. » comprend 87 % des médecins allemands (au lieu de 63 % en France), soit 41.698 médecins adhérents en 1927 et répartis en 523 *groupements régionaux*, dont les *délégués* constituent, comme chez nous, l'*Assemblée générale annuelle*.

Je cite maintenant textuellement (voir pages 11 et 12 de l'Enquête A) :

Le Conseil du D.A.V.B. comprend, au moins, 25 membres, dont 15 sont nommés par l'Assemblée générale au scrutin de liste et les autres nommés par ces 15 premiers élus « mais, autant que possible, parmi des membres appartenant aux régions de l'Empire non déjà représentées » (art. VI des statuts). De plus « un membre du Conseil doit être choisi parmi les représentants des Facultés de médecine, des établissements d'enseignement supérieur allemands, dans le groupe des médecins fonctionnaires, des médecins de dispensaires, et parmi les associations d'assistants affiliées au D.A.V.B., et sur leur proposition » (*ibidem*). Ils ont également voix délibérative comme les autres. Le Conseil d'administration exécute les décisions du Congrès, il s'occupe des affaires courantes du D.A.V.B., nomme les membres des Commissions (Arbeitsausschüsse), prépare les travaux du congrès, aplanit les différends entre associations affiliées au D.A.V.B., etc...

Les décisions du Conseil sont valables si la moitié au moins des membres sont présents. Dans certains cas particuliers, il peut être voté *par correspondance* sans convocation du Conseil, mais à la condition qu'il n'y ait *pas de contradicteur*.

Le *Président* élabore le travail du Conseil. Il est en droit de donner lui-même des sujets d'étude, mais il doit en référer au Conseil lors de la prochaine séance. Il est tenu de présenter au Bureau toutes les affaires importantes. Il peut soit exposer lui-même les questions, soit les communiquer à d'autres membres pour qu'ils les exposent.

Un *Administrateur* est nommé pour l'expédition des affaires courantes et agit sous la direction et la responsabilité du Président (art. XI). Il édite en outre au nom du D.A.V.B. le périodique « Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland » *qui a son rédacteur à lui*. Il remplit simultanément les fonctions de trésorier et assiste aux séances du Conseil d'administration de même qu'à celles du Bureau, avec voix délibérative.

« L'administrateur » dont il est ici parlé n'est autre que notre excellent confrère le Dr Schneider, secrétaire du D.A.V.B., mais qui « n'agit que sous la direction et la responsabilité du (« Président ». C'est le type bien net du « secrétaire administratif » proposé par Cibrie....

Mais alors si l'on examine le rôle du Président du D.A.V.B., on s'aperçoit que c'est lui, en réalité, qui est, si je puis dire « le maître de l'heure » et bien plus encore, n'est-il pas vrai, que ne le put jamais être, statutairement, aucun de nos secrétaires généraux de l'Union, si dictateur,

soit-il... En relisant ces textes de l'année dernière, que je n'avais guère présents à la mémoire lors de notre Congrès de juillet, j'avoue ne pouvoir m'empêcher de chantonner : « Ce n'est pas la peine, assurément, de changer de gouvernement... » Je crois même que prendre le type du « Conseil » allemand, avec son Président-souverain et son secrétaire administratif serait tomber de Charybde en Scylla.

2º Grande-Bretagne.

La « British Medical Association » comprend seulement 63.4 % des médecins anglais, donc exactement le pourcentage français. Elle n'en comprend pas moins 25.500 médecins, car la Grande Bretagne est le pays qui tient le premier rang comme nombre de médecins par habitants avec un médecin par 1.095 habitants. (En France un médecin pour 1.585 habitants.) Comme, en général, tout est très compliqué, chez nos amis d'au-delà du Channel, je passerai sous silence tout le reste de l'Enquête pour parler simplement de la constitution du Conseil et de son Bureau.

Je reprends donc le texte même de l'Enquête sur ce point particulier (Voir pages 18 et 19 de l'Enquête de l'A.P.I.M.) :

Le Conseil de l'Association (Council) est composé de façon assez complexe qu'il est intéressant de détailler (statuts VII, 53 à 59).

a) 24 membres élus par le suffrage direct des membres des Branches ou Divisions du Royaume-Uni *Groupés* ainsi qu'il est prescrit pas le corps des représentants (statuts VII, 54).

b) 7 membres, élus de même, en dehors du Royaume Uni (Dominions, par exemple).

c) 12 membres élus par un suffrage au 2e degré, c'est-à-dire par 12 collèges électoraux formés des représentants déjà élus par les collèges électoraux ordinaires.

d) 8 membres élus par l'Assemblée générale.

e) 2 membres élus par les membres du Service de la Santé publique.

f) 1 médecin militaire de chaque service (armée, marine, aéronautique, Indes...).

Le Conseil se réunit au moins 4 fois par an. Il nomme son Chairman (Président des séances) ainsi que certains des membres des *Commissions* fixes ou non (Committees and Standing Committees) et enfin les multiples *fonctionnaires* dont il fixe les appointements. Ces fonctionnaires forment un état-major (staff) de 120 personnes environ, employées toute la journée aux diverses besognes nécessitées par l'action de l'Association et à la publication du *British Medical Journal* qui s'occupe en partie de questions *professionnelles* et en partie de questions *scientifiques*. Ce journal a à sa tête un *éditeur* spécial avec ses aides particuliers. De même, il y a un *secrétaire financier* avec ses aides pour tout ce qui concerne les questions financières. Quant aux questions médicales professionnelles, elles exigent un groupe technique de 26 personnes dirigées par le *secrétaire médical* et ses 3 collègues médecins.

Pouvons-nous raisonnablement comparer cet énorme organisme qui, en dehors des multiples Commissions (les unes fixes, les autres non) a 120 *fonctionnaires employés toute la journée* (*vohole time*) ?... On objectera qu'il ne s'agit pas là uniquement de questions professionnelles, comme à notre future « Confédération ». Soit ! Mais qu'on lise le dernier paragraphe : « Quant aux questions médicales professionnelles, elles exigent un groupe technique de 26 *personnes* dirigées par le *secrétaire médical et ses* 3 *collègues médecins.* » Le dit secrétaire médical est mon excellent confrère et ami le Dr Cox, secrétaire du type administratif qui est là depuis de longues années, mais (comme il me l'écrivait il y a quelques jours encore), qui ne peut guère dans les discussions que donner, sur les questions en cours, les éclaircissements matériels qui lui sont demandés... Il n'est, en somme, que le chef de bureau du « rayon » professionnel de cet immense et complexe mécanisme de la British Medical association que nous aurions (pour le moment du moins et sans doute pour longtemps encore) une certaine outrecuidance à vouloir comparer aux rouages encore si ténus qui composent le secrétariat de la Confédération, ou plutôt qui auront à le composer quand nous les aurons assemblés et mis en mouvement à l'essai ; durant le cours de l'année 1929.

3º Hollande.

En Hollande, 75 % des médecins font partie du Groupement professionnel national. Je copie encore textuellement le texte de l'Enquête A, de l'A.P.I.M. (page 19).

La « Nederlandsche Maatschappy Tot Bevording der Geneeskunst » ou Société hollandaise pour le progrès de la médecine a pour but, comme son titre l'indique, non seulement les intérêts *professionnels*, mais aussi les progrès *scientifiques* et enfin, « le contrôle et la collaboration aux *lois* concernant l'hygiène publique et la médecine sociale ». Cette Société est composée de *soixante groupements régionaux*. Chacun d'eux a un Conseil exécutif composé de cinq membres et nomme un délégué pour l'*Assemblée générale* de la Société centrale qui constitue l'organe législatif de cette Société, sauf quand il s'agit de décisions importantes liant tous les membres, auquel cas celles-ci ne peuvent être prises sans un *referendum* général. Cette Assemblée nomme l'organe exécutif qui est le *Comité central* composé de 9 membres nommés pour 5 ans et irrééligibles et de 3 délégués des 3 *Commissions permanentes* qui sont : deux pour les intérêts sociaux des médecins généraux et des méde-

cins spécialistes et une pour les intérêts des « employés médicaux » (médecins fonctionnaires).

Le *Bureau* pour l'expédition des affaires journalières est composé de cinq membres choisis par le Comité central, sauf le secrétaire général qui fut choisi par l'Assemblée générale.

Le *Secrétariat*, sous les ordres du secrétaire général se compose d'une administratrice, 3 dactylographes et une personne tenant les livres. Y compris les 3 commissions permanentes qui ont également leurs bureaux, l'ensemble de l'organisation centrale coûte annuellement 120 mille francs suisses.

120 mille francs suisses font six cent mille francs français ! Et il n'y a dans le groupement médical hollandais pas plus de 3.662 médecins adhérents !... La vie est chère en Hollande et la cotisation médicale élevée puisqu'elle est de 20 florins, soit 200 francs français. Là encore, pouvons-nous vraiment comparer et en tirer des déductions pour notre futur secrétariat de la confédération ?

Oui, à mon avis, *si nous laissons de côté la question d'argent*, les valeurs monétaires avec même leur pouvoir matériel d'achat n'étant nullement comparables. Donc ne parlons pas finance, occupons-nous seulement du secrétariat dont le secrétaire général est mon aimable confrère et ami le Dr Fortuyn, le trésorier même de l'A. P. I. M.

Là, du moins, nous ne retombons plus dans les complications inextricables à nos yeux latins, des multiples « services » de Grande-Bretagne ni dans la toute puissance présidentielle du Groupement central d'Allemagne. En Hollande, c'est le pays de la bonhomie, de la simplicité... j'en appelle à tous ceux qui visitèrent cette charmante contrée. Et nous retrouvons cette simplicité dans le type d'organisation centrale hollandaise. Une assemblée générale, un Comité central, des Commissions permanentes et un Bureau nommé par le Comité central, tout comme chez nous. Une grosse différence toutefois, c'est la mise sur le pavois du secrétaire général, plébiscité, en quelque sorte, à l'Assemblée générale, en dehors du Comité central... que diraient, en France, certains de nos camarades ? quelle facile « dictature » à exercer ? Quel homme puissant que ce secrétaire général? ... Mais combien ils seraient étonnés alors de voir ce « dictateur hollandais » en la personne du doux, affable et modeste Fortuyn. Que toutes ces choses sont donc difficiles à comparer, confrères mes amis !...

Quant au secrétariat administratif, lui-même, nous lisons qu'il est ainsi formé : « *sous les ordres du secrétaire général, une administratrice, trois dactylographes et une personne tenant les livres* ». Eh mais !... c'est une organisation que nous connaissons bien déjà : tous ceux qui fréquentent la rue Louis-le-Grand mettraient des noms français sous de tels emplois. Et cette simplicité d'allure n'a jamais empêché un gros travail... au contraire peut-être ! Je puis d'autant mieux apprécier celui de l'Union que c'est à ce bureau d'une même simplicité d'allure que se font, moyennant finances, tous les travaux matériels de l'A. P. I. M., à telle fin qu'au 1er juillet j'avais en main un reçu de près de sept mille francs que l'A. P. I. M. vient de verser à l'Union pour « travaux effectués » parmi lesquels sont les milliers de pages dactylographiées dont on a vu quelques échantillons dans le *Concours* à propos de l'Enquête sur les Assurances sociales à l'étranger. Tout ce « supplément de travail » est effectué à côté des multiples travaux journaliers de l'Union. Et ce n'est pas tout, pour cette année 1928 : depuis 6 mois on ne saurait se rendre compte, sans l'avoir vu de près, de l'énorme besogne (toujours supplémentaire) que nécessitèrent les travaux de la *Commissions mixte* chargée de refaire l'unité du Corps médical français : avant-projets, statuts, comptes rendus des séances, résolutions prises, abandonnées, reprises, préparations des Congrès, etc... Au moment où j'examine les différentes modalités de fonctionnement de secrétariat, j'ai le devoir de mentionner ce qui se passe à celui de l'Union que je vois de près depuis de longues années... et pour cause.

Mais revenons à nos moutons. Cette simplicité du secrétariat hollandais, analogue à celle du secrétariat français, ne fait que me confirmer dans l'idée que nous n'avons rien à « démolir », mais simplement à « améliorer » et c'est ce que j'estime avoir été fait, très judicieusement, dans les statuts nouveaux. Voyons ce qui se passera en 1929 au secrétariat de la Confédération. S'il y a quelques pierres nouvelles à ajouter à l'édifice, on pourra toujours le faire au fur et à mesure des besoins...

***

Et maintenant quelles conclusions pouvons-nous tirer de ce voyage au long cours dans les arcanes administratifs de groupements professionnels étrangers.

La première est qu'on aurait tort de tirer une déduction *ferme* de ce qui se passe chez les autres et qu'il faut surtout considérer nos coutumes, nos sentiments, notre mentalité propre.

La seconde est que notre système actuel, surtout après les modifications effectuées dans nos statuts, est encore le moins complexe, le plus simple, le plus conforme au clair génie français.

La troisième est que, pour le moment, nous devons conserver un secrétaire général qui soit « quelqu'un » quitte à le changer lorsqu'il aura

cessé de plaire, et non pas faire un saut dans l'inconnu en bouleversant nos habitudes et en prenant un secrétaire administratif *irresponsable*, sans avoir comme en Angleterre, des bureaux puissants et fortement constitués, ou, comme en Allemagne, un Président... qui prenne tout simplement une place plus forte encore et beaucoup plus prépondérante que celle qu'aurait jamais pu prendre un secrétaire général quelconque du type des anciens statuts.

Telles sont les conclusions que je tire de l'étude que j'ai faite de l'enquête intentionnelle dont je n'ai fait que prendre ces quelques exemples typiques. Mais il est d'autres points encore qui militeraient, *a fortiori*, CONTRE le *secrétaire administratif* qui m'avait pourtant séduit, *a priori*, quand l'a proposé Cibrie. C'est qu'il faudrait d'abord que le dit administrateur — et cela par définition — n'ait jamais été mêlé, de près ni de loin à nos luttes antérieures. Ce qui ne serait pas une garantie de sa compétence au sujet des questions dont il aurait à s'occuper.

De plus, et ceci est très grave quand on y réfléchit, un confrère occupé du matin au soir, devrait abandonner toute clientèle, et trouver une compensation suffisante dans ce poste : quarante, cinquante mille francs ne seraient pas des chiffres exorbitants. On les trouverait c'est entendu... mais il faudrait lui assurer un certain avenir, donc signer un « *contrat de louage de services* » comme on dit élégamment en droit. Et un contrat sérieux ! Qui donc abandonnerait une clientèle s'il n'était pas assuré de ne pas se retrouver sans ressources, s'il avait soudain cessé de plaire... fût-ce par insuffisance ?... Et alors quelle « indemnité de renvoi » lui donner ? Et si on reculait devant le sacrifice pécuniaire, quelle force aurait ce confrère, non soumis à la réélection et qui *resterait* là... comme reste — quand même — un secrétaire de mairie non d'accord avec son Conseil municipal et qui se rit des menaces en attendant de nouvelles élections.

Vous le voyez, confrères, ainsi que je faisais remarquer au dernier Congrès, il était indispensable de « prendre la question en considération ». C'est ce que j'ai fait, quant à moi, la tournant et la retournant, étudiant « mes auteurs » en toute objectivité, et venant loyalement vous exposer les conclusions que j'ai tirées de cette étude. On ne pourra guère m'accuser de parti pris, en tous cas, puisque je reviens « de l'autre côté de la position » au sujet du « secrétaire administratif » dont l'idée m'avait paru séduisante au premier abord.

Mais ce n'est pas tout de critiquer. S'en tenir là serait faire œuvre stérile. Dans un deuxième article, qui paraîtra dans le prochain *Concours*, nous verrons comment, à mon avis, le secrétariat général de notre « Confédération » doit être envisagé'

Dr Fernand DECOURT.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Voies et moyens susceptibles d'éviter toute interruption dans le fonctionnement des services médicaux et chirurgicaux dans les Hôpitaux (1).

Rapport présenté par M. Joseph Guibal, administrateur et ordonnateur des Hospices civils de Montpellier.

La Fédération des Unions Hospitalières de France, réunie en Assemblée générale à Paris le 14 juin 1927, a émis et transmis le vœu suivant à M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales :

« Que l'Administration supérieure veuille bien « examiner les voies et moyens susceptibles de garantir aux diverses collectivités administratives « et hospitalières, le fonctionnement des services médicaux et chirurgicaux dans les conflits qui pourraient les opposer aux Syndicats médicaux. »

A ce vœu, M. le Ministre a répondu, le 21 juillet 1927 :

« Il ne me paraît pas possible de prévoir quelles « mesures pourraient être prises pour assurer sans « interruption le fonctionnement des services médicaux et chirurgicaux en cas de conflit entre les « Syndicats médicaux et les Administrations hospitalières. Mais je suis persuadé qu'il suffirait, si un « conflit de ce genre venait à s'élever, de s'adresser « aux sentiments d'honneur du Corps médical, pour « prévenir tout incident fâcheux, et j'ose dire que « l'expérience me permet de supposer que les soins « ne feront jamais défaut aux malades. »

Membre d'une Commission administrative d'hôpital située dans une ville de Faculté et n'ayant jamais eu à statuer sur un différend quelconque, provoqué par les médecins, je suis très mal placé pour vous rapporter une question aussi délicate.

Les médecins des hôpitaux de Montpellier le sont du fait de leurs fonctions universitaires ; le Corps médical est composé uniquement de professeurs de clinique de la Faculté de médecine ; pour ces fonctions, ils reçoivent un traitement ; ils doivent donc donner leurs soins à tous les hospitalisés sans hono-

(1) XIe Congrès annuel (Saint-Etienne, 29 et 30 mai 1928, *Revue des Hôpitaux*, 31 mai 1928).

raires spéciaux. En retour, tous les malades hospitalisés doivent être à la disposition de l'enseignement clinique.

La collaboration est tellement étroite à Montpellier entre le Corps médical et la Commission administrative des Hospices, qu'il m'est difficile d'imaginer qu'un conflit pourrait les diviser, aucune divergence de vues ne s'étant produite entre eux jusqu'ici.

J'ajouterai que je ne vois pas comment un conflit peut naître entre personnes qui apportent la même part contributive au soulagement des misères humaines, un dévouement commun pour rendre moins précaire le sort des malheureux.

Poursuivant le même but, Corps médical et Commission administrative agissent d'un commun et parfait accord ; la moindre rivalité qui s'élèverait entre eux troublerait l'harmonie indispensable à la réalisation de leur idéal. Du reste, en l'état de la législation actuelle, les rapports entre Commissions et médecins sont bien définis et ne doivent soulever aucune difficulté.

Les médecins sont des collaborateurs précieux pour les Commissions administratives ; ils ne manquent pas de diriger sur les hôpitaux beaucoup de leurs malades ; ils sont les meilleurs recruteurs des Commissions hospitalières. Ces admissions concourent non seulement à aménager le budget de l'hôpital, mais à faciliter et à permettre l'enseignement clinique dans les villes de Facultés. Si le Corps médical se doit d'aider l'action sociale des hôpitaux, les Administrations hospitalières doivent tenir le plus grand compte des conditions d'existence actuelles qui ne permettent plus aux médecins, dans bien des cas, de donner leurs soins gratuits ou au rabais.

Avant d'engager un conflit ou de rejeter un accord, les médecins songeront au supplément de notoriété que peut leur apporter la collaboration médico-hospitalière ; les administrateurs aux avantages que l'hôpital retire d'un concours bénévole et si éclairé.

Le bénéfice que chacun retire de leur entente doit suffire à éviter tout conflit : où il y a intérêt commun il y a beaucoup de probabilités pour qu'une conciliation intervienne rapidement.

Si toutefois un conflit s'élevait entre eux, les attributions des uns et des autres étant nettement délimitées, il ne résisterait pas à un examen approfondi et ne pourrait être de longue durée.

Un conflit ne pourrait naître que si les uns ou les autres sortaient de leurs fonctions, ou se trouvaient lésés par la mauvaise compréhension des devoirs de l'un d'eux.

Ce serait du pur « roman » d'imaginer qu'une Commission administrative hospitalière puisse encore, dans l'avenir, s'opposer à l'application d'une circulaire ministérielle concernant le recrutement au concours des médecins chargés d'assurer les services médicaux et chirurgicaux d'un hôpital, et on comprendrait encore moins qu'un Corps médical s'insurgeât pour empêcher ce concours ou nuire aux praticiens nommés sur titre par la Commission administrative. Même s'il n'y avait qu'intention avouée de cesser tous soins aux malades, le procédé serait blâmable.

Quelles autres causes de conflit peut-on envisager ?

Des questions d'amour-propre ? Il n'y a pas place, dans les hôpitaux pour ce genre de conflit, et ceux qui le créeraient seraient impardonnables.

Reste le cas d'admission à l'hôpital, au titre d'assistance médicale gratuite, de certains malades en situation d'honorer le médecin. Le Corps médical sait très bien que ces admissions sont généralement ignorées des administrateurs et sont surtout demandées contre leur gré.

Présentement donc, les cas de conflit sont à peu près inexistants. En sera-t-il de même lors de l'application de la législation sur les Assurances sociales ?

A ce moment-là, la clientèle des hôpitaux ne sera pas composée que d'indigents ; y seront admis et soignés les gens de petite aisance et les assurés sociaux.

A l'aube de l'application de ces lois, une entente entre Commissions administratives et docteurs s'impose plus que jamais.

Les moyens d'éviter tout conflit sont aussi restreints que les causes elles-mêmes ; chacun se bornerait à un cas d'espèce, et donnerait lieu à une étude spéciale au moment où le conflit surgirait. Le plus élémentaire des moyens, c'est de garder chacun sa place et de se cantonner dans le domaine de ses fonctions.

Cependant les relations du Corps médical et des Commissions administratives sont bien étroitement liées. La méconnaissance de la nécessité d'une collaboration constante entre eux dénoterait chez les membres de l'une ou l'autre assemblée un manque de préparation à ces nobles fonctions ; j'ai la conviction qu'au cas de désaccord sur un sujet quelconque, il suffira que l'on fasse appel aux sentiments humanitaires d'un chacun, et surtout à leur honneur, pour que tous les membres s'efforcent de trouver rapidement un terrain d'entente. On n'a jamais fait appel en vain à ces sentiments.

Le conflit, au besoin, pourrait être soumis à un arbitrage. Sous la présidence du Préfet, des membres de la Commission administrative, des membres du Corps médical hospitalier, et des médecins étrangers aux hôpitaux qui pourraient être désignés par le Syndicat médical, en examineraient les causes et essayeraient de trouver une solution équitable.

Si par impossible ce conflit ne pouvait se régler amiablement, le Gouvernement a des devoirs et les moyens de le résoudre immédiatement.

Les Autorités supérieures auraient le devoir, et n'y manqueraient pas, d'intervenir dès la naissance d'un conflit hospitalier médico-chirurgical ; et un préfet ne permettrait pas aux administrateurs, qu'il a lui-même nommés, une fausse appréciation des faits qui auraient occasionné ce conflit. Ce serait l'arbitre qui s'imposerait. Les médecins ou leur Syndicat pourraient-ils résister à de sages conseils venant de la même autorité administrative ? Je ne le pense pas.

Ils sont gens trop raisonnables, trop avertis et trop dévoués pour ne vouloir que ce qui est juste.

Evoquer qu'à défaut de leur concours celui des médecins militaires pourrait être envisagé provisoirement est, je crois, superflu. Il y a assez de sagesse dans le Corps médical pour que cette extrémité soit écartée.

Commentaires

Personnellement, je suis de l'avis de M. Joseph Guibal, lorsqu'il préconise des arbitrages pour résoudre les conflits locaux. Ces arbitrages, je les ai toujours réclamés, principalement lorsque des questions de ce genre sont soulevées au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Mais, on se heurte parfois à l'intransigeance de certains excellents esprits, qui ont les défauts de leurs qualités.

Ils sont tellement imprégnés de leurs obligations d'altruisme que, bénévolement, ils se sont octroyées, ils sont à tel point les défenseurs du patrimoine des pauvres que ces grands philanthropes, administrateurs des hôpitaux, considèrent le médecin, non pas comme un collaborateur, mais comme un employé.

La commission administrative, dit-on, est maîtresse chez elle : elle n'a pas à accepter de discussion avec son corps médical, qui doit recevoir des ordres et y obéir, ni envisager un arbitrage quelconque.

Je ne suis pas le seul à avoir perçu parfois des paroles qui, certainement, dépassaient la pensée de leurs auteurs ; néanmoins, on entend encore dire, par certains administrateurs de très grands hôpitaux : « mon corps médical ; mes médecins ».

Et lorsque je soutiens que, dans un hôpital, les deux personnages les plus importants sont surtout le malade, pour qui l'établissement est affecté et le médecin, pour guérir le dit malade, on m'oppose immédiatement qu'il y a plus de candidats que de places pour ces fonctions hospitalières, qui sont très recherchées, à cause de la notoriété qui s'attache au titre, au regard de la clientèle privée.

Mais ce ne sont que périodes de transition et l'on voit, dans bien des endroits, le médecin être appelé progressivement à collaborer avec l'œuvre humanitaire des administrateurs d'hôpitaux.

Alors que les praticiens réclament, comme un droit, la présence d'un des leurs, au sein de toutes les commissions administratives des hospices et hôpitaux, la réalité veut que peu à peu le préfet désigne un docteur pour siéger au sein de ces commissions.

Ce n'est pas encore un droit pour le corps médical, mais cela commence par devenir un usage, une habitude, que de désigner à l'agrément du préfet un médecin, comme administrateur de l'hôpital, alors qu'il n'y a pas de docteur désigné à cette fonction, par un mandat de conseiller municipal ou de maire.

Mais, dit M. Joseph Guibal, les conflits sont tellement rares, qu'il n'est pas possible d'y songer.

Qu'il me permette de ne pas partager complètement son opinion.

Tant que les hospices et hôpitaux se sont bornés à leur mission sociale d'assistance et de bienfaisance, aucun conflit n'a surgi.

Mais depuis que ces établissements admettent des malades payants et tirent des bénéfices de ces admissions, les médecins se plaignent de ce détournement de clientèle.

Certains chirurgiens des hôpitaux sont contraints d'opérer gratuitement des malades qui, la veille, discutaient, avec eux, le prix d'une intervention, dans une maison de santé ; les médecins propriétaires de cliniques privées voient d'un très mauvais œil la concurrence qui leur est faite par ces établissements publics, auxquels tout bénéfice d'ordre commercial est interdit par les lois et règlements.

Quant au corps médical, qui n'appartient pas au service hospitalier, il proteste, avec plus ou moins de véhémence, contre les admissions abusives de malades payants à l'hôpital.

Demain, la loi sur les assurances sociales posera le problème à l'état aigu. Des conflits locaux sont à redouter, d'autant que, dans la majeure partie des établissements hospitaliers, surtout dans ceux qui ne sont pas édifiés dans un très grand centre, le titre et la fonction de médecin d'hôpital n'a peu ou même aucune valeur, au regard de la clientèle de ville.

Des démissions peuvent se produire, laissant les commissions administratives dans l'embarras pour les soins à donner aux hospitalisés.

On ne trouvera pas toujours, comme à Romans, deux docteurs, qui accepteront de soigner, à prix d'or, les hospitalisés, alors que les praticiens de l'endroit se sont démis de leurs fonctions hospitalières, à la suite de conflits avec la commission, ou plutôt avec le maire, président de la commission.

Cependant, lorsqu'à la dernière assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique, j'exposais mes idées personnelles, à savoir que des accords locaux pourraient intervenir entre commissions administratives et médecins, pour arrêter les modalités de l'admission des malades hospitalisés payants et du droit aux honoraires, pour les médecins, un certain murmure accueillit ma proposition de nomination de commissions locales d'étude.

Certains laissèrent entendre que les hôpitaux étaient maîtres chez eux et ne sauraient tolérer aucune ingérence étrangère à la commission administrative.

Oui, légalement, les administrateurs des hôpitaux tiennent de la loi du 7 août 1851 le droit de

gérer le bien des pauvres, sous la seule surveillance du préfet.

Mais, en pratique, les choses ont bien changé depuis 1851 et, aujourd'hui, le corps médical doit être considéré comme le collaborateur indispensable et immédiat de l'administrateur. Il convient donc que, de part et d'autre, s'établissent, à la suite de conversations et d'accords, les modalités selon lesquelles seront soignés non seulement les indigents, mais encore ceux qui payent, ou pour qui l'on paye.

La vie est dure : ce n'est pas avec de belles paroles, célébrant leur dévouement, que les médecins pourront acquitter leurs impôts, leur patente de plus en plus lourde et tous les frais généraux qui grèvent leur profession, dite libérale.

Devant la nécessité de vivre, le corps médical revendique ses droits, alors que, souvent, on ne parle que de ses devoirs d'humanité.

J'estime donc, pour ma part, que les suggestions de M. Joseph Guibal doivent être retenues et que des commissions médico-administratives puissent se réunir localement, non seulement pour résoudre des conflits, mais surtout pour les prévenir.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

A un jeune confrère.

Je reçois la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

En même temps que l'avis m'annonçant mon inscription provisoire au « Sou Médical », vous m'envoyez une formule de demande de renseignements sur les combinaisons de la Mutualité Familiale du Corps médical français.

Je vois qu'elle délivre des indemnités en cas de maladie, des pensions de retraite, des pensions aux veuves, mais j'ignore tout de cette société et vous seriez bien aimable de bien vouloir me documenter un peu.

Je suis installé depuis peu de temps et n'ai que 28 ans, que me conseilleriez-vous de faire en matière de prévoyance ? Ne vaudrait-il pas mieux attendre que je sois marié ?....

Dr B... à M...

Je me suis empressé de répondre à ce confrère, mais son cas est celui de la plupart des jeunes médecins et il me paraît y avoir tout avantage à reproduire ma réponse dans le *Concours médical*. Elle pourra servir à d'autres.

La première chose que doit faire un jeune médecin en s'installant, c'est d'adhérer au « Sou Médical » : notre confrère l'a fait et il a eu raison, car les difficultés professionnelles peuvent commencer en même temps que les premiers actes médicaux.

La seconde chose qu'il doit faire, c'est de se prémunir contre un autre danger qui, lui aussi, est de tous les jours, la maladie et l'accident. Pourquoi attendre ? Pour payer une cotisation plus élevée ? Je ne vois pas l'intérêt.

Quelque bien portant qu'il soit, le jeune médecin peut être arrêté dès demain par la maladie ; quelque prudent qu'il soit, il peut être victime d'un accident d'automobile. Il a donc tout avantage à se garantir immédiatement contre ce double risque, et c'est ce que lui permet son entrée immédiate à la Mutualité familiale.

Membre de cette société, il recevra, s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer sa profession pour une cause pathologique quelconque, une indemnité journalière pendant soixante jours et, si l'incapacité professionnelle se prolonge, une indemnité mensuelle quelle que soit la durée de cette incapacité.

N'est-ce pas là une sécurité ?

Et plus le confrère sera jeune, moins sera élevée la cotisation annuelle qu'il aura à verser. Il pourra se marier, avoir des enfants, sa cotisation restera ce qu'elle aura été fixée à son entrée.

Si cette cotisation varie avec l'âge d'entrée, elle varie naturellement aussi avec le taux de l'indemnité qu'il aura choisie.

Pour une indemnité journalière de 10 fr. et une indemnité mensuelle de 100 fr., notre confrère, qui a 28 ans, paierait une cotisation annuelle de 72 francs. S'il voulait l'indemnité journalière de 20 fr. et mensuelle de 200 fr., ce serait 157 francs.

Si ces chiffres lui paraissaient insuffisants, il pourrait pour 237 francs avoir l'indemnité journalière de 30 francs et mensuelle de 300 francs. Enfin s'il voulait le maximum délivré actuellement par la Société, soit 50 fr. par jour et 500 fr. par mois, il payerait annuellement 420 francs.

Ces cotisations, en vérité, ne sont pas prohibitives pour un médecin et j'ajoute immédiatement que nul n'est tenu de prendre le maximum, qu'il est toujours possible de prendre un chiffre en rapport avec ses ressources actuelles et d'augmenter plus tard si on le juge convenable.

Ce qu'il est important de retenir, c'est que toujours l'indemnité *mensuelle* est *décuple* de l'indemnité journalière.

Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que le droit à l'indemnité maladie cesse à 65 ans.

Ce n'est pas le lieu d'exposer les raisons qui ont imposé cette limite d'âge, je les ai maintes fois données et l'expérience nous a montré que c'était une nécessité absolue de bon fonctionnement pour la Société.

Le médecin, s'il arrive à cet âge fatal, va-t-il donc se trouver brusquement privé de tout secours ? En aucune façon. car à cet âge précisément commence le service des retraites.

J'ai donc dit à mon jeune médecin que, si la première condition de sécurité est, pour lui, d'adhérer à l'indemnité maladie, il doit compléter son acte de prévoyance en adhérant aussi à la combinaison pension. De cette manière il ne se trouvera jamais abandonné à lui-même et la pension lui sera servie le lendemain exactement du jour où finira son droit à l'indemnité maladie.

Il m'est déjà arrivé d'envoyer dans la même enveloppe l'indemnité due au 31 décembre de l'année de sortie et le montant de la pension de l'année qui commence car, à la Mutualité familiale, la pension annuelle est servie en une seule fois et d'avance.

Le maximum de cette pension est actuellement de 2.400 francs.

Donc, jeunes confrères, inscrivez-vous à l'indemnité maladie et à la pension de retraite le plus tôt que vous pourrez. Vous voulez savoir ce que sera la cotisation annuelle pour cette pension ? Vous avez le choix entre la cotisation à fonds perdus et la cotisation contre-assurée qui permet le remboursement à la famille des sommes versées si le sociétaire n'arrive pas à l'âge de la retraite.

A 28 ans, pour 2.400 fr. de pension viagère, vous payerez 154 fr. cotisation simple et 190 fr. cotisation contre-assurée.

Mais ce n'est pas tout.

Certains ont trouvé que 65 ans, c'était bien tard pour toucher la pension ; d'autres que 2.400 francs était un chiffre un peu maigre par le temps qui court — la Mutualité familiale a donc admis une autre combinaison qui donne la retraite à 60 ans : le maximum est encore ici de 2.400 fr., mais comme il n'y a pas incompatibilité entre les deux combinaisons retraites, le même sociétaire peut s'assurer une première pension de 2.400 fr. à 60 ans et une seconde de 2.400 fr. à 65 ans, ce qui à ce dernier âge lui assure 4.800 francs.

A 28 ans, il en coûte 426 fr. cotisation simple et 508 fr. cotisation contre assurée.

Inutile de dire que, si ce cumul est possible, il n'est nullement obligatoire et que le sociétaire peut, s'il le veut, se contenter d'une des deux pensions.

Pour 2.400 fr. à 60 ans, il payerait 272 fr. cotisation simple et 318 fr. cotisation contre assurée.

Voilà ce qu'a été ma réponse à la lettre qui m'avait été envoyée par mon jeune confrère.

S'il avait été marié, j'aurais ajouté qu'il pouvait assurer une pension de retraite à sa femme, et ce dans les mêmes conditions qu'à lui-même.

C'est ainsi qu'un ménage peut s'assurer 9.600 fr. pour les vieux jours.

Mais, et j'insisterai sur ce point, l'essentiel est l'indemnité maladie, la retraite ne vient qu'en complément.

La Mutualité familiale est la seule société qui ait ainsi une organisation complète, puisqu'elle prévoit ces trois grands fléaux : la maladie, la vieillesse et la mort. Ajouterai-je son caractère essentiellement confraternel et amical ? la sécurité qu'elle présente ?

Fondée par des médecins pour les médecins, administrée par eux-mêmes, libre absolument dans ses allures, la Mutualité familiale a d'ailleurs 35 ans d'âge, elle a résisté à l'épreuve de la guerre et possède actuellement une réserve qui atteint presque quatre millions.

Jeunes confrères qui venez de vous installer, écrivez au secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise), ouvrez-vous à lui, dites-lui vos désirs, vos possibilités ; il vous répondra, vous conseillera et vous persuadera, ce dont, croyez-moi, vous lui aurez plus tard une très grande reconnaissance.

Mais surtout n'attendez pas, n'hésitez pas, ne risquez pas que ce qui aujourd'hui vous est possible et facile ne vous devienne impossible demain parce qu'une séquelle morbide, une infirmité vous fermera l'entrée.

A. Gassot.

Variétés

LE RICIN DANS LA MÉDECINE GRECO-ROMAINE

Les époques de l'histoire de la médecine ne correspondent pas avec rigueur aux grandes époques de l'histoire générale. A propos d'une plante, il est permis d'ailleurs de faire large sa mesure. Nous prendrons la nôtre d'Hippocrate à Paul d'Egine.

Le genre ricin, rappelait Chenu (1), est étranger à l'Europe. Il est vrai ; mais il fut introduit de très lointaine date dans toute la zone littorale de la mer gréco-latine. Que lui faut-il? Une terre grasse et légère, une exposition chaude. Un peu partout, ces conditions y étaient remplies. Hérodote nous dit (2) qu'il a vu le ricin pousser spontanément en Grèce et il oppose l'espèce sauvage aux cultures de l'Egypte, où la plante, rapporte Pline (3), était très abondante et produisait beaucoup.

La Grèce insulaire et continentale ne fut pas en ceci terre privilégiée. La Sicile et l'Italie, Massilia et Narbo, la Taraconaise et la Bétique, la Maurétanie et la Numidie, Carthage et la Tripolitaine ne connurent pas seulement les pousses annuelles de notre actuel climat parisien, mais le ricin ligneux, vivant plusieurs années, donnant des arbres de 4 ou de 5 mètres, rivaux en taille de l'olivier (3) et formant de petits bois, comme celui que Richard découvrit encore en 1818 près de Villefranche-sur-Mer.

Il reçut des noms multiples :

Celui de κίκι, cici, emprunté à l'Egypte (4) et qu'il ne faut pas confondre avec le κυκεῶ (5) des poètes (6) et des formules initiatiques des mystères éleusiniens (7).

Celui, plus franchement grec de σέσελι κυπρίον seseli de Chypre, qui s'écrivait anciennement σίλι κυπρίον (1), ou en un seul mot σιλλικύπρια dans Hérodote (2). La traduction latine en *sesamum sylvestre* confirme l'état sauvage de la plante en Italie, c'est-à-dire sa spontanéité. Pline, qui nous la donne, a intrigué ses scoliastes par la faute de ses copistes. Il avait écrit : *le kike s'appelle aussi croton, ou seseli* (ou sili), *où sésami sauvage* (3) ; les copistes ont lu, les uns *trixin*, les autres *rhibin*. Ces mots ne signifiaient rien ; ils ont fait proposer plusieurs autres plantes ; le ricin et le sens s'y sont un instant perdus. Ainsi telles questions de mots ne sont pas sans importance.

Ceux enfin de κτω ν et de *ricinus*, qui étaient, l'un en grec, l'autre en latin, les noms d'un coléoptère parasite des chiens et du bétail. La ressemblance de la tique avec la semence du ricin est réelle, la tête de la première étant représentée par la caroncule de la seconde. D'autre part, Κρότων rappelle un héros italiote que, par accident, tua Hercule et qui donna son nom à la ville de Crotone (4). *Ricinus* fait penser à la ville de Ricina, au sud d'Ancône, que les Goths détruisirent. Et ces souvenirs se présentent à l'esprit comme pour assurer que, là du moins, le ricin a poussé jadis en abondance (5).

Ces différents noms répondent-ils bien à notre ricin ? A propos de certains textes et de points de détail, plusieurs ont marqué quelque hésitation à l'admettre. La chose cependant ne semble pas douteuse. Certes, les descriptions botaniques que les Anciens nous ont laissées sont incomplètes ; et, si nous en étions réduits au seul caractère que Théophraste nous donne et seulement pour les feuilles, à savoir que, jeunes encore, elles sont arrondies, mais que, changeant d'aspect avec l'âge, elles se découpent plus tard

(1) CHENU. — *Botanique*, in-4, Marescq, Paris, s. d., t. II, p. 71.

(2) HÉRODOTE. — *Histoires*, liv. II, chap. 94.

(3) PLINE. — *Histoire naturelle*, liv. XV, chap. 7.

(4) Cf. DIODORE DE SICILE, *Bibliothèque historique*, liv. I, chap. 24 ; HÉRODOTE, *Loc. cit.*, etc. — Voir aussi : le ricin dans l'Egypte pharaonique. *La Vie médicale*, n° 34, 17 octobre 1924, pp. 1563 et ss. — D'après Th. VIBERT. (*La race chamitique*, in-12, Leroux, Paris, 1916, p. 159), *ki* serait le nom de la plante, *kiki* celui de l'huile de ricin. Comparer le *kikaïoun* ou *kikajon* hébreu (Le ricin aux temps antiques de l'Asie antérieure, *La Médecine internationale illustrée*, janvier 1925).

(5) Κυκεῶ nom générique qui se donnait à diverses sortes de brouets dans lesquels entrait de la farine d'orge et qui a pu s'étendre quelquefois à toutes sortes de boissons composées.

(6) HOMÈRE. — *Iliade*, XI, 624, 641 ; *Odyssée*, X, 239, 290. — *Hymne à Cérès*, 200. — Orphée — *Argaunot*, 319, etc., etc.

(7) SAINT-CLÉMENT. d'Alexandrie, *Protr.*, p. 18. — ARNOBE, *Adv. Gentil.*, lib. V, p. 77, édit. Reg. — LIBANIUS, *Harangues*, XIX, tor. I., édit. Mel. — DE SAINTE-CROIX, *Recherches historiques et critiques sur les mystères du paganisme*, in-8, de Bure, Paris, 1817, t. II, pp. 303, 304, 317, 346. — A. LEFEVRE, *La Grèce antique*, in-12, Reinwald, Paris, 1900, p. 395.

(1) On trouve σέλι ou σίλι dans Hippocrate, assure Cl. SALMASIUS. (*Plinianæ exercitationes in C. Julii Solini Polyhistoria*, in fol., J. v. Water, Trèves, 1689, t. I., ch. 46, p. 686). Je l'ai vainement cherché.

(2) HÉRODOTE. — *Histoires*, liv. II, chap. 94.

(3) PLINE. — *Histoire naturelle*. liv. XV, chap. 7.

(4) DIODORE, de Sicile. — *Bibliothèque historique*, liv. IV, chap. 24.

(5) Je reconnais pourtant qu'au couchant de l'Ecosse, une île hibernienne porta jadis le nom de Ricina et qu'il est peu probable, à moins que les climats n'aient beaucoup changé, que le ricin y fût si commun qu'il ait donné son nom à l'île. (Cf. : BAUDRAND : *Lexicon geographicum*, in-fol., F. Muguet, Paris, 1670, p. 133.)

en lobes ovales aigus (1), cela serait insuffisant pour une reconnaissance. Pline aussi est de peu de poids en l'occasion. Cette tige qui ressemble à celle de la férule, ces feuilles pareilles à celles de la vigne, ces fruits semblables à des raisins grêles et pâles (2), oserions-nous affirmer que c'est le ricin ? Il y a, par bonheur, Dioscoride. *L'arbre*, dit-il (3), *est de la grandeur d'un petit figuier. Le tronc et les rameaux en sont creux comme des roseaux. Les feuilles rappellent celles du platane, mais sont plus grandes, plus molles et d'un vert plus sombre* (4). *Le fruit est une capsule rude* (5), *qui se dépouille aisément à maturité* (6), *libérant les graines. C'est ainsi décortiquées que ces dernières ressemblent à l'insecte appelé ricin.* Si nous doutions encore de la concordance, tous les usages de la plante seraient là pour la confirmer.

Ces usages sont fort anciens. Marquer leur début d'une date précise est chose impossible ; mais nous savons quelles antiques relations eut l'Hellade avec l'Egypte et l'Asie mineure (7) et que là, comme dans l'Inde (8), comme en Chine même (9), les usages du ricin remontent à des temps très reculés. — La plus lointaine mention médicale grecque est dans deux traités cnidiens de la *Collection hippocratique* : le *Traité de la nature de la femme* (section V) et le livre II des *Maladies des femmes*. L'indication thérapeutique dont témoignent ces titres est déjà curieuse ; il l'est plus encore que la **racine** du ricin, seule ici, soit employée. *Racine de ricin en boisson*, est-il écrit ; disons : tisane, au sens le plus large de ce mot, sans en savoir davantage sur le mode de préparation, ni sur les doses.

Dans le second des deux traités (1), le vieil auteur a en vue les troubles nerveux de l'hystérie, causés par des déplacements utérins. Or, la racine de ricin en boisson serait excellente pour ramener l'organe à sa place normale.

Le premier ouvrage (2), pour notre sujet, est plus intéressant. La même boisson, indique-t-il, ὑστέρας ἐλαύνει. — Ἐλαύνειν, c'est pousser en avant ; c'est aussi stimuler. Gardeil a compris avec exactitude : excite la matrice (3) ; mais, le *propellit* de la traduction latine de A. Foës a entraîné vers un autre sens. Débarrasse la matrice, dira Littré (4) ; expulse l'arrière-faix comprendra Cornarius. Peut-être, ces derniers auteurs furent-ils impressionnés par un passage des *Euphoristes* de Dioscoride, où ce dernier indique que la macération de racine de ricin dans du vin de raisins séchés au soleil ou dans de l'hydromel est un puissant emménagogue, qui jette hors de l'utérus ce qu'il contient, fœtus ou délivre (5).

Ces propriétés de la racine de ricin, — j'entends celles que leur découvrit l'empirisme des auteurs hippocratiques et non pas celles que leur prêtent les traducteurs, — furent très vite oubliées ; nulle part dans la littérature médicale gréco-latine classique je n'en ai trouvé quelque autre mention. La racine même devient si vite hors d'usage qu'à peine la voit-on reparaître dans Ætius, au titre d'odontalgique à mâcher ou à appliquer *loco dolenti* (6).

Pour les **feuilles**, une remarque vient à l'esprit. Les plus vieux auteurs, Dioscoride et Pline, sont ceux qui s'étendent davantage sur leur emploi thérapeutique et ils n'en rapportent que des usages externes. De ces usages externes, Galien déjà n'en connaît plus qu'un, le moins important et seulement par ouï-dire (7) ; ceux qui l'ont suivi, Oribase, Ætius et Paul d'Egine, n'en parlent plus. Ces derniers répètent simplement le médecin de Pergame disant que, à l'intérieur, les feuilles produisent les mêmes effets que les semences, mais avec une intensité de

(1) THEOPHRASTE. — *Œuvres*, édit. gréco-lat. in-fol. H. ad. Haestens, Genève. 1613. *Les feuilles du ricin ne sont pas toutes pareilles les unes aux autres, mais dissemblables* (Hist. des plantes, liv. I, ch. 16, p. 17). *Cela tient, à ce qu'elles changent d'aspect suivant leur âge.* (Hist. pl.- liv. III, ch. 18, p. 68). *D'abord arrondies, elles se partagent ensuite en lobes distincts anguleux* (De Causis plantarum, liv. II, ch. 22, p. 257).

(2) PLINE. — *Histoire naturelle*, liv. XV, ch. 7. — PLINE, ailleurs (liv. XVI, ch. 35), répète simplement THÉOPHRASTE.

(3) DIOSCORIDE. — *Matière médicale*, liv. IV, ch. 145, p. 365 dans l'édit. latine de J. RUEL, in-fol., Egenolphe, Francfort, 1543.

(4) Au moins sur leur face supérieure, car la face inférieure est plus pâle. L'auteur grec n'a pas noté la glaucescence des branches et des feuilles.

(5) Disons : ordinairement chargée d'aiguillons mous comme ceux du marron d'Inde.

(6) Ce caractère est tiré du liv. I., ch. 33, p. 76 de la traduction latine de Matthiole dans l'édit. G. Bauhin, in-fol. J. Kœnig, 1674.

(7) Cf. p. 2787, note 4.

(8) Le ricin dans l'Inde antique, *Revue des Spécialités*, n° 3 et 4, mars et avril 1926, pp. 81 et 149.

(9) Le ricin en Chine, *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, n° 24, décembre 1925, pp. 267 et ss.

(1) HIPPOCRATE. — *Œuvres*, édit. gr.-lat. de A. Foës, in fol., Chouet, Genève, 1657, p. 670.

(2) HIPPOCRATE. — *Loc. cit.*, p. 573.

(3) GARDEIL. — *Œuvres médicales d'Hippocrate*, in-8 Fages, Toulouse, 1801, t. IV, § 66, p. 37. Dans cette édition, le passage est placé sous un titre de chapitre : *Pour la matrice*, nettement distinct du chapitre précédent : *Pour procurer les règles et faire rendre l'arrière-faix.*

(4) E. LITTRÉ. — *Œuvres d'Hippocrate*, in-8, Baillière, Paris, 1851, t. VII, p. 359.

(5) DIOSCORIDE. — *Euporistes*, édit. J. Moïbanus, in-12, J. Ribel, Strasbourg, 1565, liv. II, ch. 83, p. 728.

(6) ÆTIUS. — *Opera*, liv. VIII, ch. 28, p. 462, édit. lat. J. Cornarius, in-fol. Beringer, Lyon, 1549.

(7) GALIEN. — *De compositione medicamentorum localium*, lib. II (Adversus capitis dolorem ex ardore), p. 132 G de la traduction latine de J. Cornarius, Ve classe des œuvres dans l'édit., in fol. des Juntes, Venise, 1576.

beaucoup affaiblie (1). Dans le court moment qui sépare Pline de Galien, la vogue des feuilles s'était donc perdue.

Pour Dioscoride (2) et pour Pline (3), qui à très peu près disent les mêmes choses, les indications des feuilles de ricin étaient pourtant nombreuses. Contre l'engorgement des seins au cours de l'allaitement, on les appliquait broyées en nature ; — contre les blépharites, on usait de cataplasmes faits de feuilles broyées et de farine de polenta ; — contre les dermatoses herpétiques ou érésypélateuses, l'épithème était de feuilles imbibées de vinaigre ; — contre les inflammations cutanées en général, on avait recours à la décoction vineuse. La médication était variée ; mais cela ne l'a pas sauvée d'un rapide oubli.

Les **semences** avaient de quoi attirer l'attention de façon plus vive, de quoi s'imposer davantage à la pratique. Leur toxicité ne pouvait manquer d'être vite connue ; elle en fit régler l'emploi ; non pas l'empêcher ; et il est inexact de dire avec Fabre (4) : *on croyait jadis les graines de ricin vénéneuses et les médecins ne les administraient jamais.* Tout à l'opposé, Grecs et Latins en usèrent de multiples manières et dans des buts variés, que certains même nous ne soupçonnons plus. Ainsi, les applications externes contre les taches et l'acné du visage conseillées par Dioscoride (5), puis par Ætius, qui nous a laissé cette formule originale (6) :

℞ *Semences de ricin décortiquées*.....	30 grammes
Bulbes secs et décortiqués de narcisse..........	30 grammes
Fleur de farine	15 grammes
Encens	7 gr. 50
Blanc d'œufs	n° VIII

F. s. a. une masse à diviser en pastilles.
Au moment de l'usage, mélanger à l'eau d'un bain.

Prises à l'intérieur, les graines du ricin ont une action purgative manifeste, indiscutée pour nous, indiscutée aussi pour les Anciens, quoiqu'un contre sens de leurs traducteurs puisse faire penser le contraire. Citant le chapitre des *Médicaments purgatifs* de Rufus d'Ephèse, Oribase écrit (1) : τὰ δὲ ἀμφίβολα........ κρότων. — J.-B. Rasarius traduit (2) : *quæ ambigua sunt*... *ricinum* ; et Bussemaker et Daremberg qui l'ont suivi (3) : *les médicaments suivants ont une action douteuse*... *le ricin.* Ils n'ont pas remarqué que tout le chapitre distingue des médicaments qui purgent par en bas, d'autres qui purgent par en haut, d'autres enfin qui provoquent à la fois vomissements et débâcles intestinales, ἀμφίβολα qui frappe des deux côtés, le mot ne prend qu'au figuré le sens d'équivoque ou de douteux.

On eut assez peu souvent recours à l'action vomitive, maintes fois au contraire aux propriétés purgatives des graines du ricin. Entendons le mot purgation au sens très large qu'il avait aux jours où florissait la doctrine des humeurs et nous comprendrons Dioscoride disant que le ricin purge *per inferiora* la bile, la pituite et les aquosités (4).

Pour la bile, je n'en ai nulle autre part trouvé mention.

Paul d'Egine est le seul, à ma connaissance, qui précise aussi une action évacuante particulière sur la pituite (5).

A voir enfin Dioscoride et Ætius employer les semences contre l'ascite et contre l'anasarque (6), on croirait volontiers qu'ils les jugèrent surtout hydragogues, si l'on ne se souvenait que les Anciens attribuaient d'ordinaire à un excès de pituite l'anasarque et les œdèmes, comme d'ailleurs l'éléphantiasis et l'apoplexie, la leucorrhée et l'odontalgie. Peut-être cependant ceci n'infirme-t-il pas cela. D'une part, en effet l'*Eclegma ad hydropicos* d'Ætius est administré, au titre de diurétique. D'autre part, Oribase attribue aux semences du ricin des vertus diaphorétiques (7), car je crois, ici, à ce sens général de διαφορητικός, plus qu'à celui trop étroit de *favorable à la perspiration* proposé par Bussemaker et Daremberg (8), qui semblent davan-

(1) GALIEN. — *De simplicium medicamentorum facultatibus*, lib. VII, p. 51 C de la trad. lat. de T.-J. Gaudan, dans la V[e] classe des *Œuvres*, édit. in-fol. des Juntes. Venise, 1576. — ORIBASE. — *Medicin. Collect.*, lib. XV, p. 499F. dans *Medicæ Artis Principes*, in fol. H. Estienne 1567. — ÆTIUS. — *Œuvres*, liv. I, ch. I, p. 41, *loc. cit.* — Paul D'EGINE. — *De re medica*, lib. VII, p. 626 B. dans *Medicæ Artis principes* (cf. ante).

(2) DIOSCORIDE. — *Matière médicale*, liv. IV, ch. 145 de l'édit. lat. J. Ruel, in fol. Egenolphe, Francfort, 1543, p. 363. — *Euporistes*, édit. J. Moïbanus, in-8, J. Rihel, Strasbourg, 1565, liv. I, ch. 29, p. 62 ; liv. I, ch. 137, p. 260 et liv. I, ch. 170, p. 337.

(3) PLINE. — *Histoire naturelle*, liv. XI, chap. 4 ou 41 suivant éditions.

(4) FABRE. — *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, in-8, édit. *Gazette des hopitaux*, Paris, 1840-1841, t. VII, p. 97.

(5) DIOSCORIDE. — *Matière médicale*, liv. IV, ch. 145 p. 365, *loc. cit.*

(6) ÆTIUS. — *Œuvres*, liv. VIII, ch. 6, p. 444, *loc. cit.*

(1) ORIBASE. — *Collect. méd.*, liv. VII, § 26.

(2) *Oribasii Collectorum*, traduct. latine de J.-B. RASARIUS, in-12, M. Isingrin, Bale, 1557, p. 293.

(3) BUSSEMAKER et DAREMBERG. — *Œuvres d'Oribase*, in-8, imp. Impériale, Paris, 1854, t. II, p. 107.

(4) DIOSCORIDE. — *Matière médicale*, liv. IV, chap. 145, dans l'édit. lat. de Ruel, in-fol. Egenolphe, Francfort, 1543, p. 165.

(5) Paul D'EGINE. — *De re medica*, trad. lat. de J. Guinter, in-8, G. Rouille, Lyon, 1567, liv. VII, p. 804.

(6) DIOSCORIDE. — *Euporistes*, édit. Moïbanus, in-8, J. Rihel, Strasbourg, 1565, liv. II, ch. 67, p. 689 et liv. II, ch. 68, p. 700. — ÆTIUS. *Œuvres*, traduct. lat. Cornarius, in-fol., Frob., Bale 1535, liv. X, ch. 26, t. II, p. 241.

(7) ORIBASE. — *Collé. medicin.*, liv. XV.

(8) BUSSEMAKER et DAREMBERG, p. 468, *loc. cit.*

tage avoir suivi la traduction latine de Rasarius (1) que le texte grec.

Quoiqu'il en soit, une chose nous étonne et nous effraye, ce sont les doses indiquées par les vieux auteurs : 20, 30 graines dans Dioscoride (2) 35 dans un lavement d'Ætius, 40 dans Paul d'Egine. Or, songez que 4 semences seulement provoquent des accidents notables, que 8 en ont déterminé de mortels. Songez que Pline avertissait qu'aucun animal ne mange cette graine (3). Songez que Dioscoride tout le premier déclare qu'il s'agit là d'une purgation *désagréable, fâcheuse, faisant grand mal à l'estomac* (4).

Qui se souvient des discussions modernes restées sans fin sur la localisation du principe toxique dans la graine du ricin dira peut-être que ce principe était affaibli par la préparation des formules antiques. Il est vrai que, dans quelques-unes, soit que les semences fussent déglutiés entières à la manière de pilules, soit qu'on les broyât dans de l'eau, il est prescrit de les monder d'abord c'est-à-dire d'en séparer le spermoderme ; mais, d'une part, cette précaution n'est pas partout prescrite ; d'autre part, rien n'est moins assuré que la nocivité particulière de l'épisperme. Faut-il donc simplement conclure à une erreur des copistes ? On l'a dit et que certains manuscrits de Dioscoride portaient 3 graines et non pas 30. Ceci est vraisemblable ; et l'on comprend que la médication, ainsi devenue redoutable, ait été vite abandonnée.

L'**huile de ricin** eut une plus heureuse et plus longue fortune ; mais n'entreprenons pas son histoire. Ensemble, aujourd'hui, nous avons fait dans la médecine gréco-romaine un assez long voyage et les modernes que nous sommes sont vite lassés de telles incursions dans le passé. A qui regarde vite et ne voit que de loin, elles manquent, en effet, d'intérêt pratique immédiat. Pourtant, elles ne sont pas sans nous fournir des avantages. Il ne faut que les découvrir.

Albert. Garrigues.

(1) *Oribasii Collectorum*, trad. Rasarius, p. 696, *loc. cit.*

(2) Dioscoride. — *Euporistes*, liv. II, ch. 67, p. 689 (*loc. cit.*).

(3) Pline. — *Histoire naturelle*, liv. XXIII, ch. 4 ou 41 suivant éditions.

(4) Dioscoride. — *Matière médicale, loc. cit.*

CHRONIQUE SYNDICALE

Les nouvelles facilités données aux étrangers.

Notre bon confrère Ch. Ferry nous communique l'ordre du jour suivant que nous publions très volontiers, en nous associant de tout cœur à cette protestation qui risque, hélas ! de demeurer platonique.

G. D.

Le bureau de la Société médicale du XVe arrondissement ;

Se conformant aux directives qui ont été données par les membres de la Société au cours de discussions sur l'exercice de la médecine en France par les étrangers,

Après avoir pris connaissance du décret paru au *Journal officiel* du 1er septembre 1928 sur le doctorat en médecine, autorisant les étrangers à faire transformer en diplôme d'Etat, leur donnant le droit d'exercer en France, leur diplôme d'Université,

Considérant que jusqu'à présent, la loi, sans faire aucune différence entre les Français et les étrangers naturalisés ou non, avait posé comme condition nécessaire et suffisante à leur droit d'exercer en France, l'obtention des mêmes diplômes et la pratique de la même scolarité aboutissant à ce diplôme d'Etat.

Proteste avec énergie contre les passe-droits qui sont accordés à certains étrangers pour leur faciliter, en les exemptant d'études et d'épreuves dont les Français ne peuvent se dispenser, l'exercice de la médecine sur le territoire français.

Cette protestation lui semble d'autant plus justifiée que, en présence de la pléthore médicale et de l'augmentation croissante des étudiants en médecine, le devoir du gouvernement serait plutôt d'avantager les médecins français que de favoriser la concurrence étrangère.

Fédération des Syndicats médicaux du Loiret.

Rapport sur le fonctionnement du service anti-vénérien pendant l'année 1927.

(Assemblée générale du 3 juin 1928)

62 médecins ont participé à ce service, 268 malades ont été soignés ; 6 d'entre eux seulement ont été soignés à domicile, avec l'autorisation de M. l'Inspecteur départemental.

158 malades appartenaient à la catégorie B.

110 malades paraissaient avoir honoré directement leur médecin.

Les mémoires pour ces malades n'ont pas été tous fournis.

Les diagnostics trop souvent incomplets permettent de diviser ces malades de la manière suivante :

Catégorie A :

Syphilis primaire (chancre)	5
secondaire	14
tertiaire	21
Syphilis sans autre indication	48
Hérédo	22

Catégorie B :

Primaire	4
Secondaire	36
Tertiaire	50
Syphilis sans autre indication	43
Hérédos	25

Le nombre d'examens médicaux simples a été de 95.

Il a été fait 170 examens de laboratoire.

La réaction de B. Wassermann a été positive 37 fois sur 159.

La réaction de Hetch 52 fois sur 143. Les examens directs à l'ultra-microscope ont décélé 3 fois sur 7 la présence du tréponème.

Il a été fait 820 injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Différentes doses :

607 injections intraveineuses ou sous-cutanées de sulfarsénol.

460 injections d'acétylarsan, adultes.

70 injections d'acétylarsan, enfants.

48 injections de galyl.

60 injections d'hectine.

1174 injections de sels de bismuth (muthanol, quinby, curalues).

399 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Je passe sur les autres médicaments employés : huile grise, benzoate, biiodure de mercure, hectargyre, benzo-bismuth, néotrépol, etc.

Les dépenses du Service se sont élevées à 30.190 fr. ainsi répartis :

Honoraires des médecins	18.702
Mémoires des pharmaciens	3.128 24
Indemnité au médecin inspect. départemental	1.200
Indemité aux pharmaciens	7.000
Frais d'imprimés	160

Malgré certaines imperfections de détail que je crois indispensable de signaler, ce service donne des résultats très encourageants pour l'avenir ; avec la collaboration des médecins praticiens, la syphilis est dépistée et traitée avec soin. Le Corps médical se trouve digne de la confiance qui lui a été donnée.

Si au point de vue technique, le fonctionnement de ce service donne des résultats satisfaisants, il n'en est pas de même au point de vue administratif. Toutes les imperfections qui existent devraient disparaître si chacun de nous y apportait un peu plus d'exactitude, de zèle, et d'attention.

a) Les carnets médicaux sont en général mal tenus, bien souvent ils ne portent aucune indication, la page reste blanche ou s'il y a des indications, elles sont sans valeur.

b) Les malades de la catégorie B sont en général déclarés, et les bulletins sont envoyés régulièrement. Il n'en est pas de même pour les malades de la catégorie A. Leur déclaration de prise en charge n'est souvent pas faite, les bulletins ne sont pas envoyés ; or, vous comprenez qu'ils sont indispensables pour permettre à votre Commission de légitimer l'emploi de médicaments que vous avez prescrits et qui sont fournis par l'Etat. Je pourrais vous citer comme chiffres que 17 médecins sur 62 n'ont pas déclaré tous leurs malades ; 735 injections pratiquées ne sont pas légitimées par des bulletins ; le chiffre vous paraîtra comme à moi, un peu excessif.

c) Les bulletins qui nous sont envoyés sont vraiment bien incomplets et sans intérêt, au point de vue du diagnostic. Vous demandez à votre Commission technique de vous fournir chaque année, un rapport sur le fonctionnement de ce service, sur la nature des syphilis qui ont été traitées. Pour que nous puissions faire ce travail, il faut que vous nous fournissiez des matériaux.

En principe, les malades que vous traitez peuvent entrer dans les catégories suivantes, d'après leurs manifestations :

a) Chancre, début, le siège (syphilis primaire).

b) Accidents secondaires (rubéole ou plaques muqueuses.

c) Syphilis en cours de traitement, après chancre, avec accidents (syphilis secondaire), accident initial en l'année X, R W + ou —.

d) Syphilis tertiaire évolutive avec manifestations cutanées ou viscérales (cœur, système nerveux).

e) Syphilis chez la femme enceinte.

f) Syphilis héréditaire, nourrissons ou deuxième enfance avec accidents oculaires, dystrophie ou accidents nerveux, etc.

Avec des malades ainsi classés, le travail que nous vous fournirions chaque année pourrait présenter pour vous un véritable intérêt scientifique.

Encore quelques observations de détail : il y a encore des malades qui sont soignés au titre de l'Assistance gratuite ; certains médecins ignorent le tarif à appliquer pour leurs injections ; le tarif est celui de l'assistance médicale gratuite. Les examens sérologiques ne peuvent être faits qu'au laboratoire départemental ; il y a encore des examens sérologiques qui ont été demandés à des pharmaciens.

Les mémoires doivent être timbrés à 3.60 lorsqu'ils sont supérieurs à 50 fr. M. le médecin inspecteur départemental a essayé de faire supprimer cette formalité ; à l'heure actuelle, cela paraît impossible mais des demandes ultérieures seront faites.

Je terminerai enfin cette longue série de conseils en vous priant, mes chers confrères, d'envoyer régulièrement vos bulletins tous les 3 mois ; au bout d'un certain temps, le paiement de vos mémoires deviendrait pratiquement impossible.

Certains médecins ont fait très justement remarquer que les termes de « Service anti-vénérien Service de prophylaxie anti-vénérienne » sur les bons de commande de médicaments pouvaient gêner certains malades. Les termes ci-dessus pourraient être remplacés par ceux-ci : « Service d'Hygiène social ou Service de prophylaxie sociale ». Les malades se sentiraient ainsi plus rassurés, leur maladie etant absolument ignorée.

Dr Mercier.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Béguier, de Saint-Bris-le-Vineux (Yonne). — M. le Dr Coyon, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Léon Dufournier, ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Filippi, de La Rochelle. — M. le Dr Gabriel Brisset, de Paris. — M. le Dr Trossat, de Chalon-sur-Saône. — M. le Dr Maurice Péraire, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris.

— **Groupe parlementaire du Tourisme, de l'Industrie Hôtelière et des Stations thermales, balnéaires et climatiques.** — Ce groupe est ainsi constitué dans la nouvelle Chambre.

Bureau : Président : M. Borrel Antoine (Savoie)

Vice-Présidents : MM. Barety Léon (Alpes-Maritimes) ; Rollin Louis (Seine); Garat Joseph (Basses-Pyrénées) ; Thoumyre Robert (Seine-Inférieure) ; Eugène Roy (Puy-de-Dôme) ; Pozot Ernest (Morbihan) Henri Tassi (Bouches-du-Rhône).

Secrétaires : MM. Molinié J.-A. (Aveyron) ; Humbert Ricolfi (Alpes-Maritimes) ; Lalane Gaston (Landes) ; Falcoz Henri (Savoie) ; Merle Adolphe (Hérault) ; Guy Henri (Haute-Saone) ; Patenotre-Desnoyers Henri (Seine-et-Oise) ; Taton-Vassal Louis (Meuse).

Secrétaire administratif : M. Henri Vidal, Chef de Division au Secrétariat général de la Questure.

Sous-Commissions : Industrie hôtelière : M. Barety Léon (Alpes-Maritimes). — Stations thermales, balnéaires et climatiques : M. Charles Guilhaumon (Hérault). — Syndicat d'initiative : M. Pezet (Morbihan). — Routes et transports : M. Thoumyre Robert (Seine-Inférieure). — Propagande : M. Eugène Roy (Puy-de-Dôme).

— **U. R. S. S.** *Recensement.* — Les résultats du dernier recensement de l'U. R. S. S. (1926) sont les suivants. La population totale est de 146.964.366 personnes, dont 71.010.659 hommes et 75.953.707 femmes. Il y a donc une différence en excès pour les femmes de presque 5 millions.

— **Paris. Infirmières de l'Assistance à domicile.** — Le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'Administration la délibération suivante :

« Le Directeur général de l'Assistance publique est invité :

« 1° A organiser des groupes volants d'infirmières chargées de donner des soins à domicile, d'assurer l'exécution des prescriptions médicales et d'apprendre aux mère, ainsi qu'aux épouses, les moyens d'assurer ces soins;

« 2° A appliquer cette mesure, à titre d'essai, dans les groupes d'habitations à bon marché, et à l'étendre dès que possible aux malades secourus ainsi qu'aux nécessiteux et aux familles nombreuses de la population parisienne ;

« 3° A créer dans les groupes d'habitations à bon marché, après entente avec l'Office public, des dispensaires auxquels seraient rattachés les groupes d'infirmières ;

« 4° A choisir ces infirmières parmi celles qui sont mères de famille. »

Le Directeur-Gérant : **Dr A. GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

les internes des hôpitaux, nommés par la Faculté de médecine, n'ont pas plus de droits que leurs collègues du reste de la France, qui sont désignés par les commissions administratives des hôpitaux.

Une Mutuelle interhospitalière est instituée, pour grouper les établissements hospitaliers, désireux de garantir leur personnel médical contre les risques du travail.

Ailleurs, les internes ont, à frais communs avec les hôpitaux, contracté une assurance collective contre les accidents du travail. J'ai été sollicité tout dernièrement, d'étudier la question, avec un assureur-conseil, pour discuter des modalités d'assurances, des droits des victimes et des primes à verser.

Reste à savoir si la Fédération des internes doit entrer dans cette voie, en attendant le vote du projet de loi, c'est-à-dire supporter une partie des frais d'une assurance, ou si elle doit pousser chaque internat d'hôpital à obtenir de son administration hospitalière, les avantages que l'Assistance publique de Paris a accordé aux internes des hôpitaux de Paris.

La question mérite d'être étudiée de très près, surtout au point de vue juridique, pour qu'il n'y ait pas de fausses manœuvres, dont pourraient se servir, au Parlement, les adversaires (et ils sont nombreux) de l'extension de la législation des accidents du travail, aux internes, puis aux externes, médecins et spécialistes des hôpitaux.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DE LA DICHOTOMIE

On en parle encore dans le *Concours* du 20 août. Soyons bref, soyons franc, voici ma façon de voir et de pratiquer :

Je fais mon diagnostic toujours.

J'aide dans l'opération toujours.

Le malade me règle le prix fixé, et le jour de l'intervention je remets dans une enveloppe la moitié — 50 % — au chirurgien mon confrère.

Vous appelez cela de la dichotomie. Moi aussi. Le chirurgien à qui cette façon de faire plaît opère mes malades ; celui à qui elle déplait ne les opère pas.

Est-ce à dire que je considère mon confrère le chirurgien comme un habile automate, un barbier des temps passés ? non pas. Son expérience vaut la mienne et je lui demande toujours de contrôler mon diagnostic et d'examiner le malade avant de l'opérer.

Par contre, je tiens à aider dans l'opération : tu contrôles mon diagnostic, je contrôle ton travail. Car le tout n'est pas de faire un diagnostic ; c'est qu'il soit juste, et il ne suffit pas de se dire « chirurgien » pour avoir la « patte ».

Qu'est-ce que le malade peut trouver à redire à cette association faite pour son plus grand bien ?

Rien.

Qu'y a-t-il à lui en dire : rien.

Jamais du reste aucun malade ne m'a demandé de lui expliquer ce que vous et moi appelons « dichoto-

mie ». Pas plus que jamais je ne lui ai demandé de reconnaissance pour ce que le chirurgien et moi avons fait pour lui.

Claude MYAL.

CORRESPONDANCE

Pharmacie

3073. — Produits ayant le caractère de médicaments.

Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre dans le *Concours médical* à la demande concernant un « médecin concurrencé par des personnes ne possédant pas le diplôme d'herboriste ».

Et comme vous me demandez de préciser et de vous faire connaître exactement la nature des produits ainsi mis en doute, je me permets avant de saisir le « Sou médical » de vous adresser une nouvelle demande de renseignements plus précis à laquelle le *Concours* répondra, je l'espère.

1° A côté de l'alcool de menthe, de l'eau de mélisse, on vend et on fait de la réclame dans une épicerie pour de l'alcool d'arnica. « Sur le flacon je lis : alcool d'arnica, tonique, cordial, quelques gouttes en boisson dans de l'eau en cas d'accident ».

2° Des paquets de fleurs d'arnica sont vendus à côté de petits paquets de cannelle.

Une épicerie qui n'est pas une herboristerie a-t-elle le droit de vendre ces produits que j'ai choisis entre plusieurs autres ?

Dr X.

Réponse.

La teinture d'arnica est un médicament, d'autant que ce produit est délivré au public, avec la mention : « tonique, cordial, quelques gouttes en boisson, en cas d'accident. »

Ce produit est donc vendu dans un but curatif.

Quant à la question herboristerie, aucune peine n'est prévue par la loi, pour réprimer l'exercice illégal de l'herboristerie.

Il n'y a donc possibilité de poursuivre l'épicier, que pour exercice illégal de la pharmacie, à cause de la mise en vente de produits médicamenteux officinaux, débités dans un but curatif.

Il importe cependant, avant de se lancer dans une poursuite devant les tribunaux correctionnels, de bien préciser quels sont les médicaments, qui sont ainsi débités par l'épicier : car, l'avocat du prévenu cherchera à apitoyer les juges, en démontrant qu'en l'absence d'officine ouverte, ce commerçant croit rendre service à la population, en débitant des produits absolument inoffensifs, mais utiles en cas d'urgence.

Qu'en pensent votre syndicat médical et le syndicat des pharmaciens du département ?

Dr Paul BOUDIN.

Accidents du travail.

3169. — Droit d'un rentier du travail qui va habiter la Syrie.

Un Arménien blessé du travail avec rente consécutive perdra-t-il le droit à celle-ci et ne touchera-t-il que 3 annuités de rente s'il quitte la France pour se rendre en Syrie, territoire sous le mandat français ?

Dr L.

Réponse.

Nous avons posé la question au Ministère du Travail, dont nous avons reçu la réponse suivante :

MINISTÈRE DU TRAVAIL
DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE
ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALES

Contrôle des Assurances privées

Contrôle des Sociétés d'Assurances contre les Accidents du Travail

Monsieur,

Par lettre du 31 août dernier, vous m'avez demandé si la rente allouée à un Arménien, à raison d'un accident du travail survenu en France, serait remplacée par le versement d'un capital égal à 3 annuités, dans le cas où ce rentier quitterait la France pour se rendre en territoire syrien placé sous le mandat français.

J'ai l'honneur de vous informer qu'un territoire placé sous le mandat français ne sauraitêtre assimilé au territoire français et que dans le cas où le rentier susvisé irait s'établir en Syrie, les dispositions du 16e alinéa de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 deviendraient applicables à son égard.

Recevez, etc...

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales
Par autorisation :
Le Conseiller d'État, Directeur :
SUMIEN.

3303. — Coût du certificat établi pour obtenir la revision.

Un ancien blessé du travail — fracture des deux os de l'avant-bras *datant de 2 ans* — estimant que son état s'est aggravé, me demande une visite et un certificat constatant son état. Qui doit payer cette visite et ce certificat ? Quel tarif appliquer ?

Dr F.

Réponse.

Le coût du certificat ayant pour objet la revision de la situation d'un accidenté du travail n'est pas de plein droit à la charge du patron. Il semble que ce coût puisse être compris dans les dépens du procès et mis à la charge de la

partie qui perdra, c'est-à-dire du patron si la revision est ordonnée, de l'ouvrier dans le cas contraire.

Il y a donc lieu, à notre avis, de demander le paiement de vos honoraires, établis suivant le tarif de droit commun, à l'ouvrier qui vous demande le certificat, sauf à lui à se retourner contre son patron et à lui en réclamer le remboursement.

3362. — Délai de revision d'un accidenté du travail.

Je vois aujourd'hui un blessé du travail, dont l'accident remonte à 4 ans. Il a reçu un petit éclat d'acier au-dessous de l'œil. Il présente actuellement une dégénérescence néoplasique de la cicatrice.

Est-ce qu'il ne peut plus rien demander puisque le délai de 3 ans est écoulé ? ou bien s'il y a quelque chose à faire, voudriez-vous me l'indiquer ?

D^r P.

Réponse.

En vertu de l'article 19 de la loi sur les accidents du travail, l'action en révision pour aggravation est ouverte pendant trois ans à compter soit de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

Si votre client a repris son travail depuis plus de trois ans, étant donné qu'il n'y a point eu attribution de rente, le délai pour former une demande en revision est maintenant expiré et votre client n'a plus aucun droit à faire valoir, quand bien même il souffrirait actuellement d'une aggravation de la lésion causée par l'accident.

Application du Tarif Fallières.

3301. — « L'avis techniquement motivé » dans l'arrêté du 9 juillet 1928 concernant les radiographes.

J'ai lu l'arrêté ministériel du 9 juillet 1928 pour les accidents du travail. Je désirerais avoir un éclaircissement sur la personne à prévenir pour exploration radiologique ou autre.

Quand le patron est assuré, qui faut-il prévenir dans le personnel de l'assurance ? A la campagne nous avons des agents plus ou moins locaux demeurant plus ou moins loin. Eux n'ont pas de médecin d'assurance pouvant donner un avis compétent. Ils vous répondent de vous adresser au siège social. Si vous écrivez directement au siège social, il vous est répondu, quand on vous répond, qu'on ne sait rien sur cet accident : beaucoup d'agents, pour éviter les frais d'envoi qui ne leur sont pas payés, envoyant à la direction tous les papiers une fois le blessé guéri ou consolidé. On réclame au médecin le numéro de la

police d'assurance et un tas de détails relatifs à celle-ci où j'estime que le médecin n'a rien à connaître.

Donc : qui doit vous répondre après 3 jours de réflexion ? et encore dans ces 3 jours est-il compris le temps que doit mettre la réponse pour parvenir au médecin ?

D'autre part malgré une lettre recommandée, bien souvent le médecin n'a aucune réponse. Comment doit-il légalement interpréter ce fait : un acquiescement, un refus, un moyen de réserver l'avenir ?

Parfois pendant le temps de cette correspondance l'état du blessé s'aggrave ; j'estime alors qu'il y a urgence plus ou moins extrême. Mais quelle sera alors l'attitude de la compagnie vous ayant fait parvenir très tard un refus ? Parfois deux jours pour se rendre au siège social, deux jours pour revenir, trois jours de réflexion (avec ou sans dimanche et fête ?) — en une semaine il peut se passer bien des aggravations !

Dr J.

Réponse.

S'il y a *extrême urgence*, la radio s'impose sans accord préalable, c'est dans l'arrêté même. S'il n'y a pas urgence, vous *devez* prévenir le chef d'entreprise d'avoir à envoyer son médecin (ou celui de l'assurance, s'il est assuré, ce que vous n'êtes pas obligé de savoir *a priori*, naturellement). Donc, prévenez le patron par lettre recommandée et si, dans les trois jours (plus un pour le délai de réception de votre lettre, deux si vous voulez, mais pas plus), vous n'avez pas reçu « un avis techniquement motivé », vous avez le *droit* de faire faire la radio. Ceci fut bien convenu avec les délégués des patrons et assureurs, lors de la discussion. Il va de soi que, si vous avez des liens directs avec l'assurance et, *a fortiori*, avec son médecin habituel, vous pouvez, pour gagner du temps, vous adresser directement soit à l'assurance, soit à son médecin.

Dr Fernand Decourt.

3323. — Intervention avec pansements divers.

En matière d'accident du travail, il y a cumul entre une visite ou une consultation d'une part et une intervention d'autre part. Une assurance me fait dire qu'il y a cumul entre un pansement et une intervention telle qu'injection de sérum antitétanique. Je crois être dans la bonne voie car si je consulte l' « Agenda-memento du praticien » année 1926, p. 97 (article 13, pas de cumul de la visite avec un acte opératoire même de nuit), je vois additionner un pansement de tête, un pansement de genou, l'injection de sérum et le certificat.

Dr J.

Réponse.

Quand vous comptez une intervention quelconque (ici injection antitétanique), dans le

prix de l'intervention est compris la visite ou consultation (article 13), que celles-ci soient faites avec ou sans pansement. Il s'ensuit que, s'il y a *plusieurs* pansements (en dehors du cas d'un même segment de membre), il y a un pansement à défalquer dans le total. Par exemple : injection antitétanique + trois pansements, comptez : injection 20 francs + *deux* pansements (12 + 12) = 44 francs.

Dr Fernand DECOURT.

3279. — Injection antitétanique par méthode de Besredka.

Devant faire une injection de sérum antitétanique à un accidenté du travail qui avait déjà reçu du sérum pendant la guerre et il y a cinq ans, j'ai employé la méthode de Besredka : 1 cc., puis 2 cc., puis la totalité de la dose, d'heure en heure, ce qui m'a obligé à revoir trois fois le blessé, dans mon cabinet, le matin de son accident (l'accidenté entre temps allait remplir les formalités relatives à sa blessure).

Comment dois-je établir ma note d'honoraires ?

1° Pansement et injection de sérum antitoxique : 20 francs.

Ou :

2° Pansement et trois injections de sérum antitoxique : 60 francs.

Ou enfin, en assimilant les deux premières injections (1 et 2 cmc.) à des injections sous-cutanées simples :

3° Pansement et injection sous-cutanée.	12 fr.
Consultation et injection sous-cutanée..	12 fr.
Consultation et injection de sérum antitoxique	20 fr.
	44 fr.

Il me paraîtrait un peu abusif de devoir faire un pansement et une injection antitétanique, de devoir revenir deux fois chez moi pour les réinjections et de ne toucher que 20 francs d'honoraires.

Dr C.

Réponse.

Ceci fut déjà traité souvent. On ne peut compter qu'une seule injection antitétanique à 20 fr. (non *bis*, ni *ter*, ni *idem*), mais vous n'en avez pas moins fait deux consultations supplémentaires, donc : 20 + 12 + 12 = 44 francs.

Dr Fernand DECOURT.

3160. — 1° Pas de plainte sans dossier à l'appui ; 2° L'augmentation du tarif.

Depuis quelque temps j'ai eu une série d'accidents de la voie publique dans ma clientèle. Or, les compagnies d'assurances envoient presque toujours un médecin constater les blessures. Ceci, c'est leur droit le plus strict, mais le médecin de l'assurance oublie

toujours de convoquer le médecin traitant sous le fallacieux prétexte qu'il ne le connaît pas.

Vous qui êtes en relations assez suivies avec le Comité des assureurs ne pourriez-vous leur suggérer de faire prévenir le médecin traitant soit directement comme cela se fait pour les accidents de travail, soit par l'intermédiaire du blessé.

Pendant que je suis sur la question des visites de contrôle, les médecins de quelques rares compagnies convoquent le blessé à leur dispensaire ou à leur cabinet, sans prévenir le médecin traitant bien entendu. Pendant que vous y serez, soyez donc assez aimable pour rappeler aux dirigeants de compagnies d'assurances que cette façon de faire n'est pas correcte et, en plus, est en violation de la loi.

Autre chose, question tarif loi accidents. Il me semble que les tarifs auraient grand besoin d'être revisés de fond en comble.

Après la guerre, la consultation a été portée successivement à 8, 10 et 12 fr. la visite: pour Paris et grandes villes à 10, 12 et 14 fr. Or, les petites interventions et les grandes sont restées au même tarif. De plus, l'injection de sérum A. T. par exemple qu'elle soit pratiquée en une ou plusieurs fois, est toujours comptée 20 fr. Il serait logique de compter dans ces cas le prix de une ou deux injections par analogie avec visite prolongée. Vous avez répondu, me semble-t-il dernièrement dans le C. M. que cela ne faisait qu'une injection. Oui c'est vrai et pourtant on passe du temps ou on fait deux visites. Dr D.

Réponse.

1° Je ne puis rien faire sans *dossier constitué*. C'est grâce à un dossier sérieux que j'ai pu demander et obtenir dernièrement des modifications importantes concernant les radiologues. Ce dont vous vous plaignez n'est pas nouveau, mais c'est au blessé qu'il appartient de refuser de se laisser visiter hors de la présence de son médecin traitant. Si le blessé *accepte* cette visite, à quel titre le médecin traitant interviendrait-il contre celui de l'assurance ? Il y a néanmoins là une violation très nette de la loi et la *répétition* de tels agissements par un même médecin et une même assurance pourrait servir de base à une action intéressante. Mais encore faut-il des *faits* concrets à présenter, donc encore et toujours un dossier sérieux.

2° Quant à l'augmentation du tarif au point de vue des *interventions*, l'affaire est restée en panne; C'est encore un des effets néfastes de la scission entre les syndicats. Celle-ci est terminée maintenant. J'espère que nous allons pouvoir repartir du bon pied, et cela dans tous les domaines concernant les intérêts professionnels.

Dr Fernand Decourt.

3172. — Interventions simultanées avec divers pansements en d'autres régions du corps.

J'ai donné mes soins à une victime d'un accident du travail et je me trouve embarrassé pour établir ma note d'honoraires. Il s'agit d'un charpentier tombé de 12 mètres de hauteur et présentant des plaies multiples.

1° Plaie de la face, 3 points de suture et pansement.

2° Plaie de la lèvre supérieure, 2 points de suture.

3° Plaie du genou, 2 points de suture et pansement.

4° Plaie contuse de la hanche, pansement.

5° Plaies contuses du bras droit, pansement.

6° Plaies contuses de l'hémithorax droit, pansement.

7° Plaies contuses du bras gauche, pansement.

8° Plaies contuses du poignet, du pouce et de l'auriculaire gauches.

Enfin injection de sérum anti-tétanique de l'Institut Pasteur. Dr V.

Réponse.

Vous avez à compter : plaie de la face (y compris lèvre supérieure qui en fait partie), 5 points de suture = 25 fr. + plaie du genou, 2 points de suture = 15 fr. + plaies du bras droit, pansement = 12 fr. + plaies du bras gauche, pansement = 12 fr. + plaies de l'hémithorax droit, pansement = 12 fr. + plaie de la main gauche, pansement = 12 fr. + injection antitétanique = 20 fr. (mais comprenant la visite, donc un des pansements ci-dessus à supprimer), soit au total : 25 + 15 + 12 + 12 + 12 + 20 = 96 fr. + certificat descriptif : 10 fr. = 106 fr. Cela, pour le premier jour seulement, car il est évident qu'il doit y avoir eu des plaies très superficielles et que, les jours suivants, vous aurez à éliminer certains prix de pansements, suivant ce qui s'est passé et dont je ne puis ici rien juger.

Dr Fernand DECOURT.

3128. — 1° Luxation d'orteil ; 2° Ligature d'une petite artère.

Combien doit-on demander pour une réduction (méthode non sanglante) de luxation complète du gros orteil sur le métatarsien, par la même méthode qu'au pouce, 25 ou 50 fr. ?

Combien doit-on demander pour une ligature de la pédieuse dans une plaie par ciseau à bois sur le dos du pied ?

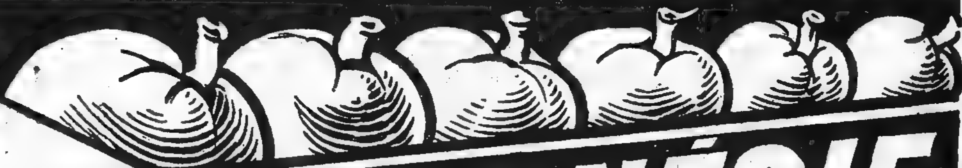
Il n'a pas été nécessaire d'agrandir la plaie et j'ai simplement lié les deux bouts dans celle qui existait, et suturé la plaie. Dr B.

Réponse.

1° Luxation orteil (quelconque) : 25 fr. (article 19).

2° Hémostase par *ligature* ou pince à demeure au fond d'une plaie : 40 fr. (article 17).

Dr Fernand DECOURT.



3048. — Extractions successives de corps étrangers.

J'ai eu à soigner, le 13 juin dernier, un ouvrier qui en bouchant des bouteilles, fût atteint au médius gauche, d'une blessure par éclat de verre, par suite de l'éclatement d'un récipient. Plaie par section nette, assez étendue pour nécessiter quelques points de suture que je fis après désinfection soigneuse de la plaie. Cicatrisation *per primam.* Mais le doigt est douloureux, légèrement tuméfié et la pression permet de sentir un petit nodule sous-cutané.

Présumant un corps étranger, je fais une première incision sans résultats, puis devant la persistance des mêmes signes, je demande une radiographie à la compagnie. Celle-ci est acceptée. Le radiographe répond : existence probable de corps étranger mais pas visible à cause de sa transparence.

Je pratique alors le 17 juillet sous anesthésie locale une incision plus importante qui me permet d'extraire un petit fragment de verre gros comme un grain de mil. Cicatrisation *per primam.* Mais persistance des mêmes symptômes : douleurs à la flexion et à la pression du doigt, existence d'un nodule douloureux un peu au-dessus de la plaie.

Je me décide à une nouvelle intervention le 8 août et j'extrais un autre fragment de verre plus gros que le précédent. Cette fois le blessé est guéri à la date du 14 août.

Comment tarifer toutes ces interventions ?

La compagnie bien que réglant toutes mes notes sans difficultés ne va-t-elle pas trouver cette fois qu'il y a abus manifeste ? N'objectera-t-elle pas que une intervention unique aurait dû être suffisante. Et cependant comment aurai-je pu prévoir l'existence de corps étrangers multiples avec la réponse plus que vague de la radio.

Dr G.

Réponse.

Vous avez à compter d'abord vos points de suture, cela va de soi, et, *en plus,* extraction d'un premier corps étranger superficiel une première fois quelques jours plus tard. En plus encore, extraction d'un second corps étranger, qui se manifesta dans la suite. D'ailleurs, cela ne vous fera pas une bien grosse note, chaque extraction de ce genre étant tarifée 20 francs

Dr Fernand Decourt.

Fiscalité.

3285. — Patente de deux médecins exerçant dans un même local.

Deux spécialistes ayant le même local professionnel pour lequel un seul paye un loyer doivent-ils normalement payer deux patentes (cabinet dans lequel je donne des consultations à A. deux fois par semaine).

Dr V.

Réponse.

Les deux médecins, même celui qui est occupant à titre gratuit, doivent la patente sur la valeur locative du local dans lequel ils exercent leur profession et quand bien même les consultations ne seraient données que deux fois par semaine.

A. M.

3283. — Patente d'un médecin ne faisant que du laboratoire.

Jeune médecin, sur le point de terminer mon service militaire, je compte m'installer en novembre prochain pour faire uniquement du laboratoire (chimie et bactériologie).

En conséquence, je suis obligé de prendre un appartement assez vaste pour contenir mon laboratoire et mon domicile personnel. J'ai recours à vous pour vous demander : 1° quel est le taux de la patente par rapport au loyer ?

2° Le loyer des quatre pièces utilisées pour le laboratoire doit-il entrer en ligne de compte pour l'établissement de ma patente ? ou bien faut-il défalquer de mon loyer global le loyer de ces quatre pièces ?

Dr C.

Réponse.

Si vous vous abstenez d'exercer la médecine pour vous livrer uniquement à des travaux de laboratoire (analyses notamment), vous serez imposé à la patente en qualité de chimiste, la dite patente comportant un droit fixe de 4e classe et le droit proportionnel au taux du 30e. A noter que ce droit proportionnel porte sur l'ensemble des valeurs locatives des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

A. M.

3196. — Réductions pour charges de famille.

Je reçois aujourd'hui l'avertissement pour l'impôt sur bénéfices et revenus.

J'ai trois enfants à ma charge et, les années précédentes, étais exonéré de 30 % sur l'impôt brut.

Cette année, mon aîné étant majeur, je n'ai plus que deux enfants légalement à ma charge ; mais la déduction n'est que de 10 %.

N'y a-t-il pas erreur et ne devrais-je pas être dégrévé de 20 % ?

Dr P.

Réponse.

Le taux des réductions pour charges de famille varie suivant l'importance du revenu global servant de base à l'impôt général.

Si ce revenu global, après déduction des abattements motivés par la situation de famille reste supérieur à 10.000 fr., les réductions sont ramenées à :

5 % pour une personne à charge.
10 % pour 2 personnes à charge.
15 % pour 3 personnes à charge.
Plus 10 % pour chaque personne en sus de la troisième.

A. M.

3258. — Impôt sur deux voitures ne circulant pas simultanément.

En possession de votre réponse, dont je vous remercie, je me permets d'insister pour la raison que je vous ai exposée dans ma dernière lettre.

Doit-on payer l'impôt pour chacune des deux voitures qui sont utilisées alternativement et jamais en même temps ? C'est cette réponse que je voudrais communiquer au contrôleur.

Dr M.

Réponse.

Voici le texte de la réponse à une question posée au Ministre des Finances, par M. Henry Fougère, député.

« Ainsi que l'indique la circulaire dont il s'agit, les substitutions de véhicules sont subordonnées à la double condition :

1° Que l'impôt sera calculé sur l'automobile de la puissance la plus élevée ;

2° Que les mutations ne présenteront pas un caractère marqué de fréquence et de périodicité.

A. M.

Baux et locations.

3200. — La loi sur les prorogations ne s'applique pas aux constructions neuves.

Je suis locataire d'une maison de construction récente avec un bail 3, 6, 9 prenant effet au 1er avril 1926 et dont la première période triennale se termine le 1er avril 1929 prochain.

Au cas, où comme je présume, mon propriétaire viendrait à dénoncer le bail d'ici au 1er octobre prochain (prévenir 6 mois à l'avance par lettre recommandée), je désirerais savoir si, en l'état actuel de la législation sur les loyers, j'aurai droit à prorogation, jusqu'à quand, et dans quelles conditions ?

Dr Z.

Réponse.

Aux termes de l'article 27 de la loi du 1er avril 1926, aucune des dispositions provisoirement restrictives du droit de propriété pouvant résulter de la dite loi ou des lois antérieures sur les loyers n'est applicable aux immeubles construits postérieurement à 1914.

Par conséquent, l'immeuble que vous habitez étant de construction récente, vous n'aurez droit, dans l'état actuel de la législation sur les loyers, à aucune prorogation dans le cas où votre propriétaire, usant d'une clause du bail, dénoncerait celui-ci pour la fin de la première période triennale, soit pour le 1er avril 1929.

Cinquantième année | N° 41 | 7 Octobre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

Nº 433. — Doct. très expérim. ferait remplac. courte ou longue durée, Paris de préfér. Libre actuell.

Nº 434. — Docteur cherche poste demi-repos, conditions *sine qua non* : maison confortable, chasse, pêche, 200 km. de Paris maximum.

Nº 435. — A vend. torp'. Donnet-Zedel, 7 CV, 4 pl., excel. état, 17.000 km., accus. neufs, tous access. Dr Le Petit, 39, boul. Lamartine, Le Mans.

Nº 436. — Docteur 40 ans, reprendr. client. 50 à 70.000, Normandie de préfér. Condit. maison conf. avec jardin, long bail, pêche, proxim. mer, client. accessible partout avec auto et seul médecin.

Nº 437. — A vend. neufs, deux phares 6 CV Renault et vibreur. S'ad. Dr Duquet, 51, boul. Malesherbes, Paris.

Nº 438. — Méd. habitant quartier aéré, à proxim. mer, à Nice, prendr. en pension jeune garçon de 12 à 15 ans.

Nº 439. — Normandie. Poste très import., seul, propharm., 2 heures de Paris, sur grande ligne, près mer et grande ville, pays riche, chasse, grande maison et jardin.

Nº 440. — Proxim. Paris. Client. méd. génér., petit rayon, bicycl. peut suffire. Rapp. env. 160.000, pavillon conf. avec beaux jardins. Loyer 6.000, bail 5 ans. Indemn. 80.000 dont 50.000 compt. S'ad. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 441. — Normandie. Poste propharm. très ancien, rapp. 150.000, maison 7 p. et jardin. A céder 50.000 dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 442. — Banl. ouvrière, clin. acc. du trav., rapp. 80.000, grand local neuf, petit loyer, à céder avec facil. paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Té,. Gob. 36-46.

Nº 443. — Pour méd. jeune et actif, grosse situat. médico-chirurg. dans centre industriel de l'Isère : méd.-chef d'un hôpital privé, logement, trait. fixe import. et clientèle. S'ad. à M. Faure Joseph, 38, cours Gambetta, à Lyon.

Nº 444. — Conduite intérieure Panhard 16 CV. 6 places face à la route. Modèle 1926, en parfait état de marche. Essai à volonté. Prix 25.000 fr.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Villa de cure du Dr Mahieu, à Wimereux (P.-de-C.) reçoit toute l'année enfants de 5 à 15 ans. Chauffage central.

Pour cure héliothérapique en Cerdagne, alt. 1.300, belle maison de 3 garnis (3 à 4 pièces chacun), à louer ensemble 800 fr. par mois, ou séparément 300 fr. Ecrire M. Ribes, à Estavar (Pyr.-Or.).

Le coupon nº 7 des Actions de la Société des Eaux minérales de Chatel-Guyon sera mis en paiement à partir du 1er novembre 1928 aux guichets de la Société générale et de la Banque Chalus de Clermont-Ferrand. Nomin. : 13,10. Port. : 12,10.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Albert Robin. — Le professeur Albert Robin vient de mourir à l'âge de 81 ans, dans la propriété de la Côte-d'Or, où il s'était retiré, quand l'état de sa santé l'empêcha de continuer à mener l'existence active qui fut si longtemps la sienne.

Professeur de thérapeutique clinique, membre de l'Académie de Médecine, président du Syndicat général des médecins des Stations balnéaires et climatiques, grand officier de la Légion d'honneur, il était parvenu au faîte de la gloire et des honneurs par la vertu de sa valeur scientifique, de la qualité de son enseignement, de son caractère où l'urbanité s'alliait avec le culte des arts dans un très heureux mélange.

Journaliste médical, il appartint à l'*Association de la presse médicale française*, et dirigea le *Bulletin général de thérapeutique.*

Parmi ses nombreux travaux, il convient de donner une place de choix à ceux qui intéressent la tuberculose et son traitement. Conscient des ravages effroyables que fait cette maladie sociale, il fut un précurseur dans le déclanchement de la campagne anti-tuberculeuse. C'est en 1903, en effet, qu'il publia son essai sur la *Lutte contre la tuberculose.* Quatre ans plus tard, il précisait sa conception de l'organisation économique de cette lutte et créait l'Office antituberculeux Jacques-Siegfried-Albert Robin à l'hôpital Beaujon.

A côté de ceux qui professent un scepticisme thérapeutique propre à engendrer le découragement, en opposition avec eux, il ne cessa d'enseigner au contraire quel parti les praticiens peuvent tirer de la matière médicale et de ses annexes, quand ils savent la manier en fonction des indications cliniques. On a dit de lui que c'était un dilettante, et qu'il apportait une véritable coquetterie à combiner des formules à complexité impressionnante. A la vérité, il eut le talent d'apprendre aux générations d'étudiants qui se pressèrent dans son amphithéâtre, à formuler *secundum artem* : c'est là une aptitude qui tend de plus en plus à disparaître, hélas !

J'ai eu le grand honneur d'être reçu à plusieurs reprises dans son hôtel particulier de la rue Beaujon, et j'ai gardé précieusement le souvenir du charme de ses réceptions, de sa grande affabilité, de sa simplicité enjouée.

Le *Concours médical,* qui a souvent publié des leçons de ce savant maître, dont nos lecteurs d'avant-guerre ont pu apprécier toute l'originalité, s'incline respectueusement sur la tombe de celui qui fut tout ensemble un Français de grande race et un médecin de grande pratique dans toute l'acception du terme (1), et salue avec émotion sa mémoire impérissable.

G. Duchesne.

(1) Albert Robin, sous-lieutenant de cuirassiers, avait été fait chevalier de la Légion d'honneur en 1870 sur le champ de bataille.

— XIIIe Congrès de médecine légale de langue française. — Le XIIIe Congrès de médecine légale de langue française (1re session de médecine sociale, accidents du travail, maladies professionnelles) s'ouvrira le mardi 9 octobre, à 9 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence d'honneur de M. Loucheur, ministre du travail, de l'hygiène et de la prévoyance sociale, et la présidence de M. Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. Cinq rapports y seront présentés :

1re *rapport* : Médecine sociale. Les expertises dans les lois sociales (M. le Prof. Balthazard, de Paris).

2e *rapport* : Accidents du travail. Résultat comparé des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe. (MM. Charbonnel et Massé, de Bordeaux).

3e *et* 4e *rapports* : Maladies professionnelles. Les intoxications professionnelles par les hydro-carbures (M. Duvoir, de Paris). Pathologie professionnelle des corps radio-actifs (M. de Laet, de Bruxelles).

5e *rapport* : Criminologie. Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique (M. Fribourg-Blanc, de Paris).

La Société de médecine légale de France tiendra une séance exceptionnelle à l'occasion du XIIIe congrès, le lundi 8 octobre 1928, à 17 heures, à la première Chambre du tribunal de la Seine, au Palais de justice, sous la présidence de M. Wattinne, président du tribunal de la Seine. Tous les membres du Congrès sont invités à y assister.

— Clinique thérapeutique chirurgicale (hôpital de Vaugirard). — Un cours de *radiologie clinique du tube digestif* (Œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires) sera fait par M. le professeur Pierre Duval et MM. J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Jean Gatellier, Alban Girault, Pierre Porcher, du lundi 8 au mercredi 17 octobre 1928.

Droit à verser : 200 fr.

— Hôpitaux de Paris. *Concours d'assistants d'électro-radiologie.* — Un concours pour la nomination à 10 places au maximum d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le 13 novembre. Inscription à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, du 15 au 27 octobre 1928.

— Hôpital Laennec. — Dans le service d'oto-rhino-laryngologie, MM. Henri Bourgeois, Fouquet et Lemoine, commenceront, le 22 octobre 1928, une série de huit leçons, sur *la diathermie en O.-R.-L.*

Prix du cours : 600 fr. S'adresser à M. Fouquet, service O.-R.-L. de l'hôpital Laennec.

— Hôpital école de l'Association des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange (métro Exelmans). — Nous rappelons que M. Raphaël Massart présentera le mercredi 10 octobre 1928, à 9 h. 1/2 du matin, avec leurs projections radiographiques, des résultats éloignés de greffes osseuses : luxations et subluxations de la hanche, ankyloses rachidiennes pour mal de Pott ; arthrodèses de la hanche, de l'épaule, du poignet et du pied.

— **Pour les médecins recherchant un appartement.** — L'Association des médecins propriétaires d'immeubles s'offre à servir de lien entre les confrères désireux de trouver des appartements professionnels dans les immeubles qui seront construits par les sociétés bénéficiaires des crédits de la loi Loucheur, ou même de se réunir pour faire construire en obtenant par leur groupement les crédits à intérêts modérés que cette loi permet de leur accorder.

S'adresser au secrétaire général, M. Claret, propriétaire, 135, avenue Malakoff, Paris (XVI[e]).

— **Hôpital de Casablanca.** — M. le D[r] COMTE a été nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux de Casablanca.

— **Hôpital de l'Association des Dames françaises.** *Internat.* — A l'hôpital-école, 93, rue Michel-Ange, Paris, une place d'interne sera vacante au 1[er] janvier.

Les étudiants à scolarité finie sont priés d'adresser leurs demandes avant le 1[er] novembre ou de se présenter, 16, boulevard Raspail, à l'Association des Dames Françaises.

— **Hospices civils de Rouen.** *Internat.* — Un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 15 novembre 1928.

Inscriptions avant le 31 octobre au secrétariat des hospices.

A TRAVERS LES JOURNAUX OFFICIELS

Journal Officiel.

21 *septembre.*

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Un concours sur titres et sur épreuves (épidémiologie, bactériologie, administration sanitaire) pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène des Basses-Pyrénées, aura lieu à l'Institut Pasteur de Paris dans la première quinzaine de novembre 1928.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture des Basses-Pyrénées (1[re] division), avant le 20 octobre 1928, dernier délai et accompagnée des pièces suivantes :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de services ;

6° Un exposé des titres, travaux et services ;

7° Un exemplaire de ses principales publications ;

8° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer exclusivement à ses fonctions.

Le candidat désigné, à la suite du concours, recevra un traitement annuel de 30.000 fr. auquel s'ajouteront des indemnités de résidence et de charges de famille analogues à celles que l'Etat accorde à ses fonctionnaires. Les frais de déplacement lui seront, en outre, remboursés sur justifications et mémoires.

25 *septembre.*

Enseignement de la médecine.

Transformation de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand en école de plein exercice.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre des finances, et du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840 et 12 mars 1841 relatives aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 31 mars 1841 portant création d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie dans la ville de Clermont-Ferrand ;

Vu le décret du 11 juillet 1875, déterminant les conditions d'institution des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études médicales ;

Vu le décret du 26 juillet 1909 portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien ;

Vu le décret du 1er août 1883 relatif aux écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

Vu les délibérations du conseil municipal de Clermont-Ferrand, en date des 1er juillet 1927 et 11 juin 1928, par lesquelles cette ville, en sollicitant la transformation de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand en école de plein exercice de médecine et de pharmacie, s'engage à perpétuité à supporter l'ensemble des frais de cette transformation et à prendre toutes mesures utiles pour que la future école de plein exercice remplisse les conditions fixées par le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ;

Vu la convention conclue le 26 juillet 1928 entre le recteur de l'Académie et le maire de la ville de Clermont-Ferrand, président du conseil municipal ;

Vu la loi du 27 février 1880 (art. 4) ;

Vu l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'Instruction publique,

Décrète :

Art. 1er. — L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand est supprimée.

Art. 2. — Il est créé, à Clermont-Ferrand, une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 3. — L'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand comprend vingt-trois chaires, savoir :

Une chaire d'anatomie.
Une chaire d'histologie.
Une chaire de physiologie.
Une chaire d'anatomie pathologique.
Une chaire de médecine légale.
Une chaire de pathologie interne et générale.
Une chaire de pathologie externe.
Une chaire de médecine opératoire.
Une chaire de bactériologie et d'hygiène.
Une chaire de chimie biologique.
Une chaire de chimie organique.
Une chaire de physique.
Une chaire d'histoire naturelle.
Une chaire de pharmacie galénique.
Une chaire de matière médicale.
Une chaire d'hydrologie.
Une chaire de thérapeutique.
Une chaire de clinique médicale.
Une chaire de clinique chirurgicale.
Une chaire de clinique obstétricale.
Une chaire de chirurgie infantile.
Une chaire des maladies cutanées et syphilitiques.

Art. 4. — L'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand comprend vingt emplois de professeurs suppléants, savoir :

Embryologie.
Histologie.
Physiologie.
Anatomie descriptive et topographique.
Anatomie pathologique.
Pathologie interne et générale.
Pathologie expérimentale.
Bactériologie.
Chimie minérale.
Chimie biologique.
Chimie analytique.
Physique médicale et électricité.
Physique pharmaceutique.
Pharmacie chimique.
Toxicologie.
Histoire naturelle.
Matière médicale.
Pathologie et clinique médicale.
Pathologie et clinique chirurgicale.
Obstétrique

Art. 5. — L'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand comprend cinq emplois de chargés de cours de clinique annexes, savoir :

1° Ophtalmologie ;

2º Oto-rhino-laryngologie ;
3º Pédiatrie ;
4º Neuropsychiatrie ;
5º Stomatologie.

Art. 6. — L'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand comprend quatorze emplois de chef de travaux pratiques et de laboratoires, savoir :

Anatomie.
Histologie.
Physiologie.
Anatomie pathologique.
Médecine opératoire.
Bactériologie.
Chimie minérale et organique.
Chimie biologique.
Physique
Histoire naturelle
Matière médicale.
Laboratoire des cliniques.
Radiologie des cliniques.
Thérapeutique.

Art. 7. — L'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand comprend les emplois ci-après :

Un emploi de préparateur de physiologie.
Un emploi de préparateur d'histologie.
Un emploi de préparateur de bactériologie et d'hygiène.
Deux emplois de préparateur de chimie.
Un emploi de préparateur de physique.
Un emploi de préparateur d'histoire naturelle.
Six emplois de chefs de clinique.
Un emploi de prosecteur.
Un emploi d'aide d'anatomie.
Un emploi de garçon d'anatomie.
Un emploi de garçon d'histologie et bactériologie.
Un emploi de garçon de laboratoire de physiologie.
Un emploi de garçon des laboratoires de chimie et d'histoire naturelle.
Un emploi de garçon du laboratoire des cliniques.

Art. 8. — L'ouverture de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand aura lieu seulement lorsque, après vérification contradictoire entre le délégué du ministre de l'instruction publique et celui de l'autorité municipale, le ministre aura rconnu que tous les aménagements prévus à la convention susvisée ont été réalisés et achevés, que les bâtiments nécessaires ont été affectés à ladite école, qu'en particulier ils sont appropriés aux besoins de l'enseignement et qu'ils sont pourvus de toutes les installations nécessaires pour le bon fonctionnement de l'école.

Art. 8. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 21 septembre 1928.

Pensions militaires.

Décret du 7 septembre 1928 modifiant le Guide-Barème des invalidités en ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie.

Cette modification, qui porte sur les chapitres : Face, Dents, Bouche, Joues, Langue, Nez, Oreilles, Larynx, Pharynx du Guide-Barème, qui sont complètement remaniés, sera publiée, vu son étendue, dans de prochains numéros.

Un tirage à part sera donné en supplément aux souscripteurs de l'Agenda-Memento de 1929, dont les feuilles qui comprennent le Guide-Barème sont déjà imprimées.

Bulletin Municipal officiel de la Ville de Paris.

23 *septembre.*

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année, année 1928-1929 (*concours de médecine*).

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 21 janvier 1929, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saint-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 14 au 26 novembre 1928 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du service de santé, au plus tard le lundi 26 novembre 1929, à 17 heures, dernier délai.

Extrait du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Art. 272. — Chaque année, il est ouvert, pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts qui portent : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

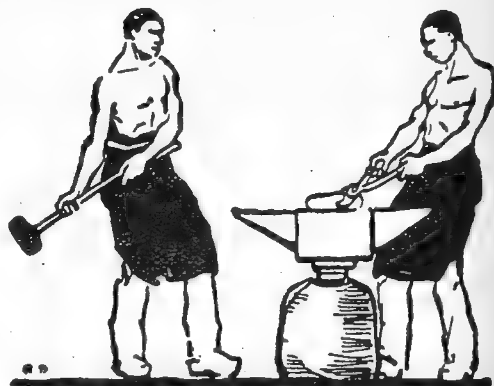
Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces concours.

Art. 273. — Le jury du concours de médecine comprend cinq membres, savoir : cinq médecins.

Ces membres sont pris parmi les médecins chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les médecins des hôpitaux

Pour la constitution du jury du concours de médecine, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins adjoints de ces quartiers ; mais en aucun cas le jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste.

Art. 274. — Les épreuves de ces concours sont réglées ainsi qu'il suit :



1° Un mémoire de médecine, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé, au bureau du service de santé de l'Administration, le 26 novembre au plus tard ;

2° Une composition écrite anonyme sur un sujet de physiologie (sans anatomie) et de pathologie médicale.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux. La lecture sera faite par un interne des hôpitaux désigné par l'Administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en mains les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à la disposition du jury jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration ;

3° Une épreuve de consultation, écrite anonyme. L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Un censeur choisi parmi les médecins des hôpitaux (Bureau central) est chargé :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance ;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

Le candidat a un quart d'heure pour examiner son malade et trois-quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille, ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait lire dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique.

Après la dernière épreuve, les noms des auteurs de chaque copie sont découverts en séance publique ; les deux notes obtenues par chaque candidat sont publiées séparément, puis additionnées pour le classement avec la note attribuée au mémoire.

Il est pris, en vue de la dernière séance de l'épreuve dans chaque section, une précaution spéciale, celle

de réserver, obligatoirement, cinq noms de candidats au minimum pour cette séance.

Dans le cas ou deux ou plusieurs candidats se trouveraient classés *ex æquo* pour l'une des trois récompenses, il y aura lieu de procéder à une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve de consultation écrite anonyme qui sera subie dans les mêmes formes que l'épreuve prévue au § 3e du présent article.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire	20	points:
Pour l'épreuve de composition écrite anonyme	30	—
Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme	20	—
Pour l'épreuve supplémentaire (épreuve de consultation écrite anonyme)....	20	—

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit, dès sa constitution, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau deux jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur des mémoires ; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

Art. 175. — A la suite des deux concours pour les prix ouverts à la fin de chaque année, entre les internes en médecine de quatrième année, comme il est dit à l'art. 272, il peut être accordé deux prix et un accessit.

Le premier prix consiste en une médaille d'or et une bourse de voyage, et le second prix en une médaille d'argent. Il est accordé des livres pour l'accessit. Aucune de ces récompenses ne peut être accordée *ex æquo*.

Art. 176. — Les deux internes en médecine qui auront obtenu la médaille d'or jouiront de la faculté de prolonger pendant une année leurs fonctions dans les hôpitaux. — Ces deux internes pourront choisir leurs places au commencement de cette année. — Ils ne figureront pas dans le cadre et seront adjoints, à titre supplémentaire, au service qu'ils auront choisi.

Ils auront la faculté de bénéficier de leur bourse de voyage, à leur choix, soit avant, soit après leur année supplémentaire.

Fait à Paris, le 15 septembre 1928.

Avis de concours pour le prix Fillioux à décerner aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.

En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur

Voir la suite page LXIII-2867

PROPOS DU JOUR

L'Anthropologie et son enseignement.

L'intérêt qu'il y aurait à remplacer l'inutile année de P.C.N. par une année d'études destinées à l'acquisition de notions d'anthropologie physique.

Comme l'a affirmé M. Henri de Jouvenel, dans le discours qu'il a prononcé à la séance d'ouverture du dernier Congrès de la Confédération internationale des étudiants :

« L'étude qui importe au-dessus de toutes les autres est celle de l'homme, de l'homme vivant.

« L'avenir dépend, a-t-il ajouté, du soin que vous y mettrez, de la manière dont vous la conduirez. Persuadez-vous seulement qu'elle est malaisée, car l'homme ne change pas seulement d'un pays à l'autre, mais d'une année à l'autre, suivant les courants qui traversent les opinions publiques, font et défont les réputations, apportent et remportent les systèmes ».

Cette étude complète de l'homme, et de l'homme vivant, que préconise le sénateur H. de Jouvenel, n'est-elle pas l'objet de l'Anthropologie et de l'Anthrolopologie dans sa plus large acception ?

Tout le monde sait qu'à la France revient l'honneur d'avoir inauguré l'enseignement de l'Anthropologie.

En 1839, Serres, héritant de la chaire d'anatomie humaine où Flourens avait succédé à Portal, en 1832, au Muséum d'Histoire naturelle, obtint qu'elle prit le nom plus approprié de chaire d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ; et ce fut sous le professorat de Quatrefages, qui remplaça Serres en 1855, qu'elle devint la chaire d'Anthropologie.

Ce fut Broca, en 1859, qui, créant la Société d'Anthropologie de Paris, donna à l'étude des Sciences anthropologiques un puissant essor. Le laboratoire d'Anthropologie, rattaché à l'École des Hautes Etudes, et l'Ecole d'anthropologie (1877) avec le Musée Broca, formèrent un centre d'enseignement important. La création de la Société fut le point de départ de fondations analogues dans les autres nations. Cet exemple fut suivi à Londres (1863), à New-York, à Saint-Pétersbourg, à Moscou (1865), à Manchester (1866), à Florence (1868), à Berlin (1869), à Vienne (1870), à Stockholm, à Tifl's (1874), plus tard à Madrid, à Liège, etc., etc.

En 1918, fut créé l'Institut International d'Anthrolopologie qui établit des relations plus étroites entre les anthropologistes des divers pays.

Nous voyons le grand rôle que joue la France dans le développement des Sciences anthropologiques : aussi y a-t-il lieu de s'étonner que ces sciences ne tiennent aucune place dans les programmes de notre enseignement universitaire officiel. L'on ne peut considérer, en effet, comme dépendant de nos Universités, l'enseignement supra-universitaire donné dans certaines chaires du Muséum, du Collège de France, de l'Institut de Paléontologie humaine de Paris, fondé par le Prince Albert de Monaco, et de l'Ecole d'Anthropologie. Ces cours sont trop spécialisés, supposent à ceux qui les suivent des connaissances déjà étendues ; et ceux de l'Ecole d'Anthropologie paraissent plus destinés à former des maîtres qu'à instruire des élèves.

Nous ne pouvons considérer que comme des ébauches d'enseignement les tentatives faites par les Universités de Lyon et de Toulouse, et la création de l'Institut d'Ethnologie de l'Université de Paris.

M. le Pr R. Anthony, du Muséum d'Histoire naturelle et de l'Ecole d'Anthropologie, qui a succédé au Pr Manouvrier comme secrétaire général de la Société d'Anthropologie de Paris, a publié, dans le *Bulletin* de cette société (1), un savant mémoire intitulé : *L'Anthropologie ; sa définition, son programme ; ce que doit être son enseignement.* Dans ce mémoire, M. Anthony déplore que ce soit surtout en France, berceau de l'anthropologie, que cette science soit le plus méconnue même des gens instruits et des savants.

Comme le fait remarquer M. Anthony, l'Anthropologie est une science ontologique, une de ces sciences des êtres, concrètes et particulières, qui appliquent à l'étude d'un être (l'homme dans l'anthropologie), le groupement des connaissances acquises par les sciences des phénomènes, abstraites et générales.

Pour éviter toute discussion et confusion, il appelle *disciplines* ces sciences ontologiques, ces sciences des êtres qui constituent depuis longtemps l'Histoire naturelle, comme l'a observé

(1) *Bull. et mémoires de la Soc. d'Anthropologie de Paris*, 1927, pages 227 et suiv.

justement L. Manouvrier. L'Anthropologie est donc une discipline, branche de la mammalogie, branche elle-même de la zoologie, dont l'étude exige des connaissances scientifiques abstraites et générales (mathématique, mécanique, physique, chimie, et surtout biologie). En pratique, l'Anthropologie dépend presque exclusivement de la biologie, car c'est par son anatomie et sa physiologie, qui constituent sa biologie, que l'homme diffère des animaux.

Comme le demande M. Anthony, nous devons faire entrer la sociologie dans la biologie, car la sociologie dépend de la psychologie, et de plus en plus, l'explication des phénomènes psychologiques dépend de la physiologie. L'ethnographie, étude des coutumes et des usages, doit donc entrer dans l'Anthropologie comme la sociologie ; et l'ethnographie comprend dans son vaste domaine l'étude des vêtements, des habitations, des instruments divers (technologie), des langues (linguistique), etc.

La Préhistoire relève de l'ethnographie, tandis que la paléontologie humaine rentre dans le cadre de l'anatomie anthropologique.

La démographie est encore une branche de l'Anthropologie, étudiant les mouvements de la population ; il en est de même de la géographie humaine. Enfin l'Anthropologie médicale ou pathologique est une branche de l'Anthropologie physiologique.

Quant à l'ethnologie, dont le but est l'étude des peuples, des tribus « tels que la géographie et l'histoire nous les livrent », qui recherche en outre leurs caractères et leurs origines, c'est une science qui s'appuie sur les données de l'ethnographie et de la linguistique, mais ces données sont souvent précaires et parfois décevantes ; tel peuple, par exemple, peut employer un langage emprunté à un autre dont l'origine est bien différente, et la seule base solide qui peut permettre à l'ethnologie de conclure est l'anatomo-physiologie.

Souvent l'on a confondu l'Anthropologie et l'ethnographie, et cela explique pourquoi Wyrouboff lui refusait une place parmi les sciences.

A ce propos, M. Anthony divise l'Anthropologie en deux branches : l'une s'appuie sur des connaissances précises, certaines, même expérimentales, c'est l'Anthropologie physique, anatomo-physiologique, la branche scientifique ; l'autre repose sur des connaissances conjecturales, comme l'ethnographie et ses dépendances, que M. Anthony appelle branche *littéraire* et que nous préférons dénommer *branche historique.* Plus exacts à notre avis sont les termes qu'emploient les Anglais pour qualifier ces deux branches : *Physical Anthropology* d'une part, et *Cultural Anthropology* de l'autre.

Ces deux groupements des sciences anthropologiques empiètent l'un sur l'autre. Les phénomènes psychologiques et sociologiques servent en quelque sorte de pont entre les deux branches, et l'on ne saurait pas plus comprendre l'histoire naturelle de l'homme sans l'étude de ses mœurs et de ses langues que sans celle de son anatomie, ni de sa physiologie.

D'ailleurs, au fond, la même méthode de travail ne doit-elle pas être appliquée à la branche scientifique et à la branche historique (littéraire de M. Anthony), si l'on veut établir leurs connaissances sur des bases solides ? L'étude de l'Anthropologie culturale (historique, littéraire) comme celle de l'Anthropologie physique (anatomo-physiologique, scientifique) ne consiste-t-elle pas en l'accumulation de faits exacts, vérifiés par l'observation ou par l'expérience, et en leur classification ?

Sans doute, il est plus facile, en anatomo-physiologie de vérifier l'exactitude des faits par l'expérimentation et d'essayer d'en déduire des lois immuables, tandis qu'en Anthropologie culturale l'on doit se borner le plus souvent à des conclusions conjecturales, à des hypothèses parfois fragiles, mais il n'y a là qu'une question de degrés. Combien de fois a-t-on été obligé de modifier des lois physiologiques, et de reconnaître qu'elles n'expliquent pas certains phénomènes. Le *fait seul*, tant dans l'Anthropologie culturale que dans l'Anthropologie physique, peut être établi avec quelque certitude.

Il n'y a donc pas lieu d'élever une barrière entre les deux branches culturale et physique de cette science.

C'est cependant cette division qui, du moins en France, paraît avoir nui à l'organisation de son enseignement universitaire.

Dans les tentatives faites dans nos universités, nous voyons celui-ci morcelé ; confié tantôt à la Faculté des sciences, tantôt à la Faculté des lettres, et parfois, pour la partie anatomique, à la Faculté de médecine. Ainsi à Lyon, Ernest Chantre créa, en 1883, à la Faculté des sciences, un cours d'Anthropologie qui, au bout de quelques années, passa, sous le nom d'ethnologie, à la Faculté des lettres, pour être ensuite rattaché à la Faculté des sciences, incorporé à la chaire de géologie. Enfin actuellement, une partie anatomique est enseignée à l'école de médecine, tandis que la paléontologie humaine reste incorporée à la géologie, à la Faculté des sciences.

A Toulouse, un cours d'archéologie préhistorique existe à la Faculté des lettres et quelques conférences d'Anthropologie physique préhistorique sont faites à l'école de médecine.

A Paris, l'Université a fondé un Institut d'ethnologie, surtout destiné à l'usage colonial. M. Anthony fait, en une phrase, la juste critique de cette pseudo-organisation. « Fonder un Institut, dit-il, est, avant tout, comme on le sait, pour l'Université de Paris, réunir sur une même affiche tous les enseignements existants déjà dans ses Facultés, et même dans les établissements supra-universitaires de la capitale (Collège de France et Muséum d'histoire naturelle, par exemple) et qui répondent plus ou moins à un objet déterminé. » En toute sincérité, peut-on appeler cela organiser un enseignement ?

En somme, en France, il n'existe pas d'enseignement universitaire de l'anthropologie, et nous avons vu plus haut que l'enseignement supra-universitaire ou libre constituait plutôt un enseignement complémentaire ou de perfectionnement.

Dans la *Revue anthropologique* d'avril-juin 1928 (1), le Pr Ch. Fraipont expose l'effort fait à l'Université de Liège pour y organiser un enseignement complet et méthodique des sciences anthropolgiques, et il est probable qu'avant peu un doctorat ès sciences anthropologiques y sera créé. Espérons qu'en France, cet exemple sera suivi.

***

Nous croyons à notre tour devoir effleurer la question de l'enseignement de l'Anthropologie, uniquement au point de vue médical. M. Anthony a affirmé que pour être vraiment un anthropologiste, il conviendrait d'être à la fois docteur ès sciences et docteur en médecine. Nous pensons, nous, que pour être médecin, il convient d'être un anthropologiste dans une certaine mesure. D'autre part, M. le Pr Ch. Fraipont fait remarquer qu'on ne peut « raisonnablement soutenir aujourd'hui qu'un médecin légiste, un anatomopathologiste, ignore l'anthropologie physique qui seule, sur des pièces fragmentaires, détermine l'âge, le sexe, la race et l'espèce, qui seule débrouille l'anatomie comparée des Primates ». En nous plaçant à un point de vue plus général et, disons le mot, plus terre à terre, nous trouvons étrange que, dans nos Facultés de médecine, l'on aborde l'étude de l'homme malade avant d'avoir cherché à donner à l'étudiant une idée générale de l'homme normal et sain. N'est-ce pas vraiment un peu en dépit du bon sens ? Les défenseurs du P. C. N. nous diront que cette année d'études spéciales est justement destinée à donner au futur médecin les connaissances générales en sciences naturelles qui peuvent lui permettre d'aborder avec fruit la pathologie et la clinique. Quel est le médecin, professeur, praticien ou simple étudiant, qui ne reconnaîtra pas que cette année d'une scolarité hybride est une année absolument perdue ; qu'en la terminant, les notions acquises par l'étudiant en physique, en chimie, en sciences naturelles sont fort peu de choses, et en tous cas parfaitement inutilisables au cours des études médicales ? Nous pensons qu'il serait infiniment préférable de remplacer l'année de P. C. N. par une année d'études consacrée à l'acquisition de connaissances élémentaires d'Anthropologie physique. Le programme comprendrait des notions d'anatomie humaine en général, avec quelques conférences d'anatomie comparée, de paléontologie humaine et d'anthropométrie. L'on y ajouterait des notions de biologie (chimie biologique et physiologie). Et l'étude, naturellement sommaire de la physiologie du cerveau, serait complétée par quelques conférences de psychophysiologie et quelques causeries sur la préhistoire, sur les doctrines de l'évolution et du transformisme.

Certes, en un an, l'étudiant n'aurait pas acquis des connaissances suffisantes pour se considérer comme un anthropologiste, mais il aurait une idée nette de l'homme, et pourrait aborder avec intérêt et avec fruit l'étude de ses maladies, tout en augmentant ses connaissances trop sommaires en anatomie, en physiologie, en chimie biologique, au fur et à mesure des besoins.

En tous cas, il aurait consacré une année à des travaux intéressants qui auraient meublé son esprit d'idées générales, et qui l'auraient mieux préparé à aborder les études médicales que la dissection d'une sangsue ou quelques préparations chimiques pour lui inutiles, dont il n'aura gardé au bout de quelques mois le moindre souvenir.

La connaissance sommaire, même très sommaire, de l'Anthropologie, telle que nous la comprenons, nous paraît être la meilleure et la plus logique introduction à l'étude de la médecine.

J. Noir.

(1) Pages 113 et suiv. Ch. Fraipont. — L'enseignement de l'anthropologie à l'Université de Liège (Historique).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Sur un cas de polynévrite avec troubles mentaux.

D'après une leçon de M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine (1).

Je commence par un cas complexe. La malade, âgée de 38 ans, entre à l'hôpital le 8 avril 1928, envoyée de l'hôpital Necker. Le début de l'affection remonte à cinq ans environ ; il a été soudain, brutal, par des troubles mentaux et moteurs, avec troubles de la mémoire, perte de la conscience, impotence des quatre membres, troubles pour lesquels la malade a été soignée à Lariboisière, pendant quinze mois ; puis elle est restée dix mois, chez sa sœur ; ensuite, elle a fait un séjour de dix-huit mois à la Charité, d'où elle sortit à la suite d'un esclandre ; elle passa à Necker, d'où, après quatre mois, elle nous fut adressée avec un certificat concluant qu'elle ne peut être maintenue dans la salle commune, parce qu'elle est sujette à des poussées coléreuses au cours desquelles elle fait du scandale ; qu'elle accuse les médecins de se servir d'elle comme sujet d'expériences ; qu'elle se croit *médium.*

Cette malade a des altercations avec son entourage. C'est une coléreuse, mais elle est bonne. Cette association de la bonté avec le caractère coléreux est chose fréquente.

Cette malade accuse les gens de la persécuter. Elle dit que l'infirmière avait reçu des ordres pour lui injecter la syphilis et prétend que cette infirmière l'a fait.

Qu'en sait-elle ? Elle dit : « Il y a quelqu'un qui me parle..... c'est sûr, sûr, sûr ».

C'est le cas de se rappeler la phrase d'Helvétius relativement à l'évidence cartésienne : « M. Descartes ayant négligé de mettre une enseigne précise sur son hôtellerie de l'évidence, chacun se crut en droit d'y loger son opinion ». Pour cette malade, il semble bien qu'elle croit à l'évidence objective de ce qu'elle vient d'affirmer.

Elle croit aussi qu'une machination était montée contre elle.

Tous ces ennuis, dont elle parle, s'en rendait-elle compte au moment où elle dit qu'elle les subissait, ou est-ce seulement après le séjour à Lariboisière, en réfléchissant sur ces évènements antérieurs, qu'elle a pensé que déjà on la persécutait ? S'agit-il en somme d'*interprétations rétrospectives* ?

Ceci a beaucoup d'importance, parce que les interprétations rétrospectives sont un des symptômes les plus caractéristiques de la *psychose interprétatrice.*

Passons maintenant à l'analyse des *hallucinations.* Elles ont les caractères classiques très nets des hallucinations auditives verbales : objectivité sensorielle, extériorité spatiale, automatisme.

Ce serait toujours la même voix qui parlerait à la malade. Elle croit que c'est la voix de son pharmacien.

Cette voix lui parle depuis qu'elle a repris conscience, à Lariboisière, après trois mois d'inconscience.

La malade reconnait que son caractère fut toujours vif, ardent et gai. Elle ne prend pas d'alcool, ou un apéritif tous les trois mois. Elle ne prend jamais de café, ni de rhum, ni de marc.

Tous les organes sont normaux.

La pression artérielle est de 15-9 au Pachon. Le poulsest à 72. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine. Le pH est de 7.

Au point de vue de la motilité, on constate une impotence due aux rétractions musculo-tendineuses. Au membre supérieur, ces rétractions portent principalement sur les fléchisseurs des doigts. Cependant, les mouvements d'opposition, d'adduction, d'abduction et de circumduction sont conservés. L'éminence thénar n'est pas atrophiée. La malade saisit un journal ; on constate qu'elle n'a pas le signe de Froment. Il est facile de mettre en évidence des rétractions tendineuses selon la manœuvre de mon maître, M. Babinski.

M. Babinski a montré qu'il y a, dans les rétractions tendineuses, des différences de grandeur de l'angle de flexion des doigts selon la position qu'on donne à la main. Quand la main est en extension sur l'avant-bras, on ne peut dépasser un angle qui, au contraire, devient plus grand, si on fléchit la main au maximum sur l'avant-bras.

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 2 mai 1928, recueillie en partie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

Les troubles sont beaucoup plus marqués à la main gauche.

A la jambe, la rétraction du tendon d'Achille entraîne une déviation du pied en varus équin.

L'hyperesthésie de la plante du pied est si forte qu'elle empêche la recherche du réflexe cutané plantaire.

On constate à la face dorsale des pieds une vaso-dilatation active : après la cessation de la compression de la peau, la tache blanche disparaissait immédiatement.

Quand on compare les régions atrophiées à celles où la musculature est conservée, par exemple la face antéro-externe de la jambe, avec la partie externe de la cuisse, on voit une anisothermie très nette, une différence de température entre les deux régions, les régions paralysées étant moins chaudes.

Les réflexes du membre supérieur sont perdus, sauf l'olécranien gauche.

Les réflexes rotuliens existent. L'achilléen droit existe encore. L'achilléen gauche est impossible à rechercher.

L'adipose est très marquée au niveau de la face antérieure de la cuisse et contraste avec l'atrophie de la jambe.

Les yeux présentent des sclérotiques bleues, des pupilles très larges, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Le lobule de l'oreille n'est pas décollé.

La malade a des gestes vifs, une attitude assez agressive.

Elle a de l'instabilité de l'humeur. Ses paroles sont prononcées par à-coups.

Elle ne lit rien ; elle a perdu la notion du temps et se croit en 1930 ou 1931.

Elle reconnaît bien les divers objets, ciseaux, crayons, pipe, etc., qu'on lui présente, elle les nomme par leur nom.

Elle entend toujours une voix, alors que tout le monde fait le silence autour d'elle. C'est une voix d'homme, avec un timbre sourd.

Quelquefois, dit-elle, « nous bavardons ». Elle répond aux voix par la pensée.

Il y a là les trois caractères nécessaires pour reconnaître une hallucination sensorielle véritable : l'extériorité spatiale, l'objectivité sensorielle et la passivité. Cela se produit sans que la malade le veuille, et au moment où elle s'y attend le moins.

D'après les renseignements fournis par la malade, on peut dire qu'il s'agit d'une *hallucination auditive verbale*, et non pas d'une hallucination psychique de Baillarger.

Autre fait important : ces conversations ont succédé immédiatement à l'épisode de Lariboisière. Les manifestations du côté des membres inférieurs et des membres supérieurs datent à peu près de la même époque. A ce moment, la malade est restée pendant trois mois vraisemblablablement confuse, car elle n'en garde aucun souvenir. Examinons maintenant la *mémoire*.

Si on demande à la malade de rappeler les objets qu'elle a vus tout à l'heure dans une boîte, un bouchon, une ficelle, un canif, etc., elle n'arrive pas à les évoquer tous, mais si on les lui montre, elle répond bien.

Par conséquent, *elle n'a pas l'amnésie de fixation, qu'on observe dans la psychose polynévritique.*

Cette malade est très complexe. C'est une femme, qui, d'une part, à des manifestations *motrices* des quatre membres, et, d'autre part, des troubles *mentaux.*

Un examen très rapide montre que ses manifestations motrices sont dues à une *polynévrite.* Inutile d'insister. C'est évident. Il y a les signes classiques de la polynévrite, la prédominance au niveau des parties distales des membres avec conservation, au contraire, de la motilité et de la trophicité des parties proximales, sans aucun trouble sphinctérien.

D'autre part, cette malade a des troubles mentaux non moins évidents.

Avons-nous affaire à une *psychose de Korsakof?* C'est, en effet, Korsakof qui, en 1897, dans sa thèse, a décrit chez les polynévritiques des troubles mentaux. Il a appelé psychose polynévritique un syndrome très spécial, formé essentiellement par trois ordres de manifestations, variables suivant les cas : les manifestations confusionnelles, les manifestations délirantes, les manifestations amnésiques.

Gilbert Ballet, en conséquence, a décrit trois variétés de psychose de Korsakof : une variété *délirante*, une variété *amnésique*, et une variété *confusionnelle.*

Mais, lorsqu'on approfondit les troubles psychiques observés, lorsqu'on fait de la psychopathologie, on s'aperçoit que l'essence même de la psychose de Korsakof, c'est l'*amnésie de fixation*, caractérisée par la conservation de la mémoire des faits anciens, avec oubli immédiat des faits récents.

Il résulte de cette amnésie de fixation un deuxième élément caractéristique, c'est la *fabulation*, c'est-à-dire une exagération des facultés imaginatives.

L'amnésie de fixation est compensée par une fabulation qui entraîne des illusions, de fausses reconnaissances.

Chez cette malade, nous n'avons pas affaire au syndrome de Korsakof, car elle n'a pas du tout d'amnésie de fixation ; elle n'a qu'une légère diminution de la mémoire d'évocation : sur dix objets montrés, puis mis dans une boîte opaque et fermée, elle n'en retrouve spontanément que cinq, mais, quand on lui dit les objets qui sont dans la boîte, elle les reconnaît immédiatement

comme y étant, et si on lui nomme un objet qui n'y est pas, elle reconnaît qu'il n'y est pas.

D'autre part, elle n'a pas de fabulation compensatrice.

De plus, si elle est un peu désorientée dans le temps, elle n'a pas la désorientation complète qu'on voit dans la psychose de Korsakof. Elle est désorientée dans le temps, parce qu'elle ne s'occupe à rien.

Elle a conscience de l'endroit où elle est, elle n'a pas la désorientation dans l'espace, qui est de règle dans le syndrome de Korsakof, et qui résulte de l'amnésie de fixation.

Par conséquent, c'est une polynévrite avec troubles psychiques ; ce n'est pas une psychose polynévritique.

Les *troubles mentaux* qu'on observe chez cette femme sont de *trois ordres*.

Elle a des *hallucinations auditives verbales*, avec leurs trois caractères : le caractère automatique, le caractère d'extériorité spatiale, et le caractère d'objectivité sensorielle.

Elle a un *syndrome interprétateur*, avec idées de persécution. Nous retrouvons ce qui caractérise l'interprétation délirante, c'est-à-dire des jugements viciés, reposant sur des bases où il y a un élément exact.

De plus, dans la psychose interprétatrice, on trouve très souvent ces interprétations rétrospectives, c'est-à-dire qu'en ruminant les souvenirs de manifestations observées autour d'eux, ces malades arrivent à trouver des explications de faits anciens.

Enfin, cette malade a un état d'*euphorie*, d'humeur gaie, qu'on voit dans les états légers d'hypomanie. Elle n'a jamais eu d'état de dépression.

Cet état d'hypomanie peut être constitutionnel, en rapport avec le caractère.

Ces manifestations ont-elles un rapport indirect avec la polynévrite ?

L'épisode aigu de Lariboisière paraît avoir eu un caractère *confusionnel*, car nous retrouvons ici l'amnésie lacunaire (trois mois d'inconscience).

Cet épisode a peut-être été d'origine infectieuse, parce que nous ne trouvons pas d'intoxication.

D'ailleurs, les déformations, qu'on observe chez cette femme, avec prédominance de l'atrophie sur certains muscles moteurs des doigts, ne rentrent pas dans le type de la polynévrite alcoolique.

Je croirais volontiers qu'il y a eu un épisode confusionnel aigu, en rapport avec une toxi-infection. Il n'est pas très rare, en pareil cas, de voir persister comme des lambeaux, des reliquats, du processus confusionnel. Régis a insisté sur les *idées fixes post-oniriques*. Il peut de même y avoir des *hallucinations post-confusionnelles*.

Cet épisode confusionnel n'explique certainement pas tout. Il y a chez cette femme un *état constitutionnel*.

L'état d'hypomanie, qui se caractérise par cette euphorie et cette facilité aux colères, est-il assez marqué pour entraîner par lui-même le syndrome interprétatif ? Je ne le crois pas. Les cas, où l'on voit des interprétations délirantes secondaires à l'hypomanie, sont des cas où l'hypomanie est beaucoup plus marquée, et où la rapidité des processus mentaux fait que l'individu n'a presque plus conscience que cela se passe en lui ; il arrive ainsi à des *idées d'influence*. J'ai observé un cas de ce genre avec M. Logre, à Sainte-Anne.

Ce n'est pas le cas ici. Je croirais plutôt que la psychose interprétatrice, de même que l'hypomanie, sont ici fonction d'un *caractère constitutionnel*.

Trouvons-nous chez cette femme des manifestations objectives pouvant faire penser à la possibilité de troubles constitutionnels ? Incontestablement, cette femme a des tares constitutionnelles, morphologiques : elle a des sclérotiques bleues, et elle est *hypertrichosique*. Il y a longtemps que Dupré a insisté sur les troubles psychiques chez les femmes à barbe. Ces signes ne sont pas suffisants pour penser à l'hérédo-syphilis, mais peuvent expliquer les troubles mentaux.

Que faut-il penser de son *délire de médiumnité* ? Je crois que c'est une manifestation de ses interprétations délirantes.

L'état humoral permet-il d'expliquer la persistance de certaines de ces manifestations, particulièrement des hallucinations ? C'est possible, étant donné que le pH est très élevé (7,4) et qu'il y a par conséquent tendance à l'alcalose.

LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

III

Nouveaux procédés chirurgicaux de correction du prolapsus mammaire,

Par

Mme le Dr Noel,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

et M. le Dr Lopez-Martinez, de Buenos-Ayres,

A l'heure actuelle, la question de la chirurgie esthétique des seins intéresse non seulement les esthétistes et les chirurgiens, mais encore les dermatologistes et les simples praticiens.

En effet, tous peuvent être consultés au sujet d'interventions ardemment désirées par les femmes qui en ont besoin, et beaucoup d'entre eux sont incapables de donner un avis autorisé parce qu'ils connaissent mal la question.

D'ailleurs pour ceux qui l'ont étudiée complètement, le problème est toujours difficile, et la multiplicité des articles publiés sur ce sujet (particulièrement à l'étranger depuis plusieurs année) prouve que chacun est désireux de mettre au point cette grave question.

En dehors des besoins d'esthétique pure, nécessités uniquement par l'amour de la beauté, certaines p ofessions exigent une plastique, sinon absolument impeccable, tout au moins suffisante (danseuses, gymnastes, mannequins, modèles). L'hypertrophie mammaire avec ptose, l'atrophie mammaire avec allongement, constituent des infirmités, qui, lorsqu'elles atteignent certaines proportions, empêchent celles qui en sont porteur de mener une vie normale, de pratiquer les sports, de se vêtir comme tout le monde. Ces inconvénients amènent souvent non seulement des troubles physiques (douleurs, déviations) mais encore un état psychique pouvant aller de la simple tristesse à la neurasthénie, à la folie et au suicide.

Une autre catégorie à laquelle on n'a pas pensé est composée de femmes de tous âges, qui voient leur ptose mammaire (le degré de celle-ci n'entrant pas en ligne de compte), se compliquer d'eczéma chronique des plis sous-mammaires, de macération avec fentes extrêmement douloureuses, de suintement malodorant, misères provoquant, chez les patientes qui en sont atteintes les mêmes idées fixes de célibat ou de solitude, la même neurasthénie, que chez celles qui souffrent exclusivement d'une structure anormale.

C'est parce que j'ai été appelée à opérer plusieurs de ces cas psycho-dermatologiques, que je me permets d'en signaler l'importance aux spécialistes de la peau.

Pour tous les praticiens, deux grands problèmes se posent au point de vue des responsabilités professionnelles que comporte le conseil d'une telle intervention.

1° Problème des risques.

2° Problème du résultat esthétique.

Avant de les examiner, nous passerons en revue très rapidement les méthodes les plus en honneur, les interventions les plus usitées. Nous ne ferons que rappeler :

Les interventions pratiquées dans l'aisselle (1). Elles s'adressent aux ptoses très légères,

Fig. 1.

du premier degré, atteignant de petits seins ronds *non atrophiques* qui en bénéficient beaucoup plus que les autres (fig. 1). Ce procedé écarte un peu les seins, défaut dont la patiente doit être soigneusement avertie, si elle réclame ce mode d'opération, ce qui arrive parfois, car il est très séduisant.

Il faudra également la prévenir qu'une cicatrice axillaire est quelquefois large, irrégulière et peut présenter des tendances à la chéloïde.

La mastopexie par incision et résection cutanée verticale sub-aréolaire et fixation glandulaire

(1) Dartigues. — *Archives franco-belges de chirurgie*, n° 4 avril 1925.

mammo-pectorale (1) pourra rendre des services dans les ptoses du deuxième degré (fig. 2) avec peau résistante, sans vergetures, et sans ten-

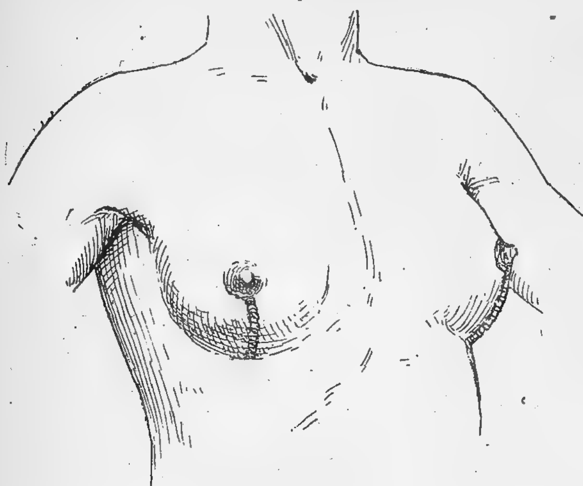


Fig. 2.

dances à la chéloïde. On comprendra qu'elle s'adresse plutôt aux seins étalés qu'aux seins allongés.

Tout dernièrement, Joseph, de Berlin proposait une intervention latérale, dont la reproduction (fig. 3) du dessin, fera tout de suite comprendre le mécanisme. Lui aussi, insiste sur ce fait, que seuls, les cas légers peuvent en bénéficier (2).

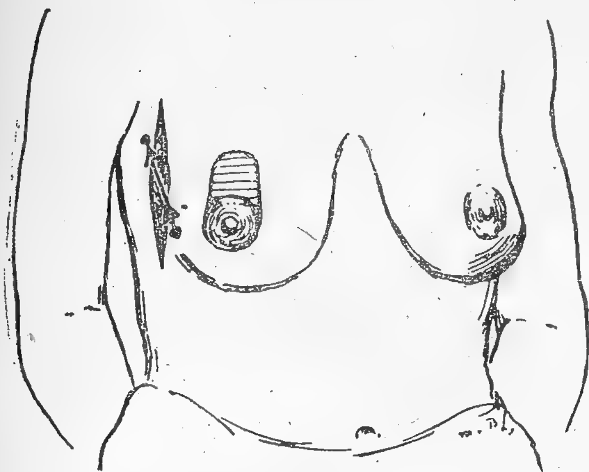


Fig. 3.

Actuellement, l'intervention *universellement* adoptée, aussi bien en Amérique qu'en Europe, est celle, appelée « Transport du mamelon ».

Cette intervention pratiquée, pour la première fois en France, par Morestin, en 1909 (3), et que j'ai eu le bonheur de voir personnellement réaliser par ce grand maître, alors que j'étais toute jeune étudiante, a tenté la plupart des chirurgiens qui s'intéressent à l'esthétique. Les uns la font en deux temps, comme Morestin, les autres la font en un temps. Elle est la préoccupation évidente des esthétistes. Dans un excellent arti-

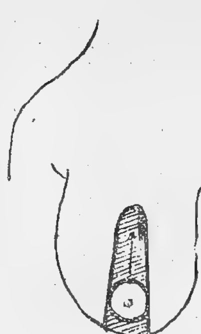


Fig. 4.

4 bis.

cle, Frau Dr. Emma Glaesmer et Dr. Rudi Amersbach (*Munchener Mediz. Woch.* du 25 juillet 1927) résument les procédés employés par Lexer Kraske (dessin 4), Lotsch (4*bis*), Joseph (dessin 5) et eux-mêmes (dessin 6), manière de

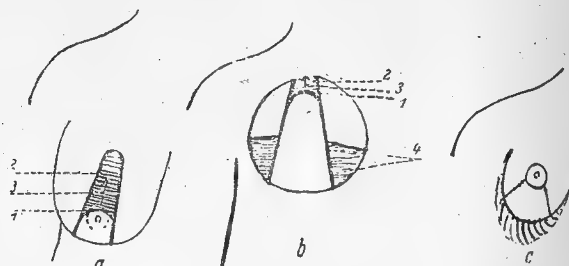


Fig. 5.

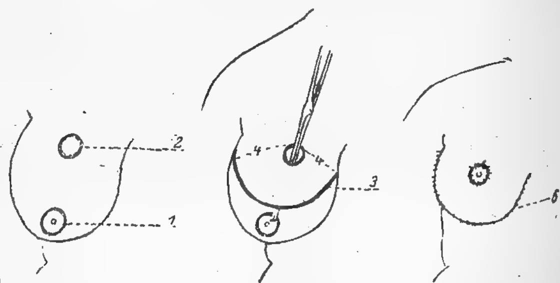


Fig. 6.

Morestin avec quelques légères modifications de détail et en un seul temps.

Nous pensons être utiles en présentant les schémas de ces diverses interventions. Ceux qui voudront en examiner les résultats, pourront se reporter aux articles énumérés dans la bibliographie qui suit cet article, pour les juger eux-mêmes.

Les divers procédés chirurgicaux étant passés rapidement en revue, comme nous l'avons dit, deux grands problèmes se posent au sujet de

(1) Dartigues. — *Archives franco-belges de chirurgie*, n° 4, avril 1925.

(2) Joseph. — *Deutschen medizinische Wochenschrift* n° 44, 1927.

(3) Société de chirurgie de Paris, 20 octobre 1909.

l'intervention, nous le répétons, la plus usitée, dite « transport du mamelon », et nous les envisagerons avec impartialité, mais selon la conception sociale de la chirurgie esthétique que nous nous sommes imposée.

Risques à courir.

A) L'intervention, pratiquée le plus souvent, d'après mon enquête personnelle, sous anesthésie générale (réellement plus pratique), présente de ce fait certains dangers, l'anesthésie durant au moins deux heures quelquefois davantage lorsque l'opération est faite en un temps.

Or, tout médecin connaît les inconvénients de l'anesthésie générale, et surtout de l'anesthésie générale prolongée. Lorsqu'il s'agit de l'ablation d'organes dont les lésions compromettent la santé ou la vie, celle-ci est obligatoire. Est-il possible de raisonner de la même manière lorsqu'il s'agit de seins à réparer ? Pour cette raison, je n'hésite pas à dire que l'opération pratiquée en deux temps sous anesthésie locale, est, socialement préférable, même si l'opération en un temps est plus élégante et plus commode.

B) L'opération du transport du mamelon immobilise les patientes un certain nombre de jours, deuxième inconvénient pour celles qui travaillent.

C) Elle comporte un décollement important puisqu'il s'agit d'une décortication complète du sein, à l'exception de l'aréole et du mamelon, gros inconvénient, gros riqsue !

On connaît un certain nombre de cas de nécrose, de sphacèle, qui ont immobilisé les patientes *devenues alors des malades*, pendant des semaines, des mois....

Personnellement, j'ai été consultée pour une grande septicémie ; une autre fois, pour un double érysipèle, enfin, trois fois encore, pour des nécroses importantes. Les jours de ces malades furent en grand danger, et il faut avoir le courage de le dire, on connaît des cas de phlébite prolongée et même des cas de mort.

Ces mauvais résultats ont été soigneusement cachés par les familles des victimes elles-mêmes, en raison de la nature de l'intervention ; quoique rares, ils n'en existent pas moins, et au hasard de mes voyages j'en ai connu l'existence également dans leur pays au cours des conversations que j'avais sur ce sujet avec mes collègues étrangers.

Des fautes avaient peut-être été commises, dira-t-on ? Dans les cas de nécrose, les vaisseaux n'avaient peut-être pas été suffisamment respectés ?

Problème délicat, critiques faciles.. à distance ?

Quel chirurgien, même très réputé et de grand talent, n'a pas eu de déboires ou de complications imprévues ou inexpliquées malgré toutes les précautions prises ?

Toujours au point de vue social, la même question se pose donc. Sans nécessité de santé pour une réparation de seins, une femme, souvent mère de famille, doit-elle courir les risques dont j'ai parlé ?

A chacun de répondre face à face avec sa conscience.

Si l'intervention est sollicitée, avant de la pratiquer, il faut que la patiente soit prévenue de ces risques, fussent-ils même très rares je le répète. Ceci est un devoir impérieux, qui incombe à tout esthétiste.

Pour ces raisons encore, les opérations qui limitent le décollement sont à préférer et en particulier celle de Joseph indiquée plus haut (dessin 5) qui limite aussi les risques et malgré les deux cicatrices latérales supplémentaires qu'elle comporte.

Il y a peu de temps, Joseph, en même temps

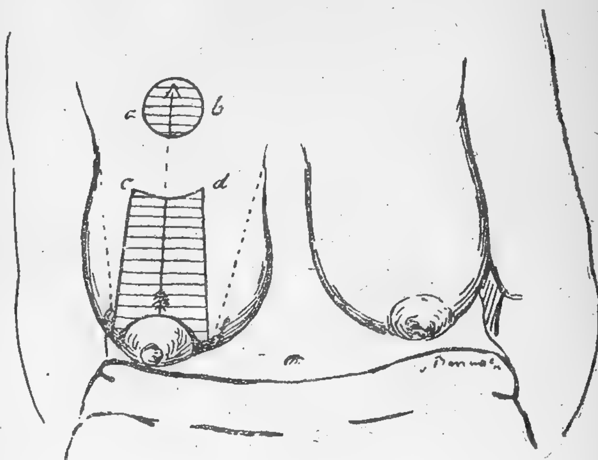


Fig. 7.

Fig. 7 *bis*.

que le procédé latéral cité plus haut, indiquait un nouveau procédé personnel, en deux temps, de transport du mamelon (dessins 7 et 7*bis*), facile à comprendre par le schéma ci-contre. Après la première intervention il existe une pli-

cature des téguments formant une sorte de poche, et qui disparaît avec la seconde intervention.

Résultat esthétique.

Grandes ptoses. — Au point de vue de ce que j'appelle « les grandes infirmités mammaires » : hypertrophies énormes, allongements exceptionnels, asymétries considérables, l'opération du transport du mamelon est la seule recommandable. Est-ce à dire que le résultat esthétique soit merveilleux ?... Dans les cas présents, là n'est pas la question, le résultat, même s'il est médiocre étant préférable à l'infirmité préalable, la femme devant être assez raisonnable pour s'en contenter. Il faut cependant reconnaître que c'est dans ces grandes infirmités que le bon résultat est le plus facile à obtenir en raison de l'étoffe dont on dispose. Néanmoins, nous étudierons plus tard, dans cet article, un nouveau procédé capable d'améliorer encore singulièrement le résultat final.

Petites ptoses. — Le problème est tout autre, quand il s'agit de seins atrophiques petits, plats et tombants, ou de seins assez pleins, ronds, petits ou moyens, prolabés de 6 à 14 centimètres !... La plupart du temps, le résultat esthétique ne satisfait pas les femmes opérées. Ou bien le sein est parfaitement relevé à la manière des statues antiques (cela est d'ailleurs très rare), mais la cicatrice du pli sous-mammaire est extrêmement visible, souvent rouge pendant des mois, pour ne pas dire davantage, ou bien cette cicatrice est cachée par un affaissement du sein plus ou moins important, et celui-ci présente alors un aspect aplati, très inesthétique, le faisant ressembler — on me pardonnera l'expression — à un coussin rond très usagé. Quant à l'aréole et au mamelon, rarement ils se trouvent à l'extrémité d'un cône arrondi à base plus ou moins évasée, comme cela est naturel, non seulement dans les seins de bonne forme, mais encore dans les seins tombants.

Le plus souvent, l'aréole est placée trop haut, à plat sur le gril costal ; elle ressemble à une large pastille sombre, de forme plus ou moins allongée en bas et en dehors, au milieu de laquelle se dresse le mamelon. Les femmes qui sont porteur de cette « anomalie fabriquée », ne peuvent pour ainsi dire plus se décolleter autrement qu'avec de petites échancrures rondes, qui ne s'entr'ouvrent pas facilement. Les décolletés carrés ou pointus leur sont interdits, car au moindre mouvement la tache sombre apparaît. Il faut bien avouer que la plupart de ceux qui l'aperçoivent sont loin de se douter qu'à cet endroit se trouvent une aréole et un mamelon ! et un soir, après un dîner, j'assistai à la réflexion que fit une jeune femme à une de ses cousines qui se penchait très légèrement en avant : « Fais attention, lui dit-elle, précipitamment, on voit tes ventouses !!! » ..... Sa parente étant très enrhumée, elle s'imaginait, que cette dernière s'était fait appliquer ce moyen thérapeutique ! Je vis avec étonnement les yeux de l'opérée s'emplir de larmes ; quelques jours après, ayant remarqué que j'avais été très surprise de cette tristesse subite et inexplicable elle vint me raconter ses désillusions. Hélas ! il n'y avait rien à faire, aucune correction à espérer...

Je connais encore une jeune femme qui dut quitter à cause de cela sa profession de mannequin dans une grande maison de couture, pour entrer dans une maison de tricots et costumes de sport, de bien moindre importance, là où on essayait des vêtements plus montants. « Et encore, me disait-elle, c'est un souci perpétuel pour moi, je fais des prodiges pour éviter que mes compagnes soient instruites de mon malheur, lorsque nous passons des costumes »... Celle-ci, opérée d'après la première méthode de transport du mamelon, de Joseph pour seins très petits et très flasques, avait, sur une surface complètement plate, des cicatrices extrêmement rouges, occupant le pourtour de l'aréole, ce qui devait être autrefois le sillon sous-mammaire et deux cicatrices, allant de l'aréole, à ce pseudo-sillon. Pourtant l'opération datait de trois années.

Ces deux cas sont pris au milieu d'une quantité d'autres.

Beaucoup de protestations s'élèveront à la lecture de ces lignes. Ma réponse est toute prête : regardez les gravures des cas petits et moyens courageusement proposés à votre examen, dans les articles parus, et vous constaterez la véracité de mon jugement.

Ceci n'est pas une critique. Je sais par expérience personnelle que la chirurgie des seins est une chose très délicate et très difficile.

Je sais que dans le transport du mamelon, le lambeau dont on dispose dans les petits cas, est extrêmement court ; mais les faits sont indéniables ; les cas très bien réussis ne constituent pas la majorité. Et en voyant la correction de certains petits seins tombants, on se demande s'il n'eût pas été... aussi bien de les laisser dans leur état primitif, moins gênant pour la patiente.

On me répondra que les cas présentés étaient des premiers cas : cela est possible — on améliore toujours sa technique avec de l'expérience et de la conscience, mais j'ai feuilleté de nombreuses collections photographiques, apprécié mes résultats personnels par ce procédé, et surtout vu de nombreuses opérées sortant des mains d'*excellents* chirurgiens français et étrangers, au talent indéniable et qui venaient en larmes, se plaindre des résultat obtenus, soit dans leur pays, soit dans le nôtre.

A toutes je répondis invariablement ce que

j'ai dit plus haut : « La chirurgie des seins est une chirurgie très difficile, très ingrate, souvent décevante, dans laquelle il est malaisé, par cette technique opératoire, d'apprécier d'avance, exactement et même au cours de l'intervention, le résultat que l'on obtiendra ; chirurgie d'autant plus difficile qu'elle s'adresse à une des parties du corps les plus admirée »...

Il faut donc savoir reconnaître que si on voit beaucoup de cas satisfaisants, beaucoup aussi donnent lieu à des critiques, je ne dis pas justifiées, en raison de la difficulté même, mais vraiment évidentes et pleines de bon sens.

D'une part, risques à courir, d'autre part, constatation fréquente de résultats imparfaitement esthétiques dans les cas petits et moyens (les grandes hypertrophies) et les grands allongements étant, je le répète, exceptés), m'ont amenée à chercher un autre moyen de corriger

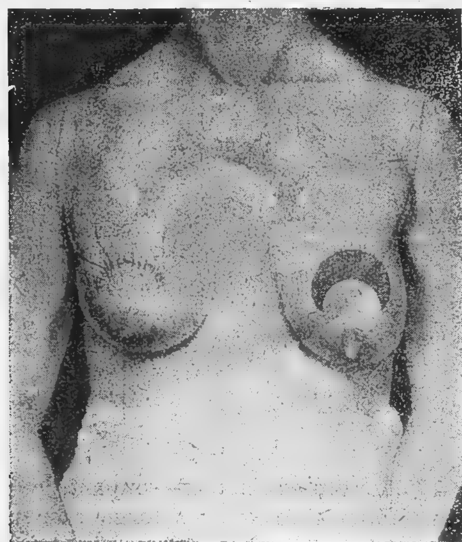


Fig. 8.

le prolapsus mammaire, en n'arrêtant pas les femmes dans leur vie de travailleuses, et en ne laissant que la cicatrice péri-aréolaire, c'est-à-dire celle qui s'efface le plus facilement.

J'ai pensé que l'ablation bien calculée et en forme de croissant, d'une partie des téguments mammaires, devait donner un résultat suffisant (renouvelable d'ailleurs, si cela était utile, ce qui, d'ailleurs, ne s'est pas encore présenté) et faisant retrouver au sein une forme normale.

La femme étant assise, ayant mesuré la longueur qui existe de la clavicule au mamelon et la longueur qui devrait exister si le sein était en situation académique, par une simple soustraction, je sais de combien celui-ci doit être remonté. La mesure du tissu à éliminer varie entre 6 et 14 centimètres. Au delà il faut recourir au transport du mamelon.

Le diamètre de l'aréole étant mesuré je trace le dessin sur le papier, et je vois de suite si une, deux ou trois retouches seront nécessaires pour corriger l'allongement constaté. Je découpe dans

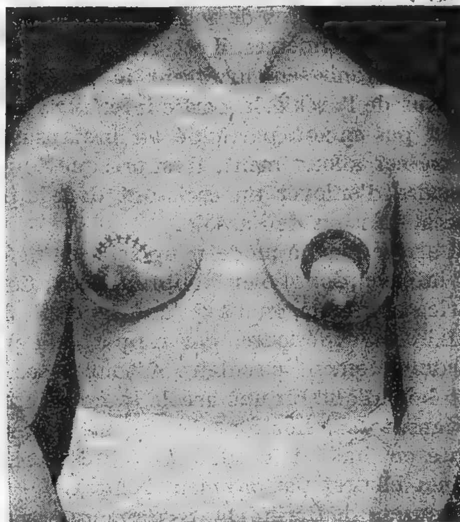


Fig. 9.

du papier le dessin de l'aréole, puis les patrons des croissants représentant les interventions successives, la cicatrice précédente devant toujours disparaître avec la nouvelle ablation de téguments (dessins 8, 9, 10).

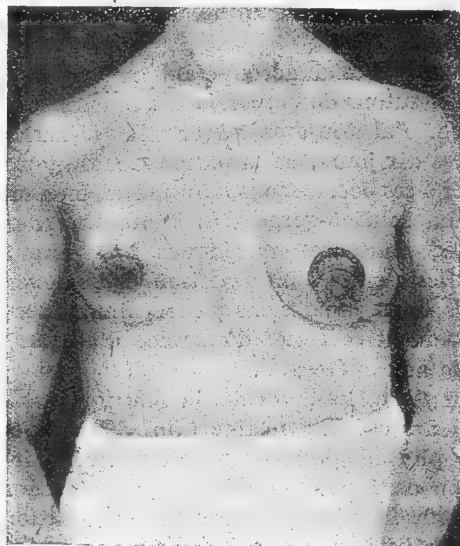


Fig. 10.

Les interventions doivent se rapprocher de plus en plus de l'aréole, la dernière se confondant avec elle, ou même la diminuant, ce procédé ayant tendance à l'élargir à cause de la tension. Lorsque les seins sont très *étalés, on* a quelquefois besoin de placer son croissant,

soit, plutôt sur le côté interne de l'aréole, soit sur le côté externe, s'il est inégalement étalé et ptosé, soit à la fois sur le côté interne et le côté externe s'il est également étalé. Ceci s'apprécie parfaitement en pinçant avec les doigts les téguments relâchés.

Dans les descentes de seins qui ne dépassent pas 8 à 10 centimètres, il est fréquent que l'on puisse intervenir seulement sur la partie située au-dessus de l'aréole, la partie inférieure du sein n'ayant pas encore participé au prolapsus.

Passé cet allongement, il est presque toujours nécessaire d'enlever un croissant dans la partie située au-dessous de l'aréole.

On arrive ainsi à modeler un sein, en deux ou trois interventions bien appropriées. Comme cicatrice terminale, on n'a qu'une ligne soit demi-circulaire et supérieure, par rapport à l'aréole, soit complètement circulaire autour de celle-ci. Il est bon d'obtenir une aréole légèrement ovalaire dans le sens horizontal et même légèrement oblique en bas et en dedans (après quelques semaines elle est parfaitement ronde).

Axhausen, de Berlin (1), recommande en effet très justement, dans le transport du mamelon, (et ceci prouve sa grande expérience), de tailler la nouvelle fenêtre de l'aréole oblique en dedans et en bas, le poids du sein ramenant en peu de temps par sa traction habituelle en bas et en dehors, l'aréole à une forme circulaire normale.

Ceci amène à penser que le docteur Dartigues qui a fait faire un excuseur circulaiee très commode devrait nous rendre le service d'en faire construire un légèrement ovalaire qui nous serait aussi fort utile.

Jamais, je n'ai découpé un anneau laıge et complet autour de l'aréole, dans la crainte d'une nécrose. J'ai toujours obtenu la cicatrisation dans les dix jours, et la patiente a toujours pu vaquer à ses occupations habituelles, bien pansée dans un soutien-gorge très serré. Une de mes clientes, danseuse, n'a jamais interrompu ses répétitions entre l'intervention et l'enlèvement des fils, mais je ne viens pas recommander tout spécialement ce genre d'exercice d'ailleurs très pénible aux opérées...

Pour l'anesthésie locale, la solution employée a toujours été la syncaïne Clin, diluée avec du sérum physiologique de manière à obtenir une solution de 1 pour 400 (2 gouttes d'adrénaline à 1/1000 sont ajoutées par 10 cc. de solution).

L'anesthésie a toujours été parfaite.

L'hémostase doit être particulièrement soignée et les *plus petits vaisseaux liés au catgut* 000 *de façon à éviter l'hématome même le plus minime.*

La question qui se pose à tous les esprits en voyant les patrons proposés est celle-ci : étant donnée la forme du lambeau, commearrive-t-on à suturer une grande courbe avec une petite courbe la suture devant être plate et lisse ?

En effet, en général, la grande courbe est à peu près le double de la petite.

Pour les peaux extrêmement élastiques, il est nécessaire de suturer d'abord à points séparés et en trichant très légèrement en biais, avec des crins de Florence moyen et fin, en commençant par les pointes, pour ramener l'ampleur vers le milieu de la courbe et même plutôt vers le côté supéro-interne du sein, pour le repousser en dedans.

Parfois le tissu est si élastique, que l'affrontement se fait à l'exception de quelques fronces très minimes qui disparaissent dans les huit jours qui suivent l'enlèvement des fils.

Parfois, au contraire, le tissu est plus résistant et le surplus de tégument doit être réparti en 3 ou 4 pinces (fig. 11) que l'on fait disparaître à l'aide des ciseaux en coupant le petit triangle plié en deux qui les forme ; on suture avec un ou deux points de fil de lin très fin, en employant une aiguille de couturière. Ces points sont coupés après 3 ou 4 jours, et laissent des traces insignifiantes.

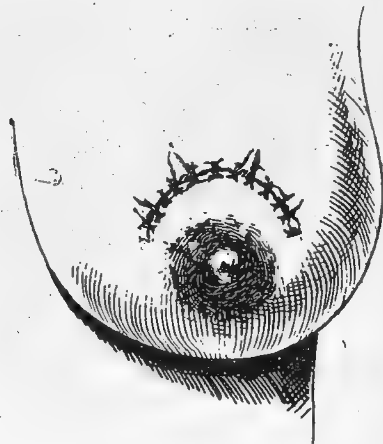


Fig. 11.

Pour les peaux très résistantes, il est bon, au contraire, de commencer la suture sur la partie la plus large du croissant, en trichant seulement légèrement sur la suture. Il en résulte aux deux extrémités une petite poche qui disparaîtra lors de l'intervention sub-aréolaire ou, s'il s'agit d'une dernière intervention, que l'on enlèvera immédiatement, en taillant un petit triangle dans l'aréole même ; les points de suture n'y laissant que des traces infimes. Lors de la dernière intervention, la suture doit être tout particulièrement soignée. On pourra soulager la tension superficielle par des points de catgut profonds amenant au contact le plan profond de la peau d'une lèvre de la plaie avec le plan profond de la peau de l'autre lèvre. La partie superficielle ainsi adossée, sera suturée alternativement par

(1) *Medizinische klinik Wien*, Prag., Berlin, 22 sept. 1926 : Ueber mammaplastik Axhausen.

un point séparé et par un point en U qui sera toujours noué du côté de l'aréole.

Les fils sont enlevés du huitième au dixième ou douzième jour, et remplacés par de petites bandelettes de gaze Tétra découpée dans la lisière des mèches de même marque, larges d'un demi centimètre, longues de 2 centimètres, trempées dans du collodion ; celles-ci tombent d'elles-mêmes après quelques jours.

Dans certains cas, j'emploie aussi des fils d'argent que je tourne sur eux-mêmes plusieurs fois. Le dixième jour, je les détourne et je les laisse à plat, sans les enlever, de sorte que si dans les 24 heures un petit écartement se produisait il serait facile d'y remédier, en tournant de nouveau sur eux-mêmes, celui ou ceux qui y correspondraient. Cet emploi des fils d'argent s'applique surtout aux téguments très épais.

Pour faire les sutures au fil d'argent, ou au crin j'emploie une aiguille à injections intra-musculaires, assez longue, dans laquelle j'introduis le fil rigide, de sorte que la peau est aussi ménagée qu'elle peut l'être. Pour cette raison j'ai, pour ainsi dire, généralisé la méthode comme je l'ai dit dans le chapitre précédent, pour toutes mes opérations esthétiques.

Un de mes élèves italiens, le Dr Cesari, de Bologne, eut l'idée de calculer exactement la différence entre les deux courbures, et de tracer d'avance sur la grande courbure du patron un certain

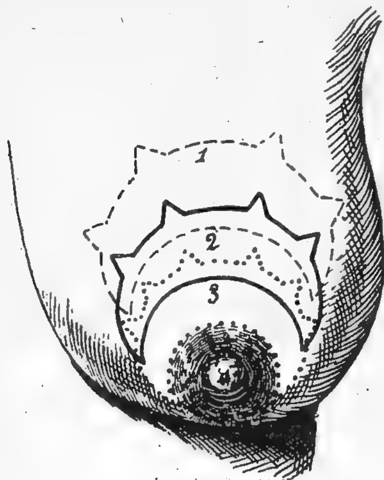


Fig. 12.

nombre de triangles, dont la somme des bases correspondait à la différence des courbes. Ces triangles placés à égale distance étaient incisés (fig. 12) en même temps que la courbe supérieure et suturés au fur et à mesure, pour éviter la hernie du tissu glandulaire.

Le moyen était si séduisant que je l'appliquai immédiatement et avec succès.

Le hasard avait voulu que cette méthode fût employée par moi plusieurs fois de suite sur des seins assez volumineux, à peau très souple et très fine. Ayant voulu l'appliquer dans toute sa rigidité mathématique, sur des seins petits et flasques à peau moins élastique, j'obtins une correction *exagérée*, due aux triangles des extrémités du croissant, triangles un peu trop importants pour la souplesse du tissu malgré leur exactitude géométrique. Le résultat fut un sein « ficelé » avec sillon sur aréolaire si profond, que je fus obligée de découdre les deux pinces des extrémités, et de les laisser cicatriser à plat. Cette cicatrisation demanda trois semaines, et m'obligea par la suite à deux petites corrections partielles supplémentaires avant de pouvoir pratiquer la deuxième intervention.

Il en résulte que si ce système à pinces préalablement calculées, est excellent pour les seins assez forts à tissu très souple, il est à éviter pour les seins petits, à peau plus résistante. Dans ce cas, il est donc nécessaire, malgré la commodité du système, de recourir à la première manière de suturer, qui s'adapte à tous les tissus et à tous les genres de seins.

Il ressort de cette description, qu'une prudence extrême est de rigueur, la correction obtenue étant, comme ceci le prouve, bien plus importante qu'on pourrait l'imaginer au premier abord, en considérant le patron préparé.

Par ce procédé de retouches successives, sorte de sculpture sur le vivant, j'ai obtenu des résultats vraiment très satisfaisants, et donné aux seins une forme absolument normale.

Le seul reproche à lui faire, c'est qu'il demande plusieurs mois pour arriver à un résultat définitif, chaque intervention devant être séparée de la précédente, d'un mois enivron. Je répondrai à cette critique que le résultat esthétique vaut bien de risquer ce désagrément ; puis, que si on pratique le transport du mamelon en deux temps, il faut déjà deux mois au minimum, pour obtenir l'effet désiré.

Quelquefois la cicatrice sous-mammaire laissant à ses extrémités des cornes assez appréciables, il est encore nécessaire de les retoucher, ce qui ramène alors les deux systèmes au même laps de temps.

De plus, dans mon système, lorsque la forme des seins demande deux retouches au-dessus de l'aréole et une au-dessous, on peut, en alternant les interventions à 15 jours de distance, employer seulement un mois et demi pour la correction complète.

En résumé, cette méthode est une méthode de « retouches successives ». Elle limite au maximum les risques à courir puisqu'elle peut se faire à l'anesthésie locale avec des solutions faibles. Elle n'entrave en rien la vie de celles qui s'y soumettent. Enfin, et c'est là le but que je recherchais, depuis longtemps, elle permet, dans les cas moyens, une correction absolument esthétique, avec une seule cicatrice entourant partiellement

ou complètement l'aréole suivant l'importance du prolapsus et la forme des seins. Appliquée à l'occasion d'eczéma chronique, elle permet dès la première intervention, un traitement rendu plus facile par l'absence de macération et dans tous les cas opérés, a facilité la guérison qui a toujours été rapide, une fois le relèvement obtenu.

Procédé pour les gros prolapsus permettant également une seule cicatrice périaréolaire.

Mon élève argentin, le Dr Lopez-Martinez, de Buenos-Ayres, qui a travaillé avec moi pendant plusieurs mois, s'est attaché à trouver un système qui réalise le relèvement des grands prolapsus et qui permette ensuite d'appliquer mon système de retouches progressives, de manière à obtenir une seule cicatrice périaréolaire.

Il imagina un dessin de patron (fig. 13, 13 *bis*),

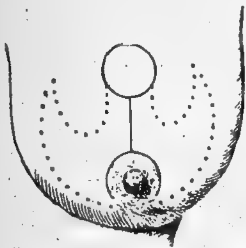


Fig. 13.

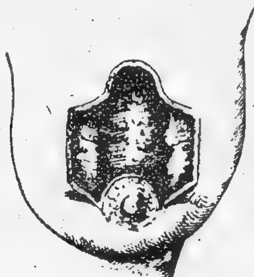


Fig. 13 *bis*.

assez semblable à celui d'un avion vu à très grande distance. L'aréole ayant été transportée à la nouvelle place qui lui est assignée et suturée par sa partie supérieure (il est bon de faire l'incision à 2 ou 3 mm. au-dessus d'elle, lorsque sa taille est petite, de manière à laisser place à toute retouche éventuelle sans risquer de la rapetisser encore. La partie inférieure de l'aréole, comme on le voit, ne participe pas ici à l'intervention. Une fois faite, après quelques semaines la suture des ailes s'écartait encore trop à notre gré de l'aréole.

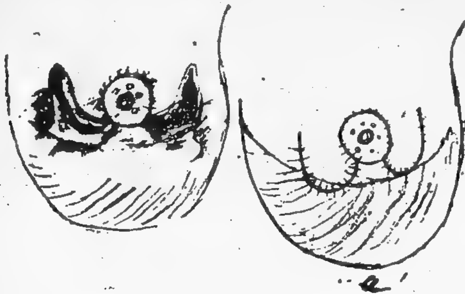


Fig. 14.

Toute les sutures étant réalisées, sauf celle des ailes, j'eus alors l'idée de caser l'excédent de tissu en une sorte de double boucle (fig. 14 b b'), de double plicature, de manière à le rapprocher le plus possible de l'aréole, pour faciliter l'intervention suivante. Celle-ci doit être faite en croissant, comme il a été décrit plus haut. Cette plicature peut être triple ou quadruple suivant la quantité de sein dégraissé. L'essentiel est d'amener le tissu non loin de l'aréole.

Le Dr Lopez-Martinez a établi une série de dessins qui correspondent à des seins plus ou moins volumineux, plus ou moins ptosés. Il suffira de les regarder attentivement (fig. 15, 16,

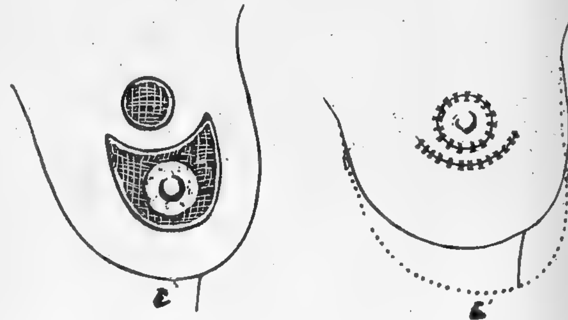


Fig. 15.

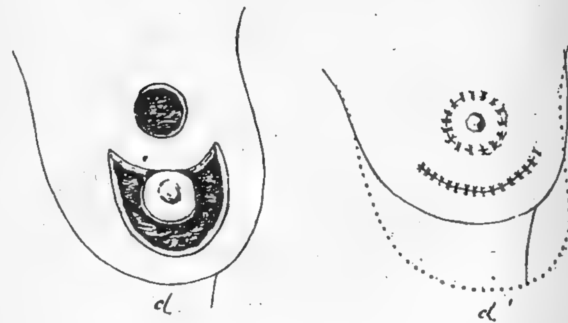


Fig. 16.

pour voir que tous aboutissent à une cicatrice voisine de l'aréole ce qui permet un résultat plus esthétique, puisque le sein mis en place, on peut ensuite en mieux modeler la forme à l'aide d'une ou deux retouches. La cicatrice du sillon sous mammaire n'existe pas et on peut donc relever le sein encore plus parfaitement.

Par les incisions sub-aréolaires (15 et 16) il est possible de faire une réduction importante des seins hypertrophiés.

Il nous a paru intéressant au moment où la chirurgie esthétique prend dans tous les pays un

si grand développement et en ne nous limitant pas aux seuls travaux français ou personnels d'apporter notre contribution à l'œuvre internationale. En outre, nous avons présenté dans tous les détails d'un procédé personnel de correction de prolapsus mammaire qui donne à la fois le maximum de sécurité au point de vue de la santé générale et le maximum de garantie au point de vue esthétique.

Conclusions.

J'espère par cette étude complète sur la chirurgie esthétique, avoir intéressé mes confrères.

J'ai essayé d'exposer les méthodes les plus simples et les plus usitées. J'ai volontairement employé un style dégagé de tous termes compliqués de manière à en faciliter la lecture aux médecins qui lisent les articles médicaux après une longue journée de travail.

J'espère ainsi n'avoir pas fatigué les praticiens qui ont une si dure existence, mais au contraire leur avoir permis, tout en y associant leurs compagnes et souvent fidèles collaboratrices, de lire un soir au coin du feu, vite et facilement, ce qui concerne les progrès de cette chirurgie de l'extérieur, à laquelle sont encore hostiles tant de médecins. C'est que ces médecins ne la connaissent pas ou la connaissent mal : à l'heure où tout s'est modifié dans le monde, où tout s'est transformé et où la lutte pour la vie devient de plus en plus âpre, ils ne veulent en admettre ni les bienfaits, ni la nécessité sociale et morale !...

En me voyant faire tant de conférences à l'étranger, enseigner tout ce que je sais, prêter mes clichés, mes documents, n'avoir en un mot, plus rien à moi, les maîtres vénérés, qui s'intéressent à ma réputation, ont craint la déconsidération qui pourrait s'attacher à une spécialité, dans laquelle les médecins douteux ont toute raison de vouloir s'insinuer. Malgré l'émotion respectueuse que me causaient leurs inquiétudes, je leur ai toujours répondu avec obstination que la chirurgie esthétique n'est pas seule l'apanage de ceux qui veulent être des charlatans, mais toute la médecine. Son côté noble et vraiment sacerdotal, la confiance qu'elle exige du public, peuvent facilement être exploités par les gens sans conscience : la chirurgie esthétique ne fait que rentrer dans le cadre général, avec, en plus, son modernisme et son jeune âge. Et là, comme ailleurs, cette catégorie de médecins douteux est vite classée : le public ne s'y trompe pas longtemps.

Quant aux critiques formulées par les médecins timorés, au sujet de la chirurgie esthétique elle-même, il faut s'en consoler en relisant, dans le *Bulletin* de la Société de chirurgie, les doléances que le célèbre Morestin ne cessait de formuler.

Dès le Congrès de 1902, dans un très beau rapport, il plaidait en faveur des cicatrices dissimulées.

Par la suite, constamment il expliquait à la Société de chirurgie les raisons sociales, qui le faisaient, entr'autres, opérer les adénomes des seins, soit par une boutonnière dans l'aisselle, soit au moyen d'une incision périaréolaire. Rencontrant, parmi ses collègues, une incrédulité, une ironie non déguisées, il s'en plaignait amèrement et fréquemment.

Le 27 octobre 1909, il leur disait : « Je pensais « que le cas actuel, où le résultat ne laisse rien « à désirer, pourrait contribuer à vous faire « accepter l'extirpation des tumeurs bénignes du « sein par une boutonnière dissimulée au fond de « l'aisselle. Aussi, suis-je surpris, et un peu cha- « grin, des critiques qui me sont adressées ; elles « sont loin d'être sans réplique, et je les trouve « même un peu étranges... » Et plus loin : « ...M. X. n'est pas une jeune femme et ne « songe pas à se décolleter pour aller dans le « monde, les jeunes femmes raisonnent tout « autrement, et, si on leur laissait le choix, préfé- « reraient sans aucun doute ne pas garder de « cicatrice sur une région que les circonstances « les contraignent parfois à exposer aux re- « gards. »

Et pourtant, courageusement, à cette époque, Morestin pratiquait l'opération du transport du mamelon chez cette magnifique jeune fille atteinte d'une grande hypertrophie mammaire, bien payé des sarcasmes dont il avait souffert, par la reconnaissance de cette créature dont on ne peut oublier l'expression de bonheur, le jour de l'enlèvement des fils de la seconde intervention, bonheur bien gagné, lorsqu'on a constaté par soi-même quelle malice de la nature avait doté cette ravissante personne d'une infirmité aussi désastreuse.

Pourtant, il faut bien le dire, si Morestin, qui prenait tant de soin de l'esthétique mammaire, et qui faisait, avec quel art et quelle patience ! la chirurgie plastique et réparatrice, l'ablation des grandes cicatrices par lambeaux minuscules (qui ne se souvient l'avoir vu opérer à St-Louis la petite fille brûlée à la joue gauche ?), Morestin n'avait pas compris toute la portée de la chirurgie esthétique du visage pratiquée par tension des tissus à distance.

En effet, voulant opérer une de mes amies, célèbre actrice qui se désolait des résultats de la paraffine qui lui avait été injectée, je fus le consulter avec elle le 3 mars 1916, pour lui demander son avis, le cas étant particulièrement délicat en raison de la renommée de la personne. Les paraffinomes étaient très peu saillants, il était possible par une bonne tension dans la tempe de les dissimuler entièrement. Lorsque je lui expliquai mes intentions, il me regarda avec étonnement et me dit : « Je ne connais pas ces pro-

« cédés de tension à distance. Il est possible « qu'ils soient bons ; mais moi, n'en ayant pas « l'habitude, je ferais une incision ici, ici, ici. . . » et lui, le défenseur des cicatrices dissimulées, quand il s'agissait d'opérations mammaires, montrait dans la joue, sous l'œil et au front, les parties qui avaient été paraffinées. Epouvantée, la jeune femme risquait : « Mais, docteur, cela « fera des cicatrices. . . » — « Evidemment, « disait Morestin, mais cela se verra bien peu. » Naturellement elle ne voulut rien entendre, et préféra l'opération dissimulée, même en sachant qu'il faudrait probablement la refaire plus tard.

Peu de temps après, Morestin fit un essai de chirurgie esthétique pour les rides du front sur une de ses compatriotes qui devint ma cliente, après sa mort. Il en fit peut-être d'autres, mais je n'en ai pas eu connaissance. Il est probable que si cette mort ne l'avait pas arraché à notre admiration, il eût continué dans cette voie pour le plus grand bien de tous.

On me permettra, pour terminer, de raconter le cas suivant, observé il y a quelques mois, et qui montre l'importance de la chirurgie esthétique au point de vue social.

Un homme de 56 ans se présenta chez moi, et me raconta qu'ayant été blessé au ventre pendant la guerre, ayant conservé de ce fait une infirmité chronique très douloureuse, il avait dû quitter sa profession qui demandait beaucoup d'activité, et apprendre un métier manuel. En outre, sa santé générale l'obligeait à un régime sévère qui avait provoqué un grand amaigrissement, et lui avait vieilli le visage d'une manière qui l'inquiétait singulièrement.

En effet, occupant la place de sous-directeur, dans une maison importante, il avait appris que prochainement, le directeur demanderait sa retraite, et il croyait que, en état apparent suffisant, il pouvait aspirer à ce poste, qui comportait pour lui une augmentation de 20.000 francs par an. « Vieux comme je suis, me disait-il, fatigué, tourmenté par l'avenir de mes cinq enfants (il était veuf), jamais on ne me prendra comme directeur, on préfèrera me maintenir dans ma situation, pour que j'en dresse un jeune ! Si, au contraire, vous arrivez à me rendre un aspect correct, ma nomination est certaine. » J'étais très émue, je l'avoue, d'une pareille responsabilité... Je pratiquai, chez lui, l'opération la plus vaste, celle qui contourne la tempe, passe sous l'oreille, remonte derrière elle, et va se perdre dans le cuir chevelu, La réussite fut complète, et il y a quelques jours, le malheureux m'annonçait la nomination à laquelle il aspirait avec tant d'ardeur.

Il faut donc absolument que la chirurgie esthétique soit un art dont on ne parle plus à mots couverts, comme d'une chose douteuse, mais au contraire, un art pratiqué au grand jour et recevant, ici comme à l'étranger, un excellent accueil, les honneurs de la grande presse médicale, afin que, connue de tous, honorée pour les services qu'elle rend à ceux qui travaillent, elle soit également à la portée des médecins qui veulent s'en instruire et la pratiquer.

BIBLIOGRAPHIE

Exhausen. Die Operation der Hängebrust. *M. Kl.*, September 1926. — Briau. La morphologie du sein féminin dans la classe ouvrière. (Essai d'hygièn cosmétique), *Paris médical*, 6 décembre 1924, n° 49e — Blond. Ein Beitrag zu der Lehe von der Mamma-hypertrophie. *Zentralorgan f. d. ges. Chir.*, 192-1 Bd. 13. — Mario Cesari. Spunti di chirurgia del prolasso mammario. *Bulletino della scienze mediche di Bologna*, Settembre 1927. — Eckstein. Diskussion der Tagung der Berl. Ges. f. Chirurgie am 14, V. 23. Referat i. *Zbl. f. Chir.*, 1923, N° 43. — Dartigues. Traitement chirurgical. du prolapsus mammaire. *Archives franco-belges de chirurgie*, avril 1925. — Dehner. Mastopexie zur Beseitigung der Hängebrust. *M. m. W.*, 1908, n° 36. — Eitner, de Vienne. Hängebrustplastik, n° 42, *Wiener Med. Wochenschrift*, 1926. — Fritz Williams. Parenchymatöse Hypertrophie der Brust. *Zbl. f. d. ges. Chir.*, Bd. 25. — Glas s. Mamma pendula Beschwerden und Büstenhälter. *D. m. W.*, 1925, n° 16. — Glaesmer (Dr Emma) et Rudi Amersbach Die Pathologie der Hängebrust und ihre modern operative Behandlung. *Münchener Medizin. Wochenschrift*, (15 juli 1927.) — Grieg. Brustdrüsenhypertrophie in der Zeit der Geschlechtsreife. *Zentral, organ. f. d. ges. Chir.*, Bd. 18. — Göbell. Demonstration in der Med. Ges. zu Kiel, 18 juin 1914. Ref. *M. m. W.*, 1914, n° 31. — Reyn. Ueber die diffüse Mamma hypertrophie im Pubertätsalter. *Zbl. fur. Gyn.* 1923, n° 1923, n° 7. — Hollander. Operation der Mammahypertrophie und der Hängebrust. *D. m. W.*, 1924, n° 41. — Hubener. Zur Kasuistik der echten beiderseitigen Mammahypertrophie. *Zentralorgan. f. d. ges. Chir.*, 1924. — Jaschke. Die weibliche Brust. — Halban Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes V. Bd. 2 Teil. — Joseph. Zur Operation der hypertrophisch.en Hängebrust. *D. m. W.*, 1925, n° 27. — Joseph, de Berlin. Zur Beseitigung der einfachen und der hypertrophischen Hängebrust. Sanderabduck. ns ader *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n° 44. — Kausch. Die operation der Mammahypertrophie. *Zol. f. Chir.*, 1916, n° 35. — Keyser. Uebermässige Hypertrophie der Mamma. *Zentralorgan f. d. ges. Chir.*, 1922. — Köhler. Hypertrophie der Mamma. *Arch. f. Chir.*, Bd. 1911, Heft, 2. — Kraske. Operation der atrophischen und hypertrophischen Hängebrust. *M. m. W.*, 1923, n° 21. — Kuster. Operation der Hängebrust. *Mschr. fur Geburtsh. u. Gynök.* 1926, Bd. 73. — Lexer. Demonstration in der Naturw. Med. Ges. zu Jena, am 7 novembre 1912. Referat, *M. m. W.*, 1912, n° 49. — Lotsch

Ueber Hängebrustplastik, *Zbl. f. Chir.*, 1923. — Marques. Doppelseitige Mammahypertrophie *Zentralorgan f. d. ges. Chir.*, 1922. — Mme le Dr Noel, Paris. Ein neues Verfahren zur Korrektur der Hängebrust. *Die Medizinische Welt*, n° 2, 1928. — Pasquier. Hypertrophie der Mamma. *Zentralorgan f. d. ges. Chir.*, Bd. 3. — Patel. Mammahypertrophie, behandelt mit der In jektion von Muttermilch. *Zbl. f. Chir.*, Bd. 41. — Pousson. 'Ein Fall von Mastopexie . *Zbl. f. Gyn.*, 1898, n° 8. — Passot. Kosmetische Korrektur der Hängebrust durch Velagerung der Mammilla. *Presse médicale*, Jg. 33, n° 20, 1925. — Rovsing. Mammahypertrophie mit Röntgenstrahlen behandelt. *Zbl. f. Chir.*, 1919, Bd. 636. — Schlesinger. Mastopexie. Demonstration in der *Berl. ges. f. Chirurgie*, v. 15 juin 1925. Ref. *Zbl. . Chir.*, 1925. — Wolfsohn. Diskussion in der *Berl. Ges. f. Chir.*, am 15 juin 1925. — Meyer. *Ibid.* — Testut. Anatomie topographique, 1921. — Weinhold. Plastik der Hängebrust, demonstr. in der Gyn. Ges. zu Breslau, am 16 mars 1926. Ref. *Zbl. f. Gyn.*, 1926, n° 40. — Verebelly. Demonstration auf dem. 11. Ungarischen Chirurgentag Budapest, 11 septembre 1924. Ref. *Zentralorgan. f. d. ges. Chir.*, 1925, Bd. 31. — Wrede. Ein Fall von Fettplastik der Mamma. Demonstration in der Naturw. Ges. zu Jena, 9 décembre 1915. Ref. *M. m. W.*, 1916, n° 6.

En dernière heure Mme Noël nous écrit de l'étranger pour nous demander d'ajouter à cette bibliographie le nouvel article du Dr. Dartigues paru dans le *Monde médical*, du 1er fév. 1928, article très intéressant, très documenté, très expérimenté, dit-elle.

SÉROTHÉRAPIE

La posologie du sérum antidiphtérique dans la pratique.

Mon cher Confrère,

Vous pensiez, peut-être, que c'était fini. Pas du tout, et je m'excuse de vous envoyer tant de copie ; mais, la preuve étant faite de l'intérêt de la question, j'espère que vous ne m'en voudrez pas.

J'ai reçu encore trois lettres fort différentes, mais qui retiennent mon attention en permettant de serrer de plus près le problème :

1° Une lettre *contre*, du Dr Ernest Sidoun, de Paris.

Ce confrère n'emploie que le vieux (le bon vieux) sérum de l'Institut Pasteur. C'est le même que j'emploie, craignant que la purification n'enlève, avec des inconvénients, quelques avantages aussi ; mais je l'emploie aussi frais que possible.

Mais le Dr Sidoun exerce à Paris.

Or, j'ai dit qu'il fallait tenir compte du milieu où l'on exerce.

Ah, qu'il est donc difficile d'être compris !

J'ai dit : « *dans mon milieu*, des doses faibles *suffisent généralement.* »

Un confrère m'accusa de proclamer l'*inutilité* des hautes doses. Aujourd'hui, voilà que « je préconise les petites doses souvent répétées ».

J'en suis le premier surpris. La lettre (la deuxième lettre qu'il m'écrit) du Dr Poirson mérite d'être retenue, car elle fait rebondir la question.

Le *sérum actuel ne vaudrait pas l'ancien.*

Eh bien ! pour ma part, ce n'est pas mon avis ; je trouve que les résultats sont constants.

La seule remarque que j'aie faite, c'est que, certaines années, les accidents sériques sont plus fréquents ou plus sérieux, mais l'*efficacité* me paraît, à peu de chose près, invariable.

Il y aurait donc quelque chose de changé ; *d'autre part*, pourquoi ne pas penser que ce peut être tout aussi bien la virulence des microbes (remarquer que les protestataires exercent dans les grandes villes) ou la résistance des sujets ?

Enfin, le Dr Bonnand se déclare lui aussi *pour*, et cela, après 31 ans de pratique *à la campagne.*

Il me semble que s'il avait mal soigné ses diphtériques depuis 31 ans, il en eût supporté les conséquences, car il doit avoir des concurrents, lui aussi !

Je serais heureux de savoir ce que diraient de tout cela les médecins de l'Institut Pasteur, qui doit les intéresser, eux aussi ?

Veuillez me pardonner, redis-je, tous ces palabres. Mais, j'ai lu que le *Concours* est une Société d'études.

Bien cordialement à vous,

Dr Damey
(Douarnenez).

***

Mon cher Confrère,

Je suis loin de partager votre optimisme sur la façon de traiter la diphtérie.

Je me demande si vraiment, vous avez eu à traiter des diphtéries graves.

Je vous assure que, depuis *deux ans* SURTOUT, j'ai eu des diphtéries présentant une résistance exceptionnelle au sérum et j'ai dû — cela, en dehors de toute école, mais seulement poussé par l'angoisse de l'échec et le désir de sauver mon malade, — j'ai dû employer des doses formidables, et ce n'est que grâce à ces doses que j'ai vu les fausses membranes céder au bout de trois à quatre jours.

Exemples : 1 enfant de 4 ans a eu en 4 jours 500 cc. de sérum.

Paralysie diphtérique, 15 jours après guérison. Broncho-pneumonie. Troubles cardiaques.

Tous accidents qui n'ont cédé qu'à de nouvelles inoculations de sérum.

Pas d'accidents sériques.

1 enfant de 6 ans : 150 cc. en trois jours.

1 jeune homme de 22 ans : 300 cc. en quatre jours.

1 enfant de 8 ans : 500 cc. en quatre jours

Légère P. du voile.

Et j'en ai de nombreux autres cas à signaler. Notez que je ne m'emballe pas devant les fausses membranes. Je connais la diphtérie, car je suis médecin d'enfants depuis plus de 25 ans (deux fois interne à l'hôpital Trousseau). J'ajoute que souvent, un simple collutoire au sérum, que j'emploie depuis plus de 10 ans, me dispense de faire une piqûre, quand on l'emploie de suite et s'il n'y a que peu de membranes.

Mais je puis vous certifier qu'avec les petites doses de sérum, répétées même tous les jours, comme vous le préconisez, vous auriez *perdu* les différents malades que je vous citais.

Et ne croyez pas que je sois inféodé à une école quelconque. Non. Je suis un praticien comme vous et ne me préoccupe pas de ce que peuvent penser les Pontifes, et bien souvent, j'ai vu annoncer dans les Académies comme une trouvaille extraordinaire de vulgaires procédés de traitement que j'employais depuis de nombreuses années, sans croire faire une merveille.

Excusez-moi de ma longue lettre, mais je tenais à relever le gant et je ne l'avais pas fait plus tôt, parce que j'étais à la campagne.

Croyez à mes meilleurs sentiments.

Dr SIDOUN.
(Paris).

P. S. — J'ajoute que je n'utilise que l'ancien sérum de l'Institut Pasteur :

Activité plus grande ;

Action plus certaine ;

Prix plus abordable, ce qui est appréciable pour les fortes doses.

***

12 septembre 1928,

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, je dirai même avec plaisir, votre communication dans le *Concours médical* au sujet des doses de sérum antidiphtérique.

Voici 31 ans passés que j'exerce à la campagne; et, chaque année, je vois plusieurs cas de diphtérie non douteux cliniquement, car vous pensez bien que je ne perds pas mon temps à envoyer des fausses membranes au laboratoire.

J'ai toujours employé la dose de 20 cc. jamais plus, la première fois, et le lendemain 10 ou 20 cc. selon la gravité du cas.

Or, je puis vous dire qu'appelé à temps, je n'ai jamais perdu de malade pendant ces 31 années en employant les doses que je vous indique.

Bien entendu, j'ai eu quelquefois des paralysies assez sérieuses, mais toujours chez des malades qui ne m'avaient pas fait venir dès les premiers jours.

J'en conclus donc avec vous que les doses énormes indiquées par des grands manitous sont inutiles, sinon nuisibles.

Dr BONNAND,
(Bellevesvre, S.-et-L.).

***

Mon cher Confrère,

Depuis que je vous ai adressé la lettre que vous publiez dans le *Concours* du 9 courant, j'ai eu l'occasion de parler de cette polémique avec un médecin des hôpitaux de Paris, spécialiste de médecine infantile, et d'expérience déjà longue.

Je ne citerai point son nom, n'y étant pas spécialement autorisé, mais l'idée émise par lui est intéressante et je juge bon de la mettre dans la discussion. « Il est hors de doute, m'a-t-il dit, que le sérum actuel, même non purifié, paraît n'agir pas comme l'ancien. Il faut aujourd'hui, dans les cas graves, des doses beaucoup plus fortes pour obtenir le même effet qu'il y a 20 ans, et, notamment, dans les hôpitaux militaires, on ne traite guère de diphtérie sérieuse à moins de 200, 300, 400 cc. Et cela semble assez logique. Où prend-on, en effet, les bacilles qui servent à préparer les toxines injectées aux chevaux ? Chez des malades. Or, ces malades ont souvent déjà été traités antérieurement par le sérum ; en tous cas, étant donné que la découverte de ce procédé thérapeutique remonte déjà loin, beaucoup de ces malades sont issus de parents et de grands-parents traités eux-mêmes. Qui dit que le germe, et par suite la toxine et le sérum, n'ont pas été ainsi, à la longue, influencés, modifiés, atténués ?

De sorte que deux cas se présenteraient dans la pratique : 1° le plus souvent ce germe seul, atténué, donnerait une diphtérie atténuée à laquelle suffirait le sérum actuel aux mêmes doses qu'autrefois ; 2° ou bien le germe associé (l'association augmentant sa virulence) donnerait une diphtérie très grave, et à ces cas conviendraient les très fortes doses.

Il me semble qu'il y a là — outre matière à réflexion sur l'avenir thérapeutique des sérums en général, et sur les modifications à apporter aux procédés de préparation pour éviter de les voir devenir tout à fait inopérants — un argument susceptible de concilier des opinions qui paraissent bien éloignées au premier abord.

Dr POIRSON.
Vauvillers (Hte-Saône).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Comment concevoir le traitement actuel de la syphilis dans ses grandes lignes.

Nous connaissons, dit M. Raymond Lévy, de Reims, les reproches qu'on peut faire aux *schémas thérapeutiques*, mais nous leur devons trop pour chercher à nier les services énormes qu'ils rendent, grâce à leur simplicité, leur concision et la facilité avec laquelle on se les rappelle.

Cela dit, essayons d'exposer, dans ses grandes lignes, ajoute l'auteur, l'idée que nous nous faisons du *traitement antisyphilitique actuel.*

« 1° *La syphilis doit être soignée le plus précocement et le plus activement possible.* — Tous les syphiligraphes sont, en effet, d'accord pour dire que plus une syphilis est récente et plus elle est soignée énergiquement, plus elle a de chance de guérir vite. Nous mettrons donc tout en œuvre pour faire un diagnostic précoce de la maladie et nous utiliserons les plus hautes doses des médicaments les plus actifs, à cette seule condition que l'organisme n'ait pas à en souffrir. Ce traitement d'attaque actif sera longtemps soutenu.

« 2° *Toutes les variétés de médicaments antisyphilitiques seront employées.* — Les quatre grands médicaments antisyphilitiques sont, par ordre de puissance : l'*arsenic*, le *bismuth*, le *mercure* et l'*iodure de potassium.* Nous les employons, sauf indications, ou contre-indications spéciales, *tous les quatre*, même dans les premiers mois du traitement. Nous ne savons pas, en effet, *a priori*, quelle sera l'arme la plus efficace pour guérir le malade qui est devant nous, sans parler des « résistances médicamenteuses » qu'on a si souvent observées. Nous ne voulons pas, d'autre part, habituer le microbe à telle ou telle substance ; nous tenons, en un mot, à varier nos coups.

« 3° *Dans quel ordre allons-nous employer nos quatre antisyphilitiques ?* — Nous savons que le bismuth et le mercure donnent parfois des accidents semblables : néphrites et stomatites, par exemple. (On évite d'ailleurs ces inconvénients en examinant périodiquement les urines du malade, en lui faisant mettre les dents en état avant le traitement, et en exigeant des soins sérieux de la bouche). *Nous séparerons donc une série bismuthique d'une série mercurielle par une série arsenicale.* Cette façon de procéder aura de plus l'avantage de remonter périodiquement, avec l'arsenic, le malade abattu par le bismuth et le mercure. L'iodure de potassium pourra être donné en même temps que ces deux derniers médicaments.

C'est à dessein que nous ne parlons pas des formes médicamenteuses, ni des doses, ces questions étant en dehors du cadre que nous voulons réserver à cet article.

« 4° *Aucun repos ne sera accordé entre les diverses séries.* — Nous n'admettons pas qu'on laisse le spirochète se ressaisir au cours d'un repos séparant deux séries d'injections.

Tel est le traitement habituel que nous faisons à nos malades, traitement schématisé dans le tableau suivant :

TRAITEMENT NORMAL

2 mois 1/2	2 mois	2 mois 1/2	2 mois 1/2	2 mois 1/2	2 mois	2 mois 1/2	
Arsenic	Bismuth +Ki	Arsenic	Mercure +Ki	Arsenic	Bismuth +Ki	Arsenic	Mercure +Ki

Janv. Févr. Mars Avr. Mai Juin Juill. Août Sept. Oct. Nov. Déc. Janv. Févr. Mars Avril Mai, etc.

« 5° *Les séro-réactions seront faites fréquemment.* — Nous n'ignorons pas que la valeur des séro-réactions de la syphilis n'est pas capitale, mais c'est encore, avec la clinique, le meilleur moyen dont nous disposions pour contrôler l'acheminement vers la guérison du malade. Nous ferons donc, surtout au début et dans la mesure du possible, des séro-réactions variées, après chaque médicament, pour en connaître l'efficacité dans le cas considéré.

« 6° *Traitement intensif.* — Dans notre tableau représentant le traitement normal d'un syphilitique, on peut voir qu'il a été fait dans l'année :

3 séries arsenicales,
1 série bismuthique,
et 1 série mercurielle.

Quand nous avons affaire à une syphilis grave, chez un individu sans tares organiques, nous appliquons très souvent un autre mode de traitement, celui-là très intensif, qui nous permet de faire dans l'année :

4 séries arsenicales,
2 séries bismuthiques,
et 2 séries mercurielles.

Nous le représenterons par le tableau suivant :

Traitement intensif

2 mois 1/2 · 1 mois · 2 mois 1/2 · 1 mois · 2 mois 1/2 · 1 mois · 2 mois 1/2 · 1 mois · 2 mois 1/2

Arsenic	Repos	Arsenic	Repos	Arsenic	Repos	Arsenic	Repos	Arsenic

Bismuth	KI	Mercure	KI	Bismuth	KI	Mercure	KI	Bismuth	KI	Mercure

Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin Juill. Août Sept. Oct. Nov. Déc. Janv Févr. Mars Avril Mai

Il consiste à faire *simultanément des séries arsenicales d'une part, des séries bismuthiques et mercurielles d'autre part.* Les séries arsenicales seront séparées par des repos d'un mois et resteront tout à fait indépendantes des autres séries médicamenteuses ; elles leur sont superposées. Nous donnerons au malade de l'iodure de potassium entre les séries bismuthiques et mercurielles.

« 7° *Durée du traitement.* — Elle sera évidemment variable selon la gravité de la maladie, le malade, les médicaments employés, leurs formes et leurs doses, le moment de l'attaque, etc., etc.

a) Elle pourra n'être que d'un an, chiffre toutefois minimum, lorsque le traitement aura été entrepris *dès les premiers jours qui suivent l'apparition du chancre,* quand on aura employé les hautes doses des médicaments actifs et que les examens cliniques et sérologiques auront toujours été négatifs (à partir de la disparition du chancre).

b) Le malade soigné très activement *dès l'apparition de la positivité des séro-réactions actuelles* (du 15e au 25e jour environ) pourra cesser son traitement au bout d'un an et demi ou de deux ans après la négativation des séro-réactions, s'il n'a pas présenté d'autres signes cliniques que le chancre.

c) Entré dans la *période des accidents dits secondaires,* le malade devra se soumettre au traitement jusqu'à ce que se soient écoulés deux ans et demi ou trois ans après la disparition des signes cliniques et sérologiques.

d) Ce délai sera porté à quatre ou cinq ans dans le cas d'une *syphilis tertiaire.*

Malade soigné	Durée du traitement actif
à la période pré-humorale,	plus d'un an de traitement actif.
dès l'apparition des séro-réactions positives,	1 an 1/2 ou 2 ans de traitement actif, après la négativation des réactions sérologiques.
à la période des accidents dits secondaires,	2 ans 1/2 ou 3 ans de traitement actif, après la négativation des réactions sérologiques.
à la période des accidents dits tertiaires.	4 ou 5 ans de traitement actif.

Un examen complet du liquide céphalo-rachidien pourra être fait, qui donnera au médecin un élément de plus pour croire à la guérison de l'affection.

« 8° *Surveillance.* — Ces traitements effectués, il faudra exiger du malade une surveillance sérieuse qui consistera à faire tous les 3 mois, puis tous les 6 mois, un examen clinique (peau, muqueuses, ongles, système nerveux, tension artérielle) et sérologique (Wassermann, Hecht et Vernes ou Desmoulières). (*Union médicale du Nord-Est, juillet* 1928.)

Le régime hypo-azoté.

Tout d'abord, le Dr Paiseau rappelle ce qu'est l'équilibre azoté. L'urée est la forme sous laquelle sont éliminés par le rein les déchets excrémentiels des matières azotées ; elle est accompagnée par une petite proportion d'autres produits de désintégration, purines et corps purigènes, provenant également des albumines tissulaires et des albumines alimentaires non utilisées.

Or, une des causes les plus connues de la rupture de l'état d'équilibre azoté est le trouble de la perméabilité rénale, qui caractérise les néphrites et engendre par défaut d'élimination les états de rétention azotée auxquels s'efforce de remédier le régime hypoazoté.

Mais le foie joue aussi un rôle non négligeable dans la transformation des protéines alimentaires car sa fonction protéopexique a pour but d'arrêter les substances albuminoïdes dont la pénétration directe dans l'organisme serait nocive pour l'économie. L'insuffisance protéopexique du foie est donc également une indication à la réduction de la ration azotée. Il en est de même pour certaines variété d'entérites, étant données les fermentations spéciales que peuvent subir certaines albumines animales.

D'ailleurs, ces albumines animales étant l'origine de bases puriques beaucoup plus toxiques que l'urée, il faut dans les régimes hypo-azotés accorder la préférence aux albumines végétales par rapport aux albumines animales.

C'est le rein malade, qui constitue l'indication la plus habituelle du régime hypo-azoté. De l'époque où l'albumine, puis l'imperméabilité rénale semblaient résumer les lésions rénales, date l'emploi exclusif du lait, aliment complet en apparence, donnant peu de déchets et de toxines.

Mais le régime lacté amenait souvent au bout de quelques mois un état marqué d'anémie, d'amaigrissement, ainsi que des troubles gastro-intestinaux. Puis vint l'étude du rôle des chlorures qui permit, grâce au régime déchloruré, d'introduire dans le régime des albuminuriques des aliments plus aptes que le lait à maintenir leurs forces, et qui n'étaient jusqu'alors mal tolérés qu'en raison des chlorures qui leur étaient associés. Puisque, dans les néphrites, il y a toujours, à des degrés divers, rétention de chlorures et d'azote, le régime hypo-azoté doit être en même temps achloruré ; il faut une quantité d'azote minima, suffisante pour subvenir aux besoins azotés de l'organisme ; car aucune substance alimentaire ne peut remplacer les aliments azotés, avec lesquels celui-ci édifie et entretient sa propre substance, dont une partie est constamment détruite par les tissus. Expérimentalement, un animal nourri exclusivement avec des sucres et des graisses meurt presque aussi rapidement qu'un animal complètement privé de nourriture.

Le régime hypoazoté est essentiellement constitué de sucre, de graisses et d'aliments amylacés, plus la quantité minima indispensable (80 à 90 grammes par jour) de substances azotées empruntées de préférence aux albumines végétales. Pour établir pratiquement ce régime, avec la proportion des diverses variétés d'aliments qui peuvent entrer dans sa composition, il convient de se rapporter à une table d'équivalence des aliments usuels et de faire le calcul de la richesse en albumine et en calories de ces aliments. En ce qui concerne l'équilibre respectif des diverses catégories d'aliments, un régime physiologique doit comporter 200 gr. d'albumine, 400 gr. d'hydrates de carbone, 60 grammes de graisse. Dans un régime hypoazoté, la quantité d'albumine supprimée doit être remplacée par un nombre équivalent de calories proportionnellement réparties entre les hydrates de carbone et les graisses.

Pour composer un régime alimentaire restreint en substances albuminoïdes on peut recourir à un nombre assez considérable d'aliments. Le pain, qui devra être le plus souvent employé déchloruré et par quantités limitées (200 gr. par jour) ; on pourra le remplacer en partie par des biscottes et des biscuits sucrés. La pomme de terre est un des aliments essentiels du régime en raison de sa pauvreté en azote ; il en est de même des marrons, des chataignes, du riz (plus nourrissant que le pain, et quatre fois plus que la pomme de terre).

Les légumineuses n'entrent dans le régime, que pour y introduire des albumines moins toxiques que les albumines animales.

Mais on pourra recourir largement aux légumes herbacés (carottes, navets, endives, poireaux, céleris, artichauts, laitues, chicorées) aux fruits bien mûrs, crus ou cuits, aux confitures ; le beurre et le sucre doivent entrer pour une large part dans la constitution du régime.

Il est possible d'établir des régimes plus ou moins fortement réduits en azote selon le stade, la gravité, l'importance de l'azotémie des néphrites.

Les recettes culinaires, les ressources que l'on peut tirer des assaisonnements utilisés dans le régime déchloruré (oignons, citron, ail, échalotte, etc.) permettent de varier suffisamment l'alimentation des malades et d'éviter le dégoût possible d'une alimentation trop uniforme et nécessairement fade.

Les variations du régime hypoazoté seront guidées par le dosage de l'urée sanguine, et même par le volume des urines et les modifications de l'état général. Si l'on voit la dyspnée reparaître, le taux des urines baisser et tomber au-dessous de la normale on reviendra aussitôt à un régime plus sévère.

L'eau sera la boisson de choix, mais en quantité modérée s'il y a tendance à l'hypertension. Enfin on ne négligera pas non plus les diurétiques, les purgatifs, les révulsifs, les tonicardiaques, etc. (*Le Progrès médical*, 21 avril 1928.)

Disparition rapide de la cyanose, du souffle tricuspidien et des œdèmes chez un « cardiaque noir », à la suite d'une abondante hémorragie interne.

La saignée améliore presque toujours certains troubles fonctionnels, chez les sujets atteints de cyanose, que celle-ci soit d'origine cardiaque ou pulmonaire. Mais il est rare qu'elle agisse directement sur la cyanose pour la faire disparaître, comme chez le malade du Prof. Ch. AUBERTIN, de MM. LÉVY et FOULON. Atteint de maladie d'Ayerza ou insuffisance cardiaque avec cyanose considérable, le malade présenta une disparition rapide et complète de cette cyanose, avec disparition du souffle systolique triscupidien qu'il présentait depuis de longs mois. Ces phénomènes insolites coïncidèrent avec l'apparition de selles sanglantes ; les jours suivants ils s'accompagnèrent même d'une diminution de la dyspnée, puis d'une fonte des œdèmes et d'une augmentation de la diurèse. Néanmoins l'évolution fatale ne fut guère retardée et la mort survint dix jours après le début des phénomènes hémorragiques, par anémie post-hémorragique plus que par insuffisance cardiaque.

L'autopsie vérifia les faits : la disparition du souffle et de la cyanose étaient dues à l'hémorragie interne plus intense qu'on ne l'avait supposée, puisqu'une quantité énorme de sang coagulé remplissait l'estomac et la presque totalité de l'intestin ; le malade avait été littéralement saigné à blanc par une hémorragie d'origine gastrique.

Cette observation nous montre les effets de la saignée sur l'insuffisance ventriculaire droite, alors que, déjà, nous les connaissions pour l'insuffisance ventriculaire gauche. Nous savions aussi son action sur la diurèse et les œdèmes par décongestion du rein ;nous voyons de plus qu'elle peut avoir un effet favorable sur la cyanose et sur les souffles d'insuffisance fonctionnelle. (*La Presse médicale*, 7 avril 1928.)

L'albuminurie orthostatique matutinale.

Si, pour certaines albuminuries, le régime sévère est utile, pour d'autres, il n'est pas nécessaire ; pour certaines, il est dangereux. C'est dans ce dernier groupe que prennent place les albuminuries orthostatiques, et en particulier la forme matutinale si fréquente de celles-ci. Noël Fiessinger en a recueilli 11 observations toutes semblables.

C'est généralement un enfant de 6 à 10 ans ou un adolescent, jamais un adulte. L'albuminurie est découverte à l'occasion d'un examen d'urines ; un régime sévère est institué, l'albuminurie augmente, l'enfant s'anémie, avec souffles jugulaires, et signes évidents de petite chlorose. Souvent de souche arthritique, cette maladie peut sévir dans une même famille. Rien au cœur, rien aux poumons, rien au tube digestif. Le seul caractère curieux, constant, que l'on puisse signaler réside dans l'existence d'une hypotension artérielle (6-10).

Comment faire le diagnostic ? Il faut se faire envoyer 5 bouteilles d'urines recueillies de la façon suivante :

1° Urine du réveil (clinostatisme) ; 2° deux heures après le petit déjeuner debout dans la chambre (orthostatisme) ; 3° uriner avant déjeuner et jeter les urines ; déjeuner normal à midi ; uriner deux heures après, étendu (digestion en clinostatisme) ; 4° urine après deux heures de marche dehors (orthostatisme avec mouvement); 5° urine après deux heures, couché (clinostatisme à la fin de la digestion).

L'albuminurie orthostatique apparaît dans les 2e et 4e bouteilles ; et, dans la 2e seulement l'albuminurie orthostatique matutinale, ou albumine de 10 h. du matin, disque d'albumine d'une épaisseur très variable suivant les jours, le dosage pouvant varier entre 0,50 et 2 grammes ; il s'agit toujours, non de globuline, mais de sérine.

L'albuminurie orthostatique matutinale est beaucoup plus fréquente que l'albuminurie vespérale ; l'orthostatisme matutinal est moins grave que l'orthostatisme simple, et il est rare de l'observer comme résidu d'une néphrite. Il s'agit donc d'une albuminurie fonctionnelle. Sur 11 malades, 8 sont guéries actuellement, l'une après 5 ans, les autres après 2 ou 3 ans d'albuminurie ; cette guérison est complète. Les jeunes filles se développent sans encombre ; il n'est pas vrai que ces malades soient exposées à la tuberculose.

Cette bénignité clinique et évolutive a sa raison dans l'état de la perméabilité rénale : jamais d'azotémie pathologique,jamais de rétention chlorurée, jamais de retard de la phénol-sulfone-phtaléine.

En ces cas, il n'y a pas la moindre anormalie du fonctionnement hépatique, pas de signes urinaires, de lésions tubulaires, ni de troubles de sécrétion. Il y a plutôt méiopragie glomérulaire, qui, sous l'influence de certains ralentissements circulatoires, laisse transsuder la sérine plasmatique; cette méiopragie glomérulaire est sous l'effet d'un trouble sanguin (anémie) et vasculaire (hypotension artérielle). L'orthostatisme matutinal se rapporte à des glomérules , qui sont normaux en période digestive et quand le sang est plus dense, et dont l'anomalie fonctionnelle nécessite un ensemble de conditions indispensables.

Dans trois observations de Hanns, l'albuminurie matutinale pouvait apparaître même les jours où les malades restent couchées. Ces cas sont de la même famille d'albuminurie ; aussi faut-il pousser à fond l'analyse des faits. Rappelons que, jadis, Tissier faisait de l'albuminurie matutinale (avec polyurie nocturne) une albuminurie prétuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, chez ces malades, il ne faut pas prescrire de régime ; il serait débilitant et augmenterait l'hypotension ; d'où la nécessité de bien fixer la nature de l'albuminurie, et de ne pas s'attarder sur un diagnostic incomplet. Mais il faut alimenter ces sujets normalement, leur donner de la viande saignante, du foie de veau, deux ou trois fois par semaine, pour lutter contre l'anémie. Proscrire cependant les aliments qui surmènent inutilement la fonction rénale (crustacés, triperie, gibier, oseille, cresson, fromages fermentés, etc.). Insister toujours sur l'importance du petit déjeuner du matin, et donner en plus du café au lait avec tartines beurrées,un fruit et un entremets sucré, gâteau de riz ou semoule.

Pas de surmenage scolaire, exercices physiques sans fatigues. Saint-Nectaire est la station de choix, au moins pendant les trois premières années.

La médication n'a pas d'importance ; aucun résultat appréciable par l'adrénaline,le lactate ou le chlorure de calcium. Tout au plus, lactose simple à la dose d'une cuillerée à soupe au début des deux repas, et pilules ferrugineuses à petites doses, et d'une façon intermittente.Surveiller les fonctions intestinales. (*Journal des Praticiens*, 21 mars et 21 avril 1928.)

La néphrose cholestérinémique.

Le diagnostic de « néphrite chronique chlorurémique » ne doit pas être appliqué invariablement aux malades porteurs d'œdèmes étendus et

présentant une déperdition considérable d'albumine.

Chez de tels sujets, estime le Dr SIGURET (de Saint-Nectaire), il y a lieu de doser la cholestérine dans le sang, de rechercher les cristaux lipoïdiques dans le sédiment urinaire et la teneur du plasma en protéines. Car il existe, à côté de la néphrite chronique chlorurémique banale, une néphropathie voisine : la néphrite chronique lipoïdique, ou cholestérinémique.

D'une étiologie encore inconnue, elle a un début insidieux et lent ; elle semble résulter d'un trouble du métabolisme des protéines, lipoïdes, cholestérine.

Les sujets (ordinairement jeunes) consultent parce qu'ils ont de l'œdème étendu : membres inférieurs, abdomen, avec de l'inappétence, de la torpeur, de l'asthénie, de la pâleur des téguments. Ordinairement, il y a diminution du volume des urines, devenues plus denses, et, fait important, une albuminurie massive (3 à 15 gr. en 24 heures) ; dans les sédiments urinaires, on trouve des cylindres et des cristaux lipoïdes. Par l'épreuve de la diurèse provoquée, on trouve une mauvaise élimination de l'urine ; il y a aussi rétention du sel ingéré ; mais pas d'imperméabilité aux matières protéiques et l'élimination de la P. S. P. est peu troublée.

L'examen du sang est intéressant : sérum souvent lactescent, pas de rétention d'urée, mais chlorurémie et hypercholestérinémie notable (plusieurs grammes au lieu de 1 gr. 20 ou 1 gr. 80 p. 1000) ; enfin le rapport globuline-albumine est inversé.

S'il y a épanchement des séreuses, le liquide retiré est opalescent, presque laiteux, riche en composés protéino-lipoïdiques visibles seulement à l'ultra-microscope.

Ainsi, la néphrose cholestérinémique se distingue de la néphrite chronique parenchymateuse à gros rein blanc par des œdèmes importants, l'albuminurie massive, l'hypo-albuminémie, l'hypercholestérinémie, la présence de cristaux lipoïdiques dans le sédiment urinaire et l'opalescence des épanchements.

Si la néphrose est pure, elle évolue par étapes en une dizaine d'années, le sujet, entre les étapes, paraissant guéri et pouvant mener une vie normale.

Si elle est compliqué de néphrite, chose plus fréquente, l'évolution est plus rapide (survie : un an ou deux).

En dehors des règles générales applicables aux néphropathies, il faut un régime hypochloruré, riche en protéines, pauvre en hydrates de carbone et en graisses : protéiques 2 à 4 gr. par kilo corporel, hydrates de carbone 150 gr. environ et pas plus de 40 gr. de graisses par 24 heures. Ce régime ne semble pas augmenter les signes de néphrose, ni le taux d'urée sanguine. Si cependant l'urée augmentait, on devrait revenir au minimum physiologique de protéines : soit un gramme environ par kilo corporel.

On peut associer chaque jour deux grammes d'extrait thyroïdien, et cela pendant un temps prolongé (un an ?) sans accidents ; mieux vaut d'après l'auteur s'en tenir à 0 gr. 50 d'extrait thyroïdien pour ne pas risquer les troubles d'intolérance.

Mieux vaut s'abstenir des diurétiques, qui sont généralement sans effet sur l'œdème.

En cas d'infection du rhino-pharynx, conseiller une cure sulfo-arsénicale (Saint-Honoré) ; ne pas négliger une cure stimulante des épithéliums rénaux à Saint-Nectaire. (*L'Hôpital*, avril 1928, H.S.).

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur quelques œdèmes chirurgicaux.

(MM. R. LERICHE et A. JUNG. — *Société de chirurgie* ; 13-6-1928.)

M. Leriche présente une étude de physiologie pathologique de certains œdèmes chirurgicaux.

Un premier groupe comprend les œdèmes simulés dont voici un exemple : un malade entre à l'hôpital pour œdème de la jambe ayant succédé à une entorse du cou-de-pied. Un jour, après l'avoir examiné, M. Leriche revient inopinément auprès de son lit et le découvre brusquement : un mouchoir était serré autour du genou !

Quand toute idée de simulation a été écartée, quand on s'est assuré qu'il ne s'agit pas d'une compression par tumeur distante, ni d'un œdème inflammatoire, ni d'un éléphantiasis, il faut penser (l'étiologie médicale étant éliminée) aux causes traumatiques et aux causes veineuses. Les œdèmes d'origine traumatique apparaissent ordinairement quelques heures après le traumatisme. L'auteur a obtenu des guérisons par la sympathectomie péri-artérielle. Pour les œdèmes d'origine veineuse, il semble bien que l'élément vaso-moteur joue un rôle dans leur pathogénie. Il est enfin des cas d'œdème pour lesquels aucune cause n'apparaît invocable.

— M. TUFFIER approuve les idées de M. Leriche sur le rôle des troubles de vaso-motricité en pareille éventualité. Il rappelle l'histoire d'un malade qui, à la suite d'une chute, présenta un œdème de l'hémi-

thorax et du membre supérieur droits. Potain, à l'examen duquel le patient fut soumis, déclara qu'il s'agissait d'une hémiplégie vaso-motrice post-traumatique, affection guérissant au bout d'un certain temps, sans altération du cœur ou des reins. Effectivement, le patient guérit.

Dans les cas de ce genre, les œdèmes ne peuvent être attribués qu'à des troubles de vaso-motricité ou de constitution sanguine.

Epithélioma du grêle. Guérison vérifiée au bout de sept ans.

(M. Pierre Fredet. — *Société de chirurgie* ; 20-6-28.)

Les épithéliomas du grêle sont rares. M. Pierre Fredet a eu l'occasion d'en opérer un qui intéressait la partie terminale de l'organe, près du cæcum, et avait provoqué des phénomènes d'occlusion. La lésion fut enlevée avec résection de 30 centimètres d'intestin. Des accidents nouveaux de subocclusion étant réapparus au bout de sept ans, l'auteur intervint à nouveau et put constater l'absence de récidive et l'absence d'adhérences. La guérison était donc totale au bout de sept ans. Les accidents nouveaux relevaient d'une appendicite méconnue.

Cloisonnement transversal complet du vagin : grossesse.

(M. Daniel Ferey, de Saint-Malo. — *Société de chirurgie* ; 27-6-1928.)

M. Ferey a soigné une femme, mariée depuis huit ans, chez laquelle existait un cloisonnement transversal complet du vagin. On notait par le toucher vaginal, à 4 centimètres de la vulve, la présence d'une cloison épaisse, charnue. La malade avait toujours souffert au moment du coït. Ses règles étaient peu abondantes et duraient assez longtemps. L'examen au spéculum et avec les valves ne permit pas de découvrir l'orifice (certainement très minime) par où passaient les règles et qui avait permis la fécondation. La femme offrait, d'autre part, tous signes de certitude d'une grossesse de six mois.

M. Ferey attendit la fin de la gestation et pratiqua une césarienne. Le sang venu de l'utérus ayant fait bomber la cloison du vagin, un mince filet de sang vint sourdre au niveau d'un petit orifice à peine gros comme la tête d'une épingle et situé sur la moitié gauche de la cloison. Ayant pénétré dans cet orifice, la cloison fut incisée sur toute son étendue : elle avait une épaisseur de 2 à 3 millimètres

— M. Paul Mathieu estime que la conduite de M. Ferey a été prudente. Une intervention directe, au sixième mois d'une grossesse, sur cette épaisse membrane, eût été pleine d'incertitude. P. L.

Traitement des anémies graves par les extraits hépatiques.

(M. Tzank. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 6-7-1928.)

M. A. Tzank présente l'observation d'un cas d'anémie grave soigné par les transfusions répétées d'abord, puis à l'aide de la méthode de Whipple, et enfin au moyen des extraits hépatiques.

En premier lieu, les transfusions sanguines seules ont permis de sauver la malade, de la rendre à sa vie habituelle pendant plus de deux ans, de lui faire retrouver son poids normal. Le chiffre des globules rouges n'arrive cependant pas à franchir la limite de 3 millions. Pendant cette période où la malade a subi plus de vingt transfusions parfaitement tolérées, il faut signaler l'action fâcheuse momentanée des rayons ultra-violets, action retrouvée dans deux autres observations d'anémie pernicieuse.

Puis les transfusions sont mal supportées ; on les suspend, et la méthode de Whipple ramène aussitôt une formule sanguine normale. Six mois plus tard, le foie de veau est remplacé par les extraits hépatiques: la malade conserve son bon état général, sa formule sanguine, son poids.

Ces résultats favorables, et ceux signalés par d'autres auteurs, ont incité M. Tzank à soumettre au traitement par l'extrait hépatique quatre malades soignés jusque-là par la méthode de Whipple associée aux transfusions sanguines. Sauf dans un cas où l'apparition d'une entérite a déterminé une aggravation de l'état général et une chute notable du nombre des globules rouges, les résultats ont été comparables à ceux que l'on observe avec la méthode de Whipple.

Il semble donc que l'extrait hépatique, préparé selon la méthode indiquée par Cohn, c'est-à-dire dépourvu de lipoïdes, de protéines et d'hydrates de carbone, mérite d'être prise en considération ; il peut trouver ses indications particulières et notamment remplacer le foie de veau, lorsque le malade éprouve une répugnance, qui rend la méthode de Whipple difficilement applicable.

— M. P.-Emile-Weil confirme que l'amélioration apportée aux anémies pernicieuses par les transfusions n'est souvent que transitoire, et que le malade ne supporte plus finalement les transfusions, capables de provoquer, soit des phénomènes d'anaphylaxie, soit même de l'hémolyse ; aussi peut-on dire que la méthode de Whipple réalise dans le traitement des anémies graves un progrès aussi grand que l'insuline pour le diabète. Avec cette nouvelle méthode, 80 p. 100 environ des cas d'anémie pernicieuse protopathique réagissent favorablement ; l'amélioration n'est pas incomplète ; on peut espérer le retour du sang à la normale ; le traitement continué ensuite à doses moindres prévient les rechutes.

Cependant, le foie étant remplacé par les extraits hépatiques, il y a quelques rares cas qui se montrent hépato-résistants, fût-ce partiellement ; mais on peut avec succès augmenter la dose de foie, ou bien faire en plus une ou plusieurs transfusions, et même encore recourir par surcroît à l'insuline (deux injections quotidiennes de 10 unités).

On peut ainsi espérer que le nombre de malades atteints d'anémie grave, non curables, diminuera de

plus en plus, et se rapprochera de 100 p. 100 de guérisons.

Action des infections sur le diabète.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-7-1928.)

Toute infection chez un sujet sain produit un trouble de la glycorégulation ; chez un diabétique, elle aggrave le diabète et provoque une poussée d'acidose. On ne connaît pas assez le danger de ces poussées évolutives du diabète, qui sont provoquées par l'infection.

Un homme, atteint de diabète bénin mal soigné, en état constant d'hyperglycémie, a une petite plaie du gros orteil qui s'envenime et prend une allure gangréneuse. La fièvre s'allume, l'inflammation remonte, le diabète subit une poussée évolutive grave ; la cétose est intense et l'on craint de voir le malade tomber dans le coma. Un traitement énergique à l'insuline arrête l'évolution de l'acidose ; le malade est amputé, mais la plaie ne se cicatrise pas et la fièvre continue. Le coma n'est évité que grâce à l'insuline et à un régime sévère. Une nouvelle amputation est pratiquée à la cuisse ; cette fois, elle a dépassé les limites du mal ; la température s'abaisse peu à peu ; la suppuration s'arrête ; la plaie offre une tendance à la cicatrisation. Peu à peu, l'état s'améliore.

Si le diabète a favorisé au début l'extension de l'infection, il est évident qu'à son tour, l'infection a retenti sur le diabète, et provoqué une aggravation énorme du trouble glyco-régulateur et une dangereuse poussée d'acidose.

Une infection transforme donc passagèrement un diabète bénin en un diabète de la plus haute gravité.

Les laits allégés.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 6-7-1928.)

Ayant étudié les propriétés thérapeutiques du lait, l'auteur est parvenu à la conclusion que c'est au lacto-sérum que le régime lacté doit sa valeur thérapeutique ; puis, il a été amené à utiliser toute une gamme de laits dans lesquels la valeur alimentaire est en raison inverse de la valeur thérapeutique, et qui va du lacto-sérum purifié au lait complet. Tous ces laits, privés dans une proportion variable de leurs graisses et de leurs albumines, méritent le nom de « laits allégés ».

Ils trouvent leurs plus exactes indications dans les états infectieux, dans les affections intestinales, hépatiques et rénales, dans les cures de réduction et d'amaigrissement.

La possibilité qu'on a ici de doser et de modifier les albumines, en particulier de les coaguler et de les réduire en fines particules, est aussi fort précieuse. Non seulement on diminuera, dans la mesure jugée convenable, la ration azotée, mais on facilitera considérablement la digestion et on écartera tout risque d'intolérance.

Bronchographie par la méthode de Singer.

(M. Snapper. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-7-1928.)

Grâce à une petite modification, l'injection de lipiodol dans la trachée et les bronches devient d'une extrême simplicité.

Quand la langue est tirée fortement hors de la bouche, le lipiodol, injecté derrière la base de la langue, est aspiré complètement dans la trachée et ne pénètre pas dans l'œsophage ; dans ces conditions, il n'exerce aucune action irritante sur les voies respiratoires ; le malade l'aspire sans s'en apercevoir ; plus n'est besoin de l'anesthésie locale du larynx et de la trachée.

L'opération est plus courte, moins désagréable pour le malade.

Cette méthode, décrite en détails, nécessite une pièce bien chauffée, du lipiodol chauffé à 37°, une seringue de 20 cmc. munie d'une canule obtuse de 1 à 2 mm. de diamètre. L'injection est faite, la langue étant fortement tirée hors de la bouche, le malade respirant largement et s'abstenant de tousser ou de déglutir.

Les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien après la malariathérapie.

(M. E. Paulian. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-6-1928.)

Il n'y a presque jamais parallélisme entre les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien et la symptomatologie de la syphilis du cerveau. Parmi des centaines de cas traités par l'auteur, les huit sujets dont il relate les observations sont les seuls qui aient eu, en même temps que l'amendement des symptômes cliniques, un retour à la morphologie et une tendance marquée à ce retour des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien. La malariathérapie s'affirme à cet égard comme étant de beaucoup supérieure aux autres traitements. Elle se montre justement active là où les autres traitements n'ont aucune influence sur le liquide céphalo-rachidien. Voilà pourquoi il faut utiliser toujours la malariathérapie dans les affections nerveuses syphilitiques en tenant compte, bien entendu, de l'état général du malade.

G. F.

Les Congrès

IIe Congrès International de Radiologie.

(*Stockholm*, 23-27 *juillet* 1928)

Le IIe Congrès international de Radiologie a tenu ses séances à Stockholm, du 23 au 27 juillet 1928, sous la présidence du professeur Gösta Forssell. Les congressistes étaient au nombre de 962 et ainsi répartis :

Amérique	111
Argentine	5
Australie	1
Belgique	13
Brésil	2
Canada	11
Cuba	1
Danemark	22
Égypte	1
Angleterre	81
Esthonie	1
Finlande	15
France	31
Grèce	2
Hollande	22
Indes	3
Islande	1
Italie	35
Japon	6
Java	1
Chine	1
Lettonie	4
Mexique	1
Norvège	13
Palestine	2
Philippines	1
Pologne	27
Porto Rico	1
Portugal	1
Roumanie	13
Russie	83
Suisse	16
Espagne	16
Suède	143
Tchécoslovaquie	24
Tunisie	1
Allemagne	219
Hongrie	11
Uruguay	3
Autriche	17
	962

L'ouverture solennelle du Congrès eut lieu dans « La Maison des Congrès » de Stockholm, en présence de Leurs Altesses Royales le Prince héritier de Suède et le Prince Charles. En qualité de président, le professeur Gösta Forssell souhaita la bienvenue aux congressistes par une brève allocution, en s'adressant tout particulièrement au Prince Royal qui avait bien voulu honorer le Congrès en le mettant sous sa haute protection. Le prince félicita les membres du Congrès et souligna la valeur toujours croissante de la radiologie dans les différentes branches de la thérapeutique. Le chancelier de l'Université, M. E. Trygger, salua le Congrès au nom de l'Université suédoise et insista sur l'importance de la radiologie comme matière d'instruction spéciale. Le président et le secrétaire général du Ier Congrès International de Radiologie, qui eut lieu à Londres en 1925, Mr. Thurstan Holland, et le Dr S. Melville, remirent de la part de « The British Institute of Radiology » une chaîne présidentielle pour être portée en signe distinctif par le président du Congrès actuel et par les présidents des Congrès internationaux futurs de radiologie. M. Thurstan Holland remercia au nom des membres participants Son Altesse le Prince Royal, le chancelier de l'Université, et le comité d'organisation, pour les soins qu'ils ont apportés au Congrès maintenant ouvert. Un certain nombre de professeurs de radiologie de différents pays, le professeur Gösta Forssell en tête, parlèrent de « l'enseignement de la radiologie et de la radiologie médicale, en particulier », exposant leur expérience et les voies qu'il fallait suivre pour obtenir des résultats précis.

***

Les discussions qui eurent lieu au palais du Parlement, furent réparties en sections de radiodiagnostic, radiothérapie et curiethérapie, radiobiologie et héliothérapie, radio-physique et électrologie médicale. Sur invitation particulière, six conférences plus importantes furent faites sur des matières spécialement choisies, par MM. Balli (Italie) : radiodiagnostic surtout au point de vue des organes de l'abdomen ; Holthusen (Allemagne) : Bestrahlung und Immunität ; Jaches (Etats-Unis) : Lungsuppuration ; Knox (Angleterre) : The Rationale of Radiation Therapy ; Regaud (France) : Curiethérapie à distance et Reyn (Danemark) : The combination of Local and General Light-Treatment in cases of Dermal Tuberculosis.

225 discours ou lectures furent faits dans les différentes sections : radiodiagnostic, 85 ; radiobiologie et héliothérapie, 40 ; radiothérapie et

curiethérapie, 56 ; radiophysique et électrologie médicale, 44.

Dans la section de radio-diagnostic, certaines communications visèrent les affections des voies digestives (images radiologiques de la muqueuse stomacale, maladies de l'intestin grêle et du côlon, images radiologiques des affections du pancréas, etc.). Le niveau actuel atteint par la science du radiodiagnostic dans les maladies des organes respiratoires fut expliqué par un certain nombre de communications touchant à la tuberculose pulmonaire, l'atélectasie et ses différentes causes, la syphilis pulmonaire, les kystes du thorax, etc.

Plusieurs spécialistes exposèrent les résultats de leur expérience sur la fonction et les modifications du diaphragme. Les maladies du cœur et les anomalies présentées par cet organe, les recherches faites à l'aide de la densographie et de la kymodensographie présentèrent également beaucoup d'intérêt. Un grand nombre de communications traitèrent des méthodes appliquées à l'étude des réactifs employés dans le cerveau et la colonne vertébrale en vue d'établir le diagnostic des tumeurs et autres phénomènes morbides du système nerveux central (encéphalographie et myélographie), des organes génitaux de la femme (hystérosalpingographie), des reins (pyélographie et pneumopyélographie), ainsi que pour l'examen des cavités accessoires des fosses nasales. Les différentes maladies des organes de locomotion (tumeurs, infections, anomalies, maladies des articulations) furent également l'objet d'un certain nombre de conférences au cours desquelles l'on étudia différents sujets techniques, (nouvelles méthodes d'analyse médicales et nouveautés techniques, méthodes de localisations à l'aide de la radiographie, stéréoscopie, etc.).

Dans les sections de *radiothérapie et de curiethérapie*, l'on se consacra tout particulièrement à la technique et aux résultats du traitement des tumeurs malignes, soit par l'établissement de points de vue généraux, soit par des comptes rendus spéciaux sur les diverses localisations des tumeurs. On insista également sur l'importance de la radiothérapie dans les manifestations inflammatoires (inflammations extérieures locales, inflammations dans les cas de pneumonie, de lésions articulaires, d'asthme et d'affections des glandes thyroïdes). Un certain nombre de communications se rapportèrent au traitement par les rayons X des maladies nerveuses, de la tuberculose, du goitre et des maladies de la peau. On fit un exposé de l'organisation, de la technique et des résultats obtenus à l'Institut radiothérapeutique (radiumhommet) de Stockholm avec présentation d'environ 100 malades, en en faisant un résumé qui fut distribué à tous les congressistes sous forme de brochure (résumé composé par le professeur Gösta Forssell, le docteur E. Berven, le docteur J. Heyman).

La section d'*héliothérapie* traita les questions touchant l'influence des rayons lumineux sur les maladies, le dosage de ces rayons pendant le cours du traitement, les sujets théoriques qui visent l'influence des rayons ultra-violets sur les cellules et les tissus, etc. On donna le résultat des recherches faites sur la valeur thérapeutique des huiles soumises aux rayons lumineux.

Dans la section de *radiobiologie*, on envisagea l'action des rayons X et du radium sur le sang, sur les organes et tissus, ainsi que l'influence des différentes longueurs d'ondes.

Un grand nombre de travaux ayant trait aux buts aussi bien théoriques que techniques de la radiologie furent présentés dans la section de *radiophysique*. La section eut, en outre, deux thèmes principaux à son programme, l'un portant sur la fixation d'une unité internationale des doses employées dans les traitements par les rayons X, l'autre concernant l'établissement d'un règlement international de protection des travaux radiologiques.

Il fut tenu plusieurs réunions sur la question de l'unité internationale de dose. Le comité de l' « X-Ray Unit », dans une assemblée particulière, conclut à l'établissement d'une unité provisoire appelée « r » (1 Rœntgen) correspondant à l'unité allemande.

Pour la solution des problèmes relatifs aux règles internationales de protection, on forma un comité international qui décida d'apporter quelques légères modifications aux propositions du « British X-Ray and Radium Protection Committee » qui avaient été envoyées à tous les membres du Congrès.

Le comité international de radiologie qui compte des délégués de 21 pays différents, se réunit en même temps que le Congrès. Lors de sa première assemblée, le 23 juillet, ce comité nomma une commission de travail de 7 membres : le professeur Gösta Forssell, Dr. C. Thurstan Holland, Dr A. Béclère, les professeurs W. Friedrich, M. Haudek, P. Tandoja et le docteur G.-E. Pfahler, afin de pouvoir, sur la base d'un vote préliminaire, fixer l'endroit où aurait lieu le prochain Congrès, ainsi que pour examiner une suggestion du professeur Forssell concernant les statuts des Congrès internationaux de radiologie et traiter les questions d'intérêt général. Il fut décidé que le IIIe Congrès International de radiologie qui aura lieu en 1931 se tiendra à Paris. Sur la proposition des délégués français, le Dr A. Béclère fut, par acclamation, nommé président de ce Congrès.

La suggestion ci-dessus mentionnée concernant les statuts des Congrès internationaux de radiologie futurs fut acceptée et il fut, en outre,

décidé que conformément à ces statuts l'on nommerait une Commission de travail, qui resterait en fonction jusqu'au prochain Congrès.

***

En même temps, que le Congrès, on avait organisé une exposition d'appareils et d'instruments (appareils de radiodiagnostic et de radiothérapie, matériel pour le traitement par le radium et les rayons, réactifs et préparations chimiques, diathermie, etc.).

Cette exposition avait réuni 45 exposants : l'Allemagne, 24 ; l'Angleterre 7 ; la France 1 ; l'Italie, 2 ; la Tchécoslovaquie, 1 ; les Etats-Unis, 1 ; l'Argentine, 1 ; l'Autriche, 1 ; la Belgique, 1 ; les Pays-Bas 1 et la Suède, 5.

Parallèlement aux séances de travail, des solennités diverses eurent lieu : le 23 juillet, une fête de réception, organisée pour tous les congressistes, réunit environ 1.400 personnes. Le mardi 24 juillet, Leurs Majestés le Roi et la Reine de Suède donnèrent un thé au Palais Royal pendant lequel S.A. R. le Prince héritier, au nom de Leurs Majestés, s'entretint avec beaucoup de cordialité avec un grand nombre de congressistes.

La ville de Stockholm organisa, le 25 juillet, un banquet suivi d'une soirée dansante dans le magnifique Hôtel de Ville de Stockholm et le jeudi 26 juillet, un dîner par souscription groupa au Grand Hôtel Royal une assemblée d'environ 800 personnes.

Les dames furent invitées à plusieurs excursions à Stockholm même et dans les environs, ainsi qu'à visiter les musées et les monuments.

A la dernière séance du Congrès, le 27 juillet, on décida d'agréer et de promulguer, à la fois la proposition mentionnée ci-dessus de règlement de l'unité internationale de dose pour le traitement par les rayons-X, et celle concernant les règles internationales de protection. Le Congrès décida, en outre, sur la proposition de la Commission de travail, d'établir un comité, qui, jusqu'au prochain Congrès, s'occupera des sujets relatifs aux règles de protection et aux questions s'y rapportant.

Le Président, le professeur Gösta Forssell, fit ensuite un court résumé sur les travaux du Congrès et félicita le président nouvellement élu, le Dr A. Béclère (1). Ce dernier, au nom des membres du Congrès, remercia le Conseil d'administration du IIe Congrès International de radiologie ainsi que la nation suédoise et particulièrement la famille royale de Suède, de l'hospitalité accordée aux Congressistes.

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Tristan et Yseult.

Nouvelle adaptation en vers (*)

Henri MIGNON.

Vous est-il parfois advenu de passer longtemps, automatique et inattentionné, devant un bel édifice aux lignes nobles et sévères, dont vous avez une fois pour toutes apprécié l'ensemble, sans en approfondir les détails, jusqu'au jour où vous découvrez spontanément, ou bien qu'une circonstance fortuite vous révèle tels motifs demeurés ignorés : un fronton, une arabesque, une ferronnerie, que vous ne soupçonniez pas, et qui vous charment et retiennent votre admiration ?

Certaines natures sont comparables à cet édifice. On les coudoie de longues années, en les juge courtoisement dans leur ensemble sur un plan une fois admis. Et puis, voici qu'à l'improviste, on aperçoit en elles des aptitudes, des talents, d'une qualité particulière, et dont la connaissance inattendue provoque un sympathique émoi.

Je suis depuis plus de quinze ans en relations avec Henri MIGNON ; je le sais médecin neurologue de haute conscience et de science avertie ; et je retrouve ces vertus chez le secrétaire général de la Mutualité Familiale. Tout cela me semblait faire un bloc harmonieusement complet. Et, ceci acquis définitivement, semble-t-il, il se trouve que ce bloc est plus divers encore que je ne le pensais, et de belle tenue, et digne d'une flatteuse considération.

Cette adaptation en vers, de la belle légende galloise, « œuvre de longue haleine, de bonne volonté et de piété attendrie », comme l'écrit son préfacier, me montre Henri Mignon sous un jour que je ne soupçonnais pas : poète, exégète, linguiste, érudit, à qui sont familières comme sa propre histoire, toutes les chansons de gestes de notre moyen âge, commerçant d'amitié avec nos vieux trouvères, dont il évoque, en la circonstance, une réplique vraiment bien venue...

---

(1) Nous enregistrons avec le plus grand plaisir la nomination du Dr A. Béclère, Président de l'Académie de Médecine, à la présidence du IIIe Congrès international de Radiologie qui se tiendra à Paris en 1931.

(*) Les Editions du Monde moderne, 79 *bis*, rue de Vaugirard, Paris.

Je viens de lire son adaptation ; en vanterai-je la belle ordonnance, l'harmonieux balancement, le verbe riche, les rimes sonores qui parent somptueusement la naïveté et l'ingénuité du récit de ces aventures, que Wagner assimila et s'appropria pour en tirer à son tour un chef d'œuvre d'harmonie, de sonorité et de lyrisme, à jamais immortel ?

Non pas que je prétende établir une comparaison, entre l'un et l'autre. A chacun ses mérites : ils sont d'essence tellement différente ... Certes, je me pâme chaque fois que j'entends cette admirable page wagnérienne du Prélude et de la mort d'Yseult. Mais j'ai lu et relu, sans sentir passer le temps, ces pages d'Henri Mignon, allant ainsi à la découverte de joyaux singulièrement purs.

Tels ces vers :

Comment pouvoir sceller la paix.
J'ai vaincu le Morhout, naguère ;
Mais je voudrais vaincre la guerre !

Et ceux-ci :

Oui, je suis ivre,
D'un poison dont rien ne délivre,
Ivre jusqu'à mon dernier jour,
Ivre d'une profonde ivresse,
Ivre d'une douce tendresse,
Ivre à jamais, ivre d'amour...

Hymne à la paix, hymne à l'amour. Mignon le pacifiste, Mignon l'altruiste, était, n'est-il pas vrai, mieux qualifié que qui que ce fût pour les chanter l'une et l'autre.

Et, pour me borner enfin, cet Epilogue :

Seigneurs ! Ici finit ce conte.
Le voilà tel qu'on le raconte
Que l'ont chanté sire Thomas,
Sire Beroul, les bons trouvères,
Eilhardt et Gottfried et leurs frères,
Tous ceux dont les siècles n'ont pas
Laissé les chansons sur les lèvres
Comme Chrétien, comme La Chèvre.
Le voilà, tel en son entier,
Que l'a chanté sire Bédier,
Nouveau trouvère, dont la prose
Radieuse vaut autre chose
Aujourd'hui que mes méchants vers
Qui vont boitant tout de travers.
Seigneurs ! Ici je vous adresse
Mon salut, en leur nom à tous !
Salut aussi, salut à vous,
Enamourés dans la détresse,
A tous ceux que mord le désir,
A ceux qui rêvent de plaisir,
A ceux qui pleurent de souffrance,
A ceux que soutient l'espérance,
A tous ceux qu'angoisse le jour,
Qui sont troublés par le délire,
Qui sont torturés par l'amour...
A ceux qui viennent de me lire !
Qu'ils y trouvent un réconfort
Contre l'inconstance du sort,
Contre les dépits, les alarmes,
Qui les assaillent tour à tour,
Contre les peines et les larmes,
Et contre tous engins d'amour ! ! ...

G. DUCHESNE.

Les Thèses

P. — Dr M.-L. LAGARRIGUE.— **Hernies spontanées de l'estomac à travers l'orifice œsphagien du diaphragme.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

P.— Dr G. MAHIEU. — **Contribution à l'étude des méningococcémies.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

La méningococcémie, septicémie à méningocoques semble être devenue depuis quelques années plus fréquente que la méningite cérébrospinale. Confondue longtemps, semble-t-il, avec les autres septicémies et diverses affections cutanées du type purpurique, on la distingue facilement aujourd'hui en se fondant sur la striade : 1° fièvre souvent à type intermittent ; 2° éruptions cutanées ; 3° arthralgies et myalgies.

Son diagnostic est souvent appuyé par une hémoculture positive à méningocoques. Souvent aussi cette recherche est négative, et le silence du laboratoire ne doit pas empêcher de faire un traitement antiméningococcique.

Le traitement repose surtout sur l'emploi systématique du sérum antiméningococcique par la voie sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse et intrarachidienne au besoin. Un progrès semble avoir été réalisé par l'introduction des endoprotéines. Pour les cas qui résistent à ce traitement, on doit user du vaccin spécifique ou non, de l'abcès de fixation, et de la thérapeutique par le choc.

P. — Dr I. FRIEDMANN. — **Contribution à l'étude de la médication radioactive des métrites.** (Maurice Pigné, 8, rue Demours, Paris, 1927.)

Le traitement des métrites chroniques par la médication radioactive semble présenter sur les traitements médicaux habituels une série d'avantages liés aux propriétés biologiques des rayonnements. Il est

constitué par une association de bromure de radium avec un corps antiseptique (vitellinate d'argent). C'est donc une médication spéciale qu'il y a lieu de bien distinguer de la curiethérapie des tumeurs en général. La première a une action excitante et antiseptique, la seconde une action inhibitrice et destructive sur les tissus.

L'emploi de cette médication révèle une innocuité absolue. Elle a l'avantage d'agir d'une façon efficace sans créer d'atrésies, causes des divers troubles des fonctions génitales.

P. — Dr D. Babok. — **Diagnostic radiologique des tumeurs malignes du squelette. Onze observations inédites, illustrées de très belles radiographies.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

L. — Dr J.-M. Dommesent — **Contribution à l'étude des fausses hémoptysies par lésions des voies respiratoires supérieures** (Imprimerie Douriez-Bataille, Lille, 1928).

Toutes les hémoptysies ne reconnaissent pas pour origine une affection des poumons ou des bronches Il y a des hémoptysies vraies ou pulmonaires et de fausses hémoptysies. Ces dernières résultent de lésions atteignant d'autres organes et principalement les voies respiratoires supérieures. Comme l'hémoptysie est considérée trop souvent comme un symptôme presque pathognomonique de tuberculose, des erreurs de diagnostic ont été commises et dont les conséquences individuelles et sociales ont été désastreuses. On a condamné à l'exil dans les montagnes ou dans le Midi, des malades, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire, qu'un examen des voies aériennes supérieures aurait réformé. On a renvoyé chez eux avec ou sans pension, et déclaré inutiles pour la défense du pays, des militaires aptes à tout service. On peut estimer que sur 100 hémoptysies, 60 sont des hémoptysies vraies, le plus souvent tuberculeuses ; 20 viennent du tube digestif et 20 de la portion supérieure de l'arbre respiratoire : nez, pharynx, bouche, larynx et trachée.

A côté des causes organiques d'hémorragie des voies aériennes supérieures, il faut faire une place aux causes dyscrasiques, mais la connaissance de leur rôle étiologique dans les fausses hémoptysies diminue du fait de leur action identique dans le domaine des autres organes des V. R. I. en particulier.

La simulation et la pathomimie pourront être rendues responsables d'hémoptysies douteuses. Il suffira d'y penser, de pratiquer quand même un examen des V. A. S. et de mettre le malade en observation.

La collaboration entre le phtisiologue et l'oto-rhino-laryngologiste apparaît donc nécessaire et d'un grand intérêt dans les consultations privées comme dans les dispensaires antituberculeux.

Mais le praticien n'est-il pas celui qui voit le plus de tuberculeux et, disons-le aussi, de faux tuberculeux ? La connaissance des pseudo-hémoptysies et des lésions qui les produisent, lui sera d'un grand secours pour son diagnostic et pour telle décision thérapeutique ou prophylactique, intéressant au plus haut point le malade, sa famille et son pays.

P. — Dr J. Bruder. — **Les injections de sang dans la thérapeutique de la première enfance.** (Librairie Louis Arnette, Paris, 1928.)

La médication sanguine chez le nourrisson est chirurgicalement la médication héroïque, qui seule, dans les hémorragies graves, est capable de lutter contre l'anémie et l'anoxhémie des centres nerveux, génératrices de syncope. Elle est également un bon auxiliaire du chirurgien dans la préparation ou dans les suites de l'acte opératoire.

Médicalement, dans les anémies médicales, troubles de la coagulation, lavage du sang, ces deux modalités, transfusion et hématothérapie, ont une action incontestée. De même la thérapeutique de choc, quasi-étiologique, ne prête guère à discussion dans les troubles humoraux tels que asthme infantile ou eczéma. Par contre, au cours des maladies infectieuses, fléchissent les résultats de la médication sanguine, tandis que s'enchevêtrent ses modalités : mais ceci s'explique par la gravité des cas auxquels elle s'est adressée jusqu'ici.

P.— Dr Ch. Dupuis.— **Contribution à l'étude de la peptonothérapie par voie buccale dans l'asthme.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1928

Le traitement de l'asthme par la peptone en ingestion est indiqué dans tous les cas où il y a sensibilisation digestive. La désensibilisation donne des résultats durables à condition de lutter en même temps contre la vagotonie et l'épine irritative.

Ce traitement doit être essayé même dans les asthmes qui semblent avoir pour cause une anaphylaxie aux protéines aériennes (pollen, poussières) car cette anaphylaxie peut n'être qu'apparente et masquer une sensibilisation digestive ; et aussi dans les asthmes s'accompagnant d'une tare organique (hérédo-syphilis, par exemple), à condition d'entreprendre le traitement de cette tare concurremment avec la peptone.

P. — Dr H. Vezin. — **Etude médico-légale des homogreffes.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1928.)

L'homogreffe occupe une place toute spéciale dans la responsabilité des médecins et chirurgiens et relève, en pure doctrine juridique, des articles 309 à 311 du Code pénal, punissant les coups et blessures volontaires.

Le consentement de la victime, nécessaire, mais insuffisant, n'est pas, en thèse générale, une cause de justification.

La vente par contrat des parties du corps humain *res extra commercium* en principe, est autorisée dans

certains cas par la tolérance, l'état de nécessité et la réglementation. La légitimation juridique de l'homogreffe a sa source dans la théorie de l'état de nécessité, théorie qui existe à l'état de doctrine en France, et trouve son expression codifiée à l'étranger.

P.— Dr Paul COT.— **Sensibilisation et cachexie cancéreuse.** (Librairie médicale et scientifique, Marcel Vigné, Paris.)

P.— Dr J. COURTOIS.— **De la rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

Ce travail inaugural, aussi important que consciencieux et documenté, fait apparaître que la rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine quoique connue depuis longtemps, n'a vraiment été étudiée scientifiquement que tout récemment.

La symptomatologie est centrée sur la connaissance capitale de l'existence plus ou moins récente du faux travail suivi d'une régression des signes généraux de la grossesse, indice de la mort du fœtus.

Le diagnostic différentiel en sera extrêmement difficile, au contraire, dans le cas où le médecin (tout comme la femme) n'a pas soupçonné l'existence de la grossesse qui vient de s'arrêter. Le diagnostic est pour ainsi dire impossible dans les cas de rétention prolongée tant que des débris osseux ne se sont pas éliminés par des fistules d'abcès.

Le pronostic est grave à cause de toutes les complications qui peuvent survenir : c'est d'ailleurs pourquoi il faut intervenir sans discussion, le plus rapidement possible ; il y a, toutefois, une époque de choix : quatre (4) à six (6) semaines après la mort du fœtus.

Le pronostic *quoad vitam* s'en trouvera considérablement amélioré.

P. — Dr P. MÉTAIS. — **Sur quelques cas de pneumothorax totaux spontanés à symptomatologie fruste et à évolution bénigne « pneumothorax de surprise ».** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

Il existe des pneumothorax totaux spontanés dont la symptomatologie reste très fruste et se caractérise ainsi : début insidieux, en pleine santé apparente ; troubles fonctionnels minimes, permettant la poursuite des occupations habituelles ; retour à la santé parfaite en quelques courtes semaines.

La *radioscopie* les révèlera grâce à la constatation d'un niveau de liquide, mais ne permettra pas de préciser le contour du poumon collabé (pneumothorax invisible) ; elle permettra parfois de voir une partie de la limite du poumon collabé ;

L'*exploration lipiodolée intrapleurale* permettra seule de reconnaître les contours exacts de ces pneumothorax totaux.

L'évolution se fait normalement vers la guérison par retour du poumon à son emplacement normal, sans qu'il soit possible de déceler aucun signe de tuberculose évolutive, même à longue échéance.

Ce pneumothorax est dû vraisemblablement à la rupture d'un tubercule sous-pleural.

P. — Dr J.-B. LUQUE. — **Le plexus hypogastrique supérieur. Indications et valeur de sa résection dans les névralgies pelviennes.** (Doctorat d'Université, Librairie Louis Arnette, Paris, 1928.)

THÉRAPEUTIQUE

Le gui en thérapeutique.

Il y a déjà vingt ans que le Dr M. LEPRINCE a élucidé la constitution des principes actifs du Gui (C. R. Ac. Soc., 15 nov. 1907), tandis que J. CHEVALIER en établissait la pharmacodynamie (C. R. A. Sc., 25 nov. 1907 ; C. R. Soc. biol., LXIV.2.1908 ; C. R. Soc. Thérap., 11 mars 1908).

Depuis cette époque de nombreux travaux chimiques et physiologiques furent exécutés en France et à l'étranger, mais ils ne firent que confirmer et préciser les conclusions de ces deux auteurs qui avaient, en outre, nettement déterminé les indications thérapeutiques de cette drogue en fonction de ses propriétés pharmacodynamiques.

Si le gui a pris, en thérapeutique cardio-vasculaire, la place prépondérante parmi les hypotenseurs et s'il a résisté à l'épreuve du temps, qui juge les médications, si la *guipsine* elle-même reste la *seule préparation de gui qui soit actuellement prescrite*, c'est que, comme le montrait encore récemment Nicolini (*Arch. di Farmac. e Sc. Aff.*, XLVI.I.1927) cette drogue constitue un complexe actif d'un alcaloïde et de deux glucosides dont les propriétés thérapeutiques s'additionnent et se complètent pour en faire un cardio-vasculaire périphérique, régulateur de la tension sanguine et du travail du cœur, un diurétique et un excitant des fonctions hépatiques.

L'expérimentation physiologique, d'accord avec la clinique thérapeutique, a reconnu que le gui était le seul hypotenseur réellement actif et susceptible de déterminer au bout d'un certain temps la sédation des troubles cardio-vasculaires et des symptômes fonctionnels dans les cas d'hypertension permanente parce que, comme l'a dit Huchard, il agit physiologiquement. Il provo-

que, en effet, la chute de la tension sanguine par action sur le système artérioso-veineux périphérique en déterminant une vaso-dilatation de ces vaisseaux et l'amélioration de la circulation générale par diminution du tonus exercé sur eux par le bulbe et la moelle (Busquet, Chevalier) et par la sédation de l'excitabilité des muscles à fibres lisses des tuniques artérielles et veineuses (Fubini et Antonini).

Cette action hypotensive est corroborée par l'amélioration et la régularisation du travail du cœur constatée par Huchard, Lagrange, Busquet et prolongée et rendue durable par son action déchlorurante et azoturique rénale (Chevalier, Pic et Bonnamour).

Ces divers phénomènes, et la disparition des symptômes fonctionnels ou douloureux de l'hypertension, se manifestent dès les premières heures qui suivent l'administration du gui ; mais cette action n'est pas brutale, comme avec certains vaso-dilatateurs actifs qui perturbent l'équilibre tensionnel (Delacre), n'agissent que transitoirement, se continuent, comme dépresseurs du cœur (Al. Robin, Couderc) et provoquent souvent des accidents secondaires (Mattéi, Dias Cavaroni). Les dérivés benzyliques, le benzoate de benzyle ; la papavérine qui avaient, à la suite des travaux de Pal et Macht, donné des espoirs, se sont montrés peu actifs et infidèles (Mattéi, Chardonneau), et, si on veut agir sur le système nerveux central, on utilise, malgré ses inconvénients, le chloral dont les effets hypno-anesthésiques déterminent de l'hypotension.

L'action diurétique des silicates, mise en lumière par Sartori et Scheffler peut déterminer des chutes de pression, mais faibles et de peu de durée (Chardonneau), car il se fait rapidement de l'accoutumance.

Les résultats expérimentaux obtenus par les physiologistes étudiant les propriétés des divers extraits opothérapiques ont montré que bon nombre d'entre eux provoquent de la vaso-dilatation et de l'hypotension.

La vogue de cette médication a conduit à la prescrire comme hypotenseur, mais les résultats furent très réduits et tout à fait individuels, si bien, que, pour augmenter les chances de succès, on prescrivit, sans discernement, des associations polyglandulaires. Les résultats ont été souvent négatifs, mais parfois déplorables et ces associations, de même que celles de plusieurs hypotenseurs minéraux ou organiques, ne doivent être prescrites que dans des cas très spéciaux.

Si on veut provoquer sûrement une modification de la circulation périphérique et de la nutrition générale dans les cas d'artério-sclérose accompagnés ou non de néphro-sclérose, dans les troubles nerveux ou de nutrition en rapport avec les spasmes vasculaires et de l'hypertension, migraines, vertiges, hémorragies congestives, etc., il faut que le médicament prescrit agisse physiologiquement pour être actif et d'action durable.

La *Guipsine*, par ses propriétés pharmacodynamiques, répond à cette condition et c'est pourquoi elle est restée dans la thérapeutique alors que tous ses succédanés ont presque disparu.

Six à huit pilules par jour constituent la dose thérapeutique normale qui doit être prise pendant une dizaine de jours consécutifs pour provoquer la chute de la pression. Une dose d'entretien plus faible, variable suivant les malades, suffira à la maintenir.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DU TRAVAIL AGRICOLE, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 18, 29 avril 1928.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MORT SUBITE, par P. BOUDIN *Concours médical*, n° 16, 15 avril 1928.

ALIÉNÉS (internement des), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 16, 15 avril 1928.

ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE, par A. RAYBAUD fils, Comité médical des Bouches-du-Rhône, mars 1928.

ARTS ET CRITIQUE MÉDICALE, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 16, 15 avril 1928.

ASSURANCES SOCIALES : *a*) Attitude nécessaire du corps médical, par G. DUCHESNE, *Concours medical*, n° 16, 6 mai 1928 ; *b*) A.S. et stations thermales, par P. BOUDIN, *Le Propharmacien*, n° 106, 15 avril 1928.

ATMOSPHÈRE (Influence sur les êtres vivants des phénomènes de l'), par CABANÈS, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 68, avril 1928.

AUTOMOBILE (Soins donnés aux blessés par), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 17, 22 avril 1928.

AVIATION SANITAIRE, par R. CRUCHET, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 8, 25 avril 1928.

CALCIUM (Métabolisme du), et gestation, par H. VIGNES *Progrès médical*, n° 12, 24 mars 1928.

CANCER (Où nous en sommes de l'armement anticancéreux), par R. MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, n° 4, avril 1928.

CARMINATIFS, (Voyage botanique dans l'île du Vent), par Albert GARRIGUES, *Science médicale pratique*, n° 4, avril 1928.

CHIRURGIE D'URGENCE (Conte gai), par P. RABIER, *Union médicale*, avril 1928.

CITRATE DE SOUDE EN THÉRAPEUTIQUE VASCULAIRE par L. MABILLE, *Revue de technique médicale*, n° 56 mars1928.

CROISIÈRES SUR MER (La santé par les), par A. LOIR, 1 plaquette in-4, Paris, 1928.

CYCLOTHYMIE DÉDOUBLÉE, par Maurice DE FLEURY, *Bulletin médical*, n° 19, 8 mai 1928.

DENTAIRES (La réforme des études), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 19, 6 mai 1928.

DIABÈTE ET SYNTHALINE, par A. RAYBAUD, Société de médecine et d'hygiène coloniales et navales de Marseille, 16 février 1928.
DIPHTÉRIE (Prophylaxie et traitement), par J. MINET, *Nord médical*, n° 675, 1er avril 1928

ENCÉPHALITES ET LEURS SÉQUELLES, par R. CRUCHET, Journées médicales marocaines, 15 avril 1928.
ENFANTS (Les mauvaises habitudes chez les), par R. CRUCHET, 1 vol. Paris 1928.
EPILATION, par Clément SIMON, *Bulletin médical*, n° 19, 5 mai 1928.
EPIPLOON (Histoire chirurgicale), par Maurice TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, avril 1928.
ERGOSTÉRINE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES (Horizons nouveaux), par Albert GARRIGUES, *L'Association médicale*, n° 4, avril 1928.
ESCULAPE CHEZ LES ARTISTES, par CABANÈS, 1 vol., Le François, Paris, 1928.

FIEVRE DE MALTE ET KALA AZAR (Suppression de ces termes), par A. RAYBAUD, père, *Marseille médical*, n° 9, 25 mars 1928.
FIEVRE TYPHOIDE ET INSUFFISANCE SURRÉNALE AIGUE, par A. RAYBAUD, fils, Comité médical des Bouches-du-Rhône, février 1928.

GREFFES : *a*) G. de tissu glandulaire, par R. LERICHE, *Gazette des hôpitaux*, n° 29, 7 avril 1928 et Journées médicales marocaines, 15 avril 1928) ; *b*) G. génitale de l'animal à l'être humain, par DARTIGUES, Journées médicales marocaines, 15 avril 1928 ; *c*) Opération de Steinbach. Incision de Smith, par DARTIGUES, *Revue de technique médicale*, n° 56, mars 1928.
GUEMES (Louis), par L. MATHE, *Presse médicale*, n° 27, 4 avril 1928.

HOPITAUX PUBLICS (Malades payants), par P. BOUDIN *Concours médical*, n° 15, 8 avril 1928.
HYGIÈNE : *a*) Le tumulte de la Cité (Chronique), pa, H. BOUQUES, *Vie médicale*, n° 7, 10 avril 1928 ; *b*) La procédure contre les lois sanitaires, par R. MARTIAL Académie de médecine, 3 avril 1928.

IMMIGRATION (Conditions d'une saine), par R. MARTIAL Académie de médecine, 3 avril 1928.

JOURNALISME MÉDICAL ET PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE, par FOVEAU DE COURMELLES, *Vie médicale*, n° 8, 25 avril 1928.

LANGUE SCIENTIFIQUE UNIVERSELLE (Nécessité d'une), par DARTIGUES, *Umfia*, n° 25, mars 1928.
LETTRE A UN JEUNE MÉDECIN (Scrupules), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 18, 26 avril 1928).
LEVURE (Extrait de), dans les maladies infectieuses, par Albert GARRIGUES, *L'Association médicale*, n° 4, avril 1928.
LUCHON, par MOLINÉRY, *Concours médical*, n° 17, 22 avril 1928 et *Presse médicale*, n° 35, 2 mai 1928.
LUMIÈRE (Son intégration dans les tissus vivants), par FOVEAU DE COURMELLES, Société de médecine de Paris, 13 avril 1928.

MALADIES INFECTIEUSES (Traitement par une antitoxine extraite des levures), par G. LEMOINE, *Renaissance médico-chirurgicale*, mars 1928.
MARAT INCONNU, par FOVEAU DE COURMELLES, *Concours médical*, n° 15, 8 avril 1928.
MENECHMES (Chronique), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 728, 1er mai 1928.
MÉNINGITE ACÉTONIQUE, par J. MINET, Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 26 mars 1928.
MYÉLOBLASTES (Inclusions d'origine nucléaire et corps d'Auer des), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 14, 1er avril 1928.

NÉVRAXITE A FORME PARAPLÉGIQUE, par J. MINET, *Nord médical*, n° 677, 1er mai 1928.

ORDRE DES MÉDECINS, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 15, 8 avril 1928 et par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 17, 22 avril 1928.

PENSÉE (L'élan de la), par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, avril 1928.
PLANTAIN (Plantago major), par H. LECLERC, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 avril 1928.
PRÉHISTOIRE (Les mystificateurs de la), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 17, 22 avril 1928.
PROFESSION MÉDICALE (Sa noblesse) (Chronique), par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, mars 1928.

RABELAIS (Voyage botanique dans l'île du Vent), par Albert GARRIGUES, *Science médicale pratique*, n° 4, avril 1928.
RÉFLEXOTHÉRAPIE, par L. MONER, *Le Médecin français*, n° 8, 15 avril 1928.
REMPLACEMENT DES MÉDECINS AYANT DEUX CABINETS, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 17, 22 avril 1928.
RESPONSABILITÉ DES INTERNES, EXTERNES et STAGIAIRES, par P. BOUDIN, *Le jeune médecin*, n° 11, 1er avril 1928.

SPIROCHETES (Coloration par la fuschsine de Ziehl), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 14, avril 1928.
STERCOLITES, par Maurice TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, mars 1928.

THÉRAPEUTIQUE INFRA-SONORE (Les points d'application), par L. MONER, *Le médecin français*, n° 9, 1er mai 1928.

ULCÈRES CHRONIQUES DE JAMBE, par R. LERICHE Société de médecine du Bas-Rhin, mars 1928.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Un médecin, retenu à cet effet, peut-il réclamer des honoraires pour un accouchement qu'il n'a pas fait ?

Nous avons reçu la lettre suivante :

« Retenu pour donner des soins à une cliente au « cours de grossesse et accouchement, avec prix fixé « d'avance pour le cas d'évolution normale, après une « grossesse compliquée de pyélonéphrite ayant de- « mandé une surveillance étroite, je manque l'accou- « chement qui s'est fait en deux heures.

« Que dois-je demander comme honoraires? Unique- « ment les honoraires représentés par les visites fai- « tes pendant la grossesse et les suites de couches ? « Ou bien, un pourcentage du prix forfaitaire de l'ac- « couchement, augmenté des visites nécessitées par « le caractère anormal de la grossesse ?

Voici notre réponse :

« Mon cher Confrère,

« A mon avis, vous ne pouvez pas demander d'honoraires pour un acte médical que vous n'avez pas accompli. L'accouchement s'étant effectué en dehors de votre assistance, il ne me paraît pas possible que vous réclamiez quoi que ce soit de ec chef.

« Mais vous aviez donné des soins assidus à votre cliente durant sa grossesse. Vous avez continué à la suivre durant ses suites de couches. Pour ce travail, vous avez droit évidemment aux honoraires correspondant à son importance, selon les règles locales.

« C'est donc votre première interprétation qui est la bonne, à mon sens, et c'est la somme fixée par vous-même, qui vous est acquise».

***

Notre correspondant soulève de nouveau une question déjà traitée à plusieurs reprises dans les colonnes du *Concours médical*, et qui se pose encore aujourd'hui, comme elle se posera demain, puisqu'elle fait partie des incidents habituels de la pratique courante.

Quand un médecin a été sollicité par une femme enceinte de lui prêter son concours, au moment de son accouchement, — prix convenu tacitement ou explicitement, — est-il fondé à réclamer des honoraires au cas où sa cliente éventuelle ne ferait pas appel à lui le moment venu ?

En dix ans de pratique rurale, cela m'est bien arrivé plus de vingt fois. Je me souviens de m'être trouvé dans ce cas, il y a trente ans : ayant projeté de venir à Paris pour prendre part à une fête militaire intéressant les officiers de réserve, je ne pus donner suite à mon projet, ayant promis de rester à la disposition de la femme de chambre de chatelains de ma clientèle, quand elle accoucherait. Les jours passèrent sans que j'entendisse parler de rien ; passa également la date de la fête qui m'attirait. Etonné pourtant du retard que je constatais sur le terme qui m'avait été indiqué, je pris mes informations et j'appris, à mon grand dam, qu'il y avait plus de trois semaines que l'accouchement s'était fait en dehors de moi. *Je n'en avais pas même été avisé.*

Le conseil juridique d'un important périodique médical vient de traiter à son tour le même sujet. Il conclut en substance que, si le médecin n'a commis aucune faute, les honoraires convenus lui sont dus.

J'ai le regret de n'être pas de cet avis.

Il faudrait que le médecin retenu, puis évincé, pût faire la preuve qu'il a subi un préjudice, — en manquant d'autres accouchements, ou d'autres soins, afin de demeurer strictement à la disposition de sa cliente, prêt à se rendre immédiatement à son premier appel — qui lui permît d'en appeler au tribunal, pour en obtenir réparation. Cela me semble pratiquement impossible : d'abord, il est rare que la convention ait été faite par écrit. Cela se passe habituellement verbalement. Ensuite, il est exceptionnel qu'un médecin, lorsque approche le terme d'une de ses clientes, cesse complètement d'aller, de venir, de soigner d'autres malades, pour être sûr de pouvoir répondre sans le moindre retard à la première demande.

Sauf, donc, le cas d'un préjudice subi, et dont a réparation serait laissée à l'appréciation du

juge — circonstance très rare, — le médecin n'est pas fondé à réclamer des honoraires pour un travail qu'il n'a pas fait.

Et il est bien que les choses soient ainsi. Car, envisagez la contre partie, et la solution qu'elle comporte : vous avez été retenu pour un accouchement. On vient vous chercher, le moment venu ; *vous êtes absent*, occupé auprès d'une autre parturiente que vous ne pouvez abandonner, ou même auprès d'un malade éloigné... L'accouchement se fait en dehors de vous ; il a été plus ou moins mouvementé... Que diriez-vous si votre cliente vous réclamait des dommages-intérêts pour lui avoir manqué de parole ?

S'il y a convention, elle est bilatérale. Et si votre cliente vous doit les honoraires fixés, même quand l'accouchement s'est effectué sans vous, vous lui devez de votre côté une réparation si c'est vous qui, même involontairement, ne répondez pas en temps voulu à son appel.

***

Et voici comment, pour mon compte personnel, j'avais réglé ma conduite en pareil cas. Une femme enceinte me demandait d'avance de bien vouloir l'assister au terme de sa grossesse : cela signifiait, la plupart du temps, qu'elle ne m'appellerait que si les choses ne se passaient pas bien. Si je pouvais le lui faire préciser, je répondais : « Entendu, si je suis là moi-même. » Et j'ajoutais : « Je vais vous examiner, analyser vos urines... Et je vous réclamerai vingt francs or). Si je fais votre accouchement, j'imputerai ces vingt francs sur mes honoraires. Sinon, ils me resteront acquis pour les soins que je vous aurai donnés.

Avec la tendance qu'accuse de plus en plus le public de discuter les honoraires médicaux ainsi que la qualité des soins, de recourir à la justice pour essayer de s'en tirer au meilleur compte, j'estime que, toutes les fois qu'il le peut, le médecin doit se faire régler ses honoraires au comptant, et même d'avance. Cela doit être la règle quand il s'agit d'une intervention. Et je dirai aussi, d'un accouchement.

« Vous voulez bien me faire l'honneur de me retenir pour vous accoucher, Madame. Je vous en remercie et je suis à vos ordres. Mais à supposer que votre accouchement soit normal, ce que je souhaite, mes honoraires seront de cinq cents francs. Veuillez avoir l'obligeance de m'en verser deux cents. Je vous surveillerai durant votre grossesse, et jusqu'à la dernière minute. Si je vous accouche, vous ne me devrez plus que trois cents francs. Si je ne vous accouche pas, les deux cents francs déjà versés auront rémunéré ma surveillance prénatale. »

Telle est la façon dont une expérience de quarante ans me suggère de résoudre ce petit problème de déontologie.

G. Duchesne.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Le secrétariat de la confédération des syndicats médicaux français.

Par le Dr Fernand Decourt.

II. — Comment il semble devoir être envisagé en France.

Dans un premier article, nous avons vu que l'idée de changer le poste de « secrétaire général » de notre nouvelle *Confédération*, en celui de « secrétaire administratif », suivant la proposition de Cibrie n'apparaissait pas comme devoir être approuvée, si séduisante qu'elle eût pu paraître, *a priori*, aussi bien pour les raisons données par notre confrère que par l'exemple de l'étranger. Néanmoins, il faut reconnaître que tout ne fut pas pour le mieux, jusqu'ici, dans le fonctionnement du secrétariat de l'*Union* et que celui-ci, tout aussi bien que celui de la *Fédération*, avait besoin d'une refonte générale.

Il est manifeste que cette modalité de secrétariat doit être « mise à jour » et *adaptée* à des fonctions qui se présentent comme de plus en plus complexes. Déjà, les *Statuts* de la nouvelle *Confédération* ont amélioré une situation qui ne pouvait rester stationnaire. Depuis de longues années, le secrétaire général de l'Union, avait assumé, en réalité, toutes les charges de la défense professionnelle, au centre de l'activité syndicale : action auprès des collectivités ; étude des faits nouveaux ; dépistage des « embûches », si l'on peut dire, dévoilées journellement.... Et, en même temps, cette lourde charge de rédacteur de ce *Bulletin* officiel de l'Union qu'était, depuis la grande guerre, le *Médecin Syndicaliste*.

De ce journal, si étudié, si précis, si complet, on a dit le plus grand mal, dont le moindre défaut consistait à n'être « ni lisible ni lu ». Qu'on me permettre de faire remarquer tout d'abord, en toute objectivité, que le dit défaut provenait

non du journal lui-même, mais de ses lecteurs qui, ne *s'intéressant pas aux multiples questions syndicales,* ne prenaient pas la peine d'*étudier les études* du *Médecin Syndicaliste*, leur technicité professionnelle, leur semblant trop aride... mais passons ! Il est entendu que notre futur *Bulletin officiel* deviendra lisible et lu....

Quoi qu'il en soit, il est écrit, dans les nouveaux statuts, que, dorénavant, ce *Bulletin* aura un *rédacteur en chef spécial*, responsable devant un *Comité de publication* émané du Conseil de la Confédération, etc., etc... Le secrétaire général aura naturellement droit de regard et de direction, comme membre du Comité de publication, mais il n'aura plus à s'en occuper, en *fonction* même de sa charge de secrétaire général. C'est ce qui est indiqué nettement à l'art. 51 du *Règlement intérieur* voté le 8 juillet dernier. On peut approuver, ou non, cet « effacement » manifeste du secrétaire général, par rapport au *Bulletin*, l'avenir dira qui a raison à ce sujet, mais on ne saurait nier que le futur secrétaire général sera ainsi fortement soulagé déjà d'une part importante des multiples fonctions dont on l'avait jusqu'ici, « comblé. ».

***

Passons maintenant aux *besoins* même auxquels doit faire face le secrétariat de la Confédération.

La défense professionnelle n'est ni simple ni unie. C'est un manteau d'arlequin aux mille facettes dont chacune à plus ou moins d'importance ou en prend soudain, à tel ou tel moment. C'est ainsi qu'il y a toute une série de « fronts de combat » à chacun desquels il doit y avoir un observateur *constant*, sorte de « sentinelle » prête à jeter l'alarme au bon moment. Ces divers fronts peuvent être ramenés à 4 ou 5 principaux dépendant de tel ministère ou de telle collectivité toute sûreté, et pour cause ? C'est celui des accidents du travail.

Les circonstances ont voulu que depuis de longues années je suis ainsi placé « en sentinelle » à ce sujet. Cela s'est trouvé tout naturellement. Alors que je suis membre de la sous-commission du tarif des accidents du travail depuis 1912, *il y a seize ans* le confrère délégué de l'Union qui vient ensuite ne l'est que depuis 2 ans, tout au plus. Nous ne sommes, à cette sous-commission, que deux délégués : de 1912 à 1920, ce furent le Dr Cayla et moi ; de 1920 à 1926, ce furent le Dr Quivy et moi ; depuis 1926, c'est avec le Dr Noir que je siège... et c'est ainsi que, par la force des choses, je suis arrivé à me « spécialiser », en quelque sorte, en la matière et que, à l'Union, dès qu'il y a quelque demande de confrère, ou quelque plainte, ou quoi que ce soit, c'est à moi que le secrétaire général s'adresse amicalement.... même encore cette année où je ne fais même plus partie du Conseil. On a pu le voir à propos des modifications qui viennent d'être signées par le Ministre au sujet de la radiographie des accidentés du travail.

Si je donne cet exemple *ad hominem*, c'est que je voudrais bien faire saisir aux confrères l'importance de cette *sentinelle constante* placée au bon endroit... et l'importance qu'il y aurait à généraliser cette mesure dont il y a *déjà* PLUSIEURS exemples analogues. C'est, aux Pensions, notre confrère Lenglet, qui a fait là une besogne admirable, trop méconnue, et dont on sera obligé, plus tard, d'apprécier à leur valeur les remarquables effets, lorsque *nous nous servirons de l'action de Lenglet aux Pensions, pour défendre le praticien devant les Caisses-maladie*... Je ne puis développer ce que j'avance ici, mais il ne faudra pas beaucoup d'années pour que les faits *eux-mêmes* le démontrent amplement.

Je puis donner un autre exemple. C'est celui de Rinuy, à propos de l'Assistance médicale gratuite et du travail de bénédictin qu'il accomplit, chaque année, pour mettre à jour nos différents modes départementaux de l'A.M.G. Grâce aux travaux de Rinuy, des progrès s'accomplissent chaque jour, en A.M.G., suivant l'action du syndicat départemental ou de la Fédération départementale des syndicats.

Encore un dernier exemple, inconnu de presque tous celui-là, c'est le travail de lecture des journaux professionnels, de découpage, de classement qui se fait à l'Union par un vieux confrère qui prépare patiemment, minutieusement, de multiples dossiers sur de multiples questions et où l'on peut si utilement *puiser*, pour la défense professionnelle quand, soudain, se déclanche une action à entreprendre contre tel ou tel empiètement de l'Administration ou d'une Collectivité.

Etc., etc... et tout ce travail intense, dont on ne se doute guère « à la périphérie » se fait actuellement *quand même*... oui ! je dis bien « quand même » et cela dans le sens péjoratif, signifiant malgré l'insuffisante constitution du secrétariat actuel de l'Union, ou tout, absolument tout, comme il y a trente ans, repose *statutairement* sur les épaules d'un seul...

Et je n'ai pas encore parlé des COMMISSIONS, parmi les « charges » du secrétariat. Elles ne manquent pas à l'Union et travaillent de leur mieux, faisant besogne utile. Mais ne leur faudrait-il pas une *personnalité statutaire plus marquée*, avec, pour chacune, une organisation intérieure particulière, un secrétaire spécial, un ou des rapporteurs, etc... On avait fait, naguère un essai de décentralisation et de décongestion du secrétariat général, en nommant un *secrétaire des Commissions*. Ceci ne dura pas ayant été mal accueilli... peut être pour raison de per-

sonne... En tous cas, le statut des Commissions vient d'être judicieusement réglé dans le Titre IV (Art. 16 à 21) du Règlement intérieur de notre nouvelle Confédération.

Est-il besoin d'insister sur toutes ces choses alors que, comme on le voit, les nouveaux statuts et Règlement ont heureusement remédié à ces insuffisances, en ne demandant plus l'impossible au secrétaire général qu'on accusait ensuite de « dictature » alors qu'il s'efforçait de suffire à ses multiples fonctions et s'y dévouait corps et âme, sans compter son temps ni ses peines, ni ses légitimes intérêts de clientèle... Passons encore : tout cela fut bien triste à ceux qui étaient placés pour voir de près toutes ces choses...

***

Assez parler du passé. Revenons au présent où nous préparons tous de notre mieux, l'avenir.

Donc, que disent, au sujet du secrétariat de la Confédération, les statuts et le Règlement intérieur ?

1° Les STATUTS. Rien ou presque. L'art. 14 dit seulement, à propos du Bureau, que celui-ci se compose de « un président, deux vice-présidents, *un secrétaire général, un secrétaire général suppléant présenté par le secrétaire général,* un trésorier et un trésorier suppléant. » Et c'est tout. Notons cependant un mot qui a son importance, c'est que le secrétaire général suppléant soit *présenté* par le secrétaire général. Et ceci, qui fut demandé par Jayle, à la Commission mixte, a son intérêt et son importance puisque mettant en réalité, *une seule tête* à ce secrétariat qu'on venait de « dépecer » en l'amputant de ses multiples fonctions antérieures...

2° Le REGLEMENT INTÉRIEUR. Au Titre V on définit les fonctions du secrétaire général, aux articles 24, 25, 26 et 27, que je trouve utile de transcrire ici :

ART. 21.— Le secrétaire général dirige le secrétariat.

Il correspond avec les Syndicats adhérents, réunit la documentation nécessaire au travail du Bureau et du Conseil, veille à la publication des procès-verbaux, rapports et autres pièces ayant un caractère officiel qu'il signe conjointement avec le président.

ART. 25. — Le secrétaire général suppléant remplace le secrétaire général en cas de besoin et peut recevoir toutes les délégations de celui-ci.

ART. 26. — Le secrétaire général est chargé de présenter au Conseil et de faire approuver l'organisation administrative du secrétariat, qui pourra comprendre plusieurs secrétaires administratifs médecins ou non médecins.

ART. 27. — L'effectif, les émolumnts et les fonctions du personnel administratif du Secrétariat sont fixés par le Conseil sur proppsition du secrétaire général et sur proposition du trésorier pour la partiè financière.

Une affirmation de principe d'abord. Le secrétaire général « dirige le secrétariat ». Cela va de soi, bien qu'il n'en soit pas partout ainsi, à l'étranger, où le secrétaire (administratif celui-là) reste sous les ordres *directs* d'un Président, par exemple. Il doit aussi, d'après le même article, *réunir la documentation* nécessaire au travail du Bureau et du Conseil » c'est un travail qu'il doit donc, non pas exécuter lui-même, mais « diriger », donc faire exécuter par d'autres et coordonner ensuite. C'est, à mon sens, la *première* partie de sa double fonction de secrétaire général. En effet, la *deuxième* partie est aussitôt nettement indiquée : il doit *veiller à la publication* des procès verbaux, rapports et autres pièces ayant un caractère officiel... » Là encore, il doit faire exécuter et coordonner ensuite.

Voyons cela de plus près. *La première partie (documentation) est une fonction* TECHNIQUE que le secrétaire général fait exécuter par *x* médecins, suivant les besoins du moment. Il doit être libre de diriger sa barque à son gré avec des *collaborateurs constants ou occasionnels* auxquels il demandera tel traavil *spécial* et qu'il rémunèrera *suivant le travail fait* et déposé au secrétariat. Il aura même des collaborateurs si *constants* qu'ils finiront pas venir chaque jour au secrétariat, s'il le faut... Mais ceci est l'affaire *propre* du secrétaire général. Ce serait une faute que d'essayer de codifier à l'avance, et de « figer » ainsi toute cette « cuisine » journalière du secrétariat. Ceci doit rentrer dans la *confiance* qu'on a accordée au secrétaire général en le nommant.

La deuxième partie (publication des pièces) est une fonction MATÉRIELLE. A part la publication dans le *Bulletin*, œuvre qui ne sera plus désormais dépendante du seul secrétaire général, il m'apparaît qu'on doit comprendre par cette « publication », les documents à envoyer aux syndicats, les questionnaires, les circulaires diverses, ainsi que la multiple correspondance journalière et toutes les infinies « pièces » qui doivent sortir, chaque jour du secrétariat, préparées, dictées par le secrétaire général. Cette besogne matérielle est faite actuellement, comme nous l'avons vu en Hollande, dans le précédent article) par *une administratrice et des dactylographes.* Et là encore, comme plus haut, la direction de ces travaux doit être exclusivement réservée au secrétaire général, sous sa responsabilité propre, et comme fonction de la *confiance* qui lui fut accordée en le nommant.

Et c'est pourquoi je ne puis qu'approuver les art. 26 et 27 du nouveau Règlement intérieur. Le secrétaire général présente et fait approuver par le Conseil, l'*organisation administrative* de son

secrétariat qui pourra comprendre « plusieurs *secrétaires administratifs, médecins ou non-médecins* » suivant qu'il s'agira de questions *techniques* études, recherches statistiques, exposés divers) ou de questions purement *matérielles* (publication et distribution des travaux exécutés techniquement).

***

Tout cela apparaît donc fort bien conçu : un *secrétaire général*, d'ordre technique, chef responsable de la bonne marche du secrétariat et, sous ses ordres, DES *secrétaires administratifs*, médecins ou non, qu'il choisira suivant la modalité de la besogne à exécuter.

Mais alors, ami Cibrie, ne parlons plus de la suppression de ce secrétaire général et de son remplacement par UN *secrétaire administratif.* Croyez-moi, faites ce que je viens de faire : retournez la question sous toutes ces faces, objectivement, sans aucune idée *a priori*, et je suis persuadé qu'un esprit, aussi avisé que le vôtre, en arrivera forcément à des conclusions analogues.

La défense professionnelle est affaire *technique.* Elle doit être techniquement assurée, au centre de la Confédération, par le *Conseil* et son émanation, le *Bureau.* C'est entendu. Mais *la mise en œuvre journalière* des décisions du Conseil ne doit pas être livrée à un *employé*, si « employé-modèle » puisse-t-il être... A la tête de ce mécanisme qui restera toujours complexe, du secrétariat de la Confédération, il faut autre chose : un confrère *responsable devant le Conseil et devant tous les syndiqués* — et un confrère qui ait déjà fait son stage dans la défense syndicale, un homme que nous connaissions tous déjà... et que nous reconnaissons tous comme étant vraiment « quelqu'un »....

A la *Commission mixte*, Jayle était le secrétaire pour les statuts du futur groupement, mais pour tout ce qui concerne la fusion, vous, Cibrie, n'étiez-vous pas, et n'êtes-vous pas encore secrétaire pour les Assurances sociales ? Cette « action » que vous menez, d'accord avec la Commission, croyez-vous que vous ne la menez pas avec plus d'activité, de compétence et d'autorité que tout secrétaire « administratif », employé irresponsable ?

Au moment où nous allons devoir mener également une *série d'actions de détail* devant l'offensive parlementaire au sujet de cette même loi Assurance-maladie et surtout dans la suite, devant cette offensive *continue* des Caisses maladie contre les libertés du praticien, il ne suffira pas de prendre des décisions au Conseil. Il faut encore être certain que ces décisions pourront être exécutées avec une compétence indéniable et une vigilance de tous les instants. Et pour qu'elles soient exécutées au moment opportun et avec le geste décisif, il nous faut devant les collectivités, un *porte drapeau vigilant, actif* et reconnu comme tel par tous, non seulement par « nous », mais par « les autres »....

Désormais, même les plus timorés, même les plus soupçonneux, ne peuvent avoir de « dictature » à craindre. J'ai montré, dans l'article précédent, qu'on avait entouré de *liens* restrictifs et constrictifs, toute action *personnelle* possible d'un secrétaire général quelconque. Il ne peut même plus *rien* signer tout *seul.* Lisez la fin de l'art. 24 du *Règlement intérieur*, cité plus haut : toutes les pièces officielles, le secrétaire général doit *les signer conjointement avec le Président.*

L'avons-nous assez « muselé » (passez moi ce mot si justifié) notre futur secrétaire général de la Confédération ? En vérité, aller plus loin et faire de celui-ci un secrétaire *administratif*, irresponsable « rond-de-cuir », ce serait dessécher sur pied notre organisme central, le rendre stérile et compromettre irrémédiablement cette défense professionnelle, aujourd'hui plus que jamais indispensable au praticien français.

D^r Fernand DECOURT.

II

A propos du Secrétariat général de la Confédération des Syndicats médicaux français.

La proposition qu'a faite le D^r Cibrie au Congrès des Syndicats médicaux de juillet dernier demandant que le secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français soit d'ordre administratif est absolument légitime. Et j'irai plus loin que lui dans l'énoncé des qualités que devra posséder ce confrère au rôle important.

Il faut qu'il soit actif, c'est-à-dire jeune, ayant exercé cependant la médecine pratique un nombre d'années suffisant pour en connaître tous les détours, ordonné, aimant le travail de bureau et le classement, instruit d'ailleurs largement en dehors des choses de la médecine, sympathique et diplomate.

La proposition Cibrie sera sans aucun doute votée au prochain Congrès. Il est à souhaiter que la Confédération alloue à son secrétaire général un traitement honorable. Le moyen d'avoir un bon personnel est, en général, de le bien appointer. Que la Confédération y prenne garde ! C'est du choix prochain de son secrétaire général que

dépendront l'importance et la considération qu'elle acquerra, non pas seulement auprès des médecins, mais aussi et surtout vis-à-vis des Administrations de l'Etat, car il faut dire et redire que nous sommes à la veille de l'application de la loi des assurances sociales, à propos de laquelle le Corps médical aura encore beaucoup à lutter.

Dr HATON.
(Paris.)

JURISPRUDENCE

Exercice illégal de la médecine par des masseurs.

I.

COUR DE CASSATION (Chambre criminelle).
2 février 1924.
(*Gaz. Pal.*, 30 mars 1924 ; *D.*, 1924, 163).

Commet le délit d'exercice illégal de la médecine, l'individu non pourvu d'un diplôme, qui, appelé à donner ses soins, à une personne ayant subi une fracture de jambe, applique d'abord un appareil destiné à immobiliser le membre blessé et pratique ensuite, pendant plusieurs semaines, des massages devant, d'après ses affirmations, amener la guérison : les faits ainsi constatés constituent le traitement suivi, prévu par l'article 16 *de la loi du* 30 *novembre* 1892.

M. M. s'est pourvu en cassation d'un arrêt de la cour de Lyon, du 30 octobre 1923, qui l'avait condamné à une amende pour exercice illégal de la médecine.

« La Cour,

« Sur le moyen unique pris de la violation par fausse application de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, en ce que l'arrêt attaqué aurait condamné le demandeur pour exercice illégal de la médecine sans constater qu'il ait pris part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ;

« Attendu que, suivant les constatations de fait de la décision attaquée, M., non pourvu d'un diplôme lui permettant d'exercer la médecine, a été appelé à donner des soins à la dame P. à l'occasion d'une fracture de la jambe droite ; qu'il a d'abord appliqué un appareil destiné à immobiliser le membre blessé, et qu'ensuite, pendant cinquante-cinq jours, il a pratiqué des massages qui devaient, d'après ses affirmations, amener la guérison ; qu'une fois le traitement terminé, il a réclamé et reçu pour honoraires une somme de 530 francs ;

« Attendu qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, le délit d'exercice illégal de la médecine est constitué dès que le mode de traitement a été habituel ou qu'il a été suivi ;

« Attendu que dans les circonstances précisées par l'arrêt attaqué, le demandeur a pris part, par une direction suivie, au traitement d'une affection chirurgicale ; qu'ainsi ledit arrêt, loin de violer la disposition visée au moyen, en a fait, au contraire, une juste application ;

« Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme et que la peine a été légalement appliquée :

« Par ces motifs, rejette... »

II

COUR D'APPEL DE DIJON (Ch. corr.).
9 mai 1928.
Gaz. Pal., 26 juin 1928.

Commet le délit d'exercice illégal de la médecine le masseur qui, dans des cas réitérés constituant l'habitude, au lieu de se borner à de simples massages, à de simples pressions sur la peau selon les indications à lui données, soit par le médecin, soit par le malade, a fait lui-même l'examen du malade, a diagnostiqué son état, a essayé de réduire la fracture et a prescrit un traitement.

LA COUR,

Attendu que M. le procureur de la République a régulièrement interjeté appel d'un jugement du tribunal correctionnel de Chaumont du 27 décembre 1927 qui a renvoyé des fins de la plainte sans dépens, le sieur X... poursuivi pour exercice illégal de la médecine ;

Attendu qu'il est constant et qui résulte de la déposition des témoins B., dlles C. et Z., qu'en septembre et novembre 1923, en avril 1925 et en août

1927, X..., qui exerce le métier de masseur, a reçu ces quatre personnes qui se plaignaient de fracture ou de foulure du poignet ou de la jambe ; qu'il les a examinées, a diagnostiqué leur cas, c'est-à-dire a fait connaître la cause, à son avis, de leur souffrance, et s'est mis en devoir, soit par des tractions exercées sur le membre malade, soit par des frictions, de procurer la guérison ; qu'ensuite de son intervention, il a prescrit un traitement consistant en bains de guimauve, en frictions ou en recommandation d'exercer le membre opéré ;

Attendu que X... lui-même reconnaît les faits matériels et notamment le fait Z., mais soutient qu'il n'est pas sorti, ce faisant, de ses attributions de masseur ;

Attendu qu'à tort le tribunal a admis cette prétention ; qu'en effet, au lieu de procéder à de simples massages, à de simples pressions sur la peau, selon les indications à lui données soit par le médecin, soit par le malade lui-même, X..., a fait lui-même l'examen du malade, a diagnostiqué son état, a essayé de réduire la fracture et a enfin prescrit un traitement, qui, pour être anodin, n'en est pas moins une médication, à telle enseigne qu'en un cas déterminé, il avait prescrit l'exercice journalier du bras malade (fait B.), alors que l'immobilité était au contraire indiquée ;

Attendu que le jugement a encore à tort considéré que le délit prévu par la loi du 30 novembre 1892 est continu ou successif ; qu'il s'agit seulement d'un délit d'habitude, c'est-à-dire d'une infraction, d'un fait qui exige pour être punissable la répétition dans le temps de faits distincts du même nature indiquant que l'auteur a continué à se livrer à l'acte pour lequel il est poursuivi ;

Attendu qu'il en est bien ainsi en l'espèce, puisque, de 1923 à 1927, on voit X... se livrer aux actes incriminés, chaque fois qu'il en est sollicité ; qu'il reconnaît lui-même avoir toujours ainsi procédé ;

Attendu qu'on ne peut enfin soutenir que certains faits datant de 1923 et se trouvant prescrits, comme ayant plus de 3 ans de date, ne peuvent servir à étayer la prévention ;

Attendu qu'il suffit au ministère public de poursuivre à l'audience un fait récent non atteint par la prescription, pour qu'il soit possible d'invoquer, en vue de prouver l'habitude, des faits de même nature, plus anciens, dateraient-ils de plus de 3 ans pourvu qu'ils se relient avec le fait précédent depuis moins de 3 ans ;

Attendu qu'il en est ainsi en la cause, tous les faits s'enchaînant dans un intervalle de temps inférieur à 3 années ;

Attendu, enfin, que rien ne permettait au tribunal d'affirmer, sans justification de son opinion, que les témoins entendus par lui avaient manifestement exagéré la vérité ;

Par ces motifs,

Infirme ledit jugement et par décision nouvelle, dit que X..., a commis le délit prévu et puni par les art. 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, l'en déclare atteint et convaincu ;

Et, pour réparation, le condamne à la peine de 50 fr. d'amende par l'application des art. 16, 18 et 27 de la loi du 30 novembre 1892 et par application de l'art. 463 C. pén...

NOTE. — Il est de jurisprudence constante que le délit d'exercice illégal de la médecine peut résulter de toute sorte de traitements, de tout procédé curatif, pourvu qu'il soit habituel ou suivi, et bien qu'il n'ait été ordonné aucun médicament. V. spécialement pour le massage : Cass. crim. 2 février 1924 (*Gaz. Pal.*, 1924.1.558 — D. 1924.1.184) ; *adde* Dalloz, Rép. pratique, v° Médecine-Pharmacie, n. 64 ; Trib. corr. Villefranche-de-Rouergue, 4 novembre 1921 (*Gaz. Pal.* 1922.1.188). Trib. corr. Nantes 30 juillet 1923 (*Gaz. Pal.* 1923.2.592). Rappr. pour les guérisseurs : Cass. crim. 3 avril 1925 (*Gaz. Pal.* 1925.2.256) et la note.

III

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (10e chambre).

22 décembre 1927.

L'emploi des rayons ultra-violets constitue un procédé de guérison. Un masseur n'a le droit d'en faire usage qu'à une double condition: d'abord que les malades aient été examinés par un docteur en médecine, seul compétent pour apprécier l'état général de celui qui réclame des soins et ensuite que le médecin ait surveillé, à plusieurs reprises et pendant le traitement, les malades, à l'effet de constater les résultats obtenus.

Le tribunal,

Attendu qu'il résulte des faits et documents de la cause, de l'instruction, du rapport de l'expert, le Dr Balthazard, qu'E., non muni du diplôme de docteur en médecine de la faculté de Paris, mais ayant à sa disposition uniquement un diplôme de masseur de l'école orthopédique et de massage de la rue Cujas, et celui de docteur en médecine de la faculté des sciences de Berlin (docteur *honoris causa*) c'est-à-dire ne dénotant aucune capacité professionnelle, se livrait à l'application des rayons ultra-violets sur des malades qu'il recevait chez lui ;

Attendu qu'il n'est pas inutile de rappeler qu'à des époques non relevées par le ministère public, E. recevait chez lui non seulement des malades envoyés par des médecins, mais nombre d'autres personnes

attirées par la notoriété qui s'attachait à sa personne comme guérisseur ;

Qu'il les traitait pour des maladies diverses, par des piqûres et par l'emploi de l'ozone ;

Attendu que le ministère public ne fait pas état de ces faits constitutifs du délit d'exercice illégal de la médecine par un non diplômé, mais en tire la preuve que depuis longtemps déjà E., masseur, était arrivé à soigner les malades sans être muni du diplôme de docteur en médecine ;

Attendu que le point particulier à examiner et à trancher par le tribunal est celui de savoir si un non diplômé a le droit de soigner les malades par les rayons ultra-violets ;

Attendu que le rapport des experts est formel, qu'il conclut nettement à la non autorisation pour un masseur de faire usage des rayons ultra-violets pour soigner, sans qu'il soit assisté au début de la cure par un docteur en médecine, sans qu'au cours de la cure le médecin surveille le malade et porte ses investigations sur les résultats produits par le traitement ;

Attendu en effet que les experts soutiennent que l'usage des rayons ultra-violets constitue un procédé thérapeutique, que le traitement est délicat et est susceptible d'exposer les malades aux plus graves complications ;

Attendu que si dans certains cas particuliers, la jurisprudence des tribunaux et des cours a paru donner raison aux prétentions de certains masseurs et de certains magnétiseurs, la Cour de Cassation par trois arrêts : 29 décembre 1900, 25 juin 1909, 16 décembre 1922, s'est prononcée d'une manière absolue, d'une manière définitive sur la portée de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu qu'avec sa haute autorité la Cour de Cassation a décidé que pour qu'il y ait exercice illégal de la médecine il faut et il suffit que, non muni du diplôme de docteur en médecine, le guérisseur prenne part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies et affections chirurgicales, que peu importe le traitement employé, que les termes de la loi sont nets et précis ;

Attendu qu'il est incontestable que l'emploi des rayons ultra-violets constitue un procédé de guérison ; que E. avait en sa qualité de masseur le droit d'en faire usage, mais à une double condition, d'abord que les malades aient été examinés par un docteur en médecine, seul compétent pour apprécier l'état général de celui qui réclame les soins, et ensuite que le médecin ait surveillé à plusieurs reprises et pendant le traitement les malades, à l'effet de constater les résultats obtenus ;

Attendu en ce qui concerne le fait que des médecins aient adressé leurs malades à E., il résulte de la procédure que les dits médecins pouvaient croire que le prévenu était docteur en médecine spécialisé dans l'application des rayons ultra-violets, que dans leurs lettres, ils le traitaient de confrère, de docteur E. ;

Attendu que celui-ci n'avait pas protesté, mais au contraire avait facilité cette erreur en inscrivant sur ses pots de pommade « crème du médecin masseur E. » ;

Attendu que dans ces conditions, le délit d'exercice illégal de la médecine est juridiquement établi ;

Attendu que le Syndicat des médecins de la Seine est en droit de réclamer des dommages-intérêts pour le préjudice éprouvé ;

Que le tribunal a les éléments nécessaires pour en fixer le quantum ;

Par ces motifs ;

Reçoit le syndicat des médecins de la Seine partie civile.

Déclare E. convaincu et coupable d'avoir à Paris, entre le 26 octobre 1923 et le 26 octobre 1926, bien que non muni du diplôme de docteur en médecine, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies et affections chirurgicales :

Délit prévu et puni par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, faisant application des dits articles dont lecture.

Condamne E. à 200 francs d'amende,

Et statuant sur les conclusions de la partie civile :

Le condamne pour toutes voies de droit et même par corps, à payer au syndicat des médecins de la Seine la somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts ; le condamne en outre aux dépens du présent jugement.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement de l'amende, des dommages-intérêts et des dépens.

IV

Tribunal de première instance de Seine-et-Marne (Section de Meaux).

10 mai 1928.

(Archives du « Sou médical ».)

Exerce illegalement la médecine et non seulement porte atteinte aux intérêts des médecins, mais compromet la santé publique, le masseur, qui réduit habituellement luxations et fractures, ce qui constitue un acte chirurgical, nécessitant des notions anatomiques, que le masseur ne possède pas et qui usurpe le titre de docteur en médecine, en se parant notamment de cette qualité, dans des certificats qu'il a délivrés.

Attendu que V., masseur à M., a exercé illégalement la médecine, notamment en réduisant habituellement des luxations ou des fractures, ce qui constitue un acte chirurgical nécessitant des con-

naissances anatomiques qu'un masseur ne possède généralement pas, et cela, avec cette circonstance que, n'étant pas docteur en médecine, il en prenait le titre, délivrant à des compagnies d'assurances des certificats concernant des victimes d'accidents du travail, ainsi libellés : « Je soussigné, docteur en médecine, certifie, etc. » ;

Attendu que si de nombreux malades ont pu être guéris par ses soins dans des cas où une habileté pratique pouvait suffire, il n'en est pas moins constant que les sieurs P. et G., les dames Vve C. et M., traités par lui sont demeurés infirmes ;

Que P. et la dame Vve C. sont atteints d'une infirmité permanente partielle, due vraisemblablement, dit le médecin-expert, au fait que dans l'intervalle de ses massages V. négligeait d'immobiliser les fractures ;

« Qu'il s'ensuivait que la déformation se reproduisait dans l'intervalle des massages et que la consolidation se faisait en entraînant une diminution de l'amplitude des mouvements de l'articulation voisine » ; d'où il est résulté une incapacité que l'expert évalue à 10 % pour P. et à 15 % pour la Vve C. ;

Que la dame M., soignée par V. pour une entorse, alors qu'elle était atteinte d'une fracture, a conservé une déformation de l'avant-bras, une incapacité permanente de 10 % ;

Que le sieur G., chez qui V. avait constaté lui-même une fracture de l'avant-bras, fut traité au moyen d'un appareil plâtré est resté atteint d'une incapacité de 20 % ; que dans ce dernier cas particulièrement, V. ne peut alléguer une erreur de diagnostic, puisqu'il a apposé un appareil de fracture ;

Attendu que par ces pratiques illicites, le prévenu qui donnait ses soins à une très nombreuse clientèle a non seulement porté atteinte aux intérêts des médecins, mais compromis la santé publique ;

En conséquence :

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats la preuve que depuis temps non prescrit, dans la circonscription judiciaire de M., V. a :

1° N'étant pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, pris part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales sans urgence avérée et ce avec usurpation du titre de docteur ;

2° Par maladresse, imprudence, inattention, négligence et inobservation des règlements, involontairement causé des blessures aux sieurs P. et G. et aux dames A., Vve C. et M ;

Par ces motifs,

Condamne V. à deux mille francs d'amende ;

Le condamne en outre aux dépens.

Et statuant sur les conclusions de la partie civile :

Attendu que le tribunal a les éléments suffisants pour évaluer le préjudice causé au Syndicat des médecins qui s'est constitué partie civile :

Par ces motifs :

Reçoit le Syndicat des médecins de Seine-et-Marne partie civile intervenante ;

Et condamne V. à lui payer la somme de cinq cents francs à titre de dommages-intérêts et aux dépens de la partie civile.

Commentaires.

Cette rubrique de la poursuite de l'exercice illégal semble, depuis quelques années, tomber quelque peu en sommeil. Il faut dire que certains syndicats, tel celui des médecins de la Seine, qui obtiennent des condamnations contre des illégaux, ne publient pas les jugements qu'ils ont obtenus.

Cela pourtant pourrait servir d'exemple, comme également apporter des documents judiciaires aux avocats, qui sont chargés de la défense des intérêts corporatifs des autres syndicats médicaux.

Nous donnons aujourd'hui un bouquet de condamnations contre des masseurs. De ces textes de jurisprudence, tirons un certain nombre d'enseignements.

Définition de l'exercice illégal.

A plusieurs reprises, la Cour de Cassation a décidé que le délit d'exercice illégal, défini par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, est constitué, lorsqu'il résulte de toute sorte de traitements, de tout procédé curatif, pourvu qu'il soit habituel ou suivi et bien que le guérisseur n'ait ordonné aucun médicament.

Pour qu'il soit condamné, il faut démontrer que l'illégal peut être considéré comme donnant une direction suivie à ses malades et prenant part habituellement au traitement de leurs maladies : Cassation 29 décembre 1900 ; (*Journ. des Parq.* 1901.2.32) ; 25 juin 1909 ; (*Gaz. Pal.* 1909. 2.128) ; 8 avril 1911 (*Gaz. Pal.* 1911.1.728) ; Paris 15 mars 1899 ; (*Gaz. Pal.* 99.1.581) ; 15 mars 1913 (*Gaz. Pal.* 1913.2.569).

En ce qui concerne le massage, il y a exercice illégal de la médecine, lorsqu'au lieu de procéder à de simples massages, à de simples pressions sur la peau, selon les indications à lui données, soit par le médecin, soit par le malade lui-même, le prévenu a fait lui-même l'examen du malade, a diagnostiqué son état, a essayé de réduire la fracture et a enfin prescrit un traitement qui, pour être anodin, n'en est pas moins une médication. »

Ainsi s'exprime l'arrêt de la cour de Dijon, du 9 mai 1928, rapporté plus haut.

Rappelons le sommaire d'un arrêt de la Cour de *Cassation, chambre criminelle*, du 16 *décembre* 1922 (*Bull. crim.* 1922.705, *Concours médical*, 1903. 1003).

« Si le fait, par un individu non diplômé, de se

livrer, en vue de guérir les maladies, à certaines pratiques du spiritisme, ou du massage, ne constitue pas à lui seul l'exercice illégal de la médecine, il en est autrement, lorsqu'à ce fait, se joignent des actes, des interventions, tels que les frictions, des attouchements sur les membres, ou organes malades, des pressions sur le corps vêtu, ou dévêtu, des massages, des insufflations sur le siège du mal et des passes magnétiques. »

Comme on le voit, dans la lecture de cet arrêt, la Cour suprême étend considérablement sa définition de l'exercice illégal; sans s'arrêter aux faits eux-mêmes, la Cour de Cassation estime que le seul fait de prendre habituellement part au traitement des maladies, par un procédé quelconque, constitue une violation de la loi du 30 novembre 1892, pour quiconque n'est pas docteur en médecine.

D'ailleurs, en ce qui concerne le massage, le rapporteur de la loi du 30 novembre 1892, à la Chambre des Députés, avait expressément déclaré que les masseurs commettraient le délit, quand ils chercheraient à réduire les luxations, ou fractures (D.P. 93.34.15).

Quand y a-t-il habitude ou direction suivie ?

La Cour de Cassation, crim. 2 février 1924, ainsi que la cour de Lyon, 30 octobre 1923 (arrêts précités) admettent qu'il y a constitution du délit d'exercice illégal de la médecine, lorsque, dans un seul cas et pour un seul malade, l'individu non diplômé a pris part, par une direction suivie, au traitement d'une affection chirurgicale.

Ainsi, la direction du traitement d'un seul malade est répréhensible et punissable.

Bien entendu, il faut excepter les cas, où l'humanité, l'urgence font un devoir de porter secours à son semblable ; mais, une fois le danger passé, le malade doit être remis à un médecin diplômé, qui, seul a le droit de diriger le traitement.

En ce qui concerne la preuve du délit d'habitude, on se heurte bien souvent à des témoignages se rapportant à des cas d'exercice illégal, remontant à plusieurs années.

Et la défense d'invoquer la prescription qui, en matière de délits et de police correctionnelle est de trois ans.

La Cour de Dijon (9 mai 1928 précité) décide :

« Attendu qu'il suffit au ministère public de poursuivre à l'audience un fait récent, non atteint par la prescription, pour qu'il soit possible d'invoquer, en vue de prouver l'habitude, des faits de même nature, plus anciens, dateraient-ils de plus de 3 ans, pourvu qu'ils se relient avec le fait précédent depuis moins de 3 ans. »

Le tribunal correctionnel de la Seine (22 décembre 1927, précité) tire la présomption du délit d'exercice illégal de la médecine, du fait que le prévenu recevait chez lui, non seulement des malades, envoyés par des médecins, mais encore d'autres personnes attirées par la notoriété qui s'attachait à sa personne comme guérisseur. »

Valeur du diplôme d'infirmier-masseur.

Ce même jugement correctionnel de la Seine condamne le prévenu, bien que ce dernier soit muni du diplôme de masseur d'une école orthopédique et de massage de Paris, car ce diplôme est insuffisant pour permettre à son titulaire d'exercer, en quoi que ce soit, la médecine.

Ce titre ne confère nullement le droit de poser un diagnostic, ou d'instituer un traitement, droit accordé aux seuls docteurs en médecine (loi du 30 novembre 1892, article premier).

Il donne simplement la preuve que le titulaire a suivi des cours théoriques et pratiques, dans la spécialité du massage.

Collaboration avec un docteur en médecine.

D'ailleurs, la jurisprudence est unanime pour décider que le masseur ne peut agir que d'après les ordonnances d'un médecin, lequel reste chargé de surveiller le traitement.

Le tribunal correctionnel de la Seine (22 décembre 1927, précité) est très précis sur ce point, notamment en matière d'utilisation des rayons ultra-violets :

« Attendu qu'il est incontestable que l'emploi des rayons ultra-violets constitue un procédé de guérison ; que E. avait, en sa qualité de masseur, le droit d'en faire usage, mais à une double condition : d'abord, que les malades aient été examinés par un docteur en médecine, seul compétent, pour apprécier l'état général de celui qui réclame les soins et ensuite, que le médecin ait surveillé, à plusieurs reprises et pendant le traitement, les malades, à l'effet de constater les résultats obtenus. »

D'ailleurs, l'arrêt de la cour de Dijon (9 mai 1928, précité) est très net, sur les droits que peuvent avoir les masseurs.

Le tribunal correctionnel de Chaumont, par jugement en date du 27 décembre 1927, avait cru pouvoir admettre que l'inculpé avait le droit, comme masseur, d'examiner les malades et, ayant posé le diagnostic de fracture, ou de luxation, de pouvoir instituer un traitement par les bains, le massage, etc.

La cour de Dijon réforma ce jugement, car le masseur ne peut se livrer au traitement des maladies, qu'autant que celles-ci auront été diagnostiquées par un médecin et que ce dernier aura indiqué le traitement à suivre.

Usurpation du titre de docteur.

Le tribunal correctionnel de la Seine (22 décembre 1927) relève, mais sans le retenir à l'en-

contre du prévenu, le port du titre de docteur, alors qu'il ne s'agissait que du titre de docteur en médecine *honoris causa* de la Faculté des sciences de Berlin et la mise en vente de pots de crème « crème du médecin masseur E. »

Mais le tribunal correctionnel de Seine-et-Marne (10 mai 1928, précité) retient au contraire et punit cette usurpation du titre de docteur, parce que le prévenu avait signé des certificats, concernant des victimes d'accidents du travail, ainsi libellés : je soussigné, docteur en médecine, certifie, etc. »

Ce délit d'usurpation du titre de docteur en médecine, ajouté au délit d'exercice illégal de la médecine, est prévu et puni par l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892.

Blessures par imprudence.

Dans les cas qui ont fait l'objet de l'arrêt de la cour de Dijon et du jugement correctionnel de Seine-et-Marne, on a pu citer, à la barre, des victimes de ces rebouteux qui ont estropié leurs victimes.

Celles-ci sont en droit d'actionner au civil et de réclamer des dommages-intérêts à celui qui les a rendues infirmes.

Mais également lorsqu'il s'agit d'accidents du travail, les compagnies d'assurances pourront demander réparation du préjudice à elles causé par un illégal, qui, par son ignorance, son impéritie et sa maladresse, a prolongé l'incapacité temporaire de travail et a même laissé subsister une incapacité permanente partielle, pour laquelle l'assurance est tenue de verser une rente à la victime.

Aussi, les assurances ont-elles le plus grand intérêt à faire contre-visiter leurs blessés, ne serait-ce que pour savoir qui les soigne.

Allant même plus loin, s'il y avait collaboration et ententes entre assurances et syndicats médicaux, il serait possible d'empêcher les illégaux d'estropier des blessés du travail, alors qu'ils se font passer comme docteurs en médecine et n'ont aucune hésitation pour signer des certificats.

Emploi des rayons ultra-violets.

C'est la première fois que la question est portée en justice : le syndicat des médecins de la Seine a soutenu, à la barre, que ce procédé thérapeutique peut comporter des dangers ; qu'en tous cas les rayons ultra-violets ne devraient être appliqués que d'après ordonnance de médecin, qui indique la durée et la fréquence des séances, étant bien entendu que le docteur devra suivre le malade pour constater le bien ou le mal, provoqué par le traitement.

Le tribunal correctionnel de la Seine (22 décembre 1927, précité) s'est rendu à cette manière de voir.

Dommages-intérêts alloués au syndicat médical.

Il n'est pas inutile de rappeler combien angoissante fut cette question, à un moment donné : les syndicats médicaux se trouvaient presque dans l'impossibilité de poursuivre les illégaux, à la suite de l'arrêt de *Cassation, chambre criminelle, du* 5 *novembre* rendu contre le syndicat médical de Valence.

A cette époque, la Cour suprême estimait que « le droit d'un syndicat de se porter partie civile est subordonné à la condition que les intérêts collectifs de la profession, que représente ce syndicat, aient été directement lésés par le fait poursuivi, ces intérêts collectifs étant d'ailleurs exclusivement distincts des intérêts des membres composant le syndicat. »

Et l'arrêt de la cour d'appel de Grenoble, qui donnait satisfaction aux médecins, fut cassé, parce que la cour d'appel n'avait pas indiqué la nature du préjudice, qui avait pu être causé aux intérêts collectifs, représentés par chacun des deux syndicats (médecins et pharmaciens) intervenus à l'instance.

Un autre arrêt de la *Cour de Cassation, chambre criminelle*, du 8 *février* 1913 (*Concours médical*, 1913.2801) décide que « l'intervention, comme partie civile, d'un syndicat médical, dans la poursuite, exercée contre des individus, coupables d'avoir commis le délit d'escroquerie (affaire Mac Laughlin), en attirant par des manœuvres frauduleuses, des malades, afin de leur vendre des appareils sans efficacité, est recevable, du moment où les juges du fait constatent que les agissements des prévenus ont empêché les malades de recourir à la médecine normale, d'où il est résulté un dommage pour le syndicat, partie civile.

« Cette constatation caractérise, non une lésion d'intérêts individuels, ou un détournement de clientèle, au préjudice de certains médecins déterminés, mais bien une atteinte à l'exercice, garanti par la loi, de la profession médicale et, par conséquent, une atteinte directe à l'intérêt collectif, représenté, dans la cause par le syndicat. »

Il faut arriver à l'arrêt du 5 *avril* 1913, rendu par la *Cour de Cassation, toutes chambres réunies* (*Gaz. Pal.* 1913.1.426 ; *Concours médical* 1913. 1092) pour voir cesser l'incertitude.

Désormais, l'action civile d'un syndicat est recevable, lorsqu'elle a pour objet d'assurer la défense de l'intérêt collectif de la profession, envisagée dans son ensemble et représentée par le syndicat.

La Cour suprême s'est rangée à la théorie qui admet que l'intérêt collectif, distinct de l'intérêt individuel des membres, consiste dans la défense des intérêts généraux de la corporation, tels

qu'ils ont été si justement définis par un arrêt de la cour de Poitiers, du 2 juin 1902.

Depuis cette époque, et surtout depuis la promulgation de la loi du 12 mars 1920, sur les syndicats professionnels (modifiant celle du 21 mars 1884), la Cour de cassation s'est maintenue dans cette voie.

Citons, entre autres, trois arrêts.

Le premier est du *premier mai* 1924 (*Cassation requêtes*) (*Gaz. Pal.* 24 juin 1926) : « La loi du 21 mars 1884 a reconnu aux syndicats professionnels, régulièrement constitués, une personnalité distincte de celle de leurs membres et leur a accordé le droit d'ester en justice, dans la mesure de leurs intérêts exclusivement professionnels.

« L'action syndicale, même quand elle procède d'un même fait dommageable, peut s'exercer indépendamment de l'action individuelle, dont elle est distincte par sa cause et son but et elle est recevable toutes les fois qu'elle est justifiée par un intérêt collectif évident.

Le second, *chambre criminelle*, est du 12 *avril* 1927 (D.H., 30 juin 1927.368).

« Un syndicat professionnel est recevable à se porter partie civile dans une poursuite contre l'auteur d'une infraction de nature à porter un préjudice matériel et moral aux intérêts collectifs de la profession. »

Le troisième, rendu par la *chambre des Requêtes*, est du 12 *juillet* 1927 (D.H. 1927.430).

« La personnalité d'un syndicat est absolument distincte de celle de ses membres et les intérêts particuliers de ceux-ci ne peuvent se confondre avec les intérêts généraux et corporatifs, dont il a assumé la défense. Par conséquent, un syndicat peut exercer des poursuites, rentrant dans la prévision de ses statuts, alors même que certains de ses membres seraient individuellement sans qualité pour revendiquer ces droits. »

Ainsi, nous pouvons constater que la Cour suprême reconnaît aux syndicats (et non aux associations, formées en vertu de la loi du premier juillet 1901) la possibilité de poursuivre en justice toutes les atteintes contre l'intérêt collectif de la corporation.

Et c'est en vertu de ce principe, que les syndicats médicaux obtiennent des dommages-intérêts, lorsqu'ils poursuivent des illégaux.

Le syndicat des médecins de la Seine, dans l'affaire E (22 décembre 1927, précité) et le syndicat de Meaux (10 mai 1928) ont obtenu chacun cinq cents francs de dommages intérêts.

Conclusions.

Félicitons les syndicats médicaux qui poursuivent. Ils ont obtenu souvent l'appui moral et matériel du « Sou Médical », au prorata du nombre de leurs membres, adhérents à cette Ligue de défense professionnelle.

Mais, regrettons que certains autres groupes, qui mènent seuls la lutte, ne croient pas utile de publier leurs victoires. Ce serait pourtant bien utile pour l'ensemble de la profession.

Cependant, on peut se demander si la bataille contre les illégaux est véritablement efficace.

Tant que la loi du 30 novembre 1892 ne sera pas modifiée dans le sens que j'ai indiqué, dans mon étude parue au *Concours médical* (1927.946), tant que les pénalités ne seront pas nettement augmentées et la qualification du délit mieux précisée, beaucoup d'illégaux pourront se rire de ces poursuites : s'ils sont condamnés, ils s'en tirent avec quelques billets, qu'ils ont vite fait de rattraper, dans leur lucratif commerce.

Cependant, le Congrès de 1906, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, nous avait donné de grands espoirs. Le Dr Levassort, l'âme de ce Congrès, s'était ensuite adonné à la tache ingrate de diriger l'office syndical pour cette répression et il était en étroite union avec tous les syndicats médicaux de France, pour les aider, les conseiller, dans cette lutte, de concert avec le « Sou Médical ».

Hélas ! à l'heure actuelle, on n'entend plus parler de cet office et simplement, quelques syndicats isolés nous font savoir qu'ils ont obtenu un succès.

Mais, ce succès, ce n'est pas devant les tribunaux seulement qu'il faut l'obtenir ; il convient plutôt de faire voter par le Parlement une loi, modifiant celle du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et permettant d'atteindre d'une manière effective, par des pénalités pécuniaires qui serviraient d'exemple salutaire, tous ceux qui, sans diplôme, se livrent au lucratif commerce d'exploiter la soif de guérison des pauvres malades.

De plus, — et c'est une idée toute personnelle — peut-être les syndicats médicaux auraient-ils intérêt à s'entendre avec les syndicats de pharmaciens, de dentistes, de sages-femmes, y compris les syndicats des auxiliaires de la médecine, tels que les infirmiers masseurs. On organiserait la discipline professionnelle de tout le Corps médical ; on délimiterait les droits et les devoirs de chacun, suivant la valeur du diplôme et enfin, on formerait une vaste confédération syndicale, permettant d'unir toutes les forces, actuellement éparses, pour faire régner une moralisation plus grande à l'intérieur de chaque organisation, groupant ceux qui, à des titres divers, exercent une branche de l'art de guérir et pour coordonner toutes les forces syndicales de la corporation médicale, pour combattre l'exercice illégal, tout en obtenant du Parlement le vote de lois efficaces, tant pour notre profession que pour la protection de la santé publique.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale ordinaire

Convocation.

Les membres de la Mutualité Familiale du Corps médical français sont convoqués en Assemblée générale ordinaire le dimanche 18 novembre prochain à trois heures du soir, au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.

Ordre du jour.

1° Allocution du président.

2° Rapport du secrétaire général.

3° Rapport du trésorie sur l'exercice 1927.

4° Rapport des commissaires aux comptes.

5° Approbation des comptes de l'exercice 1927.

6° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Serfaty, Philippet et Bavanier.

7° Nomination de quatre membres du conseil d'arbitrage.

Rapport du Secrétaire général.

Mes chers Confrères,

Au cours des mois qui se sont écoulés depuis notre dernière Assemblée générale, votre Mutualité Familiale a mené une existence normale, régulière, sans incidents valant la peine d'être retenus ; elle a fonctionné en stricte application des dernières modifications statutaires, et votre Conseil d'administration n'a aucune proposition de changements à vous faire.

Ce désir de rester dans le *statu quo* a deux raisons principales que vous avez le droit de connaître :

La première, c'est que nous sommes arrivés à une organisation qui, sauf peut-être sur un point dont je vous parlerai plus loin, donne satisfaction aux besoins actuels des membres de la Société. A plusieurs reprises successives nous nous sommes progressivement adaptés aux conditions économiques et sociales qui ont suivi le bouleversement de la guerre et nous semblons arrivés maintenant à une période de stabilisation générale qui, pour notre compte, va nous permettre de souffler un peu.

La seconde, c'est que trente-cinq années d'expérience administrative nous ont démontré que chaque modification de nos statuts, dût-elle apporter une amélioration évidente et urgente, a toujours été suivie d'un ralentissement marqué de notre recrutement, comme si les candidats inquiets de tous ces changements successifs attendaient une période de calme et de sécurité pour envoyer leur adhésion.

En effet, qui dit modification dit aussi non satisfact on de la situation antérieure et toujours changer prouve qu on n'est pas au point... le candidat ne se confie qu'à une œuvre bien au point.

Et puis, plus d'une modification nous a été, j'oserai le dire, arrachée par une minorité impatiente que n'a pas suivie la grosse majorité des membres : nous avons ainsi pris plus d'une décision dont l'avenir n'a pas démontré l'urgence et qui dort dans une demi-léthargie parce qu'elle n'intéresse pas la grosse masse de nos adhérents — voyez par exemple comme végète notre caisse des veuves si vivement réclamée autrefois.

Voilà pourquoi votre Conseil a jugé prudent d'être circonspect pour un certain temps.

Cela pourtant ne veut pas dire que nous soyons les adversaires de tout progrès, loin de là ! Toujours prêts à adapter les diverses comb naisons de la Mutualité Familiale aux exigences nouvelles qui pourront se présenter, toujours prêts aussi à accueillir et à étudier avec soin et avec la compétence que nous donne déjà une vieille expérience toutes les suggestions sérieuses qui nous seront soumises, nous pouvons vous affirmer que vous nous trouverez dans l'avenir aussi vigilants que par le passé à la garde et à la prospérité de vos intérêts les plus légitimes.

Une demande qui nous arrive périodiquement que nous voudrions bien pouvoir retenir et réaliser, que pourtant nous vous demanderons d'ajourner, c'est celle de l'élévation du taux maximum de l'indemnité maladie.

Avec notre combinaison à 50 francs par jour, nous sommes arrivés au taux légal auquel a été fixé la stabilisation de notre monnaie : c'est en somme notre ancienne combinaison type de 10 francs or d'avant guerre, celle qui avait toujours donné satisfaction. A l'heure actuelle, multipliée par le coefficient 5, elle ne donne plus cette même satisfaction à un certain nombre de membres du Corps médical : le coût de la vie est six fois plus élevé au moins qu'autrefois et, chose paradoxale, mais, hélas ! trop réelle pour le médecin malade, le remplaçant d'aujourd'hui se fait payer dix fois plus cher qu'avant guerre. Beaucoup de nos confrères aimeraient évidemment que l'indemnité maladie couvrît au moins les frais de remplacement comme au temps de l'*Amicale.*

Croyez bien que cette situation nous a préoccupés à maintes reprises. Je ne pourrais vous

exposer toutes les raisons qui nous obligent à ajourner ce gros problème : elles sont de plusieurs ordres et celle des tarifs nouveaux à envisager n'est pas la moins ardue en raison de leur élévation qui deviendrait rapidement prohibitive pour un grand nombre.

Mais voici ce qu'aujourd'hui, je crois utile et nécessaire de vous en dire.

Pour réaliser une réforme aussi grave que celle de l'élévation de l'indemnité maladie, il est de toute nécessité que nous soyons suivis par le maximum possible de membres de la Société, et par un nombre imposant de nouveaux adhérents ; or je ne vous cacherai pas notre étonnement de voir la combinaison à 50 francs encore si peu demandée. Beaucoup des nôtres qui auraient pu y adhérer n'y sont pas venus et, parmi nos nouvelles recrues, un certain nombre ne craignent pas de se contenter des combinaisons à 40 francs, à 30 francs, voire à 20 francs.

Est-ce qu'elles leur suffisent ? Est-ce que les cotisations leur paraissent trop élevées pour les combinaisons nouvelles ? Est-ce donc aussi qu'ils préfèrent attendre une combinaison donnant davantage ? — J'avoue que je ne trouve pas dans ma correspondance la clef de cette énigme.

Je crois bien qu'en province un certain nombre de confrères trouvent suffisante l'indemnité de 30 ou 40 francs qui leur demande une cotisation moins lourde et mieux en rapport avec leur budget ; je crois aussi qu'entre voisins, on se connaît mieux, on se rencontre davantage, on s'aide, on se remplace sans se faire de mauvais tours... et c'est autant de gagné sur le système des remplacements qui, en vérité, est un peu abusif actuellement.

Quant à attendre des indemnités plus élevées, c'est et ce sera sans doute longtemps encore un leurre. Tant que nous n'aurons pas avec nous et pour nous le nombre, nombre imposant d'adhésions fermes comportant engagement, nous ne pourrons mettre sur pieds une combinaison donnant plus de 50 francs par jour. A des taux supérieurs devraient correspondre des capitaux importants : les nôtres, ce sont les cotisations, et il les faut nombreuses pour permettre de faire face à une banale épidémie de grippe par exemple. Si donc nous voulons être plus et mieux indemnisés, il nous faut être beaucoup plus nombreux.

La solution vraie du problème est dans la propagande, dans l'intensification de notre recrutement.

Or, laissez-moi ici, chers confrères, vous faire un reproche : Vous ne travaillez pas assez pour votre société. Je dis votre, et j'y insiste, car la Mutualité Familiale a beau avoir été fondée par les hommes du *Concours*, elle n'est pas leur chose ; ils n'y ont ni les uns ni les autres aucun intérêt personnel. La Mutualité Familiale est une mutualité dans la plus stricte et la meilleure définition du terme : elle est à vous, à vous seuls, elle est votre exclusive et absolue propriété, et chacun de vous y possède sa part exactement définie de droits et de capital. Cela, c'est une vérité éclatante et cependant, beaucoup trop méconnue.

Eh bien ! cette œuvre qui est vôtre, qui est *vous-mêmes collectivement réunis*, pourquoi la négligez-vous ainsi ? Pourquoi ne faites-vous pas pour elle, chacun dans votre zone, le petit effort de propagande et de contrôle qu'elle mérite et demande ? En auriez-vous honte ? Auriez-vous honte de vous être réunis à 1800 camarades dans le seul but d'une entr'aide commune sans arrière-pensée égoïste ou individualiste? — Non, n'est-ce pas ! Alors, allez plus loin, soyez fiers d'être de votre Mutualité Familiale, parlez-en, prônez-la, défendez-la, protégez-la et trouvez-lui à toute occasion les bons adhérents ! Vous ne pouvez pas en cette affaire avoir de meilleurs agents que vous-mêmes.

Mais, comme jusqu'ici vous n'avez pas fait le nécessaire et que notre recrutement est une nécessité vitale pour la défense de tous vos intérêts, votre carence va nous obliger à chercher par des moyens plus détournés et plus onéreux des agents de recrutement qui, certes, ne vous vaudront pas, qui vous coûteront cher, mais que votre négligence nous aura imposés.

Nous essayons, en ce moment même, d'organiser un service de propagande dans la région parisienne, et là, nous avons eu l'heureuse fortune de voir l'un des nôtres charger de ce service son gendre, spécialiste en matière d'assurances ; mais Paris n'est pas la France. Aussi, je viens vous demander à tous de nous chercher dans vos relations, dans vos connaissances, l'homme sérieux et capable qui voudrait se charger de cette propagande et de ce recrutement dont vous paraissez méconnaître un peu trop l'importance et la nécessité.

Remarquez que nous ne sommes pas une Compagnie d'assurances, que nous n'avons d'autre capital que les réserves fournies par vos cotisations, que nous n'avons ni bureaux ni personnel, que tout le travail est entièrement assuré par votre trésorier et votre secrétaire général, que nous ne pouvons donc pas couvrir la France d'agents que nous serions incapables de rémunérer. Ce qu'il nous faut, surtout dans les grandes villes, dans les centres importants, ce sont, à défaut de confrères eux-mêmes, des personnes honorablement connues, ayant déjà clientèle et cabinet et qui, en supplément de leur travail, accepteraient de voir les médecins susceptibles de devenir des nôtres, dans des conditions à fixer avec eux.

De Paris, il nous est impossible de mettre sur

pied un tel service. Aussi, ai-je pensé que vous, chers confrères, pourriez nous documenter sur ce qu'il serait possible de faire dans vos régions respectives. Nous faisons appel à vous parce que nous tenons à vous rappeler que la Mutualité Familiale est votre bien propre, que c'est à vous de la faire prospérer, que vous devez y mettre du vôtre et que, sans vous, ni Gassot ni moi, nous ne pourrions suffire.

Voilà ce que nous attendons de vous, ce que nous vous demandons avec instance : il ne suffit pas de nous donner, de nous renouveler votre confiance ; il faut que vous fassiez quelque chose pour nous aider dans une tâche qui devient, croyez-le bien, de plus en plus lourde pour nos propres épaules.

Mon rapport serait terminé si je n'avais une question toute spéciale à vous soumettre : je proposerai à l'assemblée générale l'adoption d'une résolution qui nous autorise à réclamer de tout candidat qui, après avoir envoyé son dossier et avoir été admis, refuse de payer sa cotisation, le remboursement des honoraires des examens médicaux qu'il nous aura imposé inutilement.

Voilà, en effet, depuis quelque temps, plusieurs fois que des candidats examinés et admis reculent au dernier moment : c'est leur droit, certes, mais leur devoir serait de nous rembourser des honoraires médicaux que, nous, nous avons à verser. Certains l'ont fait, d'eux-mêmes ; d'autres, malgré des rappels, n'ont répondu que par un silence absolu.

Le règlement du droit d'entrée à l'envoi du dossier, remboursable en cas de refus du candidat, devient donc une chose logique et nécessaire.

Nous vous demanderons la discussion de cette proposition et un vote nous donnant l'autorité voulue pour ne pas laisser s'établir un abus qui serait vite onéreux pour votre caisse.

Le Secrétaire général,
H. Mignon.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1927.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1927.

SECTION I

Indemnité Maladies-Accidents.

Cette section comporte maintenant quatre combinaisons B et MA qui donnent l'indemnité de 10 francs, MAD qui donne l'indemnité de 20 francs et MAD² qui donne celle de quarante francs. Les deux premières ont un compte commun qui n'est séparé que par un jeu d'écritures, les deux dernières sont groupées dans un second compte.

Bien que, au cours de l'exercice, nous ayons perdu 41 membres, savoir : 20 décès, 4 démissions, 2 radiations et 15 sorties par âge, nous restons cependant en progression et la situation au 31 décembre 1927 était la suivante :

215 membres inscrits à la combinaison B ;
4 membres inscrits à la combinaison 1 /2 B ;
1.028 membres inscrits à la combainaison MA ;
4 membres inscrits à la combinaison 1 /2 A ;
274 membres inscrits à la combinaison MAD ;
206 membres inscrits à la combinaison 1 /2 MAD ;
51 membres inscrits à la combinaison MAD².

Combinaisons MA et B.

Recettes.

Cotisations	117.566 25
Intérêts	48.126 36
Boni sur remboursements de valeurs	1.868 23
Total	167.560 84

Dépenses.

Indemnités maladie	96.446 80

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	859.997 66	1.027.558 50
Recettes de l'année 1927	167.560 84	
Dépenses de l'année 1927		96.446 80
Reste avoir		931.111 70

représenté par :		
Portefeuille au prix d'achat		917.763 61
Espèces à la Société générale	16.582 56	13.348 09
Moins dû au trésorier	3.234 47	
Total égal		931.111 70
La combinaison B possède		191.635 58
La combinaison MA		739.476 12
		931.111 70

COMBINAISONS MAD ET MAD².

Recettes.

Cotisations	95.304 05
Intérêts	15.751 64
Boni sur remboursements de valeurs	1.102 64
	112.158 33

Dépenses

Indemnités maladie	25.513 20

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	246.868 61	359.026 94
Recettes de l'année 1927	112.158 33	
Dépenses de l'année 1927		25.513 20
Reste avoir		333.513 74
représenté par :		
Portefeuille au prix d'achat		317.768 84
Espèces à la Société générale	15.635 85	15.744 90
Espèces en caisse	109 05	
Total égal		333.513 74

SECTION II

Pensions de retraite.

Cette section comprend deux combinaisons : P qui donne la rettaite à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Nous avons enregistré un décès à P et deux à R, dont un pensionné.

Nous restons cependant au 31 décembre 1927 :

243 membres inscrits à la combinaison P ;

273 membres inscrits à la combinaison R.

COMBINAISON P.

Recettes.

Cotisations	96.527 30
Intérêts	59.542 76
Boni sur remboursements de valeurs	2.674 75
Total	158.744 81

Dépenses.

Pensions	1.920 »
Remboursement de cotisations contre-assurées	6.385 »
	8.305 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	812.029 35	970.774 16
Recettes de l'année 1927	158.744 81	
Dépenses de l'année 1927		8.305 »
Reste avoir		962.469 16

représenté par :

Portefeuille au prix d'achat		933.319 40
Espèces au Crédit Lyonnais	27.886 64	29.149 76
Espèces en caisse	1.263 12	
Total égal		962.469.16

COMBINAISON R.

Recettes.

Cotisations	64.216 10
Intérêts	64.321 74
Boni sur remboursements de valeurs	4.624 10
	133.161 94

Dépenses.

Pensions	10.560 »
Remboursement de cotisations contre assurées	1.962 »
	12.522 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	1.025.522 03	1.158 683 97
Recettes de 1927	133.161 94	
Dépenses de 1927		12.522 »
Reste avoir		1.146.161 97
représenté par :		
Portefeuille au prix d'achat		1.123 984 21
Espèces au Crédit Lyonnais	22.725 98	22.177 76
Moins dû au trésorier	548 22	
Total égal		1.146.161 97

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

La troisième section ne comporte que la combinaison V.
Il a été prononcé une radiation. Le nombre des membres est de 56.
Les veuves pensionnées sont toujours au nombre de cinq et les orphelins de quatre.

Recettes.

Cotisations	13.314 20
Intérêts	14.718 85
Boni sur remboursements de valeurs	2.542 65
	30.575 70

Dépenses.

Pensions	3.140 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	228.686 88	259.262 58
Recettes de l'année 1927	30.575 70	
Dépenses de l'année 1927		3.140 »
Reste avoir		256.122 58
représenté par :		
Portefeuille au prix d'achat		248.997 77
Espèces au comptoir national d'Escompte	4.376 07	7.124 81
Espèces en caisse	2.748 74	
Total égal		256.122 58

CAISSE AUXILIAIRE

Rcettes.

Intérêts		3.773 60
Dons		325 »
Don spécial de la Reine de Vals		2.000 »
Amendes		300 »
Versement par la combinaison MA		650 »
		7.048 60

Dépenses.

Allocation à un sociétaire		321 30

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	24.234 23	31.282 83
Recettes de l'année 1927	7.048 60	
Dépenses de l'année 1927		321 30
Reste avoir		30.961 53
représenté par :		
Portefeuille au prix d'achat		22.288 65
Espèces à la Société générale	7.993 45	8.672 88
Espèces en caisse	679 43	
Total égal		30.961 53

COMPTE DE GESTION

Recettes.

Cotisations		38.577 20
Intérêts		454 80
Recouvrements, rappels et timbres		5.657 50
Droits d'entrée		4.255 »
Don de la Reine de Vals		500 »
Total		49.444 50

Dépenses.

Frais de poste		1.239 70
Frais d'envoi d'argent		726 35
Timbres quittances		975 75
Frais de recouvrements et rappels		1.286 80
Frais de banque		3.932 25
Matériel		1.237 85
Impressions		319 20
Frais d'examens		4.000 »
Secrétaire général		4.000 »
Trésorier		6.000 »
Frais de bureaux		16.000 »
Frais de propagande		2.500 »
Total		42.217 92

Balance.

Avoir au 31 décembre 1926	11.993 89	61.438 39
Recettes de l'année 1927	49.444 50	
Dépenses de l'année 1927		42.217 92
Reste avoir		19.220 47
représenté par :		
Espèces à la Société générale		16.159 39
Espèces en caisse		3.061 08
Total égal		19.220 47

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banques	Caisse	Débit	Totaux
Combinaisons MA et B............	917.763 61	16.582 56	»	3.234 47	931.111 70
Combinaisons MAD et MAD²	317.768 84	15.635 85	109 05	»	333.513 74
Combinaison P..................	933.319 40	27.886 64	1.263 12	»	962.469 16
Combinaison R..................	1.123.984 21	22.725 98	»	548 22	1.146.161 97
Combinaison V..................	248.997 77	4.376 07	2.748 74	»	256.122 58
Caisse auxiliaire..............	22.288 95	7.993 45	679 43	»	30.961 53
Compte de gestion..............	»	16.159 39	3.061 08	»	19.220 47
Totaux	3.564.122 48	111.359 94	7.861 42	3.782 69	3.679.561 15

Les comptes dans les banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :
A la *Société générale* pour la première section, la caisse auxiliaire et la gestion ;
Au *Crédit Lyonnais* pour la seconde section ;
Au *Comptoir national d'Escompte* pour la troisième section.

Messieurs,

L'année 1927 a inauguré le fonctionnement de la combinaison MAD2 qui permet les indemnités de 40 et de 50 francs : comme toutes les fois qu'une modification a été apportée à notre organisation, il y a eu une certaine hésitation dans le corps médical et un peu de ralentissement dans le recrutement.

Souhaitons que la situation prospère que je viens de vous exposer, jointe aux gros avantages qu'offre la Mutualité Familiale, ramène la faveur avec laquelle elle a toujours été accueillie.

Le Trésorier,
A. Gassot.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Faculté de médecine de Paris.** *Etudiants inscrits.* — La statistique suivante montre le nombre toujours croissant des étudiants inscrits à la Faculté de médecine de Paris.

Nombre des étudiants ayant fait acte de scolarité :

1924-1925	2.510
1925-1926	2.515
1926-1927	2.676

Nombre des étudiants ayant pris la première inscription :

	Français	Etrangers	Total
1924-1925	533	203	736
1925-1926	561	237	798
1926-1927	607	295	902

— **Les accidents du travail en France.** — La statistique publiée par le Bureau International du travail, donne pour l'année 1926, le chiffre de 989.462 accidents du travail déclarés en France, dont 2.392 mortels et 8.093 entraînant un incapacité permanente. Les accidents des entreprises des chemins de fer et des mines ne sont pas compris dans cette statistique.

— **XIII^e Congrès international de physiologie.** — Le XIII^e Congrès international de physiologie aura lieu du 19 au 23 août 1929, à l'Ecole de médecine de l'Université de Harward, à Boston (Massachusetts), Etats-Unis. La Fédération des Sociétés américaines pour la biologie expérimentale, comprenant The American Physiological Society, The American Society of Biological Chemists, The American Society for Experimental Pathology et The American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutic, aura l'honneur de recevoir le Congrès en Amérique, et M. le Professeur William H. Howell, de l'Université John Hopkins, à Baltimore, en sera le président, Le Bureau d'organisation du Congrès a M. le professeur Walter B. Canon pour président et MM. les professeurs J. Cohn et Alfred L. Radfield pour secrétaires.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1928, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1928, le concours sera ouvert le jeudi 6 décembre 1928.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 5 au 13 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Qu'est-ce qu'un sanatorium ? Formalités exigées pour son ouverture et son fonctionnement.

Disposant d'une propriété, composée de corps de bâtiments, entourés d'un parc, un médecin a l'intention de créer une maison de santé, où il y recevrait des tuberculeux curables, ou améliorables.

Son établissement sera-t-il obligatoirement qualifié « sanatorium privé » ? Quelles sont les formalités administratives à remplir, en vue de l'ouverture de cette maison de santé ? Les voisins immédiats peuvent-ils protester et s'opposer à pareille création ?

Que faut-il entendre par sanatorium privé ?

La loi du 7 septembre 1919 donne les définitions suivantes :

« Article premier : Les sanatoriums publics sont les établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose et dont la gestion est assurée par l'Etat, les départements, les communes.....

« Article 7 : Les sanatoriums privés sont les établissements destinés au traitement de la tuberculose, créés soit par des collectivités, sociétés ou associations, en dehors des conditions prévues par l'article premier de la présente loi, soit par des particuliers. »

De ce texte législatif résulte que tout établissement privé, qui, sous une dénomination quelconque, reçoit des tuberculeux, doit être qualifié sanatorium privé.

Qu'il s'intitule maison de santé, maison de repos, clinique, etc., il n'en est pas moins juridiquement un sanatorium privé, du fait qu'à l'intérieur y sont soignés des tuberculeux.

Les lois et décrets sur les sanatoria sont donc applicables.

Formalités administratives à accomplir.

L'article 7 de la loi du 7 septembre 1919 oblige les sanatoria privés à se conformer aux dispositions des décrets déterminant les conditions dans lesquelles s'exerce sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique.

L'article 8 de la loi est ainsi conçu :

« Toute collectivité ou toute personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra en faire la déclaration au préfet, qui en délivrera récépissé. Cette même déclaration devra être faite dans le délai de six mois par les sanatoriums privés existant lors de la promulgation de la présente loi. »

Article 9 : « Le défaut de déclaration, dans les délais ci-dessus fixés, ou l'inexécution des prescriptions du décret prévu à l'article 7, pourront entraîner la fermeture de l'établissement. Celle-ci sera prononcée par les tribunaux judiciaires, à la requête du Procureur de la République du siège de l'établissement. »

Le décret du 10 août 1920, dont certains articles ont été modifiés par les décrets des 2 août 1923, 24 juillet 1924, 11 octobre 1924, 26 juillet 1925, consacre les articles 37 à 40 aux sanatoria privés.

Les conditions techniques et hygiéniques, prévues pour les sanatoria publics, sont obligatoires pour les établissements privés : ils doivent être situés à la campagne, à distance des routes très fréquentées, et des agglomérations humaines, de manière que l'air ne soit vicié ni par les fumées, ni par des poussières, ni par les produits émanés d'une ville, ou d'une usine.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable, sec, être largement ensoleillé et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants.

Tout sanatorium doit être entouré d'un parc, qui lui soit réservé, ou avoir à proximité un bois, pour l'organisation de la cure d'entraînement.

L'article 38 du décret spécifie qu'en adressant au préfet la déclaration, prescrite à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, la collectivité, ou la personne qui se propose de créer un sanatorium devra y joindre un plan des bâtiments, affectés au logement et au traitement des malades, ainsi que la description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé, la contenance des terrains, qui y seront affectés, l'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir, leur nombre, etc.

Lorsque toutes les formalités administratives ont été remplies et que le sanatorium privé fonctionne, le ministre de l'hygiène et le préfet ont le droit de faire inspecter les sanatoria privés par leurs délégués ; ils se font rendre compte du fonc-

tionnement de ces établissements, aux conditions qui leur sont imposées.

De tout ceci résulte un ensemble d'obligations administratives à remplir, lorsqu'un médecin désire créer un établissement, où il traitera des tuberculeux.

Mais, peut-on dire, un praticien peut, dans sa maison de santé, recevoir des malades quelconques, des tuberculeux, en particulier, dont le diagnostic exact n'est pas déclaré. Ce sont des convalescents, des anémiés, qui ont besoin de repos et de grand air, etc.

Malheureusement, qu'une dénonciation se produise, que des voisins portent plainte, que le maire de la commune veuille interdire la venue de tuberculeux dans la localité et le sanatorium privé peut être fermé par décision de justice, conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 7 septembre 1919, pour défaut de déclaration.

Protestations des voisins.

La loi de 1919 et les décrets ultérieurs n'imposent que des mesures d'hygiène générale, aux établissements publics, ou privés, qui sont destinés au traitement des tuberculeux. Mais, nulle part, acucun article ne vient restreindre l'initiative privée. Quiconque remplit les conditions légales et réglementaires a le droit d'ouvrir un sanatorium privé.

Les maires détiennent de la loi un pouvoir général de réglementation, en vue de préserver la santé publique. Mais, ils ne peuvent faire obstacle à l'exercice d'une profession.

Différents arrêts du Conseil d'Etat ont été rendus en ce sens, en ce qui concerne les établissements médicaux, publics ou privés, à l'installation desquels certaines municipalités faisaient obstacle.

Allant même plus loin, la jurisprudence refuse au maire le droit d'exiger qu'aucun établissement médical ne puisse s'ouvrir dans la commune, sans son autorisation préalable.

Serait également illégal tout arrêté municipal interdisant le transport, sans son autorisation, de malades, même atteints de maladies épidémiques ou contagieuses.

Par conséquent, le maire ne peut ni empêcher l'ouverture, ni ordonner la fermeture d'une maison de santé, sanatorium privé. Il ne peut que veiller à ce que toutes les formalités administratives, prévues par les textes législatifs et réglementaires soient bien observées.

Les voisins d'un sanatorium privé sont-ils en droit de porter plainte, contre ce voisinage, qu'ils estimeraient dangereux ?

Non, en principe : ils doivent supporter le voisinage d'une clinique, maison de santé, ou tout autre établissement médical public ou privé (tribunal civil de la Seine, 12 juin 1913).

La question suivante a été discutée à la Conférence des avocats stagiaires à la Cour d'appel de Paris.

« Un médecin a installé au centre d'une station mondaine et balnéaire un sanatorium de tuberculeux ; ses voisins, propriétaires de villas destinées à la location, sont-ils fondés à intenter contre lui une action en dommages-intérêts, à raison de la dépréciation qu'un tel voisinage cause à la valeur locative de leurs propriétés ? »

La conférence, dans sa reunion du 21 mars 1925, après en avoir longuement discuté, a émis l'avis que les voisins du sanatorium n'étaient pas fondés à demander des dommages et intérêts pour la dépréciation subie par leurs propriétés.

Conclusions.

Est légalement qualifié du vocable « sanatorium » tout établissement public, ou privé, destiné au traitement des malades tuberculeux.

Aussi convient-il, pour le médecin, ou la société commerciale de se conformer aux prescriptions de la loi du 7 septembre 1919 et des décrets ultérieurs, en ce qui concerne la déclaration à faire à l'autorité préfectorale.

Néanmoins, un médecin peut parfaitement admettre, dans sa clinique, toutes sortes de malades ayant besoin de repos, tuberculeux ou non.

Il peut, en conséquence, ne pas considérer son établissement, comme étant un sanatorium, mais plutôt comme une maison de cure, pour médecine générale.

Néanmoins, si son pourcentage de tuberculeux avérés est assez considérable, il peut voir son établissement être considéré comme étant un sanatorium. Par suite, le préfet pourrait demander au procureur de la République de requérir, en justice, la fermeture de cette maison de santé, qui fonctionne, sans s'être conformée aux lois et décrets sur les sanatoria.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉS

Prenons le Renne par les cornes.

Chacun prend son plaisir où il le trouve.

Moi, c'est le Renne qui me passionne en ce moment. Le Renne ? ? — Le Renne.

Ce n'est pas à cause de la douceur de son caractère, de la distinction de ses lignes ou de l'élégance de sa ramure qu'il me ravit.

Ce n'est pas non plus parce qu'il brame.

C'est tout simplement parce qu'il me permet de pincer, une fois de plus, la Science en défaut.

A l'abri de son S majuscule, on nous raconte, en effet, d'étonnantes contre-vérités sur le Renne.

La compagnie de ces animaux ne m'est pas plus familière qu'à d'autres. Mais je prétends simplement savoir lire.

Car, évidemment, c'est sur des textes que j'ai dû, comme tout le monde, étayer mes opinions.

Je n'aurai pas l'outrecuidance de vous décrire le Renne. Car, sans doute, avez-vous tous lu certain passage des « *Commentaires de la Guerre des Gaules* », où César nous entretient de ce quadrupède. Mais peut-être, pour vous rafraîchir la mémoire, aimeriez-vous avoir ce texte sous les yeux ?

Déférons à votre désir muet (1).

Dans la Forêt Noire... **il est** une sorte de bœuf à figure de cerf qui possède au milieu du front entre les oreilles une corne plus élevée et plus droite que celles que nous connaissons. De son sommet divergent des rameaux comme des branches d'arbre. La femelle a le même aspect que le mâle ; ses bois sont de même forme et de même grandeur.

Tiens, tiens, tiens !

Ainsi, le Renne vivait dans la Forêt Noire quelques années avant l'Ere chrétienne. Tout à fait curieux...

Car nous lisons tout le contraire dans tous les manuels de préhistoire. Le Dr Capitan (2), le professeur Boulle (1), dix autres autorités, nous affirment catégoriquement que le Renne disparut de l'Europe à la fin de l'époque paléolithique et qu'il n'existait certainement plus dans nos contrées à l'époque néolithique.

Etrange, n'est-ce pas ? Sur quoi donc ces Messieurs établissent-ils leur conviction ? Nous serions très curieux de le savoir.

Et qu'ils ne nous disent pas que le cervidé dont parle César était peut-être l'élan, car dans le paragraphe suivant (XXVII) César décrit l'élan nominativement. Le seul détail de l'identité des bois des mâles et des femelles suffit d'ailleurs à prouver qu'il entendait bien disserter du Renne car c'est le seul cervidé qui offre cette particularité.

Alors ?

Qui donc s'est trompé ? César ? Ou ces Messieurs ?

Paul MOINET.

(1) *Hujus Hercyniæ silvæ...*
EST *bos cervi figura, cujus a media fronte inter aures unum cornu exsistit, excelsius magisque directum his, quæ nobis nota sunt, cornibus. Ab ejus summo, sicut palmæ, rami quam late diffunduntur. Eadem est feminæ marisque natura, eadem forma magintudoque cornuum.* — CÉSAR : Commentaires, Livre LI, chap. XXV, XXVI et XXVII.

(2) Dr CAPITAN. — Préhistoire (Payot, éditeur).

(1) Pr. BOULLE. — Les hommes fossiles.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

3211. — Interventions multiples.

Comment tarifer une note d'accidents du travail ainsi conçue :

Blessé qui fait une chute de 3 mètres dans une carrière.

J'ai constaté :

Otorragie gauche par rupture du tympan : lavage d'oreille.

Plaie contuse du menton avec sutures multiples.

Luxation en arrière du pouce gauche.

Plaies superficielles au dos de la main droite.

Plaie avec ecchymoses de la cuisse droite.

Plaie contuse du genou droit au niveau du bord inférieur de la rotule, suture simple.

Deux certificats descriptifs.

Sérum antitétanique.

Le deuxième jour, le malade étant assez sérieusement atteint, je préviens la Compagnie par lettre recommandée, et fais venir un confrère de 6 km.. Ce même jour je refais les pansements (menton, cuisse, genou). Comment tarifer ces soins, je suis installé depuis 3 mois seulement et suis un peu emprunté pour l'établissement de ma note. Dr I.

Réponse.

Vous avez à compter : *Premier jour.* Lavage d'oreille : néant + sutures multiples du menton = 25 francs + réduction de luxation du pouce gauche = 50 francs + suture simple de la plaie du genou = 15 francs + injection antitétanique = 20 francs + certificat descriptif = 10 francs. Je ne compte pas les deux autres pansements indiqués, vos interventions déjà comptées comprenant chacune une visite, avec ou sans pansement (articles 14 et 17) ; *second jour* : Consultation avec confrère = 12 × 3 = 36 fr. chacun (article 5). + les déplacements au tarif ordinaire. Dr Fernand Decourt.

3225. — Désarticulations multiples de doigts.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me répondre sur les points suivants :

1° Puis-je compter une opération pour chaque doigt ?

2° Pour les soins consécutifs, dois-je compter un pansement par doigt ou le prix global de 12 fr. pour les 4 pansements ?

Diagnostic et soins :

6 juin, 1re visite : 1° Intervention chirurgicale Désarticulation de l'annulaire droit ;

2° Traitement et réduction (méthode sanglante). Luxation ouverte médius droit.

3° Désarticulation de la 3e phalange, index droit ;

4° Désarticulation 4e phalange médius droit ;

5° Suture des plaies, annulaire et index sous anesthésie générale (Dr en médecine). Dr L.

Réponse.

Première question. — Désarticulation annulaire droit = 75 francs + réduction luxation (méthode sanglante) médius droit 75 francs + désarticulation troisième phalange index droit (donc partielle) = 50 francs + désarticulation quatrième (??) phalange médius droit (je suppose la phalangette) = 50 francs. (Ces diverses

interventions comprennent les sutures marquées pour les *mêmes* doigts à votre § 5. Au total, avec le certificat descriptif (10 fr.), nous trouvons : 75 + 75 + 50 + 50 + 10 = 260 francs. Quant au confrère anesthésiste, il aura à réclamer 50 fr. pour son intervention (article 12).

Seconde question. — Si vous avez fait un pansement à plusieurs doigts pour « plaies non superficielles », ce qui est votre cas, vous avez à compter « pansements multiples sur un même segment de membre = 15 francs » (article 17).

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot-Marin.

3330. — Le cumul dans le tarif Maginot-Marin.

Membre du *Concours médical* et du « Sou médical » j'ai recours aujourd'hui à votre obligeance pour avoir quelques renseignements sur un point particulier de l'application du tarif Maginot du 25 octobre 1922 (Soins aux mutilés).

Au cas où l'on pratique au domicile du malade une des interventions énumérées dans l'article 74 du décret, a-t-on droit, en plus de la rémunération indiquée audit article, au prix de la visite et à l'indemnité de déplacement ?

Il me paraît d'après la lecture du décret que le cumul n'est pas interdit dans ce cas, contrairement à ce qui existe dans le tarif des soins aux accidentés du travail. Mais je voudrais être fixé avant l'envoi de ma note de fin de trimestre. Dr D.

Réponse.

Il n'y a pas de cumul dans le tarif Maginot, de même que dans le tarif Fallières. Mais alors que celui-ci le dit nettement dans son article 13, le tarif Maginot le dit d'une façon confuse et par prétérition dans son article 72, ainsi conçu :

« Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte *opératoire* et non les visites ou consultations *consécutives* à cet acte. »

Il s'en suit que les visites ou consultations *concomitantes* à cet acte sont bien comprises dans le tarif de l'acte opératoire. On ne peut donc cumuler intervention + visite, quand les deux ont lieu simultanément. Dr Fernand DECOURT.

Baux et locations.

3409. — Congé donné en prévision de la loi à venir sur l'augmentation du prix des loyers prorogés.

Je reçois la lettre suivante :

« Monsieur,

« Aux termes de l'article 11, parag. 7 de la loi du 1er avril 1926, il a été précisé qu'une loi ultérieure déterminera le taux maxima de majoration que les loyers des locations prorogées pourront subir postérieurement au 1er avril 1929.

« En vue de procéder au rajustement éventuel de votre loyer, conformément à la nouvelle loi prévue, nous avons l'honneur de vous donner par la présente, congé pour le 1er avril 1929 du local où vous êtes notre locataire, à l'adresse sus-indiquée.

« Nous vous prions de vouloir bien nous accuser réception dudit congé avant le 28 septembre 1928. A cet effet, il vous suffira de nous retourner pour cette date, la formule ci-jointe, après l'avoir remplie et revêtue de votre signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

« Dans l'espoir que, pour vous épargner ainsi qu'à nous, la réitération par acte extra-judiciaire du présent congé, vous voudrez bien vous conformer aux indications ci-dessus.

« Nous vous prions de recevoir, Monsieur, etc.

Signature : *Le Gérant des Immeubles*,
Illisible.

Je viens vous prier de me faire savoir ce qu'il faut faire. Dois-je accuser réception du congé ainsi que me le demande le gérant ?

Dr P.

Réponse.

Le congé que veut vous donner votre propriétaire ne se comprend que si vous êtes encore bénéficiaire d'un contrat de location n'ayant jamais été dénoncé. Dans ce cas, il n'a la valeur que d'une précaution juridique ayant pour effet d'empêcher toute contestation de votre part au sujet du point de départ de la majoration de loyer qui sera accordée aux propriétaires par une loi qui devra intervenir avant le 1er avril 1929. Par contre, si vous jouissez dès maintenant de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, point n'est besoin d'un congé pour vous obliger à subir les majorations de loyer que cette loi met à la charge des locataires et qui doivent être révisées le 1er avril 1929.

A notre avis, dans l'un ou l'autre cas, le mieux serait de répondre au propriétaire ou au gérant que vous n'acceptez aucun congé, que vous entendez bénéficier de tous les avantages que vous assure la loi du 1er avril 1926 sur les loyers, mais que, par ailleurs, vous vous déclarez prêt dès à présent à payer les majorations de loyer qui pourront intervenir à compter du 1er avril 1929, suivant la taxation légale qui sera établie, et à partir de la date du 1er avril 1929 ou de toute autre date qui sera fixée par la loi.

Accidents du travail.

3310. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge des patrons.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si les appareils de prothèse nécessaires à la suite d'un accident du travail sont à la charge du patron ou de son assurance, ou bien à la charge du blessé.

Il s'agit dans le cas particulier d'une amputation d'avant-bras.

Au cas où l'appareil serait fourni par le patron s'agit-il seulement du premier appareil ou de tous ceux qui, dans l'avenir, pourront être nécessaires après usure.

Dr L.

Réponse.

Les appareils de prothèse, lorsque la blessure est consolidée, n'ayant pas le caractère de moyens curatifs, ne sont pas à la charge du patron ou de l'assurance et la victime doit les acquérir et les entretenir à ses frais.

Il en est ainsi dans l'état actuel de la législation, mais le projet de modification aux lois sur les accidents du travail, qui a été voté par la Chambre des Députés et attend actuellement le vote du Sénat, mettra probablement la fourniture et l'entretien de ces appareils à la charge du patron.

Questions médico-militaires.

3150. — Réduction des cadres.

Ayant demandé à rester dans les cadres en 1922 lors de ma limite d'âge (capitaine et né en 1870), à quelle date serai-je définitivement rayé, ou bien, le fait d'avoir demandé à rester dans les cadres comporte-t-il une présence dans les cadres sans limite d'âge ?

Dr M.

Réponse.

Vous serez rayé définitivement des cadres, cinq ans après la limité d'âge fixée pour les capitaines de l'active, soit 54 + 5 = 59, à 59 ans, car la limite d'âge existe même si l'on a demandé à rester dans les cadres.

3153. — Aggravation d'infirmité.

Pensionné pour « névrose cardiaque, crises d'angor, asthénie, etc. », 30 %, puis en 1925 proposé pour 60 %, je ne puis toujours rien faire. Que faut-il faire pour obtenir une augmentation du pourcentage ? Moi, j'ai fait mon diagnostic : j'ai certainement été atteint d'encéphalite épidémique (asthénie formidable, par crises, algies, vertiges, obnubilation, fatigabilité, somnolence par périodes, névralgies de l'œil gauche, etc.). Quoi faire pour obtenir la rectification du diagnostic et 100 % d'invalidité ?

Dr X.

Réponse.

Il vous suffit d'écrire, sous pli recommandé, au Médecin chef du Centre de réforme dont vous dépendez , une lettre lui demandant une nouvelle visite pour aggravation, au titre de l'art .68.

Vous y joindrez un certificat médical, signature légalisée, qui constatera l'aggravation survenue depuis votre dernière indemnisation.

3235. — Réintégration dans les cadres.

Après s'être fait rayer des cadres est-il possible de se faire réintégrer ? les circonstances qui m'avaient amené à cette décision n'existant plus.

Dans l'affirmative quelles démarches doivent être faites et à qui adresser la demande, directement au ministère ou au directeur du service de santé de la région dont je dépendais.

Dr M.

Réponse.

Si votre classe est dégagée de ses obligations militaires, vous ne pouvez plus vous faire réintégrer dans les cadres.

Sinon, surtout si vous avez été rayé des cadres pour raison de santé, adressez une demande de réintégration au Ministre de la guerre, 7e direction, par la voie de votre directeur du Service de santé régional, mais le résultat n'est pas certain.

3220. — Association des médecins de l'avant.

Etant réformé à 55 % définitif pour maladie contractée au front et blessures, je désirerais faire partie de l'Association des médecins de l'Avant.

Pourriez-vous m'indiquer : 1° le siège social de cette Association ;

2° Les formalités pour y entrer.

Dr P.

Réponse.

Le secrétaire général de l'Association des médecins de l'avant est le Dr de Medevielle, 62, rue Erlanger, Paris, 16e. C'est à lui qu'il faut vous adresser pour obtenir les statuts et les conditions d'admission à cette association.

3281. — Montant de la pension d'invalidité d'un médecin lieutenant.

Ayant été proposé par la commission de réforme pour une invalidité de 90 %, et cette proposition ayant été acceptée, je vous serais reconnaissant de me renseigner sur les points suivants :

1° Que représentent 90 % pour un médecin lieutenant du 1er échelon ;

2° Si j'ai droit à l'indemnité des grands invalides. Hospitalisé le 10 février je n'ai repris mon service que le 23 août, soit 6 mois et demi d'absence dont cinq d'hospitalisation.

3° Y a-t-il une majoration pour un enfant reconnu ? L'enfant né en 1921 a été reconnu en 1925, tandis que la pension a été accordée pour la première fois en 1923, 20 %.

Dr X.

Réponse.

Pour un médecin lieutenant 1er échelon 90 % d'invalidité donnent une pension annuelle de 4.013 francs.

En plus l'indemnité des grands invalides pour

le taux de 90 % est de 840 francs, et la majoration d'enfant, même taux, est de 824 francs (car vous y avez droit pour l'enfant reconnu).

3345. — Demande de pension militaire ; preuve.

En vous remerciant d'avance de votre obligeance, je viens vous demander un renseignement concernant un blessé de guerre (intoxication par les gaz).

Ce blessé a depuis bientôt deux ans des troubles respiratoires qu'il croit devoir imputer à l'intoxication par les gaz : emphysème et catarrhe trachéal.

Est-ce que ce blessé, qui, jusqu'alors, n'a rien demandé peut, maintenant encore, réclamer au sujet des soins et d'une pension possible Il n'a que le certificat d'origine de blessure.

Dr M.

Réponse.

Que ce blessé se hâte d'adresser au Directeur du Service de Santé une lettre recommandée aux fins de demande de visite pour indemnisation. Les délais expirent le 31 décembre prochain : après, il y aura prescription.

Le certificat d'origine suffit, *à la condition* qu'il mentionne une atteinte pulmonaire et trachéique par les gaz ; sinon, il faut apporter la preuve de ces localisations de l'action toxique et établir une filiation de soins depuis l'époque de la démobilisation jusqu'à ce jour.

3176. — Périodes d'instruction en vue de promotion au grade supérieur.

Je lis que par application des dispositions de *l'article* 25 *de la loi du* 8 *janvier* 1925, les médecins sous-lieutenants ne pourront être promus au grade de médecin lieutenant qu'après avoir accompli une période d'exercices ; or j'ai 4 ans de grade (rang du 2 juillet 1924, *Journal off.* du 2 mai 1928) comme médecin sous-lieutenant et j'ai accompli une période d'exercice du 26 juillet au 10 août 1927.

Je suis actuellement sollicité pour une période de 20 jours.

Dois-je accepter de la faire comme médecin sous-lieutenant ou puis-je attendre avant de l'accomplir ma promotion au grade supérieur, d'autant mieux qu'une proposition en ma faveur a été faite pour le grade de médecin lieutenant le 25 juillet dernier par le directeur du service de santé de la 8e région.

Dr A. L.

Réponse.

Mieux vaut, malgré tout, effectuer cette nouvelle période, puisque vous êtes, dites-vous, sur le point d'être proposé pour le grade supérieur ; elle comptera toujours dans le total des quatre mois imposé pour l'ensemble des périodes de réserve.

Nous ne voyons qu'une raison tout à fait exceptionnelle, qui ait pu vous faire proposer par votre Directeur, en dehors des propositions annuelles régulières ?

3351. — Soins à un militaire malade dans ses foyers.

J'ai soigné chez lui un jeune soldat, qui, venu en convalescence pour oreillons, est mort de tuberculose et de troubles myélitiques d'origine ourlienne. Ceci d'ailleurs a été reconnu par l'autorité militaire qui va donner une pension à sa mère dont il était le soutien. A qui dois-je demander le payement de mes frais de médecin et de pharmacien ? Et comment, si c'est à l'autorité militaire, m'y prendre et à qui dois-je adresser ma note ?

Dr B.

Réponse.

L'autorité militaire ne doit ni soins médicaux, ni médicaments aux militaires en activité de service en dehors de ceux qu'elle leur fait donner par les médecins militaires eux-mêmes. Lorsqu'un soldat tombe malade dans ses foyers, il doit donc être admis dans un hôpital militaire. Libre à lui, s'il veut supporter les frais, à solliciter l'autorisation de rester chez lui.

Vous ne pouvez donc envisager aucun remboursement par l'Etat dans le cas que vous voulez bien nous signaler.

ANTHOLOGIE

Le Chirurgien.

(Sonnet)

à M. le Dr J. Noir (1).

Sa jeunesse, longtemps, a coudoyé la mort ;
Son beau rire éclairait les froids amphithéâtres
Où la main, disséquant des chairs aux tons verdâtres,
Préparait l'avenir, sans souci ni remord.

Mais son école fut l'hôpital où se tord
La douleur, où l'on peut, sous un rite idolâtre,
Redresser l'erreur de la nature marâtre,
Où la tête et le bras affirment leur accord.

L'œil prompt, le geste sûr, la parole précise,
Jamais sa volonté ne sut être indécise ;
Et le cœur vient chez lui tempérer l'action.

Dans son âme parfois court la vibration
Du violon secret, ignoré du vulgaire,
Dont Ingres recherchait la plainte solitaire.

Dr Eugène François.

(1) En souvenir de son article sur le professeur Jean-Louis Faure.

Cinquantième année | N° 42 | 14 Octobre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet.
Hyères : Clément, Fohanno, Minelle, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo S. Vivant, Bernard C.
Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*derm.*), Gaudichon (*oto-lar.*), Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, Potheau (E.). Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldagués, Léon Clément, (*clin. chir.*), Théo Roux, Vadon.
Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud, Devoir (*Le Home Médical*).

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Gonselni, de La Mure-s.-Azergues, la somme de dix francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 445. — Banl. Bordeaux, à céder poste méd. seul avec 18.000 fixes. Chiffres d'aff. très import. Indemn. 40.000.

No 446. — Doct. Off. Lég. Hon., belles réf., libre actuel., ferait remplac. Paris ou banl. imméd.

No 447. — Centre Ouest, petite ville, client. facile à augmenter. Rapp. 35.000.

No 448. — A céder : Pantostat pour courant continu caut. lum. ct. galvan. et sinusoidal, access. divers. Dr Dessirier, 15, rue Terme, à Lyon.

Nº 449. — Paris, quart. agréab. en pleine extens., bon noyau de client. méd. génér., dév. assuré. Rapp. 25.000, presque tout en consult., loyer 4.600, appart. très agréable de 3 pièces, cuis., s. bains et garage, conf. moderne. Indemn. à débatt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 450. Banl. ouvrière somméd. Paris. Client. de 10 ans, méd. génér. sans acchts, aff. 130.000, à dév. en rayonnant, appart. trs. central 8 p., dépendances. Loyer 10.000. Indemn. 90.000, dont 3/4 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 451. — Ille-et-Vil. Excell. poste, résid. agréabl., client. facile, rapp. annuel près de 100.000, maison 10 p. avec 2 jardins. A céder 40.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 452. — On demande jeune homme, libéré du service militaire, pour représentation de produits pharmaceutiques.

Renseignements

Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés, trait. spéc. ndivid. Résult. très intéress. Pension méd., vie famille, prix mod. Dr Gaston, 104. route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

Villa de cure du Aocteur Mathieu, à Wimereux (P.-de-C.) reçoit toute l'année enfants de 5 à 15 ans. Chauf. fage central.

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Institut départemental de Sourds-muets.** — La place de médecin de l'Institut départemental de sourds-muets, 35, rue de Nanterre, à Asnières, est actuellement vacante.

Les docteurs en médecine, de nationalité française, habitant Asnières ou une commune contiguë, qui seraient disposés à solliciter ce poste, sont priés d'adresser leur demande, avec indication de leurs titres, à M. le Préfet de la Seine (Direction des services administratifs de l'Enseignement, 1er bureau, 2, rue Lobau, à Paris), avant le 15 octobre.

Aux termes du règlement de l'Institut départemental, le médecin chargé de la médecine générale est tenu de faire au moins trois visites par semaine et de se rendre à toutes les convocations qui lui sont adressées par le Directeur de l'Institut. En cas d'absence, il est tenu de pourvoir lui-même à son remplacement.

Il reçoit une indemnité qui s'élève actuellement à 4.200 francs par an.

—**Société médico-psychologique.**— Par délibération du Conseil municipal, de Paris, sur le rapport présenté par M. Calmels, une subvention de 5.000 fr. a été accordée à la Société médico-psychologique.

— **Preventorium Henry-Méry.** — Par délibération du Conseil général de la Seine, le preventorium de Fontaine-Bouillant (Eure-et-Loir), géré par l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, sera dénommé désormais : « Preventorium Henri-Méry », en mémoire du Dr Henri Méry.

— **Clinique de l'hôpital Saint-Antoine.** — Par délibération du Conseil municipal de Paris, une subvention de 20.000 fr. a été allouée à M. le Pr Bezançon pour être affectée au fonctionnement de son laboratoire de la clinique de l'Hôpital St-Antoine.

— **Centre anti-cancéreux.** — Par délibération du Conseil municipal de Paris, une subvention exceptionnelle de 250.000 fr. a été accordée au centre anticancéreux, pour achat de radium.

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité** — *Second cours annuel de perfectionnement (radiologie de l'appareil respiratoire).* — Le second cours annuel de perfectionnement sur l'*exploration radiologique de l'appareil respiratoire* sera donné du 3 au 8 décembre 1928 inclus.

Le programme complet sera publié ultérieurement.

— **Ecole de médecine de Marseille.** — *Clinicat.* — Sont nommés :

Chef de clinique médicale (professeur Boinet) : M. le docteur Turriès ; adjoint : M. le docteur Isemein.

Chef de clinique médicale (professeur Gaujoux) : M. le docteur Montagnier ; adjoint : M. le docteur Félix Trabuc.

Chef de clinique neurologique : M. le docteur Albert Crémieux.

Chef de clinique médicale infantile : M. le docteur Perrimond ; adjoint : M. le docteur Poinso.

Chef de clinique des maladies de la première enfance : M. le docteur Georges Sesqués ; adjoint : Mlle Julie Cousin.

Chef de clinique urologique : M. le docteur Tristant ; adjoint : M. le docteur Ch. Lahayville.

Chef de clinique gynécologique : M. le docteur Salen ; adjoint : M. le docteur J. Chosson.

— **Le Congrès français annuel d'oto-rhino-laryngologie** se tiendra à la Faculté de médecine de Paris du 17 au 20 octobre 1928.

— **Académie royale de médecine de Belgique.**—M. le Dr Leriche, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, a été élu membre correspondant étranger de l'Académie royale de médecine de Belgique.

MM. Bing, Bouin et Faure ont été élus membres honoraires étrangers.

— **Médaille du Dr Pauchet.** — La médaille, offerte au Dr Victor Pauchet à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, lui sera offerte le dimanche 14 octobre, à 10 h. 30 à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris (XVe).

— **De la chirurgie à la diplomatie.** — Le nouveau ministre du Canada à Paris, M. le Dr Philippe Roy avant d'entrer dans la diplomatie, exerçait au Canada la chirurgie. C'est aussi un grand ami de la France et, à ce double titre, son nom sera particulièrement sympathique aux médecins français.

— **Prorogation de validité de la carte de surclassement 1928.** — Nous apprenons que désormais la carte de surclassement, accordée aux officiers de réserve, sous certaines conditions, pour voyager sur les chemins de fer, sera valable du 1er octobre de l'année en cours au 30 septembre de l'année suivante. En conséquence, la validité de la carte de 1928 est prorogée jusqu'au 30 septembre 1929.

— **Un nouveau groupement : « L'Association des médecins mutilés et réformés de guerre ».** — Nous portons à la connaissance de nos lecteurs la création d'un nouveau groupement qui prend pour titre : « Association des médecins mutilé et réformés de guerre ».

Au moment où vient d'être élaboré le décret d'administration publique concernant l'emploi obligatoire des mutilés et réformés de guerre, les médecins titulaires d'une pension ont avantage à se grouper pour faire entendre leurs légitimes revendications.

Pour faire partie de l'Association il suffit d'être docteur en médecine et titulaire d'une pension définitive d'invalidité.

Les adhésions de principe sont reçues par le docteur Jean Hornus, fondateur du groupement, 5, rue de

Rivoli, Paris, IVe (téléphone Archives 11-90) qui convoquera à une assemblée générale constitutive vers le milieu du mois d'octobre.

— Hommage au professeur G. Lemoine. — Les élèves et les amis du professeur Lemoine, désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa mise à la retraite et de sa nomination au titre de professeur honoraire.

Un comité s'est constitué sous la présidence du professeur Carrière pour rendre publiquement hommage au maître dont l'enseignement a illustré pendant de longues années la Faculté de médecine de Lille.

Prière d'adresser les souscriptions (minima 50 fr.) au docteur Auguste, 5, boulevard Papin, à Lille. Compte postal Lille 12.460.

Un avis ultérieur fera connaître aux intéressés la date de la cérémonie qui sera organisée pour la remise du souvenir au professeur Lemoine.

— Internat des hôpitaux de Paris. — Sont admissibles aux épreuves orales (par ordre alphabétique). MM. Aboulker (Pierre), Alavoine, Albeaux, Amid, Antonelli ; Mme Arager ; MM. Ardouin (Georges), Arnon, Arondel, Asselin, Aubin, Auzepy.

Mlle Baguette ; Mme Baillon ; MM. Bardin, Bargeton ; Mlle Barnaud ; MM. Barrier, Barthélemy, Baussan, Béchet ; Mlle Bégaud ; MM. Belêtre, Bénassy, Bergenstein, Bernard (Jean), Bernard-Griffiths, Beuzard, Bazier, Billiard (Jean-Louis), Blanquine, Bloch, Boisramé, Bolgert, Bonnet (Raymond), Bons, Boquet, Bosquet, Boudin (1), Bourgeois, Bousser, Boyer (Isidore), Brandy, Brehier, Bridot, Brisard (Pierre), Brisset, Brisard (André).

MM. Caciura, Cain, Carbonel, Carteret, Catalette ; Mme Cathier ; M. Chomet ; Mlle Cligny ; MM. Cohen (Albert) ; Cohen Asdriel, Colin, Contradès, Coste, Cottet, Courtial, Cros, Cuveillier.

MM Darnis, David (Jean), David (Pierre), Delay, Deliencourt, Delinotte, Demoulin, Deparic, Deslandres, Désormeaux ; Mlle Develay ; MM. Douvry, Draillard, Dreyfus (André) ; Mlle Dreyfus (Suzanne) ; M. Dubois (Jean-Louis) ; Mlle Ducasté ; M. Dulot ; Mlle Dupont ; MM. Durel (Pierre), Durieux, Durrbach.

MM. Eck, Ellenberger.

MM. Fabre (Albert), Facquet, Mlle Fagnière ; MM. Fau, Fauvert, Favre ; Mlle Fayot ; MM. Fichet, Fiehrer, Filliozat, Fort, Fournié, Franco, Friedmann.

MM. Gadaud, Gallot, Gasne (André), Gaston, Gaudin, Mlle Gautheron ; MM. Gavois, Gigon, Gilbien, de Ginestet ; Mlle Girardeau ; MM. Golé, Gorecki, Gorodiche, Gosset, Graffin, Grand ; Mme Grand ; MM. Grasset, Grivaud, Guichard, Guilly.

M. Haick ; Mlle Hallard ; MM. Hauert, Henrion, Herbert, Hervy, Hesse, Huret, Hurez, Hutin.

MM. Iliovici, Illaire.

MM. Jarrousse, Jomain, Jonard, Jonard (Joseph), Judet.

(1) Fils de Paul Boudin. — Compliments ! *C. M.*

MM. Klotz, Koang, Kreyts, Kiriaco.

MM. Labesse, Lacaze, Lachter-Pachter, Lacoste, Laflotte, Lançon, Langlois, de Langre, Lapeyre, Lapiné, Lardennois, Lecadie ; Mlle Le Diouron ; MM. Lefebvre, Lejeune, Lellouch, Lemoine, Lepart ; Mlle Lépiné ; MM. Leroy (Jacques), Leroy (René), Leroy (Robert), Leuret, Lévy-Klotz ; Mlle L'Hoir ; MM. Lieffring, Limasset, Loisel, Loutsch, Louvet.

MM. Macé de Lépinay, Maes, Maisler, Mariau, Martin (Jean-Thomas), Martin (René), Masson (Georges), Masson (Pierre), Meillaud, Meyer, Mutricy.

MM. Naulleau, Nicolas.

MM. Olivier, Ollivier (Henri).

MM. de Palma, Patey, Patté, Paul, Pantrat, Penay, Pérachon, Périer, Pichon ; Mlle Pichot ; MM. Piel Piollet, Poilleux, Poinceau, Postel, Poney, Prost, Puymartin.

MM. Rachelsberg, Reyt, Ribadeau-Dumas, Robert (Paul), Robin, Richard ; Mlle Riom ; M.M. Roquejeoffre, Roulin, Rousseau (Gaston), Royer de Véricourt, Rudler.

MM. Sabourin, Sallet (Jean), Salomon, Sambron, Sanz, Schwartz, Séguinot, Sergent (Honoré), Soubrane, Souilhé, Stérin (Lucien), Sterin (Raymond), Stochet, Strée, Suchmann.

MM. Tavennec, Terrenoire, Thomas, Thorel, Trocmé.

M. Vaides ; Mlle Valentin ; MM. Vandenbosche, Vaudour, Vautrin, Vialle, Victor ; Mlle Vidal ; M. Voillemin.

Mlle Weiss ; M. Werner ; Mlle Wilm.

M. Zha.

— **Ecole de sérologie** (fondée en 1912). 54 *bis*, rue Saussure, XVII^e. — M. Rubinstein fera dans son laboratoire durant l'année scolaire 1928-1929, une série de cours de sérologie appliquée à la Clinique. Les leçons théoriques suivies de travaux pratiques auront lieu par petits groupes d'élèves.

Le premier cours aura lieu le 12 novembre et durera un mois.

L'enseignement comporte l'étude de toutes les réactions appliquées au sérodiagnostic des maladies infectieuses, en particulier à la syphilis, à la tuberculose et à la gonococcie.

Le but de ce cours est de former des sérologistes en vue de la pratique médicale et des recherches scientifiques.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au Laboratoire 54 *bis*, rue Saussure, de 16 à 18 heures.

— **Hôpital de Fontainebleau.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Fontainebleau sera ouvert le 26 octobre 1928. Avantages : nourriture, logement, chauffage, indemnité annuelle de 4.000 à 5.000 fr. Les candidats doivent être de nationalité française, avoir passé les deux premiers examens de doctorat et avoir été externes des hôpitaux.

Les inscriptions sont reçues à l'Economat de l'hôpital, huit jours au moins avant la date du concours.

— **Mariage.** — On annonce le mariage de Mlle Marie-Antoinette Cany, fille du Dr Cany, de La Bourboule, avec M. Roger Cazala, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

En même temps que cette nouvelle, nous apprenons la mort de M. Paul Cany, père du Dr Cany. Nous exprimons à notre confrère qui, à une cérémonie heureuse, a vu succéder un deuil aussi cruel, nos sentiments de vive sympathie.

— **Naissance.** — Le docteur Molines, du Mont-Dore, et Madame, nous font part de la naissance de leur fille Pierrette-Magdeleine.

— **L'Œuvre d'hivernage des enfants** demande personnel dévoué, mais payé, dont la santé nécessiterait un séjour dans le Midi. S'adresser : Fédération parisienne des Colonies de vacances, 26, faubourg Saint-Jacques.

— **La Saignée Blanche** publie dans son numéro II (vol. VII) un article sur Hideyo Noguchi, et une étude sur les *Saints Guérisseurs.* (Laboratoire de l'Antiphlogistine).

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 *octobre.*

Hygiène publique.

Médaille des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en vermeil a été décernée, à titre exceptionnel à M. le Dr Jourdin, chirurgien à Pouancé (Maine-et-Loire).

Additions et modifications au codex pharmaceutique

ADDITIONS

Page 242, après l'article « Essence de santal », intercaler l'article ci-après :

Essence de santal d'Australie.

Oleum Santali spicati œthereum.

Essence retirée par la distillation du bois de santal d'Australie (*Santalum spicatum A. DC.*)

Elle renferme 90 à 96 p. 100 de principes alcooliques, calculés en santalols.

Caractères. — Liquide limpide jaune pâle possédant une odeur spéciale térébenthinée assez agréable ; densité à + 15°, variant entre 0,958 et 0,972 ; soluble, à 20°, dans l'alcool à 70° dans la proportion de 1 volume dans 3 à 6 volumes. Lévogyre.

Essai. — Examinée dans un tube de 10 centi-

mètres, doit accuser une déviation comprise entre —3° et —9°.

A 1 centimètre cube d'essence, placée dans un petit tube à essai, ajoutez progressivement de l'alcool titrant très exactement 70°. Agitez après chaque addition d'alcool et opérez à la température de +20°. Le mélange doit devenir limpide après l'addition de 3 à 4 volumes d'alcool, il doit se troubler après l'addition de 5,5 à 6 volumes d'alcool, Le mélange, à +20°, de 1 volume d'essence avec 5 volumes d'alcool à 70° ne doit présenter ni contraction, ni dilatation.

Dosage du santalol. — Opérez comme il est dit page 242 pour l'essence de santal citrin.

La proportion de santalol ne doit pas être inférieure à 90 p. 100.

Observations. — L'essence de santal d'Australie ne peut être confondue avec l'essence de santal citrin. Ces deux produits présentent des odeurs et des saveurs dissemblables ; ils diffèrent par leurs poids spécifiques et leurs pouvoirs rotatoires.

Ces deux essences peuvent être employées dans les capsules de santal.

II

MODIFICATIONS

Page 87, remplacer l'article « azotate basique de bismuth » par le suivant :

Bismuth (azotate basique de) officinal.

SOUS-AZOTATE DE BISMUTH

SOUS-NITRATE DE BISMUTH, MAGISTERE DE BISMUTH.

Bismuthum subnitricum.

Composition. — L'azotate basique de bismuth officinal contient : pour 100 parties, 79 à 81 parties d'oxyde de bismuth anhydre Bi^2O^3, 15,5 à 17 parties d'anhydre azotique N^2O^5.

Caractères. — Poudre microcristalline, blanche ; insoluble dans l'eau mais lui communiquant une réaction acide au tournesol ; soluble dans l'acide azotique dilué.

Se décompose sous l'action de la chaleur. Déjà à + 100°, perd, en même temps que de l'eau, de l'acide azotique. A plus haute température, dégage des vapeurs nitreuses. La décomposition n'est complète qu'à +425° ; le résidu jaune est de l'oxyde de bismuth anhydre, soluble dans l'acide azotique. Cette solution azotique, étendue d'eau et traitée par l'hydrogène sulfuré, fournit un précipité noir de sulfure de bismuth.

Essai. — Le sous-azotate de bismuth officinal doit se dissoudre sans effervescence dans l'acide azotique étendu (R) (*carbonates*).

Chauffez 1 gramme du produit avec de la lessive de soude étendue (R), il ne doit pas dégager de vapeurs bleuissant le papier rouge de tournesol (*ammoniaque*).

Chauffez 0,50 gramme d'azotate basique de bismuth avec 2 grammes d'acide sulfurique concentré de manière à chasser tout l'acide azotique. Reprenez le résidu par 10 centimètres cubes d'eau, puis ajoutez 10 centimètres cubes de la solution chlorhydrique d'hypophosphite de sodium (R), et chauffez, vers +80°, pendant 30 minutes : il ne doit se produire aucune coloration brune (*arsenic, tellure*).

Dissolvez 2,5 grammes d'azotate basique de bismuth officinal dans 10 grammes d'acide azotique officinal ; ajoutez 40 grammes d'eau : la solution persiste ; divisez-la en deux parties égales. Dans la première partie, l'addition de quelques gouttes de solution d'azotate d'argent au vingtième (R) ne doit donner au plus qu'un louche sans précipité immédiat (*chlorures*). Soumettez la deuxième partie à l'action de l'hydrogène sulfuré jusqu'à refus, puis filtrez ; le liquide filtré ne doit pas, après évaporation, laisser un résidu fixe d'un poids supérieur à cinq milligrammes (*sels minéraux*).

Délayez 2 grammes de sous-azotate de bismuth officinal avec 10 centimètres cubes de solution aqueuse, au tiers, d'hydroxyde de potassium ; portez à l'ébullition pendant deux minutes environ ; ajoutez 1 centimètre cube de solution aqueuse au dixième de chromate neutre de potassium (R) et filtrez après refroidissement. La solution filtrée, limpide, acidifiée faiblement par l'acide acétique, doit demeurer limpide ; l'apparition d'un louche ou d'un précipité jaune serait due à la formation de chromate de *plomb*.

Dosage de l'oxyde de bismuth. — Dans une petite capsule de porcelaine, tarée, pesez exactement une prise d'essai d'azotate basique de bismuth officinal voisine de 1 gramme. Chauffez progressivement et maintenez au rouge sombre pendant quinze minutes. Laissez refroidir dans un dessiccateur et pesez de nouveau. Rapportez le poids d'oxyde de bismuth anhydre trouvé à 100 grammes d'azotate basique de bismuth officinal.

L'azotate basique de bismuth officinal ne doit pas contenir plus de 81 p. 100 d'oxyde de bismuth anhydre.

Dosage de l'anhydride azotique. — Introduisez dans un ballon de 250 centimètres cubes une prise d'essai de sous-azotate de bismuth officinal voisine de 0,5 gramme et exactement pesée. Ajoutez 50 centimètres cubes de la solution de sulfate ferreux dont la composition est donnée plus loin. Fermez immédiatement le ballon avec un bouchon de caoutchouc percé de deux trous Dans un des trous passe un tube de verre coudé dont l'extrémité arrive à un centimètre environ de la surface du liquide contenu dans le ballon. Dans l'autre trou, a été engagée l'extrémité inférieure d'un réfrigérant disposé verticalement et fonctionnant comme réfrigérant à reflux. Un courant de gaz carbonique, réglé à la vitesse d'environ un demi-centimètre cube par seconde

arrive par le tube coudé, traverse le ballon et s'échappe par la partie supérieure du réfrigérant. Par une légère agitation, dissolvez la prise d'essai dans le réactif. Après quinze minutes, chauffez doucement, à feu nu, et portez jusqu'à ébullition tranquille que vous maintenez pendant trente minutes comptées à partir du moment où le liquide, devenu momentanément brun, a viré complètement au jaune. Laissez ensuite refroidir complètement en maintenant le courant gazeux, puis évaluez le sulfate ferreux restant en utilisant une solution de permanganate de potassium, à environ 20 grammes par litre, que vous ajoutez, à l'aide d'une burette graduée jusqu'à coloration rose persistante.

Titrez de la même façon 50 centimètres cubes de la solution primitive de sulfate ferreux. La différence entre les deux volumes de la solution de permanganate employés représente l'action oxydante exercée sur le sulfate ferreux par l'anhydride azotique contenu dans la prise d'essai. Soit *n* cette différence exprimée en centimètres cubes.

Déterminez comme suit la valeur en anhydride azotique de 1 centimètre cube de la solution permanganique : avec une prise d'environ 2 grammes, mais exactement pesée, d'oxalate neutre d'ammonium hydraté pur et de l'eau distillée, faites 100 centimètres cubes de solution. Prélevez 20 centimètres cubes de cette solution, ajoutez 2 centimètres cubes environ d'acide sulfurique pur et versez, à l'aide d'une burette graduée, de la solution permanganique, jusqu'à coloration rose persistante. Soit n' le nombre de centimètres cubes de la solution de permanganate de potassium employés dans cette dernière opération. Si p est le poids, exprimé en grammes, de la prise d'essai de sous-azotate de bismuth officinal et p' celui de l'oxyalate d'ammonium

$$\frac{p' \times n}{p \times n'} \times 5{,}67$$

est la quantité d'anhydride azotique contenu dans 100 grammes d'azotate basique de bismuth officinal. Cette quantité ne doit pas être inférieure à 15 p. 100.

Solution de sulfate ferreux. — Dissolvez 75 grammes de sulfate ferreux pur dans 500 centimètres cubes d'acide sulfurique étendu à 60 p. 100 (R), complétez à 1.000 centimètres cubes avec de l'eau distillée.

Page 110, remplacer l'article « Glycérophosphate de calcium » par le suivant :

Calcium (glycérophosphate de) officinal.

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX

Calcium glycerophosphoricum.

Le glycérophosphate de calcium officinal est presque entièrement constitué par un mélange, en proportions variables, des sels de calcium des deux acides isomériques α et β monoglycéromonophosphoriques.

Voir la suite page LV-2935

PROPOS DU JOUR

La troisième session de l'Association Professionnelle internationale des Médecins (A.P.I.M.)

Les lecteurs du *Concours médical* connaissent tous l'Association professionnelle internationale des médecins (A.P.I.M.) et le résultat de ses enquêtes sur les conditions de l'exercice de la médecine dans les différentes nations. Ils ont pu tous se rendre compte de l'utilité de cette institution surtout pour nous, médecins français, au moment où l'application de la loi sur les Assurances sociales amènera une perturbation profonde dans nos habitudes professionnelles. Rappelons que cette Association, issue d'un projet lu il y a quatre ans à l'Académie de médecine par notre très distingué confrère de Varsovie, le Dr Przyborowski, lors du Congrès franco-polonais, fut réalisée peu après par notre ami, Decourt, à Londres où il s'était rendu comme Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, aux fêtes d'inauguration de l'Hôtel de la British Medical Association. L'A.P.I.M. n'a fait depuis que prospérer et grâce à l'activité de Decourt, son secrétaire général, à la collaboration effective et à la bonne volonté de ses membres a donné des résultats inespérés. L'A.P.I.M. a sa *Revue internationale* qui paraîtra désormais quatre fois par an. Elle dispose d'un budget suffisant que lui fournissent les Associations professionnelles d'une vingtaine de nations qui la constituent. Elle peut compter sur l'appui de l'Institut international de Coopération intellectuelle qui a reçu ses délégués dans ses salons, du Palais Royal et sur celui du Bureau international du travail (B.I.T.) de Genève, émanations de la Société des Nations.

Si le secrétaire général de l'A.P.I.M. est en fait permanent, le président change à chaque session. L'an dernier, c'était M. le Dr Przyborowski, de Varsovie ; cette année, ce fut le Dr Vuilleumier, de Lausanne ; l'an prochain ce sera le Dr Faskas, délégué du Corps médical Yougoslave, qui dirigera la quatrième session.

La troisième session s'est tenue les 27, 28, 29 et 30 septembre. Quatorze nations y étaient représentées :

L'Allemagne par le Dr Schneider, secrétaire général du groupement national des médecins allemands qui comprend 44.000 membres ;

L'Autriche par le Dr Stritzko, président du groupement national dont font partie les neuf-dixièmes des médecins autrichiens ;

Le Danemark par le Dr Talderlund, secrétaire général du groupement national auquel adhère 95 % des praticiens danois ;

La ville libre de Dantzig par le Dr Wiebe, secrétaire général de l'Association professionnelle des médecins de cette ville ;

La France par le Dr Decourt, secrétaire général de l'A.P.I.M. ;

La Grande-Bretagne par le Dr Cox, secrétaire général de la British Medical Association ;

La Hollande par le Dr Fortuyn, secrétaire général du groupement des médecins néerlandais;

La Lettonie par le Dr Przyborowski, suppléant le Dr Fedden, empêché ;

Le Luxembourg par le Dr Schauftgen, secrétaire général du groupement médical national ;

La Norwège par le Dr Talderlund, suppléant le Dr Berner, empêché ;

La Pologne par le Dr Przyborowski, président du groupement national des médecins polonais ;

La Suède par le Dr Rystedt, membre du Comité central du groupement national ;

La Suisse par le Dr Vuilleumier, membre du Comité central du groupement national ;

La Yougoslavie par le Dr Faskas, membre du Comité central du groupement national.

L'ordre du jour que nous avons donné dans notre numéro du 12 août 1928 (page 2.359), a été épuisé.

La principale question était celle de l'Assurance-maladie qui avait été l'objet de deux rapports, l'un du Dr Schneider (Allemagne), l'autre du Dr Faskas (Yougoslavie). Ces rapports, condensés en une série de propositions de déclarations par le secrétaire général, donnèrent lieu à une discussion suivie du vote de résolutions qui indiqueront la pensée de l'A.P.I.M. sur l'Assurance-maladie. Cette sorte de « Charte » qui reflète l'opinion du Corps médical mondial et ses revendications se dressera en face des conceptions de l'*Internationale des Caisses maladies*, créée en 1927 à Bruxelles, qui vient de tenir son premier Congrès à Vienne en septembre dernier et se réunira l'an prochain à Varsovie. Rien que ce fait montre tout l'intérêt qu'il y a

✦✦

pour les médecins praticiens de tous les pays à faire vivre et prospérer l'A.P.I.M.

Decourt exposa l'utilité des relations possibles de l'A.P.I.M. avec l'Institut international de Coopération intellectuelle dont deux délégués assistaient à la séance. La question des médecins spécialistes (Dr Vuilleumier), celle de la liberté de prescriptions en médecine sociale (Dr Schaeftgen), celle de l'examen médical des conducteurs d'automobile (Dr Fortuyn) firent l'objet d'intéressantes discussions. A propos de cette dernière question, les délégués visitèrent le remarquable service de psychotechnie de la Société des transports en commun de la région parisienne T.C.R.P. Chaque candidat au poste de « chauffeurs » qui est appelé à conduire les autobus et les tramways parisiens, doit subir un examen au moyen d'appareils automatiques et cinématiques qui indiquent son degré d'émotivité, ses qualités de sang-froid. Par les éliminations que la T.C.R.P. a pu faire au moyen de ces appareils en pratiquant la sélection psycho-physiologique de son personnel, les accidents causés par ses voitures ont été réduits dans la proportion de 60 %.

Le samedi, a eu lieu au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, un dîner confraternel auquel nous avons pris part au titre d'invité. De nombreuses dames dont plusieurs femmes de délégués, avaient bien voulu assister à cette petite fête, où la cordialité la plus grande et la plus sincère n'a cessé de régner.

Le président Vuilleumier, les docteurs Schneider, Cox, Dibos, pour l'Union des Syndicats médicaux de France, Cibrie pour la Fédération nationale des Syndicats médicaux, Dartigues pour l'Union médicale latine (U.M.F.I.A.) ont pris, tour à tour, la parole, montrant l'utilité de l'Association internationale, louant sans réserve l'activité de son secrétaire général Decourt. M. Vuilleumier voulut bien au cours de son allocution rappeler la réception des délégués de l'A.P.I.M. au *Concours médical*, les années précédentes ; et en effet plusieurs des délégués n'étaient pas pour nous des inconnus.

Decourt, appelé à prendre la parole pour clôturer la fête, aux applaudissements unanimes de l'Assemblée a constaté que des réunions de ce genre faisaient plus pour rapprocher les nations et assurer la paix entre les peuples que toutes les conférences diplomatiques.

J. Noir.

La crise médicale aux colonies. — Rectification.

Le Dr M. Prunier, de Charny (Yonne), nous adresse la lettre suivante dont nous le remercions sincèrement et que nous nous hâtons de publier :

Mon cher Confrère,

Je viens de recevoir le *Concours médical* (nº 40) et je crois devoir vous signaler une grosse erreur qui s'est glissée dans votre article sur la crise médicale aux colonies.

La circonscription d'Aïn-Boucif a 457.329 *hectares* et non habitants (ce serait le dixième de la population totale de l'Algérie !). Quant au chiffre de la population, je n'ai plus en ma possession les documents nécessaires pour vous l'indiquer exactement, mais je ne pense pas qu'il dépasse 30.000.

Pour être juste, il faut reconnaître que la situation des médecins de colonisation d'Algérie a été bien améliorée ces dernières années. Je puis en parler savamment, car j'ai exercé ces fonctions pendant 31 ans 1/2 et ne suis à la retraite que depuis l'année dernière (j'étais précisément à Bouïra qui vient d'être supprimé comme poste de médecin de colonisation)

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Prunier.

Errare humanum est, perseverare diabolicum. Il n'est pas douteux que dans ce cas, comme le singe de la fable, nous avons pris le Pirée pour un nom d'homme ; notre excuse est que nous pensions que dans l'exercice de la médecine coloniale le nombre des habitants devait intéreser davantage que celui des hectares. 457.329 habitants pour *un* médecin nous avait en effet paru fabuleux. Néanmoins, une circonscription de 457.329 hectares, qui représentent à peu près la superficie d'un département français moyen, est indiscutablement excessive pour *un seul médecin*, n'eût-il à assurer des soins médicaux qu'à 30.000 *habitants* !

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC DES ALGIES BRACHIALES (1)

Par Henri ROGER,

Professeur à l'École de médecine de Marseille.

En présence d'un malade qui souffre de son membre supérieur, il y a lieu de se renseigner sur les caractères de ses douleurs, sur leur intensité, sur leur durée, sur les causes qui provoquent les paroxysmes, sur leur mode de début, sur leur trajet, sur leur localisation exacte. Le seul interrogatoire pourra mettre sur la voie de douleurs d'origine radiculaire, zonateuse, traumatique, mais il ne doit pas en résulter d'idée préconçue.

Le caractère causalgique, quoique habituellement d'origine traumatique, se rencontre également dans le zona, la névraxite.

Cet interrogatoire devra porter sur les autres fonctions du membre supérieur, sur le rachis cervical, sur l'ensemble du système nerveux, sur le psychisme, sur les viscères, sur les antécédents personnels ou héréditaires. Sinon on risquerait de méconnaître l'origine syphilitique d'une radiculite, de ne pas rapporter une algie cubitale à une aortite au début, de négliger l'étiologie rhumatismale d'une cervico-brachialite parce qu'on n'a pas recherché les épisodes antérieurs de torticolis, de lumbago ou de sciatique.

Il faut explorer à fond la sensibilité du malade, avec toute la douceur nécessaire, mais avec toute la précision indispensable, les points douloureux, les zones d'hypoesthésie, les modifications des sensibilités spéciales, thermique, stéréognostique, etc... Il faut rechercher systématiquement les petits signes moteurs, les petites atrophies musculaires, les troubles trophiques cutanés et unguéaux, les légères modifications des réflexes tendineux, les troubles vasomoteurs, les modifications oculo-pupillaires, qui peuvent être associés. L'examen sera méthodiquement étendu à tout le système nerveux, ne négligera pas les divers viscères, en particulier le cœur et le foie, qui peuvent avoir comme expression prédominante une douleur du membre supérieur.

On aura dans un très grand nombre de cas recours à la radiographie du rachis cervical, de face pour déceler les anomalies costales ou les figures de rhumatisme vertébral, de profil pour mieux étudier les rapports des corps et des disques, mieux diagnotiquer un mal de Pott ou un néo-vertébral.

On ne négligera pas l'analyse du sang et surtout du L. C. R. Une dissociation albumino-cytologique nette posera presque à elle seule le diagnostic de compression médullo-radiculaire. L'exploration au lipiodol des cavités épidurale et sous-arachnoïdienne complètera le diagnostic, dans les cas où l'on soupçonne une tumeur.

Une fois tous ces renseignements recueillis, le problème du diagnostic différentiel se posera dans toute sa rigueur, afin d'aboutir, de déduction en déduction, à l'hypothèse la plus sûre et la plus adéquate.

Comme fil conducteur dans cette discussion, nous proposons une classification anatomique.

Nous chercherons d'abord si les brachialgies n'ont pas de cause en dehors de la souffrance directe ou indirecte du système nerveux. Les algies que nous appellerons EXTRANERVEUSES, ont leur point de départ dans les articulations, os, synoviales, muscles, tissu cellulaire sous-cutané, vaisseaux du membre supérieur.

Nous éliminerons ensuite les algies par compression ou irritation directe des nerfs périphériques, du plexus brachial (cancer du sein, tuberculose pleurale), des funicules (Pott, cancer secondaire du rachis, fracture), des racines (tumeur méningée). Nous les appellerons PARANERVEUSES ; leur cause réside ailleurs que dans le système nerveux, mais à son voisinage immédiat, et elles se traduisent en définitive par une souffrance du nerf.

Enfin nous aborderons le chapitre des ALGIES NERVEUSES proprement dites, liées à une lésion du trajet de la voie sensitive, soit cérébrospinale, depuis le nerf périphérique (névrite par infection, intoxication exogène ou endogène), jusqu'à l'encéphale (syndrome thalamique ou pariétal), en passant par la racine (radiculite syphilitique) et la moelle (tabes, syringomyélie, sclérose en plaques), — soit sympathique. Nous adjoindrons, à ces algies nerveuses, les algies *réflexes*, d'ordre cardioaortique ou hépatique, et les *algies psychiques* (névropathiques, hypochondriaques, etc.)

Algies extra-nerveuses.

L'une des causes les plus fréquentes d'algie du

(1) D'après notre rapport : « Les algies du membre supérieur » au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. (Anvers, juillet 1928.)

membre supérieur à un certain âge est l'*arthrite rhumatismale de l'épaule.*

Deux erreurs de type inverse sont à éviter dans son diagnostic. Quelques formes avec douleurs atténuées et atrophie musculaire réflexe précoce sont adressées au neurologiste comme paralysies ou parésies du circonflexe : en fixant l'omoplate, et en mobilisant le bras, on se rend vite compte de l'ankylose articulaire ; s'il était nécessaire, un électrodiagnostic confirmerait la bonne contractilité du deltoïde. Une arthrite de l'épaule se surajoute souvent, après la quarantaine, à toute algie du membre supérieur assez intense pour gêner les mouvements du membre, qu'il s'agisse de cervico-brachialite, de zona, de parésie douloureuse d'origine radiculaire, de lésion thalamique, de causalgie : sa constatation ne doit pas arrêter sur la voie du véritable diagnostic. Dans toute algie brachiale, la mobilisation de cette jointure devra être systématiquement pratiquée, dès que possible, pour éviter une ankylose même partielle, celle-ci pourrait survivre à sa cause occasionnelle et entraîner une impotence grave et définitive.

L'arthrite tuberculeuse, la *scapulalgie*, en particulier dans sa forme de carie sèche de Volkmann, peut débuter par une douleur vive. La douleur peut siéger le long du bras, au coude, parfois avec élancements vers le cou. L'atrophie considérable du deltoïde, des fosses sus et sous-épineuses, l'ankylose progressive, les craquements articulaires, l'atrophie de la tête humérale, visible à la radiographie, en sont les signes différentiels.

Un *rhumatisme articulaire aigu*, type Bouillaud, localisé strictement et exceptionnellement à un membre supérieur, une arthrite gonococcique du poignet, de l'épaule, etc., font rapidement leurs preuves par le gonflement articulaire, la fièvre, les réactions générales qui les accompagnent.

Les *luxations*, en particulier celles de l'épaule, les *fractures* de la tête humérale ne guérissent pas toujours aussi complètement qu'il est classique de le dire, soit qu'elles se compliquent d'arthrite douloureuse, soit que des contusions, des tiraillements du plexus brachial au cours du traumatisme ou de la réduction laissent durant des mois des séquelles algiques.

L'*inflammation de la bourse séreuse sous acromiale* se caractériserait par un début aigu, une douleur très intense, des points douloureux au niveau de la face antérieure de l'articulation, sur l'insertion du petit rond, sur la moitié supérieure du deltoïde. Trois mouvements sont douloureux : abduction, mouvement du bras en écharpe sur la poitrine, et main derrière le dos (Thomson et Gordon). La *périarthrite scapulohumérale* de Duplay, due à l'inflammation et à l'oblitération de la bourse sous-deltoïdienne, est presque toujours post-traumatique.

L'une des affections les plus douloureuses du membre supérieur est l'*ostéosarcome* de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui ne limite pas seulement à l'épaule ses douleurs sourdes, lancinantes, provoquant de l'insomnie, mais les localise parfois à l'épiphyse opposée. Son diagnostic, délicat au début avant la tuméfaction, avant l'hyperthermie locale, sera facilité par l'examen radiographique.

Rappelons les *douleurs osseuses de l'ostéomyélite aiguë*, des ostéites chroniques (surtout périostite syphilitique à prédominance algique nocturne, plus rarement tuberculose ou actinomycose), de l'ostéite à forme névralgique caractérisée par des crises douloureuses intenses (ostéite de l'extrémité inférieure du radius avec réaction périostée légère dans un cas de Hallé) améliorées par la saignée osseuse (Dufour). Rappelons la pronation douloureuse des jeunes enfants, habituellement d'origine traumatique, les myélomes multiples (cas de Hinds Howell où une albumosurie de Bence Jones révéla la nature exacte d'une brachialgie attribuée au rhumatisme).

Nous indiquerons plus loin les caractéristiques principales du *rhumatisme musculaire* et de la *cellulite rhumatismale*, et leur diagnostic différentiel d'avec les algies de la cervicobrachialite. Il nous paraît superflu d'insister sur les douleurs bien localisées, et de diagnostic généralement aisé, des myosites inflammatoires aiguës, du coup de fouet ou rupture musculaire, des panaris, phlegmons, etc...

Mentionnons l'*épicondylalgie* ou *épicondylite*, décrite par Bernhardt, il y a une trentaine d'années. La douleur s'irradie aux muscles épicondyliens et à la tête du radius. Elle apparaît surtout après la fatigue, chez les jeunes gens ou adultes, soumis à un surmenage professionnel des muscles épicondyliens, serruriers, menuisiers, cochers, corroyeurs, cordeurs ou fileurs de lin, violonistes, maîtres d'armes, mineurs (Remak, Molle, Féré, Rivière, Getye, Vulliet). Les Anglais l'appellent « coude de joueur de tennis » : mais cette épicondylite est loin d'être l'apanage des sportsmen (Tavernier, Gallioud). Fröhlich la considère comme une apophysite de croissance.

Les douleurs par lésions des vaisseaux du membre supérieur sont rares, si l'on excepte certains syndromes vasculaires des extrémités.

Les *artérites sténosantes*, en particulier la maladie de Buerger, ne se rencontrent qu'exceptionnellement au membre supérieur. Le diagnostic de leurs algies extrêmement violentes, à prédominance nocturne, s'accroissant par l'élévation du membre au-dessus de l'horizontale et s'accompagnant dans cette position d'ischémie, se fait grâce à l'oscillomètre ; il est facilité par la préexistence de syndromes similaires au membre inférieur, ayant souvent nécessité l'amputation. Ici, comme pour le membre inférieur, de petites poussées phlébitiques auront parfois précédé la douleur artérielle.

Les *artérites diabétiques* se traduisent par une claudication intermittente, avec crampe douloureuse, à la suite de fatigue du membre supérieur ; les artères sont souvent visibles à la radiographie.

Les oblitérations progressives des sous-clavières, de l'axillaire (par compression par béquilles dans un cas de Souques) sont généralement peu douloureuses

La *phlébite* du bras est rare, souvent indolore et exceptionnellement suivie des phlébalgies interminables qu'on rencontre au membre inférieur. La thrombose veineuse de l'axillaire, dite par effort, débute par une douleur légère, un engourdissement du membre supérieur, et est bientôt suivie d'œdème dur, de cordon veineux sensible à la palpation. Les phlébites superficielles du coude et de l'avant-bras chez les tuberculeux ne déterminent qu'une douleur locale avec rougeur et empâtement périphlébitique (Bernard, Salomon et Coste) ; comme les phlébites syphilitiques du même type, elles sont fugaces et envahissent plusieurs veines les unes après les autres.

La *lymphangite aiguë* ne pourrait momentanément prêter à confusion avec une névralgie que si l'on méconnaissait la porte d'entrée de l'infection, parfois minime, et si l'on n'observait pas la traînée rosée caractéristique.

Algies para-nerveuses.

La compression et l'irritation des nerfs par une lésion de voisinage occupent une place importante dans la sémiologie des brachialgies, qu'elles portent sur les nerfs périphériques, le plexus, les funicules ou sur les racines.

a) Compression des nerfs périphériques. — L'inflammation et la congestion, sous l'influence de l'humidité froide, du vent, chez des individus arthritiques, soit de la gouttière de torsion humérale, soit du conduit épitrochléo-olécranien, expliquent, par le processus de la névrodocite, certaines algies radiales ou cubitales, lorsque celles-ci ne sont pas simplement l'expression périphérique d'une cervico-brachialite.

La *névrite radiale*, décrite par Babinski, se caractérise par des douleurs violentes de la partie postérieure du bras, avec abolition du réflexe tricipital, hypoexcitabilité électrique (Talon). Chartier, Labeau incriminent l'exposition au vent froid chez les automobilistes dont le bras n'est pas protégé par le pare-brise.

Sicard et Gastaud ont publié des cas de *névrite du cubital*, en apparence spontanée, avec épaississement du nerf dans la gouttière épitrochléo-olécranienne. Cette névrite passe par trois phases : douleurs irradiées du coude à l'avant-bras, paresthésie et parésie légère des deux derniers doigts, atrophie des muscles hypothénar et interosseux. Dans deux cas où la pression du nerf hypertrophié réveillait une douleur exquise avec fourmillements en un point limité, Foix et Chavany ont trouvé à l'intervention un épaississement névromateux : la libération a guéri la névralgie.

Nous avons observé plusieurs cas de cette atrophie hypothénarienne, aujourd'hui bien connue, qui survient plusieurs années, parfois 10, 20 ans après une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et qui est liée à une irritation tardive du nerf par le cal. L'atrophie est précédée parfois de paresthésie cubitale, rarement d'algie vive.

On a publié des cas de névralgie localisée au circonflexe, au médian, au brachial cutané interne, au musculocutané.

C'est le mérite de Valleix d'avoir montré, il y a bien longtemps, que la plupart des névralgies localisées décrites avant lui, en particulier la névralgie cubitale de Chaussier, devaient être englobées dans le cadre plus étendu de la névralgie cervico-brachiale : le plus souvent l'algie est diffuse, avec prédominance sur tel ou tel territoire nerveux. Pour la névralgie radiale, nous trouvons par exemple dans les observations de Bériel, des points douloureux cervicaux qui font penser plutôt à une cervico-brachialite, à une cervico-radialite.

b) Compression du plexus. — Une mention spéciale doit être réservée aux *côtes cervicales*. Les côtes cervicales déterminent des paresthésies cubitales, plutôt que des algies, apparaissant surtout dans la position déclive du membre et s'accompagnant parfois d'hypoesthésie cubitale, d'atrophie hypothénarienne. La radiothérapie cervicale calme parfois ces douleurs ; on doit la tenter avant l'intervention chirurgicale. Il ne faut pas exagérer démesurément l'importance sémiologique de l'hypertrophie des apophyses transverses de C^7.

Particulièrement pénibles sont les douleurs dues à l'envahissement du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle par *un néoplasme ou une récidive de néoplasme du sein*. Les troubles vasculaires s'associent aux troubles nerveux. Les douleurs térébrantes avec paroxysmes violents, déterminent une insomnie rebelle. Œdème pseudoéléphantiasique du membre, état cachectique, présence dans l'aisselle de ganglions indurés complètent le tableau. Ces douleurs sont justiciables de la radiothérapie pénétrante ou de la radiumthérapie, plus tard de l'alcoolisation du plexus (Reding) au cas d'insuccès des rayons. Fait assez curieux la névralgie peut exceptionnellement siéger dans le plexus brachial du côté opposé au sein cancéreux (Tissot).

Léri et Molin de Teyssieu ont attiré l'attention sur des algies vives, siégeant généralement du côté gauche, propres aux tuberculeux. Elles évoluent par poussées, sont maxima à l'épaule, avec hypoesthésie de la face externe du bras. Elles sont bientôt suivies de troubles parétiques discrets ; ceux-ci, moins accentués et moins durables que les troubles sensitifs, guérissent sans reliquat, quoique s'accompagnant momentanément de R. D. partielle et de diminution ou d'abolition du réflexe tricipital. L'examen montre : la voussure relative du creux susclaviculaire par saillie du dôme pleural, l'engorgement des

chaînes lymphatiques du cou donnant l'impression d'une cordelette à nœuds le long du bord postérieur de la clavicule, les matité, obscurité respiratoire et opacité radiographique du sommet, dues à la pachypleurite et aux ganglions crétacés accolés à la plèvre. Cette *tuberculose pleuro-pulmonaire apicale* avec ganglions fibreux, qui irrite le plexus brachial, est habituellement de pronostic favorable. Dans un cas de Fernandez Sanz, la névralgie brachiale, probablement attribuable à la cicatrice de ganglions suppurés, précéda la lésion pulmonaire et s'accentua alors que celle-ci s'améliorait en cure sanatoriale. Bergson avait antérieurement expliqué la névralgie brachiale signalée par Hanot, Perroud, Tripier chez les tuberculeux cavitaires, par les anastomoses des origines du phrénique avec le plexus brachial ; ces anastomoses s'établissent par l'intermédiaire du plexus cervical et des deux premiers nerfs intercostaux.

Un anévrysme de la sous-clavière, un cal ou une tumeur de la clavicule, plus rarement des ganglions cervicaux tuberculeux ou lymphadéniques (maladie de Hodgkin par exemple), une tumeur de la thyroïde peuvent avoir pour manifestation primordiale et prédominante une douleur brachiale dans le territoire du cabital ou du médian, mais celle-ci s'accompagne bientôt de parésie, d'atrophie, de contractions fibrillaires, de R. D. Une exploration du creux susclaviculaire fixe le diagnostic. Les paralysies des béquillards, à prédominance radiale, sont souvent précédées d'engourdissements douloureux.

c) Compression des funicules. — C'est ici que la *cervicobrachialite rhumatismale* par arthrite des trous de conjugaison trouve sa place logique.

Névralgie cervico-brachiale rhumatismale, cervico-brachialite, sciatique du bras. — Ce type, à l'étude duquel nous nous sommes plus particulièrement attaché, nous paraît un des plus fréquents : une centaine de cas observés par nous depuis plusieurs années.

La *douleur* est généralement intense, peut-être dans l'ensemble plus forte que dans la généralité des sciatiques, empêchant fréquemment le sommeil les premiers jours et exigeant l'immobilisation complète du membre. Le trajet douloureux occupe la face postérieure du membre, nuque, épaule, bras, avant-bras, parfois face dorsale, et région externe du poignet jusqu'à la racine de l'index. Les points douloureux les plus nets à la pression se trouvent au niveau de la gouttière de torsion, au pincement antéro-postérieur du premier espace interosseux ou à l'interstice paravertébral latéral D^1D^2. Presque toujours le point glénoïdien antérieur est sensible : ce qui montre la participation quasi-constante de l'articulation scapulo-humérale, devenant secondairement douloureuse par suite de l'immobilisation du membre.

L'élongation du plexus par l'inclinaison latérale du cou du côté opposé ou mieux l'abduction du bras jusqu'à l'horizontale, associée à une rétropulsion et à une supination forcée (Roger et Jean Rathelot) sont les équivalents du Lasègue.

La sensibilité superficielle est peu touchée, à part cependant dans un assez grand nombre de cas, une hypoesthésie légère du territoire du radial à la face dorsale externe du poignet.

L'exploration du *cou* et de la nuque doivent être faites avec soin : il y a presque toujours enraidissement léger de la colonne cervicale, du moins au début, et douleur dans les mouvements brusques de flexion ou de renversement en arrière.

La motilité, la trophicité, la réflectivité (sauf parfois une hyporéflexie tricipitale) sont indemnes.

Le L. C. R. est normal ou très légèrement hyperalbumineux.

La *radiographie* du rachis cervical montre souvent : la rectitude de la ligne des corps vertébraux remplaçant la courbe onduleuse habituelle, — un épaississement des masses transversales, — des ostéophytes parfois sous forme d'aiguilles, de stalactites, se détachant de la colonne vertébrale et dessinant le trajet des tendons ou muscles qui s'y insèrent. Il n'y a pas de tassement des corps, ni des disques.

L'*évolution* se fait le plus souvent en deux étapes. L'étape cervicale se traduit par quelques douleurs à la mobilisation du cou, un léger torticolis qui a besoin souvent d'être recherché d'une façon systématique par l'interrogatoire du malade, qui oublie de le mentionner : cette phase précède parfois de plusieurs semaines l'étape brachiale. Celle-ci, bien plus douloureuse, dure, à sa phase aiguë, deux à trois semaines ; elle se prolonge souvent beaucoup plus.

Dans les *antécédents* de ces malades, on trouve fréquemment d'autres poussées de rhumatisme subaigu ou chronique, en particulier de rhumatisme vertébral (torticolis, lumbago, sciatique). La névralgie cervico-brachiale est une maladie de la cinquantaine, peut-être un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Les *variétés cliniques* peuvent être classées suivant : l'association de quelques *symptômes* (troubles parétiques réalisant la forme sensitivo-motrice de Léri, troubles auriculaires peut-être dus à l'irritation de l'artère vertébrale par le rhumatisme vertébral, Barré), — l'*évolution*, courte ou traînante, récidivante ou chronique, le début parfois apoplectiforme (Foix et Chavany), — l'*anatomie* (forme haute C5 C6, C7) à prédominance radiale la plus fréquente, basse à type cubital plus rare, bilatérale, occipito- ou dorsobrachiale, pectorobrachiale ou angine de poitrine à retours de Lasègue et Potain, — *les particularités étiologiques*, forme traumatique, apparaissant après une chute sur l'épaule sans lésion rachidienne et due chez des arthritiques à l'inflammation congestive

des *funiculi* par suite de l'immobilisation et du défaut d'exercice du cou et du membre.

La cervico-brachiale rhumatismale est due à une atteinte rhumatismale des trous de conjugaison de C5-C6-C7, comme le montre l'étape cervicale qui précède souvent l'étape brachiale, les douleurs à la mobilisation du cou et au renversement de la nuque, le point paravertébral. Le trajet douloureux occupe surtout le territoire du radial : d'où le nom de *cervico-radialite* qu'on pourrait lui donner et l'assimilation encore plus parfaite avec la sciatique, *sciatique* du bras.

La douleur se propageant le long de la face postérieure du membre, le réveil algique par les manœuvres d'élongation, l'hypoesthésie (il est vrai inconstante) du radial au poignet, les quelques cas d'hyporéflexie tricipitale signent l'origine *funiculaire* et distinguent cette névralgie : du rhumatisme musculaire qui, au membre supérieur se localiserait surtout à la région deltoïdienne et à la face postérieure de l'avant-bras (Verger et Delmas-Marsalet) avec nodosités perceptibles à la palpation, — et de la cellulite vertébrale du cou, que celle-ci soit liée à la fibrosite des Anglais ou à l'engorgement lymphatique, avec empâtement profond des gouttières cervicales perceptible sous forme d'un cordon arrondi ou d'une bandelette saillante suivant la ligne des apophyses transverses C5-C6 (Forestier).

Dans le mal de Pott des dernières vertèbres cervicales, la douleur s'installe d'une façon plus progressive, plus lente, est moins vive que dans la cervicobrachialite. Elle est peu marquée en dehors des mouvements du cou.

La contracture cervicale est beaucoup plus accentuée (exception faite pour quelques cas de torticolis rhumatismal) et le malade résiste davantage à l'essai de mobilisation. La pression est douloureuse plus sur la ligne médiane, au niveau des apophyses épineuses, que sur la région pariétale contre les apophyses transverses. La radio de profil montre le pincement ou la disparition d'un disque, l'affaissement d'un corps vertébral. Le L. C. R. offre une dissociation albuminocytologique typique. Si le Pott n'est pas reconnu à temps, le bras se paralyse, l'algie devient bilatérale et des phénomènes de compression médullaire avec quadriparésie s'installent. L'immobilisation par une minerve calme ces algies.

Le *cancer secondaire du rachis* n'est pas très fréquent au niveau du cou. Nous en avons observé quelques cas de diagnostic difficile. L'un se traduisait par des algies violentes du cou avec irradiations brachiales et par une immobilisation du cou incliné du côté douloureux ; il était vraisemblablement consécutif à un néo-rénal méconnu.

Un syphilitique, malgré un traitement intensif, souffrait de douleurs atroces, avec parésie rapide, d'abord d'une, puis des deux épaules ; la radio montra de grosses lésions néoplasiques ayant détruit deux vertèbres. La mort survint très vite par effondrement vertébral, malgré le port d'une minerve et sans qu'on ait pu établir le foyer originel du néoplasme, probablement digestif.

Nous suivons depuis un an et demi une algie paroxystique très violente du bras, que nous croyons liée à un néo-vertébral à marche lente chez une malade anciennement opérée de néo du sein ; l'algie s'est atténuée depuis que le bras s'est paralysé.

Nous avons observé des algies persistantes d'un ou des deux membres supérieurs (avec zone d'hypoesthésie et troubles des réactions électriques), comme seul symptôme de *traumatismes du rachis* (chute dans les escaliers, plongée par fond insuffisant) dont nous avions méconnu l'importance. La radiographie révélait des fractures parcellaires, ou même des subluxations insoupçonnées des vertèbres cervicales.

d) Compression des racines. — Les *tumeurs méningées sous-arachnoïdiennes* débutent par la compression d'une ou de plusieurs racines. La phase radiculaire précède de plusieurs mois et même de plusieurs années la phase de compression médullaire. Les douleurs vives suivent une bande longitudinale, avec zone d'hypoesthésie, atrophie musculaire et abolition des réflexes correspondant à cette racine. Il est important de faire le diagnostic de cette phase radiculaire, afin d'enlever la tumeur au moment où elle est facilement énucléable. La persistance des douleurs après un traitement antisyphilitique d'épreuve, l'absence ou le peu de contracture cervicale, la diminution de la sensibilité du tronc au-dessous des premiers espaces intercostaux, la radiographie rachidienne négative, la dissociation albuminocytologique du L. C. R. avec épreuve de Queekenstedt négative, orienteront vers le diagnostic de tumeur des racines, que confirmera l'arrêt du lipiodol sous-arachnoïdien. Seule une intervention chirurgicale, qui devra être aussi précoce que le permettra la sûreté du diagnostic, aura raison de ces algies.

Dans la *pachyméningite cervicale hypertrophique*, les douleurs sont assez vagues, comparables à de la courbature (Jouffroy), à des élancements le long du membre, à des fourmillements des extrémités. Elles précèdent la paralysie et les troubles trophiques, soit musculaires avec main de prédicateur, soit cutanés avec parfois glossyskin.

Algies nerveuses. — Le processus initial siège dans le système nerveux, soit cérébrospinal, périphérique ou central (moelle ou encéphale), soit sympathique. De ce groupe nous rapprocherons les algies réflexes et psychiques.

1° Algies d'origine périphérique. — En dehors des cas d'ordre traumatique ou rhu-

matismal et des compressions de voisinage que nous avons déjà étudiés, l'atteinte nerveuse, qu'elle soit localisée au nerf périphérique, au plexus, à la racine ou au ganglion, est habituellement consécutive à une infection, une intoxication ou une autointoxication.

a) Nerfs. — Parmi les *infections* susceptibles de causer des névrites brachiales, signalons les fièvres éruptives, la pneumonie, la blennorragie, la dysenterie, le rhumatisme articulaire aigu. Dans la polynévrite post-diphtérique, la localisation aux membres supérieurs, plus motrice que sensitive, est moins intense que celle des membres inférieurs. Rappelons que Fiessinger, Etienne et Cornil rattachent à la grippe, Verger, Tinel au virus névraxitique (localisé peut-être au niveau des cornes postérieures) bien des névralgies cervico-brachiales.

Parmi les intoxications, la polynévrite saturnine, qui a une prédilection pour les radiaux, est peu douloureuse. La polynévrite alcoolique peut rester localisée (Molin de Teyssieu) aux membres supérieurs : les sensations de torsion, de déchirure, bilatérales, nocturnes, occupent surtout les masses musculaires du triceps et ne s'irradient pas au cou. Les paresthésies bilatérales douloureuses des extrémités avec diminution de la sensibilité tactile et maladresse des doigts, la kératose palmaire sont la signature de la polynévrite arsenicale.

La *sérothérapie antitétanique*, exceptionnellement les sérothérapies antidiphtérique, streptococcique s'accompagnent parfois, vers le 15e jour, de douleurs, très violentes dans les deux membres supérieurs, généralement au niveau des épaules, et dans le territoire périphérique d'un ou de plusieurs nerfs, de parésie et d'atrophie musculaire. Ces névrites (ou radiculites) sont attribuées à de l'œdème urticarien des gaines nerveuses (Sicard).

Le *diabète* peut être la cause de névralgies cervico-brachiales étendues à tout le membre (Oppenheim, Mme Elkès) ou de douleurs scapulaires avec troubles moteurs du deltoïde, par névrite du circonflexe (Sergent).

b) C'est au *plexus* que Divry et Lecomte rattachent une paralysie des deux membres supérieurs, constatée chez deux frères, et précédée dans un cas d'algie intense. Ils rapprochent leur observation d'autres cas de plexite brachiale bilatérale dans la scarlatine, la pneumonie, les oreillons.

c) Les racines sont surtout touchées par la *syphilis*. La radiculite syphilitique du membre supérieur, sur la fréquence de laquelle Miraillé avait autrefois insisté, apparaît à la période secondaire ou est plus tardive. Elle se distingue par le caractère continu des douleurs, par leur localisation au bord cubital de la main, par l'abolition des réflexes et surtout, en dehors des anamnestiques, par une réaction albuminocytologique du L. C. R. avec B. W. positif. Une radiculite bilatérale, si elle n'est pas liée à une compression médullaire, est suspecte de syphilis.

La syphilis provoque d'autres douleurs brachiales, les unes par atteinte du ganglion rachidien avec éruption zostérienne, les autres par localisation à la moelle dans le tabès, d'autres encore par lésion thalamique, sans oublier les périostites syphilitiques.

d) Au ganglion rachidien appartiennent les algies *zonateuses*. Soulignons qu'il y a vraisemblablement dans le zona participation des cornes postérieures et que ce zona peut être d'origine syphilitique, diabétique, etc...

2° Algies d'origine médullaire. — Le *tabès* se traduit, soit par des paresthésies cubitales qui sont un symptôme précoce (le malade sent mal le contact de la feuille de papier sur laquelle il écrit), soit par des douleurs fulgurantes, soit par une topoalgie paroxystique continue (Sicard) qui, durant des jours et des semaines, reste localisée en un point ou une région du membre supérieur. Pour être tabétique, on n'en reste pas moins exposé à la diathèse arthritique : nous avons soigné un vieux confrère, tabétique fruste, atteint de cervico-brachialite et d'arthrite de l'épaule nettement rhumatismales.

La *syringomyélie*, dont les lésions prédominent toujours à la moelle cervicale, détermine parfois des douleurs tenaces, avant d'établir sa thermoanesthésie dans un territoire radiculaire du membre supérieur. Un de nos malades, atteint de syringobulbomyélie (avec parésie unilatérale des derniers nerfs craniens, anesthésie du cou à la brûlure, parésie du groupe Duchenne-Erb et syndrome de Claude Bernard-Horner du même côté) se plaint à peu près uniquement de lancées douloureuses dans son biceps et à la face antérieure de son avant-bras. Les arthrites syringomyéliques, si fréquentes à l'épaule, ne sont pas toutes indolores : dans un de nos cas, les douleurs, la déformation et même l'image radiographique avaient fait penser à un sarcome. Les formes de début doivent être recherchées avec soin : dissociation des sensibilités, en des territoires parfois limités, scoliose souvent précoce.

La *sclérose en plaques* provoque souvent : des dysesthésies des extrémités supérieures avec épisodes plus ou moins durables d'a ou d'hypostéréognosie ; parfois des douleurs curieuses à type de décharge électrique qui surviennent après un brusque fléchissement de la tête et qui parcourent tout le rachis, en particulier le rachis cervical et les deux membres supérieurs. La recherche d'épisodes antérieurs diplopiques, amblyopiques ou vertigineux, l'exagération des réflexes, la réaction du benjoin colloïdal, aideront au diagnostic de certaines algies du membre supérieur en apparence monosymptomatiques.

Divers auteurs ont insisté récemment sur les formes méningées et douloureuses de la *poliomyélite*,

plus fréquentes, il est vrai, au membre inférieur. Le diagnostic de ces douleurs est facile en raison de la brusquerie de la paralysie concomitante et de l'atrophie consécutive.

3° Algies d'origine encéphalique. — Nous n'en étudierons que les principales, celles d'origine thalamique et corticale.

Les douleurs brachiales, qui constituent un des principaux symptômes du *syndrome thalamique*, siègent, soit dans la continuité du membre, soit à la main, et donnent l'impression d'être plus superficielles que profondes. Constantes, elles s'exacerbent sous l'influence du froid. Ce sont des sensations de fourmillements, de piqûre, de constriction, d'eau glacée. Leur ténacité, plus que leur violence, conduit parfois au suicide. Comme la causalgie, à laquelle elles sont par bien des côtés comparables, elles sont rebelles à toute thérapeutique. L'atteinte prédominante des sensibilités profondes, une contracture de la main variable et s'exagérant par les mouvements, la coexistence de quelques mouvements choréo-athétosiques ou parfois d'une hémianopsie, le début brusque après un ictus ayant laissé une parésie passagère, signent le diagnostic.

C'est au thalamus qu'ont été rattachées les formes algomyocloniques ou algiques pures, de l'*encéphalite épidémique*, que d'autres rapportent à la moelle ou aux racines. C'est sans doute lui qui est responsable des douleurs brachiales des parkinsoniens.

Les algies de la période aiguë de l'encéphalite algomyoclonique se localisent de préférence à la nuque, à la région pectoromammaire, à l'aisselle, à l'épaule, au bras,sont extrêmement violentes et peuvent précéder de huit jours les myoclonies. Verger, sous le nom de névralgies radiculaires épidémiques, Fiessinger sous celui d'algies saisonnières, Tinel, sous le nom de formes algiques d'encéphalite léthargique ont décrit presque en même temps en 1924, des douleurs cervico-brachiales extrêmement violentes, à paroxysmes nocturnes, de 3 à 4 semaines de durée, parfois avec 37°5-38° au début, pour lesquelles ils invoquent l'action d'un virus neurotrope. Nous ne croyons pas qu'il faille démesurément étendre le cadre de la névraxite épidémique monosymptomatique, dont il est bien difficile de faire la preuve étiologique.

Le syndrome cortical pariétal est en général un syndrome de déficit d'origine nécrobiotique, qui produit de l'anesthésie à type radiculaire sans douleur, associé à une hémiparésie légère, et de la dysmétrie Il faut rattacher à un syndrome cortical d'excitation les cas d'*épilepsie sensitive*, dont les manifestations prédominent au membre supérieur, sous forme d'aura ou d'équivalent sensitifs, d'engourdissement remontant des doigts à l'épaule. La perception de cette aura sensitive permet parfois au comitial de faire avorter sa crise par une constriction brusque du poignet douloureux. Un de mes traumatisés craniens présenta, durant des années, à côté de crises jacksoniennes motrices, des crises de douleurs térébrantes sans aucune convulsion qui lui rendaient la vie insupportable : une intervention décompressive montra un ramollissement inflammatoire post-traumatique de la zone pariétale, mais n'améliora pas la douleur. Un autre de nos trépanés avait des crises de douleur brachiale et intercostale pseudo-angineuse : leur nature comitiale ne s'affirma que par la survenue, au cours d'une crise douloureuse, d'une chute avec perte de connaissance et morsure de la langue. Le gardénal fit disparaître ces douleurs.

C'est à ce syndrome cortical d'excitation qu'il faut rapporter les *topoparesthésies pseudoradiculaires d'alarme des hypertendus*, étudiées par Aymès,. On peut en distinguer deux types : un type généralement fugace, picotements, fourmillements, doigt mort, s'accompagnant ou non de troubles parétiques discrets, qui peut être prémoniteur d'un accident cérébral grave, imminent ; un type permanent, occupant une bande longitudinale d'un membre, rebelle à toute médication, reliquat d'un syndrome parétique passager qui, en dépit de l'apparente *restitutio ad integrum*, souligne la gravité de l'accident initial, fait craindre des récidives, et indique la nécessité d'une diététique sévère.

Ces paresthésies sont l'apanage des sujets pléthoriques, hypertendus, insuffisants rénaux, qui ont présenté antérieurement de petits incidents d'artériosclérose cérébrale, céphalée, vertiges, fatigabilité intellectuelle, hyperémotivité anxieuse. Elles s'expliquent par des spasmes vasculaires.

Nous en rapprocherons les paresthésies brachiales qui accompagnent certaines migraines hémianopsiques et qui relèvent du même mécanisme.

Les algies consécutives à une tumeur ou à une inflammation locale des méninges de la région rolandique ne méritent qu'une courte mention.

Algies d'origine sympathique. — C'est au sympathique qu'on rattache actuellement la causalgie traumatique et la névrite ascendante ou irradiante.

La *causalgie*, consécutive à une blessure souvent légère du médian, crée une brûlure cuisante de la paume de la main, que réveillent les excitations les plus superficielles, le contact de l'eau, la sécheresse de la peau, l'excitation de territoires cutanés éloignés, de simples facteurs psychiques : elle est justiciable de l'alcoolisation du médian et de la sympathectomie périartérielle. La *névrite ascendante*, liée souvent à une lésion insignifiante de la main, des doigts,

de l'index, suit presque toujours trois étapes : locale (digitale), régionale (brachiale), générale (diffusion à la région dorsale, souvent à la région dorsale moyenne, où se trouvent les centres sympathiques du membre supérieur). Ces trois phases mettent des mois et des années à évoluer. Parfois une intervention toute locale au niveau d'un point douloureux sous-unguéal fait découvrir un petit névrome, une tumeur sympathique, un minuscule corps étranger, dont l'extirpation est radicale. La section des rami communicantes est dans d'autres cas indiquée.

Le sympathique joue peut-être un rôle dans certaines algies post-zostériennes, et est vraisemblablement en cause dans l'érythromélalgie, l'acroparesthésie et peut-être l'acrodynie.

L'*acroparesthésie* de Schultze se traduit par des fourmillements, des démangeaisons des mains et des doigts, survenant par crise, plus particulièrement chez les ménagères après immersion dans l'eau froide : Cassirer la rapproche de l'érythromélalgie, Cornil de la spasmophilie.

L'*acrodynie* a sévi à Paris sous forme épidémique il y a 100 ans ; actuellement elle a été retrouvée dans divers pays chez des enfants de 6 mois à 4 ans : foumillements, démangeaisons des mains et des pieds avec rougeur vive, macération, desquamation donnant à la main l'aspect de la viande crue, modifications du caractère, insomnie, amaigrissement.

Du *sympathique périvasculaire* dépendent les douleurs des extrémités des doigts survenant sous l'influence du froid et connues sous le nom d'onglée, avec leurs sensations de battements artériels douloureux au moment du réchauffement de la main, et également les douleurs des syncopes locales des extrémités de la maladie de Raynaud.

Les lésions du *ganglion cervical inférieur* se traduisent parfois par des douleurs rebelles de l'épaule et du bras, qui disparaissent après intervention sur le ganglion ou sur ses connexions sympathiques,.

Madame Déjerine, Barré, rapportent au *sympathique médullaire* les douleurs du bras au cours des lésions de la moelle dorsale moyenne et inférieure, les douleurs sus-lésionnelles des compressions médullaires, du mal de Pott. Les centres sympathiques médullaires du membre supérieur siègent en effet au niveau du D[6] D[7] et peuvent être excités par une lésion de ces segments dorsaux.

D'une façon générale les douleurs sympathiques se différencient (Tinel) par leur caractère de tension, d'engourdissement, de cuisson, de pulsation douloureuse, par leur type obsédant et angoissant, par l'absence de troubles sensitifs objectifs, par leur irrégularité capricieuse, par leur tendance extensive, par leur apparition chez des tempéraments prédisposés.

Algies d'ordre réflexe. — C'est également le sympathique qui interviendrait dans les algies réflexes.

L'on connaît les crises de douleur cubitale gauche qui projettent à la périphérie la souffrance de l'aorte ou du ventricule gauche. Elles ne sont que l'irradiation au bras de la douleur en barre rétrosternale, mais elles peuvent la précéder, suivant alors le trajet ascendant inverse. Une douleur paroxystique uniquement localisée au coude peut rester longtemps l'unique manifestation de l'*angor*. Aussi y a-t-il tout lieu de se méfier de certaines algies du membre supérieur particulièrement fugaces, ne laissant rien dans l'intervalle ou à peine un endolorissement de courte durée, surtout si ces algies surviennent à l'occasion d'un effort, de la montée d'un escalier, d'une marche un peu rapide, ou encore si elles n'apparaissent que la nuit dans les mêmes conditions de décubitus. L'on pense plus rarement à l'angor, quand l'algie n'a pour siège que l'épaule gauche ou même le membre supérieur droit ; cependant un assez grand nombre de ces cas ont été signalés. La douleur brachiale n'est, suivant le schéma de Head, que la projection à la périphérie dans la sphère cérébrospinale de l'excitation morbide viscérale partie du sympathique cardiaque : le réflexe viscérosensitif (Mackensie) suit les fibres sensitives sympathiques partant du cœur et gagne la moelle par les rami-communicantes de la 8e cervicale et des deux premières dorsales.

Seules, la médication et surtout la prophylaxie de l'insuffisance ventriculaire gauche auront raison des algies cubitales d'origine angineuse.

Les *affections hépatiques* s'accompagnent souvent de douleur réflexe au niveau de l'omoplate, de l'épaule droite, mais qui dépasse rarement le deltoïde.

Lapinski établit une corrélation entre certaines névralgies cervico-brachiales de la femme et les maladies du petit bassin, qui, par excitation sympathique réflexe retentissent sur les centres médullaires cervico-dorsaux. La palpation des *organes génitaux* lésés, la pression du plexus hypogastrique ou solaire réveilleraient des paroxysmes douloureux.

Cet auteur tire argument en faveur de sa thèse de la disparition, chez une ovarienne d'algies brachiales au cours d'une paraplégie par Pott dorsal supérieur et de leur réapparition après amélioration de ce Pott. Mais cette conclusion nous paraît peu convaincante : l'évolution de ces algies radiculaires s'explique fort bien chez cette malade par l'apparition et la régression de la pachyméningite pottique, sans aller chercher la prétendue suppression de la voie réflexe utéro-médullo-cervico-brachiale.

Certaines algies brachiales des tuberculeux pul-

monaires peuvent être classées parmi ces algies réflexes.

Algies d'origine psychique. — La névralgie névropathique du membre supérieur, à laquelle Oppenheim réserve une place considérable, nous paraît, et paraît à la plupart des auteurs qui se sont occupés récemment de cette question, de plus en plus rare.

Un pithiatique pourra simuler une algie du membre supérieur, mais il l'accompagnera bientôt d'une paralysie plus dramatique avec anesthésie impressionnante du membre.

Un accidenté du travail pourra consciemment persévérer dans une douleur brachiale, mais celle-ci aura été presque toujours au début réelle.

Un hypochondriaque fixera d'une façon définitive une attention démesurée sur une douleur rhumatismale banale et passagère. Un cénestopathe interprètera momentanément d'une façon péjorative une impression désagréable perçue réellement au niveau de son membre ; avec sa fréquente mobilité d'esprit, il attirera l'attention du médecin sur d'autres malaises d'autres régions ou d'autres organes.

Bien des algies que l'on considérait autrefois comme névropathiques rentrent actuellement dans le cadre des algies névraxitiques, sympathiques, réflexes, ou même purement et simplement dans celui de la banale cervicobrachialite, dont la fréquence a été si longtemps méconnue.

Nous n'aurions garde de terminer ce travail, sans insister sur la complexité des problèmes que nous pose parfois la clinique.

Souvent diverses étiologies peuvent être intriquées. Témoins les cas personnels suivants : névralgie par hypertrophie des apophyses transverses de C^7 guérie par un traitement spécifique, — algie et atrophie thénariennes bilatérales chez une veuve de paralytique général chez laquelle la radiographie décèle de belles côtes cervicales, — cervicobrachialite et arthrite scapulaire rhumatismales chez un tabétique fruste, — blessure frontale droite et cervicobrachialite homolatérale, — algies cervicobrachiales droites apparues à la faveur de l'immobilisation au lit chez une opérée de cholécystostomie et ne subissant pas de poussée lors de nouvelles complications hépatiques, — cancer du rachis cervical chez un spécifique, etc...

Souvent une même maladie, une même infection provoquent la brachialgie par des processus très différents : atteinte directe du nerf périphérique ou de l'encéphale, spasmes vasculaires, compression nerveuse, voie réflexe. Le même engourdissement douloureux de la crampe *musculaire* peut dépendre de mécanismes physiopathologiques très divers et souvent difficiles à saisir. Il peut être dû à la simple fatigue du muscle ou à une mauvaise irrigation. Dans les *crampes professionnelles* des écrivains, pianistes, etc. le système nerveux périphérique et central joue un rôle important. Les troubles du métabolisme du calcium, l'hypocalcémie, associés ou non à une dys parathyroïdie déclanchent la crise de *tétanie* par l'intermédiaire d'une irritabilité particulière du système nerveux périphérique. Les contractures souvent douloureuses du tétanos sont liées à la fixation de la toxine à la fois sur les nerfs et sur les centres.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU

M. le professeur F. TERRIEN.

Les asthénopies (1)

Asthénopie signifie diminution de force (de α et σθένος). Nous disons asthénopie pour désigner un grand nombre d'états dans lesquels il y a une faiblesse de la faculté visuelle. A la vérité, ce mot est à la fois trop compréhensif et trop limité. Trop compréhensif, parce qu'il devrait alors réunir à peu près toutes les amblyopies, toutes les amauroses. En réalité, ce n'est pas sous ce type que nous comprenons les asthénopies. On distingue en général une asthénopie liée à la diminution de la force musculaire de l'œil. On dit tout d'abord qu'il y a asthénopie accommodative, lorsqu'il y a faiblesse de l'accommodation. Il y a une autre variété d'asthénopie musculaire qui tient à la faiblesse de la convergence.

Cette convergence, nécessaire pour voir les objets rapprochés, s'effectue par l'action des deux droits internes. Le terme d'asthénopie musculaire s'applique toujours à l'asthénopie des droits internes.

A côté de cette première variété, asthénopie accommodative et asthénopie de convergence, il y a des asthénopies sensorielles, par faiblesse de la rétine. Elles devraient comprendre les amblyopies et la névrite optique ; mais celles-ci restent à part, et sous le terme d'asthénopie rétinienne on désigne les cas où il y a hyperesthésie rétinienne.

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 8 juin 1928, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

L'hyposensibilité constitue l'héméralopie. Le sujet, qui voit normalement ou à peu près en plein jour, ne voit plus quand le jour tombe. L'héméralopie ne rentre pas dans l'asthénopie.

Enfin une troisième variété d'asthénopie est une sorte d'asthénopie sensitive, due à l'excitation produite par un corps étranger ou une éraillure de la cornée, etc.

Je ne dirai que quelques mots de ces deux dernières variétés.

A. — L'asthénopie sensitive, ou cornéenne, est intéressante à connaître, parce qu'elle se traduit par la photophobie et la blépharospasme. Le sujet ne peut supporter une lumière vive et contracte violemment ses paupières.

Il semblerait que toutes les kératites, tous les ulcères de la cornée devraient déterminer des phénomènes d'asthénopie sensitive. Il n'en est rien. Au contraire, il s'agit souvent de lésions extrêmement minimes et superficielles. En effet, vous savez que le type en est fourni par la kératite phlycténulaire. Une petite phlyctène, siégeant le plus souvent à cheval sur la cornée et la sclérotique, à peine visible, donne lieu quelquefois à une photophobie considérable. Quand on écarte les paupières, un flot de larmes s'échappe. C'est qu'il s'agit de lésions tout à fait superficielles, intéressant l'épithélium et les terminaisons nerveuses. Le phénomène est comparable à ce qui se passe dans les brûlures superficielles, si douloureuses.

D'autre part, il y a un second élément, le terrain névropathique. Il n'est pas rare de voir ces enfants, atteints de lésions insignifiantes de la cornée, passer la journée blottis dans leurs couvertures, pour se protéger de la lumière. Il faut donc penser toujours en pareil cas à une lésion de la cornée qui peut passer inaperçue. Quand il s'agit d'une petite éraillure de la cornée, on peut la mettre en évidence par l'instillation de fluorescéine à 2 %, qui donne dans ce cas une coloration verte. De plus la pupille est contractée par du myospasme. Ce phénomène est comparable à la contracture qu'on observe dans la fissure à l'anus. N'oubliez jamais, en pareil cas, d'instiller une solution d'atropine à 1/100e.

Le malade est très soulagé par l'atropine, qui fait cesser le spasme du sphincter de la pupille.

B. — L'asthénopie rétinienne peut être due à un excès de lumière, ou au contraire à une intolérance pour la lumière normale, par insuffisance des moyens de protection de la rétine.

La première variété se voit à la suite d'éblouissement par une lumière intense. Il y a intérêt de plus en plus, de nos jours, à se protéger des lumières, car les éclairages pèchent presque toujours par excès. L'éclairage idéal est l'éclairage par réflexion du plafond, avec sources lumineuses cachées. Les lumières éclatantes déterminent l'hyperexcitabilité rétinienne. On cherche, par les verres qu'on emploie, à arrêter les rayons ultra-violets, qui semblent nuisibles pour la rétine, car plus les lumières sont intenses, plus elles sont riches en U.V.

Il faut donc se protéger contre les sources lumineuses intenses par des verres légèrement teintés.

A côté de cette première variété d'asthénopie sensorielle, il en est une autre due à l'insuffisance des moyens de protection naturels de la rétine.

Déjà les yeux bleus sont plus fragiles que les yeux noirs, plus riches en pigments. Les bleus appartiennent aux gens du nord ; les noirs, aux méridionaux, parce que la nature se défend : le pigment protège davantage. Dans l'albinisme, il y a une hyperexcitabilité considérable à la lumière. On a proposé, chez les albinos, de tatouer la sclérotique à l'encre de Chine, pour former une couche noire protectrice à l'extérieur de l'œil. Le procédé me paraît dangereux. Et puis on ne peut tatouer l'iris, dont la transparence permet surtout la pénétration des rayons lumineux dans l'intérieur de l'œil.

Une seconde cause d'asthénopie rétinienne par éblouissement est l'insuffisance de contraction de la pupille. Les individus ayant une paresse du réflexe lumineux, au début de l'établissement du signe d'Argyll-Robertson, bien souvent se plaignent d'être éblouis ; seulement, à mesure que la pupille réagit mal, le plus souvent il se fait du myosis : ce peut être un phénomène de défense.

On peut encore voir cette hyperesthésie rétinienne à la suite de certaines intoxications, par exemple, après l'absorption d'atropine en raison de la mydriase qu'elle détermine..

Efin il y a une autre variété d'asthénopie rétinienne, qui est d'origine centrale. On l'observe dans la méningite ou le méningisme et dans les phénomènes méningés.

C. — La troisième variété, l'asthénopie musculaire, est la plus importante pour nous.

Cette faiblesse musculaire peut porter soit sur l'accommodation, c'est-à-dire sur le muscle ciliaire, ou sur les droits internes et sur la convergence.

La première est ce que nous appelons l'asthénopie accommodative. Il existe une première variété normale, que tout le monde subit à l'âge moyen de la vie, c'est la presbytie ; à mesure qu'on avance en âge, la cristallin devient scléreux, l'accommodation diminue, on est obligé d'éloigner le livre, et au début, cette presbytie s'accompagne de phénomènes d'asthénopie accommodative ; c'est-à-dire que, si le sujet ne remédie pas à l'insuffisance de son accommodation, il fait des efforts qui entraînent des névralgies péri-orbitaires, des maux de tête, des douleurs. Très vite les caractères d'impression se

troublent et la lecture ne peut être poursuivie.

Toutes les fois qu'un sujet se plaint de maux de tête, il faut donc d'abord examiner la vision. L'hypermétropie, la myopie ou l'astigmatisme déterminent des céphalées. Il suffira souvent du port de verres pour les faire disparaître et il faut toujours penser chez un sujet qui se plaint de céphalées, surtout à l'occasion du travail de près, à la possibilité d'un vice de réfraction. Enfin quand les maux de tête sont très violents, on peut penser à l'hypertension intracranienne, à une tumeur cérébrale ; il faut examiner le fond de l'œil et rechercher l'existence possible d'une stase papillaire.

Chez les individus empoisonnés avec des viandes avariées, des conserves, etc., on peut voir des phénomènes de dilatation pupillaire, avec paralysie du sphincter, et aussi paralysie de l'accommodation. Celle-ci apparaît au moment de la convalescence des diphtéries légères portant sur le larynx ou l'arrière-gorge. Elle passe souvent inaperçue. Je me rappelle avoir vu un enfant que ses parents amenaient pour des troubles vagues de la vision. Il avait 8 ans. L'acuité était normale. Les pupilles réagissaient admirablement. Il avait simplement un peu d'asthénopie accommodative d'origine diphtérique.

Le poison diphtérique touche le muscle ciliaire, mais ne touche pas le sphincter si bien que la pupille demeure normale.

Il suffit de prescrire des verres convexes pour soulager le malade.

L'atropine dilate la pupille et paralyse l'accommodation. La mydriase ici est considérable, et généralement unilatérale. Mais il est des cas plus douteux, où la mydriase est très légère, parce que la solution d'atropine était faible. On peut alors hésiter. Lorsque j'étais à l'hôpital Beaujon, je fus consulté par un de mes collègues, qui, peu de temps après qu'un peu de savon, au cours de sa toilette, était sauté dans l'œil, ressentait un léger trouble de la vision en même temps qu'une dilatation moyenne de la pupille, et craignait d'avoir une attaque de glaucome. Je l'examine. La pupille était un peu dilatée, ne réagissant pas à la lumière. Pas de tension, chez un homme de 55 ans. Je portai le diagnostic de paralysie atropinique, malgré les objections de l'intéressé qui affirmait n'avoir pas touché à l'atropine ni à aucun de ses composés. Quelques jours plus tard, tout était rentré dans l'ordre et ceci confirmait l'hypothèse d'une mydriase atropinique. Notre collègue fit alors des recherches. Il avait été assez souffrant pendant l'hiver, avait pris du sirop de belladone ; le flacon, fissuré, était resté sur sa toilette, et du sirop de belladone s'était écoulé sur le savon qui avait contaminé son œil. Il a fit examiner le savon par le pharmacien de Beaujon, qui trouva des traces d'atropine.

Il suffit souvent d'une dose infinitésimale d'atropine pour déterminer la mydriase et il faut toujours se méfier de la simulation, en particulier chez les militaires ou chez les accidentés du travail, qui tout au moins cherchent à exagérer. Mais quelquefois des sujets simulent sans aucun motif plausible. Je me rappelle avoir examiné à l'hôpital Beaujon, une jeune fille qui avait une mydriase considérable. J'eus l'impression d'une mydriase atropinique. La mère était très ennuyée. On ne trouvait pas d'atropine et l'intéressée elle-même se montrait très frappée de cette mydriase. Au bout de quelques mois, nous avons su que c'était bien l'atropine. Elle avoua à sa mère qu'elle se mettait de l'atropine dans l'œil. Mydriase simulée. Pourquoi ? Aucun motif appréciable. Mais il faut renoncer à rechercher les mobiles auxquels obéissent les malades.

Le traitement est très simple. Il suffit de suppléer à l'accommodation par le port de verres de + 2 à 3 ou 4 dioptries, suivant l'intensité de la paralysie. Ces verres sont en même temps un élément de diagnostic. En plus, vous pourrez prescrire des instillations de pilocarpine pour favoriser le retour de la pupille à l'état normal.

Nous arrivons à l'asthénopie musculaire proprement dite, ou insuffisance de convergence. On n'y pense pas assez. On se contente de corriger la presbytie, la myopie ou l'hypermétropie. Mais il faut toujours rechercher en même temps la puissance de la convergence.

Vous savez qu'à l'état normal, nous voyons simple un objet vu binoculairement. Cependant chaque œil donne une image de l'objet, sur chaque macula. Ces deux images se fusionnent, mais à une condition, c'est que les yeux viennent converger vers l'objet. Si l'un des yeux diverge, on verra double.

Donc, le résultat immédiat d'une insuffisance de convergence, c'est une diplopie apparente. Il est cependant assez rare que le sujet se plaigne de voir double, même dans les paralysies extrinsèques, à moins qu'elles ne soient très accusées. Il voit plutôt trouble, il voit mal, il faut susciter ses réponses, lui demander s'il voit double, pour constater une diplopie qui est latente. Voici comment les choses se passent. L'un des yeux se relâche ; au bout d'une ou deux minutes, il se fait une divergence. A ce moment le sujet, pour ne pas voir double, fait de nouveau un effort de convergence, mais celle-ci ne pouvant être soutenue, son œil se relâche de nouveau après quelques minutes. Et ces alternatives incessantes de convergence et de relâchement, si elles ne sont pas suffisantes pour mettre la diplopie en évidence, entrainent une fatigue constante, qui détermine quelquefois des maux de tête, des névralgies et des troubles visuels, mais surtout une impossibilité de poursuivre le travail d'une façon prolongée.

Voici une malade qui est venue nous consulter parce qu'elle se plaint de ne pouvoir suivre un travail de près sans aussitôt avoir des maux de tête. Elle n'a jamais vu double et des verres convexes faibles ne l'ont pas soulagée. En pareil cas il faut rechercher s'il y a une insuffisance de convergence.

Il en est un moyen simple, c'est de faire fixer le doigt progressivement rapproché. Le relâchement du droit interne, lorsque l'objet se rapproche, doit faire soupçonner cette insuffisance de convergence.

D'une manière plus précise, on peut la mettre en évidence au moyen d'un prisme. Placé verticalement devant l'un des yeux et faisant fixer au sujet un point, le prisme fait voir deux images. Mais s'il n'y a pas d'insuffisance de convergence, le sujet verra les deux points sur la même ligne. Dans le cas contraire il verra le point supérieur déplacé en dehors ou en dedans, suivant qu'il y a excès ou insuffisance de convergence.

Nous pourrions insister sur de multiples moyens. Il en est un assez amusant, c'est l'emploi de la bougie. Mettez devant un œil un verre convexe ; cet œil verra, au lieu de la flamme, une large tache lumineuse, sur laquelle vient se projeter l'image normale de la bougie vue par l'œil congénère sain laissé libre et non muni de verre convexe. Si, au contraire, le sujet a une insuffisance de convergence, il verra la bougie déplacée en dehors ou en dedans de la tache lumineuse.

Cantonnet recommande le procédé du trou dans la main. Il fait regarder le sujet à travers un tube placé devant un œil, l'autre œil étant ouvert, et la main du sujet étant placée auprès du tube. Le sujet normal verra le trou du tube de carton se projeter au milieu de la main et celle-ci, paraître perforée. Si au contraire il y a insuffisance de convergence ce trou se déplace en dedans ou en dehors.

Il est encore un procédé très simple, c'est l'emploi du diploscope avec l'expérience à 3 lettres. On peut supprimer les lettres extrêmes par une barrette. Les deux yeux ne voient plus que la lettre centrale. Il suffit alors, comme nous l'avons recommandé, d'adapter à l'un des trous du diploscope une dent métallique. Le sujet qui a une insuffisance de convergence voit deux o., et voit se profiler le trou dentelé en dedans ou en dehors, selon qu'il a un excès ou une insuffisance de convergence.

Comment corriger cette insuffisance de convergence ?

Il faut d'abord prescrire des verres. Le plus souvent ces sujets sont un peu myopes, car la myopie, vous le savez, prédispose à l'insuffisance de la convergence, tandis que les hypermétropes ont généralement une tendance à trop converger, d'où la fréquence du strabisme convergent chez les hypermétropes. Au contraire, les myopes n'ont pas de tendance à converger.

Il existe, en effet, une relation étroite entre la convergence et l'accommodation. Lorsque la réfraction est normale, à 25 cm. on accommode de 4 dioptries et on converge de 4 angles métriques. Si on rapproche davantage l'objet, de 12 centimètres par exemple, on devra accommoder de 8 dioptries et converger de 8 angles métriques. Sans doute lorsque la réfraction est anormale, ce rapport est moins intime. Un myope de 4 diopt. verra normalement sans accommodation, à 25 cm. Par contre, pour la vision binoculaire il est obligé de converger de 4 angles métriques, mais, n'accommodant pas, il n'est pas sollicité à converger.

Ces sujets seront donc souvent très soulagés par le port de verres concaves qui, en les obligeant à accommoder, favoriseront la convergence.

Si c'est un hypermétrope, en général, il n'aura pas d'insuffisance de convergence, mais bien souvent il a une réaction un peu paradoxale, et l'on constate cette insuffisance car les hypermétropes, obligés d'accommoder constamment, ont de l'asthénopie accommodative.

Le port de verres correcteurs tend à soulager l'insuffisance de convergence, mais ce n'est pas suffisant ; il faut y ajouter l'emploi des prismes. Les prismes dévient, vous le savez, l'image de l'objet vers leur arête. Il ne faut donc pas hésiter à prescrire des prismes à base interne pour favoriser la convergence. Conseillez des prismes de 1 à 2 degrés, à base interne. Les prismes forts ne sont pas bien tolérés.

Nous avons prescrit à cette malade des prismes à base interne de un degré.

Quelquefois, il peut suffire de décentrer les verres correcteurs pour soulager ces malades, le décentrage réalisant les conditions d'un prisme faible.

En outre, recommandez l'hygiène générale. La fatigue a un retentissement sur l'accommodation.

Chez certains sujets, on peut être amené à intervenir, soit en renforçant les muscles droits internes soit en affaiblissant les droits externes, c'est-à-dire en faisant une ténotomie du droit externe, ou mieux un avancement des droits internes.

En général, il faut se montrer très prudent en matière d'intervention sur les muscles. Le plus souvent, par les verres et les exercices, on arrive à soulager ces variétés d'asthénopie.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur les « eczémas » microbiens.

Il est impossible, dit R. Sabouraud, de parler des « eczémas » microbiens, sans parler de l'eczéma en général, et rien n'est plus difficile, parce que c'est un mot sans définition étiologique, symptomatique ou anatomique.

Deux opinions irréductibles, puisque inverses et contradictoires, se trouvent en présence sur l'eczéma : l'une qui fait de l'eczéma une maladie de cause interne, personnelle, dépendant du malade lui-même ; l'autre, qui fait de l'eczéma une maladie d'origine externe et microbienne. La vérité devait faire son chemin entre les deux théories : en marge du grand eczéma d'origine interne et diathésique existent de « soi-disant eczémas » microbiens, qui demeurent à tort confondus dans sa description d'ensemble.

Pour chercher les types cliniques eczématiques ou pseudo-eczématiques, qui, dans l'ensemble du tableau de l'eczéma affectent des symptômes spéciaux et une évolution particulière, c'est à la pathologie du cuir chevelu qu'il faut recourir, particulièrement bien connue de l'auteur.

Il existe trois types cliniques, confondus parmi les eczémas et qui sont d'origine microbienne, bien que l'état général du sujet conditionne manifestement leur apparition :

1° Le premier est l'ancien eczéma séborrhéique de Unna, pityriasis stéatoïde, eczématèse de Sabouraud, dont toutes les manifestations de détail pourraient être réunies sous le nom conventionnel de monococcides eczématiformes.

2° Le second, issu de l'intertrigo rétro-auriculaire, est un impétigo chronique en nappe, plus fréquent chez la jeune fille anémiée et insuffisamment aérée.

Il peut tendre à la généralisation et se présenter sous des formes suintantes, croûteuses ou exfoliatives : streptococcides eczématiformes.

3° Le troisième est une acné nécrotique miliaire, fréquente au cuir chevelu des hommes d'âge moyen, trop nourris ou trop sédentaires : staphylococcides eczématiformes.

Si l'on retranche des affections du cuir chevelu baptisées eczématiques, ces trois types cliniques, il ne restera plus grand'chose qu'on puisse nommer de l'eczéma, hormis les cas d'eczéma généralisé, dans lesquels celui du cuir chevelu n'est plus qu'un épiphénomène.

Ainsi ne se trouve pas élucidée la pathogénie de l'eczéma ; mais on retire du tableau clinique de l'eczéma, trois types cliniques (où l'eczématisation est secondaire et inconstante), qui n'en font pas partie essentielle et devraient en être retranchés. (*La Presse médicale*, 5 mai 1928.)

La cyclothomie dédoublée.

Le Dr Maurice de Fleury estime que quiconque écrit pour un journal doit penser à celui d'entre ses lecteurs qui n'a pas eu le loisir de s'instruire sur le point spécial qu'il s'agit de traiter. Presque tous ses lecteurs sont, il en est convaincu, avertis des choses de la psychiatrie. A supposer qu'il n'en existe qu'un qui n'ait pas eu le temps de se renseigner sur l'exacte signification du langage technique des psychiâtres, c'est pour celui-là qu'il paraît utile de définir, et les *constitutions psychopathiques et la cyclothomie.*

On sait aujourd'hui à quel point sont commandés nos actes importants par les dispositions que nous apportons en naissant et qui, pour l'observateur attentif, se manifestent dès les premières années de la vie. Il en est ainsi en pathologie mentale pour ces psychoses, dont les caractères majeurs sont de relever surtout de l'hérédité, similaire ou dissemblable, directe ou indirecte, proche ou lointaine ; d'être dépourvues de tout substratum organique saisissable, de se manifester par une symptomatologie plus ou moins systématique, au long d'une évolution continue ou cyclique, à tendance extensive ou progressive, de durée chronique ou de nature plus ou moins incurable.

Cinq grandes psychoses appartiennent à cette catégorie : la paranoïaque, la perverse, l'émotive, la mythomaniaque et la cyclothomique.

La cyclothomie, psychose extrêmement répandue, se caractérise par des alternances de périodes d'excitation et de périodes dépressives. Les états d'excitation, quand ils sont très accentués, constituent la manie ; les états dépressifs, la mélancolie.

L'auteur traite d'une variété de cyclothomie, dont il possède un assez grand nombre d'observations, une génération prenant pour elle la phase dépressive, l'autre la phase hyperactive : c'est ce qu'il appelle le dédoublement de la cyclothomie.

Par exemple : un malade, grand déprimé constitutionnel hypocondriaque, a pour père un homme véritablement merveilleux d'intelligence et d'énergie ; ce dernier a conquis une haute situation, une belle fortune, et, bien qu'il ait passé 70 ans, il fatigue ses subordonnés.

Il semble à proprement parler tout le contraire d'un malade ; mais, après étude et observation,

le père de ce déprimé n'est pas en parfait équilibre mental ; il passe nettement la moyenne, pour prendre place dans le cadre des états d'hyperactivité, tout voisin de l'hypomanie.

Pour accorder à toutes les observations analogues l'intérêt qu'elles ne paraissent pas mériter, il est nécessaire d'admettre que pour ce qui est des psychoses constitutionnelles, il n'existe point de fossé infranchissable entre les états psychologiques dits normaux et les états pathologiques. Les psychoses constitutionnelles ne sont rien d'autre que l'hypertrophie considérable d'une tendance constitutionnelle que l'on tient pour normale, tant qu'elle ne passe par un certain degré.

Ceci dit, il est possible d'admettre que la cyclothomie, dont nous voyons si fréquemment les alternances chez le même sujet, peut espacer ses périodes dans le temps, assez pour que l'une d'entre elles marque le père ou la mère, l'autre atteignant un des rejetons. Bien des dissentiments familiaux n'ont pas d'autre origine. (*Le Bulletin médical*, 6 mai 1928.)

Troubles gastriques et tuberculose pulmonaire ignorée.

R. Morichau-Beauchant (de Poitiers) a voulu montrer qu'un grand nombre de malades atteints de troubles gastriques, en apparence primitifs, sont des tuberculeux.

Les signes gastriques peuvent marquer le début d'une tuberculose évolutive et en précéder les premières manifestations pulmonaires. Ils se caractérisent par leur début subit, l'altération de l'état général, leur persistance malgré le traitement.

Dans la grande majorité des cas, ils sont en rapport avec une tuberculose fibreuse guérie ou avec une tuberculose non évolutive larvée. Une grande partie des dyspepsies dites nerveuses rentre dans cette catégorie. Leur nature tuberculeuse s'affirme par des épisodes passagers : pleurite, pleurésie séro-fibrineuse, congestions pleuro-pulmonaires, hémoptysie, ou par un ensemble de signes qui relèvent d'un état de dystrophie générale en rapport avec une tuberculose latente datant de l'enfance. Dans tous les cas, l'examen radiologique de l'appareil pulmonaire montre que celui-ci a subi l'atteinte du bacille de Koch. Cette atteinte porte sur les ganglions du hile, le tissu conjonctif, la trame du poumon, la séreuse pleurale. On ne trouve pas les foyers alvéolaires qui sont l'apanage de la tuberculose évolutive.

Les troubles digestifs s'installent aux environs de la vingtième année. Ils succèdent chez la femme à une grossesse. Ils durent ordinairement pendant des années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Leur expression clinique est celle de la dyspepsie dite hyposthénique, l'évacuation gastrique n'est ordinairement pas troublée. Parfois celle-ci peut être compromise ; alors s'installe une gastrite avec hypersécrétion et hyperchlorhydrie génératrice d'ulcère à plus ou moins longue échéance. Le pronostic de ces états est favorable. Dans des cas relativement rares et lorsque la nutrition a été pendant longtemps compromise, on peut voir se développer une tuberculose à évolution rapidement fatale. (*Le Bulletin médical*, 24 mars 1928.)

Le syndrome phrénico-pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires.

A côté des renseignements que donne l'exploration directe de l'appareil respiratoire (signes cliniques et radiologiques), et dont nul ne saurait contester l'importance primordiale, MM. Emile Sergent et Paul George font place aux signes indirects de localisation basés sur les notions anatomiques et physiologiques et qui peuvent, dans bien des cas, prendre une valeur diagnostique de premier ordre.

Au premier rang de ces signes indirects, méritent de prendre place les troubles oculo-palpébraux et les troubles diaphragmatiques provoqués par une atteinte de la voie sympathique irido-dilatatrice et du nerf phrénique.

L'inégalité pupillaire simple, c'est-à-dire sans modification des réflexes pupillaires, ne doit plus être imputée sans discussion à une lésion syphilitique du système nerveux ; elle est, au contraire, souvent associée à l'atteinte relativement fréquente du nerf phrénique au cours des diverses affections pleuro-pulmonaires, surtout au cours de la tuberculose pulmonaire. Il peut y avoir aussi une paralysie de l'hémi-diaphragme, qui se traduit cliniquement et radiologiquement par des signes très nets, et dont l'intérêt est des plus grands dans l'interprétation des constatations fournies par l'examen direct de l'appareil respiratoire.

Ces deux ordres de troubles peuvent se présenter à l'état isolé, ou être, au contraire, associés entr'eux, réalisant un syndrome phrénico-pupillaire, de modalité variable. C'est ainsi qu'on peut observer une mydriase spasmodique ou un myosis paralytique, ou un syndrome de Claude Bernard-Horner associés à une paralysie phrénique, et que peuvent même venir compléter d'autres signes de la série médiastinale telle une paralysie récurrentielle par exemple.

Le syndrome phrénico-pupillaire acquiert dans bien des cas une grosse valeur diagnostique, lorsqu'on a affaire à une affection dont les signes physiques sont frustes ou encore latents.

Il a, dans toutes les circonstances, une importance capitale pour permettre de préciser la to-

pographie exacte et l'étendue des lésions observées ou soupçonnées. (*La Presse médicale*, 28 avril 1928.)

Les altérations osseuses dans les néphrites atrophiques infantiles.

La pathologie de l'adulte est une pathologie incomplète, amputée de nombre de réactions qui ne peuvent se manifester que dans un organisme jeune, malléable, non encore fixé ; c'est seulement chez l'enfant que l'altération d'un organe révèle ses conséquences totales.

Le Dr Apert montre comment une maladie très fréquente, très étudiée chez l'adulte et surtout chez le vieillard, la néphrite interstitielle, est susceptible de se manifester, dans les cas exceptionnels où elle apparaît chez l'enfant, avec un cortège de symptômes osseux, qui ont échappé complètement en pathologie de l'adulte, parce que, chez lui, les os, fixés dans leurs dimensions et dans leur forme, ne traduisent pas par des modifications perceptibles l'atteinte qu'ils ressentent comme conséquence du manque de dépuration urinaire et de l'adultération du milieu intérieur. Ces altérations osseuses sont de deux ordres : 1° arrêt de la croissance de l'os, ou au moins ralentissement notable du fonctionnement épiphysaire entraînant une diminution notable de la stature : nanisme rénal ; 2° altération morphologique des extrémités osseuses, non pas identiques à celles du rachitisme, mais néanmoins assez semblables pour que l'on puisse adopter pour les désigner le nom de pseudo-rachitisme rénal ; spécialement, à l'extrémité inférieure du fémur, on note une déformation grave, qui peut simuler parfois des subluxations et gêner la marche ; dans les cas moins graves, on note des déviations articulaires, surtout des genu-valgum.

De telles atteintes des os coïncident en général avec un état défectueux, un retard marqué du développement corporel, et, quand l'âge le comporte, un retard marqué du développement génital (nanisme et infantilisme rénaux). Les sujets sont, en outre, maigres et pâles ; la peau est flétrie et sèche.

Il n'y a pas habituellement d'albumine dans l'urine ; mais l'urine est pâle, quelquefois abondante, quelquefois rare ; des maux de tête existent souvent, et ont d'autant plus d'importance que les céphalées sont rares dans l'enfance.

Le diagnostic est confirmé par la mesure de l'azotémie. Un taux d'urée du sang dépassant 0,50 témoigne d'une insuffisance rénale, et, pour peu que l'azotémie soit persistante, on peut affirmer le rapport existant entre l'état du rein et les déformations osseuses.

Chez de tels sujets, il faut se garder de toute intervention chirurgicale, toute anesthésie générale est dangereuse, et il faut même être très prudent dans les petites interventions ; à la moindre intervention, les petits malades tombent dans un état d'urémie, susceptible d'aboutir à la mort en quelques jours.

Aux autopsies, on trouve de petits reins rouges contractés, parfois tellement atrophiques que leur poids tombe au 1/300e du poids du corps au lieu de 1/80e, proportion normale chez le nouveau-né, et du 1/100e au 1/120e, proportion normale dans l'enfance.

Après l'achèvement de la croissance et l'ossification des cartilages diaphyso-épiphysaires, qui fixe les os dans leur forme définitive, de telles altérations osseuses ne peuvent plus survenir ; elles sont particulières aux néphrites interstitielles atrophiques de l'enfance et de l'adolescence. (*La Presse médicale*, 9 mai 1928.)

Du rôle thérapeutique de l'extrait hypophysaire postérieur dans le diabète insipide.

Le prof. Rathery et Jean-Marie ont établi que :

1° L'extrait hypophysaire postérieur se comporte dans la plupart des cas de diabète insipide comme une médication spécifique. Les autres médications qui, dans quelques cas, ont pu déterminer des modifications du syndrome, ne sont pas comparables, ni dans la rapidité d'action, ni dans son intensité, à l'extrait de post-hypophyse. On peut même dire que nous possédons, dans notre arsenal thérapeutique, peu de médicaments dont l'activité soit plus surprenante et plus rapide que celle de l'extrait hypophysaire postérieur.

2° Dans quelques cas, un diabète insipide, réagissant parfaitement à l'extrait hypophysaire postérieur, peut être modifié de la même façon par la ponction lombaire ou par le traitement syphilitique, soit d'une façon transitoire, soit d'une façon définitive.

Ces médications agissent comme des médications d'ordre étiologique, capables de rétablir dans des conditions de fonctionnement normal un système physiologique. Elles n'autorisent pas à mettre en doute la spécificité de l'extrait d'hypophyse postérieur.

3° Dans quelques cas, 5 p. 100 au maximum, l'action de l'extrait d'hypophyse postérieur est douteuse ou nulle. Simultanément d'autres méthodes thérapeutiques peuvent compter des succès. Ces faits, d'ordre exceptionnel, relèvent vraisemblablement d'une pathogénie différente de celle qui régit le diabète insipide dans sa modalité commune. (*Paris médical*, 12 mai 1928.)

Douleurs angineuses et péricardite aiguë. Péricardite à début angineux.

La plupart des péricardites sont indolores et ne se révèlent, si l'on excepte les symptômes

fonctionnels cardiaques ou respiratoires, que par l'examen stéthoscopique, si bien que la découverte de l'affection est le plus souvent fortuite.

Les douleurs, lorsqu'elles se manifestent, soit au début, soit à la période d'état, offrent une gamme d'intensité variable : sensation de gêne précordiale, accompagnée ou non d'angoisse, que l'on peut attribuer à l'irritation de voisinage des nerfs intercostaux ou du phrénique ; plus rarement douleurs comparables en tout point aux véritables crises angineuses.

Le Dr Gallavardin rapporte en détail deux observations intéressantes par le caractère de ces crises douloureuses d'origine péricardique. Dans les deux cas, il n'y avait aucune irradiation brachiale ; mais il ne saurait s'agir là d'un caractère distinctif de quelqu'importance.

Chez le second malade, il était vraiment impossible de distinguer le syndrome douloureux observé d'un accès angineux d'origine coronarienne. Tout y était, siège sternal de la douleur, caractère constrictif, allure paroxystique avec tendance ultérieure des accès à se grouper en état de mal, et même accès provoqués par l'effort. La difficulté du diagnostic entre une péricardite à début angineux et une angine de poitrine coronarienne avec infarctus myocardique et péricardite secondaire se trouvait vraiment portée à son maximum ; et ce diagnostic ne pouvait être résolu qu'à l'aide de particularités (âge du malade, fièvre, absence de shock et de tout signe d'insuffisance cardiaque, pleurésie concomitante) totalement indépendantes de la physionomie du syndrome douloureux.

Un autre intérêt de ces observations, c'est l'apparition des manifestations angineuses dans la période prodromique de la péricardite ; pendant les 10 à 12 jours du début , le malade, suivi de près par deux médecins très expérimentés, se comporta simplement comme un angineux, continuant même à se livrer à ses occupations ordinaires, sans aucune fièvre, et sans que l'examen attentif du cœur ait rien révélé d'anormal. C'est seulement au 13e jour, après 24 heures d'un violent état de mal angineux que la fièvre monta brusquement à 39o, et qu'apparurent les premiers frottements péricardiques. On ne peut imaginer une illustration plus saisissante de la possibilité d'une péricardite à début angineux. (*Lyon médical*, 13 mai 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'ablation des tumeurs hypophysaires par voie endo-nasale.

(M. Bourguet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-6-1928).

M. Bourguet expose la technique qu'il a employée chez quinze malades atteints de tumeurs hypophysaires. Patient assis. Anesthésie locale. Passage entre les deux muqueuses décollées de la cloison nasale, pénétration dans le sinus sphénoïdal, résection du plancher de la selle turcique, ouverture de la dure-mère et curetage de la tumeur. Il montre cinq malades opérés avec un excellent résultat.

Correction esthétique de la paralysie faciale.

(M. Dufourmentel. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-6-1928.)

M. Dufourmentel présente une malade qu'il a opérée en posant, de la tempe à la commissure buccale, une anse de fil. Celle-ci fut retirée au bout de 20 jours, après formation d'adhérences sous-cutanées, qui maintiennent la correction. Bon résultat.

Difformité mammaire et abdominale par obésité.

(M. Mornard. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-5-1928.)

M. Mornard relate l'histoire d'une femme dont les seins, pesant plus de 4 kgr., pendaient sur l'abdomen, et dont le ventre en tablier avec cicatrice d'hystérectomie s'étalait sur la racine des cuisses. Cette difformité entraînait des douleurs telles que tout travail était devenu impossible. Le traitement comporta deux temps : mastoplastie avec pexie et transplantation des mamelons ; puis, après cinq mois de régime pour amaigrissement, ventrectomie sans déplacement de l'ombilic. Résultat fonctionnel bon, la malade ayant pu reprendre son travail. Le résultat esthétique demanderait des retouches que l'opérée a refusées.

Sténoses fibro-cicatricielles non traumatiques de l'œsophage.

(M. Guisez. — *Soc. des chirurgiens ds Paris* ; 4-5-1928.)

M. Guisez étudie ces sténoses qui se produisent au niveau des deux régions normalement plus étroites de l'œsophage : extrémité supérieure et extrémité inférieure (canal cardiaque). Les rétrécissements en question relèvent d'influences purement inflammatoires et peuvent devenir véritablement cicatriciels, amenant à la longue l'obstruction complète du conduit. C'est une affection grave. Sur 150 cas observés par l'auteur, dix avaient été gastrostomisés pour inanition complète. Diagnostic par l'œsophagosco-

pie. Ces sténoses sont prises souvent, chez les sujets âgés, pour du cancer. Traitement analogue à celui des rétrécissements cicatriciels traumatiques : dilatation par bougies et électrolyse circulaire, qui ramènent progressivement l'alimentation normale.

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

(M. Séjournet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 16-6-1928.)

M. Séjournet revient sur cette question et il distingue :

1° Les fractures du col anatomique avec luxation de la tête humérale en position sous-coracoïdienne. Il ne s'agit pas de luxation vraie, l'humérus restant au contact de la glénoïde. Une indication opératoire peut découler des troubles de compression susceptibles d'être déterminés par la tête. En l'absence de ces troubles de compression, on doit se contenter de l'appareillage avec mobilisation précoce. La reposition de la tête, en particulier, semble inutile à tenter.

2° Fractures de la grosse tubérosité avec luxation de l'épaule. La luxation peut être sous-glénoïdienne. Réduction facile.

3° Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et luxation de l'épaule. La fracture peut siéger à différents niveaux. S'il existe de l'engrènement, la luxation est réductible. Dans le cas contraire, elle ne l'est pas et l'intervention chirurgicale s'impose.

P. L.

Asthme et saignée.

(MM. Pasteur-Vallery-Radot, P. Blamoutier, et L. Rougeres, Etienne Bernard. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 13-7-1928.)

En général, on pense que la saignée agit non sur l'élément asthmatique, mais sur la dyspnée due à l'insuffisance cardiaque. Or, les auteurs apportent des faits démontrant que, dans certains cas d'asthme anaphylactique, sans élément cardiaque, la saignée peut avoir une action des plus favorables ; elle peut amener la cessation des crises.

Les premiers auteurs rapportent le cas d'un boulanger sensibilisé à la farine après 7 années de travail dans un fournil ; il présente chaque nuit à l'occasion de son travail des crises de coryza spasmodique et d'asthme très violentes ; des essais de désensibilisation spécifique sont restés sans résultat ; mais l'état vient de se modifier complètement après une hémorragie consécutive à une blessure ; l'asthme disparaît pour 4 mois. Des cutiréactions à la farine furent pratiquées 4 mois après le traumatisme ; elles furent fortement positives ; le lendemain les crises reprennent ; une saignée de 300 grammes fit cesser les crises d'asthme. Dans d'autres asthmes anaphylactiques, résultat semblable de la saignée ; mais son action n'est cependant pas toujours efficace. D'autre part, chez 8 asthmatiques présentant un asthme banal sans sensibilisation, plusieurs saignées faites en pleine crise de dyspnée restèrent sans effet.

— M. E. Bernard a montré les modifications humorales importantes qui accompagnent la saignée, en particulier les variations dans les albumines du sérum ; peut-être est-ce là qu'il faut rechercher l'action bienfaisante dans certains cas d'asthme anaphylactique ? Un cas de cet auteur (crise dyspnéique paroxystique, évoquant la crise d'œdème aigu du poumon par la polypnée, l'angoisse, la coexistence d'albuminurie, une tension un peu élevée) atteste que la saignée peut produire également une sédation de la crise chez les sujets dont l'asthme n'est pas déclenché par une cause sensibilisante, ou chez qui, toutefois, cette cause est inconnue ; de tels cas sont cependant rares.

A remarquer : la chute brusque de la tension au cours de la saignée, ce qui est un fait exceptionnel et la diminution de la teneur sanguine en albumine.

Péricardite rhumatismale. Mort rapide par hémorragie intrapéricardique.

(MM. Géraudel, R. Giroux et Katsilabros. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-2-1928.)

Cet accident survint quelques minutes après une injection intraveineuse de 20 cc. d'une solution au 1/20 de salicylate de soude. L'autopsie montra que le malade avait succombé à une hémorragie abondante dans le sac péricardique, ayant comprimé brusquement les fibres cardiaques : cette hémorragie semble bien être consécutive à la rupture des vaisseaux néoformés, particulièrement fragiles, qu'on rencontre dans les pachypéricardites. L'injection n'a pas agi par augmentation de la pression veineuse, mais bien comme aurait pu agir le plus léger traumatisme, l'effort le plus faible. Sept injections avaient été bien supportées, la huitième a été suivie de mort.

Rein unique. Mort à 22 ans par néphrite azotémique.

(MM. S. de Massary et P. Flandrin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 13-7-1928.)

Ce jeune homme a présenté une néphrite chronique, non hypertensive, peu œdémateuse, essentiellement azotémique, à laquelle il a succombé en un an environ, et dont le point de départ reste caché. Il est permis de penser que l'existence chez lui d'un rein unique, chargé d'un travail double, a pu créer un état de méiopragie de cet organe favorisant le développement et hâtant l'évolution d'une infection ou intoxication minimes qui, dans les conditions habituelles, chez un sujet possédant une quantité normale de parenchyme rénal, n'auraient peut-être pas eu la même gravité.

Un cas de gros foie polykystique.

(M. Noël Fiessinger et R. Cattan — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 13-7-1928.)

Si le gros rein polykystique est très connu, on ne peut en dire autant du gros foie polykystique. Pour le diagnostiquer du kyste hydatique, il ne faut pas s'appuyer sur les signes rénaux associés. La même lésion ne se retrouve pas toujours au niveau des reins, et ne se traduit pas toujours par une albuminurie avec azotémie. Il faut se baser sur les signes physiques, sur la sensation de plusieurs kystes accessibles, plus que sur l'éosinophilie et sur la réaction de Casoni.

Classiquement, cette affection a une très longue durée, si d'une part l'insuffisance rénale n'apparaît pas, et si une tuberculose surajoutée n'emporte pas le malade. Cette longue durée s'explique par l'atteinte fonctionnelle très limitée du foie.

Disparition radiologique d'une caverne tuberculeuse pulmonaire après quatre ans de traitement par la méthode de Forlanini.

(M. G. Caussade, A. Tardieu et Le Pennetier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-7-1928.)

Cette caverne tuberculeuse du poumon droit, à siège infra-claviculaire, 3 mois après la suppression de tout collapsus, a disparu radiologiquement, et aucun signe physique, aucun symptôme fonctionnel n'est ni perçu, ni constaté. Des exemples de guérison spontanée ont été publiés, mais il est nécessaire, pour éviter une extension possible de la caverne, de pratiquer systématiquement le pneumothorax artificiel. Le mode de guérison s'est effectué suivant le procédé classique par sclérose.

Un cas de mégacôlon consécutif à une compression du rectum par un sarcome pelvien.

(MM. Macaigne et Fleury. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 29-6-1928.)

Les énormes dilatations coliques connues sous le nom de mégacôlon, ne sont guère le fait d'oblitérations rectales ou coliques importantes ; on ne leur trouve au contraire qu'une minime cause locale : coudure, torsion, repli valvulaire ; il est exceptionnel qu'elles soient dues, comme dans le cas présent, à une tumeur.

C'était un sarcome para-rectal ayant déterminé par compression une énorme dilatation de l'anse sigmoïde, représentée cliniquement par un tympanisme diffus de tout l'abdomen.

Forme suppurative du cancer hilaire du poumon.

(M. P. Harvier et A. Lichtwitz. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 29-6-1928.)

Il s'agit d'un cancer hilaire à point de départ bronchique qui, pendant 4 mois, a pris le masque d'une suppuration broncho-pulmonaire, sans qu'on ait pu reconnaître à aucun moment de l'évolution les signes habituels du cancer.

La température à grandes oscillations, l'amaigrissement progressif, l'expectoration abondante (60 à 200 cc.), se déposant en trois couches superposées (mousseuse, liquide et trouble, purulente et verdâtre), ne renfermant que des microbes pyogènes banaux, les signes cavitaires localisés à la partie moyenne du poumon gauche, tels étaient les symptômes prédominants et pour ainsi dire exclusifs, puisque les signes fonctionnels habituels des néoplasmes pulmonaires manquaient. A aucun moment il n'y eut la moindre manifestation douloureuse, ni le moindre paroxysme dyspnéique ; il n'y eut d'hémorragies qu'au début, et encore furent-elles bien minimes, et leur origine pulmonaire douteuse.

Dans la plupart des observations, au contraire, les signes de suppuration, associés à un syndrome cavitaire clinique et radiologique, apparaissent tardivement, et ne semblent pas, à eux seuls, résumer, comme dans ce cas, toute la séméiologie du cancer pulmonaire.

Un autre point, nouvel exemple de la diversité des images radiologiques du cancer pulmonaire, est la particularité de l'image radiologique constituée principalement par une ombre grossièrement circulaire, située en plein hile gauche, retrouvée sur plusieurs films successifs, avec arrêt temporaire du lipiodol à son niveau, et qu'une confontation avec la pièce anatomique montre due à une infiltration néoplasique d'une branche de division.

Urticaire solaire.

(MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, Stahelin et Saidman. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-6-1928.)

Après l'exposition à la lumière solaire l'érythème banal est de constatation courante, l'urticaire est exceptionnelle.

Cette urticaire est très différente des urticaires d'autres causes ; elle se présente toujours de la même façon, se manifestant sans raison apparente un jour de soleil, et, à partir de ce moment, persistant d'une façon décourageante, dès que le sujet est en contact, sur les seuls points cutanés en contact avec la lumière solaire, si cette lumière est tant soit peu vive. C'est une véritable urticaire par contact.

Après l'échec de nombreux essais thérapeutiques, M. Flandin a obtenu la désensibilisation par les injections intra-musculaires de cyanure de mercure ; actuellement son malade s'expose impunément au soleil d'été.

Grands abcès pulmonaires au cours d'une infection traînante à staphylocoques. Guérison spontanée.

(M. L. Boidin et Mlle J. Fontaine. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 29-6-1928.)

Si la septicémie à staphylocoques semble se com-

pliquer assez souvent de petits abcès pulmonaires, que comportent une pronostic fatal, elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement de gros abcès. Le fait rapporté présente cette particularité intéressante qu'au cours d'une septicémie traînante à point de départ cutané on vit apparaître à plusieurs mois de distance, dans l'un puis dans l'autre poumon, deux gros abcès qui guérirent complètement : l'un spontanément par vomique, l'autre après intervention chirurgicale mais faite tardivement, alors que les phénomènes fébriles avaient disparu.

Les gros abcès du poumon guérissent plus souvent spontanément qu'il n'est classique de l'admettre, et il ne faut pas trop se hâter de mettre en œuvre les procédés thérapeutiques chirurgicaux tels que lobectomie, ouverture et drainage, le pneumothorax et la phrénicectomie.

G. F.

Les Congrès

XXe Congrès belge de Médecine Professionnelle (1)

Anvers, 1-3 septembre 1928.

(sous les auspices de la Fédération médicale belge).

PREMIER RAPPORT

Le certificat médical.

MM. HEGER-GILBERT, professeur, et DE LAET, agrégé à l'Université de Bruxelles, rapporteurs, envisagent successivement : le certificat demandé par le malade comme constat d'un état pathologique, pièce que le médecin traitant ne peut refuser, mais qu'il datera avant de signer et qu'il remettra à l'intéressé seulement ; le certificat de collocation dont ils rappellent le texte et les circonstances de délivrance.

Les certificats exigés par la loi sont de trois espèces :

1° Ceux qui déclarent une naissance. Discutant à ce propos la question de savoir si le médecin doit déclarer le nom de la mère, les rapporteurs rappellent que cette déclaration, dans des cas graves où la conscience médicale l'impose, sera omise, ce qui expose le médecin au risque d'une simple amende délibérément acceptée au nom du devoir professionnel. Cette condamnation n'a jamais, du reste, été appliquée ;

2° Les certificats de déclarations de maladies contagieuses, où il faut départager les maladies à signaler obligatoirement et celles dont le Ministère de l'Hygiène demande la déclaration ;

3° Les certificats de constats d'accidents du travail, dont un exemplaire doit être rédigé par le médecin traitant et remis à l'intéressé ou ses ayants droit.

Quant aux déclarations imposées par l'arrêté royal de 1885, elles seront exécutées par le médecin lorsque celui-ci, pour protéger son malade, estimera utile de signaler les faits délictueux qui lui paraissent mettre sa santé ou sa vie en danger.

Le certificat de décès, purement administratif, n'est pas obligatoire. Le médecin traitant évitera en tout cas de violer le secret professionnel en divulguant ainsi le diagnostic de la maladie dont est mort son client. Tout au plus, pour faciliter la tâche administrative, peut-il attester que la mort est due ou non à une cause naturelle ou violente. C'est le médecin de l'état civil délégué par l'officier de l'état civil qui doit faire le constat de décès.

Enfin, à propos des faux certificats, les rapporteurs repoussent une suggestion faite par M. l'avocat Sasserath de modifier les articles 204 et suivants du Code pénal de façon à faire condamner tout médecin qui « sciemment » a fourni un faux certificat dans un but quelconque. Ils montrent que ce texte nouveau serait à la fois dangereux et inefficace.

Ils concluent en souhaitant la création d'un strict minimum d'obligations légales au certificat médical, en recommandant aux médecins une extrême parcimonie dans la délivrance de ces pièces, et en formulant le vœu qu'il appartienne aux médecins eux-mêmes de combattre les éventuels abus. (*Applaudissements.*)

Discussion.

M. Marcel HÉGER signale qu'un arrêt de la Cour d'appel de Gand a estimé que la déclaration de naissance doit comporter tous les éléments nécessaires à la confection de l'acte. Il partage l'opinion des rapporteurs quant au devoir médical de taire le nom de la mère dans les cas graves, au risque d'une amende

M. LOONTJENS suggère que l'on publie sur des feuillets que tous les médecins auraient sous la main, les textes de lois punissant les médecins auteurs de faux certificats. Il émet le vœu que la jurisprudence belge, comme celle de France, admette que, dans les cas de naissance illégitime, les médecins puissent impunément taire le nom de la mère. Il développe les dangers de l'*obligation légale absolue.*

(1) *Bruxelles médical*, 16 septembre 1928. — Nous publions *in extenso* le compte rendu de ce Congrès afin que nos lecteurs se rendent compte de la façon dont on envisage en Belgique, pays de langue française, les questions de médecine sociale qui passionnent actuellement le corps médical français.

G. D.

M. Delchef ne croit pas à l'efficacité de la publication des textes légaux ; il l'estime contraire à l'autorité du médecin.

M. de Marez s'élève contre les conséquences de la déclaration des maladies contagieuses en raison de l'action trop brutale des autorités

M. Ferond signale qu'une Commission des Hospices de l'agglomération bruxelloise a exigé sous peine de démission, de chefs de services, la déclaration de maladies et entre autres de syphilis.

M. de Laet répond que ces réglementations locales, même si elles s'appuient sur des arrêtés ministériels, ne sauraient prévaloir en présence de la loi. Le chef de service ne peut fournir ces pièces. Les employés ni les membres des commissions des hospices n'ont aucune qualité pour recevoir communication de faits couverts par le secret professionnel du médecin.

M. Lanoitte pense que, pour éviter une partie du fâcheux effet moral de l'intervention de l'Administration de l'Hygiène chez les infectieux à domicile, il suffirait que les infirmières ne fussent pas en uniforme. Il souhaite la création de nombreux asiles provisoires de façon à éviter la nécessité de la rédaction immédiate d'un certificat de collocation dans les nombreux cas légers ou incertains au début.

Un vœu précis, rédigé par le docteur de Laet, sera soumis au vote de l'assemblée du lendemain.

DEUXIÈME RAPPORT

Modifications à apporter à quelques articles de la loi de 1818 sur l'exercice de l'art de guérir.

M. le professeur Cunzburg, rapporteur. — Après avoir fait l'historique des successives dispositions qui, depuis 1835, ont tenté de réorganiser l'ancienne législation régissant l'art de guérir, le rapporteur examine la situation actuelle où il distingue les lois et arrêtés concernant l'enseignement médical et la législation qui règle et surveille la profession de médecin. Puis, à côté, existent quantité d'arrêtés royaux ou ministériels et une jurisprudence à tendances diverses. Il demande : 1° une définition exacte et modernisée de l'art de guérir ; 2° la suppression de la possibilité pour les médecins de servir de prête-noms ; 3° en attendant l'institution légale de l'Ordre des médecins, l'attribution de pouvoirs disciplinaires aux commissions médicales provinciales. (*Applaudissements.*)

Discussion.

M. Marcel Héger félicite les membres du corps médical anversois de faire la lutte contre le charlatanisme. Il rappelle que, d'après un arrêt de Cassation de juin 1928, le mot « habituellement » appliqué aux infractions des pratiquants illégaux doit être pris au sens courant du terme et n'a aucune signification limitative en nombre. L'orateur rappelle enfin qu'il a soumis, avec le docteur de Laet, au Congrès de 1927, un vœu qui fut voté à l'unanimité, de voir le titre de docteur « écrit en toutes lettres ou en abrégé » dans toute prescription ou ordonnance d'ordre médical, réservée aux docteurs en médecine

M. Ledent estime qu'il faut plutôt définir l'acte de guérir que tenter de déterminer ce qu'est l'exercice illégal. Il souhaite que les commissions médicales soient armées pour sévir et signale que la commission de Liège a interdit à un médecin de pratiquer des injections intra-veineuses dangereuses ayant fait l'objet de plusieurs plaintes au Parquet.

M. Vanderweche. — Demande des modifications à l'octroi des diplômes d'infirmières. Ceux-ci, au vœu de l'orateur, devraient être homologués comme les diplômes de médecins.

M. Herman est du même avis, mais, dès lors, ajoute-t-il, la profession d'infirmière devra être placée également sous la surveillance des commissions médicales et c'est une difficulté.

M. Peeters pense qu'il faut se garder de cette mesure. Déjà l'infirmière a trop tendance à faire acte médical.

M. Delchef souhaite que le vœu à soumettre au Congrès définisse exactement l'art de guérir, il objecte au docteur Ledent que les commissions médicales n'ont pas le pouvoir d'intervenir dans le traitement qu'institue un médecin. Il estime que tant à ce point de vue que pour supprimer les prête-noms, difficiles à atteindre par une loi, un conseil disciplinaire tel que l'Ordre des médecins peut seul être efficace.

M. R. Boisson souligne dans le rapport du docteur Gunzburg, l'insuffisance des peines contre les pratiquants illégaux. Il propose comme définition du traitement « ensemble des procédés à l'aide desquels on cherche ou parvient à prévenir, soulager ou guérir des altérations organiques ou fonctionnelles du corps humain après en avoir reconnu l'existence. »

M. Gunzburg soumettra aux voix, à la séance du lendemain, un vœu précis.

Après la séance, les congressistes visitèrent le somptueux Hôtel de Ville d'Anvers où ils furent cordialement reçus par le bourgmestre, l'échevin des Beaux-Arts et le conseiller, docteur Herman.

Le soir de cette première journée, eut lieu à l'Opéra flamand, une représentation de gala. Au programme, *Quentin Metsys*, œuvre de Wambach aux larges sonorités d'inspiration souvent wagnériennes, livret simple et charmant, mise en scène d'une note parfaite, exécution vocale et musicale absolument impeccable.

Deuxième journée, dimanche 2 septembre.

A l'ouverture de la séance, l'assemblée discute un vœu présenté par M. de Laet, en conclusion de son rapport élaboré avec le professeur Héger-Gilbert. Ce vœu est, à l'unanimité adopté dans la forme suivante :

« Le XX[e] Congrès de Médecine professionnelle « réuni à Anvers les 1[er] et 2 septembre 1928,

« Après avoir entendu le rapport des docteurs « Héger-Gilbert et de Laet sur « le certificat médi« cal »,

« Considérant qu'il importe, tant dans l'intérêt de « la société que de la dignité médicale, de réduire au« tant que possible la délivrance obligatoire d'attes« tations médicales, et de conserver à celles-ci un ca« ractère de rigoureuse exactitude garante du crédit « que la collectivité lui accorde,

« Renouvelle son vœu, formellement exprimé à « l'unanimité par le XIXe Congrès de Médecine pro« fessionnelle, de voir instituer en Belgique un orga« nisme disciplinaire médical, muni de pouvoirs lé« gaux, apte entre autres à compléter l'action des « tribunaux dans la répression de l'abus du certificat « médical, domaine dans lequel aucun nouveau texte « de loi ne peut apporter de mesure juste et efficace. »

« Spécialement, le Congrès souhaite voir le légis« lateur éviter d'imposer par des lois nouvelles, la « délivrance obligatoire pour le médecin, de certifi« cats ou d'attestations ; il s'élève contre les régle« mentations communales ou locales, illégales du « reste, qui abusent de prescriptions exigeant la dé« livrance de ces pièces, même à titre confidentiel ; il « souhaite que la jurisprudence belge adopte la ma« nière de voir de la jurisprudence française en n'im« posant pas de façon absolue au médecin, même « sous simple peine d'amende, la déclaration du nom « et du domicile de la mère lors de la naissance d'un « enfant illégitime. »

Ensuite l'assemblée discute le vœu présenté par M. Gunzburg. A l'unanimité ce vœu est adopté dans les termes suivants :

« Le Congrès demande :

« *a*) De compléter la définition de l'exercice illé« gal, donnée par la loi interprétative du 27 mars « 1853, en ajoutant après « prescrit un remède », *pose « un diagnostic ou exécute des manœuvres ou applique « des moyens de traitement quelconques* ; et dans l'ar« ticle 18 de la loi du 27 mars 1818, après « confisca« tion de leurs médicaments » les mots, *et leur maté« riel quelconque servant au traitement* ;

« *b*) D'ajouter à l'article 19 de la loi de 1818, après « les mots « pas conforme à leur autorisation » la « phrase suivante : *ou bien prêtent d'une manière « quelconque leur concours à des tiers à l'effet de leur « permettre de pratiquer une branche de l'art de guérir « dont l'exercice ne leur est pas autorisé*, encourent, « etc. ;

« *c*) D'ajouter au paragraphe C de l'article 4 de « la loi de 1818, les mots : *avec le droit d'infliger, le cas « échéant, l'avertissement, la réprimande et la censure.* »

TROISIÈME RAPPORT

Les assurances sociales en Belgique.

M. H. Koettlitz, agrégé à l'Université de Bruxelles, rapporteur, rappelle que le projet Heyman que le Parlement aura à discuter incessamment est le troisième en date. Après avoir discuté les caractéristiques des divers projets et amendements antérieurs, il examine : *a*) la situation des bénéficiaires de l'assurance ; *b*) l'organisation médico-pharmaceutique ; *c*) les autres stipulations du projet de loi. Il défend, en conclusion, en ordre principal, la nécessité du libre choix complet du médecin par l'assuré, avec tous les contrôles compatibles avec la dignité médicale. A son défaut, il estime qu'au minimum deux conditions doivent être posées : 1° le libre choix aussi étendu que possible et garanti dans tous les domaines de la pratique médicale ; 2° la limitation du bénéfice des assurances sociales à des catégories nettement limitées au point de vue de la situation matérielle des mutualistes et des assurés libres se trouvant dans l'aisance. (*Applaudissements.*)

QUATRIÈME RAPPORT

Le Corps médical et les assurances sociales.

M. Gianolla, rapporteur, pose trois jalons de la route à suivre, d'après lui, pour consacrer à la fois le succès des assurances sociales dont les médecins ne peuvent qu'admettre le principe en vertu du caractère humanitaire de leur profession, et la reconnaissance de la libéralité intangible de leur action. Il examine d'abord, du point de vue économie politique, le rôle des assurances sociales, comparant la situation en Belgique avec celle que ces institutions ont créée à l'étranger. Il montre ensuite que le succès des législations de cet ordre dépend avant tout de l'assentiment unanime du Corps médical et cherche, enfin, comment assurer l'unité d'action et de pensée des médecins à cet égard. Il conclut à l'absolue nécessité de présenter et défendre un programme unanimement admis où le libre choix absolu constitue une règle inscrite dans la loi elle-même ou dans un texte y joint. Il propose qu'une commission soit instituée sous l'égide de la F. M. B. qui défende tant au Parlement que devant l'opinion publique le bien-fondé — d'intérêt général — du point de vue des médecins. « Il importe, à cette heure solennelle, dit-il, que notre génération monte une garde vigilante au seuil de notre liberté. »

Ce rapport, très éloquemment défendu, est vivement applaudi.

Discussion.

M. Delchef pense qu'il faut que le principe du libre choix soit absolu ; dans ces conditions, il ne peut admettre la restriction admise à ce sujet, e n ordre second, par le docteur Kœttlitz

M. Kættlitz partage l'avis de M. Delchef et montre que sa restriction n'est à envisager qu'en cas d'impossibilité de réaliser le libre choix absolu.

Plusieurs orateurs se réclament en faveur du libre choix absolu.

M. Kaisin croit que la *mise en pratique du libre*

choix absolu est inséparable de la possibilité pour le Corps médical d'éviter les défaillances morales. Il suggère de joindre au vœu à présenter en conclusion des rapports en discussion, celui de créer par la même loi, l'Ordre des Médecins.

M. Ledent expose qu'il faut disjoindre les deux questions. Au surplus, il estime que les commissions paritaires où les médecins doivent avoir une large représentation seront plus aptes à faire respecter l'esprit de la loi.

M. Daubresse attire l'attention du Corps médical sur l'opportunité d'organiser des centres médicaux de soins, où le libre choix du médecin est garanti.

M. Gobeaux estime qu'il serait utile de voter une motion repoussant le principe même d'un libre choix atténué.

M. Peremans pense que l'acceptation par le Parlement du principe absolu n'est possible que si les Unions professionnelles arrivent à constituer des listes de médecins acceptant un tarif minimum.

M. Mattelet, président, met aux voix un vœu demandant « l'inscription dans la loi ou dans un texte annexé du libre choix absolu du médecin, du chirurgien ou du spécialiste comme aussi de l'établissement d'hospitalisation, acceptant le contrôle des organismes mutualistes dans une mesure compatible avec la dignité médicale et le respect du secret professionnel, et décidant la création par la F. M. B. d'une commission spéciale avec mission de présenter de façon pratique et de défendre ces principes. » Ce vœu est adopté à l'unanimité moins une abstention.

M. Kaisin motive son abstention, se déclarant absolument partisan du vœu, mais persistant à croire que l'institution légale de l'Ordre des Médecins en est inséparable.

M. Boisson présente une motion demandant que le fait de poser une prothèse dentaire soit considéré comme un acte médical.

Le bureau soumettra le problème à une prochaine assemblée générale de la F.M.B.

Le Président remercie les rapporteurs et les assistants et, au milieu des acclamations, lève la séance.

M. de Laet.

Les Thèses

B. — Dr R. Fourcade, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Bordeaux. — **Contribution à l'étude de la sédimentation des hématies dans la tuberculose pulmonaire.** (Imprimerie de l'Université, Bordeaux, 1928.)

L'étude de la sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire demande à être reprise pour préciser :

1° La technique de la recherche de la vitesse de sédimentation globulaire (V. S.) ;

2° La valeur pronostique de cette épreuve.

Rejetant l'emploi du citrate de soude comme anticoagulant, l'auteur lui préfère un simple rinçage du tube à l'oxalate neutre de potasse. Le tube utilisé ne doit être ni trop large (retard de la sédimentation), ni trop étroit (influence de la capillarité). On évitera la ponction veineuse afin d'obtenir aisément des résultats en série, le sang étant prélevé au doigt après coupure légère au vaccinostyle, et aspiré dans un tube de 2 mm. 5 de diamètre, après rinçage à l'oxalate neutre de potasse. On laisse reposer le tube pendant vingt-quatre heures.

On note les facteurs suivants :

T : hauteur totale du sang contenu dans le tube au début de l'expérience. H 1 : hauteur du plasma surmontant les hématies au bout d'une heure. H 2 : hauteur du plasma surmontant les hématies au bout de deux heures. H : 3 : hauteur du plasma surmontant les hématies au bout de vingt-quatre heures.

On établit les rapports suivants : $\frac{T}{H1}$; $\frac{T}{H2}$; $\frac{T}{H3}$;

$\frac{T}{H1}$ représente l'*indice de sédimentation horaire* (S.H.) dont la valeur normale moyenne chez la femme est de 5 et chez l'homme de 7.

$\frac{T}{H3}$ représente l'*indice de sédimentation totale* (S.T.) dont la valeur normale moyenne chez la femme et chez l'homme est de 3.

On doit toujours tenir compte, dans l'interprétation des résultats, des variations physiologiques de la vitesse de sédimentation (âge, grossesse, menstruation, régime alimentaire, etc.).

Dans la tuberculose pulmonaire, la vitesse de sédimentation globulaire paraît liée (toutes conditions physiologiques égales) à la gravité évolutive ou non évolutive des lésions.

S. H. paraît plus proprement traduire l'activité d'un foyer tuberculeux.

S. T. traduit davantage le déficit fonctionnel, par extension anatomique des lésions.

L'étude de V. S. dans la tuberculose pulmonaire se résume ainsi

1° Tuberculose fibreuse.

S. H. se rapproche légèrement de la normale.

S. T. d'autant plus rapide que le déficit anatomique, et par conséquent le déficit fonctionnel, sont plus importants.

2° Tuberculose ulcéro-caséeuse.

S. H. très rapide. D'autant plus rapide que la lésion est plus évolutive.

S. T. en relation étroite avec le déficit fonctionnel.

3° Enfant : variations comparables à celles de l'adulte, peut-être plus capricieuses.

4° Complications : hémoptysies ; poussées évolutives ; apparition de laryngite ; menstruation, etc.

S. H. plus ou moins accélérée.

S. T. varie peu.

Influence de la thérapeutique.

A. Cure sanatoriale : S. H. et S. T. s'améliorent parallèlement.

B. Pneumothorax : *a*) résultat immédiat. S. H. se ralentit progressivement (amélioration). S. T. s'accélère brusquement dès les premières insufflations, et tend à se ralentir à mesure que la compensation par le côté opposé se réalise ; dans le cas de pneumothorax bilatéral, S. T. est extrêmement rapide (déficit fonctionnel important).

b) Résultat tardif. Les deux indices peuvent redevenir normaux

c) Accidents du pneumothorax. Accélération rapide de la S. H.

C. Phrénicectomie : ne modifie pas immédiatement S. T. ; amène un ralentissement de S. H. dans les cas heureux.

Thoracoplastie : détermine accélération brutale de S. T. ; S. H. s'améliore parallèlement à l'examen clinique.

D. Sanocrysine : l'action du médicament est inconstante *in vitro* et *in vivo* sur l'épreuve recherchée, pratiquée immédiatement ou tardivement. Une amélioration (ralentissement) de la V. S. peut être en opposition avec un état clinique déficitaire.

La place qu'occupe la V. S. à côté des autres méthodes de laboratoire de la tuberculose pulmonaire n'est pas négligeable. Certains auteurs ont étudié parallèlement la V. S. et d'autres réactions (Besredka, Wassermann, indice opsonique, réaction de Vernes) et lui accordent une valeur certaine. A l'auteur même, la réaction de Vernes a semblé donner des résultats discordants, comparés à la V. S., l'examen clinique étant d'ailleurs en faveur de cette dernière.

P. — Dr L. Segal. — **Etude des méthodes de localisation des tumeurs cérébrales.** (Amédée Legrand, éditeur, Paris, 1928.)

Il n'existe pas de signes pathognomoniques pour le diagnostic global d'hypertension cranienne. L'association de plusieurs symptômes est nécessaire pour établir le diagnostic : la stase papillaire, les modifications du liquide céphalo-rachidien (hypertension et dissociation albumino-cytologique), les déformations du squelette à la radiographie, la céphalée, des crises épileptiformes, les réactions des nerfs de la base (VIIIe paire, oculo-moteurs, etc...).

Les signes cliniques sont insuffisants pour le diagnostic de localisation.

a) *Les méthodes électriques* n'ont donné jusqu'à présent que des déboires ;

b) *La radiographie directe* nous renseigne utilement, seulement quand on trouve une calcification plus ou moins complète de la tumeur ou usure osseuse localisée ;

c) *La ventriculographie* permet d'apprécier les modifications de la forme, la situation, la taille des ventricules et de préciser l'état des intercommunications ventriculaires.

Les diverses techniques d'encéphalographie sont :

1° *Encéphalographie gazeuse.*

a) *Par voie ventriculaire* ;

b) *Par voie rachidienne.*

Les inconvénients sont nombreux et graves : on n'obtient pas toujours l'insufflation ventriculaire. Les réactions consécutives sont souvent très sévères (engagement des amygdales cérébelleuses) ; c'est donc une méthode dangereuse qui, de plus, ne donne pas toujours les renseignements qu'on lui demande, les examens négatifs n'ayant pas de valeur.

2° L'*encéphalographie lipiodolée par* :

a) Les injections ventriculaires de lipiodol *lourd*, méthode d'une tolérance parfaite, sans aucune précision diagnostique ;

b) Les injections rachidiennes de lipiodol *ascendant non émulsionné*, méthode ne donnant de résultat pleinement satisfaisant.

c) Les injections rachidiennes de *lipiodol ascendant émulsionné* donnent des images d'une parfaite netteté. Ce serait la méthode idéale s'il n'y avait pas de sérieuses réactions consécutives dues à la fois au risque inhérent à toute ponction lombaire chez un néoplasique cérébral et à l'action locale provoquée par la résorption sur place de l'iode émulsionnée. Il y a toujours des céphalées souvent prolongées et parfois des vomissements.

3° *L'encéphalographie lipiodolée sinuso-veineuse.* — Méthode facile à pratiquer, non dangereuse, sans réaction consécutive, mais sans renseignements pratiques.

4° *L'encéphalographie artérielle lipiodolée.* — Méthode dangereuse, à rejeter.

5° *L'encéphalographie artérielle suivant la technique de Moniz*, qui paraît avoir donné les meilleurs résultats.

6° La dernière méthode en date toute récente est l'*encéphalographie du corps calleux*, procédé non dangereux, non douloureux, facile à exécuter et qui permet d'obtenir la configuration extérieure de ce pont interhémisphérique malléable et d'apprécier par conséquent sur lui les contre-coups compressifs des tumeurs de voisinage.

P. — Dr E. Favez. — **Contribution à l'étude du traitement des appendicites aiguës.** (Librairie Louis Arnette, Paris, 1928.)

Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite aiguë.

Toute appendicite doit être traitée chirurgicalement. Ce sont là deux vérités qui devraient, par tous, être érigées en principe.

L'auteur est très catégorique et conseille l'appendicectomie dans toute crise d'appendicite aiguë ou subaiguë. Cela étant posé, il conviendrait que tout médecin s'en convainquît, comme aussi des inconvénients du traitement médical et de l'urgence de l'acte opératoire.

Si ce principe était universellement admis, on ne verrait pas ces énormes suppurations péritonéales si funestes, et le chiffre de la mortalité serait considérablement diminué.

St.— Dr R. Stauder.— **Les accidents par gaz nocifs dans l'industrie.** (Imprimerie Strasbourgeoise, Strasbourg, 1928.)

L'oxyde de carbone se rencontre dans presque toutes les branches industrielles. C'est donc vers l'oxyde de carbone qui « coule à flots » dans l'industrie, selon l'expression du professeur Nicloux, que doit porter avant tout l'attention des industriels et des médecins.

L'étude des accidents par les vapeurs nitreuses paraît d'autant plus intéressante que dans l'industrie, en France, on commence seulement à y attacher quelque importance. Pourtant une bonne partie des « gazés » dans l'industrie et particulièrement dans les les mines, sont des victimes de vapeurs nitreuses. Bien renseignés, médecins et industriels constateront que ce genre d'accidents est loin d'être rare.

L'auteur étudie aussi l'hydrogène arsénié.

La prophylaxie doit réunir les efforts des médecins et des industriels. Tout le personnel d'une entreprise doit avoir connaissance de ces dangers possibles ; un enseignement méthodique doit être organisé dans ce but. Des appareils prophylactiques doivent être choisis selon les besoins ; leur application doit être rigoureusement exigée pour toute manœuvre présentant quelque danger.

Dans le traitement des intoxications par les gaz nocifs dans l'industrie, c'est encore au personnel industriel lui-même qu'incombe le rôle principal. Respiration artificielle et inhalation d'oxygène sont à appliquer aussitôt après un accident dû à l'oxyde de carbone. Dans l'intoxication par les vapeurs nitreuses et l'hydrogène arsénié, l'apparition des symptômes graves doit être prévenue par une intervention précoce.

St. Dr R. Buzon. — **Contribution à l'étude de la mort rapide des nourrissons opérés d'antrite mastoïdienne extériorisée.** (Les Editions Universitaires de Strasbourg, Strasbourg.)

P. Dr P. Vinson, médecin sanitaire maritime, membre de la Société de médecine et d'hygiène tropicales. —**Etude critique de la pathogénie et de l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1928.)

La fièvre bilieuse hémoglobinurique semble devoir être envisagée comme un syndrome, dont le paludisme chronique, en préparant le terrain, est responsable de la majorité des cas. L'infection paludéenne iguë détermine le syndrome d'une façon beaucoup plus rare.

La quinine provoque aussi le syndrome soit chez des individus qui présentent des altérations du sang et des viscères, en particulier du foie, altérations dues à l'infection palustre et au séjour prolongé aux colonies, soit chez des sujets présentant une iodiosyncrasie à l'égard de ce médicament, ce qui est plus rare.

Le spirochète de MM. Blanchard et Lefrou détermine aussi le syndrome.

Le froid, l'alcoolisme, le surmenage, sont les principales causes favorisantes.

Toutes ces causes ne sont pas exclusives les unes des autres ; le plus souvent elles s'associent entre elles c'est ce qui rend la question si complexe.

Pour le traitement il faudra toujours se méfier de la quinine, qui devra être employée dans les cas relevant nettement d'un accident paludéen aigu (présence d'hématozoaires dans le sang).

En dehors de ces indications très précises, on proscrira formellement ce médicament.

Dans la forme à spirochètes, on aura recours au 914, ou au cyanure de mercure, qui constituent, pour cette forme, la véritable médication spécifique.

T. — Dr Ch. Bapt, interne des asiles. — **Des divers traitements de l'agitation au cours de l'excitation maniaque** (1927).

Après une étude des traitements de l'agitation, l'auteur conclut que, chez les agités maniaques aigus, le somnifène fait passer sous silence la période qui correspondrait au summum de leur agitation ; il en diminue la violence au réveil, il permet des nuits calmes, une surveillance moins rigoureuse, il rend possible l'absorption des aliments en cas de refus, l'administration de médicaments, le traitement des plaies et des fractures ; il prépare et hâte la venue de la convalescence. Chez les agités maniaques chroniques, il tempère, durant une période assez longue, la vive excitation et augmente, par cela même, leur sociabilité. Ce sont là des avantages que permet seule la maniabilité extrême de ce médicament qu'on peut administrer par voie buccale (gouttes), par voie intramusculaire, et par voie endoveineuse ; c'est grâce à ce dernier mode d'administration que, dans les cas graves et urgents, on peut obtenir des succès inespérés. On peut rappeler l'emploi du somnifène dans le delirium tremens (L. Ramond, Laporte, Quénée), dans le tétanos (M. Labbé, Escalier, Hamant, Bépech, Pasgrimaud), dans l'état de mal épileptique Rimbaud, Cestan, Sorel, Boulet, Vieu, Chardonneau, Pérès, Amat), et dans toutes les manifestations nerveuses paroxystiques (Claude, Crouzon, Laignel-Lavastine, Anglade, Abadie, Cestan, Riser, Quercy, G. Robin, Beaudouin, etc.).

THÉRAPEUTIQUE

L'habitude de la douleur,

Par le Dr Savigny.

Il existe une habitude de la douleur. La douleur s'installe parfois suivant un rythme établi, par une affection, un traumatisme, qui laissent après eux cette fâcheuse séquelle de la douleur persistante. Ch. Fiessinger dans une étude pénétrante de ce phénomène a dit très justement : « Toute douleur qui se prolonge offre tendance à persévérer... le pli est pris. »

Malheureusement, si la douleur prend ses habitudes et reste fixée dans l'organisme qu'elle a touché comme l'image sur la plaque photographique, le malade ne s'habitue pas à sa présence qui ne cesse de lui être inopportune ou odieuse suivant son intensité.

Chasser cette douleur d'habitude, effacer comme d'un coup de fer son pli détestable, enlever son enregistrement durable sur les neurones sensibles, est l'œuvre de l'analgésique. Car il importe de mettre le système nerveux périphérique à l'abri de ces impressions durables qui ne sont plus justifiées ; autrement dit, il faut soigner les douleurs persistantes, et c'est là qu'intervient opportunément la médication analgésiante.

La morphine est à rejeter absolument en raison de ses inconvénients et de ses dangers. Il faut un analgésique qui puisse être administré suffisamment longtemps, sans intoxiquer, sans nuire au foie, au rein, sans déterminer à son tour l'habitude de son usage par une funeste euphorie.

La Cibalgine, qui ne contient pas d'alcaloïdes, aucune substance du tableau B, qui calme la souffrance sans faire le lit d'une toxicomanie, qui, à dose modérée, peut être administrée plusieurs jours de suite sans dommage pour l'organisme, est le meilleur agent à opposer aux douleurs persistantes, aux névralgies diverses dont se plaignent tant de femmes, tant de « nerveux », tant « d'intellectuels », dont la sensibilité trop affinée amplifie l'écho lointain d'une cause dolorifique minime ou même disparue. En leur prescrivant la Cibalgine (2 à 4 comprimés par jour, ou 2 à 4 ampoules), on mettra bien souvent un point final à ces fâcheuses résonnances.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

Académie de médecine (Le grand prix) (Chronique), par H. Bouquet. *Vie médicale*, n° 10, 25 mai 1928.

Accidents et maladies professionnelles, par Foveau de Courmelles. *Courrier médical*, n° 19, 20 mai 1928.

Accouchement a heure fixe, par P. Delmas. *Le Jeune médecin*, n° 12, 1er mai 1928 et *Languedoc médical*, n° 5, 10 mai 1928.

Aliénés (Les fous en liberté), par G. Duchesne. *Concours médical*, n° 24, 10 juin 1928.

Anémie grave progressive, par J. Sabrazès. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 22, 27 mai 1928.

Arthrites traumatiques et hydarthroses (Mécanisme de production et traitement), par R. Leriche.

Assurance maladie dans ses applications pratiques, par P. Boudin. *Concours médical*, n° 19 *bis*, 9 mai 1928.

Assurances sociales (Considérations d'ordre pratique sur les), par P. Boudin. *Le Jeune médecin* n° 13, juin 1928.

Asthme bronchique (Traitement par résection du ganglion étoilé gauche), par R. Leriche. Société de Chirurgie de Paris, 9 mai 1928.

Bismuth (Sels solubilisés dans l'huile dans le traitement de la syphilis), par Clément Simon. Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 19 avril 1928.

Cabanès, par Paul Rabier, dans ses *Feuillets d'Agenda*, *Union médicale*, juin 1928.

Chiendent, pied de poule, par Albert Garrigue s *Concours médical*, n° 20, 13 mai 1928.

Cholestérinémie (Ses modifications au cours de la croissance), par G. Lemoine. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 3, mars 1928 (paru en mai).

Courtoisie confraternelle (Lettres à un jeune médecin), par G. Duchesne. *Concours médical*, n° 26, 24 jui n 1928.

Dents. *a*) Date d'apparition des premières dents, par J. Camescasse. *Semaine dentaire*, n° 25, 17 juin 1928 ; *b*) Formation des dents et des tissus dentaires, par A. Herpin, Société de Stomatologie, 12 mars 1928 ; *c*) Responsabilité médicale dans la pratique dentaire, par A. Herpin. *Semaine dentaire*, n° 24, 10 juin 1928.

Dératisation (Organisation d'un service municipal de), par A. Loir. Conférence internationale du rat. Paris, mai 1928.

Diabète et synthaline, par A. Raybaud, fils. *Marseille médical*, n° 12, 25 avril 1928.

Diphtérie (Prophylaxie), par J. Noir. *Concours médical*, n° 24, 10 juin 1928.

Encéphalomyélite épidémique (Séquelles), par R. Cruchet, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 10, 25 mai 1928.

Facultés de médecine (La Croix de guerre pour les), par Mordagne. *Information universitaire*, n° 256, 2 juin 1928 et suivants.

FIEVRE JAUNE (La mission Rockfeller), par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 25, 17 juin 1928.
FOLIE DANS LES PROVERBES, par Albert GARRIGUES, *Art médical*, n° 59, 31 mai 1928.

GALE (Traitement), par Clément SIMON. Soc. franç. de dermat. et syphil., 10 mai 1928.
GAROU (L'écorce de) comme exutoire, par H. LECLERC. *Presse médicale* n° 42, 26 mai.
GESTATION (Influence du sommeil), par H. VIGNES. *Bulletin médical*, n° 26, 20 juin 1928.
GREFFE ET INVERSION SEXUELLE, par DARTIGUES. *Concours médical*, n° 20, 13 mai 1928.
GROSSESSE (Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de), par Paul DELMAS. *Concours médical*, n° 26, 24 juin 1928.
GUARANA (Pharmacologie du), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 40, 19 mai 1928.

HARVEY ET LA CIRCULATION DU SANG, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 19 *bis*, 9 mai.
HÉLIOTHÉRAPIE ET HÉLIOPATHIE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical*, n° 22, 20 mai 1928.
HÉMORRHAGIES PROVIDENTIELLES , par J. CAMESCASSE. *Siècle médical*, n° 26, 1er juin 1928.
HERNIE TRANSDIAPHRAGMATIQUE RÉCIDIVÉE, par R. LERICHE. Société de Chirurgie de Paris, 13 juin 1928.
HONORAIRES MÉDICAUX ET CONSTATATIONS MÉDICO-LÉGALES, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 22, 27 mai 1928.
HOPITAUX (Réorganisation dans Paris et dans la Seine), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 21, 20 mai 1928.

IMAGES HIPPOCRATIQUES DU Dr H. BROUTELLE, par P. RABIER. une plaquette, édit. *Art médical*, 1928.
INFRA-SONS EN THÉRAPEUTIQUE, par L. MONER, Un vol., édit. du *Médecin français*, 1928.
INTRADERMO-RÉACTION CHOLESTÉRINÉE DANS LES MALADIES PRÉCIPITANTES, par G. LEMOINE. *Revue moderne de médecine et d e chirurgie*, n° 4, avril 1928 (paru juin).

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 21, 20 mai.
JOURNÉES MÉDICALES MAROCAINES, par Ch. SCHMITT. *Concours médical*, n° 23, 3 juin 1928.

LABORATOIRES MÉDICAUX (Leur misère), (Chronique : La parente pauvre), par H. BOUQUET. *Vie moderne*, n° 9, 10 mai 1928.
LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN (Savoir, prévoir), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 23, 3 juin 1928.

MAISON DU MÉDECIN, par R. MOLINÉRY. *Médecine internationale illustrée*, n° 5, mai 1928.
MÉDECINE EN ALLEMAGNE AU XVIe SIÈCLE. (Le docteur Til Ulespiègle), par Albert GARRIGUES. *Vox medica*, n° 3, 20 juin 1928.
MÉDECINS DE CAMPAGNE, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 26, 24 juin 1928.
MÉNINGITE ACÉTONÉMIQUE, par J. MINET. *Nord médical*, n° 678, 15 mai 1928.

ŒDÈMES CHIRURGICAUX, par R. LERICHE. Société de Chirurgie de Paris, 19 juin 1928.
ONANISME CHEZ L'ENFANT, par R. CRUCHET. *Biologie médicale*, n° 3, mars 1928.
ORDRE DES MÉDECINS, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 25, 17 juin 1928.

PRIMEVÈRES (Chronique de printemps), par M. TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, 1er mai 1928.

Rat (La question du), par A. LOIR. *Archiv. méd.-chir. de Normandie*, n° 52, avril.
RENDU AQUARELLISTE (Le Dr Henri), par P. RABIER. *Art médical*, n° 59, 31 mai 1928.
RETICULUM (Exposé critique des nouvelles recherches de Mallory et Parker sur le), par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 20, 13 mai 1928
RÊVES (Le traité des songes d'Artémidore), par Albert GARRIGUES. *Concours médical*, n° 25, 17 juin 1928.
RHUMATISMES CHRONIQUES (Traitement des grands syndromes du), par L. MONER, *Le Médecin français*, n° 10, 15 mai 1928.

SASSAFRAS (Essence de) comme antispasmodique, par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 44, 2 juin 1928.
SECRET PARA-MÉDICAL, par P. RABIER. *Union médicale*, mai 1928.
SECRET POROFESSIONNEL, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 26, 24 juin 1928.
SPASMES VASCULAIRES ET ACCIDENTS NERVEUX, par M. FAURE. IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie, Marseiille, 26 mai 1928.
SPÉCIALISTES (Situation juridique des médecins), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 23, 3 juin 1928.
STATIONS THERMALES (Honoraires des médecins), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 24, 10 juin 1928.
STATISTIQUES EN MÉDECINE ET EN BIOLOGIE, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 20, 13 mai 1928.
SURRÉNALES (Insuffisance aiguë dans la fièvre typhoïde), par A. RAYBAUD, fils, *Marseille médical*, n° 10, 5 avril 1928.

THÉRAPEUTIQUE (Scatothérapie, Cocktailthérapie) par P. RABIER, dans ses *Feuillets d'Agenda*. *Union mécale*, mai 1928.
THERMALISME ET CLIMATISME, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 22, 27 mai 1928.
TUBERCULOSE (La lutte contre la), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 25, 17 juin.
TUBERCULOSE ÉPIDIDYMAIRE, par J. SABRAZÈS. *Clinique et Laboratoire*, n° 6, 20 juin.

ULCÈRE CHRONIQUE SIMPLE DE LA VULVE (Maladie de Lipschütz), par Clément SIMON. *Bulletin médical*, n° 20, 12 mai 1928 et n° 26, 20 juin 1928.

VACCINOTHÉRAPIE CHEZ L'INDIVIDU AGÉ, par J. MINET *Journal de Thérapeutique français*, n° 5, mai 1928.
VÉRONIQUE COMPOSÉ (Apozème apéritif de), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 36, 5 mai 1928.
VUE ET INFRA-SONS, par L. MONER. *Le Médecin français*, n° 11, 1er juin 1928.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CHRONIQUE SYNDICALE

Un bilan désastreux d'après vacances. S. O. S.

Sonnerai-je une fois encore la cloche d'alarme? Lancerai-je derechef le signal de détresse S.O.S.? Le bilan des acquisitions du Corps médical et de ses pertes est assez peu brillant pour m'y engager, après deux mois de vacances.

J'écrivais, ici même, le 6 mai dernier :

« ... Parlant (à Carcassonne) de la loi sur les Assurances sociales, M. Poincaré s'exprima ainsi : « *Dès le mois de mai, le Gouvernement va consulter les chambres d'agriculture, les associations agricoles, les représentants de la Mutualité pour étudier avec eux les vœux dont il a été saisi et pour soumettre au Parlement les retouches qu'il y aurait lieu d'apporter à la loi.* »

« Ainsi donc, on causera avec les agriculteurs et leurs groupements, on causera aussi avec la Mutualité... Quant aux médecins, — il n'en fut pas dit le moindre mot, — c'est donc qu'on n'aura garde de prendre contact avec eux... Est-ce ainsi qu'il faut interpréter l'omission poincariste ? Prétendra-t-on que sa phrase fut, comme nos tarifs officiels, énonciative, et non limitative, qu'il y eut sans doute un « etc. » dans lequel nous trouverions notre place ? Ne serait-ce pas plutôt que les agricultuers, qui sont le nombre, et les mutualistes, qui font du volume, méritent d'être pris en considération, tandis qu'une vingtaine de mille médecins, c'est la quantité négligeable ? »

Hélas ! trois fois hélas ! C'est bien ainsi qu'il faut interpréter l'omission poincariste. Nous en avons la preuve dans les propos tenus à Cahors par l'actuel Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. J'en emprunte la substance à la Fédération des Syndicats médicaux de l'Aube :

« ... Il invita le président du Syndicat médical à informer les médecins du Lot, qu'il se refusait à entendre formuler des critiques contre les vices de rédaction de la loi, d'où qu'elles viennent. La loi est votée, elle sera appliquée. Il n'admettra de conversations qu'avec les personnalités ou groupements qui lui apporteront leur collaboration pour la réalisation d'une œuvre constructive... M. Loucheur affirme que la loi ne sera pas soumise à nouveau à l'examen du Parlement pour y faire apporter les modificatiovs qui s'imposent... Il insista sur son intention de refuser toute conversation avec les représentants du syndicalisme médical qui tendrait à une critique de la loi ou du règlement d'administration publique » (1).

Quelles réactions a jusqu'alors provoqué dans le corps médical organisé cette brutale déclaration ? Celle de la Fédération de l'Aube qui répond par cette menace : « Comme un vulgaire Syndicat de fonctionnaires, notre Confédération lui exprimera son refus de collaboration. Il n'aura pour lui que le gibier promis à l'Ordre des médecins ».

Nous n'en sommes pas encore là. En attendant, enregistrons cette perte d'avantage que nous subissons.

Et enregistrons en outre cette autre perte d'avantages : le décret du 17 août, publié *in extenso* dans le numéro du *Concours médical* du 16 septembre dernier. Ce décret, œuvre de M. Edouard Herriot, ministre de l'Instruction publique, donne aux étudiants étrangers qui postulent et aux médecins étrangers qui détiennent le *diplôme d'université* de docteur en médecine, d'infinies facilités pour sa transformation en *diplôme d'Etat.*

Encore que, malgré la loi, nombreux sont les diplômés d'Université qui trouvent le moyen d'exercer en France ; — nous en avons connu un qui fut inscrit sur la liste départementale par sa

(1) J'apprends en dernière heure que le langage du Ministre n'aurait pas été rapporté avec toute l'exactitude désirable et que, notamment, il n'aurait pas dit que la loi ne serait pas de nouveau soumise au Parlement. Les dispositions du Ministre, et même du Gouvernement tout entier, envers le corps médical, n'en demeurent pas moins assez peu bienveillantes. Comparez les paroles de M. Loucheur à Cahors, avec celles qu'il adressa il y a quelques jours, à Cormeilles-en-Parisis, à une Mutualité.

G. D.

Préfecture, et qui réussit à vendre sa clientèle, — voici donc pour eux la porte, qui était à peine entrebâillée, ouverte pour ainsi dire à deux battants. Je serai curieux de savoir combien de ces ... horsins seront venus, dans un an, grossir le nombre des médecins exerçant régulièrement, et que l'on s'accorde cependant à trouver trop élevé déjà.

En regard des pertes d'avantages subies par nous, voyons les points marqués par ceux que nous avons le droit de considérer comme nos adversaires.

La première pierre de la Maison de la Mutualité vient d'être posée à Paris, et nous savons que cet édifice abritera un service médical parfaitement compris : salles de consultations, clinique, laboratoires, etc.

Notre excellent confrère Maffre m'écrit il y a quelques semaines :

« Le langage de Loucheur à Cahors traduit tout simplement l'état d'esprit des Ministres à la suite des interventions pressantes des Mutualistes depuis le vote de la loi. *On ne veut pas de l'habilitation des Syndicats médicaux par la Confédération Nationale, et on affiche ouvertement la prétention de traiter avec les Syndicats constitués pour les bosoins de la cause, sinon avec les médecins isolés.* J'ai entendu formuler ça brutalement au Congrès mutualiste qui groupait en juin 400 délégués à Jarnac ».

La Mutualité s'organise pour assurer, en ce qui la concerne, le fonctionnement de la loi. D'autres associations font de même. Témoin la *Fédération nationale catholique*, présidée par le général de Castelnau, qui répand un bulletin : *Le point de direction,* dans le nº 19 duquel nous pouvons lire :

« .... Il s'agit (pour les Comités diocésains) de constituer de semblables Caisses primaires, dans chaque département, non pas pour demeurer entre nous, mais pour attirer à nous par un meilleur esprit fraternel, par une gestion aussi hautement compétente que scrupuleusement consciencieuse et par une organisation mieux conçue, ceux qui ont quelque souci de l'ordre social et surtout du mieux être des humbles

« Pour atteindre ce but, la première condition est d'avoir des adhérents nombreux... Il faut apprendre à tous que la loi sur les Assurances sociales est d'inspiration chrétienne, que les catholiques n'ont cessé de la réclamer depuis qu'Albert de Mun en déposait le premier projet à la Chambre, il y a quarante ans... »

Ainsi donc, notez-le en passant, cette loi qu'on nous a présentée en certains lieux comme venant d'Allemagne, les catholiques en revendiquent la paternité du principe.

Les Assurances sociales sont, il faut bien le reconnaître, d'ordre international. Les préoccupations qu'elles suscitent se retrouvent dans toutes les nations de l'Europe occidentale. C'est ainsi qu'à Vienne, vient de se tenir une conférence au cours de laquelle fut étudiée l'action de la caisse-maladie dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie. L'une des conclusions de cette étude demande que les institutions d'assurances puissent disposer de *médecins dument instruits en médecine sociale.*

Inutile d'ajouter que la France y était représentée par un délégué, M. André, qui invita les fédérations des diverses nations présentes ou représentées à agir puissamment auprès de leurs Parlements respectifs pour obtenir la mise en harmonie de la législation avec les vœux exprimés et les résolutions votées.

***

Et maintenant, qu'allons-nous opposer à ces volontés convergentes de mise en application des Assurances sociales, telles que la loi les a codifiées, sans tenir compte de nos desiderata ?

Ah ! de grâce, cessons d'être des gens à courte vue. Ne perdons plus notre temps à discuter les mérites et les inconvénients des Assurances sociales. L'heure n'est plus à ces controverses. La loi existe ; trop de personnes sont intéressées à son fonctionnement pour qu'elle ne soit pas mise en pratique. Cela n'ira sans doute pas sans heurts, sans à-coups, sans difficultés de tout ordre. Mais, vaille que vaille, la machine fonctionnera ; ses grincements, ses pannes, tout ce que révèle l'expérience dans un domaine encore inexploré, serviront d'enseignement. Des amendements seront introduits dans ses organes ; des adaptations ; de meilleurs aménagements..... Elle marche dans la majorité des nations européennes. Pourquoi voudriez-vous qu'il en soit autrement en France, au bout d'un certain temps ??? Il faut voir les choses comme elles sont et non comme nous souhaiterions qu'elles fussent.

Cessons d'être des gens à courte vue, je le répète. Et examinons comment nous allons nous organiser à notre tour, obtenir que amendements, améliorations, adaptations, soient effectuées le plus tôt possible selon nos désirs, en accord avec notre souci du bien public . Pour nous organiser, il faut que notre syndicalisme soit fort. Pour qu'il soit fort, il faut que ses adeptes soient animés d'un esprit ardent, combatif, prompt à la mise en œuvre intégrale des décisions prises, après qu'elles auront été suffisamment méditées et étudiées.

Cela est-il possible ? En certaines régions, oui. Je présume que le Syndicalisme de l'Aube est assez fort pour mener la lutte sur le terrain où

sa Fédération entend la placer. Mais ailleurs ? Lisez donc cette lettre découragée que m'adresse un confrère relativement jeune.

Mon cher confrère,

Vous menez dans le *Concours* le bon combat en faveur de l'action syndicale et, ce faisant, vous avez l'approbation de beaucoup : la mienne notamment. Le jour où nos Syndicats marcheront bien, nous serons forts et pourrons lutter.

Mais ce jour viendra-t-il ? Vous signalez qu'une réunion syndicale n'arrive à grouper qu'un dixième de ses membres et vous vous en étonnez. Voulez-vous me permettre de vous raconter brièvement l'évolution de mes idées ? ... Vous aurez l'étonnement moins facile.

Je me suis installé dans mon poste après la guerre, et j'y vis en très bonne intelligence avec mon confrère. Fervent adepte des principes syndicalistes, je me suis fait inscrire au syndicat de mon arrondissement et j'ai déployé tous mes efforts pour assister à toutes les réunions. Or, qu'ai-je constaté ? — Notre syndicat se réunit environ une fois tous les deux ans ! — Les médecins de campagne y sont généralement invités (quand ils le sont) la veille ou le matin de la réunion, et celle-ci a parfois lieu en semaine, le soir.

De ce qui précède, il résulte que généralement seuls assistent à ces réunions les médecins de la ville, car j'oubliais de vous dire que contrairement à l'usage à peu près général, les réunions ont toujours lieu dans la même ville : il y a pourtant dans notre arrondissement une autre ville importante.

On ne parle jamais de grands principes syndicaux, mais toujours d'une ou deux petites histoires locales, irritantes, et qui, somme toute, n'intéressent guère que deux ou trois membres.

Je n'ai jamais vu l'assemblée voter ou décider quelque chose : on se sépare toujours dans le vague de discussions sans fin. Ce qui n'empêche pas le secrétaire (toujours le même : il n'y a donc pas d'élections prévues aux statuts ?) de faire paraître dans la presse corporative de brillants comptes rendus. Nous apprenons ainsi, à notre stupéfaction, que « le Syndicat réuni tel jour à décidé que... »

A la première réunion à laquelle j'assistai, je fus bien étonné de ne point voir de médecins des campagnes voisines. Je sais maintenant pourquoi : On va deux ou trois fois à des réunions analogues dans l'espoir qu'un jour peut-être il en sortira quelque chose. Et puis, on se lasse, on regrette de perdre son temps, son essence et ses clients pour entendre des gens procéder au sabotage des principes syndicalistes.

Inutile, mon cher confrère, de chercher mon nom sur la liste des membres présents à la prochaine réunion de notre Syndicat : vous ne l'y trouverez pas ; je n'ai pas de temps à perdre.

Je continue à croire à la force des groupements, à leur action, mais donnez-moi alors l'adresse d'un Syndicat qui marche et auquel je puisse adhérer.

Excusez-moi de vous donner tous ces détails ; peut-être vous suggéreront-ils d'utiles réflexions sur « le Syndicat tel qu'il est hélas trop souvent » et « sur ce qu'il pourrait et devrait être ». Et veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr C.

Cette lettre émane, je le répète, d'un médecin de la jeune génération. Il ne le cache pas, il est un fervent adepte du Syndicalisme ; il en attend d'utiles besognes, pour le bien de la collectivité médicale. Il est tout prêt à consentir les sacrifices qui s'imposent à tous ceux qui placent l'intérêt général au-dessus du particulier. Son zèle n'est pas douteux ; son temps est précieux. N'importe ! Il en consacrera ce qu'il faudra au travail syndical. Il ira à la ville toutes les fois qu'il y sera appelé... Tant de bonnes dispositions en pure perte ? N'y a-t-il pas vraiment de quoi perdre la foi et renoncer ???

Or, cet état d'esprit, ce n'est pas chez un isolé que je le découvre. Nombreux, parmi les jeunes, sont ceux qui pensent de même. Les uns ont la franchise de le dire ; d'autres n'en soufflent mot, qui n'en sont pas moins aussi désenchantés...

Que vaut l'opinion des anciens, dont je suis, si les jeunes s'en désintéressant ? Ce sont eux qui constituent le gros de nos troupes. Que nous intervenions pour essayer de les guider, de les éclairer, au nom de l'expérience acquise. Ils n'en seront pas moins ceux qui mèneront l'action le jour où cela sera nécessaire.

L'heure est critique... Nos adversaires gagnent du terrain. Jusques à quand les laisserons-nous faire ? Combien de temps encore ne leur opposerons-nous d'autre force que d'inertie ?..

Resaisissons-nous. Négligeons les questions de détails. Voyons grand ; voyons de haut : hygiène, prophylaxie, hospitalisations, enseignement ; tout est appelé à subir de radicales transformations, sous la poussée de la loi. Préparons nous-mêmes ces transformations ; montrons que nous sommes capables de faire œuvre constructive. C'est à ce prix que nous jouerons le rôle qui nous appartient et que nous voulons jouer, et non celui qu'on voudrait nous imposer.

G. Duchesne.

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION

M. le Dr Cibrie rappelle, dans le *Concours médical* du 16 septembre, qu'il a fait en juillet dernier une proposition concernant le secrétaire général de la Confédération. J'ai pris la parole à ce propos et je voudrais exposer ma manière de voir.

La proposition de M. le Dr Cibrie comprend deux choses :

1° La nécessité de payer un haut salaire pour un pareil fonctionnaire, et,

2° L'attribution de cette fonction à un médecin n'exerçant pas et n'appartenant pas au Conseil.

a) Haut salaire. — Il y a longtemps que j'ai constaté que les Français avaient la déplorable habitude de mal payer leurs fonctionnaires.

Ayant été étudiant 7 mois en Angleterre et 6 mois en Allemagne, il y a une quarantaine d'années — hélas ! ceci n'est pas d'hier — j'ai pu observer qu'en Angleterre, les fonctionnaires étaient très bien payés. C'est à cause de cette habitude que le secrétaire général de la Société des Nations devant être Anglais, l'institution de Genève a fixé à un chiffre très élevé le salaire des employés, depuis le premier jusqu'au plus modeste.

Mon maître, le professeur Birch-Hirschfeld, dans l'Institut d'Anatomo-pathologie duquel j'ai travaillé à Leipzig, n'a jamais fait de clientèle et passait toute sa journée à enseigner, à préparer avec ses assistants son enseignement et à faire ses travaux originaux ; il gagnait 50.000 francs or ou 250.000 francs de notre monnaie actuelle.

La Foi qui n'agit point, est-ce une foi sincère ? a dit Racine dans Athalie. Aussi j'ai été le premier en France à créer un poste médical assez rétribué pour exiger du titulaire qu'il se consacrât uniquement à sa fonction. J'ai donné au Directeur du bureau d'hygiène du Havre 12.000 francs d'appointements, ce qui fait en monnaie actuelle 60.000 francs. Depuis, j'ai été imité ; on a créé des directeurs de bureaux d'hygiène, des inspecteurs départementaux, des médecins de dispensaires, de sanatorium et je ne sache pas qu'ils touchent 60.000 fr. J'ai prêché et agi.

Sur ce premier point, nous sommes d'accord. J'ajoute que les médecins syndiqués luttant pour obtenir une meilleure rémunération de leurs services, il serait immoral que notre Syndicat ne payât pas largement tous ses employés, ne leur donnât point le plus haut salaire de leur catégorie et ne leur assurât point les avantages sociaux : semaine anglaise, journée de huit heures, trois semaines de vacances payées.

b) Secrétaire général n'exerçant pas et n'appartenant pas au Conseil. — Là, je ne partage pas l'avis de M. Cibrie. Le Conseil, élu par ses confrères, choisit dans son sein un secrétaire. Ce secrétaire n'est pas un médecin de deuxième zone mais le fondé de pouvoirs représentant le Conseil, ayant reçu de son élection et de son choix toute l'autorité pour diriger, donner des ordres au secrétariat ; il doit être un médeci n praticien, exerçant, connaissant toutes les difficultés de la pratique, connaissant la répercussion des décisions prises sur la situation médicale. Sa fonction est de donner l'impulsion, les ordres, mais il est inutile qu'il soit astreint à des besognes matérielles ; il doit être secondé par un très bon secrétaire administratif. On doit lui donner une indemnité, mais cette indemnité doit être minime ; il ne faut pas que ce soit un appoint dans sa clientèle ; le Syndicat est l'adversaire des places fixes, il ne doit pas créer une place fixe pour son secrétaire. Voilà le vrai secrétaire général de direction.

A côté, on doit créer un poste de chef de service, de directeur du secrétariat, de secrétaire administratif, peu importe le titre. Celui-là doit consacrer tout son temps au syndicat, il doit avoir un haut salaire pour permettre un bon choix. Il doit avoir fait déjà une carrière dans une maison industrielle ou commerciale. Il doit connaître la technique moderne des bureaux, non pas d'Etat, mais du commerce libre, la comptabilité, les archives, l'anglais et l'allemand, la première langue étant parlée ou comprise dans la plus grande partie du monde, la seconde étant le langage d'un pays qui a une grande expérience des assurances sociales. Il n'est pas nécessaire qu'il soit docteur en médecine, en droit, ès lettres ou ès sciences, mais il doit savoir la pratique des affaires, un peu d'économie politique et de statistique.

Voici comment fonctionne le Secrétariat : le secrétaire du Conseil vient à son bureau, indique au Directeur l'ordre du jour du Conseil ou de Commission, le charge de se documenter sur les questions portées à l'ordre du jour, d'envoyer les convocations, de rédiger les circulaires. Le lendemain, le directeur soumet au fondé de pouvoirs, pour la signature, les circulaires, lui indique brièvement la documentation qu'il a réunie, ou les comptes-rendus des séances du Conseil ou des Commissions. Pour le bulletin, le Directeur rédige la partie officielle, met en ordre la documentation, les rapports des commissions, les décisions de ces commissions ou du conseil. En plus, le bulletin peut avoir une tribune libre pour ces syndiqués et pour éviter les polémiques, très rarement un membre du Conseil ou le secrétaire fait un article. Le bulletin doit être le *Journal officiel* de la Confédération ; dans celui de la République, on ne publie pas d'article du prési-

dent du Conseil, ni des ministres ; il doit en être de même pour notre bulletin.

En réalité, toute la besogne doit être faite par le directeur, et le secrétaire du Conseil n'a qu'à venir lire, signer et donner des ordres. Que ce fondé de pouvoir vienne une heure par jour, ou 5 à 6 heures par semaine ; alors une modeste indemnité suffit. Toute la besogne : comptabilité, budget, publicité du bulletin, doit être faite par le directeur, aidé de ses secrétaires, dactylo-sténographes. C'est comme cela que cela se passe dans les grandes administrations. Pour cela, nul besoin de savoir l'anatomie, la pathologie ou la thérapeutique, mais il faut connaître la technique ultra-moderne du commerce et les langues vivantes.

Robert SOREL.

USURPATION DE TITRE

1° Dentistes alsaciens s'intitulant médecins dentistes ; 2° Un docteur en philosophie, chirurgien dentiste peut-il s'intituler « Docteur X » ?

Les dentistes diplômés d'Alsace et de Lorraine (Zahnaerzte) peuvent-ils s'intituler non pas chirurgiens-dentistes, mais médecins-dentistes, faisant ainsi une traduction libre du titre universitaire allemand, dont ils sont titulaires ?

Peuvent-ils également se prévaloir d'une coutume d'Outre-Rhin, consistant à donner le titre de docteur à quiconque possède un diplôme de doctorat, autre que celui de médecine ?

Ainsi, un Zahnartz, docteur en philosophie, ou en théologie, par exemple (régime allemand) peut-il s'intituler « docteur N., médecin-dentiste » laissant ainsi supposer au public qu'il est réellement docteur en médecine ? Peut-on, dans cet ordre d'idées, bénéficier d'un droit acquis, alors que, sous le régime allemand, ce zahnartz pouvait se faire appeler Dr N., puisque docteur en philosophie ?

Si ces agissements sont répréhensibles, quels moyens légaux peut-on employer pour les faire cesser ?

Réponse.

La loi du 13 juillet 1921, puis, le décret du 5 juillet 1922, ratifié par la loi du 13 décembre 1924 ont accordé aux zahnaertze les mêmes droits que possèdent les chirurgiens-dentistes de l'intérieur.

La loi du 19 août 1927, en son article 3, décide que « les dentistes diplômés d'Etat » (Zahnaertze) visés dans la loi du 13 juillet 1921, prendront le titre de « chirurgien-dentiste ».

Mais cette dernière loi ne comporte aucune sanction pénale contre le zahnartz, qui se refuserait à prendre le titre de chirurgien-dentiste et continuerait à s'affubler de celui de « médecin-dentiste ».

Un syndicat local, ou un confrère lésé par cet état de choses, pourrait s'adresser au tribunal civil (et non pas au procureur de la République) pour obliger le délinquant à respecter la loi.

Le plaignant ferait valoir que le titre de médecin dentiste est un titre de pure invention, n'étant conféré par aucun diplôme, puisque le diplôme de zahnartz est transformé en celui de chirurgien dentiste, aux termes de la loi du 19 août 1927.

On pourrait donc soutenir que de pareils agissements laissent supposer à la clientèle qu'un médecin dentiste a le droit de soigner, le chirurgien dentiste étant plutôt fait pour opérer.

Il est à craindre que le tribunal civil ne demande des témoignages de clients, qui auraient eu à se plaindre de pareille confusion et ces témoins seraient peut-être bien difficiles à trouver.

Le syndicat des docteurs stomatologistes pourrait être qualifié pour poursuivre au civil, car le titre de médecin est souvent employé, dans le texte de la loi du 30 novembre 1892, comme synonyme du titre de docteur en médecine.

Le syndicat des stomatologistes pourrait arguer, devant les juges, que cette confusion volontaire, créée par l'usurpation du titre de médecin dentiste, constitue une concurrence illicite et déloyale, aboutissant à un détournement de clientèle, bien que les médecins ne soient pas des commerçants.

Ce sont matières bien neuves, et que répondrait le tribunal civil ?

Quant au tribunal correctionnel, il ne pourrait être saisi que si l'on considérait que cette usurpation du titre de médecin dentiste constitue un délit, visé par la loi du 26 mars 1924.

Un seul jugement existe en cette matière : il a été rendu le 3 mars 1927, par le tribunal correctionnel de la Seine, contre un non diplômé, qui s'était intitulé « médecin-dentiste ». Le tribunal a fait, pour la première fois, en ce qui concerne notre profession, l'application des pénalités de la loi du 26 mars 1924 et non de celles de la loi du 30 novembre 1892.

2° En ce qui concerne le port irrégulier du titre de docteur, lorsque ce grade a été obtenu, non en matière médicale, mais en sciences philosophiques, par exemple, la question est plus épineuse.

Lors de la discussion parlementaire sur la réforme de la législation concernant l'exercice de la médecine, on a reconnu que le titulaire d'un diplôme de doctorat, délivré par une Faculté de l'Etat, avait le droit de s'intituler « docteur » (*Journal officiel*, débats parlementaires, Chambre 20 mars 1891, p. 679.)

La jurisprudence a estimé, au début, que l'usurpation du seul titre de docteur, par quiconque exerce la médecine, était punissable (trib. correct. Seine, 25 mai 1895 ; cour de Rennes, 29 juillet 1896 ; cour de Paris, 14 mars 1899).

Mais un revirement s'est produit : ne serait répréhensible que l'usurpation du titre complet de docteur en médecine (cour de Paris, 16 janvier 1904).

La cour de Cassation n'a pas été appelée à trancher ce différend. Il serait intéressant de soumettre le cas à la cour suprême, surtout en s'appuyant sur les dispositions de la loi du 24 mars 1924.

Devant le tribunal correctionnel, il faudrait entraîner la conviction des juges à considérer que pour quiconque exerce la médecine, ou l'art dentaire, avec le titre d'officier de santé, ou de chirurgien dentiste, le fait de faire précéder son nom du titre de docteur, sans être docteur en médecine, constitue l'usurpation d'un titre régulièrement réglementé, car pareille appellation laisse supposer le diplôme de docteur en médecine, en vertu de l'usage qui s'est établi en France, à savoir que les termes « docteur » et « médecin » sont synonymes.

Mais, si l'on considère que la voie correctionnelle est délicate, on pourrait attaquer au civil comme dans le cas visé au nº 1 ci-dessus.

Mais alors faudrait-il fournir la preuve que ces appellations fantaisistes ont été de nature à tromper les clients, leur laissant accroire qu'ils avaient affaire à un véritable docteur en médecine, bien plus qualifié pour donner des soins pour les maladies de la bouche, des dents, ou même pour les affections générales, ou dépendant de ces dernières.

Que conseiller ?

Le syndicat des chirurgiens-dentistes, ou celui des médecins stomatologistes, ou les deux groupes conjointement, peuvent s'adresser au procureur de la République, près le tribunal du domicile du délinquant, pour prier ce magistrat de faire respecter la loi du 19 août 1927, qui, par son article 3, confère aux zahnaerzte le titre légal de « chirurgien dentiste » et non celui fantaisiste de « médecin dentiste ».

Si le procureur répond que ladite loi ne prévoit aucune pénalité, aucune sanction, le syndicat susvisé pourra demander au magistrat si la loi du 26 mars 1924 ne serait pas applicable.

Si le procureur se refusait à poursuivre, le syndicat pourrait décider s'il doit se porter partie civile, pour déclancher l'action répressive.

Il faudrait alors envisager la poursuite ultérieure du procès devant la juridiction d'appel et peut-être devant la cour de Cassation.

Ne voudrait-on pas employer la voie correctionnelle, qu'il faudrait s'adresser aux tribunaux civils et demander des dommages-intérêts, pour concurrence irrégulière, par l'emploi de titres fallacieux, destinés à tromper la clientèle et à la détourner des cabinets de ceux qui, possèdant le grade de docteur en médecine, peuvent se dire « Docteur A., *médecin*-dentiste. »

Mais, il faudrait vraisemblablement avoir un ou deux témoins, des clients, qui viendraient affirmer qu'ils ont été attirés par ces appellations fallacieuses et qu'ils croyaient se trouver en face d'un docteur, d'un médecin diplômé.

Comme la question est fort délicate, j'estime qu'elle mérite encore d'être étudiée par les groupes corporatifs compétents.

Dr Paul Boudin.

ETUDE SUR LA MORBIDITÉ DANS LE CORPS MÉDICAL EN FRANCE.

INTRODUCTION

En 1894, se fondait à Paris une Société de Secours Mutuels strictement professionnelle et corporative et dont le but était d'assurer aux médecins français qui en feraient partie une indemnité journalière de droit en cas d'incapacité de travail de cause pathologique quelconque.

Cette Société, dont nous allons résumer l'histoire tout à l'heure, possède aujourd'hui des archives déjà assez importantes pour nous avoir permis l'essai d'une étude statistique et critique sur la morbidité dans le Corps médical en France.

Evidemment, le travail qui va suivre n'a pas la prétention d'être ni définitif, ni même complet. Il ne porte que sur 2.200 dossiers environ ; il n'envisage que les maladies ayant duré plus de quatre jours et ayant obligé le médecin frappé à interrompre complètement l'exercice de sa profession ; en outre, par le jeu du recrutement des membres de la Société, sont éliminés d'avance tous les candidats d'une santé déjà plus ou moins

diminuée, soit qu'ils aient été refusés à l'entrée, soit aussi qu'ils n'aient pas osé affronter l'examen médical d'admission ; enfin, la période de participation aux avantages de la Société évoluant entre un âge d'entrée et un âge de sortie statutairement fixés, la présente étude n'envisage donc qu'une partie, la plus active et la plus intéressante, il est vrai, de la vie de ses membres.

Les données fatalement restreintes qui nous ont ainsi servi de matière expliquent pourquoi avec 2.210 dossiers de Sociétaires nous n'avons eu à tenir compte que de 4.190 cas de maladies. C'est réellement peu pour donner à une étude comme celle que nous entreprenons une valeur indiscutable. Aussi devons-nous tout de suite dire les raisons qui, malgré tout, nous ont encouragé à persévérer dans nos recherches et surtout à les publier.

Tout d'abord, nous avons pensé qu'après trente années de fonctionnement et après le sixième inventaire, il pouvait être intéressant de faire le point et de voir comment se comportait notre Mutualité vis-à-vis de la maladie ; même en admettant *à priori* le relativisme et l'à-peu près des conclusions où nous serions amené, il nous a semblé que notre travail allait préparer la voie aux recherches ultérieures et que nous devions au moins amorcer cette étude, ne serait-ce que pour faciliter la tâche de ceux qui seraient appelés à la continuer un jour, avec, cette fois, une mine de documents et d'éléments assez riche pour la mener à bien.

Et puis, à notre connaissance, aucune société de secours mutuels française n'a eu jusqu'à présent l'idée d'accumuler les pièces comptables et statistiques nécessaires à une pareille entreprise, de constituer les dossiers individuels où classer tous les renseignements cliniques recueillis, et à plus forte raison de rechercher quelles utiles conclusions elle pourrait tirer soit de son fonctionnement, soit de ses archives.

A ce point de vue, il y a longtemps que l'Etranger nous a devancés, et les actuaires français connaissent les travaux qui, tant en Allemagne qu'en Angleterre et en Amérique, ont permis d'établir les tables de morbidité sur lesquelles s'appuient chaque jour les services compétents de nos Compagnies d'assurances.

A ce propos, nous avons lu récemment un travail sur lequel nous croyons utile de nous arrêter un instant et qui a paru dans le *Progrès médical* du 21 avril 1928, sous la signature de M. G. Ichok. Se servant des documents accumulés par le Bureau International du Travail, l'auteur y commente les conclusions de nombreux travaux étrangers sur la maladie et la mort dans le Corps médical. Citons-en les passages qui nous intéressent plus particulièrement :

« ....Les chiffres permettant de se rendre compte de la situation spéciale du Corps médical (devant la maladie et la mort) ne sont pas assez complets ni assez détaillés pour qu'on puisse en déduire une donnée exacte et inattaquable. »

C'est ce que nous disions nous-même tout à l'heure, et c'est aussi ce qui légitime nos présentes recherches.

« Cependant une documentation récente instructive, réunie par le Bureau International du Travail, dans les fascicules consacrés à l'hygiène du travail, sous le titre « *Pathologie des médecins et des professions alliées* », met à même de se faire une idée approximative des ravages qu'exercent dans les milieux médicaux, le surmenage, les infections, et bien d'autres éléments de morbidité évitables ou non. L'expérience de l'année 1926 pour un grand nombre de Compagnies d'assurances américaines (vie et accidents), accuse un niveau de pertes relativement élevé en ce qui concerne les médecins... L'incapacité dite totale des médecins et des chirurgiens est de 36 % plus élevée que pour toutes les autres professions réunies..... Si l'on consulte également aux Etats-Unis d'Amérique les statistiques de mortalité, on y trouve confirmation du sentiment pessimiste qui se dégage des chiffres empruntés aux Compagnies d'assurances. .....Les maladies de l'appareil circulatoire sont à considérer comme les plus mortelles. Parmi les médecins, l'excès de mortalité dû aux maladies de cœur, ainsi qu'aux pneumonies, ne fait aucun doute. Par contre, on remarque que les chiffres sont relativement bas pour le cancer, la néphrite et la tuberculose pulmonaire. »

Nous verrons plus loin que notre enquête confirme absolument cette observation, surtout en ce qui concerne les affections du cœur et la tuberculose.

L'auteur passant en revue les opinions de Trueb, Hamel, Koelsch, Ramazzini, Lambert, Meyer, Bertillon, etc., ajoute :

«..... En Bavière, Kœlsch n'a relevé comme taux de morbidité que 1,92 % contre 3,07 % pour l'ensemble de la population..... La neurasthénie serait aussi une maladie assez commune et serait due surtout au travail pénible et fati-

gant du médecin, à la responsabilité grave à laquelle il ne peut se soustraire... »

Et l'auteur termine ainsi son article :

« Terminons la liste des états pathologiques par l'indication flatteuse de Bertillon qui a signalé la sobriété des médecins parisiens... L'éducation du médecin dans le cas de sa propre maladie reste encore à faire, car il est impossible d'avoir deux argumentations, l'une pour le malade imposant de la discipline, de la patience et de la persévérance, la deuxième, basée sur le scepticisme et l'imprévoyance, *ad suum proprium.* »

Nous ne pouvons que souscrire de tout notre cœur à cette dernière observation ; ne pouvant pas empêcher le médecin de devenir malade à son tour, du moins nous efforçons-nous de l'aider et de le soutenir pendant le temps de son incapacité de travail.

Quoi qu'il en soit, notre tentative d'aujourd'hui n'a pas la prétention d'égaler les travaux dont nous venons de parler ; notre but est plus modeste, étant données la pénurie, la pauvreté de notre documentation ; pourtant le geste valait d'être fait ; nous apportons notre modeste contribution aux recherches entreprises par ailleurs sur le même terrain ; nous montrons aux si nombreux secrétaires et archivistes de nos multiples sociétés mutuelles françaises une voie nouvelle ; nous ne demandons qu'à être imité.

Enfin, à tort ou à raison, nous avons cru que nos relevés, nos tableaux, nos graphiques et aussi nos commentaires pourraient être d'un certain intérêt, d'un intérêt certain, pourrions-nous dire, pour tous ceux qui s'occupent d'assurances, d'actuariat et surtout de mutualité. Cette sorte d'examen de conscience de notre Société pourra servir de guide précieux à tous ses administrateurs présents et à venir ; peut-être même nous ouvrira-t-il des vues nouvelles sur ce que nous pensions actuellement de la morbidité médicale et nous aidera-t-il à réformer certains préjugés.

Et, en nous plaçant à un point de vue plus élevé, qui sait si la science médicale elle-même ne pourra pas tirer de nos recherches et de celles qui nous suivront des déductions intéressantes, voire des connaissances nouvelles, non seulement en ce qui concerne la pathologie propre, mais surtout pour apprendre un peu mieux comment réagit en face de la maladie une collectivité aussi homogène que l'est le Corps médical français, tant à cause de sa formation professionnelle que de son rôle dans la société moderne ?

Pour toutes ces raisons, nous avons cru qu'il n'était pas inutile de mettre au point nos recherches et de les publier, malgré l'insuffisance de notre documentation et la relativité de nos conclusions. Mais avant d'aller plus loin, il nous semble nécessaire d'exposer ce qu'est la « Mutualité Familiale » du Corps médical français et comment elle fonctionne.

***

C'est en 1894 que le Dr Auguste Cézilly, fondateur et directeur du journal le *Concours Médical*, avec l'aide de ses collaborateurs, MM. les docteurs Gassot, Maurat et Jeanne, organisa et mit sur pied notre Société, qui porta d'abord le nom d' « Association Amicale des Médecins français pour l'indemnité-maladie ». Elle avait pour but de délivrer une indemnité quotidienne type de 10 francs du 5e au 65e jour de la maladie ou de l'accident et mensuelle de 100 francs du 66e jour à la terminaison, à tous ceux de ses membres qui seraient arrêtés dans l'exercice de leur profession pour une cause pathologique quelconque. On y entrait depuis l'âge de 25 ans jusqu'à celui de 65 ans ; mais la participation aux avantages de la Société cessait à cet âge. Sur la réclamation d'un certain nombre de ses membres, il fut décidé, six mois après la fondation, que l'indemnité pourrait être prorogée sans limite d'âge jusqu'à la mort du sociétaire, moyennant une surprime.

Au bout d'un an, la Société comptait 190 membres ; après dix ans d'exercice, 1.116 médecins étaient venus s'inscrire sur ses registres.

Mais à ce moment-là, le deuxième inventaire quinquennal montra que la combinaison « Vie entière » n'était pas à conserver. En effet, après 65 ans, il devient de plus en plus difficile de déterminer dans l'incapacité de travail, la part qui revient réellement à la maladie et celle qui dépend surtout de la vieillesse ; la Société supportait ainsi la charge d'un certain nombre de chroniques, plus vieillards que malades, et dont les cotisations étaient notoirement insuffisantes pour qu'on pût leur servir une indemnité qui devenait en réalité une véritable pension de retraite. On dut donc fermer cette combinaison, et la remplacer par une Caisse de retraites. Mais les membres de la Société inscrits à la combinaison fermée gardèrent tous leurs droits, et nous aurons à tenir compte de ce facteur au cours de notre travail.

Quelques années plus tard, la Société s'enrichit de deux combinaisons nouvelles, l'une assurant une pension viagère aux veuves et aux or-

phelins des sociétaires y adhérant, l'autre doublant la première caisse de retraites par une combinaison servant le premier arrérage à partir de 60 ans.

L'Association Amicale se trouva alors composée de cinq combinaisons distinctes, savoir :

La combinaison A, indemnité-maladie jusqu'à 65 ans ;

La combinaison B, indemnité-maladie jusqu'à la mort ;

La combinaison P, retraite à 60 ans ;

La combinaison R, retraite à 65 ans ;

La combinaison V, pension aux veuves au décès.

C'est alors qu'en 1911 notre Société prit le nom de « *Mutualité Familiale du Corps médical français* ».

A la fin de cette même année, elle comptait 1.800 membres ; à la veille de la guerre, son effectif atteignait le chiffre de deux mille membres, sans compter les décédés et les sortis dont les nouveaux adhérents avaient pris les numéros.

Nous n'avons pas à parler ici de la façon dont la Société supporta et traversa les années de la guerre, ni des modifications profondes qu'elle subit dans les années qui suivirent la paix pour s'adapter aux nouvelles conditions économiques. Nous n'envisagerons dans notre étude que la période d'exercice qui va du 1er janvier 1914 au 31 décembre 1923, soit trente années pleines pendant lesquelles (à quelques dix-huit mois près), fonctionna le service de la seule indemnité de 10 francs par jour. Cette période nous fournit 2.210 dossiers de sociétaires dont 1.531 ont été malades une ou plusieurs fois.

***

Telle est en quelques mots l'histoire de la Mutualité Familiale au cours des trente années d'exercice qui nous ont fourni les éléments de notre étude. Disons maintenant comment nous avons réuni, classé, compilé, analysé ces éléments, ne serait-ce que pour instruire et guider ceux qui voudraient suivre nos traces.

Tout d'abord, nous avons constitué autant de fiches que nous avions eu de membres inscrits à la date du 31 décembre 1923, et il s'en est trouvé 2.210 sur lesquelles nous avons porté pour chaque sociétaire son numéro d'ordre, son état civil de membre, tous les cas d'incapacité pathologique dont il fut victime, avec les dates, les durées, les diagnostics, les nombres de journées indemnisées, en discriminant les journées payées à 10 fr. c'est-à-dire les 60 premières, d'avec toutes celles qui suivaient jusqu'à guérison ou mort payées au taux de cent francs par mois, toutes les sommes versées soit au titre aigu (10 francs par jour), soit au titre chronique (100 francs par mois), toutes celles reçues au titre des cotisations, les observations nécessitées par les cas spéciaux, enfin les totaux des diverses colonnes ; toutes ces fiches furent ensuite classées par numéro d'ordre et par département dans autant de chemises spéciales sur lesquelles étaient reportées et totalisées les indications des fiches ; puis, nous avons réuni les chemises départementales en groupes régionaux correspondant à peu près aux anciennes provinces, ou mieux à des régions à caractère climatique bien déterminé ; pour chacune de ces régions, nous avons calculé le nombre de jours de participation des sociétaires y ayant vécu, le total des journées de maladie, celui des indemnités versées, celui des cotisations correspondantes ; enfin, nous avons calculé pour chaque région le rapport entre le nombre des adhérents et celui des malades et le rapport entre le nombre des journées de maladie et celui des journées de participation.

Comme le lecteur ne trouvera pas dans le cours de l'ouvrage l'utilisation de tous ces documents et qu'il pourrait se demander à quoi peut rimer un tel luxe de recherches, nous croyons utile d'exposer dès maintenant la raison d'une grosse lacune dans notre travail. Nous avions cru pouvoir y aborder dans une troisième partie l'étude de la distribution régionale des maladies ; nous avions pensé *à priori* que la pathologie pouvait sensiblement différer du Nord au Midi, de l'Est à l'Ouest, de la plaine à la montagne, de la ville à la campagne ; nous avions espéré déduire de nos documents quel rôle pouvait jouer le climat ou le régionalisme sur la pathologie dans le Corps médical en France ; or, avouons-le, nous avons été déçu ! Non pas que ce rôle soit nul, au contraire, ; mais si nos relevés montrent que cette influence existe réellement, les nombres de cas, les chiffres sur lesquels nous sommes obligé de nous appuyer pour développer cette thèse sont absolument insuffisants, et, dans plusieurs régions, il a suffi de deux ou trois cas mauvais fortuits pour faire croire que, si l'on s'en tenait au chiffre brutal, ces régions sont particulièrement malsaines, alors qu'il n'en est absolument rien.

Aussi, préférant le silence à toute interprétation aventurée, avons-nous pris le parti de laisser provisoirement de côté tout cet aspect de la question : *nos documents seront précieusement mis de côté, ils pourront servir plus tard à nos*

continuateurs quand le moment sera venu ; tout ce que nous pouvons en dire aujourd'hui , c'est que dans l'ensemble, la morbidité médicale se montre plus élevée dans les régions nord et ouest, influencées par le climat maritime de la Manche et de l'Océan, et plus basse dans le Centre et le Sud-Est, dans les pays de montagne. Et encore, ne donnons-nous cette impression que sous toutes réserves...

Tout ce travail préparatoire terminé, nous avons abordé l'examen des cas pathologiques proprement dits. Ici, s'est soulevé pour nous un problème délicat : comment allions-nous classer les maladies déclarées ? Quel ordre nosologique allions-nous choisir ? Grand fut notre embarras ; car les diagnostics qui nous étaient fournis n'étaient pas toujours d'une précision, d'une clarté, d'une rigueur scientifique telles que nous aurions pu les attendre de docteurs en médecine. Sans vouloir en rien critiquer la science et encore moins la sincérité de nos correspondants, nous sommes cependant amené, pour expliquer le classement parfois discutable que nous avons dû choisir, à faire remarquer que beaucoup de nos confrères, d'âges, d'écoles scientifiques, de formations professionnelles dissemblables, n'appelaient pas du même nom des manifestations cliniques qui nous apparaissaient comme pouvant être rangées dans un cadre nosologique commun. Et puis, beaucoup de praticiens français en sont restés aux conceptions scientifiques de leur jeunesse ; ils ne se sont pas encore habitués à la classification pathogénique de nos jeunes maîtres des Facultés, alors que plus d'un jeune confrère l'a adoptée ; aussi les déclarations de maladies que nous avons relevées manquent-elles totalement d'unité.

Pourtant, il nous fallait choisir : nous nous sommes arrêté à un plan qui, scientifiquement, pourra paraître discutable, mais qui, au point de vue de notre étude, nous a permis d'arriver au maximum possible de concision, d'exactitude et de clarté. Nous avons ainsi presque toujours respecté les habitudes acquises, et nous avons classé les maladies, tantôt par fonction, tantôt par organe, tantôt par parenté étiologique ou pathogénique, en cherchant à former des groupes de maladies présentant dans la pratique des caractères aussi rapprochés que possible ; cela nous a permis de ranger la foule de nos diagnostics en une trentaine de catégories, au lieu de trois ou quatre centaines de chapitres qu'il nous aurait fallu établir, si nous nous en étions tenu à la nomenclature fournie par nos dossiers.

Alors a commencé le dépouillement de toutes les fiches, chaque cas étant relevé par catégorie de maladie avec le nombre de jours d'incapacité et l'âge du malade, ses antécédents, la région où il exerce, etc., etc., et le tout servant de base à une courte revue sur la façon dont s'étaient comportés nos sociétaires en face de la maladie considérée.

L'établissement d'une telle documentation a demandé un temps fort long ; on ne s'étonnera donc pas que notre enquête ne paraisse qu'aujourd'hui alors qu'elle a été commencée aussitôt après la clôture de l'exercice de 1924 ; nous ne nous illusionnons pas sur le peu d'agrément que pourra en offrir la lecture ; rien n'est plus sec, plus aride que ce genre d'ouvrage où domine, qu'on le veuille ou non, l'affreuse statistique. Cependant, nous nous efforcerons de ne la faire paraître que le moins possible ; nous n'attacherons aux chiffres que l'importance qu'ils méritent ; nos pourcentages ne représenteront jamais que des indications générales dont nos actuaires pourront se servir avec fruit, mais dont la rigueur mathématique devra s'accommoder de la souplesse des faits cliniques considérés. Ce sera donc surtout la clinique qui nous guidera ; n'oublions pas que nous sommes avant tout un médecin qui va discuter de choses médicales.

***

Le plan de notre travail est simple ; en ajournant l'étude de l'influence des climats sur la morbidité chez le médecin, nous n'avons plus qu'à envisager les deux points suivants :

1° Le rôle des maladies ;

2° Le rôle des âges.

Nous avons donc d'abord étudié les différents groupes de maladies tels que nous les avons discriminés ; chaque groupe est examiné successivement, et chacun d'eux est résumé dans un court tableau donnant le nombre des malades, celui des cas de maladie, ceux des journées payées au tarif à 10 francs comme au tarif à 3 fr. 33, celui des décès, la durée moyenne des cas, enfin le coût de la maladie à la charge de la Caisse. L'ensemble permet de faire des comparaisons intéressantes entre les différents groupes de maladies, tant au point de vue corporatif et social qu'à celui des répercussions financières. Ce sera notre première partie.

Dans la seconde, nous verrons l'influence de l'âge sur la morbidité. L'âge auquel les sociétaires sont frappés présente en effet un intérêt de premier ordre, car il y a là une source de renseignements primordiaux. Non seulement, l'étio-

logie y trouve son compte, non seulement nous y verrons les oscillations de la résistance du sujet en face de la maladie, mais aussi et surtout nous y récolterons des indications précieuses pour tout ce qui intéresse les assurances et les mutualités ; toute la question des tarifs de primes et de cotisations, des limites d'âge d'entrée et d'admission, repose sur les conclusions tirées de cette partie de notre enquête.

***

Et maintenant, avant d'entrer dans l'analyse détaillée des documents que nous avons accumulés, il nous semble nécessaire de nous arrêter un instant sur quelques considéraitions générales qui déblayeront le terrain de la discussion et feront comprendre dès l'abord les raisons de certaines lacunes apparentes sur lesquelles nous n'aurons plus à revenir dans la suite.

L'étude que nous entreprenons n'est pas un inventaire. En ce qui concerne la Société Mutuelle qui a servi de base à notre travail, un véritable inventaire est dressé tous les cinq ans par un actuaire à qui le trésorier de la Société fournit tous les documents comptables et autres nécessaires et qui, après leur vérification, établit à un centime près, la situation financière de la Société.

L'étude qui va suivre n'a rien de commun avec un tel inventaire. Ainsi, chaque fois que la nécessité ne s'en est pas fait sentir, nous avons systématiquement renoncé à relever des totaux exacts et complets de colonnes de journées de maladie ou d'indemnités. Autant pour simplifier notre travail que pour en rendre la lecture moins fastidieuse, nous avons souvent arrondi les chiffres des indemnités à la centaine près, et nous l'avons fait avec d'autant moins de scrupule que ni nos courbes, ni nos conclusions n'en étaient nullement influencées. Aussi, le calculateur qui voudrait éplucher nos chiffres et les faire tous rigoureusement coïncider risquerait fort d'être déçu, et dès maintenant nous le prévenons de notre tactique.

D'ailleurs, une autre raison nous a fait agir ainsi : c'est avec nos documents du Secrétariat général et non avec ceux de la Trésorerie que nous avons travaillé ; ces derniers auraient considérablement mais tout à fait inutilement compliqué nos recherches ; en effet, par exemple, les indemnités appelées « de chronicité » sont comptées soit à 100 francs par mois, quand le mois est complet, soit à 3 fr. 33 par jour, quand il y a moins d'un mois à payer ; et si la différence paraît minime au premier abord, elle arrive à prendre une certaine importance sur de gros chiffres.

D'autre part, les sommes réellement payées ne correspondent pas toujours aux nombres de journées d'invalidité, parce que dans une Mutualité, il y a des cas statutaires où certains sociétaires peuvent subir des retenues ou des amendes qui influencent les comptes, mais n'ont rien à voir avec la morbidité.

Pour toutes ces raisons et pour d'autres encore sur lesquelles il me paraît superflu d'insister, nous avons estimé qu'un travail sur la morbidité devait s'inspirer beaucoup plus de la variété des renseignements cliniques que de la rigidité des chiffres. Dans ces conditions, et ces réserves faites, nous osons espérer qu'on ne nous cherchera pas chicane sur la relativité de nos chiffres ; ce n'est pas leur précision rigoureuse à un franc près ou à un jour près qui importe ici, c'est la vision générale des faits, et surtout l'allure de nos graphiques.

On pourrait s'étonner du nombre de cas relativement grand où nous avons manqué de diagnostics ; nous devons ici en donner les raisons diverses.

D'abord, pendant les premières années de fonctionnement de la Mutualité familiale, on avait négligé au Secrétariat de relever régulièrement les diagnostics fournis par les malades et même de leur demander la nature de l'affection qui les arrêtait. Ajoutons que quelques sociétaires ont cru parfois nécessaire de se taire sur ce point délicat par un sentiment de discrétion assez compréhensible.

D'autre part, nous avons appris la mort d'un certain nombre des nôtres avant leur maladie, soit que ladite mort ait été subite ou très rapide, soit que les familles aient ignoré leurs droits vis-à-vis de la Société ; quoi qu'il en soit, nous avons dû les compter et les classer comme cas de malades sans diagnostics, chaque fois que des renseignements précis nous ont fait défaut.

On remarquera aussi que parmi nos groupes pathologiques, il manque la syphilis. Son rôle est pourtant assez grand pour ne pas être négligé. Mais, est-ce parce que cette diathèse est éliminatoire à l'entrée. est-ce parce que les médecins ne se contagionnent plus après 25 ans, ce qui serait en faveur de leurs bonnes mœurs, est-ce plutôt parce que les diagnostics fournis ne tiennent pas compte de la pathogénie profonde des phénomènes observés ? Toujours est-il que jamais nous n'avons un seul diagnostic de syphilis. Et pourtant, tel cas de tabès, de paralysie générale, d'amaurose, etc., etc., ne peuvent laisser aucun

doute. Malgré tout, nous n'avons pas cru devoir opérer à ce sujet un classement spécial basé sur de simples probabilités ou des interprétations des faits qui nous étaient personnelles, et nous nous sommes contenté de classer ces cas suspects dans le cadre du diagnostic symptomatique déclaré. Notons donc ici, une fois pour toutes, qu'une bonne partie des cas d'affections organiques du cœur, des vaisseaux, du système nerveux, des yeux, etc., doivent être considérés comme relevant d'une syphilis probable ; la syphilis reste dans la coulisse, mais elle est bien là.

Il faudrait en dire autant des gonococcies. Le dépouillement de nos 2.210 fiches ne nous a pas permis de relever un seul cas de cette infection. Ce serait à croire que tous nos sociétaires se sont donné le mot pour échapper à cet accident pourtant assez banal. Croyons plutôt que l'aveu de ce diagnostic répugne à nos confrères encore plus peut-être que celui de la syphilis ; ce qui nous le fait observer, c'est que, dans les dossiers de candidature nous trouvons quelquefois aux antécédents une déclaration de syphilis, mais jamais une déclaration de blennorrhagie. Il n'est pas cependant téméraire de supposer que certains cas d'uréthrites, de cystites, d'orchites, voire même de rhumatismes, ont eu pour cause première une infection gonococcique. Notons-le pour le principe, et pour ne pas passer sous silence une cause aussi fréquente de maladie.

Nous avons eu également l'impression que, dans plus d'un cas, la notion de tuberculose était dissimulée, ainsi que celle de cancer. Mais ici il faut, croyons-nous, en incriminer surtout la délicatesse, la charité, la discrétion du médecin examinateur qui veut laisser son malade dans l'ignorance de la gravité de son cas. Il faudra donc considérer que nos conclusions au sujet de ces deux diathèses sont plutôt au-dessous de la vérité.

En revanche, le diagnostic « grippe » nous a paru plus d'une fois voiler l'ignorance dans laquelle on était d'un diagnostic plus précis ; certains cas qui ont évolué vers une bacillose, une fièvre typhoïde, une cardiopathie, avaient débuté avec une apparence grippale et nous étaient déclarés comme grippe. Aussi, devons-nous dès maintenant considérer que nos chiffres concernant cette maladie sont un maximum.

Faisons enfin observer l'intime parenté existant entre certaines cardiopathies et bon nombre de maladies des reins ou des centres nerveux. Sous cette réserve, nous les avons classés avec l'étiquette qui nous a été fournie.

***

Telles sont les observations préliminaires que nous voulions faire avant d'entrer dans le vif de notre sujet.

Mais nous ne voulons pas clore cette introduction, sans remercier ici ceux qui nous ont aidé de leurs judicieux conseils : le docteur A. Gassot, trésorier de la Société, qui fut notre guide journalier et notre collaborateur de tous les instants ; M. Fleury, sous-directeur de la Compagnie « l'Union », et actuaire de la Mutualité Familiale depuis 28 ans, qui a contrôlé nos enquêtes et nos calculs et a laissé filtrer beaucoup du sien dans notre travail ; le docteur J. Noir, rédacteur en chef du *Concours médical*, qui fut l'inspirateur, le véritable initiateur de notre étude.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre bien sincère gratitude.

(A suivre.)

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1927.

Mesdames et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'exercice 1927.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 5.119 : ce nombre va régulièrement croissant chaque année, mais la progression serait beaucoup plus rapide si nous ne perdions de nombreux sociétaires par décès, par démission ou par disparition. Quoi qu'il en soit, la situation, à ce point de vue est absolument satisfaisante.

I. CAISSE GÉNÉRALE

1° Recettes

Les recettes de l'exercice 1927 se sont élevées à 219.999,52, savoir :

Cotisations	205.235 »
Intérêts	5.790 37
Recouvrements et rappels	6.513 35
Remboursements d'indemnités	1.195 80
A reporter	218.734 52

Report	218.734 52
Dons des sociétaires	765 »
Don de la Reine de Vals	500 »
Total	219.999 52

2° Dépenses

Les dépenses se sont élevées à 204.166 fr. 50, savoir :

Frais d'installation	1.600 »
Frais généraux	23.808 60
Frais de réunions	10.275 »
Secrétariat général	10.846 80
Service des tarifs	3.000 »
Service fiscal	1.000 »
Service médico-militaire	500 »
Service contentieux et judiciaire	106.617 10
Frais de propagande	5.475 »
	163.122 50
Pour ordre :	
Versement à la Caisse de garantie	41.044 »
Total	204.166 50

3° Balance

Avoir général au 31 décembre 1926	137.083 23	357.082 75
Recettes de l'année 1927	219.999 52	
Dépenses de l'année 1927		204.166 50
Reste avoir		152.916 25

Représentés par :

1° Portefeuille: valeur de 1926	56.410 05	25.230 05
moins réalisations	31.180 »	
plus achats de 1927		79.513 45
		104.743 50
2° Espèces à la Société générale	53.485 28	48.172 75
moins dû au trésorier	5.312 53	
Total égal		152.916 25

4° Portefeuille de la Caisse générale

600 fr. Rente Française 6 %	10.000 »
20 Bons du Trésors 6 % 1923	9.850 »
13 Obligations Chemin de fer P. L. M. 2,5 %	5.380 05
100 Obligations 6 % Groupement de l'Industrie sucrière 1922	46.712 30
50 Obligations 6 % Groupement de la Grosse métallurgie 1921	23.301 15
10 Bons de la Défense Nationale de 1.000 fr. à un an	9.500 »
Total	104.743 50

II. CAISSE DE GARANTIE

1° Recettes

Les recettes se sont élevées à 55.459 fr. 90, savoir :

Cotisations	41.044
Intérêts	12.097 10
Remboursement d'indemnité	2.000
Boni sur remboursements de valeur	318 80
	55.459 90

2° Dépenses

Les dépenses se sont élevées à 18.926 fr. 85, savoir :

Indemnités à des sociétaires	18.800 »
Frais de banque	126 85
	18.926 85

3° Balance

Avoir général au 31 décembre 1926	238.025 53	293.485 43
Recettes de l'année 1927	55.459 90	
Dépenses de l'année 1927		18.926 85
Reste avoir		274.558 58

représentés par :

1° Portefeuille : valeur de 1926		185.784 21	79.685 57
moins : réalisations	95.800 »	106.098 64	
et remboursements	10.298 64		
plus achats de 1927			150.967 70
			230.653 27
2° Espèces à la Société générale		43.109 01	43.905 31
Espèces en caisse		796 30	
Total égal			274.558 58

4° Portefeuille de la Caisse de garantie

450 fr. Rente Française 5 %	7.861 25
1 Obligation du Trésor, décennale 1919-1929	7.873 40
20 Obligations Chemin de fer de l'Ouest, 3 % anciennes	7.714 65
10 Obligations Chemin de fer de l'Ouest, 3 % nouvelles	4.069 95
9 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes	3.137 82
12 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles	4.826 75
18 Obligations Chemin de fer du Dauphiné 3 %	7.834 93
21 Obligations Chemin de fer de l'Ouest Algérien 3 %	9.075 87
40 Obligations Chemin de fer du Maroc 6 %	19.000 »
10 Obligations Gouv. gén. de Madagascar	4.637 50
20 Obligations 6 % Groupement de la grosse métallurgie 1922	6.771 »

50 Obligations 6 % Groupement de l'Industrie textile	22.335 15
50 Bons de la Défense Nationale de 1.000 fr. à un an	47.515 »
88 Bons de la Défense Nationale de 1.000 fr. à deux ans	78.000 »
Total	230.653 27

Vous voyez, Messieurs, que la situation financière du « Sou médical » est excellente, cependant mon devoir est de vous faire remarquer que la Caisse Auxiliaire a dû délivrer des indemnités très sensiblement plus élevées que par le passé et que la chose va se reproduire pour l'exercice 1928. Les tribunaux, si indulgents lorsqu'il s'agit de l'exercice illégal, en sont pas tendres pour le Corps médical.

Je dois vous signaler encore que les frais de justice avec l'enregistrement, les doubles décimes et autres fioritures deviennent de plus en plus élevés, ce qui ne vous surprendra pas puisque, en France, la justice est rendue gratuitement.

Pour ces diverses raisons, je ne puis que me ranger à l'avis d'une augmentation modérée de la cotisation annuelle.

Le Trésorier,

A. GASSOT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Nécrologie.** — M. le Dr SETBON, de Nice. — M. le Dr FLEURY, directeur honoraire du Bureau d'hygiène de Saint-Etienne. — M. le Dr J.-B. BRUN, de Saint-Martin-de-Valamas. — M. le Dr W. MESTREZAT, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Jean CHARRASSE, de Mazan (Vaucluse).

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastro-entérologie.* — Du 22 au 30 octobre, M. Félix Ramond, assisté deMM. Charles Jacquelin, Zizine, Delalande, fera dans son service une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations radiologiques et des travaux pratiques accompagneront ces conférences.

Programme du cours. — 22 octobre : Les gastrites. Gastrites aiguës et chroniques. Gastrites totales et dissociées. — 23 octobre : L'ulcère de l'estomac. Ulcères du pylore. Ulcères de la petite courbure. Ulcères des faces. — 24 octobre : Le cancer de l'estomac. Le cancer primitif. L'ulcéro-cancer. La linite. Les lésions tuberculeuses et syphilitiques de l'estomac. — 25 octobre : L'ulcère du duodénum et les autres affections du duodénum, les périduodénites, les diverticules du duodénum, les sténoses duodénales. — 26 octobre : L'atonie gastrique. Atonies totales et segmentaires. Les spasmes gastriques. Spasme total, spasmes dissociés, spasmes sphinctériens. La dyspepsie biliaire et les autres dyspepsies secondaires. L'épreuve de Meltzer-Lyon. — 27 octobre : Les aérogastries. Aérogastrie essentielle et aérogastrie symptomatique. Les aérocolies et les déformations gastriques d'origine colique. Eventrations, hernies et volvulus de l'estomac. — 29 octobre : Sténoses de l'estomac. Les autres formes de dilatation gastrique ; dilatations aiguës et chroniques, totales et segmentaires. Biloculation. Ptose, ptose vraie, allongement, dislocation. — 30 octobre : régimes et médications gastriques. Indications du traitement chirurgical.

Démonstrations radiologiques et travaux pratiques. — 1. Etude radiologique de l'estomac normal. — 2. Les signes radiologiques directs et indirects de l'estomac ulcéreux. — 3. Les diverses images radiologiques du cancer de l'estomac. — 4 Les déformations du bulbe dans l'ulcère et la périduodénite. — 5. Les déformations de l'image gastrique par spasme, par atonie, par aérocolie, par éventration du diaphragme. — 6. L'estomac dilaté et l'estomac allongé. — 7. Tubage gatsrique. Examen du suc gastrique par la méthode de Linossier. Tubages fractionnés. Pratique de la recherche du pH. Epreuve à l'histamine. — 8. Tubage duodénal. Pratique de l'épreuve de Meltzer-Lyon et étude chimique, cytologique et bactériologique des biles. — 9. Examens coprologiques utiles au diagnostic des dyspepsies. — 10. Tonométrie (docteur Gaultier).

Les conférences auront lieu tous les matins à 9 h. Elles sont gratuites.

Pour les examens radiologiques et travaux pratiques qui auront lieu après chaque conférence, verser un droit de 250 fr. et s'inscrire en raison du nombre limité des places, soit à la Faculté de médecine, salle Béclard au siège de l'A. D. R. M., soit à l'hôpital Saint-Antoine salle Lorain, auprès de la Surveillante générale du service.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

— **Journées médicales de Bordeaux** (4-8 novembre 1928). *Clinique universitaire de chirurgie infantile et d'orthopédie.* — A l'occasion des Journées médicales de Bordeaux, le professeur ROCHER fera, chaque matin, dès 8 heures, dans son service à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, une série de conférences, de démonstrations cliniques et opératoires, consacrées :

Le lundi 5 novembre : *à la chirurgie infantile.* Technique personnelle de l'ectopie testiculaire. Opération de bec-de-lièvre, de fissure palatine. Hypospadias, hernie du nourrisson.

Le mardi 6 novembre : *au traitement de la tuberculose osseuse et articulaire* (Mal de Pott et tumeur blanche). Lecture de radiographies. Présentation de malades guéris ou en traitement. Application d'appareils plâtrés. Le lavage à l'eau chaude à 60 degrés dans les collections tuberculeuses (technique personnelle).

Le mercredi 7 novembre : *à la chirurgie orthopédique et au traitement de la luxation congénitale de la hanche.* Technique personnelle de réduction. Présentation d'enfants guéris ou en traitement. Ostéoplastie cotyloïdienne de contention. Le traitement de la paralysie

infantile et du rachitisme. Présentation de difformités des membres.

Les médecins qui désirent suivre les démonstrations cliniques et opératoires, sont priés de s'inscrire (inscription gratuite) auprès de M. Malaplate, interne du service, hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, Bordeaux.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Un cours pratique et complet de vénéréologie sera fait du 29 octobre au 24 novembre 1928, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de : MM. Sicard, professeur de pathologie médicale : Nicolas, Favre, professeurs à la Faculté de Lyon ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur ; Hudelo, Milian, Lortat-Jacob, Louste, A. Léri, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Lian, Sézary, J. Hutinel, Chevassu, Beitz-Boyer, Lemaître, agrégés ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Darré, Pinard, Tixier, Touraine, P. Chevallier, médecins des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Tenon ; Barbe, médecin aliéniste des hôpitaux ; Burnier, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Schulmann, ancien chef de clinique ; Barthélemy, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté : M. Fernet, médecin adjoint de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 29 octobre au samedi 24 novembre 1928, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections,de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réaction de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (55 leçons). — M. Gougerot : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution. — M. Levaditi : Le tréponème. — Mlle Eliascheff : Recherche du tréponème. — M. Gougerot : Sérologie de la syphilis. — M. Sézary : Ponction lombaire. Etude du liquide céphalo-rachidien. — M. Levaditi : Syphilis expérimentale. — M. Milian : Chancres syphilitiques. Chancre mou. — M. Hudelo : Roséole. Syphilis secondaire papuleuse. — M. Chevalier : Plaques muqueuses. Alopécie. Onyxis. Syphilis pigmentaire. — MM. Nicolas et Favre : Ulcère vénérien adénogène. — M. Burnier : Syphilis maligne précoce. — M. Chevallier : Méningites syphilitiques. — Mlle Eliascheff : Anatomie pathologique et histologie de la syphilis. — M. Burnier : Syphilis tertiaire cutanée muqueuse. Phagédénisme. — M. Milian : Leucoplasie. — M. Louste : Syphilis rénale, testiculaire, ovarienne. — M. Louste : Syphilis du foie et de la rate. — M. Pinard : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection et super-infection. — M . Gougerot : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infection. — M. Léri : Syphilis osseuse héréditaire ; atrophies musculaires syphilitiques. — M. Fernet : Syphilis et tuberculose viscérale. — M. Hutinel : Poumon. Médiastin. — M. Louste : Syphilis ostéo-articulaire. — M. Lian : Syphilis du cœur et des vaisseaux. — MM. Barthélémy et Schulmann : Syphilis des glandes endocrines. — M Lortat-Jacob : Syphilis médullaire et cérébrale. Tabès. — M. Sicard : Paralysie générale et pyrétothérapie aseptique. — M. Dupuy-Dutemps : Syphilis oculaire. — M. Hautant : Syphilis de l'oreille. — M. Lemaître : Syphilis du nez et et larynx. — M. Barbé : Troubles mentaux des syphilitiques. — M. Louste : Syphilis et grossesse. Hérédité. — M. Tixier : Hérédo-syphilis précoce. — M. Darré : Hérédo-syphilis tardive. — M. Gougerot : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — M. Gougerot : Syphilis et cancer. — M. Heitz-Boyer : Blennorragie. — M. Chevassu : Critérium de la guérison de la blennorragie.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 250 fr. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

— **Les médecins hollandais en Auvergne et à Vichy.** — Un groupe très important de médecins hollandais a, dans la dernière semaine d'août, visité l'Auvergne thermale (La Bourboule, Le Mont-Dore, Royat, Châtel-Guyon, Saint-Nectaire)et Vichy. A Vichy il a étudié l'incomparable organisation scientifique et technique de la grande station thermale française. Le banquet offert par la Compagnie fermière de Vichy aux médecins néerlandais a été l'occasion d'une réunion brillante où des orateurs qualifiés ont indiqué éloquemment la portée de ce voyage d'études médicales.

M. Baugnies, administrateur-délégué de la Compagnie fermière présidait, ayant à sa droite le professeur Snapper, et, à sa gauche, le docteur Jean Molinié, député de l'Aveyron.

Dans une improvisation éloquente, M. Baugnies adresse ses vœux de bienvenue aux médecins hollandais. Il rappelle que pour les Hollandais, de même que pour les Français et les Anglais, les eaux de Vichy sont intéressantes. La Hollande, en effet, possède des colonies tropicales, où comme dans les colonies françaises et anglaises sévit le paludisme. Or, les eaux de Vichy ont, en ce qui concerne les affections de cet ordre, une action dont l'efficacité est indiscutable.

L'orateur fait, ensuite, un lumineux exposé du statut légal des sources de Vichy, dont la Compagnie fermière n'est pas propriétaire, puisqu'elles appartiennent à l'Etat qui les lui a affermées.

Cette partie du discours de M. Baugnies est écoutée par ses auditeurs hollandais avec un particulier intérêt. C'est, en fait, un remarquable résumé documentaire et historique. Puis M. Baugnies lève son verre au professeur Snapper, au docteur Molinié, à M. Van Gerdinge, président du Conseil d'administration de l'Etablissement thermal de Saint-Nectaire, et à tous les médecins hollandais présents. Et, aux applaudissements de tous les assistants, il offre ses vœux à la Nation hollandaise. Une longue ovation est faite à l'Administrateur délégué de la Compagnie de Vichy.

Le docteur Guinard, président de la Société des Sciences médicales de Vichy parle ensuite et dit notamment :

« Vous avez pu vous rendre compte qu'il ne manquait rien, tant au point de vue de la balnéothérapie, que de l'hydrothérapie, de la mécanothérapie, de l'électrothérapie, en un mot de la physiothérapie tout entière. Enfin, vous avez remarqué que la Compagnie de Vichy, fermière de l'Etat, a entouré les richesses thermales qui lui sont confiées d'une parure merveilleuse.

Du discours du docteur Molinié citons ce passage :

« Nous voulons désormais appuyer nos observations

cliniques et nos résultats sur le laboratoire et sur l'examen détaillé des humeurs.

« Vichy, vient de donner l'exemple. Avec mon excellent collègue M. Barety, sous l'égide du groupe de défense de nos stations thermales, du tourisme et de l'Hôtellerie, si bien présidé par M. Antoine Borrel, ancien sous-secrétaire d'Etat, nous avons pu faire mettre des crédits budgétaires nouveaux à la disposition des chaires d'hydrologie.

La Compagnie fermière, grâce surtout à vous, Monsieur l'Administrateur-délégué, a pris l'initiative d'une application réaliste, par l'installation en cours d'un laboratoire spécial, placé à proximité de l'Etablissement thermal. Il est maintenant nécessaire, urgent, que cet exemple soit suivi dans toutes les stations thermales ou climatologiques.

Le professeur Snapper, une sommité de la science néerlandaise, tient tout d'abord à exprimer sa vive gratitude et celle de ses confrères pour les multiples et délicates attentions dont ils ont été l'objet au cours de ce voyage d'études médicales, qui, après la visite des stations d'Auvergne aboutit à Vichy, qui, selon son expression, est le bijou des stations thermales. Il passe en revue le indications si variées de la cure de Vichy, souveraine pour les hépatiques, les arthritiques, les diabétiques, et il conclut :

« Si la nature a comblé la grande station thermale française, si les sources sont salutaires, si le climat est favorable, il faut considérer aussi l'œuvre admirable réalisée par ceux qui ont assumé la tâche de mettre, pour le bien de l'humanité, ces trésors naturels en pleine valeur ».

Les médecins hollandais, en quittant Vichy, ont exprimé hautement leur admiration pour la grande station thermale.

— **Ministère de la Guerre.** — DIRECTION DES TROUPES COLONIALES. — *Avis de concours.* — Un concours sera ouvert le 3 décembre 1928, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des Troupes Coloniales, sans limitation de nombre.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens, admis à la suite de ce concours, seront nommés médecins ou pharmaciens lieutenants au 31 décembre 1928, avec, pour les médecins, une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade, sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant 8 mois, les cours de l'Ecole d'application du service de santé des Troupes Coloniales.

A l'issue de ce stage, ils pourront percevoir une bourse de 10.000 *francs* à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique Occidentale française ; cinq par Madagascar ; cinq par le Budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* des 6 et 7 août 1928.

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de Santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au Ministre de la Guerre (8e Direction, 1er Bureau).

— **Nos Maîtres Lyonnais à La Bauche-les-Bains.** — La série des visites médicales organisées avec un grand succès au Château de la Bauche par M. le Dr Brissaud, directeur médical de la station, s'est poursuivie par la réception de MM. les professeurs Barral et Piery, les deux éminents titulaires des chaires de toxicologie et d'hydrologie de la Faculté de médecine de Lyon. Parmi les nombreuses personnalités qui assistaient à cette réunion, nous avons remarqué M. le professeur Vessiot, directeur de l'Ecole normale supérieure, M. le professeur agrégé Garin et Madame, M. le professeur André Chalier et Madame, Madame la doctoresse Barral, M. le docteur Michel, chef de clinique à la Faculté et Madame, M. le docteur Milhaud, chef de clinique à la Faculté et Madame, M. le docteur Levère, de Nice, et Madame, M. le docteur Truchet, de Chambéry et Madame, M. le docteur Charbonneau et Madame, M. Barral, interne des hôpitaux.

A l'issue du déjeuner particulièrement brillant et animé, des toasts aimables furent prononcés par MM. les professeurs Vessiot, Piéry et M. Boyelle-Morin.

Le Dr Brissaud, après avoir remercié en termes choisis ses hôtes et montré tout le prix qu'il attachait au symbolisme éminent de leur présence, exposa en un discours programme, les transformations qui vont être exécutées à la Bauche et qui feront du Château un centre moderne de cuisine diététique et de cure de régimes pour les dyspeptiques et entéritiques de toute nature, anémiés et convalescents non contagieux.

Nous sommes heureux de constater l'intérêt grandissant et la vive sympathie que suscitent dans tous les milieux les efforts des dirigeants de la Bauche-les-Bains.

H.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Abaissement du prix des couchettes et mise en service de wagons-lits de 2e cl. sur le réseau P. L. M.* — Désireuse d'offrir aux voyageurs tout le confort possible dans les meilleures conditions de prix, la Cie P. L. M. réduit, de 30 % pour les trains rapides, de 20 % pour les autres trains, le prix des suppléments de couchettes. L'impôt prévu sur ces prix étant, d'autre part, ramené de 65 % à 32,5 %, il en résulte une réduction totale d'environ 44 % pour les trains rapides et de 36 % pour les autres trains.

C'est ainsi que dans un train rapide effectuant un parcours de nuit de plus de 500 km., le supplément de place de couchette, qui était de 113 fr. 05, est abaissé à 63 fr. 50.

Une autre facilité est offerte aux voyageurs par la mise en service de places de wagons-lits de 2e classe dans les trains partant de Paris : à 17 h. 10 pour Vintimille ; à 21 h. 20 pour Marseille ; à 19 h. 25 pour St-Gervais ; à 22 h. 20 pour Chambéry et dans les trains correspondants de sens inverse. Départ de Vintimille à 16.h 55, de Marseille à 19 h. 48, de St-Gervais à 18 h. 19, de Chambéry à 20 h. 42.

A partir du 7 octobre, des places de wagons-lits de 2e classe seront également offertes aux voyageurs, entre Paris et Rome, dans les trains partant de Paris à 14 h. 05 et de Rome à 10 h. 30.

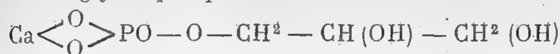
Le supplément pour une place de wagon-lit de 2e classe de Paris à Aix-les-Bains est de 159 fr. 35, au lieu de 201 fr. 35 pour une place de wagon-lit de 1re classe.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Caractères. — Poudre blanche, amorphe ou cristalline, pouvant contenir jusqu'à 15 p. 100 d'eau, ne devient anhydre que par dessiccation vers +150°.

L'α glycérophosphate de calcium cristallisé

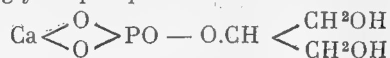


$$Ca<{}^{O}_{O}>PO-O-CH^2-CH(OH)-CH^2(OH)$$

est soluble, à +15°, dans environ 25 parties d'eau pour la variété hydratée avec 1,5 H^2O, dans environ 60 parties pour la variété anhydre.

Le produit amorphe est plus soluble.

Le β glycérophosphate de calcium cristallisé



$$Ca<{}^{O}_{O}>PO-O.CH<{}^{CH^2OH}_{CH^2OH}$$

est soluble, à +15°, dans environ 86 parties d'eau pour la variété hydratée à 1,5 H^2O et dans environ 100 parties pour la variété anhydre. Les produits commerciaux, mélanges plus ou moins complexes de ces sels, sont ordinairement solubles, à +15°, dans 40 ou 50 parties d'eau.

Le glycérophosphate de calcium officinal est insoluble dans l'alcool, l'éther ; soluble dans la glycérine. A l'ébullition du soluté aqueux, le sel devient insoluble : par ébullition prolongée, il y a décomposition avec mise en liberté d'acide phosphorique.

Le soluté aqueux est légèrement alcalin à la phtaléine du phénol. Il donne, avec l'oxalate d'ammonium (R), un précipité blanc d'oxalate de calcium, insoluble dans l'acide acétique, soluble dans l'acide chlorhydrique.

Calciné à l'air, le glycérophosphate de calcium laisse un résidu de pyrophosphate de calcium. Inciné, après mélange avec des azotates alcalins, il se transforme en sels de l'acide orthophosphorique.

Le mélange de 0,1 gramme de glycérophosphate de calcium officinal avec 5 grammes de bisulfate de potassium, introduit dans un tube à essai et chauffé fortement, dégage des vapeurs blanches d'acroléine. Ces vapeurs, dirigées par un tube à dégagement à la surface de la solution de fuchsine décolorée par l'acide sulfureux (R) contenue dans un deuxième tube à essai, font apparaître la teinte rouge de la fuchsine qui passe au bleu indigo si le tube à essai contenant le réactif est chauffé pendant trente minutes dans un bain d'eau bouillante.

Une solution aqueuse, saturée et limpide, de glycérophosphate de calcium, faite à froid, précipite quand on la porte à l'ébullition.

Essai. — 1 gramme de glycérophosphate de calcium officinal agité, à + 15°, avec 100 grammes d'eau distillée, doit se dissoudre sans laisser de résidu. Le soluté doit être limpide ou n'être tout au plus que légèrement opalescent. Il ne doit être qu'à peine alcalin à la phtaléine du phénol.

Le glycérophosphate de calcium officinal ne doit pas se colorer par l'acide sulfurique concentré (R) (*matières organiques diverses*). Après dessiccation, il ne doit rien céder à l'alcool à 95° (*glycérine, éthers glycériques*). Dissolvez, à froid, 1 gramme de sel officinal dans 10 centimètres cubes d'acide azotique dilué (R). Ajoutez 15 centimètres cubes de la solution

de molybdate d'ammonium dans l'acide azotique (R) mélangez, puis laissez en contact, à froid, pendant une demi-heure. Au bout de ce temps, il ne doit s'être formé aucun précipité jaune de phosphomolybdate d'ammonium (*phosphates*).

1 gramme de sel officinal, séché à +150°, pendant 4 heures, ne doit pas perdre plus de 15 pour 100 de son poids (*eau en excès*).

Dosage du phosphore. — Pesez 0,5 gramme de glycérophosphate de calcium desséché à 150° pendant quatre heures, introduisez-le dans un matras à long col de 125 centimètres cubes, ajoutez 5 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré (R) et 1 centimètre cube d'acide azotique pur (R). Portez doucement à l'ébullition pendant quinze minutes environ, pour détruire la matière organique. Laissez refroidir et transvasez le tout dans un vase à précipitation chaude, dans lequel vous verserez les eaux de lavage provenant des rinçages successifs du matras. Portez à l'ébullition, de façon à dissoudre le sulfate de calcium formé, et, au liquide limpide encore légèrement tiède, dont le volume est voisin de 50 à 60 centimètres cubes, ajoutez 20 centimètres cubes de solution de citrate d'ammonium, puis 30 centimètres cubes d'ammoniaque. La chaux reste en solution ; dans le liquide clair, refroidi, versez 20 centimètres cubes de mixture magnésienne (R). Laissez reposer douze heures. Versez le liquide limpide sur un filtre sans cendres non plissé ; ajoutez aux premières parties filtrées de la mixture magnésienne et un peu d'ammoniaque ; si la précipitation est complète, il ne doit se produire aucun trouble même après quelque temps et après agitation. Filtrez alors la totalité du liquide décanté, lavez le précipité cristallin par décantation suivie de filtration, avec une dilution d'une partie d'ammoniaque concentrée avec trois parties d'eau. Continuez les lavages jusqu'à ce que les liquides filtrés acidulés par l'acide azotique ne se troublent plus par l'azotate d'argent. Faites alors passer tout le précipité sur le filtre ; séchez celui-ci à l'étuve, puis calcinez avec les précautions d'usage. Pesez le pyrophosphate de magnésium formé. Le poids obtenu, multiplié par le facteur 55,86, donne la quantité de phosphore contenue dans 100 grammes du produit.

Le glycérophosphate de calcium officinal, desséché à +150°, pendant quatre heures, ne doit pas contenir moins de 14,2 pour 100 de phosphore.

Nota. — La solution de citrate d'ammonium est obtenue en versant lentement 500 centimètres cubes d'ammoniaque concentrée (R) sur 400 grammes d'acide citrique placés dans une grande capsule de porcelaine. La masse s'échauffe et la dissolution s'effectue. Après refroidissement, complétez à un litre avec de l'ammoniaque concentrée.

Titrage. — Pesez une quantité de sel officinal correspondant à 0,210 grammes de glycérophosphate de calcium desséché, à 150°, pendant quatre heures. Dissolvez à froid, dans 50 centimètres cubes d'eau distillée. Ajoutez une goutte de solution d'hélian-

thine (R) et versez, à l'aide d'une burette graduée, de la solution décinormale d'acide sulfurique (R) jusqu'à virage au rose franc. Le nombre de dixièmes de centimètres cubes de la solution décinormale nécessaires pour obtenir le virage exprime, en sel de calcium de monoéther, la teneur centésimale du sel officinal. Cette teneur ne doit pas être inférieure à 90 p. 100.

Emploi. — Saccharure granulé de glycérophosphate de calcium.

Page 242. *Essence de santal.*

Modifier le titre comme suit : *Essence de santal citrin* (oleum santali albi œthereum).

Page 592, *Saccharure de glycérophosphate de calcium*

Essai. — Au lieu de : « Incinérez 5 grammes de granulés », lire : « Incinérez 2,5 grammes de granulés ».

Fait à Paris, le 24 juillet 1928.

(*J.O.*, 25 *juillet* 1928. *Rectificatif : J.O.*, 26 *septembre* 1928.)

Huile d'olives neutralisée.

(2e supplément, page 77, et *Journal officiel* du 13 mai) 1925, page 4492, 3e colonne.)

Au lieu de : « Contenu dans 100 grammes d'huile »,
Lire : « Contenu dans 1.000 grammes d'huile ».
Au lieu de : « facteur 1.014 »,
Lire : « facteur 0.507 ».

(*J.O.*, 26 *septembre* 1928.)

FAITS CLINIQUES

I

A propos du B.C.G.

Observation de la famille L..., d'E...

Ouvrier agricole : habitation spacieuse, aérée. Indigence. Père 38 ans., T. P. avec bacilles, torpide, datant de la guerre. Mère 35 ans, bien portante. A eu avant le mariage un enfant d'un autre père, bien portant.

Naissances du ménage. Beaux enfants à la naissance, élevés au sein.

I. Fille, morte à 5 mois. Coqueluche ; puis, méningite.

II. Gémellaire : fille, morte à 9 mois, méningite ; garçon, mort à 15 mois, méningite.

III. Fille, vivante, 4 ans. Bronchites à répétition.

IV. Fille, vaccinée au B. C. G. par mon prédécesseur. Morte à 9 mois, méningite.

V. Garçon, né fin mars 1928, 4 kgr., vacciné par moi.

Troubles gastro-intestinaux dès le lendemain de l'ingestion du vaccin, ayant persisté 2 mois. Etat passable pendant deux mois, puis rechute d'entérite, bronchite, méningite, mort à 5 mois le 17 septembre 1928.

Les enfants vivent et résistent tant que l'allaitement maternel est suffisant. Si le père, malade, cesse de travailler, la misère vient, le lait s'appauvrit, l'enfant meurt. Un seul vit ; le père a pu travailler durant tout l'allaitement.

L'action du B. C. G. a été nulle, pour ne pas dire nuisible, dans les deux derniers cas.

Dr DOUVILLE.
(Goderville).

II

Zona et varicelle.

Je viens d'observer un cas de zona thoracique typique, à évolution rapide chez une jeune fille de 16 ans.

Quinze jours plus tard, la mère m'amène sa plus jeune fille atteinte d'une superbe varicelle.

Or, cette enfant n'a pu se contaminer qu'auprès de sa sœur aînée, car il n'y a pas eu de cas de varicelle dans son entourage et elle n'a pas fréquenté d'autres enfants.

C'est donc encore un cas à l'appui de la thèse uniciste.

Toutefois, je me permets de réfuter la théorie uniciste *exclusive*, et je crois qu'il faut admettre au zona plusieurs origines, dont la varicelle.

Dr RIEUSSET-PÉCHOLIER,
(Montpellier).

CORRESPONDANCE

Secret professionnel.

3134. — Déclaration des causes de décès.

Je me permets d'avoir recours à votre compétence au sujet de la lettre ci-jointe de M. le médecin-inspecteur d'hygiène. La façon de procéder, qu'il préconise, ne me paraît pas respecter le secret médical, puisqu'il demande le nom et le domicile du décédé. Malgré toute la discrétion que je suppose exister dans les bureaux d'hygiène et tout le désir que j'ai des statistiques exactes pour les progrès de la médecine et pour la lutte contre les maladies, il me semble qu'il peut y avoir des fuites et qu'ainsi le secret médical peut arriver à être dévoilé. Avant de me conformer à cette manière d'agir, j'ai tenu à avoir votre avis pour savoir si je puis procéder ainsi, sans arrière-pensée et sans crainte d'ennuis ultérieurs. Comme cette lettre a dû être envoyée à tous les médecins du département, certains confrères ont dû également vous demander votre opinion à ce sujet.

Dr X.

Copie de la circulaire.

INSPECTION DÉPARTEMENTALE
D'HYGIÈNE. *Préfecture de* ....
X...., le....

Le Dr .....
Inspecteur départemental d'hygiène
à M. le Dr .....
à .....

Monsieur et cher Confrère,

Désirant établir avec le maximum d'exactitude la statistique démographique du département, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer d'une façon précise les causes des décès survenus dans votre clientèle.

Actuellement, les mairies recueillent ces renseignements sur leurs bulletins d'état civil. Mais, en raison du secret professionnel auquel nous sommes astreints, il vous est souvent impossible de spécifier à l'employé d'état civil la cause réelle du décès d'un habitant de sa propre commune.

Voulez-vous donc, chaque fois que vous le jugez utile, avoir l'obligeance de m'envoyer une note portant les renseignements suivants : nom, prénoms, sexe, domicile du décédé, cause exacte et date du décès.

Cette note, envoyée en franchise postale, en employant les enveloppes ci-incluses, me parviendra directement, sera décachetée par moi-même ou un de mes adjoints médecin, puis détruite, mes statistiques ne portant aucun nom ni prénoms.

C'est, je crois, la façon la plus pratique d'établir une statistique vraiment exacte tout en respectant le secret professionnel auquel je suis moi-même astreint.

En vous remerciant d'avance du service que vous me rendez ainsi, recevez, Monsieur et cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

L'inspecteur d'hygiène,
X.

Réponse.

La circulaire, qui nous est soumise, est rédigée en vue d'un but louable : établir des statistiques véridiques des causes des décès, pour pouvoir étudier les possibilités de combattre les différents fléaux.

Il semble donc, *a priori*, que tous les efforts doivent converger, pour aider l'administration et l'hygiène publique. Pour ce faire, les médecins n'ont qu'à déclarer, sous le sceau du secret, la cause exacte des décès et transmettre ces déclarations à un médecin, également tenu par le secret professionnel.

Mais ici, nous ne sommes plus d'accord et quelque louable que puisse être le but à atteindre, je crois de mon devoir de crier à mes confrères « casse-cou ».

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, les médecins praticiens n'ont pas le droit de déférer à pareille circulaire : l'article 378 du code pénal est rédigé en termes généraux ; les docteurs en médecine sont astreints au silence, sauf dans les cas où la loi oblige le praticien à une déclaration : déclaration des naissances ;

article 56 du code civil (encore le praticien doit-il garder secret le nom de la mère, le lieu de l'accouchement, lorsque ces indications doivent rester secrètes) ; déclaration des maladies contagieuses : loi du 15 février 1902.

Or, actuellement, aucune loi n'oblige le médecin à déclarer la cause des décès : le docteur doit donc observer le silence : aucune autorité administrative, maire, préfet, directeur de bureau d'hygiène, ministre, ne peut modifier un texte de loi ou du code.

Mais un autre point est plus grave.

Des arrêts du Conseil d'Etat ont considéré comme étant des fonctionnaires les médecins directeurs de bureau d'hygiène ou inspecteurs départementaux d'hygiène.

Or, ces médecins fonctionnaires doivent connaître l'article 29 du code d'instruction criminelle et ont le devoir de s'y conformer. Cet article est ainsi rédigé :

« Toute autorité constituée, tout fonctionnaire, ou officier public, qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerra la connaissance d'un crime ou d'un délit, sera tenu d'en donner avis sur-le-champ au procureur de la République près le tribunal, dans le ressort duquel ce crime ou délit aura été commis, ou dans lequel le prévenu pourrait être trouvé et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

Il en résulte qu'apprenant par une déclaration de médecin, le décès d'une femme, des suites d'un avortement provoqué, ou supposé tel, le médecin inspecteur départemental d'hygiène a l'impérieux devoir d'en informer le procureur de la République.

Quelle pourrait être d'ailleurs l'attitude du médecin d'hygiène, s'il était mis en demeure, par le procureur, d'obéir aux injonctions de cet article 29 et de remettre à ce magistrat le certificat de décès, rédigé par le médecin traitant, alors que le parquet aurait été avisé, par dénonciation anonyme, ou autre, qu'un avortement, suivi de décès, a été commis dans la commune de X ?

Comme docteur en médecine, l'inspecteur départemental d'hygiène se croirait lié par l'article 378 du code pénal et réfuserait de livrer les secrets à lui dévoilés par un confrère, alors que, fonctionnaire, il a le devoir de dénoncer les crimes et les délits, dont il a appris l'existence, dans l'exercice de ses fonctions.

Que les hygiénistes obtiennent d'abord du Parlement une modification de l'article 378 du code pénal, pour obliger les médecins à déclarer à un autre médecin les causes précises des décès. Que la même loi à intervenir décharge ou non (comme le pouvoir législatif le jugera opportun) ces médecins hygiénistes du devoir d'obéissance,

en tant que fonctionnaires, aux dispositions de l'article 29 du code d'instruction criminelle.

Mais, en attendant que cette loi soit votée et promulguée, j'ai le devoir d'avertir mes confrères et de les prévenir qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, ils n'ont pas le droit de se conformer aux circulaires analogues à celle que nous publions ci-dessus.

Ils seraient susceptibles d'être considérés comme ayant violé les dispositions générales de l'article 378 du code pénal et pourraient être passibles d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs.

Dr Paul BOUDIN.

Fiscalité.

3199.— Déclaration du revenu professionnel. Amortissement de l'automobile.

Nouvellement installé depuis mai 1928 personnellement, j'avais un remplaçant depuis novembre 1927. Je n'ai reçu jusqu'à présent aucune feuille d'impôt, comment et quand dois-je faire ma déclaration ?

Je reçois un fixe de 24.000 fr., logement assuré et autorisation d'exercer en dehors, je suis en outre propharmacien.

Puis-je faire entrer comme dégrèvement l'amortissement de ma voiture ? en l'estimant 12.000, je dois pouvoir amortir en 3 ans ? Dr B.

Réponse.

Vous devez souscrire votre déclaration dans les deux premiers mois de 1929, et indiquer à la rubrique des traitements et salaires la somme de 24.000 francs, augmentée de la valeur locative du logement qui vous est concédé à titre gratuit. Les honoraires perçus pour soins donnés à votre clientèle particulière, sous déduction de vos frais et notamment de l'amortissement de votre voiture, figureront à la rubrique des bénéfices des professions non commerciales. L'amortissement en trois ans est un peu court, à moins qu'il ne s'agisse d'une voiture d'occasion. A noter d'ailleurs que l'administration, se basant sur un arrêt du Conseil d'Etat, refuse l'amortissement et prétend que, par contre, la totalité du prix d'achat doit être déduite des bénéfices de l'année au cours de laquelle la dépense a été effectuée.

A. M.

3206. — Traitement fixe et bénéfices des professions non commerciales.

Vous avez bien voulu répondre par lettre dès le 6 juillet à ma demande de renseignements reproduite sous le n° 2490 dans le *Concours* du 5 août.

J'ai eu depuis l'occasion de retrouver des questions analogues posées par divers confrères ; c'est pourquoi je me permets de vous communiquer la réponse ministérielle à ce sujet :

« M. Charabot, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances si un médecin qui, à côté des honoraires de sa clientèle, reçoit comme médecin de l'A. M. G., un traitement soumis à une retenue de 5 % pour la retraite, augmenté de primes d'ancienneté et d'indemnités pour charges de famille, doit être imposé en totalité aux seuls bénéfices non commerciaux ou s'il a le droit d'être taxé séparément dans les deux cédules et de profiter ainsi des avantages prévus à la cédule des traitements (question du 6 juillet 1928, nº 8869).

Réponse.— Un médecin qui, tout en recevant de certains établissements ou services publics des rétributions fixes, exerce en même temps sa profession dans la clientèle normale, ne peut être considéré comme placé, vis-à-vis de ces établissements ou services, dans la situation subordonnée d'un employé et les honoraires qu'il en reçoit n'ont pas, à proprement parler, le caractère d'un traitement ou d'un salaire. Il est, dès lors, passible à raison de ses revenus professionnels de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et il ne peut valablement prétendre au bénéfice des abattements à la base réservés aux contribuables assujettis à l'impôt sur les traitements et salaires ».

Après cette ample réponse, je crois qu'il ne nous reste plus qu'à payer sinon avec le sourire, du moins avec résignation.

Dr T.

Réponse.

Les réponses du Ministre des Finances ne font qu'exprimer les avis de l'Administration lesquels peuvent être infirmés par des arrêts du Conseil d'Etat. Il y a de nombreux exemples et nous conseillons aux médecins qui se trouvent dans le cas visé par la question de contester leur imposition devant le Conseil de Préfecture et, s'il y a lieu, de se pourvoir en Conseil d'Etat ; les frais d'instances ne comprennent que le coût du papier timbré servant à l'expédition des requêtes.

A. M.

3067. — Situation fiscale d'une clinique chirurgicale.

Je viens de construire une clinique, j'en suis le seul propriétaire et je suis le seul chirurgien y opérant. J'ai un personnel religieux.

Que dois-je faire au point de vue fiscal ?

Mon domicile est distinct de ma clinique (1.500 mètres).

Mon intérêt est-il de conserver la gérance de l'immeuble ou de la confier à la directrice.

Dr X.

Réponse.

D'après un récent arrêt du Conseil d'Etat, l'exploitation d'une maison de santé constitue l'exer-

cice d'une profession commerciale, mais seulement en ce qui concerne la fourniture du logement et de la nourriture. Vous devez en conséquence payer la taxe sur le chiffre d'affaires et l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux : ces obligations vous incombent même si la clinique est dirigée par une personne ayant la qualité de salarié.

Au contraire, si la directrice exploite pour son propre compte, c'est-à-dire si elle profite seule des bénéfices ou supporte les pertes en totalité, c'est elle qui est commerçante.

Il reste entendu que vos honoraires de chirurgien restent imposables à la cédule des professions non commerciales.

A. M.

3194. — Cote personnelle mobilière sur une pièce concédée gratuitement.

Je reçois du percepteur de M..., un papier vert m'enjoignant de régler dans la huitaine une somme de 137 fr. 71 pour cote mobilière-personnelle d'un loyer de 500 fr. pour l'année 1927. Jusque-là rien que de très normal. Mais en 1927, justement, j'étais opérateur salarié chez un dentiste de M..., qui, en plus de mon traitement, m'avait concédé *gratuitement* une alcôve de 2 m. 50 + 2 m. 50 dans son appartement, où j'étais logé ni mieux ni plus mal qu'un domestique. Ladite concession (ni bail, ni loyer) a duré exactement du 10 mars au 31 décembre 1927. Payant déjà un impôt sur traitements et salaires et un impôt sur le revenu, logeant ma femme et mes enfants chez mes beaux-parents où je venais coucher deux fois par semaine et où j'avais installé tout mon mobilier, j'étais persuadé ne rien devoir d'autre à M...

En admettant même cette imposition à M..., le fait de n'y avoir séjourné que 9 mois et 20 jours, à dater du 10 mars (et non à partir du 1er janvier) ne devait-il pas m'exonérer ?

En admettant encore la non exonération, le taux de 500 fr. purement arbitraire pour une alcove de 6 mq. sans fenêtres n'est-il pas sujet à réclamation ?

Voulez-vous avoir l'extrême obligeance de me faire savoir si vous jugez légitime une réclamation de ma part et à quelle autorité je dois l'adresser, sur papier timbré bien certainement ! !

Dr Z.

Réponse.

Nous supposons que vous avez voulu dire imposition pour l'année 1928. En tout état de cause, comme vous n'habitiez à M..., ni au 1er janvier 1927, ni au 1er janvier 1928, l'imposition n'est pas justifiée, d'autant plus que, d'après les renseignements contenus dans votre lettre, vous ne deviez pas être considéré comme ayant une habitation meublée à votre disposition. Adressez une réclamation rédigée sur papier timbré au Préfet si le rôle a été mis en recouvrement

avant le 1er juillet 1928, au Directeur des contributions directes dans le cas contraire.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

3364. — Visites de contrôle.

Je vous demanderai de me renseigner sur un cas qui vient de se produire avec une compagnie où je soigne un assez grand nombre d'ouvriers. J'avais, jusqu'à ce jour, compté les contre-visites au prix de 15 fr. l'une. Voilà qu'aujourd'hui, la direction m'a fait aviser qu'à l'avenir il me faudra compter la première contre-visite à raison de 18 fr. et toutes les autres 12 fr. (bien entendu ces conditions sont pour chaque blessé individuellement).

Dr A.

Réponse.

Le prix de toute contre-visite est de 18 francs (12 + 50 %). Toutefois, quand il y en a *plusieurs au cours du même rendez-vous*, le prix de la première est seul majoré de 50 % (article 3).

Dr Fernand Decourt.

3392. — Injection intra-cardiaque.

Abonné de très vieille date au *Concours*, je viens vous demander le renseignement suivant au sujet d'un accident du travail (électrocution et syncope) et pour lequel j'ai dû faire une injection intra-cardiaque d'adrénaline. Je ne trouve pas dans le Memento de 1928 la « tarification » de cette intervention.

Voudriez-vous être assez aimable pour me renseigner.

Dr D.

Réponse.

L'injection intracardiaque n'est pas chose courante. A défaut de tarification spéciale, on pourrait, ce me semble, l'assimiler à une « ponction lombaire : 40 francs » (article 16). C'est une proposition que j'émets ; elle me semble équitable, mais je serais heureux que vous me disiez si elle fut acceptée par la Compagnie, afin que je le note dans mes archives comme « précédent ».

Dr Fernand Decourt.

3478. — Tarifs de radio.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire quel est le tarif actuel de radioscopies et radiographies en ce qui concerne les accidents du travail. Quelle est l'augmentation par rapport au tarif 1926?

Dr P.

Réponse.

Prenez en main, tout d'abord, le tarif lui-même et lisez l'article 26, *in fine* de son paragraphe VI. Vous y trouverez : « Les frais et honoraires prévus aux praagraphes I à VI ci-dessus doivent être majorés de 50 % » (les chiffres donnés sont les mêmes qu'en 1926).

Dr F. Decourt.

3444. — Cas complexe de cumul.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire quel tarif appliquer à cette petite intervention à un blessé du travail :

Consultation, bain antiseptique, anesthésie locale, ponction d'hématome, ablation de l'ongle (pour index contusionné par un coup de marteau), pansement antiseptique. Dr W.

Réponse.

Vous n'avez à compter que « ponction d'hématome = 20 à 100 francs, suivant les cas », ainsi qu'il est dit à l'article 28. Et pour un hématome de l'index, son volume est dans les minimes, donc : 20 francs. Quant au reste, tout est compris dans l'intervention ci-dessus, puisqu'on ne peut, en même temps (cumul, article 13) compter cette intervention et une visite ou consultation (*avec* ou sans pansements, injection hypodermique, etc.) (article 17), ni même ablation d'ongle (article 28). Dr F. Decourt.

2959. — Appareillages successifs d'une même fracture.

Comment tarifier ceci :

Accident du travail, homme, 70 ans.

1928, février 18, fracture cuisse gauche, 1/3 moyen, avec plaie superficielle, gouttière + pansement.

Février 24, appareil plâtré.

Mars 28, pour léger œdème de la jambe et escarre au talon appareil Tillaux.

Mai 15, appareil Hennequin.

Juin 11, troubles trophiques notables, pseudarthrose flottante, amputation.

Juillet 30, guérison. Dr B.

Réponse.

1° Vous ne pouvez compter qu'une seule fois « Réduction et contention de fracture de cuisse : 150 francs » (*non bis in idem*). Vous auriez pu compter un supplément néanmoins si vous aviez fait « toute *répétition* d'appareil plâtré ou silicaté des grands segments de membre : 50 francs » (article 18, *in fine*), mais ni le Tillaux, ni le Hennequin ne rentrent dans ce cas.

2° Quant à l'amputation du 11 juin, c'est là une *autre* intervention que « réduction et contention de fracture ». Vous avez donc à compter 400 francs (article 20). Dr F. Decourt.

VARIÉTÉS

A propos de la dichotomie

On en reparle dans le *Concours* du 27 août.

Je ne suis pas médecin, officiellement s'entend, mais Pasteur non plus ne l'était. Je vous donne donc, mon cher ami, moi aussi, ma façon d'opérer :

Tout malade qui passe mon seuil ne s'appartient plus ; il est à moi : c'est naturel.

Je fais un diagnostic, toujours. Je decide l'opération, toujours. Presque toujours le malade me règle le prix fixé et le jour de l'opération, je remets 10 % à l'opérateur, C'est bien assez; et je le prie de disparaître avant le réveil du malade.

Si je suis pris au dépourvu, mon vieux camarade Auguste, le garçon d'amphi, qui me fournit habituellement mes pièces pour les familles, opère sous ma direction. Il se contente de 5 % et d'un paquet de caporal.

Qu'est-ce que le malade peut trouver à redire à cette association faite pour son plus grand bien ?

Rien, car il s'en tire ou il y reste.

Dans le premier cas, je m'en charge. Dans le deuxième, jamais il ne m'a demandé d'explication, et les familles, je sais les consoler.

Je ne lui demande d'ailleurs, dans l'un et l'autre cas, aucune reconnaissance particulière, ni pour moi, ni pour Auguste.

Sincèrement à vous. Prof. KNOCK.

ANTHOLOGIE

PRÉVISION

La Caisse et les Deux médecins.

(Adaptation de La Fontaine.)

Par contrat une Caisse avait deux médicastres,
Ça se passait à Laon peut-être bien à Castres.
Qu'importe ! mais sachez qu'ils étaient à merci.
La Caisse n'avait point de plus pressant souci
Que de distribuer aux confrères leur tâche.
Dès que Thétis chassait Phœbus aux crins dorés,
Stéthos entraient en jeu, scalpels étaient tirés,
Point de cesse, point de relâche.
Dès que l'Aurore, dis-je, en son char remontait,
Un misérable coq à point nommé chantait.
Notre Caisse aussitôt, posant pour misérable,
S'affublait d'un jupon crasseux et détestable,
Allumait une lampe et courait droit au lit
Où de tout leur pouvoir, de tout leur appétit,
Dormaient nos deux pauvres confrères.
L'un entr'ouvrait un œil, l'autre étendait un bras ;
Et tous les deux, très en colère,
Disaient entre leurs dents : « Maudit coq, tu mourras. »
Ainsi qu'ils l'avaient dit, la bête fut grippée.
Le réveille-matin eut la gorge coupée.
Ce meurtre n'amenda nullement leur marché.
Notre couple, au contraire, à peine était couché
Que la Caisse, craignant de laisser passer l'heure,
Courait comme un lutin par toute sa demeure.
C'est ainsi que le plus souvent,
Quand on pense sortir d'une mauvaise affaire,
On s'enfonce encore plus avant :
Témoin ce couple et son salaire.
La Caisse, au lieu du coq, les fit tomber par là
De Charybde en Scylla.

Dr J. COSTE (de Jausiers.)

Cinquantième année — N° 43 — 21 Octobre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 453. — Banl. paris., maison repos et convalesc. contr. riche, 15 chambres t. confort, parc 10.000 m., bén. net 90.000. Conviendr. à méd. cathol. pratiquant. A céder y compris terrain et client., Indemn. à déb. suivant compt.

N° 454. — Grande banlieue. Très urgent, excell. poste pouvant faire 70.000 à céder pour 15.000, cause départ colonies. Bail 3-6 ans, loyer 1.800.

N° 455. — Jeune méd. marié, anc. prépar. anatomie, ex-interne des asiles, ch. place assistant auprès chirurgien, ou situat. dans clin. médico-chirurg., acc. du trav., sanator.

N° 456. — Doct. désire acquérir poste médical dans agglomér. ne nécessitant pas de frais locom., seul méd.-propharm., dans région Ouest et Midi.

N° 457. — Dordogne. A vend. cond. int. Renault 6 CV luxe 1926, 13.000 km., 4 portes, pare-chocs av. et ar., stop, es.-glaces. Parf. état.

N° 458. — Veuve désir. place chez médec. comme secrétaire ou femme de confiance.

N° 459. — Après décès, très bon poste à céder à Paris.

N° 460. — Sud-Ouest. Gr. ville, excell. client. méd. gén., concurr. éloignée, aff. 90.000. Belle maison part. conf., loyer 4.500, avec bail. Indemnité demandée à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 461. — Prox. Bordeaux, dans agglom. importante, client. rapp. 60.000, bicycl. suffit, loyer 2.000, maison 6 p. avec jardin et garage. Indemn. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 462. — 170 km. Paris, jolie rég. chasse et pêche, client. facile à desservir et à proxim. gr. ville, rapp, plus de 100.000, pet. maison. Indemn. 50.000, dont 35.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Des cas de dysenterie ont été constatés dans la Côte-d'Or et le Gers. Un cas de suette miliaire est signalé dans le département de la Charente.

— **Le VIe Congrès de stomatologie** se tiendra à Paris du 22 au 29 octobre 1929, à la Faculté de médecine, et à l'école française de stomatologie.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1o *Les septicémies d'origine bucco-dentaire*, rapporteurs : MM. Thibault et Raison.

2o *Traitement chirurgical des infections du périapex, curettage et résection, résultats éloignés*, rapporteur : M. Lacronique.

3o *Prophylaxie de la carie dentaire.*

Une importante exposition d'instruments et d'appareils concernant la stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine pendant la durée du Congrès. Il sera également organisé une exposition relative à l'Histoire de la stomatologie.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au secrétaire général : Dr Leclercq, 9, boul. de la Madeleine, Paris, 1er, ou au Secrétariat permanent du Congrès, salle Béclard, Faculté de médecine (A.D.R.M.), rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). *Cour de revision.* — Rappelons que le cours de révision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne, cours dont nous avons donné le programme complet dans notre numéro du 9 septembre, aura lieu du 22 au 27 octobre, sous la direction du professeur Emile Sergent et du professeur agrégé Lian.

— **Hôpital Laennec.** *Otologie.* — Le lundi 12 novembre 1928, M. Henri Bourgeois, chef de service, commencera un cours en douze leçons sur les maladies non suppurées de l'oreille, avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et Huet, assistant du service.

Prix du cours : 300 fr. S'adresser à M. Huet.

— **Hôpital Broussais,** 94, rue Didot. *Enseignement clinique médical.* — Le Dr Dufour fera tous les vendredis à 10 h. 1/2, salle Hillairet, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Première conférence le vendredi 23 novembre 1928. Tous les matins enseignement des stagiaires.

— **Médaille du docteur Le Noir.** — La date à laquelle sera remise la médaille que les élèves et les amis du Dr Le Noir désirent lui offrir au moment où il quittera son service de l'hôpital Saint-Antoine, n'est pas encore fixée, mais ce sera certainement à la fin de l'année.

La souscription ouverte pour lui offrir cette médaille sera définitivement close le 25 octobre.

Les souscriptions seront reçues jusqu'à cette date par le trésorier du Comité, M. le Dr Georges Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours.* — Sont désignés pour faire partie du jury d'admissibilité du concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris : MM. Grivot, Lemée, Lemaître et Hautant. M. Bourgeois n'a pas encore fait connaître son acceptation. Seront censeurs, MM. Ramadier et Bloch.

Sont désignés pour faire partie du jury des épreuves orales du concours de l'internat : MM. Louis Ramond, Souques, Brocq, Lévy-Solal (qui ont accepté) ; MM. Grenet, Comte, Bergeret, Gatellier et Fey (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

L'épreuve écrite du concours de l'externat a eu lieu le samedi 20 octobre.

— **Société Amicale des médecins alsaciens**, 9, rue d'Astorg, Paris, 8e. — La prochaine réunion de cette société, aura lieu le samedi 10 novembre à 20 heures, en un lieu qui sera indiqué ultérieurement. Elle sera présidée par M. le Dr Oberkirch, député de Sélestat, sous-secrétaire d'Etat.

Les confrères de province y sont tout particulièrement invités et priés de vouloir bien envoyer leur adhésion, 9, rue d'Astorg, le plus tôt possible.

— **Musée d'hygiène.** — A partir du dimanche 21 octobre seront faites au musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol, tous les dimanches, à 17 h., des conférences sur l'hygiène avec projections cinématographiques par MM. Guilhaud, Roeland, Blier, Panisset, Biancani, Bérillon et Barrel. Cet enseignement est public et gratuit.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat.* — Le concours d'internat des hôpitaux de Lyon, s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Mlle Hurtin, MM. Guichard, Sassard, Barbé, Collomb, Rougier, Puthod, Boyer, Belly, Arnaud, Guilleret (Fernand), Rivière, Aulagnier, *Bisch*, *Dubois*, *Chapuy (Albert)*, *Chanaleille*, Martinet, Arnulf, Plauchu.

Internes provisoires : MM. Anstett, Juvanon, Marmey, Mlle Delos, MM. Perron, Lévy, Mlle Thiébaud, MM. Duchamp, Palluel, Badinand, Modrin, Passa, *Charpy*, *Pichat*, *Vial*, *Forge*, *Partensky*, Martin (Etienne), Chapuis (André), Nodet, Dugois, Benoît, Blan, Dargent.

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix Civiale.* — Un concours est ouvert en 1928, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du service de santé) avant le 17 novembre 1928, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or), ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Internat et externat.* — Les concours pour la nomination aux places d'internes et d'externes des hôpitaux de Montpellier auront lieu les 12 et 19 novembre. Inscriptions à l'hôpital général (Bureau du secrétariat).

— **Hôpitaux de Nice.** — Un concours s'ouvrira le 5 novembre, à Nice, pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux civils de Nice. Avantages : logement, nourriture, indemnité de 2.400 à 4.800 francs.

— **Fiançailles.** — Nous avons le vif plaisir d'annoncer les fiançailles de Mlle Denise Nobécourt, fille du professeur Nobécourt, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et de Madame, avec M. René Chailloux, ingénieur agricole.

— **Congrès médical du Caire.** — Les conditions les plus avantageuses pour un beau voyage de 24 jours (7-31 décembre) sont faites aux médecins, à leurs familles et à leurs amis par *La Caravane universitaire*, directeur M. Roy, professeur au Collège de Gaillac (Tarn). Demander le programme.

A TRAVERS LES PUBLICATIONS OFFICIELLES

Journal Officiel.

3 *octobre.*

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 27 *septembre* 1928 *modifiant le décret du* 25 *octobre* 1922 *relatif au fonctionnement des soins gratuits en faveur des mutilés* (1).

RAPPORT
AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 27 septembre 1928.

Monsieur le Président,

Il est apparu à l'usage que certaines modifications doivent être apportées au fonctionnement des soins gratuits en faveur des mutilés, tel qu'il est réglementé par le décret du 25 octobre 1922.

(1) Nous attirons particulièrement l'attention de nos lecteurs sur une modification importante apportée par ce décret au fonctionnement du décret du 25 octobre 1922.

Quand un médecin voit un malade pour la première fois, ce n'est plus le bulletin détaché du carnet à souches qu'il doit envoyer à la Commission de contrôle, mais une lettre, écrite sur son papier à en-tête et reproduisant les indications de ce bulletin, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé.

Il convient notamment de confier aux préfets la tenue et le contrôle des listes de bénéficiaires qui étaient anciennement confiés aux maires ;

De modifier les articles 7 et 9 du décret du 25 octobre 1922 conformément à l'arrêt du conseil d'Etat du 5 août 1927 aux termes duquel toutes les contestations auxquelles donnent lieu l'application de l'article 64 relèvent des commissions tripartites départementales en premier ressort et de la commission supérieure en appel, alors qu'anciennement les contestations relatives à l'inscription sur les listes spéciales étaient soumises aux tribunaux des pensions ;

D'apporter enfin certaines adjonctions et modifications à la nomenclature des diverses interventions médico-chirurgicales.

Tel est l'objet du présent projet de décret. Si vous en approuvez la teneur, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, les assurances de mon respectueux dévouement.

Le ministre des pensions,
Louis Marin.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 ;

Vu l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, modifié par les décrets du 8 juillet 1924, du 14 octobre 1926, du 5 mars 1927 et du 22 avril 1927 ;

Vu l'arrêt du conseil d'Etat du 5 août 1927,

Décrète :

Art. 1er. — Les articles suivants du décret du 25 octobre 1922 sont modifiés comme suit :

Art. 1er. — Le paragraphe 1er de l'article 1er est complété comme suit :

« La mairie transmet la demande à la préfecture où il est tenu une liste récapitulative départementale ; un numéro d'ordre départemental est attribué par la préfecture à chacun des inscrits ; ce numéro est communiqué à la mairie et reproduit sur la liste communale ainsi que sur la couverture de chaque carnet au-dessus du cachet de la préfecture ».

Art. 3. — L'article 3 est complété comme suit :

« Après avoir pris connaissance de la notification, la mairie la transmet à la préfecture avec la demande d'inscription en vue de la constitution de la liste récapitulative. »

Art. 7. — La dernière phrase du paragraphe 2 de l'article 7 est modifiée comme suit :

« ..... sinon il saisit immédiatement la commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits, *qui statue* ».

Le paragraphe 3 de l'article 7 est supprimé.

Art. 9. — Le paragraphe 1er de l'article 9 est modifié comme suit :

« Le préfet peut, au cas où une inscription lui semble irrégulière ou injustifiée, saisir la commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits d'une demande de radiation ».

Art. 15. — L'article 15 est complété comme suit :

« Lorsqu'un bénéficiaire demande le renouvellement d'un carnet épuisé il en conserve les souches et remet la couverture à la mairie qui la transmet à la préfecture ».

Art. 17. — Le paragraphe 1er de l'article 17 est remplacé par le paragraphe suivant :

« Quand un médecin voit un malade pour la première fois, il envoie immédiatement à la commission de contrôle une lettre écrite sur son papier à en-tête reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé ».

Art. 22. — Le paragraphe 1er de l'article 22 est remplacé par le paragraphe suivant :

« En cas d'urgence motivée il est procédé à l'hospitalisation. L'établissement public ou privé qui reçoit le malade avise immédiatement la commission de contrôle du département et, si le bénéficiaire est inscrit dans un autre département, la commission de contrôle du lieu d'inscription. Le médecin traitant adresse immédiatement sur son papier à en-tête une lettre à la commission de contrôle reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé et en faisant connaître les motifs de l'hospitalisation d'urgence ».

Art. 23. — Au 3e alinéa de l'article 23, les mots : « au malade », sont remplacés par les mots « aux intéressés ».

Art. 31. — L'article 31 est complété comme suit :

« 5o Elle prononce les imputations et les exclusions prévues par l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926.

« 6o Elle statue sur les cas dont elle est saisie par le préfet en application des articles 7 et 9 du présent décret. »

Art. 56. — Les mots suivants sont supprimés à la fin de l'article 56 : « par arrondissement et par spécialité. »

Art. 58. — A l'article 58 les mots : « indemnité de 10 fr. », sont remplacés par : « l'indemnité de 25 fr. »

Art. 60. — L'article 60 est modifié et complété comme suit :

Au premier paragraphe ajouter après : « injections hypodermiques », les mots : « et intra-musculaires ainsi que les injections intra-trachéales ».

Art. 74. — L'article 74 est complété comme suit, après « injection modificatrice » :

« Injection de vaccin microbien, 20 fr.

« Injection neurolytique, par séance, 60 fr.

« Oléothorax, 150 fr.

« Oxygénation, par séance, 15 fr.

« Curetage du trou mentonnier pour destruction du nerf maxillaire inférieur avec injection d'alcool sous anesthésie générale, 600 fr.

« Thoracoplastie ; quel que soit le nombre des temps, 1.000 fr. ».

Art. 77. — L'article 77, paragraphe Nez est modifié comme suit :

« Cure radicale des polypes muqueux, lire : « 150 fr. », au lieu de « 510 fr. ».

L'article 77, paragraphe Larynx, est complété comme suit :

« Injections d'huiles médicamenteuses par voie cricoïdienne :

« Première injection, 50 fr.

« Les suivantes, l'une, 25 fr. »

Art. 80 *bis.* — Inhalation de vapeurs balsamiques sous pression, 8 fr.

Art. 81. — L'article 81 est complété par le paragraphe suivant :

« En dehors du cas où l'hospitalisé est bénéficiaire de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, cas dans lequel la tierce personne qui l'accompagne voyage de droit gratuitement, la gratuité du transport peut encore être accordée aux convoyeurs indispensables après autorisation spéciale de la commission de contrôle ».

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des finances, le ministre des pensions, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'intérieur, le ministre des colonies, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel.*

5 *octobre.*

Service de santé militaire.

Liste des candidats admis à l'école du service de santé militaire à la suite du concours de 1928.

TROUPES MÉTROPOLITAINES

Section de médecine.

a) A 4 inscriptions.

1 Simon, 2 Dumont, 3 Martin, 4 Dupin, 5 Guiraud 6 Levêque, 7 Challier, 8 Lataste, 9 Estrade, 10 Fontalirant, 11 Marret, 12 Butin, 13 Esplan, 14 Evrard, 15 Rivière, 16 Galaup, 17 Bordes, 18 Pigot, 19 Fourgeau, 20 Vigroux, 21 Daniaud, 22 Daniel, 23 Gras, 24 Boissier, 25 Peiffer, 26 Rousson, 27 Lhez, 28 Hirtz, 29 Merle.

b) Candidats P. C. N.

1 Riotte, 2 Joffre, 3 Rossi, 4 Houot, 5 Maupin, 6 Toye, 7 Dillange, 8 Robert, 9 Legrand, 10 Masson, 11 Michel, 12 Benichou, 13 Petit, 14 Lardenois, 15 Corrèze, 16 Lemaire, 17 Feyler, 18 Beaussier, 19 Lacour, 20 Torqueau, 21 Cunin, 22 Rebardy, 23 Moura, 24 Sifantus, 25 Pean, 26 Etchecopar, 27 Henry, 28 Marchand, 29 Thiollet, 30 Nardin,

31 Moniatte, 32 Girardin, 33 Bergues, 34 Dupuy, 35 Heuillon, 36 Lacout,37 Favier, 38 Ducros, 39 Gerbal, 39 Belz, 41 Benitte, 41 Broch, 43 Duranceau, 44 Colas, 45 Beguin, 46 Guignon, 47 Maisani, 48 Escourrou, 49 Papon, 50 Michel, 51 Renard, 52 Roussel, 53 Guericolas, 54 Castellani, 55 Masse, 56 Jobin, 57 Bratigny, 58 Garraud, 59 Guibert.

Bulletin Municipal officiel de la Ville de Paris.

SERVICE DE GARDE DES PHARMACIES LE DIMANCHE.

Liste des médicaments d'urgence proposés par les Syndicats médicaux.

I. — Ampoules médicamenteuses injectables.

Ampoules de :

Chlorhydrate de morphine de 1 cmc. à 0,01 par cmc.
Caféine, de 1 cmc. à 0,20 (0 gr. 25) par cmc.
Huile camphrée, de 2 cmc. à 0,10 par cmc.
de 2 cmc. à 0,10 par cmc.
Huile éthérée camphrée de 2 cmc. à 0,10 par cmc.
— de 2 cmc. p 0,20 par cmc.
Ergotine, de 1 cmc. à 0,10 par cmc.
Spartéine, de 1 cmc. à 0.05 par cmc.
Digitaline, de 1 cmc. à 1 dixième de mmgr. par cmc.
Ether, de 1 cmc. à 1 dixième de mmgr. par cmc.
Bromhydrate de scopolamine, de 1 cmc. à 1 demi-mmgr. par cmc.
Apomorphine, de 1 cmc. à 0,01 par cmc.
Novocaïne, de 1 cmc. à 0,01 par cmc.
Novocaïne, de 5 cmc. à 0,01 par cmc.
Atropine, de 1 cmc. à 1 mmgr. par cmc.
Chlorhydrate de cocaïne, de 1 cmc. à 0,02 cmc.
Adrénaline, de 1 cmc à 1 mmgr. par cmc.
Chlorhydrate d'émétine, de 1 cmc. à 0,04 par cmc.
D'insuline, 12 ampoules de vingt unités.
D'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.
D'argent et d'or colloïdal 10 et 20 cmc.
D'évatmine.
De sérum de Heckel.
2 ampoules de sérum Anthéma.
2 — de 250 gr. de sérum glucosé isotonique
2 — — — chloruré —

II. — Ampoules ou flacons de substances non injectables.

Ampoules :

De nitrite d'amyle.
D'iodure d'éthyle.
Graduées de 30 gr. de chlorure d'éthyle anesthésique.
1 ampoule d'éther anesthésique de 125 grammes.
1 — — 250 —
2 flacons de 30 grammes de chloroforme anesthésique.

III. — Sérums de l'Institut Pasteur.

80 cmc. de sérum antidiphtérique.
40 — — antitétanique.
40 — — antipneumococcique.
60 — — antiméningococcique.
80 — — antistreptococcique.

---

60 cmc. de sérum antiperfringens antigangréneux.
30 — — antivibrion sept. antigangréneux.
20 — — antiœdématiens antigangréneux.
10 — — antihistolytique antigangréneux.

IV. — Vaccins.

Vaccin de Delbet.
Vaccins de Minet antipneumococcique et antigrippal.

V. — Médicaments.

Hydrate de chloral.
Réservoir et ballons d'oxygène.

VI. — Objets de pansements et divers.

Teinture d'iode.
Solution d'acide picrique à 6 0/00.
Liniment oléocalcaire stérilisé.
Vaseline stérilisée en tubes.
Coton hydrophile.
Bandes de crêpe et de toile.
Gaze hydrophile purifiée accordéon.
Boîtes compresses de gaze stérilisées petites, moyennes et grandes.
Boîtes mèche stérilisée de 5 m. de long sur 4 cent. de large.
Pansements individuels : 5 petits, 3 moyens, 2 grands
2 boîtes d'un kgr. de plâtre à modeler en boîtes métalliques.
Tarlatane en grande largeur pour appareils plâtrés.
Sondes rectales n° 16 et 28.
Crins en vrac.
Catguts stérilisés n° 0, 1 et 2.
Sondes uréthrales à béquilles n° 6, 8, 10, 12, 16.
Sinapismes en feuilles.
Farine de moutarde.
Leucoplaste adhésif perforé en grande largeur.

VII. — Instruments.

Seringues en verre de 2 cmc. et de 20 cmc.
Aiguilles de 5 cm. en 10/10.
— 3 cmc en 6/10.
Nécessaire de prélèvement pour diphtérie contenant : 1 tube pour culture et un fils à prélèvement pour ensemencement.
1 tube de Faucher pour lavage d'estomac.
1 tube injecteur pour sérum artificiel.

LA PATENTE MEDICALE

Des enfants ! Le médecin a-t-il le droit d'en avoir ?

L'Association syndicale des Médecins de la Banlieue Est et Sud de Paris vient de remettre à l'ordre du jour la question des patentes.

De toutes les injustices fiscales qui fleurissent actuellement, fortes et drues, sur notre sol de France, il n'en est pas de plus révoltante que celle de la base de ces patentes et l'interrogation qui sert de titre à ces quelques lignes s'impose devant les feuilles de contributions qui s'abattent sur nous médecins.

Le principal de la patente est certes supprimé, remplacé, en ce qui concerne l'Etat, par l'impôt sur les revenus professionnels, mais elle demeure en tant qu'impôt communal et départemental et devient, du fait des centimes additionnels (énormes souvent dans les communes de banlieue), l'impôt le plus lourd des carrières libérales, surtout pour les jeunes, pour ceux qui doivent accepter pour se loger, créer leur position, les sévères conditions des maisons récemment bâties.

Cette patente est alors monstrueuse : étant le fruit démesuré des finances locales, mal gérées, gaspillées fréquemment par pure démagogie électorale, son chiffre s'enfle, s'enfle jusqu'à dépasser le montant du loyer parfois. (Nous connaissons une commune de la Seine où le total atteint 6.870,46, en 1928 pour un loyer de 6.000 fr. !).

Monstrueuse, cette patente l'est encore et surtout par sa base qui englobe non seulement les locaux professionnels qui devraient être les seuls assujettis, en bonne justice pour cet impôt sur les revenus de la profession, mais aussi les locaux d'habitation qui n'ont point de rapport avec le produit du travail du contribuable mais bien avec l'importance de sa famille.

Ainsi le prix de la location en relation étroite avec le nombre des enfants du médecin patenté, ce prix total comprenant et les pièces spécifiquement médicales et celles à strict usage familial, fixera la note à payer pour patente.

Ainsi, le célibataire, le ménage stérile qui peuvent se contenter d'un logement incomparablement plus modeste, payeront deux, trois, quatre fois moins que le confrère chargé de gosses.

Est-ce admissible au point de vue national, social et même individuel ?

Et pourtant l'iniquité persiste !

Pour la faire cesser, face à nos gouvernants, célibataires ou sans enfants pour la plupart, n'ayons pas la naïveté de croire à leur bonne volonté sur cette question, vitale pourtant pour nous et pour le Pays.

Créons une force, un mouvement d'opinion et pour ce alertons les autres professions libérales qui souffrent, elles aussi, de la grande injustice : avocats, architectes, etc., etc...

Front unique pour l'équité, et le bon droit pourra triompher !

Dr Fougerat.
Bonneuil-sur-Marne.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Maginot-Marin

3480. — Remboursement de frais médicaux à un pensionné de guerre.

Un blessé de guerre ayant obtenu en octobre 1926 une pension de 10 p. cent pour hernie inguinale double, se fait opérer à ses frais en mai 1928.

Voir la suite page LXIII-3011

PROPOS DU JOUR

Les méfaits des grandes villes et de la vie moderne ; leurs remèdes. L'hygiène de l'intellectuel. Les raisons qui permettent d'avoir confiance dans l'avenir.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on se plaint des embarras et du tumulte des villes.

En quels termes Juvénal déplorait-il l'agitation de la vie, à Rome (1), il y a quelques dix-neuf siècles ? La circulation y était impossible ; l'insécurité en rendait le séjour dangereux, surtout la nuit ; les malades, fatigués par le bruit de la rue, y succombaient à l'insomnie ; les incendies, les écroulements de maisons y menaçaient sans cesse. Et il y avait bien d'autres plaies dans la ville des Césars, les loyers y étaient hors de prix (déjà !). Pour le coût annuel d'un réduit ténébreux, écrit Juvenal, on eût pu s'offrir une agréable villa avec jardin et source à Sore ou à Frusinone. Et les Etrangers (encore !) y tenaient le haut du pavé, accaparaient l'amitié des grands, la confiance des riches et les faveurs des femmes ; le Grec surtout qui faisait tous les métiers, y compris celui de médecin :

Grammaticus, rhetor, geometres, pictor, aleptes,
Augur, schœnobates, medicus, *magus : omnia novet* ? (2)

Et le poète approuvait son ami Umbritius, qui ne trouvait à tous ces maux qu'un remède, la fuite, la retraite à Cumes, petite ville de tout repos.

Quinze siècles plus tard, Boileau exhalait les mêmes plaintes sur Paris. Les bonnes gens ne pouvaient pas y dormir en paix :

Je fais pour reposer un effort inutile.
Ce n'est qu'à prix d'argent qu'on dort dans cette ville
Il faudrait dans l'enclos d'un vaste logement
Avoir loin de la rue un autre appartement.

Mais que diraient Boileau, Juvénal et son ami Umbritius, si un malin Génie, les arrachant aux Champs-Elysées, où ils ont enfin trouvé le silence et le repos, les amenait dans notre Paris du XX^e siècle ?

L'ébranlement des maisons par les camions et les autos, les orchestres ininterrompus des phonographes et de la T. S. F., les bruits continuels de la rue rendent le sommeil autrement impossible. Umbritius n'aurait pas même la possibilité d'aller chercher la tranquillité à Cumes. Il trouverait, dans toutes les villégiatures comme à la ville, la T. S. F.; les phonographes, les cinémas, les music-hall et les dancing ; le plus petit trou lui offrirait un théâtre et un casino. Les courses, le baccara, les matches sportifs, viendraient suppléer la spéculation à la Bourse de la ville. Les appels du téléphone l'inciteraient à interrompre son repos. L'avion, le rapide, l'auto, le transatlantique seraient à sa disposition pour supprimer en sa faveur le temps et l'espace. Pour résister à toutes ces excitations pour se procurer quelques instants de répit, quelques sursauts d'énergie, il aurait à sa disposition les hypnotiques, l'alcool, le tabac. Il oublierait sa détresse dans les maisons de thé et de rendez-vous et y rencontrerait les étrangers les plus singuliers et les plus suspects, des déracinés et démoralisés, même et souvent médecins, des rentiers ruinés, des aventuriers, des mercantis, des femmes de tous les pays, de toutes les origines, de toutes les conditions. Et tout ce monde avide de plaisir et de jouissances, incapable de mettre un frein à ses passions, entraînerait l'être faible dans ce milieu trépidant où triomphe le mufle.

Voilà ce qu'est devenue après la grande guerre, la vie moderne. Ses méfaits sévissent partout, mais surtout dans les grandes villes.

Peut-on s'étonner si les détraqués abondent ? Même ceux qui échappent aux tentations, qui savent résister à leurs passions, qui mènent une existence régulière et laborieuse, subissent les effets de l'ambiance. Peut-on affirmer, en outre, que le système nerveux n'est pas fâcheusement impressionné par tous les courants électriques, toutes les émanations, toutes les radiations, toutes les vibrations qui ébranlent l'atmosphère où nous vivons et dont nous subissons plus ou moins inconsciemment l'influence ?

Le D^r Foveau de Courmelles, a signalé que certaines personnes dégageaient à Paris suffisamment d'électricité pour faire briller une ampoule électrique et notre aimable correspondant

(1) *Juvénal,* sat. III.
(2) Grammairien, rhéteur, géomètre, peintre, baigneur, augure, danseur de corde, médecin, magicien : que n'est-il point ?

le Dr Paul Noury, de Rouen, nous envoyait récemment à ce sujet une coupure de journal, relatant qu'à New-York, on fait mieux : l'atmosphère y serait chargée d'une telle quantité d'électricité que des gens même sérieux s'amuseraient à tirer de leur nez de minuscules étincelles.

Ne parlons pas de nos poumons qui respirent les poussières, les fumées, les gaz de combustion des moteurs des automobiles. Ne parlons pas de notre cœur qui subit le choc en retour de toutes les émotions. Tout ne se borne pas là. Pour troubler notre système nerveux, il y a encore l'intoxication alimentaire. Pas celle due aux alcools, aux hypnotiques, au café, au thé et autres drogues que l'on peut se passer d'absorber, mais celle que l'on ne peut prévoir, provoquée par l'alimentation la plus normale, par le pain, comme l'a démontré de si saisissante façon notre savant collaborateur, le Dr Veillard ; par les œufs, jadis aliments sains par excellence, qui, depuis qu'on gave artificiellement les poules pour les faire pondre davantage, causent les accidents les plus singuliers ; par les conserves, les pâtisseries, les crèmes et les ersatz de tous genres.

L'état morbide que développent les conditions d'existence actuelles est si fréquent, paraît si dangereux qu'un psychiatre distingué, le Dr Pierre Vachet, vient de publier à son sujet un livre très intéressant intitulé : *Remède à la vie moderne* (1).

Après avoir énuméré toutes les causes qui peuvent déterminer le déséquilibre de nos contemporains, causes que nous venons nous-même d'énoncer rapidement pour la plupart et auxquelles il convient encore d'ajouter, pour une grosse part, les bouleversements économiques, la politique et les troubles sexuels, le Dr Pierre Vachet décrit les états anxieux, la neurasthénie ou névrose d'épuisement, la mélancolie, qui peuvent en être les conséquences. Ces accidents morbides ne résultent pas seulement de la simple fatigue, ni d'excès d'émotions.

Le mauvais fonctionnement du foie, des reins, des glandes à sécrétion interne, des glandes sexuelles, détermine par l'accumulation des poisons et leur manque de neutralisation dans l'organisme une toxi-infection du système nerveux.

Aussi, la première préoccupation du médecin, pour combattre ces états anxieux ou les prévenir, doit être de surveiller le régime, d'obtenir progressivement la désintoxication alimentaire.

(1) Docteur Pierre Vachet. — *Remède à la vie moderne* (Grasset, édit., Paris, 1928).

Cette cure doit être conduite avec prudence et méthode. L'instauration du régime lacté absolu et brutal donne le plus souvent de mauvais résultats ; il en est de même de la suppression brusque des excitants, pris habituellement par certains sujets, et de celle des viandes chez les pléthoriques hypertendus, gros mangeurs. Chez les sujets très résistants l'on peut conseiller la cure diététique de Guelpa durant trois, quatre et même cinq jours qui peut donner de remarquables résultats si elle est bien supportée.

Pour guérir ou prévenir les états anxieux et la neurasthénie, il ne suffit pas de donner des conseils et de faire des remontrances. Outre le régime alimentaire à surveiller, il faut procéder à une rééducation physique et mentale, régler les repos et le travail, établir l'équilibre émotionnel et réaliser l'assainissement moral.

Le Dr P. Vachet insiste sur la nécessité du repos par la relaxation musculaire. Les muscles ont besoin d'alternatives de contraction et de repos et ces alternatives de repos répétées fréquemment sont plus nécessaires qu'un repos prolongé. Des excitations réflexes, qui nous sont inconscientes, déterminent dans nos muscles un tonus excessif qui les fatiguent à notre insu. Les excitations intellectuelles et sensorielles (spectacles, bruits, sonneries, conversations, secousses, cahots, trépidations) fatiguent indiscutablement nos muscles.

La nécessité du calme, du repos périodique s'impose et les Anglo-Saxons, pour lesquels le *Week-end* en dehors de la ville est devenu un rite universellement respecté, cherchent ainsi, avec raison à obtenir ce calme, ce repos. Ils suppriment de cette façon non seulement la fatigue physique mais la fatigue émotive.

L'intoxication due à la fatigue se manifeste par des troubles qui peuvent se classer en quatre degrés : 1° d'abord la simple sensation de lassitude ; 2° l'épuisement, accompagné d'hypotension artérielle, de tachycardie, dans lequel les muscles indociles obéissent mal à la volonté ; 3° le surmenage, où l'hypertension artérielle remplace l'hypotension et la brachycardie la tachycardie et où l'insomnie s'établit ; 4° le forçage, qui est suivi de confusion mentale, de troubles oniriques, d'arrêts du cœur et de mort.

Le travail intellectuel agit comme le travail physique et donne lieu, comme nous l'avons dit plus haut, par l'exagération réflexe du tonus à une véritable fatigue musculaire.

Le repos, pour produire son effet doit être dis-

cipliné et souvent les vacances mal réglées exagèrent au lieu de les supprimer les troubles dus au surmenage. M. P. Vachet conseille aux surmenés de faire trois fois par jour une cure de repos, à la fin de la matinée, vers cinq heures de l'après-midi et le soir après le repas. Les deux premières cures seront de vingt minutes, la troisième de quarante minutes. Il recommande de rester assis dans un bon fauteuil, les membres inférieurs en demi-flexion, les avant-bras appuyés sur les bras du fauteuil. Il convient de garder les paupières closes, de ne pas fixer sa pensée, d'obtenir ce qu'il appelle le « vide mental ». Le Dr P. Vachet coupe ces périodes de repos par des exercices particuliers, dits de « relaxation musculaire », durant quelques minutes. Ces exercices doivent se faire en harmonie avec le rythme de la respiration. Ils consistent en quelques gestes isolés avec minimum d'effort, qui doivent être intercalés entre deux périodes de détente complète.

Le but de ces exercices est « d'habituer le patient à faire des gestes isolés avec un minimum d'effort, à acquérir une notion précise de l'inertie organique qu'il faut vaincre et à ne jamais porter son effort inutilement au-delà. En outre, ils lui apprennent à relâcher la contraction musculaire dès qu'elle n'est plus nécessaire, à ramener au repos, aussi rapidement que possible, les groupes de muscles intéressés. »

Au point de vue du régime alimentaire, le Dr P. Vachet critique nos habitudes françaises. C'est, selon lui, une faute que de faire à midi le principal repas et ses conseils nous rapprochent des coutumes britanniques.

Le repas du matin devrait être confortable comme disent les Anglais. Les aliments hydrocarbonés devraient y entrer en quantité appréciable. Le travailleur a besoin de charbon pour chauffer sa machine avant de l'utiliser.

Le repas du milieu de la journée, repas d'entretien, devrait être léger.

Vers 5 heures du soir encore un léger repas serait utile. Quant au repas du soir, c'est lui qui devrait comprendre dans son menu, les aliments azotés, les viandes qui contribuent à la reconstitution cellulaire.

La soupe, le café, le thé, le vin ne sont pas très utiles dans le régime normal selon le Dr P. Vachet. Il préconise tout particulièrement les fruits frais, non seulement au dessert, mais encore comme hors-d'œuvre. Comme boisson, il conseille de boire peu en mangeant, de prendre un verre d'eau de préférence légèrement alcaline, une demi-heure avant les repas et au coucher. Il admet une petite tasse de café après le repas de midi et un verre de bon vin après le dîner.

Le sommeil doit normalement s'effectuer avec une bonne hygiène. Sauf exception, il vaut mieux ne pas recourir aux hypnotiques. L'automatisme organique doit rester dans le sommeil attaché à l'automatisme mental. Le Dr P. Vachet conseille de vider la vessie avant de chercher à dormir, d'enlever tous les liens et les vêtements qui peuvent déterminer une constriction quelconque, d'inspirer lentement par le nez et d'expirer par la bouche légèrement entr'ouverte, de tâcher d'obtenir le « vide mental » et de prononcer automatiquement, à chaque expiration, le seul mot : « calme ».

Examinant l'hygiène propre aux intellectuels, le Dr P. Vachet traite rapidement du surmenage scolaire et s'élève avec raison contre l'étendue des programmes qui, même à l'école primaire, encombre sans utilité le cerveau des enfants.

Tous les gens sensés sont unanimes à déplorer cette étendue des programmes scolaires, à constater son inutilité, à démontrer combien il serait nécessaire, même dans l'intérêt intellectuel des jeunes gens, de remplacer nombre de conférences et de cours par des exercices physiques.

Mais les protestations sont toujours vaines. On continue à bourrer le crâne des malheureux enfants d'une alimentation spirituelle mal digérée et incomprise, qu'ils s'empressent d'oublier au bout de quelques mois et qui n'a servi qu'à les fatiguer tous et à en abrutir quelques-uns. L'on ne se rend pas assez compte du mal que les fanatiques rédacteurs de programmes universitaires font à notre jeunesse et partant à notre pays.

Le travail de l'intellectuel adulte ne peut subir des règles invariables. Chaque intellectuel a ses habitudes. Darwin, Zola ne pouvaient travailler que quelques heures (trois heures au plus le matin). Victor Hugo écrivait debout toute la matinée. Alexandre Dumas père, qui était un gros travailleur, écrivait depuis son lever jusqu'au cours de l'après-midi, s'interrompant à peine pour déjeûner légèrement. Balzac travaillait jour et nuit. Le Dr Pierre Vachet conseille surtout le travail du matin. Il préconise à l'intellectuel une vie régulière ; le coucher à 11 heures du soir et le lever à 7 heures du matin. Il recommande de travailler sans fièvre. Après le lever à sept heures, pratiquer des ablutions froides, faire pendant quelques minutes des exercices physiques

et se mettre au travail après un déjeuner substantiel.

En cas de signes de surmenage, d'insomnie, de troubles neurasthéniques, interrompre tout labeur intellectuel, pratiquer pendant une semaine environ la cure de désintoxication alimentaire ; se livrer modérément à des exercices sportifs, comme la marche par exemple ; avoir recours aux cures de repos avec exercices de relaxation musculaire et de vide mental dont nous avons parlé plus haut. Enfin, l'intellectuel sujet à la fatigue pourrait avec avantage intercaler un jour de travail intellectuel avec un jour d'oisiveté et de pratique sportive modérée.

Il n'est pas douteux que les conseils de M. Pierre Vachet soient excellents, il ne conviendrait pas cependant de les prendre à la lettre et de les considérer comme les règles absolues.

Combien d'exceptions ne pourrait-on pas leur opposer ? Nous avons connu des hommes de lettres, des poètes, des romanciers, des journalistes, des savants, qui préféraient travailler le soir que le matin, qui trouvaient que c'était entre dix heures du soir et une heure du matin dans le calme et le silence de la nuit qu'ils avaient le cerveau le plus lucide et pouvaient exprimer le plus clairement et le plus nettement leur pensée. Combien d'intellectuels sont, sans en souffrir, de véritables noctambules ? Combien d'hommes de talent, même de génie, ont cherché leur inspiration dans l'usage, quelquefois immodéré, des excitants et des toxiques ? Mais il n'est pas douteux que ces derniers étaient des déséquilibrés, des anormaux qu'il est difficile à un médecin de donner comme exemple.

Enfin, le Dr P. Vachet recommande à l'intellectuel surmené la désintoxication morale. Nous sommes ici absolument et sans réserve d'accord avec lui. Le travail intellectuel en lui-même cause rarement la neurasthénie.

Quand le cerveau est fatigué de penser, il se refuse à associer les idées et le repos s'impose de lui-même, tout travail devenant impossible. Mais ce sont les émotions résultant d'une imagination déréglée, le jeu des passions surexcitées, les inquiétudes provoquées par les responsabilités, en un mot les troubles d'ordre moral qui empêchent surtout le repos, provoquent les angoisses, créent les impulsions, les habitudes funestes, déterminent les interprétations erronées et péjoratives, phénomènes moraux contre lesquels la volonté n'a plus de frein et qui peuvent faire sombrer la raison. Parmi les troubles passionnels, *il convient de mettre au premier rang* ceux qui sont d'origine sexuelle. Sans doute, nous n'irons pas dans cette voie aussi loin que Sigm. Freud qui, au moyen de sa méthode de psychanalyse, découvre une origine sexuelle, parfois singulière, aux troubles neurasthéniques de tous les ordres et aux diverses formes d'angoisse et de phobies. Mais sans faire intervenir la libido à tous propos et même hors de propos, il est juste de constater qu'elle joue un rôle important, même souvent très important dans la pathogénie de tous ces phénomènes.

Le Dr Pierre Vachet résume en trois préceptes les principes essentiels de la désintoxication morale :

1° S'affranchir des rêveries inutiles et pernicieuses ;

2° Dompter les émotions en réfrénant au maximum les gestes par lesquels elles s'expriment et s'amplifient ;

3° Détruire les réflexes imaginatifs nocifs pour en créer de salutaires, c'est-à-dire chasser les images de tristesse, de faiblesse, de désespérance, qui régissent un trop grand nombre de nos réactions affectives pour leur substituer des images de joie, de force et de confiance.

Et, avec raison, M. P. Vachet prêche l'optimisme ; non pas l'optimisme poussé jusqu'à l'absurde comme celui du Dr Pangloss, mais la gaîté vaillante dans l'action, et la bonne humeur au milieu des complications de la vie moderne. Nous nous souvenons à ce propos d'une bien vieille chanson que nos pères chantaient après boire. Un de ses couplets pourrait servir de conclusion à la recherche du remède de la vie moderne.

Voici comme le chansonnier y faisait parler le savant docteur Grégoire :

Il dit : Mes enfants,
Soyez bons vivants,
Suivez bien mon ordonnance.
C'est la bonne humeur
Qui fait le bonheur ;
Voilà toute la science !

Pour combattre la névrose d'angoisse et la neurasthénie, ces fléaux de la vie moderne, la prescription du savant docteur Grégoire de la vieille chanson, nous paraît la plus efficace.

***

Nous venons d'insister longuement sur les méfaits de la vie moderne dans nos grandes villes, sur l'usure de notre système nerveux qui résulte de la vie trépidante, agitée, que nous y

menons, sur les intoxications alimentaires sur le milieu nocif où nous vivons. Il ne faudrait pas cependant trop dramatiser et si le progrès exige sa rançon, il amène à n'en point douter à l'homme le mieux être et nous en bénéficions largement. La durée moyenne de la vie humaine s'accroît progressivement et, chose que nous n'aurions osé affirmer si nous ne l'avions relevé dans des documents officiels très sérieux, c'est à Paris et à Lyon, les deux villes où la vie est la plus trépidante et la plus active que l'on meurt le moins. Tandis qu'à Nancy, il y a eu 23,11 décès pour 1.000 habitants en 1927 ; 22,42 à Rouen ; 18,75 à Nantes ; 17,80 au Havre ; 17,69 à Lille ; 17,27 à Nice ; 16,32 à Marseille ; 15,34 à Toulouse ; 15,33 à Strasbourg ; 15,19 à Roubaix ; 13,68 à Saint-Etienne, il n'y en a eu que 13,55 *à Paris* et 12,77 à Lyon.

Voici ce que dit la statistique. Mais que ne dit pas la statistique ?

Aussi, sans nier les méfaits de la vie moderne et sans dédaigner les remèdes qu'ils exigent, nous pouvons dans une mesure raisonnable envisager sans trop d'angoisse l'avenir.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DANGERS ET INCONVÉNIENTS DE L'AVORTEMENT ARTIFICIEL

Dr H. Vignes,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

L'avortement artificiel, quelqu'en soit le motif, comporte un certain nombre de risques : le risque traumatisme, si habile que soit l'opérateur, le risque hémorragie, le risque infection mortelle et le risque séquelles locales et générales d'infection. On peut concevoir, cependant, qu'à force de précautions, ces risques soient annihilés ou, du moins, très diminués.

Un autre problème se pose alors, c'est de savoir si, en soi, l'avortement artificiel n'a pas d'inconvénient physiologique, s'il ne modifie pas de façon fâcheuse les organes génitaux de la femme. C'est ce point que vient d'étudier mon ami, le professeur Serdjukoff (1) (de Moscou) en se fondant sur l'expérience acquise par lui et par nos confrères russes au cours des sept dernières années : on sait que, durant ce temps, l'avortement pour causes sociales et morales a été autorisé sous condition d'être pratiqué dans des cliniques présentant toutes les garanties techniques nécessaires.

Fréquence des avortements et des accouchements.

Le nombre des avortements à Moscou a augmenté de 7.969 en 1922 à 31.986 en 1926.

Le pourcentage des avortements incomplets, qui presque tous sont clandestins, a diminué pendant ce laps de temps.

D'autre part, l'extension des avortements artificiels à Moscou n'a pas fait diminuer le nombre des accouchements, lequel a progressé en relation avec l'accroissement de la population: 35.320 en 1922 et près de 60.000 en 1926.

Motifs des avortements provoqués.

L' « avortarium » de l'hôpital Dostoïewski a publié un rapport sur les 2.699 avortements artificiels pratiqués en 1925. Les causes invoquées, ont été dans 58,7 % des cas, l'insuffisance des ressources matérielles, dans 8,6 % le grand nombre d'enfants et dans 7,2 % des indications médicales (syphilis, tuberculose, etc.)

Les risques majeurs.

L'*élévation thermique*, consécutive aux interventions pratiquées à l'avortarium Dostoïewski, fut dans presque tous les cas (93,4 %) inférieure à 37°5. Rarement (5,4 %), la température monta de 37°6 à 38°. Exceptionnellement (1,3 %), elle dépassa 38°.

La *perforation de l'utérus* sur tout ce nombre ne fut observée que dans 0,15 % des cas.

Risques de séquelles gynécologiques. « Je n-m'arrêterai point, dit Serdjukoff, sur l'avore tement artificiel qui détermine dans nombre de cas (même après intervention des pécialistes experts) diverses complications, telles que :

(1) Serdjukoff. — L'avortement artificiel en tant que traumatisme biologique et ses suites. *Gynéc. et Obst.* 1928, t. XVII, p. 196. (Masson, édit., à Paris).

perforation, sténoses de la cavité utérine, déviation utérine, modifications inflammatoires ou hémorragies prolongées par suite de l'interruption des fonctions ovariennes. »

Influence sur les accouchements ultérieurs.

LANKOVITZ, élève de SERDJUKOFF, a examiné, sur le conseil de son maître, les effets exercés par un avortement antérieur sur les accouchements. Son étude a porté sur 2.383 femmes : le premier groupe, de 1.723 femmes, n'avait point d'avortements dans ses antécédents ; le deuxième groupe, de 661 femmes, avait dans les antécédents, deux, trois, quatre avortements ou davantage encore.

Voici ses conclusions en ce qui concerne le deuxième groupe :

1° elévation thermique 3 fois plus fréquente ;

2° durée de l'accouchement 3 fois plus longue ;

3° insertion du placenta sur le segment inférieur, 5,3 fois plus fréquente ;

4° adhérences anormales du placenta 2,2 fois plus fréquentes ;

5° involution ralentie 4 fois plus fréquente (ceci étant plus manifeste, encore, quand le nombre des avortements a été élevé) ;

6° fréquence plus grande des phénomènes inflammatoires, présence plus habituelle de microbes pathogènes dans les lochies ;

7° fréquence plus grande de fœtus morts et macérés.

Les risques mineurs.

L'avortement artificiel, sans signes d'infection, détermine de très nombreuses affections gynécologiques, les unes sans grand inconvénient, les autres plus pénibles.

Du nombre est la stérilité secondaire.

Chez 75 femmes soumises à l'observation pendant un à cinq ans, on a pu étudier les circonstances de cette stérilité consécutive à un avortement et, maintenant, regrettée.

Voyons le détail des symptômes, autres que la stérilité, présentés par ces 75 femmes :

1° dans 5 % des cas, il y avait eu apparition de dysménorrhée ;

2° quelques femmes se plaignaient de douleurs hypogastriques ;

3° dans 74 % des cas, on observa la diminution nette des règles à la suite de l'avortement, les règles étant devenues peu abondantes et espacées ; dans 10 % des cas, il s'était développé une aménorrhée tenace qui durait depuis trois, cinq et même neuf ans ;

4° dans 40 % des cas, il y avait absence de désirs sexuels, ou de sensations sexuelles, lesquels, au début du mariage, avant l'avortement artificiel, existaient à des degrés divers ; la plupart des malades spécifiaient que cette frigidité s'était développée progressivement, en un ou deux ans après l'avortement artificiel ;

5° dans quelques cas, on notait de la dysménorrhée ;

6° dans 9 % des cas, il y avait de la leucorrhée ;

7° un certain nombre de femmes présentaient de la nervosité générale, de la névrose cardiaque, les divers degrés de dermographisme rouge ou blanc, de l'instabilité du psychisme, de l'inquiétude, de l'obésité, de l'amnésie, du basedowisme ;

8° chez un nombre considérable de ces femmes, il y avait des symptômes accusés d'infantilisme génital ; dans un nombre considérable de cas, le corps de l'utérus est très petit, de consistance ferme, fibreuse, avec peu d'éléments musculaires : il présente le tableau de l'atrophie nette (*uterus parvus*) ; le cathétérisme démontre une cavité utérine diminuée à 3, 4 ou 5 cm. ; l'atrophie est tout particulièrement marquée au niveau du fond et du corps utérin, qui ont une forme plate sans aucune limite entre eux et le col ; ce dernier est, aussi, pauvre en tissu musculaire et très ferme de consistance ;

9° dans tous ces cas, la perméabilité des trompes à l'air fut positive ;

10° dans quelques cas, l'utérus était gros, dur et fibreux et les ovaires étaient scléro-kystiques (1).

Les cas de stérilité ont été observés principalement chez des femmes ayant subi l'avortement avant la vingtième année. Les antécédents étaient normaux. Pourtant, SERDJUKOFF considère qu'il faut incriminer une certaine immaturité des organes génitaux : pour lui, l'involution post abortum s'exerçant sur un utérus immature dépasse les bornes et aboutit à une superinvolution, à un état fibroso-infantile de l'utérus. « Toute une série de mes observations, dit-il, démontre que la conservation de la gestation chez des femmes infantiles contribue au développement de l'utérus, tandis que l'avortement artificiel le stabilise à l'état infantile » (2).

Réflexions.

Il nous est difficile de porter un jugement sur les faits rapportés par SERDJUKOFF, car il doit y avoir bien peu de médecins français qui aient une expérience comparable.

1° Il est certain que la *stérilité secondaire* semble assez fréquente après avortement provo-

---

(1) Dans les cas opérés, les ovaires montraient une absence totale des éléments germinatifs, un épaississement de l'albuginée, un état plus grossier du stroma, un nombre considérable de petits kystes, de l'épaississement et de l'hyalinisation des parois vasculaires.

(2) Je renvoie au mémoire de SERDJUKOFF pour la pathogénie proposée de cette évolution morbide.

qué (1). Sur le grand nombre de femmes stériles que j'ai eu l'occasion d'examiner, j'en ai vu un assez bon nombre, et il s'agit, en général, de cas difficilement curables et parfois incurables.

2° *L'élévation thermique, les lochies impures*, lors des accouchements ultérieurs n'est pas pour nous surpendre : on conçoit que, malgré toutes les précautions prises, un avortement artificiel puisse réaliser un ensemencement microbien dont les effets nocifs se manifestent à une époque éloignée. Je viens de voir un cas analogue où l'infection de l'utérus remontait non à un avortement, mais à des tripotages singuliers lors d'un accouchement antérieur.

3° La *fréquence des macérés* n'étonnera que les confrères simplistes pour qui « macération = syphilis » parce que la syphilis est une cause fréquente de macération : une métrite chronique déterminée par le mécanisme envisagé au précédent paragraphe, d'autres affections générales ou locales peuvent tuer l'enfant et permettre sa macération.

4° La *fréquence des adhérences placentaires anormales* n'a pas besoin d'être expliquée ; il en est de même dans bien des cas où l'on a employé, auparavant, cette opération simple, trop simple, qu'est le curettage. Le curettage, est, sans doute, la cause la plus fréquente des délivrances incomplètes. Mon maître DEMELIN a justement insisté sur ce fait ; des publications parues dans les pays les plus divers l'ont surabondamment établi et le travail de SERDJUKOFF vient en donner une nouvelle preuve.

Pour toutes ces raisons, et sans doute, pour d'autres, encore, il convient, dans l'état actuel de la science, d'avoir quelque méfiance d'un avortement artificiel, si soigneusement qu'il soit fait : l'idée métaphysique de punition, l'idée plus terre à terre qu'il ne fait pas bon interrompre la marche naturelle des phénomènes, semblent bien s'accorder avec les enseignements de la clinique.

Henri VIGNES.

LA TUBERCULOSE ANTHRACOSIQUE

Par M. André JOUSSET,

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris (2),

Il existe peut-être une tuberculose spéciale aux sujets anthracosiques ; je ne la connais pas et ne veux pas m'en occuper ici. De l'enquête que j'ai pu mener dans les mines du Nord et du Pas-de-Calais, grâce à l'obligeance de nos confrères chargés du service médical de ces mines, il résulte que le mineur actuel, malgré les conditions spéciales de son travail et l'existence indéniable, chez lui, de nombreuses pneumoconioses, n'est, ni plus ni moins tuberculeux qu'un autre ouvrier.

Je me garderai bien de discuter ici la question de ces pneumoconioses et de leur rôle tuberculigène ; tout ce que je puis en dire ici, c'est que, dans le travail des mines, les pneumoconioses sont variées, car, à côté du charbon qui paraît peu offensif, existent la silice et la chaux, qui sont certainement très vulnérants pour le poumon et doivent revendiquer la plupart des affections thoraciques des mineurs, et notamment la bronchite chronique sclérogène, qui caractérise ce que les mineurs appellent le « coup de fosse » ; mais ceci est un tout autre problème, où la tuberculose tient un rôle accessoire et, en tout cas, très effacé.

La tuberculose dont je veux parler ici est la tuberculose de tout le monde, laquelle est toujours plus ou moins accompagnée d'anthracose, mais d'une anthracose si particulière qu'il me faut d'abord définir celle-ci.

***

Sortons donc du pays minier et examinons l'anthracose de l'habitant des villes, celle qu'on impute généralement aux fumées que nous ne connaissons que trop, fumées qui, d'après les calculs des hygiénistes, enveloppent la Ville-Lumière d'un nuage persistant de plus de 100 mètres de hauteur, et dispense généreusement aux poumons de chacun d'entre nous plus de 200 grammes de charbon par année.

Que faut-il penser de cette intrusion du charbon dans nos voies respiratoires ?

A mon avis, rien de bien fâcheux, pour une série de raisons.

La première est que le charbon pur, exempt de silice, n'est pas vulnérant pour les voies respiratoires.

C'était déjà l'opinion des anatomo-pathologistes comme Tripier ; c'est celle des expérimentateurs comme Stuart Willis (1) et comme Carleton (2), qui ont en vain cherché, tout récemment

(1) Il va de soi qu'il ne faut pas confondre ces cas avec ceux de stérilité consécutive à un avortement spontané naturel ; on doit alors incriminer non pas tant le fait de l'avortement que la cause elle-même dudit avortement.

(2) Communication faite à la « Journée de la tuberculose », du *Centenaire de Villemin* (16 octobre 1927)

(1) *The Amer. Rev. of Tub.*, novembre 1922.

(2) *Journ. Hyg.*, 1923, pages 438-472.

encore, à favoriser la tuberculose par l'enfumage de leurs cobayes. C'est celle des médecins des districts miniers, celle en particulier du docteur Lecat, de Courrières et Billy-Montigny, du docteur Quénée, de Béthune, du docteur Duquesnoy, de Liévin, consultés par moi sur la question. Tous insistent sur l'égalité du mineur et du travailleur de plein air devant la tuberculose.

La deuxième raison est que, dans les conditions habituelles de l'existence, les fumées et poussières carbonifères ne pénètrent pas jusqu'à l'alvéole pulmonaire et s'arrêtent dans les premières voies respiratoires d'où elles sont d'ailleurs rapidement éliminées.

La troisième et la principale est que, d'après les recherches que je vais exposer, ce que l'on prend communément pour des crasses d'un charbon hypothétique n'en est en réalité pas.

Il peut paraître singulier qu'une doctrine aussi bien établie que l'anthracose,qui remonte au commencement du siècle précédent, avec Laennec et Pearson, et qui a reçu le contrôle de chimistes tels que Chevreul, soit aujourd'hui battue en brèche ; mais les faits sont là.

Quand on procède à une analyse soigneuse des poumons anthracosiques, on y trouve naturellement du carbone, et il serait bien difficile de n'en pas trouver ; mais ce carbone fait partie intégrante du parenchyme pulmonaire et ne caractérise nullement les poussières qu'il peut contenir.

Par contre, quand on sélectionne sur un poumon anthracosique, les parties noires, qu'on les sépare soigneusement et patiemment des régions normales, qu'on les expurge de sang et qu'on en fait l'analyse, en poussant très loin l'incinération des organes et l'attaque par l'HCl, on est frappé de la quantité formidable de fer qu'elles renferment si on les compare à celle des parties intercalaires non mélaniques prises comme témoin. Nous avons ainsi trouvé, pour 100 grammes de substance pulmonaire sèche, jusqu'à 700 milligrammes de fer dans la partie noire, contre 68 milligrammes seulement, soit dix fois moins, dans les régions normales. L'écart remarquable de ces chiffres est constant et d'un ordre de grandeur tel qu'il exclut toute possibilité d'une erreur due à l'analyse ou à l'immixtion de traces de sang.

Les mêmes différences se retrouvent quand on procède à cette recherche non plus sur du parenchyme pulmonaire pris en bloc, mais sur les cellules qui conditionnent individuellement cette mélanose. Je veux parler de ces grands éléments mononucléés connus sous le nom de « cellules à poussières », dont l'origine et le rôle ont été si longuement discutés.

Mes recherches ont, ici, consisté à comparer des crachats noirs, très riches en cellules de cette sorte, empruntés à certains vieux bronchitiques chroniques, à d'autres crachats analogues mais gris cendré ou blanchâtre, très pauvres en cellules à poussières. Voici les résultats de ces analyses :

Fer pour 100 grammes de crachats desséchés

	Milligr.
Crachats blancs ou jaunâtres.....	10 à 15
Crachats gris cendré............	20 à 50
Crachats presque noirs..........	80 à 110

D'où il ressort nettement que le fer croît en raison de la teinte foncée du poumon comme de celle de l'expectoration. Le pigment mélanique pris pour du charbon, qu'il soit inclus dans les cellules ou disposé en formations compactes dans les poumons où il constitue le truffage bien connu du poumon des vieillards n'est, en réalité, que du fer.

Nous n'approfondirons pas la question si discutée de la nature de ces cellules, mais ferons remarquer que, par leur forme, leur situation, leurs propriétés, leur fréquente association dans certains tissus, elles s'apparentent étroitement avec d'autres cellules presque identiques, leurs sœurs jumelles, qui sont chargées de pigment ocre, éléments connus sous le nom de « cellules cardiaques », qui caractérisent l'induration brune des poumons. Ce pigment ocre est un sesquioxyde ferrique de teinte rouille (rubigine de Lapicque), offrant les réactions histochimiques faciles et classiques de sels de fer, tandis que la cellule à poussières est chargée non de fumée, mais d'un oxyde noir inattaquable comme elle, qui résiste aux colorants et même à la dissolution par la plupart des acides. Nous avons observé que ce pigment n'est attaquable qu'après une calcination très poussée, suivie d'une ébullition prolongée avec l'HCl, technique indispensable, inconnue de nos prédécesseurs et dont la méconnaissance a causé la méprise du charbon.

Jaunes ou noires, ces grandes cellules sont également ferrugineuses et mériteraient au même titre le nom de cellules *martiales* que nous proposons de leur donner, appellation qui ne vise que leur constitution mais ne préjuge en rien de leur origine. Cependant des raisons multiples, dont le développement nous entraînerait trop loin, nous incitent à considérer ces éléments non comme des phagocytes protecteurs, mais comme de véritables déchets d'élimination, comme des scories abandonnées par un foyer plus ou moins éteint, en sorte que le mécanisme pigmentaire, qu'il aboutisse à des formations jaunes, brunes ou noires, graviterait autour de l'hémolyse, hémolyse qui accompagne tous les états congestifs, congestion des cardiaques ou congestion active des infections.

A ce dernier titre, ce mécanisme intéresse particulièrement le phtisiologue, car la tuberculose, qui revendique le plus grand nombre des états congestifs du poumon, évidents ou occultes, va

nous apparaître comme le facteur principal de la pigmentation pulmonaire en général, celle que nous étudions ici. En voici des preuves, tirées, cette fois, du dosage du fer pulmonaire au cours de la tuberculose expérimentale.

Nous avons utilisé, pour cette recherche, des poumons de cobayes de même âge, appartenant à une même expérience et morts en quelques mois d'une tuberculose subaiguë. Des cobayes sains nous fournissaient les parenchymes témoins. Voici le protocole de deux expériences :

Fer pour 100 grammes de substances pulmonaire sèche.

	Milligr.
Cobayes sains................	160 et 200
Cobayes tuberculeux..........	240 et 290

On voit, ici, que les différences ne sont pas considérables et que la teneur en fer des poumons tuberculeux ne dépasse guère une fois et demie celle des poumons normaux ; mais il convient de remarquer qu'ici, la pigmentation, reconnue seulement au microscope, était assez faible, comme il est de règle pour la tuberculose à marche rapide du cobaye. Il faudrait, pour accentuer ces différences, étudier la mélanose très marquée adjacente à la tuberculose humaine, association si fréquente qu'elle a suscité cette remarque du professeur Letulle : « La tuberculose appelle le charbon ... » (1) et qu'on pourrait même la qualifier de nécessaire. On verrait alors combien la sidérose est accusée au voisinage de toutes les lésions tuberculeuses et le rôle considérable joué par la tuberculose dans cette pseudo-anthracose du poumon. Nous avons, d'ailleurs, commencé ce genre de recherches qui semblent justifier nos prévisions, mais elles sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions aujourd'hui en faire état. Tous nos chiffres, cependant, parlent dans le même sens et démontrent que la tuberculose est essentiellement et solidairement sidérogène et mélanogène.

(1) *Le Poumon*, page 368.

Les conclusions générales qui se dégagent de ce travail, sont que les rapports de l'anthracose et de la tuberculose doivent être bouleversés.

L'anthracose n'est nullement un facteur de tuberculisation, comme on l'a cru si longtemps. L'anthracose elle-même est une fiction à remplacer par la notion de mélanosidérose.

Cette sidérose est, au contraire, un phénomène secondaire à la tuberculose, qui apparaît ainsi génératrice de pigment. Ce pigment est véhiculé, sinon engendré, par des cellules martiales (excellules à poussières) qui, loin d'être des éléments de protection phagocytaire contre les impuretés atmosphériques, ne sont ques des déchets, de véritables scories ferrugineuses encrassant le poumon et le bigarrant de marques indélébiles qui témoigneront du passage du bacille au jour plus ou moins lointain de l'autopsie.

***

Ces recherches appellent un commentaire d'ordre plus général encore. Elles montrent la multiplicité des réactions provoquées par la tuberculose. Nécrogène et caséifiante dans la majorité des cas, sclérogène ou calcifiante pour peu que l'activité de la maladie se ralentisse, la tuberculose peut encore devenir productrice de pigments. Il est curieux et bien instructif de voir ce que pensait déjà de la question notre grand Laennec, qui paraît avoir eu le pressentiment de ce rôle. A la page 493 de l'immortel ouvrage on lit, en effet, la phrase suivante, où il pressentait ce rôle pigmentaire :

« .... Le développement des tubercules dans le poumon et surtout la cicatrisation des excavations tuberculeuses donnent souvent lieu à une *sécrétion* de la matière noire pulmonaire... »

Nous sommes fier et heureux d'avoir pu vérifier et sanctionner les conceptions de cet homme de génie, éternel initiateur, dont l'hommage doit demeurer inséparable de celui dont nous glorifions aujourd'hui la grande mémoire.

SÉROTHÉRAPIE

La posologie du sérum antidiphtérique dans la pratique.

2 octobre 1928,

Monsieur le Rédacteur en chef
et cher Confrère,

J'ai suivi avec la plus grande attention et le plus vif intérêt la controverse qui se poursuit dans les colonnes du *Concours médical* à propos de la posologie du sérum antidiphtérique. Je suis frappé de ce fait qu'à part un seul de nos confrères, tous vos autres correspondants déclarent n'utiliser que de petites doses, et s'en trouver très bien.

Mon expérience personnelle ne me permet pas de confirmer cette manière de voir. J'ai publié il y a quelques mois dans la *Gazette médicale de France* un article sur la nécessité des doses massives en matière de sérothérapie antidiphtérique, et mon opinion n'a pas varié depuis cette époque. Bien au contraire, des observations récentes ont renforcé ma conviction que la formule « vite, fort et longtemps » est toujours un impératif catégorique, à condition que tout le monde parle bien la même langue, c'est-à-dire qu'il s'agisse bien de manifestations dues au bacille de Loffler. Je m'explique.

Lorsqu'on fait, et c'est ma pratique, l'ensemencement systématique sur sérum coagulé de l'exsudat de toutes les angines cliniquement diphtériques que l'on constate, on s'aperçoit que le bacille de Löffler n'est en cause que dans 15 à 20 % des cas, au maximum. Le reste du temps, on a affaire généralement au staphylocoque, plus rarement au streptocoque.

C'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister, parce qu'il explique certains succès permanents de la sérothérapie à doses minimes.

Mais dans la diphtérie authentique, l'emploi systématique d'une ou deux ampoules seulement, comme dose de début, constitue une pratique éminemment dangereuse.

Nous avons tous vu des diphtéries méconnues guérir sans sérum, après avoir prouvé leur identité en produisant des paralysies du voile du palais ou autres accidents pathognomoniques. Mais il n'existe pas de critérium qui permette de reconnaître qu'une angine qui commence sera bénigne ou très grave. Il est donc prudent d'injecter d'emblée, dans tous les cas, une dose suffisante pour prévenir à coup sûr l'éclosion des redoutables complications auxquelles la diphtérie expose.

Contrairement d'ailleurs à la crainte exprimée par votre correspondant, le Dr S., il est à remarquer que les accidents sériques sont moins à redouter avec les doses fortes qu'avec les faibles.

Ne voulant pas abuser de l'hospitalité du *Concours médical*, je me contenterai de rapporter ici l'observation suivante qui me paraît typique.

Il y a 15 jours, je vois un matin, dans le même village, dans deux maisons voisines, deux angines blanches cliniquement identiques.

Ne possédant plus en réserve ce jour-là que 60 cc. de sérum purifié, j'injectai à chacun des deux malades 30 cc. et fis des ensemencements.

L'un des tubes me donna au bout de 15 heures du Löffler court, l'autre du staphylocoque.

Le sujet infecté par ce dernier bacille ne présentait plus, vingt-quatre heures après l'injection, la moindre trace de fausse membrane : que vaut, dans ce cas, l'argument du diagnostic fait par le traitement ?

Quant à mon autre malade, il avait déjà, malgré les trois ampoules de sérum purifié — soit six ampoules ordinaires — un début de paralysie du voile du palais lors de ma visite du lendemain, et une dose totale de 210 cc. injectée en trois jours fut nécessaire pour sa guérison.

Je pourrais multiplier les cas analogues. Je renvoie ceux de nos confrères que la question pourrait intéresser à un prochain numéro de la *Gazette médicale de France*, où le sujet sera traité dans toute son ampleur.

Qu'il me soit permis, en terminant, de faire miennes les très justes observations apportées par le Dr MAFFRE, en ce qui concerne la présentation actuelle du sérum, et surtout d'élever une énergique protestation contre son prix vraiment exagéré. Les pouvoirs publics ne pourraient-ils pas étudier la question, et accorder au besoin à l'Institut Pasteur une subvention suffisante pour lui permettre de livrer cet indispensable médicament à un tarif plus abordable ?

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef et cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr R. PHELEBON.
Montrichard (L.-et-C.).

Mon cher Confrère,

Fort intéressantes, les opinions des confrères au sujet des doses de sérum antidiphtérique à employer, d'autant qu'elles émanent de praticiens éprouvés. Je déclare tout de suite que je n'ai pas leur longue pratique. J'avoue cependant que je suis un peu sceptique quant à l'efficacité des faibles doses.

Voici un cas intéressant :

Le 10 janvier 1928, je suis appelé auprès d'une petite malade de 14 ans, amaigrie, pâle, anémiée et très asthénique : mal à la gorge.

Température ne dépassant pas 37° autant qu'il m'en souvient. Sur la luette, une épaisse fausse membrane d'un cmq. environ, véritable couenne diphtérique.

J'apprends à ce moment que l'enfant a été soignée pour diphtérie par un confrère qui a dû pratiquer

sa dernière injection de sérum il y a environ 8 jours ; son traitement fut : 10 cc. pendant 4 jours.

J'ajoute que, d'après les renseignements fournis, je ne crois pas que l'enfant ait été traitée précocement, et elle n'a dû recevoir le sérum qu'après 3 ou 4 semaines de mal à la gorge, suivi de diphtérie évidendente.

De sorte que 5 semaines après une angine, qui fut peut-être banale au début, mais qui, actuellement, est certainement diphtérique, cette enfant a encore des fausses membranes et son état général est précaire.

Albuminurie de 5 à 6 grammes.

Je fais venir le confrère, et réussis à faire injecter ce 10 janvier 40 cc. de sérum. Les 12 et 13 janvier, 30 cc.

Les fausses membranes disparaissent rapidement, mais l'albuminurie a toujours persisté : 2 gr. ,1 gr.

Le 29 février, elle est vue par le Dr Chevrel, de Rennes, qui confirme le diagnostic de néphrite diphtérique subaiguë. J'ajoute que l'enfant, avant mes visites, a fait, d'après les symptômes décrits par la famille, une paralysie du voile.

2° Je me souviens avoir vu, pendant mon service militaire, à Laval, un militaire venant d'une autre région où il avait été traité pour une angine diphtérique par des doses de sérum assez fortes cependant : 120 à 130 cc. environ.

Il nous fit, malgré tout, à l'hôpital de Laval, une très sérieuse paralysie du voile, gênant considérablement l'alimentation, que nous dûmes traiter par le sérum (Besredka).

3° En regard de ces deux observations, je me souviens d'un petit malade de 5 ans, atteint de croup, qui me fut amené une nuit, pendant mon internat, asphyxique. Je le tubai ; sérum : 60 cc., moitié sous-cutané, moitié intra-musculaire. Deux heures après, je lui fais encore 30 cc.

Le lendemain 30 cc. et le surlendemain 10 cc.

Albuminurie : 15 grammes, diminuant chaque jour et disparaissant totalement en 5 ou 6 jours.

En 8 jours, enfant guéri complètement. Je ne me souviens même pas qu'il ait fait dans la suite d'accidents sériques.

En somme, il est peut-être beaucoup de diphtéries, je crois, qui doivent guérir avec peu de sérum — même toutes seules — mais on ne sait jamais si une diphtérie sera grave ou bénigne, et sans complications immédiates ou futures.

Veuillez croire, mon cher Confrère, à mes sentiments bien cordiaux.

Dr M. Vignot.
(Fougères.)

INSTRUMENT NOUVEAU

Porte coton laryngien,

Par Henri Fischer,

Assistant de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux.

Suivant le même principe que nous avions précédemment décrit (*Gaz. Sc. méd. de Bordeaux*, n° 37, 11 septembre 1927), M. Badin, spécialiste à Bordeaux, a fabriqué sur nos plans un porte-coton laryngé qui se caractérise par les particularités suivantes :

1° Son extrémité distale est formée par deux banches parallèles en palettes triangulaires de 25 millimètres de long sur 3 millimètres de large à la base, dimension qui progressivement diminue pour atteindre au sommet 2 millimètres. Ces deux palettes ont un écartement de 1,5 à 2 millimètres.

L'avantage de cette disposition consiste à supprimer tout ce qui est stries, dont on connaît les inconvénients lorsqu'ils s'agit de remplacer le coton. Il suffit, avec cet instrument, de passer la pointe d'un bistouri, par exemple, entre les deux palettes pour retirer avec la plus grande facilité le coton.

D'autre part les palettes triangulaires permettent le maintien utile du tampon.

2° Son extrémité proximale ou manche est coudée latéralement à 120°, ce qui fait que le champ opératoire ne peut être caché en aucun moment.

Une boucle est destinée à l'appui du pouce de l'opérateur, qui vient buter et évite le glissement du doigt.

Au cours du badigeonnage, sans changer la main de place, il est possible de faire exécuter à l'instrument les mouvements désirés.

3° Ajoutons que l'appareil est en nickel, souple tout en conservant sa rigidité, donc très malléable, qu'il est stérilisable et que son prix est modique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Fièvres d'invasion tuberculeuse: typhobacilloses et sérum de Jousset.

Les résultats d'examens nécropsiques et la cutiréaction démontrent que la tuberculose, rare avant la première année, devient progressivement plus fréquente de deux ans à la puberté, où elle se rencontre dans 96 p. 100 des cas. Ainsi que le rappelle le prof. J. Carles, le plus souvent cette première imprégnation par quelques bacilles est de caractère bénin : adénite cervicale ou trachéo-bronchique, petit fléchissement momentané du sujet atteint de rhumes tenaces et prolongés ou de pleurite légère.

Mais, dans des cas exceptionnels, la primo-infection de l'organisme neuf est massive, par des bacilles nombreux et très virulents, qui l'envahissent et se développent rapidement.

Il se produit une véritable réaction septicémique, ayant les apparences d'une grippe, revêtant la forme un peu anormale d'un rhumatisme articulaire pseudo-infectieux que rien n'explique, ou encore l'aspect classique de la typhobacillose. La difficulté, c'est de savoir dépister et reconnaître ces formes, plus fréquentes qu'il ne semble *à priori* en pratique.

D'une façon habituelle cependant, le diagnostic se fera assez bien. Il convient d'y penser en présence de toute maladie à allure typhoïde ou paratyphoïde, dont les examens de laboratoire restent négatifs, qui s'accompagne de pâleur, de transpiration, d'amaigrissement et de petits signes bacillaires atténués, tels qu'une adénopathie cervicale ou trachéobronchique, ou d'une pleuro-tuberculose.

Mais, ce qu'il y a de remarquable (et l'auteur rapporte des observations probantes), ce sont les résultats rapides et brillants que l'on peut obtenir en pareils cas avec le sérum de Jousset. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1928.)

Les angines provoquées.

Elles peuvent l'être par le patient dans un but de simulation, ou par le médecin avec une intention thérapeutique.

Pour provoquer de petites ulcérations recouvertes d'une membrane grisâtre, il suffit au malade de cautériser la membrane pharyngée avec le bout enflammé d'une cigarette ; 3 ou 4 cautérisations juxtaposées déterminent une petite lésion devant laquelle le diagnostic reste hésitant. L'état général du malade est excellent sans la moindre température. Si la ruse n'est pa déjouée à temps, on peut voir se développer d petites épidémies chez les voisins.

Il faut signaler aussi les amygdalites à répétition que réalise sans effort une hypertrophie chronique des amygdales.

Tout autres sont les angines provoquées, ou plutôt entretenues par le médecin, par suite d'un traitement intempestif ou trop énergique : pseudo-membranes par gargarismes à l'eau oxygénée, par abus d'un collutoire iodé ; angines par lavages ou gargarismes trop chauds parce qu'ils avaient été prescrits « aussi chauds qu'il est possible de les supporter. » (*Journal des Praticiens*, 12 mai 1928.)

Fractures bilatérales des apophyses transverses lombaires et lumbago traumatique.

Il semble, dit le Pr Jeanneney, que ces lésions ne soient pas aussi exceptionnelles qu'on le croyait jusqu'ici. La radiographie a permis de révéler celles qui étaient méconnues et d'y rattacher bon nombre de lumbagos traumatiques.

A propos d'une observation personnelle, il fait remarquer que les fractures directes sont ordinairement limitées à une ou deux apophyses ; les autres, indirectes, par arrachement dans un mouvement de torsion brusque ou d'effort violent, sont multiples, et les fragments sont déplacés en sens inverse à droite et à gauche.

Il faudra penser à ces fractures et les rechercher par la radio, toutes les fois qu'il existe une contracture de la masse sacro-lombaire, avec douleur exquise au niveau des apophyses transverses, de chaque côté de la ligne médiane.

Si la malade peut souvent reprendre son travail après la fin de la période douloureuse, dans

quelques cas apparaissent ou persistent, dans les semaines qui suivent l'accident, des douleurs très marquées donnant naissance à un lumbago traumatique persistant, ou à des névralgies sciatiques dues à la compression des racines par un fragment offensant du cal vicieux.

Dans ces conditions, le pronostic et le traitement varieront suivant les cas, et les données de la radiographie acquièrent alors une importance primordiale. L'emploi de la radiographie stéréoscopique, en particulier, pourra rendre ici de grands services.

Le traitement sera, en général, un traitement orthopédique par appareil plâtré. On s'efforcera même de corriger dans certains cas le déplacement vertical des fragments, en immobilisant le malade en scoliose lombaire forcée. Les massages, l'air chaud seront des remèdes de la convalescence.

Chirurgicalement, il pourra être indiqué d'intervenir d'emblée pour réséquer un fragment osseux offensant, ou secondairement soit pour un lumbago rebelle au traitement médical, soit pour une sciatique ou une sacralisation douloureuse secondaire. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 13 mai 1928.)

Le problème pathogénique de la grippe.

Il est établi aujourd'hui que le bacille de Pfeiffer n'est pas responsable du processus morbide de la grippe ; mais il joue certainement un rôle important dans la détermination des complications broncho-pulmonaires. Comme le streptocoque et le pneumocoque communs, comme le pneumobacille, l'entérocoque, le m. catarrhalis, les spirochètes, diplocoques, etc., il n'est qu'un agent secondaire. Ceci résulte de l'absence ordinaire d'agglutination des sérums des malades à leur égard, de leur inconstance et de leur variabilité suivant les pays et les épidémies.

Le véritable agent de la grippe serait un virus filtrant.

Se basant sur les caractères épidémiologiques, cliniques et bactériologiques, M. P. Baize croit qu'il est impossible de conserver au terme de « grippe », le sens qu'on lui donnait. On doit actuellement représenter cette maladie comme un syndrome, que peuvent réaliser nombre de microbes. L'auteur propose de réserver le nom de grippe à la seule affection épidémique (probablement due à un virus filtrant), et de laisser le qualificatif de paragrippaux aux divers états infectieux, qui peuvent, jusqu'à un certain point, lui ressembler. (*Gazette des hôpitaux*, 24 mars 1928.)

L'isolement thérapeutique des anxieux.

J. Lévy-Valensi ne traite pas ici de l'isolement, mesure de sécurité ; il recherche seulement dans quelles conditions l'isolement exerce une action sédative sur l'anxiété.

L'isolement est tout d'abord efficace chez les anxieux qui désirent eux-mêmes l'isolement, se rendant compte des inconvénients pour eux de l'existence dans le milieu familial ; car, ce qui paraît fâcheux, au point de vue de l'évolution de l'anxiété, c'est que le malade ait le sentiment d'une contrainte. L'anxieux est, en effet, avant tout un interprétant, et un interprétant pessimiste. Il ne faut donc pas non plus maintenir un anxieux dans l'isolement, contre son gré.

La séparation du milieu familial est aussi indiquée quand l'entourage manque de la psychologie nécessaire à ceux qui traitent de tels sujets (apitoiement excessif ou excès contraire).

Les modalités de l'isolement varieront avec le degré et la forme de l'anxiété. Dans certaines formes très légères ou sur leur déclin, le déplacement peut rendre quelques services, car il n'est pas mauvais de soustraire le malade à son ambiance ; l'isolement sera relatif ; le malade sera accompagné dans son déplacement (ce qui ne veut pas dire voyage, surtout voyage prolongé) de la personne qui offrira le plus de garantie.

On peut faire aussi, dans certaines circonstances, l'isolement à domicile.

Enfin, la maison de santé ouverte est le traitement de choix de certains anxieux ; la compréhension, la patience, le tact, la douceur, la bonté y sont indispensables ; à cet égard le personnel doit être sélectionné au double point de vue moral et professionnel. Mais avec leur sortie, les malades devront être désensibilisés de cet isolement (pour éviter un retour anxieux) ; par des sorties d'essai plus ou moins prolongées, il faudra les réadapter à une existence avec laquelle ils ont perdu tout contact.

Bref, sans considérer l'isolement comme la panacée des états anxieux, celui-ci constitue un précieux adjuvant des médications, dont la plus efficace, il faut bien l'avouer, est, sans contredit, le temps. (*La Médecine*, février 1928.)

Les hémorragies tardives du post-partum.

C'est là une complication souvent redoutable des suites de couches, non seulement en raison de la perte de sang, mais aussi et surtout par la gravité de l'état infectieux qui, en coïncidence avec elles, a trop souvent tendance à se propager en dehors de l'utérus sous forme de processus localisés ou, sous forme d'état septicémique.

Le fait essentiel, qui doit rester présent à l'esprit du médecin est que toute manœuvre intra-utérine dans un utérus infecté, à partir de la fin de la première semaine surtout, est susceptible de déclancher une diffusion de l'infection, dont on ne peut prévoir les conséquences.

Il faut cependant explorer le vagin, la cavité

cervicale, la cavité utérine, si on veut faire un diagnostic.

Cette exploration nécessaire devra donc être aussi prudente, aussi douce, aussi peu traumatisante que possible.

S'il n'y a rien dans la cavité utérine, le Pr Couvelaire conseille de laisser la malade en observation, et si la poussée fébrile, qui suit l'exploration ne s'apaise pas dans les 48 heures, ou si une nouvelle hémorragie se produit, il pratique une hystérectomie.

Si l'exploration intra-utérine révèle l'existence d'un fragment placentaire adhérent, faire délibérément une hystérectomie d'emblée, sans curettage préalable.

Bref, l'hystérectomie pratiquée d'emblée, sans curettage préalable, est, dans certains cas, le meilleur traitement de la forme métrorragique de l'infection puerpérale, avec ou sans rétention placentaire. (*La Médecine*, avril 1928.)

L'eczéma du nourrisson et son traitement.

Le terrain sur lequel il évolue est souvent assez spécial : souche neuro-arthritique, fils ou parent d'asthmatique, de migraineux, de sujets atteints de rhume des foins. Aussi l'eczéma doit-il être regardé, moins comme une maladie de peau, que comme une réaction de celle-ci à des excitations variées : digestives, microbiennes, physiques, etc. (« feux de dents », vaccination, maladie de la période de l'allaitement de la 6e semaine au 15e mois par intolérance au lait, hérédo-syphilis, tuberculose, influences digestives).

Le Pr Lereboullet estime que, surtout chez les nourrissons florides, il faut avant tout réduire l'alimentation lactée, cause directe des troubles cutanés ; on diminue à 300 ou 400 grammes la ration quotidienne de lait ; si même l'âge de l'enfant le permet, on suspend l'allaitement maternel, mais après mûre réfleion. Le lait écrémé, avant ou après ébullition, sera substitué au lait maternel, ou bien encore le lait sec écrémé, le lait condensé. Dès que l'âge de l'enfant le permet (4e-5e mois), on emploie les farines, maltées ou non, à l'eau ou au lait).

On peut aussi recourir, pour obvier aux accidents dus à l'ingestion du lait, aux différents procédés de désensibilisation (peptone 1 /2 heure avant le repas , 4 à 5 fois par jour) ; chez les nourrissons, les bons résultats de la peptone ne se retrouvent pas avec les injections sous-cutanées de lait, qui donnent parfois des réactions violentes. L'auto-hémothérapie, les injections de sang maternel donneraient des résultats intéressants, mais ces procédés ne peuvent être recommandés d'une manière systématique.

Quant au traitement général, il faut savoir, devant une affection aussi tenace et parfois aussi désespérante, recourir à tous les moyens d'action, pour faciliter la digestion et peut-être l'assimilation des graisses (suc gastrique de porc, préparations à base de pepsine, papaïne, extrait de pancréas et même insuline ?); pour stimuler les fonctions hépatiques manifestement troublées chez certains eczémateux présentant un gros foie et des accidents digestifs (calomel : 1 /2 cent. à 1 cent., extrait hépatique, eau bicarbonatée, citratée et sulfatée, administrée à petites doses).

Dans certains cas d'état nerveux, de spasmophilie, on recommande le chlorure de calcium, le gardénal (utile et inoffensif : 1 à 3 comprimés d'un centigramme par jour). Ne pas négliger la médication endocrinienne, en cas de tare thyroïdienne ou autre. Employer avec prudence l'arsenic et le mercure quand l'hérédo-syphilis apparaît probable, sinon certaine.

Les rayons ultra-violets ont donné des résultats favorables ; mais ils peuvent exaspérer le prurit ; aussi ne faut-il les employer qu'avec réserve.

Se rappeler essentiellement qu'il ne faut jamais hospitaliser un nourrisson eczémateux, sauf en cas de force majeure, l'hospitalisation, dans les conditions actuelles des salles, exposant l'enfant à une mort rapide avec hyperthermie considérable et des accidents nerveux.

Déconseiller la mer : recommander certaines stations hydrominérales (Luchon, Uriage), ou bien l'altitude qui modifie heureusement la nutrition et les réactions cutanées.

Comme traitement local, éviter les bains, les lavages, les pommades irritantes. Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes de fécule de pomme de terre, avec des pansements humides, de la vaseline, puis appliquer des poudres (talc, oxyde de zinc), la pâte à l'eau de Darier (oxyde de zinc, glycérine). Plus tard, ou d'emblée dans les eczémas torpides, ordonner le goudron de houille, l'ichtyol à faibles doses.

L'eczéma impétigineux se traite comme les pyodermites (bleu de méthylène après lavage à l'eau d'Alibour). Les eczémas suintants sont heureusement modifiés par des attouchements avec une solution de nitrate d'argent au 1 /100e ou 1 /200e. Si le prurit est intense, l'atténuer par des lotions vinaigrées ou alcoolisées faibles.

L'amélioration sera lente ; le traitement local devra, du reste, être conduit avec prudence, et assez souvent modifié selon les réactions individuelles. (*Paris médical*, 12 mai 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

A propos des pleurésies du début de la granulomatose aiguë.

(MM. G. Caussade et J. Surmont, prof. Merklen et Wolf. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris* ; 8-6-1928.)

La granulomatose doit aujourd'hui occuper sa place parmi les affections susceptibles de provoquer des réactions pleurales séro-fibrineuses ; il ne convient pas de l'oublier chaque fois qu'un épanchement pleural ne peut être légitimement rapporté à l'une ou à l'autre des causes classiquement reconnues.

Il est possible, dans certains cas, d'éliminer d'emblée la tuberculose si on observe des épanchements où il y a association de cellules endothéliales variées et nombreuses avec des polynucléaires ou des lymphocytes ; mais il est de toute nécessité, pour constater les cellules et les étudier, de faire des préparations à l'état frais. Dans la granulomatose maligne, en outre, la réaction locale ou régionale est toujours intense, et elle persiste à côté du sang.

Cependant la présence de ganglions récents et surtout celle d'une splénomégalie constituent des arguments importants pour la granulomatose ; et le médecin ne doit pas négliger de les rechercher en face d'une pleurésie dont l'origine lui paraît devoir être sujette à discussion.

L'épreuve de l'adrénaline dans la leucémie myéloïde.

(MM. Ch. Aubertin et P. Grellety-Bosviel. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 8-6-1928.)

L'injection sous-cutanée ou intra-musculaire de un milligramme d'adrénaline produit, chez l'homme sain, une leucocytose notable, qui commence 5 ou 10 minutes après l'injection, augmente pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, puis diminue progressivement. Cette leucocytose est essentiellement une mononucléose. On considère qu'elle est causée par la contraction énergique de la rate produite par l'adrénaline, contraction souvent assez difficile à apprécier chez l'homme, mais qui a été nettement mise en évidence par l'expérimentation.

On a voulu appliquer cette méthode au diagnostic des splénomégalies. Dans la leucémie myéloïde, on obtient en très peu de temps une diminution de volume de la rate appréciable cliniquement dans les cas favorables, et une leucocytose considérable qui peut parfois faire doubler en une demi-heure le chiffre leucocytaire ; cette leucocytose est un phénomène constant ; elle peut durer plus de six heures. Tous les éléments mobiles contenus dans le tissu splénique, polynucléaires, myélocytes et myéloblastes y participent ; mais ce sont surtout les éléments jeunes qui émigrent en forte proportion dans le sang, les myélocytes plus que les polynucléaires, les myéloblastes plus que les myélocytes. Quant aux éléments non granuleux (splénocytes et monocytes), ils augmentent aussi notablement, mais leur augmentation est masquée par celle, beaucoup plus nette, des éléments myéloïdes.

Dans les leucémies traitées, l'épreuve de l'adrénaline peut faire apparaître dans le sang, en quelques minutes, les caractères leucémiques que la radiothérapie avait temporairement effacés ; cependant plus le résultat thérapeutique est voisin de la perfection, moins cette myélémie adrénalinique est appréciable, et dans quelques cas l'adrénaline ne fait apparaître dans le sang que des éléments adultes (polynucléaires) et les éléments normaux de la rate (lymphocytes et splénocytes).

En somme, cette injection exprime la rate comme une éponge et lance temporairement dans le sang circulant les leucocytes qu'elle contient, surtout les leucocytes pathologiques et les cellules jeunes, mais aussi les cellules libres normales, qui sont parfois les seules à émigrer dans quelques cas heureusement traités.

Images radiologiques des kystes hydatiques calcifiés.

(MM. G. Paisseau et V. Oumansky. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 8-6-1928.)

Malgré la rareté des exemples rapportés, ils ne sont peut-être pas aussi exceptionnels qu'on peut le penser ; les auteurs apportent deux nouvelles observations. D'un point de vue pratique, il convient de faire remarquer que ces deux images de kystes calcifiés avaient complètement passé inaperçues à l'examen radioscopique et que la radiographie semble indispensable au diagnostic radiologique de cette variété de kystes hydatiques, qui n'auraient pas été reconnus ici sans ce procédé d'exploration.

Sur un cas de syndrome psycho-anémique. Guérison par les transfusions et la méthode de Whipple.

(MM. P. Émile-Weil et R. Cahen. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 8-6-1928.)

Le cas rapporté prouve une fois de plus l'efficacité des méthodes thérapeutiques actuelles dans la maladie de Biermer ; mais il prouve, en outre, la curabilité des troubles mentaux graves, qui peuvent survenir dans cette affection.

Il s'agit d'un homme qui, après une courte période de faiblesse croissante, et de pâleur progressive, entre à l'hôpital dans un état d'obnubilation accentuée, avec délire de persécution, confusion mentale et

agitation extrême. Ce sont les troubles mentaux, qui dominent la scène, mais l'examen révèle chez lui les signes d'une anémie de Biermer avec seulement 850.000 globules rouges. Le malade est immédiatement transfusé et soumis à la méthode de Whipple, associée à l'insulinothérapie. Par la continuation du foie et de l'insuline comme « traitement de fond », sur lequel viennent s'intercaler de temps en temps des transfusions sanguines, on a réussi à obtenir une régénération complète de l'état sanguin, avec réparation de l'amaigrissement et disparition complète et définitive des troubles mentaux.

Ces troubles mentaux sont loin d'être exceptionnels dans la maladie de Biermer, mais ils sont curables, alors que jusqu'à ces derniers temps, l'apparition de troubles mentaux un peu sévères, au cours des anémies graves était considéré comme une complication tardive, terminale, et comportait, par conséquent, un pronostic des plus réservés. Ces troubles relèvent, tout au moins à leur début, de lésions plus superficielles, vraisemblablement toxiques ou ischémiques, que celles décrites jusqu'ici dans les états neuro-anémiques.

Evolution clinique de deux pleurésies purulentes tuberculeuses de la grande cavité traitées par ponctions évacuatrices successives suivies d'injections d'oléo-goménol. Symphyse pleurale.

(MM. Emile SERGENT et R. TURPIN. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 88-6-1928.)

Un malade fut ponctionné 16 fois, et ces ponctions permirent d'évacuer 23 litres environ de pus en l'espace de 10 mois et d'injecter un litre d'huile goménolée ; une série de clichés radiographiques permettent de suivre les étapes de la maladie ; le patient est aujourd'hui en bonne santé.

Pour le deuxième sujet , en 6 mois, 12 ponctions permirent d'évacuer 4 litres 750 de pus et de réinjecter 530 cc. d'huile goménolée.

Il ne faut donc pas méconnaître la valeur du traitement médical des pleurésies purulentes tuberculeuses. Les ponctions successives, suivies d'insufflations d'air ou d'injections modificatrices, dont la formule est encore à trouver, sont capables d'améliorer singulièrement le pronostic de cette redoutable affection. Sans doute, la symphyse ainsi substituée à la collection purulente n'est-elle pas complètement exempte de danger, surtout quand elle siège du côté gauche. Aussi, pour remédier aux accidents d'insuffisance cardiaque éventuelle, peut-il être nécessaire d'envisager l'opportunité d'une thoracoplastie ultérieure, avec ou sans libération péricardique.

Corps étranger insoupçonné de la bronche droite chez un adulte.

(MM. Ch. FLANDIN, J. RAMADIER, SAOULAS et S. WEILL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-6-1928.)

L'existence des corps étrangers ayant pénétré à l'insu de malades adultes dans les voies aériennes apparaît plus fréquente qu'on n'aurait pu le supposer ; il s'agissait ici d'une vis. Aussitôt l'accident produit, survient une phase initiale de suffocation. Elle est suivie d'une période silencieuse plus ou moins longue, quand c'est un corps métallique, donc relativement aseptique. Puis, des troubles pulmonaires apparaissent, qui font généralement penser à la tuberculose ou à un abcès du poumon, parfois à une dilatation des bronches ou à une pleurésie enkystée.

Quand l'interrogatoire permet de retrouver ces trois phases, on peut orienter les recherches ; mais la bronchoscopie seule, lorsque le corps étranger n'est pas opaque aux rayons X, apporte la certitude diagnostique et le traitement des accidents (extraction au moyen d'une pince spéciale.) La bronchoscopie, pratiquée dans de bonnes conditions matérielles, est une opération simple, fructueuse en résultats et non choquante.

Remarquons que le malade était cliniquement guéri de sa pneumopathie, lorsque l'extraction du corps étranger a été pratiquée ; sans radiographie, on n'aurait pas soupçonne la présence de cette vis, dont la pénétration avait laissé si peu de traces dans la mémoire de l'intéressé.

G. F.

Lyon

Société Nationale de médecine et des sciences médicales

Cancer de la vésicule avec lithiase.

M. PALLASSE et Mlle LAMBERT. — Femme de 76 ans, sans antécédents notables (en particulier, pas de crises lithiasiques antérieures). Six mois avant l'entrée à l'hôpital, début de l'affection par des douleurs du côté droit du thorax et quelques troubles digestifs. A l'entrée, cachexie, température à 38°1, langue saburrale, vive douleur à la pression de la région vésiculaire qui est un peu contracturée ; pas d'ascite, ni de splénomégalie.

Les phénomènes aigus rétrocèdent après application de glace et on perçoit alors une tuméfaction vésiculaire dure, irrégulière, adhérente aux côtes. La cachexie augmente . Mort six mois après l'entrée. Autopsie, cancer du fond de la vésicule ; celle-ci contenait de gros calculs ; la tumeur avait envahi toute la partie inférieure du lobe droit du foie.

Hernie lombaire.

M. PALLASSE et Mlle LAMBERT. — Malade de 67 ans atteint de paraplégie et de diabète et qui est, en outre, porteur d'une hernie lombaire semblant imputable à un effondrement du triangle de Grynfelt.

Coxa-vara.

M. DURAND. — Homme de 52 ans atteint de lésions importantes de la hanche gauche se manifestant cli-

niquement par un raccourcissement de 3 cm., de la rotation externe du membre et de grosses raideurs articulaires, gênant considérablement la marche. Les radiographies montrent qu'il s'agit de coxa vara portant exclusivement sur le col fémoral, sans participation de la tête, ni du cotyle.

Il existe des lésions d'arthrite chronique déformante banale.

Luxation ouverte de la tête cubitale compliquant une fracture de la tête du radius.

M. F. Pouzet présente l'observation d'un garçon de 14 ans qui avait une fracture au tiers inférieur du radius, la tête du cubitus faisant saillie à la face palmaire de l'avant-bras à travers une boutonnière cutanée.

Celle-ci fut débridée, on fit un nettoyage chirurgical de la région et une contre-incision dorsale, puis, dans un deuxième temps, on réduisit la fracture radiale, tandis que la tête cubitale réintégrait facilement sa cavité. Plâtre avec la main en supination et le coude à 90°. Les suites furent assez simples et actuellement le résultat fonctionnel est satisfaisant, sauf une certaine gêne dans les mouvements de pronation.

Arthrite hémophilique du genou.

MM. Pallasse, Latreille et Mlle Lambert. — Homme de 24 ans entré à l'hôpital avec des signes d'hydarthrose du genou droit. Il n'y avait eu ni traumatisme, ni blennorragie antérieure, mais on notait divers antécédents hémophiliques : saignements faciles à la moindre coupure, traumatisme de la verge ayant déterminé d'abondantes hémorragies ; le sujet a, de plus, un frère qui présente une tendance encore plus marquée aux hémorragies et a eu un grand-père mort d'hémorragie après une extraction dentaire. On pensa alors à une arthrite hémophilique, diagnostic qui fut confirmé par la ponction de l'article, laquelle ramena un liquide sanglant qui cinq heures plus tard n'était pas coagulé. A noter cependant qu'il n'y avait pas de retard de la coagulation du sang circulant et que la formule cytologique était normale.

Spina bifida occulta avec incontinence du sphincter anal.

M. Rousselin présente un jeune homme de 17 ans entré à l'hôpital pour une soi-disant « entérite » avec diarrhée qui remonterait à l'âge de quatre ans. En réalité, il s'agit d'une incontinence du sphincter anal, coexistant avec une malformation du sacrum consistant en une absence presque complète des arcs postérieurs des vertèbres sacrées.

Calculs sous-préputiaux.

M. L. Phélip présente des calculs sous-préputiaux provenant d'un malade entré à l'hôpital pour un ictus et perdant des urines sanglantes ; la verge était énorme avec phimosis serré.

A défaut d'autre intervention que l'état du malade ne permettait pas, on se contenta d'inciser le phimosis ce qui donna issue à des caillots et à *dix-sept calculs.*

Empalement par un montant d'échelle.

M. Ricard. — Jeune homme de 19 ans, tombé de la porte d'un fenil sur une échelle où il s'empala. Entré à l'hôpital vingt-huit heures après l'accident, il est en pleine péritonite ; plaie périnéale par où s'écoulent les matières ; déchirure de la face antérieure du rectum perceptible au toucher rectal. Laparotomie : ventre plein de fausses membranes, liquide à odeur stercorale ; déchirure énorme du côlon pelvien. On se borne à déterger et à drainer. Mort au troisième jour. M. Ricard fait suivre cette observation des remarques suivantes : 1° la déchirure du côlon pelvien s'est produite par le mécanisme de l'éclatement ; 2° il faut noter ici l'apparition tardive de la contracture abdominale, signe révélateur des perforations de viscères creux : le médecin appelé à voir ce malade quelques heures après l'accident, praticien averti, n'avait constaté aucun signe de réaction péritonéale ; ce n'est qu'en revoyant le blessé le lendemain (vingt-quatre heures après l'accident) qu'il se trouva en présence des signes de péritonite ; 3° enfin au point de vue thérapeutique, il faut, en pareil cas, faire le minimum : large Mickulicz pour essayer d'enrayer la péritonite, anse de dérivation en fixant à la paroi l'anse sigmoïdienne ouverte, drainage par le rectum et par la plaie périnéale.

Dislocation du carpe. Réduction immédiate.

MM. Laroyenne et Rousselin présentent un jeune homme qui, en tombant sur la paume de la main droite, se fit une *dislocation du carpe*, telle que l'a décrite Destot, lésion consistant en une association de fracture du scaphoïde et de luxation du semi-lunaire en avant. M. Laroyenne préconise en pareil cas la réduction immédiate sans attendre la radiographie, réduction qui consiste, la traction et la contre-extension étant établies, à refouler sous-anesthésie la saillie que l'on sent sur la face dorsale du poignet. Dans le cas présenté, le résultat fonctionnel a été satisfaisant.

Adénite tuberculeuse sus-sternale et pré-thyroïdienne.

MM. Mallet-Guy et Heitz présentent un Algérien de 25 ans entré à l'hôpital pour une tuméfaction de la région antérieure du cou, située juste au-dessus de la fourchette sternale, un peu à droite de la ligne médiane, suivant le larynx dans les mouvements de déglutition. On pense à un goitre nodulaire. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un abcès froid préthyroïdien. Ablation de la poche. Guérison.

Sténose haute de l'intestin grêle.

M. Mallet-Guy présente, en collaboration avec M. Ch. Gardère et Mlle Weill, un garçon de 14 ans, à antécédents tuberculeux, atteint depuis trois mois d'inappétence avec lenteur des digestions, gros ballonnement du ventre, vomissements alimentaires ; amaigrissement très marqué ; ondes péristaltiques abdominales. La radioscopie décelait une stase au niveau du duodénum. Le tubage duodénal ramenait une bouillie analogue aux liquides vomis. L'intervention montra qu'à un mètre environ de l'angle duodéno-jéjunal, l'intestin était incarcéré dans une fossette limitée par le mésocôlon, la troisième portion du duodénum et une bride, reliquat d'une péritonite antérieure ; pas de lésion pariétale de l'intestin. Section de la bride. Le résultat fut excellent : le malade pèse actuellement 52 kgr. alors qu'il était tombé à 36 kgr.

Atrophie rénale avec oblitération urétérale par un calcul.

MM. Bonnamour et Giraud relatent l'observation d'un homme de 42 ans, éthylique, mort à l'hôpital de pneumonie grise et à l'autopsie duquel on trouva un rein atrophié, avec peu de lésions microscopiques ; l'uretère du même côté était oblitéré par un calcul, mais il n'était pas dilaté, non plus que le bassinet.

Volumineux fibrome utérin inclus.

MM. Villard et F. Condamin présentent une pièce opératoire constituée par un volumineux fibrome développé aux dépens de l'isthme utérin en inclusion sous-péritonéale complète ; hystérectomie totale faite d'urgence en raison d'hémorragies graves et répétées chez une malade exsangue. Suites bonnes jusqu'à présent. L'examen de la pièce montre un fibrome de l'isthme plus gros qu'une tête de fœtus et surmonté par un corps utérin relativement petit, bourré de noyaux fibreux ; on voit nettement que le péritoine a dû être incisé au-dessus du myome principal complètement sous-péritonéal.

Société médicale des hôpitaux.

Paraplégie par métastase vertébrale d'un cancer vésiculaire latent.

MM. Pic, P. Delore et Thiers rapportent l'histoire d'un homme de 75 ans entré à l'hôpital pour une congestion pulmonaire double ; dans la convalescence de celle-ci l'examen complet du système nerveux décela l'existence d'une paraplégie légère avec douleurs dorsales et raideur de la colonne dorso-lombaire ; ponction lombaire : liquide clair, de tension normale, avec 0 gr. 55 d'albumine et 2 lymphocytes par millimètre cube ; Wassermann négatif dans ce liquide et dans le sang. On pensa à une compression médullaire, peut-être par mal de Pott.

Le malade mourut assez brusquement et l'autopsie révéla l'existence d'un cancer de la vésicule biliaire, cliniquement latent, sans trace de lithiase, avec envahissement hépatique direct et métastases hépatiques. En outre, une des vertèbres dorsales était complètement détruite et réduite en bouillie et au devant d'elle se trouvait une masse lardacée médiastinale.

On n'a jamais, jusqu'ici, décrit de métastase vertébrale au cancer de la vésicule.

Sur le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique.

MM. Bériel et Devic présentent quelques écrits de paralytiques généraux traités par le stovarsol sodique (avant et après le traitement) ; on y voit nettement une amélioration portant sur les deux troubles qui caractérisent l'écriture de ces malades : troubles calligraphiques et idéographiques. Sans pouvoir comparer cette méthode avec la malariathérapie, dont ils n'ont pas d'expérience personnelle, les auteurs croient être autorisés à préconiser cette méthode : leur statistique, dont les résultats sont analogues à ceux de la statistique plus importante de Sézary et Barbé, donne une pourcentage de guérisons comparable à celui obtenu par la malariathérapie. Le seul danger de la méthode est la possibilité de l'atrophie optique ; MM. Bériel et Devic n'en ont observé qu'un cas, encore n'a-t-il pas abouti à la cécité complète. On peut éviter cette complication en vérifiant l'état du fond d'œil avant le traitement, et en suspendant celui-ci au moindre trouble visuel.

Pigmentations cutanéo-muqueuses sans addissonisme.

MM. Paviot et Josserand présentent, à titre de rareté, l'observation d'un homme de 58 ans, porteur d'une pigmentation bleu-noirâtre du palais et de la face interne des joues, ainsi que de la face interne de la lèvre supérieure. On trouve, en outre, au niveau du dos, deux tâches brunâtres, triangulaires à sommet supérieur, situées à l'emplacement des surrénales, comme si la silhouette de celles-ci s'était projetée sur les téguments. On ne note aucun signe d'Addissonisme.

Chorée de Sydenham et hérédo-syphilis.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Vincent rapportent l'observation d'une fillette de 13 ans présentant une chorée de Sydenham ; le père est notoirement syphilitique ; la mère, sur quatre grossesses, a eu deux fausses couches et un enfant mort à trois mois ; réaction de Wassermann dans le sang légèrement positive, réaction de Hecht très positive. Le traitement spécifique (cyanure de mercure intra-veineux) amena une amélioration rapide. Par contre, les auteurs rappellent un cas précédemment publié par M. Mouriquand et dans lequel le traitement spécifique était resté sans résultat. La conclusion à tirer de ces faits, c'est que l'hérédo-syphilis est suscepti-

ble de jouer un *rôle dans l'étiologie de la chorée*, mais qu'on ne saurait l'incriminer dans tous les cas.

Néphrite diphtérique chlorurémique.

MM. J. Chalier et Levrat présentent l'observation d'un enfant de 3 ans qui avait fait un séjour d'un mois environ au pavillon des contagieux pour une diphtérie banale ; il était sorti guéri et n'ayant plus de Löffler dans la gorge. Les urines n'avaient pas été examinées : il était difficile de les recueillir, l'enfant ayant un plâtre pour fracture de cuisse. Une semaine après sa sortie, il rentrait de nouveau avec une anasarque généralisée, des urines foncées, rares, albumineuses, et renfermant des cylindres épithéliaux. Tension artérielle 15/9 ; urée du sang : 0,45. On ne note aucun signe fruste de scarlatine. L'enfant s'améliore assez rapidement et sort de nouveau guéri. En somme, il s'est agi d'une néphrite aiguë à forme chlorurémique avec anasarque, sans rétention azotée notable, survenant après une diphtérie, ce qui est fort rare, la forme habituelle de la néphrite diphtérique étant la forme azotémique, dont M. G. Chalier a bien montré la fréquence au cours de la diphtérie maligne.

Bons effets de la thyroïdectomie dans une asystolie d'origine thyroïdienne.

M. Gaté rapporte l'histoire d'une malade qui présentait de la tachyarythmie avec œdème des jambes, dyspnée, oligurie, gros foie. Elle n'avait jamais eu de rhumatisme, mais était porteur d'un goitre, sans exophtalmie ni tremblement. La malade avait toujours été nerveuse et irritable, mais l'était davantage depuis quelque temps. Devant ce tableau clinique, on porta le diagnostic d'asystolie d'origine thyroïdienne (goitre basedowifié toxique) et on conseilla une intervention sur le goitre. Celle-ci (Dr Santy) consista en une thyroïdectomie du lobe gauche. Amélioration rapide et remarquable. La malade, revue six mois après, était méconnaissable et ne présentait plus aucun trouble cardiaque. Cette observation confirme la notion d'un poison thyroïdien qui, chez les basedowiens et même les simples goitreux, provoque à la longue l'arythmie complète. La radiothérapie thyroïdienne peut être également employée en pareil cas.

Sur un type de dystrophie observé chez les nourrissons soumis à une alimentation carencée complétée par les jus frais.

M. G. Mouriquand. — Si, dans la plupart des cas, le fait de donner du jus d'orange à des nourrissons soumis à un régime carencé (lait stérilisé, homogénéisé, condensé, désséché, etc.), suffit à les préserver d'accidents dystrophiques graves, il arrive pourtant que certains de ces nourrissons présentent des troubles dystrophiques légers, en particulier osseux, du type rachitique plus ou moins atténué. Les troubles paraissent devoir être dus à ce que le jus frais n'apporte pas toutes les vitamines, notamment des vitamines A et D qui manquent dans les laits en question. En pareil cas, il convient de donner à l'enfant, s'il les tolère, un peu d'huile de foie de morue, des bouillons de céréales cortiquées, ou du lait irradié.

Fièvre typhoïde et gangrène pulmonaire.

MM. J. Chalier et Mestrallet présentent l'observation d'une femme de 38 ans entrée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde classique compliquée de muguet vélo-pharyngé. Deux semaines après l'entrée, on constate la présence d'un gros souffle tubaire à la base droite, accompagné de râles fins ; pendant trois semaines, ce souffle persiste et on a le tableau de la pneumonie hypostatique, avec expectoration purulente, d'odeur fade, mais non fétide. Puis l'état général s'altère de plus en plus, le teint est plombé et l'expectoration prend une odeur extrêmement fétide perçue à distance. Le souffle prend un timbre creux. Mort. Autopsie : petites ulcérations typhiques au niveau de l'iléon, gros intestin indemne ; au poumon droit, foyer de gangrène occupant le lobe inférieur avec, en un point, caverne voisine de la plèvre qui est cependant indemne.

Cette observation prête aux considérations suivantes : 1° la gangrène pulmonaire est devenue une complication exceptionnelle de la fièvre ; elle l'était moins jadis et il ne paraît pas douteux que les soins hygiéniques de la bouche et de la peau, plus répandus depuis la balnéothérapie, sont pour beaucoup dans cette diminution de fréquence ; 2° au point de vue pathogénique, on admet généralement, depuis Rindfleisch, que la gangrène pulmonaire est due à des embolies septiques dont le point de départ se trouve au niveau des plaies ou escarres du siège ou des ulcérations intestinales.

Or la malade de M. Chalier ne présentait aucune lésion cutanée et n'avait d'ulcérations qu'au niveau du grêle, relié vasculairement au système porte, c'est-à-dire que le foie doit en pareil cas constituer une barrière à l'infection. Aussi l'auteur pense-t-il que, chez cette malade, l'infection pulmonaire a dû être descendante (germes venus de la bouche où le muguet avait été tenace et avait empêché d'obtenir une désinfection suffisante de la bouche) ; 3° il semble enfin que la gangrène se soit greffée sur une pneumonie hypostatique banale (apparition tardive de la fétidité des crachats).

Néphrite hydropigène tuberculeuse.

MM. Pic et P. Delore relatent l'observation d'un homme de 43 ans entré à l'hôpital en plein anasarque ; gros cœur avec souffle d'insuffisance fonctionnelle, tension impossible à prendre à cause de l'œdème. Albuminurie considérable. Une thoracentèse évacue un liquide dans lequel on trouve de la lymphocytose. L'autopsie montra outre les lésions rénales, des lésions tuberculeuses des poumons et de la plèvre restées latentes cliniquement. A. C.

Les Congrès

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

XXXII[e] SESSION

(*Anvers*, 23-28 *juillet* 1928) (1).

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu cette année sa XXXII[e] session, à Anvers, sous la présidence des professeurs Henri Claude (de Paris), et Auguste Ley (de Bruxelles).

Le succès de ce Congrès a été grand et n'a certes pas déçu l'attente des nombreux congressistes venus à Anvers.

Ce succès, il le doit à la préparation parfaite de cette session dont tout le mérite revient au docteur Charpentier (de Paris) et au docteur Meeus (d'Anvers) ; à l'intérêt des rapports dont on trouvera l'analyse ci-dessous ainsi qu'à celui des nombreuses communications et discussions qu'ils ont provoquées; à la leçon de choses si vivante et si instructive qu'a pu être pour les aliénistes français, et peut-être aussi pour ceux de bien des pays étrangers, la visite des asiles d'aliénés belges tels que ceux de Mortsel et de Merxplas ; à la cordialité si franche et si sincère, enfin, que les habitants de la ville d'Anvers, parmi lesquels M. van Cauwelaert, le bourgmestre, et tous les Belges en général ont réservée aux congressistes.

Dans ce dernier domaine, je suis certain d'exprimer les sentiments unanimes de mes compatriotes en adressant ici à nos amis belges, auxquels nous sommes unis par des liens indissolubles, un fraternel remerciement.

De telles manifestations gagneraient d'ailleurs, si ce n'est à se multiplier, tout au moins à s'étendre ; et il paraît logique que les médecins, comme tous les savants, qui ont été et demeurent les premiers pionniers de la civilisation, représentent par ces exemples de collaboration scientifique des éléments de concorde et de paix entre les nations.

Rapport de psychiatrie

La Catatonie.

Par le docteur Paul Divry (de Liège).

La notion de la catatonie, dérivée de l'observation des états stuporeux bien connus des psychiatres de la première moitié du XIX[e] siège, Bellini, Pinel, Esquirol, Georget, Baillarger, Guislain, a été isolée par Kahlbaum dans le cadre nosologique. Mais la conception de cet auteur, sur laquelle nous reviendrons, ne fut pas acceptée tout d'abord par les auteurs allemands. Wesphal, puis Schüle, l'incorporent dans les délires hallucinatoires, dans la paranoia. Meynert en reproduit la description sous le nom d'amentia. Wernicke l'englobe dans les psychoses de motilité.

En France, Séglas et Chaslin se refusent à considérer la catatonie comme une entité morbide, mais l'envisagent comme un syndrome.

Défendue par Hecker, Neisser, Tamburini, Morselli, etc., la conception de Kahlbaum, devait être déformée à nouveau par Kraepelin qui, sous le nom d'hébéphrénie, l'incorporait dans le cadre de la démence précoce.

Conception de la catatonie. — Pour Kahlbaum, la catatonie est une entité nosographique caractérisée par des troubles mentaux et des signes physiques.

Les *troubles psychiques* ont une évolution cyclique et revêtent successivement l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion, et enfin de la démence, (l'une ou l'autre de ces phases peut faire défaut.)

Les *signes physiques* constitués par des troubles moteurs qui ont fait donner son nom à la maladie (vesania catatonica) sont représentés par : 1° la *stupeur* ; 2° la *catalepsie* ; 3° les *stéréotypies et la persévération motrice*, qu'il s'agisse de stéréotypies d'attitude ou akinésiques, ou de stéréotypies de mouvement ou parakinétiques ; 4° le *maniérisme* ; 5° la *suggestibilité motrice*, dans laquelle on range l'échomimie, l'écholalie et l'échopraxie ; 6° le *négativisme* ; 7° les *hyperkinésies*, manifestations motrices de l'agitation catatonique.

La valeur sémiologique du syndrome moteur catatonique que Kahlbaum considérait comme caractéristique, à tel point qu'il la comparait aux signes physiques de la paralysie générale, a été très discutée par la suite. Et des observations de Knecht, de Séglas et Chaslin, de Neisser, etc. il semble bien que les divers éléments de ce syndrome ne lui appartiennent pas en propre et peuvent se présenter dans d'autres psychoses, en particulier dans la psychose maniaque dépressive.

La pathogénie du syndrome moteur catatonique connaît un renouveau d'actualité du fait des travaux récents sur les syndromes extrapyramidaux qu'a motivés la névraxite épidémique. Antérieurement, la discussion déjà amorcée portait sur la prévalence de l'élément moteur ou du facteur psychique dans l'in-

(1) Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.

terprétation des faits. Alors que les uns, avec Séglas, plaçaient le syndrome catatonique sur un plan psychologique, y voyaient le corollaire d'un défaut d'unité, de synthèse, d'activité volontaire, d'aboulie en un mot, les autres avec Kleist la considéraient comme un syndrome neurologique, relevant de troubles fonctionnels des voies fronto-ponto-cérébelleuse ou cérébello-rubro-thalamo-frontale.

Actuellement, depuis 1920, des cas d'encéphalite avec syndrome moteur catatonique simulant la démence précoce ont été rapportés, si bien que le problème se trouve posé de savoir dans quelle mesure ce syndrome moteur catatonique a un mécanisme extrapyramidal.

Si dans l'attitude au repos, le catatonique et le parkinsonien postencéphalitique peuvent présenter des analogies, tout change dès qu'on mobilise les malades ou qu'ils font des mouvements actifs. Le parkinsonien est hypertonique ; le catatonique ne l'est pas ainsi que le montrent les épreuves de passivité, l'absence des réflexes de posture et de galvanotonus. L'opposition négativiste de ce dernier traduit un mouvement volontaire. La catalepsie est plus fréquente dans la catatonie que dans l'encéphalite où elle ne se rencontre qu'à la phase aiguë.

Les mouvements hyperkinétiques (myoclonies, mouvements choréiques, tics) sont plus automatiques dans l'encéphalite, plus volontaires dans la catatonie.

Enfin, les recherches anatomiques de Deny et Lhermitte, confirmées par celles de Joséphy, ont montré que les lésions de la démence-précoce, et en particulier de la catatonie, prédominent dans le cortex.

En résumé, malgré les ressemblances, l'assimilation de la catatonie et du parkinsonisme postencéphalitique ne saurait être admise. Le négativisme et le maniérisme à eux seuls suffiraient à les distinguer.

Toute conception univoque et par trop simpliste est à rejeter : aussi bien la théorie psychologique pure qui ne voit dans les troubles moteurs qu'une traduction des phénomènes psychiques, que la conception neurologique qui les considère comme l'expression d'un syndrome strio-pallidal. Il semble plus opportun d'envisager les diverses manifestations psychiques ou motrices de la catatonie comme l'expression d'un état de discordance et d'asynergie des fonctions des divers segments du névraxe dont elles constituent un des caractères les plus essentiels.

Discussion.

Le docteur Hesnard (de Toulon) montre l'importance des phénomènes catatoniques dans les états toxi-infectieux. Il regrette que M. Divry, dans son exposé de la catatonie, se soit trop cantonné dans le domaine neurologique et n'ait pas laissé une place assez importante au facteur psychogène.

Le docteur de Jong (d'Amsterdam) rappelle ses travaux expérimentaux chez le chat avec la bulbocapnine déjà publiés à la Société de neurologie et à la Société de psychiatrie de Paris, substance qui lui permet en injection à dose convenable de réaliser chez ces animaux des attitudes cataleptoïdes.

Le docteur d'Hollander (de Louvain) insiste sur le rôle et l'importance des lésions histologiques constatées dans l'interprétation des signes neurologiques de la catatonie, et résume brièvement les lésions de l'écorce, des noyaux centraux et du cervelet qu'il a observées dans trois cas personnels de catatonie.

Le docteur Répond insiste sur l'importance des facteurs psychogènes dans la création du syndrome moteur catatonique. Il considère ce dernier comme un phénomène social dû au séjour des aliénés à l'asile, et susceptible par conséquent de disparaître avec leur mise en liberté.

Le docteur Anglade proteste contre l'incorporation abusive de la catatonie dans la démence précoce. Il insiste, en outre, sur l'importance égale des troubles moteurs et des troubles mentaux dans la catatonie.

Le docteur Baruck insiste sur la perte de l'initiative motrice, élément capital de la catatonie, ainsi que sur la distinction entre cette dernière et les syndromes mésocéphaliques et parkinsoniens.

Le docteur Courbon montre que les syndromes catatoniformes ont pour caractères communs d'être constitués par le rétrécissement et la monotonie extrêmes de l'activité motrice et mentale, avec caprice des réactions de l'individu aux sollicitations du moment. Il s'agit de catatonie quand il y a altération intrinsèque de la motricité, et catatonisme quand cette motricité est intacte.

Le docteur Pierre Janet rappelant l'histoire de deux de ses malades, insiste sur le rôle de l'élément psychogène dans les phénomènes cataleptiformes, sans méconnaitre toutefois l'importance des lésions organiques des centres nerveux, et montre la difficulté extrême qui existe à juger de l'importance relative de ces deux facteurs dans le déterminisme des phénomènes observés.

Rapport de neurologie

Les algies du membre supérieur

Par le docteur Henri Roger (de Marseille).

La fréquence moindre des algies au membre supérieur qu'au membre inférieur, explique le moins grand nombre des travaux qui leur a été consacré, encore qu'il ne faille pas méconnaître les études de Cotugno, de Valleix, de Weir Mitcheel, de Babinski, Bériel, Sicard, Léri, Foix, etc.

Les algies du membre supérieur représentent un tout extrêmement polymorphe, et dont le tableau clinique est aussi variable que leur étiologie, le siège de la lésion qui les détermine. Dans l'impossibilité de les décrire toutes, le rapporteur se borne à l'étude de quelques types isolés.

La névralgie cervico-brachiale rhumatismale. — Cette dénomination que l'on peut remplacer par celle de cervico-brachialite ou de cervico-radialite, a le mérite de préciser l'étiologie et la localisation, cervicale et brachiale à la fois, de l'affection.

La SYMPTOMATOLOGIE évolue en deux étapes, cervicale et brachiale.

C'est d'abord une sensation d'engourdissement douloureux, de raideur des muscles de la nuque et du cou, qui dure de quelques jours à quelques semaines ; puis ces manifestations passent au second plan, et les douleurs apparaissent dans le membre supérieur.

Sensations d'élancement, de striction, de broiement, plus profondes que superficielles, continues, avec des paroxysmes ; ces douleurs sont réveillées par les mouvements, l'effort, la toux, l'éternuement.

De siège en apparence diffus, les douleurs prédominent en général dans le domaine du radial, avec irradiation dans la région scapulaire.

Les douleurs provoquées par la pression pourront être recherchées aux points classiques de Valleix, dont les plus constants se trouvent sur le trajet du radial.

La mobilisation du poignet, de l'avant-bras, est en général peu sensible, celle de l'épaule et en particulier l'abduction du bras est la plus douloureuse. La mobilisation de la colonne cervicale est souvent sensible.

Des troubles de la sensibilité objective, hyperesthésie, hypoesthésie, paresthésie, ne sont pas exceptionnels dans le territoire du radial.

La douleur peut immobiliser le membre, mais il n'existe jamais de déficit moteur réel.

Les réflexes tendineux sont normaux ; parfois le tricipital est diminué.

Pas de réaction de dégénérescence ; pas de troubles vaso-moteurs habituellement.

La radiographie de la colonne cervicale peut montrer des figures de rhumatismes chronique.

Liquide céphalo-rachidien habituellement normal, si ce n'est parfois une albuminose discrète.

ETIOLOGIE. — La cervico-brachialite est une maladie de la cinquantaine, plus fréquente chez la femme, déclanchée par le froid humide, un effort, un mouvement brusque, chez des arthritiques.

FORMES CLINIQUES. — a. *Symptomatiques.* — On peut décrire une forme sensitivo-motrice avec parésie et amyotrophie ; la présence d'un syndrome fruste de Claude-Bernard-Horner, de troubles auriculaires, d'arthrite de l'épaule est susceptible de compliquer le tableau clinique habituel.

b) *Evolutives.* — Citons une forme de début aigu ou même apoplectiforme, des formes hyperdouloureuses, des formes courtes, atténuées, ou récidivantes.

c) *Anatomiques.* — On peut décrire des cervico-brachialites hautes à type radial, des formes basses à type cubital, des formes totales, des formes bilatérales, des formes associées par la coexistence d'une autre algie (forme occipito-brachiale, dorso-brachiale, cervico-sciatique).

d) *Etiologiques.* — Formes consécutives à un traumatisme sur l'épaule, à un effort.

Les algies brachiales d'origine névraxitique. — Signalées par Verger, Fiessinger, Tinel, sous le nom d'algies épidémiques, d'algies saisonnières, leur diagnostic est aisé quand ces algies s'associent à d'autres signes de névraxite. Les formes monosymptomatiques semblent fréquemment discutables au rapporteur.

Le zona du membre supérieur. — Plus rare qu'au tronc le zona peut laisser au membre supérieur des algies post-zostériennes qui revêtent le type de causalgie.

Les algies traumatiques. — On peut en distinguer trois types :

1° LA CAUSALGIE dont le tableau clinique est bien connu, consécutive à une blessure souvent minime dans le territoire du médian ;

2° LA NÉVRITE ASCENDANTE avec ses diverses étapes ; blessure légère qui guérit, suivie d'une période algique se propageant de la périphérie vers la racine du membre pour en dépasser les limites, et enfin une phase de localisation de la zone algique.

3° LES DOULEURS DES AMPUTÉS.

Les algies par malformations rachidiennes cervicales. — Les algies consécutives aux côtes cervicales se traduisent par des paresthésies dans le membre supérieur, associées ou non à de la parésie et à de l'amyotrophie dans la zone du cubital en général et à des troubles vaso-moteurs.

L'hypertrophie des apophyses transverses peut donner lieu à un syndrome analogue.

Les syndromes douloureux des extrémités supérieures. — Il s'agit d'algies localisées à la main, avec troubles vaso-moteurs prédominants de type variable :

LE SYNDROME DE RAYNAUD avec ses trois phases de syncope locale, d'asphyxie et de troubles trophiques.

L'ÉRYTROMÉGALIE rare aux membres supérieurs, qui s'accompagne de vaso-dilatation intense.

L'ACROPARESTHÉSIE de Schultze, syndrome moins homogène, caractérisée par ses fourmillements, engourdissements, picotements, dans les doigts et les mains.

L'ACRODYNIE INFANTILE, affection épidémique d'origine encore indéterminée, qui s'accompagne de douleurs avec troubles trophiques au niveau des mains, et des membres inférieurs.

Diagnostic des algies brachiales. — Souvent très malaisé et très délicat, le diagnostic de la nature et de la cause d'une algie brachiale ne pourra être posé

qu'après un examen clinique minutieux, associé à tous les examens de laboratoire nécessaires : rachicentèse, radiographie de la colonne cervicale, injection de lipiodol sous-arachnoïdienne ou épidurale.

Le rapporteur classe les algies du membre supérieur en :

ALGIES PARANERVEUSES. — 1° Par compression des nerfs périphériques (paralysie radiale) ; 2° par compression du plexus (côtes cervicales), tuberculose pleurale, adénopathie régionale, etc. ; 3° par compression funiculaire (cervico-brachialite), mal de Pott, cancer vertébral ; 4° par compression radiculaire (tumeur méningée, pachyméningite cervicale hypertrophique).

ALGIES NERVEUSES. — Variables suivant le siège de la lésion :

1° *D'origine périphérique* : elles sont d'origine toxi-infectieuse ;

2° *D'origine médullaire* : tabès, syringomyélie, sclérose en plaques, névraxite épidémique ;

3° *D'origine encéphalique* : la lésion quelle qu'en soit la nature peut siéger dans le cortex ou les ganglions centraux (syndrome thalamique).

ALGIES SYMPATHIQUES : causalgie, névrite ascendante, syndrome de Raynaud, érythromégalie, acroparesthésies.

ALGIES RÉFLEXES d'origine viscérale : cardio-aortique, hépatique, intestinale.

ALGIES PSYCHIQUES.

Traitement. — Pour se borner à la cervico-brachiaite, il comprendra :

1° LES ANTINÉVRALGIQUES ET ANTIRHUMATISMAUX comme médication interne ;

2° LES INJECTIONS LOCALES PARAVERTÉBRALES de lipiodol, salicylate de soude, alcool cocaïné ;

3° LES AGENTS PHYSIOTHÉRAPIQUES : diathermie, radiothérapie sur les racines, rayons ultraviolets et infra-rouges ; les cures thermales.

Discussion.

Le docteur HESNARD signale l'existence d'algies brachiales d'origine encéphalitique et insiste sur la distinction entre les algies d'origine périphérique et celle d'origine centrale.

Le docteur MANNHEIMER signale la fréquence de la cervicobrachialite chez les ménagères, que l'on peut attribuer à l'action du froid humide. Il croit à l'utilité des injections locales et à l'action de la scopolamine associée à la cocaïne par la bouche.

Le docteur POROT signale l'existence d'algies des bras chez les femmes amputées du sein, qui ne sont pas liées à des métastases néoplasiques.

Le docteur MOLIN DE TEYSSIEU signale la fréquence de ces algies chez les tuberculeux, et en particulier chez ceux qui sont maigres à l'encontre des formes florides où les algies sont beaucoup plus exceptionnelles.

Le docteur GOMMÈS revient sur le rôle du froid et de l'humidité dans la genèse des brachialites des ménagères, véritable maladie professionnelle.

Le docteur COURBON revient sur les caractères des algies des amputés et de leur mécanisme psychologique.

Les docteurs SICARD et HAGUENAU, à propos du rapport du professeur Roger reprennent l'étude pathogénique de la névralgie cervico-brachiale essentielle. Ils montrent son origine presque toujours funiculaire, qu'explique l'étude anatomique du trou de conjugaison. Ils indiquent les règles diagnostiques qui permettent de différencier ces algies « essentielles ou rhumatismales », d'avec les algies brachiales secondaires et insistent sur le traitement de ces formes par les injections locales, paravertébrales et épidurales.

Le docteur CROUZON publie deux cas de causalgie observés dans la même localité et survenues après une morsure insignifiante de chat avec blessure à peine visible, sans infection, sans lymphangite ni adénite. Quelques heures après la morsure survenaient une enflure considérable et des douleurs, puis de la fièvre. Ces symptômes revêtant l'allure de la causalgie ont duré des mois. S'agit-il là d'une étiologie rare et peut-être spéciale de la causalgie.

La thérapeutique de la paralysie générale.

Par les docteurs

DUJARDIN (de Bruxelles) et TARGOWLA (de Paris)

Quand on réfléchit au traitement de la paralysie générale et aux essais thérapeutiques tentés dans les dernières années, deux notions s'imposent d'emblée à l'esprit : la faillite du traitement antisyphilitique habituel dans la paralysie générale, le bon résultat donné par les méthodes de choc en général. Cette antithèse frappante ne peut s'expliquer que par un essai pathogénique de la paralysie générale.

Pathogénie de la paralysie générale. — La paralysie générale est une méningo-encéphalite diffuse syphilitique — la présence des tréponèmes dans l'écorce démontrée par Noguchi l'établit sans conteste — mais elle s'oppose à la syphilis cérébrale tertiaire par ce fait que cette dernière est une syphilis *allergique*. La paralysie générale est une forme *anallergique* de syphilis. Cette distinction se manifeste anatomiquement par la présence d'infiltrats gommeux dans la première, leur absence dans la seconde ; et biologiquement par la positivité de l'intradermoréaction aux extraits de tissu spécifique ou à la luétine dans la syphilis tertiaire, et la négativité de l'intradermoréaction dans la paralysie générale.

L'état anallergique est donc un état plus défavorable que l'état allergique pour l'organisme, et en effet la syphilis anallergique est toujours une forme diffuse et non localisée de syphilis, intéressant non seulement l'encéphale, mais les vaisseaux, l'aorte, les viscères (foie et reins). Secondement, c'est une syphilis

rebelle au traitement. La transformation de l'état anallergique en état allergique en est une preuve. Elle se traduit par l'apparition de réactions méningées aiguës ou subaiguës, toujours assez marquées, sur lesquelles le traitement a une action nette, alors qu'il reste sans effet sur la réaction méningée de la paralysie générale. Acuité des réactions organiques et allergie sont deux termes comparables exprimant un état de l'organisme où ses propriétés défensives se manifestent.

Modes d'action des traitements dans la paralysie générale. — 1° Traitements spécifiques. — Leur insuffisante efficacité est notoire. Elle peut provenir de trois facteurs : *a*) le siège du tréponème qui se trouve à l'abri du sang circulant ; *b*) la résistance particulière de l'agent infectieux aux produits chimiothérapiques ; *c*) la carence de l'effort défensif de l'organisme.

Encore que ces trois facteurs puissent intervenir, le troisième cadre tout à fait avec les hypothèses émises ci-dessus.

2° Traitements non spécifiques. — Ils se résument tous dans les méthodes de choc qui peuvent agir par deux mécanismes : *a*) comme agent pyrétogène ; *b*) comme agent protéinothérapique dont l'action est de pouvoir déterminer une allergie vis-à-vis de l'antigène injecté, s'il s'agit d'un agent infectieux, et aussi une hétéroallergie. L'injection d'un agent infectieux, autrement dit, est susceptible de sensibiliser l'organisme vis-à-vis d'un autre agent infectieux dont il était déjà le porteur.

La protéinothérapie peut donc transformer une syphilis anallergique en syphilis allergique. C'est le cas pour la paralysie générale.

L'avantage de cette transformation est double : la réalisation d'une meilleure autodéfense de l'organisme contre le tréponème et la sensibilité plus grande de l'organisme au traitement spécifique.

Des preuves anatomiques de cette transformation ont été apportées par Gerstman, de l'autopsie de paralytiques généraux morts pendant la malariathérapie, qui a montré l'intensité plus grande des réactions inflammatoires sous forme de gommes miliaires et de plasmazellen disséminés.

Les rapporteurs comparent l'introduction de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale à celui de la vaccine contre la variole, formule peut-être un peu trop prétentieuse dans sa forme et ambitieuse dans ses résultats.

Etude thérapeutique. — 1° Les traitement spécifiques employés par les rapporteurs ont été les arsénobenzènes trivalents et en particulier le novarsénol à petites doses, ou les arsénobenzènes pentavalents dont le meilleur est, à leur avis, la tryparsamide, traitement associé le plus souvent à la médication bismuthique ou mercurielle. Les résultats obtenus par cette technique sont loin d'être négligeables, surtout à la période de début de l'affection.

2° Les traitements non spécifiques sont représentés par tous les agents pyrétogènes d'ordre divers : nucléinate de soude, tuberculine, vaccins divers. Mais le plus actif est la malariathérapie introduite par Wagner von Jauregg en 1917.

C'est le plasmodium vivax seul qui doit être utilisé, et, dès 1924, Targowla avec Claude et Codet rapportaient le résultat de 240 malades traités dont 145 avec résultat favorable, 86 avec résultats défavorables ou nuls, et 19 décès dont 3 de complications infectieuses, 7 par évolution de la paralysie générale et 7 considérés comme évitables.

Le traitement peut être appliqué à tous les paralytiques généraux, en dehors des contre-indications relevant d'un mauvais état général, d'une tuberculose évolutive, d'affections viscérales sérieuses.

La présence d'une réaction albumino-cytologique intense doit faire retarder l'inoculation.

Il importe d'employer un virus que l'on connaît bien. On injectera 5 à 10 centimètres cubes de sang prélevé sur un sujet atteint de tierce bénigne. L'injection sera sous-cutanée. On peut au besoin se servir du sang citraté.

L'incubation est de trois à vingt jours, puis apparaissent des accès tierces ou quotidiens, parfois irréguliers.

Pendant la période des accès on peut observer de l'amaigrissement et de l'asthénie, de l'embarras gastrique, des signes d'insuffisance cardiaque, de petits accidents hépatiques ou rénaux. Des troubles mentaux, tels que des manifestations délirantes, de la confusion, de l'agitation, parfois une exagération de l'état démentiel, ne sont pas exceptionnels.

Mais, d'après les rapporteurs, les accidents sont, somme toute, assez rares et bénins. On peut y parer en général. Le nombre des accès sera de 8 à 12 en moyenne. L'interruption peut s'imposer au moyen de la quinine *per os* en ou injection.

Le traitement antisyphilitique associé doit être utilisé, soit avant la malariathérapie, auquel cas il réduit les contre-indications et la mortalité du fait de l'impaludation ; soit après la malariathérapie, et il devra alors être très prolongé en général.

Résultats. — Les effets du traitement se font d'abord sentir sur l'état général du malade qui devient meilleur et engraisse.

Certains signes neurologiques, tels que le tremblement de la langue, la dysarthrie, la fibrillation des muscles péribuccaux, s'atténuent souvent.

Les réflexes tendineux et les réflexes oculaires ne sont dans la majorité des cas pas modifiés.

Exceptionnellement, on peut constater une aggravation des troubles mentaux : manifestations délirantes, confusion avec aggravation de l'état démentiel. Dans la majorité des cas, l'état mental s'améliore dans le domaine de l'activité intellectuelle, des sentiments et de la volonté. L'autocritique réapparaît, et certains malades ont pu, temporairement du moins, reprendre leur activité professionnelle antérieure.

Aussitôt après la cessation des accès, le liquide cé-

phalo-rachidien est peu modifié. Ultérieurement seulement on peut constater une réduction de la formule humorale, une réduction du nombre des éléments et du taux des globulines. Le Wassermann du sang peut devenir négatif.

Les résultats du traitement sont d'autant meilleurs qu'il a été pratiqué plus précocement.

Discussion.

Les docteurs Crouzon et Zadok-Kahn rapportent une statistique de paralytiques généraux malariathérapisés avec 30 p. 100 de cas favorables, 26 p. 100 de résultats nuls, 42 p. 100 de cas perdus de vue, 29 cas de décès. Ces résultats leur paraissent favorables, et ils estiment que par un choix judicieux des malades on peut abaisser le nombre des décès.

Le docteur Nyssen (d'Anvers) parle de 150 cas de paralytiques généraux traités par la malariathérapie avec des résultats à peu près analogues.

Le docteur Verstraeten (de Melle) entretient le Congrès des résultats de la malariathérapie dans les psychoses autres que la paralysie générale.

Les docteurs Vermeylen et Verwaeck signalent l'apparition du syndrome hypochondriaque chez les paralytiques généraux malarisés.

Les docteurs Sicard, Haguenau et Bize signalent les résultats obtenus par eux chez 20 paralytiques généraux traités par des injections associées de Dmelcos et de tryparsamide, qui ont été satisfaisants après un long traitement.

Les docteurs Combemale et Vullieu ont essayé la pyrétothérapie au Dmelcos associée au traitement spécifique chez 39 paralytiques généraux et ont obtenu des résultats satisfaisants.

Les docteurs Otokar-Janoto et Altschuller (de Prague) rapportent un cas de rémission ayant duré dix ans chez un paralytique général malgré les réactions humorales positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux. — Lubo van Bogaert et R. Nyssen apportent deux cas personnels complètement étudiés au point de vue anatomique dans lesquels ils ont assisté à l'évolution conjuguée d'un gros syndrome démentiel et d'une atrophie cérébelleuse. Dans le premier cas, les troubles mentaux étaient caractérisés par un état de démence profonde progressive avec paramnésie, fabulation radoteuse. L'autopsie, en dehors des lésions corticales systématisées, montrait une atrophie cérébelleuse du type lamellaire prédominant sur les hémisphères.

Le second cas concerne une femme jeune développant une démence progressive avec agitation maniaque, et de multiples hallucinations auditives et visuelles.

Le tableau psychiatrique était celui d'une démence confusionnelle avec bouffées de négativisme. L'examen anatomique montrait, à côté de grosses lésions cytoarchitectoniques, une atrophie olivo-pontocérébelleuse débutante. A propos de ces deux cas, les auteurs ont étudié les autres observations publiées dans la littérature. Elles leur paraissent être classifiées sous les rubriques anatomo-cliniques suivantes :

1° Les atrophies cérébelleuses toxiques : le plus souvent alcooliques ;

2° Les atrophies cérébelleuses secondaires à des lésions qui touchent le cervelet de l'adulte ou de l'enfant ;

3° Les atrophies cérébelleuses de la paralysie générale qui sont en réalité des méningo-encéphalites de la loge cérébelleuse ;

4° Les atrophies cérébelleuses par lésion lacunaire ou artérioscléreuse ;

5° Les atrophies cérébelleuses sans étiologie définissable. Ce sont des affections de système encore extrêmement mal connues.

En dépit des apparences cliniques du premier cas, les observations anatomiques apportées par les auteurs se rangent dans la seconde catégorie. Ces observations exceptionnelles soulèvent un problème de pathologie générale des systèmes anatomiques de l'encéphale qui intéressent à la fois la psychiatrie et la neurologie.

H. Schaeffer.

Les Livres

Editions Paul-Martial.

Drs H. Grenet et H. Drouin. — **Les terres rares. Actions physiologiques et thérapeutiques.**

Les propriétés biologiques certaines des Terres Rares sont actuellement les suivantes :

Actions humorales : provocation d'une leucocytose intense et durable, à type de mononucléose. Action sur les sensibilisatrices spécifiques. Action kératoplastique.

Actions antimicrobiennes : selon leur concentration, les solutions de sels de Terres Rares se montrent de puissants antiseptiques. Elles atténuent la virulence et provoquent l'agglutination des microbes en général et possèdent sur le bacille tuberculeux la propriété de diminuer les graisses péribacillaires dans de très notables proportions.

Action de renforcement : associées à certains médicaments, les Terres Rares renforcent ou déclanchent les propriétés thérapeutiques de ceux-ci.

Ces diverses propriétés ont reçu pratiquement de nombreuses applications en médecine humaine.

Dans tous les états dépressifs, chez les fatigués, les déprimés, les convalescents, les suspects de tuber-

culose, les tuberculeux confirmés et particulièrement les adénopathiques, les sels de Terres Rares renforcent les défenses organiques et modifient le terrain.

Employées en pansements, elles sont très actives sur les plaies atones et les métrites.

Nous signalerons comme un notable progrès l'association des Terres Rares (Pélospanines) au calcium et au manganèse sous forme de solution à prendre par la voie buccale. Sous cette forme nouvelle, la médication par les Terres Rares entre définitivement dans le domaine pratique et étend considérablement son champ d'action.

Le volume de MM. Grenet et Drouin vient à son heure. Il établit le bilan certain des Terres Rares, les domaines dans lesquels on peut dire qu'elles ont conquis définitivement droit de cité.

Henri de Jonquières, édit. « *Jadis et Naguère* », 21, rue Visconti, Paris, 1928.

Lettres d'amour et de guerre du roi Henri IV Introduction et notes par André Lamandé.

M. André Lamandé a réuni pour faire le second volume de la collection dirigée par M. E. Pilon (Les hommes, les faits et les mœurs), *les lettres d'amour et de guerre de* Henri IV, lettres qu'il a agréablement préfacées et accompagnées de notes et de commentaires toujours fort intéressants.

La lecture de ces courts billets nous montre ce que fut réellement le Béarnais, riche de qualités et pourvu d'assez grands défauts.

S'il n'eût été roi et eût vécu à notre époque, les personnes bien pensantes qui le portent de nos jours au pinacle et en font un grand roi, le qualifieraient de mauvais sujet, de sacripant et de suppôt de Satan. Il changea, en effet, plusieurs fois de religion, se maria deux fois sans que sa première femme fût morte, eût un nombre incalculable de maîtresses, dont trois : la Comtesse du Grammont, Gabrielle d'Estrées et Henriette d'Entragues tinrent une place considérable dans sa vie agitée. Nous le voyons, peu après son mariage avec Marguerite, sœur de Henri III, relâcher les liens qui les unissent ; tous deux se trompant mutuellement et sans vergogne.

Nous le voyons, non sans quelque jalousie, tolérer le partage de Gabrielle d'Estrées, dont il a été vraisemblablement l'amant des cinq sœurs, et créer Maréchal de France, son frère, un assez triste fils d'une mère, véritable entremetteuse et dont les sept enfants étaient surnommés par la malignité publique les sept péchés capitaux. Nous le voyons tomber amoureux d'Henriette d'Entragues, bien qu'ayant plus que dépassé l'âge de raison, subir le chantage de la famille, signer une promesse de mariage vraiment indigne de lui, promesse qu'il savait fort bien ne pas vouloir tenir, et couvrir d'or et de fiefs cette maîtresse qu'il conserva et affectionna publiquement même après son mariage avec Marie de Médicis avec laquelle il joue, tout au moins au début, la comédie de l'amour.

En même temps, quelque peu lassé d'Henriette d'Entragues, à 56 ans, nous le voyons partager ses faveurs entre la Reine, Henriette, devenue Marquise de Verneuil, la comtesse de Moret, Mademoiselle des Essarts et d'autres de moindre importance ; tout cela, il le fait sans vergogne au point que l'Ambassadeur de Florence n'hésitait pas à qualifier la Cour de France dans un rapport diplomatique de la façon suivante :

« En verita, vedderi mai bordello pisi a questo di questa corte » ?

Enfin pour couronner cette vie éperduement galante, nous voyons le roi Henri presque sexagénaire, à la veille de sa mort, s'amouracher d'une fillette de quatorze ans, Charlotte de Montmorency, la marier au prince de Condé, que l'on soupçonnait être un de ses bâtards. Puis, comme ce dernier prenait son rôle de mari au sérieux et ne voulait pas céder sa femme au roi, faire poursuivre le jeune couple à travers la France et les Pays-Bas, donner l'ordre de le faire arrêter pour se faire livrer l'objet de sa sénile passion. La mort le surprit avant qu'il y parvint.

De toutes ses maîtresses, Henri IV eut des enfants et poussa l'impudeur jusqu'à faire élever ses bâtards avec le dauphin, le futur Louis XIII, les confiant à la même gouvernante, Madame de Montglat. Néanmoins, il avait la fibre paternelle sensible, s'inquiétait de leur santé et montrait une véritable douleur quand la mort en frappait un.

Un jour, Henri IV demandait à un ambassadeur d'Espagne si Philippe II n'avait pas de maîtresse : « S'il en a, du moins il les tient secrètes, répondit prudemment l'Espagnol. » — « Parbleu, répliqua Henri, il est des hommes qui n'ont pas assez de qualités pour avouer leurs défauts. » C'est qu'en effet, Henri IV, qui ne cachait pas ses défauts, défauts galants qui, eux aussi, contribuèrent à sa popularité, avait de nombreuses qualités. D'une activité inouïe, d'un courage à toute épreuve, audacieux, de décisions rapides et prompt dans leur exécution, il fut à cette époque, l'homme de guerre par excellence. Il se connaissait en hommes, savait les séduire et se les attacher, tout comme ses maîtresses. Sa bravoure, son amour du panache, le soin qu'il mit à libérer d'abord, à restaurer ensuite le royaume de France, joint à quelques bons mots, comme la poule au pot, qui parlent au cœur des foules, toutes ces qualités, jointe à sa mort tragique, devaient assurer à ce véritable gascon une popularité qui persista à travers les siècles.

Ses lettres d'amour et de guerre, malgré leur brièveté, par leur pittoresque, leur malice, leur bonhomie et quelquefois par l'énergie qui fait sentir qu'il oublie rarement qu'il est le Roi, donnent la mesure très nette de ses qualités et de ses défauts. Et il faut croire que les qualités effaçaient complètement les défauts quand, après les lettres d'amour et de guerre, on lit la lettre de Saint-François de Sales, où, après la nouvelle de l'attentat de Ravaillac, l'évêque de Genève déplore la mort du Roi et fait son éloge. M. André Lamandé ne pouvait trouver mieux en manière

de conclusion du livre si intéressant qu'il vient de publier.

J. Noir.

Dr J. Desfour. — **Fiches de pratique médicale.**

Les *Fiches de pratique médicale* sont destinées par leur réunion à constituer un *fichier*, organe de documentation et de travail du médecin omni-praticien.

Ces fiches traitent chacune d'une question médico-chirurgicale de pratique courante. Elles se proposent uniquement de rappeler l'essentiel de cette question à la date de leur édition. Allégées de toute documentation qui n'est pas immédiatement utilisable par le praticien, ces fiches seront : soit des *fiches de mise au point* d'une question actuellement en évolution, soit des *fiches formulaires* condensant les données classiques.

Au bout de quelques années, ces fiches réunies constitueront un formulaire élargi, d'une présentation nouvelle, qui aura sur les manuels ou formulaires en faveur auprès du corps médical l'avantage appréciable de pouvoir être tenu facilement à jour. En effet, chaque collaborateur fera pour les fiches qu'il aura rédigées le travail de mise au point qu'aucun omni-praticien même le mieux doué et le mieux organisé ne pourrait réaliser pour chacune des 400 questions qu'il ne doit pas perdre de vue. Dès qu'une fiche paraîtra vieillie à son auteur, dès qu'une notion nouvelle importante imposera une réédition, une nouvelle fiche sera adressée aux souscripteurs et ira automatiquement remplacer dans le fichier l'ancien exemplaire auquel elle sera substituée.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux éditeurs du Fichier : MM. A. Dubois et R. Poulain (librairie Coulet), 5, Grande-Rue, Montpellier.

Prix de la première série de 50 fiches déjà parue, 25 francs.

Payot, éditeur, Paris.

Etienne Antonelli, professeur à la Faculté de Droit de Lyon, député, rapporteur de la loi devant la Chambre. — **Guide pratique des Assurances sociales.**

Encore un livre sur les Assurances sociales ! dira-t-on. N'y en- a-t-il pas assez ?

Cependant, à lire l'ouvrage de M. Antonelli, on éprouve une grande satisfaction : le juriste, professeur à la Faculté de Droit de Lyon, expose le travail de la Chambre des Députés, avec la rigueur et la sobriété qui conviennent à de pareils travaux.

Le Parlementaire fait entrevoir les nombreuses difficultés que M. Antonelli a bien connues, étant le rapporteur de la loi devant la Chambre.

Aussi, n'est-ce pas l'opinion de M. Antonelli qui nous est exposée, mais plutôt une dissection du problème social, auquel se sont attelées les deux Chambres.

Un premier chapitre expose toute la partie historique, depuis le projet gouvernemental, né de la guerre : l'Alsace et la Lorraine, revenant dans le sein de la mère patrie, devaient-elles renoncer à leur système d'assurances sociales, pour se mettre à l'unisson des lois de l'intérieur ?

Devait-on, au contraire, doter toute la France d'une loi sur les assurances sociales, en s'appuyant sur l'expérience tentée dans presque tous les autres pays ?

Ce projet primitif, je me le rappelle fort bien, lorsque j'avais, en 1920, l'honneur de travailler avec le Dr Edouard Grinda, député, qui voulait augmenter les ressources des hospices et hôpitaux, par le fonctionnement des lois sociales d'assurances.

Et l'exposé de M. Antonelli me fait revivre ces longues entrevues et discussions avec M. Cahen Salvador, conseiller d'Etat, qui fut la première cheville ouvrière du projet gouvernemental.

Puis, ce fut l'étude du projet devant la commission de la Chambre des Députés. Edouard Grinda en est le rapporteur et aborde la besogne avec une ténacité et une vigueur, sans exemples.

« Autant le projet du Gouvernement, écrit M. Antonelli, s'inspirait des exemples étrangers, et notamment de l'exemple allemand, autant celui de la commission va s'inspirer des réalités françaises existantes ; autant le premier est, au fond, étatiste, autant le second sera, non point anti-étatiste, mais, suivant la tradition française, individualiste, particulariste. Et ces tendances s'affirmeront dans tout le rapport. »

On sait comment le long travail du docteur Grinda adopté par la Chambre, subit au Sénat des remaniements, des retouches telles qu'on peut dire qu'il y eut un projet Grinda et un projet Chauveau.

Je passe rapidement sur ces différences que tout le monde connaît et dont M. Antonelli donne la philosophie, en comparant chacun des projets à l'histoire des doctrines économiques, enseignées pour le doctorat en droit ès sciences politiques et économiques.

On sait que ce fut le projet Chauveau, qui fut voté par le Sénat, puis par la Chambre.

Le docteur Chauveau jugea nécessaire d'opérer des sondages ; « mais ces derniers, dit M. Antonelli, eurent surtout pour effet d'inquiéter l'opinion des intéressés, syndicalistes, mutualistes, médecins et certains d'entre eux entamaient bientôt une ardente campagne, contre le projet, dont ils se sentaient menacés. »

Et M. Antonelli de bien mettre en lumière les deux conceptions qui s'opposèrent : « d'une part, prévoyance *individualiste*, reposant essentiellement sur l'effort individuel de prévoyance de chacun, suivant les expressions mêmes de M. Chauveau, *paternalisme* (patronat ou mutualiste) et étatisme administratif, et, d'autre part, prévoyance *sociale*, reposant sur le principe de la solidarité sociale, gestion par les intéressés, en dehors de tout paternalisme, comme de tout étatisme. »

Le projet Chauveau restait fortement dominé par

l'idée d'assurance individuelle libre, les cadres administratifs n'assurant l'unité de l'assurance que par le contrôle et la réassurance globale des risques.

M. Antonelli expose alors les motifs de l'opposition des deux thèses, soutenues l'une par la Chambre et l'autre par la Commission sénatoriale. Il raconte les efforts que fit M. Durafour, alors Ministre du Travail, pour aboutir à un accord, d'autant que les grandes associations, telles que la C. G. T., les organisations mutualistes manifestaient leur sympathie pour le texte voté par la Chambre.

Un projet ministériel chercha des terrains d'entente. Les principes suivants y étaient exposés :

« L'assurance obligatoire est sociale et non pas individuelle ; elle ne doit, par conséquent, comporter ni contrats individuels, ni tarifs variables de caisse à caisse, ni réserve mathématique pour l'assurance-maladie, qui ne peut fonctionner que sous le régime de la répartition, dans le cadre régional, ou départemental.

« L'application de la loi doit être confiée aux intéressés eux-mêmes. Il faut donc, non des commissions départementales, soumises à l'administration, mais, à tous les degrés, des organismes confiés aux intéressés, sous le simple contrôle externe, technique, ou financier de l'administration. »

Une commission officieuse se réunit presque chaque jour, pendant un mois et M. Chauveau dépose son nouveau rapport, de décembre 1925.

Des terrains d'entente étaient trouvés ; mais néanmoins, les oppositions continuèrent, tant du côté ouvrier, que de la part des Mutualités, du Corps médical, des Chambres du commerce, des agriculteurs : chacun demandant, dans sa sphère, des modifications plus ou moins profondes au projet Chauveau.

D'où les trois rapports supplémentaires, qui parurent successivement.

Devant le Sénat, la discussion continue.

En quelques lignes, M. Antonelli résume la controverse née de l'examen des articles qui se rapportent au rôle des médecins dans le jeu de la loi.

Mais l'auteur ne donne pas sa propre opinion : il se borne à son rôle d'historien.

Le texte, voté par le Sénat, fut comme on le sait, adopté par la Chambre, pour des raisons de réélection.

Et dans la deuxième partie de son ouvrage, M. Antonelli donne une analyse de la loi.

D'une manière claire, nette et précise, autant que concise, l'auteur expose ce qu'est la loi, ses répercussions sur les classes de la société qu'elle touche : c'est un véritable guide, qui permet de se reconnaître dans les divers articles de la loi.

Combien, avant de se lancer dans de longues discussions sur la question des assurances sociales, feraient bien de lire, au préalable, l'ouvrage de M. Antonelli : ils pourraient ainsi savoir ce que contient exactement le texte voté par les deux Chambres.

Dr Paul Boudin.

Les livres qui viennent de paraître...

Bureau of social hygiene, Inc.
370, Seventh Ave. New-York.

Charles E. Terry, M. D. et Mildred Pellens. — **The opium problem** (un vol., 1042 p.)

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le Dr J.-M. Sacaze.

La tuberculose pulmonaire peut se présenter sous différentes formes cliniques ; tantôt elle est à évolution rapide et presque constamment fatale ; d'autres fois, la transformation fibreuse l'emporte sur la dégénérescence caséeuse et sauve le malade. Cette dernière éventualité peut se produire alors même qu'il existe déjà des cavernes dans le parenchyme pulmonaire, ainsi qu'en témoignent certaines ombres vues à l'écran et le résultat de nécropsies pratiquées à la suite d'un « exitus » dû à une maladie intercurrente.

On n'a pas encore découvert de traitement vraiment spécifique de la tuberculose. Les tuberculines ainsi que les différents sérums anti-tuberculeux n'ont pas suffisamment fait leurs preuves pour entrer dans la pratique courante et la vaccinothérapie n'a été utilisée avec succès que chez les nouveau-nés par Calmette et Guérin. Le repos, le grand air et la chimiothérapie demeurent les agents essentiels de l'amélioration et même de la guérison.

Les principaux médicaments capables de lutter efficacement contre l'infection bacillaire et de modifier le terrain sur lequel elle évolue, sont toujours la créosote et ses succédanés, le gaïacol et surtout le thiocol

La créosote présente, à côté d'avantages indiscutables, quelques inconvénients sérieux qui en font rejeter l'emploi par de nombreux praticiens. La créosote officinale est, on le sait, la partie de la créosote de hêtre distillant entre + 200° et + 220°. Elle serait composée de gaïacol 20 %, de crésols 40 % et d'éthers méthyliques de diphénols.

En réalité, elle est d'une composition mal définie, et les proportions diverses de ses composants varient suivant les bois traités et la température à laquelle les vapeurs de créosote ont été recueillies.

Parmi ces composants, les uns (surtout le gaïacol) sont vraiment utiles, tandis que les autres sont inutiles et certains même nocifs ; d'où

la variabilité des résultats obtenus et la possibilité d'accidents. Enfin même pure, la créosote est irritante et son emploi, même en solution diluée à 1 /1000, détermine à la longue une gastrite atrophique.

L'action bactéricide vis-à-vis du bacille de Koch de la créosote est due à son principe actif, le gaïacol.

Il semblerait donc que ce soit ce produit qui doive être utilisé dans la pratique. Mais le gaïacol, que l'on trouve dans le commerce, n'est pas un corps chimiquement pur ; c'est un mélange à proportions diverses et inconstantes de gaïacol, de crésylols et de crésols.

Les applications locales de gaïacol ont été utilisées avec succès par le professeur Bard comme antithermique, mais à cause de son impureté, il est préférable de ne pas l'utiliser par absorption. Il vaut mieux avec Martinet, Vigouroux, Quénée, Nicolas, Allard, etc... donner la préférence au thiocol.

Le thiocol (gaïacosulfonate de potassium) se présente sous forme d'une poudre fine, blanche, inodore, contenant 52 % de gaïacol facilement absorbé, non irritant pour les voies digestives et ne provoquant pas d'intolérance. Il réunit dans une certaine mesure l'action du groupe créosote et gaïacol et celle des sulfureux. Ses qualités « comme antiseptique, modificateur de la sécrétion bronchique et sclérogène » (Martinet) en font le médicament de choix des catarrhes des bronches et de la bronchite chronique ; il calme la toux, diminue l'expectoration, modère la fièvre, relève l'appétit et les forces. De plus, il diminue énormément la sueur des tuberculeux pulmonaires, et c'est un antidiarrhéique à utiliser dans la bacillose intestinale et péritonéale ; c'est enfin le seul médicament qui, jusqu'ici, ait donné des résultats constants dans la tuberculose pulmonaire. On peut l'administrer en cachets, comprimés, sirop, à la dose moyenne de deux à quatre grammes par jour, de préférence au moment des repas. Le thiocol est toujours sans inconvénients si on a soin de n'utiliser qu'un thiocol chimiquement pur, préparé minutieusement et toujours identique à lui-même. Or nous n'avons trouvé toutes ces qualités réunies que dans le thiocol « Roche » dont les cachets, les comprimés et surtout le sirop sont toujours admirablement supportés et acceptés par les malades, même par les enfants et dont nous avons toujours obtenu les meilleurs résultats.

Pour mettre le malade dans les meilleures conditions de guérison possible, ce traitement de fond qu'est l'imprégnation thiocolée pourra être complété, suivant l'ancienne formule, par le grand air, le repos, une alimentation reconstituante, l'héliothérapie dans certains cas et la médication tonique toujours.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DU TRAVAIL (Rapports du médecin de contrôle et du médecin traitant), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 31, 29 juillet 1928.

ACCOUCHEMENT A HEURE FIXE, par A. BOQUEL. *Archives médicales d'Angers*, n° 6, juin 1928.

ALOPÉCIE ET CANITIE EXPÉRIMENTALES (par hyperthyroïdisation), par P. SAINTON. Soc. franç. de dermat. de et syphiligr., 14 juin 1928.

ANGINE DE POITRINE (radiothérapie), par H. BOUQUET *Monde médical*, n° 733, 15 août 1928.

ASPERGILLOSE SPLÉNIQUE, par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 27, 1er juillet 1928.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE ET SECRET MÉDICAL, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 27, 1er juillet 1928.

ASSURANCES SOCIALES (difficultés d'application), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 32, 5 août 1928.

ALTMOSPHÉRIQUES (causes) des variations morbides par FOVEAU DE COURMELLES, Société de pathologie comparée, 12 juin 1928.

BAZARS MÉDICO-PHARMACEUTIQUES, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 30, 22 juillet 1928.

CABANÈS, par R. MOLINÉRY. *Art médical*, n° 60, 30 juin 1928.

CABANÈS ET SON ŒUVRE, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 30, 22 juillet 1928.

CANNELLE, par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 54, 7 juillet 1928.

CATAIRE OU HERBE AUX CHATS, par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 64, 11 août 1928.

CHÈVREFEUILLE ANAPHRODISIAQUE, par Albert GARRIGUES. *Concours médical*, n° 33, 12 août 1928.

COLONIES DE VACANCES, par DEQUIDT. Congrès intern. de protection de l'enfance, Paris, 8-12 juillet 1928.

COLORANTS (Action bactéricide et photo-chimique), par FOVEAU DE COURMELLES. Société de pathologie comparée, 12 juin 1928.

CRÉNOTHÉRAPIE (Mode d'action des cures hydro-minérales), par E. DUHOT. *Pratique médicale française*, n° 6 *bis*, juin 1928.

CROISIÈRES SUR MER (La santé par les), par A. LOIR. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, n° 55, juillet 1928.

DENTS (Dates d'éruption des premières), par J. CAMESCASSE. *Semaine dentaire*, n° 25, 17 juin 1928.

DENTAIRE (Modèles de conventions courantes en pratique), par A. BOULAND, 1 vol. de 150 p., édit. *Semaine dentaire*, 1928.

DÉSINFECTION A LA CAMPAGNE, par R. MARTIAL. *Concours médical*, nos 31 et 32, 29 juillet et 6 août 1928.

DEXTRITES ET VOILES DE JACKSON, par Maurice TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, juin 1928.

DYSTOCIE CRANIO-FACIALE HÉRÉDITAIRE, par J. SEVAL. Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 mai 1928.

ENCÉPHALITE RÉPUTÉE ÉPIDÉMIQUE (La maladie Boute-feu et la libération pyrétique des toxiques dans la

genèse de l'), par J. SEVAL. *Journal des Praticiens*, n° 28, 30 juin 1928.

ENCÉPHALITE ET VIRUS DORMITIF, par J. SEVAL. *Consultant du Praticien*, n° 3, 25 juillet 1928.

ENDOCRINOTHÉRAPIE DU CANCER, par L. DARTIGUES, *Monde médical*, n° 732, 15 juillet 1928.

ENDOCRINOTHÉRAPIE CHIRURGICALE APPLIQUÉE EN CLINIQUE HUMAINE, par L. DARTIGUES, *Vie médicale*, n° 13, 10 juillet 1928.

ERGOSTÉRINE ET CHOLESTÉRINE, par G. LEMOINE. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 6, juin 1928 (paru en août).

ERYTHROMÉLALGIE ET SYNDROME DE BASEDOW, par P. SAINTON. *Gazette des Hôpitaux*, n° 56, 11 juillet 1928.

FIÈVRE ONDULANTE AU DANEMARK, par A. RAYBAUD fils, Comité médical des Bouches-du-Rhône, juin 1928.

FIÈVRE TYPHOÏDE (hémorrhagie intestinale et hémophilie acquise), par A. RAYBAUD, fils. Comité médical des Bouches-du-Rhône, juin 1928.

FLUIDE HUMAIN, par FOVEAU DE COURMELLES. *Presse médicale*, n° 59, 25 juillet 1928.

GESTATION GÉMELLAIRE, par H. VIGNES. *Concours médical*, n° 28, 8 juillet 1928.

GOITRE EXOPHTALMIQUE ET INFRA-SONS, par L. MONER. *Le Médecin français*, n° 14, 15 juillet 1928.

HELMONT ET LA PIERRE PHILOSOPHALE (J.-B. VAN), par Albert GARRIGUES. *Médecine internationale illustrée* n° 8, août 1928.

HYGIÈNE ET LUMIÈRE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Mouvement sanitaire*, n° 50, 30 juin 1928.

INFECTIONS *a)* Nouvelle note sur l'action anti-infectieuse d'une antitoxine retirée des levures, par G. LEMOINE, *Nord médical*, n° 681, 1er juillet 1928 ; *b)* traitement par une antitoxine retirée des levures, par G. LEMOINE. *Consultant du Praticien*, n° 3, 25 juillet 1928.

INFECTIONS PULMONAIRES CHEZ L'ENFANT (Prophylaxie vaccinale), par J. MINET. Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 21 mai 1928 et *Nord médical* n° 683, 1er août 1928.

IRIS DE FLORENCE, par H. LECLERC. *Presse médicale* n° 60, 28 juillet 1928.

LÉGUMES (Valeur thérapeutique des), par H. LECLERC, *Journal de diététique et de bactériothérapie*, n° 4, 15 août 1928.

LEPRE, par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 733, 17 août 1928.

LIPOSEPTINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES, par G. LEMOINE. *Consultant du praticien*, n° 2, 25 juin 1928.

LYMPHOSARCOME, par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 30, 22 juillet 1928.

MAROC ÉCONOMIQUE, par Lucien GRAUX. 1 vol. in-4 Champion, Paris, 1928.

MÉDECINS (L'augmentation de leur nombre et ses dangers), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 31, 29 juillet 1928.

MÉNINGITE VACCINALE, par J. MINET. Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille, 25 juin 1928.

MYXŒDÈME SPONTANÉ DE L'ADULTE D'ORIGINE FAMILIALE, par P. SAINTON. *Presse médicale*, n° 52, 30 juin 1928.

ŒDÈME DU PIED DU A UNE STRICTION PAR BRIDE AMNIOTIQUE, par R. LERICHE. Société de chirurgie de Lyon 7 juin 1928.

ŒDÈMES CHIRURGICAUX DES MEMBRES, par R. LERICHE. *Gazette des hôpitaux*, n° 60, 25 juillet 1928.

ORDRE DES MÉDECINS, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 30, 22 juillet 1928.

PARALYSIE GÉNÉRALE AMÉLIORÉE PAR LA GREFFE MONOENDOCRINIENNE TESTICULAIRE, par L. DARTIGUES *Sciences médicales*, 15 juillet 1928.

PARALYSIE INFANTILE (Nouveau traitement), par L. MONER. *Le Médecin français*, n° 15, 1er août 1928.

PHLÉBITE GOUTTEUSE (Diagnostic), par L. MABILLE. *Revue de technique médicale*, n° 57, juin 1928.

PRINCESSE DES URSINS, par R. MOLINÉRY. *Paris médical*, n° 26, 30 juin 1928.

PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Œuvre médicale*, n° 5, juillet 1928.

RABELAIS. *a)* Un faux anaphrodisiaque rabelaisien, le chèvrefeuille, par Albert GARRIGUES. *Concours médical*, n° 33, 12 août 1928 ; *b)* Rhizotome et la pharmaceutrie, par Albert GARRIGUES. *Revue des Spécialités*, n° 7, juillet 1928.

RÉACTION DE WASSERMANN CHEZ LES FEMMES DES MAISONS DE PROSTITUTION, par BIZARD. *Bulletin médical* n° 33, 4 août 1928.

REIN (Traumatisme et lithiase consécutive), par J. SABRAZÈS. Réunion biologique de Bordeaux, 18 juillet 1928.

RÉGIONALISME PATHOLOGIQUE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Concours médical*, n° 33, 12 août 1928.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET PRATIQUE DENTAIRE, par HERPIN. *Semaine dentaire*, nos 27, 28 et 31, 1, 8 et 29 juillet 1928.

SALPINGITES (Diathermie dans les), par FOVEAU DE COURMELLES. Société de médecine de Paris, 23 juin 1928.

SANG (Composition du) et cycle menstruel, par H. VIGNES. Société de Biologie, 21 et 28 juillet 1928.

SECRET MÉDICAL (Lettres à un jeune médecin), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 31, 29 juillet 1928.

SPÉCIALISATIONS ET MÉDECINE GÉNÉRALE (La Thélème que l'on nous promet. *Chronique*), par Albert GARRIGUES. *La Vie médicale*, n° 14, 25 juillet 1928.

STATISTIQUES (*L'illusion des*), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 30, 22 juillet 1928.

STOMATOLOGIE (Expertises judiciaires par un chirurgien-dentiste), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 32 5 août 1928.

SYMPHYSE PUBIENNE (Disjonction de la), par J. DE FOURMESTRAUX. Société de Chirurgie de Paris, 11 juillet 1928.

SYNDICATS MÉDICAUX (A la veille du Congrès des), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 27, 1er juillet 1928.

SYPHILIS (Où en est l'armement anti-vénérien), par R. MOLINÉRY. *Médecine internationale illustrée*, n° 8, août 1928.

TESTAMENT EN FAVEUR D'UN MÉDECIN (Validité), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 33, 12 août 1928.

THYROXINE SYNTHÉTIQUE (Action expérimentale et thérapeutique), par P. SAINTON. *Paris médical*, n° 28, 14 juillet 1928.

TRAVAIL INDUSTRIEL MODERNE, par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 731, 1er juillet 1928.

TUBERCULOSE (La pensée du clinicien), par Jules TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, juin 1928.

UNION MÉDICALE LATINE (De S. P. Q. R. à UMFIA) par L. DARTIGUES. *Concours médical*, n° 27, 1er juillet 1928.

UROTROPINE (Réaction méningée consécutive aux injections sous-arachnoïdiennes de), par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdom. des Scienc. méd. de Bordeaux*, n° 32, 5 août, 1928.

VARICES (Traitement par les plantes indigènes), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 59, 25 juillet 1928.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CHRONIQUE SYNDICALE

La déontologie dans les Syndicats Médicaux.

Deux documents.

Tendance générale de réglementation disciplinaire. — Généralisons l'arbitrage.

Soyons justes : s'il y a des syndicats dont la majorité des membres est amorphe, — j'en ai montré récemment quelques exemples typiques, — il en est d'autres qui travaillent avec ardeur et activité. Ceux-ci sont-ils les plus nombreux ? Je le souhaiterais pour l'avenir de la médecine française. En tous cas, leur exemple mérite d'être cité. Ils feront sans doute ainsi des adeptes. Et ne savons-nous pas que les minorités agissantes finissent souvent par entraîner à leur suite des majorités plus passives ?

Un règlement déontologique a été, il y a quelques mois, élaboré par l'Union des Syndicats médicaux. Il venait à la suite de certains documents du même ordre, nés à Montpellier, à Lyon, etc....

Il ne semble pas qu'il ait retenu l'attention des médecins organisés au delà du délai de politesse que l'on doit aux efforts faits de bonne foi. Et ce que j'en ai présent à la mémoire, ce sont certaines critiques contre des prescriptions trop rigoureuses ou insuffisamment précises au contraire.

Voici que l'*Union corporative syndicale des médecins de la Côte-d'Or* vient, à son tour, d'en rédiger un. Il est long sans doute. Mais, ici, ce n'est pas un défaut, car la longueur est due surtout à des commentaires, à des explications qui ne sont pas inutiles. Je l'ai étudié attentivement. Je dois dire que, personnellement, je n'y trouve rien à reprendre, pour ainsi dire, et qu'il me satisfait pleinement.

Je m'en voudrais de ne le point reproduire *in extenso.*

Un code de déontologie.

Introduction.

La déontologie pouvant être définie : l'ensemble des devoirs du médecin vis-à-vis de lui-même, des malades, de ses confrères et de la société, devoirs qui s'imposent à lui au-dessus des simples règles de la *morale* et des *prescriptions* de la loi, l'Union corporative des médecins de la Côte-d'Or, en attendant la *création* de l'*Ordre des médecins,* a donné aux Conseils de famille des Associations professionnelles qui la composent, mission de veiller à l'application de ces *principes.*

Tout médecin a le devoir de prendre part à l'organisation de sa *profession* et à la *défense* des intérêts corporatifs, en s'affiliant à l'Association professionnelle locale.

Les syndiqués ont droit à l'appui moral de l'Association et, en cas de procès professionnel, pourront solliciter du bureau un appui, au besoin pécuniaire, apprécié par l'Assemblée générale.

Les devoirs du syndiqué sont : le paiement de la cotisation en temps voulu, la présence aux assemblées générales selon les possibilités, l'observation des statuts, du code de déontologie et des décisions du Syndicat.

Devoirs généraux.

Article Ier. — Le médecin doit être un parfait honnête homme ; il s'abstiendra de toute forme même détournée de charlatanisme :

Usurpation de titres ;

Publicité extra-médicale : annonces régulières ou périodiques ; articles de soi-disant vulgarisation scientifique indiquant des traitements et signés dans les journaux non médicaux ou par voie d'affiches, distribution de prospectus.

Sont interdits également les actes de rabattage, compérage avec pisteur, hôteliers, sages-femmes, rebouteurs, pharmaciens ; et les remises sur toutes prescriptions.

Art. II. — Le médecin a toujours le droit de refuser ses soins à un malade, sauf réquisition judiciaire et sauf le cas où les sentiments d'humanité *lui en* font un devoir.

Art. III. — Il devra faire des examens consciencieux et leur fréquence sera réglée par le seul intérê t du malade ou le désir exprimé par la famille.

Art. IV. — Il est tenu au secret le plus inviolable pour tout ce qu'il a vu, entendu ou compris du fait ou à l'occasion de sa profession.

Cette obligation s'étend au témoignage devant les tribunaux, aux certificats de décès pour assurances.

Art. V. — Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille de ses clients. Il doit respecter toutes leurs convictions et, s'il en est expressément prié, il peut les aider de ses conseils dans tous leurs intérêts.

Art. VI. — Le médecin reste juge de l'opportunité de délivrer le certificat que réclame le malade. Un certificat de complaisance est un faux témoignage.

Art. VII. — Lorsqu'un médecin prescrira un médicament, il ne faut jamais que l'intérêt du malade soit subordonné à l'intérêt du médecin (spécialités, eaux minérales, maisons de santé, etc.). Le médecin doit pouvoir se dire que la prescription faite est la meilleure pour le malade.

Art. VIII. — Le médecin doit suivre les décisions syndicales concernant l'organisation de la vie professionnelle (tarifs, organisation, etc.).

Le tarif des honoraires ne doit jamais être inférieur au minimum voté en assemblée générale. La médecine au rabais diminue toujours la notoriété du médecin et la dignité de sa profession. Elle constitue pour ceux qui la pratiquent un acte de concurrence déloyale.

Les actes de charité isolés sont toujours autorisés. La pratique d'une charité, soit systématique (de la part d'un médecin fortuné), soit envers les collectivités (dans un but de popularité), n'est qu'une manœuvre de concurrence déloyale.

Des conditions spéciales peuvent être consenties aux auxiliaires habituels de la profession et aux membres des professions connexes (pharmaciens, sages-femmes, infirmières, etc.).

Il est de bonne règle que tout médecin envoie au moins une fois par an sa note d'honoraires à ses clients.

Devoirs du médecin envers les collectivités.

Art. IX. — Le médecin sollicité d'entrer en relation avec des collectivités s'interdit, dans l'intérêt corporatif, de traiter autrement que par l'intermédiaire de l'Association. Celle-ci devra s'efforcer d'obtenir le libre choix et le tarif à la visite. Mais les confrères choisis ne devront en aucun cas accepter d'honoraires inférieurs à ceux des tarifs officiels et syndicaux.

En règle générale et tout au moins en ce qui concerne les mutuelles de toutes natures, tout abonnement, tout tarif forfaitaire, doit être rejeté comme contraire à la dignité et aux intérêts professionnels.

Art. X. — Pour les fonctions publiques, le Syndicat doit s'efforcer d'obtenir le principe de la nomination au concours.

Art. XI. — En cas de révocation, nul ne peut accepter la succession sans autorisation du syndicat. Elle ne sera donnée que si la révocation a lieu pour faute grave.

Art. XII. — Les vacances des postes tels que : médecin d'école publique, grandes administrations, médecin légiste, etc... devront être déclarées au syndicat qui transmettra aux administrations intéressées la liste des candidats.

Art. XIII. — Les médecins des collectivités sont tenus vis-à-vis de leurs clients au secret professionnel. Par contre, tout médecin expert, inspecteur ou vérificateur a le droit de communiquer à ses commettants le résultat de son examen, l'intéressé ayant été examiné en pleine connaissance de cause.

En conséquence, les fonctions de médecin expert et de médecin traitant sont incompatibles.

Devoirs du médecin envers ses confrères

Art. XIV. — Le médecin doit adopter, vis-à-vis d'autrui, la même attitude qu'il souhaiterait, par réciprocité, être prise à son endroit.

Les jeunes médecins devront être déférents pour leurs aînés qui, en revanche, seront bienveillants pour eux. Il est de leur devoir de faire une visite d'installation à leurs aînés ; cette visite devra leur être rendue.

Art. XV. — Il convient de s'interdire d'une façon absolue tout propos ou toute attitude de nature à déconsidérer un confrère, surtout dans les milieux extra-médicaux et plus encore dans une famille où celui-ci a déjà donné des soins. Mais aussi, il ne faut pas tenir compte, sans s'être assuré de la réalité de leur existence, de propos désobligeants que des tiers, souvent intéressés, prétendraient avoir été tenus par un confrère.

Art. XVI. — Au cas de difficultés avec un confrère, le médecin essayera tout d'abord d'aplanir le désaccord par une démarche personnelle. Faute d'aboutir, le Conseil de famille sera saisi des faits de la cause aux fins d'arbitrage.

Les différents professionnels ne doivent jamais donner lieu à une polémique rendue publique.

Art. XVII. — Si, par suite d'une circonstance quelconque, un médecin se trouve dans le cas de constater chez un confrère une faute grave pouvant avoir des conséquences sérieuses pour lui ou d'autres personnes, il devra avec tout le tact possible l'en prévenir. En tout cas, il ne devra pas ébruiter l'affaire.

Dans le cas où le confrère, ne tenant pas compte de cet avertissement bienveillant, persisterait dans ses errements, le médecin qui l'aura prévenu devra en informer le président de l'Association, qui, à son tour, en avisera le Conseil de famille, qui statuera sur toute mesure utile à intervenir.

Art. XIII. — Nul médecin ne peut se permettre d'essayer de supplanter un confrère auprès de ses malades.

Si un médecin est appelé auprès d'un malade déjà

soigné par un médecin au cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie, il devra agir avec prudence et dignité, faisant comprendre à la famille que sa présence au chevet du malade est irrégulière et qu'il serait correct, si l'on désire son avis, de le demander en consultation avec le médecin traitant habituel.

Il ne pourra en tous cas succéder à ce médecin que sur le désir formel de la famille et après avoir exigé qu'elle prévienne le premier médecin traitant de ce changement.

Il serait bon qu'il rappelât à la famille qu'elle doit régler immédiatement les honoraires du médecin remplacé.

Il devra à la bonne réputation de sa profession de ne pas critiquer son prédécesseur, ce qui l'honorera lui-même.

Art. XIX. — Dans le cas de maladie chronique irrégulièrement suivie, le médecin ne se rendant chez le malade que sur son appel, tout épisode nouveau devient une maladie nouvelle et le médecin appelé peut agir librement. Il serait toutefois correct qu'il en prévînt son prédécesseur afin d'éviter tout malentendu ultérierur.

Art. XX. — Si plusieurs médecins sont appelés simultanément auprès d'un malade, en cas d'urgence, tous doivent se retirer devant le premier arrivé, à l'exception du médecin de famille qui assiste son confrère et reprend ensuite ses droits auprès de son malade. Si le médecin de famille n'est pas présent, le médecin appelé à sa place donne les soins d'urgence nécessaires, puis il en informera son confrère et refusera de continuer ses visites, sauf en consultation avec lui.

Art. XXI. — Le médecin qui accepte d'en remplacer un autre s'interdit par le seul fait de son acceptation, de continuer ses visites auprès des malades de son confrères dès qu'il a été officiellement averti de son retour.

Art. XXII. — Un médecin appelé auprès d'un client en traitement dont le médecin habituel est absent, malade ou empêché, doit également cesser ses visites dès le retour ou la guérison de son confrère, et le mettre au courant des soins donnés. Il ne peut revoir le malade qu'en consultation avec son confrère ou sur la demande formelle de la famille, après avoir prévenu son confrère et s'être conformé aux conditions de l'article XVIII.

Art. XXIII. — Le cabinet de consultation étant un terrain neutre, les médecins ne doivent pas se formaliser si un de leurs malades va consulter chez lui un autre médecin.

Art. XXIV. — Le médecin qui, en dehors de tout appel, fait des tournées à jour fixe dans une localité autre que celle où il a son cabinet, commet un acte d'indélicatesse vis-à-vis des confrères exerçant dans le même rayon que lui, à moins qu'il n'ait obtenu au préalable leur assentiment.

Cela devient un acte de concurrence déloyale si d'autres confrères exercent dans cette localité.

Art. XXV. — Il est interdit de s'installer dans une localité où on aura fait un remplacement sans autorisation formelle du médecin que l'on a remplacé. Si le remplacement a été de courte durée et non répété ou si un long délai s'est écoulé entre le dernier remplacement et l'installation, il n'y a pas de raison que l'autorisation soit refusée. Le médecin qui se fait remplacer devra en prévenir son remplaçant.

Il est également interdit de s'installer sans autorisation formelle dans le rayon d'action d'une clientèle que l'on aurait cédée à titre onéreux.

Art. XXVI. — Lorsque, pour éclairer son diagnostic, pour mettre sa responsabilité à couvert, pour déférer au désir du malade ou de son entourage, le médecin traitant aura décidé d'avoir une consultation, il reste libre d'accepter ou non le médecin qui lui aura été désigné ; cependant, en règle générale, il ne devra pas le refuser.

En cas de désaccord grave au cours de la consultation, la famille doit en être avisée, afin qu'un tiers consultant vienne arbitrer le différend.

Toute discussion en présence du malade et de sa famille, toute opération en présence de la famille doit être écartée. Si le consultant demande à modifier le traitement, il doit le faire avec tact de façon à ne pas enlever à son confrère la confiance du malade.

Le traitement convenu est appliqué par le médecin traitant.

Le médecin consultant ne doit revoir le malade qu'appelé au cours de la maladie en cause, sauf le cas de demande formelle de la famille et après entente avec le premier médecin traitant.

Si le consultant est appelé comme médecin traitant à l'occasion d'une nouvelle maladie, il peut agir librement, mais il serait correct qu'il en prévînt son confrère.

Art. XXVII. — Lorsqu'un médecin adresse un malade à un de ses confrères, spécialiste ou non, pour une consultation ou examen spécial, il doit toujours munir le malade d'un mot d'introduction. Le consultant ou le spécialiste doit, de son côté, informer le médecin traitant du résultat de son examen et du traitement qu'il conseille. Le consultant doit toujours s'abstenir de toute appréciation discourtoise et de toute critique de la conduite antérieure du médecin traitant.

Art. XXVIII. — Les chirurgiens ou spécialistes qui reçoivent directement un malade en consultation doivent toujours s'informer du médecin de famille et ne doivent pas faire d'opération sérieuse sans l'en aviser, sauf opposition formelle du malade à cet avis. Ils doivent en tous cas s'efforcer d'expliquer au malade l'utilité de cette observation, étant données les conséquences ultérieures possibles d'une intervention auxquelles le médecin de famille pourra être appelé à faire face.

Art. XXIX. — Dans les cas de consultations, qu'il s'agisse de médecin, chirurgien ou spécialiste, chaque médecin doit présenter séparément la note sui-

vant le tarif syndical. De même, si une maladie a nécessité la collaboration de plusieurs médecins.

Pour le règlement des honoraires d'opérations, plusieurs modalités peuvent être employées :

1o Chacun des praticiens pourra présenter sa note au client au taux qu'il lui conviendra de pratiquer ;

2o Une note commune peut être présentée, mais sous certaines conditions : il devra être bien spécifié que cette note est commune, c'est-à-dire comprend les honoraires dus légitimement au médecin (la part respective d'honoraires de chaque collaborateur pourra être indiquée) ; en aucun cas la part attribuée au médecin ne pourra excéder le quart de la note totale.

Le médecin aura à réclamer directement à ses clients ses frais de transport pour assister à l'opération et les honoraires éventuels qui peuvent, le cas échéant, lui être dus pour soins post-opératoires.

Art. XXX. — Pour qu'un médecin non syndiqué soit traité par ses confrères avec les mêmes égards que s'il était syndiqué, il faut qu'il soit d'une absolue correction professionnelle, et n'ait jamais été l'objet d'aucune plainte justifiée de la part d'un médecin syndiqué.

Avec tout médecin non syndiqué qui aura refusé en pleine connaissance de cause d'entrer dans le syndicat pour pratiquer la concurrence déloyale et éviter de se soumettre aux règles syndicales, les syndiqués cesseront toute relation professionnelle.

Les syndicats auront toujours le droit de discuter et de voter leur mise à l'index selon les règles prévues plus loin.

Art. XXXI. — Toute intervention disciplinaire est conduite par le Conseil de famille. Elle implique le droit absolu de défense de la part du confrère incriminé, même s'il ne fait pas partie du Syndicat. Il devra être convoqué devant le Conseil de famille par lettre recommandée au moins huit jours à l'avance. S'il ne se présente pas, le Conseil de famille jugera et communiquera la décision à l'intéressé par lettre recommandée.

Art. XXXII. — Le Conseil de famille applique la sanction du premier degré qui est l'avertissement et dont mention n'est pas faite dans les procès-verbaux. Pour les autres sanctions, le Conseil de famille soumet ses propositions à l'assemblée générale du Syndicat qui applique les sanctions qui sont : le blâme, l'amende, l'exclusion temporaire ou définitive, la mise à l'index.

L'exclusion entraîne la cessation complète de tous les rapports professionnels avec les membres du Syndicat (mise à l'index).

Les médecins syndiqués ne doivent avoir aucune relation professionnlle avec les médecins mis à l'index et toute obligation déontologique est suspendue à leur égard.

La mise à l'index est une mesure très grave qui ne peut être prononcée que pour la défense des intérêts professionnels menacés.

Les sanctions peuvent s'appliquer au médecin qui a indûment porté plainte.

Art. XXXIII. — Les intéressés auront toujours le droit d'appel devant le Conseil de famille de l'Union syndicale corporative des médecins de la Côte-d'Or.

***

Ce document est qualifié *Code de déontologie.* Ce n'est pas un Code : je dirai tout à l'heure pourquoi. Présentement, je ne relèverai dans l'introduction que cette *incidente* :

« ... L'Union corporative des médecins de la Côte-d'Or, *en attendant la création de l'Ordre des médecins,* a donné aux Conseils de famille... »

Quand on possède une organisation assez puissante pour réaliser une pareille action disciplinaire, on peut s'en contenter, même si l'on pense que cette action ne s'impose qu'aux médecins, membres de l'Union corporative, et que ceux qui sont en dehors d'elle y échappent.

Si, par toute la France, les Syndicats et leurs Fédérations étaient capables de réaliser pareillement une discipline corporative, — je dis bien *réaliser*...— point ne serait besoin, me semble-t-il, de chercher mieux, — ce mieux qui est si souvent l'ennemi du bien. Mais je n'entends pas recommencer ici le procès de l'Ordre des médecins. Les lecteurs du *Concours médical* connaissent mes idées là-dessus : je craindrais qu'ils me taxassent de radotage....

A l'article VIII, il est dit *in fine* ; *il est de bonne règle que tout médecin envoie au moins une fois par an sa note d'honoraires à ses clients.*

Avec les mœurs actuelles de la clientèle, ses tendances croissantes à discuter les honoraires médicaux, à refuser de les régler, et même à répondre à de justifiées réclamations par une assignation en dommages-intérêts pour mauvaise qualité des soins, je voudrais que la phrase que je viens de souligner fût complétée par l'addition suivante : « *il n'y a aucune incorrection, pour un médecin, à réclamer le règlement de ses honoraires dans des délais beaucoup plus courts, et même au comptant* ».

Croyez-en, mes chers confrères, l'expérience du Secrétaire général adjoint du *Sou médical* ; faites-vous honorer dans un temps aussi rapproché que possible de votre ou de vos interventions. Plus vous attendrez, plus le souvenir du service que vous aurez rendu s'estompera dans l'esprit de vos malades ; et plus prompts ils deviendront à vous opposer quelque résistance.

L'article X prévoit que les fonctions publiques doivent être attribuées par voie de concours. J'ajouterais : *Le Syndicat sera représenté dans le jury de ces concours.*

L'article XXIII précise que le cabinet de con-

sultation est un terrain neutre, et que les médecins ne doivent pas se formaliser si un de leurs malades va consulter chez lui un autre médecin.

Cela ve soi. Cependant, si celui-ci peut donner ainsi très légitimement de telles consultations, il n'en est pas affranchi pour cela de certaines obligations. Il ne portera aucun jugement sur les soins qui auront été donnés par d'autres, avant lui, même et surtout s'il est en désaccord avec son ou ses confrères. Il se tiendra sur ses gardes, sachant fort bien que le but du malade qui vient ainsi le consulter est le plus souvent d'enregistrer ce désaccord. Ce serait trop naïf que de faire ainsi son jeu. Mis au pied du mur, voici comment je m'en tirais : « Quand mon confrère vous a examiné, vous étiez dans un état qui justifiait le diagnostic qu'il a porté ; cet état n'existe plus ; il s'est modifié ; et ceci vous explique mon propre diagnostic. Au surplus, si vous le désirez, rien de plus simple que de nous réunir, mon confrère et moi, pour vous examiner de nouveau ensemble ».

Autre recommandation, dans l'espèce envisagée, si le médecin consulté sait que le malade est le client habituel d'un de ses confrères, peut-être sera-t-il correct de sa part de ne pas entreprendre un traitement de longue haleine, à moins naturellement que le malade ne lui exprime sa volonté de recourir désormais à ses soins.

***

J'ai dit que ce document méritait d'être qualifié de *Règlement* déontologique, et non *Code*.

Un Code, en effet, se doit de définir aussi exactement que possible la faute, et d'en préciser la sanction. C'est ce que, jusqu'à présent, aucun organisme n'a réussi à faire. Je ne crois même pas qu'il s'en soit trouvé pour s'y essayer.

Je vais tenter de tracer la voie aux groupements professionnels, en m'appuyant sur le travail de nos confrères de la Côte d'Or.

Article 1.— Tout médecin convaincu de recourir, d'une façon habituelle, à la publicité extra-médicale, par annonces régulières ou périodiques, articles de soi-disant vulgarisation publiés dans les journaux non médicaux ou par voie d'affiches, distribution de prospectus, sera cité devant le Conseil de famille du Syndicat et mis en demeure de cesser ses habitudes. En cas de refus ou de récidive, il sera exclus du Syndicat et mis à l'index.

Art. 2. — Tout médecin convaincu d'usurpation de titres sera cité devant le Conseil de famille du Syndicat et mis en demeure de cesser ces usurpations. En cas de refus, il sera exclu du Syndicat et mis à l'index, en même temps que plainte sera portée contre lui devant la juridiction correctionnelle, le Syndicat se constituant partie civile.

Art. 3. — Tout médecin convaincu de ne pas observer habituellement les décisionss syndicales concernant les honoraires minima sera l'objet d'un avertissement, suivi d'un blâme, en cas de récidive, et finalement de l'exclusion avec mise à l'index...

....

Ce Code, que j'appellerais volontiers le Code de répression, devra être complété par un Code de procédure, fixant les règles des citations, des enquêtes, des comparutions, de la défense, etc., etc.

Quand la faute commise est strictement déontologique, le Syndicat applique les sanctions dont il dispose et dont la plus grave est l'exclusion avec mise à l'index. Si la faute est en même temps déontologique, et de droit commun, le Syndicat, si ses tentatives de redressement intérieur sont inefficaces, devra déférer le délinquant à la juridiction de droit commun compétente, en se constituant, s'il est opportun, partie civile.

***

J'ai voulu rendre hommage aux médecins de la Côte-d'Or. D'autres méritent semblable citation: ce sont les médecins du département d'Alger, dont le Syndicat est également particulièrement actif, grâce à l'impulsion qu'il reçoit de ses dirigeants, et notamment de son président, le Dr Picard.

Il y a trois mois, l'Assemblée générale du Syndicat d'Alger a apporté des modifications à ses statuts et adopté un règlement intéreur. Statuts et règlement ont en vue l'organisation d'une discipline corporative.

La plus grande publicité devant être donnée à cette documentation, dont d'autres groupements professionnels pourront et devront faire leur profit, je la reproduis également ici *in extenso*.

Modification des Statuts adoptée par l'Assemblée Générale du 3 juin 1928.

Article premier. — Entre tous les médecins du département d'Alger qui adhèreront aux présents statuts, et sous le bénéfice des lois du 21 mars 1884, du 12 mars 1920 et du 25 février 1927, il est établi une association professionnelle appelée « *Syndicat des médecins du département d'Alger* ».

Son siège social est à Alger, Maison du Médecin, 10, rue Berthezène. Il pourra être transféré dans tout autre endroit de la ville, par décision de l'Assemblée générale.

Art. 2. — Le Syndicat a spécialement pour but :

1° De permettre aux médecins de se connaître et de se protéger mutuellement

2° De résoudre, si possible, les conflits qui peuvent surgir entre confrères

3° De prêter son appui à ses membres et de se concerter pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine ;

4° De veiller aux grands principes d'ordre, de dis-

cipline et de morale professionnelle et de s'employer activement à faire respecter ces principes, sauvegarde de la profession.

En un mot, de chercher la solution pratique de toutes les questions ayant trait à la défense des intérêts professionnels et à l'exercice de la médecine.

ART. 3. — Tout médecin qui désire faire partie du Syndicat doit en faire la demande au Conseil d'Administration qui charge deux de ses membres d'examiner sa candidature.

Ceux-ci établissent un rapport à la suite duquel l'admission provisoire du candidat pourra être prononcée. Le nom des médecins admis provisoirement, sera affiché au Syndicat et publié dans l'*Algérie médicale*. Pendant cette période, ils auront les mêmes droits et les mêmes devoirs que les membres titulaires du Syndicat.

L'admission définitive ne sera prononcée par le Conseil d'Administration qu'au bout d'une année de stage.

Le candidat prend par écrit l'engagement de se soumettre aux statuts, aux décisions prises en Assemblée générale et, les cas échéant, à celles du Conseil de famille.

Le refus de l'admission peut être prononcé par le Conseil d'administration.

Ce refus motivé sera notifié à l'intéressé par lettre recommandée.

ART. 4. — Chaque adhérent s'engage à verser :

1° Un droit d'entrée de 20 francs ;

2° Une cotisation annuelle de 50 francs, *payable dans les deux premiers mois de l'année.*

Cette cotisation est due en totalité pour l'année dans le cours de laquelle a eu lieu l'admission.

A défaut de paiement, l'adhérent cesse de participer aux avantages du Syndicat jusqu'au versement de la somme arriérée.

ART. 5. — Tout membre qui se retire ou est l'objet d'une exclusion perd, par ce seul fait, ses droits sur les fonds qu'il a versés à quelque titre que ce soit. Il n'est admis à faire valoir aucune réclamation.

La cotisation annuelle est due pour toute année commencée.

ART. 6. — En cas de dissolution du Syndicat, l'emploi des sommes restant disponibles est déterminé par l'Assemblée générale qui a prononcé la dissolution.

ART. 7. — Le Syndicat est administré par un Conseil composé de quinze membres qui choisissent parmi eux un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire des séances, un trésorier et un trésorier-adjoint.

Ils sont nommés pour trois ans par l'Assemblée générale, à la majorité des votants et au scrutin secret, le vote par correspondance étant admis. Ils sont rééligibles.

Le Conseil d'administration est renouvelé par tiers tous les ans (le tiers à réélire étant tiré au sort pour les deux premières années).

Si, au cours d'un exercice, le président, les vice-présidents, le secrétaire général ou le trésorier viennent à faire défaut, pour une raison quelconque, le Conseil pourvoit à leur remplacement. Les nouveaux titulaires sont pris parmi les membres du Conseil et sont nommés pour le temps qui reste à courir jusqu'à la prochaine Assemblée générale.

ART. 8. — Une assemblée générale a lieu chaque année dans la première quinzaine de décembre.

Si trente membres en font la demande, le Conseil d'administration doit, dans le délai d'un mois, convoquer une Assemblée générale. Il peut prendre la même mesure, en cas d'urgence, pour un fait imprévu ou de nature grave.

ART. 9. — Les décisions du Conseil, comme celles de l'Assemblée générale, sont prises à la majorité des membres présents. Si les suffrages exprimés ne représentent pas, à un premier tour, la majorité absolue, il est, séance tenante, procédé à un second tour de scrutin, à la suite duquel les décisions sont prises à la majorité relative.

Dans certains cas graves, un referendum pourrait être institué parmi les membres du Syndicat.

ART. 10. — Le Conseil d'administration est chargé de veiller aux intérêts du Syndicat et à l'exécution des statuts. Il se tient à la disposition des adhérents pour leur donner les avis qu'ils peuvent demander sur leurs affaires personnelles.

ART. 11. — Le Secrétaire général est chargé d'expédier les convocations et de tenir la correspondance. Le Trésorier perçoit les droits d'entrée et les cotisations. Il peut être autorisé à conserver dans sa caisse une somme qui est déterminée chaque année par l'Assemblée générale. Le reste des fonds doit être déposé dans une banque publique ou au compte de chèques-postaux du Syndicat.

ART. 12. — A l'Assemblée générale appartient le droit de prendre des décisions sur les questions portées à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents et selon les dispositions de l'article 9.

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est établi par le Conseil. Il ne peut être modifié ou complété en séance que par décision de l'Assemblée.

ART. 13. — Il est institué au Syndicat un Conseil de famille dont la composition et le rôle sont précisés dans un règlement intérieur.

Le Conseil de famille a qualité pour prononcer, le cas échéant, les pénalités suivantes :

1° Le rappel à l'ordre ;

2° Le blâme ;

3° Le blâme avec amende ;

4° L'exclusion temporaire ;

5° L'exclusion définitive ;

6° La mise à l'index.

Les amendes pourront varier de 150 à 300 francs. Elles seront versées à la Caisse de secours de la Section d'Alger de l'Association générale des médecins.

Pourront être exclus, après avis motivé du Conseil, les membres qui auront enfreint les règles établies par le Code de déontologie du Syndicat, auront gravement manqué à l'honneur professionnel, seront tombés sous le coup de l'article 25 de la loi du 30 novem-

bre 1892, auront été admis en usurpant un titre qui ne leur appartient pas.

Toutes les sanctions, avec leurs motifs, sont inscrites au procès-verbal, et, le cas échéant, adressées confidentiellement aux membres du Syndicat.

La démission ne dégage pas le Syndiqué des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.

Art. 14. — Les statuts peuvent être modifiés par l'Assemblée générale toutes les fois que l'intérêt du Syndicat l'exige, à la condition que la demande en soit faite par vingt membres au moins.

Art. 15. — Les adhérents ne doivent jamais s'occuper dans leurs réunions de questions étrangères au but de l'Asociation et notamment de questions politiques ou religieuses.

Art. 16. — L'organisation du Foyer médical (Maison du Médecin) est un des buts du Syndicéat. Ce Foyer, centre de la vie médicale et syndicale, est placé sous la direction du Conseil d'administration qui délègue ses pouvoirs à un administrateur choisi parmi ces membres.

Le Conseil administre le foyer au mieux des intérêts du Syndicat.

Art. 17. — Le budget de la Maison du Médecin est géré par le Trésorier général du Syndicat et se confond avec le budget du Syndicat.

Art. 18. — Conformément à la loi, le Président fait connaître à M. le Maire le Siège Social du Syndicat, le nombre des adhérents, les noms et adresses des membres du Conseil.

Conseil de famille

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Nouveau texte adopté par l'Assemblée générale.

Article premier. — Il est institué au Syndicat un Conseil de famille de quinze membres :

Le Président du Syndicat, président de droit du Conseil de famille

7 membres élus pour trois ans par l'Assemblée générale et pris en dehors du Conseil d'administration ;

7 membres élus chaque année par le Conseil d'admiinistration et choisis parmi les membres de ce Conseil.

Ne pourront être élus au Conseil de famille que des médecins ayant exercé la profession depuis plus de cinq ans.

Art. 2. — Le Conseil de famille, tribunal de conciliation et d'arbitrage, se réunit sur simple convocation du Président. Il juge en dernier ressort et *sans appel.*

Il peut avoir à connaître des affaires concernant même les médecins non syndiqués.

Art. 3. — Les confrères ayant une plainte à formuler doivent la porter devant le Président du Syndicat, en l'appuyant de documents précis. Le Président expose *confidentiellement* l'affaire au Conseil d'administration, qui décide si elle doit être suivie. S'il le juge nécessaire, le Conseil charge trois de ses membres de procéder à une enquête, d'entendre les parties en cause, ainsi que tous témoins utiles, et d'adresser un rapport écrit au Président.

Art. 4. — Les confrères en cause sont convoqués par lettre recommandée, huit jours au moins avant l a réunion du Conseil. Ils pourront se faire assister par un confrère membre du Syndicat ou un avocat inscrit au Barreau.

Art. 5. — Le conseil de famille, pour délibérer, devra comprendre au moins la moitié plus un de ses membres.

Art. 6. — Les décisions sont inscrites au procès-verbal spécial du Conseil de famille et pourront recevoir la publicité que ledit Conseil jugera opportune, en se conformant à la loi.

Art. 7. — Si le ou les médecins convoqués par lettre recommandée ne se sont pas présentés devant le Conseil de famille, celui-ci pourra cependant délibérer et une sanction pourra être prise par défaut.

Art. 8. — Les sanctions qui peuvent être infligées sont prévues par l'art. 13 des statuts. Elles peuvent être prononcées contre le défendeur et contre le demandeur. Elles doivent toujours être motivées.

Art. 9. — L'exclusion temporaire ne peut dépasser deux ans.

Si le confrère exclu temporairement est membre du Conseil d'administration, il en est rayé d'office.

Art. 10. — La démission d'un membre du Syndicat convoqué par le Conseil de famille sur procédure régulière ne peut être prise en considération avant décision du Conseil sur l'affaire le concernant.

(*L'Algérie médicale,* juillet 1928.)

***

Il y a actuellement, non seulement en France, mais dans toute l'Europe occidentale, une volonté évidente de réglementation disciplinaire de la profession médicale. En Belgique, ce n'est peut-être pas tant vers la création d'un Ordre des médecins, calqué plus ou moins sur l'Ordre des Avocats que vers une extension des pouvoirs des Commissions médicales provinciales, dont sont dotés nos voisins, que tendent les aspirations de nos confrères. Ce sont des Commissions analogues que je voudrais voir créer en France.

En Suisse, Boudin a critiqué comme il convenait le règlement de l'Ordre des médecins du canton de Vaud.

L'Italie a codifié récemment l'exercice illégal des professions sanitaires.

En Hollande, le *Journal officiel* du 2 juillet dernier renferme une codification nouvelle de la responsabilité des médecins.

J'emprunte au *Scalpel,* août 1928, les renseignements qui suivent :

« Les actes de nature à jeter le discrédit sur la profession médicale, la négligence ayant entraîné un préjudice grave pour celui qui s'est soumis aux soins médicaux, les actes témoignant d'une ignorance grave du praticien sont punis des peines suivantes : l'avertissement, le blôme, l'amende avec maximum de 2.000 florins, la suspension provisoire avec maximum d'un an, l'interdiction définitive du droit d'exercer ».

Il convient que nous persévérions dans cette voie, à la condition de n'envisager que des solutions pratiques et en accord avec le droit.

Une première solution pratique est l'institution, partout où cela sera possbile, de Commissions d'arbitrage qui connaîtront de tous les conflits surgissant entre médecins et tiers. L'arbitrage, n'est-ce pas la grande formule du jour ? La Société des Nations n'est-elle pas destinée à arbitrer tous les conflits qui pourraient naître entre ses adhérents ? Ne venons-nous pas de voir M. le Procureur général près de la Cour de Cassation fonctionner comme superarbitre entre les gens de mer et leurs employeurs, et rendre une sentence qui a mis fin au conflit ?

Commissions d'arbitrage, instituées à la diligence des Syndicats, entre médecins et assurances, entre médecins et mutualités ; entre médecins opposés les uns aux autres... C'est là la formule moderne...

Mais tous ces conflits ne ressortent-ils pas plus ou moins à la déontologie ?

Que l'on trouve le moyen de rendre ces Commissions obligatoires pour tous les médecins sans exception. Qu'elles fonctionnent dans le cadre du département, à l'instar des Commissions belges. Qu'elles ne cherchent pas à empiéter sur les juridictions de droit commun pour les fautes de droit commun, mais qu'elles se bornent à être, auprès de ces juridictions, des enquêteuses qui les saisissent des fautes qu'elles découvrent, que les sanctions soient pratiquement applicables pour être efficaces : interdiction de participer à la médecine sociale, par exemple, de prescrire certains médicaments particulièrement contrôlés...

Et la réforme que nous sommes si nombreux à souhaiter, sans être d'accord les uns avec les autres, sur la forme qu'elle devra prendre, sera accomplie.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Loi des Pensions. — Droit du médecin de choisir sa thérapeutique.

Commission supérieure de surveillance et de contrôle

Décision du 26 janvier 1928.

(Archives du « Sou Médical »).

Le médecin reste libre de sa thérapeutique, à la condition que, s'agissant d'un traitement par agents physiques, la Commission départementale de contrôle ait été régulièrement avertie et qu'elle n'ait soulevé aucune objection.

Vu la décision de la Commission tripartite de surveillance et de contrôle de la Haute-Garonne, en date du 24 septembre 1926 ;

Vu l'appel de Monsieur le docteur J, en date du 2 octobre 1926 ;

Vu la loi du 31 mars 1919, modifiée par la loi du 12 juillet 1922 ;

Vu les décrets des 25 octobre 1922 et 8 juillet 1924 ;

Considérant que le docteur J. a demandé le paiement d'applications radiologiques faites aux bénéficiaires B et L. ;

Que B. est réformé « pour tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère » ;

Que L. est réformé pour « induration des sommets « caractérisée par une légère submatité en avant, « plus prononcée en arrière, par du retentissement, « de la voix et des vibrations thoraciques. En arrière « et à gauche, dans la zone d'alarme, râles sous-cré- « pitants fins. Etat général médiocre » ;

Que le docteur J. a traité ces malades par irradiation splénique ;

Que l'avis prévu par l'article 18 du décret du 25 octobre 1922 a été donné en temps opportun ;

Que la Commission départementale a refusé le paiement, arguant : « Que, dans l'état actuel des « connaissances médicales, on ne saurait prétendre, « par ce mode de traitement, agir d'une façon effi- « cace sur l'état général des tuberculeux ou des bron- « chectasiques » ;

Attendu que l'appel est recevable ;

Que le docteur J. conteste la valeur des motifs d'ordre médical par lesquels la Commission départementale lui refuse le droit à ses honoraires ;

Qu'il appuie ses contestations d'arguments d'ordre technique ;

Que tout le procès se borne à dire si la tuberculose pulmonaire peut, au titre de l'article 64, être traitée par radiothérapie, soit que les rayons X soient appliqués sur le thorax, soit que, pour des raisons d'ordre médical, on les fasse agir sur la rate ;

Que le médecin demeure libre de son action thérapeutique ;

Qu'en particulier aucun texte ne limite, au titre de l'article 64, le droit du médecin à utiliser les agents physiques pour le traitement de la tuberculose ;

Que les résultats fournis par l'action de radiations dans la thérapeutique de la tuberculose ne sont pas négligeables, quelle que soit la nature de ces radiations ;

Qu'au surplus, la Commission de contrôle a été régulièrement avertie et qu'elle n'a soulevé aucune objection à l'origine des soins ;

Que le contrôle médical direct n'a pas été mis en œuvre ;

Par ces motifs :

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Infirme la décision de la Commission départementale ;

Dit que le docteur J. a droit aux honoraires qu'il réclame pour les applications radiothérapeutiques faites aux bénéficiaires B. et L.

Commentaires.

Avec prudence et sagesse, la commission supérieure ne veut pas se faire juge d'une méthode thérapeutique. Il n'y a pas de science officielle, tant en agents physiques qu'en thérapeutique médicamenteuse, qui permette tantôt d'autoriser telle méthode de traitemnt, tantôt de condamner telle autre.

Le législateur du 31 mars 1919, comme celui du 9 avril 1898, ont voulu, non pas restreindre le droit aux traitements divers soit des blessés de guerre, soit des victimes d'accidents du travail, mais limiter les obligations des responsables du paiement de ces traitements.

Le médecin est maître de sa thérapeutique, sous sa responsabilité de droit commun : s'il abuse des quantités, s'il est surpris pour compérage, s'il commet des actes d'indélicatesse quelconques, il sera justiciable des tribunaux et des pénalités de droit commun.

La loi autorise les ministres à déterminer, par arrêtés, le quantum, qui sera mis à la charge du responsable, alors que la Cour de Cassation, par arrêt du 16 mai 1911, a décidé qu'en matière d'accidents du travail, le tarif arrêté par le ministre, pour la responsabilité patronale, est simplement énonciatif et non limitatif.

La Commission supérieure, dans sa décision cidessus, a conclu dans le même sens.

Il en résulte que le médecin, qui a l'intention d'employer un traitement sortant de la normale, doit, avant tout, observer les formalités qui lui sont imposées, par les textes législatifs, ou réglementaires, à savoir de prévenir, en son temps, la Commission de contrôle, pour que celle-ci puisse prendre les dispositions qu'elle jugera à propos de déterminer.

Ce n'est pas l'essor de la science médicale, pharmaceutique, ou thérapeutique générale, qui est limitée par les textes ci-dessus, mais plutôt un obstacle qui est apporté aux pratiques coupables, qui, sous couvert de soins à donner, font supporter à des tiers des frais de traitement hors de proportion avec le service rendu.

Dr Paul Boudin.

DÉONTOLOGIE

I

A propos des supplantations en clientèle.

Réponse au Dr Haussmann d'Estissac (Aube).

Mon cher Confrère,

Ou vous êtes jeune et avez tout de même la tournure d'esprit des confrères d'avant-guerre, ou vous êtes de ceux-ci et ne pouvez vous adapter aux mœurs nouvelles des jeunes médecins. C'est dur en effet. Mais ce qui vous arrive est chose courante aujourd'hui. Pourquoi ? Parce qu'il y a trop de médecins, trop de métèques et que la lutte pour la vie est plus âpre.

Et aussi à cause de la mentalité actuelle. On veut de nos jours arriver vite et jouir plus vite encore. Alors qui veut la fin veut les moyens et, syndiqué ou non, on se moque bien des confrères.

Mais, me direz-vous, et les règles syndicales. Oui, oui, elles sont imprimées, mais qui les suit ? Cela m'a fait écrire, dans le *Concours médical* un article sur les dispensaires antituberculeux, un autre sur la faillite des Syndicats médicaux en face des collectivités. Je pourrais en écrire un autre sur l'inanité des règles syndicales, un encore sur le médecin protée, à la fois praticien de médecine générale et spécialiste , etc., etc. Bref, passons et revenons au fait que vous avez été proprement remercié. Cela me rappelle ce que me disait un ami défunt à qui pareille aventure était survenue : « J'en suis corrodé comme si l'on m'avait trempé dans une cuve d'acide sulfurique ». Que dirait-il aujourd'hui, alors que les exemples de ce qui vous arrive sont multiples !

Vous soignez depuis quelque temps une jeune fille qui vous semble finalement avoir une salpingite tuberculeuse. Vous en exprimez la crainte à l'entourage et demandez une consultation avec un chirurgien. On élude la réponse, et vous rece-

vez bientôt le congé fatidique..... sans vos honoraires. Vous avez été remplacé par un confrère syndiqué.

On vous conduit une jeune fille que vous avez déjà soignée, ainsi que sa famille. Vous constatez un mauvais état général et, à l'auscultation, vous entendez en un point limité, sous une clavicule, un bruit anormal et constant au stéthoscope. Vous dites : il y a quelque chose de suspect en ce point, il faudrait voir cela aux rayons X. On vous répond : on verra. On voit en effet... mais une voisine qui insinue : prenez donc le Dr X, mon médecin, il est encore plus fort que le vôtre comme diagnostic, etc., etc. Et l'on court chez le jeune confrère syndiqué qui affirme qu'il n'y a rien et que l'examen radioscopique est inutile, ne doit pas être fait. Et on le croit, pourquoi plutôt lui que vous ?

Et naturellement, vous ne revoyez plus ni la jeune fille, ni sa famille.

Et combien pourrais-je vous citer d'autres cas semblables ou pis !

Mais alors, dites-vous, tous les clients sont des ..... et il n'y a plus qu'à devenir misanthrope.

Non, n'allons pas jusque là et disons-nous bien que, si nous n'étions pas médecins, nous en ferions peut-être tout autant. Et même médecins ..... La pauvre petite humanité se raccroche à toutes les suggestions qui lui font espérer la guérison de ses maux. Et ces suggestions sont surtout le fait des femmes, par bonté, impulsion, inconscience, comme vous voudrez.

En tout cas, méfiez-vous des femmes ! meilleures ou pires que les hommes a dit notre grand moraliste La Bruyère. Comme c'est vrai pour les médecins à qui elles font autant de mal que de bien. L'un heureusement compense l'autre.

Mais dans tout cela, direz-vous, que faut-il penser des médecins eux-mêmes ? Faut-il donc dire : *medicus, medico, lupus* et agir en conséquence ? Ce qui vous choque, évidemment, c'est la façon de faire des confrères, inadéquate aux règles syndicales. Qu'est-ce que cela prouve, sinon que ces règles sont surannées. Je connais un vieux docteur qui dit : je ne demande jamais, quand je suis appelé chez un client nouveau, si un autre médecin est venu avant moi. C'est peut-être la bonne méthode.

Comment, nous réclamons, nous, syndicats, le libre choix du médecin d'une part et de l'autre, nous retirons ce libre choix par nos règles syndicales. Celles-ci n'admettent pas, ou admettent mal qu'un malade puisse changer, au cours de traitement, un médecin qui lui plaît moins contre un médecin qui lui plaît mieux, que cette préférence soit ou non justifiée. Est-ce donc le malade qui est fait pour le médecin ou ce dernier pour l'égrotant ? Allons, soyons donc un peu logiques, et puisque nous voulons le libre choix, ne reprenons pas d'une main ce que nous donnons de l'autre. Nous l'acceptons bien pour les accidents du travail. Et n'admettons-nous pas que notre cabinet est neutre et qu'un malade en traitement qui peut se déplacer aura tout loisir de venir y consulter.

Mais le même malade en traitement, mais plus souffrant, ne pouvant aller chez vous, n'aura pas le droit de vous faire venir chez lui. Qu'est-ce à dire !

Mais il y a les conventions syndicales. Eh bien, transformons-les et disons, sans restriction : dans tous les cas, le médecin peut répondre à l'appel d'un malade. Il évitera seulement de dire du mal de son prédécesseur.

Cet article consacrera simplement une question de fait et simplifiera dans une grande proportion les rapports confraternels.

Tous les confrères admettent bien qu'aujourd'hui, il n'y a plus de médecin de famille. Pourquoi diable veulent-ils donc s'attacher à des gens qui ne tiennent pas du tout à eux ! Qu'ils fassent tout leur devoir, qu'ils les soignent consciencieusement et c'est tout.

Et au lieu de se manger le nez entre médecins qui se seront succédé chez un malade, lequel se frottera les mains en pensant au bon tour joué au docteur, que nous puissions nous dire, en nous rencontrant à sa porte : tiens vous m'avez remplacé chez cet imbécile de X où j'avais moi-même succédé à Y et d'autres ! Quand il en sera au vingtième !... — Il sera occis et c'est tout ce qu'il aura justement obtenu, me répliquera le confrère en riant et en me serrant la main.

Et je crois que le malade, en nous voyant de loin depuis sa fenêtre, allongera le nez et ne rira plus à nos dépens ou rira jaune.

Sursum corda, cher confrère et bien cordialement vôtre

Dr Bottemer,
Dijon.

II

LETTRE OUVERTE A UN JEUNE CONFRÈRE

Qui a importé dans le pays la médecine nouvelle.

Monsieur et cher Confrère,

Vos lettres à un jeune confrère dans le Concours *me font grand plaisir à lire et elles m'ont suggéré ces lignes dont vous ferez l'usage qu'il vous plaira. Je raconte une histoire rigouseusement vraie dont pas un article n'est inventé.*

Veuillez croire à mes meilleurs sentiments.

Dr V.

Monsieur,

Voici bientôt quatre ans que vous êtes venu vous installer à dix kilomètres du bourg où j'exerce depuis vingt ans. Vous veniez de terminer à 28 ans des études que la guerre avait un peu allongées. Vous étiez timide, sans fortune, comme nous tous, et vous étiez pressé de vivre. Vous m'avez alors demandé quelques conseils pratiques et je vous initiai avec plaisir à une médecine honnête, telle que mon père et mes maîtres me l'avaient enseignée. Nous avons été amis pendant deux ans, ce qui nous permit de nous étudier. Vous me disiez souvent que le médecin était un imbécile de ne pas tirer parti de sa clientèle au même titre qu'un boulanger ou qu'un gargotier : pourquoi le médecin ne ferait-il pas fortune, lui aussi ? Pourquoi ne pas profiter de la crédulité et de la sottise de certaines gens ?

Vous n'alliez pas tarder à donner votre mesure. Je m'apercevais bien un peu que j'étais votre dupe et que vos bons déjeuners n'avaient pour but que de masquer votre indélicatesse naissante: mais, que voulez-vous ? je reste un peu naïf et, jusqu'au bout, je crois à la bonne foi des gens !

Votre clientèle ne pouvant vous faire vivre, vous avez envahi peu à peu nos clientèles, laissant entendre, oh ! bien timidement d'abord, que nous, les anciens, nous n'étions plus à la page, que la guerre vous avait enseigné, *à vous spécialement*, les méthodes nouvelles et vos paysans, avides de nouveau, ne comptant pas avec leur grosse fortune, vous ont cru.

Vous souvient-il de ce petit enfant que vous avez soigné à ma porte ? Vous lui avez trouvé trois maladies et vous avez fait croire aux parents que, ces trois maladies se contrariant, vous étiez obligé d'en soigner deux le matin et de revenir le soir pour la troisième ! D'où de nombreuses visites pendant une semaine. Et vous m'aviez avoué que ce petit n'avait rien : ce fut cependant le commencement de votre réputation !

Vous avez trouvé, il est vrai, de solides appuis chez les pharmaciens auxquels vous adressiez des ordonnances de cent francs pour le moins. Bien reçu chez eux, vous vous êtes imposé peu à peu ; ils prirent l'habitude de vous téléphoner, d'accepter les rendez-vous, et à la longue, vous avec trouvé plus simple de donner vos consultations dans certaine officine. Souvenez-vous que votre Potard, avant votre arrivée, était acculé à la faillite et qu'il a surpris tout le monde avec ses relevailles imprévues !

Vous avez été soutenu par les Sœurs Garde-Malades à qui vous donniez le pourboire tentateur. Vous leur faites faire les piqûres les plus extravagantes, même la nuit, car ça impressionne davantage. Elles ne disent pas un mot de vous, c'est entendu, mais, en opérant, elles encouragent, demandent des nouvelles, en un mot, approuvent votre conduite et infectent régulièrement les fesses de ces pauvres dupes. Elles coûtent toujours très cher, vos piqûres ! Environ 25 francs l'ampoule, et vous en faites faire deux par jour ! C'est d'ailleurs grâce à elles que vous pouvez en trois jours arrêter une typhoïde ou une pneumonie : ces maladies, avec cette thérapeutique nouvelle, ne demandent que deux ou trois jours de lit ; le malade peut ensuite circuler, à condition de continuer longtemps ces fameuses piqûres.

Vraiment, Monsieur, le docteur Knock en apprendrait long avec vous !! Vous avez été son élève, et, comme lui, lorsque vous parcourez les routes au son mille fois répété de votre corne qui chante si bien : Tue-le... Tue-le... vous devez être fier de penser que, dans chaque maison, il n'y a pas une paire de fesses, jeunes ou vieilles, où n'ait pénétré votre seringue, pas un ventre que vous n'ayez fait ouvrir par le grand dichotomiseur de la ville voisine.

Et depuis bientôt quatre ans, ce commerce médical continue, grâce à l'imbécillité des paysans et aux complicités sus-dites. Pendant ce temps, nous, les médecins honnêtes, nous nous renfermons davantage en notre conscience : car c'est un fait que votre exemple, au lieu de nous contaminer, nous rend meilleurs et plus stricts vis-à-vis de nous-mêmes et de notre clientèle. Nous nous soutenons dans notre Syndicat d'où nous vous avons exclu dès longtemps. Comme dans tout Syndicat, nous obtenons, par notre cohésion, toutes augmentations de tarifs dont vous vous empressez de profiter pour les collectivités, car dans la clientèle ordinaire, vous pratiquez le rabais et vos clients ne veulent pas croire que vous vous rattrapez sur le nombre des visites. Vous attendez, sans aucun doute, les Assurances sociales pour accaparer le reste de notre clientèle.

Mais notre consolation est de penser que deux de vos copains en Metequie viennent de quitter le pays : eux n'auront pas tenu aussi longtemps que vous, et nous vivons sur cette espérance que vous ne tarderez pas à les rejoindre. Vous rirez des dupes que vous aurez faites, du tort que vous nous aurez causé, vous emporterez un porte-monnaie bien garni : autant de satisfactions pour vous dont nous ne serons certes pas jaloux ! Car, vous, vous ne faites que passer et, nous, nous restons avec un peu plus de chance que vous à une vague reconnaissance.

Je lisais dans le *Concours médical* qu'un confrère, le Dr Dardelin, voudrait avertir les jeunes étudiants de la difficulté de la vie médicale : il faudrait surtout les empêcher de transformer cette toujours belle profession en un vulgaire commerce. Les cas les plus bénins peuvent être assez graves, sans que nous ayons besoin d'affoler les familles afin de retirer plus de mérite de

la guérison, et les meilleurs remèdes sont souvent les plus simples : les pharmaciens, avec toutes les consultations qu'ils nous enlèvent, ne méritent pas que nous nous donnions le souci de les faire vivre aussi grassement.

Jeunes confrères qui me lirez peut-être, restez propres : vous ne ferez sans doute pas fortune, mais vous conserverez à la profession cette belle dignité dont elle a si grand besoin à la veille des Assurances sociales.

Quant à vous, Monsieur, pas plus que les autres, je ne vous garde rancune quoi que votre conversion me semble impossible. Nous vous supportons ici depuis 4 ans et il nous reste assez de charité chrétienne et de confraternité pour vous endurer tout le temps qui vous plaira, afin d'éviter à nos chers camarades le pénible spectacle de votre triste conduite.

Dr Voisin.

LES MÉFAITS DES ASSURANCES SOCIALES

Par le Dr Gabriel Batier, de Strasbourg.

Il a paru en Allemagne, il y a déjà quelque temps (1), un livre du Dr Liek sur « les méfaits des assurances sociales ».

Immédiatement connu des militants de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace qui failliraient à leur mission s'ils n'étaient pas au courant de tout ce qui concerne les assurances sociales de l'autre côté du Rhin, ce petit livre fut rapidement traduit par l'un d'eux, et j'ai dû à la confiance dont m'honore l'auteur de cette traduction inédite d'en avoir le premier connaissance. Cela commence à dater déjà, mais une allusion récente à ce livre m'a remis la chose en mémoire.

Liek est de Dantzig et ce détail a son importance, car Dantzig a subi une fortune politique singulière qui en fait un mauvais miroir de la vie allemande : cette ville a connu et connaît encore les luttes complexes de races, de religions, de nationalistés et de classes sociales ; c'est ailleurs que dans un tel milieu qu'il faut observer les assurances sociales et leurs méfaits si l'on veut se débarrasser de nombreuses contingences qui sont autant de causes d'erreur.

Liek est un nationaliste évident, un de ces Prussiens de l'Est pour qui l'empereur était dieu et Ludendorf son prophète : cela ne lui donne pas de lumières spéciales en matière d'assurances sociales, au contraire.

Néanmoins, lu avec précaution par des gens avertis, il est très intéressant, amusant même parfois. Il montre ce que peuvent donner des assurances sociales mal établies, mal surveillées et déviées de leur but par la démagogie. A ce titre, il mérite d'être médité par le législateur et par le fonctionnaire chargé de mettre en œuvre la loi, car il souligne sûrement tous les vices que l'application journalière lui a révélés dans le milieu spécial où il vit ; il le fait d'une plume alerte et acérée qui trahit le polémiste ; par moments, on dirait qu'il utilise l'encre de Léon Daudet ; les deux hommes sont de la même trempe, quoique de valeurs très inégales.

Liek ne se contente pas de faire la cruelle satire des assurances sociales ; il préconise le remède et ce remède, c'est — tenez-vous bien — la fonctionnarisation de la médecine. Son rêve est la transformation de tous les médecins en fonctionnaires d'Etat qui, pourvus de traitements fixes mensuels, seraient complètement indépendants de l'assuré, et, au contraire, dépendants de l'autorité publique.

Nous ne serions donc pas surpris si quelque médecin-fonctionnaire venait, l'un des jours prochains, nous faire l'éloge de Liek.

Quant à nous, médecins encore libres, grâce à Dieu, nous nous sommes contentés de diffuser la connaissance de ce livre auprès des commissions parlementaires qui ont les assurances sociales dans leurs attributions, auprès du Ministère du travail et de l'hygiène, auprès des militants du syndicalisme médical. Nous leur avons montré les enseignements que l'on en peut tirer, les exagérations dangereuses, les erreurs certaines. Ainsi nous pensons avoir discrètement et utilement servi le Corps médical de la France entière, mieux en tout cas que par l'une de ces manifestations tapageuses dont certains ont le secret. Notre traduction ne sera donc pas publiée ; s'il en paraît une, ce ne sera pas la nôtre.

Et si je dis « nous », c'est que cela a été fait au nom des médecins d'Alsace, car la modestie et la vérité m'obligent à dire que je n'y ai eu aucune part personnelle.

(1) Avril 1927. Une deuxième édition a été lancée cet été.

ÉCONOMIE ET MÉDECINE

La médecine traditionnelle, l'entente directe et le paiement direct ont triomphé à l'assemblée générale de juillet dernier. C'est un fait qui me paraît indubitable et que je reconnais loyalement.

Suivant la tradition, un médecin quelque peu ambitieux s'établit dans une ville plus ou moins importante. Il choisit un appartement dans un immeuble de belle apparence, situé dans une rue spacieuse, dans un beau quartier. Il a une belle entrée, un joli salon et un cabinet de consultation imposant. Pour ouvrir aux clients, qu'il souhaite nombreux, un valet de chambre, ou au moins une femme de chambre, avec un coquet tablier, se présente et introduit au salon. Les apparences étant en sa faveur, le médecin, par entente directe demande, et au besoin, discute ses honoraires qui sont en rapport avec la richesse de son mobilier et les reçoit de son client, auquel il a remis sur un beau papier une longue ordonnance.

Suivant le commerce traditionnel, un jeune ménage, après un plus ou moins long apprentissage, s'établit. Il achète dans la rue commerçante de la ville ou du quartier une boutique qu'il arrange dernier cri, et qu'il éclaire avec abondance. Lui et sa femme attendent le client, causent aimablement avec lui, essayent de déterminer son choix et, pour l'objet retenu, indiquent un prix, Après entente directe, avec ou sans discussion, ils reçoivent directement le paiement du client.

Mais, hélas ! les choses ont changé ! Tout évolue ; de nouvelles méthodes s'instituent ; de grands magasins se construisent ; ils ont plusieurs rayons et le client invité à pénétrer trouve à satisfaire tous ses besoins. Ce sont Le Bon Marché, Le Printemps, La Samaritaine, etc. Là, toutes les marchandises sont exposées, les prix sont affichés, ce qui supprime l'entente directe, et les paiements se font à la caisse, ce qui supprime le paiement direct. Là sont, à l'avantage du client, observées les données économiques. On évite les dérangements inutiles, puisque, dans le même magasin, on trouve toutes sortes de marchandises ; on évite le marchandage, puisque les prix sont marqués et fixes. Les prix sont les plus bas possibles, par suite de la diminution des frais généraux par la concentration.

Cependant, des personnes pauvres ont pu arriver, en agissant de la sorte, à une grande fortune : les Boucicaut, les Cognac. Le fait qu'ils ont fait fortune est la preuve qu'ils ont rendu de grands services à leurs clients, en les faisant bénéficier de leur talent, en vendant bon et bon marché. Cela ne les a pas empêchés d'être de grands philanthropes.

Si la médecine veut suivre le mouvement économique et, tout en rendant des services, permettre aux docteurs, sinon de faire fortune, au moins d'avoir de très belles situations, elle doit imiter les exemples cités.

Dans chaque centre important, il devrait être établi une grande clinique comprenant toutes les spécialités. Le malade, soit de lui-même, soit envoyé par son médecin, est assuré de trouver dans le même lieu tous les spécialistes utiles à établir son observation clinique ou tous les agents thérapeutiques. C'est-à-dire qu'il y aura un ou plusieurs chirurgiens, avec chacun son équipe, des oculistes, des laryngologistes, des urologistes, des orthopédistes, des médecins, des spécialistes du système nerveux, du tube digestif, des voies respiratoires. Là, on trouvera toujours un outillage toujours au niveau des derniers perfectionnements pour la radiologie, la physicothérapie, la chimie biologique, la bactériologie, l'anatomo-pathologie, une pharmacie pour assurer la réputation de l'établissement ; les chefs de services seront choisis suivant leur valeur et eux-mêmes s'adjoindront des collaborateurs dignes de leur confiance.

Là, pas d'entente directe ni marchandage, les prix seront fixes et affichés. Qu'un milliardaire achète une Citroën ou que ce soit un modeste médecin de campagne qui en fasse l'acquisition, le prix de la voiture sera le même. Pendant les vacances dernières, les touristes ont payé aux guichets des gares le même prix pour le même billet, sans inquisition du chef de gare sur leur fortune.

Pas de paiement direct ; les prix seront payés au service de la comptabilité.

Le médecin le plus modeste de la plus petite commune de France pourra soigner ses malades avec les mêmes perfectionnements que le plus réputé des praticiens de la plus grande ville. Il lui suffira d'adresser ses malades à la clinique pour un ou deux jours, pour recevoir un dossier complet lui permettant d'établir un traitement rationnel.

D'accord avec les syndicats, les prix seront établis avec la caisse d'assurances sociales, accidents du travail et autres services publics, ce qui évitera des défaillances individuelles par médecin, avec rabais, et la honteuse dichotomie.

Telle sera l'évolution, la médecine sera bien forcée de s'adapter de gré ou de force aux exigences modernes.

Si les praticiens ont l'esprit assez souple pour s'organiser de façon à rendre le plus de services à leurs clients, ils en récolteront le profit moral

et pécuniaire ; sinon, ils seront ridiculisés comme les médecins du temps de Molière qui, pour suivre la médecine traditionnelle, tâtaient le pouls, faisaient tirer la langue, purgeaient, examinaient et niaient la circulation du sang, et parlaient latin !

Il faut être de son temps, parler les langues vivantes pour se tenir au courant des progrès faits dans le monde, et adopter les méthodes modernes.

Qui vivra verra !

Robert SOREL.

ENCORE LA QUESTION DES LOYERS !

Je reçois à propos de mon article du 9 septembre les deux lettres suivantes d'un confrère d'Avignon, et du président de la Chambre des propriétaires de Paris. Le Dr J. Penne est absolument de mon avis, bien qu'il semble croire le contraire, car la discrimination de mon texte avec celui de Me Sarran n'a pas été, je crois, faite suffisamment par lui.

En *Le Concoure médical*, plus souvent encore en *Le Journal des praticiens*, j'ai traité la question, et certains confrères m'ont accusé d'être trop pour les propriétaires (je suis, je l'avoue, des deux côtés de la barricade, mais, suis avant tout et depuis plus longtemps) médecin, et mes articles, je le crois du moins, le prouvent surabondamment ; si je me trompe, je suis prêt à faire amende honorable.

C'est l'Etat qui prend tout, empêche tout. L'Etat et les villes, car à Paris, la ville nous prend, patente et impôt mobilier, 2/3, 3/4 du loyer, et cela augmente sans cesse. Pour la patente, je ne puis me répéter sans cesse : je l'ai dit aussi en la *Gazette des hôpitaux*, en le *Journal de médecine de Paris*... lors des dernières élections législatives. Préparons les élections municipales de 1929, ayons des promesses fermes, écrites, des candidats. J'ai cité le cas d'une médecin de Besançon — d'après le Dr Sexe — qui a deux pièces médicales où il paye patente et vit chez sa maîtresse où il ne paie rien ! Et la famille est ainsi encouragée ! La diminution des impôts seule peut améliorer la vie.

Le Dr Le Goff a fondé à Paris l'Association des médecins propriétaires, ce qui prouve évidemment qu'il y en a, sans doute bien rarement du fait de leur profession, mais qui se soucient peu de leurs intérêts — comme le médecin en soi, du reste. A la première rénuion, plus de 200 convoqués, 13 présents dont le prof. S. Hayem que nous fîmes présider.

Je suis tout à fait de l'avis du Dr Penne. Les intellectuels — je suis de la C.T.I. et du bureau, depuis février 1900, sa fondation — doivent garder leur place, les propriétaires aussi : Justice, Equité, Economie, tout est là.

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

***

12 septembre 1928,

Mon cher Confrère,

J'ai lu attentivement, dans le *Concours médical*, votre article sur le problème du logement pour les travailleurs intellectuels.

Cette question, certes, est des plus angoissantes ; elle est même certainement plus aiguë à Paris qu'en province. Il est indispensable, dites-vous excellemment, et c'est aussi ma conviction la plus profonde, il est indispensable que les travailleurs intellectuels conservent dans la cité la place qui leur revient, et qu'ils soient assurés d'une dignité d'existence en harmonie à la fois avec leurs fonctions et avec la situation que leur a créée le nouveau franc.

Mais pensez-vous que les propriétaires accepteront la taxation ? Sous la Révolution, la loi du maximum, ainsi que l'a encore démontré récemment Pierre Gaxotte, a échoué.

Si vous demandez au Gouvernement de taxer les propriétaires, ceux-ci à leur tour ne manqueront pas de réclamer la taxation des honoraires médicaux ; ils fourniront à l'appui des arguments tout au moins touchants et les plus fortes chances sont qu'en haut lieu, ils soient mieux écoutés que vous, parce qu'ils ont derrière eux, comme vous le faites remarquer, de grosses compagnies, même des capitaux internationaux qui disposent de puissances de persuasion que vous n'avez pas.

En supposant même que vous obteniez satisfaction, ils ne se feront pas faute de grossir et de multiplier les abus criants que vous dénoncez à juste titre, et ils trouveront bien le moyen de tourner la loi. La haine produit la colère. Le Gouvernement mettra-t-il en prison tous les propriétaires récalcitrants ? Les portes des prisons ne seront pas assez grandes pour y faire rentrer les plus gros.

En somme, les médecins ont bien multiplié par le coefficient 4 et 5 leurs honoraires et un médecin qui, à Paris, avant guerre, gagnait 20.000 fr. doit gagner actuellement de 80 à 100.000 fr. Voulez-vous que les propriétaires fassent ceinture et vivent avec un taux seulement doublé, alors que les impôts et les frais de toute sorte ont atteint ou dépassé le coefficient 5 ? Vous leur concédez un franc à deux sous, alors que tous les citoyens croient avoir le droit de prétendre à un franc à quatre sous. Prenons un exemple : un médecin propriétaire d'un immeuble de 200.000 fr. avant guerre lui rapportant dix mille francs est

obligé actuellement par suite de l'âge et d'infirmités de se retirer. Vous ne lui permettez pas de demander le taux 4, et quand il a tout payé il n'a plus ses dix-mille francs d'avant guerre. Doit-il mourir de faim parce qu'il ne possède que ce revenu qui, bien souvent, était son patrimoine et non le fruit de ses bénéfices ?

Sans doute nombreux sont les praticiens qui n'ont pas multiplié par quatre et cinq le montant de leurs bénéfices et ont dû se contenter de les doubler. Mais es propriétaires n'en peuvent mais. A mon avis, la lcause unique de cette situation est fort regrettable : c'est la pléthore médicale. Si le nombre des médecins était le même qu'avant guerre, il n'y aurait aucune raison que les médecins n'aient pas, eux aussi, un franc à quatre sous.

J'ai insisté sur cette question de la pléthore médicale dans un mémoire à l'A. G. et j'y reviendrai. La solution de ce problème est seule capable d'apporter un remède efficace aux maux que vous décrivez. Je vois bien votre objection. Les médecins ont le temps de mourir de faim avant que la diminution de leur nombre puisse produire ses effets. D'ici là, il faut vivre. C'est aussi mon avis. Mais la question ainsi présentée est insoluble : nous ne pouvons songer à charger Pierre pour décharger Paul, nous ne pouvons espérer que des adoucissements à un état de choses que nous avons été bien imprudents de laisser s'établir.

Que le Corps médical organisé réclame la diminution de la patente exorbitante, et notamment sa fixation d'après le loyer du local professionnel et non familial. Ce sera justice et nous ne dresserons personne contre nous. Les moyens indirects d'atténuer la pléthore doivent être aussi envisagés.

Vous m'obligerez de faire insérer ma réponse, et veuillez croire à mes meilleurs sentiments.

Dr J. PENNE.

***

Paris, le 13 septembre 1928,

Mon cher Docteur,

Je viens de lire avec le plus grand intérêt l'article que vous avez fait paraître dans le *Concours médical* du 9 septembre, relatif au problème du logement pour les travailleurs intellectuels.

Je vous remercie de ces communications qui ont pour les propriétaires le plus grand intérêt, et qui sont, permettez-moi de vous le dire, particulièrement bien traitées.

Maître Louis SARRAN, avocat à la Cour, demande à tous les intéressés de lui faire connaître leurs suggestions, notamment sur les refus systématiques de locations qui seraient opposés aux professionnels. Il ne peut guère s'étonner de ce résultat ; je le lui avais prédit personnellement au mois d'octobre 1925, lorsqu'il réclama au Comité Consultatif des Loyers, dont nous faisions partie tous les deux, des privilèges spéciaux pour les professionnels, à l'encontre des propriétaires. Il obtint, en effet, malgré mes observations relatives aux conséquences que cela pouvait avoir pour les professionnels, que ce Comité votât la suppression du droit de reprise par les propriétaires à l'encontre des professionnels, et le recul du retour du droit commun, en leur faveur, par rapport aux autres catégories de citoyens.

Ces avantages consacrés par la loi du 1er avril 1926, s'ajoutant à ceux déjà accordés par la loi de 1918 à cette même catégorie de citoyens, créèrent chez les propriétaires un état d'esprit que je cherche à combattre, car je l'estime personnellement comme très regrettable, mais qui a comme conséquence de faire considérer comme indésirables tous les professionnels.

Cet état d'esprit gêne tous les membres de la C.T.I. alors que quelques exceptions seulement profitent des avantages qui l'ont créé et que Me SARRAN avait lui-même réclamés.

Il serait, à mon avis, infiniment préférable que tous les locaux d'habitation, quels qu'ils soient — hauts et petits loyers — fussent traités de la même façon ; que l'on envisage un retour progressif à des prix normaux pour tous les loyers, au même taux, sans classification. Il n'est pas très équitable qu'un propriétaire, qui a des loyers relativement élevés, soit plus favorisé par rapport à ses locataires que le propriétaire d'immeubles à loyers bas qui est parfois plus atteint par les obligations que lui créent les charges et notamment l'entretien des immeubles.

La catégorie de locataires à loyers élevés est moins nombreuse, il est vrai, mais aussi intéressante que les autres : elle se compose précisément en grande partie de ces intellectuels, dont les ressources n'ont pas suivi les mêmes fluctuations avantageuses que celles de la majeure partie des occupants de locaux à petits loyers, que semblent vouloir avantager les dispositions légales prises jusqu'à présent.

Me SARRAN, dans ses considérations sur le prix des loyers, semble méconnaître entièrement les charges qui pèsent sur les immeubles. Je lui envoie la petite brochure incluse. Mais la lira-t-il ?

Nul plus que moi ne désire la paix sociale, et vous savez, mon cher docteur, combien j'y travaille, en présentant des solutions qui, à mon avis, seraient favorables aussi bien à la construction et aux propriétaires qu'aux locataires.

Veuillez agréer, mon cher docteur, l'assurance de mes sentiments très dévoués.

Le Président de la Chambre des Propriétaires :

TRUTIÉ DE VARREUX.

BEAUX ARTS

A propos du Salon d'Automne.

Cependant que l'automne merveilleux et doux blondit et dore les paysages, retenant d'une manière irrésistible une grande partie des artistes devant d'incomparables effets de soleil et de lumière, d'autres artistes sont rentrés en hâte afin de préparer les réalisations et d'organiser les expositions, éléments de la vente au public et dont le Salon d'automne ouvre chaque année officiellement la série.

Le Salon d'automne a cette année vingt-cinq ans d'existence et il peut se flatter de s'être, durant ces vingt-cinq années sans relâche sous l'impulsion éclairée et enthousiaste du Maître Frantz Jourdain, assisté d'un comité énergique et hors de pair, constamment dirigé vers le mieux. Il a su ne pas se cristalliser dans les formules désuètes d'un règlement étroit et, laissant de côté, dans l'intérêt du plus grand nombre, les avantages particuliers que les plus arrivés auraient pu égoïstement retirer de son application littérale, évitant les avidités familières à ceux qui sont « placés », il s'est admirablement adapté à l'évolution la plus moderne de l'art.

Aux Artistes Français, les débutants sont bien obligés de penser avant tout à se rapprocher de leurs maîtres, afin de s'assurer de leur bienveillante influence au moment de l'attribution des récompenses, des bourses et des prix divers ; afin de gravir un par un les échelons qui conduisent au hors concours. C'est la continuation du régime de l'école et des distributions de prix ! S'il n'en résulte pas des initiatives et des recherches d'art bien caractérisées , on y trouve dans l'ensemble une connaissance du métier qu'il serait le plus souvent vain de chercher ailleurs : c'est le Salon de la tradition classique la plus pure, avec tous ses défauts, mais aussi avec toutes ses qualités.

A la Nationale, c'est l'éternelle querelle des Sociétaires et des Associés ; ces derniers, qui ont obtenu lors de leur élection par les sociétaires, le brevet de leur capacité artistique et la dispense de présenter désormais des œuvres au jury, supportent mal, « à égalité de talent reconnue et votée », de ne pouvoir assister aux assemblées et voter pour le tout puissant comité, dans lequel, il faut bien le reconnaître, leurs intérêts ne sont guère défendus ; on ne saurait mieux assimiler leur situation qu'à celle des femmes qui désirent le droit de vote ! Quel intérêt pourrait inciter l'égoïsme masculin à se diminuer sans y être contraint d'une partie des avantages que lui ont donnés des lois faites par les hommes ? quel intérêt pour les Sociétaires de la Nationale de partager leur droit à une triple longueur de cimaise avec les Associés, qui représentent le nombre, et pour le Comité, de s'exposer, en les admettant au vote, à introduire dans la bergerie quelques moutons qui pourraient ne pas être tous semblables à ceux de Panurge ?.... Et cependant. Qui Sait ! la loi sur le vote des femmes a déjà été votée au Sénat, ses partisans vont en augmentant à la Chambre des Députés... Pourquoi ne pas supposer qu'il se produira un mouvement d'opinion libéral et désintéressé dans le sein de ce comité d'artistes ?

Au Salon d'automne, tout au contraire, dès sa fondation, les membres du Comité, véritables conducteurs d'art, soucieux de rompre avec les anciennes mesquineries et jalousies des artistes, parfois pires encore que celles des médecins... cependant « *pessimæ* » .... Portèrent tout leur effort vers la qualité, le modernisme et le « jamais encore vu auparavant » des éléments de leurs expositions.

Emanant pour la plupart du recrutement des Indépendants, ils pensèrent qu'il suffirait de sélectionner, dans une mesure convenable et très libérale, les éléments de ce groupement —sans d'ailleurs fermer les portes aux sources diverses — et de faire montrer patte blanche pour pouvoir ensuite, sous le couvert de la liberté la plus complète, assurer la marche en avant la plus rapide et la plus sûre, rien qu'avec des éléments éprouvés. Les Indépendants donnent, à tous ceux qu'intéresse la production de l'œuvre d'art, la certitude d'atteindre jusqu'au jugement du grand public ; leur porte est librement ouverte sans jury, sans récompenses, à tous ceux qui, jeunes ou vieux, savants ou ignorants, artistes ou philistins, ont le désir de la passer : Noble Bazar où de grands artistes voisinent sans vergogne, avec la cohue des fantaisistes, des sans talent ou des farceurs ! N'est-ce pas aux indépendants que maître Aliboron, sous le nom de Boronali, après avoir trempé sa queue dans quelques pots de peinture et l'avoir promenée sur une toile vierge, en présence d'un huissier « à ce requis, à ce qu'il n'en ignore » l'exposa discrètement et recueillit pour ce faire son brevet de « Fauve intégral » de la part de quelques snobs non avertis et même de celle de quelques critiques qu'on avait oublié de prévenir ? ..... L'histoire ne dit pas dans quelle galerie ni dans quel pays, cette toile figure comme document historique. Elle devrait, à mon humble avis, occuper un panneau d'honneur à chaque manifestation des Indépendants car elle est le symbole éclatant de leur absolue volonté de porte ouverte et de totale indépendance.

Séparant largement le bon grain de l'ivraie, le Jury du Salon d'automne en a fait la plus vivante

des manifestations artistiques en ne laissant passer que des œuvres d'un réel modernisme et en n'admettant, que dans une mesure très discrète, les plaisantins et les tireurs de coups de canon de la publicité individuelle. Réalisée sans fracas, mais avec une suite parfaite dans les idées par un comité convaincu et ardent, cette sélection a porté les plus beaux fruits et les plus réguliers. L'organisation de rétrospectives d'un seul auteur, même vivant, s'est peu à peu imposée sans soulever d'objections ni de réelles jalousies : elle fut dans une certaine mesure reprise et généralisée par les Indépendants dans leur magnifique rétrospective de Trente ans d'Art Indépendant, où les exposants furent à eux-mêmes leur propre jury.

Le grand Jubilé du 25 e anniversaire développe plus largement encore cette excellente formule en permettant à un certain nombre des plus grands peintres de la « Maison » de se présenter sous l'aspect qu'ils préfèrent et qui concorde le plus avec ce que furent leurs recherches et leur idéal d'art ; il comprend, en outre, une large place accordée à l'art polonais.

Ces expositions d'ensemble d'un même artiste ou de l'art d'un pays ont une haute portée didactique et sont de nature à combler, s'il se peut, le vide et l'absence complets des ouvrages permettant l'enseignement précis des différents arts dans leur technique et leur pratique quotidienne. Elles sont un moyen d'inciter la masse à se rendre directement dans les ateliers des artistes et à y choisir sans intermédiaires de quoi égayer les intérieurs modernes. La construction actuelle ne laisse guère de place aux meubles, sinon à titre de très grand luxe ; le temps approche où, seuls, quelques tableaux et quelques livres caractériseront toute la personnalité transportable du plus grand nombre : que de choses et de gens gagneraient sans doute à être approfondis davantage, dès lors qu'ils ont pu ou su demeurer eux-mêmes pendant beaucoup d'années ?

Dr G. Polème.

L'ASSURANCE CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS DU PERSONNEL MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS

Nous avons signalé déjà le vote du Conseil municipal de Paris instituant un régime de garantie des risques professionnels du personnel médical de l'Assistance. Nous donnons aujourd'hui le texte complet de ce vote :

Le Conseil municipal de Paris, conformément aux clonclusions d'un rapport présenté par M. Fernand Moriette, au nom de la Commission du personnel, vient de prendre la délibération suivante relative à l'Institution d'un régime de garantie, de risques professionnels du personnel médical des hôpitaux et du service de l'Assistance médicale à domicile.

« Le Conseil,

« Vu le mémoire de M. le Préfet de la Seine, relatif à l'établissement d'un régime d e protection à l'égard des membres du Corps médical des hôpitaux et du service de l'Assistance médicale à domicile, victimes d'accidents, de blessures ou de maladies survenues du fait ou à l'occasion du service ;

« Sur le rapport présenté par M. Fernand Moriette, au nom de la Commission du personnel.

« Délibère :

« Le texte ci-dessous est incorporé dans le règlement sur le Service de santé :

« *Enumération des bénéficiaires.* — Art. 328. — Les dispositions suivantes relatives aux accidents, blessures et maladies survenus du fait et à l'occasion du service aux membres du Corps médical désignés ci-dessous sont applicables à tous ceux d'entre eux pourvus d'une fonction ainsi qu'à leurs remplaçants, à la condition qu'ils aient fait l'objet d'une désignation régulière par décision du directeur général de l'Administration.

« 1° Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, chefs de service et adjoints des hôpitaux, les médecins-chefs et adjoints du service des aliénés, les stomatologistes titulaires et adjoints des hôpitaux, les électro-radiologistes titulaires et adjoints.

« 2° Les assistants des services généraux ou spéciaux et des consultations, les assistants d'électro-radiologie, les chefs de laboratoire, les préparateurs et chefs de travaux des services spéciaux, les médecins du service de l'Assistance médicale à domicile, ainsi que les divers membres du personnel médical de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à l'exception toutefois de ceux qui, bien qu'étant investis de fonctions dans cet établissement, continuent à appartenir au cadre des externes ou des internes des hôpitaux de Paris ; (ceux-ci seront indemnisés des risques prévus au présent règlement suivant les tarifs déterminés par les articles 320 et suivants du règlement sur le Service de santé).

« 3° Les sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées des hôpitaux.

« *Imputabilité au service.* — Art. 329. — 1° Seront considérés comme imputables au service à moins de faute inexcusable de la victime :

« *a*) Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale ou médicale, tout trouble nerveux ou psychique qui résulteront de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure intervenant pendant l'exercice ou à

l'occasion des fonctions, et toute lésion déterminée par un effort dans les mêmes circonstances.

« *b*) Toute maladie résultant certainement de l'exercice des fonctions, telle que infection ou toxi-infection résultant d'une inoculation septique, d'une absorption accidentelle d'une culture microbienne ou d'une contagion directe et patente.

« 2° Lorsque les maladies suivantes : fièvre typhoïde, paratyphoïde, typhus, variole, varicelle, scarlatine, rougeole, diphtérie, oreillons, grippe infectieuse épidémique, coqueluche, érysipèle, choléra, peste, dysenterie, méningite cérébro-spinale épidémique, poliomyélite, encéphalite épidémique, fièvre de Malte, trachome, ophtalmie purulente, se déclarant soit pendant la durée des fonctions, soit pendant la période d'incubation à compter du moment où les fonctions auront cessé, ne résulteront pas certainement de l'exercice des fonctions et qu'il y aura doute sur leur imputabilité, la détermination du risque donnera lieu à l'application d'un forfait aux termes duquel ce risque sera partagé entre l'Administration et l'intéressé de la manière suivante :

« Jusqu' à concurrence de 25 pour 100 à la charge de l'Administration pour les accidents, blessures ou maladies dont seront victimes les médecins et sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile, ainsi que les sages-femmes agréées.

« Jusqu'à concurrence de 50 pour 100 à la charge de l'Administration pour toutes les autres catégories de personnel médical.

« D'une façon générale, toutes les maladies ou blessures dont l'imputabilité au service est possible, mais qui peuvent également relever d'une cause ou d'une pratique étrangère au service, ainsi que les troubles résultant de la pratique de l'électro-radiologie, de la radiumthérapie, des traitements par les agents physiques, donneront lieu à l'application du forfait prévu aux paragraphes précédents.

« Si la blessure ou maladie résulte d'un fait certainement étranger au service, il n'y aura lieu à aucune indemnisation.

« *Commission spéciale d'expertise.* — Art. 330. — Une Commission spéciale sera chargée, en se basant sur les règles établies à l'art. 329, en cas de demande d'indemnité fondée sur une incapacité, soit temporaire, soit permanente ;

« *a*) De dire : s'il y a imputabilité au service ; ou s'il y a doute sur l'imputabilité ; ou s'il n'y a pas imputabilité ;

« *b*) De dire s'il y a ou s'il y a eu incapacité temporaire et dans ce dernier cas, de fixer la date de la consolidation ;

« *c*) De dire s'il y a incapacité permanente et dans l'affirmative de déterminer le degré de cette incapacité en s'inspirant des barèmes usuels et en tenant compte de la gêne pour l'exercice de la profession et, le cas échéant, de la spécialité.

« Cette Commission est composée d'un délégué du directeur général de l'Administration, président, et de trois docteurs en médecine, médecins, chirurgiens ou spécialistes.

« L'un sera désigné par l'administration, un autre sera désigné par l'intéressé ou, le cas échéant, par ses ayants droit. Le troisième sera choisi par les deux précédents et, en cas de désaccord, par le président du Conseil de préfecture de la Seine parmi les chefs de service des hôpitaux et hospices de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, figurant sur la liste des experts près le Conseil de préfecture ou le tribunal civil de la Seine.

« En cas de partage des voix un cinquième membre sera désigné par la Commission et, en cas de désaccord, par le président du Conseil de préfecture de la Seine dans les conditions indiquées ci-dessus.

« A l'expiration du délai de trois ans à compter de la consolidation, une Commission constituée de la même manière procèdera obligatoirement à la révision du degré d'incapacité permanente.

« L'Administration ou l'intéressé pourra demander la révision à tout moment avant l'expiration de ces trois ans .

« Au cas où l'intéressé refuserait de se prêter aux opérations de révision, le paiement de l'allocation attribuée pour incapacité serait suspendu.

« *Incapacité temporaire.* — Art. 331. — Les membres du personnel médical appartenant à la première catégorie (§ 1 de l'art. 328) victimes d'accident ou de blessure survenu pendant la durée des fonctions dans les conditions définies à l'article 329 bénéficieront si l'indisponibilité est reconnue par la Commission comme certainement imputable à un fait de service, d'une allocation journalière, à titre d'incapacité temporaire calculée sur le taux de l'indemnité fixe maximum attribuée au médecin en chef du sanatorium d'Angicourt augmenté du montant de l'indemnité de nourriture que reçoit ce médecin (ce taux étant considéré au jour de l'accident ou de la blessure, ou de la constatation de la maladie).

« Dans les mêmes conditions d'imputabilité, pour les membres du personnel médical appartenant à la seconde catégorie (§ 2 de l'art. 328), le montant de cette allocation journalière sera calculé sur la moitié de l'indemnité maximum prévue au paragraphe précédent.

« Pour les sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées, l'allocation journalière, à titre d'incapacité temporaire, sera calculée sur le taux maximum de 6.000 francs par an.

« *Incapacité permanente.* — Art. 332. — En cas d'incapacité permanente résultant d'accident, de blessure, ou de maladie imputable au service, dans les conditions définies à l'article 329, une allocation annuelle et viagère sera attribuée à l'intéressé, à partir du jou r de la consolidation, date à laquelle cessera dans tous les cas le paiement de l'allocation dite d'incapacité temporaire.

« Art. 333. — L'allocation annuelle en cas d'incapacité de 100 pour 100 est fixée :

« 1° Au chiffre maximum des pensions civiles d'ancienneté accordées au personnel administratif de l'Assistance publique (à l'exclusion de toute majoration ou bonification) pour les membres du personnel médical de la première catégorie visée à l'article 328 :

« 2° A la moitié de ce chiffre maximum pour les membres du personnel médical de la deuxième catégorie (art. 320) ;

« 3° A 6.000 francs pour les sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées.

« En cas d'incapacité partielle le taux sera déterminé suivant le degré d'incapacité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 pour 100.

« Toute incapacité inférieure à 10 pour 100 ne donne pas droit à une allocation.

« Dans le cas où il y aura doute à l'égard de l'imputation au service de l'accident, de la blessure ou de la maladie, le taux de l'allocation sera calculé suivant le forfait dans les conditions déterminées à l'article 329.

« *Enfants.* — Art. 334. — L'allocation sera majorée, pour charges de famille, d'une somme qui sera, par enfant légitime ou naturel reconnu, né ou conçu avant la consolidation, de 1.000 francs en cas d'incapacité de 100 pour 100 et en cas d'incapacité partielle de la fraction de 1.000 francs correspondant au degré d'incapacité.

« Ces majorations ne seront attribuées ou maintenues que si l'enfant remplit l'une des trois conditions suivantes :

« 1° Etre âgé de moins de 18 ans ;

« 2° Sans condition d'âge, être d'une manière permanente et définitive, incapable de travailler par suite de maladies ou d'infirmités.

« 3° Etre âgé de moins de 21 ans et poursuivre des études dont il sera justifié, au commencement de chaque année , par la production d'un certificat de scolarité.

« *Décès.* — Art. 335. — Lorsque la Commission spéciale reconnaîtra que l'intéressé est décédé des suites d'un accident, blessure ou maladie, imputable au service, intégralement ou par forfait, même si le décès survient après attribution d'une allocation viagère, la veuve (même séparée de corps, si le jugement a été rendu exclusivement en sa faveur) recevra une allocation annuelle et viagère égale à la moitié du chiffre de l'allocation qui aurait été attribuée en l'espèce pour une incapacité totale au membre décédé, à la condition que le mariage soit antérieur à l'accident, la blessure ou la maladie.

« Cette allocation cessera en cas de nouveau mariage.

« D'autre part, chaque enfant remplissant les conditions indiquées à l'article 334 recevra une allocatinon annuelle de 1.000 francs.

« Cette allocation est portée à 2.000 francs :

« *a*) En faveur de tout enfant qui ne serait pas issu de la veuve attributaire d'allocation ;

« *b*) En faveur de chacun des enfants lorsque la victime de l'accident, maladie ou blessure ne laissera pas de veuve attributaire d'allocation ou lorsque l'allocation attribuée à la veuve viendra à s'éteindre.

« En outre, dans l'un ou l'autre des deux cas prévus à l'alinéa précédent une majoration égale au montant de l'allocation de veuve sera attribuée au profit de l'ensemble des enfants bénéficiaires d'allocation principale.

« Cette majoration sera répartie par tête définitivement et sans réversibilité. Elle cessera avec l'allocation principale.

« Aucun enfant ne pourra jamais recevoir une somme supérieure aux deux tiers de l'allocation de veuve.

« Art. 336. — Lorsqu'un membre ou ancien membre du personnel médical attributaire d'une allocation viagère, décèdera par suite d'une cause étrangère à l'accident, blessure ou maladie imputable au service intégralement ou par forfait, la veuve et les enfants, remplissant les conditions indiquées aux articles précédents, recevront les allocations et majorations déterminées à l'article 335.

Toutefois, le taux de ces allocations et majorations sera réduit proportionnellement au degré d'invalidité.

« *Ascendants.* — Art. 337. — Les ascendants de l'intéressé décédé des suites de l'accident, de la blessure ou de la maladie imputable au service intégralement ou par forfait, même si le décès survient après l'attribution de l'allocation, pourront prétendre à des allocations triennales renouvelables, à condition qu'ils justifient :

« 1° Qu'ils sont de nationalité française ;

« 2° Qu'ils sont ou infirmes de plus de 60 ans, s'il s'agit d'ascendants du sexe masculin, et de plus de 55 ans s'il s'agit d'ascendants du sexe féminin.

« L'allocation annuelle est fixée au quart d'une allocation de veuve pour chacun des père et mère.

« Si le père ou la mère est prédécédé, l'allocation ci-dessus pourra être répartie dans sa ligne, par tête, sans réversibilité, entre tous les ascendants remplissant les conditions indiquées au présent article.

« *Personnel des sages-femmes.* — Art. 338. — Les dispositions insérées au chapitre 7, titre VI, du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils sont applicables aux premières sages-femmes, sages-femmes internes et aides sages-femmes des hôpitaux ou à leurs remplaçantes régulièrement agréées.

« *Externe.* — Les dispositions insérées au chapitre 7, titre VI, du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont étendues aux externes des hôpitaux ou à leurs remplaçants régulièrement agréés, sauf les modifications suivantes :

« Art. 323. — L'allocation annuelle est fixée pour une invalidité de 100 pour 1ä0.

« A 4.000 francs pour un externe.

« Art. 325. — Lorsque la Commission spéciale reconnaîtra que l'externe ou ancien externe est décédé

des suites d'un accident, blessure ou maladie imputable au service, même si le décès survient après attribution d'une allocation viagère, la veuve (même séparée de corps, si le jugement a été rendu exclusivement en sa faveur) recevra une allocation annuelle et viagère de 2.000 francs, à condition que le mariage soit antérieur à l'accident, la blessure ou la maladie.

« Cette allocation cessera en cas de nouveau mariage. »

(Le reste sans changement).

« Les dépenses résultant éventuellement de l'attribution de pensions d'invalidité seront, le cas échéant, inscrites au fur et à mesure des besoins, au budget de l'assistance publique, sous-chapitre 5, article 9, § 2, sous la rubrique. « Pensions viagères pour accidents à des personnes victimes dans les établissements de l'Administration d'accidents ne tombant pas sous le coup de la loi du 9 avril 1898 ou à leurs ayants droit », les dépenses résultant du paiement des indemnités pour « incapacité temporaire » pouvant être imputées sur les crédits disponibles du sous-chapitre 7 dudit budget ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr SUDAKA, de Paris. — M. le Dr COUP, de Paris. — M. le Dr Henri SELOSSE, de Lille. — M. le Dr ROBERT, d'Amiens. — M. le Dr OSCAR MEDIN, de Stockholm, connu par ses travaux sur la poliomyélite aiguë épidémique (maladie de Heine-Medin). — M. le Dr FAVEZ, de Paris.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Entérologie.* — Du 5 au 12 novembre 1928, M. Raoul Bensaude, assisté de MM. André Cain, médecin des hôpitaux, Pierre Oury, Hillemand, Rachet, Marchand, Terrial, Lelong, Lambling, Boltanski et Raraduc, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Programme. — Lundi 5 novembre, à 10 h. :M. Bensaude. Dinagnostic et traitement de la constipation ; à 2 h. 30 : M. Cain. Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — Mardi 6 novembre, à 10 h. : M. Bensaude. Diagnostic et traitement de la diarrhée ; à 2 h. 30 : M. Hillemand, Diagnostic et traitement de la tuberculose intestinale. — Mercredi 7 novembre, à 10 h. : M. Cain. Diagnostic et traitement des dysenteries : à 2 h. 30 M. Oury. Diagnostic et traitement des hémorroïdes. — Jeudi 8 novembre, à 10 h. : M. Bensaude. Diagnostic et traitement du cancer du rectum ; à 2 h. 30 : M. Lambling. Diagnostic et traitement des tumeurs villeuses. — Vendredi 9 novembre, à 10 h. : M. Oury. Diagnostic et traitement des rectocolites ; à 2 h. 30 : M. Rachet. Diagnostic et traitement des rétrécissements du rectum. — Samedi 10 novembre, à 10 h. : M. Oury. Diagnostic et traitement des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite ; à 2 h. 30 : M. Hillemand. Diagnostic et traitement du mégacôlon ; à 3 h. 30 : M. Boltanski. Diagnostic et traitement du cancer des côlons. — Lundi 12 novembre, à 10 h. : M. Lelong. Diagnostic et traitement des syndromes coliques chez l'enfant ; à 11 h. : M. Baraduc. Traitement hydrominéral des affections intestinales.

Travaux pratiques. — Lundi 5 novembre, à 11 h. : MM. Bensaude et Oury. Traitement physique de la constipation ; à 3 h. 30 : M. Terrial. Examen physique des fèces. — Mardi 6 novembre, à 11 h. : M. Bensaude. Rectoscopie ; à 3 h. 30 : M. Marchand. Examen radiologiqe. Repas opaque. — Mercredi 7 novembre, à 11 h. : MM. Cain et Oury. Présentation de malades et exercices individuels d'endoscopie ; à 3 h. 30 : M. Terrial. Examen parasitologique des fèces. — Jeudi 8 novembre, à 11 h. : M. Bensaude. Rectoscopie et exercice individuel d'endoscopie ; à 3 h. 30 : M. Marchand. Electrothérapie. Courants continus. Rayons ultra-violets et infra-rouges. — Vendredi 9 novembre, à 11 h. : M. Marchand, Examen radiologique. Lavement opaque ;à 3 h. 20 : M. Marchand. Diathermie et haute fréquence. — Samedi 10 novembre, à 11 h. : M. Bensaude. Rectoscopie.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 fr. et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès de M. Oury, hôpital Saint-Antoine (service de M. Bensaude). Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

— **Le XXIe V. E. M. à Vichy.** — Le XXIe grand V. E. M. a été l'occasion, à Vichy, d'une belle manifestation scientifique. Les magistrales conférences faites dans la Salle des Fêtes du Casino par le professeur Maurice Villaret, sur les maladies du foie et du tube digestif à Vichy, et par le professeur agrégé Paul Harvier, sur les maladies de la nutrition à Vichy, — conférences suivies et acclamées par tous les médecins et étudiants participants — eurent le caractère de leçon définitive marquant une date dans l'histoire de l'hydrologie.

Le banquet offert par la Compagnie Fermière, au casino, donna lieu à une réunion brillante et cordiale. Ce banquet était présidé par M. Baugnies, administrateur délégué de la Compagnie Fermière, ayant à sa droite le professeur Villaret et, à sa gauche, le professeur agrégé Harvier.

Au champagne, M. Baugnies souhaite tout d'abord, dans des termes unanimement applaudis, la bienvenue de la Compagnie Fermière aux hôtes qu'elle est heureuse de recevoir. Puis, dans une brillante improvisation, l'Administrateur délégué de la Compagnie Fermière rappelle qu'il y a sept ans il a eu l'honneur de recevoir ici les médecins et étudiants participant au précédent grand V. E. M. qui était la première manifestation médicale se produisant à Vichy après la guerre.

Se défendant d'empiéter sur le terrain scientifique, il veut se borner à quelques indications d'ordre historique. A vrai dire, ces indications ont la valeur d'un aide-mémoire infiniment précieux : le mot est d'un docteur étranger qui assiste à cette intéressante réunion.

M. Baugnies cite quelques chiffres comparatifs qui indiquent la progression considérable de la station de Vichy, depuis le précédent V. E. M., c'est-à-dire

depuis sept années. Il dit que ceux de ses auditeurs qui pourront revenir à Vichy seront toujours accueillis à bras ouverts. Ils verront que la Compagnie Fermière s'efforcera toujours de mettre son exploitation en harmonie avec les progrès de la science.

En terminant son discours, M. Baugnies lève son verre au professeur Villaret et à tous les médecins et étudiants présents.

Une longue et chaleureuse ovation est faite à l'orateur.

C'est ensuite au tour de M. le docteur Guinard, président de la Société des sciences médicales de Vichy, de prendre la parole. L'orateur, souvent interrompu par les applaudissements, définit éloquemment la portée des V. E. M., particulièrement en ce qui concerne l'organisation thermale de Vichy.

Le docteur Le Moignic prononce une improvisation dans laquelle il rappelle tout d'abord l'intérêt pris par le Gouvernement de la République au développement de la grande station française. Il dit que l'œuvre réalisée par la Compagnie Fermière de Vichy lui fait honneur. Maintenant que le bail de la Compagnie Fermière a été renouvelé, un nouveau champ d'activité s'offre à elle.

L'orateur indique ce qui a été déjà fait, et parle des travaux à venir, et plus spécialement de la construction d'un nouvel établissement de deuxième classe qui sera doté de toutes les installations modernes. Il parle également de la grande portée scientifique du laboratoire en cours d'aménagement et rappelle que les recherches de la physiologie sont liées à celles de l'hydrologie (*applaudissements*).

Prennent successivement la parole, au nom des médecins étrangers : le docteur Kitchen (anglais), le professeur de Waele (Belge), le docteur Cartsensen (Danois), le docteur P. R. Brons (Hollandais), le docteur O'Farrel (Irlandais), le docteur Tonesco (Roumain), le docteur Dahl (Suédois).

Toutes ces allocutions constituent un concert d'affectueuse admiration pour la France — et aussi un éloquent éloge de Vichy. Les auditeurs français les applaudissent avec gratitude.

Puis le professeur David, de la Faculté libre de Lille, très applaudi, parle au nom des médecins français. Son discours, dont la forme humoristique est très goûtée, fait éloquemment ressortir l'intérêt des V. E. M.

Le professeur agrégé Paul Harvier, dans une brillante envolée d'éloquence, fait une poétique apologie de Vichy où la célèbre station française apparaît successivement sous les aspects d'une Reine de beauté, d'une Reine d'élégance et, finalement d'une Reine de l'Hospitalité, au sens le plus élevé et le plus délicat de ce terme (ovation prolongée).

Le professeur Villaret rappelle les V. E. M. antérieurs qui l'amenèrent à Vichy, où il revient toujours avec une joie nouvelle. Il dit sa sympathie pour M. Baugnies et M. Normand, sa gratitude pour leur charmant accueil.

Il raconte sa venue à Vichy, en 1919, alors qu'à peine démobilisé, c'est à la Compagnie Fermière qu'il dut de pouvoir reprendre la tradition féconde des V. E. M.

L'orateur trace en suite de main de maître, un tableau de la vie des médecins de Vichy aux XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles. Il termine humoristiquement en faisant, en réponse à la spirituelle description de la « vémite » par le professeur David, une étincelante leçon clinique sur cette « maladie ». Cette fantaisie de savant vaut au professeur Villaret un succès enthousiaste.

Et l'orateur lève son verre en l'honneur des médecins étrangers, tous unis à leurs confrères français par la science pour le bien de l'humanité (*ovations*).

Les médecins et étudiants participant au V. E. M. ont été unanimes dans leur appréciation de la grande portée scientifique et internationale des réunions de Vichy.

— **Laboratoire de bactériologie.** — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant l'année scolaire 1928-1929, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 8 janvier 1929 à 4 h., au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Programme des démonstrations. — *Première série. Technique de microbiologie clinique.* — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Coloration. Stérilisation de la verrerie. — Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculation aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen bactériologique des exsudats buccopharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen bactériologique des matières fécales. — Examen bactériologique des urines.

Deuxième série. Etude pratique des microbes pathogènes. — 1^re^ leçon : Physiologie et classification microbiennes. — 2^e^ leçon: Staphylocoque. Préparation des vaccins — 3^e^ leçon : Streptocoque. Pneumocoque. — 4^e^ leçon : Gonocoque. Méningocoque. — 5^e^ leçon : Peste. Pasteurelloses. — 6^e^ leçon : Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — 7^e^ leçon : groupe colibacille-Eberth. — 8^e^ leçon : pneumobacille. *Proteus. Micrococcus melitensis.* — 9^e^ leçon : bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10^e^ leçon : examen bactériologique des eaux potables. — 11^e^ leçon : bactéridie charbonneuse. — 12^e^ leçon : Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 13^e^ leçon : bacilles du tétanos et du botulisme. — 14^e^ leçon : Bacille diphtérique. — 15^e^ leçon: Bacille tuberculeux. — 16^e^ leçon : bacille tuberculeux. — 17^e^ leçon : bacille tuberculeux. — 18^e^ leçon : Lèpre et morve. — 19^e^ leçon : les spirochètes. — 20^e^ leçon : Le tréponème de la syphilis. — 21^e^ leçon : réaction de Wassermann. — 22^e^ leçon : Les virus invisibles. — 23^e^ leçon : Les virus invisibles. — 24^e^ leçon : Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits d'inscription sont de 200 fr. pour chacune de séries . Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologe avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

— **Congrès international de l'aviation sanitaire.** — Du 15 au 20 mai 1929, doit avoir lieu à Paris, sous la présidence d'honneur de M. le maréchal Lyautey et la présidence effective de M. le P^r^ Charles Richet, le I^er^ Congrès international de l'aviation sanitaire.

En dehors des séances de travail qui auront lieu à la Faculté de médecine et des réceptions officielles et privées, le programme du Congrès comporte une démonstration sur l'aérodrome du Bourget-Dugny des avions sanitaires en service et en essais ainsi qu'une excursion touristique partant de Paris et utilisant tous les moyens actuels de locomotion, y compris l'avion et l'hydravion, excursion devant amener les congressistes au bord de la mer où se dérouleront des manifestations aériennes et navales au cours desquelles seront présentés les hydravions sanitaires de la marine nationale.

Au cours des séances de travail seront présentés et discutés des rapports sur les questions suivantes : L'aviation sanitaire aux colonies. — L'aviation sanitaire, organe d'évacuation en temps de guerre. — L'hydravion sanitaire. — La Croix-Rouge et l'aviation sanitaire. — La médecine et l'aviation. — La physiologie aérienne. — L'aviation sanitaire en temps de paix. — Secours à la population civile.

Les congressistes désirant présenter des communications concernant ces diverses questions devront les adresser au Commissaire général du Congrès, M. Robert Charlet, vice-président du Club aéronautique universitaire, membre du Comité français de propagande aéronautique, avant le 31 mars 1929, 35, rue François-Ier, Paris (VIIIe).

Clinique médicale propédeutique (Professeur Emile Sergent, hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 3 décembre au samedi 8 décembre 1928 inclus, par MM. Sergent, Pruvost, Francis Bordeti, Cottenot, Mignot, Henri Durand, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Couvreux. — Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les examens pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. (Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30).

Lundi 3 décembre, 9 h., M. le professeur Sergent: Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 15 h., M. le docteur Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales ; 15 h. 30, M. le docteur Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques. — Mardi 4 décembre, 11 h., M. le docteur Turpin : Diaphragme ; 15 h., M. le docteur Durand : Médiastin (tumeurs et kystes) ; 17 h. 30, M. le docteur Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire. — Mercredi 5 décembre, 11 h., M. le professeur Sergent : Trachée et bronches ; 15 h., M. le docteur Benda : Médiastinies et pleurésies médiastinales ; 17 h. 30, M. le docteur Bordet : Les images pathologiques élémentaires. — Jeudi 6 décembre, 11 h., M. le docteur Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 h., M. le docteur Grellety-Bosviel : Scissurites et épanchements scissuraux ; 17 h. 30, M. le docteur Pruvost Pneumothorax et pneumoséreuse. — Vendredi 7 décembre, 11 h., M. le docteur Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 15 h., M. le docteur Kourilsky : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire ; 17 h. 30, M. le docteur Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses. — Samedi 8 décembre, 11 h., M. le docteur Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30, M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Les exercices pratiques auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), sous la conduite des conférenciers, et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques) par le Dr Couvreux. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Route d'hiver des Alpes.* — Les services automobiles de la Route d'hiver des Alpes qui, les années précédentes, ne commençaient à fonctionner qu'à la fin de décembre, sont rétablis, cette année, depuis le 23 septembre au départ de Nice, et le 26 septembre au départ d'Aix-les-Bains-Mont-Revard, avec deux départs par semaine dans chaque sens : jeudi et dimanche de Nice, mercredi et dimanche d'Aix-les-Bains.

Le parcours s'effectue en trois jours par Saint-Pierre-de-Chartreuse, le Col de Porte (1.354 m.), Grenoble, le Col de la Croix-Haute (1.176 m.), Sisteron, Digne, Annot et Entrevaux ou vice-versa.

Dès la fin de décembre, les services sont prolongés sur Chamonix et ont lieu trois fois par semaine dans chaque sens pour devenir quotidiens au 1er février. Ils relient, d'une manière pratique, les grandes stations de sports de neige et de glace.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Cartes de 1 ou 2 mois donnant droit à la délivrance de billets à demi-tarif.* — Les gares des Grands Réseaux français délivrent des cartes de voyages à demi-tarif.

Le prix des cartes valables un mois est : 270 fr. 30 en 1re cl ; 218 fr. 95 en 2e cl. ; 142 fr. 80 en 3e cl. Celui des cartes valables deux mois est : 450 fr. 50 en 1re cl. ; 364 fr. 90 en 2e cl. ; 238 fr. 10 en 3e cl.

Munis de ces cartes, les voyageurs peuvent demander des billets à demi-tarif sur n'importe quel parcours des grands réseaux français.

Ils ont intérêt à se munir d'une carte à demi-tarif de 1 mois au lieu de prendre des billets simples toutes les fois que le trajet à effectuer pendant 30 jours dépasse 1.200 kilom. en 1re cl., 1.440 km. en 2e ou 3e cl. La réduction augmente avec la distance : pour 2.000 km. elle atteint 20 % en 1re cl., 14 % en 2e et 3e cl.

La validité des cartes peut prendre date de n'importe quel jour au gré du touriste.

Pour des déplacements de plus longue durée, il est délivré des cartes de 3 mois, 6 mois, un an.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Lors d'une visite en septembre 1928, on lui supprime sa pension en disant que son incapacité actuelle est de moins de 10 %.

Ne doit-on pas lui rembourser ses frais d'opération ? et que faire en pareil cas ?

Dr D.

Réponse.

On ne *doit* jamais « rembourser » à un blessé des frais d'opération. *Seul*, le médecin peut, sur présentation d'une note envoyée à la Commission départementale avec bulletins de visites à l'appui, se faire payer de frais *médicaux* quelconques (visites ou interventions). Ce n'est que dans certains cas, très particuliers, avec demande de la Commission supérieure, qui s'adresse à la *bienveillance* du ministre, que celui-ci accorde parfois un remboursement de ce genre. Nous ne sommes plus alors dans le domaine du *droit*, comme vous le pensiez dans votre lettre.

Dr F. Decourt.

Baux et locations.

3466. — Congé donné en vue de la revision du prix du loyer.

Je reçois de mon gérant la lettre ci-jointe.

A-t-elle quelque valeur réelle ? Ai-je intérêt à lui répondre ? Et dans quels termes ?

Dr F.

Copie de la lettre du gérant.

Paris, le 25 septembre 1928.

M. le docteur .....,

En prévision d'une nouvelle loi sur les loyers complétant celle du 1er avril 1926 et qui pourrait modifier le taux de votre location, je vous avise dès à présent que vos conditions actuelles de jouissance prendront fin au 1er avril mil neuf cent vingt-neuf.

Pour la bonne règle, et en attendant que je puisse formuler avec précision les conditions d'un nouvel acte de location, je vous prie de considérer la présente lettre comme valant rupture de votre location actuelle pour le 1er avril 1929, et de me retourner par courrier, après l'avoir remplie, datée et signée, la lettre ci-contre devant me servir d'accusé de réception.

Etant entendu que toutes réserves sont faites, de part et d'autre, de nos droits respectifs présents et futurs.

Veuillez agréer, etc...

Pour le propriétaire, par procuration,

Le Gérant :

X.

Réponse.

Ou bien vous jouissez actuellement d'une location verbale qui n'a jamais été dénoncée, et dans ce cas le propriétaire est fondé à vous donner congé pour vous contraindre à subir les aug-

mentations de loyer qui pourront être imposées par la loi à intervenir avant le 1er avril 1929, ou bien vous bénéficiez dès à présent de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, et dans ce cas votre propriétaire n'a pas besoin de vous donner congé ni même de vous donner un avis quelconque pour vous faire supporter l'augmentation éventuelle.

Dans l'un ou l'autre cas, nous vous conseillons de répondre à votre propriétaire que vous n'acceptez aucun congé et que vous entendez bénéficier de tous les avantages que vous assure la loi du 1er avril 1926, mais que, par contre, vous consentez dès à présent à supporter les augmentations qui pourront être mises à votre charge par la loi à intervenir, à partir de la date qui sera fixée par cette loi.

Accidents du Travail.

3499. — Prescription des honoraires. Acquit des notes.

Encore une histoire pour laquelle je serais heureux d'avoir votre avis : j'avais la mauvaise habitude de signer mes notes d'honoraires pour les assurances ou les établissant. Or, une compagnie à laquelle je réclamais le montant d'un sinistre non payé m'oppose ma note signée en lui donnant force d'acquit ! Je trouve cela un peu fort ; j'ai renvoyé la note avec explication, mais je n'entends parler de rien ! De plus la prescription doit être acquise. Que dois-je faire ? Le sinistre remonte à juillet 1926, le montant est de 35 fr. ! et le sinistré est son propre assureur. Seriez-vous assez aimable avec ces données pour me communiquer votre avis.

Dr C.

Réponse.

En l'espèce, nous ne pouvons que vous déconseiller toute action judiciaire, d'abord en raison du peu d'importance de la somme due et des frais disproportionnés qu'il y aurait lieu d'exposer en cas de procès, et surtout en raison de ce fait que l'accident ou la cessation des soins remontent à plus d'un an et que, par conséquent, la prescription se trouve depuis longtemps acquise. En matière d'accidents du travail, la prescription est une prescription d'ordre public, qui peut être soulevée en tout état de cause et même suppléée d'office par le juge. Vous n'auriez donc aucune chance de succès.

En ce qui concerne la signature de votre note, il est faux de prétendre qu'elle vaille acquit de vos honoraires, si du moins elle n'est accompagnée d'aucune mention pouvant être interprétée dans ce sens. D'ailleurs, en signant votre note d'honoraires, vous n'avez fait que vous conformer à l'article 30 du tarif qui impose la production d'une note d'honoraires *signée du médecin traitant.*

3509. — Fourniture des appareils de prothèse.

En juillet j'ai dû amputer d'urgence au 1/3 supérieur l'avant-bras droit d'un homme de 30 ans auquel une batteuse avait arraché la main et mis en bouillie les 2/3 inférieurs de l'avant-bras.

La consolidation s'étant effectuée très normalement, le moignon de l'avant-bras est resté très mobile et a conservé une forme très appréciable du fait de l'intégrité de l'insertion du biceps.

La question est de savoir si la victime peut exiger de la Compagnie d'assurances un appareil de prothèse et dans quelles conditions.

Dr G.

Réponse.

En vertu d'une jurisprudence constante, les frais des appareils qui ne peuvent servir au traitement de la lésion résultant de l'accident, tels que les appareils de prothèse, ne peuvent être mis à la charge du patron responsable ou de son assureur, mais incombent au blessé lui-même.

Dans un projet de loi actuellement soumis aux délibérations du Sénat, une disposition spéciale prévoit pour l'avenir l'obligation pour le patron où l'assureur de payer les frais des appareils de prothèse et de renouvellement de ces appareils.

Mais, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, votre client ne peut exiger de la Compagnie la fourniture d'un appareil.

Qu'il en fasse néanmoins la demande ; peut-être la Compagnie acceptera-t-elle bénévolement de le lui fournir, mais, en cas de refus, aucun recours n'est possible.

3299. — Paiement du demi-salaire lorsque l'ouvrier a repris du travail dans une autre entreprise.

X., manœuvre, est blessé le 14 avril au service de Z.

Je le prends en soins ; le 21, visite du médecin de la Cie en ma présence. Il prévoit 6 jours de soins.

La guérison n'étant pas obtenue le 29, je délivre au blessé un certificat de reprise de travail pour le 2 mai.

Le blessé se présente à la Cie pour y toucher ses demi-salaires. Il lui est offert une somme bien inférieure à celle qui correspond aux 17 jours d'incapacité demandés.

X. plaide ses demi-salaires, mais la Cie d'assurances de Z. apporte à la barre la preuve que le blessé s'était embauché dans un autre chantier le 25 avril. Le président accorde à X. 10 jours seulement de demi-salaires du 14 au 24 avril.

Je présente ensuite, pour encaissement, ma note d'honoraires comportant pansements du 16 avril au 1er mai. Refus de réglement des pansements du 25 avril au 1er mai.

Je plaide en paiement du montant intégral de ma

note. Le juge me donne tort en déclarant que les soins donnés depuis le 25 avril, jour effectif de la reprise du travail par le blessé, ne sont pas dus par le patron et restent à la charge du blessé.

Or, la loi du 17 octobre 1919 décidant que les frais médicaux et pharmaceutiques seront, dans tous les cas et quelle que soit la durée de l'incapacité temporaire, à la charge de l'employeur, le juge, en laissant à la charge de X., partie des frais médicaux nécessaires à la guérison d'une blessure du travail, a-t-il fait une juste application de la loi de 1898 modifiée ?

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur ce point et de mentionner si possible la date et le lieu des jugements qui auraient été rendus dans de pareils litiges.

Dr C.

Réponse.

Plusieurs points sont à considérer :

En droit : 1° il s'agit de savoir si les dispositions de la loi du 17 octobre 1919 ont été abrogées par la loi du 12 avril 1922 ou si la première loi conserve tout son effet.

La loi de 1919 avait ainsi modifié l'article 4, paragraphe premier de la loi du 9 avril 1898 : « Quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident, le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux... »

Est-ce volontairement, ou plutôt, à la suite d'une inadvertance, toujours est-il que la loi du 12 avril 1922 s'exprime ainsi : « Le paragraphe premier de la *loi* du 9 avril 1898 est modifié ainsi que suit : Le chef d'entreprise supporte..... »

Le premier membre de phrase inscrit dans la loi de 1919, a été ainsi oublié.

Certains juristes estiment que les termes de la loi de 1919 *doivent être maintenus*, car le législateur ne les a pas formellement abrogés. A cette époque, le Parlement avait surtout voulu *faire* bénéficier des soins médicaux l'ouvrier dont l'incapacité temporaire était inférieure à quatre jours, puisque *la cour de* Cassation avait décidé que les frais médicaux étaient fonction du paiement du demi-salaire.

Or, l'on sait que celui-ci n'est pas payé pendant les quatre premiers jours, lorsque l'incapacité de travail est *inférieure* à dix jours.

Ce qui était vrai en 1919 l'est encore : aussi nombreux sont ceux qui estiment que le texte de 1919 doit toujours être considéré comme restant en vigueur.

D'autres, au *contraire*, s'appuient sur les termes mêmes de la loi du 12 avril 1922, pour décider que, désormais, l'article 4, paragraphe premier de la loi de 1898 ne doit plus comporter le membre de phrase introduit par la loi de 1919.

La jurisprudence *n'a pas encore* été appelée à se prononcer, d'autant que beaucoup de compagnies d'assurances ont intérêt à ce que le blessé soit soigné le plus vite possible, même pour des

lésions n'entraînant pas d'incapacité de travail : des soins médicaux prompts et rapides font faire l'économie de journées de demi-salaire.

Il eût été intéressant de faire plaider ce point, au cours de votre procès et le « Sou Médical » n'aurait pas manqué de le faire, si vous nous aviez soumis le litige en temps utile.

2° Pendant longtemps, la jurisprudence a refusé au blessé le droit de prendre du travail dans une autre entreprise, pendant qu'il touchait son demi-salaire d'un premier patron.

Des condamnations en escroquerie ont été même prononcées contre des ouvriers qui, plutôt que de ne rien faire, allaient s'embaucher ailleurs où ils trouvaient un emploi compatible avec leur blessure.

Depuis quelque temps, nous notons un revirement.

Les tribunaux décident que ne commet pas le délit d'escroquerie l'ouvrier qui, victime d'un accident du travail et percevant, à ce titre, un demi-salaire, se réembauche chez un autre patron et touche un salaire plein, dès lors que la blessure est réelle et le certificat médical exact (Tribunal correctionnel du Havre, 17 avril 1928. Dans le même sens : Cassation crim., 4 avril 1922 ; tribunal Saint-Etienne, 16 octobre 1923 ; cour de Lyon, 14 janvier 1924 ; cour de Paris, 15 avril 1924 ; tribunal Seine, 17 mai 1927).

Ainsi, lorsque la blessure n'est pas simulée et que le certificat médical est sincère, l'ouvrier ne commet aucune faute en travaillant ailleurs, pour cumuler ainsi un demi-salaire avec un salaire plein.

Il n'y a escroquerie que lorsque des manœuvres frauduleuses sont employées par un prétendu blessé du travail, avec ou sans complicité du médecin traitant.

Par conséquent, le juge qui a rendu la décision dont vous nous entretenez ne connaissait pas la jurisprudence et l'avocat de l'ouvrier, comme le vôtre, auraient dû éclairer le tribunal sur ces décisions que nous vous citons plus haut.

3° En fait, votre lettre signale un désaccord entre vous et le médecin contrôleur, au sujet de la date de la consolidation. Devait-on admettre que la consolidation existait au 29 avril (date fixée par le médecin contrôleur) ou au 2 mai (date fixée par vous) ?

Le dernier paragraphe de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 est ainsi rédigé :

« Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale, qui devra avoir lieu dans les cinq jours. »

Il eût donc fallu provoquer cette expertise.

Il fallait également que votre avocat (ou celui de l'ouvrier) puisse rappeler au juge la définition

donnée du mot « consolidation de la blessure » par l'article 15, 2e paragraphe de la loi du 9 avril 1898 : « c'est le jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente. »

Les honoraires médicaux doivent donc être payés, non pas jusqu'au jour de la reprise du travail, puisque le blessé peut travailler chez son patron, ou dans une autre entreprise, avant d'être complètement guéri ; mais jusqu'au jour où les soins médicaux deviennent inutiles, du fait de la guérison ou parce que l'état d'infirmité est définitif.

Des erreurs de droit et de fait doivent donc être relevées dans les jugements que vous nous citez et nous pourrions mieux les apprécier, si vous nous envoyez les textes mêmes de ces décisions.

Mais il est regrettable que vous n'ayez pas informé, en temps utile, le « Sou Médical », qui vous aurait donné tous renseignements juridiques nécessaires, pour que vous soyez intégralement payé.

Dr Paul Boudin.

3543. — Maladie professionnelle non garantie.

J'ai été appelé à examiner pour la Cie La Z. un ouvrier qui, depuis quinze ans, travaille dans une usine de peinture sous-marine ; cette peinture contiendrait, paraît-il un produit toxique connu sous le nom de « vert allemand ».

Après examen de l'ouvrier, j'ai porté le diagnostic d'eczéma professionnel des trois premiers doigts de la main gauche avec hyperkératose sous-unguéale de Hébra des ongles de ces mêmes doigts. Comme ces lésions sont incontestablement d'origine professionnelle, peuvent-elles rentrer dans la catégorie des maladies prévues comme accidents du travail ?

Bien que n'étant pas prévue, ne pensez-vous pas, que devant la justice de paix, la Cie sera condamnée à reconnaître cette affection comme accident du travail ?

Dr D.

Réponse.

Une loi du 25 cotobre 1919 a étendu à certaines maladies d'origine professionnelle la législation sur les accidents du travail, mais cette loi ne concerne que les maladies engendrées par l'intoxication saturnine ou mercurielle.

Un décret du 19 février 1927 a prescrit la déclaration obligatoire par les médecins de diverses autres maladies d'origine professionnelle, en vue d'une extension éventuelle à ces maladies de la législation sur les accidents du travail, mais, jusqu'ici, cette extension, qui ne pourrait se produire que par la voie législative, n'a pas encore eu lieu.

Dans ces conditions, si la maladie dont est atteint votre client ne relève pas d'une intoxi-

cation saturnine ou mercurielle, la loi sur les accidents du travail n'est pas applicable, et votre client n'a droit à aucune indemnité, à moins qu'il ne puisse démontrer une faute à la charge de son patron, conformément au droit commun.

3528. — Examen d'un blessé de droit commun.

Une assurance me demande de vouloir bien expertiser un blessé (de droit commun, je crois) pour lequel le médecin traitant réclame une pension pour invalidité permanente, de 15 %.

Je suis jeune, j'habite la campagne, c'est vous dire que je n'ai jamais été appelé encore comme expert. Que dois-je faire ?

1° Dois-je prévenir le médecin traitant et voir le blessé avec lui (le blessé est guéri et son médecin ne le voit plus depuis plusieurs semaines), ou bien aller seul voir le blessé ?

2° Si je ne demande pas au confrère qui a soigné ce blessé d'aller avec moi près de lui, dois-je, pour être correct, l'aviser de ma décision ? Je tiens à être correct avant tout.

3° Est-ce un certificat ou un rapport que je dois adresser à l'assurance, sur feuille timbrée ou non ?

Dr L.

Réponse.

Puisque vous avez été chargé par une Compagnie d'assurances de la renseigner sur l'état d'un blessé, il ne s'agit pas à proprement parler d'une expertise, mais simplement d'un mandat d'ordre privé. Votre devoir de mandataire est de remplir la mission qui vous a été confiée et de faire connaître à la Compagnie mandante le résultat de votre examen et de vos observations, sans rien omettre de ce qui peut l'éclairer au sujet de la décision qu'elle aura à prendre sur la demande d'indemnité du blessé.

Au point de vue déontologique, vous devez aviser le médecin traitant que vous êtes chargé par la Compagnie d'examiner son client et lui demander s'il veut assister à votre examen. Dans l'affirmative vous fixerez un rendez-vous d'accord avec lui. Dans la négative, ou s'il ne vous répond pas, vous convoquerez le blessé ou irez le voir à domicile au jour et à l'heure qui vous conviendront et que vous aurez fait connaître à l'intéressé quelques jours auparavant.

Après examen du blessé, vous rédigerez un rapport, que vous enverrez à la Compagnie, dans lequel vous ferez connaître votre avis motivé.

En principe, ce rapport doit être établi sur papier timbré, sans quoi vous vous exposeriez à une amende fiscale au cas où, par la suite, il viendrait à être produit en justice.

3588. — Exercice illégal.

Lettre anonyme.

L'auteur de la lettre signée Dr M. est invité à se faire connaître, car nous ne répondons pas aux lettres anonymes.

L. R.

Propharmacie.

3521. — Conditions d'exercice de la propharmacie.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire savoir les conditions qui régissent l'installation de médecin-propharmacien (question de distance, de voisinage de pharmacien, etc.). Il me semble d'ailleurs connaître cette loi (pour l'avoir vue souvent interprétée dans le *Concours médical*) mais au cours d'une discussion entre confrères, elle m'a semblé mal interprétée et je serais désireux d'être solidement fixé sur ce point.

Dr B.

Réponse.

L'unique texte qui régit l'exercice de la propharmacie est l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Il résulte de ce texte que, pour avoir le droit de vendre des médicaments à ses malades, il suffit à un médecin d'être établi dans un village ou dans une commune dépourvue de pharmacien, et cela quand bien même le pharmacien d'une commune voisine résiderait en fait à peu de distance du médecin, pourvu qu'il en soit séparé par une limite administrative.

Par conséquent, la loi n'impose nullement au propharmacien l'obligation de résider à une distance minima de la plus prochaine officine.

Mais le médecin propharmacien ne doit vendre de médicaments qu'à ses malades et il lui est interdit d'ouvrir boutique.

Fiscalité.

3297. — Calcul de la patente à Paris.

A partir de quel loyer la patente du médecin commence-t-elle à être calculée sur 1/12 à la place de 1/15 de ce loyer multiplié par 7,. . . . etc. ?

Dr B.

Réponse.

A Paris, le taux du droit proportionnel est porté du 15e au 12e, lorsque le loyer est supérieur

à 4.000 francs. A partir de 1929, cette limite sera fixée à 8.000 francs.

A. M.

3561. — Base de la patente.

Un médecin ayant un cabinet médical à Paris où il exerce, mais n'habite pas, son local d'habitation se trouvant en banlieue, où il n'exerce pas, doit-il payer patente sur la valeur locative des deux locaux ou seulement là où il exerce.

Dr Y.

Réponse.

Le droit proportionnel porte toujours sur les locaux professionnels et sur les locaux d'habitation, même situés dans des communes différentes

A. M.

3393. — Droit de timbre sur une plaque indicatrice.

Voulez-vous avoir l'amabilité de me dire ce que je dois faire dans le cas suivant : j'ai fait placer il y a un an une plaque émaillée portant les indications suivantes (à l'entrée de ma rue) Dr X. voies urinaires, gynécologie, et une main indicatrice. Cette plaque a été apposée sur un immeuble situé à l'entrée de ma rue à 30 mètres environ de mon cabinet. L'immeuble ne m'appartient pas, mais j'ai l'autorisation du propriétaire . Or, je reçois il y a 3 jours, une note de l'enregistrement, m'enjoignant à payer à cette administration, 6 francs de droit simple, plus 180 fr. d'amende pour avoir contrevenu à l'article 108 du décret de codification des droits de timbre. Que dois-je faire, payer ou refuser le payement de ces 186 fr. ?

Dr X.

Réponse.

La plaque émaillée visée dans votre question constitue une « affiche » au sens fiscal du mot ; le droit de timbre est donc légalement dû. Vous pouvez présenter une demande en remise de la pénalité par pétition sur papier timbré à 3,60, que vous adresserez au Directeur de l'enregistrement. Vous invoquerez l'erreur que vous avez commise de bonne foi de considérer cette plaque comme exempte de droit au même titre que celle apposée à votre porte.

A. M.

3391. — Impôt sur deux voitures ne circulant pas simultanément.

Etant actuellement possesseur de deux voitures automobiles, une 5 HP pour mon usage professionnel et une 9 HP pour ma famille et comme voiture de remplacement en cas de panne, dois-je payer pour les deux ou seulement pour la plus forte. Etant bien compris que les 2 voitures ne sortiront pas en même temps. J'ai lu la note du ministre, mais, à mon avis, elle est très élastique et peut être interprétée diffé-

remment par les agents des contributions. Qu'entend-on par périodicité et fréquence. Il me semble qu'il ne peut s'agir de trimestre où on déposerait le laisser passer de l'une pour ne voyager qu'avec l'autre (ce serait spécifié). Dans certaines régions, la plus forte est uniquement imposée. Ne sortant avec la 9 HP que d'une façon peu fréquente, et irrégulière, que peut-on m'imposer ?

Dr F.

Réponse.

Dans l'esprit de l'administration, il semble que le bénéfice de l'exonération de la voiture la moins puissante ne doit être accordé que lorsqu'une des deux voitures est destinée à remplacer l'autre en cas de panne ou d'avarie grave, et non pas lorsque ces deux voitures sont affectées à des usages différents, l'une pour les visites médicales, l'autre pour les sorties en famille.

En un mot, la deuxième voiture doit être considérée comme voiture de secours.

A. M.

Questions médico-militaires.

3371. — Emplois réservés aux médecins mutilés de guerre.

Abonné au *Concours* depuis 1909, j'ai été blessé à la guerre et réformé à 40 % de ce fait.

Je suis surpris que les emplois communaux soient réservés aussi bien pour la commune de plein exercice que pour la Commune mixte dépendant du gouvernement général, au seul médecin d'ici qui ne soit pas mutilé et n'ait pas fait la guerre — même âge que moi — N'y a-t-il pas une loi disant que toutes les fonctions données sans concours étaient réservées d'abord aux mutilés dans toutes les administrations de l'Etat ou municipales.

Dois-je, si je peux prétendre y avoir des droits, faire ma demande et à qui ?

Dr X.

Réponse.

Adressez toujours votre demande au Ministre des Pensions, service des emplois réserves, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e.

Vous prendrez rang, car la question des emplois médicaux réservés, admise en principe, semble-t-il, par la loi du 24 juillet 1928, n'a pas encore sa solution pratique. Le *Journal Officiel* du 12 septembre 1928 publie le règlement d'administration publique ; il faudra maintenant que le Ministre des pensions établisse, d'accord avec ses collègues, la liste des emplois médicaux qui pourront, dans une certaine proportion, être réservés aux medecins mutilés et pensionnés de guerre.

3344. — Soldes des médecins de la marine et de l'armée coloniale.

Un de mes neveux a l'intention d'entrer à l'école du service de santé de la marine à Bordeaux. Pourriez-vous me dire quels sont actuellement les traitements des médecins de la marine et des troupes coloniales.

Je désirerais en effet pour pouvoir donner un conseil autorisé, être fixé sur la situation qui est réservée à ces futurs médecins.

Dr M.

Réponse.

La solde des médecins de l'armée coloniale et celle des médecins de la marine est sensiblement la même. Elle est d'ailleurs égale à celle des médecins de l'armée métropolitaine. Cependant, dans la coloniale et dans la marine, on peut compter que celle-ci se double lors des séjours dans les colonies, ou en croisière, soit en espèces, soit en avantages matériels.

Voici la solde, à terre et en France :

Sous-lieutenant, de 11.952 à 13.140.
Lieutenant, de 14.688 à 18.828.
Capitaine, de 19.440 à 25.056.
Commandant, de 26.892 à 30.456.
Lieutenant-Colonel, 33.372.
Colonel, 41.364.
Général de Brigade, 47.484.
Général de division, 63.450.

Il y a en plus des indemnités pour charges militaires, de trois degrés suivant les garnisons, par mois :

	Chef de famille	Célibataire
Off. généraux..........	50 40	27
Off. supérieurs	45	23 40
Off. subalternes.........	39 60	18 60
	Chef de famille	Célibataire
Off généraux...........	42 30	22 50
Off. supérieurs..........	36	18
Off. subalternes.........	30 60	12 60
	Chef de famille	Célibataire
Off. généraux	34 20	18
Off. supérieurs..........	27	12 50
Off. subalternes.........	21 60	7 20

Il faut y ajouter les indemnités pour charges de famille.

3348. — Durée d'incorporation nécessaire pour que la présomption d'origine soit admise.

Un jeune soldat est incorporé en novembre dernier : malade peu de temps après, il est renvoyé avant expiration de trois mois de service, avec une réforme no 2. Existe-t-il un texte de loi qui autorise l'autorité militaire à refuser une pension no 1 à un soldat qui

n'a pas accompli trois mois de service ? ou bien une circulaire ministérielle prévoit-elle et régle-t-elle ces cas ?

La famille de ce jeune soldat voulant porter cette affaire au Conseil d'Etat, je voudrais bien savoir si elle a des chances de réussir ou bien si une loi s'y oppose formellement.

Dr L.

Réponse.

L'article 47 de la loi du 31 mars 1928 relative au recrutement de l'armée, dispose :

« Les militaires présents sous les drapeaux bénéficient de la présomption d'origine instituée par l'article 5 de la loi du 31 mars 1919, à partir de la fin du troisième mois de présence au corps et jusqu'à la libération du service actif ».

Une circulaire ministérielle rend ce délai de trois mois applicable dès maintenant à toutes les jeunes classes.

Pour obtenir durant ces trois mois une pension, il faut faire la preuve que la maladie en cause est imputable au service.

Le Conseil d'Etat ne peut être actionné dès maintenant, à moins qu'il n'y ait eu violation de la loi ; et encore faut-il que l'intéressé soit en possession d'un rejet ministériel dûment motivé ; et alors il doit tout d'abord aller devant le Tribunal des pensions.

3536. — Marche à suivre pour passer devant une Commission de réforme.

Quelle est la marche à suivre pour passer devant une commission de réforme ? Quels sont les papiers à fournir ? Peut-on se contenter d'adresser un duplicata de certificat d'hospitalisation pour conserver le véritable ?

Dr F.

Réponse.

Pour solliciter une pension d'invalidité, il faut, par pli recommandé, adresser une demande d'examen au Directeur du Service de santé de la région ; on y joint un certificat médical décrivant sommairement les infirmités invoquées, et l'on rédige un petit curriculum de la vie militaire. L'autorité vous répond et vous envoie un questionnaire que l'on retourne après l'avoir rempli. Ultérieurement, on est convoqué au centre de réforme pour être expertisé ; c'est à ce moment qu'il faut présenter les billets d'hôpitaux et autres pièces d'origine ; il est bon toutefois de ne pas en déposer les originaux, mais bien des « copies conformes », faites au centre de réforme ; ce sont les seules qui soient valables.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Cap-Martin : Griffault.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. G. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*).

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet. Brody

Hauteville : A. Wigniolle.

Hyères : Clément, Fohanno, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo S. Vivant, Bernard C.

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chateaud, Auguste Colin, Daniel, Deloc-quc-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*derm.*), Gaudichon (*oto-lar.*), Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, Potheau (*E.*) Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël - Valescure : Caldagués. Léon Clément, (*clin. chir.*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud, Devoir (*Le Home Médical*).

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr COLAS, de Bassuel, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 463. — Très bon poste seul méd.- propharm., dans commune 3.000 hab. en plein dévelop., banlieue grande ville. A céder raison de santé. Affaires 100.000.

No 464. — Bretagne. Près mer, poste seul propharm., rapp. 50.000. pouvant rapp. 70.000 si actif. A céder 20.000 comptant, pharmacie, petit prix, en plus.

No 465. — Grosse clientèle dans grande ville Midi, à céder cas de force majeure, poste exception. méd. génér. et acc. trav. pour méd. actif. Documentation sera fournie à demande sérieuse seulement.

No 466. — Cagnes-sur-Mer (A.-M.). Appart. 3 pièces indépend., 3 lits, eau cour., électr., 2.500 pour la saison. Ecr. Mme Vernier, l'Oustalounet, Chemin des Combes.

Nº 467. — Voiture pour infirme, 3 roues, marque Dupont, à vendre état neuf. Dr Vermersch, 92, rue Nationale à Tourcoing (Nord).

Nº 468. — Maison de spécialités pharmac. recherche représent. visit. méd. parisiens et désirant s'adjoindre produit contre douleurs.

Nº 469. — A céder : 1º Paris, sur grande artère, anc. cab. méd. gén., rapp. 90.000 sans accouch. ni visites nuit. Loyer 6.000, 5 gr. pièces, bail à céder cause santé 80.000 ;

2º 3 h.1/2 Paris, dans région riche, de chasse et pêche, proxim. ville, bon poste propharmac., rapp. min. 100.000, bonnes conditions ;

3º Normandie, client. de propharm. rapp. 150.000, gr. rayon, affaire ancienne, maison 6 pièces, petit loyer. Indemn. 50.000 dont 20.000 compt. ;

4º Paris-Passy, client. méd. génér. et électr. Rapp. intéress., bel appart. avec bail. Cause santé, bonnes conditions.

1º 2º, 3º et 4º s'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), Tél. Gob. 36-46.

Nº 470. — A céder 40 % réduction, rhéostat Toury 110 volts, nº 325, absol. neuf, sans access. Dr, 23, cours Lieutaud, Marseille.

Renseignements

Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés, trait. spéc. individ. Résult. très intéress. Pension méd., vie famille, prix méd. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies, à l'étranger.** — De nombreux cas de variole ont été signalés en Angleterre.

En Grèce, l'épidémie de dengue, qui a frappé une grande partie de la population, s'éteint progressivement.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastrologie.* — MM. Le Noir et Brodin feront, du 5 au 10 novembre 1928, à 10 h. 1/2, salle Aran, une série de six conférences de pathologie et thérapeutique sur les dyspepsies secondaires.

Lundi 5 novembre, Dyspepsies appendiculaires : M. Le Noir. — Mardi 6 novembre, Dyspepsies hépatiques : M. Brodin. — Mercredi 7 novembre, Dyspepsies cardiaques : M. Brodin. — Jeudi 8 novembre, Dyspepsies urinaires : M. Le Noir. — Vendredi 9 novembre, Dyspepsies endocriniennes : M. Brodin. — Samedi 10 novembre, Dyspepsies utéro-ovariennes : M. Le Noir.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — Questions sorties : Anatomie macroscopique du nerf laryngé supérieur ; tumeurs malignes du cavum.

Les candidats sont : MM. Aubin, Aubry, Huet, Lanos, Leroux, Maduro, Miégeville et Winter.

— **Hôpitaux de Paris.** *Externat.* — Sont désignés pour faire partie du jury du concours d'externat : MM. Carré, Jacquelin, Janet, Mouquin, Soupault, Michon, Senèque, Charrier et Portes.

— **Institut national d'orientation professionnelle.** — Cet Institut, à la fois centre de recherches, centre de documentation et établissement d'enseignement, commencera ses cours en vue de la formation technique des Conseillers d'Orientation, dans la première semaine de novembre.

Renseignements au secrétariat, Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac.

— **Société française de prophylaxie sanitaire et morale.** — M. le prof. Jeanselme a été nommé président honoraire de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale. Sont nommés : président, M. le professeur Gougerot ; vice-présidents, MM. Feuillolay, conseiller honoraire à la Cour de Cassation, Groslard, avocat à la Cour, Siredey, membre de l'Académie de médecine ; secrétaire général, M. Sicard de Plauzoles.

Les séances de la Société ont lieu le deuxième jeudi du mois à 17 h., à la Faculté de médecine. Prochaine séance, le 13 décembre.

— **Dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — Sont nommés médecins-chefs : à Creil, M. Basch ; à Gennevilliers, M. L. Périn ; à Saint-Ouen, M. Roberti ; à Paris (XVII[e] ar.), M. Rimé ; à Juvisy, M. L. Marceron ; à Pontoise,

M. Lefèvre ; à Saint-Cloud, M. Solente ; à Méru, M. Eliet ; à Boulogne-sur-Mer, M. Plauque.

Sont nommés médecins adjoints : à Creil, M. Thibaut ; à Gennevilliers, M. Mouquin ; à Saint-Ouen, M. Cacherer ; à Paris (XVII[e] ar.), M. P. Renault ; à Juvisy, M. P. Boyer ; à Pontoise, M. Eliet ; à Saint-Cloud, M. J. Meyer ; à Méru, M. P. Boyer.

Sont nommés chefs de laboratoire : à Creil, M. G. Giraud ; à Boulogne-sur-Mer, M. Salmon.

— **Collège libre des Sciences sociales** (28, rue Serpente). — M. Sicard de Plauzoles fera, au Collège libre des Sciences sociales, du 9 novembre 1928 au 7 décembre 1928, à 17 h. 30, cinq leçons sur la syphilis.

Le 9 novembre : Histoire sociale de la syphilis. — 16 novembre : Bilan social de la syphilis. — 23 novembre : La défense sociale contre la syphilis ; la prostitution. — 30 novembre : Le secret médical et la syphilis. — 7 décembre : Les garanties sanitaires du mariage.

— **Remise d'une médaille au D[r] Victor Pauchet.** — Dimanche 14 octobre, à 10 h. 30, dans la cour de l'hôpital Saint-Michel, une médaille sculptée par le maître de Hérain a été remise au D[r] Victor PAUCHET, à l'occasion de sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur.

D'anciens maîtres, de nombreux collègues et amis étaient présents.

Prirent la parole : MM. Récamier, Calmette, Tuffier, Peugniez, Blanc, Dartigues, Dominguez (Cuba), etc.

— **Bordeaux.** *Ecole de puériculture.* — Les cours de l'école de puériculture ont lieu le jeudi matin, à 10 h., à la Policlinique de Bordeaux, 4, rue Paul-Bert, et le mardi à 4 h. 3/4 à l'annexe de la crèche de la Bastide.

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine).** *Concours sur titres pour la nomination d'un chirurgien-adjoint.* — Un concours sur titres est ouvert à l'hôpital de Saint-Denis, pour la nomination d'un chirurgien-adjoint.

Les inscriptions seront reçues au Siège de la Commission administrative, 7*bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis, jusqu'au 30 novembre 1928 inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital.

— **Préfecture du Haut-Rhin.** *Inspection d'hygiène.* — Un concours pour la nomination d'un médecin-inspecteur d'hygiène aura lieu à la Préfecture du Haut-Rhin, à Colmar, dans la première quinzaine de novembre 1928.

Les candidats devront être Français, Docteurs en médecine, âgés de 26 ans au moins et de 40 ans au plus, parler couramment les deux langues, française et allemande.

Le traitement initial est de 33.000 fr., plus 1.500 fr. par an de frais de bureau et remboursement des frais de tournées.

Inscriptions à la Préfecture du Haut-Rhin (Inspection départementale d'hygiène), à Colmar jusqu'au 5 novembre 1928.

Tous renseignements seront fournis sur demande adressée à M. l'Inspecteur départemental d'hygiène, Préfecture de Colmar.

Direction d'hygiène du département de l'Aisne. — *Avis de concours.* — Il est ouvert à la Préfecture de l'Aisne un concours sur titres pour deux emplois de médecins inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints.

Avantages : traitement de 30.000 fr. à 40.000 fr. ; indemnité de déplacement annuelle de 11.000 fr. ; participation à la Caisse départementale des retraites.

Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'Etat, âgés de 30 ans au moins et de 45 ans au plus.

Ils devront adresser avant le 7 décembre une demande à M. le Préfet de l'Aisne (Direction départementale d'hygiène), avec les pièces suivantes : Acte de naissance sur timbre ; copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; certificat de santé établi par un docteur en médecine assermenté ; exposé des titres et publications, notamment en matière de phtisiologie et syphiligraphie ; engagement en cas de nomination de rester en fonctions pendant une durée minimum de trois ans ; etc...

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *octobre*

Hygiène publique.

Arrêté du 11 octobre 1928 instituant un Conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie des postes, télégraphes et téléphones.

Le ministre du commerce, de l'industrie, des postes et télégraphes.

Attendu qu'il importe d'étudier et de prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'hygiène du personnel des postes, télégraphes et téléphones, et, notamment, pour le défendre contre la tuberculose qui fait dans ses rangs de nombreux ravages.

Arrête :

Art. 1er. — Il est institué au ministère des postes, télégraphes et téléphones un conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie.

Art. 2. — Il est créé dans chacune des régions postales un conseil régional d'hygiène et d'épidémiologie.

Art. 3. — Le conseil supérieur a pour mission d'étudier et de proposer au ministre toutes les mesures qui sont de nature à sauvegarder l'hygiène et la santé du personnel, la salubrité des bureaux utilisés par l'administration des postes, télégraphes et télé-

phones, d'organiser la lutte contre la tuberculose et contre toutes les maladies infectieuses, d'aider le personnel à recueillir le bénéfice de la loi du 13 juillet 1928 et de toutes les autres lois sur l'habitation à bon marché et l'accession à la petite propriété, enfin d'assurer la protection des familles nombreuses.

Art. 4. — Le conseil supérieur est composé, sous la présidence du ministre chargé des postes et des télégraphes :

1° Du président de la commission chargée au Sénat et du président de la commission chargée à la Chambre des députés d'étudier les questions relatives à l'administration des postes ;

2° Du président de la commission de l'hygiène de chacune des deux Chambres ;

3° D u rapporteur, dans l'une et l'autre Chambre, du budget des postes dans les commissions financières ;

4° Du chef de cabinet du ministre chargé des postes et des télégraphes ;

5° Du secrétaire général des postes, télégraphes et téléphones ;

6° De 36 membres nommés par arrêté ministériel et choisis :

a) Parmi les personnes qui se sont spécialisées dans la lutte contre la tuberculose et contre les autres maladies infectieuses ou dans l'examen du problème de l'habitation ;

b) Parmi les représentants du personnel (fonctionnaires, agents, employés et ouvriers), et des associations postales de mutualité.

Les membres du conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie, autres que les membres de droit, sont nommés pour trois ans et renouvelables par tiers.

Le conseil désigne dans son sein deux vice-présidents.

Art. 5. — Le conseil régional comprend :

Le préfet du département siège de la région, président de droit.

Le directeur régional des postes, télégraphes et téléphones.

Le directeur des postes chargé des locaux de la région.

Neuf membres désignés, après avis du directeur régional, par le préfet et choisis dans les mêmes conditions que celles indiquées, à l'article 4, sixième alinéa, pour les membres du conseil supérieur. Trois représentants du personnel devront être appelés à siéger au conseil régional.

Art. 6. — Le conseil régional se tient en relations avec le conseil supérieur, sous l'autorité du ministre pour aider à la réalisation du programme prévu à l'article 3.

Art. 7. — Le présent arrêté sera déposé au secrétariat général des postes, télégraphes et téléphones (service central) pour être notifié à qui de droit.

16 octobre

Service de santé militaire.

Avis de concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires en 1929.

Un concours sera ouvert, le 8 janvier 1929, à quatorze heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent).

Le nombre d'emplois à attribuer sera déterminé d'après le nombre des candidates et la valeur du concours.

Les traitements actuels sont fixés de 8.000 fr. à 14.500 fr. augmentés d'une indemnité de résidence, variable par place, indemnité pour charges de famille le cas échéant.

Les infirmières des hôpitaux militaires bénéficient de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires.

Aucune candidate ne pourra être admise à concourir si elle ne remplit pas les conditions suivantes :

1° Etre Française ou naturalisée Française.

Les candidates Alsaciennes-Lorraines justifieront de leur réintégration dans la nationalité française dans les conditions du paragraphe 1er de l'annexe à la section 5 de la partie III du traité du 28 juin 1919 ;

2° Avoir au 1er janvier 1929 vingt ans au moins et trente ans au plus ;

3° Etre de bonnes vie et mœurs ;

4° Etre infirmière diplômée de l'Etat français, de l'assistance publique, ou d'une école d'infirmières laïques, publique ou privée, agréée par le ministre de la guerre ;

5° Etre physiquement apte à remplir l'emploi d'infirmière sur le territoire, en Algérie-Tunisie, et dans les corps d'occupation extérieurs.

La visite médicale destinée à déterminer l'aptitude physique des candidates aura lieu au moment des épreuves orales.

Pour tous renseignements utiles, les candidates s'adresseront au médecin chef de l'hôpital militaire situé dans leur ville de résidence ou, à défaut d'hôpital militaire, au directeur du service de santé de la région.

PENSIONS MILITAIRES

Commission supérieure de contrôle.
(Art. 64)

Statistique arrêtée au 1er octobre 1928.

Affaires traitées depuis le 1er *octobre* 1927	785
Comprenant :	
Appels jugés	566
Appels avec mesure de bienveillance	103
Mesures de bienveillance *seules*	23
Questions soumises	22
Appels ajournés en séance	62
Mesures de bienveillance » »	8
Question soumise » »	1

Affaires restant en instance	420
Se répartissant comme suit :	
Inscrits à l'ordre du jour de la séance du 11 octobre 1928	38
Prêts à être jugés	44
Chez les rapporteurs	115
En attente de pièces ou de dossiers de pension	167
En cours pour correspondance et divers	56

A propos du B.C.G.

Le 17 octobre 1928.

Mon Cher Confrère,

J'ai lu avec intérêt dans le nº 42 du *Concours* la communication de notre confrère Douville sur le B.C.G.

Partisan convaincu de ce vaccin, que je fais systématiquement chez *tous* les nouveau-nés (même issus de parents sains) je suis un peu étonné de la hâte avec laquelle notre confrère déclare « nulle et même nuisible » l'action du B.C.G.

Si la mère a effectivement résisté à cette contamination conjugale, assez persistante pour enlever 5 enfants sur 6, le seul survivant faisant même des bronchites à répétition, n'y a-t-il pas lieu d'incriminer une contamination massive d'un local même spacieux et aéré ?

La naissance du dernier enfant a dû avoir lieu à domicile et dans ces conditions, même en écartant la contamination du nouveau-né par sa mère, le seul fait pour celui-ci de vivre dans cette habitation indiscutablement contaminée ne suffit-il pas à expliquer la tuberculisation dès les premières heures de la vie par absorption répétée ou continue de bacilles. Le B.C.G., même donné précocement dans un tel organisme, non seulement ne peut avoir aucun effet utile, mais encore devient nuisible puisqu'il a été hautement proclamé, à de très nombreuses reprises, que ce vaccin ne doit être introduit que dans un organisme rigoureusement indemne de toute tuberculose.

La conclusion, et c'est pour ma part, ce que je pratique toujours, c'est que dans un milieu tuberculeux, il convient d'enlever le nouveau-né immédiatement à la naissance, le mettre en milieu sain où il sera vacciné au B.C.G. et ne le laisser reprendre contact avec les siens qu'après plusieurs semaines. Si, dans ces conditions, et dans ces conditions seulement, un nouveau-né vacciné devient tuberculeux, on pourra parler de la nullité d'action du B.C.G., mais pas avant. Pour ma part, je n'ai encore jamais observé le fait.

Excusez, je vous prie, cette lettre un peu longue mais je crois la question du B.C.G. suffisamment importante pour mériter une discussion à laquelle j'espère que d'autres confrères voudront prendre part.

Dr Goguel (Sedan).

CORRESPONDANCE

Accidents et maladies professionnelles.

3195. — Rédaction des certificats de reprise du travail.

Depuis 1921, j'utilise systématiquement pour la rédaction de mes certificats de reprise (accidents du travail), la formule donnée par Paul Boudin dans le n° du 27 novembre 1921, c'est-à-dire comprenant la formule « sous toutes réserves de complications ultérieures, éloignées, provenant de l'accident primitif, complications impossibles à prévoir actuellement. »

« Certificat délivré en vertu de la loi du 9 avril 1898 ».

Depuis 1921, jusqu'à ces temps-ci, les Compagnies n'avaient fait aucune observation. Mais deux des meilleures Compagnies d'assurances viennent de m'écrire au sujet de ces réserves, pour me demander des renseignements sur ces réserves. Et l'une d'elles me fait prévenir oralement et amicalement que ces réserves entraînent le retard du payement du demi-salaire d'indemnité à l'ouvrier blessé jusqu'à ce qu'un autre médecin, ou jusqu'à ce que le Tribunal déclare l'ouvrier complètement guéri, ou jusqu'à ce que le tribunal décide s'il est consolidé avec incapacité ou sans incapacité.

Y aurait-il donc lieu, pour nous médecins, de modifier la rédaction de ces certificats de reprise et quelle est la rédaction que vous nous conseillez aujourd'hui, applicable à tous les certificats de reprise du travail.

Dr G.

Réponse.

Le problème, que soulève notre confrère, à la suite des observations très judicieuses de la compagnie d'assurances, mérite d'être examiné sous un angle juridique pur, avant d'en tirer une solution pratique.

En 1921, lorsque je publiai cette proposition de rédaction de certificat terminal, c'était à la suite de commentaires, sur un arrêt de Cassation.

La Chambre civile de la Cour suprême venait, en effet, de décider, par arrêt du 6 juin 1921, que « l'indemnité journalière cesse d'être due, à partir du jour où la victime, complètement guérie, a repris son travail. En cas de rechute, ou d'aggravation, c'est à la procédure de révision qu'il y aura lieu de recourir. »

Or, la jurisprudence a longtemps admis (et admet encore) que, lorsque le blessé a repris son travail, à la suite d'un certificat terminal de guérison et qu'il a une rechute de son affection primitive, il ne saurait obtenir un nouveau demi-salaire, ni le droit à la gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques.

Le juge saisi ne pourrait qu'allouer, s'il y a lieu,

une indemnité pour incapacité permanente partielle de travail.

Or, parfois, cette rechute entraîne une interruption momentanée du travail, sans provoquer une incapacité permanente partielle. La victime, dans ce cas, devrait se faire soigner à ses frais, sans avoir droit au demi-salaire.

Que dit la loi, au sujet de la reprise du travail ?

L'article 11, § 3, est ainsi rédigé :

« Dans les quatre jours, qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat du médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident, et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. »

Ce qui veut dire que, dans son certificat initial, le médecin doit indiquer si immédiatement, ou dans combien de temps, il pourra certifier que les suites de l'accident entraîneront une incapacité permanente partielle de travail, ou que la guérison interviendra.

S'agit-il d'un broiement de membre, ou autre blessure mutilante, le certificat initial indique la certitude d'une incapacité permanente, ce qui déclanche l'enquête du juge de paix, prévue au deuxième paragraphe de l'article 12.

Mais, lorsqu'il s'agit de blessure, pouvant entraîner des complications ultérieures, le médecins fera bien de faire toutes réserves dans son certificat initial.

Une blessure d'un doigt, anodine en apparence, peut ultérieurement entraîner un panaris et la perte d'une ou de plusieurs phalanges.

Supposons, pour le problème qui nous occupe, que la blessure de la victime soit dans un état tel que la reprise du travail soit possible sans inconvénient.

Bien entendu, il n'y a pas d'incapacité permanente partielle.

Ou bien l'ouvrier est complètement guéri et le docteur peut délivrer un certificat de reprise de travail, sans aucune réserve.

Ou bien la guérison n'est pas complète, ou des complications, une rechute, sont possibles, dans un délai assez court : la victime veut reprendre son travail, préférant gagner son salaire plein que son demi-salaire : c'est un ouvrier, qui fait défaut à son patron, lequel veut l'employer à une occupation, compatible avec le traitement de la blessure ; ou bien encore, le docteur estime que la reprise du travail professionnel provoquera une mécanothérapie inconsciente, dont bénéficiera le blessé.

Quoi qu'il en soit, il n'y a ni consolidation, ni guérison.

Le certificat de reprise du travail doit donc comporter des réserves au sujet de l'avenir : l'é-

Voir la suite page LIX-3083

PROPOS DU JOUR

La survivance et le développement de la lèpre en France.

La lèpre, en France, est d'actualité, car tout récemment l'« ordre des Chevaliers de Malte » dotait l'hôpital Saint-Louis à Paris d'une léproserie moderne. Depuis que, par l'édit de 1695, Louis XIV a supprimé les léproseries en France, le public et même le corps médical y considéraient la lèpre comme une maladie disparue, tout au moins dans notre pays et dans l'Europe centrale. Cependant les lépreux étaient nombreux en Norvège ; Hansen y avait découvert en 1870 le microbe de cette maladie et en avait démontré la contagion mise en doute malgré l'enseignement du passé.

Il n'est pas douteux qu'au Moyen-Age, la syphilis et toutes les maladies cutanées graves avaient été confondues avec la lèpre. Les mesures draconiennes prises jusqu'au XVIe siècle et la découverte de la syphilis lors de la grande épidémie qui accompagna les guerres d'Italie, firent oublier la lèpre en portant toute l'attention sur la syphilis. Mais la lèpre n'avait pas complètement disparu de France ni d'Europe centrale et occidentale. Jusqu'à la fin du XIXe siècle on n'y parla guère de lépreux, cependant à cette époque, l'on constata leur présence même à Paris où l'on en comptait 60 en 1885, venant tous de nos colonies. Mais personne ne paraissait s'en émouvoir.

Toutefois un savant averti, l'éminent Dr Loir (1), écrivait en décembre 1885, à propos de la lèpre qu'il était allé étudier en Norvège : « La France ne doit pas se désintéresser d'une question si importante. Il existe en France des foyers lépreux (delta du Rhône, côtes de la Méditerranée entre Vintimille et Marseille, en particulier à Nice). La lèpre touche à nos frontières du sud car elle est loin d'avoir disparu du nord de l'Italie, de l'Espagne et du Portugal. »

Un très distingué médecin de Constantinople, qui avait fait ses études à Paris, où il avait été l'interne de Ricord, Zambaco Pacha, publiait en 1897, un remarquable travail sur *les lépreux ambulants de Constantinople* (2). Dans cet ouvrage le Dr Zambaco démontrait que la lèpre *autochtone* n'avait cessé d'exister dans toute la France et surtout en Bretagne et que les affections connues sous les noms de maladie de Morvan, d'aïnhum, de syringomyélie, de sclérodermie, étaient le plus souvent des manifestations de la lèpre. Notre extension coloniale, l'arrivée en Europe, surtout en France, de gens de toutes nations, venant de toutes les parties du monde pendant et après la grande guerre, ont augmenté le nombre des lépreux dans notre pays, d'autant plus que les lépreux abondent dans toutes nos colonies et que parfois pour échapper aux mesures d'isolement qui y sont appliquées, ils se rendent dans la métropole sachant qu'ils n'y seront pas inquiétés du fait de leur maladie. Si la progression lente mais continue de la lèpre à Paris n'est pas enrayée, l'on pourra avant peu faire sur le pont de la Concorde les mêmes observations que Zambaco Pacha faisait, il y a trente ans, sur le pont qui relie Galata à Stamboul, où, affirmait-il, l'œil tant soit peu exercé d'un médecin, pouvait découvrir les formes les plus variées de la lèpre, depuis les simples taches de la morphea et les déformations de la lèpre de Danielssen, jusqu'au facies repoussant des léontiasiques et aux affreuses ulcérations de la lazarine.

Depuis longtemps, cette question de la survivance de la lèpre nous avait intéressé, or nous avons eu récemment l'avantage d'en entretenir notre distingué confrère, le Dr Sasportas, de Papeete, de passage à Paris. Le Dr Sasportas a remarquablement organisé l'hygiène et la prophylaxie à Tahiti et dans les Etablissements français de l'Océanie et a dû tout particulièrement s'occuper des mesures de préservation contre la lèpre. Dans ce pays légendaire, dans cette nouvelle Cythère si merveilleusement décrite par Pierre Loti, tout n'est pas enchanteur et la lèpre et la syphilis y font de nombreuses victimes. Notre confrère a bien voulu dans la note suivante, que nous sommes heureux de publier, nous dire ce qu'il pense de la lèpre en France :

***

« Il est curieux de constater, nous écrit le Dr Sasportas, le retour à l'actualité, en France, de cette maladie que l'on croyait bannie à tout ja-

(1) Loir. — Traité théorique et pratique de la lèpre, édité par le *Progrès Médical*, 1885.
(2) Masson, édit, Paris, 1897.

mais, dont les dernières victimes, pense-t-on généralement, parquées dans quelques coins de nos vieilles colonies, y meurent sans secours aucun, de cachexie ou de tuberculose. La lèpre, puisqu'il faut l'appeler par son nom, fait à nouveau aujourd'hui reparler d'elle.

A son sujet, un quotidien de grande information ne craint pas à Paris d'interroger nos professeurs pour savoir s'il ne conviendrait pas d'en rendre la déclaration obligatoire. A Riga, on graciait l'autre jour, un condamné à mort pour lui inoculer la lèpre et essayer de le guérir ensuite ; des îles Sandwichs, on raconte gravement « qu'une expérience analogue avait été faite il y a quelques années déjà, mais n'avait pas été concluante, vu que le sujet, également un condamné à mort gracié, avait eu des lépreux parmi ses ascendants ». Comme si la lèpre était héréditaire, ou comme si le traitement doit être différent suivant que la maladie a été acquise d'une inoculation provoquée ou bien par contagion.

On parle donc de la lèpre à tort et à travers, et avec plus ou moins d'effroi ou de dégoût. Enormément de gens en parlent et c'est heureux, cette mise à l'ordre du jour est justifiée par le nombre des cas qui existent en France, par leur augmentation, par les dangers qu'ils constituent pour la population saine au milieu de laquelle librement ils évoluent.

La réglementation sanitaire officielle est cependant muette à son sujet. Non seulement les lépreux évoluent librement, mais encore ils ont l'accès largement ouvert sur notre territoire (passe encore pour les Français, mais les étrangers !) et ils peuvent exercer tous les métiers, restaurateurs, boulangers, coiffeurs, tailleurs, etc...

Si le réveil de la maladie hansénienne parmi les préoccupations publiques, pouvait aussi fixer sur elle l'attention de nos grandes organisations de prophylaxie — l'Office National d'Hygiène sociale par exemple — il y aurait tout lieu de s'en réjouir. Qui en effet nierait qu'il y a quelque chose à faire en France à ce sujet, et que le moment ne soit venu aujourd'hui de l'exécuter ?

Les mesures à prendre doivent être fonction de nos connaissances actuelles des manifestations du bacille de Hansen. Or, il semble admis présentement que la lèpre est une affection spécifique contagieuse, non héréditaire, dont l'incubation peut être excessivement longue, et le traitement malheureusement encore à trouver. Il est reconnu aussi que dans les pays infectés, le nombre de cas a diminué sensiblement du jour où l'isolement bien compris a été pratiqué.

Toute la réglementation à édicter doit donc tendre à la ségrégation des malades. Cette ségrégation pourra se faire à domicile dans des conditions à déterminer, ou dans un établissement hospitalier spécial. Elle exige la connaissance des malades, leur recensement, donc la déclaration obligatoire de la maladie à un organisme central. Ceci pour les lépreux vivant déjà en France.

Pour les autres, ceux provenant de nos colonies, ou de l'étranger, il conviendra d'exercer une surveillance sévère dans nos ports de débarquement et aux frontières. Une liaison pourra même être établie à leur sujet entre les services de santé des colonies et les services sanitaires des ports d'arrivée.

Il sera facile, moyennant ces quelques règles d'ordre pratique de juguler une affection d'une autre époque, qu'on aurait grand tort de laisser s'introduire plus avant dans notre douce France.

L. Sasportas. »

Comme le dit fort bien notre confrère, il suffit pour empêcher que la lèpre devienne en France un fléau aussi terrible que la tuberculose, de prendre des mesures de prophylaxie assez simples puisque la maladie est beaucoup moins facilement transmissible, mais surtout d'empêcher de faire de la France le refuge des lépreux du monde entier, en mettant une barrière sanitaire à nos frontières, surtout à nos frontières maritimes. Que ne prenons-nous comme exemple pour cela les Etats-Unis d'Amérique du Nord ?

J. Noir.

LE PUBLIC NE S'EN DOUTE PAS :

Plus d'un médecin tire le diable par la queue. Dessin de H. Broutelle.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DÉLIRE DE PERSÉCUTION ET CARENCE DES FORCES SOCIALES

Par R. Benon,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Sommaire. — *Délire de persécution et réactions homicides. — Carence de la religion : la confession insuffisante. — Carence de la police : multiplicité des affaires. — Carence de la famille : aliénation mentale, tare spéciale. — Carence de la médecine ; considérations pratiques et scientifiques. — Une observation. — Conclusions.*

Depuis des siècles on connaît les délires partiels ; depuis des années on connaît le délire de persécution de Lasègue et on sait que les sujets atteints de cette psychopathie sont particulièrement dangereux : comment se fait-il que leurs réactions homicides, régulièrement relatées par la presse quotidienne, continuent à être aussi communes et que le corps social soit aussi mal protégé en la circonstance ? Il y a des causes variées à la situation présente, qui s'expliquent par le fait de carences multiples, sociales et familiales ; ces carences sont éclatantes dans l'observation que nous rapporterons ; nous les exposerons dans l'ordre d'insuffisance où elles se sont succédées chez notre aliéné-criminel, de sorte que l'on verra réalisées, l'une après l'autre, la carence de la religion, la carence de la police, la carence de la famille et enfin la carence de la médecine

***

Carence de la religion. — La religion catholique qui, parmi les religions, passe pour avoir été la plus humaine, tout au moins dans ses origines, a-t-elle voulu faire, en instituant la confession, un effort d'organisation et de direction sociales rationnelles, partant un essai de protection des hommes les uns vis-à-vis des autres ? La confession est un besoin pour un certain nombre d'individus, peut-être bien pour un petit nombre, mais pour ceux-là ce besoin est net et impérieux. Cela sans doute, a été une erreur de psychologie d'en généraliser l'usage et de l'imposer à tous les hommes ; il n'en reste pas moins vrai qu'elle est parfois une nécessité et que ce fait d'observation a une haute valeur sociale. La psychothérapie, d'un point de vue scientifique, n'est-elle pas comme la confession ressuscitée, mais sans métaphysique ? La grande difficulté a été d'exécuter la confession comme il convient : c'est aussi la difficulté de la psychothérapie. La confession doit être totale et non pas partielle. La qualité du confesseur est primordiale. C'est une tâche longue et lourde ; c'est aussi une sorte de travail de luxe surtout dans les temps modernes où la vie est âpre, intense, précipitée. La confession généralisée exige un effort surhumain. Insuffisante, elle est catastrophique. Emettons, en passant, cette pensée que le catholicisme, en intensifiant la lutte du bien et du mal — idée pratiquement si relative — a beaucoup fait pour le développement des maladies mentales.

Chez notre aliéné criminel, affecté de délire ésotérique, l'insuffisance de la confession a été évidente. Cet individu, sans être réellement réticent, parlait peu, s'exprimait lentement, d'une manière plutôt incohérente et toujours fatigante. Pour connaître ses idées secrètes (ésotérisme), il fallait avoir gagné petit à petit toute sa confiance, et alors quel désordre, quelle débauche, quelle extravagance de concepts ! Devant de tels faits les considérations de Taine sur l'homme intérieur reviennent en mémoire : « Quand vous observez, dit-il, avec vos yeux, l'homme visible, qu'y cherchez-vous ? L'homme invisible. Ces paroles, qui arrivent à vos oreilles, ces gestes, ces airs de tête, ces vêtements, ces actions et ces œuvres sensibles de tout genre, ne sont pour vous que des expressions ; quelque chose s'y exprime, une âme. Il y a un homme intérieur caché sous l'homme extérieur, et le second ne fait que manifester le premier... Voilà un nouveau monde, monde infini, car chaque action visible traîne derrière soi une suite infinie de raisonnements, d'émotions, de sensations anciennes ou récentes... » Si organisciste que l'on soit, on ne doit guère espérer connaître l'homme intérieur autrement que par la confession. Mais à la confession religieuse défaillante, il importe de substituer la confession scientifiquement pratiquée.

***

Carence de la police. — Maintes fois le persécuté, désemparé, désespéré, se rend compte de son impuissance et demande spontanément le secours des forces de police. On peut dire qu'il est exceptionnel qu'un aliéné-criminel paranoïaque agisse sans avoir informé les autorités compétentes de ses intentions ; mais il le fait avec une certaine discrétion, parce que son délire, nous l'avons signalé, est un délire ésotérique, à manifestations tout intérieures, bien plus souvent qu'un délire exotérique, expansif, extériorisé avec orgueil. Le malade, s'il vit à la campagne, s'adresse tantôt au maire de sa commune, tantôt au commandant du poste de gendarmerie le plus voisin. Dans les villes il se rend plutôt au commissariat de police ou près du procureur de la République. Quelques-uns, ce ne sont pas toujours les plus dangereux, déposent des plaintes écrites entre les mains des préfets, des ministres, du Président de la République.

D'où vient l'inertie presque constante des forces policières vis-à-vis d'une catégorie d'individus à réactions homicides si fréquentes ? On le comprend d'autant moins que les actes terrifiants accomplis par le malade sont publics, que la presse quotidienne se complaît, en les relatant, dans les détails les plus singuliers, vrais ou faux, que l'émotion créée dans le pays est évidente, quelquefois entretenue habilement durant plusieurs mois. Il est vrai que le fait est relativement rare et que c'est par périodes seulement qu'il retient l'attention du public. Ajoutons que c'est un fait qui se déroule et se répète dans des régions assez différentes ; il en résulte un phénomène de dispersion de l'intérêt des lecteurs, d'autant que des problèmes variés sollicitent et captivent leur attention. On dit malicieusement que si les victimes n'étaient pas de « vagues humanités », les pouvoirs publics seraient mieux disposés à l'action. Cela n'est que partiellement exact ; l'aliéné persécuté s'attaque assez souvent à des personnages en renom, à de hautes autorités, justement représentatives de l'ordre national ou des forces sociales.

L'inertie des pouvoirs publics s'explique mieux semble-t-il, par l'excès de travail demandé à chacun, notamment dans les commissariats et dans les tribunaux. Les plaintes d'une part sont multiples ; on néglige donc celles qui ne paraissent précisément fondées. D'autre part, la constitution d'un dossier occasionne des frais de justice, des enquêtes, des examens médicaux spéciaux, — toutes choses qu'on hésite à provoquer, soit à cause de la situation de famille du sujet, soit à cause du sujet lui-même. Cependant des médecins-légistes qualifiés et cela se ferait rapidement, sans honoraires très élevés, pourraient donner leur avis sur de tels cas, soit au commissariat de police, soit au palais de justice. De plus, ces malades, en principe, écrivent volontiers, et l'analyse de leurs écrits est démonstrative. Enfin, pendant la période où les autorités se préoccupent de leur sort, ceux-ci, tranquillisés, réagissent rarement. On voit donc qu'à la carence de la police tout remède n'est pas impossible, et cela sans rien changer à l'organisation judiciaire existante.

***

Carence de la famille. — C'est la famille qui, presque toujours, s'aperçoit la première de l'apparition des troubles psychiques chez l'un de ses membres, soit qu'elle remarque des modifications du caractère, de la diminution de la mémoire, des altérations du jugement, soit qu'elle constate des idées délirantes, des illusions, des hallucinations. Cela se conçoit : il est d'autant plus aisé de reconnaître les troubles mentaux chez un individu qu'on connaît plus intimement sa psychologie. Mais la famille, inquiète, effrayée, comme frappée de stupeur, cherche maintes fois à dissimuler la maladie cérébrale, dans un but intéressé et particulariste. C'est que les affections mentales, pour elle, constituent la tare irréparable. Le cerveau est l'organe noble par excellence, étant le siège de la pensée ; lorsqu'il est atteint dans ses fonctions les plus élevées, le mal qui en résulte entraîne la déchéance la plus dégradante socialement. Il est rare de noter, de la part de la famille, la simple négligence, sauf peut-être parmi les classes malheureuses, en cas d'affaiblissement intellectuel, lent et progressif du sujet.

Dans l'observation que nous rapporterons, il est patent que la mère du malade, avec la complicité des frères, a dissimulé l'affection de son fils ; elle a enfermé le sujet à clef, elle a dû le surveiller de jour et de nuit, pendant plusieurs mois ; l'intensité des manifestations psychopathiques, leur durée, ne l'ont pas déterminée à faire placer son enfant dans une maison de santé. Elle le fit visiter par un médecin, une seule fois, mais celui-ci ne formula ni diagnostic ferme ni thérapeutique rationnelle.

La création de services hospitaliers ouverts pour le traitement des maladies mentales aiguës et curables, dans toutes les villes de plus de cinquante mille habitants, mettra un terme au danger des séquestrations familiales, en même temps, qu'elle contribuera à l'éducation spéciale du public. L'hôpital psychiatrique pour aigus sera très différent de l'asile des aliénés, réservé aux chroniques ; la famille redoutera d'autant moins l'entrée de son malade dans cet hôpital que la guérison par un traitement luxueux et approprié lui apparaîtra comme possible. Cet avenir est lointain pour nos malades puisque l'argent fait défaut à ce jour, mais de telles réformes, qui correspondent à des besoins précis, seront faciles à accomplir dans les temps futurs ;

on doit dire que notre pays s'honorerait en se plaçant au nombre de ceux qui les réaliseront les premiers.

***

Carence de la médecine. — Du point de vue médical, dans les cas de cette sorte, la carence est double ; elle est à la fois pratique, parce qu'elle relève du médecin traitant, et scientifique, parce que la psychiatrie n'a pas fait encore l'effort nécessaire pour préciser les éléments de son domaine.

L'enseignement médical touchant la pathologie mentale durant ces quarante dernières années a été encore si négligé que nous gageons qu'il n'y a peut-être pas un médecin sur dix qui sait ce que signifient les mots délire, démence et manie. Bien mieux, on publie des traités, des manuels de médecine, où la pathologie mentale n'est même pas mentionnée. D'où vient pareille misère qu'on ne contemple jamais sans douleur ? La psychiatrie elle-même, dans un état de choses semblable, n'a-t-elle pas sa part de responsabilité ?

Il faut reconnaître que la pathologie mentale, ensemble de sensations, d'idées et d'émotions d'ordre pathologique, a déçu les meilleures activités. Dans la multiplicité des travaux qu'elle a provoqués, on voit mal le progrès réalisé. Nous sommes convaincu que le fait tient pour beaucoup à l'insuffisance de la terminologie et à l'absence de toute critique de cette terminologie. Lavoisier, dans un discours préliminaire, disait : « Comme ce sont les mots qui conservent les idées et qui les transmettent, il en résulte qu'on ne peut perfectionner le langage sans perfectionner la science, ni la science sans le langage, et que, quelque certains que fussent les faits, quelque justes que fussent les idées qu'ils auraient fait naître, ils ne transmettraient encore que des interprétations fausses si nous n'avions pas des expressions exactes pour les rendre. » Perfectionner le langage psychiatrique serait donc perfectionner la science psychiatrique. Peut-on dire que, dans le présent, on s'attache à cette tâche ? Nous ne le pensons pas. Aujourd'hui la psychiatrie subit la déviation biologique. Au lieu de s'attacher à définir les syndromes et à connaître de leur évolution, on veut pénétrer leur cause intime, physiologique ou physio-pathologique. Ce n'est pas une impossibilité, mais ce sont deux tâches différentes qu'un seul chercheur, croyons-nous, ne saurait mener de front. Imprécision de la clinique psychiatrique, pauvreté des notions acquises en pratique, voilà qui suffit pour expliquer l'insuffisance de l'action médicale en matière de délire de persécution et de tendances homicides.

***

Le cas qui suit a fait l'objet d'une étude spéciale de notre part : on verra manifestement que l'acte commis par cet aliéné-criminel est en relation directe avec l'inorganisation sociale de la prophylaxie et du traitement des maladies mentales. Et ces faits ne sont pas rares : nous relaterons celui-ci dans tous ses détails, parce qu'il est aussi instructif que possible.

Résumé de l'observation. — *Homme, 27 ans* (1927). *Coups et blessures, le* 25 *décembre* 1926, *sur la personne d'un prêtre. Délire de persécution dont le début remonte au printemps de l'année* 1924. *Origine passionnelle. Psychose hallucinatoire, systématique, atypique, chronique et très probablement incurable. Irresponsabilité . Placement à l'asile.*

Le nommé Lanchabr..., manœuvre, 27 ans, né le ... mars 1900, à ...., célibataire, demeurant à N., est inculpé de coups et blessures.

Les faits et le dossier. — Le 25 décembre 1926, le nommé L... a porté des coups et fait des blessures à Monsieur l'abbé I..., curé de la paroisse Saint-L...-de-N..., dans les circonstances suivantes : l'abbé I., vers quinze heures trente, se trouvait dans le chœur de l'église, revêtu de ses ornements sacerdotaux pour la cérémonie solennelle des vêpres. Il se tenait debout à la stalle réservée aux prêtres et lisait son office lorsque tout à coup le nommé L..., surgit devant lui. Il n'avait pas pris garde à son approche. L'individu lui était complètement inconnu. Immédiatement, il reçut à la figure, à droite, un violent coup de couteau. Il s'écria : « Qu'est-ce que c'est ? ». Puis il reçut deux autres coups au niveau de la clavicule gauche et au niveau de la région thoracique antérieure gauche. L..., repoussé violemment, est tombé ; des témoins se sont précipités sur lui et l'ont désarmé. Il a été conduit au commissariat et écroué.

Les blessures de l'abbé I..., d'après un certificat du docteur T..., en date du 22 janvier 1927, sont au nombre de trois : la première, située à deux centimètres en arrière du gonion du maxillaire inférieur droit, large d'un centimètre environ, a coupé la jugulaire externe et provoqué une hémorrhagie assez importante avec formation d'hématome de la région sterno-mastoïdienne ; — la seconde située sous le bord inférieur de la clavicule gauche, sur la partie médiane de cet os, large d'un centimètre environ, a pénétré la plèvre au niveau du premier espace intercostal ; — la troisième, située au niveau du quatrième espace intercostal gauche, à dix centimètres environ du bord sternal, a également pénétré la plèvre. Les deux dernières plaies avaient déterminé des signes d'hémopneumothorax.

Dès le premier interrogatoire, le 26 décembre 1926, l'inculpé a fait des déclarations paraissant établir qu'il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales. De plus, une enquête de gendarmerie, en date du

9 janvier 1927, établit qu'il a présenté des troubles psychiques, notamment en décembre 1925.

Antécédents.— Les renseignements qui suivent ont été puisés au dossier ou fournis par l'inculpé lui-même.

Son père, décédé en 1903, était commissionnaire-messager et tonnelier. Sa mère, âgée de 71 ans, a continué l'entreprise de messagerie après la mort de son mari, notamment avec l'aide du fils aîné. Elle a mis neuf enfants au monde ; quatre sont morts, dont deux en bas âge ; une sœur est décédée de tétanos, à 29 ans, après une piqûre de fourche, un frère a été tué à la guerre. Trois frères se livrent actuellement au commerce de messagerie ; un autre, le plus jeune, est domestique de ferme. Dans la famille, il n'y aurait pas eu de cas d'aliénation mentale à proprement parler, mais une tante, du côté maternel, serait nerveuse, bizarre, et le dernier des enfants, qui travaille dans la Mayenne, ne donne jamais de ses nouvelles ; il serait un « déséquilibré ».

L'inculpé a été élevé par ses parents. Il avait trois ans quand son père est décédé. Il a reçu une bonne instruction primaire et sait faire convenablement une lettre. Il a exercé plusieurs professions. A douze ans, il a été placé durant un an comme domestique de ferme, puis il est revenu chez sa mère et il s'occupait soit à la maison, soit comme journalier. A dix-huit ans, il s'est de nouveau placé comme domestique et cela, jusqu'à son départ au service militaire. A son retour, après quelques mois passés à la maison, il a travaillé à Nantes comme camionneur, manœuvre, aide de pharmacie, donnant partout satisfaction à ses patrons. Travail leur assidu, il se conduisait bien, ne s'enivrait jamais ; toutefois, il était de caractère renfermé et sombre. Il est célibataire.

A l'âge de deux ans, il aurait été affecté du carreau. Au service militaire, il a été atteint d'angine, de bronchite. Incorporé au 64e régiment d'infanterie, à Ancenis, il est parti en Turquie d'Asie (Syrie et Cilicie), sur sa demande, dit-il, comme conducteur de cuisine. La solde était intéressante, fait-il remarquer : on touchait cinq francs par jour. Il y a contracté le paludisme, la dysenterie, compliquée d'ictère. Il a bien guéri de ces diverses maladies.

Examen spécial : janvier-mars 1927. — L'inculpé, dans le temps actuel, se présente toujours avec calme ; une seule fois nous l'avons trouvé énervé, agacé, impatient. Il parle peu d'habitude. Son regard est oblique, sournois, souvent fixé à terre. Il réfléchit longuement avant de répondre. Il est réticent. Il entre rarement et spontanément dans des explications détaillées sur son affaire. Fréquemment, il sourit, et, satisfait, se frise la moustache. Parfois, il rit aux éclats: mais il est impossible de savoir quelles pensées ont traversé son esprit. L'état de la santé générale est bon ; le système nerveux, les grands appareils de l'économie sont sains. Il se plaint quelquefois cependant de maux de tête et d'insomnie.

Au point de vue mental, on constate d'emblée chez le nommé L... des idées de persécution. Ces idées sont systématisées, mais atypiques; elles sont fondées sur des illusions, des hallucinations et aussi sur quelques fausses reconnaissances.

a) La teneur du délire.— Les idées de persécution que l'examen direct révèle, sont exposées un peu confusément par le patient; on en saisit bien pourtant l'enchaînement. Il déclare de suite qu'on lui en veut, qu'on l'empêche de réaliser ses projets de mariage avec une nommée Clarisse Guépin. (Dès le début, nous devons donner le nom de cette personne qui est l'âme du drame vécu par le nommé L..). Qui lui en veut particulièrement ? Ce sont les prêtres, ce sont les gens d'église. Il n'a jamais beaucoup aimé ces personnes-là. Chose curieuse, on verra pourtant qu'un épisode mystique illustre la psychopathie. Il dit des prêtres : « Ce sont des gens capables de tout... Ce sont des gens qui ont des capacités que les civils n'ont pas... Ce sont des gens qui ont des pouvoirs mystérieux, qui s'occupent de la politique, des femmes. Ce ne sont pas des gens sympathiques... Ils ont agi sur moi par l'esprit du mal... Ils m'ont influencé par la transmission de pensée... Ils font des expériences sur moi... Ce sont, en plus, des gens du parti de l'Alemagne contre la République. Il y a dans le monde religieux des espions allemands qui travaillent contre la France. Un curé qu'il a vu à Carolles (Manche), en août 1926, ou mieux un pseudo-curé, car c'est un espion allemand, dirigerait actuellement les persécutions contre lui avec l'aide de l'abbé I...

Il ajoute : « Jusqu'à ce jour, ils ont empêché mon mariage avec Clarisse. Ils m'ont fait beaucoup de mal, puisque j'ai été plusieurs fois entre la vie et la mort, mais ils ont fait plus de mal encore à Clarisse... Ils nous empêchaient de nous rencontrer, de nous parler, de nous regarder. Eux, ils voulaient avoir cette fille-là à leur volonté, et ils l'avaient. On est comme un jouet dans leurs mains... Entre Clarisse et moi, il y avait de l'amitié, de la sympathie : pourquoi nous empêchaient-ils de nous rapprocher ? »

b) *Hallucinations et illusions.* — Comment s'est exercée, sur lui, cette influence des prêtres ? Il donne les détails les plus complexes et les plus fantastiques : « On le travaillait, dit-il, depuis longtemps... On le travaillait dans les yeux, les oreilles, le cœur, la tête. ... Il souffrait terriblement. Ce n'était pas une existence de vivre comme il vivait. Il pleurait beaucoup. » Il décrit volontiers ses visions, ses hallucinations de l'ouïe et ce qu'il appelle les « torturations ».

Les visions se produisaient surtout la nuit, le soir, ou au milieu de la nuit, toujours dans l'obscurité. « Ces visions, dit-il, ce sont des expériences qu'on subit. Eux, les curés, ils font cela pour travailler un homme par l'esprit du mal. » On faisait surgir devant lui des éclairs, des formes noires (le mal), des formes grises (le bien), par un procédé qu'il appelle le secret des glaces. Il avait entendu parler de ce procédé dans un café. Il a vu ainsi un casque à pointe, l'aigle jaune impérial, le Michel allemand. Les formes noires, c'é-

tait des formes « genre curé », suivant son expression. Un jour, il a vu une forme noire avec un casque à pointe. (Cela pour lui était démonstratif de l'association du clergé et de l'Allemagne.) Il a vu des formes grises, celles-là agréables. C'étaient des formes de femmes. Clarisse s'y trouvait. Un jour, il l'a bien reconnue ; elle avait la tête blanche et voilée. Un autre jour, il a vu une femme avec une croix rouge sur le front. Etait-ce Clarisse ? Il y avait en même temps, à côté, un point noir, un curé, qui le trahissait et le portait au mal... Il a vu tous les mystères du ciel par les souffrances. Il a vu les Anges, les Saints, Notre-Seigneur-Jésus-Christ. Il a vu une croix dans le soleil. En tout cela, le Suprême le conduisait, car il y en a un au-dessus de nous... Une fois enfin il a vu une verge raide, bleue (?), et un revolver : « C'était pour le dominer, dit-il. »

Les hallucinations de l'ouïe paraissent aussi actives que les illusions et hallucinations visuelles ; elles sont d'une analyse plus difficile. Le sujet est réticent sur ses troubles psycho-sensoriels auditifs, bien qu'il parle spontanément de phénomènes de transmission de pensée. Souvent, il ressent des sifflements dans les oreilles. Quelquefois, il perçoit des petits mots, comme des conversations qui vont s'engager ; il ne comprend pas toujours très bien, mais, fait-il remarquer, « cela donne à réfléchir. » Il a entendu quand il était dans sa chambre, ou même quelquefois au travail, puisque « son esprit n'arrêtait pas de penser à tout cela », il a entendu : « Allo ! Détective... A bas l'Allemagne... A bas la guerre.... *Deutschland über Alles*... A bas la France... » Ou alors : « Vive l'Allemagne.. Vive la France ». On lui en a sonné de toutes sortes dans les oreilles. Il y a des choses secrètes qu'il refuse de dire. Pour lui, dans quel parti devait-il se ranger ? Dans celui de la France contre les curés et l'Allemagne. Parfois aussi, il entend des cochonneries. On le tente par les formes grises, par les apparitions de Clarisse, et on le pousse à la volupté. Il avoue qu'il se masturbe fréquemment. (A noter qu'au violon, après l'attentat, on l'a surpris se livrant à la masturbation).

Les hallucinations de la sensibilité générale se mêlent, semble-t-il, à des sensations d'origine émotionnelle douloureuse. Il éprouve des frémissements du corps, des picotements, des étouffements, des « torturations » du cœur, des torturations dans les membres, dans les mains, dans les pieds, dans les ongles. Ce sont pour lui les « expériences » les plus terribles. Il ajoute : « J'ai eu le corps déplacé.. Clarisse, par moments, est en moi. Elle est en moi avec un homme. Je les sentais dans mon corps. Ce doit être Clarisse et le pseudo-curé de Carolles. Je ne veux pas dire ce qu'ils faisaient dans mon corps. Cet homme m'a connu par la pensée de Clarisse. Elle avait ma pensée en elle. Il lui a volé ma pensée afin de me dominer. Pour que Clarisse entre en moi, il a fallu qu'elle soit transformée par le prêtre de Carolles, aidé par l'abbé I... : c'est ce qu'on appelle « travailler » une personne, c'est la mort et la vie (?). Il faut être solide de tempérament pour subir tout cela. »

Il a perçu des odeurs, des goûts extraordinaires « C'étaient des odeurs de sang humain, dit-il, des odeurs de sang divin, des sentes venant de la tentation de la femme. Quelques-unes, dans le noir, piquaient les yeux ; aucune n'était très désagréable... Dans la bouche, c'était des saveurs douces, comme « quand on prend la communion », des saveurs de pharmacie également... »

c) *Fausses reconnaissances.* — On constate des phénomènes de fausse reconnaissance. Il dit avoir, un jour, dans la rue, rencontré Clarisse en religieuse. Elle a dû se faire bonne sœur, dit-il, parce que les curés voulaient l'avoir à leur volonté. Il l'a suivie ; elle a disparu dans une grande maison. Certainement, elle est dans un couvent à Nantes. Il voudrait bien la revoir. Le jour où il l'a rencontrée en religieuse, il a pensé que tout était perdu pour lui et il a eu une sorte de crise de désespoir. — Une fois, il a vu, à l'église, la mère de Clarisse ; elle pleurait ; elle cachait sa figure avec un mouchoir. — A la prison, parmi les codétenus, il voit des espions allemands. L'un d'eux, « un grand sec », inculpé de voies de fait et mis ces jours-ci en liberté, n'est autre que le Kronprinz. Un autre, déguisé, est le pseudo-curé de Carolles.

d) *Etat émotionnel.* — Le sujet, lors des examens, est généralement calme, maître de lui. Il s'énerve parfois, parce que son affaire dure longtemps ; il n'a jamais manifesté de colère. Il ne se fait pas de chagrin, n'ayant rien, dit-il, à se reprocher. Il ne craint rien pour l'avenir ; il est maintes fois heureux, satisfait, et cela s'explique par ses tendances mégalomaniaques. « En ce moment, dit-il, j'ai autant de pouvoir que les curés. Je les domine.. Vous me demandez qui m'a aidé ? Des Saints, des Esprits, pas l'Esprit du mal, mais Dieu... Savez-vous ce que c'est qu'un grand Saint de France . » Il rit, mais, sur question, il n'avoue pas être un grand Saint de France. Il déclare, cependant, un peu agacé à la fin d'un interrogatoire : « On ne voit pas ici la gravité de la situation. L'Allemagne et le Clergé associés vont nous dominer. Moi, j'ai des idées avancées ; je suis un homme supérieur, je suis au-dessus de l'Univers. Je sauverai la France. »

Examen rétrospectif : au moment de l'acte. — Un délire ésotérique aussi actif, nettement systématisé, fondé sur des troubles psycho-sensoriels variés, n'est pas de date récente et il existait quand l'inculpé s'est livré aux coups et blessures qui lui sont reprochés.

Avant l'acte. — Le nommé L.., avant le 25 décembre 1926, s'occupait régulièrement chez un droguiste. Chacun disait qu'il était de caractère sombre, renfermé. Sa conduite était parfaite, et jamais, notamment, il ne commettait aucun excès de boissons. Il vivait seul et n'avait pas de camarade. Toujours peu communicatif, il quittait son garni de bonne heure, le matin, et ne rentrait que le soir pour se coucher. Au travail, on le voyait souvent absorbé ; sa tâche restait régulière et suffisante.

Le vendredi 24 décembre 1926, se sentant malade, fatigué, dit-il, en raison des misères et des insomnies,

qu'il supportait, il se serait couché dès dix-neuf heures. Toute la nuit, il fut travaillé par l'esprit du mal; il eut des hallucinations terribles. Il dit : « A un moment, pour me débarrasser de mes visions affreuses, je m'enfonçais violemment les yeux dans la tête. J'aurais voulu me faire éclater les yeux, perdre la vue pour ne plus avoir devant moi de pareils spectacles. Je tournais dans mon lit malgré moi. Il me semblait que mon côté droit était différent de mon côté gauche. J'en avais « mare » de tout cela, vous savez... D'autant qu'il n'y avait pas que moi qui souffrait, Clarisse aussi, plus encore que moi. C'est comme si on l'avait fait jouir en moi, pour la martyriser après ... »

Au jour (le 25), le mal a continué. « Je voyais, dit-il, du noir, du rouge, du gris, du blanc. C'était une lutte affreuse. J'ai entendu : « Mon esprit te fait souffrir. » C'était l'abbé I.. qui me parlait, commandé par le pseudo-prêtre de Carolles, espion allemand. Les formes grises me calmaient, mais les points noirs me trahissaient, me portaient au mal. A seize heures, je me suis levé et je me suis rendu à l'église St-L...: il me semblait que j'étais conduit par le Suprême. »

L'acte : coups et blessures. — Il continue : « Je voulais en finir. J'ai cherché le curé. Du premier regard, je l'ai trouvé. Je l'avais bien dans l'esprit. Je l'avais vu dans la nuit, chez moi, très nettement, par le jeu des glaces. Je suis allé droit sur lui, sans hésiter, le couteau à la main, et j'ai frappé. C'était plus fort que moi. Quelque chose conduisait mon bras. Le ciel m'inspirait, ou les étoiles de la République.

D. — On dit que vous avez prononcé la parole suivante : Cet homme a trahi ?— R. C'est possible parce que c'est la vérité. »

Jeté à terre par son adversaire, frappé et maintenu par diverses personnes, il s'est laissé emmener sans difficulté au commissariat de police.

Après l'acte. — Il n'a exprimé aucun regret des violences à lui reprochées. Il dit simplement: « Ils m'ont fait beaucoup souffrir (les curés)... Ils m'ont fait bien du mal... Ils m'ont trahi... En frappant l'abbé I..., je croyais me débarrasser de tout ce travail de tête et de corps que je subissais... Ils ont fait souffrir Clarisse encore plus que moi, et ils la feront encore plus souffrir.

D. — Immédiatement après avoir porté des coups à l'abbé I..., vous auriez dit : Pourquoi m'as-tu appelé ? — R. Cela est possible puisque, par deux fois, à la fin de 1925, j'ai été poussé à aller lui parler (ces faits seront précisés plus loin) ».

Depuis quelques semaines, il se demande si, dans ses violences, il a bien été guidé par le Suprême, ou si ce n'est pas plutôt le prêtre espion de Carolles qui l'a poussé à frapper.

Histoire de la maladie mentale.— A l'origine de la psychose constatée à ce jour, il y a un état passionnel d'amour. C'est au printemps de l'année 1924, que L... remarque dans la rue Clarisse G... ; elle peut avoir, comme âge, 24 ou 25 ans : elle était bonne à tout faire dans une maison bourgeoise. Il la voyait chaque jour. On se rencontrait, on s'était mis à se parler, mais pas beaucoup, cinq, six fois. Et les mois passaient. La jeune fille résistait. Blonde, un peu plus grande que lui, elle lui plaisait. Il prend des renseignements sur elle dans le voisinage, elle était sérieuse. Il fait observer : « Oui sérieuse. Ce n'est pas une jeune fille à se faire couper les cheveux ».

Comme elle allait à la messe, le dimanche, il se met à fréquenter les églises de son quartier, notamment l'église Saint-L..., quoique ce ne fût guère de son goût, puisqu'il n'a jamais eu de sympathie pour les prêtres. Il la voit plusieurs fois dans ces églises, en 1924-1925. Enfin, il lui envoie des lettres et sa photographie. Elle ne lui aurait jamais répondu. Il remarque : « On cherchait à se rapprocher, et on ne pouvait y arriver. Quelque chose nous arrêtait. Quelque chose faisait obstacle. »

A un moment (fin 1925), il a l'idée qu'il ne parviendrait à épouser Clarisse que s'il obtient l'appui des prêtres, que s'il affirme ses idées religieuses. C'est dans ces conditions qu'il va voir à deux reprises l'abbé I..., à l'église. Il y serait allé, dit-il aujourd'hui, malgré lui, poussé par une force invincible. Il pleurait souvent, passait des nuits sans dormir : toutefois, il n'était pas halluciné. La première fois qu'il voit l'abbé I..., c'est à la fin d'octobre, à son confessionnal. Il veut lui expliquer tous les malaises qu'il éprouve, les causes du drame de sa vie ; le prêtre l'écoute un instant puis finalement, lui dit : « C'est bien... C'est bien... Dieu fera le reste ? » La confession avait été insuffisante. Quelques semaines après (fin novembre 1925), il croit devoir aller trouver l'abbé I..., à la sacristie, « dans son parloir », comme il dit. Il voulait lui expliquer qu'il se ralliait à l'*Action française*, au parti de Daudet, dont le fils venait de mourir, assassiné, pensait-on. Il y avait beaucoup de prêtres dans la sacristie ; l'abbé I... ne peut l'écouter longuement. Il sort de là fort troublé. « J'étais perdu fou après, dit-il. Toutes les nuits, je « tabutais ». J'étouffais. Ç'a été le début des souffrances du cœur et des torturations du corps. Je voyais des choses extraordinaires, des éclairs, des ombres ; mes oreilles bourdonnaient (apparition des illusions et hallucinations). »

Comme il n'était pas satisfait de l'attitude du prêtre à son égard, il est allé porter plainte à plusieurs reprises au commissariat de police. Là, mis en présence, d'un secrétaire quelconque, il n'a pas pu s'expliquer plus longuement que devant le curé ; on lui a même dit que ces questions étaient d'ordre privé et qu'en conséquence on ne pouvait intervenir.

Partout méconnu, repoussé, un soir, à la fin de décembre 1925, vers le 26 ou le 27, il part à pied de Nantes, où il travaillait, pour se rendre à la M...-de-B..., chez sa mère. Cette fugue est clairement délirante. Il passe trois nuits et trois jours en extravagances. On le voit à C..., clamant des prières sur les marches de l'église. On le voit au P... M..., au pied du monument des morts de la guerre, un chapelet à la main. On le voit aux T..., couvert de boue (il était tombé dans un fossé et avait failli se noyer) : ce jour-là (c'é-

tait vers vingt heures), il était sur les marches de l'église et criait à tue-tête. Le prêtre du bourg vient. Il se jette sur lui, puis se roule sur la route. Des gens accourent : on l'attache et le transporte à la gendarmerie de N...-sur-E... Le lendemain matin, les gendarmes le reconnaissent et le relâchent. Il circule de nouveau librement pendant deux jours et presque deux nuits, se dirigeant vers son pays. Au cours des nuits, la lune qui brillait l'effrayait. Il remarque : « C'est quand c'était pleine lune que je me sentais toujours le plus travaillé ». Une de ces nuits, il tombe dans un ravin, parmi les ronces. La dernière nuit, sur la route, il est dépassé vers vingt-trois heures par son frère Henri, messager, qui ne le reconnaît pas. Son frère Germain, messager également, qui venait derrière Henri, le reconnaît et le fait monter dan sa voiture. Il descend bientôt : « Il faut que je marche, dit-il : la Droite me commande », et il allait récitant à haute voix des prières. Germain se hâte de rentrer et revient avec Henri pour chercher son frère. Ils le trouvent au C.., non loin de la M..., priant et criant sur une mare glacée : « Notre Père qui êtes aux cieux, que votre règne arrive ! » A d'autres moments, gesticulant et s'arrêtant, il hurlait : « Il faut que j'aille en Allemagne. Il faut que j'aille en Autriche. La Droite le veut. » Il est ramené chez lui où sa mère le garde près de deux mois. Au début, elle était obligée de fermer la porte à clef pour l'empêcher de se sauver. Parfois, il criait, levait les bras en l'air, et disait : « Je vois mon père dans les étoiles. Sauvons-nous, ils vont venir. » Puis il s'agenouillait et se perdait en prières. Cela durait des nuits entières ; il se levait et restait debout dans la chambre, bien qu'il n'eût que sa chemise pour se couvrir. La mère cachait sa maladie. Le docteur B..., appelé à le visiter, le trouve en proie à de l'agitation et conclut qu'il a affaire à un «déséquilibré».

Il revient à Nantes, à la fin de février 1926 et se met à travailler. Il cherche à revoir Clarisse. Il va frapper chez elle : elle lui ferme la porte au nez. Il lui écrit un factum de onze pages qui n'a pu être retrouvé. Il allait régulièrement à ses occupations, quoiqu'il souffrît de plus en plus. Au mois d'août (1926), il se rend pour deux jours à Carolles (Manche), afin d'y apercevoir Clarisse, qui y passait l'été aavec ses patrons. Il avait son adresse. Il l'a rencontrée, mais elle s'est détournée de lui. « Là, ajoute-t-il, j'ai vu un prêtre, ou un peseudo-prêtre, qui se promenait tête nue dans un costume négligé ; il m'a croisé à plusieurs reprises et il est venu près de moi au café, à la terrasse. Ce prêtre, — sans doute un espion allemand, — m'a dévisagé. J'ai compris de suite. Clarisse était « jouée » par lui ; il lui avait pris le cœur... Clarisse est revenue à Nantes. Elle a dû être malade. Elle a appelé l'abbé I..., qui, à son tour, l'a travaillée de corps et d'esprit, comme je suis travaillé moi-même... La preuve qu'il me travaille, c'est que quand j'allais à la messe, à l'église St-L,.., l'abbé I..., derrière l'autel, me regardait ; le jour de la Toussaint 1926, il faisait la quête et m'a dévisagé, comme le prêtre de Carolles... Je devenais incapable de faire mon métier, tellement je souffrais, tellement on agissait sur moi. Un châtiment s'imposait. » Ainsi, conduit par le Suprême, ou poussé par le prêtre espion de Carolles, il a attenté aux jours d'un innocent. — Le vrai coupable serait le prêtre espion ; mais comment le découvrir, reconnaît-il ? — Un carnet, saisi chez lui, est rempli d'écrits délirants très incohérents, à écriture tremblée (à cause de l'état émotionnel concomitant).

La psychose présentée par cet aliéné-criminel est sans conteste un délire de persécution, hallucinatoire, systématisé, atypique et chronique. Ce n'est pas la forme classique du délire de la persécution à cause notamment des hallucinations de la vue, et c'est pour cette raison que nous déclarons cette psychose atypique : elle rentre dans ce que Magnan appelait autrefois les délires systématisés des dégénérés.

***

L'organisation de la prophylaxie des maladies mentales, une assistance plus rationnelle et plus complexe des malades mentaux, sont indispensables si l'on veut protéger la famille et la société contre les réactions nuisibles et destructives des sujets affectés du délire de la persécution. Le médecin spécialisé, en collaboration avec l'autorité judiciaire, est appelé à jouer un rôle primordial dans les décisions à prendre. La science se substituant partout aux religions, il va de soi que l'intervention du spécialiste, dans ces cas de pathologie mentale, devient une nécessité impérieuse. Toutefois pour accomplir cette besogne avec des garanties suffisantes, il importe que les psychopathologistes apportent des précisions dans leur langage, la précision existant toujours dans les faits, même les plus complexes. Alors cessera la défaveur dont souffre la psychiatrie et une ère nouvelle commencera pour elle.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Epithélioma du cæcum.

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

Cette malade, âgée de 72 ans, entre dans le service pour des douleurs abdominales remontant à cinq mois environ. Au mois de novembre 1927, elle est prise de renvois après les repas, et de douleurs du côté droit de l'abdomen, assez intenses, survenant quelques heures après les repas, et que la malade localise dans la région cæcale. Jamais elle n'a vomi, ni présenté d'hématémèse ou de mélæna, mais a subi un amaigrissement assez marqué, rapidement progressif, ce qui a inquiété la malade et l'a décidée à entrer à l'hôpital. L'appétit est conservé, mais la malade évite de manger par crainte des douleurs.

Cette femme se plaint, en somme, de quelques troubles digestifs assez vagues, avec des douleurs qu'elle localise dans la fosse iliaque droite. Il s'agit d'une affection à évolution chronique, à allure progressive.

A l'examen nous remarquons en passant une tumeur saillante dans la région inférieure de la fosse iliaque droite, qui descend jusqu'au niveau de l'arcade de Fallope. Cette tumeur est manifestement un lipome de la paroi de l'abdomen.

Si l'on fait la palpation profonde de la fosse iliaque, on sent une tumeur volumineuse, en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle s'étend, en dedans, sous le bord du muscle droit, sans atteindre cependant la ligne médiane. Dans sa partie interne, ses contours sont assez diffus. A la partie inférieure, elle est très bien limitée. A la partie externe et à la partie supérieure elle est aussi assez nettement limitée.

Elle est irrégulière, bosselée, et donne l'impression d'une extrême dureté, d'une consistance pierreuse, aussi bien au niveau des bosselures que dans les intervalles des parties saillantes de la tumeur.

Nous avons à chercher si elle est mobile. Elle est fixée dans le sens transversal ; dans le sens vertical, elle a une très légère mobilité ; dans son ensemble, c'est une tumeur fixée : c'est là un point d'un intérêt particulier.

Cette tumeur est très saillante, elle soulève presque la paroi, et son relief serait visible, si n'était la présence de ce lipome superficiel qui masque la tumeur profonde.

Pouvons-nous penser à un ostéosarcome, ou à une exostose provenant du bassin ? Je n'insiste pas sur ce diagnostic différentiel. Etant donnés les troubles intestinaux que la malade présente depuis cinq mois, il est certain que cette tumeur siège dans l'intestin, et, étant donnée sa topographie, nous pouvons être sûrs qu'elle occupe la région cæcale ou la région iléo-cæcale. Le problème est de savoir quelle est la nature de cette tumeur.

Quels troubles produit-elle ? En somme, elle en produit peu. En dehors de l'amaigrissement notable, il n'y a que des douleurs, apparaissant un certain nombre d'heures après les repas. Il n'y a jamais eu d'ébauche d'occlusion intestinale.

Voilà un premier point important. Important, parce que les tumeurs se développant dans la moitié droite du côlon, y compris le cæcum, ont une symptomatologie tout à fait différente de celle des tumeurs occupant les autres parties du côlon, en particulier de celles qui siègent sur le côlon gauche, c'est-à-dire sur le côlon iléo-pelvien ou pelvien. Dans la majorité des cas, les tumeurs développées sur le côlon gauche se révèlent d'abord par des accidents d'occlusion ou de sub-occlusion intestinale, tandis que, au contraire, les tumeurs du côlon droit ne donnent que très rarement des accidents d'occlusion.

En effet, les tumeurs de la moitié gauche du côlon amènent un rétrécissement de calibre et souvent une oblitération complète de ce conduit. C'est pourquoi très souvent la première manifestation clinique est l'occlusion intestinale. Au contraire, les tumeurs du côlon droit amènent très rarement des phénomènes d'occlusion, et même de sub-occlusion. On peut dire qu'il en est de même pour les tumeurs de l'intestin grêle.

Les tumeurs de l'intestin grêle provoquent très rarement des phénomènes d'occlusion et il y a à cela une explication facile : ces tumeurs ne sont pas, généralement, de même nature que les tumeurs du gros intestin. Les tumeurs du gros intestin, en dehors de quelques exceptions, sont des épithéliomas. Au contraire, les épithéliomas sont rares sur l'intestin grêle. Les tumeurs de l'intestin grêle sont, dans la majorité des cas, des sarcomes ; les sarcomes deviennent très volumineux, mais s'ulcèrent. En réalité, le calibre de l'intestin, bien loin d'être rétréci, est élargi en pareil cas.

Etant donnée cette règle générale, nous n'avons pas lieu de nous étonner qu'une tumeur siégeant sur la région iléo-cæcale, peut-être sur le côlon ascendant, n'ait pas produit de phénomènes d'occlusion.

Il faut cependant que nous recherchions s'il n'y a pas eu des symptômes de difficulté du

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin le 26 avril 1928, recueillie par le Dr Laporte.

passage des aliments, c'est-à-dire un ensemble symptomatique pouvant faire penser à un rétrécissement de la région atteinte par la tumeur.

Je viens de dire que les tumeurs cæcales ou coliques droites donnent rarement lieu à des accidents d'occlusion. Il faut faire une exception pour les tumeurs développées sur la valvule de Bauhin. Les tumeurs de la valvule de Bauhin peuvent produire des accidents d'occlusion primitifs. On observe quelquefois des ébauches d'occlusion pendant la première phase du développement de ces tumeurs. Ces accidents peuvent disparaître ultérieurement d'une manière complète par suite de l'ulcération du néoplasme ; cette valvule est complètement détruite ; bien loin d'être rétrécie, elle devient, au contraire, insuffisante, c'est-à-dire que la communication entre l'intestin grêle et le gros intestin peut se faire dans les deux sens.

Le grand syndrome du rétrécissement de l'intestin, qui offre son maximum de netteté lorsque ce rétrécissement siège sur la partie terminale de l'intestin grêle, c'est ce qu'on appelle le syndrome de König.

Le syndrome de König se résume en trois épithètes : contractions intestinales visibles, douloureues et sonores. Lorsqu'on examine la paroi abdominale, on voit la reptation sous-pariétale des anses intestinales, donnant l'impression de serpents s'agitant sous une couverture. Ces contractions visibles à travers la paroi sont douloureuses, c'est-à-dire qu'elles s'accompagnent de douleurs à type de coliques et qui sont quelquefois extrêmement intenses. Chez certains malades, l'orientation de ces douleurs a une précision particulière. Les malades décrivent les points où la douleur commence, la direction qu'elle suit, et cette direction conduit au point où l'on sent cette tumeur. Ils racontent en même temps que lorsque la douleur arrive à son maximum d'acuité en ce point, il se produit dans la cavité intestinale des bruits intenses qu'on peut souvent percevoir à distance, et après cela il survient un soulagement complet.

La paroi de l'intestin est donc entrée en contracture ; la douleur peut acquérir une intensité extraordinaire. C'est une douleur de contracture. Sous l'influence de cette contracture et de l'augmentation de pression dans l'intestin, les aliments arrivent à forcer le rétrécissement ; à ce moment, il y a une collision entre les gaz et les liquides, et des borborygmes extrêmement bruyants se produisent.

Des renseignements fournis on peut conclure que la malade présente une ébauche de syndrome de König.

Y a-t-il d'autres symptomes pouvant déceler un rétrécissement de l'intestin ?

Au-dessus du rétrécissement, l'intestin se distend, en même temps que sa paroi s'hypertrophie. Ceci peut entraîner d'autres symptômes. Lorsque les anses intestinales sont très distendues au-dessus d'un obstacle siégeant sur la partie terminale de l'intestin grêle, on peut produire du clapotage péri-ombilical. Mathieu insistait beaucoup sur ce signe. La succussion, en général, dans ces cas-là, ne donne aucun renseignement, ou rarement.

Il y a un autre symptôme sur lequel j'ai insisté, c'est le symptôme des vases communicants ou de la fausse ascite ; c'est-à-dire qu'il existe dans l'intérieur de l'abdomen une masse de liquide, qui subit l'influence de la pesanteur, et qui cependant n'est pas libre dans la cavité péritonéale. Lorsque l'intestin, au-dessus d'un rétrécissement, s'est considérablement dilaté, et en même temps que sa paroi s'est épaissie, de sorte qu'il forme un tube à peu près rigide au lieu de présenter ces innombrables coudures que présente un intestin normal souple, les liquides s'y comportent comme dans les vases communicants ; suivant la position du malade, ils vont occuper les portions déclives de cet intestin.

Dans certains cas, les dimensions de l'intestin grêle au-dessus de l'obstacle deviennent énormes, et le liquide contenu dans l'intestin se déplace avec une telle facilité sous l'influence des mouvements qu'on n'hésite pas à faire le diagnostic d'ascite. Ainsi une malade atteinte d'une tumeur bénigne de l'intestin m'avait été envoyée d'un service de médecine avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. C'est en l'examinant avec le plus grand soin que j'ai constaté qu'il s'agissait d'une fausse ascite.

Quels sont les signes qui peuvent attirer l'attention ? Il y en a deux. Dans l'ascite vraie, le liquide se déplace avec une extrême rapidité dès que le malade a changé de position, les zones de sonorité et de matité se sont modifiées. Lorsque le liquide est contenu dans l'intestin, le déplacement se fait un peu plus lentement, et la ligne de niveau change progressivement.

De plus, la ligne de niveau présente des particularités. Du côté droit, il est souvent très difficile de la distinguer d'une ascite vraie. C'est donc du côté gauche qu'il faut chercher ce signe. S'il s'agit d'une fausse ascite, il y a des irrégularités, des encoches, entre la zone sonore et la zone mate.

Ici, nous ne trouvons aucun symptôme de ce genre. Nous devons rechercher les ganglions ; ils sont à peu près symétriques. La recherche des ganglions mésentériques est négative, mais il faut qu'ils soient très volumineux pour qu'on puisse les percevoir.

Le seul symptôme, c'est un amaigrissement considérable. Dans ces cas où il s'agit de prendre une décision opératoire, on doit rechercher le

degré de déshydratation du sujet. Lorsqu'on fait un pli cutané chez un sujet normal, ce pli disparaît aussitôt qu'on a cessé la pression. Lorsque les malades sont en état de dénutrition avancée, et surtout de déshydratation, le pli persiste pendant un certain temps. On cherche aussi la contractilité idio-musculaire. Chez cette malade, elle fait complètement défaut, mais la persistance du pli cutané est manifeste et indique une déshydratation marquée.

Peut-on penser qu'il s'agit d'une appendicite chronique ayant entraîné une réaction inflammatoire de voisinage ? L'extrême dureté de la tumeur, sa forme noueuse, éliminent complètement l'idée d'un abcès appendiculaire, chronique ou subaigu. Certains abcès d'origine appendiculaire peuvent en imposer pour une tumeur du cæcum. Ici, rien de tel. Nous n'avons que deux hypothèses à envisager, celle d'un cancer, ou celle d'une forme particulière de tuberculose de la région iléo-cæcale.

La tuberculose de la région iléo-cæcale présente des formes ulcéreuses, des formes ulcéro-caséeuses, des formes tumorales. Les formes tumorales de la tuberculose intestinale ont été considérées pendant longtemps comme des sarcomes, et c'est seulement après les premiers examens histologiques faits par Pilliet, en 1889, qu'on est arrivé à la notion d'une forme particulière de tuberculose, la tuberculose hypertrophique du cæcum, qu'on appelle quelquefois tuberculose lymphoïde du cæcum. Cette forme de tuberculose on ne l'observe pas seulement dans le cæcum ; on l'observe quelquefois à la partie inférieure du tube digestif, dans la région anale ; c'est l'une des causes du rétrécissement du rectum.

Au niveau du cæcum, les sarcomes sont très rares, alors qu'ils sont relativement fréquents dans l'intestin grêle. Il n'y a pas lieu de songer ici à un sarcome.

Lorsqu'on enlève des appendices pour appendicite, il arrive quelquefois qu'on y trouve de petites nodosités. A l'examen histologique, on constate qu'elles ont absolument la structure, l'architecture du cancer le plus malin. Néanmoins, ces tumeurs sont très bénignes, au point de vue clinique. C'est parce qu'elles ne sécrètent pas des substances toxiques. On peut identifier les cellules qui les constituent par des imprégnations de nitrate d'argent : elles sont argentophiles. On appelle aujourd'hui ces tumeurs des carcinoïdes. Nous n'avons pas à penser ici à un de ces carcinoïdes.

Nous avons à chercher si cette malade est atteinte d'un épithélioma cylindrique ou d'une tuberculose hypertrophique du cæcum.

Quels sont les éléments qui peuvent permettre de faire le diagnostic différentiel entre ces deux affections ?

Il y a un facteur d'une très grande importance, c'est l'âge de la malade, et aussi son état de cachexie, qui sont en faveur d'une tumeur maligne.

En général, on peut dire que les tuberculoses hypertrophiques sont plus volumineuses que les épithéliomas, mais les épithéliomas du cæcum ont parfois un volume très grand ou du moins donnent lieu à une masse considérable ; il n'est pas rare, en effet, que ces tumeurs, ulcérées, produisent des phénomènes d'infection surajoutée ; par suite, il se développe une grosse masse inflammatoire autour de la tumeur ; quelquefois même de véritables suppurations se produisent.

Il y a des cas extraordinairement trompeurs, parce que les phénomènes inflammatoires peuvent être ceux qui attirent les premiers l'attention.

Très souvent chez ces malades, il y a une élévation de température. Il faut en connaître la possibilité. Elle pourrait orienter le diagnostic plutôt vers l'hypothèse de la tuberculose que vers celle d'une tumeur maligne. Il faut savoir que les accidents infectieux au cours des épithéliomas de l'intestin ne sont pas très rares au niveau du côlon droit et de la région cæcale, en particulier.

D'une manière générale, les tumeurs cæcales, que ce soit une tuberculose hypertrophique ou un épithélioma, sont bien limitées à la partie inférieure, bien limitées à la partie inférieure, bien limitées en dehors, et mal limitées en dedans, parce que c'est en dedans que se trouvent les ganglions lymphatiques. Le premier groupe ganglionnaire envahi dans les affections du cæcum est celui qui est situé dans l'angle iléo-cæcal. Peut-être la tumeur est-elle plus diffuse dans les tuberculoses que dans les néoplasmes ? Il est classique de dire que vers la partie supérieure, ces tumeurs sont mal limitées, et peut-être plus mal limitées lorsqu'il s'agit de tuberculose hypertrophique que lorsqu'il s'agit d'épithélioma. Mais ce sont des nuances, d'interprétation bien difficile.

Lorsque la consistance est très dure, c'est vers l'hypothèse d'une tumeur maligne qu'il faut s'orienter, et ici la tumeur est d'une dureté tout à fait extraordinaire.

Il y a un autre point sur lequel on a énormément discuté, c'est la mobilité de la tumeur. Souvent les tumeurs cæcales sont extrêmement mobiles. La mobilité normale du cæcum est très variable. Mais, pratiquement, il serait intéressant de savoir si les tuberculoses hypertrophiques du cæcum sont plus mobiles que les épithéliomas. Cette mobilité ne semble pas être en faveur d'une hypothèse plutôt qu'en faveur de l'autre, à l'heure actuelle.

La recherche des mélænas occultes est un

grand progrès pour le diagnostic des affections du tube digestif. Faite ici, suivant la règle pendant trois jours consécutifs, elle a donné un résultat positif ; ceci est en faveur d'un épithélioma du cæcum. Pour le cas particulier, le diagnostic n'est pas douteux, mais peut-on en général, de la présence de mélænas occultes, au cas d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite, conclure qu'il s'agit d'un épithélioma plutôt que d'une tuberculose ? Nous savons que les tumeurs épithéliales de l'intestin saignent régulièrement, mais nous ne savons pas comment se comporte la tuberculose hypertrophique du cæcum. On peut penser qu'en général elle saigne peu, la tuberculose étant peu hémorragique, en dehors des accidents pulmonaires.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Par le Dr Auguste Colin, de Nice.

Au mois de novembre 1927, j'ai fait paraître dans le *Concours médical* un article dans lequel, partant de certains faits expérimentaux, j'émettais l'hypothèse que la plupart des troubles chroniques qui reviennent par intermittence, sans cause appréciable, étaient le résultat d'une infection méconnue du rhino-pharynx, et que la thérapeutique de ces troubles, pour être logique, devait s'adresser aussi bien à l'infection du cavum qu'à l'intoxication qui en résulte.

Me rendant compte chaque jour de plus en plus que je suis dans le vrai, je suis arrivé à émettre une hypothèse, qui de prime abord paraîtra audacieuse, mais qui cependant a le mérite d'être claire et logique : c'est que cette infection méconnue du rhino-pharynx, non seulement détermine les troubles chroniques signalés plus haut, mais contribue à former les lésions chroniques elles-mêmes, graduellement, par les troubles variés qu'elle apporte dans le métabolisme général. C'est ainsi que toutes les lésions de sclérose, les lésions goutteuses, diabétiques, lithiasiques, cutanées, nerveuses, rhumatismales, etc., auraient comme point de départ une infection du cavum et que c'est la succession de ces nombreuses poussées infectieuses, dans le cours d'une vie, qui permettrait la formation des différentes lésions chez des individus prédisposés.

Quand l'enfant vient au monde, il suffit, pour qu'il soit bien portant, que son système végétatif fonctionne bien, et particulièrement le foie, le système vago-sympathique et le système endocrinien. Grâce à ce bon fonctionnement, les aliments se transforment normalement, le sang reçoit les substances qui concourent à l'entretien de l'organisme et à son développement progressif, et l'élimination des produits de désassimilation est assurée par les organes dont c'est la fonction.

Cependant, si les organes sont sains ou paraissent sains, ils peuvent être doués, par suite de l'hérédité, d'une sensibilité spéciale, d'une *hypersensibilité* pathologique, qui fait que ces organes végétatifs seront bien plus vite et bien plus profondément troublés dans leur fonctionnement que les mêmes organes chez les enfants dont l'hérédité est absolument nette. Qu'une infection légère s'établisse chez des enfants sans hérédité pathologique, les troubles seront relativement légers ; ils disparaîtront aussitôt que l'infection aura fait son évolution. Mais que cette infection, même légère, se produise chez des enfants dont les parents avaient, au moment de la conception des enfants un état pathologique prononcé, comme la goutte, le diabète, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, l'artério-sclérose avec urémie, cette infection produira une sensibilisation plus accentuée du côté du foie, des glandes endocrines et du système vago-sympathique, et le résultat en sera : une plus longue durée de la maladie, des troubles plus prononcés et un retour moins parfait à l'état de santé. De plus l'infection, si elle se répète, créera dans ces organes hypersensibilisés une prédisposition à être troublés par la moindre des causes.

Pendant ces périodes d'infection, même légère, il en résultera un trouble dans le métabolisme général, et l'enfant sera ainsi soumis à l'influence à la fois du poison microbien et du poison toxi-alimentaire.

Que cette infection latente ou subaiguë se prolonge, qu'elle se manifeste par des poussées successives sans température, si on ne songe pas à cette infection et qu'on ne la traite pas, il en résultera une répercussion, souvent accentuée, sur l'état général, et l'enfant restera maladif, sans résistance.

Toutes les infections peuvent assurément créer cet état, et particulièrement les affections gastro-intestinales. Cependant, il y a une infection qui, à mon avis, à une plus grande importance que toutes les autres : c'est l'infection de la muqueuse du rhino-pharynx et des sinus. On l'a signalée comme cause possible d'un grand nombre de troubles morbides, soit qu'elle puisse créer des complications locales comme les sinusites, les otites moyennes avec mastoïdite, soit qu'elle puisse déterminer des troubles généraux à distance. et particulièrement des troubles gastro-intestinaux. Mais je crois qu'on n'a pas suffisamment insisté sur la fréquence de cette infection comme cause possible d'un mauvais état général.

Et pourtant, tout concourt à expliquer la pré-

disposition de cette région à l'infection : tissu lymphoïde avec ou sans végétations, présence de granulations, cavité anfractueuse, défaut de conformation qui fait que l'air passe difficilement, arrêt de toutes les poussières et de tous les germes de l'air respiré, localisations d'un grand nombre d'infections, éruptives ou autres, qui laissent le tissu en état de moindre résistance...

Toutes ces causes interviennent pour rendre la muqueuse plus vulnérable, de telle sorte que le moindre refroidissement suffit pour créer une poussée infectieuse dans le cavum. L'enfant ne s'en rend pas compte (je ne parle pas des états aigus avec fièvre) puisqu'il n'y a aucun trouble local, aucune douleur, souvent même pas le moindre enchiffrènement ; il continue donc à s'alimenter mais, par suite de la déficience hépatique et gastro-intestinale, les aliments ne sont plus transformés normalement, et il en résulte des troubles gastro-intestinaux : état saburral, inappétence, dilatation d'estomac, fermentations anormales, nausées, renvois et généralement constipation.

Ce qui fait que l'infection du cavum n'est pas diagnostiquée par les praticiens, c'est que l'examen en est difficile, c'est que la lumière vive qui est projetée dans la région détermine un réflexe qui agit sur la circulation et modifie l'aspect de la muqueuse, c'est que le rayon visuel ne peut aller ni dans les anfractuosités, ni dans les cavités des sinus.

A mon avis, on doit arriver au diagnostic d'infection du rhino-pharynx par élimination. Si vous ne portez pas de diagnostic précis de maladie chez un enfant atteint de troubles variés et surtout chez un enfant présentant un mauvais état général, pensez toujours à une infection du cavum et dirigez votre traitement de ce côté-là.

Mais alors, si l'enfant n'est pas traité pour sa rhino-pharyngite, il restera soumis, pendant des périodes fréquentes, à l'action des poisons, et il en résultera des troubles de l'état général avec arrêt de développement, défaut d'ossification, rachitisme, défaut d'assimilation. amaigrissement, anémie, troubles nerveux, etc.

Quand ces enfants seront dans une bonne santé relative, c'est que l'infection rhino-pharyngienne ira mieux, c'est qu'elle sera à l'état de sommeil. Mais il suffira d'une cause insignifiante pour provoquer de nouveaux troubles : c'est ce qui explique que certains enfants sont si souvent malades et d'autres jamais.

L'enfant grandira donc, plus ou moins bien, avec des périodes de bonne santé relative et des périodes de troubles plus ou moins accentués.

Mais, pour arriver à l'âge adulte, bien des facteurs interviendront qui modifient dans un sens ou dans un autre l'état pathologique de l'individu. Ces facteurs sont : l'hérédité, le genre de vie, les maladies intercurrentes et enfin, la qualité de l'infection rhino-pharyngienne.

Il est reconnu que l'*hérédité* joue un grand rôle, et que l'hérédité pathologique s'exerce surtout par la déficience qu'elle apporte dans le fonctionnement de la cellule hépatique.

La cellule hépatique, déficiente déjà héréditairement, si elle subit fréquemment l'influence nuisible du poison microbien et du poison toxi-alimentaire, arrive peu à peu, *très lentement* c'est vrai, mais sûrement, à perdre de ses facultés de fonctionnement. Les poisons microbiens et les poisons toxi-alimentaires ne sont plus détruits complètement ; la fonction glycogénique et la fonction uréique ne se font que partiellement et mal ; la bile n'est sécrétée que modifiée dans sa composition. Aussi, sous l'influence de ces troubles, l'état général devient moins bon et, peu à peu se produisent des localisations lésionnelles dans certains organes, donnant naissance à ce qu'on appelle des *« états diathésiques. »*.

Le genre de vie exerce aussi son influence : il est certain que ces états diathésiques auront d'autat plus de chance de se former que l'individu aura un genre de vie moins hygiénique : vie sédentaire, confinée dans des locaux sans lumière, pas d'exercice, excès alimentaire, alcoolisme, tabagisme, etc.

Les maladies aiguës ou chroniques dont l'individu aura été atteint pendant cette longue période de 30, 40 ou 50 ans, laissent quelquefois des lésions ou au moins fatiguent certains organes, ce qui contribue à augmenter le trouble dans le métabolisme général.

J'ajoute que la *qualité du virus infectant* a aussi son importance. Je m'explique. Toute toxine microbienne a une double action ; une action intoxicante générale plus ou moins accentuée , qui fatigue tous les tissus et trouble leur fonctionnement ; et une action élective sur certains organes, c'est-à-dire que tel poison se porte plus particulièrement sur tel organe. C'est ainsi que l'on a des spirochètes qui sont dermotropes et d'autres qui sont neurotropes ; c'est ainsi que la rougeole a une action élective sur la muqueuse des voies respiratoires et sur la peau ; que, dans la scarlatine, cette action se porte sur la peau ; dans la diphtérie, sur certains nerfs (cœur, voile du palais), dans le zona, sur certains nerfs aussi ; dans le tétanos, sur les cellules cérébrales motrices, etc. Vaudremer n'a-t-il pas trouvé que le bacille de Koch pouvait, sous certaines influences changer de forme et, dans ce nouvel état, avoir des propriétés pathologiques différentes ?

Mais alors, n'est-il pas logique d'admettre que les germes du rhino-pharynx peuvent avoir, dans certains cas et sous certaines conditions, la propriété de déterminer des lésions à distance, lésions dont, jusqu'à maintenant, l'étiologie était inconnue ? Pourquoi cette infection ne contribuerait-elle pas, dans des conditions humorales

produites par l'hérédité et l'état pathologique antérieur, et par une action élective du poison sur certains organes, à produire la plupart de ces lésions et de ces troubles chroniques ? C'est ainsi qu'elle contribuerait, par une action lente, *très lente*, sur l'état humoral :

a) A favoriser la formation des urates et autres sels au niveau des articulations (rhumatismes) et celle des calculs, dans la vésicule ou dans les reins (lithiase hépatique et rénale).

b) A favoriser la formation du tissu de sclérose dans les artérioles et les veinules (artério-sclérose, néphrite interstitielle, athérome, phlébites, varices).

c) A troubler complètement la fonction glycogénique (diabète) et la fonction uréique du foie (goutte, asthme, migraines, etc.).

d) A déséquilibrer le système cérébro-médullaire de façon à donner naissance aux troubles nerveux, cérébraux, voire même mentaux.

e) A créer des lésions dans le système hématopoiétique (rate, ganglions), d'où naissent les cas d'anémie plus ou moins prononcée.

f) A contrarier le système endocrinien avec production de troubles d'abord, de lésions ensuite, d'où hypo- et hyperthyroïdisme, maladie de Basedow, maladie d'Addison, troubles de la ménopause, de puberté, etc.

Il est bien entendu que ces lésions et ces troubles ne sont jamais systématisés d'une façon absolue, car, d'une part, tous les organes, qui sont solidaires les uns des autres, subissent plus ou moins l'action des poisons, et le trouble de chacun de ces organes a son retentissement sur le fonctionnement des autres ; d'autre part, les facteurs qui interviennent (hérédité, genre de vie, maladies intercurrentes et qualités de l'infection) exercent leur action avec des degrés très variables ; de là, des lésions multiples, disséminées, des symptômes qui s'intriquent les uns dans les autres, à telle enseigne que *chaque malade chronique fait sa maladie à sa façon.*

On comprend aussi qu'arrivés à ce stade pathologique, les troubles dépendant uniquement de l'infection rhino-pharyngienne et des sinus cèdent le pas devant les troubles produits par les lésions qui se sont formées graduellement dans les tissus ou dans les cellules sous l'influence du poison microbien et du poison toxi-alimentaire, et qu'il faut surtout traiter ces dernières lésions. Néanmoins, on ne doit pas négliger le traitement du cavum, car, lorsque tous ces malades chroniques sont dans un état de santé relativement bon par suite d'un traitement spécial et d'un régime approprié, c'est que l'infection rhino-pharyngienne va mieux, c'est que cette infection est en sommeil. Mais lorsque ces malades ont une crise pathologique (crise d'asthme, crise goutteuse, coliques hépatiques ou rénales (mais sans migration de calculs) crises rhumatismales, crises diabétiques, crises cardio-aortiques, urémiques, nerveuses, éruptions cutanées, etc..., c'est qu'il y a un réveil de l'infection rhino-pharyngienne, c'est que les malades se retrouvent sous l'influence du poison microbien et du poison toxi-alimentaire, c'est que ces poisons vont provoquer une réaction dans le point le plus vulnérable et le plus sensible de l'organisme.

Comment survient la crise ? Voici, à mon avis, le processus le plus fréquent.

L'individu est atteint de rhino-pharyngite chronique. Sous l'influence d'un coup de froid dont il ne se rend pas compte, la muqueuse se congestionne, les virus en sommeil se réveillent, et c'est alors, dans cette région, une poussée d'infection subaiguë sans température. La toxine microbienne produite à cet endroit passe dans le sang et va fatiguer tous les organes, mais particulièrement les organes qui président à la transformation des aliments, c'est-à-dire le foie et le système vago-sympathique. Ces organes, déjà hypersensibles par hérédité, ou par l'action des infections antérieures, subissent une nouvelle sensibilisation plus active. Néanmoins, l'individu qui conserve un certain appétit s'alimente le soir comme d'habitude. Le foie, alors essaye, malgré son état d'extrême sensibilisation, de remplir ses fonctions. Il y arrive pendant les premières heures, parce que la transformation porte sur les aliments les plus faciles à modifier, mais il arrive un moment où il est surmené, c'est quand il doit transformer les aliments azotés, et alors son travail se ralentit, il cesse peu à peu de remplir ses fonctions : il est comme inhibé. Dans cet état, il n'arrête plus les globules albuminoïdes de l'alimentation qui, passant dans le torrent circulatoire, vont troubler l'état colloïdal du sang, déterminant le phénomène de la floculation, et sous l'influence de ces changements biologiques survient la crise brutale, crise variable suivant les lésions antérieures, les prédispositions héréditaires où la spécificité de certains germes.

Et la pathogénie de tous les autres troubles chroniques, de toutes les lésions chroniques, peut s'expliquer de la même façon.

En résumé, quand vous posez un point d'interrogation au point de vue étiologique, pensez toujours à l'infection du cavum. Bien souvent, des troubles morbides qui semblent n'avoir aucun rapport avec l'état du cavum, dépendent presque uniquement de cette infection : tels sont les phénomènes d'anaphylaxie, les vomissements de la grossesse, le mal de mer, etc.

Quel sera donc le traitement ?

Pour être judicieux, ce traitement doit chercher à réaliser trois conditions : 1° antisepsie de la région du cavum et des sinus ; 2° désintoxication de l'organisme ; 3° chercher à désensibiliser les organes de transformation des aliments.

1° Chez l'enfant, on enlèvera les végétations, si

elles existent ; on procèdera à des écouvillonnages du cavum s'il y a seulement des granulations infectées, et on habituera l'enfant, par des inhalations appropriées, à désinfecter la région et à tonifier la muqueuse. Cette pratique, qui sera en même temps un traitement prophylactique pour un grand nombre de maladies aiguës permettra d'éviter les nombreuses petites infections subaiguës dont la fréquence a un retentissement si fâcheux sur certains organes, particulièrement sur le foie, sur le système vago-sympathique et sur le système endocrinien, et qui peuvent, à la longue chez des individus prédisposés, contribuer à former des lésions chroniques diathésiques. Un adulte qui, depuis son enfance, se sera soumis à ces règles d'hygiène, aura les plus grandes chances d'avoir un bon état de santé.

Chez l'adulte, chez le vieillard, il faut aussi traiter le cavum par les écouvillonnages, les lavages et les inhalations ; car ce traitement empêchera les crises de se produire. Traitez toutes les maladies chroniques, tuberculose, syphilis, goutte, diabète, lithiases, scléroses, rhumatismes, éruptions cutanées, etc... par la méthode de votre choix, mais traitez en même temps le rhino-pharynx. Vous serez surpris des heureux résultats que vous obtiendrez.

Dans ces essais thérapeutiques n'oubliez ni les anémies, sous quelque forme qu'elles se présentent, ni la paralysie générale. J'ai tout lieu de croire que l'infection rhino-pharyngienne a une part dans l'évolution de ces maladies.

2° Il faut en même temps chercher à désintoxiquer l'organisme ; ces recommandations sont logiques, puisque, par l'action lente des poisons microbiens et des poisons toxi-alimentaires, il y a eu, pendant de longues années, de fréquentes perturbations dans le métabolisme général, perturbations qui, indépendamment des troubles morbides qu'elles déterminaient, contribuaient à former lentement mais sûrement, des lésions dans certains organes. On peut dire, que chez tous les chroniques, les cellules organiques sont plus ou moins adultérées, et que le métabolisme général se fait au ralenti. Dans ces conditions, il faut recommander un régime de désintoxication, avec suppression fréquente des aliments azotés.

3° Enfin, il faut chercher à désensibiliser le foie et le sympathique. Pour cela, je crois qu'on a raison de recommander fréquemment l'iode : car ce médicament est un des meilleurs désensibilisateurs.

Depuis longtemps déjà, j'ai adopté cette méthode, et je m'en suis toujours bien trouvé. Et je suis persuadé que, si la pratique médicale se basait sur cette nouvelle conception pathologique, et si la thérapeutique cherchait à réaliser d'une manière permanente la désinfection du rhino-pharynx et la désintoxication générale, on arriverait à réduire dans de fortes proportions la mortalité infantile et même la morbidité générale.

Dr Aug. Colin.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Rôle des causes occasionnelles dans la déterminisme du ramollissement cérébral (réflexions thérapeutiques).

Les lésions en foyer qui frappent l'encéphale sont dues soit à l'hémorragie cérébrale, le plus souvent suivie de mort, soit au ramollissement. Dans l'un et l'autre cas, le facteur vasculaire est capital : lésion en foyer est synonyme de lésion d'origine vasculaire.

Mais, en plus de la lésion vasculaire, primordiale par son importance, il y a lieu de tenir grand compte de l'hypertension artérielle qui domine la scène dans l'hémorragie, et dans le ramollissement, de facteurs accessoires tels que le spasme vasculaire, la chute de la tension artérielle, et les troubles de coagulation du sang ou de la viscosité sanguine ; ces derniers sont fréquents chez les artério-scléreux, qui ont souvent un sang hypervisqueux et trop riche en cholestérine.

Le spasme vasculaire joue un rôle notoire, car point n'est besoin ni de thrombus local, ni d'embolie pour observer le ramollissement.

Ces données sont d'une grande importance pratique ; elles permettent de comprendre l'efficacité de certaines cures sur les artères (traitement de l'hémiplégie syphilitique chez des sujets jeunes) ; elles commandent de manier certaines médications (saignée) avec circonspection et dans des cas bien déterminés.

Le traitement spécifique doit dépendre de l'âge de la maladie et aussi de l'âge du malade ; institué d'une manière très précoce chez des syphilitiques jeunes, il peut diminuer le taux inflammatoire de l'artère malade et mettre fin à un spasme qui entravait l'irrigation d'une zone cérébrale. Un sujet qui a contracté la syphilis

de 20 à 30 ans, et qui fait une lésion en foyer dans les 5 à 20 années qui suivent l'infection primaire bénéficie souvent d'un traitement d'attaque vigoureusement conduit.

Quant à la saignée, si elle est utile au cours de l'ictus de l'hémorragie cérébrale conditionnée par une hypertension artérielle, il n'en est pas de même pour le ramollissement cérébral, où l'hypertension est loin de jouer le même rôle. Elle est utile chez les porteurs de tares cardiorénales, qui font, en même temps que de l'œdème des membres, des accidents nerveux convulsifs ou délirants sans signes nets de lésions en foyers ; mais en cas de ramollissement cérébral, il faut être ménager de l'émission sanguine profuse ; mieux vaut poser une sangsue à la mastoïde du côté malade , et d'ailleurs l'hirudine semble un excellent anticoagulant. On y joindra un bon lavement purgatif et une révulsion active à distance (sinapismes sur les jambes ou les cuisses). Enfin, puisque le ramollissementest conditionné par l'artérite aggravée, soit par le spasme, soit par les troubles de l'hémolyse cérébrale, de la coagulabilité , de la viscosité, de la toxicité sanguine, les médicaments employés doivent lutter contre ces divers facteurs.

Ce sera l'iodure de sodium à la dose d'un gramme par jour ; comme c'est aussi un vasoconstricteur (contrairement à l'opinion ancienne), on ne le prescrira que dans les périodes d'accalmie, en l'abandonnant lorsque la lésion veut s'accentuer ou se compléter.

Le Dr CHAVANY recommande aussi, à la période d'ictus, les antispasmodiques (benzoate de benzyle), les vaso-dilatateurs (trinitrine), l'acétycholine, les anticoagulants (citrate de soude par voie buccale en paquets de 10 grammes par jour à parties égales avec du lactose). (*La Pratique médicale française*, juin 1928 A.)

Un cas d'épilepsie infantile traité par le régime cétogène.

Le Pr R. DUPÉRIÉ rapporte le cas d'un garçon de 5 ans, dont les crises comitiales avaient depuis deux ans résisté aux sédatifs du système nerveux et au traitement spécifique ; il fut rapidement amélioré par le régime cétogène : viandes, poissons, aliments gras, avec réduction aussi forte que possible du pain, des féculents, des légumes et des fruits.

Chez ce sujet, la durée du régime n'est pas suffisante pour permettre une opinion définitive ; une infraction au régime a été sanctionnée par de nouvelles crises, qu'une diète cétogène plus sévère a aussitôt jugulées. D'ailleurs, il faut répéter que le régime cétogène a été très discret : diminution aussi stricte que possible des farineux, des purées, du pain, des pâtes, des légumes, pâtisseries et sucreries ; on a laissé l'enfant manger à sa faim de la viande, du poisson, des aliments gras ; on a permis quelques fruits. Ce n'est qu'après la rechute que le pain de gluten a été substitué au pain ordinaire. Ce régime n'a provoqué qu'un degré très léger de cétose ; il n'y a jamais eu dans les urines que des traces d'acétone (disque rosé au nitro-prussiate de soude acétique et à l'ammoniaque).

Le malade a fort bien toléré le régime prescrit ; en 5 mois il a fait un gain de poids de 1 kgr. 700 ; son appétit est resté satisfait ; loin d'être constipé, il a eu assez souvent de la diarrhée avec quelques coliques douloureuses.

On invoque quelquefois, pour expliquer l'effet du régime cétogène, l'action anesthésiante qu'exercerait sur le système nerveux l'acide diacétique. Mais on pense aussi que dans l'épilepsie essentielle, les crises se produisent toutes les fois qu'il y a dans le plasma sanguin tendance plus ou moins marquée vers l'alcalose ; cette alcalose agirait en favorisant l'action d'un produit, qui serait la cause même de la crise, produit toxique encore mal connu.

D'après les auteurs, l'épilepsie essentielle seule bénéficierait du régime cétogène et non l'épilepsie symptomatique ; mais même en ce cas, le Pr Dupérié pense que le régime cétogène peut être utile ; ajouté au traitement médicamenteux, il semble en faciliter l'action, le rendre plus efficace. C'est une question dont il faut poursuivre l'étude pour fixer les règles d'utilisation, les indications et les contre-indications. (*Gazette hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 3 juin 1928.)

Déclenchement médical du travail.

Le déclenchement médical du travail par la quinine-pituitrine est une méthode inoffensive, qui se montre efficace dans 87,5 % des cas.

Le Dr DE GUCHTENIÈRE ordonne 2 grammes de quinine en quatre fois, ou à moindres doses, si le médicament est mal supporté ; il injecte de plus des doses de 1 /4 de cc. de pituitrine, répétées toutes les demi-heures. La première dose est donnée en même temps que le dernier cachet de quinine une demi-heure après ; ce mode d'administration se justifie car l'action maximale de la quinine se fait sentir entre 1 h. 1 /2 et 5 heures après son ingestion. Les doses de 1 /4 de pituitrine peuvent être répétées sans danger ; on donne volontiers jusqu'à 2 cc. en huit fois. L'administration de la pituitrine est toujours arrêtée dès que les contractions s'établissent régulièrement. En cas d'échec après les 8 doses, l'expérience est reprise 24 h. plus tard.

Ce procédé est indiqué dans les cas de postmaturité, dans les grossesses à terme où la terminaison est désirable, mais sans justifier des manœuvres obstétricales, dans la rupture prématurée des membranes.

Le chiffre des expériences est encore trop restreint pour conclure définitivement ; l'auteur a l'impression que la méthode pourra être améliorée moyennant certaines modifications dans le mode d'introduction et le dosage des médicaments, ou par l'adjonction d'autres ocytociques, qui n'agissent pas uniquement sur la fibre musculaire, mais sur les centres ou les terminaisons nerveuses.

Assurément la méthode actuelle est déjà appelée à rendre des services ; les bruits fœtaux doivent être surveillés, quoique jamais on ait observé de contractures avec les doses de pituitrine mentionnées ci-dessus.

Elle sera contre-indiquée au même titre que la pituitrine : maladies du cœur ou des reins, hypertension artérielle, cicatrices utérines, présentations vicieuses. (*Bruxelles médical*, 15 juillet 1928.)

Le traitement des paralysies intestinales post-opératoires.

Le Dr F. IMIANITOFF (de Bruxelles) estime que le meilleur traitement de la paralysie intestinale post-opératoire en est la prévention ; de toutes les méthodes à notre disposition, ce sont les lavements et l'opothérapie qui sont nos meilleures armes de combat. Dès que le dégagement intestinal retarde, il importe d'agir.

L'hormonal, ou extrait de rate de veau, possède une réelle valeur comme agent stimulant le péristaltisme intestinal ; meilleur serait le néo-hormonal, préparation exempte d'albumoses.

Dans cinq cas de paralysie intestinale post-opératoire « in extremis », l'auteur a administré le néo-hormonal, alors que les méthodes non opératoires avaient été essayées sans aucun résultats. Tous les cinq cas ont commencé à avoir des selles six heures après l'injection. Le néo-hormonal se donne en injections intra-veineuses, et l'injection peut être répétée s'il est nécessaire ; son action est intensifiée par l'huile de ricin.

Plus l'intoxication due à la rétention des selles est grande, plus intense sera l'action du néo-hormonal.

L'auteur a fait jusqu'à ce jour 56 injections de néohormonal à titre prophylactique et dans aucun cas il n'a observé de paralysie intestinale. A noter cependant que le néo-hormonal ne suffit pas à lui seul pour régler les selles ; dans 32 cas il a fallu insister en outre sur les moyens habituels : purgations, lavements, etc. (*Bruxelles médical*, 3 juin 1928.)

Une piqûre de sangsue n'est pas l'équivalent d'une injection d'hirudine.

Depuis qu'il est question d'hirudinisation dans la thérapeutique des phlébites, le Dr DUCUING a systématiquement utilisé les applications de sangsues, aussi précocement que possible, chez tous les opérés de phlébite. Il lui a paru que l'évolution clinique de cette maladie s'en trouvait améliorée, et, avec d'autres auteurs, il a admis, à tort probablement, que la diminution de la coagulabilité du sang circulant était due à l'hirudine absorbée au niveau de la plaie.

Désirant remplacer l'application de sangsues par des injections d'hirudine, il a d'abord comparé les résultats des deux procédés thérapeutiques. Il résulte de ses recherches que l'on ne peut pas assimiler la piqûre de sangsue à l'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'hirudine.

La piqûre de sangsue, si elle agit dans le cas de phlébite, agit par un autre mécanisme que celui de la diminution de la coagulabilité sanguine générale. (*Toulouse médical*, 1er juin 1928.)

Les hommes de verre : fragilité osseuse hérédo-familiale avec crâne à rebord, sclérotique bleue et troubles auditifs.

Il existe bien, ainsi que l'expose le Dr P. APERT, des hommes de verre, dont les os se fracturent au moindre traumatisme, et qui sont obligés aux plus grandes précautions pour éviter des chocs funestes. Il s'agit d'une maladie spéciale, hérédo-familiale, constituée dès la naissance, et dont la fragilité osseuse n'est que le caractère le plus manifeste ; une série d'autres caractères font au même titre partie intégrante du tableau morbide ; c'est leur coexistence constante avec la fragilité osseuse qui caractérise la maladie.

Les fractures résultent du traumatisme le plus simple : saut de joie, faux pas ; le plus souvent et en raison du peu d'intensité du traumatisme, le déplacement est minime ; la solution de continuité reste partiellement ou totalement sous-périostée ; la consolidation est prompte.

A la radiographie, les os longs des membres sont grêles, et tendent à s'infléchir selon une courbe régulière à très grand rayon ; c'est une inflexion portant également sur toute l'étendue de l'os, et non des déviations avec déformation des épiphyses comme dans le rachitisme. La gracilité et l'inflexion sont surtout marquées aux péronés, dont le volume est parfois réduit aux dimensions d'un crayon. En outre, les os sont anormalement perméables aux rayons.

La forme du crâne est très particulière. Le nom de crâne à rebord est justifié par la saillie de l'occiput et surtout des régions temporales ; celle-ci est parfois telle que les oreilles sont rabattues en bas par la saillie osseuse.

Dans certaines de ces familles prédisposées, dites ostéo-psathyrosiques, les foulures, les entorses, les luxations sont aussi fréquentes que les fractures, et cela en raison d'une extrême laxité articulaire.

Enfin les sclérotiques sont bleues ; il y a chez

les malades arrivés à l'âge adulte de la surdité progressive, des troubles de la contractilité électrique des muscles ; l'hérédité est continue, et elle se transmet dans la proportion de 50 p. 100.

Le traitement de la maladie reste encore bien peu efficace ; mais nous savons déjà que les extraits surrénaux et les extraits thyroïdiens, et surtout parathyroïdiens modifient le métabolisme du calcium et ont une influence sur la croissance osseuse. (*La Presse médicale*, 27 juin 1928.)

L'hématémèse dans le tabès.

Cliniquement, l'hématémèse peut être d'importance variable, de quelques filets de sang dans les vomissements à une hémorrhagie pure, rarement rouge, généralement noire, marc de café. Le plus souvent, elle est, d'après MM. HUDELO et RABUT contemporaine de la crise gastrique proprement dite : le malade ressent une douleur aiguë, rejette des aliments, puis du mucus et enfin du sang. Mais elle peut survenir indépendamment des phénomènes douloureux aigus, associée ou non aux troubles gastriques chroniques. Elle peut rester isolée ou se reproduire à intervalles variables (plusieurs heures ou plusieurs jours), parfois accompagnée de mélæna, pouvant atteindre un volume considérable et parfois même être rapidement mortelle.

Son apparition peut faire errer le diagnostic lorsque l'existence du tabès avait passé inaperçue ; inversement, la constatation d'une crise gastrique tabétiforme ne doit pas faire rejeter l'hypothèse d'un ulcère ou d'un néoplasme.

Mais ce qui rend le problème particulièrement fficile, c'est la possibilité de coexistence d'un tabès avec une tumeur ou un ulcus.

Enfin, quelle que soit son explication pathogénique, l'hématémèse paraît devoir occuper une place nettement définie dans la symptomatologie du tabès. (*La Presse médicale*, 13 juin 1928.)

Le diagnostic de la fièvre typhoïde dans la première enfance.

Il est bien rare, dit M. R. TURQUETY, que, dans le premier âge, la dothiénentérie ait un tableau clinique vraiment caractéristique ; seule, l'analyse serrée des symptômes la fera reconnaître.

Les trois périodes d'évolution sont ici moins nettes que chez l'adulte. Le médecin est ainsi rarement appelé à en observer le début ; les signes nerveux si caractéristiques passent alors inaperçus chez le nourrisson, et la température à oscillations ascendantes reste souvent insoupçonnée de l'entourage tant qu'elle n'a pas retenti sur l'état général. Les troubles digestifs (diarrhée rebelle, jaunâtre, vomissements), sont, en général, les premiers à attirer l'attention.

Ce n'est le plus souvent qu'à la fin de cette période, parce que la fièvre et la diarrhée ont résisté à la diète instituée par l'entourage, que le médecin est appelé à voir l'enfant.

Dans la période d'état, qui rappelle celle de l'adulte, les taches rosées sont très inconstantes, et, quand elles existent, leur nombre est discret. Les signes pulmonaires font rarement défaut, râles secs et râles humides de bronchite disséminés, mais prédominant aux bases ; cette période dure de 8 à 10 jours.

L'âge de l'enfant constitue un élément de pronostic très important, ; c'est surtout chez les enfants de moins d'un an qu'est justifiée le gravité du pronostic généralement reconnue.

La mort est due en général à des complications dont la broncho-pneumonie est la plus fréquente, et aussi au syndrome cholériforme. Les perforations et les hémorragies intestinales sont exceptionnelles.

La mortalité varie de 50 à 75 %.

Toute fièvre continue du nourrisson, qui ne s'accompagne pas d'une localisation nettement prédominante, doit faire songer à la fièvre typhoïde. Il y a des signes de valeur qui sont à peu près constants ; la fièvre continue à courbe spéciale, la splénomégalie (à rechercher par la palpation suivant la technique de Marfan), la langue blanche avec triangle rouge à la pointe, l'abattement et souvent la diarrhée.

La cutiréaction à la tuberculine éliminera la possibilité d'une tuberculose sans localisation. L'hémoculture, difficile à réaliser, et utilisable seulement au début, ne peut donc donner aucun renseignement utile chez le nourrisson. Seule, le séro-diagnostic reste le procédé de choix ; il est courant d'observer des agglutinations au 1/100e, au 1/200e et davantage.

Enfin, en présence de toute diarrhée suspecte, on recherchera l'Eberth, et les para dans les selles.

Contre la température, on luttera par des bains à 32-36° (jamais à moins de 32° à cause des collapsus), de dix minutes toutes les trois heures, chaque fois que la température atteindra ou dépassera 39°. Injections d'huile camphrée (1/4, 1/2 à 1 cc. une à 3 fois par jour). Ne pas négliger les lavages fréquents de la bouche, les instillations deux fois par jour d'huile eucalyptolée au 1/50e dans les narines.

On se rappellera que le danger de contagion est plus grand que chez l'adulte, en raison de la manipulation de l'enfant et des langes souillés. (*Journ. de médecine de Paris*, 7 juillet 1928.)

Remarques sur l'étiologie et la thérapeutique des bronchopneumonies.

Au principe du monomicrobisme des bronchopneumonies, dont M. Dufourt se fait l'interprète, M. L. DUCHON a opposé celui du plurimicrobisme.

Pour M. Dufourt, pneumocoque, streptocoque, entérocoques interviennent électivement dans la production des broncho-pneumonies ; de cette conception, il tire la sanction logique d'une vaccination dirigée contre ces seuls germes.

Pour l'auteur, la flore des broncho-pneumonies est essentiellement variée. Pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, bacilles de Pfeiffer, m. catarrhalis, coli-bacilles, et, dans certains cas, le bacille diphtérique lui-même, sont capables de combiner leurs effets et d'intervenir dans la genèse des foyers pulmonaires. Il s'agit là de germes d'invasion venus du rhinopharynx.

Quelles que soient les méthodes de recherches employées, elles s'accordent, en général, à reconnaître la multiplicité des germes. N'est-il pas arbitraire d'en choisir quelques-uns, de déclarer qu'eux seuls sont pathogènes, fût-ce du fait de leur présence, tels les pneumocoques et les streptocoques, alors que manifestement, ils sont absents les uns et les autres de certaines bronchopneumonies.

D'ailleurs, les manifestations cliniques qui accompagnent les surinfections bactériologiques, offrent les arguments les plus démonstratifs. Leur syncronisme est fréquent dans les services hospitaliers, et peut se vérifier aisément, surtout avec la diphtérie.

L'association de la lysovaccinothérapie de l'auteur à la sérothérapie antidiphtérique est critiquée à tort ; le lysat diphtérique ne saurait, en effet, suffire à lui seul, puisqu'il est antigène purement microbien ; contre la toxine il est, par contre, nécessaire de recourir à la sérothérapie (immunisation antitoxique). Des bronchopneumonies qui, autrefois, étaient les plus graves malgré le sérum, sont maintenant les plus aisées à guérir, grâce à la présence du lysat diphtérique. (*Lyon médical*, 15 juillet 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La vaccinothérapie des affections des voies respiratoires.

(M. Georges Rosenthal. — *Soc. méd. des praticiens* 15-6-1928.)

M. Rosenthal fait une intéressante communication sur la vaccinothérapie des affections des voies respiratoires. C'est là un sujet sur lequel le praticien aimerait à trouver des indications précises pour baser son intervention thérapeutique.

L'auteur prend trois exemples : la broncho-pneumonie chez l'enfant, la broncho-pneumonie chez l'adulte, la gangrène pulmonaire chez l'adulte.

Pour obtenir un vaccin utilisable dans un cas donné de broncho-pneumonie infantile, on peut partir soit des microbes couramment rencontrés dans cette affection, soit de la formule bactériologique particulière au petit malade, formule précisée par la ponction du poumon. On peut donc recourir à un stock-vaccin ou à un auto-vaccin. D'après M. Minet on obtiendrait ainsi, au lieu d'une mortalité de 80 %, un chiffre beaucoup plus bas de 40 à 20 %.

L'écueil de cette vaccinothérapie est notre ignorance de son mode d'action. Nous n'avons pas de méthode de contrôle de son efficacité. Le procédé des opsonines de Wright n'est pas pratique. La leucopénie, signalée par M. Minet, ne semble pas offrir une valeur bien rigoureuse. On ne peut guère se baser que sur le pourcentage de mortalité des enfants, critère influencé par nombre de circonstances.

M. Duchon, qui, comme MM. Dufourt et Gédaillon, de Lyon, a longuement étudié la bactériologie et la vaccinothérapie des broncho-pneumonies infantiles, estime que cette affection est polymicrobienne, ave intervention fréquente du bacille diphtérique. Son opinion — pour ce qui concerne le rôle du bacille de Löffler — n'est pas acceptée par la majorité des pédiatres. Elle s'explique par ce fait que ses recherches ont été poursuivies à l'hôpital, milieu où le bacille diphtérique existe en permanence.

Quoi qu'il en soit, M. Rosenthal se déclare partisan dans la broncho-pneumonie infantile de la vaccinothérapie, dont la valeur, dit-il, est démontrée par la baisse de la mortalité. On la pratiquera par un auto vaccin, ou un stock-vaccin, mono-microbien ou polymicrobien.

La vaccinothérapie est-elle indiquée dans la broncho-pneumonie de l'adulte ? Il faut une foi robuste, remarque l'auteur, pour s'imaginer qu'il suffit, dans une broncho-pneumonie, de quelques cataplasmes chauds et d'un médicament quelconque pour guérir vraiment le malade. La vaccinothérapie s'offre comme une thérapeutique moderne. Est-elle efficace, Faut-il, ou non, la dédaigner ?

Pour l'adulte, les difficultés sont moindres que pour l'enfant. Nous avons le crachat qui décèle les germes. Il est certes contaminé par le rhino-pharynx mais il suffit de le laver dans du sérum physiologique pour avoir un produit dont la culture donnera une base bactériologiquement pure. Nous avons, en outre, la ponction du poumon et aussi le procédé qualifié par M. Rosenthal d'« examen laryngologique simulé ». Il consiste à placer un miroir sur le voile du palais et à dire au malade de tousser. La toux envoie sur le miroir une parcelle de crachat provenant directement des voies respiratoires inférieures.

L'examen des crachats précisera la formule bactériologique en cause. Celle-ci permet de préparer un auto-vaccin adapté au cas particulier. Pour d'autres auteurs, le stock-vaccin polymicrobien procure des résultats thérapeutiques analogues.

Y a-t-il un critère de cette activité ? Les résultats cliniques sont les seuls juges en pareille circonstance. On sait que, dans l'Afrique centrale, où les noirs meurent fréquemment de pneumonie, on a pu atténuer la gravité de la maladie avec les vaccins.

Reste la troisième affection dont s'est occupé l'auteur : la gangrène pulmonaire. Le sérum antigangréneux habituel n'a guère d'indication rationnelle dans la gangrène pulmonaire. Les germes avec lesquels ce sérum est préparé sont différents de ceux qui interviennent pour la gangrène pulmonaire. Un auto-vaccin obtenu avec les crachats sphacéliques a beaucoup plus d'activité.

M. Rosenthal pense, en résumé, que la vaccinothérapie des affections des voies respiratoires est une méthode scientifique très intéressante. Il ne lui a pas trouvé d'inconvénient et il en recommande l'usage.

— M. Vigouroux a employé les vaccins de Minet dans les broncho-pneumonies, chez les enfants, qui les supportent très bien. Chez les adultes et les vieillards, il a obtenu également de bons résultats et des chutes de température impressionnantes.

— M. Hervouet a vu une opérée faire, à la suite de l'opération, une pneumonie, malgré la vaccination préventive.

P. L.

Varicelle et zona.

(M. Comby. — *Société médicale des hôpitaux* ; 15-6-1928.)

M. Comby repousse une fois de plus la thèse de l'unicité du zona et de la varicelle, se basant surtout sur la grande différence symptomatique entre la varicelle, fièvre éruptive généralisée, frappant les enfants, contagieuse et très commune, et le zona plutôt rare, frappant de préférence les adultes et n'offrant aucun caractère contagieux ; enfin, il oppose la non-inoculabilité de la sérosité du zona à l'inoculabilité facile de la sérosité de la varicelle.

Cependant M. Netter rappelle des faits cliniques qui contredisent cette manière de penser : deux enfants inoculés avec la sérosité d'un zona ont présenté au bout de onze jours des vésicules transparentes identiques à celles de la varicelle ; placés ultérieurement plusieurs jours de suite dans le même lit que des varicelleux, ces enfants ne contractèrent pas la varicelle. La sérosité de la varicelle inoculée a pu produire une éruption généralisée de varicelle sans lésion locale au point inoculé. Chez des enfants qui avaient été exposés à la contagion de la varicelle, on a évité la propagation de cette maladie par une injection sous-cutanée, faite en temps opportun, de sérum d'anciens zonateux.

M. Flandin appuie la thèse de M. Netter sur l'identité de nature de la varicelle et du zona par des preuves histologiques (structure identique des deux vésicules), biologiques (spécificité de la réaction de fixation avec les sérums de zonateux ou de varicelleux en prenant indifféremment comme antigène des croûtes de zona ou de varicelle), des preuves expérimentales (par exemple, l'inoculation du zona à des enfants convalescents de varicelle a régulièrement été négative), enfin par des preuves cliniques et épidémiologiques.

La varicelle serait la manifestation première de l'infection ; d'ailleurs on l'observe chez les jeunes enfants tandis que le zona est exceptionnel à cet âge ; au contraire le zona serait une manifestation tardive systématisée de l'infection pouvant se produire soit chez un ancien varicelleux, soit chez un porteur de germes immunisé sans manifestations cliniques de varicelle.

Le déclenchement du zona serait le fait, soit d'une réinfection — contagion de varicelle amenant un zona — soit d'une cause infectieuse ou toxique levant l'immunité. Ainsi s'expliquerait le zona apparaissant au cours des pyrexies, au cours des maladies chroniques telles que syphilis ou tuberculose, des cachexies comme le cancer, des auto-intoxications comme le diabète, des hétéro-intoxications (zona arsenical, bismuthique).

M. Netter ajoute que sur 100 sujets n'ayant, pour la plupart (84), eu aucune relation apparente avec une varicelle, la déviation du complément a été manifeste 93 fois, que l'on ait choisi pour antigène des croûtes de varicelle ou de zona.

Des zonas de toute nature relèvent donc de l'infection varicelleuse, et l'étude des zonas toxiques prouve que certains sujets peuvent longtemps héberger le virus zonateux à l'état latent.

Technique et résultats de la radiothérapie dans l'angine de poitrine.

(MM. Lian, Barrieu et Nemours-Auguste. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 15-6-1928.)

L'angor pectoris englobe toutes les douleurs paroxystiques de la région précordiale s'accompagnant d'irradiation brachiale gauche et d'angoisse avec sensation de mort imminente. C'est « le cri de souffrance du plexus cardiaque », qu'il s'agisse d'angors cardio-artériels (coronarite, aortite, hypertension artérielle), d'angors cardiaques (cardiopathies valvulaires, surtout insuffisance aortique, péricardites, insuffisance myocardique), d'angors réflexes (aérogastrocolie, lithiase biliaire), d'angors toxiques (tabagisme), d'angors névropathiques (névroses, névrites).

Considérant l'action sédative de la radiothérapie dans maints syndromes douloureux périphériques et viscéraux, les auteurs ont cherché par la radiothérapie à calmer la douleur du plexus cardiaque qu'est l'angor pectoris.

En employant la technique à laquelle ils se sont

arrêtés après de longues recherches, ils estiment qu'en règle générale on obtient par la radiothérapie chez ces malades une diminution considérable de l'intensité et de la fréquence des crises. Chez certains sujets, l'amélioration commence à se faire sentir dès la première séance ; cependant c'est le plus souvent vers la 4e ou 5e séance, que les malades notent le début de leur amélioration, qui va ensuite en s'accentuant. Toutefois, il n'est pas habituel d'observer une disparition complète des sensations angineuses ; mais on peut déjà affirmer que la sédation radiothérapique n'est pas limitée à la période du traitement et se poursuit au moins pendant plusieurs mois.

La radiothérapie est donc indiquée dans tous les cas sérieux d'angor pectoris, que l'angor soit d'origine cardio-artérielle ou cardiaque.

— M. Laubry observe que dans certains cas la radiothérapie peut non seulement être inefficace, mais encore déterminer de regrettables exacerbations de la maladie ; il faut la recommander, mais avertir loyalement le malade des inconvénients possibles de la méthode.

Sur les dangers des injections intra-trachéales par voie transpariétale.

(MM. Lœderich et Guy Poumeau-Dellile. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 15-6-1928.)

La voie transpariétale est suivie par piqûre de l'espace inter-cricothyroïdien ou des premiers anneaux de la trachée.

Cette méthode est avantageuse, car elle ne nécessite pas une éducation spéciale de l'opérateur, qui n'a pas besoin de savoir manier un miroir laryngoscopique. Elle est moins fatigante pour le malade, ne nécessite pas sa collaboration active, et, par conséquent, peut être pratiquée même chez les sujets les plus débiles. Elle peut être pratiquée sur le malade en position couchée horizontale, condition nécessaire pour injecter les lobes supérieurs.

Enfin, affirme-t-on, elle ne présenterait aucun danger. Cependant un cas très malheureux oblige les auteurs à faire quelques restrictions à ce sujet.

Chez une femme atteinte de gangrène pulmonaire à évolution chronique depuis près de 4 ans, une injection de lipiodol dans la trachée par voie transpariétale, pratiquée dans une phase d'apyrexie, a provoqué une suppuration du tissu cellulaire péritrachéal et une infection générale septicémique, mortelle en sept jours. Un tel accident est exceptionnel ; ce qu'on observe quelquefois c'est une légère inflammation douloureuse, bénigne et de courte durée, sur le trajet de l'aiguille, parfois un petit abcès péritrachéal.

L'aiguille enfoncée dans la lumière de la trachée est souillée par les crachats, que le malade peut expectorer pendant l'injection, puis, au retour, elle souille les tissus péritrachéaux.

Mieux vaut donc, quand la chose est possible, préférer la voie glottique.

Méningiome de la région orbito-fronto-temporale : opération ; guérison.

(MM. Cl. Vincent et Th. de Martel. — *Revue neurologique* ; février 1928.)

Le sujet présenté est sur pieds, après avoir subi, il y a moins de 2 semaines, l'extirpation d'un volumineux endothéliome des méninges ; ce fait montre que dès maintenant on peut non seulement localiser les tumeurs frontales, mais, dans certains cas, prévoir leur nature, et la technique opératoire à suivre. Connaissant la nature de la tumeur, le chirurgien peut prévoir les difficultés qu'il va rencontrer ; il sait que les méningiomes ont une enveloppe très vasculaire, qu'il va au devant d'hémorragies excessivement abondantes, et il s'armera de tous les moyens propres à l'arrêter.

Dans ce cas, l'exophtalmie, ou plutôt l'exorbitisme, est un signe capital qui n'est pas suffisamment apprécié ; il en est de même de la dysarthrie passagère et des crises d'aphasie méconnues, parce qu'elles sont transitoires.

Sur l'hémilaminectomie dans les tumeurs de la moelle.

(MM. Cl. Vincent, Th. de Martel et David. — *Revue neurologique* ; mars 1928.)

Dans l'observation rapportée, la néoformation a dû être laissée en place, mais il a été donné à la malade le maximum de chances avec le minimum de risques et de dégâts.

L'hémilaminectomie a été pratiquée de préférence à la laminectomie totale, pour éviter le glissement en avant de la partie supérieure de la colonne vertébrale qui se produit parfois, surtout au niveau de la colonne cervicale ; la réparation est aussi plus rapide.

Sept cas de ventriculographie par l'air.

(MM. Cl. Vincent, M. David et Cossa. — *Revue neurol.* ; mars 1928.)

Les auteurs présentent sept ventriculogrammes de sujets atteints de tumeurs cérébrales : ces ventriculogrammes ont donné, tous, des indications nettes ; six fois une vérification chirurgicale ou anatomique a montré que cette localisation était exacte.

Voici la technique : double trépanation occipitale. Ponction de la corne du ventricule du côté présumé sain. On retire le maximum possible de liquide céphalo-rachidien. On injecte à la seringue une quantité égale d'air stérilisé qui n'excède pas 20 cc. On pratique ensuite des radiographies dans différentes positions fixées d'avance (l'air injecté allant chaque fois se placer dans la partie la plus haute du ventricule).

Les 8 malades ont reçu 16 insufflations. Les accidents suivants ont été notés : 6 fois une céphalée minimum, *cédant* à l'aspirine ; deux fois l'insufflation a déterminé une crise comitiale chez

des malades qui en présentaient auparavant ; une fois, méningite puriforme aseptique de 48 heures, guérie sans suites ; une fois mort subite.

Sur huit cas de tumeurs frontales localisées et opérées en 1927 ; résultats.

(MM. Cl. Vincent et Th. de Martel. — *Revue neurologique* ; décembre 1927.)

Neuf fois le diagnostic de tumeur du lobe frontal a été porté ; 8 fois l'extirpation totale ou partielle, ou la nécropsie ont vérifié le diagnostic ; dans le 9e cas, la lésion était aussi frontale, mais elle consistait en un vaste foyer de ramollissement.

Trois morts sont survenues par hémorragie du fait de l'extirpation ou tentative d'extirpation.

On peut donc localiser les tumeurs frontales plus souvent qu'on ne le pense en France. Les tumeurs adjacentes à la région motrice, outre les signes d'hypertension souvent frustes d'abord, ont pour elles l'épilepsie, la dysarthrie, des parésies limitées, parfois certains auras psychiques. Cependant le diagnostic est difficile, car, en général, ces caractères ne sont pas reconnus ; l'épilepsie notamment est considérée comme essentielle.

Les tumeurs situées en plein lobe frontal se caractérisent souvent, au début, par des crises d'épilepsie généralisées, par des troubles du caractère peu importants d'abord, qui font considérer les malades comme des mentaux ou des hystériques, et les font placer dans des maisons de santé. Plus tard les troubles psychiques deviennent plus évidents ; il existe une dysarthrie passagère ; parfois une sorte de dédoublement de la personnalité, une désorientation singulière dans l'espace ; on peut observer une légère paralysie faciale, une disparition unilatérale de l'odorat ; la difficulté, dans les tumeurs du cerveau, est toujours de savoir identifier ce qu'on observe.

Quant aux tumeurs sous-frontales, il faut voir surtout les méningiomes de l'étage antérieur ; ils sont caractérisés essentiellement par des troubles mentaux ressemblant à ceux de la paralysie générale, par une exophtalmie généralement pas reconnue, car elle est lentement progressive, par une atrophie optique primitive, précédée elle-même d'une baisse de l'acuité visuelle progressive. L'anosmie uni ou bilatérale, jointe aux signes précédents, est de grande valeur.

A noter enfin que, dans les ablations, la difficulté provient non seulement de la masse à enlever, mais des hémorragies immédiates ou consécutives.

Dès maintenant on peut donc reconnaître et enlever une tumeur du lobe frontal et les chances de survie à l'opération sont de un peu plus d'une sur deux. La survie définitive ne dépend pas, elle, de l'opération, mais de la nature de la tumeur.

G. F.

Les Congrès

Congrès international de protection de l'Enfance.

(Paris, 8-12- juillet 1928.)

Le Congrès international de protection de l'Enfance qui vient de se tenir à Paris au cours de la Quinzaine sociale internationale s'est ouvert le dimanche 8 juillet, à la salle Pleyel, sous la présidence de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale.

Les travaux du Congrès ont commencé dès le lendemain. Les congressistes étaient partagés en cinq sections coordonnées avec autant d'activité que d'amabilité par le secrétaire général, M. Lesage.

La première section étudiait les *Maisons maternelles*, sous la haute direction du professeur Couvelaire, assisté du Dr Lacomme.

La deuxième section, dirigée par le professeur Marfan, assisté de M. J. Florand, s'occupait de la *Première enfance*, et étudiait les moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel.

La troisième section, dirigée par le professeur Nobécourt, assisté du Dr Jean Hutinel, était consacrée à la *Seconde enfance* et à l'étude des établissements de plein air au double point de vue médical et pédagogique.

La quatrième section : *Service social*, était placée sous la direction de M. le Dr Jules Renault.

La cinquième section enfin, *Enfance malheureuse* ou moralement abandonnée, était dirigée par M. Henri Rollet, juge au tribunal de la Seine, assisté du Dr Georges Paul-Boncour.

Les travaux du Congrès ont été accompagnés de nombreuses visites ou excursions ainsi que de plusieurs réceptions, dont celle de M. le sénateur Strauss, à Louveciennes, a été plus particulièrement somptueuse et a laissé un souvenir profond aux congressistes.

Première section

Les maisons maternelles.

M. Trillat, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, était chargé du rapport général sur les maisons maternelles. On sait qu'une maison maternelle est une institution où, sous la garantie du secret, sont hébergées des femmes saines en état de gestation, où elles peuvent accoucher, où elles demeu-

rent enfin après l'accouchement pendant tout le temps que dure l'allaitement maternel.

Le rapporteur fait l'historique de la question, étudie les diverses catégories de maisons maternelles, refuge prénatal, refuge d'accouchement et refuge d'allaitement. Il étudie ensuite l'organisation de ces maisons.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Diminution du nombre des avortements, diminution du nombre des prématurés et des débiles, diminution de la mortinatalité, de la mortalité puerpérale, du nombre des abandons d'enfants et de la mortalité infantile.

Les résultats d'ordre moral sont aussi considérables: le seul fait de trouver un refuge immédiat suffit souvent à donner à la malheureuse en détresse un réconfort qui lui permet d'envisager l'avenir avec moins de frayeur. Un grand nombre obtiendront de leur famille de rentrer au foyer paternel.

Le rapporteur conclut ainsi :

« La protection de la mère et de l'enfant ne peut être réalisée de façon complète que par la création de maisons maternelles.

« Les maisons maternelles doivent être considérées comme faisant partie des établissements d'assistance, de première nécessité, au même titre que les hôpitaux et les hospices.

« Le devoir de l'Etat est de leur donner un statut légal qui assurera leur existence et leur fonctionnement. »

Des rapports spéciaux ont été lus sur la même question par Miss J. Halford, O.B.E. (Angleterre) et Mlle Marthe Erlich, professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de Varsovie.

Deuxième section

Des meilleurs moyens d'encourager et de développer l'allaitement maternel.

M. le professeur P. Lereboullet, rapporteur général, expose dans son rapport la question sous son double aspect médical et social.

Il rappelle la supériorité et l'efficacité de l'allaitement maternel et énumère les causes de l'abandon trop fréquent de cet allaitement : causes d'ordre physiologique ou médical exceptionnelles, mais réelles causes d'ordre moral fréquentes, la mère se laissant trop facilement persuader qu'elle peut se dispenser du devoir d'allaiter ; causes d'ordre social, les plus importantes actuellement, le travail de la mère hors du foyer familial rendant souvent impossible l'allaitement au sein. C'est sur ces causes d'ordre social qu'il faut surtout agir.

Le rapporteur passe en revue les moyens visant les trois ordres de causes, et, dans chaque chapitre met en relief l'importance primordiale de bonnes infirmières visiteuses, formées de bonne heure à la puériculture et convaincues elles-mêmes de la supériorité de l'allaitement au sein. Ce sont elles qui peuvent convaincre la mère qu'elle peut et doit nourrir et qui peuvent agir pour qu'elle ait les moyens matériels de le faire. Après avoir énuméré les divers moyens de persuader les mères de cette nécessité de l'allaitement au sein et notamment l'influence de l'enseignement, dès l'école même, de cette notion. M. Lereboullet développe surtout la question des moyens d'ordre social et matériel. Il montre successivement l'influence des lois d'assistance, influence certaine mais limitée, celles des œuvres d'assistance publique et privée, au premier rang desquelles les maisons maternelles et les asiles d'allaitement, celle surtout de l'assistance patronale. L'auteur énumère tous les efforts faits ces dernières années soit pour créer des crèches d'usine ou des chambres d'allaitement (dont les avantages sont certains, mais les frais souvent élevés) ,soit surtout pour développer, grâce aux allocations familiales, les primes d'allaitement permettant à la mère d'être, à son foyer, la nourrice payée de son enfant pendant les premiers mois. Il montre les résultats des initiatives prises de divers côtés et conclut à la nécessité de développer et les chambres d'allaitement et surtout les allocations afin que les femmes qui le peuvent dirigent leur foyer sous le contrôle et avec l'aide de bonnes infirmières-visiteuses. Secourir la mère et protéger l'enfant est bien, consolider et restaurer la famille ouvrière en lui assurant des conditions de vie suffisantes est mieux encore, et c'est ce qui rend si intéressant l'effort actuellement poursuivi dans le sens des allocations familiales.

M. Lereboullet conclut en souhaitant que les efforts faits en faveur de l'allaitement maternel soient coordonnés et que l'action parallèle des législateurs, des philanthropes et des employeurs permette aux mères qui, le plus souvent, peuvent physiologiquement allaiter, d'avoir la volonté de le faire et d'en obtenir les moyens matériels.

Des rapports spéciaux ont été encore lus par MM. le Dr Solon-Veras (Athènes), le professeur Brandt (Oslo), le Dr Gromski (Varsovie), le professeur de Groer (Lwow), le professeur Ernesto Cacace (Naples), le professeur Matija Ambrosic (Belgrade), Mme le Dr Helen Mc. Murchy (Ottawa).

Troisième section

L'éducation dans des écoles de plein air au point de vue pédagogique.

M. Ad. Ferrière, docteur en sociologie, directeur adjoint du bureau international d'éducation de Genève, rapporteur général.

Le côté pédagogique est le seul envisagé ici. Le rapport se divise en quatre parties :

1° Ecoles de plein air, externats pour enfants délicats ;

2° Internats pour enfants délicats ou préventoriums.

3° Ecoles de plein air pour enfants bien portants

4° Internats ou écoles nouvelles à la campagne.

Organisation des établissements de plein air pour enfants au point de vue médical.

M. le Dr Dufestel (de Paris), rapporteur général, indique les catégories d'enfants qui doivent bénéficier des écoles de plein air. Avec Génévrier, il pense qu'elles doivent être réservées aux tuberculeux latents, aux enfants en contact avec un tuberculeux contagieux, aux anémiques, aux convalescents, aux rachitiques.

Tous les malades présentant des symptômes d'activité morbide, les fiévreux, les cardiaques, les porteurs d'affections ganglionnaires en voie de suppuration ou d'affections ostéo-articulaires, les paralytiques ,les indisciplinés, les anormaux et les incontinents urinaires seront exclus.

Après avoir donné différents détails sur l'organisation et le fonctionnement de ces écoles, le rapporteur propose les vœux suivants :

1° Toute école devra avoir dans son voisinage un terrain de jeux sur lequel les enfants seront conduits chaque jour.

2° Les heures de classe ne dépasseront pas trois heures pour les enfants de six à neuf ans et quatre jusqu'à treize ans.

L'organisation scolaire permettra de faire conduire les enfants sur les terrains de jeux pendant au moins deux heures par jour et au moment où ils pourront le mieux profiter de l'influence bienfaisante du soleil.

3° En attendant la réalisation de ces desiderata, les établissements de plein air de toute nature adaptés aux habitudes des différentes contrées seront multipliés dans tous les pays.

Des *rapports spéciaux* sur les écoles de plein air dans les différents pays ont été lus par MM. Ferrière (de Genève), Demaseure (de Bruxelles), le professeur Ragazzi (de Gênes), M. Gaston Lemonier, Miss Margaret Mc Millian (Angleterre), Miss Mary E. Murphy (Chicago), don Eduardo Masip (Madrid),les docteurs Em. Lampadarios (Athènes) et Kita (Tokio)

Colonies de vacances.

Cette impotante question est étudiée dans le rapport très documenté de M. le Dr Dequidt, inspecteur général au ministère de l'Intérieur. Il termine par les vœux suivants :

Considérant :

1° Que les colonies de vacances et œuvres de plein air favorisent heureusement le développement physique et l'éducation morale de l'enfance et de l'adolescence, et contribuent efficacement à la protection de la santé publique, notamment dans la lutte contre la tuberculose ;

2° Que ces institutions, sous leurs formes multiples, poursuivent un but commun, par des moyens identiques, que leur rendement pratique est sous la dépendance de leur organisation technique et administrative, de leurs méthodes de fonctionnement, du contrôle critique de leurs résultats, et que l'expérience de chacune d'elles peut favoriser le progrès de toutes ;

3° Qu'une coopération entre les peuples qui s'est déjà manifestée par des échanges internationaux de vacances peut être des plus fécondes dans ce domaine ;

Vu le rapport de M. le Dr Dequidt, président du Comité national français des colonies de vacances et œuvres de plein air.

Le Congrès émet le vœu :

Que soit créé un organisme international de documentation, d'échanges de vues et de collaboration, chargé, sous l'égide du Bureau international dutravail et de la section d'hygiène de la Société des nations, d'assurer une liaison utile entre toutes les organisations nationales de colonies de vacances et œuvres de plein air.

L'hygiène de l'écolier est enfin étudiée par Mme Mascart, secrétaire général de « l'hygiène par l'exemple ».

Avec les deux dernières sections consacrées, l'une au *Service social* et aux idées directrices de ce service social dans la protection de l'enfance, l'autre à l'*Enfance malheureuse ou moralement abandonnée*, nous sortons un peu du domaine médical. Dans l'une et l'autre de ces sections on entendit des rapports très documentés qui montrent tout ce que l'initiative privée, autant que celle des différents Etats, a pu réaliser jusqu'ici pour la protection de l'enfance.

L. G.

Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

J. Maisonnet, professeur au Val-de-Grâce. — **Petite chirurgie.** (1 vol. in-8° de 1024 pages avec 723 figures dans le texte : 70 francs.)

Le médecin, et tous ses collaborateurs infirmiers, trouveront dans un seul livre, la description de toutes les manœuvres de petite chirurgie, utilisées dans la pratique médico-chirurgicale courante.

En raison de leur abondance, il est difficile d'indiquer les différents sujets qui y sont étudiés, dans un ordre aussi logique que possible, avec beaucoup de détails pratiques, et de très nombreuses figures.

Les soins à donner aux blessés, les préparatifs d'une opération et la stérilisation, les anesthésies générales et locales, la technique des interventions élémentaires, des pansements, des bandages, l'appareillage des fractures et des lésions articulaires, sont successivement envisagés, avant l'étude des soins élémentaires qui concernent l'appareil uro-génital, les organes des sens et la stomatologie.

Sans omettre les procédés depuis longtemps classiques, l'auteur, délaissant toute bibliographie inutile, a décrit les techniques ou les appareils dont la valeur est actuellement démontrée (vaccinothérapie et sérothérapie, oxygénothérapie, méthode de Carrel, transfusion, appareillage, etc.), et il insiste sur quelques interventions que tout médecin peut être à même de pratiquer, soit en raison de leur simplicité, soit en raison de leur extrême urgence.

Raymond Heim de Balsac. — *Pratique cardio-vasculaire.* **L'atropine.** Préface de Ch. Laubry. (1 vol. in-8° de 224 pages, avec figures. 25 francs.)

L'atropine est susceptible de rendre au cardiologue des services appréciables ; mais ses indications diagnostiques ou thérapeutiques doivent être nettement précisées ; c'est ce qu'a cherché l'auteur de ce livre.

Il étudie son action dans chaque cas particulier : sur les différents troubles d'hyperexcitabilité ou d'inhibition du cœur, sur les fonctions essentielles (excitabilité, conductibilité, contractilité et tonicité) du myocarde, sur les vaisseaux, et même sur le sang.

Tout en faisant un large appel aux données expérimentales, il se place et reste toujours sur le terrain clinique ; aussi ce livre s'adresse-t-il non seulement au spécialiste des troubles du rythme qui, à côté d'une bibliographie très complète, y trouvera toute la précision désirable, mais à tout praticien. C'est qu'en effet l'atropine ne sert pas qu'à l'étude rigoureuse des troubles rythmiques du cœur, mais, convenablement maniée, elle se révèle un agent thérapeutique remarquable, non seulement de certains troubles fonctionnels cardiaques, mais aussi peut-être de quelques formes d'insuffisance du myocarde.

Si l'atropine est la seule substance envisagée, le cadre de cette étude est plus large et s'étend à d'autres substances, dont l'action est analogue ou antagoniste. Aussi cet ouvrage est-il un guide nécessaire pour tout praticien qui veut, en s'appuyant sur les méthodes récentes d'investigation cardio-vasculaire, établir le diagnostic précis, partant le traitement pathogénique exact, d'une bradycardie ou d'une autre arythmie.

Vigot, frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris.

Ch. Clavelin, prof. ag. du Val-de-Grâce. — **Précis d'appareillage des luxations et des fractures des membres.** (Un vol. in-8° de 320 pages avec 226 figures : 40 francs.)

Dans ce précis, les praticiens trouveront la description des appareils d'immobilisation provisoire et des appareils définitifs, plâtrés ou autres, qui peuvent être posés partout.

Les chirurgiens trouveront la description de la pose des derniers appareils préconisés sans avoir à se livrer à des recherches dans les communications aux sociétés savantes.

Les lésions traumatiques des articulations ont été étudiées ensemble pour chaque article : luxations, fractures, non seulement relèvent souvent de la même étiologie, mais surtout peuvent se superposer, nécessitant un traitement spécial.

Les lésions diaphysaires sont naturellement passées en revue pour chaque segment de membre.

Chaque chapitre comprend :

Un rappel anatomo-clinique rapide qui permet de revoir tout ce qui, au point de vue pratique, est indispensable pour le traitement de la fracture : symptomatologie résumée avec indication des points de repère — anatomie pathologique basée sur la radiographie, déplacement des fragments, complications immédiates possibles.

L'appareillage est évidemment la partie la plus développée.

L'auteur n'a pas cherché à décrire tous les appareils utilisés. Il a fait un choix qui permet à tout praticien de traiter une fracture dans les meilleures conditions compatibles avec les moyens dont il dispose, l'appareillage provisoire étant envisagé comme l'appareillage définitif.

Les appareils décrits, en plus des appareils plâtrés classiques, sont ceux réglementaires dans l'armée, ceux qu'il est possible de se procurer dans le commerce, ou même de faire faire de toutes pièces par un ouvrier en fer ou un menuisier.

La pose des appareils est décrite temps par temps, d'une façon minutieuse et précise.

Les soins consécutifs indispensables au bon résultat fonctionnel, les complications qui peuvent venir

troubler l'évolution, sont rappelés à chaque chapitre.

Quant à l'ostéosynthèse, l'auteur se contente d'en donner les indications, laissant aux traités spéciaux la description des techniques opératoires.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr G. SAINT-PAUL (G. ESPÉ, de Metz). — **Introduction à l'étude de la cérébrologie** (un vol. in-8 carré, 84 p., 7 fr.)

Dans cette nouvelle série de « THÈMES PSYCHOLOGIQUES » l'auteur s'attaque catégoriquement aux questions suivantes :

Que vaut *notre enseignement* ?

Devons-nous imposer l'*étude du latin* ?

Quelle conduite devons-nous tenir au sujet des *idiomes, dialectes, patois, langues locales* ?

Comment inculquer une solide culture à la fois biologique et philosophique qui permette de conduire croyants et agnostiques, spiritualistes et matérialistes, *sans nulle abdication de leur part*, à une collaboration confiante et cordiale en vue d'obtenir des réalisations dans la découverte de certains problèmes fondamentaux ?

Ces problèmes sont exposés dans plusieurs chapitres ainsi que dans le premier fascicule des THÈMES PSYCHOLOGIQUES Paris, Vigot frères : *Ame* ; — *Intelligence* ; — *Entre l'homme et l'animal* ; — *Mémoire, langage, localisations cérébrales* ; — *Conscience* ; — *Rêve et Freudisme.*

Les livres qui viennent de paraître...

EDITIONS DU « BON PLAISIR »
39, rue Peyrolières, à Toulouse.

Charles RICHET. — **Circé.** Drame en deux actes, en vers, représenté au théâtre de Monte-Carlo, le 2 avril 1905. *Nouvelle série des Cahiers mensuels du Bon plaisir*, n° 28, août 1928 (67 p. ; 3 fr.)

EDIT. BAILLIÈRE, Paris, et PAYOT ET CIE, Lausanne.

Dr M.-H. BURNIER. — **De la constipation habituelle et de son traitement**, Préface du prof. Dr César Roux. (60 pages ; 12 francs.)

CHEZ BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

R. D. LAWRENCE, professeur au King's College hospital, de Londres. — **Comment doit vivre le diabétique.** *Régime et insuline.* (Un vol. 216 p., avec fig. : 16 fr.)

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DU TRAVAIL et honoraires médicaux, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 37, 9 septembre 1928.

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DES MÉDECINS, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 39, 23 septembre.

ADÉNOIDIENS (L'orage méningé des), par J. SEVAL. *Umfia*, n° 29, août 1928.

ALIMENTATION, par FOVEAU DE COURMELLES : *a*) Lumière et vitamines, *La Vie médicale*, n° 18, 25 septembre 1928 ; *b*) Faune marine, *Œuvre médicale*, n° 6, octobre 1928.

ANAPHRODISIAQUES DANS RABELAIS (Plantes de cloîtres), par Albert GARRIGUES. *Art médical*, n° 62, 31 août 1928.

ANATOMIE DE VAN HELMONT, par Albert GARRIGUES. *Chronique médicale*, n° 9, 1er septembre 1928.

ANÉMIES DU NOURRISSON, par J. MINET. *Nord médical*, n° 685 et 686, 1er et 15 septembre 1928.

ANTHROPOLOGIE ET SON ENSEIGNEMENT, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 41, 7 octobre 1928.

AVIATION SANITAIRE : *a*) par P. DELMAS. *Montpellier médical*, n° 19, 1er octobre 1928 ; *b*) par FOVEAU DE COURMELLES. *Médecine internationale*, n° 9, septembre 1928.

BIOLOGIE ET MÉTAPHYSIQUE, par P. RABIER. *Art médical*, n° 61, 31 juillet 1928.

CABANÈS : *a*) par R. MOLINÉRY. *Umfia*, n° 29, août 1928 et *Art médical*, n° 62, 31 août ; *b*) J. VALINCOURT. *Quinzaine médicale*, n° 7, août 1928.

CANCER : *a*) Est-il ou non contagieux, par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 734, 1er septembre ; *b*) Notre armement ; où nous en sommes, par R. MOLINÉRY. *Médecine internationale*, n° 9, septembre 1928.

CERTIFICAT APRÈS DÉCÈS pour les Compagnies d'assurances sur la vie, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 36, 2 septembre 1928.

COLONIES (La crise médicale aux), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 40, 30 septembre.

CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (à l'étranger), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 39, 23 septembre 1928.

DENTAIRE (Responsabilité médicale dans la pratique), par A. HERPIN. *Semaine dentaire*, n° 41, 7 octobre 1928.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE (pseudo-) et altérations du pain, par J. SEVAL. Société de pathologie comparée, 10 juillet 1928.

ENCOMBREMENT MÉDICAL, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 35, 26 août 1928.

ERASME (Le mal qu'il a dit des médecins), par Albert GARRIGUES. *La Vie médicale*, n° 17, 10 septembre 1928.

EVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS en fin de grossesse, par P. DELMAS. *Notes pratiques d'actualité médicale*, n° 79, septembre 1928 et *Medizinische Welt* (Berlin), n° 36, 8 septembre 1928, p. 1349.

FOLIE (Ses causes dans les proverbes), par Albert

GARRIGUES. *Médecine internationale*, n° 9, septembre 1928.

GÉNIE ET FOLIE (Chronique), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 35, 26 août 1928.

HELMONT (L'anatomie de J.-B. Van), par Albert GARRIGUES. *Chronique médicale*, n° 9, septembre 1928.

HERBE A ROBERT (Bec de grue), par H. LECLERCQ. *Presse médicale*, n° 70, 1er septembre 1928.

HONORAIRES MÉDICAUX : *a*) pour un accouchement qu'on n'a pas fait, par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 41, 7 octobre 1928 ; *b*) et stabilisation, par A. RAYBAUD, père, *Marseille médical*, n° 27, 25 septembre 1928.

HOPITAL AUX MÉDECINS, pra J. NOIR. *Concours médical*, n° 34, 19 août 1928.

INFECTIONS TRAITÉES PAR L'ANTITOXINE, de G. LEMOINE. *Consultant du Praticien*, n° 4, 25 août 1928.

IODE DANS LE RHUMATISME DÉFORMANT PROGRESSIF, par J. CAMESCASSE. *Siècle médical*, 1er septembre 1928.

LAVANDE, par H. LECLERCQ. *Presse médicale*, n° 71, 5 septembre 1928.

LÈPRE. *a*) Au regard des lois sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, par A. RAYBAUD. *Marseille médical*, n° 26, 15 septembre ; *b*) Léproseries modernes (Chronique), par P. RABIER. *Art médical*, n° 61 31 juillet 1928.

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN (Prévoyance), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 40, 30 septembre 1928.

LEUCÉMIES CHRONIQUES (Ecchymoses après grattage), par J. SABRAZÈS. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 37, 9 septembre 1928.

LIGATURE D'UNE GROSSE ARTÈRE (Syndrome douloureux consécutif à la), par R. LERICHE. *Presse médicale*, n° 77, 26 septembre 1928.

MANDIBULE ET ARCADE INFÉRIEURE, par A. HERPIN. *Semaine dentaire*, n° 37, 9 septembre.

MASSEURS ET EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 41, 97 octobre 1928.

MÉDECINS (Opinion publique sur un certain esprit moderne des), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 34, 19 août 1928.

MONTPELLIER (Un centre d'enseignement médical sous l'ancien régime), par P. DELMAS. *Concours médical*, n° 38, 16 septembre 1928.

MORT SUBITE CHEZ UN AORTIQUE HYPERTENDU, par A. RAYBAUD, fils. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 18 mai 1928.

MYRRHE, par H. LECLERCQ. *Presse médicale*, n° 65, 15 août 1928.

OBSTÉTRIQUE (Contracture ou rétraction), par P. DELMAS. *Marseille médical*, n° 22, 5 août 1928.

OCULISTIQUE (Inspection des Ecoles), par A. LOIR. LIIe Congrès pour l'avancement des Sciences, La Rochelle, juillet 1928.

PACHYMÉNINGITE AVEC HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE, par A. RAYBAUD fils. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 18 mai 1928.

PARALYSIE INFANTILE (Nouveau traitement), par L. MONER. *Médecin français*, n° 17, 1er septembre 1928.

PEMPHIGUS, par J. SABRAZÈS. *a*) Classification, LIIe Congrès pour l'avancement des sciences, juillet 1928 ; *b*) Observations cliniques et recherches de laboratoire. *Gazette hebdom. des Sciences médic. de Bordeaux*, nos 38, 39 et 40, 16, 23 et 30 septembre 1928.

PHYTOTHÉRAPIE (La médication tonique), par LECLERCQ. *Presse médicale*, 15 septembre 1928.

PIMPRENELLE ANTIDIARRHÉIQUE, par H. LECLERCQ. *Presse médicale*, n° 74, 15 septembre 1928.

PNEUMONIES et congestions pulmonaires à début viscéralgique éloigné, par CRUCHET. *Presse médicale*, n° 65 15 août 1928.

PROTECTION DE L'ENFANCE, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 38, 16 septembre 1928.

RABELAIS (Quelques anaphrodisiaques dans), par Albert GARRIGUES. *L'Art médical*, n° 62, 31 août 1928.

RÉGIONALISME PHYSICO-PATHOLOGIQUE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical*, n° 32, 19 août 1928.

RÉTROVERSIONS UTÉRINES (Traitement), par L. MONER. *Médecin français*, n° 18, 15 septembre 1928.

RICIN DANS LA MÉDECINE GRÉCO-ROMAINE, par Albert GARRIGUES. *Concours médical*, n° 40, 30 septembre 1928.

ROBIN (Albert), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 41, 7 octobre 1928.

SCLÉRODERMIE (Essai sur l'anatomie pathologique de la), par Albert GARRIGUES. *L'Association médicale*, n° 9, septembre 1928.

SERVICES SOCIAUX (Leur collaboration probable aux Assurances sociales), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 37, 9 septembre 1928.

SILICE (Formulaire de la), par Albert GARRIGUES. *La Vie médicale*, n° 16, 25 août 1928.

STATISTIQUES (L'illusion des) dans la lutte contre la tuberculose, par J. NOIR. *Concours médical*, n° 36, 2 septembre 1928.

STÉRILISATION DES ANORMAUX, par H. BOUQUET. *Monde médical*, n° 736, 1er octobre 1928.

STUPÉFIANTS ET SOCIÉTÉ DES NATIONS, par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 34, 19 août 1928.

SURDITÉ (Traitement complet), par L. MONER. *Médecin français*, n° 19, 1er octobre 1928.

SYMPATHIQUE CERVICAL (Son rôle en physiologie oculaire), par R. LERICHE. *Presse médicale*, n° 66, 18 août 1928.

SYNDICATS (Devoir du médecin), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 36, 2 septembre.

SYNTHÈSES (Chronique), par H. BOUQUET. *Vie médicale*, n° 18, 25 septembre 1928.

THYMUS (Mort subite chez l'enfant dans l'hypertrophie du), par J. MINET. *Nord médical*, n° 687, 1er octobre 1928.

TUBERCULOSE (La contamination des campagnes) par J. NOIR. *Concours médical*, n° 36, 2 septembre 1928

VACCINOTHÉRAPIE DES AFFECTIONS PULMONAIRES INFANTILES, par J. MINET. *Journal de thérapeutique français*, n° 9, septembre 1928.

VARICES (Traitement par les plantes indigènes), par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 67, 22 août 1928.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La ménopause et ses troubles.

On a cru pendant bien longtemps que les troubles variés de la ménopause provenaient d'une surabondance de sang, conséquence de la cessation de l'excrétion menstruelle.

Cette conception était déjà contredite par les troubles constatés, en dépit du flux menstruel conservé, dans certains cas d'ovarite.

Elle fut définitivement battue en brèche par l'étude de la ménopause artificielle, chirurgicale, bien exposée par Jayle dans son mémoire de 1897.

Cet auteur, en constatant que les troubles généralement attribués à la ménopause sont une conséquence de l'ablation des ovaires, émit cette opinion que la sécrétion interne de ces organes est indispensable au bon équilibre circulatoire et nerveux.

Cette manière de voir fut confirmée par des recherches biologiques précises, démontrant que l'extrait ovarien possède une action hypotensive : il était facile d'en conclure que l'action hypotensive venant à manquer, l'hypertension se produisait sans être contrariée.

***

Quoique très séduisante, cette théorie n'apporte pas une interprétation satisfaisante de tous les faits.

Comment expliquer qu'après la ménopause, qui prive toutes les femmes de la sécrétion interne de l'ovaire, toutes ne soient pas également affectées et qu'un grand nombre ne souffrent pas ? Autre question : pourquoi l'administration de l'extrait ovarien, bienfaisant dans certains cas, se montre-t-il si souvent inefficace ?

Nouvelle preuve que si, suivant le mot de Fr. Franck, la physiologie est pleine d'erreurs logiques, la thérapeutique en comporte autant, Constatation qu'un médecin est à même de faire dans de nombreuses circonstances. On sait du reste que la médecine ne s'est jamais piquée d'être une science mathématique.

***

Le dernier mot en thérapeutique revient à l'expérience et à l'empirisme en prenant ce mot dans le sens le plus noble. Avant de conformer sa thérapeutique à une théorie biologique même séduisante, le médecin n'a qu'une ambition, c'est de soulager ou de guérir son malade. C'est pourquoi, j'ai cru bien faire en tentant d'introduire en thérapeutique courante un médicament éprouvé depuis cent ans en médecine homéopathique, à tel point qu'il en est considéré comme le spécifique des troubles de la ménopause.

Il s'agit du *lachesis*, extrait du venin du *trigonocephalus tachesis*. Ce médicament, introduit dans la thérapeutique en 1828, fut proposé d'abord comme tonique nerveux et cardiaque : on constata bientôt, par la pratique, que ses propriétés s'adaptent particulièrement bien aux troubles si variés de la ménopause.

Quelle que soit l'explication ou les explications d'un fait thérapeutique, ce fait demeure et s'impose. Le médecin n'hésitera jamais à employer un médicament efficace sous le prétexte que les raisons de son action sont obscures. Autrement, que resterait-il de notre arsenal thérapeutique ?

Pour diffuser un tel médicament dont la posologie est particulière et qui ne se trouve que dans un petit nombre de pharmacies, la forme spécialisée s'imposait.

C'est pourquoi, il est actuellement présenté sous la forme de comprimés de *lachésine*, où la substance active est à la dose minime optima. Ces comprimés s'administrent à raison de deux à quatre en dehors des repas. Leur action est rapide.

En quelques articles, tout en passant en revue les divers troubles de la ménopause, j'exposerai les résultats constamment favorables de la *lachésine*. J'espère, par cette étude consciencieuse, convaincre mes lecteurs et augmenter le nombre déjà grand des médecins qui ont adopté ce médicament précieux.

Dr Mendel,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LETTRES A UN JEUNE MÉDECIN

X. — Réalisations !!

Je suis encore tout émerveillé des résultats que vous avez obtenus, au bout d'un an d'exercice, mon cher ami, et que vous voulûtes bien me révéler, au cours de la conversation que nous eûmes à l'occasion de votre mariage. Merci encore de m'avoir convié à vous y servir de témoin, et tous mes compliments affectueux pour votre choix : votre jeune femme est en tous points charmante, et c'est bien là le meilleur de vos bénéfices, dans le bilan par lequel vous clôturez cette première année de pratique.

Je passe sur le total de vos honoraires : 35.000 francs en chiffres ronds, dont les quatre cinquièmes effectivement touchés, c'est honorable, et plus que jamais, vous devez bien augurer de l'avenir.

C'est là la conséquence de votre façon de vous conduire, tant vis-à-vis de vos malades que de vos confrères. Si j'ai pu contribuer quelque peu à guider vos premiers pas, et à vous éviter d'en fausser quelques-uns, j'en serai infiniment heureux.

Votre vieux confrère Armand vient, m'avez-vous dit, de vous céder définitivement toute sa clientèle. Ne pouvant plus, vu son grand âge, supporter les fatigues des allées et venues, même locales, voire des simples réceptions dans son cabinet, il a pris le bon parti, en renonçant à pratiquer, à votre profit. Les quelques billets dont vous l'avez indemnisé pour cette renonciation sont de l'argent bien placé, et ce placement sera d'autant plus avantageux que vous continuerez à avoir pour lui tous les égards qu'il mérite, en allant lui rendre visite aussi souvent que vos loisirs vous le permettront ; vous bavarderez amicalement sur vos occupations, sur vos travaux ; vous ferez au besoin appel à son expérience ; il ne se sentira pas tenu complètement en dehors de son métier, et cela lui fera trouver sa retraite ..... moins amère.

J'ai revu avec infiniment de plaisir Didier-Dubreuil, et il m'a été agréable de faire connaissance avec vos autres confrères. Leur présence à votre mariage prouve l'estime en laquelle ils vous tiennent, et est en même temps le gage de le confraternité qui vous unit tous les quatre.

Ce gage, d'ailleurs, se retrouve plus efficace encore dans les accords que vous allez conclure les uns avec les autres, et dont je vous renvoie le projet avec mon entière approbation.

Entre les soussignés.....

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Art. I. — Un service de garde sera assuré le dimanche et les jours de fête à tour de rôle par chacun des co-contractants, selon un roulement qui sera établi d'un commun accord.

Art. II.— Le médecin de garde s'engage à répondre à tous les appels des malades de ses confrères. Afin que le public sache à qui s'adresser, en cas de besoin, son nom sera publié dans les journaux locaux de la semaine précédente.

Art. III. — Le médecin de garde remettra le lendemain matin à ses confrères la liste des malades qu'il aura été appelé à voir pour le compte de chacun d'eux, avec une brève indication sur le motif de l'appel.

Art. IV. — Pendant les vacances annuelles que chacun des co-contractants prendra, ainsi que pendant les déplacements exceptionnels qu'il pourra être contraint d'effectuer, sa clientèle sera invitée par la voie de la presse à s'adresser à l'un de ses confrères, au choix des malades, qui devront faire connaître à celui-ci que le médecin absent est leur médecin habituel.

A son retour, ses confrères lui remettront respectivement la liste des malades qu'ils auront soignés à sa place, avec un résumé succinct de l'observation de chacun d'eux.

Art. V. — Il en sera de même en cas de maladie.

Art. VI. — Les situations acquises à ce jour étant intangibles, les co-contractants s'engagent, en cas de vacances ou de créations de postes, dans un service public ou privé, à n'accepter de les occuper qu'en complet accord les uns avec les autres.

Art. VII. — Les manquements aux conventions qui précèdent, les conflits qui pourraient en surgir seraient soumis au Conseil de famille du Syndicat de l'arrondissement.

Art. VIII. — Les présentes conventions sont accep-

tées et signées de bonne foi pour une durée de cinq ans (1).

Bravo, encore une fois. Ce que je déplore, c'est que de semblables accords ne jouent pas dans toutes les villes de faible importance, où n'exercent que quelques médecins, en nombre limité. Notez que, dans les localités plus grandes, là où les médecins sont plus nombreux, rien ne s'opposerait qu'il en fût de même par quartier, par exemple.

Je ne me dissimule pas cependant que cela serait plus compliqué. L'essentiel, c'est d'apporter dans ses rapports avec ses confrères le meilleur esprit de conciliation.

Vous m'avez dit aussi que vous étiez en train de vous entendre avec la Commission administrative de l'hôpital local pour en réorganiser le service médical. Cette Commission accepte de créer, dans un des pavillons dont se compose l'Etablissement, une annexe où seraient admis les malades payants, à charge par eux d'honorer le médecin de leur choix.

Vous vous répartiriez, par ailleurs, les services d'hospitalisation proprement dits, l'un assurant les soins médicaux, l'autre les soins chirurgicaux, un troisième la maternité, et vous même une consultation externe et la radiologie, où vous possédez quelques lumières spéciales.

J'espère que ces pourparlers, qui sont en bonne voie, aboutiront prochainement, et que de ce côté également, tout marchera à souhait.

Votre municipalité, qui se montre particulièrement intelligente, organise une consultation de nourrissons et a confié à l'ensemble des médecins de la ville le soin d'en assurer le fonctionnement technique. Là encore, l'Administration et le Corps médical sont dans la bonne voie. C'est par de telles ententes que devrait, partout, se régler la marche de tous les services médico-sociaux.

Procéderez-vous par roulement, ou bien l'un de vous sera-t-il désigné, pour cette Consultation ? C'est votre affaire. L'essentiel, c'est que l'harmonie ne cesse pas de régner entre vous. Aussi vous loué-je d'avoir proposé et obtenu que vous vous rencontreriez tous les quatre, une fois tous les mois, alternativement chez l'un ou l'autre, dans un repas familial sans apparat ; ce sont là coutumes propres à maintenir cette harmonie qui est à la base même de la confraternité.

Les Sociétés de Secours mutuels ont accepté de constituer, d'accord avec vos confrères et vous-même, une Commission mixte composée de deux médecins désignés à tour de rôle par leurs confrères, un administrateur de mutualités et un mutualiste pour résoudre toutes les difficultés qui pourraient survenir entre les uns et les autres. Si vous réussissez à réaliser le même progrès dans vos rapports avec les Assurances-Accidents, vous aurez fait un pas gigantesque vers l'organisation de la profession, telle qu'il est souhaitable qu'elle s'oriente de plus en plus.

Demain, la loi sur les Assurances sociales sera mise en application. Les Caisses maladie se créeront. Là où elles trouveront des organismes préalablement bien agencés par un Corps médical qui aura su s'adapter, il est à présumer qu'elles ne pourront pas faire autrement que de les utiliser, aux conditions, qu'en ce qui vous concerne, vous leur fixerez raisonnablement.

Vous n'avez plus besoin de mes conseils, mon cher ami. Vous êtes parvenu, dans le moindre temps, à manœuvrer avec l'habileté d'un vieux routier de la profession. Je n'en demeure pas moins à votre disposition s'il vous advenait d'être embarrassé et de vous en ouvrir à moi. Il en est un dernier que je me permettrai cependant de vous donner encore. Il tient brièvement en ces trois mots : *Faites votre devoir*. Car, a dit le Père Lacordaire, « *le devoir est supérieur à tout. Aucun calcul, aucune crainte, aucune habileté, aucun désir ne peuvent prévaloir contre.* »

G. DUCHESNE.

(1) D'analogues conventions ont été conclues par les cinq médecins de Honfleur (Calvados) et fonctionnent à leur *parfaite satisfaction.*

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Riches cultivateurs opérés à l'hôpital et invoquant le « Tout compris ».

Je remercie le « Sou Médical » de m'accorder son concours pour poursuivre plusieurs cultivateurs propriétaires et fermiers qui refusent de me payer mes honoraires à l'hôpital à l'occasion d'accidents.

J'ai trois affaires semblables.

Il s'agit dans un cas d'un fils de propriétaire auquel j'ai dû faire une énucléation de l'œil. La Compagnie d'assurances X, me refuse de me payer mes honoraires alléguant le « tout compris ».

Dans deux autres cas, il s'agit :

1° D'une amputation d'un doigt — blessé adressé par un confrère — propriétaire blessé en travaillant pour son compte ;

3° Dans l'autre cas, il s'agit d'un phlegmon diffus opéré et greffes consécutives. Ce blessé est un fermier blessé pour son compte.

Le règlement de mon hôpital autorise le chirurgien à prendre des honoraires, sauf le cas « d'indigence ou de personnes de condition modeste ».

Plusieurs confrères de ma région éprouvent les mêmes difficultés pour se faire payer de légitimes honoraires, du moment où ces hospitalisés ne sont pas des malheureux.

Notre intention est de lutter contre une pareille iniquité contraire à la loi de 1851, qui déclare que l'hôpital est fait pour les indigents nécessiteux et domestiques.

Aussi notre intention est de nous (les chirurgiens) réunir après les vacances et de nous concerter en vue d'une action directe : c'est-à-dire sauf le cas d'urgence extrême, hémorrhagie ou menace de mort, nous refuserons nos soins à l'hôpital ou clinique, à tous les blessés patrons.

Mais alors conflit avec les Commissions administratives et la Préfecture que nous allons d'ailleurs prévenir d'avance.

Il faudrait, je crois, mettre le groupe interparlementaire médical au courant, le prévenant des décisions graves que nous sommes sur le point de prendre. Car, je le répète, on ne pourra jamais soigner gratuitement à l'hôpital un gentilhomme compagnard et même un fermier aisé parce qu'il fait de l'agriculture. C'est une iniquité.

Dr B.

Commentaires

Excédés d'avoir à opérer gratuitement des cultivateurs riches, qui, parce qu'assurés facultatifs contre les accidents du travail, entendent bénéficier des mêmes faveurs et tarifs que leurs ouvriers, les médecins d'hôpitaux se demandent s'ils peuvent se refuser à opérer tout blessé du travail qui serait hospitalisé.

Ils soutiennent que l'hôpital est fait pour les pauvres et qu'en acceptant de donner leur concours gratuit à la commission administrative de l'hôpital, ils entendent ne faire bénéficier de leur altruisme que les seuls indigents.

Quant aux autres hospitalisés, à tous ceux qui peuvent payer des honoraires, ces malades doivent rémunérer ceux qui leur donnent des soins, surtout lorsqu'il s'agit de personnes, qui sont très loin d'être dans la misère.

En équité, nos confrères ont raison : ils doivent se défendre contre ceux qui abusent de la charité publique. Qui peut payer doit payer.

Dans bien des hôpitaux, la commission administrative laisse son Corps médical libre de réclamer directement des honoraires de tout hospitalisé, qui n'est pas indigent et ce procédé n'a encore donné lieu ni à un abus, ni à un conflit.

D'autre part, les médecins, propriétaires de cliniques privées, sont souvent en même temps, médecins, ou chirurgiens de l'hôpital local.

Ils voient avec défaveur les malades s'acheminer vers l'établissement public, parce qu'on y opère, sans avoir besoin de verser des honoraires au chirurgien.

Ils protestent également contre les allégations de certains agents locaux d'assurance, qui soutiennent que les blessés du travail doivent être admis à l'hôpital et non en maison de santé. Certains de ces agents vont même jusqu'à soutenir que cette obligation d'admission dans l'établissement public se trouve inscrite dans la loi de 1898 !

Est-il donc possible, pour les médecins d'hôpitaux, de s'insurger contre pareils errements, en refusant désormais d'opérer les blessés du travail hospitalisés et de forcer ainsi ces blessés victimes à se faire admettre dans les cliniques privées de la région, où ils devront acquitter le prix de journée et les honoraires du chirurgien ?

Juridiquement, le médecin d'hôpital accepte, lors de sa nomination, de soigner indistinctement tous les malades que la commission administrative aura admis dans les salles qui leur sont confiées.

Riches, comme pauvres, doivent recevoir les mêmes soins, dans l'établissement hospitalier.

Il en résulte que le médecin du service ne saurait refuser ses soins à un blessé du travail hospitalisé, pour le seul motif que celui-ci est un blessé du travail : ce faisant, il commettrait un manquement à la discipline intérieure de l'hôpital.

En effet, la commission administrative a un devoir de surveillance : elle doit veiller à ce que les hospitalisés reçoivent les soins nécessaires à leur état.

Mais, le docteur pourrait se retrancher derrière l'indépendance que lui donne son diplôme, pour invoquer des raisons d'ordre scientifique, pour refuser d'opérer le blessé, ou pour ajourner l'intervention chirurgicale.

C'est ainsi, que, pour protester d'avoir à opérer gratuitement des blessés, qui pourraient verser de légitimes honoraires, certains chirurgiens laissent le malade, pendant de longs jours, sans l'opérer, surtout lorsque rien ne nécessite une intervention rapide. Le responsable (chef d'entreprise, ou son assurance) a de la sorte à verser des journées supplémentaires d'hospitalisation, ainsi que des demi-salaires.

Mais pareils agissements sont inopérants : mieux vaut poser directement la question et essayer de résoudre le problème par des moyens licites.

Donc, si le chirurgien refuse de soigner les blessés du travail hospitalisés dans son service, il peut recevoir, de la commission administrative, l'ordre d'avoir à opérer, ou d'avoir à donner sa démission de ses fonctions hospitalières.

Le médecin pourrait-il s'entendre avec la commission administrative, pour obtenir la permis-

sion de toucher des honoraires de ces blessés du travail ?

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence de la Cour de Cassation, pareilles tractations sont interdites. Moyennant un prix « tout compris », le blessé du travail hospitalisé doit recevoir les soins nécessités par son état, sans que le chirurgien puisse demander d'honoraires au patron ou à l'assurance de ce dernier.

La loi accorde à l'hôpital une majoration de 30 %, sur le prix de journée de l'assistance médicale gratuite : à la Commission administrative de l'hôpital de prélever, sur ce 30 % de supplément, les honoraires qu'elle versera à son corps médico-chirurgical pour soins donnés aux blessés du travail.

Rappelons d'ailleurs, un arrêt de la Cour de Cassation du 22 mars 1909 (*Concours médical*, 1909-976) décidant que c'est à la Commission administrative de l'hôpital et non au chef d'entreprise qu'incombent les honoraires d'un chirurgien étranger à l'établissement et appelé à opérer un blessé du travail.

Il en résulte que si les chirurgiens d'hôpitaux veulent actuellement, tant que la loi n'est pas modifiée, recevoir des honoraires pour les blessés du travail hospitalisés, ils doivent s'adresser à la commission administrative de l'établissement.

Devant ces demandes légitimes, celle-ci verra si elle doit déférer à ce désir, ou si elle doit opposer un refus à cette demande, quitte à voir les docteurs se soumettre, ou démissionner de leurs fonctions hospitalières tou enfin si elle doit fermer la porte de l'hôpital à tous les blessés du travail, comme c'est son droit le plus absolu.

La loi du 7 août 1851 crée une obligation d'admission en faveur des seuls indigents. La loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, prévoit les modalités d'hospitalisation des assistés, mais à la charge des communes, départements et de l'Etat.

Pour tous autres malades, ne bénéficiant pas des dispositions des deux lois précitées, la commission administrative est maîtresse d'accorder ou de refuser l'hospitalisation. Je me place ici au point de vue juridique pur et je laisse de côté toute considération humanitaire.

Cependant, la commission administrative peut laisser ses médecins libres de demander directement des honoraires aux malades payants. La coutume s'est établie dans bien des établissements, sans que le préfet ait été appelé à donner son approbation, alors que le règlement de santé n'a pas été modifié, en sa teneur écrite.

Aussi, le chirurgien d'hôpital, ainsi laissé libre, peut demander au chef d'entreprise, préalablement à l'admission de son ouvrier blessé, l'engagement par écrit d'avoir à verser lui-même des honoraires convenus d'avance, pour frais d'opérations et soins consécutifs.

Je ne dis pas qu'ultérieurement, ce chef d'entreprise n'éprouve pas de sérieuses difficultés avec son assurance, pour se faire rembourser, par celle-ci, les honoraires qu'il a versés au chirurgien.

Mais, dans le cas qui nous est soumis, lorsqu'il s'agit d'un riche cultivateur hospitalisé et qui se réclame de sa qualité d'assuré facultatif, pour ne payer, à l'hôpital que le « tout compris » de la loi de 1898, il est juste que ce soit ce riche propriétaire, qui supporte de sa poche les honoraires chirurgicaux.

L'assurance , avec laquelle il a contracté, n'est tenue que des frais prévus, tant par la loi que par le tarif ministériel.

Le surplus doit rester à la charge de l'assurance : la jurisprudence est bien établie sur ce point.

Conclusions.

Quels conseils donner à nos confrères, qui sont excédés de cette exploitation, par les faux pauvres ? Les médecins ne veulent plus se prêter à jouer les dindons de la farce : ils entendent se faire payer par qui peut payer et ce désir est parfaitement légitime.

Faut-il conseiller à nos confrères de tenter une démarche auprès de leur commission administrative ? Oui certes, car ce n'est que par des accords locaux qu'on pourra résoudre bien des oppositions.

Il est à souhaiter que la commission administrative permette à son Corps médical de réclamer directement des honoraires de tout malade payant.

Cette autorisation peut être donnée par simple échange de lettres pour éviter la demande d'approbation préfectorale, qui serait refusée, étant données les directives tirées de la circulaire ministérielle du 31 mars 1926.

Les médecins auront alors toute liberté de faire signer, préalablement à l'admission, dans l'hôpital, d'un payant, un engagement, de la part de ce dernier, ou de ses répondants, d'avoir à payer la somme de x francs, pour opération et soins consécutifs.

Mais, si le malade est admis directement par la commission administrative, avant que le médecin intéressé ait pu faire signer le papier en question, le conflit restera entier.

Une fois opéré, le malade se retranchera derrière sa police d'assurance et l'assurance derrière les termes de la loi sur les accidents du travail.

Au médecin de voir, en dehors des cas d'urgence, s'il convient de différer l'opération *sine die* ou s'il faut signer l'exeat du malade, pour que

ce dernier aille se faire opérer dans la clinique voisine.

Mais, n'y aurait-il pas entente avec la commission administrative, les médecins d'hôpitaux verront s'ils doivent ou non résigner leurs fonctions.

Cependant, le Corps médical répugne à ces mesures violentes : la grève n'est pas entrée dans nos mœurs professionnelles, bien que pourtant certains de nos confrères y pensent sérieusement, excédés qu'ils sont de voir l'exploitation qui se fait de l'altruisme et du désintéressement bien connus de notre corporation.

Certains, qui sont bien informés, estiment qu'il faut encore patienter quelques mois : le projet de loi, votée par la Chambre, sera bientôt discutée au Sénat, vers le mois de mars, m'a-t-on dit.

Modifiant la législation de 1898, le texte prévoit des honoraires pour les médecins d'hôpitaux, qui soignent les blessés du travail.

Mais, le Sénat acceptera -t-il intégralement le texte voté par la Chambre ? N'y aura-t-il pas navette du projet de loi entre les deux assemblées, ce qui peut demander pas mal de temps ?

Je crois, pour ma part, qu'une entente serait souhaitable, entre compagnies d'assurances contre les accidents du travail, commissions administratives des hôpitaux et Corps médical : avant l'application de la loi prochaine, les parties intéressées s'entendraient pour que les médecins puissent toucher les honoraires, qui leur sont légitimement dus.

Le quantum serait fixé d'accord.

Mais, qui toucherait ces honoraires ? Des conventions locales fixeraient ces modalités.

Ici, le chirurgien percevrait directement du chef d'entreprise (ou de l'assurance de ce dernier), les sommes dues pour opérations, pratiquées sur des victimes du travail. Là, au contraire, ce serait l'économat de l'hôpital, qui encaisserait ces honoraires chirurgicaux, en même temps que les frais de séjour. Et la commission administrative de chaque hôpital s'entendrait avec son Corps médical, pour décider d'un commun accord, de l'emploi de ces honoraires chirurgicaux et du quantum versé aux médecins ayants droit.

Comment faire aboutir ces revendications ?

S'adresser au groupe médical interparlementaire, c'est prier nos dévoués confrères du Parlement de suivre de près la discussion prochaine du projet de loi, actuellement pendant devant le Sénat. Mais c'est tout.

S'adresser au Conseil supérieur de l'Assistance publique ? Cette haute assemblée est actuellement dominée par le fait de considérer le Corps médical comme étant dans une position subordonnée : quelques administrateurs de grands hôpitaux entendent rester les maîtres dans leurs établissements : les médecins recevront la part d'honoraires qu'il plaira à l'administration de leur allouer, selon les modalités arrêtées par la même administration.

On part de ce principe que, pour les hôpitaux de grande ville, il y a toujours plus de candidats médecins qu'il n'y a de places : donc le Corps médical n'a qu'à se contenter de ce qu'on lui donne, ou à démissionner.

Et malheureusement, on oublie trop les petits hôpitaux, pour lesquels les fonctions hospitalières ne donnent aucun renom, au regard de la clientèle et ce sont les plus nombreux en France.

S'adresser au Ministre du Travail, pour qu'il soumette le litige à la Commission du tarif ministériel ?

Le ministre répondra probablement qu'il convient d'attendre le vote de la loi prochaine, par le Sénat.

Il rappellera , en outre, que déjà la commission du tarif s'est occupée de la question et que, si l'accord ne s'est pas fait avec les Compagnies d'assurances, qui étaient prêtes à accepter, cela provient du refus opposé par le conseil supérieur de l'Assistance publique.

La question est bien complexe et, pour ma part, je proposerai d'employer tous ces moyens.

A mon avis, pendant que la Confédération générale des Syndicats médicaux s'adressera au Ministre du Travail, pour que ce dernier remette la question en discussion, tant à la commission du tarif que devant le Conseil supérieur, chaque syndicat local, ou chaque Corps médical hospitalier local tentera de s'entendre avec la commission administrative de l'établissement, pour que cette dernière autorise officieusement ses médecins à réclamer des honoraires de tout malade payant.

Avant l'admission d'un tel malade, le docteur fera signer un papier, par lequel le client, ou ses représentants ou responsables s'engageront à honorer le chirurgien.

Je ne vois pas d'autre procédé pour le moment.

Dr Paul BOUDIN.

LA PLÉTHORE MÉDICALE

Un débouché pour les jeunes médecins.

Très honoré Confrère,

Il y a quelques jours, je lisais presque en même temps dans les journaux la création d'un corps de nouveaux fonctionnaires : les adjoints à l'hygiène, et dans le *Concours*, votre article sur la pléthore du Corps médical. Bientôt après, dans le *Carnet médical français* (page 1732, août 1928) paraissait une note établissant la situation comparative des médecins débutants Belges et Français aux colonies.

Il y a là un ensemble dont les divers points demandent à être étudiés pour le profit de notre corps médical.

Vous savez que faute de médecins... aux colonies, l'inspecteur général Lasnet, qui déjà avait expérimenté des Russes en A. O. et A. E. F., en qualité d'hygiénistes, a voulu en recruter un plus grand nombre, soit nationaux, soit étrangers. Ainsi, sous certaines conditions (bacheliers, certificat d'études supérieures, instituteurs, etc.) sera recruté et formé en deux ans, d'une manière continuelle, un corps d'adjoints à l'hygiène. Ils seraient des fonctionnaires spécialisés dans les questions d'hygiène coloniale... ou des infirmiers supérieurs, ou des sous-médecins. Sans nier l'utilité ou la valeur de ces futurs fonctionnaires, ne faut-il pas dresser l'oreille ? N'est-ce pas encore en fait, et malgré les meilleures intentions des grands chefs, un coup porté à la valeur du titre de médecin, un réel travail de sape sur l'édifice du corps médical. Déjà, aux colonies existent des médecins auxiliaires indigènes ; déjà plusieurs d'entre eux ont été jugés dignes de devenir docteurs en médecine après stage dans les Facultés ; déjà les hygiénistes ont occupé bel et bien, en A. O. F., des postes jusque-là dévolus à des médecins ; déjà et trop souvent, malgré la pléthore, des équivalences sont attribuées à des nationaux — instituteurs primaires supérieurs, etc. — à des coloniaux, vo ire à des étrangers, alors, ne sera-t-on pas tenté de distinguer, parmi les adjoints à l'hygiène, quelques excellents sujets qui, eux aussi, passeront « par le rang » ? Avec ces malheureuses idées d'égalité, avec la sottise généralisée (à la place du bon sens naturel) par l'instruction à tous et pour tous, ne va-t-on pas ouvrir toutes grandes les portes, déjà entrebaillées et bien mal défendues, des Facultés ?

Voyons d'un côté, et tout le premier ; pléthore, de l'autre insuffisance. Alors, au lieu de freiner pour la France, de canaliser pour les colonies, le flot qui immerge les villes de la métropole, que fait-on ? des nouveaux fonctionnaires, des demi-médecins ! Notez qu'il n'est, pour remplir ce but, aucun besoin de fonctionnaires nouveaux : il suffit de prendre les adjoints des services civils, de leur faire suivre les mêmes cours qu'aux hygiénistes, et ils pourront très bien rendre, avec une simple indemnité les mêmes services. Ne font-ils pas les percepteurs, greffiers, notaires, etc, en plus de leurs fonctions administratives habituelles ? Noter aussi, en passant, que bien des médecins peuvent être, dans certains centres, des médecins-administrateurs.

Cette année, pour 150 places environ à l'Ecole de Bordeaux il y avait à peine le même nombre de candidats, alors qu'autrefois, pour 40 ou 50, 160 à 200 candidats se présentaient. Résultats : le nombre des places à combler n'est pas atteint.

L'exemple de l'étranger est là pour nous en servir, en ce qu'il a de bon. (En passant : beaucoup d'armées étrangères, dont l'Allemagne, donnent une solde supérieure aux médecins pour les retenir). La Belgique traite raisonnablement ses médecins qui consentent à séjourner au Congo. La France doit absolument entrer dans cette voie. Le risque à courir, les séparations, les premières années pénibles sans confort légitiment une forte solde. Parler de quarante mille francs aux jeunes — cette somme correspond à peine à 8.000 francs or — c'est insuffisant. Il faut procéder à une sélection sérieuse et consentir des émoluments correspondants à la vie actuelle, compte tenu de la revalorisation de la monnaie.

Beaucoup de colonies devraient avoir à leur charge tous leurs médecins et le pourront de plus en plus. Un grand nombre d'entreprises privées gagneraient — quelques-uns le comprennent, d'autres non — à avoir un médecin entièrement à leur compte.

Bref, sans donner des espoirs ridicules, on peut dire que si les autorités le veulent (c'est-à-dire en leur faisant une situation enviable), il y a un un certain nombre de places chaque année aux colonies pour des médecins. Il ne paraît pas qu'un corps spécial d'adjoints à l'hygiène s'impose (Le *Petit Var* intitulait un article : *Les médecins au rabais* pour les colonies). Au surplus, les adjoints des services civils peuvent du moins quant à un certain nombre et pour quelque temps remplir ces fonctions sans apport de nouveaux éléments.

Il est indispensable de rémunérer les individus selon leur valeur. Sélectionnez sévèrement,

soyez très exigeants, mais et surtout : donnez une large situation. Il serait étonnant, dans ce cas, de ne pas trouver d'excellents éléments.

Sachant combien vous êtes dévoué au Corps médical, et ayant déjà eu l'occasion de correspondre avec vous, je me suis permis de vous soumettre ces réflexions.

Dr A. BOILEAU.
Médecin commandant
des Troupes coloniales.

VARIÉTÉS

Le docteur Schiloum Hââtchi (1)

— Vous savez qu'Hââtchi vient de faire un don à la Caisse des Sapeurs-Pompiers de Saint-Courtin.

— En effet, je l'ai lu dans notre *Gazette* et j'ai admiré comme il était facile de se faire, en première page, de la réclame à peu de frais. Mais j'y ai lu aussi, voici quelques mois, qu'Hââtchi venait d'être naturalisé et que « ses nombreux amis l'en félicitaient ». Ces interprètes supposés auraient dû ajouter le cynisme et l'impertinence et déclarer :

« Notre ami Hââtchi a été moins bête que les Français. Pendant la Grande Guerre, jeune et fort, il est resté tranquille à Paris parce que né en Météquie. Aujourd'hui, âgé de trente ans bien sonnés, n'ayant plus un jour de service militaire à exécuter, il se proclame chauvin. Il sera, l'an prochain, sous-lieutenant médecin dans l'armée française et dans dix ans, nous y comptons fermement, chevalier de la Légion d'honneur. »

— Je vois que vous ne l'aimez guère. Vous êtes sans doute jaloux de son auto, une huit cylindres, bien jolie, ma foi !

— Superbe, en vérité ! Mais sortez Hââtchi de son carrosse. Réfléchissez qu'il s'est vanté à nous d'être arrivé ici, il y a trois ans, avec son seul chapeau sur la tête et, d'après le nombre des cylindres, calculez la quantité des dupes. Car tous les gens informés savent que la profession médicale, exercée honnêtement, n'enrichit pas le praticien.

— Cependant, il fait payer ses visites moins cher que le Dr Lefranc.

C'est vrai, mais remarquez que le Dr Lefranc ne fait guère qu'une visite par petite maladie ou indisposition, tandis qu'Hââtchi en fait trois.

— Son diagnostic est très sûr et il a fait opérer à temps Madame Dubois qui, sans cela, serait morte.

— Vous parlez à point de chirurgie. Avez-vous remarqué comme, depuis trois ans, le nombre des cas mortels réclamant d'urgence le chirurgien a brusquement augmenté ? D'ailleurs plusieurs Saint-Courtinois sont décédés malgré l'intervention. Du temps de notre cher Dr Breton on ne parlait pas tant de bistouri et les gens ne mouraient pas davantage.

— Si le Dr Breton n'avait pas fait de politique, le parti adverse n'aurait pas appelé Hââtchi.

— Ce parti a bien travaillé. Un de ses chefs est brouillé avec Hââtchi et l'autre vient de mourir d'une albuminurie que ce grand thérapeute a toujours ignorée après dix mois de surveillance.

— Son succès est très grand dans les hôtels.

— Celui des aventuriers également. Bien danser le shimmy tient lieu de références. D'ailleurs vous savez qu'en Météquie, le pourboire, appelé baschich, est une institution nationale. Hââtchi, héréditairement entraîné, le distribue chez nous avec largesse et discernement.

— Cependant, il a des titres. N'est-il point de la Faculté de Paris et médecin juriste de l'Université ?

— Où prenez-vous que ce sont là des titres ? La Faculté de Paris fabrique, pour notre grand dommage, mille médecins par an. Quant à l'étiquette « juriste », il suffit de fréquenter la Morgue quelques mois pour l'obtenir. Vous savez bien d'ailleurs, qu'avec la bavarde inconscience de sa race, il s'est glorifié d'avoir remplacé un médecin en n'étant qu'étudiant de deuxième année et de s'être fait la main sur nos crédules paysans.

— On ne devrait pas permettre çà.

Qui : On ? Vous. Moi. Tout le monde. Si ces choses sont tolérées c'est que, un satirique l'a dit : Nous sommes le peuple des poires.

— Je viens d'apprendre, qu'il était en pourparlers pour céder son poste.

— Ce sera le beau couronnement de sa carrière ici. On l'a aidé pécuniairement pour l'installer à Saint-Courtin. Il sent que la clientèle, trop prise pour un citron, regimbe. Comme les Allemands, il demande l'armistice à temps et on le paiera demain pour qu'il s'en aille.

. . . .

. . . .

Tu te trompes, Hââtchi, malgré ta passagère victoire, lorsque, avec des mœurs pareilles, tu te crois médecin. Parce que « le peuple veut être trompé » » tu pratiques le « donc trompons-le ». Tu n'es pas un médecin, Hââtchi Schiloum, tu n'es qu'un charlatan.

DARDELIN.

(1) Ombre de La Bruyère, pardon !

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport annuel du Secrétaire général.

Le « Sou Médical » peut bien se dire le conseiller juridique et le défenseur des intérêts professionnels de ses adhérents : la diversité des cas qui lui sont soumis le prouve abondamment.

Est-ce bien la peine de dire une fois de plus ce que nous indiquons chaque année : préciser le nombre des lettres reçues par notre service du contentieux, dépassant les 4.000, les consultations verbales données dans nos bureaux, les conférences multiples avec les avocats, les démarches faites tant dans les ministères que dans les diverses collectivités publiques ou privées ?

Disons que ce qui fera l'objet de ce rapport ce seront les seuls litiges qui ont nécessité des procès. Nous délaisserons les affaires fort nombreuses qui se sont terminées à la suite de consultations juridiques et d'indications précises de textes de jurisprudence, grâce auxquels nos adhérents ont pu obtenir satisfaction, sans que l'affaire ait eu besoin d'être évoquée devant les tribunaux.

Or, ce qui domine, dans l'énoncé des affaires judiciaires, ce sont les procès en matière d'honoraires, tant de droit commun que d'accidents du travail et les poursuites mettant en cause la responsabilité professionnelle des médecins.

Voici ce qui constitue de beaucoup les têtes des gros chapitres de l'activité judiciaire du « Sou Médical ».

Les honoraires de droit commun.

148 procès ont été soutenus par le « Sou Médical », au cours de l'exercice 1927-28.

Les contestations d'honoraires, à la suite d'accident d'automobile, entrent pour un nombre de 45.

Un piéton est renversé par une auto : le blessé est conduit chez le médecin, ou ce praticien est appelé auprès de la victime.

Responsable, ou non, l'automobiliste charge le praticien de donner ses soins, indique l'adresse de son assurance, puis disparaît.

A la fin du traitement, le blessé refuse de payer les honoraires, parce que, victime, il n'a rien à débourser. L'automobiliste se retranche derrière son assurance et celle-ci conteste la responsabilité de son client, cherchant à rejeter la faute sur le blessé.

Le résultat de ce cercle vicieux, c'est que le médecin ne trouve plus personne, qui consente à lui acquitter le prix de son travail professionnel. D'autres fois, l'écrasé est désintéressé par une somme globale versée par l'assurance et comprenant les honoraires du médecin, la victime se garde bien de régler son docteur et l'assurance se refuse à payer deux fois.

Beaucoup de ces procès sont actuellement en cours ; mais, cette année, nous avons eu le plaisir d'enregistrer 8 succès devant les tribunaux, 4 arrangements à l'amiable et 2 paiements consécutifs à l'appel en conciliation devant le juge de paix.

Sur l'initiative de notre collègue et vice-président, le Dr Vimont, le secrétariat général du « Sou » a fait des démarches auprès du Touring Club de France et de l'Automobile club, pour que ces grandes associations puissent obtenir des compagnies d'assurances contre les accidents qu'elles consentent à régler les premiers soins d'urgence, donnés aux victimes, sans préjuger de la responsabilité qui peut incomber soit à l'automobiliste, soit à l'écrasé.

Les avocats de ces associations nous ont répondu par un *non possumus* et force nous est donc d'accorder tout notre appui moral et pécuniaire à nos adhérents, pour que les tribunaux puissent dire, dans chaque cas, qui doit payer les honoraires du praticien.

En matière d'honoraires de droit commun, les cas les plus divers se présentent et nécessitent notre appui.

Ici, ce sont des contestations portant sur le taux des honoraires, que le client trouve trop élevé ; ailleurs, c'est le prix d'un accouchement qu'on discute, une opération chirurgicale qui, bien que réussie, est trouvée trop onéreuse.

Tantôt le client a quitté le pays où il se trouvait en vacances, lorsqu'il eut besoin de soins : ce mauvais payeur s'imagine que le médecin hésitera à faire les frais de quelques centaines de francs, nécessités par les citations en justice proprement dites et les honoraires d'un avocat ou d'un représentant.

Tantôt, le débiteur ne répond même pas aux lettres recommandées qui lui sont adressées et ne donne signe de vie que lorsqu'il reçoit sommation d'avoir à comparaître devant le juge.

D'autres fois, le malade est soigné chez un parent, son père ou sa mère ; c'est encore une femme qui fait ses couches dans sa propre famille ; mais, au moment de régler la note, tout le monde se défile : les parents refusant toute solidarité avec les enfants et ces derniers invoquant l'insolvabilité ou quittant le pays sans laisser d'adresse.

Le « Sou Médical » n'hésite pas à faire citer devant le juge compétent, non seulement le consommateur de soins, mais aussi le parent chez lequel les soins ont été donnés.

La mauvaise foi la plus évidente éclate quelquefois dans ces litiges entre clients et docteurs : l'un estime que le médecin a employé un traitement parfaitement inutile, un autre déclare que l'on a fait traîner sa maladie en longueur pour accumuler les visites ou les piqûres ; celui-ci refuse de payer une analyse de sang qui n'est pas conforme à une autre faite gratuitement dans un hôpital ; ce dernier se plaint d'avoir servi comme champ d'expérience.

Ailleurs, la victime d'un accident ou d'une rixe a été désintéressée ; mais elle se garde bien de payer son docteur.

Des maîtres font mander le médecin, pour un domestique soigné chez eux, mais entendent ne rien devoir des frais médicaux.

C'est un monsieur qui vit en concubinage, mais qui se dérobe ensuite, sous le prétexte qu'il est brouillé avec sa maîtresse.

Ce sont des héritiers qui contestent les soins donnés au *de cujus*, ou le notaire, qui se refuse à considérer les honoraires de dernière maladie comme étant privilégiés.

D'ailleurs, cette question du privilège a fait l'objet de cinq procès : notons que la cour de Cassation a reconnu au médecin le privilège en matière d'accident du travail, de même que ce privilège a été admis en matière de faillite.

Ce long chapitre des honoraires ne soulève aucune question de principe ; ce sont cas particuliers, qui nécessitent l'appel devant les tribunaux pour des situations juridiques qui ont été maintes fois résolues par la jurisprudence.

Néanmoins, lorsque le bien fondé de la réclamation du confrère est reconnu, nous lui donnons une consultation juridique et nous l'engageons à appeler son débiteur, en conciliation, devant le juge de paix.

Souvent le client s'exécute ou promet devant le juge de payer. Mais, faut-il aller plus loin et citer devant le tribunal, le « Sou » intervient, tant pour payer les frais du procès que pour honorer l'avocat.

Faisons remarquer ici combien grande est la disproportion entre les frais de justice et la somme en litige, réclamée par le médecin. Alors que ce dernier réclame 50 ou 75 francs, il faut souvent 5 à 600 francs pour venir à bout de l'adversaire, simplement en justice de paix !

Aussi sommes-nous heureux, lorsque le client récalcitrant veut bien s'en remettre à l'arbitrage du président du syndicat médical local. Non seulement les frais sont bien diminués, mais encore la sentence est-elle rendue en équité.

Car ne l'oublions pas, les juges sont souverains maîtres de leur appréciation en matière d'honoraires médicaux : tout en reconnaissant le bien fondé de la réclamation du docteur, ils estiment que la notoriété de ce dernier, le service rendu, ne sont pas suffisants pour réclamer une note élevée, ou bien encore ils s'apitoyent sur une prétendue situation peu fortunée du client : résultat : la note d'honoraires subit une minoration assez marquée, ou bien le client est condamné à payer par 10 ou 50 francs par mois une facture de 2 à 3.000 francs.

Que dire également d'un jugement de Périgueux, se refusant à confier une note d'honoraires à l'appréciation d'un expert médical, parce que ce praticien ne saurait donner tort à son confrère, puisque lui-même, demain, sera appelé à faire payer d'autres clients.

On ne saurait si bien suspecter l'honorabilité et l'impartialité du corps médical. Et les conseils juridiques du « Sou » étudient les moyens pour stigmatiser un tel jugement, qu'il est impossible de faire réformer par une juridiction supérieure.

Assistance médicale gratuite.

Un lien assez étroit relie les demandes de recouvrement d'honoraires de droit commun avec le service de l'A.M.G. En effet dans 5 cas, surtout pour des accouchements, le client a fourni après coup un bulletin d'inscription à l'assistance, au moment où le docteur réclamait ses honoraires.

Ces cinq cas ont été soumis aux tribunaux ; 4 sont encore en instance et nous avons obtenu satisfaction dans un cas.

Pour terminer ce chapitre d'assistance médicale, disons que le Conseil du « Sou Médical » a fait les démarches nécessaires auprès de la préfecture de la Seine, à propos de notes d'honoraires, qui avaient été réduites, sans motifs, par la commission de vérification.

Qu'un médecin se trompe, cela est fort possible ; mais la commission de vérification a le devoir de donner les motifs de ses rabais. Nous poursuivrons ces affaires jusque devant le Conseil d'Etat s'il y a lieu, car on ne saurait admettre que des mémoires d'honoraires soient réduits sans que les motifs des réductions soient communiqués à l'intéressé.

Ce dernier doit avoir le droit de présenter sa défense et ses explications, parce qu'après tout, c'est peut être lui et non l'administration qui peut avoir raison.

Toujours également la fameuse question du secret professionnel : des mémoires d'honoraires médicaux sont refusés parce que ne portant pas les mentions des diagnostics des maladies soignées.

Dans 3 cas nouveaux, nous avons donné notre appui ; mais signalons que nous avons rencontré au Ministère du travail, à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques un esprit très large de conciliation. Les préfets ont été priés

de ne pas se montrer intrnsigeants, sur cette oligation d'avoir à mentionner les diagnostics tant que le Conseil d'Etat n'aurait pas rendu son arrêt concernant le pourvoi fait par le « Sou Médical », contre l'arrêté du Conseil de préfecture de l'Aube.

Accidents du travail.

84 litiges ont nécessité l'appui du « Sou Médical ». La très grosse partie, pour ne pas dire tous les cas, on trait à des contestations d'honoraires.

Viennent en premier lieu les accidents agricoles ; de riches agriculteurs, assurés facultatifs, voudraient se faire soigner aux mêmes conditions que leurs ouvriers blessés.

Ils ont contracté avec des assurances qui, aux termes des contrats, n'entendent demeurer responsables que des honoraires prévus au tarif ministériel.

Et ces industriels agricoles ne peuvent pas comprendre le caractère forfaitaire de la loi de 1898, qui laisse à leur charge la différence entre le tarif ministériel et le tarif de droit commun.

En dehors des cas courants et classiques de contestations d'honoraires, citons certaines affaires plus particulières.

D'abord, de très gros problèmes doivent être étudiés et résolus : citons tout de suite la question du bulletin d'avis.

Un médecin reçoit dans son cabinet une victime du travail ou qui se prétend telle. Le praticien donne ses soins, rédige le certificat initial ; puis continue à traiter le client, sans se faire payer comptant.

Plus tard, lorsqu'il présente sa note d'honoraires au chef d'entreprise, ou à l'assurance, il éprouve un refus de paiement ; il ne s'agissait nullement d'un accident du travail ; par conséquent, le praticien doit s'adresser au malade lui-même pour se faire payer.

L'assurance n'entend payer que la première visite et le prix du certificat initial. D'ailleurs, elle fait remarquer au médecin que le bulletin d'avis d'accident, que le blessé a présenté lors de la première visite, indiquait que l'ouvrier se prétendait victime d'un accident et qu'en conséquence le chef d'entreprise priait le médecin de visiter le blessé et de délivrer un certificat.

Il est évident que les compagnies d'assurances ont raison de se défendre contre les ouvriers, qui exploitent, à leur profit, la loi de 1898.

Nénamoins, le médecin, de son côté, est de bonne foi : n'étant pas juriste, il n'a pas lu, ni compris les réserves contenues dans les petits caractères du bulletin d'avis : pour lui, cette déclaration d'accident est une sorte d'accréditif, permettant au praticien de considérer comme débiteur des soins, non pas le blessé lui-même, mdais le chef d'entreprise.

Cependant, les conflits surgissent longtemps après le traitement. Ce n'est que quelques jours ou mois, après la cessation des soins que le docteur adresse sa note à l'assurance. Cette dernière, met un certain temps avant de répondre que l'accident n'est pas garanti par la loi de 1898.

L'ouvrier a quitté le pays, ou est insolvable : le médecin, qui, de bonne foi, a donné ses soins, ne trouve plus personne pour se faire payer, alors que le traumatisme était réel et la blessure non simulée.

Nous avons eu cette année onze cas semblables.

C'est encore le gros problème de l'hospitalisation des blessés du travail ; les chirurgiens d'hôpitaux, comme les médecins de maisons de santé, se voient opposer le tout compris : leur irritation grandit contre un texte de loi qui les oblige à soigner comme des indigents des blessés qui ont, comme répondant, soit le chef d'entreprise, soit une assurance.

Et cette irrtation est portée à son comble lorsqu'il s'agit de riches exploitants agricoles, qui invoquent le tout compris pour se faire opérer gratuitement.

Nous avons eu 9 fois à accorder notre appui pécuniaire pour des affaires de ce genre. Mais signalons que, dans un département de l'Ouest, certains médecins d'hôpitaux parlent très sérieusement de se refuser à soigner désormais les victimes d'accidents du travail, à l'hôpital, devraient -ils même être obligés de démissionner de leur service hospitalier.

Puis, c'est la question des médicaments : certains médecins ont été accusés d'exagérer leurs mémoires de fournitures pharmaceutiques ; quelques-uns sont considérés comme étant de connivence avec un pharmacien.

D'ailleurs, j'ai publié, dans le *Concours médical*, une liste de médicaments, qui ne se rapportaient nullement au traumatisme déclaré.

Néanmoins, le « Sou médical » a eu trois procès de ce genre à soutenir, le médecin étant vraiment de bonne foi.

Il nous a fallu également faire payer un propharmacien qui avait délivré un médicament spécialisé, indispensable pour le traitement. Le « Sou Médical » a reçu une réponse du Ministère, fixant bien la position de la question : le médecin est libre de ses prescriptions pharmaceutiques, mais sous son entière responsabilité. Par conséquent, le praticien peut ordonner ce qu'il croit nécessaire pour la guérison, mais il fera bien d'indiquer, sur son ordonnance, que la spécialité qu'il ordonne est indispensable au traitement.

Discussions encore à propos de soins donnés après la reprise du travail, soit que la consolidation ait été apparente, soit que l'ouvrier ait pu trouver un travail compatible avec sa blessure.

Signalons encore que le « Sou Médical » a vu

la Cour de Cassation rendre deux arrêts, dans des affaires soutenues depuis longtemps : le médecin voit sa créance privilégiée, lorsque le chef d'entreprise a fait faillite ; mais, lorsqu'une affaire, introduite en vertu du droit commun, a trait à une question d'accident du travail, c'est la loi de 1898 et non le droit commun, qui est applicable.

Pour terminer, mentionnons la tentative heureuse de notre conseil du « Sou » : un certain nombre d'affaires contentieuses n'ont pas été *a priori* portées à la connaissance des tribunaux. Un assureur conseil a été chargé de faire des démarches dans les compagnies et, dans les 4/5e des cas, il a obtenu entière satisfaction, sans procès.

D'ailleurs, nous entrons résolument dans la voie de l'arbitrage et, à deux reprises, le conseil du « Sou » a entendu contradictoirement le médecin et le délégué de l'assurance et il a été heureux, dans ces deux cas, de concilier les deux parties.

Beaucoup de confrères pêchent par ignorance des textes législatifs : il importe de leur démontrer leur erreur d'interprétation, de même qu'il suffit de prouver à l'assurance que, dans la pratique journalière, un médecin doit faire pour le mieux et l'on arrive ainsi à rapprocher deux adversaires et à éviter les conflits pour l'avenir.

Responsabilité professionnelle.

L'année a été mauvaise : 35 procès sont en cours. A la vérité, onze cas ne sont que des demandes reconventionnelles, formulées par le client, à la réception de la note d'honoraires. Sur ce nombre, 3 se sont arrangées à l'amiable et deux ont été gagnées en justice.

Les causes des procès sont toujours les mêmes : accidents d'anesthésie, brûlure rapportée à des applications de diathermie ; fractures vicieusement consolidées : certificat d'internement ; décès imputés à la négligence du docteur, absence de radiographie, pour la réduction de luxations ou de fractures, injection antitétanique non pratiquée, erreur dans l'emploi de sérums, appareil dentaire défectueux, etc. ;

Si, la plupart du temps, nous obtenons la mise hors de cause de notre confrère, nous avons eu à déplorer la perte, en première instance de 2 procès : 40.000 francs de dommages intérêts, pour brûlure à la suite d'applications radio-thermiques, 16.000, pour une fracture mal surveillée. Ces procès sont actuellement portés devant la cour d'appel.

D'ailleurs, le « Sou Médical » n'hésite pas à déléguer un de ses membres pour assister à l'expertise et défendre, autant que possible, le médecin accusé.

Hôpitaux.

Nous rappelons, pour mémoire, les conflits à propos des malades payants en général.

Parmi les cas particuliers nous avons aidé un confrère dans un procès contre un armateur, qui refuse de solder les honoraires chirurgicaux pour soins donnés à un marin hospitalisé.

Le « Sou » s'est également entremis, pour résoudre le fameux conflit de Romans entre les médecins de cette ville et le maire-député, qui a trouvé deux médecins, pour assurer le service de l'hôpital et de l'assistance.

Enfin, appui a été accordé à un confrère, qui a été brutalement révoqué, par un adversaire, élu maire, par conséquent président de la commission administrative de l'hôpital et qui a fait révoquer notre adhérent, sous prétexte de maladie et en violant le secret professionnel : les arguments, dont il s'est servi, n'étaient venus à sa connaissance qu'en tant que maire.

Le Conseil d'Etat ayant annulé la révocation, le « Sou Médical » aide pécuniairement notre confrère, à poursuivre le procès devant les tribunaux civils, pour obtenir réparation complète.

Impôts.

Notre conseiller fiscal, M. Martinot, a fort à faire pour répondre aux nombreuses questions, qui lui sont posées.

Au point de vue contentieux, appui pécuniaire a été accordé pour obtenir déduction d'une patente abusive ; appui également pour un confrère, qui exerce les deux professions de médecin et de pharmacien et dont le traitement fixe a été ajouté à ses revenus professionnels.

Nous avons obtenu la suppression de la patente, imposée à un médecin, pour garer sa voiture automobile dans un garage public. Gain également, la commission supérieure de cassation ayant décidé que le garage d'un médecin a un caractère nettement professionnel.

Loyers.

Ce dernier succès, concernant le garage, peut également figurer dans le chapitre des loyers, en même temps que 14 autres affaires diverses. Ce sont questions d'expulsion, de reprise de locaux, de réduction de loyers, de prorogation, de cession de droit au bail, ou de détermintion du caractère commercial, ou privé d'une clinique médicale.

Médecine légale.

Dans deux cas, le « Sou Médical » a étudié de très près comment pouvoir faire payer un médecin, qui, réquisitionné par un maire pour constater un décès suspect, se voit ensuite refuser le paiement tant par le Parquet que par la mairie. Les affaires sont en cours.

Médecine administrative.

Nous soutenons un confrère révoqué de ses fonctions de médecin inspecteur des écoles ; un autre, pour suppression de poste pour l'assis-

tance médicale gratuite. Enfin, nous avons fait admettre qu'un médecin d'hôpital ne peut être révoqué, sans avoir eu connaissance de son dossier et avoir pu présenter sa défense.

Détournement de clientèle.

Ce sont principalement des agents locaux d'assurances qui prennent sur eux d'avertir des chefs d'entreprise de ne plus faire appel à tel docteur, pour les accidents du travail, mais de réserver leur préference à tel autre praticien,

D'autres fois, ce sont des chefs d'industrie qui affichent dans leur usine l'interdiction de choisir un tel médecin.

Enfin, nous avons dû également soutenir un confrère, qui voit sa clientèle être ouvertement détournée par un dispensaire local.

Diffamation et dénigrement.

14 affaires ont été soutenues cette année ; tantôt le diffamateur est un client, tantôt c'est un pharmacien ; d'autres fois, c'est un journal local ; ce sont même des confrères voisins, qui colportent de faux bruits.

Nous avons obtenu 3 succès et, dans deux autres cas, le client, cité en justice, a présenté ses excuses avant l'audience.

Exercice de la médecine.

7 procès en cours : un directeur de maison de santé en lutte avec le préfet ; deux accidents d'automobile pendant l'exercice de la profession ; deux procès, à propos d'achat de mobilier et d'instruments médicaux ; un cas d'assurance de droit commun, alors que le médecin se croyait assuré régulièrement contre les accidents, sans avoir pesé les termes de sa police d'assurance.

Exercice illégal.

Les médecins portent leurs doléances au « Sou Médical » ; puis lorsque nos avocats conseils ont trouvé matière à poursuites, le syndicat local nous demande également notre appui, au prorata du nombre de ses membres, adhérents au « Sou ».

Nous avons eu ainsi 7 procès, au cours de cette année. Nous avons enregistre trois succès : les autres affaires sont en cours.

Affaires diverses.

Appui a été donné à un confrère à propos d'un testament fait en sa faveur et attaqué par les héritiers : désistement des adversaires ; appui pour vente de stocks de médicaments d'un propharmacien à un pharmacien, ce dernier se refusant ensuite de payer sa dette ; appui également, notre adhérent ayant été appelé en garantie par une tierce personne qui avait prêté de l'argent au successeur. Gain en première instance ; l'adversaire nous traîne en appel.

Deux cas de pensionnés de guerre ; trois cas de poursuites pour infraction à la loi sur les stupéfiants : non lieu dans deux cas.

Deux procès en violation de secret professionnel : gain dans un cas, non lieu, dans l'autre.

Litiges entre confrères.

Nous gardons pour la fin les conflits d'ordre confraternel. Toujours, le « Sou Médical » s'oppose à ce que de tels procès soient portés devant les tribunaux de droit commun : la malignité publique n'a pas à se gausser de nous.

Un arbitrage est toujours proposé, presque toujours accepté. Et nous avons le bonheur d'enregistrer des solutions aimiables, terminant heureusement des conflits aigus.

4 fois, nous avons eu à arbitrer des litiges, provenant de cessions de clientèle ; trois fois des conflits consécutifs à des remplacements, une autre fois, nous avons aidé un syndicat à se porter partie civile dans une affaire d'avortement, dans laquelle était impliqué un médecin ; une fois nous sommes intervenus à propos du refus d'admission d'un praticien dans le syndicat médical local.

Enfin, arbitrage dans un conflit entre médecin et sage-femme.

Conclusions.

De ce rapide exposé des affaires d'ordre judiciaire, que le « Sou Médical », a eu à soutenir devant les tribunaux, retenons cette conclusion, c'est que ce sont les litiges, consécutifs au recouvrement des honoraires, qui sont de beaucoup les plus nombreux.

Mais, les frais de justice augmentent dans des proportions considérables et, pour faire obtenir 60 à 75 francs à un adhérent, il faut parfois dépenser 5 à 600 francs, rien que pour défendre devant le juge de paix.

Aussi, convient-il d'augmenter la cotisation annuelle, pour que nous puissions donner largement l'appui à tous nos adhérents, sans être gênés par cette question pécuniaire.

Il faut également accumuler le fonds de garantie : la responsabilité professionnelle est mise à une rude épreuve et il nous paraît indispensable d'affecter une grosse partie de la majoration de la cotisation à l'augmentation de la Caisse de garantie.

C'est d'ailleurs la proposition que l'assemblée générale aura à discuter, sur le rapport de notre secrétaire général adjoint, le Dr Duchesne.

Qu'il me soit permis maintenant de remercier nos collaborateurs juridiques, Dumesny et Meillet, toujours sur le brèche et répondant d'une manière inlassable aux nombreuses questions, qui leur sont posées.

Merci également à Me Bernard Auger, qui sait

si bien nous défendre devant le Conseil d'Etat et la Cour de Cassation.

Mais le cœur me serre lorsque je pense à la perte cruelle que nous avons éprouvée en cours d'année : Me Nattan Larrier est mort, emportant des regrets unanimes. Nous sommes restés désemparés, devant sa fin si brusque, nous perdions un conseiller très prudent, très avisé, très sûr, et moi je perdais un bon ami.

Heureusement, nous avons trouvé, dans Me Priou, un digne continuateur de Gatineau et de Nattan-Larrier. Jeune, ardent, travailleur, deux fois docteur en droit, chargé de travaux pratiques à la Faculté de Droit, Me Priou a su, en quelques mois, se concilier la sympathie de tous, cependant que nous acquerrions la certitude d'avoir en lui un avocat des plus distingués. Et il nous l'a prouvé en gagnant maintes affaires.

Merci à tous en votre nom, mes chers confrères : le « Sou Médical » peut continuer vaillamment sa tache de défense professionnelle, car ses conseils juridiques se dévouent pour que vous puissiez exercer votre art, sans avoir à craindre les mauvais clients.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

20 *octobre* 1928.

Présents : MM. Maurat, président ; Noir ; Vimont ; Mignon ; Gassot ; Duchesne, de la Rochefordière ; Levassort ; Pamart ; Mazeroux et Boudin, *secrétaire*.

Le Conseil fixe l'Assemblée générale ordinaire des membres de la Mutualité Familiale du Corps médical français au dimanche 18 novembre à 15 heures. Restaurant Marguery (boul. Bonne-Nouvelle) et règle l'ordre du jour de la manière suivante :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du Secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1927 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1927 ;
6° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. les docteurs Serfaty, Philippet et Ravanier, sortants et non rééligibles.
7° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

Combinaisons MA et B.

16	Bricet	Paris	3 mois	300 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164	de Grissac	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
192	Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193	Colin	Finistère	3 mois	300 »
228	Tacheron	Aube	3 mois	300 »
236	Herland	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
268	Dodet	Yonne	21 jours	210 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
373	Périchon	Indre	14 jours	140 »
374	Traby	Pyrénées-Orientales	28 jours	280 »
389	Pluyaud	Seine-et-Oise	6 mois	600 »
409	Caffeau	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
488	Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
494	Grenet	Seine-et-Oise	31 jours	310 »
500	Richard	Loiret	3 mois	300 »
547	Clisson	Maine-et-Loire	6 mois	600 »
578	Brabant	Nord	9 jours	90 »
614	Lafont	Seine-et-Oise	33 jours + 2 mois et 4 jours chr.	543 30
638	Campuzau	Lot-et-Garonne	29 jours	290 »
647	Bellin	Isère	un mois thermal	100 »
692	Villaret	Var	60 jours + un jour chr.	603 35
696	Cézilly	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
699	Gouez	Finistère	9 mois	900 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
766	Thirard	Eure	60 jours + un mois et 17 jours chr.	756 60
			A reporter	10.223.25

			Report	10.223 25
792	Rivier	Var	un mois thermal	100 »
848	Gallaud	Nord	un mois et 23 jours chr.	176 50
852	Le Goff	Morbihan	27 jours	270 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
871	Vinon	Isère	60 jours + 14 jours chr.	646 60
892	Sabadini	Alger	3 mois	300 »
900	Duclos	Seine	6 mois	600 »
962	Julhet	Côte-d'Or	34 jours	340 »
984	Sénat	Lot	19 jours	190 »
1028	Dejean	Nièvre	24 jours	240 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1101	Maksud	Eure-et-Loir	29 jours	290 »
1109	Gauthier	Sarthe	60 jours + 11 jours chr.	636 65
1116	Bouilly	Seine-et-Marne	13 jours	130 »
1192	Arsac	Drôme	11 jours et 36 jours	147 »
1232	Lert	Var	27 jours	270 »
1259	Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1480	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410	Montigny	Nord	3 mois	300 »
1501	Brihmat	Alger	47 jours	470 »
1506	Chazalon	Ardèche	8 jours chr.	26 65
1524	Jourdin	Maine-et-Loire	60 jours + 7 jours chr.	623 30
1525	Bouvier	Gard	24 jours	240 »
1526	Bonnet	Hautes-Alpes	60 jours + 2 mois et 21 jours chr.	869 95
1534	Gayot	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
1557	Magnin	Ain	3 mois	300 »
1573	Legouillard	Paris	3 mois	300 »
1576	Belzons	Tarn	36 jours	360 »
1611	Traversier	Isère	60 jours + un mois et 9 jours chr.	729 95
1618	Liabot	Saône-et-Loire	13 jours	130 »
1704	Pes Larrive	Haute-Garonne	60 jours + 5 jours chr.	616 65
1708	Sauvet	Var	14 jours	140 »
1714	Daubrat	Seine	24 jours	240 »
1746	Goupil	Aube	29 jours	290 »
1763	Pissard	Charente	39 jours	390 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1823	Castéran	Ardennes	15 jours chr.	50 »
1896	Roure	Ardèche	3 mois	300 »
1911	Martin	Loire	18 jours	180 »
			Total	23.539 50

Combinaison MAD.

16	Bricet 1/2	Paris	3 mois	300 »
73	Laroy [2]	Nord	50 jours	1.000 »
83	Courtot	Belfort	8 jours	160 »
213	Cabiran	Gers	15 jours	300 »
358	Mainsbrucq	Loir-et-Cher	29 jours	580 »
373	Périchon	Indre	14 jours	280 »
578	Brabant [2]	Nord	9 jours	360 »
614	Lafont [2]	Seine-et-Oise	33 jours + 2 mois et 4 jours chr.	2.173 20
630	Fabre	Aveyron	60 jours + 11 jours chr.	1.273 30
647	Bellin 1/2	Isère	un mois thermal	100 »
1501	Brihmat 1/2	Alger	47 jours	470 »
1576	Belzons 1/2	Tarn	36 jours	360 »
1708	Sauvot 1/2	Var	14 jours	140 »
1823	Casteran 1/2	Ardennes	15 jours chr.	50 »
			Total	7.546. 50

Le Dr Duclaux (142) fait don à la Caisse auxiliaire de la somme de vingt-cinq francs. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Indemnités aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension du troisième trimestre de 1928, les sommes suivantes à :

4	Mme Vve Lepage, Paris	150 fr.
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 »
38	Mme Gillette, Calvados	150 »
43	Mme Vve Chevreux, Paris	150 »
45	Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Mme Vve Bousselot, Marne	150 »
	Total	760 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 septembre 1928.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA : MM. Ruppe, Potié, Anrioud, Alric, Auricombe.

Combinaison MAD : M. Alric.

Combinaison MAD2 : MM. Ruppe, Potié, Viard, Anrioud, Auricombe, Ducret, Bénazet.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA.

MM. les docteurs :
Le Brigand, de Plounevez-Moëdic (Côtes-du-Nord).
Fanjoux, de Cercy-la-Tour (Nièvre).
Meyer, d'Alger.

Combinaison MAD :

M. le Dr Tarin, de Lorris (Loiret).

Combinaison MAD² :

MM. les docteurs :
Le Brigand, de Plounevey-Moëdic (Côtes-du-Nord).
Fanjoux, de Cercy-la-Tour (Nièvre).
Meyer, d'Alger.
Cayla, de Lagniole (Aveyron).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin décembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite l'admission suivante:

M. le Dr Meyer, d'Alger.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. Boudin.

Le Président, A. Maurat.

ETUDE SUR LA MORBIDITÉ DANS LE CORPS MÉDICAL EN FRANCE.

(Suite).

DEUXIÈME PARTIE

Le rôle de l'âge

CHAPITRE PREMIER

Considérations préliminaires.

Dans les pages qui précèdent, nous avons déjà vu en passant comment, pour chaque groupe de maladies, nos sociétaires ont réagi d'après les âges auxquels ils ont été atteints.

Nous allons reprendre maintenant cette question des âges sous un point de vue tout différent, mais aussi beaucoup plus intéressant, comme le montreront les graphiques qui illustreront ce chapitre.

Ici, ce n'est plus la maladie elle-même que nous envisagerons sous les différents aspects de ses manifestations ; ce sera l'âge de nos malades ; et nous verrons comment sous l'influence des années peut se modifier l'allure de la morbidité parmi nos sociétaires.

Au premier abord la nuance entre les deux façons d'interpréter la question des âges peut paraître insignifiante ; et pourtant, il est bien moins intéressant, au point de vue qui nous occupe, de savoir à quel âge une maladie donnée présente son maximum de cas, que de rechercher par année ou par période de quelques années consécutives le nombre soit des cas relevés, soit des journées d'incapacité, soit des indemnités versées ; c'est par un tel examen que nous saisirons sur le vif, le rôle des années sur la morbidité dans notre Société.

Et si nous y ajoutons le calcul des rapports existant entre le nombre des journées de maladie et celui des journées de participation, soit en les ramenant à un simple pourcentage, soit en les établissant pour une année, c'est-à-dire pour 365 jours au lieu de 100 jours, nous possèderons alors tous les éléments nécessaires pour asseoir sur des données certaines les conclusions auxquelles nous serons amenés.

Il nous paraît donc nécessaire, avant d'aller plus loin, de noter pour chaque année d'âge, le nombre des sociétaires, celui des cas, celui des journées d'incapacité et des journées de participation, enfin les rapports dont nous venons de parler.

Voici à ce sujet, le tableau que nous avons pu dresser :

Age	Membres	Cas	Incapacité (en jours)	Participation	Rapport par an	Rapport pour cent
25	9	2	50	1.558	11.71	3.2 %
26	37	2	100	8.530	4.28	1.17
27	96	3	220	24.660	3.26	0.93
28	187	34	800	50.940	5.73	1.5
29	305	28	2.170	88.470	8.95	2.45
30	434	52	2.520	141.380	6.51	1.75
31	566	68	3.850	170.950	8.22	2.3
32	700	85	3.800	222.300	6.24	1.7
33	803	83	4.900	259.000	6.91	1.8
34	935	110	5.700	301.900	6.89	1.85
35	1.039	109	6.450	333.200	7.07	1.9
36	1.114	119	6.620	355.400	6.77	1.85
37	1.175	124	6.520	383.000	6.18	1,7
38	1.262	126	7.700	398.400	7.05	1.9
39	1.322	153	9.580	414.150	8.44	2.3
40	1.349	166	11.200	424.300	9.63	2.65
41	1.385	142	12.100	424.400	10.41	2.8
42	1.395	125	9.420	432.400	7.95	2.15
43	1.387	134	10.000	433.900	8.41	2.3
44	1.392	128	8.330	434.000	7.01	1.9
45	1.362	145	9.620	425.800	8.25	2.25
46	1.306	153	10.420	419.000	9.08	2.45
47	1.244	116	12.000	403.300	10.86	2.9
48	1.205	126	12.500	399.900	11.41	3.1
49	1.143	136	13.450	383.000	12.82	3.5
50	1.075	131	15.500	357.600	15.82	4.3
51	990	135	11.850	340.100	12.72	3.4
52	912	137	11.620	325.300	13.04	3.5
53	860	120	11.500	292.000	14.37	3.9
54	788	117	10.180	273.000	13.61	3.9
55	737	91	9.740	252.000	14.11	3.9
56	678	105	11.740	225.800	18.28	5.2
57	625	75	10.780	215.500	18.26	5.
58	584	81	10.100	201.400	18.30	5.
59	524	94	9.390	182.300	18.81	5.
60	467	75	9.200	164.500	20.41	5.5
61	426	70	9.080	147.400	22.48	6.2
62	373	65	7.290	128.500	20.71	5.7
63	331	44	7.550	115.400	23.88	6.5
64	292	41	8.840	98.800	32.66	8,9
65	248	39	7.550	83.000	33.20	9.
66	155	24	5.980	54.000	40.42	11.
67	134	15	5.980	49.300	44.27	12.5
68	127	29	5.490	45.400	44.14	12.
69	105	11	5.820	41.000	51.81	14.
70	101	24	7.120	32.400	80.21	22.
71	76	13	5.590	30.000	68.01	18.4
72	75	13	5.360	26.700	73.27	20.
73	60	16	6.100	20.400	109.14	29.8
74	47	9	4.960	12.400	113.84	39.
75	41	10	4.910	12.400	144.53	39.

Age	Membres	Cas	Incapacité (en jours)	Participation	Rapport par an	Rapport pour cent
76	31	5	3.530	10.100	127.37	35.
77	26	3	3.380	8.500	145.14	39.
78	22	6	3.050	7.200	151.61	42.
79	17	2	4.050	4.800	307.96	85.
80	13	3	3.000	3.700	295.95	81.

(Rappelons ici que la colonne des journées d'incapacité ne comprend que celles qui sont payées, défalcation faite des quatre premières journées pour chaque cas).

Et pour les dix-neuf sociétaires qui avaient plus de 80 ans, le rapport monte à 85 %, 90 %, et atteint 100 % pour les deux derniers qui sont des chroniques depuis longtemps.

Munis de ces renseignements, les actuaires qui liront notre travail auront sous les yeux tous les éléments nécessaires pour analyser et interpréter les relevés qui vont suivre.

***

CHAPITRE DEUXIÈME

Les cas.

1° De 25 à 30 ans.

De 25 à 30 ans, nous trouvons 121 cas de maladie, dont 2 à 25 ans, 2 à 26 ans, 3 à 27 ans, 34 à 28 ans, 28 à 29 ans et 52 à 30 ans.

A cet âge, ce sont les angines et la grippe qui fournissent le plus de cas, puisque nous relevons 15 arrêts de travail pour angines et 52 pour crises de grippe. Les accidents donnent 13 cas ; le rhumatisme 6 cas ; et nous avons 7 cas sans diagnostics. Les autres groupes morbides ne sont représentés que par un ou deux cas seulement chacun.

2° De 31 à 35 ans.

Ici, nous sommes en pleine ascension ; nous avons : 455 cas, dont 68 à 31 ans, 85 à 32 ans, 83 à 33 ans. 110 à 34 ans, et 109 à 35 ans.

Les nombres maxima sont fournis par :

La grippe	118	cas
Les accidents	63	»
Les infections locales	62	»
Les angines	42	»
Les bronchites	27	»
Les rhumatismes	25	»
Sans diagnostics	23	»

Nous remarquerons ici qu'à partir de 34 ans, il y a une augmentation marquée du nombre des cas qui passent de 83 à 33 ans à 110 cas à 34 ans. Remarquons aussi que cet âge de 34 ans a plus d'angines et de grippes, et que celui de 35 ans a plus d'accidents.

3° De 36 à 40 ans.

Pendant cette période, l'ascension continue rapide, pour arriver à son maximum.

A 36 ans, nous avons 119 cas, à 37 ans, 124 ; à 38 ans, 126 ; à 39 ans, 153 ; à 40 ans, 166.

Les nombres maxima sont fournis par :

La grippe	170	cas
Les accidents	84	»
Les bronchites	69	»
Les infections locales	67	»
Les angines	53	»
Les rhumatismes	46	»
Le tube digestif	36	»
La fièvre typhoïde	14	»
Sans diagnostic	22	»

Remarquons que c'est l'âge de 39 ans qui a le plus de cas de bronchites, non seulement dans ce tableau, mais aussi si on envisage l'ensemble de la vie médicale ; ici, nous en avons 23 cas.

Notons surtout que c'est à 40 ans que notre graphique atteint son maximum avec 166 cas ; cependant, ce n'est pas l'âge de la plus haute morbidité, car les cas de cet âge sont loin d'être les plus longs et les plus graves.

4° De 41 à 45 ans.

Ici, la courbe forme un plateau au-dessous du maximum.

41 ans, 142 cas ; 42 ans, 125 cas ; 43 ans, 134 cas ; 44 ans, 128 cas ; 45 cas, 145 cas.

Les nombres maxima sont fournis par :

Grippe	143	cas
Accidents	91	»
Infections locales	71	»
Bronchites	65	cas
Rhumatismes	53	»
Angines	32	»
Tube digestif	32	»
Sans diagnostic	33	»

Quoique nous ayons un peu moins de cas pendant cette période que pendant la précédente, 476 au lieu de 688, nous y trouvons plus d'accidents, d'infections locales, de rhumatismes et de cas sans diagnostics ; en revanche, nous avons moins de grippes et moins d'angines.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries.** — L'Institut de Technique sanitaire et Hygiène spéciale des Industries, organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des Arts-et-Métiers, et destiné à la formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session le 12 novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études reçoivent un diplôme d'Etat : « Brevet de technicien sanitaire ».

Les auditeurs libres sont admis sans être astreints à une scolarité régulière ; il peut leur être délivré un certificat d'assiduité.

L'enseignement est gratuit. Il comprend la technique sanitaire urbaine, rurale, coloniale, des bâtiments, des usines et ateliers, etc. Les leçons à l'amphithéâtre sont complétées par des démonstrations pratiques, manipulations, visites d'installations sanitaires, urbaines et industrielles, examens de dispositifs d'assainissement, rédactions de projets.

La durée des cours est limitée à trois mois, de façon à permettre aux élèves de province de les suivre, sans séjourner trop longtemps à Paris. La plupart des cours et conférences ont lieu le soir, de 20 à 22 h. La scolarité peut être répartie sur deux années.

Pour inscription et tous renseignements écrire au Directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts-et-Métiers, 292, rue St-Martin, Paris, 3e.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — *Programme général de l'enseignement.* — I. *Leçons cliniques*, les mardis, jeudis et samedis, à 10 h. 30 (amphithéâtre Trousseau). — Mardi : Présentation de malades et examens cliniques extemporanés. — Jeudi : Questions actuelles de clinique et de thérapeutique (7 cours de 4 leçons), par MM. les professeurs agrégés Baudouin, Chabrol, Dognon, Harvier ; MM. H. Bénard et P. Jacquet, médecins des hôpitaux ; M. J. Dumont (Affiche spéciale). — Samedi : Leçon clinique par M. le professeur Carnot.

II. *Enseignement des stagiaires de 1re année.* — Sous la direction du professeur Carnot et du professeur agrégé Chabrol, par MM. Froment et Terris, chefs de clinique, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne. Démonstrations et séméiologie, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2. Interrogations par le professeur Carnot, le lundi ; par le professeur agrégé Chabrol, le mercredi.

III. *Enseignement des stagiaires de 2e année.* — Sous la direction de M. le professeur Carnot et de M. Henri Bénard ; par MM. Coury et Dumont, salles Petit-Saint-Christophe et Petit-Saint-Charles. Lecture des observations. — Consultations externes. — Interrogations par M. le professeur Carnot, le mercredi ; par M. Bénard, vendredi.

IV. *Enseignement de gastro-entéro-hépatologie* (pour les étudiants en fin d'études et les docteurs). — Sous la direction de M. le professeur Carnot, M. le professeur agrégé Chabrol et M. H. Bénard ; par MM. Rachet, Lambling et Bouttier, chefs et anciens chefs de clinique. — Policlinique digestive, salle de consultations Sainte-Madeleine, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2. — Examens de radioscopie digestive (MM. Lagarenne et Dioclès), à 10 h. 1/2. — Proctologie (rectum et anus), mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 (M. Friedel).

V. *Enseignement de physiothérapie* (policlinique physiothérapique Gilbert). — Sous la direction de MM. les professeurs Carnot et Strohl (M. Dausset, chef de service ; M. Lucy, chef adjoint). — Consultations physiothérapeutiques, les mardis, jeudis et samedis. — Applications des traitements tous les matins. — Mesures physiques et physiologiques (M. le professeur agrégé Dognon).

VI. — *Leçons du dimanche*, à 10 h. 30, amphithéâtre Trousseau. — Du jour de l'an à Pâques, par les médecins de l'Hôtel-Dieu et diverses compétences : Mise au point des divers sujets nouveaux (Affiches spéciale).

VII. *Cours de perfectionnement* sous la direction de MM. les professeurs Carnot et Villaret. — Cours de Pâques : Techniques nouvelles appliquées à la clinique — Cours de printemps : Physiothérapie pratique. — Cours de septembre : Maladie du foie : diabète, etc. — Cours d'octobre : Maladies digestives. — Voyage d'études à Vichy, en septembre, pour les élèves des cours (Affiches spéciales).

VIII. *Laboratoires de la clinique* (laboratoires Dieulafoy). — Ouverts aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thèses, sous la direction de M. le professeur Carnot et de M. H. Bénard. Chefs de laboratoires : Analyses biologiques, M. Deval ; Physique, M. le professeur agrégé Dognon ; Chimie, M. Coquoin ; Bactériologie, M. J. Dumont ; Anatomie pathologique, Mme Marguerite Tissier ; Physiologie, M. R. Gayet.

— **Ecole municipale d'hygiène.** — Des cours ont lieu deux fois par semaine, les mardis et vendredis, à 20 h. 1/2 au Musée d'hygiène, 57, boulevard de Sébastopol, sur l'hygiène générale, l'hygiène alimentaire, l'hygiène sociale, l'hygiène infantile, les maladies transmissibles, les maladies professionnelles, les maladies d'origine animale, l'hygiène mentale, l'hygiène chirurgicale, la législation.

Ces leçons sont faites par MM. Bérillon, Blier, Boussard, Caujole, Delsol, Foveau de Courmelles, Gaston, Maillet, Martin, Raoul C. Monod, Clément Rocland, S. Henry Thierry et H. Vignes.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

tat n'est pas devenu définitif, au sens des termes du 3e paragraphe de l'article 11 cités plus haut.

D'autre part, le paragraphe 2 de l'article 12 définit la consolidation : « le jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente. »

Aux termes de la loi et de la jurisprudence, l'indemnité journalière de demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques cessent d'être dus, à partir du jour où la victime est soit complètement guérie, soit complètement ou partiellement déclarée infirme et que les soins médicaux sont désormais inutiles, pour améliorer l'état du blessé.

Il en résulte que l'intérêt du blessé exige que son médecin traitant ne délivre de certificat définitif que lorsque ce praticien a la certitude que la victime est complètement guérie, ou définitivement estropiée.

Si le docteur prévoit une complication possible, ou une rechute plus ou moins probable, il a le devoir de l'indiquer, tout en permettant la reprise du travail.

Cette rechute surviendrait-elle, l'ouvrier pourrait faire déclarer par le juge que la consolidation n'était qu'apparente et que, par suite, la victime a droit à un nouveau demi-salaire et aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Cependant, la Compagnie d'assurances a besoin d'avoir une précision, pour classer définitivement l'affaire, si la guérison est intervenue, ou pour faire déterminer une rente, par le tribunal civil, en cas d'incapacité permaenente.

L'assurance peut demander l'avis de son médecin contrôleur qui, une fois par semaine, peut contrevisiter le blessé.

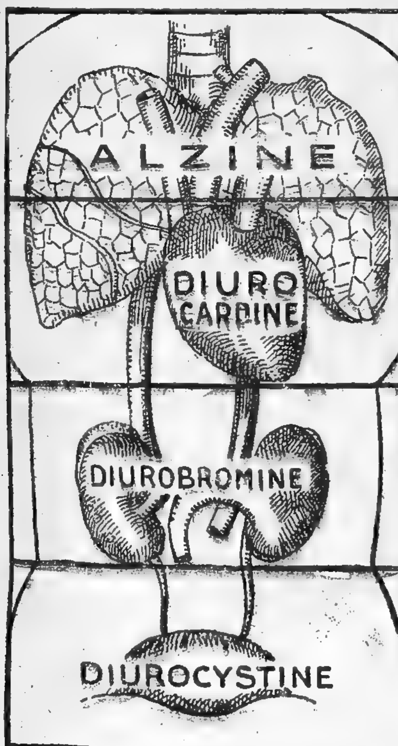
Elle peut encore invoquer les termes du dernier alinéa de l'article 4 : « Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours. »

Le législateur n'ayant pas précisé quel est ce médecin, on peut admettre que ce praticien est le contrevisiteur agréé par l'assurance et qui se trouve en opposition avec le médecin traitant, lequel estime qu'il n'y a pas encore consolidation définitive.

Enfin l'assurance peut demander des précisions au sujet des réserves contenues dans son certificat.

Dans ce cas, le docteur, qui donne des soins à la victime, agira prudemment et juridiquement en communiquant à son blessé la lettre de l'assurance et en remettant au client lui-même la réponse qu'il y fait.

A l'ouvrier de mettre la lettre à la poste, car



le médecin traitant n'a pas le droit de rédiger des certificats à l'insu de son malade.

Dûment renseignée, l'assurance conservera, dans ses archives, le dossier de cet accident : au bout de trois années, la période de révision étant expirée, le résultat, quel qu'il soit, sera devenu définitif.

Conclusion.

En théorie, je maintiens ma façon de voir, au sujet de la rédaction du certificat terminal.

En pratique, lorsque le médecin traitant a la certitude qu'il peut déclarer un état devenu définitif, il doit le faire dans son certificat terminal.

Mais si, dans son esprit, subsistent des doutes scientifiques au sujet d'une rechute possible, ou de complications, pouvant survenir après la reprise du travail, il doit, dans le certificat terminal, remis au blessé lui-même, donner le plus de précisions possibles, pour laisser prévoir la date à partir de laquelle l'état sera devenu définitif.

Ainsi, seront garantis les droits de l'ouvrier, cependant que la Compagnie d'assurances pourra savoir vers quelle époque, sinon avant trois années, elle pourra définitivement classer l'affaire.

Dr Paul Boudin.

3575. — Accident survenu pendant un déplacement professionnel.

J'ai vu hier un blessé qui a été renversé par une auto dont le chauffeur s'est défilé prestement sans daigner jeter un coup d'œil sur la victime de l'accident.

L'accident est arrivé à un domestique agricole qui allait chercher un bidon d'essence pour son patron au cours de son travail.

Ce cas peut-il rentrer dans les accidents du travail couverts par la loi en vigueur ?

Si oui, veuillez m'en informer d'urgence, pour pouvoir faire faire à temps les formalités d'usage.

Dr G.

Réponse.

L'accident étant survenu, alors que l'ouvrier se déplaçait sur l'ordre de son patron et pour les nécessités du service, il y a bien accident du travail.

Par conséquent, le blessé a le droit de demander à son patron les indemnités prévues par la loi du 15 décembre 1922.

Mais, si le conducteur de l'automobile est responsable de l'accident, le blessé pourra par la suite exercer son recours contre lui, pour se faire indemniser du préjudice non couvert par l'application de la loi sur les accidents du travail, de même que le patron pourra demander le remboursement des indemnités qu'il aura payées au blessé en vertu de cette loi.

3544. — Accident provoquant l'accouchement.

Une femme enceinte de six mois tombe malencontreusement sur l'abdomen au cours et à l'occasion de son travail. Diverses lésions plus accouchement prématuré.

Que doit l'assurance à la mère, tant pour elle que pour la perte de l'enfant ? Dr P.

Réponse.

Puisque l'accouchement prématuré est dû au traumatisme survenu au cours du travail, il doit être considéré comme une complication et indemnisé au titre de la loi sur les accidents du travail.

Par conséquent, votre cliente a droit à son demi-salaire jusqu'au jour de sa guérison définitive et les frais de l'accouchement doivent être supportés par le patron ou l'assurance. D'ailleurs, le cas a été prévu dans le tarif Fallières, qui alloue au médecin un honoraire de 200 francs pour un accouchement simple (article 21) et de 300 francs pour un accouchement avec forceps, ou version, ou délivrance artificielle (article 28).

Mais, en raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, la blessée ne peut prétendre à aucune autre indemnité pour la douleur supportée ni pour le préjudice moral résultant de la perte de l'enfant.

3614. — Accident survenu à un facteur des postes. Quel tarif appliquer ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire quel tarif appliquer à un facteur des P.T.T. victime d'un accident de bicyclette dans une de ses tournées : tarif des accidents du travail, tarif syndical ?

Dr F.

Réponse.

Si le blessé est un fonctionnaire, c'est-à-dire si son traitement est soumis à la retenue pour la constitution d'une retraite, il ne peut cumuler les avantages de son statut de fonctionnaire avec ceux de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Dans ces conditions, vous ne pourriez vous adresser qu'à lui pour vous faire honorer, et conformément à votre tarif de droit commun, sauf à lui remettre un reçu de vos honoraires pour lui permettre de faire valoir éventuellement ses droits à remboursement auprès de l'administration à laquelle il est attaché.

Dans le cas contraire, si le blessé est un auxiliaire lié à l'administration par un simple contrat de louage de services, la loi sur les accidents du travail lui est applicable, car l'administration des P. T. T. présente les caractères d'une industrie de transports, et vous avez action directe contre l'Administration en paiement de vos honoraires calculés suivant le tarif Fallières.

3592. — Maladie professionnelle. Travaux habituels.

Un patron, agriculteur, commande à un de ses ouvriers de peindre des barrières de ciment armé.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'ouvrier cesse son travail et revient s'aliter, en proie à des coliques violentes, constipation, hypertension artérielle, liseré de Burton, etc. Diagnostic évident : coliques de plomb.

Est-ce un accident de travail ? J'ai déclaré, dans ce sens, le cas à la Compagnie d'assurances et j'attends sa réponse. Je serais très heureux d'être renseigné pour savoir ce que je dois lui répondre le cas échéant.

Réponse.

Aux termes de l'article 2, § 1, de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles, sont considérées comme maladies professionnelles les affections mentionnées aux tableaux annexés à la loi ; lorsqu'elles atteignent des ouvriers *habituellement* occupés aux travaux industriels correspondants.

Peut-on dire que l'ouvrier qui a effectué des travaux spéciaux, en dehors de ceux auxquels il se livrait antérieurement dans l'entreprise, pendant une quinzaine de jours, était occupé habituellement auxdits travaux ?

Sachet, dans son Traité sur la législation des accidents du travail, dit, sous le n° 2076, que « l'élasticité de l'expression « habituellement » donnera aux tribunaux un large pouvoir d'appréciation sur le point de savoir si la durée et les conditions du travail d'un ouvrier dans l'entreprise assujettie lui ont permis d'y contracter la maladie dont il est atteint. »

C'est donc, en réalité, une question de fait et si l'expertise, à laquelle il serait probablement procédé dans le cas où l'affaire serait portée devant la justice, conclut à la possibilité d'une intoxication suffisante, au bout de quinze jours de travail, pour occasionner les coliques de plomb dont a été atteint l'ouvrier, le juge de paix compétent pourrait condamner le patron à indemniser son ouvrier conformément à la loi.

La loi sur les maladies professionnelles, en effet, a pour but d'indemniser les victimes de celles de ces maladies qui figurent aux tableaux qui y sont annexés et ont été contractées en travaillant aux travaux correspondants, et il devrait suffire pour qu'elle fût applicable, que la relation de cause à effet entre les travaux et la maladie fut prouvée.

Application du Tarif Fallières.

3574. — Injections d'oxygène. Rendre le contrôle possible dans certains cas.

Voici bientôt un mois, j'ai été appelé à donner mes soins à un grand accidenté qui vu son âge a fait une

congestion pulmonaire double hypostatique dans les quarante-huit heures qui ont suivi sa chute d'une voiture de paille.

Actuellement, il me semble hors de danger, mais deux fois par jour, je me suis transporté à plus de huit kilomètres de chez moi pour lui faire des injections sous-cutanées d'oxygène pendant huit jours.

Que dois--je compter pour ces interventions ? A quoi les assimiler ?

Il me semble qu'il y a là sujet à rémunération, l'appareillage employé, l'intervention effectuée tout cela doit rentrer en ligne de compte.

Je m'en remets à vous de me guider en la circonstance, car je dois fournir sous peu la note à l'assurance qui, je crois, devra s'estimer heureuse de n'avoir point à verser une grosse indemnité si l'accidenté continue à s'améliorer.

Dr L.

Réponse.

Les injections d'oxygène étant sous-cutanées sont comprises dans le prix de visite. Mais vous aurez sans doute à discuter avec la Compagnie sur vos soins donnés pour une congestion pulmonaire double par hypostase, deux jours après l'accident. Je vous engagerais à l'en prévenir au plus tôt, avant la fin de la maladie, en vue de la possibilité d'un contrôle.

Dr Fernand DECOURT.

3493. — Visite ou intervention de nuit ?

Je vous prie de me donner les précisions suivantes sur la loi de 1898 :

1° Quel tarif faut-il compter pour une injection antitétanique faite la nuit ? Si l'on compte 25 % de plus au tarif de jour, soit 25 fr., l'injection serait payée moins cher qu'une visite de nuit, soit 12 fr. × 3 = 36 fr. ? ? ?

2° Existe-t-il une indemnité kilométrique spéciale « de nuit » ?

Dr L.

Réponse.

1° Si vous vous basez sur les articles 8 et 16 combinés, vous avez à compter 20 fr. + 25 % = 25 francs. Si vous vous basez sur l'article 4, vous avez à compter « visite de nuit » 12 × 3 = 36 fr., en démontrant que vous ne pouviez attendre au lendemain matin. Dans ce dernier cas, il vous est toujours loisible de choisir la tarification la plus avantageuse.

2° Il n'y a pas de majoration pour les déplacements kilométriques la nuit.

Dr Fernand DECOURT.

3512. — 1° Fournitures pharmaceutiques 2° Médecin contrôleur ou expertise officielle.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je vous serais obligé de me donner votre avis au sujet d'une note contestée par la Compagnie.

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail atteint de brûlures du 2e degré des deux avant-bras (occupant la presque totalité des avant-bras).

J'ai fait 8 pansements. J'ai compté 30 fr. par fois pour ces 8 pansements. Etant propharmacien, j'ai fourni chaque fois 2 boîtes de pommade de Reclus, 2 boîtes de gaze, 2 paquets de coton de 50 gr. chaque, 2 bandes de gaze roulée de 1 m. de long et 7 cm. de large. En outre, je faisais des lavages à l'eau oxygénée avant le pansement. J'ai fait ainsi 5 grands pansements et j'ai compté 25 fr. de fournitures chaque fois, ce qui n'est pas je crois très exagéré. Pour les 3 derniers pansements, où la brûlure était en bonne voie de cicatrisation j'ai, compté seulement 15 fr. de fournitures.

J'ai fait en plus une visite au brûlé sans pansement, puis une dernière visite avec certificat de guérison.

Ma note était donc de :

8 pansements à 30 francs	240 fr.
Fournitures pour 5 pansements à 25 fr. l'un	125 »
Fournitures pour 3 pansements à 15 fr. l'un	45 »
Une visite	12 »
Une visite et certificat guérison	12 »
Un certificat initial	5 »
Total	439 »

Est-ce bien 30 fr. que je dois réclamer pour pansement de brûlure sur deux segments de membre (2 avant-bras) ? Pour les fournitures, je pense ne pas avoir exagéré.

Pour une visite de contrôle d'accidenté du travail (j'ai été commis par le juge de paix à la demande d'une assurance), combien dois-je demander comme honoraires ?

Dr P.

Réponse.

1° Le prix des pansements est normal, si la surface de la brûlure *à chaque* avant-bras correspond à une « moyenne brûlure » = 15 francs. Vous avez bien à compter 15 × 2 = 30 francs, tout au moins les premiers jours, quitte à diminuer « avec les progrès de la cicatrisation » (voir note 1 de l'article 28).

2° Pour les fournitures pharmaceutiques, vous devez les *détailler*, d'après le tarif pharmaceutique des soins aux accidentés du travail ;

2° Pour votre « visite de contrôle » : *a*) si vous avez été commis par le juge de paix à titre d'*expert officiellement*, c'est le tarif actuel des expertises en matière d'accidents du travail. La Commission ministérielle des soins aux accidentés du travail (dont je fais partie) a proposé au Ministre pour toute expertise par un médecin la somme de 150 francs, mais le Ministre n'a pas encore statué. (voir les détails dans le *Médecin Syndicaliste* du 15 mai 1928, page 415) ; *b*) si c'est.

simplement la visite de contrôle du médecin envoyé par une assurance (même d'accord avec le juge de paix), c'est affaire entre vous et l'assurance, sans tarif spécial préalable, puisque vous avez agi comme médecin de confiance de ladite assurance.

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot-Marin.

3503. — Injections intraveineuses et intrarachidiennes.

Je soigne une malade atteinte de tétanos pour le compte de l'assistance médicale gratuite qui paye suivant le tarif Maginot-Marin. Je lui fais 100 cmc. de sérum par séance (40 sous-cutanés, 20 intra-musculaires, 20 intra-veineux, 20 intra-rachidiens).

Voulez-vous avoir la bonté de me dire combien il faut tarifer chaque séance.

Dr S.

Réponse.

Je vais parler comme s'il s'agissait du tarif Maginot.

Question fort complexe pour laquelle vous avez dû (article 18), *prévenir* la Commission de contrôle *aussitôt après la première injection*, puisqu'il y avait urgence. Je compterais une injection intraveineuse = 20 francs (article 74) + une injection intrarachidienne que je compterais 40 francs (voir : ponction lombaire = 40 francs, article 74), soit au total : 60 francs, négligeant l'injection sous-cutanée comprise dans le prix de la visite ou consultation, mais, et je le ferais remarquer, que j'aurais pu compter en plus, sous la rubrique « injection sous-cutanée de sérum antitoxique : 20 francs » (article 74). Et si je ne la compterais pas ici, c'est que tous les *préparatifs* pour injection sont déjà effectués pour les deux autres injections.

Dr Fernand DECOURT.

Questions médico-militaires.

3253. — Promotion au grade supérieur.

Mobilisé pendant toute la guerre dans une D.I. (classe 1912) aide-major 2e cl. à T.T. en mai 1916, aide-major de 1re classe à T.D. en décembre 1920.

J'ai accompli deux périodes de 15 jours, une à titre volontaire non payée, une sur convocation payée.

Je suis donc susceptible d'obtenir le 3e galon, mais pour cela y a-t-il une démarche à faire auprès de la direction du service de santé de la région ou au ministère ?

Dans ce cas un appui est-il nécessaire ?

Dr Z.

Réponse.

Vous remplissez les conditions pour être proposé pour le 3e galon. Allez rendre visite, dans le

courant du mois de novembre, à votre directeur et faites lui part de vos très légitimes désirs.

Un bon appui, exercé au bon moment, ne nuit pas, ni à la Région, ni au Ministère.

3519. — Sursis d'incorporation pour maladie.

Un jeune homme pris comme bien portant au conseil de révision, a, depuis ce moment,fait une atteinte de tuberculose pulmonaire, avec bacilloscopie positive. Il est en traitement dans le midi.

Que devra-t-il faire quand il recevra sa feuille d'appel ? Devra-t-il se borner à prévenir la gendarmerie de sa résidence actuelle, de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de rejoindre son corps ? Ou devra-t-il rejoindre ce corps et demander à passer le conseil de réforme ?

Dr P.

Réponse.

Ce jeune homme doit, avec certificat médical à l'appui, prévenir la gendarmerie qu'il ne pourra, pour raisons de santé, répondre à l'appel de sa classe.

Le nécessaire sera fait pour lui accorder un sursis d'incorporation pour maladie, ou, si la durée de celui-ci devait être insuffisante, un ajournement à un an.

3511. — Honoraires d'expertise au tribunal des pensions.

Par jugement en date du 30 octobre 1926, le tribunal des pensions m'a chargé d'examiner un ascendant.

Ce jugement ne m'a été communiqué qu'en juin 1927 et j'ai procédé à cet examen le 10 juin 1927. J'ai transmis mon rapport quelques jours après.

Depuis lors, malgré diverses lettres de réclamation pour le paiement de mes honoraires adressées au greffe, je n'ai jamais reçu de réponse.

Je viens donc vous demander :

1° Quels honoraires réclamer pour cette expertise ;

2° Quelle indemnité kilométrique dois-je réclamer également (je me suis transporté en auto à 8 kil. de mon domicile) ;

3° A qui dois-je adresser ma note et quels moyens employer pour être réglé aussitôt que possible.

Dr R.

Réponse.

Vous avez droit à une indemnité de 25 à 50 fr. pour le tout (visite, rapport, etc.).

Demandez la somme de 50 francs et adressez votre mémoire au Président du Tribunal. Peut-être, jusqu'à présent, n'aviez-vous pas fixé le montant de vos honoraires ?

3395. — Maintien dans les cadres d'un pensionné de guerre.

Vous m'obligerez beaucoup en me renseignant sur mes obligations militaires actuelles et éventuelles, d'après ma situation actuelle qui est la suivante :

Classe 1910. Médecin-lieutenant de réserve à T. D. depuis 1922. Bénéficiaire d'une pension temporaire d'invalidité de 20 % pour maladie contractée au cours des opérations de guerre, par décision du C.S.R. en date de mars 1928. Je n'ai pas reçu de notification ministérielle. Mais mon titre d'allocation provisoire porte la mention « maintenu dans les cadres » ; et j'ai récemment reçu un fascicule de mobilisation.

Mon invalidité est-elle compatible avec mon maintien dans les cadres ? Cela est-il normal ?

Suis-je astreint à des périodes d'instruction comme mes camarades non pensionnés, et mobilisable comme eux en cas de guerre ?

Ai-je droit à la nomination au grade supérieur, et à quelles conditions ?

Dr P.

Réponse.

Le taux de votre invalidité est compatible avec le maintien dans les cadres. C'est le Ministre qui statuera, et qui, certainement, acceptera la proposition de la Commission de réforme.

Dans ces conditions, vous restez, comme vos camarades, astreint aux périodes d'instruction ainsi qu'aux obligations éventuelles d'une mobilisation.

Ayant aujourd'hui six années de grade, vous devenez aussi proposable pour médecin-capitaine, si vous avez, dit la loi, effectué deux périodes d'instruction.

3443. — La Légion d'honneur n'est jamais conférée de droit.

Je suis médecin aide-major de 1re classe de réserve à titre définitif et officier depuis 1916. J'ai été blessé grièvement en 1915 (alors que je servais dans l'infanterie) par un éclat d'obus qui me fracassa l'avant-bras et le poignet gauche. Je fus décoré de la Croix de guerre (citation à l'Ordre de la Division en septembre 1919). J'ai fait toute la campagne dans des régiments, de 1914 jusqu'en août 1918, où à la suite d'intoxication par les gaz, je fus renvoyé à l'intérieur et déclaré inapte temporaire. J'ai été démobilisé en 1919. Je ne demandais rien, lorsqu'en avril dernier (1928) j'ai eu la surprise d'*être proposé d'office pour la Légion d'honneur* par la Direction du Service de Santé dont je dépends.

Je pensais que cette proposition visait à réparer les erreurs et les oublis inévitables qui ont dû avoir lieu au cours de la guerre et ai attendu le 14 juillet pour constater ma non nomination. J'en ai conçu quelque aigreur.

M'étant enquis auprès des services du Ministère

de la guerre de la raison de la chose, il me fut répondu que je n'avais pas les annuités nécessaires.

J'ai laissé, il y a 13 ans une partie de mon bras gauche sur la terre de Belgique, un peu de mes poumons dans la Somme, il y a 12 ans, etc. Pourquoi être venu réveiller tous ces souvenirs et faire miroiter devant moi 13 ans après une récompense, si je ne suis pas en droit de la recevoir ? Le sang que j'ai personnellement laissé, il y a 13 ans fut-il donc d'un rouge si différent des autres. ?

Je vous serais reconnaissant dans la circonstance, si vous pouviez répondre à la question suivante :

L'officier de réserve ayant fait toute la campagne dans les *unités d e 1re ligne*, cité à l'*Ordre de sa division* et qui a été *blessé au feu* pendant la guerre, *possède-t-il le droit à la Légion d'honneur ou cela est-il simplement une faveur ?* Dr X.

Réponse.

La Légion d'honneur n'est jamais conférée de droit. Il faut actuellement, après guerre, qu'un officier de réserve réunisse 30 annuités afin d'être proposé au choix du Ministre, qui, seul, décide l'inscription au tableau.

Dans ces 30 annuités, chaque année de guerre est comptée pour une annuité supplémentaire en plus des années de service normales ; chaque blessure de guerre compte aussi pour une annuité supplémentaire ; il en est de même pour chaque citation à l'ordre de *l'armée*. Vous ne devez donc pas être bien éloigné de la réussite.

3432. — Revision de pension

Il s'agit d'un mutilé de guerre, énucléé de l'œil droit en 1917 à la suite de blessure de guerre (éclats d'obus). Pension de 65 % pour cet œil. L'œil gauche étant porteur d'un leucome abaissant l'acuité de 3/10e, l'oculiste expert lui a accordé 10 % de supplément pour cet œil. L'origine est bien établie puisque le billet d'hôpital qui signale la perte de l'O. D., mentionne des brûlures simultanées de la cornée gauche.

Bien que cette origine ne soit pas contestée, il n'a pu obtenir son augmentation de pension. On lui a déclaré que d'après le barême soit 10 % se réduisait à 3 1/2 % et que 65 % + 3 1/2 % ne faisait que 65 % ! !

Or, j'ai lu récemment une circulaire disant que la règle de la non-indemnisation pour « taux inférieur à 10 % » ne s'appliquait qu'à une première infirmité ou blessure venant s'ajouter à une autre déjà indemnisée.

J'ai conseillé à l'intéressé de refaire une demande. 1° Il a reconstitué un nouveau dossier ; 2° une lettre de demande se basant sur la circulaire ci-dessus.

Le C. S. R. lui a renvoyé sa lettre de demande en lui disant qu'il ne connaissait pas cette circulaire.

Que devons-nous faire pour obtenir gain de cause, puisque celle-ci nous paraît juste ?

Dr C.

Réponse.

Nous ne croyons pas que la circulaire en question s'applique à votre cas : il s'agirait plutôt d'une disposition de l'article 68 de la loi du 31 mars 1919, qui spécifie qu'une pension définitive ne peut être révisée que si le nouveau taux proposé est de 10 % au moins supérieur à l'ancien.

Dans votre cas, la pension de 65 % ne pourrait être révisée, si elle était portée à 70 %, soit 5 % de plus. Cependant, le taux de 65 % ayant été proposé pour la perte d'un œil, si l'autre œil est touché à son tour, le calcul se fait ainsi :

30 % pour l'œil perdu, plus 7 % par chaque 10e de l'autre œil, soit ici $7 \times 3 = 21$, ce qui ferait $30 + 21 = 55$ %. Mais alors intervient le droit au barème le plus favorable, et le blessé conserve l'indemnisation à 65 % plus favorable que celle de 55 %. Donc la blessure du second œil ne change pas le taux précédent, dans le cas que vous envisagez.

3465. — Emplois réservés pour les médecins pensionnés de guerre.

Pourriez-vous me donner l'adresse, ou me mettre en relations avec le Dr B., qui, dans votre dernier numéro du *Concours*, demandait des renseignements au sujet des emplois réservés par les médecins mutilés, no 3123. Questions médico-militaires, de la page 2741, du *Concours* du 23-IX-28.

Cette question m'intéresse également, car j'ai fait des démarches à ce sujet depuis le 24 juillet 1928, et au Ministère des Pensions et à tous les Ministères et Administrations susceptibles d'employer des médecins.

Une liste a été demandée à tous ces Ministères et Administrations par le Ministère des Pensions, et il fut répondu qu'aucun emploi n'était prévu pour les médecins, que peut-être..... pour les colonies ..... en Guinée..... au Cambodge..... (*sic*) ! !)

Or, si le confrère B. est réformé et pensionné, il a dû passer pas mal de visites et expertises et a pu se rendre compte que de nombreux médecins viennent comme experts ou autrement dans les Centres pour examiner malades, pensionnés et autres, et parmi ces médecins exerçant dans ces Ministères et Administrations, je n'ai guère aperçu de médecins mutilés ou de triste apparence.

Cette question devrait être mise à l'ordre du jour du *Concours médical*, dont l'autorité ferait certainement plus que les démarches personnelles des postulants qui sont renvoyés de porte en porte avec de bonnes paroles, parfois, mais jamais de promesses ou d'indications convenables.

Puisqu'un confrère est dans le même cas que moi, nous sommes déjà deux à nous aider pour cette juste cause et ainsi on pourrait un jour être quatre ou dix.

Dr T.

Réponse.

Le règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 24 juillet 1928 a été publié au *Journal officiel* du 12 septembre dernier.

Il faut attendre quelques semaines avant que soit publiée la nouvelle liste des emplois réservés, mise en concordance avec le texte de la loi récente et les promesses faites au Sénat lors de sa discussion.

Nous vous donnons l'adresse du Dr B., auteur de la question publiée sous le no 3.123.

Fiscalité.

3313. — Patente des médecins sanitaires maritimes.

Est-ce que la question de la patente, que doivent payer les médecins faisant de la clientèle, est définitivement réglée en ce qui concerne les médecins sanitaires maritimes ? La question était pendante, je crois, devant le Conseil d'Etat. Est-elle réglée maintenant, et les médecins sanitaires maritimes, à la solde d'une Compagnie de navigation, sont-ils astreints à payer une patente ?

Dr H.

Réponse.

D'après la jurisprudence ancienne (arrêt de 1886), le médecin *employé* à bord d'un navire appartenant à une Compagnie de navigation était imposable à la patente.

Aucun arrêt n'est venu jusqu'alors infirmer cette jurisprudence.

A. M.

3518. — Amortissement des automobiles et des appareils.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire :

1o Si l'on peut dans la déclaration de l'impôt sur le revenu, compter l'amortissement de l'automobile en cinq ans ;

2o Si des appareils de radiologie et électricité médicale peuvent être amortis en 5 ans.

Le contrôleur des Contributions fixe l'amortissement de ces deux sortes d'outils professionnels en 10 ans. Puis-je soutenir que l'amortissement peut se faire en 5 ans et en vertu de quels textes ?

Dr M.

Réponse.

Si, contrairement à la thèse soutenue par l'Administration et basée sur un arrêt du Conseil d'Etat, votre contrôleur admet l'amortissement de votre automobile et de votre matériel, nous vous conseillons d'agir auprès de lui par persuasion, mais, en définitive, d'accepter sa durée d'amortissement, car en cas de réclamation, vous vous exposeriez à un échec sur le principe même de l'amortissement.

A. M.

Cinquantième année — N° 45 — 4 Novembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 471. — Cagnes-sur-Mer (A.-M.). Appart. 3 pièces indépend., 3 lits, eau, cour., électr., 2.500 pour la saison. Ecr. Mme Vernier, l'Oustalounet, Chemin des Combes.

N° 472. — Dr serait reconnais. à conf. qui pourrait lui procurer un carnet de timbres « Minéraline » ou « Phénaseptil ». Offre 75 à 100 fr., selon état du carnet. Ecr. Dr Cornillon, boulevard Carnot, à Vichy.

N° 473. — Très jolis chiots Grohendael de cinq semaines, à vendre 200 fr. l'un. S'ad. le matin Dr Le Paumier, 231, rue des Aubépines, à Colombes (Seine).

N° 474. — A vend. Camera Pathé Baby, état de neuf, un moteur neuf à y adapter et 3 chargeurs ébonite.

N° 475. — Dr Escallier à Châtel-Censoir (Yonne) demande remplaçant pour 2 ou 3 mois.

N° 476. — Dr Méd. et pharm. disposant loisirs, accepter. représ. ou dépôt spécialités, pour utiliser 2 diplômes. Dr 23, cours Lieutaud, à Marseille.

N° 477. — A céder bon état marche : 1° mach. stat. Malaquin-Dutertre, 12 plat. mot. C. c. 110/125 v. : 900 fr. ; 2° install. compl. R. X., haute fréq. Massiot, pour c. c. 110/125 v., crédence avec bob. (25 cm. entre bornes), 1 interrupt. turbine : 2.000 fr. ; petit pied porte amp. avec cup. : 900 fr. ; résonat. Oudin : 600 fr. ; gd. solénoide cuivre auto-cond. : 300 fr. Emballage et port charge acheteur.

N° 478. — Normandie. Anc. poste dans jolie résid., seul médec., rapp. 150.000 envir., maison confort., à céder d'urgence pour cause fatigue. Prix à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 479. — Vallée du Rhône, client. méd. génér. et infantile, en ville, aff. très ancienne, rapp. 40.000, fac. d'augmentation (titul. âgé), appart. bien situé. Indemn. à débat. S'ad. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél Gob. 36-46.

Renseignements

Le lait irréprochable dont il est question à l'article *Hygiène Alimentaire*, page 3118, se trouve aux laboratoires de *Friga-Milk*, Neuilly-sur-Seine (4, rue Beffroy).

Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Une application inédite et pratique des alcools benzilique et phényléthylique dans les débuts d'infections grippales. M. Géraudel, pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, se fera un plaisir d'adresser aux membres du corps médical une note scientifique sur l'emploi en thérapeutique des allophanates. Il suffit d'écrire à son laboratoire à Courbevoie (Seine).

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret la mort de M. Pierre Masson, décédé le 18 octobre à Paris, à l'âge de 63 ans.

Libraire de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine, administrateur de la *Presse médicale*, M. Pierre Masson publiait dans sa maison d'éditions bien connue, du faubourg Saint-Germain, de nombreux Bulletins de Sociétés savantes, comptes rendus de Congrès scientifiques et ouvrages médicaux. Il était le beau-frère du prof. Pierre Teissier. La direction de la librairie Masson passe aux mains de son fils, M. Georges Masson, à qui nous adressons l'expression de nos condoléances **sympathiques.**

— Notre confrère, le Dr Blanchon, de Clamecy, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, née Popelin, docteur en médecine elle-même. Nous exprimons au Dr Blanchon, si cruellement éprouvé, nos sentiments de sympathie.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Sont nommés chefs des travaux : d'anatomie pathologique, M J.-F. Martin ; de chirurgie opératoire, M. Bonnet ; de médecine légale, M. Mazel ; de thérapeutique, M. Imbert ; de bactériologie, M. Thévenot ; de parasitologie, M. Massia ; de physiologie, Mme Vincent.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — Sont nommés chefs des travaux : d'anatomie pathologique, M. Bosc ; d'hygiène, M. Carrieu ; de physiologie, M. Hédon Louis ; d'obstétrique M. Coll de Carrera ; de microbiologie, M. Carrère.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.**— Sont nommés chefs de travaux : d'anatomie pathologique, M. Muratet ; de parasitologie, M. Sigalas ; de bactériologie, M. Aubertin ; de physiologie, M. Soulié ; de pharmacologie, M. Lauret.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours.* — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Leroux, Huet et Aubry. Sont désignés pour faire partie du jury de nomination : MM. Grivot, Rouget, Hautant, Lemaître, Moulonguet, Bréchot et Renaud.

Concours de stomatologiste. Sont désignés pour faire partie du jury : MM. L'Hirondel, Petich, Jarre, Roy, Darcissac, Rivet, Rieffel. *Assesseurs* : MM. Ruppe, Richard. *Lecteurs* : MM. Gornouec, Thibault.

Concours d'ophtalmologiste. Sont désignés pour faire partie du jury : MM. Magitot, Poulard, Morax, Terrien, Rochon-Duvigneaud.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — Les conférences de MM. Le Noir et Brodin sur les dyspepsies secondaires auront lieu du 12 au 17 novembre.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chirurgie orthopédique chez l'adulte.* — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, fera sa première leçon le lundi 12 novembre 1928, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian), et continuera le cours les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours. — Trente leçons théoriques, faites à la Faculté, sur les difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles, pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes. — Présentation de nombreuses radiographies et dessins.

Cours de revision en juin en douze leçons.

— **Hôpital d'urologie,** 156 *bis*, avenue de Suffren. — L'enseignement de la chirurgie urinaire fait à l'hôpital d'urologie sous la direction du Dr Cathelin commencera le jeudi 8 novembre. Nous en donnerons le programme détaillé ultérieurement.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Externat.* — Sont nommés, à la suite du dernier concours, externes titulaires : MM. Roget, Damez, Thies, Raccouchot, Boulez, Barbier, Rouquet, Bouquin, Friceh, Charton, Bucher, Bérard, Soustelle, Vagnieux, Clerc, Brun, Mlle Bourgeois, MM. Rochedix, Contamin, Aulagner, Vachon, Roulet, Mansuy, Mlle Anselme, M. Ferragne, Mlle Jourdanet, MM. Bizolon, Loras, Piaget, Duparc, Giuliani, Mlle Durand, M. Olivier, Mlle Parral, MM. Ribollet, Grégoire, Pliante, Molossane, Vernus, Chauviré, Duguet, Siffre, Gaillard, Garo, René Blanc, Mlle Joly, MM. Jer, Netty, Sault, Chabalier, Dubauz,

Allemand, Marmet. Externes provisoires : MM. Rodriguez, Sarrazin, Perche, Raynaud, Chen, Barioz, Verrière, Cholat-Namy, Héritier, Mlle Berrier, MM. Kelidjian, Henri Blanc, Cousty, Martinet, Aigrot, Bertrand, Delrous, Falconnet, Lévi, Charlet, Pycheva.

— **Hôpitaux de Grenoble.** *Internat et externat.* — Des concours s'ouvriront, à Grenoble, le 5 novembre pour la nomination de 6 internes, et le 8 novembre pour la nomination de 14 externes.

— **Vichy.** — M. Lescœur, préparateur à la Faculté de médecine de Paris, est mis pour une période de cinq ans, à la disposition de la compagnie fermière de Vichy pour diriger le laboratoire de recherches hydrologiques.

— **Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.** — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (section spéciale de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen) se réunira le samedi 10 novembre 1928 à 17 heures, à la Faculté de médecine de Montpellier (salle des Actes).

Cette réunion sera consacrée à l'étude du traitement hydro-minéral et climatique de la douleur : toutes les communications se rapportant à ce sujet y seront accueillies. Les auteurs désireux de présenter à cette séance une communication de cet ordre sont priés de se faire inscrire auprès de M. le Dr Puech, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 32, rue de l'Aiguillerie, à Montpellier.

A 20 heures un dîner par souscription sera servi à l'Hôtel de la Métropole (cotisation : 75 francs). Prière de se faire inscrire le plus tôt possible auprès de M. le Dr Castagne, préparateur à la Faculté de médecine, 12, rue de la Vieille à Montpellier.

— **Inspection d'hygiène de Mâcon.** — *Un concours sur titre et sur épreuves*, pour la nomination d'un médecin-inspecteur d'hygiène dans la circonscription de Mâcon (Saône-et-Loire) aura lieu, au début de décembre au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon ; la date précise sera portée en temps utile à la connaissance des candidats *admis à concourir.*

Conditions : nationalité française, doctorat en médecine, limites d'âges 28-45 ans (à dater du 1er janvier 1929).

Traitement : 26.000 à 32.000 fr. Indemnité forfaitaire de déplacement : 7.500 fr.

Adresser les demandes à la Préfecture de Saône-et-Loire accompagnées du bulletin de naissance, de la copie du diplôme de docteur en médecine et de toutes pièces justificatives des titres et travaux scientifiques présentés. Le registre d'inscription sera clos irrévocablement le 24 novembre. Date de l'entrée en fonctions : 1er janvier 1929.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Préfet de Saône-et-Loire (service de l'Inspection départementale d'hygiène).

— **Dispensaires de la ville de Bergerac.** — *Un concours* est organisé pour la nomination d'un médecin chargé du Dispensaire antituberculeux et de la consultation antivénérienne et prénatale de la ville de Bergerac (Dordogne).

Le traitement et les conditions de nomination sont conformes au règlement intérieur des dispensaires (statut type).

Les dossiers devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66*bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, 6e, le concours devant avoir lieu le 12 novembre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *octobre*.

Sanatoriums publics.

Décret du 7 octobre 1928 relevant les traitements des médecins des sanatoriums publics.

Art. 1er. — Les classes et traitements des médecins des sanatoriums publics sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs :

1re classe	36.000 fr.
2e classe	34.000 »
3e classe	32.000 »
4e classe	30.000 »
5e classe	28.000 »

Médecins adjoints :

1re classe	26.000 fr.
2e classe	23.300 »
3e classe	20.650 »
4e classe	18.000 »

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire de quelque nature que ce soit ne peut être attribué aux médecins des sanatoriums publics que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.*

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des médecins entre les différentes classes. Les nouveaux traitements seront attribués aux médecins suivant leur classe respective.

L'attribution des nouveaux traitements ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des médecins dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Sous réserve des mesures spéciales qu'entraîne l'application des lois des 1er avril 1923 (art. 7), 17 avril et 31 mars 1924, la répartition des médecins entre les différentes classes doit être telle que la dépense totale pour l'ensemble du personnel ne dépasse pas celle qui résulterait de l'application du traitement moyen dans chaque emploi.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er janvier 1928.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 5. — Le président du conseil, ministre des finances et le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat sont ouvertes, pour avoir lieu en octobre :

A Nantes, pour les infirmières d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance et les infirmières hospitalières ;

A Paris, pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et les infirmières hospitalières ;

A Tours, pour les infirmières hospitalières ;

A Strasbourg, pour les infirmières d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance et les infirmières hospitalières.

Service de santé militaire.

Liste des candidats admis à l'école du service de santé militaire à la suite du concours de 1928.

TROUPES COLONIALES

Section de médecine.

a) A 4 inscriptions.

1 Chazel, 2 Seigneur, 3 Machelidon, 4 Decay, 5 Grima, 6 Gaillard, 7 Seité, 8 Griboul, 9 Durieu de Madron, 10 Brun, 11 Gontier, 12 Fabre, 12 Ferran, 14 Lombardy, 15, Galy, 16 Moran, 17 Gellie, 18 Paoli, 19 Duthil, 20 Jannin, 20 Guiguen, 22 Mayrac.

b) Candidats P.C.N.

1 Lumaret, 2 Montfort, 3 Rozières, 4 Tourenc, 5 Arné, 6 Gaillard, 7 Petey, 8 Deit, 9 Goez, 10 Koerber, 11 Cuttier, 12 Viala, 13 Lafontaine, 14 Poudevigne, 15 Casterà, 15 Farges, 17 Dauphin, 18 Jacob.

La clinique peut venir à l'aide de la médecine légale.

Un de nos lecteurs de Meknès nous a adressé la curieuse lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Un fait, déjà vieux qui, analogue à celui de M. Lahaye (*Concours médical*, n° 13*bis* du 28 mars 28, page 941) pourrait bien faire douter qu'« une simple analyse d'urine peut donc à l'occasion venir au service de la justice ».

Vers 1901, le prof. Lacassagne nous narrait

une expertise d'assassinat de concierge. On avait trouvé, en guise de carte de visite, un bol fécal sur le lit de la victime.

Or, il y avait des oxyures. Quelque temps après deux nobles crapules très soupçonnées furent arrêtées, les nommés G... et N... et l'un d'eux avait des oxyures.

Eh bien ! la justice ne voulut pas tenir compte de cette présomption : il n'était pas admissible de faire état de ce que cachait la nature !

Heureusement, les empreintes digitales vinrent à la rescousse et les deux clients, je crois, furent finalement raccourcis.

Il y eut même une chanson là-dessus. A une revue de ma promotion de l'école de santé militaire, le médecin inspecteur général D...-B... devenait D...-G... et le directeur de l'école N..., N... du nom des deux condamnés. Ils avaient assassiné un sphincter. C'était sur l'air de Fualdés ; mais où sont les neiges d'antan !

Dr Haméon.

LA COOPÉRATION EN AUTOMOBILISME

L'automobile est devenue pour le médecin un instrument professionnel, au même titre que son thermo-cautère et son forceps. Instrument de première nécessité, puisque son usage est de tous les jours.

Instrument infiniment onéreux, non seulement en raison de son prix d'achat, mais encore et surtout, à cause des frais divers et constants qu'exige son emploi : garage, nettoyage, combustible, entretien et réparations, chauffeur, etc.

Qui dira avec exactitude à combien se monte bon an, mal an, le total de la valeur des pneus, des chambres à air, des pièces usagées ou brisées, du redressement d'une aile, de la réfection d'une peinture, etc., etc. ?

Et les charges du praticien, déjà suffisamment élevées par ailleurs, se trouvent encore fortement alourdies de ce fait.

Or, il faut savoir qu'il existe, à Paris, depuis près d'un quart de siècle, une Coopérative, dénommée l' « Auto Mutuelle de France », 15, rue *Pergolèse*, qui, moyennant une modique cotisation, procure aux propriétaires d'autos de nombreux avantages matériels, et leur procure ainsi de notables économies sur ces charges que nous venons de définir.

Un grand nombre de médecins en font partie et s'en trouvent bien. Leur exemple ne pourrait qu'être profitable à tous leurs confrères automobilistes.

C'est ce que nous voulions signaler à ceux-ci dans la présente note.

CORRESPONDANCE

Accidents et maladies professionnelles.

3755. — Accident survenu à un ouvrier travaillant pour son compte à l'entreprise.

Le 1er juillet, un boucher de ma localité vient me chercher pour un ouvrier maçon qui travaillait chez lui à réparer sa glacière. Il avait fait une chute malencontreuse qui lui avait luxé l'épaule gauche. Le boucher avait reconduit le blessé chez lui, puis était venu me chercher. Il revint avec moi près du blessé et m'aida à réduire la luxation. J'établis un certificat d'origine d'accident du travail, mentionnant le sieur X, employé chez M. Z. boucher, en présence du boucher même qui emporte le certificat.

Ce certificat, sur la demande du boucher (après entente soi-disant de celui-ci avec l'agent d'assurances) fut modifié le lendemain de la façon suivante : ouvrier maçon au service du sieur Z. boucher.

Ce certificat fut donc envoyé à l'assureur. Le 31 juillet, je délivrai le certificat de guérison. Le 1er octobre j'envoyai ma note d'honoraires s'élevant à 188 francs à l'agent de l'assurance L. Celui-ci en m'acquittant d'autres notes, me retourna ma note d'honoraires concernant le sieur X avec cette raison : il s'agissait dans l'espèce d'un contrat d'entreprise et non d'un contrat de louage ; la loi du 9 avril 1898 ne peut donc être applicable à M. X. et, à mon grand regret, je ne puis vous régler cette note que vous aurez à réclamer à M. X. et non à M. Z (le boucher).

M. X. est un pauvre diable qui est vaguement maçon, n'est couvert par aucune assurance personnelle. Est-il exact qu'un patron employant un ouvrier n'est pas responsable, en cas d'accident, si son assurance ne veut pas le couvrir ? Si cet homme s'était tué et que l'affaire eût été portée devant les tribunaux, le patron n'aurait-il pas été condamné ? Je m'empresse d'ajouter qu'il n'y eut certainement pas de contrat passé entre le boucher et son ouvrier.

D'autre part, je fus choqué que l'agent d'assurances ait attendu que je lui adresse ma note d'honoraires pour me faire savoir que son assurance ne reconnaissait pas le sinistre. Ne serait-il pas correct que dès la réception du certificat d'origine d'accident, l'agent d'assurances avisât le médecin traitant qu'il ne s'engage pas à régler les frais de l'accident si celui-ci ne lui semble pas conforme à la loi du 9 avril 1898.

C'est ce que j'ai écrit à l'agent d'assurances. En propres termes je lui mettais que je trouvais que cette dérobade de son assurance, au moment du quart d'heure de Rabelais, manquait de correction et de savoir vivre. L'agent d'assurance a pris pour lui ce que je lui priais de transmettre à M. qui de droit. Il me répondit une lettre acrimonieuse dont je transcris la partie suivante : « Nous vous accusons réception de votre lettre du 13 à laquelle nous ne donnons

aucune suite. Nous n'avons nullement à vous aviser d'un refus, pas plus que de la prise en charge d'un sinistre. Vous n'avez pas à ignorer les dispositions de la loi du 9 avril 1898 qui régit les accidents du travail, et que vous avez à appliquer journellement, c'est à vous qu'il appartient d'interroger le blessé (qui a, comme vous le savez certainement, le libre choix de son docteur) pour déterminer les causes et circonstances, et savoir ainsi s'il s'agit bien d'un accident couvert par la loi sus-mentionnée. »

Dans mon cas personnel le patron venu me chercher, me demandant d'établir deux certificats, aurait dû, il me semble, mieux que moi, savoir si son assurance le couvrait ou non.

Que vous semblé de tout cela et que me conseillez-vous de faire ? Dr M.

Réponse.

Pour que la loi sur les accidents du travail soit applicable et pour que la responsabilité du patron soit engagée, il est nécessaire qu'il existe entre le patron et la victime de l'accident un contrat de louage de services, plaçant l'ouvrier, pour l'exécution de son travail, sous la direction, la surveillance et le contrôle du chef d'entreprise.

Or, en l'espèce, la victime de l'accident n'est pas un ouvrier attaché à la boucherie, mais un maçon venu faire dans la boutique certains travaux de son métier en vertu d'un contrat d'entreprise et non d'un louage de services.

Dans ces conditions, le refus de la Compagnie de reconnaître l'accident comme tombant sous le coup de la loi du 9 avril 1898 nous semble justifié, et nous n'oserions engager le blessé à poursuivre en justice le paiement des indemnités prévues par cette loi. Il en résulte également que vous ne pouvez réclamer le paiement de vos honoraires à la Compagnie.

Mais, dans cette affaire, vous avez été appelé à donner vos soins au blessé et mis en œuvre, non pas par le blessé lui-même, mais par le boucher chez lequel il travaillait au moment de l'accident. On peut considérer qu'en agissant ainsi le boucher a entendu prendre à sa charge les frais du traitement et qu'il en est responsable, non pas en vertu de la loi sur les accidents du travail mais en vertu du droit commun.

Si vous désirez donner suite judiciairement à l'affaire, il conviendrait donc d'assigner le boucher et le blessé conjointement et solidairement devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux à votre choix.

3327. — Refus par l'accidenté de laisser faire une prise de sang.

Un ouvrier atteint d'anémie saturnine professionnelle a été contre-visité en ma présence par le médecin de son patron.

A-t-il le droit de se refuser à une prise de sang par le *médecin du patron ?*

Je me place uniquement au point de vue du droit.

Dr B.

Réponse.

Un malade est maître de sa peau. Il peut se refuser à une opération, même bénigne ; il peut également ne pas accepter un examen, comme une prise de sang, par exemple.

Mais, en regard de ce droit négatif, se dresse le droit du chef d'entreprise d'acquérir la certitude que l'affection en question relève bien d'un accident du travail, ou d'une maladie d'origine professionnelle.

Par suite, il aurait toujours la possibilité d'en référer au juge de paix qui verra s'il doit recourir à un médecin expert, pour savoir si la prise de sang, par exemple, est indispensable ou non, pour poser un diagnostic exact.

Mais, la question peut se présenter sous plusieurs aspects :

A) Le médecin traitant croit devoir faire une prise de sang ou toute autre opération pour asseoir son diagnostic. Le blessé s'y refuse.

Le praticien ne peut pas passer outre à ce refus : mais il doit remettre au blessé un certificat, déclarant qu'il croit avoir affaire à telle ou telle affection d'origine professionnelle, mais qu'il estime indispensable de procéder à telle opération de diagnostic, refusée par le malade.

Ce dernier fera de ce certificat l'usage qu'il croira devoir en faire ; mais il ne pourra bénéficier de la loi sur les maladies professionnelles que si ce certificat initial est remis au patron.

Sinon, il sera traité comme un malade ordinaire, au tarif du droit commun et n'aura pas droit aux frais médicaux et pharmaceutiques, ni au demi-salaire.

Quant au praticien, il verra s'il doit ou non continuer à donner des soins à un client aussi indocile.

B) Le médecin traitant a établi son diagnostic ; mais c'est le médecin contrôleur, envoyé par le patron, qui veut faire faire un examen du sang.

Si les deux praticiens se mettent d'accord, sur l'utilité de ce procédé de diagnostic et qu'ils se heurtent à un refus du malade, les choses se passeront comme ci-dessus.

Si, au contraire les deux praticiens ne sont pas d'accord sur l'opportunité de cette prise de sang, réclamée par le médecin contrôleur et jugée inutile par le médecin traitant, le premier confrère, contrôleur, n'a pas le droit d'imposer sa manière de voir.

Il se bornera à rendre compte de sa mission à son mandant, le chef d'entreprise, qui pourra voir de quelle manière il pourra défendre ses intérêts, soit en contestant la nature professionnelle de la maladie et en refusant de payer le

Voir la suite page LXIII-3159

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

18 NOVEMBRE 1928

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1928**, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1927 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1927;
6° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Serfaty, Philippet et Ravanier ;
7° Nomination de quatre membres du conseil d'arbitrage.

II. — *A quatre heures et demie..*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1927 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1927;
5° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie ;
6° Nomination de deux contrôleurs ;

III. — *A cinq heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1927 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions diverses.

IV. — *A sept heures précises.*

DINER. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes).

A dix heures.

BAL. — Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 15 *novembre*, aux bureaux du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris, 9e.

PROPOS DU JOUR

En glanant dans notre correspondance.

I. A propos du P. C, N. — II. La médecine au Maroc. — III. L'opinion d'un chirurgien-dentiste sur les études et le diplôme de certains de ses confrères. — IV. Le contrôle des accidents du travail.

Il nous suffirait de publier notre correspondance pour assurer la rédaction de notre journal et, certes, elle ne manquerait pas d'intérêt. Malheureusement ce n'est guère possible, car la plupart des lettres que nous recevons ont un caractère trop confidentiel et trop personnel. Nos lecteurs nous y traitent en ami, et en ami véritable. Ils nous témoignent toujours leur sympathie, ils ne craignent pas (et ils ont bien raison et nous leur en savons infiniment gré) de relever nos coquilles, nos erreurs et de nous faire savoir qu'ils ne pensent pas tous et toujours comme nous. Entre la Rédaction et les lecteurs du *Concours médical*, il y a un échange d'idées constant et cordial. Si nous ne publions pas toutes les lettres, nous nous inspirons de toutes et c'est sans doute ce qui fait le plus apprécier notre journal.

Nous avons reçu, ce mois-ci, une correspondance assez volumineuse et nous croyons intéressant d'en publier une partie.

Voici d'abord la lettre d'un étudiant au sujet du P.C.N. auquel nous avions fait allusion dans un article récent :

Monsieur,

Je viens de lire votre article paru dans le *Concours médical* du 7 octobre, journal auquel mon père est abonné.

C'est avec juste raison qu'il faut faire ressortir tout l'intérêt que présente l'étude de l'anthropologie pour un étudiant destiné à aborder dans la suite l'homme tel qu'il se présente à son stade d'évolution actuel. Mais cette étude qui nous intéresse directement, ne doit être que l'aboutissement de celle de tout le règne animal. Il est indispensable, après avoir vu, anatomiquement parlant, les liens existant entre les Invertébrés et les Vertébrés, de faire une étude suffisamment approfondie de l'Embryogénèse de ces derniers, qui nous regardent tout particulièrement, car l'Embryologie est le seul argument scientifique et décisif servant les doctrines évolutionnistes et la cause transformiste.

Ces quelques vues serviraient de fondement à une connaissance « même sommaire » de l'Anthropologie, pour mieux saisir les transformations (toujours comparées) subies depuis la cellule-œuf jusqu'au Primate (Embryologie) et depuis le Primate simien jusqu'au Primate hominien (anatomie anthropologique à laquelle on peut rattacher l'ethnologie).

La connaissance d'un tel programme, sans en exagérer les détails et sans s'appesantir sur les Invertébrés, peut parfaitement s'acquérir en une année de P.C.N. Mais, croyez-vous qu'il faille rejeter toute physique au P.C.N. ?

S'il est vrai que cet examen à l'heure actuelle n'a aucune signification, qu'il n'est pas « un médecin, professeur, praticien ou simple étudiant qui ne reconnaîtra que cette année, telle qu'elle est conçue, est une année perdue », ceci tient à une cause principale : l'hétérogénéité de l'auditoire, due à la diversité des bachots : le mathématicien et le philosophe sont en présence (ce que je dis là, du reste, a été maintes fois soutenu) et pour que ce dernier puisse acquérir une vague idée de ce que peuvent être la physique et la chimie, on multiplie les matières du programme qui, conséquemment, ne sont vues que très superficiellement, c'est-à-dire sans aucun profit. MM. les professeurs ont une tâche très ardue et les cours se présentent de telle façon que, suivant les séances, c'est ou le mathématicien qui se morfond ou le philosophe qui ne comprend rien du tout. Conclusion pratique : le premier ne fait rien, le second risque de tout apprendre par cœur, effet désastreux, l'année est perdue pour les deux.

Il serait préférable d'exiger un bachot scientifique et de traiter les questions d'actualité pouvant se rattacher aux phénomènes cellulaires, telles que : radioactivité (nécessitant la connaissance de la théorie électronique...), radiations, etc., à étudier de façon à peu près complète, travail seulement abordable pour le mathématicien. A l'examen que j'ai passé en juillet dernier me fut posée la question suivante : « Dessinez-moi les lignes de force du champ magnétique d'un solénoïde dont les spires sont écartées » ; à côté de tant de sujets passionnants et de terrains nouveaux, ceci donne une piètre idée de la valeur de cet examen passé par de futurs médecins.

Le cours de chimie à Paris est remarquablement bien conçu, mais manque encore de spécialisation. L'absence de chimie générale le rend obscur au philosophe. Pourquoi encore ne pas exiger le bachot scientifique. Au lieu de perdre son temps à étudier des corps inintéressants, ne vaudrait-il pas mieux traiter la chimie biologique, notamment la chimie de la cellule qui, bien que très incomplète à l'heure actuelle n'en est pas moins à la base des phénomènes

vitaux. Cette idée d'ajouter, comme vous le dites, des notions de chimie biologique seule, n'est intelligemment abordable *ex abrupto* que par le mathématicien.

Excusez, Monsieur, mon importunité, mais la lecture de votre article m'ayant intéressé, je me suis permis de vous adresser ces quelques réflexions.

M. COPREAUX (Cité Universitaire).

Certes, la critique que fait du P.C.N. notre jeune et distingué correspondant est absolument fondée. Le bachelier qui sort de philosophie n'est pas, à l'heure actuelle, doté d'un bagage scientifique et surtout mathématique suffisant pour aborder avec profit l'étude de la physique et de la chimie telles qu'on doit enseigner ces sciences dans une Faculté. A notre époque (il y a, hélas ! quarante-cinq ans) l'on avait parfaitement compris que l'étudiant en médecine devait avoir plus de connaissances scientifiques qu'un simple élève de philosophie, puisqu'on exigeait de nous, outre le baccalauréat de philosophie, au moins le baccalauréat ès-sciences restreint.

D'autre part, les sciences de toutes sortes ont pris un tel développement depuis un demi-siècle que l'on doit se borner à en enseigner les seuls éléments aux élèves. L'on ne peut et l'on ne doit pas chercher à en faire des savants, mais seulement les mettre en mesure de pouvoir aborder avec fruit l'étude de n'importe quelle partie de leur spécialité le jour où ils le jugeront nécessaire ou utile.

Tout le monde s'accorde à constater que l'année du P.C.N. est une année perdue pour le futur médecin; nous n'en rendons certes pas responsables les professeurs de la Faculté des sciences qui font de leur mieux, mais l'organisation des enseignements secondaire et supérieur, et leurs programmes sur lesquels, il y aurait beaucoup à dire.

Nous sommes persuadés que notre correspondant entend par « philosophe » l'élève qui sort de philosophie, car nous considérons l'étude de la philosophie, et surtout de la psychologie, comme indispensable aux médecins. D'ailleurs, l'étude de la philosophie n'est pas incompatible avec celle des mathématiques et des autres sciences, bien au contraire. Faut-il, sans remonter aux anciens, citer Descartes, Pascal, plus près de nous Henri Poincaré ? Nous avons eu l'honneur d'être l'élève d'Henri Bergson qui, bien que grand philosophe, avait en mathématiques et en sciences naturelles des connaissances très étendues.

***

II. Un de nos distingués correspondants, le Dr Jean SÉVAL, d'Astaffort, attire notre attention sur une note parue dans le *Figaro* du 7 octobre et dont il a bien voulu nous envoyer la coupure que nous croyons devoir reproduire :

9 octobre 1928.

Très honoré Confrère,

Je vous adresse, sachant combien vous intéresse la question de la médecine aux Colonies, la coupure suivante extraite du *Figaro* du dimanche 7 octobre 1928 : quand on aura permis aux médecins *étrangers* d'exercer aux colonies, il deviendra logique de les autoriser à exercer en France.

L'exercice de la profession médicale au Maroc. — L'exercice des professions médicales est soumis, au Maroc, à une réglementation dont l'essentiel consiste en ceci : pour avoir le droit d'exercer, un praticien doit posséder un diplôme lui donnant ce droit dans le pays où ce diplôme a été conféré. Les praticiens étrangers peuvent donc s'installer au Maroc, en vertu du principe de la libre concurrence, qui est à la base de l'organisation du protectorat.

La liste des praticiens autorisés à exercer, au 1er janvier 1928, vient d'être publiée. Il existe — compte non tenu des médecins militaires et des médecins chargés de fonctions administratives — 143 médecins installés en zone française. Sur ce nombre, 121 sont français ou titulaires de diplômes français, 22 seulement se réclament de titres étrangers.

Notre confrère Séval a raison et nous le remercions de nous permettre d'attirer sur ce sujet l'attention du corps médical, surtout à l'heure actuelle où M. le ministre de l'Instruction publique a eu la malheureuse inspiration de faciliter la transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat. Nous entrevoyons le jour où les médecins indigènes formés aux écoles d'Hanoï, de Pondichéry, de Tananarive et de Dakar seront autorisés à exercer en France.

***

III. Parmi les lettres auxquelles nous faisons allusion aujourd'hui, la moins intéressante n'est certes pas celle que nous avons reçue d'un chirurgien-dentiste de M..., dont nous ne donnerons pas le nom, ne voulant pas lui attirer les représailles de certains de ses confrères.

Notre correspondant considère les diplômes de chirurgien-dentiste « comme de purs trompe-l'œil ». Il affirme qu'il entre dans beaucoup d'écoles dentaires qu'il qualifie de « boites » des « demi-illettrés » pourvus « du brevet d'ensei-

« gnement primaire supérieur, Section *agricole*, « pour la plupart, ex-illégaux de l'art dentaire, « qui ont trop souvent décroché leur B.E.P.S. « agricole par protection, et qui, a la faveur de « je ne sais quelle loi (dont on prolonge l'appli- « cation tant qu'on veut) pour les anciens « combattants et après des examens moins que « sérieux, escamotent leur diplôme de chirurgien « dentiste en trois ans en théorie, bien plus sou- « vent en deux ans en pratique. »

Notre correspondant affirme en connaître des exemples. Cent illégaux auraient été ainsi « légalisés » à M.... Notre chirurgien-dentiste affirme qu'en 1928 dans la ville où il exerce, une forte proportion des gens exerçant l'art dentaire sont des empiriques, anciens mécaniciens dépourvus d'instruction et il explique ainsi « la tournure commerciale, parfois charlatanesque, qu'a prise la profession de dentiste. »

Faisant alors allusion au projet qui consisterait à supprimer les chirurgiens dentistes et à accorder aux diplômés actuels de larges mesures transitoires pour obtenir le doctorat en médecine, notre correspondant conclut :

« Laisserez-vous, vous médecins, envahir et « avilir le doctorat en médecine par cette bande « de dentistes au rabais, titulaires du brevet « agricole, ex-illégaux de l'art dentaire, comme « ils ont envahi la profession dentaire pour l'avi- « lir ? Je pense que cette question vaut la peine « qu'on s'y intéresse. »

Certainement, cette question nous intéresse et nous sommes heureux de voir que parmi les chirurgiens-dentistes, il en est qui éprouvent quelque dépit à voir avilir leur profession. Nos écoles de médecine et nos Facultés ont leur part de responsabilité dans l'attribution par trop facile des diplômes de chirurgien dentiste à des ignorants presqu'illettrés comme le déplore notre correspondant. Nous avons tenu à citer textuellement les principaux, passages de sa lettre. Nous ignorons ce que vaut le Brevet d'enseignement primaire supérieur agricole, mais nous ne nous doutions pas des rapports étroits que pouvait avoir l'agriculture avec la denture humaine.

***

IV. Enfin un confrère de Marseille, qui soigne très exceptionnellement les blessés du travail et seulement quand ces derniers sont ses propres clients, nous communique la lettre suivante d'un médecin d'assurances et s'en indigne :

Clinique
du Docteur ...... Marseille, le 13-9-28.
rue ....

à Monsieur le Docteur .....

Mon cher Confrère,

Chargé par la Cie d'assurance X. : de la renseigner sur l'état de santé du nommé blessé le au service de et en traitement chez vous, je vous serais obligé de vouloir bien m'envoyer au plus tôt ce blessé à ma clinique.

Avec mes remerciements anticipés, veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Ce mode de convocation, employé par certains médecins d'assurances, n'est évidemment pas correct (nous en avons reçu à Paris, de moins corrects encore, mais c'est une exception). Si ce *modus faciendi* se généralisait, il mettrait les médecins praticiens dans l'obligation d'imposer aux médecins contrôleurs des sociétés d'assurances les formalités prévues par la loi (art. 4, paragr. 5 : autorisation du juge de paix pour une visite hebdomadaire du médecin de l'assurance, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée). Nous croyons que cela ne faciliterait guère la tâche des médecins d'assurances. La plupart de ces derniers se conduisent (nous aimons à le reconnaître) avec une parfaite correction confraternelle, et il serait fâcheux que le manque de délicatesse de quelques-uns réveillât les susceptibilités des médecins praticiens. Pareils abus permirent il y a 25 ans, à Diverneresse, de mener une violente campagne et d'obtenir, pour la victime et son médecin, les garanties de l'article 4 de la loi. Nous voulons espérer que de nouvelles incorrections n'obligeront pas les syndicats médicaux à reprendre une lutte que nous croyions bien définitivement terminée.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Premiers essais de corrélation des données des biogrammes.

D'après une leçon du professeur LAIGNEL-LAVASTINE (1).

Déjà dans les livres hippocratiques sur la nature de l'homme, on trouve cette idée métaphysique d'un rapport entre la notion de *quatre éléments* dans la Nature, et la notion de *quatre tempéraments* dans l'être humain : le tempérament froid, répondant à l'Air ; le tempérament chaud, répondant à la Terre ; le tempérament humide, répondant à l'Eau ; le tempérament sec, répondant au Feu.

A cette classification trop arbitraire, Hippocrate rattache une notion extrêmement juste, celle de l'individualité réactionnelle ; il dit : « Chacun réagit suivant son tempérament propre. »

GALIEN admet l'existence de quatre humeurs cardinales, la bile, le sang, l'atrabile et la pituite, d'où les tempéraments *sanguins*, *bilieux*, *mélancoliques* et *pituiteux*. Ces idées persistent encore aujourd'hui, plus ou moins camouflées, parmi beaucoup de gens.

Chez les *Arabes*, on trouve des *classifications planétaires*. L'école Arabe décrit le type Soleil, le type Mercure, le type Vénus, le type Lune, le type Saturne, le type Jupiter, le type Mars et le type Terre (2).

On retrouve dans les procédés de la chiromancie, vulgarisés et abatardis de nos jours par les tireuses de cartes ou diseuses de bonne aventure, les souvenirs de ces théories.

Voici un document communiqué par le professeur Charles Singer, indiquant l'influence des signes du Zodiaque sur les personnes. Dans beaucoup d'incunables, on trouve l'étude des rapports entre les signes du Zodiaque et les différentes parties de la morphologie humaine. Par exemple, le crabe à la hauteur de la poitrine rappelle peut-être la fréquence du cancer du sein.

Voici un document où se trouve un schéma des quatre tempéraments, avec tous les procédés employés à l'époque pour faire le diagnostic du tempérament d'après l'examen des urines.

Grande est la contribution des peintres à l'étude de la morphologie. Le canon des proportions avait été très bien étudié par les Egyptiens, mais c'est surtout Albert DÜRER, peintre et géomètre, qui, d'après ses *quatre livres* (1), indique les proportions du corps humain selon le canon classique ; la tête étant la huitième partie du corps. Nous voyons ici un autre canon, où la tête occupe seulement la neuvième partie (*type de longiligne*). Albert Dürer étudie également les proportions des enfants. Il montre que l'enfant n'est pas, comme le faisaient les primitifs, un homunculus, ayant en petit les proportions d'un adulte, mais un être très différent, où la tête occupe le quart de la longueur totale.

Dürer étudie la corpulence des différents sujets. Il représente des types admirables de longiformes. Il s'était rendu compte de la nécessité de masser les ensembles tout en tenant compte des volumes, de sorte qu'il a été *un cubiste avant l'heure*. Voici des formes géométriques qui encadrent les différentes parties du corps. Au verso de cette figure, on voit du cubisme intégral ; les formes de l'homme ont disparu, il ne reste que les dispositions géométriques (2).

Un excellent peinctre français Jean Cousin (3), dans l'*Art de dessiner* (1750), présente des canons où il s'est inspiré de Dürer.

En ce même dix-huitième siècle, le suisse LAVATER publie la *Physiognonomie*, ou étude du diagnostic de la nature de l'homme d'après la morphologie. Cet art de juger les caractères d'après l'apparence physique existait chez les Grecs. Zopire, contemporain de Socrate, jugeant

(1) Leçon faite le 25 janvier 1928, à l'hôpital de la Pitié, recueillie partiellement et résumée par le Dr LAPORTE, revue par le professeur.

(2) Marcel BRISSAUD. — Contribution à l'étude des types morphologiques humains, (Thèse, 1926, A. Legrand.)

(1) Les *Quatre livres* d'Albert DÜRER, peinctre et géométricien très excellent, de la proportion des parties et pourtraicts des corps humains. Traduit par Loys Meigret Lionnois, de langue Latine en Françaisе (A. Arnhem, chez Jean Jeanfy, 1613, in-4).

(2) DÜRER. — *Loc. cit.*, p. 119.

(3) Jean COUSIN. — L'art de dessiner (Chereau, Paris, 1750.

ce philosophe sur son visage, avait dit qu'il était sot, brutal, voluptueux, et adonné à l'ivresse.

On retrouve dans Lavater des descriptions assez justes pouvant soutenir la comparaison avec certaines descriptions de Labruyère, par exemple, celle du glorieux, comparé au cheval. Les glorieux ont des sourcils arqués et les élèvent souvent. Ils marchent lentement, s'arrêtent et regardent autour d'eux, comme s'ils cherchaient quelqu'un qui les admire. Leur cou est très élancé. , etc.

Chez l'homme en colère, Lavater note les narines creuses, le cou gros et plein. Très souvent, les coléreux ont, en effet, un corps thyroïde appréciable.

On trouve dans Lavater une série de figures représentant toutes les gradations, de la tête de grenouille à la tête d'un homme parfaitement bien fait. C'est un exemple de la théorie de l'évolution avant la lettre.

Jean-Jacques ROUSSEAU, dès 1757, avait projeté, écrit Mac Auliffe, (1), une étude des variations de la forme humaine et de ses rapports avec les milieux extérieurs. GŒTHE a inventé le mot de *morphologie*, en 1816 ; Jean-Noël HALLÉ (1754-1822), qui fut peintre à Rome et médecin à Paris, a eu le premier la conception des tempéraments ramenés à des notions anatomiques. Ainsi, il décrit un tempérament *vasculaire*, un tempérament *musculaire*, un tempérament *nerveux*. Il décrit des tempéraments *partiels* à prédominance céphalique, thoracique, abdominale. Il a également cette notion de la prédominance des actions morbides dans les régions prépondérantes par leur volume.

Il fait remarquer que les nourrissons sont plus infiltrés d'eau que les adultes. La facilité d'imbibition des tissus joue certainement un rôle important dans la morphologie, point sur lequel insistera Madame Lapicque (2), puis M. Mac Auliffe (3).

Lamarck, dans sa *Philosophie zoologique*, a signalé les rapports du fonctionnement avec les modifications de la morphologie.

F. THOMAS (de Troisvèvre) décrit trois tempéraments selon les prédominances cranienne, thoracique et abdominale. « Pratiquez, dit-il, l'exploration de la surface du crâne, du thorax, de l'abdomen, et vous constaterez la variabilité de ces régions en étendue suivant les individus. Classez ceux-ci par ces différents degrés de surface, puis tirez, de ces variations d'étendue des appareils, des déductions concernant leur énergie ; vous aurez fait un grand progrès dans l'étude et la connaissance des tempéraments. »

(1) Léon-Mac AULIFFE. — Les tempéraments, N. R, F., 1926.

(2) LAPICQUE (Marcelle). — Soc. de biologie, 1927.

(3) MAC AULIFFE Léon. — *Loc. cit.*

ROSTAN (1), qui parlait merveilleusement, et qui mourut aphasique, décrit les tempéraments respiratoire, digestif, cérébral et musculaire, par conséquent les quatre tempéraments qu'on retrouvera dans la classification de SIGAUD.

Théophile DE BORDEU, qui fut le médecin de Mademoiselle de Lespinasse, a eu le mérite de montrer qu'il fallait caractériser les tempéraments par une fonction physiologique prédominante. Entre parenthèse, Mademoiselle de Lespinasse mourut tuberculeuse ; elle fut le type de l'*embrasée* (2).

Le fondateur de l'école française est SIGAUD. GLÉNARD lui apprit à palper le ventre, le foie ; c'est de l'étude des variations de la tension abdominale, de l'exploration externe du tube digestif, qu'est sortie son idée directrice sur l'importance de la morphologie dans la classification des constitutions et des tempéraments. Il admet une espèce de spécificité individuelle, décelable par la morphologie.

L'école italienne a été fondée par Achille DE GIOVANNI (1838-1916), élève de Charcot. Dans sa *Morphologia clinica del corpo umano e commentari di clinica medica* (1897, Milan), il montra la valeur sociale et le but de la clinique humaine : les rapports entre la forme, la fonction, le milieu et l'adaptation sont les grandes idées directrices de la vie.

Son disciple VIOLA, professeur à Bologne, isole des types anatomiques auxquels correspondent des types fonctionnels.

Le professeur NICOLO PENDE a développé ces idées à la Clinique de l'Université de Gênes.

En France, les travaux de Sigaud ont été complétés par les recherches de M. PAPILLAULT (3), qui, depuis plus de vingt ans, avait réuni dans ses études de l'homme moyen tous les documents permettant d'édifier la partie morphologique de la biologie différentielle.

Puis a été fondée la *Société de morphologie humaine*, sous l'inspiration de M. MAC AULIFFE, D'après cet auteur, il faut distinguer les tempéraments et constitutions en types francs avec prédominance respiratoire, digestive, musculaire ou cerébrale, et types incomplets, les types primitifs répondant à nos ancêtres.

L'école allemande est dominée par KRETSCHMER (4), qui établit un rapport entre les dispositions psychologiques et les dispositions morphologiques. Il divise les constitutions en trois

(1) ROSTAN. — Traité élémentaire de diagnostic (Béchet, 1826).

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Amour-passion et phtisie (*Chronique médicale*, 15 déc. 1911).

(3) PAPILLAULT (G.) — L'homme moyen à Paris. Variat. suivant le sexe et la taille. Recherches anthropométriques sur 200 cadavres (Société d'anthropologie, 1902, pp. 393-526).

(4) E. KRETSCHMER. — Manuel théorique et pratique de psychologie médicale (Payot, 1927).

types : le type *asthénique*, le type *picnique*, auquel il rattache la psychose périodique, et le type *athlétique*. Il rattache les schizophrènes au type asthénique.

Notre méthode personnelle se tient à l'écart de l'esprit de système. Dans le *biogramme* différentiel, nous devons préciser si le type morphologique dominant est normal ou nettement pathologique. L'étude de la descendance est souvent plus intéressante que l'hérédité du sujet. Nous devons tenir compte des influences mésologiques, physiques, géologiques, de la nature des eaux, de l'alimentation, de l'âge, des modifications de l'équilibre colloïdal, etc.

On est frappé de la prédominance de certains métalloïdes ou métaux en rapport avec l'hyperfonctionnement ou l'insuffisance de certaines glandes endocrines. Chez les sujets atteints d'insuffisance thyroïdienne, on note une prédominance du fer. Les hyperthyroïdiens se rapportent peut-être à un type iode. On pourrait peut-être établir un type calcium, un type potassium, un type sodium ?

C'est donc dans l'*endocrinologie* que nous trouverons nos déterminismes direecteurs. Nous y trouverons peut-être les raisons des modifications morphologiques sous l'influence des divers pays ou terrains, et quelquefois l'explication de la variabilité des races selon l'habitat ; nous avons expliqué ailleurs des changements dans l'équilibre sympathique par les changements de climat (1).

LA CURE RADICALE DES HÉMORROÏDES PAR L'ÉLECTRO-COAGULATION DIATHERMIQUE

Par le Dr Castex (de Châteauroux).

Depuis quelques années, les chirurgiens utilisent les effets escarrifiants de l'électro-coagulation diathermique pour la destruction des hémorroïdes.

Bordier fut le premier à préconiser et à appliquer cette méthode ; ensuite Durand-Boisléard, puis Lehmann décrivirent des techniques dont nous allons étudier les avantages et les inconvénients avant d'exposer celle que nous proposons.

Est-il nécessaire de rappeler que l'électro-coagulation présente sur l'intervention chirurgicale en général des avantages très importants que nous avons exposés en détail dans diverses publications (*Concours médical*, sept. 1927 ; *Monde médical*, mars 1928) ? Nous résumerons en peu de mots quelques uns de ces avantages :

1° Absence de cicatrices rétractiles ;

2° Stérilisation des tissus coagulés ;

3° Opération pratiquement indolore, avec emploi de l'anesthésie locale dans certains cas ; anesthésie générale toujours inutile ;

4° Absence de choc opératoire. Le malade n'a pas à être raccompagné ;

5° Accès dans les cavités profondes ou d'abord difficile ;

6° Absence absolue d'hémorragie ;

7° Rapidité extrême de l'intervention : quelques secondes ;

8° Action destructive en profondeur ;

9° Absence de récidives et de métastases ;

10° Possibilité de retouches en cas d'opérations partielles ;

11° Possibilité d'action curative dans les cas où les tissus ont été déjà traités sans résultats par d'autres agents ou présentent des phénomènes de radio-résistance ou d'immunisation ;

12° Convalescence très rapide sans pansement et sans arrêt dans les occupations habituelles.

Nous étudierons les différentes méthodes de destruction diathermique des hémorroïdes et opposerons aux trois procédés décrits par les auteurs ci-dessus mentionnés celui que nous appliquons depuis deux ans avec le plus grand succès.

1° Bordier employait comme électrode active une aiguille isolée qu'il faisait pénétrer dans la poche hémorroïdale ; l'électrode indifférente était constituée par un diélectrique souple sur lequel le malade était allongé. Le paquet hémorroïdal était, au préalable, infiltré de novocaïne. Après avoir introduit l'aiguille, on augmentait l'intensité du courant jusqu'à ce qu'une partie du paquet hémorroïdal soit coagulé ; plusieurs séances étaient nécessaires pour détruire un seul paquet.

2° Le Dr Durand-Boisléard, constatant que les tissus coagulés ne s'infectent pas, fit construire une série d'aiguilles spécialement isolées. Deux aiguilles, chacune reliée à un pôle de l'appareil et se faisant face par leur pointe, sont introduites dans le paquet hémorroïdal ; celui-ci est ainsi coagulé dans sa profondeur . La muqueuse demeure intacte et se résorbera secondairement ou se sphacèlera lorsque la cicatrisation sous-jacente sera effectuée. Il faut une à deux minutes pour coaguler chaque paquet préalablement infiltré de novocaïne. Le pourtour de l'orifice anal est ainsi débarrassé à chaque séance d'un paquet volumineux. Deux à trois séances sont donc nécessaires pour guérir le malade. Une sim-

(1) Laignel-Lavastine. — Sympathique et climats Rapport au Congrès d'hydrologie de Lyon, sept. 1927 et *Biologie mdéicale*, mai 1928.

ple application de pommade antiseptique et calmante suffit après chaque séance. Celles-ci sont espacées de douze jours environ et le malade n'a nullement besoin de séjour au lit.

3° Le Dr Lehmann préconise une méthode différente : l'électro-coagulation en nappe, où tout souci de respecter la muqueuse est abandonné (*Œuvre méd.*, juillet 1928).

Il purge le malade la veille de l'opération, et se contente comme anesthésie d'un simple badigeonnage de Bonain ; la douleur est perçue assez vivement mais pendant un instant très court puisque l'opération est très rapide. Le procédé opératoire rappelle celui de Bordier : large électrode indifférente, d'une part, et, comme électrode active une aiguille. Tandis que Bordier utilisait une aiguille isolée pour éviter la coagulation de la muqueuse et ne faisait qu'une application, le Dr Lehmann pratique une action en surface et réalise une série de coagulations juxtaposées. Il obtient ainsi une nappe de tissus coagulés dont la surface et l'épaisseur peuvent être modifiées au gré de l'opérateur. Il est facile de coaguler en une seule séance la totalité des bourrelets hémorroïdaux. Si on utilise l'anesthésie générale, l'opération est assez courte : moins de deux minutes ; elle est plus longue et entrecoupée de pauses, si elle est faite à l'anesthésie locale. Le patient doit garder le repos allongé pendant quatre jours et doit rester constipé pendant ce temps-là ; en effet, une crise douloureuse se déclare souvent le lendemain de l'opération car un œdème assez accentué au niveau du sillon de séparation de l'escarre cause la distension des bourrelets. La cicatrisation demande environ quatre semaines ; la plaie opératoire ne s'infecte jamais, mais donne un suintement assez abondant. Après l'opération, un pansement humide est appliqué et gardé une semaine environ. L'opéré reprend ses occupations le cinquième ou le sixième jour.

4° Ces trois méthodes possèdent toutes des avantages incontestables : rapidité, peu de douleur, pas d'hémorragie, interruption de travail de courte durée. Toutefois, il ressort de l'exposé de leur technique que la grande difficulté de ces électro-coagulations diathermiques réside, dans ce fait qu'il est très difficile, au cours de l'opération, de déterminer d'une façon sûre et scientifiquement définie le moment précis où est atteinte la profondeur de coagulation désirée. L'opérateur est, en somme, guidé uniquement par sa grande habitude de ces sortes de destructions, et, seul, l'empirisme lui permet de déterminer la seconde précise oñ il doit interrompre le courant sous peine de comprendre dans la zone coagulée des fibres sphinctériennes.

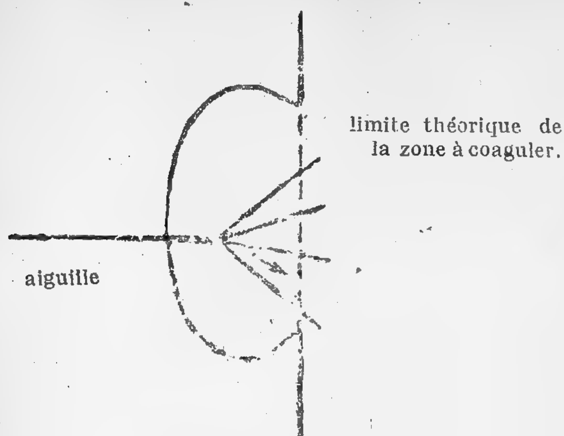
La question est importante à régler, en particulier dans les cas de prolapsus complets de la muqueuse rectale et dans les cas d'hémorroïdes internes. Le Dr Lehmann avoue cet inconvénient « La destruction est toujours plus étendue et plus profonde qu'il ne semblerait au premier abord et l'aréole blanche de tissu coagulé qu'on voit au moment de l'intervention ne donne pas une idée exacte de l'étendue de la destruction. », et, plus loin : « Si l'on atteint la température de coagulation sur une surface de un cent. de diamètre, on l'obtient en même temps sur une profondeur de un cent. ; d'autre part, la zone de tissu détruit dépasse largement les dimensions de l'escarre ; on est donc exposé, dans le cas d'hémorroïdes comme dans toutes les interventions qui se font à l'électro-coagulation à détruire un bloc de tissus trop volumineux, et à créer des délabrements profonds si l'on emploie une plaque, même de dimensions réduites. On est assuré d'éviter cet accident par l'emploi de l'aiguille et d'une intensité faible ; et une telle intensité permet tout aussi bien de coaguler de larges surfaces en un temps minime par des piqûres juxtaposées, et de localiser à volonté en surface et en profondeur l'action de la coagulation » (*Œuvre médicale*, juillet 1928.)

Nous ne pouvons partager la manière de voir de M. le Dr Lehmann sur ce dernier point. Une pratique de trois ans de la diathermo-coagulation nous a prouvé surabondamment que s'il est toujours possible de limiter à volonté l'action coagulante en surface, il n'existe aucun moyen sûr d'affirmer que la destruction qu'on est en train de pratiquer vient d'atteindre exactement les deux, trois ou quatre millimètres d'épaisseur désirés. Bref, l'habileté seule de l'opérateur et sa très grande habitude de ces opérations lui permettent d'apprécier avec assez d'exactitude la profondeur de la zone coagulée.

Il existe pourtant un procédé exempt de tous ces inconvénients ; ce procédé a l'immense avantage de permettre à tout médecin pratiquant la diathermie chirurgicale de réussir à coup sûr l'exérèse de paquets hémorroïdaux, sans précautions spéciales et sans risques de dépasser les limites de la zone d'implantation des hémorroïdes.

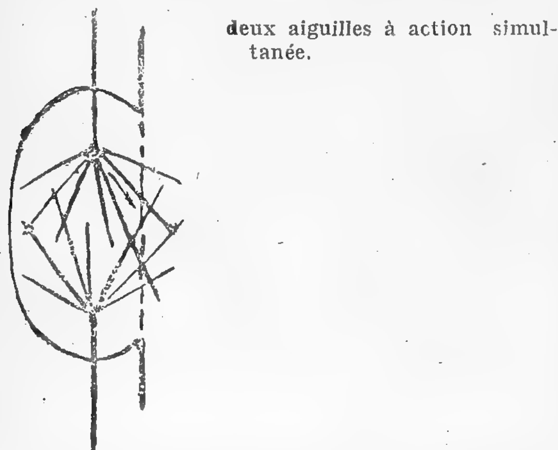
Pour obtenir un tel résultat, il est nécessaire que le flux électrique, au lieu de se répartir uniformément autour de l'électrode active, comme il le fait dans les trois procédés ci-dessus mentionnés, soit, au contraire, dérivé en totalité vers une région du tissu opéré où l'étendue de la coagulation n'ait aucune importance. De même que dans les destructions d'amygdales par la pince de Lemoine une électrode centrale indifférente dérive le flux électrique vers la surface de l'amygdale et assure l'intégrité de la loge amygdalienne, de même, il est possible de limiter l'effet escarrifiant à la base d'implantation des bourrelets hémorroïdaux en dérivant le courant par une pince spéciale. Celle-ci de plus, aura, pour mission de faire saillir davantage à l'extérieur le paquet opéré.

1° (Bordier).



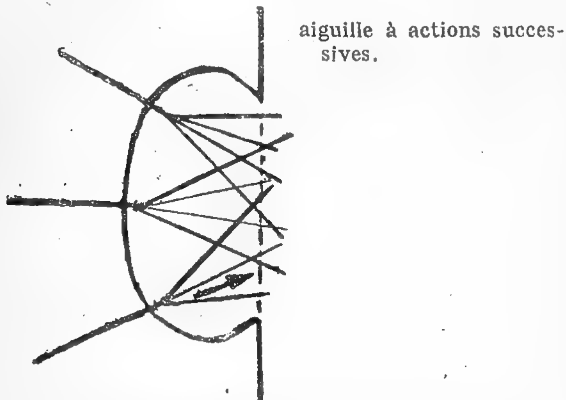
La zone de coagulation est un cône dont la pointe est au niveau de l'aiguille et la base au niveau de la région d'implantation du bourrelet hémorroïdal. On conçoit que si l'intensité du courant est trop forte ou sa durée d'application trop prolongée, la destruction diathermique atteindra facilement les tissus sains.

2° (Durand-Boisléard).



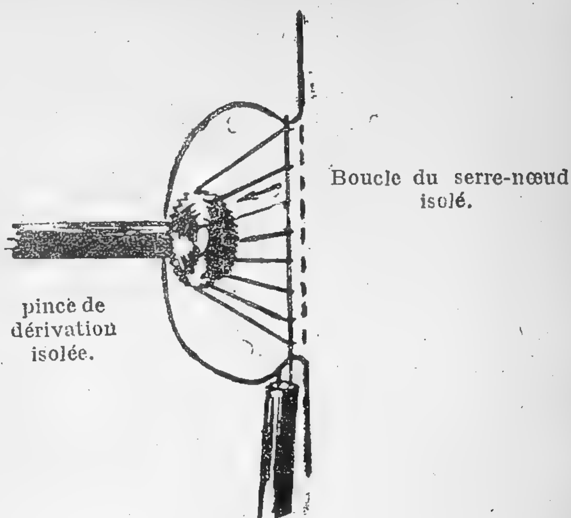
Les lignes de flux sont identiques pour chaque aiguille et la zone coagulée prend la forme d'un fuseau très renflé à sa partie médiane. Ici également, il est facile, comme dans le premier procédé, de dépasser la limite.

3° (Lehmann).



L'action coagulante n'est pas davantage limitée du côté des tissus à respecter.

4° (Castex).



Ici, il en est tout autrement : tout le flux électrique se dirige de la boucle du serre-nœuds vers la pince de dérivation dont la large surface réalise une électrode indifférente parfaite. La coagulation obtenue donne une section nette du paquet hémorroïdal au niveau des tissus sains sans jamais empiéter sur ceux-ci. De plus, l'escarre est réduite à une mince pellicule souple et aseptique qui ne peut nullement gêner.

Voici comment nous procédons : une infiltration de scurocaïne à 2 % adrénalinée est pratiquée dans le plus gros paquet hémorroïdal ; quelques centicubes suffisent pour rendre le paquet très turgescent ; il est alors facile de placer autour de ce gros bourrelet la boucle d'un serre-nœuds diathermique isolé et relié à la borne bleue de l'appareil de Walter ; une pince à préhension, guipée d'ébonite et munie de gros mors est reliée à la borne rouge et fixée sur la partie la plus saillante du paquet hémorroïdal. Le curseur de réglage de l'appareil est arrêté sur le troisième ou le quatrième plot ; le volant du serre-nœuds est suffisamment serré pour bien entourer la base du bourrelet ; alors, le courant est établi à la pédale tandis que, rapidement, l'opérateur fait tourner le volant du serre-nœuds. Lorsque la boucle a disparu dans le canon de l'instrument, le paquet hémorroïdal se détache et reste fixé à la pince de dérivation. L'exérèse a duré à peine six à huit secondes, la douleur est nulle ou à peu près. Pas une goutte de sang ne s'écoule, le malade se relève, se rhabille et ne garde sur la plaie exsangue et stérilisée qu'un tampon d'ouate vaseliné. Il vaut mieux que le malade reste constipé pendant deux ou trois jours. Souvent un jour de repos est nécessaire et le malade reprend ses occupations. Par ce procédé, la crise douloureuse post-opératoire est réduite au minimum et très souvent même ne se produit pas. En effet, la réaction d'œdème ne rencontre aucun obstacle comme lorsque l'hémorroïde coagulée reste sur place et fait office de corps étranger ; de plus, les fibres

musculaires du sphincter anal ne risquent pas d'être comprises dans la zone coagulée. Autre avantage qui n'est pas à dédaigner : le malade a immédiatement la preuve que le paquet hémorroïdal est enlevé. A un autre point de vue, cette opération ne peut effrayer les malades qui ont entendu parler de l'exérèse chirurgicale et des sérieux inconvénients qu'elle présente : dangers de l'anesthésie générale, douleur, hémorragie, soins post-opératoires en clinique, fréquence de l'infection de la plaie, longue durée de la convalescence. La diathermo-coagulation, en supprimant celle-ci, fait réaliser au malade des économies réelles et l'engage à se faire débarrasser de son infirmité, puisque l'opération ne l'effraye plus.

Chaque paquet hémorroïdal sera ainsi enlevé, et, en deux séances, trois au plus dans les cas compliqués de prolapsus rectaux, la totalité des hémorroïdes externes aura disparu. S'il y a des hémorroïdes internes, celles-ci seront facilement accessibles sans dilatation. Le malade peut, en poussant, extérioriser ses bourrelets internes qu'une infiltration de scurocaïne met davantage en évidence. L'anse du serre-nœuds est placée, la pince de dérivation tire à l'extérieur et en quelques secondes le paquet hémorroïdal est détaché.

Nous pensons qu'il est préférable de pratiquer la cure radicale des hémorroïdes en plusieurs séances pour que la réaction post-opératoire soit très supportable et même soit souvent absente. On n'observe jamais de récidive et tous les malades opérés par ce procédé se sont déclarés très satisfaits à tous points de vue (1).

En résumé, l'emploi d'une électrode active filiforme dont la boucle enserre la base de l'hémorroïde et d'une électrode indifférente volumineuse qui, de plus, sert à extérioriser davantage les bourrelets peu pédiculés, nous semble bien être le procédé de choix pour la cure radicale ambulatoire des hémorroïdes dans tous les cas.

Ce nouveau procédé possède donc cette très grande supériorité sur tous les autres d'être à la portée de tous les médecins qui ont la moindre pratique de la diathermo-coagulation. Celle-ci, en effet, ne peut absolument plus être ignorée depuis que BORDIER l'a remise en honneur. Le nombre chaque jour croissant des travaux qu'elle suscite démontre surabondamment que cette méthode a une valeur désormais indiscutable dont les ressources sont loin d'être épuisées.

D^r G. CASTEX
(de Châteauroux).

(1) Selon l'expression d'un de nos malades guéri en deux séances : « C'est tout simplement merveilleux — nous écrit-il — sans douleur, sans soins ultérieurs et sans dérangement des occupations habituelles ! »

DERMATOLOGIE

Comment recolorer les cheveux blancs des peladiques.

Lorsque les cheveux de repousse, sur une plaque de pelade, tendent à rester blancs, le mieux est d'essayer tout d'abord de favoriser le retour naturel à la teinte normale. Les uns recommandent l'épilation répétée à la pince, procédé difficile à faire accepter par des personnes déjà demeurées trop longtemps dépilées ; d'autres font continuer sagement la médication irritante locale. Pour ma part, je conseille d'y adjoindre les applications régulières d'huile soufrée phosphorée, qui foncent déjà naturellement les cheveux, très faiblement il est vrai, et apportent au poil l'élément soufré, si important dans l'élaboration de la mélanine. Voici donc ce que je conseillerais *en premier lieu* :

1° Continuer les lotions irritantes, en frictionnant par exemple deux fois par jour les plaques blanches avec :

Hydrate de chloral.......	5 cc.
Liqueur d'Hoffmann.....	q. s. pour 100 cc.

2° Chaque soir faire une onction-massage sur les mêmes régions avec :

Soufre octaédrique.........	0,50
Camphre	1
Huile de sésame	100 cc.

Faire dissoudre à chaud sans faire bouillir Puis, mélanger avec :

Huile phosphorée au millième..	200 cc.

3° Chaque matin, lisser les zones blanches à l'aide du bâton de cosmétique ci-dessous (on lissera aussi, mais plus superficiellement, l'ensemble des cheveux pour donner un aspect à peu près uniforme à toute la chevelure) :

Huile soufrée ci-dessus......	150 gr.
Cire blanche...............	160 gr.

Faire fondre et ajouter :

Charbon de peuplier........	30 gr.

Couler en bâton.

N.B. — Les lotions chloralées seront faites matin et soir avant chacune des manœuvres 2 et 3 ; elles nettoieront ainsi et dégraisseront les placards traités ; laisser sécher un temps suffisant avant d'appliquer l'huile ou le cosmétique.

Si le malade est impatient et désire une teinture immédiate et de quelque durée, la plus inoffensive est une de celles qui font intervenir le nitrate d'argent. En voici deux bonnes formules :

1º Faire préparer les deux solutions ci-dessous :

a) Acide pyrogallique........	5 gr.
Eau de roses...............	150 gr.
b) Nitrate d'argent...........	10 gr.
Eau de roses...............	110 gr.
Ammoniaque..............	30 gr.

Avant d'appliquer, laver soigneusement à l'eau et au savon ; lotionner avec la Liqueur d'Hoffmann chloralée ci-dessus ; laisser sécher. Au moyen d'une petite brosse, humecter, par mèches, les cheveux jusqu'à la racine avec la solution *a*). Attendre cinq à dix minutes ; puis appliquer la solution *b*) avec une autre brosse bien propre, en évitant autant que possible de toucher à la peau. Lorsque les cheveux sont teints uniformément, les laver soigneusement, sécher et mettre un peu de brillantine (une goutte d'huile de ricin dans le creux de la main). Il faut renouveler le même traitement toutes les trois semaines.

2º Mêmes manœuvres avec les solutions ci-dessous :

a) Sulfure d'ammonium.......	25 gr.
Sol. de HOK à 5 %..........	10 gr.
Eau distillée..............	25 gr.
b) Nitrate d'argent...........	5 gr.
Eau distillée..............	50 gr.

Attendre 15 à 20 minutes avant d'appliquer la solution *b*). Aussitôt après celle-ci, laver le cuir chevelu avec de l'eau salée à 2 %.

Louis Bory.

LES INJECTIONS SCLÉROSANTES ET VARIQUEUSES

L'injection haute. — Le garrot pneumatique.

Normalement, quand on veut scléroser des varices suivant la méthode renouvelée par le professeur Sicard, *on commence par agir sur les veines dilatées les plus basses.* Au lieu d'agir en premier lieu sur la saphène interne au niveau de la cuisse ou du triangle de Scarpa, on débute par les varices du cou-de-pied ou de la jambe, et on aborde ensuite progressivement les varices plus haut situées, au genou, à la cuisse, une fois les premières sclérosées. *L'injection se fait en direction de la racine du membre*, et l'action sclérosante progresse de l'extrémité vers la racine.

Par injection haute, nous avons voulu entendre injection faite non plus à l'extrémité, mais à la racine du membre, *au-dessus* des veines dilatées, soit un peu au-dessous du triangle de Scarpa et de l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale, soit plus bas, mais toujours au dessus des cordons ou paquets variqueux.

Dans ce cas, l'*injection est poussée en direction de l'extrémité du membre*, et l'action progresse de la racine vers l'extrémité.

***

Si l'on décide de faire l'injection haute, — ce qui, à vrai dire, offre souvent plus d'inconvénients que d'avantages, — il est préférable de se servir auparavant d'un *garrot simple* (bande de caoutchouc un peu large ou la petite bande de Sauphar), ou mieux d'un garrot pneumatique (par exemple le double brassard de Gallavardin de l'appareil Pachon), garrot appliqué au-dessus des dilatations veineuses, près de la racine du membre sur le *malade debout*, les veines étant de ce fait plus turgescentes.

Le malade s'étend alors. *L'aiguille est aussitôt poussée* dans la veine, mais non encore le liquide sclérogène.

Pour injecter ce dernier, il faut avoir auparavant *levé le garrot simple ou dégonflé le garrot pneumatique*, ce qui amène l'aplatissement, plus ou moins complet, des veines ectasiées, et permet à l'action sclérosante du liquide introduit dans la lumière du vaisseau d'être plus énergique, de par le fait de sa moindre dilution dans le sang veineux.

Dr R. Tournay.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Un lait irréprochable à Paris.

La mortalité infantile à Paris est fonction de la mauvaise qualité du lait, écrivais-je le 29 juillet dernier, en m'appuyant sur un travail de M. le Dr Lestoquoy. Et le lait y est de qualité mauvaise parce que l'industrie laitière n'est pas réglementée.

Et puisque la nocivité du lait parisien est due surtout à sa richesse excessive en germes divers, j'indiquais, toujours d'accord avec M. Lestoquoy, comment il faudrait s'organiser pour obtenir un lait aussi protégé que possible contre les contaminations et les fermentations qui l'altèrent bactériologiquement : propreté des étables et des vaches, soins particuliers pris par le personnel préposé à la traite et aux manipulations, tenue des récipients en état quasi stérile, conservation du lait, ainsi recueilli, à la glacière, de manière à ce que sa température demeure basse.

Mais j'émettais la crainte que cette organisation, qui marquerait un progrès considérable dans l'industrie laitière, ne fût pas de sitôt réalisée.

Or, il convient que je fasse amende honorable. On trouve, à Paris, un lait pour ainsi dire irréprochable, tant les susdites précautions ont été prises pour sa récolte et sa mise en bouteilles.

Dans une propriété agricole normande située à deux heures de Paris en automobile, un troupeau de vaches sélectionnées est confié à un personnel éduqué en Suisse, et parfaitement au courant des méthodes les plus récentes employées pour traiter le lait : propreté des pis avant la traite ; propreté scrupuleuse des mains ; blouses spéciales recouvrant les vêtements habituels, etc.

Aussitôt tiré, le lait est dirigé vers l'appareil réfrigérant où sa température est abaissée à 4°. Il est ensuite enfermé dans des récipients métalliques d'une contenance de 50 litres, au milieu desquels plonge, faisant corps avec le goulot, un cylindre plus petit renfermant de la glace, de telle sorte que la température demeure constante à + 4°. Ces récipients sont stérilisés chaque jour, après nettoyage, avec de la vapeur à 120°.

Des camions automobiles les apportent dans la nuit en petite banlieue où se trouve le local destiné à la mise en bouteilles. Les bouteilles, d'un litre ou d'un demi-litre, sont, chaque jour, nettoyées d'abord avec de l'eau chaude additionnée de carbonate de soude, puis rincées à l'eau bouillie chaude. La stérilisation en est assurée de la façon suivante : dans une sorte de caisse métallique, à deux compartiments dont le fond est garni de tiges verticales creuses, on introduit un panier contenant dix bouteilles renversées, de manière à ce que le goulot de chacune d'elles coiffe une de ces tiges. Une vanne donne issue à un flot d'eau bouillie chaude sous pression qui vient d'abord irriguer chaque bouteille. Le panier est poussé dans le second compartiment où les tiges métalliques donnent issue à de la vapeur sous pression à 120°, durant une minute environ. Il est ensuite porté dans la glacière où se fait le remplissage. Chaque bouteille est obturée avec une rondelle de carton coincée à fond à l'intérieur du goulot et recouverte de paraffine.

Les bouteilles sont distribuées dès le petit matin dans Paris. Si bien que la consommation de ce lait peut commencer au plus tard 24 heures après la traite.

Des analyses en sont périodiquement effectuées. J'en possède une qui date de cette année même, et qui a été faite par le Service de l'Inspection vétérinaire sanitaire de la Préfecture de police. En voici les conclusions : *Lait cru, propre, très peu riche en germes microbiens.*

Il s'agit donc d'un lait tout particulièrement recommandable. Le seul reproche qu'on pourrait lui faire, c'est son prix élevé. Mais quand il s'agit d'enfants ou de malades, il semble bien que cette considération ne devrait pas entrer en ligne de compte.

Il faut bien dire d'ailleurs que, quelles que soient ses qualités, un pareil lait ne met pas complètement les nourrissons à l'abri des affections gastro-intestinales, dont la cause peut être étrangère à l'alimentation. Une sage précaution, quand il s'agit de nourrissons dont le tube digestif s'est révélé délicat, consiste à utiliser préventivement la Reine de Vals, dont une cuillerée à café donnée immédiatement avant chaque tétée suffit à préparer les voies digestives.

Bien plus encore sera-t-elle indiquée, si le malheur veut que l'irritation s'empare de l'estomac et de l'intestin, se traduisant par de la diarrhée verte, des vomissements, et par les symptômes de la gastro-entérite aiguë.

La Reine de Vals, — n'est-il pas superflu de le répéter ici ? — jouit en effet de qualités exceptionnelles qui tiennent à sa composition minérale et à son gaz carbonique libre. Alcalinité moyenne d'une part, richesse en CO^2 de l'autre, telles sont ses propriétés physiques essentielles. Il en découle qu'elle est d'une sapidité infiniment agréable et qu'elle sait, mieux que telles autres, tempérer la soif, calmer les révoltes gastriques, alcaliniser le contenu intestinal, stimuler le filtre rénal, laver le sang, faciliter le travail digestif.

Ce qui fait qu'elle règne souverainement, — noblesse oblige ! — sur la thérapeutique et sur l'hygiène alimentaire infantile, où ses services ne se comptent plus...

E. D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Quels sont les strabiques rééducables ?

Ne sont pas rééducables, dit le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, les strabiques qui :

1) Ont moins de 6 ou 7 ans (mais préparer la rééducation dès que la déviation apparaît) ;

2) Ont plus de 36 ou 38 ans ;

3) Ont plus de 40 degrés de déviation pour les convergents, pas de limitation pour les divergents ;

4) Ont moins de 2 ou 3/10 d'acuité de l'œil dévié ;

5) Ont une fausse ou nouvelle macula ;

6) Ont une paralysie oculaire ou des rétractions tendineuses ;

7) Ont une neutralisation invincible (très rare) ;

8) N'ont pas le temps de venir aux séances d'exercices ;

9) Sont des arriérés, ou des maladroits, ou des apathiques.

A part ces cas, tous les autres strabiques, de même que les « mal équilibrés des yeux » sont rééducables. Le strabisme est curable par rééducation seule dans 60 à 70 % des cas, *si le sujet a la volonté.* 30 % doivent être opérés. Ne pas opérer un rééducable. On les guérit maintenant assez rapidement. Une séance par semaine avec des exercices à la maison. (*Semaine des hôpitaux*, 15 mars 1928.)

Fractures de la cavité cotyloïde.

Le Pr LENORMANT rapporte deux observations intéressantes, l'une d'une fracture de l'acétabulum, l'autre d'une fracture de la partie supérieure du sourcil cotyloïdien.

C'est la radiographie qui, en nous révélant l'existence de formes de fractures à moindre déplacement, plus limitées, de symptomatologie atténuée et souvent obscure, nous a appris que ces fractures du cotyle n'étaient point exceptionnelles, mais fréquemment méconnues, et qu'il fallait leur rapporter nombre de prétendues contusions graves de la hanche aboutissant à une ankylose plus ou moins complète de l'articulation. Il est important de les reconnaître pour en fixer le pronostic et le traitement ; la clinique permet de les soupçonner, la radiographie peut seule en affirmer le diagnostic, et c'est une raison de plus pour ne jamais oublier que toute lésion traumatique de la hanche, si banale qu'elle paraisse, doit être radiographiée.

Les *fractures de l'acetabulum* sont les plus fréquentes ; le fond du cotyle s'effondre surtout chez l'homme. La cause en est presque toujours un choc violent sur la région trochantérienne, exceptionnellement une chute sur les pieds ; la tête fémorale violemment repoussée en dedans défonce, de préférence, la partie inférieure et postérieure de la cavité, qui est la plus mince. L'attitude de la cuisse en extension, abduction légère et rotation interne, favorise le plus cet enfoncement de l'acétabule par la tête fémorale.

La fracture purement acétabulaire reste limitée à la cavité cotyloïde ; mais certains types peuvent irradier au delà de ses limites, vers l'ischion, le pubis ou l'aile iliaque.

Ces fractures de l'acétabulum donnent des symptômes qui varient d'un cas à l'autre suivant l'étendue de la fracture et le degré d'enfoncement de la tête fémorale. L'impotence fonctionnelle est parfois absolue ; le blessé ne peut ni marcher, ni se tenir debout, ni même remuer sa hanche. Mais il est des cas où les mouvements sont plus ou moins conservés, où le blessé soulève son membre au-dessus du plan du lit ; il y en a même où la marche est possible. L'attitude du membre est variable ; c'est en général l'extension avec abduction et rotation externe. Le raccourcissement est souvent difficile à apprécier. La pression sur le grand trochanter réveille fréquemment de la douleur ; l'ascension du trochanter est toujours peu accentuée, souvent nulle.

Mais pour le diagnostic exact et certain, il n'y a que deux modes d'exploration réellement valables : la radiographie, et le toucher rectal, qu'il faut faire dans toutes les lésions traumatiques de la hanche ; ce dernier permettra parfois de sentir la saillie des fragments cotyloïdiens déplacés, voir même le relief arrondi de la tête fémorale luxée : mais toujours, au niveau de l'arrière-fond cotyloïdien, le doigt réveillera une douleur bien localisée, très vive.

Les fractures du sourcil cotyloïdien intéressent constamment la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien ; elles permettent donc un déplacement de la tête fémorale en arrière et en haut. Mais l'importance de ce déplacement est variable ; tantôt, avec une fracture étendue, la tête se fixe dans la fesse ; le plus souvent la fracture reste limitée, et la tête ne se fixe pas ; il y a seulement un léger déplacement en haut et en arrière. Les symptômes ici sont assez obscurs et le diagnostic ne peut être fait que par la radiographie.

Dans toutes ces fractures, alors même que la réduction exacte a été faite et le traitement bien dirigé, le pronostic fonctionnel comporte des réserves, car les raideurs consécutives sont habituelles et parfois graves.

Les fractures acétabulaires sans déplacement de la tête fémorale relèvent de l'immobilisation; il est bon d'y joindre l'extension continue. On pourra, pour lutter contre l'enraidissement de la jointure, commencer aussitôt la mobilisation passive ; mais la station debout et la marche ne seront permises que tardivement, car, reprises trop tôt, elles risquent d'exagérer le déplacement.

S'il y a complication de subluxation ou de luxation de la tête fémorale, il faut la réduire ; mais ici, l'anesthésie générale et les manœuvres de force sont nécessaires.

Dans les fractures du sourcil cotyloïdien, la réduction et l'immobilisation sous plâtre s'imposent également ; la réduction sera faite en extension et abduction. (*La Presse médicale*, 23 juin 1928.)

Effets thérapeutiques de l'acétylcholine.

Par rapport à la choline, le dérivé acétylé est cent mille fois plus actif sur la pression artérielle, et seulement trois fois plus toxique.

Des recherches de M. Villaret et L. Justin Besançon, il résulte que c'est une substance dilatatrice des artérioles, en particulier de celles des membres ; son effet vaso-moteur est complètement différent de celui des autres vaso-dilatateurs : nitrites, histamine, etc. Elle n'agit pas sur le pneumogastrique exactement de la même façon que la pilocarpine ou l'ésérine.

C'est un médicament très facile à manier, indolore en injections sous-cutanées, ne déterminant, aux doses thérapeutiques, aucun accident immédiat ou tardif, ne s'accumulant pas, ne créant pas d'accoutumance.

Certains troubles morbides réagissent à des doses relativement minimes (1 à 15 centigr. en injections sous-cutanées) : on observe une amélioration plus ou moins rapide dans la maladie de Raynaud. D'autres nécessitent des doses plus élevées (15 centigr. matin et soir pendant une semaine, puis cette dose quotidiennement) : ce sont les artérites à tendance sténosante des membres.

On obtient de bons effets aussi dans les spasmes vasculaires de causes variées, dans la sclérodermie. Dans certains troubles trophiques des moignons d'amputation, dans quelques hyperhydroses, en particulier dans les sueurs profuses des tuberculeux, son emploi donne des résultats intéressants. Il en est de même dans les spasmes des artères rétiniennes observés au cours de l'hypertension artérielle. (*La Presse médicale*, 12 mai 1928.)

Contribution à l'étude des syndromes neuro-anémiques.

Le Pr Riser et R. Sorel rappellent, à propos de deux observations détaillées, les principales caractéristiques de cette affection. On entend par syndrome neuro-anémique le développement, simultané dans la très grande majorité des cas, de lésions profondes intéressant avant tout la moelle, les nerfs périphériques et une anémie intense sans grandes modifications de la formule leucocytaire.

Ce sont les manifestations médullaires les plus fréquentes, les plus importantes. Dans les cas les plus typiques, l'évolution est rapide et se fait en un an ou deux ans. Une première période prodromique comprend des dysesthésies variables (sensation de froid ; asphyxie blanche des extrémités intense, permanente) ; une hyperthermie légère est de règle. Puis survient la paraplégie spastique et ataxique. Les troubles de la sensibilité profonde sont, en général, très marqués, tandis que les sensibilités thermique et tactile sont intactes. La paraplégie s'accentue, et aussi la parésie ataxique des membres supérieurs ; les sphincters sont touchés ; la cachexie fait son œuvre en quelques semaines.

L'anémie existe dans l'immense majorité des cas, précédant, accompagnant les lésions nerveuses, ou leur succédant (hypoglobulie considérable). (*Toulouse médical*, 15 juillet 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le syndrome « coup de chaleur ».

(M. Jules Renault. — *Académie de médecine* ; 2-10-1928.)

A propos de la communication de MM. Mouriquand et Charpentier sur le « syndrome du vent du Midi », M. Jules Renault rappelle qu'en 1922, s'occupant de l'installation de la crèche de son service de l'hôpital Saint-Louis, il a montré les avantages de la ventilation permanente avec chauffage en hiver, refroidissement en été, et humidification constante, des crèches hospitalières. La ventilation permanente, à raison de trois fois le cube de la salle par heure, et le refroidissement descendant le thermomètre aux environs de 21-23°, auront pour corollaire la troisième condition indiquée par M. Mouriquand,

le maintien du degré hygrométrique autour de 60°.

Le syndrome connu sous le nom du « coup de chaleur », avant d'être étudié par les pédiatres, l'avait été par les médecins militaires chez les troupes en marche. Au facteur température s'ajoutent d'autres éléments secondaires, non négligeables : pour les troupes, le port du sac dont les bretelles gênent la respiration, le pas insuffisamment ralenti sur les routes en côte ce qui augmente l'effort, la marche en rangs serrés qui gêne la ventilation du corps. Pour les nourrissons, peuvent intervenir les vêtements trop épais ou trop serrés, les couvertures trop lourdes, l'encombrement des crèches. Pour les uns et les autres, les troubles digestifs, la débilité, créent une prédisposition au coup de chaleur et rendent celui-ci plus accentué. Il importe de tenir compte de ces causes, importantes quoique secondaires.

Le virus de la fièvre jaune.

(MM. Auguste Pettit et G. Stéfanopoulos. — *Académie de médecine* ; 2-10-1928.)

L'épidémie de fièvre jaune qui a sévi en Afrique occidentale durant les années 1926 et 1927, si elle a été meurtrière et a causé, en particulier, la mort de trois savants estimés, Stokes, Young et Noguchi, a permis d'apporter quelque précision sur la nature du virus de la maladie.

Il y a un quart de siècle, une commission américaine et une mission de l'Institut Pasteur avaient été amenées à conclure que la fièvre jaune relève d'un virus invisible, filtrant. Puis, Noguchi décrivit un spirochète qu'il considéra comme l'agent causal de l'affection, avec lequel il prépara un vaccin et un sérum. La théorie spirochétienne de Noguchi était assez généralement acceptée depuis quelques années, en raison surtout de la notoriété de son auteur.

Lorsque la fièvre jaune éclata et se multiplia en Afrique occidentale, plusieurs missions furent chargées de l'étudier. Le Gouvernement britannique envoya à Lagos le professeur Adrien Stokes. Noguchi prit la direction de son laboratoire qui abritait 500 singes asiatiques. A la demande du Gouvernement français, enfin, le professeur Auguste Pettit se rendit à Dakar en mission spéciale, avec M. Stéfanopoulos.

Les recherches de M. Auguste Pettit l'ont conduit à écarter la conception de la nature spirochétienne de la fièvre jaune défendue par Noguchi. L'auteur lui-même de cette théorie avait admis déjà que le leptospira icteroides n'intervenait pas dans l'épidémie du Sénégal.

Les travaux entrepris en Europe, en Amérique et en Afrique ont montré l'absence de leptospire dans les tissus des malades ayant succombé à la fièvre jaune. Ils ont établi, d'autre part, l'identité ou tout au moins l'affinité du spirochœta ictero-hemorragiæ et du leptospira icterodïes, l'identité des altérations produites par les deux germes, etc.

Dans ces conditions, M. Auguste Pettit est revenu à l'ancienne notion du virus filtrant, à laquelle les travaux récents fournissent une base objective. Un progrès de la technique, réalisé par Sellards (emploi du foie de singe mort de fièvre jaune et transporté congelé) permet d'expédier au loin le virus en lui conservant son activité et de l'étudier dans les laboratoires européens, à distance des foyers morbides.

Partant de cette souche de virus et s'inspirant de la méthode dont il s'est servi pour préparer le sérum antipoliomyélitique, M. Auguste Pettit a pu obtenir un sérum anti-fièvre jaune. Le cheval producteur de ce sérum a déjà été saigné deux fois ; 600 flacons ont été mis à la disposition du Ministère des Colonies et expédiés au gouverneur général de l'Afrique Occidentale française.

P. L.

Remarques physiologiques sur la capacité respiratoire vitale.

(M. Léon Binet. — *Soc. méd. des hôp* ; 16-4-1926.)

L'auteur résume les recherches d'ordre biologique entreprises ces dernières années sur la capacité respiratoire.

On sait que la capacité respiratoire vitale ou capacité d'Hutchinson, qui se mesure à l'aide d'appareils de divers types, est composée par l'addition de l'air courant (inspiration normale), de l'air complémentaire (inspiration forcée suivant une respiration normale), et de l'air de réserve (expiration forcée après une inspiration normale), — l'air, dit résiduel, ne pouvant sortir du poumon que par la cessation du vide pleural.

Il ne suffit pas de prendre trois ou quatre chiffres de capacité vitale chez un même sujet ; l'expérience montre, au contraire, l'intérêt des déterminations répétées et rapprochées.

Chez un sujet normal, en effet, le même chiffre spirométrique peut être obtenu cinq fois de suite à quelques secondes d'intervalle ; plus exactement, la détermination de la capacité vitale, faite toutes les trois minutes, donne des chiffres qui restent sensiblement les mêmes ou qui vont s'accroissant légèrement.

Par contre, chez des scléreux du poumon, chez des enfants fatigués ou malades, les chiffres de capacité vitale vont en diminuant progressivement, au fur et à mesure que, dans une même séance, on continue les déterminations. Ces faits traduisent une faible résistance respiratoire à la fatigue.

Ainsi la capacité vitale, bien déterminée et bien analysée, explorée isolément d'abord, successivement et rapidement ensuite, renseigne utilement le biologiste, devient un critère fonctionnel non négligeable, et peut, dans le domaine de la pathologie, fournir des renseignements précieux.

Recherches cliniques sur l'hémoglobinurie.

(M. P. Emile-Weil et Stieffel. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-4-1926.)

Les auteurs ont observé deux malades, qui présen-

taient une hémoglobinurie non consécutive à l'exposition au froid, avec une réaction de Donath et Landsteiner indiscutablement positive. De ces deux observations, ils dégagent un certain nombre de notions intéressantes :

1° Chez les hémoglobinuriques, fréquence des symptômes respiratoires ; il ne s'agit pas d'une dyspnée véritable, mais plutôt d'une sensation de soif d'air, de constriction cervicale et thoracique avec angoisse ; on observe aussi des accès de toux sèche et quinteuse pouvant se reproduire à plusieurs reprises et durer de quelques minutes à une heure, ou davantage. Ces quintes de toux ont d'ailleurs parfois été observées à la suite de transfusions de sang, quand il y avait incompatibilité entre les sangs du donneur et du receveur.

2° Fréquence des crises frustes, où l'hémoglobinurie passe inaperçue ou méconnue. En effet, les hémoglobinuries sont quelquefois confondues avec les hématuries, si l'on ne pratique pas l'examen des urines (absence des hématies). D'autre part, l'hémoglobinurie latente est difficile à reconnaître, si on ne la recherche pas ; il s'agit de sujets ayant simplement une albuminurie passagère, avec urines troubles et foncées ou même urines claires, et cependant l'examen chimique montre l'existence de traces d'hémoglobine (réactions de Meyer, de Weber positives) ; puis, l'examen du sang met en évidence des signes d'hémolyse (Donath positif).

L'hémoglobinurie n'est donc pas la maladie exceptionnelle que l'on croit, et il existe un grand nombre d'états frustes d'hémolyse , qui relient la grande hémoglobinurie *a frigore* aux autres états d'hémolyse chronique (anémies et ictères chroniques par syphilis, paludisme, états hémorragipares, etc.).

3° Unité de l'hémoglobinurie que les auteurs considèrent comme une manifestation paroxystique pouvant reconnaître, chez un même malade, des causes diverses, souvent minimes, s'il existe un processus d'hémolyse chronique ou un terrain d'instabilité sanguine ; le froid parait être une cause plus fréquente et plus efficiente que les autres, mais ce n'est pas la seule. L'hémoglobinurie *a frigore* n'est pas une entité morbide, ayant une autonomie propre, et ses réactions sérologiques paraissent exister dans de nombreux cas d'hémoglobinurie d'autre origine.

Sur un cas de septicémie puerpérale subaiguë à bacille perfringens.

(MM. P. Teissier, E. Rivalier et R. Thurel. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-4-1928.)

Cette observation met en évidence les propriétés du bacille perfringens : propriété hémolytique par le tableau clinique bien spécial présenté (coloration rouge violacé des téguments en rapport avec le processus hémolytique ; cyanose, polypnée, état asphyxique sans lésions cardiaques ou pulmonaires, relevant de la destruction des hématies et du défaut d'oxygénation ; propriété saccharolytique, fermentation des hydrates de carbone et dégagement de gaz, mise en évidence par l'aspect bien spécial du cadavre, qui paraissait comme soufflé).

Le diagnostic des septicémies puerpérales à perfringens repose essentiellement sur la constatation du processus hémolytique ; sans doute, les propriétés hémolytiques ne sont pas spéciales au bacille perfringens ; mais ce qui est assez spécial à ce bacille, c'est l'intensité parfois considérable de son pouvoir hémolytique.

Si dans les formes aiguës, avec ictère hémolytique, le diagnostic ne peut être fait sans le laboratoire, dans les formes suraiguës, même si le point de départ reste caché , la coloration rouge violacé des téguments et l'asphyxie foudroyante permettent de faire le diagnostic.

Il est intéressant de posséder un syndrome qui permette de dépister rapidement une septicémie à perfringens, puisque nous avons un sérum antiperfringens susceptible d'être efficace, tout au moins dans les formes à évolution suffisamment prolongées.

Peut-être, la transfusion sanguine, dans les formes rapides, donnerait-elle au sérum le temps d'intervenir ?

A propos de trois cas de hernie du médiastin, au cours de la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire.

(MM. Léon Bernard, J. Valtis et J. Parret. — *Sco. méd. des hôpitaux* ; 16-4-1928.)

C'est un accident des plus rares, et c'est une surprise de l'écran, alors que, pendant la cure du pneumothorax, il est de règle absolue de contrôler à l'écran avant chaque insufflation l'état de collapsus du poumon traité.

En effet, la hernie du médiastin s'accompagne de peu ou pas de signes fonctionnels ; parfois, on peut noter une légère dyspnée d'effort, qui, sans l'examen radioscopique, pouvait être mise sur le compte du pneumothorax sans qu'on puisse penser d'une façon précise à une hernie du médiastin. Les signes stéthacoustiques sont plus ou moins nets; le plus constant est la présence d'une aire de sonorité tympanique au niveau de la projection sur la paroi de l'image radioscopique de la hernie, au niveau des premiers espaces intercostaux.

La hernie du médiastin apparaît à l'écran comme un phénomène totalement différent du déplacement du médiastin ; ce n'est pas un déplacement des organes, c'est une hernie de la plèvre insufflée vers le côté opposé à travers la cloison médiastine.

Cette hernie surviendrait surtout dans le jeune âge, alors que la laxité générale des tissus se manifeste au niveau de la plèvre par une facilité plus grande de distension ; l'intégrité de la plèvre coopère à sa production. Elle se produit généralement dans un délai maximum d'un an, avec fréquence plus grande dans les six premiers mois ayant suivi l'installation du pneumothorax.

Si la hernie ne présente aucune gravité par elle-même, il faut éviter qu'elle empêche le résultat de la collapsothérapie. Si on la laissait persister, le gaz insufflé dans la plèvre servirait plus à distendre la poche herniaire qu'à comprimer le poumon.

Il faut donc réduire la hernie sans nuire aux bons effets du pneumothorax, et pour cela continuer à entretenir le pneumothorax en espaçant les insufflations et en diminuant la quantité de gaz et en maintenant des pressions négatives. On suivra à l'écran les modifications de l'aspect du moignon pulmonaire, sans jamais permettre au poumon de reprendre une expansion exagérée.

L'hyperglycémie chez les sujets non glycosuriques.

(MM. F. Rathery et Froment. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-4-1928.)

L'hyperglycémie chez les sujets aglycosuriques, sans manifestations diabétiques, n'est pas un phénomène banal. Elle peut se rencontrer au cours d'affections très diverses, mais elle ne semble en propre appartenir à aucune ; il s'agit d'un phénomène surajouté à la maladie celui-ci ne paraît pas conditionner des symptômes particuliers ; cependant, il paraît assez fréquent au cours de certaines manifestations cutanées et disparaît parfois avec elles. Il est possible qu'il favorise l'éclosion de certaines dermatoses.

Cette hyperglycémie sans glycosurie ne relève pas d'une imperméabilité rénale, car elle est indépendante des troubles fonctionnels que l'on voit survenir au cours des néphrites.

Elle paraît être sous la dépendance d'un trouble dans l'assimilation des hydrates de carbone et peut être considérée à l'égal des glycosuries transitoires comme un état de déchéance plus ou moins léger et transitoire du métabolisme hydro-carboné.

Les auteurs pensent juste de considérer cet état comme un état prédiabétique, qui peut dans l'avenir ne se manifester jamais sous forme de diabète vrai, mais crée chez l'individu, qui en a été atteint un témoignage tangible d'une débilité dans ses fonctions de nutrition.

L'amibiase camouflée.

(M. Trahaud, de Beyrouth. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-4-1924.)

Cette infection, très commune au Levant, se présente sous des aspects tellement variés et trompeurs que l'esprit du clinicien à son égard doit toujours se tenir en éveil. Tantôt, c'est un syndrome aigu d'hypertension portale chez un porteur chronique d'amibes ou de kystes, réduit en quelques jours par l'émétine. Ailleurs, c'est une infection aiguë profonde avec délire onirique chez un dysentérique récent ou ancien, résistant à toute médication, guérissant brusquement par l'émétine, montrant la réalité de la septicémie amibienne.

D'autres fois, c'est une poussée aiguë de cholécystite, pouvant poser le problème de l'intervention chirurgicale, et se résolvant dès les premières piqûres d'émétine, l'examen systématique des selles ayant entre temps démontré la véritable nature étiologique de l'infection vésiculaire.

Aujourd'hui, l'auteur signale encore une forme pseudo-dothiénentérique, une forme pseudo-granulique, une forme pseudo-appendiculaire.

G. F.

Le problème actuel de la reminéralisation.

(D[r] Pierre Barbier, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. — *Congrès de l'Ass. fr. pour l'Av. des Sc.*, juillet 1928.)

L'auteur a fait sur ce sujet une très intéressante communication qui peut se résumer dans les propositions suivantes :

Le *problème de la fixation du calcium* domine la pathologie de l'enfance, son absence entraînant des troubles graves, tels que le rachitisme, la spasmophilie ; ce problème dominerait peut-être également le traitement de la tuberculose.

Pour reminéraliser les malades, il ne suffit pas de leur donner de fortes doses de phosphore et de chaux, il faut avant tout que ces médications *puissent être fixées par l'organisme.*

L'ergostérine ou vitamine D serait la substance la plus capable d'assurer cette fixation du calcium par l'organisme. Cette substance constituerait le principe actif des levures, comme l'huile de foie de morue.

Les rayons ultraviolets, soit par leur action directe sur l'organisme, soit par une action indirecte (aliments et médicaments activés), exercent la même action thérapeutique que les produits vitaminés naturels.

En associant une huile de foie de morue à de l'ergostérine et à des lipoïdes irradiés et en employant comme stabilisant l'éther benzylo-cinnamique, on obtient un produit injectable d'une remarquable activité.

Ce produit, connu sous le nom de « Viosten », nous a paru réaliser le fixateur par excellence du calcium dans tous les états de déminéralisation et de décalcification osseuse ou pulmonaire.

Les Congrès

Ve Congrès international pour le traitement des accidents industriels et l'hygiène industrielle (1)

Budapest, 2-6-*septembre* 1928.

Ce Congrès a réuni près de deux mille participants et fut exceptionnellement bien accueilli par les autorités de la Hongrie et de la Cité de Budapest. Il a donné une excellente revue de l'état actuel de toutes les questions du traitement des accidents industriels et de l'hygiène sociale. Ce résumé contient seulement un choix des communications.

Conférence d'introduction.

La différenciation entre le traumatisme et les maladies, par le Dr C. Kaufmann (Zurich). — La législation sur l'assurance publique des accidents est établie en différenciant les accidents des maladies. Pour faire une juste distinction entre ces deux catégories, il faut considérer les points suivants: 1° emploi judicieux de la détermination : accident ; 2° les exceptions de l'assurance ; 3° la connaissance de l'origine et de l'aggravation des maladies qui sont la conséquence des accidents. Hors des accidents bien déterminés, il y en a aussi qui ne donnent pas régulièrement droit à l'indemnité. Ce sont : l'influence de la peur, les infections, les troubles de la nourriture et de la vie quotidienne. On n'assurera pas, par exemple, de banales infections, des blessures d'une origine non bien déterminée et des dommages causés par la fatigue habituelle du travail. La visite périodique des assurés, déjà pratiquée en Amérique et de plus en plus aussi en Europe, sera de la plus haute importance.

Première section.

Traitement des accidents.

A. — Fractures, articulations, extrémités.

Oller (Madrid) : **L'invalidité des fractures mal soignées.** — Dès 1924 à 1928, on a examiné, à l'Institut de rééducation professionnelle environ 500 cas de fractures de membres. La plupart d'entre elles étaient des fractures anciennes vicieusement consolidées. Les fractures voisines des articulations du coude, de la main et du pied sont les plus fréquentes. Elles sont en même temps celles qui engendrent le plus d'incapacité. En conclusion, il est absolument nécessaire de soigner les ouvriers atteints des fractures dans des établissements *ad hoc* dès le moment où l'accident s'est produit.

E. Fischer (Budapest) montre un appareil nouveau pour l'*extension des fractures du membre supérieur* avec élévation de l'extrémité.

Barettoni (Parme) a constaté par une expérience de 50 cas que les *fractures du calcaneum* sont fréquentes et qu'elles récidivent facilement.

Zollinger (Aarau) donne un exposé sur la connexité entre l'*arthrite déformante et le traumatisme.* Une arthrite déformante purement traumatique est très rare. Plus souvent on voit une aggravation d'une arthrite préexistante par un accident. Le trauma doit avoir une certaine violence et provoquer une lésion anatomique. Par exception, une arthrite déformante traumatique peut se développer à la suite de minimes traumatismes répétés en corrélation avec un facteur constitutionnel. Le calcul d'une invalidité doit être fait.

Monieus (Dusseldorf) donne une conférence sur le *Wachelkine*, une lésion tant traumatique qu'idiopathique.

Bruni (Turin) a eu de bons résultats avec la *méniscectomie* en cas de subluxation des ménisques.

Jaroschy (Praha) croit que la *maladie de l'os lunatum* est rarement l'immédiate conséquence d'un traumatisme, mais assez souvent aggravée par un accident.

Gold (Vienne) : *La dissolution traumatique de l'épiphyse*, spécialement de la partie distale du fémur, a pour conséquence une déformation permanente de l'extrémité. A la clinique chirurgicale du professeur Eiselsberg (à Vienne), le traitement se fait par reposition et extension (avec le Steimann-Nagel *traumatische Ephiphysenlosung*) avec forte flexion du genou et extension dans l'axe de l'*os tibial.* L'opération (ostéolyse extra-articulaire) se fait seulement dans les cas invétérés (*veraltet*).

B. — Colonne vertébrale, crâne, pelvis.

Etude sur la fracture par enfoncement de la cavité cotyloïde du bassin. — A côté des fractures proprement dites du bassin, il y a place pour les fractures isolées de l'ilion, de l'ischion ou du sacrum et aussi pour celles du fond ou du rebord de l'acetabulum.

La fracture du cotyle peut être distinguée en trois variétés :

1° Celle où elle n'est qu'accessoire, parce qu'elle s'accompagne de fractures classiques du bassin ou même des fémurs ;

2° Celle où elle se limite au fond, même du côté variété à coup sûr plus rare et plus intéressante ;

3° Celle où l'enfoncement est plus considérable, dont le type est la luxation centrale peut-être plutôt théorique.

Toutes ces fractures nécessitent des traumatismes

(1) Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.

très violents. Les symptômes de la fracture de la cavité cotyloïde ont été bien étudiés et on peut en faire cliniquement le diagnostic. Le pronostic, surtout à longue échéance, n'est pas aussi grave qu'on pourrait le supposer *à priori.*

Verstraete (Lille).

Lusena : Les *fractures des processus transverses des corps vertébraux,* dont la diagnose n'est possible que par la radiographie, est une lésion avec des symptômes très peu prononcés.

Ewald (Hambourg) : Si une *spondylite déformante* est la conséquence d'un traumatisme, l'intervalle entre la lésion et les premiers symptômes de la spondylite ne dépasse pas deux ans.

C. — Affections de l'os.

Imbert (Marseille) : **La greffe osseuse. Recherches expérimentales.** — On sait que les recherches expérimentales ont montré depuis longtemps qu'un greffon osseux est condamné à mourir : cependant les chirurgiens obtiennent assez fréquemment la guérison de certaines pseudarthroses avec la greffe osseuse, Cette contradiction apparente ne pouvait être expliquée que par de nouvelles recherches expérimentales : elles ont été très facilitées par l'emploi des rayons X. Les premiers résultats ont démontré un fait capital, à savoir que le greffon ne subit pas la même évolution suivant l'endroit où il est placé : inclus sous la peau, il se résorbe, mais, inclus dans un foyer de résection, il devient le centre d'une prolifération osseuse abondante; or, les expérimentateurs ont toujours fait l'inclusion sous la peau, tandis que les chirurgiens ne s'adressent naturellement qu'à des foyers de pseudarthrose.

Liniger (Francfort-sur-Main) étudie le rapport entre le *traumatisme* et l'*ostéomyélite.* L'ostéomyélite est plutôt aggravée par un traumatisme.

Diez (Rome) soutient la même opinion.

Giulliani (Parme) a fait des recherches expérimentales sur la *réaction des foyers osseux en conséquence des traumatismes.* L'effet des petites lésions répétées est un accroissement plus étendu en largeur et diminué en longueur, même dans le cas d'une fracture. Sous le microscope, on voit une vascularisation très accentuée, une diminution du foyer osseux, le cartilage est bien développé. Infiltration fibreuse de la moelle osseuse. Dans une autre série d'expériences, une torsion continuée sur le calcanéum avait pour conséquence une atrophie des foyers osseux et une infiltration fibreuse de la moelle (jaune). La résection partielle du tendon d'Achille (*tendo Achilleus*) produit après cinquante jours une atrophie du foyer du calcanéum.

Gæcke (Dresde) a fait des études sur les *déformations secondaires post-traumatiques de l'os spongieux.* Il a vu encore quelques années après le traumatisme (blessure de guerre) du corps de la colonne vertébrale des scolioses secondaires traumatiques, dont une explication, nette, biologique, manque jusqu'à l'heure.

D. — Poumon, abdomen.

Perez (Madrid): **Ulcère d'estomac, et accidents du travail.** — L'ulcère d'estomac d'origine traumatique est exceptionnel. Il est difficile d'assurer si un ulcère s'est développé comme conséquence d'un traumatisme ou s'il n'a fait que le déceler. Les conditions qu'on doit exiger pour accepter l'origine traumatique d'un ulcère chronique d'estomac doivent être les suivantes, d'accord avec ce que soutient Petit : *a*) la violence externe a dû agir sur la région épigastrique ; *b*) le traumatisme doit être suffisamment fort pour produire une ecchymose au point atteint ; *c*) le temps passé depuis l'accident jusqu'à l'apparition des premiers symptômes doit être inférieur à quelques semaines.

Levai (Budapest) n'a jamais rencontré sur 1.054 cas, une *appendicite traumatique.*

Diez (Rome) croit que le *pneumothorax traumatique* n'est possible que sur une base préparée (emphysème, affection préexistante pleurale).

E. — Oculistique.

Al. Zahvr (Prague) : **1° Fragment de cuivre dans l'œil.** — Conclusion de l'observation de cas favorables de chalkose du globe oculaire. — **Décollement de la rétine et accidents de travail.** Rapport sur les cas observés pendant huit ans dans l'Assurance ouvrière d'accidents de travail pour la Bohême.

Stellario (Messine) a vu de bons résultats avec la *plastique externe conjonctivale* dans les lésions pénétrantes du bulbe comme prophylaxie des infections externes.

Folines : Dans la *cataracte traumatique,* on trouve encore, cinq à six mois après la lésion, des foyers opalescents microscopiques dans la partie centrale du cristallin qui ne sont pas décelables dans la cataracte sénile.

F. — Guérison des blessures (Wundeilung.)

Sas (Budapest) : Dans les lésions cutanées, on trouve assez souvent le *bacille Fraenkel-Welch,* malgré l'absence des symptômes pathologiques. Ces bacilles sont résistants contre les antiseptiques. Aussi les antiseptiques ne sont indiqués que chez les lésions très graves.

G. — Stations spéciales pour les accidents.

Gold (Vienne) donne un rapport sur la *station pour les accidents* (*Unfallstation*), qui est en connexion avec la clinique chirurgicale du professeur Eiselsberg. Cette station représente par son matériel très riche une institution aussi nécessaire pour l'instruction des médecins et la science chirurgicale que pour l'intervention des nombreux accidents d'une grande cité.

Giddings (New-York) a fait des observations analogues dans un hôpital du même genre, qui est aussi destiné au traitement des *maladies industrielles.*

Bohler (Vienne) rappelle la nécessité du traitement des blessés de l'industrie jusqu'à leur guérison complète. Un tel traitement se fait au mieux dans les *hôpitaux spécialisés* pour ce but (*Unfallkrankenhäuser.*)

Deuxième section

Hygiène industrielle.

A. — Hygiène industrielle générale.

Oliver (Newcastle upon Tyne) donne une conférence sur l'influence des divers *poisons industriels sur l'organisme.* Le plomb est plus dangereux pour les individus jeunes, plus dangereux pour les femmes. L'empoisonnement prolongé avec de petites doses est plus dangereux que l'emploi de grandes doses en une courte période. L'emploi des corps radioactifs dans l'industrie, qui est de plus en plus répandu, est la cause de nouveaux empoisonnements industriels. Pour le diagnostic, l'inspection hématologique est de la plus grande importance.

Oliver (Newcastle upon Tyne) a trouvé un syndrome rappelant la pneumoconiose chez des *ouvriers d'asbest.*

Kaplun (Moscou) démontre la nécessité des *instituts spécialisés pour l'hygiène industrielle.*

Une *résolution du Congrès* demande une intensification de l'*érudition en hygiène industrielle,* spécialement pour les médecins.

E. — Electricité.

Jellinek (Vienne) : Dans son exposé sur les *lésions* causées *par le courant électrique*, l'auteur insiste sur la symptomatologie si variable des accidents électriques. Néanmoins, presque tous les symptômes donnent un pronostic bon, et l'ancienne opinion de l'auteur que le courant électrique ne peut causer la mort, seulement la mort apparente, fut l'objet de nouvelles recherches, qui montrèrent qu'aussi les fibrillations ventriculaires du cœur après l'influence d'un très fort courant électrique sont réparables. La reviviscence doit être exigée en chaque cas avec la plus grande énergie.

Une *résolution* du Congrès souligne l'importance générale des recherches de Jellinek et demande les mesures nécessaires dans tous les pays pour l'assistance à l'occasion des accidents électriques.

Ranschburg (Budapest) a observé un cas dans lequel un courant électrique de 220 volts avait provoqué, après quatre semaines, un syndrome rappelant une *sclérose multiple.*

C. — Empoisonnement par les gaz.

Menesini (Siena) démontre que l'effet de *vapeurs de mercure* s'aggrave par l'ergotamine à doses minimes, mais diminue par l'ergotamine à doses élevées. Le contraire se trouve pour le calcium.

Sayers et Yant ont fait des recherches sur les effets du *bromure méthyle, chloride de méthyle et l'éthylméthyle.* La symptomatologie de l'empoisonnement avec ces trois gaz ne diffère guère. On voit des congestions, des hémorragies et de l'œdème des poumons. Des hémorragies en combinaison avec une dégénérescence parenchymateuse se trouvent aussi dans d'autres organes. Les premiers symptômes évoluent en un à quatre jours.

Gerbis (Berlin) a constaté une *irritabilité augmentée* par des inhalations répétées d'oxyde de carbone.

Jenny Adler (Vienne) a fait des études sur la nocuité du *soufre chloré* (*Chlors chwefel*).

D. — Affections de la peau.

Rajka (Budapest) : L'*idiosyncrasie de la peau* est un problème d'intérêt pratique aussi pour l'hygiène industrielle. La désensibilisation spécifique a été appliquée quelquefois avec succès.

Oppenheim (Vienne) : Les *affections industrielles de la peau* se distinguent par leur genèse physique ou chimique. Pour la prophylaxie, il serait d'importance de rechercher à l'occasion du choix d'un métier (*Berufswahl*), une idiosyncrasie éventuelle par les antigènes spécifiques.

E. — Cœur, rhumatisme.

Rohrbchœ (Budapest) demande l'inspection périodique de la *fonction du cœur* spécialement pour la constatation des troubles latents (*latente Herszwitien*).

Gorn (Cottbus) : Le *rhumatisme* peut être considéré comme maladie professionnelle des *mineurs* (*Bergwerkarbeiter*). Des mesures prophylactiques sont nécessaires.

F. — Constitution, neurologie.

Crouzon (Paris) : **Les maladies nerveuses après traumatisme.** — Il convient de distinguer :

1° Les maladies nerveuses ou l'étiologie traumatique est évidente ;

2° Les maladies nerveuses où l'influence traumatique est douteuse ou simplement adjuvante.

Dans les maladies nerveuses à étiologie traumatique évidente, les enseignements de la guerre ont montré la fréquence des hémorragies miliaires et l'importance des troubles commotionnels auxquels on reconnaît actuellement une origine organique. De même en France, on a précisé la notion du syndrome subjectif commun des blessés du crâne. La question de l'épilepsie traumatique a également été l'objet de nombreux travaux. Les lésions de la moelle et des nerfs périphériques ont subi également des acquisitions nouvelles. L'étude de la causalgie, de la névrite ascendante, des troubles physiopathiques, méritent d'être encore élucidée. Dans le groupe des maladies nerveuses où l'influence traumatique est douteuse ou

simplement adjuvante, il existe non seulement un intérêt scientifique dans l'appréciation de l'état antérieur et de l'influence aggravante du traumatisme, mais il existe encore un très grand intérêt médico-légal. D'une façon générale, il faut, pour établir l'influence du traumatisme : 1° que l'accident se produise sur la région correspondant à celle du système nerveux où apparaîtra la lésion ; 2° que le traumatisme soit suffisamment important ; 3° qu'entre le traumatisme et l'apparition des accidents il y ait une période intercalaire non immédiate ni trop longue, ni trop courte ; 4° enfin que dans la période intercalaire, il existe des symptômes qui constituent entre le traumatisme et l'apparition de la maladie comme une chaîne ininterrompue de troubles aboutissant à la maladie nerveuse.

G. — **Psychologie.**

Van Eden (Amsterdam) : L'adaptation au changement du métier est quelquefois compliquée par manque de discipline et bonne volonté.

Lattes (Modène) donne un exposé sur *les affections de la personnalité morale et sociale par accidents du travail.* Le syndrome social doit être séparé du syndrome antisocial. La caractéristique du syndrome social est une léthargie envers soi-même et le voisinage. Le syndrome antisocial est un prodrome de criminalité. Le pronostic est bon dans les cas de courte durée, mais si le syndrome a tendance à persévérer, l'invalidité complète est imminente. La constatation d'une éventuelle « mauvaise volonté » est très difficile

H. — **Tumeurs malignes.**

Teutschlander (Heidelberg) : *Le cancer du goudron chez les ouvriers en briquettes* se trouve (au con traire des autres statistiques) assez souvent chez le ouvriers exposés au guoudron. L'hygiène générale de mains est la meilleure prophylaxie.

Ullmann (Vienne) : Un rapport entre un *cancer de la peau* et une nocuité de *métier* est possible aussi dans les cas où la tumeur se développe plus de deux ans après le traumatisme (chronique ou aigu) probablement provocant.

I. — **Pneumoconiose.**

Holst (Moscou) : Des recherches radiographiques systématiques sur 300 *ouvriers en porcelaine* démontrèrent une *pneumoconiose* chez 24 p. 100, dont 13,5 p. 100 avaient aussi les symptômes cliniques de la pneumoconiose. En concordance avec Pancoast et Pedergrass, l'auteur distingue trois états de la maladie. Dans les cas plus avancés, la distinction avec la tuberculose est parfois plus difficile.

H. — **Tuberculose.**

Hayhurst (Ohio) a constaté sur 919 ouvriers observés un certain antagonisme entre la *silicose* et la *tuberculose.* Chez les ouvriers affectés de silicose, la rareté de la tuberculose (1,8 p. 100) pulmonaire est frappante et dépend peut-être d'une spécialité de cristallisation (très fins cristaux) dans les silicates américains.

Troisième section.

Défense du travail.

Parmi les nombreuses conférences données dans cette section, les suivantes sont intéressantes pourle praticien :

Gianinni (Rome) : L'*assurance obligatoire contre la tuberculose* est imposée en Italie par la loi de 1927. Elle représente un nombre de 20 millions d'assurés avec un budget de plus de 300 millions de lire par an. 20.000 lits en sanatoriums et hôpitaux sont à la disposition de cette assurance.

Neustatter (Dresde) : L'*assurance privée*, peu développée en Europe, mais très répandue e n Amérique, commence à se développer en Allemagne, où une centrale pour le service sanitaire des sociétés d'assurance fut fondée.

Pisenti (Udine) a fondé une *caisse de premier secours* pour *les ouvriers agricoles*, pour lesquels la prévention des accidents et des traumatismes est plus difficile que pour les ouvriers de l'industrie.

Dr Alfred Neumann.

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Les progrès récents en thérapie endocrinienne, par P. Carnot, P.-E. Weil, E. Gley, P. Harvier, L. Binet, A. Baudouin, L. Hallion, F. Rathery, A. Pézard, H. Vignes, R. Gayet, E. Sergent. (Un vol. in-8 de 293 pages avec 8 figures. Prix : 24 francs.)

Ce volume est la réunion des conférences faites au cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Elles étudient les méthodes générales qui permettent de capter les sécrétions internes et de les utiliser comme médicaments, soit en greffant des cellules capables de les sécréter (greffes, transplantation), soit en recueillant ces sécrétions dans le sang où elles sont versées (hémo et sérothérapie, transfusion du sang) soit en les extrayant des organes mêmes qui les élaborent, et en les transmettant par voie digestive, interstitielle ou veineuse (opothérapie).

Voici les titres des douze conférences : Méthodes générales de la thérapeutique endocrinienne, greffes, hémothérapie, opothérapie, transfusion du sang. Bases physiologiques actuelles des thérapies thyroï-

dienne et parathyroïdienne. Thérapeutique thyroïdienne et parathyroïdienne. Physiologie thérapeutique de l'hypophyse. Thérapeutique hypophysaire. Physiologie thérapeutique d'insuline. Thérapeutique par l'insuline. Les hormones sexuelles. Opothérapie génitale. Physiologie thérapeutique des glandes surrénales. Opothérapie surrénale.

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boul. Saint-Germain, Paris.

Pr Gaston COTTE (de Lyon). — **Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique.** (Un vol. grand in-8 de 750 pages avec 117 figures. Prix : 60 francs).

Sur cette importante question, ce livre apporte une précision, ainsi qu'une documentation clinique et thérapeutique très complète, qui manquaient jusque-là.

Après avoir donné un court aperçu sur le cycle sexuel des mammifères, dont la connaissance est indispensable à qui veut étudier les troubles de la menstruation, l'auteur étudie, dans une série de chapitres, la menstruation et ses troubles (insuffisance menstruelle et aménorrhée, hyperaménorrhée, polyménorrhée et métrorragies, troubles du molimen cataménial et crise intermenstruelle) ; la copulation, le sens génital et leurs troubles ; la stérilité de la femme. Laissant de côté, parmi les fonctions de l'appareil génital, la gestation et l'expulsion du fœtus qui intéressent plus spécialement l'accoucheur, l'auteur traite ensuite des sécrétions de l'appareil génital et de leurs troubles (écoulements d'origine tubaire, utérine, vaginale et vestibulaire). A propos de la circulation sanguine de l'appareil génital, il décrit la congestion utéro-annexielle sous ses différents aspects. Après quelques rappels anatomiques sur l'innervation de l'appareil génital, qui est redevenue à l'ordre du jour avec les interventions sur le sympathique pelvien, il consacre de très bonnes pages à la dysménorrhée et aux syndromes sensitifs de la sphère génitale : névralgies pelviennes, prurit vulvaire, coccycodynie. Dans un dernier chapitre réservé aux insuffisances ovariennes et aux troubles consécutifs à la castration, il montre ce qu'on est en droit d'attendre aujourd'hui d'une opothérapie bien comprise et des greffes chirurgicales.

N. MALOINE, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine
Paris.

C. ANDRÉ, imprimeur, 1, boulevard Jean-Jaurès, Nancy.

Dr R. JACQUES. président de l'Union Nationale des Etudiants de France. — **Essai sur l'hygiène universitaire.** Préface de M.G. HERRIOT. (Un vol. gr. in-8, 140 pages. Prix : 15 fr.).

Cet ouvrage est du plus haut intérêt, car il attire l'attention des pouvoirs publics, des autorités universitaires, du Corps médical, des étudiants eux-mêmes sur les dangers qui menacent la jeunesse des Ecoles.

Il faut une hygiène universitaire, comme il faut une hygiène urbaine, une hygiène industrielle, et une hygiène scolaire. Cette dernière est différente de l'hygiène universitaire ; l'une s'adresse à des jeunes gens de 6 à 13 ans, l'autre à des jeunes gens de 18 à 25 ans.

Mais l'hygiène scolaire, qui en est le prélude, doit intéresser au plus haut point l'hygiène universitaire, car elle forme le futur étudiant ; on lui demande de nous préparer des hommes, et non pas de rares savants, au risque de sacrifier 100 individus pour produire un surhomme ; il faut y envisager aussi l'éducation intellectuelle, l'éducation physique, l'éducation morale et sexuelle ; enfin, on doit aider l'adolescent bachelier à découvrir sa « voie ».

Dans une partie spéciale sont étudiées les conditions nécessaires à l'entretien de la santé de l'étudiant, qui, jeune lycéen, entre à l'Université, trop souvent insuffisamment nourri, mal logé ; négligeant la culture de son corps pour celle de son esprit, il est tout prêt pour recevoir la maladie qui peut venir ; comment faire pour l'éloigner ?

Il importe enfin de réaliser le contrôle, la protection et le rétablissement de la santé de l'étudiant, guetté par les maladies vénériennes et par la tuberculose : centre sanitaire et dispensaire universitaire, sanatorium universitaire.

Librairie Octave DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris.

Raymond MALLET. — **Les obsédés.** Préface du Dr SÉGLAS. (Un vol. in-8° de 116 pages. Prix : 12 fr.)

En 1866, Morel décrivait les obsessions sous le nom de délire émotif, les considérant comme une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral, puis, suivirent une quantité d'autres théories.

L'auteur, par un juste retour, reprend la théorie de Morel, tombée en discrédit dès l'origine ; et qui arrive aujourd'hui à la première place à la suite des études nouvelles sur le sympathique. L'obsédé apparaît à l'auteur comme un malade organique, non comme un possédé du démon de la sexualité, relevant d'une thérapeutique dégagée de toute pratique exorcisante.

Dès l'entrée en matière, R. Mallet nous place au cœur même du sujet, par le résumé de quelques exemples choisis, à l'aide desquels seront décrits les symptômes physiques et psychiques, puis les formes cliniques, l'évolution, le pronostic. Un exposé pathogénique d'après les données les plus récentes sur les troubles de la synthèse psychologique, les désordres dans les fonctions du sympathique, la psychanalyse... amènera ensuite l'auteur à formuler les indications thérapeutiques qui en découlent.

Librairie Félix ALCAN, Paris,
108, boulevard Saint-Germain.

Prof. A. SICCO (de Montevidéo). — **Psychophysiologie et psychopathologie du corps thyroïde.**

Dans l'exposé d'un sujet, où les connaissances scientifiques sont si imprécises, l'auteur a laissé naturellement une grande part à l'hypothèse, mais il n'a pas manqué de la signaler comme telle. Ce livre traite pour les psychologues, les neurologistes, les psychiatres et les endocrinologistes, une question de frontière, qui souvent, n'est envisagée que du point de vue d'un seul d'entre eux.

La fonction des glandes sexuelles est un des cas les plus probants du parallélisme psychosomatique. Dans le même ordre d'idées, on a dit que la différence entre le Méridional actif, passionné, émotif et intelligent, et l'Esquimau était fonction de l'activité thyroïde, exaltée chez le premier, diminuée chez le second.

D'après certains observateurs, les différences psychologiques et physiques que l'alimentation produit entre les peuples se produiraient parce que la viande et l'alcool stimulent la glande thyroïde et la glande génitale, tandis que les végétaux et la bière les dépriment. Mais, contrairement aux caractères sexuels, l'interprétation endocrinienne des caractères qu'imposent à l'individu la race ou le climat est plus discutable, non seulement parce que tous possèdent les mêmes glandes, mais encore parce qu'il existe des différences dans les autres facteurs (hérédités accumulées, clima, alimentation, etc.), qui peuvent, avec les facteurs extra-glandulaires, déterminer les caractères distinctifs de la race.

Les principaux chapitres de ce livre traitent : des symptômes psychiques des maladies endocriniennes, des symptômes endocriniens, des maladies mentales ; comment les hormones agissent sur le psychisme ; le psychisme et les psychoses de la pathologie thryroïdienne.

N. MALOINE, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Méedecine
Paris.

Pr D. OLMER et Jean OLMER. — **La fièvre exanthémaitique (typhus endémique d'été).** (Un vol. in-8 de 89 pages. Prix : 15 fr.).

C'est une étude de la fièvre exanthématique marseillaise et du littoral méditerranéen, basée sur 62 observations, rapportées *in extenso.*

Il s'agit d'un état infectieux et d'une éruption exanthématique à caractères constants, survenant dans la région marseillaise et sur le littoral méditerranéen, et évoluant par poussées épidémiques dans la saison chaude.

Cette fièvre exanthéamatique peut être considérée, soit comme une affection autonome , soit comme une forme spéciale de typhus exanthématique.

Son évolution est cyclique, durant deux à trois semaines, et l'on observe tous les intermédiaires depuis les cas les plus bénins jusqu'aux cas mortels. Le virus pathogène est encore inconnu, mais il est toujours transmis de l'homme à l'homme, ou d'un animal à l'homme par un insecte piqueur.

Sans doutêe, l'expérimentation fournira seule la preuve, mais les auteurs pensent qu'en partant de la clinique et de la séro-réaction de Weil-Félix, on est dès maintenant autorisé à faire entrer dans un groupe commun le typhus exanthématique, la maladie de Brill, le typhus tropical et la fièvre exanthématique marseillaise.

Amédée LEGRAND, éditeur 93, boul. Saint-Germain,
Paris, 6e.

R. BENON. — **L'hystérie, crises et séquelles.** (Un vol in-16 de 184 pages, 1928. Prix : 15 francs.)

L'auteur expose, librement, dans ce petit livre, la conception de l'hystérie de J. Tastevin. La crise d'hystérie est une crise nerveuse à base d'énervement ; c'est donc une émotion morbide type. L'autosuggestion ne paraît jouer aucun rôle dans l'apparition de la crise. L'auteur distingue les crises et les séquelles (ou contractures, paralysies, etc.). Il divise l'histoire de l'hystérie en six périodes : période d'Hippocrate et de Galien, période de l'ère catholique, période de la Renaissance, période des théories cérébrales et nerveuses, période des conceptions intellectualistes (Charcot et Babinski), période de l'hystérie émotion-morbide (1912).

Dans l'étiologie, assez courte, l'auteur établit le rôle de l'émotion énervement chez l'hystérique (énervement provoqué, et énervement spontané). Il décrit en édétail les signes de la crise d'hystérie, puis, plus brièvement les séquelles. Après la relation d'une observation type, il étudie le diagnostic : diagnostic de la simulation, diagnostic positif, diagnostic différentiel (épilepsie), diagnostic causal. Diverses considérations sur le pronostic, puis sur la médecine légale (capacité civile et pénale, accidents du travail, médecine militaire, assurances sociales) précèdent le traitement des crises (isolement, persuasion, mariage hydrothérapie, hypnotisme, voyages, médicaments). L'auteur a enfin rédigé un petit chapitre thérapeutique sur l'hystérie chez les enfants.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES ET LE CORPS MÉDICAL

Dans une note publiée page 2919, je disais que M. Loucheur, ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, n'aurait pas tenu exactement à Cahors le langage que lui prêtaient certains organes de la presse médicale.

Voici la confirmation de cette note. C'est la lettre que le ministre a adressée à M. de Monzie, sénateur, en réponse à un article paru dans le *Journal du Lot*, sous la signature de M. Garnal, pharmacien à Cahors.

Paris, le 27 juillet 19428,

« Mon cher Ami,

« J'ai essayé d'être clair dans les explications que j'ai données à Cahors. Si j'en crois l'article paru dans *Le Journal du Lot*, à la date du 27 juillet, signé par M. Paul Garnal, je vois que je n'y ai pas réussi.

« Je n'ai d'abord jamais dit que « je n'admettrai aucune critique, d'où qu'elle vienne ». J'ai dit qu'en même temps qu'on faisait une critique, il fallait proposer un remède, c'est-à-dire un texte sur lequel on puisse discuter.

« Mais où je suis encore moins d'accord avec M. Paul Garnal, c'est lorsqu'il m e fait dire :

« Contrairement à ce qui a été affirmé jusqu'ici à « la tribune du Sénat et à celle de la Chambre des Dé« putés, la loi sur les Assurances sociales ne sera pas « soumise au Parlement, pour y faire apporter les « modifications qui s'imposent et qui ont été promi« ses lors de la discussion au cours de la précédente « législature. »

« M. Garnal parle même plus loin du Pouvoir exé« cutif qui serait décidé à se substituer au Pouvoir « législatif ... !!! »

« J'ai dit — et je le répète » et cela en parfaite communion d'idées avec les présidents et rapporteurs des Commissions de la Chambre et du Sénat, qu'il serait peut-être possible d'insérer, dans le règlement d'Administration publique, les dispositions pouvant donner satisfaction aux légitimes revendications qui nous sont formulées, tout en restant fidèle à l'esprit et à la lettre de la loi.

« *Si cela est impossible*, si nous nous trouvons devant des revendications que nous estimons justes, et qui nécessitent un nouvel examen législatif, nous irons devant le Parlement. Comment, d'ailleurs, pourrions-nous faire autrement ? »

« Ce n'est pas moi qui ai inventé le règlement d'Administration publique, — il est visé en plusieurs endroits de la loi, et tout un article lui est consacré. C'est à ce travail que je suis occupé. Je n'ai rien dit de plus, rien dit de moins. Voulez-vous, à l'occasion, rectifier ?

« Croyez, mon cher ami, à mes sentiments bien cordialement dévoués.

LOUCHEUR.

Il semble donc que les propos qui nous avaient émus, dans leur substance supposée, n'auraient pas la gravité que nous pensions. Il résulte manifestement de cette lettre que le règlement d'administration publique devrait pouvoir donner satisfaction aux desiderata du Corps médical. Ce n'est que dans le cas où cet espoir ne serait pas réalisé qu'on s'adresserait au Parlement pour obtenir un amendement de la loi, conforme à nos aspirations, ou tout au moins à certaines d'entre elles.

Obtiendrons-nous seulement l'obligation de l'habilitation des syndicats médicaux, appelés à traiter avec les Caisses, par la Confédération des Syndicats médicaux ? Ce serait, certes, un avantage, non pas tant peut-être pour le Corps médical, que pour les Caisses elles-mêmes, armées ainsi pour se défendre contre les médecins marrons.

Mais, d'autre part, on sait que la Mutualité ne veut pas de cette habilitation. Elle entend ne pas discuter avec nous, mais être assez puissante pour nous imposer ses conceptions et son organisation.

Elle aura, ou cherchera à avoir son personnel médical, recruté par elle, et ses centres de cure et de prophylaxie. Voici la confirmation de cette proposition ; je la trouve dans le discours prononcé par M. Heller, président de la Fédération mutualiste de la Seine, à l'Inauguration des travaux de construction de la Maison de la Mutualité à Paris, le 8 septembre dernier.

« .... Nous nous préparons donc, a dit M. Heller, à appliquer les Assurances sociales en restant mutualistes et en développant toujours notre belle institution. Notre désir est d'établir un vaste réseau d'établissements préventifs consistant en cliniques médicales et chirurgicales, en maisons de cure et de repos, en maternités, en sanatoria, car, dans notre tâche de demain, nous entendons employer tous nos efforts à réduire la mortalité par tous les moyens possibles .... »

Je me permettrai de faire remarquer en passant, à M. Heller, que des cliniques médicales et chirurgicales, des maisons de cure, des maternités, ne sont pas des *établissements préventifs*.

Le président du Conseil municipal, qui présidait cette manifestation, a répondu en déplorant que la Mutualité ait été laissée jusqu'alors livrée à elle-même, sans aide réellement efficace de la part des Pouvoirs publics.

« ..... La mutualité a précédé les initiatives officielles, et mieux qu'elles, elle a su réaliser des améliorations effectives, quoique livrée, presque complètement, à ses seules ressources.

« Des citoyens libres et conscients de leurs devoirs ont créé, ont étendu l'idée fondamentale de l'assistance organisée, en vue de la sécurité et de la prospérité familiales. Ils ont fait ainsi œuvre non seulement d'hommes prévoyants, mais encore de bons citoyens. »

Et M. Gaston Roussel, parlant à son tour, nous a appris que la Station du métro qui desservirait la Maison s'appellerait Mutualité...

O Fortunata nimium, si bona norit Mutualitas !

Toutes ces paroles, tout cet étalage démontrent bien les projets de la Mutualité et les appuis dont elle dispose et disposera de plus en plus, grâce à la loi qui lui fait une place si importante dans son fonctionnement.

Or, l'expérience nous apprend que, depuis qu'elle existe, la Mutualité a été en lutte avec le Corps médical, quand elle n'a pas pu réussir à lui imposer ses vues, ou disposer d'un personnel qui lui appartînt. Ce n'est que là où le syndicalisme est lui-même actif et fort qu'elle a dû entrer en composition, et traiter à des conditions honorables pour les médecins.

Je ne me lasserai pas de répéter, donc, qu'il faut que partout, le syndicalisme soit puissant et actif. Et je ne saurais approuver mon excellent confrère Le Duigou, qui m'adresse la lettre suivante, en réponse à celle que je publiai dans l'article rappelé au commencement de celui-ci :

Certes, vous avez raison, nos réunions syndicales ne sont pas suivies à l'égal de celle des bouchers, bistros, pharmaciens, etc., de tous les commerçants en somme.

Pourquoi ?

Hélas ! tout simplement parce que, seuls avec les ouvriers, nous sommes de véritables prolétaires. Nous le sommes plus que les autres qui ont, eux du moins, leurs heures du repos, leur semaine anglaise, leurs dimanches, leurs nuits.

Nous sommes les derniers esclaves survivant à l'abolition de l'esclavage. Le boucher, le bistro, le marchand de chaussures, le pharmacien peuvent aller au jour et à l'heure dite à la réunion de leur syndicat et y rester le temps voulu. Il ne sera vendu chez eux pendant ce temps ni une escalope, ni un verre, ni un chausson, ni un e potion..... *il ne sera même pas donné une consultation du moins* ; un employé leur gagne leur vie pendant qu'ils s'occupent des affaires de leur profession.

Quelle différence avec le médecin dont le gain cesse à l'instant où il franchit sa porte !

Nous travaillons nous-mêmes, personne ne nous gagne notre vie quand nous sommes hors de chez nous. C'est pourquoi nos instants sont rigoureusement comptés.

A chaque réunion du Syndicat, je vois de nombreux confrères faire effort pour y assister. Ils arrivent en retard par nécessité de clientèle ; repartent avant la fin pour le même motif.

Nous sommes handicapés parce que nous sommes des ouvriers, et des ouvriers trop peu nombreux pour que les politicards aient peur de nous.

Væ victis !

Dr Le Duigou.

Je lui ferai remarquer d'abord, que les syndicats ouvriers sont encore plus puissants que les Syndicats patronaux. Il ne faut pas essayer de placer sur le même plan médecins et ouvriers, au point de vue du syndicalisme.

D'autre part, je n'admets pas l'objection faite par M. Le Duigou, que c'est pour ne pas laisser échapper les occasions de toucher des honoraires que le médecin n'assiste pas régulièrement aux réunions de son syndicat.

Sauf exception, il ne me semble pas impossible de disposer de temps en temps d'une demi-journée ou seulement d'une soirée... sans courir ce risque.

J'ai fait partie, dans ma jeunesse, du syndicat de Caen, et aussi de la Société des médecins de Caen et de la Basse-Normandie. J'ai même eu l'honneur d'être le président de celle-ci. Or, durant l'année de ma présidence, je me suis fait un point d'honneur de présider toutes les réunions mensuelles, et j'avais soixante-dix kilomètres à parcourir en chemin de fer pour m'y rendre.

D'ailleurs, je comprends fort bien que l'éloignement peut, dans une certaine mesure, être un obstacle, quoique, présentement, grâce à l'automobile, les distances sont singulièrement raccourcies. Aussi, doit-on s'efforcer de multiplier les sections syndicales basées sur les divisions

géographiques, de manière à rendre plus faciles les prises de contact entre confrères exerçant près les uns des autres.

Si le type envisagé est le Syndicat départemental, on peut concevoir qu'il sera formé d'autant de sections qu'il y aura d'arrondissements dans le département, chaque section pouvant être composée de sous-sections.

Les médecins qui exercent près les uns des autres, dans un rayon défini, ont des intérêts qui leur sont propres, et qui peuvent différer, par suite de coutumes locales, ou de nécessités, de ceux de leurs voisins. Il est donc tout à fait naturel qu'ils en discutent entre eux le plus souvent possible. D'autre part, il y a les intérêts généraux dont se soucie tout l'ensemble du Corps médical, dans le cadre du département. Les sections et sous-sections en ayant délibéré, leurs décisions pourront être portées devant le Syndicat départemental, réuni moins souvent, par un délégué de chacune d'elles.

Enfin, dans une grande ville, comme Paris, Marseille, ou Cherbourg, il me paraît impossible à admettre que tous les membres du Syndicat qui y habitent ne puissent pas prendre part, *une fois par an*, à son Assemblée générale.

Prenons garde ! Tout autour de nous, on s'organise. Ne nous laissons pas trop gagner, afin de ne pas trouver une organisation faite *contre nous*. Organisons nous nous-mêmes, il ne faut pas craindre de le trop redire. Et faisons aux intérêts généraux de notre profession de temps à autre un sacrifice, même si, au temps dont il sera fait, vient s'ajouter, par hasard, la perte des honoraires d'une visite manquée... Autrement, c'est alors que nous serions vaincus d'avance. Je ne puis me résoudre à envisager encore cette perspective. G. DUCHESNE.

PROPOSITION DE LOI

concernant l'institution d'un ordre des médecins et la création de chambres médicales départementales et régionales,

Présentée par M. Ernest Couteaux, député.

(1re séance du 7 mars 1928.)

(*Journ. Off.* Doc. Parlem. Chambre, p. 939.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, de même qu'il existe chez nous un ordre des avocats qui soumet la profession à des règles corporatives et a pour objet essentiel de protéger les plaideurs contre les hommes d'affaires dénués de scrupules, il existe à l'étranger, dans un certain nombre de pays : en Angleterre, en Allemagne, en Espagne et en Belgique, un ordre des médecins dont le but est de rappeler, le cas échéant, ces derniers au respect d'eux-mêmes et de ceux qui font, en pleine confiance toujours, appel à leur compétence.

Le corps des médecins est, à vrai dire, l'un de ceux où l'on trouve le moins de non-valeurs. l'un de ceux où la probité, le désintéressement et la conscience professionnelle sont le plus développés, l'un de ceux qui ont rendu, dans le cours des âges, le plus de services à notre pauvre humanité sans cesse harcelée par les fléaux les plus divers.

Il ne faut pas douter cependant que, chez les médecins eux-mêmes, il y ait des défaillances qui, depuis la guerre, tendent visiblement à s'accroître. C'est le corps médical lui-même qui le constate avec amertume. « Il y a, disait en 1923, au cours d'une conféférence faite à l'association générale des médecins de la Gironde, le Dr Verger, professeur de médecine légale et de déontologie professionnelle à l'université de Bordeaux, une vague d'immoralité qui monte dans le corps médical. Le nombre des médecins malhonnêtes qui ont délibérément jeté par-dessus bord toutes les traditions d'honneur professionnel dont nous étions si fiers, qui exploitent sans vergogne le monde des malades, tend à s'accroître. C'est un fait dont les preuves sont trop évidentes, pour que j'aie besoin d'insister. Et je ne pense pas qu'il soit davantage nécessaire de dire combien le danger est grand, c'est le prestige de la profession médicale qui est en jeu... il est temps d'aviser. »

Et il ne s'agit pas là d'une opinion isolée. La fédération nationale des syndicats médicaux de France estime, elle aussi, que l'heure est venue d'agir et de demander au Parlement la création d'un ordre des médecins qui assainirait la profession et relèverait son niveau moral. Elle a chargé une commission de déontologie et de l'ordre des médecins d'étudier la question et de présenter à l'assemblée générale de la fédération un projet pratique qui réaliserait l'unanimité des médecins. Cette commission vient d'arrêter cette conclusion et d'établir un ordre légal des médecins avec l'institution dans chaque département d'un conseil médical de discipline. Le but exclusif de l'ordre serait un but de sauvegarde des intérêts publics, et il agirait dans tous les cas où la justice pénale n'a pas à intervenir, en l'absence des élé-

ments constitutifs d'un délit, mais où, cependant, sont violées les règles déontologiques élémentaires qui régissent les rapports des médecins et de leurs clients.

Il y a, en effet, depuis la guerre, un affaissement de la moralité qui n'est pas douteux et qui résulte pour une bonne part de la difficulté que chacun éprouve à trouver les ressources nécessaires pour une vie chaque jour plus difficile. Les enfants des nouveaux riches sont presque les seuls qui aient maintenant, en dehors des villes, les moyens de faire les frais de coûteuses études médicales. Et s'ils ont la culture voulue, ils n'ont pas toujours cette solide éducation qui amenait les médecins d'hier à travailler souvent sans nul souci de récompense, et pour le seul plaisir de faire le bien et d'apporter un peu de réconfort aux déshérités de la vie.

On trouve aujourd'hui de plus en plus de médecins qui trafiquent honteusement des accidents du travail, d'autres qui dirigent de louches officines où l'on entraîne par tous les moyens de publicité connus les malheureux qui sont une proie facile et un profit certain. Ce sont eux que l'opinion publique a flétris du nom de médecins d'urinoirs. La chirurgie n'est pas exempte de ces faiblesses. « Nous avons nos canailles, écrit le Dr Maurice de Fleury, membre de l'Académie de médecine, dans son récent ouvrage *Le Médecin.* On en connaît partout. Des hommes insuffisamment instruits ont osé, par cupidité, des interventions graves et causé des désastres ; il existe des officines d'opérations au rabais, hasardeuses ou inutiles. Certains spécialistes de savoir médiocre sont accusés de tirer en interminable longueur des cures qui auraient pu être abrégées sans dommage pour le bénévole client ; on dit que d'aucuns s'associent à cinq ou six pour le tondre plus sûrement, un organe après l'autre, et l'on a su la triste affaire des «carnets médicaux ».

« Çà et là, ajoute-t-il, nous voyons un confrère discrètement, habilement, ou bien cyniquement prendre la médecine sans chaleur d'âme, sans don de soi, uniquement comme une affaire, où s'enrichir ou se faire décorer ; on en connaît dont la dextérité est vraiment merveilleuse pour faire passer dans leur cassette l'argent d'autrui. C'est ainsi de tous les métiers, fussent-ils libéraux. Affaire de tempérament ? Mais que penser de telles complaisances quand la vie humaine est en jeu ».

Les médecins qui possèdent une aussi triste mentalité, disons-le bien haut, sont assez rares et vraiment exceptionnels. Ils n'en justifieraient pas moins le contrôle sérieux d'une autorité pleinement compétente pour apprécier leurs actes et les juger.

Pourquoi même d'autres pratiques, fort en honneur malheureusement dans le monde de la chirurgie et nettement condamnables à nos yeux, ne relèveraient-elles pas de la juridiction des chambres de médecins dont nous proposons l'établissement. Il s'agit notamment d'une pratique couramment appelée la « dichotomie » et assez récente. Elle consiste en ceci que le médecin appelé en consultation par un confrère au chevet d'un malade, remet à ce dernier une partie des honoraires qu'il a reçus. Et c'est surtout de médecin à chirurgien que cette pratique s'est répandue et on en devine tout le danger. Pour amener à leurs cliniques la clientèle qui leur fait défaut, certains chirurgiens, d'une compétence le plus souvent discutée, n'hésitent pas à récompenser largement les médecins qui leur donnent du travail. Ils ont ainsi des rabatteurs qui sont naturellement portés à demander pour leurs malades une intervention chirurgicale plus ou moins dangereuse ou efficace dans les cas où ceux-ci auraient peut-être parfaitement guéri s'ils avaient suivi un traitement médical approprié.

Je sais bien qu'ici les commissions versées, analogues en tous points aux commissions commerciales, le sont en secret et qu'il serait assez difficile aux chambres de médecins que nous proposons de constater et de flétrir une pratique aussi abominable et criminelle. Les seuls cas pourtant qu'elles auront pu relever publiquement permettront, de temps à autre, de rappeler aux médecins dénués de scrupules toute l'ignominie de certaines manœuvres, et le public y trouvera son compte.

On a prétendu qu'il était contraire aux idées modernes de multiplier les règles corporatives et les réglementations qui restreignent la liberté du public ou celle des membres d'une profession quelconque. Déjà la Révolution avait en effet supprimé les corporations et permis à qui que ce soit de s'établir comme avocat ou comme médecin. Il en était résulté aussitôt que des gens d'affaires plus ou moins véreux avaient pris la place des avocats honnêtes et compétents. Il en était résulté d'autre part que des charlatans, rebouteux et guérisseurs de tout genre avaient tenté de prendre, par des procédés plus ou moins délicats, la place des médecins de profession. Cela n'avait guère d'inconvénients pour la profession d'avocat, et nous estimons toujours qu'il n'y a aucune nécessité absolue de maintenir l'ordre des avocats. Mais le danger était grand pour la santé publique dès l'instant qu'il s'agissait des médecins.

L'opinion publique alarmée eut vite fait d'exiger le rétablissement du monopole, au profit des médecins, du droit d'exercer la médecine. La loi du 27 ventôse an XI y pourvut et c'est elle qui, modifiée par la loi du 30 novembre 1892, est restée en vigueur jusqu'à aujourd'hui. La création que nous proposons d'un ordre des médecins n'apporterait donc qu'une modification bien mince à l'état de choses actuel et elle ne serait en aucune matière une gêne pour les médecins honnêtes ou pour le public. Seule une infime minorité de « médecins marrons », de guérisseurs de rhumatismes à grands coups de tam tam et de médecins d'urinoirs, y trouverait à redire. Le public se sentirait un peu plus protégé et il donnerait plus encore que par le passé toute sa confiance aux praticiens consciencieux et probes qui l'ont soigné jusqu'ici.

L'action des syndicats. — On a prétendu aussi que

les médecins étaient, à l'heure actuelle, aux trois quarts enrégimentés dans des syndicats et que ces syndicats paraissaient pouvoir suffire à moraliser la profession. Que s'ils ne suffisaient pas, on pouvait les rendre obligatoires et leur accorder un pouvoir disciplinaire. Disons tout de suite que nous ne voyons pas le Parlement modifier la loi sur les syndicats professionnels sur un point aussi essentiel, au seul profit des médecins. L'obligation d'adhérer à un syndicat ne modifierait nullement d'ailleurs les droits des administrateurs des syndicats à l'égard de leurs membres.

Quant à ces droits eux-mêmes, on remarquera aisément qu'ils n'ont pu empêcher ni les excès des « médecins marrons », ni les pratiques que nous dénoncions tout à l'heure, ni le scandale des « carnets médicaux », ni celui de la dichotomie. Le syndicat ne peut qu'exclure ses membres indignes. S'il faut prononcer des amendes, il a besoin, pour les faire payer, du concours des tribunaux qui peuvent parfaitement refuser de le suivre. La fédération nationale des syndicats médicaux de France est bien de cet avis. Elle estime que ses membres n'ont rien à redouter des pouvoirs d'une chambre disciplinaire médicale analogue à celles qui exercent leurs attributions, à la satisfaction générale, tant chez les avocats que chez les avoués, les notaires, les huissiers et dans d'autres professions. « Un syndicat bien dirigé, écrit le docteur Maurice de Fleury, assure avec décence et dignité le relèvement légitime des honoraires, la protection contre les abus trop criants, la lutte efficace contre l'exercice illégal, la confusion du charlatan qui prétend tout guérir et qui n'a rien appris de ce qui permet de comprendre. C'est aussi le relèvement du niveau social et du niveau moral de a profession, un renouveau de considération grâce à la discipline volontairement acceptée, à quoi tiennent la main les conseils de famille. » C'est le remède à d'absurdes rivalités, à beaucoup de vaines querelles. Le syndicat offre au public des garanties touchant l'honorabilité de ses affiliés. De plus en plus, à l'exemple des groupements d'Alsace, il imposera fermement à ses membres des strictes règles de conduite. Il remplacera tant bien que mal le conseil de l'ordre, juste orgueil du barreau, matériellement impossible chez nous. »

Pourquoi impossible chez nous ? Voilà ce que n'explique pas M. de Fleury, médecin illustre qui, comme ses collègues de l'Académie et de la faculté, n'accepterait sans doute qu'avec ennui le moindre contrôle établi sur les actes de leur profession. Mais les avocats illustres de l'heure présente se sentent-ils diminués par le contrôle du conseil de leur ordre ?

En réalité, le syndicat s'acharne à remplacer dans toute la mesure du possible les chambres médicales absentes. Il veille, à leur défaut, à la moralité de ses adhérents, mais il faut répéter, tout d'abord, que le syndicat n'est pas obligatoire et ne pourrait pratiquement le devenir ; ensuite qu'il n'a pas les pouvoirs nécessaires pour imposer une ligne de conduite quelconque aux praticiens de bas étage qui déshonorent la corporation.

Comment donc organiser l'institution nouvelle ? La fédération nationale des syndicats médicaux de France a déjà, nous l'avons dit, examiné le problème et sa commission spéciale a adopté des conclusions qui paraissent raisonnables à tous égards et dont nous nous sommes inspirés pour l'élaboration de la présente proposition de loi.

Organisation départementale. — Nous proposons pour ne pas multiplier les organismes et la paperasserie, de ne créer qu'une chambre des médecins par département, composée de neuf membres élus pour quatre ans par leurs pairs. La chambre siègerait valablement lorsque cinq de ses membres au moins seraient présents. Des suppléants remplaceraient les membres titulaires démissionnaires ou décédés.

La chambre départementale des médeecins dresserait le tableau des médecins du département. Ces derniers au lieu de faire enregistrer leur titre à la sous-préfecture ou à la préfecture et au greffe du tribunal civil ne seraient plus tenus que d'en informer le président de leur chambre. Celle-ci aurait connaissance obligatoirement du casier judiciaire de tous les médecins appelés à être inscrits sur les tableaux, ou du dossier transmis par la chambre du département d'origine, en cas de simple transfert du domicile d'un médecin.

La chambre aurait le droit de refuser l'inscription au tableau au cas où ces conditions et formalités ne seraient pas remplies. Tout refus d'inscription au tableau pourrait d'ailleurs faire l'objet d'appel devant des chambres régionales de médecins, élues au siège de chacune des circonscriptions académiques françaises.

Compétence des chambres médicales. — Nous proposons que nos chambres puissent poursuivre, soit d'office, soit sur plaintes qui leur sont adressées. Nous croyons qu'il y a des cas où une chambre ne devra pas attendre qu'un scandale ait éclaté publiquement ou ait duré plus ou moins longuement sans qu'une plainte ait été déposée, pour agir. Pour l'honneur du Corps médical tout entier, il pourra se faire que la chambre veuille tout de suite montrer sa réprobation pour l'attitude ou les pratiques dénuées de scrupules de certains praticiens.

En second lieu, nous estimons que notre organisme doit étendre sa compétence aussi bien aux conflits entre médecins qu'aux relations entre médecins et clients. Il doit nécessairement jouer le rôle d'une chambre de conciliation professionnelle, et on ne voit pas quelle institution serait mieux placée que la nôtre pour trancher les différends d'ordre corporatif !

C'est l'opinion qu'émet le docteur Billaud, dans le rapport qu'il vient de présenter au comité de la fédération nationale des syndicats médicaux de France sur le problème qui nous occupe. « Il faut bien savoir, écrit-il, qu'un conseil de l'ordre n'est pas uniquement et uniformément un organisme de répression, comme un tribunal qui applique une loi rigide ; mais doit être

souvent, au contraire, un organe de conciliation. Et nul mieux que les confrères assurés de la confiance générale n'est qualifié pour accomplir cette salutaire besogne. Combien de jeunes praticiens commettent des fautes, sans trop le savoir, et qui ne les perpétueraient pas s'ils en étaient dûment avertis par les représentants respectés et officiels de leur profession. »

On ne peut mieux dire. Et nous croyons que les chambres médicales pourraient arbitrer maints conflits que les syndicats n'ont pu régler, et cela sans qu'il soit nécessaire de les munir au préalable d'un code de déontologie, prévoyant, dans le plus mince détail, les règles et devoirs de la profession. Elles jugeraient tout simplement, comme font les juges de paix, selon l'équité.

Par ailleurs, leur compétence s'étendrait à tous les agissements des médecins de nature à porter atteinte à l'honorabilité de la profession : qu'il s'agisse de manœuvres destinées à duper le public en lui faisant croire à la curabilité rapide des maladies considérarées unanimement comme incurables, par exemple, ou de publicité par affiches, circulaires ou autrement, visant l'alimentation d'officines louches dont l'objet et le but déshonnêtes ne sont que trop évidents.

Sanctions. — La chambre médicale pourrait donc traduire des médecins devant elle-même pour des faits étrangers à la profession, dès l'instant où ils atteindraient l'honorabilité du corps. Nous pensons qu'elle pourrait prononcer des peines analogues à celles que prononce le conseil de l'ordre des avocats, c'est-à-dire l'avertissement, la réprimande, la suspension pour un an, la radiation du tableau. Ces deux dernières peines pourraient être susceptibles d'un appel devant une chambre régionale formée de membres élus par les chambres départementales à raison d'un membre titulaire et d'un suppléant par chambre. Lorsqu'elles seraient devenues définitives, la chambre médicale qui aurait prononcé ces peines en première instance serait chargée de les communiquer aux préfets et aux parquets du département.

Les interdictions d'exercer temporaires ou définitives seraient toujours totales. Nous ne sommes pas partisan de mesures comme celles qui interdiraient seulement de faire des certificats ou de prescrire des substances toxiques. Un médecin sans conscience est un véritable danger public et s'il a démérité au point d'être interdit par ses pairs, nous ne voyons pas ce que l'intérêt public gagnerait à ce qu'il continuât, même sans prescrire, à exercer. Nous voyons très bien au contraire, le danger qu'il courrait.

Tels sont les principes, très simples on le voit, sur lesquels nous voudrions faire reposer l'institution nouvelle. Cette institution répond, croyons-nous, à une nécessité véritable à l'heure actuelle, et elle traduit le vœu autant du Corps médical tout entier que du public, le premier intéressé dans l'affaire.

Nous soumettons donc à la Chambre des députés la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

Art. 1er. — Il y a dans chaque département une chambre des médecins.

Art. 2. — Cette chambre se compose de neuf membres titulaires et de neuf membres suppléants, élus pour quatre ans par les médecins du département inscrits au tableau.

Art. 3. — Sont éligibles aux fonctions de membres de la chambre des médecins, les docteurs en médecine ayant cinq ans au moins de pratique médicale.

Art. 4. — La chambre des médecins siège valablement lorsque cinq de ses membres sont présents. Les membres suppléants sont appelés dans un ordre établi d'après le nombre de suffrages obtenus, à remplacer les titulaires démissionnaires ou décédés.

Art. 5. — La chambre des médecins dresse le tableau des médecins exerçant dans le département et le tient à jour. Elle se fait communiquer le casier judiciaire de ceux qui demandent leur inscription au tableau et le dossier de ceux qui transfèrent leur domicile dans le département. Elle peut refuser l'inscription au tableau à toutes personnes qui ne remplissent pas certaines conditions d'honorabilité déterminées par elle.

Tout refus d'inscription au tableau peut faire l'objet d'un appel devant la chambre régionale dont il sera parlé ci-après.

Art. 6. — Dans chaque chef-lieu d'académie siège une chambre régionale des médecins élue par les chambres départementales du ressort de l'académie, à raison d'un membre titulaire et d'un suppléant par chambre. Cette chambre statue sur les appels relatifs au refus d'inscription au tableau et aux décisions comportant l'interdiction temporaire ou définitive de pratiquer la médecine. Elle transmet ses décisions aux chambres départementales intéressées qui en informent la préfecture et les parquets du département.

Art. 7. — La chambre des médecins poursuit et réprime d'office ou sur plainte reçue tous agissements habituels, toutes manœuvres de médecins tendant à tromper le public et d'une façon générale tous actes portant atteinte à l'honorabilité de la profession.

Elle arbitre également tous conflits professionnels entre médecins de la circonscription. Si les conflits se produisent entre médecins de départements différents, la chambre compétente est celle qui a été la première saisie du conflit.

Art. 8. — La chambre des médecins peut prononcer les pénalités suivantes : l'avertissement,

la réprimande, la privation pour un an et la privation définitive du droit d'exercer la médecine. Les décisions comportant l'une de ces deux dernières peines sont susceptibles d'appel devant le tribunal régional. Lorsqu'elles sont devenues définitives, elles sont portées par la chambre qui les a prononcées en premier ressort à la connaissance du préfet et des parquets du département.

Art. 9. — Les chambres de médecins rendent des décisions motivées. Un règlement d'administration publique établira les règles de procédure qui seront en usage devant elles.

Commentaires.

Beaucoup de médecins se plaignent de la diminution du prestige de notre profession aux yeux du grand public. Qu'ils s'en prennent à eux-mêmes, car, je l'ai souvent constaté : ceux qui disent le plus de mal de l'exercice actuel de la médecine, ce sont les médecins eux-mêmes.

Je laisse de côté les histoires de dichotomie, d'opérations pratiquées sans nécessité, et autres racontars, que j'ai entendu narrer, à la fin d'un bon repas, en fumant un gros cigare.

Les mœurs médicales passent alors un mauvais quart d'heure et les confrères sont les plus acharnés à raconter des turpitudes, que le grand public devrait ignorer.

Je ne veux relever aujourd'hui que ce que je trouve, dans l'exposé des motifs de la proposition de loi de M. Couteaux.

Certes, l'auteur commence par nous couvrir de fleurs ; mais c'est pour citer de suite ses auteurs et reproduire un passage d'une communication du professeur Verger, de Bordeaux, à l'Association générale des médecins de France, en 1923.

Qui donc a fourni ce texte à M. Couteaux ? Qui des nôtres a violé le huis-clos de nos délibérations confraternelles, pour faire connaître, à cet honorable député, des paroles que M. Verger a prononcées, pensant que ses propos resteraient dans le seul milieu confraternel ?

Pourquoi, également, M. Couteaux fait-il état de l'opinion de la Fédération nationale des médecins de France, qui « estime, elle aussi, que l'heure est venue d'agir et *de demander au Parlement la création d'un ordre des médecins*, qui assainirait la profession et relèverait son niveau moral » ?

Il est probable que ce député a dû avoir communication officieuse des comptes rendus des travaux de la Fédération et qu'il en ait fait état, comme s'il avait reçu officiellement une délégation de la dite Fédération.

En effet, si une partie du corps médical réclame un Ordre des médecins, une autre fraction également très importante demande, soit l'établissement préalable d'un Code de Déontologie, soit la collaboration des syndicats médicaux, pour la répression des actes jugés contraires audit Code de déontologie.

Je me demande même si les dirigeants de la Fédération sont bien au courant des intentions que leur prête M. Couteaux ; nul doute qu'ils fassent connaître à cet honorable député qu'ils ne pouvaient engager l'expression de la volonté du Corps médical, alors qu'une autre portion importante de l'ensemble des médecins s'est déclarée hostile à toute ingérence du Parlement dans nos affaires déontologiques.

D'ailleurs, M. Couteaux parle de la faillite des syndicats, au point de vue disciplinaire. Il prétend que nos groupes professionnels n'ont rien pu faire contre l'abus des carnets médicaux, en matière de soins donnés aux pensionnés de guerre.

Or, si l'honorable député avait été bien renseigné, il aurait acquis la preuve que, bien au contraire, ce sont les syndicats médicaux et leur Union qui ont fait une pression très énergique, auprès de M. Maginot, alors ministre des Pensions, pour que ce dernier organisât un contrôle des soins, avec des sanctions contre les abus.

Il y eut même, à ce sujet, des conflits assez retentissants, jusqu'au jour où le ministre et son entourage se rangèrent à l'avis de l'Union des syndicats médicaux, en instituant le contrôle, qui a donné des résultats très satisfaisants et salutaires. N'est-ce pas l'Union des syndicats médicaux qui, la première, a dénoncé les scandales de Marseille, alors que le ministre jugeait inutile d'intervenir ?

Quant à dire, avec M. Couteaux, que les syndicats sont impuissants devant la dichotomie, c'est aller un peu vite en besogne. Cette question est à l'étude depuis l'an dernier et nul doute qu'on arrive à une solution syndicale.

Que pourrait un conseil de l'Ordre contre de pareils agissements, si, au préalable, on n'arrête pas les limites de ce qui est permis (le prix de la collaboration du médecin traitant), de ce qui est défendu (la commission occulte de rabattage) ?

Enfin M. Couteaux prévoit des sanctions morales (blâme, réprimande), et des sanctions graves (interdiction d'exercer définitive ou à temps).

Que fera-t-on, si un médecin passe outre au blâme, qui lui est infligé ? Lui interdira-t-on l'exercice de la profession, parce qu'il ne tiendra aucun compte de la réprobation de ses confrères ? parce que, par exemple, il exerce dans plusieurs localités, à jours fixes, parce qu'il demande des honoraires au rabais, parce qu'il affiche son nom aux fenêtres, en lettres d'or, parce qu'il fait de la réclame dans les journaux quotidiens ?

Quelle peine infligera-t-on à ce récidiviste de la réclame qui ne tiendra aucun compte des réprimandes ou des blâmes, que lui infligera l'Ordre des médecins ? Le condamnera-t-on à ne plus pratiquer pendant 6 mois ou un an ?

D'ailleurs, je suis personnellement opposé à cette pénalité inhumaine de la privation du droit d'exercer. Pourquoi frapper un homme et lui enlever son gagne pain, alors que vers la cinquantaine, il n'est bon qu'à continuer sa profession médicale et n'est apte à aucun autre emploi ?

La loi du 30 novembre 1892, en son article 25, frappe plus durement les médecins que tous autres citoyens, puisqu'en plus des peines prononcées par le Code pénal, les docteurs en médecine peuvent être privés du droit d'exercer.

Mais la loi de 1892 ne prévoit cette pénalité que dans les cas où le praticien a été condamné à une peine afflictive et infamante, pour crime, ou à une peine correctionnelle, prononcée pour faux, vol, escroquerie, avortement, attentat à la pudeur, viol.

Or, le législateur a voulu que celui qui exerce la médecine puisse donner toute garantie de moralité au public et il a frappé durement les coupables de crimes, ou délits nommément désignés à l'article 25 de la loi de 1892.

Dès lors, pourquoi vouloir étendre cette pénalité d'exception pour des manquements aux règles de la déontologie ? Pourquoi vouloir empêcher un homme de gagner sa vie, avec son diplôme de docteur en médecine, parce qu'il refusera de se plier aux us et coutumes d'une époque déterminée ?

Nous conclurons que les pénalités prévues dans la proposition de loi de M. Couteaux sont ou trop faibles ou trop fortes ; par conséquent, elles n'atteindront pas le but de moralisation que se propose l'auteur.

D'ailleurs, empêcher un médecin régulièrement diplômé d'exercer son art, sera-ce chose facile ? alors qu'il est presqu'impossible de réprimer l'exercice illégal pratiqué par des non-diplômés. Quelle belle attitude de martyr aura le médecin condamné pour des fautes anti-déontologiques : il se prétendra la victime de la jalousie de ses confrères !

Car, ne l'oublions pas, les manquements aux règles professionnelles sont très souvent des procédés de réclame que goûte fort le bon public.

Le médecin, privé de l'exercice de son art, acquerra une clientèle plus nombreuse grâce à une publicité habile ; cette victime de la jalousie de ses confrères gagnera plus d'argent que jadis et, tel les illustres rebouteux d'aujourd'hui, il se gaussera d'une amende minime, alors qu'il gagnera au centuple les frais de son procès correctionnel.

Puis, ce seront les détours dans le maquis de la procédure : condamnation par défaut, opposition au défaut, appel et même cassation.

On gagne du temps, tout en gagnant de l'argent.

A ce point de vue, l'ordre projeté pour les médecins ne ressemble nullement à celui des avocats.

Empêcher un docteur d'exercer son art est presqu'illusoire, alors que le silence et le secret existent au plus haut point dans les rapports entre praticien et client.

Au contraire, l'avocat ne peut pratiquer sa profession que revêtu de sa robe, en plaidant devant un tribunal, dont l'accès lui est interdit, s'il est rayé du barreau.

D'autant qu'un avocat radié peut encore exercer de nombreuses professions, auxquelles lui donne accès son diplôme de licencié, ou de docteur en Droit.

Un médecin ne peut pas faire autre chose que de la médecine, surtout s'il est d'un certain âge : il ne peut donc être question de réduire quelqu'un à la famine en lui enlevant son gagne-pain, si ce n'est pour des motifs extrêmement graves, tels que l'a prévu le législateur de 1892.

Mieux vaudrait donc laisser dormir cette question surannée de l'Ordre des médecins, question qui a son renouveau sporadique tous les 20 ou 30 ans.

Etudions de plus près les articles d'un code écrit de Déontologie, en précisant d'une manière extrêmement minutieuse ce qui est permis et ce qui doit être défendu. Cette rédaction présentera d'extrêmes difficultés, surtout si l'on veut se rapprocher du français rigoureux et précis, qui est celui des termes du code pénal.

Voyons à rendre le syndicat indispensable par intérêt :Parlement et administration s'adresseraient à ce groupe corporatif légal, pour en faire le pivot de l'organisation de la médecine sociale.

Ipso facto, sans loi aucune, le conseil de famille du syndicat aura une très grande valeur au point de vue disciplinaire d'autant qu'en cas d'appel de la sentence syndicale ou d'insoumission, les tribunaux de droit commun seraient appelés à connaître du litige.

Etudions les moyens de mettre une barrière à l'entrée de la carrière pour ne laisser pénétrer, non pas les fils de nouveaux riches, comme le prétend M. Couteaux, mais que ceux qui montreront une véritable vocation pour la profession médicale.

Voyons de quelle manière un bureau de placement syndical procurerait du travail aux étudiants besogneux, en les plaçant dans des cliniques, en leur procurant des gardes, des suppléances, etc.

Ce bureau de placement syndical faciliterait la recherche des postes, les successions dans les clientèles, la création de nouvelles situations médicales, etc.

Aux syndicats encore d'améliorer le rendement de la profession, en amenant certains *beati possidentes* à démissionner des situations dites acquises et à renoncer aux paiements à forfait, aux « fixes »,

Puis, unissons-nous à tous ceux qui souffrent pécuniairement des agissements des médecins marrons, alors que nous en pâtissons moralement.

Poursuivons-les de concert, les uns pour escroquerie ou abus d'honoraires, les autres, pour agissements portant atteinte à la considération de la profession tout entière.

La besogne ne nous manque pas, avant de proclamer la faillite des syndicats, au point de vue moralisateur, comme avant de demander au législateur des verges pour nous faire fouetter. D'autant que je redoute fort que, sous prétexte d'assurer le fonctionnement des lois sociales, le Parlement ne confie à d'autres mains que celles des médecins le soin de prendre ces verges pour nous faire marcher droit dans le chemin du salariat, ou de la fonctionnarisation.

Dr Paul Boudin.

COMPAGNIE D'ASSURANCES OU MUTUALITÉ FAMILIALE ?

On nous écrit la lettre suivante :

« J'ai reçu du docteur Mignon, des renseignements concernant la « Mutualité Familiale » ; d'autre part j'ai, dans ma clientèle, un agent d'assurances qui m'incite à contracter près d'une Compagnie qu'il représente une police *individuelle accidents et maladies*. Pouvez-vous me développer les avantages de l'une ou l'autre combinaison afin de guider mon choix.

Dr P. B., à Paris.

A cette lettre j'ai répondu :

Il faut étudier ce que vous offrent respectivement la Compagnie d'assurances et la « Mutualité Familiale ».

La première vous donne la garantie de trois risques : mort, invalidité permanente (à la condition que ces deux risques soient consécutifs à un accident) et invalidité temporaire. Vous pouvez choisir entre ces différentes sûretés, faire fixer l'indemnité éventuelle à votre convenance, faire varier la somme assurée pour le cas mort et celle prévue pour le cas d'invalidité permanente selon votre désir.

Si les deux premières garanties couvrent uniquement les conséquences de traumatismes, la troisième peut s'appliquer moyennant surprime non seulement aux suites d'accidents, mais encore à l'incapacité de travail résultant d'une maladie. En principe cela semble parfait, mais le contrat des Compagnies d'assurances ne vise que certaines maladies limitativement énumérées dans les conditions générales : « appendicite pendant la période aiguë, fièvre typhoïde, insolation, pneumonie franche aiguë et pleurésie « non tuberculeuse, érysipèle, petite vérole, diphtérie, péritonite aiguë, scarlatine, méningite, oreillons, rougeole, tétanos, choléra asiatique. »

Vous constaterez que nombre de maladies sont exclues de cette liste. Pourtant que d'affections et que d'indispositions peuvent frapper un médecin en l'empêchant d'exercer : depuis la paratyphoïde jusqu'à la crise de rhumatisme !

Vous remarquerez également que cette énumération vague peut donner lieu à de nombreuses contestations ou procès : par exemple, pour la pleurésie, que la Compagnie exige non tuberculeuse pour être garantie. Comment définir cette nature non tuberculeuse ?

D'autre part, les Compagnies d'assurances subordonnent le paiement de l'incapacité temporaire à certaines conditions. Il faut, entre autres choses, que la maladie ou l'accident tienne le médecin couché ou dans l'*impossibilité absolue* d'effectuer aucun travail, professionnel ou même non professionnel. Or, beaucoup de petites maladies ou d'indispositions gardent le médecin à la chambre sans toutefois l'empêcher de travailler pour son compte, faire de la correspondance par exemple, ou de se livrer à des études personnelles.

Dans ce cas le payement de l'indemnité pourrait être suspendu.

Vous pourrez encore constater que le versement prévu par les assurances pour l'invalidité temporaire est limité à une certaine période et qu'après un laps de temps qui varie avec les Compagnies, celles-ci en cessent complètement le payement.

La « Mutualité Familiale », elle, n'assure pas plus un capital en cas de mort qu'en cas d'invalidité permanente. Elle ne garantit que le paiement d'une indemnité sous forme de rente journalière ou mensuelle pour les incapacités de travail soit temporaires soit chroniques mais cette garantie est extrêmement large. Elle est acquise quelle que soit la source de l'invalidité, soit d'origine accidentelle, soit provenant de maladies. Elle couvre non plus seulement l'accident de droit commun mais le *risque professionnel*, sous toutes ses formes. Elle garantit la conséquence des maladies, de toutes les maladies, des affections bénignes comme de celles qui présentent un caractère de chronicité. Vous ne trouverez pas dans les statuts de la Mutualité d'énumération limitative, le paiement de l'allocation n'est pas resserré dans telles ou telles limites comme celles prévues dans les conditions générales des contrats émis par les Compagnies d'assurances, mais est versé pendant toute la durée où le praticien ne peut exercer. Vous pouvez , en effet, lire à l'article 34 des statuts que l'indemnité est versée aux adhérents : « S'ils « sont placés, soit par accident, soit par maladie « aiguë ou chronique, dans l'imposibilité d'exercer « leur profession, soit temporairement, soit d'une « manière définitive. »

L'allocation est versée sous deux formes : une rente journalière pendant 90 jours, durée qui correspond à la phase normalement aiguë d'une maladie, et si celle-ci à des conséquences plus graves, ou, si l'affection ou l'accident entraîne une incapacité de travail chronique, une rente mensuelle est versée pendant toute la durée de l'invalidité.

La Mutualité Familiale ne demande pas les preuves longues et difficiles qu'exigent les Compagnies d'assurances : pas besoin de démontrer l'incapacité absolue d'exercer un travail quelconque. Le droit à l'allocation en effet, est précisé sans ambiguïté dans l'article 50 des statuts : « L'incapacité de travail don- « nant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité « de sortir pour faire des visites ».

Vous vous rendez immédiatement compte des avantages que présente la Mutualité Familiale et de leur supériorité sur tous les autres contrats. Vous serez mieux garanti et de façon plus libérale. Pas de procès à craindre. Le versement de l'allocation n'est pas subordonné à la volonté d'un employé qu'une Compagnie paye afin que ses actionnaires touchent de plus gros dividendes. La Mutualité familiale est la Mutuelle par excellence, créée par et pour les médecins.

Quel choix allez-vous donc faire ? Compagnie d'assurances ou Mutualité Familiale ?

Vous avez remarqué que cette dernière ne garantit pas de capital en cas de mort et qu'en cas de mutilation si l'Œuvre du *Concours* continue le versement d'une rente, elle ne prévoit pas non plus le capital prévu par les Assurances. Pourquoi alors ne prendriez-vous pas dans le contrat que vous propose la Compagnie, la garantie que la Mutualité Familiale n'assume pas ? Mais pourquoi aussi ne compléteriez-vous pas ce contrat par un autre contrat avec la Mutualité Familiale ? Vous pourriez choisir dans la police que vous soumet votre assureur seulement la prévision des risques mort et mutilation par suite d'accidents et de son côté, la Mutualité Familiale vous garantirait une allocation pour l'incapacité temporaire ou permanente de travail quelle qu'en soit la cause.

De cette manière, le médecin se trouvera sûr, si le contrat de la Compagnie est bien fait et si celle-ci est sérieuse, d'avoir une protection efficace qui lui permettra de faire face, dans une certaine mesure, aux coups du sort, de tenir ses engagements et de pouvoir supporter les gros frais qu'un médecin subit même lorsqu'il ne peut exercer.

P.-R. Baglin,
Assureur conseil.
Licencié en Droit.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA LÉGISLATION DES PENSIONS DE GUERRE

Modification du guide-barème des invalidités en ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie (art. 9 de la loi du 31 mars 1919)

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 7 septembre 1928,

Monsieur le Président,

L'article 9 de la loi du 31 mars 1919 dispose que le taux des pensions d'infirmités est fixe par référence au degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 p. 100, et qu'un décret déterminera les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité.

En exécution de cet article est intervenu le décret du 29 mai 1919.

Or, il est nécessaire de maintenir constamment ce décret en harmonie avec les données de la science. Dans ce but, ont été constituées des commissions comprenant de hautes autorités médicales, des représentants des mutilés et des représentants de l'administration. Chacune de ces commissions est chargée d'élaborer dans sa spécialité les modifications utiles, en tenant compte des plus récentes acquisitions scientifiques.

Le présent texte a pour objet de modifier le barème de 1919 concernant l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie.

S'il a votre approbation, nous avons l'honneur de vour prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Nous vous prions, Monsieur le Président d'agréer l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du Conseil,
Ministre des finances,
Raymond Poincaré.

Le ministre des pensions,
Louis Marin.

Le ministre de la guerr
Paul Painlevé.

Le ministre de la marine,
Georges Leygues.

Le ministre des colonies,
Léon Perrier.

Le Président de la République française,

Vu l'article 9 de la loi du 31 mars 1919, modifiant la législation des pensions des armées de terre et de

mer, en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service ;

Vu le décret du 29 mai 1919 déterminant les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité, en vue de la concession des pensions accordées par la loi du 31 mars 1919 ;

Sur le rapport des ministres des pensions, des finances, de la guerre, de la marine et des colonies,

Décrète :

Art. 1er. — Les chapitres . Face, Dents, Bouche, Joues, Langue, Nez, Oreilles, Larynx, Pharynx, de l'annexe au décret du 29 mai 1919 (guide-barème des invalidités pour l'application de la loi du 31 mars 1919) sont supprimés et remplacés par les dispositions ci-annexées.

Art. 2. — Les ministres des pensions, des finances de la guerre, de la marine et des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal officiel*.

Fait à Rambouillet, le 7 septembre 1928.

Gaston Doumergue.

Par le Président de la République :

Le président du conseil, ministre des finances,
Raymond Poincaré.

Le ministre des pensions,
Louis Marin.

Le ministre de la guerre,
Paul Painlevé.

Le ministre de la marine,
Georges Leygues.

Le ministre des colonies,
Léon Perrier.

FACE

I. — Vastes mutilations.

Les pourcentages indiqués sont indépendants des pourcentages de défigurations ; les uns et les autres doivent s'additionner.

Perte des deux maxillaires supérieurs, avec perte de l'arcade dentaire, de la voûte palatine et du squelette nasal .... 90 à 100 p. 100

Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire .... 90 à 100 p. 100

Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de la totalité de l'arc mandibulaire .... 100 —

Perte d'un seul maxillaire supérieur avec conservation de l'autre et conservation de l'arc mandibulaire .... 70 —

Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de substance plus ou moins étendue de l'arc mandibulaire .... 70 à 90 —

(Pour apprécier ce dernier pourcentage il convient de tenir compte du rapport des portions restantes des deux maxillaires : si elles se correspondent et portent encore des dents, l'invalidité est moindre que s'il n'y a plus concordance des fragments restants des arcades dentaires.)

Dans tous les cas envisagés à ce chapitre, si des lésions cicatricielles ou des pertes de substance de la langue accompagnent les pertes osseuses, le pourcentage doit être porté à 100.

II. — Mutilations limitées.

A. — Maxillaire supérieur

a) *Pseudarthrose.*

La pseudarthrose du maxillaire supérieur est rare : l'intervention chirurgicale, greffe ostéopériostique, qui donne d'excellents résultats doit toujours être conseillée.

Grande mobilité de la totalité du maxillaire supérieur (disjonction cranio-faciale) mastication impossible .... 60 à 80 p. 100

Mobilité d'un fragment plus ou moins étendu du maxillaire supérieur, l'autre portion restant fixe, suivant l'étendue de la portion mobile et la possibilité de mastication .... 20 à 50 —

b) *Perte de substance.*

Voûte palatine seule, les arcades dentaires étant conservées, suivant l'étendue et le siège .... 10 à 30 p. 100

Voûte palatine et voile du palais .... 40 à 60 —

Voûte palatine et une portion plus ou moins étendue de l'arcade dentaire, suivant l'étendue de la perte de substance de l'arcade, l'importance de la communication avec le nez et le sinus maxillaire. 30 à 60 —

(A son degré maximum, cette mutilation rejoint la perte totale du maxillaire supérieure).

Consolidation vicieuse : suivant le degré de l'engrènement des dents restantes et leur valeur de mastication .... 15 à 30 —

B. — Maxillaire inférieur

a) *Pseudarthrose.*

Vaste perte de substance osseuse, avec pseudarthrose très lâche et perte des dents ; il ne reste qu'une ou deux molaires sans engrènement avec leurs antagonistes .... 60 à 85 p. 100

Pseudarthrose du corps du maxillaire moins étendue et moins

lâche et il reste encore quelques dents sur les moignons permettant une certaine fonction de mastication .... 40 à 50 —

Dans ces cas l'appareillage prothétique n'apporte qu'une amélioration esthétique : la greffe ostéo-périostique seule, apporte une amélioration fonctionnelle en permettant un appareillage utile.

Pseudarthrose du corps du maxillaire peu étendue et serrée suivant le degré de conservation de la force masticatrice et suivant le coefficient dentaire .... 20 à 40 —

Pseudarthrose de la branche montante. Grosse perte de substance, pseudarthrose très lâche et déviation du maxillaire. Apprécier le degré de la force masticatrice et du trouble de l'articulé dentaire .... 20 à 40 —

Pseudarthrose serrée, perte de substance peu importante, faible déviation, mouvements conservés .... 10 à 20 —

b) *Consolidations vicieuses.*

Suivant le degré de l'engrènement des dents restantes et leur valeur de mastication .... 15 à 30 p. 100

c) *Articulation temporo-maxillaire.*

Ankylose osseuse, immobilisant complètement le maxillaire inférieur, permettant à peine le passage des liquides .... 100 p. 100

Luxation irréductible : apprécier le degré de gêne fonctionnelle en étudiant les mouvements possibles et l'engrènement dentaire dans l'occlusion maxima... 10 à 50 —

Luxation récidivant suivant la fréquence et la gravité des récidives et suivant la gêne fonctionnelle .... 5 à 20 —

d) *Constriction des mâchoires.*

Rechercher la cause, lésions musculaires, brides cicatricielles ou constrictions psychiques. Ouverture permettant le passage des aliments liquides et demi-liquides, ouverture de 10 millimètres et au-dessous. 20 à 60 p. 100

Ouverture de 10 à 30 millimètres avec possibilité de mastication .... 5 à 20 —

Troubles surajoutés par brides cicatricielles labiales entravant l'hygiène buccale, la prononciation et cause d'autres désordres : perte de la salive, etc............. 20 à 50 —

e) *Langue.*

Amputation partielle de la langue avec très léger degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglution .... 10 à 30 p. 100

Amputation étendue avec gêne fonctionnelle .... 35 à 75 —

Amputation totale........... 80 —

Paralysie de la langue, sensibilité et mobilité (voir neurologie).

f) *Voile du palais.*

Paralysie du voile du palais (voir neurologie).

g) *Dents.*

Rechercher l'origine de la perte des dents. La polycarie et la pyorrhée sont des affections constitutionnelles, leur aggravation est rarement imputable au service. Etudier aussi les conditions de la prothèse et le coefficient de mastication.

La prothèse sera fournie au mutilé toutes les fois qu'elle sera possible et utile.

a) Il reste un coefficient de mastication supérieur à 40 p. 100 et la prothèse est possible dans de bonnes conditions .... 10 p. 100

b) Coefficient de mastication inférieur à 40 p. 100. Prothèse possible et fonctionnelle bonne...... 10 à 20 —

c) Coefficient de mastication supérieur à 40 p. 100 mais prothèse difficile et fonctionnellement défectueuse .... 10 à 20 —

d) Coefficient de mastication inférieur à 40 p. 100 et prothèse fonctionnelle insuffisante....... 20 à 40 —

NEZ

I. — Mutilations extérieures du nez.

Les mutilations du nez sont consécutives à des pertes de substance des parties constituantes du nez. Les mutilations de la pyramide nasale sont un des facteurs les plus graves de défiguration et un des plus difficiles à corriger.

Indépendamment des souffrances d'ordre moral et des inconvénients professionnels qui peuvent en résulter, cs mutilations entraînent, en règle générale, des troubles respiratoires plus ou moins graves, soit en créant par atrésie un obstacle au courant d'air respiratoire, soit, au contraire, en déterminant une largeur anormale des fosses nasales, ce qui rend difficile l'expulsion des sécrétions et des croûtes par mouchage.

On ne saurait envisager ici que les mutilations traumatiques, les mutilations par syphilis tertiaire ou par lupus, ne pouvant être imputées au service militaire, en dehors de circonstances étiologiques très spéciales.

Taux d'invalidité.

Les chiffres ci-dessous se réfèrent exclusivement aux troubles fonctionnels, la défiguration devant être indemnisée en sus, conformément aux dispositions du décret du 20 mai 1925.

Exemple : Destruction complète de la pyramide nasale :

Défiguration .. 60 p. 100 }
Troubles fonctionnels .... 40 + 5 } = 78 p. 100, soit 80

Mutilation de l'aile du nez....	10 p. 100
Mutilation de la sous-cloison..	10 p. 100
Mutilation du lobule du nez..	10 p. 100
Destruction de la superstructure du nez (affaissement de la racine du nez) avec intégrité de la peau : possibilité d'opération esthétique suivant l'importance des troubles fonctionnels	15 à 20 p. 100
Destruction de la superstructure du nez (affaissement de la racine du nez) avec altération du revêtement cutané : difficulté d'opération esthétique	30 p. 100
Destruction de l'infrastructure du nez (disparition de l'auvent cartilagineux) : grosse difficulté d'opération esthétique.........	35 p. 100
Destruction complète de la pyramide nasale	40 p. 100

II. — **Lésions sténosantes du nez.**

1° Associées à une mutilation extérieure du nez.

Ajouter aux chiffres précédents :

Sténose unilatérale	5 p. 100
Sténose bilatérale	10 p. 100

2° Sans mutilation extérieure du nez.

La plupart de ces sténoses relevant de fractures de la cloison ou de synéchies peuvent être guéries au moyen d'une opération sans danger.

Sténose unilatérale..........	0 à 10 p. 100
Sténose bilatérale	0 à 20 p. 100

III. — **Anosmie.**

La perte du sens olfactif peut être due :

1° Soit à un obstacle mécanique qui empêche le passage du courant aérien vers la fente olfactive : anosmie curable par un traitement chirurgical. — Taux d'invalidité .... 0 à 5 p. 100

2° Soit à une paralysie traumatique du nerf olfactif : il s'agit alors d'anosmie incurable. — Taux d'invalidité .... 5 à 10 p. 100

Il est très difficile d'établir la réalité d'une anosmie et encore davantage de fixer ses causes étiologiques, l'infirmité pouvant être antérieure au traumatisme. L'examen, sous l'influence de diverses odeurs, des modifications des mouvements du cœur et de la respiration, enregistrées sur un appareil de Marey, est le seul moyen objectif que nous ayons pour arriver à dépister la simulation.

IV. — **Sinusites.**

D'une façon générale, les sinusites par projectiles de guerre sont relativement plus graves et plus difficiles à guérir que les sinusites médicales (d'origine nasale ou d'origine dentaire). Elles s'accompagnent en règle générale de lésions d'ostéomyélite et la séquestration de l'os n'est pas rare ; elles se fistulisent souvent à l'extérieur.

Le diagnostic se base sur l'existence d'une suppuration nasale généralement unilatérale, parfois bilatérale, tachant les mouchoirs en jaune vert. Le diagnostic du sinus atteint se base sur les données de la rhinoscopie, qui décèle la présence de pus dans le méat moyen ou dans le méat supérieur ; sur les données de la transillumination de la face et sur celles de la radiographie.

1° *Sinusites maxillaires.* — Ces sinusites guérissent presque à coup sûr par une intervention chirurgicale sans danger.

Taux d'invalidité.

Sinusite maxillaire unilatérale	0 à 5 p. 100
Sinusite maxillaire bilatérale..	0 à 10 —

Ces chiffres doivent être majorés de 5 à 10 p. 100 en cas d'ostéite ou de projectile inclus.

2° *Sinusites frontales et fronto-ethmoïdales.* — Les résultats thérapeutiques sont ici beaucoup plus infidèles et certaines de ces sinusites récidivent après les opérations chirurgicales les mieux conduites. Elles provoquent des céphalées violentes, des troubles de l'état général, peuvent déclancher des complications endocraniennes graves (abcès du cerveau méningite). En pratique, la sinusite frontale isolée n'existe pas, elle s'accompagne toujours à quelque degré, d'une infection de l'ethmoïde antérieur.

Taux d'invalidité.

Sinusite fronto-ethmoïdale unilatérale	15 à 30 p. 100
Sinusite fronto-ethmoïdale bilatérale	20 à 30 —

3° *Sinusites sphénoïdales et sphéno-ethmoïdales postérieures.*

La sinusite sphénoïdale s'accompagne généralement d'une infection des cellules ethmoïdales postérieures. Cette sinusite sphéno-ethmoïdale est relativement rare, elle peut être l'origine de céphalée rebelle, de troubles oculaires et de complications endocraniennes. Sa cure chirurgicale est relativement moins difficile que celle de la sinusite fronto-ethmoïdale.

Taux d'invalidité.

Sinusite sphénoïdale unilatérale	10 à 20 p. 100
Sinusite sphénoïdale bilatérale.	20 à 30 —

V. — Cranio-hydrorrhée.

L'écoulement par la fosse nasale de liquide céphalo-rachidien peut être la conséquence d'un traumatisme grave ayant fracturé la lame criblée de l'ethmoïdale. Le liquide rejeté, examiné chimiquement, est pauvre en chlorure et ne contient pas de sérum-albumine (à moins d'une réaction méningée surajoutée). Cette affection peut durer plusieurs mois ou même, exceptionnellement, plusieurs années, mais son pronostic est fatal à plus ou moins longue échéance. — Taux d'invalidité : 100 p. 100.

VI. — Rhinites croûteuses post-traumatiques ou par gaz.

On n'admettra l'origine traumatique qu'en cas de commémoratifs certains, après avoir exclu l'existence d'un ozène préexistant ou d'une syphilis nasale. — Taux d'invalidité : 10 à 20 p. 100 suivant l'uni ou la bilatéralité des lésions.

OREILLES

MESURE DE L'AUDITION AU COURS DE L'EXPERTISE

Autant il est facile de déterminer par une méthode simple la mesure de l'acuité visuelle, autant la mesure de l'acuité auditive offre de difficultés.

Dans le premier cas, en effet, il a suffi de choisir des signes graphiques de grandeur arbitraire et de noter métriquement la distance à laquelle ces signes sont vus nettement.

Pour la détermination de l'audition, les obstacles qui surgissent sont relatifs au choix de la source sonore et à l'intensité des sons à produire.

Il n'existe pas une unité d'intensité sonore analogue aux unités d'intensité lumineuse.

D'autre part, l'accord ne s'est pas encore réalisé entre auristes sur le choix de l'unité d'acuité auditive.

On voit par ce simple exposé que les méthodes acoumétriques ne sont pas parfaites et permettent seulement d'atteindre à des approximations.

La question se réduit à ceci : comment, en un temp relativement court, avec une instrumentation simple, poser, en face d'une hypoacoustie, un diagnostic exact, à l'abri de toute erreur, et d'écarter l'exagération, consciente ou inconsciente, toujours possible en matière d'expertise ?

L'expert doit faire appel aux divers procédés classiques d'acoumétrie instrumentale et d'acoumétrie phonique.

ACOUMÉTRIE INSTRUMENTALE

Celle-ci peut mettre en œuvre :

1° Soit des acoumètres mécaniques ;

2° Soit des acoumètres électriques.

Parmi les acoumètres mécaniques, la montre, les diapasons, le sifflet de Galton, le monocorde de Struycken, les plus usuels, sont d'emploi facile, mais ils n'interrogent l'oreille que pour une seule tonalité et ne permettent pas un jugement d'ensemble.

Les diapasons, s'ils ne peuvent permettre une appréciation rigoureuse d'ordre quantitatif sont cependant précieux pour :

a) L'étude du champ auditif normal (acoumétrie qualitative) en particulier pour la détermination de la limite intérieure de l'échelle tonale qui s'élève dans les affections de l'oreille moyenne ;

b) La mesure isolée ou comparative de la perception aérienne et de la perception osseuse.

Il en résulte un certain nombre d'épreuves classiques (Schwabach, Weber, Rinne) qui permettent de localiser rapidement le siège de la lésion à l'oreille moyenne ou à l'oreille interne.

Il suffit, en pratique, de réaliser ces recherches à l'aide de l'un des diapasons suivants :

Diapason Ut 2 (128 V. D.) quand il s'agit d'une surdité liée à une lésion de l'oreille moyenne.

Diapason La 3 (435 V. B.) pour les surdités liées à une lésion de l'oreille interne.

Le son de ce diapason est dans la zone « hypersensible » dont l'atteinte est, on le sait, très précoce dans les lésions labyrinthiques.

Le sifflet de Galton ou le monocorde Struycken serviront à la détermination de la limite supérieure des sons qui s'abaisse au cours des maladies localisées.

Les *acoumètres électriques*, mus par des énergies connues, réglables dans leurs plus infimes manifestations, ont l'avantage de produire comme excitant sonore des bruits de hauteur et de timbre absolument constants, et partant, toujours comparables à eux-mêmes sur le même individu aussi bien que d'un individu à l'autre.

Ils permettent non seulement les mensurations précises de l'ouïe, mais toutes les épreuves de contrôle ou de dépistage nécessaires, en mettant en évidence les moindres contradictions dans les réponses des patients et les écarts dont le sujet en expérience n'est pas conscient ; ils permettent la recherche du réflexe cochléo-palpébral, au moyen de doses parfaitement déterminées, l'étude de l'acoumétrie réciproque, des équivalences centimétriques, etc.

L'un des plus répandus en France est l'inducteur de R. Foy, qui doit exister dans tous les centres d'examen.

L'inconvénient qu'il présente est de n'interroger l'appareil auditif que pour une seule sonorité.

Les acoumètres plurisonores dont l'un des plus perfectionnés, l'audiomètre de la Western C°, pouvant donner une gamme de sons allant de 16 V. D. à 32.000 V. D. et, par conséquent susceptible d'apporter le maximum de rigueur dans l'investigation, sont par contre, d'un prix trop élevé pour être d'un emploi généralisé.

De plus, il n'existe pas encore d'appareil « étalon » international ou même national.

Enfin, tous ces appareils sont passibles d'une dernière objection. Les mesures qu'ils permettent de réaliser ne valent que pour les bruits. Ils ne renseignent pas sur la valeur d'audition pratiquement utilisable celle de la parole, qui importe surtout à l'expert.

Il n'a pas été possible jusqu'ici d'établir une équivalence rigoureusement acceptable entre les vibrations sonores d'un appareil et la voix chuchotée ou de conversation.

L'idéal serait de pouvoir affirmer que tel sujet entendant à une distance donnée les vibrations réglées pour une intensité connue doit entendre la voix à une distance correspondante.

Or, le problème n'est pas encore résolu pour cette raison majeure que la voix parlée ne peut être assimilée à un ton pur, renforcé ou non.

Malgré ces objections, il est toutefois souhaitable que, dans l'appréciation de la valeur fonctionnelle de l'audition, on fasse état des renseignements fournis par ces acoumètres, dont les vibrations électriques d'intensité connue et réglable permettent des notations précises, comparables au cours d'examens successifs, par suite de l'établissement de graphiques, de courbes acoumétriques, donnant la valeur de l'audition sous une forme visible, et des renseignements sur la forme clinique de la lésion.

En l'absence d'appareil perfectionné capable d'émettre des sons comparables à ceux de la voix humaine, dont il ne peut avoir ni la forme sonore, ni les modulations, un acoumètre électrique donnant trois ou quatre notes de la zone grave, autant de la zone moyenne, de la zone aiguë suffirait amplement pour la pratique courante.

En attendant la réalisation de cet appareil phonétique enregistreur comprenant une dizaine de notes de la gamme sonore, l'emploi de l'inducteur acoumétrique de R. Foy doit être au moins rendu obligatoire.

Dans l'état actuel de l'audiométrie, l'acoumétrie *instrumentale* ne dispense pas de l'acoumétrie *vocale.*

On a fait à l'*acoumétrie phonique* des objections nombreuses et qui paraissent *a priori* fort graves.

Le choix et l'articulation des mots variables avec chaque expérimentateur, les conditions de milieu dans lequel se fait l'examen, le degré de silence ambiant et surtout la plus ou moins grande facilité que possède le sujet en expérience de compléter ou de deviner, d'après un phonème déterminé, le reste du vocable sont autant de causes capables de modifier les résultats obtenus.

En observant certaines précautions, on parvient à réduire une part des causes d'erreurs.

Il convient, en particulier, d'avoir un répertoire qui soit toujours le même afin que les résultats soient comparables entre eux.

Le mots ne seront pas choisis au hasard mais composés tantôt de phonèmes graves (consonnes graves), tantôt de phonèmes aigus (sifflantes).

Cette distinction présente le plus grand intérêt puisque :

1° Les lésions de l'appareil de transmission se manifestent par une diminution de l'audition des sons graves ;

2° Les lésions de l'appareil de réception par une diminution de l'audité des sons aigus.

Quand les épreuves préalables auront révélé une surdité pour les sons graves, c'est-à-dire une lésion de l'appareil de transmission, il sera indiqué de contrôler les résultats obtenus en articulant devant l'oreille du malade des mots à type grave aigu.

Le malade dira entendre les consonnes aiguës, et inversement dans les cas de lésions labyrinthiques, les consonnes graves seront seules perçues.

Il convient enfin de tenir compte de l'*indistinction* du langage en rapport avec la succession trop rapide de différents phonèmes.

Le langage articulé devient indistinct pour une oreille normale dès que l'émission dépasse 12 sons par seconde.

Pour le sourd, l'indistinction se produit avec une rapidité de diction bien moindre.

Elle peut apparaître avec un débit de deux ou trois syllabes par secondes.

L'examen à la voix se fera à la *voix forte ou de commandement* s'il s'agit d'un grand sourd, à la *voix ordinaire* (voix de conversation) et la *voix chuchotée* (voix basse).

L'examen à la voix *chuchotée* constitue le procédé comportant la moindre somme d'objections. Son intensité, si elle est émise après une large expiration, avec le seul air résiduel peut ne pas offrir de variations considérables d'un individu à l'autre. Il n'en est pas de même de son timbre qui peut différer suivant les organes phonateurs et le mode d'articulation de chaque individu.

Elle ne saurait donc prétendre à donner mathématiquement la mesure de l'acuité auditive du sujet examiné.

Il est vrai que les causes principales des difficultés de l'examen auditif en matière d'expertise ne résultent pas tant de l'imperfection relative de nos moyens d'exploration que des conditions toutes particulières où ils sont appliqués.

ÉPREUVES DE CONTROLE

Les méthodes classiques d'examen de la fonction auditive (acoumétrie instrumentale et acoumétrie phonique) sont toutes fondées sur les réponses du sujet aux sensations auditives d'ordre divers soumises à son appréciation.

Elles donnent, en clinique courante, des résultats sinon rigoureusement scientifiques, du moins des renseignements d'une approximation suffisante.

Mais, pour être valables, elles supposent la bonne foi du malade et l'intégrité de ses facultés psychiques.

Or l'on sait la tendance bien humaine qu'ont certains sujets à exagérer les troubles qu'ils présentent et combien, parmi les anciens traumatisés du crâne, sont amoindris tout au moins dans leur faculté d'attention.

Avec l'acoumètre le plus perfectionné, leurs réponses ne gagneraient ni en précision, ni en exactitude.

Aussi l'expert est-il obligé de faire appel aux épreuves de contrôle, liées non seulement aux réponses verbales, mais à des manifestations exterieures, objectives, réflexes, de leur audition ou de leur surdité.

Ces épreuves — aujourd'hui classiques — se divisent en deux catégories :

1° Les moyens de dépistage fondés sur les antécédents, les commémoratifs, l'examen objectif, l'attitude du sujet, les moyens de surprise, le contrôle de la lecture sur les lèvres, le faux rinne négatif, l'épreuve de Weber ne donnent que des présomptions.

2° Les épreuves réflexes — réflexe cochléophonatoire — réflexe cochléo-palpébral offrent une très grande valeur et atteignent à une quasi-certitude.

Ces dernières épreuves peuvent être recherchées à l'aide d'acoumètres électriques simples, unisonores, tels que l'appareil de R. Foy.

Cet acoumètre permet d'associer à la recherche des réflexes, les épreuves d'induction acoumétrique, d'acoumétrie réciproque utiles à l'appréciation de la valeur d'audition d'un sujet.

Il n'est pas nécessaire d'appliquer systématiquement à tous les cas d'expertise la série des épreuves dites de sincérité.

Un examen aussi complet serait sans doute souvent matériellement impossible. La multiplicité des recherches ne s'impose que pour les cas difficiles.

Mais, en général, une seule des épreuves de surprise, aura permis de convaincre le faux sourd de sa supercherie.

Il est bien rare qu'avec de la persuasion on ne le ramène dans la bonne voie et qu'on ne puisse alors en le soumettant aux méthodes classiques d'examen préciser en toute sincérité sa valeur d'audition.

SYNDROMES ACOUMÉTRIQUES. — TYPES DE SURDITÉ.

L'examen ainsi conduit permettra de reconnaître :

a) La surdité d'origine interne, labyrinthique ou, nerveuse

b) La surdité de l'oreille moyenne.

Les commémoratifs, l'évolution et l'examen objectif complèteront le diagnostic ;

c) Le raccourcissement de l'audition osseuse, l'abaissement de la limite supérieure des sons avec conservation relative de la limite inférieure, la fatigabilité du nerf auditif, mise en évidence par la perception nouvelle d'un bruit ou d'un son qui aurait cessé d'être perçu quelques instants auparavant, le Rinne, positif, le Weber latéralisé du côté non atteint, tel est le tableau de l'atteinte labyrinthique. Seules les labyrinthites et les névrites de l'acoustique peuvent « tuer l'oreille » (surdité totale) ;

d) La perte de l'audition des sons graves, l'augmentation de la perception osseuse, le Rinne négatif indiquent de façon certaine une surdité de l'oreille moyenne.

Deux « variétés » principales sont à distinguer :

a) Les tympanoscléroses : otite moyenne adhésive sèche post-catarrhale et otite moyenne cicatricielle postotorrhéique.

b) L'ostéospongiose ou capsisclérose.

L'examen objectif contribue puissamment à établir le diagnostic différentiel.

Deux épreuves, d'ailleurs, aident dans les cas difficiles, au diagnostic et permettent d'affirmer que la chaîne des osselets, l'étrier en particulier ont conservé leur mobilité. Ce sont les épreuves de Gellé : épreuve de la pression centripète et épreuve de l'auscultation transauriculaire.

Dans la tympanosclérose, la surdité s'est installée progressivement s'accompagnant de bruits subjectifs, de vertiges légers. Le tympan, épaissi, blanc, opaque dépoli est caractéristique.

Dans l'ostéospongiose caractérisée par l'ankylose de l'étrier, le début remonte à l'adolescence ; la surdité progressive s'accompagne de bourdonnements et de vertiges, mais le tympan est intact, laissant pourtant deviner la tache rose que forme le promontoire.

La trompe est perméable, les fosses nasales normales.

Contrairement aux labyrinthiques, ces deux dernières variétés de sourds sont susceptibles d'entendre un peu mieux à l'aide d'un cornet acoustique ou d'un microphone.

SYNDROMES MIXTES

Il peut enfin y avoir superposition des signes de lésions cochléaires aux signes de lésions de l'appareil de transmission.

Suivant la prédominance des lésions cochléaires ou des lésions tympaniques, la formule tendra à être celle de surdité labyrinthique, ou celle de surdité tympanique.

L'épreuve de Gellé pourra servir à préciser le diagnostic entre ostéospongiose (forme mixte) et névrite de l'acoustique. Elle est négative s'il y a spongiose à *forme mixte*. Elle est *positive* s'il y a labyrinthite pure.

Tels sont les éléments essentiels à l'aide desquels au cours de l'expertise on pourra reconnaître les différents types de surdité.

VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES

La plupart des sourds qui sont actuellement soumis à l'expertise se répartissent ainsi :

A. — Les *surdités traumatiques* qui peuvent être divisées en trois catégories :

a) Surdités par traumatisme immédiat de la région auriculomastoïdienne ou par traumatisme médiat (blessures du crâne n'ayant pas intéressé directement l'oreille, en particulier blessures du massif facial, de l'écaille occipitale).

Dans les fractures de la voûte crânienne la surdité est rare.

Dans ces différents cas, les lésions de l'appareil auditif sont parfois combinées à des troubles nerveux.

Ces surdités traumatiques sont presque toujours du type labyrinthique (fissures labyrinthiques, lésions de l'organe de Corti), de pronostic grave, habituellement incurables, même avec l'épreuve du temps.

Il s'agit d'ordinaire d'une surdité unilatérale. La surdité bilatérale totale par lésion traumatique des deux labyrinthes est heureusement exceptionnelle.

b) Les surdités produites par l'ébranlement de la masse aérienne : commotions labyrinthiques avec ou sans rupture du tympan.

Le pronostic de la commotion labyrinthique pure s'est montré plus bénin qu'on n'était tenté de le croire *a priori*.

Le plus souvent, il s'agit d'un simple ébranlement et non d'une lésion définitive ; exceptionnellement, il s'agit de surdité totale et incurable.

Le pronostic de la commotion labyrinthique avec rupture tympanique suivie ou non d'otite moyenne purulente s'est montré encore plus favorable.

c) *Les surdités ou surdimutités par névrose traumatique, surdités psychiques ou fonctionnelles avec ou sans association de lésion organique.* Leur expertise comporte presque toujours un examen neuropsychiatrique.

Plus on s'éloigne de la guerre, plus cette catégorie de grands sourds commotionnels tend à disparaître. Aussi convient-il d'adopter à leur sujet des solutions provisoires et de remettre à plus tard le soin de liquider définitivement leur solution.

B. — Les *surdités non traumatiques* sont de beaucoup les plus nombreuses. Les causes dont elles relèvent habituellement sont : l'otite moyenne suppurée chronique, l'otite adhésive chronique postcatarrhale et l'otite cicatricielle chronique postotorrhéique, qui sont la conséquence d'une affection catarrhale ou purulente du rhino-pharynx et de la trompe d'Eustache, souvent antérieure au service.

Les fatigues du service peuvent intervenir seulement pour une faible part dans la persistance ou l'aggravation de cette variété de surdité.

Ces surdités ne peuvent être considérées comme définitives qu'au bout de plusieurs années, car un certain nombre d'entre elles ont tendance, spontanément ou sous l'influence du traitement, à l'amélioration ou à la guérison progressive.

b) Les capsiscléroses ou ostéospongioses, troubles dystrophiques d'évolution lente, essentiellement progressive dont le début remonte presque toujours à une époque antérieure au service.

D'étiologie obscure, conditionnée par l'hérédité, par certaines infections (hérédosyphilis, tuberculose, fièvre typhoïde), cette variété de surdité n'est susceptible d'indemnisation que lorsqu'elle a été indiscutablement aggravée par les fatigues du service.

c) Les labyrinthoscléroses, qui sont des états dégénératifs scléreux consécutifs à une labyrinthopathie quelconque. Il s'agit suivant les cas d'un processus artérioscléreux, d'une intoxication exogène (quinine, alcool) ou endogène (azotémie, uricémie, glycémie, etc.) d'une infection (syphilis, oreillons, grippe, scarlatine, méningite, etc.)

Ces états ne doivent comporter d'indemnisation que s'ils sont indiscutablement provoqués ou aggravés par les fatigues du service.

Il en est de même des névrites de l'acoustique et des lésions portant sur la voie cochléaire.

Pourcentage de l'invalidité.

L'évaluation de l'infirmité doit tenir compte de cette notion clinique que la dépréciation s'aggrave dans des proportions considérables lorsqu'il s'agit de grandes surdités, à plus forte raison de surdités totales.

En vertu de ces considérations a été adopté un classement des surdités en quatre degrés comportant :

a) La notion de l'état d'audition à la fois en voix haute et en voix chuchotée ;

b) La division du 2e degré de surdité en deux variétés : faible et forte.

Comme conclusion de son examen d'ensemble, l'expert sera ainsi amené à classer le sourd dans l'une des catégories suivantes :

1er degré. — *Surdité légère.* — Les malades de cette catégorie quoique ayant un affaiblissement marqué de l'audition, entendent la voix haute entre 4 et 5 mètres, et la voix chuchotée à 50 centimètres. Ils sont aptes à suivre une conversation générale.

2e degré. — *Surdité moyenne* :

a) Variété faible : rentrent dans cette catégorie les sourds qui entendent la voix haute à 1 mètre environ et la voix chuchotée à 10 centimètres.

b) Variété forte ; entendent la voix haute à 30 centimètres et la voix chuchotée à 5 centimètres et au-dessous.

Ces sujets ne peuvent suivre une conversation générale mais peuvent s'entretenir en têteà-tête avec un interlocuteur.

3e degré. — *Surdité forte.* — Les patients n'entendent que la voix haute ou criée au voisinage du pavillon.

4e degré. — *Surdité absolue.* Entrent dans cette catégorie les patients chez lesquels la perte de l'audition est totale (surdité-mutité, surdité, labyrinthique consécutive aux oreillons, à la méninigite cérébro-spinale, etc.). Seules la mimique ou l'écriture permettent d'entrer en relation avec cette catégorie d'infirmes.

Ces délimitations correspondent à des états nettements tranchés, à des points de repère bien nets et de constatation aisée. Le sourd qui se mêle à la vie courante est bien distinct du sourd réduit à causer en tête-à-tête, de même que celui-ci diffère profondément du sourd auquel on est obligé de « corner aux oreilles ».

Enfin la séparation n'en est pas moins nette entre ces derniers et les malheureux réduits à s'entretenir avec leurs semblables au moyen de la mimique ou de l'écriture.

Cette classification n'est donc pas absolument artificielle. Elle correspond à des types d'observation courante, presque à des étapes de la surdité.

Dans l'établissement du pourcentage nous nous sommes avant tout préoccupés de relever le taux des grandes surdités bilatérales, en établissant, pour les surdités du 3e degré, une différence suivant qu'il s'agit d'une lésion de l'appareil de transmission justiciable dans une certaine mesure d'un appareillage de suppléance ou d'une lésion de l'appareil de réception non susceptible de compensation.

Ces taux sont indépendants de ceux que peut justifier l'existence de vertiges, de bourdonnements ou d'écoulements d'oreilles qui, dûment constatés, méritent d'être l'objet d'une invalité supplémentaire.

Le barème ainsi modifié se présente sous la forme suivante :

Tableau d'évaluation des diminutions d'acuité auditive.

(*Ce tableau se lit comme une table de Pythagore.*)

Les chiffres indiquent :

c) V. H. — Les distances auxquelles est perçue la voix haute.

b) V. C. — Les distances auxquelles est perçue la voix chuchotée.

Les deux taux d'invalidité indiqués au 3e degré correspondent :

Le premier, à la surdité améliorée par les appareils acoustiques.

Le second, à la surdité non améliorée par ces appareils.

Evaluation de l'acuité auditive de l'oreille la moins sourde.		V. H.	V. C.	Evaluation de l'acuité auditive de l'oreille la plus sourde. — 1er degré (V. H. 4-5 m. ; V. C. 53 c/m.)	2e degré, Variété faible (V. H. 1 m. ; V. C. 10 c/m.)	2e degré, Variété forte (V. H. 4-5 m. ; V. C. 5 c/m. et au-dessous)	3e degré (V. H. Au voisinage du pavillon. ; V. C. 5 c/m. et au-dessous)	4e degré (Surdité absolue.)
1er degré		V. H. 4-5 m.	V. C. 50 c/m.	0 p. 100	10 p. 100	15 p. 100	20 p. 100 25 p. 100	30 p. 100
2e degré.	Variété faible	V. H. 1 m.	V. C. 10 c/m.	10 p. 100	30 p. 100	35 p. 100	40 p. 100 45 p. 100	50 p. 100
2e degré.	Variété forte	V. H. 0 m. 30	V. C. 5 c/m. et au-dessous	15 p. 100	35 p. 100	45 p. 100	50 p. 100 55 p. 100	60 p. 100
3e degré	V. H. Au voisinage du pavillon.			20 p. 100 25 p. 100	40 p. 100 45 p. 100	50 p. 100 55 p. 100	65 p. 100 70 p. 100	80 p. 100 85 p. 100
4e degré	Surdité absolue.			30 p. 100	50 p. 100	60 p. 100	80 p. 100 85 p. 100	90 .p 100

VERTIGES D'ORIGINE AURICULAIRE

L'appréciation de l'invalidité provoquée par les vertiges est un problème des plus délicats.

Les vertiges sont, en effet, des troubles souvent subjectifs, qui mettent en cause le degré de sincérité du malade, son coefficient d'émotivité ou de pusillanimité.

Etant donnée la difficulté qu'il y a souvent à rattacher les vertiges à une cause vestibulaire, la complexité des facteurs qui peuvent déterminer l'altération labyrinthique, il importe de procéder à l'examen méthodique et approfondi comportant :

a) Interrogatoire sur le caractère du vertige, sa date d'apparition, son évolution, ses symptômes associés ;

b) L'examen des grandes fonctions de l'organisme : étude des troubles cardiovasculaires, rénaux, gastro-hépatiques, etc., la recherche des stigmates, des infections chroniques ou maladies diathésiques ;

c) L'examen otoscopique et l'examen de la fonction auditive ;

d) L'examen vestibulaire à l'aide des épreuves labyrinthiques.

Ce n'est que par l'étude serrée des anamnestiques, des symptômes associés et des réponses aux épreuves labyrinthiques que l'on pourra souvent préciser le diagnostic de vertige.

Le vertige auriculaire est « systématisé », c'est-à-dire s'accompagne de sensations de relation dans un plan défini, soit des objets extérieurs, soit du sujet lui-même. Il existe quelquefois des troubles objectifs de déséquilibre (chute, démarche oscillante, Romberg positif) et dans presque tous les cas des signes objectifs, tantôt évidents, tantôt discrets, altérations du tympan, lésions de la trompe, foyers d'ostéite de la caisse, troubles spontanés ou provoqués par l'excitation artificielle du labyrinthe, susceptibles d'authentifier la réalité du vertige.

La négativité des épreuves vestibulaires permet de conclure à l'absence d'altérations graves du labyrinthe et en tout cas, à la légèreté de l'atteinte labyrinthique.

En matière de *traumatisme*, il faut noter que les vertiges ont une tendance normale à diminuer d'intensité et de fréquence au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de l'accident. Ils ne doivent donc pas être l'objet d'une évaluation définitive d'emblée.

Les vertiges, dus à un processus irritatif, toxique ou infectieux, sont également susceptibles d'amélioration ou de guérison. Ils ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une observation prolongée.

Pour apprécier le degré d'invalidité, on tiendra compte de :

La fréquence des vertiges.

L'intensité des vertiges.

Les résultats de l'examen objectif et fonctionnel de l'oreille.

Leur taux sera estimé suivant l'intensité et la fréquence des accès, de 10 à 50 p. 100.

BOURDONNEMENTS

Les mêmes considérations s'appliquent aux bourdonnements dans les variétés sont nombreuses et reconnaissent en général pour cause une irritation de l'oreille interne.

Celle-ci peut dépendre :

a) D'une lésion de l'oreille externe (cérumen, corps étrangers comprimant le tympan, les osselets et le liquide endolymphatique) ;

b) D'une lésion de l'oreille moyenne (épanchement, otite cicatricielle, otite sèche) ou lésions de la trompe, agissant suivant le même mécanisme ;

c) Lésions de l'oreille interne (troubles circulatoires, anémie, congestion, maladies générales, artério-sclérose, etc.).

Dans les lésions du conduit auditif, dans les lésions inflammatoires et les traumatismes de l'oreille moyenne, les acouphènes ne sont jamais durables ; leur intensité est modérée. La guérison rapide est la règle.

Au contraire, dans l'otite chronique moyenne sèche, dans l'ostéospongiose et, surtout dans les labyrinthites ou neurolabyrinthites, les bourdonnements peuvent durer plusieurs années, avec une intensité plus ou moins constante.

Ceux-là seuls méritent d'être l'objet d'une indemnisation qui, suivant leur gravité (durée, intensité, retentissement sur l'état général, moral et psychique), variera de 5 à 20 p. 100.

OTORRHÉES CHRONIQUES

Il y a lieu de prévoir l'indemnisation de l'écoulement d'oreille passé à l'état chronique.

Actuellement, l'otorrhée n'ouvre droit à pension que si elle est symptomatique d'ostéite du temporal.

Il convient d'être plus explicite et d'affecter aux otorrhées un pourcentage différent suivant qu'elles appartiennent à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

a) Otorrhée muqueuse caractérisée par un écoulement intermittent, plus ou moins abondant, muco-purulent, sortant par une perforation tympanique de siège généralement antéro-inférieur.

Cette suppuration est fonction d'une infection légère de la muqueuse tubo-tympanique, sans atteinte de l'os.

Les malades « se mouchent par l'oreille ».

L'indemnisation pourra osciller entre 5 et 10 p. 100, s'il est reconnu que l'otite s'est déclarée ou aété aggravée au cours ou à l'occasion du service.

Elle sera toujours temporaire, cette variété d'otite ayant tendance à guérir spontanément ou sous l'influence du traitement.

b) Otorrhée d'origine ostéitique (ostéite des osselets ou des parois de la caisse), caractérisée par des sécrétions plus ou moins abondantes, souvent fétides, émises à travers des perforations occupant en général la région postérieure du tympan.

Deux types extrêmes :

1° Destruction plus ou moins large du tympan, avec conservation relative ou destruction du marteau et de l'enclume, fond de caisse bourgeonnant, polypoïde et parfois présence de cholestéatome ;

2° Perforations hautes de la membrane de Schrapnell, en rapport avec une suppuration de l'attique ; souvent peu suppurantes et masquées par une croûtelle.

Dans l'un et l'autre cas, quel que soit l'état de l'audition, il y a lieu à indemnisation variant de 10 à 25 p. 100 suivant les caractères de l'écoulement (abondance, fétidité) et la gravité apparente des lésions et leur uni ou bilatéralité.

Cette indemnisation n'est justifiée que si l'otite a été incontestablement causée ou aggravée au cours ou à l'occasion du service.

Elle ne sera définitive qu'après plusieurs années.

CENTRES DE RÉÉDUCATION

Il y a lieu de prévoir pour les grands sourds bilatéraux dont la déficience auditive ne peut être relevée par les appareils acoustiques (cornets ou microphones) la possibilité d'être instruits de la lecture sur lèvres dans les centres pourvus de médecins spécialisés.

LARYNX-TRACHÉE

Les affections contractées ou aggravées en service qui intéressent le larynx et peuvent gêner son fonctionnement tant respiratoire que phonatoire proviennent de trois ordres de caues :

1° Le larynx peut être atteint d'une affection médicale des voies aériennes : *laryngite chronique*, due soit à une infection acquise au service, soit à une affection antérieure, mais aggravée manifestement par les conditions du service. Au point de vue nosologique, ce sera soit une *laryngite chronique banale*; soit une affection spécifique : *tuberculose du larynx* ,

2° *Les gaz toxiques*, et principalement l'ypérite, ont, par leur causticité, attaqué les voies respiratoires et particulièrement le larynx, siège d'élection des brûlures par gaz, à cause du rétrécissement normal de la glotte et de ses contractions spasmodiques de défense.

L'intoxication par gaz massive et diffuse a souvent amené la mort par asphyxie (œdème de la glotte). Localement grave, elle a pu amener des brûlures avec suffusions sanguines, œdème et secondairement des ulcérations et escarres profondes, dont la cicatrisation défectueuse se traduit par des déformations, des sténoses troublant la fonction laryngée. On peut admettre, en outre, qu'un larynx brûlé par les gaz offre une moindre résistance à l'infection tuberculeuse et que, dans certains cas, la tuberculose laryngée peut reconnaître comme cause prédisposante une intoxication par gaz ;

3° Enfin, les *lésions traumatiques du larynx* sont dues soit à l'atteinte directe de l'organe par un projectile transfixiant (balle, éclat d'obus), rarement par une arme blanche ou un corps contondant, soit à l'atteinte indirecte par des compressions (ébranlements, explosions), soit encore à des causes traumatiques externes (paralysies par section ou compression des nerfs moteurs laryngés).

Les séquelles laryngées portent atteinte à la double fonction de l'organe : *respiratoire*, dont l'importance vitale devra faire accorder aux sténosés et trachéotomisés le taux de pension des grands mutilés ; *phonatoire*, dont le trouble plus ou moins grand amènera une infirmité pénible à des degrés divers.

L'examen laryngoscopique montrera des lésions qui s'étendent depuis les altérations de la muqueuse seule dans les laryngites catarrhales ou tuberculeuses au début, jusqu'aux grandes déformations et cicatrices sténosantes dues aux brûlures profondes et aux destructions cartilagineuses, localisées ou subtotales, et ayant alors nécessité des laryngotomies ou trachéotomies permanentes. Des déformations extérieures, brides cicatricielles du cou, peuvent s'y ajouter.

LARYNGITES CHRONIQUES SIMPLES

Elles sont caractérisées par la toux et des troubles vocaux intermittents ou permanents, allant depuis la voix éraillée mais sonore jusqu'au chuchotement. Pas de dyspnée. Ces cas nécessitent une attention particulière, car une laryngite aiguë ne passe généralement pas à la chronicité si des causes étrangères (excès de tabac, alcool, syphilis) ne viennent pas se surajouter. Rien ne caractérise au miroir ces laryngites : congestion de la muqueuse laryngée et trachéale, épaississement des cordes sans ulcération. Les pachydermites, nodules vocaux, polypes, ne semblent pas pouvoir être rapportés à une laryngite acquise en campagne ou au service. Dans les cas où l'origine en service est indiscutable, selon le degré de dysphonie : 5 à 10 p. 100.

LARYNGITES CHEZ LES GAZÉS

Le diagnostic de laryngite par gaz est difficile à justifier tardivement à moins de commémoratifs certains. Il est utile de chercher des lésions broncho-pulmonaires concomitantes. On trouvera le plus souvent des lésions de laryngite diffuse congestive prédominant à la glotte ou des cordes amincies, détendues, s'accolant mal et masquées par des bandes ventriculaires épaisses qui jouent un rôle de suppléance.

Selon la dysphonie : 10 à 30 p. 100.

Il peut exister des paralysies musculaires (voir paralysie) et, dans les cas graves, des cicatrices avec palmature et sténose glottique avec dyspnée (voir traumatismes).

TUBERCULOSE DU LARYNX

Comme il a été dit précédemment, elle a pu appa-

raître au cours du service ou exister antérieurement sous une forme torpide et être réveillée et aggravée par les fatigues et infections banales intercurrentes, ou encore apparaître tardivement sur un larynx déjà atteint par les gaz ou un traumatisme.

Il est souvent difficile de pouvoir rapporter sûrement cette tuberculose à une origine en service et on devra chercher les commémoratifs, l'état des poumons et des crachats. Cliniquement on doit distinguer une phase de début où l'organe ne présente pas encore de lésions caractéristiques, mais où son aspect doit faire suspecter une tuberculose latente : pâleur des muqueuses, cordes dépolies, inégales, rosées irrégulièrement, se contractant faiblement : c'est la *laryngite catarrhale suspecte.*

La tuberculose caractérisée montre surtout des lésions des cordes et de la commissure postérieure : cordite uni ou bilatérale (infiltration diffuse, aspect boudiné, ulcérations en coup d'ongle ou dent de scie. Infiltration interaryténoïdienne, velvétique, puis végétante masquant une ulcération). Parfois le type végétant domine même sur les cordes, Les troubles fonctionnels ne sont encore que phonatoires.

Si les lésions s'étendent au pourtour du vestibule laryngé : aryténoïde, épiglotte, repli aryépiglottique sous forme d'infiltration d'abord puis d'ulcération, la dysphagie apparaît amenant vite une atteinte grave de l'état général.

Plus rarement, infiltration et végétations peuvent obstruer la glotte, la dyspnée apparaît dans l'effort, puis devient permanente et peut nécessiter la trachéotomie.

En pratique, la tuberculose du larynx accompagne une atteinte du poumon, mais elle doit être évaluée à part. Dans le cas de tuberculose pulmonaire donnant un taux de 100 p. 100 c'est en surpension que s'ajoutera le pourcentage des troubles laryngés.

On évaluera :

Laryngite catarrhale suspecte.	15 à 20 p. 100
Tuberculose laryngée avec dysphonie seule (cordite)..........	20 à 40 p. 100
Tuberculose laryngée avec dysphagie (aryténoïde-épiglotte)...	40 à 60 p. 100
Tuberculose laryngée avec dysnée continue	50 à 80 p. 100
Tuberculose laryngée avec dysnée avec trachéotomie	100 p. 100

PARALYSIES LARYNGÉES

Relèvent de deux causes :

1° Pas de traumatisme, mais paralysie musculaire atteignant surtout les thyroaryténoïdiens internes, interaryténoïdiens, etc., et laissant un orifice anormal en phonation (glotte triangulaire, ovale , en sablier) par mauvais accolement des cordes. Cette myopathie est due à une brûlure ancienne par gaz (commémoratifs) ou au début d'une tuberculose (pâleur des muqueuses).

La dysphonie consécutive entrera en compte dans le pourcentage de la laryngite par gaz ou tuberculeuse.

2° Traumatique : section ou compression du pneumogastrique ou du récurrent, isolément où avec les nerfs voisins (voir plus loin).

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU LARYNX

Ce sont surtout des fractures de la coque cartilagineuse du larynx (cricoïde, lames thyroïdiennes) par projectile perforant, par choc direct ou compression Elles laissent des cicatrices vicieuses, déformantes et et souvent sténosantes : siégeant surtout à la glotte, souvent à la région sous-glottique et même trachéale, provoquant dysphonie et dyspnée.

Il est difficile de grouper tous les types qui peuvent se rencontrer. On pourra voir des :

a) *Lésions limitées à l'endolarynx* relevant aussi parfois d'ulcération par ypérite).

Synéchie de la région antérieure des cordes (palmature).

Destruction partielle ou totale d'une ou deux cordes remplacées par bride fibreuse.

Immobilisation d'un aryténoïde et de la corde par ankylose cicatricielle.

La dysphonie est marquée avec un peu de dyspnée d'effort.

b) *Lésions plus graves secondaires à une fracture cartilagineuse.*

On voit rarement des fistules de périchondrite, mais :

Palmature étendue aux deux tiers des cordes.

Sténose sous-glottique (cricoïdienne) bivalvulaire ou annulaire, épaisse et laissant un minime pertuis respiratoire.

Diaphragme médian sous-glottique.

c) *Infiltration diffuse cicatricielle occupant une grande hauteur.*

Les grands traumatismes ont été traités souvent par laryngostomie et dilatation caoutchoutée. Dans les cas favorables une opération plastique a pu refermer la stomie. Il persiste une dysphonie marquée avec dyspnée variable.

Si la charpente cartilagineuse a été trop mutilée, il s'est produit un affaissement du larynx ; si la dilatation a été insuffisante, le blessé devra garder une laryngostomie, plus souvent une canule de trachéotomie : il doit être considéré comme grand mutilé.

On devra attirer l'attention sur le retentissement de la mauvaise respiration, sur l'état pulmonaire.

On évaluera :

Dysphonie seule	5 à 20 p. 100
Aphonie sans dyspnée	20 à 40 p. 100
Dyspnée d'effort	30 à 50 p. 100
Dyspnée interdisant toute fatigue	60 à 80 p. 100
Laryngostomie ou trachéotomie	100 p. 100

Les cicatrices déformantes extérieures de la ré-

gion laryngée devront être pourcentéees à part, de même que le trouble de l'esthétique : 10 à 40 p. 100.

PARALYSIES TRAUMATIQUES

Atteignant le récurrent ou le pneumo-gastrique dans la région cervicale moyenne ou basse donnent la paralysie d'une corde vocale.

Atteignant le pneumogastrique dans la région cervicale haute, s'associant à une paralysie du voile, pharynx, épaule, langue (syndromes des paralysies associées des nerfs craniens).

On évalue chaque paralysie isolément :

Pour le larynx :

Dysphonie	5	à	20 p. 100
Dyspnée (bilatérale)	20	à	70 p. 100

Nous n'avons pas envisagé isolément les lésions de la trachée.

En général, elles sont associées à des lésions du larynx :

Soit dans les brûlures par les gaz ;

Soit dans les traumatismes.

Dans quelques rares cas on a observé des lésions cantonnées à la trachée :

Sténoses sous-glottiques par plaie trachéale dans la région du cou.

Destruction d'un ou plusieurs anneaux de la trachée amenant la formation d'une hernie de la muqueuse visible à chaque inspiration (trachéocèle).

Présence d'un corps étranger dans l'arbre trachéo-bronchique (fragment de projectile).

Ces lésions nécessiteront un examen par trachéo-bronchoscopie.

Elles entraîneront une dyspnée variable que l'on évaluera conformément aux indications fournies plus haut pour la dyspnée d'origine laryngée.

PHARYNX, ŒSOPHAGE

Les affections du pharynx et de l'œsophage ne peuvent pas être mises sur le compte d'une affection médicale soit acquise, soit aggravée par les conditions de la vie militaire.

Les différentes variétés de *pharyngites*, *amygdalites à répétition*, *rhino-pharyngites*, etc., etc., ne peuvent généralement pas donner matière à pension.

La *tuberculose du pharynx* (à l'exception du lupus) peut apparaître au cours du service chez un sujet déjà fortement entaché de tuberculose et ne peut être envisagée isolément. Elle est d'un pronostic très grave, le plus souvent mortel, à courte échéance, et peut-être, à la rigueur, comptée parmi les tuberculoses aiguës réveillées par les fatigues du service et être évaluée à 100 p. 100.

Certaines *pharyngites chroniques hypertrophiques* (rougeur, épaississement de la muqueuse) peuvent être dues à des brûlures par gaz ypérite.

Mais plus intéressantes sont les *lésions traumatiques du pharynx et de l'œsophage*. Ces organes peuvent être atteints par un projectile transfixiant (balle, éclat d'obus), plus rarement par une arme blanche, ou être gênée dans leur fonctionnement par une lésion nerveuse (paralysie du glosso-pharyngien) (voir paralysies laryngées associées).

Si la lésion est bas située (pharynx inférieur, œsophage), il existe presque toujours une lésion laryngée associée. La cicatrisation de ces lésions peut entraîner une sténose du carrefour aéro-digestif, gênant la déglutition et même la respiration. Si l'œsophage a été atteint (et il peut l'avoir été sans que le larynx ait été touché), on peut observer, soit un *rétrécissement* que de nombreuses séances de dilatation bougiaire arriveront difficilement à dilater (dans ces cas rentrent les *brûlures par ypérite*, le sujet retenant sa respiration en présence de gaz irrespirables fait des mouvements de déglutition et avale les vapeurs toxiques avec sa salive), soit une fistule qui nécessitera pendant un temps assez long une alimentation à la sonde, soit même du *spasme* par irritation du pneumogastrique dû au passage d'un projectile au voisinage de l'œsophage.

Le rétrécissement de l'oropharynx ne peut entraîner qu'une légère gêne de la déglutition .... 10 à 30 p. 100

A moins qu'une sténose cicatricielle ne réunisse en un seul bloc pharynx inférieur et larynx, pharyngo-laryngostomie .... 100 p. 100

Le rétrécissement de l'œsophage ne sera rapporté au service qu'en cas de commémoratifs certains ou de lésion caractéristique. Cette lésion nécessitera interminablement des séances de dilatation. L'alimentation est très difficile, la possibilité de spasmes surajoutés ou même de dégénérescence cancéreuse en fera une affection grave .... 30 à 60 p. 100

En cas de gastrostomie .... 100 p. 100

Idem s'il persiste une fistule (très rare).

Les lésions du *pharynx supérieur* rentrent dans les cas de blessures de la langue, des mâchoires, du voile du palais. Cependant il peut exister isolément des pertes de substance de la voûte palatine nécessitant le port d'un appareil, ou des synéchies faisant adhérer le bord libre du voile à la partie postérieure du pharynx (cicatrices semblables) à la syphilis tertiaire, affections incurables, entraînant une respiration exclusivement buccale avec toutes ses conséquences, aux premiers rangs desquelles il faut compter la surdité par occlusion de la trompe d'Eustache.

30 à 40 p. 100

(Sans tenir compte de la surdité.

Les lésions paralytiques du pharynx (déplacement en rideau de la musculature du pharynx par lésion du glosso-pharyngien) sont toujours concomitantes d'une paralysie laryngée ou spinale (voir lésions).

(*J. O.*, 25 septembre 1928.)

ETUDE SUR LA MORBIDITÉ DANS LE CORPS MÉDICAL EN FRANCE.

(suite)

5° De 45 à 50 ans.

Légère baisse avec 662 cas, dont :

46 ans, 153 cas ; 47 ans, 116 ans ; 48 ans, 126 cas ; 49 ans, 136 cas ; 50 ans, 131 cas.

Les maxima sont donnés par :

Grippe	158	cas
Accidents	73	cas
Infections locales	73	»
Bronchites	60	»
Tube digestif	43	»
Angines	36	»
Voies urinaires	19	»
Foie	18	»
Sciatiques	13	»
Sans diagnostic	38	»

Notons ici que les affections du foie, des voies urinaires et des nerfs périphériques, qui, dans les périodes précédentes, n'avaient pas dépassé une dizaine de cas, commencent à se montrer plus fréquentes à l'âge considéré ici ; les autres maladies au contraire ont tendance à devenir plus rares.

6° De 51 à 55 ans.

Avec cette période, nous entrons dans la ligne de descente ; les sociétaires et les jours de participation commencent à être moins nombreux ; les membres qui restent sont aussi ceux qui ont le mieux résisté aux risques de maladie encourus chaque jour, parce qu'ils jouissaient d'une santé plus robuste ; l'élimination des plus fragiles se fait évidemment sentir à partir de la cinquantaine, et la vieillesse ne fait pas encore monter sérieusement le taux de la morbidité ;

Aussi n'avons-nous que :

51 ans, 135 cas ; 52 ans, 137 cas ; 53 ans, 120 cas ; 54 ans, 117 cas ; 55 ans, 91 cas.

Les maxima sont donnés par :

Grippe	106	cas
Accidents	79	»
Bronchites	72	»
Infections locales	48	»
Rhumatismes	46	»
Tube digestif	30	cas
Angines	26	»
Cœur	21	»
Foie	19	»
Voies urinaires	19	»
Anus	11	»
Cancers	10	»
Sans diagnostic	33	»

Notons la diminution très remarquable de la grippe et des infections locales ; les bronchites les rhumatismes, les affections du tube digestif, du foie, des voies urinaires, sont stationnaires ; mais les maladies du cœur et des vaisseaux prennent une certaine importance ; nous entrons aussi dans l'âge du cancer. Par contre, les névrites et les sciatiques ont presque disparu.

7° De 56 à 60 ans.

A cette période, la baisse du nombre des cas s'accentue , mais le rapport entre les journées de maladie et celles de participation se maintient au taux de 5 %.

56 ans, 105 cas ; 57 ans, 75 cas ; 58 ans, 81 cas ; 59 ans, 94 cas ; 60 ans, 75 cas.

Les maxima sont fournis par :

Grippe	94	cas
Accidents	49	»
Bronchites	56	»
Rhumatismes	32	»
Infections locales	26	»
Cœur	26	»
Voies urinaires	22	»
Foie	19	»
Tube digestif	13	»
Cancers	11	»
Sans diagnostic	20	»

La diminution porte sur les angines ; les sciatiques, les maladies de la région anale, les accidents, les infections locales ; les maladies du foie sont stationnaires ; il y a augmentation sur les maladies du cœur, des voies urinaires et les cancers. Moins de cas sans diagnostics, mais ce chiffre est proportionnel au nombre des membres restant participants pour chaque période.

8° De 61 à 65 ans.

Le nombre des disparus par décès ou autrement se fait maintenant lourdement sentir ; nous n'avons plu s que 229 cas, dont :

61 ans, 70 cas ; 62 ans, 65 cas ; 63 ans, 41 cas ; 64 ans, 44 cas ; 65 ans, 39 cas.

Mais ici, le pourcentage de morbidité passe de 5 % à 9 % et sa courbe monte quand les autres descendent.

Les maxima sont donnés par :

Grippe	45 cas
Bronchites	39 »
Accidents	38 »
Rhumatismes	26 »
Infections locales	25 »
Cœur	21 »
Foie	16 »
Voies urinaires	17 »
Tube digestif	12 »
Organes génitaux	10 »
Sans diagnostics	7 »

Les cancers sont en notable diminution, 6 seulement : d'ailleurs, à cette période, la diminution est générale sur tous les groupes morbides, sauf sur les maladies des organes génitaux, car apparaissent ici les affections de la prostate. Cette diminution correspond assez exactement à celle du nombre des participants. Remarquons cependant qu'elle est fort peu sensible sur les maladies organiques du cœur, du foie, des reins, et, qu'en réalité, cette réduction du nombre des cas n'empêche pas la morbidité de s'accentuer considérablement et de presque doubler sur la période précé dente, comme nous le verrons plus loin en détail.

9° De 66 à 80 ans.

Nous réunissons dans cet alinéa tous les cas postérieurs à 65 ans. La raison en est simple ; du fait de la constitution de notre Société, à partir de 66 ans, nous n'avons plus sur nos registres que les anciens adhérents à la combinaison « B » qui a été fermée en 1905, et qui, au 31 décembre 1923, ne comptait plus que 268 membres.

Il nous a paru légitime de réunir dans un seul et même paragraphe la situation de ces 268 anciers membres, tant à cause de leur petit nombre que de leur âge avancé. Comme la plupart sont vite devenus des chroniques, nous compterons les cas ayant pris naissance au cours de chaque année considérée, étant bien entendu que pour chacune de ces années le nombre des malades en cours est plus important que le chiffre que nous donnons, à cause des chroniques tombés malades les années précédentes.

Voici le nombre des cas par année d'âge :

66 ans, 24 cas ; 67 ans, 15 cas ; 68 ans, 29 cas ; 69 ans, 11 cas ; 70 ans, 24 cas ; 71 ans, 13 cas ; 72 ans, 13 cas ; 73 ans, 16 cas ; 74 ans, 9 cas ; 75 ans, 10 cas ; 76 ans, 5 cas ; 77 ans, 3 cas ; 78 ans, 6 cas ; 79 ans, 2 cas ; 80 ans, 3 cas ; 81 ans, 3 cas ; 82 ans, 3 cas ; 83 ans, 2 cas ; 84 ans, 2 cas ; 85 ans, 1 cas ; 86 ans, 1 cas ;

Les maladies les plus fréquentes à cet âge sont :

Bronchites	38 cas
Grippe	26 »
Cœur	25 »
Accidents	23 »
Rhumatismes	14 »
Voies	14 »
Infections locales	10 »
Maladies du cerveau	12 »
Organes génitaux	9 »
Tube digestif	9 »
Foie	6 »
Sans diagnostics	5 »

Si on compare ce dernier talblau aux précédents, on remarquera une distribution des maxima tout à fait différente et nouvelle. La grippe ne tient plus le premier rang ; elle y est remplacée par les bronchites, qui ont une grande tendance à la chronicité et à la récidive. Les accidents sont encore relativement nombreux. Les affections du cœur passent au troisième rang. Les affections du cerveau, qui étaient rares dans les périodes antérieures, ont ici une place nouvelle et prennent à leur compte environ 13 % des cas.

Nous allons voir d'autre part dans les chapitres qui vont suivre que le nombre des cas n'est pas le facteur le plus important dans l'appréciation des éléments de la question ; la qualité, je veux dire la gravité des cas, est de beaucoup le facteur principal ; c'est le nombre des journées d'invalidité considéré soit en lui-même, soit dans ses rapports avec celui des journées de participation, qui nous fera apercevoir le véritable aspect de la question.

On trouvera ci-après un graphique du nombre des cas de maladie pour chaque année d'âge, qui résumera le chapitre qu'on vient de lire.

***

CHAPITRE TROISIÈME

Les journées d'invalidité.

Entre le nombre des cas de maladies pour chaque année d'âge et celui des journées d'incapacité relevées à ces mêmes âges, il existe un certain parallélisme, c'est évident. Mais si jusque vers l'âge de 36 ans, les deux courbes semblent marcher à peu près de pair, elles offrent ensuite des divergences remarquables, au moins jusque vers la soixantaine, et ce n'est qu'après cet âge qu'elles reprennent un parallélisme relatif.

Il nous a donc paru intéressant d'étudier les temps d'invalidité de la même façon que les nombres de cas.

Reprenons le tableau de la page 36 où chaque âge est donné avec le nombre (à 50 près) des journées d'incapacité occasionnées par les maladies ayant débuté à chacun de ces âges. Un mot d'observation pour chaque groupe suffira à souligner les particularités afférentes à ces âges.

De 25 à 30 ans, nous avons :

25 ans, 50 jours ; 26 ans, 100 jours ; 27 ans, 220 jours ; 28 ans, 800 jours ; 29 ans, 2.170 jours ; 30 ans, 2.520 jours. C'est à 29 ans que l'ascension commence à se faire sentir.

De 31 à 35 ans :

31 ans, 3.850 jours ; 32 ans, 3.800 jours ; 33 ans 4.900 jours ; 34 ans, 5.700 jours ; 35 ans, 6.450 jours. A partir de 33 ans, l'ascension est très nette et régulière.

De 36 à 40 ans :

36 ans, 6.620 jour ; 37 ans, 6.520 jours ; 38 ans 7.700 jours ; 39 ans, 9.580 jours ; 40 ans, 11.200 jours.

Remarquons que les âges de 35, 36 et 37 ans donnent un plateau que nous avions déjà à 31 et 32 ans, et que nous retrouvons presque identique à la courbe des cas. Puis, brusquement à 38 ans, la ligne se redresse et monte presque verticalement. C'est aussi à ce moment, comme nous le verrons plus loin, que commence à s'élever le taux de la morbidité. Notons encore que c'est à 39 ans que nous avons le plus de cas, mais que nous ne sommes pas au bout de notre montée du nombre de jours d'invalidité.

De 41 à 45 ans :

41 ans, 12.100 jours ; 42 ans, 9.420 jours ; 43 ans, 10.000 jours ; 44 ans, 8.330 jours ; 45 ans, 9.620 jours.

Après avoir atteint un premier sommet à 41 ans, la ligne de courbe oscille en descente et accentue les crochets déjà observés dans la courbe des cas.

De 46 à 50 ans :

46 ans, 10.420 jours ; 47 ans, 12.000 jours ; 48 ans, 12.500 jours ; 49 ans, 13.450 jours ; 50 ans, 15.500 jours.

Ici, nous assistons à une élévation rapide de la ligne de courbe, qui, à 50 ans, atteint sa plus haute pointe. Et ce qui rend cet âge particulièrement critique pour une Société mutuelle comme la nôtre, c'est que justement le nombre des jours de participation a déjà sensiblement baissé, ce qui fait monter dans les mêmes proportions le taux de morbidité. Nous verrons plus loin que c'est l'âge qui nous a coûté le plus cher.

De 51 à 55 ans :

51 ans, 11.850 jours ; 52 ans, 11.620 jours ; 53 ans, 11.500 jours ; 54 ans, 10.180 jours ; 55 ans, 9.740 jours.

La descente est aussi rapide que l'a été la montée et la ligne forme plateau pendant trois ans pour baisser encore sensiblement les deux années qui suivent. Et maintenant, nous allons assister à une véritable descente en lysis, comme pour une courbe de température dans une infection qui se termine.

De 56 à 65 ans :

Prenons maintenant pour aller plus vite, et parce que rien de spécial n'est à noter à 60 ans, l'ensemble des dix années qui nous mènera jusqu'à la fin de la participation pour la grande majorité des membres de la Société.

56 ans, 11.800 jours ; 57 ans, 10.780 jours ; 58 ans, 10.200 jours ; 59 ans, 9.400 jours ; 60 ans, 9.200 jours ; 61 ans, 9.100 jours ; 62 ans, 7.300 jours ; 63 ans, 7.500 jours ; 64 ans, 8.800 jours ; 65 ans, 7.500 jours.

Comme nombre de jours, nous voilà revenus à celui que nous a donné l'âge de 38 ans ; à partir de maintenant, ces chiffres vont baisser régulièrement ; mais en même temps, le rapport avec les jours de participation va s'élever rapidement ; aussi devons-nous considérer que l'âge de 65 ans est bien l'âge limite auquel toute mutualité devra arrêter la participation à ses avantages si elle est sage ; au-delà, on tombe dans l'aléa, dans l'imprudence, comme nous allons le voir plus loin. C'est donc bien à 65 ans que l'on doit fixer la limite d'activité professionnelle du médecin.

De 66 à 80 ans :

Ici, nous n'aurons plus affaire qu'aux membres favorisés par l'inexpérience des fondateurs de l'œuvre et qui peuvent en bénéficier jusqu'à leur mort.

66 ans, 5.980 jours ; 67 ans, 5.980 jours ; 68 ans 5.490 jours ; 69 ans, 5.820 jours ; 70 ans, 7.120 jours ; 71 ans, 5.590 jours ; 72 ans, 5.360 jours ; 73 ans, 6.100 jours ; 74 ans, 4.960 jours ; 75 ans, 4.910 jours ; 76 ans, 3.530 jours ; 77 ans, 3.380 jours ; 78 ans, 3.050 jours ; 79 ans, 4.050 jours ; 80 ans, 3.000 jours.

A part deux petites pointes à 70 et 73 ans, la courbe va sans cesse en descendant. Cette descente s'explique d'ailleurs aisément pour deux raisons que nous avons déjà signalées ; la diminution progressive des membres par extinction naturelle ; et le fait que ceux qui nous restent à

ces âges avancés sont évidemment ceux qui ont généralement joui d'une santé plus résistante.

Voici ci-après, pour résumer ce que nous venons de dire, le graphique de la courbe suivie pour chaque âge par le nombre global des journées de maladie.

***

CHAPITRE QUATRIÈME

Les indemnités aiguës et chroniques.

Dans le chapitre qui précède, nous n'avons envisagé que la question globale des temps d'invalidité pour chaque année d'âge. Comme notre Société est au fond basée sur le principe de la discrimination entre les cas aigus et les chroniques, et que le taux de l'indemnité versée diffère selon les cas, il nous a paru nécessaire de consacrer un chapitre spécial à la question des indemnités et de rechercher pour chaque âge combien notre Caisse a eu à payer soit en indemnités de 10 fr. par jour, soit en indemnités de 100 francs par mois. Là, va nous apparaître prise sur le vif l'importance essentielle de cette division entre maladies aiguës et maladies chroniques ; nous sommes la seule Société de notre genre ayant dès le début de son fonctionnement appliqué ce principe ; certes, il n'a pas manqué de critiques ; j'oserai même dire qu'il a éloigné de nous plus d'un médecin. Nous allons voir maintenant si nos Conseils ont eu raison de tenir bon pour cette différenciation des indemnités et quelles conclusions on pourra en tirer.

Pour simplifier, nous ne donnerons que les chiffres en gros et à 500 francs près ; qu'on sache seulement que le relevé exact et complet donne le résultat suivant :

Journées payées à 10 fr. par jour	112.791	
Journées payées à 100 fr. par mois	265.939	
Pour les premières, il a été payé.	1.127.910	»
Pour les secondes, notre caisse a versé	885.590	»
Ce qui donne un total de. . . .	2.013.500	»

pour 2.210 sociétaires, dont 1.531 ont été malades.

Tableau des indemnités versées.

Ages	Indemnités aiguës	Indemnités chroniques	Totaux
26 ans	1.000 fr.	000 fr.	1.000 fr.
27 »	2.200 »	000 »	2.200 »
28 »	5.500 »	800 »	6.300 »
29 »	8.200 »	4.500 »	12.700 »
30 »	16.200 »	3.000 »	19.200 »

Observation. — Jusqu'ici, les deux courbes marchent à peu près parallèlement, sauf un fléchissement de la chronicité à 30 ans.

31 ans	14.500 »	8.000 »	22.500 fr.
32 »	20.000 »	6.000 »	26.000 »
33 »	21.000 »	9.000 »	30.000 »
34 »	27.500 »	9.800 »	37.300 »
35 »	29.800 »	11.500 »	41.300 »
36 »	30.200 »	12.000 »	42.200 »
37 »	29.500 »	11.900 »	41.400 »
38 »	32.000 »	15.000 »	47.000 »
39 »	41.200 »	18.200 »	59.400 »
40 »	39.500 »	24.200 »	63.700 »

Observation. — Pendant cette période, le parallélisme des deux lignes est remarquable, avec cette seule remarque que la ligne des indemnités aiguës monte plus vite que celle des indemnités chroniques comme courbes, elles semblent calquées l'une sur l'autre.

41 ans	41.500 fr.	26.500 fr.	68.000 fr.
42 »	31.'00 »	20.800 »	52.600 »
43 »	34.000 »	22.000 »	56.000 »
44 »	36.800 »	15.500 »	52.300 »
45 »	36.200 »	20.000 »	56.200 »
46 »	41.800 »	20.800 »	62.600 »
47 »	32.500 »	29.000 »	61.500 »
48 »	33.500 »	30.500 »	64.000 »
49 »	40.200 »	31.500 »	71.700 »
50 »	34.500 »	40.200 »	70.470 »

Observation. — Ici, le parallélisme cesse ; la ligne des indemnités aiguës atteint trois sommets à 41, 46 et 49 ans ; et tandis qu'après un fléchissement à 42 ans, elle remonte nettement à 44 ans, pour atteindre son maximum à 46 ans, la courbe de chronicité baisse d'une façon importante de 41 à 44 ans ; puis, de 45 à 50 ans, la ligne d'acuité oscille deux fois profondément avec deux minima à 47 et 50 ans, et pendans ce temps la ligne de chronicité monte presque verticalement de 46 à 50 ans pour y atteindre son maximum. Et, tout comme le graphique précédent nous donnait son acmé à 50 ans, c'est ici, ce même âge de 50 ans qui accuse le plus gros total d'indemnités avec 74.700 francs. 50 ans, c'est donc l'âge critique pour le médecin praticien et pour sa possibilité de travail, c'est l'âge où sa santé semble le plus menacée et où ses maladies semblent vouloir durer le plus longtemps, et tout au moins où nos sociétaires ont accumulé en même temps le plus grand nombre de cas et le plus grand nombre de journées de maladie. Remarquons encore que c'est à partir de 46 ans que nous atteignons nos plus gros chiffres, et cette observation éclaire et légitime la décision du Conseil de la Société qui a limité à 45 ans, le droit d'entrée des membres dans les nouvelles combinaisons de notre Mutualité.

51 ans	40.800 fr.	25.900 fr.	66.700 fr.
52 »	38.500 »	25.900 »	64.400 »

53 »	38.200	»	25.800	»	64.000	fr.
54 ans	32.200	»	23.200	»	55.400	»
55 »	27.800	»	23.200	»	51.000	»
56 »	34.000	»	27.800	»	61.800	»
57 »	26.200	»	27.200	»	53.400	»
58 »	27.500	»	24.500	»	52.000	»
59 »	31.500	»	20.800	»	52.300	»
60 »	25.500	»	22.200	»	47.700	»
61 »	24.200	»	22.200	»	46.400	»
62 »	22.580	»	16.800	»	39.300	»
63 »	18.500	»	19.000	»	37.500	»
64 »	18.800	»	23.200	»	42.000	»
65 »	14.000	»	20.500	»	34.500	»

Observation. — Cette période renferme tous les vieux membres de notre combinaison « A » ; le nombre des membres ayant diminué,il est naturel que celui des indemnités ait baissé ; et en effet, nous constatons une baisse brusque pour les indemnités chroniques, et une baisse rapide et presque parallèle pour les indemnités aiguës de 51 à 65 ans ; de 57 à 60 ans, les deux courbes suivent une marche inverse, l'une montant quand l'autre descend ; de 60 à 65 ans, le parallélisme se rétablit avec cette particularité que la ligne de chronicité passe au-dessus de la ligne d'acuité dès l'âge de 63 ans, c'est-à-dire que désormais nous avons plus d'indemnités chroniques à payer que d'aiguës.

66 ans	8.800	»	17.000	»	25.800	fr.
67 »	8.200	»	17.200	»	25.400	»
68 »	7.500	»	15.800	»	23.300	»
69 »	6.600	»	17.200	»	23.800	»
70 »	11.200	»	20.000	»	31.200	»
71 »	5.800	»	16.500	»	22.300	»
72 »	5.000	»	16.200	»	21.200	»
73 »	5.500	»	18.500	»	24.000	»
74 »	2.200	»	15.800	»	18.000	»
75 »	3.500	»	15.200	»	18.700	»
76 »	800	»	11.500	»	12.500	»
77 »	200	»	11.200	»	11.400	»
78 »	2.000	»	9.500	»	11.500	»
79 »	1.200	»	13.000	»	14.200	»
80 à 88 »	0.000	»	16.500	»	16.500	»

Observation. — Nous assistons ici à une descente rapide de la ligne d'acuité qui ne se relève une seule fois qu'à 70 ans. En revanche, la ligne de chronicité ne descend qu'au prorata du nombre des membres qui restent, et elle finit par les comprendre tous.

Et maintenant, si nous comparons ce double graphique avec celui du chapitre précédent, nous pourrons constater le fait suivant :

La courbe que suit le nombre global des journées de maladie est rigoureusement calquée sur la ligne suivie par les indemnités chroniques. C'est que le nombre de ces journées de chronicité atteint le chiffre de 266.000, alors que nous n'avons qu'à peine 113.000 journées aiguës. Chiffres et lignes de courbes montrent donc le rôle primordial que jouent dans une Société comme la nôtre le nombre de jours de maladie dépassant le deuxième mois d'arrêt de travail. Si les fondateurs de la Société avaient suivi les errements des œuvres qui les avaient précédés et qui n'avaient pas cru devoir faire de différence entre une maladie de deux mois et une de quinze ans pour le règlement de l'indemnité, ce n'est pas *deux millions* de fran s, mais bien *trois millions sept cent quatre vingt-mille francs* que notre Mutualité aurait eu à débourser et à partager entre les 1.530 malades qu'elle a eus à secourir. Je sais bien qu'une Mutualité de notre genre est justement faite pour jouer ce rôle et que l'importance de la chronicité montre tout ce que l'ensemble des médecins prévoyants sont en droit d'attendre de l'œuvre à laquelle ils ont adhéré. Je sais bien aussi que la Société Lagoguey a pu continuer de payer jusqu'ici les journées de chronicité au même taux que les journées aiguës. Mais il faut dire tout de suite que cette Société reçoit en dons particuliers et en dehors des cotisations de ses membres des sommes importantes qui lui permettent des sacrifices supérieurs à ce que les calculs des actuaires lui auraient permis ; et puis, son recrutement est limité à une région qui offre à ses dirigeants la possibilité d'une surveillance étroite que nous ne pouvons pas faire chez nous et d'une sévérité administrative que nous ne pourrions pas pratiquement appliquer. Et si nous avions voulu l'imiter malgré les sages avertissements de nos actuaires, nous aurions été vite mis en demeure de tripler le taux des cotisations, ce qui aurait rendu encore plus difficile un recrutement qui, malgré tous nos efforts, reste au-dessous des besoins et des intérêts du Corps médical. En somme, l'expérience de nos actuaires nous a sauvés d'un mauvais pas et notre étude d'aujourd'hui ne fait que confirmer la sagesse des directives qu'ils nous ont données. Enfin, à de très rares exceptions près, la chronicité ne devient vraiment importante que chez des médecins déjà avancés dans leur carrière, qui ont pu accumuler quelques ressources, qui peuvent souvent s'en créer de nouvelles, et qui, en somme, sont presque toujours dans une situation moins précaire que les jeunes praticiens au début de leur carrière et auxquels une maladie de deux ou trois mois risque de faire perdre leur clientèle récente et leur gagne-pain.

Pour toutes ces raisons, le Conseil d'administration de la Mutualité Familiale a cru devoir persévérer dans sa manière de voir et d'agir, malgré certaines réclamations, et l'avenir lui donne

raison. C'est pourquoi nous avons conservé le système de l'acuité et de la chronicité quand, dès 1922, nous avons commencé à créer des combinaisons à indemnités plus élevées ; nous n'avons pas fait intervenir ces nouvelles combinaisons dans notre présente étude, car à l'époque où nous arrêtions nos recherches, closes le 31 décembre 1923, elles comprenaient encore trop peu de bénéficiaires et n'auraient fait que compliquer nos calculs sans aucun profit pour notre travail.

Le double graphique que nous donnons page 47 va illustrer mieux que tout autre développement ce que nous venons de dire, et rien ne sera plus instructif que la comparaison que le lecteur pourra en faire avec les courbes qui le précèdent.

Dr H. MIGNON, (*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr VAREILLAUD, de Loubert-Roumazières (Charente). — M. le Dr Léon CHAPOIS, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr CRISTOL, de St-André-de-Sangonis (Hérault).

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité). *Programme général des conférences.* — 1° Le mercredi, à 11 h., conférence clinique faite par M. le professeur Sergent, qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéressant la clinique générale ;

2° Le vendredi, à 11 h., conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique, ou par une personnalité étrangère au service ;

3° Le mardi, à 10 h., conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, par MM. F. Bordet et René Mignot, anciens chefs de clinique ;

4° Le lundi, le mardi et le jeudi à 9 h., conférences élémentaires de technique et de sémiologie ;

5° Le lundi et le jeudi, à 9 h. 1/2, séances de pneumothorax artificiel, par MM. F. Bordet et René Mignot, anciens chefs de clinique ;

6° Le mercredi, à 9 h. 1/2, consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Viguerie ;

7° Le vendredi, à 9h. 1/2, conférence-consultation sur les maladies du tube digestif (radioscopie et endoscopie), par M. P. Oury, ancien chef de clinique.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Benda, et les chefs de laboratoire : MM. Henri Durand et Couvreux. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la clinique.

— **Le Ier Congrès international des hôpitaux** se réunira du 12 au 15 juin 1929, à Atlantic City (U. S. A.).

Ce Congrès réunira les médecins, infirmières, directeurs, administrateurs, architectes et ingénieurs des hôpitaux.

La cotisation est de 5 dollars. Les inscriptions sont reçues en France par M. J.-E. Brizon, 9, rue de la Charité, à Lyon.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur René Sand, 2, avenue Vélasquez, à Paris.

— **Un nouveau prix pour les recherches sur la tuberculose.** — L'Académie de médecine vient d'être autorisée à accepter la donation faite par M. et Mme Georges Mersbach, d'une somme de 100.000 francs dont les arrérages serviront à la fondation d'un prix qui sera décerné tous les deux ans à un travailleur ou à un groupe de collaborateurs poursuivant des recherches sur la tuberculose.

— **Association des villégiatures du travail féminin.** *Reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du* 18 *avril* 1907. Siège social : 9, impasse Cœur-de-Vey, Paris (XIVe). — *Hiver* 1928-1929. Pendant l'hiver 1928-1929 deux maisons seront ouvertes à Montlignon (S.-et-O.) : *Les Amitiés australiennes*, pour dames et jeunes filles. Chambre seule, 12 fr. ; chambre à 2 personnes, 10 fr. ; chambre à 4 personnes, 8 fr. 50 ; chauffage, 2 fr. par jour.

Maison Schœn, pour mères et jeunes enfants. Pension, 8 fr. 50 pour la mère, 5 fr. 50 pour l'enfant ; chauffage 1 fr. par jour.

Les admissions ne sont accordées qu'après visite et consultation médicales passées le jeudi de 3 à 5 heures, 9, impasse Cœur-de-Vey, Paris (XIVe).

But de l'Association. — L'Association dite *Villégiatures du Travail féminin*, fondée le 20 mars 1906, a pour but de faciliter, aux jeunes filles ou femmes qui vivent de leur travail, des cures d'air et des séjours de convalescence à la campagne, à la montagne, ou au bord de la mer, dans les meilleures conditions d'économie et d'hygiène.

Membres du Conseil d'administration. — M. Henri PEREIRE, président ; Mme Jules SIEGFRIED, vice-présidente ; M. Jules SIEGFRIED, secrétaire-trésorier ; M. BRANET, M. Ch. FLAMMARION, Mme Henri PEREIRE, Mme S. BUSSY, M. LEM, M. André SIEGFRIED, Mme Paul CHALEIL, M. LAGARRIGUE.

Mlle KORN, secrétaire générale, 9, impasse Cœur-de-Vey, Paris (14e), reçoit le jeudi de 3 à 6 heures.

— **Office national des combattants.** — Les demandes de certificats provisoires formulées par les intéressés devront être adressées aux autorités militaires indiquées ci-dessous.

TITRE I. — *Armée de terre.*

1° Militaires sous les drapeaux.

Officiers généraux : Ministère de la Guerre (Cabinet du Ministre, 3e bureau).

Corps de troupe, états-majors et services : chefs de corps ou de service auquel compte actuellement l'intéressé.

2° Anciens militaires dégagés de toute obligation militaire.

Officiers rayés des cadres et militaires des classes

1897 et antérieures : Ministère de la Guerre, service du personnel et du matériel de l'administration centrale (Archives administratives).

Militaires réformés de la classe 1898 et postérieures : Commandant du bureau de recrutement d'origine.

3° Officiers et hommes de troupe des réserves de la classe 1898 et postérieures.

Personnels des corps de troupes et services : Chef de corps ou de service porté sur le fascicule de mobilisation entre les mains de l'intéressé.

Officiers de réserve hors cadre ou non disponibles : Général commandant la subdivision de résidence.

Hommes de troupe pourvus d'un fascicule de mobilisation spécial (réservistes classés dans l'affectation spéciale ou sans affectation) : Commandant du bureau de recrutement du domicile.

Personnels des sections de chemins de fer de campagne, du service de la trésorerie et du service de la poste aux armées : Etat-major de l'Armée (Ministère de la Guerre, 4e bureau).

TITRE II. — *Armée de mer.*

1° Officiers (activité et réserves) : Chef du service de la solde de leur port d'attache.

2° Officiers auxiliaires : Administrateur du quartier pour ceux qui étaient inscrits maritimes ou le chef de service de la solde de Cherbourg pour les commissaires auxiliaires.

3° Personnel non officier : Administrateur de l'inscription maritime pour ceux qui servaient en qualité d'inscrits maritimes ; commandant du bureau maritime de recrutement pour les autres.

NOTA. — Les anciens combattants ont le plus grand intérêt à joindre à leur demande un timbre de 0 fr. 50, afin de recevoir directement de l'autorité militaire leur certificat provisoire.

Ceux d'entre eux qui ne rempliront pas cette formalité seront tenus de se présenter à la Mairie de leur résidence, un mois environ après l'envoi de la demande, pour retirer ce certificat.

Une décision ministérielle du 20 février 1928 a supprimé l'obligation de faire légaliser la signature de l'intéressé sur la demande de certificat provisoire (Instruction du Ministre de la Guerre du 28 juillet 1927, modifiée par décision du 20 février 1928).

— Assemblée générale de l'Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat. — L'Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine de l'État s'est réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris, le vendredi 12 octobre, sous la présidence de M. le professeur Guyot, de Bordeaux, assisté des professeurs Bezançon et Sébileau, de Paris, anciens présidents. Les questions suivantes ont été traitées :

1° *Recrutement du personnel enseignant.* — L'assemblée demande le retour au concours d'agrégation à deux degrés : 1er degré, une épreuve anonyme sur liste unique constituant l'admissibilité ; 2e degré, concours entre tous les admissibles avec : 1° une leçon de 3/4 d'heure ; 2° une épreuve de titres ; 3° une épreuve pratique.

Les anciens agrégeables bénéficieraient de l'admissibilité sans limite de temps ; les admissibles au dernier concours garderaient le bénéfice de leur admissibilité dans les mêmes conditions que ceux qui doivent subir la prochaine épreuve anonyme.

2° *Agrégés sans enseignement.* — L'Association demande la disparition de la limitation à 50 pour 100 des agrégés avec et sans enseignement. Elle exprime le vœu que tout agrégé chargé d'un enseignement effectif en reçoive le traitement.

3° *Professeurs patentés.* — L'Association demande l'abrogation de la disposition Herriot introduite dans la loi des Finances relative aux professeurs astreints à la patente, celle-ci ne constituant aucun critérium des gains réalisés en dehors de la fonction et constituant une véritable mesure d'exception.

4° *Situation des chefs de clinique.* — L'Assemblée renouvelle le vœu voté en 1925 relatif à la situation des chefs de clinique ; elle émet le vœu que ceux-ci bénéficient ainsi que les prosecteurs d'anatomie de l'augmentation de traitement qu'il n'ont pas reçue jusqu'à ce jour.

L'Association des membres du corps enseignant a nommé comme délégués à la Fédération de l'enseignement supérieur : MM. Guyot, de Bordeaux ; Sébileau, Mauclaire et Basset (de Paris), Chassevant (Alger), Patel (Lyon), Moog (Toulouse).

Les vœux votés par l'Assemblée générale ont été le même jour apportés par le Comité au ministère de l'Instruction publique.

— Congrès de chirurgie de 1929. — Le prochain congrès de chirurgie s'ouvrira le 7 octobre 1929, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence du professeur Tixier, de Lyon.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour

1° Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le mal de Pott. Rapporteurs : MM. Praher, de Bordeaux et Sorrel, de Paris.

2° Evolution et traitement des plaies des tendons des mains. Rapporteurs : MM. Jacques-Charles Bloch, de Paris, et Bonnet, de Lyon.

3° Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : MM. Bérard, de Lyon, et Lardennois, de Paris.

Le Dr Auvray a été élu vice-président de ce congrès par 110 voix sur 130.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Billets combinés d'excursion sur la Côte d'Azur.* — Désireuse d'offrir aux voyageurs un moyen économique et pratique de visiter la Côte d'Azur, ses stations grandes et petites, mondaines ou familiales la Compagnie P.L.M., a créé une nouvelle combinaison de billets à prix réduit.

Toutes les gares du réseau délivrent, sur demande faite 4 jours à l'avance, des billets d'excursion de toutes classes, permettant de faire le trajet suivant :

L'aller en chemin de fer jusqu'à Marseille ;

Un circuit mixte chemin de fer et autocar : Marseille-Nice (par fer), Nice-Marseille (par la Route du Littoral), ou vice versa ;

Le retour en chemin de fer de Marseille à la gare de départ.

Le prix du billet comporte une réduction de 25 % en 1re cl. et de 20 % en 2e et 3e cl. sur le trajet par fer seulement.

Les enfants de 3 à 7 ans bénéficient du demi-tarif sur ce trajet.

La validité des billets est de 33 jours ; elle peut être prolongée de deux fois 15 jours moyennant le paiement d'un supplément.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

demi-salaire, soit en en référant au juge de paix et en demandant une expertise médicale.

Mais, dans aucun cas, le médecin du patron ne peut imposer au médecin traitant, ou à la victime, sa manière de voir, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement.

Dr Paul Boudin.

3749. — Accident causé par une automobile. Tarif de droit commun applicable.

Un jeune homme cause un accident avec l'automobile de son oncle, occasionne à l'accidentée une fracture de la jambe ; l'automobiliste est naturellement assuré. Suis-je en droit de refuser de reconnaître l'assurance et d'envoyer ma note à l'auteur de l'accident ? Il est évident que je n'emploie pas le tarif Breton et que le prix des interventions est celui que je prends en clientèle ordinaire ?

Dr P.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'un accident de droit commun et non pas d'un accident du travail, vous n'avez aucune action personnelle contre l'auteur de l'accident, faute de lien de droit avec lui, à moins que ce ne soit lui qui vous ait mis en œuvre et vous ait demandé de donner vos soins au blessé. Et dans ce cas l'auteur de l'accident est tenu envers vous non pas en raison de sa responsabilité quasi-délictuelle mais en raison de l'obligation contractuelle prise envers vous.

Vous pouvez toujours essayer de vous faire payer à l'amiable par l'auteur de l'accident, même si celui-ci n'a pas commandé vos soins. Mais au cas où il refuserait de vous payer ou se retrancherait derrière son assurance, votre seule ressource serait de vous faire payer par le blessé lui-même, sauf à lui remettre un reçu de vos honoraires, de manière à ce qu'il puisse les comprendre dans la demande d'indemnité qu'il présentera à l'auteur de l'accident ou à l'assurance.

Dans tous les cas, vous n'avez à appliquer que votre tarif habituel de clientèle courante, sans vous occuper du tarif des accidents du travail.

3581. — Accident survenu à des bûcherons travaillant à forfait.

L'exploitant d'une coupe de bois employant des ouvriers qui travaillent à prix fait à l'abatage et au façonnage de bois de chauffage, est-il exonéré vis-à-vis de ces ouvriers des charges attribuées au chef d'entreprise par la loi sur les accidents du travail.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur cette question, n'ayant pas sous la main le texte de la loi sur les accidents forestiers, qui aurait pu m'éclairer.

Dr E.

Réponse.

La loi du 13 juillet 1914, qui a étendu aux exploitations forestières la législation sur les accidents du travail laisse en dehors de son champ d'application « les terrains boisés, exploités en tout ou partie, dont la superficie, d'un seul tenant, n'excède pas 3 hectares et les arbres, plantés hors des bois lorsque l'opération n'a pas le caractère d'une exploitation, et les éclaircies faites dans les plantations de moins de 20 ans ». Elle ne s'applique pas non plus « aux coupes de bois effectuées, pour son usage personnel, par le propriétaire du sol ou par le fermier ou métayer ». Nous supposons que, dans le cas qui vous intéresse, se trouvent réunies toutes les conditions nécessaires à l'application de la loi du 15 juillet 1914. D'ailleurs, dans la plupart des cas où cette loi n'est pas applicable, intervient maintenant la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles.

En admettant donc que l'accident rentre dans le cadre de la loi du 15 juillet 1914, nous devons chercher la solution de la question précise que vous nous posez dans le texte de l'article 4, ainsi conçu : « Si la victime n'est pas salariée par le chef d'entreprise *ou n'a pas de salaire fixe*, l'indemnité due est calculée d'après le salaire moyen des salariés agricoles du département... ». Or, à propos de cet article 4, le rapporteur de la loi au Sénat écrivait ceci (voir Sachet, 1926, tome 3, n° 2010*ter*, page 82) : « Le travail forestier n'était pas rémunéré généralement par un salaire à la journée, mais bien par un salaire fixé *par unité de produit*, et le contrôle du temps employé à l'exécution du travail était impossible ; il a paru nécessaire de prendre comme base des indemnités... ». Par conséquent, il est d'usage, en matière d'exploitation forestière, que le travail soit payé à la tâche et non à la journée. Ce mode de paiement du salaire n'a aucune influence sur la nature du contrat passé entre l'ouvrier et l'employeur, qui reste un contrat de travail, entraînant, en cas d'accident, l'applicabilité de la loi du 15 juillet 1914, dès lors que l'ouvrier, pour l'exécution de sa tâche, reste placé sous la direction et la surveillance de son patron.

Nous concluons donc que, bien que l'ouvrier soit payé à la tâche, son patron reste responsable de l'accident dont il a été victime, car il y a contrat de travail et non contrat d'entreprise.

Application du Tarif Fallières.

3684. — 1° Le prix de la visite à Paris ; 2° Contention des fractures.

1° Si j'ai bien compris votre dernier alinéa, la visite à Paris doit être comptée à raison de 14 fr. lorsqu'elle ne comprend rien de plus que ce qui est prescrit au § 1 de l'article 16. Estce-cela ?

Les alinéas suivant ce premier alinéa sont-ils augmentés de 4 fr. (la visite de 10 fr. devenant 14 fr.), par ex. : examen au spéculum noté 15 fr. doit-il être compté 19 fr. ?

Comment dois-je compter pour une fracture de bras : la réduction et la pose d'un appareil de Pouliquen lors de la première visite, et la repose du même appareil quelques jours après.

Il s'agissait d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

2° Doit-on compter des honoraires spéciaux pour la pose d'un appareil de contention provisoire (et lesquels) avant la pose de l'appareil définitif avec réduction placé quelques heures après ?

Dr F.

Réponse.

1° La visite à Paris, comme dans toute la France, est de 12 fr. (article 1er), *plus* deux fr. pour moyenne des déplacements dans la ville (article 2), ceux-ci n'étant pas payés kilométriquement comme dans les campagnes, soit en tout 14 fr. Les alinéas de l'article 16 comprennent le prix de la visite, donc vous n'avez pas à vous préoccuper de ce prix, puisque le *cumul* entre les deux est interdit par l'article 13.

2° L'article 18 dit, en tête de ce chapitre des fractures : « Réduction et contention ». Les prix marqués correspondent donc également à la « contention » effectuée en une ou deux ou x fois. Il n'y a d'augmentation qu'en cas de « *répétition* d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membre : 50 fr. » (article 18, *in fine*).

Dr Fernand Decourt.

Questions médico-militaires.

3210. — Périodes d'instruction.

J'ai été promu à deux galons pendant la guerre (en 1917). Un de mes camarades, qui se prétend bien renseigné, m'affirme que pour l'obtention au 3e galon, il n'est pas indispensable de faire de période d'instruction ? Est-ce exact ?

Dr D'.

Réponse.

La loi exige deux périodes d'instruction pour passer de deux à trois galons ; mais comme, déjà, vous avez fait la moitié de la guerre avec deux galons, vous devez être dispensé d'effectuer l'une des deux périodes réglementaires.

3623. — Radiation des cadres pour maladie.

Je suis de la classe 1894. J'ai par conséquent 54 ans. Je suis médecin de réserve à 3 galons depuis la guerre.

Quand on m'a demandé il y a quelques années si je voulais rester médecin de réserve, j'ai accepté.

Aujourd'hui je suis malade et je désirerais être radié des cadres.

Quelles formalités y a-t-il à remplir ?

Dr X.

Réponse.

Adressez une lettre à votre Directeur du Service de santé pour lui demander à être visité en vue d'établir votre inaptitude physique à être maintenu dans les cadres. Si possible, joignez-y un certificat médical décrivant l'état de votre santé.

3625. — Réforme n° 1. Point de départ de la présomption légale.

Excusez-moi tout nouveau venu au *C.M.* et au « Sou Médical » de venir vous poser déjà des questions :

Un soldat classe 25 ou 26, j'ai oublié de faire préciser, incorporé : 1° du 16 mai au 7 juin 1926 et réformé temporaire à cette date ;

2° Du 8 juin au 8 juillet 1927, de nouveau réformé temporaire ;

3° Le 9 juillet 1928, hospitalisé le 7 sept, réformé n° 2 le 29, pour faiblesse générale et anémie. Ne pourrait-il prétendre à la réforme n° 1, avec pension.

Dr M.

Réponse.

En principe, votre jeune soldat ne peut prétendre à une pension militaire, puisqu'il ne bénéficie pas de la présomption légale et que, d'autre part, il ne peut faire la preuve que la maladie, pour laquelle il a été réformé, est imputable aux fatigues de la vie militaire.

Un militaire ne bénéficie, en effet, de la présomption légale d'origine pour les maladies qu'au bout de 3 mois d'incorporation, et ce délai est repris à chacune des incorporations successives, si celles-ci sont distantes de plus de trois mois.

Cependant, que votre client fasse une demande de visite pour indemnisation au Directeur du Service de santé de sa région ; peut-être la commission de réforme voudra-t-elle bien tenir compte, pour imputer au service l'infirmité bien définie qu'il présentera, de ce fait que trois fois successives il a été renvoyé dans ses foyers, et deux fois ausi, il avait été reconnu bon pour le service, que la troisième fois, il n'était pas éloigné d'être resté trois mois durant sous les drapeaux.

3513. — Ecoles de perfectionnement. Association des médecins de l'avant.

Je vous serai obligé de me donner le renseignement suivant concernant les cartes de surclassement, des officiers de réserve.

Où existe-t-il des écoles de préparation militaire supérieure ou écoles de perfectionnement. A qui faut-il s'adresser pour y être inscrit ?

Pourriez-vous en outre me faire connaître le siège

d'une association, dite « des médecins de l'Avant » ? Son président serait, je crois, le Dr de Médiéville, je désirerais avoir le nom exact et l'adresse.

Dr G.

Réponse.

Les écoles de perfectionnement pour les médecins de réserve sont en voie d'organisation, en ce sens que, dans un avenir prochain, chaque région de corps d'armée sera dotée d'une ou de plusieurs écoles. Dès maintenant, il existe une école de perfectionnement à Lyon. Pour y être inscrit, adressez-vous au Directeur du Service de santé du 14e corps d'armée : celui-ci vous donnera toutes indications nécessaires.

La carte de surclassement peut être obtenue par l'assiduité aux conférences faites à n'importe laquelle de ces écoles.

Le président de « l'Association des médecins de l'Avant » est le Dr de Médiéville, 62, rue Erlanger, Paris, 16e.

3383. — Promotion au grade supérieur.

J'ai reçu une feuille à signer, pour le tableau d'avancement ; j'ai 2 ficelles depuis 1917.

Légion d'honneur.

Trois citations.

1 blessure (30 %).

Je n'ai pas fait de période ni suivi de cours spéciaux.

Puis-je m'attendre à avoir une troisième ficelle ?

Dois-je être possesseur d'une tenue militaire ? (Tout cela m'inquiète, car je ne tiens pas du tout à recommencer à jouer au soldat).

Dr S.

Réponse.

Vous réunissez les conditions d'ancienneté exigées afin d'être proposé pour le grade de médecin-capitaine, mais on peut exiger de vous une seule période d'instruction, attendu que vous avez fait la moitié de la guerre avec le grade de médecin-lieutenant. Tout officier de réserve est obligé de posséder et d'entretenir une tenue de campagne.

3570. — Carte de combattant.

Pourriez-vous me dire où et comment je pourrai me procurer ma carte de combattant ?

Dr E.

Réponse.

Adressez-vous au général commandant la région, ou mieux, si la chose vous est plus facile, à la gendarmerie locale, qui vous fournira tous renseignements utiles.

Médecine légale.

3599. — Réquisition par un maire.

Abonné du *Concours* depuis 1903, j'ai l'honneur de vous demander le renseignement suivant (que j'ai sûrement dans ma collection du *Concours* ou dans l'Agenda du Praticien, mais que je ne trouve pas).

J'ai été requis le 9 septembre dernier, par le maire d'une commune voisine pour aller constater le décès d'un inconnu que l'on a trouvé noyé dans le fleuve (je me suis fait délivrer une réquisition écrite par le maire) en la circonstance pas de crime, j'ai examiné le corps, et j'ai délivré le permis d'inhumer, j'ai parcouru 15 kilomètres, un dimanche . J'ai fait un rapport qui a été remis aux gendarmes.

Quel tarif dois-je appliquer ? Je serai sans doute payé au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Je serais heureux d'avoir votre avis: ici quand c'est le commissaire de police qui me requiert pour des cas, de ce genre, il m'alloue généreusement 10 fr.

En la circonstance, je ne crois pas que je doive adresser mon mémoire en double au procureur qui me ferait taxer ensuite par le procureur général. Il faut pour cela des imprimés que je ne possède plus.

Je crois qu'il s'agit là d'une affaire de police municipale.

Dr C.

Réponse.

Le maire n'avait le droit de vous requérir pour examiner le cadavre qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire et parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit.

Vous devez donc tout d'abord tenter de vous faire honorer au tarif de la médecine légale et pour cela adresser votre mémoire en double exemplaire (dont l'un sur timbre si la somme demandée dépasse 50 francs), au Procureur de la République qui le fera viser par le Procureur général et taxer par le Président. Si votre mémoire est accueilli, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

En vertu du décret du 22 décembre 1927, vous devez demander, pour votre examen et votre rapport un honoraire de 25 francs. A cela, vous devez ajouter vos frais de déplacement, au prix d'un billet aller et retour en première classe, si vous avez fait le trajet par chemin de fer ou par un service quelconque de transport en commun, ou de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, si vous avez fait le trajet par vos propres moyens.

En outre, comme le lieu de votre transport était situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit, d'après l'article 20 du décret, à une indemnité spéciale de 20 francs.

Nous n'osons vous garantir que votre mémoire sera accepté, car, votre rapport ne concluant pas à un crime, le Procureur vous opposera sans doute qu'il ne peut vous faire payer au titre de

la médecine légale. Et cependant, le maire n'a pu vous requérir que parce qu'il y avait présomption de crime, sans quoi sa réquisition aurait été illégale.

Jamais cette question n'a pu être tranchée par une décision de justice et le « Sou Médical » attend une occasion favorable pour la porter devant les tribunaux.

Quoi qu'il en soit, si le Parquet rejette votre mémoire, vous aurez à vous retourner contre le maire qui aura commis une faute en outrepassant ses attributions, et vous pourrez exiger de lui le paiement des honoraires qui vous auraient été payés au titre de la médecine légale ; il n'y a aucune raison pour que, dans ce cas, vous soyez payé sur les fonds de l'Assistance médicale gratuite.

Nous vous adressons sous ce pli deux exemplaires de mémoire de frais de justice criminelle, que nous vendons au prix de 6 francs les 50 et de 10 francs le 100.

Chaque fois que vous êtes requis par le commissaire de police, vous devez appliquer le tarif du décret du 22 décembre 1927 et ne pas vous contenter des 10 francs qui vous sont alloués.

8757. — Réquisition par un maire pour constatation de décès d'un pendu.

J'ai été appelé, un dimanche à midi, sur l'ordre du maire d'une commune, située à 5 km., pour constater le décès d'un pendu, en présence de la gendarmerie.

Ce pendu vivait seul chez lui. Qui doit régler le montant de mon certificat ? A qui demander et comment et combien ?

Je vous serais très obligé de me dire ce que je dois faire.

Dr P.

Réponse.

Le maire n'avait le droit de requérir vos services qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire et parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit. Vous devez donc vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle et, pour cela, adressez votre mémoire en double exemplaire (dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée excède 50 francs) au Procureur de la République du ressort qui, après visa du Procureur général et taxe du président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

En vertu du décret du 22 décembre 1927 vous avez droit, pour votre examen et votre rapport ou certificat, à un honoraire de 25 francs. A cela, il convient d'ajouter vos frais de déplacement à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Enfin, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit en outre à une indemnité spéciale de 20 francs.

3639. — Examen du cadavre d'un noyé sur réquisition du Commissaire de Police.

Le commissaire de police m'a demandé, il y a environ un mois, d'examiner, dans la cour du commissariat, le cadavre d'un noyé ; j'ai examiné le sujet et donné un rapport au commissaire. Puis-je être payé ? par qui ? et de quelle manière ? Dr C.

Réponse.

Le commissaire de police n'avait le droit de requérir vos services qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire.

Vous devez donc adresser votre mémoire d'honoraires, établi conformément au tarif de médecine légale, au Procureur de la République, qui après visa du Procureur général et taxe du Président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement.

En vertu de l'article 26 du tarif, vous avez droit à un honoraire de 25 francs pour votre examen et votre certificat.

Votre mémoire doit être établi en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré, si la somme réclamée excédait 50 francs.

Baux et Locations.

3744. — Nullité de la clause de renonciation aux lois sur les loyers.

Je viens de passer avec mon propriétaire un bail de trois ans pour lequel j'ai dû accepter la clause suivante :

« Le Dr C. s'engage à renoncer au bénéfice des lois sur les loyers qui pourraient être applicables avant l'expiration du présent bail. »

Cette clause est-elle licite, et m'engage-t-elle vraiment ; ou au contraire illicite en vertu du principe que les conventions des tiers ne peuvent primer la loi ? Dr C.

Réponse.

La loi d'exception actuellement en vigueur pour les locaux d'habitation et à usage professionnel est celle du 1er avril 1926, dont l'effet doit cesser le 1er avril 1931. Encore cette loi ne s'applique-t-elle pas à toute la France, mais seulement aux communes de 4.000 habitants, à celles qui se trouvent distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et enfin à celles dont la population municipale a augmenté d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Il est très probable que votre commune ne rentre dans aucune de ces catégories. S'il en est ainsi, la clause de votre bail que vous nous soumettez est sans effet, puisque dès à présent vous êtes placé sous le régime du droit commun.

Dans le cas contraire, la clause doit être réputée nulle de plein droit en vertu de l'article 28 de la loi du 1er avril 1926.

Enfin, au cas où des lois postérieures sur les loyers viendraient à vous être applicables, il est

lequel l'étudiant doit poursuivre ses études. Il y est annexé un état, signé par l'étudiant ou son père ou tuteur, s'il est mineur, indiquant sa situation ou celle de sa famille, accompagné, s'il y a lieu, de la production des feuilles de contributions.

Le candidat doit faire connaître s'il reçoit un traitement, une indemnité ou rétribution quelconque et indiquer leur nature et leur montant.

Fiscalité.

3706. — Régime des patentes médicales.

1º Existe-t-il plusieurs catégories de patentes médicales, et, si oui, quel est ce classement ?

2º Qu'est-ce au juste que le tableau D, dont parle la feuille de contributions ?

3º Le centime additionnel servant de base pour le calcul de la patente étant ici de 8 fr. 52 centimes est-il le même que le vôtre à Paris ;

4º Le médecin paye-t-il une patente uniquement en rapport avec son loyer (ou son 15e) ou bien à proportion d'autre chose et de quoi ?

Dr C.

Réponse.

Les médecins sont assujettis à une patente, dite du tableau D. Elle constitue en un droit proportionnel qui est soit du 15e, soit du 12e du loyer total, de l'appartement occupé par le praticien.

Jusqu'ici, le 15e était applicable aux loyers inférieurs :

Pour Paris, à 4.000 francs ;

Pour les villes de plus de 200.000 habitants, à 2.700 francs ;

Pour les villes de 100.001 à 2.00.000 habitants, à 2.400 francs.

Depuis la loi du 19 mars 1928, ces chiffres de loyers seront doublés, à partir de 1929. Par conséquent, le 15e sera applicable aux loyers inférieurs à 8.000 francs à Paris, etc.

2º La loi organique des patentes du 15 juillet 1880, divise les personnes qui exercent des métiers, commerces, ou professions assujetties aux patentes, en plusieurs classes. Les professions libérales (médecins, avocats, etc.) constituent le tableau D.

3º Le centime additionnel est variable selon les départements et les communes. Ce sont des ressources supplémentaires que les conseils généraux, ou les conseils municipaux votent et font approuver par l'autorité administrative supérieure.

Par conséquent, comme résultante de ces centimes additionnels, on voit, dans une commune la patente être comme à Paris la moitié, à peu près, du chiffre du loyer, alors que dans certaines communes de la banlieue immédiate de Paris, cette même patente atteint le prix et plus du loyer complet.

4º La patente du médecin est uniquement basée sur le chiffre de son loyer et sur les centimes additionnels.

Cinquantième année: N° 45 *bis.* 7 Novembre 1928.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

AVIS

SERVICE de PROPAGANDE
« du CONCOURS »

I

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE INDIVIDUELLE

Dites-moi, mon cher Confrère, que nous ne vous inspirons pas confiance, ou bien encore, que vous avez foi en votre étoile et que jamais vous n'aurez d'affaires litigieuses vous mettant dans l'obligation de vous défendre, sinon d'attaquer. Soit !

Mais ne me dites pas que c'est l'importance de la cotisation annuelle qui vous fait reculer devant votre adhésion au « Sou Médical ».

Quoi ! *Soixante francs* par an, cette somme vous paraît exorbitante et hors de la portée de vos possibilités ! Laissez-moi n'en rien croire. Les honoraires de trois de vos visites suffiront en effet à y faire face.

Et pourquoi avons-nous été contraints de proposer à l'Assemblée générale du « Sou Médical » de porter cette cotisation à *cinq francs* par mois ? — car voilà bien, au demeurant, à quoi cela se résout, — c'est que le nombre d'affaires soumises à notre Ligue de Défense augmente dans des proportions incalculables. Pauvres, pauvres médecins, qui se voient de plus en plus forcés de répondre, devant Dame Justice, du moindre de leurs faits et gestes professionnels ; forcés, quelques longanimes qu'ils soient, de faire appel aux tribunaux pour obtenir la légi-

time rémunération de leur travail, trop souvent contestée par des clients de mauvaise foi !

Les actions en responsabilité civile se montrent aussi de plus en plus fréquentes, et les dommages-intérêts, auxquels elles aboutissent parfois, de plus en plus lourds.

Et puis, les frais de procédure et les honoraires des avocats suivent également une marche ascendante. Et comme le « Sou Médical », quand il a donné son appui, ne recule jamais devant les dépenses, nous nous trouvons souvent devant ce fait paradoxal d'avoir à débourser quatre à cinq cents francs pour obtenir une satisfaction d'un ordre de grandeur de cinquante francs... Devant la Justice de Paix, qui paraît pourtant l'échelon le plus bas placé et le plus anodin, donc le moins cher, il nous est arrivé de dépenser trois cent cinquante francs pour faire régler une note d'honoraires d'un de nos adhérents, de quatre-vingts francs...

Or, nous voulons ne plus nous trouver dans la nécessité de marchander notre appui à tel de nos sociétaires qui se trouve dans l'embarras pour une affaire qui est parfois à la stricte limite du ressort du « Sou Médical ».

Pour toutes ces raisons, donc, la cotisation du « Sou Médical » sera portée à soixante francs à partir du 1er janvier 1929. Mais comme les adhésions reçues après le premier novembre 1928, et les cotisations versées en même temps, sont valables pour l'année 1929, c'est cette somme de *soixante francs*, que les nouveaux sociétaires, admis postérieurement au 31 octobre, voudront bien verser entre les mains de notre Trésorier.

Vous êtes maintenant renseigné, confrère qui me fîtes part de vos hésitations. Et comme vous avez confiance en nous, et comme vous savez bien que vous n'êtes pas à l'abri d'aventures judiciaires ennuyeuses, vous allez signer sans retard le *Bulletin* annexé au présent numéro du *Concours médical*, et l'envoyer, avec ces *soixante francs* que vous aurez vite regagnés demain, en deux heures de travail.

Mais vous serez désormais garanti conformément aux Statuts, et garanti jusqu'à concurrence de soixante-dix mille francs, pour votre responsabilité. Et cela vaut bien cinq francs par mois...

Dr G. Duchesne,
Secrétaire général adjoint
du « Sou Médical ».

SOUSCRIPTION POUR HONORER LA MÉMOIRE DU Dr CABANÈS

Sur la proposition du bureau de l'*Association professionnelle des journalistes médicaux français*, fondée par Cabanès, un Comité s'est constitué à Paris dans le but d'honorer la mémoire du médecin historien dont l'érudition est universellement connue et appréciée.

MM. Louis Barthou et C. Jullian, de l'Académie française, M. Béclère, président de l'Académie de médecine, MM. les doyens des Facultés de médecine d'Alger, Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris, M. le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris ont bien voulu accepter le patronage de la souscription. Le bureau du Comité est composé comme il suit : *Président* : le prof. Sabrazès, de Bordeaux, président de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français ; *vice-présidents* : M. Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France ; M. Dartigues, président de l'Union médicale latine (U.M.F.I.A.) ; le prof. Loeper, président de l'Association de la Presse médicale française ; le prof. Capitan, du Collège de France, de l'Académie de médecine, de la Commission du vieux Paris ; M. Jean Bernard, président du groupe des chroniqueurs, directeur de la *Presse associée* ; M. Davidou, maire de Gourdon ; *secrétaires* : MM. Garrigues et Noir, de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français ; *trésorier* : M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens.

Le Comité, qui comprend cinquante notabilités du corps médical, de la Presse, plusieurs membres de l'Académie de médecine, et quelques amis personnels de Cabanès, a décidé de confier au statuaire bien connu, M. Seysses, membre du jury du Salon et ancien camarade de Cabanès, l'exécution d'un médaillon qui ornera la stèle de granit qui se dressera sur sa tombe dans le cimetière de Gourdon, Il prie instamment tous ceux qui ont connu Cabanès, qui ont lu et apprécié ses livres, d'adresser leurs cotisations, si modiques soient-elles, au *trésorier*, M. Albin Michel, *éditeur*, 22, *rue Huyghens*, à Paris. *Compte de chèques postaux Paris* 96.10.

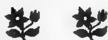
M. le Dr Marcel Baudouin, ancien secrétaire générale de l'Association de la Presse Médicale Française, et M. le Dr Vèzes, de Bordeaux, amis personnels de Cabanès sont admis sur leur demande à faire partie du Comité.

Liste de souscription : M. Georges Prunier, 200 fr. ; Dr J. Noir, 200 fr. ; M. Charavay, 50 fr. ; M. Albin Michel, 250 fr. ; *Le Dimanche illustré*, 100 fr. ; Dr Ganyaire, 100, fr. ; Dr Béclère, 100 fr. ; Dr Bord, 100 fr. ; Dr Cathclin, 100 fr. ; Dr Jeanneny (Bordeaux), 100 fr. ; Dr Babonneix, 100 fr. ; Produits Lambiotte, 100 fr. ; Dr M. Vimont (*Concours médical*), 50 fr. ; Dr Louis Régis, 200 fr. ; M. Lafforgue (Gourdon), 50 fr. ; M. Regismanset (Paris), 50 fr. ; Dr Garrigues, 50 fr. ; M. Henri d'Alméras (Villeneuve-lès-Avignon), 10 fr. ; Dr Paul Noury (Rouen), 50 fr. ; Pr Sabrazès (Bordeaux), 300 fr. ; M. J. Lorédan (Paris), 100 fr. ; M. Pichard (Paris), 50 fr. ; M. A. Boghaert-Vaché (Bruxelles), 50 fr. ; Dr Charles Fiessinger, 300 fr. ; Laboratoires Bottu, 100 fr. ;

MM. Chassaing, Le Coq et Cie, 1.000 fr. ; Dr François (Valence), 10 fr. ; Dr Gommès, 20 fr. ; Dr Fulbert-Taillard (Rennes), 20 fr. ; Dr Foveau de Courmelles, 100 fr. ; Dr Priolo (Brive), 20 fr. ; Dr Ch. Levassort, 50 fr. ; M. Boulangé (Paris), 100 fr. ; M. Le François (Paris), 100 fr. ; M. de Vivie de Régie (Arcachon), 20 fr. ; M. Georges Michel (Bourmont), 20 fr. ; Dr Peinde père (Villefranche), 20 fr. ; Dr Piéry (Lyon), 100 fr. ; Dr Malzac (Marseille), 20 fr. ; Dr Marcel Baudouin (Croix-de-Vie), 100 fr. ; Dr Maurice de Fleury, 100 fr. ; Dr Lautié (Bédarieux), 20 fr. ; Dr Maurat (Chantilly), 50 fr. ; Dr Paul Farez, 100 fr. ; Dr Lux, 50 fr. ; Pr Loeper, 300 fr ; Dr Gollier, 20 fr. ; Dr F. Lesourd, 100 fr. ; Dr Bonnette (St-Germain) 100 fr. ; M. Pradel, avocat (Brive) 100 fr. ; Dr Chapon, 100 fr. ; Dr Darras, 50 fr. ; Dr Dartigues, 200 fr. ; Dr Grimbert, 100 fr. ; M. Paul Barnet (La Chaux-de-Fonds, Suisse) 50 fr. ; Dr Berry, 100 fr. ; Dr Bellencontre, 100 fr. ; Dr Duchesne, 50 fr.

Total de la souscription au 20 octobre : 6.200 francs

Le Conseil municipal de Gourdon, ville natale de Cabanès, a donné le nom de boulevard du Dr Cabanès à l'avenue où s'élève la maison où il est né, et a voté 500 fr. pour la souscription.



CORRESPONDANCE

Accidents du travail et maladies professionnelles.

3327. — Droit de prescrire des spécialités.

Je vous serais obligé de me dire si je puis prescrire des spécialités comme traitement des maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919) ? Il s'agit d'une anémie saturnine et je me demande si je puis ordonner, par exemple, l'hémostyl ou le sirop d'hémoglobine. Je sais que l'hémostyl est permis aux victimes de la guerre.

Dr B.

Réponse.

Le médecin a le droit d'ordonner tous médicaments, spécialisés ou non, sous sa propre responsabilité. Telle est la réponse du Ministre du Travail, publiée dans le *Concours médical* de 1928, page 292.

Faisons d'ailleurs remarquer que la loi du 25 octobre 1919 a étendu aux maladies professionnelles les dispositions de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail.

Par suite, du moment où, en matière d'accidents du travail, le médecin peut ordonner des médicaments spécialisés, il peut le faire, en cas de maladies d'origine professionnelle.

Sera également applicable le texte d'un arrêt de la Cour de Cassation, du 16 mai 1911, décidant que le tarif ministériel des accidents du travail n'est pas limitatif, mais simplement énonciatif.

Par conséquent, si un médicament n'a pas été inscrit sur la liste officielle, le médecin peut néanmoins l'ordonner, s'il le juge indispensable.

Ce dernier qualificatif a une grosse importance.

En effet, devant le nombre considérable de spécialités pharmaceutiques, les responsables, ceux qui, en fin de compte, doivent payer les notes de médecins et de pharmaciens, ont cru nécessaire de se défendre contre les abus possibles.

Voilà pourquoi, il a été admis officieusement que seules les spécialités irremplaçables seraient remboursées : autrement dit, ne peuvent être utilisées que les spécialités, qui ne peuvent pas être préparées par le pharmacien détaillant, soit à la suite d'une formule magistrale, soit à la suite de formule inscrite au Codex.

Mais, lorsque, pour un motif d'ordre thérapeutique, le médecin traitant croit indispensable l'emploi d'une spécialité pharmaceutique, il n'a qu'à mentionner, sur son ordonnance, que la spécialité est indispensable au traitement.

Beaucoup de Compagnies d'assurances payent sans difficultés les produits spécialisés, ainsi déclarés indispensables sur l'ordonnance médicale : quelques-unes font des difficultés pour payer le pharmacien ; mais le « Sou Médical » est assez heureux pour faire cesser toute résistance, lorsqu'il est démontré que le médecin traitant a bien agi, pour le bien de son malade, en prescrivant une spécialité indispensable.

Ce n'est qu'en présence d'un abus, ou d'une collusion possible entre médecin, blessé ou pharmacien que le praticien peut éprouver de grandes difficultés pour faire payer le pharmacien.

Conclusion : si vous estimez que l'hémostyl, ou le sirop d'hémoglobine soit indispensable au traitement de votre malade, alors qu'aucune autre préparation officinale, ou magistrale non spécialisée ne pourrait remplir le même but, vous avez le droit d'ordonner ce médicament, en faisant suivre la mention : « Indispensable pour le traitement. »

Si, ultérieurement, votre pharmacien éprouvait des difficultés pour se faire payer, vous n'auriez qu'à en informer le « Sou Médical ».

P. B.

3670. — Majorations de rentes allouées aux accidentés du travail anciens.

Je vous prie de bien vouloir me dire si les pensions d'accidents du travail obtenues en1902 peuvent être revisées en raison de la stabilisation du franc. Il s'agit d'un homme pensionné à 30 %, qui touche 81 francs par trimestre.

Dr C.

Réponse.

Depuis le 15 juillet 1922, différentes lois ont accordé des majorations de rente aux mutilés du travail, victimes d'accidents antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi du 5 août 1920. Jusqu'à la loi du 24 mars 1928, pour bénéficier de ces majorations, il fallait une invalidité d'au moins 40 %, mais cette loi a accordé une majoration de 360 francs par an aux mutilés du travail à 30 %. Votre client, pensionné à 30 %, a donc droit à la majoration instituée par la loi du 24 mars 1928.

Pour l'obtenir, qu'il adresse une demande sur papier libre au Ministère du travail (contrôle des assurances).

Sa demande devra indiquer : ses nom, prénoms et adresse, sa nationalité, la date de l'accident, la date de la dernière décision attributive de rente, le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité, le montant de la rente servie, le nom et l'adresse de l'établissement qui fait le service de la rente.

Après examen et liquidation du dossier par le Ministère, la majoration de rente sera payée au blessé, en même temps que la rente elle-même, par la Compagnie d'assurances qui fait le service de celle-ci.

Application du Tarif Fallières

3667. — Incision de panaris.

Auriez-vous l'amabilité de me dire comment je dois tarifer l'acte suivant, pour un accidenté du travail.

Incision (après anesthésie en bague à la racine du doigt, ce qui, je crois, n'est pas tarifé à part) d'un panaris profond, mais non de la gaine, de la pulpe du pouce ?

Sur le barème je vois, art. 17 : Ouverture d'abcès superficiel, 20 fr. Ce n'est pas le cas ?

Ouverture d'un panaris de la gaine, 35 fr. Ce n'est pas le cas.

Incision, contre-ouverture et drainage d'un phlegmon sous-aponévrotique de la paume de la main, 100 fr. Ce n'est point le cas.

Abcès profonds, non viscéraux ? 100 fr. Est-ce cela ? Dr L.

Réponse.

L'incision d'un panaris est ou « superficielle : 20 francs » ou « de la gaine : 35 francs ». Il n'y a pas d'autre division. Et je ne vois pas qu'on puisse parler de « incision d'un panaris sous-aponévrotique de la main : 100 francs » ni « d'un abcès profond non viscéral : 100 francs », puisqu'il s'agit d'un « panaris de la pulpe du pouce », comme celui que vous indiquez.

Dr Fernand Decourt.

Voir la suite page XLIII-3217

CINQUANTENAIRE
DU
« CONCOURS MÉDICAL »
(16 et 17 Novembre 1929)

Le **Concours médical**, Société d'études médico-professionnelles, journal médical, initiateur du syndicalisme médical, créateur de la « Mutualité familiale du Corps médical français » et du « Sou Médical », qu'il patronne toujours, célèbrera son Cinquantenaire les 16 et 17 novembre 1929.

Les manifestations projetées à cette occasion doivent comporter une séance solennelle, et une soirée de gala, le premier jour ; les Assemblées générales annuelles du **Concours médical** et de ses œuvres, une excursion dans un château historique des environs de Paris, un grand banquet et un bal, le deuxième.

Elles sont placées sous le haut patronage d'un Comité d'honneur ainsi composé :

La Présidence en est offerte à M. le Dr Oberkirch, Sous-Secrétaire d'État au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale.

Vice-présidents

M. le Dr Paul Legendre
Membre de l'Académie de médecine.

M. Léon Mirman
Conseiller à la Cour des Comptes.

Membres :

Professeur Ardin-Delteil, Doyen de la Faculté de médecine d'Alger.
Professeur Balthazard, Membre de l'Académie de médecine, président de la Commission mixte intersyndicale, Paris.
Professeur Bardier, Faculté de médecine de Toulouse.
Docteur Bellencontre, Président de l'Association générale des médecins de France, Paris.
Professeur Euzière, Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.
Docteur Jeanneney, Professeur agrégé, Faculté de médecine de Bordeaux.
Professeur Loeper, Faculté de médecine de Paris, Président de l'Association de la Presse médicale française.
Docteur Mayer, professeur Agrégé, Président de l'Association de la Presse médicale belge, Bruxelles.
Professeur Patel, Faculté de médecine de Lyon.
Professeur Roger, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.
Professeur Rohmer, Faculté de médecine de Strasbourg.
Professeur Sabrazès, Faculté de médecine de Bordeaux, Président de l'Association professionnelle des Journalistes médicaux.
Professeur Spillmann, Doyen de la Faculté de Nancy.
Professeur Vanverts, Faculté de médecine de Lille.
M. Ferdinand Bouty, Spécialités pharmaceutiques, Paris.
M. Paul Cézilly, Avocat, Quimper.
M. Coubando, Cie de Vichy, Paris.
M. Paul Daix, Imprimeur, Clermont-de-l'Oise.
M. Jacques Parès, Vals-les-Bains.

Bureau :

Le Conseil de Direction du *Concours médical*.
Commissaire général : Dr G. Duchesne, Rédacteur en chef adjoint.

PROPOS DU JOUR

Les inconvénients du manque de liaison entre les diverses Associations médicales. — Un exemple à imiter : L'Office central des œuvres de bienfaisance. La nécessité d'un Office central de nos Sociétés et de nos œuvres médicales.

Après que la Révolution eut supprimé en 1792 les vieilles Corporations et toutes les Associations de l'ancien régime, l'individualisme s'installa pour de longues années en France. Les pouvoirs qui se succédèrent, sentant leur manque de solidité, s'opposèrent à la constitution de groupements collectifs qui auraient pu leur porter ombrage et servir de points d'appui à l'opposition. A peine tolérèrent-ils (et avec quelle prudence et quelle méfiance) quelques sociétés savantes et quelques associations de bienfaisance étroitement surveillées et dont les actes étaient copieusement espionnés.

Les Sociétés médicales n'échappèrent pas, loin de là, à la règle commune. Sous le Directoire, le Consulat, le Premier Empire et la Restauration, nous ne voyons surgir que des Sociétés savantes : la *Société de médecine de Paris* qui renaît le 2 germinal an IV (11 mars 1795) qui a en partie conservé son caractère officiel. En effet, en 1801, on confie à ses membres l'examen des conscrits, puis celui des fonctionnaires appelés à faire valoir leur droit à la retraite ; la *Société de médecine pratique* fondée par A. Dubois et Alibert en 1808 ; la *Société médicale d'émulation*, fondée en prairial an IV (1796), la *Société anatomique*, fondée par Dupuytren en 1803. Seule une société médicale n'est pas exclusivement scientifique, c'est la *Société médico-pratique*, fondée le 15 fructidor an XIII (2 sept. 1805) qui a un but à la fois scientifique et philanthropique. « Elle accorde des soins pratiques et pécuniaires à ses membres dans la détresse ; les secours ne sont connus que des secourus et de deux membres rapporteurs. Ils peuvent s'étendre aux sociétaires atteints d'infirmités incurables et même jusqu'aux héritiers du collègue sans fortune. »

C'est là la première et la seule tentative d'entr'aide médicale depuis la chute de l'ancien régime. Cette entr'aide ne pouvait aller très loin, car la *Société médico-pratique* ne comptait statutairement que 60 membres titulaires et 12 honoraires. Le droit d'entrée était de 5 francs, plus 20 francs versés dans la Caisse de réserve, et la cotisation annuelle de 36 francs était aux deux tiers remboursée par des jetons de présence. Les ressources annuelles de la Société n'atteignaient pas vraisemblablement au total 2.000 francs. Les secours pécuniaires ne pouvaient donc pas être très élevés, ni très prolongés.

Il faut arriver à la Monarchie de Juillet pour voir créer en 1833, par Orfila, une véritable œuvre de philanthropie médicale avec l'*Association des Médecins de la Seine* qui aura bientôt et largement rempli pendant un siècle son rôle éminemment charitable. Vingt-trois ans plus tard, en 1856, Amédée Latour, appuyé par Rayer, fonda notre grande *Association générale de Prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*, devenue Société de Secours Mutuels approuvée, puis en marge de la loi de la Mutaualité de 1898, une Fédération de Sociétés départementales.

Sous le régime actuel, beaucoup plus de liberté fut progressivement donnée aux Associations de tout ordre, aussi les vit-on se multiplier. Nous n'avons pas la prétention de les énumérer toutes, et l'on nous excusera si nous ne citons que quelques-unes des plus connues :

L'*Association médicale mutuelle du département de la Seine*, fondée en 1887 par le Dr Gallet-Lagoguey pour donner une indemnité journalière à ses membres en cas de maladie ; notre *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français*, fondée en 1894 et réorganisée en 1911, qui assure à ses membres l'indemnité-maladie, la retraite, des pensions viagères après décès aux veuves et aux enfants mineurs ; *La Prévoyance médicale* (1881) ; *La Maison du Médecin* (1881) ; *La Société de Secours Mutuels des femmes et enfants de médecins* ; *l'Association confraternelle des médecins français*, *La Mutuelle médicale française. La Mutuelle de Saumur*, etc., etc., etc.

Joignons à cela les *Syndicats médicaux* (1880) que la loi de 1884 a autorisés à créer des Caisses de secours et des Caisses de retraites, ce qu'a réalisé l'*Association professionnelle des Journalistes médicaux français* ; le « Sou médical » qui est aussi un syndicat et beaucoup d'autres Sociétés qui, plus ou moins directement, secourent, assistent leurs membres ou concourent, au cas échéant, à

venir en aide aux médecins ou à leurs familles dans la détresse.

Lorsqu'on parcourt la longue liste de ces multiples Sociétés qui ont souvent le même but, l'on éprouve d'abord un sentiment de dépit. De quelles ressources ne disposerait-on pas si toutes ces œuvres étaient réunies ? Que de gaspillages, de doubles emplois, de frais généraux inutiles n'éviterait-on pas ? Mais ceci n'est qu'une première impression. Si l'on y réfléchit, l'on peut constater : 1° que le Corps médical n'est pas responsable de cet éparpillement de ses ressoureces ; 2° que cette multiplicité des œuvres est sans doute plus utile qu'une fusion et enfin 3° que cette fusion serait impossible même si elle était désirable.

Le Corps médical n'est pas responsable de l'éparpillement de ses forces, parce qu'il a dû s'adapter aux possibilités que lui laissait une législation souvent modifiée et dont les lois n'ont malheureusement pas de lien entre elles. En effet à côté des Sociétés reconnues d'utilité publique et soumises à une surveillance de l'Etat, sont des Sociétés de Secours Mutuelles approuvées qui après avoir bénéficié des libéralités de l'Empire (1), restaient sous la tutelle du Gouvernement que leur imposait le décret organique du 26 mars 1852. Ces Sociétés reçurent plus tardivement leur statut par la loi du 1er avril 1898 qui permit à certaines de rester Sociétés libres.

A côté de ces Sociétés se fondaient les Syndicats médicaux en 1880 devançant la loi syndicale de 1884 et qui n'ont d'existence légale que depuis la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

Les Syndicats médicaux ne sont pas des Sociétés philanthropiques, ni de secours mutuels, mais ils sont bien au fond des sociétés d'entr'aide et de défense, de prophylaxie contre la détresse médicale.

Enfin, la loi de 1901, laissant dans certaines conditions la liberté de s'associer, ont permis encore à nombre de Sociétés médicales de se constituer avec les buts les plus divers. Certaines d'ailleurs, comme le *Nord médical*, après s'être constituées sous le régime de cette loi, ont obtenu la reconnaissance d'utilité publique. Il n'est donc guère possible à des Sociétés de Secours Mutuels approuvées comme notre *Association générale* (loi de 1898) de fusionner avec les *Syndicats* (loi de 1884 et de 1892) ni même avec une Société comme la *Maison du Médecin*, reconnue d'utilité publique et certaines autres comme notre *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français*, qui tiennent pour de multiples raisons à conserver leur indépendance.

Y aurait-il d'ailleurs avantage à réaliser cette fusion ? Tous ceux qui connaissent un peu l'esprit qui règne dans le Corps médical français répondront : Non.

Les médecins consentent assez facilement à payer des cotisations fragmentaires, surtout à des échéances espacées. Mais beaucoup hésiteraient à verser en une fois une somme de plusieurs centaines de francs, quand bien même cette somme ne représenterait que le total de toutes les cotisations qu'ils payent. Et puis, dans chaque Société, il y a un état-major qui s'intéresse à sa prospérité, qui, par amour-propre tient au développement de cette œuvre qu'il considère un peu comme son enfant. Cet état-major, s'il ne peut pas lui-même faire bénéficier leur œuvre de leurs propres libéralités, les provoque. Si nos Sociétés avaient formé une Administration unique, bureaucratique, bien que parfaitement ordonnée, pensez-vous qu'elles auraient obtenu les legs qui font la fortune de plusieurs millions de l'*Association générale* et les donations importantes qui ont permis la création et le développement de la *Maison du Médecin* (1) ?

D'autre part, si les confrères antisyndicalistes deviennent de moins en moins, nombreux, si évidente est la néceessité de se grouper pour se défendre, nos Sociétés de bienfaisance et de Secours Mutuels perdraient un nombre appréciable de leurs membres, et parfois les plus généreux, s'ils savaient qu'en adhérant à leur Société philanthropique, ils sont de ce fait, même embrigadés dans un Syndicat.

La fusion de nos Sociétés, tout au moins dans les circonstances actuelles et avec notre législation, n'est ni possible, ni désirable.

Mais sans les fondre, on pourrait les rapprocher, c'est le vœu que transmettait récemment au Conseil général de l'Association, un de nos confrères les plus respectés, M. le Dr Rousseau-Saint-Philippe, de Bordeaux, au nom de la Société de la Gironde. Il demandait qu'une sorte de collaboration s'établisse localement entre Syndicats et Sociétés locales de l'A. G. pour aider au recrutement et faciliter la tâche commune.

Dans beaucoup de départements cette collaboration existe, même intimement, et si la fu-

(1) Attribution d'une partie des biens confisqués de la famille d'Orléans.

(1) *La Maison du Médecin* (maison de retraite de Valenton (Seine-et-Oise), mérite que tous nos confrères s'y intéressent. Son siège social est 51, rue de Clichy à Paris. La cotisation annuelle de membre adhérent est de 30 francs.

sion n'est ni légale, ni statutaire, ni administrative, elle est moralement réalisée. Nous avons connu, et bien avant la guerre, des Syndicats qui, après avoir traité leurs questions de tarifs et de défense professionnelle, levaient leur séance et laissaient leurs adhérents, sans se séparer, se constituer en Société locale. Quelques membres du bureau seulement changeaient de place. Un des vice-présidents du Syndicat était le président de la Société et la réunion se terminait par un banquet commun dont des deux présidents faisaient les honneurs.

Mais ceci ne peut guère exister qu'en province où le nombre des adhérents aux Sociétés sont relativement peu nombreux.

Dans les grandes villes et à Paris, pour les fédérations de sociétés (*Association générale, Confédération syndicale*), pour les Sociétés dont les membres sont épars un peu par toute la France (*Maison du Médecin*, *Mutualité familiale*, *Sou médical*, *Prévoyance médicale*, etc., etc., etc.), il ne peut pas en être ainsi et cependant ces Sociétés auraient intérêt à être en relations entre elles, à s'entr'aider au lieu de s'ignorer, à éviter de se nuire, nous ne disons pas de se combattre ; nos Sociétés ne doivent pas se concurrencer, leurs intérêts, qui sont ceux de tout le Corps médical, sont analogues ; d'autre part, même en unissant toutes leurs ressources et tous leurs efforts, elles sont dans l'incapacité de réaliser leur idéal qui est de donner une véritable aisance au confrère tombé dans la détresse. Par conséquent, leur intérêt est de s'entraider, de se renseigner, de rechercher les moyens de coopérer entre elles, d'éviter les manifestations intempestives, les doubles emplois fâcheux, le gaspillage, de contribuer toutes à se faire connaître en indiquant leur but, leurs ressources, leurs possibilités.

En pratique, certains d'entre nous ont réalisé fragmentairement ce but, en faisant partie du Conseil d'administration de plusieurs Sociétés. Tel fut, notre excellent ami, le Dr Bongrand, trésorier de l'Association générale, que nous avons pu qualifier un jour sans ironie de trésorier général du Corps médical français ; tel le dévoué Dr Thiery, secrétaire général de l'Association qui tient une place des plus actives dans le Conseil de la Maison du Médecin et nous ne croyons pas que son dévouement à ces deux œuvres ait nui aux intérêts de l'une ni de l'autre, bien au contraire, et nous pourrions le démontrer par plus d'un exemple ; tel notre ami et collègue Vimont qui est à la fois archiviste de l'A.G., administrateur du « Sou médical » et de la Mutualité familiale ; tel notre vieil ami Decourt qui partage son activité inlassable entre l'A. G., les Syndicats, le « Sou Médical », l'A.P.I.M., tel Chapon, qui dirige la Prévoyance, tout en prenant sa part dans l'Administration de l'A. G., et du « Sou Médical ». Nous ne parlerons pas de Boudin, le Conseil médico-juridique de toutes les Associations médicales. Nous-même faisons partie des Conseils de l'A. G., de la Maison du Médecin, de la Mutualité familiale, du « Sou Médical », et nous ne parlons que des Associations qui ont un caractère exclusivement professionnel.

Donc, il existe en fait une sorte de liaison entre nos diverses œuvres et il est difficile d'ignorer dans l'une ce qui se fait dans l'autre.

Mais cette liaison a quelque chose de précaire et de désordonné. Il serait très utile de l'organiser, de la rendre permanente, méthodique, efficace.

Comment ?

***

Nous avons un exemple de ce que nous pourrions réaliser dans l'*Office Central des Œuvres de Bienfaisance* dont le siège, à Paris, est, 175, boulevard Saint-Germain (1).

Fondé en 1890, par M. Léon Lefébure, membre de l'Institut, cet office a pour but d'établir une liaison entre les innombrables œuvres de bienfaisance qui s'ignorent entre elles et que, très souvent, ignorent ceux qui auraient intérêt à les connaître.

L'Office ne s'occupe en rien de l'administration des œuvres et ne porte aucune atteinte à leur autonomie. Son rôle consiste uniquement à les aider à mieux remplir la mission qu'elles ont assumée.

Sous la Direction d'un agent convenablement rétribué et ayant toutes les qualités intellectuelles, morales et techniques indispensables, fonctionnent les services de l'Office au nombre de six :

1° Le *service des enquêtes sur les œuvres* qui permet de connaître les œuvres de bienfaisance, leur but et les ressources dont elles disposent ;

2° Le *service d'enquêtes sur les bénéficiaires des œuvres* qui permet de dresser un fichier, de mettre en garde les œuvres contre les mendiants professionnels et de recommander les gens vraiment intéressants ;

(1) Président d'honneur : M. René Vallery-Radot ; président : Le bâtonnier Albert Salle ; secrétaire général M. Gaston de Monicault ; trésorier : le baron M. Davellier, régent de la Banque de France.

3° Le *service des Secours d'urgence.*

(L'Office ne donne lui-même des secours qu'exceptionnellement dans les cas tout à fait urgents et ne se substitue jamais à une œuvre) ;

4° Le *service d'avance au travail* ;

5° Le *service des placements* ;

6° Le *service de rapatriement.*

Outre l'Administrateur-Directeur (1), qui s'occupe de la gérance des services, l'Office est administré par un Conseil secondé par huit commissions : Commissions du Contentieux, des Finances, de la Publicité et des Fêtes, de la Répartition des libéralités entre les œuvres, (car l'Office provoque et obtient des legs et des dons pour les œuvres de bienfaisance), Commissions d'enquêtes sur les Œuvres françaises, sur les étrangères et les internationales, Commission d'études, Comité des Dames patronnesses.

Outre les services dont nous avons parlé plus haut, l'Office a organisé un vestiaire et un bureau pour le placement des enfants et des vieillards.

L'on peut se rendre compte par ce court exposé des services que peut rendre pareille institution. Ajoutons que, depuis sa fondation jusqu'au 1er janvier 1926, c'est-à-dire en 36 ans, l'Office central a fourni 116.755 renseignements sur les œuvres, 402.650 sur les indigents, a réparti entre les œuvres ou donné en secours urgents : 32.254.496 *francs*, a effectué le placement de 11.891 vieillards et celui de 23.266 enfants. Il a fallu pour obtenir ce résultat non seulement l'activité et le dévouement d'employés salariés, mais encore le concours de nombreux bénévoles.

Ce n'est pas tout, l'Office central a édité toute une bibliothèque utile où nous relevons des publications dont le seul titre suffit à indiquer l'intérêt.

Citons parmi elles, *La France charitable et prévoyante*, tableau des œuvres et institutions de France classées par départements et par catégories ; *Paris charitable, bienfaisant et social* ; *le Manuel pratique pour le placement des enfants, des malades et des vieillards* ; *la Liste des maisons de famille de Paris et de la banlieue, la Liste des maisons de repos et de convalescence de la banlieue de Paris et des départements.*

L'Office central a essaimé en province ; grâce à son activité, il s'est fondé des institutions semblables à Amiens, Bordeaux, Compiègne, Dôle, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Reims, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, Tourcoing avec lesquelles, il est en relation.

(1) M. Jérôme Poindron.

***

Nous n'avons pas la prétention d'organiser, nous médecins, une œuvre de cette envergure. Mais toute proportion gardée, nous pourrions prendre comme exemple l'Office Central des œuvres de bienfaisance, pour créer un Office central des Sociétés et Œuvres médicales professionnelles, de prévoyance et d'assistance.

Toutes les Œuvres qui adhéreraient, conserveraient *leur entière indépendance et leur complète autonomie.* Le Conseil de l'Office, qui ne s'ingèrerait en rien dans l'Administration des œuvres, pourrait être composé d'un délégué de chaque Société, et un seul délégué pourrait même représenter plusieurs groupements au sein du Conseil.

L'Office aurait pour but d'établir des relations entre les diverses Sociétés ; de faciliter leur propagande et le recrutement de membres nouveaux, de donner sur chaque œuvre, sur son but et ses ressources, des renseignements précis ; de provoquer des legs, des dons pour les Sociétés qui en auraient le plus besoin ; de faciliter le recouvrement des cotisations en évitant que leur échéance tombe à la même date ; d'éviter la coïncidence des manifestations charitables : (tombolas, ventes de charité, bals) de façon à empêcher que ces manifestations, survenant à des dates trop rapprochées, n'arrivassent à se nuire ; de coopérer au succès de ces manifestations et d'établir une répartition équitable des bénéfices obtenus ; de faire les démarches nécessaires pour faire octroyer des subventions de l'Etat, des départements, et des communes et autres aux œuvres, pour les faire reconnaître d'utilité publique si elles y trouvaient un intérêt quelconque ; d'organiser des caisses de secours immédiats et d'éviter les doubles emplois et le gaspillage de leurs fonds, attribués parfois à des personnes peu intéressantes, en faisant de rapides et sérieuses enquêtes ; de créer de nouvelles œuvres répondant à des besoins évidents (office de placement pour les veuves ou les orphelins de médecins qui se trouvent dans la nécessité de gagner leur vie, office de placeement pour les enfants malades, les infirmes et les vieiltés, de patronage dans les grandes villes et, en par ticulier, dans les villes universitaires pour accueillir les enfants de médecins et leur servir de correspondants, s'ils sont en cours d'études ou remplissent des emplois dans ces villes ; de publier un annuaire de toutes les Sociétés et œuvres médicales de France en indiquant leur siège social, leur but et les ressources dont elles disposent, de créer des filiales dans les grandes villes avec les-

quelles l'office central serait en rapport constant, et, dans les départements et les villes qui ne comporteraient pas de filiales, d'avoir des correspondants sérieux, capables de donner tous les renseignements et de faire toutes les enquêtes désirables). Cette énumération, bien incomplète, donne une idée de la tâche très étendue que pourrait assumer l'Office Central médical, il pourrait d'ailleurs obtenir dans certains cas, le concours de l'Office central des Œuvres de Bienfaisance qui, nous en sommes convaincu, ne lui refuserait pas son aide.

D'ailleurs, il devrait sérier les questions et ne réaliser tout d'abord que les plus urgentes.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici un plan complet de réalisation de cet Office, ni même d'en rédiger un avant-projet, nous émettons simplement une idée et nous jugeons qu'il est possible de la mettre en pratique ; nous la soumettons aux réflexions de nos lecteurs, persuadés que plus d'un penseront sur elles comme nous et que peut-être certains aideront à la réaliser.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'EXTRACTION PAR LE SIÈGE

par M. Paul Delmas,

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

I

Impossible à extraire à travers le goulot d'une carafe si elle l'aborde de flanc, une épingle à cheveux en peut être retirée par ses extrémités venant premières, soit côté boucle, soit côté jambages. De même, le trajet pelvien, s'il ne peut être sollicité par la présentation de l'épaule, est-il accessible aux présentations longitudinales, qu'il s'agisse de la tête première, ce qui est de règle, ou de l'extrémité pelvienne, ce que l'on observe tantôt d'emblée, au cas de présentation primitive, tantôt après version, si cette présentation a été secondairement réalisée par l'accoucheur.

L'intervention connue sous le nom d'extraction par le siège est la *manœuvre par laquelle l'accoucheur se substitue aux contractions utérines pour attirer au dehors et sans arrêt les hanches, les épaules et la tête dernière d'un fœtus venant par l'extrémité pelvienne.*

II

Il est deux sortes de circonstances où l'abstention est de règle.

A. — La manœuvre est **à déconseiller** toutes les fois qu'elle ne s'impose pas pour de sérieuses indications cliniques.

Qu'il s'agisse d'une opération de complaisance ou, ce qui est pis, d'un acte qui n'aurait pas exclusivement en vue l'intérêt des familles, des incidents évitables en peuvent résulter qui mettent promptement en péril la vie du fœtus.

a) Même conduite sans à-coups, la manœuvre interrompt, pour autant qu'elle dure, la respiration funiculo-placentaire, et le fœtus qui s'*asphyxie* tente d'autant plus des efforts d'inspiration prématurés que le contact large des mains de l'opérateur avec ses téguments déclanche davantage le réflexe respiratoire, avec ce qu'il comporte alors de risques de pénétration jusqu'à l'alvéole pulmonaire de glaires souvent infectés : d'où ce double risque, soit d'asphyxie immédiate, soit de broncho-pneumonie, dite de déglutition, pour les quelques jours qui suivent la naissance.

b) D'autre part, par le fait de la traction et du frottement du fœtus contre le chenal, des changements d'attitude défavorables peuvent survenir : accrochées au détroit supérieur ou à ce qui peut rester de l'orifice utérin, épaules et tête se défléchissent, d'où un *relèvement des bras et du menton* susceptible, par les difficultés et le retard qu'il apporte à l'extraction, d'entraîner la mort du fœtus :

B. — A plus forte raison, la manœuvre serait **prohibée** si la filière n'était suffisamment ouverte.

a) Au cas de *bassins non perméables*, c'est-à-

dire de ceux autres que de 11 à 9, outre le relèvement des bras, le passage de la tête dernière serait impossible autrement que par la plus laborieuse des opérations mutilatrices.

b) Avec un *col incomplètement dilaté* s'ajouteraient à ce risque ceux d'éclatement du canal cervico-segmentaire, déchirure dont le prolongement vers la vessie, le rectum ou la crosse de l'utérine comporterait pour la mère de retoutables périls.

III

Par contre, trois ordres de considérations commandent l'intervention.

A. — Pour **la mère**, il en est ainsi toutes les fois qu'il convient de *terminer sans délai*, au cas par exemple, d'accès éclamptiques qui se rapprochent tandis que la température s'élève, d'accidents gravido-cardiaques entraînant l'asphyxie, ou d'hémorragies, quelle qu'en soit l'origine, mais dont la continuité et l'abondance ne permettraient pas d'attendre.

B. — L'intérêt de **l'enfant**, à lui seul, peut forcer la main de l'accoucheur :

a) Tantôt, *il souffre*, ce que traduit moins l'expulsion de liquide teinté de méconium, que des bruits du cœur sourds, ralentis et irréguliers dans l'intervalle des contractions.

b) Tantôt l'abstention le mettrait en péril si, *après une version par manœuvres internes*, on s'en remettait à la seule nature du soin de l'expulsion. Les manœuvres effectuées ont eu en effet pour résultat d'exciter prématurément le réflexe nspiratoire avec les risques d'asphyxie qu'il comporte.

C. — L'**infection amniotique**, décelée par l'issue de liquide verdâtre et mal odorant chez une femme dont la température s'élève, est enfin un dernier motif d'intervenir.

a) Ainsi pour la mère sera-t-il, paré, dans la mesure du possible, à une *infection puerpérale* qui s'allume.

b) Quant à l'enfant, il échappe de la sorte aux risques à venir de la *broncho-pneumonie de déglutition.*

IV

La décision prise d'intervenir, il convient tour à tour de réaliser de prudents préparatifs, une technique correcte, des soins consécutifs appropriés.

A. — Avant de rien entreprendre, **tout disposer** en vue de l'intervention qui doit être menée sans désemparer. A cet effet :

a) Pour rendre facile l'acte opératoire, faire appel à la *rachi* dont le bénéfice est double : insensibilisation du sujet à qui d'inutiles souffrances sont ainsi évitées et qui ne se débattra plus ; assouplissement des parties molles à la faveur duquel, s'il en est besoin, des manœuvres dans la profondeur peuvent être aisément exécutées.

b) En vue des tractions à effectuer, et en particulier sur la tête dernière, se souvenir que :

1° Il est toujours avantageux de disposer d'une *table de hauteur convenable* : bassin de l'accoucheur et bassin de l'accouchée doivent être de niveau.

2° Une résistance imprévue ou quelque anomalie du mécanisme peut rendre indispensable l'extraction d'une tête dernière par le *forceps* : désarticulé et stérile, il sera donc à la portée de l'opérateur, sans qu'aucun temps perdu soit à envisager à l'heure où la valeur de chaque minute de retard est hors de prix.

c) Prévoir, qu'étonné ou en état de mort apparente, l'enfant devra être *ranimé* : deux bains de pieds remplis l'un d'eau chaude, l'autre d'eau froide ; et aiguille toute montée sur une seringue remplie de solution d'adrénaline, 1 cmc. de la solution au 1/1000e, en vue de l'injection intra-cardiaque.

B. — Pour complexe qu'elle soit dans certains cas, la **technique** sera poursuivie sans hésitation, sous réserve d'avoir présent à l'esprit un plan directeur rationnel.

a) Ne pas perdre de vue la possibilité de deux incidents indésirables pour les pouvoir éviter à coup sûr :

1° Le relèvement des bras et du menton est lié à la friction de ces régions qui, entraînées par la traction, s'attardent dans un utérus demeuré trop spacieux ; en conséquence, il faut associer :

α) La vis à fronte : *l'opérateur tire* ;

β) La vis à tergo, réalisée, activement par les contractions de l'utérus, pendant lesquelles seules les tractions sont opérées, et passivement par la pression exercée sur le fond de l'organe par *l'aide* qui *pousse.*

2° L'orientation de la tête dernière en occipito-postérieure, cause d'extraction des plus laborieuses, découle d'une mauvaise orientation du dos en arrière. Au cours des manœuvres, il faut donc, si *le dos regarde en avant*, tout faire pour conserver cette attitude. A défaut, il la faudra créer en

imprimant une rotation au tronc du fœtus telle que le rachis fœtal, par le plus court chemin, devienne, de postérieur latéral, et de latéral antérieur.

b) Ces règles formulées, entreprendre l'extraction du fœtus qui, chronologiquement, se compose de *trois accouchements successifs* : hanche, épaules, tête dernière.

1° **L'EXTRACTION DES HANCHES** comporte deux modalités, selon qu'il s'agit d'un siège ou d'un siège décompleté mode des fesses.

α) Dans la **première éventualité**, l'accoucheur, dans l'ordre des possibilités, a le choix entre ces trois manœuvres :

I. — En principe, *les deux pieds* seront saisis pour servir aux tractions; celles-ci seront exercées selon les axes de la filière à parcourir, c'est-à-dire :

a. Après avoir tiré verticalement *vers ses pieds* pour engager le siège dans le détroit supérieur ; *b.* l'accoucheur remontera ensuite ses tractions *vers ses genoux* afin de réaliser ainsi la descente dans l'excavation ; *c.* il les dirigera enfin *vers sa face* en vue du dégagement.

II. — Il se peut qu'un seul pied soit accessible : c'est *le bon* qui *doit être choisi*, celui auquel fait suite la hanche antérieure, dont le glissement naturel derrière la symphyse amène la sortie facile de l'extrémité pelvienne Il est reconnaissable à l'orientation de son bord tranchant, dirigé vers le haut.

III. — Le bon pied ne peut toujours être saisi, il faut alors *se contenter du mauvais*, quand on le tient.

Mauvais, parce qu'avec lui les tractions sont, quoi qu'on fasse, dirigées trop en avant, et la hanche antérieure vient butter contre la symphyse. Il est facile *d'y remédier en le transformant en bon pied.*

Pour cela, le membre inférieur, est, à l'aide d'une compresse, saisi à pleine main, pour être manœuvré, comme une clé dans une serrure, *par rotation dans le sens des orteils.* Ainsi la hanche demeurée dans la profondeur suivra-t-elle le mouvement, sans que la plante du pied correspondant vienne butter contre le promontoire. Le mouvement doit être poursuivi sur les trois quarts d'une circonférence, jusqu'à orientation du creux poplité en avant.

Le membre postérieur est, de la sorte, transformé en antérieur. Mais aussi le dos, partant l'occiput, regarde-t-il en avant désormais.

β) S'agit-il d'un **siège décompleté mode des fesses** ? Sa progression peut être plus ou moins avancée.

I. — Tantôt, il est arrêté *au-dessus du détroit supérieur.* Il convient alors d'abaisser le membre antérieur. A cet effet, l'accoucheur glisse sa main ventrale (par rapport au fœtus) celle, par conséquent, qui est du même nom que l'orientation du sacrum fœtal, jusqu'au creux poplité, pour exercer sur les tendons des muscles ischio-jambiers la pression qui fléchit la jambe sur la cuisse et fait tomber le talon dans la main de l'opérateur qui n'a plus qu'à s'en saisir.

II. — Tantôt, le siège est engagé *dans l'excavation* dont l'étroitesse ne permet plus le mouvement de bascule précédent. Il y a lieu de distinguer selon que le dos regarde en avant ou en arrière :

a. au cas de *dorso-antérieures*, le doigt introduit en crochet dans le pli de l'aîne exercera des pressions dirigées en arrière qui abaissent le siège, sans courir le risque de dérapage qui accompagnerait une prise de forceps sur ce cône à base inférieure que représente ainsi le massif fessier ;

b. par contre, pour les *dorso-postérieures*, les tractions digitales ou les lacs courraient le risque, portant à faux sur le fémur, d'entraîner une fracture de cuisse ; appliqué d'un trochanter à l'autre, le forceps réalise une prise solide qui permet à la fois la descente du siège et l'orientation des hanches dans le diamètre antéro-postérieur, les amenant ainsi à coïncider avec la fente du détroit inférieur.

1° Voici maintenant les hanches sorties et le bas-ventre apparaît. Une **ANSE** sera faite **au CORDON** dès l'apparition de l'ombilic, en vue d'éviter soit la désinsertion de celui-ci, soit le décollement prématuré du placenta, soit l'inversion utérine.

2° Deuxième accouchement : celui des **EPAULES**. Il ne présente aucune particularité à qui suivra la règle plus haut indiquée, de combiner la traction de l'opérateur avec la poussée de l'aide sur l'autre bout.

Mais ces règles n'ont pas été suivies et les bras se sont relevés, ce qu'indique assez la résistance observée et l'arrêt de la descente. Tirer cependant jusqu'à ce que apparaisse la pointe des omoplates ;

α) Si **écartées de la ligne médiane**, c'est que les bras sont relevés au devant de la figure.

Pour leur faire accomplir au retour le même chemin qu'à l'aller, *les repousser du dos vers le ventre* à l'aide de la main dorsale, profondément introduite, de telle sorte que ses longs doigts en attelle évitent la fracture de l'humérus qui ne manquerait pas de succéder à des pressions exercées à coup de phalanges appuyant en porte à faux, à la manière d'un crochet sur la diaphyse de l'humérus. Il va de soi que, comme pour toutes les manœuvres intra-pelviennes, puisqu'il existe en arrière du fœtus, dans la concavité du sacrum, un espace pour la liberté de manœuvre plus grande, c'est par le bras postérieur qu'il convient de commencer.

β) Rare est le cas de **la pointe rapprochée de la ligne médiane**, observé quand le bras est relevé derrière la nuque ou le dos, comme suite à la malencontreuse rotation qui a ramené le dos en arrière. De fait, *cette éventualité ne s'observe que pour le bras antérieur.* Il convient de le ramener en arrière par le même trajet, suivi en sens inverse, qui utilisera pour le remettre en place, la friction et l'arrêt imposé à ce membre par le contact avec la paroi utérine.

Le membre postérieur abaissé au dehors sera donc saisi à pleine main et servira à la *rotation du tronc dans le sens indiqué par les doigts du fœtus*, le membre intérieur suivra en s'attardant. La rotation sera poursuivie jusqu'à ce que le dos soit tourné en avant. D'antérieur devenu postérieur, ce membre sera dès lors abaissé comme plus haut.

3' Reste **la tête dernière**. Celle-ci peut être arrêtée aux trois étages du bassin. A chacun correspond une ligne de conduite appropriée.

α) Si l'obstacle siège **au détroit supérieur** rétréci, d'avant en arrière, la *manœuvre de Champetier de Ribes* joue, autour du promontoire saillant, le mécanisme du battant de cloche : fléchie préalablement par deux doigts introduits dans la bouche, la tête est refoulée du côté de l'occiput pour permettre à ses deux tempes dépressibles de franchir successivement l'anneau osseux. Encore faut-il pour cela que l'excavation sous-jacente soit pontée, à défaut de quoi, un rétrécissement canaliculé comporte la même ligne de conduite que ci-dessous.

β) La tête est-elle retenue **dans l'excavation** Il appartient au forceps de la saisir en long, selon l'axe occipito-mentonnier, et de l'extraire selon cette règle de bon sens que ne pouvant passer *par son diamètre occipito-mentonnier dans* un défilé plus petit que lui, force est bien à l'ovoïde céphalique de sortir *précédé du pôle le plus bas descendu.*

I. — Au cas d'occipito-antérieure, la tête sera saisie d'un pariétal à l'autre, le grand axe des cuillers coïncidant avec l'occipito-mentonnier, concavité de l'instrument vers l'occipitut, donc *articulé sous le ventre fœtal.* L'extraction se fait, *le menton sortant d'abord*, par un mouvement de charnière de la nuque au-dessous de la symphyse et le *dos du fœtus* vient se rabattre *contre le ventre maternel.*

II.— Dans les occipito-postérieures, il y a lieu de distinguer avec soin si la tête est fléchie ou défléchie :

a. Fléchie, le cas est assez semblable au précédent, sauf que la charnière est au niveau de la fourchette vulvaire. Saisi selon le diamètre occipito-mentonnier, d'un pariétal à l'autre, par l'instrument appliqué, concavité vers la face, *au-dessus du ventre du fœtus, le menton sortira encore le premier* et le déroulement se fera autour de la nuque, aboutissant à l'extraction dos contre dos ;

b. Défléchie, la prise est toujours faite du menton à l'occiput, celui-ci le plus bas situé, tandis que le bec de l'instrument est au voisinage du menton, que sa concavité est en avant et ses branches articulées sous le tronc fœtal. *L'occiput sort d'abord*, et, par le mécanisme de la charnière de la région sous-hyoïdienne au contact de la sous-symphyse pubienne, *le dégagement est opéré ventre contre ventre.*

γ) Quand enfin la tête est parvenue **au détroit inférieur**, la classique *manœuvre de Mauriceau*, par l'intermédiaire de la main ventrale dont deux doigts servent, dans la bouche, à fléchir de plus en plus la tête, amène le glissement de la face au contact de la paroi postérieure, le sous-occiput servant d'axe de mouvement.

C.— L'extraction terminée, restent les **soins à donner** éventuellement au nouveau-né et à sa mère.

a) Au premier tout d'abord, pour le cas, si fréquent, où *il a souffert* au cours des manœuvres.

1' Souvent il n'est qu'**étonné** : quelques *flagellations* sur la face ou les fesses provoqueront ses premiers cris, après que la gorge aura été désobstruée des glaires qui l'encombrent.

2' Parfois il est en état de **mort apparente**

Il faut d'abord vérifier si son cœur bat, et, au cas de doute, pratiquer sans retard une *injection* intra-cardiaque de la solution d'adrénaline à 1/1000e, puis, aussitôt, et avec persévérance, l'arrière-gorge débarrassée de ses glaires à l'aide du doigt monté sur une compresse, l'*insufflation bouche à bouche* sera prolongée jusqu'au rétablissement de la respiration spontanée.

Au besoin, de dix en dix minutes, pour permettre à l'opérateur de reprendre haleine, la séance pourra être coupée de l'immersion rapide de l'enfant dans deux *bains* successifs, l'un très chaud, l'autre très froid.

b) Il est alors possible de s'occuper de **la mère** dont la délivrance a eu lieu le plus souvent sans délai et spontanément, du fait de l'influence de la rachi sur la rétraction et la contraction de l'utérus :

1° En vue de **prévenir l'infection**, une *injection intra-utérine* iodée chaude est pratiquée et, aussitôt après, une première piqûre, soit de *pyoformine*, soit, de 12 centigr. de *sulfarsénol intra-musculaire*, qui sera répétée à 24 heures d'intervalle pendant les quatre premiers jours.

2° Si, enfin, quelque **effraction périnéale** est notée, qui mérite une *restauration*, il y sera procédé sous le bénéfice de l'insensibilisation par la rachi, dont la durée habituelle de plus d'une heure laisse tout loisir de la mener sans hâte à bonne fin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ostéomyélite costale.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse.

Je vais vous parler aujourd'hui des ostéomyélites costales : il s'agit assurément d'une lésion assez rare, mais moins cependant qu'on ne l'a cru pendant longtemps, et je n'en veux pour preuve que le travail publié en 1910 par Fritz, dans lequel cet auteur a pu grouper 75 cas. Il importe d'ailleurs que vous connaissiez bien les modalités de cette affection, car, comme elle ne se signale pas au niveau du squelette thoracique par des caractères cliniques aussi tranchés que l'ostéomyélite des membres, vous pourriez commettre de ce fait de regrettables erreurs de diagnostic, analogue à celle qui eut lieu chez le malade qui va me servir de sujet de leçon.

Il y a trois semaines environ, entrait dans notre service un jeune homme de 18 ans, qui nous était envoyé avec le diagnostic d'abcès froid costal ; je passe sur ses antécédents, qui ne présentent rien de particulier ni d'intéressant pour nous. Il y a près de deux mois que notre malade, après avoir présenté un certain nombre de phénomènes généraux, malaises, courbature, frissons et fièvre, a ressenti dans la région thoracique droite une douleur d'abord un peu diffuse, s'exagérant pendant les mouvements respiratoires, et qui, au bout de quelques jours, s'est localisée au voisinage de l'articulation chondro-costale de la 5e côte, où n'a pas tardé à se manifester du gonflement. Ce dernier, d'abord peu marqué, n'a pas tardé à s'allonger dans le sens de la côte, pendant que les téguments présentaient de la rougeur et de l'œdème. Très rapidement, la tumeur est devenue fluctuante, pendant que les phénomènes douloureux disparaissaient, et c'est à ce moment que le malade nous fut adressé, montrant au niveau de la cinquième côte une masse allongée, fluctuante et fortement adhérente au plan osseux sous-jacent.

Etant donnée l'évolution de la lésion, à la fois douloureuse et rapide, s'accompagnant de phénomènes généraux assez intenses, l'absence d'antécédents et d'autres manifestations bacillaires, l'apparition brusque d'une tuméfaction se transformant en une poche fluctuante, et les caractères inflammatoires des téguments, je n'eus pas grand'peine à éliminer toute idée d'abcès froid costal, et à poser le diagnostic d'ostéomyélite, qui fut confirmé deux jours plus tard lors de l'intervention chirurgicale que je pratiquai.

Une incision chirurgicale, pratiquée le long de la 5e côte, me mena sur une cavité pleine de pus dans laquelle se trouvait un os dénudé qui fut réséqué sur une longueur de quelques centimètres. Sa poche, une fois nettoyée, fut laissée largement ouverte, et après quelques jours d'une suppuration assez abondante, modifiée rapidement grâce à la vaccination locale par des bouillons vaccins, commença à se combler ; actuellement, notre opéré peut être considéré comme à peu près guéri, et pourra nous quitter dans quelques jours. Je n'ai, bien entendu, pas manqué, au cours de l'intervention de recueillir avec toutes les précautions d'usage une certaine

quantité de pus, dans lequel l'examen bactériologique a montré, comme je m'y attendais, la présence de staphylocoque doré.

L'ostéomyélite aiguë, qu'elle atteigne les os longs, les os courts ou les os plats, se manifeste presque toujours pendant la période de développement du squelette, c'est-à-dire pendant l'enfance et l'adolescence ; elle se rencontre surtout chez les garçons, plus turbulents, et par suite plus exposés aux traumatismes et c'est probablement aussi pour des raisons de même ordre que les côtes droites sont plus fréquemment atteintes que celles du côté gauche.

Mais, bien que l'immense majorité des observations de cette localisation ostéomyélitique se voie de 2 à 20 ans, il ne faut pas cependant oublier qu'il existe aussi un certain nombre de cas survenus chez l'adulte : je sais bien qu'il s'agit la plupart du temps de lésions osseuses consécutives à une fièvre typhoïde, d'ostéo-myélite post-typhique, mais à côté d'eux, se trouvent aussi des cas d'ostéomyélite banale, rares il est vrai, mais dont il ne faut pas méconnaître la réalité.

Au point de vue étiologique, on retrouve assez souvent, comme causes prédisposantes de l'ostéomyélite un mauvais état général, ou encore une affection aiguë, grippe, rhumatisme, variole, scarlatine, rougeole, varicelle, qui ont mis l'organisme en état de moindre résistance et par conséquent en état de réceptivité ; à ce sujet, il convient encore de mentionner l'influence du traumatisme, signalé dans plusieurs observations, et qui aurait eu pour résultat de localiser au niveau du thorax des agents microbiens.

Quant aux portes d'entrée de ces germes virulents, les plus fréquentes sont des érosions cutanées, panaris, impetigo, engelures, furoncles, fissures des lèvres, ulcérations de la bouche, lésions de grattage des fosses nasales, etc. ; dans quelques cas, comme dans le nôtre, malgré toutes les recherches, elle reste inaperçue.

En ce qui concerne le microbe en question, il s'agit le plus souvent de staphylocoque doré, plus rarement de staphylocoque blanc, de streptocoque ou de pneumocoque ; dans les cas d'ostéomyélite qui succèdent à une fièvre typhoïde, on rencontre ordinairement le bacille d'Eberth soit pur, soit associé ; cependant le colibacille et l'entérocoque ont été également signalés récemment par Laignel-Lavastine et de Jong ; il existe en outre des cas où toute recherche microbienne est demeurée négative.

Vous savez que l'ostéomyélite prend naissance au niveau des points diaphysaires des os, contigus à leurs cartilages de conjugaison, et comme les côtes ne font pas exception à cette loi, c'est au voisinage de leurs points d'accroissement que siégeront les lésions.

En dehors du point diaphysaire primitif qui donne la plus grande partie de l'os, les côtes, je me borne à vous le rappeler, se développent par trois points complémentaires situés l'un à la partie antérieure près de l'articulation chondro-costale, et les deux autres, à la région postérieure point céphalique et point tubérositaire, ce qui donne donc en arrière la possibilité de deux foyers ostéomyélitiques. J'ajouterai que les lésions siègent le plus souvent au niveau du point céphalique, car il se soude plus tard que le point tubérositaire au reste de la côte, en général vers la 24e année, et qu'il fournit par suite une plus grande contribution à l'accroissement osseux.

Par suite, l'ostéomyélite peut donc siéger soit en avant, au voisinage ou même au niveau de l'articulation chondro-costale, soit en arrière, au niveau de la tête des côtes.

Comme dans la partie antérieure du thorax, la face des côtes se trouve pour ainsi dire sous-cutanée, il s'ensuit que la tuméfaction devient vite extérieure et visible au point lésé ; cependant, lorsqu'il s'agit d'une des premières côtes, les abcès, bridés en avant par la masse des pectoraux sont obligés de suivre au trajet un peu plus long pour venir poindre sur le bord antérieur de l'aisselle, après avoir décollé plus ou moins le tissu cellulaire sous-pectoral.

Lorsque la lésion osseuse siège en arrière, l'abcès est maintenu par les muscles des gouttières vertébrales, recouverts d'aponévroses épaisses et résistantes, ainsi que par les intercostaux : le pus se collectera donc d'abord en dedans, entre la plèvre et la paroi thoracique pour fuser directement à l'extérieur, en passant, suivant son point d'origine, tête ou tubérosité, en dedans ou en dehors du ligament transverse intercostal supérieur, et ce n'est que très rarement qu'il viendra se faire jour sur les parties latérales du thorax en décollant au loin le périoste.

Enfin, je vous signalerai encore que, lorsque la lésion se trouve située sur une des côtes inférieures, en avant comme en arrière, le pus peut parfois fuser en bas plus ou moins loin dans la loge des muscles de l'abdomen ou dans celle du carré des lombes.

Au point de vue osseux, la lésion siège toujours en un point bien limité, rarement étendu, et jamais on n'arrive à observer ces formes diffuses, si fréquentes sur certains os, comme le fémur et le tibia : on a noté dans plusieurs cas des fractures spontanées ainsi que le décollement du cartilage costal, mais même lorsque l'abcès évolue depuis longtemps, on rencontre très rarement des séquestres : quand ils existent, ils sont minces, formant de véritables aiguilles osseuses, nées aux dépens des bords de la côte.

Bien que le siège exact des lésions n'ait pas été noté dans toutes les observations, il semble bien que les côtes les plus souvent atteintes

soient les 5e et 6e, viendraient ensuite, les 3e, 4e, 8e et 10e côtes ; il n'existe actuellement pas de cas où l'ostéomyélite soit venue se localiser sur une fausse côte. Braquehaye avait cru pouvoir avancer que cette infection intéressait à peu près exclusivement l'extrémité antérieure de la côte dans la première enfance, alors que l'extrémité postérieure se trouvait toujours lésée dans l'adolescence. Je ne parle pas bien entendu de l'ostéomyélite post-typhique, dont le siège a jusqu'ici toujours été signalé dans la région antérieure. Des recherches plus récentes, en particulier, celles de Fritz et de Houssiaux, ne semblent pas devoir autoriser des conclusions aussi nettes : si dans la première enfance, l'ostéomyélite est le plus souvent à siège antérieur, les localisations postérieures ne sont pas toutefois exceptionnelles de même que dans l'adolescence, et ultérieurement, les lésions antérieures ne paraissent pas plus rares que les postérieures : cependant, quel que soit l'âge du sujet, dans la majorité des cas, la localisation ostéomyélitique paraît plus fréquente en avant.

Au point de vue de leur évolution anatomique, les lésions osseuses ne présentent rien de bien particulier : les abcès antérieurs, toujours sus-costaux viennent faire saillie à l'extérieur, amincissant la peau, qui ne tarde pas à se perforer si le bistouri n'a pas prévenu cette ouverture spontanée, et les abcès postérieurs, primitivement sous-costaux, en contact avec la plèvre, viennent également par un trajet assez complexe en formant une sorte de bissac, faire saillie à l'extérieur. La poche se fistulise, ses parois se décollent, son trajet s'agrandit , une suppuration plus ou moins abondante s'établit et persiste tant que le point osseux lésé n'aura pas été enlevé chirurgicalement.

Comme vous devez aisément vous en douter, la symptomatologie de l'ostéomyélite costale diffère complètement suivant que la lésion siège en avant du côté de l'articulation chondro-costale ou en arrière, au niveau de la tête des côtes.

Dans le premier cas, après les inévitables phénomènes généraux, malaise, courbature, fièvre avec frissons, sueurs, que l'on observe au début de toutes les infections, on voit apparaître du côté de la cage thoracique une douleur, d'abord complètement diffuse, s'exagérant pendant les mouvements respiratoires ainsi qu'à la pression, mais qui ne tarde pas à se localiser en un point de la côte, et à s'accompagner de gonflement. D'abord peu marqué, ce dernier s'allonge bientôt dans le sens de la côte et se limite souvent par un bourrelet : la peau qui le recouvre est normale au début, mais rapidement elle présente de l'augmentation de la circulation veineuse, de la rougeur et de l'œdème.

Au bout de quelques jours, les signes généraux qui avaient atteint leur maximum d'acuité commencent à s'amender, la douleur diminue, alors que la tuméfaction devient nettement fluctuante par suite de la perforation du périoste. On note alors la présence d'une masse allongée, de volume variable, profondément adhérente à une côte épaissie et sensible à la pression, qui peut demeurer stationnaire pendant un temps plus ou moins long, mais, à un moment donné, soit spontanément, soit à la suite d'une irritation quelconque, il se produit une ouverture cutanée et le pus s'évacue à l'extérieur. Il en résulte une fistule, conduisant sur une côte dénudée, qui dure un temps plus ou moins considérable, et qui ne présente ordinairement aucune tendance spontanée à la fermeture, surtout s'il existe un séquestre tant soit peu volumineux. Parfois l'extrémité de la côte est mobile sur l'extrémité correspondante, et la recherche de ce signe, qui s'accompagne de crépitation, provoque toujours une douleur assez vive.

A côté de cette forme aiguë, à début fébrile et brusque, qui est de beaucoup le plus fréquent, il en existe un autre, qui semble chronique d'emblée : le début est lent, comme dans la périostite légère, l'os se déforme peu à peu et se tuméfie en un point, mais marche vers l'abcédation, au lieu de tendre vers la résolution.

Lorsque le foyer ostéomyélitique ne siège plus en avant dans le voisinage de l'articulation chondro-costale, mais en arrière, au niveau de la tête des côtes, les signes sont tout différents. Assurément, le début de l'affection est de nouveau marqué par les mêmes phénomènes généraux que je vous ai signalés dans la forme précédente et qui sont peut-être encore plus accusés, car la fièvre est toujours très élevée et l'on observe fréquemment du délire.

Pendant un certain temps, nul phénomène n'attire l'attention du côté du thorax, et vous en comprenez aisément la raison : c'est que la lésion siège profondément et qu'il est tout à fait impossible d'explorer la tête costale sous l'épaisse couche musculaire des gouttières vertébrales qui la revêt ; en outre, la douleur qui existe au point lésé est vague, mal limitée, elle s'irradie souvent le long des nerfs intercostaux simulant une névralgie et peut parfois devenir assez intense pour entraîner de la dyspnée.

Comme la collection purulente se développe toujours, ainsi que je vous l'ai déjà dit, à la face profonde du gril costal, elle évolue d'abord sur un côté de la cavité thoracique, donnant naissance à des symptômes réactionnels du côté pleural, matité nette, plus ou moins étendue à la percussion, souffle et égophonie à l'auscultation, qui tiennent à la tension et à la résistance des parois molles s'étendant entre les côtes et qui disparaîtront dès que l'abcès sera devenu perceptible.

En effet, après s'être ainsi développé plus ou

moins du côté de la cavité thoracique, la collection tend à gagner l'extérieur, décollant les tissus qu'elle rencontre et constituant un véritable abcès en bouton de chemise, dont la tête vient poindre, soit dans un espace intercostal, soit dans la région lombaire, à une distance plus ou moins grande de son point de départ.

Il est à remarquer d'ailleurs que l'abcès de l'ostéomyélite costale tend toujours à s'évacuer en perforant les muscles et la peau, et que jamais on ne l'a vu s'ouvrir dans les bronches pour être expulsé à l'état de vomique ; il semble que l'inflammation en épaississant la séreuse pulmonaire ait constitué une véritable barrière à la progression pulurente.

Quant à l'ostéomyélite due au bacille d'Eberth, elle s'observe surtout dans la fièvre typhoïde prolongée ou à rechutes : elle apparaît presque toujours pendant la convalescence, principalement dans la semaine qui suit la défervescence et se voit assez souvent chez des sujets déjà âgés.

L'inflammation osseuse peut se manifester sous deux modalités, elle peut évoluer sous une forme aiguë, tout à fait analogue à celle que je viens de vous décrire, mais elle prend aussi, et cela peut être un peu plus fréquemment, une allure lente et chronique.

L'abcès, simulant alors l'abcès froid de la tuberculose costale, peut durer des mois, s'accompagnant de douleurs à caractères très irréguliers, tantôt très vives, tantôt peu marquées et pouvant même disparaître après quelques jours. Puis, après un temps variable, la peau qui recouvrait la tuméfaction se met à rougir, devient adhérente, s'ulcère enfin, et par la fistule ainsi formée, on peut sentir l'os nécrosé. L'état général reste presque toujours très bon, et la lésion finit généralement par guérir spontanément : mais il est bien évident que sa durée est notablement abrégée par le traitement chirurgical.

L'évolution de ces différentes formes d'ostéites-costales peut être marquée par diverses complications ; en dehors de l'infection généralisée, qui peut emporter le malade et qui n'est due le plus souvent qu'à un traitement mal conduit ou insuffisant de la lésion locale, Barillet a signalé la possibilité d'endocardite, de pleurésie, de pneumonie, ainsi que d'ouverture de l'abcès dans les bronches et dans la plèvre.[1]

On a également pu noter dans quelques cas des douleurs dans l'épaule et dans le membre supérieur droit par compression du plexus brachial, ainsi qu'un cas de mort subite par ulcération de l'artère intercostale dans une vieille ostéomyélite fistulisée ; enfin, l'ostéomyélite costale peut exister en même temps que d'autres foyers de suppuration d'origine osseuse.

Le diagnostic d'ostéomyélite costale est souvent très difficile, quelquefois même impossible à poser : à la période de début, lorsque l'attention est uniquement attirée par des phénomènes généraux, on est forcément amené à penser à toute autre chose qu'à une ostéomyélite costale, car une maladie grave, fièvre typhoïde, rougeole scarlatine., etc., peut commencer par de semblables symptômes. C'est là un diagnostic banal, qui se retrouve dans tous les cas d'ostéomyélite, quel qu'en soit le siège, aussi n'y insisterai-je pas.

Après l'apparition de phénomènes douloureux, soit en avant, près de l'articulation chondro-costale, soit en arrière près de l'extrémité rachidienne, vous pourrez dans ces deux cas songer au rhumatisme articulaire, mais bien vite, l'intensité vraiment anormale de l'élément douleur, l'absence de déterminations cardiaques, l'inefficacité du salicylate de soude vous feront abandonner cette hypothèse.

Lorsque la lésion siège en avant, en cas d'atteinte d'une des premières côtes, où l'abcès vient poindre au niveau du creux axillaire, vous penserez peut-être tout d'abord à un adéno-phlegmon de l'aisselle ; la recherche infructueuse d'une plaie infectée du membre supérieur ou de la poitrine, l'absence d'adénite, la constatation d'une douleur vive, paroxystique, exagérée par la pression, par la respiration ou par la toux, vous mettront vite sur la voie du vrai diagnostic que viendra confirmer, après incision et évacuation de la collection purulente, la constatation au stylet d'un point costal dénudé. Il en sera de même pour le phlegmon sous-pectoral que vous reconnaitrez aisément, la collection purulente soulevant la paroi axillaire, effaçant le creux sous-claviculaire et gagnant la base du cou.

Dans les autres cas, vous devrez surtout, car vous ne confondrez jamais une ostéomyélite costale avec une lésion de même nature d'un os voisin, clavicule ou sternum, chercher à éviter la confusion des altérations ostéomyélitiques avec les manifestations périostiques et osseuses de la tuberculose et de la syphilis, ce qui est parfois fort difficile dans les cas de lésions post-typhiques à évolution lente.

Au début, vous différencierez les ostéomyélites costales de la tuberculose par l'accentuation de la douleur, par l'élévation de la température, et par le développement rapide de la tuméfaction : vous vous appuierez également sur les antécédents personnels du malade, sur son âge et sur l'absence d'autres manifestations tuberculeuses.

Plus tard, l'augmentation de la douleur, l'apparition brusque d'une poche fluctuante, les caractères d'inflammation de la peau et au besion l'examen bactériologique du pus retiré par ponction, vous feront bien voir qu'il ne s'agit pas là d'un abcès froid costal.

Enfin à la période de fistulisation, l'évolution de la maladie, les caractères mêmes de l'orifice et de l'écoulement, pourront vous faire poser le diagnostic.

En ce qui concerne la périostite syphilitique secondaire, les douleurs très vives et la tuméfaction qui l'accompagnent pourront peut-être vous faire d'abord hésiter quelque peu, mais l'absence de traces de chancre et des autres accidents secondaires, plaques muqueuses, roséole, céphalée, adénites multiples, vous montreront bien vite votre erreur : dans les cas où il subsisterait un doute, les recherches sérologiques dissiperaient toute incertitude.

Quant aux gommes de la syphilis héréditaire tardive, ou du tertiarisme, vous éviterez facilement de les confondre avec une ostéomyélite costale et cela non seulement à cause de leurs caractères un peu particuliers, mais surtout par un examen attentif de votre malade, qui vous montrera soit certains stigmates caractéristiques, soit des lésions similaires siégeant en d'autres points de l'économie.

Mais, c'est surtout dans les cas d'atteinte de l'extrémité rachidienne de la côte que le diagnostic présentera des difficultés.

La douleur irradiée dans un espace intercostal simulant un point de côté, et s'accompagnant d'une température élevée, de submatité avec souffle en arrière, pourra vous faire songer à une pneumonie lobaire ; mais comme cette dernière n'évolue jamais sans toux, sans râles sous-crépitants, et sans crachats, vous n'arriverez pas à commettre cette erreur de diagnostic.

Quatre symptômes importants, la voussure, la matité, le souffle et l'égophonie s'observent dans la pleurésie sérofibrineuse, comme dans l'ostéomyélite costale et comme on trouve encore dans les deux cas des frissons, de la fièvre, des phénomènes généraux, de la douleur vive en un point du thorax, il paraît à première vue assez difficile de poser un diagnostic exact. Vous y arriverez cependant, en vous souvenant que dans la pleurésie, la fièvre est moins vive, les symptômes généraux moins intenses et qu'il existe surtout une toux constante, riche et pénible qui fait complètement défaut dans l'ostéomyélite : au besoin une ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

La pleurésie enkystée, surtout à forme purulente, peut être facilement confondue avec l'ostéomyélite. Elle débute quelquefois aussi par des phénomènes aigus, et en plus des signes communs que je viens de vous énumérer, elle offre un autre caractère qui se retrouve également dans les deux cas, le liquide et le souffle ne se déplaçant pas dans les diverses positions que l'on peut faire prendre au malade. Cependant, dans les cas de pleurésie purulente, l'œdème de la paroi est plus diffus, plus étendu, la circulation veineuse collatérale est plus marquée et enfin l'examen radiologique, qu'il ne faut jamais négliger, viendra vous montrer quelle est la nature de la lésion.

La douleur du début, pourra parfois vous faire croire à une névralgie intercostale ou à une pleurodynie ; mais dans le premier cas, l'extension de la douleur, son exaspération par la pression superficielle de la peau, l'absence complète de gonflement et de phénomènes généraux ne pourront que très peu vous faire hésiter, comme dans la pleurodynie, où, si la douleur est parfois vive et lancinante s'accompagnant de fièvre, elle ne se localise pas, et n'est pas escortée de gonflement alors que le malade présente des antécédents de rhumatisant.

Lorsque la collection cessera de se développer dans la profondeur pour venir poindre à l'extérieur, les signes stéthoscopiques disparaîtront et vous vous demanderez alors, si vous n'êtes pas en présence d'un abcès chaud des parois thoraciques ; son voisinage des côtes et la douleur causée par la pression du point atteint vous montreront avec suffisamment de netteté qu'il s'agit d'une lésion costale.

Vous reconnaîtrez les abcès froids venus de l'omoplate ou développés dans la bourse séreuse située au-dessous de cet os à leur évolution lente et chronique, ainsi qu'à leur localisation dans la région scapulaire : la situation des phénomènes douloureux en un point précis de l'omoplate, correspondant à un de ses points d'ossification, vous permettra de diagnostiquer l'ostéomyélite aiguë de cet os.

Quant à l'ostéomyélite vertébrale, affection rare et toujours très grave, vous ne manquerez pas d'y songer en cas de douleur très violente s'accompagnant d'une raideur matérielle du rachis immobilisé par la contracture musculaire.

Le diagnostic d'ostéomyélite costale une fois posé, vous devrez vous demander alors quelle est la côte atteinte : assurément si la lésion siège à la partie antérieure du thorax, vous résoudrez facilement ce problème, mais il n'en sera pas toujours de même lorsque la côte sera prise dans sa portion juxta-rachidienne, surtout si l'abcès est venu se révéler à une certaine distance de son point d'origine. Dans ce cas, le diagnostic de siège si nécessaire au point de vue thérapeutique, sera des plus difficile, et ne pourra guère être posé qu'après examen radiographique.

Je n'insiste pas en ce qui concerne la variété microbienne, cause de la suppuration et que seul l'examen bactériologique après culture pourra indiquer.

Le pronostic de l'ostéomyélite costale, quoique sérieux, est moins grave que l'on ne serait tenté de le croire par suite du voisinage des organes thoraciques : l'ostéomyélite à type anté-

rieur est toujours bénigne, ce qui s'explique par la facilité avec laquelle la suppuration peut distendre la peau et venir se montrer à l'extérieur. Mais lorsque la côte est atteinte dans sa partie postérieure, le pronostic est plus réservé, une incision insuffisante, un traitement trop tardif entraînant de longues suppurations qui peuvent amener la mort du malade.

Au point de vue du traitement, vous devrez rejeter de parti pris toute idée de ponction évacuatrice suivie de lavage antiseptique dans la cavité purulente, qui ne nous donnerait que des résultats déplorables : l'abcès costal doit être, comme tout foyer de suppuration, incisé et largement incisé, mais vous ferez bien de ne pas oublier en même temps d'avoir recours à la vaccination générale, soit par stock-vaccin, soit par auto-vaccin.

Dans la région antérieure, votre ouverture cutanée devra être faite parallèlement aux côtes, en arrière au contraire, étant donnée la présence de fibres musculaires longitudinales, et de la profondeur de la lésion osseuse, votre incision devra être verticale et assez étendue.

Le pus une fois complètement évacué, vous explorerez soigneusement toute la région, vous rendant compte s'il existe des séquestres plus ou moins libres, ou une côte simplement dénudée. Dans le cas de lésions peu étendues, un grattage pourra suffire, mais si la côte est fortement attaquée, une résection assez étendue sera nécessaire. La poche une fois bien curettée, vous vous garderez bien de chercher une réunion par première intention, et je vous conseillerai même de ne pas tenter de diminuer l'étendue de la plaie par des points de suture fait à ses extrémités. Laissez-là au contraire largement ouverte, afin de pouvoir la bien surveiller, et, au bout de quelques jours de soins journaliers, vous aurez la satisfaction de constater qu'elle commence à se combler progressivement de l'intérieur vers l'extérieur par un bourgeonnement régulier. A ce stade encore, la vaccination tant générale que locale pourra vous être d'un grand recours, vous avez pu d'ailleurs vous rendre compte des excellents effets qu'elle a produits chez notre sujet.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La méthode de Whipple dans le traitement des anémies graves.

Le Dr Gaston Lyon met au point cette question d'après son expérience personnelle.

Ce traitement n'est nullement applicable exclusivement à l'anémie pernicieuse « cryptogénique », dite maladie de Biermer. Les anémies graves, au point de vue hématologique, doivent être distinguées en anémies plastiques et anémies aplastiques ; en d'autres termes, il est des cas où la moelle osseuse est capable de régénérer les globules rouges (anémies plastiques) ; il en est d'autres où elle en est incapable (anémies aplastiques).

Le traitement est efficace dans les premières ; il n'apporte qu'une amélioration passagère dans les secondes.

D'autre part, l'anémie pernicieuse progressive du type Biermer n'est pas obligatoirement, tout au moins au début, une anémie aplastique ; elle le devient plus ou moins vite par la suite. Il serait donc excessif de considérer le traitement par la méthode de Whipple comme la médication spécifique de l'anémie pernicieuse ; ses effets sont remarquables dans les formes récentes, où la moelle est encore susceptible de réagir (si le nombre des globules n'est pas inférieur à 800.000, ou un million) ; ils ne le sont pas, ou tout au moins ne sont qu'éphémères dans les formes anciennes invétérées.

La méthode de Whipple constitue, sous ces réserves, à l'heure actuelle, le moyen le plus sûr d'améliorer, voire même de guérir les anémies graves secondaires.

On connaît ses modes d'applications ; la durée du traitement est toujours longue ; l'interruption prématurée est l'occasion de rechutes ; le seul critérium est une amélioration persistante, tant au point de vue clinique qu'hématologique ; en cas de rechute, le traitement doit être repris immédiatement.

En général, les résultats sont acquis très rapidement ; dès la seconde semaine, on constate une augmentation notable du nombre des hématies.

Sur 125 malades, Minet et Murphy ont 52 guérisons qui se maintiennent depuis plus d'un an, 12 depuis plus de 2 ans, 2 depuis 3 ans 1/2.

Mais, dans la maladie de Biermer, répétons-le, il ne peut être question que d'améliorations, précieuses à la vérité, puisque les autres moyens ne permettaient pas de les obtenir ; on ne saurait, quant à présent, parler de guérison définitive.

Contre-indication : l'administration considérable et prolongée de foie peut déterminer des acci-

dents rénaux graves chez les sujets à reins fragiles ou déjà altérés ; il faudra donc s'assurer d'un bon fonctionnement rénal. (*Le Bulletin médical*, 2 juin 1928.)

Anesthésie cutanée par ionisation avec la carbaïne.

Dans les interventions de petite chirurgie dermatologique, il peut être intéressant de disposer d'un moyen anesthésique, plus pénétrant que les topiques habituels et dispensant par ailleurs de l'injection sous-cutanée ; il faut rechercher un anesthésique ionisable, capable d'assurer l'insensibilité du tégument dans la profondeur.

A. Zimmern, Nicolleau et Arvanitakis, après leurs recherches, s'arrêtent à une substance anesthésique de synthèse, la carbaïne, qui, très efficace en applications locales sur les muqueuses, présente cette particularité de n'agir que peu ou pas sur la peau, de ne pas diffuser dans la peau ; ils ont essayé d'y faire pénétrer l'ion anesthésique par voie électrolytique.

La solution à 5 p. 100 permet, après 15 à 20 minutes d'attente, d'obtenir une anesthésie suffisante et à une profondeur appréciable, cela avec les intensités utilisables avec de petites électrodes, soit 2 à 10 milliampères, cette dernière intensité étant un maximum, l'effet caustique du courant se manifestant entre ces limites par une sensation dont la tolérance est variable individuellement.

Comme électrode active, le meilleur procédé est d'utiliser quelques doubles de gaze ou de coton hydrophile convenablement lavé, puis essoré, pour éviter l'introduction d'ions parasites. Le support relié à l'anode de la source sera une plaque de charbon, de préférence aux électrodes en étain, dont les sels pourraient donner lieu à des ions parasites. La dimension des électrodes doit être strictement limitée à la surface de la région à anesthésier. Faire un lavage préalable à l'éther pour éviter l'obstacle des sécrétions sébacées, ou employer des procédés émollients et kératolytiques pour éviter celui de l'épaisseur de certaines kératoses.

La durée de l'anesthésie obtenue par l'ionisation de la carbaïne permet de petites interventions cutanées : biopsie, électro-coagulation de placards lupiques, de petits néoplasmes superficiels, de végétations vénériennes, destruction de chéloïdes.

Le procédé est préférable à la stovaïne. Le matériel étant simple et peu dispendieux, le dermatologiste pourra l'utiliser préalablement à l'usage de la curette, du scarificateur, du cryocautère, et même aux applications ordinaires si pénibles de la douche filiforme. (*La Presse médicale*, 23 mai 1928.)

Sur un cas de lèpre traité par la bactériothérapie.

Les docteurs Bourgeois et Tsatsaronis ont traité par un vaccin un cas de lèpre résistant jusque-là aux moyens thérapeutiques habituels.

Celui-ci fut obtenu en partant de bacilles de Koch dégraissés, avec adjonction, à l'émulsion habituelle des bacilles, d'une partie des extraits de ces mêmes bacilles et une petite quantité de bacilles de Hansen, provenant de la sérosité des lépromes : deux injections intramusculaires de vaccin par semaine, et une ampoule de 10 cc. d'huile de chaulmoogra créosotée une fois par semaine ; cette dernière injection, devenue très douloureuse, dut être abandonnée. A partir de la 8e piqûre vaccinale seulement, il y eut une forte réaction locale et générale. Les injections sont alors espacées à raison d'une par semaine : les lépromes commencent alors à diminuer de volume, le suintement s'atténue, puis disparaît. Après 20 piqûres de vaccin espacées sur trois mois, les lépromes sont cicatrisés après disparition. L'examen bactériologique du mucus nasal reste négatif, aucun bacille ; le Bordet-Wassermann est également devenu négatif.

Le succès s'est maintenu jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant un an ; l'avenir dira si la guérison est définitive. (*Le Progrès médical*, 7 juillet 1928.)

La cure radicale des volumineuses hernies inguinales.

F.-M. Cadenat estime qu'il est trop absolu de dire que mieux vaut s'abstenir d'opérer les grosses hernies inguino-scrotales. Certes, il est des malades âgés ou obèses, tousseurs, prostatiques ou albuminuriques, dont la déchéance organique contre-indique toute intervention, sauf urgence ; cependant la majeure partie des hernies même volumineuses peut être opérée, et l'opération n'est pas très difficile si l'on connaît quelques petits artifices de technique, car la paroi peut être suffisamment solide si on sait la renforcer.

S'il y a des difficultés de réduction, tout chirurgien sait qu'en présence d'une hernie du gros intestin, il doit aller chercher son plan de clivage dans l'abdomen, que si les adhérences épiploïques sont serrées, il y a avantage également à placer ses ligatures assez haut dans l'abdomen, à sectionner l'épiploon en haut et à enlever la partie adhérente par voie rétrograde. Les organes une fois libérés, rien n'est plus simple que de réintégrer dans l'abdomen des hernies même volumineuses, en s'aidant de la position inclinée poussée jusqu'au Trendelenbourg, s'il est nécessaire.

Quant aux hématomes des bourses, danger des difficultés de libération du sac, on peut les éviter très simplement en supprimant le temps de libération du sac, et en laissant celui-ci dans les bourses, ou tout au moins sa partie inférieure;

sa partie supérieure, inguinale, libérée le plus haut possible, jusque dans le ventre, sera fixée, par un point de Barker.

Si les récidives d'hernies sont si fréquentes, c'est que beaucoup d'opérateurs emploient, de préférence au procédé de Bassini, la technique qui consiste à placer le cordon en arrière de tous les plans de la paroi ; mais les récidives se font toujours au niveau de la partie inférieure de la cicatrice ; et c'est là qu'il faut fermer complètement ; or, cette oblitération ne peut se faire que si on laisse le cordon à sa place normale, c'est-à-dire en avant du plan petit oblique-transverse, comme dans le Bassini. Il est indispensable que la paroi soit reconstituée si complètement que le cordon soit très serré ; cette striction n'intéresse ni le canal déférent ni l'artère spermatique ; il n'en résulte aucun inconvénient sérieux et susceptible d'être mis en balance avec la nécessité impérieuse de mettre le cordon à l'étroit pour faire une paroi solide. Le point d'appui solide nécessaire est, sinon l'arcade crurale parfois déficiente, du moins le puissant ligament de Cooper.

Quand les tissus de la paroi sont notoirement insuffisants, mieux vaut prélever sur la cuisse le fragment de fascia lata nécessaire.

A noter que lorsque le malade a reçu l'anesthésie générale, et s'il tousse, il est bon de renforcer le pansement ordinaire au leucoplaste d'une large bande Velpeau bien serrée ; enfin, il est prudent, en vue d'éviter un hématome des bourses, de remonter fortement les bourses au moyen d'un suspensoir bien ouaté. (*L'Hôpital*, B, juin 1928.)

La vaccination antidiphtérique : notes pratiques.

Ces notes sur la vaccination par l'anatoxine de Ramon sont dues à M. G. Vitry.

Rappelons d'abord que l'anatoxine n'est pas un sérum, mais une toxine modifiée ; il n'y a donc à craindre ni anaphylaxie, ni accidents sériques. C'est un produit stable, qui ne récupère jamais sa toxicité primitive, et conserve son efficacité pendant plusieurs années. Les doses à injecter sont les mêmes, quel que soit l'âge du patient : 1/2 cc. pour la première injection, 1 cc. pour la seconde, 1 cc. 1/2 pour la troisième. Il est capital de laisser s'écouler un délai de trois semaines entre les deux premières injections et de quinze jours entre les deux dernières. Les injections se font dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse, région que l'enfant ne peut aborder pour se gratter, donc peu de risques d'infection.

Contre-indications : Mieux vaut s'abstenir chez tout enfant malade, temporairement fatigué, suspect de maladie contagieuse ou d'affection cutanée.

Réactions : le plus souvent aucune ; parfois un peu de rougeur locale, une légère élévation thermique (38° à 38°5) avec réaction générale ; cette réaction est plus accentuée chez les grands enfants, les adultes, sans jamais être grave ; tout disparaît en 24 ou 36 heures.

L'immunisation est assurée chez les enfants à partir du début de la deuxième année ; plus tôt, il semble que les nourrissons acquièrent moins facilement l'immunité. De 2 à 7 ans, c'est la période optima.

Chez le grand enfant, chez l'adulte, la vaccination ne doit être conseillée qu'après intradermo-réaction de Schick positive, c'est-à-dire indiquant que le sujet est réceptif. Les petits enfants sont tous réceptifs ; donc, on peut les vacciner d'emblée.

L'immunité ne s'établit que progressivement ; elle n'est sûrement complète que 8 à 15 jours après la troisième injection ; c'est donc 6 à 7 semaines seulement après la première piqûre qu'on peut être assuré de l'immunisation ; sa durée est de plusieurs années ; elle peut être définitive.

Cette vaccination ne peut donc arrêter une épidémie envahissante ; il faut alors user de la séro-prévention, en injectant 1.000 à 2.000 unités de sérum purifié aux enfants directement en contact avec des diphtériques. Cette protection immédiate, mais temporaire, doit être complétée secondairement par la vaccination, qui d'ailleurs peut être faite parallèlement, mais doit être de préférence pratiquée quelques minutes avant, ou deux semaines plus tard, afin de ne pas perdre de son efficacité.

La rhino-vaccination, qui donne une immunité non seulement locale, mais générale, se fait en instillant, dans les fosses nasales, 1/2 cc. d'anatoxine, 2 fois par jour pendant une semaine ; après une attente de quinze jours, on pratique une nouvelle série d'instillations de huit jours ; une troisième série de même durée est pratiquée 15 jours après la seconde. Il n'y a aucune réaction, mais il faut beaucoup d'anatoxine ; la voie sous-cutanée reste donc la méthode de choix. (*La Consultation*, juin 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Appendicite chronique avec poussées aiguës. Bronchopneumonie et épiploïte grippales post-opératoires. Guérison.

(M. Péraire. — *Société de médecine de Paris* ; 23-6-1928.)

L'auteur a eu l'occasion d'opérer un certain nombre d'appendicites consécutives à la grippe qui régnait presqu'épidémiquement l'hiver dernier. Presque toujours il s'agissait de récidives de crises appendiculaires antérieures, la grippe venant réchauffer en quelque sorte un état habituellement chronique, le plus souvent chez des enfants de 7, 8 et 10 ans.

En pareils cas, les signes subjectifs ne présentaient rien de particulier ; il n'en était pas de même des signes objectifs : la douleur siégeait rarement au point de Mac Burney ; elle était souvent plus haut placée, quelquefois autour de l'ombilic, et même réveillée à droite par la pression sous-diaphragmatique; la contracture de défense était moins nette, surtout dans les formes légères. Malgré cela, il ne faut pas hésiter à opérer immédiatement si l'on veut éviter des accidents péritonéaux graves.

Dans l'observation relatée, la petite malade présenta des complications broncho-pulmonaires et une épiploïte d'origine vraisemblablement grippale.

Troubles du sommeil et effets de l'opothérapie.

(M. Léopold-Lévi. — *Société de médecine de Paris* 23-6-1928.)

1° Thyroïde. Le traitement thyroïdien, à doses adéquates, fait disparaître fréquemment la somnolence dans le myxœdème, l'insuffisance thyroïdienne, en particulier dans la neurasthénie thyroïdienne, l'arriération thyroïdienne. L'insomnie, lorsqu'elle se rattache à l'instabilité thyroïdienne, peut être réglée par le traitement thyroïdien, à doses régulatrices, variables suivant les sujets.

2° Ovaires. L'insuffisance ovarienne, suite de ménopause chirurgicale, comporte parfois des crises de narcolepsie, qui peuvent céder à la médication ovarienne. Il est à remarquer que si la ménopause comporte tout naturellement l'insuffisance ovarienne, il n'est pas rare que celle-ci entraîne une réaction d'hyperthyroïdie, responsable d'insomnie ; dans ce cas, l'opothérapie associée ovaro-thyroïdienne fournit parfois un excellent résultat.

3° Surrénales. La somnolence est le trouble du sommeil caractéristique de l'insuffisance surrénale, alors que le surrénalisme, par ingestion en excès de poudre de surrénale, produit parmi ses symptômes l'insomnie ou l'absence de besoin de sommeil.

De la diathermie dans les salpingites.

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-6-1928.)

La variété des traitements médicaux, électriques ou non, prouve la difficulté de guérir cette affection ; mais à l'heure actuelle, il semble bien que la diathermie constitue le meilleur agent thérapeutique.

Les phénomènes curatifs se passent ainsi : d'abord augmentation de l'écoulement, diminution de son épaississement et de sa densité ; puis le liquide, devenu aqueux, diminue en quantité et diminue en qualité ; la douleur de ventre et la tension disparaissent progressivement.

Péritonite généralisée par appendicite chez un malade présentant une inversion complète des viscères.

(L. Artaud. — *Soc. de chirurgie de Marseille* ; 2-7-28.)

La lésion ne fut reconnue qu'au moment de l'intervention. Cette observation est intéressante à cause de sa grande rareté et surtout parce qu'un examen complet aurait pu aiguiller vers un diagnostic plus précis ; mais cet examen eût été très douloureux sur un malade en péritonite (la matité hépatique se projetant à gauche, la matité splénique à droite).

Le traitement précoce des fractures.

(William Darrach (New-York). — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; mai-juin 1928.)

Certes, l'emploi de la traction continue et de la suspension, une compréhension meilleure et plus exacte des avantages, comme des dangers du traitement à ciel ouvert, ont contribué à l'amélioration des résultats. Mais la principale raison, c'est que les médecins et le public lui-même ont mieux compris l'importance du diagnostic précoce et du traitement actif immédiat. Nous saisissons mieux ce qui se passe du côté d'une fracture durant les premières heures et les premiers jours qui suivent le traumatisme ; le moment le plus opportun pour réaliser la réduction exacte des fragments est limité à la période qui précède tout processus de réparation, non seulement des os, mais aussi des parties molles. L'auteur a vu des cas dans lesquels les surveillants, sur le terrain de jeux, les policemen dans un parc, ont fait la réduction immédiate d'une fracture, que des mains expertes n'auraient pu obtenir quelques jours plus tard. Il ne faut plus, comme jadis, attendre que le gonflement ait disparu, mais bien restaurer, aussitôt que possible, la conformation normale des os.

Sachant ce qui peut être accompli dans les premières heures qui suivent une fracture, nous devenons moins tolérants pour les réductions imparfaites. Nous pouvons être obligés d'admettre qu'un raccourcissement existe dans les fractures obliques, dans les fractures spiroïdes, dans les fractures comminutives graves ; mais, tout chevauchement dans un cas de fracture transversale est discutable.

Enfin, grâce à l'examen radiographique, nous connaissons plus exactement les détails de la fracture, et nos tentatives de réduction sont meilleures que lorsque les symptômes et les signes extérieurs étaient nos seuls guides.

Les Livres

Editions de l'« Art médical »,

Dr Lautier, directeur, boulevard du Parc-Impérial Nice.

Images hippocratiques du Dr Broutelle, présentées par le Dr Paul Rabier.

Avec les images hippocratiques de Broutelle, notre ami, le Dr Lautier, directeur-fondateur, de l'*Art médical*, nous fait entrer de plain pied dans la grande tradition d'avant-guerre, époque singulièrement lointaine où nous recevions de somptueux albums édités avec « luxe » et j'ajoute avec « soin » ce qui n'est pas inutile. Autour d'une table amie, Mme Lautier eut, un soir, l'amabilité de nous réunir, Broutelle, Rabier et nous-même aux côtés du Dr Lautier. Et nous devisâmes et Paul Rabier, comme à l'accoutumée, fut étincelant tandis que Broutelle nous remémorait le temps passé, nous initiant aux difficultés et aux joies de son art de xylographe admirable.

Laissons parler Rabier : Cette gravure, cette manière de sculpture sur bois comment la pratiquait-on ? On prenait une planchette de bois de poirier, débitée dans le sens de la longueur des fibres parallèlement à elles (bois de fil) et on la creusait par endroits, les reliefs ménagés devant traduire les traits, les lignes de l'objet que l'on se proposait de reproduire (taille d'épargne). De cette façon on commença par obtenir de simples traits noirs, accusant le contour des figures, des objets, puis le besoin du relief, des ombres, se faisant sentir, on risqua, pour les obtenir, des hachures : ainsi naquirent au 15e et 16e siècles ces belles œuvres si curieuses, que sont les fameux St-Christophe, l'œuvre de Durer en Allemagne, la passion de Lucien Granach, les Simulacres d'Holbien en Italie, le Triomphe de Haulte folie, la Danse de Troyes en France. »

Rabier nous décrit, en un habile raccourci, l'histoire de cette « ymaigerie » et il en arrive à Honoré Broutelle : médecin praticien de longues années durant, nul n'était plus qualifié que cet artiste pour buriner les mille scènes de notre vie médicale : réduction de fracture, revaccination, les pointes de feu, la cure d'altitude... « Seule au milieu des sapins noirs, en face des monts couverts de neige, à l'abri sur le balcon du sanatorium, bien emmitouflée dans des couvertures, étendue sur sa chaise-longue, un bouquet d'édelweiss auprès d'elle, un livre sur ses genoux, elle lit ou plutôt elle rêve, la jeune captive du grand mal des civilisés. Elle rêve à tous ceux qu'elle aime, à son mari, à ses enfants, peut-être à ses amis... Elle rêve qu'elle les reverra bientôt au milieu de la joie. Cependant, ce matin, le docteur paraissait moins optimiste. Elle jette un regard angoissé aux noirs sapins, à cette triste et froide nature. Elle frissonne, elle rêve. Elle rêve... qu'elle a fait un mauvais rêve.

Et voici le forceps et plus loin les dégoûts du régime lacté, l'angoisse du tubage, la cure de l'obèse... 100 grammes perdus et un kgr. gagné.

Confrère Broutelle, pour la joie de nos yeux, vous avez voulu amoureusement graver les traits de notre vie quotidienne. Chacun de nous, je parle des praticiens, se retrouve ou retrouve ses malades dans les bois que nous offre Lautier en une édition somptueuse. A chacun des trois qui avez collaboré à l'œuvre, merci. Merci, pour une heure d'oubli...

Raymond Molinéry.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

MOUVEMENT SYNDICAL DE L'ANNÉE

Il est extrêmement curieux de constater les résultats inattendus, qu'on obtient, en feuilletant les collections de l'année écoulée des journaux médicaux, qui s'occupent de défense professionnelle.

A voir superficiellement les évènements qui se sont déroulés depuis octobre 1927, on serait tenté de n'accorder d'importance qu'à certaines manifestations collectives, qui ont dominé la scène.

Tous les journaux ont abondamment raconté les dissensions du Corps médical, ainsi que les efforts tentés par des hommes de bonne volonté pour reformer la cohésion et regrouper en un seul faisceau les forces vives du Corps médical.

Est-ce à dire que les Congrès des Syndicats, ainsi que l'organisation d'une Confédération nationale des médecins soit, à mes yeux, l'évènement le plus important de l'année syndicale ?

A lire les collections des journaux professionnels, bien des travaux tout aussi intéressants ont été l'œuvre de Syndicats médicaux locaux ; nombre de groupes professionnels de province ont soutenu des luttes corporatives, ont fait du travail constructeur, ont obtenu des résultats probants.

Aussi, moi qui ne veux pas renier mes origines provinciales, suis-je tenté d'accorder la préférence aux victoires remportées par les Syndicats locaux. Se souciant peu des questions de personnes, s'intéressant peu aux mobiles des luttes entre grands chefs du syndicalisme médical, ni à l'opposition des questions doctrinales syndicalistes, les militants de province ont fait de bonne besogne, dans leurs départements.

Et cela me rappelle les années, au cours desquelles je fus secrétaire du Syndicat médical du Bugey et du Pays de Gex : pour nous tous, dans l'Ain, autrement passionnante était la lutte pour défendre nos honoraires et suivre de près le fonctionnement des services départementaux ou municipaux pour l'application des lois sociales, plutôt que de discuter de vastes formules doctrinales.

N'est-ce pas, d'ailleurs, dans cet esprit, que les délégués de province ont abordé les Congrès des Syndicats médicaux, tenus à Paris ? N'ont-ils pas fait sentir leur désir d'union et de concorde, leur volonté de regrouper les Syndicats, dans une Fédération unique ?

Encore vibrants des luttes locales qu'ils soutiennent, conscients peu à peu de la force corporative, qu'on peut acquérir par l'union et la concorde, ils ont estimé que ce qu'ils avaient obtenu comme succès locaux, le Corps médical, regroupé dans une seule confédération, pourrait l'imposeré pour la France entière.

Je vais donc essayer, au cours de ce rapide exposé, de montrer quels sont les succès locaux, acquis au cours de cette dernière année syndicale et quels sont les enseignements qu'on peut en retirer.

Organisation et discipline syndicales.

Qu'il me soit permis de ne pas insister sur les grandes assises médicales, au cours desquelles la Confédération nationale des Syndicats médicaux a été créée.

Rendons hommage, avant tout, au professeur Balthazard, qui n'a pas craint d'apporter sa haute autorité, pour rétablir la paix et la concorde parmi les praticiens.

Pour qui a suivi, en spectateur et non en militant, les diverses phases de la bataille confraternelle, on peut craindre que les questions de personnalité n'aient parfois la prédominance sur d'autres considérations corporatives.

Descendants des Latins et des Grecs, héritiers de leurs qualités intellectuelles, mais aussi de leurs défauts, beaucoup sont venus au forum prononcer de grands discours, n'ayant parfois oublié qu'une chose, c'est d'étudier à fond les textes de lois, sur lesquels ils discouraient.

Combien nombreux ont été ceux qui, dans des conversations particulières, discutaient législation et qui, en présence d'un juriste, habitué a toujours avoir sous les yeux les textes législatifs, ou réglementaires en discussion, devaient convenir qu'ils n'avaient pas lu ces textes ou ne les connaissaient que très superficiellement, d'une manière imprécise.

La critique est aisée, mais ne convient-il pas mieux d'aider le législateur, de lui apporter des amendements tout prêts, bien étudiés, principalement au point de vue des incidences sociales?

Il ne faut pas oublier que les médecins ne forment qu'une partie composante de la nation : il ne faut donc pas envisager les lois, ou les règlements administratifs, uniquement sous l'angle

corporatif. Il faut faire la part des opinions préconçues, en honneur de l'autre côté de la barricade, ne pas heurter de front ceux qui croient détenir la vérité.

Mais, patiemment, progressivement, il faut, par des textes précis, bien étudiés, proposer des améliorations, qui seront favorables à toutes les parties en présence, au lieu de ne montrer que le seul égoïsme social d'une corporation.

Le Corps médical s'est regroupé en un faisceau unique : faisons confiance aux chefs, aux directeurs que se donnera notre profession ; leur besogne sera ardue, car nous n'avons pas très bonne presse, surtout au Parlement et nos représentants auront fort à faire pour démontrer que bien souvent, les Syndicats médicaux se présentent plus en qualité de défenseurs de la santé publique et moins comme champions des seuls intérêts corporatifs.

L'ordre des médecins.

Aucun travail bien intéressant n'a paru, au cours de cette dernière année syndicale, concernant l'Ordre des médecins. La proposition de loi, déposée le 7 mars 1928, par M. Couteaux, député, sur le Bureau de la Chambre, concernant la création d'un Ordre des médecins, a passé presque inaperçue.

Certains journaux professionnels en ont publié le texte, mais sans faire de commentaires.

Il faut dire que cette proposition de loi ne présente pas grande originalité. Il est prévu une Chambre médicale par département et une Chambre régionale d'appel au siège de chaque académie.

Seront entr'autres de la compétence de cette juridiction d'exception tous actes portant atteinte à l'honorabilité de la profession. Les pénalités seront l'avertissement, la réprimande, la privation d'un an, ou définitive, du droit d'exercer la médecine.

Cette proposition de loi est conçue d'une manière peu juridique et son application donnerait lieu à pas mal de contestations, en ce qui concerne l'interprétation des articles.

Plus intéressantes sont des études parues dans le *Concours médical* de cette année. En mars, le Dr Duchesne a présenté au public français le projet de loi, concernant l'Ordre des médecins en Belgique. Et Duchesne de conclure qu'en Belgique comme en France, on met la charrue avant les bœufs, en instituant un tribunal répressif avant que soit publié un code écrit de Déontologie.

Quant aux sanctions, Duchesne estime qu'un des procédés les plus facilement applicables serait l'exclusion à temps, ou définitive, de toute la médecine sociale.

Le médecin ainsi frappé, ne serait pas condamné à mourir de faim, puisqu'il pourrait continuer l'exercice de sa profession ; mais il ne pourrait donner ses soins ni aux blessés du travail, ni aux pensionnés de guerre, ni aux indigents et demain, aux assurés sociaux.

Cette pénalité atteindrait ainsi le délinquant à sa bourse, procédé très efficace de coercition.

Une autre étude, parue récemment dans le *Concours*, expose l'organisation des chambres de médecins, dans le canton de Vaud, en Suisse. C'est une organisation d'Etat, dans toute sa puissance et, pour ma part, je ne souhaite pas que pareille création soit faite en France.

Les règlements de déontologie n'ont pas été bien nombreux, cette année. Celui présenté par le Syndicat de Bourg-Trévoux est fort intéressant, mais certains points prêteraient le flanc à une critique juridique. Nous pourrions en dire autant du règlement proposé par l'Union syndicale corporative des médecins de la Côte-d'Or, comme du projet de Code de Déontologie, publié dans le *Médecin Syndicaliste*, fin 1927 et dû aux travaux de la Commission du Droit syndicaliste de l'Union.

Les auteurs de ces projets ont beaucoup travaillé et ils ont abouti à des textes fort intéressants, dans leur ensemble.

Mais, ne l'oublions pas, la tâche à accomplir est la rédaction d'un Code pénal médical. Oh ! rien n'est plus difficile que le choix des termes mêmes, pour empêcher toute amphibologie, toute obscurité. Pour faire absoudre son client, un avocat défenseur a le devoir de chercher si les infractions prévues dans un code pénal s'appliquent bien au cas qu'il est appelé à défendre.

Puis, c'est bien beau que d'interdire tel ou tel acte ; il faut une sanction : *nulla pœna sine lege*. Or, la plupart des codes de Déontologie indiquent bien ce qui est interdit de faire, mais ils laissent l'application de la peine à l'appréciation du tribunal médical. Que dirait-on, si le code pénal français laissait entière latitude aux divers tribunaux répressifs, quant à l'application de la peine pour un délit, ou un crime ? N'aboutirait-on pas à des jugements et arrêts très différents, comme sévérité, selon les régions, les influences locales et même les personnalités en cause ?

Non ! la loi doit être égale pour tous les citoyens et un bon code de Déontologie doit inscrire, en face de chaque délit professionnel, défense ou interdiction de faire, la pénalité qui sera appliquée.

Rapports des médecins praticiens avec les chirurgiens et les spécialistes.

Le *Bulletin* de novembre 1927 du Syndicat des chirurgiens français a publié la discussion, qui eut lieu à l'assemblée générale dernière, concernant le partage des honoraires et la dichotomie.

Au cours de l'année, quelques Syndicats médicaux, notamment celui de la Seine, ont étudié la question et le *Concours médical* a été consulté par certains de ses abonnés.

Aucune solution unanimement acceptable n'a encore été donnée. Si, d'une part, les Syndicats médicaux reconnaissent la parfaite légitimité du droit aux honoraires, pour le médecin traitant qui assiste à l'opération, pratiquée sur un de ses clients, ils essayent cependant de réglementer les habitudes prises, par lesquelles certains chirurgiens ou spécialistes recherchent la clientèle, que leur procurent des confrères, ou subissent les prétentions et exigences de ces derniers, en abandonnant une grosse part, voire même la moitié des honoraires qu'ils ont perçus.

Aucune solution pratique n'a été apportée, au cours de cette dernière année ; mais il conviendra que la future Confédération réunisse une Commission d'études, composée, tant de médecins de pratique générale que de chirurgiens et de spécialistes. Chacun donnera sa manière de voir et on essayera de conclure.

Syndicat de praticiens de médecine générale.

A première vue, ce titre paraît bizarre : un Syndicat médical ne représente-t-il pas la masse des praticiens, qui, à des titres divers, exercent dans la même région ? La meilleure preuve, c'est que, bien qu'appartenant à des groupes locaux, les spécialistes ont senti le besoin d'étudier à part leurs intérêts plus spéciaux et, tout en continuant à faire partie de leur Syndicat local, ils se sont réunis en groupes syndicaux, pour chaque spécialité.

L'initiative est partie de la Franche-Comté : certains confrères ont pris l'initiative d'un groupe corporatif, ne comprenant que des médecins de médecine générale, motifs pris que les spécialistes avaient su, par leurs représentants, obtenir des prix supérieurs, pour leur interventions, en ce qui concerne les différents tarifs sociaux (accidents du travail, pensionnés de guerre, etc.) Ils constataient également, avec peine, que les Syndicats de spécialistes discutaient et arrêtaient des décisions, sans consulter leurs confrères de médecine générale, notamment en ce qui concerne la participation aux honoraires. Les omnipraticiens entendent encore grouper leurs adhérents en une Union comprise dans le sein de la future Confédération, tout comme les spécialistes qui ont organisé le groupement des Syndicats de médecins spécialisés, qui fera partie de la future Confédération.

Office syndical de recouvrements.

Une initiative fort intéressante a été tentée par le très actif Syndicat du Doubs ; tous les trois mois, les syndiqués transmettent au secrétariat leurs notes, concernant les clients récalcitrants.

Ceux-ci reçoivent, sous l'estampille du « Service du contentieux de l'Union syndicale des médecins du Doubs », l'invitation courtoise, mais ferme, de se libérer au moyen d'une formule de chèque postal incluse, et en même temps, l'avertissement que s'ils omettaient d'utiliser ledit chèque, le service du contentieux leur adresserait une traite à trente jours.

Sur le montant des sommes ainsi encaissées, le Syndicat retiendrait un pourcentage de 10 %, dont une partie servirait à rémunérer le service du contentieux, et l'autre partie irait grossir la caisse du Syndicat.

Consulté sur la valeur juridique des mesures de coercition à employer, en pareil cas, le *Concours médical* a donné, au cours de cette année, une longue consultation, précisant la possibilité d'établir des listes noires, pour éviter que les mauvais payeurs puissent faire appel successivement au dévouement de chaque praticien, laissant toujours impayées les notes d'honoraires qui leur sont présentées.

La réforme des études dentaires.

A la suite du dépôt d'une proposition de loi au Sénat, présentée par MM. Milan et Rio, sénateurs, de nombreuses discussions eurent lieu principalement au Syndicat des médecins stomatologistes et au Syndicat des médecins de la Seine. Des articles parurent dans le *Concours médical*, dans le *Médecin stomatologiste* et la *Semaine dentaire*.

Les médecins ne veulent pas que leur diplôme soit diminué : ayant obtenu le grade de docteur en médecine, ils estiment, à juste titre, qu'ils ont le droit légal de pratiquer toutes les branches de l'art de guérir.

Que les stomatologistes se spécialisent, parfait : ils imiteront, ce faisant, les autres spécialistes médicaux qui, leurs études médicales terminées, s'astreignent volontairement à des stages et des études complémentaires, pour se perfectionner dans une branche médicale.

Tout au contraire, les chirurgiens dentistes voudraient que l'art dentaire constitue une science autonome, dont les études seraient couronnées par un doctorat en chirurgie dentaire.

Une fois ce dernier point acquis, les dentistes de l'avenir devront-ils, ou non, posséder le diplôme de docteur en médecine ? Resteront à élucider les mesures transitoires.

Le Syndicat des médecins de la Seine s'est fort préoccupé de la question, à savoir les modalités selon lesquelles le doctorat en médecine sera accordé aux titulaires actuels du diplôme de chirurgien dentiste.

Devra-t-on exiger des inscriptions complé-

mentaires, avec examens à la Faculté de médecine ? Devra-t-on délivrer un titre honorifique, tel que le diplôme d'Université, qui n'accorde pas le droit d'exercer la médecine ?

D'ailleurs, seront-ils bien nombreux les dentistes à réclamer le titre de docteur, alors qu'ils ont une clientèle bien établie, au sein de laquelle tout le monde les appelle « Monsieur le docteur »?

Cette question de la réforme des études dentaire a provoqué un renouveau, pour la définition du médecin spécialiste. Que faut-il entendre par ce terme ?

Définition du médecin spécialiste.

Deux considérations ont conduit, cette année, les Syndicats médicaux à se préoccuper de cette définition.

D'abord, des conflits ont surgi en matière de tarifs d'honoraires. En matière de tarification pour soins données aux blessés du travail, aux pensionnés de guerre, etc., la rémunération de l'acte médical n'est pas la même, lorsqu'il s'agit d'un praticien de médecine générale, ou d'un spécialiste.

En second lieu, les Syndicats de médecins spécialisés ont mis en discussion les qualités scientifiques et professionnelles requises d'un docteur, candidat à un groupe de spécialistes.

Ces diverses questions ont fait l'objet de discussions, au sein de certains Syndicats. Citons en particulier une étude du docteur Batier, sur les cabinets multiples d'un spécialiste (*Bulletin du Syndicat des chirurgiens*) ; un travail du Dr Romieux, dans la *Semaine dentaire*, sur le certificat obligatoire pour l'exercice des spécialités médicales, deux consultations juridiques, dans le *Concours médical*, une dans l'*Index médical*, et enfin, une décision de la Commission supérieure de contrôle pour les pensionnés de guerre.

Faisons également mention d'un long rapport, sur la qualification de médecin spécialiste dans les différentes nations, rapport consécutif à une enquête faite par l'Association internationale des médecins, dont l'animateur est le docteur Decourt.

Les expertises médicales pour accidents du travail.

Nos lecteurs se rappellent la lutte entreprise par le Syndicat médical de la Vendée, protestant contre le sans gêne de certains parquets, qui taxaient d'une manière tout à fait arbitraire les mémoires médicaux, présentés pour les expertises d'accidents du travail.

Nos confrères se refusèrent à accepter toute expertise en cette matière et, après bien des péripéties, ils obtinrent satisfaction lors de la réunion de la sous-commission des accidents du travail, le 18 mai 1928.

Les assurances sur la vie.

Deux études intéressantes ont paru dans *Charentes et Poitou* en janvier et février derniers. Elles mettent en garde nos confrères contre certaines manœuvres, qui sont tentées par quelques compagnies d'assurances sur la vie et notamment par la Caisse des Dépôts et Consignations, pour obtenir du travail médical au rabais.

Cependant, travail mal payé n'est jamais bien exécuté et pourtant, le certificat médical initial n'est-il pas d'une réelle importance pour la Caisse des compagnies d'assurances sur la vie, qui ne doivent pas accepter tous les candidats sans avoir des renseignements très précis, consciencieux, minutieux, sur l'état de santé des proposants ?

Liberté des prescriptions pharmaceutiques.

Avant de quitter ces questions de tarifs, indiquons que, cette année, les journaux et principalement le *Concours médical* ont exposé les motifs pour lesquels les médecins doivent conserver les mêmes droits de prescription, qu'il s'agisse de clientèle payant par elle-même, ou d'ouvriers, pour lesquels on paye.

Des articles et communications diverses, parues au cours de cette dernière année, nous pouvons tirer les conclusions : que la spécialité pharmaceutique est entrée dans les mœurs thérapeutiques ; qu'elle constitue un progrès scientifique, dans l'art de guérir ; qu'il ne saurait y avoir deux sortes de médecine, l'une pour riches, l'autre pour pauvres. D'ailleurs, certaines spécialités pharmaceutiques, parce que fabriquées en grand, peuvent être vendues soit à un prix inférieur, soit à un prix égal à celui de la formule magistrale exécutée conformément aux prix prévus aux tarifs. Enfin, ces spécialités permettent souvent au médecin traitant d'obtenir une guérison plus rapide et plus complète, que par l'emploi des produits officinaux, ou magistraux, trop fréquemment laissés à la préparation de simples élèves de pharmacie, employés non diplômés.

La question offre une réelle importance, en matière de tarification de soins donnés aux blessés du travail, ou aux pensionnés de guerre, comme aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite ; mais il ne faut pas cependant oublier que, dès 1930, l'application de la loi sur les assurances sociales posera, avec une grande acuité, ce problème de la liberté de prescription du médecin.

Aussi, en conformité avec les textes législatifs et réglementaires, actuellement en vigueur, les Syndicats médicaux se sont-ils préoccupés de délimiter ce qui était permis de ce qui était interdit.

Une lettre du Ministre du travail, en date du 28 décembre 1927, et publiée dans le *Concours*

médical, précise que, sous sa propre responsabilité, le médecin traitant peut ordonner tous les médicaments qu'il estime nécessaires pour le traitement de son blessé.

Que faut-il entendre par ces mots « sous sa propre responsabilité ? »

Tout d'abord, le praticien ne doit pas ordonner des spécialités qui ne se sont pas conformées aux dispositions du décret du 13 juillet 1926 et qui ne font pas figurer, sur leurs étiquettes, la formule, ainsi que le nom du pharmacien fabricant.

Ce sont alors des médicaments secrets, que les lois et décrets interdisent en France.

En second lieu, le praticien ne doit prescrire que les produits se rapportant au traitement de la lésion. Le *Concours médical* a publié, cette année, une série d'ordonnances qui n'avaient aucun rapport avec le diagnostic de l'affection, et dont cependant paiement était demandé à l'assurance.

En troisième lieu, le médecin doit s'abstenir de toute collusion, soit avec son blessé, soit avec le pharmacien.

Aussi, des pourparlers sont-ils engagés, pour voir s'il ne serait pas possible d'étendre et de généraliser les arbitrages, qui fonctionnent au Syndicat des médecins de la Seine et, depuis un mois, en Algérie.

D'ailleurs, le « Sou médical » a largement usé, cette année, de la voie arbitrale et a obtenu des résultats fort encourageants, donnant satisfaction aux deux parties en présence.

Les Syndicats ouvriers eux-mêmes se sont émus de cet état de choses. C'est leur santé, leur peau, qui est en jeu. Les travailleurs ont donc intérêt à être soignés consciencieusement.

Et le *Concours médical* a publié, en septembre dernier, un ordre du jour, voté par le Syndicat des infirmiers masseurs, adopté par la Fédération du service de santé et soumis par cette dernière à la C. G. T.

Cet ordre du jour demande, pour la classe ouvrière, le droit d'être soignée avec tous les perfectionnements, tant de l'art médical que de la science pharmaceutique.

Les conventions collectives syndicales.

Au cours de cette dernière année syndicale, des exemples très intéressants ont été publiés, indiquant que certains Syndicats entrent délibérément dans la voie de la convention collective.

En matière d'*assistance médicale gratuite*, je n'appelle pas convention collective les discussions ou luttes que des Syndicats médicaux, tels ceux de l'Ain, ont pu entreprendre avec le Conseil général de leur département : ces batailles furent la résultante d'exaspérations, poussant parfois les groupes corporatifs médicaux à l'abandon du service de l'A. M. G., pour obliger préfets et Conseils généraux à les considérer comme des collaborateurs et non comme des serviteurs salariés.

Il est vraiment regrettable de constater qu'il faut, en France, arriver aux moyens extrêmes, pour se faire rendre justice.

Cependant, les élus cantonaux devraient bien savoir, ainsi que le premier magistrat administratif du département, que la loi du 15 juillet 1893 n'oblige que les communes et les départements aux devoirs de l'assistance médicale gratuite. Les médecins restent en droit parfaitement libres de refuser les conditions pécuniaires minimes, qui leur sont faites, pour rémunérer leur travail professionnel.

Pourquoi donc ne pas traiter de gré à gré, par par une convention bilatérale, au lieu de conserver les procédés autoritaires et autocratiques de régimes périmés qui permettent encore aujourd'hui, à un préfet, d'imposer un règlement unilatéral, qu'il faut accepter sans conditions, ni observations.

Aussi, les médecins secouent-ils le joug, et, devant cet autoritarisme, rendent à l'administration sa liberté, pour soigner elle-même les indigents, dont elle a légalement la charge, jusqu'à ce que les pouvoirs départementaux consentent enfin à finir par où ils auraient dû commencer : s'entendre avec les Syndicats médicaux locaux pour arrêter d'un commun accord les modalités du fonctionnement du service médical de l'assistance.

Signalons, au cours de cette dernière année, la signature d'une convention collective, en matière d'A. M. G., intervenue entre le Préfet des Deux-Sèvres et le président du Syndicat médical du département.

En matière *hospitalière*, un contrat a été signé, entre la Commission administrative de l'hôpital hospice de Niort, et le Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Cette convention concerne le mode de recrutement et de nomination des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'hôpital.

Ainsi, comme le fait remarquer le commentaire du *Concours médical*, une ère nouvelle a été ouverte par le très réalisateur Syndicat des Deux-Sèvres : rompant avec les errements, datant de la loi du 7 août 1851, qui accorde aux Commissions administratives le pouvoir souverain de recruter, à leur guise, leur personnel médical, hôpital et Syndicats locaux se sont mis d'accord pour arrêter les modalités les plus conformes à l'intérêt des malades d'abord, tout en respectant la discipline intérieure de l'établissement et les desiderata légitimes des médecins de la localité.

Tractations au lieu d'autoritarisme unilatéral ; conversations au lieu de luttes, conventions bila-

térales au lieu du « c'est à prendre ou à laisser » : voici ce que nous devons à l'initiative et à la ténacité d'un réalisateur intelligent : le Dr Renon, de Niort.

En mars 1928, le *Bulletin du Syndicat de Marseille* a publié un projet de contrat, entre le Syndicat des médecins de Marseille et le Seamen's hospital society de Greenwich, au sujet du corps médical du Queen Alexandra memorial Hospital.

Le corps médical de Marseille assurera le service médical des marins et des indigents hospitalisés à l'Hôpital britannique, selon une modalité arrêtée dans la dite convention.

La lutte contre les fléaux sociaux a donné, au cours de l'année syndicale 1927-1928, des résultats forts intéressants.

Je rappelle pour mémoire le Congrès national d'assistance publique et privée, qui se tint le 30 octobre 1927 à Nancy.

Au cours des discussions, furent mis en parallèle les deux grands principes directeurs suivants :

Ou bien, faisant du socialisme d'Etat, il convient de s'en rapporter à l'Etat-Providence, qui organisera seul les dispensaires, offices sanitaires, etc., nommant ses médecins-fonctionnaires. Ou bien, s'appuyant sur le caractère français, imbu d'individualisme, les organismes d'Etat entreront en conversation avec les Syndicats médicaux, pour que les praticiens puissent apporter leur concours aux pouvoirs publics. Ces derniers administreront et gèreront la partie matérielle de l'organisation sanitaire, cependant que les docteurs donneront leurs soins aux malades, indigents, ou aisés, selon les directives des lois en vigueur.

Or, lorsque nous parcourons la collection des journaux professionnels et des *Bulletins* de Syndicats, nous voyons que des tentatives heureuses d'organisation ont été faites, entre administration publique et Syndicat.

Signalons le contrat intervenu entre l'Union syndicale des médecins du Doubs et l'Office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, pour rendre pratique la lutte contre la tuberculose. Basé sur les mêmes principes, un autre contrat est intervenu entre les mêmes parties, pour la lutte contre le péril vénérien.

Des règlements départementaux, pris par le préfet, en accord avec les syndicats médicaux locaux, ont organisé cette lutte contre les fléaux sociaux, avec le concours des praticiens, dans l'Aisne, le Loiret, l'Aube, le Nord.

Le *Médecin Syndicaliste* a consacré un numéro entier à cette question et donne même un modèle de convention collective entre préfet et Syndicats médicaux.

Pour terminer ce chapitre de la collaboration des groupes médicaux locaux avec le pouvoir préfectoral, ou avec les autorités communales, signalons qu'au cours de cette dernière année, le projet de loi Herriot, sur l'*inspection médicale des écoles*, a donné lieu à des études concernant la collaboration du Corps médical des praticiens avec l'administration.

Ces études ont paru dans le *Concours médical*, l'*Algérie médicale*, le *Siècle médical* et surtout dans *Charentes et Poitou*. Mais aucun contrat collectif n'est intervenu, depuis l'an dernier, sur ce sujet.

En matière de *mutualité*, aux anciennes luttes âpres et stériles, entre gens qui ne veulent payer leur médecin qu'à des taux minimes et praticiens qui entendent vivre de leur travail, se substituent peu à peu des ententes locales. De part et d'autre, on arrête les conditions selon lesquelles le Corps médical organisé peut donner des soins aux mutualistes.

L'Union syndicale des médecins du Doubs a passé une convention collective avec la mutualité du Gaz, cependant que, dans les Charentes, on essaye de rompre les anciens contrats, liant des individualités médicales à des collectivités mutualistes, pour substituer aux praticiens isolés l'autorité du groupe syndicaliste, contractant au nom et dans l'intérêt de tous.

Cependant, nous ne saurions terminer cette rapide esquisse du mouvement syndicaliste de l'année, en ce qui concerne les conventions collectives, sans attirer l'attention des militants du Corps médical, sur l'absolue nécessité de bien faire attention à la portée juridique des actes qu'ils signent.

Un contrat, dont l'interprétation est soumise aux tribunaux, peut réserver des surprises désagréables aux médecins qui, en praticiens et non en juristes, ont accepté les termes d'une convention, ou agissent en vertu des stipulations de la dite convention.

Le Syndicat des médecins du Rhône a perdu en première instance et en appel un procès, actuellement porté devant la cour de Cassation. Il s'agissait de savoir si le groupe corporatif pouvait, devant l'augmentation progressive du coût de la vie, relever les tarifs médicaux, pour les mutualistes, ou s'il était obligé de respecter *stricto sensu* les termes des stipulations inscrites au contrat collectif, jusqu'à l'expiration de ce dernier.

En ce qui concerne les *vaccinations et la protection du premier âge*, nous constatons peu de victoires, au cours de cette dernière année. Cependant, les Syndicats qui, comme celui des Deux-Sèvres, savent demander, obtiennent satisfaction, pour l'augmentation des tarifs : témoin la lettre du Préfet des Deux-Sèvres, du 24 mai 1928, publiée dans *Charentes et Poitou* de juillet dernier.

Cela prouve que, peu à peu, les médecins détenteurs de « fixes » ou de situations dites acquises, trouvent leur avantage à renoncer à

leurs prébendes : isolé, le médecin est exploité ; mais il n'ose démissionner car il redoute qu'un confrère peu scrupuleux, ou besogneux, n'accepte immédiatement sa succession.

Placé sous l'égide du Syndicat, le problème change de tournure et le groupe corporatif, agissant au nom de tous, obtient ce qu'une individualité médicale ne saurait prétendre : une augmentation de tarif, avec liberté du choix du praticien.

L'ancien détenteur du « fixe » se trouve avoir moins de travail à faire, tout en étant pour le moins autant rémunéré ; il n'est plus un esclave, un salarié, qu'on peut brimer : il reconquiert tout son prestige professionnel, représenté qu'il est par le Syndicat.

Questions syndicales nationales.

A côté de ces questions syndicales, qui concernent surtout les intérêts professionnels locaux ou régionaux, les groupes corporatifs se sont préoccupés de problèmes qui concernent la profession tout entière.

La division regrettable, qui a paralysé, pendant plusieurs années, la vitalité du Corps médical, n'a pas permis de grandes études d'ensemble ; néanmoins, soit l'Union, soit la Fédération, soit certains Syndicats ont donné leurs opinions et exposé leurs critiques en ce qui concerne les lois et règlements, applicables par toute la France.

Réforme de la loi sur les accidents du travail.

Dans sa deuxième séance du 22 décembre dernier, la Chambre des Députés a adopté un projet de loi qui, faisant un bloc de huit projets, ou propositions de lois, a apporté un certain nombre de modifications à la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail.

Ce projet a été déposé sur le bureau du Sénat et la Chambre haute le discutera vraisemblablement en février ou mars prochain.

Cependant, occupés par les luttes intestines, les Syndicats se sont peu préoccupés de cette loi, bien que certains articles aient une réelle importance, pour le Corps médical.

Par exemple, la question de la rémunération des médecins, pour soins donnés aux blessés du travail, dans les hôpitaux, ou dans les cliniques privées ; la question des honoraires qui, d'après le nouveau texte proposé, resteraient entièrement à la charge du chef d'entreprise, ce qui aboutirait à une tarification officielle, qui engloberait non seulement les ouvriers, mais également les employés supérieurs, les ingénieurs, les directeurs d'usines, ainsi que les riches industriels agricoles, assurés facultatifs.

Les Syndicats se sont bornés à publier ce texte de projet de loi, dans leurs *Bulletins*. A part le *Concours médical*, nul journal professionnel n'a fait paraître, depuis l'an dernier, une critique de la loi.

Espérons que la future Confédération avisera avant que le Sénat ait voté définitivement la loi projetée.

En mars 1928, le *Bulletin* du Syndicat des médecins de la Seine a reproduit la convention d'arbitrage, passée avec la Réunion des assureurs, pour résoudre à l'amiable les conflits qui peuvent surgir, pour des questions d'honoraires, entre médecins syndiqués de la Seine et Compagnies d'assurances, signataires de la dite convention.

Le nombre de conflits est de moins en moins grand, parce que les questions de principe sont définitivement résolues par des jugements et arrêts de jurisprudence.

D'autre part, le docteur Decourt donne de nombreuses réponses, par l'intermédiaire du *Concours* et du « Sou médical » et généralement ses avis sont écoutés par les parties en présence. Disons également que le « Sou médical » fait faire des démarches auprès des services compétents pour aplanir bien des difficultés, comme pour provoquer des arbitrages, concernant des médecins de province. En sorte que la voie amiable se substitue peu à peu à la voie contentieuse et judiciaire.

Le 16 juillet 1928, une commission d'arbitrage a été créée à Alger, pour connaître des conflits d'honoraires, soulevés entre médecins et Compagnies d'assurances. Souhaitons la généralisation de ces arbitrages dans toute la France.

Assurances sociales.

Au contraire, cette loi du 5 avril 1928, sur les assurances sociales a fait couler beaucoup d'encre. N'est-ce pas elle, qui fut le prétexte de la division du Corps médical ?

Beaucoup de Syndicats ont traité de la question ; mais tous sont restés dans un plan restreint : qui payera le médecin et à quel taux ce dernier sera-t-il rémunéré ? Le système d'hospitalisation fut également sujet à de longues critiques, car l'amendement du docteur Dron prévoit que les caisses d'assurances ne seront pas tenues au-delà des frais d'hospitalisation exigés des indigents, ou des blessés du travail.

C'est dire que le Corps médical devra soigner gratuitement les assurés sociaux, lorsque ces derniers seront admis tant à l'hôpital, que dans une clinique privée. Aussi, les caisses d'assurances feront-elles tous leurs efforts, pour que leurs assurés soient admis à l'hôpital, dès que l'affection sera quelque peu sérieuse.

Encore une économie qui se fera aux dépens du Corps médical, si celui-ci n'étudie pas les moyens juridiques, pour ne pas être victime de ce *modus faciendi*.

Aucun Syndicat médical n'a pourtant mis à l'étude le rôle social que les groupes corporatifs médicaux seront amenés à jouer, fatalement,

au cours des années qui suivront l'application de cette loi sociale.

D'aucuns prévoient la faillite de la loi ; ils escomptent un déficit, qu'ils assurent inévitable, estimant que les actuaires qui, depuis 1919, font, pour le compte du gouvernement et du Parlement, des calculs très spécialisés et mathématiques, doivent nécessairement se tromper.

Cependant, si ces spécialistes des chiffres ont raison, il pourra se faire que, très rapidement, les caisses locales demandent au Corps médical de la région de quelle manière il convient de soigner et même de dépister les maladies.

Bien traitées, les affections morbides coûteront cher comme frais médicaux et pharmaceutiques ; mais il se produira des économies sur la durée de l'incapacité de travail, partant sur les dépenses de demi-salaire.

Dépistées à temps, les maladies peuvent être combattues, à leur période initiale, avant qu'elles puissent ruiner l'organisme.

Le Corps médical est-il en état de répondre à ces desiderata et de remplir son rôle de soigneur et de dépisteur ?

D'autre part, que deviendront les hôpitaux, le jour où la grosse partie de la clientèle actuelle de ces établissements ne sera plus hospitalisée au compte de l'assistance médicale gratuite, mais se présentera comme payant, par l'intermédiaire des caisses d'assurances ?

Conviendra-t-il de modifier l'affectation des hôpitaux qui, de la sorte, deviendront des maisons de santé à bon marché ?

La loi du 7 août 1851 restera-t-elle applicable ? Ou faudra-t-il une loi à intervenir, pour autoriser les établissements publics à faire acte de commerce ? Car c'est faire du commerce que de recevoir des malades payants, sur lesquels l'établissement perçoit des bénéfices.

Ces hôpitaux modernisés ne deviendront-ils pas rapidement des centres de cure et de diagnostic ? Quels seront les docteurs habilités pour y traiter les malades des caisses ?

Ne convient-il pas d'envisager les répercussions sur la vie professionnelle des médecins, puisqu'ils verront peu à peu leur clientèle des caisses être acheminée vers l'hôpital, faisant fonction de maison de santé.

La médecine de demain, ou d'après-demain, ne s'exercera-t-elle pas, en grande partie, dans les hôpitaux et cliniques ?

Comment prévoir alors les rapports entre établissements publics (les hôpitaux) et les maisons de santé privées ? Questions de concurrence, ou mutuel appui et collaboration ?

Ce sont grosses questions, qui ont été soulevées dans un numéro spécial du *Concours médical* de mai dernier, et qui, nous le souhaitons ardemment, retiendront l'attention des Syndicats médicaux au cours de l'année 1929.

D'ailleurs, le Syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé a consacré plusieurs de ses réunions à l'étude des moyens propres à enrayer la concurrence de plus en plus grande que leur font les hôpitaux, en acceptant tous les malades payants qui se présentent.

Parmi les suggestions qui se sont fait jour, au cours de ces derniers temps, signalons le projet de chèque médical, dû au Dr Henri Verger, en 1925, et repris par le Dr Cibrie, en 1928.

Le médecin est payé de ses honoraires, par la remise d'un chèque, qui représente tout ou partie des honoraires du praticien. Mais le client achète ce chèque à sa caisse d'assurance, qui le lui vend à un prix, déterminé par les statuts, ou le lui remet gratuitement.

Or, ce système fonctionne depuis 1905 dans la région lyonnaise, avec la plupart des mutualités.

C'est également, après avoir eu connaissance du fonctionnement de ce système lyonnais, qui a donné satisfaction aux parties en présence, que le docteur Edouard Grinda, rapporteur du projet de loi à la Chambre, l'avait proposé sous le nom de ticket modérateur.

Assistance médicale gratuite.

Au Congrès de Nancy, la question de l'assistance aux personnes momentanément privées de ressources fut longuement débattue.

Elle a fait également l'objet de nombreuses discussions au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique, où le représentant officiel de l'Union des Syndicats médicaux, le docteur Rinuy, a fait entendre sa voix autorisée.

Notre collègue a fait de nombreux travaux sur la question, principalement dans le numéro de novembre du *Médecin Syndicaliste*.

Egalement des études ont paru dans le *Concours médical*, sur le côté droit administratif de la question.

Hospitalisation.

Ce problème de l'assistance aux personnes de condition modeste se rattache d'une façon très étroite à celle de l'hospitalisation.

Nul n'ignore que les budgets des hôpitaux de France ont été fortement touchés par les décalages financiers d'après-guerre.

La baisse du franc a diminué considérablement le pouvoir financier, que les hôpitaux retiraient de leur fonds de dotation, des legs et des subventions de toutes sortes.

Pour se sortir d'embarras, les Commissions hospitalières ont entendu développer l'admission des malades payants, qui constitue une source de profits.

Mais, l'hôpital, établissement public, ne peut pas faire d'actes de commerce. Il faudrait que le malade payant ne solde qu'un prix de journée,

qui ne laisserait ni profit, ni déficit à la caisse de l'hôpital.

En second lieu, l'extension de la réception des malades non indigents crée une concurrence déloyale aux maisons de santé et cliniques, dues à l'initiative privée.

Enfin, les médecins et chirurgiens d'hôpitaux entendent continuer leur collaboration gratuite aux administrations hospitalières, du moment où il s'agit des soins à donner aux pauvres ; mais ils se refusent résolument à soigner gratuitement, à l'hôpital, celui qui est capable de payer des honoraires.

Pour la première fois, ce droit aux honoraires a été reconnu à la dernière assemblée générale du Conseil supérieur de l'assistance publique. Oui, a dit la haute assemblée, les médecins d'hôpitaux peuvent toucher des honoraires, lorsqu'ils donnent leurs soins à des hospitalisés, qui ne bénéficient ni de la loi de 1851, ni de celle de 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Mais, cette possibilité de toucher ces honoraires, le quantum de ces derniers, ainsi que le mode de perception, seront arrêtés par la Commission administrative de chaque hôpital, en accord avec son corps médico-chirurgical.

Il y a donc quelque chose de changé : ce n'est plus un patron (l'hôpital), qui dit à son employé (le médecin) : « voici des malades, que je vous confie. Soignez-les, moyennant l'indemnité annuelle que je vous donne. C'est à prendre ou à laisser ».

C'est désormais une Commission hospitalière, qui va se mettre d'accord, avec ses collaborateurs, les médecins, pour décider ensemble comment faire payer des honoraires aux malades payants et par quel canal recouvrer ces sommes, ainsi que l'usage, qui en sera fait.

Je sais bien que, dans beaucoup d'hôpitaux de petite ville, la coutume s'est établie que la Commission administrative de l'établissement autorise tacitement ses médecins à se faire payer directement des honoraires de qui peut les acquitter.

Mais, si l'on veut introduire cette faculté dans le règlement de l'établissement, le préfet refuse son approbation, en vertu de la circulaire du 31 mars 1926.

Des conflits ont éclaté un peu partout. Le « Sou médical » a dû porter un certain nombre de ces litiges devant les tribunaux.

Mais les Syndicats médicaux se sont peu préoccupés de ces questions, leur attention étant attirée sur les querelles intérieures.

Et cependant, le problème sera posé, d'une manière aiguë, dès 1930, lorsque entrera en vigueur la loi sur les assurances sociales.

Les médecins d'hôpitaux auront-ils droit à des honoraires, pour soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés et quels seront les praticiens, qui auront la faculté de traiter leurs clients dans l'établissement ?

Le Syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé a tenu plusieurs séances, pour la discussion de ce gros problème. Egalement le Syndicat des chirurgiens français, ainsi que l'assemblée toute récente de l'Association syndicale des médecins chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France ont étudié la question.

Cependant, signalons des mouvements divers, qui se font remarquer en vue de la modification des errements actuels.

Certains Syndicats médicaux ont nettement envisagé la possibilité de la démission collective des services publics, lorsque les administrations se refusent absolument à considérer les médecins comme des collaborateurs, comme des associés dans la même œuvre et persistent à ne voir en eux que des employés, des salariés.

Mais d'autres groupes font acte de construction : témoin le Syndicat des Landes, qui a obtenu de la Commission administrative de l'hôpital de Mont-de-Marsan, que les médecins, chirurgiens et spécialistes de l'établissement soient rémunérés à l'acte opératoire, sur les bases du tarif des accidents du travail.

En droit administratif, les améliorations ont beaucoup de peine à se manifester ; mais, avec ténacité et persévérance, on arrive toujours à bout de la routine et des opinions préconçues.

Pour terminer ce chapitre des hôpitaux, indiquons que tout récemment, l'administration de l'Assistance publique de Paris a fait approuver par le Conseil municipal une modification à son règlement, aux termes de laquelle médecins, chirurgiens, spécialistes, externes des hôpitaux ont droit à une indemnisation, en cas d'accidents survenus dans le service, ou en cas de maladie contagieuse, nettement contractée à l'hôpital.

Le projet de loi, concernant ces indemnisations, est toujours en suspens devant le Sénat, alors qu'il avait été voté par la Chambre. Le motif en est que certains collaborateurs immédiats de M. Durafour, alors ministre du travail, avaient cru devoir apporter des modifications au projet primitif et avaient méconnu certaines règles du droit.

Aussi, une hostilité s'est-elle accusée contre le texte projeté, qui fut déjà rapporté par M. Dudouyt, sénateur, rapport qui a été retiré, pour être remis en chantier.

A vouloir demander trop, on n'obtient rien du tout : et c'est le cas.

Le secret professionnel.

Cette grosse question a donné lieu, cette année, à de nouvelles discussions, principalement dans les journaux professionnels, mais peu au sein des Syndicats.

Rapports nombreux, envisageant le problème

sous ses divers côtés : les uns concluant au maintien des termes de l'article 378 du code pénal, les autres à la suppression complète.

Les premiers invoquent l'intérêt des malades et le repos des familles. C'est uniquement en leur faveur que l'article 378 a été institué : hormis les cas où la loi fait une obligation au médecin de déclarer certaines maladies contagieuses, ou les naissances, le médecin doit conserver le silence le plus aboslu.

Est-ce un contrat ? oui, disent certains, car en confiant au médecin, le soin de le guérir, le malade contracte tacitement avec son docteur : en échange d'honoraires, le praticien doit ses soins les plus assidus, ainsi qu'une entière discrétion.

Aussi, d'après cette théorie, le malade aurait le droit de délier le médecin du secret professionnel et de l'autoriser à parler, lorsque le client seul le jugerait à propos.

Non répondent d'autres, le client ne se doute pas de la gravité de la révélation que peut faire le docteur : il ne sait pas parfois le diagnostic exact de son affection ; il ignore les répercussions, les incidences que peut avoir, pour lui, la levée du secret professionnel.

D'autre part, on ne peut pas laisser le médecin, qui est un homme, être seul juge de savoir dans quels cas il parlera et dans quels autres, il conservera le silence : *errare humanum est.*

De tous les rapports publiés dans les *Bulletins* syndicaux, ou discutés au cours des assemblées générales, on peut conclure qu'on se trouve actuellement en présence de deux tendances, nettement opposées :

1° L'intérêt du malade doit tout primer ; pour être certain d'obtenir rapidement la guérison, le patient doit non seulement confier ses secrets au docteur, mais doit laisser l'homme de l'art pénétrer dans son intimité et découvrir toutes choses, qui doivent rester cachées.

Par conséquent, le secret professionnel doit rester intangible : tant qu'une loi n'aura pas modifié, ou abrogé l'article 378 du code pénal, le médecin doit se taire en toutes circonstances, hormis les cas légaux de déclaration de naissance ou de maladies transmissibles.

2° Une théorie diamétralement contraire oppose à l'intérêt du malade l'intérêt social. L'individu doit s'effacer devant la collectivité.

Or, celle-ci doit être défendue contre les maladies autres que les affections immédiatement transmissibles. Il faut lutter contre la tuberculose, la syphilis, les contagions vénériennes ; il faut prolonger la vitalité de la race, par la déclaration des causes exactes des décès.

Il faut enfin faciliter la tâche de la justice et ne plus permettre qu'un homme, parce que médecin, puisse faire échec à une instruction judiciaire, en invoquant le secret professionnel.

Par suite, soutiennent les partisans de cette théorie, il faut abroger purement et simplement l'article 378 du Code pénal.

D'autres, moins absolus, ne demandent la levée du secret que pour les déclarations des causes exactes des décès et la révélation des cas de tuberculose, de syphilis, ou autres maladies sociales.

Jusqu'ici, les Syndicats médicaux se sont prononcés pour le maintien de la loi du silence. Attendons le résultat des travaux de la Commission nommée au sein de l'Académie de médecine.

Néanmoins, la question du secret professionnel a donné lieu à des discussions sur des points particuliers.

Le conflit le plus considérable, c'est l'interprétation erronée donnée par certains préfets à une circulaire du ministre du travail.

Des préfets refusent aux praticiens le paiement des honoraires, dus en matière d'assistance médicale gratuite, si les diagnostics exacts des affections soignées ne figurent pas sur le mémoire présenté par le docteur.

Le « Sou médical » avait porté la question devant le Conseil de préfecture de l'Aube, qui ne pouvait faire autrement que de donner raison au préfet.

On m'a enseigné à la Faculté de Droit, dans les cours de Doctorat, que les tribunaux administratifs ne rendent pas la justice de la même manière que les tribunaux de droit commun : pour les premiers, juger c'est encore administrer.

Le procès est porté en appel devant le Conseil d'Etat ; cette haute assemblée se rangera-t-elle à la jurisprudence constante de la Cour de Cassation, décidant qu'hormis les cas où une loi oblige le médecin à parler, celui-ci doit conserver le secret à ses clients ?

Ou bien le Conseil d'Etat donnera-t-il raison à l'administration, en décidant qu'il n'y a pas de secret, vis-à-vis de l'autorité préfectorale, en matière d'assistance médicale gratuite ?

Les pauvres, les indigents n'auraient donc pas les mêmes garanties que les riches, puisque, pour se faire payer, les médecins seraient obligés de dévoiler les diagnostics des affections traitées chez les bénéficiaires de l'A. M. G. ?

Egalement, en matière d'accidents du travail, certains Syndicats ont discuté l'étendue de ce secret, imposé au médecin traitant par rapport d'une part à la victime et, d'autre part, au patron de celle-ci.

Et les avocats conseils de conclure que le certificat initial ne doit comporter que ce qui se rapporte immédiatement aux conséquences du traumatisme, sans que le docteur ait à faire état des maladies antérieures et des diathèses, qu'il a découvertes ou soignées auparavant.

Exercice illégal de la médecine.

Un renouveau dans les poursuites est à signaler.

Jusqu'ici, beaucoup de Syndicats hésitaient devant les graves dépenses qui devaient être engagées pour faire condamner un illégal à des peines dérisoires.

Pourquoi, aussi, faire de la réclame à un rebouteux, alors que le tribunal écoutera d'une oreille complaisante les éloges décernés par de nombreux clients, ou compères, qui prétendront avoir été guéris miraculeusement par l'empirique, parce que la science officielle avait échoué ?

Néanmoins, le Syndicat des médecins de la Seine a publié cette année un tableau suggestif : grâce à l'activité du docteur Coldefy, secrétaire de la Commission de répression de l'exercice illégal, de nombreuses condamnations ont été obtenues cette année.

Egalement, les Syndiats de province ont essayé de se débarrasser de certaines gens qui exploitent la crédulité de leurs concitoyens et partant, sont des dangers pour la santé publique.

Avec l'aide pécuniaire du « Sou médical », certains Syndicats, comme celui de Seine-et-Marne, ont abouti à des décisions correctionnelles intéressantes.

Conférences intersyndicales.

Des pourparlers ont été engagés entre le Syndicat des médecins de la Seine et celui des pharmaciens, pour règler certaines questions communes.

Des conflits confraternels ont été résolus ; des discussions ont été engagées notamment en ce qui concerne la législation sur les stupéfiants.

Egalement, ont été entendus des délégués du Syndicat des auxiliaires du praticien, pour pouvoir arrêter, en commun, l'utilisation des infirmiers, masseurs, etc. qui peuvent être chargés, par les médecins traitants, de certaines besognes, sous le contrôle immédiat du docteur.

Questions internationales.

Ici, c'est le domaine du docteur Decourt. Notre confrère est l'âme de l'Association professionnelle internationale des médecins.

Au cours de l'année syndicale, qui vient de s'écouler, il a continué les grandes enquètes, qu'il avait déjà amorcées les années précédentes.

Il a pu ainsi recueillir des renseignements très précis, partant fort intéressants, sur le fonctionnement de l'assurance-maladie dans les divers pays, sur la liberté de prescription et le régime des spécialités pharmaceutiques, en médecine sociale, sur la spécialisation en médecine et les spécialistes.

Avouons qu'il est fort utile de savoir ce qui se passe ailleurs que chez nous et que les dirigeants du mouvement syndical français peuvent retirer de précieux enseignements d'après l'expérience acquise dans les pays voisins.

L'A. P. I. M. a maintenant partie gagnée ; ses ressources financières sont assurées par les associations professionnelles d'une vingtaine de nations, qui la constituent. Elle a obtenu l'appui de l'Institut international de Coopération intellectuelle et celui du B. I. T. (Bureau international du travail), tous deux émanations de la Société des Nations.

Chaque année, en septembre, les délégués de l'association médicale internationale se réunissent à Paris pour mettre en commun les résultats obtenus dans chaque nation, en ce qui concerne l'exercice de notre profession.

L'assemblée générale, qui vient d'avoir lieu à Paris, du 27 au 30 septembre a réuni les représentants de 14 nations. C'est dire la vitalité de l'œuvre et la réussite des efforts du docteur Decourt, son secrétaire général.

Conclusions.

Je m'aperçois qu'au cours de ce rapide examen des résultats syndicalistes, obtenus au cours de l'année 1927-28, j'ai parlé un peu de tout, sauf de la formation d'une nouvelle Union syndicale, dénommée Confédération nationale des Syndicats médicaux de France.

Réjouissons-nous de ce résultat : certains ont soutenu que la rivalité de l'Union et de la Fédération ne reposait que sur des questions de personnes ; d'autres ont parlé de l'opposition de grands principes directeurs du Corps médical français ; d'autres enfin ont insinué que les discussions étaient renouvelées de Byzance et que les idées étaient bien les mêmes, mais différents étaient les mots pour les exprimer.

Quoi qu'il en soit, on a perdu pas mal de temps précieux. Pendant que les chefs syndicalistes médicaux s'entredéchiraient, les pouvoirs publics cherchaient à nous retirer d'une main ce qu'ils nous avaient donné de l'autre.

Comment les parlementaires, les ministres pouvaient-ils s'y reconnaître entre groupements, prétendant chacun parler au nom du Corps médical ? Comment savoir distinguer, pour ces profanes en médecine, quelle était la volonté des praticiens de France ?

Que de fois n'ai-je pas entendu dire : « nous vous écouterons, Messieurs les docteurs, lorsque vous aurez réussi à vous mettre d'accord. En attendant, nous vous traçons vos devoirs par des lois et règlements, auxquels vous serez bien forcés d'obéir ».

D'ailleurs, on ne s'est pas caché, en haut lieu, qu'on trouverait toujours le nombre de médecins suffisant pour assurer le fonctionnement des services sociaux. On prétendait même que ce serait au sein des Syndicats eux-mêmes qu'on

trouverait le plus de candidats, pour ces situations.

Grâces soient donc rendues à ceux qui ont su se mettre d'accord, pour le plus grand bien de notre profession. Bien qu'étant persuadé de très bonne foi, d'avoir absolument raison et de détenir la vérité, chacun a fait des concessions au parti adverse, pour pouvoir cimenter une paix, que nous osons espérer durable.

A voir les résultats obtenus par les Syndicats de province, peu leur chaut, à beaucoup d'entre eux, le mode de votation pour les élections au Bureau, ou au Conseil d'administration de la Confédération, pourvu que de bon travail soit accompli.

Pour ma part, ayant à établir chaque année, pour le numéro spécial de novembre du *Concours*, le bilan de l'année syndicale écoulée, je crois que la véritable vitalité du Corps médical organisé réside surtout dans les Syndicats locaux.

Il faut aider chacun de ces groupes, dans les luttes locales qu'il a à soutenir ; il faut lui fournir les textes de lois ou de règlements, les documents de jurisprudence, lui donner des consultations juridiques détaillées, au besoin lui fournir de l'argent.

Que chaque Syndicat soit aidé, soutenu, conseillé pour obtenir une adaptation des tarifs de l'assistance au coût actuel de la vie, pour réaliser une meilleure inspection du premier âge, pour réglementer le service de la vaccine, pour aider le préfet et les maires, en vue d'une inspection médicale des écoles efficace ; pour apporter la collaboration des praticiens aux divers organismes d'Etat, en vue de la lutte contre la tuberculose, la syphilis, etc.

De la somme des résultats locaux obtenus, il sera facile de dégager les directives du Corps médical, tout entier.

Quant aux grands principes généraux, ils ne peuvent encore être bien dégagés, puis appliqués, que par des études locales.

Ainsi, le problème de l'hospitalisation des malades payants comporte de nombreuses solutions locales diverses : j'en tire l'indication de faire reconnaître, par le conseil supérieur de l'Assistance publique, un ou deux grands principes, tels que le droit, pour le médecin d'hôpital, de toucher des honoraires, lorsqu'il donne des soins à un hospitalisé payant.

Mais, à côté, je propose que des accords locaux, interviennent, entre Corps médical local et Commission hospitalière locale, pour déterminer les conditions locales, non seulement du mode de rémunération des médecins, mais également pour la possibilité du libre choix du docteur, en ce qui concerne ces hospitalisés payants, pouvant être assimilés à des malades de maisons de santé.

La loi des assurances sociales en est également la preuve : ici, le corps médical est certain d'imposer la modalité de paiement qu'on a intitulé « entente directe ».

Ailleurs, devant les situations dites acquises, devant le refus de certains d'abandonner leurs fixes, redoutant les appétits de certains étrangers, docteurs d'Etat, ou de jeunes, désireux de rapidement gagner leur vie, certains Syndicats locaux hésitent à entrer en conflit direct avec les caisses et préfèrent régler les modalités du service médical, par une convention collective.

Laissons donc la liberté à chaque groupe : faisons confiance à l'énergie des dirigeants syndicalistes de province.

D'ailleurs, la question suivante m'a été posée, au cours des conférences syndicales qu'on me demande en province : « L'Union des Syndicats doit-elle diriger le mouvment syndicaliste et donner des directives aux Syndicats de province ; ou bien ceux-ci doivent-ils s'organiser, laissant à l'Union le soin de coordonner et de collecter les efforts de chaque Syndicat, pour que les groupes actifs servent d'exemple aux autres et pour dégager progressivement les tendances syndicalistes du Corps médical ? »

J'avoue que mes préférences personnelles vont toujours à ce deuxième mode. Et mon impression est corroborée par les faits : alors que depuis un certain temps, Union et Fédération étaient paralysées dans leur activité, les Syndicats de province ont néanmoins travaillé et obtenu des réalisations intéressantes.

L'année 1927-28 le prouve, ne serait ce que par les conventions collectives, qui ont été passées entre Syndicats médicaux et hôpitaux, communes, offices d'hygiène sociale, etc.

J'ai confiance dans l'avenir.

Dr Paul BOUDIN.
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Docteur en Droit.

SPÉCIALISATION ET SPÉCIALISTES

par M. Paul Delmas (de Montpellier).

Président de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté.

La science est le premier devoir du médecin; lorsqu'il s'agit de la vie des hommes, l'ignorance est un crime : or, la science ne se devine pas, elle s'acquiert par un travail persévérant.
(*Cruveilhier.* Des devoirs et de la Moralité du Médecin).

L'exercice de l'art médical se peut comprendre dans deux directions parallèles : un premier groupe de praticiens applique à tout venant l'ensemble des connaissances théoriques et cliniques apprises en cours d'études : ils se dénomment médecins de médecine générale, ou, plus récemment et mieux, *omnipraticiens* ; à côté d'eux, un second groupe ne s'occupe que des malades ayant une affection qui relève de la branche particulière choisie par eux comme champ d'action professionnelle : on les appelle *spécialistes.*

Par opposition à l'omnipraticien, dont la clientèle est *a priori* beaucoup plus étendue, le spécialiste compense la limitation de la sienne en élevant d'une façon proportionnelle le taux de ses honoraires, ce que justifie encore, au besoin, un amortissement plus lourd de frais d'études et d'installation. Quelques interventions, d'exécution plutôt rare, peuvent encore, par une vanité mal entendue de certains clients ou l'ingénieuse malignité de l'envie, laisser supposer des gains inconnus à l'omnipraticien. Bref, à tort ou à raison, l'exercice de la spécialité passe pour enrichir promptement son homme, avec, par surcroît, une existence plus indépendante et affranchie de tout surmenage.

En faut-il davantage, à une époque de pléthore médicale, pour augmenter démesurément le nombre des spécialistes, ou plutôt, comme le dit le Comité central de la Fédération des médecins suisses, le nombre des « soi-disant tels, des *spécialistes de contrebande* ».

I

Comment séparer l'ivraie du bon grain ? A quoi distinguer le spécialiste qualifié de celui qui de l'est pas, autrement que par les dithyrambes intéressés des rabatteurs ou l'engouement aveugle d'un public abusé.

A vrai dire, la question est d'importance pour tous : *pour les malades* qui ont droit à des soins compétents, *pour les omnipraticiens* désireux d'être à couvert par une collaboration autorisée, *pour les spécialistes* eux-mêmes qui, en matière d'honoraires, formulent des exigences particulières reconnues comme légitimes, aujourd'hui par la loi sur les accidents du travail ou des pensions de guerre, demain par celle des assurances sociales, sans même faire état des litiges que les tribunaux sont appelés à trancher entre médecins et clients récalcitrants.

Une seule décision de justice, un jugement du tribunal de paix de Villejuif du 8 juin 1921, après avoir rappelé la *définition*, d'ailleurs incomplète de Littré dans son *Dictionnaire de la langue française*, se montre explicite sur la question : « On doit considérer comme spécialiste celui qui, après avoir fait d'..... (une) branche de la médecine sa principale occupation pratique et scientifique, après y avoir consacré la plus grande partie de ses études et de ses travaux... se consacre principalement ou d'une manière exclusive au traitement de certaines maladies. »

Ainsi deux facteurs, dont l'un est subordonné à l'autre : limitation volontaire du champ d'action, compétence particulière.

A. — Sur le premier point, **limitation**, il a fallu compter avec certaines résistances intéressées, dont témoigne, entre autres, la discussion soulevée le 13 mai 1928, au cours de l'assemblée générale du Syndicat médical des Landes. Le *Bulletin* de juin de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France consacre un article à l'incompatibilité de la pratique de spécialiste et de celle d'omnipraticien.

Sans doute, le premier devoir du spécialiste est-il de renoncer à la médecine générale, mais ce n'est pas à dire qu'il doive l'ignorer, tant il est vrai qu'une sérieuse spécialisation ne peut être que le couronnement de bonnes études de médecine générale. Le contester serait affirmer la supériorité de sages-femmes ayant fait de cinquante à cent accouchements au cours de deux ans d'études, sur le médecin qui en a peut-être fait deux en un stage d'un bimestre.

Et d'ailleurs de quel œil l'omnipraticien peut-il voir un spécialiste d'occasion qui, entré dans une famille sous prétexte d'accouchement, y revient le lendemain, pour un accident du travail du père ou les rhumatismes de la grand'-mère. Comme la chauve-souris de La Fontaine « je suis oiseau, voyez mes ailes », il mise sur les deux tableaux, n'étant pour l'un et l'autre groupe des confrères qu'un concurrent indélicat, dont le public finit par dire « *spécialiste en tout, spécialiste en rien* ».

B. — Le second point, celui de la **compétence particulière** est d'une autre importance, et point ne suffit de l'affirmer ou de la laisser entendre par d'ingénieux artifices de rédaction, tels ces en-tête d'ordonnances où le passage dont on se réclame dans un service d'hôpital déterminé laisse supposer un apprentissage consciencieux que n'ont permis, ni les quelques semaines de stage invoquées, ni le caractère subalterne d'une collaboration dont l'assistance purement passive ne saurait prétendre conférer la maîtrise.

Or, cette compétence particulière, *le public la suppose toujours, sinon c'est ailleurs qu'il l'irait chercher.* Mais l'omnipraticien qui fait appel au spécialiste pour lui passer la responsabilité d'un cas difficile ne la suppose pas moins. Aucune raison avouable ne le porterait à s'effacer devant un confrère dont l'autorité dans la branche considérée ne peut indiscutablement lui être opposée.

La compétence fait-elle défaut, il est bien difficile au soi-disant spécialiste de soutenir le parallèle avec ceux d'une autorité reconnue. C'est à d'autres procédés qu'il fait appel.

Ne pouvant discuter, sans trop montrer le bout de l'oreille, la technicité de tel concurrent, ce sont des louanges sans fin sur sa science, son habileté, ses mérites de tous ordres : « quel dommage que tout cela se paye ! et si cher ! Tout le monde ne saurait prétendre à un maître si qualifié ». Et ses tarifs sont discrètement chuchotés, sauf à les enrichir d'un 0. Selon la formule de Bazile, le trait porte toujours. De l'épicière aux tables de café, il chemine sous le manteau, pour le plus grand bien de son auteur.

Dans d'autres milieux, avec les confrères, le concurrent est représenté comme distant, hautain, peu enclin à faire rétribuer honorablement le médecin traitant ; ce n'est pas celui qui parle à qui ce reproche pourrait être fait, bon garçon avec qui on s'entendra toujours au moment des honoraires. Plaise au ciel qu'on ne s'entende pas trop et que, dans telle localité, où, autrefois la consultation ou certaines interventions ne se voyaient que de loin en loin, la fréquence inaccoutumée des appels vers un nouveau visage ne mette bientôt sur le qui vive les populations les plus confiantes.

L'émotion soulevée un peu partout par de telles mœurs n'est que trop compréhensible, et l'on s'explique aisément, entre autres, qu'en 1927, le Comité central de la Fédération des médecins suisses ait estimé venu « le moment de chercher à mettre de l'ordre dans sa propre maison ».

Devant les agissements de spécialistes de contrebande — agissements de nature à nuire à la considération du Corps médical dans son ensemble vis-à-vis du public en général et des Caisses en particulier, ou pouvant faire craindre l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine l'exercice des spécialités, les médecins suisses ont décidé d'étudier la question de la fixation de règles générales pour l'exercice des spécialités, règles qui deviendraient obligatoires pour l'ensemble du Corps médical suisse ».

La question débordait le plan national. Aussi l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) l'a-t-elle mise à l'ordre du jour, et, sur la proposition de son secrétaire général, le Dr Decourt, le Dr Renon a été chargé d'établir un rapport. Il l'a fait précéder d'une lumineuse chronique dans le *Bulletin du Syndicat des chirurgiens français,* de mai 1928.

En même temps, le Dr Boudin donnait à ce sujet d'utiles suggestions dans le *Concours Médical* du 6 mai, pages 1357 et 1358. Il y revenait, dans une vue d'ensemble, dans le numéro du même journal du 3 juin.

En outre, le numéro du 1er juillet, du *Médecin Syndicaliste,* publiait sous la signature du Dr Decourt les résultats de l'enquête de l'A. P. I. M. sur la spécialisation en médecine et les spécialistes. L'essentiel en a été reproduit dans le numéro du 11 septembre de la *Vcz medica* de Madrid.

Enfin, du 27 au 30 septembre, à l'occasion de la troisième session annuelle du Conseil général de l'A. P. I. M. tenue à son siège social, 25, rue Louis-le-Grand à Paris, les représentants de vingt-six nations ont discuté le rapport du docteur suisse Vuilleumier , sur la question des « médecins spécialistes devant l'ensemble du Corps médical. », pour conclusions à prendre.

L'aboutissant de ce mouvement d'opinion se trouve dans les résultats de l'enquête de l'A. P. I. M. dont l'essentiel peut se résumer comme suit :

Les seize nations qui ont répondu au questionnaire du secrétaire général peuvent être réparties en trois catégories, selon que le statut qui règlemente chez elles l'état de spécialiste est officiel, officieux ou inexistant.

a) **Première catégorie.** — La spécialistation est soumise à une *réglementation légale,* édictée par le gouvernement ; elle est basée sur les règles et prescriptions imposées à tout le Corps médical.

Le type en est donné par la *Hongrie.*

Certes, chaque médecin y est libre de soigner n'importe quel malade ; il peut, sous sa seule responsabilité, effectuer toutes interventions, même celles ressortissant à une spécialité quelconque, mais il ne peut se donner comme spécialiste, faire figurer cette qualité sur sa plaque ou ses en-tête d'ordonnance, que s'il est dans les conditions exigées par l'ordonnance de 1924 du ministère royal hongrois de la prévoyance sociale et du travail.

« Cette qualité de spécialiste ne peut être ré-

clamée que par un médecin déjà autorisé à être omnipraticien, et qui, en qualité d'assistant régulièrement inscrit, a accompli un stage dans un service de cette spécialité, pendant deux ans d'une clinique de l'Université, ou pendant trois ans dans une clinique quelconque agréée à ce sujet. Il doit en justifier par un certificat qu'il devra présenter, au préalable, au premier fonctionnaire du comitat (département). C'est ce fonctionnaire (préfet) qui, après avoir pris l'avis du chef de service sanitaire, décide de la demande. Les listes nominatives de spécialistes sont présentées au ministère de la prévoyance sociale et du travail où elles sont surveillées et publiées annuellement... ; les autorités administratives et la police judiciaire veillent à ce qu'aucun médecin ne s'attribue le nom de spécialiste d'une manière abusive. Celui qui, sur ses adresses, enseigne ou ordonnances, ou ailleurs même, partout où cela pourrait induire le public en erreur, s'attribue la qualité de spécialiste sans y être autorisé, se rend passible d'une contravention et est frappé d'une amende. Ces règles sont en vigueur depuis la date même de l'arrêté. Les médecins non autorisés ne peuvent plus s'appeler spécialistes et, par suite, le public ne peut plus être trompé.

Les officiels, professeurs ou docents de l'Université, ainsi que les chefs de service dans les hôpitaux civils et militaires, n'ont évidemment pas à justifier à nouveau de la compétence, dont leur nomination à l'emploi qu'ils occupent a surabondamment fourni la preuve ».

Une réglementation analogue est celle de la *Tchéco-Slovaquie*, où les dispositions purement officieuses et librement consenties des Chambres de médecins sont devenues l'arrêté officiel du Ministre de l'Hygiène, en date du 6 avril 1927 : « La qualification de médecin spécialiste doit être prouvée par un certificat attestant que le médecin, après avoir acquis le titre de docteur en médecine, s'est consacré pendant deux ou trois années (spécifié selon les groupes) aux études d'un groupe choisi dans un institut indigène ou étranger, où il aura eu l'occasion de se perfectionner dans ce groupe et qu'il occupe une situation lui permettant de pénétrer d'une manière spéciale dans la discipline dont il s'agit et qu'il a travaillé indépendamment ».

De même, en *Yougo-Slavie*, d'après les prescriptions officielles et obligatoires, fixées par l'arrêté du Ministère de la santé publique, en date du 19 août 1927, pour obtenir la qualification de spécialiste, il faut remplir certaines conditions et se soumettre à certaines formalités. « Il faut avoir consacré au moins trois ans à l'étude d'une seule spécialité dans les instituts universitaires ou dans des hôpitaux de premier ordre. Pour l'hygiène, médecine interne, chirurgie, obstétrique, le délai est augmenté d'une année (soit en tout 4 ans). Pour l'obstétrique et la gynécologie, en particulier, une année de ce stage de 4 ans doit être consacrée aux études de chirurgie générale. Après ces études de spécialisation, il faut se soumettre à un examen devant une Commission qui est désignée par le Ministère de la santé publique et c'est ce ministère qui délivre de l'autorisation de porter un titre de spécialiste, après avoir accompli toutes les formalités à ce sujet ».

b) Une **deuxième catégorie** est celle où la *règlementation* professionnelle est *édictée par les groupements professionnels*, et basée sur des règles et prescriptions non imposables à tout le Corps médical, mais suivies par tous les membres du groupement et passées ainsi dans la pratique.

Le type en est fourni par l'*Allemagne* où la notion du spécialiste n'est pas définie par la loi, mais par les décisions du Congrès des praticiens de Brême, en 1924, qui lient les membres de l'Union, soit 87 % des praticiens allemands. « Pour être qualifié spécialiste, on exige dans chaque branche la preuve de la durée d'études spéciales. Pour la chirurgie, la gynécologie et l'obstétrique, la médecine interne, y compris la neurologie, il faut au moins 4 années. Pour les autres, au moins trois ans... Encore une fois, il ne s'agit pas d'une mesure législative, mais d'un engagement librement accepté, depuis le Congrès de Brême, par les organisations médicales. Par définition, les quelques médecins qui ne font partie d'aucune organisation médicale restent en dehors de cet engagement, mais on a toujours la possibilité d'exercer une pression sur eux... Aussi, tandis que, autrefois, l'anarchie complète régnait en ce qui concerne la désignation des spécialistes — ce qui amenait souvent une concurrence du plus fâcheux effet — actuellement, la situation commence à se clarifier, en sorte qu'on peut dire, d'une façon générale, que ce système de réglementation a fait ses preuves ».

En *Danemark*, le statut des spécialistes est, dans le même esprit, défini par la « convention professionnelle réglant l'exercice des spécialistes en médecine et les attributions du titre de médecin spécialiste », adoptée par le Corps des représentants à l'association générale des médecins du Danemark dans leur réunion à Horsens, en août 1925. « Pour être habilité comme spécialiste, tout médecin doit remplir tout d'abord les conditions générales professionnelles suivantes : a) 6 ans de doctorat au moins ; b) tournée, (c'est-à-dire deux stages que doit accomplir le médecin dans certains grands hôpitaux après avoir reçu son diplôme, d'abord comme interne pendant 6 mois dans un service médical, puis comme interne pendant 6 autres mois dans un service chirurgical), entièrement accomplie ;

c) deux ans d'exercice au moins de médecine générale, en dehors du temps consacré à sa formation dans la spécialité qu'il désire pratiquer. En outre, il doit justifier d'études et stages variant, selon la spécialité choisie, de deux à trois ans, soit comme chef de clinique, soit comme médecin adjoint. Pour l'obstétrique en particulier : a) deux ans, soit dans un des services de la maternité de Righospital soit dans la maternité d'Aarhus, dont un an au moins comme chef de clinique ; b) 6 mois dans un service de quelque importance, réservé au traitement des maladies gynécologiques, ; c) 3 mois dans un service vénéréologique ».

Pour éviter d'inutiles redites, il suffit de dire que le régime de la *Hollande*, de la *Norvège* et de la *Suède* est sensiblement calqué sur le modèle danois.

c) La **troisième catégorie** groupe la *Grande-Bretagne*, l'*Esthonie* et la *Lettonie*. Dans ces trois pays, l'exercice de la médecine est libre, sauf à ne pas se donner des titres qu'on ne possède pas. A plus forte raison la spécialité n'est-elle soumise à *aucune réglementation* gouvernementale ou professionnelle. Mais l'usage est, cependant, qu'après avoir terminé ses études médicales, le praticien qui choisit une spécialité travaille encore pour s'y perfectionner.

Pour deux autres nations, la Bulgarie et la France, aucun statut imposé, mais il semble bien que d'intolérables abus aient amené un mouvement d'opinion vers la réglementation.

En *Bulgarie*, où chacun peut exercer la spécialité qui lui plaît, un projet de loi est sur le point d'être déposé sur le bureau de la Chambre des députés. Désormais « le titre de spécialiste s'obtiendra après trois ans de spécialisation dans une clinique universitaire, ou dans un service spécial d'hôpital d'Etat, après et en plus du stage obligatoire de deux ans de l'étudiant en médecine dans les cliniques universitaires ou un hôpital d'Etat. Ces décisions lieront naturellement, puisque légales, tous les médecins ».

En *France*, l'absence totale de réglementation laisse, pour le moment, entière liberte à chaque médecin de se réclamer, à tort ou à raison, du titre de spécialiste. L'expérience de tous les jours montre que ceux-ci sont de très inégale qualité. A côté de ceux dont la formation technique peut être donnée en exemple, il en est dont les prétentions ne s'appuient que sur un bagage insuffisant ou même nul.

II

Aussi, très spontanément, les spécialistes qualifiés ont-ils éprouvé le besoin de se grouper en Syndicat où l'on n'est admis qu'après un vote portant sur les compétences et la moralité du candidat dont trois parrains se portent garants.

De la sorte, se sont constitués le Syndicat des chirurgiens, des oculistes, des oto-rhino-laryngologistes, des stomatologistes, des urologistes d'une part, des électroradiologistes, des biologistes, et des hydrologistes d'autre part. L'ensemble de ces Syndicats réunit en un « groupement général des médecins spécialisés » 1.500 spécialistes qualifiés.

Il est à remarquer que si la gynécologie et l'orthopédie peuvent se réclamer du Syndicat des chirurgiens, par contre, la neurologie, la psychiatrie, la cardiologie, la stomaco-entérologie, la vénéréologie, la dermatologie et la pédiatrie n'y figurent pas.

En outre, l'obstétrique est restée en dehors de tout groupement, d'où des abus particulièrement criants, quand ils ne sont pas vaudevillesques, à preuve ce vieil étudiant dont parle le spirituel chroniqueur de la *Médecine pratique*, du 30 mai 1926 : après avoir sept fois échoué (7) à son examen de clinique obstétricale, il finit par être reçu et, sans désemparer, s'installa aussitôt comme médecin accoucheur.

Mais combien d'autres sont tout aussi peu qualifiés, dont la préparation technique comporte en tout pour tout, le modeste stage d'un bimestre ... de tous les autres praticiens, ou un rapide internat dans quelque service de médiocre vitalité. Une illumination d'en haut paraît seule leur avoir donné la maîtrise qu'ils revendiquent, maîtrise singulière qui ne saurait en faire que les émules des sages-femmes, sauf que leur diplôme de docteur leur permet l'usage du forceps. En dehors de cette obstétrique mineure, force leur est bien, non pas de faire appel à un vrai spécialiste — ce qui serait un aveu d'impuissance — mais de recourir à l'assistance d'un chirurgien complaisant, nouvel argument contre la rachi qui permet au patient de se rendre compte de la distribution des rôles. Habiles commerçants, la clientèle chante leurs louanges et les pare souvent du titre de Professeur... même en dehors des villes de faculté.

C'est assurément à de tels spécialistes de contrebande qu'a songé l'honorable M. Couteaux, député, en déposant le 7 mars 1928, sur le bureau de la Chambre des députés, son projet de loi portant *création d'un Ordre des médecins*, dont l'article 7 prévoit « la poursuite et la répression d'office, ou sur plainte reçue, de tout agissement, toute manœuvre de médecins tendant à tromper le public et, d'une façon générale, tout acte portant atteinte à l'honorabilité de la profession ».

Pour rendre de tels abus impossibles, les pouvoirs publics songent à la création de certificats de spécialités. A l'occasion du conflit des chirurgiens dentistes et des médecins stomatologistes, un protocole a été signé le 2 mars 1928 par le Ministre de l'instruction publique, et son article

2 prévoit ; « la réforme destinée à compléter le doctorat en médecine par un certificat de spécialité » pour eux « comme... pour tous les spécialistes ». L'imminence en est telle que, dans la séance du conseil d'administration du « Groupement des Syndicats généraux des médecins spécialisés », du 17 mars 1928, le Dr Pietckewicz a été chargé d'urgence d'établir un rapport sur la question.

Enfin, comme le remarque le Dr Boudin « il n'est pas étonnant de voir la Faculté entrer dans cette voie : des cours spéciaux sont institués par des professeurs et agrégés, cours théoriques, puis clinique dans les services d'hôpitaux, ouverts, contre rémunération, a tout docteur qui veut acquérir des connaissances spéciales en radiologie, en médecine infantile, etc... L'habitude commence à s'établir de terminer ces cours spéciaux par une diplôme officieux, mais qui, néanmoins, a toute sa valeur. *Ce diplôme de spécialité n'est qu'un adjuvant nécessaire, mais non pas obligatoire.* »

C'est pourquoi l'association des membres du corps enseignant des facultés de médecine avait mis la question à l'ordre du jour de sa réunion du 12 octobre 1928 : elle a fait l'objet d'un rapport du Professeur Jacques, de Nancy, dont l'exposé a été suivi d'une argumentation très serrée.

III

Est-ce à dire que le diplôme de docteur en médecine ne laisse plus désormais à ce titre que des possibilités de seconde zone ? Cet argument démagogique ne soutient pas l'examen. En toute loyauté, le problème doit être exposé au grand jour, tel que le public a le droit de le connaître.

Tout docteur en médecine a le droit, sous sa responsabilité effective, d'effectuer tout acte de diagnostic ou de traitement dont il se croit capable ; au surplus, dans les cas d'extrême urgence, l'humanité peut lui faire un devoir d'entreprendre des interventions qui relèvent d'une compétence spécialisée. Sans être laryngologiste certaines trachéotomies lui sont imposées par les circonstances, et là où la sage-femme a le droit à la version, il serait absurde de le contester à un médecin diplômé. Voilà qui est net, et sans équivoque.

Il ne peut pas l'être moins d'affirmer avec force que celui qui, froidement, à tête reposée, se donne et s'affiche comme spécialiste, doit, de toute nécessité, s'être préparé à l'exercice de cette spécialité par une consciencieuse formation technique. L'exemple des pays étrangers montre qu'à partir du doctorat, ce n'est pas trop de 4, 3, ou tout au moins, 2 années d'études spéciales supplémentaires, au minimum, pour en justifier.

En droit, avec l'architecture actuelle de l'enseignement médical en France, outre les officiels de la Faculté ou des hôpitaux, n'y peuvent prétendre que les anciens chefs de clinique ou les anciens assistants d'hôpitaux universitaires ; un internat de quelques mois ne saurait suffire. Sans dénier à ce titre sa légitime valeur qui est à coup sûr considérable, il ne porte et ne peut porter que sur d'excellentes études d'ensemble ; elles constituent la plus parfaite des préparations à la maîtrise, elles ne la confèrent pas. Il en est plus particulièrement ainsi des internats extre-universitaires, dont beaucoup, au surplus, se recrutent par concours locaux ou même sans concours.

A plus forte raison ne saurait être acceptée la forme insidieuse de la qualification par une pratique personnelle prolongée de plusieurs années ; autant reconnaître à quiconque le droit de se faire la main sur son prochain .A supposer ce futur spécialiste perfectible dans son isolement, de combien de morts et d'estropiés sa route ne serait-elle jalonnée. La thèse ne saurait être que celle du nivellement par en bas : *il suffirait qu'elle fût connue du public pour deviner quel accueil lui serait réservé.*

Le terrain ainsi déblayé sans équivoque possible, et d'ici qu'une réglementation officieuse ou officielle, telle qu'elle existe à l'étranger, ne permette plus à certains de se parer de « fausses qualités », susceptibles de « faire naître l'espérance d'un pouvoir (ou d'une compétence) imaginaire », ce que prévoit l'article 405 du code pénal sur l'*escroquerie*, il appartient au public, le premier intéressé en l'occurence, ou à l'omnipraticien consciencieux, soucieux de ne pas engager à la légère sa responsabilité morale tout au moins, par une désignation faite à la légère, de savoir à qui va sa confiance.

IV

La déontologie du spécialiste ? Celle d'un honnête homme, tout court, avec, comme corollaire, celle du bon confrère.

Honnête homme, il l'est tout d'abord par ce fait qu'il n'a revendiqué la qualité de spécialiste que tout autant que sa compétence lui en donne le droit.

C'est le principe que pose l'article II du code de déontologie adopté par le Conseil de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault, dans sa séance du 15 octobre 1920 : « il s'abstiendra de toute forme, même détournée de charlatanisme qui, dans le fond, vise l'exploitation de la crédulité publique. S'attribuer des titres ou abuser le public sur la valeur de ceux qu'il possède, recourir pour drainer la clientèle à une publicité extra-médicale et dont le malade ne peut connaître le bien fondé, sont gestes essentiellement incorrects ».

L'article III du même code le concerne tout

spécialement : « Sont également condamnables toutes pratiques visant à l'édification d'une situation professionnelle par d'autres procédés que la science et le dévouement, seules bases de toute notorité légitime et durable. Ainsi sont interdits, parce que malhonnêtes, tous actes de rabattage ou de compérage, remises ou gratifications à pisteurs, hôteliers, sages-femmes, association ou partage de bénéfices avec les mêmes personnes ; acceptation d'une commission pour les prescriptions de médicaments ou d'appareils, pour l'envoi dans une maison de santé ou dans une ville d'eaux. Le caractère clandestin de tels procédés montre assez que leurs auteurs eux-mêmes les tiennent pour inavouables ».

De même l'article VI, visant les interventions évitables : ablation de végétations, cathétérismes lacrymaux, dilatations urétrales, applications de forceps, appendicectomies, n'ont le plus souvent d'autre contrôle que sa conscience. Il est honnête homme et cela est tout dire.

Bon confrère, c'est, aux termes de l'article XIV, adopter vis-à-vis d'autrui la même attitude qu'il souhaiterait, par réciprocité, être prise à son endroit. Tel doit être le principe qui règle les rapports du médecin avec ses confrères. Il doit donc, comme l'indique l'article XXVII « au cas d'intervention seul responsable, distribuer les rôles de ses collaborateurs, mais, il s'efforcera de provoquer la présence du médecin traitant auquel un rôle honorable sera réservé ».

Les articles XXIX et XXX traitent de l'irritante question de la dichotomie dont le mercantilisme de quelques-uns a fait pour la profession une tare dont le grand public commence à murmurer tout haut. Inutile de chercher plus loin les raisons pour lesquelles tant de clients s'évadent de leur médecin traitant pour aller directement vers le spécialiste de leur choix qu'ils supposent être exempt de tout compérage étranger à leur seul intérêt.

Voici ce qu'en dit le Dr Renon, dans le numéro de mai 1928 du *Bulletin* du Syndicat des chirurgiens français :

« Bien plus grave est la question des rapports d'honoraires entre les médecins généraux et le spécialisé que l'on a coutume de comprendre sous le nom impropre de dichotomie et qui consiste dans l'abandon d'honoraires effectué, à l'insu du client, par le spécialiste au médecin traitant, chaque fois que celui-ci lui adresse un malade et quelle que soit l'importance de sa collaboration.

Un rapport complet sur ces pratiques déplorables *qui seraient, paraît-il, spéciales à la France* a déjà été élaboré par la Commission de déontologie du Syndicat des chirurgiens, et ses conclusions, présentées à l'Union des Syndicats médicaux, ont été adoptées et intégrées dans son Code de déontologie par les articles suivants votés à l'unanimité moins une voix au cours de l'assemblée générale du 6 octobre 1927 :

Art. 59. — Les nécessités de la pratique médicale obligent souvent le médecin traitant à faire appel à un confrère pour un examen spécial ou une intervention chirurgicale.

La conduite idéale, dans ces cas, est la présentation au client, par chaque médecin, de sa note personnelle.

On peut toutefois admettre, en cas d'opération, la remise au client d'une note commune à condition que celui-ci sache explicitement quels confrères sont honorés et le taux respectif de leurs honoraires.

Toute remise effectuée à l'insu du client est profondément immorale.

Art. 60. — *Les honoraires spéciaux du médecin traitant, légitimés par l'importance du service rendu et la responsabilité encourue, peuvent être estimés à un chiffre variable, mais qui ne doit, en aucun cas, excéder* le quart *de la note globale.*

....

....

Le problème de la spécialisation n'est certes pas épuisé, tant il est complexe et risque quelquefois de heurter des situations de fait, pas toujours respectables. Un principe le domine, l'adage latin : « *nemo decipiatur* », C'est avant tout une question de moralité : être honnête. La crainte du gendarme, si elle ne crée pas la vertu, empêche du moins qu'on s'en écarte à l'heure de la tentation. Un statut du spécialiste ne redresserait certes pas toutes les mentalités, il aurait cependant l'avantage de mettre chacun à sa place, en empêchant d'éhontées tromperies.

Comprise un peu partout à l'étranger la nécessité n'en est pas moindre en France. Tôt ou tard, il y faudra venir : un peu partout il en est question aujourd'hui, le conseil d'administration du groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, dans sa séance du conseil d'administration du 20 mai 1928, a mis expressément la question à l'étude et le Dr Caillaud a déjà établi le projet de statut et de règlement intérieur qui pourront éventuellement être utilisés par la Commission mixte dans ses travaux ; de même, un rapport du Dr Thibaudet a été lu à propos de l'étude du Dr Renon sur les rapports des praticiens généraux et des médecins spécialisés dans l'exercice de leur profession.

Au lecteur de voir si la question est mûre, et l'heure proche.

MUTUALITÉ FAMILIALE

A nos lecteurs.

Confrères qui avez pensé à l'avenir, qui savez que la maladie, l'accident, vous guettent chaque jour et que le chômage qui peut en résulter constitue pour vous un danger sérieux, pourquoi ne venez-vous pas à la Mutualité Familiale du Corps médical français ?

C'est une Société de secours mutuels libre, fonctionnant sous l'empire de la loi du 1er avril 1898, créée pour vous par des confrères, administrée par vous-mêmes, sous le contrôle d'un actuaire, vieille déjà de 36 ans et ayant fait ses preuves, digne par conséquent de votre entière confiance.

Elle vous offre, si vous êtes arrêtés par la maladie ou un accident, une indemnité journalière d'abord, puis mensuelle si l'incapacité de travail se prolonge et cela quelle que soit la durée de cette incapacité ; enfin, à 65 ans, elle vous donne une pension de retraite qui ne s'éteint qu'à votre mort.

Et pour cela, que vous demande-t-elle ? Une cotisation annuelle variable naturellement avec l'âge d'entrée, celui-ci étant l'âge que le postulant a eu ou aura dans l'année de son admission.

A ce sujet, permettez-moi une digression pour n'avoir pas à y revenir. Certains confrères se sont parfois étonnés de la différence que présentent ces cotisations dans les diverses œuvres qui les sollicitent ; ce fait vient surtout de la manière de compter l'âge d'entrée, le nombre des cotisations à verser, l'époque de l'entrée en jouissance, du mode de versement des indemnités ou des pensions, etc..., etc... A la Mutualité Familiale les cotisations ont été calculées sans majoration aucune sur les tables de morbidité et de mortalité établies sur sa propre expérience.

Voulant se mettre à la portée de toutes les situations, de tous les besoins, la Mutualité Familiale a adopté des combinaisons multiples qui peuvent se grouper au gré de chacun — je prends l'indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500 francs avec la pension de 2.400 francs à 65 ans ; voici le barème des cotisations, frais de gestion compris et versements pour la pension contre-assurées (1).

Age d'entrée	Cotisation annuelle
28 ans	662 20
29 »	864 20
30 »	709 50
31 »	734 80
32 »	762 20
33 »	790 90
34 »	822 20
35 »	858 »
36 »	895 40
37 »	932 80
38 »	975 70
39 »	1.020 80
40 »	1.070 30
41 »	1.122 »
42 »	1.181 40
43 »	1.244 10
44 »	1.311 20
45 »	1.386 »

En vérité, je vous demande, ces chiffres sont-ils prohibitifs ?

Vous n'avez pas à craindre que le chômage vous empêche de payer cette cotisation puisque, dans ce cas vous recevez de la Société une somme bien supérieure. Fussiez-vous chronique incurable que vous pourriez toujours verser puisque vous toucheriez 6.000 francs par an !

J'ai pris ce que j'appellerai un cas moyen.

Mais il est des confrères pour lesquels la pension à 65 ans paraît bien reculée — la Mutualité Familiale leur offre la pension à 60 ans moyennant une cotisation un peu supérieure.

Il en est d'autres qui peuvent trouver insuffisant le chiffre de 2.400 fr. — la Mutualité Familiale leur permet de le doubler en cumulant la pension à 60 ans et la pension à 65 ans : ils ont ainsi, à 60 ans, une pension de 2.400 fr. qui, à 65 ans, se transforme en une pension de 4.800 francs.

Pour d'autres, au contraire, la cotisation peut sembler un peu lourde — il leur est loisible de la réduire en se contentant soit d'une indemnité maladie moins forte : 40 francs, 30 francs, 20 francs, soit d'une pension moins élevée, 1.200 francs par exemple. J'ajouterai qu'il est pour tous sage de débuter par un groupement de combinaisons qui n'exige pas une cotisation trop lourde puisqu'il est toujours possible d'augmenter si viennent des temps meilleurs.

Continuellement nous voyons des confrères porter leur indemnité maladie de 20 à 30 francs à quarante ou cinquante et porter le chiffre de leur retraite de 1.200 à 2.400 et même à 4.800 francs.

La Mutualité Familiale est seule à donner à la fois l'indemnité maladie et la pension de retraite

(1) Cela veut dire que si le sociétaire vient à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, le total de ses versements est remboursé à ses ayants droit.

au médecin, mais elle lui offre encore d'autres avantages :

Elle admet la femme et les enfants à la pension de retraite et ce dans les mêmes conditions exactement que le médecin lui-même. De telle sorte que le ménage peut s'assurer pour ses vieux jours, une retraite pouvant aller à 9.600 francs. L'un des conjoints vient-il à mourir, l'autre continue à toucher sa pension propre. De telle sorte aussi que la fille qui ne se sera pas mariée, par exemple, recevra une pension viagère qu'elle ne dédaignera pas quand la vieillesse sera venue. La Mutualité Familiale permet même à ses membres, en cas de décès prématuré, d'assurer à leurs veuves une pension de survie qu'elle est encore seule à donner.

Je ne puis, dans une courte étude, envisager tous les cas particuliers et je dirai à mes confrères d'écrire au secrétaire général (Dr Mignon, au Vésinet, Seine-et-Oise), de lui exposer leur cas particulier et de lui demander conseil : il les documentera à fond, et, par expérience, je puis dire, ils lui en garderont une très grande reconnaissance.

Ce que je tiens à répéter, c'est que tous, quelle que soit leur situation, quels que soient leurs besoins, trouveront satisfaction près de la Mutualité Familiale.

Ce que je veux dire encore, c'est que nul n'a le droit d'envisager l'avenir sans une certaine appréhension : tous les jours nous avons sous les yeux des délabrements de santé, des effondrements de fortunes, des morts inattendues qui viennent bouleverser les prévisions les mieux établies en apparence.

Pour vous, confrères, dont la situation est modeste, qui avez besoin de votre travail pour vivre, vous et les vôtres, vous avez le devoir de vous garantir contre les éventualités qui peuvent restreindre ou même détruire votre activité professionnelle.

Et vous, confrères qui comptez parmi les heureux de la profession, vous devez, vous aussi, vous montrer prévoyants parce que vous ne savez pas de quoi demain sera fait, parce que vous devez donner l'exemple, parce qu'aussi la solidarité confraternelle est un devoir et que vous vous honorez en tendant la main à ceux qui sont moins bien partagés.

Je sais bien que, par ces temps de vie chère mais aussi de gaspillage universel, on est mal venu à parler économie et prévoyance : pour beaucoup on retarde, on n'est plus à la page, on est fossile en quelque sorte... mais par ailleurs on a le réconfort des lettres de ceux qu'on a pu parvenir à convaincre, la satisfaction du devoir accompli et même, je ne crains pas de l'ajouter, une certaine estime de ceux qui paraissent le plus indifférents.

Et c'est pour ces raisons que, sans nous lasser, nous continuerons, confrères, à appeler votre attention sur les dangers qui vous menacent, à vous conseiller les mesures qui peuvent vous en préserver.

Prévoyance confraternelle d'abord, disait Cézilly, ensuite défense et protection : nous avons la conviction d'avoir, au *Concours médical*, rempli ce programme de notre mieux. Et quand je pense au bien que nous avons fait avec les trois millions que nous avons distribués en indemnités maladie, au bien plus grand encore que nous pourrions faire si vous compreniez mieux vos propres intérêts, je me demande comment la Mutualité Familiale n'a pas groupé dix mille adhérents !

A. GASSOT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique obstétricale.** — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons de clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 8 novembre, à 11 h., et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

— **Clinique chirurgicale.** — M. le professeur A. Gosset commencera son cours de clinique chirurgicale, à la Salpêtrière, le mercredi 7 novembre 1928, à 11 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis et mercredis suivants, à la même heure.

— **Clinique médicale** (Hôpital Beaujon). — M. le prof. Achard commencera ses leçons, le samedi 17 novembre 1928, à 10 h. du matin, à l'hôpital Beaujon (208, rue du Faubourg-Saint-Honoré) et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les jours, à 9 h., enseignement clinique au lit des malades, par MM. Hamburger, Escalier et Bariety, chefs de clinique.

Les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, conférences et démonstrations sur la pathologie élémentaire, la neurologie, la dermatologie et les recherches de laboratoire appliquées à l'exploration clinique, par MM. Léon Binet, agrégé, médecin des hôpitaux ; Flandin, Touraine, Rouillard, Feuillié et Marchal, médecins des hôpitaux ; Mouzon, Thiers et Bloch, anciens chefs de clinique ; Grigaut et Lièvre, chefs de laboratoire.

Les lundis et jeudis, à 10 h., consultations spéciales par MM. Thiers, ancien chef de clinique, et Léopold Lévi, ancien interne des hôpitaux : maladies du système nerveux et des reins ; dystrophies et maladies des glandes endocrines.

— **Clinique thérapeutique médicale.** — M. le prof. H.

Vaquez commencera son cours de clinique thérapeutique à l'amphithéâtre du service, hôpital de la Pitié, le jeudi 15 novembre 1928, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

A partir du 2 novembre, tous les jours, à 9 h. 1/2 du matin, visite dans les salles. Le vendredi, policlinique avec présentation de malades. Le samedi, à 10 h. 1/2, conférences de sémiologie, par M. Donzelot, agrégé.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. le prof. Paul Lecène commencera son cours le mardi 6 novembre 1928, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Affections chirurgicales de la tête, du cou, du rachis.

Obstétrique. — M. Lévy-Solal, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le lundi 12 novembre 1928, à 15 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Objet des conférences. — Gestation, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

— **Histologie.** — M. le professeur Champy a commencé son cours le 5 novembre 1928, à 17 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis mercredis et vendredis, à la même heure.

Sujet des conférences. — La cellule en général. Les tissus épithéliaux. Les tissus de soutien. Tissus musculaires. Tissus nerveux.

— **Anatomie descriptive.** — M. E. Olivier, agrégé, commencera ses conférences le lundi 12 novembre 1928 à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Sujet des conférences. — Anatomie de la tête, du cou et du thorax.

— **Bactériologie.** — M. le prof. A. Lemierre a commencé son cours le mercredi 7 novembre 1928, à l'amphithéâtre Vulpian, à 18 h., et le continuera les vendredis, lundis et mercredis, à la même heure.

Sujet du cours. — Les microbes pathogènes. Application des méthodes bactériologiques au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement des infections humaines.

— **Clinique gynécologique.** — M. le prof. J.-L. Faure, commencera son enseignement à l'hôpital Broca le vendredi 9 novembre 1928, à 10 h. du matin.

Les séances opératoires auront lieu les mardis et samedis, à 10 h.

Voir bulletin d'adhésion page suivante.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

3490. — Extraction d'un corps étranger ayant nécessité un repérage radiologique.

Ayant extrait une aiguille de la paume de la main d'un accidenté du travail, après repérage aux rayons X, dois-je compter :

1° Repérage de l'aiguille, 75 fr. ;

2° Extraction de corps étranger ayant nécessité le repérage radiologique, 100 fr.

La compagnie s'offre à payer simplement le second paragraphe soit 100 fr.

Si par exemple un confrère m'avait amené sa blessée, j'aurais localisé l'aiguille et compté 75 fr.

Si le confrère s'était chargé de l'extraction, il aurait demandé 100 fr.

Ayant accompli moi-même ces deux actes, suis-je fondé à en cumuler le montant ? Pour l'avenir, en cas de collaboration avec un confrère pour un cas analogue, comment établir la note de nos honoraires ?

Dr M.

Réponse.

Vous avez à compter : 1° le repérage radiologique de l'aiguille : 75 francs ; 2° l'extraction de corps étranger ayant nécessité un repérage radiologique : 100 francs. S'il y avait eu deux médecins différents, *chacun* aurait envoyé sa note respective. Le prix de 100 francs (au lieu de 20) est justifié par la *difficulté technique* d'extraction d'un corps étranger assez difficile à trouver pour « nécessiter un repérage radiologique. »

Dr Fernand Decourt.

3685. — Autorisations d'emploi des vaccins ou sérums.

J'ai prescrit il y a un certain temps à un accidenté du travail des Immunizols vaccins Grémy n° 31 pour pansements de plaies infectées.

Ce n'est pas la première fois et jusqu'ici je n'avais rencontré aucune difficulté. Cette fois la Cie refuse de payer les ordonnances, et le patron du blessé est venu me mettre au courant du fait et me demander conseil. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me rappeler la date du décret ou le nom du tableau où il est formellement indiqué que certaines spécialités, vaccins en particulier, peuvent être prescrites légitimement en matière d'accidents du travail. Je n'ai, en effet, en ce moment, sous la main aucun document imprimé, me permettant de prouver au patron que je pouvais formuler ces vaccins et comme je me crois dans mon bon droit, j'en fais une affaire personnelle.

Dr P.

Réponse.

Aux termes de l'article 1er de l'arrêté du 31 mars 1926, les médecins peuvent ordonner les sé-

PHTISIOLOGIE

Une règle de conduite dans la thérapeutique antituberculeuse.

« Il ne faut donner aucun médicament aux tuberculeux : tous sont nuisibles ! » Tel est le précepte impératif énoncé par plusieurs éminents phtisiologues. Vieux médecin blanchi sous le harnois, qui ai vu tant de fois les désastres causés par des médications aussi inopportunes que brillamment patronnées, je suis depuis trente-cinq ans cette règle de conduite, tout en n'acceptant pas ce qu'elle a de trop absolu : car il n'est de vérité que relative.

D'ailleurs, j'ai pu vérifier de mes yeux, bien souvent, que ce précepte n'est pas observé par les élèves, même les plus intimes, des maîtres qui l'enseignent si énergiquement dans leurs cliniques et dans leurs livres.

En effet, leurs affirmations négatives n'arrivent pas à entraîner une conviction profonde. Leur faiblesse tient à leur exagération. Elles restent douteuses, parce qu'en proclamant le néant de la thérapeutique antituberculeuse actuelle, elles semblent en même temps nier toute possibilité positive de l'avenir, ce qui est inacceptable, parceque contraire à tout ce que le passé nous enseigne : l'homme réussit toujours, plus ou moins vite, à pénétrer les secrets de la nature.

En outre, elles méconnaissent trop complètement la nécessité pour le médecin de mentir au malade pour maintenir intact son moral qui reste souvent le seul et suprême espoir. Nous n'avons pas le droit de le désespérer par un aveu d'impuissance, pas plus que de lui nuire en le droguant fâcheusement, malgré tout le désir qu'on peut avoir de férir l'ennemi qu'il héberge. Quand on ne peut aider l'organisme, mieux vaut s'abstenir et laisser se faire le travail naturel de défense.

Les médecins prudents et expérimentés font leur devoir en associant aux conseils d'hygiène et de diététique nécessaires des prescriptions anodines et parfois excellentes en même temps.

D'autres, sourds et aveugles, croient, hélas ! en frappant à coups redoublés, qu'ils auront la chance de tuer le mal sans occire le malade : c'est ainsi que l'ours chassait les mouches qui gênaient son bon ami le jardinier.

Un certain nombre, au courant des idées nouvelles, ont suivi avec intérêt les expériences physiologiques et cliniques qui ont prouvé la valeur de certains acides aminés sur la nutrition générale et la restauration des tissus et organes malades. Aussi ont-ils accueilli sans hostilité une idée neuve solidement édifiée et logiquement développée, en essayant la bakolyse, solution d'acides aminés choisis, dont l'efficacité est actuellement confirmée par des centaines de témoignages médicaux venus de tous pays. (Voir le *Concours médical* du 29 janvier 1928.)

Ceux qui l'ignorent encore, et ceux qui, malgré toutes les preuves, gardent un scepticisme endurci, sont instamment priés, dans l'intérêt supérieur des malades, de l'essayer, notamment *dans les scléroses tuberculeuses avec emphysème pulmonaire*, où l'on ne peut faire l'objection éternelle d'une évolution naturelle vers la guérison, puisque l'opinion officielle est encore que ce sont des cicatrices indélébiles. Ce sont en réalité des lésions qui contiennent un bacille atténué, peut-être sous la forme d'ultra-virus ; car, le

rums et vaccins inscrits au tarif général de l'Association générale des Pharmaciens de France et aux bulletins de variations de ce tarif. Les autorisations pour les vaccins Grémy (vaccins monovalents ou mixtes) se trouvent dans le bulletin de variations du 26 décembre 1920. Celles de Poulenc dans les bulletins de juin et décembre 1920, celles de Byla dans le *Bulletin* du 3 juin 1925, celles du laboratoire Lumière dans le même *Bulletin*.

Dr Fernand DECOURT.

3661. — Chirurgien et anesthésiste.

Une Compagnie refuse de payer à un médecin traitant des honoraires comme anesthésiste, déclarant qu'elle les a déjà payés au chirurgien (ce qui reste à prouver). De plus, elle ajoute : « Il appartient au Dr G. (le chirurgien) de payer lui-même les aides et l'anesthésiste comme il l'entend, mais nous n'avons pas à nous immiscer dans le mode de cette réparation. » Voici ce que répond le Dr Decourt au médecin traitant qui avait donné l'anesthésie :

Réponse.

Il n'appartient nullement au docteur C., de payer *lui-même* les aides et anesthésistes comme il l'entend », attendu que l'article 30 du tarif des accidents du travail dit : « Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés *lui-même* ». Or, c'est donc non pas au chirurgien, mais au médecin ayant donné l'anesthésie qu'il appartient de réclamer des honoraires.

Dr Fernand DECOURT.

Médecine légale.

3595. — Honoraires pour visite judiciaire.

Requis en ma qualité de médecin légiste par le juge d'instruction du Tribunal départemental, serment préalablement prêté, je me suis rendu aux fins d'examen au domicile d'une fillette roulée par un vélocipédiste ,domicile distant du mien d'un peu plus de deux kilomètres. Après l'examen, j'ai rédigé un rapport. Que dois-je réclamer comme honoraires, examen ,indemnité kilométrique et rédaction d'un rapport. D V.

Réponse.

En vertu de l'article 26 du décret du 22 décembre 1927 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit, pour votre examen, votre rapport et votre prestation de serment à un honoraire de 25 francs. C'est seulement au cas où votre expertise aurait présenté des difficultés particulières que vous auriez le droit de demander une somme plus élevée, soumise à l'appréciation du magistrat commettant.

Puisque vous vous êtes déplacé à plus de deux kilomètres de votre résidence, vous avez droit, en outre, de vos honoraires, à une indemnité de déplacement de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Baux et locations.

3529. — Situation des médecins après le 1er avril 1931.

J'occupe un immeuble où j'ai à la fois et mon appartement privé et mon appartement professionnel. Bail de 9 ans, expirant fin décembre 1929. Je sais que la loi me permet d'occuper ces appartements jusqu'en avril 1931. Mais à cette date que deviendrai-je ? Quels seront exactement mes droits ?

Mon propriétaire pourra-t-il me déloger, même de mon local professionnel ? D'aucuns m'ont affirmé que je pourrais en 32 être expulsé quant à mon logement particulier, mais qu'il sera très difficile au propriétaire de me reprendre mon appartement professionnel. Est-ce juste ? L'on m'a même dit que pour me faire quitter la partie professionnelle de mon appartement en 1932, mon propriétaire devra m'indemniser !

Je me demande où est la vérité et quelle est la loi actuelle sur les locaux professionnels (professions libérales).

Dr B.

Réponse.

La commune que vous habitez comptant plus de 4.000 habitants, la loi du 1er avril 1926 sur les loyers y est applicable. Par conséquent, lorsque votre bail sera expiré, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation instituée par cette loi, et ce jusqu'au 1er avril 1931, moyennant le payement d'un loyer fixé conformément à une taxation qui sera déterminée par une loi à intervenir avant le 1er avril 1929.

En l'état actuel de la législation sur les loyers, le droit commun doit reprendre son empire à partir du 1er avril 1931. En principe donc, votre propriétaire pourra, à cette date, ou bien vous expulser sans avoir à vous payer aucune indemnité, ou bien vous consentir un nouveau bail aux conditions qu'il lui plaira de vous imposer. Mais il est très probable que, si la crise des loyers ne s'est pas atténuée en 1931, de nouvelles prorogations seront accordées aux locataires. Bien entendu, nous ne pouvons vous donner aucune certitude à ce sujet.

Le renseignement qui vous a été donné et auquel vous faites allusion dans votre lettre ne peut s'appliquer à votre cas. En effet, une loi du 30 juin 1926, dite « sur la propriété commerciale » accorde bien aux locataires le droit d'obtenir le renouvellement de leurs baux, sous certaines conditions, ou, en cas d'éviction, de demander une

indemnité à leurs propriétaires, mais cette loi ne concerne que les locaux *dans lesquels sont exploités des fonds de commerce.* Or, un médecin exerce une profession libérale et non pas un commerce ; il ne peut donc prétendre au bénéfice de la loi du 30 juin 1926. Il n'en pourrait être autrement que dans le cas où il exploiterait une clinique ou maison de santé, mais, même dans ce cas, la question demanderait à être étudiée de très près, connaissance prise de toutes les circonstances de fait.

Exercice de la pharmacie.

3688. — Un épicier ne peut vendre des médicaments pour le compte d'un pharmacien.

Dans mon village je suis propharmacien : pas de pharmacien à moins de 9 kilom. Or un pharmacien des environs a, dans tous les villages, une personne chez laquelle les clients apportent leurs ordonnances une fois ou deux par semaine, le potard passe, envoie ce qui est demandé, tout cela est bien.

Mais ici l'épicier qui sert de boite aux ordonnances, vend de la teinture d'iode en flacons de 30 gr. A-t-il le droit d'agir ainsi ?

Dr R.

Réponse.

Les pharmaciens des villages qui vous entourent ont le droit de faire rassembler les ordonnances de leurs clients par une personne quelconque, à la condition que ce soient eux qui les exécutent *eux-mêmes,* mais un épicier, serait-il le mandataire d'un pharmacien, n'a pas le droit de débiter de la teinture d'iode. En agissant ainsi, cet épicier se rend coupable du délit d'exercice illégal de la pharmacie et s'expose à des poursuites correctionnelles.

Honoraires de droit commun.

3608. — Privilège en cas de faillite.

M. X., un de mes clients, industriel, vient de faire faillite.

Un de mes confrères, ayant envoyé sa note d'honoraires à M. X. qui lui doit 1200 fr. pour soins familiaux, accouchements, soins aux enfants, etc., n'a reçu comme réponse qu'une note du liquidateur lui signifiant que seraient admis seuls au règlement par ses soins, les honoraires qui lui étaient dus pour M. X. à l'exception des honoraires dus pour sa famille.

Pour ma part, j'ai une note de 185 fr. qui, si je l'envoie, me sera sans doute retournée avec la même réponse (soins aux enfants).

Il est compréhensible que la faillite en liquidation n'admette à son débit que les honoraires dus pour soins au failli.

Mais est-il possible de faire recouvrer le montant des honoraires dus pour soins à la famille du failli par les voies habituelles, c'est-à-dire, note envoyée recommandée à M. X., sans indication de son emploi, et assignation en cas de non paiement devant le juge de paix.

Si cela n'est pas possible, toute note envoyée à M. X. devant dépendre du réglement de la faillite, serait-il possible de faire comprendre alors dans ce règlement la totalité des honoraires ?

Il paraît immoral qu'un individu puisse, de ce seul fait qu'il manque à des engagements commerciaux, être entièrement dégagé, par cela même, des engagements existant habituellement entre client et médecin.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire ce que vous pensez de la chose. Et, si la chose était plaidable, si le « Sou Médical » dont je fais partie, accepterait soit de plaider la chose, soit de m'aider par un conseil juridique.

Dr B.

Réponse.

En cas de faillite ou de liquidation judiciaire, seuls sont privilégiés les honoraires médicaux s'appliquant aux soins de dernière maladie donnés au failli ou au liquidé lui-même, et non ceux concernant les personnes de sa famille, les honoraires d'accouchement de sa femme, par exemple.

Cette règle est admise par la jurisprudence.

Quant aux soins donnés à la famille du failli ou du liquidé, s'ils ne sont pas privilégiés, ils n'en doivent pas moins être admis, comme créances chirographaires, au passif de la faillite, à l'égal des autres créances, même civiles, dues par le failli.

Les honoraires dus pour ces soins ne seront payés, bien entendu, comme toutes les créances chirographaires, qu'en monnaie de faillite, c'est-à-dire au marc le franc, à la condition que les créances privilégiées et hypothécaires, et les frais de faillite n'absorbent pas le total de l'actif.

Vous pouvez donc envoyer votre note de 185 fr. au Syndic de la faillite de votre client. Si elle n'était pas admise au passif de la faillite, à titre chirographaire, veuillez bien nous le faire savoir et nous demanderions au Conseil du « Sou Médical » de vous donner l'appui pécuniaire pour citer le Syndic en justice.

Questions médico-militaires.

3628. — Rôle et avantages des écoles de perfectionnement.

Je viens de recevoir l'ordre de vouloir bien assister à A. à une série de séances d'instruction faites à l'école de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé. Evidemment la note jointe à

cet ordre, me dit que ce n'est là qu'un ordre relatif et que je ne suis pas obligé de me rendre à A.

Je veux cependant assister à la première séance en attendant que vous m'ayez donné les renseignements voulus.

A quoi servent ces séances ? Remplacent-elles une période d'instruction. Et combien faut-il en suivre ? Car si cela ne doit servir à rien, je me dispenserai fort bien d'y aller : en effet, j'ai 125 à 130 km. de distance d'ici A. et malgré qu'on me donne des frais de déplacement, j'ai peur que tout cela ne me paye même pas mon essence, puisque je compte m'y rendre en auto, le chemin de fer me faisant perdre plus d'une journée. A ce propos, quoique je n'y aille pas en chemin de fer, ai-je droit au remboursement du 1/4 de place comme si j'avais pris ce moyen de transport ? Faut-il suivre toutes les séances ou un certain nombre, en se faisant excuser pour celles auxquelles on ne peut assister ?

A quoi donc me serviront ces séances. Voici ma situation militaire : âgé de 44 ans, nommé aide-major de 1re cl. à titre définitif depuis septembre 1916, ai fait toute la guerre à l'avant, régiment ou ambulance divisionnaire. Cela me servira-t-il pour mon 3e galon et pour la Légion d'honneur ?

Dr N.

Réponse.

Ces séances à l'Ecole Régionale de perfectionnement sont destinées à parfaire votre instruction médico-militaire, ou mieux à vous tenir au courant de la réglementation du service de santé, et de l'armée en général.

Les écoles de perfectionnement ne sont pas spéciales aux médecins de réserve ; il en existe pour toutes les catégories des officiers de réserve.

Il est certain qu'il sera tenu compte de votre assiduité à ces conférences pour l'établissement du travail annuel d'avancement en grade et de propositio n pour la Légion d'honneur.

Mais, avantage immédiat, si vous êtes présent aux deux tiers au moins des conférences ou exercices pratiques, vous aurez droit à une carte de surclassement sur les chemins de fer ; cette carte, valable du 1er octobre de chaque année au 1er octobre de l'année suivante, vous permettra de voyager en première classe, tout en n'acquittant que le prix du voyage en troisième classe.

Il vous est délivré une pièce avec laquelle le chemin de fer vous fait voyager au tarif militaire pour vous rendre aux conférences ; il est possible que le prix vous en soit remboursé, quoi qu'il arrive, si l'on n'exige pas la présentation du visa des chemins de fer.

3587. — Maladie de Parkinson.
Droit à pension.

Malade atteint de parkinson post-encéphalitique très nette, il semble d'autre part que son encéphalite

s'est produite lors de son service militaire, classe 1923, 1er contingent. Ce malade possède un billet d'hôpital portant : « Fièvre intermittente d'une durée de 3 mois, de nature indéterminée. Méningococcémie probable ». Peut-on demander pour cet homme une pension ? il peut de moins en moins travailler et va certainement devenir un grand infirme. Quelle serait la marche à suivre ?

Médicalement parlant, la filiation de ses accidents actuels (il tremble d'ailleurs depuis sa libération du service) avec la maladie contractée en service ne fait pour moi aucun doute. Dr C.

Réponse.

Que l'intéressé demande aussitôt, par lettre recommandée, au Directeur du Service de Santé de sa Région, à être visité pour indemnisation.

Son billet d'hôpital (qu'il doit garder précieusement jusqu'à ce qu'il en fasse faire une copie conforme par le médecin-chef du centre de réforme) lui servira d'origine. Mais il devra apporter ensuite l'attestation médicale qu'il a reçu des soins continus depuis sa libération pour la maladie invoquée. La meilleure preuve serait un certificat délivré par un neurologue qualifié, qui conclurait à une relation de cause à effet entre la fièvre intermittente de trois mois, méningococcémie et le parkinsonisme.

Dans ces conditions, une pension d'invalidité lui serait certainement allouée.

Fiscalité.

3483. — Un pied-à-terre est exempt de patente.

Je suis installé à N., où bien entendu j'habite. Mais j'ai à Paris un pied-à-terre. J'ai un bail, avec impossibilité pour moi d'y faire de la clientèle.

On me dit que je devrais payer une patente. Est-ce exact ?

Dr X.

Réponse.

Vous ne devez la patente que sur vos locaux professionnels et sur ceux qui, à N., constituent votre habitation principale. Votre pied à terre à Paris est exempt, à condition que vous n'y exerciez pas votre profession.

A. M.

3452. — Déclaration jugée insuffisante. Recours contre la taxation.

Membre du « Sou Médical », je me permets de venir vous demander votre avis dans une question litigieuse avec le fisc.

Celui-ci ayant déclaré insuffisante ma déclaration pour l'impôt de 1926 s'en est rapporté à une commission de contrôle qui a fixé un chiffre. Et je reçois maintenant l'avis de payer non seulement la taxe correspondante à ce chiffre, mais aussi une amende supplémentaire de 400 %.

Je puis établir, chiffres en mains, la bonne foi de ma déclaration.

Mais encore faut-il qu'on ne se heurte pas à du parti pris contre notre profession.

Pouvez-vous me donner un conseil ? A qui pensez-vous qu'il faille maintenant m'adresser ?

Dr L.

Réponse.

Si vous vous estimez surtaxé, présentez une réclamation au Directeur des Contributions directes et demandez à ce qu'il soit procédé à l'expertise.

Si vous avez toutes les preuves en main de l'exactitude de votre déclaration, les trois experts, dont un désigné par vous, le deuxième par l'Administration et le troisième par le Conseil de préfecture, ne pourront que vous donner raison.

A. M.

ANTHOLOGIE

Bouche close.

Quand je suis auprès de vous,
Je ne sais plus que vous dire.
Je me mets à vos genoux,
Je vous écoute et j'admire.

Un bourdonnement emplit
Ma pauvre tête incapable
De mesurer le délit
Dont mon cœur seul est coupable.

Je tremble comme l'enfant
Devant le maître d'école :
Les mots en moi vont dansant
Une sarabande folle.

Je suis ivre, et je ne bois
Qu'à la coupe d'où ruisselle
Le philtre de votre voix,
L'éclair de votre prunelle.

Qu'avez-vous donc qui m'émeut
Et me ravit à moi-même ?
Dites comment il se peut
Que pareillement on aime.

Portez-vous la triple croix ?
Ne seriez-vous pas sorcière ?
Vous m'endormez et je crois
Que, s'en pouvoir m'en distraire,

De votre invisible main
Vous m'appuyez sur l'oreille,
Un coquillage marin
Où murmure un bruit d'abeille.

Dr Paul Grossier.

Cinquantième année | N° 46 | 11 Novembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, J. Gaston (*Clin. p. enf.*), S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), Kent-Gazet, Makereel.
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Mineilt, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant, Bernard C.
Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*derm.*), Gaudichon (*oto-lar.*), Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, Potheau (E.) Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldagués, Léon Clément, (*clin. chir.*), Théo Roux, Vadon.
Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)
Vence : Boulba *Mal. poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud, Devoir (*Le Home Médical*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 480. — A céder bon état marché : 1° mach. stat. Malaquin-Dutertre, 12 plat. mot. C. c. 110/125 v. ; 900 fr. ; 2° install. compl. R. X., haute fréq. Massiot, pour c. c. 110/125 v., crédence avec bob. (25 cm. entre bornes), 1 interrupt. turbine : 2.000 fr. ; petit pied porte amp. avec cup. : 900 fr. ; résonat. Oudin : 600 fr. ; gd. solénoide cuivre auto-cond. : 300 fr. Emballage et port charge acheteur.

N° 481. — Salon Aubus., table dorée, s. à m. Renais., ch. 2 lits, arm. 3 glaces, ch. 1 gr. lit, arm. 2 glaces, lustre, candél., divers. Dr Claeys, 5 *bis*, rue du Louvre, Paris.

N° 482.— 1 autoclave horizontal avec stérilisat. d'eau monté sur châssis avec lavabo et bouilleur : 2.500 fr. Différents appareils et instrum. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

N° 483. — A vend. : 1 klaxon de route 12 volts en excel. état et 1 projec. électr. de côté.

N° 484. — Dame recommandée, dem. empl. après-midi chez docteur à Paris pour récept.-clients et comptes. Peu exigeante. Ecr. M. Draghi, 12, rue Girardon, Paris.

N° 485. — Doct. recomm. nourrice au sein, fille-mère, se déplacerait.

N° 486. — Superbe install. Rayons X, permett. scopie, graphie et thérapie à vendre, condit. très avantag

N° 487. — Le Dr Mouflet, à Chennebrun (Eure) recomm. nourrice très soigneuse (on peut venir voir), qui prendrait des nourrissons de plus d'un an.

N° 488. — Loiret. Très anc. poste rapp. 80.000 env., dans résid. agréab. mais. confort. et neuve. Prix et compt. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 489. — 190 km. Paris, région très recherchée, dans centre import. client.; rapp. 150.000, belle maison, conviendra. parfait. à doct. désir. faire chirurgie, hop. à disposit. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés, trait. spéc. indiv. Résult. très intéress. Pension méd., vie famille, prix méd. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

Miel surfin obtenu par les procédés les plus modernes. S'ad. Dr Rinuy, à Flesselles (Somme).

AVIS

Envois de Fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le prix Nobel de médecine pour 1928.**— Le prix Nobel de médecine pour 1928 a été attribué au Dr Charles NICOLLE, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis. On connaît les beaux travaux de l'éminent savant sur le typhus, le kala-azar, le trachome, etc. On lui doit la découverte des propriétés préventives du sérum de malades convalescents et la découverte de la transmission du typhus exanthématique par le pou, base de la prophylaxie de cette maladie. Le jubilé du professeur Nicolle fut célébré, on se le rappelle, il y a six mois environ, à Tunis.

— **Prix de l'Académie des sciences.**— L'Académie des sciences, dans sa séance solennelle, vient de décerner le *prix Larrey* de 1928 à notre éminent collaborateur, le Dr FRIBOURG-BLANC, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son ouvrage, écrit avec M. Antony RODIET, intitulé : « La folie et la guerre de 1914-1918 ». Nous sommes heureux de lui exprimer nos bien vives félicitations.

— **Conférence du B.C.G.** — Sur l'initiative du Comité d'hygiène de la Société des Nations, une conférence du B.C.G. s'est réunie à l'Institut Pasteur. Elle a clos ses travaux par l'adoption de plusieurs rapports.

La sous-commission clinique a émis l'avis que le B.C.G., administré par voie buccale aux nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie et par voie sous-cutanée aux sujets plus âgés et aux adultes, se montre inapte à provoquer des lésions tuberculeuses virulentes. Que, d'autre part, la vaccination par le B.C.G. crée un certain degré d'immunité. Elle a soumis un projet visant à recueillir tous renseignements dans les cliniques et dispensaires, sur la morbidité tuberculeuse des vaccinés et des non-vaccinés.

— **Congrès du Caire** (15-22 décembre 1928). *Voyage au Caire et croisière sur le Nil.* — Nous apprenons que la Compagnie Française de navigation à vapeur (Cyp. Fabre) de Marseille (15, rue Beauvau), a prévu, à l'occasion du Congrès médical du Caire (15-22 décembre) un départ spécial de Marseille le 7 décembre, avec son paquebot « Canada » qui permettra aux intéressés de prendre part aux travaux du Congrès et de revenir en France le 31 décembre par le même navire.

A cette occasion elle a également organisé une croisière accompagnée sur le Nil et de nombreuses excursions tant au Caire même que dans la vallée des rois : Assouan, Louxor, Karnak. Ces programmes très souples permettent de suivre très facilement les travaux du Congrès sans rien perdre du bénéfice de toutes les excursions.

Ceux qui se joindront à cette organisation peuvent être certains de s'épargner les ennuis et les soucis qui accompagnent toujours la préparation et l'exécution d'un voyage isolé.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le dimanche 11 novembre, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Chevalier sur *les splénomégalies primitives.*

— **Hôpital Saint-Louis.** — Le jeudi 15 novembre, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques (amphithéâtre Fournier), à 10 h. conférence de M. Sabouraud sur *l'étiologie et la pathogénie de la pelade, avec déductions thérapeutiques. État actuel de la question.*

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — M. le professeur Sébileau commencera ses leçons le 15 novembre, à 10 h., à l'hôpital Lariboisière.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale,** — M. le professeur Henri Claude commencera son enseignement à l'asile clinique (1, rue Cabanis, Paris, XIVe), le mercredi 14 novembre, à 10 h.

— **Clinique médicale des enfants.** — M. le professeur Nobécourt a commencé le cours de clinique médicale des enfants le 5 novembre, à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres.

— **Radiologie clinique.** — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, fait, les mardis et samedis, à 11 h., à la Salpêtrière (clinique du professeur Gosset) un cours sur le radio-diagnostic clinique des affections de l'appareil locomoteur.

— **Assistance médico-sociale.** — M. P.-F. Armand-Delille fait à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet) les mardis, à 6 h., des conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.

Programme du cours. — L'assistance médico-sociale. Son origine, son but. Nécessité de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines et d'une préparation spécialisée de ceux qui veulent s'y consacrer. — Les grands problèmes médico-sociaux. — Manière de procéder aux enquêtes. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, le cancer. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses. — Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance ouvrière : les surintendantes d'usines. — Orientation professionnelle. — Rôle des ingénieurs spécialisés pour le service social. — Rôle de l'Assistance médico-sociale dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Les écoles de Service social. — Enseignement et préparation des assistantes sociales ; les qualités requises. — Les résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

— **Goutte de lait de Belleville.** *Cours de puériculture.* — M. Variot a repris son enseignement de la puéri-

culture à la Goutte de lait de Belleville, 126, boulevard de Belleville. Le cours a lieu tous les jeudis, à 10 h. 1/2 du matin.

— **Ecole technique de l'alimentation.** — Du 12 novembre au 21 décembre auront lieu à 18 h., au Conservatoire national des Arts et Métiers, salle F, 292, rue Saint-Martin, une série de cours publics et gratuits concernant la technique de l'alimentation.

— **Leçon inaugurale du professeur Villaret.** — M. le professeur Maurice VILLARET, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, fera sa leçon inaugurale, le mercredi 21 novembre, à 18 h., au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— **Clinique de la tuberculose.** — M. le professeur Léon BERNARD fera sa leçon inaugurale au dispensaire Léon Bourgeois (hôpital Laennec), le mercredi 14 novembre à 11 h.

— **Centre anticancéreux de la région parisienne.** — M. Huguenin est nommé médecin, pour une période de trois années, au centre anti-cancéreux de la région parisienne.

— **Deux conférences par T.S.F.** — Le Dr FOVEAU DE COURMELLES, membre du bureau de la Confédération des Travailleurs intellectuels, C.T.I., président de la Société française d'hygiène, fera :

Le vendredi 30 novembre 1928, à 19 h., au poste de T.S.F. de la Tour Eiffel, une causerie sur *Les abattoirs dans les centres d'élevage*, au nom de la C.T.I.

Le samedi 3 décembre, à 20 h. 15, au poste de T.S.F. de Radio-Paris, une causerie sur *Le Sahara, merveilleux sanatorium*, au nom de l'Union des Grandes associations françaises.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'ophtalmologiste.* — Questions données : Cornée (anatomie et physiologie). Complications iriennes et cristalliniennes des contusions du globe.

Candidats admissibles : MM. Hartman, Lagrange et Veil.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Prix de la Ligue.* — Deux mémoires ont été présentés pour le premier prix : Les psychopathies hérédo-syphilitiques chez l'enfant et chez l'adolescent et leur rôle dans la criminalité juvénile.

Aucun mémoire n'a été déposé pour le deuxième prix, relatif à la question suivante : étude sur l'association de la syphilis et de la tuberculose dans les affections ostéo-articulaires.

— **Chaire d'Hygiène et clinique de la première enfance.** — La leçon inaugurale du Professeur agrégé LEREBOULLET aura lieu le lundi 19 novembre, à 6 heures du soir (Grand amphithéâtre de la Faculté).

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 octobre.

Assistance médicale en Indochine.

Avis de concours pour des emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

A la date du 22 octobre 1928, le ministre de l'intérieur, chargé de l'intérim du ministère des colonies, a pris un arrêté fixant au 15 décembre 1928 l'ouverture d'un concours pour quinze emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

Les épreuves écrites éliminatoires auront lieu à Paris, Marseille et Bordeaux. Les épreuves orales et pratiques auront lieu à Bordeaux.

Les dossiers de demande doivent être envoyés avant le 15 novembre 1928, 27, rue Oudinot, Paris (7e), au ministère des colonies (direction du personnel et de la comptabilité, 2e bureau A).

Pour tous renseignements, s'adresser à l'inspection générale du service de santé des colonies, 2e section, ministère des colonies.

25 octobre.

Automobiles.

Instruction interministérielle pour l'application de la loi du 19 juin 1928 relative au recensement, au classement et à la réquisition des véhicules automobiles (1).

Paris, le 28 septembre 1928.

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1er. — La présente instruction a pour objet de fixer, en ce qui concerne le *recensement* et le *classement* des véhicules automobiles, les règles d'application de la loi au 19 juin 1928.

Elle est applicable à l'ensemble des régions du territoire de la métropole ainsi qu'à l'Algérie.

La préparation du plan de *réquisition* des véhicules automobiles fait l'objet d'une instruction spéciale prise sous le timbre de l'état-major de l'armée.

Art. 2. — Le recensement annuel est basé sur l'exploitation par l'autorité militaire de déclarations annuelles détaillées établies par les propriétaires, rassemblées par les mairies et contrôlées par un classement partiel de vérification comportant l'examen réel des véhicules.

Le classement est assuré par le général commandant l'artillerie de la région.

(1) Voir cette loi dans le « Concours » du 8 juillet, page 2013.

TITRE II

RÉCENSEMENT

Déclaration de possession.

Art. 3. — Le recensement a lieu du 1er au 16 janvier, dans chaque commune, en exécution de l'article 3 de la loi du 19 juin 1928.

Toutefois, la période du 1er au 16 janvier coïncidant avec celle du recensement du contingent, les préfets pourront, dans certaines villes importantes, avancer la date de commencement des opérations de recensement des véhicules automobiles et la reporter à une date qui, cependant, ne sera pas antérieure au 1er décembre, la date limite de clôture des opérations de recensement restant fixée au 16 janvier.

Les affiches dont l'apposition est prévue à l'article 19 devront, dans ce cas, donner toutes indications utiles à ce sujet.

Dans le délai légal du 1er au 16 janvier, les propriétaires doivent, pour chacun de leurs véhicules automobiles, y compris les remorques pour véhicules automobiles, remplir une formule imprimée de déclaration de possession du modèle no 1 ci-après, mise spécialement à leur disposition dans les mairies.

Cette déclaration peut être confiée en blanc au propriétaire pour qu'il puisse la remplir très soigneusement à son domicile, en y reportant notamment les indications de la carte grise, et éviter ainsi toute erreur ou omission qui le rendrait passible des sanctions pécuniaires prévues par la loi (voir les recommandations des articles 9 et 10).

Les propriétaires devront être avisés que, sauf dispositions contraires pouvant intervenir ultérieurement :

a) La remise à la mairie d'une déclaration de possession l'année précédente ne les dispense pas de remettre à la mairie la déclaration de possession annuelle prévue par la loi.

b) Le certificat d'inaptitude visé à l'article 15 dispense de la déclaration à la mairie du véhicule qui y est mentionné à moins que le véhicule n'ait subi des réparations importantes susceptibles de faire disparaître l'inaptitude ou à moins que ce certificat n'ait été annulé par l'autorité militaire. Des indications en conséquence devront figurer sur les affiches.

Art. 4. — Le reçu de déclaration de possession à détacher est signé par le maire et est remis au propriétaire pour sa justification. La souche de déclaration de possession, également à détacher, est conservée par le maire qui l'inscrit de suite sur une liste nominative ouverte spécialement à cet effet, et dont le modèle no 3 est donné ci-après (voir art. 8).

A l'expiration de la période de recensement ou le 25 janvier au plus tard, le maire adresse au préfet dont il relève, toutes les déclarations de possession qu'il a reçues ainsi qu'une expédition de la liste nominative précitée, cette liste tenant lieu de bordereau.

A cet envoi sont jointes les déclarations de perte visées à l'article 7, possédées par la mairie.

Art. 5. — Après pointage des communes ayant effectué leur envoi, le préfet adresse les rappels nécessaires à celles qui ne se seraient pas conformées aux prescriptions d'envoi indiquées ci-dessus. Il transmet, dès leur réception (en principe, dans les premiers jours de février), les déclarations ainsi que les expéditions des listes nominatives au général commendant l'artillerie de la région.

Déclaration de perte.

Art. 6. — Les véhicules automobiles ou les remorques pour véhicules automobiles perdus par le propriétaire pour cause de vente, destruction, usure complète, etc. doivent donner lieu à la remise par le propriétaire à la mairie d'une déclaration de perte établie sur formule imprimée au modèle nº 2 ci-après. Cette déclaration doit être remise dans un délai de trente jours à dater du fait qui l'a motivée (voir les recommandations des articles 9 et 10).

Art. 7. — Le reçu de déclaration de perte, à détacher, est signé par le maire et remis au propriétaire. La souche de déclaration de perte, également à détacher, est conservée par le maire qui l'inscrit de suite sur la liste nominative de recensement et la joint à la souche de déclaration de possession correspondante.

Les déclarations de perte sont adressées au préfet les 25 janvier (voir art. 4), 1er juin et 1er octobre de chaque année ou à toute autre époque de l'année si la demande en est faite par le général commandant la région.

Liste nominative.

Art. 8. — Un exemplaire de la liste nominative sert de minute et reçoit l'inscription des déclarations de possession et de perte dès leur remise à la mairie (voir art. 4).

Dans les villes importantes, cet exemplaire peut, par la réunion de plusieurs imprimés, constituer une sorte de cahier. Dans les communes n'ayant qu'un petit nombre de véhicules, la liste (minute) peut servir plusieurs années.

Un autre exemplaire dans lequel les noms des propriétaires sont inscrits par ordre alphabétique (1) constitue une expédition et sert à l'envoi au préfet des déclarations correspondantes.

Recommandation importante.

Art. 9. — Le système de recensement et de classement faisant l'objet de la présente instruction est uniquement basé sur les déclarations que doivent fournir les propriétaires.

Ces déclarations doivent donc donner *toutes les caractéristiques du véhicule et son état réel.*

Aussi messieurs les maires doivent veiller à ce que les déclarations soient toutes remplies, *complè-*

(1) Entendre par là que les noms commençant par les mêmes initiales sont réunis dans un même paragraphe.

tement, exactement et *lisiblement*. Ils refuseront de recevoir toute déclaration qui ne satisferait pas à ces conditions.

Contrôle des déclarations.

Art. 10. — Les maires doivent user des moyens en leur pouvoir pour que tous les véhicules automobiles fassent l'objet des déclarations exigées.

D'autre part, l'autorité militaire doit rechercher le nom des propriétaires qui ne se sont pas conformés à leurs obligations. En particulier, le général commandant l'artillerie de la région fait effectuer par des officiers ou gradés, dans la limite des crédits mis spécialement à sa disposition à cet effet, au titre des frais de déplacement (voir art. 20), les vérifications qu'il jugerait nécessaire. Ces vérifications peuvent être faites avec le concours de la gendarmerie.

Pour permettre de découvrir, dans la mesure du possible, les propriétaires n'ayant pas fait la déclaration obligatoire, il a été décidé que les registres (dits « portatifs ») sur lesquels les agents des contributions indirectes tiennent la comptabilité des impôts sur les automobiles en circulation, pourront être consultés sur place, à titre de contrôle, par les représentants de l'armée.

Le général commandant l'artillerie de la région pourra, d'autre part, demander à l'arrondissement minéralogique intéressé les renseignements qui pourront lui être nécessaires pour connaître le nom des nouveaux propriétaires de véhicules automobiles ainsi que l'espèce, la marque et le numéro des véhicules acquis.

Art. 11. — Enfin dans certains cas importants, le général commandant l'artillerie de la région peut demander au maire d'inviter les propriétaires à indiquer par écrit les motifs pour lesquels leurs véhicules n'ont pas fait l'objet des déclarations réglementaires et de lui transmettre leur réponse écrite.

Si dans un délai d'un mois, cette réponse n'est pas parvenue, la même demande est adressée à l'intéressé par pli recommandé. A défaut de réponse après un nouveau délai d'un mois, une enquête peut être demandée à la gendarmerie dans le but de rechercher les causes pour lesquelles les véhicules n'ont pas été présentés et les motifs pour lesquels les propriétaires n'ont pas répondu aux demandes d'explications qui leur ont été adressées. La gendarmerie poursuit cette enquête par ses propres moyens sur l'ensemble de territoire et vérifie en particulier la réalité des excuses invoquées.

Art. 12. — Les propriétaires qui ne se sont pas conformés à leurs obligations font l'objet d'un compte rendu adressé par le général commandant l'artillerie de la région au général commandant la région. Ce compte rendu, qui peut être collectif, est accompagné, le cas échéant, des explications écrites remises par les propriétaires ainsi que des procès-verbaux d'enquête de la gendarmerie.

Voir la suite page LV-3279

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

18 NOVEMBRE 1928

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL, et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1928,*** chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

A 3 heures. — Assemblée générale de la MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

A 4 heures. — Assemblée générale du SOU MÉDICAL.

A 5 heures 1/2. — Assemblée générale de la Société d'Etudes du « CONCOURS MÉDICAL ».

QUESTIONS TRAITÉES : Soins d'urgence aux victimes d'accidents d'auto. Règlement des honoraires médicaux.

A 7 heures précises. — DINER. Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes.

A 10 heures. — BAL. Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 15 *novembre,* aux bureaux du *Concours médical,* 37, rue de Bellefond, Paris, 9e.

PROPOS DU JOUR

La querelle des Anciens et des Modernes.

Il ne s'agit pas ici de littérature et ce n'est ni l'ombre de Boileau, ni celle de Perraut que nous avons l'intention d'évoquer aujourd'hui. Nous désirons simplement examiner ce qu'il y a de légitime dans les reproches que les vieux praticiens font à leurs jeunes confrères et ce que valent les griefs que ces derniers formulent contre leurs anciens.

Les vieux médecins sont souvent d'humeur chagrine comme beaucoup de vieillards. Ils oublient trop qu'ils ont été jeunes, qu'ils n'ont pas vécu comme leurs pères et qu'ils font des jeunes, sans la moindre indulgence, les boucs émissaires chargés de toutes les tares et de tous les péchés de la profession médicale. A les en croire, leurs mœurs et leurs coutumes seraient déplorables ; leur cupidité serait sans bornes ; ils exploiteraient sans vergogne la misère humaine et par des procédés charlatanesques, sans le moindre souci des règles de notre vieille déontologie, ils se tailleraient sans ménagement une clientèle dans prébendes qu'eux, les anciens, croient avoir très légitimement acquises. Tout est prétexte à reproches contre ces nouveau venus : ils visitent trop souvent leurs malades, leur imposent des traitements coûteux, séries de piqûres, spécialités pharmaceutiques, examens de laboratoire, etc. etc. Ah ! ce n'est plus comme au bon vieux

temps. Et le plus étonnant, c'est que le public se laisse prendre à ce que ces anciens taxent de charlatanisme ; c'est qu'il préfère quelquefois les médecins modernstyle aux vieux praticiens qui, imbus de leurs préjugés et de leurs vieilles habitudes, ne veulent, souvent parce qu'ils ne le peuvent, se plier aux nouveautés de la clinique et de la thérapeutique d'après guerre. La Bruyère (1) expliquait cet état d'esprit qui n'est pas l'apanage des seuls médecins mais bien de tous les vieillards et de tous les temps : « Comment pourraient-ils, écrivait l'auteur des *Caractères*, leur préférer de nouveaux usages et des modes toutes récentes où ils n'ont nulle part, dont ils n'espèrent rien, que les jeunes gens ont faites et dont ils tirent à leur tour de si grands avantages contre la vieillesse ? »

Le ton des critiques des anciens paraît avoir parfois, dépassé un peu la mesure et, avec la tendance à la généralisation qui est le propre de beaucoup de médecins, certains ont pu laisser entendre que les générations d'après guerre n'avaient plus les qualités de dignité, de dévouement, de générosité, de désintéressement qui faisaient jadis en France l'honneur de la profession médicale et l'élevait au rang d'un véritable sacerdoce.

Un de nos jeunes confrères, le Dr Michel Bouillat, qui exerce à Graçay (Cher), après la lecture d'un article dans lequel un ancien exposait les méfaits d'un jeune, a bondi sur sa plume (selon sa propre expression) et nous a adressé une longue lettre où il prend avec éloquence la défense des jeunes. Nous aimons à voir se manifester la fougue de notre jeunesse et nous préférons une réponse vive, et même passionnée, au prudent silence qui est trop souvent le fait de la veulerie moderne. Aussi aurions-nous publié *in extenso* la lettre du Dr Bouillat, si elle avait été moins longue et ne nous avait paru parfois un peu excessive. Mais nous allons lui emprunter la plupart de ses arguments et la grande majorité de nos lecteurs qui a été jeune sans être encore trop vieille, pourra juger en toute impartialité.

D'abord notre correspondant nous fait remarquer, (et sur ce point il a, à notre avis, complètement raison) qu'il n'est pas bon de dénigrer des médecins, jeunes ou vieux, même dans les colonnes du *Concours médical*. Il est à craindre, nous écrit-il, que des gens qui y ont intérêt, ne prennent « ces portraits pour véridiques et très généraux et ne s'en fassent une arme contre nous. »

« Les mœurs d'après guerre, continue le Dr Bouillat, ne sont pas celles d'avant guerre. La médecine n'est plus un sacerdoce pompeux, où le prêtre vivait quand même de l'autel mais sans admettre qu'on le lui fît sentir. Elle est un métier comme un autre qui doit faire vivre décemment le praticien, mais où, une fois respectée la liberté de confiance du client, le donnant-donnant doit être la règle des honoraires et des soins. Et le malade actuel se rend très bien compte que le médecin « qui se fait payer » est souvent celui qui dispense les meilleurs soins. »

« Le médecin amateur, riche par lui-même, ou par sa femme, ou par son goût de la vie mesquine n'a plus cours. Nous devons gagner notre vie ou changer de métier. Et le plus souvent les jeunes reprochent à leurs aînés d'être d'une timidité excessive dans l'élévation et l'application des tarifs, grâce à leur clientèle stabilisée, à leurs loyers d'avant-guerre, à leur incapacité de s'adapter à la nouvelle valeur de l'argent. Je reçois les confidences de mes camarades qui ne pourront pas certainement en dix ans rembourser leurs frais d'études. Que dire aussi de ceux qui ne trouvent de logement qu'à des prix fabuleux et sont ainsi poussés malgré eux dans la lutte économique. Ceci n'excuse aucun acte malhonnête, mais justifie le travailleur d'obtenir un salaire suffisant. »

Notre correspondant n'est pas un aigri, mécontent de son sort. Il a préféré la campagne à Paris où il aurait pu cependant rester avec la possibilité d'y vivre. Il est satisfait de sa situation car il ne manque ni d'activité ni de courage. Il s'entend admirablement avec le confrère plus ancien qui exerce dans la même localité, mais il ne veut être exploité ni par les sociétés de secours mutuels, ni par les agents de compagnies d'assurances, ni par l'Assistance médicale gratuite. Il déplore que tous les médecins de sa région ne fassent pas comme lui ; il nous cite quelques exemples typiques et conclut qu'avec pareilles habitudes l'on peut prévoir ce qu'il adviendra lors de l'application de la loi des assurances sociales. Il montre que le médecin doit souvent faire des sacrifices aux exigences des malades.

« Où commence et où finit le charlatanisme ? continue le Dr Bouillat. Sans une dose de cette panacée, un seul praticien, sans excepter les maîtres, aurait-il un seul client ? Alceste-médecin dirait (et sans pour cela prendre d'honoraires) aux neuf dixièmes de ses clients : « Vous n'avez rien, ni besoin de rien ». Et ceux-ci, méprisants et furieux de n'être pas traités, courraient chez le guérisseur. »

(1) *Les Caractères* : De l'homme.

« Il ne manque pas de vieux médecins qui qualifient de pneumonie chez un enfant une simple angine, mais il existe aussi des pneumonies qui ne durent que trois ou quatre jours. Qui peut dire que cela est ou n'est pas l'effet du traitement vaccinal par exemple ?

Si nous piquons volontiers, c'est que nos maîtres nous ont appris à le faire. Et sans avoir une foi excessive en toute thérapeutique, il faut bien croire que les clients y trouvent leur compte puisqu'ils en redemandent. Nos ordonnances sont généralement coûteuses. Cela tient à ce que nous prescrivons volontiers des spécialités (ce qui n'est pas apprécié généralement par le pharmacien) tandis que les vieux ont une bonne routine de formules magistrales peu coûteuses, mais rapportant plus au pharmacien, sans l'obliger à sortir de ses vieilles habitudes ; le désavantage là est pour nous. »

Avec des arguments connus et qui ont indiscutablement leur valeur, notre correspondant trouve légitime la dichotomie dans une proportion raisonnable. Il montre que le médecin doit poser à temps l'indication opératoire et en prendre la responsabilité ; ce qui mérite bien un honoraire. Il montre les conséquences désastreuses de la pusillanimité de vieux confrères qui laissent évoluer des cancers, s'affaiblir par hémorragie répétées des femmes atteintes de fibromes, récidiver des appendicites, etc., etc.

Nous qui ne sommes plus jeune, puisqu'il y a, hélas ! quarante-trois ans que nous avons commencé nos études médicales, nous trouvons très sensées les réflexions du Dr Bouillat et parfaitement observés les faits qu'il nous signale. Nous nous souvenons avoir été jeune et avoir aussi souffert de l'égoïsme de nos anciens, peu mais assez pour tâcher d'éviter d'en faire souffrir les autres. Nous avons remarqué que tel qui donnait jadis des consultations dans l'arrière-boutique d'un pharmacien, et que tel autre qui, dans une clinique gratuite, se faisait de beaux revenus en prescrivant des spécialités lui appartenant, avec le compérage malpropre de quelque potard besogneux, étaient devenus sur leurs vieux jours des parangons de vertu, des apôtres de la déontologie, de fougueux partisans d'un ordre de médecins avec les sanctions les plus draconniennes. Nous avons observé tout cela avec le plus indulgent des sourires. L'hypocrisie humaine est sans bornes ; et la morale religieuse est-elle méprisable parce que la tenancière d'un mauvais lieu, devenue dévote sur le retour et une fois fortune faite, embellit les chapelles de sa paroisse et dirige des patronages ?

Il y a quelque vingt ans, nous nous souvenons avoir lu un article dans nous ne savons plus quel journal médical où l'auteur (un vieux médecin, évidemment de très bonne foi) considérait comme le summum du charlatanisme d'ausculter dans son cabinet un malade avec un phonendoscope, de prendre sa tension artérielle avec un oscillomètre, de posséder une bascule pour le peser. L'usage de tout ce matériel n'était pour ce vieux confrère qu'un moyen de monter le coup au client naïf. Combien ridicule paraîtrait aujourd'hui semblables réflexions contre lesquelles jadis personne ne songea à protester ?

La médecine évolue et nous le répéterons sans cesse, on ne peut exercer en 1928 comme en 1880. On jugera dans quelques années notre médecine à domicile, sans grand souci de prophylaxie, aussi sévèrement que la résistance de quelques vieux chirurgiens d'il y a quarante ans, qui ne voulaient admettre l'utilité de l'antisepsie et la considérait comme un acte de charlatanisme. Il faut que les anciens comprennent les modernes et que ces derniers, excusant leurs anciens, songent qu'un jour viendra où ils seront vieux à leur tour. Tous les jeunes ne sont pas des « Knock » et tous les vieux ne sont pas des « Parpaleix ». La grande, la très grande majorité du Corps médical français est, quoi qu'on en dise, quoi que nous en disions nous-même, au niveau de sa tâche et il ne saurait y avoir dans la profession médicale de querelle des anciens et des modernes.

Quant à nous, vétéran de la profession, nous voyons sans amertume les jeunes exercer la médecine différemment que nous et tout en regrettant qu'ils la considèrent un peu trop en *métier comme tous les autres*, nous trouvons qu'ils rachètent cette sorte de dérogation par les plus grands services qu'ils rendent en appliquant mieux que nous les derniers progrès de notre art. Philosophiquement, nous répèterons avec Montaigne, ce vers de Virgile :

Vixi, et, quem dederat cursum fortuna, peregi (1).

J. Noir.

---

(1) J'ai vécu et j'ai fourni la carrière que m'avait tracée le Destin.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Du pyo-pneumothorax non tuberculeux chez les enfants (1)

Cette petite fille est née le 3 février 1927, à terme. Elle est élevée au sein jusqu'à 2 mois, puis au biberon en nourrice. A l'âge de 2 mois elle a une bronchite. A 7 mois, elle revient dans sa famille. Depuis ce moment elle tousse et vomit parfois en toussant ; la température monte assez souvent à 38° ; le poids augmente cependant.

A la fin de février 1928, la température monte brusquement à 40°, une rougeole se déclare ; elle se complique de broncho-pneumonie.

Comme la fièvre et les symptômes pulmonaires persistent, l'enfant est amenée dans le service, au bout d'un mois, le 31 mars. Elle est âgée de 13 mois, mesure 75 cm., pèse 9 kgr. et paraît un peu maigre. Sa température est de 37°3 le soir de l'entrée, de 37°8-39°6 le 1er avril, de 38°8-38°8 le 2 avril.

La respiration est rapide, avec un peu de tirage.

L'examen du thorax décèle les symptômes suivants.

En arrière, à gauche, sur toute la hauteur, on entend une respiration soufflante et de gros râles humides, presque du gargouillement.

En arrière, à droite, il y a de la matité dans la moitié inférieure, du tympanisme au-dessus. Dans la zone mate, la respiration est faible ; au-dessus, elle est soufflante et accompagnée de nombreux râles sous-crépitants.

En avant, à droite, dans la région sus-mammaire, la sonorité est forte, la respiration faible, et, de temps à autre, on perçoit une sorte de grincement à résonnance légèrement métallique.

Le cœur est dévié à gauche, la pointe à 3 cm. en dehors du mamelon.

Le foie est gros ; sa matité mesure 14 cm. sur la ligne mamelonnaire et déborde le rebord costal de 3 cm.

Les selles sont normales.

La cutiréaction à la tuberculine est négative ; elle le sera une deuxième fois, le 14.

(1) Leçon du 28 avril 1928, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

M. Boulanger-Pilet pense à une pleurésie droite ; il pratique avec une aiguille ordinaire une ponction exploratrice qui est négative.

Le 3 avril, la température est de 38°1-38°6, les symptômes de percussion et d'auscultation sont les mêmes. La radioscopie et la radiographie montrent des signes intéressants.

La moitié inférieure de l'hémithorax droit est complètement opaque ; la limite supérieure de l'opacité est horizontale ; cet aspect caractérise la présence de liquide dans la grande cavité pleurale. Au-dessus de la zone opaque est une transparence exagérée qui permet de penser à l'existence de gaz.

Une ponction exploratrice, faite avec une grosse aiguille, retire de la plèvre un pus jaune verdâtre, épais, bien lié, dans lequel M. Prétet trouve des pneumocoques et des staphylocoques.

Le diagnostic peut alors être précisé : il s'agit d'un pyo-pneumothorax qui s'est développé à la suite d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

Le 4 avril, la température est de 37°8-39°4. Le 5 avril, elle tombe à 37°-37°4 ; puis elle reste apyrétique jusqu'au 9 avril.

Le 7, on fait une ponction qui retire 110 c.c. de pus, et on injecte dans la cavité pleurale 20 c.c. de sérum anti-pneumococcique polyvalent.

Du 10 au 13, la température, qui est de 37°4-37°6 le matin, s'élève le soir à 38°3-38°6-38°8 ; le 14 et le 15, elle est normale. La matité remonte, en arrière, jusqu'un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate, et, en avant, un peu au-dessus du foie ; elle se déplace avec les changements de position. A la radioscopie, on voit une opacité à niveau très mobile, qui remonte jusqu'au 6e espace intercostal droit.

Le 15 avril, une nouvelle ponction retire 50 c.c. de pus ; on injecte dans la plèvre 20 c.c. de sérum antipneumococcique.

La fièvre reprend le 16 et le 17 ; elle s'élève le soir à 38°8 et 39°5 ; elle est causée par une urticaire d'origine sérique.

Le 17 avril, la radiographie montre une opa-

cité diffuse des deux tiers inférieurs de l'hémithorax droit ; celle-ci est beaucoup moins forte que sur la première ; elle n'est pas limitée par un niveau horizontal très net. On voit, dans la région médiastinale, un épaississement lié à la présence de quelques ganglions et à une réaction médiastinale. La clarté anormale a disparu.

L'examen du thorax pratiqué à ce moment montre : à droite, en arrière à la base et remontant à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate, de la submatité, une respiration faible, vaguement soufflante.

Hier, la température était de 37°2 le matin, 37° le soir ; ce matin elle est de 36°9.

Pendant ce temps, l'enfant a un peu diminué de poids. Elle pesait à l'entrée, 9 kgr. ; le 26, 8 kgr. 750.

Il y a donc une amélioration manifeste.

Comme traitement, nous avons pratiqué deux ponctions et injecté dans la plèvre deux fois 20 cc. de sérum antipneumococcique polyvalent. Puis nous avons fait des injections sous-cutanées d'auto-vaccin antipneumo-staphylococcique stérilisé par la chaleur, aux doses suivantes :

Le 12 avril : 0 cc. 25.
Le 14 avril : 0 cc. 50.
Les 16, 18, 20, 22, 25 et 27 avril, 1 cc.

***

Je désire, à propos de cette malade, vous entretenir du PYO-PNEUMOTHORAX NON TUBERCULEUX CHEZ LES ENFANTS.

Le *pyo-pneumothorax* consiste dans la coexistence dans la cavité pleurale de gaz et de pus.

Le *pneumothorax* comprend deux grandes classes.

C'est d'abord le *pneumothorax tuberculeux*. Généralement il est dû à l'ouverture dans la plèvre d'une petite granulation tuberculeuse sous-pleurale ; il peut se compliquer de pleurésie purulente à bacilles de Koch et alors est réalisé le *pyo-pneumothorax tuberculeux*. Rarement la pleurésie est la première en date et la perforation pleurale consécutive.

C'est ensuite, le *pneumothorax non tuberculeux* qui est presque toujours un *pyo-pneumothorax*.

Il comprend deux variétés :

1° Le *pyo-pneumothorax par fermentation*, dû à la formation des gaz sous l'influence des germes anaérobies dans les pleurésies gangréneuses ou putrides ;

2° Le *pyo-pneumothorax par perforation du poumon et de la plèvre*.

C'est seulement de ce dernier dont je veux parler.

Le pyo-pneumothorax par perforation peut être réalisé par le médecin.

Il peut l'être dans une *intention thérapeutique*, quand, au cours d'une pleurésie purulente, on fait une injection de gaz.

Il peut être le fait d'un *accident*, quand, au cours de la ponction d'une pleurésie purulente, on laisse pénétrer de l'air dans la plèvre, ou quand on pique le poumon au cours d'une ponction exploratrice.

La piqûre du poumon est une cause exceptionnelle de pneumothorax. Cependant, cet accident est possible.

Le docteur d'Œlsnitz, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 25 juillet 1913, a rapporté le fait suivant.

Un garçon de deux ans et demi a une pneumonie lobaire droite, qui évolue normalement . Quelques jours après la défervescence, la fièvre reparaît ; elle est expliquée ultérieurement par l'apparition tardive des signes d'un nouveau foyer au sommet. On pense d'abord à une pleurésie purulente interlobaire ; on pratique trois ponctions avec une aiguille fine ; on ne retire pas de pus. Immédiatement après, on fait un examen radioscopique et on constate l'existence d'un pneumothorax partiel, qui ne provoque aucun symptôme fonctionnel.

Ce pneumothorax augmente graduellement. Les adhérences de la base et du sommet se rompent. Finalement se constitue un pyo-pneumothrorax enkysté, dont le pus contient des pneumocoques.

On pratique la pleurotomie. L'enfant meurt six jours après cette dernière.

M. d'Œlsnitz pense que la réalisation de ce pyo-pneumothorax a été la conséquence de ses ponctions exploratrices.

Quand on découvre un pyo-pneumothorax après des ponctions, il ne faut pas se hâter de l'attribuer à ces dernières.

L'observation suivante, publiée par M. Mamerto Acuña dans *Archivos latinos-americanos de Pediatria*, en 1911, le prouve.

Un enfant de deux ans a une broncho-pneumonie et présente des signes d'épanchement à la base gauche. On fait plusieurs ponctions de la plèvre qui ne retirent pas de liquide. Bientôt, apparaissent des signes de broncho-pneumonie pseudo-lobaire supérieure gauche et, quelques jours après, d'un pneumothorax gauche. La ponction de la plèvre retire un peu de pus, contenant des streptocoques et des staphylocoques. L'enfant meurt 16 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve, dans le poumon gauche une broncho-pneumonie subaiguë, avec de nombreux petits abcès en nids d'abeilles. Plusieurs de ces abcès sont ouverts à la fois dans la plèvre et dans les bronches.

Le pyo-pneumothorax peut se rencontrer dans les *pleurésies purulentes*. Il survient tantôt après une *vomique*, tantôt sans *qu'il se soit produit de vomique*.

La *vomique* est assez fréquente, chez les enfants atteints de pleurésies purulentes localisées à pneumocqoques.

Généralement, elle n'amène pas la formation d'un pyo-pneumothorax.

L'air ne pénètre pas dans la plèvre, parce que, dit-on, au moment des secousses de toux, le liquide est chassé dans les bronches, et, d'autre part, au moment de l'inspiration, l'expansion thoracique est trop faible pour entraîner une aspiration de l'air suffisante pour qu'il pénètre dans la plèvre.

On peut encore admettre que la perforation forme une sorte de valvule qui permet le passage du liquide dans les bronches, mais non l'entrée de l'air dans la cavité pleurale.

Assez souvent cependant la vomique estsuivie d'un pyo-pnenmothorax.

Mlle Anna Finkelstein, dans sa thèse de 1890, sur *les pleurésies interlobaires de l'enfance*, mentionne que, sur 23 pleurésies, elle a observé le pyo-pneumothorax huit fois, soit dans 34 % des cas.

Généralement, la pleurésie est enkystée et le pyo-pneumothorax est partiel. Il siège dans la plèvre interlobaire et aussi dans la plèvre diaphragmatique, la plèvre médiastinale, dans une portion de la grande cavité, au sommet ou à la base.

J'ai cité dans des leçons antérieures trois cas de pyo-pneumothorax, observés dans le service.

Dans une leçon sur les *pleurésies purulentes pneumococciques prolongées de l'enfance*, reproduites dans. *La Pédiatrie pratique*, du 5 mai 1924, je rapporte l'observation suivante.

Un garçon, né le 14 décembre 1914, entre une première fois à la salle Bouchut, le 3 avril 1921, à l'âge de 6 ans et 4 mois.

Il a une température de 39°, qui dure cinq ou six jours, des douleurs abdominales ; il tousse. Nous portons le diagnostic de congestion pulmonaire aiguë ou de pneumonie avec syndrome de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite. Il existe en outre, une adénopathie trachéo-bronchique et une cutiréaction positive à la tuberculine.

Après une nouvelle poussée fébrile, l'enfant quitte l'hôpital pour Hendayè, le 6 juin 1921, avec le diagnostic suivant : adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et syndrome persistant de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite.

A Hendaye, en octobre, il est pris de fièvre et d'un syndrome de congestion pulmonaire aigu ; il présente un petit épanchement séro-purulent de la base gauche ; le liquide contient des polynucléaires et est stérile.

L'état s'améliore ; l'enfant quitte Hendaye le 30 avril 1922, puis il y retourne et y séjourne du 20 septembre 1922 au 21 septembre 1923.

Il revient salle Bouchut, le 17 octobre 1923. Il a 9 ans et 10 mois. Il n'a pas de fièvre et présente un bon état général.

On constate toujours le même syndrome de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite, qui vraisemblablement peut être attribué à un processus cortico-pleural de nature tuberculeuse.

A partir du 20 novembre, apparaît une fièvre irrégulière. A partir du 6 décembre, la température s'élève ; le 7, elle atteint 39° et 39°6, le 8 et le 9, elle reste à 39°. A partir du 10, elle s'abaisse et redevient normale le 14. En même temps que la fièvre, l'état général s'aggrave, l'enfant maigrit, paraît infecté, et se plaint d'un point de côté à la base droite du thorax. Tout à coup, survient une vomique : le malade crache de gros crachats purulents, verdâtres, dans lesquels on trouve du pneumocoque. A la base droite, on constate de la matité, un souffle amphorique à maximum dans l'aisselle et de gros râles humides. Un pyo-pneumothorax s'est constitué.

Les radiographies confirment le diagnostic.

Sur une première, le 23 octobre, avant la vomique, on voit, à la base droite, au-dessus du diaphragme qu'elle masque, une zone opaque, à limite supérieure assez nette remontant obliquement vers le médiastin et formant un triangle dans l'espace diaphragmo-médiastinal ; elle fait penser à une pleurésie enkystée.

Sur une deuxième, le 7 décembre, après le début de la vomique, l'ombre opaque a diminué de hauteur ; en un point, on voit une ligne de niveau horizontal, longue de deux ou trois centimètres, surmontée d'une tache très claire qui semble être une cavité remplie de gaz ; cet aspect, joint au souffle amphorique constaté dans cette région, est bien en faveur de l'existence d'un pyo-pneumothorax.

Sur une troisième, le 24 janvier 1924, l'aspect est le même que le 23 octobre.

L'expectoration purulente persiste ; le souffle amphorique disparaît, puis reparaît. A plusieurs rerprises surviennent des poussées fébriles avec arrêt de l'expectoration ; elles se terminent, quand celle-ci reprend, et en même temps, on perçoit de nouveau des signes cavitaires.

L'enfant quitte l'hôpital le 12 août 1924.

Nous le revoyons à plusieurs reprises, pour les mêmes phénomènes.

Il rentre dans le service, pour la dernière fois, le 16 janvier 1928.

A cette date, il a 13 ans et un mois, son état général est satisfaisant, il est petit (126 cm.) et pèse 24 kgr. 800. A droite, en arrière, on constate de la matité et une respiration faible dans le tiers inférieur, de la submatité et un souffle cavitaire dans la région hilaire. La radiographie montre les

mêmes aspects que précédemment. Du 26 janvier au 3 février, apparaissent de la fièvre et une vomique ; le pus ne contient toujours que des pneumocoques.

L'enfant sort le 29 février avec un poids de 26 kgr. 200.

M. Momirowitch, dans sa thèse de 1925 sur le *diagnostic des vomiques chez l'enfant*, rapporte l'observation d'une autre de nos malades ; elle est tout à fait comparable à celle que je viens de résumer.

Une fille, née le 15 octobre 1915, ne présente rien de spécial pendant les premières années de sa vie.

Au début de juin 1922, à l'âge de 6 ans et 7 mois, elle a une rougeole, suivie d'une otite gauche suppurée. En juillet, apparaît une broncho-pneumonie ; pendant trois semaines la température est élevée, jusqu'à 40° le soir. L'enfant tousse beaucoup et a une expectoration abondante ; elle maigrit.

On nous l'amène le 24 août, à l'âge de 6 ans et 9 mois. On constate des signes cliniques et radiologiques d'une congestion pleuro-pulmonaire avec épanchement dans la moitié inférieure droite du thorax et d'une adénopathie trachéo-bronchique volumineuse.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann positif.

L'expectoration ne contient pas de bacilles de Koch.

Pendant le séjour à l'hôpital, il persiste une petite fièvre irrégulière, atteignant au plus 38°4, 38°5 le soir. Les signes de l'épanchement disparaissent. Il ne persiste à la base droite que de la submatité et une respiration faible, quand, le 9 octobre, l'enfant part à Hendaye.

Nous la revoyons en février 1924, après deux séjours à Hendaye. Elle a 8 ans 4 mois. Son état général est bon. Elle tousse toujours.

A la base droite, on entend un murmure vésiculaire faible et quelques frottements pleuraux.

A la radioscopie, on voit à droite, dans la moitié inférieure, une obscurité homogène dans la région externe, inégale dans la région interne, et une grosse adénopathie trachéo-bronchique, avec de petites taches claires au pourtour du hile.

Au début de décembre, subitement l'enfant est prise d'une toux incessante et rejette une grande quantité de pus verdâtre ; il s'agit d'une vomique.

Elle rentre salle Parrot le 30 décembre. Elle a 9 ans et 2 mois. La température est normale, sauf quelques petites élévations thermiques le soir. La cutiréaction à la tuberculine est toujours positive, le Bordet-Wassermann (H°) positif.

En avant et à droite, il y a, dans les deux tiers inférieurs, de la submatité, un souffle presque cavitaire et des râles crépitants humides ; du même côté, en arrière, en haut, de la submatité dans l'espace interscapulo-vertébral, et à la base, sur une hauteur de quatre travers de doigt, de la submatité, une expiration soufflante, des râles sous-crépitants variables.

La radioscopie montre, à la base droite, une obscurité homogène à limite supérieure horizontale, et au-dessus une zone claire à contour arrondi ayant l'aspect d'une bulle d'air. Sur le champ pulmonaire, apparaissent quelques taches claires, en nid d'abeilles.

Le diagnostic porté alors est le suivant : pleurésie purulente à pneumocoques, enkystée, chronique ; vomique suivie de pyo-pneumothorax enkysté, sclérose pulmonaire avec bronchiectasies.

L'enfant sort le 1er février 1925, présentant à la base droite, une légère submatité et une respiration faible.

Nous la revoyons à plusieurs reprises. Elle a de temps en temps des vomiques.

Elle rentre le 2 juin 1926, à l'âge de 10 ans et 7 mois.

Elle est assez grande (129 centimètres) et pèse 25 kgr. 950. Le Bordet-Wassermann (H°) est positif. La température est irrégulière, mais ne dépasse guère 37°9. Les signes cliniques et radiologiques sont toujours de même ordre.

Je ne vous raconte pas l'histoire du troisième malade. Je l'ai relatée, le 28 mai 1921, dans une leçon sur *les pleurésies enkystées du sommet et de la région antérieure*, qui est reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*. Il s'agit d'un garçon de 2 ans.

Remarquez que ces pyo-pneumothorax sont apparus dans des pleurésies de longue durée, que le pus contenant uniquement du pneumocoque. Il est possible que les altérations sous-jacentes du poumon aient été cause de caractères spéciaux de la perforation, et que ceux-ci aient facilité la pénétration de l'air dans la plèvre.

Les malades dont je viens de parler ont présenté des vomiques. D'autres malades atteints également de pyo-pneumothorax au cours de pleurésies purulentes n'ont *pas de vomiques*.

L'absence de vomique n'implique pas toujours l'absence de perforation broncho-pleurale. Les enfants, en effet, ont souvent des petites vomiques fractionnées ; elles restent occultes, car ils ne savent pas cracher et déglutissent le pus au lieu de l'expulser.

Les observations suivantes confirment cette opinion.

Sevestre, en 1886, relate l'observation d'un garçon de 16 mois, qui entre à l'hôpital pour une broncho-pneumonie double, prédominant à gauche.

Douze jours après l'entrée, l'enfant est pris d'une

dyspnée vive. Il est agité. La respiration est à 50, le pouls à 120, la température à 39°2. Du côté droit, on entend des râles fins généralisés. A gauche, la sonorité est normale sous la clavicule, forte dans l'aisselle. En arrière, sur toute la hauteur, il y a une sonorité tympanique, un silence respiratoire presque complet, sauf quelques râles fins au-dessus de l'épine de l'omoplate. A l'extrême base gauche, vers le rachis, on entend, quand l'enfant crie, un souffle amphorique très limité.

Le lendemain, en arrière, dans le tiers moyen, les bruits amphoriques sont nets. Les jours suivants, les signes varient : on constate notamment, un jour, de la submatité en arrière, dans la moitié inférieure, des râles à timbre amphorique dans l'aisselle.

L'enfant meurt, quatre jours après la constatation des signes de pneumothorax.

A l'autopsie, on trouve du côté gauche, en avant, des adhérences pleurales solides ; dans l'aisselle, une cavité contenant trois grandes cuillerées de pus fétide, jaune, très fluide, sans grumeaux ; le pus remonte à la partie postérieure sur toute la hauteur.

Le poumon est adhérent à la base et au sommet. A la partie postéro-externe du poumon siège une vaste déchirure ayant la dimension d'une pièce d'un franc, pénétrant de quelques millimètres dans le poumon qui est carnifié et contient des noyaux de broncho-pneumonie.

Malgré cette large ouverture, le malade n'avait pas eu de vomique.

Mlle Anna Finkelstein, dans sa thèse, rapporte une observation comparable.

Un garçon de 2 ans est atteint d'un grand épanchement purulent de la plèvre gauche, où on trouve des pneumocoques. On fait trois ponctions qui retirent 350 cc., 200 cc. et 100 cc. de pus. Après la troisième, on constate, sur toute la hauteur de l'hémithorax gauche, une sonorité forte, un bruit d'airain, un souffle amphorique, du retentissement métallique de la toux. On porte le diagnostic de pyo-pneumothorax.

Les jours suivants, on assiste à la réapparition de la matité à la base. Une nouvelle ponction retire 250 cc. de pus où, cette fois, il y a des staphylocoques.

Neuf jours après l'apparition du pneumothorax, surviennent de la cyanose, de la dyspnée, des vomissements. Le lendemain, l'enfant meurt.

A l'autopsie, on trouve des membranes épaisses sur toute l'étendue du poumon, sauf au pourtour d'une perte de substance siégeant à la partie postéro-inférieure. Celle-ci a la forme d'un cratère d'un centimètre de longueur et de quelques millimètres de largeur ; elle s'ouvre presque immédiatement dans une grosse bronche, A l'insufflation du poumon, l'air sort en grosses bulles par l'orifice.

L'enfant n'avait pas eu de vomique.

Dans les pleurésies purulentes sans vomique, la perforation de la plèvre peut d'ailleurs être réalisée par l'ouverture d'un petit abcès broncho-pneumonique dans la plèvre, aboutissement de la broncho-pneumonie sous-jacente.

Le *pyo-pneumothorax au cours de la broncho-pneumonie* a été rencontré depuis longtemps chez l'adulte et chez l'enfant.

En ce qui concerne les enfants, en 1829, Maréchal en publie deux cas observés chez des filles de 10 ans ; Barrier, dans son *Traité pratique des maladies de l'enfance*, en 1842, Rilliet et Barthez, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, en 1843, en citent quelques observations. D'autres observations sont publiées depuis; on les trouve reproduite par Mlle Laure de Chrzsanowska dans sa thèse soutenue à Paris en 1897 eur sur le *Pneumothorax chez l'enfant*, et par M. Albsrt Desjardins, en 1900 dans sa thèse de Nancy cur le *Pneumothorax dans la pneumonie et la bronho-pneumonie.*

M. Desjardins rapporte 16 observations de pyo-pneumothorax dans la broncho-pneumonie chez des enfants de 15 mois à 15 ans, et 13 chez des adultes. Il conclut qu'il « paraît devoir être plus fréquent chez les enfants. Et cela, ajoute-t-il, n'a rien qui doive nous surprendre, parce que les abcès du poumon, que l'on peut incriminer le plus souvent, se rencontrent surtout dans la pneumonie lobulaire et que cette forme d'inflammation est presque spéciale aux premières années de la vie. »

Dans les broncho-pneumonies, le pyo-pneumothorax est dû, en effet, presque toujours à l'ouverture dans la cavité pleurale d'un petit abcès sous-pleural, exceptionnellement à la rupture d'une vésicule emphysémateuse.

Il suffit de se rappeler les lésions de la broncho-pneumonie lobulaire pour se rendre compte du processus.

Autour de la bronche centro-lobulaire, il se forme un nodule inflammatoire qui réalise l'aspect que Fauvel a appelé le *grain jaune*.

Certains de ces nodules aboutissent à la formation d'*abcès péribronchiques*. L'abcès peut s'ouvrir soit dans la bronche, soit dans la bronche et dans la plèvre. Il se produit alors un pneumothorax ou, presque toujours, un pyo-pneumothorax car la plèvre est infectée simultanément et assez souvent il existe déjà une pleurésie purulente.

A la ponction ou à l'ouverture de la plèvre, le gaz s'échappe. Le pus est plus ou moins abondant ; son volume varie de quelques gouttes à quelques centaines de grammes ; il est bien lié ou séro-purulent, suivant que l'infection est réalisée par le pneumocoque ou le streptocoque.

Souvent, surtout quand il s'agit de pneumocoques, il existe des adhérences pleurales plus ou moins étendues, réalisées par une pleurésie para-broncho-pneumonique.

L'orifice pleural est petit, difficile à découvrir. On le décèle par l'insuflation du poumon faite par la trachée ou la grosse bronche, le poumon étant laissé dans le liquide pleural ou plongé dans l'eau ; on voit de grosses bulles d'air crever à la surface. L'épreuve peut être négative, sans qu'il soit permis de conclure à l'absence de perforation. « On conçoit parfaitement, écrivent Rilliet et Barthez, la facilité avec laquelle un orifice dont la dimension ne dépasse pas une tête d'épingle peut être oblitéré par une petite fausse membrane ou même par l'affaissement de ses bords et la condensation des tissus sous-jacents ».

La perforation siège le plus souvent, 9 fois sur 10, sur le lobe inférieur. Elle est en général unique, quelquefois multiple. Elle a une forme généralement arrondie, parfois lenticulaire. Ses dimensions sont le plus souvent très petites, celles d'une tête d'épingle, quelquefois d'une lentille. Ses bords sont minces. Le trajet fistuleux conduit à l'intérieur de l'abcès ; généralement c'est un petit abcès miliaire ; tout au plus atteint il la dimension d'une noisette.

Cet abcès peut être aréolaire par suite de la communication d'abcès voisins les uns avec les autres.

La cavité de l'abcès s'ouvre dans une ou plusieurs bronches.

Le pyo-pneumothorax survient surtout dans les broncho-pneumonies prolongées, à évolution subaiguë qui compliquent la grippe, la *rougeole*, la *coqueluche*, la *fièvre typhoïde*.

Dans la *fièvre typhoïde* le pyo-pneumothorax est souvent, sinon toujours, consécutif à une broncho-pneumonie. Maréchal, en 1829, l'a observé chez une fille de 10 ans. A la *Société de pédiatrie de Montévidéo*, le 14 juin 1923, M. Vera en a relaté 3 cas recueillis dans le service du professeur Morquio ; il s'agissait d'un garçon de 12 ans et de deux filles de 3 ans ; le pus contenait des pneumocoques.

Quelquefois, la broncho-pneumonie est provoquée par un *corps étrangers des bronches*. Par exemple M. Bertoldi, en 1915, dans sa thèse de Buenos-Aires, publie l'observation d'une fille de 3 ans et demi atteinte d'un pyo-pneumothorax gauche. On fait une pleurotomie avec résection costale. L'enfant meurt. A l'autopsie, on trouve un corps étranger arrêté à la première bifurcation de la bronche gauche, une broncho-pneumonie et un petit abcès ouvert dans la plèvre.

Les *causes occasionnelles* ou *provocatrices* de la rupture peuvent être des quintes violentes de toux ou des efforts de vomissement. L'intervention de ce dernier n'était pas rare à l'époque où l'on administrait d'une façon presque systématique de l'ipécacuanha aux enfants atteints de broncho-pneumonie : Barrier, Rilliet et Barthez le signalent pour des enfants de 3 ans dont ils rapportent les observations.

La *symptomatologie* du pyo-pneumothorax au cours de la broncho-pneumonie peut être nulle; il y a des *formes occultes*. La fièvre, la toux, la dyspnée, sont mises sur le compte de la broncho-pneumonie. L'examen le plus attentif ne révèle aucun symptôme particulier.

Chez un garçon de 8 ans soigné par Barrier « quoique l'auscultation eût été pratiquée, le pneumothorax ne fut pas diagnostiqué. »

Chez un garçon de 15 mois « ausculté un quart d'heure avant la mort » Rilliet et Barthez, diagnostiquent « une pneumonie et un épanchement pleurétique. Ce sont en effet, ajoutent-ils, les lésions que nous trouvons à l'autopsie, mais, en outre, nous rencontrons un pneumothorax que nous étions loin de soupçonner. »

D'autres fois, le pyo-pneumothorax est *avéré* cliniquement.

Le début peut être brusque, marqué par de la douleur et de l'oppression.

La douleur siège du côté de la perforation ; elle est excessive, arrache des cris à l'enfant, l'immobilise. La dyspnée est vive ; l'enfant suffoque, se cyanose.

Le début n'est cependant pas toujours aussi solennel et le pyo-pneumothorax peut être une découverte d'examen. Il s'agit alors généralement d'un pyo-pneumothorax partiel ou d'une perforation survenant chez un enfant très affaibli.

La fièvre n'a rien de spécial. Elle est expliquée par la broncho-pneumonie et la pleurésie. Comme dans les pleurésies purulentes, elle revêt soit le type continu, soit un type intermittent ou irrégulier.

La toux n'a souvent rien de particulier. Quelquefois, elle est assez forte et persistante.

Les signes physiques, dans les pyo-pneumothorax de la grande cavité, révèlent l'existence d'un épanchement gazeux à la partie supérieure, d'un épanchement liquide plus ou moins volumineux à la partie inférieure.

Quand le liquide est peu abondant, les signes de l'épanchement liquide peuvent être difficiles à percevoir. Au contraire, quand il est très abondant, ce sont les signes du pneumothorax qui sont difficiles à constater.

Dans certains cas on provoque le bruit de succussion ou de flot, qui est pathognomonique ; mais ce symptôme est assez rare, à cause du peu de fluidité du pus.

Quand le pyo-pneumothorax est partiel du fait des adhérences préalablement constituées,

les symptômes sont discrets, ils échappent facilement, ils sont intermittents, ils varient d'intensité.

L'évolution dépend de l'état du poumon, du degré de l'infection pleurale, enfin de l'importance du pneumothorax.

Souvent la perforation de l'abcès dans une broncho-pneumonie grave hâte la mort, qui survient soit en quelques minutes ou en quelques heures, soit en trois ou quatre jours ; alors le pus est généralement peu abondant.

Quand le pyo-pneumothorax est moins brusque et surtout quand il est partiel, l'évolution est plus longue. Elle se rapproche de celle des pleurésies purulentes et diffère, dans une certaine mesure, suivant le germe en cause. Souvent l'enfant se cachectise et meurt au bout de huit à quinze ou vingt jours. Cependant la guérison n'est pas exceptionnelle et alors le traitement peut jouer un rôle.

Je ne vous dirai qu'un mot d'une troisième cause de pyo-pneumothorax, qui est le *grand abcès du poumon*. Celui-ci peut compliquer la pneumonie. Il peut s'ouvrir dans une bronche et se révéler par une vomique purulente, s'ouvrir dans la plèvre et causer une pleurésie purulente, ou enfin s'ouvrir à la fois dans une bronche et dans la plèvre et donner lieu à un pyo-pneumothorax.

En réalité, le pyo-pneumothorax n'est pas commun. Dans une leçon du 13 février 1926 sur *les abcès du poumon*, publiée dans le *Concours médical* du 16 mai 1926, j'ai constaté la rareté de cette complication chez les enfants.

Graves dit en avoir observé un cas chez un garçon de 15 ans, atteint d'une pleuro-pneumonie droite sévère. Après une vomique apparaissent des signes de pneumothorax. Ces signes lui prouvent « qu'il existait un vaste abcès pulmonaire communiquant certainement avec les bronches et peut-être avec la cavité pleurale ». L'enfant guérit et, somme toute, le diagnostic reste hésitant.

Dans sa thèse de 1927 sur *les abcès du poumon* M. Kourilsky ne cite aucune observation, chez l'enfant, de pyo-pneumothorax survenu au cours d'un abcès et n'en rapporte que quelques cas chez l'adulte.

***

Le DIAGNOSTIC du pyo-pneumothorax comporte souvent de grandes difficultés.

Evidemment, quand on constate les signes physiques permettant de reconnaître la présence de gaz et de liquide dans la plèvre, il n'y a guère d'hésitation.

Cependant ces signes peuvent être trompeurs. Au cours d'une pleurésie purulente ou d'une broncho-pneumonie, il n'est pas rare de constater une sonorité tympanique dans la région supérieure du thorax sans qu'il y ait de pneumothorax. De même dans les pleurésies purulentes totales ou partielles, dans certaines broncho-pneumonies, on entend des râles et du souffle cavitaire à sonorité amphorique, sans qu'il y ait de gaz dans la plèvre.

Le bruit de succussion est pathognomonique, mais il fait souvent défaut.

Quand on a constaté la présence de liquide et de gaz dans la plèvre, les conditions étiologiques, par exemple, une vomique ou l'existence d'une broncho-pneumonie antérieure, permettent de penser qu'il s'agit non d'un hydro-pneumothorax, mais d'un pyo-pneumothorax La ponction permet d'affirmer la présence du pus et de rechercher le microbe en cause.

Les circonstances étiologiques, l'évolution de la maladie, les symptômes, conduisent à penser que le pyo-pneumothorax est dû, soit à une pleurésie purulente, soit à une broncho-pneumonie, soit même à un grand abcès du poumon.

Il faut préciser qu'il s'agit d'un pyo-pneumothorax par perforation et d'un non pyo-pneumothorax par fermentation. En pareil cas le pus est putride et il peut exister une gangrène pulmonaire.

Il faut éviter de confondre un pyo-pneumothorax non tuberculeux avec un pyo-pneumothorax tuberculeux Celui-ci peut apparaître au cours d'une broncho-pneumonie caséeuse qu'on a pu prendre pour une broncho-pneumonie banale, par suite de la rupture dans la plèvre d'une granulation sous-pleurale.

Mais il ne s'agit pas toujours d'un pyo-pneumothorax total. Souvent il s'agit d'un pyo-pneumothorax partiel, à début insidieux. Il réalise un épiphénomène occulte au cours d'une pleurésie purulente ou d'une broncho-pneumonie ; il n'est découvert qu'au cours d'un examen minutieux. Le diagnostic en est alors beaucoup plus difficile.

Avant la radiologie, ce diagnostic restait souvent hésitant. Aujourd'hui, malgré le concours précieux qu'elle apporte au médecin, il peut encore rester hésitant. Les exemples que j'ai relatés prouvent cependant que la radioscopie et la radiographie permettent assez souvent de l'affirmer ou tout au moins de le tenir pour très probable.

***

Quel TRAITEMENT instituer en présence d'un enfant atteint d'un pyo-pneumothorax ?

Dans les cas où *l'évolution est rapide*, il faut chercher à calmer la douleur et la dyspnée par des enveloppements humides tièdes du tronc,

des inhalations d'oxygène, les calmants et notamment la morphine.

Quand le pyo-pneumothorax a ne *évolution subaiguë* le médecin dispose de ressources thérapeutiques plus grandes.

Il faut se comporter comme en présence d'une pleurésie purulente.

On a recours à la *bactériothérapie*, à l'aide de stock-vaccins ou d'auto-vaccins.

On essaye de combattre l'infection par des *ponctions pleurales* suivies d'*injections* soit de sérum antipneumococcique, si le pus contient du pneumocoque, soit de substances antiseptiques, telles que le bleu de méthylène.

On discute surtout l'opportunité de la *pleurotomie*. Il ne faut pas hésiter à la pratiquer quand le pus se reforme rapidement après les ponctions, quand l'état infectieux persiste, surtout si le streptocoque est en cause.

Souvent les résultats ne sont pas favorables.

M. Schweizer dans *Rivista de la Sociedad medica argentina*, de janvier-février 1916, rapporte le cas d'un enfant de 2 ans ayant un pyo-pneumothorax à pneumocoques, suite de rougeole, qui mourut après la pleurotomie.

M. Bertoldi a vu mourir après pleurotomie les filles de 3 ans et demi et 15 mois dont j'ai parlé tout à l'heure.

M. Vera, par contre, a vu guérir un garçon de 3 ans atteint d'un pyo-pneumothorax à pneumocoques consécutif à une fièvre typhoïde traité par la pleurotomie et le drainage, tandis qu'un garçon de 12 ans et une fille de 3 ans, atteints de la même affection, traités par les ponctions, sont morts.

***

Il est intéressant de noter l'évolution favorable du pyo-pneumothorax chez le garçon de 13 mois que je viens de vous présenter.

Quand il entre ici, l'enfant est malade depuis un mois, à la suite d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie. L'examen clinique fait penser à une pleurésie purulente droite et la radiologie montre la présence d'une poche gazeuse sus-jacente.

La ponction permet de préciser qu'il s'agit d'un pyo-pneumothorax à pneumocoques et à staphylocoques.

Ce pyo-pneumothorax, constaté après une ponction avec une aiguille fine, ne peut pas être attribué très vraisemblablement à la piqûre du poumon. On peut admettre que la broncho-pneumonie survenue à la suite de la rougeole s'est compliquée d'une pleurésie purulente et qu'au cours de celle-ci de l'air a pénétré dans la plèvre.

On peut discuter le processus qui a amené la pénétration de l'air dans la cavité pleurale. Est-elle la conséquence de l'ouverture d'un petit abcès péribronchique ? Est-elle la conséquence d'une perforation pulmonaire par le pus contenu dans la plèvre, sans que l'enfant ait eu une vomique ? Il me paraît difficile de prendre parti.

Etant donné le peu de fièvre, l'état général assez bon, nous différons la pleurotomie et nous pratiquons deux ponctions, suivies d'injections ultra-pleurales de sérum antipneumoccocique. D'autre part nous faisons des injections sous-cutanées d'auto-vaccin antipneumo-staphylococcique. Quelle que soit l'opinion adoptée sur l'efficacité de cette thérapeutique, il demeure acquis que l'enfant s'améliore rapidement, que la fièvre tombe, que le pus et l'air disparaissent.

Ne parlons pas encore de guérison. Quand on se rappelle les observations que je vous ai citées de pyo-pneumothorax à pneumocoques, prolongés pendant des années, il est permis de craindre que le pneumocoque ne soit pas détruit, qu'il reste dans quelque recoin de la plèvre un petit foyer susceptible d'entrer en reviviscence. Si celle-ci se produit, peut-être serons-nous obligés un jour d'avoir recours à la pleurotomie.

LES OBJECTIONS AU TRAITEMENT DES VARICES PAR LES INJECTIONS SCLÉROSANTES. RÉFUTATION

Par le Dr Raymond TOURNAY.

Quantité d'objections ont été faites à la méthode sclérosante dès le moment où elle a été « ressuscitée » par Sicard. Objections faites par des médecins, objections faites par des profanes, par le public, par les malades. La plupart des objections d'ordre médical sont tombées d'elles-mêmes petit à petit devant les faits ; mais il n'est guère de malades qui ne s'inquiètent encore, avant de se laisser traiter, des répercussions possibles — ou du moins qu'ils croient possibles — des injections sclérosantes, soit localement, soit sur l'organisme d'une façon générale.

Il nous a semblé utile de réunir quelques-unes des objections le plus couramment formulées par les intéressés, et, sommairement, de leur répondre.

Ces objections sont de plusieurs ordres.

Danger de l'injection intraveineuse ou variqueuse.

Le public n'est en général pas encore complètement familiarisé avec la pratique des injections intraveineuses. Pendant longtemps on a considéré comme une chose grave une piqûre dans une veine. Aujourd'hui pourtant que des millions et des millions d'injections intraveineuses ont été faites, dans toutes les parties du monde, et dans les cas les plus variés — parfois d'ailleurs, il faut l'avouer, sans nécessité absolue de cette voie d'introduction — sans jamais aucun accident dû au fait même de la piqûre de la veine, ce préjugé d'une partie du public contre les injections intraveineuses n'a plus grande raison d'être. Car si l'introduction brutale dans l'organisme de certaines substances peut présenter un danger — ce qui est trop évident — ce danger n'est pas le fait de la piqûre de la veine, mais celui de la toxicité de la substance introduite ou du choc produit par cette dernière.

Toxicité des substances employées.

C'est bien pour cette raison que les substances employées pour le traitement des varices ont été choisies parmi les plus inoffensives et leurs doses calculées en conséquence (1). Voyons quelles sont ces substances et examinons-les du point de vue de leur toxicité.

D'abord le *carbonate de soude*, bien qu'il ne soit plus employé que de façon tout à fait exceptionnelle. Il faudrait en injecter des quantités formidables pour provoquer des troubles d'intoxication ; pratiquement, aux doses utilisées : toxicité nulle. Au contraire, effet en général excellent sur l'organisme et tout particulièrement chez les arthritiques, migraineux, hyperchlorhydriques, asthmatiques, urticariens. Ses propriétés anti-anaphylactiques l'ont même fait utiliser pour prévenir le déclenchement de crises colloïdoclasiques parfois consécutives à certains traitements. Il est d'ailleurs à noter qu'il peut, de son côté, rompre l'équilibre humoral et déterminer des chocs, à la vérité très rares et le plus souvent extrêmement bénins.

Le *salicylate de soude*. Etant de beaucoup le plus employé de tous les produits sclérogènes, il importe qu'il soit plus que tous autres dépourvu de toxicité et sans inconvénients majeurs. Or le salicylate est prescrit constamment à des doses relativement considérables dans le rhumatisme articulaire aigu : des 8 à 10 et même 12 grammes par jour, dans les formes moyennes, ne font plus peur ; on a même été jusqu'à préconiser des doses de 20 à 30 grammes par 24 heures dans les formes particulièrement intenses et graves, en association avec quantité double de bicarbonate de soude (Danielopolu). Nous ne saurions d'ailleurs affirmer que ces doses énormes soient absolument inoffensives, et nous croirions volontiers le contraire, surtout administrées à des malades ayant dépassé la trentaine, c'est-à-dire dont les reins et le foie n'ont plus leur parfaite intégrité.

L'effet toxique du salicylate peut certainement être à craindre si l'on dépasse les doses de 15, 20, 30 grammes par jour. Or, qu'injectons-nous donc dans une séance lorsque nous voulons scléroser des varices ? En général 0,45 à 0.90 centigrammes, parfois 1 gramme 20, et, si nous faisons plusieurs piqûres le même jour, 2 grammes, 2 grammes 50, au grand maximum 3 grammes. Que nous voilà loin des 15 et 30 grammes de tout à l'heure. Et croit-on que si petite dose puisse léser le tissu hépatique ou le filtre rénal ? D'ailleurs n'avons-nous pas, avant toute chose, interrogé, examiné notre malade ? S'il a un cœur ou des reins en mauvais état, ne l'avons-nous pas éliminé ? Et s'il s'agit d'un vieillard, ne nous sommes-nous pas résolus à l'avance à nous contenter de faibles solutions peu abondantes à chaque séance, de façon à ne pas donner à son

(1) Dr Raymond TOURNAY. — « Du choix d'une substance sclérogène dans le traitement des varices par la méthode de Sicard ». *Annales des Laboratoires Clin*, mai-juin 1928.

foie ou à ses reins un travail qui pourrait risquer d'être momentanément trop lourd ?

Et puis n'a-t-on jamais employé dans d'autres cas que les varices les injections intraveineuses de salicylate de soude ? Sans compter les formes graves du rhumatisme articulaire aigu au cours desquelles assez souvent depuis quelques années on associe le mode d'introduction veineux aux modes buccal et cutané, n'utilise-t-on pas à présent, dans presque tous les cas d'encéphalite léthargique, le salicylate de soude veineux (additionné de glucose pour éviter la sclérose et l'oblitération des veines) à la dose de 1, 2 et même 4 grammes quotidiennement ?

Non ! le salicylate intravariqueux n'est pas toxique.

Nous pouvons aussi noter qu'en plus de ses propriétés anti-rhumatismales ou antiseptiques, le salicylate a pu être considéré comme un anti-arthritique, un anti-goutteux, un cholagogue. Presque trop d'avantages ! Et qui pourtant sont réels, car nous avons souvent vu l'état général de nos opérés se ressentir très vivement des effets de la cure, indépendamment des résultats locaux obtenus.

Pour le *biiodure de mercure*, pas non plus de toxicité à craindre aux doses employées qui sont pour ainsi dire toujours plus faibles que celles couramment utilisées chez les syphilitiques. Ces derniers, même, ne peuvent que tirer avantage, évidemment, d'un tel traitement à double effet, encore qu'il vaille mieux en général s'occuper d'une part des varices du sujet — et le salicylate convient parfaitement — et d'autre part de son terrain spécifique sur lequel d'autres préparations plus actives que le biiodure (novar, bismuth, cyanure de mercure), agiront plus efficacement. De toute façon, si l'on emploie le biiodure, et si l'on se contente d'injecter en une séance 2, 3 ou 4 centimètres cubes de la solution à 1 pour 200, aucune complication ne s'ensuivra du moment qu'on aura au préalable contrôlé par les urines l'état des reins de son malade. Un peu de stomatite peut-être ? Exceptionnellement. Propriétés par surcroît du biiodure : antiseptique, diurétique, laxatif.

Même raisonnement pour le *chlorhydrate de quinine* que pour le biiodure et le salicylate : les doses utiles vont de 0,10 à 0,60 centigrammes alors que dans les cas de paludisme on va jusqu'à faire prendre aux malades 1, 2 et 3 grammes de quinine par jour. Y aurait-il, une fois sur mille, bourdonnements d'oreilles, vertiges, ébriété quinique, d'ailleurs très passagers, que cela n'aurait guère de conséquences. Propriétés antithermiques et analgésiques du produit, par dessus le marché.

Et le *citrate de soude* ? Pratiquement, si l'on ne dépasse pas 5 à 6 grammes en une fois, le malade n'a même pas cette sensation de goût salé dans la bouche qui indiquerait la limite de tolérance. Pourtant, depuis certain cas douteux signalé par Ramond (mort à la suite d'injection de 6 grammes intraveineux pour gangrène du pied et de la cuisse chez une vieille femme) on fera bien d'être très prudent touchant son emploi qui au reste ne s'impose pas.

En résumé : rien à craindre de la toxicité des substances utilisées si leur utilisation est raisonnable.

Objections d'ordre mécanique.

Certains malades font des objections d'un ordre tout différent. Les uns disent : faire une piqûre, c'est « crever la varice », et la varice une fois crevée... ! Rassurons-les de suite, car c'est justement la piqûre, bien au contraire, qui empêchera la varice, en la sclérosant, en la supprimant de pouvoir se « crever » d'elle-même ou à la suite d'un choc, ultérieurement.

D'autres, plus sérieusement, objectent : il est possible de faire disparaître les varices, soit ! mais celles-ci disparues, automatiquement « *d'autres varices vont se reformer* » qui remplaceront les premières, et ce seront de nouvelles varices à traiter qui, à leur tour, donneront, une fois détruites, naissance à d'autres varices encore. Conception erronée. Non, les varices ne se reforment pas : rien au monde ne peut faire redevenir perméables des veines réellement et *complètement* sclérosées et d'autre part, si l'on a pris soin de traiter toutes les veines dilatées d'un membre ainsi que les troncs veineux superficiels même non dilatés, de nouvelles varices ne se reforment pas à côté des cordons fibreux, vestiges des varices défuntes.

Même si l'on a laissé imprudemment subsister, sans les traiter, quelques petites varices dans le voisinage des plus importantes, il est tout à fait exceptionnel de les voir se dilater à leur tour, ou bien, si la chose se produit, c'est qu'on aura laissé subsister aussi le tronc veineux saphénien qui continue à transmettre sa pression aux petites veines sous-jacentes. Si d'ailleurs, par extraordinaire (des récidives ne se voient guère que dans 3 à 5 % des cas) fait semblable se produisait, quoi de plus facile que de scléroser à leur tour, et cette fois définitivement, les varices nouvelles-venues ?

Il va sans dire que l'objection serait tout à fait valable si l'on s'avisait — mais serait-on pardonnable ? — de vouloir scléroser les veines dilatées superficielles d'un membre dont la circulation profonde est obstruée en tout ou partie.

La crainte des métastases.

D'autres malades — le plus souvent des femmes du peuple ou de la campagne — objectent, lorsqu'on leur propose de faire disparaître entièrement leurs varices ou leurs ulcères : « Vous allez me guérir mes varices, bien ! mais *le sang ne*

va-t-il pas se porter ailleurs losrqu'il ne pourra plus se placer là ? »

Il ne faut pas rire de leur question, de leur appréhension.

Ces dernières ont des racines plus profondes et beaucoup plus anciennes qu'il ne semble au premier abord.

Pour les varices des membres inférieurs, il est vrai que le risque de les supprimer n'a jamais pu paraître bien grand : au reste aurait-on su autrefois les supprimer ? Mais si l'on envisage les varices des veines ano-rectales, les hémorroïdes, sait-on ce que les Anciens auraient pensé de leur suppresison radicale ? Ils s'y seraient opposés de toutes leurs forces, dans la crainte de faire courir les pires dangers au malade. Pour eux, nous dit Ramond, les hémorroïdes constituaient une infirmité salutaire, un émonctoire providentiel grâce auquel pouvaient s'éliminer les « humeurs peccantes ».

Et ne sait-on pas aussi que dans certains cas on doit respecter une éruption eczémateuse, réaction de défense, voie de dérivation qui peut être indispensable chez certains hypertendus, artério-scléreux, brightiques, la suppression de l'eczéma pouvant faire apparaître en remplacement — véritables « métastases » des anciens auteurs — des crises d'asthme, ou d'emphysème, ou de goutte ou de rhumatisme, ou même des phénomènes plus graves, congestions, hémorragies, urémie cérébrale ?

Il est bien évident que rien de tel n'est à craindre de la suppression des varices, mais il ne faut pas s'étonner outre-mesure de la question posée par les malades et de leur crainte des alternances ou plutôt des suppléances possibles.

Au reste, ces derniers ne demanderont qu'à se laisser convaincre, mais quelques explications ne sont pas toujours superflues.

Gêne de la circulation de retour.

On nous objecte souvent aussi : supprimer les varices, c'est très bien, mais on supprime en même temps en grande partie les voies de retour du sang vers le cœur. N'y a-t-il pas là un grand inconvénient ?

Le public en effet n'est pas obligé de savoir comment se comporte essentiellement la circulation veineuse des membres inférieurs : il faut lui expliquer que les veines superficielles, une fois dilatées et forcées, loin de servir de voies de retour, subissent au contraire le reflux en sens inverse de la colonne sanguine, de telles veines ne sont plus actives, c'est-à-dire conductrices, elles sont devenues passives, ne sont plus que des sortes de poches remplies d'un sang veineux plus ou moins immobile, inerte.

D'ailleurs, croit-on que la circulation ne se faisait pas beaucoup mieux alors qu'il n'y avait pas encore de varices ? Et serait-ce un mal, vraiment, de détruire ce qui, justement, apporte la plus grosse gêne à la circulation de retour, ces varices dans lesquelles le sang, au lieu de circuler en se dirigeant vers le cœur stagne et pèse de tout son poids ?

La circulation bien au contraire se rétablit normalement dès que les varices sont détruites ; le sang passe à nouveau, comme il doit, par les veines profondes de la jambe, veines qui, elles, munies de valvules plus solides et maintenues par les muscles qui les entourent, ne sont et ne peuvent être variqueuses.

Données théoriques dira-t-on ? Alors demandons aux malades traités leur avis : que ressentent-ils une fois leurs veines superficielles sclérosées, si ce n'est une amélioration considérable de tous les troubles fonctionnels, une atténuation, une diminution et presque toujours la disparition complète de cette sensation de lourdeur, de pesanteur de leurs membres inférieurs, qui, auparavant, ne les quittait pas. Ce bien-être consécutif, serait-ce donc un indice de gêne dans la circulation de retour ?

Autre objection, de beaucoup plus importante, et que se sont faite certainement à eux-mêmes les premiers expérimentateurs ; ne risque-t-on pas, en voulant scléroser les veines superficielles, de dépasser son but et de voir la sclérose, l'oblitération porter également sur les veines profondes auquel cas cette fois la circulation de retour serait franchement gênée, peut-être même entièrement compromise ?

Et certes, pour nos devanciers, l'appréhension a dû être grande, l'attente du résultat assez angoissante. Lorsque Sicard renouvela la méthode, lui aussi, à son tour, appréhenda de « provoquer un blocage trop complet du système veineux, avec entraves plus ou moins sévères de la circulation de retour », craintes que par la suite il ne vit heureusement jamais se réaliser.

Et en effet, pratiquement, la chose ne peut guère se produire *si l'on prend la précaution, d'une part de s'assurer au préalable de la perméabilité du réseau profond et de l'absence d'une réaction phlébitique récente, et, d'autre part, d'éviter chez son patient la contraction immédiate, après chaque injection, des muscles de sa jambe.* Nous avons indiqué ailleurs les raisons de cette conduite (1), nous n'insisterons donc pas.

Danger de la production d'une phlébite véritable.

Très grosse objection faite à la méthode dès que celle-ci eut vu le jour, et non seulement par les intéressés, mais par la plupart des médecins : c'est une phlébite que l'on provoque quand on

(1) Raymond Tournay. — « La technique des injections sclérosantes intra-variqueuses ».) *Le Concours médical;* 24 juin 1928.

veut scléroser une veine ; cette phlébite est-elle toujours inoffensive ?

Il s'agit de s'entendre : il y a phlébite et phlébite.

L'injection sclérosante provoque bien en effet une inflammation de la veine et des pourtours de la veine, mais il s'agit là (employons les termes de Sicard) d'une *endo-veinite* et d'une péri-veinite aseptiques, c'est-à-dire d'ordre uniquement chimique et non pas d'ordre microbien, alors qu'au contraire la phlébite vraie est le fait d'une inflammation de la veine par des microbes ; dans ce dernier cas seulement il y a à craindre tous les inconvénients et tous les dangers de la phlébite telle qu'on l'entend habituellement, mais non pas dans le cas de l'endo-veinite provoquée chimiquement.

Ici encore nous n'insisterons pas, la démonstration ayant été faite à diverses reprises de l'impossibilité de produire, par injections sclérosantes aseptiques, une phlébite vraie. Indiquons seulement, en quelques mots, les différences essentielles entre veinites chimiques et phlébites véritables.

Le tableau clinique, l'allure, l'évolution ne sont d'ailleurs pas comparables dans un cas et dans l'autre. La veinite, inflammation d'ordre chimique, est localisée ; elle est limitée à un ou des segments veineux ; elle ne porte que sur des veines superficielles ; elle n'est pas douloureuse ou seulement par le fait de l'inflammation des tissus péri-veineux (et même alors de façon toujours très tolérable) ; elle ne s'accompagne pas d'œdème de tout le membre ; elle ne provoque pas d'obstacle, de gêne à la circulation puisqu'elle n'atteint pas les veines profondes ; elle est apyrétique presque toujours.

La phlébite, par contre, inflammation microbienne, n'est pas strictement limitée, elle est plus ou moins diffuse, à tendance nettement extensive ; elle porte sur les veines profondes ; elle est un obstacle considérable à la circulation de retour, et de ce fait s'accompagne d'un œdème blanc de tout le membre ; elle provoque des douleurs d'un type spécial, aiguës, continues ; la fièvre est de règle.

Non, l'injection sclérosante ne donne pas de phlébite vraie. Pour qu'il y ait phlébite vraie, il faut qu'il y ait au préalable infection.

Asepsie, naturellement.

Non-intervention chez des malades infectés.

Pas d'injections au voisinage de tissus enflammés, de plaies ou d'ulcères non détergés.

Expectative chez les phlébités récents.

Ainsi, rien à craindre.

Risque d'embolies.

Rien à craindre non plus de la possibilité d'une embolie. Pour qu'une telle complication fût possible, il faudrait tout d'abord admettre la formation préalable dans la veine traitée d'un caillot sanguin dont une parcelle serait susceptible, comme dans la phlébite vraie, de se détacher.

Or le traitement sclérosant ne consiste nullement (quelques auteurs malheureusement ont un moment employé le terme tout à fait impropre, incorrect, et même contradictoire, d'injections coagulantes au lieu d'injections sclérosantes, et cela a pu amener le trouble dans les esprits) à provoquer la formation d'un caillot dans la varice à guérir. Ce n'est pas du tout en coagulant le sang à l'intérieur de la varice que l'on agit. La solution injectée provoque un épaississement des parois de la varice et une prolifération active de son endothélium qui se recouvre d'un dépôt fibrineux : si l'on peut parler à ce moment de caillot, c'est d'un caillot cruorique intimement lié, fixé aux autres éléments, organisé et véritablement encloué, comme on l'a dit, par tous les prolongements conjonctifs partis de l'endothélium, et dans l'impossibilité absolue, par conséquent, de se détacher ou de laisser se détacher de lui seulement une minime parcelle de sa propre substance.

Quelle différence avec le caillot sanguin de la phlébite, caillot à peine adhérent, parfois libre, et dont l'extrémité « en tête de serpent », flottant dans le liquide sanguin, risque à tout moment de se détacher, et d'aller, embolus trop réel, obturer un vaisseau artériel d'importance plus ou moins vitale.

L'injection sclérosante ne vise pas à provoquer la formation d'un caillot, avons-nous dit : la preuve la plus tangible en est que toutes les solutions employées pour obtenir la sclérose rendent au contraire le sang incoagulable, qu'il s'agisse du carbonate de soude, du salicylate, du biiodure de mercure ou du citrate de soude. Quiconque a pratiqué des injections sclérosantes en a maintes et maintes fois fait l'expérience : un peu de sang est aspiré dans la seringue ayant contenu la solution sclérogène... aucun caillot ne se forme ; le sang, ou plutôt son mélange avec les quelques gouttes restantes de la solution, reste liquide.

Autre preuve : une veine a été insuffisamment sclérosée par des injections salicylées ou autres, les parois sont épaissies, durcies, mais il reste un canal central encore perméable ; va-t-on y trouver un caillot ? Pas le moins du monde : le sang y circule liquide, aussi normal que partout ailleurs.

Et dans ces petites ampoules qui parfois se forment, portions de veines que le traitement a isolées, qui n'ont pas réagi suffisamment aux injections, qui ne se sont pas indurées en totalité, qui subsistent telles que entre deux segments variqueux complètement sclérosés (parfois un peu brutalement), va-t-on cette fois encore trouver un caillot ? Jamais ! seulement du sang, un peu épais, foncé, « condensé », mais bien liquide ; de caillot pas la moindre trace.

Alors, comment risquerait-on cette fameuse embolie, frayeur de tous les malades, frayeur aussi — naguère — de tant de médecins ?

Les faits sont là d'ailleurs. Depuis huit à dix ans que la méthode sclérosante est appliquée et que des dizaines de milliers d'injections intra-variqueuses ont été pratiquées, le premier cas évident d'embolie consécutive est encore à publier.

Risque de la production d'ulcérations, d'escarres.

On objecte encore, on l'a surtout objecté pendans les deux premières années d'application de la méthode, que les injections sclérosantes peuvent donner lieu localement à de petites ulcérations, à des escarres, très désagréables, très longues à guérir, laissant une trace presque ineffaçable.

Nous ne dirons pas que la chose soit inexacte : nous avons d'ailleurs assez attiré l'attention sur la possibilité de ces complications (1). Mais qu'il nous soit permis à présent de dire : ulcérations, escarres ne doivent plus se voir désormais que de façon tout à fait exceptionnelle.

Tant qu'on s'est servi du carbonate de soude, liquide éminemment caustique et destructeur, leur production ne pouvait pas toujours être évitée, et même avec une technique impeccable. Avec le salicylate, même avec la quinine (à condition de ne pas vouloir injecter des veinules soit intradermiques, soit par trop fines ; et même dans ces cas d'ailleurs les phlycténules parfois consécutives sont si peu de chose) l'escarre ne doit plus être à redouter : elle serait toujours due, sauf rarissimes exceptions, à une faute de technique et le fait d'un opérateur incompétent ou insuffisamment entraîné.

Le traitement serait douloureux ?

Nombre de malades appréhendent aussi de se faire traiter dans la crainte de la douleur qu'ils supposent devoir accompagner ou suivre les piqûres.

De douleur pourtant il n'y en a pour ainsi dire pas. La piqûre d'une aiguille aussi fine que celles que l'on emploie habituellement ne compte guère. Il y a effectivement, un quart ou une demi-minute après l'injection, dans un certain nombre de cas, une sensation de crampe le long dela veine et dans tout le territoire qui lui correspond, mais cette crampe est le plus souvent très légère et très aisément supportable, et sa durée, de toute façon, ne dépasse pas deux minutes, trois au maximum.

(1) Raymond Tournay. — « Varices et Injections. Incidents et accidents d'ordre local. » *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Si d'ailleurs, chez certains sujets plus particulièrement sensibles, ou plus douillets, ou plus nerveux, l'atténuation ou même la suppression de cette sensation pénible de crampe, de brûlure, de choc, était désirée, il suffirait d'avoir recours (en surveillant son action) à l'addition à la solution de salicylate de 2, 3, 4 centigrammes de novocaïne : le patient le plus difficile se déclarera presque toujours satisfait.

Et si même cette addition de novocaïne à la solution salicylée devait être rejetée ou ne donnait pas satisfaction, il resterait à abandonner le salicylate de soude et à recourir au chlorhydrate de quinine : les réactions douloureuses immédiates seraient à coup sûr évitées.

Gêne pour le travail. Immobilisation.

D'autres malades craignent d'être gênés dans leur travail par le traitement, d'être obligés de s'arrêter, d'être immobilisés.

Méthode ambulatoire pourtant que la méthode sclérosante, et qui peut être appliquée, on peut dire à peu près toujours, sans le moindre désagrément pour les occupations du malade, sans que celui-ci soit à aucun moment obligé de cesser son travail.

L'opéré peut aller et venir comme bon lui semble ; il sort du cabinet du médecin comme il y est entré, pas plus gêné, et au contraire, que lorsqu'il y est entré.

On ne lui recommandera évidemment pas de faire des dizaines de kilomètres après avoir reçu sa piqûre, ni d'exagérer la fatigue : on lui demandera seulement d'être raisonnable.

Que la réaction consécutive à l'injection produise une inflammation trop vive, la chose pourra se voir, mais si rarement. Au surplus des compresses humides pendant la nuit suffiront presque toujours ; quelquefois seulement un repos relatif sera nécessaire durant quelques jours : exceptions, et rarissimes.

***

Telles sont les principales objections que l'on peut faire à la méthode, celles du moins qui sont le plus ordinairement formulées. Objections d'ailleurs plus rares de jour en jour, moins convaincues aussi et plus faciles à réduire.

La méthode des injections sclérosantes a en effet à présent quelques années d'existence : les faits ont plaidé pour elle. Mieux connue, mieux comprise, elle n'effraye plus. Et bien au contraire, sans compter les malades qu'elle a guéris et qui ne cachent pas leur satisfaction, voire même certains leur enthousiasme, elle tend à devenir de jour en jour plus en faveur et plus prisée tant auprès du public médical que du public tout court.

SÉROTHÉRAPIE

Posologie des sérums antidiphtériques en pratique.

Mon cher Confrère,

Voulez-vous connaître encore l'opinion d'un praticien sur l'emploi du sérum antidiphtérique ?

La question de la posologie du sérum est secondaire à une question beaucoup plus importante : celle du *diagnostic*.

Une angine blanche, pas plus qu'une toux rauque, une conjonctivite, un coryza ou une vulvite n'est pas forcément de nature diphtérique. Si un médecin, à la campagne, peut se permettre, sans alarmer la famille, d'injecter 50 unités d'antitoxine à un malade suspect qu'il ne pourra revoir que le lendemain, il me paraît inadmissible de parler de diphtérie et de faire un traitement soutenu avec de faibles ou de fortes doses, peu importe, sans avoir la preuve bactériologique de la présence du bacille de Lœffler.

Quand on s'attache à faire systématiquement l'examen direct des produits suspects et dans tous les cas la culture à l'étuve, on se rend compte que la diphtérie est une maladie somme toute exceptionnelle ; personnellement, sur 10 angines blanches, je ne suis pas sûr de rencontrer 1 diphtérie. Quand il y a diphtérie, par contre, il me paraît hors de doute qu'il faut injecter pendant les deux premiers jours surtout, de fortes doses de sérum : 50 cc. par 24 heures me paraît être un minimum. Evidemment, on a vu des angines guérir avec un ou deux flacons, on en a même vu guérir sans sérum, mais je ne croirai avoir mis mon malade à l'abri des accidents tardifs (paralysies et albuminurie) que quand je l'aurai soumis dès les premiers jours au traitement intensif tel qu'on le pratique dans les hôpitaux.

Je partage entièrement, vous le voyez, l'avis du Dr Phelebon.

Le sérum antidiphtérique employé à hautes doses donne les plus grandes satisfactions thérapeutiques. Dans la diphtérie, ses inconvénients sont nuls si on les compare à ses bienfaits ; hors de la diphtérie, il reste permis de l'accuser des pires méfaits.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments confraternels les meilleurs.

Dr Babin.
Arpajon (S.-O.).

Mon cher Confrère,

C'est encore moi, qui, au sujet des doses de sérum a à vous entretenir de deux correspondances récentes.

L'une émane du Dr Caizergues de Bram (Aude). Celle-là, je l'attendais, et m'étonnais de ne pas l'avoir encore reçue.

Elle se résume dans sa phrase finale :

« Je crois donc que pour apprécier la valeur de la sérothérapie antidiphtérique, il ne faut tenir compte que de cas authentifiés par l'examen bactériologique, sans quoi on risque, de très bonne foi, d'attribuer aux petites doses des succès qui n'en sont pas. »

La réponse à cela est facile : quand des confrères vous disent que, depuis 25 ans, depuis 30 ans, ils constatent *généralement* la suffisance des petites doses, en admettant qu'il y ait des cas douteux ou faux, *il en reste suffisamment de certainement vrais* pour que cette suffisance soit bien prouvée.

Et quand ayant vu un soir un malade j'ai cru devoir lui faire une injection, si le lendemain je le trouve dans un état cliniquement satisfaisant, je trouve absolument inutile d'aller faire faire, *à la ville voisine*, 22 kilom., un examen bactériologique... et la famille sera *toujours* de mon avis !

Mon autre correspondant me demande de ne pas publier sa lettre. Je crois cependant utile d'en parler, tout au moins.

Après avoir commencé par s'élever contre les petites doses de sérum, il en est arrivé à conclure : « Pour moi je croirais assez qu'il y a diphtérie et diphtérie, comme il y a fagot et fagot. »

C'est bien ce qui semble, en effet, résulter de l'enquête en cours.

Lui soigne des petits citadins dans un hôpital marin d'enfants, il y voit des cas graves et qui résistent même à de fortes doses.

Mais, n'avons-nous pas là, réunies, les conditions et d'exaltation de virulence des microbes (1° citadins, 2° milieu hospitalier,) et aussi de diminution de résistance de l'organisme. (Ce ne doit pas être par excès de santé que ces enfants sont envoyés dans ces hôpitaux !)

En outre, sa lettre est très intéressante parce qu'un grand nombre de ces gosses contracteraient des diphtéries malignes, quoique ayant tous été vaccinés par l'anatoxine (il ne me dit pas depuis combien de temps).

Il me semble pourtant que l'on a proclamé l'efficacité de celle-ci, à cause de la disparition qu'elle produit de la réaction de Schick !

Que pense de cela le confrère Caizergues, défenseur du laboratoire ?

C'était aussi la réaction de Schick qu'on m'avait opposée, quand je parlais de l'action du sérum *per os*.

La réaction n'était pas modifiée, me disait-on, donc le sérum n'agit pas... et pourtant, je constatais son action certaine. Galilée avait dit lui aussi : *e pur si muove* !

Je crois qu'il y a encore de beaux jours pour la clinique !

Veuillez agréer, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr E. DAMEY
Douarnenez (Finistère).

***

Mon cher Confrère,

Très intéressé par votre discussion sur les doses de sérum antidiphtérique à employer, je me permets de vous adresser mon opinion, basée sur 10 ans d'exercice à la campagne.

Tout d'abord, je crois que dans une controverse de ce genre, pour apprécier une thérapeutique, il faudrait ne tenir compte que des cas absolument certains, authentifiés par le laboratoire. Vous avez prévu l'objection; à mon avis, elle est capitale.

Nous avons tous vu des malades, que nous pensions atteints d'une diphtérie indiscutable cliniquement, ne pas avoir de bacilles dans leur pharynx, et d'autres pour lesquels nous avions pratiqué l'injection du doute (dans le doute ne t'abstiens pas) présenter des bacilles longs en grand nombre. Ceci est assez banal quand on a recours habituellement au labo, et rend très prudent pour le diagnostic. Je ne dis pas pour l'injection.

L'éloignement du laboratoire par nos temps d'autobus, de motos, en usant simplement de la poste, ne doit pas compter beaucoup. Dans la plupart des départements il y a des labos officiels gratuits pour indigents, ce qui élimine souvent la question de prix. Quant à dire qu'on perd son temps à envoyer au labo, c'est une autre affaire... d'appréciation.

Croyez-vous que personne emploie les doses « formidables » d'une façon systématique, sinon dans des cas particuliers ? Généralement, la cause en est dans la résistance anormale des membranes, ou une toxémie d'allure menaçante.

Et connaissez-vous des cas où l'on puisse incriminer la quantité de sérum injecté ? Il y a autant de fortes réactions avec les petites doses qu'avec les grosses.

Je reconnais, avec M. Maffre, que les ampoules devraient être plus grosses, et moins chères.

Je pense qu'il est prudent d'employer d'emblée une dose d'au moins 60 cc. chez l'adulte et 40 chez l'enfant. Pourquoi cet avis ?

En présence d'une angine à fausses membranes est-on jamais sûr du pronostic ? Telle qui paraissait bénigne fera une sidération surrénale qui emportera le malade en quelques heures, ou aura des membranes qui seront impossibles à faire disparaître sans « aller fort ». Il vaut alors mieux prévoir... puisque c'est sans danger.

Et ensuite, pour régler sa thérapeutique, si on a des données par le labo, on marche plus sûrement ; si au contraire on marche à l'aveuglette, par le seul examen clinique qui est impuissant dans bien des cas à prévoir les complications, du moins certaines, il vaut de nouveau mieux faire trop que trop peu, le malade a plus de garanties, et il ne risque rien du fait de la dose forte. Les petites doses ne pourraient donc être utilisées que précisément avec le contrôle bactériologique (quantité, forme, associations, etc...).

Avec les fortes doses je crois qu'on met le malade mieux à l'abri des complications, surtout des paralysies.

Pour terminer, suivant la tradition, deux cas personnels qui illustreront ma thèse.

Mon ami J. me passe sa clientèle en partant en vacances. Il me signale un cas de diphtérie chez un enfant, avec examen positif, pour lequel il a pratiqué deux injections de 10 cc. de sérum ancien. « Tout va bien, me dit-il, si on a besoin de toi, on t'appellera. »

Trois jours après, sept jours après l'injection, on m'appelle. L'enfant depuis le matin ne va pas. Il est pâle, las ; il a de la peine à se soulever sur son lit et ne demande qu'à dormir. Pas de fièvre. L'examen permet de constater l'intégrité de la gorge, et une insuffisance surrénale aiguë.

Sérum à la Besredka par les trois voies, sérum adrénaliné... l'enfant meurt tout de même dans la nuit, tout doucement.

J. me dit ensuite que les membranes avaient disparu très vite, et que sans le labo il aurait hésité sur le diagnostic. Il regrettait de ne pas avoir été « plus fort », et depuis, il emploie des doses plus énergiques. Il ne s'en plaint pas.

On m'appelle un jour d'hiver pour voir un enfant qui « avait des glandes ». Cet enfant avait une diphtérie très nette. Je fais d'emblée 60 cc. de sérum, prélève des membranes que le père porte d'un coup de moto au labo voisin (25 k. aller). Confirmation avec la mention : « très nombreux bacilles longs à l'examen du frottis », et le lendemain ou le surlendemain « cultures positives ». Le soir j'avais fait encore 60 cc.

Le lendemain, même état. Je refais 40 cc. le matin. Dans l'après-midi, appel. L'enfant a un peu de tirage et la voix sourde. Je fais 60 cc. en une seule fois (220 cc.). Il commençait de neiger, je ne savais pas si la neige, assez rare ici, permettrait qu'on vînt la nuit me prendre; je l'envoyai à l'hôpital à mon ami G. laryngologiste.

Ce dernier m'a dit qu'on avait fait en tout à cet enfant 900 cc. de sérum ; il avait dû le trachéotomiser d'extrême urgence après 400 cc. L'enfant a guéri, sans séquelles et va très bien.

J'ai eu l'occasion depuis de lui faire du sérum

antitétanique, je lui ai injecté prudemment 10 cc. de sérum purifié, il n'a pas fait de forte réaction.

Je crois donc que pour apprécier la valeur de la sérothérapie antidiphtérique, il ne faut tenir compte que de cas authentifiés par l'examen bactériologique ; sans quoi on risque de très bonne foi d'attribuer aux petites doses des succès qui n'en sont pas.

Je ne crois pas à la nocivité des fortes doses. Avec de faibles doses on peut avoir des surprises désagréables.

Confraternellement à vous.

Dr Caizergues.
Bram (Aude).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Vaccinothérapie staphylococcique. Importance du métabolisme microbien.

MM. Jaubert et Gay après quelques considérations générales sur la vaccinothérapie staphylococcique concluent à l'action spécifique indéniable des différentes préparations vaccinales à staphylocoques. Mais il y a cependant un pourcentage d'échecs assez élevé que les auteurs attribuent aux sécrétions microbiennes irritantes, nécrosantes et cachectisantes. L'immunisation curative n'a été jusqu'à présent réalisée qu'avec des émulsions de corps microbiens tués par différentes méthodes.

Mais le facteur « toxine » a été complètement négligé, aussi les auteurs recommandent-ils l'adjonction, à ces émulsions microbiennes, d'une anatoxine spécifique et d'un lysat renfermant toute une série de corps intermédiaires allant de la bactérie elle-même jusqu'aux plus ultimes produits de désagrégation.

En somme, la formule vaccinale doit réaliser aussi rigoureusement que possible *in vitro* ce qui se produit *in vivo*. D'intéressantes observations signalent les bons effets thérapeutiques du vaccin « staphylagone » établi selon ces conceptions, et qui est venu à bout d'infections staphylococciques anciennes, rebelles ou très sévères. (*Presse médicale*, 14 juillet 1928.)

L'albuminurie chez les diabétiques.

Henry Bith rappelle que suivant que les albuminuries des diabétiques sont dues, soit à des albuminuries simples, soit à des néphrites chroniques, leur pronostic et leur traitement sera très différent.

Les albuminuries simples se rencontrent surtout dans le diabète sans dénutrition azotée, plus rarement dans le diabète avec dénutrition. Le plus souvent elles ne sont pas très importantes (0.20 cent. à 1 gramme), sans cylindrurie, modifiables facilement par le traitement, et curables. Par contre, il est fréquent de trouver des troubles hépatiques : foie hypertrophié et même cirrhosé.

Elles nécessitent un régime réduisant non seulement l'alimentation carnée, mais même l'alimentation générale, car il s'agit plutôt de gros mangeurs.

Quant aux albuminuries avec sclérose rénale, elles impliquent un pronostic réservé. On les rencontrerait dans 45 % des cas de diabète sans dénutrition azotée ; il y a hypertension artérielle ; la quantité d'albuminurie est en général minime (au-dessous de 1 gramme) ; elles s'accompagnent de cylindres urinaires, en particulier granulo-graisseux, qui sont la signature de la lésion rénale. Chez ces malades existe le syndrome hypertensif de la néphrite chronique (céphalée, épistaxis, vertiges, palpitations, dyspnée d'effort, crampes) et le syndrome azotémique (prurit, torpeur, troubles de la vision, troubles digestifs) ; la cholestérinémie est toujours très élevée. La glycémie est quelquefois beaucoup plus élevée qu'on ne le supposait, en raison de l'imperméabilité rénale qui élève le seuil du glucose. Aussi chez ces sujets, est-il utile de faire de temps en temps le dosage du sucre du sang, même lorsque le sucre de l'urine a disparu depuis longtemps. Le coma urémique est le plus souvent l'accident terminal ; il ne faut pas le prendre pour un coma diabétique ; d'ailleurs l'insuline ne donne aucun résultat, et il faut tenter le traitement du coma urémique.

Le régime est assez difficile à établir ; si l'on réduit l'alimentation carnée et que l'on veuille conserver une ration suffisante en calories et en qualité, on tend à élever surtout les graisses et à donner la quantité d'hydrates de carbone la plus élevée possible, mais en restant au-dessous de la tolérance. Si la tolérance est peu élevée, la ration est insuffisamment riche en calories, ou la glycosurie réapparait. D'autre part, si on ne réduit pas les albumines de la ration alimentaire, pour agir uniquement sur le trouble glyco-régulateur, l'albuminurie augmente. Il faut donc,

en pratique, établir un jeu de bascule entre l'alimentation carnée et l'alimentation hydro-carbonée pour maintenir la glycosurie et l'albuminurie en diminution. Chez ces malades, il faut maintenir la glycosurie et l'azotémie à un chiffre voisin de la normale ; mais leur albuminurie ne semble pas très influencée par les régimes.

Dans les cas de néphrites, l'emploi de l'insuline est limité, sauf si la tolérance est faible ou si une complication survient (gangrène, abcès). D'ailleurs, comme il s'agit en général de diabétiques sans dénutrition, à tolérance assez élevée, les injections d'insuline sont inutiles. (*La Pratique médicale française*, avril 1928 A.)

Les soins du post-partum.

C'est le pouls de la malade et l'utérus qui nous donnent les indications désirables. Normalement, le pouls se ralentit immédiatement après la délivrance, et toute accélération doit nous faire penser à une complication, en l'occurrence à une hémorragie. D'autre part, une simple application de la main sur le ventre nous permettra de sentir le fond et d'apprécier sa hauteur et sa consistance.

Mais l'examen du délivre devra être faite de la façon la plus minutieuse ; car c'est lui souvent qui nous donnera les indications de la meilleure thérapeutique à suivre si des complications surviennent.

Voici comment procède le Dr Poulain (de Bruxelles). Pour voir si les membranes sont complètes, on soulève verticalement le sac et souvent la loge apparaît avec son orifice arrondi, orifice de sortie du fœtus ; la main introduite dans le sac permet de se rendre compte de son intégralité ; on reconnaît aisément les trois membranes accolées : amnios, chorion et caduque. Parfois les membranes sont dissociées ou déchirées et il est très souvent difficile de reconstituer le sac et d'affirmer qu'il n'y a pas de rétention des membranes. Le placenta sera examiné sur ses deux faces : la face maternelle normalement mamelonnée est lisse, brillante et de couleur gris bleu. Un moyen facile de voir s'il manque de la caduque placentaire est de verser sur la face maternelle du placenta de l'eau bouillante, la partie non dénudée apparaît violacée et constraste nettement avec le tissu dépourvu de sa caduque. Si on constate une déchirure de la masse placentaire il faut pouvoir affronter exactement les lèvres de la déchirure ; si on ne peut le faire c'est qu'un cotylédon a été arraché et retenu dans la matrice. Lorsque les cotylédons tangentiels ou supplémentaires ont été arrachés, on voit que, à ce niveau, si on retourne le placenta et que l'on regarde la face fœtale, un vaisseau se termine brusquement en pleine aire membraneuse ; c'est que là un cotylédon manque.

L'auteur ne fait plus d'injection, l'accouchement terminé, afin d'éviter la pénétration des souillures provenant du voisinage de la vulve ; mais il irrigue la région vulvaire avec une solution antiseptique (Carrel) et il l'essuie au moyen de tampons stériles montés sur une longue pince stérilisée. On recouvre la vulve d'un pansement stérile et la malade est ramenée à son lit , puis réchauffée.

Dans la suite, trois fois par jour on fait une irrigation vulvaire avec une solution antiseptique. Chaque jour, on suit la diminution progressive de l'utérus, qui normalement descend d'un centimètre par jour, qui arrive un peu au-dessus du pubis le 10e jour. Les lochies sont constituées par du sang rouge les deux premiers jours, elles deviennent ensuite sanguinolentes et séreuses.

La température doit rester normale, car la fièvre de lait n'existe pas. S'il y a hyperthermie, même minime, chercher aussitôt s'il s'agit d'une infection des voies génitales ou d'une maladie intercurrente (fièvre typhoïde, grippe, etc.)

Souvent on constate du ballonnement du ventre, ; la constipation, qui est la règle, en est la cause ; il ne faut pas purger les malades, qui habituellement ont une selle spontanée vers le quatrième jour.

Les accouchées ne peuvent quitter la clinique avant le dixième jour. Il est bon de faire coucher chaque jour quelques heures sur le ventre les accouchées dont l'utérus a des tendances à se mettre en rétroversion.

Dans les cas de rétentions totales du délivre, on vide l'utérus après trois heures d'attente, à moins qu'une hémorragie n'oblige à le faire plus tôt. Dans les cas de rétentions partielles, s'il ne manque que peu de membranes, les conditions favorables dans lesquelles l'accouchement a été fait permettent d'attendre et l'expulsion se fait habituellement sans accident au bout de quelques jours. Si les membranes ont été retenues en totalité, ou en grande partie, ou si l'examen minutieux du délivre indique une rétention de cotylédon, on introduit la main dans l'utérus pour faire le curage digital.

Quand l'utérus n'involue pas normalement, reste mou, et finit par saigner, les lochies sont sanglantes avec caillots, et il n'est pas rare de voir s'installer une infection. Sitôt ce diagnostic posé, l'auteur intervient au moyen d'une large curette tranchante, il contrôle l'état de l'utérus qu'il débarrasse de ses caillots et de son délivre partiellement retenu. Il est resté fidèle à l'usage de l'ergotine et du gynergène, dont l'action facilite la sortie des caillots et des lochies. La vaccination locale suivant la méthode de Besredka peut avoir des effets heureux. Il est bon aussi de favoriser la défense de l'organisme par des injections intraveineuses de sulfarsénol aux doses de 12 centigrammes répétées quatre ou

cinq fois à deux jours d'intervalle. (*Bruxelles médical*, 1er juillet 1928.)

Quand faut-il opérer une lithiase biliaire ?

Il reste toujours entendu qu'on doit faire opérer toute lithiase que ne peut améliorer le traitement médical. Mais, dit Noël FIESSINGER, qu'entend-on par amélioration ? Quelle est la solidité, la permanence de cette amélioration ? Quelles sont les indications de l'attente, et les indications contraires ? En fait de lithiase, il ne faut pas avoir une opinion trop absolue ; il n'est pas de maladies où les nuances cliniques doivent être autant soupesées à leur juste valeur pour fixer l'opportunité d'une attitude thérapeutique ; il faut savoir être interventionniste et non interventionniste.

I. *Dans certaines circonstances*, en général dans les lithiases peu bruyantes et ne compromettant pas l'état général, *il faut savoir attendre* : coliques hépatiques simples sans ictère, ni fièvre, espacées de plus de 2 ou 3 mois, ne se rapprochant pas, compatibles avec une vie normale — coliques hépatiques frustes — cholécystite fruste avec retentissement digestif mais ne compromettant pas la stabilité pondérale, lithiases sans calculs visibles aux rayons avec cholécystographie normale.

Les raisons de cette attente sont de deux ordres :

1° Certaines lithiases guérissent sans intervention. Elles sont souvent situées chez les femmes 5 ou 6 ans avant ou après la ménopause ; la lithiase persiste, mais reste silencieuse, et alors le traitement médicamenteux, la diététique et les cures hydrominérales ne sont pas indifférents. Mais il est aussi des lithiases qui guérissent ; c'est là qu'intervient le phénomène de l'expulsion et on peut rechercher d'ailleurs dans les matières les calculs expulsés ; ce sont généralement de petits calculs à facettes ; dans certains cas, l'expulsion se fait en série et, souvent, sous l'effet d'un traitement alcalin ; le plus souvent l'expulsion calculeuse est plus opiniâtre. Enfin la guérison peut survenir par enkystement.

2° Une lithiase opérée n'est pas forcément à l'abri des rechutes de coliques ; on est alors le plus souvent condamné à l'expectation chirurgicale ; mais assez souvent, tout finit pas s'arranger. Aussi, après l'opération, est-il nécessaire de suivre le régime, de poursuivre le traitement, et de ne pas abandonner les cures alcalines.

II. *Dans certaines autres circonstances, il ne faut pas attendre*. Le point le plus délicat réside dans la connaissance du moment exact où il n'est pas trop tôt et où il n'est pas trop tard pour se décider. Les indications peuvent être :

Fonctionnelles : répétition des coliques (rendant la vie impossible, empêchant l'alimentation); ictères de plus en plus rapprochés ; ictères permanents.

Générales : amaigrissement progressif, fièvre (continue indiquant une cholécystite suppurée, ou intermittente traduisant un calcul du cholédoque). Accélération du pouls.

Locales : grosses distensions vésiculaires ; gros calculs uniques visibles à la radiographie, peut-être calculs à facettes ; exclusion vésiculaire (pas de bile B au tubage duodénal, vésicule non visible à la cholécystographie).

Sociales : suivant les besoins professionnels du malade.

Occasionnelles : âge, état pulmonaire, rénal, cardiaque, pleural, tension artérielle, dont l'étude d'ensemble permet d'établir le coefficient de résistance du malade pour l'intervention ou la non intervention. (*Journal des praticiens*, 16-juin 1928.)

L'hypodynamie du myocarde (Pronostic et traitement).

Le Pr LIAN estime que le diagnostic d'insuffisance myocardique d'allure primitive est bien loin d'entraîner *ipso facto* un pronostic fatal à brève échéance. La gravité du pronostic découlera non de l'existence d'une hypodynamie cardiaque, mais de l'importance de l'encombrement ventriculaire, qui en est la conséquence : bruit de galop, insuffisances valvulaires fonctionnelles, grande convergence des chiffres de pression artérielle maxima et minima, pouls alternant, dilatation cardiaque considérable. Le pronostic découle également de l'aspect de la courbe ventriculaire dans les électro-cardiogrammes recueillis chez ces malades ; enfin il tire de grandes précisions de l'échec d'un traitement bien conduit. Quand des cures de digitaline poussées jusqu'à la saturation, et maintes fois répétées à cinq jours d'intervalle seulement ont échoué malgré la mise en œuvre de toutes les prescriptions adjuvantes (saignées, purgatifs, repos absolu, théobromine, diète hydrique, puis régime strictement déchloruré), le pronostic est sombre. On en appelle à l'ouabaïne par voie intra-veineuse, et si l'on échoue encore, malgré des cures prolongées ou répétées, la partie est à peu près perdue.

Les bons résultats thérapeutiques sont fréquents dans les formes légères et dans les formes moyennes de l'hypodynamie du myocarde, mais ils sont exceptionnels dans les formes avec grande insuffisance cardiaque.

On lutte d'abord contre les causes de l'hypodynamie du myocarde ; on fait, quand et comme on le peut, la thérapeutique en rapport avec son étiologie souvent inconnue : glandes endocrines, anémie, etc. Mais il ne faut pas oublier pour cela les bons résultats que peut donner la thérapeu-

tique à action directe sur l'appareil cardio-vasculaire.

Cures digitaliques d'une semaine environ à doses moyennes (1/5 de milligr. de digitaline cristallisée) les premiers jours de la semaine; faibles (1/10 de milligr. de digitaline cristallisée) les derniers jours de la semaine. Ces cures sont d'autant plus rapprochées que le cas est sérieux, avec un intervalle moyen de 5 à 7 jours. Dans les cas graves, la théobromine est à prescrire à peu près en permanence pendant les cures digitaliques et dans leurs intervalles. Ne pas oublier les moyens adjuvants rappelés plus haut.

Il faut aussi dire, une fois de plus, que la digitale a une action favorable directe sur la contractilité myocardique, et non pas seulement une action sur le rythme et la fréquence des contractions cardiaques ; elle exerce cette action aussi bien sur les fibres musculaires du ventricule gauche que sur celles du ventricule droit ; elle agit même avec un cœur régulier dans des syndromes asystoliques ; enfin l'insuffisance myocardique d'allure primitive, c'est-à-dire l'hypodynamie du myocarde est susceptible d'être grandement améliorée par la digitale.

La digitale est le meilleur agent cardio-dynamique à employer par la voie buccale sauf dans les bradycardies et le rythme couplé, où il faut préférer l'ouabaïne. Par contre l'ouabaïne a mieux fait ses preuves par la voie intra-veineuse, quand il faut abandonner la voie buccale ; ne jamais oublier de tâter la susceptibilité des malades à cœur épuisé. (*La Pratique médicale française*, avril 1928 A.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Prophylaxie de la tuberculose.

(M. J. Lignières. — *Académie de médecine* ; 2-10-1928.)

Grancher, il y a plus de trente ans déjà, a magistralement exposé les bases de la lutte contre la tuberculose, qu'il a résumées par cette formule : pas de crachats à terre, pas de poussières.

Les principes de Grancher, dit M. Lignières, n'ont rien perdu de leur valeur. Si leur application n'a pas été suivie de tous les résultats souhaitables, c'est qu'elle a été faite avec trop de timidité. Il ne suffit pas de dire ou d'afficher « *défense de cracher par terre* », il faut y associer des sanctions. Le mieux serait d'inciter le public lui-même à faire respecter les règles d'hygiène édictées pour le protéger, en lui donnant la possibilité de faire dresser des procès-verbaux par les agents de l'autorité. Les mesures qui se trouveraient ainsi appliquées dans les agglomérations (magasins, ateliers, transports en commun) seraient tout naturellement implantées dans les familles.

M. Lignières propose la formule de prophylaxie suivante :

« Art. 1er. — Cracher à terre et faire de la poussière dans les lieux fermés pendant que le public y a accès ou quand on y travaille est un délit. Il est défendu de cracher sur le trottoir. Tousser librement en présence d'autres personnes sans mettre la main ou le mouchoir devant la bouche est également un délit.

« Art. 2. — Pour dresser procès-verbal et appliquer la peine correspondante, il suffit de dénoncer l'une ou l'autre de ces infractions à un agent de l'autorité qui sera tenu d'intervenir. Les agents devront aussi dresser procès-verbal lorsqu'ils constateront eux-mêmes un de ces délits.

« Art. 3. — Les infractions à la présente loi seront punies de... ; en cas de récidive, l'amende pourra être portée jusqu'à... »

Ces mesures qui s'adressent à toutes les poussières, à tous les crachats, aux individus sains en apparence comme aux malades, auraient l'avantage d'éduquer le public, de lui permettre de se défendre, à tout instant, contre les causes les plus fréquentes et les plus dangereuses de la contagion bacillaire, en même temps qu'elles feraient de ce public le meilleur collaborateur de la prophylaxie anti-tuberculeuse.

A propos de la rachianesthésie.

(M. René Bonamy. — *Société des chirurgiens de Paris*; 6-7-1928.)

M. René Bonamy rapporte un cas intéressant d'accident mortel au cours de la rachi-anesthésie. Il remonte à l'année 1901, époque où, seule, la cocaïne était employée pour la rachi. Chez un homme de 75 ans atteint de hernie inguinale étranglée et irréductible, l'auteur fit une injection intra-rachidienne de deux centigrammes de cocaïne. L'anesthésie de toute la région sous-ombilicale se fit immédiatement et de façon parfaite.

L'opération (simple kélotomie) dura à peine 10 minutes, en position horizontale. Elle allait être terminée quand le malade pâlit et dit : « Je ne sens plus rien, je ne sens plus mes jambes, je ne sens plus mes bras, mes mains... » A ce moment sa parole s'embarrassa, il balbutia quelques mots vagues, tomba en syncope et malgré les injections diverses, la respiration artificielle, mourut sur la table d'opération. On avait assisté à l'anesthésie graduelle et progressive de l'axe cérébro-spinal, comme dans une véritable expérience de laboratoire.

Actuellement, l'auteur n'emploie la rachi que dans les cas où l'éther est contre-indiqué, notamment chez les pulmonaires. Il ne l'utilise jamais chez les hypotendus, ni dans les hémorrhagies graves.

Etude sur le cancer.

(M. W. S. Bainbridge, de New-York. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 6-7-1928.)

M. Buizard présente un rapport sur un travail de M. Bainbridge relatif à la prophylaxie et au traitement du cancer.

Parlant de la prophylaxie des tumeurs malignes, l'auteur estime qu'il faut instruire le public, sans l'effrayer, lui montrant que les irritations prolongées en quelque partie du corps peuvent entraîner le cancer, que tout symptôme anormal demande un examen médical. Une description des conditions précancéreuses possibles est un procédé légitime de lutte contre le cancer, aboutissant à des opérations judicieuses et précoces.

M. Bainbridge envisage ensuite le traitement du cancer. La biothérapie et la chimiothérapie n'ont pas donné jusqu'à ce jour de résultats probants. Le professeur Bell prétend avoir obtenu des succès avec le plomb. En réalité, le Comité de lutte contre le cancer, de l'Empire britannique, chargé d'un rapport sur le traitement du cancer au moyen du plomb colloïdal suivant la méthode du professeur Blair Bell n'a trouvé, à l'autopsie de 8 malades ayant été soumis à cette thérapeutique, aucune preuve d'un effet destructif du tissu cancéreux, ni de l'arrêt de la maladie. Il a observé, par contre, des altérations des organes vitaux (reins, foie) dues au médicament.

L'auteur aborde ensuite la question de la radiothérapie et de la chirurgie. Considérant, en particulier, le cancer du sein et celui de l'utérus, il croit à la supériorité de la chirurgie.

M. Bainbridge termine par les conclusions suivantes :

1° La contagion et l'infection cancéreuses restent tout à fait improbables. Dans le cas de cancéreux à manifestations externes (ulcération ou écoulement) il n'y a qu'à prendre les précautions que l'on adopterait dans le traitement d'une plaie septique ouverte.

2° Malgré la possibilité de facteurs généraux cachés, le cancer peut être considéré comme local au début et si complètement extirpable à cette période que l'éventualité de la récidive alors est presque nulle.

3° Bien que d'autres méthodes de traitement puissent dans quelques cas donner de l'espoir, la chirurgie, dans la majorité des néoplasmes opérables, offre les chances les plus grandes de guérison.

4° Les faits prouvent que le cancer peut être atténué par la destruction de facteurs susceptibles de le provoquer, tels que : affaiblissement de la nutrition générale, acidose chronique, inflammation et irritation chroniques, chocs violents répétés, tissus cicatriciels (lupus, brûlures, etc.), tumeurs bénignes (verrues, angiomes, nævi...), suppurations anormales. Certaines professions, celles par exemple qui emploient le goudron, la paraffine, l'aniline, la suie, les rayons X et le radium, si des précautions ne sont pas prises pour protéger les ouvriers et les manipulateurs, sont capables de déterminer le cancer.

Hypertrophie congénitale du gros orteil.

(M. André Trèves. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 6-7-1928.)

M. Trèves a observé un cas de malformation congénitale du gros orteil. L'orteil en question, de longueur anormale, présentait une augmentation considérable de volume, dans le sens transversal. A la palpation on sentait une véritable plaque osseuse et la radiographie montra qu'il existait une phalangette surnuméraire. Cette petite malformation gênait beaucoup la malade pour se chausser. L'auteur pratiqua l'ablation de la partie osseuse supplémentaire, opération dont le résultat fonctionnel et esthétique fut parfait.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Bacillose pulmonaire. Phrénicectomie et thoracectomie en deux temps.

M. Mallet-Guy présente, avec M. Desjacques, au nom du Prof. Bérard, l'observation d'un malade de 32 ans atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale avec prédominance très marquée à gauche. M. Bérard pratiqua d'abord chez ce malade une phrénicectomie ; quinze jours après, il fit une thoracectomie portant sur sept côtes : de la troisième à la neuvième inclusivement ; enfin trois mois après cette dernière intervention, on fit une thoracectomie des deux premières côtes. Revu six mois plus tard, le malade dit aller de mieux en mieux et à engraissé de cinq kilos.

Prolapsus étranglé et sphacélé d'un anus iliaque gauche.

MM. Mallet-Guy et Heitz présentent, au nom de M. le Prof. Bérard, un malade opéré en février 1927 pour un rétrécissement rectal rebelle ; on pratiqua un anus iliaque gauche. Pendant un an, le fonctionnement de cet anus fut excellent. Mais à ce moment se produisit un volumineux prolapsus constitué aux dépens du tronc inférieur ; la tête de l'évagination était sphacélée sur plusieurs centimètres et tout essai de réduction resta infructueux. M. Bérard pratiqua la résection du boudin avec plein succès.

Gangrène bilatérale des orteils par poly-artérite distale.

MM. MALLET-GUY et HEITZ. — Homme de 51 ans qui, il y a quatre ans, commença à avoir des picotements et des lancées sous la plante des pieds surtout après la marche. A son entrée à l'hôpital, on note de la claudication intermittente surtout à droite, de l'œdème des malléoles, des crises vaso-motrices avec refroidissement et cyanose des pieds. Les orteils sont rouges, douloureux, et au niveau du gros orteil droit existe une plaque de sphacèle. Les battements de la pédieuse sont perçus. A l'oscillomètre, oscillations de grande amplitude surtout à droite ; réflexes rotuliens normaux, l'achilléen est aboli à droite. Tension 16/11. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Pas d'antécédents spécifiques ; Wassermann négatif. La gangrène s'étant étendue par la suite surtout à droite, on pratique de ce côté l'amputation de Chopart. On remarque pendant l'opération que les artères pédieuses et plantaires sont perméables et saignent normalement. Cicatrisation rapide. Amélioration des lésions du pied gauche sous l'influence de pansements et du repos forcé consécutif à l'intervention.

Ulcère du pylore récidivant après gastro-entérostomie.

M. AMOUROUX présente, au nom de M. X. Delore, un malade de 41 ans, ayant subi, il y a dix-huit mois, hors de Lyon, une gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac. Amélioration pendant un an. Puis réapparition de troubles gastriques. Une nouvelle laparotomie montra la présence d'un ulcère invétéré siégeant sur le versant duodénal du pylore. Cette lésion indiquait une exérèse large comprenant l'antre pylorique. Or la bouche de gastro avait été placée précisément sur l'antre pylorique. M. Delore dut défaire l'anastomose, suturer l'anse jéjunale et l'anastomoser quelques centimètres plus bas avec le moignon gastrique résultant de la gastro-pylorectomie. L'état du malade est actuellement satisfaisant.

Ulcère peptique du jéjunum. Fistule gastro-jéjuno-colique.

M. AMOUROUX présente, au nom de M. Delore, un malade opéré par ce dernier en 1922 pour un ulcère sous-pylorique traité par gastro-entérostomie simple. Depuis un an, le malade se plaint d'une diarrhée tenace et abondante, de douleurs gastriques à horaire régulier, de renvois malodorants, tous symptômes faisant penser à une fistule gastro-jéjuno-colique, par ulcère peptique du jéjunum. La radioscopie montrait une évacuation très accélérée de l'estomac, sans qu'on puisse affirmer la fistule à l'écran. L'intervention confirma le diagnostic de fistule gastro-jéjuno-colique et consista dans la libération et la suture du côlon perforé, la résection de la zone ulcéreuse et le réajustement à l'estomac de la bride ainsi créée. Suites très simples. Le malade a repris du poids.

Ostéomyélite chronique d'emblée à forme de tumeur.

M. ROUSSELIN. — Malade entrée dans le service de M. Laroyenne, pour une tuméfaction douloureuse de la partie inférieure de la cuisse gauche. Celle-ci remonte à trois mois environ et a été précédée de douleurs vives au niveau du genou. Pas de modifications de l'état général, ni de fièvre marquée. La peau qui recouvre la tumeur est chaude, mais d'aspect normal ; la tuméfaction est dure, non adhérente à la peau, paraissant faire corps avec l'os. L'articulation du genou paraît normale, mais les mouvements provoquent des douleurs au niveau de la tuméfaction. Pas de ganglions inguinaux. Wassermann négatif. La radiographie montre la présence d'une petite cavité osseuse semblant renfermer deux petits séquestres ; en regard, zone nette d'ostéite condensante. On pense à une ostéomyélite chronique d'emblée et on décide d'intervenir. Dans une première opération, on trépane le fémur et l'on place une mèche dans la cavité (Des fongosités sont inoculées au cobaye sans succès.) Une nouvelle radiographie faite trois mois après cette première intervention montre, à côté de la trépanation, une cavité avec séquestres correspondant à la première image radiographique, un peu agrandie et n'ayant pas été atteinte par la trépanation. On intervient à nouveau et on ouvre cette cavité qui est évidée et curettée. Suites simples. Cicatrisation un mois après l'intervention. La malade ne souffre plus et marche seule, avec une canne.

Néphralgie bilatérale. Décapsulation.

M. GUILIANI. — Malade de 34 ans qui souffrait depuis janvier 1927 de douleurs lombaires bilatérales survenant par crises, sans émission de sables ni de graviers. Urines normales ; une seule crise a été suivie d'hématurie. Une première intervention, sur le rein gauche, montre cet organe étranglé par sa capsule, formant trois sillons profonds qui divisent le rein en lobes inégaux ; décapsulation totale. Les douleurs disparaissent du côté gauche. Elles reparaissent très fortes à droite avec urines (recueillies séparément de ce côté) contenant de très nombreuses hématies. Une deuxième intervention montre un rein étranglé à sa partie moyenne par sa capsule. Décapsulation totale. Les douleurs ont complètement disparu après cette deuxième intervention.

Sténose de l'uretère.

M. PALLASSE et Mlle LAMBERT présentent l'observation d'une femme de 54 ans, morte dans le service de l'un d'eux d'une septicémie d'origine buccale probable, et sans que rien eût attiré l'attention du côté de l'appareil urinaire, sauf un léger disque d'albumine. L'autopsie ne montra qu'une sclérose de l'uretère gauche dans sa portion intra-vésicale avec hydronéphrose et grosse distension de l'uretère pelvien, qui a un calibre comparable à celui d'une anse grêle. La nature de ce rétrécissement reste indéterminée.

Tuberculose annexielle bilatérale.

M. Fr. Condamin présente, au nom de M. Lobry, une pièce provenant d'une malade hystérectomisée par ce dernier. L'intérêt de cette pièce réside dans la coexistence de plusieurs formes anatomiques de tuberculose annexielle : salpingite ulcéro-caséeuse bilatérale avec, d'un côté, formation d'un nodule à contenu mastic ; tuberculose ovarienne bilatérale ; à gauche forme inflammatoire, à droite, forme d'abcès froid ; quelques granulations péritonéales et adhérences épiploïques.

Fracture de la branche ilio-pubienne.

MM. Patel et Meyssonnier présentent un malade de 60 ans qui, à la suite d'une chute de bicyclette présentait une impotence complète au membre inférieur droit, avec douleurs au niveau de la hanche mais sans déformation, ni déviation, ni raccourcissement du membre, ce qui pouvait inciter à faire admettre une simple contusion de la hanche. Mais la radiographie révéla une fracture verticale de la branche ilio-pubienne droite avec léger déplacement. Guérison en moins de quatre semaines de décubitus dorsal. Cette observation vient une fois de plus à l'appui de la théorie soutenue par divers auteurs, notamment par M. Patel, à savoir que la contusion de la hanche n'existe pas, telle que la décrivent les classiques. A ce syndrome correspondent diverses lésions osseuses portant sur le fond du cotyle, le co-fémoral, le trochanter, l'ischion, la branche horizontale du pubis ou la symphyse pubienne, lésions souvent minimes demandant à être recherchées par la radiographie.

Rein en fer à cheval. Néphrite chronique.

MM. Bonnamour et Giraud relatent l'observation d'un homme de 67 ans mort dans le service de l'un d'eux après avoir eu tous les signes d'une néphrite chronique avec défaillance cardiaque terminale. A l'autopsie,on trouva un rein unique, en fer à cheva, pesant 520 grammes.

A. C.

Les Congrès

XXXVIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

Paris, 8-13- *octobre* 1928 (1).

Première question

Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

Résumé du rapport de M. Delore (de Lyon).

L'auteur souligne l'importance qu'il y a à s'entendre une fois pour toutes sur la localisation anatomique de cette affection.

Tous les chirurgiens sont d'accord quand il s'agit d'un ulcère siégeant sur la première portion du duodénum et à plus forte raison quand cet ulcère siège sur les autres portions de l'organe.

La difficulté commence quand l'ulcus situé à la naissance du duodénum voisine avec le pylore. S'agit-il dans ce cas d'un ulcère pylorique ou d'un ulcère duodénal ?

Pour les Anglo-Américains, la veine pylorique constitue une limite constante. Pour la plupart des Français ce repaire est infidèle, invisible souvent, masqué parfois par les tissus inflammatoires. D'après eux, il conviendrait de distinguer deux types d'ulcères duodénaux : l'un, l'ulcère duodénal vrai nettement séparé du pylore, décrit par Bucquoy en 1887 ; l'autre, l'ulcère duodéno-pylorique, siégeant sur le versant duodénal du pylore et s'accompagnant fréquemment de spasme et de rétention gastrique.

Cette distinction n'est pas sans intérêt dès qu'il s'agit de comparer les résultats opératoires.

Une opération peut en effet donner d'excellents résultats dans une variété déterminée d'ulcère et n'en donner que de médiocres dans un ulcère à localisation différente.

L'auteur conservera donc la division proposée par les chirurgiens français. Il appréciera les résultats éloignés que donnent les différentes techniques pour chaque catégorie d'ulcère. Mais avant d'aborder l'étude de ces résultats, il décrit les signes cliniques de la « duodénite », affection connue depuis peu et souvent confondue avec l'ulcus duodénal. Pour bon nombre de chirurgiens, les deux affections sont identiques. Il y a là une erreur qui peut fausser les statistiques, erreur d'autant plus facile que parfois l'ulcère est l'aboutissant de la duodénite.

I. Opérations le plus rarement employées. — La *gastro-duodénoplastie* ou *gastro-duodénostomie* est une bonne opération mais rarement praticable. Elle n'est vraiment réalisable que si duodénum et estomac jouissent d'une parfaite mobilité permettant leur anastomose sans traction sur les sutures.

Elle convient aux ulcères pyloriques de petites dimensions.

La technique en est due à Heinecke-Mickulicz et à Jaboulay. Finney l'améliore et Mayo la complète par l'excision et la thermocautérisation de l'ulcère.

Ainsi pratiquée, elle donnerait 9 p. 100 de guérisons

(1) Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.

à Mayo. Par contre, Moynihan est persuadé qu'elle aboutit fatalement à des opérations itératives.

De tout ceci, il faut retenir que les indications de la gastro-duodénoplastie sont limitées, mais que ses résultats sont excellents dans les rares cas où elle est indiquée réellement.

La *pyloroplastie*, elle aussi, n'est indiquée qu'exceptionnellement. Dans les ulcères non adhérents elle donnerait à Shelton Horseley 100 p. 100 de guérisons définitives.

L'*énervation du pneumogastrique stomacal*, réglée par Latarjet et Werthermer, complétée par une gastro-entérostomie, a été très rarement employée dans le traitement de l'ulcus duodénal et cependant Shiassi (de Bologne) lui doit de beaux succès.

II. L'OPÉRATION COURANTE : LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE. SES RÉSULTATS. — Sa facilité d'exécution, sa faible mortalité opératoire, son action incontestable sur le syndrome douloureux en font, semble-t-il, l'opération de choix, qu'on lui ajoute ou non l'exclusion du pylore.

Ce sont là du moins les conclusions que Ricard et Pauchet énonçaient en 1901 au Congrès français de chirurgie. En 1914, Hartmann et Lecène concluaient de même au Congrès international de New-York.

L'examen des statistiques plus récentes confirme encore cette opinion. En voici quelques-unes :

Gosset, dans la thèse de Larget (1924), rapporte 64 cas revus minutieusement. Il ne s'agit que d'ulcères siégeant sur le versant duodénal du pylore et d'ulcères duodénaux vrais ; 60 ulcères ont été traités par la seule gastro-entérostomie postérieure et 4 ont été de plus réséqués.

On note, 73,5 p. 100 de bons résultats dans l'ensemble, mais le pourcentage des cas favorables décroît au fur et à mesure que la lésion devient plus ancienne ; 100 p. 100 de succès quand elle a débuté moins d'un an avant l'opération, et 64,5 p. 100 quand elle date de plus de cinq ans.

Tous les opé rés souffraient. La douleur a réapparu dans 9 cas ; 49 malades vomissaient, 44 ne vomissent plus ; 33 avaient des hémorragies, aucune ne s'est reproduite.

Au total, la statistique de Gosset se résume dans le tableau suivant : sur 48 gastro-entérostomies postérieures, 81,2 p. 100 de guérisons ; sur 3 excisions, 66,7 p. 100 de guérisons ; sur 4 exclusions, 50 p. 100 de guérisons, et 4 gastro-pylorectomies, 50 p. 100 de guérisons. Ainsi donc, la gastro-entérostomie donne les meilleurs résultats.

La statistique de Duval publiée par Gatelier en 1926 aboutit à des conclusions un peu différentes : on y distingue les ulcères juxtapyloriques et les ulcères vrais duodénaux.

Parmi les premiers, 42 ont été traités par la gastro-entérostomie avec 68 p. 100 de succès ou presque, 4 par la gastro-entérostomie et l'exclusion pylorique avec 25 p. 100 de guérisons ; un cas a été traité par une gastro-entérostomie complétée par un Balfour avec une guérison ; 2 cas ont été traités par la pyloroplastie et l'excision avec une guérison.

Toutes les gastro-pylorectomies, Billroth II, 3 cas ; Kocher, 3 cas ; Polya, 1 cas ; Péan, 5 cas, ont été suivies d'un résultat parfait, exception faite pour une gastro-pylorectomie suivant le procédé de Péan.

Ici, donc, la supériorité de la résection sur les autres méthodes est indiscutable.

Dans les ulcères vrais du duodénum, 5 résections ont donné 5 guérisons ; la gastro-entérostomie a donné 80 p. 100 de bons résultats.

La statistique d'Hartmann en 1926 mentionnait 59 succès sur 72 gastro-entérostomies pour sténose pylorique ulcéreuse.

En Suisse, la statistique de Roux, rapportée par Métraux, se base sur 210 malades suivis ; 64 étaient atteints d'ulcères pyloriques ; 90 p. 100 ont obtenu un bon résultat ; 127 présentaient des ulcères duodénaux ; il y eut 96,5 p. 100 de guérisons ; la date de l'opération oscillait entre huit mois et vingt et un ans. A noter que depuis 1906, Roux a renoncé à la gastro-entérostomie en Y pour ne plus pratiquer que le procédé à anse courte.

Moppert a rapporté en 1922 les résultats obtenus à la clinique de Genève (Girard et Kummer).

Dans les ulcères pyloriques, la gastro-entérostomie à la suture n'a été suivie que de 58 p. 100 de bons résultats en améliorations, avec 42 p. 100 de mauvais résultats par hémorragies, ulcères peptiques, douleurs persistantes. La gastro-entérostomie au bouton atteignait 100 p. 100 de succès. L'exclusion pylorique avec gastro-entérostomie postérieure était franchement inférieure avec 72 p. 100 d'échecs. Les résections ont donné 80 p. 100 de succès ; les 20 p. 100 d'échecs étaient dus à des ulcères peptiques.

En Angleterre, Moynihan s'est fait le défenseur ardent de la gastro-entérostomie. Pratiquée à bon escient, elle donnerait 90 p. 100 de guérisons avec 2 p. 100 d'ulcères secondaires.

En Amérique, Mayo écrivait en 1923 que la simple anastomose donnait 90 p. 100 de succès avec 2 p. 100 de mortalité opératoire.

Balfour en 1914, jugeant la gastro-entérostomie, disait : « La douleur est bien influencée par cette opération. Sur 1.000 malades, 986 souffraient, 90 seulement ont continué à souffrir ; 611 vomissaient, 25 continuèrent à vomir ; les hématémèses ont persisté dans 5 p. 100 des cas. Au total, 88 p. 100 de guérisons. Dans les 12 p. 100 d'échecs, 5 p. 100 sont dus à la récidive des hémorragies, 3,5 p. 100 à la persistance des douleurs, 3,5 p. 100 à la récidive de l'ulcère. »

En Russie, Galpern a publié les résultats de 245 opérés de gastro-entérostomie et revus d'un an à treize ans après l'intervention. Qu'il s'agisse d'ulcères pyloriques ou d'ulcères duodénaux, les résultats sont sensiblement les mêmes ; excellents dans 61 à 67 p. 100 des cas, bons dans 11 à 15 p. 100 des cas, médiocres dans 22 p. 100 des cas environ.

Savikoff accuse 73 p. 100 de résultats parfaits, 21 p. 100 de résultats satisfaisants et 5 p. 100 de résultats médiocres.

Ce rappel des statistiques mondiales est suivi de l'exposé des résultats personnels de l'auteur.

Sur 799 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux opérés de 1912 à 1927, on trouve 398 ulcères pyloriques sur lesquels 253 ont été revus plus d'un an après l'opération et 157 ulcères duodénaux séparés nettement du pylore, dont 112 revus.

Trois tableaux résument cette statistique et distinguent les bons résultats, c'est-à-dire ceux où les malades n'ont pas présenté de troubles fonctionnels, les résultats médiocres où quelques douleurs et quelques troubles dyspeptiques ont persisté, et les échecs.

En résumé, la gastro-entérostomie simple a donné à l'auteur 74,4 p. 100 de guérisons dans les ulcères pyloriques et 78,9 p. 100 dans les ulcères duodénaux vrais. Les résultats ont été manifestement moins bons dans les ulcères duodénaux de la deuxième portion ou de l'angle D^1 et D^2 que dans les ulcères de la première portion.

La fréquence de l'ulcère récidivant post-opératoire a été de 4,3 p. 100 dans l'ulcère duodénal et de 5,7 p. 100 (gastro à la suture) dans les ulcères pyloriques.

Les succès de la gastro-entérostomie. — En définitive, la gastro-entérostomie est suivie de succès dans 70 à 80 p. 100 des cas.

Dans quel état se trouvent les 20 à 30 p. 100 de malades, considérés comme non guéris ? Leur situation est certainement meilleure qu'elle n'était avant l'intervention. De plus, le traitement médical, qui jusqu'alors n'avait aucune prise, devient efficace. Les résultats médiocres ne sont en réalité que des insuccès partiels. Ils peuvent être améliorés grâce à la collaboration intime et suivie du médecin et du chirurgien. Il faut avouer également que parmi les cas à résultats jugés mauvais, la gastro-entérostomie avait été souvent pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic ; il n'y avait pas d'ulcère ; il s'agissait de gastro-duodénite, d'appendicite, de splénite, d'hépatite.

Il ne faut pas davantage mettre au passif de cette opération des échecs qui relèvent en réalité de l'existence d'ulcères multiples gastro-duodénaux.

La même remarque doit être faite au sujet des sténoses incomplètes chroniques sous-vatériennes, contre lesquelles il est établi que la gastro-entérostomie agit mal. Elle est impuissante également contre certaines péritonites plastiques qui peuvent survivre à un ulcère d'ailleurs parfaitement guéri.

Comment expliquer le mécanisme d'action de la gastro-entérostomie ? On l'imagine aisément quand il existe un certain degré de sténose au voisinage de l'ulcère ; ce sont là, du reste, les cas où l'on obtient les meilleurs résultats. Mais si la sténose fait défaut ?

Jusqu'à l'avènement de la radioscopie gastrique, on croyait volontiers que la bouche gastro-jéjunale ne participait pas à l'évacuation de l'estomac. On sait maintenant qu'elle fonctionne, même avec un pylore demeuré complètement perméable. Ceci a pour effet de soulager d'autant le transit duodénal et de laisser l'ulcère à un repos bienfaisant.

Des recherches ont été faites sur les modifications subies par le duodénum et la sécrétion pancréatique après l'opération. Elles permettent de conclure que le segment duodénal ne présente que des changements insignifiants, en particulier une atrophie légère de la couche musculaire et des glandes.

La sécrétion pancréatique ne subit pas une réduction quantitative notable, sauf quand, à la gastro-entérostomie, on adjoint une exclusion.

Il n'existe pas de troubles physiologiques du fait de la présence de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac ; on a prétendu même que la présence de la bile était utile grâce à son alcalinité capable de neutraliser plus ou moins l'acidité gastrique et de prévenir ainsi dans une certaine mesure les ulcères peptiques ou récidivants.

Les échecs de la gastro-entérostomie. — 1° *Absence de guérison de l'ulcère.* — On continue d'observer après l'intervention les mêmes douleurs, hémorragies et vomissements, et si l'on intervient de nouveau on constate que la lésion n'a pas changé d'aspect. On a même noté, trois, cinq et huit mois plus tard, la perforation de l'ulcère.

2° *Les récidives* post-opératoires et la production des *ulcères peptiques* jéjunaux et gastro-jéjunaux sont assez fréquentes. Elles se produisent *in situ* ou sur l'estomac, au niveau de la bouche de gastro, ou sur le jéjunum.

On a accusé en premier lieu le matériel de suture : fils non résorbables. Cette opinion n'est guère acceptable. Des chirurgiens n'employant que des catguts, ont observé chez leurs opérés la production d'ulcères peptiques. Et puis, comment expliquer par cette hypothèse les ulcères à distance ?

L'usage du bouton anastomotique n'a pas multiplié le nombre des récidives, les statistiques le prouvent

L'ulcère post-opératoire n'est pas provoqué davantage par des détails de technique ou le traumatisme instrumental. Ce sont là sans doute des causes favorisantes, mais la cause efficiente doit être cherchée dans l'étiologie de la maladie ulcéreuse, étiologie encore bien obscure.

Quoi qu'il en soit, il importe d'établir précocement le diagnostic de cette redoutable complication. On pensera à l'ulcère peptique en face de symptômes assez vagues, pour peu que le sujet ait joui d'une amélioration franche quelques mois durant.

Le traitement est identique à celui de l'ulcère primitif ; médical d'abord pendant quelque temps, puis chirurgical si aucune amélioration ne se manifeste. Il consistera dans la suppression radicale de la lésion avant que ne soit développée une zone étendue de gastrite péri-ulcéreuse.

La gastro-pylorectomie qui supprime une partie de l'estomac avec la bouche de gastro-entérostomie est l'intervention de choix.

Chez les malades cachectiques, on se contentera d'établir une anastomose gastro-jéjunale entre la portion de l'estomac sus-jacente à la lésion, et une anse intestinale sous-jacente à l'orifice de la gastro.

Si l'ulcère est perforé en péritoine libre : suture après excision des bords, vérification des dimensions de l'orifice gastro-jéjunal, et s'il est rétréci, anastomose rapide au bouton en un point éloigné de l'estomac.

En présence d'un ulcère adhérent, on devra tout d'abord le libérer puis le réséquer en l'attirant au dehors. Le péritoine sera refermé avec un soin particulier ; on évitera l'emploi des mèches de drainage qui favorisent les fistules.

III. *Le rétrécissement secondaire des bouches* de gastro-entérostomies s'observe même après une intervention correctement exécutée. La réintervention montre que la bouche s'est plus ou moins oblitérée sans qu'à son niveau apparaisse la moindre lésion ulcéreuse. Il est la conséquence d'un processus cicatriciel à tendance rétractile et semble fréquent surtout dans les anastomoses au bouton. Il exige une réintervention immédiate.

IV. *La cancérisation secondaire* paraît à l'auteur tout à fait exceptionnelle. Elle ne saurait entrer en ligne de compte pour éliminer la gastro-entérostomie.

V. *L'invagination rétrograde,* enfin, est un accident encore plus rare.

Les opérations complémentaires de la gastro-entérostomie.

Pour corriger dans certains cas l'inefficacité de la gastro-entérostomie on a proposé des interventions variées :

L'exclusion du pylore. — Elle devrait amener rapidement la cicatrisation de l'ulcère puisqu'elle met définitivement le duodénum au repos. Les résultats ne répondent pas à cette conception, et il semble même que cette technique prédispose à la formation de l'ulcère peptique.

L'enfouissement n'a aucune influence sur les résultats éloignés, mais il a des avantages certains sur les suites opératoires immédiates.

Les excisions limitées ont été peu à peu supplantées par la thermocautérisation à la Balfour. Cette dernière a l'avantage de stériliser l'ulcère, mais aucune de ces techniques ne saurait être pratiquée sans une gastro-entérostomie complémentaire.

Les gastrectomies. — On en distingue deux variétés :

A. *Gastrectomie dite par exclusion.* — Cette méthode consiste à pratiquer une large gastrectomie tout en laissant l'ulcère duodénal en place ; le repos du duodénum est assuré et la cicatrisation de l'ulcère en est facilitée.

Cette opération amenant la disparition ou tout au moins la diminution de l'hyperchlorhydrie, l'ulcère peptique deviendrait une rareté.

Les statistiques sont loin de concorder et l'avis de bien des chirurgiens se résume dans la phrase de Els : « le petit moignon d'estomac restant, cause de plus grands troubles qu'une gastro-entérostomie fonctionnant mal. »

B. *Gastro-duodénectomie.* — C'est par définition l'opération radicale autant que peut l'être une intervention dirigée contre une affection essentiellement récidivante. Elle représente aujourd'hui notre meilleur moyen de lutter contre cette redoutable maladie qu'est l'ulcère duodénal. Il est regrettable que la duodénectomie soit très souvent semée de difficultés et de dangers.

S'il est relativement aisé de réséquer un petit ulcère juxta-pylorique en supprimant les premiers centimètres de la portion mobile du duodénum, il n'en va pas de même lorsque la résection duodénale doit s'étendre à une certaine distance du pylore alors que l'anatomie de la région est bouleversée par les phénomènes de rétraction et par des adhérences serrées.

C'est donc une opération sérieuse. L'hémostase doit être rigoureuse. Le chirurgien doit lutter contre le tissu fibreux fixant intimement duodénum et pancréas. La blessure du cholédoque ou des voies pancréatiques est très souvent mortelle. Et cependant la mortalité demeure peu élevée.

L'auteur a pratiqué 67 fois cette opération pour des ulcères vrais du duodénum avec 5 p. 100 de décès et 58 fois pour des ulcères duodéno-pyloriques avec 2 p. 100 de décès.

Il faut surtout savoir choisir les cas. Les ulcères adhérents ou très éloignés du pylore bénéficieront plutôt d'une anatomose ; les autres, plus mobiles, seront traités par la duodénectomie.

Chez les sténosés et les cachectiques, cette dernière opération sera effectuée en deux temps ou même deux séances.

Dans une première séance, le chirurgien pratiquera une gastro-entérostomie qui permettra le repos de l'estomac, et la reprise de l'alimentation.

Après relèvement de l'état général, trois semaines ou un mois plus tard on pratiquera sans danger une gastro-duodénectomie.

Malgré l'incontestable valeur de ces opérations, il faut bien avouer qu'elles ne mettent nullement à l'abri de l'ulcère peptique et des récidives. On a tenté, ces dernières années, de combattre ces complications par des interventions portant sur le système nerveux sympathique. Mais ces cas sont trop près de nous pour qu'on puisse les juger sainement.

(*A suivre.*)

Les Livres

LIBRAIRIE ARCT. Posen.

Stanislas CHAREMSKI. — **Zdrowi Chorzy** (« Bien portant malade ». (230 pages.)

Le neurasthénique peut guérir.

La psychothérapie détermine l'équilibre psychique aussi bien que physique. L'esprit, les centres nerveux gouvernent toutes nos actions physiologiques. Il faut que le neurasthénique parvienne à débarrasser son subconscient des obsessions, des idées nuisibles et des impressions dangereuses.

Si tous les malades voulaient décrire leurs sensations, leurs impulsions irrésistibles ou leur psychasthénie, leur impossibilité de remuer par exemple, de traverser une place, ils nous donneraient la clef de leur âme et faciliteraient leur guérison. Le livre de M. Charemski, écrit avec élégance, est remarquable à ce point de vue. Il peut rendre de grands services tant au médecin qu'à tout lecteur intelligent. L'auteur a posé les règles de la rééducation avec le professeur Dubois, de Berne, et Szwarzwald de Salzbourg, et nous en parle avec conviction, mettant bien à relief la différence qu'il y a entre la psychoanalyse et la psychothérapie.

(Dr M. LIPINSKA, laur. de l'Académie de médecine de Paris.)

G. DOIN et Cie, éditeurs. Paris.

Cl. GAUTIER et R. WOLFF. — **Le métabolisme basal. Ses applications en clinique.** (Un vol. in-8 de 160 pages avec 11 figures. Prix : 15 francs).

Chez l'homme sain, ses variations sont faibles ; elles sont toujours inférieures à 10 p. 100 en plus ou en moins du chiffre moyen établi dans chaque sexe pour un âge déterminé.

En revanche, certains états pathologiques entraînent des variations considérables du métabolisme basal ; à cet égard, les troubles endocriniens et principalement les troubles d'origine thyroïdienne se placent au premier rang : dans tous les cas d'hyperthyroïdie, le métabolisme basal est augmenté, dans tous les états d'hypothyroïdie, on le trouve abaissé. D'une manière générale, ces variations sont parallèles aux manifestations cliniques, dont on constate l'existence et à la gravité de la maladie ; mais, même dans les cas frustes d'hyper ou d'hypothyroïdie, le taux du métabolisme basal est notablement modifié. De plus, au cours de l'évolution de chaque cas clinique, le taux du métabolisme de base permet, avec plus de rigueur que l'étude purement symptomatique d'apprécier le mode d'évolution et éventuellement le retour à la normale. Enfin, cette méthode est le test le plus précis dont nous disposons pour peser les indications thérapeutiques et pour contrôler les effets du traitement. Ces considérations s'appliquent à l'hyperthyroïdie, mais aussi à l'hypothyroïdie.

D'autre part, l'hypophyse et les glandes génitales, par leurs troubles, exercent aussi une influence sur le métabolisme basal. Quant à ses variations dans le diabète, la question est encore à l'étude.

Librairie L. ARNETTE, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

C.-M. DESVERNINE (de La Havane). — **Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique, basée sur de nouvelles recherches cliniques et expérimentales.** (Un vol. in-8, 98 pages. Prix : 10 francs).

L'auteur résume d'abord quelques observations au sujet du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax thérapeutique. Puis il expose le traitement spécifique de cette maladie à l'aide d'un lysat qu'il a préparé et qui réalise la bactériolyse du bacille de Koch, et qui exerce une action d'arrêt sur le processus tuberculeux. Dans un premier temps, le lysat rend le bacille avirulent, dans un deuxième temps, il le détruit et cette action est rigoureusement spécifique. La lyse s'effectue sur les bacilles tuberculeux contenus dans les crachats et également sur ceux provenant de cultures, à l'exclusion de toutes les autres bactéries. Des essais cliniques se poursuivent depuis un an à l'hôpital Saint-Antoine.

Librairie L. ARNETTE, Paris.

Dr J. SÉDILLOT. — **Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis**, (Un vol. in-8, 164 pages. Prix : 20 fr.).

L'auteur expose des idées nouvelles sur la syphilis et son traitement. Partant de ce fait, que le tréponème est extrêmement difficile à cultiver, il en conclut au parasitisme nécessaire, à la vie en symbiose avec d'autres microbes, condition que la nature réalise si facilement chez l'homme, et que l'h mme réalise si difficilement dans les laboratoires.

En passant d'un sujet à l'autre, le tréponème recommence presque complètement une nouvelle vie avec ses différentes phases. Sur un même sujet, le tréponème passe par une phase de jeunesse, une phase de latence et parfois une phase de vieillesse, et chacune de ces trois phases correspond à des conditions de vie très spéciales, toutes nouvelles pour le virus.

A son stade de jeunesse sur un sujet (périodes primaire, secondaire et tertiaire), le tréponème très fragile n'arrive à vivre que grâce à des associations microbiennes. Il aura donc pendant ses premières années une vie de surface, sur la peau, sur les muqueuses, là seulement où il a chance de rencontrer des associés. C'est la période du tréponème ennuyeux.

Après ses associations microbiennes, très variées sur un même sujet, le tréponème entre dans une phase dangereuse pour lui, pendant laquelle il arrive à

disparaître spontanément chez un très grand nombre de syphilitiques. C'est la phase de latence, la période du silencieuse tréponème ; il vit alors en profondeur, réfugié (sous des formes sporulées que nous commençons à apercevoir), dans le tissu lymphatique ; de temps en temps, il envoie des émissaires dans le sang qui disparaissent, faute d'associés.

S'il arrive ainsi à vivre jusqu'à l'âge où le sujet va faire ses premières plages de sclérose, sur celles-ci le tréponème va pouvoir se fixer et vivoter à l'état solitaire, et s'il vient ainsi compliquer les conséquences de la sclérose banale au niveau d'organes extrêmement délicats (cerveau et moelle), il occasionne d'irréparables désastres (P. G., tabès, etc.) C'est la période de vieillesse du tréponème vraiment dangereux. Aussi l'auteur, comme traitement, condamne-t-il les arsénobenzols et réhabilite le mercure et l'iodure pour toute la vie.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique de la goutte d'après les données les plus récentes,

Par le Dr SAVIGNY.

Qu'est-ce qui caractérise la goutte ou plutôt le tempérament goutteux ? D'après MM. Rathery et Violle, une sorte d'affinité spéciale et singulière des tissus du goutteux pour l'acide urique, qui fait qu'ils le retiennent à la façon d'une éponge, « l'adsorbent » en quelque sorte, comme le charbon animal le fait des colorants.

Ce fait explique qu'il puisse y avoir goutte ans hyperuricurie, sans même hyperuricémie. Le mal est dans les tissus d'abord, dans le rein ensuite qui, chez le goutteux, est déficient vis-à-vis de l'acide urique : il ne le concentre pas, ne le laisse pas passer, et cette déficience précède de beaucoup son insuffisance uréique.

Ainsi le goutteux, sans même « fabriquer » des doses excessives d'acide urique par apport exogène ou par production endogène, s'en imprègne peu à peu. Arrivé à un certain degré d'imprégnation de ses tissus (hyperuricistie), l'accès aigu éclate et, du point de vue finaliste, cette crise aiguë est utile parce que libératrice.

Les cures thermales ou médicamenteuses (atoquinol), en provoquant la libération tissulaire de l'acide urique, déterminent une sorte de « crise larvée de goutte » (Violle), d'où l'hyperuricémie et l'hyperuricurie concomitantes.

Conclusion thérapeutique : respecter l'accès de goutte, n'administrer le colchique qu'en cas de nécessité absolue ; favoriser l'élimination au maximum par des boissons abondantes, de manière à réduire le travail de concentration du rein ; administrer l'atoquinol à raison de trois cachets de 0 gr. 50 par jour ; ce médicament, excellent mobilisateur de l'acide urique, favorisera davantage la détersion des tissus et provoquera un drainage plus abondant de l'économie.

Faire un usage de préférence préventif des cures thermales, administrer l'atoquinol à ce titre, comme l'a recommandé le professeur Chauffard, à la dose de 0 gr. 50 par jour pendant dix jours par mois, le matin, avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian.

Cette médication, pendant la période de latence, s'opposera à l'imbibition lente des tissus et évitera, dans la plupart des cas, le retour des accès aigus ou le retardera considérablement.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE « BULLETIN D'AVIS » EN ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le Dr Fernand DECOURT.

Il y a quelque temps, un de nos confrères m'adressait un « Bulletin d'avis » d'une Compagnie d'assurance où le libre choix, en accidents du travail, était manifestement violé. On y lisait en effet :

ASSURANCE X...

Assuré : M. A..., demeurant à B...

Bulletin d'avis.

A remettre à l'ouvrier pour se présenter chez l'un des *médecins agréés* par l'Assurance X... et inscrits sur la liste qui est déposée chez le sociétaire (1).
Nom de l'ouvrier : C...
Adresse : D...
Profession : E...

(1) La remise par l'ouvrier du présent bulletin à un docteur non agréé par la Société ne saurait constituer aucun engagement à l'égard du détenteur de ce bulletin.

Le.................... 1928.
Le Sociétaire,
F...

Je connaissais déjà un certain nombre de « Bulletins d'avis » habilement rédigés où il n'y avait légalement « aucun *engagement* » patronal pour les *soins* à donner au blessé. Nous reviendrons plus loin sur cette question particulière. Pour le moment, occupons-nous seulement du libre choix.

Sur ce point spécial, j'avais déjà attiré l'attention de M. « Qui-de-droit » sur des « avis », mis en belle place et en gros caractères, où était « indiquée » *la clinique d'accident de l'assurance...* « indication » qui, aux yeux d'ouvriers non au courant de la Loi, pouvait passer comme « ordre » de se rendre à la dite clinique. Et je donnais, dans ma lettre de protestation, des exemples d'ouvriers étant allés à la clinique parce que, m'avaient-ils expliqué, ils croyaient qu'ils étaient *obligés* d'agir ainsi, alors qu'ils auraient préféré recevoir les soins de leur médecin habituel.

A la suite de ma protestation, j'eus le plaisir de voir disparaître ces « indications » des Bulletins d'avis des deux assurances que j'avais signalées....

Mais, cette fois, c'était encore mieux. Comme on l'a vu ci-dessus, le Bulletin d'avis était « remis à l'ouvrier *pour se présenter chez l'un des médecins agréés, etc...* »

J'envoyai donc un exemplaire de ce Bulletin d'avis par trop comminatoire, à M. SUMIEN, le Directeur du Contrôle des assurances au Ministère du Travail qui est, en même temps, le vice-président de la sous-commission du tarif des soins aux accidentés du travail et avec lequel j'ai la satisfaction de collaborer, à titre de délégué de l'Union à cette Commission, depuis 16 années déjà. J'étais d'autant plus fondé pour prendre cette initiative qu'il s'agissait d'un confrère de Seine-et-Marne, membre du Syndicat médical départemental que j'ai l'honneur de présider, depuis sa fondation.

Sans autres commentaires, je donne ici la réponse que vient de m'envoyer M. Sumien.

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES
—
Contrôle des Assurances Privées
—
Contrôle des Sociétés d'Assurances contre les Accidents du Travail

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—
Paris, le 11 octobre 1928.

M. le Dr Decourt,
à Mitry-Mory
(Seine-et-Marne).

Mon cher Président,

Par lettre du 14 septembre dernier, vous avez bien voulu me communiquer une lettre du docteur X... de Y.... (Seine-et-Marne) qui signalait qu'une Société d'assurances faisait remettre par ses assurés aux ouvriers victimes d'accidents du travail, en vue de la visite médicale, un « Bulletin d'avis » imprimé, dont le libellé paraissait de nature à porter atteinte au droit du blessé de choisir librement son médecin.

J'ai l'honneur de vous informer que, sur mon intervention, la Société d'assurances susvisée a décidé de remplacer cet imprimé par un autre qui mention-

nera expressément le droit de la victime de choisir elle-même son médecin et qui indiquera au surplus que ce Bulletin, destiné au médecin de l'employeur, ne peut servir qu'à l'établissement et à la délivrance du certificat médical à déposer à la mairie par le patron à l'appui de la déclaration d'accident.

Je vous retourne, ci-inclus, la lettre du docteur X.... et le bulletin qui y était joint.

Veuillez agréer, Mon cher Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Conseiller d'Etat,
Directeur,
SUMIEN.

***

Je disais plus haut donner cette réponse « sans autres commentaires ». Il n'en est pas besoin, en effet, au sujet de la violation du libre choix du médecin par l'accidenté. La Cie « susvisée » n'a pu que le reconnaître en modifiant son « Bulletin d'avis », ou plutôt en « décidant de le remplacer par un autre qui mentionnera expressément le droit de la victime de choisir elle-même son médecin... ».

C'est parfait. Tout est en règle maintenant, au point de vue du libre choix..... Mais *lisez attentivement*, confrères, la suite de la phrase... « et qui indiquera, au surplus, que ce Bulletin, destiné au médecin de l'employeur, ne peut servir qu'à l'établissement et à la délivrance du certificat médical à déposer à la mairie par le patron à l'appui de la déclaration d'accident ».

Oui, lisez attentivement car j'aperçois, dans ce *modus agendi* une nouvelle façon, beaucoup plus habile cette fois, de tourner la loi. Le Bulletin d'avis n'est plus destiné au médecin *traitant*, choisi désormais en toute liberté par l'assuré, il est « *destiné au médecin de l'employeur* » qui n'aura plus à donner des *soins*, mais simplement le *certificat d'origine* prévu à l'art. 11 de la loi et qui doit être déposé « *dans les quatre jours* qui suivent l'accident » et déposé « par le chef d'entreprise » (3e alinéa de l'art. 11). Or, celui-ci remet le Bulletin d'avis à l'ouvrier dès le premier jour et le blessé ira naturellement chez le médecin à qui est « *destiné* » le Bulletin, malgré la mention du libre choix sur le Bulletin. Comment voulez-vous qu'il s'y reconnaisse dans cette subtilité de *certificat* par un médecin et de *soins* par un autre....

De plus, je ne mets pas en doute un seul instant l'impartialité d'un tel certificat d'origine dressé par le médecin *patronal*, c'est entendu : mais alors pourquoi l'assurance met-elle ainsi en doute l'impartialité d'un certificat d'origine dressé par le médecin *traitant* qui donne — et doit donner légalement — ses soins au blessé dès le premier jour de l'accident ? Le blessé, lui-même, avec cette distinction, ne serait-il pas entraîné à mettre en doute la valeur même de ce certificat patronal d'origine, puisque l'assurance le réserve à SES médecins ? Je sais bien qu'il serait toujours en droit de déposer, à la mairie, lui aussi, un certificat d'origine signé de son médecin traitant. L'alinéa 4 de l'art. 11 lui en donne, en effet, la faculté, en disant : « La déclaration d'accident pourra être faite, dans les mêmes conditions, par la victime ou ses représentants, jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident. » Mais, là encore, comment voulez-vous que le blessé se reconnaisse dans toutes ces procédures... En tous cas, le fait brutal est patent : l'assurance dont il est ici question *se défie* du médecin traitant et de ses certificats — ou plutôt, elle prétend s'en défier afin de pouvoir, subreptícement, cette fois, *canaliser* les blessés, chez les médecins agréés, chez les médecins de son choix, en tournant, par des subtilités de mots, le libre choix de l'ouvrier inscrit dans la Loi, au début de l'alinéa 2 de l'article 4.

***

Ceci m'amène à une autre observation d'importance capitale.

Laissons de côté, pour le moment, la « chinoiserie » de l'assurance ci-dessus. Supposons le Bulletin d'avis envoyé simplement au médecin traitant du blessé, comme cela arrive 95 fois pour cent en clientèle courante, surtout en province où le médecin « patronal », « agréé », etc... n'est guère de mise, pratiquement.

Donc le médecin traitant reçoit les « Bulletins d'avis », fait les certificats, donne ses soins, « liquide le sinistre », pour ainsi dire, au point de vue technique. Et grâce à ce Bulletin d'avis qui porte son nom et la signature du patron, il est ensuite bien tranquille sur le paiement des soins. D'ordinaire, c'est avec raison. Mais si, *quelques jours après l'accident*, il est reconnu par le patron, et son assurance, qu'il n'y eut *pas* accident du travail, quand, 3 *ou* 6 *mois après*, le médecin traitant envoie la note de ses honoraires, il lui est répondu que le patron (donc l'assurance) ne doit rien puisque *non* accident du travail. Le blessé est insolvable ou a quitté le pays.. le médecin n'a plus aucun recours contre quiconque pour le paiement de ce qui lui est si légitimement dû. Et c'est lui, en fin de compte, la victime de l'affaire. Nous avons assez d'exemples au « Sou Médical » d'histoires de ce genre pour attirer fortement l'attention des confrères sur de semblables faits.

Aussi, ne vous croyez *jamais* « habilités » par un Bulletin d'avis quelconque, pour réclamer vos honoraires au patron, en cas d'accident du travail. La plupart du temps (*lisez-les bien* !) ils sont libellés de façon à ce que vous ne puissiez réclamer que l'examen fait à la première visite

et le certificat fourni. Quant aux soins consécutifs ils ne sont jamais explicitement mentionnés, ce qui permet à l'assurance « de se défiler » à l'occasion.

Il y a là quelque chose à étudier. Ce n'est pas « un abus de confiance » puisqu'on ne vous a rien promis. Et cependant, *au vu* du « Bulletin d'avis », la plupart du temps vous faites confiance à l'assurance sur le paiement des soins — à tort, c'est entendu, mais il n'en est pas moins vrai que l'imprimé qui vous est remis par le blessé ne vous entraîne pas moins à cette confiance qui peut, parfois, vous décevoir.

Il y a là quelque chose à faire, de commun accord entre le corps médical et les patrons et assureurs. Et ce serait très simple. Chaque fois que le patron (ou assureur), qui a envoyé un Bulletin d'avis à un médecin, s'aperçoit qu'il n'y a pas eu accident du travail, il doit reconnaître loyalement qu'il a pu, involontairement, *induire en erreur* le médecin. Et, loyalement aussi, il doit dès qu'il en a connaissance, *prévenir par lettre le médecin que la loi du* 9 *avril* 98 (PORTÉE si bien sur le Bulletin d'avis) N'EST PAS EN JEU.

Depuis un certain nombre d'années, nous avons pris l'heureuse habitude, à la Commission du tarif des accidents du travail, de nous entendre à *l'amiable* sur beaucoup de points de détails. Je suis persuadé qu'après un exposé de cette question *de bonne foi*, les délégués du Corps médical n'auront aucune peine à s'entendre, sur ce point, avec les délégués des patrons et des assureurs. C'est en éliminant ainsi les « points de friction » que se fera, pour le mieux, l'entente entre ceux qui ont pour mission de faciliter le fonctionnement de la Loi du 9 avril 1898 et cela dans l'intérêt de tous — et surtout dans l'intérêt bien compris des accidentés eux-mêmes.

Dr Fernand DECOURT.

LE SERVICE MÉDICAL DES ASSURANCES SOCIALES SE FERA-T-IL AVEC OU SANS LE CONCOURS DES ORGANISATIONS MÉDICALES ?

Je vous remercie de votre longue réponse à ma demande. Je ne voyais pas le problème sous ce jour, et les réponses que je me formulais étaient différentes.

Les coutumes changent, et vous reconnaissez vous-même que l'hôpital se transforme en maison de santé à bon marché. Vous reconnaissez que l'Etat crée des médecins fonctionnaires qui nuisent à la médecine et aux médecins. Je ne puis me contenter de constater que cela est bien malheureux et d'attendre que les Commissions d'administration des hôpitaux ou l'Etat reconnaissent qu'ils font fausse route.

Cela ils ne le feront jamais — et, ils auront raison — car, en dehors de toute question d'intérêts personnels, en toute conscience, nous devons reconnaître que cette formule :

Soigner le mieux possible,
Le plus de malades possible,
Au meilleur marché possible,

est une formule humanitaire et moderne.

Le Corps médical veut défendre ses intérêts menacés. Eh bien ! qu'il ne reste pas 50 ans en arrière et que nous n'entendions plus ces tirades lyriques sur les bons vieux médecins en redingote et cravate blanche !

Nous sommes à une époque de science objective et de grande industrie. Organisons-nous pour la concurrence.

Non la concurrence des prix, mais la concurrence des soins.

La médecine sociale, ce n'est pas l'Etat, ce sont les médecins qui auraient dû l'inventer et l'organiser. Et au lieu de se battre pour savoir qui les payera et comment on les payera, les médecins se montreraient plus nobles s'ils se demandaient : comment allons-nous faire dans notre petite ville pour organiser un service pour les maladies du poumon, de l'estomac, en utilisant toutes les ressources scientifiques actuelles et en les rendant accessibles à toutes les bourses ?

S'il en avait été ainsi, l'Etat n'aurait pas eu à mettre son nez dans nos affaires et chaque médecin aurait pu, sans froisser les intérêts de personne, en utilisant l'organisation commune, se partager ce qu'un jour, un médecin jeune prendra pour lui tout seul : Caisse, usines...

En ce qui concerne le partage des honoraires, cette pratique est juste. Mais je ne crois pas que les médecins eux-mêmes la considèrent comme un juste payement de leur responsabilité. C'est une vulgaire commission... comme dans une affaire commerciale.

Il y a deux tendances en opposition :

La tendance commerciale ;

La tendance au sacerdoce.

Et il y a le reste : ceux qui se font passer pour des apôtres et qui cherchent d'abord à gagner de l'argent.

Il est regrettable que les médecins ne soient pas tous des apôtres. Mais si les pratiques commerciales s'introduisent dans la profession médicale, eh bien ! que ce soit affiché partout et que sur la note du spécialiste, on ait la loyauté d'écrire :

Honoraires pour le Dr un tel : ...., etc., pour empêcher que le malade ne dissimule le nom de son médecin dans l'espoir d'un rabais. Cette somme irait à la Caisse du Syndicat pour soigner les pauvres.

Le public nous en saurait gré.

En vous remerciant encore et en m'excusant de vous proposer cette lecture fastidieuse, je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes *sentiments sincères et dévoués*.

Dr B.

Réponse.

La lettre ci-dessus est fort intéressante, car notre correspondant envisage les transformations sociales de l'art de guérir. Que nous le voulions ou non, la médecine, d'individuelle qu'elle était, tend à devenir collective.

Rien ne sert de se lamenter et de regretter les coutumes d'antan : il faut au contraire s'adapter aux conditions de l'heure présente. A juste titre, le Dr B. insiste sur ce point : comment allons-nous faire, dans notre petite ville, pour organiser le service médical ? Tout l'avenir est là.

Actuellement, les hôpitaux tendent à se transformer en centres de diagnostic et de cure, ouverts à toutes les bourses. Les compagnies d'assurances contre les accidents du travail exigent du médecin traitant l'emploi des méthodes nouvelles d'investigations et de traitements. Les sociétés de secours mutuels ont tenté d'organiser des dispensaires, où le mutualiste trouverait le moyen de guérir vite.

Les assurances sociales de demain ne seront que les mutualités d'aujourd'hui, mais mutualités qui auront à leur disposition les milliards des cotisations (dix pour cent sur tous les salaires des Français assujettis).

Avec ces milliards, on organisera des centres de diagnostic et de cure. Ici, on utilisera les hôpitaux, désaffectés faute d'indigents; là, on en créera de nouveaux.

Les médecins devront-ils se borner à une attitude négative, boudeuse ; ou prendront-ils la tête du mouvement scientifique et social, en offrant la collaboration de leurs syndicats et de leurs sociétés savantes, pour conseiller, guider les dirigeants des caisses, dans cette partie médico-sociale ?

Il est un fait certain, c'est qu'à l'heure actuelle, les données de la science médicale sont tellement vastes que le médecin praticien ne peut avoir ni la pratique de toutes les spécialités, ni l'instrumentation indiqué.

Demain, dans les centres de cure des assurances sociales, le médecin praticien pourra faire examiner un malade, poser un diagnostic précis et ordonner le traitement indiqué.

Au corps médical de dire s'il veut organiser lui-même le service médical des assurances sociales, ou laisser les caisses s'entendre avec des individualités médicales (omnipraticiens et spécialistes) pour créer de toutes pièces des maisons de cure, ouvertes à ces seuls praticiens de caisse et fermées aux autres docteurs de la localité ?

Dr Paul BOUDIN.

DÉONTOLOGIE

Les supplantations en clientèle.

I

Réponse au Docteur Bottemer, de Dijon.

Mon cher Confrère,

Non, je ne suis plus jeune, hélas ! exerçant le rude métier de médecin de campagne depuis l'an de grâce 1905 (vingt-trois ans !) Vous me dites que j'ai « la tournure d'esprit des confrères d'avant-guerre ; je suis tout à fait de votre avis et ne parviens pas à me débarrasser de cette cuirasse blindée, néanmoins je m'efforce journellement de m'adapter aux mœurs nouvelles des jeunes générations médicales qui ont marqué leur pratique du sceau commercial, laissant aux vieilles lunes des scrupules dont nous étions chargés et qui n'étaient que poussière (d'après eux). Malgré tout, notre passé ne peut s'effacer si rapidement et nous conservons, vous comme moi, je pense, son empreinte. Je sens que vous avez souffert aussi, sans toutefois en être « corrodé » comme feu votre ami, de procédés peu « amicaux » de certains jeunes confrères ; les exemples que vous relatez en font foi.

Mais votre bel optimisme commande et vous supportez vaillamment les procédés vils et les indélicatesses courantes. Le malade est certes absolument libre d'agir à sa guise, de changer de médecin, si bon lui semble, même en cours de traitement, nous ne pouvons que le déplorer au point de vue égoïste. Mais dans le cas particulier auquel je faisais allusion, alors que j'avais fait un diagnostic exact de parathypoïde, le confrère qui m'a « supplanté » déclara, malgré le résultat positif de l'analyse du sang, qu'il ne s'agissait pas de paratyphoïde, dans ce cas, de même que dans les cas que vous citez (jeune fille atteinte d'une affection qu'un de nos jeunes confrères déclara inexistante). Le médecin décrié devrait pouvoir se défendre tout au moins devant ses pairs (Syndicat ou ordre de médecins), car il passe aux yeux du client et de son entourage, pour avoir fait une erreur de diagnostic, ce qui ne contribue pas à relever son prestige et lui cause un préjudice moral et matériel ensuite.

Vous êtes partisan de transformer les conventions syndicales ; le pense qqe cette transformation est inutile puisqu'elles sont inopérantes la plupart du temps, même chez des syndiqués. Je pourrais vous en citer des preuves également, mais cela m'entraînerait trop loin.

Je suis tout de même convaincu de l'utilité du Syndicat en face des pouvoirs publics et des collectivités : il faut un Syndicat-façade qui puisse montrer les

dents aux loups qui menacent les disciples d'Esculape. En dehors de cela, le médecin est trop individualiste pour se plier docilement aux conventions syndicales.

Evidemment, la seule façon de se défendre paraît être, d'après vous, mon cher confrère, d'agir conformément aux nouvelles habitudes de la pratique médicale, de se rendre à l'appel du malade, sans s'occuper du reste.

Mais alors, c'est la pagaïe et l'amusement de la galerie ! Et qu'en dira l'Ordre des médecins dont on parle tant et dont on entrevoit la mince silhouette dans un lointain nébuleux ?

En attendant et malgré tout, ayons du courage pour la lutte et « *sursum corda* » ! comme vous le dites.

Dr HAUSSMANN.
(Estissac).

II

Je viens de lire l'article du Dr Bottemer à propos des supplantations en clientèle. Je suis entièrement de son avis. Rien ne sert de se lamenter : le médecin de famille s'en va. Il sera bien mort dès que les petits bourgeois, ses derniers fidèles, auront disparu de la faune française, ce qui ne saurait tarder.

Les conventions syndicales et la déontologie sont faites par nous et pour nous. Il est fantastique de vouloir imposer au malade, dans le cas qui nous occupe, des règles qui ont pour but, avoué ou non, de maintenir en sa place le médecin traitant, alors que précisément le client n'en veut plus.

S'il est désagréable de se voir supplanté, il est grotesque de se cramponner à un malade qui n'a plus confiance en vous, voire même d'aller faire des scènes dans les familles, comme certain de mes voisins.

Mettre en branle les sanctions syndicales ! Ce sont foudres de carton qui n'effrayent ni ne contraignent personne. Et puis, qu'est-ce que cela fait au malade. Il s'en moque pas mal. Et de nombreux confrères s'en moquent bien plus que lui. Il faut le reconnaître, la déontologie est surtout gênante pour le jeune qui s'installe. Et la génération d'après guerre supporte mal la contrainte. Ses dents longues et ses griffes acérées n'ont pas de peine à mettre en pièces, comme chiffons de papier, conventions et cadres déontologiques.

Je crois que, si l'on est remercié, la seule conduite sage, étant donnée la mentalité actuelle, est de se taire et d'attendre. Si le « successeur » est un bon confrère, qui vous a prévenu après avoir essayé de vous faire garder par le malade, ou même simplement n'a pas dit de mal de vous, le dommage est mince, et les relations restent cordiales. Si c'est un pirate qui vous ignore et vous éreinte, il n' y a qu'à guetter, jamais bien longtemps en général, l'heure des représailles.

Quant à la fameuse consultation que l'on doit provoquer d'après la Déontologie (avec un grand D) si l'on est appelé en cours de maladie à l'insu du médecin traitant, voici ce qui m'a été répondu un jour : « Docteur, nous voulons *votre* avis. Nous savons parfaitement qu'en consultation avec le Dr X, s'il n'est pas conforme au sien, vous ne le donnerez pas ». Que répondre à cela ? Du point de vue du client, qui doit tout de même compter un peu, cela me semble fort correct.

Encore une fois, le public veut prendre qui bon lui semble, changer quand il lui plaît, et se désintéresse de nos petites histoires professionnelles. Il croit, en changeant de médecin, défendre sa peau qu'il estime menacée à tort ou à raison. Mettons-nous à sa place ! Sommes-nous infaillibles ?

Il nous donne notre congé d'une façon brutale, ou mufle. Faut-il s'en prendre au confrère qui nous a succédé, s'il a été convenable pour nous ?

Il faut bien se mettre dans la tête que les clients actuels nous considèrent comme de simples fournisseurs, en attendant que les caisses d'assurances sociales nous traitent en employés (à cela près que nous n'aurons pas la journée de huit heures).

Laissons la « fôôôrme », tranquille et adaptons nos règles déontologiques au temps présent, si l'on veut qu'elles soient à peu près suivies.

Autour de nous tout évolue, et vite. Il faut suivre le mouvement ou être balayé.

P. GELIN.

FISCALITÉ

Allègement des charges médicales.

La majorité des médecins de France assure des services médicaux d'œuvres sociales : médecins des hôpitaux, des asiles, médecins d'assistance, médecins des écoles, d'assistance du 1er âge, etc., et prochainement, malgré le corps médical syndiqué, la loi d'assurances sera mise en vigueur.

Pour assurer le fonctionnement médical de toutes ces œuvres sociales qui représenteront les 8/10e de la clientèle médicale, les Pouvoirs publics qui ne pourront se priver de la collaboration indispensable du Corps médical français lui demanderont et *à lui seul*, de lourds sacrifices sur le taux normal minimum de ses honoraires, c'est-à-dire sur ses moyens d'existence.

Comme il sera absolument impossible au corps médical de ne pas collaborer au fonctionnement de ces lois sociales, qu'il lui sera impossible de ne pas accepter un taux plus ou moins réduit de ses honoraires ordinaires et normaux déjà restés au-dessous de la stabilisation du franc, il serait de la plus inqualifiable injustice qu'à une loi d'exception (réduction du taux normal de ses honoraires), ne corresponde pas une deuxième loi d'exception (réduction de charges) dont il serait seul bénéficiaire comme il est seul victime de la première.

Il faut donc que nos syndicats ou la nouvelle Confédération des syndicats obtiennent une réduction de charges : 1° sur nos moyens de locomotion ; 2° sur la patente médicale et même sur d'autres charges si cela est possible.

1° Réduction sur nos moyens de locomotion.

L'automobile du médecin est son outil de travail indispensable pour assurer le service médical auprès des bénéficiaires des lois sociales (8/10 des visites à faire en ville et à travers les campagnes).

Il n'est pas admissible que l'Etat exige pour nos voitures qui nous sont indispensables pour assurer le service de ses œuvres sociales, les mêmes impôts que pour les voitures de touristes, de commerçants ou d'industriels qui ne sont pas comme le corps médical chargés d'un service à tarifs réduits.

Il y a donc une compensation qui s'impose. Il devrait au moins nous être accordé la demi-taxe comme cela existait autrefois.

Nos délégués pourraient faire admettre sans discussion, je pense, que la voiture indispensable du médecin est la 10 CV, qui, avec toutes les marques actuelles, représente le confortable minimum pour un médecin de la ville et de la campagne. Or la 10 CV paye actuellement un impôt de 720 fr. On devrait faire admettre que tous les médecins bénéficieraient d'une réduction *fixe* de 360 fr. sur leurs impôts de voitures automobiles quels que soient la force et le luxe de leur voiture professionnelle. Au-dessous de 10 CV, 5 CV, moto, bicyclette professionnelles, demi-taxe. Cette réduction minime serait d'autant plus juste que du fait de l'usage de nos voitures pour le service des œuvres sociales nous payons déjà de très lourds impôts (essence, huile, pneu, achat de voiture, réparations, etc.), dont l'État bénéficie encore en partie.

II. Réduction de la patente.

Les appartements à usage médical deviennent de plus en plus chers et difficiles à trouver. Les centimes additionnels augmentent tous les ans et font que dans certaines communes la patente médicale représente presque le prix du loyer.

Certains confrères chargés de famille ou spécialistes sont obligés de supporter de lourds loyers doublés par le prix de la patente, d'où charges écrasantes.

L'Etat et les communes doivent se rendre compte de l'injustice dont le corps médical seul est la victime et nos représentants (Confédération et syndicats) doivent redoubler d'efforts pour obtenir satisfaction et faire modifier le taux de la patente.

Pourquoi lorsque l'Etat laisse entièrement libres les commerçants, les industriels, d'établir leur prix de vente et leurs bénéfices, leur impose-t-il une patente inférieure à celle qu'il réclame aux médecins dont il demande une entière et dévouée collaboration et à qui il demande, quand il ne leur impose pas, des tarifs de faveur qui sont souvent des tarifs de famine ?

Donnant, donnant.

A nos concessions doivent correspondre de bonne foi et logiquement des concessions de la part de l'Etat.

Nous ne demandons pas des faveurs, mais justice et seulement comme tous travailleurs utiles et indispensables au pays le droit de vivre et de faire vivre honorablement notre famille et nos enfants.

Dr H. PERREAU.
(Ivry-sur-Seine).

LA MÉDECINE AUX COLONIES

La lutte contre les maladies vénériennes à Tahiti.

Par le Dr L. SASPORTAS,

Chef du Service d'hygiène et de prophylaxie publiques des Etablissements français de l'Océanie (1).

L'augmentation croissante des cas de syphilis et de blennorrhagie à Tahiti, rendait urgente l'organisation, dans cette colonie, d'une campagne antivénérienne. La création de dispensaires où tous les malades, san aucune distinction, sont soignés gratuitement, a été suivie des résultats les plus encourageants. La construction d'une Maternité, avec consultations bi-hebdomadaires de nourrissons, est venue, heureusement aussi, combattre les méfaits de la syphilis.

Depuis mon retour en France, après une absence ininterrompue de dix années, j'ai pu, à différentes reprises, constater combien, au seul énoncé du nom de la colonie que je viens de quitter, s'éveillait immédiatement dans les esprits, l'idée d'une terre de rêves, au climat enchanteur, toujours égal, d'un véritable paradis, béni des dieux, posé comme une fleur odorante, sur les eaux, au sein du Pacifique.

Cette légende, toutefois, que Pierre Loti, racontant son mariage avec Rarahu, n'a pas peu contribué à créer, et qu'ont aggravée ,après lui, les poètes, les romanciers, tous ces littérateurs qui passèrent quelques heures ou peut-être quelques jours dans nos îles, ne doit pas être sans revers.

La Nouvelle Cythère, en effet, suivant le surnom donné à Tahiti, par Cook et Bougainville qui y mouillèrent les premiers, pour bien marquer qu'elle est de ce monde, ne jouit pas de la perfection.

Elle a ses tares. Et ses nombreux admirateurs voudront bien m'excuser si j'en signale aujourd'hui quelques-unes ; mon intention n'est pas, ce faisant, de la diminuer à leurs yeux, mais au contraire de la rendre plus digne de l'idée qu'ils s'en font. Dévoiler un mal et le faire connaître, c'est déjà, à moitié, l'avoir vaincu.

Or, Vénus règne en maîtresse dans la Nouvelle Cythère ; elle y compte, comme adorateurs avoués ou clandestins, presque tous les habitants de son royaume ; et, l'on est bien obligé de reconnaître que la déesse, ingrate, sans considération pour quiconque, sans égard pour cette ferveur fougueuse et chaude qu'elle sent de tous côtés monter vers sa personne, semble se jouer à lancer autour d'elle d'innombrables coups de pieds.

Le nombre de ses victimes dans les établissements français de l'Océanie est considérable. On peut compter comme atteints par hérédité ou acquisition, 70 % de la population.

Cette multiplicité des cas, cette dissémination généralisée, pourrait-on dire, des maladies qui nous occupent, étaient dues jusqu'à ce jour, à la nonchalance innée et bien connue des indigènes, encore accrue par l'extrême longueur du traitement, dont les effets, de plus, avant l'apparition des sels d'arsenic, n'étaient pas à leurs yeux assez évidents. Et bien rares étaient les contacts qui n'ouvraient pas un nouveau champ d'activité au tréponème pâle ou au gonocoque. A tel point, qu'un malade étant donné, il était courant pour le médecin, de voir, là où tous les autres traitements avaient échoué, le mercure sortir vainqueur de lésions mal caractérisées.

A cette responsabilité de la population dans la propagation des maladies vénériennes, dont l'excuse la plus grande était l'ignorance, il convient d'ajouter, pour être juste, sans excessive sévérité, la carence de l'administration, s'abritant évidemment derrière l'apathie du Service de santé, qui ignorant ou méconnaissant la parole du Taciturne, voyait le mal, doutait de réussir et préférait ne pas agir.

Telle fut la situation à Tahiti jusqu'en 1923. Vers cette époque, à peu près, se dessine dans le monde tout entier un véritable soulèvement contre les maladies vénériennes. Si l'on est encore impuissant contre la blennorrhagie, l'emploi des arsenicaux mis au point constitue entre les mains des médecins, une arme puissante, indolore aussi, dont les effets rapides doivent frapper l'esprit des indigènes de nos colonies. Des dispensaires antivénériens sont créés un peu partout. Notre éminent confrère, le Dr Faivre, qui en est l'âme, mis au courant de la situation de Tahiti, veut bien provoquer nos efforts et nous stimuler de ses encouragements.

Par une coïncidence heureuse, les circonstances en Océanie, sont des plus favorables. La situation de la colonie est prospère. Le gouverneur Rivet qui vient de prendre possession de son poste est inquiet avant tout de ce qui peut améliorer la santé des populations qu'il administre. Le moment est donc propice pour entreprendre, là aussi, une vigoureuse campagne antivénérienne, et pour lancer l'idée de la création de dispensaires.

Les hommes sont les mêmes partout et ce n'est

(1) Communication au XVe Congrès d'hygiène, 17 octobre 1928.)

pas une raison parce que nous sommes aux antipodes, c'est-à-dire marchant sur la tête, les pieds en l'air, pour présumer que les choses doivent aller à Tahiti mieux qu'ailleurs. L'organisation de notre lutte antivénérienne à peine dévoilée, y déclanche les mêmes difficultés, les mêmes hostilités, puis-je dire, qu'elle dut provoquer ici.

Faut-il taire la vérité parce qu'elle est un peu décevante ? Nous ne le croyons pas. Disons donc, simplement, sans insister outre mesure, que nous ne trouvions pas, à ce moment, auprès de nos confrères, tout le concours sur lequel nous avions cru normalement devoir compter.

Mais, le chef de la colonie, heureusement est avec nous. Sa conviction est faite du rôle efficace que les dispensaires dont nous préconisons la création sont appelés à jouer. Il montre sa volonté nette de les voir entrer en fonction à la date qu'il fixe lui-même, et il met, immédiatement, geste décisif, pour créer le système nerveux de notre œuvre, un crédit assez important à notre disposition.

Il est sans intérêt de s'attarder sur les objections qui sont faites alors, toujours les mêmes, connues de tous, mais qu'il faut cependant prendre en considération, discuter et combattre. Créer un dispensaire antivénérien à Papeete, va-t-on répétant sous le manteau, quelle idée saugrenue ! Comment ne prévoit-on pas qu'il est voué à un insuccès certain ? Aucun malade n'osera jamais s'y rendre, car à Tahiti, comme on le sait, petit pays, petits esprits, grandes histoires, tout le monde se connaît, et prendre seulement le chemin du dispensaire sera déclarer tout uniment *urbi et orbi* qu'on est atteint de syphilis ou de blennorrhagie, maladies honteuses, comme nul n'en ignore.

D'ailleurs, on ne dispose d'aucun local disponible. Il existe bien dans l'hôpital deux ou trois pièces vacantes qui feraient parfaitement l'affaire, mais les affecter à un dispensaire auquel les vénériens auraient librement accès, pourrait jeter la confusion et le discrédit sur les malades des autres services.

Rien de tout cela ne nous arrête cependant, et nous finissons par obtenir la disposition d'une chambre, dans un bâtiment destiné aux contagieux, au fond de l'hôpital, avec une entrée spéciale sur une rue particulière. Toutes les conditions, comme on le voit, sont réunies pour faciliter notre tâche.

Pendant qu'une installation sommaire se prépare à cet endroit, il importe de faire connaître parmi les populations indigènes l'effort tenté et le but recherché. A cet effet nous faisons placarder en de nombreux points les affiches que nous devons à l'obligeance du Dr Faivre. Nous rédigeons deux tracts qui imprimés en français et en tahitien par les soins du gouvernement sont distribués largement. Nous nous mettons en relation avec les différents chefs d'administration et d'entreprises, les directeurs des maisons de commerce, toutes les personnalités qui emploient un personnel plus ou moins jeune, sur lequel notre action peut s'exercer. Nous trouvons auprès de tous, nous nous plaisons à le reconnaître, l'accueil le plus empressé. Par eux, nous touchons à peu près toute la population de Papeete, qui comprend environ 5.000 habitants. Quant aux indigènes des districts de Tahiti, disséminés autour de l'île, en nombre approximativement équivalent, nous décidons d'aller, au cours de tournées, leur faire des conférences, à l'issue desquelles les mêmes tracts sont distribués.

Notre activité rayonne en même temps sur les établissements secondaires de la colonie, les Iles Marquises, les Iles Sous-le-Vent, où des dispensaires confiés aux médecins affectés à ces postes, doivent aussi être créés.

Les principes sur lesquels repose notre nouvelle organisation et que nous avons su faire prévaloir auprès de l'administration sont les suivants : gratuité absolue des soins à tous les malades quels qu'ils soient qui se présentent, gratuité des soins et gratuité des médicaments ; aucune formalité d'admission ; aucun papier, aucun certificat ne doit être exigé. Il suffit que l'individu qui se présentera à nous soit malade pour que nous en prenions la charge complète quant à son traitement.

Les premiers résultats sont inespérés. Les indigènes, les métis, accourent dès les premiers jours aux consultations qui ont lieu quatre matinées par semaine. Nos statistiques nous indiquent pour 1924 3.247 consultations ; pour 1925, 2.406 ; pour 1926, 1.698 ; et pour 1927, 2.419. Le nombre des injections intraveineuses pratiquées est respectivement pour chacune de ces années, 461, 475, 522 et 549 ; le nombre des lavages uréthraux 1.159, 924, 601 et 637.

L'assiduité de nos patients, leur exactitude à répondre aux rendez-vous fixés, sont remarquables. Afin de suivre la marche des traitements ainsi dispensés, un laboratoire, confié à un médecin compétent, vient enfin, sur notre demande, d'être installé à Papeete.

Cependant dans la lutte contre les maladies vénériennes, s'il est bien de traiter les individus contaminés, il doit être encore mieux d'éviter l'éclosion des cas nouveaux.

C'est pourquoi, il nous faut tout spécialement porter notre attention sur les trois facteurs les plus importants de dissémination à Tahiti : les prostituées, les matelots des goëlettes, les immigrants.

Le service des prostituées n'a été rattaché au dispensaire qu'en 1927. Dès cette époque, les visites qui étaient bimensuelles deviennent hebdomadaires. L'assiduité des filles soumises à ces visites est poursuivie sévèrement. Toutes les

défaillantes, dont la plupart, comme on le devine, ont d'excellentes raisons pour ne pas se présenter à l'examen du samedi, sont recherchées systématiquement par les agents sanitaires et amenées d'autorité. De plus, en collaboration avec le commissaire de police, la prostitution clandestine est poursuivie avec la dernière énergie. Toutes les filles se livrant à la prostitution sont arrêtées et examinées. Nous avons gardé le souvenir de trois premières rafles qui furent ainsi opérées : sur 13 filles qui composaient la première de ces rafles, 10 étaient atteintes de blennorrhagie ; sur les 9 qui composaient la deuxième, 7 étaient malades et les trois qui vinrent ce jour-là en dernier lieu durent être ensemble hospitalisées.

L'Océanie française se compose d'un grand nombre d'îles, groupées en archipels, qui constituent les établissements secondaires. Entre ces îles, une flotille de goëlettes ayant leur port d'attache à Papeete, évolue, assurant le trafic des marchandises importées et des produits exportés. Les équipages de ces goëlettes sont tout entiers recrutés parmi les indigènes. Et l'on perçoit immédiatement quel important facteur de dissémination constituent ces matelots qui naviguent d'une île à une autre, ou dans une même île d'une vallée à la vallée voisine, ensemençant pour leurs successeurs, les terrains sains ou neufs, ou récoltant pour leur propre compte, au contraire, ce que d'autres avant eux ont semé.

Il convenait donc d'abord de dépister, parmi eux, les malades, puis dépistés de les traiter à l'hôpital ou ambulatoirement, au moins jusqu'au blanchiment de leurs lésions. Dans ce but, agissant en plein accord avec le Président de la Chambre de Commerce, de Tahiti, représentant les armateurs-commerçants, il fut entendu que chaque goëlette arrivant à Papeete, dirigerait le jour même sur le dispensaire, pour y être examiné, tout son équipage. Les matelots reconnus malades seraient déclarés indisponibles, soumis au traitement, et pour éviter qu'ils ne s'embarquent à nouveau, encore dangereux pour les autres, qu'ils ne s'évadent en quelque sorte, signalés au service du Port, chargé de contrôler tous les engagements.

Cette façon de faire, nous ne l'ignorons pas, aurait en d'autres lieux provoqué les critiques que vous avez déjà certainement formulées : violation du secret professionnel, atteinte à la liberté individuelle, illégalité d'une hospitalisation obligatoire, etc. Elle ne reposait, en fait, à Tahiti, sur aucun texte officiel. Mais elle était acceptée par tous, et la population, tant indigène qu'européenne, ne voyant que le but que nous poursuivions s'y était conformée docilement.

De même, tous les immigrants chinois ou annamites, arrivant dans la colonie, furent soumis à une visite de santé sérieuse, et les contagieux tenus de se soigner soit à leurs frais, soit aux frais de leurs employeurs.

Si nous ajoutons à toutes ces mesures, les conseils prodigués à chaque fois que l'occasion s'en présentait, d'user de façon convenable, des tubes de pommade prophylactique, mis dans le commerce, les conférences sur les maladies vénériennes, faites aux grands élèves des écoles, sur le point de quitter les bancs de leurs classes pour entrer dans la vie, nous aurons, je crois, passé en revue, tous les facteurs qui composèrent la campagne antivénérienne à Tahiti.

Quels en furent les résultats ? Nous les puiserons simplement dans les constatations des médecins de la colonie qui nous ont affirmé rencontrer moins aujourd'hui qu'autrefois d'accidents primaires ; dans celles de l'officier commandant le détachement d'infanterie qui se félicite de voir diminuer le nombre des indisponibles pour affections vénériennes parmi les hommes placés sous ses ordres ; dans les déclarations enfin, des commandants de l'*Aldébaran* ou de la *Cassiopée*, stationnaires du Pacifique sud, suivant lesquelles les cas de contamination parmi les matelots de leurs équipages constituent maintenant l'exception.

Ces points étant acquis, il nous restait à combattre la mortalité infantile à Tahiti, qui comprenait de 35 à 40 % du chiffre des décès ; la syphilis en étant la cause principale. Nous avons réclamé et obtenu la construction d'une Maternité qui serait ouverte gratuitement à toutes les femmes indigènes. Cette maternité inaugurée en décembre dernier, fonctionne aujourd'hui à plein rendement. Deux fois par semaine des consultations y sont données aux femmes enceintes et aux nourrissons. Est-il nécessaire de dire que ces consultations marchent conjointement avec le dispensaire antivénérien vers lequel sont dirigés les femmes ou les enfants porteurs de lésions syphilitiques.

De sorte qu'à l'heure actuelle, Tahiti, petite colonie française parmi les plus petites, peut s'enorgueillir, à bon droit, d'une organisation sanitaire que beaucoup de ses sœurs pourraient prendre en exemple.

Nous devons l'avantage d'avoir fait cette peut-être trop longue communication à l'amabilité du dévoué secrétaire général de notre Société, le Dr Dujarric de la Rivière.

Comme vous l'avez remarqué certainement, nous n'avons, pour l'organisation de cette lutte antivénérienne dans une colonie lointaine, rien inventé, rien innové, rien fait de rare. Nous nous sommes contentés seulement d'appliquer, aussi étroitement que possible, les directives et les principes indiqués par les maîtres, au milieu desquels nous sommes honoré de nous trouver aujourd'hui et que nous prions d'agréer l'hommage de notre reconnaissance.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des Praticiens de Médecine générale.

Siège social, Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

ENQUÊTE SUR LES RAPPORTS ENTRE LES PRATICIENS DE MÉDECINE GÉNÉRALE, LES CHIRURGIENS ET LES SPÉCIALISTES.

(Proposée par le Syndicat des médecins de la Seine).

Le problème de la dichotomie envisagé du point de vue de la différenciation technique.

I

Le Syndicat des praticiens de médecine générale accorde la plus grande importance à l'étude et à la solution du problème de la dichotomie et considère que cette question doit être abordée sans délai au sein de la nouvelle Confédération des Syndicats médicaux français, car elle est la base de notre organisation.

Nous n'ignorons certes pas que le débat a déjà alimenté nos réunions syndicales, nous savons aussi que le Syndicat des chirurgiens a cru nous apporter la solution définitive du trait de plume d'un « ukase » qui souffre cependant le reproche d'être trop unilatéral.

Nous sommes donc particulièrement heureux d'avoir l'occasion d'exposer un point de vue qui nous est cher : *nous considérons en effet qu'une charte établissant et réglementant les rapports des groupements différenciés de notre profession, résoudrait aisément les difficultés.*

Jusqu'à présent, et par la faute des médecins, la dichotomie n'a été révélée au public que sous la forme d'un travestissement de mauvais goût ; c'est l'appréciation la moins sévère que l'on puisse porter sur cette commission clandestine remise sous le manteau par le chirurgien au médecin traitant. Cette perversion qui n'est qu'un « rabattage dissimulé et de mauvais aloi », continuons à l'appeler d'un terme aussi expressif qui le définit parfaitement et, écartons-la une fois pour toutes d'un débat dans lequel elle ne saurait trouver place. Mais proclamons bien haut par contre que : quelle que soit la latitude ou l'altitude, aussi bien à Quimper-Corentin qu'à Pampelune ou Givet, *la collaboration du médecin traitant avec ses confrères techniquement différenciés, collaboration qui se manifeste pour le premier par la pose d'un diagnostic et pour les autres par la réalisation d'investigations ou d'interventions raisonnées et discutées consécutives, motivées par le diagnostic posé,* proclamons bien haut, disons-nous, *que cette collaboration doit être rémunérée indépendamment des soins courants et proportionnellement à l'importance du rôle joué par chacun.*

Cette rémunération particulière du travail en collaboration ne doit pas se cacher ; elle doit s'étaler au grand jour, car les efforts combinés réalisés par tous ceux dont l'action a contribué à la sauvegarde du malade, par le fait qu'ils sont légitimes, ne peuvent être qu'ostensibles.

Envisagée du point de vue de la « différenciation » technique, la question de la rémunération du travail en collaboration qui paraît si complexe, devient extrêmement simple : cette différenciation, conséquence de l'évolution des méthodes et des progrès réalisés au cours de ces cinquante dernières années, nous sommes obligés de la subir. Pourquoi donc ne pas nous y adapter ?

N'avons-nous pas l'exemple de nos clients, qui, eux, forcent l'évolution, et, parce que nous hésitons à prendre l'initiative de la réglementation de nos rapports, en arrivent parfois à suspecter nos hésitations et nos réticences !

Réglons sans plus tarder les relations des différentes différenciations entre elles et chiffrons par des coefficients de valeur proportionnelle l'importance du rôle de chacune dans un traitement. Ce n'est, après tout, qu'une mise au point d'un nouveau tarif que personne ne discutera par le fait qu'il sera établi.

Le morcellement trop cloisonné de la pratique médicale ne doit pas devenir un danger pour le malade. Du fait même de la multiplicité des spécialistes, un rôle de coordination doit rester au médecin qui a pris la direction morale du malade, qui a su le diriger, le guider, orienter la thérapeutique ; ce rôle est trop beau et trop important pour qu'il ne mérite pas d'être apprécié à sa juste valeur.

Or, ce médecin directeur de conscience, quel sera-t-il ? Mais pas forcément un praticien de médecine générale. Ce sera celui que les circonstances auront amené à établir le diagnostic : il pourra être parfois un spécialiste qui confiera ensuite la malade à un médecin général ; ce qui implique évidemment la *réversibilité* qui nous apparaît comme tout à fait logique.

Ce sera le plus habituelleemnt le médecin *choisi* par le malade, et nous devons mettre à la base de notre réglementation ce droit du libre choix ; libre choix du médecin traitant, libre choix des confrères différenciés. Nous reconnaissons cependant que l'influence du médecin traitant est souvent prépondérante quand il s'agit de s'adresser à un spécialiste ; au fait, peu importe, car ce n'est pas la détermination du choix qui doit être rémunérée, mais uniquement le travail en collaboration.

Ceci bien établi, aucune difficulté pour la présentation de la note d'honoraires au client : c'est le médecin qui a eu la direction générale du traitement qui doit la fournir au nom de tous les intervenants, et non pas suivant un pourcentage intangible pour chacun, mais avec des articles proportionnels à l'importance des rôles, qui peut être fort variable suivant les cas.

Il découle de ces considérations que lorsqu'il s'agit d'intervention, la présence du médecin traitant est moralement indiquée, et celui-ci doit considérer cette mission comme une obligation ; mais serait-il dans l'impossibilité de la remplir, il doit cependant lui être tenu compte de tout son travail antérieur et il aura par la suite à assumer la direction des soins consécutifs à l'opération.

Ces généralités étant posées, il est facile de conclure que : « la dichotomie faite de clandestinité et de surenchère devrait disparaître du vocabulaire médical et être remplacée par une participation loyale, honnête, avouée » et codifiée de tous les médecins ayant contribué au traitement, participation rémunérée en conséquence. *Signé :* Dr MARTIN.

II

(*Communiqué*)

Le Syndicat des P. de M.G. reprend son activité.

Il sollicite, conformément à ses statuts, l'adhésion de tous les praticiens inscrits à un syndical local adhérent à la Confédération nationale des Syndicats médicaux français, dont il fera partie.

La cotisation annuelle est portée à *dix francs.* Les inscriptions doivent être demandées au Dr A. Martin, secrétaire général à Plancher-les-Mines (Haute-Saône) et les envois d'argent adressés au trésorier : le Dr Pégeot, Mélisey (Haute-Saône). Compte chèques postaux : Paris 1199-77.

Notre manifestation au Congrès a attiré l'attention sur un problème qui demeure toujours entier : celui de la représentation des groupements différenciés techniquement au sein de la nouvelle Confédération. Un groupement important de « spécialistes » nous a compris et de conserve nous avons entrepris de travailler à l'élaboration d'un projet qui donnerait satisfaction à la fois aux spécialistes et aux praticiens généraux et réaliserait la représentation rationnelle et automatique des différenciations « dans le cadre du syndicat local ».

Nous espérons être d'ici peu en mesure de présenter à l'appréciation et à la critique du corps médical syndiqué un plan fort simple qui, à notre avis, apporterait la solution recherchée.

Le Bureau provisoire.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

8.443 DURAND, Gaillac (Tarn), Syndicat d'Albi-Gaillac.
8.444 PY, Menton (Alpes-Maritimes), Société médicale du Littoral méditerranéen.
8.445 CHEROUVRIER, Tunis (Tunisie), Syndicat français de Tunis.
8.446 GRIAS, Angers (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers-ville.
8.447 LEMOINE, Charly-sur-Marne (Aisne), Syndicat de Château-Thierry.
8.448 CASTELLANT, Courtenay (Loiret), Syndicat de Montargis.
8.449 BEHAGUE, Arras (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
8.450 GALLY, Carcassonne (Aude), Syndicat de Carcassonne.
8.451 GARCOIN, Châlons-sur-Marne (Marne), Syndicat de Châlons-sur-Marne.
8.452 BORDES, Aubiers (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
8.453 CODET, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), Syndicat des Côtes-du-Nord.
8.454 EULER, Chindrieux (Savoie), Parrains : Docteurs César et Berthuy.
8.455 BOURNEAU, Prissac (Indre), Parrains : Docteurs Bazin et Périchon.
8.458 RAVAUD, Epernay (Marne), Syndicat de la Marne.
8.459 MOUTARD, rue Montaigne, Paris, Syndicat des Electro-radiologistes.
8.460 DECOULARÉ-DELAFONTAINE, Rouen (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
8.461 TESTARD, Chalais (Charente), Syndicat de la Charente.
8.462 MEYER, Alger (Algérie), Syndicat d'Alger.
8.463 DOUZAIN, Commercy (Meuse), Syndicat de la Meuse.
8.464 DESHONS, Montpellier (Hérault), Parrains : Docteurs Aimes et Bonnel.
8.465 GUILLEMIN, Châlons-sur-Marne (Marne), Syndicat de Châlons-sur-Marne.
8.466 HOUSSIAUX, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat de Cannes.
8.467 LE PELVE, Bénedet (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
8.468 DANJARD, Orgon (Bouches-du-Rhône), Parrain Docteurs Barbaroux et Rey.

8.469 Dubocququet, Arques-la-Bataille (Seine-Inférieure), Syndicat de Dieppe.
8.470 Rousseau, Bruyères (Vosges), Syndicat des Vosges.
8.471 Faivre, Lons-le-Saunier (Jura), Syndicat de Lons-le-Saunier.
8.472 Ryckewaert, Dunkerque (Nord), Syndicat de Dunkerque.
8.473 Serres, Vaux-sur-Seine (Seine-et-Oise), Parrains Docteurs Guillermain et Lamare.
8.474 Hery, Makatéa (Tahiti), Syndicat de Tonnerre.
8.475 Simonpietri, Marseille, 42, rue de la Guadeloupe Parrains : Docteurs De Rocca-Serra et Bousquet.
8.476 Bertholet, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
8.477 Lombard, Vézelise (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr P. est assigné en 300.000 francs de dommages intérêts et 108.420 francs pour remboursement de frais de traitement, parce qu'il aurait, en 1920, laissé un fragment d'aiguille dans le poumon d'une cliente en pratiquant une ponction exploratrice.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale lui sont acquis dans cette affaire.

Le Dr D. (Gard) est assigné en 100.000 francs de dommages-intérêts par un client qui lui reproche de l'avoir mal opéré d'une hernie.

Il est admis au bénéfice de la garantie de la Caisse spéciale, mais il devra donner sur les circonstances de fait de l'affaire des renseignements qui font défaut dans sa correspondance.

Le Dr A. (Seine-et-Oise) est menacé d'une action en responsabilité, à la suite du décès d'un enfant atteint de gastro-entérite.

La garantie de la Caisse spéciale lui est acquise, en tant que de besoin, s'il est donné suite à cette menace.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 300 francs, montant du trimestre de la rente que le Dr C. (Eure) a été condamné à payer à son ancien client.

Accidents du travail.

Le Dr C. (Territoire de Belfort) est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui lui a donné gain de cause pour le paiement d'une radiographie faite à un blessé du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr M. (Seine-et-Oise), ayant donné les renseignements qui lui étaient demandés, l'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à l'appel formé par son adversaire contre un jugement qui a rejeté la demande en garantie formée sur une demande en paiement de fournitures pharmaceutiques faites à un blessé du travail.

Le Dr N. (Tarn), ayant soigné deux blessés du travail, la Compagnie prétend réduire de 25 pour 100 les deux notes, l'une de 329 fr. et l'autre de 648 francs sans indiquer aucun motif.

Le Conseil est d'avis que semblable réduction non motivée est inadmissible et accorde au Dr N. l'appui pécuniaire pour poursuivre contre les patrons le recouvrement de ses deux notes.

Le Dr C. (Doubs) est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui a refusé d'admettre le reproche formé contre l'audition comme témoin de l'ouvrier qui a reçu les soins dont le médecin réclame à son patron le paiement.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr L. (Seine) se voit refuser par une Compagnie d'assurances le paiement d'honoraires accidents du travail, parce que la Compagnie ne garantirait pas l'accident dont il a soigné la victime.

Une démarche amiable faite près de la Compagnie n'ayant donné aucun résultat, l'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le patron.

Honoraires de Droit commun.

Le Dr M. auquel le « Sou » a remboursé ses frais dans une affaire de recouvrement d'honoraires contre l'auteur d'un accident d'automobile, dont le montant (397,80) avait paru au Conseil un peu élevé, fait don à la Caisse du « Sou » d'une somme de 100 francs.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr A. (Loire-Inférieure) a recouvré amiablement le solde des honoraires, fixés d'avance à forfait, dont le paiement lui avait été refusé.

Il a payé, pour honoraires d'huissier, 60 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Charente-Inférieure) a gagné en appel le procès en recouvrement d'honoraires d'un accouchement, pour lequel les clients prétendaient qu'il n'avait pas été appelé et s'était en quelque sorte imposé.

Il a perdu, dans cette affaire, tous comptes faits, une somme de 194 francs, sur laquelle il ne demande le remboursement que de 180 francs, faisant abandon du surplus à la caisse du « Sou ».

Le Conseil l'en remercie et ordonnance le remboursement des 180 francs demandés, ce qui porte, avec les sommes antérieurement versées, le total des dépenses du « Sou » dans cette affaire à 318 fr. 65.

Le Dr B. (Orne), ayant appelé en conciliation, comme le Conseil le lui avait recommandé, mais sans aucun résultat, le patron cultivateur, assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail, pour lequel la Compagnie d'assurances lui avait offert de payer ses honoraires au tarif Fallières, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour demander judiciai-

rement à son client, le paiement de ses honoraires, calculés au tarif de droit commun.

Le Dr F. (Rhône), ayant procédé à la constatation du décès d'un individu, après avoir essayé vainement de le ranimer, se voit présenter, en paiement de ses honoraires, fixés, conformément au tarif syndical, à 80 fr., un ticket de visite à un pensionné de guerre.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires au tarif syndical.

Le Dr P. (Hautes-Pyrénées) a recouvré sans jugement les 500 fr. d'honoraires qui lui étaient contestés et a payé, pour honoraires de son huissier, 50 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr T. (Drôme), ayant fait condamner un client à lui payer 1700 fr. d'honoraires pour une appendicectomie, est traîné en appel par l'adversaire, qui prétend avoir droit à l'assistance médicale gratuite.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr G. (Cher), ayant procédé à un accouchement, offre lui est faite, lors de l'envoi de sa note d'honoraires, de bons d'assistance postérieurs à l'accouchement.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le même médecin, ayant accouché chez sa mère, et sur appel de celle-ci, une femme vivant séparée de son mari, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement la mère, l'accouchée et son mari.

Le Dr N. (Oise) a soigné, chez sa mère et sur appel de celle-ci, une jeune fille, décédée depuis et ne peut obtenir le paiement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement contre la mère.

Le Dr P. (Sarthe) a perdu, en justice de paix, le procès intenté à un cultivateur assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail, soigné dans sa clinique, après que sa femme eût signé un engagement de payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour interjeter appel de cette décision.

Diffamation.

Le Dr B. (Charente-Inférieure) a obtenu la condamnation à 500 francs de dommages-intérêts d'un ancien client, qui l'avait diffamé notamment par affiches.

Les frais et honoraires restés à la charge du « Sou » dans cette affaire se sont élevés à 500 francs.

Le Dr R. (Haute-Garonne) est en butte à l'animosité d'une ancienne cliente, qui le diffama par tous les moyens et notamment par l'apposition d'affiches dont il communique une photographie.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour intenter à cette personne un procès en diffamation.

Impôts.

Le Dr B. (Seine) a obtenu, par décision administrative et avant que le Conseil de préfecture se soit prononcé, la suppression de la patente qui lui avait été imposée sur la place occupée par sa voiture dans un garage public.

Le Conseil ordonnance le versement de 117 francs d'honoraires, à raison de 10 pour 100 des sommes qui ont été remboursées au Dr B.

Exercice illégal.

Le syndicat du Bugey et du Pays de Gex a l'intention de poursuivre un illégal, qui exerce la médecine et la pharmacie, en usurpant le titre de docteur.

Le Conseil accorde à cet effet l'appui pécuniaire au Syndicat, dans la proportion du nombre de ses membres qui sont en même temps adhérents au « Sou ». Il indique qu'il serait préférable, avant d'agir, de s'entendre avec le Syndicat des pharmaciens, qui est également intéressé, puisqu'il y a exercice illégal de la pharmacie.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Gervais DE ROUVILLE, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Henri IMBERT, de Montpellier.

— **Aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris (Attribution du prix Civiale).** — Un concours est ouvert en 1928, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du service de Santé) avant le 17 novembre 1928, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or), ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

— **Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.).** — Au cours de sa dernière réunion, le Conseil d'administration de l'A.D.R.M. s'est occupé de l'organisation de cours pour des médecins brésiliens devant venir en France en novembre, d'un projet de cours en anglais pour l'an prochain (le succès de ces cours allant grandissant). Communication d'une demande du professeur Dombrowski au sujet de la réunion d'un congrès franco-polonais à Poznan en août 1929 après la réunion de la Société internationale de chirurgie qui doit avoir lieu en fin juillet à Varsovie ; de l'Interstate Post-Graduate Assembly of North America nous demandant d'organiser comme nous l'avons fait cette année leur séjour à Paris en juillet 1929.

Nouvelles adhésions : MM. Bouloumié, Chochon-Latouche, de Courtry, Hutinel, Leriche, Thiroux Vaucher, Peck, J. W. Riley, J. J. Benton, J. C. Irwin, J. H. Vogel, L. B. Mitchell, S. White, W. R. Hochwalt, W. W. Reed, J. A. Macgregor, W. B. Morris, R. Gardiner, J. J. Riley, F.W. Kurdook, G. L. Higgins, S. L. Friduss, L. J. Stem, P. R. Gilmer, S. E. Thompson, R. Coumbe, J. McKenty, J. Watson, W. J. Gatti, M. F. Langon, des Etats-Unis ; MM. R. A. Bullrich, C. R.Lavalle, R. Solé, G. Vaquié, R. C. Nicolini, S. Mazza, E. Finochietto, G. Zorroquin, A. J. Bengolea, D. H. Beveraggi, A. P. Ramos, A. Ceballos, Castano, professeurs agrégés, etc. de Buenos-Aires ; MM. Dubourdieu, H. G. Lagos, H. J. May, L. Morela, A. Novarro, E. Pouey, M. Quintela, professeurs, agrégés, etc. deMontevideo ; M. G. Yoannovitch, doyen de la Faculté de médecine de Belgrade ; Sir Thomas Oliver, vice-chancelier de l'Université de Durham.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire,** 156*bis*, avenue de Suffren, XVe arrond. (Métro Sèvres-Lecourbe). Chef du service : M. le Dr F. Cathelin. Assistants titulaires : docteurs Boulanger, Grandjean, Brulé et Quenay. Assistant chirurgical : Dr Yvon. Assistant médical : Dr Siguret. Chefs des laboratoires : MM. Beauvy, Detot, Bretonneau et Bouchacourt. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.*

Programme : Consultations, tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures ; opérations et lithotritie : les vendredis à 9 heures, au Pavillon-annexe ; cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis à 9 h. 1/2 ; leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 h. 1/4 ; injections épidurales et électricité (haute fréquence), les mercredis à 9 h. 1/2 ; urétrites, examen des gouttes et radiographies, les lundis à 10 heures ; traitements, tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus. Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156, avenue de Suffren.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.** *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examen de malades entrants par M. le professeur Ombrédanne, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par M. Fèvre, chef de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur.

Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, Appareillages orthopédiques (MM. Lance et Huc, assistants).

Mercredi, à 10 h. 1/2 : Conférence d'orthopédie pratique par M. Lance.

Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par M. Aurousseau, chef de clinique. Visite dans les salles. Interventions courantes.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltansky.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Le général commandant la région signale à M. le procureur de la République pour servir à ce que de droit, les propriétaires manifestement en faute. Il joint à la lettre qu'il adresse à cet effet à ce magistrat les procès-verbaux d'enquête de la gendarmerie.

TITRE III

CLASSEMENT

. . . .

Art. 22. — Les dispositions de la présente instruction sont applicable à partir du 1er janvier 1929. Elles seront insérées au *Journal officiel.*

Sont abrogées toutes dispositions contraires et notamment les instructions du 12 novembre 1920 sur le recensement et du 26 décembre 1921 sur le classement des véhicules automobiles.

ANNEXE N° 1

Des exemptions relatives aux réquisitions militaires au titre de l'article 9 de la loi du 19 juin 1928, en ce concerne les véhicules automobiles.

Sont exemptés de la réquisition en cas de mobilisation et ne sont pas portés sur les listes de classement, mais sont soumis à la déclaration et au recensement :

1° Les véhicules appartenant au chef de l'Etat ;

2° Les véhicules indispensables pour assurer le service des diverses administrations publiques et des compagnies de chemins de fer ;

3° Les véhicules appartenant aux docteur en médecine, aux vétérinaires et aux sages-femmes, à raison d'une voiture pour chacun d'eux, à condition qu'ils exercent réellement cette profession ;

4° Certains véhicules nécessaires aux industries intéressant la défense nationale, la vie économique, l'hygiène ou la sécurité publique ou répondant à des besoins spéciaux. La désignation de ces véhicules est arrêtée par le ministre de la guerre ou par les autorité, déléguées à cet effet.

Sont exemptés, en cas de mobilisation, de la réquisition et, en temps de paix, du recensement et du classement (décret du 28 juin 1910) :

1° Les véhicules appartenant aux agents non Français du service diplomatique accrédités en France ;

2° Les véhicules que possèdent, dans le lieu de leur résidence officielle, les agents du service consulaire étranger, nationaux des pays qui les nomment, à condition que ces pays usent de réciprocité envers la France.

27 *octobre.*

Hygiène publique.

Conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie de l'administration des postes, télégraphes et téléphones

Le ministre du commerce, de l'industrie, des postes et télégraphes,

Vu l'arrêté du 11 octobre 1928, instituant un conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie à l'administration des postes, télégraphes et téléphones,

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres du conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie :

MM. Paul Strauss, sénateur ancien ministre de l'hygiène. Le Dr Gallet, sénateur. Bonnevay, député, ancien ministre. Cazals, député. Camille Cautru, député. Le Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur. Le prof. Léon Bernard. Le Dr Guinard, médecin chef des sanatoria de Bligny. Le Dr Beaufumé, médecin chef de l'administration des postes, télégraphes et téléphones. Le Dr Pescher, médecin inspecteur des locaux de l'administration des postes, télégraphes et téléphones. Le Dr Bourgeois, conseiller technique de l'administration des postes, télégraphes et téléphones en matière d'accidents du travail. Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, ou son représentant. Gaston Dupont, ancien directeur adjoint au ministère du travail. Le Dr Arnaud, directeur général du comité national de défense contre la tuberculose. Le Dr Cailleret, inspecteur technique du comité national de défense contre la tuberculose. Mmes Paul Dupuy. La comtesse d'Harcourt. Le Provost de La Moissonnière. MM. Lebon, directeur à l'administration centrale des postes, télégraphes et téléphones. Leveau, directeur à l'administration centrale des postes, télégraphes et téléphones. Verlière, inspecteur général, président du comité médical supérieur des postes, télégraphes et téléphones. Bouillard, directeur régional des postes, télégraphes et téléphones; à Paris. Hamel, directeur de l'ensemble des services ambulants. Reynaud-Bonin, directeur des services téléphoniques de Paris. Raynal, directeur des services télégraphiques de Paris. Bellenger, directeur des postes, télégraphes et téléphones à Tours, membre du conseil supérieur des postes et télégraphes. Mme Corbière, dame employée des postes, télégraphes et téléphones au bureau central téléphonique interurbain, membre du conseil supérieur des postes et télégraphes. MM. Menard, facteur receveur à Cambes, membre du conseil supérieur des postes, télégraphes et téléphones. Tournadre, conducteur de travaux, membre du conseil supérieur des postes, télégraphes et téléphones. Balin, président de l'orphelinat national des postes, télégraphes et téléphones. Quenot, président de la société Union et fraternité des postes, télégraphes et téléphones. Humbert, président de l'association amicale des postes, télégraphes et téléphones. Tonnelier, président du Soutien fraternel des postes, télégraphes et téléphones. Bailly, président de la Tutélaire des fonctionnaires et agents des postes, télégraphes et téléphones. Thouvenin, président de la fédération des sociétés de mutualité des postes, télépraphes et téléphones. Tronchet, architecte de l'administration des postes, télégraphes et téléphones.

Art. 2. — M. Belin, est chargé des fonctions de secrétaire général du conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie de l'administration des postes, télégraphes et téléphones.

Le sous-chef de bureau de la direction du personnel de l'administration centrale des postes et des télégraphes, qui a dans ses attributions le service médical exercera les fonctions de secrétaire du conseil.

Art. 3. — Le présent arrêté sera déposé au secrétariat générale des postes, télégraphes et téléphones (service central), pour être notifié à qui de droit.

(26 *octobre* 1928.)

Réponse du Préfet de la Seine à un Conseiller municipal.

Admission d'un enfant dans les classes ou sections d'arriérés

N° 323. — 24 septembre 1928. — Il existe pour l'éducation des enfants arriérés :

1° A la Ville de Paris, cinq classes annexes de garçons et quatre classes annexes de filles ;

2° Une section d'arriérés avec sept classes homogènes (garçons et filles) à l'Institut départemental de la Seine.

M. Robert Bos, conseiller du Val-de-Grâce, demande à M. le préfet de la Seine quelles sont les formalités à remplir et les conditions exigées pour l'admission d'un enfant dans ces classes ou sections d'arriérés.

Réponse. — Pour l'admission dans une des classes de perfectionnement pour enfants arriérés ouvertes dans les écoles primaires, il y a lieu de s'adresser soit à la mairie, soit au directeur ou à la directrice de l'école. Les conditions d'admission dans ces classes sont les mêmes que celles qui sont exigées pour les autres classes des écoles primaires.

A la section de perfectionnement pour enfants arriérés, annexée à l'Institut des sourds-muets d'Asnières, ne sont admis que des enfants appartenant à des familles résidant dans le département de la Seine depuis au moins deux ans. Le prix de la pension est de 2.000 francs par an ; celui du trousseau est de 500 francs pour toute la durée des études ; des bourses et fractions de bourses sont accordées. Pour obtenir l'admission d'un élève, il y a lieu tout d'abord de le présenter à M. le Directeur de l'Institut, qui reçoit le mardi matin de 10 heures à 11 heures. (*B.M.O.V.P.*, 19 octobre 1928.)

L'OXYGÈNE INDUSTRIEL PEUT-IL ÊTRE UTILISÉ EN THÉRAPEUTIQUE ?

Cette question nous a été posée récemment par un correspondant auprès duquel nous nous excusons de n'avoir pas répondu plus tôt, c'est aujourd'hui seulement que nous avons obtenu le renseignement.

L'oxygène, préparé par la Société l'Air Liquide, renferme 98 % d'oxygène pur et 2 % d'azote. Il provient de l'air atmosphérique préa-

lablement traité par la soude, pour le débarrasser de son acide carbonique.

Dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce qu'il soit utilisé pour des inhalations, et même pour des injections sous-cutanées, en le filtrant préalablement à travers un tampon de coton hydrophile stérile.

FAITS CLINIQUES

I

Zona et varicelle.

Petite observation sans aucune prétention, mais qui peut intéresser les confrères qui s'occupent des rapports de la varicelle et du zona.

Madame G..., à Levallois. Zona intercostal, début il y a vingt jours.

Enfant G., fille, 6 mois. Varicelle très nette. Cette enfant n'a vu aucun autre enfant depuis un mois.

Dr H. PERROT.
(Levallois-Perret).

II

A propos du B. C. G.

Réponse du Dr Douville.

Mon cher Confrère,

Dans le numéro 44 du *Concours*, l'observation que j'ai publiée dans votre no 42 est interprétée quelque peu tendancieusement par notre confrère, le Dr Goguel. Qu'il veuille bien la relire, et il voudra bien reconnaître que ma conclusion découle des faits eux-mêmes et que je n'ai jamais eu l'outrecuidance de la généraliser.

Dans le cas particulier, les deux enfants vaccinés sont morts plus rapidement que les non vaccinés ; le seul survivant n'a pas été vacciné et résiste assez bien. Un autre enfant plus âgé, 9 ans, né d'un autre père, n'est pas contaminé cliniquement, ce qui exclut la contamination massive dont parle le confrère ; en plus, il y a eu, je crois, un déménagement récent ; je suis donc en droit de répéter : « *dans ce cas*, l'action du B. C. G. a été nulle et même nuisible. »

Je ne suis ni un partisan convaincu, ni un adversaire déterminé du B. C. G., mais un modeste praticien qui essaye d'être utile à ses malades ; je continuerai à faire du B. C. G., avec un peu moins d'enthousiasme cependant. S'il survient une nouvelle grossesse dans la famille L., j'enverrai la mère accoucher le plus loin possible (elle y consent d'ailleurs) ; mais le confrère Goguel croit-il cette façon de procéder facilement réalisable dans les cas semblables ?

Dr G. DOUVILLE.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

3576. — Proportion des dépenses professionnelles de loyer et accessoires.

Dans ma déclaration de mes revenus de 1927, j'ai fait figurer, parmi mes dépenses professionnelles, cinquante pour cent du loyer de ma maison, cinquante pour cent des frais de chauffage, cinquante pour cent des salaires et avantages divers alloués à mes domestiques.

Le contrôleur des contributions estime ce pourcentage exagéré.

Or, j'occupe une grande maison dont les locaux à usage professionnel ne représentent, il est vrai, qu'un quart ou un cinquième. Mais ne puis-je pas répondre qu'en raison des spécialités que j'exerce (rayons X, rayons ultra-violets) de la place qu'exigent mes appareils, je me trouve bien obligé d'occuper un immeuble proportionnel à cette place-là ?

N'est-il pas juste, dès lors, de faire figurer, dans mes débours professionnels, une bonne part des frais que me cause l'entretien de ma maison ? D'ailleurs, un praticien n'est-il pas tenu, sous peine de se trouver à l'étroit dans l'exercice de sa profession, de prévoir une maison susceptible de contenir ses locaux professionnels, donc une grande maison ?

Mais ce qui est juste n'est pas toujours admis, au point de vue légal. C'est pourquoi je vous prie de me renseigner sur les usages reçus en pareil cas et sur la valeur légale des motifs exposés ci-dessus.

Depuis six ans que j'exerce, j'ai toujours indiqué ce pourcentage et il avait été accepté jusqu'à présent.

Si le contrôleur m'augmente pour 1927, cette augmentation d'impôts pourrait-elle avoir un effet rétroactif.

Dr N.

Réponse.

La fraction des frais de loyer, de chauffage, afférents aux locaux professionnels ne peut être déterminée qu'eu égard à l'importance desdits locaux par rapport à ceux affectés à votre habitation. Dans votre cas, c'est la proportion du 1/4 ou 1/5 indiquée par vous-même qui peut seule être retenue.

A. M.

3651. — Situation fiscale après location partielle d'un garage.

J'achète un garage de 30.000 francs (ce qu'on appelle : les murs) dans un immeuble vendu par appartements. Il est assez grand pour y mettre deux voitures. Je loue à un quiconque sa place pour 1.500.

1° Ce quiconque doit-il déclarer sa location, même si c'est au mois que je le prends ;

2° Dans l'un ou l'autre cas, que la déclaration de

cette location soit faite ou non, toujours étant supposé que je m'y loge aussi moi, quelle somme va me réclamer le fisc (patente) ?

3° D'une façon générale, quel chiffre d'intérêt représente le loyer qu'on se donne en achetant quelque chose ?

Dr P.

Réponse.

Pour être parfaitement en règle avec le fisc, vous devriez souscrire, dans les trois mois de la location, au bureau de l'enregistrement, une déclaration de location verbale et payer les droits afférents soit 0 fr. 72 pour cent du prix de location. C'est vous seul propriétaire qui êtes responsable de ladite déclaration.

En ce qui concerne la patente, l'imposition portera sur la valeur locative de la partie du garage restant à votre disposition et qui sera évaluée à un taux égal au prix consenti pour la location que vous envisagez.

Votre troisième question demanderait à être précisée. Si elle se rapporte à l'évaluation de la valeur locative du garage, la réponse vous est donnée ci-dessus puisque vous en louez la moitié 1.500 fr., la valeur locative totale sera fixée à 3.000 fr.

A. M.

3584. — Patente en cas de changement de domicile.

Ayant abandonné C. pour venir exercer à V. à partir du 1er novembre, je vous prie de bien vouloir me renseigner pour ma patente.

J'ai payé ma patente à C.; comme je vais exercer à V. pendant deux mois de la présente année, et que je n'exerce plus à C, il me semble que ma patente doit pouvoir me suffire pour toute l'année et que je n'ai pas de nouvelle patente à payer à V. pour le res te de l'année.

La maison que j'occupais à C. était d'un loyer de 800 fr. et celle que j'occupe à V. est actuellement d'un loyer de 1.200 fr.

Dr M.

Réponse.

Vous serez vraisemblablement imposé à V. pour les deux derniers mois de l'année par voie de rôle supplémentaire. Vous demanderez alors au contrôleur de réduire ce principal de ladite imposition des 2/12 de celui de la patente payée par vous dans votre ancienne résidence, car vous ne devez payer le supplément de patente qu'à raison de l'augmentation de votre loyer.

A. M.

3576. — Point de départ de la patente. Amortissement des frais d'installation.

Ayant changé d'appartement le 1er janvier 1928,

dois-je la patente, la cote mobilière et les taxes sur 1928 ou sur 1927 ?

Ayant dépensé 30.000 dans mon nouvel appartement, dois-je retenir cette somme en une fois ou en plusieurs annuités pour l'établissement des bénéfices ?

Je n'ai fait encore aucune déclaration. Suis-je répréhensible ?

Dr C.

Réponse.

La patente et la personnelle-mobilière sont établies pour l'année 1928 sur la valeur locative des locaux occupés au 1er janvier de la même année, soit 1928, et non l'année précédente.

L'administration, se basant sur un arrêt du Conseil d'Etat, prétend que les dépenses doivent être imputées sur les bénéfices de l'année au cours de laquelle elles ont été effectuées et non pas amorties sur plusieurs exercices. Il est entendu par ailleurs que seules les dépenses afférentes à l'aménagement de vos locaux professionnels doivent être retenues.

Si vous avez exercé en 1927 et réalisé des bénéfices, vous auriez dû souscrire une déclaration dans les deux premiers mois de 1928. En l'absence de toute déclaration, le contrôleur, après vous avoir invité à réparer cette omission, vous taxera en majorant l'impôt de 25 %.

A. M.

3572. — Pas de patente sans local.

Etant sollicité par de nombreux clients que j'ai dans la localité d'un autre département d'aller tous les 15 jours voir des malades à cette localité sans y posséder un local (je ferai seulement des visites à domicile), suis-je astreint à la patente dans ce département ?

Dr V.

Réponse.

Si vous n'avez aucun local à votre disposition dans la commune où vous vous rendrez tous les quinze jours, vous n'aurez aucune patente à payer dans la dite commune, quand bien même elle serait située dans une autre département.

A. M.

3502. — Les impôt sur deux voitures peuvent figurer aux dépenses professionnelles.

Je possède, pour l'exercice de ma profession, deux voitures automobiles une 10 CV Citroën et une 6 CV Renaud. J'ai deux voitures car je ne peux pas faire autrement : ma clientèle est assez importante et je n'ai pas le droit (pour mes clients) ni la possibilité de rester sans voiture pendant 24, 48 heures ou davantage, ce qui arriverait souvent pour cause de réparation si je n'avais qu'une voiture.

Le contrôleur des contributions n'admet pas (ni pour moi ni pour mes confrères) qu'un médecin possède 2 voitures pour sa clientèle et ne veut pas que je fasse entrer dans mes dépenses professionnelles les frais occasionnés par ma seconde voiture.

Je viens vous demander :

1° Ai-je le droit pour ma profession vis-à-vis du fisc d'avoir 2 voitures ;

2° Par conséquence, les frais de toutes sortes, impôts, amortissements, etc., occasionnés par cette seconde voiture peuvent-ils être compris dans mes dépenses professionnelles.

Il me semble que la question a été tranchée depuis longtemps. Que dois-je répondre au contrôleur et quelle conduite tenir ?

Dr F.

Réponse.

Vous avez parfaitement le droit d'avoir deux voitures pour visiter votre clientèle. Il vous suffira de justifier qu'elles vous sont nécessaires. Le contrôleur peut seulement rechercher le montant des frais afférents aux déplacements effectués pour votre usage personnel ou celui de votre famille.

A. M.

3304. — Patente d'une clinique.

Je vous remercie de la réponse que vous m'avez faite.

Je me permets de vous demander une nouvelle précision.

J'exploite ma clinique : à ce titre, je dois payer impôts sur le chiffre d'affaires, impôts sur les bénéfices commerciaux et une patente. Quelle sera cette patente ?

Je n'habite pas ma clinique. Dans ma maison d'habitation, j'ai un cabinet de consultation. Aurais-je à payer : 1° une patente à titre médical basée sur mon domicile ; 2° et une autre patente pour ma clinique, celle-ci établie d'après la valeur locative de la clinique et celle de ma maison d'habitation.

Ou bien la patente à titre médical basée sur mon domicile comportera-t-elle un supplément puisque j'ai des locaux professionnels dans ma clinique ?

Autrement dit, à votre avis, quelles sont les patentes que j'aurai à payer ? et sur quelles bases serontelles établies ?

Dr C.

Réponse.

Sur votre clinique, vous payerez la patente afférente à la profession de « tenant une maison de santé », qui comporte un droit fixe et un droit proportionnel au taux du 50e. Sur votre cabinet et sur votre maison d'habitation, vous serez imposé en qualité de médecin, avec droit proportionnel au taux du 15e ou du 12e.

A. M.

3494. — Patentes dues sur des locaux professionnels occupés dans plusieurs communes.

Je suis installé comme oculiste à A. et je vais donner des consultations à B. 2 jours par semaine et à C un jour par semaine. A B, j'ai loué deux pièces comme cabinet et salle d'attente chez des particuliers. A C. un dentiste m'a sous-loué une pièce de son appartement qui lui sert de cabinet ; je fais salle d'attente commune avec lui.

Ai-je à payer une patente pour chacun de ces 2 cabinets ? En ce cas, quelle est-elle ?

Dr X.

Réponse.

Vous devez payer patente dans les deux communes de B. et de C. où vous avez un local à votre disposition.

La patente sera basée sur la valeur locative des locaux, ramenée au 15e et multipliée par le centime le franc, qui varie chaque année et dans chaque localité. A. M.

Questions médico-militaires.

3597. — Légion d'honneur. Application de la loi du 16 juillet 1927.

Quelles conditions faut-il que remplisse un médecin-major 1re cl. honoraire pour obtenir une décoration visée par la loi du 16 juillet 1927 ? Dr Y.

Réponse.

Cette loi (16 juillet 1927) met à la disposition du Ministre de la Guerre un contingent annuel de une croix de commandeur, 5 croix d'officier et 20 croix de chevalier de la Légion d'honneur, sans traitement, pour récompenser les services rendus à divers titres à l'armée, notamment aux Sociétés de préparation militaire agréées par le Gouvernement, par les officiers retraités de l'armée active, par les officiers placés dans la position d'officier honoraire et par les hommes de troupe dégagés de toutes obligations militaires, déjà titulaires de la médaille militaire.

Mais il faut avoir fait l'objet, à l'occasion de la guerre, d'une proposition pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur.

Si vous remplissez ces deux conditions (services rendus et proposition), adressez une demande au Général commandant la Région, en exposant vos titres au bénéfice de la loi visée.

3501. — Caractère obligatoire des périodes d'instruction.

Classe 1912, sursitaire, appelé en 1914. Nommé médecin auxiliaire en octobre 14, aide-major de 2e cl. à TT en janvier 1917, de 1re cl. à TT (de réserve) en janvier 1919, de 1re cl. à TD pour prendre rang du 8 avril 1921. Lég. d'honneur en 1923.

Je viens de recevoir ces jours derniers de la direc-

tion du service de santé une feuille à remplir (renseignements en vue de ma nomination au grade de médecin capitaine).

J'ai fait toute la guerre au front et j'ai été démobilisé en septembre 1919. Je n'ai fait depuis cette époque aucune période ou aucun stage équivalent. Comme je suis père de quatre enfants, il me serait désagréable d'être appelé à faire une période et j'aimerais mieux décliner le 3e galon en raison de la question famille.

Je voudrais que vous me renseigniez sur les points suivants :

1° *Faudra-t-il que je fasse une période et dans ce cas ne croyez-vous pas que j'aurais été averti de cette éventualité avant même qu'on me demandât les renseignements relatifs à cet avancement* (le service de santé m'aurait dit : « Voulez-vous faire une période pour obtenir le 3e galon) ;

2° Si je suis obligé de faire une période, de quelle durée serait-elle et me serait-il possible de ne pas la faire, même en sacrifiant ma nomination ? — Ma situation de père de quatre enfants (je suis de ce fait de la classe 1904, donc territorial et même de la réserve territoriale), intervient-elle pour me dispenser de ladite période ? Dr Z.

Réponse.

En principe, vous devez faire deux périodes d'instruction pour passer du grade de lieutenant à celui de capitaine.

Mais, puisque la Direction semble vouloir mettre en route votre proposition d'avancement, sans parler, dès l'abord, de ces périodes, nous vous conseillons de donner les renseignements que l'on vous demande et de ne pas soulever la question des périodes d'instruction.

Lorsque celle-ci se posera, vous serez encore libre d'agir à votre guise quitte à renoncer à une proposition d'avancement. La durée de période varie en ce moment de 15 à 18 jours.

Le fait d'appartenir, dans les conditions que vous remplissez, à la dernière classe de la territoriale, ne dispense pas un *officier* des périodes d'instruction, auxquelles il peut être astreint, même en dehors de toute proposition pour l'avancement.

3616. — Majoration de classe pour enfants et périodes d'instruction.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre pour obtenir la majoration de classes à laquelle me donnent droit, je crois, mes enfants. Je suis de la classe 1917, j'ai été mobilisé pendant la guerre comme médecin auxiliaire. Lorsque mon premier enfant est né, à A., en 1924, en faisant ma déclaration à la mairie, j'ai été automatiquement mis de la classe 1915. J'ai eu depuis deux enfants, l'un en 1925, l'autre en 1927, mais j'étais alors installé, lors de la naissance de mon 2e

enfant à B, lors de la naissance de mon 3e à C. où je suis encore actuellement.

Autre question. J'ai été nommé il y a environ un an, exactement le 25 octobre 1927, pour prendre rang à dater du 1er octobre 1925, médecin sous-lieutenant. Si j'obtiens la majoration de classes qui me mettra de la classe 1911, serai-je quand même astreint à des périodes d'instruction ? Dans l'affirmative, pour ne pas avoir de périodes d'instruction à faire, y a-t-il un moyen ? Puis-je par exemple donner ma démission de médecin sous-lieutenant ?

Dr X.

Réponse.

C'est à la mairie de la localité, habitée par vous, qu'il faut vous adresser pour déclarer la naissance de vos enfants et obtenir les avantages militaires dont vous parlez.

Mais prenez garde, en qualité d'officier, les enfants ne vous dispensent pas des périodes d'instruction réglementaire.

Le seul moyen de ne pas accomplir de périodes, en qualité de père de famille nombreuse, serait donc d'offrir au Ministre votre démission d'officier.

N'oubliez pas non plus qu'avec la majoration d'ancienneté accordée pour les études, vous ne tarderez vas à être promu au grade de médecin-lieutenant.

3718. — Conditions d'une action devant le Tribunal des Pensions.

Un ancien soldat se présente devant la commission de réforme pour obtenir une pension. Ce soldat est atteint de crises épileptiformes, tachycardie. La commission rejette la demande de pension, faute, dit-elle, de preuves d'origine.

Or, son livret militaire porte : enseveli par un éclatement d'obus, congestion cérébrale. Le malade veut attaquer la décision de la commission de réforme devant le Tribunal des pensions, mais on lui répond qu'il ne peut attaquer qu'une décision ministérielle. Le malade n'en n'a jamais reçu.

La Commission n'admet pas l'origine des crises.

Que doit faire ce malade ? Dr M.

Réponse.

Il faut, en effet, que, pour introduire une action devant le tribunal des pensions, le malade soit en possession d'une décision ministérielle de rejet.

Qu'il prenne patience, la chose est parfois très longue ; peut-être aussi le ministre est-il susceptible de reprendre la chose de lui-même, et après nouvelle étude du dossier d'accorder la pension.

Pour lui faciliter cette tâche, l'intéressé peut, dès *maintenant*, adresser une lettre, et expliquer ses désirs et requêtes au Ministre des pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris (7e).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr X., la somme de dix francs pour bons offices du journal

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 490. — Dame recommandée, dem. empl. après-midi chez docteur à Paris pour récept. clients et comptes. Peu exigeante. Ecr. M. Draghi, 12, rue Girardon, Paris.

No 491. — Superbe install. Rayons X permett. scopie, graphie et thérapie à vendre, condit. très avantag.

No 492. — Poste méd., pharm. ou propharm. à céder rég. Toulouse, logem. confort., Condit. intér. Ecr. Dr Audibert, à Saintes (Ch.-Inf.).

No 493. — Méd. jeune et actif demande place assistant chirurgien. Prière envoyer conditions.

No 494. — Dr Paris dem. conf. âgé ou santé délicate, pour le remplacer de temps en temps une journée et pend. 2 mois env. de vacances dans l'année.

No 495. — Dr Hillmann, Courbevoie-Bécon. Table d'examen et squelette à vend., 400 fr.

No 496. — Dr dés. connaît conf. au courant oculistique pour examen de la vue et choix de verres dans labor. d'opticien. Dr Vizerie, 7, rue Vernier à Nice.

No 497. — On dés. connaître rég. agricole 100/200 km. Paris, famille pouvant prendre pension enf. 17 ans, arriéré, de fam. intér. Pourrait rendre services trav. courants des champs. Pour renseig. s'adres. Dr Bouland, 12, rue de Hanovre, Paris.

No 498. — A vend. faut. roul. Dupont, état de neuf. S'adr. Dr Bougon, à Boissey-le-Châtel (Eure).

No 499. — Dr cherche à placer nourrice, bonne fille, beau bébé de 7 mois, pas de tares.

No 500. — A céder : 1o Midi, client. de pet. ville, rapp. 100.000, y comp. un fixe de 48.000 transmis. Appartem. avec bail. Indemnité à débatt.

2o Est. Client. propharm. rapp. 200.000, très agr. mais. avec jardin, électr. Loyer 3.600. Indemn. 55.000 à débat. plus reprise pharmac.

3o Isère. Grande ville, client. de 25 ans, rapp. 40.000 pouv. être facil. développé, appart. 5 p., salle bains. Indem. à débattre.

4o Côte d'Azur. Jolie stat., client. rapp. 54.000, méd. de l'hôpital. Loyer 2.000 avec bail, villa 7 p. avec jard. Prix 30.000 à débatt.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), tél. Gob. 36-46.

Renseignements

Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

AU SALON DE L'AUTOMOBILE

Unic expose au Salon des Véhicules Industriels, au Grand Palais, Stand no 26, ses différents modèles dont la fabrication impeccable est justement appréciée.

Ses nouveaux châssis 2.000 kgr., 2.600 kgr., 3.500 kgr. de charge totale sont remarquables.

Ses véhicules de toutes puissances, pour tous usages commerciaux et industriels, ont une réputation mondiale.

Qu'il s'agisse de cars, d'omnibus d'hôtels, d'ambulances ou de camionnettes pour tous transports, **Unic** réunit les meilleures références de l'Industrie et du Commerce Français, et justifie son titre de " Reine des Camionnettes " : économique et inusable permettant d'assurer un service d'une régularité absolue.

Le Trynol aux sels de silicium, lipoïdes colloïdaux et hypotenseurs, est préparé d'après les expériences concluantes du prof. Gouget. **Le Trynol** décholestérinise et décalcifie les artères. C'est le spécifique de l'artériosclérose. La cure doit être prolongée. Vérifiez son action sur vos artérioscléreux. Envoi gratuit de boîte et littérature. Pharm., 32, avenue Carnot, Paris.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc. 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Une soirée médicale.** — Un film pharmacologique sur l'Analepsie cardio-respiratoire avec conférence du docteur Paul Veil, assistant du docteur Gallavardin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sera donné le 28 novembre, à 8 heures 3/4, salle des Ingénieurs civils, 19, rue Blanche.

Les lecteurs du *Concours Médical*, y sont cordialement invités et sont assurés du meilleur accueil de la part des organisateurs, les Laboratoires Ciba, de Lyon.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — Nous rappelons que M. le prof. Pierre Lereboullet, professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance, fera sa leçon inaugurale le lundi 19 novembre, à 6 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— **Hôpital Saint-Louis.** — Le 22 novembre, M. le prof. agrégé Nanta fera à l'amphithéâtre Fournier, à 10 h., une conférence sur les *Aspergilloses cutanées humaines et expérimentales au cours des splénomégalies.*

— **Enseignement médical des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le 18 novembre, à l'amphithéâ-

tre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Pasteur Valléry-Radot sur les *néphrites syphilitiques.*

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité,** *Radiologie de l'appareil respiratoire.* — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire, dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement, commencera le lundi 3 décembre, à 9 heures du matin, et se terminera le samedi 8 à 5 h. 1/2 du soir.

— **Hôpital Cochin.** *Chirurgie urinaire.* — Un cours d'endoscopie urinaire sera fait au Pavillon Albarran sous la direction de M. Maurice Chevassu, par MM. Bayle, assistant du service ; Gautier, assistant de consultation et Lazard, assistant de cystoscopie, du 19 novembre au 1er décembre 1928.

— **L'Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale,** placé sous la direction de l'Ecole pratique des Hautes Etudes, organise une série de conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie.

La première conférence, faite par M. Toulouse (sur l'orientation de la biopsychiatrie) a eu lieu le 16 novembre. Les suivantes seront faites les mardis et vendredis à 10 h. 1/2 à l'amphithéâtre Joffroy, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis (Métro : Glacière). Nous en donnerons le programme ultérieurement dans notre Reportage.

Les inscriptions sont gratuites. Elles sont reçues de 10 h. à 12 h. au secrétariat de l'Institut, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, 14e.

— **Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.).** — Au cours de sa dernière réunion le Conseil d'administration de l'A.D.R.M. a dressé le programme du séjour de la mission brésilienne qui doit venir à Paris dans le courant de novembre. Le mois prochain doit venir aussi à Paris le prof. Hayashi, doyen de la Faculté de médecine de Tokio. Le prof. Achard est chargé de s'occuper spécialement de cette visite.

Il est décidé que l'*Assemblée générale anuuelle de l'A.D.R.M. aura lieu le mercredi* 21 *novembre à* 16 *h.* 1/2 *dans la salle du Conseil de la Faculté,* sous la présidence de M. Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique.

Nomination de nouveaux membres :

MM. Baudouin, Jacquelin, Félix Ramond et Roginsky.

MM. Luis Ayerza, Carlos Bonorino Udaondo, Ricardo Bracht, Mariano R. Castex, Angel M. Centeno, Pedro Fesone, Juan Layera, Pablo Lernoud, Carbos Mainini, Francisco P. Masira, Abel Prini, Alejandro Raimondi, Jacobo Spangemberg, Hernan Zubiraneti, professeurs ou membres du corps des hôpitaux de Buenos-Aires.

MM. Saturnino Albarracin, José Ameriso, Raimundo Bosch, Pablo Borras, Oscar J. Cames, José M. Cid, Emilio Eguren, José M. Fernandez, Teodoro Fracassi, Agustin Gatti, Ramon A. Giacosa, Demetrio Garcia, Justo Lopez Bonilla, Anibal Lopez, Miguel A. Llanos, Camilo Muniagurria, Pedro R. Omnes, José A. Premoli, Leonardo Parachu, Ricardo Puig, Francisco Javier Perez, Alfonso Quaranta, Ricardo Rivas Jordan, Juan Carlos Recagno, Rolando Rinesi, J. C. Santa Maria, David Staffieri, José Sgrosso, José Silberstein, Raul Taltavul, Mario Vignoles, Ernesto Vigetti, Eugenio S. Weiller, Lelio O. Zeno, professeurs ou membres du corps des hôpitaux de Rosario.

MM. E. Blanco Acevedo, Pedro A. Barcia, Juan Francisco Canessa, Raul Charlone, Juan C. Mussio Fournier, Horacio Garcia Lagos, Arturo Lussich, Domingo Prat, José P. Rrisote, Augusto Turenne, professeurs ou membres du corps des hôpitaux de Montevideo.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinicat.* — Les concours du clinicat viennent de se terminer par les propositions suivantes :

Clinicat médical, thérapeutique, propédeutique, tuberculose. — MM. Coffin, Thomas, Garcin (Cochin : M. Widal) ; Bariéty (Beaujon : M. Achard) ; Destouches (Saint-Antoine : M. Bezançon) ; Rachet, Lambling (Hôtel-Dieu : M. Carnot) ; Mayer, Pellissier, Triboulet, Lamy, Julien-Marie (Laennec : M. Léon Bernard) ; Benda (Charité : M. Sergent).

Clinicat chirurgical et thérapeutique chirurgicale. — Clinicat chirurgical : MM. de Vadder (Cochin : M. Delbet) ; Delagenière (Hôtel-Dieu : M. Hartmann) ; Chabrut (Saint-Antoine : M. Lejars) ; thérapeutique chirurgicale : MM. Ménégaux, Arviset (Vaugirard : M. Duval).

Oto-rhino-laryngologie. — MM. Mélik-Parsadaniantz et Bureau (Lariboisière : M. Sébileau).

Chirurgical infantile. — M. Fèvre (Enfants-Malades : M. Ombrédanne).

Urologie. — M. Dossot (Necker : M. Legueu).

Obstétrique. — M. Suzor, Mlle Bach ; adjointe : Mlle Bardy.

Gynécologie. — MM. Laquerrière, Duval.

Ophtalmologie. — MM. Favory et Blum (Hôtel-Dieu : M. Terrien).

Maladies nerveuses. — MM. Christophe et Schmite (Salpêtrière : M. Guillain).

Maladies mentales. — Mlle Sérin, MM. Morlaas, Mâle et Schiff (Sainte-Anne : M. Claude).

Maladies cutanées et syphilitiques. — MM. Barthélemy, Meyer et Périn (Saint-Louis : M. Gougerot).

Maladies de la première enfance. — MM. Lelong et Brizard (Enfants-Assistés : M. Lereboullet).

Clinicat médical infantile. — M. René Martin, adjoint (Enfants-Malades : M. Nobécourt).

Maladies infectieuses. — MM. Marceron, Chavany-Le Clerc, Georges (Claude-Bernard : M. Teissier).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours.* — Concours de stomatologiste. — Epreuve écrite (séance du 29 octo-

bre). Question traitée : stomatites ulcéro-membraneuses. Questions restées dans l'urne : Contraction permanente des mâchoires. Fractures du maxillaire supérieur.

Concours d'assistant d'électro-radiologie. — Composition du jury : MM. les docteurs Guibert, Solomon, Lobligeois, Garnier et Chifoliau.

12 candidats : MM. Séligman, Pierron, Bühler, Marchal, Hickel, Camuset, Dubost, Paguet, Goubert, Nebout, Bouland et Mme Baude.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** *Clinicat.* — Des concours du clinicat oto-rhino-laryngologique et du clinicat des maladies mentales et nerveuses auront lieu les 10 décembre et 17 décembre, à la Faculté de médecine de Toulouse.

— **Dispensaires anti-tuberculeux du Finistère** *Avis de concours.* — Un concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin-spécialisé pour l'une des 5 circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans la première semaine de décembre.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins 28 ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement de début est fixé à 33.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les 2 ans, jusqu'au maximum de 38.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient, en outre, des frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs. Les médecins mariés reçoivent une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 francs et, le cas échéant, bénéficient des indemnités familiales.

Dans les candidatures qui se présenteront à ce concours, l'une d'elles pourra être retenue en vue d'être soumise à la Municipalité de Brest, aux fins de nomination au poste vacant de Directeur du Bureau municipal d'hygiène de cette ville, chargé en même temps de la direction médicale du dispensaire de Brest. Le traitement attaché à ces fonctions est sensiblement le même que celui attribué aux médecins spécialisés des dispensaires.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat général du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, préfecture, Quimper.

— **Dispensaire anti-tuberculeux de la région de Boulogne-sur-Mer.** — Un *concours sur titres* sera ouvert, dans la deuxième quinzaine de novembre, pour l'emploi d'un médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dans la région de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) : Etaples et Desvres.

Le traitement et les avantages donnés à ce médecin spécialisé seront ceux prévus aux statuts du Comité national.

Conditions : Etre français et pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et de titres de spécialisation en tuberculose.

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66*bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

— **Gouvernement Egyptien.** *Poste de directeur de la section des maladies épidémiques.* — Des candidats sont demandés par le Gouvernement égyptien pour le poste de directeur de la section des maladies épidémiques. Age : 35 à 45 ans. Appointements de 940 à 1140 livres égyptiennes.

Les demandes portant indication de l'âge, des titres, de l'expérience acquise et accompagnées de trois récents certificats ainsi que d'exemplaires des travaux originaux ayant trait aux maladies tropicales, dont le candidat pourrait être l'auteur, devront être adressées au département de l'hygiène publique au Caire, qui fournira tous renseignements complémentaires.

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *octobre.*

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée, à titre posthume, à M. le Dr Filippi (Jean), à Surgères (Charente-Inférieure).

1er *novembre.*

Service de santé militaire.

Les officiers de réserve ci-après, rayés des cadres, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin commandant honoraire : M. Senlecq, à Paris.

Avec le grade de médecin capitaine honoraire : M. Landolt, à Paris,

Avec le grade de médecin lieutenant honoraire : M. Rothamel, à Bordeaux.

Légion d'honneur.

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère des Pensions : M. le Dr Durand (Jean-Baptiste-Léon-François) de Paris.

3 *novembre.*

Assistance publique.

La médaille d'honneur de l'Assistance publique en argent est décernée à M. le Dr Bonnet, médecin de l'hôpital-hospice de Romans (Drôme).

4 *novembre.*

Assurances sociales.

Est nommé membre de la Commission des assurances sociales : M. le Dr Georges Bourgeois.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Installation d'une officine de pharmacien dans la commune où un médecin exerce la propharmacie.

Un médecin exerce régulièrement la propharmacie dans une commune qui est dépourvue d'officine.

Un pharmacien diplômé fait connaître à ce praticien qu'il a l'intention de s'installer dans la même commune et d'y ouvrir une pharmacie. A partir de quel moment cette installation sera-t-elle considérée comme valable ? Autrement dit, à partir de quel moment le docteur en médecine devra-t-il cesser l'exercice de la propharmacie ?

Les articles 16, 21 et 22 de la loi du 21 germinal an XI exigent la présentation du diplôme de pharmacien au greffe du tribunal civil et au préfet, qui le restitue revêtu d'une mention, justifiant de l'exécution de cette prescription. Le visa porté sur le diplôme sert de justification au pharmacien, lors des visites de l'inspection des pharmacies.

Mais, contrairement à ce qui se passe pour les médecins, les pharmaciens ne sont nullement obligés de faire une déclaration à la mairie.

D'autre part, la loi du 18 mars 1919, complétée par l'article 5 de la loi du 26 juin 1920, oblige les pharmaciens, en tant que commerçants, à se faire inscrire au registre du commrce tenu au greffe du tribunal de commerce.

Mais, dans la plupart des arrondissements, il n'y a pas de tribunal de commerce : le tribuna civil en tient lieu. Aussi, par le dépôt de son diplôme, le pharmacien remplit-il à la fois les deux formalités.

Or le registre du commerce est public : toute personne peut requérir à ses frais, soit une copie des inscriptions, qui y sont portées, soit un certificat attestant qu'il n'existe point d'inscription au nom de la personne désignée.

Il en résulte que, tant qu'un pharmacien n'a pas rempli les conditions requises par les lois, en faisant le dépôt de son diplôme à la préfecture, au tribunal civil (et, s'il y a lieu, tribunal de commerce), il doit être considéré comme n'étant pas régulièrement installé.

Mais, du jour où ces formalités sont remplies, le propharmacien doit cesser la délivrance des médicaments à ses malades.

Les pharmaciens sont en outre astreints à tenir à jour un livre pour les produits toxiques, un autre pour les entrées et sorties des médicaments du tableau B ; enfin ils doivent, dès leur installation, avoir les registres prescrits aux commerçants, par les articles 8 à 17 du Code du commerce.

Mais, l'absence de ces livres ne prouverait pas que le pharmacien n'est pas installé : il contre-

viendrait aux lois et règlements ; mais, du moment où le dépôt du diplôme a été effectué, la pharmacie est légalement ouverte.

Un autre point doit être envisagé : pendant les travaux nécessités pour l'installation de l'officine, alors que beaucoup de médicaments manquent encore, que l'approvisionnement est incomplet, le médecin est-il en droit de délivrer des produits pharmaceutiques à ses clients, bien que le pharmacien ait déjà fait le dépôt de son diplôme ?

En cas d'urgence, au nom de l'humanité, le docteur en médecine aurait ce droit, mais à titre exceptionnel.

Peut-être encore, pourrait-il se prévaloir d'un arrêt de la cour de Cassation, du 6 février 1875 et d'un arrêt de la cour de Paris, du 18 février 1882 : au cas de défectuosité de l'approvisionnement, ou de l'absence des médicaments ordonnés, la jurisprudence reconnaît que le malade ne doit pas souffrir de cette situation, et le médecin serait en droit de fournir les médicaments nécessaires, après une mise en demeure adressée au pharmacien, sous une forme quelconque ; lettre recommandée, ou observation verbale, faite devant deux témoins, restée sans résultat.

Mais, les achats du médecin ne doivent pas, dans ces cas, servir de base à un approvisionnement, car le pharmacien peut être rapidement en état de fournir les médicaments prescrits.

Néanmoins, cette licence repose sur une question de fait ; mais en droit, le médecin propharmacien doit cesser la délivrance des médicaments dès que le pharmacien est légalement installé, qu'il a fait le dépôt de son diplôme et que son officine est ouverte, vendant au public.

Dr Paul Boudin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Ve Voyage médical international de Noël, sur la Côte d'Azur.

Comme les années précédentes, le grand voyage annuel de la Société médicale (voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. La concentration se fera à Marseille, dans la journée du mercredi 26 décembre. Le voyage commencera le 27 décembre au matin, par une visite du port. On passera la journée du 28 à Toulon, et, le 29, commencera l'étude des stations climatiques et des Etablissements de cure de la Côte-d'Azur.

Successivement Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu, présenteront leurs richesses thérapeutiques sans égales. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale. De somptueuses réceptions leur

seront réservées à Marseille, Cannes, Nice et Monte-Carlo. Le trophée Romain de la Turbie, les Grottes préhistoriques de Grimaldi, le laboratoire du Dr Voronoff, l'Observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée Océanographique de Monaco, seront l'occasion de très intéressantes promenades. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les explications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable.

Ce beau voyage sur la Côte d'Azur se terminera, au gré du voyageur, par une excursion dans les Alpes (6-7 janvier), ou par une excursion en Corse (6-10 janvier), ou encore par quelques journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société médicale, Dr M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Fallières.

3775. — 1° Appareil plâtré pour fracture du péroné ; 2° Autorisation pour radiographie.

Abonné du *Concours médical*, je viens vous demanner les renseignements suivants :

1° Ayant traité un accidenté du travail atteint de fracture du péroné par la mise en place de l'appareil de marche de Delbet, que dois-je compter comme honoraires ? Le tarif prévoit 25 fr. pour les fractures du péroné. Il me semble que c'est peu pour un appareil de Delbet.

2° Ayant fait faire par un spécialiste une radiographie d'un accidenté de travail atteint de fracture du radius, après en avoir donné avis à l'assureur, j'ai reçu de celui-ci la lettre suivante : « Veuillez prendre note que je refuserai toute radio pour laquelle je n'aurai pas accordé une autorisation préalable. Je vous fixerai moi-même le docteur qui sera chargé de ce soin. » Que penser de ces prétentions ? le décret porte « avis préalable » ; l'assureur répond « autorisation préalable ». D'autre part l'assureur peut-il imposer le radiologiste ? Celui à qui j'envoie mes accidentés de travail est choisi d'accord avec l'assuré et l'accidenté.

Dr B.

Réponse.

1° Si vous avez fait un Delbet, il s'agit alors d'un appareil plâtré, et je ne pense pas que vous n'ayez pas le droit de réclamer 50 francs, puisque c'est le prix porté (article 18, *in fine*) pour « toute répétition d'appareil plâtré ou silicaté des grands segments de membre ». Si une répétition = 50 francs, *a fortiori* le premier appareil.

2° Je vois que vous n'avez pas lu dans le

Voir la suite page LXIII-3351

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

18 NOVEMBRE 1928

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL, et de ses FILIALES se tiennent aujourd'hui, ***DIMANCHE 18 NOVEMBRE 1928,*** chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nonvelle, dans l'ordre suivant :

A 3 heures. — Assemblée générale de la MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

A 4 heures. — Assemblée générale du SOU MÉDICAL.

A 5 heures 1/2. — Assemblée générale de la Société d'Etudes du « CONCOURS MÉDICAL ».

QUESTIONS TRAITÉES : Soins d'urgence aux victimes d'accidents d'auto. Règlement des honoraires médicaux.

A 7 heures précises. — DINER. Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes.

A 10 heures. — BAL. Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

PROPOS DU JOUR

La tuberculose à la campagne. — L'indésirable retour à la terre. — La solution : Aux grands maux, les grands remèdes.

La publication des lettres de nos confrères de la campagne, au sujet de l'illusion des statistiques urbaines qui tendraient à prouver que la mortalité tuberculeuse diminue dans les villes, du fait de l'organisation de la lutte antituberculeuse, alors qu'elle augmente d'une façon inquiétante dans les campagnes, a fait quelque bruit. Le cri d'alarme, poussé par nos correspondants, les docteurs Tocheport, d'Excideuil (Dordogne), Des champs, de Bolbec (Seine-Inférieure) ; Henri Bon, d'Argueil (Doubs) ; Ch. Dupuy, de Quillan (Aude) ; Gibert, de Commentry (Allier) ; Marchais, de Carhaix (Finistère), etc., etc., ont trouvé un écho dans la grande presse. C'est d'abord notre très distingué collaborateur, le Dr Albert Vaudremer, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, dont nos lecteurs ont certainement lu, dans le *Concours médical*, les si savantes et si originales études sur la tuberculose, qui a consacré à ce sujet un article dans l'*Ami du Peuple* du 31 octobre 1928, sous le titre : *La Tuberculose à la campagne.* C'est ensuite le Dr Paul Farez, rédacteur des remarquables « Causeries médicales » du *Journal des Débats*, qui a traité cette importante question dans le feuilleton du 4 novembre 1928, intitulé L'*Indésirable retour à la terre.* Nous remercions vivement nos deux distingués confrères, moins pour les témoignages renouvelés d'estime et de sympathie qu'ils donnent au *Concours médical* et à ses rédacteurs, que pour l'appui et la divulgation dans le public qu'ils accordent à notre campagne. Sans eux, elle n'aurait guère franchi les limites du monde des médecins praticiens. Nos correspondants sont unanimes, sans s'être concertés, à faire entendre le même lugubre son de cloche. Les uns nous ont écrit du Centre, de l'Ouest, du Nord ; les autres de l'Est et du Midi. Partout les mêmes constatations.

La mortalité par tuberculose, si elle diminue dans les villes, augmente dans les campagnes, vraisemblablement dans de plus fortes propor-

tions, et cela, parce que de très nombreux tuberculeux habitant la ville vont mourir à la campagne (ceci n'est pas discutable) et qu'en outre, ces tuberculeux, incurables et contagieux, sèment sans scrupule et sans souci, les germes de mort chez les parents qui les reçoivent ou dans les familles ignorantes qui leur donnent asile.

M. le Dr Vaudremer fait remarquer avec raison que la lutte antituberculeuse est insuffisamment organisée en province, en dehors des grandes villes, que les médecins directeurs des services antituberculeux départementaux sont accablés par une tâche de paperasserie administrative qui ne leur laisse pas le temps de diriger vraiment la lutte, qui doit être éducative et directe. A la campagne, seul le praticien est à même de dépister la tuberculose ; seul il peut et doit en déclancher la prophylaxie, en somme assez simple. Elle exige une voiture automobile de radiographie pour permettre les diagnostics précoces, un laboratoire de bactériologie pour l'examen des crachats, une équipe sanitaire de désinfection en cours de maladie, qui ne se contentera pas de faire des gestes sans portée, mais emportera régulièrement le linge du malade dans des sacs qui seront sérieusement désinfectés à la buanderie sanitaire du chef-lieu. En outre, cette équipe sanitaire distribuera les crachoirs, indiquera qu'il ne faut pas les vider, mais les faire simplement bouillir pendant une demi-heure tous les jours avec leur contenu. Dans ces conditions, assez simples, avec la collaboration permanente des médecins traitants, l'on arrivera en France à lutter efficacement contre la tuberculose, bien que la déclaration de la maladie n'y soit pas obligatoire. M. le Dr Vaudremer conclut : « *En France, dans les campagnes, pour combattre la tuberculose, tout avec le praticien* ; *rien sans lui.* »

M. le Dr Paul Farez fait le tableau émouvant du campagnard, attiré par l'éclat et les plaisirs de la Ville Lumière comme le papillon nocturne par la flamme d'une bougie. Logé dans un taudis, surmené par le travail et les plaisirs, intoxiqué par l'atmosphère du milieu où il vit, parfois encore par l'alcool, infecté par les poussières septiques, il s'étiole, s'anémie, dépérit. L'impossibilité de travailler régulièrement le conduit lentement à la misère, et les privations qui en résultent, aggravent son état. Le médecin consulté lui conseille de quitter la ville et de regagner au plus tôt son village. Il en est temps, et la vie rurale et le grand air rétabliront vite sa santé. S'il était sage, il renoncerait alors à la ville et à ses funestes attraits. Mais notre campagnard, devenu citadin, se rebelle. Quelques jours de repos lui donnent l'illusion de la guérison, et sournoisement, la tuberculose évolue et progresse. Un jour, à bout de souffle, épuisé et fiévreux, il se rappelle les conseils de son médecin, il part précipitamment, est accueilli à bras ouverts par sa famille qui, à son sujet, réédite la Parabole du Retour de l'Enfant Prodigue. Il est trop tard. Le malheureux n'a plus que quelques semaines à vivre. Il a néanmoins, avant la fin le temps de contaminer ceux qui l'ont recueilli avec une trop ignorante confiance. Le Dr Paul Farez préconise, en nous faisant l'honneur de nous citer, la collaboration sincère, complète, loyale et consciencieuse de tous les médecins, de tous les hygiénistes, des pouvoirs publics et des œuvres philanthropiques et il termine par « la belle devise de nos frères affectionnés, les Belges : *L'Union fait la Force.* »

Le Dr L. Farez a raison de nous donner les Belges comme exemple ; nous publierons avant peu les résultats obtenus en Belgique dans la lutte contre la syphilis avec la collaboration des praticiens. Grâce au Pr Bayet qui a organisé cette collaboration, la Belgique est un des rares pays où la syphilis rétrograde et où l'on peut espérer la voir un jour complètement disparaître.

Si beaucoup de bons esprits pensent pouvoir mener une lutte efficace contre la tuberculose, par une collaboration entre les hommes de bonne volonté : médecins, hygiénistes et autres, il en est qui ne voient le salut que dans la manière forte ; parmi eux est notre distingué confrère, le Dr Ozenne, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien en chef de Saint-Lazare, que nous eûmes l'honneur de remplacer, il y a 34 ans (ce dont il ne doit guère plus se souvenir) au Secrétariat général de l'Union des Syndicats médicaux de France, dont la croissance était alors assez pénible.

Nous nous faisons un devoir de publier sa lettre, bien qu'elle diffère totalement de la conception que nous avons de la lutte antituberculeuse.

Paris, le 31 octobre 1928,

Mon cher Collègue,

La tuberculose à la campagne. Tel est le titre d'un article de l'*Ami du Peuple* du 31 courant, dans lequel les intentions et les bons conseils ne font pas défaut. Il a fait chorus avec vous au sujet de l'exode des tuberculeux urbains. Mais je crains beaucoup que cet article ne soit « qu'un coup d'épée dans l'eau »... et, d'autre part, on ne doit pas oublier qu'il n'y a pas que le campagnard. Il y a aussi les citadins.

Ce qu'il faudrait pour les uns, comme pour les autres, ce n'est pas de les protéger contre la maladie, ce serait d'éteindre celle-ci, et on pourrait y arriver en se souvenant d'appliquer la simple mesure suivante radicale, la seule effective : « Aux grands maux les grands remèdes ».

C'est ce que j'ai soutenu, il y a 26 ans, à l'une des séances de la Société de Médecine du IX[e] arrond. où j'ai passé pour un révolutionnaire.

C'est de nouveau ce que j'ai répété à la même Société, dans la séance du 8 décembre 1927 dans une communication qui a été publiée par le *Journal de Paris* du 26 janvier 1928 et qui se terminait ainsi :

« La déclaration obligatoire et l a désinfection obligatoire et gratuite pour certaines couches de la Société avec *isolement des prétuberculeux et des tuberculeux* dans des Sanatoria publics ou privés dès le début de la maladie, sont les mesures qui, seules, sont capables de s'opposer à la propagation de la tuberculose et de l'enrayer. »

On pourrait ajouter, faisant litière de la sentimentalité : tout tuberculeux en apparence guéri, mais qui cependant reste en puissance de la maladie, devra subir la section ou la ligature des canaux déférents.

Bien à vous,

D[r] OZENNE.

Nous craignons bien, en supposant qu'un Parlement puisse voter et un Gouvernement exécuter des mesures aussi draconiennes, qu'elles ne donnent pas le résultat que prévoit notre distingué confrère le D[r] Ozenne.

Les autopsies de Naegeli, comme celles de notre maître le P[r] V. Cornil, ont démontré que 97 pour 100 des adultes dans les grandes villes européennes sont des tuberculeux latents. A partir de trois mois, une proportion d'enfants, proportion progressant sans cesse, donne une cuti-réaction positive (de 30 à 35 pour 100 à 15 et 18 ans). Cette proportion chez l'adulte est exactement le même (95 à 97 p. 100) que celle constatée par Naegeli dans un millier d'autopsies pratiquées à Zurich (1).

On ne peut guère songer à isoler complètement tous les indvidus en puissance de tuberculose, ni même tous les malades. Les ressources de la France n'y pourraient suffire.

M. Ozenne demande leur stérilisation ; il ne parle que de la section ou de la ligature des canaux déférents ; il omet sans doute involontairement de parler des femmes, car nous ne supposons pas qu'il les exclut de la stérilisation ; elles nous paraissent, en effet, autrement plus dangereases que les hommes pour la propagation de la tuberculose aux nouveau-nés.

Si l'on stérilisait toute personne en puissance de tuberculose, comme le demande le D[r] Ozenne, que deviendrait, hélas ! notre pauvre humanité ?

Nous laissons le soin d'étudier cette question aux Congrès et aux Sociétés d'Eugénique.

J. NOIR.

(1) D'après le D[r] Edouard Rist : La Tuberculose.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TROIS LEÇONS CLINIQUES SUR LA DIPHTÉRIE

I. — La diphtérie. Comment on la prend (*)

Par le Prof. Pierre LEREBOULLET,

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance.

Dans trois brèves conférences, je désire exposer de manière pratique et claire quelques données concernant l'étiologie, le traitement, la prévention de la diphtérie. Comment on la prend, comment il faut la traiter, comment on peut la prévenir, tels sont les trois sujets que je compte développer. Chacun d'eux a été, dans ces dernières années, profondément modifié par des acquisitions nouvelles : *réaction de Schick* qui permet de connaître la réceptivité et l'immunité diphtérique, perfectionnement dans la *préparation du sérum* et obtention d'un *sérum désalbuminé et purifié* qui a ses indications propres, utilisation de l'*opothérapie surrénale*, adjuvant précieux dans les diphtéries graves, enfin découverte récente de l'*anatoxine* qui permet de réaliser une

(*) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades (Pavillon de la Diphtérie), recueillie par Georges BOUDIN, externe du service, et revue par le professeur.

vaccination sûre, rapide, inoffensive, ce sont-là autant de progrès dont le médecin praticien peut utilement faire bénéficier ses malades.

***

Comment prend-on la diphtérie ? Maladie microbienne due au bacille de Klebs-Lœffler, la diphtérie est prise par contagion. Mais *d'où vient le bacille* ? Le bacille est souvent *sur les objets* et on a maintes fois insisté sur sa virulence longtemps prolongée en dedans de l'organisme humain, on l'a retrouvé sur des linges, des livres ayant appartenu à des diphtériques. Si le fait est incontestable, il n'a néanmoins qu'une portée limitée. Les bacilles sont alors rares et il semble que la *contagion indirecte par les objets n'ait qu'un rôle presque nul* dans la production des angines communes ou graves. Tout au plus semble-t-on enclin à attribuer à une contagion de cet ordre un rôle dans la production de l'immunisation diphtérique qui peut se faire à l'occasion de contages discrets et rares.

La contagion de la diphtérie est le plus souvent une *contagion interhumaine*. Directe, du fait d'un malade, elle ne se discute pas, mais elle reste relativement rare. Beaucoup plus fréquente est la contagion par les *porteurs de germe sains* qui sont nombreux et contagionnent d'autant plus facilement qu'on méconnaît le danger qu'ils causent. Ce sont, soit des *sujets ayant eu une diphtérie avérée*, qui gardent après plusieurs semaines ou plusieurs mois des germes virulents, soit des *sujets ayant eu une diphtérie larvée*, considérée comme une angine banale, soit enfin des *sujets sains* en apparence, vraisemblablement immunisés, mais *porteurs de germes virulents*.

Car tout le monde ne prend pas la diphtérie, voici longtemps que Trousseau, puis Peter, l'ont mis en relief et ont affirmé l'importance de la susceptibilité individuelle. La vieille phrase de Peter reste toujours exacte. On peut avoir du bacille diphtérique dans la gorge sans avoir la diphtérie, on peut avoir le bacille et ne présenter qu'une angine légère, on peut enfin avoir le bacille qui secrète une toxine virulente et détermine une diphtérie mortelle ou entraîne une paralysie grave. S'il en est ainsi, c'est qu'il est des sujets réceptifs et des sujets réfractaires et que ces derniers peuvent avoir acquis leur immunité à la faveur d'atteintes antérieures atténuées et méconnues. Le principe d'une immunisation spontanée occulte découle donc des notions mises au jour par Trousseau et Peter sur l'importance de la susceptibilité individuelle. Encore fallait-il démontrer la réalité d'une telle hypothèse et la préciser. C'est ce que permet actuellement la réaction que, il y a 15 ans, Schick (de Vienne) a fait connaître. La *réaction de Schick* que nous avons pratiquée dans mon service sur des milliers de sujets, permet, en effet, de classer les individus en deux groupes principaux :

1° Les sujets dits *réceptifs*, dont la réaction de Schick est positive, et dont l'immunité est faible ou nulle ;

2° Les sujets dits *réfractaires* dont la réaction de Schick est négative et dont l'immunité est notable ou forte.

Je n'ai pas à faire ici l'exposé de la technique, très simple d'ailleurs, de la réaction de Schick. Elle se pratique à l'avant-bras, un peu au-dessous du pli du coude et consiste dans l'*injection intradermique de deux gouttes d'une toxine diphtérique diluée* de telle sorte que la dose injectée ne représente que 1/50e de la dose mortelle pour un cobaye de 300 gr. Cette injection est faite au bras droit ; en même temps, on injecte à l'avant-bras gauche deux gouttes de la même toxine préalablement chauffée afin de juger de l'existence d'une réaction protéinique ou *fausse réaction*.

La réaction de Schick *se lit deux jours après l'infection*.

Si la réaction est positive, on constate l'apparition d'une auréole rouge inflammatoire autour de la piqûre, ainsi que l'apparition d'une petite papule à ce niveau, tandis que sur l'autre bras n'existe aucune réaction ou une réaction minime. Au bout de quelques jours, la papule rouge tend à disparaître, laissant après desquamation légère une pigmentation brunâtre indélébile.

Si la réaction est négative, on trouve juste la trace de la piqûre, sans réaction inflammatoire.

Dans quelques cas il y a *fausse réaction* ; les deux bras sont alors le siège d'une réaction identique, parfois même plus marquée au bras témoin. Ceci est dû à l'action des albumines contenues dans la toxine, chauffée ou non ; c'est une réaction protéinique qui n'a rien à voir avec l'immunisation. Mais cette fausse réaction disparaît assez rapidement ; il suffit d'attendre le quatrième jour et alors ou les deux bras ne présentent plus aucune inflammation, on peut alors affirmer le caractère négatif de la réaction — ou il subsiste encore une zone enflammée au bras droit et alors la réaction est positive.

Ainsi faite, la réaction, maintes fois vérifiée, a permis de tirer de nombreuses conclusions, tant au point de vue épidémiologique qu'au point de vue biologique.

Par elle, en effet, très vite, tant en Europe qu'en Amérique, on a pu vérifier l'influence de l'âge et des milieux sur l'immunité et la réceptivité diphtériques.

L'âge a une influence non douteuse. Si dans les trois premiers mois l'enfant a le plus souvent une réaction négative, c'est qu'il a reçu de sa mère une immunité temporaire qui cesse vite, car dès le 4e ou le 6e mois, la majorité des jeunes enfants est réceptive ; on en compte, d'après les statistiques 65 p. 100 à 6 mois, 90 % à un an.

Puis, peu à peu, à mesure que l'enfant grandit, le nombre des sujets réfractaires augmente ; il n'y a plus que 30 p. 100 de réceptifs vers 5 à 6 ans, ce chiffre s'abaisse à 10 à 12 p. 100 chez l'adolescent et l'adulte. Toutefois ce rôle de l'âge certain, mais assez variable selon les conditions de l'observation, demande à être interprété et c'est l'observation des divers milieux qui apporte à l'aide de la réaction de Schick des renseignements intéressants. On peut dire, en effet, que *plus un milieu est surpeuplé, plus souvent les sujets sont immunisés.* C'est ce que montrent à l'évidence certaines statistiques américaines.

Proportion de réaction des shick positives à différents âges et dans différents milieux.

Age	Population mixte %	Districts surpeuplés %	Districts peu peuplés %	Ecoles rurales %
5-6 ans....	60	46	75	88
9-10 ans....	32	22	48	74
11-12 ans...	28	20	46	76
14-15 ans ..	19	11	30	63

Ainsi il apparaît que l'état réfractaire dépend plus de l'intervention d'un facteur extrinsèque à l'organisme que d'une manifestation constitutionnelle liée à l'âge, laquelle, si elle se produisait, devrait se réaliser au même stade de la croissance, chez tous les sujets, quelles que soient par ailleurs les conditions du milieu. Il n'en est nullement ainsi et il semble bien que ce facteur extrinsèque à l'organisme transmissible, ne soit autre que le bacille diphtérique. L'état réfractaire paraît résulter d'un ou plusieurs ensemencements opportunément discrets de l'organisme par le bacille diphtérique. Le séjour du sujet en milieu infecté est la condition de son immunité. C'est ce qui ressort de recherches parallèlement poursuivies sur les milieux scolaires et sur les milieux hospitaliers.

Déjà Zingher, observant sur les enfants des écoles, avait noté que, alors que la diphtérie frappait 33 p. 100 des sujets depuis moins de trois mois dans les écoles, elle n'en touchait que 5, 4 p. 100 parmi ceux depuis longtemps à l'école. Dudley, en 1922, sur les élèves de l'école navale de Greenwich a fait une série de constatations intéressantes et précises montrant qu'environ 85 p. 100 des élèves étaient réfractaires à la diphtérie après un séjour de six mois à un an à l'école, que très régulièrement la diphtérie frappait surtout les élèves entrés à l'école depuis moins de trois mois.

A la même époque, j'ai fait avec mon élève Joannon, aux Enfants-Malades, une série d'observations du même ordre, dans le service de chroniques chirurgicaux du professeur Broca, au pavillon Lannelongue, je les ai poursuivies depuis. Sans les détailler, je puis rappeler ici les conclusions principales que nous en avons tirées.

Le nombre des sujets à Schick positif au pavillon Lannelongue était de 22 %, chiffre relativement faible étant donné l'âge moyen de ces enfants. Mais en l'analysant, il nous a été facile de voir que l'âge ne jouait qu'un rôle secondaire, et qu'alors que certains enfants très jeunes étaient immunisés, d'autres plus âgés restaient réceptifs.

C'est que seul comptait la *durée du séjour* : les enfants les plus anciens étaient les plus réfractaires, quel que soit leur âge et nous pûmes conclure que pas un enfant, depuis plus d'un an au pavillon Lannelongue, n'était réceptif.

L'état général est resté sans influence sur le sens de la réaction. Ces résultats furent encore confirmés par l'étude que nous fîmes plus tard des enfants de la salle Archambaut, dans le service de mon collègue Ombrédanne, et en 1924, à l'hôpital d'Antony.

Dans ce dernier où les enfants depuis leur entrée restent sans apport extérieur, assez isolés, le temps de séjour n'a plus la même importance, l'immunité ne se fait pas, alors qu'elle reste la règle dans nos salles parisiennes.

Nous avons pu d'ailleurs, au pavillon Lannelongue, retrouver la trace du passage du bacille diphtérique dans la salle sous forme d'angines larvées, produites par un germe diphtérique vraisemblablement peu virulent.

De ces recherches découle, ainsi que nous l'avons ailleurs développé, que l'état réfractaire des enfants est en grande partie conditionné par la vie en commuu, qu'il y a une immunisation spontanée occulte, que celle-ci résulte vraisemblablement d'angines vaccinantes, qui passent inaperçues, qu'en d'autres termes il y a, chez nombre de sujets, auto-vaccination par des germes atténués.

On peut aller plus avant dans l'étude biologique de ce problème de l'immunisation spontanée occulte. La contamination diphtérique est loin de l'entraîner toujours. Tantôt elle donne ce résultat, tantôt c'est la maladie qu'elle suscite, tantôt elle ne provoque ni maladie, ni immunité. A quels facteurs sont dues ces différences ? J'ai étudié en détail cette question avec mon élève Joannon et mis en relief quelques-unes des raisons qui expliquent ces différences.

Il faut, à cet égard, distinguer la contamination diphtérique, et le terrain offert à celle-ci.

La contamination diphtérique est formée de deux facteurs : la virulence du germe et l'intensité du contage.

Le rôle de la *virulence* est encore mal établi. On est toutefois en droit de supposer que pour prendre la diphtérie il faille recevoir un bacille virulent à dose suffisante alors que l'immunité résulte d'une contamination par un bacille vraisemblablement atténué.

Le rôle de la *masse de contage* paraît au contraire plus certain : la quantité des bacilles et la fréquence avec laquelle se suivent les contaminations expliquent comment la diphtérie frappe volontiers dans les milieux contaminés ; comment voisins de classe, de dortoir, de réfectoire peuvent la prendre successivement. Une contamination discrète semble, inversement, favoriser l'immunisation : alors qu'un contage massif ou répété donne la maladie, un contage discret paraît provoquer l'immunité chez un sujet d'aptitude défensive moyenne : peut-être à cet égard la contamination indirecte par les objets (livres, objets de literie) peut elle être parfois en cause.

Si virulence, masse et répétition du contage expliquent en partie pourquoi la maladie survient ou, inversement, pourquoi l'immunité s'établit, il faut tenir compte également du terrain. Il existe certainement une *aptitude défensive individuelle,* variable selon les sujets et dont la nature reste encore mystérieuse ; certains, chez lesquels elle est faible, semblent incapables de s'immuniser solidement, soit après la maladie, soit après la vaccination ; chez d'autres au contraire guérison ou immunité s'établissent plus rapidement.

On doit en outre tenir compte de la *moindre résistance d'ordre accidentel* qui joue un rôle non douteux ; la grippe, la rougeole semblent intervenir dans ce sens. De même l'association à certains autres microbes (streptocoque, pneumocoque), si elle ne crée pas la diphtérie à elle seule, semble contribuer à la rendre plus grave et ces diphtéries paraissent moins susceptibles de provoquer l'immunité que les diphtéries bénignes.

La réceptivité à la diphtérie dépend donc de bien des éléments. Une dose infectante minime ne suffit pas à déclancher la maladie. Nous l'avons avec M. Joannon, définie une *réceptivité à seuil,* indiquant par là que selon les individus, selon leurs conditions de résistance, il fallait une plus ou moins grande quantité de contage et un contage plus ou moins virulent pour provoquer la maladie pour franchir ce seuil de réceptivité ; seules les contaminations qui le dépassent entraînent la maladie, celles qui restent au-dessous demeurent inoffensives ou même servent à élever le seuil.

Je n'insiste pas sur ces considérations forcément hypothétiques. J'ai voulu simplement vous montrer que la contagion diphtérique dépend de bien des conditions, que, dans l'interprétation de la résistance à la maladie de la plupart des adolescents et des adultes, il fallait tenir un large compte de l'immunisation spontanée occulte.

Il ne faut enfin pas oublier le rôle certain de la lésion locale préalable de la muqueuse dans la production de l'angine.

Vous voyez donc que l'apparition de la diphtérie dépend à la fois de l'intensité et de la répétition du contage, du degré de réceptivité humorale, de l'existence ou non d'une lésion locale. Retenez surtout l'importance de la réceptivité ou de l'immunité, mises en lumière par la réaction de Schick, car cette notion justifie le principe de la vaccination antidiphtérique susceptible de faire régulièrement et facilement ce que la nature ne fait qu'irrégulièrement et au hasard.

DU TRAITEMENT DES GANGRÈNES DES MEMBRES D'ORIGINE ARTÉRIELLE

(Exploration oscillométrique. Interprétations et applications),

Par G. Jeanneney

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux.

Dans ces dernières années, les gangrènes des membres d'origine artérielle ont été l'objet de nombreux travaux, soit que leur fréquence soit devenue insolite (P.-E. Weil et Lévy-Frankel (1) soit aussi que les progrès de nos moyens d'investigation aient plus spécialement retenu sur elles notre attention.

Or, dans les gangrènes par ischémie ce qu'il importe de connaître, au *point de vue pratique,* c'est le siège de l'oblitération artérielle et la valeur de la vitalité du membre.

Différents *types anatomiques* conditionnent cette ischémie. Ils peuvent se ramener à trois groupes que l'on peut grossièrement se représenter ainsi :

1° Tantôt l'*artère* (ou les artères) principale du membre est oblitérée en un point donné, par exemple au milieu de la jambe. Elle est suffisamment saine au-dessus ; au-dessous, qu'elle soit perméable ou non, le sang ne passe pas ou passe mal. C'est ce que l'on observe dans les ligatures artérielles, les embolies, les artérites traumatiques, enfin les plaques d'athérome limitées.

Le *territoire gangréné* occupe, à l'extrémité du membre, une étendue variable, — orteil, avant-pied, — remontant d'autant plus haut que

(1) P.-E. Weil et Lévy-Frankel. — Soc. méd. des hôp. de Paris, 5 juin 1925. Sur la fréquence insolite des cas d'artérite oblitérante des M. I. et de sphacèle des pieds. (Disc. Renaud, Rathery, Ménétrier, Labbé, Debré).

l'oblitération est plus élevée vers la cuisse (ROCHER, LEJARS).

Cependant, sous la peau saine (parce qu'irriguée par des collatérales encore intactes) existe un territoire de *vitalité compromise* (fig. 1).

Dans ces cas, le *territoire gangréné* occupe, à l'extrémité du membre une étendue variable, et se localise en *surface*, comme un manchon entourant le membre dont la profondeur est, en somme, en bonne vitalité (fig. 2).

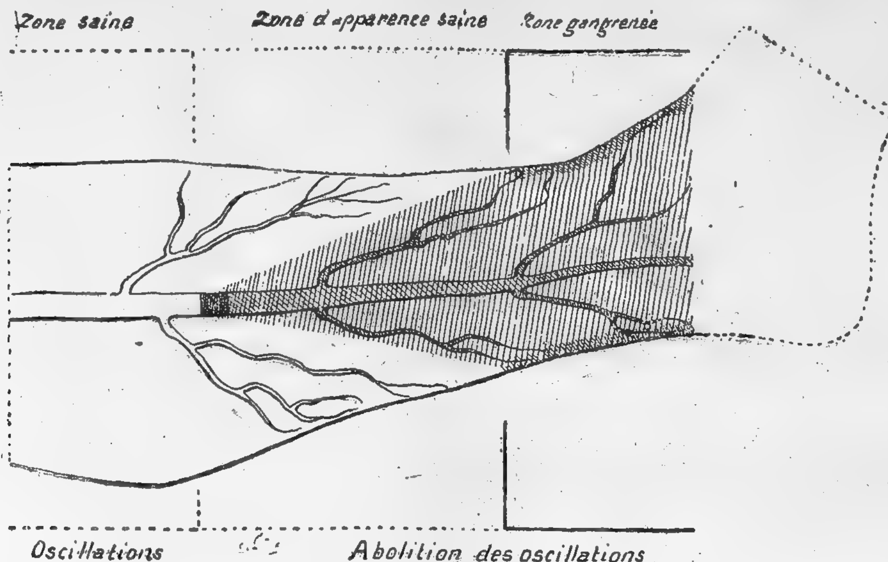


FIG. 1. — Schéma du territoire ischémié par l'oblitération d'un gros tronc nourricier (par exemple gangrène par artérite). Résultats de l'épreuve oscillométrique.

2° Tantôt *l'artère principale du membre est parfaitement perméable et souple* ; seules les branches terminales sont oblitérées vers leur extrémité ; c'est ce que l'on observe dans les gangrènes par gelures où les plans superficiels ont été frappés, dans certaines formes simples de thrombo-angéite oblitérante ou maladie de Buerger, dans certaines formes de la maladie de Raynaud.

3° Tantôt *l'artère principale du membre,* quoique malade, *est encore perméable,* mais son calibre est diminué et surtout sa *souplesse a disparu* : le cours du sang y est amorti, continu ; mais ce débit suffisant pour faire vivre un membre au repos est insuffisant pour nourrir un membre au moment de l'effort musculaire, du froid, etc. : la *vitalité de ce membre est compromise* parce que la circulation, suffisante en temps normal est

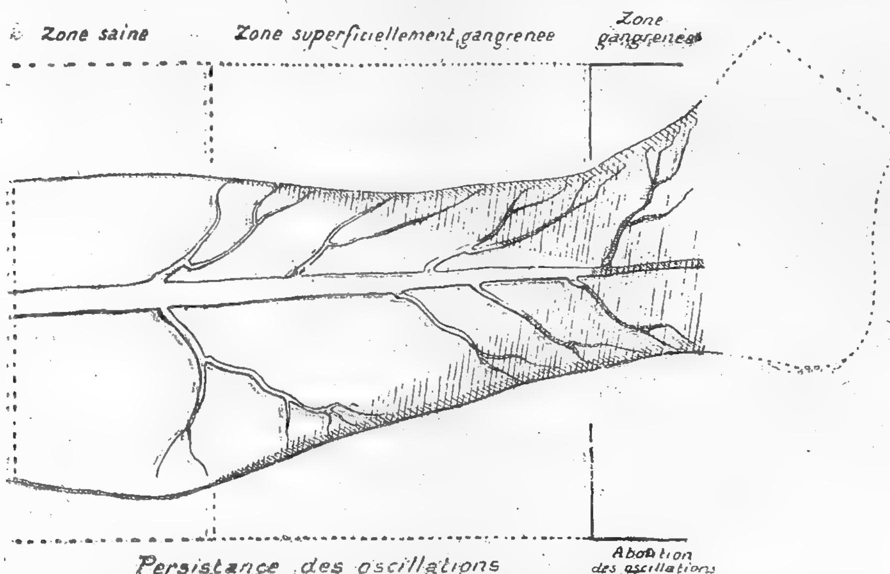


FIG. 2. — Schéma du territoire ischémié par l'oblitération des vaisseaux périphériques (par exemple gangrène par gelure). Résultats de l'épreuve oscillométrique.

insuffisante en temps anormal, terme que je laisse volontairement vague.

Un *obstacle* placé au-dessus de la cuisse (une aortite abdominale, par exemple) pourra aussi bien donner un débit sanguin « ralenti » uniformisé, amorti, insuffisant : ce débit sera alors uniformisé *dans les deux membres*.

C'est ce que l'on observe dans les artérites

Mais comme pour toute méthode d'investigation il s'agit d'en interpréter les résultats et de ne pas vouloir lui demander plus qu'elle ne peut donner. Il en est ainsi de toutes les données de laboratoire « ce sont des signes qui s'ajoutent aux autres signes, tous se complètent mutuellement et aucun ne peut supplanter les autres » (Roger).

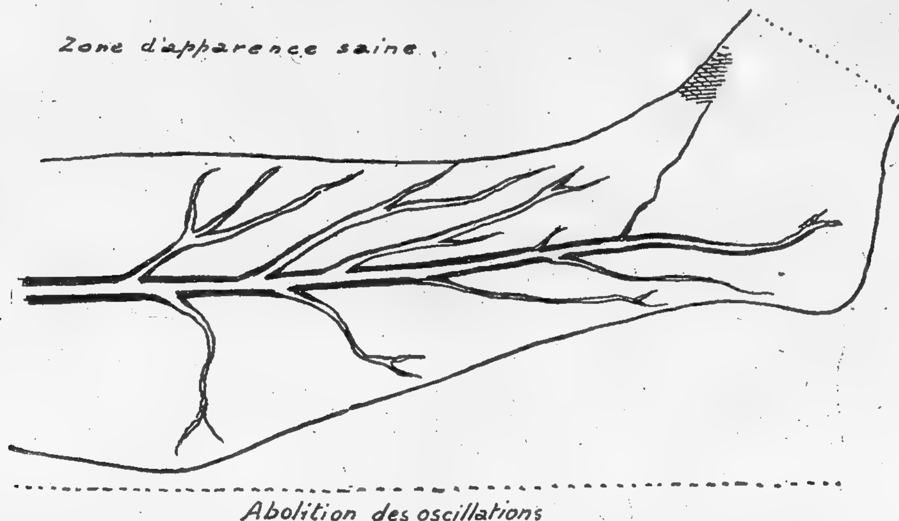


Fig. 3. — Schéma d'un membre dont l'artère principale a perdu sa souplesse et a diminué de calibre (artère « en tuyau de pipe »). Résultats de l'épreuve oscillométrique.

chroniques avec artères « en tuyau de pipe », dans bon nombre de cas de gangrènes séniles, d'artérites diabétiques, enfin dans certaines formes avancées de thrombo-angéites oblitérantes (fig. 3).

Tels sont les trois types de lésions auxquels on peut ramener grossièrement tout ce que l'on rencontre en clinique ; car ce que le clinicien veut pouvoir apprécier c'est la *vitalité du membre* examiné, et autant que possible le *siège de l'oblitération* artérielle cause de l'ischémie.

Divers modes d'exploration permettent de rechercher le siège de cette oblitération. L'examen clinique du membre se base sur l'étendue de la gangrène et l'état du pouls. La manœuvre de Moskowicz ou de l'hyperhémie comparée, la capillaroscopie, l'étude de la raie vasomotrice de Cosacesco, enfin, l'injection intra-artérielle de lipiodol donnent plus ou moins simplement des renseignements dont l'utilité est incontestable. Cependant, dans cet ordre d'idées l'oscillométrie reste la méthode de choix de l'avis de la plupart des auteurs (Chavany, Doumer et Patoire, Hartmann, Heitz, Fontaine, Forgue, Lereboullet et Heitz, Leveuf, Marcel Labbé et Heitz, Lian et Blondel, P. Ravault, Redon et Harburger, etc.) (1).

Dans cette note, je me placerai exclusivement au *point de vue pratique*, et séméiologique envisageant en bloc tous les types de gangrène par *ischémie* qu'il s'agisse de thromboses infectieuses aiguës, d'embolies, d'artérites séniles, d'artérites juvéniles, d'artérites des diabétiques, etc., et en m'écartant résolument des discussions pathogéniques qui scinderont probablement un jour le syndrome clinique gangrène (Vaquez,

(1) Chavany. Des oblitérations des artères des membres. *Le Monde médical*, 1er juillet 1927. — Doumer et Patoire. A propos des artérites diabétiques ; résultats de l'oscillomètre. *Paris médical*, 13 mars 1926. — J. Heitz. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée du Pr Sergent*. T. IV : *Appareil circulatoire*, 1921. — Labbé et Heitz. De la valeur des indications fournies par l'oscillométrie pour le diagnostic des artérites sténosantes. *Paris médical*, 21 mai 1925. — Lereboullet et Heitz. Maladies du cœur et des vaisseaux en 1926. *Paris médical*, 2 juillet 1927. — Leveuf. Les indications opératoires dans les gangrènes sèches du membre inférieur. *Journal médical français*, 1926. — Lian et Blondel. A propos du diagnostic des artérites oblitérantes. *Le Monde médical*, mars-avril 1926. — P. Ravault. Formes cliniques des oblitérations artérielles des membres. *Journal de médecine de Lyon*, 1926. — Redon et Harburger. Gangrène sénile. *Gaz. des hôp.*, 3-10 janvier 1925. — Hartmann. Gangrène par artérite. *La Clinique*, janvier 1926. — Cawadias. — Guyot et Jeanneney. L'oscillomètre de Pachon appliqué à l'exploration de la perméabilité artérielle dans les gangrènes. *J. de méd. de Bordeaux*, 21 septembre 1913. — Jeanneney. Traitement des gangrènes du membre inférieur d'origine artérielle. *Bulletin médical de Bordeaux*, mars 1925. — Fontaine. Thèse Paris, 1923. — Forgue. Précis de pathologie externe. Coll. Testut, 1927, t. I.

GUILLAUME, LIAN, PUECH et VIAU) (1). Ainsi j'étudierai la technique de l'épreuve oscillométrique et l'interprétation de ses résluts ats.

Technique. — I. On établira tout d'abord la courbe oscillométrique du membre supérieur : on sait, en effet, depuis les recherches de HEITZ et de LIAN que l'indice oscillométrique est plus élevé (de 1/3 environ) au membre inférieur qu'au membre supérieur. On aura ainsi un premier étalon de comparaison.

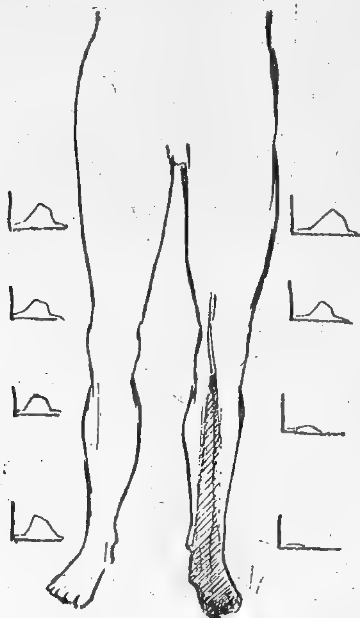


FIG. 4. — Exploration oscillométrique comparative : à droite (*côté sain*) et à gauche (*côté malade*).

2° On appliquera alors le brassard successivement au niveau du membre sain et au niveau du membre malade, explorant, *segment par segment* (2) et consignant les résultats successifs dans un schéma du type ci-contre (fig. 4) qui les objective. Pour l'exploration de la cuisse on emploiera soit un grand cuissard de Pachon, soit un brassard de Lian. On prendra soin de bien serrer le brassard et de le serrer également de chaque côté, la quantité d'air injecté devant être, autant que possible la même (CHASTENET DE GÉRY).

3° Parfois il sera bon de recommencer l'épreuve après un bain chaud local (1/2 heure à 45°) (BABINSKY-HEITZ) (1). : on supprimera ainsi le spasme qui pourrait en imposer pour une oblitération vraie.

Résultats.

Pour comprendre les résultats de l'épreuve oscillométrique et les interpréter, il faut se représenter les *lésions* qui les conditionnent telles que nous les avons schématisées en trois groupes. En effet, *en pratique*, trois ordres de réponse sont à interpréter :

1° Tantôt les *oscillations* sont conservées jusqu'en un *point où elles cessent ou diminuent nettement* (fig. 1).

Ce point indique le niveau où l'artère est oblitérée et où la vitalité du membre commence à être altérée.

Dans des cas aussi nets, le signe de l'oscillomètre indique le siège de l'oblitération, le rapport $\frac{\text{I}^\circ \text{ côté malade}}{\text{I}^\circ \text{ côté sain}}$ représente assez bien le taux de la circulation du côté malade par rapport au côté sain et l'oscillométrie nous donne bien, au besoin après un bain chaud, un « véritable critère de la vitalité du membre » (2).

Des cas semblables s'observent, parfois très voisins de ces données schématiques, mais ils ne sont pas très fréquents (embolies, artérites aiguës, etc.).

Au *point de vue thérapeutique*, ces résultats sont suffisants : si l'amputation est décidée « on peut amputer avec sécurité au niveau de la zone où persistent les oscillations » (LEVEUF). Certes, on peut chercher à gagner du terrain, à amputer au-dessous de cette zone, mais c'est au risque d'un sphacèle des lambeaux, d'une récidive : « Lorsque les oscillations sont supprimées, dit LEVEUF, il est possible que le membre conserve une vitalité suffisante pour qu'une amputation faite en ce point ne soit pas suivie de sphacèle des lambeaux. Mais à l'heure actuelle, nous ne possédons aucun critérium qui nous garantisse ce résultat ». C'est dans ces cas que l'on pourra, comme CHASTENET DE GERY l'a conseillé (3), tenter une sympathectomie concomitante si l'état de l'artère le permet.

2° Tantôt *les oscillations sont conservées ou*

(1) VAQUEZ. — De quelques variétés peu fréquentes d'artérites sténosantes. *Le Monde médical*, mai 1927. — GUILLAUME. Soc. méd. des hôp., 25 mars 1927. Etude clinique de la soi-disant maladie de Buerger. *Gaz. des hôp.*, juillet 1927. — LIAN, PUECH et VIAU. Soc. méd. des hôp., 11 mars, 6 mai 1927. — SICARD. Soc. méd. des hôp.. 11 mars 1927.

(2) PAILLARD. — L'exploration artérielle segmentaire par l'oscillomètre de Pachon. *Progrès médical*, 13 décembre 1919.

(1) BABINSKI et HEITZ. — L'épreuve du bain chaud. Soc. méd. des hôp., de Paris, 14 avril 1916.

(2) JEANNENEY. Oscillomètre et lésions vasculaires dans les gangrènes par oblitération et les gangrènes des pieds gelés. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 23 septembre 1917. — JEANNENEY. Les applications chirurgicales de l'oscillométrie. Thèse Bordeaux, 1918-19. — JEANNENEY. Tratamiento de las gangrenas del miembro inferior de origen arterial. (*Archivos de medicina Cirurgia y Especialidades*, janvier 1923.)

(3) CHASTENET DE GÉRY. — La cause et le traitement préventif du sphacèle post-opératoire dans les gangrènes séniles. *Gaz. des hôp.*, za septembre 1921.

même exagérées jusqu'au territoire gangrené : pulsatilité paradoxale dit P. RAVAULT (1). Il n'y a là qu'un paradoxe apparent si l'on se représente que les lésions sont limitées aux seules artérioles terminales, correspondant au schéma que je donnais en 1917 pour type des gangrènes directes par gelure par exemple (fig. 3).

Dans ces cas, au point de vue thérapeutique, il y a tout intérêt à être conservateur.

3° Tantôt, enfin, les *oscillations sont abolies très haut, dans tout le membre*, parfois même dans le membre sain et le bain chaud n'amène aucune modification.

Dans ces cas, il faut bien comprendre *qu'absence des oscillations ne veut pars dire absence de circulation* ; l'onde pulsatile est abolie, mais l'ondée sanguine est conservée (BARD). Mais il faut reconnaître combien ce courant sanguin amorti est précaire, à peine suffisant, et personne ne me contredira quand je dirai que la vitalité d'un membre où les oscillations sont abolies est loin de valoir la vitalité d'un membre où elles sont conservées. Alors « ces membres ne sont nourris que par les voies collatérales et encore le cœur doit-il augmenter son effort pour assurer une nutrition juste suffisante (hypertension de défense) ; une diminution de la puissance cardiaque, une augmentation de la viscosité sanguine, une infection locale minime, etc., suffiront à faire apparaître la gangrène » (2).

Ces cas relèvent le plus souvent du traitement médical. Cependant, si l'amputation devient nécessaire, le chirurgien connaît la perplexité de choisir le niveau de l'amputation. La clinique est encore une bonne donnée pour fixer ce niveau : l'amputation sera d'autant plus haute vers la cuisse que la gangrène s'étend davantage sur le pied (ROCHER, LEJARS). Mais il ne faut pas hésiter alors à s'aider de tous les moyens complémentaires : Ce sont : l'*épreuve de* l'hyperémie comparée de Moscowickz, que nous tentons, exceptionnellement et très prudemment en remplaçant le tube d'Esmarch par le brassard de l'oscillomètre gonflé un peu au dessus de la maxima prise au bras ; — la raie vaso-motrice de Cosacesco (1), la radiographie simple des artères (2), ou après injection de lipiodol (3,) la recherche du temps de résorption de la boule d'œdème (4), la capillaroscopie (5).

Tous ces moyens sont utiles, mais il reste des cas où malgré leur association l'hésitation persistera, et où des ennuis opératoires surviendront.

En résumé, je crois pouvoir dire une fois de plus qu'au *point de vue pratique*, l'exploration à l'oscillomètre en liaison avec la clinique reste encore dans la majorité des cas le meilleur moyen dont dispose le clinicien dans l'examen des malades atteints de gangrènes des membres d'origine artérielle.

(1) P. RAVAULT. Thèse Lyon, 1925. — VAQUEZ, MAUCLAIRE et R. GIROUX. Soc. méd. des hôp. de Paris, 11 juin 1925. — WEIL et LÉVY-FRANCKEL. Soc. méd. des hôp. Paris, 5 juin 1928. — ACHARD et BLOCK. Soc. méd. des hôp. Paris, 24 juillet 1928. — TROISIER. Soc. méd. des hôp. de Paris, 11 juin 1925. — VOUTERS et DEROUBAIX. *J. des Sc. méd. de Lille*, 19 juillet 1925.

(2) A. CAWADIAS. Etude comparative des tensions artérielles des deux membres supérieur et inférieur. Applications cliniques dans les anévrysmes aortiques et les artérites des membres inférieurs. (C. R. Soc. de Biol., 1912, t. LXXIII, p. 612.). — GUILLAUME. L'exploration de la circulation sanguine dans les vaisseaux des membres. (*Bull. méd.*, n° 21 et 25, mai et juin 1925.) — L'exploration micro-angioscopique (capillaroscopie) dans les troubles circulatoires des membres consécutifs à des lésions artérielles oblitérantes (artérite oblitérante, embolie, maladie de Raynaud). (*Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 28, 1925). — PACHON. Sur l'erreur du principe de la méthode de Riva-Rocci pour la détermination de la pression artérielle chez l'homme. (C. R. Soc. Biol, 12 juin 1909, LXVI, 733). — PACHON. HEITZ. Artérites oblitérantes des membres, leur diagnostic différentiel avec certains états aortiques. (*Marseille médical*, 15 avril 1926.) — LETULLE, HEITZ et MAGNEL. Claudication intermittente chez un syphilitique avec lésion de l'aorte, des iliaques et des artères des membres inférieurs. (*Arch. des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, août 1925.) — VAQUEZ, MAUCLAIRE et GIROUX. La disparition des oscillations dans les artères d'un membre est-elle toujours en rapport avec une oblitération artérielle. (Soc. méd. des hôp., 12 juin 1925.) — AUBERTIN. La gangrène symétrique dans la thrombose de l'aorte. (*Ann. des lab. Clin.*, nov.-déc. 1926.)

(1) COSACESCO. — *Presse médicale*, 26 sept. 1923, p. 819.

(2) SICARD et FORESTIER. — *Bull. Soc. de biol.*, 12 mai 1923.

(3) BAILLAT et MÉRIEL. — *Gaz. des hôp.*, 10 février 1926. — BUISINE et DELCOUR. *J. des Sc. méd. de Lille*, 3 octobre 1926.

(4) STERN et COHN. — *Jour. Amer. med. Assoc.*, 23 octobre 1920. — J. HEITZ et VIOLLE. Soc. de biol., 14 mai 1927.

(5) GUILLAUME.

ACQUISITIONS RÉCENTES EN BIOLOGIE CUTANÉE

Par L. H. DEJUST,

de l'Institut Pasteur,

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine.

Notre connaissance de la biologie cutanée est fragmentaire : l'attention s'est attachée aux maladies bien plus qu'au fonctionnement normal de la peau. La physiologie dermatologique est encore mal explorée dans la plupart de son étendue. Cependant, certains points en ont déjà été assez bien reconnus : les premiers sont d'ordre plus spécialement chimique : pigments, ferments, propriétés spécifiques anti-microbiennes de la peau, les autres ressortent davantage de la physiologie : la perspiration cutanée par exemple. Nous ne nous occuperons ici que de ces premiers.

Ce n'est pas le hasard qui a poussé plus avant les connaissances selon cette orientation, mais une sorte d'entraînement par le cours des recherches contemporaines en des terrains fort éloignés de la dermatologie.

En ce qui concerne le pigment mélanique, qui donne aux nègres leur couleur propre, et aux blancs exposés au soleil leur teint basané, son étude systématique est consécutive à la découverte, au début du siècle, de ferments solubles oxydants très répandus chez les végétaux, ferments capables d'oxyder des corps chimiquement définis en engendrant des matières colorées. Dans certains cas, on obtient un corps noir tout à fait semblable à la mélanine du pigment mélanique. Aussi, depuis cette époque, les chercheurs sont partis à la poursuite de ferments oxydants dans les cellules à pigment. Mais c'est tout récemment que l'on a constaté, dans les cellules cutanées, la présence de bien d'autres diastases que les ferments oxydants, et que l'on a reconnu que la peau renferme de la lipase, de l'amylase, etc.

En ce domaine, on voit que c'est pour une grande part aux progrès de la biochimie végétale que la physiologie cutanée doit son avancement. Quant à la découverte par le professeur Besredka de l'immunité spécifique de la peau, sa genèse est différente, mais à point de départ également éloigné de la dermatologie. Elle s'est développée à une époque où la sérologie semblait stationnaire, et incapable d'expliquer de nombreux phénomènes. L'intuition de Besredka fut féconde d'imaginer, contrairement aux idées reçues, que la cellule cutanée jouait un rôle spécifique dans certains phénomènes d'immunité. Reste à expliquer quelles modifications physico-chimiques éprouve le cytoplasme vacciné.

Constitution chimique de la peau.

L'histologie permet de distinguer dans une coupe de peau une série de couches différant par la forme des cellules les composant, et aussi par leurs rôles physiologiques. La couche cornée et le corps muqueux de Malpighi ne remplissent pas les mêmes fonctions, et il serait bien précieux de pouvoir les étudier séparément du point de vue chimique. Malheureusement, il est impossible de séparer ces différentes couches pour les soumettre à l'analyse ; aucun moyen mécanique ne nous le permet. Le chimiste doit donc opérer sur l'organe total, sur la peau formée de ses différentes couches, dont les proportions mêmes varient suivant la région, les circonstances de milieu, etc. C'est là une des plus graves difficultés que rencontre cette étude.

La composition élémentaire de la peau est celle du protoplasme en général. Notons qu'on y a également retrouvé ces éléments métalliques ou métalloïdiques que l'on nomme olygosynergiques, caractérisés d'une part par l'infime proportion dans laquelle ils se trouvent (milligrammes ou fraction de milligramme par kgr.) et d'autre part, par leur activité catalytique (arsenic, manganèse, fer, cuivre, zinc, etc.).

Quant aux constituants immédiats — dont l'étude, il faut le reconnaître, n'a pas encore été poursuivie systématiquement, ni bien loin — ils comprennent, entre autres, du glucose, du glycogène, du cholestérol, des acides gras, des graisses, des phosphatides, de la glycérine, de la choline, enfin des protides abondants, mais mal connus, en outre des bases azotées puriques ou pyrimidiques. Le glutathion y a été également signalé et jouerait un rôle important dans les oxydo-réductions tissulaires.

Retenons l'importance particulière de la présence de cholestérol dans la peau. On sait que l'ergosterol, corps voisin du cholesterol et l'accompagnant souvent, jouit de la propriété d'acquérir un pouvoir antirachitique très grand sous l'influence des rayons ultra-violets. Or, nous avons pu déceler récemment, avec Mlle Van Stolk et M. Dureuil, que le sang circulant de l'homme renferme normalement de l'ergosterol (C.R. Ac. Sciences, 23 juillet 1928). Il est donc fort vraisemblable que l'ergosterol du sang, accompagnant le cholesterol, passe en proportions variables dans les cellules cutanées où il peut subir l'action des ondes ultra-violettes. Ceci

nous permet de commencer à comprendre le mécanisme d'action des rayons ultra-violets.

Outre les constituants indiqués ci-dessus, la peau peut renfermer des pigments. Il en est de différentes espèces, et qui n'ont entre eux d'autre point commun que d'imprimer leur couleur à la peau. Les uns sont pathologiques ; le pigment biliaire qui imprègne la peau des ictériques, comme d'ailleurs d'autres organes, ou le pigment ocre des paludéens, provenant de la désintégration de l'hémoglobine. Du point de vue de la physiologie cutanée, ces pigments formés hors de la peau nous intéressent médiocrement.

Il n'en est pas de même du pigment mélanique, pigment normal de la peau humaine.

Pigment mélanique.

Si, dans une peau de nègre ou de blanc pigmenté on pratique une coupe histologique, on constate, au microscope, la présence, principalement dans les cellules des couches profondes du corps muqueux de Malpighi, de grains d'une substance qui apparaît avec une couleur brun noir. On a donné à cette substance le nom de mélanine.

Elle se rencontre également dans les cheveux, dans les poils, et dans de nombreux organes ou productions pathologiques de la série animale : la poche à encore de la sépia, les poils noirs des mammifères, enfin les tumeurs mélaniques si fréquentes chez le cheval blanc.

L'extraction chimique de la mélanine utilise la résistance de ce corps à divers agents chimiques capables de détruire les tissus le renfermant. On peut aussi détruire ces tissus par une digestion peptique, à laquelle la mélanine reste insensible. On obtient un produit noir que l'on dégraisse à l'éther. Mais ces méthodes présentent un danger : dans les cellules, la mélanine est peut-être sous forme de combinaison avec un autre constituant cellulaire qu'il serait important de connaître : cette combinaison est détruite par l'action des réactifs ou de la diastase.

On peut avoir recours à un procédé d'extraction physique : broyer très finement le tissu renfermant la mélanine, et séparer la mélanine par sédimentation et centrifugation.

On obtient ainsi une poudre noire ou brun noir, insoluble dans l'eau, dans les dissolvants des matières grasses, très difficilement attaquable aux acides, soluble dans les alcalis. Quant à la constitution chimique de la mélanine, elle est encore l'objet d'une discussion très intéressante pour les chimistes, mais dans les détails de laquelle nous ne pouvons rentrer ici. Disons seulement qu'il est vraisemblable que la mélanine résulte de l'oxydation d'un amino-acide phénolique voisin de la tyrosine (oxyphénylalanine (1).

(1) Pour plus de détails voir : «Etudes sur la chimie physiologique de la peau ». Legrand, éditeur.)

En effet, si nous faisons agir un agent oxydant soit chimique, soit diastasique(tyrosinase extraite du son ou des champignons, par exemple) sur une solution de certains de ces amino-acides phénoliques, on obtient la formation d'un corps noir dont les propriétés sont identiques à celles de la mélanine extraite des tissus pigmentés.

D'autre part, dans la série animale, le prof. agrégé Verne a pu montrer que, chez le crabe, le pigment mélanique était bien formé par l'action de la tyrosinase sur la tyrosine : dans les cellules à pigment, il a reconnu à côté de grains de mélanine, l'existence d'un pigment peu colorée principalement formé de tyrosine, et aussi la présence de tyrosinase. Il a extrait et cette tyrosinase et cette tyrosine : en les faisant réagir l'une sur l'autre, on obtient de la mélanine. Chez le hanneton, plus récemment, Schmalfus a vu que le corps générateur de pigment — le chromogène — était non plus la tyrosine (oxyphénylalanine), mais un corps très voisin, la dioxyphénylalanine Ceci montre que dans la série animale, plusieurs corps peuvent jouer le rôle de chromogène de la mélanine. Dans le cas particulier de l'homme et des mammifères, à partir de quel corps et par quel mécanisme se forme le pigment mélanique ?

Mélanogenèse. — On nomme ainsi la formation des grains de pigment mélanique dans la cellule.

Il a été impossible, jusqu'à présent, de mettre en évidence, isoler et identifier le corps qui donne naissance à la mélanine, le chromogène : c'est, vraisemblablement un amino-acide phénolique ou un corps voisin (tyrosine, adrénaline : pour expliquer la coloration pigmentée des addisonniens, Burno Bloch propose l'hypothèse suivante : il existe dans la circulation un corps qui, normalement, chez l'homme sain est transformé en adrénaline par les surrénales. Lorsque celles-ci sont lésées, cette substance qui ne peut plus être transformée par les surrénales, est utilisée à engendrer du pigment : d'où la coloration intense des sujets porteurs de lésions surrénales).

Mais l'organisme renferme, parmi ses constituants tant d'acides aminés, d'amino-acides phénoliques et de corps analogues que la chimie ne nous a pas encore permis d'élucider par la voie analytique le problème de la nature du chromogène de la cellule cutanée.

Aussi la question fut-elle abordée par une autre voie : au lieu de rechercher le chromogène, on tenta d'extraire de la peau une diastase capable d'agir sur un chromogène pour le transformer en mélanine. Si on y parvenait, on pouvait — non d'ailleurs sans réserves — faire ce raisonnement : la diastase extraite des cellules cutanées est capable, spécifiquement, d'agir sur tel corps déterminé, ou sur telle catégorie du corps ; il est donc vraisemblable que, dans la cellule, c'est

bien un corps de cette catégorie qui joue le rôle de chromogène.

Dans une longue série de travaux, de nombreux auteurs utilisant des techniques variées ont tenté d'extraire les diastases mélanogènes que pouvaient renfermer des macérations de peau. Nous avons nous-même poursuivi des essais dans ce sens, et constaté, ainsi que la plupart de nos devanciers, qu'ils étaient négatifs. On n'en doit pas conclure définitivement que la cellule cutanée ne renferme pas de ferment mélanogène extractible : d'abord parce que cent expériences négatives ne sont pas concluantes ; on peut toujours supposer qu'une variation de la technique expérimentale eût pu conduire à un résultat positif. (Onslow, par exemple, a obtenu, dans certains cas, des résultats positifs très intéressants, et qui mériteraient d'être repris) ensuite parce que la méthode de recherche de la diastase dans des macérations ou extraits de peau broyée est mauvaise. En effet la mélanogénèse est un phénomène lent, peu intense : les poils renfermant la mélanine poussent de bien peu en une heure : la pigmentation de la peau n'est guère intense au cours de ce même temps d'exposition solaire. On doit donc s'attendre à rencontrer une très petite quantité de ferment mélanogène dans le cytoplasme. Cette très petite quantité est localisée en un point limité de la cellule ; quand on broye le tissu, ce ferment se répand dans toute la masse protoplasmique, se trouve considérablement dilué, et il n'est pas impossible que cette extrême dilution l'empêche de se manifester.

Aussi, à la suite des travaux de Bruno Bloch, a-t-on tenté de mettre en évidence le mécanisme de la mélanogénèse dans la peau sans destruction cellulaire.

Avant lui, en 1909, Meirowsky avait montré que la peau, séparée de l'organisme, conserve le pouvoir de se pigmenter. Si on prélève un morceau de peau humaine, le dispose en atmosphère humide à l'étuve à 36°, on constate, après un temps variant de 1 à 3 jours, un brunissement intense du tégument.

Cette expérience démontre que des cellules cutanées séparées de l'organisme conservent la propriété de fabriquer du pigment mélanique.

Bruno Bloch eut l'idée de pratiquer par congélation des coupes histologiques de peau incluse dans la gélose (au moyen du microtome à acide carbonique). Il immergeait les coupes ainsi obtenues dans la solution du corps qu'il soupçonnait capable de jouer le rôle de chromogène, et d'être oxydé par le ferment contenu dans la coupe. Il observait s'il se formait de la mélanine. En immergeant les coupes dans la tyrosine, il ne se produit rien. Rien non plus avec un très grand nombre d'autres corps analogues. Seulement avec la dioxyphénylalanine (c'est-à-dire un corps qui ne diffère de la tyrosine que par un groupe OH de plus) il y a formation de mélanine dans la coupe, et précisément avec la même localisation histologique que la mélanine naturelle. S'appuyant sur ce fait expérimental (et aussi sur cette très intéressante considération théorique : la dioxyphénylalanine et l'adrénaline sont deux corps chimiquement très voisins, diphénoliques en même position ; or les surrénales, origine de l'adrénaline, influencent la pigmentation), B. Bloch considère le problème résolu : le chromogène, c'est la dioxyphénylalanine, que, par abréviation il nomme dopa ; cette dopa est oxydée dans la peau avec formation de mélanine sous l'influence d'un ferment spécifique nouveau appelé la dopase. Une série d'objections nous empêchent d'accepter cette théorie comme démontrée. Tout d'abord on n'a jamais pu trouver de dopa dans la peau des mammifères, ni d'ailleurs dans aucun autre organe de ceux-ci. On n'a jamais pu extraire la dopase (il existe seule une expérience positive d'un élève de B. Bloch, en opposition avec une série d'autres essais d'un auteur antérieur, élève également de B. Bloch).

En outre, la dopa est sensible à l'action de la tyrosinase, et même beaucoup plus sensible que la tyrosine. S'il y a très peu de tyrosinase dans la peau, celle-ci noircira par immersion dans la dopa, et non dans la tyrosine, sans qu'on ait besoin d'invoquer un ferment spécial, la dopase, différent de la tyrosinase.

La dopa en milieu alcalin s'oxyde spontanément avec la plus grande facilité. Si la réaction du milieu cellulaire atteint même une très faible alcalinité, la dopa s'oxydera sans l'intervention d'aucun ferment.

Pour ces motifs — et pour d'autres encore trop longs à rapporter ici — on ne peut considérer comme démontrée la théorie de B. Bloch : ceci ne retire rien, d'ailleurs, au grand intérêt des recherches de cet auteur. Il est très vraisemblable que la mélanine est formée par l'action d'un ferment oxydant sur un amino-acide phénolique, quoique ceci ne soit pas démontré chez les mammifères. Le processus a été reconnu par Verne chez le crabe ; mais rien ne nous autorise a en inférer qu'il en est de même chez l'homme. Les généralisations hâtives sont dangereuses : un bel exemple en est fourni par l'histoire des pigments végétaux anthocyaniques.

Ces pigments sont localisés dans les cellules végétales à l'intérieur des vacuoles dont ils colorent le contenu. La plupart des fleurs rouges, bleues, violettes, beaucoup de fruits, de tiges, de feuilles, par exemple les feuilles rouges de la vigne-vierge en automne leurs doivent leur coloration. Jusqu'en 1911, on a cru, pour des motifs qui paraissaient valables à premier examen, que ces pigments résultaient de l'action oxydante d'une diastase sur un chromogène. En 1911, Combes

entreprit l'étude de ce phénomène, et à la suite d'une série de beaux travaux aujourd'hui classiques, il réussit à montrer que le chromogène *in vitro* était transformé en pigment non par les oxydants, mais par les réducteurs. Dans la cellule végétale de la vigne vierge à l'automne, par exemple, il se produit bien des phénomènes d'oxydation : mais ils n'ont avec la pigmentation que des rapports indirects. L'oxydation ne porte pas sur le chromogène mais sur d'autres corps de la cellule : il se forme un couple oxydation-réduction dont le fonctionnement règle la pigmentation comme le reste du métabolisme cellulaire. Ce phénomène est général.

L'histoire de ces pigments anthocyaniques nous montre qu'il faut être très prudent dans l'interprétation des faits expérimentaux concernant la mélanogénèse.

Ferments cutanés.

Nous venons de voir qu'il existe peut-être dans la peau un ferment capable d'oxyder un chromogène pour en faire de la mélanine.

En outre on a reconnu de façon certaine la présence, dans le tissu cutané, d'un certain nombre de diastases.

1° La catalase : mais on sait que cette diastase est très répandue dans la plupart des tissus;

2° L'amylase : le liquide de macération de la peau jouit de la propriété de digérer énergiquement l'amidon. Par exemple, la peau du poulet renferme, à poids égal, autant d'amylase que le foie. Chez l'homme, quatre fois moins (comme la peau d'un sujet pèse presque trois fois le poids du foie, on voit que la peau renferme d'une manière absolue presqu'autant d'amylase que le foie).

3° La lipase : c'est une des diastases dont la présence dans la peau a été le plus soigneusement étudiée. L'attention avait été attirée par les variations d'acido-résistance du bacille tuberculeux des lésions cutanées, ce qui paraissait impliquer des variations de la teneur en cire et matières grasses du bacille : d'où l'indication de rechercher dans la composition de la peau l'explication de ces variations du microbe. Mais récemment on a reconnu que la peau lupique est moins riche en lipase que la peau normale. La lipase y serait-elle fixée sur les bacilles ?

La quantité de lipase contenue dans la peau semble, à poids égal, être le dixième de celle renfermée dans le foie.

Quant aux ferments protéolytiques, leur étude est difficile. Il semble exister dans la peau un ferment autolytique agissant en milieu stérile et aussi un ferment capable de liquéfier la gélatine ; un autre capable de décomposer les nucléines ; un autre les glycérophosphates.

On conçoit l'intérêt que présentent ces ferments cutanés tant pour la physiologie et la pathologie générale que pour la dermatologie.

Produits dans les cellules cutanées, il est probable qu'au moins partiellement ils peuvent entrer en circulation et jouer un rôle dans le métabolisme général. Les circonstances de leur formation, c'est-à-dire la vie de la peau, influeront donc — par une voie qui nous était jusqu'à maintenant inconnue — sur l'état général du sujet.

En ce qui concerne la pathologie cutanée, les ferments de la peau ne présentent pas moins d'intérêt : que devient leur sécrétion au cours des diverses dermatoses ?

Certaines de celles-ci ne sont-elles pas dues à une hyper ou à une hypoformation de ferments normaux ? Ne se produit-il pas une action autolytique dans certaines ulcérations qui n'ont point tendance à guérir ? Nous ne pouvons encore que poser ces questions et insister sur leur importance.

Qu'il s'agisse d'apprécier l'activité d'un ferment ou d'interpréter la mélanogenèse, il ne faut pas oublier que ces phénomènes sont directement régis ou tout au moins considérablement influencés par la réaction du milieu, la concentration en ions hydrogène.

Nous avons vu qu'une infime alcalinisation suffit à provoquer l'oxydation de certains corps soupçonnables de jouer un rôle dans la formation de la mélanine. Des travaux déjà anciens, malheureusement poursuivis au moyen de techniques insuffisantes, avaient montré que les peaux à poils clairs étaient moins alcalines que les peaux à poils bruns.

Récemment, Peyton Rous a étudié les colorations vitales de la peau par la méthode des greffes cutanées chez la souris. Il a pu constater que les greffons vigoureux avaient un pH supérieur de 0,6 au pH normal cutane.

Ces recherches sont à poursuivre : la mesure du pH interne de la cellule est malheureusement extrêmement difficile à mesurer dans tous les cas et particulièrement en cytologie cutanée.

Rôle de la peau dans l'infection et l'immunité. Mécanisme des cuti-réactions.

En étudiant le mécanisme de l'infection charbonneuse chez le cobaye et le lapin, Besredka a montré que l'appareil réceptif était la peau et qu'il suffisait d'immuniser celle-ci pour faire acquérir à l'animal une immunité anti-charbonneuse très solide. Or cette cuti-vaccination ne provoque pas dans le sang l'apparition d'anti-corps. Il s'agit donc bien ici d'une immunité cellulaire cutanée.

Vis-à-vis des staphylocoques et des streptocoques, le rôle de la peau, sans être aussi exclusif, n'en est pas moins très important ; par la vaccina-

tion on peut limiter l'extension de l'infection, voire l'enrayer.

Pour les teignes, il en est de même ; l'organe producteur de l'immunité se trouve être la peau, siège d'élection du champignon.

Dans la vaccination contre la rage, l'inoculation intra-dermique produit, à dose plus faible, une immunité aussi solide que la vaccination sous-cutanée.

Quant au mécanisme de ces vaccinations, dans lesquelles joue la spécificité cellulaire cutanée, nous l'ignorons, au même titre que nous ignorons d'ailleurs le processus suivant lequel agissent les vaccinations par voie sérique.

Nous devons nous contenter d'invoquer des actions physico-chimiques, les propriétés colloïdales de l'albumine, les micelles, leurs charges électriques, leur floculation.

Plus de précision ne nous est pas encore permise. Ce sont les mêmes considérations qu'il faut envisager si on veut tenter de comprendre le mécanisme des cuti-réactions révélatrices d'un certain nombre d'infections.

In vitro, il se produit une floculation lorsque, dans des cas déterminés, on mélange par exemple un sérum modifié par une albumine étrangère et cette albumine ; on sait le rôle que M. A. Lumière attribue aux floculations.

Il paraît admissible de supposer que les cuti-réactions sont dues à des floculations locales : mais là aussi nous en sommes réduits aux hypothèses.

Par ce qui précède on constate combien les acquisitions récentes ont agrandi le rôle joué par la peau dans la physiologie générale. Mais ce que nous savons encore en ce domaine est peu par comparaison avec tout ce que nous en ignorons. Notre connaissance est cependant suffisante pour nous permettre de dire que l'avenir reconnaîtra à la peau un rôle physiologique de grande importance, rôle que nous ne faisons que soupçonner aujourd'hui (1).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Comment conduire le traitement d'une urétrite chronique.

Pour arriver à tarir l'écoulement, il faut d'abord en trouver l'étiologie, savoir de quelle infection urétrale la goutte chronique peut être l'indice.

Trois règles, dit JACK MOCK : faire des examens bactériologiques ; faire un toucher rectal ; ne pas traumatiser l'urètre , c'est-à-dire n'introduire d'emblée dans l'urètre aucun instrument, ni sonde, ni explorateur, ni béniqué, ni électrolyseur ; ne pas faire d'injection intempestive avant d'être renseigné sur la nature microbienne de la goutte.

Examinons le malade n'ayant pas uriné depuis longtemps ; l'examen macroscopique de la goutte, son aspect renseigneront déjà, et pour la goutte à gonocoques, le microscope ne fera que confirmer. La goutte recueillie avec un fil de platine stérile, et étalée sur 2 lames, faire uriner le malade dans deux verres pour se rendre compte de l'état des urines et du degré d'infection de l'urètre postérieur.

S'il y a dugonocoque, grands lavages de l'urètre antérieur et postérieur avec une solution de permanganate à 1 /6000, que l'on descendra à 1 /5000 puis à 1 /4000 ; un lavage par jour, à 40° environ ; il faut avoir de la patience, et sans interruption, durant trois semaines au minimum. Il n'est pas rare de voir la goutte tarir, tout simplement parce que auparavant les lavages avaient été mal faits, et d'une manière non suivie. Il est bon, pendant la première semaine du traitement, de faire en plus, chaque matin, une injection dans l'urètre antérieur avec une solution glycérinée faiblement antiseptique à l'argyrol, ceci pour faciliter l'exsudation et entraîner les gonocoques au dehors du fond des glandes.

Si l'on échoue et si l'écoulement n'a pas d'autre cause que l'urétrite, on aura recours au vaccin : stock-vaccin ou auto-vaccin sans négliger le traitement local. En cas d'échec, essayer la protéinothérapie associée à la chimiothérapie : injection de lait sous-cutanée, et d'argent intra-musculaire profonde.

Si on ne trouve pas de gonocoque, il faut s'assurer qu'il n'en existe pas dans une zone d'infiltration molle ou dans une glande. Pour cela on fera boire de la bière et on fera une instillation au nitrate d'argent à 1 /100, ou un lavage à 1 /1000. Si le gonocoque ne reparaît pas, examiner le produit de sécrétion prostatique ou le sperme ; en faire des cultures ; la culture du sper-

(1) Nous renvoyons le lecteur désireux de plus amples renseignements sur ces sujets, à un volume récemment paru : « Etudes sur la chimie physiologique de la peau » par MM. Dejust, Verne, Combes, Parat, Urbain, Dujarric de la Rivière, de Saint-Rat. Un volume in-octavo 384 pages, Legrand éditeur. (Publication du Laboratoire de chimie de la Clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine à l'hôpital Saint-Louis.)

me est indispensable quand il y a eu urétrite postérieure.

Faire le toucher rectal pour se rendre compte de l'état de la prostate et des vésicules séminales; la prostatite est une des causes les plus fréquentes de la prolongation de l'écoulement. Lorsqu'elle existe, il faut en instituer le traitement : suppositoires belladonés tous les deux soirs, et massage de la prostate tous les deux jours. Si la prostatite existe sans gonocoques (fait beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit), au lieu des lavages au permanganate, faire des instillations dans l'urètre prostatique avec une solution de nitrate d'argent à 2 %. Le toucher rectal peut révéler un abcès prostatique, dont le premier symptôme peut être l'écoulement urétral ; le traitement consiste en l'expression de la prostate après avoir rempli la vessie d'un liquide antiseptique, que le malade urinera après massage.

Si un traitement bien conduit n'a pas fait disparaître le gonocoque, ou s'il y a échec sans gonocoque, explorer le canal avec un explorateur de numéro élevé, puis décroissant. S'il y a un rétrécissement, dilatation prudente tous les deux jours, en passant au maximum trois béniqués par séance. Souvent la dilatation en donnant un calibre normal arrête tout écoulement, et on est parfois étonné de la rapidité avec laquelle se trouvent guéries certaines gouttes, qui duraient depuis si longtemps.

Si le traitement bien conduit n'a pas réussi à faire disparaître le gonocoque, rechercher les nodosités, douloureuses à la pression, de l'urètre, faire du massage sur béniqué, deux ou trois fois par semaine, en faisant procéder et suivre le massage d'un lavage chaud au permanganate. Bien entendu, dans l'intervalle, on continuera les grands lavages et aussi les injections glycérinées le matin. Cette pratique n'est autorisée qu'après un minimum de 3 semaines de grands lavages, pour ne pas s'exposer aux complications d'orchite, prostatite, vésiculite, etc.

S'il n'y a ni gonocoque, ni prostatite, ni lésion du canal, les urines peuvent être claires ou troubles.

a) Les urines troubles sont dues à la phosphaturie ; il n'y a pas de pus ; traiter cette phosphaturie en rendant les urines acides ; la goutte disparaît parfois.

b) Le trouble est causé par du pus ; puisqu'il ne provient ni de l'urètre, ni de la prostate, il peut être d'origine vésicale, si la pyurie est faible ; elle peut être rénale si celle-ci est importante.

c) Les urines sont claires ; il peut s'agir d'une urétrite amicrobienne, qui disparaîtra si on supprime tout traitement, en mettant le canal au repos.

Parfois il s'agit d'un léger suintement le matin; c'est alors, toutes les causes précédentes éliminées, un écoulement sans gravité, non contagieux, n'amenant aucun trouble, et les quelques rares filaments urinaires ne sont pas du tout un symptôme alarmant.

Bref, pour guérir le malade, il faut trouver la cause de la goutte chronique. (*Le Bulletin médical*, 16 juin 1928.)

Traitement du panaris.

Souvent le chirurgien doit intervenir pour rectifier les erreurs de thérapeutique, et il n'est pas inutile, rappelle André Trèves, de savoir que le traitement doit varier avec la forme.

1° Panaris superficiel ou sous-épidermique. Bains chauds locaux, plusieurs fois par jour, de 20 à 30 minutes, dans eau bouillie, alcoolisée au 1/3, aussi chaude que possible. Entre temps pansements humides, sans imperméable afin d'éviter les macérations, ou mieux pansement gras avec :

Lanoline anhydre	35 gr.
Huile d'amandes douces	15 gr.
Peroxyde de zinc	5 gr.

Au bout de deux jours, la résolution survient, ou bien on arrive à l'une des formes suivantes :

2° Panaris péri-unguéal, tourniole, mal blanc. Dès que la phlyctène se produit, cesser tout pansement, et intervenir aussitôt : ouverture aux ciseaux, et excision jusqu'à la peau saine ; essuyer doucement à l'éther l'épiderme néoformé et regarder s'il n'y a pas de pertuis communiquant avec la profondeur (panaris sous-dermique en bouton de chemise). Puis pansement quotidien avec la pommade au peroxyde.

3° Panaris sous-unguéal. Exciser la phlyctène et couper la partie ou la totalité d'ongle décollée. Faire une anesthésie en bague à la racine du doigt : pas de lien constricteur, solution de néocaïne-surrénine à 1 % ; première piqûre à la face dorsale de la base du doigt, puis de ce point piqûre très lente en profondeur, tout autour du doigt pour infiltrer complètement le tissu cellulaire où passent les nerfs collatéraux ; ne pas ménager l'anesthésique, nullement toxique, dont il ne faut cependant pas employer plus de 5 à 6 centigrammes. Attendre ensuite 5 à 10 minutes. Après l'opération, vérifier l'état des tissus sous-jacents ; pansement quotidien à la pommade au peroxyde de zinc. L'épidermisation est parfois assez longue et peut demander 8 à 15 jours.

4° Panaris sous-dermique ou de la pulpe. Intervention précoce aussitôt que la pulpe est tendue et douloureuse. Sous anesthésie locale, incision longitudinale fendant la pulpe largement ; évacuation du pus ; curettage soigné des tissus ; nettoyage à l'éther, pansement au peroxyde.

5° Panaris anthracoïde. A panser comme un

furoncle (pansements humides, extirpation du bourbillon).

6° Panaris ostéo-périostique, découvert à l'occasion d'un panaris de la pulpe,sauf en cas d'ostéomyélite primitive. Mieux vaut être conservateur ; laisser une mèche enduite de la pommade au peroxyde ; au bout de 8 à 10 jours au maximum, le fragment de phalangette nécrosé se détache tout seul et peut être cueilli avec une pince. A partir de ce moment la cicatrisation est rapide. Lorsqu'il s'agit au contraire d'une ostéomyélite vraie, la résection de la phalange nécrosée en totalité et baignant dans le pus peut être nécessaire. Il faut alors éviter de faire des pansements appuyant sur l'extrémité du doigt pour ne pas la déformer en l'aplatissant.

Le périoste reconstitue souvent la phalange osseuse, surtout chez les enfants.

7° Panaris des gaines. C'est la forme la plus grave, mais la plus rare depuis qu'on traite le panaris précocément. Quand il est découvert, faire une incision suffisante. Si la gaine est envahie, la fendre de part en part et l'explorer autour des tendons. Utiliser les irrigations à la Carrel, et attendre.

Au pouce et au petit doigt, où les gaines palmaires et même antibrachiales peuvent être envahies, il faut multiplier les incisions partout où elles sont nécessaires.

Les interventions doivent être aussi précoces que possible, pour éviter l'élimination des tendons et le phlegmon diffus, qui peut aboutir à une amputation ou même entraîner la mort.

Même dans les cas heureux, il peut subsister une raideur plus ou moins marquée des doigts, d'où la nécessité de la mobilisation précoce et ultérieurement de la diathermie, de l'ionisation, etc.

Dans les cas graves, le traitement vaccinal peut rendre de grands services ; il doit suivre l'intervention, mais ne jamais la retarder. (*L'Hôpital*, juin 1928 A.)

Mécanisme de production des hydarthroses et des arthrites traumatiques. Conception générale de leur traitement.

Le Pr R. Leriche limite son étude aux hydarthroses ne succédant pas à une hémarthrose. ne paraissant pas entretenues par une fissure osseuse, par un corps étranger, par un déplacement méniscal, et aussi aux arthrites traumatiques des articulations autres que le genou, sans fracture parcellaire ou dénivellement des surfaces articulaires.

Voici comment s'établissent généralement les hydarthroses et les arthrites traumatiques envisagées : quelques jours après une chute ou un heurt sur le genou, n'ayant eu aucune gravité immédiate, n'ayant produit ni hémarthrose, ni fracture, l'hydarthrose s'installe, rapidement abondante. Le liquide en est clair, citrin, sans globules rouges, sans réaction leucocytaire ; il se reproduit rapidement après ponction ; il en est de même pour les arthrites traumatiques ; mais, fait curieux, nous sommes incapables de dire quand se produira la guérison ; celle-ci, quels que soient les moyens employés, survien quand il lui plait, au moment où le malade, lassé, a depuis longtemps renoncé à demander les conseils de son médecin.

Or ces troubles fonctionnels constatés correspondent à des lésions évolutives de la synoviale, de l'os et du cartilage.

L'auteur a remarqué depuis longtemps, d'autre part, que tout traumatisme était principalement un traumatisme de la vaso-motricité ; et celui-ci amène localement des vagues vaso-dilatatrices qui aboutissent à des troubles tels que, par exemple, l'atrophie musculaire et la raréfaction osseuse ; et ceux-ci répondent bien aux observations faites dans les hydarthroses et arthrites traumatiques.

Finalement, il en explique ainsi le mécanisme :

Le traumatisme d'une zone articulaire entraîne à son niveau une réaction hyperhémique qui peut durer. Si elle persiste plus d'une dizaine de jours, elle retentit sur la synoviale, sur les os et sur le cartilage. Au niveau de la synoviale, elle crée de toutes pièces une véritable synovite subaiguë aseptique avec exsudation considérable de synovie, créant l'hydarthrose s'il s'agit d'une synoviale à grand développement et à grande capacité. Au niveau de l'os, elle amène une raréfaction active et crée des lacunes d'ostéoporose visibles à la radiographie. Cette raréfaction osseuse, quand elle atteint la zone sous-chondrique, décolle le cartilage, y produit des troubles nutritifs, capables d'aller jusqu'à l'ulcération. Et ainsi se constitue l'arthrite traumatique.

Ces vues nouvelles peuvent servir à diriger le traitement.

Pendant toute la première partie de leur évolution ces syndromes sont, en effet, reversibles. Fruits d'une vaso-motricité troublée, ils peuvent rétrocéder sans laisser de traces si la vaso-motricité est ramenée dans le droit chemin. Sinon, ils engendrent les troubles décrits ; toutefois le retour à la normale peut se faire à la longue en 2, 3, 4 ans ; mais, à ce moment, les lésions osseuses, chondriques, synoviales, sont devenues irréparables.

Que faut-il faire pour que les troubles n'évoluent pas ainsi ?

1° Tout au début, éviter le massage, la mécanothérapie, tout ce qui est une cause d'hyperhémie ; de même il ne faut pas d'eau chaude. Repos, eau froide, glace. Pas de révulsion, mais plutôt une saignée locale (sangsue ?). L'immobi-

lisation plâtrée n'est pas nécessaire ; un peu de mouvement n'est pas nuisible ; mais la reprise de l'activité normale n'est pas à conseiller.

2° Un peu plus tard, quand les lésions synoviales et osseuses sont constituées, la situation est plus délicate. Il ne faut encore aucune mobilisation forcée, aucun massage, mais l'hydrothérapie à la façon d'Aix, sans massage, la simple affusion de 12 à 1.500 litres d'eau chaude pendant quelques minutes sur tout le corps pour opérer un bouleversement général de la vasomotricité.

3° Dans les cas sévères, l'auteur conseille la sympathectomie périartérielle dans le but d'amener un changement de la vaso-motricité troublée ; il se propose même à l'avenir de faire la seule sympathectomie précoce, qu'il estime d'un grand avenir. (*La Presse médicale*, 20 juin 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La fièvre exanthématique marseillaise.

(MM. BOINET, PIÉRI et DUNAN. — *Académie de médecine* ; 9-10-1928.)

On connaît la fièvre marseillaise, fièvre exanthématique observée depuis quelques années, dans la période d'été, à Marseille et sur le littoral méditerranéen. Elle a soulevé, l'an dernier déjà, des discussions à l'Académie de médecine, les médecins de Marseille la considérant comme une affection spéciale non rattachable à un groupe morbide connu, alors que M. Netter se montrait enclin à voir en elle une forme bénigne de typhus connue sous le nom de maladie de Brill.

Cette année, en août et septembre surtout, la fièvre marseillaise est réapparue avec la même physionomie que les étés précédents. MM. Boinet, Piéri et Dunan ont pu faire à son sujet de nouvelles recherches dont ils exposent aujourd'hui les résultats.

C'est, on le sait, une maladie infectieuse caractérisée cliniquement par une éruption à type exanthématique, accompagnée d'un cortège de signes généraux tels que température élevée, arthralgies du début, phénomènes gastro-intestinaux. Elle évolue en une quinzaine de jours et se termine dans l'immense majorité des cas par la guérison. Elle sévit dans la saison chaude, de juin à septembre, principalement en juillet et août. Elle se rencontre à Marseille et sur le littoral méditerranéen. Un auteur italien, Carducci, en a même donné une bonne description dès 1920, concernant des cas observés par lui à Rome.

M. Boinet et ses collaborateurs se sont efforcés de préciser certains caractères de la maladie. Les taches exanthématiques sont *papuleuses* et non maculeuses, de teinte rose vif, parfois lie de vin, rarement ecchymotiques. Leur forme est arrondie ou ovalaire, de 1 à 5 millimètres de diamètre. Parmi ces éléments éruptifs, il en est un, presque constant, appelé la « tache noire », véritable lésion nécrotique superficielle, linéaire ou circulaire, ayant alors les dimensions d'une lentille. Elle demande à être recherchée. Son apparition dès le début de la maladie, la similitude avec certaines affections à type exanthématique, comme la fièvre fluviale du Japon, font penser aux auteurs qu'elle pourrait être le point d'inoculation.

A la vérité, la fièvre marseillaise ne s'est pas montrée contagieuse, le contact des malades ne paraissant pas la provoquer. A quel groupement morbide faut-il la rattacher. S'agit-il de typhus bénin, de maladie de Brill ?

M. Boinet ne le croit pas. La réaction de Weill-Félix au Proteus X19, positive dans le typhus et la maladie de Brill, est négative dans la fièvre exanthématique. Toutes les inoculations au cobaye et même au singe africain ont été également négatives. Le pou, agent de propagation du typhus, ne joue aucun rôle dans la fièvre marseillaise. M. Boinet a trouvé quelques sujets de bonne volonté qui ont bien voulu consentir (on a utilisé pour cela les « cages à poux » de l'Institut Pasteur) à se laisser piquer par des poux infectés sur des malades. Aucun symptôme morbide ne s'en est suivi.

Les auteurs ont recherché si d'autres insectes ne pourraient pas être agents vecteurs et propagateurs de l'exanthème marseillais. La puce et la punaise semblent hors de cause. Les tiques, très abondantes à cette période dans la banlieue de Marseille, interviennent peut-être dans la propagation de l'affection. Des recherches seraient à diriger de ce côté.

MM. Boinet, Piéri et Dunan rejettent en définitive l'hypothèse d'une assimilation du typhus bénin avec la fièvre exanthématique saisonnière du littoral méditerranéen. Cette conclusion est capitale, en particulier en raison des patentes brutes et du dommage commercial que celles-ci causeraient. Ils ne faut pas laisser s'établir, concluent-ils, la légende du « typhus endémique d'été », à Marseille.

Corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes

(M. GUISEZ. — *Société des chirurgiens de Paris* 6-7-1928.)

M. Guisez revient sur la question des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes.

Un des corps étrangers les plus fréquents chez le jeune sujet est l'anche de trompette. Cela tient à ce

que l'embouchure de la trompette est souvent mal soudée et que les enfants ont la mauvaise habitude de faire fonctionner la trompette en aspirant aussi bien qu'en soufflant.

Chez l'adulte, un corps étranger commun est le dentier, dégluti pendant le sommeil ou le repas. Au cours de l'anesthésie générale, les pièces dentaires peuvent être avalées et il est de règle de les faire enlever avant de commencer la narcose. Pendant les crises d'épilepsie, le même accident peut s'observer. Parfois, c'est au cours de soins dentaires qu'une pièce, une dent, ou un instrument passe dans les voies aéro-digestives.

Bien des fois, les corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes demeurent latents, et cela pendant un temps qui peut être assez long. Chez le jeune enfant qui ne se nourrit que de liquide et de demi-liquide, le symptôme dysphagie, si important en la matière, n'existe pour ainsi dire presque jamais. Si le petit malade a avalé le corps étranger à l'insu de ses parents, l'origine de l'accident passe inaperçue. Le corps étranger peut, d'autre part, être bien supporté pendant quelque temps et ne donner lieu à aucun trouble jusqu'au jour où apparaissent des complications graves. On connaît la longue tolérance des bronches pour certains objets (tels les corps petits et métalliques). D'autres, au contraire (os, arêtes, graines...) amènent rapidement des complications broncho-pulmonaires.

En somme, en présence d'accidents morbides qui ne sont pas toujours bien nettement définis, il faut penser aux corps étrangers des voies aériennes et de l'œsophage. Les commémoratifs mettront parfois sur la voie. L'examen radiographique fournira aussi des renseignements précieux. On le complètera, s'il y a lieu, par une endoscopie qui permettra, en même temps, de faire le traitement.

P. L.

Du traitement mécanique de la constipation simple

(M. Bécart. — *Soc. de médecine de Paris* ; 2-10-28.)

L'auteur présente un petit appareil, qui lui a donné d'excellents résultats dans le traitement de la constipation simple, c'est-à-dire de celle due à un trouble dans le mécanisme de la défécation. Il s'agit d'une sorte de suppositoire en ébonite monté sur un cylindre, qui se termine par un bouton.

Voici d'ailleurs quel est le mécanisme de la défécation :

C'est d'abord une ponte sigmoïdienne dans le rectum par invagination d'un piston sigmoïdien, puis un redressement du côlon avec béance du sphincter sigmoïdien ; la défécation est, directement ensuite, une évacuation anale, après traversée instantanée du couloir rectal.

La sollicitation exonératrice se fait sentir au moment précis où la tête de la selle, projetée en avant par le sigmoïdien inférieur vient distendre le rectum supérieur.

Or, l'origine de la majorité des cas de constipation remonte à l'enfance ou à l'adolescence ; le mécanisme si parfait de la défécation se trouve détraqué quand, à la suite de négligence, paresse, etc., le sens rectal, si précis, va finir par s'émousser et l'ampoule rectale se remplir sans éveiller aucune sensation, point de départ du réflexe évacuateur.

Ce réflexe, on sait déjà l'obtenir chez l'enfant, par la mise en place du thermomètre, ou d'une canule quelconque ; quant aux suppositoires, ils ne semblent agir qu'en utilisant le réflexe évacuateur, et non par la mise en liberté d'un lubrifiant par fusion.

Le petit appareil présenté permet d'une part la dilatation du canal, d'autre part la sensation de réplétion de l'ampoule rectale.

Il suffit de recouvrir la pointe en forme de suppositoire d'une bonne couche de vaseline et de l'introduire doucement dans le rectum en imprimant à la pointe un léger mouvement de va-et-vient pour ouvrir progressivement l'orifice anal. Le bouton arrêtera l'appareil qu'on laissera en place jusqu'à ce que le besoin d'évacuer se manifeste. Le meilleur moment pour la rééducation est le matin après le petit déjeuner et le soir après le dîner, ce qui permet de profiter du réflexe gastro-colique. Les cas de constipation compliqués par l'infection, les insuffisances digestives etc. seront d'abord ramenés à l'état de constipation simple par un traitement approprié à chaque cas particulier.

Traitement des affections douloureuses abdominales par la diathermie.

(M. Nemours Auguste. — *Soc. de médecine de Paris* 2-10-1928.)

Les courants de haute fréquence, par application bipolaire en diathermie, agissent d'une part par la chaleur qu'ils développent dans l'intimité des tissus, d'autre part par des propriétés particulières, qui ne nous sont pas toutes connues.

Cette production de chaleur est inégale dans l'individu ; elle est due à la résistance opposée aux courants par les différents organes; ceci explique qu'à intensité égale la sensation de chaleur varie d'un sujet à l'autre, et, pour un même sujet, d'un jour à l'autre. L'organisme lutte contre cet échauffement par la mise en jeu du réflexe thermo-régulateur, activation de la circulation, transpiration.

Les malades, soumis au traitement par la diathermie, ont généralement subi un traitement médical antérieur ou chirurgical, et c'est devant la persistance des phénomènes douloureux que l'on y recourt.

S'il s'agit d'un ulcus gastrique ou duodénal, d'une cholécystite ou d'une appendicite, on peut obtenir une sédation des douleurs, mais le malade soulagé n'est pas guéri par la diathermie, pas plus qu'il ne l'est par les médicaments usuels. C'est un des meilleurs agents calmants lorsque les autres ont échoué ; il permettra souvent de venir à bout du spasme pylorique et de l'inflammation de la muqueuse gastrique

ou intestinale, qui le produit ; on pourra plus rapidement élargir ou supprimer le régime, ce qui peut avoir son importance chez des malades inanitiés.

L'influence de la diathermie est plus grande, son action est plus durable dans les états inflammatoires chroniques, gastrites, colites accompagnées ou non de troubles gastriques réflexes.

Enfin elle est peut-être l'unique moyen dont nous disposons dans les réactions péritonéales déterminant des adhérences entre les différents organes de la cavité abdominale, consécutives à une affection chronique ou à une intervention chirurgicale. Elle ne guérit certes pas tous ces « désespérés du ventre », mais elle les soulage, et c'est déjà, pour eux, un grand résultat moral, qui a son importance. Le traitement ne doit pas excéder une vingtaine de séances dans les cas les moins favorables ; si, au bout de ce temps, la sédation espérée n'est pas obtenue, il ne faut pas poursuivre.

L'oléothorax curatif et préventif, complément du pneumothorax artificiel.

(M. Hinault. — *Soc. de médecine de Paris* ; 2-10-28.)

Il existe deux complications fréquentes du pneumothorax : l'épanchement puriforme et la symphyse pleurale. Or, dans ces deux cas, l'oléothorax apparaît de plus en plus comme une thérapeutique de choix, devant améliorer les résultats éloignés du pneumothorax.

Son emploi n'est pas indiqué dans les fistules broncho-pulmonaires à cause des vomiques. Mais il est souvent un moyen radical de tarir les pleurésies puriformes, se renouvelant de façon désespérée à la suite des ponctions répétées et de tous les moyens thérapeutiques mis en œuvre. Même si l'oléothorax ne se montre pas d'une efficacité instantanée, il abaisse remarquablement la température, tarit la pleurésie, et permet une bonne compression pulmonaire, et dès lors garde au malade tout le bénéfice de son pneumothorax.

D'autre part, quand un pneumothorax paraît en voie de symphyse, le malade a tout à gagner d'un oléothorax, à condition qu'il ne s'agisse pas d'un pneumothorax bridé en tous sens par un réseau d'adhérences ; il faut faire le blocage de la plèvre sous pression ; chez des malades bien choisis, qui supportaient depuis longtemps des pressions gazeuses élevées, on a pu atteindre des pressions huileuses de 70 cc. sans le moindre inconvénient.

Cependant l'oléothorax n'est pas encore une méthode très répandue en raison de quelques inconvénients : il se produit, en effet, une réaction thermique, qui dure quelques jours. Il faut procéder par étapes successives : faire une injection de 10 à 50 cc. ; puis attendre la fin de la réaction pour faire une deuxième injection de 100 à 150 cc. ; huit à dix jours après, faire une troisième injection dont la quantité varie avec la capacité du pneumothorax ; enfin ne bloquer sous pression qu'un mois environ après la première injection d'huile. Ensuite, quand on a rempli l'hémithorax d'huile, on ne peut plus toujours limiter sous l'écran, ni même sur un cliché les contours du moignon pulmonaire. Lors des injections d'entretien, il faut donc s'entourer de grandes précautions pour ne pas piquer le poumon ; il est indispensable avant d'injecter de voir l'huile refluer dans la seringue en faisant une aspiration. Il y a gros intérêt à employer l'aiguille ou le trocart du plus petit calibre possible pour éviter de fistuliser la paroi : faut-il encore qu'il soit compatible avec l'écoulement de l'huile de paraffine ; dès lors, il devient extrêmement pénible pour l'opérateur de pousser 100 cc. d'huile à l'aide d'une seringue à piston lisse ; dans un appareil de son choix, l'auteur a muni la seringue d'un piston à vis, ce qui permet l'aspiration et la propulsion de l'huile sans aucun effort. Un trocart-aiguille de 9/10es est en communication avec la seringue et avec un manomètre métallique.

G. F.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Arthrites de la hanche et malformations infantiles.

MM. Duvernay et Parent présentent un mémoire portant sur près de 250 cas d'arthrites de la hanche observées dans la clientèle thermale d'Aix-les-Bains, avec radiographies. Ces cas se répartissent en deux groupes : dans le premier, la morphologie générale de la hanche est conservée ; il s'agit alors de hanches présentant primitivement une morphologie normale ; dans le second groupe, on a affaire à des lésions qui changent complètement l'aspect de l'articulation, donnant un véritable type articulaire nouveau, à surfaces bizarrement taillées. C'est dans ce second groupe que rentrent les types décrits par les classiques sous le nom de « morbus coxæ senilis » ou « juvenilis ». Pour les auteurs, il s'agit d'arthrites développées sur des hanches atteintes de malformations datant de l'enfance.

Syndrome de Biermer. Traitement par la méthode de Whipple.

MM. P. Ravault, Delore et Paufique. — Homme de 67 ans, entré dans le service du Prof. Pic avec un syndrome anémique extrêmement grave : décoloration absolue des téguments et des muqueuses, asthénie considérable, souffle anémique à la pointe, souffle oculaire ; tension 95/50. L'examen du sang donnait 883.500 hématies, 6.125 leucocytes dont 3 % de polynucléaires éosinophiles et 3 % d'hématies nucléées ; taux de l'hémoglobine 30 % ; valeur globulaire : 1,7. Dès l'entrée, on donne au malade 200 gr. de foie de veau, d'abord cru, puis légèrement cuit, sans aucune autre thérapeutique. Le résultat fut remarquable, le malade reprit rapidement appé-

tit et devint même boulimique. Moins de trois mois après l'entrée, on notait dans le sang, 4.443.000 globules rouges, 9.800 leucocytes et le taux de l'hémoglobine était de 100 %. En somme, véritable résurrection chez un malade dans un état désespéré.

Pneumonie avec œdème pulmonaire infectieux. Auto-vaccinothérapie.

MM. P. Courmont, H. Gardère et Moulinier rapportent l'observation d'un homme de 36 ans entré à l'hôpital avec une pneumonie paraissant dater de 48 heures. Outre un souffle tubaire des deux bases, on note des râles d'œdème dans toute l'étendue des poumons. Il y a en outre de la cyanose, du battement des ailes du nez, une expectoration spumeuse. Pouls à 135, 48 respirations par minute, température : 41°, langue rôtie, albuminurie. En somme, état extrêmement grave. Outre le traitement classique par l'oxygène, les toni-cardiaques, les émissions sanguines, on pratiqua une série d'injections de vaccin de Weill et Dufourt. La température cède un peu, mais l'état général reste très grave. Au douzième jour, l'examen des crachats ayant montré que le pneumocoque était seul en cause on injecta 2 cmc. de stock-vaccin anti-pneumococcique, et enfin le treizième jour, on injecte 2 cmc. d'un auto-vaccin préparé avec le pneumocoque isolé des crachats. La soir même, la température tombait à 38 et le lendemain à 37°3 ; en même temps, tous les phénomènes fonctionnels s'amendaient et la guérison fut complète moins de deux mois après. Ce malade avait fait un premier séjour à l'hôpital pour de la broncho-alvéolite des bases compliquant une sclérose pulmonaire prédominant au sommet gauche. Il est vraisemblable que l'association de l'infection pneumococcique à ces lésions pulmonaires antérieures a été l'origine des accidents œdémateux. Ceux-ci sont d'un pronostic toujours mortel, d'après Ménétrier. Le succès des vaccins et surtout de l'auto-vaccin mérite donc d'être enregistré.

Souffle précordial continu chez un cirrhotique.

MM. Gallavardin, Gravier et Puig relatent l'observation d'un homme de 47 ans, porteur d'une cirrhose atrophique du foie et d'une aortite syphilitique avec double souffle aortique banal. Ce malade était devenu très anémique du fait d'hématémèses abondantes et répétées. Durant les quinze derniers jours de sa vie, on constata l'existence, au niveau de la région précordiale, d'un souffle continu, à maximum à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du sternum. Ce souffle était intense, de timbre murmurant et ronflant, à renforcement diastolique, s'exagérant au moment de l'inspiration, donnant la même impression à l'oreille qu'un bruit de diable perçu sur la jugulaire d'un anémique. L'autopsie ne permit que des hypothèses sur la pathogénie de ce souffle. Toutefois, du fait que ce bruit s'entendai exactement au niveau de l'oreillette droite et de la veine cave inférieure, du fait également de certaines constatations anatomiques que nous ne pouvons rapporter ici, les auteurs pensent que ce souffle se produisait dans la veine cave inférieure au confluent des deux veines caves et proposent de l'appeler « bruit de rouet cave ».

Anévrysme de l'aorte ascendante à symptomatologie larvée.

MM. Gaté, J. Coste, Billa et Aulagnier. — Homme de 54 ans atteint depuis un an de scapulalgie droite qui, s'accompagnant d'amaigrissement, de perte de forces, de sueurs nocturnes et de toux, fit considérer un instant ce malade comme un tuberculeux. L'examen pulmonaire est négatif et l'on note seulement un gros cœur, une légère voussure pulsatile au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux droits et un double souffle au foyer aortique. Wassermann négatif. A la radioscopie, grosse ombre casquant le cœur au niveau de sa base et débordant légèrement à droite ; les contours, réguliers, sont animés de battements.

Vaccination antidiphtérique chez l'adulte par l'anatoxine de Ramon.

M. Bertoye a pratiqué la vaccination antidiphtérique sur soixante-six élèves de l'Ecole d'infirmières de Lyon. Sur ce nombre, il n'y eut que six incidents à retenir, dont deux cas seulement peuvent être appelés des accidents : température élevée, violente réaction locale, atteinte de l'état général se traduisant par une baisse de poids ; il s'agissait d'ailleurs de sujets manifestement entachés de tuberculose. Malgré tout, il faut reconnaître que la vaccination antidiphtérique chez l'adulte n'est pas inoffensive et ne peut être appliquée sans discernement. Elle devra toujours être précédée d'une réaction de Schick et d'un examen médical général. Pour les sujets hypersensibles, on pourra utiliser la voie endonasale, peu pratique pour les collectivités nombreuses, mais parfaitement applicable à des individus isolés.

Valeur pronostique de la réaction de Vernes dans la tuberculose pulmonaire.

MM. Langeron et D'Hour (de Lille) présentent une note sur leurs recherches concernant la réaction de floculation à la résorcine (réaction de Vernes) qu'ils pratiquent systématiquement depuis plus d'un an chez les tuberculeux pulmonaires. L'impression qu'ils en retirent est que les oscillations positives ou négatives de cette réaction correspondent assez fidèlement aux phases d'aggravation ou de diminution de l'infection tuberculeuse. Sans vouloir attribuer à ces travaux une valeur définitive, les auteurs pensent qu'il y aura intérêt à confronter les résultats de la réaction de Vernes avec ceux d'autres méthodes.

Thyroïdite avec paralysie récurrentielle au cours du rhumatisme blennorragique.

MM. Pic, Delore et Paufique. — Femme de 24 ans, sans antécédents pathologiques, atteinte depuis quinze jours de douleurs dans l'épaule et l'articulation sterno-claviculaire gauches avec impotence du membre supérieur correspondant ; en même temps étaient apparus une tuméfaction du cou et des troubles vocaux. L'examen montrait qu'il s'agissait d'une arthrite sterno-claviculaire dont l'origine gonococcique était démontrée par des pertes blanches abondantes et un écoulement urétral purulent renfermant du gonocoque. Le corps thyroïde était le siège d'une tuméfaction diffuse, douloureuse. Au laryngoscope (Dr Rebattu), paralysie presque complète de la corde vocale droite, avec voix bitonale. En raison de l'existence de la thyroïdite, classique au cours du rhumatisme franc, on avait d'abord pensé à cette affection et institué un traitement salicylé. La tuméfaction thyroïdienne disparut au bout de quatre jours, ainsi que la dysphonie, mais les phénomènes articulaires ne furent pas modifiés, et cédèrent, par contre, à la vaccinothérapie antigonococcique.

Métastases cutanées dans le cancer du pancréas.

MM. Langeron et Danes (de Lille) présentent deux observations recueillies à la clinique médicale de la Faculté libre de Lille et dont voici le résumé succinct :

I. Femme de 44 ans ; entre à l'hôpital pour un ictère assez foncé avec décoloration des selles, amaigrissement, perte des forces. Foie dur, débordant de trois travers de doigt ; sous le foie, tumeur piriforme, lisse, descendant un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans la région hépatique, on note encore *trois petits nodules sous-cutanés* de la grosseur d'un pois, adhérents à la peau. Une cholécystostomie, au cours de laquelle on reconnut l'existence, dans la région duodéno-pancréatique, d'une masse dure ne pouvant être qu'un cancer du pancréas amena une atténuation de l'ictère, mais celui-ci réapparut et la malade succomba à des complications pulmonaires. L'autopsie confirma les constatations faites au cours de l'intervention.

L'examen histologique du pancréas montra qu'il s'agissait d'un épithélioma de forme acineuse ; les noyaux cutanés étaient de même nature.

II. Homme de 68 ans, sans antécédents pathologiques, entre à l'hôpital pour amaigrissement et laryngite. A l'examen, quelques sibilances dans les deux poumons ; tout contre la cicatrice ombilicale, petit nodule dur, indolore, mobile sur les plans profonds et sous la peau, du volume d'un pois ; un autre, de mêmes caractères, à la hauteur de l'épine de l'omoplate droite, une dizaine d'autres plus petits disséminés le long de la ligne axillaire gauche. Pas de tumeur abdominale perceptible ; foie de volume normal ; pas d'ictère. A la radioscopie, ombre pulmonaire gauche très dense, à point de départ hilaire, envahissant à peu près le tiers du champ pulmonaire. Au laryngoscope, paralysie complète de la corde vocale gauche. Mort par cachexie progressive. Autopsie : masse ganglionnaire du volume du poing envahissant le poumon gauche ; cancer total du pancréas n'englobant pas le cholédoque dont la lumière est libre ; deux nodules néoplasiques dans le foie. L'examen histologique de la tumeur pancréatique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma ; celui des nodules cutanés prouva également leur nature cancéreuse.

A. C.

Les Congrès

XXXVIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1).

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcus du duodénum.

Résumé du rapport de M. J. Okinczyc (de Paris).

Dans l'ignorance où nous sommes encore des causes de la maladie ulcéreuse, le traitement chirurgical ne peut avoir d'autre prétention que de *pallier* les manifestations locales de cette maladie.

Si la maladie ulcéreuse est vraiment, comme il semble, une maladie générale, il faut bien reconnaître que le traitement *radical* de la maladie reste encore à trouver. Toutes les méthodes chirurgicales, tous les procédés qui tendent à les réaliser, ne sont que des *palliatifs* ; aucun ne peut prétendre, ni par son intention, ni par ses résultats, à s'ériger en traitement de choix à l'exclusion de tous les autres. Tous ont à leur actif des succès, à leur passif, des échecs ; les conditions de ces succès et de ces échecs n'apparaissent pas toujours clairement. On peut se demander si ces résultats ne sont pas, dans une certaine mesure, sous la dépendance du moment de l'intervention, dans le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse. Plus nous nous rapprocherions de la fin de ce cycle évolutif, plus les succès seraient nombreux ; plus nous interviendrions au début et plus les échecs seraient habituels.

(1) Voir *Concours médical*, n° 46.

Or, nous n'avons pas toujours de critère pour apprécier le stade de cette évolution ; le temps écoulé est un facteur, mais non absolu. De plus le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse ne suit pas toujours une courbe parfaite ; il prend souvent la forme d'une ligne ondulée, qui figure les rémissions et les réveils successifs.

De plus, la maladie ulcéreuse est sujette à des complications redoutables, perforations, hémorragies ; et nous n'avons pas le droit d'attendre ces complications pour intervenir, les conditions de l'opération étant alors moins bonnes.

L'échec du traitement médical, poursuivi régulièrement pendant un temps raisonnable, apparaît donc comme l'indication actuelle la plus nette du traitement chirurgical.

Mais encore dans l'histoire de la maladie ulcéreuse, l'ulcère du duodénum se présente avec des modalités particulières, qui s'apparentent à ce que nous appelons ordinairement l'ulcère peptique et que nous observons quelquefois sur le jéjunum après certaines interventions.

Les choses se passent comme si la maladie ulcéreuse ayant un centre de prédilection dans l'estomac, au niveau de l'antre pylorique, la fonction troublée à ce niveau irradiait vers le duodénum *avant* toute intervention, ou vers le jéjunum *après* certaines interventions ; les conditions de la sécrétion étant déviées, l'organisme n'est plus localement défendu contre les effets d'une *auto-digestion*, dont la manifestation est un ulcère peptique duodénal ou jéjunal.

Si cet aspect de la maladie est bien observé, les conclusions qu'on en peut tirer ont leur importance. En effet, l'ulcère du duodénum n'est plus, comme l'ulcère gastrique, une manifestation primitive de la maladie, mais plutôt une complication qui a son centre dans l'estomac. S'attaquer à l'estomac, pour guérir l'ulcère du duodénum, apparaît alors comme une conclusion rationnelle et que certains résultats positifs semblent sortir du domaine de la pure hypothèse.

Ces considérations permettent de mieux juger la valeur des diverses formes du traitement chirurgical de l'ulcère et d'interpréter les résultats qu'elles ont donnés.

Mais avant de discuter les méthodes, l'auteur a voulu analyser minutieusement une statistique homogène et intégrale, celle qui a été recueillie en vingt ans, de 1907 à 1927, dans le service du professeur Hartmann.

Pour apprécier les résultats éloignés que comporte cette statistique, il lui a paru indispensable de simplifier la manière d'exprimer ces résultats et de ne comprendre dans la classification que trois rubriques ; *guérison*, *amélioration*, *échec*, en donnant à chacun de ces mots un sens précis.

La guérison cela veut dire : suppression des douleurs, des vomissements, des hémorragies, des troubles fonctionnels, reprise du poids, absence de récidive et de complications malgré la suppression du régime.

L'amélioration c'est encore une guérison, mais de qualité moins immédiate, moins franche, plus lente à s'établir.

L'échec est un terme qui s'applique à tous les résultats médiocres ou mauvais et à toutes les récidives.

D'autre part, il faut s'entendre sur le sens à donner aux mots : résultats éloignés. Aucune guérison ne peut être considérée comme définitive en raison des retours offensifs, parfois très tardifs, auxquels est sujette la maladie ulcéreuse et il est préférable de ne retenir dans une comparaison que des cas comparables, c'est-à-dire pouvant prétendre à une durée égale de guérison sans récidives et sans complications.

La statistique de M. Hartmann porte sur 197 malades dont 141 seulement ont pu être suivis ou retrouvés.

Les 197 cas d'ulcères duodénaux opérés ont donné une mortalité globale de 7,61 p. 100.

Sur les 141 malades dont l'état a pu être vérifié, il y a eu :

61 guérisons complètes	soit 43,25 p. 100	ensemble 65,95 p. 100
32 améliorations	soit 23,76 p. 100	
48 échecs	soit 34,04 p. 100	

Sur 131 ulcères *non compliqués*, la gastro-jéjunostomie simple a été pratiquée 101 fois et a donné :

47 guérisons complètes	soit 46,53 p. 100
24 améliorations	soit 23,76 —
50 échecs	soit 49,70 —

L'exclusion simple avec gastro-jéjunostomie a été pratiquée 16 fois et a donné :

2 guérisons complètes	soit 12,50 p 100
2 améliorations	soit 12,50 —
12 échecs	soit 75 —

C'est la condamnation formelle de cette variété d'exclusion.

Dans 14 cas, où a été pratiquée la *résection*, méthode directe s'attaquant à l'ulcère, on a obtenu :

8 guérisons complètes	soit 57,14 p. 100
3 améliorations	soit 21,42 —
3 échecs	soit 21,42 —

En résumé, la résection, méthode directe, supporte la comparaison avec la gastro-jéjunostomie, méthode indirecte. En réunissant les guérisons complètes et les améliorations, on a, pour les résections 78,56 p. 100 de bons résultats contre 21,12 d'échecs ; et pour les gastro-jéjunostomies 65,95 p. 100 de bons résultats contre 34,04 p. 100 d'échecs. Malheureusement, ces résultats éloignés se payent par une mortalité immédiate plus élevée dans les résections.

Il n'y a pas, dans la statistique de M. Hartmann, d'ulcères du duodénum traités par quelqu'une des autres méthodes opératoires qui ont été proposées pour la cure de cette affection : la cautérisation de l'ulcère, la gastro-duodénostomie, la jéjunostomie, l'énervation gastrique et duodénale. On n'a pratiqué qu'une seule fois l'enfouissement de l'ulcère à la Mitchell et le résultat a été un échec.

Sur 19 observations d'*ulcères compliqués* (perforations, hémorragies graves, ulcères peptiques), la mortalité immédiate a été de 21,05 p. 100.

11 malades ont été retrouvés et on a pu relever :

4 guérisons complètes	soit 36,36 p. 100
3 améliorations	soit 27,27 —
4 échecs	soit 36,36 —

Si l'on en vient maintenant à discuter la valeur des diverses opérations dirigées contre l'ulcère duodénal, il convient de les ramener à quatre méthodes : la dérivation, l'exclusion, la résection, l'énervation.

1° La dérivation peut être obtenue par la *jéjunostomie* et la *gastro-jéjunostomie*.

La première, inusitée en France, a donné de très bons résultats à von Eiselsberg.

La gastro-entérostomie est l'opération la plus connue et la plus souvent employée. En modifiant la fonction et l'évacuation gastriques, elle favorise incontestablement la cicatrisation de l'ulcère. Elle a une technique bien réglée, une mortalité insignifiante et elle donne une proportion élevée de bons résultats. Il est préférable de la faire postérieure, l'abouchement antérieur étant le plus souvent compliqué d'ulcère peptique.

Quoique la faveur dont elle jouit paraisse diminuer au profit des résections, elle reste l'opération de choix et d'attente chez les malades affaiblis.

2° L'exclusion prétend faire plus que la dérivation en mettant l'ulcère à l'abri du chyme gastrique. Mais elle a souvent le désavantage de transporter la maladie ulcéreuse du duodénum vers le jéjunum. Cependant, il faut distinguer entre les procédés d'exclusion :

L'*enfouissement de l'ulcère* est une exclusion imparfaite.

Le *blocage du pylore* par un fil, une bandelette, une aponévrose réalise bien une exclusion mais qui semble n'être que temporaire.

La *section du pylore* peut être suivie de la fermeture isolée des deux branches ou de l'implantation du bout proximal soit dans le duodénum soit dans le jéjunum. C'est le type de l'exclusion complète et définitive, à la suite de laquelle on a fréquemment observé l'ulcère peptique.

Mais l'exclusion peut se compléter d'une résection gastrique plus ou moins étendue, c'est l'*antrectomie.* L'idée directrice est ici non seulement d'exclure le duodénum mais de supprimer le centre ulcérogène prépylorique.

Cette opération paraît nettement supérieure à l'exclusion simple ainsi que le montrent les résultats obtenus par Finsterer, Wilmans, Burk, Lorenz et Schur. Elle a l'avantage de pouvoir être exécutée dans des cas où l'ulcère est opératoirement inextirpable et avec des chances de guérison plus grandes que n'en donneraient l'exclusion simple et même la simple gastro-entérostomie.

3° Dans les méthodes de résection se rangent tous les procédés d'attaque directe de l'ulcère, aboutissant à son exérèse, soit par excision, soit par destruction *in situ*, soit par ablation segmentaire du tractus atteint.

L'*excision simple* de l'ulcère, si l'on s'en rapporte surtout aux résultats publiés par W. J. Mayo, est une bonne opération dont les indications sont limitées. Il faut la réserver aux ulcères de la première portion du duodénum et à ceux de la face antérieure. Une bonne façon de terminer l'opération semble bien être, pour éviter toute sténose, de pratiquer une gastro-duodénostomie suivant la technique de Finney, en utilisant la brèche.

La *cautérisation* préconisée par Balfour n'est plus guère actuellement utilisée.

Les *excisions segmentaires* sont les duodénectomies ou les gastro-duodénectomies.

Les *duodénectomies* sont difficiles et graves. Cependant, il faut tenir compte des résultats intéressants obtenus par Nowak, Pannett, Finsterer, Clairmont.

Les *gastro-duodénectomies* auraient l'avantage de supprimer à la fois l'ulcère duodénal et la paroi de l'estomac qui, par sa sécrétion hyperacide joue un rôle important dans les récidives. Mais il y a des ulcères inextirpables et des ulcères associés (duodénal gastrique) auxquels l'opération type est inapplicable. C'est dans ces cas que l'antrectomie pure donnerait d'aussi bons résultats que la gastro-duodénectomie.

Dans les résections, c'est le rétablissement de la continuité gastro-intestinale qui est le point litigieux. Le meilleur procédé est probablement celui de Reichel-Polya qui est l'implantation directe de la tranche gastrique dans le jéjunum.

Les nombreuses statistiques de résection qui ont été publiées montrent que le taux de la mortalité opératoire s'abaisse de plus en plus. Si vraiment ce taux arrivait à ne pas dépasser 3 ou 4 p. 100, la comparaison des résultats de la résection et de ceux de la gastro-entérostomie serait au bénéfice de la résection.

4° Méthode d'énervation. — Elles ont la prétention de conserver le territoire lésé et de redresser la fonction par une action directe sur le système nerveux vago-sympathique. Elles ont été préconisées par Latarjet, Wertheimer, Stierlin et surtout Schiassi. Il est nécessaire d'attendre encore pour les juger, mais elles ne constituent pas non plus un traitement radical de l'affection et on peut se demander ce que vaut pour une fonction normale un estomac énervé.

Pour conclure, sous les réserves déjà formulées

que l'étiologie de la maladie ulcéreuse restant inconnue, son traitement chirurgical n'est qu'un palliatif, il faut reconnaître qu'il donne souvent des résultats favorables là où a échoué le traitement médical. Il est donc légitime de l'entreprendre. Peut-être même pour l'*ulcère du duodénum* ne faut-il pas s'en tenir à la gastro-jéjunostomie. Il semble bien, en effet, que la résection large de l'ulcère (méthode directe) ou l'antrectomie (méthode indirecte) puissent être considérées comme une thérapeutique plus efficace de l'ulcère du duodénum.

Sur les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

M. Kummer (de Genève) donne simplement les statistiques des opérés de la Clinique chirurgicale de Genève.

Sur 95 malades opérés pour des ulcères duodénaux vrais, il y a eu 10 morts postopératoires (10,5 p. 100).

23 de ces malades présentaient des ulcères perforés; il y eut pour ce groupe 8 décès (35 p. 100).

48 ont été traités par une gastro-entérostomie, 24 par des résections (1 décès).

Chez 14, les résultats à distance ont été bons (91 p. 100) ; chez 6, mauvais (persistance des douleurs, mélæna, dyspepsie).

18 ayant subi une gastro-jéjunostomie simple, sans exclusion, ont donné 13 guérisons (72 p. 100) et 5 échecs.

7, ayant subi une gastrectomie, ont donné 4 guérisons et 3 échecs ; 16 ont été opérés par une large résection gastro-duodénale avec 14 guérisons et 2 échecs.

La gastro-jéjunostomie est grevée d'une faible mortalité : 2 p. 100 ; la guérison est définitive dans 72 p. 100 des cas.

La résection gastro-duodénale comporte 4 p. 100 de mortalité, mais donne 87 p. 100 de bons résultats éloignés.

M. Moppert (de Genève) montre, à l'aide de graphiques, les résultats de la gastro-entérostomie et de la résection de l'ulcère du duodénum. Il est frappant de constater l'augmentation des mauvais résultats dès que l'on pratique une exclusion pylorique, soit par simple ligature, soit par division complète de l'estomac. Le spasme pylorique joue un rôle essentiel dans l'apparition et la disparition des désordres gastriques : hypersécrétion, hyperacidité, accélération ou retard de l'évacuation, variations du péristaltisme, douleur, régurgitation et vomissements.

L'auteur est partisan de la gastro-entérostomie postérieure, à large bouche, dont la mortalité est quasi-nulle et qui est capable, à elle seule, de cicatriser un ulcus en facilitant le vidage rapide et régulier de l'estomac. La gastro-entérostomie a un effet direct sur le pylore en supprimant instantanément son spasme.

Il est de toute évidence que certaines catégories d'ulcus récidivent, font de l'ulcère peptique, saignent sans que des opérations successives et multipliée aient raison de ces complications.

L'ulcus hémorragipare s'accompagne souvent d'ulcérations multiples de la muqueuse gastro-duodénale. L'ulcère peptique est souvent lié à une inobservance de régime dans les mois qui suivent l'opération. L'alcool joue un rôle prépondérant.

Voici, dans ses grandes lignes, le traitement appliqué par l'auteur aux ulcus du groupe pylorique : il traite médicalement la forme sensitivo-motrice, opère la forme douloureuse pure et réserve les larges résections avec implantation gastro-jéjunale (type Reichel-Polya-Perthes) aux formes d'ulcères en activité et aux grandes hémorragies récidivantes.

M. Delagénière (Le Mans), dont l'expérience porte sur 207 observations, a finalement adopté la formule thérapeutique suivante : duodéno-gastrectomie avec anastomose Billroth II transmésocolique à anse courte et verticale, le matériel comprenant l'écraseur de de Martel et les pinces jumelées de Lane. L'auteur n'a observé qu'un seul cas d'ulcère peptique et la gastro-duodénectomie ne lui paraît pas plus grave que la gastro-entérostomie, à laquelle elle se montre supérieure par les résultats éloignés.

M. Pauchet (de Paris). La gastro-entérostomie guérit les deux tiers des malades. La gastrectomie en guérit 95 p. 100. Les 5 p. 100 des sujets non guéris présentent des troubles qui ne sont pas dus à l'ulcus mais à l'état général qui a produit l'ulcus.

La gastrectomie doit être l'opération courante. L'auteur la pratique 8 fois sur 10 et réserve la gastro-entérostomie aux obèses, aux tarés, aux sténosés cicatriciels du duodénum sans hyperacidité trop marquée.

Il faut systématiquement enlever l'appendice dans toutes ces interventions, comme du reste dans les cholécystites.

Les ulcus hémorragiques seront souvent opérés d'urgence, par la gastro-duodénectomie, car c'est là le seul procédé vraiment hémostatique.

Les perforations seront traitées par les procédés les plus simples et les moins schokants. On les surveillera longtemps ; une gastrectomie secondaire sera souvent nécessaire.

Le seul défaut de la gastrectomie est de nécessiter une technique correcte et délicate que seule l'expérience permet d'acquérir.

M. Leriche est d'avis que la gastro-entérostomie donne d'excellents résultats dans 70 à 80 p. 100 des cas et l'oppose à la résection par principe.

Il essaye de déterminer les indications de cette dernière en étudiant pourquoi un ulcère se cicatrise après une opération qui ne l'enlève pas, et pourquoi, dans les mêmes conditions, souvent il ne se cicatrise pas. Ce qui fait qu'un ulcère ne se cicatrise pas ce n'est pas la callosité, mais un simple phénomène vasculaire. Ce n'est pas non plus l'adhérence, mais c'est le fait d'être pénétrant, d'être en perforation, bouché par un autre organe. L'ulcère est assimilable à un anus contre nature ourlé à la peau. Spontané-

ment, aucune réunion muco-muqueuse n'est possible. Il paraît donc logique de réséquer d'emblée ces ulcères.

Sur 20 gastrectomies dans ces conditions, il a eu 17 guérisons, 2 morts dans des ulcères sous-cardiaques et 1 mort par perforation secondaire duodénale dans un cas d'ulcères multiples.

L'auteur étudie ensuite l'ulcère peptique et la gastro-duodénite que l'on peut réaliser expérimentalement en faisant à des chiens des fistules œsophagiennes avec repas fictif.

Le chien, qui ne reçoit pas dans le bout inférieur de l'œsophage le produit de sa mastication sorti par la fistule, succombe en huit jours. Un temps double ou triple précède sa mort s'il reçoit au contraire, par le bout inférieur de son œsophage, le produit de sa mastication. Dans le premier cas il fait des hémorragies gastriques, de la duodénite et présente finalement une gastro-duodénite intense avec de petites ulcérations absolument identiques histologiquement à celles de l'homme.

Le traitement de la gastro-duodénite ne doit pas consister en une résection. Il relève de la diététique. La duodénite n'est pas une lésion d'infection mais un état particulier en rapport avec la chimie humorale.

M. LAMBRET (de Lille). L'auteur divise sa communication en deux parties : 1º les ulcères qu'on voit ; 2º ceux qu'on ne voit pas et qui sont de faux ulcères.

Il n'accepte pas la résection systématique de l'antre pylorique et se borne à faire, quand elle est possible, l'ablation de l'ulcère et une gastro-entérostomie.

Les ulcères calleux très adhérents à la première portion du duodénum ne doivent pas être enlevés chez les obèses, pas plus que les ulcères intéressant l'ampoule de Vater.

La gastro-entérostomie doit être pratiquée dans chaque cas.

Elle a une action nettement sédative et permet d'enlever sans risque dans un second temps les ulcères adhérents.

La qualité des résultats éloignés dépend de la surveillance médicale ultérieure des malades.

Pour les ulcères qu'on ne trouve pas à l'opération, la gastro-jéjunostomie est néfaste. Dans ces cas, il y a des lésions du carrefour sous-hépatique : périduodénite, péricholécystite, ptoses et stases duodénales et vésiculaires. Ces lésions coexistent souvent et demandent à être traitées opératoirement chacune pour son compte.

L'auteur pratique dans les duodénites, les péricholécystites, les stases vésiculaires, la plicature du duodénum qui raccourcit le duodénum, le rejette vers la gauche et l'empêche d'adhérer à la vésicule, elle-même diminuée par une autre plicature.

A l'heure présente, il a pratiqué 20 opérations de ce genre. Du point de vue clinique, les 20 malades ont été transformés.

M. LAPEYRE (de Tours). Envisage surtout sa statistique d'après-guerre. Il s'agit toujours d'ulcères vrais du duodénum.

Nombre d'interventions : 79. 7 malades sont opérés depuis trop peu de temps. Reste donc à considérer 72 cas.

41 malades présentaient des phénomènes de sténose.

Les résultats ont été bons pour 51 opérés (72 p. 100), médiocres pour 13 opérés (17 p. 100), mauvais pour les 8 autres (11 p. 100).

A noter que parmi ces 8 cas mauvais, il y eut 3 morts aux sixième, huitième et dixième mois, que d'autres cas n'ont présenté aucune amélioration (persistance des douleurs, des vomissements, des hémorragies).

L'auteur n'a jamais observé ni cancérisation ni ulcère peptique.

La gastro-duodénectomie *lui paraît* une intervention souvent difficile avec une mortalité plus élevée. Aussi donne-t-il la préférence à la gastro-jéjunostomie. Cependant, en cas d'hémorragie impressionnante, la gastro-duodénectomie est particulièrement indiquée.

M. ABADIE (d'Oran). Sur 300 cas de lésions ulcéreuses de l'estomac ou du duodénum publiés en 1927, à la Société de chirurgie, 221 sont des ulcères duodénaux simples, multiples ou associés.

Ils ont donné lieu à 20 gastro-entérostomies, à 1 gastro-entérostomie avec exclusion pylorique et à 200 duodéno-pylorectomies (4 Péan, 2 Polya, 194 Bilhroth II).

La mortalité a été de 5,5 p. 100.

98 malades ont répondu à un questionnaire envoyé récemment.

La gastro-entérostomie donne 10 guérisons totales, 2 améliorations, 1 échec, 3 ulcères peptiques.

La duodénectomie donne 70 guérisons complètes, 25 améliorations, 7 ulcères peptiques.

12 opérations dirigées contre des ulcères peptiques ont été pratiquées trois fois après une duodéno-pylorectomie (3 guérisons), neuf fois après une gastro-entérostomie (4 guérisons et 5 décès).

Dans l'ensemble, l'auteur approuve les conclusions des rapporteurs en ce qui concerne notamment la légitimité du traitement chirurgical, la supériorité de la duodéno-pylorectomie sur la gastro-entérostomie, la nécessité de la résection gastrique large quel que soit le siège de l'ulcère, l'utilité sociale de pareilles interventions.

M. GUILLAUME-LOUIS (de Tours). La guérison de l'ulcère du duodénum a été demandée à des opérations variées ; le moment est venu d'établir le bilan des résultats et de voir, à la lumière des succès et des échecs éloignés ce qu'on doit attendre de tel ou tel procédé opératoire.

L'auteur apporte l'appoint de ses résultats. Il n'a tenu compte que des malades dont il a pu retrouver les fiches opératoires, qui ont pu répondre à son enquête, dont il a pu contrôler en un mot l'état actuel.

Ces malades, au nombre de 32, ont été opérés sui-

vant les mêmes procédés. L'opération la plus récente remonte à cinq ans, la plus ancienne à dix-sept ans.

20 de ces malades se considèrent comme parfaitement guéris. Ils n'ont plus aucun trouble fonctionnel gastrique ; beaucoup même ne suivent plus de régime alimentaire.

9, tout en continuant à avoir quelques malaises et à suivre un traitement médical, ne souffrent plus et ne présentent aucun des signes cliniques de l'ulcère. Ce sont là des améliorations nettes sinon des guérisons.

Enfin, trois malades souffrent encore et malgré le conseil de l'auteur se refusent à tout nouveau traitement chirurgical. On les considère comme des échecs.

Tous ont subi une gastro-entérostomie sans intervention complémentaire : opération simple, sans danger, donnant à distance des résultats au moins aussi bons que les résections. Elle n'est pas exempte d'échecs, mais aucune autre intervention ne met à l'abri des mêmes échecs.

Jamais l'auteur n'a ajouté à la gastro-entérostomie l'exclusion du pylore ; c'est là une mauvaise technique qui favorise l'apparition de l'ulcère peptique.

La gastro-jéjunostomie agit en modifiant l'évacuation gastrique et en favorisant la cicatrisation de l'ulcère. Le rôle du chimisme gastrique est considérable dans l'évolution de la maladie ulcéreuse. Mais l'opération chirurgicale ne constitue pas à elle seule tout le traitement. Elle modifie le transit, met le duodénum au repos ; il faut encore que la thérapeutique médicale agisse sur la sécrétion gastrique.

La résection sera-t-elle dans l'avenir un traitement plus efficace ?

Pour l'instant, qu'on le veuille ou non, la résection compte des aléas et une mortalité immédiate non négligeable. Cette raison suffit à l'auteur pour lui faire préférer la gastro-entérostomie.

M. Costantini (d'Alger). La gastro-entérostomie est une opération simple qui donne des résultats aussi bons et peut être meilleure que les résections.

Sur 90 gastro-entérostomies, l'auteur a eu 5 décès dont 3 par complications pulmonaires et 2 par sténoses serrées du pylore.

Sur les 85 restants, 16 sont des indigènes qui n'ont pu donner de leurs nouvelles.

Reste donc à considérer 69 sujets, suivis, radioscopés et revus.

2 ont succombé trois ou quatre ans après l'intervention de maladies n'ayant rien de commun avec l'ulcère.

Tous les autres ont guéri ou ont été améliorés à l'exception de 3.

Ces trois insuccès se résument comme suit : un sujet souffre encore bien qu'il ait pris 4 kgr.; un autre, opéré en 1924, a été réopéré depuis : l'ulcère avait persisté ; le troisième porte un ulcère peptique.

Les résections ne sont de mise que si le pylore présente des lésions suspecte de cancer.

M. de Butler d'Ormond (d'Amiens). A opéré 32 ulcères du duodénum vrais depuis 1922 ; 27 seulement ont été revus et suivis.

De 1922 à 1925, 12 cas se classent ainsi : 2 perforations qui ont donné 1 décès, 9 gastro-entérostomie avec ou sans exclusion, 1 Polya.

De 1926 à 1928, 15 cas : 1 perforation, 9 gastros-entérostomies sans mortalité, 5 résections.

De l'examen des résultats l'auteur conclut : la gastro-entérostomie a le mérite de la simplicité mais la résection est plus efficace ; elle nécessite toutefois une habileté spéciale que seule peut donner l'expérience.

(A suivre.)

Les Livres

Medicus. *Guide annuaire du Corps médical français* (année 1929). (A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris, 5e.)

La neuvième année de *Medicus* publiée après la guerre vient de paraître. Cette nouvelle édition ne le cède en rien à ses aînées, et son distingué rédacteur, M. A. Rouzaud, a droit à toute la reconnaissance et aux remerciements des lecteurs de *Medicus* que nous sommes et où nous puisons chaque jour des renseignements précieux. L'ouvrage comprend cinq parties, divisées elles-mêmes en de nombreux chapitres.

La *première partie* a trait au Ministère de l'Instruction publique et des Beaux Arts, à l'organisation des Universités françaises, à celle de Paris, à l'Enseignement de la médecine, aux Facultés de médecine et de pharmacie de Paris, à la médecine militaire, aux médecines militaire, navale et maritime, coloniale, à l'Assistance publique de Paris et aux hôpitaux par siens qui jouent un si grand rôle dans l'enseignement de la médecine.

Viennent ensuite les chapitres qui ont trait aux chirurgiens dentistes, à l'enseignement libre, aux rapports de l'enseignement de quelques institutions avec celui de la médecine : Faculté des sciences P.C.N, Collège de France, Ecole d'anthropologie, Muséum d'histoire naturelle.

Un chapitre est consacré à l'Institut et à l'hôpital Pasteur ; un autre aux sages-femmes. Les écoles nationales vétérinaires, les établissements et asiles d'aliénés viennent ensuite. Sous le titre d'*Allo Medicus!* sont rassemblées les adresses avec indication téléphonique d'une foule d'établissements dont le praticien peut avoir besoin (ambulances, fabricants d'instruments et d'appareils, librairies, laboratoires, maisons de santé, etc., etc.).

Le chapitre : *La France thermale et climatique*, initie le lecteur à la législation thermale et donne l'indication des nombreuses stations françaises.

Les Sociétés savantes et la liste des principaux journaux français et étrangers terminent cette première partie.

La *deuxième partie* est entièrement consacrée aux Facultés et écoles de médecine et de pharmacie de province.

La *troisième partie* est un petit dictionnaire de droit et de jurisprudence médicale, dû à un avocat distingué à la Cour d'appel de Paris, Me Paul Castel.

La *quatrième partie* est consacrée à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, aux propharmaciens, à l'assistance obligatoire, à l'hygiène publique, aux accidents du travail, aux syndicats médicaux et à nos sociétés mutuelles.

Enfin, la *cinquième partie* est l'annuaire où les listes des médecins, des officiers de santé, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes sont minutieusement dressées tant pour Paris, que pour la province, la Principauté de Monaco, l'Algérie, la Tunisie, le Maroc et toutes nos colonies.

Cette énumération un peu sèche d'une foule de renseignements utiles, clairement exposés et condensés et qui, de ce fait, défient toute analyse, suffit néanmoins à montrer de quelle utilité est *Medicus*, qui remplit parfaitement le rôle de *Guide annuaire* que son créateur lui a assumé. Il convient de le remercier, car la tâche de rédiger et de tenir à jour un annuaire, nous ne dirons pas sans erreur, c'est absolument impossible, mais sérieusement, scrupuleusement révisé, est particulièrement ingrate et infiniment plus difficile qu'on serait tenté de le supposer.

J. NOIR

Les Thèses

Str. Dr Madeleine UHRIG. — **Contribution à l'étude du traitement des infections septicémiques.** (Société d'Edition de la Basse-Alsace *L'Alsacien*, 6, rue de la Finkmatt, Strasbourg.)

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude des procédés thérapeutiques : le traitement spécifique, séro et vaccinothérapie, la thérapeutique par le choc, l'abcès de fixation, la transfusion et l'autohémothérapie.

Il ressort de cette étude que ces procédés thérapeutiques ne doivent pas être employés au hasard, mais, au contraire, avec discernement. Les indications seront posées avec soin. La technique sera rigoureuse.

Traitement des septicémies par la chimiothérapie : le mercurochrome, peu efficace ; la trypaflavine, un des médicaments les plus actifs ; l'optochine, d'action élective sur le pneumocoque, la septicémine qui donne les meilleurs résultats. Elle a la faveur des accoucheurs et des oto-rhino-laryngologistes, qui conseillent de l'employer à hautes doses et en injections intraveineuses dans les cas très graves.

Concernant le rôle du système réticulo-endothélial, il y a lieu de se demander s'il n'y aurait pas intérêt à essayer de bloquer ce système par des injections d'électrargol quelques minutes avant d'employer le traitement antisepticémique choisi. Cette question mérite d'être approfondie.

Dans la deuxième partie est indiquée la ligne de conduite à tenir en présence de certaines septicémies.

Les streptococcémies sont le plus souvent très graves. Il faut agir vite. La sérothérapie antistreptococcique peut être tentée, mais la chimiothérapie, associée ou non à la transfusion, semble être plus efficace. Les succès de cette thérapeutique se comptent.

Les staphylococcémies réclament l'emploi du vaccin antistaphylococcique. Il sera indiqué de joindre à la vaccinothérapie la chimiothérapie et les sels colloïdaux.

Les méningococcémies sont le triomphe du sérum antiméningococcique.

Les gonococcémies semblent être influencées favorablement par le sérum antigonococcique et la colloïdothérapie.

Les pneumococcémies sont justiciables du sérum antipneumococcique par voie intraveineuse et de l'optochine par voie buccale.

Les colibacillémies sont sensibles à la septicémine.

Les septicémies à anaérobies seront traitées préventivement et curativement par les sérums antigangréneux, associés aux arsenicaux (novarsénobenzol).

P. — Dr S. DORIAN. — **La rétention totale des molaires temporaires.** (Editions Semaine dentaire, Paris 21, rue de Hanovre, 1928.)

B. Dr Jean POULHAZAN. — **Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de l'iodo-méthyl-arsinate de manganèse** (I.A.M.). (Imprimeries réunies, 22, rue de Nemours, à Rennes.) Thèse de 1928.

Voici les conclusions données par l'auteur à son travail inaugural :

I. L'iodo-méthyl-arsinate de manganèse, administré par la voie digestive, excite le tissu lymphoïde, active la nutrition, relève l'appétit, stimule l'hématopoièse et la leucocytose, favorise l'hématose. Son action à cet égard est plus énergique et plus rapide que celle des iodiques et des arsenicaux communément utilisés.

II. Il rendra de très grands services dans le traitement du lymphatisme, de l'anémie, des formes tor-

pides de la tuberculose et, d'une manière générale, de tous les états déficients où l'on se propose de remédier à la déchéance organique.

III. L'arsenic et l'iode s'y trouvant combinés à l'état organique, le médicament est utilisé d'une manière plus parfaite et ne provoque pas d'accidents d'intolérance.

IV. Sans odeur et sans goût, la solution, qui en a été préparée sous le nom d'« I.A.M. », est acceptée sans difficultés par les malades.

P. Dr Michel de Zalewski. — **Les rayons infra-rouges. Leurs propriétés physiques, leur emploi en thérapeutique.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1928.)

Les rayons infra-rouges constituent la partie la moins réfrangible du spectre comprise entre les plus grandes ondes visibles (8.000 A) et les ondes hertziennes. Leur propriété fondamentale c'est *l'effet calorifique.*

Les rayons infra-rouges ne peuvent être considérés comme un agent de thérapeutique spécifique de telle ou telle affection, mais présentent un traitement symptomatique assez efficace, qui, soit seul, soit associé aux autres traitements, peut quelquefois guérir, souvent améliorer et presque toujours soulager les malades.

Les indications thérapeutiques des infra-rouges se trouvent justifiées dans les états inflammatoires, dans les algies et dans les troubles trophiques et circulatoires.

P. Dr Jean Demoly. — **Le traitement de certaines dermatoses prurigineuses par la bromothérapie intraveineuse.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1928.)

P. Dr Jean Codet, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques rebelles au traitement médical.** (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 1928.)

Les suppurations chroniques de la prostate rebelles au traitement ordinaire sont, dans la grande majorité des cas, consécutives à la fistulisation d'un abcès prostatique soit dans l'urètre, soit au périnée. Il y a donc lieu, pour les éviter, de drainer, dès que le diagnostic en est porté, toute collection prostatique aiguë par voie périnéale ou rectale suivant les indications classiques.

Dans les prostatites chroniques rebelles, il y a lieu d'envisager le traitement chirurgical dès que les symptômes persistent après un traitement médical bien conduit et régulièrement suivi : la prostatectomie vraie sus-pubienne, transvésicale.

Elle est indiquée : dans les formes avec fistules prostato-urétrales ; dans les formes avec fistules prostato-périnéales ; dans les formes de prostatite glandulaire ; dans les formes avec rétention vésicale d'urine.

Il y a lieu de faire des réserves pour les formes essentiellement douloureuses.

Chez les prostatiques, les suppurations prostatiques chroniques sont une indication à la prostatectomie. C'est encore la voie sus-pubienne qu'il faudra préférer.

P. Dr Robert Mahieu. — **Complications pleuro-pulmonaires du mal de Pott dorsal.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1928.)

Le mal de Pott dorsal peut engendrer, dans l'appareil pleuro-pulmonaire, des complications très diverses, tant par leur processus clinique que par leur pronostic. Les unes tiennent à l'évolution de l'abcès paravertébral, et sont particulièrement graves. Son ouverture dans la plèvre, son rejet par les bronches sous forme de vomique, sont des accidents qui, d'une manière presque absolue, mènent à un dénouement fatal et bref.

Les autres sont sous la dépendance du voisinage du foyer pottique, avec ou sans abcès. Elles consistent en une infiltration subinflammatoire du médiastin, de la plèvre et du parenchyme pulmonaire voisins. Elles se traduisent cliniquement par des troubles de compression bronchique, vasculaire et nerveuse, à symptômes hétérogènes et habituellement passagers.

La tuberculisation de l'appareil pleuro-pulmonaire par le foyer pottique paraît pouvoir se faire par contiguïté, mais ne peut être démontrée cliniquement avec certitude.

P. Dr Jean Calamy. — **Contribution à l'étude de la bromothérapie intraveineuse dans les dermatoses prurigineuses.** (Paris, Librairie M. Lac, 1928.)

L'injection intra-veineuse d'une solution de bromure de sodium dans l'eau physiologique (méthode de Lebedjew) est absolument inoffensive à condition que les injections soient faites strictement dans la veine. C'est dans les dermites aiguës d'origine externe ou interne qu'elle donne ses résultats les plus rapides.

Dans l'eczéma chronique, elle est susceptible, dans quelques cas, d'amener, à elle seule, la guérison. Mais le plus souvent ici, elle améliore le prurit et les lésions objectives. De plus elle favorise l'action des corps réducteurs employés en applications locales.

Pratiquée dans les prurits généralisés ou localisés, la bromothérapie intraveineuse entraîne souvent la guérison. Il en est de même dans quelques cas de prurigo. Son action semble due à l'association de ses effets neuro-sédatifs et désensibilisants.

Thérapeutique

COPROSTASE ET CASCARINE

« La santé d'une fonction est dans son énergie ».
WILDE.

La physiologie pathologique décrit deux formes distinctes de coprostase : celle du cæcum et celle du côlon.

C'est surtout la première qui a coutume de se compliquer d'accidents graves, dus surtout à l'auto-intoxication chronique. C'est pourquoi la pratique médicale a, de tout temps, reconnu la nécessité de ne point négliger les états de torpeur de l'intestin, avant que la période de stase simple ait dégénéré en rétention stercorale habituelle et fait le lit à l'intoxication et aux virulences variées.

Que de méthodes et combien d'agents médicamenteux ont été préconisés, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, pour assurer le cheminement régulier du bol fécal et solliciter l'exonération foncière du gros intestin. Aujourd'hui surtout qu'on envisage la puissance ténébreuse des microbes et des toxines ; aujourd'hui que l'on reconnaît que presque toute la pathologie a des racines viscérales, l'antique purgation galénique est revenue à l'honneur. La libération alvine est un dogme, qui a survécu et survivra à toutes les doctrines médicales : car il est basé sur la pure vérité.

Ce qui est l'essentiel, pour le praticien, c'est de renoncer aux purgatifs violents, pour adopter un laxatif rationnel, d'une douce activité, dépourvu de tout danger perturbateur ou agressif. Depuis longtemps, la Cascarine Leprince a fait ses preuves en ce sens, elle sollicite une défécation rationnelle, s'oppose aussi bien à l'atonie qu'au spasme de l'intestin et restitue à la fonction toute son énergie, par son pouvoir parallèlement osmotique et excito-moteur, sans exagération sécrétoire, sans contracture péristaltique. C'est grâce à cette modération dans son activité, que la Cascarine Leprince a conquis les préférences médicales, même lorsque la congestion, l'inflammation et le catarrhe font cortège à la constipation habituelle ; même lorsque le sang et la nutrition sont menacés.

L'action cholagogue, si remarquable, de la Cascarine l'a fait adopter comme remède journalier de l'insuffisance hépatique et de la toxémie gravidique : par son secours, on préviendra les périls de l'entéro-colite muco-membraneuse et de l'appendicite. Chez l'arthritique et chez l'obèse, tachyphages et polyphages, dont la déficience biliaire entraîne, si volontiers, la putéfraction intestinale et la disposition à la lithiase du foie, la Cascarine offrira les avantages d'un eccoprotique exempt d'accoutumance comme d'accumulation. Elle est indiquée, au surplus, dans toutes les occurrences de dysfonction cæcale, dans les constipations par compression, brides et adhérences, ainsi que dans les stases stercorales d'origine paralytique, au cours des affections de l'axe cérébro-spinal.

En enlevant au coli-bacille toute virulence néfaste, grâce surtout à son potentiel biligénique, la Cascarine Leprince prévient et réfrène le syndrome entéro-rénal de Heitz. Son pouvoir évacuateur et épurateur des toxines rajeunit toutes les fonctions et convient aux eczémateux, aux artérioscléreux, aux insénescents, aux uricémiques de tout ordre. En supprimant les barrages de l'intestin, en exerçant une bienfaisante influence de catalyse et de dérivation ; en régularisant les échanges moléculaires et restaurant le métabolisme, la Cascarine agit comme un récupérateur fidèle de l'énergie biosthénique. Cette puissance du « vegetable calomel » (c'est le nom que les Anglais ont donné à la découverte de Leprince) est due, d'une part à la coordination du rythme hépatobiliaire ; d'autre part, à la galvanisation du plexus d'Auerbach, qui préside, comme on sait, au réflexe exonérateur.

En résumé, pour vaincre l'incapacité de propulsion fécale, quelles que soient les causes et origines de l'inertie alvine, songeons toujours à la Cascarine : c'est elle qui rétablira, le plus solidement, cette évacuation matinale ou post-prandiale, *vis a tergo* de la santé et de la longévité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

EN MARCHE VERS LA FONCTIONNARISATION DE LA MÉDECINE ???

Les uns la redoutent. Les autres la réclament : reportez-vous, si vous en doutez, à la *Revue médico-sociale* de mai 1928.

D'autres encore envisagent une fonctionnarisation spécialisée, si je puis m'exprimer ainsi. Rien de nouveau d'ailleurs dans cette conception. En 1914, j'ai écrit dans le *Concours médical* du 31 mai un article intitulé : *Médecins de soins, médecins de contrôle.* D'accord avec le IVe Congrès des Praticiens, qui venait de se tenir, nous proclamions alors l'incompatibilité absolue entre les fonctions du médecin contrôleur et la mission du médecin traitant. Il a fallu attendre treize ans pour que l'Académie de Médecine donne son approbation à ce grand principe de déontologie médicale.

Je demandais que les médecins contrôleurs fussent en quelque sorte des fonctionnaires médecins, n'exerçant pas et se consacrant uniquement à leur spécialisation, pour le compte des collectivités publiques ou privées organisatrices et dispensatrices de soins.

Aujourd'hui, c'est M. le Dr Josse, d'Alger, qui, à la faveur de l'évolution de la médecine sociale et du proche avènement des assurances sociales, reprend la question sous un angle voisin du mien, et réclame la fonctionnarisation du personnel chargé de la médecine prophylactique des collectivités (*Rev. gén. de médecine et de chir. de l'Afrique du Nord,* 1er octobre 1928.)

Son article est à citer tout entier, non seulement à cause de cette conclusion à laquelle il arrive, mais parce qu'il voit infiniment juste et clair, quand il dénonce le *conflit du modernisme et de la tradition dans l'exercice de la médecine.*

Il est avéré que le Corps médical se laisse toujours surprendre par la discussion au Parlement et par le vote de lois sociales qui ne sont pas mises sur pied, ne l'oublions pas, dans l'intérêt et pour l'organisation ou l'adaptation de la profession médicale à une situation nouvelle, mais uniquement dans l'intérêt de la collectivité et pour son organisation dans la lutte contre des misères et des dangers sociaux. L'accroissement des villes aux dépens de la population des campagnes, la création d'associations diverses et de mutuelles à effectifs variables et à buts limités en vue de défendre les faibles et les isolés, contre la toute puissance de la redoutable féodalité moderne représentée par les grandes sociétés anonymes, les progrès de la science mis à la disposition des individus à condition, trop souvent, qu'ils soient groupés en associations, la notion de la solidarité collective substituée par nécessité, par intérêt et par évolution des théories philosophiques des droits de l'homme, aux anciennes notions de charité basées sur la seule morale du devoir, et jadis suffisantes avant l'ère des théories Pastoriennes, des déplacements rapides par voie de terre et par voie de mer, des grandes agglomérations humaines où l'homme isolé est un grain de sable perdu dans la mer, tout concourt à transformer complètement l'exercice de la médecine et à donner nettement le pas à l'économie biologique, à la médecine prophylactique sur la médecine simplement curative à laquelle se bornait à peu près exclusivement l'activité professionnelle de la génération médicale précédente.

Qui veut la fin veut les moyens assurément, et le législateur ne saurait méconnaître que, parmi les artisans de la médecine biologique, de la médecine prophylactique, on trouve, au premier plan et sur le même pied que ceux qui possèdent les pouvoirs de direction et d'exécution, le médecin et le médecin praticien. Mais ce dernier, habitué par tradition, et souvent par nécessité, à vivre et à travailler isolé, conscient de sa mission, pénétré de la considération due à tous ces impondérables qui font que l'exercice de la médecine repose essentiellement sur la confiance du malade, se dresse parfois contre la menace de bouleversement projeté des conditions d'exercice de la médecine, en invoquant les règles traditionnelles de cet exercice.

La lutte s'engage, les syndicats médicaux, plus ou moins divisés entre eux ou anémiques, se présentent devant les Parlementaires qui leur disent : « Nous sommes en 1928 ; lors de la discussion des lois sur l'Assistance médicale gratuite ou la protection de l'enfance, sur la mutualité, sur les accidents de travail, sur les soins aux blessés de la guerre, vous avez toujours demandé le respect des règles traditionnelles de l'exercice de la médecine. Vous le demandez encore pour l'application de la loi sur les Assurances sociales, mais vous en êtes toujours à la période du droit coutumier et des usages régionaux qui a précédé

la rédaction du Code civil, vous avez été jusqu'à ce jour impuissants à mettre sur pied un Code de déontologie accepté par vos Unions fédératives; vous vous occupez fort de la création de Conseils de famille, de chambres de discipline et même d'un ordre de médecins qui siègeront majestueusement pour arbitrer des conflits, mais vos juges n'ont pas de Code à appliquer et l'autorité de leurs jugements, basée tout entièr sur leur expérience personnelle et leurs inspirations du moment, pêche par la base». Et le Corps médical n'a rien à répondre parce que la multiplicité des intérêts particuliers et divergents de ses membres — *medicus medici lupus* — l'a rendu impuissant à fixer par écrit les règles dites traditionnelles de l'exercice de la profession médicale.

Les transformations sociales marchent plus vite que l'adaptation du Corps médical à cestransformations, parce qu'il les suit au lieu de les prévoir et de les précéder. Les besoins des collectivités dépassent et dominent les habitudes d'une profession isolée,fût-elle la plus respectable, et c'est elle-même qui sacrifie son avenir quand elle se fige dans un passé désuet, au lieu de marcher à l'allure de son siècle. On crie fort contre la fonctionnarisation des médecins, et parmi ceux qui crient le plus fort, on trouve fréquemment ceux-là mêmes qui sont nantis d'honoraires « fixes » ou cherchent à en obtenir afin d'en réclamer ensuite bien haut la suppression, sous la réserve qu'on ne touchera pas aux situations acquises. Il serait à tous égards préférable de faire la part du feu et du raisonnable. L'organisation de la médecine prophylactique ne peut donner de résultats sans une impulsion officielle,donc administrative, parce que quand Monsieur Tout le Monde est chargé de tout, personne ne s'occupe de rien.

La médecine prophylactique des collectivités exige un personnel médical spécialisé, ne fût-ce que dans ses occupations, et ce personnel médical ne peut être à la fois à la foire et au moulin, adonné à sa clientèle qui le fait vivre, et à ses occupations pour le compte de la collectivité qui ne seraient pas ou seraient mal rétribuées. Les demi-fonctionnarisés, qu'ils soient médecins ou non, ont une tendance très humaine à faire passer leurs occupations rétribuées par un traitement fixe après celles dont la rétribution est variable. Il y aurait donc intérêt, dans les grandes villes tout au moins, à confier tous les services de médecine prophylactique à des médecins complètement fonctionnarisés, ne faisant de clientèle sous aucun prétexte, n'excitant donc pas la méfiance, la jalousie, parfois l'hostilité des médecins praticiens comme la chose existe aujourd'hui ; ce n'est que dans cette solution qu'il faut espérer trouver un jour la collaboration réelle des médecins praticiens et des pouvoirs publics. Les pouvoirs publics s'y acheminent à grands pas et le corps médical les suivra de gré ou de force ; il ferait mieux de proposer lui-même les transactions nécessaires.

Il ne pourra le faire que lorsqu'il aura codifié ses us et coutumes traditionnels, régionaux et locaux, lorsqu'il aura pu dire ce qu'il veut, mieux, l'écrire dans un Code de déontologie, et aura secoué enfin la poussière de tous ces « principes », mélange de principes et de règles de simple opportunité, qui varient avec tous les lieux et qu'on n'applique pas parce qu'ils sont inapplicables en l'état actuel des choses.

Devant l'imminence du danger, Fédération et Union fédérative ont eu le bon esprit de faire un front unique en présence, non pas des menaces du Parlement, mais des menaces des Mutuelles et des Compagnies d'assurances. Le Corps médical a résumé trop tardivement, en quelques propositions dont l'enfantement a été aussi pénible que celui des quatorze points du Président Wilson, les conditions de sa participation à l'application de la loi sur les assurances sociales. Il est souhaitable qu'il ne change plus de cheval de bataille et réserve dans son Code de déontoloige une place bien nette aux règles de conduite imposées à tous les médecins syndiqués pour fixer leur participation à l'application des lois sociales ; il est urgent enfin que le *modus vivendi* adopté par la loi sur les assurances sociales soit légalement rendu obligatoire pour toutes les lois antérieurement votées, comme celle des accidentés du travail et des soins aux pensionnés de la Guerre.

Dans la proportion de 90 %, avouons-le, les médecins courent isolément après les « fixes », c'est-à-dire après la fonctionnarisation qu'ils maudissentensuite en chœur dans les associations médicales. Il nous semblerait bien préférable d'en fonctionnariser effectivement et exclusivement 10 ou 15 % pour les services publics de prophylaxie et pour tous les services de contrôle et de laisser la paix aux autres, tout en leur donnant la possibilité d'une franche collaboration avec les pouvoirs publics. Toutes les parties en cause y trouveraient leurs avantages.

H. Josse.

***

D'autre part, M. le Dr Gallois vient de faire paraître, dans la *Vie médicale* du 10 octobre, un article intitulé : Assurances sociales et *fonctionnarisation de la médecine*, dans lequel, dans un esprit tout différent, il examine le même sujet.

Je relèverai tout d'abord le premier alinéa de cet article qui met en cause le *Concours médical*, dans les termes suivants :

« Il y a quelques mois, le *Concours médical* a ouvert un concours sur la question : que sera la médecine sociale en 1935 ? J'avais eu un peu l'idée de concourir. Mais les idées que j'aurais exposées dans mon travail auraient sans doute paru paradoxales et n'auraient probablement pas été du goût des membres du jury... »

Quel jugement téméraire, mon cher Confrère !! Qu'en pouviez-vous savoir à l'avance ? Nous avons publié la plupart des travaux qui nous sont parvenus, après les avoir classés en toute impartialité, et dans l'ignorance absolue de leurs auteurs respectifs. Parmi eux, il s'en est trouvé

pour décrire le tableau d'une médecine fonctionnarisée pour les assurances sociales. Peut-être auriez-vous au contraire été primé, et dans un bon rang, sinon au meilleur...

Et, c'est ce tableau même que M. Gallois retrace dans son article, à la suite des commentaires de M. le doyen Weiss du livre allemand du Dr Lick sur les *méfaits des assurances sociales et les moyens d'y remédier.* Ce tableau, sans être poussé au noir, montre le médecin ainsi fonctionnarisé dans un état d'infériorité vis-à-vis de la clientèle aussi bien que de la Caisse...

« Or, maintenant que le danger est signalé, non plus comme une simple vue de l'esprit...... il nous faut résolument l'écarter. Le tiers payant nous amènerait fatalement à la fonctionnarisation de la médecine. Il faut absolument faire triompher notre thèse de l'entente directe — qui seule respecte la liberté et la dignité, tant des médecins que des assurés ».

Rien de plus facile, si seulement vingt mille praticiens français sont indéfectiblement résolus à obtenir ce triomphe.

Or, voici ce que je lis plus haut : « Dans l'état actuel, avec le tiers payant, nous avons toutes les peines du monde à obtenir un relèvement de deux francs pour nos honoraires, parce que, malgré nos Syndcats, *nous ne sommes pas unis. L'Etat sait que si ceux-ci voulaient faire grève, il trouverait, même en dehors d'eux, autant de médecins qu'il en aurait besoin pous assurer le service des mutilés pas exemple.* »

C'est moi qui souligne... Et je n'aurai pas la cruauté de demander à M. Gallois, que je respecte infiniment, comment il espère assurer le triomphe de la conception de l'entente directe, avec un Corps médical dans lequel l'Etat est assuré de trouver ce dont il a besoin...

***

Il le dit, avec le désenchantement mélancolique de l'homme parvenu à la fin de sa carrière et qui constate que l'idéal qu'il s'était donné, idéal d'harmonie, de concorde, d'indépendance, est loin d'être réalisé : « Nous ne sommes pas unis ... »

Il aurait même pu préciser : « Nous venons d'être désunis, et il n'est pas bien sûr que nous arriverons à reconstituer une unité corporative parfaite, dans une union intersyndicale. »

Et voilà tout le malheur. Il est grand, certes, mais pas irrémédiable. Si nous savons nous ressaisir, et faire de bon travail syndical.

Le bon travail syndical, c'est celui qui consiste à comprendre qu'il est des évolutions sociales inéluctables. Elles sont écrites au grand livre du Destin. Nous les subirons donc, sans en pouvoir mais.

Ceci étant admis, il convient ensuite de rechercher si ces évolutions pourront s'effectuer avec notre concours, dans une adaptation réfléchie à la situation nouvelle.

On recherchera alors les modalités de cette adaptation. Celle-ci doit, à mon sens, prendre comme base la nécessité de l'association en vue du travail médical en commun. C'est la thèse que vient de développer, avec éclat, M. le professeur Gosset, en s'en tenant à l'organisation des centres chirurgicaux des hôpitaux, — dans son discours d'ouverture du Congrès de chirurgie.

Association pour créer des organismes de prophylaxie et de cure, et pour les exploiter. Association pour transformer les hôpitaux et les mettre au goût du jour. Association pour l'arbitrage des conflits éventuels.....

Lorsque ce travail aura été mené à bien, et il dépend des Syndicats qu'il le soit, le progrès sera accompli, qui permettra au Corps médical de répondre aux exigences du nouvel état de choses, — aux conditions qu'il sera alors en droit de fixer, et peut-être même d'imposer.

G. DUCHESNE.

QU'EST-CE QU'UNE SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE ? SON EXPLOITATION PAR LE MÉDECIN-INVENTEUR

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître votre avis sur le sujet suivant qui m'intéresse.

Où commence la spécialité pharmaceutique, où finit-elle ?

Je m'explique avec des concrets cas : l' Ulc. Ber., l'Ino... du Dr D. sont des spécialités pharmaceutiques, la crème Simon, la crème Tokalon, etc., le dentifrice X, Y, Z, n'en sont pas.

Inutile de vous dire que je ne veux pas mettre en parallèle l'efficacité de ces divers produits, mais il est bien évident que cette question n'entre pas en ligne de compte dans la délimitation de la spécialité pharmaceutique.

Or pour exploiter une spécialité pharmaceutique il est absolument nécessaire de passer par un pharmacien.

Il semble cependant évident qu'une spécialité est le *plus souvent* le résultat de l'expérimentation par des médecins d'une formule contenant l'association heureuse de produits déjà connus à doses particulières.

Cette expérimentation, je le répète, est faite par des médecins et si, fort d'un résultat longuement cherché et enfin acquis, ils veulent exploiter leur formule, ils doivent passer par un pharmacien et lui acheter le droit de l'exploiter.

Ne trouvez-vous qu'il y a là une anomalie regrettable.

Un parfumeur peut lancer sa crème ; un quidam quelconque exploite son bouton à bascule ou le fil à couper le beurre et le médecin n'a pas le droit d'exploiter ce qu'il a trouvé.

Car on se heurte à des exigences extraordinaires : un laboratoire vous achète la formule pour quelques sous et en fait sa propriété, un pharmacien quelconque vous réclame des pourcentages qui dépendent exclusivement du degré de sa pyorrhée alvéolo-dentaire (dents longues) ou de la déformation de ses doigts (plus ou moins crochus).

Ou bien y a-t-il d'autres moyens à prendre ?

Dr C.

Réponse.

La question qui nous est posée doit être envisagée sous divers angles, non seulement pour savoir ce qu'est une spécialité pharmaceutique, mais encore pour faire la comparaison entre un médicament et un produit de beauté, crème, par exemple.

Tout d'abord, je dois éliminer le médicament secret. Celui-ci est illégal et ne peut être mis en vente par les pharmaciens.

Depuis le décret du 13 juillet 1926, les médicaments simples, ou composés, préparés à l'avance, en vue de la délivrance au public, ne peuvent être considérés comme remèdes secrets lorsqu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, paquets et emballages, qui contiennent, ou enveloppent les produits, le nom et la dose de chacune des substances actives, entrant dans leur composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien, qui a préparé le médicament.

Sont qualifiées substances actives celles qui sont réputées posséder des propriétés médicamenteuses, ainsi que celles que le pharmacien préparateur déclare contribuer à l'efficacité curative ou préventive du produit.

Le nom de chaque substance active s'entend de sa dénomination scientifique usuelle, toute notation en symboles chimiques ne pouvant intervenir que comme complément de dénomination ; la dose de chaque substance active s'entend, soit de son poids par unité de prise déterminée, soit de sa proportion centésimale pondérale dans la préparation.

Nous ne nous occuperons donc que des médicaments qui peuvent légalement et d'une manière licite être débités au public.

Or, les produits pharmaceutiques se présentent sous deux formes : 1° médicaments simples, préparés d'avance en officine, que nous pouvons grouper sous la dénomination de produits officinaux.

Ce seront l'alcool camphré, la teinture d'iode, les préparations inscrites au Codex, etc.

2° Les médicaments composés, préparés spécialement d'après une ordonnance magistrale d'un docteur, ou d'un chirurgien-dentiste, que nous appellerons médicaments magistraux.

Ce sont les nombreuses potions, pilules, cachets etc., que nous ordonnons chaque jour.

Or, un produit officinal peut être préparé par une maison, grâce à un procédé de fabrication, qui permet d'assurer une très grande pureté au produit, partant une efficacité supérieure à tous autres.

Ainsi, certaines digitalines de marque ont une activité nettement plus marquée que les digitalines vendues aux pharmaciens détaillants par les grossistes.

D'autres produits, principalement des alcaloïdes, demandent, pour leur dosage, des précautions minutieuses : d'où, des marques de fabrique, des présentations particulières.

Je laisse de côté les préparations opothérapiques, comme également certains produits, les arséno-benzènes, les bismuths, qui doivent être délivrés dans un état de pureté extrême.

A côté de ces produits officinaux, nous avons les médicaments magistraux. Une formule, comprenant plusieurs drogues a fait ses preuves thérapeutiques. Tirée du Codex, ou due à l'initiative d'un docteur en médecine, ou d'un pharmacien, elle sera préparée d'avance et débitée au public, avec une présentation spéciale et un nom particulier.

Ainsi se présente la spécialité pharmaceutique, sous la forme d'un médicament, qui sera vendu, comme préparation officinale obtenue par des procédés spéciaux, ou comme préparation composée magistrale, dont les composants médicamenteux seront toujours identiques à eux-mêmes, soit comme dose, soit comme pureté.

Ce produit spécialisé portera un nom particulier, que les autres pharmaciens n'auront pas le droit de s'approprier.

La loi du 30 décembre 1916, article 16, §§ 6 et 7, donne la définition suivante :

« Sont considérés comme spécialités, les produits auxquels le fabricant ou le vendeur attache une dénomination particulière, ou dont il réclame soit la priorité d'invention, soit la propriété exclusive, ou enfin dont il préconise la supériorité par voie d'annonces, de prospectus, ou d'étiquettes. »

De tout ceci, nous devons conclure qu'il faut entendre par spécialité pharmaceutique un médicament, qui, préparé par un procédé spécial, ou particulier, est présenté, pour la vente au public, avec une dénomination qui lui est propre et avec un conditionnement spécial.

Il en résulte que ce produit ne saurait être contrefait, ni comme présentation, ni comme dénomination, lorsque le pharmacien spécialiste a pris le soin de protéger son invention, non pas

par un brevet, mais par le dépôt d'une marque de fabrique.

Mais, nous demande-t-on, pourquoi seuls les pharmaciens détiennent-ils le monopole de la fabrication des spécialités ?

Pourquoi le docteur en médecine n'aurait-il pas le même droit d'exploitation commerciale, alors que la formule du produit serait son œuvre, ou que le médicament est le résultat de son expérimentation, et de son expérience professionnelle ?

La réponse en est aisée : l'exercice de la médecine est réglementé par la loi du 30 novembre 1892 ; celui de la pharmacie par la loi du 21 germinal an XI.

Or, cette dernière réserve aux seuls titulaires du diplôme de pharmacien le droit exclusif de préparer, comme de débiter les drogues et médicaments.

C'est ainsi qu'un droguiste, un épicier ne peuvent vendre de médicaments.

Le médecin lui-même n'a pas le droit de livrer à sa clientèle un produit pharmaceutique quelconque, sauf les cas où, comme propharmacien, il peut vendre des remèdes à ses seuls clients, parce qu'il n'existe pas d'officine ouverte dans la commune où il exerce.

Allant même plus loin, la jurisprudence se refuse à considérer comme valable un contrat passé entre un médecin et un pharmacien, pour la préparation, l'exploitation et la vente d'une spécialité pharmaceutique.

Il faut employer certains artifices, pour sauvegarder les droits d'un médecin, qui, inventeur d'une formule, qu'il spécialise sous un nom déposé, est légalement obligé de confier la préparation à un pharmacien.

Mais, tant que la loi de germinal ne sera pas modifiée, le médecin restera impuissant, pour tirer parti d'une découverte, concernant un médicament.

Cependant, notre correspondant fait une comparaison avec le parfumeur, qui débite une crème.

Il faut maintenant faire une distinction entre un médicament et un produit de beauté.

Une crème pour le visage, une lotion pour les cheveux, peuvent tantôt être considérés comme un produit simple, pouvant être préparé et mis en vente par un parfumeur, ou comme un véritable médicament, dont la préparation et le débit sont réservés aux seuls pharmaciens.

La jurisprudence, très abondante sur ce point, peut être ainsi résumée : pour déterminer la valeur curative d'un produit, il n'est pas nécessaire que cette substance agisse sur une maladie déterminée : il suffit qu'elle ait une action thérapeutique sur l'organisme.

Ainsi est réputé médicament un produit qui, destiné à combattre l'alcoolisme, a une action sur l'estomac (cour d'appel de Paris, 8 novembre 1892 ; cour de Cassation, chambre criminelle, 9 mars 1893).

Les sangsues ont été considérées comme un médicament (cour de Cassation, chambre criminelle, 9 juillet 1858).

Deux arrêts de la chambre criminelle de la Cour de Cassation (20 mars 1897 ; 9 mars 1923) décident que les juges n'ont pas qualité pour affirmer les propriétés curatives d'un produit, qui a le caractère d'un médicament : il suffit qu'ils constatent que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif.

Et c'est ainsi que de nombreuses décisions de jurisprudence se rapportent à des condamnations de coiffeurs, mettant en vente des lotions, contre la chute des cheveux, ou contre les pellicules, ou des crèmes de beauté, pour faire disparaître des boutons du visage.

Tout produit, destiné à guérir, ou à prévenir une maladie quelconque doit être exclusivement préparé par un pharmacien et uniquement débité par celui-ci.

Je sais bien que de nombreux exemples pourraient être cités, montrant des non diplômés pharmaciens préparant et vendant des produits divers, qui sont des médicaments plus ou moins actifs.

Mais, ce qu'on ne connaît pas assez, ce sont les très nombreuses condamnations, qui frappent tous ces non diplômés pour exercice illégal de la pharmacie.

Peut être un jour viendra-t-il où le diplôme de docteur en médecine permettra de se livrer à toutes les branches de l'art de guérir, y compris la pharmacie.

La spécialité pharmaceutique est entrée complètement dans les mœurs et ne demande souvent pour son débit au public, aucune connaissance spéciale.

De plus, beaucoup de pharmaciens détaillants sont les premiers à tuer leur profession : ils confient la gérance de leur officine à des élèves, ne possédant aucun diplôme ; d'autres montent de véritables bazars, occupant de très nombreux employés, dont bien peu sont titulaires du diplôme de pharmacien.

Enfin, le grossistes livrent les produits officinaux à très bon compte ; aussi trop de pharmaciens délaissent les bonnes pratiques d'antan : ils ne préparent plus eux-mêmes leurs sirops et se laissent parfois aller à commander une grosse quantité de pilules, ou de cachets, selon la formule très courante d'un ou de plusieurs docteurs du pays.

Les études si longues et si minutieuses, pour obtenir le diplôme de pharmacien, deviennent-elles si nécessaires, à l'heure actuelle, pour la pratique de la pharmacie courante, puisque, malheureusement de trop nombreux pharmaciens

cèdent à la tentation de paresse, en achetant des médicaments préparés d'avance, par les maisons de gros et en abandonnant à des non diplômés, affublés du titre de préparateurs, ou d'élèves, le soin d'exécuter les ordonnances magistrales des médecins.

Certes, il existe de très nombreuses exceptions, prouvant que le pharmacien s'occupe lui-même de son officine et dirige ses sous-ordres.

Malheureusement, la concurrence, le trop grand nombre de pharmacies, l'exercice illégal qui n'est pas réprimé, conduisent certains à délaisser le côté scientifique de la pharmacie, pour n'envisager que le rendement commercial.

Mais, toutes ces critiques ne permettent pas au médecin de débiter, à l'heure actuelle, un médicament quelconque, celui-ci fût-il le fruit de ses recherches et de son expérience.

Tant qu'existera la loi de germinal, sur la pharmacie, seul le titulaire du diplôme de pharmacien aûra, à l'exclusion de tous autres, le droit absolu de préparer et de débiter une préparation, destinée à un but curatif.

Dr Paul Boudin.

A PROPOS DE LA QUESTION DES LOYERS

I

Lettre ouverte à M. le Dr Foveau de Courmelles.

Paris, 28 octobre 1928.

Mon cher Confrère,

On me transmet un numéro du *Concours médical* où vous raillez finement l'apathie des médecins-propriétaires qui, convoqués 200, seraient venus à treize pour la réunion constitutive du groupe. Je crois me rappeler que, retardataires compris, nous étions une vingtaine. Même admettant le chiffre de treize, n'oublions pas que le Christ et ses apôtres, réalisant ce même nombre, ont mis sur pied une entreprise qui groupe des centaines de millions d'adeptes. Nous n'espérons pas en réunir autant ; mais le groupement existe tout de même, a réuni en quelques mois pas mal de sympathies et d'adhérents. S'il n'en a pas encore autant que nous le souhaiterions, c'est que beaucoup, comme vous, ayant un pied de l'autre côté de la barricade, n'ont pas encore pris parti.

Avec eux, sans eux ou contre eux, nous prouvons notre vitalité en luttant, en agissant.

Si nous n'atteignons pas nos buts, nous aurons du moins la fierté de faire nôtre la devise historique : « Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer. »

Dr Claret,
Secrétaire du groupement des médecins-propriétaires.

II

Mon cher Confrère,

Voulez-vous me permettre de répondre à l'article du Dr Penne paru dans le *Concours médical* du 21 octobre dernier dans lequel il met en parallèle le médecin et le propriétaire. Le médecin, dit-il, a multiplié le prix de ses honoraires par 4 ou 5. Ceci est vrai pour beaucoup, je l'admets même pour tous ; mais étant donné ce tarif élevé, il ne s'ensuit pas que le médecin touche 5 fois le montant de ses honoraires d'avant-guerre, car il y a restriction du côté des malades. Je puis affirmer qu'un médecin qui faisait 20.000 fr. en 1914, ne fait pas 100.000 fr. en 1928. Cela non ! non ! Tout au plus arrive-t-il à 60.000 fr., ce qui porte le coefficient à 3.

Le Dr Penne voudrait accorder aux propriétaires la liberté de location, et cela, sans concurrence possible. Si on accordait aux propriétaires cette liberté, ils ne manqueraient pas d'adopter le coefficient 5. Dans quelle misère serait alors versé le corps médical ! Il n'est pas possible qu'un médecin, qui avait en 1914 un loyer de 3.000, paie dans l'avenir au coefficient 5, c'est-à-dire 15.000 fr. alors que, bien qu'il ait multiplié le prix de ses honoraires par 5, il ne touche en réalité que 3 fois environ le prix de ses honoraires d'avant-guerre. De cela, je suis certain qu'aucun confrère ne me contredira.

Je ne plains pas du tout le pauvre médecin-propriétaire d'un immeuble de 200.000 fr. d'un rapport de 10.000 fr. en 1914, actuellement 25.000 fr. pouvant aller à 30 ou 40.000 et peut-être plus dans l'avenir. Il est autrement à plaindre, le vieux médecin retiré des affaires, qui avait aussi, lui, en 1914, un capital de 200.000 fr. avec un revenu de 10.000 fr. Ses rentes n'ont pas augmenté. De plus, si le pauvre proprio voulait aujourd'hui réaliser en vendant sa maison, il en trouverait au moins 400.000 fr. et notre confrère qui voudrait réaliser en vendant ses titres d'avant-guerre, n'en trouverait certainement pas plus de 150.000 francs.

Concluez et dites-moi quel est le plus favorisé des deux.

Dr Deschaseaux.

MUTUALITÉ FAMILIALE

A propos d'une lettre.

Bien que je recommande toujours de s'adresser au secrétaire général pour tout ce qui touche les renseignements et la correspondance proprement dite, je reçois pourtant un assez grand nombre de lettres et ma documentation, pour n'avoir pas l'ampleur de celle de Mignon, ne laisse pas d'être intéressante. De temps à autre, je la mets à contribution.

J'étais, il y a quelques semaines, consulté par un jeune confrère qui venait de s'installer: cette fois, c'est un confrère un peu plus âgé qui m'écrit :

Voici sa lettre :

Mon cher Confrère,

Je suis avec intérêt, dans le *Concours*, vos études sur la Mutualité Familiale et, depuis un certain temps déjà, j'avais envie d'y entrer, mais j'attendais toujours que ma situation mieux assise me permît d'aborder une combinaison intéressante.

Dix ou vingt francs par jour, cela ne vaut guère la peine en ces temps-ci : je voulais avoir quarante ou cinquante francs.

J'attendais donc et j'aurais attendu peut-être encore si, la semaine dernière, je n'avais reçu un avertissement sérieux. J'ai été bousculé par un chauffard qui a voulu me doubler au moment même où je croisais une autre voiture : les véhicules ont été assez sérieusement endommagés ; heureusement, je n'ai pas été blessé.

Je me suis dit qu'il n'y avait plus à différer et je viens vous demander conseil : que dois-je faire ? J'ai 33 ans, une bonne clientèle, je suis marié et j'ai un enfant....

J'ai commencé par montrer à mon correspondant combien il est dangereux d'attendre et combien préférable de prendre, dès l'installation, une de ces combinaisons qu'il dédaigne un peu trop, quitte à augmenter le jour où la chose semble possible.

Mais, après cette mercuriale tout amicale, je l'ai félicité de sa décision d'entrer à la Mutualité Familiale sans plus tarder.

Il est toujours assez délicat de répondre à cette question : que dois-je faire ? Cependant, l'expérience aidant et sa situation paraissant lui permettre de le faire, j'ai conseillé à notre confrère de prendre l'indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500 francs. Il lui en coûtera 457 francs par an, mais il aura du moins pour l'avenir une certaine tranquillité d'esprit.

J'avais répondu à sa question, mais je crois qu'il était de mon devoir d'ajouter que, si s'assurer l'indemnité maladie était bien, il était mieux encore de compléter cette première garantie par une pension de retraite, et je lui ai recommandé la pension de 2.400 fr. à 65 ans pour une cotisation annuelle de 262 francs (contre-assurée puisqu'il a de la famille).

Sa cotisation annuelle totale sera donc de 719 francs ou plus exactement de 790 fr. 90 frais de gestion compris.

S'il est arrêté par la maladie, il recevra 50 fr. par jour ; s'il devient chronique, il aura 500 francs par mois et, à 65 ans, le lendemain même du jour où cessera son droit à l'indemnit é-maladie, il recevra le premier arrérage de sa pension viagère, soit 2.400 francs.

Là s'est borné mon conseil. J'ai cru cependant que je pouvais lui faire remarquer qu'il lui était possible de faire encore autre chose :

Qu'il pouvait s'assurer en plus une seconde pension de 2.400 francs à 60 ans ; qu'il pouvait également assurer une pension à sa femme, etc., etc.

Ce n'étaient que des suggestions sur des points auxquels il pouvait réfléchir à loisir.

Le fait concret n'est-il pas la confirmation de ce que je ne cesse de redire, à savoir que nul, quelles que soient sa santé et sa force, quelles que soient sa prudence et son habileté, ne peut se dire en sûreté, à l'abri de toute éventualité fâcheuse.

Notre confrère a failli être victime d'un accident grave — cela pouvait être plus sérieux, cela pouvait lui arriver plus tôt ; par ailleurs, il pouvait tomber malade... et il ne pouvait compter sur aucune aide, sur aucun secours.

Il s'est décidé, et il a eu grandement raison de le faire puisqu'il en avait encore la possibilité, mais n'eût-il pas été plus sage encore s'il l'eût fait plus tôt ?

Quel avantage a-t-on d'attendre ? Que quelque circonstance vienne rendre l'admission impossible peut-être et, en tous cas, que la cotisation soit plus élevée,

Notre confrère avait l'intention de venir à nous, il le déclare, il savait ce qu'était la Mutualité Familiale... N'était -il pas imprudent, coupable même, en ajournant sa résolution à je ne sais quel jour qui aurait pu ne jamais venir.

Presque toujours on ne parle que de la maladie parce que le médecin y est plus exposé que bien d'autres, mais n'est-il pas pareillement exposé

aux accidents d'automobile, lui qui court les routes jour et nuit ?

Si je considère seulement la route nationale qui passe devant ma porte, j'ai déjà des exemples à citer :

Il y a quelques années, j'étais appelé un soir pour un confrère parisien, dont la voiture venait d'être brisée ; il était blessé à la figure, mais la personne qui était assise près de lui avait été tuée net.

Il y a quelques semaines, un autre confrère était projeté hors de sa voiture : il se relevait seulement contusionné, mais des personnes qui l'accompagnaient étaient blessées, et ce même confrère, trois jours après, parcourant la même route en sens inverse, était encore tamponné et blessé par un éclat de verre.

On s'assure contre les accidents causés aux tiers, mais il n'est peut-être pas inutile de penser à ses propres os. On me répondra qu'il y a les Compagnies d'assurances contre les accidents, mais à mon tour, je dirai que celles-ci ne visent que les accidents, tandis que la Mutualité Familiale indemnise le chômage aussi bien pour la maladie que pour l'accident.

Et ma conclusion revient toujours comme un *delenda Carthagô* :

Confrères,

Tandis que vous êtes jeunes, tandis que vous êtes bien portants, soyez prévoyants : vous ne savez pas ce que l'avenir vous réserve.

Cette aide que vous offre la Mutualité Familiale, vous pouvez être un jour heureux de la trouver.

Et si le sort vous est favorable, si la chance vous sourit, vous aurez la satisfaction de dire que vous avez fait une bonne action en donnant votre appui à une œuvre qui vient au secours de moins favorisés.

A. GASSOT.

VARIÉTÉS

Erasme et ses médecins.

Par Albert GARRIGUES.

Erasme fut un valétudinaire. Sa vie est toute pleine de maladies ou d'accidents. Je ne sais rien à cet égard de sa première enfance ; mais, dès quatorze ans (1480), enfermé à Bois-le-Duc dans un couvent de frères quêteurs, il fut atteint d'une fièvre intermittente, dont les accès revenaient tous les trois jours.

Les coups, qu'il accusa plus tard (1), ne donnent pas la fièvre quarte ; mais le paludisme était alors fréquent en Hollande et l'on sait combien de fois cette insalubrité du pays fut fatale aux armées européennes. Encore que le type quarte y fut assez commun, comme il le resta dans l'Allemagne du Nord jusqu'au XIXe siècle (15 à 20 % des fièvres intermittentes), il est vraisemblable que ces accès ne furent pas les premiers. Ils ne furent pas les derniers davantage ; et, s'il est vrai que la fièvre quarte a plus qu'une autre forme quelque tendance à la guérison spontanée, il en fut chez Erasme d'autre manière ; le paludisme passa à l'état d'infection chronique. Transformés parfois dans leur type, passant de l'un à l'autre, souvent ainsi méconnaissables dans leur cause, les accès se reproduisirent à intervalles plus ou moins éloignés jusqu'à la vieillesse et jusqu'à la mort.

(1) ERASME. — De liberis liberaliter instituendis : *Un de mes maîtres voulut essayer l'effet des coups. Ce traitement m'abattit au point que je perdis tout courage ; je tombai malade et fus pris d'une fièvre quarte.*

Certains parfois, étaient si violents que tout semblait désespéré, ainsi, en 1496, à Paris, où Sainte-Geneviève, seule, sauva le malade. *Immédiatement après mon vœu* (1), écrit Erasme à son ami Werner, *je me trouvai mieux* ; *et le médecin, dans une seconde visite, étonné du changement qui s'était opéré, me dit que je n'avais plus besoin de ses services et que la Sainte que j'avais invoquée en savait plus que tous les médecins ensemble.*

Si, dès avant son paludisme, Erasme était, comme il l'a dit, *délicat et fragile*, ce fut pis encore par la suite ; et l'on comprend qu'il ait souvent parlé de son *petit corps qui loge une âme souffrante toujours prête à s'échapper*, qui *n'a qu'une santé de verre* (*valetudo plus quam vitrea*), qui *frissonne au moindre souffle*, qui *a des vapeurs comme une femme.*

Parfois, chez les enfants, le paludisme revêt une symptomatologie digestive prédominante et les troubles gastro-intestinaux, en tous cas, font partie du tableau clinique de l'infection chronique. Qu'il n'en survînt aucun pour tourmenter Erasme était l'impossible ; car, n'eût-il même jamais été impaludé, les invraisemblables régimes alimentaires auxquels il fut soumis jusqu'à trente ans, chez les frères quêteurs de Bois-le-Duc, chez les moines deux fois canoniques de Saint-Augustin à Stein, comme à Paris dans l'en-

(1) Le vœu de consacrer un poème à la louange de Sainte-Geneviève, s'il se rétablissait.

fer de Montaigu (1), étaient plus que suffisants pour détraquer un appareildigestif de définitive manière. C'est déjà un demi-miracle qu'Erasme n'en ait pas souffert plus qu'il n'en souffrit. Il suffit pourtant, à un dîner, d'une anguille mal cuite pour provoquer, en 1518, une indigestion violente.

A cette date, succédant à un rhume d'un mois, paraît d'ailleurs la diarrhée, la diarrhée, qui reviendra ensuite à de multiples reprises, de plus en plus rapprochées, jusqu'à ce que, enfin, en juillet 1536, — juillet le mois propice aux fièvres pernicieuses colériques —, la dysenterie emporte le malade. Je ne dis pas, je ne puis pas dire, que cette dysenterie fut chez Erasme, une manifestation dernière du paludisme ; mais, d'origine palustre ou non, la dysenterie chez les impaludés a une signification sévère, parce qu'elle atteint l'état général vite et très fort ; elle a un caractère de gravité exceptionnelle que l'issue, ici, n'a pas démentie.

Le mauvais état de tels malades rend toute maladie intercurrente plus grave. De celles-ci Erasme ne manqua point. Deux surtout, cousines germaines, empoisonnèrent sa vie : la goutte et la gravelle.

La goutte, Erasme l'attribuait aux poissons, dont on l'avait nourri au temps conventuel de ses abstinences comme au collège de Montaigu. A vrai dire, il y avait pris le poisson en horreur ; son odeur seule lui donnait la migraine avec un mouvement de fièvre et il le rendait responsable de foule de maux, des fièvres comme de la goutte, de la tuberculose comme de l'épilepsie *et ne quid non malorum* (Colloques, Ἰχθυοφαγία).

Il eût été plus juste d'accuser le régime abondant et les menus soignés dont il jouit en Angleterre et dès le moment où la fortune lui avait souri. De ceci et non de cette *inopia, — Quænam ? — Quia non dabatur cibus* (Colloques., *Percontandi forma*), la goutte est l'ordinaire rançon. Cette rançon fut lourde à Erasme. Souvent, à partir de 1530 surtout, la goutte l'empêchait d'écrire ; souvent elle le forçait à garder le lit, où il passa l'hiver de 1535 à 1536, et il en était venu, à la fin de la vie, à marcher péniblement avec des béquilles.

La gravelle chez lui avait précédé la goutte. S'il gagna celle-ci en Angleterre, il rapporta celle-là de Venise (1507), accusant cette fois le mauvais vin de l'imprimeur Alde Manuce, car *tale vinum gignit vesicæ calculos* (Colloques, *Opulentia sordida*). Ce vin était peut-être médiocre ; mais il ne put faire grand mal au buveur qui n'en usa guère, achetant pour sa table des vins de Chypre ou de Candie, auxquels allaient alors ses préférences, en attendant qu'elles passassent au vin de Bourgogne.

Tant, qu'on l'a dit graveleux tout juste pour avoir aimé les vins de choix et que le pamphlétaire Jules César Scaliger a même porté contre lui l'invraisemblable accusation d'ivrognerie. Quoi qu'il en soit, Erasme promena dès lors un peu partout sa lithiase urinaire. 1507 à Venise, 1509 à Cambridge, 1521 à Bâle, 1523 à Constance sont des dates qui marquent des accès violents. *Hélas ! hélas !* écrivait-il au pape Adrien VI cette dernière année, *j'obéis aux édits du plus cruel de tous les tyrans. Quel tyran dis-tu ? Il surpasse en cruauté Phalaris* (1) *et Mézence* (2), *la gravelle est son nom.*

A ces grandes maladies, il faut ajouter toutes les misères d'accidents sans nombre ; car il semble que le sort, à cet égard, se soit acharné sur Erasme. On peut, ici, prendre au hasard.

En 1499, à Douvres, la barque qui portait le voyageur chavire et notre homme tombe dans la mer.

En 1514, parti à cheval, de Bâle pour Gand, sa bête, après Rosebecque, apeurée par quelques guenilles du chemin fait un écart, s'emporte et le cavalier tombe si malheureusement que son pied reste pris à l'étrier. Un valet, par bonheur, put arrêter le cheval et dégager son maître.

En 1519, le cheval encore lui vaut une écorchure. Soignée, elle eût été banale. Comme soins, ce fut la chevauchée : Brisach, Strasbourg, Spire. La plaie s'infecte ; une adénite inguinale secondaire complique les choses. Erasme continue : Maestrich, Tongers. A Tirlemont, la glande suppure et s'abcède et le malade arrive à Louvain dans le plus pitoyable état du monde.

En 1531, à je ne sais plus quelle occasion, un abcès, à propos duquel le chirurgien dut intervenir, alita le malade plusieurs mois durant.

Une vie si remplie de misères physiques de toutes sortes valut à Erasme de connaître bien des médecins. Il en eut de célèbres ; il en eut d'inconnus.

On peut compter Guillaume Cop parmi les premiers. Cependant, venu de Bâle, à Paris, où il fut un instant l'élève grécisant d'Erasme, Cop n'était encore qu'un jeune docteur (3), quand il soigna cet accès paludique de son maître sur lequel il déclarait en savoir moins que Sainte-Geneviève. Plus tard seulement, les honneurs lui vin-

(1) *L'usage de la viande*, écrivait plus tard Erasme, *y était interdit ; et, le matin, il fallait se contenter d'un peu de pain, d'œufs pourris et de vin gâté*. Et dans les *colloques* [Ichtyophage] : *La nourriture était si mauvaise et si peu abondante que bien des étudiants d'un vrai talent, après quelques mois de ce régime moururent ou devinrent aveugles, fous ou lépreux*.

(1) Phalaris, tyran d'Agrigente, qui jetait ses victimes dans un taureau d'airain sous lequel on allumait un feu ardent. Ses sujets révoltés le lapidèrent.

(2) Mézence, roi d'Etrurie, chassé par ses sujets, à cause de ses cruautés. Réfugié près du roi des Rutules, il fut tué par Enée dans un combat.

(3) Le titre de docteur lui fut conféré en 1495.

rent. Il fut médecin de Louis XII, puis de François-Ier et intervint à ce dernier titre dans les négociations qui occupèrent en vain la Cour, en 1517 et en 1518, pour décider l'illustre hollandais à se fixer en France. Pour ce dernier, Cop était donc resté un ami ; cela lui valut une attention alors fort recherchée, une dédicace, celle du *Carmen equestre* sur la vieillesse.

A Londres, le voyageur se lia avec deux des médecins d'Henri VII : l'un le riche Génois Boerio, qui lui confia ses deux fils pour leur faire visiter l'Italie ; l'autre Thomas Linacer. Sans nul doute, l'érudit consulta davantage celui-ci que celui-là ; un goût commun pour les lettres, des recherches analogues, un pareil libéralisme d'esprit les rapprochait. On peut donc tenir pour assuré, qu'au moins lorsque Erasme se trouva en Angleterre, les soins éclairés de Linacer ne lui manquèrent pas. Et pourtant, ce n'est pas comme médecin que paraît dans les Colloques. *Thomam Linacrum, virum sic in omni genere philosophiæ doctissimum, ut nihilo secius grammaticorum minutias ad unguem calleat* (Colloques *Convivium poeticum*).

A Bâle, où Paracelse était venu exercer la médecine (1526), Erasme faillit recevoir ses soins. Je dis : faillit, car il les refusa. On sait les liens qui unissaient Erasme à l'imprimeur Froben ; une misère commune, la goutte, était pour les rendre plus intimes. Or, Paracelse et son laudanum chez Froben avaient fait merveille. Pensez donc ! La goutte torturait le talon droit ; les soins la chassèrent aux orteils. Ce n'était pas tout à fait la guérison ; mais les malades, autrefois, étaient sans doute moins exigeants que les nôtres. Bref, poussé par Froben, Paracelse écrivit à Erasme en termes obscurs, à son habitude ; et, dans un latin barbare, il lui proposa de le guérir. Par malheur, la mauvaise latinité de la lettre fit plus d'effet que la bonne intention, et le malade répondit, en rendant hommage au savoir du médecin, mais en s'excusant de ne pouvoir, faute de loisirs, prendre des remèdes, promettant pourtant de consulter Paracelse plus tard, pourvu qu'il s'expliquat avec davantage de clarté.

Cop, Boerio, Linacer, Paracelse, tous ceux-là portaient de grands noms. A côté d'eux, il y a la foule inconnue des médecins d'occasion, auxquels, courant sans cesse les grands chemins, sans cesse passant de ville en ville, Erasme dut maintes fois demander secours. A coup sûr, il y en eut d'éclairés ; il y en eut d'autres qui le furent moins. Certain médecin vénitien fut des premiers ; ceux qui intervinrent à l'occasion de l'adénite suppurée de Louvain furent des seconds.

En 1508, à Venise, chez Alde Manuce, on mangeait fort peu. Erasme qui se plaignait de la viande mauvaise, des œufs rien moins que frais, du pain terreux et du vin éventé, se plaignait plus encore de la quantité que de la qualité même. *Je paraissais un goinfre*, écrit-il, *pour engloutir tant de victuailles.* A manger ainsi, mal pour son goût, mais plus encore à trop manger, le « goinfre » vint à dépérir. Conseil de médecin : être sobre, car au Midi convient peu l'appétit robuste du Nord. On pense bien que le malade l'entendit mal. Il découvrit dans la prescription un conseil intéressé dicté par ses hôtes ; il ne vit pas sa sagesse ; le médecin pourtant avait raison.

A Louvain, les médecins eurent tort. Quand Ersasme arriva, à la nuit chez son ami l'imprimeur Thierry Martens, le premier médecin qui vit sa suppuration inguinale cru t à un bubon pesteux. Le malheur fut que d'autres médecins, le lendemain, se rencontrèrent d'un pareil avis. Comment le malade fut-il soigné ? Le fut-il même ? Je l'ignore. Il se tira pourtant d'affaire. C'était l'essentiel.

A l'erreur des médecins, la terreur que répandait la peste est une excuse. Elle sévissait alors un peu partout et ce n'est pas la première peine qu'elle causait à Erasme. En 1478, elle l'avait fait orphelin. Par elle, en 1482, en 1496, en 1499, il avait été chassé de Paris. A Bologne, en 1506, il faillit en mourir. Fut-il donc atteint ? Pas le moins du monde. Ceci est une tragi-comédie dans l'histoire d'Erasme.

Sur son manteau de moine, il portait alors, à la française, un rabat blanc. Une première fois, deux *bravi* de Bologne, confondant ce rabat avec la bande distinctive d'étoffe blanche que les chirurgiens des pestiférés portaient pendante sur la poitrine et sur le dos mirent l'épée à la main pour massacrer le contagieux. Une porte entr'ouverte et sur lui refermée fut son salut. Une autre fois, pour la même raison, la foule se rassemble, s'arme de pierres et de bâtons. Tuez le chien ! tuez le chien, vociférait-on. Un prêtre passa. Avec un sourire, mais sans faire plus, il dit à Erasme : « Ce sont des ânes ». Un gentilhomme le sauva. Pour avoir été pris pour un chirurgien, l'érudit, à deux coups, l'avait échappé belle !

A revoir d'un trait de pensée ce qui précède, si l'on néglige l'erreur de diagnostic de Louvain, le grand malade que fut Erasme pouvait se plaindre de la nature et de lui-même ; il ne le pouvait guère à bon droit des médecins. A cet égard, cet homm qui, sauf à la fin de sa vie et encore, ne resta jaais longtemps à la même place, eut plus de chance qu'il n'était permis de l'espérer. Il eut des médecins qui furent sans reproche, puisqu'ils restèrent ses amis. Il en eut d'autres, conseillers d'un jour d'une occasion, auquel l'amitié ne le liait pas et ceux-là aussi le secoururent au mieux du moment et des choses dans la mesure où il les écouta.

A prendre ainsi nos faits tout nus, on devrait

donc trouver l'éloge du médecin dans les œuvres d'Erasme. Il n'en est rien ; l'éloge y est remplacé par la satire. C'est qu'à côté des faits matériels, il y en a d'ordre spirituel, qui modifient le jour sous lequel on aperçoit les choses. Mais *ceci est une autre histoire...* (1).

LA JOURNÉE D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE

— Je me levai, ce matin de septembre ensoleillé, bien décidé à « en mettre », suivant l'expression populaire ; et j'aurai peut-être, me disje, en me rasant, la chance de tomber sur un « cas intéressant » de médecine générale.

Je m'habillai donc rapidement et descendis à mon bureau, attendant l'heure de l'ouverture du téléphone. Huit heures sonnèrent bientôt au carillon Westminster (voyez réclame T. S. F.) et je me frottai les mains.

J'entamai un chapitre du Précis d'homœopathie, de Charette, sur « Phosphorus » et « Phosphori acidum », ce qui me conduisit à neuf heures ; — le téléphone resta muet.

A 10 h. 30, coup de sonnette : c'est une marchande de paniers. A 10 h. 45, autre coup de sonnette ; je me précipite en quatrième vitesse : zut ! c'est le garçon boucher qui amène sa viande. Ma belle ardeur de ce matin commence à s'émousser, et je vais faire un tour au garage pour jeter un coup d'œil sur l'auto. Enfin, voici un coup de sonnette impérieux (c'est sans doute sérieux cette fois). Je cours : « Bonjour, Monsieur le Docteur. — Bonjour, Madame, de quoi s'agit-il ? — Monsieur le Docteur, je viens vous faire signer un certificat d'admission à l'hôpital pour mon mari ; j'ai consulté, il y a quelques jours un médecin de T... qui m'a dit que mon mari était atteint d'un cancer du foie (il s'agissait de romanichels de passage dans la localité).

A midi vingt, j'étais en train de mastiquer un bifteck lorsqu'on vient me chercher pour aller voir « de suite » une jeune fille. Je demande de quoi il s'agit : « C'est une jeune fille qui a des boutons sur tout le corps depuis trois jours. » Je réponds que j'irai la voir aussitôt mes consultations terminées, c'est-à-dire vers quinze heures.

A treize heures, je m'enferme dans mon cabinet, et, attendant la clientèle, je potasse un article sur la spirochétose ictéro-hémorrhagique, lorsqu'arrive une grosse dame au teint coloré avec sa fillette, me priant d'extraire « deux dents de lait à cette dernière, parce qu'elles empêchent les autres de pousser. » Je fais l'opération : larmes, cris, crise de nerfs, gargarismes à l'eau antiseptique.

— Je n'ai pas pris d'argent, docteur, je vous payerai une autre fois, combien prenez-vous pour cette petite opération ?

— Dix francs, Madame.

L'après-midi se passe en lectures, lorsqu'à seize heures, un client vient me demander de lui faire un certificat pour demander le bénéfice de l'assistance médicale gratuite pour son enfant que je soignais depuis une huitaine de jours.

Quelle guigne aujourd'hui !

Maintenant, ma belle ardeur de ce matin de septembre ensoleillé est complètement tombée, et pour me distraire, je vais jouer du piano : *Musica me juvat* !

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Le Syndicat des Praticiens de Médecine Générale au Congrès des Syndicats Médicaux du 8 Juillet 1928

Les deux délégués du syndicat : Dr Cornette, de Ghyvelle (Nord) et Pégeot, de Melisey (Hte-Saône) se sont nettement aperçus à la séance du matin qu'une atmosphère de méfiance les entourait et c'est à la dissiper qu'ils se sont attachés l'après-midi en intervenant à propos de la rédaction du paragraphe 3 de l'article 10 des statuts :

« *Le groupement des syndicats généraux de médecins spécialistes pourra désigner deux administrateurs supplémentaires.* »

Pourquoi nous suspecter, ont-ils dit en substance ? Notre doctrine est pure de tout esprit de dissidence. D'avance nous nous soumettons aux décisions de la future confédération des syndicats médicaux... Dans notre syndicat nous n'admettons que des médecins cotisant à leurs syndicats locaux, dont nous compléterons l'action, en travaillant parallèlement, sans divergence.

Le syndicat des praticiens serait-il une formation de combat ? Pas du tout ! Pour combattre qui ? Le syndicat des spécialistes ? Le syndicat des spécialistes ne peut être pour nous un adversaire — au contraire — Nous le considérons comme un précurseur — et lui emboîtons le pas.

(1) Le mal qu'Erasme a dit des médecins : *Vie médicale*, n° 17, 10 septembre 1928.

Comme les spécialistes, les praticiens de médecine générale, groupés en syndicat national, comprenant plusieurs sections: ruraux et petite ville — médecins de quartier — propharmaciens etc., etc. — ayant une activité professionnelle orientée semblablement — veulent avoir au conseil de la confédération des délégués personnels — et non des avocats d'office — des hommes choisis par eux — pour eux — toujours alertés quand il s'agira de leurs mandants dont ils connaîtront les désirs et les besoins.

Après les délégués du syndicat des praticiens montent à la tribune — LE FUR, de Paris, BATIER, de Strasbourg, RENON, de Niort, qui, sans contester la justice d'autres revendications, défendent en termes excellents la nécessité de l'existence du syndicat général des spécialistes et de sa représentation particulière au conseil de la Confédération.

Grâce à eux — et aussi aux interventions spontanées et très goûtées — de DUVERNOY (Besançon) — COLDEFY (Paris), — HERVÉ (Limoges) — l'Assemblée devient bienveillante et l'amendement des délégués du syndicat des Praticiens au paragraphe trois de l'article des statuts est renvoyé à la commission — sur la proposition du président : Dr BALTHAZARD — un as comme président.

Ce renvoi à la commission n'est pas un enterrement — mais une prise en considération, un succès pour le syndicat des Praticiens — né d'hier.

La question posée au Congrès du 8 juillet : Election du conseil par régions ou par l'assemblée générale est déjà débordée.

Déjà réalisée par les spécialistes — objet d'une étude très fouillée de NOIR, reprise par le syndicat des praticiens — prend définitivement corps l'idée d'un conseil composé non seulement de représentants régionaux mais encore de délégués de syndicats généraux comprenant des médecins ayant une activité professionnelle semblablement orientée.

Si chacun doit avoir sa place dans la maison médicale, il faut bien reconnaître que le fonctionnement dépendra de l'aménagement. Personne ne doit avoir la sensation d'être sacrifié.

L. PÉGEOT.

ORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES

Le Président de la République française,

Vu la loi du 7 juillet 1900, portant organisation des troupes coloniales ;

Vu l'article 3 du décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du service de santé des troupes coloniales ;

Vu la convention du 12 avril 1905, passée avec la ville de Marseille et approuvée par le ministre de l'intérieur à la date du 10 avril 1905 ;

Vu le décret du 7 mai 1908, portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, modifié par les décrets du 12 janvier 1910, 14 décembre 1911, 31 août 1912, 16 mai 1913 12 novembre 1921, 19 juin 1922, 21 février 1923, 9 juillet 1925, 21 avril 1927 et 13 octobre 1927 ;

Vu le décret du 10 février 1920, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire ;

Sur le rapport des ministres de la guerre et des colonies,

Décrète

TITRE Ier

INSTITUTION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES

Art. 1er. — L'école d'application du service de santé des troupes coloniales, instituée à Marseille, a pour but de donner aux médecins et pharmaciens lieutenants des troupes coloniales sortant des écoles de recrutement ou admis directement par concours et aux sous-lieutenants d'administration du service de santé des troupes coloniales, le complément d'instruction professionnelle spéciale théorique et surtout pratique nécessaire pour remplir les obligations de service qui incombent au corps de santé des troupes coloniales en France et aux colonies.

TITRE II

PERSONNEL DE L'ÉCOLE

Art. 2. — L'état-major de l'école est compose des officiers du service de santé des troupes coloniales suivants :

Un médecin général, directeur.

Un médecin colonel, sous-directeur.

Un médecin lieutenant-colonel ou commandant, major.

Des professeurs, proesseurs agrégés et chefs de service.

Un commandant ou capitaine d'administration comptable du matériel et trésorier.

Art. 3. — Le directeur est nommé par décret sur la proposition du ministre de la guerre, après avis du ministre des colonies. La durée de ses fonctions ne pourra, en principe, dépasser cinq ans.

Art. 4. — L'autorité du directeur s'exerce sur tout le personnel et sur toutes les parties du service.

Il est logé à l'école et tenu d'y résider.

Il a les prérogatives et pouvoirs disciplinaires d'un général commandant d'école.

Il correspond directement avec le ministre pour

toutes les affaires relatives à l'école ; il correspond directement avec le directeur du service de santé du 15° corps d'armée, pour les affaires relatives aux services coloniaux de l'hôpital Michel-Lévy.

Art. 5. — Les services coloniaux de l'hôpital Michel-Lévy et annexe et, éventuellement, les services métropolitains, servent d'hôpital d'instruction de l'école d'application.

Ls services coloniaux sont, comme les services métropolitains, sous l'autorité du médecin chef de l'hôpital, mais ils fonctionnent avec un personnel de médecins et d'infirmiers du service de santé des troupes coloniales. Le sous-directeur de l'école d'application a la haute direction et la surveillance technique de l'enseignement hospitalier dans les divers services, comme dans les services civils, sous l'autorité du directeur de l'ecole et en liaison étroite avec le médecin chef de l'hôpital et les autorités civiles.

Les médecins traitants sont les professeurs et professeurs agrégés de l'école d'application ; ils sont soumis à toutes les obligations prévues pour les médecins traitants des hôpitaux militaires par le règlement sur le service de santé à l'intérieur et les instructions ministérielles.

Les infirmiers sont détachés à l'hôpital militaire et participent aux services généraux de cet établissement, notamment au service de garde.

Le directeur de l'école visite les services coloniaux en vue d'y assurer le contrôle technique de l'enseignement donné aux élèves, ainsi que l'inspection du personnel colonial qui s'y trouve employé.

Art. 6. — Le sous-directeur est nommé par décision du ministre de la guerre après avis du ministre des colonies. Il est l'intermédiaire du directeur de l'école pour toutes les parties du service. Le personnel de l'école est placé sous ses ordres immédiats. Il est chargé spécialement de la police, de la discipline et des questions de personnel. Il remplace le directeur absent. En cas d'absence, il est remplacé par le médecin le plus élevé en grade et le plus ancien dans ce grade

La durée des fonctions de sous-directeur ne pourra en principe, dépasser cinq ans.

Art. 7. — Le major et l'officier d'administration trésorier comptable exercent leurs fonctions, conformément aux règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles et à celui sur le service intérieur de l'école.

La durée des fonctions de major ne pourra, en principe, dépasser trois ans.

La durée des fonctions de l'officier d'administration trésorier comptable ne pourra, en principe, dépasser trois ans.

Art. 8. — Le personnel enseignant comprend des professeurs, des professeurs agrégés et des chefs de service, dont le nombre et la répartition sont fixés par arrêté ministériel.

Art. 9.—Les professeurs sont nommés par le ministre, après avis du conseil de préfectionnement de l'école et d'une commission composée :

1° Du médecin général inspecteur ou médecin général inspecteur général du service de santé au ministère des colonies ;

2° Du médecin général des troupes coloniales, membre du comité consultatif de santé ;

3° Du directeur du service de santé du corps d'armée colonial.

Pour le choix du professeur de chimie, le directeur du service de santé du corps d'armée colonial est remplacé dans cette commission par le pharmacien général des troupes coloniales ou un pharmacien colonel.

Les professeurs sont choisis, en principe, parmi les professeurs agrégés ayant terminé leur temps normal d'agrégation. A défaut de candidats remplissant cette condition, les professeurs agrégés en exercice ou n'ayant pas accompli le temps normal d'agrégation peuvent être délégués dans les fonctions de professeur et proposés ultérieurement pour la titularisation dans les conditions ci-dessus indiquées.

Les candidats devront être du grade de médecin commandant au moins et de médecin colonel au plus.

Les professeurs agrégés ayant déjà accompli une période d'enseignement ne pourront, en principe, être nommés professeurs qu'après avoir satisfait aux prescriptions du décret du 23 octobre 1919 sur le tour de service colonial.

Il en sera de même pour les anciens professeurs qui poseraient leur candidature pour accomplir une seconde période d'enseignement.

La durée des fonctions de professeur est fixée, en principe, à une période de cinq ans.

Pour les professeurs agrégés qui auraient été nommés professeurs au cours de leur période d'enseignement, la durée totale de leurs fonctions d'enseignement ne pourra excéder cinq années consécutives.

Art. 10. — Le titre de professeur agrégé de l'école d'application du service de santé des troupes coloniale est acquis au concours. Ce concours a lieu, en principe, tous les ans.

Les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie, sont seuls admis à concourir.

Art. 11. — Le jury du concours d'agrégation médecine et chirurgie sera présidé par un médecin général inspecteur ou un médecin général des troupes coloniales appartenant de par ses titres et travaux à la section professionnelle pour laquelle le concours est ouvert.

Le jury du concours de chimie et de pharmacie sera présidé par le pharmacien général ou un pharmacien colonel des troupes coloniales.

Il comprendra en outre :

1° *Pour la section chirurgie.*

Deux professeurs (chirurgie) de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Un professeur (chirurgie) des facultés de médecine.

Un médecin colonel, lieutenant-colonel ou commandant pris en dehors de l'école.

2° *Pour la section médecine.*

Deux professeurs (médecine) de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Un professeur (médecine) des facultés de médecine.

Un médecin colonel, lieutenant-colonel ou commandant pris en dehors de l'école.

Pour la section chimie et pharmacie.

Le professeur de chimie de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Le professeur agrégé de chimie de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Un professeur des facultés de pharmacie.

Un pharmacien colonel, lieutenant-colonel ou commandant pris en dehors de l'école.

Les membres civils des jurys sont désignés par le ministre de l'instruction publique sur la demande du ministre de la guerre.

Les membres militaires sont désignés par le ministre de la guerre.

Les membres militaires étrangers à l'école sont choisis parmi ceux qui sont les plus qualifiés par leurs titres et leur travaux.

Un membre suppléant sera désigné par le ministre de la guerre pour chacun des jurys et sera choisi parmi les professeurs agrégés de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ou parmi ceux de l'école d'application du service de santé militaire.

Dans chaque jury spécial, aucun juge ou juge suppléant ne peut être désigné s'il est parent ou allié jusqu'au sixième degré inclusivement soit d'un autre juge, soit de l'un des candidats.

Les conditions et le programme des concours seront fixés par une instruction ministérielle.

La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée, en principe, à une période de cinq ans.

La durée des fonctions de chef de service est déterminée par le ministre.

Art. 12. — L'enseignement de l'école est complété suivant les besoins :

1° Par les cours professés à l'institut colonial et à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille et surtout par l'enseignement pratique donné dans les services cliniques des hôpitaux de la ville ;

2° Par des conférences complémentaires faites par des médecins étrangers à l'école ou toutes autres personnalités qualifiées désignées par le ministre sur proposition du directeur de l'école.

Art. 13. — Les professeurs et professeurs agrégés libres sont affectés, dans les limites où les circonstances et les règlements le permettront, en France et aux colonies, à des services répondant à leur spécialisation.

Art. 14. — Le personnel subalterne de l'école, en dehors des agents militaires, est fourni par le dépôt de la section d'infirmiers des troupes coloniales, suivant une répartition arrêtée par le ministre de la guerre, sur la proposition du directeur de l'école, et après avis du directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales.

TITRE III

CONSEILS

Art. 15. — Il est établi à l'école :

1° Un conseil de perfectionnement ;

2° Un conseil d'administration.

Le conseil de perfectionnement se compose du président, du sous-directeur, des professeurs. Un agrégé désigné chaque année par le directeur remplit les fonctions de secrétaire. En outre, pour les questions d'ordre général intéressant l'enseignement, deux professeurs de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille feront partie du conseil. Ils seront désignés par le ministre de l'instruction publique, sur la demande du ministre de la guerre.

Art. 16. — Le conseil d'administration se compose :

Du directeur, président.

Du sous-directeur.

D'un professeur.

Du major rapporteur.

De l'officier d'administration, trésorier et comptable du matériel, secrétaire.

Le professeur est désigné chaque année par le directeur qui le choisit alternativement parmi les deux plus anciens professeurs.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX MÉDECINS PHARMACIENS LIEUTENANTS STAGIAIRES

Art. 17. — L'école d'application du service de santé des troupes coloniales reçoit :

1° Les élèves provenant de l'école du service de santé militaire « section médecine, troupes coloniales », reçus docteurs en médecine ;

2° Les élèves provenant de l'école principale du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou ayant obtenu le diplôme de pharmacien et versés dans les troupes coloniales ;

3° Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906 (concours latéral).

a) Les premiers sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin sous-lieutenant de l'armée active des troupes coloniales et, à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade, ou, au plus tard, du 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, qui varie

avec la date de nomination, et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine et de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

b) Les élèves provenant de l'école principale du service de santé de la marine qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien avant le 31 décembre, et qui sont versés à cette date dans le corps de santé des troupes coloniales sont nommés au grade de médecin ou pharmacien sous-lieutenant à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu leur diplôme, avec une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine et de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

Ceux de même scolarité qui obtiennent leur diplôme postérieurement au 31 décembre, et sont, en conséquence, versés dans les troupes coloniales postérieurement à cette date, sont nommés au grade de médecin ou pharmacien sous-lieutenant dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus pour les élèves provenant de l'école du service de santé militaire. Ils n'entrent à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales que le 1er janvier de l'année suivant celle où ils ont obtenu leur diplôme.

c) Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à la suite du concours prévu à l'article 3 du décret du 21 juin 1906 sont nommés au grade de médecin ou pharmacien sous-lieutenant à compter du 31 décembre de l'année dudit concours. Ils bénéficient des majorations d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, prévues à l'alinéa *b* ci-dessus pour les élèves provenant de l'école principale du service de santé de la marine qui ont obtenu leur diplôme avant le 31 décembre.

Le stage à l'école d'application commence et le concours de sortie a lieu aux dates fixées par le ministre. A l'issue du concours, les médecins et pharmaciens lieutenants reçoivent une affectation coloniale.

Art. 18. — Le programme des études est établi annuellement par le conseil de perfectionnement. Ce programme et le tableau d'emploi du temps sont soumis à l'approbation préalable du ministre par le directeur de l'école.

Art. 19. — Le règlement sur le service intérieur de l'école est soumis par le directeur à l'approbation du ministre ; il en est de même des modifications à ce règlement qui seraient jugées ultérieurement nécessaires.

Art. 20. — Un médecin général inspecteur ou un médecin général des troupes coloniales est désigné annuellement par le ministre de la guerre pour inspecter au point de vue de l'enseignement, de la discipline, de l'avancement et de l'administration, l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, ainsi que l'enseignement donné dans les salles coloniales de l'hôpital militaire de Marseille.

Art. 21. — Le concours de sortie est passé devant un jury spécial dont la composition est fixée par le ministre et qui est présidé par l'officier général chargé de l'inspection de l'école.

Les professeurs civils faisant partie du conseil de perfectionnement sont membres de droit de ce jury.

Un professeur de pharmacie de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille fait partie du jury de pharmacie. Il est désigné par le ministre de l'instruction publique, sur proposition du ministre de la guerre.

Art. 22. — Les médecins et pharmaciens lieutenants qui ont subi avec succès les épreuves du concours de sortie, prennent rang sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou pharmacien lieutenant d'après leur numéro de classement dans ce concours. Ce numéro fixe également le choix de la colonie.

Art. 23. — Les médecins et pharmaciens lieutenants qui n'ont pas obtenu au concours de sortie la moyenne des points déterminée par le règlement sur le service intérieur de l'école sont proposés au ministre pour la mise en non activité par retrait d'emploi.

Toutefois, il peut arriver que des circonstances graves aient occasionné une suspension forcée de travail dont la durée et la cause mettent un élève dans un état d'infériorité reconnue. En pareille occurrence le conseil de perfectionnement propose au ministre soit le renouvellement de l'année scolaire soit la mise en non-activité pour infirmités temporaires.

L'autorisation de redoubler le stage ne peut être accordée qu'une seule fois.

Art. 24. — Les médecins ou pharmaciens des troupes coloniales, qui, sauf dans le cas de réforme pour infirmités, quitteraient le service de santé des troupes coloniales avant d'avoir accompli leur engagement sexennal, sont tenus au remboursement du montant des frais de scolarité payés pour eux par l'administration de la guerre ou celle de la marine, de leur première mise d'équipement, d'une quote-part des frais d'entretien pour chaque année passée par eux à l'école du service de santé militaire ou à l'école principale du service de santé de la marine. S'ils ont été boursiers dans l'une de ces deux écoles, ils sont tenus, en outre, au remboursement du montant des frais de pension et de trousseau.

Les médecins et pharmaciens des troupescoloniales recrutés au concours, en exécution de l'article 3 du décret du 21 juin 1906, sont tenus au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement, ainsi que des sommes payées pour eux par le département de la guerre, s'ils quittent, sauf le cas

de réforme pour infirmités, le service de santé des troupes coloniales avant d'avoir accompli leur engagement sexennal.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX OFFICIERS D'ADMINISTRATION

Art. 25. — Les officiers d'administration du service de santé des troupes coloniales sortant de l'école d'administration militaire ou provenant des sous-officiers par nomination directe, accomplissent un stage de perfectionnement à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales après leur nomination au grade de sous-lieutenant d'administration.

Les conditions et le programme de ce stage sont fixés par une instruction ministérielle.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 26. — Les dispositions du présent décret relatives au titre Ier, au titre II et au titre III sont immédiatement applicables ; celles relatives au titre IV, au titre V et au titre VI seront appliquées à compter du 1er janvier 1929.

Les professeurs adjoints actuellement en exercice conservent leurs fonctions jusqu'à expiration du délai prévu par la règlementation antérieure.

Ceux qui seraient désireux d'obtenir le titre de professeur agrégé doivent faire acte de candidature à un concours d'agrégation de leur spécialité, quatre mois au moins avant l'ouverture dudit concours.

Cet acte de candidature crée la vacance du poste correspondant pour l'année scolaire suivante.

En cas de décès, le professeur adjoint est nommé professeur agrégé et conserve son emploi jusqu'à concurrence des délais impartis par l'article 11 du présent décret, compte tenu du temps déjà accompli comme professeur adjoint.

Si, à la suite du concours, deux candidats sont *ex æquo* comme moyenne, celui qui était professeur adjoint bénéficie d'un droit de priorité sur son concurrent.

En cas d'échec, le professeur adjoint peut être ou bien remplacé dans son emploi par le concurrent classé avant lui s'il en existe, ou bien, à défaut de concurrent mieux classé, il peut être maintenu dans ses fonctions jusqu'à expiration du délai prévu par la règlementation antérieure.

TITRE VII

Art. 27. — Est abrogé le décret du 7 mai 1908 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, modifié les 12 janvier 1910, 14 décembre 1911, 31 août 1912, 16 mai 1913, 12 novembre 1921, 19 juin 1922, 21 février 1923, 9 juillet 1925, 21 avril 1927 et 13 octobre 1927, ainsi que toutes les dispositions des autres décrets ou règlements contraires à celles du présent décret et, en particulier, l'instruction du 15 juin 1909 relative au recrutement du personnel enseignant de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Art. 28. — Le ministre de la guerre et le ministre des colonies sont chargés, chacun en en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française

Fait à Rambouillet, le 22 août 1928.

ETUDE SUR LA MORBIDITÉ DANS LE CORPS MÉDICAL EN FRANCE.

Dr H. MIGNON.

(*Suite et fin*).

CHAPITRE CINQUIÈME

Les journées de participation.

Qu'il se soit agi de la maladie qui nous a fourni le plus grand nombre de malades, de celle qui nous a coûté le plus cher, de l'âge auquel nos sociétaires ont été le plus souvent ou le plus longtemps arrêtés, etc., dans tous nos calculs comme dans toutes nos déductions, il est un facteur dont jusqu'ici nous n'avons pas tenu compte et qui cependant est de première importance dans une étude de la morbidité : c'est le facteur « Participation ».

En effet, tous nos chiffres précédents ne jouent que relativement au nombre de journées de participation qu'ont fourni nos adhérents. Si nous n'en tenions pas compte, nous pourrions croire, par exemple, que la morbidité dans notre Société diminue à partir de 60 ans, puisque nous voyons les courbes du nombre des cas, du nombre des journées de maladies, du nombre des indemnités versées, descendre régulièrement à partir de cet âge. Ce qui diminue ainsi, c'est une morbidité de fait qui dépend de l'importance numérique de notre contingent ; ce n'est pas la morbidité réelle, celle qui doit compter pour nos actuaires, celle que nous devons surtout rechercher ici, si nous nous plaçons au point de vue purement scientifique. Celle-là, elle nous sera donnée par le calcul du rapport entre les nombres de journées de ma-

ladie pour chaque année d'âge considéré et ceux des journées de participation aux mêmes âges. c'est celle que nous avons relevée dans le tableau de la page 36. Le moment est venu de l'analyser en détail.

Or, que voyons-nous ?

De 25 à 30 ans, la ligne est irrégulière, car à ces âges nous avons peu de membres et une seule maladie un peu sérieuse de l'un d'eux a pu suffire pour influencer la courbe. Aussi est-elle hésitante et oscille-t-elle entre 3 % et 1 % pour se fixer autour de 2 % à partir de 31 ans.

A cet âge, malgré la rapide ascension que nous avons constatée sur les courbes précédentes des cas, des journées de maladie ou des indemnités versées, le rapport de morbidité étudié maintenant reste invariable autour de 2 % jusqu'à 46 ans ; cette constatation était inconnue aux membres du Conseil d'Administration quand, en 1922, ils ont limité l'âge d'entrée aux combinaisons nouvelles à 45 ans ; nos calculs confirment ainsi la légitimité de leur prudence.

En effet, dès l'âge de 46 ans, l'ascension commence, légère et avec quelques oscillations jusqu'à 60 ans ; à 48 ans, elle atteint 5 % ; elle se maintient entre 4 % et 5 % jusqu'à 56 ans ; et elle atteint 6 % à 61 ans. A 64 ans, elle passe à 9 %. Donc, depuis 60 ans, une aggravation commence à se faire nettement sentir ; donc, encore une fois, il était prudent d'arrêter là le droit à l'indemnité et de fermer la fameuse combinaison « B ».

C'est maintenant que l'âge va faire sentir ses ravages. A 66 ans, la morbidité atteint 11 % ; à 69 ans, 14 % ; à 70 ans, nous trouvons 22 % ; à 73 ans 30 % ; à 78 ans, 42 % ; à 79 ans, 85 % ; et à 85 ans, c'est 100 % !

Il est difficile d'admettre que la maladie seule ait une si néfaste influence, à moins d'appeler maladie à cet âge ce qui ne doit être souvent que de la sénilité. Car il est certain que nos vieux chroniques ont été pour la plupart arrêtés beaucoup plus à cause de leurs années que pour une raison pathologique réelle indépendante de leur vieillesse. Qui donc voudra faire de la prévoyance contre le risque-maladie devra bien se garder de négliger le risque sénilité ; c'est lui sans aucun doute qui porte la plus grosse part de responsabilité dans l'ascension de la courbe dont nous donnons le graphique ci-après.

***

CHAPITRE SIXIÈME

Coup d'œil comparatif.

Jetons maintenant un regard d'ensemble sur les différents éléments qui composent les chapitres de cette seconde partie de notre travail ; la comparaison de nos courbes entre elles ne manquera pas d'un certain intérêt.

C'est à 40 ans que nous avons le plus grand nombre de cas, soit 166. A ce moment, de notre vie sociale, nous comptons 1.349 membres ; 424.300 journées de participation ; 11.200 jours d'incapacité ; et 63.700 francs d'indemnités dont 24.200 comme chronicité.

Nous atteignons notre maximum de membres à 42 ans, avec 1.395 participants. Le nombre des cas tombe à 125, celui des journées de maladie baisse à 9.420, alors que les journées de participation montent à 432.400 ; mais les indemnités ne sont que de 52.600 fr. le rapport de morbidité est en légère baisse.

Quand à 44 ans, nous arrivons à notre maximum de jours de participation, soit 434.000, nous n'avons plus que 1.392 membres, 8.330 journées de maladie et 52.300 fr. d'indemnités ; le rapport de morbidité est aussi en baisse.

Jusqu'ici, il ne semble pas que les maxima constatés dans chaque partie entraîne un maximum parallèle dans les autres ; cependant ces différents maxima se rencontrent à des âges rapprochés oscillant entre 40 et 44 ans.

Et cependant, ce n'est pas à cette période que nous avons eu le plus de journées de maladie, ni le plus d'indemnités à verser. Ce double maximum, nous le trouvons à 50 ans.

A 50 ans, nous avons 15.500 jours de maladie, et 74.700 francs d'indemnités. Et pourtant, nous n'avons plus que 1.075 membres, 357.600 jours de participation, et 131 cas. Mais le rapport de morbidité est porté à 4,3 %, plus haut que celui des cinq années qui vont suivre. Aussi pouvons-nous dire que si le rapport de morbidité absolu augmente avec l'âge, le rapport relatif et pratique atteint son maximum à cet âge de 50 ans. C'est à la 50 e année que le groupe professionnel que nous représentons paye le plus lourd tribut à la maladie et est le plus onéreux à la caisse qu'il a constituée.

Telles sont du moins les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de nos recherches, sous réserve de celles que de plus compétents que nous pourront de leur côté en déduire.

***

CONCLUSION

Nous voici arrivé au terme de notre travail ; nous y avons réuni tous les éléments qui nous ont paru utiles et nécessaires pour donner une idée à peu près exacte de ce que peut être la morbidité dans le Corps médical français, si toutefois celle-ci ne s'éloigne pas trop de celle de notre groupement. Malheureusement, ce dernier ne représente guère qu'à peine le dixième de l'ensemble des médecins praticiens de France ; et il reste à savoir jusqu'à quel point on peut appliquer à la totalité du Corps médical ce que nous avons trouvé concernant seulement le dixième de cet ensemble.

Sous cette réserve, et aussi sous celles que nous avons déjà faites au cours de notre enquête, essayons de tirer de nos observations quelques déductions et quelques conclusions défendables.

I

De toutes les maladies, la plus terrible au point de vue du nombre des sujets qu'elle frappe, est incontestablement la grippe. Même en admettant que sous ce nom peut-être trop compréhensif se dissimulent un certain nombre de diagnostics insuffisamment précis, il n'en reste pas moins vrai que chez nous, sur un peu plus de 1.500 malades, elle a mis au lit 585 sociétaires, soit plus du tiers.

Loin derrière elle, viennent les accidents avec 387 cas ; puis les infections locales, ces accidents d'un genre spécial, avec 324 cas.

Les cardiopathies ont donné 99 cas ; la tuberculose seulement 48, sous réserve des diagnostics truqués ; les maladies du système nerveux, 46 cas.

Et si l'on regarde non plus la fréquence des cas, mais la gravité et la durée des maladies, nous avons vu que :

Les cardiopathies avec leurs 99 cas ont causé 51.445 *journées* d'incapacité de travail ; la tuberculose avec ses 48 cas a causé 50.380 *journées* d'incapacité ; les maladies du cerveau et de la moelle 31.335 *jours* ; alors que les accidents n'ont entraîné que 23.074 jours pour 387 cas, et la grippe 21.281 jours avec ses 585 cas.

Ce ne sont donc pas les maladies qui frappent le plus de sujets qui causent le plus de ravages ; elles peuvent atteindre en temps d'épidémie beaucoup d'individus, comme cela s'est vu avec la grippe, mais généralement les victimes s'en remettent assez vite, et, au point de vue social, il n'y a pas de gros préjudice.

Au contraire, les maladies qui ont été les plus terribles dans notre groupement sont en première ligne les affections du cœur et des vaisseaux, ce qui pourra surprendre plus d'un lecteur et tout de suite après vient la tuberculose, ce qui étonnera moins. C'est aussi chez cette dernière que la durée moyenne s'est montrée la plus élevée avec 815 jours, alors que cette moyenne n'est plus que de 412 jours pour les cardiopathies, et de 615 jours pour les maladies du système nerveux.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour que nos administrateurs et nos confrères examinateurs comprennent toute l'importance de ces chiffres et n'oublient pas ces renseignements vitaux pour l'avenir de notre Société.

Enfin, en nous plaçant sur un plan plus altruiste, disons à tous nos confrères qu'ils se méfient de la tuberculose et des affections cardiaques, bien souvent suites terribles de rhumatismes insuffisamment traités. Ce sont là les pires ennemis de leur santé. Nous y ajouterons la syphilis ; car, quoique on n'en parle pas dans nos relevés, il faut penser à sa présence, et c'est elle le plus souvent qui se cache derrière ces affections nerveuses paralysie générale, ataxie, etc., qui, elles aussi, ont coûté si cher à nos camarades.

II

De nos recherches sur l'influence de l'âge, nous ne dirons que peu de chose. Les graphiques que nous avons dressés sont plus éloquents que toutes les explications que nous pourrions donner. Résumons-les en disant :

1° C'est de 40 à 50 ans que nous avons eu le plus grand nombre de malades ;

2° C'est à 50 ans que nous enregistrons le plus grand nombre de journées de maladie ;

3° De 38 à 58 ans, la courbe des indemnités de 10 francs par jour décrit un plateau avec d'assez grandes oscillations ayant leurs sommets à 39, 41, 46, 49 et 51 ans ;

4° La courbe des indemnités chroniques de 100 francs par mois suit une ligne curieusement parallèle à celle des journées calculées globalement dans le second graphique ; c'est la preuve la plus frappante que l'on puisse donner de l'influence prédominante de la chronicité sur la morbidité générale ; et cette preuve s'inscrit encore sur la partie terminale des deux courbes, car on y voit que la ligne de chronicité se maintient à un niveau sensiblement supérieur à celui de l'autre ligne, et cela à partir de 65 ans, c'est-à-dire à partir du moment où les effets de la participation cessent sauf pour les membres inscrits à la com-

binaison Vie-Entière que nous avons fermée à cause du danger que nous pressentions et qui aujourd'hui est rigoureusement démontré. A partir de 65 ans donc, si le nombre des adhérents et des malades tend vers zéro, le nombre des journées de maladie tend à atteindre celui des journées de participation et celui des indemnités à servir tend à atteindre le fond de la caisse. Rien ne montre mieux combien il devient de plus en plus difficile après 65 ans de faire la part entre la maladie et la vieillesse.

III

Si chez nous la plus forte morbidité se montre entre 40 et 50 ans, soit comme nombre de cas, soit comme chiffre d'indemnités versées, parce que c'est la période où nous avons le plus d'adhérents, nous constatons que la morbidité réelle donnée par le rapport entre le nombre des journées de maladie et celui des journées de participation varie peu et n'augmente que dans des proportions restreintes jusqu'à 60 ans. Elle n'atteint 3 % qu'à 48 ans et 6 % qu'à 60 ans.

De 25 à 45 ans, on peut dire que la morbidité réelle reste stationnaire autour de 2 % ; que de 46 ans à 60 ans, elle oscille de 3 % à 6 % ; mais à partir de 61 ans, la ligne de morbidité fait alors une brusque et rapide ascension pour passer en vingt ans de 6 % à 100 %. C'est qu'ici le facteur vieillesse intervient de plus en plus avec l'usure des organismes et les maladies chroniques.

Nous pouvons donc dire que, chez nous, deux limites d'âges sont à retenir : 45 ans où commence une légère montée de la ligne de morbidité ; 60 ans où cette ligne prend une allure ascensionnelle impressionnante.

Nous signalons cette observation à nos actuaires ; ils auront peut-être un jour à en tenir compte lors des prochains inventaires.

IV

Telles sont les conclusions auxquelles nous a conduit notre enquête. Nous ne prétendons pas qu'elles soient inattaquables ; c'est d'ailleurs le sort de presque toutes les études qui reposent sur la statistique, surtout quand cette statistique n'est basée que sur un nombre insuffisant de faits, comme c'est notre cas.

Aussi présentons-nous notre travail comme un essai provisoire qui aura besoin d'être continué, amélioré, approfondi au cours des années qui vont suivre. Cependant, nous espérons que tel qu'il est, il aura pu intéresser ceux qui font de ces recherches leur travail quotidien, comme les actuaires. Il aura pu aussi apporter des éléments assez nombreux en fait de morbidité ; car, croyons-ous, c'est la première fois qu'une telle étude est tentée, du moins en France.

Or, il y a dans notre pays plusieurs sociétés analogues à la nôtre, notamment à Lyon, à Marseille, sans compter la Société Lagoguey, de Paris. Quoique ces diverses mutualités soient sensiblement moins riches que nous en adhérents, quoique aussi nous ayons un certain nombre de membres communs et faisant double emploi au point de vue statistique, nous émettons le vœu que leurs administrateurs se décident à entreprendre dans leurs archives un sondage analogue au nôtre, et fassent les mêmes recherches que celles auxquelles nous nous sommes livrés. Il serait, en effet, très intéressant de voir si, de leur côté, elles trouveraient les mêmes résultats que nous. C'est par des travaux parallèles, par l'accumulation des documents qu'on arrivera à établir une connaissance de plus en plus précise de ce que peut être la morbidité dans le Corps médical en France.

Et qu'on ne croie pas cette tâche inutile. Osons à ce propos, aller plus loin : si des recherches analogues aux nôtres étaient systématiquement entreprises dans toutes les grandes Sociétés d'assurances et de Secours Mutuels de France, englobant ainsi la majeure partie de la population travailleuse française prise dans toutes les classes de la Société (ou presque), on finirait par constituer une telle masse de documents et de statistiques qu'une science nouvelle en sortirait fatalement, grâce à laquelle les lois sociales d'assistance, d'assurance, de prévoyance, prendraient du coup un essor nouveau et pourraient s'avancer sûrement dans la voie d'un progrès inconnu jusqu'ici. Qui sait même si la Science médicale, elle aussi, n'en tirerait pas quelque profit, et si les notions actuelles d'étiologie et de prophylaxie ne pourraient pas en bénéficier ?

C'est sur cette idée que nous voulons clore notre travail en remerciant ceux qui auront eu le courage de s'infliger la tâche ingrate de le lire jusqu'au bout.

SUBVENTION EN FAVEUR DES ÉTUDES MÉDICALES

(M. Calmels, rapporteur)

(Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris.)

Le Conseil,

Vu sa délibération en date du 30 décembre 1927, approuvant le projet de budget de l'Administration générale de l'Assistance publique pour l'exercice 1928 ;

Sur le rapport (Imp. nº 65 de 1928) présenté par M. Calmels, au nom de la 5e Commission,

Délibère :

Article premier. — Le crédit inscrit au budget de 1928, pour subvention à l'Administration générale de l'Assistance publique en faveur des études médicales est réparti ainsi qu'il suit :

Laboratoires de radiographie et d'électrothérapie :
Necker (Contremoulins), 107.364 fr. 80 ;
Saint-Antoine (radiographie), 11.920 francs ;
Salpêtrière (Puthomme), 73.920 francs ;
Necker (Guibert), 3.000 francs ;
Pitié (Delherm), 3.500 francs ;
Laennec (Maingot), 2.000 francs ;
Lariboisière (Haret), 2.000 francs ;
Saint-Louis (Belot), 1.500 francs ;
Saint-Antoine (Solomon), 3.000 francs ;
Cochin (Barret), 3.000 francs ;
Total, 211.204 fr. 80.

Laboratoires individuels de recherches cliniques :

Hôtel-Dieu :
M. le professeur Hartmann, 4.000 francs ;
M. le Dr Rathery, 2.500 francs ;
M. Macé, 2.000 francs ;
M. Villaret, 3.000 francs ;
M. Halbron, 2.500 francs ;
M. Sainton, 3.000 francs ;
Total : 17.000 francs.

Pitié :
M. Lenormant, 2.000 francs ;
M. Chevrier, 2.500 francs ;
M. Vincent, 3.000 francs ;
M. Aubertin, 2.500 francs ;
M. Fredet, 3.000 francs ;
M. Marcel Labbé, 2.500 francs ;
M. Enriquez, 2.500 francs ;
M .Laignel-Lavastine, 3.000 francs ;
M. le professeur Vaquez, 3.000 francs ;
M. Jeannin, 1.500 francs ;
Total, 25.500 francs.

Charité :
M. le professeur Sergent, 4.000 francs ;
M. Descomps, 2.000 francs ;
M. Darré, 2.000 francs ;
M. Tixier, 3.500 francs ;
M. Babonneix, 2.000 francs ;
M. Baumgartner, 2.500 francs ;
M. Tinel, 2.000 francs ;
M. Levant, 1.500 francs ;
Total, 19.500 francs.

Saint-Antoine :
M. le professeur Lejars, 3.000 francs ;
M. le professeur Bezançon, 4.500 francs ;
M. Le Noir, 3.000 francs ;
M. Grivot, 2.000 francs ;
M. Pagniez, 2.500 francs ;
M. Comte, 2.000 francs ;
M. Coyon, 2.000 francs ;
M. Ramon, 3.000 francs.
M. Bensaude, 2.500 francs ;
M. Lévy-Solal, 3.000 francs ;
M. Lapointe, 2.000 francs ;
Total : 29.500 francs.

Tenon :
M. Hautant, 2.500 francs ;
M. Paisseau, 2.000 francs ;
M. Gernez, 4.000 francs ;
M. Weil, 3.500 francs ;
M. Lœper, 3.000 francs ;
M. Lian, 3.500 francs ;
M. Brulé, 2.000 francs ;
M. Boidin, 3.000 francs ;
M. Grégoire, 2.000 francs ;
M. Laroche, 2.000 francs ;
M. Michel, 2.000 francs ;
M. Magitot, 2.500 francs ;
M. Metzger, 2.000 francs ;
Total, 34.000 francs.

Cochin :
M. Fournier, 3.500 francs ;
M. Marcel Pinard, 2.000 francs ;
M. Launay, 3.000 francs ;
M. Pissavy, 2.500 francs ;
M. Chevassu, 3.000 francs ;
Total : 14.000 francs.

Beaujon :
M. Harvier, 2.000 francs ;
M. de Massary, 2.500 francs ;
M. Proust, 2.500 francs ;
M. Funck-Brentano, 2.500 francs ;
Total ,9.500 francs.

Necker .
M. Sicard, 2.000 francs ;
M. Brouardel, 3.000 francs ;
M. Schwartz, 2.000 francs ;
M. Laederich, 2.700 francs ;
M. Robineau, 4.000 francs ;
M. Duvoir, 2.000 francs ;
Total, 15.700 francs.

Trousseau :
M. Lesné, 3.000 francs ;

M. Papillon, 3.000 francs ;
Total, 6.000 francs.
Lariboisière :
M. Cunéo, 3.000 francs ;
M. Moran, 3.000 francs ;
M. Gandy, 2.500 francs ;
M. Rivet, 1.000 francs ;
M. Clerc, 3.000 francs ;
M. Marion, 3.000 francs ;
M. Herscher, 2.000 francs ;
M. Devraigne, 2.500 francs ;
M. Labey, 2.500 francs ;
Total, 22.500 francs.
Boucicaut :
M. Le Lorier, 2.000 francs ;
M. Trémolières, 3.000 francs ;
M. Dujarrier, 3.000 francs ;
M. Courcoux, 3.000 francs ;
Total, 11.000 francs.
Broussais :
M. Dufour, 3.500 francs ;
M. Laubry, 3.000 francs ;
Total, 6.500 francs.
Saint-Louis :
M. Lemaître, 3.500 francs ;
M. Ravaut, 3.500 francs ;
M. Louste, 3.500 francs ;
M. Lortat-Jacob, 3.500 francs ;
M. Renault, 3.500 francs ;
M. Chifoliau, 1.500 francs ;
M. Hudelo, 3.000 francs ;
M. Milian, 3.000 francs ;
M. Cathala, 1.500 francs ;
M. Leri, 1.500 francs ;
Total, 28.000 francs.
Ménages :
M. Touraine, 2.000 francs.
Sanatorium Villemin :
M. Buc, 2.000 francs.
Enfants-Malades :
M. Basset, 2.500 francs ;
M. Lereboullet, 4.500 francs ;
Total, 7.000 francs.
Bretonneau :
M. Grenet, 3.000 francs ;
M. Guillemot, 2.000 francs ;
Total, 5.000 francs.
Laennec :
M. Monthus, 2.000 francs ;
M. Jousset, 2.000 francs ;
M. Claisse, 1.000 francs ;
M. Louis Ramond, 1.000 francs ;
M. Auvray, 1.000 francs ;
M. Bourgeois, 1.000 francs ;
M. Baudouin, 4.000 francs ;
Total, 12.000 francs.
Clinique Tarnier :
M. le professeur Brindeau : 2.000 francs.
Fondation Debrousse :
M. Ameuille, 2.500 francs.
Broca :
M. Gougerot, 3.000 francs ;
M. Sécary, 3.500 francs ;
Total : 6.500 francs.
Maison de santé :
M. Milhit, 1.500 francs ;
M. Sauvé, 1.500 francs ;
M. Fiessinger, 2.000 francs
Total, 5.000 francs.
Bichat :
M. Lemierre, 3.500 francs.
Ambroise-Paré :
M. Desmarest, 2.500 francs ;
M. Abrami, 2.000 francs ;
M. Lemaire, 2.500 francs ;
Total, 7.000 francs.
Maternité :
M. Rudaux, 3.000 francs.
Andral :
M. Faure-Beaulieu, 2.000 francs ;
M. Monier-Vinard, 2.000 francs ;
Total, 4.000 francs.
Bastion 29 :
M. Auclair, 3.000 francs.
Bicêtre :
M. Toupet, 2.000 francs ;
M. Vallery-Radot, 3.000 francs ;
Total, 5.000 francs.
Salpêtrière :
M. le professeur Guillain, 2.500 francs ;
M. Crouzon, 2.000 francs ;
M. Nageotte, 3.000 francs ;
M. Ribadeau-Dumas, 3.500 francs ;
M. Faroy, 2.500 francs ;
Total, 13.500 francs.
Ivry :
M. Chabrol, 1.500 francs ;
M. René Bénard, 1.500 francs ;
Total, 3.000 francs.
Hérold :
M. Armand-Delille, 2.000 francs ;
M. Weill-Hallé, 1.000 francs ;
Total, 3.000 francs.
La Rochefoucauld :
M. Chiray, 3.500 francs.
Brévannes :
M. Lévy-Valensi, 2.000 francs ;
M. Maurice Renaud, 2.000 francs ;
Total, 4.000 francs .
Hendaye :
M. Morancé, 500 francs.
Berck :
M. le Dr Sorrel, 1.000 francs.
Enfants assistés :
M. Marfan, 3.600 francs.
Amphithéâtre d'anatomie :
M. Dujarrier, 2.500 francs.
Centres antimorbilleux :
Claude-Bernard :
M. le professeur Teissier, 3.500 francs.

Enfants-Malades :

M. Debré, 3.500 francs.

Consultations antisyphilitiques du soir

Charité :

M. Sézary, 1.500 francs.

Saint-Antoine :

M. Gougerot, 1.500 francs.

Beaujon :

M. Louste, 1.500 francs.

Bichat :

M. Maurice Renaud, 1.500 francs.

Boucicaut :

M. Tzanck, 1.500 francs.

Tenon :

M. Touraine, 1.500 francs.

Atelier d'orthopédie motrice de la Salpêtrière :

Chef de service, M. Guillain ; chef de laboratoire, M. le Dr Bidou, 3.000 francs.

Total pour les laboratoires individuels de recherches cliniques et les consultations antisyphilitiques, 161.800 francs.

Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques) :

Bibliothèque des internes en médecine et en pharmacie, 18.000 francs ;

Bibliothèque Feulard, à Saint-Louis, 3.000 francs ;

Archives et bibliothèque de l'Assistance publique, 1.500 francs ;

Bibliothèque centrale de l'Internat, 3.500 francs.

Bibliothèque Charcot (Salpêtrière), 600 francs.

Total, 26.600 francs.

Bourses de voyage :

Bourses de voyage pour études à l'étranger de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, 18.000 francs.

Amphithéâtre d'anatomie (Clamart) :

Frais d'études physiologiques, 3.600 francs.

Musées des divers établissements :

Achat et entretien du matériel, moulages et photographies pour tous les établissements, 13.500 francs.

Indemnités aux conservateurs, 47.151 fr. 20 ;

Total, 60.651 fr. 20.

Récapitulation :

1° Laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 211.204 fr. 80 ;

2° Laboratoires individuels de bactériologie, 361.800 francs ;

3° Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 26.600 francs ;

4° Bourses de voyage, 18.000 francs ;

5° Amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 3.600 francs ;

6° Musées des divers établissements, 60.651 fr. 20 ;

7° Réserve, 2.984 francs ;

Total, 684.840 francs.

Art. 2. — La dépense s'élevant au total à 684.840 francs sera imputée à concurrence de 664.840 francs sur le crédit inscrit au chap. 4, art. 15, du budget de l'exercice 1928, et le surplus, soit 20.000 francs, sur le chap. 10, art. 7 (Réserve), avec rattachement au chap. 4, art. 15, du même budget.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Mlle le Dr Régine Perlis, de Paris. — M. le Dr Jacques, de Marseille. — M. le Dr Herland, de Paimpol. — M. le Dr Bimbenet, de Cour-Cheverny.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le jeudi 25 octobre dernier, a eu lieu, au buffet de la Gare de Lyon, le dîner de rentrée de la Société Amicale des Médecins de Toulouse à Paris. Réunion parfaitement réussie en tous points et où assistaient les docteurs : Caujole, Terson, Privat, Gros, Lévy-Lebhar, Esclacissat, Vasselin, Faulong, Roule, Bourdier de La Roche, Mont-Refet, Bourguet, Montagne, Molinéry, Clavel, Frizac, Soula, de Parrel, Armengaud, Jeannel, Cambies, Delater, Gorse, Durand, Marcel Digeon, Quériaud, Lalbie, Marcorelles, Bory, Loze.

S'étaient excusés les docteurs : Dartigues, Noguès, David de Prades, Rigal, Simon, Mutel, de Beauchamp, Fourneau, Cany, Bracy, Baque, d'Ayrenx, Bosc, Babou, Flurin, Solanes.

A l'heure des toasts, prirent successivement la parole : le Dr Groc pour correspondance et questions diverses ; le Dr Terson qui, très finement et très spirituellement évoqua les souvenirs de son voyage à Sarragosse où il assista, en septembre dernier, à un Congrès Ophtalmologique ; le Dr Jeannel qui, avec beaucoup d'humour nous retraça les différents stades de sa carrière de médecin-naturaliste ; le Pr Roule, toujours éloquent et particulièrement agréable à entendre. Au bref, excellente soirée d'amicale reprise de contact et de chaude camaraderie.

La prochaine réunion de la S. A. M. T. P. aura lieu dans la première quinzaine de décembre. Elle sera précédée d'une visite au Vivarium et à l'Aquarium du Jardin des Plantes, dirigée par M. le professeur Roule et le Dr Jeannel. Chaque membre de la S. A. M. T. P. recevra en temps voulu toutes indications utiles pour assister à cette visite.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Médecin Syndicaliste du 15 mai 1928, page 411, les décisions prises à ce sujet, sur ma propre initiative et que voici en résumé : *a*) il faut toujours que le médecin traitant demande l'autorisation à l'assurance ; *b*) mais (et ceci est la nouveauté) en cas de *refus* d'autorisation, le médecin de l'assurance doit donner un avis *techniquement motivé* et cela *dans les trois jours*. Et il fut convenu à la Commission que le médecin traitant (sans avis techniquement motivé dans les trois jours) avait le droit de procéder à la radio... et naturellement par le radiographe choisi en toute liberté par le blessé.

Dr Fernand Decourt.

3714. — 1° Certificat en double ; 2° Intervention à 10 fr. dans l'ancien tarif Breton.

Je vous serais extrêmement obligé de me renseigner, par la voie du *Concours médical*, sur les points suivants.

1° Est-il exact que l'on ne soit pas obligé d'établir deux certificats d'origine de blessure pour les accidents du travail ? Si l'on en établit deux (presque toutes les compagnies les demandent), doit-on les faire payer dix francs les deux ?

2) Le pansement de petite brûlure (art. 28), est-il toujours tarifé dix francs, c'est-à-dire moins cher que la consultation simple sans pansement ?

3° Un agent d'assurance de V., pour me régler une note d'honoraires d'accident du travail, m'envoie la quittance à signer, et me prie de la faire recouvrer par la poste. De cette façon je paye les frais de recouvrement. Cet agent a-t-il le droit d'agir ainsi ? (J'ajoute qu'il est le seul à le faire ; toutes les autres assurances auxquelles j'ai eu affaire, règlent par chèque ou mandat).

Dr G.

Réponse.

1° L'article 29 ne parle que d'un *seul* certificat d'origine. Si la Compagnie en réclame deux, qu'elle les paye : 5 + 5 = 10 francs ; mais, pour être assuré d'en recevoir le montant, procurez-vous auparavant, une fois pour toutes, une demande *écrite* de la Compagnie de fournir chaque fois deux certificats.

2° Toutes les petites interventions tarifées 10 francs dans l'ancien tarif sont reportées à 12 francs depuis 1927 (décision de la Commission du tarif des soins aux accidentés du travail).

3° Vous n'avez pas (et je ne le fais jamais) à envoyer de reçu avant d'être payé. Quant au paiement par vous des frais d'envoi, c'est bien mesquin de la part de cette Compagnie.

Dr Fernand Decourt.

3778. — Spécialités pharmaceutiques.

Je vous serai obligé de vouloir bien me faire savoir si je puis prescrire à un accidenté du travail du vaccin antipyogène de Fournier. La compagnie la X. prétend que le vaccin en question (1) a été supprimé du dit tarif ou bulletin de variation du 1er juillet 1926, page 13, 2e colonne, 19e ligne (lettre écrite au pharmacien qui réclame le payement du vaccin). Il m'est impossible de contrôler cette assertion. Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner votre opinion en la matière.

Dr R.

(1) Plus exactement : la catégorie à laquelle appartient le vaccin en question.

Réponse.

C'est au *pharmacien*, qui doit avoir chez lui tous les bulletins de variation à contrôler si telle ou telle spécialité sera payée par l'assurance, *avant* de la délivrer au blessé, et d'en prévenir celui-ci et son médecin traitant. Si elle est remplaçable, le médecin pourrait agir en ce sens ; si elle ne l'est pas (ce qui est plutôt rare, après tout) c'est au blessé à la payer au pharmacien de sa poche. Je ne vois pas d'autre solution, *légalement*.

Dr Fernand DECOURT.

Accidents du travail.

3760. — Accident survenu à un bûcheron.

J'ai donné mes soins à un ouvrier bûcheron victime d'un accident, coup de hache, alors qu'il travaillait en compagnie d'autres ouvriers, pour le compte d'une exploitation forestière.

Après guérison, j'ai envoyé ma note d'honoraires, au tarif accidents du travail, au directeur de ladite entreprise, qui me répond : « Ces bûcherons travaillant à l'entreprise ne sont pas couverts par la loi d'assurance ». Et il me renvoie à l'ouvrier lui-même.

Je vous serais obligé de me dire si je dois abandonner tout espoir d'être payé, car le blessé, père de famille nombreuse, est certainement hors d'état de solder mes honoraires.

Dr L.

Réponse.

Pour dire d'une façon ferme si votre client a droit ou non au bénéfice de la loi du 15 juillet 1914, qui a étendu aux exploitations forestières la législation sur les accidents du travail, il serait nécessaire de connaître exactement la nature du contrat qui le liait au chef d'entreprise ou au propriétaire des bois abattus.

En effet, pour que la loi soit applicable, il est nécessaire que le blessé fasse la preuve d'un contrat de louage de services, le plaçant sous la direction et la surveillance d'un patron pour

l'exécution de son travail. Si l'ouvrier travaille sous sa seule responsabilité et moyennant un prix fait, il peut y avoir alors contrat d'entreprise et le patron ou propriétaire des bois n'est pas responsable des accidents. Il est souvent très difficile de faire la démarcation entre le contrat d'entreprise et le contrat de travail avec salaire à la tâche et c'est là une question de fait qui ne peut être tranchée que par un tribunal.

C'est pourquoi, nous aurions besoin de savoir comment l'ouvrier travaillait et comment il était payé.

En ce qui concerne vos honoraires, vous ne pourrez les faire payer par le patron que s'il est reconnu par une décision de justice qu'il s'agit d'un accident du travail.

Il faut donc avant tout que votre blessé cite son patron en paiement du demi-salaire devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure spéciale de la loi du 9 avril 1898. Cette procédure est exempte des droits de timbre et d'enregistrement. Si l'ouvrier obtient gain de cause, vous pourrez agir contre le patron ; dans le cas contraire, si vous ne voulez pas faire payer l'ouvrier, vous serez dans l'obligation de renoncer à vos honoraires.

Nous attendons des renseignements complémentaires pour nous faire une opinion sur les chances de succès d'une action du blessé contre son patron.

3753. — Salaire de base d'un cultivateur assujetti volontaire.

Un de mes clients agriculteurs est assuré pour les A.T. à une mutuelle agricole, qui prend comme salaire de bases celui de la Préfecture : fr. 14,30. Ce prix est inférieur à celui que l'on paye réellement aux ouvriers agricoles. Le prix réel est de fr. 30 (en espèces et en nature), par jour.

Le demi-salaire de l'accidenté ainsi que le salaire de base pour le calcul de l'I.P.P. que prendra le tribunal seront-ils : *a*) la moitié du salaire au prix de journée du barème préfectoral ou bien moitié du salaire réellement touché ?

b) Le salaire de base pour calcul de l'I.P.P. sera-t-il celui de la préfecture ou le réel ?

Je pense que c'est sur le salaire réel que l'on tablera.

Quelle est alors la situation de responsabilité de ce patron assuré à cette mutuelle agricole ?

Dr F.

Réponse.

Une distinction est à faire, suivant qu'il s'agit d'un ouvrier agricole ou d'un agriculteur assujetti volontaire à la législation sur les accidents agricoles. Dans le premier cas, le blessé a droit à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire qu'il touchait au moment de l'accident (y compris les prestations en nature), en vertu de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922. C'est seulement dans le cas de salaire variable et après l'expiration du temps qu'aurait duré dans

l'exploitation le travail auquel elle était occupée que la victime de l'accident devrait se contenter de la moitié du salaire fixé par le Préfet. Dans ce cas, si le patron s'est assuré pour une somme inférieure au salaire réel, il lui appartient de payer intégralement le blessé et de supporter personnellement sans recours contre l'assurance la différence entre le salaire déclaré et celui servant de base à l'indemnité.

Dans le second cas, les indemnités doivent être calculées sur la base du gain annuel déclaré par l'agriculteur quand il a contracté assurance. Si, dans la police, il a été convenu que le salaire fixé par le Préfet servirait de base aux indemnités le blessé ne peut rien réclamer de plus à la Compagnie.

3813. — Accident survenu à un métayer Tarif applicable.

L'an dernier, à peu près à cette période de l'année, je vous questionnais au sujet d'honoraires à demander à un agriculteur qui, assuré, en même temps que son personnel, contre les accidents du travail, refusait de me régler au tarif syndical les visites que je lui avais faites à l'occasion d'un sinistre le concernant personnellement, et se retranchait derrière l'assurance. L'assureur, d'ailleurs, lui conseillait de ne me rien verser, car c'était à lui, assureur, à payer les frais médicaux ; jamais, depuis, je n'ai touché quoi que ce fût. D'autres sinistres du même genre se sont souvent présentés depuis, et jamais je n'ai pu me faire payer directement par le patron blessé, les assureurs, ici, empêchent leurs clients de payer directement le médecin. Il m'a donc toujours été impossible de suivre votre avis sur ce point, ou du moins de faire payer au patron le tarif syndical.

Les assureurs prétendent que je suis le seul médecin à leur connaissance qui s'entête dans cette idée de vouloir appliquer à l'exploitant-patron un tarif plus élevé (syndical) que le tarif-loi.

Dans l'espèce il s'agit le plus souvent de métayers qui ont contracté une assurance pour eux-mêmes et leur famille en même temps que pour leur personnel domestique.

Mes confrères ici m'exposent que les métayers qui s'assurent ainsi sont des assurés obligatoires et qu'en cas d'accidents, le propriétaire aurait toutes les responsabilités, que, par suite, ils les soignent au tarif-loi.

Propriétaire moi-même d'un domaine exploité par métayer (bail à moitié fruits) je paye bien, par convention d'usage, la moitié de la prime des assurances que ce cultivateur a contractées à la fois pour lui, pour toute sa famille et pour son personnel domestique ; mais je me demande vraiment si, au cas où le métayer aurait un accident grave le concernant personnellement, je serais inquiété s'il ne s'était pas assuré lui-même, si, par exemple, il n'avait assuré que son personnel domestique.

J'avais ces années dernières, ce domaine indivis avec mon beau-frère, et à ce moment-là mon beau-frère prétendait que nous n'avions pas à assurer le métayer contre les accidents qui pourraient lui survenir personnellement.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire ce que vous pensez de tout cela. Comme je n'arrive pas à me faire payer le tarif syndical pour un accidenté agricole-patron, mieux vaut sans doute, plutôt que de ne rien toucher du tout, accepter les exigences de MM. les assureurs.

Dr C.

Réponse.

Nous maintenons intégralement l'avis que nous vous avons donné par notre lettre du 24 novembre 1927 : en matière d'accidents du travail, qu'il s'agisse d'un ouvrier ou d'un patron agriculteur assujetti volontaire, vous avez *toujours* le droit de considérer le blessé comme un client de droit commun et de vous faire payer par lui suivant votre tarif syndical. Au blessé de se retourner ensuite contre l'assurance pour se faire rembourser par elle dans les limites du tarif des accidents du travail. Ce qui prouve mieux que tout l'exactitude de la thèse que nous soutenons, c'est que dans le projet de révision de la législation des accidents du travail actuellement soumis au Parlement, une disposition est prévue pour limiter *dans tous les cas* les honoraires des médecins au tarif accidents.

Une telle disposition ne se comprendrait pas si les textes actuels interdisaient au médecin de se faire honorer par le blessé à son tarif ordinaire.

Nous avons soutenu bien des procès dans le but de faire établir une jurisprudence, mais, malheureusement, nous n'avons pu y parvenir car, dans chaque affaire, les assurances se sont empressées de payer les honoraires demandés, aussitôt la demande introduite et, en tout cas, avant tout jugement.

Le « Sou médical » reste à la disposition de ses adhérents pour leur prêter son appui moral et pécuniaire dans toutes les affaires de ce genre qu'ils pourront lui soumettre.

Vous êtes responsable, de compte à demi avec votre métayer, des accidents dont les membres de sa famille travaillant avec lui ou son personnel domestique pourraient être victimes au cours de leur travail, et vous vous êtes couvert contre ce risque en contractant une assurance, de concert avec votre métayer, assurance dont chacun de vous paye la prime par moitié conformément à la loi. Mais, en aucun cas, vous ne sauriez être responsable des accidents dont votre métayer lui-même pourrait être victime, car le métayer n'est pas un ouvrier travaillant sous vos ordres et en vertu d'un contrat de louage de services. C'est à lui qu'il appartient, s'il le désire, de se

couvrir en contractant une assurance personnelle.

En effet, le métayer est en quelque sorte l'associé du propriétaire et, s'il est juste que le propriétaire prenne à sa charge la moitié du risque pour le personnel, il n'y a pas de raison qu'il assure son associé.

3510. — L'insolation est-elle un accident du travail ?

Je vous serais fort reconnaissant de me faire connaître si une congestion cérébrale survenant chez un travailleur peinant au grand soleil peut être considérée comme un accident du travail : un tel accident est survenu à un ouvrier agricole pendant qu'il construisait une meule de paille ; son patron m'a fait prendre et m'a dit : « mon ouvrier a eu cet accident chez moi pendant son travail et je suis assuré à la Cie X. » Je donne mes soins et la Cie refuse de payer, parce que cette maladie n'est pas un accident du travail. Que dois-je faire ?

Dr M.

Réponse.

Suivant Sachet, Conseiller à la Cour de Cassation, dont l'ouvrage sur les accidents du travail fait autorité, une insolation peut être considérée comme un accident du travail, lorsqu'elle est survenue au cours d'un travail excessif ou particulièrement pénible accompli par une chaleur solaire intense ou au cours d'un travail exécuté en plein soleil pendant l'été dans des conditions qui aggravaient les dangers que pouvait faire courir la température, et à l'appui de son opinion, il cite plusieurs décisions de jurisprudence, dont une concerne précisément le cas d'un ouvrier obligé de construire une meule de paille sous un soleil torride, sans pouvoir se mettre à l'abri (Trib. Versailles, 20 décembre 1900, D. 1901-2-239 ; Sachet, tome I, nº 299, page 210).

Puisque la Compagnie refuse de reconnaître l'accident, il faut que l'ouvrier cite son patron en payement de son demi-salaire, devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure spéciale des accidents du travail. Si le juge donne gain de cause à l'ouvrier, vous pourrez vous faire honorer par le patron ou l'assurance ; dans le cas contraire, vous n'aurez de recours que contre l'ouvrier personnellement ou encore contre le patron, conformément au droit commun, si vous pouvez faire la preuve que c'est lui qui vous a mis en œuvre et qu'il vous a demandé lui-même de donner des soins à son ouvrier.

3856. — Rechute ou revision ?

Abonné du *Concours médical* et du « Sou Médical » je me permets d'avoir recours à votre obligeance au sujet d'un accident du travail soigné par moi.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **45 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux *Concours Médical*, PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

Blessé le 12 sept. 28 : plaie profonde de l'avant-bras droit de 5 cm. de long par chute d'une porte de wagon sur le bras. Un contrôle de la Cie d'assur., en cours de traitement avait noté des troubles nerveux vagues autour de la blessure. Reprise du travail le 11 oct. 28 sans que le blessé se plaigne alors de sa blessure.

Cet ouvrier revient me dire que sa blessure le fait souffrir et qu'il ne peut plus accomplir le travail qu'il faisait avant l'accident(pistolet-burin à air comprimé, instrument très vibratoire), je constate cicatrice souple mais épaississement périosté au niveau du radius, sous-jacent à la blessure, la radiographie n'a pas été pratiquée.

Que me conseillez-vous ? Faire :

a) Rechute de l'accident du...... avec nouveau certificat initial, provocation de contrôle de l'assurance pour I.P.P. (je crois que le traitement n'améliorera pas le blessé. Je ne pense pas à périostite spécifique, mais à une impotence fonctionnelle résultant du travail qu'il accomplit).

Ou bien : *b*) Demande de revision de l'ancien accident, terminé sans I.P.P., à introduire dans les 3 mois (je crois, d'après plusieurs réponses des demi-colonnes du *Concours*). Mais de quelle façon s'y prendre ? Est-ce au blessé ou à moi qu'il appartient de faire les démarches ? Au juge de paix du lieu de l'accident ?

Excusez-moi d'abuser de votre temps, mais je serais heureux d'avoir votre opinion, le blessé doit revenir la semaine prochaine et je ne sais quelle réponse lui donner, étant peu familiarisé avec la procédure des A.T.

Dr P.

Réponse.

Puisque l'accidenté est atteint d'une incapacité permanente partielle et que vous estimez qu'un traitement de l'améliorerait pas, il est préférable, à notre avis, d'avoir recours de suite à la procédure de la revision.

Celle-ci doit être demandée dans un délai de trois ans, et non trois mois, à compter de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité temporaire, lorsque, comme en l'espèce. il n'y a pas eu attribution de rente.

La demande est formée par voie de simple déclaration au greffe du tribunal civil du lieu de l'accident, c'est-à-dire si l'accident a eu lieu dans la Seine, au Greffe du tribunal civil de la Seine.

Vous n'avez pas qualité pour faire cette déclaration ; c'est l'accidenté lui-même qui doit la faire, ou son mandataire.

Questions médico-militaires.

3698. — Conditions nécessaires pour obtenir la Légion d'Honneur.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur la question suivante : après combien d'années de service le médecin de réserve peut-il faire

valoir ses droits à la Légion d'honneur ? Je compte actuellement, avec les majorations pour services de guerre, 25 années de service.

Dans le cas où je serais en droit de solliciter ma proposition à qui dois-je adresser ma demande ?

Dr X.

Réponse.

Il faut au médecin de réserve 30 annuités (services, services de guerre, blessures de guerre, citation à l'ordre de l'armée), afin d'être proposé pour la Légion d'honneur.

C'est au directeur du Service de santé de votre région qu'il faut vous adresser pour lui rappeler que vous êtes proposable, et lui demander de vous proposer en temps opportun pour la Légion d'honneur.

3795. — Promotion au grade supérieur.

Je suis aide-major de 1re classe depuis mars 1917. Que dois-je faire pour passer au grade supérieur ?

J'ai fait toute la guerre aux armées.

J'ai fait 3 périodes avant guerre.

Je n'ai pas fait de période depuis l'armistice.

Dr M.

Réponse.

Vous avez plus de six années de grade de médecin-lieutenant ; vous êtes donc dans les conditions d'avancement au grade supérieur ; tout au plus, pourrait-on vous demander de faire une période d'exercice (sur les deux qui sont réglementaires), puisque vous avez passé une moitié de la guerre en possession de votre grade actuel.

Voyez votre directeur du Service de santé, et faites-vous appuyer auprès de lui afin qu'il vous propose au ministre dans un bon rang.

Médecine légale.

3801. — Constatations médicales à la suite d'un crime.

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer quels honoraires je dois demander dans le cas suivant :

Le 12 courant, sur appel téléphonique de la gendarmerie, je me suis rendu à 1 km. en auto constater :

1° Le décès d'une femme par 2 balles de révolver dans la tête ;

2° La tentative de suicide du meurtrier, son mari allongé près d'elle ;

3° Le lendemain soir j'ai constaté le décès dudit meurtrier.

J'ai délivré à la gendarmerie (sur papier libre) :

1° Un rapport sur le décès de la femme ;

2° Un rapport sur le décès du mari.

A qui adresser ma note ?

Dr J.

Réponse.

Pour éviter toute contestation possible avec le Parquet, il eût été bon de vous faire confirmer par écrit par une autorité compétente (maire, commissaire de police ou officier de gendarmerie) la réquisition verbale dont vous avez été l'objet.

Quoi qu'il en soit, vous devez vous faire honorer au titre des frais de justice en matière criminelle et, en conséquence, adresser votre mémoire d'honoraires en double exemplaire dont l'un sur timbre si la somme réclamée dépasse 50 francs, au Procureur de la République du ressort. Après visa du Procureur général et taxe du Président, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

En vertu du décret du 22 décembre 1927, vous avez droit, pour chacun de vos examens, à un honoraire de 25 francs, y compris la rédaction est le dépôt du rapport ou certificat, soit au total : 75 francs.

Aucun frais de déplacement ne vous est dû, le lieu de votre transport n'étant pas situé à plus de deux kilomètres de votre résidence.

Baux et locations.

3818. — Prorogation. Taux limite du loyer.

Je suis titulaire d'un bail de six années consécutives qui a commencé à courir à partir du 29 septembre 1923, pour prendre fin le 29 septembre 1929, au prix de 5.800 francs, charges comprises, les charges sont de 500 francs.

L'appartement était loué à un confrère, 1.250 fr. avant la guerre. Après la guerre 2.500, en 1923 le confrère a préféré le quitter ne voulant pas accepter une nouvelle augmentation. Je l'ai loué 5.800.

1° Le propriétaire avait-il le droit de demander ce prix ?

D'après la loi, je puis rester dans mon appartement jusqu'au 1er avril 1931. J'ai demandé à mon propriétaire s'il consentirait à me faire un nouveau bail, à partir du 29 septembre 1929 et, que, de ce fait, je renoncerais à la prorogation des deux années que m'accordait la loi du 1er avril 1926.

Il m'a répondu :

a) En admettant que je n'accepte pas de faire un nouveau bail, vous auriez à subir une augmentation sur la prorogation légale, augmentation qui sera fixée par une loi.

2° Est-ce exact ?

b) Je consens à vous faire un nouveau bail de six ans, aux conditions suivantes :

2.000 fr. d'augmentation pendant les trois premières années.

4.000 fr. d'augmentation pendant les trois dernières années.

Ce qui mettrait le loyer à :

7.500 francs pendant 3 ans.

11.500 francs pendant 3 ans.

3° Légalement, le propriétaire peut-il imposer ces conditions.

4° Le propriétaire peut-il renvoyer un médecin de son appartement, sans indemnité.

Dr M.

Réponse.

En vertu de la loi du 1er avril 1926, le loyer d'un local, affecté en tout ou partie à l'exercice d'une profession, ne peut dépasser le loyer de 1914, majoré de 125 %. Au maximum ainsi établi, il convient d'ajouter le remboursement au propriétaire des majorations subies par rapport à 1914, par les impôts grevant l'immeuble (à l'exception de l'impôt foncier) et par les prestations en nature fournies ; pour le remboursement de ces charges les parties peuvent convenir d'un forfait ne dépassant pas 15 % du loyer majoré.

Dans votre cas, sur la base d'un loyer de 1.250 francs avant la guerre, le loyer actuel ne devrait pas être supérieur à 2.812 fr. 50, plus, en admettant le forfait de 15 %, 421 fr. 50, soit donc au total : 3.234 fr. 40.

L'article 14 de la loi du 1er avril 1926 vous donnait le droit de demander la réduction de votre loyer au taux-limite, mais à la condition d'exercer ce droit dans les six mois de la promulgation de la loi. Ne l'ayant pas fait, vous êtes désormais forclos et vous devez continuer à payer votre loyer tel qu'il a été fixé au bail.

Lorsque votre bail sera terminé, le 29 septembre 1929, vous bénéficierez de plein droit de la prorogation jusqu'au 1er avril 1931, sans même avoir à la demander.

Il est exact que la taxation des loyers sera révisée, nécessairement dans le sens d'une augmentation, par une loi à intervenir avant le 1er avril 1929, mais il est hors de doute que la nouvelle augmentation n'atteindra pas la différence entre le loyer que vous payez et celui que vous auriez dû normalement supporter. Par conséquent, vous bénéficierez de la prorogation sans avoir à supporter une augmentation de votre loyer actuel.

Mais, si le propriétaire ne peut s'opposer à l'exercice de votre droit à la prorogation, rien ne le contraint à vous consentir un nouveau bail. De plus, la législation actuelle des loyers prenant fin le 1er avril 1931, il peut vous imposer, à partir de cette date, le loyer qui lui convient, sans aucune taxation. Bien entendu, il se peut qu'à partir de 1931 de nouvelles prorogations soient accordées aux locataires, mais pour le moment il est impossible de faire aucun pronostic à ce sujet.

D'autre part, les médecins ne peuvent bénéficier de la loi sur la propriété commerciale, de telle sorte qu'en cas d'éviction après prorogation, vous ne pourriez prétendre à aucune indemnité.

Par conséquent, à défaut d'accord avec votre

propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail à des prix raisonnables, vous êtes certain de rester dans les lieux sans augmentation jusqu'au 1er avril 1931, mais aucune certitude ne peut vous être données sur le sort qui vous sera fait après cette date.

Honoraires de droit commun.

3832. — Reconnaissance de dette d'honoraires.

Une cliente me doit environ 600 fr. Jusqu'ici, je n'ai été payé qu'avec des promesses, à telle enseigne que mes deux années de crédit se terminent à la mi-décembre prochain. Je sais qu'une citation peut seule interrompre la prescription, mais je ne désire pas (peut-être à tort) employer ce procédé.

Serais-je suffisamment couvert en faisant signer une reconnaissance libellée en ces termes :

« Je soussignée X certifie devoir au Dr D. la somme de.... Je m'engage à me libérer par versements successifs suivant mes possibilités, et il est entendu que la présente reconnaissance dont le Dr D. reste détenteur, me sera remise, au moment de ma libération définitive.

Vu et approuvé. Vu et approuvé.
Dr D. *Signature du débiteur.*

Cette reconnaissance a-t-elle de la valeur au point de vue légal ? Doit-elle être faite en double exemplaire, un pour moi et l'autre pour le débiteur. Sa rédaction sur papier libre est-elle suffisante ?

Dr D.

Réponse

Si vous voulez éviter une citation en justice et, d'autre part, vous prémunir contre la prescription de vos honoraires, vous devez faire souscrire par votre cliente une reconnaissance de dette sur papier timbré, dans laquelle celle-ci reconnaîtra vous devoir une somme déterminée pour soins donnés de telle date à telle date et s'engagera à vous payer à raison de tant par mois, à partir de telle date, ou à première réquisition de votre part. Il ne faut pas laisser à votre cliente la faculté de se libérer quand elle le jugera à propos, car, dans ces conditions, vous ne pourriez jamais agir contre elle.

Au cas où votre cliente serait mariée, il serait nécessaire que la reconnaissance de dette fut établie conjointement et indivisément par elle et son mari, ce dernier s'obligeant tant en son nom personnel que pour autoriser son épouse à contracter.

Cette reconnaissance de dette peut être faite en un seul exemplaire dont vous resterez détenteur jusqu'à parfait paiement.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricour, J. Gaston (*Clin. p. enf.*), S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), Kent-Gazet, Makereel.
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Rion.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Minelle, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant, Bernard C.
Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Deloc-que-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*derm.*), Gaudichon (*oto-lar.*), Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, Potheau (E.). Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldagués, Léon Clément, (*clin. chir.*), Théo Roux, Vadon.
Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)
Vence : Boulba *Mal. poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud, Devoir (*Le Home Médical*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Faulong, de Fontenay-aux-Roses, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

No 501. — Poste méd., pharm. ou propharm. à céder rég. Toulouse, logem. confort. Condit. intér. Ecr. Dr Audibert, à Saintes (Ch.-Inf.).

No 502. — Dame recommandée dem. empl. après-midi chez docteur à Paris pour récept. clients etcomptes. Peu exigeante. Ecr. M. Draghi, 12, rue Girardon, Paris.

No 503. — A conf. de méd. génér. désir. se spécialiser, j'apprends ma spécialité, la dentisterie, et lui cède ensuite mon affaire Côte d'Azur.

No 504. — Aisne. Très ancien poste à céder pour cause santé. Propharm. Conditions de reprise : achat maison et pharmacie.

No 505. — A vend. Camera Pathé-Baby état de neuf, avec moteur neuf à y adapter et trois chargeurs ébonite ; 600 fr.

No 506. — Vendrais trois premières années Esculape au plus offrant. S'ad. Mmes Ribes, 12, pl. de la Victoire, Antibes (A.-M.).

No 507. — A céder : 1o Paris (Xe), anc. cab. méd. génér. rapp. 60.000 minim. Gr. appart. 6 p., dépend., loyer 3.500, bail. Indemn. à débattre.

2o Côtes-du-Nord. Client. seul méd., rapp. minim. 60.000, maison 10 p. avec eau, électr. et gr. jardin, résid. à 6 km. mer. Prix 25.000 dont 15.000 compt. ;

3o Est. Client. de ville, rapp. 60.000 mais. suscept. augment. avec chirurgie d'urgence (hôp. à dispos.). Méd. du ch. de fer. Indemn. 20.000 avec 1/2 compt. ;

4° Berry. 4 h. de Paris, poste seul méd. propharm., rapp. 90.000. Maison confort. avec jardin et rivière. Loyer 1.200. Indemn. 45.000 dont partie compt. (chasse et pêche).
S'ad. Cab. Breitel et Groret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. 36-46.

N° 508. — Doct. quelque peu au courant d'ophtalmologie voudrait occup. quelques heures par jour et par semaine. Paris ou banlieue immédiate.

Renseignements

Bourgogne. Confr. offre ses vins champagnisés supérieurs Pouilly blanc, Moulin à Vent rouge, 200 fr. caisse de 12 bouteilles franco.

Enf infirmes, paralys., épilept., arriérés, trait. spéc. individ. Résult. très intéress. Pension méd., vie famille, prix mod. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

Echos de la Journée du « Concours Médical »

(18 Novembre 1928)

Encore une journée que nous marquons d'une pierre blanche. Les Assemblées générales du *Concours* et de ses filiales se sont tenues dans l'après-midi, et ont été attentivement suivies par une assistance nombreuse.

A la Mutualité familiale, Henri Mignon a ajouté quelques commentaires à son remarquable travail sur la Morbidité du corps médical en France.

Boudin a exposé, au « Sou médical », la question de la concurrence créée aux Maisons de santé privées par les hôpitaux et hospices volontiers empressés à se transformer en entreprises commerciales, pour accueillir les malades payants. Discussion animée où différentes opinions se sont fait jour. On en trouvera le compte rendu détaillé dans un prochain numéro.

A la Société du *Concours Médical*, le morceau de résistance a été la question, tout à fait d'actualité, des soins d'urgence réclamés par les accidents d'automobile et des moyens les plus propres à assurer la rémunération du médecin, en tout état de cause. Un vœu a été finalement voté, pour être transmis aux grandes associations touristiques de province.

Le dîner a remporté son succès habituel. Plus de 120 convives étaient rassemblés dans la grande

salle gothique de Marguery, et parmi eux, des professeurs, des médecins des hôpitaux, les représentants des grands groupements professionnels : Association générale, Syndicat des médecins de la Seine, Commission mixte intersyndicale, etc. ; tous les principaux collaborateurs du *Concours.*

Selon le cliché usité, la plus franche gaité n'a cessé de se manifester durant tout le repas, jusqu'à l'heure fatidique des toasts. Toast du Président Gassot ; allocution de Duchesne, remerciant chaleureusement tous les concours qui contribuent à donner au journal sa véritable physionomie ; toasts du Dr Cibrie, du Dr Hartemberg, du professeur Hartmann, de l'ami Dartigues, de M. Fleury, etc.

Sur le coup de dix heures, on s'est levé de table pour prendre le café dans les salons voisins, tandis que la salle du dîner était rapidement transformée en salle de bal, et jusqu'au petit jour, des couples animés de jeunes gens conviés, parmi les amis de la maison, n'ont cessé de s'en donner à cœur joie, aux accents infatigables d'un jazz endiablé.

Et tandis que la jeunesse s'esbaudissait ainsi selon les rites du jour, les grands anciens, les Doyens de la maison : Gassot et Maurat, et leurs collaborateurs, toujours fidèles à leurs postes, comme si le temps n'avait pas de prise sur eux, philosophèrent avec indulgence, en songeant à préparer les fêtes du Cinquantenaire, dans un an.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Le 25 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain), conférence de M. ROUX-BERGER sur le *traitement actuel du cancer de la langue : chirurgie et radiations.*

— **Faculté de médecine de Paris.** *Thérapeutique.* — Le 1er décembre, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, leçon de M. H. LABBÉ, professeur agrégé, sur *les cures de légumes.*

— **Hôpital de la Pitié.** — M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé, médecin de la Pitié, a repris ses leçons cliniques le 21 novembre.

— **Hôpital Trousseau.** — M. LESNÉ fait tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de *clinique et de thérapeutique infantiles*, avec la collaboration de MM. de Gennes et Marquézy, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, Mme Hardouin, MM. Héraux, Laporte, Lemaire et Turpin, anciens internes du service.

— **Hôpital Lariboisière.** Consultation Civiale (*voies urinaires*). Service de M. le professeur agrégé MARION — Une série complémentaire de leçons sera faite les

lundi, mardi, jeudi et vendredi, à 11 heures, à partir du lundi 3 décembre 1928, avec le programme suivant :

La blennorragie chez l'homme. Anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires. Les traitements et leurs indications, par M. Eudel, ancien assistant du service.

La blennorragie chez la femme, par M. Dalsace, assistant adjoint chargé de la consultation des femmes.

L'urétroscopie, par M. Busson, chargé des examens urétroscopiques du service.

La haute fréquence en urologie. Principes généraux. La diathermie chez l'homme et chez la femme par M. Roucayrol, chargé du service de la diathermie.

Bactériologie des urétrites. Diagnostic bactériologique de la guérison, par M. Colombet, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M. salle Béclard (Une deuxième série aura lieu à Pâques).

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande. Droit d'inscription : 300 fr.

— **Hôpitaux de Paris.** *Assistants de consultations.* — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier 1929 dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteurs en médecine et d'ancien internes des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du service de santé de cette administration (3, avenue Victoria).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de stomatologiste.* — Sont déclarés admissibles : MM. Dechaume, Cabrol et Fribourg.

— **Congrès international des femmes médecins.** — Le prochain Congrès de l'Association internationale des femmes médecins se tiendra à Paris les 11, 12 et 13 avril 1929.

— **Hôpital Rothschild.** *Internat.* — Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires aura lieu à l'hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris (XIIe), le lundi 17 décembre 1928.

S'adresser pour renseignements et inscriptions à l'hôpital de Rothschild, tous les jours, de 8 h. à midi.

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.** *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de dix internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain en-Laye. Ce concours, qui comportera une épreuve

écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 20 décembre 1928, à l'hôpital.

Les candidats devront être de nationalité française et ne pas être âgés de plus de 30 ans. Cette limite d'âge est augmentée d'une durée égale à la mobilisation. Ils devront se faire inscrire au bureau de la Direction de l'hôpital et y déposer, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours, les pièces suivantes : 1° acte de naissance ; 2° certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° certificat d'une Faculté de médecine de l'Etat attestant qu'ils sont régulièrement pourvus de douze inscriptions validées ou un certificat de l'Assistance publique attestant qu'ils sont ou ont été externes des hôpitaux près une Faculté ou Ecole pendant un an ; 4° certificat délivré par leur chef actuel de service ou s'ils ne sont attachés à aucun service hospitalier, par leur dernier chef de service, et contresigné par le Directeur de l'établissement dans lequel ils ont fait leur service et attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec zèle, exactitude et subordination.

L'hôpital comporte deux services de chirurgie générale ; deux services de médecine générale ; un service de maternité. Plus de 4.000 malades y sont traités.

La durée des fonctions d'interne titulaire est de deux ans. Les internes provisoires sont nommés pour un an.

Sous le rapport du stage hospitalier, les internes de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye sont assimilés par la Faculté aux internes des hôpitaux de Paris et jouissent des mêmes avantages.

Le traitement alloué est de 4.000 francs par an. Plus nourriture, logement, chauffage et éclairage.

L'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1929.

— **Académie de médecine.** *Concours Vulfranc Gerdy.* — Tous les ans, l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu à ce concours est chargé pendant quatre années consécutives d'une mission dans une ville d'eaux. Une indemnité annuelle de 1.500 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs destinée à récompenser le mémoire qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours de cette année aura lieu prochainement. Les candidats sont priés d'adresser dès maintenant leur demande au Secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

— **Soirée artistique Ciba.** — Nous rappelons à nos lecteurs que cette soirée, annoncée il y a huit jours, aura lieu mercredi prochain, à 8 h. 45; salle des Ingénieurs civils, rue Blanche, Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 novembre.

Enseignement de la médecine.

Sont nommés professeurs :

De toxicologie et hygiène appliquée à la Faculté de Bordeaux, M. Labat.

De médecine coloniale et clinique des maladies exotiques à la même Faculté, M. Bonnin.

De clinique médicale à la Faculté de Lille, M. Carrière.

De clinique médicale infantile à la même Faculté, M. Minet.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Hedon, agrégé près la Faculté de Montpellier.

8 novembre.

Commerce des stupéfiants.

Décret du 31 *octobre* 1928 *portant promulgation de la convention concernant le contrôle du commerce des stupéfiants, signé à Genève le* 19 *février* 1925.

Ladite convention sera, étant donnée son étendue, publiée ultérieurement dans le corps du journal.

Hygiène industrielle et orientation professionnelle.

La chaire d'hygiène et de physiologie du travail du Conservatoire national des Arts et Métiers prend le nom de « Chaire de physiologie du travail, hygiène industrielle et orientation professionnelle ».

9 novembre.

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, à titre militaire : Officier : M. Hommey, médecin commandant honoraire.

Chevalier : M. Corticchiato, médecin lieutenant honoraire ; les médecins des réserves ci-après : MM. Imbert, Gautier, Coville, Girma, Saleur, Moog, Pila, Margnat, Breton, Benabu, Lecornu, Clipet, Fouque, Maigne, Bridant, Henry, Denis, Monfort, Gras, Beauvy, Hérard, Jullemier, Guyiesse, Veudet-Brun, Chaufour, Chavialle, Beyle, Sauphar, Liabot, Haton, Gardiol, Ballu, Onfray, Hollande, Olmer, Sasseron, Catrin, Richard, Canuet, Pelissard, Labougle, Yvert, Camus, Bonnet, Orgebin, Philip, Poiteau, Mortegoutte, Liautey, Tremblin, Thirion, Armengaud, Boyreau, Nordmann, Estachy, Bardin, Bredunes, Chanal, Duranton, Chenot, Vermorel, Drevet, Perdrigeat, Senlecq, Faugeron, Bourdeaux, Joieux, Luzoir, Jacobée, Eranie, Guillement, Jeudy,

10 novembre.

Médecins des Invalides.

Décret du 29 *octobre* 1928 *concernant les allocations d'indemnités aux médecins, pharmacien et dentiste de l'Institution des invalides.*

Art. 1er. — L'article 6 du décret du 29 décembre 1922 précité est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 6. — Conventions. — Le général commandant passera avec les médecins, le pharmacien et le dentiste prévus à l'article 2 des conventions qui détermineront les conditions dans lesquelles sera exécuté le service et les sommes forfaitaires convenues. Ces conventions seront soumises à l'approbation ministérielle. La dépense annuelle ne pourra dépasser :

12.000 fr. pour l'ensemble des médecins traitants.
7.200 fr. pour le pharmacien.
3.000 fr. pour le dentiste.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Récompenses aux médecins militaires de réserve d'avant-guerre.

8817. — M. Gaudin de Villaine, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre quelles dispositions il a prises pour récompenser les médecins militaires de réserve d'avant-guerre qui *ont* été affectés à des hôpitaux de l'arrière et de l'intérieur sans avoir pu bénéficier des citations qui n'étaient attribuées que dans les hôpitaux de l'avant ; quel est le nombre de propositions annuelles pour la Légion d'honneur : pour l'ensemble des officiers de réserve et quel est le contingent de croix affecté à chacun de ces deux groupes. (*Questions du* 19 *juin* 1928.)

Réponse. — La croix de la Légion d'honneur, comme toutes les récompenses, n'est attribuée qu'au choix. Par suite, tous les officiers de réserve, sans distinction de catégorie, concourent entre eux, et ne figurent sur le tableau de concours que ceux reconnus les plus méritants, après examen comparatif de leurs titres. Cet examen porte sur les services effectifs, services dans les réserves, campagnes, blessures, citations, temps de séjour au front, emplois occupés, notes des chefs hiérarchiques, etc. Le tableau ci-après fait ressortir le nombre de propositions reçues et celui des inscriptions faites au tableau de concours de1928.

Désignation	MÉDECINS		AUTRES OFFICIERS DE RÉSERVE	
	Nombre de propositions	Nombre d'inscriptions	Nombre de propositions	Nombre d'inscriptions
Pour officier de la Légion d'honneur...	224	26	1.201	184
Pour chevalier de la Légion d'honneur.	3.172	138	20.452	2.021

(*J. O.*, 7 novembre 1928).

Les automobiles des médecins sont soumises au recensement.

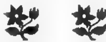
8909. — M. Armbruster, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre, les voitures automobiles appartenant aux docteurs en médecine étant exemptées de la réquisition en cas de mobilisation (art. 9 de la loi du 19 juin 1928), si les médecins sont tenus, pour l'exécution du recensement, de faire la déclaration annuelle entre le 1er et le 16 janvier (art. 3). (*Question du 8 septembre* 1928.)

Réponse. — La déclaration annuelle a pour but de permettre de déterminer le nombre et la nature des véhicules automobiles en circulation et de préparer les réquisitions nécessaires à la mobilisation.

A cet effet, les titres II et III de la loi du 19 juin 1923 ne prévoient aucune dispense de déclaration, sauf en ce qui concerne les véhicules reconnus inaptes au service de l'armée.

Par ailleurs, les voitures automobiles appartenant aux docteurs en médecine ne sont exemptées de la réquisition qu'à raison d'une voiture pour chacun d'eux et à condition qu'ils exercent réellement leur profession (art. 9 de la loi susvisée). Pour ces raisons, les docteurs médecins ne peuvent être dispensés de la déclaration annuelle.

(*J. O.*, 7 novembre 1928.)



Les obsèques à Gourdon du Dr Cabanès

Par une belle journée ensoleillée d'automne, dimanche 4 novembre à 3 heures de l'après-midi, a eu lieu la translation du corps du regretté Dr Cabanès au Cimetière de Gourdon, sa ville natale.

Bien que le défunt ait demandé dans ses dernières volontés des funérailles simples, sans discours, la ville de Gourdon avait tenu à faire à son distingué compatriote, universellement connu et apprécié, des funérailles solennelles et dignes de lui.

Le cortège se forma à la gare. Le cercueil était précédé des jeunes filles de l'Ecole supérieure et du Pensionnat de l'Ouvroir dont la correction modeste et recueillie produisit sur la foule une profonde impression.

Les amis de Cabanès, MM. Dubreuil, juge de paix, Linol, notaire, Bardes et Bouygues tenaient les cordons du poêle. Marchaient derrière le cercueil, à la tête du cortège M. le Sénateur Dr Fontanille, M. le Sous-Préfet de Gourdon, M. Davidou, maire, MM. Dalat, Fournier, Fayet, adjoints, M. Calvet, inspecteur primaire, etc.. La Société de Secours Mutuels Saint-Eloi et toute la population gourdonnaise sans distinction de parti, ni de classe avaient voulu saluer la dépouille du compatriote éminent qui avait tenu à être bienfaiteur de sa ville natale. Tous les assistants ont témoigné avec émotion à Madame Cabanès, leurs sincères et respectueuses sympathies.

SÉROTHÉRAPIE

La posologie du sérum antidiphtérique dans la pratique.

Ma réponse au Dr Damey que vous publiez cette semaine, était déjà envoyée quand a paru celle du Dr Phelebon ; elle fait double emploi et je m'en excuse.

Je ne suis donc pas le seul « défenseur du laboratoire ». Heureusement. Mais il ne faudrait pas que M. Damey croie que nous pensons autrement que lui quand il dit : « Il y a encore de beaux jours pour la clinique ». Nous sommes tous de cet avis, je crois.

Le laboratoire ne doit pas supplanter l'examen du malade, mais doit être utilisé pour le diagnostic dans l'établissement duquel il est souvent indispensable, cela paraît évident.

Je suis de l'avis du Dr Babin au sujet de la rareté relative des diphtéries vraies, par rapport aux angines qui y ressemblent.

Quant à l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine, je ne me permettrais pas de donner mon avis en une circonstance aussi sérieuse. Mais je puis donner celui exprimé par le Professeur Lereboullet et M. Boulanger-Pillet, dans leur excellent Manuel de la Diphtérie, après plus de 10.000 vaccinations personnelles dans leur service de prophylaxie antidiphtérique, et autant de cas de statistique :

« Pas une fois son efficacité ne s'est démentie...

« Ces vaccinations ont atténué dans une large mesure la morbidité diphtérique malgré l'épi-« démie qui a sévi l'hiver dernier ».

La notice de l'I. P. jointe à chaque boîte d'ampoules indique un pourcentage de 98 % de vaccinations efficaces.

Si donc le correspondant anonyme du Dr Damey a des observations précises contraires, il doit les publier en notant le procédé employé pour la vaccination et le délai après lequel les contaminations ont eu lieu. Je pense qu'il serait dangereux de jeter la suspicion sur ce procédé de prophylaxie qui me paraît une admirable découverte.

Je m'excuse encore d'avoir encombré vos colonnes de ma prose, mais je ne voudrais pas que M. Damey me pose en adversaire de la clinique. Ce serait une interprétation manifestement erronée de ce que j'ai écrit.

Dr CAIZERGUES.

HYGIÈNE GYNÉCOLOGIQUE

Ne pourriez-vous trouver, dans un prochain numéro du *Concours*, un petit coin pour poser les questions suivantes, qui ne vous paraîtront peut-être pas trop « terre à terre », si j'ose dire, dans notre siècle d'aseptie :

Hygiène pratique. — Pourquoi la douche d'Esmarch, le démocratique « bock à injections » en tôle émaillée que l'on vend dans tous les bazars comme dans toutes les pharmacies, que l'on trouve dans toutes les maisons, et dont l'omnipraticien est obligé en maintes circonstances de se contenter à domicile, n'a-t-il pas de couvercle ?

Serait-il bien difficile ou bien onéreux, quitte à modifier légèrement le système d'accrochage, d'ailleurs défectueux, de le munir d'un couvercle complet, pouvant aussi être flambé, dont il me paraît superflu d'indiquer les avantages ?

Pourquoi ne trouve-t-on plus de canules vaginales en métal dans aucun des catalogues courants d'instruments de chirurgie ?... J'en avais acheté deux, au temps lointain de mon installation, chez un marchand qui n'a plus renouvelé son stock, et elles m'ont rendu de réels services, pendant plus de 20 ans de pratique.

Les canules en verre, fût-il pyrex, sont trop fragiles pour être transportées en vrac dans la boîte à instruments, pour une intervention à domicile (on en fait encore quelques-unes), petites, à la campagne, ne serait-ce que des accouchements. Les canules métalliques ont l'avantage, énorme en cas d'urgence, de pouvoir être flambées.

Beaucoup de nos clientes les préfèreraient sûrement aux ignobles canules en ébonite, qu'il faut voir à la sortie de l'eau bouillante... quand elles sont bouillies, ce qui est assez rare et je ne parle pas du robinet, non plus que de la canule à lavements qui serait pourtant si utile pour l'irrigation d'une plaie ou d'une vulve — si elle était en métal.

Docteur S.

JURISPRUDENCE

Assistance médicale gratuite.
Secret professionnel.

CONSEIL D'ETAT (Section du Contentieux), 9 *novembre* 1928.

(Archives du « Sou médical »).

En l'état actuel de la législation et en l'absence de toute disposition expresse de la loi du 15 juillet 1893, il ne saurait être dérogé à la règle générale et absolue, édictée par l'article 378 du code pénal.

Pour faire mandater leurs mémoires d'honoraires en matière d'assistance médicale, les médecins ne doivent pas être contraints à mentionner les diagnostics des maladies, pour les soins des quelles ils demandent paiement.

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux,

Vu la requête présentée pour le sieur Bertrand

Voir la suite page LV-3417

PROPOS DU JOUR

La question du bon lait. L'hygiène alimentaire trop négligée en France.

La question du lait est toujours et sera longtemps à l'ordre du jour. Le distingué Préfet de Police, M. Chiappe, prend des mesures énergiques dont on ne saurait trop lui être reconnaissant pour empêcher la hausse illicite de cet aliment de toute première nécessité.

Il devrait en prendre d'autres encore plus draconiennes pour permettre aux nourrissons réduits à l'allaitement artificiel d'avoir à leur disposition du lait pur et propre.

Après la lecture, dans notre numéro du 4 novembre 1928, d'un article intitulé : *Un lait irréprochable à Paris*, un des plus aimés et des plus respectés doyens du Corps médical parisien, le Dr Smester, a bien voulu nous rappeler, dans la note suivante, l'expérience qu'il fit en 1890 pour obtenir pratiquement du bon lait pur et propre.

Le lait en 1890.

Il y a quarante ans, plusieurs cas de fièvre typhoïde s'étant produits dans ma clientèle, j'en cherchais la cause. Après quelques hésitations, je l'attribuais nettement au lait, fortement baptisé ; et avec quelle eau ! Je résolus donc d'étudier cette grave et importante question du lait pour l'alimentation de l'enfance.

D'abord comment ce liquide, vendu à Paris, était-il récolté ?

A peine une ou deux laiteries fournissaient, à cette époque, du lait à peu près convenable. La grande masse du lait consommé journellement était recueilli, comme je l'ai indiqué, quelques années plus tard, dans la séance du 14 juin 1902 de trois sociétés (1). Voici, brièvement le mode de procéder : «Tout autour de Paris..... on trait dans des seaux plus ou moins propres, avec des mains nettement sales, et l'on remplit jusqu'à un certain niveau ces pots de lait, qu'on peut voir à la porte de tous les laitiers détaillants.

Ces pots sont placés, *débouchés*, à la porte des fermes. L'hiver, ils sont souillés par les gens, les bêtes et les détritus de charrettes chargées qui passent dans leur voisinage ; l'été, il y a en plus les mouches et les insectes.

C'est ce liquide, irrémédiablement souillé, que l'on va porter aux laiteries centrales. Après l'extraction de la crème, une plus ou moins vague pasteurisation et des manipulations, on livre cet invraisemblable liquide à la confiance incurable des mères de famille.

Pourquoi les *ramasseurs* conseillent-ils de laisser les pots de lait débouchés ?

C'est que le lait est un liquide d'une susceptibilité extrême. Collecté, comme j'ai dit, il entre immédiatement en fermentation. Et si on fermait les pots, il s'en échapperait une odeur butyrique particulière, qui signalerait trop énergiquement sa décomposition.

Pour étudier et tâcher de résoudre cette importante question, je me suis posé la suivante :

Comment procède la nature ?

Il n'est nul besoin d'insister.

Toutes les mères de toute la série des mammifères donnent le sein à leurs nourrissons. Le lait passe donc, dans les cas normaux, aseptique du sein de la mère dans le système digestif des petits.

Que la mère soit dans un climat froid, tempéré, chaud, le fait reste exactement le même.

Donc nulle nécessité de chauffer, de refroidir ce liquide. Il faut le donner, sans aucune manipulation intempestive, tel que la nature le produit.

Arrive alors une question plus difficile, plus délicate. Comment produire et recueillir le lait pour qu'il soit dans les conditions naturelles ?

Ici intervient une étude plus patiente, plus délicate encore.

En Hollande, on consomme du lait « *aqueux* ».

En Bretagne, le lait que je bois à la ferme a un goût, une saveur particulière.

Celui que je consomme en Normandie n'a aucun des attributs des deux premiers. Il est particulièrement gras.

La race, le milieu, la nourriture ont donc une influence sur le lait ?

Sans aucun doute. Comme il serait trop long de parler de la race et du milieu, occupons-nous de la nourriture. Ce qui est fort important pour le lait, que l'on donne aux enfants.

Pourquoi trois laits différents ; hollandais, breton, normand ? ... Nourriture différente.

Voilà un point, singulièrement grave, quand le lait doit servir à l'alimentation des bébés.

Chacun sait l'expérience de l'asperge, de l'iodure de potassium, de la térébenthine, etc., etc.

Donc ce qu'ingèrent les vaches passe dans le lait.

Et si le lait normand est si gras, s'il renferme une quantité de crème considérable, c'est que la nourriture doit renfermer une substance grasse, très riche.

(1) Société de Médecine de Paris, Médico-Chirurgicale et de Médecine et de Chirurgie pratiques.

De fait, le lait gras normand est produit par des vaches qui paissent des regains de colza, en été ; des tourteaux de colza, mêlés à d'autres substances l'hiver.

Il est juste d'ajouter que le fait n'est pas absolument général dans toute la Normandie.

En partant de cette donnée, je m'entraînais, en goûtant différents laits, à déterminer les substances, qui avaient servi à l'alimentation des vaches.

Après un certain temps, j'étais arrivé à dire avec quoi on avait nourri les vaches, dont on me donnait le lait, et à proscrire le colza, les feuilles d'artichaut, les drèches et les tourteaux de coton, de houblon ; à recommander, l'été, le trèfle, le sainfoin, l'herbe. L'hiver, le foin haché avec de la betterave, des carottes.

Le lait, ainsi produit par des bêtes saines ayant subi l'épreuve de la tuberculine, laissait au palais un goût fort agréable de noisette.

Je savais maintenant produire le bon lait. Comment le recueillir, et l'expédier ?

Un certain nombre d'expériences me mirent à même de résoudre ce côté pratique de la question. Aussi je tenais à la renouveler devant des hommes compétents, en l'espèce des médecins et des fermiers.

En 1890, je fus à l'Institut Pasteur, demander à M. Duclaux de bien vouloir venir contrôler mes expériences : M. Duclaux délégua M. Veillon, actuellement médecin de l'hôpital Pasteur.

On se rendit, à Fécamp, où devant le sénateur Isaac, MM. les docteurs Dufour et Veillon, alors internes, et d'un grand nombre de fermiers, venus pour « se moquer d'un Parisien » qui avait la prétention de leur apprendre à faire du lait, à le traire et à le conserver *sans aucune préparation, sans aucun antiseptique*.

La bête, qui allait donner le lait, avait été nourrie depuis plusieurs jours par M. Bazile et ses enfants, selon mes recommandations.

J'exécutais moi-même la première partie de la traite. La seconde partie, sur la même vache, était faite par une fille du fermier, qui était ordinairement préposée à cette besogne.

Voici ma manière de procéder : avec des mains scrupuleusement propres, les pis de la vache bien lavés à l'eau bouillie, je trayais de façon à ce que le lait ne touchât jamais ma main.

Ce lait était reçu dans des vases lavés à l'eau bouillie et bouillante, d'où on les mettait dans des flacons également bouillis, et fermés avec des bouchons bouillis, de telle sorte que le liquide et le bouchon étaient en contact immédiat.

Je dirai plus loin quel est le meilleur mode de bouchage.

Je donnais un certain nombre de flacons à M. Veillon, au Dr Dufour, aux Fermiers, à M. Basile, et expédiais, *par un temps d'orage*, plusieurs flacons à Saintes (Charente-Inférieure).

La jeune fermière fit la traite à son tour, comme elle avait coutume, et reçut le lait dans une grande bassine, que l'on jugeait propre.

Vingt-quatre, à trente heures après, le lait de la fermière avait tourné.

M. Veillon fit bouillir ses échantillons plusieurs jours, après la traite (1).

Le Dr Dufour et moi fîmes bouillir les nôtres *six jours* plus tard.

Le lait revenu de Saintes, le 7e jour, bouillait également. Le lait des fermiers, qui ne se moquaient plus, bouillait de même du cinquième au septième jour.

La question était donc définitivement et irréfutablement résolue.

Restait à l'appliquer d'une façon pratique, de l'industrialiser, comme on dit dans le jargon commercial.

Cela fut fait avec un plein succès, avec la modification suivante :

Pour la fermeture des bouteilles de lait, on se servait de bouchons en verre — bouillis bien entendu — on laissait tomber ces bouchons dans les goulots des flacons, qui, arrivés au contact du lait, le faisaient légèrement refluer tout autour, formant lut. Ainsi préparé et expédié, ce lait se conservait plusieurs jours.

Des enfants, de ma clientèle, nourris de ce lait, sans addition d'eau, se sont si bien développés, que l'un d'eux, le jeune S... a eu un premier prix dans un concours de bébés.

Bien maître de la question, j'adressais une demande au Conseil municipal de Paris, pour qu'il créât une Ecole française de laiterie, où j'offrais d'enseigner ce que je savais.

J'attends ma nomination, ou celle d'un autre.

Le décevant de ce long et minutieux labeur, c'est que le fermier des environs de Mantes, qui avait accepté de fournir du lait, selon mes données, dût cesser ses expéditions.

« *Parce que ce ne pouvait pas être du lait pur, avec un tiers de crème par flacon. On y ajoutait certainement de la cervelle de mouton.* »

Sauf mes clients, en trop petit nombre pour faire vivre cette production, le parisien habitué au breuvage innomable, plusieurs fois baptisé, préférait sa solution au lait scrupuleusement pur.

Ce qui est plus navrant, c'est que la masse du public, même de pays producteur de lait, raisonne comme ce Parisien.

Deux jeunes gens de Rouen sont venus me demander des conseils. Ils ont mis en pratique tout ce que j'avais dit et publié, avec un luxe de détails et de précautions, qui auraient dû les faire décorer. Leur lait était parfait. J'ai écrit à plusieurs confrères de Rouen pour leur demander de soutenir énergiquement ces deux intéressants producteurs. Leur concours n'a pas été suffisant pour empêcher la faillite ; à cause ? « Ce « lait ne pouvait pas être du lait pur, il avait trop de crème » ! ! !

En pleine Normandie ! ! !

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1891, page 59.

Cela fait comprendre les Parisiens et le Conseil municipal.

S.

Nous sommes médecin depuis trente-cinq ans d'une crèche municipale dans le Ve arrondissement. L'Administration de la crèche, ayant le souci de l'alimentation des enfants qu'on lui confie, s'approvisionne en lait aux meilleurs fournisseurs. En outre, elle fait faire périodiquement l'analyse du lait par le laboratoire municipal. Le bulletin d'analyse portait jadis invariablement la mention : *lait passable*. Ayant eu pour client, il y a quelques années, un chimiste du laboratoire qui s'occupait des analyses de lait, nous lui témoignâmes notre étonnement de ne pouvoir nous procurer à Paris du *bon lait*, quel que fût le fournisseur. Il nous expliqua que le lait de tous les marchands était de même origine et qu'écrémé mécaniquement. le taux du beurre y était toujours le même, juste suffisant pour le faire qualifier passable.

Une fois, le bulletin d'analyse nous revint avec la mention stupéfiante : *Lait passable. Contient des colibacilles.* Qu'aurait-il dû contenir de plus pour être qualifié de mauvais ?

La presse, et même la presse médicale, ne s'occupent pas assez de l'hygiène alimentaire.

Certes, les microbes et leurs toxines font de nombreuses victimes, mais sait-on exactement le rôle que jouent les aliments plus ou moins frelatés plus ou moins altérés qu'on nous fait absorber, dans les maladies qui nous déciment ?

Ces mauvais aliments peuvent agir par les poisons qu'ils contiennent et aussi comme agents vecteurs des microbes pathogènes.

Alors que ces questions devraient intéresser les jeunes savants et leur fourniraient une mine inépuisable de recherches originales et précieuses, ce sont de vieux praticiens, le Dr Smester pour le lait, le Dr Veillard pour le pain et les farines qui se livrent à ce propos à des investigations.

Le *Concours médical* (et c'est un honneur pour lui) leur ouvre largement ses colonnes, déplorant que trop souvent le monde savant officiel, imbu de partis pris, ne daigne les écouter. Un jour viendra où les vérités qu'ils auront maintes fois proclamées, arriveront triomphantes en France d'Outre-Rhin ou d'au-delà les Alpes.

Tel ce système médico-pédagogique qualifié « de Montessori » aux origines indiscutablement françaises, imaginé il y a un siècle par Itard, transformé en méthode par Edouard Séguin, complété et appliqué régulièrement par Bourneville et qui a été rapporté de Rome dans nos Ecoles françaises comme une merveilleuse trouvaille par nos ignorants pédagogues.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TROIS LEÇONS CLINIQUES SUR LA DIPHTÉRIE

Par le Prof. Pierre Lereboullet,

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés,
Professeur d'hygiène et de Clinique de la première enfance.

II

Comment traiter la diphtérie [1]

Possédant actuellement, avec le sérum antidiphtérique, un traitement spécifique de la diphtérie, nous devons l'appliquer aux diverses formes de la maladie selon des règles actuellement bien fixées et que j'ai coutume de résumer en disant que la sérothérapie doit être précoce, intensive et prolongée, qu'en d'autres termes, il faut frapper vite, fort et longtemps. De cette nécessité, j'espère vous convaincre au cours de ce second entretien.

La diphtérie doit être traitée dans ses formes pharyngées, les plus habituelles : les angines communes pourraient sans doute guérir spontanément dans 30 pour 100 des cas environ, mais

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades, recueillie par Georges Boudin, externe du service, et revue par le professeur.
Voir *Concours médical*, n° 47.

on ne peut jamais savoir quelle sera l'évolution et il ne faut pas abandonner à elle-mêmes de telles angines. Les angines malignes sont souvent, en effet, la conséquence d'angines communes méconnues ou mal traitées ; qu'elles soient secondaires ou primitives, elles sont justiciables de la sérothérapie massive qui peut les guérir plus souvent qu'on ne le croyait jadis. Quant aux tangnes larvées, il faut en distinguer plusieurs ypies : les unes, bénignes et non toxiques réalisant l'aspect de l'angine pultacée (angine pultacéo-membraneuse), restant localisées (angine abortive localisée), prenant l'aspect lacuno-cryptique, pourraient guérir sans sérum ; encore cette dernière forme peut-elle se compliquer de croup secondaire et est-il parfois dangereux de la méconnaître chez ce jeune enfant. Les autres sont les *cryptodiphtéries*, dans lesquelles la détermination sur l'amygdale palatine fait défaut ; la localisation pharyngée peut alors passer inaperçue tandis que se développe l'intoxication et qu'éclatent des accidents divers et notamment des paralysies graves ; toutes les fois qu'on les suspecte, il faut agir énergiquement. De même il existe une *angine diphtérique pseudo-phlegmoneuse*, assez fréquente chez l'adulte, et qu'il importe de traiter par une sérothérapie massive, si on veut en conjurer les effets toxiques habituels. Le *croup* doit, lui aussi, être soigné précocement qu'il y ait croup d'emblée sans angine préalable, que ce croup soit secondaire à une angine membraneuse. Je n'insiste pas, quel que soit leur intérêt, sur les autres formes de diphtérie et notamment le *coryza* si important chez le nourrisson. Quelle que soit au surplus la forme, la sérothérapie est la médication de choix ; elle n'est pas la seule, et comme je le montrerai, l'opothérapie surrénale systématique doit souvent lui être associée.

Comment pratiquer la sérothérapie et quelles voies employer ? On a, récemment encore, préconisé, en raison de sa simplicité, la *voie digestive*, inefficace (car le sérum comme la toxine sont modifiés dans le tube digestif et pratiquement inabsorbables), elle est inutilement coûteuse et dangereuse, car elle fait perdre un temps précieux Il faut y renoncer complètement.

La *voie intraveineuse* est séduisante, car elle agit immédiatement, mais le sérum s'élimine non moins vite (en 24 heures) et, de ce fait, elle ne saurait être employée seule. De plus elle est parfois dangereuse (si le sujet a déjà été injecté), elle est délicate de technique, car mieux vaut diluer le sérum dans deux ou trois fois son volume d'eau salée physiologique (40 cc. dans 120 cc.) et ne l'injecter que très lentement. Je n'y ai recours que tout à fait exceptionnellement.

La *voie intramusculaire* est beaucoup plus facile. En 5 à 8 heures, le sérum injecté ainsi est en mesure d'agir ; son maximum d'action est atteint vers la 12e heure et cette action dure environ huit jours. Cette voie, d'un emploi très aisé, doit être employée d'une manière systématique, mais non exclusive. Si on s'y limitait, le sérum, après huit jours, serait éliminé, laissant le sujet sans défense contre les bacilles virulents que contient sa gorge, susceptible, les faits l'ont montré, d'avoir des paralysies graves tardives.

La *voie sous-cutanée*, la première employée, a une action certaine, mais relativement lente, ce n'est que de 18 à 24 heures qu'elle se fait nettement sentir ; son maximum d'action a lieu vers le 2e jour et celle-ci se prolonge jusque vers le 25e jour. Elle est donc précieuse par sa durée d'action mais il faut l'associer le plus souvent à l'injection intra-musculaire. En d'autres termes, pour obtenir le maximum de rendement, il est bon de *pratiquer simultanément* l'injection *intra-musculaire et* l'injection *sous-cutanée* afin d'associer l'action rapide de l'injection intra-musculaire et l'action durable de l'injection sous-cutanée.

Le sérum doit être injecté ainsi à doses relativement élevées et répétées matin et soir, ou au moins quotidiennement, afin d'agir, surtout dans les formes graves, dans le minimum de temps avec le maximum de sérum. Il semble que les injections massives ainsi faites diminuent le temps perdu et luttent plus efficacement contre l'intoxication déjà réalisée. Les doses de sérum doivent naturellement être proportionnées à la maladie, mais elles ne dépendent que peu du poids, de la taille, de l'âge. A l'atteinte locale et générale par le virus diphtérique il faut opposer une quantité suffisante d'antitoxine ; celle-ci dépend de l'importance de l'infection, elle ne dépend que dans une faible mesure du nombre de kilogrammes du sujet ; au surplus le jeune enfant supporte en général à merveille le sérum. En matière de diphtérie, comme en matière de tétanos, c'est en élevant les doses de sérum antitoxique que l'on peut espérer guérir plus souvent les cas graves.

Au surplus, si pénibles qu'ils soient, les accidents sériques ne doivent pas arrêter le médecin. Ils surviennent en effet tout aussi intenses qu'on injecte 100 c. cubes de sérum ou qu'on dépasse le litre. Ils ne sont qu'exceptionnellement dangereux. C'est surtout en cas de diphtéries associées qu'ils sont impressionnants, car alors il s'agit pour une large part d'accidents infectieux streptococciques ou pneumococciques ; peut-être dans de telles circonstances, le sérum a-t-il une action favorisante sur le déclanchement des troubles liés à la streptococcie, mais ce ne peut-être une raison pour refuser aux malades profondément touchés par le virus diphtérique le bénéfice de cette médication.

De quel sérum faut-il se servir ? L'institut Pasteur délivre actuellement deux types d'ampoules de sérum.

Le *sérum ordinaire* est fourni actuellement en ampoules de 10 ou 20 c. cubes correspondant à 2.500 ou 5.000 unités antitoxiques.

Il existe de plus un *sérum purifié*, préparé par précipitations successives le débarrassant de la plus grande partie de ses albumines et destiné à supprimer en grande partie les accidents sériques. 10 cc. de ce sérum répondent à 5.000 unités antitoxiques ; sa concentration est donc double de celle du sérum ordinaire. Il est peut-être, à unités antitoxiques égales, un peu moins actif que le sérum ordinaire ; dès qu'on emploie donc de fortes doses de sérum, ainsi qu'on le fait dans les angines malignes, le sérum ordinaire conserve ses avantages. Mais le sérum purifié doit lui être préféré chaque fois qu'il y a contre-indication relative à l'emploi du sérum et qu'on redoute ses accidents, chez les asthmatiques surtout, chez les urticariens, chez les thyroïdiens, chez la plupart des adultes. Il est l'arme de choix dans les angines communes, il doit être employé systématiquement dans la séroprévention.

Les *doses de sérum* à injecter varient selon les formes. Dans les *angines malignes*, on arrive, en injectant les doses massives dont je viens de parler, à atteindre une dose journalière de 100 à 200 cent cubes et une dose totale de 600, 1.000 et même 1.200 et 1.500 cent. cubes de sérum suivant la gravité et l'évolution de la diphtérie traitée. Cette sérothérapie intensive ne suffit d'ailleurs parfois pas et il faut la reprendre trois semaines plus tard dans certains cas sévères où l'on redoute particulièrement l'apparition de paralysies, c'est alors sous forme de sérum purifié à la dose de 20.000 unités (quatre flacons) deux à trois jours de suite. Si d'emblée on emploie ce dernier sérum (chez les adultes notamment), il faut injecter, comme nous l'avons dit, 40.000 unités matin et soir, soit 8 flacons à la fois par voie intra-musculaire et sous-cutanée et ceci plusieurs jours de suite.

Dans les *angines communes*, le sérum ordinaire peut être employé à la dose de 60 à 100 cent. cubes (6 à 10 ampoules) les deux ou trois premiers jours, 40 à 60 cc. les jours suivants, soit au total 200 à 400 cent. cubes. Le sérum purifié, qu'on doit actuellement utiliser de préférence, est injecté à la dose de 20 à 30000 unités les deux premiers jours, soit 4 à 6 ampoules de 5.000 unités, 15 à 20.000 unités les deux jours suivants. La dose peut être augmentée ou diminuée selon l'effet obtenu sur l'état de la gorge. Sans doute, les quantités que j'indique ici sont relativement considérables et, si on n'envisage que l'angine seule, elles pourraient être diminuées. Mais, elles n'ont pas seulement pour effet de lutter contre l'angine ; elles doivent aussi prévenir les paralysies diphtériques ultérieures ; la sérothérapie intensive m'a paru bien souvent avoir à cet égard une action préventive manifeste ; c'est pourquoi, tout en reconnaissant le caractère assez élevé des doses que je préconise, je leur suis resté fidèle, ayant été trop souvent témoin de paralysies diphtériques dues à un insuffisant traitement sérique.

En opposition aux angines graves, il est, parmi les *angines larvées*, des angines bénignes, à allure d'angine herpétique, d'angine lacunocryptique, d'angine pultacéomembraneuse, qui ne nécessitent que des doses relativement faibles de sérum ; elles permettent d'attendre la confirmation bactériologique et on peut, pour les traiter, se contenter de 10 à 15.000 unités de sérum purifié, en répétant ou non la dose le second ou le troisième jour, en l'augmentant au besoin si l'angine paraît extensive. Il va de soi que cette méthode ne s'applique ni aux angines pseudo-phlegmoneuses, habituellement submalignes, ni aux cryptodiphtéries, décrites par MM. Martin et Darré et qui, fortement toxigènes, nécessitent, dès qu'elles sont reconnues, des doses de sérum assez élevées.

Naturellement, il faut prendre des précautions particulières lorsqu'on traite un sujet déjà infecté ou particulièrement sensible. Il est bon alors de recourir à la *méthode de Besredka* : faire un quart ou un demi-centimètre cube de sérum en injection sous-cutanée, attendre une demi-heure, faire un centim. cube, attendre une demi-heure, faire 5 c. cubes, enfin injecter la dose thérapeutique. De plus, il faut toujours *injecter très lentement* en poussant doucement le piston de la seringue et en interrompant s'il y a accident (pâleur, tendance syncopale, etc.).

Le *croup* doit être traité par la sérothérapie, le tubage s'il y a lieu, et les antispasmodiques.

La sérothérapie est celle d'une angine commune en cas de croup d'emblée. C'est au contraire celle d'une angine maligne en cas de croup secondaire à une angine non traitée. C'est la sérothérapie intensive qui permet souvent de prévenir l'intervention du tubage et de diminuer, quand elle est rendue nécessaire, la durée du séjour du tube dans le larynx.

Les *antispasmodiques* sont formellement indiqués : calme absolu et repos complet de l'enfant compresses chaudes autour du cou, antipyrine surtout à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr., gardénal (un à 5 centigr. par jour), benzoate de benzyle 10 gouttes 3 à 4 fois par jour, accessoirement, bromure, chloral, sirop de codéine associés. Ce traitement antispasmodique est notamment fort utile au moment du détubage.

Quant au *tubage*, il est formellement indiqué à la 3e période du croup, période d'asphyxie. Le moment le plus favorable reste encore la fin de

la 2e période, avant que la dyspnée ne soit continue.

Il est encore indiqué s'il y a des accès dyspnéiques très violents, très prolongés, même sans dyspnée continue.

Mais il ne faut, autant que possible, tuber que lors de croup diphtérique certain, il ne faut pas tuber une broncho-pneumonie sans croup, et le diagnostic n'est pas toujours aisé. De même certaines laryngites striduleuses ou encore les laryngites du début de la rougeole peuvent prêter au doute et pourtant le tubage dans de tels cas est loin d'être inoffensif. Je ne puis que vous signaler les difficultés et vous rappeler aussi qu'il ne faut tuber que s'il y a quelqu'un près de l'enfant qui puisse exercer une surveillance continue, prèt à détuber ou à retuber si nécessité il y a. Cette impossibilité de surveillance du tubage reste la seule indication de la trachéotomie, qu'on fait de plus en plus rarement à l'hôpital, mais qui reste indiquée comme médication d'urgence à la campagne.

Mais il faut se rappeler que, dans le croup pris de bonne heure (réserve faite de certains cas de croup d'emblée avec envahissement rapide de la trachée et des bronches), l'intervention (tubage ou trachéotomie) doit pouvoir être évitée par la sérothérapie intensive associée au traitement antispasmodique. La sérothérapie n'a toutefois pas à être continuée longtemps lors de détermination laryngée, celle-ci s'accompagnant moins volontiers de paralysie secondaire que l'angine.

Je ne dirai que deux mots du traitement sérique des autres localisations. La conjonctivite *diphtérique*, souvent larvée, est justiciable d'un traitement local, basé en partie sur l'emploi direct du sérum antidiphtérique ; on peut y joindre, comme dans le *coryza diphtérique*, l'usage d'injections sous-cutanées à la dose de 10 à 15.000 unités ; ici l'intoxication générale est souvent modérée et de fortes doses sont inutiles. Il en est de même chez les enfants *porteurs de germe*, surtout au cours d'une autre affection, telle que rougeole, coqueluche, ou broncho-pneumonie, dans lesquelles l'éclosion d'une diphtérie peut avoir des conséquences redoutables.

J'ai dit plus haut l'action préventive exercée par une sérothérapie initiale intensive à l'égard des *paralysies diphtériques*. Elle ne suffit toutefois pas dans certaines angines malignes ou submalignes, surtout en temps d'épidémie. Il faut se rappeler alors qu'après 20 à 25 jours, le sérum injecté est complètement éliminé, alors que pourtant il reste encore dans la gorge des bacilles virulents et toxigènes ; il peut être utile à ce moment de renouveler la provision d'antitoxine de la gorge en injectant à nouveau pendant 3 à 4 jours 20.000 unités de sérum purifié, avec toutes les précautions d'usage. Cette pratique m'a maintes fois rendu service. Si, malgré tout, les paralysies surviennent (paralysies oculaires et surtout paralysies généralisées, la paralysie vélopalatine étant beaucoup plus fréquente et naturellement curable) il est bon d'injecter 20 à 40.000 unités de sérum purifié trois à quatre jours de suite. A plus forte raison en est-il ainsi lors des paralysies survenant à la suite d'une angine méconnue ou insuffisamment traitée. La sérothérapie m'est apparue, dans de nombreux cas, d'une efficacité réelle, vis-à-vis de ces paralysies. Il faut d'ailleurs toujours lui associer des injections de strychnine et d'extrait surrénal ou persurrénal.

Il est, en effet, des *médications associées* qui peuvent être utilement prescrites dans certaines formes d'angines et surtout les formes malignes.

La *médication surrénale* est la plus importante. On sait en effet combien souvent les glandes surrénales sont anatomiquement touchées dans la diphtérie et quels nombreux arguments biologiques et cliniques plaident en faveur du rôle de l'insuffisance surrénale dans la production de certains accidents des diphtéries malignes. Aussi bien la médication surrénale est-elle souvent efficace et m'a-t-elle semblé contribuer nettement à diminuer la mortalité des diphtéries malignes que j'ai soignées. L'administration par la bouche de la solution d'*adrénaline* au millième (15 gouttes trois fois par jour sur un demi-morceau de sucre), celle de *cachets d'extrait surrénal* à 0,25 ou 0,30, plusieurs fois par jour peut être efficace (l'observation classique de Castaigne et Veau le démontre nettement).

On peut aussi faire par voie hypodermique non du sérum adrénaliné (qui expose trop souvent à des accidents de sphacèle) mais de l'extrait surrénal, injectable, et mieux de l'extrait persurrénal tel que l'a préparé Hallion, contenant 1 cc. d'adrénaline par 2 cc. En en faisant régulièrement un 1/2 cc. puis un cent. cube chaque jour, nous avons vu nombre de cas guérir mieux que par la seule sérothérapie. Cet extrait toutefois détermine dans certains cas une réaction immédiate : pâleur, tremblement, tendance syncopale, il ne faut donc l'employer qu'avec prudence, mais il semble une médication adjuvante des plus utiles.

La *strychnine* est également un utile adjuvant à la dose d'un à trois milligrammes par jour en injections sous-cutanées, notamment lors de manifestations paralytiques.

Les tonicardiaques, l'huile camphrée, l'ouabaïne (administrée par gouttes par la bouche et exceptionnellement par voie intraveineuse), peuvent également trouver leurs indications. L'atteinte du cœur, de même que celle des surrénales et du système nerveux est fréquente au cours de l'intoxication diphtérique.

Resterait à vous dire un mot du *traitement* local des angines. Mais il est fréquemment, chez le jeune enfant surtout, assez compliqué à pratiquer. Il ne semble apporter aucun avantage positif ; bien au contraire, les attouchements tels qu'on les pratiquait autrefois (et notamment les attouchements caustiques au nitrate d'argent ou à l'acide chlorhydrique) ne semblent avoir d'autres effets que de faciliter la reproduction et le développement des membranes. Je me borne à prescrire volontiers, chez le grand enfant ou l'adolescent, des gargarismes salicylés qui me paraissent hâter la disparition des germes. Il va de soi pourtant que, dans certains cas, qui ne sont pas exceptionnels, où il y a association fusospirillaire, les attouchements directs à l'aide de novarseno-benzol délayé dans un peu de glycérine peuvent être indiqués.

Telles sont les principales notions que je désirais vous rappeler à propos du traitement de la diphtérie. Sans doute la sérothérapie antidiphtérique (comme la sérothérapie antitétanique curative) ne saurait prétendre à guérir les cas trop tardivement reconnus et traités, ni ceux dans lesquels c'est à l'infection pneumococcique ou streptococcique que sont dus les accidents constatés. Ces réserves faites, elle est toujours, comme l'a proclamé Roux en 1895, une médication à la fois d'une efficacité incomparable et d'une remarquable innocuité. En l'employant à doses plus élevées et plus répétées, on guérit actuellement des cas autrefois considérés comme désespérés, on prévient ou on guérit nombre de paralysies. Les accidents sériques, si pénibles qu'ils soient, ne sont qu'exceptionnellement sévères et l'emploi du sérum purifié permet actuellement de les éviter pour la plus grande part. La diphtérie de Bretonneau est donc bien maintenant, pour peu qu'elle soit reconnue de bonne heure, une maladie le plus souvent facilement curable. Elle sera demain, pour peu que la vaccination à l'anatoxine se généralise suffisamment, une maladie facilement évitable.

C'est ce que je m'efforcerai de montrer dans mon prochain entretien.

PRÉVISION OU TRAITEMENT DES COMPLICATIONS PULMONAIRES POST-OPÉRATOIRES, PAR L'AUTO-HÉMOTHÉRAPIE

Par le docteur Pilven (de Quimper).

Dans le courant des deux dernières années, les chirurgiens ont particulièrement étudié les complications pulmonaires post-opératoires et se sont efforcés de les prevenir ou de les guérir.

Ces complications, trop souvent d'une gravité extrême, se produisent dans des proportions différentes, suivant les statistiques.

Je relève dans un article de MM. Larget, Lamare et Moreau, paru dans la *Presse médicale* du 19 septembre 1928, que la statistique de ces auteurs donne 34 pour 100 de complications pulmonaires (avant l'application de la méthode prophylactique qu'ils préconisent).

La *Revue de chirurgie* (1926) fournit les moyennes suivantes : statistique Grégoire, Société de chirurgie 1924 : sur 60 cas, 11 pour 100 de complications pulmonaires ; Henle, 14 pour 100 ; Astaix, 17 pour 100 (service du professeur Hartmann, 1924) ; Harztaff donne comme pourcentage de morts par complications pulmonaires, 14 pour 100 ; Petren, 35 pour 100 ; Finochietto, 25 pour 100 ; Astaix, 24 pour 100.

J'en passe, et de nombreuses. Dans ma statistique personnelle, avec l'anesthésie générale à l'éther, mes calculs me fournissent une moyenne de 20 p. cent de complications pulmonaires chez mes opérés, et sur ces infectés des poumons, 13 pour cent sont morts. (Statistique de 1919 à juin 1926.)

Ces résultats, déplorables, m'ont incité à suivre attentivement les discussions et les techniques nouvelles de mes maîtres ou de mes collègues.

J'ai tâtonné, évoluant au milieu des anesthésiques et des traitements prophylactiques vaccinaux ou autres.

Ayant toujours beaucoup aimé l'anesthésie locale ou régionale, appréciant son innocuité et l'absence totale de complications pulmonaires qu'elle permet d'escompter, j'ai aussi employé l'éther, le chloroforme, le mélange de Schleich et le balsoforme ; ma préférence allant toujours à l'anesthésie à l'éther, par l'admirable appareil d'Ombrédanne. J'ai dû cependant le remplacer par le mélange de Schleich ou balsoforme, utilisés dans le même appareil (1926).

Les complications pulmonaires ont ainsi notablement diminué, et de fréquence et de gravité.

J'ai vacciné mes opérés, avec divers vaccins, mais le principal obstacle que nous rencontrons, nous chirurgiens praticiens, c'est qu'il nous est à peu près impossible de vacciner dans les délais utiles. Les malades qui entrent dans nos cliniques consentent difficilement à attendre. Il faut les opérer ; ils sont venus pour cela, et ne comprennent pas qu'on leur fasse « perdre leur temps » pour des piqûres dont ils ne saisissent pas l'importance.

Les soins de la bouche et des dents, si délaissés dans nos régions ont toujours été effectués ; les estomacs ont été soigneusement lavés, et avec une constance remarquable, sur tous mes malades endormis, j'ai fait injecter, jusqu'en 1926, 30 ou 40 centim. cubes de sérum antipneumonique Pasteur. Tout ceci, sans résultats appréciables. La sérothérapie surtout fut bien décevante.

Je n'entends pas discuter, ici, de la valeur des divers vaccins préconisés. Leur grand nombre, la variété de leur composition prouvent bien que, si leur emploi est utile, aucun n'est cependant spécifique.

La méthode des bouillons vaccins mis en contact direct des sutures viscérales, comme le proposent Larget, Lamare et Moreau (in *Presse médicale* du 19 septembre 1928) est bien séduisante et son emploi facile ; mais devant l'hésitation, l'incertitude générale, il devient logique, qu'à la construction qui lentement s'édifie, tous les chirurgiens apportent leur pierre.

C'est donc dans ce but que je préconise, dans la prévention et dans le traitement des complications pulmonaires post-opératoires, l'emploi de l'auto-hémothérapie.

Ma technique consiste, quand l'intervention a été longue et pénible, spécialement quand cela intéresse le tube digestif ou les voies biliaires, à faire immédiatement avant l'intervention, ou immédiatement après une injection de 15 à 20 centimètres cubes d'auto-sang, et je renouvelle l'opération tous les deux jours, ensuite.

Quand il s'agit d'une intervention jugée peu choquante, j'attends froidement la complication possible, et dès que la température monte, que l'opéré tousse ou s'essouffle, j'injecte 20 centimètres cubes de sang, une, deux ou trois fois. La température tombe immédiatement.

L'atteinte pulmonaire ne s'étend pas.

Les infarctus pulmonaires, évidemment, peuveut évoluer, mais je crois que, par son pouvoir vaccinant, l'auto-hémothérapie est susceptible d'en diminuer la fréquence et d'empêcher, en tous cas, l'infection des foyers thrombosés.

Je n'ai gardé dans ma statistique depuis juin 1926 à juillet 1928 que 248 cas graves de chirurgie viscérale, tous les cas bénins étant délaissés.

(86 cas intéressent l'estomac, les voies biliaires, le pancréas ou le gros intestin ; 5 résections du grêle s'y ajoutent.) En dehors du déchet inévitable dans cette chirurgie, je n'ai perdu qu'un seul malade sur 65 qui furent atteints de complications pulmonaires. Il s'agissait d'un vieillard de 68 ans, opéré en juillet dernier d'un phlegmon de la vésicule biliaire. Encore, les premières manifestations congestives furent-elles jugulées par deux injections d'auto-sang. La mort se produisit au dixième jour dans des conditions spéciales, où le manque de surveillance, dont je suis irresponsable, joua, j'en suis persuadé, un grand rôle.

Estimant qu'il n'y a pas, en médecine ou en chirurgie, de dogme intangible, je n'ai pas la prétention de guérir par l'auto-hémothérapie toutes les complications pulmonaires post-opératoires. Je ne prétends pas non plus à la paternité du procédé, que sans doute d'autres que moi ont utilisé, mais je livre à mes collègues les résultats que j'en ai obtenus. Ils sont très supérieurs, ou du moins égaux, à ce qu'on peut attendre après l'emploi des divers vaccins, et la prise de sang et sa réinjection a sur eux tous le mérite de la simplicité.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le coryza spasmodique, équivalent de l'asthme.

Véritable asthme, il mérite de retenir l'attention autant que l'asthme bronchique. Mais MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et J. Besançon n'ont en vue que le coryza spasmodique *apériodique* ; ils ont écarté systématiquement de leur étude le rhume des foins ou coryza spasmodique, *périodique, saisonnier*, qui à l'origine, exige toujours une sensibilité au pollen. Toute différente est l'étiologie du coryza spasmodique apériodique.

D'après 188 observations, les femmes sont le plus atteintes (2 /3 des cas) ; les enfants donnent la proportion de 8 p. 100.

Dans 1 /4 des cas seulement le coryza spasmodique est observé à l'état isolé, sans manifestations athmatiques présentes ou passées.

Crises d'éternuements répétés, accompagnés d'un abondant écoulement nasal aqueux ; tels sont les signes primordiaux. L'accès survient brusquement ; son intensité est des plus variables chez le même sujet, ou d'un sujet à l'autre ; il dure quelques minutes, une heure ou davantage. Dans les cas typiques l'accès commence par des salves d'éternuements. L'hydrorrhée nasale persiste ordinairement plus longtemps que ne dure les éternuements. Il peut y avoir en plus des sensations de picotement aux globes oculaires, de l'injection des conjonctives, du larmoiement,

des transpirations profuses, et même, si la crise se prolonge, de la céphalée, de la courbature générale, de la température. Pendant et entre les crises, on observe parfois une perte ou une diminution de l'odorat.

Les crises sont dans quelques cas monosymptomatiques ; il y a même des crises de coryza sec, avec sensation extrêmement pénible d'obstruction nasale.

Fréquemment, le coryza spasmodique, au lieu d'être pur, est associé à l'asthme . Les crises du coryza spasmodique isolé sont d'une fréquence très variable ; elles surviennent à n'importe quel moment de la journée ; le froid semble être la cause déterminante des accès matutinaux, qui sont les plus fréquents ; on note aussi des influences barométriques et hygrométriques, climatiques, une cause banale d'irritation locale telle que les poussières en suspension dans l'air.

On ne saurait assigner d'une façon constante une origine anaphylactique au coryza spasmodique ; mais, très fréquemment, les sujets sont sensibilisés à une protéine, soit par la voie respiratoire, soit plus rarement par la voie digestive (chats, plumes des oreillers, ou albumines alimentaires). Bref, les substances sensibilisantes sont exactement les mêmes à l'origine du coryza spasmodique et de l'asthme. D'ailleurs souvent au bout de quelques années, l'asthme lui-même apparaît.

Le malade peut aussi voir apparaître, au cours de l'évolution de son coryza, des syndromes divers, véritables équivalents : rhume des foins, urticaire, œdème de Quincke, strophulus, eczéma, migraine. Ce sont des manifestations de la diathèse colloïdoclasique, mise en évidence par Widal et ses collaborateurs.

Ces équivalents peuvent le précéder ou lui succéder, quand il disparaît.

Le nombre même des traitements proposés est la preuve de l'inconstance de leur efficacité.

La belladone *per os*, en desséchant les muqueuses, a parfois une action favorable, mais on ne peut continuer indéfiniment son administration. La prise d'adrénaline, d'éphédrine, de lactate de calcium ou de sels de quinine n'a donné que des résultats très inconstants et peu accentués, par contre, l'aspirine a bien souvent empêché des crises pendant plusieurs heures ; elle peut être administrée préventivement une ou deux fois par jour.

Tous les traitements ou cures thermales conseillés dans l'asthme bronchique, syndrome de nature identique, peuvent être essayés. Mais, la rœntgenthérapie a donné les succès les plus fréquents : irradiations sur la rate, sur le hile ou les champs pulmonaires (*La Presse médicale*, 19 mai 1928.)

La vaccination antituberculeuse par l'injection sous-cutanée de B.C.G.

Les travaux de Calmette avaient amené la conviction de l'innocuité certaine et de l'efficacité apparente de l'ingestion de B. C. G. dans les dix premiers jours de la vie ; on avait ainsi la quasi-certitude d'opérer sur un organisme neuf au regard de l'infection tuberculeuse, réserve faite pour les cas assez rares de transmission placentaire du germe.

B. Weill-Hallé a cherché à administrer le B. C. G. par voie sous-cutanée, méthode plus appropriée, en présence de l'incertitude de l'action du B. C. G. absorbé tardivement par voie buccale, alors que cependant l'attention était appelée sur les nourrissons, très menacés du fait de leur hérédité, appelés à vivre dans un milieu contaminé, et qui, pour des raisons diverses, n'avaient pu bénéficier de l'ingestion vaccinale précoce.

Cependant la nécessité de pratiquer une immunisation préventive sur des nourrissons âgés de quelques semaines ou de quelques mois, éventuellement sur de grands enfants ou des adultes, exige la preuve préalable de la non-contamination. Faute de cette preuve, on risquerait en pratiquant l'injection de B. C. G. de provoquer un phénomène de Koch, une réaction focale, une généralisation.

Des recherches faites par Weill-Hallé et d'autres auteurs, il résulte actuellement que, sous cette réserve de la preuve d'une non-contamination préalable, la vaccination par le B. C. G. peut être pratiquée chez les nourrissons qui ont dépassé le 10e jour. Elle s'adressera surtout aux enfants menacés de contamination et aux adultes, notamment au personnel infirmier, soumis à des dangers de contamination permanente, et aux indigènes venant de pays indemnes de tuberculose.

Les sujets à vacciner seront donc préalablement éprouvés par le test de Pirquet et soumis d'abord à une quarantaine de 5 à 6 semaines, s'il y a eu danger de contamination.

La dose de vaccin à injecter sera de 1/50e de milligr., soit environ 800.000 corps bacillaires.

Les sujets ainsi vaccinés devront nécessairement rester éloignés du foyer de contamination, pendant 4 semaines au minimum soit jusqu'à l'établissement probable de l'immunité. (*La Presse médicale*, 9 juin 1928.)

Quelle est la valeur de la cholécystographie pour l'étude des cholécystites.

Depuis les travaux de Graham, on peut faire la radiographie de la vésicule biliaire, après l'avoir rendue opaque par le tétraiode, produit qui, introduit dans la circulation, s'élimine par la bile ; celle-ci ainsi modifiée, parvient dans la

vésicule, où se produit au niveau de la muqueuse un travail actif, qui, provoque la réabsorption aqueuse ; il en résulte un concentration de la bile, devenant d'autant plus opaque que sa concentration est devenue plus forte.

René A. GUTMANN préfère l'ingestion du tétraiode à son injection intraveineuse. Il expose le résultat de ses observations dans les cholécystites pures, négligeant les cas de calculs, de forme ou de position de la vésicule, dans lesquels les renseignements obtenus sont de première importance.

Or, en ce qui concerne les cholécystites, il faut être très prudent, car on ne peut plus admettre la formule du début : vésicule invisible = vésicule malade ; vésicule visible = vésicule saine ; on ne peut plus dire non plus : vésicule invisible = vésicule chirurgicale, vésicule visible = vésicule saine ou médicale. Tout est devenu matière à interprétation.

L'ensemble de toutes les inexactitudes relevées à propos de l'application de ce procédé semble devoir empêcher, dans l'état actuel de la science, même après une injection intraveineuse, de tirer un critérium d'une teinte photographique, alors qu'il existe déjà des causes importantes d'erreurs sur l'appréciation d'une vésicule nettement visible ou complètement invisible.

En se bornant au chapitre très précisément délimité des cholécystites pures, sans calculs, sans déformations périviscérales, on peut conclure qu'une vésicule non visible apporte un élément de diagnostic important, entouré de difficultés d'interprétation, et qu'en cas de vésicule visible, si l'on peut éliminer des lésions d'obstruction massive, c'est à la clinique seule qu'incombe la charge du diagnostic et de ses sanctions. (*La Presse médicale*, 16 juin 1928.)

L'amygdalite cryptique chronique et son traitement.

Dans sa forme classique, elle a des signes fonctionnels peu intenses : douleur à la déglutition, toux sèche, fétidité plus ou moins marquée de l'haleine ; ces troubles sont plus accusés lors de poussées subaiguës de 2 ou 3 jours avec léger mouvement fébrile. On considère à tort cette affection comme une petite infirmité négligeable, car elle peut provoquer des complications locales et lointaines.

Sur les amygdales palatines rouges et gonflées, on voit des grumeaux caséeux, qui font hernie par l'orifice rétréci des cryptes ; lorsqu'on y introduit un stylet on peut en faire sourdre un de ces grumeaux, blanc-jaunâtre ou gris, semblable à du lait caillé, et dont l'écrasement dégage une odeur fétide caractéristique.

Dans une forme enkystée, on voit l'oblitération complète de l'orifice des cryptes. Il existe aussi, surtout après la quarantaine, une forme scléreuse ou atrophique, avec des cryptes malades ; celle-ci est souvent négligée sous le prétexte qu'une amygdale non hypertrophiée ne peut être malade ; ce qui est une grosse erreur. Chez l'enfant, on observe au contraire une forme pseudo-hypertrophique.

L'amygdalite cryptique n'a aucune tendance à la guérison spontanée. En plus des complications locales (abcès, phlegmons, laryngite, adénites), il peut y avoir atteinte de l'état général, et infections à distance des organes digestifs (appendice, voies biliaires), du rein, du cœur, des articulations.

Le traitement médical est insuffisant (nettoyage des cryptes avec porte-coton imbibé d'eau oxygénée ou de glycérine iodée) ; il faut proscrire les cautérisations par ignipuncture, car elles risquent de fermer les cryptes et de provoquer la formation d'abcès.

Le traitement classique, c'est la discision des amygdales : avec des crochets spéciaux on ouvre largement les cryptes, on les réunit en sectionnant les ponts de tissu amygdalien, et on badigeonne la plaie avec du chlorure de zinc à 1 p. 15.

Les jours suivants, on ordonne, par exemple, une ou deux gorgées, en gargarisme, de la solution:

Iode	0 gr.	20
Iodure de potassium	0 gr.	30
Sirop diacode	80	grammes
Eau distillée .... q.s.p	300	—

Mieux vaut encore supprimer toutes ces surfaces anfractueuses et enflammées par l'amygdalectomie totale ; cette opération, bien réglée, s'impose sauf chez les hémophiles. On peut alors la remplacer par la diathermo-coagulation, soit unipolaire en séances espacées, soit bipolaire en une séance. (*Journal des Praticiens*, 26 mai 1928.)

Le pseudo-paludisme.

Le Pr RIEUX nous démontre que le diagnostic de paludisme, trop souvent porté par erreur et basé, le plus souvent, sur un séjour plus ou moins ancien en pays exotique ou en région encore malarigène du territoire français, ne doit pas être fait à la légère, mais scientifiquement.

Les anamnestiques fournis par l'interrogatoire du malade sont de première importance ; le séjour en pays de malaria autorise naturellement à la possibilité d'une infection palustre, infection qui trouvera plus d'appui si le malade a habité la campagne plutôt que la ville, les vallées plutôt que les montagnes, enfin si le séjour s'est fait au cours de la saison chaude ; mais les anamnestiques ne peuvent apporter qu'une présomption. Celle-ci tombera d'elle-même si le départ d'une contrée malarigène s'est effectué depuis deux ans et davantage.

Aux anamnestiques s'ajoute naturellement

l'examen clinique : étude de la courbe thermique, caractères et forme des accès fébriles, concomitance constante, presqu'absolue, en cas de paludisme d'une splénomégalie plus ou moins accentuée, avec anémie plus ou moins marquée, teinte sclérosique de la face, urobilinurie au lendemain des accès.

L'épreuve de la quinisation est d'une réelle valeur ; mais cette valeur est surtout gra nde quand elle s'exerce dans le sens négatif. La chute d'un accès de fièvre au lendemain d'un accès fébrile ne signifie pas nécessairement que cet accès fut paludéen.

La découverte de l'hématozoaire dans le sang étalé sur lame et coloré par les méthodes panoptiques apporte seule la certitude, sous les réserves d'un examen bien fait, prolongé, et même répété en dehors de toute quinisation. Dans ces conditions, un résultat négatif infirme sûrement le diagnostic de paludisme.

Le paludisme vrai ainsi éliminé reste le diagnostic différentiel du pseudo-paludisme. Toutes les causes infectieuses peuvent être envisagées. Qu'on songe surtout par ordre d'importance décroissante à l'infection uroseptique, ou bilioseptique, à l'amibiase intestinale ou hépatique, à l'endocardite aiguë maligne, à la tuberculose pulmonaire au début , à la méningococcémie, aux autres septicémies. Il paraît bien invraisemblable qu'en recourant à une méthode correcte, où l'investigation clinique se complète et s'éclaire des données du laboratoire, le diagnostic vrai n'apparût pas clairement à l'esprit. (*Journal des praticiens*, 9 juin 1928.)

Du traitement de quelques psychoses et psychonévroses par l'opothérapie spermatogénétique.

L'endocrinothérapie dit le Dr Gilbert-Robin a apporté au traitement des psychoses et psychonévroses des armes nouvelles dont la puissance ne peut être contestée. Étant donnée la liaison étroite qui existe entre psychoses et les sécrétions internes des glandes génitales (on sait la fréquence des manifestations dépressives et neurasthéniques, chez l'homme à l'époque de l'involution testiculaire), les extraits orchitiques s'imposent à l'attention du psychothérapeute.

L'opothérapie spermatogénétique par l'androstine donne, chez l'homme comme chez la femme, des résultats appréciables et parfois très marqués dans maintes affections mentales d'origine organique, ressortissant à la psychogénèse : démence précoce, psychonévroses de la ménopause, infantilisme, retard de la puberté, dépression psychique de l'adolescence, émotivité morbide, schizoïdie, schizophrénie, psychasténie, obsession, impuissance, frigidité perversions sexuelles, toutes affections dans le traitement desquelles, elle intervient utilement, soit à titre principal, soit à titre d'adjuvant.

C'est une thérapeutique qui demande à être longtemps prolongée : absolument inoffensive et admirablement supportée, elle doit être administrée à doses assez fortes (par exemple six comprimés par jour d'androstine et, *en même temps* une injection tous les deux jours), à cette condition elle rend de réels services. (*La Clinique*, avril 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'alimentation des débiles et des hypothrepsiques à l'hospice des Enfants-Assistés.

(M. A. M. Marfan. — *Académie de médecine* ; 16-10-1928.)

Une expérience plus que séculaire a montré que, pour les nourrissons débiles ou malades, le lait de femme est le meilleur des aliments. Aussi, les médecins qui se sont succédé à l'hospice des Enfants-Assistés ont-ils toujours cherché à se procurer du lait féminin destiné à ces débiles, chose qui, en pratique, rencontre de grosses difficultés.

Depuis l'ouverture de l'hospice (en 1814) jusqu'à ces dernières années, on recrutait pour l'élevage des petits assistés des nourrices au sein dans les centres ruraux où l'administration place les enfants abandonnés. Les nourrices venaient à Paris sans leurs enfants et allaitaient directement au sein les petits débiles. Malgré les précautions prises pour le dépistage de l'hérédo-syphilis chez les nourrissons, il arrivait de temps en temps qu'une nourrice était contaminée.

Parrot essaya alors le lait d'ânesse — lait animal dont la composition se rapproche le plus de celle du lait de femme — et obtint de l'Assistance l'installation d'une étable à l'hospice même des Enfants. Les résultats lui parurent encourageants, mais les successeurs de Parrot n'en furent pas également satisfaits. Ils furent frappés de la fréquence des troubles digestifs chez les enfants nourris au lait d'ânesse, ce qui tenait sans doute à une traite pratiquée sans précautions d'asepsie. On reprit dans ces conditions les nourrices au sein, mais au moment de la guerre et depuis la guerre, leur recrutement était devenu excessivement restreint.

Devant la pénurie de lait féminin, M. Marfan essaya de son côté divers succédanés : le lait d'ânse, les laits de vache modifiés (lait humanisé, lait condensé écrémé et sucré, poudre de lait maigre, babeurre...). Le lait d'ânesse, trait aseptiquement,

est en général bien digéré par les débiles et donne au début des augmentations de poids. Toutefois (sans parler de son prix élevé) il a une valeur nutritive insuffisante et on est amené à y associer le lait de vache, avec tous les inconvénients de celui-ci en pareil cas.

Le lait humanisé faible (que l'on ne fabrique plus, d'ailleurs, depuis la guerre), le lait condensé écrémé et sucré, la poudre de lait maigre ou demi-maigre, le babeurre, beaucoup mieux tolérés que le lait de vache ordinaire par les nourrissons atteints de troubles digestifs, le sont aussi mieux par les nouveau-nés débiles ou hypothrepsiques. L'alimentation au babeurre, en particulier, est supérieure à toutes les autres formes de l'allaitement artificiel. Pour les débiles et les athrepsiques à qui on ne peut donner du lait de femme, le babeurre paraît l'aliment de choix durant le premier mois de la vie.

Néanmoins, la mortalité des enfants nourrisau babeurre reste supérieure à celle des nourrissons au sein. M. Marfan, pour développer l'alimentation au lait de femme, si désirable chez les débiles, proposa finalement deux choses. D'abord, qu'on prît les nourrices avec leurs propres enfants. La pénurie du recrutement venait surtout en effet de ce que les femmes, laissant leurs enfants dans leur pays, étaient obligées de payer de fortes mensualités aux éleveuses, mensualités quelquefois supérieures à leurs salaires. Ensuite, pour éviter les contagions syphilitiques, toujours possibles, malgré la surveillance des petits assistés, il fut décidé que les nourrices continueraient à allaiter leurs enfants et que, dans l'intervalle des tétées, elles recueilleraient par une traite manuelle ou instrumentale, le surplus de leur lait. Et ce lait serait donné, à la cuiller ou au biberon, aux enfants étrangers, jamais ceux-ci ne devant être mis au sein directement.

Ce système commença à fonctionner en 1924. Les résultats furent très satisfaisants. La pratique qui consiste à faire prendre du lait de femme avec un biberon a été déjà employée par divers médecins, mais aucun, semble-t-il, n'a pu poursuivre ses essais assez longtemps pour conclure.

A l'hospice des Enfants-Assistés, les nourrices pratiquent elles-mêmes la traite de leurs seins avec la main. Elles ne veulent se servir d'aucun des instruments, tire-lait ou succi-pompe, mis à leur disposition. Tout en donnant le sein à son enfant, chacune d'elles extrait de ses mamelles un minimum de 400 gr. de lait ; la plupart en fournissent de 600 à 700 gr. La traite est faite aseptiquement, après lavage des mains, lavage du mamelon et du sein, à l'eau bouillie, emploi de récipients de verre stérilisés. Le lait non consommé de suite est conservé à la glacière. On le fait absorber à la cuiller stérilisée ou au biberon également stérilisé. Bien veiller à ce que les nourrices ne fassent pas la traite avec des mains malpropres, sous peine de voir apparaître de la diarrhée chez les enfants. L'examen bactériologique des selles, pratiqué par Mlle Suzanne Dreyfus chez les nourrissons soumis à ce mode d'allaitement, a montré une flore semblable à celle que l'on trouve chez les nourrissons au sein (prédominance du *bacillus bifidus*).

L'insuffisance, malgré tout (en raison du grand nombre de débiles), de la quantité de lait de femme ainsi recueillie, a obligé à réserver cette alimentation aux débiles du 3e degré (ceux qui pèsent moins de 2 kgr.). Les autres sont mis à un allaitement mixte composé de lait de femme et de babeurre (un tiers de lait de femme au moins). Vers l'âge de six semaines, on remplace le babeurre par la poudre de lait demi-maigre ou la dilution de lait condensé sucré. Puis, on diminue le lait de femme, pour arriver... au lait de vache ordinaire. Ces règles sont complétées par toutes mesures d'hygiène convenables : soins de propreté, protection contre le chaud et le froid. L'enfant doit aussi être promené dans les bras de l'infirmière, déplacé, le défaut de mouvements étant nettement défavorable au nouveau-né.

L'utilité de la critique en matière scientifique.

(M. A. Guéniot. — *Académie de médecine* ; 16-10-28.)

M. Guéniot qui, du fait de sa longue et belle carrière, a doublé sa science d'une haute philosophie, développe devant l'Académie une idée générale heureuse, qui consolera les savants dont les travaux sont âprement discutés. En matière scientifique, dit-il, et en d'autres matières également d'ailleurs, la critique est utile, et nécessaire, même quand elle n'est pas juste et de bonne foi.

Lorsque de Lesseps décida le percement du canal de Suez, sa colossale entreprise fut traitée de chimère. On lui prédisait les plus grands cataclysmes. Il répondit à ses contradicteurs : « En nous signalant des difficultés imprévues, vous nous êtes utiles sans le vouloir, votre critique nous épargnant la création d'un service technique qui aurait le même objet ».

M. Guéniot montre que ce sont précisément les découvertes scientifiques les plus attaquées qui ont eu le plus bel avenir. Harvey, Jenner, Laennec, Claude Bernard, Pasteur, ont dû subir une opposition violente. Grâce à elle, ils ont été amenés à approfondir leurs idées, à reprendre leurs travaux, à multiplier leurs preuves, aboutissant ainsi à une œuvre complète, définitive. D'autres, non critiqués de leur vivant, ont vu leur œuvre s'effriter et s'effacer complètement après leur mort.

La critique peut retarder la diffusion d'une découverte. Elle ne l'empêche pas de s'épanouir. Pour les vraies conquêtes du progrès, nul sort n'est pire que l'indifférence. Mieux vaut cent fois la contradiction, quelque vaine et déplaisante qu'elle puisse être.

P. L.

Rhumatisme tuberculeux et ultra-virus tuberculeux

(MM. G. Paisseau et V. Oumansky. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 12-10-1928.)

On a démontré que l'ultra-virus tuberculeux ne se

rencontrait pas seulement dans les ganglions et les organes non lésés en apparence de nouveau-nés issus de mère tuberculeuse, mais dans des états pathologiques caractérisés de l'adulte, à l'exclusion du bacille de Koch.

Les auteurs en rapportent deux observations nouvelles ; l'une a trait à des ostéoarthrites tuberculeuses anciennes multiples, réchauffées par une poussée d'arthrite aiguë avec foyers d'ostéite aiguë suppurée, dont le pus et les fongosités contenaient la forme filtrable du bacille tuberculeux, à l'exclusion du bacille de Koch.

Chez le second malade, la même constatation fut faite dans le liquide citrin d'une hydarthrose double des genoux également apparue à l'occasion d'une poussée d'arthrite aiguë.

Ces observations concordent à faire admettre la présence fréquente du bacille filtrable dans diverses variétés du rhumatisme des tuberculeux.

Cas de syndrome hémogénique avec anémie grave du type pernicieux, traité par la méthode de Whipple.

(M. H. Mondon. — *Soc. méd. des hôpitaux.* — 12-10-1928.)

Cette observation a montré l'efficacité, après l'emploi de l'hémostyl et du calcium, d'une méthode nouvelle, extrêmement simple à appliquer et surtout inoffensive, qui a permis d'obtenir une amélioration extrêmement rapide.

En un mois de traitement, on a pu enrichir le sang du malade de 2 millions 400.000 globules. Tout autorise à penser que le traitement a exercé une influence directe sur la dyscrasie sanguine qui avait causé les hémorragies.

G. F.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Pseudo-kyste du pancréas.

MM. Villard et Labry. — Fille de 14 ans, ayant déjà eu, malgré son jeune âge, une grossesse terminée par une césarienne. Un mois environ après celle-ci, apparurent des crises douloureuses épigastriques s'accompagnant de vomissements et de quelques frissons. Les dernières de ces crises se compliquèrent d'élévation thermique à 39°, 39°5 et de contracture abdominale maxima au point vésiculaire. Cette contracture s'étant par la suite atténuée, on vit et sentit bomber une collection au niveau de la région vésiculaire. L'intervention conduisit sur une très volumineuse collection d'aspect séro-purulent, s'étendant transversalement dans la loge sous-hépato-diaphragmatique et l'arrière-cavité des épiploons. La vésicule n'est ni vue ni sentie ; deux gros drains sont placés. Pendant six jours, écoulement d'un liquide séreux abondant, jaune d'or, à contenu biliaire certain. Puis s'établit une fistule abondante donnant un liquide clair que l'examen chimique révéla être du suc pancréatique. Après avoir persisté pendant un mois et demi, cette fistule finit par se tarir après deux semaines de régime antidiabétique. Il paraît probable que cette malade a présenté, dans les suites de couches, une pancréatite aiguë hémorragique qui fut la cause des accidents.

Dilatation kystique de l'uretère étranglée au méat urétral.

M. Cibert présente, au nom de M. Santy et au sien, l'observation d'une jeune fille de 20 ans, qui, sans aucun antécédent urinaire, remarqua un jour en allant à la selle, l'issue à travers le méat urétral, pendant les efforts de défécation d'une tumeur rosée du volume d'une noix qui rentra aussitôt. Un jour vint où cette tumeur ne se réduisit plus et provoqua des troubles dysuriques qui amenèrent la malade à se faire opérer. Après rachianesthésie, le doigt introduit dans l'urètre perçoit l'implantation du pédicule sur le trigone vésical. La tumeur est réséquée au ras du méat. C'est une masse kystique tapissée sur ses deux faces par une muqueuse. La cystoscopie pratiquée ultérieurement montra un orifice urétéral droit tout petit, tandis que le gauche paraît de taille à admettre la pulpe du petit doigt. Une urétéro-pyélographie montra une énorme dilatation de l'uretère pelvien et lombaire inférieur et un renflement de la partie haute du conduit.

Cylindrome de l'ethmoïde.

MM. Rebattu et Parthiot présentent l'observation d'une femme de 62 ans qui était porteur d'une tumeur végétante de la fosse nasale droite, refoulant l'os propre du nez et déterminant de la rhinorrhée, de la céphalée, de petites épistaxis. La radiographie montrait que le point de départ de la tumeur était au niveau de l'ethmoïde. Intervention : rhinotomie latérale de Moure ; extirpation facile de la tumeur, résection presque totale de la cloison, suites simples. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma colloïde à évolution cylindromateuse, tumeur développée aux dépens des glandes séreuses des fosses nasales et de malignité purement locale.

Cancer de l'œsophage révélé par une pleurésie putride.

MM. Bonnamour et Giraud. — Homme de 61 ans gros éthylique, entré à l'hôpital se plaignant d'amaigrissement et d'asthénie et d'une douleur au niveau de l'hypochondre droit. A l'examen, foie de volume normal, douloureux à la pression, météorisme épigastrique, matité à la base droite avec grosse diminution du murmure à ce niveau. Pas de dysphagie, ni de régurgitations. L'examen radioscopique révèle un pneumothorax avec épanchement. La ponction exploratrice retire un liquide purulent d'odeur infecte, plutôt fécaloïde. L'autopsie montra qu'il s'agissait

d'un néoplasme œsophagien avec perforation de la plèvre, propagation à l'estomac et généralisation hépatique. Les formes de cancer œsophagien non sténosant et restant latent jusqu'au jour où ils se révèlent par une complication sont fort rares.

Cancer de l'œsophage latent avec généralisation hépatique.

M. Pallasse et Mlle Lambert. — Homme de 70 ans entré à l'hôpital avec de l'amaigrissement, de la cachexie, de l'œdème des membres inférieurs, du subictère conjonctival et des ganglions cervicaux ; à l'examen on trouvait une volumineuse tumeur de la région sus-ombilicale de l'abdomen, tumeur dure, irrégulière, non douloureuse ; un peu d'ascite ; albuminurie légère. On pense à un cancer secondaire du foie, la tumeur primitive restant de siège inconnu. Mort au bout d'un mois de séjour. Autopsie : ascite hémorragique, foie énorme entièrement farci de noyaux néoplasiques confluents ; à l'ouverture de l'œsophage, on trouve à la partie moyenne et inférieure de ce conduit, une traînée de bourgeons néoplasiques, d'aspect ulcéreux, rétrécissant à peine le conduit. Rien aux autres organes.

Cancer du rein de petit volume.

M. Gayet. — Homme de 48 ans venu consulter pour douleurs de reins et hématuries. Les douleurs remontaient à huit ans, une aussi longue durée évoquait l'idée de lithiase et une symptomatologie aussi fruste (on ne notait rien autre que ces hématuries et ces douleurs) pouvait faire penser à une néphrite hématurique. Mais la présence de caillot, au moment des hématuries, le parfait fonctionnement du rein en cause, fait quelquefois signalé dans les néoplasmes, enfin l'aspect à la radiographie, firent penser au cancer et proposer une intervention. Les lésions trouvées sur ce rein étaient minimes, mais l'examen histologique les montra de nature nettement cancéreuse.

Septicémie éberthienne.

MM. J. Chalier et Rousset. — Femme de 36 ans entrée à l'hôpital avec une température à 40°4, du météorisme, un gros foie et une grosse rate, une matité de la base droite. Séro-diagnostic typhique positif à 1/50. Au bout de quelques jours apparurent des douleurs vésiculaires et hépatiques, en même temps qu'un ictère qui alla se fonçant rapidement. Mort huit jours après l'entrée. L'autopsie révéla *l'absence de lésions intestinales*, mais montra, par contre, des abcès miliaires dans le foie et le rein gauche. Le pus de ces abcès, ensemencé sur bouillon, donna du bacille d'Eberth. Il ne s'agissait donc pas, comme on l'avait cru, d'une fièvre typhoïde compliquée d'hépatite et de cholécystite, mais d'une septicémie éberthienne ayant provoqué une suppuration miliaire au niveau du foie et du rein gauche.

Os tibial externe.

M. Laroyenne présente des radiographies montrant l'existence anormale d'un os tibial externe.

Tuberculose du rein chez le vieillard.

M. L. Phélip présente, en son nom et à celui de M. Duroux, un rein enlevé à une femme de 67 ans qui a eu récemment des hématuries d'allures brutales et capricieuses pouvant faire penser à un cancer. La séparation des urines montrait pour le rein droit une grosse diminution de l'élimination uréique ; en outre, l'urine de ce côté renfermait des bacilles de Koch. C'est le sixième cas observé par l'auteur chez le vieillard.

Kyste amygdaloïde du cou.

MM. Rebattu et Parthiot rapportent l'observation d'un sujet de 40 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur de la région carotidienne droite, dont le début paraît remonter à plusieurs années, mais qui ne s'est mise à grossir que depuis six mois. Cette tumeur avait, à l'entrée, le volume d'un poing, elle était indolore. Pas d'adénopathie. L'examen général du sujet était négatif. Ablation de la tumeur au prix de quelques difficultés. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un kyste amygdaloïde du cou, tumeur à tissu lymphoïde de pathogénie encore discutée.

Société médicale des hôpitaux.

Accidents cutanés et muqueux déterminés par la sanocrysine.

MM. Gaté et Barral présentent une femme de 25 ans atteinte de perlèche, de séborrhéides disséminées sur l'abdomen et surtout sur la poitrine ; aux aisselles, placards ayant l'aspect d'eczéma séborrhéique ; hydrosadénite de l'aisselle droite. Toutes ces lésions sont apparues à la suite d'un traitement par la sanocrysine, institué pour des lésions tuberculeuses des poumons.

A propos du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

MM. L. Bérard et Dunet. — Des modifications importantes ont été apportées depuis vingt ans au traitement chirurgical de la maladie de Basedow et la mortalité qui, vers 1900, variait de 15 à 20 %, s'est abaissée à 1 ou 2 % au maximum. Il est bien entendu que le traitement médical pur ou associé au traitement électrique, à la radio ou à la radiumthérapie, peut donner des améliorations considérables. Mais si l'on veut donner aux basedowiens le maximum de chances de guérison, il faut recourir à l'intervention chirurgicale *précédée et suivie de médications à base de quinine et d'iode.* Celui-ci est employé sous forme de solution de Lugol et en commençant, pour tâter la susceptibilité du malade, par des doses infi-

mes (dix gouttes par jour). Il y a lieu, en outre, de tenir le plus grand compte du métabolisme basal. Si celui-ci s'élève à plus de 30 % au-dessus des chiffres normaux et que les troubles cliniques persistent, malgré le traitement médical, il est alors temps d'intervenir. Il y a lieu, dès lors, d'envisager trois catégories de cas : 1° goitres exophtalmiques avec syndrome basedowien au complet, mais avec cœur compensé et intoxication générale peu prononcée ; 2° formes sévères avec fibrillation du cœur décompensé ; 3° formes cachectiques très graves avec phénomènes toxiques menaçants (asystolie, nausées, diarrhée persistante, délire, etc.). Dans les cas de la première catégorie, on administrera le traitement iodé pendant une à deux semaines. On emploiera l'anesthésie régionale complétée au non par quelques inhalations de chlorure d'éthyle ou de protoxyde d'azote. Dans les cas les plus simples, on peut faire d'emblée la thyroïdectomie ; si le corps thyroïde est très volumineux, on commencera par la ligature des vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Dans les cas des deuxième et troisième catégories, les précautions devront être particulièrement minutieuses. Le traitement iodé, commencé à doses faibles, sera continué pendant plusieurs semaines. On y joindra les préparations de digitale, les diurétiques, la quinine. L'opération sera faite en deux temps : d'abord ligature d'une ou de deux artères thyroïdiennes, puis, après reprise du traitement médical, on s'attaquera à la glande. La surveillance opératoire sera encore plus sévère, et on continuera après l'intervention à administrer l'iode et la digitale. Grâce à ces méthodes, les auteurs, sur près de cent goitres exophtalmiques opérés, n'en ont perdu que deux, et les résultats tendent encore à s'améliorer.

Œdème d'origine hépatique.

MM. Gaté, Ph. Barral et Aulagnier. — Homme de 29 ans entré à l'hôpital avec un œdème volumineux de la verge et des membres inférieurs. Scrotum intact. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Rien au cœur. Foie gros, mais ni dur, ni douloureux. Cet œdème disparut en trois jours, mais peu de temps après apparut un ictère qui se fonça progressivement, sans fièvre, ni troubles digestifs marqués. En somme œdème des membres inférieurs dont l'origine hépatique n'a été signée que par l'apparition d'un ictère d'évolution bénigne sans aucun symptôme rénal ou cardiaque.

Maladie polykystique du foie et des reins. Porencéphalie avec hémiplégie infantile.

M. P. Delore (présenté par M. Pic) relate l'observation d'une femme de 55 ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes et signes suivants : 1° *hémiplégie gauche* remontant aux premiers jours de la vie et s'accompagnant d'atrophie et de déformations considérables ; 2° *hépatomégalie formidable* : foie occupant les trois quarts de l'abdomen et formant sous la peau une saillie irrégulière et bosselée ; 3° *pneumothorax* gauche refoulant le cœur sur la ligne médiane ; 4° tachycardie, albuminurie, état cachectique avec œdème des membres inférieurs. Mort trois jours après l'entrée. Autopsie : foie de 4 kgr. « constellé » de kystes dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une orange ; reins présentant l'aspect classique des reins polykystiques ; pneumothorax gauche généralisé, sans épanchement, le poumon étant complètement aplati contre la colonne et porteur de lésions tuberculeuses extrêmement avancées; poumon droit parsemé de tubercules et de granulations paraissant de date récente ; hémisphère cérébral droit : porencéphalie ; la partie supérieure des circonvolutions rolandiques et le lobule paracentral manquent presque complètement et sont remplacés par une dilatation de la partie moyenne du ventricule latéral qui vient se faire jour largement à la surface.

La coexistence de porencéphalie et de kystes viscéraux est un fait intéressant et ces deux ordres de lésions paraissent devoir se rattacher à l'hérédo-syphilis.

Sur un cas de maladie de Parrot.

M. Péhu et Mme Clavel. — Enfant de 4 mois, amenée à la consultation pour impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche accompagnée de douleurs dans les mouvements : le membre était collé au tronc, l'avant-bras fléchi à 120° environ, la main tombante formant avec le plan antérieur de l'avant-bras un angle de 75°. Moignon de l'épaule déformé et globuleux. La radiographie ne révéla qu'un minimum de lésions osseuses. Aussi les auteurs pensent-ils que l'impotence et l'attitude spéciale doivent être attribuées à des lésions musculaires. L'existence de celles-ci dans la syphilis héréditaire a été mise en évidence par Hochsinger.

Sur trois nouveaux cas d'acrodynie infantile.

M. Péhu présente trois nouveaux cas de cette affection singulière, qui s'observe plus souvent dans l'enfance que dans l'âge adulte et qui se caractérise par une symptomatologie riche et variée ; les symptômes les plus frappants sont ceux qu'on observe au niveau de la *peau* : rougeur vive des mains et des pieds, des oreilles, pouvant s'accompagner de desquamation, d'hyperkératose, de phlyctènes, etc. Du côté des muqueuses, on peut noter des conjonctivites, des stomatites, de la bronchite. A ces signes peuvent s'ajouter des signes circulatoires (tachycardie, hypertension), des symptômes nerveux (atrophies musculaires, parésies diverses, *douleurs*, d'où le nom d'acrodynie), de la polydipsie, des troubles psychiques, des signes urinaires (pollakiurie, cystite, glycosurie), enfin des symptômes généraux (amaigrissement marqué, hypothermie ou hyperthermie). L'évolution est longue : plusieurs mois ; le pronostic généralement favorable. Le meilleur traitement actuel est l'actinothérapie ultra-violette.

Société d'ophtalmologie.

M. BERTEIN présente une **fracture de trois parois orbitaires**, **avec ethmoïdite suppurés** ayant nécessité la résection des cellules antérieures et le drainage par la fosse nasale. Guérison.

M. Jacques ROLLET présente un jeune garçon atteint de **colobome bilatéral** complet du plancher oculaire, avec *bec-de-lièvre.*

M. GENET présente un cas de **paralysie du grand oblique droit par contusion directe de l'orbite.**

M. ROSNOBLET rapporte l'observation de deux jeunes femmes qui ont présenté brusquement au cours de l'allaitement des troubles de l'accommodation. A noter que toutes deux avaient pris du galactogyl. Il ne semble pas toutefois, disent M. Jacqueau et M. Genet, que ce remède doive être incriminé.

M. COLRAT présente un cas de **méningoblastome du nerf optique** ; tumeur bénigne, qui fut facilement extirpée après orbitotomie supéro-interne ; mais des accidents infectieux ultérieurs (ténonite suppurée) obligèrent à pratiquer l'énucléation.

MM. Jacques ROLLET et CHAMS rapportent un **essai de traitement du trachome à l'huile de chaulmoogra** : avec un tampon de coton monté et imbibé d'huile de chaulmoogra tiédie, badigeonnage ou « frotte » énergique de la conjonctivite palpébrale jusqu'au crissement tarsien, attouchement léger des lésions bulbaires ; lavage à l'eau bouillie, de suite après ; ces manœuvres furent répétées tous les deux ou trois jours. Les deux premières applications sont très douloureuses. Sur treize cas, onze bons résultats.

M. Jacques ROLLET rapporte l'observation d'une *aveugle-née* opérée pour **cataracte congénitale double** ; les résultats immédiats ont été, dans l'ensemble, semblables à ceux de divers cas publiés : sensation d'étonnement pénible et d'incompréhension, vision confuse au début, avec une sorte de sidération intellectuelle ; toutefois les progrès rapides réalisés par l'enfant permettent de porter un pronostic favorable.

M. Jacques ROLLET présente une malade qui eut des **plaques muqueuses de la conjonctive** de l'œil droit, lésion fort rare.

A. C.

Les Congrès

XXXVII^e Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

La rachi-anesthésie. État actuel de la question.

Le rapport de MM. E. FORGUE (de Montpellier) et A. BASSET (de Paris) fera l'objet d'une publication dans le prochain numéro.

Discussion du rapport.

M. KRYNSKI (de Varsovie) utilise la novocaïne mais y ajoute une solution de chlorure de potassium qui paraît mettre à l'abri de certains accidents.

Il insiste sur les contre-indications suivantes : hypotension, âge du sujet (vieillesse ou juvénilité) infection grave septicémique, nervosisme exagéré.

M. PHOCAS (d'Athènes) est surtout partisan de l'anesthésie générale à l'éther dont on peut éviter la plupart des complications.

La rachi-anesthésie rendra de précieux services là où l'éther ne pourra être utilisé, mais ce n'est là qu'une méthode d'exception.

M. DANIEL (de Bucarest) estime que la rachi-anesthésie est actuellement, grâce aux nombreux perfectionnements qui lui ont été apportés par l'Ecole française, une méthode simple par sa technique et sûre dans ses résultats.

Les accidents graves ou légers, beaucoup moins importants que ceux qui accompagnent l'anesthésie générale, semblent dus à un déséquilibre vago-sympathique déclanché par la pénétration dans l'organisme de l'anesthésique déterminant une crise humorale.

Ces phénomènes apparaissent habituellement chez des prédisposés. Ils se traduisent par des troubles nerveux et viscéraux.

On peut les prévenir en injectant, dans une veine, de 5 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien immédiatement prélevés avant l'opération.

Les résultats immédiats et tardifs sont excellents: pas de nausées, pas de vomissements ; quelquefois cependant la céphalée tardive n'est pas évitée (7 p. 100 des cas).

Cette méthode paraît agir par le mécanisme de la désensibilisation de l'organisme rendant le sujet inapte à la crise colloïdoclasique.

M. ALIVISATOS (d'Athènes) apporte une importante statistique personnelle comprenant 3.449 cas sans un seul décès.

Toutes ces anesthésies ont été pratiquées à l'occasion d'interventions sous-ombilicales ou portant sur les membres inférieurs.

Pour 1.936 cas, il est probable que la majorité des chirurgiens aurait employé l'anesthésie générale.

Pour 1.518 cas, l'anesthésie locale ou régionale pouvait être indiquée.

L'auteur ne croit pas que ce beau résultat soit dû à

(1) Voir *Concours médical*, nos 46 et 47.

une technique personnelle originale. Comme tous les chirurgiens, il a usé successivement de la cocaïne, de la stovaïne, et présentement c'est à la novocaïne que vont ses préférences.

Il emploie de 6 à 10 centigrammes suivant l'importance de l'opération.

Son expérience lui a prouvé que les petits incidents : céphalée, vomissements et rétention d'urine sont devenus moins fréquents et moins intenses depuis qu'il s'astreint aux conditions suivantes :

I. Emploi exclusif de la novocaïne ;

II. Suppression du barbotage ;

III. Suppression de l'écoulement du liquide rachidien, sauf quand celui-ci s'échappe en jet ;

IV. Rétablissement de la pression artérielle par le procédé de Lecène et Leriche.

Par contre, l'auteur avoue n'avoir pu supprimer la petite alerte des premières minutes : pâleur, transpiration, angoisse. Ce sont là sans doute des accidents qui dépendent de la pusillanimité du sujet.

Malgré ces résultats, on ne saurait nier les contre-indications qui demeurent formelles chez les infectés, intoxiqués, cachectiques, insuffisants hépatiques ou rénaux.

L'emploi de la rachi-anesthésie haute est à rejeter.

Quant à l'usage de la rachi-anesthésie dans les occlusions, l'avis de l'auteur est qu'il y faut renoncer systématiquement dans les cas avancés et y recourir au contraire dans tous les cas au début.

M. Mayer (de Bruxelles) rappelle qu'il y a dix-sept ans, il a publié en collaboration avec Depage un travail sur les 100 premiers cas de rachi-anesthésie pratiquées par lui à l'hôpital Saint-Jean, en attirant l'attention sur les inconvénients qui, à cette époque, étaient inhérents à la méthode.

Son avis est que la rachi-anesthésie ne peut être qu'une méthode d'exception. Elle est extrêmement précieuse dans la réduction des fractures et les ostéosynthèses du membre inférieur, les amputations de cuisse, les interventions sur le périnée et sur les vaisseaux des jambes (sympathectomie).

Elle est utile aussi dans la chirurgie abdominale sous-ombilicale, chez des sujets atteints de lésions pulmonaires ou cardiaques graves.

L'auteur ne l'utilise plus dans les hernies et les hémorroïdes, où il donne la préférence à l'anesthésie locale.

Elle est contre-indiquée chez les malades à pression basse et chez les shockés.

Merveilleuse dans certains cas particuliers, cette technique doit céder le pas, la plupart du temps, à la narcose ou à l'anesthésie locale.

L'auteur souligne les avantages de l'anesthésie générale par mélanges oxygène, chloroforme et éther, donnée à l'aide des appareils de Roth-Draeger. Les risques sont ainsi considérablement diminués surtout si l'on fait précéder ou suivre l'anesthésie de l'administration d'un lavement de lait créosoté. Cette technique a fait baisser le pourcentage des pneumonies post-opératoires d'une façon sensible.

M. Theodoresco (de Bucarest) apporte sur la rachi des considérations qui sont le résultat d'une série de 3.800 anesthésies pratiquées depuis la guerre à l'hôpital militaire (Reine-Elisabeth).

Dans 1.200 cas, l'anesthésique employé a été la stovaïne-strychnine et dans 2.600 cas, la novocaïne-adrénaline.

La ponction haute n'a été pratiquée que dans 75 cas.

Les anesthésies à la novocaïne-adrénaline ont donné les accidents et les troubles suivants :

Vomissements passagers, 10 p. 100.

Irrégularité respiratoire avec pâleur mais sans syncope, 10 p. 100.

Céphalée passagère, 12 p. 100.

Rétention d'urine, 18 p. 100.

Paresse intestinale, 5 p. 100.

Paralysie partielle et passagère des muscles oculaires, 1/400.

Paralysie persistante neuf mois du crural, 1 cas.

Monoplégie de trois semaines, 1 cas.

Les anesthésies à la stovaïne-strychnine ont donné les mêmes ennuis mais avec une intensité plus grande; et en plus ont été observées :

2 escarres sacrées.

2 paraplégies.

Les accidents immédiats sont dus au choc rachi-anesthésique dans la production duquel interviennent la technique vicieuse, l'hypotension, la toxicité de l'anesthésique. Tous ces accidents sont évitables.

C'est là la méthode idéale d'anesthésie pour les opérations sous-diaphragmatiques.

M. Hallion trouve un peu exagéré de dire que la rachi-anesthésie n'a pas encore eu l'heur d'intéresser les physiologistes. Dès 1900, avec M. Tuffier, il a étudié cette question expérimentalement, et cela à différents points de vue, sur des chiens. Les auteurs, dans leurs communications à la Société de biologie, n'ont pas seulement établi, comme l'ont rappelé les rapporteurs, que la cocaïne porte son action de façon très prépondérante, sinon exclusive, sur les racines rachidiennes ; ils ont suivi méthodiquement l'évolution de l'anesthésie et analysé les phénomènes ayant pour cause la paralysie des fibres motrices radiculaires touchées par l'alcaloïde, y compris celles du système neuro-végétatif. Ils ont notamment mis en évidence une paralysie vaso-motrice du rein et de la rate et un abaissement consécutif de la pression artérielle.

Au sujet du mode suivant lequel la cocaïne se répand dans le liquide céphalo-rachidien, ils ont les premiers fait allusion à l'influence de l'attitude du sujet et de la densité des solutions injectées.

M. de Rouville (de Montpellier) utilise la rachi-anesthésie depuis vingt-huit ans dans 75 p. 100 des interventions gynécologiques.

La statistique porte sur 2.000 cas. Comme tous les chirurgiens il a utilisé d'abord la cocaïne, puis la nirvanine et la stovaïne. Il ponctionne dans le quatrième espace lombaire avec l'instrumentation de

Tuffier, retire de 10 à 15 centimètres cubes suivant la tension du liquide et pousse l'anesthésique lentement.

La solution est à 10 p. 100 et il en injecte, suivant le poids du malade, de 10 à 12 centicubes.

Une demi-heure avant l'opération il est utile d'injecter sous la peau une ampoule de caféine.

La statistique de Rouville ne comporte aucun décès attribuable sûrement à ce mode d'anesthésie. Il n'a jamais observé d'accidents tardifs, quelquefois des céphalées. Il estime qu'il n'existe qu'une seule contre-indication : le nervosisme exagéré del'opéré.

M. Brindeau (de Paris) envisage l'action de la rachi-anesthésie au cours de l'accouchement.

Les phénomènes physiologiques sont nettement renforcés au niveau de l'utérus, par contre l'ampliation du vagin et du périnée paraît retardée.

Dans la césarienne corporéale, la rachi facilite la besogne du chirurgien. Il se produit une sorte d'éversion des tissus utérins qui simplifie la suture et l'hémostase.

La méthode n'est pas à conseiller dans la pelvitomie, car après l'opération la femme se trouve dans l'impossibilité de pousser.

Dans la rupture de grossesse ectopique, la rachi rend encore de grands services grâce au maintien parfait des anses intestinales qu'elle procure toujours. On peut sans difficultés, la malade étant renversée, étancher complètement le sang accumulé sous le diaphragme.

Il a paru à l'auteur que les suites de couches étaient plus normales après la rachi qu'après toute autre anesthésie. Il emploie ordinairement une injection de 6 centigrammes.

M. J.-L. Faure (de Paris) affirme qu'il n'emploiera jamais la rachi-cocaïnisation en raison des accidents qu'elle peut toujours causer et parce qu'il lui semble que la narcose générale constitue un des plus grands bienfaits de la chirurgie moderne.

Que l'opéré puisse être le témoin de l'acte chirurgical ne lui paraît nullement désirable.

Il semble que ses préférences soient pour la narcose à l'éther où il est si facile d'éviter les accidents graves. Depuis de longues années il n'a observé dans son service qu'une seule mort par l'éthérisation, l'externe anesthésiste ayant cru devoir pousser l'anesthésie jusqu'à ce que « mort s'en suive ».

En aucun cas l'anesthésie ne doit être plus grave que l'opération elle-même, et à ce point de vue, avec de la patience et une bonne technique, l'anesthésie locale ou régionale pourrait être étendue à un grand nombre d'interventions importantes.

On a beaucoup parlé du « magnifique silence abdominal » qui accompagne la rachi-cocaïnisation. Mais si l'on emploie l'écarteur à cadre que l'auteur a imaginé on ne saurait être gêné par l'issue des anses intestinales, quelle que soit la narcose choisie.

M. Villard (de Lyon). Sur 36.000 interventions que l'auteur a vu pratiquer dans son service, interventions presque toutes réalisées sous anesthésie générale à l'éther, par une seule mort n'a été observée du fait de l'éther.

Sur 101 rachi-anesthésies, une mort par broncho-pneumonie.

Il insiste sur ce fait qu'on a signalé souvent des accidents à distance après rachi-anesthésie, etqu'au contraire ces accidents à distance n'existent jamais après éthérisation.

Les interventions réalisées sous une anesthésie générale à l'éther bien conduite donnent toute tranquillité à l'opérateur. La rachi-cocaïnisation expose au contraire aux vomissements brusques, à l'angoisse.

En outre, la mortalité et la morbidité sont infiniment supérieures dans la rachi-anesthésie. Sur 101 cas, l'auteur a observé 2 syncopes graves, 1 mort après vingt-quatre heures avec accidents cérébraux et hémiplégie.

Quant aux accidents immédiats de broncho-pneumonie, il faut reconnaître qu'ils sont plus fréquents avec l'éther, 4 cas mortels sur 1.739 anesthésies à l'éther. Mais la rachi n'en met pas complètement à l'abri, 1 cas mortel sur 101 anesthésies.

Les suites éloignées, céphalées, escarres sacrées, n'existent qu'avec la rachi-anesthésie, et, sans préjuger de l'avenir, l'auteur conclut que présentement la rachi-anesthésie doit être réservée aux pulmonaires et aux grands infectés.

M. H.-L. Rocher, De 1920 à 1928, l'auteur a pratiqué 175 rachi-anesthésies chez des enfants de quatre à quinze ans. Après avoir rappelé quelques notions historiques, il prétend qu'aucune raison d'ordre moral, biologique ou chirurgical ne s'oppose à son emploi. Il faut la réserver aux opérations importantes sous-ombilicales et des membres inférieurs. La rachi est supportée admirablement par l'enfant, l'orage y est moins accusé. Les incidents non opératoires sont moins fréquents, moins durables et moins importants que chez l'adulte.

M. Froelich (de Nancy), à l'occasion de la publication de M. Rocher, exprime sa surprise, car la rachi et l'anesthésie locale ne lui ont jamais paru applicables à l'enfant, toujours indocile.

Il préfère l'emploi du chloroforme.

M. Patel (de Lyon) a employé successivement la cocaïne, la stovaïne, l'allocaïne. Aujourd'hui ses préférences vont à la scurocaïne à la dose de 6 centigrammes. Il utilise une aiguille fine, à biseau court, et procède avec lenteur.

Les accidents immédiats, en particulier les vomissements, sont moins marqués depuis qu'il pratique systématiquement dans les heures qui précèdent l'opération une injection sous-cutane de caféine.

Il a observé des « ratés » 1 fois sur 40 ou 50 cas.

Sur 2.000 rachi-anesthésies, l'auteur a eu 3 morts.

Il considère que c'est la méthode de choix dans la réduction des fractures difficiles.

M. Peugniez (de Paris) se déclare adversaire de la rachi-cocaïnisation. Il n'a jamais observé d'accidents par l'éther contre lesquels il n'ait été possible de lutter victorieusement. A son avis, l'avenir appartient

aux anesthésies locales et régionales dont on peut étendre les applications. L'anesthésie lombaire ne sera jamais qu'une méthode d'exception.

M. Leriche (de Strasbourg) a été vivement impressionné à la suite d'une rachi-anesthésie qui s'est terminée par une syncope mortelle et sans vouloir tirer d'un seul cas des conclusions générales, il déclare qu'il est bien décidé à ne plus recourir à la méthode pour la partie haute de l'abdomen.

Il réserve la rachi-anesthésie à la chirurgie des membres inférieurs, de l'utérus, du rectum et du côlon pelvien.

Il pense qu'il faut suivre l'exemple des chirurgiens viennois et étendre considérablement les indications de l'anesthésie locale et régionale. On peut, avec un peu de patience et d'entraînement réaliser ainsi des gastrectomies, des cholédocotomies, des résections étendues du tractus digestif.

Ceci étant dit, l'auteur envisage la question des accidents secondaires de la rachi-anesthésie; céphalée, raideur de la nuque, méningisme.

La cause habituelle est l'hypotension. Dès qu'il y a perte de liquide céphalo-rachidien, dès que la tension de ce liquide n'est plus normale, par un simple phénomène d'équilibre circulatoire les méninges se congestionnent et restent congestionnées aussi longtemps que l'équilibre n'est pas rétabli. L'auteur propose comme thérapeutique très efficace l'injection dans les veines de 40 à 50 centimètres cubes d'eau distillée. *Ceci réussit dans les deux tiers des cas.*

M. Termier (de Grenoble) n'aime pas ce mode d'anesthésie. Il a été frappé du fait que tant de chirurgiens, après avoir employé la rachi-anesthésie d'une façon presque courante, ont peu à peu renoncé à cette méthode ou tout au moins en ont restreint les indications.

En lisant les travaux des plus chauds partisans de la rachi-anesthésie, on trouve encore bien des points sans réponse. Nous ne savons pas d'une façon certaine le niveau supérieur atteint par l'anesthésique. Nous n'avons pas la possibilité d'éviter ces réactions méningées ou même médullaires qu'on a contrôlées aux autopsies.

Il y a vraisemblablement des différences d'affinité individuelle pour cette anesthésie et même entre les mains les plus entraînées à cette méthode l'auteur a vu des échecs nécessitant l'emploi d'un autre anesthésique. Et puis que faire contre les risques tardifs ?

Dans son service, où se font de 1.000 à 1.200 interventions par an, M. Ternimr n'use pas de la rachi, mais son chef de clinique y a recours assez souvent, les observations sont donc possibles, et voici les critiques :

Temps perdu, surcroît de travail, cumul de responsabilité.

Il faut aussi un certain temps pour que l'anesthésie soit réalisée, ce qui a une certaine importance dans les matinées « chargées ».

Mais voici des objections plus sérieuses. L'auteur a observé une paraplégie qui dura une huitaine de jours, une autre qui dura près d'un mois, des crises de céphalée violentes et tenaces. Au cours d'une hystérectomie en Trendelenburg, il fut surpris par une émission inopinée de matières fécales liquides ; enfin, plusieurs fois il nota des échecs partiels ou complets.

A part quelques indications exceptionnelles, l'auteur donne donc la préférence à l'anesthésie par inhalation : scopolamine-chloroforme, kélène-éther.

(*A suivre.*)

Les Livres

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Dr J. Aimard et H. Dausset. — **L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle, l'infrarouge.** (Troisième édition. Un vol. in-8, de 214 pages, avec 28 figures hors texte. Prix : 15 francs.)

Ce livre contient les notions indispensables au médecin en fait d'actinothérapie : physique et mode d'action ; appareillage, techniques diverses.

Quant aux indications et résultats obtenus dans les maladies, on trouvera vite un renseignement indispensable grâce à la classification par ordre alphabétique.

La lumière ne peut être pour certaines maladies qu'un adjuvant d'autres procédés, et il faut se garder de nuire à la méthode par un optimisme exagéré. Mais on ne peut nier la merveilleuse efficacité de la thérapeutique par la lumière, surtout comme tonique et reconstituant.

La cure solaire est préférable aux moyens artificiels ; mais, dans certains cas, les bains de lumière artificielle, plus dosables, plus maniables, donnent des résultats immédiatement plus beaux. Les deux méthodes ne se contredisent pas et s'allient au contraire d'une manière fort précieuse.

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris (1928).

J. André (du Mont-Dore). — **L'asthme et son traitement. Etiologie, pathogénie et diagnostic.** (Un vol. 372 pages. Prix : 30 fr.).

C'est une étude critique des théories pathogéniques et des méthodes de traitement. Après avoir indiqué ce qu'il fallait entendre par asthme et l'avoir bien délimité, l'auteur donne une étiologie très documentée, et il note au fur et à mesure ses idées personnelles. Il examine successivement l'asthme névrose, l'asthme diabétique, l'asthme anaphylactique, l'asthme colloïdoclasique, l'asthme vagotonique, etc. ; à

noter une explication originale de la crise d'asthme, « crise évacuatrice, acte de défense de l'organisme ».

Le chapitre du diagnostic différentiel, avec description des recherches les plus aptes à déceler le facteur pathogénique, sera fort utile au praticien.

La partie la plus importante de l'ouvrage a été réservée au traitement du fond, du terrain, au traitement pathogénique, au traitement de l'accès : prescriptions de diététique, d'hygiène, de crénothérapie; méthodes antianaphylactiques et anti-colloïdoclasiques ; radioscopie et rayons ultraviolets ; opothérapie, dont l'importance ne saurait échapper.

N. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole de-Médecine Paris.

Dr L. Chauvois. — **Les dessanglés du ventre : maladies par relâchement des parois et organes abdominaux.** (2e édition, in-8, 1928, 192 pages, 110 fig. 7 planches. Prix : 18 francs.)

Cette nouvelle édition a été augmentée, notamment dans le but de permettre à quiconque de s'intéresser à ce sujet, — en particulier aux parents et aux maîtres qui en ont le devoir, et de suivre par l'image, toutes les nuances de la pensée de l'auteur.

Voici quelques chapitres traités : actualité et gravité de la déchéance dite « dessanglage abdominal ».

Aspects extérieurs et intérieurs des déssanglés du ventre (gras ou maigres) ; dégénération de la sangle musculaire normale et déformations intérieures qui en résultent.

Troubles pathologiques des dessanglés et prédispositions pathologiques.

Causes et modes d'installation de la déchéance abdominale : hérédité, mauvaise éducation alimentaire; insuffisance de vie physique, tout particulièrement à l'âge scolaire ; erreurs de notre pédagogie ; les mauvais corsets chez la femme et chez la jeune fille, l'amaigrissement après les maladies.

Moyens de prévention et de traitement : chirurgicaux, médico-hygiéniques (principes d'alimentation, de gymnastique, de massage, de judicieux ressanglage (sangles et pelotes), hygiène nerveuse et psychique, etc.

Dr Kurt-Heymann. — Préface de M. Levaditi, de l'Institut Pasteur. —**Chimiothérapie par voie buccale avec l'arsenic.** (Un vol. gr. in-8o de 132 pages. 1928.)

M. Levaditi a démontré en 1922, avec Nov. Martin, l'efficacité préventive et curative de l'acide acétyloxyaminophénylarsinique, administré par voie buccale dans la syphilis.

L. Fournier et ses élèves, expérimentant sur une grande échelle le stovarsol dans la syphilis, confirmèrent en les élargissant ces premières conclusions. Marchoux vint ensuite dire que le stovarsol était efficace dans la dysentérie amibienne et les autres parasitoses intestinales. Tour à tour s'ajoutèrent le pian, la récurrente, le paludisme, certaines trypanosomiases, en sorte qu'à l'heure actuelle, longue est la liste des affections à spirilles, à spirochètes et à protozoaires, passibles de la thérapeutique par les acides arsiniques administrés *per os*.

M. Heymann présente une étude d'ensemble sur les documents expérimentaux et cliniques concernant le stovarsol, et il expose les résultats obtenus en France, aux Colonies, à l'étranger.

Voici les principales divisions :chimie, toxicologie, chimiothérapie expérimentale, chimiothérapie clinique dans la syphilis, la malaria, les parasitoses intestinales, les symbioses fuso-spirillaires, l'ulcère phagédénique, etc.

Librairie Valois, 7, place du Panthéon, Paris.

Dr Léon Pouliot. — **Hygiène de maman et de bébé.** (Un vol. relié toile de 340 pages, avec 44 figures dans le texte, 2e édition, 1928. Prix : 18 fr.).

C'est un livre d'hygiène, où il n'y a que des règles de conduite à l'exclusion de tout conseil thérapeutique ; il éclaire les jeunes femmes sur leurs besoins, sur les dangers qui les menacent et sur la façon de s'en garer, qui est toujours le recours au médecin.

Bien que rédigé pour des profanes, ce petit ouvrage apprendra aux confrères, surtout aux jeunes, bien des détails de pratique, de ceux qu'on n'enseigne pas à l'hôpital. Il leur rappellera aussi quelques préceptes de haute portée morale et sociale.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain.

Fr. Guermonprez. — **Etudes médicales autour de la loi du 5 avril 1928 relative aux assurances sociales.** (Un vol. 240 p. Prix : 12 francs.)

Prof. I. P. Pavloff. — **Leçons sur l'activité du cortex cérébral.** Traduit par Mme D. I. Trifonoff. *Préface du prof. Gley.* (Un vol. in-8o, 420 p.: 60 fr.)

Chez Vigot, frères,
23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Henri Fischer, assistant de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux. — **Les dysmorphies congénitales du thorax et leurs syndromes cliniques.** Travail publié en collaboration posthume avec le professeur Louis Dubreuil-Chambardel, de Tours ; illustré de 40 fig. Préface du professeur agrégé Jeanneney, de Bordeaux. (Un vol. 150 p.)

THÉRAPEUTIQUE

Vitamines et Médicaments Irradiés

Leurs garanties d'efficacité.

Parmi les acquisitions nouvelles dont s'est enrichi notre domaine thérapeutiqqe, l'irradiation des médicaments est assurément l'une des plus marquantes. De fait, il n'est point de méthode qui, sitôt son éclosion, ait davantage séduit les praticiens et connu un plus rapide essor. Aussi voit-on surgir, presque chaque semaine, quelque produit nouveau se prétendant plus fortement irradié et plus riche en vitamines que ceux qui l'avaient précédé. Car la caractéristique de ces prolifiques lancements est de tourner à la surenchère.

Sans doute l'utile campagne menée par MM. Lesné et R. Clément viendra-t-elle endiguer ce flot débordant. C'est, comme on sait, à la tribune de l'Académie de Médecine (séance du 31 juillet) que ces auteurs lancèrent leur premier cri d'alarme, qu'ils ont répété depuis dans diverses publications. Aux médicaments ou aliments présentés dans le commerce comme devant contenir des vitamines, ils adressent deux griefs de capitale importance : c'est d'abord qu'un certain nombre d'entre eux sont dépourvus des vitamines qu'ils prétendent renfermer, d'où fatals échecs thérapeutiques ; c'est ensuite que la plupart se montrent d'une activité inégale et d'une conservation défectueuse, d'où la nécessité d'un contrôle biologique et d'un étalonnage physiologique, comme cela se fait par exemple pour l'insuline.

En confiant à une Commission spéciale l'étude d'une telle question, force est de reconnaître que l'Académie a sagement agi. Ainsi sera sauvegardé l'avenir d'une méthode qui s'annonce grosse de promesses. On peut seulement s'étonner de voir cette méthode aujourd'hui revendiquée par tant et tant de paternités, alors que, voilà un an à peine, elle était encore à peu près ignorée en France. Mais c'est, il est vrai, un sentiment bien humain que d'aucuns s'approprient les idées des chercheurs qui, pour atteindre au but, n'ont ménagé ni leurs travaux, ni leurs sacrifices.

A cet égard, il convient de rendre un juste hommage à un chimiste français, M. Laurençon professeur de chimie et de pharmacologie à l'Ecole dentaire de Lyon, dont la priorité apparaît évidente. C'est après deux années d'une minutieuse expérimentation que, menant à bien ses recherches, il put, en 1927, présenter au Corps médical le premier produit français, l'*Ultravitamine* 4, ayant renfermé, sous une forme stable et agréable, la vitamine « D » (cholestérol ergostériné irradié), unie aux vitamines « A », « B » et « C ». Quelques mois après, on importait en France des échantillons de produits étrangers, notamment une solution huileuse d'ergostérine irradiée.

Dans un louable but de vulgarisation scientifique, M. Laurençon s'était empressé de publier le résultat de ses travaux qui devaient apporter à notre thérapeutique moderne tant de bouleversements. Ainsi en fit-il l'objet d'une première communication à la Société des dentistes du Rhône, le 27 novembre 1927, d'une deuxième au Congrès odontologique de Paris le 30 mars 1928, puis d'une troisième à la Société des Sciences vétérinaires de Lyon, le 6 mai 1928.

C'est donc une justice à rendre à l'*Ultravitamine* 4 que, dans le domaine jusque-là presque inexploré des avitaminoses, elle a eu le grand mérite de l'originalité. Certes, elle ne pouvait manquer d'être rapidement imitée, comme ne le démontre que trop l'éclosion ininterrompue de produits similaires. Mais, comme l'expérience ne s'acquiert qu'au prix de très longs efforts, l'*Ultravitamine* 4 continue à se prévaloir d'un tel ensemble d'avantages que sa supériorité demeure manifeste.

L'un des plus difficultueux problèmes que M Laurençon avait eu à résoudre pour que le produit fût impeccable, était celui de sa conservation et de sa stabilité. Lorsqu'on passe du domaine du laboratoire au domaine industriel, ces difficultés ne font que s'accroître. Or, grâce à ses persévérantes études, il les a surmontées en utilisant, pour la fabrication de l'*Ultravitamine* 4, le procédé Gallois-Laurençon donnant l'absolue garantie de la conservation de la vitamine « D » unie aux vitamines « A », « B » et « C » bien vivantes.

Bien mieux, pour que l'efficacité de la préparation puisse fournir toute certitude aux praticiens, M. Laurençon, soucieux de s'entourer des plus sûres garanties scientifiques, a pris pour règle de soumettre l'*Ultravitamine* 4 à de rigoureux contrôles physiologiques, ce, en quoi, il devance le vœu judicieusement présenté à l'Académie de Médecine. Ce n'est pas seulement dans

son Laboratoire que les vitamines en sont essayées sur des animaux d'expérience recevant des régimes carencés, mais encore par d'autres personnalités scientifiques, en particulier M. le professeur Létard, professeur de Zootechnie à l'Ecole nationale de médecine vétérinaire de Lyon, et M. Auger, chef des travaux à ladite Ecole. A titre d'indication et de référence, voici le libellé d'un certificat de contrôle :

« Nous pouvons dire que le facteur « A », uti-
« lisé par vous, est susceptible, à la dose de 0,5 %
« de la ration du rat, d'arrêter les accidents xéro-
« phtalmiques et d'assurer la reprise de crois-
« sance des rats de 55 grammes, soumis au régi-
« me carencé en facteur « A » et convenablement
« irradié.

« Le facteur « B » a été journellement admi-
« nistré à un lot de pigeons à la dose de 0,05 par
« animal soumis à une alimentation de riz glacé.
« Ce facteur a non seulement maintenu pendant
« 18 jours l'équilibre pondéral des animaux,
« mais de plus, il a empêché l'éclosion des crises
« de polynévrite aviaire.

« Quant au facteur « C », les cobayes mis à un
« régime artificiel scorbutigène ont résisté à la
« maladie en recevant les doses journalières de
« 0,30 de cette vitamine. A l'heure actuelle, la
« survie se maintient et la croissance demeure
« normale.

« Nous croyons qu'une telle préparation peut
« se maintenir pendant un certain temps, que
« l'on peut évaluer à environ huit mois. »

Conformément à ces certificats, les boîtes d'*Ultravitamine* 4 sont livrées en portant extérieurement mention de la date limite de leur efficacité. C'est donc là une très sérieuse garantie pour les praticiens. De plus, le Laboratoire d'Actino-Biologie où se fabrique l'*Ultravitamine* 4 met actuellement au point le calcul des unités physiologiques correspondant aux vitamines bien vivantes contenues dans la préparation, de sorte qu'à bref délai la formule banale de la composition sera complétée par celle, bien autrement précieuse pour l'acte thérapeutique, des équivalents biologiques qu'elle contient.

Le souci d'une telle probité scientifique justifie l'excellent accueil fait à l'*Ultravitamine* 4 par le Corps médical et les résultats absolument surprenants qu'elle a permis d'obtenir. C'est là un produit d'une incontestable valeur, bien étudié et venant étroitement répondre à tous les desiderata. Par surcroît, il est très facile à prendre : granulé bicolore d'un goût délicieux, il est toléré par les estomacs les plus fragiles, met à l'abri des inconvénients des substances huileuses. Enfin, par sa composition originale :

Cholestérol ergostériné (Vitamine D) ;
Extrait lipoïdique de foie (Vitamine A) ;
Extrait de levures diverses (Vitamine B) ;
Jus frais stabilisé d'orange et de citron (Vitamine C) ;
Eléments minéraux (Chlorure de manganèse, Phosphates calciques) ;
Produits opothérapiques (poudre d'os frais, moelles diverses) ;

Ce n'est pas seulement le seul élément pharmacodynamique intégral de l'huile de foie de morue (association des facteurs « A » et « D »), mais encore un dynamisant, un réfecteur d'énergie, dont le champ d'indications, loin de se limiter aux seules carences minérales rachitiques, s'étend à toutes les carences. C'est dire l'arme précieuse que l'*Ultravitamine* 4 constitue pour notre arsenal thérapeutique.

Dr Pleven.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

HOPITAUX

Un hôpital peut-il refuser d'admettre des malades payants ? La concurrence faite par les hôpitaux aux maisons de santé privées.

Mes collègues de l'hôpital civil et moi serions heureux de faire appel à votre science de législation hospitalière. Nous avons plusieurs points de litige avec la Commission administrative de notre hôpital. Les voici.

1° Est-il possible d'empêcher l'admission à l'hôpital des malades aisés ? Jusqu'à présent la commission administrative a prétendu qu'elle ne le pouvait pas Cela était défendable il y a quelques années, à une époque où il n'existait pas de maison de santé privée dans notre ville. Actuellement elles sont nombreuses. La commission administrative ne devrait-elle pas, si elle persiste dans son idée d'hôpital pour tous, riches ou pauvres, ne devrait-elle pas créer une maison de santé dans son enceinte ?

2° Notre commission administrative a décidé de faire payer en plus du prix de journée qui est actuellement de 30 francs, une taxe dite « d'appareillage et de stérilisation » qui varie suivant l'importance de l'acte opératoire de 50 à 100 et 150 francs. Existe-t-il en France des taxes semblables dans des hôpitaux recevant des malades payants en salle commune, c'est-à-dire dans un hôpital n'ayant pas de maison de santé indépendante ?

Nous serions très heureux d'avoir votre avis sur ces points. A l'avance, mes collègues et moi, vous remercions.

Dr B.

Réponse.

A lire les textes des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, il semblerait que les hôpitaux ne doivent recevoir que des indigents.

Mais, peu à peu s'est introduite la notion des malades nécessiteux, des demi-pauvres, des gens momentanément dans le besoin, qui sont hors d'état de supporter eux-mêmes les dépenses d'une hospitalisation dans une clinique privée, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques.

Aussi, grâce à cette considération de la demi-assistance, les hôpitaux se sont-ils cru en droit de recevoir des clients, qui sans être bénéficiaires des lois de 1851 et de 1893, sont hors d'état d'être reçus dans une maison de santé.

Voici la théorie.

En pratique, il n'en est plus de même. Les hôpitaux retirent un bénéfice certain de l'admission des malades payants. La présence de cette clientèle permet de réduire les frais généraux, tout en demandant un prix de journée rémunérateur.

Certes, certaines Commissions administratives font des efforts louables, pour réfreiner l'invasion des malades payants : elles recherchent si, parmi les nécessiteux, ne se glissent pas de faux pauvres, qui exploitent honteusement la charité publique.

Mais, beaucoup trop d'établissements publics admettent quiconque se présente, riche comme pauvre, pourvu qu'il paye. Quelques-uns font même de la réclame pour attirer la clientèle des payants.

De plus, entrent à l'hôpital les blessés du travail, pour lesquels paye un responsable ; à leur suite pénètrent à l'hôpital les riches exploitants agricoles, assurés facultatifs, qui, malgré leur fortune, entendent être soignés aux mêmes conditions que leurs ouvriers blessés dans le travail.

Demain, seront admis, en payant, les assurés sociaux.

On peut donc dire que l'évolution actuelle des tendances hospitalières serait de concevoir l'hôpital comme faisant fonction de maison de santé à bon marché, largement ouverte à quiconque veut payer, avec des salles, ou chambres plus ou moins confortables selon la fortune du client.

Juridiquement, l'hôpital a-t-il le droit de refuser l'admission d'un malade payant ?

Bien que la question n'ait jamais été portée devant les tribunaux, je réponds par l'affirmative.

Charbonnier est maître chez lui. Or, la commission administrative d'un hôpital a les droits d'administration les plus étendus, sauf, sur certains points, à obtenir l'approbation du préfet.

Or, l'hôpital a le devoir impérieux de remplir son rôle social ; c'est-à-dire d'hospitaliser les

malades privés de ressources. En aucun cas, l'admission d'un bénéficiaire de la loi du 7 août 1851, ou de celle du 15 juillet 1893 ne pourrait être refusée, sous prétexte que l'hôpital est plein, alors que certains lits seraient occupés par des malades payants.

Pour repousser les demandes d'admission des non-indigents, la commission administrative peut toujours se retrancher derrière les articles 21 et 28 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, voté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1921 ; elle pourrait également faire état des commentaires, donnés par la circulaire du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 31 mars 1926, spécifiant que les malades payants ne peuvent être admis qu'à titre exceptionnel.

Page 32 de la dite circulaire, nous lisons :

« Des modifications importantes ont été apportées au régime des malades payants.

« Le rapport de l'inspection générale des services administratifs, pour l'année 1913 (*Journal officiel*, annexe du 6 août) a rappelé les points de droit, qui ne sauraient être perdus de vue : l'hôpital a été créé pour les indigents et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants.

« La transformation partielle des hôpitaux en maisons de santé ne peut se concilier avec le respect des fondations hospitalières.

« Le principe de la spécialité des établissements publics s'oppose également à ce que les hôpitaux se livrent à une opération ayant un caractère commercial, qui les mettrait en concurrence, dans des conditions privilégiées, avec les maisons de santé privées.

« Les hôpitaux, sont, en général, tout juste suffisants pour les malades indigents et l'admission des malades aisés, ou peu aisés, risque de nuire aux services des malades indigents, pour lesquels l'hôpital a été spécialement créé.

« Tels sont, dans leur rigueur, les principes posés par les lois organiques qui régissent les établissements hospitaliers et ils ne sauraient être modifiés que par voie législative. Ils sont d'accord avec les intérêts du corps médical, pour lequel l'hôpital ne doit pas constituer une concurrence ».

Du texte, de cette circulaire, il résulte que le Ministre, chargé de faire respecter la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, est en accord complet avec les délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; cette haute assemblée, en votant le texte de la note de l'article 28 du règlement modèle de 1921, a spécifié que l'admission à l'hôpital des malades payants ne peut être prononcée que dans des cas exceptionnels.

Il me semble utile de rappeler le texte de cette notice :

« L'hôpital ou l'hospice étant, par définition, affectés aux pauvres, il n'est permis de réserver des lits aux malades et aux hospitalisés payants, qu'à titre exceptionnel seulement et dans une faible proportion.

« Il ne s'agit ici que des malades payants à l'hôpital proprement dit et non dans une clinique séparée, qui pourrait y être annexée.

« De plus, le terme *pauvre* doit être entendu largement. Il y a des malades, qui, sans être pauvres, ne peuvent payer les frais élévés d'une clinique, ou d'un traitement, d'une opération à leur domicile et qui peuvent payer le prix de journée dans un hôpital.

« Sont seuls admis, *à titre exceptionnel*, dans les hôpitaux proprement dits, les malades payants rentrant dans l'une des quatre catégories suivantes :

« 1° malades *atteints de maladies contagieuses*, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile, utilement pour eux-mêmes, ou sans péril pour autrui ;

« 2° Malades étrangers *de passage*, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés à leur domicile, ou dans une maison de santé, sans danger pour eux ;

« 3° Malades n'ayant pas dans leur commun de résidence de maison de santé, ou ne pouvant être transportés dans une maison voisine de santé facilement et sans danger pour eux, ou *n'ayant pas de ressources suffisantes pour payer le prix ae la maison de santé* et seulement dans le cas où le *traitement à domicile sera impossible, dans des conditions satisfaisantes* ;

« 4° Malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté *qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes*, soit à leur domicile, soit dans une maison de santé ».

De la lecture de ces textes on peut donc tirer la conclusion suivante : c'est que l'hôpital ne peut se substituer aux maisons de santé privées que dans ces cas très exceptionnels et définis d'avance.

Etablissement public, l'hôpital ne doit recevoir que des indigents ; mais, lorsqu'il n'y a pas de maison de santé dans le voisinage ou que celle-ci ne remplit pas les conditions requises, le malade peut être dirigé vers l'hospice.

En tous cas, la volonté des lois et règlements, c'est qu'un établissement public ne puisse pas concurrencer un établissement privé, dû à l'initiative privée.

Le premier est exempt d'impôts et jouit d'a-

vantages qui sont refusés à la maison de santé, établissement commercial.

Mais, faisons de suite remarquer que, la plupart du temps, on fait jouer l'excuse de l'altruisme : le malade payant, admis à l'hôpital, ne pouvait supporter les frais élevés d'une maison de santé.

Reste à prouver si les cliniques privées des environs ne sont instituées que pour les personnes très riches et si vraiment leurs tarifs sont aussi inabordables que veulent bien le prétendre, non seulement les malades, mais encore les administrateurs d'hôpitaux.

Je sais bien que les enquêtes sont fort difficiles à faire, que certains malades s'affublent de vêtements modestes, prennent même l'état civil de leur domestique, utilisent le certificat d'indigence d'une personne complice.

Mais, il arrive parfois qu'on sache d'une manière pertinente que le malade, hospitalisé comme payant, jouit d'une grosse fortune. Et cependant l'administration de l'hôpital tolère la présence de cette personne, qui abuse ainsi de la charité publique.

Les commissions administratives devraient s'unir aux médecins, pour poursuivre pareils abus. Mais c'est demander l'impossible, puisque les commissions administratives tirent bénéfice de la présence de ces malades payants.

On m'a souvent opposé l'article 14, § 12, du décret du 5 novembre 1926, sur la décentralisation administrative.

On soutient que ce texte règlementaire permet aux établissements publics de faire concurrence à l'initiative privée, en créant des œuvres similaires.

Il n'en est rien et voici le texte exact de cet article :

« Mesures concernant l'administration des communes et des établissements publics communaux.

« Article 14. — L'article 68 de la loi du 5 avril 1884 est modifié ainsi qu'il suit :

« Ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par l'autorité supérieure les délibérations, portant sur les objets suivants :

1° L'intervention des communes, notamment par voie d'exploitation directe, ou par simple participation financière, dans les entreprises, même de forme coopérative, ou commerciale, ayant pour objet le fonctionnement des services publics, le ravitaillement et le logement de la population, les œuvres d'assistance, d'hygiène et de prévoyance sociales, ou la réalisation d'améliorations urbaines ».

Reportons-nous maintenant au décret du 28 décembre 1926 :

« Article premier : Les communes et les Syndicats de communes peuvent être autorisés, dans les conditions indiquées à l'article 3 du présent décret, à exploiter directement des services d'intérêt public, à caractère industriel, ou commercial...

« Ne sont pas soumises aux dispositions du présent titre, les régies organisées exclusivement dans un but d'hygiène ou d'assistance et ne comportant que des recettes en atténuation des dépenses ».

Mais, l'exposé des motifs dudit décret s'exprime en ces termes :

« Les principes dégagés à cet égard par la jurisprudence ont conduit jusqu'ici l'administration supérieure à n'autoriser l'intervention des communes dans le domaine économique en dehors des cas où un texte législatif le justifie, que dans les hypothèses où l'industrie privée se trouve soit par nature, soit en raison de circonstances particulières, hors d'état de pourvoir aux besoins des consommateurs... A la faveur de cette distinction inspirée par le souci de ne pas porter atteinte aux droits du commerce libre... »

Il faut en déduire, que conformément à la jurisprudence rendue en pareille matière, les communes et établissements publics ne peuvent se substituer à l'initiative privée que lorsqu'il y a carence, ou déficience de celle-ci.

Par conséquent, un hôpital ne peut pas faire concurrence à une maison de santé.

Qu'est-il possible de faire ?

Le Syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé, présidé par le docteur Hervé, de Lamotte-Beuvron, a l'intention de porter le conflit devant les tribunaux.

Sous prétexte de philanthropie, les hôpitaux admettent tout venant, quelle que soit sa condition de fortune. Il y a donc détournement de la destination d'un établissement public, lequel fait une concurrence déloyale, en faisant acte de commerce, malgré l'interdiction qui, sur ce point, frappe les établissements publics.

Mais, il faut plusieurs années, pour se faire rendre justice en France : mieux vaut compter sur soi-même.

Il faut partir de ce principe, que, dans un hôpital moderne, deux éléments sont essentiels : le malade, puis le médecin, pour soigner le premier. Le côté administratif est, à l'heure actuelle, moins important qu'en 1851, lorsque la loi sur les hôpitaux fut votée. L'hôpital moderne est devenu un établissement de soins et a perdu son ancien caractère d'hostellerie pour pauvres.

Par conséquent, les médecins peuvent s'entendre pour proposer à la commission administrative un accord local, qui sauvegardera tous les intérêts en présence.

La délimitation sera établie entre la clientèle payante de l'hôpital et celle des maisons de santé du lieu.

Si même besoin en est, les médecins pourront

convenir avec l'hôpital de l'organisation, par celui-ci, d'une maison de cure, à bon marché, véritable établissement commercial, ayant son budget distinct de celui de l'établissement public.

Y seraient soignés les malades payants, avec graduation de confort, sur les bases du libre choix du médecin.

Si les hôpitaux locaux refusent tout pourparler, les médecins verront s'ils ne doivent point abandonner leurs fonctions hospitalières, laissant la commission administrative rechercher d'autres praticiens, pour assurer le service hospitalier.

Il est regrettable d'en arriver à ces extrémités pour faire entendre raison à certaines commissions administratives, imbues d'un autoritarisme datant d'une autre époque, qui ne veulent considérer les médecins qu'à l'instar de subalternes, d'employés et non de collaborateurs.

Je la réclame de partout, cette entente locale entre administrateurs du bien des pauvres et corps médical local. C'est le seul moyen d'éviter des procès, ou des démissions en masse.

Aujourd'hui, le conflit est restreint aux malades payants et aux blessés du travail hospitalisés ; demain la clientèle indigente des hospices sera remplacée par celle payante des assurés sociaux ?

Le corps médical acceptera-t-il de devenir le salarié des commissions hospitalières, pour les soins à donner à ces hospitalisés ? Les médecins propriétaires de maisons de santé devront-ils se contenter de l'unique clientèle des gens riches et perdre celle de la bourgeoisie et des assurés sociaux ?

Abordons un autre point : un hôpital n'ayant pas de maison de santé indépendante, peut-il faire payer, en sus du prix de journée, une taxe dite d'appareillage et de stérilisation, qui varie, selon l'importance de l'acte opératoire, de 50 à 100 et 150 francs ?

J'avoue que beaucoup d'hôpitaux ont institué des méthodes commerciales, vis-à-vis des malades payants. On fait rembourser, à ces derniers, des frais divers, qui constituent des bénéfices pour l'établissement public.

Jusqu'à présent, les malades payants ont acquitté ces taxes diverses ; mais si l'un d'eux s'y refusait, que décideraient les tribunaux ?

Ne devant pas faire acte de commerce, l'hôpital doit établir son prix de journée de telle sorte que ce dernier ne laisse ni perte, ni bénéfice, pour l'établissement.

Les lois et règlements précisent comment ce prix de journée doit être calculé.

Or, que dit le règlement modèle des hôpitaux ?

« Article 28, en note : Les malades payants et rentrant dans l'une de ces quatre exceptions (voir plus haut) appartiendront à l'une des trois séries suivantes et payeront :

« Série inférieure : le prix de journée de l'assistance médicale gratuite, pour toute charge, si leurs ressources sont très limitées ;

« Série moyenne : le prix de journée de l'assistance médicale, sensiblement majoré, pour toute charge, si leur condition est moyenne ;

« Série supérieure : le prix de journée de l'assistance médicale, avec une majoration, plus des frais de salle d'opérations, de pansement, des frais médicaux et pharmaceutiques et tous les autres que déciderait la commission administrative, si leur condition est plus aisée ; ou bien ils paieront un prix de journée forfaitaire et calculé sur ces éléments. Les honoraires médicaux et chirurgicaux seront compris ou non dans les prix ci-dessus.

« La Commission administrative, libre de ces admissions exceptionnelles, est également libre de décider, après enquête, dans quelle série entrera le malade payant.

« Ces honoraires médicaux et chirurgicaux seront réglés sur un tarif établi par la commission administrative et après avis du corps médical de l'établissement.

« Il appartient à chaque commission administrative de prévoir, dans son règlement, si tous les médecins et chirurgiens doivent être admis à donner leurs soins aux malades payants. Il lui appartient également de prévoir dans quelles salles et dans quels locaux seront placés les malades payants de chacune des trois séries, selon les disponibilités et l'installation des hôpitaux et de leurs annexes ».

Si les médecins propriétaires de maisons de santé locales avaient à se plaindre de la concurrence de l'hôpital, ils pourraient adresser leurs réclamations au préfet, tuteur des hôpitaux. Cette réclamation pourrait être transmise soit par le Syndicat médical local, soit par celui que préside le Dr Hervé.

Selon la réponse, ou le refus de réponse du préfet, il y aurait lieu d'envisager un recours en Conseil d'Etat.

Mais, il doit être bien entendu que, si les hôpitaux se livrent à des actes, ayant un caractère commercial, ils doivent, dans leurs budgets faire une discrimination nette entre la part de recettes et de dépenses, pour la partie « établissement public pour pauvres » et celle qui provient de l'administration commerciale d'une maison de santé à bon marché.

Car en obligeant les commissions administratives à avoir un budget distinct et autonome, pour la partie commerciale de l'établissement,

il conviendrait de demander à l'administration des finances, si cette partie commerciale de l'hôpital ne doit pas supporter les mêmes impôts et taxes, qui frappent les maisons de santé privées.

La question est donc très grosse de conséquences et mérite d'être étudiée, par les Syndicats médicaux, sous l'angle du droit administratif.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Ce qu'il ne faudrait pas ignorer.

Il y a quelques semaines, un confrère, qui a cessé d'exercer depuis un certain temps déjà, me présentait son successeur et nous faisions ensemble le voyage de Paris. La conversation tomba naturellement sur la profession médicale, sur le *Concours* et sur ses œuvres.

Le confrère en question avait été membre du « Sou » et membre de la Mutualité Familiale, il avait donné sa démission quand il avait abandonné la clientèle — pour le « Sou », passe ; mais pour la Mutualité familiale, j'avoue moins comprendre.

Quoi qu'il en soit, il aurait dû connaître les deux Sociétés desquelles il avait été membre : or — et j'en fus stupéfait — je vis qu'il n'avait pas la moindre idée de leur organisation ni de leur fonctionnement. Pour lui, le *Concours médical*, la Mutualité familiale, le « Sou médical », tout cela ne faisait qu'un : les abonnements, les cotisations étaient versés dans un grand réservoir d'où l'on tirait par plusieurs cannelles, et il résumait sa pensée en disant « pour moi, tout cela c'est le *Concours médical* ».

Je me demande ce qu'avait dû comprendre le jeune successeur lorsqu'il avait parlé de ces questions.

Eh oui ! sans doute, c'est le *Concours médical* qui a créé ces œuvres de prévoyance et de défense professionnelles qui ont nom « *Sou médical* » et *Mutualité familiale du Corps médical français* : ce sont ses filiales, il reste en relations étroites avec elles, il les aide de sa propagande et de son autorité morale, il les abrite sous son toit... il n'en demeure pas moins que chacune d'elles a son existence propre, son organisation spéciale et vit de sa vie indépendante.

Les directeurs du *Concours* peuvent faire partie de leurs Conseils d'administration, mais c'est à titre purement personnel, c'est en raison des services particuliers qu'ils peuvent y rendre et ils n'y ont pas une situation autre que celle des membres étrangers au journal. Le *Concours médical* est une chose, la Mutualité familiale en est une autre et le « Sou médical » une troisième ; chacun à son budget particulier, sa caisse particulière, son compte en banque particulier ; rien n'est commun entre eux, pas un centime n'est échangé ni réuni.

Il devrait être inutile de dire ces choses, elles sont connues de qui veut les connaître : il suffit pour cela de jeter les yeux sur les comptes annuels du trésorier, sur les rapports des Commissaires aux comptes — mais qui donc se donne la peine de les lire ?

Ah ! l'indifférence des médecins, quel mal incurable ! En dehors de leur exercice professionnel journalier, ils ne s'intéressent à rien, pas même aux choses qui les touchent de plus près.

Nous leur parlons de l'avenir, des perturbations sinon des désastres que peut amener dans leur situation un chômage de cause pathologique plus ou moins prolongé ; nous leur parlons de la pension de retraite pour leurs vieux jours ; nous leur parlons de la position précaire où ils peuvent laisser femme et enfants s'ils venaient à mourir prématurément — ils ne tournent même pas la tête : ce sont des choses qui ne les regardent pas ; s'ils doivent y penser, ce sera plus tard.

Si le hasard fait qu'ils lisent ce que nous écrivons pour eux, si un hasard encore plus grand fait qu'ils écrivent à Mignon pour se documenter, ils mettent journal, statuts, documents sur leur bureau, les laissent s'entasser jusqu'au jour où leur domestique montera le tout au grenier.

Et si, un jour, ils se sont tout de même décidés à envoyer leur adhésion à une de ces œuvres qui sont faites pour eux, pour leur bien-être, pour leur défense... dès le lendemain ils s'en désintéressent, ils ne lisent ni comptes rendus ni rapports, ils finissent même par ne plus savoir ce à quoi ils sont engagés, ce à quoi l'œuvre est tenue envers eux.

Qu'on s'étonne si, avec une telle mentalité, les membres de ces sociétés ne savent pas intéresser les jeunes générations, recruter parmi elles des sociétaires nouveaux qui prendront un jour leur place, et, en attendant, viendront grossir le bataillon sacré !

En vérité, ce serait à désespérer si le désespoir était permis à ceux qui ont rêvé ou qui rêvent encore des jours meilleurs pour la profession médicale.

Ils ne peuvent pas désespérer parce qu'ils savent le bien qu'ils ont pu faire, celui plus grand

qu'ils feront encore ; ils ne le peuvent pas parce que, dès le premier jour, ils savaient les désillusions qui les attendaient, les obstacles auxquels ils allaient se heurter et que, malgré tout, ils ont marché de l'avant. Les résultats qu'ils obtiennent ne sont peut-être pas ceux qu'ils pouvaient espérer, ce n'en sont pas moins des résultats et ils ont conscience que leur action n'a pas été vaine.

A ces rêveurs, d'ailleurs, confrères, vous n'êtes pas sans rendre justice et, si le hasard vous les fait rencontrer, vous ne leur ménagez ni les marques d'estime ni les encouragements, et vous n'admettriez pas un instant l'idée qu'ils pussent abandonner la lutte contre votre indifférence. Il doivent donc persévérer.

Aussi n'est-ce pas sur ces réflexions qui pourraient vous paraître un peu amères que je vais vous quitter.

Je préfère vous rappeler que la Mutualité familiale est non pas une assurance mais une Société de secours mutuels libre et indépendante, créée expressément pour vos besoins et ouverte à tous ; qu'elle vous offre et l'indemnité en cas de maladie et la retraite pour vos vieux jours ; qu'elle admet pareillement à la pension de retraite vos femmes et vos enfants ; que les cotisations sont calculées au strict minimum et sont dans leur intégralité versées aux comptes auxquels elles se réfèrent ; que son fonctionnement, contrôlé par un actuaire, vous présente toutes les garanties de sécurité ; qu'elle a 33 années d'existence au cours desquelles elle a distribué plus de deux millions et demi d'indemnités, qu'enfin ses réserves approchent de quatre millions.

Et je vous demande ce que vous pourriez réclamer de mieux. La Mutualité familiale, mais c'est votre œuvre propre et non la nôtre à quelques-uns qui ne sommes en l'occurrence que vos mandataires !

Parmi les nombreux sociétaires qu'elle a comptés, en avez-vous jamais entendu un seul se plaindre qu'elle ait cherché à éluder ses obligations, qu'elle ait chicané avant de s'exécuter, qu'elle ne se soit pas toujours montrée aussi amicale que confraternelle ?

Comment pouvez-vous hésiter ?

Venir à elle, c'est avoir confiance en vous-mêmes, car vous savez bien qu'elle sera ce que vous voudrez qu'elle soit.

A. GASSOT.

LA RÉFORME DU P. C. N.

Le Dr J. BÉZINE, d'Auxon (Aube), nous adresse la lettre suivante :

7 novembre 1928.

Monsieur et cher confrère,

J'ai lu avec intérêt l'article que vous avez écrit récemment dans le concours sur le P. C.N. et aujourd'hui la lettre d'un étudiant et le commentaire que vous y avez ajouté.

Permettez-moi de vous rappeler que le bulletin de la F. N. des Syndicats a publié dans son numéro de septembre 1927 une « Esquisse de l'enseignement rationnel de la Médecine ». Ce rapport pourrait utilement servir de base à une réforme de l'enseignement médical.

Lorsque votre jeune correspondant aura un peu plus d'expérience, il se rendra compte aussi que le baccalauréat de philosophie est plus utile au médecin que celui de mathématique. Celui-ci comporte forcément beaucoup d'algèbre et de géométrie, sciences exactes qui ne peuvent que nous fausser l'esprit puisqu'au contraire en médecine il n'y a rien d'absolu (ou presque rien).

Delendum est P.C.N. devons-nous sans cesse répéter parce que tout ce qu'on y apprend n'est que la répétition de ce qui a été enseigné en Philosophie et Mathématique ou de ce qui sera enseigné sous le nom de chimie médicale et de physique médicale, etc.

Il me semble que l'année préparatoire à la médecine devrait comporter de l'anthropologie comme vous l'avez si bien exposé, de l'embryologie, de la pathologie générale (sans laquelle l'étudiant ne profite pas convenablement de ses premières semaines d'hôpital) et aussi de l'histoire de la médecine. Je suis convaincu que beaucoup d'étudiants et peut-être de médecins ignorent à quelle époque vivaient Galien, Hippocrate, Ambroise Paré, Sydenham, Harvey, etc.

Pour terminer je me permets de souhaiter que la nouvelle Confédération des Syndicats s'occupe activement de cette question et même pour avoir plus d'influence en haut lieu organise une pétition de tous les médecins de France pour la suppression du P. C. N. Je crois qu'elle aura du succès.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes remerciements pour les Propos du Jour si intéressants que vous nous donnez chaque semaine, l'expression de mes sentiments distingués.

Delendum est P. C. N.

Dr J. BÉZINE.

LE ROLE DU MÉDECIN PRATICIEN DANS LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

d'après le Professeur Bayet, de Bruxelles.

Par le Dr G. Drouet.

Dans un article paru dans le *Journal de Médecine de Paris* du 22 novembre dernier, et consacré à la prophylaxie de la syphilis congénitale en Angleterre, nous donnions une analyse détaillée d'une intéressante discussion qui avait eu lieu sur ce sujet à la Société britannique pour l'étude des maladies vénériennes (séance du 27 janvier 1928).

Nous avions alors, entre autres choses, rapporté l'opinion de quelques syphiligraphes anglais et en particulier celle du colonel Harrison (délégué de l'Angleterre à la Société des Nations) au sujet de la manière dont est envisagée de l'autre côté du détroit l'organisation de la lutte prophylactique contre la syphilis congénitale.

Nous écrivions alors :

« Contrairement à ce que pensent certains syphiligraphes officiels français, du moins ceux qui font autorité auprès des pouvoirs publics, les Anglais, et Harrison en particulier, ne croient pas que la solution du problème réside dans la multiplication des dispensaires antivénériens, mais bien plutôt dans la généralisation du traitement par les médecins de famille. Harrison fait en effet remarquer avec juste raison qu'une grande proportion de femmes mariées ne viendraient pas à ces centres de traitement, pourtant convenablement et confortablement installés. Le plus grand nombre des femmes malades veulent se faire traiter par celui qui a découvert la syphilis, c'est-à-dire presque toujours par leur médecin habituel. Les spécialistes des centres vénériens sont inconnus de ces femmes et ces centres sont, aux yeux de beaucoup d'entre elles, le lieu de rendez-vous des femmes de mauvaise vie. »

***

Depuis la rédaction de notre article du *Journal de médecine de Paris*, un important document nous est tombé sous les yeux, qui vient à l'appui de l'opinion du colonel Harrison au sujet de la participation nécessaire du corps médical tout entier à la lutte antisyphilitique si l'on veut que cette lutte soit vraiment efficace.

Ce document, c'est la communication du professeur Bayet, de Bruxelles, à la séance du 19 juillet 1928 de l'Académie royale de médecine de Belgique, communication ayant pour titre « L'endémie syphilitique en Belgique » (*Bulletin de l'Académie*, tome VII, n° 7).

On sait le rôle prépondérant joué par le Prof. Bayet depuis la fin de la guerre dans l'organisation belge de lutte antivénérienne. L'opinion de cet animateur de la défense sociale contre la syphilis en Belgique est donc pour nous d'un grand poids.

***

Après avoir attiré l'attention sur le réveil manifeste de la syphilis qui depuis trois ou quatre ans est constaté dans certaines régions de la France et en particulier dans quelques grandes villes, le Prof. Bayet en vient à rechercher les causes qui ont permis en France une nouvelle extension du fléau syphilitique.

« On a cherché, dit-il à l'expliquer par les causes les plus diverses. Dans un premier travail, le professeur Jeanselme a invoqué l'introduction des étrangers en France et l'abandon des médicaments arsenicaux au profit des sels de bismuth, moins énergiquement stérilisants ; or nous avons, nous aussi, une formidable invasion de main-d'œuvre étrangère ; quant à la diminution dans l'emploi des médicaments arsenicaux, nous la constatons en Belgique comme en France. On a incriminé aussi le relâchement de la surveillance de la prostitution ; or il est aussi grand chez nous que là-bas. Les causes invoquées ne sont donc pas les vraies. Dans son dernier travail, paru il y a quelques jours, le professeur Jeanselme reconnaît du reste lui-même que ces causes qu'il a d'abord invoquées ne suffisent pas à rendre compte de la recrudescence, qu'il cherche à expliquer cette fois par l'irrégularité dans le traitement des femmes et dans l'accroissement de la prostitution clandestine, tous phénomènes existant chez nous comme en France, et n'y ayant pas les mêmes effets. La variation, l'imprécision de ces motifs invoqués pour expliquer la recrudescence de l'endémie syphilitique en France, montrent bien la perplexité dans laquelle se débattent, dans ce pays, les dirigeants de la lutte antivénérienne. La cause profonde de l'augmentation, celle qu'ils ne voient pas, ce n'est ni l'introduction de la main-d'œuvre étrangère, ni l'abandon des arsenicaux, ni la diminution de surveillance de la prostitution, ni la négligence des femmes à se traiter, c'est l'absence d'un programme bien concerté de lutte, c'est le manque d'unité dans les efforts, c'est la conception exagérée de l'efficacité des grands dispensaires qui mangent une grosse partie des ressources, c'est au fond une question de programme...

« L'exemple de la France, pays dont la civilisation et la situation économique sont comparables à celles de la Belgique, doit donc nous ouvrir les yeux pour nous convaincre que la lutte ne peut être efficace et ses résultats permanents, que si l'on applique *intégralement* les mesures de lutte et que l'on ne se contente pas de mesures partielles, comme c'est le cas actuellement chez nous. »

Car en Belgique aussi, depuis qu'en raison des circonstances économiques on a. il y a deux ans, enlevé aux médecins praticiens la possibilité de traiter les syphilitiques pauvres ou peu fortunés, on constate des signes précurseurs d'une recrudescence de l'endémie syphilitique. Et en Belgique comme en France, « si l'on ne prend pas des mesures sérieuses, la syphilis recommencera son œuvre néfaste. »

Quelles sont ces mesures que propose le professeur Bayet ?

Elles tiennent en deux lignes : « Revenir au programme qui a donné des preuves éclatantes de son efficacité. »

« Il faut, estime le Prof. Bayet, que, comme par le passé, le *corps médical tout entier* soit convié à la lutte et que l'accessibilité du traitement soit ouverte à tous les malades. C'est ainsi, et seulement ainsi, qu'on arrivera à stabiliser la situation favorable où la campagne menée naguère par le Gouvernement et par la Ligue a mis le pays. Et cet idéal partiel est lui-même bien insuffisant encore à mes yeux : je vous l'ai dit, aussi longtemps qu'il existera encore des foyers disséminés dans le pays, rien de définitif n'aura été fait. La recrudescence du mal sera toujours menaçante, à la merci d'une crise économique, d'un relâchement forcé de la stérilisation thérapeutique. Ce que j'ai réclamé au début de la campagne il y a huit ans, je le réclame encore aujourd'hui ; ce que je veux, c'est l'*extinction complète de la syphilis*. Je l'ai dit et je le repète, celle-ci est possible, si notre volonté est à la hauteur de nos devoirs. Les succès passés nous sont le garant de ceux que nous pouvons espérer et auxquels nous avons le devoir de tendre.

« Dans une période où nous voyons les problèmes sociaux sous l'angle des affaires, il faut, si les considérations humanitaires ne suffisent pas à émouvoir les bonnes volontés, que l'on traite l'extinction de la syphilis comme une affaire fructueuse. Chaque année, la syphilis coûte au pays des dizaines de millions en incapacités de travail, frais de traitement, entretien des aliénés, des sourds-muets, des arriérés, des prisonniers. Il ne faudrait dépenser que deux ou trois millions pour empêcher ces pertes que l'on perçoit mal, mais qui sont aussi réelles qu'une colonne de bilan. Ce serait une folie de les refuser. »

***

La communication du Pr Bayet n'a pas été, à vrai dire, unanimement approuvée par tous les Académiciens belges. En Belgique comme en France, il existe encore des médecins qui s'opposent à ce qu'on fasse appel au médecin praticien pour la lutte contre les fléaux sociaux. Deux des collègues du Pr Bayet se sont refusé à faire confiance aux médecins de famille à qui ils ont reproché leur incompétence et leur mercantilisme (emploi de médicaments insuffisamment actifs, prolongation inutile des traitements, etc.).

Dans son ensemble cependant, l'Académie n'a pas pris à son compte les attaques dirigées contre le Corps médical et a fait à la communication du Pr Bayet un accueil très favorable. Il n'est pas douteux qu'à sa prochaine séance l'Académie royale de médecine de Belgique ne vote l'ordre du jour du Pr Bayet ainsi conçu :

« L'Académie de médecine de Belgique,

« Considérant qu'il existe dans le pays des signes précurseurs d'une recrudescence de l'endémie de syphilis, et tenant compte du danger que constitue pour l'extension de ce fléau l'Exposition de 1930, par l'afflux d'étrangers dont elle sera l'occasion ;

« Emet le vœu que la lutte contre la syphilis, entravée dans ces dernières années par la compression de dépenses, reprenne avec son énergie première et dans l'esprit du programme adopté le 5 avril 1920 par le Conseil supérieur d'hygiène, programme dont l'exécution a eu pour résultat de diminuer des quatre cinquièmes l'endémie de syphilis dans la population. »

Épilogue.

Au moment de corriger les épreuves de notre article, nous prenons connaissance du *Bulletin* n° 8 *de l'Académie royale de médecine de Belgique*, qui donne le compte rendu de la séance du 29 septembre de cette Société.

Voici le texte du vœu qui, sur la proposition du Prof. Bayet, a été voté à l'unanimité moins 2 abstentions :

« L'Académie royale de médecine de Belgique,

« Considérant qu'il existe dans le pays des signes précurseurs d'une recrudescence de l'endémie de syphilis,

« Emet le vœu que la lutte contre la syphilis, entravée dans ces dernières années par la compression des dépenses, soit poursuivie avec son énergie primitive. »

Ce vœu un peu sec et bref prendra aux yeux du lecteur toute sa signification si nous rapportons quelques-unes des très précises répliques qui, avant l'adoption du vœu, furent faites par le Prof. Bayet aux objections émises par les adversaires de la participation du médecin praticien à la lutte antivénérienne.

A un de ces adversaires, le Prof. Bayet a en effet répondu en propres termes :

« M. de Beco esquisse très vaguement un système nouveau consistant à subsidier les cliniques et non à donner à l'*ensemble* du pays les possibilités de traitement comme je le demande dans mon ordre du jour. C'est là un point sur lequel l'expérience s'est prononcée. Il est un pays dans lequel le système des dispensaires isolés fait florès ; c'est la France, et c'est le pays où, à l'heure actuelle, la recrudescence de la syphilis est la plus forte. Comme je le disais l'autre jour au Congrès de Nancy, le dispensaire isolé a une action forte, mais locale ; il ne stérilise que les populations immédiatement en contact avec lui, tandis que le système de prophylaxie par le corps médical tout entier a une action locale peut-être moins forte, mais beaucoup plus diffuse qui oppose à la généralité du fléau la généralité non moins grande des moyens antagonistes.

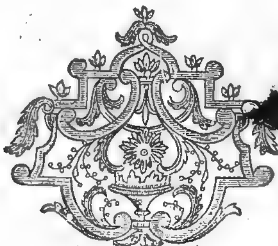
« Le système belge repose sur cette dernière conception, c'est-à-dire sur la participation à la lutte du corps médical tout entier, et c'est pourquoi il a donné des résultats qui ont été obtenus nulle part ailleurs. Le système français des grandes cliniques, des dispensaires, a eu pour résultat une recrudescence que vous voyez figurer sur ce tableau. Faites la comparaison avec ce qui se passe chez nous et dites-moi lequel des deux systèmes doit être préféré. »

Par ailleurs, à l'objection qui avait été faite que des abus pourraient se produire de la part des médecins praticiens, le Prof. Bayet a fait la non moins intéressante réponse suivante que nous ne résistons pas au plaisir de rapporter intégralement :

« Certes, il a pu se produire des abus et il s'en est produit en effet, mais, comme je viens de vous le dire, de tout à fait minimes. Il s'en produit dans toute œuvre humaine, surtout lorsque cette œuvre, ayant un caractère collectif comme la nôtre, utilise de nombreux collaborateurs non préparés, improvisés de toutes pièces, ce qui était notre cas. Qu'on me cite, je le demande une seule œuvre collective qui ne présente pas de semblables défectuosités. S'il fallait abandonner toutes celles qui en présentent, aucune ne subsisterait. M. de Beco ne voudrait cependant pas qu'on supprime les chemins de fer sous prétexte que l'on commet quelques abus dans les gares !

« Ces abus d'ailleurs sont rarissimes ; je veux, je puis les oublier sans nuire à la bonne marche de l'œuvre. J'ajoute même que je dois le faire devant l'attitude admirable du corps médical belge sans la collaboration duquel notre plan, si bien conçu fût-il, n'eût été qu'une inutile rêverie. Je ne puis rendre un trop éclatant hommage à son intelligence, à son honnêteté, à son enthousiasme, à son désir de collaborer activement à une œuvre dont il a compris la haute portée patriotique et humanitaire. C'est cela que M. de Beco n'a pas dit à l'Académie ; s'il a pu signaler quelques ombres, c'est qu'il y avait de la lumière, et celle-là, il ne l'a pas vue, ou s'il l'a vue, il a préféré n'en point parler. S'il consultait nos nombreux dossiers, il constaterait avec fierté, pour la profession dont il fait partie, nombre de dévouements obscurs, d'apostolats modestes, cachés au fond d'humbles villages, s'exerçant au milieu d'entraves de toutes espèces, il aurait été touché par l'élan de ce corps médical admirable qui, pour un salaire de misère, nous a délibérément donné sa collaboration entière et, après avoir fermé ces dossiers, il serait venu apporter ici, non plus la critique de quelques défaillances, mais, comme moi, le tribut d'une admiration sans réserve. »

Pour cette vibrante péroraison, permettez-nous, Monsieur le professeur Bayet, de joindre nos applaudissements à ceux de vos collègues de l'Académie royale de médecine de Belgique.



ANTHROPOLOGIE PRÉHISTORIQUE

Découverte d'un Médaillon à Faciès d'Atlantidien sur une Pierre à sculptures sous-marine de l'Océan vendéen,

Dr Marcel BAUDOUIN.

I. — Découverte.

I. DÉCOUVERTE. — A la grande marée d'equinoxe, fin septembre 1928, j'ai pu aborder en bateau un bloc, situé d'ordinaire sous les eaux océaniques dans l'estuaire ancien du fleuve, la Vie, qui arrose une partie de la Vendée du nord-ouest. La mer était très basse.

On appelle GROSSE-PIERRE, du Plessis (1), commune de Fenouiller, cette énorme masse de *quartzite*, qui gène la navigation, et qui est connue depuis longtemps des marins du Havre de Vie (*Fig.* 1).

sur la face zénithale de cette pierre de 1.500 kgr. au moins, qui ressemble à un menhir tombé, et qui est d'un accès très difficile à pied, en raison des vases épaisses en défendant l'approche, je résolus, en 1928, d'abord de nettoyer à fond la face zénithale, couverte de vases, de sable, de *varech* (*Fucus vesiculosus*, etc.), et d'*algues marines* ; puis de mouler au plâtre toutes les cavités que je trouverais à ce niveau, sans distinction.

En deux marées, j'ai obtenu ainsi une dizaine d'*empreintes*, correspondant, d'après un examen très rapide (forcément précipité, vu la menace de la mer montante) à une sorte de DISQUE pres-

FIG. 1. — La GROSSE PIERRE, à *Médaillon humain*, au Plessis, Le Fenouiller (Vendée). Vue du côté Est, pendant les opérations de moulage, à longue distance. Photographie, faite à 100 m., à l'Est, à cause des vases, où l'on enfonce jusqu'aux genoux !

[illegible]puis longtemps (au moins 20 [illegible]lptures préhistoriques (2)

[illegible] 1 m. 50 de [illegible]-*sud* géo-[illegible] ce gros [illegible]ues préhistori-[illegible]sée de le recouvre complètement [illegible] est nord-sud.

[illegible] marin de Croix-de-Vie, qui, dans ma jeunesse, [illegible]rs que je cultivais le canotage maritime, vint me faire reconnaître la situation de cette *Grosse pierre*, m'a toujours répété qu'il devait y avoir des « signes incompréhensibles et illisibles ». Mais, bien entendu, il y a 50 ans, il n'était pas question des gravures sur rochers.., surtout sous-marins.

q[illegible]e circulaire, avec *Cupule* voisine ; un PIED HUMAIN, à *cinq orteils*, réuni au disque, à 55° d'angle, par un *canal* poli de 0 m. 40 ; un signe du type glozélien, dit « caractère en *tenailles* » ; trois « *sabots d'équidés*, des *cupules*, des *rainures* variées, etc., etc. (1).

Au Laborato:ire, j'ai ensuite pris une empreinte positive de ces négatifs en plâtre.

(1) Ce disque n'occupe pas le centre de la pierre ; il est plus rapproché de son côté sud. Le signe de tenaille, est, est-ouest, à l'extrémité Nord, vers l'est. Le pied à 5 orteils, est au coin sud-est ; les 3 saborts d'équidés sont au coin sud-ouest.

Le maximum des sculptures est donc vers le sud.

Mais ma stupéfaction a été grande alors de constater que le disque, qui m'avait paru d'ailleurs peu régulier, représentait, en réalité, un véritable MÉDAILLON, à FACIES HUMAIN, avec profil à gauche, sculpté en bas-relief et ronde-bosse dans une roche très dure, appelée *quartzite*, et entouré d'un *canal circulaire*, l'isolant du reste du rocher d'une façon complète.

La figure donnée par le moulage est semblable à une grande médaille grecque archaïque, du type *monnaie* (*Fig.* 2).

La ressemblance est étonnante.....

Ce médaillon circulaire a un diamètre de 0 m. 20. Il est donc presque *grandeur nature* !

Et les caractères de la tête ainsi *sculptée* dans la roche, à coups de ciseaux de métal, puis manifestement *polie*, surtout au niveau de la joue gauche, seule représentée bien entendu, m'ont paru tellement extraordinaires que j'ai cru, de longues heures, à un simple *Lusus Naturæ*, comme on en trouve parfois dans les gros blocs de Grès cénomaniens des côtes de Vendée, dits « *pierres cornes* ».

Mais, réfléchissant et scrutant bien à fond les conditions de lieu, connaissant parfaitement la géologie et la préhistoire de la contrée, les caractères du quartzite de ce pays, au point de vue *Lusi Naturæ*, j'ai été bientôt amené, par les faits eux-mêmes, à conclure qu'il fallait absolument admettre dans ce cas un exemple de sculpture préhistorique de l'âge du cuivre, comparable aux gravures des Rochers de Suède et aux stèles sculptées de l'Amérique Centrale.

Désormais, ma conviction est donc absolue : il faut admettre une ŒUVRE D'ART HUMAIN !

Je ne puis ici décrire à fond ni cette *Grosse Pierre* sous-marine, ni les *figures* gravées, si nombreuses, qui s'y trouvent ; ni surtout insister sur la nature du sol et sur les modifications géographiques qui se sont produites en ces lieux, depuis les temps lointains de la Préhistoire ; mais je dois ajouter que tout concorde pour justifier l'hypothèse précédente de SCULPTURE VÉRITABLE et pour préciser la date que j'assigne à ce médaillon.

Je dois maintenant défendre, à l'aide d'une description anatomique aussi détaillée et aussi précise que possible, la seconde hypothèse formulée : à savoir celle de la reproduction, dans ce bas-relief, d'un type humain particulier, qui ne peut correspondre qu'à la race désignée sous le nom d'ATLANTIDIENNE. Je veux parler, naturellement, des hommes, dont on retrouve le modèle dans l'Amérique Centrale préhistorique, et qui devaient habiter forcément le continent spécial, lequel, à l'âge de la pierre polie, se trouvait en plein Océan, entre l'Amérique et l'Europe, et qui a reçu le nom d'ATLANTIDE.

FIG. 2. — Le moulage en plâtre du MÉDAILLON A FACIÈS ATLANTIDIEN. — *Echelle* : 1/2 grandeur.

***

II. — Description du médaillon.

Ce qui frappe sur cette ronde-bosse, saillante de 10 à 15 mm. au niveau du sommet du crâne et de 5 mm. seulement au niveau de la face, ce sont les caractères suivants : 1º la forme du *nez* ; 2º l'existence d'une *barbiche* au menton ; 3º la présence d'une *houppette* de cheveux, au niveau du lambda.

La face. — J'ajoute que la masse des cheveux, avec son fort chignon évident et une « plaque » capillaire sur les oreilles, est aussi très curieuse. Mais moins cependant encore que le *bombement* de la *joue* gauche, lequel est tellement marqué qu'on dirait que le sujet souffle dans une trompette : hypothèse parfaitement soutenable au demeurant, quoique, pour l'instant au moins, je ne l'admette pas, pour des raisons d'ordre préhistorique.

Les lèvres supérieure et inférieure sont très saillantes, et l'ouverture buccale est nettement indiquée, ainsi que l'oreille gauche (lobule).

Le front droit des brachycéphales est manifeste et assez haut. Enfin, derrière la tête, au bas de la nuque, est cette *Cupule*, indiscutable, qui date le travail humain de la fin de la Pierre polie et du Cuivre par conséquent.

Les dimensions de la figure sont exactement les suivantes :

Hauteur : 0 m. 20. — Largeur : 0 m. 17.

Le relief varie de 5 à 15 mm., 5 mm. au niveau du cou, 15 mm. à la chevelure.

Le *front* mesure 35 mm. de haut : la lèvre supérieure 25 mm. ; le menton 40 mm., le *nez* 30 mm. C'est donc là une figure presque grandeur naturelle ! Ce qui est fort curieux, n'est-il pas vrai ?

L'œil est à 40 mm. des cheveux.

L'aspect, vraiment remarquable (1), ne peut être comparé qu'aux représentations de *profil* des Divinités de l'Amérique Centrale, en raison de la forme du *nez*, de l'*absence de barbe* et *moustache*, de la présence de la barbiche *postiche*, (2) et de la *houppette* du sommet du crâne.

Si l'on mesure le diamètre antéropostérieur du crâne, du nez à la nuque, on trouve : 180 mm.

Certes, il est difficile d'apprécier le diamètre basilobregmatique ; mais en se servant comme repère de la ligne précédente, on a : 120 mm.

Il en résulte que l'*Indice de hauteur* de ce crâne fournirait, par approché :

$$\frac{120 \times 100}{180} = 70.00$$

donnée qui, malgré son imprécision, a son intérêt. Ces chiffres prouvent bien que la sculpture est une reproduction *grandeur naturelle* ou presque et le Crâne *Brachycéphale.*

Les mesures de la face, prises d'après les données craniologiques habituelles, fournissent les chiffres suivants :

Lignes verticales : intermaxillaire : 50 mm ; naso-alvéolaire, 15 mm. ; ophryo-alvéolaire : 55 mm.

La courbe frontale donne environ 90 mm. ; mais on n'a aucun repère pour sa limite postérieure, en réalité.

Ces données montrent encore que le médaillon a été exécuté à la grandeur naturelle, au moins pour la face !

Il existe, entre l'œil et les cheveux, une sorte de méplat, qui ne peut représenter que le méplat de la tempe gauche ; mais cette dépression dépasse un peu la mesure en profondeur et n'est pas assez étendue ; ce qui prouve bien que l'artiste n'était qu'un être humain, sans pouvoir miraculeux... ! Il a laissé là sur la pierre la trace physiologique de son erreur d'appréciation.

Le nez. — Le faciès A NEZ D'AIGLE au nez crochu ou *nez bourbonien* (1), autrement dit le *nez aquilin* de ce médaillon ne peut faire songer qu'aux Sémites et aux Chaldéens d'une part, et, d'autre part, aux habitants de l'Amérique centrale, aux Temps précolombiens, et, par suite aux hommes qui devaient habiter l'*Atlantide* (*Fig.* 3) !

Il ne peut être question ici, vu l'époque, d'un modèle *sémite* ou moderne.

Reste donc l'hypothèse d'un ATLANTIDIEN, qui expliquerait d'ailleurs la ressemblance juive, puisque les Sémites sont dits, comme les Egyptiens d'origine atlantidienne, car on a écrit : « Les Sémites étaient des nomades atlantes ; ils semblent originaires du nord-est de l'Atlantide ». (Manzi. *L'Atlantide*, p. 41).

Si l'on compare les représentations des Divinités mexicaines, qui se trouvent dans le *Codex Cospi* et le *Codex Borgia*, avec notre médaillon, on est stupéfait de la frappante ressemblance du *Nez bourbonien* ou *aquilin*, qu'on retrouve d'ailleurs atténué parfois dans le Marais de Mont (2),

(1) Il existe, sur la face zénithale de la pierre, des preuves de l'*attaque humaine*. Cela sous forme d'ablation au percuteur d'*éclats de quartzite*, assez grands, patinés certes, mais d'une patine différente de celle du reste du bloc dans ses parties intactes. Ces grands éclats, dont l'un est usé par les eaux, sinon poli volontairement, suffisent à expliquer la possibilité de la fabrication par l'homme du médaillon, dont la rainure isolante a été obtenue par ce procédé de taille. — Le *Lusus naturæ* n'est donc pas possible à admettre, en définitive.

(1) Nombre de personnes, en voyant le médaillon se sont écriées, spontanément : « C'est le portrait de Louis XVI ! »

(2) L'un de nos fermiers actuels de La Barre-de-Mont, celui qui se trouve dans la photographie de notre ouvrage sur le *Maraichinage* (p. 95, fig. 28), comme marié, possède un *nez bourbonien*, très remarquable. Sa famille

même à l'heure présente encore, avec le nez de la sculpture.

Sur la stèle de Seibel, reproduite par Beuchat (*Man. d'Arch. Am.*, p. 465), on constate que la figure humaine de ce monument a un nez exactement semblable à celui de notre médaillon d'autant plus que tous les deux sont de profil à gauche.

Sur les fameux vases péruviens, en argent repoussé, reproduits aussi par Beuchat (*l. c.*, p. 687), le nez d'aigle est tout aussi marqué que sur la Grosse Pierre !

La barbiche. — La barbiche est *postiche* certainement et constituée par une petite touffe de poils, bas insérée au menton. Epaisse à la base (1), très effilée à la pointe, en Impériale, elle est fortement *recourbée en avant* et appliquée presque sur l'avant du menton.

Or, une telle disposition se retrouve exactement sur les figures des vases peints de Chama (Beuchat, *l. c.*, p. 474). C'est là un fait bien extraordinaire vraiment !

On retrouve cette barbiche sur d'autres figurations dans les publications américaines, si nos souvenirs sont exacts. Et, si nous habitions Paris, des recherches bibliographiques faciles nous fourniraient certainement un grand nombre d'exemples analogues.

Cette forme de barbiche — l'ancêtre évidemment de la célèbre barbiche des Divinités égyptiennes de la période protohistorique, dont on trouve des représentations partout ! — n'existe guère qu'en Amérique Centrale. *Pas de moustache. Aucune barbe. Face rasée.*

FIG. 3. — Reproduction du moulage du plâtre au niveau de la FACE, pour montrer les caractères spéciaux du NEZ D'AIGLE et de la BARBICHE. (Grandeur nature ou presque.)

La houppette. — Constatation encore très étonnante, en effet, en dehors du *chignon* très marqué, situé derrière la tête, on remarque l'existence d'une *houppette de cheveux*, serrée à la base et implantée sur le sommet de la masse capillaire, à la manière de certains chefs indiens de l'Amérique du Nord (1).

Comparaisons. — A. *Amérique.* — On trouve la Houpetté sur la tête du Guerrier mexicain du *Codex Telleriano-Remensis* (p. 37), reproduit par Beuchat (p. 358).

a) Ce guerrier a des cheveux semblables. L'un des neuf « seigneurs de la nuit du *Codex Cospi* » (Beuchat, p. 362) a une houpette analogue, une chevelure semblable, un nez encore plus aquilin !

Sur le vase peint de Chama (Beuchat, p. 474), l'un des hommes à barbiche a une superbe *houppe* très longue sur la tête.

B. Espagne. — On constate l'existence d'une double houppette de cheveux sur la tête d'un enfant *peint* à côté de sa mère en couleur brune sur un rocher de Minateda, province d'Albacete (Espagne), au dire de Breuil (Cf. Luquet, *Art et relig.*, p. 118, fig. 118) ; par contre, la mère a une coiffure conique.

Chignon. — Il faut insister sur la présence d'un *chignon* très marqué, saillant en arrière, comme celui des femmes.

Or, on ne trouve rien de pareil, par exemple chez les Etrusques, qui portaient de longs *cheveux tombant* sur leurs épaules, avec, d'ailleurs, souvent toute leur barbe (peintures de Cornéto par exemple ; peinture de Vulci).

Notons encore cette large « plaquette » de cheveux, appliquée sur le haut de la joue et les oreilles, rappelant la mode féminine actuelle ! *Multa renascuntur quæ jam cecidere....*, et même qui furent en pierre grossière.

A eux seuls, ces deux dispositifs, *capillaires*, avec la houppette et la barbiche, sont suffisants

---

vit dans ce marais de l'estuaire de la Vie depuis les temps les plus reculés.

D'autres médecins que moi ont constaté l'existence du nez aquilin en Vendée maritime et en Bretagne, pays où ont débarqué les Atlantidiens.

(1) Sa longueur ne dépasse pas ici 35 mm. en la supposant redressée et verticale.

(1) Une étude attentive de la pierre sur place (mais ce n'est pas aisé, car elle est toujours recouverte de vase et de sable!) ferait peut-être reconnaître encore d'autres particularités, qui ne nous sont pas encore tombées sous les yeux, malgré nos examens prolongés des moulages en plâtre, plus fins, bien entendu, que ceux au ciment.

pour affirmer qu'il ne peut s'agir d'un *Lusus naturæ* et d'une reproduction de tête d'Homme d'Europe, à l'âge du cuivre ou du bronze, si l'on juge par les têtes de ces mêmes personnages à l'époque du Fer (Grèce, Italie, Gaule, Ibérie, etc.).

REMARQUES. — 1° *Chaldée.* — Indiscutablement le *Nez d'Aigle* se retrouve constamment en Chaldée, comme chez les Sémites. (Cf. Chipiez et Perrot, *Chaldée*, pp. 43, 99, etc.).

A cela rien d'étonnant, puisque ces peuples sont des Colonies Atlantes, d'après la théorie de l'Atlantide !

Mais, en Chaldée, il n'y a ni barbiche (1), ni houpette. Là-bas, c'est la grande et vaste barbe calamistrée et la coiffure conique.

D'ailleurs, jusqu'à présent les Cupules sont inconnues en Chaldée.

2° *Suède.* — Les nombreux hommes gravés sur les Rochers de Suède n'ont jamais de houppette, de cheveux sur le crâne (Cf. les travaux d'Osc. Almgren). Quand leur tête n'est pas nue, ils semblent porter une coiffure à deux cornes, qui en fait des Hommes-bœufs.

Ils ne présentent jamais de barbiche au menton et n'ont pas les cheveux ramassés en chignon.

Pourtant de nombreuses Cupules et des Pieds sont gravés autour d'eux ! Ils sont donc de la même époque que notre médaillon.

En Suède, on les classe au Bronze ; mais, en réalité, ils doivent être du Cuivre.

Ils ne sont pas assez grands pour qu'on puisse distinguer la forme de leur nez et de leur front, malheureusement.

III. — Nature de la Sculpture.

1° **La tête.** — Au point de vue SYMBOLISME et CULTES. — La tête du médaillon représentant sûrement le *Dieu Soleil anthropomorphisée* (2), si l'on suppose qu'il ne s'agit pas d'un Menhir tombé, mais d'une simple *Pierre à sculptures cultuelles,* en position *archéologique,* n'ayant pas changé de place depuis le travail humain, on est forcé de reconnaître que ce médaillon se trouve sur une LIGNE, par rapport au PIED HUMAIN, auquel il est relié par une rainure, qui donne N. 55° W., ledit pied à 5 orteils étant sur la *Méridienne.*

Or cette position correspond au *Soleil couchant,* au *Solstice d'été.*

2° **Le canal voisin.** — *a*) RAYON SOLAIRE. — Il en résulte que ce SOLEIL envoie son dernier rayon auréoler le PIED, qui se dirige vers le Sud et l'envelopper d'une sorte de sphère lumineuse, représentée par la *surface plate* qui entoure le Pied du côté du Soleil ! Ainsi la *Rainure* serait le dernier rayon du soleil couchant....

Dès lors, ce Pied doit être celui du POLE, le support du monde, qui est d'ordinaire dans l'*obscurité* et qui a besoin d'être éclairé, d'après les mythes d'alors.

Pourquoi est-ce que le Pied peut représenter le *Pole* ? Tout simplement, parce que c'est le PIED *qui supporte le Dieu fait homme,* sur le Rocher, comme tout être humain, et que le Pole est le *support du monde,* celui qui supporte la Terre !

L'idée de *Support* dominerait donc ici l'idée de *Passage* et *d'Empreinte.* D'où la phrase célèbre : « *Tu es Petrus et super hanc petram ædificabo Ecclesiam meam.* »

b) TROMPETTE. — Etant donné les représentations connues de l'Age du Cuivre en Suède, où l'on voit des prêtres du Soleil, jouer d'une longue trompette de cuivre, on pourrait se demander si la *Rainure* ne représenterait pas une *Trompette* de ce genre. Et si le Soleil (2) n'en jouerait pas...

Je ne le pense pas, parce que, sur le trajet de cette Rainure, il y a *deux cupules,* comme sur la *trace solaire* dans le Ciel de la 4e Dalle de l'Allée couverte de la Source, à Fontvieille.

Mais, évidemment, cette interprétation n'a rien d'absurde ; et certains la soutiendraient, en se basant sur les gravures de Suède et le gonflement manifeste de la joue.

Mais alors interviendrait un autre mythe : celui de la *Fécondation par le Vent,* bien connu en Folklore et même en Archéologie gréco-romaine. Et, dans ce cas, le Soleil féconderait de son souffle puissant le Pied représentant alors l'Humanité.

---

(1) On sait que la barbiche spéciale se retrouve en Egypte ; mais les Egyptiens anciens ne seraient que des Atlantidiens. (Ex. : Phath ; Khonsou ; Osiris ; Colosse ; Sphinx ; etc.)

(2) Les monnaies *grecques* primitives reproduisent d'ordinaire les têtes de Bacchus, Zeus, Apollon, Artemis, se. Athena, Demeter, Corée, etc. (sans parler des Rois). Donc c'étaient, comme on le voit, au début des *têtes de Divinités* qui se trouvaient sur les pièces. En conséquence il doit donc s'agir aussi dans ce médaillon *précurseur,* d'une tête de *Divinité.* — Nous constatons qu'il s'agit de la tête du dieu *Soleil Solsticial* anthropomorphisé, de l'époque du Cuivre.

Sur les monnaies gauloises, imitées des statères de Macédoine, on trouve des profils analogues, généralement à droite ; mais il n'y a jamais là de nez à bec d'aigle ni de barbiche ! Les statères armoricains, même ceux à tête très stylisée, sont dans les mêmes conditions.

Il y a des monnaies celtiques à profil à gauche ; mais les nez sont de longs nez grecs tout d'une venue du front aux narines, sans encoche en coup de hache. Les monnaies de Marseille ont même aspect ; elles sont à profil grec.

(1) D'après ce que l'on sait du symbolisme des figures des vieilles monnaies grecques, où le dieu *Soleil Apollon* apparaît si souvent.

Les Hommes qui jouent de la Trompette sont connus en Suède à l'âge des métaux, grâce à des gravures rupestres, déjà publiées par Oscar Almgren (1913, p. 553, fig. 202).

Par exemple, sur un rocher de Kalleby-Langemyr, on voit un HOMME-BŒUF, c'est-à-dire un Homme à tête couverte d'une coiffure à *deux Cornes*, qui semble jouer, manifestement, d'une *trompette en spirale*.

Mais cette *spirale* pourrait bien ne pas être une vraie trompette, et simplement un symbole du soleil solsticial, une *spirale* théorique, comme le trait gravé de notre Rocher !

Cette gravure est pour moi du Cuivre, et non du Bronze, malgré Almgren, qui l'a citée dans son résumé français (p. 326, 1926-1927).

Conclusions.

L'ensemble des sculptures de cette GROSSE PIERRE est *très exceptionnelle* pour la Vendée elle-même. Jamais nous n'en avions trouvé de semblables, même et surtout à l'Ile d'Yeu, où il en existe tant ...

Cela prouve bien que ces figurations du Fenouiller sont d'une époque plus tardive.

Ce qui est extraordinaire, c'est la présence de *deux Pieds à cinq orteils*, d'une sorte de *Tenailles* et de ce *Disque médaillon*.

Certes des sculptures et même la « tête d'oiseau » sont discutables ! Mais, pour cette dernière, il ne faut pas oublier qu'un bloc de grès voisin présente un dessin de même aspect : ce qui n'est pas banal vraiment !

Quoi qu'il en soit, si les *Pieds* nous sont familiers, il n'en est pas de même du reste et nous sommes obligé de nous en tenir aux descriptions ci-dessus.

Le moment n'est pas venu de tenter un déchiffrage quelconque de l'ensemble de ces divers hiéroglyphes.

Mais nous devons insister sur les deux *Sabots d'Equidés* très frustes, et surtout sur le *Disque ovalaire à Cupule*, qui nous rappelle les grands disques saillants de la « Terre de granite » de Haute Vendée.

Vraiment ce Disque (médaillon) et sa Rainure (à cupule) d'attache au Pied sont absolument étonnants ! Ils sont tels que nombre de Préhistoriens les nieront longtemps encore, et ne voudront pas surtout reconnaître le ***Profil humain*** qu'on y distingue pourtant de la façon la plus nette et si ressemblant aux Divinités mexicaines !

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Convention Sanitaire Internationale du 21 juin 1926.
(Décret du 25 juin 1928)

Disposition préliminaire.

Aux effets de la présente convention, les Hautes Parties contractantes adoptent les définitions suivantes :

1° Le mot *circonscription* désigne une partie de territoire bien déterminée, ainsi : une province, un gouvernement, un district, un département, un canton, une île, une commune, une ville, un quartier de ville, un village, un port, une agglomération etc., quelles que soient l'étendue et la population de ces portions de territoire ;

2° Le mot *observation* signifie isolement des personnes soit à bord d'un navire, soit dans une station sanitaire avant qu'elles obtiennent la libre pratique ;

Le mot *surveillance* signifie que les personnes ne sont pas isolées, quelles obtiennent tout de suite la libre pratique, mais sont signalées à l'autorité sanitaire dans les diverses localités où elles se rendent et soumises à un examen médical constatant leur état de santé ;

3° Le mot *équipage* comprend toute personne qui ne se trouve pas à bord à seule fin de se transporter d'un pays à un autre, mais qui est employée, d'une manière quelconque, au service du navire, des personnes à bord ou de la cargaison ;

4° Le mot *jour* signifie un intervalle de vingt-quatre heures.

TITRE Ier

Dispositions générales.

CHAPITRE Ier

PRESCRIPTIONS A OBSERVER PAR LES GOUVERNEMENTS DES PAYS PARTICIPANT A LA PRÉSENTE CONVENTION DÈS QUE LA PESTE, LE CHOLÉRA, LA FIÈVRE JAUNE OU CERTAINES AUTRES AFFECTIONS TRANSMISSIBLES APPARAISSENT SUR LEUR TERRITOIRE.

Section I. — Notification et communications ultérieures aux autres pays.

Art. 1er. — Chaque gouvernement doit notifier

immédiatement aux autres gouvernements et, en même temps, à l'office international d'hygiène publique :

1° Le premier cas avéré de peste, de choléra ou de fièvre jaune constaté sur son territoire ;

2° Le premier cas avéré de peste, de choléra ou de fièvre jaune survenant en dehors des circonscriptions déjà atteintes ;

3° L'existence d'une épidémie de typhus exanthématique ou de variole.

Art. 2. — Les notifications prévues à l'article 1er sont accompagnées ou très promptement suivies de renseignements circonstanciés sur :

1° L'endroit où la maladie est apparue ;

2° La date de son apparition, son origine et sa forme ;

3° Le nombre des cas constatés et celui des décès ;

4° L'étendue de la ou des circonscriptions atteintes ;

5° Pour la peste, l'existence de cette infection ou d'une mortalité insolite chez les rongeurs ;

6° Pour le choléra, le nombre des porteurs de germes dans le cas où il en a été trouvé ;

7° Pour la fièvre jaune, l'existence et l'abondance relative (index) du *Stegomyia calopus* (*Acedes Egypti*) ;

8° Les mesures prises.

Art. 3. — Les notifications prévues aux articles 1er et 2 sont adressées aux missions diplomatiques ou, à défaut, aux consulats dans la capitale du pays atteint et sont tenues à la disposition des représentants consulaires établis sur son territoire.

Ces notifications sont aussi adressées à l'office international d'hygiène publique, qui les communiquera immédiatement à toutes les missions diplomatiques ou, à défaut, aux consulats à Paris, ainsi qu'aux autorités supérieures d'hygiène des pays participants. Celles prévues à l'article 1er sont adressées par voie télégraphique.

Les télégrammes adressés par l'office international d'hygiène publique aux gouvernements des pays participant à la présente convention ou aux autorités supérieures d'hygiène de ces pays, et les télégrammes transmis par ces gouvernements et par ces autorités en exécution de la présente convention, sont assimilés aux télégrammes d'Etat et jouissent de la priorité attribuée à ces télégrammes par l'article 5 de la convention télégraphique internationale du 10/22 juillet 1875.

Art. 4. — La notification et les renseignements prévus aux articles 1er et 2 sont suivis de communications ultérieures données d'une façon régulière à l'office international d'hygiène publique, de manière à tenir les gouvernements au courant de la marche de l'épidémie.

Ces communications, qui doivent être aussi fréquentes et complètes que possible (et qui auront lieu au moins une fois par semaine en ce qui concerne le nombre des cas et des décès), indiqueront plus particulièrement les précautions prises en vue de combattre l'extension de la maladie. Elles devront préciser les mesures exécutées au départ des navires pour empêcher l'exportation de la maladie, et spécialement celles prises en ce qui concerne les rongeurs ou les insectes.

Art. 5. — Les gouvernements s'engagent à répondre à toute demande d'information qui leur serait adressée par l'office international d'hygiène publique relativement aux maladies épidémiques visées dans la convention, survenues sur leur territoire, et aux circonstances de nature à influer sur la transmission de ces maladies d'un pays à un autre.

Art. 6. — Les rats (1) étant les principaux agents de propagation de la peste bubonique, les gouvernements s'engagent à employer tous les moyens en leur pouvoir pour diminuer le danger et pour se tenir constamment renseignés sur la condition des rats dans les ports, quant à leur état de contamination pesteuse, au moyen d'examens fréquents et réguliers ; en particulier pour effectuer la collecte systématique et l'examen bactériologique des rats, dans toute circonscription atteinte de peste, pendant une période de six mois au moins après la découverte du dernier rat pesteux.

Les méthodes et les résultats de ces examens seront communiqués à intervalles réguliers, en temps ordinaire, et, en cas de peste, tous les mois, à l'office international d'hygiène publique, afin que les gouvernements soient tenus au courant par cet office d'une façon ininterrompue, de l'état des ports relativement à la peste murine.

Lors de la première constatation de l'existence de la peste chez les rats, à terre, dans un port indemne depuis six mois, les communications devront être faites par les voies les plus rapides.

Art. 7. — Afin de faciliter l'accomplissement de la mission qui lui est confiée par la présente convention, l'Office international d'hygiène publique, en raison de l'utilité des informations qui sont fournies par le service des renseignements épidémiologiques de la Société des nations, y compris son bureau d'Orient à Singapour, et d'autres bureaux analogues, ainsi que par le bureau panaméricain sanitaire, est autorisé à prendre les arrangements nécessaires avec le comité d'hygiène de la Société des nations, ainsi qu'avec le bureau panaméricain sanitaire et d'autres organisations similaires.

Il demeure entendu que les rapports établis par les arrangements susvisés ne comporteront aucune dérogation aux stipulations de la convention de Rome du 9 décembre 1907, et ne pourront avoir pour effet la substitution d'aucun autre corps sanitaire à l'Office international d'hygiène publique.

Art. 8. — Le prompt et sincère accomplissement des prescriptions qui précèdent étant d'une importance primordiale, les gouvernements reconnais-

(1) Les dispositions de la présente convention visant les rats s'appliquent éventuellements auxautres rongeurs et, en général, aux animaux connus pour être les agents de la propagation de la peste.

sent la nécessité de donner aux autorité qualifiées des instructions pour l'application de ces prescriptions.

Les notifications n'ayant de valeur que si chaque gouvernement est prévenu lui-même à temps, des cas de peste, de choléra, de fièvre jaune, de typhus exanthématique ou de variole et des cas suspects de ces maladies survenus sur son territoire, les gouvernements s'engagent à rendre obligatoire la déclaration de ces maladies.

Art. 9. — Il est recommandé que les pays voisins fassent des arrangements spéciaux en vue d'organiser un service d'informations directes entre les chefs des administrations complétentes, en ce qui concerne les territoires limitrophes ou se trouvant en relations commerciales étroites. Ces arrangements devront être communiqués à l'Office international d'hygiène publique.

Section II. — Conditions qui permettent de considérer que les mesures prévues par la convention sont, ou ont cessé d'être applicables aux provenances d'une circonscription territoriale.

Art. 10. — La notification des cas importés de peste, de choléra ou de fièvre jaune n'entraîne pas, vis-à-vis des provenances de la circonscription dans laquelle ils se sont produits, l'application des mesures prévues au chapitre II ci-après.

Mais lorsqu'un premier cas reconnu non importé de peste ou de fièvre jaune s'est manifesté, que les cas de choléra forment foyer (1), que le typhus exanthématique ou la variole existent sous forme épidémique, ces mesures peuvent être appliquées.

Art. 11.—Pour restreindre les mesures prévues au chapitre II aux seules régions effectivement atteintes, les gouvernements doivent en limiter l'application aux provenances des circonscriptions déterminées dans lesquelles les maladies visées par la présente convention se sont manifestées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'art. 10.

Mais cette restriction limitée à la circonscription atteinte ne doit être acceptée qu'à la condition formelle que le gouvernement du pays dont cette circonscription fait partie prenne les mesures nécessaires : 1° pour combattre l'extension de l'épidémie ; et 2° pour appliquer les mesures prescrites à l'article 13 ci-après.

Art 12. — Le gouvernement de tout pays où est située une région atteinte informera les autres gouvernements ainsi que l'Office international d'hygiène publique, dans les conditions spécifiées à l'article 3, lorsque le danger d'infection, provenant de cette région, aura cessé et lorsque toutes les mesures prophylactiques auront été prises. A partir de cette information, les mesures prévues au chapitre II ne pourront plus être appliquées aux provenances de la région dont il s'agit, sauf circonstances exceptionnelles dont il devra être justifié.

Section III. — Mesures dans les ports et au départ des navires.

Art. 13. — L'autorité compétente est tenue de prendre des mesures efficaces :

1° Pour empêcher l'embarquement des personnes présentant des symptômes de peste, de choléra, de fièvre jaune, de typhus exanthématique ou de variole, ainsi que des personnes de l'entourage des malades se trouvant dans des conditions telles qu'elles puissent transmettre la maladie ;

2° En cas de peste, pour empêcher l'introduction des rats à bord ;

3° En cas de choléra, pour veiller à ce que l'eau potable et les vivres embarqués soient sains, et que l'eau embarquée comme lest soit désinfectée s'il y a lieu ;

4° En cas de fièvre jaune, pour empêcher l'introduction des moustiques à bord ;

5° En cas de typhus exanthématique, pour assurer, avant leur embarquement, l'épouillage de toutes personnes suspectes ;

6° En cas de variole, pour soumettre à la désinfection les vieux vêtements et les chiffons avant qu'ils soient comprimés.

Art. 14. — Les gouvernements s'engagent à entretenir dans leurs grands ports et dans les environs, et autant que possible dans les autres ports et les environs, des services sanitaires possédant une organisation et un outillage capables d'assurer l'application des mesures prophylactiques concernant les maladies visées par la présente convention, notamment les mesures prévues aux articles 6, 8 et 13.

Les dits gouvernements adresseront, au moins une fois par an, à l'Office international d'hygiène publique une communication faisant connaître, pour chacun de leurs ports, l'état de son organisation sanitaire en rapport avec les dispositions de l'alinéa précédent. L'Office transmettra ces renseignements, par les voies appropriées, aux autorités supérieures d'hygiène des pays participants, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un autre organisme sanitaire international, conformément aux arrangements conclus en vertu de l'article 7.

Chapitre II

Mesures de défense contre les maladies visées au chapitre Ier

Art. 15. — Les autorités sanitaires peuvent procéder à la visite médicale et, si les circonstance l'exigent, à un examen approfondi de tout navires quelle que soit sa provenance.

Les mesures ou les opérations sanitaires auxquelles peut être soumis un navire à l'arrivée sont déter-

(1) Il existe un « foyer » lorsque l'appartion de nouveaux cas au delà de l'entourage des premiers cas prouve qu'on n'est pas parvenu à limiter l'expansion de la maladie là où elle s'était manifestée à son début.

minées par la constatation de l'état de fait existant à bord et des particularités sanitaires du voyage.

Il appartient à chaque gouvernement, ayant égard aux renseignements fournis conformément aux dispositions de la section I du chapitre I[er] et de l'article 14 de la présente convention, ainsi qu'aux obligations lui incombant en vertu de la section II du chapitre I[er], de fixer le régime auquel seront soumis dans ses ports les provenances de tout port étranger, et notamment de décider si, au point de vue dudit régime, un port étranger doit être considéré comme atteint.

Les mesures, telles qu'elles sont prévues au présent chapitre, doivent être interprétées comme constituant un maximum, dans les limites duquel les gouvernements peuvent réglementer le traitement des navires à l'arrivée.

Section I. — Communications des mesures prescrites.

Art. 16. — Tout gouvernement est tenu de communiquer immédiatement à la mission diplomatique ou, à défaut, au consul du pays atteint, résidant dans sa capitale, ainsi qu'à l'office international d'hygiène publique, qui devra les porter aussitôt à la connaissance des autres gouvernements, les mesures qu'il croit devoir prescrire à l'égard des provenances de ce pays. Ces informations seront tenues également à la disposition des autres représentants diplomatiques ou consulaires établis sur son territoire.

Il est également tenu de faire connaître, par les mêmes voies, le retrait de ces mesures ou les modifications dont elles seraient l'objet.

A défaut de mission diplomatique ou de consulat dans la capitale, les communications sont faites directement au gouvernement du pays intéressé.

Section II. — Marchandises et bagages, Importation et transit.

Art. 17. — Sous réserve des stipulations du dernier alinéa de l'article 50, les marchandises et bagages arrivant par terre ou par mer ne peuvent être prohibés à l'entrée ou pour le transit, ni retenus aux frontières ou dans les ports. Les seules mesures qu'il soit permis de prescrire à leur égard sont spécifiées dans les paragraphes suivants :

a) En cas de peste, on peut soumettre à la désinsectisation et, s'il y a lieu, à la désinfection les linges de corps, hardes et vêtements récemment portés (effets à usage), les literies ayant récemment servi.

Les marchandises en provenance d'une circonscription atteinte et susceptibles de renfermer les rats pesteux ne peuvent être déchargées qu'à la condition de prendre, autant que possbile, les précautions nécessaires pour empêcher que les rats ne puissent s'en échapper et pour qu'ils soient détruits.

b) En cas de choléra, on peut soumettre à la désinfection les linges de corps, hardes et vêtements récemment portés (effets à usage), les literies ayant récemment servi.

Par dérogation aux dispositions du présent article, les poissons, coquillages et légumes frais peuvent être prohibés, à moins qu'ils n'aient été l'objet d'un traitement de nature à détruire le vibrion cholérique.

c) En cas de typhus exanthématique, on peut soumettre à la désinfection les linges de corps, hardes et vêtements portés (effets à usage), les literies ayant servi, ainsi que les chiffons non transportés comme marchandises en gros.

d) En cas de variole, on peut soumettre à la désinfection les linges de corps, hardes et vêtements récemment portés (effets à usage), les literies ayant récemment servi, ainsi que les chiffons non transportés comme marchandises en gros.

Art. 18. — Le mode et le lieu de la désinfection, ainsi que les procédés à employer pour assurer la destruction des rats ou des insectes (puces, poux, moustiques, etc.), sont fixés par l'autorité du pays de destination. Ces opérations doivent être faites de manière à ne détériorer les objets que le moins possible. Les hardes et autres objets de peu de valeur peuvent être détruits par le feu, ainsi que les chiffons, sauf s'ils sont transportés comme marchandises en gros.

Il appartient à chaque Etat de régler la question relative au payement éventuel de dommages-intérêts résultant de la désinfection, de la dératisation ou de la désinsectisation, ainsi que de la destruction des objets ci-dessus visés.

Si, à l'occasion de ces opérations, des taxes sont perçues par l'autorité sanitaire, soit directement soit par l'intermédiaire d'une société ou d'un particulier, ces taxes doivent être fixées d'après un tarif publié d'avance et établi de façon qu'il ne puisse résulter de l'ensemble de son application une source de bénéfices pour l'Etat ou pour l'administration sanitaire.

Art. 19. — Les lettres et correspondances, imprimés, livres, journaux, papiers d'affaires, etc., ne sont soumis à aucune mesure sanitaire. Les colis postaux ne subiront de restrictions que dans le cas où ils contiendraient des objets figurant parmi ceux auxquels on peut imposer les mesures prévues à l'article 17 de la présente convention.

Art. 20. — Lorsque les marchandises ou bagages ont été soumis aux opérations prescrites par l'article 17, toute personne intéressée a le droit de réclamer de l'autorité sanitaire la délivrance gratuite d'un certificat indiquant les mesures prises.

Section III. — Dispositions relatives aux émigrants.

Art. 21. — Dans les pays d'émigration, les autorités sanitaires doivent procéder à l'examen sanitaire des émigrants avant leur départ.

Il est recommandé que des arrangements spéciaux interviennent entre pays d'émigration, d'immigration et de transit, en vue d'établir les conditions auxquelles cet examen doit satisfaire, afin que soient réduites au minimum les possibilités de refoulement

à la frontière des pays de transit et de destination, pour des raisons sanitaires.

Il est également recommandé que ces arrangements fixent les mesures préventives contre les maladies infectieuses auxquelles devraient être soumis les émigrants au pays de départ.

Art. 22. — Il est recommandé que les villes ou les ports d'embarquement des émigrants possèdent une organisation hygiénique et sanitaire appropriée et, en particulier : 1° un service de surveillance et d'assistance médicale, ainsi que le matériel sanitaire et prophylactique nécessaire ; 2° un établissement, surveillé par l'Etat, où les émigrants puissent subir les formalités sanitaires, être logés temporairement et être soumis à toutes les visites médicales nécessaires ainsi qu'à l'examen de leurs boissons et de leurs aliments ; 3° un local, situé dans le port, où seront effectuées les visites médicales au moment des opérations définitives d'embarquement.

Art. 23. — Il est recommandé que les navires à émigrants soient munis d'une provision suffisante de vaccins (antivariolique, anticholérique, etc.) pour pouvoir procéder, si nécessaire, aux vaccinations en cours de route.

Section IV.— Mesures dans les ports et aux frontières de mer.

A. — Peste.

Art. 24. — Est considéré comme *infecté* le navire :

1° Qui a un cas de peste humaine à bord ;

2° Ou sur lequel un cas de peste humaine s'est déclaré plus de six jours après l'embarquement ;

3° Ou a bord duquel on a constaté la présence de rats pesteux.

Est considéré comme *suspect* le navire :

1° Sur lequel un cas de peste humaine s'est déclaré dans les premiers jours après l'embarquement ;

2° Ou pour lequel les recherches concernant les rats ont mis en évidence l'existence d'une mortalité insolite dont la cause n'est pas déterminée.

Le navire suspect reste considéré comme tel jusqu'au moment où, dans un port convenablement outillé, il a été soumis à l'application des mesures prescrites par la présente convention.

Est considéré comme *indemne*, bien que venant d'un port atteint, le navire qui n'a pas eu à bord de peste humaine ou murine soit au moment du départ, soit pendant la traversée, soit au moment de l'arrivée, et à bord duquel les recherches concernant les rats n'ont pas fait constater l'existence d'une mortalité insolite.

Art. 25. — Les navires infectés de peste sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale ;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés ;

3° Toutes les personnes qui ont été en contact avec les malades et celles que l'autorité sanitaire du port a des raisons de considérer comme suspecte sont débarquées, si possible. Elles peuvent être soumises soit à l'observation, soit à la surveillance, soit à une observation suivie de surveillance (1), sans que la durée totale de ces mesures puisse dépasser six jours, à dater de l'arrivée du navire.

Il appartient à l'autorité sanitaire du port d'appliquer celle de ces mesures qui lui paraît préférable selon la date du dernier cas, l'état du navire et les possibilités locales. On peut, pendant le même laps de temps, empêcher le débarquement de l'équipage sauf pour raisons de service portées à la connaissance de l'autorité sanitaire ;

4° Les literies ayant servi, le linge sale, les effets à usage et les autres objets qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérés comme contaminés, sont désinsectisés et, s'il y a lieu, désinfectés ;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par des pesteux ou qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérées comme contaminées, sont désinsectisées, et, s'il y a lieu, désinfectées ;

6° L'autorité sanitaire peut prescrire une dératisation avant le déchargement, si elle estime que, d'après la nature de la cargaison et sa disposition, il est possible d'effectuer la destruction totale des rats sans déchargement. Dans ce cas, le navire ne pourra pas être soumis à une nouvelle dératisation après déchargement. Dans les autres cas, la destruction complète des rongeurs devra être effectuée sur le navire en cales vides. Pour les navires sur lest, cette opération sera faite le plus tôt possible avant le chargement.

La dératisation devra être effectuée de manière à éviter le plus possible des dommages au navire et, éventuellement, à la cargaison. L'opération ne devra pas durer plus de vingt-quatre heures. Tous frais afférents aux opérations de dératisation, ainsi que toutes indemnités éventuelles, seront réglés conformément aux principes établis à l'article 18.

Si le navire ne doit décharger qu'une partie de sa cargaison et si les autorités du port considèrent qu'il n'est pas possible de procéder à une dératisation complète, ledit navire pourra rester dans le port le temps nécessaire pour décharger cette partie de sa cargaison, pourvu que toutes les précautions, y compris l'isolement, soient prises à la satisfaction de l'autorité sanitaire, pour empêcher les rats de passer du navire à terre, à la faveur du déchargement des marchandises ou autrement.

Le déchargement s'effectuera sous le contrôle de l'autorité sanitaire, qui prendra toutes les mesures nécessaires afin d'éviter que le personnel employé soit

(1) Dans tous les cas où la présente convention prévoit la surveillance, l'autorité sanitaire peut appliquer l'observation, à titre exceptionnel, aux personnes qui ne présentent pas des garanties sanitaires suffisantes.

Les personnes soumises à l'observation ou à la surveillance doivent se prêter à toutes recherches cliniques ou bactériologiques que l'autorité sanitaire juge nécessaires.

infecté. Ce personnel sera soumis à une observation ou à une surveillance qui ne pourront pas dépasser six jours, à partir du moment où il aura cessé de travailler au déchargement.

Art. 26. — Les navires suspects de peste sont soumis aux mesures prévues sous les nº 1, 4, 5 et 6 de l'article 25.

En outre, l'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas six jours à dater de l'arrivée du navire. On peut, pendant le même laps de temps, empêcher le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service portées à la connaissance de l'autorité sanitaire.

Art. 27. — Les navires indemnes de peste sont admis à la libre pratique immédiate, sous la réserve que l'autorité sanitaire du port d'arrivée peut prescrire à leur égard les mesures suivantes :

1º Visite médicale, pour constater si le navire se trouve dans les conditions prévues par la définition du navire indemne ;

2º Destruction des rats à bord, dans les conditions prévues au 6º de l'article 25, dans des cas exceptionnels et pour des motifs fondés, qui seront communiqués par écrit au capitaine du navire ;

3º L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas six jours à compter de la date à laquelle le navire est parti du port atteint. On peut, pendant le même laps de temps, empêcher le débarquement de l'équipage sauf pour raisons de service portées à la connaissance de l'autorité sanitaire.

Art. 28. — Tous les navires, sauf ceux au cabotage national, doivent être dératisés périodiquement ou être maintenus de façon permanente dans des conditions telles que la population murine y soit réduite au minimum. Ils reçoivent, dans le premier cas, des certificats de dératisation et, dans le second, des certificats d'exemption de la dératisation.

Les gouvernements doivent faire connaître, par l'intermédiaire de l'Office international d'hygiène publique, ceux de leurs ports possédant l'outillage et le personnel nécessaires pour effectuer la dératisation des navires.

Les certificats de dératisation, ou d'exemption de la dératisation, seront délivrés exclusivement par les autorités sanitaires des ports mentionnés ci-dessus. La durée de validité de ces certificats sera de six mois. Toutefois, une tolérance supplémentaire d'un mois est autorisée pour les navires rejoignant leur port d'attache.

Si aucun certificat valable ne lui est présenté, l'autorité sanitaire des ports mentionnés au deuxième alinéa du présent article pourra, après enquête et inspection :

a) Effectuer elle-même les opérations de dératisation du navire ou faire effectuer ces opérations sous sa direction et son contrôle. Une fois ces opérations exécutées à sa satisfaction, elle devra délivrer un *certificat de dératisation* daté. Elle décidera, dans chaque cas, de la technique à employer pour assurer pratiquement la destruction des rats à bord ; des renseignements détaillés sur le mode de dératisation employé ainsi que sur le nombre de rats détruits seront portés sur le certificat. La dératisation devra être effectuée de manière à éviter le plus possible des dommages au navire et, éventuellement, à la cargaison. L'opération ne devra pas durer plus de vingt-quatre heures. Pour les navires sur lest, elle devra être effectuée avant le chargement. Tous frais afférents aux opérations de dératisation, ainsi que toutes indemnités éventuelles, seront réglés conformément aux principes établis à l'article **18** ;

b) Délivrer un *certificat d'exemption de la dératisation*, daté et motivé, si elle s'est rendu compte que le navire est maintenu dans des conditions telles que la population murine y est réduite au minimum.

Les certificats de dératisation et les certificats d'exemption de la dératisation seront rédigés, autant que possible, de façon uniforme. Des modèles pour ces certificats seront préparés par l'Office international d'hygiène publique.

L'autorité compétente de tout pays s'engage à fournir, chaque année, à l'Office international d'hygiène publique, un état des mesures prises en application du présent article, ainsi que le nombre des navires qui ont été soumis à la dératisation ou auxquels ont été accordés des certificats d'exemption de la dératisation, dans les ports mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

L'Office international d'hygiène publique est invité à prendre, conformément à l'article 14, toutes dispositions pour assurer l'échange d'informations relatives aux mesures prises en application du présent article, ainsi qu'aux résultats obtenus.

Les dispositions du présent article ne portent pas aux droits reconnus aux autorités sanitaires par les articles 24 à 27 de la présente convention.

Les gouvernements veilleront à ce que toutes les mesures voulues et pratiquement réalisables soient prises par les autorités compétentes pour assurer la destruction des rats dans les ports, leurs dépendances et leurs environs, ainsi que sur les chalands et bâtiments caboteurs.

B. — Choléra.

Art. 29. — Un navire est considéré comme *infecté* s'il y a un cas de choléra à bord, ou s'il y a eu un cas de choléra pendant les cinq jours précédant l'arrivée du navire au port.

Un navire est considéré comme *suspect* s'il y a eu un cas de choléra au moment du départ ou pendant le voyage, mais aucun cas nouveau depuis cinq jours avant l'arrivée. Il reste considéré comme suspect jusqu'au moment où il a été soumis à l'application des mesures prescrites par la présente convention.

Un navire est considéré comme *indemne* si, bien que provenant d'un port atteint, ou ayant à bord des personnes provenant d'une circonscription atteinte, il n'a pas eu de cas de choléra au moment du départ, pendant le voyage ou à l'arrivée.

Les cas présentant les symptômes cliniques du choléra, dans lesquels on n'a pas trouvé de vibrions ou dans lesquels on a trouvé des vibrions qui ne présentent pas les caractères du vibrion cholérique, sont assujettis à toutes les mesures prescrites pour le choléra.

Les porteurs de germes découverts à l'arrivée d'un navire sont soumis, après qu'ils ont débarqué, à toutes les obligations qui sont éventuellement imposées par les lois nationales aux ressortissants du pays d'arrivée.

Art. 30. — Les navires infectés de choléra sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale ;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés ;

3° L'équipage et les passagers peuvent être débarqués et être soit gardés en observation, soit soumis à la surveillance, pour un laps de temps n'excédant pas cinq jours à dater de l'arrivée du navire.

Toutefois, les personnes justifiant qu'elles sont immunisées contre le choléra par une vaccination datant de moins de six mois et de plus de six jours pourront être soumises à la surveillance, mais non à l'observation.

4° Les literies ayant servi, le linge sale, les effets à usage et les autres objets, y compris les aliments, qui, de l'avis de l'autorité sanitaire du port, sont considérés comme récemment contaminés, sont désinfectés ;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par les malades atteints de choléra, ou qui sont considérées par l'autorité sanitaire comme contaminées, sont désinfectées ;

6° Le déchargement s'effectue sous le contrôle de l'autorité sanitaire, qui prend toutes les mesures nécessaires afin d'éviter que le personnel employé au déchargement ne soit infecté. Ce personnel sera soumis à une observation ou à une surveillance qui ne pourront pas dépasser cinq jours à partir du moment où il aura cessé de travailler au déchargement ;

7° Lorsque l'eau potable emmagasinée à bord est considérée comme suspecte, elle est déversée après désinfection et remplacée, après désinfection des réservoirs, par une eau de bonne qualité ;

8° L'autorité sanitaire peut interdire le déversement, sauf désinfection préalable, de l'eau de lest (*water-ballast*) si elle a été puisée dans un port contaminé ;

9° Il peut être interdit de laisser s'écouler ou de jeter dans les eaux du port des déjections humaines, ainsi que les eaux résiduaires du navire, à moins de désinfection préalable.

Art. 31. — Les navires suspects de choléra sont soumis aux mesures prescrites sous les numéros 1, 4, 5, 7, 8 et 9 de l'article 30.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne doit pas dépasser cinq jours, à compter de la date de l'arrivée du navire. Il est recommandé d'empêcher, pendant le même temps, le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service portées à la connaissance de l'autorité sanitaire du port.

Art. 32. — Un navire déclaré infecté ou suspect en raison seulement de l'existence, à bord, de cas présentant les symptômes cliniques du choléra, sera classé comme indemne si deux examens bactériologiques, pratiqués à vingt-quatre heures au moins d'intervalle, n'ont révélé la présence ni du vibrion cholérique ni d'un autre vibrion suspect.

Art. 33. — Les navires indemnes de choléra sont admis à la libre pratique immédiate.

L'autorité sanitaire du port d'arrivée peut prescrire à leur sujet les mesures prévues aux numéros 1, 7, 8 et 9 de l'article 30.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne doit pas dépasser cinq jours, à compter de la date de l'arrivée du navire. On peut empêcher, pendant le même temps, le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service portées à la connaissance de l'autorité sanitaire du port.

Art. 34. — La vaccination anticholérique constituant une méthode d'une efficacité éprouvée pour arrêter une épidémie de choléra et, par conséquent, pour atténuer les chances de diffusion de la maladie, il est recommandé aux administrations sanitaires d'appliquer dans la plus large mesure possible, toutes les fois que la chose sera réalisable, la vaccination spécifique dans les foyers de choléra et d'accorder certains avantages, en ce qui concerne les mesures restrictives, aux personnes qui auraient accepté cette vaccination.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr EYMERY, sénateur de la Dordogne.

— **Ecole pratique des Hautes Etudes. Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale.** *Programme des conférences* : Laboratoire de biopsychiatrie clinique (Directeur : M. TOULOUSE). Novembre : mardi 27, M. HEUYER : Les troubles du caractère dans la psychiatrie infantile scolaire. — Vendredi 30, M. TARGOWLA : Applications de la chimie biologique en psychiatrie.

Décembre : mardi 4, M. MONTASSUT : Le syndrome de fatigabilité. — Mardi 14 : M. DUPOUY : Défense de la société contre les anormaux psychiques. — Mardi 18, M. MARCHAND : Encéphalites psychosiques.

Février : vendredi 1er, M. SCHIFF : Les applications de la psychologie expérimentale à la clinique psychiatrique. — Vendredi 8, M. SCHIFF : Glandes sexuelles et psychoses. — Vendredi 15, M. TOULOUSE : Une expérience d'assistance sans internement en prophylaxie mentale.

Laboratoire de physiologie appliquée à la prophylaxie mentale (Directeur : M. LAUGIER). — Décembre : Vendredi 7 : M. LAUGIER : Fatigabilité : effort physique, indice de réparation du système neuro-musculaire au cours du travail. — Vendredi 14, M. FESSARD : L'influx nerveux : notions générales et application à la biométrie humaine. — Vendredi 21, M. LAUGIER : L'âge physique.

Laboratoire de chimie biologique (Directeur : M. DELAVILLE) appliquée à la prophylaxie mentale. — Janvier : vendredi 11, M. DELAVILLE : L'état physico-chimique du sang : équilibre acide-base, concentration en ions H. — Vendredi 18, M. DELAVILLE : La réserve alcaline. — Vendredi 25, M. TCHERNIAKOFSKY : L'état actuel de la chimie du cerveau.

Laboratoire de psychologie appliquée (Directeur : M. LAHY). — Janvier : Mardi 15, M. LAHY : Une technique non verbale pour la mesure de l'intelligence. Application et résultats sur les enfants anormaux. — Mardi 22, M. LAHY : Les éléments biologiques de l'orientation professionnelle. — Mardi 29, M. LAHY : Les données scolaires et sociales de l'orientation professionnelle.

Février : Mardi 5, M. LAHY : Tests psychologiques utilisables pour le dépistage des troubles psychopathiques à l'école. — Mardi 12, M. LAHY : Appréciation de la fatigabilité par la mesure des temps de réaction et de l'effort musculaire. — Mardi 19, Mlle WEINBERG : Etudes expérimentales des tests à l'école.

Le Directeur de l'Institut de Psychiatrie :
Dr TOULOUSE.

— **Société des Amis de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris.**— La Société des « Amis de l'Internat » dont le président est M. Trélat, maître de Requêtes honoraire au Conseil d'Etat ; les vice-présidents : Professeur Pierre Tessier, membre de l'Académie de médecine ; M. Philippar, vice-président du Crédit Foncier d'Algérie et de Tunisie ; docteur Crouzon, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, a pour but de grouper en liaison avec l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, toutes les sympathies favorables à l'Internat.

Elle a, en outre, pour but d'encourager les travaux des internes et anciens internes, de leur prêter assistance, ainsi qu'à leurs familles, de resserrer les liens qui les unissent et d'une façon générale d'entretenir le prestige moral et scientifique du corps de l'Internat.

Depuis la création récente de cette Société, de nombreuses personnalités et groupements médicaux et extramédicaux ont envoyé leurs adhésions ou des dons parfois très importants. Mais l'œuvre est vaste et tous ceux internes, anciens internes ou qui ont une gratitude quelconque à l'égard de l'Internat et qui n'ont pas encore répondu à l'appel de la Société, sont instamment priés d'envoyer leurs adhésions au trésorier : docteur Jomier.

Compte de chèques postaux, Paris, no 125512, au nom de la « Société des amis de l'internat », 3, rue Daru, Paris (VIIIe).

Pour la correspondance, s'adresser au docteur Henri Godlewski, secrétaire général, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe).

Cotisations : membres associés : 50 fr. (Rachat 500 fr.) membres titulaires : 30 fr. (Rachat 300 fr.). (Internes et anciens internes).

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *La route d'hiver des Alpes et de la Côte d'Azur en un seul voyage pratique et économique.* — Les gares de Paris P. L. M. et de Lyon-Perrache délivrent des billets à prix réduit permettant de visiter à la fois, les grands centres de sports d'hiver des Alpes et les stations ensoleillées de la Côte d'Azur.

Ces billets comportent, en effet, le trajet d'Aix-les-Bains, Mont-Revard à Nice ou de Nice à Aix-les-Bains suivant le sens du voyage, dans les autocars de la Route d'hiver des Alpes.

Au 23 décembre 1928, les services automobiles sont prolongés d'Aix-les-Bains sur Chamonix et ce parcours est compris dans la composition des billets.

Il est consenti une réduction de 20 à 25 % en chemin de fer, suivant la classe du billet et de 5 % en autocar.

Les billets sont valables 33 jours et leur validité peut être prolongée deux fois de 15 jours.

Ils permettent au voyageur de s'arrêter à toutes les gares de chemin de fer ainsi qu'aux têtes et gîtes d'étapes des autocars.

A partir du 23 décembre 1928, le voyageur peut s'arrêter également aux stations de sports d'hiver de Combloux, Aix-les-Bains, Mont-Revard et Saint-Pierre-de-Chartreuse, s'il en fait la demande au bureau de départ de l'étape.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

(Paul), médecin... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté en date du 27 mai 1927, par lequel le Conseil de Préfecture interdépartemental siégeant à Châlons-sur-Marne a rejeté sa demande en paiement d'honoraires pour soins donnés et médicaments fournis en 1925 et 1926 à des assistés bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 ;

Ouï M. Blondel, auditeur, en son rapport ;

Ouï Me Auger, avocat du sieur Bertrand, en ses observations ;

Ouï M. Dayras, auditeur, commissaire adjoint du Gouvernement, en ses conclusions ;

Considérant que pour demander l'annulation de l'arrêté attaqué le sieur Bertrand se fonde sur ce que l'art. 15 du règlement départemental de l'Assistance médicale gratuite du département de l'Aube du 30 novembre 1925, aux termes duquel le médecin devra indiquer sur les bulletins de visite le diagnostic de la maladie, serait contraire aux dispositions de l'art. 378 du code pénal instituant pour les médecins l'obligation de garder le secret professionnel et sur ce que par suite le dit arrêté ne pouvait légalement rejeter sa demande en paiement des honoraires afférents à la période 1er janvier 1925-30 septembre 1926 par le motif que l'indication de la nature des maladies n'était pas portée sur les bulletins de visite.

Considérant qu'aux termes de l'art. 378 du code pénal « les médecins, chirurgiens, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de 1 à 6 mois et d'une amende de 100 à 600 francs » ; qu'en l'état actuel de la législation et en l'absence notamment de toute disposition expresse de la loi du 15 juillet 1893, il ne saurait être dérogé à la règle générale et absolue édictée par l'art. 378 précité ; que par suite, le sieur Bertrand est fondé à soutenir que l'art. 15 du règlement de l'Assistance médicale gratuite du département de l'Aube du 30 novembre 1925 est contraire aux dispositions de l'art. 378 du code pénal et à demander pour ce motif l'annulation de l'arrêté attaqué.

Considérant que l'état de l'instruction ne permet pas de fixer le montant des honoraires dus au sieur Bertrand pour la période envisagée ; qu'il y a donc lieu de le renvoyer devant la commission des contrôles du service de l'Assistance médicale gratuite du département de l'Aube pour qu'il soit procédé au règlement des honoraires dus au requérant pour la dite période.

Décide :

Article premier :

L'arrêté du Conseil de Préfecture interdépartemental siégeant à Châlons-sur-Marne en date du 27 mai 1927 est annulé.

Article deuxième :

Le sieur Bertrand est renvoyé devant la Commis-

sion de contrôle du service de l'Assistance médicale gratuite du département de l'Aube pour règlement de ses honoraires afférents à la période du 1er janvier 1925-30 septembre 1926.

Commentaires.

En défendant la cause de son adhérent, le docteur Bertrand, le « Sou médical » a, une fois de plus, rendu service à la profession tout entière.

Depuis, en effet, la fameuse circulaire, du 20 août 1925, qu'un ministre du Travail, mal informé par ses bureaux, avait adressée aux préfets, beaucoup de conflits avaient surgi un peu partout.

S'appuyant sur la dite circulaire, les préfets soutenaient que les médecins devaient déclarer le diagnostic des maladies qu'ils soignaient chez des indigents et pour lesquelles ils demandaient rémunération au département.

Cette divulgation des diagnostics était nécessaire, aux yeux des préfets, pour permettre le contrôle et empêcher les abus.

Certains confrères s'émurent, alors que d'autres se soumirent.

Consulté, le « Sou médical » estima que l'article 378 du code pénal s'imposait aux médecins, aussi bien en matière d'assistance médicale gratuite qu'en cas de droit commun.

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, il est impossible aux praticiens d'avoir deux attitudes : se considérer comme liés par l'obligation au silence, lorsqu'ils donnent leurs soins à des malades qui les honorent directement, alors qu'ils devraient dévoiler les secrets des indigents, parce que le département se substitue à ces derniers pour payer les frais médicaux, occasionnés par leurs maladies diverses.

La question de principe fut posée devant le Conseil de Préfecture de Chalons : un adhérent du « Sou médical » s'était vu refuser le paiement de ses mémoires d'honoraires, par le préfet, motifs pris qu'il avait refusé de déclarer le diagnostic des maladies traitées.

Le « Sou médical » fit les frais du procès, en première instance. Mais bien entendu, le conseil de préfecture ne pouvait pas faire autrement que de donner raison à l'administration.

En matière administrative, m'a-t-on enseigné, au cours de doctorat de Droit administratif, juger c'est encore administrer.

Nous perdîmes donc et le « Sou médical » dut porter le conflit devant le Conseil d'Etat.

Il nous fallut, grâce au dévouement bien connu de Me Bernard Auger, démontrer que, si le Conseil d'Etat adoptait la thèse administrative, des complications sans nombre pourraient surgir.

En effet, le médecin serait bien embarrassé pour adopter une ligne de conduite profession-

nelle. Alors que la cour de Cassation, par sa jurisprudence constante, décide que le secret professionnel, imposé par l'article 378 du code pénal, doit s'appliquer à tous les cas, hormis les exceptions légales (déclarations des naissances, déclarations des maladies contagieuses) le Conseil d'Etat, s'il adoptait la thèse du Conseil de préfecture de Chalons, serait venu décider qu'en matière administrative et spécialement en matière d'assistance médicale gratuite, ce même secret professionnel n'existerait pas.

Autrement dit, il s'agissait de savoir si une circulaire ministérielle pouvait modifier la portée des prescriptions d'un article du Code pénal.

La question était grosse de conséquences. Nous connaissons déjà nombre d'endroits, où les médecins auraient démissionné en masse du service de l'assistance médicale, se refusant à dévoiler à des tiers, fussent-ils des médecins contrôleurs, les diagnostics des maladies, qu'ils soignent chez les déshérités de la fortune. Il ne saurait y avoir deux secrets professionnels : un pour pauvres et un autres pour riches.

Beaucoup de confrères estimaient, à juste titre, que, tant qu'une loi ne sera pas intervenue pour modifier la portée de l'article 378 du code pénal, ils se refuseraient à dévoiler les secrets qu'ils ont appris, surpris, devinés dans l'exercice de leur profession.

Très sagement, le Conseil d'Etat a reconnu exacte la thèse soutenue par le « Sou médical ». Désormais, les commissions de contrôle, en matière d'assistance médicale gratuite, devront payer les mémoires médicaux, sans avoir à connaître les diagnostics.

Cet arrêt aplanira bien des conflits qui surgissaient dans beaucoup de départements à l'occasion de cette circulaire malencontreuse, que le ministre du travail avait signée le 20 août 1925.

Un médecin nous avait même saisi, au « Sou médical », de la sommation qu'il avait reçue, de la part d'un de ses clients, bénéficiaire de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, d'avoir à respecter, à son endroit, les termes de l'article 378 du code pénal.

Ce client entendait que, même pour se faire payer par le département, le praticien devait garder secrètes toutes les investigations, ou découvertes, qu'il pouvait avoir faites, chez lui, dans l'exercice de la profession.

Ainsi se termine un long conflit.

Par analogie, nous pouvons également affirmer une fois de plus qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin ne doit pas violer le secret professionnel, en déclarant la cause exacte des décès, serait-ce même à un autre médecin, chargé du service de l'inspection départementale d'hygiène.

Une décision préfectorale, ou même ministérielle ne peut modifier un texte de loi, ou d'un code.

A l'administration, si elle le juge opportun, de provoquer le dépôt d'un projet de loi, modifiant l'article 378 du code pénal. Qu'un ministre demande au parlement de décider qu'en matière d'assistance médicale gratuite, ou de déclaration de décès, le médecin est relevé du secret, par rapport à l'administration.

Mais, tant que cette loi ne sera pas votée, je n'ai pas le droit de conseiller à mes confrères autre chose que le respect absolu du Code pénal, s'ils ne veulent pas, un jour ou l'autre, avoir à se défendre devant le tribunal correctionnel.

Ils seraient condamnés, bien qu'ils exciperaient de leur bonne foi, ou même d'un texte administratif, réglementaire. Ils seraient condamnés, parce qu'ils auraient méconnu et violé les termes généraux de l'article 378 précité.

Aussi, en faisant les frais du pourvoi en Conseil d'Etat, le « Sou médical » a-t-il rendu service, non seulement à son adhérent, mais encore à la profession tout entière.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Honoraires de droit commun.

3835. — Privilège pour soins de dernière maladie.

Je vous soumets le litige suivant, de peu d'importance en lui-même, mais qui me paraît comporter des conséquences générales.

I. J'ai donné, en juin-juillet 1928, des soins à M. et Mme L.

Total des honoraires dus :

Pour Mme L.	150 fr.
Pour M. L.	100 »
	250 fr.

II. Tout récemment un avis du tribunal de commerce de N. m'avise de la faillite de M. L. et me demande de fournir ma créance, ce qui est fait. L'admission de cette créance à titre privilégié est demandée.

III. Le liquidateur se refuse à l'admettre au titre privilégié pour les 2 raisons suivantes :

1º Les soins donnés à Mme L. ne doivent pas être admis dans aucun cas au titre privilégié.

2º Les soins donnés à M. L. ne peuvent l'être non plus, parce que M. L. n'est pas décédé, et que seuls les soins de dernière maladie avant décès ont ce privilège.

Devant cette fin de non recevoir, l'huissier de N. qui me représente, m'écrit pour me demander si dans ces conditions il ne serait pas préférable d'accepter l'admission de cette créance « à titre chirographaire » seulement pour éviter un procès avec le liquidateur. (Par parenthèse je ne sais pas ce que c'est qu'une inscription à titre chirographaire.)

Je réponds que je fais toutes réserves et que j'attends votre avis (dont je me permets, si vous le voulez bien, de vous souligner l'urgence).

Sur le premier point, j'ignore la loi. Mme L. s'est présentée à mon cabinet, amenée et présentée par son mari. Ne s'ensuit-il pas que le mari est responsable de la dette au même titre que des soins qu'il a reçus lui-même ? Les soins donnés aux membres de la famille immédiate ne sont-ils pas privilégiés aussi ?

Sur le deuxième point, je connais nombre de précédents où les créances pour soins donnés à faillis non décédés ont été admises sans discussion au titre privilégié.

Dr G.

Réponse.

Le privilège accordé aux médecins pour les frais de dernière maladie ne concerne que les soins donnés au débiteur lui-même, et non ceux donnés à sa femme ou à ses enfants. Par conséquent, vous ne pouvez maintenir votre demande d'admission au passif privilégié de la faillite, pour les soins donnés à Mme L.... Cette partie de votre créance ne bénéficie d'aucun privilège et vous en serez payé concurremment avec les autres créanciers chirographaires (non-privilégiés) en subissant une réduction proportionnelle à la différence entre l'actif net, après déduction des dettes privilégiées, et le montant des créances non privilégiées.

Mais, quant aux honoraires qui vous sont dus pour soins donnés au failli lui-même, le syndic commet une erreur, s'il est vrai que la maladie que vous avez soignée est celle qui a précédé immédiatement la faillite.

En effet, la jurisprudence antérieure à la loi du 30 novembre 1892 décidait que le privilège ne concernait que la maladie dont le débiteur était mort. Mais l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 a modifié la disposition légale relative au privilège du médecin (article 2.101, § 5), en y ajoutant ces mots : « Quelle qu'en ait été la terminaison ».

Il en résulte donc que, bien que votre débiteur ne soit pas mort, vous n'en avez pas moins droit au privilège pour les soins que vous lui avez donnés antérieurement à la faillite.

Nous vous conseillons donc de maintenir sur ce point votre demande d'admission au passif privilégié. Au cas où le syndic persisterait dans son refus, nous vous serions reconnaissants de nous le faire savoir et nous demanderions au Conseil du « Sou » de vous accorder l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour porter l'affaire devant le tribunal de commerce.

Fiscalité.

3933. — Les certificats concernant les accidents de droit commun doivent être délivrés sur papier timbré.

Doit-on rédiger les certificats et constatation de blessures survenues par accident d'automobile (droit commun) sur papier libre ou bien papier timbré ?

Dr B.

Réponse.

En principe, tout certificat doit être rédigé sur papier timbré, à moins qu'il ne bénéficie d'une exemption de timbre formellement accordée par une loi.

C'est ainsi qu'en effet, tout certificat ou rapport établi sur réquisition de l'autorité judiciaire ou d'un commissaire de police est exempté de timbre. Il en est de même pour les certificats servant à l'application de la législation sur les accidents du travail, etc...

Mais aucune exemption n'existe pour un certificat de constatation de blessures délivré à un particulier pour lui permettre de faire valoir en justice ses droits à indemnité. C'est un des cas où, bien au contraire, il est indispensable de respecter les exigences légales, car le certificat étant destiné à être produit en justice, l'amende pour défaut de timbre ne manquerait pas de vous être appliquée.

3713. — Impôt sur deux voitures ne circulant pas simultanément.

Dans un pays de montagne comme le nôtre, un médecin est fréquemment dans l'obligation d'avoir deux voitures automobiles de puissance inégale, une voiturette légère de 5 à 6 HP pour les petites courses aux environs et une voiture plus puissante 11 à 12 HP pour les courses dans les régions plus éloignées et en haute montagne. Il semble logique et équitable, ces médecins n'utilisant à la fois qu'une seule des deux autos, de ne payer la taxe trimestrielle de circulation que sur la plus forte. N'est-il pas possible à cet effet d'avoir une carte mixte de circulation leur permettant l'emploi de l'une des deux voitures suivant la nature des courses qu'ils ont à faire ?

En effet, dans nos régions, une seule voiture de faible puissance ne permet pas d'assurer un service médical à grand périmètre et dans des villages d'accès difficiles, d'autre part, pour certaines courses nécessitées par un service public à tarif insuffisant, par exemple, une seule voiture lourde et de puissance supérieure à 10 HP, est trop onéreuse.

Si l'on songe que jusqu'en 1924 les médecins jouissaient fort équitablement d'ailleurs, du demi-tarif d'imposition automobile, et que,depuis lors cet avantage leur a été enlevé, il paraîtrait excessif de la part de l'administration des contributions indirectes, d'exiger les deux cartes de circulation et double impôt pour deux voitures dont une seule circule à la

fois et parfois la plus forte ne sortant qu'à deux ou trois reprises dans le mois.

Je vous serais, mon cher confrère, très obligé de donner à ce sujet des renseignements précis dans votre prochain numéro afin que l'on sache jusqu'où peuvent aller les exigences du fisc.

Dr M.

Réponse.

L'administration, bien que partie dans la controverse, est cependant seule juge en la matière, puisque c'est de sa part une simple tolérance que de n'exiger la taxe que sur la plus forte voiture seulement. Si la décision du service local ne vous est pas favorable, adressez une pétition sur timbre, soit au Directeur départemental, soit au Directeur général des contributions indirectes au Ministère des Finances.

A. M.

3894. — Les intérêts des dommages de guerre doivent être compris dans la déclaration du revenu.

J'ai recours au conseil du « Sou » au sujet d'un dommage de guerre qui me sera remboursé intérêts compris, en 10 années par versements semestriels égaux.

Devrai-je, dans le relevé de mes revenus adressé au contrôleur des contributions directes, tenir compte des dits intérêts ?

Dr F.

Réponse.

D'après un arrêt récent du Conseil d'Etat les intérêts des créances pour dommages de guerre sont passibles de l'impôt général sur le revenu.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

4005. — Les 2 fr. supplémentaires dans les grandes villes.

Je viens de pratiquer 60 lavages vésicaux à un accidenté du travail atteint de rétention traumatique (syndrome du cône terminal). L'opération étant faite chaque fois à domicile par suite de la paraplégie, puis de la parésie concomitante, ne suis-je pas en droit d'établir ma note comme il suit :

Cathétérisme + lavage vésical....	20 fr.
Indemnité de déplacement	2 fr.
Soit :	22 fr.

par intervention x 60, etc.

Je vois en effet dans l'arrêté :

Art. 1er. — Visite ou consultation : 12 fr.

Art. 2. — Les visites faites au domicile du blessé ... donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes : 2 fr., etc.

Art. 13. — Ce tarif ne comporte pas le cumul de la visite avec un acte opératoire quelconque. Chaque opération est tarifée à part, sans adjonction d'un prix de visite.

Or, l'article 13 ne me paraît pas viser l'indemnité de déplacement de 2 fr. prévue à l'art. 2, mais le tarif de la visite ou de la consultation, c'est-à-dire 12 fr.

En effet, si les soins avaient été donnés en pleine campagne, j'aurais compté sur chaque intervention : 20 fr. + x par km. parcouru.

Il me semble donc que la compagnie ne puisse pas me refuser les 20 + 2 demandés.

Et à vous ?

Dr P.

Réponse.

Les deux francs supplémentaires sur le prix de visite dans les villes de plus de 100.000 habitants ne sont pas indiqués à l'article 1er (prix de visite ou consultation : 12 francs pour toute la France). Ils le sont à l'article 2, *sur les indemnités de déplacement*, lesquelles, comme vous le faites remarquer ne sont pas indiquées à l'article 13, au sujet du *cumul*.

Vous avez donc à compter, en cas d'intervention quelconque : Intervention x... francs + indemnité moyenne de déplacement dans les grandes villes : 2 francs.

Je l'ai déjà expliqué. Mais votre lettre pose très bien la question et je la publierai pour « enfoncer le clou », ce qui ne m'est pas chose inconnue dans ces réponses.

Dr Fernand DECOURT.

3821. — Faire tous certificats nécessaires régulièrement.

Je m'excuse de venir encore vous importuner en vous demandant votre avis au sujet de *deux accidents du travail successifs chez le même ouvrier.*

1re *blessure* : grosse contusion du pied nécessitant un arrêt du travail de plusieurs semaines. Puis reprise du travail avant guérison complète, avec mon autorisation, mais sans certificat de clôture.

Quelques jours après la reprise du travail, 2e *blessure* : plaie du cuir chevelu : le blessé vient se faire panser à plusieurs reprises, mais continue son travail.

Lorsque le pied et la tête sont guéris, je clos les deux affaires par deux certificats de guérison (un pour chaque accident), mais dans la même consultation, dois-je par cette double constatation (de 2 guérisons) compter 12 francs ou 24 francs ?

Dr R.

Réponse.

1° Un ouvrier ne doit pas reprendre son travail sans un certificat déclarant qu'il peut le reprendre, bien que la plaie ou contusion ne soit pas totalement guérie, comme dans votre cas. Autrement il pourrait travailler et en même temps toucher son demi-salaire.

2° La continuation du travail n'est pas une raison pour refuser de payer les soins médicaux, à condition que le *certificat d'origine* mentionne la possibilité de continuer le travail.

3° Vous n'avez pas à donner deux certificats de guérison le même jour pour le même blessé et pour deux blessures différentes. Tout cela est irrégulier d'un bout à l'autre, comme vous le voyez. Je serais curieux de savoir ce qui s'ensuivra de la part de l'assurance.

Dr Fernand DECOURT.

3940. — Urgence les dimanches.

Je voudrais vous poser quelques questions : il s'agit de tarifs d'assurances.

1° Mercredi dernier, VEILLE DE LA TOUSSAINT, je suis appelé d'extrême urgence auprès d'un blessé qui est tombé de 7 mètres de haut :

a) Plaie pénétrante temporale, épistaxis, signes de commotion et peut-être de fracture du crâne.

b) Fracture des deux os de l'avant-bras.

1re question : y a-t-il un tarif d'urgence ? (je ne le crois pas), par contre il y a bien n'est-ce pas un tarif de surveillance à 5 h. 1/2 (art. 6) ; *mais la première 1/2 heure compte-t-elle ?*.

2e question : le malade allant un peu mieux j'ai réduit et immobilisé hier *jour de fête* sa fracture de bras.

Puis-je me prévaloir de l'art. 3 (*b*) « Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent, les dimanches et jours fériés », pour majorer de 50 % les deux visites faites ce jour-là ; la première pour voir mon malade dès le matin ; la deuxième pendant laquelle j'ai fait le plâtre.

Il m'a semblé en effet, à ma visite du matin, que mon malade allant un peu mieux, je ne devais pas différer la réduction à cause des souffrances endurées.

Dr F.

P. S. — Le tarif opératoire est-il le même les jours fériés ?

Réponse.

1° *a*) Il n'y a d'urgence que pour visites du dimanche et de nuit ; — *b*) en cas de visite prolongée, vous avez à compter la visite (donc première 1/2 heure), plus une 1/2 heure *après*, la première à 12 francs chaque jusqu'au maximum de 5 (article 6).

2° Seule la *visite* (et pas même la consultation) est majorée les dimanches et jours fériés, donc pas les interventions.

Dr Fernand DECOURT.

3826. — Radio et libre choix.

Un accidenté du travail dont je suis le médecin traitant a besoin d'un examen radiologique ; le médecin de la compagnie d'assurances, avisé par lettre recommandée, reconnaît, à sa visite de contrôle, la nécessité de cet examen. Naturellement, avec la discrétion et la correction spéciales aux mandataires de toutes les compagnies d'assurances,

il offre avec autorité le radiologiste de son choix ou du choix de la compagnie. Vite ramené par moi au respect de la liberté du blessé, il déclara que la compagnie ne sera pas tenue de payer les frais de transport du blessé au cabinet du radiologiste et qu'elle ne les assumera qu'au cas où son radiologiste sera choisi.

« Le blessé est à 11 km. de Paris et pourra à la rigueur être transporté en taxi. »

Voilà la question : la nécessité pour le diagnostic, le traitement et le pronostic de l'examen radiologique étant reconnue, le transport étant indispensable, les frais de ce dernier incombent-ils à la compagnie ?

Dr C.

Réponse.

Le blessé a toujours le droit de choisir le radiographe de son choix. Quant au prix du transport, je suis persuadé que, devant le juge de paix, il en obtiendrait le remboursement, s'il est démontré que ce transport par taxi spécial était *nécessaire*, vu le genre de blessure qu'il présentait. Si, dans les trois jours de votre lettre recommandée demandant autorisation au patron (ou assureur) de radiographier, le médecin du patron (ou assureur) ne vous a pas donné avis de refus « *et avis techniquement motivé* » (d'après les modifications dues à l'arrêté ministériel de juillet dernier, comme je l'ai longuement expliqué dans le *Concours médical*), vous avez le droit de faire exécuter la radio aux frais du patron ou assureur. Dr Fernand Decourt.

3920. — Expertise et visite de contrôle.

Le 28 juin dernier, l'agent général de la compagnie X... me pria de l'accompagner à 3 km., dans son auto, pour visiter une blessée soignée par un confrère et faire un rapport d'expertise— que dois-je demander pour mes honoraires ? J'ai toujours touché pour ces rapports d'expert la somme de 150 fr. et j'ai lu dans le *Concours médical* (Honoraires d'expertises accidents) page 2494, du 26 août 1928: A titre d'honoraires vous pouvez en pratique dans les cas simples, demander environ de 150 à 200 fr.

Duplicata de mon rapport du 28 juin dernier :

Je soussigné, docteur en médecine, assermenté, déclare, sur la demande de l'Agent général de la Compagnie d'assurances X..., avoir procédé aujourd'hui 28 juin 1928, à titre de médecin expert à l'examen de Mme X...

J'ai constaté que la susnommée était atteinte d'arthrite traumatique de l'épaule gauche à la suite de contusion dont l'accident remonte au 5 février 1928. J'ai remarqué que les mouvements de cette épaule étaient complets ; il n'y a à signaler qu'un peu de raideur articulaire dans l'articulation scapulo-humérale avec quelques petits craquements.

J'ai conseillé des frictions, du massage. Je pense que Mme X..., en faisant des mouvements, pourra

bientôt combattre tous ces symptômes énumérés ci-dessus, récupérer ses mouvements complets et vaquer à ses occupations ordinaires. Dr C.

Réponse.

Il ne me paraît pas s'agir là d'une *expertise judiciaire*, où vous auriez été désigné par jugement, mais d'une *visite de controle* à titre de médecin de la Compagnie. Dans ce cas : *a*) vous ne deviez pas la faire sans avoir prévenu le médecin traitant (article 4 de la loi du 9 avril 1898) ; *b*) vous n'aviez pas à donner de traitement, ce qui regardait le médecin traitant ; *c*) les honoraires pour cette visite sont à fixer *à l'amiable* entre la Compagnie et vous, puisque vous agissiez, non comme expert, mais comme son mandataire. C'est une visite, *a priori*, d'un taux plus élevé que vos visites ordinaires de droit commun (il ne s'agit plus ici du tarif des accidents du travail) auquel vous ajouterez une somme pour le rapport. Mais tout cela restera bien loin des 150 à 200 francs dont vous me parlez, d'après l'expérience que je puis avoir à ce sujet.

Dr Fernand DECOURT.

Questions médico-militaires.

3802. — Sur la carte de combattant.

Qu'est-ce que la « carte du combattant ». A quoi sert-elle ?

Quels en sont les avantages ?

Où et à qui doit-on la demander ?

Quelles formalités sont à faire pour l'obtenir ?

Dr C.

Réponse.

Le certificat provisoire, permettant l'obtention ultérieure de la carte du combattant, ne peut être délivré qu'aux seuls médecins ayant servi pendant au moins trois mois dans une des formations suivantes :

Guerre de 1914-1916 et T. O. E.

Unités combattantes.

Groupes de brancardiers.

Ambulances et sections d'hospitalisation divisionnaires.

La demande, avec signature légalisée par le maire, doit contenir les renseignements suivants :

Nom, prénoms, grade, classe.

Adresse actuelle.

Affections successives au cours de la guerre 1914-1916 ou des opérations effectuées sur l'un des théâtres d'opérations extérieures (avec dates correspondantes).

Cette demande doit être adressée au directeur du Service de Santé de votre Région, ou, si vous êtes rayé des cadres, au Général commandant la subdivision.

La carte de combattant n'offre à l'heure actuelle aucun avantage défini pour le médecin ; peut-être n'en sera-t-il pas de même, lors de la mise en application de la loi sur les assurances sociales ?

Cinquantième année N° 49 2 Décembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Changements d'adresses.

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr TOUPANCE, de Dixmont, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 509. — Doct., élève de l'Institut de technique sanitaire, serait heureux d'entrer en rapports avec un confr. ancien élève pour avoir documentation nécessaire.

Nº 510. — Planox pour positif stéréosc. 6 × 13 parf. état, avec 20 paniers, 20 vues, pour 450 fr.

Nº 511. — A vend. : 1º radiat. « Le Sorcier » 2 becs, neuf ; 2º chauffe-bain à gaz en bon état ; 3º bouteille Magondeaux acétylène ; 4º petit radiat. à gaz. S'adresser au Dr Tézé, à Thouars (Deux-Sèvres).

Nº 512. — Sud-Ouest. Pet. ville agréab. (riche comm. et industr.). Recettes 95.000, maison avec conf., jardin, garage, bail 9 ans à 3.000. Prix demandé : 55.000 ; compt. 25.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 513. — Saône-et-Loire. Client. de propharm., rapp. 130.000. Belle mais. conf. 10 p., chauf. centr., jardin. Indemn. 25.000 plus reprise de la pharmac. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 514. — Paris. Cab. méd. génér., affaire d'avenir. Rapp. 25.000, appart. bien situé, 4 p. et salle bains installée. Loyer 2.500 et les ch. avec bail. Prix 35.000. compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 515. — Médecin n'exerçant pas demande à visiter confrères pour présenter spécialités pharmac. de préférence Paris ou banlieue.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.*— MM. Devé, de Rouen, et Hédon, de Montpellier, sont élus associés nationaux.

— **Université de Paris.** — Au cours de la séance de rentrée de l'Université de Paris, à la Sorbonne, le titre de docteur *honoris causa* a été conféré au prof. W. S. Thayer, professeur de clinique médicale à Baltimore.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — *Conférences du dimanche.* — Le 2 décembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Siredey sur *le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.*

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le 8 décembre, à 17 h., au Grand amphithéâtre de la Faculté, conférence de M. Henri Leclerc, sur *les fruits et la nutrition.*

— **Hôpitaux de Paris.** — M. Louis Leroux est nommé, à la suite du dernier concours, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours* :

Concours *d'ophtalmologiste* des hôpitaux. Question donnée (épreuve opératoire) : énucléation.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Hartmann.

Concours de l'*internat* (oral). Questions posées : Signes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë du sommet ; signes et diagnostic du cancer du pylore ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse ; signes et diagnostic de la colique néphrétique ; signes et diagnostic du cancer du rectum ; formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë chez l'adolescent ; ruptures traumatiques de l'urèthre.

Concours *d'électro-radiologiste.* Sont déclarés admissibles : MM. Seligman, Dubost, Buhler, Marchal, Goulon, Mme Baude, MM. Roulland, Hickel et Camuset.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** *Cours sur la diphtérie.* — M. Jean Cathala, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de Clinique annexe commencera, le lundi 3 décembre 1928, à 10 h., du matin (hôpital des Enfants-Malades, (pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Joannon, Boulanger-Pilet et Cournay, anciens internes des hôpitaux, et de Mlles Boegner et Rappoport, internes des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie ; clinique de l'angine diphtérique et du croup ; sérothérapie ; tubage et trachéotomie ; prophylaxie. Le cours sera complet en dix jours.

Tous les matins : visite : examens des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 20 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant leur diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

— **UMFIA. Union médicale latine.** *Arrivée des médecins brésiliens en mission d'études à Paris.* — Après sa visite aux Facultés de Bordeaux et de Toulouse, une importante mission de médecins brésiliens vient d'arriver à Paris. Reçus au Quai d'Orsay par Son Excellence M. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil à Paris et M. le Consul général, nos confrères ont été présentés à la délégation de l'UMFIA (Union médicale latine) par le Dr Coelho, de Porto, rentrant auprès de nous après une importante mission officielle à Rio de Janeiro.

La délégation de l'UMFIA était composée de MM. les docteurs Dartigues, président fondateur, Molinéry, secrétaire général, Armengaud, Cambiès, Livet, Foveau de Courmelles, Zarzyky, Bruder, Berry, membres du Comité directeur. M. Dartigues, remettant à Madame Rosa Brito une magnifique gerbe de roses de France, enlacée des couleurs brésiliennes, souhaita, en termes particulièrement heureux, la bienvenue à nos grands amis.

Profondément ému, le chef de la mission, en un langage extrêmement élevé, salua la terre de France, la nation généreuse entre toutes et Paris, sa noble capitale. Le Dr Rosé Martin, au nom de tous ses collègues remercie l'UMFIA (Union médicale latine) de l'accueil si chaleureux qui venait de leur être fait ; le Dr Rosé Martin fut vivement applaudi.

Faculté de médecine, ADRM, Institut Pasteur, Collège de France, Muséum d'Histoire naturelle, services hospitaliers, groupements de défense professionnelle comme le *Concours médical*, cliniques chirurgicales et médicales, grands laboratoires de pharmacologie, auront la visite des médecins brésiliens.

Une grandiose réception organisée par l'UMFIA et présidée par S.E.M. le Ministre de Souza-Dantas et M. le prof. Georges Dumas, membre de l'Académie de médecine, citoyen d'honneur de Rio, aura lieu au Quai d'Orsay le 18 décembre prochain à 20 heures. Tous les amis de l'Union médicale latine y sont conviés.

— **Médaille du professeur Jeanselme.** — La médaille offerte à M. le prof. Jeanselme par ses élèves et ses amis lui sera remise au cours d'une cérémonie qui aura lieu le dimanche 9 décembre, à 9 h. 45 précises, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat.

— **Association des médecins du département de la Seine.** *Bourse de lycée.* — L'Association possède une inscription de rente donnée par M. le Dr Moulin et affectée, selon ses intentions, à une bourse d'internat dans un lycée de Paris au profit du fils d'un médecin

français sans fortune. Cette bourse étant actuellement disponible, les candidats peuvent adresser leur demande à M. le prof. Rathery, secrétaire général, 108, boulevard Saint-Germain, 6e.

— **Société de psychothérapie.** — *La 31e réunion annuelle* de la Société psychothérapique a eu lieu le 20 novembre 1928, 49, rue Saint-André-des-Arst, sous la président du Dr Paul Voivenel (de Toulouse).

— **Bordeaux.** *Accoucheur des hôpitaux.* — M. le Dr Péry, accoucheur titulaire, est nommé à l'hospice des Maternités, en remplacement de M. le Dr Andérodias, promu professeur de clinique obstétricale, M. le Dr Lafond a été nommé accoucheur titulaire à l'isolement de Canolle.

— **Département du Calvados.** *Avis de concours pour le recrutement de six médecins-inspecteurs.* — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture du Calvados dans le courant du mois de décembre prochain, pour la nomination de six médecins-inspecteurs qui seront chargés des services ci-après dans le département : Inspection sanitaire des écoles, surveillance médicale des enfants assistés et protégés, vaccination antivariolique, service des épidémies.

La date du concours sera fixée ultérieurement et notifiée aux intéressés lors de leur convocation à l'examen.

Les candidats à ces emplois devront être Français, âgés *de* 30 *ans au moins et de* 50 *ans au plus*, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Ils devront, en outre, avoir exercé la médecine générale pendant cinq ans au moins, mais cette condition ne sera pas exigée de ceux qui auraient déjà rempli les fonctions de médecin inspecteur d'hygiène dans un autre département. Les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'Ecole de plein exercice, seront considérées comme des années d'exercice de médecine générale.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées à la Préfecture du Calvados (1re division) et, outre les attestations d'exercice médical indiquées ci-dessus, être accompagnées ou suivies des pièces ci-après : 1° bulletin de naissance ; 2° certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; 3° copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 4° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 5° certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 6° exposé des titres, travaux et services et production des principales publications et ouvrages scientifiques effectués par l'intéressé ; 7° Engagement en cas de nomination :

a) De rester au service du département pendant une durée de trois ans au minimum, et de renoncer à faire de la clientèle ; *b)* de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public ; *c)* de ne pas s'installer dans le département du Cal-

vados en cas de cessation de fonctions, pendant une période de trois ans à dater de cette cessation; *d*) en cas de démission ou de nomination à un autre poste, de continuer à assurer son service pendant trois mois au minimum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 25 *décembre* 1928 dernier délai.

Le traitement de début des médecins-inspecteurs est fixé à 26.000 fr. susceptible d'augmentations successives par échelons de classe qui seront déterminés ultérieurement.

Une indemnité annuelle de 10.000 fr. leur est allouée à forfait pour frais de tournées, et ils bénéficieront en outre, le cas échéant, des indemnités de charges de famille allouées aux autres fonctionnaires du département.

Pour tous renseignements complémentaires sur les conditions du concours, s'adresser à la Préfecture du Calvados (1re division), 35, rue de Caumont, Caen.

— **Département du Calvados.** *Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.* — Un concours sur titres accompagné d'épreuves pratiques portant sur le programme établi par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, aura lieu à Paris, au Ministère du Travail et de l'Hygiène, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le Calvados.

La date de ce concours sera fixée ultérieurement et notifiée aux intéressés lors de leur convocation à l'examen.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de 25 *ans au moins et de* 50 *ans au plus*, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture du Calvados (1re division), au plus tard le 15 *décembre* 1928 et accompagnée des pièces suivantes : 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° (voir la note précédente concernant le concours des médecins inspecteurs des écoles) ;

7° L'engagement pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer exclusivement à ses fonctions.

Le traitement de début de l'inspecteur départemental d'hygiène du Calvados est fixé à 30.000 fr., auquel s'ajouteront s'il y a lieu, les indemnités de charges de famille allouées par le département à ses fonctionnaires. Ce traitement est susceptible d'augmentations successives, par échelons de classe qui seront déterminés ultérieurement.

Une indemnité annuelle de 12.000 fr. lui est allouée à forfait pour frais de tournées et de correspondance.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 15 décembre 1928 dernier délai.

A TRAVERS LES PUBLICATIONS OFFICIELLES

Journal Officiel.

14 novembre.

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Pyrénées.

Un concours sur titres et sur épreuves (épidémiologie, bactériologie, administration sanitaire), pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Pyrénées, aura lieu à Paris, dans le courant du mois de janvier.

Les candidats seront convoqués à la date qui sera ultérieurement fixée.

Les candidats devront être Français, n'être pas âgés de plus de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré devront être adressées, avant le 10 décembre 1928, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès).

Elles seront accompagnées :

1o De l'acte de naissance du candidat ;

2o D'un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3o D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4o D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5o D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6o De l'engagement pour le cas où il serait nommé, de résider à Tarbes, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le traitement annuel de début attaché à cette fonction est fixé à 18.000 fr. par an.

Les frais de déplacement et de bureau seront remboursés sur états justificatifs jusqu'à concurrence d'une somme de 6.000 fr.

17 novembre.

Stations hydrominérales et climatiques.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.

Sont nommés membres de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, pour une durée de quatre ans :

MM. Albert Peyronnet, sénateur ; Fernand Rabier, sénateur ; Noguès, sénateur ; Antoine Borrel, député ; Paul Jacquier, député ; Baréty, député ; le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs ; Chatrousse, maire de Chamalières ;

Lasteyras, maire de Vichy ; Clerc, maire d'Aix-les-Bains ; Lemanissier, maire de Luc-sur-Mer ; Paul, directeur de la Compagnie des chemins de fer du Midi ; Pourcel, sous-chef de l'exploitation de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée ; Defert, ancien président du Touring-Club ; Roger de La Preugne, membre de la Commission du tourisme de l'Automobile-Club ; Gatine, vice-président du Club-Alpin, ; le docteur Bouloumié, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; le docteur Boursier, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; le docteur Macé de Lépinay, ancien interne des hôpitaux de Paris ; le docteur Baudoin, secrétaire général de l'Association de thalassothérapie ; le docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale d'Auvergne ; le docteur Piatot, médecin consultant à Bourbon-Lancy ; le docteur Rathery, professeur à la Faculté de Médecine ; le docteur Bordas, professeur à l'Institut d'hydrologie et de climatologie ; Barrier, président de la Chambre nationale de l'Hôtellerie française ; Lequime, vice-président de la Chambre nationale de l'Hôtellerie française ; Bouyonnet, administrateur de la Société des Chemins de fer et hôtels en montagne ; Maurice Bernard, président de la Chambre syndicale des eaux minérales ; Fère, président de l'Union des Etablissements thermaux ; Emile Cère, ancien député ; Hudelo, préfet du Nord ; Victor de Marcé, conseiller-maître à la Cour des Comptes ; le docteur Durand-Fardel, président du Syndicat général des médecins des stations balnéaires ; le docteur Meillon, médecin consultant à Cauterêts ; le docteur Gardette, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Audigier, président de l'Union des Fédérations des Syndicats d'initiative; le professeur Sellier, titulaire de la chaire d'hydrologie à la Faculté de médecine de Bordeaux,

18 *novembre.*

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Un concours sur titres accompagné d'épreuves pratiques portant sur le programme établi par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France aura lieu à Paris, au ministère du travail et de l'hygiène, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le Calvados.

La date de ce concours sera fixée ultérieurement et notifiée aux intéressés lors de leur convocation à l'examen.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de cinquante ans an plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme de l'Etat.)

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture du Calvados (1re division), au

plus tard le 15 décembre 1928 et accompagnée des pièces suivantes :

1° Bulletin de naissance ;

2° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire, et ses états de service ;

6° Un exposé des titres, travaux et services ;

7° Un exemplaire de ses principales publications ;

8° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer exclusivement à ses fonctions.

Le traitement de début de l'inspecteur départemental d'hygiène du Calvados est fixé à 30.000 fr., auquel s'ajouteront, s'il y a lieu, les indemnités de charges de famille allouées par le département à ses fonctionnaires. Ce traitement est susceptible d'augmentations successives, par échelons de classe qui seront déterminés ultérieuremetnt.

Une indemnité annuelle de 12.000 fr. lui est allouée à forfait pour frais de tournées et de correspondance.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 15 décembre 1928, dernier délai.

20 *novembre.*

Enseignement de la médecine

La chaire d'oto-rhino-laryngologie et la chaire de gynécologie de la Faculté de Montpellier sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours à compter de la publication au *Jôournal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Un concours s'ouvrira, le 27 mai 1929, devant la Faculté de Paris, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Tours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Traitements fixes et bénéfices médicaux.

8869. — M. Charabot, sénateur, demande à M. le ministre des finances, si un médecin qui, à côté des honoraires de sa clientèle, reçoit comme médecin de l'assistance médicale gratuite, un traitement soumis à la retenue de 5 p. 100 pour la retraite, augmenté de primes d'ancienneté et d'indemnités pour charges de famille, doit être imposé en totalité aux seuls

bénéfices non commerciaux, et s'il a le droit d'être taxé séparément dans les deux cédules et à profiter ainsi des avantages prévus à la cédule des traitements. (*Questions du* 6 *juillet* 1928.)

Réponse. — Un médecin qui, tout en recevant de certains établissements ou services publics des rétributions fixes, exerce en même temps sa profession dans la clientèle normale, ne peut être considéré comme placé, vis-à-vis de ces établissements ou services, dans la situation subordonnée d'un employé, et les honoraires qu'il en reçoit n'ont pas, à proprement parler, le caractère d'un traitement ou d'un salaire. Il est, dès lors, passible, à raison de ses revenus professionnels, de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, et il ne peut valablement prétendre au bénéfice des abattements à la base réservés aux contribuables assujettis à l'impôt sur les traitements et salaires.

(*J. O.*, 7 novembre 1928.)

Constatation des irrégularités dans le service de l'Assistance médicale gratuite.

8.919. — M. Auray, sénateur, demande à M. le ministre de l'intérieur, si un maire est tenu de reconnaître exacts, par l'apposition de sa signature, des mémoires d'assistance médicale, quand il a la preuve qu'ils sont faux en ce sens qu'une des personnes inscrites aux mémoires n'a pas, en réalité, eu les visites médicales y indiquées, celles-ci ayant été faites à d'autres membres de la famille, non inscrits sur la liste d'assistance communale. (*Question du* 26 *septembre* 1928.)

Réponse de M. le ministre du travail. — Le maire, président de droit du bureau d'assistance chargé de l'application de la loi du 15 juillet 1893, doit signaler au préfet, sous l'autorité duquel le service de l'assistance médicale est placé dans chaque département, les irrégularités qu'il peut constater dans la marche du service, telles par exemple que les soins donnés, au titre de la loi du 15 juillet 1893, par un médecin de l'assistance médicale gratuite à un malade non inscrit sur la liste prévue par la loi. En principe, les membres d'une même famille doivent être, s'il y a lieu, inscrits séparément sur cette liste.

(*J. O.*, novembre 1928).

Bulletin Municipal officiel de la Ville de Paris.

8 *novembre* 1928.

Réponse du Préfet de la Seine à la question d'un Conseiller général.

Surmenage et programmes scolaires.

N° 86. — Les programmes des établissements d'enseignement sont établis avec un louable souci d'in-

culquer aux enfants un maximum de notions utiles dans un temps minimum.

Cependant, le désir d'écourter autant que possible la durée des études ne doit pas faire oublier les ménagements dont la jeunesse doit être entourée pour pouvoir se développer normalement ; et cette préoccupation est essentielle pour les jeunes filles de 12 ans à 15 ans, chez qui un surmenage intellectuel et physique peut, à cette période de leur existence, amener des troubles dont elles souffriront gravement plus tard.

Plusieurs médecins lui ayant signalé les surcharges de travail dont sont parfois accablés les élèves de cet âge, pour qui les devoirs imposés pendant les congés répartis au cours de l'année rendent parfois tout repos impossible, M. Paul Fleurot, président du Conseil général, demande à M. le Préfet de la Seine de vouloir bien consulter les membres de l'Inspection médicale, particulièrement en ce qui concerne les élèves des cours complémentaires, des écoles primaires supérieures, collèges, etc., en vue d'un allègement ou d'un aménagement plus rationnel des programmes d'enseignement.

Réponse.

L'intérêt des problèmes que soulève cette question n'a pas échappé à l'Administration.

A toutes occasions, la nécessité de traiter simplement les matières figurant aux programmes et de ménager l'effort des élèves est rappelée dans les écoles, et notamment dans les écoles de jeunes filles.

Les avis des médecins-inspecteurs des écoles sur l'allègement ou l'aménagement plus rationnel des programmes seront accueillis volontiers et transmis à M. le Ministre, à qui il appartient de fixer ces programmes après consultation du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

Lundi 29 octobre. (Jury : MM. Sébileau, Couvelaire, Debré, Mathieu). — Hébert : Etude sur les arthrites. — Nicoglou : Etude de la morti-natalité (clin. Baudelocque 1920-1926). — Boisramé : Orthopédie et restauration nasale.

Mardi 6 novembre. (Jury : MM. Bezançon, Claude, Lecène, Gougerot). — Jaouve (Ch.) : Etude du PH. gastrique. — Rosner (S.) : Etude statistique de malariathérapie. — Minaud (René) : La morphée en gouttes. — Blineau : De l'emploi du Patter-Bucky dans l'examen de l'orbite.

Mercredi 7 novembre. (Jury : MM. Hartmann, Gosset, Ménétrier, Lemierre.) — Milleret (P.) : De l'invagination intestinale aiguë de l'adulte. — Mme Chevrel : Recherches sur l'étiologie du mycosis. — Pollak (S.) : Edgar Poë (Un génie toxicomane). — Goubert (J.) : Etude radiologique des sténoses de l'intestin grêle.

Voir la suite page LV-3483

PROPOS DU JOUR

Les raisons sociales de l'évolution de la mentalité du médecin au XX^e^ siècle.

Ce n'est ni une excuse, ni une critique, mais une simple explication que nous allons tâcher de donner ici.

On accuse, souvent assez inconsidérément, les jeunes médecins de manquer de générosité, de ne plus considérer leur profession comme un sacerdoce, de dire cyniquement qu'elle est un métier comme les autres, métier qui doit nourrir son homme et, où, en se maintenant dans les règles normales de l'honnêteté, l'on doit pratiquer le donnant-donnant.

A nous, vieux médecins, surtout si nous sommes fils de médecins qui avons vu nos pères mourir à la tâche, qui avons été élevés à l'école du dévouement, du désintéressement, du sacrifice et... de la médiocrité, qui fut loin, pour la plupart d'être dorée, cette conception de l'exercice de la médecine paraît subversive. Certains d'entre nous se voilent la face, évoquent le règne de l'Antechrist et maudissent cette époque d'Abomination de la Désolation.

Ne nous hâtons pas de condamner les mœurs nouvelles. Recherchons plutôt ce qui les a fait naître et voyons à qui incombe la responsabilité de la mentalité médicale actuelle.

Nous pouvons poser en principe qu'une société crée ses médecins à son image et que le Corps médical d'un pays répond exactement aux us et coutumes de la population qu'il est appelé à soigner. C'est l'évolution sociale qui a indiscutablement suscité l'évolution médicale.

La Révolution française fut surtout une révolution politique, elle modifia très peu au fond l'état social. Elle posa de beaux principes, mais ils ne furent suivis d'aucune réalisation pratique. Pendant la plus grande partie du XIX^e^ siècle, la Société continua de vivre comme pendant la monarchie sous le régime de la Charité et de la Bienfaisance. Les tentatives de Necker, de Condorcet, de La Rochefoucault-Liancourt, proclamant que l'Assistance était un devoir, ne furent pas plus suivies de réalisations pratiques que les édits royaux qui, de François I^er^ à Henri IV, imposèrent le travail aux mendiants et aux vagabonds en les enchaînant ; pas plus que l'internement forcé des truands sous Louis XIII et Louis XIV, notamment quand Pomponne de Belièvre créa à Paris l'hôpital général et voulut le transformer en maison de travail malgré l'opposition violente des Artisans des Corporations ; pas plus encore que n'y réussit Turgot en créant par l'ordonnance de 1770, les Ateliers de Charité.

L'assistance ne fut pas réalisée, elle laissa le champ libre à l'antique Charité chrétienne et à la Bienfaisance désordonnée. En Angleterre, le pouvoir royal avait mieux réussi. Dès 1569, des tentatives d'assistance par le travail avaient été faites à Londres, Bristol, Cambridge et quelques autres villes. La reine Elisabeth généralisa cette expérience en promulguant le 19 décembre 1601 la loi des pauvres (poor law), que Georges III transforma en 1795 et qui fut remaniée définitivement en 1834. Cette loi qui rendait obligatoire les secours aux indigents organisait l'assistance par le travail. Ce n'est pas sans raison que l'on attribue à cette loi la paix sociale qui ne cessa de régner en Grande-Bretagne au cours des trois derniers siècles.

C'est dans le même but de paix sociale que dans la dernière partie du XIX^e^ siècle, les gouvernements français cherchèrent d'abord à substituer l'Assistance publique à la Charité et à organiser plus méthodiquement la bienfaisance privée. Ce fut une première étape, marquée par la loi de l'assistance médicale gratuite, suivie de près par la loi de l'assistance obligatoire aux vieillards et aux infirmes. En même temps l'Etat s'efforçait de développer la Prévoyance par la Mutualité. Il intervenait en outre et faisait par plusieurs lois prévoir qu'une dernière étape allait être franchie, étape où l'assurance obligatoire se substituerait à l'assistance et prendrait le pas sur la prévoyance (loi sur les accidents du travail, loi sur les assurances des mineurs, lois sur la protection de l'enfance, etc.). Cette dernière étape va être définitivement franchie avec l'application de la loi sur les Assurances sociales.

Nous, vétérans de la profession, nous avons été élevés à l'époque de la charité et de la bien-

faisance, nous avons vu naître l'assistance, s'organiser la prévoyance et nous assistons à l'éclosion des assurances sociales. Nous avons gardé la mentalité de l'époque à laquelle nous avons été éduqués; nous sommes restés charitables et bienfaisants, nous avons hérité des mœurs déontologiques à peine modifiées des docteurs de la Vieille Faculté de médecine de Paris dont l'article II des Statuts était ainsi rédigé :

« Tous les samedis, six docteurs : scavoir trois du premier ordre et trois du second, qui auront été avertis auparavant par les Bedeaux, se rendront après la Messe avec le Doyen dans les hautes salles, où ils écouteront avec bonté les pauvres malades qui se présenteront et après avoir examiné avec soin la nature de leurs maladies, ils leur donneront généreusement sur cela leurs consultations, lesquelles ils feront écrire par les Bacheliers, afin de les former insensiblement à la pratique de la médecine (1). »

La première préoccupation de ces Docteurs-Régents était de faire acte charitable. Nos pères les ont suivis. Mais nous avons vu s'organiser l'Assistance et la Prévoyance, se développer les Sociétés de secours mutuels. Tout ceci nous a ouvert les yeux, nous avons compris que les temps de la Charité et de la Bienfaisance étaient périmés et, tout en conservant nos vieilles habitudes charitables, nous avons fondé dès 1881 le syndicalisme médical, trois ans avant le vote de la loi sur les syndicats professionnels, et cela dans le but légitime de nous protéger au cours de l'évolution sociale que nous voyions poindre. A cette époque nos anciens se sont voilés la face ; certains pontifes nous ont traités d'indignes, ils étaient dans leur droit, car le syndicalisme sonnait le glas du sacerdoce médical.

L'évolution sociale a marché à pas de géant ; nos jeunes confrères s'aperçoivent actuellement que les soins médicaux sont légalement assurés à tous et qu'avec les Assurances sociales l'assistance médicale qui était hypocritement proclamée comme un devoir de l'Etat, des départements et des communes, sans être un droit pour les assistés, devenait un droit effectif et un droit indiscutable. A quoi peut bien répondre alors la bienveillance et la charité du médecin ? Il ne se trouve plus en face d'un malheureux que la maladie réduit à la misère, mais bien en présence d'un associé à une collectivité, pourvue de ressources suffisantes, ressources qu'augmente encore la munificence de l'Etat. La charité du médecin, sa bienfaisance n'ont plus d'objet ; elles doivent donc logiquement disparaître. Avec elles meurt le sacerdoce et comme les collectivités discutent des tarifs et prétendent imposer des obligations aux médecins, ces derniers ont le droit de formuler aussi leurs exigences et de répliquer aux Caisses : Donnant, donnant. La médecine devient ainsi une profession comme les autres. Est-ce la faute du praticien ? Non, il évolue avec l'évolution sociale. Il s'adapte au milieu où il est obligé de vivre, il adopte les mœurs de son époque. Est-ce un bien, est-ce un mal pour le médecin et pour la Société ? L'avenir le dira. Le médecin doit-il se révolter, s'enfermer, individualiste impénitent, dans sa Tour d'ivoire ? Evidemment non, il y mourrait de faim. On parle de sa dignité; il peut la conserver quand même. Qu'il médite cette phrase de Spinoza : « L'homme qui est dirigé par la Raison, est plus libre dans la Cité où il vit selon le décret commun, que dans la solitude où il n'obéit qu'à lui-même (1). »

Le médecin doit-il donc se résigner et subir passivement son sort, mépriser la force du syndicalisme médical et se laisser fonctionnariser, sans réagir ? Non. Spinoza lui donne encore un conseil utile dans la proposition suivante :

« La vertu d'un homme libre se montre aussi grande quand il évite les dangers, que quand il en triomphe (2). »

J. Noir.

(1) Traduction des Statuts des Docteurs-Regens de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, par Michel Bermingham, chirurgien-juré, etc. Paris, 1754.

(1) Spinoza, — Ethique. De la servitude de l'homme. Prop. LXXIII.
(2) *Ibid.* Prop. LXIX.

L'ANCIEN MÉDECIN DE FAMILLE.

Toute la Maisonnée faisait fête à ce vieil ami....

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Applications pratiques des biogrammes à la clinique et à la sociologie.

D'après une leçon de M. le professeur-agrégé LAIGNEL-LAVASTINE (1).

La synthèse des biogrammes est faite par divers auteurs. KRETSCHMER (2) donne un schéma général de ce qu'il a appelé le psycho-biogramme, surtout établi en vue de la criminologie. La première partie de son Manuel est relative à l'hérédité ; la deuxième, à ce qu'il appelle la courbe vitale (réaction régulière et constante, réactivité instable, périodicité, etc.). Dans son troisième chapitre, il passe en revue les tempéraments. Dans le quatrième, il traite des qualités de la vie instinctive, de la structure complexe des caractères et des aptitudes à l'égard de la vie, étudie les tempéraments autistiques, c'est à-dire schizoïdes, et les tempéraments réalistes, en dernier lieu, les modes de comportement sociologique. Dans un autre chapitre, il montre que la majorité des sujets rentrent ou dans le type picnique, ou dans le type leptosome.

Mon ami le professeur PENDE (3) (de Gênes), dans son psycho-biogramme, tend à établir un parallélisme étroit entre le facteur *morphologique*, le facteur *psychologique* et le facteur *hormonique*. Il divise les tempéraments selon la prédominance de telle ou telle glande endocrine.

Avec M. PAPILLAULT, nous essayons d'établir une *morpho-technique*, une *physio-technique*, une *psycho-technique*, et une *socio-technique*, qui permettent de mettre en évidence les faits caractéristiques de la *personnalité*. Il ne semble guère possible d'établir dans tous leurs détails des parallélismes exacts entre les divers *morphogrammes*, *physiogrammes*, *psychogrammes* et *sociogrammes*, mais néanmoins, dans beaucoup de cas, on est frappé par l'existence de variations évoluant dans le même sens.

Si nous comparons Robert, qui est *hypothyroïdien* net avec diminution du métabolisme de base, et Mlle Henriette, une *hyperthyroïdienne* avec augmentation du métabolisme de base, nous trouvons que, dans la majorité des tests, ils s'opposent l'un à l'autre.

L'*indice des membres inférieurs au tronc*, chez la femme moyenne, est de 112 ; chez Mlle Henriette, il est augmenté (127). Au contraire, chez Robert il n'est que de 110, alors qu'il est de 117 chez l'homme moyen.

L'*indice des membres supérieurs aux membres inférieurs*, chez Mlle Henriette est diminué ; chez Robert, il est à peine augmenté.

Le *rapport des jambes à la cuisse*, chez Mlle Henriette, est à peine diminué ; chez Robert, il est augmenté.

Le *rapport de l'avant-bras au bras*, chez Mlle Henriette, est augmenté ; chez Robert, il est modifié dans le même sens.

Sur quatre indices, que nous étudions, il y en a trois qui sont inverses, et un où les modifications sont dans le même sens ; il est vraisemblable que d'autres facteurs nous échappent. Mais l'*endocrinologie doit être considérée comme un des éléments nécessaires à l'étude de la personnalité* ; elle joue un rôle très grand dans le coefficient réactionnel individuel.

Voyons quelles sont les *applications pratiques* de nos biogrammes à la *clinique* et à la *sociologie*. Nous devons envisager d'abord la *clinique générale*, puis la *neuro-psychiatrie*, enfin la *psychiatrie médico-légale*.

De tout temps, le public a eu confiance dans le *médecin de famille*, parce qu'il connaît le tempérament de chacun des membres de la famille. Ceci montre que, de la tendance médicale qui consiste à ramener un cas particulier au cadre de la pathologie officielle, et de l'autre tendance, qui consiste à comprendre le coefficient réactionnel de son sujet, la seconde au point de vue pratique, a peut-être plus d'importance.

La biologie différentielle établit la transition entre ce qu'on appelle la maladie et ce qu'on appelle le terrain.

Voici une malade un peu analogue à Robert, d'intelligence pas très élevée, avec un myxœdème caractérisé par la prédominance du type bréviligne, et, au point de vue physiologique

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 29 février 1928, recueillie partiellement et résumée par le Dr LAPORTE ; revue par le professeur.

(2) KRETSCHMER. — Manuel de psychologie médicale. Trad. Jankelewitch, 1927, Payot.

(3) Nicolo PENDE. — Biolipologia umana ed ortogenese. Genova, 1927.

par une diminution très grosse de son métabolisme de base. La cause de son arriération myxœdémateuse est, comme chez Robert, l'hérédo-syphilis.

On peut établir toutes les transitions entre ce qui rentre nettement dans le cadre pathologique et ce qui rentre dans le cadre des variations constitutionnelles. Témoin l'histoire d'un malade que j'ai présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, l'année dernière, avec mon interne, M. Morlaas (1).

Il s'agissait d'un acromégale, c'est-à-dire d'un individu ayant un développement excessif de l'hypophyse avec élargissement de la selle turcique. Sous l'influence de cette hyper-hypophysie, il avait des modifications physiologiques caractérisées par une *hypocalcémie*, une *exagération du métabolisme de base*, et une *vagotonie marquée*, modifications que nous allons retrouver dans des cas qui sont à la limite de la pathologie. L'opposition qu'on fait si souvent entre la maladie et le terrain devient factice, quand on étudie les formes atténuées de la maladie ou les formes anormales du terrain. On est amené à faire jouer un rôle aux facteurs morbides dans le déterminisme des tempéraments et des constitutions

Au cours d'une maladie les modifications réactionnelles sont d'autant plus spéciales au terrain que l'infection est plus légère. J'ai longuement constaté cette loi dans une étude psychologique et anatomique des tuberculeux pulmonaires (2).

Dans la sénilité, il y a un gros facteur endocrinien.

Dans la *neuro-psychiatrie*, il faut distinguer d'abord la psychologie normale. Il y a des facteurs endocriniens des caractères. D'autre part, on voit nettement qu'il y a des tendances psychopathiques, connues depuis longtemps, mises en évidence par Dupré, et qui ont été quelquefois systématisées d'une façon excessive par certains auteurs.

Un des livres synthétiques les plus récents est celui d'Hyvert sur les *tendances psychopathcques constitutionnelles*. Il reconnaît, comme tout le monde, la tendance paranoïaque, la tendance cyclothymique, la tendance émotive, la tendance perverse. Il admet la tendance schizoïde parmi les tendances constitutionnelles.

Ceci nous mène à la *psychiatrie médico-légale*.

On peut dire que l'*éthologie pathologique*, c'est-à-dire l'étude des anomalies du caractère, est née des nécessités de la psychiatrie médico-légale, car si les cas médico-légaux sont faciles lorsqu'on a affaire à des psychoses nettement caractérisées, la question est beaucoup plus délicate pour tous les anormaux constitutionnels. Comme je l'ai dit à propos du vol morbide, il est quelquefois difficile d'arriver à saisir le critère pathologique. Il faut dans ces cas-là toujours examiner le vol dans son cadre objectif, c'est-à-dire dans les manifestations qui l'ont précédé, accompagné ou suivi, et, d'autre part, dans les caractères du sujet du vol.

Voici un vol à propos duquel j'ai été consulté.

Il s'agit d'un garçon, fils d'un pâtissier, qui était en apprentissage à l'hôtel X..., pour se perfectionner dans le métier d'hôtelier, de cuisinier, de rôtisseur, et de pâtissier. Son père a de la fortune et possède une auto. Ce garçon a 18 ans, un peu l'âge de l'inquiète adolescence. Evidemment, il a le souci féminin. Comme il a cru qu'il est plus facile de plaire aux femmes en ayant une auto, trouvant une auto, comme on en voit beaucoup, sans conducteur, il est monté dedans, l'a fait démarrer, est parti faire un tour, mais, par un hasard fâcheux, l'auto a pris feu. Alors, il s'arrête, abandonne la voiture et rentre chez lui. Le lendemain matin, il retourne chercher l'auto à l'endroit même où il l'avait laissée. Naturellement, il y avait deux gardiens de la cité moderne qui se promenaient en long et en large devant l'auto. Ils ont cueilli mon bonhomme et l'ont amené au poste de police ; on a fait venir son père et dressé procès-verbal. Le jeune homme a été laissé chez lui, mais on a commis des experts pour le faire examiner.

Déjà ce vol, dans son cadre objectif, ne paraît pas répondre à un vol nettement utilitaire. Prendre une auto sous le futile prétexte de plaire aux femmes, c'est déjà assez enfantin. D'autre part, l'auto prenant feu, l'abandonner et retourner le lendemain pour la reprendre, indique que le voleur n'avait pas nettement conscience du caractère antisocial de l'acte auquel il s'était livré.

Le cadre objectif de l'acte montre qu'il ne s'agit pas d'un individu tout à fait normal.

J'ai vu ce jeune homme. Il présente, du fait de son ensemble, les caractères de l'hyper-hypophysie. Extrêmement grand, il a, par certains côtés, une constitution acromégaloïde, avec d'énormes mains, un très grand nez, de grosses lèvres ; il présente le type longiforme : taille de 1 m. 90 pour un poids de 56 kilos. Il a été facile de mettre en évidence, par la mesure du tronc et des jambes, le rapport caractéristique des longilignes.

En le regardant avec soin, on trouvait des anomalies dentaires. Le père avait eu la syphilis un certain nombre d'années avant la conceptionde ce jeune homme.

Il s'agit donc d'un *vol impulsif* à caractère de

---

(1) Laignel-Lavastine et Morlaas. — Acromégalie chez un syphilitique avec augmentation du métabolisme basal, hypocalcémie et vagotonie. (Soc. méd. des hôp., 28 janv. 1927, pp. 60-68).

(2) Laignel-Lavastine. — Rech. histol. sur l'écorce cérébrale des tuberculeux. *Revue de méd.*, 1906, pp. 270-303 et La psychologie des tuberculeux. (*Revue de méd.*, 1907, pp. 237-275.)

débilité, chez un *anormal constitutionnel*, en rapport avec une *dysendocrinie* à prédominance d'*hyper-hypophysie* d'origine *hérédo-syphilitique*.

Je passe aux applications pratiques des biogrammes à la *sociologie*. Ils ont été appliqués d'abord, grâce à LUMBROSO, à la criminologie, c'est-à-dire à l'anthropologie criminelle. M. PAPILLAULT a été le premier à demander l'établissement de morphogrammes permettant d'avoir des bases univoques pour systématiser les recherches criminologiques.

Le deuxième point qui nous intéresse, c'est l'*orientation professionnelle*. Avec sa technique, qui est essentiellement la *psycho-technique*, elle est une dépendance de la biologie différentielle. A ce point de vue, il est intéressant de voir quelles sont les tendances générales de cette psycho-technique.

Mlle YOTEYKO (1), une physiologistequi s'occupe beaucoup de cette question, rappelle la théorie du personnalisme de Stern. L'homme est une unité multiple à structure psychologique déterminée.La personnalité peut être envisagée comme la structure générale de l'individu. Il y a comme une agglomération de caractères. J. IOTEYKO considère que la personnalité est l'expression de qualités de tout l'être, et n'est que l'addition des multiples caractères qu'on peut relever.

Il ne faut pas confondre l'habileté technique, pouvant résulter de l'habitude d'un métier déjà appris, avec les qualités fondamentales qu'il s'agit d'appliquer à telle ou telle profession.

Une distinction analogue doit être faite entre la valeur de l'individu au point de vue de la vie et les connaissances qu'il a acquises par un bourrage de crâne, et c'est malheureusement une distinction que ne font pas toujours les examinateurs, entre l'instruction et la valeur psychologique. Il est évident que ce qui importe dans l'orientation professionnelle par la psycho-technique, ce n'est pas, si l'individu a déjà appris un métier, de voir ce qu'il a appris, ce qui reste, en quelque sorte, des techniques qu'il a acquises, mais c'est de saisir les qualités profondes permettant de s'adapter plus ou moins facilement à tel ou tel métier. A ce point de vue, nous en revenons toujours aux tests permettant de se rendre compte de l'*attention*, du degré d'*émotivité* et de la *suggestibilité*.

Une autre application concerne tout ce qui touche à l'*eugénique*, à l'*orientation conjugale*. Jusqu'à présent, cette question est encore peu avancée pour de multiples raisons. Néanmoins, les *consultations pré-nuptiales* deviennent de plus en plus fréquentes. Evidemment, il faut que les deux parties délient le médecin du secret professionnel. C'est là le début de cette science nouvelle qu'on a appelée l'*anthropotechnie*.

De même, j'appelle *pédotechnie* cette partie de la pédagogie qui consiste à savoir reconnaître les tendances spéciales de chacun des élèves qu'on a sous sa direction. Il y a une sorte de *diététique* spéciale que les professeurs de classes pas trop nombreuses doivent savoir établir selon les intelligences qu'ils ont à leur disposition. Elle ne peut être dosée qu'avec la connaissance de la pédotechnie.

En somme, retenons l'importance pratique, en clinique courante, de la connaissance du terrain, et la nécessité de cette étude, particulièrement en *médecine légale* ; et en *sociologie*, au point de vue de l'*orientation professionnelle*, du *choix des mariages*, et de la *direction scolaire*.

LA RACHIANESTHÉSIE

Etat actuel de la question.

Par le prof. F. FORGUE (de Montpellier) et le Dr A. BASSET (de Paris (2).

Ce rapport, tout à fait remarquable. résume les résultats recueillis par les auteurs au cours de lectures documentaires et d'observations, ainsi que ceux que l'un d'eux a pu obtenir au cours d'une pratique de vingt-trois ans de la rachianesthésie ; il se base aussi sur un referendum auquel ont bien voulu répondre plus de 100 chirurgiens de toutes nations.

Toute narcose par inhalation étant une intoxication temporaire, mais totale, de l'organisme, laquelle comporte des risques primitifs ou secondaires, pourquoi ne pas chercher à éviter ces risques en supprimant la douleur par une interruption fonctionnelle limitée à l'appareil nerveux périphérique ou aux parties basses du névraxe ! Il résulte, en effet, de la physiologie normale de la rachianalgésie, que les données actuelles, du problème justifient scientifiquement ce mode d'anesthésie et autorisent des conclusions favorables à son maintien et à son avenir. Mais, il est, avant tout, un précepte à retenir : c'est que nous ne devons toucher aux méninges et agir sur sur le névraxe qu'avec une asepsie impeccable, des doses minima, et une parfaite douceur de manœuvre : la minutie technique est ici la condition absolue de la sécurité.

D'autre part, on ne saurait prétendre que l'anes-

(1) YOTEYKO (Josepha). — La psychotechnique structurale et la personnalité. (*Hygiène mentale*, janv. 1928, pp. 6-8.)

(2) Analyse d'un rapport présenté au XXXVIIe Congrès français de chirurgie, Paris 1928.

thésie rachidienne ait une inoffensivité absolue ; elle a ses inconvénients, voire ses dangers ; il s'agit de préciser ses indications et contre-indications ; la question technique est d'importance majeure.

La chose est d'autant plus vraie qu'il existe ici un facteur d'ordre psychologique, qui n'est pas à négliger. Il n'y a pas d'anesthésie où la responsabilité apparente du chirurgien paraisse plus directe ; de là, l'impression plus grave de l'échec ou de la catastrophe. Dans la narcose, l'insensibilisation est progressive, les doses sont mesurées et prolongées selon l'état du sujet ; sans doute, il y a l'imprévu des syncopes blanches du chloroforme ; mais, hormis ce cas, l'anesthésiste est, ordinairement, averti du seuil de la zone dangereuse et capable d'y aviser. Ici, c'est d'un coup que se joue le destin de l'opéré : l'injection faite, nous ne sommes plus maîtres du dosage ; nous ne pouvons ni retirer ni neutraliser la substance toxique, nous ne pouvons que parer symptomatiquement aux accidents et incidents.

Mais, c'est la réalité, la fréquence et la gravité réelles de ces accidents qu'il faut établir ; les erreurs de technique (par exemple, l'injection brusquée, le détestable mélange caféine-novocaïne), l'insuffisant examen des contre-indications (par exemple, la rachi chez les hypotendus) en sont souvent responsables, et non la méthode elle-même.

Indications de l'anesthésie rachidienne.

Tout d'abord, pas de rachi générale, pas même de rachi haute ; il ne faut pas utiliser l'anesthésie rachidienne pour la chirurgie de la tête, du cou et du membre supérieur.

Quant aux cas de chirurgie pleuro-pulmonaire, où la rachi serait avantageuse par sa qualité de calme, de ménagement de la muqueuse bronchique, de non encombrement pulmonaire, ce sont précisément ceux qui créent des contre-indications cliniques à ne pas enfreindre en raison du péril de l'atteinte bulbaire possible.

Dans les interventions sur l'étage supérieur de l'abdomen, plus spécialement sur l'estomac et les voies biliaires, la rachianesthésie est avantageuse, car la détente de la paroi, la rareté des vomissements (bornés ordinairement aux efforts brefs de la vingtième minute), l'absence de poussées si gênantes dans l'anesthésie par inhalation, la relative innocuité de la rachi pour les voies respiratoires, pour les reins et le foie, sont des choses qu'apprécient les chirurgiens. Techniquement, cette anesthésie reste simple, car, à la condition de soustraire 10 à 15 cc. de liquide cérébro-spinal, selon la tension, on peut obtenir, avec 8 à 10 centigr. de syncaïne injectés dans le 3e ou le 2e espace lombaire, une anesthésie suffisante pour la chirurgie de d'étage sus-ombilical, analgésie profonde qui, d'effet plus certain et de moindre gravité que l'anesthésie des splanchniques, rend indolores les manœuvres d'extraction et de traction sur les mésos, et qu'il est avantageux de compléter par une anesthésie locale d'infiltration de la paroi, entre la xiphoïde et l'ombilic, pour faciliter le temps initial de l'incision et surtout le temps terminal de la suture.

Il est d'ailleurs de toute logique, tant le pronostic des opérations stomacales est assombri par les complications pulmonaires, que nous cherchions à faire bénéficier les gastriques de la moindre offensivité de l'anesthésie rachidienne pour le poumon. Cliniquement, c'est un ensemble de conditions, à savoir l'importance de l'opération à pratiquer, la durée et les difficultés probables de l'intervention, l'état cardio-pulmonaire et le bilan hépato-rénal du malade, qui, supérieures à toutes formules, doivent régler le choix de l'anesthésie et faire préférer la rachi à la narcose, quand l'anesthésie purement pariétale n'est pas suffisante. On recommande aussi la rachi dans la cholécystectomie et les opérations sur le cholédoque, dans la chirurgie rénale ; mais toujours c'est la situation clinique du sujet qui règle le choix de l'anesthésie ; on se rappellera que l'état apparent des ictères chroniques (cancéreux de la vésicule ou du pancréas, vieux lithiasiques) n'est qu'une façade, dont l'équilibre est menacé par toute intervention, toute anesthésie ; il vaut alors mieux, tout compte fait, anesthésier ces malades à l'éther, à méthode ouverte, au goutte à goutte sur la compresse ; le risque est moindre et la responsabilité moins immédiate.

Il faut remarquer que, par une illogique attribution, ceux qui, pour cette zone des viscères sous-diaphragmatiques, ne concèdent à la rachi que les cas trop graves pour supporter la narcose, ne lui laissent par là même, qu'un champ périlleux ou inexploitable.

Au-dessous de l'ombilic se trouve le vrai domaine utile et sûr, de la rachianesthésie. C'est dans cette zone que, pour la chirurgie des membres inférieurs, de la région ano-périnéale, pour les interventions abdomino-pelviennes, elle peut remplacer — et souvent avec supériorité — les méthodes d'anesthésie générale. Sans doute, non plus que précédemment, elle ne doit pas être appliquée aux courtes interventions réalisables avec une très brève éthérisation, ni surtout au cas où convient et suffit l'anesthésie locale et régionale, bien et patiemment maniée. Cette restriction faite, la rachi l'emporte nettement par la qualité de son anesthésie. Ce qui fait notamment le prix de la rachi-analgésie, dans les opérations majeures de gynécologie, c'est ce « silence abdominal », ce calme plat du ventre qui, vraiment, a transformé nos hystérectomies élargies pour cancer utérin, nos énucléations pour inclusions graves, nos décortications d'annexites très fixées : toutes les fois qu'une résolution musculaire parfaite est d'un bon secours, qu'un travail technique de précision est indispensable, la rachi nous donne une heure, au moins, d'analgésie tranquille. Aucune anesthésie ne donne, au même degré, cette immobilisation des viscères, cette chute stable du paquet intestinal vers le diaphragme, ce vide total et permanent du bassin, cette netteté des manœuvres qui fait que l'acte opératoire se poursuit, temps par temps, avec autant de précision qu'à l'amphithéâtre. Un fait clinique et expérimental de

premier ordre est bien établi : la rachi exerce une action excitatrice sur la contractilité intestinale ; il faut s'en préserver au cours des opérations ; il faut en être heureux en cas d'occlusion, quoique la débâcle alvine ne soit pas de production constante.

Dans les hernies étranglées, la rachi peut amener la réduction spontanée avant qu'on ait vérifié le contenu du sac ; aussi a-t-elle une infériorité manifeste sur l'anesthésie locale, qui doit être choisie de préférence. Cependant on gardera à l'anesthésie rachidienne des indications dans les volumineuses hernies inguinales, et surtout dans les énormes hernies ombilicales des femmes grasses, à contenu complexe.

Après l'opération, la rachi diminue les complications post-anesthésiques, en évitant la congestion et l'irritation des voies aériennes, en supprimant le shock par le blocage de l'influx nerveux, en troublant au minimum le fonctionnement du foie et des reins.

Contre-indications de la rachianesthésie.

La principale contre-indication est fournie par les états gravement hypotensifs. Plus que la tension maxima, il faut considérer la minima, la pression diastolique qui représente les résistances périphériques, et mesure plus exactement le fléchissement de l'équilibre cardio-vasculaire.

Il ne faut pas rachianesthésier les hypotendus graves avec basse pression aggravée de l'insuffisance du moteur cardiaque (car il ne faut pas tant considérer les chiffres que les conditions cliniques individuelles), les grands intoxiqués en occlusion, les cardiaques mal compensés, les hypotendus oliguriques, les blessés avec grandes hémorragies, les ruptures de grossesse tubaire et les hémorragies internes. A part la coexistence de graves hémorragies, le shock traumatique ne contre-indique pas la rachi.

Les syphilitiques commandent une grande prudence en raison de la possibilité de réactions méningées latentes ; on redoutera aussi le shock de la rachi chez certains hyperazotémiques chez lesquels une forte rétention de chlorures est associée à une rétention uréique marquée. Ne pas la pratiquer chez les enfants au-dessous de 15 ans. Par contre, le grand âge ne suffit pas à contre-indiquer la rachianesthésie.

Technique.

Une technique minutieuse est la plus sûre condition pour réduire les ratés, les insuccès et les accidents de la rachianesthésie. Il faut ici faire son apprentissage ; il y a un tour de main à acquérir.

Il ne doit plus être question de cocaïne en fait d'anesthésique ; le choix reste à faire entre la stovaïne et la novocaïne. Il apparaît qu'à égalité de doses la stovaïne est plus toxique pour les centres, surtout pour le centre respiratoire, que la novocaïne et ses succédanés ; l'intensité et la durée des parésies motrices en témoignent. Après une consciencieuse comparaison, la novocaïne, ou ses produits substitués, paraît se recommander par sa moindre atteinte sur les éléments nerveux, par sa plus rapide élimination, par la constance de son analgésie. On ne peut lui reprocher que le défaut de sa qualité, c'est-à-dire une plus brève durée de l'analgésie ; mais celle-ci atteint en moyenne 45 minutes (ce qui suffit le plus souvent à qui ne lambine pas). La novocaïne a une toxicité huit fois moindre que la cocaïne, cinq fois moindre que la stovaïne.

Pour avoir une efficacité et une sécurité maxima, la solution doit être récente ; éviter d'employer des ampoules de conserve ancienne. Les auteurs préfèrent cependant, pour la réduction des manipulations, pour la garantie de l'asepsie, pour la mesure mathématique de la concentration, user de solutions préparées par le fabricant.

Pour la syncaïne, comme concentration optima, ils adoptent le titrage à 8 p. 100, excepté pour les opérations sur la région anopérinéale et les membres inférieurs, auxquelles il suffit une dose de 4 à 5 centigrammes et pour lesquelles convient la solution de 5 p. 100. Pour prévenir la réaction méningée, il y a avantage à réduire la quantité de liquide refoulée.

Pas de mélange : la substance pure et seule, nature. Pas de stovaïne-strychnine, pas d'addition d'adrénaline, qui augmente la réaction méningée ; la caféine intra-rachidienne, d'autre part, est un excitant des centres bulbaires.

La partie basse du segment lombaire est la zone d'élection, pour la ponction. L'analgésie de la rachi est d'*ordre radiculaire* : entre les deux points limites, la 2e vertèbre lombaire où s'arrête la moelle et la 2e pièce sacrée où finit le sac arachnoïdien, l'aiguille ne rencontrera que le faisceau des racines lombaires et sacrées.

La ponction médiane est le procédé le plus sûr, d'une part pour ne point léser ce double faisceau radiculaire, d'autre part pour piquer droit sur la citerne terminale arachnoïdienne. D'une série de recherches anatomiques, il résulte que nous pouvons, en toute sécurité, ponctionner dans les 4e, 3e et 2e espaces intervertébraux lombaires : dans ces trois intervalles, l'aiguille, enfoncée sur la ligne médiane interépineuse, pénètre après la traversée du ligament interspinal et interlamellaire, entre les deux paquets de racines (donc, sans risque de piqûre des nerfs rachidiens), dans un espace triangulaire, à base antérieure et à sommet postérieur, véritable lac arachnoïdien. On peut également ponctionner entre la 5e lombaire et la 1re sacrée. Le choix du niveau de ponction paraît subordonné à la hauteur de la zone analgésique nécessitée par l'intervention. En général, le Pr Forgue garde la règle de la ponction basse, selon les repères classiques, dans le 4e espace (zone périnéale, ano-rectale, membres inférieurs, bas hypogastre) ; pour les interventions comportant une ligne de niveau analgésique plus élevé, il hausse la ponction au 3e ou au 2e espace ; bref, sa rachianesthésie est toujours une lombanesthésie.

Pour hausser, selon l'indication opératoire, la ligne de niveau supérieur de l'analgésie, nous devons, dans

la mesure de précision relative qu'il nous est possible d'atteindre, faire jouer ces conditions techniques, favorisantes mais non sûrement régulatrices : le dosage, la quantité de liquide soustrait, les changements d'inclinaison de la table d'opération.

Le dosage de la substance à injecter est un point capital, où intervient le plus l'expérience personnelle ; il y a ici deux écueils à éviter : l'hyperdosage surtout, la dose insuffisante ensuite.

Pour la novocaïne, à laquelle les auteurs donnent la préférence, et pour la syncaïne, qu'ils emploient ordinairement, ils vont, comme quantités courantes, de la dose minima de 0,04 à 0,05 centigrammes applicables à la chirurgie ano-périnéale, de 0,05 à 0,06 centigrammes pour les membres inférieurs, de 0,06 à 0,07 centigrammes pour les hernies inguino-crurales et l'appendicite, à la dose de 0,07, 0,08 et 0,09 centigrammes (usuelle en chirurgie pelvienne, suffisante à la majorité des hystérectomies) et à la dose de 0,10, au maximum de 0,12 centigrammes employée à la chirurgie de l'étage supérieur de l'abdomen ; c'est là une échelle approximative et variable selon les conditions cliniques (taille du sujet ; bilan de résistance organique ; difficultés opératoires prévues).

Mais il se manifeste, dans leur pratique, une tendance à la réduction des doses, seule possible grâce à la fraîcheur des solutions.

La spoliation du liquide céphalo-rachidien, variable selon l'étage visé, est le moyen de favoriser la diffusion de la solution analgésiante grâce à la détente de cette évacuation, d'élever le plan limite de l'analgésie en même temps qu'elle est une mesure prophylactique contre les accidents d'hypertension. Si le liquide s'écoule en jet, le laisser s'évacuer jusqu'à ce que le goutte à goutte s'établisse ; s'il s'écoule en gouttes plus au moins pressées, évacuer en moyenne dix centimètres cubes ; s'il est en hypotension, soutirer la dose suffisante de 5 centimètres cubes.

La position du sujet est en décubitus latéral, faisant le « gros dos », rapprochant la tête des genoux. Pour ne pas favoriser la diffusion du liquide vers les centres bulbaires, ne mettre le blessé en position de Trendelenburg que vers la dixième minute, et cela, sans secousse brusque, par une inclinaison doucement progressive, de manière à éviter le malaise rachianesthésique. S'il survient une alerte, la simple mise en position inclinée, en combattant l'ischémie des centres, suffit à modifier l'état syncopal, hypotensif.

La règle de prudence à observer, c'est l'injection très lente de la solution anesthésique ; il faut une seringue bien graduée, et une aiguille très fine pour régler à volonté la lenteur de la pénétration et réduire la portée du jet de la solution introduite ; c'est aussi le moyen de prévenir l'hypotension due à la perte de liquide par le trou de la ponction.

La majorité des auteurs recommandent le barbotage, aspiration et refoulement successifs du liquide spinal, pour diluer l'anesthésique et homogéniser le mélange. Le Pr Forgue n'hésite pas à le proscrire ; car la rachi est d'autant plus sûre que sa technique est plus simple, plus exempte de manipulations, plus respectueuse des réactions de la séreuse sous-arachnoïdienne.

Accidents. Complications et séquelles de la rachianesthésie.

Les accidents se raréfient d'autant plus qu'on se familiarise davantage avec la technique. L'anesthésie rachidienne doit être faite par le chirurgien lui-même, et ne doit être confiée qu'à un aide très entraîné. Actuellement, les statistiques accusent 5 p. 100 d'échecs absolus, et 10 p. 100 d'échecs relatifs.

Les accidents graves par atteinte bulbaire sont rares. L'un des auteurs n'a jamais vu d'accidents mortels dans une pratique, qui atteint actuellement plus de 4.000 R.A. à la novocaïne et à ses dérivés ; il a observé certains cas d'apnée prolongée, qui ont cédé à la respiration artificielle ; il n'a jamais vu de syncope grave, ayant résisté aux moyens classiques et nécessité l'injection intra-cardiaque d'adrénaline.

On a beaucoup invoqué contre la rachi les accidents tardifs ; la céphalée persistante s'observerait dans 3 à 4 p. 100 des cas, les paralysies du VI dans 1 à 5 cas pour 1000 R. A.

Les auteurs n'ont pu vérifier la fréquence relative invoquée de séquelles plus graves, telles que les paraplégies persistantes avec troubles sphinctériens et escarres ; il est donc permis de penser que ce grief est exagéré ; hormis 3 cas de douleurs attribuées à des radiculites, 2 cas de paralysie temporaire du VI et quelques cas de céphalées prolongées, ils n'ont pas observé l'évolution tardive de complications.

Si, par malheur, il advenait à un chirurgien que son opéré, syphilitique, tuberculeux ou pré-tabétique présentât à la suite de la R.A. des accidents méningés ou médullaires, il ne serait ni exact, ni juste d'en inculper la R.A.

Quant à la mortalité, il n'y a pas d'anesthésie sans mortalité, il n'y a pas d'anesthésique sûrement inoffensif. En limitant la question à la R.A. par la novocaïne ou ses dérivés, toutes conditions de technique irréprochable et de respect des contre-indications étant remplies, il est impossible de soutenir actuellement et de prouver que la rachianalgésie est frappée d'une léthalité plus grande que celle de l'anesthésie par narcose.

***

La question des indications et contre-indications de la rachianesthésie est une affaire de discernement clinique ; il ne s'agit pas de l'imposer comme une méthode de choix et d'en élargir le champ d'une manière redoutable. Au contraire, sous la pression et la leçon des faits, il s'est opéré dans l'esprit des auteurs un travail de restriction, de choix plus sévère des indications, d'extension donnée à la locale et à la régionale, de retour à l'éthérisation pour les interventions brèves et simples, qui, dans ces dernières années a diminué la proportion des rachianalgésies.

Toutes les conditions indiquées étant remplies, on peut affirmer que l'analgésie rachidienne lombaire est une méthode qui se classe au même rang que l'anesthésie générale, que ses risques sont réduits au minimum par le soin de la technique, qu'elle diminue la gravité de certaines interventions et que, grâce à elle, on a pu sauver des opérés qui n'eussent point supporté un autre mode d'anesthésie.

LE B. C. G. A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de l'Académie de médecine du 23 octobre 1928 a été marquée par un nouveau débat sur l'emploi du B. C. G. dans la prophylaxie de la tuberculose chez le nouveau-né. La controverse entre M. le professeur Lignières et M. le professeur Calmette se poursuit, assez mouvementée. Eu égard à l'importance de la question, il nous a paru préférable de publier in extenso *la double argumentation de MM. Lignières et Calmette.*

I

Résultats expérimentaux obtenus avec les bacilles des petites Denise et Marie D... pour la recherche de leur identité avec le B.C.G.,

Par M. le professeur J. LIGNIÈRES.

La question du B. C. G. est d'une telle importance dans la lutte contre la tuberculose que vous ne serez pas étonnés qu'elle continue à faire l'objet de nouvelles recherches tendant à démontrer la réelle valeur de ce vaccin.

Nous avons vu le Comité d'Hygiène de la Société des Nations se préoccuper, lui aussi, du vaccin B. C. G., puisqu'il a eu la sagesse de provoquer une réunion internationale de médecins, de bactériologistes et de vétérinaires chargés d'étudier le bacille bilié. C'est notre distingué collègue, M. Léon Bernard, en sa qualité de vice-président du Comité d'Hygiène, qui a été chargé d'organiser cette réunion. Espérons que tous ces efforts donneront bientôt les résultats cherchés.

L'atténuation du bacille de Koch par des cultures successives en milieu bilié reste une découverte certaine qui fait le plus grand honneur à MM. Calmette et Guérin, parce que c'est la première fois qu'on crée de la sorte une variété *fixe* dépourvue des qualités tuberculigènes du bacille normal.

Quand on n'a pas expérimenté d'une façon systématique avec le B. C. G., il reste souvent dans l'esprit l'idée d'un possible retour à la virulence de ce vaccin ; or, cette crainte n'est pas fondée.

Sur ce point, je n'ai pas cessé d'être absolument d'accord avec M. Calmette et ses savants collaborateurs. *Les faits que j'apporte aujourd'hui en sont d'ailleurs une nouvelle preuve puisque, malgré des passages successifs dans l'organisme humain, le B. C. G. n'a pas varié dans ses qualités pathogènes vis-à-vis du cobaye. C'est donc qu'il a contaminé Marie D... à cause de sa qualité pathogène propre et non pas parce qu'il aurait subi un retour à la virulence.*

Mais, là où je suis en complète divergence d'opinion avec M. Calmette, c'est quand notre éminent collègue affirme que le B. C. G. est absolument inoffensif.

Dès mes premières recherches, j'ai constaté et fait connaître qu'il ne fallait pas croire à l'innocuité du B. C. G. parce qu'il est incapable de faire des lésions tuberculeuses classiques. J'ai montré chez les animaux que le bacille bilié manifeste, au moins chez certains sujets exceptionnellement sensibles, des propriétés nocives évidentes.

Ce que j'ai soutenu pour les animaux d'expériences est malheureusement beaucoup plus certain encore lorsqu'il s'agit de l'homme et surtout des nouveau-nés.

Lors de ma communication du 24 juillet dernier, je vous ai fait connaître deux exemples où le B.C.G. s'était montré pathogène : l'un en injections sous-cutanées chez un homme robuste, le Dr F... ; l'autre, chez un enfant, la petite Denise D..., vaccinée à sa naissance par le vaccin de Calmette.

Dans ces deux cas, que j'ai choisis parmi plusieurs autres, parce qu'ils ont une grande valeur démonstrative et aussi parce qu'ils étaient connus tout au long de M. Calmette, les sujets ont succombé.

Mais il y a plus : comme pour nous bien prouver que le B.C.G.n'est pas inoffensif, les bacilles contenus en proportions considérables dans les selles et dans le pus des abcès de Denise D... ont *contaminé* sa sœur Marie, d'un an plus jeune, qui vécut avec elle pendant trois mois dans la plus grande promiscuité.

Voilà des faits irréfutables, dont M. Calmette et ses collaborateurs n'ignorent aucun détail

et dont l'importance est si grande qu'on doit les étudier avec le plus grand soin.

C'est qu'en effet il ne s'agit pas, comme d'aucuns pourraient le penser, d'un cas isolé et malheureux constaté parmi des centaines et des milliers de vaccinations favorables. On a dit avec raison qu'il n'y a pas de méthodes biologiques infaillibles, que tous les vaccins, surtout ceux constitués par des microbes vivants, comportent des insuccès, y compris le vaccin jennérien contre la variole, dont l'efficacité et l'innocuité sont consacrées par un usage plus que centenaire. Mais, Messieurs, laissez-moi insister pour vous faire bien remarquer que, dans les cas du Dr F... et des petites Denise et Marie D..., ce n'est pas un insuccès numérique qu'il faut y voir, loin de là. Ce que nous devons constater, c'est le fait tout différent et d'une importance autrement grave, c'est la preuve définitive de la virulence possible du B. C. G. pour l'espèce humaine.

Croyez-vous alors, Messieurs, qu'une telle preuve, lorsqu'elle vous a été apportée le 24 juillet, ne méritait pas une prompte discussion ? Il est vraiment regrettable que dans des circonstances qui mettent en jeu la santé de milliers d'enfants les règles les plus sacrées de la controverse et de la discussion scientifique, d'où pouvaient sortir des enseignements nécessaires, n'aient pas été respectées. Qu'auraient dit nos grands devanciers si, dans cette enceinte, Pasteur avait gardé le silence en face de ses adversaires lorsque ceux-ci lui apportaient des faits ou de simples réflexions qui semblaient en contradiction avec ses découvertes ? Or, l'immortel créateur de la pathologie microbienne n'est jamais resté muet devant des objections et, tout en y répondant, il affermissait encore davantage ses recherches par de nouvelles preuves. Quoi de plus beau, en effet, que ses rispotes aux nombreuses et savantes observations qu'on lui fit à propos de l'étiologie du charbon et surtout sur la génération spontanée !

J'aurais pu penser que M. Calmette, prenant enfin acte des faits expérimentaux qu'on opposait avec tant de raisons au B. C. G., se décidait sans bruit à plus de modération dans l'application de son vaccin antituberculeux. Malheureusement, il n'en est rien, puisque je viens de lire, dans le numéro de septembre de la Revue *Je Sais Tout*, un article de vulgarisation qu'il signe avec le Dr Poix, et que je me dispense de qualifier, dans lequel, plus que jamais, il préconise la vaccination en masse de tous les nouveau-nés avec le B. C. G. qu'il affirme complètement inoffensif.

Je n'ai pas l'intention, mes chers Collègues, de fatiguer l'Académie avec des discussions sans cesse renouvelées sur le B. C. G. : que chacun prenne maintenant ses responsabilités et elles sont grandes. Quant à moi, je crois avoir fait mon devoir avec toute la sincérité et la courtoisie dont je suis capable. Il me reste cependant à terminer la démonstration des faits que j'ai apportés à cette tribune en vous faisant connaître les résultats de mes recherches obtenus jusqu'à ce jour pour établir l'identité entre les bacilles des petites D... et le B. C. G.

J'aurais eu un égal intérêt à apporter ces faits et d'autres encore, dans la réunion provoquée par le Comité d'Hygiène de la Société des Nations, à laquelle j'ai fait allusion il y a un instant, si j'y avais été invité. Mais, puisque notre savant collègue M. Léon Bernard, a oublié de m'y faire convier, vous vous rendrez compte combien j'apprécie en ce moment l'honneur de parler à cette grande tribune de l'Académie, où, quand même, on peut encore dire toute la vérité.

Je reprends donc maintenant la suite des faits cités dans ma communication du 24 juillet dernier.

Pour mémoire, je vous ai apporté des préparations colorées au Ziehl montrant en quantités énormes des bacilles B. C. G. : 1° dans les selles de Denise D... ; 2° dans le pus de ses abcès ; 3° dans le pus des adénites suppurées de Marie D..., sa sœur.

Les Drs Chenard et Ferrier viennent, sur ma demande, de me donner les renseignements suivants :

La petite Marie D..., va mieux, ses abcès ont tendance à se fermer et à se cicatriser complètement ; elle paraît heureusement en voie de guérison ; elle n'a, à aucun moment, présenté une infection bacillaire du tube digestif. Le pus des adénites est en petite quantité ; il renferme encore des paquets de bacilles.

Les parents jouissent d'une excellente santé ; la mère vient de mettre au monde normalement une troisième fille, bien constituée, qui dès sa naissance a été portée en nourrice à environ 200 mètres de la ferme où elle est née. Grâce à cet isolement, on a l'espoir d'éviter une nouvelle contamination qui aurait été à peu près fatale si, sans précautions, Marie D..., avait vécu en promiscuité avec sa nouvelle petite sœur.

Expériences réalisées avec le pus bacillifère de Marie D...

Bien que les faits cliniques soient tous en faveur de l'hypothèse que Denise D... ait été infectée par le B. C. G. qu'elle avait ingéré pour la vaccination, et que ce même B. C. G. de Denise ait à son tour contaminé sa sœur Marie, il fallait le démontrer par des expériences précises. En effet, on pouvait faire la grosse objection que Denise avait succombé à la tuberculose et non au B. C. G. Or, l'injection au cobaye devait nous éclairer définitivement sur ce point et montrer qu'il ne s'agissait pas de bacilles de Koch du type humain ou du type bovin.

Inoculation aux cobayes.

Le 19 juin, à Vitré, là même où se trouve la malade, après avoir pris du pus qui contient une grande quantité de bacilles acido-résistants et un nombre non moins considérable de coccus (staphylocoques), je mélange ce pus avec de l'eau distillée stérilisée de façon à faire une émulsion trouble et j'inocule celle-ci à la dose de 1 /4 et 1 /2 cent. cube sous la peau de deux jeunes cobayes et 1 /4 cent. cube dans le péritoine d'un troisième cobaye adulte.

Voici résumée, l'observation de ces animaux :

Cobaye n° 1, tête jaune, oreille droite coupée. Poids 320 grammes.

Le 20 juin, c'est-à-dire le lendemain du jour où il a reçu sous la peau de la cuisse droite 1 /2 cent. cube de l'émulsion du pus, je constate une tuméfaction inflammatoire du volume d'une amande.

Le 21 juin, à peu près même état. Les jours suivants, la tuméfaction se délimite et tend à décroître.

Le 25 juin, la tumeur bien délimitée est dure et du volume d'une noisette. Les ganglions de l'aine ne montrent rien.

Le 1er juillet, la tumeur commence à être fluctuante et le 3, jugeant l'abcès suffisamment formé, j'en extrais le pus dans des pipettes stérilisées avec toutes les précautions aseptiques. Ce pus est blanc, crémeux ; après coloration, il montre en quantités innombrables des coccus prenant le Gram (staphylocoque). Les bacilles acido-résistants sont rares. Je sème le pus en bouillon peptone, en gélose, en pomme de terre glycérinée, en milieu de Petroff. Comme il fallait s'y attendre, dès le lendemain, les cultures sont envahies par le staphylocoque.

Par la suite, la tuméfaction reste purulente pendant plusieurs jours, puis elle a tendance à se réduire : le pus est moins abondant. Les ganglions de l'aine restent mous et peu volumineux.

Le 14 juillet, l'animal, qui a gardé toute sa vigueur, pèse 370 grammes.

Le 20 juillet, je ponctionne un petit abcès du volume d'un pois qui s'est formé un peu au-dessus du premier. L'examen de ce pus après coloration au Gram et au Ziehl donne les mêmes résultats que le premier, ainsi que les cultures. Poids 415 grammes.

A partir de ce moment, la lésion locale marche à grands pas vers la guérison. Le 29 juillet, il n'y a plus qu'une petite tumeur grosse comme un pois, la peau est cicatrisée, il n'y a pas trace de pus et les ganglions restent normaux. Poids 500 grammes.

Le 15 septembre, il n'y a plus aucune lésion locale, les ganglions de l'aîne sont normaux. Poids 585 grammes.

Le 22 octobre, c'est-à-dire à peu près quatre mois après l'inoculation, ce cobaye est sacrifié. Il pesait 605 grammes. Vous pouvez constater, puisque je vous ai apporté ce sujet, *qu'il ne présente pas la plus petite trace de lésions tuberculeuses.*

La marche et le résultat de cette expérience sont absolument ce que j'ai constaté maintes fois avec le B. C. G. ; *il n'y a aucun doute qu'il ne s'agissait pas de bacille de Koch normal.*

Cobaye n° 2, tête jaune, oreille droite coupée. Poids 280 grammes.

Ce cobaye, plus jeune que le précédent, reçoit aussi le 19 juin 1928, sous la peau de la cuisse droite, 1 /4 seulement de centimètre cube de l'émulsion purulente de Marie D... La marche de l'expérience peut être calquée sur la précédente, avec cette distinction toutefois que le pus s'est montré un peu plus riche en bacilles acido-résistants que pour le cobaye n° 1.

Poids : 14 juillet, 310 grammes ; 20 juillet, 335 grammes ; 29 juillet, 395 grammes ; 15 septembre, 555 grammes.

Le 22 septembre, la peau, depuis longtemps cicatrisée, montre cependant un très petit abcès à la base de la mamelle droite. Le pus recueilli en pipettes ne donne que du staphylocoque. Les ganglions de l'aîne sont normaux.

Les jours suivants, l'abcès se cicatrise entièrement et, le 22 octobre, le sujet est absolument normal et pèse 580 grammes ; on le sacrifie. Vous pouvez constater, comme pour le cobaye antérieur, l'*absence de toute lésion tuberculeuse.*

Cobaye n° 3, tête jaune, deux oreilles coupées. Poids : 1 kilogr. 50.

Ce cobaye, mâle adulte, est choisi expressément parce qu'il recevra 1 /4 cent. cube de l'émulsion de pus dans le péritoine. Grâce à son âge, il pourra résister au staphylocoque qui tuerait à peu près sûrement un cobaye plus jeune par péritonite purulente.

Après l'injection péritonéale, cet animal ne montre rien.

Poids : 14 juillet, 995 grammes ; 20 juillet, 1 kilogr. 20 ; 29 juillet, 1 kilogr. 55 ; 15 septembre, 1 kilogr. 55.

Sacrifié le 22 octobre, il ne montre, comme vous le constatez, *aucune trace de lésions tuberculeuses.* Poids : 1 kilogr. 50.

Tous ces résultats confirment de la manière la plus formelle que le bacille acido-résistant rencontré en abondance dans le pus de Marie D... *n'est pas un bacille tuberculeux type humain ou type bovin et que ses qualités pathogènes sont identiques à celles du B. C. G.*

Avec le pus de la petite Denise D..., conservé

en tubes stérilisés par le Dr Ferrier, j'ai pu aussi inoculer deux cobayes. Bien que ce pus ait plusieurs mois, il a donné encore, surtout en bouillon peptone, une culture du *coccus* associé au B. C. G. Si ce *coccus* est resté vivant, on peut en déduire que le B. C. G., encore plus résistant, n'avait pas cessé de vivre. Les lésions locales déterminées par l'injection sous-cutanée de ce pus aux cobayes ont été moins prononcées que chez les précédents, mais elles étaient du même type. Elles ont disparu rapidement *sans provoquer la plus petite lésion tuberculeuse,* comme vous pouvez le constater sur l'un de ces cobayes sacrifié hier. Les matières fécales de Denise D..., où pullulait le B. C. G., ont produit une gangrène mortelle en injection sous-cutanée au cobaye, ce qui est fréquent.

Pour pousser plus loin les investigations tendant à démontrer les qualités pathogènes des bacilles de Marie D..., j'ai inoculé le pus des abcès locaux des cobayes précédents nos 1 et 2 à de nouveaux cobayes (1) : faisant ainsi un deuxième passage.

Les résultats ont été les mêmes que pour les premiers passages : je vous présente aussi le cobaye no 4, dos jaune, oreille droite coupée qui avait été inoculé, le 28 juin, avec le pus de la cuisse du cobaye no 2, pus contenant une énorme quantité des coccus Gram positif (staphylocoque) et de rares bacilles acido-résistants.

Par la suite un abcès local s'est formé, le 13 juillet ; il contenait aussi une grande quantité de cocci et peu de bacilles acido-résistants. Cette lésion locale s'est peu à peu vidée et cicatrisée sans que les ganglions de l'aine aient montré des lésions. Le 3 août, il n'y avait plus trace de lésion locale. *Vous voyez qu'il ne montre à l'autopsie aucune lésion tuberculeuse.* Le 22 octobre 1928, poids : 740 grammes.

Cultures.

Mes investigations sur ce point sont en cours ; ce que je peux dire, c'est que les résultats déjà obtenus confirment également *qu'il ne s'agit pas d'un bacille de Koch normal,* sinon du B. C. G. Il m'a fallu, à cause de la présence du coccus dans le pus des fillettes et des cobayes, qui rend impossible toute culture pure directe du bacille, avoir recours à des méthodes spéciales : action des acides ou du formol, etc., pour obtenir des résultats qui demandent encore à être poursuivis. Il sera particulièrement intéressant d'étudier les caractères des cultures pures et l'action pathogène de ce B. C. G. après deux passages par l'organisme humain.

Il appert donc de ce qui précède que le bacille acido-résistant rencontré chez Denise D..., vaccinée au B. C. G. à sa naissance, est bien du B. C. G., de même que le bacille de Marie D... qui n'ayant pas été vaccinée, a forcément été contaminée par sa sœur, à la faveur d'une longue promiscuité, *ce qui démontre d'une façon irréfutable que le B. C. G. est pathogène pour l'espèce humaine.*

***

Je vous disais, au début de mon exposé, qu'il ne fallait pas donner aux deux exemples du Dr F... et des sœurs D... que je vous ai fait connaître une interprétation simplement numérique ; vous comprendrez mieux maintenant qu'il s'agit d'un fait d'une portée autrement capitale et décisive : l'action pathogène du B. C. G.

Sans doute, si l'on s'en tenait à une constatation purement statistique et surtout si on acceptait celles de M. Calmette, deux cas malheureux ne pèseraient guère dans la balance des dizaines de mille de sujets vaccinés.

Mais il y a plus. Ces statistiques, même si elles ont été toutes consciencieusement faites, ne font pas, ne peuvent pas être exactes parce qu'elles sont établies sur des bases erronées.

En effet, lors d'accidents de vaccination ou même de décès, on s'est borné, soit à incriminer le bacille de Koch normal, soit surtout à dégager le B. C. G. de toute responsabilité, ou bien en laissant le doute si le cas ressortissait du bacille de Koch ou du B. C. G.

Maintenant, nous savons que le B. C. G. peut être nocif. Pour l'éliminer ou le retenir comme cause d'accidents, il faut faire des inoculations à des cobayes avec les produits suspects. S'il s'agit du bacille tuberculeux normal, les animaux inoculés présenteront tous une tuberculose généralisée à évolution plus ou moins rapide. Malheureusement, les cas dans lesquels le B. C. G. ne fait pas de lésions ou que ces lésions sont macroscopiquement insignifiantes sont la règle ; alors le bacille bilié n'est pas incriminé ; on doit, pour le dévoiler, faire des recherches de laboratoire assez délicates. Vous avez vu combien était riche en bacilles le pus de Marie D... et cependant les inoculations au cobaye n'ont rien donné au point de vue tuberculeux. Quant aux cultures, elles présentent de grandes difficultés pour en retirer le B. C. G. à l'état pur. Vous pouvez imaginer combien cela devient compliqué quand les lésions sont minimes ou les bacilles peu nombreux.

Toutes ces observations précisent mes affirmations antérieures quand je soutenais, contre M. Calmette, qu'on n'a pas le droit dans des accidents de vaccination par le B. C. G. d'éliminer ce vaccin comme coupable de ces accidents, sous prétexte qu'on ne voit pas de lésions.

(1) J'ai conservé plusieurs cobayes vivants inoculés avec le pus de Denise et de Marie D... ; ils seront sacrifiés ultérieurement.

Au surplus, les accidents sont-ils aussi rares que l'indiquent les statistiques ? J'en doute fort, étant donnée la discrétion particulière que l'on apporte en cette matière, discrétion qui est des plus préjudiciables à la recherche de la vérité et à la libre discussion.

En résumé, l'application du B. C. G. à l'espèce humaine se heurte à une sensibilité encore trop grande de cette espèce au bacille bilié.

On peut cependant soutenir que les enfants nés de parents tuberculeux, surtout ceux élevés dans un milieu bacillifère, par conséquent en danger d'être contaminés, puissent bénéficier d'une infection antérieure par un bacille tel que le B. C. G., moins virulent certes que le bacille de Koch. Cependant, faut-il encore démontrer que dans la majorité des cas le B. C. G. prémunit pratiquement les nouveau-nés qui l'ont ingéré dans les dix jours de leur naissance.

Même dans le cas où le B. C. G., sans empêcher la contamination par le bacille de Koch, rendrait celui-ci moins nocif, il aurait une incontestable utilité. Mais, je le répète, il faut en faire la preuve, car ce que nous savons des réactions tuberculiniques si souvent négatives ou éphémères après la vaccination au B. C. G. n'est pas en faveur d'une prémunition généralement utile par le bacille bilié.

Par contre, étant donné la possible nocivité du B. C. G., son emploi comme vaccin chez les nouveau-nés issus de parents sains et vivant dans un milieu non tuberculeux doit être totalement prohibé.

Quant à la vaccination en masse de tous les nouveau-nés, elle fut d'abord une erreur, elle serait aujourd'hui une faute si on continuait à la pratiquer.

Je devais faire cette communication le 16 octobre : à la demande du Bureau de l'Académie, averti sans doute de l'impossibilité pour M. Calmette d'assister à la séance, elle a été remise à aujourd'hui.

Conclusions.

Les inoculations expérimentales pratiquées avec les lésions purulentes de la petite Denise D..., vaccinée au B. C. G. ainsi que le pus de sa sœur Marie qu'elle a contaminée par un contact intime et prolongé, prouvent que les bacilles rencontrés en quantité énorme dans le pus sont bien du B. C. G. et *n'appartiennent pas au bacille tuberculeux normal type humain ou type bovin.*

L'étude des cultures, quoique non complètement terminée, confirme le même diagnostic.

Cette constatation n'ajoute pas seulement de nouveaux cas malheureux à la statistique des vaccinations, ce qui serait d'ailleurs sans grande portée ; elle a une signification bien autrement importante puisqu'elle démontre que le B. C. G. est un bacille encore trop virulent pour l'espèce humaine.

Comme je l'ai démontré antérieurement par l'étude des réactions tuberculiniques, la majorité des nouveau-nés ne paraît pas affectée par le B. C. G., ni prémunie suffisamment par ce vaccin; chez d'autres sujets probablement plus sensibles, le vaccin Calmette peut provoquer une infection grave, parfois mortelle.

Dans ces conditions, ce n'est pas seulement une erreur, c'est une faute de vacciner des enfants nés de parents sains et élevés dans un milieu non infecté de tuberculose.

La vaccination en masse de tous les nouveau-nés préconisée par M. Calmette ne peut d'aucune façon se soutenir.

Tout en reconnaissant que l'atténuation du bacille de la tuberculose par les cultures successives en milieu bilié est une découverte acquise, qui fait grand honneur à MM. Calmette et Guérin, parce que c'est la première fois qu'on obtient artificiellement une atténuation fixe du bacille de Koch, il n'en est pas moins exact que cette atténuation n'est pas encore suffisante pour l'homme.

La nocivité manifestée parfois par le B. C. G. chez les vaccinés n'est par due à un retour à la virulence du bacille bilié, mais seulement à ses qualités pathogènes propres agissant sur des sujets d'une sensibilité exaltée.

On peut toutefois soutenir que les enfants nés de parents tuberculeux, surtout ceux élevés dans un milieu bacillifère, par conséquent en danger de contracter la tuberculose, puissent bénéficier d'une infection antérieure par un bacille tel que le B. C. G. moins virulent que le bacille de Koch. Les résultats obtenus jusqu'ici sur ce point ne permettent pas une conclusion définitive.

M. Léon Bernard : M. Lignières me permettra de relever une double erreur aussi certaine que tendancieuse : je ne suis pas vice-président du Comité d'Hygiène de la Société des Nations et je n'ai pas eu à organiser la Conférence du B. C. G. J'y ai été désigné, ainsi que les autres membres, par la Section d'hygiène. J'ajoute que si M. Lignières, quoique ne faisant pas partie de la Conférence, avait demandé à y être entendu comme l'ont fait plusieurs autres personnes, il aurait été accueilli comme elles. Il peut d'ailleurs être pleinement rassuré, car ses publications avaient été retenues dans le dossier préparé par le secrétariat à l'usage de la conférence, au même titre que tous les travaux actuellement connus sur la question.

Quant aux conclusions de la Conférence, l'Académie me permettra de les lui faire connaître, après qu'elles auront été communiquées — ce

qui sera fait incessamment — au Comité d'Hygiène de la Société des Nations.

M. Lignières : Je n'ai pas l'habitude de me contenter de mots ; toutes les fois que je le peux, je vais à la source. Hors, je suis allé à Genève en septembre et j'ai visité le Bureau d'Hygiène de la Société des Nations où j'ai reçu le meilleur accueil. J'ai demandé des renseignements à propos de la Conférence qui devait avoir lieu sur le B. C. G. en octobre à Paris, à l'instigation du Comité d'Hygiène. Immédiatement, on m'a répondu que tout ce qui concernait cette affaire était concentré au bureau de M. Léon Bernard, où je fus accompagné. Là, le secrétaire technique de ce bureau, collaborateur de M. Léon Bernard, me fit connaître la date de la réunion sur le B. C. G. et le nom de ses membres, dont je ne faisais pas partie.

Notre distingué collègue, M. Léon Bernard, vous a dit que si je m'étais rendu à la réunion j'y aurais été accueilli.

Cependant je n'avais aucune raison de me permettre cette liberté, d'autant mieux que j'avais écrit au Président du Comité d'Hygiène, ainsi qu'au directeur du Bureau d'Hygiène de la Société des Nations, pour leur faire savoir que j'avais grand intérêt à l'étude du B. C. G. et que je serais heureux de recevoir les comptes-rendus de la prochaine réunion, si ceux-ci étaient publiés. Je joignais à mes lettres des tirés à part de mes recherches sur le B. C. G.

Le directeur du Bureau d'Hygiène m'a répondu, me remerciant et me promettant les comptes rendus, sans ajouter que je pouvais aller à cette réunion à titre d'informateur ou d'auditeur.

Dans ces conditions, j'étais dans l'igorance absolue que je pouvais assister à la conférence.

M. Léon Bernard comprendra, maintenant, pourquoi j'ai cru qu'il avait oublié de m'y faire inviter.

II

Réponse à M. Lignières.

Par M. Calmette.

Il ne m'est plus possible de laisser sans réponse les accusations que M. Lignières s'obstine à porter contre la méthode de vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. Il ne s'agit pas de rassurer les médecins qui, depuis plus de quatre ans, ont fait confiance à cette méthode. Ceux-ci savent à quoi s'en tenir et les dénigrements ne prévaudront pas contre leur expérience personnelle. Mais je voudrais montrer aux médecins et aux familles non encore informés, et que peuvent troubler les accusations de M. Lignières, que celles-ci ne sont inspirées par aucune considération d'ordre scientifique.

M. Lignières, après les recherches qu'il a très justement désiré entreprendre lui-même, en 1926, avec sa compétence de vétérinaire à laquelle il me plait de rendre hommage, s'était convaincu, ainsi qu'il l'écrivait le 1er février 1927, à mon collaborateur C. Guérin, des résultats *très favorables* que donne l'emploi du B. C. G. pour la prémunition des jeunes bovins. Il en est d'ailleurs resté convaincu puisque, dans le catalogue le plus récent des vaccins délivrés par son laboratoire privé de Buenos-Aires (*Vacunas y Sueros José Lignières*), dont il existe des succursales à Santa-Fé de Rosario, et à Montevideo, le B. C. G. figure à la page 8, avec cette mention : *Notre laboratoire est le premier dans ce pays à offrir à sa clientèle le vaccin B. C. G. pour la prophylaxie de la tuberculose bovine et porcine. Pour l'emploi de ce vaccin nous donnons toutes les informations et instructions qui le concernent.*

Je ne peux donc que remercier M. Lignières de l'intérêt qu'il prend à la diffusion du B. C. G. pour la prophylaxie de la tuberculose bovine en Amérique du Sud, et particulièrement en République Argentine.

Par contre, l'Académie voudra bien me permettre de dire que, pour ce qui concerne les propriétés du B. C. G. dans la prévention de la tuberculose des enfants du premier âge, M. Lignières n'a aucune qualité pour porter un jugement contraire à celui des bactériologistes et des cliniciens français et étrangers qui ont pris la peine, soit d'étudier expérimentalement les effets du B. C. G., soit d'en poursuivre l'application pratique. Je lui conteste, plus encore qu'à moi-même, qui, bien que médecin, ne me targue pas d'être clinicien expert, toute compétence en une matière aussi délicate. Il eût été plus avisé en s'entourant de l'avis des pédiatres avant d'apporter à cette tribune et de répandre à profusion dans la presse des affirmations dépourvues de base scientifique, dans le seul but de jeter le trouble dans l'esprit des médecins non avertis et des familles, et sous prétexte de les mettre en garde contre des dangers hypothétiques.

Aujourd'hui, M. Lignières voudrait vous apporter la preuve que, dans l'observation relatée par lui dans notre séance du 24 juillet dernier (enfant Marie D..., de Châteaubourg, près de Vitré, Ille-et-Vilaine), il a pu isoler un bacille qu'il croit pouvoir identifier au B. C. G., et il

en conclut que ce bacille a déterminé des lésions tuberculeuses, d'ailleurs bénignes, chez une enfant dont la sœur avait été vaccinée au B. C. G.

Or, voici, très exactement, ce que je sais des deux enfants dont il s'agit :

La première petite fille, Denise D...., née le 26 août 1926, a ingéré, sur la recommandation du Dr F. Pautrel, de Châteaubourg, le vaccin B. C. G. dans les délais normaux. Sept mois plus tard, en février 1927, elle présentait, avec de l'impétigo, une adénite cervicale droite qui s'était rapidement enflammée et ulcérée. Le Dr Bodin, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, consulté, ayant posé le diagnostic d'adénite bacillaire avec ulcérations et infection secondaire, déclara à la famille qu'il ne fallait pas songer à une intervention chirurgicale ; que cette adénite doit guérir si l'on s'abstient d'y toucher. Il prescrit des attouchements à l'alcool iodé, du sirop iodotannique et déconseille l'admission dans une clinique ou à l'hôpital, estimant que l'enfant sera dans de meilleures conditions dans son milieu, à la campagne.

Un pharmacien de Vitré, M. O. Ferrier, vu ensuite par la mère, engage celle-ci à recourir à un chirurgien, également de Vitré, le Dr Chenard, qui pratique un vaste curettage et l'ablation des ganglions ulcérés. Peu après, l'état de l'enfant s'aggrave. La cicatrice opératoire se couvre de bourgeons ulcérés et suppurants. L'enfant dépérit, se cachectise et meurt en décembre 1927, sans présenter de lésions pulmonaires.

En octobre 1927, environ deux mois avant le décès, le pharmacien O. Ferrier avait fait parvenir à mon laboratoire des préparations et une petite quantité de pus provenant d'un ganglion cervical qui contenait en abondance, avec des staphylocoques et des streptocoques, un bacille acido-résistant long et grêle, et un autre échantillon de pus d'un abcès de la fesse, provenant de la même enfant, et qui ne contenait que des staphylocoques, sans acido-résistants.

Le pus ganglionnaire, inoculé le 28 octobre sous la peau de trois cobayes (2 gouttes de pus dans 10 centimètres d'eau physiologique), n'a déterminé aucune lésion tuberculeuse après six mois d'observation, mais a sensibilisé les cobayes à la tuberculine. Un de ces cobayes, mort le 13 janvier 1928, présentait des foyers de pneumonie grise aux sommets des deux poumons, sans bacilles acido-résistants à l'examen microscopique. Ces lésions ont été inoculées à trois autres cobayes. Deux de ceux-ci sont morts prématurément de maladies intercurrentes. Le troisième, mort le 3 mars 1928, avait, au voisinage du point d'inoculation, un ganglion inguinal gros comme un grain de blé. Dans les frottis de ce ganglion on trouvait de longs bacilles acido-résistants.

Deux lapins avaient été inoculés par voie intraveineuse le 28 octobre 1927, en même temps que les premiers cobayes, avec 0 cc. 5 de la même dilution de pus d'adénite. Ils n'ont présenté aucune lésion tuberculeuse après douze mois d'observation, mais ont été sensibilisés à la tuberculine. Nous avons alors pensé qu'il s'agissait peut-être, dans le cas de cette enfant, d'un bacille paratuberculeux.

Le 28 janvier 1928, nous recevions un échantillon de pus d'adénite cervicale d'une autre enfant de la même famille, Marie D..., âgée de cinq mois, et qui n'avait pas été vaccinée au B. C. G. à sa naissance. C'est celui dont vient de vous entretenir M. Lignières.

Le pus de cette enfant, inoculé sous la peau de trois cobayes, a, contrairement à ce qui s'est produit entre les mains de M. Lignières, déterminé chez ces animaux, *seulement après six mois*, des lésions nettement tuberculeuses des poumons et de la rate. Les organes de ces cobayes ont été broyés et inoculés dans la veine d'un lapin qui, tué après six semaines, présentait quelques tubercules sur les poumons et sur la rate.

Deux poules également inoculées par voie intraveineuse, sont restées indemnes.

Le 11 octobre 1928, l'une de ces poules est sacrifiée. Elle ne présente aucune lésion tuberculeuse.

Nous sommes donc conduit à conclure que ces deux enfants ont été infectés par une même source de bacilles de type *humain* peu virulent, ainsi qu'en témoignent les inoculations aux animaux.

Il est probable que, si l'avis du professeur Bodin avait été suivi pour la première des enfants, celle-ci aurait surmonté son infection, laquelle se trouvait seulement aggravée par l'impétigo et par les infections surajoutées dont elle était atteinte.

Rien n'autorise à penser qu'il peut s'agir d'une infection produite par le B. C. G. qui se montre constamment inoffensif, même à des doses formidables, pour l'homme et pour les animaux sensibles à la tuberculose. Rien ne permet d'émettre, ainsi qu'il a été fait par M. Lignières, l'hypothèse que la seconde enfant a pu être infectée par le B. C. G., que sa sœur aînée avait absorbé à sa naissance, attendu qu'aucun expérimentateur n'a pu infecter un animal sensible en lui inoculant même le produit de broyage des organes d'autres animaux porteurs des lésions, toujours spontanément curables, que détermine l'ingestion ou l'injection de doses massives de B. C. G.

Il est logique de penser que ces deux enfants ont été infectées par un bacille dont la provenance nous échappe jusqu'à présent, mais qui est incontestablement du *type humain* (type humain peu virulent, analogue aux souches qu'avait isolées, en 1912, Burnet, de tuberculoses

cutanées ou chirurgicales, au laboratoire de Metchnikoff).

Les expériences de M. Lignières, se rapportant à des animaux qui n'ont pas été observés assez longtemps (puisque les nôtres n'ont été tuberculisés qu'après six mois, alors que les siens n'ont été inoculés que depuis moins de quatre mois), ne lui permettent en aucune manière de conclure à une identification avec le B. C. G.

Son hypothèse ne s'appuie donc sur aucun argument d'ordre scientifique.

L'Académie me permettra d'ajouter qu'il en est de même pour l'opinion qu'il a émise, dans sa même communication du 24 juillet dernier, relativement au malade atteint de lèpre léonine grave et ancienne. Ce malade, étant lui-même médecin, connaissant les faits publiés par Pons en Indochine, par Row dans l'Inde anglaise, avait exprimé le désir d'être traité au B. C. G. par le Dr Pomaret.

Si ce malade, que j'ai eu l'occasion de voir à l'Institut Pasteur, et qui était déjà cachectique, a succombé à des accidents pulmonaires, ce n'est certainement pas le B. C. G. qui en fut la cause.

L'innocuité complète de celui-ci, même pour les sujets lépreux, est démontrée, non seulement par les expériences de Pons et de Row, mais aussi par celles de Remlinger qui, à Tanger, a injecté impunément à un jeune garçon de dix ans, atteint de lèpre grave de provenance américaine, jusqu'à *deux grammes de B. C. G. en* 19 *injections sous-cutanées.* Ce jeune garçon n'a éprouvé, de ce traitement, ni effet vraiment utile, ni aucun dommage.

D'ailleurs, il est un argument de bon sens qui aurait dû frapper M. Lignières. Si le B. C. G. présentait les propriétés nocives qu'il lui attribue, les médecins qui, en France seulement, l'ont administré à 110.000 enfants auraient observé de nombreux accidents et n'auraient pas manqué de nous les faire connaître. Or, il n'en ont pas eu et les documents qu'ils nous envoient attestent que M. Lignières crie « au feu » sans raison.

Il ne reste donc rien des méfaits dont M. Lignières s'est plu à accuser le B. C. G.

L'Académie m'excusera de ce que j'ai tardé à répondre à M. Lignières. Elle a certainement compris qu'il me répugnait d'attribuer quelque importance à des arguments qui n'avaient rien de scientifique. Mais j'étais retenu aussi par un sentiment de discrétion, parce que je savais que du 15 au 19 de ce mois d'octobre, une Conférence internationale organisée par la Société des Nations devait se réunir à Paris pour étudier la question du B. C. G. De cette conférence étaient appelés à faire partie des cliniciens et des bactériologistes aussi éminents que les professeurs J. Bordet (de Bruxelles), Neufeld, directeur de l'Institut Robert Koch, à Berlin, R. Kraus et Gerlach (de Vienne), Prausnitz (de Breslau), Schlossmann (de Dusseldorf), Cantacuzène (de Bucarest), Nowak (de Cracovie), Madsen (de Copenhague), Sayé (de Barcelone), Ronzoni et Ascoli (de Milan), Heimbeck (d'Oslo), Tzeknovitzer (de Karkoff), Berger (de La Haye), ainsi que nos collègues Léon Bernard et H. Vallée. Elle a eu à sa disposition tous les éléments d'information actuellement connus, et elle a cru possible d'affirmer *unanimement* d'abord l'innocuité parfaite du vaccin B. C. G., tant du point de vue expérimental qu'en ce qui concerne les applications cliniques qui en ont été faites, et aussi ses qualités prémunisantes de l'infection tuberculeuse.

Le résultat, entièrement favorable, de ses délibérations doit être soumis à la ratification du Conseil de la Société des Nations, à Genève. Si ce Conseil les approuve, notre collègue Léon Bernard, qui représente notre pays à la Section d'Hygiène de la Société des Nations, vous en fera connaître les termes.

Si M. Lignières ne s'en déclare pas satisfait, l'Académie voudra bien me permettre de ne plus répondre à ses communications, et j'espère que nos confrères médecins, et aussi les familles des 110.000 enfants actuellement vaccinés en France avec le B. C. G., se trouveront confirmés dans leur confiance en une méthode de prévention de la tuberculose qui, avec les mesures d'hygiène que nous ne cessons pas de recommander, ajoute une arme inoffensive et efficace à nos moyens de lutte contre la tuberculose.

***

M. Lignieres : Il est difficile dans une question aussi délicate de répliquer de suite à tous les points de la réponse de M. Calmette. Je vais essayer de m'occuper des principaux.

Tout d'abord, je dois confesser ma nouvelle et toujours grande surprise d'entendre mon honorable contradicteur émettre des arguments qui n'ont rien à voir dans la question et qui sont pour le moins erronés.

Je n'ai pas entrepris une campagne de dénigrement contre le B. C. G. ; je discute très scientifiquement, quoiqu'en puisse dire M. Calmette, la question de son innocuité sur l'espèce humaine. Je serais très heureux si le bacille bilié était inoffensif et je ne crois pas qu'il y ait un homme conscient qui ose *sous un prétexte quelconque* faire campagne contre un moyen prophylactique efficace antituberculeux. Si après avoir mûrement réfléchi aux conséquences de mon intervention contre l'innocuité du B. C. G. je me suis décidé à descendre tout seul dans l'arène, c'est que ma conscience me dictait impérieusement ce devoir.

Mon but est la connaissance exacte des qualités pathogènes du vaccin bilié pour l'homme et d'éviter ses dangers s'ils existent comme je le crois plus fermement que jamais. M. Calmette

me fait un grief de préconiser en Argentine son vaccin B. C. G. pour les veaux. Cela prouve au contraire ma bonne foi et l'absence totale de parti pris ; je pense que le B. C. G. peut rendre des services dans la prophylaxie de la tuberculose bovine, et j'essaye d'en faire profiter l'élevage argentin comme il profite de mes travaux. J'ai d'ailleurs exposé tout récemment à l'Académie d'Agriculture de France et à l'Académie vétérinaire, dans une étude que je me propose d'offrir à notre Compagnie, les modalités de la vaccination des veaux. Je ne suppose pas que M. Calmette ait voulu me reprocher d'élaborer des vaccins et des sérums qui sont en général le fruit de mes découvertes ; car, en ce cas, je serais en bonne compagnie.

Mon savant contradicteur me fait une objection qui vraiment est bien la dernière qu'on pouvait m'adresser, celle de répandre dans la presse des idées contraires au B. C. G. Or, en dehors de mes communications à l'Académie, je n'ai pas écrit une seule ligne aux journaux sur le B. C. G. tandis que mes adversaires inondaient la presse de leurs communiqués savamment rédigés, en leur faveur naturellement. Chose curieuse, ces communiqués étaient téfégraphiés à Buenos-Aires.Mais il s'est produit une réaction : la presse française, avec ce tact et cette intuition qui la caractérisent, s'est ressaisie et commence à voir où est la vérité.

Vous m'excuserez, Messieurs, si je ne fais qu'effleurer la question de ma compétence sur laquelle M. Calmette a cherché bien gratuitement à me nuire et à me blesser. Ce n'est pas à moi de faire l'apologie de mes connaissances ; qu'il me suffise de répéter qu'un homme qui s'occupe de bactériologie depuis quarante ans, qui a beaucoup expérimenté et qui s'est aussi spécialisé dans la détermination des microbes et de leur classification, peut, à ce titre, et non à celui, très honorable d'ailleurs, de vétérinaire, discuter des qualités et de la valeur du B. C. G., d'autant mieux que le bacille de Koch est un microbe commun à l'homme et aux animaux.

Tout ce qui précède n'aurait pas dû être versé dans ce débat, parce que cela n'a rien à voir dans la discussion scientifique qui nous occupe.

Les faits expérimentaux que je vous ai présentés et auxquels M. Calmette refuse, contre l'évidence, tout caractère scientifique, ont été cependant discutés par lui. Avant d'aller plus loin, laissez-moi en passant rendre hommage à MM. Chenard et Ferrier, que M. Calmette traite durement quand ils méritent, au contraire, des félicitations pour leur collaboration effacée et si désintéressée dans l'éclaircissement du problème de la vaccination des nouveau-nés par le B. C. G.

Dans sa réplique, M. le professeur Calmette affirme que les bacilles de Marie D... ne sont pas du B. C. G. ; qu'ils appartiennent au type humain puisque les cobayes qu'il a inoculés avec ce pus ont fait des lésions de tuberculose progressive.

Il est évident que si M. Calmette avait raison, si ce qu'il avance était exact, cela prouverait que la petite D... aurait été contaminée par un bacille de Koch normal, et que le B. C. G. n'avait rien à voir dans ces lésions.

Or, j'affirme de la façon la plus catégorique que le pus de Marie D... est absolument incapable de tuberculiser les cobayes.

Vous avez devant vous des cobayes que j'ai inoculés depuis quatre mois avec le pus de Marie D... ; l'un d'eux a reçu dans le péritoine l'injection de ces milliards de bacilles que je vous montrais tout à l'heure sur l'écran ; d'autres représentent un deuxième passage du bacille de Marie D... sur le cobaye. Vous pouvez constater, et M. Calmette les a examinés, qu'ils ne présentent pas la plus petite trace de lésions tuberculeuses.

M. Calmette prétend que, s'il a obtenu des lésions, c'est qu'il a attendu six mois au lieu de quatre. C'est là un argument inadmissible. *Il n'y a pas un seul expérimentateur en matière de tuberculose qui puisse soutenir qu'un bacille de Koch qui reste absolument inerte dans l'organisme, surtout dans le péritoine, ou en deuxième passage pendant quatre longs mois, sans produire la plus petite lésion tuberculeuse, fasse deux mois après c'est-à-dire lorsque six mois se sont écoulés, les tubercules indiqués par M. Calmette.*

Lorsqu'on est en présence d'un bacille de Koch même très atténué, les lésions que ce microbe détermine ne laissent pas d'être classiques. Elles sont lentes dans leur développement, mais même, si elles mettent plus d'un an à se généraliser, elles ne manquent jamais de créer des foyers qui partent du point d'inoculation pour atteindre successivement les ganglions les plus proches, puis les organes.

Vous voyez tout le contraire sur les cobayes que je vous présente, *je répète qu'il est impossible de rencontrer chez eux la plus petite trace d'une lésion tuberculeuse, soit dans les ganglions, soit dans les organes.* C'est ainsi que se comporte le B. C. G., c'est aussi la preuve irréfutable qu'il ne s'agit pas d'un bacille du type humain, comme le voudrait M. Calmette.

J'affirme donc une nouvelle fois, avec la dernière énergie, que les bacilles de Marie D... sont incapables, absolument incapables, de produire des lésions *tuberculeuses progressives* chez les cobayes.

Je vous en apporte la preuve décisive ici même par ces cobayes, tandis que M. Calmette ne nous montre pas les siens. Au surplus, la petite Marie D... est vivante, ses lésions donnent encore du pus riche en bacilles : qu'une Commission soit nommée pour inoculer ce pus à des cobayes.

S'ils se tuberculisent, j'aurai tort. N'oublions pas que, de l'aveu même de mon honorable contradicteur, le pus de Denise D..., vaccinée au B. C. G., contenait des bacilles acido-résistants non pathogènes. Voici d'ailleurs textuellement ce qu'écrivait M. Calmette dans une lettre adressée au Dr O. Ferrier : « Nous avons étudié, « avec le plus grand soin, les produits de cette « enfant que vous nous aviez fait parvenir et « nous devons conclure de nos inoculations ré« pétées qu'il ne s'agit, ni de B. C. G., ni de ba« cilles tuberculeux authentiques, mais d'un « bacille paratuberculeux dénué de toute viru« lence.

« Nous ne pouvons pas préciser l'origine ni « la nature de ce bacille paratuberculeux qui « offre des caractères analogues à celui des ba« cilles acido-résistants non pathogènes. Mais « nous pouvons affirmer qu'il ne s'agit pas de « bacilles tuberculeux authentiques.

« Nous examinerons et inoculerons le pus de « l'adénite présentée par la seconde fillette de « cinq mois, non vaccinée, et dont vous nous « annoncez l'envoi. Mais, de toutes façons, il « n'est pas possible de supposer une contamina« tion de cette fillette par contact puisque les « bacilles contenus dans le pus de sa sœur n'é« taient aucunement virulents. »

Ainsi donc, Denise D..., qui d'après les propres expériences de M. Calmette avait un bacille paratuberculeux absolument dépourvu de virulence, aurait maintenant un bacille tuberculeux type humain peu virulent, mais virulent tout de même.

Cette enfant devait guérir sans intervention chirurgicale, dit encore M. Calmette, mais il oublie totalement (je ne sais pourquoi) de rappeler l'entérite bacillaire grave dont elle était atteinte et qui est une cause probable du décès. Marie D... n'a, au contraire, jamais montré d'entérite bacillaire, elle n'avait pas ingérée de B. C. G.

J'affirme à nouveau que le pus de Denise et celui de Marie se sont montrés absolument incapables de tuberculiser le cobaye, ainsi d'ailleurs que l'avait reconnu M. Calmette lui-même dans sa lettre, et comme vous pouvez le constater par l'examen des cobayes que je vous présente aujourd'hui.

M. Calmette rappelle aussi le cas du Dr F..., il conteste également l'action nocive du B. C. G. dans ce cas.

Cependant, rien n'est plus net : après chaque injection, et il y en eut quatre, le sujet réagit fortement ; des abcès se forment, le pus est rempli d'innombrables paquets de bacilles B. C. G. Bientôt des abcès secondaires se montrent nombreux, tandis que le malade se cachectise et succombe. Quoi de plus net.

Depuis, nous connaissons d'autres victimes du B. C. G. ; la littérature nous en relate tous les jours de nouveaux cas. Pourquoi donc nier l'évidence ?

Nous savons qu'aujourd'hui les doses de B. C. G. qu'on injecte sous la peau ont été si considérablement réduites pour éviter les accidents qu'on se demande si elles sont suffisantes pour donner une immunité.

Un mot encore à propos de la Conférence de la Société des Nations, tenue du 15 au 19 octobre à l'Institut Pasteur, et dont j'ai pu lire les conclusions dans *Le Matin*.

M. Calmette nous dit que ses conclusions lui sont complètement favorables ; cependant, je n'ai pas cette impression, car la Conférence, agissant avec une extrême prudence et une grande sagesse, ne dit pas que le B. C. G. doit être employé chez les enfants nés de parents sains et élevés en milieux non contaminés et, moins encore, que cette vaccination doive être appliquée en masse à tous les enfants. Sa discrétion sur le degré d'immunité conférée par le B. C. G. est aussi symptomatique.

M. Calmette a appliqué le B. C. G. à l'espèce humaine en s'appuyant sur les résultats de ses recherches concernant les singes, les veaux et les petits animaux de laboratoire. Les résultats de ses statistiques l'ont engagé à généraliser la vaccination. Je ne reviens pas sur ces statistiques, j'ai suffisamment dit qu'elles sont erronées.

Les résultats des vaccinations sur les singes ne me paraissent pas avoir été bien interprétés. En effet, 3 chimpanzés seulement ont été vaccinés mais avec des doses massives : 5 repas de 50 milligrammes chacun, répétés une deuxième fois, ou une injection de 50 milligrammes de B. C. G. sous la peau. Ni la résistance de ces singes, ni ce mode de vaccination ne peuvent être assimilés à ce qui se passe pour les nouveau-nés. Quant aux singes de la famille des Pithéciens, sur 19 vaccinés, 11 ont succombé, ils seraient morts de diverses maladies. Quelle que soit la manière d'interpréter cette expérience, elle ne peut guère être considérée comme favorable au B. C. G. La résistance des veaux est aussi infiniment plus grande que celle des humains et la vaccination se fait sous la peau avec des doses massives, 100 milligrammes. Tout cela est aussi très différent si on le compare à la vaccination des nourrissons. Enfin, et cela est un des points que j'ai mis en évidence, il a été imprudent de déduire de la résistance du cobaye au B. C. G. une égale résistance des humains à ce vaccin. Nous avions déjà l'expérience de la résistance des cobayes tuberculeux aux injections de tuberculine ; lorsqu'on voulut traiter des sujets tuberculeux avec cette tuberculine, on s'est aperçu que les hommes étaient infiniment plus sensibles à cette toxine que les cobayes. Il en est à peu près de même pour le B. C. G. puisque le même bacille qui s'est montré pathogène pour

les petites D... n'a rien produit sur les cobayes qui l'avaient reçu sous la peau ou dans le péritoine.

En résumé : les faits cliniques, les inoculations et nos connaissances actuelles sur l'inoculation du bacille tuberculeux, donnent un démenti formel à la déclaration de M. Calmette quand il soutient que le bacille du pus de Marie D... est un *bacille tuberculeux du type humain.* J'ai montré, avec la plus complète évidence, que les bacilles de Denise et de Marie D... ont tous les caractères du B. C. G.

***

M. Calmette : J'affirme qu'il n'existe aucune preuve que l'enfant Denise D... soit morte de tuberculose, et j'ai la conviction que, sans l'intervention chirurgicale, elle eût pu guérir.

J'affirme que toute cette campagne organisée par M. Lignières contre le B. C. G. ne poursuit nullement la recherche de la vérité scientifique, mais qu'elle vise un tout autre but.

Dans ces conditions, l'Académie comprendra que je ne répondrai plus à M. Lignières.

M. Lignieres : Par respect pour l'Académie, je ne répondrai pas aux insinuations malveillantes de M. Calmette : elles ne sauraient d'ailleurs m'atteindre. D'autre part, ce serait faire dévier ce débat qui doit garder uniquement son caractère scientifique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'analgésie obstétricale par l'hémypnal injectable VIII.

Dans une communication à la Société anatomo-clinique de Lille, le docteur J. Lamoril rappelle les diverses tentatives faites pour réaliser l'accouchement sans douleur. L'auteur rapporte une vingtaine d'observations relevées par lui à la clinique obstétricale de Lille avec l'hémypnal injectable VIII. Le produit, présenté en ampoules de 3 cc., s'injecte dans le muscle, lorsque la dilatation est entre 2 et 3 fr. et que les douleurs se succèdent régulièrement. Un quart d'heure après l'injection, les douleurs se calment, au point de n'être parfois plus perçues des parturientes ; néanmoins les contractions se continuent régulières et le travail se poursuit normalement. L'action analgésiante se maintient 5 à 6 heures ; une injection suffit dans la majorité des cas, on peut cependant en pratiquer une seconde, si nécessaire, deux heures après la première.

L'indication de l'hémypnal est formelle dans l'accouchement très douloureux des primipares, dans l'hypertonie utérine, la rigidité du col, chez les parturientes nerveuses et agitées ; sa contre-indication n'est pas moins formelle en cas de tendance à l'inertie utérine, de même qu'en cas d'insuffisance viscérale et surtout rénale, également dans les dystocies de cause pelvienne.

Sous ces réserves, on ne note aucun accident chez la mère, et l'enfant naît normal, légèrement étonné quelquefois, mais est toujours facilement ranimé. (*Sciences médicales de Lille*, 3 juin 1928.)

Epanchements séro-fibrineux simulant une pleurésie tuberculeuse.

Pierre Pruvost commente deux observations assez différentes où des épanchements séro-fibrineux à lymphocytes, s'accompagnant de fièvre et d'amaigrissement ont pu faire penser à un moment au diagnostic de pleurésie tuberculeuse.

En effet, des épanchements fébriles séro-fibrineux à lymphocytes ne sont pas toujours de nature bacillaire ; le cancer pleural ou cortical peut simuler la tuberculose par un épanchement séro-fibrineux à lymphocytes, que rien ne différencie souvent d'une pleurésie banale, alors que le plus fréquemment il occasionne un épanchement hémorragique ; il en est de même pour la maladie de Hogdkin en raison de ses adénopathies multiples, mais celle-ci se caractérise en plus par le prurit, l'hyperleucocytose et polynucléose (sans éosinophilie), par les cellules de Sternberg.

La tuberculose peut-elle être vraiment écartée dans des cas de ce genre aussi bien du point de vue diagnostique qu'étiologique ?

Ce qui fait la difficulté d'un pareil problème, c'est que la tuberculose est extrêmement fréquente, et qu'elle peut exister en même temps qu'un cancer pleuro-pulmonaire ou une lymphogranulomatose (maladie de Hogdkin). Il semble bien admis aujourd'hui que la tuberculose n'est pour rien dans l'étiologie de la maladie de Hogdkin ; si elle entre en jeu, c'est à titre d'infection surajoutée, coexistant quelquefois avec la lymphogranulomatose, mais sans avoir avec celle-ci de rapports étiologiques.

C'est par abus de langage et en raison de la grande fréquence de la pleurésie tuberculeuse, qu'on a tendance à faire le diagnostic de tuberculose en présence de symptômes généraux avec fièvre et d'un épanchement séro-fibrineux avec lymphocytose. Ces deux signes, si l'on veut être exact, ne doivent être considérés que comme traduisant une réaction de la plèvre ; cette réac-

tion peut correspondre à la tuberculose, à la lymphogranulomatose, au cancer ou à d'autres maladies. Il convient alors, pour faire un diagnostic précis, d'étudier les renseignements spécifiques, qui, seuls, ont une valeur étiologique : la présence du bacille de Koch affirme la tuberculose ; mais son absence, à moins qu'elle ne soit répétée, à moins qu'on ne fasse la preuve d'une autre affection, ne permet pas toujours d'écarter la tuberculose. Ici intervient l'histologie qui nous montre les cellules caractéristiques du cancer ou de la lymphogranulomatose. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1928.)

L'acétylcholine. Ses propriétés pharmaco-dynamiques et physiologiques.

M. VILLARET et J. JUSTIN-BESANÇON ont étudié le chlorhydrate d'acétylcholine. C'est un chlorhydrate d'ammonium quaternaire, dont trois des valences sont saturées par des radicaux méthyle et la quatrième par un reste d'acétate éthylique. C'est par ce dernier point que l'acétylcholine diffère de la choline, constituant essentiel des lécithines, de la neurine, de la bétaïne, de la muscarine.

L'acétylcholine est un des plus puissants excitants du pneumogastrique ; son effet sur les terminaisons parasympathiques diffère, d'ailleurs, sur bien des points, de ceux de la pilocarpine et de la physostigmine.

Son action dépressive sur la tension artérielle s'observe aux plus faibles doses ; il y a un écart important entre la dose qui agit sur les vaisseaux périphériques et celle qui influe sur le cœur. Cette action est due essentiellement à une vaso-dilatation des artérioles, comme on a pu le constater par l'examen ophtalmologique.

L'acétylcholine excite la fonction tonique des muscles lisses (intestin, vésicule biliaire, etc.) Elle détermine, à plus fortes doses, une contracture du muscle strié dans certaines conditions.

Elle a une action importante sur l'équilibre humoral. (*Paris médical*, 30 juin 1928.)

Les splénomégalies primitives chroniques (non leucémiques).

Le Dr Paul CHEVALLIER essaye de réagir contre la confusion, qui existe dans la description, d'ailleurs particulièrement difficile, des splénomlégalies primitives. En pareil cas, l'examen du sang a été surestimé ; éblouis par la fécondité dont il fit preuve lors de la découverte des leucémies, trop d'auteurs lui attachent une importance exagérée dans l'étude des splénomégalies inflammatoires simples ; c'est un élément intéressant, mais il devient nuisible s'il envahit les descriptions cliniques.

L'auteur étudie les syndromes cliniques purs et leurs évolutions.

Dans la splénomégalie primitive simple, il n'y a pas d'anémie; pas de douleurs spléniques ; la tumeur splénique est toute la maladie ; le plus souvent elle passe inaperçue ; quand on la découvre, c'est au hasard d'un examen complet, et, déjà, elle est grosse, aussi grosse qu'elle se montrera par la suite. La période latente peut durer 5, 10 ans, entre la découverte fortuite de la splénomégalie et l'apparition d'un symptôme plus alarmant tel l'anémie, l'ictère, la fièvre, l'hémorragie. Mais toujours, à ce moment, le tableau clinique se complique ; rarissimes sont les ruptures, quoique la rate latente soit fragile et ne supporte pas les traumatismes. La splénectomie est capable d'enrayer l'évolution de la maladie et de prévenir les complications ; mais il est exceptionnel qu'on s'y décide en présence d'un état général aussi parfait.

La splénomégalie primitive peut se compliquer de pâleur et d'affaiblissement sous le nom d'anémie splénique ; si l'on ignore la splénomégalie on la confond avec la tuberculose au début. Cette maladie constitue le triomphe de la splénectomie.

D'autres fois elle s'accompagnera d'hémorragies gastro-intestinales, et sera prise pour un ulcère de l'estomac ou du duodénum si la grosse rate n'est pas remarquée. Il y a d'abord une phase de splénomégalie pure, souvent ignorée, puis l'anémie subsiste entre les hémorragies, et, au bout d'un temps très variable (10, 20, 30 ans même) survient la phase terminale ; le plus grand nombre des malades succombent brusquement à une hémorragie considérable survenue en pleine activité sociale. Cette forme est la plus grave et la plus fréquente des splénomégalies. Aussi est-elle considérée comme indiquant la splénectomie, qui devient ici une opération sérieuse, car 15 à 20 % des patients meurent des suites de l'opération (choc, pneumonie, hémorragie profuse). Mais les résultats valent de courir un risque, car la splénectomie est suivie d'une amélioration extraordinaire ; l'état général devient excellent, les hémorragies cessent, le sujet est guéri. Cependant, parfois les hémorragies peuvent reprendre au bout de quelques mois ou de quelques années.

Avec la splénomégalie primitive on observe l'ascite, complètement indépendante d'une cirrhose hépatique terminale, et de l'hypertension portale. L'ascite peut être permanente, ou épisodique ; elle peut aussi être primitive, au moins en apparence.

En régle générale, l'ascite contre-indique la splénectomie ; quand elle est relativement modérée, stationnaire, et quand il n'y a pas de symptômes nets d'insuffisance hépatique, on peut la tenter ; il existe plusieurs résultats favorables.

L'ictère est un symptôme fréquent ; toutes les intensités et toutes les variétés sont possibles ;

la durée permet de classer les ictères en épisodiques et en permanents. Sur ce type, la splénectomie a une influence considérable ; en 4 à 8 jours, l'ictère disparaît ; il en est de même de l'anémie ; l'état général devient excellent ; dans presque tous les cas la guérison persiste.

D'autres symptômes cliniques moins importants apparaissent parfois au cours des splénomégalies primitives : l'insuffisance hépatique, les hémorragies générales (épistaxis, gingivorragies, hémoptysies), la fièvre pseudo-palustre (mais ne cédant pas à la quinine), modérée, ou irrégulière (à noter que la poussée thermique s'accompagne souvent de façon manifeste d'une activité morbide de la rate).

On décrit des splénomégalies primitives avec congestion des capillaires cutanés (cyanose ou érythrose), et, quoique certains malades aient été guéris par la splénectomie, le pronostic immédiat de cette opération est des plus réservés ; la plupart des auteurs considérant cyanose et érythrose comme une contre-indication opératoire formelle.

Bien que leur maladie soit, en général, extraordinairement chronique, les splénomégaliques meurent toujours de façon prématurée, mais par maladies intercurrentes, la tuberculose étant chose rare ; ils succombent à la cachexie splénique ou à l'atteinte des viscères voisins, rarement à un accident splénique proprement dit : rupture de la rate, torsion du pédicule vasculaire.

Les splénomégalies primitives évoluent par des poussées, dont l'intensité est variable. La poussée évolutive est la clé de l'intelligence des splénomégalies primitives ; et c'est par ce qu'elle supprime le principal foyer où travaille et d'où essaime l'agent actif de ces poussées, que la splénectomie arrête l'évolution de la maladie, ou tout au moins l'appauvrit et la ratatine. Toutes choses égales d'ailleurs, une splénomégalie est d'autant plus grave que les poussées sont plus riches et plus nombreuses.

Lorsque, comme il est fréquent, la splénomégalie se développe dans l'enfance, les patients restent grêles, chétifs, plutôt petits ; les petites filles sont réglées tard et le sang menstruel est peu abondant. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1928.)

Les indications thérapeutiques dans le traitement des sinusites en général.

Si, dans les grandes lignes, la thérapeutique médicale s'applique aux sinusites aiguës, le traitement endonasal, limité ou élargi, aux rétentions, le traitement par voie externe aux sinusites chronique proprement dites, — cette classification, dit le Dr P. Truffert, ne saurait sans danger être édictée comme une loi inéluctable.

En principe, donc, les sinusites aiguës sont justiciables du traitement médical ; celui-ci doit tendre à diminuer l'inflammation et à faciliter l'évacuation des sécrétions sinusiennes, accessoirement à limiter les douleurs, éventuellement à lutter contre l'agent microbien par une médication spécifique.

Contre l'inflammation, il faut la chaleur humide par l'inhalation de vapeur d'eau ; mais celle-ci, telle qu'elle est pratiquée habituellement est inopérante, puisque la fosse nasale obstruée ne peut admettre le courant de vapeur ; il faut donc conduire la vapeur à travers le défilé respiratoire rétréci ; on couvre le bol de l'inhalateur avec un entonnoir renversé dont l'embout sera muni d'une olive qui permettra d'inhaler à coup sûr par la narine obstruée. A l'action de la vapeur on pourra joindre celle d'essences antiseptiques, qui ont une action décongestive ; le menthol ainsi doit être utilisé à doses légères, presque infinitésimales (1 à 2 %), sinon son action décongestive n'est que transitoire et elle est suivie d'une poussée congestive et desséchante. La mixture ne doit pas être bouillante ; le mieux est de la maintenir au bain-marie. On peut ajouter l'action de l'adrénaline ou de la cocaïne.

D'ailleurs ces médicaments sont aussi utilisés en pulvérisation (action plus rapide) ou en pommade (action plus prolongée).

On y adjoindra de plus en plus l'action spécifique des vaccins et l'action sédative de l'effluvation ou de la diathermie ; plus rapide et plus durable que celle de la cocaïne.

Cette thérapeutique s'applique à tous les épisodes aigus, primitifs ou greffés sur une sinusite chronique ; elle s'applique même au cas où une réaction œdémateuse orbitaire pourrait faire penser à une suppuration aiguë du sinus frontal. Cependant la courbe thermique et le pouls seront des facteurs primordiaux, qui commanderont quelquefois une intervention urgente, large et à ciel ouvert.

Même thérapeutique, si le stade suppuratif se produit ; cependant, un abcès étant constitué, il faut en assurer la bonne évacuation, sous peine de voir la suppuration s'éterniser, la rétraction s'installer ; ici intervient la petite chirurgie : résection de la partie antérieure du cornet moyen libérant le canal naso-frontal pour permettre l'écoulement du pus.

Il n'y a pas intérêt à hâter des actions plus énergiques, telles que le lavage du sinus maxillaire ou l'élargissement à la râpe du canal naso-frontal ; en effet l'évolution d'une sinusite banale ne se juge pas en jours mais en semaines.

Ces actes chirurgicaux ne doivent être mis en œuvre que si des signes de rétention complète ou incomplète viennent à apparaître.

Sinusites prolongées, empyèmes cavitaires. Si, au bout de 5 à 6 semaines, la suppuration ne tend nullement à diminuer, si la rétention se

traduit par des douleurs et des céphalées pénibles, bref, si la thérapeutique médicale se montre insuffisante, on fait appel à la chirurgie spéciale : lavages du sinus maxillaire, élargissement du canal naso-frontal.

La ponction du sinus maxillaire au trocart se fait dans le méat inférieur largement cocaïno-adrénaliné. Elle doit se faire au niveau d'une des fontanelles de l'hiatus, le trocart n'a alors à perforer qu'une membrane muqueuse, une lamelle osseuse pellucide ; la ponction du sinus doit se faire sans effort. Les lavages se font avec un antiseptique léger (chlorure de zinc à dose infinitésimale, eau iodée légère), jusqu'à ce que l'eau ressorte claire ; on les continuera tant que la suppuration se révèlera persistante et rebelle (il suffit généralement de 3, 4 ou 5 lavages).

En cas d'empyème, la cause étant extrinsèque, le plus souvent dentaire, tout traitement sinusien doit être précédé de l'avulsion de la dent causale. Cette avulsion suffit souvent à tarir la suppuration.

En ce qui concerne le sinus frontal, la résection de la tête du cornet moyen, le redressement d'une cloison déviée doivent précéder l'élargissement du canal naso-frontal.

Ce qui caractérise les sinusites chroniques, ce n'est pas la durée, mais l'altération de la muqueuse, épaissie, dégénérée ou fongueuse ; il faut alors un curetage à ciel ouvert pour tarir la suppuration. Les procédés de cette cure radicale varient suivant les sinus ; à noter que le contrôle radiographique de la morphologie sinusienne devra précéder toute intervention chirurgicale, et tout choix de procédé. Il est indispensable de cureter tous les prolongements, mais un brèche limitée est suffisante pour les atteindre. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Nouvelles recherches sur la fièvre exanthématique marseillaise.

(M. D. Olmer. — *Académie de médecine* ; 16-10-28.)

M. Olmer revient sur la question de la fièvre exanthématique marseillaise dont parlait dans une séance précédente M. Boinet. L'auteur, dans une communication à l'Académie de médecine du 12 juillet 1927, avait déjà présenté une étude importante de cette affection.

Les cas de fièvre exanthématique se sont multipliés dans la banlieue et la région marseillaises ou tout au moins ils ont été signalés en plus grand nombre. Cliniquement les observations nouvelles sont calquées sur les descriptions antérieures : exanthème généralisé, n'épargnant ni la paume des mains, ni la plante des pieds, ni la face, comportant en outre en un point du tégument une escarre brunâtre, signe précoce et persistant. Pronostic presque toujours favorable, même dans les formes graves. L'affection ne s'est montrée mortelle que chez des sujets tarés, cardiaques ou néphritiques.

L'hypothèse de dengue méconnue, émise par certains auteurs, doit être rejetée. La confusion avec la dengue est impossible. Le début est moins soudain, moins brutal. Les douleurs sont moins vives. L'éruption est différente : elle ne commence pas par les extrémités. Constituée par des éléments toujours isolés, elle ne rappelle en rien l'exanthème de la rougeole ou de la scarlatine. La durée est en général plus longue (12 à 15 jours) que celle de la dengue. Alors que celle-ci est très contagieuse, la fièvre exanthématique marseillaise *s'observe au contraire en foyers* très localisés. L'agent de propagation de la dengue, le *stegomya fasciata*, est exceptionnel à Marseille, et il est douteux qu'il puisse s'y reproduire.

M. Olmer a été amené à penser que la transmission de la maladie se fait par l'intermédiaire d'un insecte piqueur. L'apparition des cas dans la saison chaude, leur extrême fréquence à la campagne, la présence dans l'entourage immédiat des malades de chiens parasités par des tiques, incitent à se demander si les tiques ne jouent pas un rôle dans la transmission de l'affection. La preuve de cette pathogénie n'est pas établie, mais certains faits cliniques militent en sa faveur (plusieurs malades ont signalé avoir été piqués par des tiques du chien).

Un cas de fièvre de Malte guéri par les injections intraveineuses de trypaflavine.

(MM. H. Darré et Laffaille. — *Académie de médecine* ; 16-10-1928.)

Chez un malade atteint de fièvre de Malte n'ayant pas cédé au traitement par la mélitine, la fièvre a été coupée en moins de vingt-quatre heures, à deux reprises, à la suite d'une injection intra-veineuse de 0 gr. 20 de trypaflavine. La guérison paraît obtenue, l'apyrexie persistant depuis près de trois mois

Le diagnostic était ici indiscutable, l'hémoculture ayant isolé le *micrococcus melitensis*. L'action du médicament a été si précise qu'on ne saurait invoquer une simple coïncidence heureuse. Un coup d'œil sur la courbe thermique montre que, à deux reprises, *l'onde fébrile a été coupée net par l'injection de try-*

paflavine. La défervescence de la fièvre de Malte se fait d'ordinaire, au contraire, en lysis.

La technique thérapeutique qui serait, pour les auteurs, la plus recommandable, est la suivante : faire une première injection de 0 gr. 10 pour tâter la susceptibilité du sujet et parer aux accidents possibles d'une idiosyncrasie ; pratiquer, deux jours plus tard, une seconde injection de 0 gr. 20, dose utile au point de vue thérapeutique. Même si la guérison semble obtenue, la consolider par une troisième injection de 0 gr. 30, faite trois jours après la précédente, voire par une quatrième injection, de 0 gr. 40, quatre jours plus tard. Si la guérison ainsi acquise se montrait temporaire seulement, on pourrait reprendre le traitement dès l'apparition de la fièvre.

L'anthracose et la tuberculose des mineurs.

(MM. André Jousset et H. Lecat. — *Académie de médecine* ; 16-10-1928.)

On connaît les idées du prof. Jousset sur l'anthracose pulmonaire. Ses recherches lui ont montré tout d'abord l'inexistence de l'anthracose pulmonaire des vieillards, décrite par tous les ouvrages classiques. La pigmentation de l'appareil respiratoire, attribuée jusque-là à l'inhalation des poussières et des fumées, serait pour M. Jousset due à les résidus ferrugineux pathologiques. L'auteur s'est alors demandé s'il en était de même chez l'ouvrier mineur dont la pigmentation pulmonaire est particulièrement intense et affecte une disposition anatomique telle qu'il semblerait logique d'en faire une lésion professionnelle liée cette fois à l'anthracose.

M. André Jousset et son collaborateur ont eu l'occasion de faire l'autopsie de quatre ouvriers mineurs, travaillant depuis leur enfance au fond de la mine, et décédés de mort violente. Chez tous, les poumons teintés de noir paraissaient imprégnés de charbon. En réalité, l'analyse a révélé que ce pseudo-charbon était constitué par un oxyde de fer noir. Par conséquent, pour le mineur comme pour l'ouvrier de plein air, la notion d'anthracose doit faire place à celle de sidérose pulmonaire. Ce sont les phénomènes inflammatoires d'inhalation siliceuse qui engendrent le pigment noir ferrugineux. C'est le travail au contact de la paroi siliceuse, pour les ouvriers préposés à la préparation des galeries, qui est à l'origine de la sclérose pulmonaire et de la pigmentation.

L'abatage proprement dit du charbon n'amène qu'une souillure transitoire de l'arbre aérien. Le charbon est incapable de salir le poumon. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner systématiquement l'expectoration du mineur à l'issue de son travail. Trente heures après la sortie de la mine, le mucus bronchique, primitivement chargé de poussières noires, n'en contient plus trace. Même le séjour prolongé dans la mine (en dehors du travail provocateur d'inhalation siliceuse) semble parfaitement inoffensif. Ainsi, l'examen d'un cheval qui, employé à la traction des vagonnets, avait respiré pendant sept années ininterrompues au fond des mines de Courrières. a permis de constater l'absence de charbon et aussi de pigment noir dans le poumon. Il résulte de là que la seule et grande maladie professionnelle du mineur est la sclérose pigmentaire, affection d'ailleurs sérieuse qui mène rapidement à l'insuffisance cardiaque

Poursuivant son étude, M. Jousset chercha à savoir si l'irritation mécanique des voies respiratoires par les poussières pouvait être génératrice de tuberculose. D'une enquête qui s'appuie sur l'examen de plus de cent mille ouvriers, il résulte que le mineur se comporte à l'égard de la tuberculose comme les autres travailleurs. Tout ce qu'on a dit de la gravité ou de la bénignité de la tuberculose dans les charbonnages n'est qu'une légende.

On pourrait donc conclure qu'en dehors des broncho-conioses sclérogènes et pigmentaires, il n'y a pas une pathologie pulmonaire spéciale aux mineurs.

P. L.

Mort inopinée, brutale, survenue quelques heures après une réinsufflation chez un malade porteur d'un pneumothorax artificiel bilatéral.

(MM. Vaucher, Kaufmann et Mlle Uhrig. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-1928.)

Le pneumothorax bilatéral simultané comporte des dangers très réels. Dans l'observation rapportée, il avait été jusque-là bien supporté depuis trois semaines ; à gauche, le collapsus n'était pas complet et à droite il existait un décollement léger antérieur et dans la région médiastinale. Néanmoins l'état général était bon ; l'expectoration avait considérablement diminué, la température était redevenue normale ; le poids avait augmenté de 3 kgr. La dernière insufflation pratiquée vers 10 h. du matin fut parfaitement tolérée jusqu'à 5 h. du soir ; à ce moment apparut une dyspnée intense, qui céda temporairement à la morphine, mais qui reparut, et amena la mort du malade par asphyxie.

Il semble qu'on puisse rapprocher ces accidents des morts subites qui surviennent dans certaines pleurésies fibrineuses avec grand épanchement et qui s'accompagnent brusquement de phénomènes asphyxiques rapidement mortels. En pareils cas, une soustraction immédiate de gaz s'imposerait d'un et peut-être des deux côtés.

L'éphédrine dans le traitement de l'asthme.

(MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-1928.)

L'éphédrine est un alcaloïde dérivé de l'arbrisseau éphédra ; elle a une formule chimique très voisine de celle de l'adrénaline.

La dose est de 2 cent. 5 à 5 cent. (soit 1 /2 comprimé ou 1 comprimé Merck). Certains malades prennent 2 ou 3 fois en 24 h. un demi ou un comprimé ; mieux vaut ne pas dépasser 15 centigrammes (c'est-à-dire 3 comprimés) en 24 heures.

Les constatations, faites par les auteurs, confirment les observations de l'étranger. Très fréquemment l'éphédrine a une action préventive. Donnée dans les 2 heures qui précèdent l'apparition habituelle d'une crise d'asthme d'intensité moyenne, elle permet souvent de prévenir la crise (dans les 2/3 des cas environ).

Dans les crises déclenchées, son action est moins souvent efficace ; il faut, autant que possible donner l'éphédrine, non en pleine crise, mais dès le début de la crise, et il faut que les crises ne soient pas particulièrement intenses.

Paralysie ascendante aiguë mortelle vraisemblablement névritique au cours d'une fièvre typhoïde.

(M. Léon Kindberg et R. Garcin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-1928.)

L'observation relatée se rapporte à un malade qui succomba, au décours d'une fièvre typhoïde bénigne et atypique, d'une complication rare, c'est-à-dire d'une paralysie ascendante aiguë type Landry. L'autopsie montra l'intégrité absolue du système nerveux central. L'étude histologique sériée du névraxe sur toute sa hauteur resta absolument négative. Seul un processus polynévritique pourrait être incriminé à l'origine de ce syndrome, et encore la chose n'est-elle pas certaine, l'étude histologique des nerfs périphériques n'ayant pu être faite.

L'évolution mortelle d'un syndrome de Landry au cours d'une fièvre typhoïde mérite d'être rapportée, en même temps que la marche en deux temps des accidents observés. Si le syndrome de Landry se compléta rapidement (douleurs des membres inférieurs avec paralysie flasque du type polynévritique, puis paralysie du tronc, des membres supérieurs, de la nuque, et, le lendemain, troubles bulbaires avec tachycardie à 160), c'est, huit jours plus tard seulement, après une amélioration passagère, que le malade succomba à une récidive des accidents dans le domaine des nerfs bulbaires (en même temps que des membres supérieurs), alors que les membres inférieurs commençaient de récupérer leur motilité et leurs forces.

Œdèmes et albuminurie chez une fillette de sept ans. Etude du fonctionnement rénal et des modifications humorales.

(MM. L. Ribadeau-Dumas, Max M. Lévy et Chabrun. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-28.)

Les observations d'œdèmes chez les enfants, avec étude des modifications humorales, sont relativement rares. Cependant, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'étude des œdèmes peut être précisée par diverses investigations. Ces données, indépendamment de la précision qu'elles apportent au diagnostic, ont un intérêt considérable, car :

1° Elles permettent, dans une certaine mesure, une orientation pronostique. Le fait de l'existence d'une bonne constante (ou, s'il y a oligurie, d'une bonne concentration uréique), traduisant un bon fonctionnement du rein, écarte la possibilité d'accidents urémiques ;

2° Elles donnent au médecin un test de guérison infiniment plus précis que les signes cliniques : retour à la normale des protéines et du cholestérol ;

3° Enfin, elles guident la thérapeutique : la notion d'une constante normale permettra de soumettre le patient à une alimentation riche en azote (2 à 4 grammes par kgr. de poids corporel) ; la persistance d'une hypercholestérinémie indiquera la nécessité de poursuivre le traitement thyroïdien, vis-à-vis duquel les œdémateux sont habituellement très tolérants. L'extrait devra être donné à la dose la plus forte possible, le malade étant soumis à une surveillance journalière, la réaction du malade réglant la dose d'extrait à ingérer.

Septicémie à streptocoque hémolytique. Guérison après immuno-transfusion.

(M. Pierre Hébert. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-1928.)

Le côté intéressant de cette observation est le suivant : dans cette affection grave les transfusions simples n'auraient sans doute pas suffi à la guérison.

Mais, en partant du streptocoque hémolytique, isolé de la première hémoculture positive, on a préparé 2 vaccins et une macération de corps bacillaires. Avec ces auto-vaccins on a pu pratiquer sur le donneur (le mari de la malade) des vaccins dans le but d'obtenir un sang doué de propriétés immunisantes ; en même temps on injectait au donneur, tous les 2 ou 3 jours une ampoule de 3 cc. d'acétylarsan afin de joindre l'action de l'arsenic à celle du vaccin. L'injection de vaccin était faite au donneur douze heures avant la transfusion.

Le résultat de ces transfusions fut inespéré ; c'est à cette immuno-transfusion, c'est-à-dire à l'arrivée dans la circulation générale de globules blancs plus aptes à lutter contre les agents pathogènes que les globules du malade et que ceux d'un donneur normal qu'il faut attribuer l'heureuse issue.

Crises d'azotémie aiguë récidivantes. Chlorures sanguins et réserve alcaline.

(MM. E. Rathery et M. Rudolf. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-1928.)

On a prescrit, depuis longtemps, et avec succès, le régime déchloruré chez les néphrétiques œdémateux ; mais si celui-ci, dans des cas bien déterminés, réalise de véritables résurrections, il peut, par contre, lorsqu'il est ordonné sans raison, déterminer des accidents sérieux.

Les auteurs rapportent l'histoire curieuse d'une malade qui présenta des accidents aigus d'azotémie avec des troubles assez particuliers relatifs à la réserve alcaline et à l'élimination des chlorures, et

qui vit ces phénomènes disparaître par une rechloruration systématique.

Chez cette malade, malgré une forte azotémie, la réserve alcaline était très élevée, et, chose particulière, cette élévation de la réserve alcaline semblait marcher de pair avec l'azotémie, et, lorsque celle-ci diminuait, la réserve alcaline diminuait .De plus, en pleine azotémie, avec réserve alcaline élevée, les chlorures sanguins plasmatiques étaient très bas (3,45, 3,86). A mesure que l'azotémie baissait, la réserve alcaline s'abaissait également, les chlorures sanguins remontant (5,72, 5,85, 6,37) ; le même phénomène fut constaté lors de deux crises présentées par le malade.

La médication chlorurée (5 et 10 grammes) détermina à la fin une élévation des chlorures du sang et de l'urine, en même temps qu'une chute de l'azotémie. Le régime déchloruré strict - suivi par le malade semblait plutôt favoriser l'éclosion des crises et la poussée d'azotémie ; la reprise de l'ingestion des chlorures eut l'effet inverse.

Il s'agit là de phénomènes tout à fait opposés à ceux qu'on rencontre habituellement dans la néphrite chronique avec azotémie et rétention chlorurée.

Interprétation anatomique de certaines ombres périhilaires observées au cours de la tuberculose pulmonaire.

(MM. Armand-Delille et Ch. Lestocquoy. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-7-1928.)

Dans certains cas, les ombres qui paraissent périhilaires correspondent en réalité à des lésions parenchymateuses sous-corticales situées dans un plan postérieur (dans la partie du poumon qui occupe le sinus costo-vertébral), qu'on ne peut étudier par la projection oblique, à cause de l'ombre de la colonne vertébrale. On a pu observer alors cliniquement des hémoptysies et une expectoration bacillifère. G. F.

Les Congrès

XXXVIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*). (1).

Suite de la discussion du rapport de MM. Forgue et Basset sur la rachi-anesthésie.

M. Abadie (d'Oran). Malgré le souvenir d'un accident opératoire récent nettement imputable à l'anesthésie rachidienne, l'auteur considère cette méthode comme fort utile et lui demeure fidèle. En cas d'urgence, à la campagne, elle permet de se passer d'un aide. Elle est souvent la seule anesthésie réalisable pour le chirurgien solitaire. Elle ne doit pas vivre des contre-indications du chloroforme et de l'éther. Employée judicieusement, elle mérite d'être conservée. Les progrès de la technique, la découverte de produits très purs, la connaissance précise de ses indications et contre-indications rendront un jour cette anesthésie d'une emploi courant pour tous les chirurgiens.

M. Leclerc (de Dijon) pense que la rachi-anesthésie n'est pas une méthode aussi bénigne qu'elle a paru aux rapporteurs.

Il l'emploie de moins en moins et la réserve à la chirurgie des fractures et à la chirurgie d'urgence.

Sa technique est la technique initiale. Il demeure fidèle au barbotage et injecte 10 centigrammes d'allocaïne.

Sur 750 anesthésies. il a observé 10 morts soit 1,3 p. 100.

6 p. 100 d'accidents méningés graves.

Et 1,5 p. 100 de syncopes graves mais non mortelles.

Il rappelle ses travaux sur les méningites post-rachi-anesthésiques, qui ne sont pas toujours du reste des méningites aseptiques, et il insiste sur les contre-indications : infection, hypotension, scléros rénale.

M. Lacaze (armée), sur 3.041 rachi-anesthésies, a observé 22 échecs et 34 anesthésies insuffisantes, mais aucun accident mortel. Au cours d'une syncope impressionnante il pratiqua une injection intracardiaque d'adrénaline qui sauva son malade.

Il distingue deux groupes d'incidents : les incidents graves et les incidents légers ou ordinaires.

Les premiers comprennent : l'orage bulbaire de la cinquième à la quinzième minute dont il a observé 34 cas ; les hémorragies méningées dont il a observé 3 cas, et les réactions méningées simples sans hémorragie : 13 cas.

Les incidents légers sont pour ainsi dire constants puisqu'ils ont été absents seulement dans 42 anesthésies. Ce sont les algies, les céphalées, les vomissements.

Jamais l'auteur n'a noté de paraplégie, ni de parésie, ni d'escarre.

Les contre-indications sont la syphilis, l'hypotension, l'azotémie, l'infection, la pusillanimité, et aussi la brièveté de l'opération.

M. Arnaud (de Saint-Etienne) considère la rachi-anesthésie comme un procédé précieux pour le chirurgien isolé et très occupé. Cette anesthésie ne serait pas plus dangereuse que l'anesthésie générale si l'on tenait toujours compte des contre-indications. Loin de renoncer à cette méthode, il faut travailler à en perfectionner la technique et inciter le chimiste à préparer des produits d'une pureté irréprochable.

M. Seebrechts (de Bruges) expose une très im-

(1) V. *Concours Médical* nos 46, 47, et 48.

portante statistique de rachi-anesthésies portant sur plusieurs milliers de cas. La rachi n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a dit, mais elle a de sérieuses contre-indications : l'hypotension, l'infection, la sénilité. Elle ne doit être confiée qu'à des mains expérimentées. La préparation morale du malade joue un rôle considérable.

Dans la plupart des cas, les accidents sont imprévisibles, mais il faut toujours être prêt à les combattre dès qu'ils se produisent.

Dans son service de Bruges où la rachi est l'anesthésie habituelle, réclamée par les malades eux-mêmes, on place toujours un garrot sur le bras de l'opéré avant de ponctionner ; à la moindre alerte on peut ainsi sans perdre de temps injecter dans la veine céphalique une ampoule d'adrénaline. Ce traitement, dans l'immense majorité des cas, joint à la respiration artificielle, ranime toujours le malade.

M. Cahen (de Bruxelles) expose que depuis trois ou quatre ans le nombre des rachi-anesthésies pratiquées dans le service de Verhoogen a considérablement diminué.

De 1914 à 1925 c'était cependant une anesthésie courante puisque sur 8.046 opérations, 1.503 avaient été pratiquées sous rachi-cocaïnisation.

La mortalité nettement imputable à la rachi atteignait 5 p. 100.

Les insuccès totaux furent de 28 et les partiels de 19. Mais ce fut surtout la fréquence des escarres, des paralysies oculaires et des céphalées tenaces qui amena Verhoogen à ne plus considérer cette anesthésie que comme une méthode d'exception.

M. C. Michel (de Nancy), après avoir été un partisan très convaincu de la rachi-anesthésie, a restreint de plus en plus les indications de ce mode d'anesthésie à la suite de deux accidents mortels.

Certains avantages sont obtenus avec moins de risques par l'anesthésie locale et régionale, ou par l'anesthésie générale précédée de l'injection préalable de géno-scopolamine morphine.

Par ce moyen, on obtient aussi bien le « silence abdominal » qui est regardé comme un des avantages de la rachi-anesthésie.

Cette méthode garde cependant certaines indications, en particulier pour la chirurgie du rectum cancéreux, elle permet la position ventrale pour l'extirpation coccypérinéale et elle reste indiquée dans les interventions pour iléus.

MM. Mériel et Lefebvre (de Toulouse) apportent un chiffre de 6.843 rachi-anesthésies pratiquées pour des opérations sous-diaphragmatiques. Ils utilisent un matériel ordinaire mais strictement réservé à cet usage et stérilisé à sec. Ils effectuent la dissolution de l'anesthésique (scurocaïne) dans le liquide céphalo-rachidien du sujet lui-même, aux doses de 6 à 12 centigrammes suivant la durée présumée de l'acte opératoire.

Le sujet est ponctionné assis, sur la ligne médiane, et mis ensuite la tête basse. Pas de brassage, mais aspiration de contrôle pendant l'injection.

Les résultats sont satisfaisants : anesthésie rapide et massive d'une durée de trois quarts d'heure à une heure un quart, silence abdominal admirable.

Les échecs diminuent de fréquence avec l'habitude; ils sont d'environ 2 p. 100. Les auteurs ont observé « quelques orages » vite dissipés.

Les accidents, enfin, ont consisté en 3 morts : 2 vieillards scléreux, 1 femme très shockée.

Il faut renoncer à cette anesthésie chez les hyper- et les hypotendus et chez les enfants.

Les auteurs utilisent systématiquement la rachi et ne font l'anesthésie générale que contraints et forcés.

M. Guyot (de Bordeaux) emploie l'anesthésie rachidienne depuis plusieurs années. Snr un millier de cas il n'a jamais observé d'accidents paralytiques ni de mort.

Il utilise de préférence la rachi pour les interventions portant sur le membre inférieur, le périnée, l'anus et pour les hernies.

Il fait toujours précéder la rachi d'une injection sous-cutanée de caféine.

La syncaïne ou l'allocaïne à 5 p. 100 ont ses préférences. Il en injecte de 7 à 10 centigrammes.

L'anesthésie rachidienne est employée dans 15 p. 100 des opérations. Les autres interventions sont pratiquées sous narcose au mélange de Schleich.

L'auteur ne nie pas les inconvénients ni même les dangers de la rachi. Il considère cependant qu'elle est un progrès, un « pas en avant », en attendant la solution définitive à donner au problème toujours pendant de l'anesthésie chirurgicale.

M. V. Riche (de Montpellier). On a dit de la rachi-anesthésie qu'elle était une méthode infidèle et dangereuse. Elle n'est pas infidèle si on utilise une bonne technique et une bonne solution. La proportion des « ratés », qui diminue avec l'expérience du chirurgien peut descendre à 1 ou 2 p. 100 au maximum. En cas de résultat insuffisant, il ne faut pas craindre de pratiquer plusieurs injections successives à condition que l'intervention ne soit pas encore commencée.

Avec la novocaïne, la rachi est peu ou pas dangereuse entre des mains expérimentées.

L'auteur cite un seul cas de mort nettement imputable à la rachi. Il a cependant observé quelques alertes et paralysies respiratoires par des doses élevées de stovaïne.

Les petits incidents au cours de l'opération (pâleur, ralentissement du pouls, vomissements de la vingtième minute) sont loin d'être constants, même avec des doses élevées ; dans tous les cas ils ne gênent pas le chirurgien.

Quant aux accidents secondaires ils ont paru à l'auteur tout à fait exceptionnels. La prophylaxie et la thérapeutique en sont du reste connues. Deux cas de paralysies transitoires avec trouble des sphincters ont été observés ; ils ont disparu en un mois.

M. Auvray (de Paris), d'abord réfractaire à la rachi-anesthésie, a évolué à l'arrivée de la novocaïne.

Il ne croit pas que la rachi doive vivre simplement des contre-indications de l'anesthésie générale.

Plus que toute autre méthode elle est indiquée dans la chirurgie des membres inférieurs et du pelvis, assez peu cependant dans la chirurgie gynécologique.

Elle a ses contre-indications formelles chez les grands hémorragiques, les infectés, les intoxiqués, les cachectiques, les hypotendus.

L'auteur estime que les accidents méningés atteignent 2 p. 100 des cas, les vomissements prolongés 3,8 p. 100.

Il n'a jamais observé de troubles nerveux graves. Un seul cas de mort existe dans sa statistique, mais qui aurait pu se produire avec une autre anesthésie.

L'avenir est malgré tout à l'anesthésie locale et régionale dont il faut savoir étendre les indications.

M. Lardennois (de Reims) a commencé à pratiquer quelques rachi-cocaïnisations en 1900. A l'apparition de la stovaïne il revint à la méthode ; et en 1908, Chaput publiait en son nom à la Société de chirurgie 139 cas de rachi-cocaïnisation.

Il utilise actuellement la novocaïne ou la syncaïne.

Sa statistique globale à ce jour atteint 1.213 cas.

Il a eu à déplorer une mort rapide chez un vieux prostatique, des accidents de paraplégie et des escharres chez une femme de soixante-dix-huit ans opérée de hernie étranglée ; tout récemment, à la suite de l'ablation d'une adénopathie cancéreuse de l'aine, le malade, scléreux et fatigué succombe, le troisième jour, à un ictus. Dans quatre autres cas, alerte très vive mais guérison.

L'auteur estime qu'il faut limiter le domaine de la rachi à la chirurgie sous-ombilicale et avoir recours à des doses minimes de solutions récentes et pures, injectées lentement à l'aide d'une fine aiguille.

Il conseille l'injection pré-opératoire d'atropomorphine et d'huile camphrée s'il y a hypotension. Il met en garde contre le danger des brusques modifications d'attitude des centres encéphaliques.

La rachi est infiniment précieuse quand le decubitus ventral est nécessaire, dans le Wertheim, l'amputation du rectum, la cure des fistules vagino-vésicales hautes.

Elle est parfois l'ultime ressource chez les emphysémateux et pulmonaires où ni l'éther ni le chloroforme ne sauraient être utilisés.

M. Richard (de Paris) décrit avec soin sa technique. Il n'emploie qu'une solution de novocaïne-adrénaline injectée en decubitus latéral.

La position inclinée, tête basse, ne présente pas de danger. L'anesthésie sus-ombilicale et même thoracique doit être pratiquée prudemment avec de petites quantités de novocaïne.

L'hypotension et la cachexie sont les seules contre-indications.

La statistique globale de l'auteur porte sur 2.119 cas avec une mort sur la table d'opération. Il s'agissait d'un malade atteint d'une volumineuse tumeur du médiastin très adhérente ; encore n'est-il pas prouvé que cet accident soit vraiment dû à l'anesthésie.

Les incidents se résument comme suit : 3 syncopes, 2 paralysies des nerfs craniens, 6 tendances à la syncope, et seulement 3 p. 100 de rachialgies ; 2 échecs complets, 2 partiels et 2 hémi-anesthésies.

Cette méthode est parfaite dans la réduction des fractures difficiles. L'auteur croit que c'est là l'anesthésie de l'avenir, celle des jeunes générations chirurgicales.

M. André Chalier (de Lyon) est un grand partisan de la rachi qu'il pratique depuis vingt ans et dont il possède plusieurs milliers de cas. Il utilise une aiguille-trocart, très fine, à biseau court, longue de 10 centimètres et, comme produit, la solution de syncaïne à 5 p. 100 ; la dose employée est de 0 gr. 05 à 0 gr. 15, suivant les cas. Il soustrait très peu de liquide céphalo-rachidien, et ne fait pas de barbotage. Les « ratés » correspondent à des fautes de technique ; ils sont donc évitables, de même que la plupart des incidents ou accidents de la rachi : pour cela, il faut utiliser de fines aiguilles, une solution analgésique ayant déjà fait la preuve de sa relative innocuité et de la constance de son action ; il faut injecter la solution doucement, et déplacer les malades sans à-coup, très lentement. Il faut aussi choisir ses cas, et ne pas utiliser la rachi chez les hypotendus, les choqués, les anémiés, les grands infectés, les grands nerveux. Chez les malades en état d'occlusion, on peut l'utiliser, mais seulement chez les sujets qui ont une hernie étranglée ou une occlusion intestinale de date récente avec des signes d'intoxication modérée. Chalier n'a observé aucun phénomène paralytique durable. Il conclut en disant que la rachi est l'anesthésie de choix dans la plupart des opérations gynécologiques et même des opérations sous-ombilicales, en particulier dans les opérations longues ou difficiles, où elle fait gagner un temps précieux et accroît la sécurité grâce au splendide « silence abdominal », et aussi chez tels malades emphysémateux, bronchitiques, asthmatiques, où l'anesthésie par inhalation serait à la fois pénible et dangereuse.

M. Marquis (de Rennes) présente une statistique de 1.200 cas sans un seul décès.

Il a cependant observé deux accidents graves et de multiples incidents.

Le premier de ces accidents concerne un malade âgé et éthylique qui pendant trois mois fut quadriplégique.

Le second accident se rapporte à un opéré qui eut les pieds brûlés par le contact des bouillottes dont on avait garni son lit. La sensibilité ne revenant que très lentement, l'infirmière appliqua ces bouillottes trop tôt. Il en résulta une brûlure sérieuse.

Souvent l'auteur a constaté des troubles sphinctériens, des vomissements prolongés, des céphalées rebelles.

Ces accidents, notamment les céphalées, sont devenus plus rares depuis que l'auteur n'emploie plus que des solutions fraîches.

Malgré ces inconvénients, la rachi-anesthésie est une méthode d'avenir.

M. Viannay (de Saint-Etienne). En vingt ans,

l'auteur a pratiqué 331 rachi-anesthésies avec 2 morts.

Il a observé 8 p. 100 de « ratés » et des vomissements prolongés dans 1/3 des cas ; jamais de paralysies.

Son avis est que l'avenir appartient aux anesthésies locales régionales, épidurales, splanchniques et tronculaires.

M. Sénéchal (de Paris) confrontant les conclusions d'un de ses articles paru il y a vingt ans, dans la *Gazette médicale de Paris*, sur la rachi-anesthésie avec les conclusions actuelles des rapporteurs, constate que ces conclusions sont rigoureusement les mêmes :

Pas d'anesthésie haute, jamais au-dessus du diaphragme.

Réserver les anesthésies sus-ombilicales, inconstantes du reste, aux sujets devant subir une intervention sur l'estomac et ses annexes et dont l'état général est très précaire.

La zone sous-ombilicale est la zone de choix.

Outre la grosse contre-indication due à l'hypotension, la méthode reconnaît les mêmes contre-indications que l'anesthésie générale.

L'anesthésie rachidienne n'a donc fait aucun progrès en vingt ans.

En résumé, l'auteur ne voit aucun avantage sérieux à substituer à la narcose et aux anesthésies locale ou régionale l'anesthésie rachidienne qui peu ou prou touche la moelle, et comme il se refuserait formellement à l'accepter pour lui-même, il ne consent pas à l'appliquer à autrui.

M. Le Filiatre (de Paris) apporte une statistique de 10.000 cas.

Il n'emploie que la solution de cocaïne et procède toujours au barbotage après écoulement d'un peu de liquide céphalo-rachidien.

Il n'a jamais eu de mortalité et pourtant certains de ses malades ont subi la rachi jusqu'à cinq, six et sept fois.

Il ne croit pas que l'hypotension soit vraiment une contre-indication.

L'incident qu'il a observé le plus souvent est la céphalée, dans les proportions de 4 p. 100.

M. Masini (de Marseille) a pratiqué 300 rachi-anesthésies, les unes à la cocaïne, les autres à la syncaïne, à la scurocaïne et à l'allocaïne.

Il n'a observé qu'un incident syncopal duquel il est venu facilement à bout par la respiration artificielle et une piqûre de caféine.

La rachi-anesthésie présente des avantages dont le plus manifeste est le silence abdominal. Mais la méthode ne doit pas être employée chez un malade hypotendu. De plus, au cours des hystérectomies abdominales totales, l'émission toujours possible des matières fécales présente un danger d'infection du péritoine par l'intermédiaire du vagin. L'auteur conseille dans ce cas de garnir l'opérée d'un volumineux tampon de coton placé sous les fesses.

La rachi-anesthésie permet de supprimer un aide ; elle évite les complications pulmonaires qui surviennent souvent après les anesthésies à l'éther et au chloroforme.

L'auteur donne comme principales indications : le Wertheim, la gastrectomie, l'occlusion intestinale, l'ablation abdomino-périnéale du cancer rectal.

Les contre-indications sont le jeune âge, la sénilité, la syphilis.

Ce n'est pas là une panacée universelle. La rachi-anesthésie n'est pas non plus la méthode à employer en désespoir de cause. Ses indications habituelles sont la chirurgie sous-ombilicale, et particulièrement la chirurgie des membres.

L'auteur n'a pas l'expérience de la rachi-anesthésie haute. Il pense que ce procédé mérite d'attirer l'attention. Le jour où il sera au point on se trouvera en présence d'une anesthésie régionale. Pour chaque segment de membre on ponctionnera entre les vertèbres correspondantes et la chirurgie y gagnera en élégance et peut-être en sûreté opératoire.

(*A suivre.*)

Chastenet de Géry et Dariau.

Les Livres

Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

Vittorio Pettinari. — **Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire.** (Un vol. in-8 de 494 pages, avec 181 figures dans le texte. Prix : 70 francs.)

C'est une étude histologique, biologique, clinique et chirurgicale, qui permet au lecteur de se faire une idée exacte des cas dans lesquels la greffe est indiquée, des résultats que l'on peut en attendre, de la technique opératoire qu'il faut choisir afin d'avoir les meilleurs résultats.

Dans une première partie est étudiée l'histologie normale de l'ovaire dans toutes ses phases de transformation cyclique ; l'auteur expose en détail la technique et les résultats de ses expériences, qui ont porté sur plus de 350 animaux ; il examine les facteurs qui agissent sur la prise de la greffe, et suit soigneusement les modifications histologiques des greffons et leur action sur le receveur. La féminisation, l'hermaphrodisme expérimental, la greffe revitalisante, l'action du receveur et les lois de la greffe font l'objet de chapitres spéciaux.

Sur la base de sa large expérimentation et de nos connaissances les plus modernes, V. P. aborde la question importante de l'origine des hormones ova-

riennes, discute la théorie de la glande interstitielle, de l'action endocrinienne des cellules de la granuleuse et du corps jaune en cherchant à déterminer le rôle de chacune de ces formations.

Dans des paragraphes particuliers sont étudiées les différentes actions de l'ovaire, soit spécifiques soit aspécifiques, le déterminisme du développement mammaire et de la sécrétion lactée, la classification des caractères sexuels, du cycle sexuel, etc.

Dans la deuxième partie, après avoir exposé les applications humaines de la greffe et avoir cité les cas cliniques intéressants, l'auteur étudie en détail le rôle de l'ovaire, glande endocrine, dans la physiologie et la pathologie de la femme. Les troubles de la croissance, de la puberté, de la maturité, de la gestation, de la puerpéralité, de la ménopause sont successivement envisagés. Un chapitre entier est dédié à l'étude de la vieillesse et au problème de la greffe revitalisante ; un autre à l'exposition très détaillée et à la discussion des indications et des contre-indications à l'implantation ovarienne.

Après quelques considérations sur la greffe et l'eugénique, sur les applications vétérinaires, vient enfin une série de conclusions schématiques, qui résument brièvement la vaste matière traitée, ainsi qu'une bibliographie complète sur la greffe de l'ovaire.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Pr H. BORDIER (de Lyon). — **Diathermie et diathermothérapie**. Préface de BERGONIÉ. (Un vol. in-8 de 630 pages avec 210 figures, 4e édit. revue et augmentée, 1928. Prix : 60 francs.)

Tout le corps médical s'intéresse aux oscillations électriques de toute fréquence et à leurs remarquables effets physiologiques et thérapeutiques : la diathermie est en train de conquérir la juste place qu'elle mérite dans l'arsenal thérapeutique. Celle-ci dérive des découvertes faites sur les courants de haute fréquence, soit à oscillations amorties avec étincelles longues à l'éclateur, soit à oscillations non amorties avec étincelles courtes.

L'auteur développe le chapitre se rapportant à la propagation des courants de haute fréquence en général à travers les milieux électrolytiques et colloïdaux, et surtout à travers les tissus vivants : c'est une question fondamentale pour le médecin, qui désire être instruit sur les circonstances, qui accompagnent et régissent les lois complexes de cette propagation.

La diathermie chirurgicale et la diathermie médicale comportent des chapitres nouveaux ; la diathermo-coagulation prend une importance toujours plus grande dans les centres anticancéreux, et celle-ci est nettement supérieure aux rayons X et au radium. On verra avec intérêt les guérisons remarquables obtenues sur un certain nombre de victimes des petites et des fortes doses de rayons X (cancer des radiologistes et radiodermites ulcéreuses).

A signaler, dans l'ordre médical, le traitement de la polyomyélite antérieure aiguë.

GASTON DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

G. PAPACOSTAS et J. GATÉ, de l'Institut Pasteur de Lyon. — **Les associations microbiennes ; leurs applications thérapeutiques.** (1 vol. in-8° de 410 pages : 20 francs.)

Après un chapitre de généralités sur la symbiose et le parasitisme chez les végétaux, les animaux et les bactéries, les auteurs étudient les associations microbiennes proprement dites, qu'ils classent suivant le milieu où elles s'opèrent et suivant leur résultat final : associations microbiennes *in vitro*, avec leurs deux modalités : stimulation et antibiose ; associations microbiennes *in vivo* avec leurs deux types, synergie et antagonisme. Certaines questions secondaires comme l'action de certains microbes sur certaines toxines microbiennes, comme le problème des milieux dits « vaccinés » (auto-antibiose) sont également envisagés par les auteurs. Il en est de même de la question si mal précisée de la concurrence vitale entre bactéries.

Dans un court chapitre, annexé au mécanisme des associations microbiennes, les auteurs rapportent leurs recherches expérimentales sur les associations microbiennes dans la diphtérie, recherches qui illustrent parfaitement les différentes modalités possibles de ces associations.

Enfin, dans un chapitre de pratique, sont étudiées les acquisitions de la bactériothérapie (action thérapeutique des ferments lactiques, de la pyocyanose des levures, etc.).

Une riche bibliographie complète l'ouvrage qui comprend, de plus, un index alphabétique des différents microbes étudiés, permettant au lecteur de trouver rapidement le sujet qui l'intéresse.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La thérapeutique du cancer.

Devant la recrudescence des maladies cancéreuses constatée depuis plusieurs années, le corps médical du monde entier s'est ému, et, de tous côtés, la lutte s'engage pour combattre le terrible fléau.

On ne combat efficacement une chose que quand on en connaît bien la nature et les origines. A l'heure actuelle, les théories sur l'étiologie et la pathogénie du cancer ont évolué, et le cancer semble maintenant devoir être considéré comme une maladie générale dont la tumeur n'est qu'une conséquence tardive, une localisation de la dernière heure qui doit être tenue pour l'ultime réaction de l'organisme et, sa dernière défense.

De nombreux mois, de nombreuses années peut-être se sont passés entre l'apparition de la diathèse et le diagnostic clinique de l'affection. Il est donc essentiel que le diagnostic précoce puisse être fait, et, à ce moment, une thérapeutique appropriée établie.

C'est qu'en effet, le cancer étant maladie générale, son apparition est précédée d'une période d'invasion avec troubles, malaises, réactions et modifications organiques que le praticien a tout intérêt à connaître. Malheureusement, aucun de ces signes, aucune de ces réactions n'est pathognomonique de la diathèse, et ce n'est que par recoupement utilement interprété que peut naître la certitude.

Bien fragiles ont été les théories parasitaires ou cellulaires expliquant la genèse du cancer, bien fragiles aussi, et bien désolants, hélas ! sont encore les traitements proposés.

L'hypothèse est génératrice de vérité quand, provoquée par des observations et des constatations, elle se trouve ensuite démontrée par l'expérimentation, le laboratoire, et confirmée surtout par les résultats obtenus.

Depuis plus de quinze ans, le docteur Baronaki s'est acharné à la solution de l'angoissant problème. Certainement, il est le premier à avoir pensé ce que beaucoup pensent maintenant. A l'appui de sa méthode, il apporte des preuves expérimentales et des observations qui éclairent la genèse du cancer et aussi résolvent en grande partie sa thérapeutique.

Pour le docteur Baronaki, la diathèse cancéreuse initiale a pour origine une déficience et une viciation des sécrétions des glandes à sécrétion interne. Ces déviations ont pour conséquences des modifications séro-sanguines, ainsi que des ferments physiologiques amenant une rupture d'équilibre entre les éléments tissulaires et le milieu organique. D'où il résulte que la cellule atteinte dans sa nutrition et dans sa stabilité physiologique est susceptible de devenir le siège d'une lésion.

Le docteur Baronaki a donc sur ces principes, en parfaite concordance avec sa conception, établi un traitement organo-chimique qui, après de longues années d'expérimentation, a aujourd'hui fait ses preuves.

Appliqué par lui-même, par ses collaborateurs, par de nombreux médecins de tous pays et expérimenté dans différents services des hôpitaux de Paris et de province, le traitement du docteur Baronaki a à son actif des résultats inespérés et a toujours procuré une amélioration notable de l'état des malades. L'observation ci-après vient de confimer l'efficacité de la méthade Baronaki.

Le 17 juillet 1928, Mme P., 69 ans, habitant le centre de la France, vient consulter à Paris pour une affection des organes génitaux. Elle voit sur nos conseils un chirurgien des hôpitaux de Paris qui me transmet le diagnostic suivant : orifice du col entouré de petites végétations peu saignantes, cavité corporéale libre, l'exploration ramène un peu de sang. L'examen du reste du corps révèle une grosse adénopathie sus-claviculaire gauche — ganglions durs non douloureux — conclusions : forme diffuse d'épithélioma du corps utérin, déterminant peu de pertes, mais déjà métastasé dans les ganglions.

Le lendemain, le diagnostic est confirmé par un second chirurgien des hôpitaux de Paris.

Nous décidons, d'accord avec la famille et le médecin traitant de lui appliquer le traitement Baronaki.

Au bout de deux mois de traitement, le médecin traitant m'écrit : Mme P., va beaucoup mieux et a repris un excellent moral. La congestion des bases a complètement disparu, de même que la toux et l'essoufflement, appétit régulier et digestion bonne.

Les ganglions de la région sus-claviculaire sont très diminués en volume. Quant à l'état local, les végétations s'effacent, pas de pertes, aucun suintement. Augmentation régulière du poids. Donc, notable amélioration.

Aussi, en présence de l'intérêt social que présente la divulgation et la généralisation de cette méthode, des dispositions viennent d'être prises, qui permettront au Dr Baronaki de poursuivre ses travaux et ses recherches, et à tous les médecins de faire un essai loyal du traitement, et d'en être ainsi les meilleurs juges.

Souhaitons qu'il en puisse ressortir la preuve de l'efficacité de ce traitement contre le terrible fléau.

Dr L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX

(4-8 Novembre 1928)

Bordeaux, — Université girondine qui brille, dans le Sud-Ouest, comme un phare lumineux dont les éclats projettent, sur le monde entier, leur part de rayonnement de la pensée française ! Toute la substance scientifique dépensée au cours de ces quatre journées, auxquelles j'ai assisté inconnu et perdu dans la foule, est l'indiscutable confirmation, dans le domaine de la médecine, et de ses annexes, la pharmacie et l'art dentaire, de la proposition par laquelle je commence ce compte rendu.

L'inauguration solennelle, le dimanche 4, en a été précédée par la rentrée d'automne de la Faculté coïncidant avec la célébration de son Cinquantenaire. Amphithéâtre plein à craquer. Dans l'hémicycle, à la présidence, M. le Recteur Dumas et M. le Doyen Sigalas, MM. les professeurs Goyanez, de Madrid, et Egas Moniz, de Lisbonne, en toge d'apparat, avec un collet largement étoffé de soie jaune, et une curieuse toque frangée d'or. MM. les médecins généraux inspecteurs TOUBERT et RIGOLLET, représentant M. le Ministre de la guerre, M. le médecin général BRUGERE, représentant le Ministre de la Marine. Nos amis, le Doyen Euzière, le professeur Paul Delmas, de Montpellier, le professeur Bardier, de Toulouse. Les représentants du Préfet et du Maire, tous les professeurs et agrégés en exercice, en robe, les professeurs honoraires, et diverses personnalités éminentes de la ville.

Remarquable discours de M. le Doyen Sigalas, qui fait l'historique de la Faculté de médecine et de pharmacie, dont les origines remontent jusqu'au IVe siècle, et au poète Ausone, fils et petit-fils de médecins, rendant grâce aux professeurs de Bordeaux « .... qui ont apporté une gloire immortelle à l'art médical et au dogme de Platon... »

« Messieurs, je m'arrête, s'écria le Doyen, dans sa péroraison, en m'excusant d'avoir trop longtemps retenu votre attention bienveillante, mais je sentais ne pouvoir mieux honorer cette Faculté qu'en fermant le livre de son cinquantenaire sur le tryptique où se détachent, en traits si éclatants, les grandes figures d'Arnozan, de Pitres et de Lagrange, qui furent l'honneur de notre Université et la gloire de la médecine française.

« Pour les institutions, comme pour les individus, c'est sur le passé qu'est basée la force du présent et que se fonde l'espoir de l'avenir.

« D'avoir évoqué quelques instants ce passé devant vous, je me sens pénétré de sentiments d'admiration et de reconnaissance pour ceux qui l'ont créé et qui nous l'ont légué ; je me sens aussi plein de confiance en l'avenir toujours plus beau et toujours plus prospère d'une Maison dont maîtres et élèves, au cours du dernier demi-siècle, ont si bien su faire honneur à la noble devise gravée sur le parvis de notre vestibule :

Pour la Science, pour la Cité, pour la Patrie. »

MM. les médecins généraux Toubert, Rigollet et Brugère lisent respectivement les adresses du service de santé métropolitain, colonial et naval. MM. Euzière et Bardier saluent la Faculté de Bordeaux au nom de ses sœurs montpelliéraine et toulousaine.

Le Recteur, au milieu de l'enthousiasme général, remit ensuite à MM. Goyanez et Egas Moniz le diplôme de docteur en médecine *honoris causa* de Bordeaux, en même temps que, dans une allocution pleine de finesse, et de hauteur de pensée, il exposait les raisons qui justifiaient l'attribution de cette distrinction à des confrères si qualifiés, et si franchement amis de la France.

Rapports fort intéressants de M. le professeur honoraire Dubreuilh, sur l'enseignement médical depuis la création de la Faculté de Bordeaux ; de M. le professeur honoraire Pousson, sur cinquante ans de chirurgie à la Faculté ; de M. le professeur honoraire Moure sur les spécialités médico-chirurgicales ; et de M. le professeur honoraire Le Dantec sur la médecine coloniale.

A propos du rapport relatif à l'histoire de la chirurgie bordelaise, je releverai ce détail, qui me permet de rendre l'hommage qu'il mérite à mon excellent ami M. le professeur agrégé Jeanneney. Lorsque le distingué rapporteur en

arriva à citer son nom et ses beaux travaux sur le cancer et sur la chirurgie des vaisseaux, une salve nourrie d'applaudissements éclata dans l'assistance, parmi les jeunes étudiants qui s'y trouvaient en nombre imposant. Et j'en entendis, près de moi s'écrier : « Ah Jeanneney, Jeanneney ! » d'un ton sympathiquement admiratif... Si la qualité d'un enseignement se mesure à la popularité dont jouit le professeur parmi les élèves, m'est avis que celui de Jeanneney doit connaître un joli succès...

***

Immédiatement après la célébration du Cinquantenaire de la Faculté eut lieu l'inauguration des Journées médicales, par le Président du Comité, M. le professeur M. Verger, entouré du Recteur, du Doyen, du D^r^ Rousseau St-Philippe, Président de la Société départementale de l'Association générale, de M. le D^r^ Legros, président du Syndicat des médecins de la Gironde ; de MM. les D^rs^ Cruchet, Creyx, Jeanneney, Vergely, etc.

Très beau discours de M. Verger, d'où j'extrais les passages suivants :

« C'est un truisme bien rabattu, et sur lequel je n'aurai garde d'insister, qu'en médecine, les conceptions et les techniques se transforment avec une rapidité prodigieuse qui nous condamne à la condition d'étudiants à perpétuité. Et c'est une autre vérité, je crois non moins incontestable, que parmi les médecins, ceux qui ont charge d'enseigner se trouvent, par la nature même de leurs fonctions et par les moyens mis à leur disposition, les mieux à même de suivre de près ces transformations dont je viens de parler, de participer à l'élaboration des idées nouvelles et d'en faire la critique. Si, dès lors, il est nécessaire que le médecin étudie sans cesse, il ne peut qu'être profitable à tous que quelques-uns fassent métier de mâcher la besogne à leurs confrères accablés par le dur labeur professionnel quotidien...

... Dirai-je maintenant plus que jamais qu'il est nécessaire, non seulement de nous bien pénétrer du sentiment de solidarité, mais encore de l'affirmer bien haut ... La médecine doit être respectable pour être efficace, et on peut dire que les sociétés ont les médecins qu'elles méritent ; bons, instruits et secourables pour celles qui savent honorer leur savoir et respecter leurs vertus ; médiocres et dangereux pour celles qui, insouciantes ou légères, s'obstinent à les abaisser de toutes les manières...

... Une tradition constante fait participer aux Journées médicales la médecine militaire et il importe de la maintenir. Entre médecins militaires de carrière et médecins civils qui, au surplus, sont tous plus ou moins des militaires virtuels, il ne saurait exister de barrières. Bordeaux, siège de l'Ecole principale du Service de santé de la marine et des troupes coloniales, se devait d'y joindre les représentants de ces deux corps liés à nous par une camaraderie d'école que l'éloignement ne saurait effacer. Le mélange des étudiants civils avec les élèves des corps militaires maritimes et coloniaux dans notre Faculté est pour nous tous une circonstance heureuse ; il assure la communauté d'un même esprit professionnel, de cette âme collective dont je parlais tout à l'heure. Et ainsi, quel que soit l'habit qu'ils portent, les médecins restent confrères au vrai sens du mot....

... Dans cette Maison, vous êtes chez vous, toutes les mains se tendent vers vous. Déjà sur ces bancs vénérables, vous vous sentez rajeunis, j'en suis sûr. Demain, redevenus étudiants pour de bon, sinon pour longtemps, vous serez redevenus tout à fait jeunes. Et c'est là grâce que je vous souhaite, parce qu'il y faut de l'ardeur et de la gaité. »

***

Dès le lundi matin, commencent, dans les services hospitaliers, aussi bien qu'à la Faculté, les démonstrations, les opérations, les conférences, les consultations... Programme très substantiel, où tous les goûts ont pu se satisfaire.

Je rappellerai brièvement les sujets traités dans l'Amphithéâtre de la Faculté.

Traitement de l'appendicite, par M. Bégouin. — Traitement médical, qui n'est au demeurant que de l'hygiène : glace en permanence sur le ventre ; application ininterrompue, d'où nécessité de disposer de deux vessies, de telle sorte que dès que la glace de l'une d'elles est fondue, on puisse immédiatement et sans délai la remplacer par l'autre. Diète absolue. Pas même une gorgée d'eau, durant quatre, cinq, huit jours même, en dépit des objurgations de l'entourage du malade. Rigueur compensée par des injections abondantes dans le tissu sous-cutané de sérums artificiels...20 à 30 % de mortalité. C'est à la chirurgie qu'il faut recourir opportunément.

Lutte contre la syphilis, par M. Petges. —Il faut faire un diagnostic aussi précoce que possible, chercher le germe pathogène dès le premier jour. Il ne faut pas se contenter de blanchir la façade ; mais poursuivre la guérison... Trois médications sont à retenir :

Les arsénobenzènes, au tout premier plan ;

Le bismuth et le mercure, sur le même plan, loin derrière les arsénobenzènes.

Lutte contre la mortalité infantile (traitement préventif et curatif de la diphtérie), par M. Cruchet. — Il y a des diphtéries simples et des diphtéries malignes... La nocivité de la diphtérie est sans doute plus grande de nos jours qu'il y a vingt ans et plus.... L'angine maligne, à début insidieux, évolue lentement... Dans la diphtérie simple, il faut injecter de 60 à 80 cm. de sérum par jour, durant trois à quatre jours, de manière

à atteindre une dose totale de 200 à 300 cmc. Dans les formes malignes, on injectera d'emblée 100 cmc. par jour, et on ne craindra pas d'atteindre des doses totales de 400, 600 et 800 cmc. de sérum, en utilisant les voies intra-musculaire, sous-cutanée, intra-veineuse et transpéritonéale. ... Le sérum purifié, désalbuminé, est mieux supporté... Les doses fortes de sérum n'exposent pas plus aux accidents sériques que les moyennes et les faibles... L'anatoxine est particulièrement recommandable...

Un film, projeté à la fin de cette conférence, nous montra les effets de la transfusion du sang du cheval au chien, selon qu'elle est pratiquée lentement ou rapidement. Dans le premier cas, pas de réaction ; la transfusion terminée, l'animal est en excellente forme. Dans le second cas, troubles respiratoires allant en s'accentuant, et mort de l'animal avant la fin de la transfusion.

Les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie, par M. Guyot. — C'est du pneumo-péritoine, de l'insufflation tubaire et de la radiographie après injection de lipiodol, que le distingué professeur nous entretiendra. Mais, en clinicien averti, il saura nous rappeler, sur un ton plaisant, qui fut sympathiquement accueilli, que la clinique conserve tous ses droits, et que le diagnostic gynécologique s'appuiera valablement sur certaines investigations qui ne doivent jamais être négligées : examen des seins. « *Les seins nous appartiennent... La goutte de colcstrum que nous ferons jaillir d'un mamelon fortement aréolé nous orientera vers la grossesse...* » Le toucher rectal est de la plus haute importance. Chez les vierges, c'est le seul mode d'exploration possible du petit bassin... La biopsie est indispensable... Elle renseigne sur la nature des tissus néoformés : inflammatoires ou organiques... Gros succès pour M. Guyot.

Le syndrome vestibulaire, par M. Portmann.

Diabète et insuline, par M. P. Mauriac.

L'encéphalomyélite épidémique, par M. Verger. — Très gros succès pour le sympathique professeur qui tint son auditoire sous le charme de sa bonhomie et de son humour, durant une heure et demie, sans que celui-ci manifestât le moindre signe d'inattention. C'est en 1917, à Bar-le-Duc, que furent observés les premiers cas de l'affection qui fut alors désignée sous le nom d'encéphalomyélite épidémique, qui lui fut donné par ceux qui la décrivirent, et parmi eux, Cruchet. Quelques mois après, von Œconomo, à Vienne, décrivait la même entité, sous le nom d'encéphalite léthargique... Plus tard, les Sociétés savantes parisiennes s'en saisirent et lui firent une large place dans leurs discussions. Mais il n'est pas douteux que certaines affections mal connues autrefois, mais cependant signalées, ressortissent à l'encéphalomyélite : la chorée électrique, de Dubini ; le vertige paralysant, de Gerlier...

Les signes cardinaux de l'encéphalomyélite sont l'hypersomnie, la diplopie, la fièvre et les myoclonies... Il faut y penser toujours : c'est le seul moyen de ne pas passer à côté du diagnostic d'une affection si variable dans sa symptomatologie, et son évolution...

Les traitements modernes de l'infection puerpérale, par M. Andérodias. — Après avoir fait la critique serrée de tous les traitements prônés jadis, et tombés maintenant en discrédit, le conférencier s'étend sur l'ensemble des méthodes qui, dans son service hospitalier, ont fait tomber la mortalité des accouchées, en 46 mois, aux environs de 0.

Ces méthodes sont la vaccination locale, le vaccin étant porté directement au contact des plaies vulvo-vagino-utérines ; l'abcès de fixation; les injections d'arsénobenzènes : 914 intraveineux, et mieux, sulfarsénol intra-musculaire, plus maniable et très efficace aux doses de 0.12 à 0.18.

Lutte contre le cancer, par M. Rechou.

La vie cellulaire du cancer, par M. Bonnin.

Lutte contre la tuberculose, par M. Leuret. — « Je suis un briseur de dogmes », proclame-t-il, avec un beau courage, au début de sa conférence. Et, de fait, une heure après, il ne reste plus rien, des sérums et vaccins divers (Jousset, Rappin, Vaudremer). Le B. C. G. lui-même en prend pour son grade. Le pneumo ? Indications précises. La cure sanatoriale elle-même, avec sa triade antique : repos, air pur, suralimentation, se discute... La suralimentation fatigue les voies digestives qui doivent au contraire être respectées. Le repos fait des obèses sans musculature. ... Le tuberculeux va mieux, qui demande à travailler ... et travaille. Les sels de terres rares, la sanocrysine, les tuberculines ? D'action douteuse.

Quoi donc, alors ? La tuberculose est une maladie générale avant de se localiser en foyer. Le chancre d'inoculation est un leurre. Septicémie, la tuberculose se localise ensuite... Le bacille tuberculeux est un champignon... L'immunité n'existe pas... Les sérums et les tuberculines ont cependant leur indication : créer autour des foyers des zones de congestion qui se scléroseront et enkysteront les bacilles...

Transports-hôpitaux pendant la guerre, par M. Oudard.

Du rôle du matériel dans l'organisation de guerre du Service de santé militaire, par M. Toubert. — Triple matériel, et d'hospitalisation, et de transport, et de traitement. Créé au fur et à mesure que les leçons de la guerre, et ses nécessités, en exigèrent la mise au point. Actuellement, il y aurait intérêt à utiliser, pour des fins civiles, un matériel qui a fait ses preuves.

La fièvre jaune, par M. Léger.

Les deux professeurs étrangers, Goyanez et

Egas Moniz, ont donné chacun une conférence ; le premier sur la *Chirurgie des vaisseaux*, audacieuse jusqu'à extirper les anévrysmes de l'aorte abdominale... Le second sur l'*Encéphalographie artérielle.*

***

Je dois une mention particulière à la conférence de M. le Dr Specklin, sur les *Répercussions des assurances sociales sur la vie professionnelle en Alsace.*

Rien que nous ne sachions déjà et que nous n'ayons déjà publié, tant à la suite de l'enquête faite par mon collègue et ami Lacroix, sur place, que des correspondances échangées, il y a quelques années, avec M. Specklin lui-même.

La médecine de Caisses est une médecine bureaucratique et administrative ; son intérêt est plus que médiocre... La besogne du médecin n'en est pas moins considérable... De trois à cinq fois plus forte... Et quelle besogne ? ? ? Et combien peu payée ? ? ? Forfait remis par les Caisses aux Syndicats médicaux qui le répartissent entre les médecins au prorata des soins qu'lis ont donnés, ceux-ci comptés aux points ou au bulletin... Réservées aux travailleurs, les Assurances sociales empiètent sur la classe moyenne et consentent ainsi au traitement au rabais des malades aisés... Le paiement au forfait est d'ailleurs d'une immoralité flagrante... Il aboutit à des honoraires dérisoires...

Seul, le paiement direct est capable, en vieille France, de faire un sérieux contrepoids à tous ces inconvénients...

Dans ce ciel infiniment sombre, un coin bleu : la mortalité, en Alsace, est de trois à quatre % moins élevée que dans toute la France. En 1922, elle était de 14,2 % contre 17,6 % ; en 1923, de 13,8 % contre 17 %...

Mais l'orateur s'empresse d'en rapporter le bénéfice à l'Hygiène publique... Toutefois, il convient que les ressources des Caisses invalidité leur ont permis de faire édifier des hôpitaux, des maternités, des sanatoriums, des dispensaires ...

Ce que M. Specklin n'a pas dit, mais ce qui ressort à l'évidence de son exposé, c'est que le corps médical alsacien, *puissamment organisé au point de vue syndical*, n'en accepte pas moins le régime des Assurances sociales, tel que nous le connaissons... C'est peut être, tout de même, qu'il s'en accommode... Ce qui m'a été confirmé récemment par une très haute personnailté de la région.

Ce qui ne veut pas dire que nous ne devons pas lutter de toutes nos forces pour qu'un pareil régime soit épargné au corps médical lors de la mise en application de la loi du 5 avril 1928, fixée au premier janvier 1930. Je publierai *in extenso* la conférence de M. Specklin.

***

Tandis que se déroulaient les différentes parties du programme médical, des exercices et démonstrations pratiques avaient lieu dans les branches physiques et naturelles, pharmaceutique, stomatologique et odontologique.

D'autre part, une démonstration concernant le fonctionnement d'une formation sanitaire, un bloc médico-chirurgical de corps d'armée, avait lieu aux docks du Service de santé.

Enfin, une exposition réunissant les principales firmes pharmaceutiques et sources thermales fut très remarquée et attira de nombreux visiteurs dans l'Atrium de la Faculté où elle se tenait, malheureusement avec un éclairage insuffisant.

***

Des fêtes et réceptions ont eu lieu, au cours des Journées médicales de Bordeaux.

Le lundi 5, gala au Grand Théâtre, en faveur de l'érection d'un monument à Dixmude. Deux parties très distinctes : une conférence profondément émotionnante, du commandant Gamas, sur l'épopée de la brigade de fusiliers marins, dont il fit partie comme commandant de compagnie. La présence d'une section de fusiliers marins, en armes et rendant les honneurs, donnait à cette manifestation un caractère infiniment noble et impressionnant.

Une pièce inédite intitulée : *Médecin*, d'un jeune auteur. J'en copie l'analyse dans le programme :

« Le Dr Honoré Deslandes, maire d'un petit village, consacre toute son activité et tout son cœur au bien de ses semblables. Riche, il est désintéressé. Disparaissant soudain, avec la fortune du médecin, Maître Rosemond, son notaire, sera-t-il poursuivi en justice ? Malgré les objurgations d'un vieil ami, le Dr Deslandes se refuse à dénoncer le coupable. Il a connu le notaire tout enfant, il aime la famille du malheureux. Il aime surtout la petite Geneviève, amie de jeu de ses propres fils.

« La guerre éclate. Le vieux médecin a repris le poste abandonné par son fils mobilisé qui lui avait succédé pendant quelques mois à peine. Dirigeant une ambulance, au front, le fils du Dr Deslandes se dévoue particulièrement au chevet d'un légionnaire, admirable de bravoure, qui semblait rechercher la mort. Le blessé n'est autre que le notaire qui, trop oublieux de ses devoirs, n'a pu demeurer sourd à l'appel de la patrie.

« Après plusieurs scènes émouvantes, le notaire

reprend place au foyer qu'il abandonna et le jeune Maxime épouse sa fille. »

Le vieux Dr H. Deslandes est une réplique du type créé par Balzac

Toujours prompt à répondre aux appels de ses clients, quelle que soit l'heure, quels que soient ses espoirs de rémunération ; non seulement ne réclamant pas d'honoraires, mais encore apportant lui-même les médicaments payés de sa poche ; et recevant en échange les lièvres braconnés dans les bois voisins.. Pièce pour patronage, ai-je entendu dire autour de moi. Cela m'a paru assez exact, encore que très bien montée et jouée.

Au Théâtre Français avait eu lieu, en matinée, une conférence du commandant Guerre sur la défense de Tahiti contre l'escadre allemande en 1914 et la projection d'un très beau film sur Chopin, souligné par une partie musicale faite des œuvres du maître.

Le mercredi, le Comité reçut brillamment les congressistes dans une soirée au cours de laquelle un joli programme artistique fut exécuté.

Le jeudi soir, les Journées médicales de Bordeaux furent clôturées par un excellent banquet qui groupait environ 150 convives.

« Au dessert, M. le professeur Verger, président du Comité d'organisation se félicita du grand succès des Journées de Bordeaux et adressa ses plus vifs remerciements à tous ceux qui en avaient été les animateurs : les conférenciers, les médecins et pharmaciens de la Gironde et de la région venus très nombreux, la Faculté de médecine.

« Le distingué président salua fort aimablement les dames qui avaient accompagné leurs maris à ces manifestations de la vie professionnelle. Il leva son verre au maintien et au developpement de la confraternité médicale.

« M. Chaintrier présenta les excuses de M. le Préfet de la Gironde ; il exprima la haute considération du représentant du Gouvernement pour le corps médical bordelais ; il termina par le toast traditionel au Président de la République.

« M. le docteur Ginestous, adjoint au maire, délégué à la division de l'hygiène, rappelant les progrès les plus récemment réalisés, rendit hommage à tous ceux qui, médecins et membres de la municipalité, en ont été les dévoués réalisateurs.

« M. le général Mittelhaüser remercia chaleureusement la Faculté de médecine de l'accueil particulièrement affable qu'elle réserve aux médecins militaires.

« M. le médecin inspecteur général Toubert parla au nom du service de santé militaire, de la marine et des colonies. Il affirma l'étroite solidarité qui unit, les médecins quel que soit le terrain sur lequel s'exerce leur acivité.

« M. le docteur Imianitoff, représentant le *Bruxelles-Médical*, rendit un sincère hommage aux médecins et pharmaciens qui, par leur empressement, ont assuré l'éclatant succès des fournées médicales.

M. le professeur Bardier, de la Faculté de Toulouse, rappelle l'utilité pratique des Journées médicales et leur bienfaisante action. Il rappelle que l'idée, née à Toulouse, fut magnifiquement réalisée à Montpellier, puis à Marseille et enfin à Bordeaux, où, dès le principe, elle était assurée du plus favorable accueil.

« M. le docteur Rousseau-Saint-Philippe leva son verre en l'honneur du doyen Sigalas et du corps enseignant de la Faculté de médecine.

« M. le docteur Legros, président du Syndicat des médecins bordelais, boit au maintien des belles traditions du corps médical français, qui permettent à tous de poursuivre leur carrière toute d'honneur et de dévouement.

« M. le doyen Sigalas a apporté ses chaleureuses félicitations aux organisateurs des Journées médicalles : il a loué le judicieux éclectisme qui a présidé à l'élaboration du programme et levé son verre à l'union de plus en plus étroite de tous les membres de la grande famille médicale.

« Ainsi se sont terminées ces journées dont tous ceux qui y ont assisté emportent le plus agréablee souvenir, tout en y ayant bien souvent trouvé de précieux enseignements (1).

***

J'ai été personnellement l'objet d'attentions délicates de la part de Madame Jeanneney, qui a bien voulu me convier à m'asseoir à sa table de famille, en compagnie de charmants confrères, empressés à me dire le plus grand bien du *Concours médical*. Je lui en exprime, ainsi qu'à mon ami M. le Dr Jeanneney, ma bien vive gratitude.

Dr G. DUCHESNE.

(1) Extrait de la *Petite Gironde*.

DU CONTRAT DE REMPLACEMENT

Droits et obligations réciproques du remplacé et du remplaçant.

Dans ses « Eléments de Jurisprudence médicale » (p. 121), M. Perreau, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse, définit ainsi le contrat de remplacement : « La convention par laquelle un médecin s'engage envers un de ses confrères à donner temporairement les soins de son art, en ses lieu et place, à sa clientèle, pour la lui conserver. »

Par conséquent, le but principal de la convention, c'est de conserver la clientèle du remplacé, clientèle qui pourrait s'égailler, pendant l'absence du titulaire du poste et grossir le nombre des clients des autres confrères, installés dans la même ville, ou dans la région.

Le principal bénéficiaire de ce contrat de remplacement, c'est le remplacé. C'est ce dernier qui recherche un remplaçant, soit parmi les docteurs en médecine, soit parmi les étudiants, qui se sont conformés aux dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892.

La meilleure preuve en est dans la considération de certaines clauses du contrat.

Ainsi, la plupart du temps, le remplacé prend à sa charge tous les frais du remplaçant : il paye le voyage en première ou seconde classe, aller et retour ; il loge, nourrit le remplaçant, assure ses frais de transport, met à sa disposition ses instruments, son installation professionnelle, etc.

Dans certains cas même, il prend la précaution de faire inscrire, dans sa police d'assurances contre les risques de l'automobile, une clause par laquelle le remplaçant, comme le remplacé, sont couverts par la garantie de l'assurance, au cas où le remplaçant occasionnerait un accident, en conduisant lui-même l'automobile du remplacé.

Enfin, le remplacé alloue une rémunération à son remplaçant : tantôt — et c'est la grande marorité des cas — une indemnité journalière et forfaitaire est convenue, en faveur du remplaçant, à charge, pour celui-ci, de donner intégralement au remplacé le montant des honoraires, qu'il aura perçus, ainsi que les créances, pour soins donnés et non payés comptant.

Tantôt, lorsqu'il s'agit de remplacement fait par des confrères habitant la même localité, le remplacé abondonne tout ou partie des honoraires touchés ; ou bien il renonce au comptant, se réservant le recouvrement personnel des honoraires à crédit.

En retour des avantages qui lui sont ainsi concédés, le remplaçant promet au remplacé de gérer au mieux ses intérêts professionnels, d'apporter tout son soin, tout son zèle, dans l'exercice de son remplacement, d'éviter l'exode de la clientèle vers d'autres cabinets médicaux.

Enfin, très souvent la convention écrite comporte, pour le remplaçant, l'engagement de ne pas s'installer, pendant un temps déterminé, dans un rayon fixé d'avance, sous peine d'indemnités pécuiniaires au profit du remplacé. Plusieurs décisions de jurisprudence ont consacré la validité de pareil engagement (Cour de Paris, 5e chambre, 16 août 1902, confirmant trib. civ. Pontoise, 2 avril 1901 ; Trib. civ. Auch, 26 juillet 1908, confirmé par Agen, 7 février 1910 ; Trib. civ. Seine (4e ch.), 15 janvier 1925).

Citons encore une décision du juge de paix du 2e canton de Marseille, du 6 août 1912 : un remplaçant ne peut remplacer un second médecin, sans le consentement du premier, pour la même localité.

Ainsi, tout ce qui précède prouve que le remplacement est une convention, faite au profit du remplacé. Cela est si vrai que le remplaçant ne peut pas réclamer des honoraires supérieurs à ceux que demande le remplacé à sa clientèle : tenant ici ses lieu et place, il n'a pas de droits plus étendus que les siens et les clients, en s'adressant au remplaçant, n'ont certainement pas eu l'intention de modifier leurs habitudes (trib. civ. Lyon, 21 février 1882 ; Floquet, Code des honoraires médicaux, II, p. 517).

En second lieu, lorsque le remplaçant est un docteur en médecine habitant la même localité que son confrère, il doit faire passer les intérêts du remplacé avant les siens propres : il doit faire le nécessaire, pour que les clients du confrère soient bien examinés, vus en temps utile, pour que ces malades puissent compter sur le remplaçant : ce dernier s'exposerait même, en cas de négligence, à des dommages-intérêts envers le remplacé.

Envisageons maintenant un autre point de vue.

Lorsque le remplacé demande au remplaçant le service d'assurer sa clientèle, pendant son absence, il doit rémunérer le service, qui lui est rendu. Il se forme, en quelque sorte, un contrat de louage de travail, ou un contrat d'entreprise ; mais quelle que soit la définition juridique qu'on puisse attribuer à pareille convention, il n'en reste pas moins le fait, c'est que, pour conserver sa clientèle, le remplacé doit non seulement défrayer de toutes dépenses celui qui le remplace, mais doit encore assurer à ce dernier un certain bénéfice.

Voilà pourquoi, la plupart du temps, le rem-

placé propose à son remplaçant une indemnité forfaitaire et journalière, en plus de la nourriture, du logement, des frais de transport. Le remplaçant est ainsi mis à l'abri du manque à gagner, qui pourrait provenir du fait, que certains clients ne voudraient pas accorder leur confiance à un remplaçant et préfèrent, soit attendre le retour de leur médecin habituel, soit s'adresser momentanément à un autre praticien voisin.

Grâce à cette indemnité journalière, le remplaçant est assuré de retirer un bénéfice de son travail.

Lorsque deux médecins habitent la même ville, celui qui s'absente s'entend avec son confrère, pour que celui-ci reçoive les clients qui lui sont adressés par la domesticité du premier, ou pour venir à jours et heures convenus, faire la consultation au cabinet.

Le bénéfice du remplaçant consistera en la perception des honoraires qu'il conservera,

Disons au surplus que pareils remplacements se font à titre de réciprocité, permettant ainsi aux confrères de prendre des vacances, sans avoir à s'absenter en même temps, pour le plus grand dam de la clientèle.

Lorsqu'aucune indemnité pécuniaire ou en nature n'est convenue, et qu'un praticien demande à un remplaçant de venir assurer son poste, pour quelque temps avec ses avantages et ses inconvénients, il reste sous-entendu que les malades sont en nombre suffisant pour permettre au remplaçant, non seulement de subsister, mais encore de réaliser un certain bénéfice.

Il ne faudrait pas qu'en échange du service qu'il rend au remplacé, c'est-à-dire de conserver à ce dernier sa clientèle, le remplaçant en soit de sa poche et que, non seulement il ne retire aucun profit de son travail, mais encore aie à sa charge tous les frais occasionnés par l'exercice de la profession, pour le compte d'un autre. Le remplacé se serait alors enrichi au détriment d'autrui.

Que peut faire le remplaçant, lorsque devant supporter lui-même toutes les dépenses professionnelles du remplacement, plus ses débours d'entretien, il s'aperçoit qu'il a été induit en erreur par le remplacé, sur le rendement de la clientèle ?

Une situation de fait est à envisager.

Le remplacé avait-il, au moment de son départ, une clientèle suffisante, permettant au remplaçant de gagner largement sa vie ?

Dans ce cas, peut-être la faute incombe-t-elle au remplaçant, qui par sa négligence, son peu d'enthousiasme à se rendre à l'appel des malades ; son manque d'expérience, son hésitation, son habitus extérieur, a détourné de lui peu à peu la clientèle.

La faute doit incomber aux deux : le remplaçant ne doit pas se plaindre du résultat de ses défauts personnels, alors que le remplacé a peut être donné sa confiance, d'une manière hâtive, à un remplaçant peu préparé à son genre de clientèle.

Mais, si, au moment de son départ, le remplacé n'avait que presque pas de clients, il a commis une faute à l'endroit de son remplaçant, en laissant croire à ce dernier, que non seulement celui-ci couvrirait tous ses frais, mais encore retirerait un bénéfice net de son travail. Il y a eu tromperie de la part du remplacé, qui, s'il tenait à ce que sa clientèle soit sauvegardée, avait le devoir de promettre à son remplaçant, soit une indemnité journalière, fixée à forfait, soit le complément du manque à gagner, arrêté à une somme déterminée d'un commun accord.

Ce sont là questions de fait que, soit des arbitres médecins, agissant comme amiables compositeurs, soit un tribunal de droit commun auraient à apprécier.

Mais le remplaçant a-t-il le droit de résilier brusquement son contrat de remplacement et, devant le néant du rapport de la clientèle, devant les frais qui lui incombent sans contre-partie, peut-il abandonner le poste qui lui a été confié ?

Encore question de fait.

Le remplacé a-t-il été prévenu suffisamment à temps, pour qu'il puisse revenir reprendre son poste ?

En partant brusquement, le remplaçant a-t-il abandonné des malades graves qui avaient besoin de soins immédiats et qui pouvaient pâtir de l'absence de traitement, entre le départ du remplaçant et le retour du remplacé ?

Ce brusque départ du remplaçant a-t-il occasionné un dommage au remplacé ?

Autant de questions de fait, à résoudre par une enquête minutieuse sur chaque cas particulier.

En résumé, lorsqu'un médecin désire se faire remplacer pour conserver sa clientèle, il doit assurer à son remplacant, non seulement le gite, le couvert et les moyens de transport, mais encore un bénéfice pour le service rendu.

Il doit assurer ces avantages, soit en prenant à sa charge certaines dépenses et en garantissant un gain journalier, soit en laissant une clientèle suffisamment rémunératrice, pour que le remplaçant puisse en tirer bénéfice, après paiement des dépenses quotidiennes d'existence et d'exercice de la profession.

S'il ne le fait pas, il commet une faute, dont il doit réparation à son remplaçant.

De son côté, celui-ci ne doit abandonner le poste qui lui a été confié que lorsque le remplacé a été averti suffisamment en temps utile, pour qu'il puisse revenir, sans que les malades aient à pâtir de l'absence de tous soins médicaux.

Bien entendu, s'il n'y a aucun malade en

cours, si tout ce qui était à faire a été fait, le remplaçant peut partir, sans attendre le remplacé.

Néanmoins, il ferait mieux de patienter jusqu'au retour de son confrère, sauf s'il y avait mauvaise volonté de ce dernier, qui ferait la sourde oreille, pour rejoindre le poste qu'il a quitté momentanément.

En tous cas, l'appréciation des faits permet seule de déterminer les responsabilités, ainsi que les dommages-intérêts à allouer.

Dr Paul BOUDIN.

UNION DES MÉDECINS MUTILÉS DE GUERRE

Emplois réservés aux mutilés.

Le Bureau de l'Union des médecins mutiliés de guerre, se préoccupant de la part qui serait faite aux médecins, dans l'application de la loi sur les emplois réservés aux mutilés, s'est adressé à M. Marin, Ministre des Pensions, qui, le 31 octobre, a reçu MM. les docteurs Landolt, Landrin, Schneider.

Ceux-ci ont obtenu du chef de Cabinet du Ministre les assurances suivantes :

« La plus grande bienveillance étant acquise aux médecins mutilés et pensionnés de guerre, le Ministre se propose de faire étudier la question qui lui est soumise, tant par ses bureaux que par une commission interministérielle. Il y aura lieu, en effet, de déterminer, pour chaque département, les catégories et le nombre d'emplois susceptibles d'être réservés aux médecins victimes de la guerre. »

La Délégation de l'Union des médecins mutilés de guerre s'est entretenue également de l'intérêt qu'il y aurait à réserver certaines fonctions aux médecins mutilés dans l'application de la loi sur les assurances sociales, qui exigera, on le sait, un concours important de la part du Corps médical.

On ne saurait trop féliciter le Ministre des Pensions d'apporter tout son soin à réaliser ces projets dont l'initiative est à l'honneur de l'Union des médecins mutilés de guerre.

Nota : L'U.M.M.G., dont le siège social est 19, rue Blanche, à Paris, rappelle qu'elle n'est composée que de médecins ayant été blessés aux armées, mais qu'elle s'intéresse néanmoins à toutes les infortunes médicales provenant de la guerre, comme elle l'a d'ailleurs fait jusqu'ici.

BEAUX ARTS

Exposition J. Paul Carrier.

Galerie Carmine : Mlle Jeannette Paul Carrier. Vingt ans, vingt toiles !!

Il serait exagéré d'en conclure que Mlle Paul Carrier ne produit qu'une toile par an. Elle a au contraire beaucoup de facilité.

Elle se déplace d'ailleurs très volontiers : Paris, Honfleur, Versailles, Noirmoutier, l'attirent successivement.... Parfois même, on la trouve à son atelier, partageant son effort entre des natures mortes dont certaines ont été remarquées au Salon des Artistes français et des études de nu qu'elle ne montre pas encore.

L'Etat (et il faut le féliciter de ce choix en reconnaissant qu'il a depuis quelque temps la main particulièrement heureuse) a acheté le *Port d'Honfleur* : la matière en est belle, le ciel et l'eau d'une franche harmonie.

Dès la première heure, les *Bateaux charbonniers* à Honfleur portaient la mention « Vendu » ; il faut admirer la sagacité et le goût de l'amateur éclairé et souhaiter que cette œuvre forte trouve sa place dans quelque collection de choix : des vermillons purs s'y marient avec puissance à des noirs qui ont su demeurer transparents ; la composition fort hardie apparaît à l'examen comme très purement classique.

Le *Pont de la Concorde*, est dans un mouvement pittoresque et trépidant, une œuvre très vivante...

L'*Eglise de Noirmoutier* s'encadre solidement entre deux bouquets d'arbres sous la voûte fuyante à souhait d'un ciel aux nuages étranges.

....Et qu'on ne vienne pas dire après tout ceci que les noms sont sans influence sur les caractères : dans la vie comme dans les choses, contrairement à ce qui se passe dans le domaine des sciences, ce sont les semblables qui s'attirent : *Si vis me ridere*, et c'est ainsi que si « Jeannette » est tout de douceur, de jeunesse et de charme ; « Paul » représente des appétits frondeurs et indépendants capables, tout de même, de discipline et de méthode dès que librement acceptées... le chemin de Damas !!!.... Quant à « Carrier » n'est-ce pas le symbole des masses, du volume et de la bonne solidité ?

Le style est l'homme, mais est-ce que le nom ne serait pas l'Artiste ?....

Dr G. P. M.

AUTOUR DES THÉATRES

« Broadway ».

Le THÉATRE DE LA MADELEINE a réussi très brillamment avec l'adaptation, par M. Charles Méré, des trois actes de MM. Dunning et Abbott « Broadway ». Cette pièce a déjà eu un très grand succès en Amérique et malgré les différences de goût du public français et du public américain, elle a nettement réussi : Au foyer des chanteurs et des girls du « Paradise Club » deux bandes de contrebandiers d'alcool sont aux prises : Billie Moore, l'une des girls est courtisée par Stese l'un des deux chefs, elle est également aimée du comique Roy Lane. Une autre girl « Pearl » est la maîtresse du Sabré le chef adverse. Mais Steve ayant tué le Sabré, Pearl l'abat d'un coup de revolver. La police enquête et ce sont avant tout des maillots des jambes et de la musique !

AUTOUR DES CINÉMAS, CIRQUES ET MUSIC-HALLS

« Une Idylle dans la Neige ». — « Trois jeunes filles nues ».

Une *Idylle dans la neige*. Madame Polbert est extrêmement flirt d'où disputes fréquentes dans le ménage. Elle possède le joli nom d'Hella et sous ce prétexte Anatol lui a fait une cour si « marquée » que M. Rudy Polbert refuse de l'accompagner en Suisse, aux Sports d'hiver.

Elle part avec Anatol mais Rudy les a précédés et pour rendre Hella jalouse il entame un flirt « feint » avec une belle hivernante. Mais les deux époux n'ont fait que feindre et quand imprudemment, malgré la tempête de neige imminente Hella et Anatol sont partis, Rudy s'élance à leur recherche et tous les trois sont bloqués par l'avalanche dans un refuge montagnard. Anatol se révèle lâche, Hella écœurée retombe dans les bras de son mari... Décors et tableaux sont splendides.

Trois jeunes filles nues... : on a filmé l'opérette de Raoul Moretti et c'est M. Robert Boudrioz qui s'est chargé d'en tirer parti : Il y a réussi !

L'austère Hégésippe, obligé de subvenir aux besoins de sa mère malade doit laisser ses chers livres et chercher du travail. Devenu régisseur des Folies Bocagères, il doit recruter des figurantes. Or, le directeur a besoin de trois femmes particulièrement belles pour un numéro de nu, Hégésippe devra les découvrir. Il conte sa mission aux deux nièces de sa respectable voisine, Lilette et Lulu dont la sœur Lotte est l'objet de ses sympathies particulières et les invite à venir le soir au spectacle. A l'entr'acte, sur le plateau, le directeur voit Lilette et Lulu et les engage sous le nom de « Folly sisters ». Elles ont fait entre temps la connaissance de deux officiers de marine qui deviennent leurs « assidus ». Mais Lotte et sa tante venues par hasard au théâtre les y trouvent en costume ultra-léger et tout le monde reparaît dans le yacht dont l'oncle des trois jeunes filles est le commandant. Lotte y retrouve Hégesippe, Lilette et Lulu leurs officiers de marine et Lotte devient la troisième jeune fille nue.

Rimsky est l'âme de ce film, dès qu'il apparaît l'action prend une vie intense.

Dr G. POLÈME.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

—Institut de psychiatrie et de phychologie appliquée (1, rue Cabanis, Paris, XIVe). — Conseil d'administration : MM. V. BALTHAZARD, H. CLAUDE, G. DUMAS, P. JANET, A. LALANDE et E. TOULOUSE ; secrétaire : Mme LEBAS.

L'Institut de psychiatrie et de psychologie appliquée est rattaché à l'Université de Paris (Facultés des lettres et de médecine) et fonctionne sous le contrôle de ces deux facultés. Il est placé sous la direction scientifique de l'Université de Paris, du Collège de France et de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. L'Institut a pour but de coordonner et de développer les études de pathologie mentale, de psychologie normale et pathologique appliquées à la clinique, à la prophylaxie et à l'hygiène mentales.

Section de psychiatrie générale (M. le Dr H. CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine) : Conférences le mercredi, à 10 h. 30 et le jeudi, à 17 h., à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Leçons policliniques, le samedi, à 10 h., à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Cours de psychiatrie médico-légale, en mars, à 17 h., à la Faculté de médecine (12 leçons). — Conférences par MM. les Drs CEILLIER, LÉVY-VALENSI et LHERMITTE.

Section de psychologie pathologique (M. le Dr G. DUMAS, professeur à la Faculté des lettres) : Cours

de psychologie pathologique appliquée à la nosographie des psychoses, le dimanche à 8 h. 30, à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Exercices pratiques : Psychologie clinique et expérimentale, le mardi à 9 h. 30, à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Conférences par MM. les Drs BLONDEL, OMBRÉDANE et WALLON.

Section de psychologie (M. le Dr P. JANET, professeur au Collège de France). — Cours : L'évolution psychologique de la personnalité, les lundi et jeudi à 13 h. 45, au Collège de France, salle VIII. — Conférences par M. le Dr REVAULT D'ALLONNES.

Section de prophylaxie mentale (M. le Dr E.TOULOUSE directeur de l'Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes) : Cours : Biopsychiatrie appliquée à la prophylaxie mentale, les mardi et vendredi, à 10 h., amphithéâtre Joffroy, hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis. — Conférences par MM. DELAVILLE, DUPOUY, FESSARD, HEUYER, LAUGIER, LAHY, MARCHAND, MONTASSUT, ROUBINOVITCH, SCHIFF, TARGOWLA, TCHERNIAKOFSKY et Mlle WEINBERG.

Les conférences réservées aux étudiants inscrits à l'Institut de psychiatrie et de psychologie appliquée seront indiquées ultérieurement. Un certificat d'assiduité est délivré sur demande. Les docteurs en médecine peuvent obtenir, après examen, un diplôme d'Université. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté des Lettres. Les étudiants devont justifier de leur immatriculation à l'Université. Droits : droits d'immatriculation, 60 fr. ; droits de bibliothèque, 40 fr. ; 2 droits d'inscription semestrielle à 250 fr. ; droits d'examen pour le diplôme, 50 fr. ; certificat d'assiduité, 20 fr. Les cours ont commencé le 14 novembre 1928.

— **Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié** (Service du professeur VAQUEZ). — *Maladies du cœur. Cours d'enseignement et de perfectionnement.* — Ce cours commencera le lundi 13 janvier 1929, à 10 heures. Il comportera deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

PREMIÈRE PARTIE. — Radiologie et électrocardiographie. Les Drs BORDET et GÉRAUDEL, chefs de laboratoire, feront le matin une série de vingt leçons suivies d'exercices pratiques.

Programme. — Radiologie du cœur, par le Dr BORDET : 1° Technique de l'orthodiagraphie. — 2° L'ombre du cœur à l'état normal. — 3° Etude physique et anatomo-radiologique de la dilatation du cœur. — 4° Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie. — 5° Affections valvulaires. — 6° Affections congénitales. Gros cœur sans lésion valvulaire. Péricardite. Symphyse. — 7° Le pédicule cardiaque normal. — 8° Les aortites. — 9° Anévrismes de l'aorte. — 10° Artère pulmonaire. Veine cave. — Dix séances seront consacrées à l'examen des malades et à la prise d'orthodiagrammes.

Electrocardiographie, par le Dr GÉRAUDEL : 1° L'électrocardiographie : principe et technique. — 2° Anatomie et physiologie du myocarde. — 3° L'électrocardiogramme normal. — 4° Les déformations de l'électrocardiogramme. — 5° Variations dans a vitesse des rythmes auriculaire et ventriculaire. — 6° Variations de l'intervalle P. R. — 7, 8°, 9° et 10° Troubles du mécanisme cardiaque. — Chaque séance comportera, après la leçon théorique, des exercices pratiques consacrés à la manipulation de l'électrocardiographe, à l'analyse des électrocardiogrammes et à la rédaction des diagnostics électrocardiographiques.

DEUXIÈME PARTIE. — Clinique. Les Drs DONZELOT, agrégé, médecin des hôpitaux ; MOUQUIN, médecin des hôpitaux ; R. GIROUX et PLICHET, chefs de clinique, feront l'après-midi, une série de vingt leçons.

Programme. — 1° L'examen d'un cardiaque. Les épreuves d'aptitude fonctionnelle cardiaque. — 2° L'insuffisance cardiaque. Ses différentes formes cliniques. — 3° Le diagnostic des lésions valvulaires. Valeur sémiologique des différents signes cliniques. — 4° Les endocardites infectieuses. — 5° Les affections du myocarde (myocardites aiguës, subaiguës et chroniques, infarctus du myocarde). — 6° Les arythmies. — 7° Les tachycardies. — 8° Les bradycardies. — 9° Les péricardites et les adhérences du péricarde. — 10° Les affections congénitales du cœur. — 11° Les méthodes sphygmomanométriques. — 12° L'hypertension artérielle et sa pathogénie. — 13° Les complications cardio-vasculaires de l'hypertension artérielle. — 14° Les aortites. — 15° L'avrysme de l'aorte. — 16° L'angine de poitrine et son traitement. — 17° Les artérites sténosantes des membres. — 18° Les médicaments cardiaques. — 19° Les médicaments vasculaires. — 20° Hygiène et thérapeutique cardiaques.

L'inscription a lieu au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4). Le droit d'inscription est de 250 francs pour une série de vingt leçons, soit de sémiologie pratique, soit de radiologie et électrocardiographie ou de 500 fr. pour les deux séries. Le nombre des assistants est limité. Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du cours.

—**Laboratoire de bactériologie** (professeur : M. A. LEMIERRE). — Sous la direction de M. A. PHILIBERT, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant l'année scolaire 1928-1929 deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques. Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 8 janvier 1929, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

PROGRAMME DES DÉMONSTRATIONS. — Première série : *Technique de microbiologie clinique* (14 leçons) — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen bactériologique des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen bactériologique des matières fécales. — Examen bactériologique des urines.

Deuxième série : *Etude pratique des microbes pathogènes.* — 1re leçon : Physiologie et classification microbiennes. — 2° leçon : Staphylocoque. Préparation des vaccins. — 3° Streptocoque. Pneumocoque. — 4e leçon : Gonocoque. Méningocoque. — 5e leçon : Peste. Pasteurelloses. — 6° leçon : Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — 7e leçon : Groupe colibacille-éberth. — 8e leçon : Pneumobacille. Proteus. Micrococcus melitensis. — 9e leçon : Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10e

leçon : Examen bactériologique des eaux potables. — 11e leçon : Bactéridie charbonneuse. — 12e leçon : Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 13e leçon : Bacilles du tétanos et du botulisme. — 14e leçon : Bacille diphtérique. — 15e leçon : Bacille tuberculeux. — 16e leçon : Bacille tuberculeux. — 17e leçon : Bacille tuberculeux. — 18e leçon : Lèpre et morve. — 19e leçon : Les spirochètes. — 20e Le tréponème de la syphilis. — 21e leçon : Réaction de Wassermann. — 22e leçon : Les virus invisibles. — 23e leçon : Les virus invisibles. — 24e leçon : Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits à verser sont de 200 fr. pour la première série, 200 fr. pour la deuxième série. Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

—Institut de criminologie, placé sous la direction scientifique de la Faculté de Droit et de la Faculté de Médecine (Conformément à l'article premier du Décret du 16 juillet 1922). — PROGRAMME DES COURS. — *Section de droit criminel* (Les cours ont lieu à la Faculté de droit. Ouverture des cours le mardi 20 novembre 1928). — Droit pénal spécial. M. HUGUENEY, professeur à la Faculté de droit : mardi, à 5 heures. — Droit pénal spécial. M. DONNEDIEU DE VABRES, professeur à la Faculté de droit : mardi à 6 heures. — Droit criminel approfondi et comparé. M. HUGUENEY, professeur (amphithéâtre V) : mardi et jeudi, 8 h. 30. — Procédure criminelle. M. G. LE POITEVIN, président de chambre à la Cour d'appel : jeudi, à 5 heures. — Médecine légale. M. le Dr DERVIEUX, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine : jeudi, à 6 heures. — Médecine mentale. M. le Dr LAIGNEL-LAVASTINE, agrégé à la Faculté de médecine : lundi, à 11 h. 15 (amphithéâtre III).

Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle (Les cours ont lieu à la Faculté de médecine, à l'asile Sainte-Anne et à l'Institut médico-légal). — A la Faculté de médecine : Médecine légale. M. BALTHAZARD, professeur à la Faculté de médecine, et M. le Dr DUVOIR, agrégé : de novembre à février, les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à 6 heures (à partir du 12 novembre). — Accidents du travail et maladies professionnelles. MM. les professeurs BALTHAZARD et CLAUDE, assistés d'agrégés, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux : en mars et avril tous les jours, à 6 heures. — Pathologie mentale, M. CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine : de novembre à février, le jeudi, à 5 heures. — Psychiatrie médico-légale (12 conférences). M. le professeur CLAUDE et M. le Dr LHERMITTE, agrégé : en mars, tous les jours, à 5 heures. — Législation et jurisprudence médicales. M. le professeur HUGUENEY de novembre à février, le samedi, à 6 heures.

A l'asile Sainte-Anne : Clinique psychiatrique. M. le professeur CLAUDE : les mercredis et samedis matin, à 10 heures. — Examen des malades et rédaction de rapports. MM. les Chefs de clinique : le mercredi, à 3 h. 1/2.

A l'Institut médico-légal. — Travaux pratiques pendant toute l'année : Autopsies. M. le professeur BALTHAZARD : le samedi, à 2 heures ; M. le Dr DUVOIR, agrégé : le jeudi, à 2 heures ; M. le Dr DERVIEUX, chefs de travaux, le mardi, à 2 heures. — Médecine légale. MM. les Drs DERVIEUX et PIÉDELIÈVRE : à partir du 1er janvier, le jeudi, à 3 heures. — Cours théoriques en mai et juin : Police scientifique. M. BAYLE, chef du Service d'identification judiciaire à la Préfecture de Police : tous les jours à 6 heures.

Section de police scientifique. (Les cours ont lieu du 8 avril au 1er mai 1929, au Service de l'identité judiciaire). — Organisation et technique policières (10 conférences). M. N... : tous les jours à 5 heures. — Médecine légale générale (10 conférences). M. le Dr BALTHAZARD, professeur à la Faculté de médecine : tous les jours, à 6 heures. — Médecine légale psychiatrique (10 conférences). M. le Dr CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine : tous les jours, à 6 heures. — Police scientifique (10 conférences). M. BAYLE, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de Police : tous les jours, à 6 heures.

Section de science pénitentiaire. (Les cours ont lieu à la Faculté de droit et à l'Institut médico-légal). — Semestre d'hiver (à la Faculté de droit) : Science pénitentiaire (8 conférences). M. MOSSÉ, inspecteur général des services administratifs : mercredi, à 5 heures. — Régime pénitentiaire (2 conférences). M. YAN, directeur de la prison de la Petite-Roquette; M. DUFOUR, directeur des prisons de Fresnes. — Médecine mentale. M. LAIGNEL-LAVAISTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine : lundi, à 11 h. 45 (amphithéâtre III). — Procédure criminelle. M. G. LE POITEVIN, président de chambre à la Cour d'appel : jeudi, à 5 heures. — Médecine légale. M. le Dr DERVIEUX : jeudi, à 6 heures. — Semestre d'été, mai et juin (au service de l'identité judiciaire) : Organisation et technique policières (10 conférences), M. N... : tous les jours, à 5 heures. — Police scientifique. M. BAYLE, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de Police : tous les jours, à 6 heures.

Les inscriptions doivent être prises : pour la section de droit criminel et la section de science pénitentiaire, à la Faculté de droit ; pour la section de médecine légale et de psychiatrie criminelle et a section de police scientifique, à la Faculté de médelcine. Le droit d'immatriculation est fixé à 100 fr. pour l'année scolaire. Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de droit, soit à la Faculté de médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Sont perçus en outre : Section de droit criminel et Section de science pénitentiaire : 4 droits trimestriels d'exercices pratiques à 50 fr., 200 fr. ; 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 50 fr. — Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle : 4 droits trimestriels de laboratoire à 150 fr., 600 fr. ; 1 droit d'examen, 20 fr. — Section de police sscientifique : 1 droit d'études, 60 fr. ; 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 20 fr.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1929.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— *Nécrologie.* — M. le Dr GIBERTON-DUBREUIL, de Versailles (Seine-et-Oise). — M. le professeur GERBER, de Toulouse. — M. le Dr LEDERMANN, de Sèvres. — M. le Dr Marcel LIGNIERES (de Buenos-Aires), frère du professeur Joseph Lignières.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de pathologie médicale. Première série :* (novembre-décembre). — M. SICARD, professeur : pathologie des membres. Intoxications. — M. BAUDOUIN, agrégé : pathologie de l'appareil respiratoire. Maladies du poumon.

Deuxième série : (janvier-février). — M. CHIRAY, agrégé : maladies des voies biliaires. — M. FIESSINGER, agrégé : maladies du foie.

M. Sicard fait ses leçons les lundis, mercredis, vendredis, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté ; et M. Baudouin, les mardis, jeudis, samedis, à 18 heures, au grand amphithéâtre de l'école pratique.

— **Le V.E.M. de l'Hôtel-Dieu de Paris.** — Le V.E.M. de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont les participants ont été pendant trois jours les hôtes de Vichy, avait une particulière importance du fait que les médecins et étudiants qui ont visité la station et les divers services scientifiques et techniques de la Compagnie fermière appartenaient à vingt nationalités différentes, y compris la France.

Aussi bien le banquet offert à ses hôtes par la Compagnie fermière, dans un des salons du Casino, a-t-il pris les proportions d'une grande et belle manifestation internationale en l'honneur de la science française et de Vichy, première station thermale de notre pays.

M. Normand, secrétaire général de la Compagnie fermière, présidait, ayant à sa droite M. le prof. Carnot, et, à sa gauche, le Dr Guinard, président de la Société des Sciences médicales de Vichy.

Au champagne, M. Normand prit le premier la parole. Chaleureusement applaudi par ses auditeurs, il dit notamment :

« Je tiens tout d'abord à exprimer nos sentiments de vive reconnaissance à M. le prof. Carnot, qui a bien voulu assumer lui-même la direction de ce voyage d'études de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

« C'est au lendemain de la guerre que, sous les auspices de votre illustre prédécesseur, le prof. Gilbert, qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance, fut institué ce voyage comme complément nécessaire à l'enseignement donné dans les cours de perfectionnement sur les maladies du foie et des voies digestives.

« La Direction en fut alors confiée à M. le prof. Villaret que, pendant neuf années, j'ai eu le grand honneur et le plaisir de recevoir ici, avec les auditeurs de ces cours.

« Cette tradition, M. le professeur, vous avez tenu à la continuer, en prenant possession de la chaire de clinique médicale. Permettez-moi de vous en remercier de tout cœur. »

M. Normand dit encore : « Vous avez pu apprécier, Messieurs, les résultats de nos efforts. Notre œuvre sera développée ; nous allons exécuter un vaste programme de grands travaux, approuvés par le Pariement, commencès dès cette année par la transformation du Hall des Sources et du Parc, et qui comprend en particulier la construction d'un établissement de deuxième classe, digne de notre station, pour répondre aux besoins sans cesse accrus d'une clientèle moyenne qui afflue à Vichy.

« Vous avez pu voir aussi que, désireux d'apporter notre contribution aux études hydrologiques, nous avons institué, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, et avec l'appui de M. le prof. Degrez, qui a placé à sa tête son distingué chef de travaux, le prof. Lescœur, un laboratoire scientifique de recherches physico-chimiques, physiologiques et biologiques, d'où, nous en sommes assurés, sortiront de très précieux travaux sur les effets encore si mystérieux de nos eaux.

Le Dr Guinard, qui fait ensuite une remarquable description de Vichy-Thermal, est très applaudi.

Puis le prof. Carnot, dans une brillante improvisation adresse tout d'abord du fond du cœur ses remerciements et ceux de tous les participants à la Compagnie fermière de Vichy et à M. Normand qui la représente à cette belle réunion. Le charmant et amical accueil de la Compagnie Fermière est de tradition, dit-il, mais il semble qu'il soit toujours plus amical et plus charmant.

L'orateur remercie ensuite le Président de la Société des Sciences médicales de Vichy et tous ses collègues de la Station qui ont montré aux médecins et étudiants du V.E.M. avec une si haute compétence, les richesses thermales de Vichy.

Prenant texte de ce fait que 19 nations sont représentées à Vichy, à l'occasion du V.E.M. de l'Hôtel-Dieu, il trace un admirable tableau de la grande station thermale française, ville internationale dont la fonction est de rendre la santé aux malades de tous les pays. Et l'orateur a des expressions particulièrement heureuses pour caractériser la contribution de Vichy au rayonnement de la France.

Le prof. Carnot, aux applaudissements unanimes de ses auditeurs, parle des progrès constants de Vichy, progrès visibles chaque fois qu'on y revient. Il parle aussi des grands travaux que la Compagnie fermière effectue ou va effectuer. Et il lève son verre : à la Compagnie fermière ; à M. Normand ; aux médecins de Vichy et particulièrement au Dr Guinard, président de la Société des Sciences médicales, aux médecins de toutes les nations qui sont venus à Vichy étudier une des richesses de la France. Une ovation est faite au prof. Carnot.

Les représentants des nombreuses nations qui participent au V.E.M. tiennent ensuite à exprimer leur admiration, pour la France, pour la science française, pour ses maîtres illustres, et aussi leur gratitude de l'accueil qu'ils ont reçu à Vichy, première station thermale française.

Prennent successivement la parole, les médecins dont les noms suivent :

M. Sabri (Albanie) ; M. Klein (République Allemande) ; M. Temple (Angleterre) ; M. Dubarry (République Argentine) ; M. de Schryver (Belgique) ; M. Popoff (Bulgarie) ; M. Cuevas (Chili) ; M. Uribé (Colombie); M. Folache (Espagne) ; M. Serbetis (Grèce) ; M. Gomez (Mexique) ; M. Schowing (Pérou) ; M. Aranjo Teixeira (Portugal) ; M. Karavadarovitch (Yougoslavie et Serbie) ; M. Moustapha (Turquie) ; M. Fokeladek (Syrie) ; M. Boulakia (Tunisie) ; M. Pham (Annam).

Signalons encore le discours chaleureusement applaudi de M. Chanteaud, au nom des participants Français.

Ce V.E.M., fut, peut-on dire, une grande manifestation internationale en l'honneur de la France et de ses savants ,et aussi une affirmation solennelle du rayonnement mondial de Vichy.

— **Clinique gynécologique.** — M. le prof. J.-L. Faure a commencé son enseignement clinique à l'hôpital Broca le vendredi 9 novembre 1928, à 10 h. du matin.

Programme de l'enseignement. — Lundi 10 h., opérations, par M. Douay, chef des travaux gynécologiques. — Mardi 10 h., opérations après exposé clinique et avec explications opératoires, par le professeur. — Mercredi 10 h., visite dans les salles et consultation, par le professeur. Opérations, par M. Duval, chef de clinique. — Jeudi 10 h., consultation par M. Douay. Opérations, pa M. Laquière, chef de clinique. — Vendredi 10 h., 11 h., leçon clinique avec examen de malades,par le professeur. Consultation pour la stérilité (insufflations et injections et lipiodol), par M. Douay. — Samedi 10 h., grandes opérations, par le professeur

Consultations : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 sous la direction de M. Jean Duval, chef de clinique (service de la consultation externe).

— **Médecins parisiens de Paris.** — Secrétariat général, 119, boul. Malesherbes, Paris, 8e. — Pour leur 23e dîner, les « Médecins Parisiens de Paris » se sont réunis le 20 octobre 1928 sous la présidence d'honneur de M. le professeur Charles Richet et la présidence du Dr Duclaux, président annuel.

Etaient présents : M. Bauer, Mlle Berger, MM. Bloch (André), Blondel, Bongrand, Blondin père et fils, Boussi Boutet, Bourguignon, Cahen, Capette, Chauvelot, Deniker, Deron, Devraigne, Doin, Duclaux, Dufour, Eloy, Fatout, Fège, Galliot, Gérard, Gerson, Giraud, Guébel, père et fils, Guillemin, Mlle Hébert, MM. Janin, Jousset, Laurent-Gérard, Leroux, Mlle Lévy, MM. Maduro, Mock, Piot, Prost, prof. Charles Richet, Richet fils, Rouget, Schaeffer, Thalheimer, Valentin, Veil (Prosper), Viguerie.

Au cours de ce dîner, fut remis à M. Charles Richet, l'exemplaire n° 1 (sur Japon) de l'édition de luxe de son livre de Fables, « Pour les Grands et pour les Petits », magnifiquement illustré par Raphaël Drouart. Nul doute que les bibliophiles ne recherchent les exemplaires de cette édition publiée sous les auspices des « Médecins Parisiens de Paris » et par les soins du Dr Doin, membre de cette Amicale.

Pour remercier, M. le prof. Richet récita une fable inédite : « La Carpe et l'Hirondelle », et ses nombreux auditeurs purent goûter une fois de plus le délicat talent de poète d'un Maître qui excelle dans tant de domaines si variés.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au Secrétaire général : Dr P. Prost, 119, boul. Malesherbes, Paris, 8e.

— **Clinique de la tuberculose** (hôpital Laennec). — PROGRAMME GÉNÉRAL. — I. *Enseignement élémentaire.* — 1° Séméiologie de la tuberculose : examen des malades dans les salles, les lundis et mardis, à 9 h. 1/2 ; policlinique au dispensaire Léon-Bourgeois, les jeudis et samedis, à 10 h. 1/2.

2° Radiodiagnostic, par M. Maingot, le mercredi, à 9 h. 1/2.

3° La pratique du pneumothorax artificiel et autres thérapeutiques antituberculeuses spéciales, le mercredi, à 9 h. 1/2.

4° La pratique du Dispensaire-type (1er et 2e arrondissements, dispensaire Léon-Bourgeois), lundis, à 2 h. 1/2 ; jeudis et samedis, à 9 h. 1/2.

5° Sélection des malades de sanatoriums et préventoriums, jeudis et samedis, à 9 h. 1/2.

6° Tuberculose des nourrissons (clinique et prophylaxie) ; le jeudi, au dispensaire Léon-Bourgeois, à 10 h. 1/2 ; le vendredi, à la crèche Landouzy, à 10 h. 1/2.

7° Service social hospitalier, le mardi, à 11 h. 1/2.

Leçon clinique par M. le professeur Léon-Bernard, le mercredi à 11 h.

II. *Enseignements complémentaires.* — Des séries de leçons sur des sujets relatifs à la tuberculose (anatomie pathologique ou bactériologie ; clinique ou thérapeutique ; prophylaxie sociale) auront lieu à des dates qui seront ultérieurement déterminées, sous la direction de MM. Léon Bernard et Rist.

III. *Enseignement spécial.* — Deux cours seront donnés chaque année en vue de la préparation des médecins spécialistes de dispensaires et de sanatoriums.

Le premier, sous la direction de MM. Rist et Ameuille, sera d'une durée de quatre semaines, comportant leçons, examens radiologiques, techniques thérapeutiques, exercices de laboratoire et visites ; il a lieu en octobre.

Le second, sous la direction de MM. Léon Bernard et Robert Debré, sera d'une durée de trois mois ; il sera divisé en deux parties : la première, d'une durée de quatre semaines, comprendra 40 leçons, accompagnées de manipulations pratiques de clinique et de laboratoire ; la seconde, d'une durée de huit semaines, sera affectée à des stages au dispensaire Léon-Bourgeois et dans d'autres dispensaires de l'Office public d'Hygiène sociale de la Seine, ainsi que dans des sanatoriums de cette Administration.

Ce cours aura lieu de janvier à mars inclusivement.

Pour les cours spéciaux, des bourses seront attribuées par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le cours de trois mois, comprenant obligatoirement les stages, sera exigé des candidats aux postes de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. Toutefois seront dispensés de la 1re partie de ce cours, les candidats ayant suivi les leçons de l'un des autres cours institués sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, ainsi que les internes et anciens internes des centres de triage de tuberculeux de l'Assistance publique.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Jeudi 8 novembre : Thèses vétérinaires. (Jury : MM. Brumpt, Rathery, Henry, Dechambre, Maignon Robin, Moussu, Nicolas.) — AMIEL : Dermodecie et hypodermose des petits ruminants. — DIEULOUARD : L'habrouéniose des équidés au Brésil. — GODARD : De la strongylose gastro-intestinale du mouton. — LECARPENTIER : La strongylose broncho-pulmonaire des bovidés. — MOUTAUX : Recherches sur la glycémie.

Vendredi 9 novembre : Thèses vétérinaires. (Jury : MM. Hartmann, Coquot, Robin.) — LAHOGUE : Etude sur le traitement de la hernie ombilicale des poulains.

Lundi 12 novembre. (Jury : MM. Sébileau, Gosset, Ombrédanne, Philibert.) — PAULIN (Jean) : Etude sur les formes filtrantes de quelques bactéries. — CHANINE (A.) : Etude sur les fistules congénitales du cou. — DELORME : Etude sur la calcification des dents.

Lundi 12 novembre. (Jury : MM. Loeper, Tanon, Villaret, Olivier.) — MALPART (M.) : (Eusèbe de Salle). — LAUSSEL (Jean) : Evolution du typhus en Europe depuis 1914. — POMERAIS : (F.) : Eutude sur la syphilis.

Mardi 13 novembre. (Jury : MM. Brindeau, Balthazard, Roussy, Nobécourt.) — VU NGOC ANH : La chique de bétel en Indochine. — LEPEC (Henri) : Progéria ou nanisme sénile. — AÏDAN (Ch.) : Syndromes de suffocation chez l'enfant. — BONNA (A.) : Etude sur l'épithélioma greffé sur le xéroderma pigmentosum. — POUGIN (A.) : Etude sur l'appareil urinaire au cours de la grossesse.

Mardi 20 novembre (Jury : MM. Bezançon, Guillain, Sicard, Gougerot.) — FAGUET (J.) : Action sur le cœur des glucosides de l'adonis vernalis. — LOTTE : (F.) : La pyodermite végétante d'Hallopeau. — STÉPHANOS (A.) : La descendance des tabétiques. — BARRAT (R.) : Etude sur le diabète.

Mercredi 21 novembre. (Jury : MM. Gosset, Loeper Ecallé, Harvier.) — MÉRAND (P.) : Etude du traitement des luxations de la rotule. — BESSEYRIAS (A.) : Le principe du genêt dans les états post-hémorragiques obstétricaux.

Jeudi 22 novembre. (Jury : MM. Lecène, Lejars, Brocq, Vandescal). — CHANTEUX (J.) : Etude sur les grossesses extra-utérines rompues. — LABORDE : (Jean) : Abcès du lobe frontal consécutifs aux ostéites.

Thèses vétérinaires. (Jury : MM. Brumpt, Desgrez, Henry Robin, Petit.) — BLANCHET : De l'ascaridiose chez le cheval. — SPIELMANN : Radiumthérapie par les boues radio-actives.

Vendredi 23 novembre : Thèse vétérinaire. (Jury : MM. Loeper, Dechambre, Nicolas.) — GUILLEMENET : Etude sur l'alimentation des vaches laitières.

AUTOMOBILISME

Immatriculation nouvelle des automobiles.

Circulaire des Ministres de l'Intérieur et des Travaux Publics.

Les Ministres de l'Intérieur et des Travaux Publics,

à MM. les Préfets,

Etant donnés la progression constante du nombre des déclarations de mise en circulation de véhicules automobiles et l'épuisement prochain des séries de numéros d'immatriculation actuelles, l'administration a dû envisager l'adoption d'un nouveau système de numérotation qui permette de faire face aux besoins éventuels pendant de longues années.

Il a été, d'autre part, reconnu que les registres d'immatriculation, par arrondissement minéralogique, jusqu'ici tenus dans les bureaux des ingénieurs en chef des Mines, font double emploi avec les registres des préfectures et pourront être supprimés sans inconvénient du jour où l'identification des propriétaires de véhicules sera basée non plus sur la lettre caractéristique de l'arrondissement minéralogique, mais sur des caractéristiques nouvelles, spéciales à chaque département.

En conséquence, après avis du Conseil général des Mines et de la Commission Centrale des automobiles et de la circulation générale, les dispositions ci-après ont été arrêtées, pour être mises en vigueur à partir du 1er octobre 1928 :

L'immatriculation des véhicules automobiles sera faite directement par les services des préfectures, au moment de la délivrance aux propriétaires de ces véhicules des récépissés de déclaration de mise en circulation prévus par l'article 28 du Code de la route. A cet effet, des registres spéciaux, établis pour tenir lieu à la fois de registres d'immatriculation par séries, de numéros et de registres d'ordre pour les déclarations de mise en circulation d'automobiles, seront fournis aux préfets par les soins du ministère des Travaux publics (Service intérieur), au fur et à mesure des besoins.

Après délivrance de la carte grise, portant attribution d'un numéro par le préfet, le dossier de chaque déclaration devra, ainsi que le prescrit l'article 28 du Code de la Route, être communiqué au service des Mines, pour vérification sur pièces de la régularité de la déclaration. D'ailleurs, les préfets pourront toujours, sur les questions d'ordre technique, provoquer un avis de l'ingénieur en chef des Mines préalablement à la délivrance du numéro d'immatriculation et de la

carte grise à l'intéressé. Les ingénieurs devront, en pareil cas, renvoyer sans délai le dossier communiqué au préfet, avec un avis motivé, ou informer le préfet des raisons pour lesquelles cet avis se trouverait retardé.

En ce qui concerne la formation des nouvelles séries de numéros d'immatriculation à utiliser à partir du 1er octobre prochain, il conviendra d'observer rigoureusement la répartition indiquée dans le tableau ci-annexé, donnant, par groupe de deux lettres accolées, les caractéristiques spéciales à chaque département. Ces diverses combinaisons de lettres devront être employées dans l'ordre où elles figurent sur le tableau. Chacune d'elles permet l'ouverture de dix séries de 9.999 numéros, les lettres caractéristiques pouvant être utilisées avec ou sans un indice numérique d'un seul chiffre. C'est ainsi que les lettres caractéristiques AB donnent naissance aux séries de numéros :

1 à 9.999 AB1	1 à 9.999 AB6
1 à 9.999 AB2	1 à 9.999 AB7
1 à 9.999 AB3	1 à 9.999 AB8
1 à 9.999 AB4	1 à 9.999 AB9

Une série ne devra être ouverte qu'après épuisement complet de la précédente.

Certaines combinaisons de lettres ont été intentionnellement éliminées de cette répartition générale entre les départements, comme susceptibles de prêter à confusion avec les lettres de nationalité adoptées par les divers Etats qui ont adhéré à la Convention internationale de 1909. Les préfets devront donc s'en tenir strictement aux caractéristiques qui ont été attribuées à leur département et qui, d'après la plus forte consommation des cinq dernières années, doivent répondre aux besoins probables pendant au moins 75 ans.

Les registres qui seront mis en temps utile à la disposition des préfectures comprendront chacun, jusqu'à nouvel ordre, 2.000 numéros (soit cinq volumes par série). Après expérimentation par la préfecture de police à Paris, ils ont été disposés de telle sorte que le numéro attribué à un véhicule suit ce véhicule à chaque changement de propriétaire, si ce dernier est domicilié dans le département. Des cases spéciales sont prévues pour mentionner ces changements successifs, sans qu'il soit nécessaire d'attribuer de nouveaux numéros ni de réinscrire les caractéristiques du véhicule chaque fois qu'il change de propriétaire.

Toute déclaration de mise en circulation afférente à un véhicule neuf ou provenant d'un autre département devant être enregistrée en regard du premier numéro à prendre dans la série en cours, ce numéro et toutes les cases correspondantes, sur la ligne horizontale du registre devront être nettement barrés d'un trait à l'en-

cre rouge, si la déclaration est définitivement reconnue irrecevable, les numéros non attribués étant ainsi supprimés dans la série d'une façon apparente.

Les séries d'immatriculation actuelles, formées avec les lettres caractéristiques des arrondissements minéralogiques, continueront à être utilisées pour toutes les déclarations antérieures en date au 1er octobre 1928. Les registres, clôturés et paraphés à cette date, seront déposés dans les archives de l'arrondissement minéralogique, de sorte qu'après la mise en service du nouveau système d'identification, tous renseignements relatifs à des véhicules automobiles immatriculés sous le signe d'un arrondissement minéralogique devront être, comme par le passé, demandés à l'ingénieur en chef des mines de cet arrondissement, et tous renseignements relatifs à des véhicules automobiles immatriculés sous le signe d'un département devront être demandés au préfet de ce département.

La délivrance aux industriels et commerçants en automobiles des cartes grises avec numéros W et numéros WW, reste soumise aux règles antérieures et surbordonnée à des propositions de l'ingénieur en chef des mines au préfet, après enquête sur les besoins réels de l'intéressé. La numérotation de ces séries spéciales reste la même que par le passé et l'attribution des numéros dans les séries est toujours faite par l'ingénieur en chef.

Ces instructions sont adressées, en même temps qu'aux préfets, aux ingénieurs en chef des Mines. Elles seront portées à la connaissance des Parquets.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, Ministre des Travaux publics par intérim

Louis BARTHOU.

Le Ministre de l'Intérieur,

Albert SARRAUT.

LE SÉRUM ANTI-COLIBACILLAIRE DE VINCENT

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître où je pourrais me procurer le *sérum anticolibacillaire de Vincent.*

Dr V.

Réponse.

Nous nous sommes adressé à M. le professeur Vincent lui-même qui, très aimablement, a bien voulu nous répondre la lettre ci-dessous, dont nous le remercions infiniment.

G. D.

Paris, le 16 novembre 1928,

Mon cher Confrère,

Je mettrai très volontiers du sérum anticolibacillaire à la disposition de ceux de mes confrères qui en auront besoin. Je les prierai de m'adresser une observation sommaire de leur malade et une analyse cytologique et bactériologique de l'*urine* (s'il s'agit de pyélonéphrite), ou une analyse bactériologique du *sang* (s'il s'agit de septicémie), avec isolement et détermination précise du *Bacillus coli*.

Les maladies spécialement justiciables de la sérothérapie anticolibacillaire sont :

Septicémie ou fièvre colibacillaire ;

Pyélonéphrite *suppurée* à colibacilles ;

Appendicite gangréneuse, le sérum étant injecté au moment de l'intervention chirurgicale afin de prévenir la péritonite et la septicémie (injection sous-cutanée et instillation de sérum dans la plaie opératoire et au niveau du moignon appendiculaire).

A titre préventif, le sérum est tout à fait indiqué chez les urinaires infectés qui sont soumis à une opération importante : prostatectomie, ablation d'un calcul rénal ou vésical, etc.

En ce qui concerne les colibacilloses urinaires sans réaction leucocytaire ou avec faible réaction leucocytaire, l'emploi du sérum est beaucoup moins indiqué que dans les pyélonéphrites suppurées. Ces dernières sont très rapidement amendées par le sérum.

Veuillez croire, mon cher Confrère, à mes sentiments bien dévoués.

H. Vincent.

Adresse : Collège de France.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Contrôle des accidents du travail et déontologie,

A propos de l'afflux des médecins étrangers.

Le dernier paragraphe des « Propos du Jour » du *Concours* du 4 novembre, à propos du contrôle des accidentés du travail, nous a rappelé la promesse que nous nous étions faite de signaler à nos confrères, par la voie du *Concours*, les façons de procéder qui deviennent habituelles à certaines Compagnies d'assurances, ou plutôt et surtout, aux médecins qu'elles emploient.

Ces façons tendent, d'après notre expérience, à se généraliser de plus en plus. Il semble que les divers relèvements d'honoraires en matière d'accidents du travail, d'une part, et, d'autre part, l'approche de l'application de la Loi des Assurances sociales, incitent chaque jour davantage quelques Compagnies à en user avec les méde-

cins traitants contrairement aux dispositions légales, et les confrères appointés par elles à oublier les règles les plus élémentaires de la déontologie. Nous pensons que, dans la plupart des cas, c'est au service médical des Compagnies, c'est-à-dire à nos confrères, qu'il faut s'en prendre si des fautes sont commises, les Compagnies n'étant, après tout, que des organisations financières auxquelles peuvent échapper les pratiques déontologiques qui sont du ressort des seuls médecins.

Voici quelques exemples récents puisés au hasard dans notre clientèle.

I. — Nous avons eu à soigner, depuis juin dernier, à des intervalles assez éloignés, quatre blessés, employés du même patron, lequel, d'ailleurs, nous les avait tous les quatre adressés. Tous habitaient une banlieue très voisine. *Tous les quatre* ont été examinés par un médecin de la Compagnie qui ne nous a jamais prévenus. Pour l'un d'eux, homme âgé qui avait fait, à la suite d'une chute dans un escalier, non seulement des fractures de côtes, mais encore une congestion pulmonaire traumatique, une expertise pratiquée par un expert près les Tribunaux a eu lieu après deux contre-visites, tout cela à notre insu et sans aucun appel en justice ; la Compagnie a refusé le paiement du demi-salaire après la date de consolidation fixée par l'expert et a obtenu gain de cause en justice de paix où le blessé l'a appelée. Une Compagnie d'assurances a-t-elle donc le droit de faire pratiquer ainsi une expertise sans qu'aucune ordonnance judiciaire l'y ait autorisée? Nous avons protesté auprès de la Compagnie, qui est restée muette. Dans l'un des trois autres cas, toutefois, elle a donné de sa façon de faire l'explication suivante : le blessé habitant la banlieue, elle ne pouvait supposer qu'il avait fait choix d'un médecin traitant exerçant à Paris. Bien entendu, le certificat initial que nous avions établi était parvenu à la Compagnie en même temps que la déclaration d'accident rédigée par le chef d'entreprise.

II. — Nous soignons à son domicile, dans le courant du mois dernier, un blessé qui reçoit, le lendemain du jour où nous établissions notre certificat initial, la visite d'un envoyé du service médical de la Compagnie qui assure la maison qui l'emploie. Cet envoyé examine le blessé, ordonne de cesser le traitement que nous avions prescrit et annonce qu'il reviendra, accompagné, le lendemain. Le lendemain, en effet, un second envoyé arrive..... et disparaît après avoir lu un mot que j'avais laissé à son intention, non toutefois sans avoir dit que, la veille, c'était un infirmier qui était venu, et qu'il ferait des excuses par téléphone. Je les attends encore. Nous écrivons à la Compagnie pour protester. Son di-

recteur, qui ajoute à sa signature le titre : ancien interne M. C. des hôpitaux de Paris, nous répond simplement que « la façon dont nous envisageons la chose n'a rien de commun avec ce qu'il en sait ». Comprenne qui pourra ! Pour comble, la consolidation obtenue, la Compagnie refuse le paiement du demi-salaire et des frais médicaux, sous prétexte qu'il ne s'agit pas d'une lésion traumatique.

III. — Pendant notre absence, cet été, notre remplaçant soigne un accidenté qui, un beau jour, est convoqué par la Compagnie « pour affaire le concernant ». Il s'y rend, y est examiné, radiographié... et disparaît, absorbé par le service médical de la Compagnie.

J'ai signalé tous ces faits, en leur temps, au Syndicat des Médecins de la Seine. A la vérité, nous pensons qu'il n'y aurait rien à redire si le médecin contrôleur envoyait toujours au médecin traitant une lettre dans le style de celle que publie le *Concours* du 4 novembre. Il demande, en somme, au médecin traitant, de lui adresser le blessé en vue d'un examen. Libre à lui de n'en rien faire, ou d'assister à l'examen, ou encore de répondre au médecin-contrôleur qu'il préfère un autre mode de contrôle, plus régulier, plus légal. Dans bien des cas, le médecin traitant ne reçoit aucun avis. Le cas nous est arrivé récemment encore à propos d'un employé de la S. T. C. R. P., société qui s'assure elle-même et qui a convoqué le blessé à son Service médical sans que nous en soyons en aucune façon informé.

IV. — Et voici le mot de la fin. Il y a quelques semaines, un de nos clients, bénéficiaires d'un contrat d'assurance individuelle, est blessé. La Compagnie délègue, pour le visiter, un de ses médecins, illustre inconnu, qui se rend chez le blessé, sans nous avoir prévenu, ce qui est parfaitement son droit, puisqu'il ne s'agit pas ici de la loi de 1898. Notre client, quelque peu bavard, croit utile d'informer le confrère que nous avons fait pratiquer des injections d'un produit antiseptique général que nous ne nommerons pas, pour ne pas être accusé de faire de la réclame. « Ça vous a toujours coûté 20 francs », dit le confrère en regardant la boîte qui avait contenu les ampoules. Et comme notre loquace client lui disait encore qu'il avait été opéré antérieurement par un chirurgien dont il citait le nom : « C'est *un petit chirurgien*, dit le contrôleur avec dédain, mais il n'opère pas mal ». Sans commentaires !

En réalité, à notre sens, les rapports entre médecins traitants et médecins contrôleurs devraient être régis par la banale déontologie. Mais il y a des confrères qui ignorent autant le sens de ce substantif que celui du mot : éducation. Et, contre de tels procédés, il n'y a ni lois, ni codes, ni ordre des médecins qui pourront jamais rien...

Un mot d'un autre ordre. Nous avons été agréablement surpris de trouver, dans les « Propos du Jour » du *Concours* du 29 juillet dernier, une opinion sur les émigrés qui viennent encombrer en France notre profession « émigrés pour la plupart sans patrie, à la conscience courte et aux dents longues ». Nous avons été surpris, parce que nous nous rappelions encore un « Propos du Jour » daté d'il y a quelques deux ans, et dans lequel, sans y être nommé, nous étions visé, étant celui qui, à une réunion d'une Société médicale d'arrondissement, avait protesté avec franchise contre la possibilité envisagée de désigner comme président annuel un médecin d'origine étrangère. Nous restons persuadé que les étrangers qui viennent chercher en France dans l'exercice de notre profession des moyens d'existence qui manquent dans leur patrie d'origine, n'ont pas tous « la conscience courte et les dents longues », mais nous pensons aussi et encore que nous n'avons pas besoin, ni comme membres du bureau de nos Sociétés et Syndicats médicaux ni comme membres du Parlement, ni même comme ministres, de ces Français récents qui devraient laisser au temps le soin de jouer vis-à-vis d'eux son rôle d'adaptation, et à leurs mœurs, par une transformation lente, produit du milieu, le soin de s'assimiler peu à peu à celles du pays qui leur fait l'honneur de les héberger. Aussi sommes-nous heureux d'enregistrer l'avis autorisé du *Concours*, qui regrette, comme nous, les nouvelles facilités promises par le Ministre de l'Instruction publique en faveur des médecins munis d'un diplôme étranger pour pratiquer en France. Nous aimons à croire qu'avant de les rendre effectives M. Herriot voudra s'entourer de conseils d'idoines qui éclaireront de façon plus judicieuse sa religion à cet endroit.

Dr Haton,
de Paris.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

3759. — Patente d'un médecin habitant avec sa mère.

Installé à A., depuis 1926, j'ai cédé mon cabinet en avril 1928. J'habitais un pavillon, dont ma mère était la principale locataire et payait le loyer total.

Or, je reçois, pour l'année 1927 (rôle émis en recouvrement le 20 mai 1928) une feuille d'impôts pour la contribution des patentes où on m'impose pour ma patente, en prenant comme base le loyer total (7.800 fr.). Or le bail n'est pas à mon nom, mais au nom de ma mère.

D'autre part on m'impose pour un loyer matriciel de 3.350 francs.

Est-ce légal ? Dr X.

Réponse.

Si vous habitez en commun avec votre mère, l'imposition sur le loyer total de 7.800 francs serait difficilement contestable, à moins que vous ne puissiez établir que certaines pièces sont nettement séparées des autres et à l'usage exclusif de votre mère.

A. M.

3804. — Révision de l'impôt sur les bénéfices professionnels.

Le contrôleur des contributions dans l'impôt sur le revenu, a jugé ma déclaration insuffisante pour les années 1924-25-26 et 1927 et a augmenté mon imposition. N'ayant aucune comptabilité, sauf un carnet médical incertain, j'ai accepté, puisque je ne pouvais faire la preuve de l'excès d'imposition. Mais maintenant, non content du résultat déjà obtenu, il vient de m'écrire : « Pour les années 1922, 23 et 24, il est indéniable que les chiffres déclarés ne correspondent pas à la réalité. Je vous prie, en conséquence, faute d'éléments précis, de vouloir bien pour éviter toute pénalité, pour toutes les années faisant l'objet d'un rehaussement, accepter un rehaussement forfaitaire. Je propose de vous imposer sur un bénéfice de 35.000 pour 1922 et 1923 et 45.000 pour 1924. »

Voudriez-vous me dire :

1° Si on peut me donner des pénalités, puisque j'ai accepté les chiffres proposés ;

2° Si on peut, par rétroactivité, m'imposer en plus-value en 1927, 26, 25, 24, 23 et 22, c'est-à-dire 6 ans.

3° Si je suis en droit de refuser une imposition modifiée pour 1922 (qui dépasse le délai de 5 ans).

Dr X.

Réponse.

1° Si vous ne pouvez justifier de votre bonne foi, la pénalité appliquée par le contrôleur serait maintenue, même dans le cas où vous auriez accepté le rehaussement.

2° Les impositions peuvent être établies pendant les 5 années qui suivent l'année de la déclaration, soit 1923, donc jusqu'en fin 1928.

3° Légalement, le rehaussement est possible pour six années. A. M.

Questions médico-militaires.

3931. — Promotion au 3e galon ; périodes d'instruction.

J'ai reçu cet été une demande du service de santé me demandant si je voulais faire une période de 21 jours, me faisant valoir que cette période, suivie d'une autre, était nécessaire pour mon « ascension » au grade de 3 galons. Ci-dessous mon «*curriculum vitæ militaris* ».

Classe 1910.

Sursitaire (études) jusqu'à octobre 1913. Certificat d'aptitude pour médecin auxiliaire le 25 juillet 1913 à Lyon.

Incorporé en octobre 1913 au n[e] R. I., nommé médecin auxiliaire en août 1913 (aux armées).

Aide-major 2° classe T. T. le 19 juillet 1917 ; D. T. le 18 janvier 1920; aide-major 1[re] classe T. D., 18 janvier 1924.

Depuis ma démobilisation, j'ai remplacé plusieurs fois, pour un total de 6 mois, au moins, le médecin de la place de A., sous le vocable de « médecin commissionné » pour des émoluments de 300 ou 450 fr. par mois selon que le service de santé avait plus ou moins besoin de moi.

J'avais accepté ces remplacements avec la pensée non exprimée par écrit, et non acceptée en réponse écrite, que ces périodes volontaires me tiendraient lieu de période réelle.

a) Je voudrais bien avoir mon 3[e] galon ;

b) Je voudrais encore plus ne pas me priver de mes vacances pour une période militaire, lâcher ma clientèle 3 semaines de plus que mes vacances normales.

Puis-je espérer faire entendre cette façon de penser aux autorités militaires de ma région ?

En bon français, ces périodes, dont je pourrai retrouver les dates précises de début, de terminaison, donc la durée totale, peuvent-elles être assimilées, malgré leur caractère non gratuit, à de vraies périodes militaires, m'être comptées pour mon 3[e] galon.

Le cas a dû se présenter. J'ai écrit à X., il y a 5 mois, naturellement personne n'a bougé.

D[r] Z.

Réponse.

Légalement, vous devez avoir six ans de grade de lieutenant afin d'être proposable pour capitaine ; vous devez, en plus, avoir effectué deux périodes d'instruction.

Normalement, le médecin commissionné n'est pas assimilable à un médecin de réserve faisant une période d'instruction, car tout médecin *civil*, même fût-il dégagé de ses obligations militaires, peut être commissionné.

Peut-être cependant la Direction pourrait-elle par bienveillance admettre l'assimilation ? Mieux vaudrait obtenir la solution par une visite, suivie d'une lettre, que par une lettre simple.

A l'avenir, si tels sont vos désirs, n'acceptez plus d'être « commissionné », mais, si l'occasion s'en présente, demandez à faire le service médico-militaire comme « médecin de réserve en période d'instruction ».

3752. — Etablissements où peuvent être soignés les pensionnés de guerre.

J'ai dans ma clientèle un ancien blessé de guerre atteint de sclérose des cordons médullaires postérieurs par névrite ascendante ; ce malade est pensionné à 85 % et me demande l'adresse d'un établis-

sement spécial où il pourrait être soigné en faisant bien entendu abandon de sa pension. Je ne connais qu'un établissement de ce genre à Montpellier, mais mon malade trouve que c'est bien loin, alors pourriez-vous me donner l'adresse de plusieurs établissements où l'on soigne les blessés de guerre ? En existe-t-il aux environs de Paris ?

Dr R.

Réponse.

Un établissement spécial pour les malades de cette catégorie existe à Saint-Cloud (Seine), 2, avenue Pozzo-di-Borgo, c'est l'établissement Sollier.

Cependant, il n'est pas certain qu'un malade y soit admis et traité, moyennant l'abandon de sa pension d'invalidité, même au taux de 85 %. Il faudrait écrire.

Pourquoi votre malade ne se ferait-il pas admettre aux Invalides ? Son admission doit être demandée au Général commandant l'Institution Nationale des Invalides et l'hospitalisation pourrait être assurée en abandonnant une partie de la pension d'invalidité. Nous vous donnerions, si la chose vous agréait, tous renseignements utiles.

3930. — Légion d'honneur ; réforme pour maladie provenant de la guerre.

De la classe 1907, j'ai fait toute la guerre sur le front dont 32 mois dans les chasseurs alpins et le reste dans une ambulance divisionnaire.

J'ai eu deux citations au bataillon et à la brigade. Je n'ai pas eu de blessure, mais à l'ambulance en triant les blessés et les malades, j'ai contracté en octobre 1918 une congestion grippale double avec foyer de broncho-pneumonie et albuminurie massive.

J'ai déjà eu deux propositions pour la Légion d'honneur, restées sans résultat.

Bien que non blessé, j'ai la conscience d'avoir fait mon devoir d'autant plus que j'attends mon septième enfant. Ce qui est aussi un devoir.

La broncho-pneumonie, que j'ai eue vaut bien un éclat d'obus en séton sans gravité, surtout quand on a servi pendant 32 mois dans des bataillons de chasseurs qui ont aujourd'hui la fourragère rouge, qu'en pensez-vous ? et où l'on était bien souvent à la peine et au danger. A votre avis, y aurait-il quelques réclamations à faire touchant l'obtention plus rapide de cette distinction que vraiment j'ai méritée vu la facilité avec laquelle on l'a donnée à tant d'autres, d'une part, et d'autre part, croyez-vous qu'il serait utile pour moi de présenter devant le Conseil de réforme une demande d'examen pour faire constater mon état dans le cas où je viendrais à souffrir de séquelle de l'affection contractée en 1918, le délai de la réclamation expirant le 31 décembre 1928.

Dr X.

Réponse.

1° Il vous faut attendre trente annuités afin d'être proposable pour la Légion d'honneur ; vous semblez, avec les campagnes de guerre, avoir environ 27 annuités. Les maladies en service et les citations au bataillon ou la brigade ne sont pas comptées comme annuités. Patientez donc encore un peu.

2° S'il vous reste quelque séquelle de votre affection pulmonaire, et si vous êtes à même d'établir, pour cette séquelle, une continuité de soins médicaux depuis la démobilisation, n'hésitez pas à demander à votre Directeur du service de santé une visite pour indemnisation ; faites-le avant le 31 décembre 1928.

Accidents du travail.

3982. — Accident par insolation à un cantonnier.

Pourriez-vous me fournir les renseignements suivants : un cantonnier titulaire d'une grande ville, frappé au cours de son travail par une insolation, qui a créé des troubles cérébraux et oculaires, sur lesquels, à l'hôpital, on n'a pas établi de diagnostic franc, se trouve à la veille d'être mis en réforme comme ne pouvant plus accomplir son service. Dans ces conditions : 1° si l'insolation est la cause provocatrice ou aggravante des troubles signalés, quel recours a-t-il contre la ville ? 2° devant quelle juridiction doit-il aller ? Quel délai a-t-il ?

Dr L.

Réponse.

D'après les renseignements que vous nous donnez, votre client est cantonnier titulaire. Il a donc la qualité de fonctionnaire et se trouve placé sous le régime de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions de retraite, c'est-à-dire soumis à une retenue sur son traitement et, par contre bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou, *en cas d'accident survenu dans l'exercice de ses fonctions*, d'une rente viagère calculée d'après des règles déterminées (Sachet, édition 1926, tome 1, no 159). Il est impossible de cumuler les avantages de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail avec ceux de la loi du 9 juin 1853. Il en résulte que votre client ne peut que prétendre aux indemnités prévues par cette loi.

Pour obtenir une rente viagère pour accident survenu dans l'exercice de ses fonctions, il appartient à votre client de prouver : 1° qu'il a été atteint d'une insolation au cours de son service ; 2° que les troubles qu'il présente sont en relation étroite avec cette insolation. Le premier point est une question de fait, le second ne peut être établi que par un certificat médical.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1929 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167 95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 516. — Région lyonnaise. Poste O. R. L. en plein dévelop. Bel appart., bail 3 ans. Prix très modéré.

N° 517. — Région lyonnaise. A une heure de Lyon, petit cab. O. R. L. (une matinée par semaine). Petit local. prix minime.

N° 518. — A vendre : microscope Capski complet table Wecker ; guéridon tôle, 2 tablettes ; vitrine murale métal, 2 tablettes glace ; 2 tabourets à vis, le tout parfait état. Dr Patry, 1, rue du Môle, Annemasse (H.-S.).

N° 519. — Très bon violoncelle ancien, conviendr. à dame ou jeune fille : 1.200 francs. Dr Fauvel, à Villennes-sur-Seine (S.-et-O.).

N° 520. — Achèterais bicyclette enfant occasion. Dr G., Daudon, à Saint-Amand-sur-Sèvre (Deux-Sèvres).

N° 521. — Beauvaisis. Chef-lieu cant. très agréab., commun. rap. avec Paris. Client. rap. 80.000 fixes divers intéress., Belle maison confort. Indemn. 40.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 522. — Banl. Nord. Excell. clin. A. T., rapp. 15.000 par mois, très grands locaux. Possib. faire client. Indemn. 85.000 dont 60.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 523. — Orne. Poste propharm., rapp. 110.000, rayon peu étendu ; loyer 2.000, maison 8 p. A céder 60.000 à débatt. dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), Tél. Gob. 36-46.

Nº 524. — Bourgogne. Par suite décès, bon poste à reprendre immédiatement.

Renseignements

— Enf. infirmes, paralys., épilept., arriérés. Trait. spécial. ind. Résultats très int. Pension méd., vie famille, prix modé. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Une épidémie de fièvre typhoïde actuellement en décroissance sévit à Lyon et dans la banlieue lyonnaise.

— **Groupe médical de la Chambre des Députés.** — Sous la présidence du Dr Gardiol, le Groupe médical de la Chambre des Députés s'est réuni, le 20 novembre courant, dans la salle du 6e Bureau, à 14 heures. Vingt membres assistaient à cette réunion. Le secrétaire général du Groupe, le Dr Gadaud, donna lecture d'une lettre d'adhésion du Dr Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au Ministère du Travail ; d'une communication des hygiénistes départementaux de la Seine et de la Seine-et-Oise, et d'une lettre du Dr Maurice Faure, de Lamalou, relative à la population thermale, du point de vue fiscal et des facilités de circulation pour les voyages d'études médicales.

Le Groupe décida de faire les démarches ministérielles proposées.

Puis, le Dr Grinda, rapporteur de la loi sur les Assurances sociales, fit un long exposé très documenté sur les derniers travaux de la Commission chargée d'élaborer le règlement d'administration publique de cette loi.

Il passa en revue les résultats acquis pour le contrat collectif, le libre choix, le contrôle technique, le secret professionnel et correspondant aux conditions requises par le front syndical.

Sur les points délicats des tiers payants et de la liberté de thérapeutique, le rapporteur fit connaître que les pourparlers continuent.

Une discussion s'engagea à laquelle prirent part MM. Grinda, Dézarnaulds, Legros, Briquet, Fié et la plupart des membres du Groupe qui désirent demeurer au courant des travaux ultérieurs de la Commission.

Le Président remercia M. Grinda de sa communication fort intéressante et le félicita de ses efforts personnels pour rendre les Assurances sociacles pratiques et applicables.

En terminant, le Groupe confia au Dr Briquet le soin d'établir un rapport provisoire sur une proposition de loi relative à la publicité des produits pharmaceutiques spécialisés.

La séance fut levée à 18 heures.

— **UMFIA. Union médicale latine.** — *Grand dîner de l'UMFIA, en l'honneur du Brésil et de la médecine brésilienne.* — A l'occasion de la venue en France d'une mission importante de médecins brésiliens pour visiter les Universités de France et de leur séjour à Paris, l'UMFIA offrira cette année un grand dîner en l'honneur de la médecine brésilienne et de ses représentants à Paris.

Ce dîner sera présidé par Son Excellence de Souza Dantas, Ambassadeur du Brésil, grand ami de la France, qui s'est toujours intéressé à l'œuvre de l'UMFIA, et qui compte tant de sympathie dans le monde parisien et spécialement dans notre milieu médical, et par le Prof. Georges Dumas, qui a séjourné à plusieurs reprises au Brésil, où il est universellement connu et où il a reçu le beau titre de citoyen de Rio-de-Janeiro par décret.

A ce dîner seront particulièrement invités par l'UMFIA, tous ceux qui ont accompli des missions françaises au Brésil et qui ont ainsi contribué à établir des relations étroites entre nos deux pays amis.

Les membres de l'UMFIA sont priés d'assister à cette fête franco-brésilienne, ainsi que les dames et les jeunes filles de leur famille.

Ce banquet aura lieu le *mardi* 18 *décembre* à 7 h. 45 précises, Palais d'Orsay (quai d'Orsay).

Un numéro artistique de danse et un bal avec jazz suivront immédiatement le dîner. Le buffet sera gracieusement offert par l'UMFIA. Il est rappelé que les dames, jeunes gens, jeunes filles qui n'auront pu assister au dîner seront invités à prendre part à la soirée dansante (à 10 h. 30).

Les membres de l'UMFIA des autres pays latins seront également priés de venir à ce dîner.

Pour le Conseil d'administration de l'UMFIA : Le président : Dr DARTIGUES ; le secrétaire général : Dr MOLINÉRY; le secrétaire général adjoint: Dr BERRY.

— **Congrès du Caire.** — La Société française d'hygiène, fondée en 1876, par le Dr Prosper de Pietra Santa, invitée officiellement par le Ministre de l'Ins-

truction publique d'Egypte au centenaire de la Faculté de médecine du Caire, en décembre 1928, a délégué le Dr Pamart (de Paris) à cette cérémonie, à laquelle s'ajoute le Congrès d'hygiène et de médecine tropicales.

Le Dr Pamart présentera en son nom, au Congrès, une communication intitulée : *Les arbres dans les villes*, et au nom du Dr Foveau de Courmelles, président de la Société, une autre : *Hygiène et lumière intégrée*.

— **Société amicale des médecins alsaciens** (9, rue d'Astorg). **Société des médecins lorrains** (133, boulevard Haussmann). — Le mercredi 12 décembre, aura lieu au Palais d'Orsay, quai d'Orsay, le dîner de la Société amicale des médecins Alsaciens et de la Société des médecins Lorrains, sous la présidence de M. le Dr Oberkirch, député de Sélestat, sous-secrétaire d'Etat. Il réunira, non seulement les membres actifs de ces sociétés et leur famille, mais tous les confrères d'origine alsacienne ou lorraine et les anciens élèves des Facultés de Nancy et de Strasbourg qui y sont cordialement invités.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Assemblée générale.* — La VIe assemblée générale de la « Ligue nationale française contre le péril vénérien » aura lieu le jeudi 13 décembre 1928, à 20 h. 45, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. Loucheur, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

ORDRE DU JOUR. — I. *Assemblée générale.* — 1o Discours de M. Queyrat, président de la Ligue ; la vie de la Ligue ; 2o rapport de M. le prof. Gougerot, secrétaire général de la Ligue, sur la propagande ; 3o rapport de M. Robert Rebut, trésorier général de la Ligue, sur la situation financière ; approbation des comptes et vote du budget ; 4o proclamation des prix de la Ligue ; 5o élection du tiers sortant du Conseil d'administration ; 6o élection du tiers sortant du Conseil de perfectionnement.

II. *Séance du Conseil de perfectionnement.* — 1o Election du bureau ; 2o présentation du film « Le baiser qui tue » par les soins de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale (scénario de M. Tartarin Malakowski, réalisé à l'écran par M. Jean Choux).

— **Bordeaux.** — Nous apprenons avec plaisir l'élection de notre collaborateur, M. le Dr Henri Fischer, comme membre correspondant de l'Académie des sciences de Sienne.

Nous sommes heureux d'annoncer, d'autre part, que l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, vient de décerner une médaille de bronze à M. le Dr Ed. Crouzel (Le Buisson, Dordogne), pour son ouvrage intitulé : *Aphorismes vécus*.

— **Hôpitaux de Lille.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomina-

tion de MM. Lamoril et Torck, titulaires, et de M. Rousselle, provisoire.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Delezenne, Vandenbosch, Bérode, Senellart, Ledieu, Le Dourneuf, Liber et Samain.

— **Hôpitaux de Strasbourg.** *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Strasbourg vient de se terminer par la nomination de MM. Daull, Aron, Heuriet, Zorn, Hubster, Truffert, Cornu, Picquet, Horber et Woringer comme internes titulaires et de MM. Duhamel, Meyer, Lévy (Gaston) et Bonhecker, comme internes provisoires.

— **Hôtel-Dieu de France, à Beyrouth.** *Souscription.* — Une souscription est ouverte pour l'achèvement de l'Hôtel-Dieu de France, hôpital français, d'enseignement, à Beyrouth. Plus de trois millions sont encore nécessaires pour pouvoir compléter cet établissement hospitalier rattaché à la Faculté française de médecine de Beyrouth. Les souscriptions sont reçues : A Paris, chez M. Jalabert, 5, place Président-Mithouard (7e) ; à Lyon, chez M. du Bouchet, 8, place Ampère ; à Marseille, chez M. Cartier, 11, rue Puget ; à Beyrouth, chez le R.P. Chanteur, Chancelier de la Faculté française de médecine.

— **Coopérative d'achat des Praticiens français.** — Notre regretté confrère Carayon, en fondant la Coopérative d'achat des praticiens Français, n'avait certainement pas envisagé le développement que prend cette œuvre confraternelle, encore insuffisamment connue du Corps médical.

Une simple cotisation de 20 francs par an adressée àl a C.A.P., 5, rue Lacapelle, à Montauban, permet de profiter des avantages importants qu'elle procure.

Elle vient d'ouvrir un bureau à Paris, 29, rue Mogador, lui permettant désormais d'être utile aux confrères parisiens ou provinciaux de passage à Paris,

— **Fiches de pratique médicale.** — La *deuxième série* des « Fiches de pratique médicale » du Dr Desfour, de Montpellier, est actuellement parue. Elle peut être obtenue sur demande à la maison d'édition (Dubois et Poulain, 5, Grande rue, Montpellier. Prix : 27 fr. 50, franco).

— **Naissance.** — Le Dr Pierre Martin, de Châtel-Guyon, et Madame, nous informent de la naissance de leur fils *Jean-Pierre.* Nos meilleurs compliments.

— **Hôpital Foch,** 60, rue Vergniaud, Paris (XIIIe). — Le docteur Léon Giroux a repris ses conférences de cardiologie le dimanche 2 décembre 1928, à 10 h. du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

A TRAVERS LES PUBLICATIONS OFFICIELLES

Journal officiel

21 *novembre.*

Travail et hygiène.

Décret du 17 novembre 1928 fixant les attributions du sous-secrétaire d'Etat.

Art. 1er. — Le sous-secrétaire d'Etat pourra suppléer le ministre dans l'examen des projets de loi intéressant le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et dans la discussion desdits projets devant le parlement. Il est appelé, en outre, à émettre son avis sur toutes les affaires qui sont soumises à son examen par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 2. — Le sous-secrétaire d'Etat a la délégation permanente de la signature du ministre pour toutes les affaires que le ministre renvoie à sa décision.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Un concours sur titres et sur épreuves (épidémiologie, bactériologie, administration sanitaire) pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de l'Ain aura lieu à l'Institut Pasteur de Paris, dans la première quinzaine de janvier 1929.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture de l'Ain (1re division), avant le 20 décembre 1928, dernier délai, et accompagnée des pièces suivantes :

1o Acte de naissance ;

2o Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3o Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4o Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

5o Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de services ;

6o Un exposé des titres, travaux et services ;

7o Un exemplaire de ses principales publications ;

8o L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer exclusivement à ses fonctions.

Le candidat désigné à la suite du concours recevra un traitement annuel de 30.000 fr.

Il recevra, en outre, un forfait de 15.000 fr. pour frais de déplacement, de correspondance et de bureau.

22 *novembre.*

Assistance publique.

Commission d'examen des moyens d'atténuer la charge qui résulte, pour les établissements hospitaliers de Paris, du traitement des malades de la banlieue parisienne, des départements et de l'étranger.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Vu l'arrêté du 27 juillet 1928 portant institution d'une commission chargée d'examiner les moyens d'atténuer la charge qui résulte, pour les établissements hospitaliers de Paris, du traitement des malades de la banlieue parisienne, des départements et de l'étranger.

Arrête :

Art. 1er. — Cette commission sera composée comme il suit :

MM. le docteur Gustave Dron, sénateur du Nord, président du conseil supérieur de l'assistance publique.

Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre.

Moricet, sénateur de la Seine.

Nogaro, député des Hautes-Pyrénées, ancien ministre, président de la commission de préparation des traités internationaux.

Henri Sellier, président du conseil général de la Seine.

Rebeillard, président de la commission d'assistance au conseil général de la Seine.

Lesesne, conseiller général de la Seine, rapporteur de l'assistance médicale gratuite.

Ambroise Rendu, doyen du conseil municipal de Paris, président de la commission de l'assistance publique du conseil municipal de Paris.

De Fontenay, rapporteur de la 5e commission du conseil municipal de Paris.

Grangier, rapporteur de la 5e commission du conseil municipal de Paris.

Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail.

Labussière, conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur.

Cornu, directeur du contrôle, de la comptabilité et des affaires algériennes au ministère de l'intérieur.

Le docteur Mourier, directeur général de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Rondel, secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.

Huguenin, inspecteur des finances chargé de la direction du contrôle des administrations financières au ministère des finances.

Imbert, chef du service central de l'inspection

générale des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Le docteur Bire, inspecteur de l'assistance publique du département de la Seine.

L'inspecteur de l'assistance publique du département de Seine-et-Oise.

Cambier, chef du bureau de l'assistance médicale à la préfecture de la Seine.

Quellet, chef du service des hôpitaux et hospices à la direction générale de l'administration générale de l'assistance publique de Paris.

Art. 2. — M. Lechat, chef de bureau au ministère du travail, est nommé membre de ladite commission en remplacement de M. de Mouy, chef de bureau à ce ministère, et admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Art. 3. — M. le docteur Gustave Dron, remplira les fonctions de président.

Art. 4. — Les membres de la commission pourront, le cas échéant, déléguer aux séances un représentant dont ils auront la désignation.

Art. 5. — M. Leclerc, rédacteur à l'administration générale de l'assistance publique à Paris, assurera le secrétariat de la commission (convocations, constitution des dossiers, procés-verbaux).

Art. 6. — La commission désignera, toutes les fois qu'il sera nécessaire, des rapporteurs pour l'étude des questions qu'elle sera appelée à examiner. Ces rapporteurs pourront être choisis dans son sein ou en dehors de la commission.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

24 *novembre.*

Service de santé des Troupes coloniales.

Par décret du 5 novembre 1928, une indemnité de fonctions de 9.000 fr. par an est allouée aux professeurs de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, et une indemnité de 6.000 fr. par an aux professeurs adjoints de la même école.

25 *novembre.*

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le Dr Demay.

27 *novembre.*

Soins aux pensionnés de guerre.

Instruction pour l'application du décret du 27 septembre 1928 modifiant le décret du 25 octobre 1922 relatif aux soins gratuits accordés aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

Le ministre des pensions à MM. les préfets.

Paris, le 20 novembre 1928.

Conformément aux dispositions du décret du 27 septembre 1928 modifiant le décret du 25 octobre 1922 relatif à l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, vous voudrez bien procéder aux remaniements suivants dans le fonctionnement du service des soins gratuits :

J'attire particulièrement votre attention sur ce fait qu'en matière d'inscription sur les listes, les attributions des maires sont maintenues mais soumises à un contrôle plus étroit ; désormais la décision du maire concernant l'inscription ne recevra effet qu'après approbation du préfet, cette approbation consistant dans l'envoi au maire par la préfecture du numéro d'inscription sur la liste départementale.

Quant aux carnets de soins ils seront désormais déposés entre les mains des préfets et délivrés par ceux-ci à la demande et par l'intermédiaire des maires.

Art. 1er *du décret du* 25 *octobre* 1922. — Le paragraphe 1er de l'article 1er est complété comme suit:

« La mairie transmet la demande à la préfecture où il est tenu une liste récapitulative départementale ; un numéro d'ordre départemental est attribué par la préfecture à chacun des inscrits ; ce numéro est communiqué à la mairie et reproduit sur la liste communale ainsi que sur la couverture de chaque carnet au-dessus du cachet de la préfecture. »

En conséquence :

1° Les préfectures doivent tenir une liste générale de tous les bénéficiaires de l'article 64 du département. Cette liste générale est divisée en deux parties : la liste permanente et la liste provisoire ;

2° Aucune inscription ne doit être faite sur la liste communale tenue par le maire tant que la préfecture n'a pas fait connaître que l'inscription est justifiée en indiquant le numéro de l'intéressé sur la liste départementale ;

3° Les carnets de bons médicaux et pharmaceutiques seront désormais délivrés par la préfecture et non par la mairie.

Les dispositions de « l'avis important » placé au recto de la couverture du carnet seront remplacées par les dispositions suivantes :

I. — L'inscription sur les listes des bénéficiaires des soins gratuits est demandée par le pensionné à la mairie de son domicile. Lorsque l'inscription a été approuvée par la préfecture, le préfet en avise le maire en lui faisant connaître le numéro de la liste départementale sous lequel est inscrit l'intéressé et en lui adressant un carnet de soins après avoir rempli le verso de la couverture et y avoir apposé sa signature et son cachet. La mairie au reçu du carnet remplit les en-tête de chaque feuillet et assure la remise du carnet dans les moindres délais.

II. — Pour obtenir le renouvellement d'un carnet le bénéficiaire doit, avant l'épuisement du carnet en cours, adresser sa demande à la mairie où il est inscrit. La demande est transmise à la préfecture qui, après avoir rempli le verso de la couverture comme il a été dit ci-dessus, l'adresse à la mairie qui remplit les en-tête des feuillets et le remet à l'intéressé en échange de la couverture du carnet épuisé : cette couverture est adressée à la préfecture comme pièce justificative ; les souches des carnets épuisés restant entre les mains des intéressés.

III. — En cas de changement de domicile, l'intéressé doit demander à la mairie un certificat de radiation sur le vu duquel l'inscription sera opérée sur les « listes spéciales » de la nouvelle commune ; chaque maire avise son préfet.

IV. — Voir en dernière page le mode d'utilisation du carnet par le médecin et le pharmacien.

Ce modificatif sera imprimé à la diligence des préfectures sur un papillon qu'on collera au recto de chaque carnet à la place des dispositions anciennes en attendant l'impression de carnets d'un nouveau modèle.

Vous voudrez bien inviter les mairies de votre département à vous faire retour de tous les carnets qui sont en leur possession et opérer toutes vérifications utiles.

Art. 3. — L'article 3 est complété comme suit :

« Après avoir pris connaissance de la notification, la mairie la transmet à la préfecture avec la demande d'inscription en vue de la constitution de la liste récapitulative. »

La notification ministérielle portant le diagnostic de l'infirmité qui a motivé la pension doit être conservée par les préfectures et annexée au dossier de l'intéressé ; cette pièce est strictement confidentielle.

Art. 7. — La dernière phrase du paragraphe 2 de l'article 7 est modifiée comme suit :

« ... sinon il saisit immédiatement la commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits, qui statue. »

Le paragraphe 3 de l'article 7 est supprimé.

En cas de refus d'approbation par le préfet d'une inscription proposée par le maire, le préfet saisira la commission départementale exactement comme lorsqu'il entend confirmer un refus d'inscription du maire.

Art. 9. — Le paragraphe 1er de l'article 9 est modifié comme suit :

« Le préfet peut, au cas où une inscription lui semble irrégulière ou injustifiée, saisir la commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits d'une demande de radiation. »

Toute inscription reconnue irrégulière ou injustifiée, qu'elle ait été faite par le maire sous le régime de l'ancien décret ou par le maire avec approbation

Voir la suite page LV-3551

PROPOS DU JOUR

Pour le développement des relations médicales entre la France et les autres Nations.

L'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les Pays amis (A.D.R.M.) a tenu, mercredi 21 novembre, son Assemblée générale sous la présidence de M. Honnorat, ancien ministre, qui s'est si brillamment et si utilement consacré à la Cité Universitaire.

Après une courte allocution du Pr Balthazard, assesseur de la Faculté de médecine, remplaçant M. le Doyen Roger, en misson au Paraguay, le Pr Hartmann, président de l'A.D.R.M., a donné quelques précisions sur les services que rend cette Association et sa prospérité croissante. Nous croyons utile de reproduire ici les chiffres et les faits qui nous ont le plus frappé, car ils prouvent ce que peut obtenir un homme d'énergie et de volonté comme M. le Pr Hartmann quand, presque seul, avec des ressources insignifiantes, il met au service d'une œuvre à la fois patriotique et humaine dans la plus large acception du mot, sa réputation de grand chirurgien et de savant professeur, son activité inlassable et son dévouement sans limites.

Tandis qu'en 1927, les bureaux de l'A.D.R.M. avaient reçu, salle Béclard, 610 visiteurs, en 1928, ils en ont reçu 1.052. Notons au nombre de ces derniers 15 Allemands, 79 Espagnols, 99 médecins des Etats-Unis d'Amérique du Nord, 55 Italiens, 39 Brésiliens, 20 Uruguayens, etc.

Parmi ces visiteurs, 547 ont pu éviter toutes formalités pour se faire inscrire aux cours qu'ils désiraient suivre en s'adressant à l'A.D.R.M.

Les demandes de renseignements par lettres ont été aussi très nombreuses ; elles se sont élevées à 935 en 1928.

Ces beaux résultats ont pu être obtenus grâce à la collaboration de M. Hartmann avec le bureau et le Conseil d'administration de l'Association. Mais tout le monde est unanime à reconnaître qu'après le Pr Hartmann, c'est la secrétaire administrative, Mlle Huré, qui contribue le plus à la prospérité de l'A.D.R.M. Le gracieux accueil qu'elle fait aux visiteurs, la compréhension rapide et intelligente qu'elle a de leurs désirs, l'inaltérable complaisance qu'elle met à rendre service à tous, sa connaissance approfondie des langues anglaise et espagnole, l'activité qu'elle met à tenir à jour une correspondance considérable sont indiscutablement les facteurs principaux des succès de l'Association.

De nombreuses missions, de notables personnalités médicales nord-américaines, anglaises, sud-américaines, etc., ont été reçues avec le concours de la Bienvenue française.

Le Pr Hartmann a pu se rendre compte au cours de ses voyages de l'utilité de l'A.D.R.M. et combien elle contribue à maintenir et à élever le prestige de la France. Il a rappellé le succès obtenu par la section française de la récente Exposition d'Athènes, l'accueil touchant qui a été fait au Pr Achard et à lui-même par le Corps médical grec ; les honorariats qui lui ont été décernés tant à Athènes qu'à Montevideo, en Argentine et au Brésil. C'est à la France et à la médecine française, a-t-il affirmé, bien plus qu'à lui-même, que ces honneurs ont été attribués. D'ailleurs l'A.D.R.M. s'est accrue de 132 membres nouveaux cette année, ce qui porte à 579 le nombre de ses adhérents et la plupart de ces 132 nouveaux sont des membres du Corps médical enseignant de l'Argentine et de l'Uruguay.

M. Honnorat a applaudi, et avec lui toute l'Assemblée, aux brillants résultats que venait de signaler le Pr Hartmann. Il a montré que là comme dans la Cité Universitaire qui lui est chère, il ne s'agit pas de créer une sorte d'impérialisme intellectuel français, mais d'amener un rapprochement entre les intellectuels de toutes les nations du monde ; que le succès de la France et de Paris tenaient à des raisons d'ordre géographique et aussi à l'idéal élevé qui guidait des hommes comme le Pr Hartmann dans l'accomplissement de leur belle mission.

Nous qui, membre obscur du Conseil de l'A.D.R.M., avons l'avantage, étant donnés notre complète indépendance et notre absolu désintéressement, de pouvoir en toute franchise dire tout ce que nous pensons, nous admirons sans réserve le dévouement et l'activité du Pr Hartmann. Nous savons qu'il est secondé par beaucoup de ses collègues de la Faculté, mais qu'il nous soit permis d'exprimer le regret qu'il ne soit pas aidé plus activement par tous autant.

qu'il mériterait de l'être. Il ne suffit pas pour contribuer à la prospérité de l'A.D.R.M. de donner une modique cotisation, il faut que chacun paye de sa personne, que les Maîtres de la Faculté et les chefs de service des hôpitaux s'ingénient à organiser les cours que désirent entendre les étrangers de passage à Paris, à condenser en quelques semaines, en quelques jours, les leçons et les exercices pratiques que les médecins étrangers seraient heureux de suivre, à accueillir avec la plus bienveillante courtoisie ces hôtes, à les recommander à la sympathie de leurs élèves. Il faut que tous les médecins, venus des quatre parties du monde à Paris en remportent le meilleur souvenir ; que notre capitale ne soit pas seulement la ville où l'on s'amuse, mais la Cité accueillante où l'on travaille et où l'on s'instruit. Il faut encore que les médecins étrangers qui viennent en France se rendent compte qu'à côté de Paris, il est dans notre Patrie un nombre imposant de centres universitaires et médicaux capables de les intéresser et que beaucoup de ces derniers, s'ils n'ont pas les ressources d'une capitale de plusieurs millions d'habitants, sont pourvus d'un passé, d'une activité et d'un personnel scientifique qui ne le cède en rien à ceux de la métropole.

L'A.D.R.M et l'U.M.F.I.A. sont des Associations indispensables qui poursuivent par des moyens un peu différents les mêmes buts utiles ; dans l'intérêt général, dans l'intérêt de notre Patrie, il est indispensable qu'elles collaborent en toute cordialité, faisant totalement abstraction des personnalités, et des petits intérêts privés pour ne considérer que la noblesse du but poursuivi. Il ne devrait pas y avoir un seul médecin français, ayant quelque souci de la grandeur de son pays et de son épanouissement dans la Paix, qui n'apporte son adhésion et son concours actif à ces œuvres éminemment pacifiques, manifestations du plus sain et du plus pur patriotisme.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TROIS LEÇONS CLINIQUES SUR LA DIPHTÉRIE

Par le professeur Pierre Lereboullet,

Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés,
Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance.

III

Comment on prévient la diphtérie.

La vaccination à l'anatoxine (1)

J'ai, dans une première leçon, montré ce qu'est l'immunité et ce qu'est la réceptivité à l'égard de la diphtérie, comment la réalité de l'immunisation spontanée occulte permet de penser qu'une vaccination provoquée peut être efficace et durable.

Dans une seconde leçon, j'ai rappelé les règles actuelles de la sérothérapie et les effets remarquables de celle-ci dans la plupart des diphtéries déclarées, pourvu qu'elle soit précoce, intensive et prolongée. Mais cette sérothérapie, si elle a fait tomber des neuf-dixièmes la mortalité diphtérique est restée sans action sur la morbidité. Le traitement de la maladie est une chose, sa prophylaxie en est une autre, et jusqu'à ces dernières années, c'était tâche difficile de limiter la diphtérie. S'il est relativement aisé d'isoler les malades, de désinfecter leur linge, de prendre des mesures individuelles de protection (blouse, lavage des mains, glace protectrice lors de l'examen de la gorge), la fréquence des porteurs de germe, en apparence sains, en réalité transmetteurs de virus, rend insuffisants la plupart des moyens prophylactiques dirigées contre les seuls malades. Pourtant de longue date, d'utiles mesures ont été conseillées.

Voici longtemps que la *séroprophylaxie* appliquée aux frères et sœurs des malades hos-

(1) Voir *Concours médical*, nos 47 et 48. — Leçon faite à l'Hopital des Enfants-Malades (Pavillon de la Diphtérie) recueillie par Georges Boudin, externe du service, et revue par le professeur.

pitalisés a été conseillée par Netter. Elle s'est généralisée dans tous les services de diphtériques, a été appliquée par Dubief aux agglomérations scolaires et rend d'incontestables services.

L'injection préventive de 10 c. c. de sérum est simple et efficace, mais, d'une part, elle provoque exceptionnellement des accidents sériques impressionnants, d'autre part, elle ne confère qu'une immunité passive de trois semaines environ.

Le premier inconvénient (réel quoique tout à fait rare) est en grande partie évité par l'emploi de *sérum purifié* dont une ampoule de 1.000 unités suffit le plus souvent et ne détermine pratiquement pas d'accidents sériques ; encore doit-on n'en user qu'avec une extrême prudence chez les asthmatiques, les thyroïdiens et, en général, tous les prédisposés. La durée limitée de la séroprophylaxie montre bien que la méthode ne saurait prétendre à éteindre elle seule une épidémie ; après trois semaines, de nouveaux cas peuvent survenir, si le foyer de contagion subsiste encore.

L'enquête étiologique doit donc être menée parallèlement à la séroprophylaxie. Elle est à la fois clinique et bactériologique. Il faut autour d'un malade *examiner toutes les gorges* et se rappeler que, en temps d'épidémie, les *gorges simplement rouges* sont souvent révélatrices de la présence de bacille. Il faut ensemencer au moins celles-ci et, si on y décèle le bacille, l'isolement temporaire peut s'imposer, de même que la sérothérapie. Le dépistage clinique et bactériologique des porteurs de germe peut ainsi, comme L. Martin l'a montré, donner des résultats fort intéressants. Encore faut-il se méfier de certaines causes d'erreur, comme la confusion du bacille d'Hoffmann avec les bacilles diphtériques vrais, comme le traitement sérique de sujets réfractaires, mais porteurs de bacilles virulents. Aussi peut-il être utile, dans les milieux hospitaliers notamment, de vérifier la réaction de Schick chez les porteurs de germe ou même chez tous les sujets et de n'injecter du sérum qu'à ceux qui présentent un Schick positif. La réaction de Schick, malheureusement, est délicate et parfois d'analyse difficile. Elle est l'arme du médecin hygiéniste, elle n'est pas celle du praticien.

L'attitude à garder varie d'ailleurs selon les divers milieux : hôpitaux d'enfants, collectivités (écoles , orphelinats, etc.), familles pauvres ou familles aisées. Il va de soi que, dans une famille ou une agglomération où les gorges peuvent être observées journellement, les mesures de séroprrévention peuvent céder la place à la seule obsevation clinique et bactériologique, qu'inversement dans les milieux pauvres et surpeuplés où la surveillance est difficile et l'isolement illusoire, mieux vaut faire d'emblée à tous les enfants une injection préventive de sérum purifié.

Les méthodes de prévention, quelles que soient les améliorations survenues, restent délicates et d'effets incertains lorsqu'elles visent surtout les porteurs de germe ; si, au contraire, on peut rendre réfractaires non plus temporairement, mais définitivement les sujets réceptifs, combien la prévention peut être simplifiée ! C'est le progrès qu'apporte la vaccination maintenant que, grâce à l'anatoxine, elle est rendue simple, assez rapide et efficace.

Je ne puis rappeler ici les étapes de la vaccination antidiphtérique, les premiers essais faits en Allemagne, en Amérique, en France avec le mélange toxine-antitoxine, leurs effets certains, mais aussi les désastres parfois observés. Je ne puis non plus vous dire en détail comment Ramon a été, à l'Institut Pasteur de Garches, mené à la découverte de l'anatoxine ; ses belles études sur la floculation lui donnèrent la notion d'un principe ayant gardé son pouvoir antigénique, tout en ayant perdu sa virulence ; en chauffant la toxine diphtérique à l'étuve pendant un mois, en l'additionnant de formol à 3 ou 4 pour 1.000, il vit qu'il lui faisait perdre tout pouvoir toxique, mais garder son pouvoir antigénique et immunisant. Chez le cobaye, puis chez le cheval, il vit la possibilité d'injecter, quelques semaines après l'injection préalable d'anatoxine, des quantités formidables de toxine diphtérique. Il vit aussi la possibilité de préparer le sérum antidiphtérique de cheval uniquement à l'anatoxine, sans employer aucune toxine, aucun microbe : le sérum était, après injections répétées d'anatoxine, aussi riche en unités antitoxiques et le cheval restait en pleine santé (alors qu'il est fortement éprouvé par les injections de toxine virulente). Il vit enfin la possibilité d'appliquer cette méthode à l'homme pour le vacciner contre la diphtérie.

C'est cette vaccination à l'anatoxine de Ramon qui, depuis 1923 est peu à peu entrée dans la pratique journalière et est actuellement bien réglée. L'anatoxine, après préparation et vérification minutieuse chez l'animal, est livrée sous forme d'ampoules d'un cent. cube, le contenu teinté légèrement en vert par le bleu de méthylène. Ces ampoules sont injectées en trois fois à intervalles fixes : la première injection d'un demi cent. cube est surtout préparante. Elle n'a que d'une manière inconstante, d'ores et déjà, un pouvoir vaccinant. On la fait sous-cutanée en un point quelconque, de préférence dans la fosse sus-épineuse. La seconde d'un cent. cube est faite trois semaines plus tard : en rapprocher la date, c'est risquer de diminuer son action.

Pour être assuré d'une vaccination réelle, mieux vaut faire une troisième injection d'un cent. cube et demi deux semaines plus tard.

Si la deuxième injection assure dans 80 p. 100 des cas en moyenne la vaccination (traduite par

la disparition de la réaction de Schick), la troisième donne dans 98 p. 100 des cas une vaccination réelle que l'observation a montrée durable ; elle s'est maintenue au moins 3 à 4 ans, dans les cas où on a pu la vérifier et il est vraisemblable que, grâce aux réinoculations successives qui réalisent l'immunité spontanée occulte, la vaccination devient ainsi définitive.

Les résultats obtenus sur des milliers de cas permettent de considérer la méthode comme actuellement au point. Localement, les injections peuvent donner une légère réaction : rougeur et infiltration persistant 2 à 3 jours, parfois un peu de douleur. Sur plus de cinquante mille injections faites dans mon service, quatre abcès seulement sont survenus, résultant d'inoculations accidentelles ou de maladies associées (l'un est survenu chez une enfant atteinte d'une scarlatine dont l'éruption apparut le soir même de la piqûre). Les *réactions générales* se voient aussi parfois sous forme d'accès fébriles courts, mais parfois violents montant à 39° et 40°. Mais réactions locales et réactions générales se voient surtout chez le grand enfant et l'adulte ; elles restent exceptionnelles chez le jeune enfant. Or, c'est surtout chez lui que la vaccination est indiquée. S'il est prudent de ne pas vacciner l'enfant au-dessous d'un an, chez lequel la vaccination semble plus difficile à obtenir, l'âge optimum semble être l'enfance de un à six ans et c'est à cette période pré-scolaire qu'il faut s'efforcer d'obtenir la vaccination chez le plus grand nombre possible d'enfants. C'est cette vaccination qui est actuellement réalisée un peu de tous côtés ; pour ma part, j'ai créé aux Enfants-Malades un *centre de vaccination antidiphtérique* qui a, actuellement vacciné complètement plus de 15.000 enfants. Or, sur ce nombre considérable d'enfants, les cas de diphtérie ont été exceptionnels, et bénins (deux à trois au plus), défalcation faite des cas qui, bactériologiquement, étaient non diphtériques, ou dans lesquels les trois vaccinations n'avaient pas été faites. Dans tous les centres où la vaccination a été faite ainsi en grand, les résultats ont été les mêmes. La preuve me semble donc actuellement faite de la facilité et de l'efficacité de la vaccination antidiphtérique à l'anatoxine. Alors que le sérum donnait une immunité passive immédiate, mais peu durable, le vaccin donne une immunité active plus tardive ne se réalisant pleinement qu'après 6 à 7 semaines, mais durable et peut-être définitive. Faut-il associer les deux ? L'idée paraît séduisante, mais, en fait, dans l'injection d'un mélange vaccin, sérum, le sérum semble neutraliser l'action du vaccin et rendre ses effets beaucoup plus inconstants. Tout au plus, peut-on, avant toute injection de sérum, injecter du vaccin, en faisant 15 à 30 minutes plus tard, l'injection sérique. Mas le plus simple est, lors de diphtérie déclarée, de rejeter la mise en œuvre de la vaccination après la maladie.

Ce sont, je le répète, en terminant, surtout les *enfants sains de un à six ans* que l'on doit vacciner. En généralisant cette vaccination (il en a été fait 500.000 au Canada), on peut espérer voir diminuer la morbidité diphtérique comme on a vu avec la sérothérapie, diminuer la mortalité. L'épidémie de ces deux dernières années qui a augmenté et la gravité et la fréquence de la diphtérie rend plus nécessaire encore cette campagne pour la vaccination antidiphtérique de Ramon ; grâce à elle, nous pouvons espérer que d'ici quelques années, la diphtérie sera jugulée, comme l'a été la variole. Sérothérapie et vaccination montrent ici une fois de plus les bienfaits de l'association du laboratoire et de la clinique dans la lutte contre les fléaux infectieux.

DÉCOUVERTE DE LA « FILTRABILITÉ » DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE ; SES CONSÉQUENCES EN MICROBIOLOGIE (1) ;

Par Albert VAUDREMER.

La présence d'éléments filtrables dans le bacille de la tuberculose est aujourd'hui un fait admis par certains observateurs et encore mis en doute par beaucoup d'autres.

Après l'exposé si complet que M. le professeur Calmette vient de faire à cette tribune, il serait inopportun de refaire ici un historique des travaux dans lesquels ce fait a été décrit. Nous rappellerons seulement que deux observateurs opérant en deux plans différents ont abordé les premiers cette question, qui soulève des controverses et en soulèvera, nous le savons, de plus nombreuses bientôt.

Le premier, Fontès, en 1910, utilisant pour ses recherches des produits pathologiques de nature tuberculeuse, avait affirmé que le bacille de Koch était filtrable. Ces recherches n'avaient trouvé aucun crédit. Nous-même, en 1922, étudiant systématiquement des produits de culture, avions pris la grave responsabilité d'écrire que Fontès avait eu raison.

(1) Communication faite à la VIe Conférence internationale de Rome, le 25 septembre 1928.

Il nous a paru nécessaire d'insister sur la dualité de ces premières recherches parce que l'identité des résultats obtenus par Fontès et par nous étayait ainsi nos travaux réciproques et donnait à nos conclusions identiques un appui solide.

Personnellement, nous n'avions jamais songé à vérifier les travaux de Fontès, et si nous pûmes arriver aux mêmes conclusions que cet auteur, ce fut par nos recherches commencées en 1892. Celles-ci nous avaient permis d'acquérir sur la microbiologie en général et sur la biologie du bacille tuberculeux en particulier, des idées qu'il importe de préciser ici pour justifier le titre du travail que nous présentons aujourd'hui.

Si l'on veut bien se rappeler le sens dans lequel étaient dirigées les recherches sur la tuberculose en 1892, on se souviendra de ce qui suit.

Le bacille tuberculeux était considéré, suivant la formule de Koch, comme un bacille acido-résistant, ne poussant que sur des milieux riches en substances terniaires et quaternaires, ne se développant, *in vitro*, qu'à une température relativement élevée de 37°-38°, et produisant de la tuberculine.

Il était admis que, en raison de ses exigences nutritives et thermiques, le bacille de la tuberculose était un parasite obligatoire, et il semblait impossible qu'il pût vivre en dehors d'un organisme animal et se développer dans les conditions extérieures qu'il rencontrait dans la nature.

Cette doctrine n'était pourtant pas admise par tout le monde, et il nous souvient qu'il y a bien longtemps le professeur Borrel disait : le bacille tuberculeux peut pousser n'importe où s'il trouve à sa disposition, comme l'ont montré Nocard et Roux, de la glycérine.

Cette opinion ne rencontrait pourtant pas d'écho et tous les observateurs s'attachaient exclusivement à l'étude qualitative et quantitative des graisses dont on savait que le bacille tuberculeux était partiellement composé.

Mais nous avions remarqué que, quantitativement, les substances grasses, qu'il était possible d'extraire, dans des conditions expérimentales identiques, d'un poids constant de bacille de Koch, variait avec les conditions dans lesquelles ce bacille avait été cultivé. Le poids variait, en plus ou en moins , selon que le milieu de culture sur lequel les B. K. avaient poussé, était plus ou moins riche en glycérine. Nous avions conclu, de ce fait, que les triglycérides qui constituent la majeure partie des substances grasses du bacille étaient fonction de la composition glycérinée du milieu.

De là, l'hypothèse que, si l'on pouvait arriver à imaginer un milieu dépourvu de glycérine et capable, cependant, de suffire à la culture du B. K., celui-ci pourrait peut-être, une fois appauvri en corps hydro-carbonés, ne plus être acido-résistant.

Ce fait nous paraissait d'autant plus vraisemblable que, après dégraissage par les solvants habituels, les bacilles tuberculeux colorés au Ziehl, décolorés par l'acide nitrique au tiers et l'alcool absolu, puis recolorés au bleu de méthylène, apparaissaient parfaitement conservés. Les préparations étaient composées par des granulations nombreuses et indépendantes les unes des autres, la plupart dépourvues d'acido-résistance, et, par de nombreux bacilles fins, granuleux, privés eux aussi d'acido-résistance, et, ayant tous les caractères morphologiques de germes.

De ce fait crucial est né le plan expérimental que nous avons suivi pendant trente ans et qui nous a permis de cultiver le bacille tuberculeux en surface et en profondeur, sur et dans des milieux empiriques et synthétiques, dépourvus de glycérine et systématiquement pauvres. Dans ces milieux, nous avons pu suivre le cycle du développement du bacille de la tuberculose. La description des phases de ce cycle ne trouverait pas sa place ici, nous l'aovons faite dans une monographie d'ensemble à laquelle il sera loisible de se reporter (1).

Nous ne résumerons de ce travail que les conclusions suivantes : le bacille tuberculeux est un germe dont l'acido-résistance correspond à un stade de défense du parasite lui-même. Les faits montrent que le B. K., sous ses formes non acido-résistantes peut pousser dans des conditions nutritives aussi pauvres que celles rencontrées dans la nature : les formes acido-résistantes ne le peuvent pas : elles sont strictement parasitaires. Le bacille de la tuberculose possède une toxine, vaccinante, différente de la tuberculine. La tuberculine est une toxalbumine secondaire et sensibilisante produite par le bacille, quand il se développe dans des milieux riches en azote et à des températures relativement élevées (37°-38°).

Le bacille tuberculeux est un germe toujours granuleux, et les granules qui le compoent sont ses éléments de conservation et de reproduction. Les dimensions de ces granules peuvent être très différentes et en voyant l'extrême finesse de certains d'entre eux l'idée vient à l'esprit qu'ils peuvent être filtrables. De cette constatation sont nées les expériences qui nous ont amené à conclure qu'en effet, certains éléments du B. K. traversaient les bougies filtrantes aussi serrées que la L^3.

Nous avons tenu à faire cet exposé pour bien montrer quelle différence existait entre le point de départ des recherches de Fontès et les nôtres. Fontès on le sait, avait étudié la filtrabilité des germes du pus tuberculeux et nous n'avons, pour

(1) Albert VAUDREMER. — Le bacille tuberculeux, étude bactériologique clinique et thérapeutique. Paris. (Les Presses Universitaires de France, éd., 49, boulevard Saint-Michel.)

notre part, étudié que la filtrabilité de cultures. Ces recherches ont été poursuivies pendant quatre ans ; nous avons insisté sur leur difficulté et leurs causes d'erreur ; celles-ci ne pouvant être résolues que par l'emploi de la microstéréoscopie.

Nous avons eu le regret de voir que de nombreux observateurs n'avaient pas pu reproduire nos expériences. Certains pourtant y sont parvenus dont on trouvera les noms dans mon livre précité, mais depuis lors, MademoiselleTogounoff en 1927, a publié à la Société de Biologie de Paris des résultats expérimentaux positifs. Ces résultats sont tellement semblables aux nôtres que Mademoiselle Togonoff et moi, avons confondu nos préparations, sans pouvoir reconnaître ce qui nous appartenait respectivement, tant ces préparations étaient superposables (1).

Il est donc remarquable de voir des observateurs travaillant aux points les plus éloignés du monde obtenir des résultats identiques en employant les uns des produits pathologiques, les autres des cultures *in vitro.* On est forcé de conclure que ceux qui ont échoué dans les tentatives qu'ils ont faites pour reproduire les expériences de leurs prédécesseurs n'ont dû leurs échecs qu'à une mauvaise technique.

Quels sont les éléments filtrables ?

Il est donc dorénavant établi que le B. de Koch possède des éléments filtrables dont il reste à connaître la nature.

Pour tenter d'y parvenir, il faut revenir à l'étude de la structure intérieure et du développement des bactéries pathogènes. On sait que tout ce qui vit, depuis l'être unicellulaire jusqu'aux cellules qui constituent l'ensemble des animaux supérieurs, est composé d'éléments nucléaires et d'une substance plasmatique. La bactérie n'échappe pas à cette loi, des travaux innombrables l'ont prouvé.

Dès 1885, Babès dans son livre sur « Les bactéries », a montré qu'il existait à l'intérieur des bactéries des granules auxquels il attribuait un rôle reproducteur, et Ernst, trois ans après, au Congrès de Vienne, en 1888, montrait que ces granules reproducteurs avaient la qualité de la matière nucléaire (chromatine).

Depuis lors, toutes les recherches des savants ont confirmé l'existence des granules bactériens et ceux-ci n'ont pu être niés que par suite d'une erreur de technique ou par l'emploi de coloration d'une excessive brutalité. Ce fait est particulièrement évident pour le bacille tuberculeux dont la structure homogène souvent décrite n'est qu'apparente et due à une altération de la structure du germe produite par les procédés parfois employés pour le colorer. Si les procédés de colorations employés sont bien choisis et délicatement utilisés, on constate que tous les germes bactériens (et en particulier le B. K.) contiennent des éléments granulaires dont la disposition, dans l'état actuel de nos connaissances, paraît être fixée dans certaines espèces, et, indifférente dans certaines autres.

Or, Swellengrebel, Armato, Guilliermond, ont montré après Babès, Ernst, Buschli, Spengler, Much, etc., que dans le plasma bactérien, existaient des formations de nature nucléaire.

A cette opinion s'est rangé Kirchenstein (1).

Dans son travail remarquable sur la structure des bactéries,notre distingué collègue,après avoir décrit les procédés de colorations permettant de différencier le plasma bactérien de la substance nucléaire, a pu conclure ainsi : « les recherches systématiques sur la structure intérieure des bactéries, ainsi que les observations et les opinions des autres savants, sur la présence de la matière nucléaire et du noyau dans le corps bactérien, nous obligent à considérer les formations granulaires que j'ai découvertes dans le plasma des individus de toutes les espèces bactériennes comme le noyau ou *comme des particules morphologiques possédant les propriétés de la matière nucléaire.* »

C'est à dessein que nous avons souligné les derniers termes de la conclusion qu'on vient de lire. Elles nous conduisent sans heurt au problème de l'hérédité et de la transmission des caractères d'une espèce, d'une race, d'une lignée. De cette hérédité ne sont exclus, ni les êtres unicellulaires, ni les êtres multicellulaires pas même ceux dont l'architecture est aussi complète que celle des vertébrés supérieurs.

Tous ces travaux, et en particulier ceux de Svellengrebel, peuvent apporter quelques lueurs dans cette question. Ces travaux nous ont montré que, dans une bactérie, il existe, en effet, un moment où la substance nucléaire est diffuse dans le plasma bactérien et, Guilliermond nous a appris que l'organisation des éléments reproducteurs de la cellule ne se fait que secondairement. Cette organisation est caractérisée par une formation fusiforme enserrant un amas de *granules,* puis le fuseau s'allonge et les granules y apparaissent dispersés, enfin la formation fusiforme devient à peu près invisible et on ne distingue plus que les grains ou « chromosomes » rassemblés aux extrémités. Il existe donc un moment où la substance nucléaire paraît être à l'état amorphe (au moins dans l'état actuel de nos connaissances), et l'on conçoit qu'entre cet état amorphe et le granule que nous pouvons voir, il

(1) Le Dr KIRCHNER, de Hambourg, collaborateur du Pr Brauer, a fait une communication à Rome, le 25 septembre 1928 sur la filtrabilité des cultures de B. de Koch, et confirme, à son tour, l'exactitude de nos expériences.

(1) KIRCHENSTEIN. — Structure intérieure des bactéries. Roga, 1922.

existe un stade pendant lequel la filtration devient un phénomène accessible à nos sens.

On conçoit aussi que quel que soit son état d'évolution, la matière vivante, au moment où elle traverse le filtre, a conservé toutes les propriétés de l'espèce de laquelle elle provient et qu'elle va reproduire. C'est bien ici que se pose dans toute son acuité le problème de l'hérédité.

Les auteurs, qui les premiers comme Calmette et Valtis, Arloing, Dufourt et Malartre, ont confirmé nos recherches sur la filtrabilité du B. K. se sont attachés à étudier ce problème de l'hérédité au point de vue spécial de la tuberculose. Ils ont été suivis dans cette voie par Sergent, Couvelaire, Léon Bernard et leurs élèves, et ils ont vu que cette hérédité existait alors que, contrairement aux théories anciennes d'ailleurs, on croyait qu'elle n'existait point. Le fait de l'hérédité tuberculeuse ne peut plus être nié aujourd'hui ; pas plus que ne l'est celui de l'hérédité de la syphilis. C'est bien à dessein que nous venons de faire ce rapprochement entre l'hérédité de la tuberculose et celle de la syphilis. Il importait de le faire pour bien montrer que pas plus dans un cas que dans l'autre , il ne s'agit d'une infection évolutive. Ce sont seulement des hérédités larvées génératrices de tares congénitales et de stigmates plus ou moins discrets appréciables au cours des générations successives. Ainsi on est conduit à admettre que l'hérédité est fonction de « paragermes » dont nos sens obtus ne soupçonnaient qu'imparfaitement la nature.

Que cette hérédité soit directe, c'est-à-dire due à des éléments vivants et susceptibles de se reproduire ; qu'elle soit due à une imprégnation micellaire, transmissible héréditairement des ascendants aux générations qui les suivront, nous l'ignorons, mais il n'en demeure pas moins que l'étude des filtrats qui a déjà donné des résultats si intéressants peut nous conduire à des acquisitions nouvelles en biologie générale.

En 1927, à la suite d'une communication faite par nous à la Société de pathologie comparée, le professeur Maignon a rappelé, avec raison, que la limite inférieure de la vie ne saurait être la cellule et qu'il existe des myxomycètes représentés par une masse informe de protoplasma divisible à l'infini et susceptibles de donner naissance à des organismes nouveaux. Ces plasmodes ne doivent leur vie qu'à des réactions chimiques élémentaires accomplies *in vivo* par l'intermédiaire de catalyseurs biochimiques qu'ils sont capables d'élaborer. Cette faculté d'élaboration que possèdent ces êtres vivants peut être considérée comme l'équivalent d'une multiplication transmissible et ainsi la connaissance des faits qui viennent d'être énoncés nous ramène à ce grand problème de l'avenir : la vie en fonction des intravisibles coordonnés par les forces électro-dynamiques qui règlent le monde.

Conclusions.

Telles sont les réflexions que la découverte de la filtrabilité du B. K. m'a suggérées. La découverte plus récente des germes filtrables de certaines bactéries pathogènes connues permet de penser que nous sommes en présence d'une loi générale nouvelle, susceptible d'étendre très loin le champ de nos connaissances en microbiologie générale.

Cette extension ira-t-elle jusqu'à modifier les doctrines essentielles sur l'hérédité de la tuberculose maladie ? Non. Les expériences faites jadis par Nocard sur la non transmission de la tuberculose aux jeunes bovins, enlevés dès la naissance à leur mère infectée, ont jugé la question.

Nous pensons que la transmission interplacentaire de certains éléments du B. K. à la descendance d'un tuberculeux non seulement ne crée pas la tuberculose maladie mais, bien au contraire, confère à cette descendance une relative immunité. Celle-ci agira à condition que, toutes les mesures soient prises à la naissance des enfants pour les mettre à l'abri d'infection massive par des bacilles acido-résistants et pour amender leur hypotrophie habituelle. Ce sont là d'ailleurs des faits aujourd'hui admis depuis que les cliniciens ont remarqué combien l'évolution de la tuberculose dans les pays où cette maladie est depuis des siècles endémiques, différait de l'évolution morbide dans les pays où la tuberculose est d'importation récente.

Maintenant, il ne reste plus qu'à attendre les expériences par lesquelles la notion de la filtrabilité du B. K. et des autres germes pathogènes dont on a dit qu'ils possédaient aussi des éléments filtrables, sera affirmée ou infirmée.

Si le fait est vrai comme nous croyons l'avoir prouvé, toute la question des toxines est à reprendre. A reprendre aussi les notions que nous avons sur les bactéries. Alors nous devrons poursuivre l'étendue de nos connaissances actuelles sur les germes pathogènes ; ces connaissances sont limitées aux conditions dans lesquelles les germes que nous connaissons sont devenus nocifs et à celles dans lesquelles ils ont été cultivés et colorés. Avant, après et autrement c'est l'inconnu.

RESPIRATION ET PATHOLOGIE GÉNÉRALE

J'ai lu avec le plus vif intérêt l'article du Dr Auguste Colin : « Contribution à l'étude de la pathologie générale » du 28 octobre 1928.

J'adhère pleinement à sa conception de l'origine de la majorité des troubles aigus ou chroniques dans un état infectieux à répétition du rhinopharynx et du cavum. Mais je me sépare de lui au point de vue du traitement de ces infections. Depuis des années, je m'efforce moi-même d'assurer par le libre passage de l'air l'intégrité fonctionnelle de ces cavités. Or, il ne me paraît pas que l'A. fasse une place quelconque à l'acte important de la rééducation respiratoire, que j'ai étudiée plusieurs fois, notamment dans un article de la *Côte d'Azur médicale* (novembre 1923.)

Le rétablissement du courant d'air normal, c'est-à-dire par la voie nasale, si souvent négligée, est capable d'éviter bien des interventions sanglantes ou autres ; il constitue à lui seul une méthode capable de modifier le terrain, de le maintenir dans un état d'intégrité propre à prévenir toute infection. Grâce aux qualités de l'air qui a passé par la voie nasale : humidification parfaite, réchauffement, filtration des poussières et germes, jointes à certaine propriété bactéricide du mucus nasal — la désinfection du nasopharynx se fait automatiquement ou mieux son infection ne peut se produire qu'exceptionnellement.

Je m'empresse de dire que je me rencontre sur ce terrain avec un grand nombre de médecins d'autorité incontestable. Les Nattier, Rosenthal, Joland, Pierre Robin, M. Faure, Rœderer, Guermonprez, Pescher, etc., aux travaux desquels je renvoie. La majorité des infections du rhino-pharynx est imputable à une mauvaise respiration, à l'introduction de l'air par la voie buccale, sans compter l'influence considérable de l'insuffisance respiratoire — résultat fréquent de cette voie fâcheuse — sur les conséquences d'une hématose déficiente.

La solution thérapeutique me paraît beaucoup plus simple que les interventions chirurgicales répétées, et les écouvillonnages plus ou moins caustiques, capables d'adultérer une muqueuse très fragile et de la priver de ses moyens de résistance. Il ne faut pas oublier, comme l'a dit le Dr Frumusan, que « les cautérisations « si souvent employées détruisent avec le mal « l'épithélium délicat des muqueuses, et les innombrables et fines houppes nerveuses qui « règlent leurs réactions ». Ces terminaisons nerveuses, ajoute-t-il, ont une importance considérable, car leur excitation provoque toute une série de réactions réflexes, jouant un rôle *important* dans la digestion et l'assimilation (réflexothérapie). D'où nécessité de traiter les muqueuses, par des moyens qui comme les agents physiques (galvanisation, haute fréquence, vibrations), sont capables de leur restituer leur vitalité sans réaction nuisible.

Loin de moi la pensée de repousser tout acte chirurgical : les indications réelles existent encore assez fréquentes. Mais comment ne pas réfléchir devant l'opinion maintes fois répétée d'un spécialiste comme le Dr Nattier, qui s'est élevé avec sa forte autorité d'ancien oto-rhino-laryngologiste des lycées de Paris, contre les interventions répétées sur le cavum au point d'être arrivé à conclure : « Respect aux végétations adénoïdes », sauf des cas rares d'excessif développement, ces végétations — organes normaux de transition — s'atrophiant progressivement avec l'âge — surtout par le rétablissement du courant d'air normal. Combien nombreux du reste sont les faux adénoïdiens !

D'autres, comme P. Robin, ont vu la respiration buccale défectueuse avoir surtout comme cause la glossoptose due à une malformation des arcades dentaires. En dehors du redressement par appareil de prothèse, que j'admets pour les cas exagérés, là aussi la rééducation respiratoire nasale est capable de modifier les déviations, jointe à une série de mouvements de gymnastique du visage, selon la méthode intéressante de Rogers exposée par le Dr Isard à la Société française d'orthopédie dento-faciale le 8 janvier 1922.

Dois-je rappeler les excellents résultats enregistrés par le Dr Gautier avec sa méthode de diastolisation — massage dilatateur pneumatique des fosses nasales, faisant disparaître bien souvent sans intervention troubles et déviations et permettant par la suite la meilleure utilisation du courant d'air normal sans aucune perturbation apportée aux muqueuses.

Je m'excuse d'être aussi long, mais j'ai tenu à rappeler que la question — d'importance — a été envisagée par maints auteurs, sous des aspects divers, mais concourant tous au même but : le rétablissement du courant d'air normal par la seule voie exempte de tout danger, préventive de toute infection : la voie nasale, dont on doit conserver l'intégrité fonctionnelle délicate.

J'ai tellement à cœur l'importance de cette fonction respiratoire, dont les déviations ne sont pas à mon gré l'objet d'un souci suffisant, malgré le nombre et la qualité des travaux parus, que je voudrais entendre pousser un cri d'alarme par quelqu'un d'autorisé, cri dont l'écho se répercuterait en tous les coins du pays ; et je dis très haut ma navrance de voir tant d'ardeur louable et tant d'argent dépensés dans les dis-

pensaires antituberculeux par l'achat de médicaments souvent inutiles, alors què tant de bien pourrait se faire à peu de frais en répandant par la parole et l'exemple l'influence néfaste de la bouche ouverte, porte ouverte à toutes les infections. N'est-ce pas ce que pensent les Drs Vigne et Gardère, qui ont récemment organisé à Lyon la gymnastique respiratoire comme moyen de prophylaxie antituberculeuse ? Que lon médite l'aphorisme de Villemin, rappelé judicieusement par Pescher : « On n'a pas le droit d'avoir une bronchite » — Shut the mouth and save your life, a écrit un médecin anglais (ferme la bouche pour conserver ta vie), voilà ce que je voudrais voir afficher et publier partout ; car l'insuffisance nasale est une question sociale au premier chef, comme a dit le Dr Worms au dernier Congrès d'oto-rhino-laryngologie.

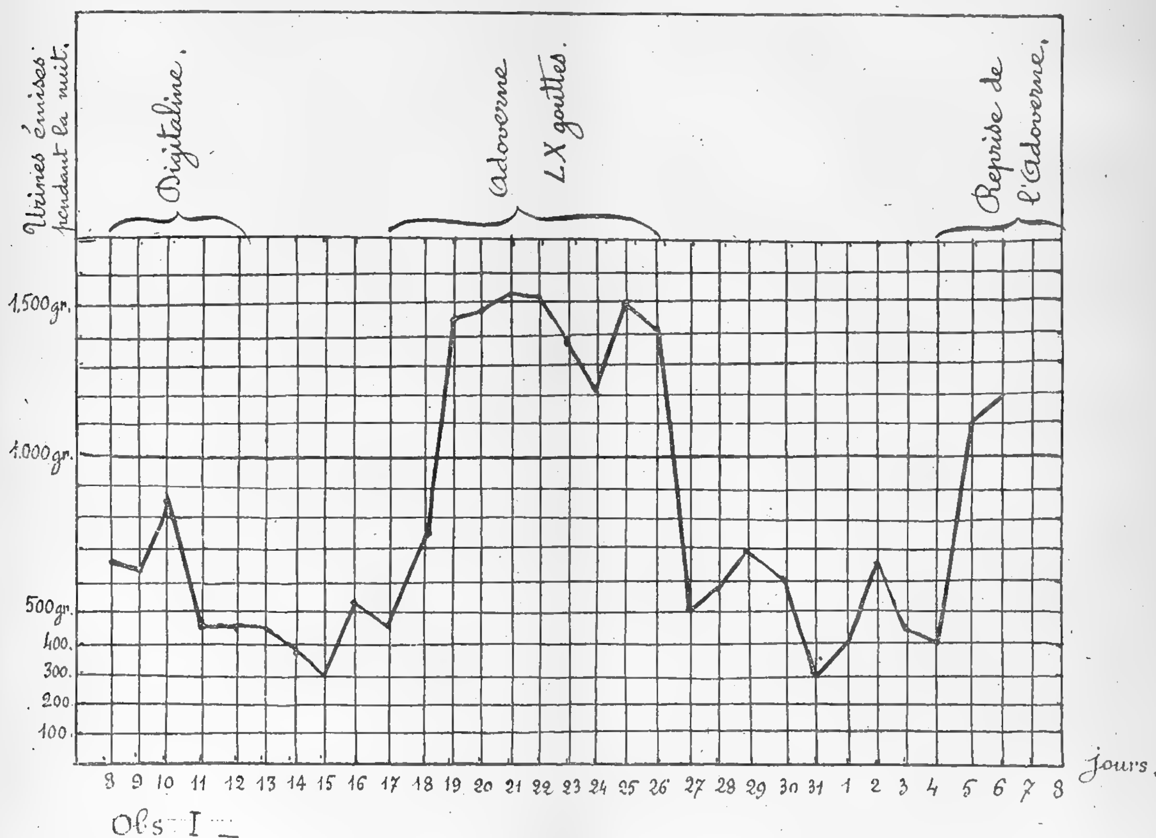
Dr LAURENTI (de Nice).

QUELQUES EMPLOIS DE L'ADONIS

Par M. le Dr QUÉNÉE.

L'adonis vernalis, dont les propriétés diurétiques et tonicardiaques sont connues depuis longtemps, a été souvent employé en place de la digitale chez les asystoliques. Il présente en effet sur la digitale l'avantage de ne pas déterminer de phénomènes d'accumulation.

Nous avons récemment eu l'occasion de l'expérimenter dans plusieurs cas, sous sa forme spécialisée, l'adoverne. C'est deux de ces cas que nous voulons rapporter ici.



OBS. I. — M. X., 65 ans, ancien employé de banque.

Vient consulter parce que ses jambes enflent, parce qu'il n'urine plus et parce qu'il a maintenant une dyspnée qui lui interdit tous les menus travaux qu'il avait l'habitude de faire.

Ce n'est du reste pas la première fois qu'il est malade. Il lui est déjà arrivé d'être arrêté complètement dans son travail pour une crise analogue il y a un an environ. De plus, il a présenté il y a 5 ans, à quelques mois d'intervalle, deux crises d'œdème aigu du poumon, crises qui ont chaque fois nécessité une saignée abondante.

A l'examen physique, les deux jambes du malade sont considérablement enflées. Du reste il a eu beaucoup de peine à se traîner jusque chez moi. La jambe droite surtout est œdématiée et l'œdème qui remonte

jusqu'à la paroi abdominale a complètement envahi le scrotum. Aux deux membres inférieurs, les téguments sont lisses et tendus, le doigt imprime un godet par la moindre pression.

Le malade a une dyspnée, exagérée encore, par l'effort qu'il vient de faire.

Le cœur est irrégulier et bat aux environs de 120-130, sans qu'on distingue de signe orificiel net. La tension est de 14-6.

Aux poumons les deux bases sont encombrées. Le foie est gros et sensible.

Le malade attire tout de suite l'attention sur ses urines, car il a remarqué qu'elles étaient considérablement diminuées de volume. Il a l'habitude, en effet, depuis sa dernière crise, de mesurer chaque matin les urines émises pendant la nuit, et depuis un mois environ cette urine de la nuit a régulièrement diminué de quantité. Elles atteignent actuellement de 4 à 500 gr. par nuit. Leur analyse montrera 0,115 gr. d'albumine par litre. Voyant cette diminution, le malade s'était mis lui-même à la théobromine qui lui a donné un résultat pendant quelques jours, mais la diurèse ne s'est pas maintenue.

A ce moment, nous donnons, suivant la manière classique la digitaline, qui ne lui procurera qu'une amélioration de quelques jours et fait remonter la quantité d'urines à 860 gr., mais dès le deuxième jour, les urines retombent à leur quantité première.

Au bout de quelques jours, nous conseillons à notre malade de prendre par jour 60 gouttes d'adoverne. La quantité d'urines émises remonte alors brusquement à 1.400 gr. et s'y maintient aussi longtemps que l'adoverne est pris, soit 10 jours. Les œdèmes et la dyspnée disparaissent et le malade se lève et reprend ses occupations. Cependant la diurèse retombe après cessation du médicament et les jambes recommencent à enfler. Nous reprenons l'adoverne et de nouveau les troubles s'amendent puis disparaissent. Actuellement le malade, depuis plusieurs mois, fait une cure mensuelle de 5 jours à 60 gouttes d'adoverne et ne souffre plus de rien.

Obs. II. — Un second cas concerne une brightique ancienne avec grosse albuminurie, des œdèmes et une congestion de ses poumons telle qu'elle entraîne une dyspnée impressionnante. Les urines sont de plus en plus rares. La digitaline et l'ouabaïne ne parviennent pas à faire uriner cette malade et seulement l'adoverne a pu provoquer très rapidement une diurèse suffisante.

Ces deux observations montrent quels services on pourra demander à l'adonis vernalis comme diurétique et cardiotonique.

Ce médicament est préconisé par le prof. Merklen dans le traitement de l'asystolie.

Le prof. Merklen conseille en effet l'adonis vernalis à la dose de 1 gr. 50 d'extrait fluide par jour et ajoute « ....ou bien 20 à 60 gouttes d'adoverne, représentant les deux glucosides adonidoside et adonivernoside récemment extraits par les frères Mercier et étudiés par Lutembacher ». Action cardiotonique et diurétique (Difficultés d'examen et d'interprétation dans un cas d'asystolie par M. le prof. Merklen. *Presse méd.*, du 27 octobre 1928).

Les indications de l'adoverne sont donc faciles à poser. Nous ne voulons pas dire que, dans tous les cas, il remplacera la digitale, pas plus que celle-ci ne le remplacera, elle aussi. Mais l'adonis vernalis comporte ses indications propres. Bien qu'on ne puisse séparer les propriétés tonicardiaques des propriétés diurétiques, cliniquement, c'est souvent l'une ou l'autre de ces indications qui prédomine.

Donc, comme tonicardiaque, on emploiera l'adoverne tout d'abord chez les malades qui ne réagissent pas à la digitale et tout particulièrement chez ceux qui ont besoin d'un usage prolongé du cardiotonique, aux grands infectés avec défaillance du myocarde, par exemple. De plus la rapidité d'action de l'adoverne est souvent encore recherchée.

Comme diurétique, il s'emploiera encore tout particulièrement chez les cardio-rénaux et même, quelles que soient les conditions étiologiques, dans tous les cas où il y a diminution de la diurèse.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La stimulation cardiaque et respiratoire des nouveau-nés asphyxiques par la coramine.

L'action cardio-tonique de la coramine, dit le Dr Pougét, s'apparente de très près à celle de l'huile camphrée et se traduit par une vive stimulation de la contraction systolique, avec relèvement de la pression sanguine et accroissement de l'amplitude respiratoire. Sa faible toxicité et sa grande tolérance permettent de l'utiliser à doses progressivement croissantes jusqu'à l'obtention de l'effet recherché. L'auteur l'a utilisée plus particulièrement chez les nouveau-nés à terme et les prématurés débiles à la dose de XX à XXXV gouttes par jour, en quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Il a pu ainsi guérir très rapidement des enfants atteints d'accidents convulsifs avec cyanose et crises épileptiformes, vraisemblablement spécifiques, des prématurés en couveuse adynamiques, des athrepsiques avec sclérème. Il estime la coramine bien supérieure à l'alcool, à la caféine, aux injections d'éther que l'on a coutume d'administrer alors, et à l'huile camphrée que le nouveau-né supporte mal. L'administration buccale du produit le rend facilement maniable dans tous les cas, les résultats sont rapides, et l'on n'a jamais noté d'effets secondaires nocifs. (*Bulletin médical*, 7 juillet 1928.)

Le diabète au cours des cirrhoses alcooliques.

Le Pr Noël Fiessinger ne veut pas confondre le diabète des cirrhotiques avec la glycosurie des cirrhotiques ; la glycosurie est un phénomène passager, inconstant, qui suit le repas, ne dépasse jamais la dose des quelques grammes de glucose ; elle traduit la simple déficience fonctionnelle en face du surmenage alimentaire. Le diabète est un trouble permanent et généralisé du métabolisme des glycides. Celui-ci ne se lie pas aussi étroitement à la fonction hépatique, mais il s'observe avec une certaine fréquence au cours de certaines cirrhoses alcooliques. Et ce ne sont pas les cirrhoses à petit foie ou avec dégénérescence graisseuse, ce sont le plus souvent des cirrhoses hypertrophiques à longue évolution.

L'auteur laisse de côté le diabète bronzé de Hanot ; il s'en tient aux cirrhoses alcooliques simples non pigmentaires. Il existe chez les cirrhotiques 3 types de diabète, un petit diabète, un grand diabète sans consomption, un grand diabète consomptif.

Le petit diabète n'est pas rare, le plus souvent avant toute ascite et toute grosse rate. Rapidement la glycosurie intermittente devient permanente, se maintient aux environs de 2 à 6 grammes ; il n'y a jamais ni polyurie, ni polydypsie, ni polyphagie. Ce petit diabète n'a pas de signification sérieuse ; une régime un peu surveillé autant pour l'alcool que pour les hydrates de carbone suffit pour tout rétablir et la cure alcaline de Vichy ou de Carlsbad donne chez ces sujets les meilleurs résultats. Le diabète peut disparaître avec la progression de la cirrhose.

Le grand diabète sans consomption s'observe peut-être moins souvent que le précédent, mais il n'est pas rare ; il appartient aux cirrhoses hypertrophiques alcooliques. Quant au diabète consomptif il est beaucoup plus rare.

Une particularité que présentent ces diabètes cirrhotiques et sur laquelle il faut insister, c'est la résistance minime qu'ils présentent aux maladies infectieuses ; quand un malade réunit ces deux maladies, sa résistance est à ce point amoindrie que la diffusion infectieuse prend une importance formidable, sans qu'il y ait de défense bien accentuée de la part du malade.

Le traitement de ces diabètes est affaire presqu'uniquement de régime, où l'on associe l'absence de graisses cuites et d'alcool des hépatiques avec un minimum d'hydrates de carbone des diabétiques. Le lait dans les formes graves, un régime mixte dans les formes peu sérieuses. De l'opothérapie hépatique, quelques cholalogues alcalins, des cures de Vichy, compléteront ce traitement. Il a semblé que l'insuline, même à fortes doses de 40 à 50 unités cliniques par jour avaient moins vite et moins bien éteint ces glycosuries que celles des autres diabètes. L'insuline agit mal chez ces malades et n'enraye pas l'évolution fatale dans les cas où l'agression infectieuse apparaît. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1928.)

L'hémorragie intestinale typhique possède-t-elle une action salutaire ?

MM. Mussio Fournier et Lussich Séri ont observé deux malades atteints d'une forme ataxo-adynamique de fièvre typhoïde, dont l'état s'est amélioré considérablement à la suite d'hémorragies intestinales très abondantes survenues au troisième septénaire. Les auteurs ont remarqué assez souvent une action semblable, quoique en miniature, chez leurs typhiques, qui ont saigné de leurs intestins. Cependant chez

d'autres malades ils n'ont relevé aucune trace de bénéfice dans ces mêmes circonstances.

Il faut dire que les auteurs croient que la mortalité des typhiques est en général plus grande chez ceux qui ont saigné de leur intestin que chez ceux qui ont été libres de toute hémorragie digestive. La plus grande fréquence de la perforation intestinale avec sa fâcheuse suite en telle occurrence explique grandement cette différence de pronostic.

Mais cette action péjorative de l'hémorragie intestinale dans les statistiques globales de la mortalité des typhiques n'est pas absolument incompatible avec la constatation de leur action salutaire dans des cas spéciaux.

A l'appui de ces observations cliniques, les auteurs se proposent d'essayer, dans les formes graves de la fièvre typhoïde, l'action de petites saignées de 50 à 100 grammes, suivies de transfusions équivalentes. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 25 juin 1928.)

Nouveaux résultats sur le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique.

MM. L. Nègre, A. Boquet et J. Valtis ont réuni un certain nombre d'observations sur ce traitement et ils ont choisi les plus démonstratives pour confirmer leurs premières communications.

Les extraits méthyliques de bacilles de Koch, autrement dit l'antigène méthylique est délivré par l'Institut Pasteur en ampoules de 1 cmc. de solution diluée et en ampoules de 1 cmc. de solution concentrée.

Les injections sont faites deux fois par semaine sous la peau de la région antéro-latérale de la cuisse. Il est contre-indiqué de les répéter plus souvent.

Pour le traitement des tuberculoses externes ou chirurgicales, on commence par injecter 1/4 de cmc. de la solution diluée. Si le malade ne présente aucune réaction thermique, on injecte, 3 ou 4 jours après, 1/2 cmc. de cette solution ; on répète 5 à 6 fois cette dose, puis on augmente par 1/4 de cmc. jusqu'à 1 cmc., en renouvelant toujours 5 à 6 fois les injections de chaque dose.

Si au cours du traitement, on observe une réaction fébrile supérieure à 0,5 on diminue de 1/4 de cmc. la dose, qui avait été injectée en dernier lieu.

Lorsque le malade a reçu 5 ou 6 fois 1 cmc. d'antigène dilué, on lui injecte 1/4 de cmc. d'antigène pur, en surveillant très attentivement ses réactions, puis 1/2, 3/4, 1 cmc. en progressant de la même façon que pour l'antigène dilué, c'est-à-dire en répétant chaque dose 5 ou 6 fois. Les injections seront ensuite poursuivies à la dose de 1 cmc. de la solution pure, qu'il ne faut pas dépasser jusqu'à amélioration suffisante ou guérison.

Chez les malades qui présentent une grande sensibilité aux extraits bacillaires, la dose maxima d'antigène doit être arrêtée à 1/4 ou 1/2 cmc.

Pour fixer cette quantité limite, se fixer non seulement sur les améliorations constatées sur les lésions, mais aussi sur les réactions générales ou focales. Si les améliorations cessent aux doses voisines de 1/2 cmc. d'antigène pur revenir à des doses plus faibles et se maintenir le plus longtemps possible entre 3/4 de cmc. de solution diluée et 1/2 cmc. de l'antigène pur, sans dépasser cette dose.

Dans les cas où les lésions de tuberculose externe s'accompagnent de fièvre, il est nécessaire de s'en tenir, au début du traitement, aux petites doses, en répétant plus longtemps 1/4 de cmc. et 1/2 cmc. de la solution diluée jusqu'à disparition de l'hyperthermie. On procède ensuite comme précédemment.

Généralement, il n'y a aucune réaction locale; parfois on observe durant quelques heures une légère élévation thermique , qui ne se produit plus lorsqu'on diminue la dose injectée de 1/4 de cmc.

Employé avec ces précautions, l'antigène méthylique ne réactive pas les lésions pulmonaires, lorsque celles-ci coexistent avec des lésions de tuberculose chirurgicale. On évitera d'associer à ce traitement les cures d'héliothérapie ou de rayons ultra-violets.

Dans la tuberculose pulmonaire, il sera conduit avec une grande prudence, surtout au cours des poussées fébriles ou subfébriles.

Il est surtout indiqué dans les formes torpides, dans les formes fibro-caséeuses et ulcéro-caséeuses anciennes, à tendance évolutive, s'accompagnant d'une fièvre moyenne sans oscillations très marquées et non justiciables d'une autre intervention. Il favorise également le processus de sclérose des lésions récentes apparues dans le poumon sain, au cours du traitement par le pneumothorax artificiel.

Par contre, il est à proscrire dans les formes évolutives à grandes oscillations de température, dans les formes graves et étendues avec excavations multiples, ainsi que dans les formes congestives et hémoptoïques.

Bien que des améliorations remarquables aient été obtenues chez les tuberculeux pulmonaires, menant une vie normale, il est cependant préférable de compléter l'antigénothérapie par la cure hygiéno-diététique, dont elle active et consolide les heureux résultats.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire, on commencera le traitement par la dose de 1/4 de cmc. de solution diluée que l'on répétera 7 à 8 fois à raison de 2 injections par semaine. On augmentera de 1/4 de cmc. en répétant le même nombre de fois chaque dose jusqu'à 1 cmc. d'antigène

dilué ; puis, suivant les malades et en s'inspirant des indications données précédemment, on atteindra la dose limite de 1/4 ou 1/2 cmc. d'antigène pur.

Sous l'influence de ce traitement, il y a amélioration locale et générale ; les crachats disparaissent et les lésions évoluent vers la sclérose.

L'antigène méthylique exerce une action incontestable sur les lésions cutanées, muqueuses, ostéo-articulaires, oculaires, testiculaires, ainsi que dans les tuberculoses intestinales, péritonéales, urinaires. C'est un traitement de longue haleine, qu'il faut poursuivre avec persévérance ; souvent il y a amélioration dès les premières semaines, mais parfois la régression des lésions est plus tardive, d'où l'indication de prolonger le traitement, même lorsque, au bout de 2 ou 3 mois, les lésions sont restées stationnaires malgré l'amélioration de l'état général. Les injections doivent être continuées, au besoin avec des périodes de repos, durant plusieurs mois après l'amélioration ou la guérison, afin de consolider le résultat obtenu et de prévenir toute récidive. (*La Presse médicale*, 26 mai 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le cancer est-il contagieux ?

(M. Auguste LUMIÈRE. — *Académie de médecine* ; 30-10-1928.)

La question de la contagiosité du cancer, déjà envisagée il y a peu de temps devant l'Académie par M. Regaud, est reprise par M. Lumière. Scientifiquement, dit l'auteur, il est impossible de rejeter d'une façon absolue la notion de contagiosité des tumeurs malignes. Elle est toutefois très improbable et pratiquement il y a tout intérêt à ne pas l'accepter. Si on l'admet, en effet, outre l'inconvénient d'effrayer les familles, on risque de détourner le médecin de la véritable prophylaxie de la maladie en attribuant à des agents transmissibles imaginaires une cause qui se trouve ailleurs. Si on prétend, par contre, que le cancer n'est pas contagieux alors qu'il le serait, ni le patient, ni l'entourage n'y perdent rien. S'il s'agit d'un cancer fermé, pas de contage à redouter. S'il s'agit de tumeur ulcérée, ne prend-on pas déjà, *ipso facto*, en appliquant sur la plaie les pansements d'usage, les précautions convenables ?

Cela dit, M. Lumière estime qu'en toute probabilité le cancer n'est pas contagieux. Il passe en revue les arguments favorables et ceux défavorables à l'hypothèse de la contagion.

On a invoqué, à l'appui de la notion contagionniste, le fait des greffes, les cancers conjugaux et familiaux, les maisons à cancer, etc. Opérant une femme atteinte de cancer du sein, l'interne Vadon contracta une cancérose fatale, malgré l'amputation de la main au niveau de laquelle il s'était fait une profonde blessure avec implantation de cellules néoplasiques. En réalité, il ne s'agit pas de contagion, mais seulement de greffe cellulaire avec toutes les conditions de transfert qu'exige leur réussite. Pour les cancers conjugaux et familiaux, il convient de les considérer comme des coïncidences. Dans une ville où la mortalité par cancer est le quinzième de la mortalité générale, on devrait théoriquement rencontrer un ménage sur 225 dans lequel les deux conjoints succomberaient à la cancérose : en pratique, ce chiffre n'est pas atteint. La légende des maisons à cancer n'est pas basée non plus sur des fondements scientifiques. La statistique de M. Juillerat à Paris montre que la distribution par habitations des néoplasmes se rapproche de celle que le hasard seul peut établir. Certaines coutumes locales ou professionnelles peuvent cependant parfois multiplier le nombre des cancers dans un îlot d'immeubles, sans que la contagion intervienne. De même la pseudo-contagion des cages d'animaux s'explique par la malpropreté des élevages, qui crée des lésions cancérisables.

En opposition avec l'hypothèse de la contagion, il y a lieu de signaler l'absence de germes spécifiques connus, l'impossibilité de l'inoculation, en dehors de l'apport de la cellule néoplasique elle-même (greffe), l'absence de contagion dans les hôpitaux, l'action cancérigène des substances irritantes, le rapport des cicatrices anciennes avec la dégénérescence néoplasique, etc.

Tous ces faits constituent un faisceau, sinon de preuves absolues, tout au moins de présomptions d'une haute valeur.

« Sans être en mesure, dit en terminant l'auteur, de trancher la question d'une manière irrévocable, en l'état actuel de nos connaissances, nous estimons que le cancer n'est pas contagieux et nous serions, de ce point de vue, formellement affirmatif si, instruit par l'expérience, nous ne formulions pas les réserves que comporte tout problème scientifique. »

Les vaccinations associées.

(M. Chr. ZOELLER. — *Académie de médecine* ; 30-10-1928.)

M. Zoeller a établi, avec M. Ramon, qu'il était possible et avantageux d'associer plusieurs vaccinations comme la vaccination anti-typhique et la vaccination anti-diphtérique. Grâce à cette technique, même, on augmente l'activité de la vaccination anatoxinique prise isolément. Ramon a mis en évidence

le rôle favorisant que joue, dans l'immunisation des chevaux, l'addition à l'anatoxine de farine de tapioca. Or, le vaccin microbien apporte dans les vaccins associés une propriété analogue à celle du tapioca.

Partant de ces idées, M. Zoeller a pratiqué, dans un orphelinat, à la demande du Dr Cartier, la vaccination TAB + anatoxine diphtérique chez 217 sujets de sept à vingt ans, les précautions habituelles en matière de vaccination anti-typhique étant prises (examen préalable du sujet, alimentation légère et repos après l'injection vaccinale.) Les résultats ont été des plus encourageants.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G. Expérience de la Compagnie des mines de Béthune.

(MM. A. Calmette et Ph. Bréhon. — *Académie de médecine* ; 23-10-1928.)

Depuis le 1er septembre 1926, le Dr Brehon, médecin-chef de la Compagnie des mines de Béthune, a fait vacciner par ingestion de BCG tous les enfants nés sur le territoire de la concession. Au 31 août 1927, 845 enfants avaient été ainsi vaccinés et ce sont les résultats, enregistrés au 1er septembre 1928, que MM. Calmette et Bréhon présentent à l'Académie.

Pour ces 845 enfants, la mortalité générale a été seulement de 3,5 pour 100 au lieu de 8,5 (en 1926) pour toute la France. La mortalité tuberculeuse, de un mois à deux ans, fut de 0,2, et encore en admettant que les 2 morts étiquetées « méningite » soient dues à une infection bacillaire, ce qui est loin d'être certain.

La cuti-réaction tuberculinique chez les enfants vaccinés par le B.C.G.

(MM. Léon Bernard, R. Debré et M. Lelong. — *Académie de médecine* ; 23-10-1928.)

Un des critères de l'action prophylactique du BCG chez le nourrisson serait la constatation d'une cuti-réaction positive chez les sujets vaccinés. Une cause d'erreur cependant se présente lorsqu'il s'agit de nouveau-nés vivant dans leurs familles et dans des milieux plus ou moins contaminés, la positivité de la cuti-réaction tuberculinique pouvant tenir alors à une contagion extérieure. M. Léon Bernard a pu éviter cette cause d'erreur en s'adressant à des nourrissons rigoureusement séparés de leur père ou mère tuberculeux dès la naissance et maintenus loin de tout contact infectant grâce à leur séjour dans les centres ruraux sélectionnés de l'œuvre du placement familial des tout-petits.

Sur 105 enfants ainsi étudiés, 55 ont conservé une cuti-réaction constamment négative ; 50 ont présenté à un moment donné et au moins une fois une cuti-réaction positive. Il est nécessaire d'ailleurs, avant de conclure, de répéter les cuti-réactions chez un même enfant, la positivité pouvant n'apparaître que momentanément. Souvent aussi la réaction est faible, bien qu'elle puisse être très forte.

Lorsque le BCG est introduit (chez l'adulte) par voie sous-cutanée, il s'ensuit généralement une cuti-réaction positive, après un délai relativement fixe qui oscille autour de quatre semaines. On peut se demander si les cas de nourrissons vaccinés par voie buccale dans lesquels la cuti-réaction reste négative, ne répondent pas à une absence d'absorption du vaccin, ou à une absorption insuffisante. Il y aurait sans doute avantage à recourir alors à l'intra-dermo-réaction, plus sensible que la cuti-réaction.

P. L.

Traitement de l'angine de poitrine.

(M. Sigismond Bloch. — *Société de thérapeutique* 10-10-1928.)

Cette communication est motivée par les traitements proposés, notamment la radiothérapie.

Pour instituer un traitement rationnel de l'angine de poitrine, on commencera tout d'abord par soulager le malade en lui interdisant tout effort générateur de crises, et en lui prescrivant le nitrite d'amyle, la trinitrine en dragées ou en potion, le gardénal, voire la morphine. Mais on s'efforcera surtout par un interrogatoire serré, un examen clinique attentif, une auscultattion méticuleuse, l'étude de la tension artérielle, l'examen des urines, de faire un diagnostic étiologique aidé en cela par un orthodiagramme cardio-aortique fait par un radiologiste compétent, un dosage d'urée, une réaction de Wassermann.

Etant donné la grande fréquence de la syphilis dans le déterminisme du syndrome ,il faut toujours, en cas d'étiologie incertaine, si l'état des viscères (myocarde, reins, foie) le permet, pratiquer un traitement d'épreuve, de préférence par les préparations mercurielles ou bismuthiques.

Ce n'est qu'en cas d'échec qu'on est autorisé à recourir à la radiothérapie encore à l'étude, au traitement chirurgical encore à l'état embryonnaire, à l'anesthésie des plexus pré-vertébraux à la hauteur de la colonne vertébrale.

Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'immuno-vaccin antirhumatismal.

(M. R. Lautier. — *Soc. de thérapeutique* ; 10-10-28.)

La bactériologie nous a appris que le bacille d'Achalme, reconnu comme le germe pathogène du rhumatisme, différait du perfringens, et que, contrairement à ce dernier, seul il présentait la propriété de s transformer, *in vivo* et *in vitro*, en diplocoque, le diplocoque pouvant inversement devenir bacille.

On a pu reprocher aux travaux de l'auteur, effectués dans le laboratoire du Dr L. Bertrand (d'Anvers) d'avoir réuni en un même groupe les cas de rhumatisme articulaire aigu, subaigu, et de rhumatisme myoarticulaire chronique ; mais ces différentes

entités cliniques ne sont que des manifestations variées d'un seul facteur étiologique, l'infection de l'organisme par le bacille d'Achalme.

D'ailleurs, l'action égale de l'immuno-vaccin anti-rhumatismal dans les formes aiguës comme dans les formes chroniques du rhumatisme oblige à conclure à leur identité étiologique.

Sur 130 malades effectivement soumis à la vaccination anti-rhumatismale, l'auteur a eu 3 échecs complets, 10 améliorations légères, et 117 guérisons complètes ou améliorations considérables.

Ces 117 succès se répartissent en 12 cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, 37 cas de rhumatisme cardiaque évolutif ou myocardite rhumatismale, 46 cas de rhumatisme myo-articulaire chronique et 22 cas de manifestations rhumatismales diverses.

Un cas de sodoku.

(MM. Lortat-Jacob et Legrain. — *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie* ; 12-7-1928.)

Une observation relatée a trait à un cas absolument classique de sodoku, et nous montre bien les principaux caractères de cette affection.

1° Période d'incubation consécutive à la morsure de la souris ;

2° Puis apparition de symptômes locaux sous forme d'abcès et de lymphangite, accompagnés de phénomènes généraux avec température. Cette poussée fébrile s'atténue en 4-5 jours ; puis, après quelques jours d'apyrexie, les symptômes reparaissent et durent de nouveau quelques jours. Ces poussées fébriles à rechute sont très caractéristiques de l'infection à *Treponema morsus muris*.

3° Eruption cutanée généralisée, qui, dans le cas présent avait le type de la roséole de retour, mais avait une couleur lilas tout à fait spéciale.

4° Influence très nette du traitement arsenical (0,15 à 0,45 de novarsenobenzol).

Le résultat de la réaction de Wassermann chez les femmes des maisons de prostitution.

(M. L. Bizard. — *Soc. de derm. et de syph.* ; 12-7-28.)

Une enquête très intéressante, à laquelle s'est livré l'auteur, montre que 10 % des femmes ont appris par leur séro-réaction qu'elles étaient syphilitiques sans le savoir, ce qui va leur permettre de se traiter. Il ne doit plus y avoir dans les maisons de prostitution parisienne une seule femme, qui n'ait son sang analysé.

La constatation d'un si grand nombre de syphilis méconnues permettrait donc d'en arriver à cette conclusion paradoxale qu'on risque surtout de contracter la vérole avec des femmes en apparence indemnes d'infection spécifique. Comme corollaire, on peut aussi admettre que les prostituées les moins dangereuses sont celles atteintes de syphilis, mais qui se traitent.

Lupus étendu de la joue amélioré par les sels d'or.

(MM. Marcel Pinard, P. Vernier et Mlle Versini. — *Soc. de derm. et de syphiligraphie* ; 12-7-1928.)

Le malade présenté est particulièrement intéressant par les beaux résultats obtenus au moyen des injections intra-veineuses de thyocrysine (9 injections de 0,05 à 0,50) ; le traitement local a été continué en même temps ; mais il n'a pu avoir qu'une action adjuvante.

Ce cas montre donc l'heureuse action des sels d'or chez les lupiques, et aussi il témoigne que les éruptions qui surviennent au cours du traitement par l'or ne sont pas toutes dues à l'intoxication, et peuvent permettre de continuer le traitement.

A propos de la réaction d'opacification de Meinicke dans la syphilis.

(MM. R. Demanche et L. Guénot. — *Soc. de derm. et syphil.* ; 12-7-1928.)

Parmi les réactions de floculation, la réaction d'opacification de Meinicke est simple et facile à exécuter, très prompte à donner ses résultats et très facile à lire. Elle ne nécessite aucun outillage spécial, pas même d'étuve, et ne comporte que deux tubes pour chaque sérum, un tube de réaction et un tube témoin. Dans chacun d'eux on introduit 0 cc. 2 du sérum non chauffé ; puis on ajoute dans le tube témoin une goutte de formol à 40 %, qui empêche la floculation. On verse enfin dans les deux tubes un centimètre cube d'une émulsion de l'antigène de Meinicke dans l'eau salée à 3 % ; on agite et on laisse à la température du laboratoire.

Tous les tubes sont d'abord fortement opalins, mais transparents. Très rapidement, au bout d'un 1/2 heure à 1 heure, ceux qui contiennent un sérum syphilitique s'opacifient plus ou moins fortement, ce que l'on constate très nettement par comparaison avec le tube témoin, en se plaçant à quelque distance d'une fenêtre et en regardant ses barreaux à travers les tubes. Au bout de quelques heures, la floculation commence à se produire et l'on voit de fines granulations se séparer du liquide solvant, qui s'éclaircit en même temps. Enfin le floculat se sédimente et le lendemain on trouve dans les tubes positifs un précipité en culot surmonté d'un liquide parfaitement limpide, tandis que le tube témoin et les tubes négatifs, sont restés opalins, et le resteront plusieurs jours, car la réaction tient bien. Parfois l'opacification n'apparaît qu'au bout de deux heures ; parfois elle est tout à fait tardive et n'est pas suivie de floculation, ni de sédimentation. Il faut considérer ces derniers résultats comme douteux.

La réaction de Meinicke mérite de prendre une place importante parmi les épreuves sérologiques de la syphilis. Sur un total de 700 réactions, l'auteur n'a pas constaté de résultat positif en dehors de la syphilis, et il a obtenu un total de 328 résultats posi-

tifs contre 385 avec le Hecht et 294 avec le Wassermann et le Vernes.

Les résultats discordants, relativement fréquents quand on pratique des réactions multiples, ne sont pas un accident dû à une faute de technique. C'est une éventualité normale qu'il faut s'efforcer de réduire par la précision de la technique, mais qu'on ne peut éviter et dont il faut tenir compte.

Ces discordances, tout à fait exceptionnelles quand il s'agit de syphilis nettement caractérisée sont dues sans doute aux conditions individuelles variables de l'état physico-chimique du sérum (faible potentiel syphilitique, traitement intensif) et elles peuvent se manifester non seulement entre des méthodes différentes, mais, pour une même méthode, entre des antigènes sensiblement équivalents, et cela d'une façon inconstante et régulière.

G. F.

Académie des sciences

Conditions de formation et de destruction de la vitamine D au cours de l'irradiation de l'ergostérol.

(Mlle Van Stolk, MM. Dubreuil et Heudebert, 29-10-1928.)

Il a été démontré par Heilbron, Kamm et Morton (*Journal of the Chemical Society*, 1927, p. 2000) que le pouvoir antirachitique donné par les rayons ultraviolets à l'ergostérol est accompagné d'un changement dans le spectre d'absorption de cette substance.

L'ergostérol montre avant l'irradiation trois bandes bien définies à 2935, 2815 et 2700 A ; après l'irradiation, ces trois bandes ont disparu et une nouvelle bande s'est formée avec un maximum à 2470 A. Cette nouvelle bande appartient à la vitamine D. En prolongeant l'irradiation, cette nouvelle bande disparaît à son tour. Les auteurs en concluent que certaines radiations émises par la lampe à vapeur de mercure seraient nuisibles, en ce sens que ce produit serait détruit au fur et à mesure de sa formation. D'après eux, on éviterait la décomposition de ce corps en éliminant pendant l'irradiation les rayons d'une longueur d'onde plus courte que 2500 A.

Dans ce but, nous avons essayé de réaliser une irradiation filtrée, en interposant un écran entre la lampe à mercure (Cooper Hewith, 100 Volts, 6 Dmp.) et la solution d'ergostérol à irradier. Cet écran se compose de deux lamelles en quartz, entre lesquelles se trouve une couche d'huile d'arachide, de 0,1 mm. d'épaisseur.

Le faisceau ultra-violet se trouve arrêté à 2500 A.

D'autres huiles ou des feuilles de gélatine choisies à des épaisseurs convenables, conviendraient également. Nous avons ainsi irradié la solution d'ergostérol dans de l'alcool jusqu'à disparition complète des bandes d'ergostérol ; à ce moment apparaît faiblement la bande caractéristique de la vitamine D.

L'irradiation filtrée n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, nous avons alors irradié l'ergostérol, avec la totalité des radiations émises par la lampe à mercure, mais en plaçant la solution alcoolique à l'abri de l'air, c'est-à-dire dans une atmosphère d'azote (épaisseur de la couche 1,5 mm. ; distance à la lampe 30 cm.). Après la disparition des bandes de l'ergostérol, nous avons constaté cette fois, d'une façon extrêmement nette, l'apparition d'une absorption sélective, avec un maximum de 2503 A.

Pour nos essais spectrométriques, nous nous sommes servis d'un spectrographe en quartz, réglé pour la région 3200 — 2200 A.

Comme source de lumière U.V., nous avons employé la lampe à hydrogène de Chalonge et Lambert.

Le spectre dans l'ultra-violet de cette lampe donne un bon fond continu, très homogène, avec une seule raie d'émission à 2536, due à une trace de mercure.

Nous avons photographié sur une même plaque les spectres de la solution fraîche d'ergostérol à 0,05 % et ceux de cette même solution irradiée en atmosphère d'azote pendant 15 minutes, 30 minutes, 45 minutes et une heure. Les spectres de cette plaque ont été enregistrés au microphotomètre à cellule photo-électrique de Chalonge et Lambert.

Nous observons pour l'ergostérol quatre bandes d'absorption avec des maxima à 2932, 2815, 2700 et 2600 A.

Pendant l'irradiation, les trois premières bandes disparaissent, tandis que la quatrième augmente en intensité, simultanément avec l'apparition de deux nouvelles bandes, ayant des maxima à 2503 et 2405 A. La bande à 2600 A est donc commune à l'ergostérol et à la vitamine D. La bande 2503 A se développe à une intensité égale à celle des bandes 2815 et 2700 A de l'ergostérol.

En continuant pendant quatre heures l'irradiation, les trois nouvelles bandes ne disparaissent pas. Au bout de 6 heures d'irradiation, elles sont toujours présentes, mais un peu affaiblies, ce qui laisse prévoir leur destruction.

Nous concluons de nos essais que la réaction :

Ergostérol $\rightarrow$ U.V. $\rightarrow$ Vitamine D $\rightarrow$ produit de décomposition, est un phénomène d'oxydation. La destruction finale de la vitamine D n'est pas due à l'émission de radiations nuisibles de la lampe à mercure, mais à une oxydation que l'on peut ralentir à volonté, en opérant en atmosphère d'azote.

Montpellier

Réunion hydrologique et climatologique.

Traitement hydro-minéral de la douleur.

La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (section de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen) a tenu sa séance annuelle à la salle des Actes de la Faculté de médecine, le samedi 10 novembre 1928, à 17 heures, sous la présidence de M. le

prof. Estor, président de la Société, assisté du prof. G. Giraud, du prof. agrégé Puech, et des docteurs R. Castagne et M. Janbon.

Cette réunion a été consacrée à l'*étude de la douleur* et de son traitement hydro-minéral.

A la demande du bureau de la réunion, M. le prof. Gilis avait bien voulu accepter de faire, au début de la séance, l'exposé des voies conductrices de la sensibilité douloureuse, tant superficielle que profonde et du mécanisme des douleurs rapportées : cette causerie qu'ont illustrée les remarquables planches de Déjerine, prit l'ampleur d'une conférence magistrale, par laquelle les auditeurs furent initiés aux récentes et originales conceptions de Forster, et au jeu physiologique des centres élaborateurs et inhibiteurs des sensations douloureuses. L'exposé du prof. Gilis, développé avec une chaleur toute juvénile, a connu le plus légitime succès.

Un certain nombre de communications d'ordre clinique et thérapeutique, relatives à la douleur et à son traitement hydro-minéral, et qui eurent pour auteurs MM. Cauvy, maire de La Malou, Clottens, d'Aix-les-Bains, Corone, de Cauterets, etc., etc. ont occupé la deuxième partie de la séance.

Les Congrès

XXXVII[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite*) (1)

TROISIÈME QUESTION

Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques.

Résumé du rapport de MM. ALAJOUANINE, MAISONNET et PETIT-DUTAILLIS.

Avant de répondre à la question posée, les auteurs ont cru nécessaire d'établir quelle a été la mortalité chez les blessés du crâne. Ils ont étudié également la fréquence de la guérison en fonction des différentes catégories de blessures observées.

La mortalité chez les trépanés.— On peut considérer trois périodes :

a) Période primitive, de courte durée, à peine quelques jours. La mortalité est très élevée, du fait surtout de l'étendue des lésions : 50 p. 100 ;

b) Période secondaire, de plus longue durée, caractérisée par l'apparition des complications infectieuses ; là encore lourde mortalité : 30 p. 100 ;

c) Période tardive qui ne commence qu'après consolidation des lésions et disparition des phénomènes infectieux ; c'est la période des séquelles cicatricielles la mortalité s'y montre excessivement faible : 2 p. 100.

La mortalité tardive s'explique le plus souvent par un réveil infectieux : encéphalite non suppurée, et surtout abcès du cerveau ; exceptionnellement elle est due à une affection aggravée par la blessure ou greffée sur elle (alcoolisme, syphilis, cancer).

L'épilepsie traumatique n'est que très rarement en cause ; par contre, le suicide et la mort par accident à l'occasion d'un vertige sont fréquemment notés.

Les guérisons. — Il est hors de doute que des blessés du crâne puissent guérir après trépanation, sans séquelles appréciables. La proportion de ces guérisons ne dépasserait pas 8 à 10 p. 100 et serait moins élevée chez les blessés de guerre que chez ceux de la pratique civile.

Ces cas heureux s'observent surtout dans les plaies frontales et temporales. La fréquence de la guérison paraît indépendante de l'étendue et de la profondeur de la plaie, de l'intégrité ou de l'atteinte de la dure-mère.

L'explication de ce paradoxe apparent doit être cherchée dans la fréquence des lésions commotionnelles surajoutées qui modifient considérablement le pronostic.

Les séquelles. — *A*. SÉQUELLES PARIÉTALES. — La cicatrice cutanée vaut ce qu'ont valu l'incision et le traitement initial de la plaie. Et à ce point de vue il faut reconnaître que les incisions cruciales sont détestables. Plus que toutes les autres, elles s'accompagnent d'un bloc cicatriciel cutanéo-méningé compact et dense. Leur dissection, en cas de réintervention, est particulièrement délicate.

La meilleure incision est celle qu'a préconisée de Martel. Elle délimite un lambeau au pourtour de la blessure.

La cicatrice est parfois douloureuse au moindre attouchement ou même spontanément, par étranglement d'un filet nerveux de quelque importance dans le tissu de réparation. Cette hyperesthésie nécessite exceptionnellement la résection de la cicatrice.

Le plan cicatriciel est déprimé ou saillant ou les deux alternativement, immobile ou pulsatile.

En cas d'hypertension ou de complication septique on voit cette cicatrice augmenter de volume.

L'aspect variable du plan cutané dépend de la largeur de la brèche osseuse et de l'épaisseur du tissu fibreux qui la comble. Quand la perte de substance osseuse n'excède pas les dimensions d'une pièce de 1 franc, le tissu fibreux après une dizaine de mois présente une résistance telle qu'on ne peut plus faire le départ entre l'os et la cicatrice.

Le pourtour de la brèche s'hypertrophie parfois

(1) V. *Concours médical* n[os] 46, 47, 48, et 49.

mais le plus souvent il s'amincit, se résorbe ou s'atrophie. L'os ne se régénère jamais.

Au niveau de ces brèches de trépanation, apparaissent quelquefois des fistules tardives ayant pour point de départ, soit une esquille, soit un projectile inclus. On les a vues communiquer avec les ventricules. Elles doivent être traitées dans tous les cas, car quelle que soit leur origine elles constituent pour le blessé une menace permanente.

La hernie cérébrale est d'observation encore plus rare. Pour se produire, elle suppose une cicatrice mince et une brèche large. Elle est la conséquence d'une poussée infectieuse : encéphalite ou abcès. Parfois, elle traduit une hydro-encéphalie interne d'origine traumatique et dans ce cas s'affaisse sous l'influence de la ponction lombaire.

B. Séquelles méningo-encéphaliques. — 1. *Lésions cicatricielles des méninges et du cerveau.* — Elles sont conditionnées par un mécanisme de rétraction lente agissant à la fois du côté de l'écorce cérébrale qui se déprime et du côté des parties profondes du cerveau. Elles ont pour conséquence des déformations secondaires du ventricule latéral correspondant qui tend à s'élargir en s'effilant vers la perte de substance. Un retentissement de cette déformation peut se faire sentir sur le ventricule opposé, la capsule interne, les noyaux gris.

Ces lésions sont parfois assez accusées pour modifier l'équilibre statique du cerveau et déclancher des crises d'épilepsie tardives.

Les kystes intra-cérébraux, de contenu variable, sont de deux sortes. Les uns communiquent directement avec les ventricules et ne doivent pas être incisés sous peine de méningite ventriculaire. Les autres sont indépendants. Mais ce ne sont là en réalité que de pseudo-kystes puisqu'ils ne possèdent pas de membrane propre.

L'histoire des séquelles encéphaliques est dominée par le processus de cicatrisation très spécial de la substance cérébrale. La névroglie est le siège de réactions exagérées dont on ne peut ni prévoir ni limiter l'intensité et la durée. C'est par années qu'il faut compter l'évolution d'une cicatrice au sein du cerveau et nous savons que par son volume, son importance, cette cicatrice peut engendrer dans un avenir très lointain des crises d'épilepsie et des phénomènes de désintégration nerveuse.

2. *Lésions associées.* — On désigne sous ce nom les lésions portant sur les vaisseaux, les sinus notamment. La blessure initiale a pu créer à leur niveau des thromboses susceptibles d'entraver la circulation cérébrale. Ce sont là des séquelles d'hématomes et de contusions bien étudiées par Lecène, Bouttier, Mairet et Durante. Du point de vue anatomo-pathologique elles se résument en un certain état vacuolaire de la corticalité, avec, ça et là des traînées de sclérose. Des groupes de cellules motrices apparaissent séparés par des espaces dépourvus d'éléments nobles. Les cylindraxes sont souvent rompus.

3. *Le liquide céphalo-rachidien* présente suivant les cas, la réaction hémorragique ou septique banale des hémorragies méningées ou des méningites aiguës, ou la réaction aseptique.

Cette dernière, particulièrement intéressante, est caractérisée par l'absence de germe, par une hyperalbuminose allant de 0 gr. 50 à 1 gramme, une modification légère du taux du glucose et des chlorures, enfin par une réaction cytologique le plus souvent à lymphocytes, parfois avec polynucléaires intacts.

L'hypertension est de règle, à moins que ne se soient produits des écoulement importants. On a noté une instabilité de la tension du liquide céphalo-rachidien sous la dépendance d'un déséquilibre vaso-moteur du cerveau.

La persistance de ces troubles liquidiens a été considérée comme le substratum organique du « syndrome subjectif des trépanés ». Leriche voit dans la perturbation de la tension un élément causal de l'épilepsie traumatique.

Mais avec le temps, le « syndrome liquidien » se modifie. Sur 10 cas de traumatismes craniens avec trépanation remontant à plus de dix ans, les rapporteurs ont trouvé 9 liquides normaux et 1 liquide pathologique, celui-ci avec hyperalbuminose et lymphocytose. Le Wassermann et la réaction au benjoin étaient positives. Le liquide céphalo-rachidien des anciens trépanés apparaît donc comme normal exception faite des cas, où, comme pour ce blessé, existe une infection en voie d'évolution.

L'hypertension rachidienne n'est pas constante au cours de l'épilepsie traumatique ; elle ne se manifeste, semble-t-il, qu'au moment précis de la crise.

Etude clinique des séquelles et de leur évolution. — *A.* Troubles organiques. — Les troubles organiques existent dans 25 p. 100 des cas. Ils sont deux fois plus fréquents après les blessures pénétrantes de la dure-mère qu'après les plaies superficielles.

1. Les troubles moteurs accompagnent surtout les traumatismes de la région pariétale, mais ils s'observent aussi dans les blessures des autres régions. Ils sont dus aux lésions de la zone rolandique ou des faisceaux moteurs corticaux.

Ces troubles organiques ont tendance à disparaître avec le temps, surtout s'ils se sont produits quelques heures après l'accident.

Cette évolution heureuse ne peut s'expliquer que par l'intervention de suppléances fonctionnelles ; elle est fréquente en particulier dans les paralysies flasques.

2. Les troubles sensitifs ont également tendance à régresser. La sensibilité au tact, à la piqûre, à la température réapparaît rapidement, mais la sensibilité profonde est beaucoup plus rebelle.

3. L'aphasie est une séquelle souvent définitive ; et à ce sujet, il convient de distinguer l'anarthrie pure et l'aphasie proprement dite. La première guérit dans la grande majorité des cas ; la seconde au contraire comporte un pronostic beaucoup moins favorable.

4. Les lésions des lobes frontaux donnent des séquelles habituellement minimes ; cependant, des troubles psychiques discrets : excitation affective, diminution intellectuelle, associées à la désorientation statique, s'observent parfois avec tendance marquée à l'aggravation.

Les blessures du lobe pariétal n'engendrent guère que des troubles de la sensibilité profonde et celles des lobes temporaux des troubles aphasiques ou un syndrome thalamique susceptibles d'amélioration.

Les cas de blessures du cervelet sont très rares ; elles aboutissent à un syndrome cérébelleux incomplet.

5. Les troubles de la vue sont dus soit aux lésions du nerf optique, soit à celles du chiasma (hémianopsie bitemporale), soit à celles des voies optiques en arrière du chiasma (hémianopsie latérale homonyme complète ou en quadrant) soit enfin à celles des centres de la vision ou des voies optiques occipitales. Suivant la localisation de la blessure, ces troubles sont temporaires ou définitifs.

6. La surdité répond à trois types : tympanique, psychique ou labyrinthique. Ces deux dernières formes sont seules à considérer.

La surdité psychique se voit chez les commotionnés et régresse avec la commotion.

La surdité labyrinthique est parfois sous la dépendance d'un ébranlement labyrinthique ; elle guérit dans ce cas ; mais d'autres fois elle est due à une véritable lésion de l'oreille interne et peut être incurable.

7. Mais la séquelle la plus grave est sans doute l'épilepsie. Elle s'observerait dans 10 à 20 p. 100 des cas (Billet). Les rapporteurs sont loin de partager l'opinion de Béhague, à savoir que passé le délai de dix-huit mois l'épilepsie n'est plus à redouter. Ils croient, au contraire, que l'épilepsie augmente avec l'ancienneté de la blessure, et donnent un tableau-statistique vraiment impressionnant.

L'épilepsie, en tant que séquelle unique, ne se voit que chez un tiers des comitiaux ; presque toujours elle est associée à des troubles moteurs et subjectifs. Cette complication est surtout le fait des plaies pénétrantes, mais elle s'observe encore consécutivement à des blessures ayant laissé intacte la dure-mère, et même après une commotion diffuse.

L'infection de la plaie initiale se traduisant par la hernie cérébrale est un facteur important d'épilepsie tardive. Par contre, les auteurs sont moins certains de l'influence des corps étrangers inclus, sauf dans les cas où ceux-ci sont demeurés superficiels. Ils mettent en garde contre les tentatives d'extraction de projectiles profonds jusque-là bien tolérés, car à l'occasion des manœuvres chirurgicales on voit souvent apparaître la première crise épileptique.

Contrairement à l'opinion courante, les comitiaux voient leur état s'améliorer spontanément ou sous l'influence d'un traitement médical bien conduit. L'aggravation n'existe guère que dans les épilepsies partielles.

Les opérations ne donnent le plus souvent qu'un résultat relatif ; elles sont formellement indiquées dans l'état de mal quand on a constaté l'inefficacité des injections hyper ou hypotoniques.

B. Le syndrome subjectif commun des trépanés. — Il est caractérisé par de la céphalée, des éblouissements, des vertiges, de l'hyperémotivité, irritabilité, tendances misanthropiques et troubles intellectuels.

Il n'est pas l'apanage de telle ou telle blessure ; il est indépendant de la profondeur et de la localisation de la lésion.

Sa fréquence varie suivant les auteurs entre 30 et 95 p. 100 des trépanés ; elle est difficile à établir par ce fait que bien des cas sont imputables à la sinistrose.

Les opinions les plus différentes ont été exprimées sur l'évolution du syndrome subjectif. Pour Pitres et Marchant la guérison serait complète en un an. Actuellement on pense qu'elle pourrait se faire attendre jusqu'à dix ans.

Ce syndrome serait dû à une accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien entraînant un certain degré d'œdème du cerveau. Mme Athanasiu-Benisty croit qu'à l'origine de ces troubles existent surtout des lésions vasculaires locales. Claude, Lhermitte et Bouttier ont établi que les syndromes commotionnel et subjectif sont intimement liés.

Quoi qu'il en soit, il est acquis que l'emploi de la médication vaso-motrice, belladone et atropine, jointe au gardénal, donne des résultats. Il en est de même de la radiothérapie pénétrante agissant sur la cicatrice cranio-cérébrale.

C. Les troubles mentaux. Leur évolution. — Les uns sont précoces et fréquents, les autres tardifs et exceptionnels.

Parmi les premiers, il faut citer les syndromes commotionnels caractérisés par des troubles intellectuels (lenteur de l'idéation, difficulté de l'attention, torpeur) auxquels s'ajoute souvent de l'amnésie.

Ils accompagnent d'ordinaire le syndrome subjectif commun dont ils constituent l'élément psychique. Ces troubles ont tous une tendance naturelle à l'amélioration.

Les syndromes confusionnels ne sont pas rares : état de torpeur, hébétude, lenteur des opérations intellectuelles, anxiété, manifestations délirantes. Ils ont habituellement un caractère régressif.

Les syndromes mentaux par lésions en foyers sont presque exceptionnels. On a noté des hallucinations chez des blessés du lobe temporal, de la narcolepsie dans les traumatismes de la base, et parfois de l'excitation euphorique dans les cas de lésion des lobes frontaux.

Les troubles mentaux tardifs prennent souvent la forme des syndromes commotionnels ou confusionnels ; mais il faut encore citer les formes graves pseudo-démentielles des séquelles psychiques, les formes psychiques de l'épilepsie traumatique et les troubles mentaux occasionnels.

Dans la genèse de ces derniers, l'état constitutionnel antérieur intervient pour une large part, réalisant

parfois une véritable prédisposition. L'influence des intoxications (alcoolisme) et des affections surajoutée (syphilis) ne peut être niée. De même, la relation du suicide et des traumatismes craniens paraît dans bien des cas hors de doute ; mais la criminalité n'est pas plus fréquente chez les trépanés que chez les autres sujets.

D'une façon générale, le pronostic mental est plus favorable qu'on ne l'admettait autrefois.

D. Traumatismes cérébraux et tumeurs. — Chez d'anciens trépanés on a signalé parfois l'apparition d'une tumeur : 1 cas de Barré, 3 cas de Neudorfer, 2 de Christiansen et 1 d'Antonioli.

Une relation de cause à effet existe-t-elle entre le traumatisme et la néoformation? Le fait n'est pas démontré, mais il est permis de penser que la prolifération névroglique qui accompagne toute cicatrice nerveuse peut dépasser son but et créer à la longue un véritable gliome.

E. Complications infectieuses. — La méningite et la méningo-encéphalite sont des complications des premiers jours. Elles sont exceptionnelles après le deuxième mois, et à partir de ce moment elles sont presque toujours sous la dépendance d'un abcès.

L'encéphalite tardive non suppurée revêt deux formes cliniques : l'une, relativement précoce, sans doute de nature infectieuse, présente une symptomatologie identique aux abcès du cerveau. L'autre, tardive, apparaissant plusieurs années après la blessure, se traduit par des crises d'épilepsie subintrantes. Sa nature infectieuse est beaucoup moins certaine.

Les abcès du cerveau constituent une redoutable complication. Ils apparaissent surtout dans la première année, mais certains ont été observés à longue échéance : douze, vingt-sept et même trente-huit ans après l'accident. Rares, dans les fractures de la base, ils se rencontrent surtout dans la suite des plaies pénétrantes s'accompagnant d'ostéite ou d'hématomes.

Le rôle des projectiles est incontestable, mais le plus souvent l'abcès se développe au niveau du trajet, à la faveur d'un certain microbisme latent de la cicatrice cérébro-méningée. Le point de départ habituel est une fistule mal traitée ou négligée.

Ces abcès peuvent être non enkystés ou encapsulés.

Les premiers ne sont qu'un épiphénomène au cours d'une encéphalite diffuse et coïncident souvent avec une hernie cérébrale.

Les seconds ont une coque épaisse de 4 à 5 millimètres qui constitue un obstacle sérieux à leur guérison. Après ponction et évacuation du pus les parois n'ont aucune tendance à bourgeonner.

La thérapeutique de tels abcès est déconcertante. Il n'est pas toujours aisé de les découvrir, et après drainage, une cavité persiste susceptible de suppurer à nouveau. Même si cette cavité se comble, des diverticules s'isolent formant à leur tour d'autres abcès. L'usage des mèches est peu satisfaisant. Villandre combine les ponctions répétées et la vaccinothérapie. On a tenté de mettre à plat la poche suppurée en réséquant sa paroi superficielle. Le streptocoque et le staphylocoque sont les agents le plus souvent rencontrés.

L'évolution se fait rarement vers l'extérieur et la terminaison quasi fatale est l'ouverture dans un ventricule.

La symptomatologie est constituée au début par des troubles de l'état général, de la céphalée, de l'hypertension intra-cranienne ; puis apparaissent des modifications intellectuelles ; torpeur, narcolepsie ; enfin, on note de la bradycardie et parfois de la stase papillaire.

Le liquide rachidien montre souvent une dissociation albumino-cytologique. Il est trouble avec des polynucléaires intacts. Ceux-ci s'altèrent et des microbes apparaissent dès qu'il y a rupture dans un ventricule.

La mort subite de certains trépanés est due vraisemblablement à des abcès latents.

On peut distinguer, du point de vue de l'évolution, une forme foudroyante avec 39 et 40° et coma rapide ; une forme méningitique qui est rare ; une forme convulsive ; enfin, une forme lente qui rappelle le tableau clinique des tumeurs cérébrales.

Evolution des séquelles. — Dans l'ensemble, on peut affirmer qu'indépendamment du degré et de la nature du traumatisme considéré, les troubles des trépanés restent stationnaires dans plus de la moitié des cas, qu'ils s'améliorent ou guérissent dans plus d'un quart des cas. L'aggravation ne s'observe que chez un blessé sur six.

Les traumatismes de la région pariétale bénéficient du pronostic le plus favorable.

La plupart des aggravations dans les lésions des tables externe et interne sans ouverture de la dure-mère tiennent sans doute à la présence d'hématomes non évacués, mais aussi à la persistance d'esquilles qui déterminent plus ou moins rapidement de la compression ou de l'irritation du cortex.

Il est piquant de noter que des pertes de substance cérébrale considérables ne donnent pas toujours lieu à des séquelles importantes.

Les plaies transfixiantes du crâne qui s'accompagnent d'une mortalité immédiate considérable ont en général une évolution favorable, une fois franchi le cap de la première année. Par contre, les sétons du crâne s'améliorent rarement ; ils sont générateurs d'épilepsie ou de troubles moteurs évoluant vers la spasmodicité.

Les projectiles intra-cérébraux, qu'il faut de toute évidence extraire à la période de début, sont souvent plus tard très bien tolérés ; leur ablation dans ces conditions n'a que des indications exceptionnelles.

La cranioplastie. Ses résultats. — Pour combler la perte de substance cranienne, de nombreux procédés ont été imaginés : prothèses métalliques, autoplasties

du type Müller-Kœnig, greffes cartilagineuses et greffes ostéo-périostiques.

Toutes ces techniques donnent des résultats sensiblement identiques pour ce qui est de la protection du cerveau contre les chocs éventuels.

On a cependant reproché aux prothèses métalliques de provoquer à leur périphérie la formation d'une véritable bourse séreuse et une certaine réaction du tissu conjonctif susceptibles de retentir sur le cerveau. Les préférences vont aux greffes cartilagineuses et surtout aux greffes ostéo-périostiques de Delagénière.

Il ne semble pas qu'on soit fondé à attribuer aux différents procédés de cranioplastie une action certaine sur l'évolution ou l'apparition tardive de troubles fonctionnels ou organiques, mais il existe à la cranioplastie des contre-indications absolues. Ce sont 1° la présence de corps étrangers intra-cérébraux ; 2° les phénomènes même anciens de méningite ou d'abcès ; 3° la persistance d'une hyperalbuminose du liquide rachidien ; 4° l'existence d'une hypertension cranienne (tendance à la hernie cérébrale, stase papillaire).

Les dimensions exagérées ou par contre fort réduites de la brèche sont des contre-indications relatives.

Les prothèses inorganiques, les greffes adipeuses ou aponévrotiques ne sont pas recommandables.

Avenir social des trépanés. — Il faut distinguer l'aptitude au travail professionnel et l'aptitude au service militaire.

Un quart des traumatisés cérébraux restent des infirmes incapables d'exercer un métier quelconque Un quart sont diminués considérablement dans leur valeur professionnelle ; mais les autres, soit la moitié, ont pu reprendre leurs occupations sans déficit appréciable de leur rendement. On peut donc envisager l'avenir de ces blessés avec un optimisme relatif.

Du point de vue militaire, la question est différente On ne saurait rendre à l'armée des sujets toujours susceptibles de crises épileptiques et surtout de troubles subjectifs graves incompatibles avec lesnécessités de la guerre et les responsabilités du commandement.

Les auteurs terminent cet intéressant exposé en soulignant l'inégalité qui existent entre les blessés militaires, l'accidenté de la rue et surtoutl'accidenté du travail.

Tandis que la loi des pensions permet aux victimes de la guerre de faire reviser leur cas après chaque aggravation et quelle que soit l'échéance de celle-ci, l'accidenté du travail perd tous droits à la revision après un délai de trois ans.

(A suivre.)

Les Livres

MALOINE, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

CALOT. — **Berck et ses traitements. Les raisons de sa supériorité.** (4e édition, in-8° avec 45 figures, Paris 1929. Prix : 5 fr.)

Quelles sont les raisons du choix de Berck et de sa supériorité pour le traitement des tuberculoses chirurgicales ?

C'est 1° la raison de *son climat.*

Si l'Assistance publique de Paris,qui pouvait librement choisir parmi toutes les régions et tous les climats de France pour y créer des hôpitaux de lymphatiques et Tuberculeux osseux et articulaires a fixé son choix sur Berck, c'est parce que sa commission de médecins, hygiénistes et géologues a jugé que le traitement général de ces malades y serait mieux assuré qu'ailleurs.

Ce qui est aujourd'hui confirmé mathématiquement peut-on dire par les physiciens Sartory et Langlois qui ont trouvé par mètre cube d'air 4 bactéries seulement sur la plage de Berck, au lieu de 40 bactéries (10 fois plus) à la montagne (Chamonix) et jusqu'à plusieurs millions dans les grandes villes.

La deuxième raison concerne le *traitement local* de ces malades, car il ne faut pas oublier qu'un bon traitement local est aussi nécessaire pour guérir les tuberculoses chirurgicales qu'un bon traitement général. Une coxalgie ou un mal de Pott dont l'évolution locale n'est pas très bien surveillée, ne guérira pas, même à la mer, ou bien ne guérira qu'aux prix d'une infirmité presque toujours lamentable. Si ces malades guérissent à Berck mieux qu'ailleurs, ce n'est pas seulement parce que le traitement général y est plus parfait, mais aussi parce que les chirurgiens de Berck ont acquis, forcément, dans ce milieu d'observations unique au monde, une expérience toute particulière, pour mener à bien ces traitements locaux si minutieux, si délicats.

N'est-ce pas à « l'école de Berck » qu'on doit la découverte ou la mise au point, pour guérir les tuberculoses externes et les affections orthopédiques, de ces méthodes conservatrices reconnues maintenant les meilleures et adoptées partout, qu'on appelle justement les *méthodes de Berck.*

Pour n'en citer qu'un exemple, n'est-ce pas à Berck qu'a été fixée la thérapeutique moderne du mal de Pott et de ses trois grands symptômes abcès, gibbosité, paralysie. L'abcès par congestion se guérit couramment aujourd'hui par la méthode des ponctions et injections, ou « méthode Calot » comme l'appellent les prof. Le Fort et Billet, de Lille. La gibbosité, qui était autrefois un *noli me tangere,* se traite et se guérit maintenant par la méthode de redressement progressif de Calot, à savoir son grand

corset plâtré avec fenêtre dorsale au niveau de la gibbosité pour compressions ouatées. La paralysie « pottique » contre laquelle toutes les opérations sanglantes essayées se sont montrées *au total* beaucoup plus nuisibles qu'utiles, se guérit, elle aussi, par la même méthode orthopédique de Calot du grand appareil et des compressions ouatées.

Et bien d'autres exemples aussi démonstratifs que l'on trouve exposés dans ce livre prouvent que l'auteur a certes le droit de conclure que le traitement général et le traitement local de tous ces malades ne sont nulle part ailleurs aussi bien assurés qu'à Berck.

Au reste les faits sont là « Contre les tuberculoses externes, a écrit le prof. Robin, le climat marin doit être qualifié d'indispensable parce qu'il apporte au traitement local et à la guérison une aide que rien ne saurait remplacer. *On n'a pour s'en convaincre,* a-t-il ajouté, *qu'à regarder les résultats obtenus à Berck.* »

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie, 8 place de l'Odéon.

René Cruchet, professeur à la Faculté de Bordeaux. — **L'encéphalite épidémique.** *Ses origines. Les 64 premières observations connues.* (Un vol., in-8°, 136 p., 8 fig. Prix : 15 fr.)

L. Ambard, professeur à la Faculté de Strasbourg et E. Schmid, chef de laboratoire. — **La réserve alcaline.** (Un vol., in-8°, 168 p. avec fig. Prix : 18 fr.)

R. Demanche. — **Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis.** *Réactions d'hémolyse. Réactions de floculation.* (Un vol., 123 p., 8 fig., 24 tableaux. Prix : 14 fr.)

R. J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris et F. Françon. — **Causes et traitements des rhumatismes chroniques.** *Collection des actualités de médecine pratique.* (Un vol., in-8°, 368 p., Prix : 32 fr.)

Prof. Ch. Richet, de l'Institut. — **Apologie de la biologie.** *Collection des Apologies.* **(Un vol. in-16, 100 p. Prix : 10 fr.)**

G. Faroy, médecin des hôpitaux de Paris. — **Thérapeutique digestive. Les principaux médicaments.** Préface du prof. Loeper. (Un vol. in-8°, 130 p. Prix : 15 fr.)

Paul Petit-Dutaillis, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel. — **Troubles fonctionnels et dystrophies à l'état chronique en gynécologie.** Préface du prof. René Leriche. (Un vol. in-8°, 476 p., 185 fig. Prix : 90 fr.)

Librairie des Sciences agricoles, 11, rue de Mézières, Paris, 6e.

R. Moussu, chef de clinique à l'Ecole d'Alfort. — **Elevage et maladies du chien.** 2e édition. (Un vol. 12 × 19, 256 p. avec 49 fig. Prix : 14 fr.)

Office central des œuvres de bienfaisance 175, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Manuel pratique pour le placement des enfants, malades et vieillards. *Nouvelle édition,* 1928. (Un vol. 600 p.)

Librairie A. Mollat,
15, rue Vital-Carles et 83-89 ,rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.

Leçons du cours de perfectionnement des sages-femmes, faites à la Maternité départementale de Bordeaux (octobre 1927), par MM. J. Andérodias, professeur de Clinique obstétricale, et Paul Balard, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Ch .Rocaz, médecin des hôpitaux, Félix Papin, prof. agrégé, chirurgien des hôpitaux et I. Boisserie-Lacroix, médecin des hôpitaux. 4e *série.* (Un vol. 132 p. Prix : 8 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

DES INFIRMIÈRES D'HYGIÈNE SOCIALE RAPPELÉES A L'ORDRE

Pour mener à bien la lutte contre la syphilis « il faut, dit le professeur Bayet, de Bruxelles, que le *corps médical tout entier* y soit convié et que l'accessibilité du traitement soit ouverte à tous les malades. »

Il en est de même de la médecine sociale en général. Elle ne portera ses fruits, dans les multiples organismes qui tendent à la monopoliser, que si *tous les praticiens* participent à son exercice.

Or, on daube volontiers sur le praticien, qu'on accuse de se dérober à ce devoir, et de tenir en suspicion lesdits organismes : dispensaires et infirmières visiteuses.

Et les praticiens de répondre : « Certes, nous vous tenons en suspicion. Parce que, quand nous vous envoyons des malades, il arrive souvent que nous ne les revoyons plus. Parce que, au lieu de vous borner à être nos auxiliaires, en nous fournissant les résultats des examens et des recherches biologiques que nous ne pouvons pas faire, vous voulez être des centres de traitement. Parce que les infirmières visiteuses sortent de leur mission et empiètent trop volontiers sur notre domaine. »

— Ragots, que tout cela, rispote-t-on de l'autre côté de la barricade. Dites plutôt que vous vous confinez dans une routine étroite qui méconnaît le progrès... Nos organismes, notre personnel sont irréprochables.

Ragots ? ? ? ?

Voici ce que je lis dans le *Journal de Rouen* du 4 novembre :

Conseil d'arrondissement.

Séance du 3 novembre 1928.

Présidence de M. Paul ANQUETIL, président.

....

Sur vœu de M. Duthil, une enquête avait été faite sur l'activité des infirmières sociales. La discussion s'achève par le vote à l'*unanimité* du vœu transactionnel suivant de M. Macqueron :

Le Conseil d'arrondissement de Rouen émet le vœu :

1° Qu'il soit bien spécifié au personnel médical des établissements d'œuvres sociales tels que les « Centres médicaux » installés particulièrement dans les communes suburbaines de ne jamais ordonnancer au profit de tous consultants (assistés ou non) ni de fournir gratuitement des médicaments ;

2° Tout en rendant hommage au dévouement des infirmières sociales et à l'efficacité de leur rôle, qu'elles recourrent aux soins du corps médical dès qu'un véritable traitement thérapeutique paraît nécessaire (*Adopté.*)

Ainsi, une enquête serrée a démontré d'une façon tellement évidente que les infirmières visiteuses de cette région sortent trop souvent de leur rôle, qu'une Assemblée profane a décidé à l'*unanimité* de les rappeler à l'ordre.

Voilà donc l'écueil des rapports entre médecins praticiens et personnel médico-social. *Chacun à sa place* : tel est le mot d'ordre qui pourra mettre tout le monde d'accord. G. DUCHESNE.

« TIERS-PAYANTS » NON LÉGAUX CRÉÉS PAR LES PRATICIENS EUX-MÊMES

Par le Dr Fernand DECOURT.

Un excellent confrère de ma région se plaignait devant moi, il y a quelques jours, de voir nos « paperasses » augmenter sans cesse. Et, comme exemple, il nous parla d'un *cantonnier*, auquel il avait fait une unique consultation, dont « il avait signé la feuille délivrée par son administration » et auquel « par suite, il n'avait rien fait payer naturellement », *puisque*, « lui avait expliqué le cantonnier, c'est son administration qui aurait à lui payer la note, que, lui, médecin, il devait donc envoyer sur double exemplaire, etc... » et il gémissait de voir ces paperasses s'accumuler sans cesse...

Ainsi donc, voilà un confrère qui gémit, mais *accepte la création d'un tiers-payant non légal, le crée lui-même* par cette acceptation et tend ainsi les mains aux paperasses nouvelles dont il se plaint si amèrement.

Qu'avons-nous comme « tiers payants », constitués par la loi ? Est-il besoin de les énumérer à des praticiens ? Nous avons des tiers payants en *A. M. G.*, nous avons les *Pensionnés de guerre* ... et c'est tout. Il faut pourtant hélas ! y ajouter les *Accidents du travail* devenus clients à tiers-payants *de notre faute*, quoiqu'il n'y ait rien d'inscrit sur ce point dans la loi du 9 avril 1898. C'est nous, *nous seuls*, qui avons pris l'habitude de ne pas faire payer l'accidenté, contre un reçu qu'il se serait fait rembourser, ensuite par le patron ou l'Assurance substituée. N'en parlons plus. Le pli est pris, la jurisprudence établie ainsi par nous. En matière d'accidents du travail, nos honoraires nous sont réglés par un tiers-payant.

Soit ! comme on fait son lit, on se couche. Tant pis pour nous... mais alors que cette leçon nous suffise. Alors que, à cor et à cris, nous refusons tout tiers-payant en Assurance sociale Alors que, sur ce sujet, le fâmeux, cri de guerre « Entente directe ! Entente directe ! » fut cause de la « cassure » qui s'est faite dans notre groupement central des Syndicats médicaux. Alors que notre force Syndicale fut anihilée pendant deux ans grâce à cette cassure qui heureusement, a pris fin en 1928 — alors que notre défense professionnelle est enfin réédifiée sur les bases, quant aux paiements des honoraires en assurance-maladie, au *paiement direct* du médecin par le malade — alors que nous refusons nettement le tiers-payant que certains Syndicats, et non des moindres ont proclamé immoral... alors que nous avons pris position immuable sur ce point — n'allons pas, à côté, créer, chacun dans notre petit coin, de nouveaux tiers-payants, sans y être le moins du monde obligés, ni même incités à le faire, simplement par veulerie, par « bon-garçonnisme », pour ne pas déplaire à un client quelconque...

Eh quoi ? Vous vous plaignez, confrère, de l'amoncellement des paperasses, des notes à établir en double exemplaire, des bulletins de visite à garder, à classer, à présenter, des notes examinées à la loupe, par des administrations avec « retour à l'envoyeur » s'il y manque un bulletin, une explication, une date ou une virgule... Et vous créez bénévolement vous-même une deux, six, dix *nouvelles catégories de tiers-payants*, simplement parce qu'à une consultation on vous a présenté, en guise de monnaie sonnante et trébuchante (si tant est que nos papiers sonnent et trébuchent !) une belle feuille devant laquelle vous vous êtes respectueusement inclinés parce qu'elle était *imprimée* !...

« Six, dix catégories nouvelles de tiers-payants » ai-je dit. « Boutade ! » me répliquera-t-on ? Comptons un peu sur les doigts, en prenant quelques exemples : les deux mains y passeront aisément sans épuiser la mine... Et les feuilles s'amoncelleront sur notre bureau de praticien, si vous les acceptez. Nous aurons donc déjà celles de cantonniers cités plus haut, puis celles des instituteurs, celles des postiers, celles des « assurés individuels » avec parfois refus de paiement de l'Assurance six mois après, parce que « les soins médicaux ne sont pas compris dans la police.. » Nous avons celles des mutualistes en tous genres, celles des voyageurs de commerce, celles des Sociétés de gymnastique ou des joueurs de foot-ball, celles des « Amicales » de toute espèce, celles des retraites de telle administration, celles des « anciens » ceci ou cela, des « anciens poilus », par exemple, société de ma région qui voulait imposer des prix spéciaux à notre Syndicat, qui leur a simplement répondu que tout Français d'un âge moyen devait être un « ancien poilu »... je m'arrête car je n'ai déjà plus de doigts pour compter. Est-ce une boutade ?... Et je ne cite là que ce qui me revient à l'esprit, au moment où j'écris ces lignes, mais il est encore des feuilles de Damoclès suspendables sur nos têtes, si nous nous laissions faire....

Depuis que, dans mon village, j'exerce la médecine (il y aura bientôt 37 ans, pas plus !) jamais au grand jamais, je n'ai accepté de « marcher » dans la combinaison de ces feuilles à tiers-payant non légal, et parfois problématique. J'ai l'habitude, quand on me présente ces feuilles allé-

chantes, de répondre, de ma voix la plus suave : « Vous avez une Société qui payera pour vous ? me dites-vous. C'est parfait. J'en suis charmé. De cette façon, les frais de traitement ne pèseront pas sur vos finances personnelles. Et je ne demande pas mieux que de vous mettre à même de jouir de semblables avantages. Ma visite est de 15 francs, vous allez me payer ce qui m'est dû : cela va de soi... mais je ne vais pas manquer de mettre sur la feuille que vous venez de me donner 15 francs pour cette visite ; je vais dater et signer. De cette façon, vous n'aurez plus, dans la suite, qu'à vous faire rembourser vos frais par « Qui-de-droit » que je ne connais pas et que, vous comprenez, je ne puis m'en aller rechercher de par le monde... »

Oh ! je ne me donne nullement comme un modèle. C'est un simple exemple, *ad hominem*, que je viens de prendre. Je connais pas mal de confrères, qui, depuis de longues années, agissent comme moi et ne s'en portent pas plus mal. Ce n'est pas pour ceux-là que je parle...

Je désire seulement prévenir ceux « qui se laissent faire » croyant que « cela se fait ainsi parce que le client le leur affirme » de ne plus tendre les bras aux ballots de paperasserie dont on veut aimablement — et illégalement — les charger. Nous avons assez déjà des « Notes et relevés » *officiels* à remplir. Nous en avons déjà beaucoup trop !...

Il ne suffit pas, confrères, de nous insurger dans nos Syndicats, contre le tiers-payant possible qui point à l'horizon dans la loi des Assurances sociales. Il ne suffit pas de proclamer, *urbi* et *orbi*, que nous irons, s'il le faut, jusqu'à la grève si on nous refuse le *paiement direct* du médecin par le malade, et rien que ce mode, avec *défense* de tout tiers-payant, même pour les confrères qui le désireraient, car c'est cela que nous avons voté, c'est pour cela que nous avions brisé notre unité syndicale... Encore faut-il être conséquent avec soi-même et ne pas accepter *individuellement* ce que nous refusons si âprement *en bloc*. Encore faut-il ne pas forger des armes contre nous-mêmes, par les *exemples* qu'on nous donnera, vous pouvez en être assurés, dans les Commissions ministérielles de *tiers-payants acceptés bénévolement* par certains d'entre nous...

L'heure n'est plus aux fausses manœuvres, ni aux dangereux gestes individuels, serrons-nous fortement les uns contre les autres, formons le carré. Ce sera la seule manière d'aider ceux, qui, là-bas, sur la brèche auront le redoutable honneur, au sujet des assurances sociales, de défendre le Corps médical menacé dans ses libertés.

Dr Fernand DECOURT.

LES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES, LES HOPITAUX ET LES MAISONS DE SANTÉ

Une visite au Syndicat Médical du Loir-et-Cher

Réunion du 28 octobre au sanatorium de Lamotte-Beavron.

Le docteur Hervé, directeur du sanatorium des Pins, avait cordialement invité le Syndicat du Loir-et-Cher a tenir ses assises chez lui.

Une visite de l'établissement s'imposait, avant la séance ; elle était nécessaire, tant pour prouver que les malades, que nous confions à Hervé sont parfaitement bien soignés et ont le confort désirable, que parce que la grosse question, qui était mise à l'ordre du jour, était la collaboration que les hôpitaux, maisons de santé et sanatoria pourraient donner aux médecins praticiens, en 1930, lors de la mise en pratique de la loi sur les assurances sociales.

Que dirai-je de la réunion du Syndicat ? Groupe actif comprenant 91 confrères, avec un président prudent et un secrétaire général actif.

Nous écoutâmes le compte rendu, les discussions, qui s'en suivirent, les résolutions prises. Et revenant à de nombreuses années en arrière, je revivais les assemblées générales de mon Syndicat du Bugey et du Pays de Gex, dont j'étais le secrétaire ; je voyais que les questions sont toujours les mêmes : la défense de l'indépendance de la profession contre toutes les tentatives d'acheminement vers un salariat.

Hier, les assurances contre les accidents souhaitaient d'avoir des médecins à forfait, les Sociétés de secours mutuels appelaient des médecins, chichement payés, mais alléchés par l'appât d'un fixe, le ministère (Chéron, Métin) concevait la création de médecins agréés, etc.

Aujourd'hui, c'est le sursaut du corps médical contre une loi, qui, mal comprise, pourrait asservir une partie de nos confrères dans une situation de dépendance, dont les premières victimes seraient les malades.

Ce sont encore, les éternelles questions : un préfet, un conseil général voulant imposer au Corps médical une organisation de soins, aux indigents, aux enfants protégés ou assistés, la pratique des vaccinations, etc. : le tout à des prix ridiculement bas.

Les lois sociales s'imposent aux administrations, qui ont le devoir de remplir les obligations, ordonnées par le législateur : soins à donner aux indigents, protection du premier âge, surveil-

lance de la santé publique et prévention sociale, par vaccinations, etc.

Mais, ces mêmes lois ne s'imposent nullement aux médecins, qui restent toujours libres d'accepter, ou de refuser les honoraires et conditions de travail, qui leur sont offertes.

Le préfet a pris la mauvaise habitude de faire établir un règlement unilatéral, que le corps médical doit accepter, ou refuser, sans rien y changer.

Mais, les praticiens entendent désormais être considérés, non pas comme des salariés quelconques, mais comme des collaborateurs. Et lorsque les prétentions préfectorales sont inacceptables, la grosse majorité des médecins du département refuse d'assurer les services, aux conditions et honoraires qui sont unilatéralement imposés.

Ainsi, pour le service des vaccinations en Loir-et-Cher, le Syndicat a-t-il discuté le quantum des honoraires à réclamer, par vacation et par unité ; un referendum est ouvert entre les praticiens du département pour faire également fixer le mode de règlementation du service : la création et la délimitation des circonscriptions vaccinales, le mode de nomination des titulaires, ou le roulement, lorsque plusieurs médecins exercent dans le même lieu.

Egalement une protestation est adressée au préfet, en ce qui concerne le paiement de l'indemnité kilométrique, en matière de soins à donner aux mutilés de guerre.

Passant à un autre sujet, le Syndicat s'entretient des poursuites intentées contre un illégal, le Sou médical apportant son appui moral et sa contribution pécuniaire, au prorata du nombre des membres du Syndicat, qui font partie du Sou.

Inutile de dire que tout le début de la séance avait été rempli par la situation syndicale nouvelle du corps médical tout entier.

L'éternel débat : Fédération, — Union touche heureusement à sa fin ; demain les groupes professionnels, réunis dans une grande Confédération nationale, emploieront tout leur temps à des questions plus profitables.

J'avoue que mon attention fut plutôt attirée par ce que l'on put dire sur le Foyer médical de Tours. Cette organisation offrirait aux médecins de la ville, ou de passage, de nombreux avantages : restaurant, garage d'autos, travaux de secrétariat, copies, office de recouvrement, contentieux, etc.

Pour bénéficier de ces avantages, il suffit de donner son adhésion, laquelle est entièrement gratuite.

Voilà une tentative locale, qui est fort intéressante, car tout en rendant service aux praticiens, elle a bour but de les grouper, de leur faciliter des réunions, des conversations, des échanges de vues. L'ancien individualisme du médecin tendra à disparaître, grâce à l'auto et aux organisations confraternelles, telles que le Foyer médical de Tours.

Enfin, on me donna la parole, pour que je puisse exposer ma façon personnelle de voir, en ce qui concerne les rapports des médecins praticiens avec les hôpitaux, maisons de santé, sanatoria, lors de l'application de la loi sur les assurances sociales.

En sa qualité de président du Syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé, le Dr Hervé m'avait demandé, ainsi qu'à Me Bernard Auger, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, de présenter au Syndicat du Loir-et-Cher le problème de l'hospitalisation des assurés sociaux, tant en établissement public que dans une clinique privée.

Rapports entre les Caisses d'assurances sociales, les hôpitaux et les maisons de santé.

L'application pratique de la loi sur les assurances sociales doit, à mon avis, apporter de profondes modifications dans nos pratiques professionnelles.

Je regrette, pour ma part, qu'un trop petit nombre de confrères aient étudié de près cette loi du 5 avril 1928, alors que beaucoup en ont parlé, sans avoir approfondi la portée du texte législatif.

De profondes divisions ont séparé les militants du corps médical : on s'est battu plus pour des mots que pour des réalités .

Quelles sont-elles ces réalités ? Je suis allé les puiser dans des milieux extra-médicaux, pour me fuire une opinion autre que celle émise uniquement par les médecins.

Que ce soit au Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans les milieux parlementaires, ou ministériels, ou dans les organisations ouvrières et mutualistes, j'ai acquis l'impression que l'application de la loi sur les assurances sociales n'est pas uniquement une question de paiement d'honoraires, soit par « entente directe », soit par « contrats collectifs et tiers payant ».

La vérité est tout autre : cette législation sociale entraînera fatalement une révolution dans nos conceptions actuelles de la pratique de notre art et, si nous ne nous mettons pas à la tête du mouvement, nous devrons le subir et devenir, non pas des fonctionnaires, mais bien des salariés.

Dans les milieux médicaux, on a fait un abus de ces vocables, sans bien en connaître la portée. Un fonctionnaire est un employé de la puissance publique : il est doté d'un statut, d'une certaine inamovibilité, d'une retraite.

Un salarié, au contraire, est l'employé d'une collectivité privée, ou d'une individualité : il n'a aucun statut, est payé selon la loi de l'offre

et de la demande ; il doit se constituer lui-même une retraite, s'il le peut ; enfin, son patron peut le remercier brutalement.

Or, l'administration des caisses d'assurances sociales ne sera pas fonction d'Etat : elle est confiée à des organisations privées, sous le contrôle de l'Etat.

Les futurs médecins appointés de caisses ne seront pas des fonctionnaires : ils ne seront que de simples salariés.

D'ailleurs, les caisses d'assurances ne sont que les mutualités d'aujourd'hui, auxquelles la loi de 1928 va redonner force et vigueur. Ce sont aussi les caisses patronales actuelles, qui ont des médecins à leur solde.

Demain, les caisses feront appel à ceux des praticiens, qui consentiront, moyennant traitement annuel, à donner leurs soins aux ayants-droit. Croyez-vous que cet appel restera sans écho ?

Au cours des consultations médico-juridiques que m'ont demandées certains dirigeants ouvriers, je leur ai démontré qu'en fin de compte, c'était leur peau, leur seul capital, qui était en jeu.

Ils avaient donc avantage, lorsqu'ils auraient l'administration des caisses, de grouper un corps médical consciencieux, instruit, dévoué.

Il faut aussi qu'à la base de tout accord avec les praticiens locaux, puissent présider le libre choix du médecin, le respect du secret professionnel et une rémunération suffisante à l'acte médical et non à forfait.

Les futurs administrateurs des caisses ont surtout insisté sur le fait d'avoir à payer le moins possible. Or, la véritable économie à réaliser, ce n'est pas sur les frais médicaux et pharmaceutiques, mais plutôt sur les dépenses d'invalidité temporaire, sur les demi-salaires, payés pendant les journées de maladie.

Ce qui sera demandé demain au corps médical, c'est de s'entendre avec les dirigeants des caisses, pour que les malades soient guéris dans le minimum de temps possible, avec le maximum d'action thérapeutique. Il faut, de plus, que les médecins puissent envisager les rechutes, ou même l'éclosion de toutes les affections pathologiques.

C'est donc toute une politique médicale de prévention des maladies.

Or, si nous considérons notre pratique actuelle, dans l'art de guérir, nous assistons à une révolution lente, mais certaine.

Les données nouvelles de la science conduisent le médecin à des modifications des méthodes, tant de diagnostic que de traitement.

Voici un tousseur chronique : ne convient-il pas en outre de l'auscultation clinique, de faire examiner le nez, la gorge, faire pratiquer une radioscopie de ses poumons, un examen des crachats ?

Pareilles recherches, pour poser un diagnostic certain, coûtent très cher.

Aussi voyons-nous les malades se diriger peu à peu vers le centre de diagnostic, qui, fréquemment, est l'hôpital du lieu.

Dans cet établissement, on peut faire des examens multiples en série, à des prix fort abordables. Le diagnostic posé, on peut, dans ces établissements, comme dans les dispensaires, qui y sont annexés, pratiquer tous traitements utiles, ces derniers étant contrôlés, lorsque besoin en est, par de nouveaux examens complets.

N'est-ce pas l'avenir bien proche ? Les caisses d'assurances n'auront-elles pas tendance à contracter, non pas avec les individualités médicales, mais plutôt avec des collectivités (hôpitaux, dispensaires, maisons de santé), qui feront à la fois diagnostics et traitements ?

Le médecin lui-même n'est-il pas amené progressivement à faire enlever une fièvre typhoïde, ou tout autre malade grave, du milieu familial, qui donne des soins affectueux, mais incompétents, pour faire transporter le patient dans un centre de soins *ad hoc* ?

C'est donc vers une transformation de la médecine, qu'il faut jeter nos regards : d'individualiste qu'elle était, notre science thérapeutique devient progressivement collective.

On peut admettre que, sous peu, se formeront des collectivités de praticiens, aux spécialisations diverses, collaborant au diagnostic et à la guérison, exerçant, non pas chacun chez soi, mais dans un centre de cure.

Peut-être le médecin de demain n'aura plus son cabinet de consultation dans son logis familial, mais exercera de préférence dans un hôpital, ou dans une maison de santé, avec laquelle aura contracté la caisse d'assurance locale.

Et je pose le problème suivant : que doit être l'hôpital de demain, alors que les indigents seront pour la plupart, les bénéficiaires des assurances sociales ? Quelle situation sera-t-elle faite au corps médical, à moins que ce dernier entende se faire lui-même son statut ?

L'hôpital d'aujourd'hui ne doit, en principe, admettre que des gens privés de ressources, bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Mais vous savez tous, comme moi, qu'il est loin d'en être ainsi. Pour réaliser des bénéfices, qui leur permettront de boucler leur budget, les hôpitaux se sont petit à petit transformés peu ou prou en véritables maisons de santé à bon marché, ne payant pas d'impôts et n'étant pas assujetties aux différentes taxes commerciales.

Avec la loi sur les assurances sociales, les hôpitaux verront leur clientèle indigente diminuer,

ou même disparaître, alors qu'augmentera la clientèle payante, celle des assurés.

Ne convient-il pas pour les médecins de chaque localité, d'envisager cette situation juridique et professionnelle ?

Les Syndicats médicaux locaux n'ont-ils pas à mettre immédiatement à l'étude les voies et moyens, pour faire soigner les assurés sociaux, dans tous ces hôpitaux, démunis de leur clientèle indigente actuelle ?

Ces hôpitaux, aujourd'hui établissements publics, ne devront-ils pas obtenir du législateur le droit de faire acte de commerce et de recevoir légalement des malades payants ?

Quel sera le rôle des médecins locaux ? Auront-ils tous accès à l'hôpital, pour y soigner leurs malades, selon les principes du libre choix ?

Feront-ils de l'établissement public une maison de cure et de diagnostic, ouverte à tous les praticiens du lieu ?

Comment ces hôpitaux transformés pourront-ils exercer, sans porter préjudice aux maisons de santé privées déjà existantes ?

Celles-ci devront-elles borner leur activité au traitement des malades aisés, non assurés ? ou, en accord avec les médecins locaux, adjoindront-elles à leurs bâtiments, des locaux à bon marché, mis à la disposition des caisses d'assurances et même à celle des praticiens ?

Ne doit-on prévoir une collaboration entre les médecins de médecine générale et les spécialistes, qui, comme le docteur Hervé, notre cher hôte, se sont adonnés à une seule branche de l'art de guérir ?

Puis, ce sera l'organisation des examens de santé, visites annuelles, semestrielles, ou trimestrielles, au cours desquelles on fera surtout du dépistage, pour enrayer, dès son début, l'affection, qui ignorée aujourd'hui, peut devenir mortelle demain.

Voilà des problèmes autrement plus intéressants et d'une portée sociale, voire même professionnelle, autrement plus grande que la petite question de savoir qui paiera nos honoraires, et comment ils seront versés.

Les praticiens seront largement rétribués, selon les modalités qu'indiquera le Syndicat médical local, lorsque nous aurons démontré aux dirigeants des caisses locales le grand appui que peut leur donner le corps médical et le rôle que ce dernier doit jouer, dans la guérison rapide et le dépistage des maladies.

Tout récemment, étant allé à Lille, pour défendre au nom du « Sou médical, » un confrère, poursuivi en responsabilité professionnelle, j'ai eu un entretien fort intéressant avec les confrères, qui exercent à Bruay.

Dans ce pays de mines, dont tous les malades, ou presque, dépendent d'une caisse de secours, des praticiens se sont groupés, ont fondé une petite maison de santé et de diagnostic.

Là, on y opère, on y fait de la radiologie et des traitements électriques divers, on y exerce les spécialités médicales.

Et mes confrères de me déclarer que les caisses de secours sont très satisfaites de cette initiative privée, alors que les praticiens, ayant pris les devants, n'ont pas eu à subir les conséquences de création, par les caisses, de maisons de cure, dont elles auraient été les souveraines maîtresses.

Cet exemple ne peut-il être suivi ? Syndicat du Loir-et-Cher, pourquoi ne pas mettre à l'étude les besoins thérapeutiques des caisses d'assurances sociales et des bénéficiaires de la loi ?

Comment concevez-vous la transformation du statut juridique des hôpitaux, qui, établissements publics, ne peuvent pas, à l'heure actuelle, faire acte de commerce, c'est-à-dire retirer un bénéfice quelconque de l'hospitalisation des payants ?

L'hôpital doit-il devenir la maison médicale d'accord avec les maisons de santé privées, lorsque celles-ci existent ?

Et puisque nous avons l'heureuse fortune d'être hébergés aujourd'hui, avec tant de cordialité, dans un centre de lutte contre la tuberculose, comment envisagerez-vous le rôle du sanatorium privé, en ce qui concerne les soins à donner aux tuberculeux assurés sociaux ?

Et vous, mon cher Hervé, en votre qualité de président du Syndicat des médecins propriétaires des maisons de santé, de quelle manière concevez-vous la collaboration sociale, que vos ollaborateurs peuvent apporter aux médecins praticiens, dans les soins qu'il faudra donner aux bénéficiaires des assurances sociales ?

Ce sont là questions de grosse importance, qu'il convient, pour un Syndicat actif comme le vôtre, de résoudre au plus tôt : ces problèmes intéressent au plus haut point l'exercice de notre profession.

D'ailleurs, demain viendra bien vite : la loi des assurances sociales fonctionnera plus ou moins mal, pendant un certain nombre d'années.

Prenez comme exemple la législation sur les accidents du travail. Au début de son application elle a donné lieu à bien des déboires. Cependant, cette loi du 9 avril 1898 n'a véritablement été modifiée, dans sa forme actuelle, que le 31 mars 1905.

Rappelez-vous les luttes du corps médical con:[illegible] les assurances et autres collectivités, qui voulaient imposer les forfaits et les médecins agréés.

Cependant, combien seraient-ils aujourd'hui aussi bien dans le monde ouvrier ou patronal, que dans les milieux médicaux, ceux qui souhaiteraient l'abrogation pure et simple de cette législation.

Il en sera de même avec les assurances sociales. Les effervescences du début feront place à la période d'organisation. L'intérêt des malades sera d'être soignés avec le plus de confort possible, selon les données de la science actuelle ; ce sera également la prévention contre les maladies.

L'intérêt des caisses sera de demander au corps médical de donner des soins éclairés.

Les praticiens locaux auront à répondre aux questions suivantes, que leur poseront les administrateurs des caisses : « avec l'argent, que nous retirons des cotisations obligatoires, versées par les patrons en leur nom propre et à celui de leurs ouvriers et employés, de quelle manière, Messieurs les docteurs allez-vous entreprendre de soigner ces malades ? à quel tarif ? selon quel mode de paiement ? Voulez-vous que ce soit le malade, qui vous honore de sa poche, ou ne préférez-vous pas que ce soit nous-mêmes, pour vous épargner les mauvais payeurs, ou les gens que la maladie prive de ressources ?

« Où soignerez-vous les malades de quelque gravité ? chez eux, ou dans une maison de cure ? Dans ces établissements, sera-ce vous, ou les médecins attachés qui donneront les soins ?

« Comment concevez-vous les visites régulières de dépistage ? l'organisation d'œuvres diverses de prévention, ou d'éducation hygiénique de nos assurés ? »

Plus tard, le programme d'action des caisses pourra envisager l'inspection médicale des écoles, pour éviter des futurs malades, à la charge des caisses, la puériculture, la création de maisons saines et claires, édifiées avec les bonis des caisses, etc.

C'est tout un programme social, qui est soumis à vos études. Demain, la réunion des travaux du corps médical tout entier constituera un plan d'ensemble d'hygiène publique.

Ainsi les médecins de France auront-ils donné la preuve que les directives d'un ministère de l'hygiène sont dégagées, par la périphérie, c'est-à-dire par ceux qui sont chaque jour à la peine, dans la lutte contre la mort et la maladie.

***

Après la réunion, un excellent déjeuner nous réunissait autour de Madame et du docteur Hervé. Et dans les toasts, qui furent portés, on rappela comment Hervé, imbu des idées et traditions françaises, voyagea à l'étranger, pour étudier la manière dont les tuberculeux étaient soignés, ailleurs que chez nous.

De son expérience et de ses visites, il acquit la certitude que la France était aussi bien dotée, sinon mieux, que les autres pays, pour donner aux malades les différents climats et altitudes, dont chacun avait besoin.

Hervé fut le premier à lancer l'idée du sanatorium de plaine, en réalisant son établissement de Lamotte-Beuvron, cependant qu'il peut adresser d'autres malades dans un établissement d'altitude, aux Escaldes, dans les Pyrénées.

L'avenir nous dotera de véritables villages-sanatoria, où, dans un demi-repos, les malades pourront bénéficier du climat, qui leur sera ordonné.

Aussi les éloges ne furent-ils pas épargnés au docteur Hervé, en même temps que, personnellement, je félicitais au nom du *Concours* et du « Sou » le président et le secrétaire du Syndicat du Loir-et-Cher, ainsi que la phalange qu'ils ont groupée autour d'eux, pour le bon travail professionnel qu'ils accomplissent.

Personnellement, je reviens toujours réconforté et plus rempli d'ardeur, lorsque j'ai pu ainsi me retremper, au contact de l'activité professionnel de mes confrères de province.

Dr Paul BOUDIN.

LA JOURNÉE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Le Dîner.

Il est sept heures trois quarts quand le président Gassot est invité à passer à table, avec les convives du *Concours médical*.

Menu de choix ; service impeccable et rapidement exécuté, tant et si bien qu'à 9 h., le champagne pétille dans les coupes, au moment même où Gassot se lève pour porter le toast suivant :

Messieurs,
Mes chers Confrères,

C'est pour nous un plaisir toujours nouveau que de nous retrouver chaque année au milieu de vous : en revoyant vos visages amis, nous avons conscience d'être restés avec vous en parfaite communauté d'idées et nous nous sentons encouragés à persévérer dans la voie d'union et de solidarité confraternelles qui a toujours été celle du *Concours médical*.

La présence autour de nous de nos maîtres vénérés, celle des représentants des grandes sociétés médicales, celle de nos Conseils toujours si dévoués, nous montrent que nos efforts n'ont pas été considérés comme ayant été vains et que ces « hommes du *Concours* », dont on a parfois médit et que certains ont paru ignorer, ont tout de même fait quelque chose.

Messieurs, nous vous remercions de tout cœur et nous vous sommes infiniment reconnaissants de l'appui moral que vous voulez bien nous donner.

L'an prochain, en 1929, nous célébrerons le cinquantenaire de la fondation du *Concours médical* et ce sera l'occasion d'évoquer le souvenir toujours vivace chez nous de Cézilly, mais ce sera aussi l'occasion de rappeler les noms de tous les confrères, vivants ou disparus, qui ont apporté leur pierre à la construction de l'édifice, car le *Concours* n'est pas sorti tel quel et tout d'un coup du cerveau d'un seul homme : il a dû évoluer suivant les temps et suivant les circonstances, tout en restant fidèle à l'idée directrice que lui avait donnée son fondateur.

On pourra voir alors, par le nombre de ceux qui ont collaboré, par la variété des conceptions qu'ils ont apportées, par le dévouement dont ils ont fait preuve, que le *Concours* est véritablement l'œuvre du Corps médical et que si nous, ses dirigeants, avons eu quelque mérite, ça été de concentrer toutes les activités éparses, les bonnes volontés qui s'ignoraient et de condenser les aspirations diverses pour les mener à réalisation.

Vous comprendrez donc, mes chers confrères, quels liens étroits nous unissent à vous, quel souci nous avons toujours de mériter votre approbation, et quelle satisfaction nous éprouvons de vous voir fidèles à nos réunions.

C'est dans cet esprit d'union que je lève mon verre en l'honneur de nos invités : nos maîtres des facultés et des hôpitaux, les membres des diverses administrations publiques, les représentants de nos grandes sociétés confraternelles, nos Conseils, nos collaborateurs.

Je bois à leur bonne santé ; je bois à la vôtre, Messieurs, et à celle de touts les amis du *Concours médical.*

Duchesne lui succède, et prononce à son tour une allocution qui semble avoir été particulièrement goûtée, tant elle fut, à plusieurs reprises, et finalement, applaudie.

Chers Maîtres et Confrères, chers Amis,

Le *Concours médical* est un vaste champ aux multiples cultures, dont chacune réclame instamment celui ou ceux qui semblent les plus experts à faire jaillir de son sol les moissons les plus diverses, les plus abondantes, en même temps que les plus substantielles. Exposés scientifiques ; leçons de clinique ; revues générales ; relations de faits observés par les praticiens ; études médico-professionnelles ; critiques des lois et règlements qui touchent à l'exercice de la médecine ; décisions de justice intéressant la pratique médicale ; variétés historiques ; analyses et comptes rendus concernant les Lettres et les Arts... Que de rubriques ! Et comment oserions-nous laisser passer l'occasion offerte par nos réunions annuelles, sans remercier tous ceux qui veulent bien alimenter chacune d'elles, en donnant à notre Journal sa véritable physionomie ?

Décisions de justice, ai-je dit. C'est qu'en effet, nous affrontons, nous subissons, nous recherchons même souvent, au « Sou Médical, » les arrêts de Thémis, avec le concours de distingués juristes et avocats, rompus à la pratique de ce que nous appelons le droit médico-professionnel. Et je me trouve amené ainsi à évoquer devant vous la belle figure de l'un de ceux-ci, — j'ai nommé Me Pierre Nattan-Larrier, — trop tôt enlevé à la sympathique considération de notre maison. Quand on abordait Nattan-Larrier pour la première fois, l'on était tout d'abord attiré par la bonhomie souriante dont était imprégnée toute sa personne. Impression qui ne faisait ensuite que se fortifier, dès que l'on nouait avec lui des relations suivies, qui permettaient en outre de mettre à l'épreuve sa science juridique, sa pratique du prétoire, étayées sur un inaltérable bon sens, grâce à quoi l'on était assuré d'être assisté du meilleur des conseillers et de l'un des avocats les plus écoutés du barreau parisien. Je vous demande de vous unir à moi dans un recueillement silencieux de quelques secondes, pour rendre hommage à sa mémoire aussi solennellement que les circonstances le comportent.

....

Sous l'ancienne monarchie, dès que le souverain avait rendu l'âme, on s'empressait d'acclamer son successeur : « Le Roi est mort. Vive le Roi ! » Tranposant cette formule rituelle sur notre propre plan, vous serez d'accord avec moi pour crier : « L'Avocat est mort. Vive l'Avocat qui le remplace. Vive Me Jean Priou ! » C'est en effet Me Priou qui prend la succession de Nattan-Larrier. Lourd héritage qu'il est de taille à supporter. Double docteur en droit, polyglotte distingué, voyageur, écrivain et homme de lettres, autant que de robe, à toutes ces qualités, il en joint une autre, inappréciable et que je lui envie : il est jeune. Plein d'entrain, par surcroît, son affabilité lui conquiert aisément les sympathies. Avocat à la Cour de Paris, chef des travaux à la Faculté de Droit, il promet de se créer au Palais une place qui le mettra un jour en vedette. Nous avons fait là une excellente acquisition, que vous ratifierez certainement le jour où, ce qu'à Dieu ne plaise, vous pénétrerez à ses côtés dans le temple de la Chicane.

Je rendrai brièvement grâce aux personnalités amies et familières, — la grande famille du *Concours,* — qui font plaisir à voir autour de cette table, comme je rappellerai celles qui ont été empêchées de se joindre à nous ; MM. Delbet et Hartmann, professeurs ; M. Cadenat, M. Jeanneney, agrégés ; M. Tourneux, chirurgien des hô-

pitaux de Toulouse ; MM. de Fourmestraux, Raphaël Massart, Dartigues, qui incarne doublement la chirurgie et l'U. M. F. I. A., latinité médicale dont les destinées se poursuivent de plus en plus brillantes. MM. Aubertin, Lian, agrégés, Léon Giroux, noms que je ne prononce jamais sans un violent battement de cœur, vite apaisé d'ailleurs, tant est puissante leur action calmante sur ce viscère ; M. Faroy, des hôpitaux de Paris, qui vient de publier une Thérapeutique gastro-entérologique, préfacée par Loeper, que je vous recommande ; M. Maurice Renaud, des hôpitaux de Paris, qui signale à l'attention des praticiens un lacto-sérum aux vertus estimables ; MM. Saint-Girons, Vaudremer ; MM. le professeur Paul Delmas, de Montpellier etHenri Vignes, des hôpitaux de Paris, tenants de l'Obstétrique ; Mme Jeanne Montlaur, MM. le professeur Nobécourt, G. Blechmann, Schreiber, Turquety, dont s'enorgueillit la médecine infantile ; MM. Henri Claude, Sicard, Lereboullet, Bezançon, Laignel-Lavastine, Pasteur-Valery-Radot, professeurs et professeurs agrégés ; MM. Fribourg-Blanc, agrégé du Val-de-Grâce, Gilbert Robin, Benon, princes de la neuro-psychiatrie ; M. le professeur Terrien, MM. Louis Bory, Cathelin, Laquerrière, Truffert, spécialistes éminents en diverses branches. Sans oublier M. de Parrel, oto-rhino-laryngologiste qui s'est attelé à la tâche ingrate, mais combien pitoyable ! de faire parler les muets et entendre les sourds. Et aussi Martial, à qui rien de ce qui touche à l'hygiène n'est étranger, et Decourt, le vieux militant syndicaliste, et Foveau de Courmelles dont j'admire l'inépuisable fécondité, et Garrigues, historiographe disert de la médecine..., et des médecines ...

De tous les noms que je viens de citer, et de tels autres que j'ai pu oublier, et je m'en excuse, permettez-moi de faire une gerbe somptueusement fleurie et de l'offrir à vos acclamations, et à la reconnaissance du *Concours médical*

Je dois toutefois un salut particulier au très distingué maître qui a bien voulu accepter de venir s'asseoir parmi nous pour la première fois : M. le professeur Henri Claude, lumière de la neurologie à qui nous devons, pour une large part, la guérison de la P. G.

***

Cet hommage rendu à nos maîtres et amis, qu'il me soit permis maintenant de mettre devant vous en relief une collaboration d'une qualité particulière, celle de notre bon confrère Honoré Broutelle. H. Broutelle a longtemps exercé la médecine dans les campagnes sarthoises. Des défaillances survenues dans sa santé lui ont fait une obligation de renoncer à une pratique qui exige de ceux qui s'y adonnent une résistance à toute épreuve. Il a donc pris une demi-retraite médicale dans la proche banlieue parisienne, et est devenu le collaborateur régulier du *Concours médical*, où il publie chaque mois une page étincelante d'humour et de vérité, évocatrice, ô combien puissamment ! des scènes de la vie du praticien, artistiquement dessinées de son talentueux crayon. Ces tableautins connaissent, parmi nos lecteurs, un succès légitime qui a même dépassé nos frontières, puisque *Le Scalpel*, journal belge ami, en a reproduit l'un des plus suggestifs.

Mais Broutelle ne dispose pas que d'un crayon. Il sait aussi tenir le burin et c'est un maître graveur sur bois dont les planches sont recherchées et ornent volontiers des éditions de grand luxe ou des revues où l'art est en honneur.

Broutelle est plus riche encore, puisqu'il possède un luth et une Muse. Et quand sa Muse lui réclame un baiser, il prend son luth et chante à la façon de nos meilleurs ciseleurs de sonnets. Jugez-en donc, par celui-ci, qui traite poétiquement de la prophylaxie.

PRÉVOIR !

Aux rives de l'Adour, aux coteaux mosellans,
Les coqs veilleurs, soudain, clangorent et buccinent,
Quand le fourbe Goupil, aux ruses assassines
Rôde en la basse-cour, près des perchoirs branlants.

Prêtre d'Hygie, ainsi tu seras vigilant !
Contre la bactérie hostile et la toxine,
Sois toujours en alerte ! Avertis ! Vaticine !
Démasque le péril dès son perfide élan !

Montre le guet-apens sournois et la menace
Qui se glissent partout, patients et tenaces,
Dans l'eau du puits, dans l'air glacé du carrefour,

Dans le mets savoureux, dans la coupe fleurie,
Dans les baisers passionnés du tendre amour...
Car ton art doit prévoir, avant qu'il remédie...

Je regrette que Broutelle ne soit pas parmi nous ce soir. Mais c'est un grand modeste, et je ne suis pas sûr que, quand il saura la place que je lui ai faite dans mon allocution, il ne bénira pas la circonstance qui l'a retenu loin de nous. Et pourquoi cette place ? C'est qu'il symbolise admirablement tous ces médecins, — et ils sont légion, — qui, quand ils sont las de s'incliner sur la souffrance et de se repaître de spectacles déprimants de laideur, cherchent une diversion et un repos dans le culte des lettres et des arts.

Légion, vous dis-je. Et, sans sortir de cette salle, combien en est-il qui se soumettent voluptueusement à d'autres disciplines que les médicales ; et dont la main n'est pas seulement experte à palper, percuter, tailler, extirper, restaurer, recoudre, mais se délasse de ces tâches

professionnelles, en maniant le pinceau, le ciseau l'archet, les rimes ? ? ? S'agit-il de peinture ? Paul Manceau et Maurice Ségard sont des coloristes dont la palette est habile à traduire en chaudes tonalités les visions que leur offre la Nature. La Musique a-t-elle pour vous des attraits ? Demandez à mon ami Louis Destouches de vous faire entendre ces fraîches compositions dont il a le secret et où il traduit, en sonorités d'une inspiration originale et harmonieuse, le biniou qui pleure sur la lande bretonne, ou bien le carillon des cloches villageoises, ou bien encore le murmure du ruisseau qui déroule ses méandres à travers la prairie verdoyante et ensoleillée...

Et tandis que Maurice Vimont contemple amoureusement sa riche bibliothèque, garnie à profusion de beaux livres, d'éditions précieuses, d'antiques estampes et de vieux papiers, Julien Noir palpe d'une main caressante les médailles de sa collection numismatique...

Martial détient, lui aussi, un crayon, un burin et une palette dont il use excellemment pour illustrer lui-même d'impressionnants et savoureux récits de voyages.

Des poètes encore ? Mais je n'ai qu'à jeter les yeux autour de moi pour y reconnaître, aèdes enflammés, et Fernand Decourt, et Henri Mignon dont j'eus grand plaisir à vous présenter récemment sa belle légende de Tristan et Yseult, et Louis Bory, dont je dégustais hier sa « Chanson des Oies », où il met, dans le bec de ces volatiles, hôtes familiers de nos campagnes, une harangue dont je ne résiste pas au plaisir d'extraire les fragments suivants :

Tu te souviens du temps béni :
Alors qu'on touche à l'infini,
On tend les mains vers son enfance.
Et l'on revient mourir auprès
Des marguerites et des près
Qui virent les cœurs sans défense.

Le tien est-il las aujourd'hui ?
Va-t-il renoncer à la nuit
Ou retomber dans sa fournaise ?
Délaisserais-tu cette fois
Tout ce passé qui fut ta croix ?
Vas-tu jeter l'eau sur la braise ?

Si tu veux, il est temps encore
De retrouver les cheveux d'or
D'une maîtresse sans pareille ;
Elle t'attend dans ses jardins,
Parfumée à tous ses jasmins -
Et, tout près d'elle, l'Amour veille...

Deviens le bienheureux amant,
Ebloui par les diamants
Que l'adorable firmament
Pose sur son front en couronne.
Ecoute toutes ses chansons,
Prends sa chaleur, bois ses frissons ;
Donne toi, comme elle se donne.

....

Ainsi nous t'accueillons, ami,
Bien que tes semblables aient mis
Trop de sang sur nos robes blanches :
Nous sommes hostie à tes yeux ;
Pour nous, êtres mystérieux,
Tu es le prêtre qui se penche ;

L'Autel ici, c'est le Foyer ;
Si sa flamme vient à briller
Pour consumer notre humble vie,
Souviens-toi que c'est pour sa joie
Que l'intelligence d'une oie
A ton village fut ravie...

Et Paul Janot, qui devrait être ici, et qui a été appelé d'urgence à Toulouse, fécond auteur dramatique, et dont *le Collier d'Améthyste* lui valut jadis la chaleureuse approbation d'un connaisseur : Sully-Prudhomme. Appréciez vous-même, d'après cette pièce brève, qui plaira sans doute à vos âmes médicales :

CONVALESCENCES

Il est des soirs pareils à des convalescences,
Où le printemps des nuits d'hiver encor trop près,
Vacille dans l'étoile et tremble dans l'air frais,
Comme las des fraîcheurs ou comme gris d'essences.
D'une pâleur qui met comme une pamoison
Dans les myosotis des mystiques corbeilles,
Avant que n'ait surgi l'essaim d'or des Abeilles,
La lune va, par l'anémique floraison,
D'un pas mal assuré d'alité qui se lève.
Et l'on sent défaillir un vertige en son rêve.
Tel, le cœur qu'un amour douloureux épuisa,
Quand un nouvel amour le tente et l'ensorcelle,
Convalescent fiévreux qui s'apeure et chancelle,
Résiste au mal ardent dont il agonisa.
Et son nouveau transport, paralysé de crainte,
Peu confiant au rêve et sceptique à l'espoir,
Printemps hâtif, à peine aurore, et déjà soir,
Se dérobe aux aveux et défaille à l'étreinte.
Tant le cœur se défend, encor que consumé,
De céder à l'amour pour avoir trop aimé....

Et d'autres encore, loin de nos yeux, mais si proches de nos cœurs : Paul GROSSIER de St-Fargeau, et Charles GUÉRET, de Sète, etc., etc.

Vous vous demandez peut-être, Messieurs, où je veux en arriver, en m'écartant comme je viens de le faire du thème qui fait habituellement l'objet de cette allocution. Si je vous ai fait

faire un détour à travers les sentiers fleuris du Bois Sacré où s'ébattent les Muses, c'est dans le dessein de vous montrer combien sont fréquentes, chez le médecin, les aspirations vers la Beauté, soit qu'elles dorment, insoupçonnées, au fond de son cœur, soit qu'il les réalise en poèmes, en tableaux, en statues, en eaux-fortes, en symphonies... Or, si elles ne sont pas toujours strictement inséparables, la Beauté et la Bonté, n'est-il pas vrai ? marchent souvent de compagnie, et suivent la même voie en se tenant par la main.

On n'est pas toujours assuré d'être ce que l'on appelle un bon médecin, encore que l'on se l'avoue difficilement. Mais on ne saurait être médecin, dans toute la force du terme, si en même temps l'on n'est pas bon, tant en est impérieuse l'obligation dans une profession qui exige, plus que toute autre, tant d'altruisme et d'oubli de soi. Je veux croire de toutes mes forces à la Bonté du médecin, comme je crois à son culte pour la Beauté. Car c'est cette Bonté qui engendre l'esprit de dévouement, d'abnégation, de sacrifice, jusque dans sa plus suprême expresion, qui connaît dans le corps médical tant de protagonistes. C'est cette même Bonté qui inspire au médecin ce souci du bien public dont il est si fréquemment animé ; ce souci qui permet de compter sur son concours toutes les fois qu'il est fait appel à lui, dans l'équité et la dignité.

Car le Pouvoir trouvera toujours des médecins pour collaborer, sur un pied d'égalité, aux œuvres qui ont pour objectif le mieux être de l'humanité. Collaborateurs, associés... Certes, et de grand cœur...

Asservis ? ? ? Jamais ! ! ! !

M. le prof. Hartmann, président de l'A.D.R.M., cède aux sollicitations de ses voisins, Gassot, Duchesne, Noir.... Il accepte de dire quelques mots, à son corps défendant, mais combien amicaux !

« Voilà plusieurs années que j'ai pris l'habitude de participer à ce dîner, et je m'y retrouve toujours avec un plaisir accru. C'est que vous êtes de braves gens, et que je me sens dans un milieu d'où les cérémonies sont bannies, et où règne la simplicité... Et puis, vous avez ouvert la voie aux Syndicat médicaux. Et vous avez su rester libéraux. Votre esprit libéral me plaît.... On n'en saurait toujours dire autant ailleurs... Je bois à votre santé et à votre prospérité. »

M. le Dr Cibrie, secrétaire de la Commission mixte intersyndicale, s'exprime ainsi, et recueille une ample moisson de bravos.

Ave, Concours, morituri te salutant. Les membres de la Commission intersyndicale, qui va mourir, te saluent — ô Concours — !

C'est, en effet, au nom de cette Commission que j'ai l'honneur ce soir de représenter, en l'absence de M. le Pr Balthazard, que je vous remercie, Messieurs, d'avoir bien voulu nous associer à votre fête annuelle.

Je n'ai certes pas à faire ici l'apologie ni l'oraison funèbre de cette Commission qui va mourir le 6 décembre prochain, jour de la naissance de la Confédération des Syndicats médicaux français. Qu'il me soit permis seulement de souligner que, dans sa courte vie, cet organisme a cependant atteint les deux buts qu'il s'était proposé. Le premier, pour l'organisation d'un front unique en présence de la loi sur les Assurances sociales et la mise au point des conditions de notre collaboration. Ces conditions, adoptées par le Congrès de novembre 1927 sont devenues la charte intangible du corps médical.

Le second de ces buts fut la réalisation de l'union du corps médical français tout entier, et vous savez aussi qu'il est atteint.

J'ajoute que les membres de cette commission mixte, malgré leur origine... divergente, ont travaillé ensemble avec cordialité ; ils ont formé là des liens de mutuelle estime, qui serviront, j'en suis sûr, à la bonne marche de la future Confédération.

....

Messieurs, en regardant votre rédacteur en chef, je suis hanté ce soir par une ressemblance. Dans mon enfance, chez mes parents, à la campagne, j'ai souvent admiré une image pieuse, joliment enluminée, représentant le Père Eternel, et je trouve que notre confrère Noir ressemble à cette image, étrangement : même barbe, même sérénité... ; et si j'ajoute, comme vous le savez tous, que les attributs essentiels du Père éternel, sont la justice et la bonté, vous voyez que la ressemblance se précise.

Mais, voulant pousser plus loin l'analogie, je me dis que tout de même, le Père éternel n'est qu'un des personnages de la Sainte Trinité, et pour compléter cette triade emblématique, je vois très bien, assis à la droite et à la gauche de Noir, nos amis Duchesne et Decourt.

Ces deux piliers du *Concours* forment, en effet, avec Noir, une trinité de confrères auxquels doit aller la reconnaissance des médecins, celle surtout des médecins praticiens.

Tous les trois ont donné à la cause médicale leur temps, leur science, et tout leur cœur. Je n'ai pas sur tous les points partagé toujours les opinions de nos confrères, Aussi m'est-il très agréable, parce que c'est juste, de dire ici tout le bien que je pense d'eux avec une absolue sincérité.

Je vous convie Messieurs, à lever vos verres en l'honneur de la rédaction entière du *Concours médical* et, spécialement, de la Trinité confraternelle que je viens d'évoquer devant vous.

M. le Dr Hartenberg, président du Syndicat des médecins de la Seine, prend à son tour la parole en ces termes :

Monsieur le Président, mes chers Confrères,

C'est pour moi un grand honneur d'avoir été convié à prendre place à la table de votre dîner confraternel, et, au nom du Syndicat des médecins de la Seine, je vous en exprime ma plus vive gratitude. C'est, en effet, un grand honneur d'être admis parmi vous, parce que votre Société est également digne de respect et d'admiration. Dans l'armorial professionnel, vous avez des titres de noblesse sans pareils.

Dans la lointaine année 1879, alors que rien n'existait encore de nos organisations syndicales, déjà un précurseur de génie, le Dr Cézilly, comprit que le médecin ne vivait pas seulement de la science pure qui lui était dispensée dans les Facultés, mais qu'il avait en outre des besoins à satisfaire, des intérêts à défendre, des droits à revendiquer. Et le *Concours médical* fut fondé.

Plus tard, le Dr Jeanne, écrivain de talent, dont je me rappelle encore les articles pleins de clairvoyance et de sagesse, continua sa tâche d'éducation de la mentalité médicale.

Et aujourd'hui enfin, grâce à l'habile gestion de ses directeurs actuels, le *Concours médical* atteint le sommet de sa prospérité. Sa vitalité s'objective dans diverses fondations, en particulier dans ce remarquable « Sou Médical » et dans ce journal, dont j'apprécie chaque semaine la brillante et savante rédaction qui en fait un modèle du genre.

Voici votre œuvre, Messieurs, et vous avez le droit d'en être fiers.

Mais je vous dois des remerciements encore pour un autre motif. C'est d'avoir fourni au Syndicat des médecins de la Seine cette agréable occasion de se rapprocher de vous. Et vous comblez ainsi notre vœu le plus cher. Parmi leurs multiples préoccupations, notre bureau actuel et notre Conseil d'administration ont pour souci constant et dominant d'entretenir et de développer avec les autres groupements médicaux les relations les plus confiantes et les plus cordiales. N'est-il pas plus que jamais nécessaire en ce moment de nous unir, de nous allier plus étroitement contre tous les dangers qui menacent notre dignité et notre indépendance ? Sans doute, chacun de nos groupements exerce son activité dans son domaine propre : et cette condition heureuse fait qu'il ne saurait y avoir entre nous ni rivalité, ni concurrence. Mais au fond, le but final que nous poursuivons tous n'est-il pas toujours le même : la défense des intérêts matériels et moraux de notre profession ? Rapprochons-nous donc, unissons-nous toujours davantage, réalisons cette entente et cette harmonie parfaites qui doivent régner dans tout le corps médical. C'est au nom de cette solidarité nécessaire que je vous demande la permission de choquer mon verre contre les vôtres, en souhaitant que ce baiser de cristal consacre notre triomphante confraternité.

Je bois à la santé de votre Président, à la vôtre, mes chers confrères, à la prospérité toujours croissante du *Concours médical.*

C'est par salves, bans et doubles bans que l'assistance accorde une enthousiaste adhésion à cette allocution si confraternellement conçue.

Et Dartigues, président de l'UMFIA, complimente chaleureusement les hôtes d'un soir, et compare Noir à Charlemagne à la barbe fleurie, Noir, si hautement représentatif du praticien digne de tous les respects.

M. Fleury, actuaire de la Mutualité familiale, termine la série des allocutions, en s'exprimant ainsi :

Messieurs,

Les médecins sont quelquefois malades, eux aussi ; c'est la raison primordiale pour laquelle je prends ce soir la parole.

Parmi les filiales du *Concours médical*, il en existe une, âgée de 35 ans déjà, « la Mutualité familiale du Corps médical français » qui se propose d'indemniser les médecins lorsqu'ils sont malades. On n'a pas l'habitude de parler d'elle au cours du banquet annuel, parce que pour être au banquet, il faut être bien portant, et peut-être aussi parce qu'en évoquant la maladie, rappellerait-on à certains des convives qu'ils devraient suivre un régime qui, certainement, n'est pas de mise chez Marguery.

L'assurance contre la maladie groupe environ 1.600 médecins ; c'est bien pour une société, ce n'est pas assez pour le corps médical qui devrait être représenté dans cette association par au moins 5.000 de ses membres.

On a parlé tout à l'heure d'une trinité du *Concours médical* : il y a au moins deux trinités, car j'en connais une seconde, Maurat, Gassot, Mignon ; ce dernier est certainement le fils. Depuis 4 ans, il travaille à l'ouvrage que je veux vous présenter ce soir : « Etude sur la morbidité dans le corps médical en France », brochure de 50 pages, joliment éditée par le *Concours médical* et dont je me permets de vous recommander la lecture attrayante.

Reprendre 2.200 fiches individuelles, observant chacune un membre de l'association depuis son entrée à la Caisse jusqu'à son départ ou jusqu'à nos jours, étudier chaque maladie quant à sa cause, quant à sa durée, quant à la région même habitée par l'assuré, classer le tout, rechercher quels résultats intéressants on peut tirer de cette étude, élaguer ce qui n'est pas concluant, grouper et présenter le reste, tel est le travail de bénédictin auquel s'est livré le Dr Henri Mignon. Il a fait ainsi la première étude complète sur la morbidité d'une société qui ait été présentée en France où nous sommes réduits, en général, à chercher des statistiques à l'étranger. Il a bien mérité du corps médical et de la science.

J'avais le privilège d'être quelque peu dans son secret, et, me rendant compte de l'ampleur du travail qu'il fournissait, je lui ai proposé plusieurs fois de mettre à sa disposition un peu d'aide et les moyens techniques dont je disposais. A mon grand regret, je voyais mes offres tacitement déclinées, sans m'en expliquer la cause. Mais tout se sait et je vais com.

mettre une indiscrétion. L'aide que j'offrais, le Dr Mignon la trouvait tout près de lui, plus attrayante, en la personne de Mme Mignon, qui est la véritable secrétaire générale adjointe de la « Mutualité familiale du *Corps médical français* ». C'est avec justice que vous allez l'associer au ban que je vous propose de battre en l'honneur de M. Mignon.

Mais le café fume dans les salons voisins.... Chacun s'y rend en continuant à deviser de ce qui l'intéresse plus particulièrement. Cependant, la salle de bal se prépare, et les premiers flons flons du jazz retentissent vers 11 heures, à la grande joie d'une assistance nombreuse et empressée, où les claires et somptueuses toilettes mettent un chatoiement et une gaité de la plus grande distinction.

Et jusqu'au matin, les couples s'en donneront à cœur joie à tangotter, fox trotter, one stepper....

Mais tout a une fin... Et le Bal du *Concours médical* se termine... On en parlera, paraît-il, longtemps encore ,pour en évoquer les plaisants souvenirs, et en alimenter les perspectives qu'il est permis de se faire du Bal du Cinquantenaire du *Concours médical*, qui aura lieu dans un an, exactement, le 17 novembre 1929.

Banquet du 18 novembre 1928.

Assistants :

Dr Armengaud, de Cauterets ; Association corporative des étudiants de Paris ; Association générale des Etudiants, de Paris ; prof. Aubertin, de Paris ; Me Bernard Auger, de Paris ; M. Baglin, de Paris ; Dr Bayard, de Paris ; Dr Bellencontre, de Paris ; Dr Bérillon, de Paris ; Dr Billon, de Paris ; Dr Bongrand, de Paris ; Dr Bord, de Paris ; Dr Bory, de Paris ; Dr Paul Boudin, de Paris ; M. Boulanger, de Paris ; Dr Bourguet, de Paris ; M. Bouty, de Paris ; Dr Casati, de Châtel-Guyon ; Dr Cazin, de Paris ; Dr Chabanon, de Lyon ; Dr Cibrie, de Paris ; prof. Claude (H.), de Paris ; Dr Coudray, de Nogent-le-Rotrou ; Dr Crinon, de Paris ; Dr Crouzat, de Paris ; Dr Dartigues, deParis ; Dr Dassouville, de Paris ; Dr Debidour, de Paris ; Dr Decourt, de Mitry-Mory ; Prof. Delmas, de Montpellier ; Dr Destouches, de Paris ; Dr Duchesne, de Paris ; M. Dumesny, de Paris ; Dr Evrard, de Candé ; Dr Faroy, de Paris ; Dr Fasquelle, de Paris ; Dr Fischer, de Paris ; M. Fleury, de Paris ; Dr Forestier, d'Aix-les-Bains ; Dr Foucaud,de Châtel-Guyon ; Dr de Fourmestraux, de Chartres; Dr Foveau de Courmelles, de Paris ; Dr Fraënkel, de Paris ; Dr Fribourg-Blanc, de Saint-Mandé ; Dr Garrigues, de Paris ; Dr Gassot, père, de Chevilly ; M. Gautier, de Paris ; Dr Girard, d'Ivry-sur-Seine ; Dr Léon Giroux, de Paris ; M. Gorisse, de Paris ; Dr Guinoiseau, de Saint-Dizier ; Dr Harlet, de Roubaix ; Prof. Hartmann, de Paris ; Dr Henne, de Paris ; Dr Hervé, de La Motte-Beuvron ; Dr Hervouët, de Paris ; Dr Huguenin, de Paris ; Dr Kopp, de Paris ; Dr Kouindjy, de Paris ; Dr Krivine, de Paris ; Dr Lacroix, de Paris ; Dr Lafont, de Paris ; Dr Laquerrière, de Paris ; M. Lambiln, de Paris ; Dr Lecerf, d'Ivry-la-Bataille ; Dr Leclerc-Montmoyen, de Paris ; Dr Lenglet, de Paris ; Dr Levassort, de Paris ; Prof. Lian, de Paris ; Dr Mallet, de Paris ; Dr Paul-Manceau, de Paris ; Dr Martial, de Paris ; Dr Massart, de Paris ; Dr Maurat, père, de Chantilly ; Dr Mazeroux, de Conflans-Sainte-Honorine ; M. Maillet, de Paris ; Dr Mignon, de Paris ; Dr Mignon, du Vésinet ; Dr Millet, de Paris ; Dr Molinéry, de Luchon ; Dr Monsseaux, de Vittel ; Dr Noir, de Paris ; M. Mormand, de Paris ; Dr Pamart, de Paris ; Dr de Parrel, de Paris ; Dr Pecker, de Paris ; Dr Pecker, de Saint-Germain-en-Laye ; Dr Piatot, de Paris ; M. Priou, de Paris ; Dr Prost, Ce Paris ; Dr Renaud, de Paris ; Dr Gilbert Robin, de Paris ; M. Rondel, de Paris ; Dr Sadoun, de Paris ; Dr Saint-Girons, de Paris ; Dr Sasportas, de Paris ; Dr Schreiber, de Paris ; Dr Ségard, de Saint-Honoré-les-Bains ; Dr Siguret, de Saint-Nectaire ; Dr Serfaty, d'Alfortville ; M. Sumien, de Paris ; Président du Syndicat des médecins de la Seine ; M. Thiron, de Clermont-de-l'Oise ; Dr Vimont, de Paris ; Dr Vitoux, de Paris.

Excusés :

Prof. Balthazard, de Paris ; Dr Batier, de Strasbourg ; Dr Beckers, de Bruxelles ; Dr Blechmann, de Paris ; M. Bottu, de Paris ; M. G. Boudin, fils, de Paris ; Dr Broutelle, de Bois-Colombes ; Prof. Cadenat, de Paris ; Dr Cathelin, de Paris ; Dr Chapon, de Paris ; Dr Dejust, de Paris ; Prof. Delbet, de Paris ; Dr Dibos, de Mont-de-Marsan ; Dr Dupuy de Frenelle, de Paris ; Dr Faugère, de Bergerac ; Dr Faulong, de Fontenay-aux-Roses ; Dr Gadaud, de Périgueux ; Dr Gardette, de Paris ; Dr Janot, de Bellevue ; Prof. Jeanneney, de Bordeaux ; Prof. Laignel-Lavastine, de Paris ; Prof. Lereboullet, de Paris ; Dr de La Rochefordière, de Paris ; Prof. Loeper, de Paris ; M. Martinot, de Paris ; Dr Mayer, de Bruxelles ; Dr Montlaur, de Paris ; Doctoresse Montlaur, de Paris ; Prof. Nobécourt, de Paris ; Médecin-inspecteur Odile, de Paris ; Dr Parès, de Vals ; professeur agrégé Pasteur-Vallery-Radot, de Paris ; Prof. Rogier, de Paris ; Prof. Rohmer, de Strasbourg ; M. Rougé, de Paris ; Prof. Sicard, de Paris ; Prof. Terrien, de Paris ; Dr Thiéry, de Paris ; Dr J. P. Tourneux, de Toulouse ; Dr Truffert, de Paris ; Dr Turquety, de Paris ; Prof. Vanverts, de Lille ; Dr Vaudremer, de Paris ; Dr Viellard, d'Orléans ; Dr Vilpelle, de Meaux ; Dr H. Vignes, de Paris.

A PROPOS DES LOYERS

Lettre ouverte à M. le Dr Deschaseaux.

Mon cher Confrère,

Je viens de lire dans le *Concours médical* du 18 novembre courant votre énergique lettre en réponse à celle de notre confrère Péreire, où vous reproduisez les arguments, si répandus dans le monde politico-spéculatif, pour justifier l'expropriation, presque totale de la propriété bâtie. Vous mettez en parallèle un propriétaire d'immeuble de 200.000 fr. et un rentier de la même somme avant la guerre, en 1914. Le propriétaire, dites-vous, touchant 10.000 fr. de revenu par an en 1914, touche actuellement 25.000 fr. (vous oubliez que l'augmentation des loyers est de 100 % pour les locations bourgeoises et de 125 % pour les locations professionnelles). Vous dites aussi, que si ce propriétaire veut vendre sa maison, il aura 400.000 fr. ; malheureusement, vous ignorez que les 25 % à 28 % de frais de la vente ont diminué notablement le prix des immeubles. Tandis, que, dites-vous, le rentier, qui en 1914 avait 200.000 fr., touche 10.000 fr. de rentes et, s'il veut réaliser son capital, il n'aura que 150.000 fr. Qui des deux est le plus favorisé, demandez-vous ?

Je vais vous répondre, puisque j'ai le malheur d'être aussi un de ces vautours, contre lesquels il est de mise de lancer des flèches acérées. Comme tant d'autres bourgeois, j'avais cru que, plaçant mes économies, difficilement réalisées, dans une maison de rapport, j'aurais, sur mes vieux jours ma vie plus ou moins assurée. Hélas ! grâce à nos politiciens, je me trouve obligé à trimer comme auparavant et, Dieu sait encore combien de temps, afin de gagner ma vie. Or, il faut nous entendre : de quelles rentes et valeurs s'agit-il ? Si le rentier avait en sa possession du Suez, des Bruays, etc., son capital aurait triplé ou quintuplé, et ses rentes aussi. S'il avait de la rente française il avait d'abord la possibilité de la transformer progressivement de 3 % à 6 %, c'est ce qui explique la baisse graduelle des rentes ; on les vendait au fur et à mesure et les étrangers les achetaient aussi au fur et à mesure de leur baisse et de la baisse du franc. D'ailleurs, la majorité de nos rentes sont dans les mains des Espagnols, Américains, etc. Supposons, qu'il les ait gardées ; il a tout de même touché ses rentes intégralement sans avoir aucun mal, sans aucune tracasserie, ni poursuites judiciaires, dont sont si généreusement accablés les petits propriétaires. Ensuite, les rentes ne demandaient aucune réparation, aucun entretien, ni de ravalement, dont les prix ont augmenté de 8 à 10 fois depuis 1914.

En prenant l'exemple, que vous donnez dans votre lettre, nous pouvons facilement prouver que le propriétaire d'une maison de 200.000 fr. d'avant-guerre a à sa charge : l'entretien de l'immeuble, les impôts (5 fois plus qu'en 1914), les prestations (eau, gaz, électricité, 5 à 6 fois plus), le service, l'assurance (10 fois), le ravalement (de 7 à 8 fois), les réparations urgentes (8 fois), l'entretien de la couverture, des conduits de fumée (de 8 à 10 fois) et ainsi de suite. De telle sorte que pendant 14 ans, il a eu à dépenser plus de 100.000 fr. pour pouvoir toucher actuellement 40 % du loyer de 1914. Ajoutez à cela l'amortissement de l'immeuble, les pertes des loyers pendant la guerre et après la guerre, et vous verrez ce qu'il lui restera, s'il vend à présent sa maison 400.000 fr. Je dois vous signaler aussi, que les frais d'achat — 25 à 29 % — ont notablement abaissé le prix de vente des immeubles. Ainsi, notre propriétaire, tout compte fait, aura en réalité à peine la somme de 150.000 fr., sans compter les ennuis, qu'il a subis de la part de ses locataires, pendant toute cette période, du fait de 27 lois de surenchère électorale sur les loyers. Au moins, le rentier, que je plains de tout cœur, est maître de ses rentes ; tandis que le propriétaire ne peut plus disposer de son bien, comme bon lui semble, puisque les différentes lois, faites sur son dos, l'ont mis au rang des parias. A tout prendre, j'aime encore mieux le sort du malheureux rentier. Il a perdu une partie de son bien, c'est entendu ! mais, au moins, il avait, et il a encore, la vie tranquille : on ne le traîne pas devant les tribunaux pour un oui ou pour un non ; on ne le poursuit pas dans les Commissions arbitrales, justices de paix ; on ne lui envoie pas des papiers bleus ou verts d'huissiers, d'avoués, etc. Le rentier n'a pas servi de tête de turc aux bolchevisants des réunions publiques, et il n'a pas eu l'ultime bonheur de servir de cible à l'unanimité des différents partis politiques accordés pour cette besogne, lorsque leurs membres en ont assez de s'envoyer mutuellement des horions! Mon cher confrère, la plus favorisée de ces deux victimes de notre époque, n'est pas celui, que vous pensez ! Ce n'est, assurément pas le propriétaire !

Dr P. Kouindjy,
Vice-président du Groupement
des médecins propriétaires.

***

Très honoré Confrère,

Dans le numéro du 18 novembre de votre estimé journal, je lis, à propos de la question des

loyers, une lettre du Dr Deschaseaux qui dénature tellement les réflexions que j'avais faites sur le même sujet dans le *Concours médical* du 21 octobre 1928 que je me vois obligé de vous adresser une rectification que je vous demande de vouloir bien faire insérer dans votre publication médicale.

Le Dr Deschaseaux m'attribue les idées suivantes. Je le cite textuellement : »

Le médecin, dit le Dr Penne, a multiplié le prix de ses honoraires par 4 ou 5. Ceci est vrai pour beaucoup, je l'admets même pour tous ; mais étant donné ce tarif élevé, il ne s'en suit pas que le médecin touche 5 fois le montant de ses honoraires d'avant-guerre, car il y a restriction du côté des malades. Je puis affirmer qu'un médecin qui faisait 20.000 fr. en 1914 ne fait pas 100.000 fr. en 1928. Cela non ! non ! Tout au plus arrive-t-il à 60.000 fr. ce qui porte le coefficient à 3. »

Ces idées ainsi présentées ne correspondent pas du tout à ce que j'ai écrit, parce que le Dr Deschaseaux a oublié de citer le passage suivant qui caractérise bien le fond de ma pensée et lui donne sa véritable signification.

Je le cite également textuellement : « Sans doute *nombreux sont les praticiens* qui n'ont pas multiplié par quatre et cinq le montant de leurs bénéfices *et ont dû se contenter de les doubler*. Mais les propriétaires n'en peuvent mais. A mon avis, *la cause unique* de cette situation fort regrettable, *c'est la pléthore médicale*. Si le nombre des médecins était le même qu'avant-guerre, il n'y aurait aucune raison que les médecins n'aient pas eux aussi leur franc à quatre sous. » Plus loin j'ajoute : « La solution du problème de la pléthore médicale est seule capable d'apporter un remède efficace aux maux que vous décrivez. »

Je suis donc loin de croire que les médecins sont des boyards, puisque je constate que bien souvent en réalité, ils n'ont que doublé leurs honoraires, alors que le Dr Deschaseaux arriverait à admettre le coefficient 3.

Mais je maintiens qu'il ne faut pas chercher le remède dans la taxation des propriétaires. Pourquoi ne taxerait-on pas aussi les boulangers, les charcutiers, les bouchers qui eux font fortune ? Dans cette voie, on pourrait aller loin ! J'estime que tous les citoyens sans exception, comme je l'ai déjà dit, croient avoir le droit de prétendre à un franc à quatre sous. Le lecteur appréciera nos arguments.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Penne (Avignon).

AUTOUR DES THÉATRES

« Votre Sourire ».

A l'Athénée, MM. André Birabeau et Georges Dolley maintiennent la tradition de ce théatre où le sourire est de rigueur avec les trois actes de *Votre sourire*. Madame Madeleine Soria et Lucien Rozenberg maintiennent les traditions de distinction et de tenue en même temps que d'adaptation parfaite aux situations et aux rôles.

Colette est séparée de son désagréable mari le bijoutier Philipp's ; elle dirige avec succès une maison de décoration du faubourg Saint-Honoré et vient de mettre à la porte son associé Michel.

Elle se suffirait bien à elle-même, s'il ne lui était pénible de reprémander ses employés ou de refuser des délais aux clients dans l'embarras : Martin est un de ses importants clients... souriant et sympathique il se ruine pour installer des femmes... et Colette s'est prise à son charme.

C'est lui que Colette engagera et qu'elle chargera de répondre aux fournisseurs et aux clients... Mais Martin est incapable de se fâcher, il a, malgré lui, toujours le sourire « Votre sourire » lui dit Colette furieuse, mais incapable de lui en vouloir. Afin de le rendre malheureux, de lui apprendre à être méchant et à souffrir puisqu'il est pauvre et ne peut l'épouser, elle lui déclare qu'elle l'aime et Martin transporté de joie est encore plus aimable avec les débiteurs. Il emprunte à l'ancien mari de quoi rembourser à Colette ses avances, plante à cette dernière un baiser violent sur les lèvres et lui crie : « Moi aussi, je vous aime ».

Alors Colette le confie à son ancien associé Michel, lui fait donner des appointements considérables, lui envoie des clients... le sourire de Martin qui se croit devenu un as, le gonfle de fatuité... Elle le dégonfle et l'épouse et c'est une soirée exquise.

AUTOUR DES CINÉMAS, CIRQUES ET MUSIC-HALLS

« La Zone ». Le Moulin Rouge.

Au CINÉMA, *La Zone* est un excellent film qui se passe dans le territoire des zoniers, autour des fortifications de Paris, dans cette zone où la servitude *non œdificandi* interdit toute construction sérieuse et élevée.

Une population hétéroclite y vit composée surtout de chiffonniers et de marchands de bric à brac avec beaucoup d'enfants et de chiens pelés, beaucoup aussi de chats, tout un monde aboyant et vorace autour de la « Mère aux chiens ».

Gazon, vieilles ferrailles, des roulottes, des baraques en planche, on y trouve des Bohémiens, des Gitanes, on y voit aussi La Goulue, qui dansait avec des pantalons en dentelles à damiers, les quadrilles les plus échevelés au Moulin Rouge, au temps de sa gloire et qui n'est plus qu'une grosse vieille femme à la poitrine opulente et... basse.

On y retrouve les poubelles, leurs débris ; c'est dans toute sa splendeur le film documentaire du meilleur aloi, court et intéressant, bientôt historique,

Dr G. POLÈME.

LES MAUVAIS ASSUREURS FONT LES MAUVAIS MÉDECINS (1)

Par M. le Dr H. JOSSE (d'Alger).

La Collection des « Agendas Dunod » met à la disposition du public des études synthétiques des grandes questions scientifiques, économiques et industrielles, généralement fort bien faites, et qui, à ce titre, se trouvent dans beaucoup de mains. C'est le cas du volume « Assurances » de cette collection, et nous n'aurions qu'à y applaudir, si l'on n'y trouvait une page (p. 325) qui, sous ce titre : « Les mauvais médecins », fait à la fois le procès de ces derniers et le procès des Compagnies d'Assurances, en se gardant bien de dire la conduite à tenir sans faiblesse pour éviter le développement de mœurs comme celles qui sont critiquées.

« *Les mauvais médecins* »

« Le Corps médical a lui-même trop souvent à lutter contre eux. Il est donc permis, il est donc nécessaire de dire quelques mots de ces morticoles, de ces médicastres, de ces médecins marrons, comme on les appelle, qui vivent en marge de la loi. Le libre choix du médecin réservé à l'ouvrier par l'article 4 § 2 de la loi du 9 avril 1898 a permis leur éclosion ; mais cette disposition de la loi doit rester intangible et le meilleur moyen de les combattre est de dévoiler leur braconnage dans l'intérêt de tous.

« Le racolage des blessés est fait par le « macadam » qui touche cent sous par client amené à la clinique. Le blessé lui-même touche pareille somme en arrivant. On le fera revenir quotidiennement tout d'abord. On le fera signer sur un registre spécial, et chaque fois, on lui versera une indemnité de 0 fr. 50 à 2 francs, que l'on baptise du nom de primes, frais de déplacement. On a même cité un de ces exploiteurs qui délivrait des bons d'apéritifs ! Il n'est pas besoin de préciser que ces praticiens se soucient bien moins de soigner les blessures que leurs notes et se donnent pour but de tirer du tarif Breton ce qu'il peut donner.

« Le nombre des interventions devient invraisemblable, au détriment de la santé du blessé, et certaines compagnies, prenant la phobie du médecin en général, ayant obtenu sur certaines notes des réductions de 50 à 75 % — nous n'exagérons pas — proposent des règlements semblables à des médecins loyaux qui sont écœurés.

« Souvent la clinique est fondée par un commanditaire qui, ignorant tout de la médecine, et le plus souvent d'origine étrangère, s'adjoint un médecin marron moyennant un traitement mensuel et une part dans les bénéfices, et un avocat-conseil qui se chargera éventuellement de la défense de l'ouvrier en justice de paix. Ce bailleur de fonds fait distribuer des prospectus aux portes des usines et recrute sa clientèle en versant une prime, non seulement aux blessés, mais encore à celui qui l'envoie.

« Ces faits sont patents. Ils ne sont pas seulement stigmatisés par les compagnies, mais encore par les organes corporatifs tels que la « Bataille syndicaliste » (5 décembre 1913) ou le « Populaire » (19 décembre 1918). »

Que tous les représentants des Compagnies d'Assurances ne semblent pas croire, comme l'auteur de la diatribe que nous venons de reproduire, qu'il n'y a guère que de mauvais médecins, nous aimons à le penser. Mais telle est bien la manière de voir de beaucoup d'assureurs, qui sont médicophobes par déformation professionnelle.

Les assureurs ne nous apprennent rien en dévoilant les errements de certains médecins indésirables, qui constituent le déchet de la profession

(1) *Revue générale de l'Afrique du Nord.*

Mais ce qu'ils omettent de dire, c'est que si ces médecins sont la honte de leur profession, ils n'en représentent qu'une minorité et que cette minorité reçoit la plus grande partie des honoraires médicaux payés par les Compagnies d'assurances. Pour quelles raisons ? Parce que les lois ont été faites, dans un but très louable, au profit non seulement des mauvais médecins, mais surtout au profit des mauvais assureurs et des mauvais ouvriers, parce que les assureurs estiment, pour que leurs affaires soient florissantes qu'ils ont intérêt à arranger beaucoup d'affaires peu reluisantes et à ne pas les faire correctionnaliser, parce que la Mutualité toute puissante, avec ses 23.000 sociétés en France et ses 5 millions d'adhérents, obtient le vote de lois qui visent à l'exploitation du médecin et à son asservissement aux Directions des Mutuelles, parce que, aussi, beaucoup de médecins syndiqués ne sont syndicalistes que du bout des lèvres.

Le Corps médical connaît aussi bien que les agents d'assurances et que les Directeurs de Mutuelles les mœurs dont le procès est fait par les assureurs, il sait aussi quelles sont les brebis galeuses de la profession, et c'est parce qu'il sait toutes ces choses qu'il a fait connaître, trop tardivement, mais mieux vaut tard que jamais, les conditions auxquelles il pourra participer à l'application de la loi sur les assurances sociales. Si ces conditions sont réalisées dans des articles de loi modifiant la loi du 5 avril 1928 et dans le règlement d'administration publique qui lui fera suite, une grande amélioration sera apportée à l'état de choses prévu.

Ne nous faisons toutefois pas trop d'illusions, plutôt qu'aux cénacles paritaires d'assureurs et de médecins, il eût été bien préférable de confier tous les contrôles à des médecins contrôleurs médecins-experts, n'exerçant aucune clientèle, ou n'exerçant pas leur contrôle dans leur rayon d'exercice de la clientèle pour les petites localités. Placés au-dessus et en dehors des intérêts particuliers, leur indépendance eût été complète. Ayant prêté serment une fois pour toutes, ils se seraient toujours présentés comme les auxiliaires de la justice, non comme les employés des assureurs, ni pour plaider les circonstances atténuantes en faveur des médecins. Les Compagnies d'assurances, toujours geignantes pour la défense de leur caisse, auraient eu toutes facilités pour exercer leur choix sur une liste de médecins-experts, assez nombreux pour garantir leur liberté et assez indépendants pour que leurs avis soient au-dessus de tout soupçon de faiblesse ou de partialité. Encore une catégorie de médecins aux allures de fonctionnaires, dira-t-on ! Pas le moins du monde, puisqu'ils seraient indépendants. Et ne vaudrait-il pas mieux avoir 10 % des médecins fonctionnarisés par les services publics que de les fonctionnariser tous au service des Directions des grandes Sociétés anonymes et des Conseils d'administration des Caisses d'assurances sociales sur lesquelles la Mutualité compte bien mettre la main ? C'est pourtant ce dont nous sommes fortement menacés ; une faible minorité de médecins y échappera, mettons 5 %, ceux-là seulement qui auront acquis, au bout de plusieurs années de travail et de patience, une clientèle se recrutant exclusivement dans la partie de la nation riche et non soumise à la loi sur les Assurances sociales. Cette minorité se désintéresse d'ailleurs de la loi sur les assurances sociales et n'est syndicaliste que pour la forme, et par sympathie pour la masse des médecins praticiens.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique d'accouchements Tarnier.** *Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Le 13 décembre, à 20 h. 3/4, leçon de M. Metzger sur *le psychisme au cours de la puerpéralité.*

Thérapeutique. — Le samedi 15 décembre, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, conférence de M. Alquier, secrétaire général de la Société scientifique d'hygiène alimentaire, sur la *valeur biologique du vin.*

— **Physique médicale.** — M. le prof. A. Strohl a commencé son cours le mardi 6 novembre, à 16 h., à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure.

Programme : 1° optique ; 2° électrologie ; 3° radiologie ; 4° radioactivité.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. le prof. H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fera ses leçons cliniques sur l'Indispensable en syphiligraphie le vendredi matin à l'amphithéâtre Fournier à Saint-Louis, à 10 h. (visite des salles du pavillon Bazin, à 9 h.) et les mercredis soirs à la consultation de la porte de l'hôpital Saint-Louis (présentation des malades à 20 h. 30 et leçon à 21 h. 30).

Détail des leçons. — 12 décembre, Bismuthothérapie, produits, doses et techniques. — 14 décembre, Etat actuel des traitements mercuriels ; indications et contre-indications. Produits, doses, techniques, technique d'Abadie. — 19 décembre, Traitements mercuriels ; accidents ; données nouvelles pathogéniques, anaphylaxie au mercure, etc. Traitement de la stomatite. — 21 décembre, Médications antisyphilitiques adjuvantes : iodures et iodiques, soufre, terres rares et nouveaux antisyphilitiques : antimoine, vanadium, urane et zinc, etc. Comparaison des antisyphilitiques et cures pluri-médicamenteuses.

9 janvier 1929, les polytolérants et syphilis arsénorésistantes, arsénorécidivantes, etc., les demi-arseno-

résistants, diagnostic et traitement : cures plurimédicamenteuses. — 11 janvier, Traitement d'attaque de la syphilis en activité, les six modalités principales. — 16 janvier, Traitements prophylactiques avant le chancre et causes de leurs échecs, diagnostic des syphilis primaires retardées et conséquences thérapeutiques. —

18 janvier, Notions nouvelles sur les syphilis primares, les deux périodes pré- et post-humérales et syphiliis sans chancre ; diagnostic et traitement. — 23 janvier. Chancres mixtes, diagnostic et traitement. — 25 janvier, Nouvelles données sur les syphiliss econdaires syphilis retardées. Traitement. — 30 janvier, Syphilis latentes, données nouvelles de pronostic, le protéino-pronostic, surveillance et traitement.

1er février, Syphilis tertiaires, nouvelles formes cliniques et évolutives : ulcérations cyanotiques, etc. Traitement. — 6 février, Discussion des critères de guérison de la syphilis. La syphilis guérit-elle ? — 8 février, Syphilis tertiaires latentes : surveillance et traitement, protéino-pronostic. — 13 février, Notions nouvelles sur les syphilis viscérales, éveils par les infections aiguës — 15 février, Notions nouvelles sur les syphilis ostéo-articulaires, hybrides avec le gonocoque, tuberculose la goutte, etc., syphilis et cancer. — 20 février, Prophylaxie des syphilis nerveuses. — 22 février, Etat actuel du traitement des syphilis nerveuses. — 27 février, La pyrétothérapie des syphilis, malaria, vaccins, etc.

1er mars, Hérédosyphilis. Notions nouvelles : éveils par les infections aiguës et les hybrides : pronostic et avenir de l'hérédo-syphilis. — 6 mars, Mariage des syphilitiques, discsusion des conditions actuelles. Certificat prématrimonial. — 8 mars ,Traitement de la grossesse ; les familles syphilitiques ; allaitement et nourrice. — 13 mars, Syphilis et secret professionnel. Déontologie. — 15 mars, Syphilis post-traumatiques et la loi sur les accidents du travail. — 20 mars, Nouvelles formes du chancre mou et nouveaux traitements : vaccins. — 22 mars, Formes nouvelles des adénites chancrelleuses. Traitement.

Les démonstrations cliniques seront reprises après Pâques avec mises au point des questions d'actualité de pratique dermatologique.

— Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

MÉDECINE LÉGALE. *Cours théorique de médecine légale,* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 h. à 7 h., pendant le semestre d'hiver : 1° médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé ; 2° législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de Droit.

Cours d'accidents du travail et maladies professionnelles. — Accidents du travail, maladies professionnelles et infirmités de guerre (lois des 9 avril 1898, 25 octobre 1919 et 31 mars 1919,), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, tous les jours, de 6 à 7 h. (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 h. à 3 h. : le samedi, par M. le professeur Balthazard ; le jeudi, par M. Duvoir, agrégé ; le mardi, par M. Dervieux, chef des travaux. Pendant le semestre d'été, les élèves procèderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les jeudis, de 3 h. à 4 h. 1/2, sous la direction de M. Dervieux, chef des travaux, et de M. Piédelièvre, chef de laboratoire.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les mardis, de 3 h. à 4 h. 1/2 ;

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. Duvoir et Dervieux, le samedi à 3 h., à partir du 1er mars (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

PSYCHIATRIE. *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 h., à la Clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne. Les élèves pourront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur H. Claude, assisté d'agrégés et de médecins des hôpitaux, fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de médecine (12 leçons), à 5 h.

Examen des malades et rédaction des rapports. — M. A. Ceillier, médecin expert, dirigera ces exercices, assisté de MM. les chefs de clinique, à la Clinique des maladies mentales, Asile Sainte-Anne, tous les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

CONDITIONS D'ADMISSION AUX COURS ET CONFÉRENCES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. et 20 inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. — Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 60 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 40 fr. ; 4 droits trimestriels de laboratoire de 150 fr., soit 600 fr. ; 1 droit d'examen, 20 fr.

— Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin. — Professeur M. Pierre Delbet. Assistant : M. Jacques Leveuf, chirurgien des hôpitaux, avec le concours de MM. Chevassu, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Charles Girode, chirurgien des hôpitaux ; J. Lascombe, Godard et Oberthur, chefs de clinique ; De Vadder, chef de clinique adjoint ; Herrenschmidt et Beauvy, chefs de laboratoire.

Programme de l'enseignement. — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h., opérations par le professeur. — Jeudi et samedi, à 10 h., leçon clinique avec présentation de malades par le professeur.

Tous les jours, à 9 h., examen des malades dans les salles par les chefs de clinique. — Lundi, à 9 h. 30, leçon sur la chirurgie d'urgence, par M. Leveuf. — Mardi, à 9 h., leçon de sémiologie par les chefs de clinique ; à 10 h., examens cliniques et interrogatoires ; à 11 h., leçon et exercices d'urologie, par M. Chevassu. — Mercredi, à 9 h., leçon de petite chirurgie, par M. Girode. — Vendredi, à 9 h., exercices de laboratoire, dirigés par MM. Herrenschmidt et Beauvy ; à 10 h., consultation et clinique gynécologiques, par M. Leveuf (pavillon Bouilly).

— Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière). — M. le professeur Georges Guillain. Hospice de la Salpêtrière.

Tous les matins, à 9 h. 1/4, conférences de séméiologie, par M. Th. Alajouanine, agrégé ; MM. Darquier, Decourt, Christophe, Schmite, chefs de clinique ; MM. Girot, Mathieu, Périsson, Péron, Thévenard, anciens chefs de clinique. A 10 h. 1/2, examen et présentation de malades par le professeur.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. Léchelle, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de biologie, les jeudis, à 10 h.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, les lundis, à 10 h.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 h.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, le mercredi, à 10 h.

Examens otologiques, par M. Lanos, les mercredis, à 14 h.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en février-mars, septembre et octobre 1929.

Un cours de sémiologie du système nerveux en 12 leçons sera fait par M. Th. Alajouanine, en mai 1929.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand, en juin 1929.

— **Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).** *Programme général des cours et conférences.* — M. le professeur F. Terrien a commencé ses leçons cliniques le 16 novembre 1928, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2 : Consultation expliquée. — Les mardis, jeudis, à 9 h. 1/2 : Opérations ; à 10 h. : Enseignement des stagiaires. — Les lundis, à 10 h. 1/2 : Présentation de malades. — Les vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique. — Les samedis, à 10 h. : Examens de laboratoire.

Institut de médecine coloniale. — M. le professeur F. De Lapersonne a commencé, le lundi 5 novembre 1928, à 10 h. 1/2 du matin (amphithéâtre Dupuytren), une série de six leçons sur les affections oculaires d'origine exotique et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Enseignement pour les stagiaires (conférences pratiques). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. Cousin, Castéran, Favory, M. Kalt, Renard, Goulfier et Blum, chefs de clinique et assistants, a commencé, le mardi 6 novembre 1928, à 10 h., une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants à la même heure.

Conférences cliniques. — MM. les professeurs Strohl et Cange, MM. Sainton, Cantonnet, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux feront en décembre 1928, janvier, février, mars, 1929 une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Cours de neurologie oculaire. — M. Velter, agrégé commencera en janvier, février 1929, un cours en quinze leçons sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les professeurs agrégés Velter, Zimmern et de MM. Sainton, Ramadier, Cousin, Castéran, Favory, P. Veil, M. Kalt, Renard, Joseph, Goulfier et J. Blum, fera en mai et juin 1929 un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de vacances. — M. le professeur F. Terrien M. le professeur agrégé Velter et MM. Castéran, Favory P. Veil, Kalt, Renard et J. Blum, feront, pendant les mois de septembre et octobre 1929, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, M. Renard, chef de laboratoire, fera en juin 1929, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie, avec exercices pratiques.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — *Enseignement* sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur. Cet enseignement se fera : 1° pour la partie orale (leçons) à l'amphithéâtre général de l'hôpital Lariboisière ; 2° pour la partie technique (examens de malades et opérations) dans le service de la clinique oto-rhino-laryngologique dudit hôpital.

Il comprendra : 1° L'enseignement magistral (clinique et technique), par le professeur. Cet enseignement, gratuit pour tous les auditeurs, comprendra : *a*) une leçon clinique, le jeudi à 10 h. Première leçon, le jeudi 15 novembre 1928 (amphithéâtre); *b*) des séances opératoires, les lundi, mardi, vendredi et samedi, à 10 h. Première séance : vendredi 16 novembre (service de la clinique) ; *c*) une consultation avec présentation de malades, le mercredi, à 10 h. Première séance : mercredi 14 novembre (service de la clinique).

2° L'enseignement aux stagiaires, par le professeur et les chefs de clinique. — Cet enseignement est gratuit. Il est réservé aux étudiants en cours d'études et inscrits à la Faculté. — Il sera fait pendant toute l'année trois fois par semaine, à 10 h. Première séance : jeudi 15 novembre 1928.

3° L'enseignement d'initiation qui sera confondu avec l'enseignement aux stagiaires. — S'inscrire à une des quatre séries annuelles au secrétariat de la Faculté de médecine. Droits d'inscription : 250 fr.

4° L'enseignement clinique complémentaire, sous la direction du professeur, par MM. Dufourmentel, Miégeville, F. Bonnet-Roy, Truffert, Winter, Mélik, Bureau, chefs de clinique, réservé aux praticiens et étudiants déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Cet enseignement, qui aura lieu le matin, concordera comme jours et comme dates avec l'enseignement de chirurgie opératoire. Pour tous renseignements sur horaire et programme, s'adresser au chef de clinique. — Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine. Droits à verser : 250 fr.

5° Un enseignement de perfectionnement chirurgical qui comprendra : *a*) Un cours de chirurgie restauratrice et cosmétique de la face, du 25 septembre au 5 octobre 1929, par MM. P. Sebileau et L. Dufourmentel ; *b*) deux cours de chirurgie opératoire spéciale, par MM. Mélik et Bureau, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire, le 4 février et 13 novembre 1929, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, les lundis, mecredis et vendredis, à 2 h.

Pour tous renseignements sur ces deux cours consulter les affiches spéciales ou s'adresser au chef de clinique, hôpital Lariboisière.

NOTE. — Des médecins français ou étrangers, les étudiants, non inscrits à la Faculté de médecine de Paris, désireux de faire un stage d'études prolongé, demanderont au professeur une autorisation spéciale pour suivre les travaux de la clinique.

— **Clinique des maladies infectieuses.** (hôpital Claude-Bernard). M. le professeur Pierre Teissier.

Organisation du service et de l'enseignement. — *Service* — Visite tous les matins, de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, les jours de leçons ; à 11 h. 1/2, les autres jours. L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la Clinique (chefs de clinique et chefs de clinique adjoints), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le mardi et le jeudi, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'amphithéâtre provisoire, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade par M. Teissier.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. Gastinel, Cambessédès, Cathala, Rivalier, Cochez, Joannon et Coste, anciens chefs de clinique ; Reilly, chef de laboratoire; Marceron et Chavany, chefs de clinique titulaires ; Le Clerc et George, chefs de clinique adjoints.

Une consultation concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, sera assurée par un médecin spécialiste remplaçant M. Mahu.

L'enseignement régulier de la clinique pourra se compléter, au cours de l'année, à des jours et à des heures qui seront chaque fois indiqués à la Faculté, de leçons d'hygiène et de prophylaxie contre les maladies infectieuses assurées notamment par M. le professeur Tanon et ses collaborateurs et aussi, grâce au concours d'un certain nombre de collaborateurs spécialisés, de leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie infectieuse et la pathologie exotique.

L'enseignement de la chaire de clinique des maladies infectieuses créé durant la guerre et dont l'organisation matérielle n'est encore que provisoire s'adresse plus particulièrement aux étudiants de 4e et 5e années et aux docteurs en médecine.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

(Enseignement, concours, avis divers.)

Association d'enseignement médical des hôpitaux. *Conférences du dimanche.* — Le 9 décembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. J. Renault sur la *prophylaxie de la diphtérie.*

Hôtel-Dieu. *Conférences cliniques.* — M. Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses conférences pratiques de clinique et de thérapeutique le mercredi 21 décembre, à 11 h., salle Sainte-Marie.

Hôpital Lariboisière. *Cardiologie.* — Service de M. Antonin Clerc. Maladies du cœur et des vaisseaux, salles Rabelais et Grisolle.

Le mardi, à 10 h. : Consultation externe.

Le jeudi, à 11 h. ; Leçons de séméiologie spéciale et générale par MM. P. Noel-Deschamps, Bascourret et Robert Lévy, assistants du service.

Le vendredi, à 10 h. : Radioscopie. Electrocardiographie.

Le samedi, à 11 h. : Leçon de pathologie cardio-vasculaire.

Les autres jours, à 10 h. : Examen des malades dans les salles.

— **Hôpital Beaujon.** — *Démonstrations pratiques de radiologie et d'électrologie.* — MM. Aubourg, électro-radiologiste de l'hôpital Beaujon, chef de laboratoire, Joly et Vignal, électro-radiologistes des hôpitaux, chefs-adjoints. Me Delaplace, MM. David de Prades et Mignon, assistants d'électro-radiologie.

A. Démonstrations pratiques.

1° *Radiographie des membres*, tous les matins, de 9 heures à 11 heures.

2° *Examen des clichés* pris dans la matinée, tous les jours à midi.

3° *Radiodagnostic des viscères*, tous les jours à 11 heures.

Lundi, malades du service de M. de Massary. — *Mardi* malades du service de M. Proust. — *Mercredi*, malades du service de M. Harvier. — *Jeudi*, malades du tube digestif. — *Vendredi*, malades du service de M. Harvier. — *Samedi*, à 9 heures et demie, maladies du poumon et de la plèvre dans le service de M. Debré.

4° *Radiodiagnostic en oto-rhino-laryngologie*, tous les mercredis après-midi, à 14 heures, et le samedi matin à 10 heures.

5° *Radiodiagnostic par le lipiodol*, tous les mercredis après-midi, à 15 heures 30.

6° *Rœntgenthérapie*, le jeudi à 11 heures. Examen de nouveaux malades et des malades en cours de traitement.

7° *Electrothérapie*, le mercredi, à 10 heures. Examen des nouveaux malades et des malades en cours de traitement.

8° *Electrodiagnostic*, tous les mercredis, à 10 heures 30.

9° *Ultra-violets*, tous les mardis, à 11 heures. Examen des nouveaux malades et des malades en cours de traitement.

B. Conférences.

1° *Rœntgenthérapie dans le traitement des tumeurs.* — A partir du lundi 10 décembre 1928, à 11 heures, MM. Aubourg et Joly feront et continueront chaque lundi une série de 25 conférences théoriques, suivies de démonstrations pratiques et de présentation de malades ;

2° *Electrodiagnostic et électrothérapie.* — A partir du jeudi 13 décembre, à 10 heures, M. Vignal fera et continuera chaque jeudi une série de 20 conférences théoriques, suivies de démonstrations pratiques et de présentation de malades.

3° *Maladies du poumon et de la plèvre.* — A partir du samedi 12 janvier 1929, à 10 heures, M. Mignon fera et continuera chaque samedi une série de conférences théoriques, suivies de présentation de films radiographiques, sur le radiodiagnostic des maladies du thorax.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** Un cours *hors série d'opérations chirurgicales* (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 10 décembre 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. Chirurgie des plaies des membres. — A. Lésions des parties molles. Plaies des muscles : excision, suture primitive ou secondaire. Plaies des tendons : suture primitive et secondaire, greffe. Plaies des nerfs : suture et greffe. Plaies des vaisseaux : découverte large des vaisseaux profonds, ligatures et sutures artérielles.

II. Chirurgie des plaies des membres (suite). — B. Lésions du squelette. Plaies articulaires : suture, arthrotomie. Fractures articulaires ouvertes. Fractures compliquées : fermeture primitive ou secondaire, indications de l'ostéosynthèse, amputation. Broiements des membres : les amputations dans la pratique courante

III. Chirurgie des suppurations des membres : Panaris, phlegmons de la main, phlegmons diffus, adénophlegmons, hygromas suppurés. Arthrites suppurées : arthrotomies et résections. Ostéomyélite aiguë : gangrène gazeuse.

IV. Chirurgie des fractures du crâne : Trépanations (exploratrice, large, décompressive, sous-temporale) Plaies cranio-cérébrales. Trachéotomie.

V. Chirurgie des traumatismes abdominaux : Plaies et contusions de l'abdomen : suture et résection intestinale, suture du foie, splénectomie, néphrectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-laparotomie.

VI. Chirurgie des hernies étranglées : Hernies crurales, inguinales, ombilicales. Traitement de la gangrène herniaire.

VII. Chirurgie de l'occlusion intestinale : Indications opératoires. Anus cæcal. Anus iliaque temporaire ou définitif. Court-circuit. Traitement de l'invagination intestinale.

VIII. Chirurgie des péritonites aiguës : Appendicite aiguë, perforation des ulcères gastro-duodénaux (suture, gastro-entérostomie, excision).

IX. — Chirurgie d'urgence du thorax : Plaies pleuro-pulmonaires, plaies du cœur. Pleurésies purulentes.

X. Chirurgie d'urgence urinaire : Cystostomie. Rupture traumatique de l'urètre. Infiltration d'urine. Abcès de la prostate.

Médecins des consultations de nourrissons. — Une Commission spéciale se réunira à l'Administration générale de l'Assistance publique, dans le courant du mois de décembre, en vue de procéder au classement des candidats déclarés aptes aux fonctions de médecin des consultations de nourrissons.

Les docteurs en médecine désireux de faire acte de candidature devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé, jusqu'au 8 décembre inclus. Ils devront justifier de la qualité de Français et produire à l'appui de leur inscription leur diplôme de doctorat, un exposé de titres rédigé par leurs soins, ainsi que tous certificats émanant des chefs de services d'enfants ou de consultations de nourrissons auxquels ils ont été attachés. Ces certificats devront mentionner la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de service.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Une soirée médicale.** — Une conférence, un film, des auditions d'art, tel était le programme d'une soirée donnée le 26 novembre à la Salle des Ingénieurs Civils où furent conviés les médecins de Paris. Ceux qui y assistèrent n'eurent point à le regretter, sauf quelques retardataires qui ne purent trouver place dans l'enceinte faisant face à l'écran.

Le conférencier, le docteur Paul Veil, assistant du docteur Gallavardin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, exposa avec une clarté toute didactique les troubles du rythme cardiaque et le rôle thérapeutique de la diéthylamide-pyridine B carbonique (coramine), en particulier dans les états de collapsus ; il établit l'opportunité de recourir alors aux analeptiques cardiaques, dont la coramine est le prototype, les grands médicaments cardiaques ne trouvant pas ici les indications qu'ils ont par ailleurs.

Le film montra comment, par l'expérimentation *in anima vili*, sont recherchées les propriétés physiologiques d'un corps nouveau et comment, de ces essais, peuvent être déduites les applications thérapeutiques.

La partie artistique, enfin, très réussie grâce au concours de M. Maurice Donneaud, de la Comédie-Française, qui déclama avec toutes les subtilités de sa diction incomparable, des poèmes du professeur Richet, de Leconte de Lisle, etc. ; de Mademoiselle J. Bachelu, violoniste de Grands Concerts, dont le jeune et prestigieux talent sut interpréter les nuances délicates d'une musique pleine de charme, de Mademoiselle Bayle et de Monsieur Brébans, qui dans leurs numéros de chant, furent très applaudis.

Ces excellents artistes apportèrent une agréable diversion à ce que le début scientifique de cette soirée avait d'un peu austère pour les auditrices présentes.

Il convient de féliciter très vivement les organisateurs de cette soirée médicale, les laboratoires Ciba, qui s'étaient donné pour but de montrer, par le moyen du cinématographe, la filiation qui relie l'application à la clinique des données de la chimie synthétique par l'intermédiaire de l'expérimentation physiologique. Ils y ont pleinement réussi.

— **Semaine internationale de la Lumière thérapeutique** du 22 au 27 juillet 1929, organisée par l'*Institut d'actinologie* (directeur : Dr SAIDMAN). — **Président :** professeur D'ARSONVAL, membre de l'Académie des Sciences, professeur au Collège de France.

I. *Congrès international d'actinologie* (les 22, 23, 24 juillet).

Langues officielles : français, anglais, allemand, italien.

Section A : rapports et discussions des rapports pour les questions suivantes :

1° Choix d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets utilisés en médecine ;

2° Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière ;

3° La valeur prophylactique des rayons ultra-violets ;

4° Le traitement des rhumatismes par les rayons infra-rouges.

Section B : Communications sur divers sujets d'actualité par les membres adhérents.

II. — *Exposition internationale des appareils* (du 22 au 27 juillet).

Section A : Instruments pour l'analyse et la mesure du rayonnement.

Section B : Lampes à rayons ultra-violets, infra-rouges ou chromothérapie.

Section C : Organisation et matériel des cliniques de la lumière.

Section D : Sources électriques.

Section E : Préparations irradiées.

III. — *Exposition rétrospective de la lumière* (du 22 au 27 juillet 1929).

Section A : La lumière dans l'antiquité : le soleil considéré comme Dieu guérisseur ; l'héliothérapie chez divers peuples : les héliosis et les solaria.

Section B : La renaissance moderne de l'héliothérapie.
Section C : La création de la photothérapie depuis les appareils de Finsen jusqu'aux lampes actuelles.

IV. — *Conférences* sur les progrès récents accomplis dans les applications thérapeutiques de la lumière, par des savants de divers pays (les 25 et 26 juillet).

V. — *Démonstrations* de techniques expérimentales de physique, physiologie et thérapeutique dans le domaine des ultra-violets et infra-rouges, par des savants de divers pays (les 26 et 27 juillet 1929).

VI. — *Cours élémentaire d'actinologie* par le Directeur et les Collaborateurs de l'Institut d'actinologie.

En outre, un programme de réceptions pour les congressistes et leur famille est prévu.

Il comporte :

1° La réception des congressistes à l'Hôtel de Ville de Paris ;

2° Une représentation dans un théâtre de Paris, un concert musical avec des compositions classiques ayant pour thème le « soleil » ou la « lumière ».

3° Des visites dans les musées de Paris.

4° Une excursion au Château de Fontainebleau.

Des démarches sont faites pour obtenir, dans certains pays, une réduction sur les tarifs de chemin de fer.

Pour renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès : Dr Dufestel, 150 *bis*, boulevard Péreire, Paris.

— **Congrès italien pour l'étude de la malaria.** — Un Congrès aura lieu à Rome, au début de février 1929, pour l'étude de la malaria. Il groupera des médecins, des ingénieurs, des hygiénistes, des agriculteurs et des économistes. Il traitera les problèmes concernant l'épidémiologie, la prophylaxie et le traitement de la malaria, et leurs répercussions économiques.

Secrétariat général, 168, cours Victor-Emmanuel, Rome.

— **Semaine odontologique de** 1929. — La cinquième Semaine odontologique organisée par l'Association générale syndicale des dentistes de France et le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France aura lieu au Grand Palais des Champs-Elysées, salle Jean-Goujon, du 7 au 14 avril 1929.

— **Hydrologie thérapeutique et climatologie.** — Les leçons du professeur Villaret ont lieu les mercredis et vendredis à 16 h., à l'amphithéâtre Vulpian. Elles seront complétées par un enseignement clinique à l'hôpital.

— **Le VIIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française,** se tiendra à Bruxelles, du 3 au 5 octobre 1929. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour : 1° les rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital de la femme ; 2° la myomectomie au cours et en dehors de la grossesse ; 3° indication et technique de la stérilisation chez la femme.

— **Croisière d'été du « Bruxelles médical ».** — *Vers le cercle polaire.* — Le *Bruxelles médical* a mis à l'étude une croisière d'été dans le Nord, départ de Zeebrugge et retour à Dunkerque. Le prix n'est pas encore arrêté mais sera probablement similaire à celui du *Brazza* de l'an dernier, dont la base était 5.480 fr. belges (3.850 fr. français), première classe B. Le voyage durera 20 à 25 jours.

— **La XXXIIIe session du Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française** se tiendra à Barcelone, du 3 au 8 avril 1929. — *Présidents* : MM. les docteurs Lalanne (Nancy) et Joaquin Jimeno-Riera; vice-président : M. le professeur Abadie (Bordeaux) ; secrétaire général : M. le docteur Emilio Mira.

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour.

Psychiatrie : Du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des maladies mentales. Rapporteurs : MM. les docteurs Hamel et W. Lopez-Albo.

Neurologie : Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques. Rapporteurs : MM. les docteurs Alajouanine et B. Rodriguez-Arias.

Médecine légale : Des conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle. Rapporteurs : MM. les docteurs José Sanchis-Isanus et Vullien.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Emilio Mira, secrétaire général de la XXXIIIe session, Calle Bruch, 32, Barcelone. Le prix de la cotisation est de 50 francs français pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 1er mars 1929 recevront les rapports dès leur publication.

— **Le VIe Congrès international pour les accidents du travail et les maladies professionnelles,** se tiendra en 1931 en Suisse, probablement à Zurich ou à Genève.

— **Le Congrès d'orthopédie de** 1929 aura lieu à Paris, le 11 octobre 1929, sous la présidence du Dr Mouchet et sera consacré aux tuberculoses osseuses para-articulaires et aux luxations récidivantes de l'épaule.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Alger à moins de deux jours de Paris par Marseille.* — Le voyage de Paris à Alger par Marseille est non seulement agréable, mais aussi très rapide.

Il n'est pas, en effet, de port mieux desservi que Marseille par des trains, composés du matériel le plus confortable, avec voitures directes en provenance ou à destination des principales villes de la France et de l'Europe, et par des services de paquebots du type le plus vite et le plus luxueux qui le relient à la capitale algérienne.

Au départ d'Alger de s voies ferrées conduisent commodément vers l'Oranie, les oasis sahariennes, la province de Constantine et la Tunisie, tandis que des Services d'automobiles parfaitement organisés permettent de visiter, dans les meilleures conditions de confort et de rapidité, les régions si pittoresques et hier encore inaccessibles aux touristes, de la Kabylie, de l'Aurès, du M'Zab, des Chotts et du Grand Erg.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

du préfet sous le régime du nouveau décret, doit être déférée à la commission départementale.

Art. 15. — L'article 15 est complété comme suit :

« Lorsqu'un bénéficiaire demande le renouvellement d'un carnet épuisé, il en conserve les souches et remet la couverture à la mairie qui la transmet à la préfecture. »

Voir les dispositions ci-dessus indiquées à l'article 1er.

Art. 17. — Le paragraphe 1er de l'article 17 est remplacé par le paragraphe suivant :

« Quand un médecin voit un malade pour la première fois, il envoie immédiatement à la commission de contrôle une lettre écrite sur son papier à en-tête reproduisant les indications du bulletin de visite en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé. »

Ces nouvelles dispositions seront portées à la connaissance du corps médical par les soins de la préfecture. Elles ont pour objet d'éviter des erreurs et des réclamations à l'occasion du règlement des mémoires trimestriels.

Art. 22. — Le paragraphe 1er de l'article 22 est remplacé par le paragraphe suivant :

« En cas d'urgence motivée, il est procédé à l'hospitalisation. L'établissement public ou privé qui reçoit le malade avise immédiatement la commission de contrôle du département et si le bénéficiaire est inscrit dans un autre département la commission de contrôle du lieu d'inscription. Le médecin traitant adresse immédiatement sur son papier à en-tête une lettre à la commission de contrôle reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé et en faisant connaître les motifs de l'hospitalisation d'urgence. »

Même observation que pour l'article 17.

Si le malade n'est pas inscrit dans le département où a lieu l'hospitalisation, il importe que les deux commissions tripartites départementales soient avisées (celle du département où à lieu l'hospitalisation et celle du département d'inscription).

Par suite des modifications apportées aux articles 17 et 22, il convient de rectifier les indications portées sous la rubrique « utilisation du carnet » à la deuxième partie de la couverture du carnet de bons médicaux et pharmaceutiques. En conséquence, le premier alinéa du paragraphe III est remplacé par le suivant :

« Quand un médecin voit un malade pour la première fois, il envoie immédiatement à la commission de contrôle une lettre écrite sur son papier à en-tête reproduisant les indications du bulletin de visite en spécifiant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé. »

Le paragraphe VI est remplacé par le suivant :

« Si l'hospitalisation est jugée nécessaire, le médecin traitant doit le certifier par une lettre écrite sur son papier à en-tête reproduisant les indications

du bulletin de visite, c'est-à-dire en spécifiant lisiblement le nom et l'adresse du mutilé, la nature de l'affection et en désignant l'établissement public ou privé choisi par le malade.

Quand un malade demande à être traité soit dans un établissement privé, soit dans un établissement public autre que celui de sa résidence, il convient de joindre à la lettre d'avis adressée à la commission de contrôle, une déclaration par laquelle l'établissement en cause accepte de recevoir le malade (art. 21 du décret).

Le deuxième alinéa du paragraphe VII est supprimé.

Les modifications aux paragraphes III et IV, sur la couverture du carnet seront imprimées à la diligence des préfectures sur un papillon qu'on collera à la place des dispositions anciennes.

Le deuxième alinéa du paragraphe VII sera biffé.

Toutes dispositions seront prises pour que le nouveau décret soit appliqué dans les moindres délais et au plus tard à dater du 1er janvier 1929.

Louis ANTÉRIOU.

Bulletin municipal officiel de la ville de Paris.

20 *novembre.*

Internat de l'hospice Paul-Brousse.

Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul-Brousse et éventuellement pour le recrutement d'un interne en médecine au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse et au Centre anticancéreux s'ouvrira le 11 février 1929.

Pourront prendre part au concours :

1° Les élèves externes des hôpitaux de Paris ;

2° Les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats devront ne pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er mars de l'année 1929. Toutefois cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes :

Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre.

Ils ne recevront pas le traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours.

Ils seront soumis, au point de vue du service, aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance ;
2° Extrait du casier judiciaire ;
3° Certificat de revaccination ;
4° Certificat du directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique attestant que l'intéressé est externe des hôpitaux, ou certificat de dix inscriptions de doctorat prises dans une faculté ou une école de médecine de l'Etat.

Le certificat du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique ou celui du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau (annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce n° 227) dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 13 janvier au 29 janvier 1929.

Toute demande déposée ou parvenue après la clôture de la liste d'inscription ne sera pas admise.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Les candidats seront convoqués par lettre recommandée.

Néanmoins l'Administration décline toute responsabilité pour toute convocation qui ne parviendrait pas.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes de l'hospice Paul-Brousse sont, dès à présent, fournis en s'adressant au service de l'Assistance départementale.

Paris, le 10 novembre 1928.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XVme

Dans sa séance du 16 novembre 1928, la « Société médicale du XVe » a décidé de porter les tarifs *minima* à appliquer dans l'arrondissement à 20 francs la consultation et 25 francs la visite à domicile. C'est à l'unanimité des membres présents que la nécessité de ce relèvement de tarifs a été adoptée, les quelques confrères qui se sont séparés de l'ensemble, dans le vote sur les chiffres, réclamaient des tarifs plus élevés.

Il est d'ailleurs peu probable que ces chiffres soient trouvés trop élevés par les confrères de l'arrondissement. Ils étaient déjà pratiqués par un assez grand nombre d'entre nous et l'augmentation du prix de la vie, les charges toujours croissantes nous ont fait une obligation de relever les tarifs fixés précédemment.

Il convient d'ailleurs de remarquer que le coefficient d'augmentation par rapport aux prix d'avant-guerre est au-dessous de la plupart de ceux pratiqués couramment dans les divers domaines de l'économie nationale.

Pour le Bureau de la Société : le président : Dr Ch. FERRY ; le secrétaire général : Dr GAUDOT.

FAITS CLINIQUES

Zona et Varicelle.

Au sujet de la question zona et varicelle, je tiens à vous faire part de deux cas que j'ai observés cette année.

1° Dans une maison isolée de campagne, j'ai donné mes soins à une fillette de deux ans pour varicelle, alors que, quinze jours avant, j'avais soigné la grand-mère pour zona brachial. Le zona n'était pas guéri quand l'éclosion de la varicelle eut lieu.

2° J'ai vu une fillette de 8 ans atteinte de varicelle vers le mois de mars. Trois mois après environ, au cours d'une coqueluche, la même enfant a présenté un zona intercostal.

J'apporte, sans prétention, mon obole aux confrères que le sujet peut intéresser et vous prie de croire, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

Dr LANNELONGUE.
(Monflanquin.)

SÉROTHÉRAPIE

La posologie du sérum antidiphtérique dans la pratique.

Je lis avec grand intérêt les différents avis émis par des confrères et relatifs aux doses plus ou moins élevées qui seraient à employer dans les angines diphtériques. Je n'ai que 4 années de pratique médicale dans une agglomération de 8.000 habitants et me permets non pas de donner un avis, mais simplement d'exposer les relations d'angines à fausses membranes que j'ai considérées comme diphtériques et traitées comme telles : 18 à 20 environ. Je n'entrerai pas dans le détail de quelques cas vus assez tard dans leur évolution, où toute la gorge tapissée de fausses membranes me semblait imposer le diagnostic et dans lesquels des doses de 60 à 100 cmc. de sérum ont guéri les malades sans laisser de séquelles, ni d'autres cas dans lesquels l'allure clinique de la maladie et l'aspect des fausses membranes peu étendues m'ont poussé à injecter des doses peu élevées de sérum, sans faire d'examen bactériologique et où le succès du traitement me confirmait croyais-je alors le diagnostic de diphtérie. Voici maintenant une série de cas d'angines à fausses membranes dans lesquels le contrôle bactériologique fut effectué.

1° En novembre 25 je vois une fillette de 9 ans avec une fausse membrane amygdalienne de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 ; gros ganglions cervicaux et sous-maxillaires, facies injecté, pas de température, 40 cmc. de sérum sur-le-champ, puis 20 cmc. le lendemain amenèrent une guérison totale en 4 jours. Là pas d'examen bactériologique, la clinique me semblait suffisante. En janvier 27, je revois la même malade présentant une angine identique à la première. Comme l'état général ne me semblait pas touché je fais pratiquer l'examen bactériologique et

attends le résultat : pas de Loeffler, strepto à l'état pur. Guérison en 6 jours sans sérum. Puis-je affirmer maintenant que dans la première atteinte il s'agissait bien de diphtérie ??

2° En janvier 27, une adulte présente sur les deux amygdales des fausses membranes blanc grisâtre, ganglions cervicaux douloureux. Temp. 38.5. Je vais chercher le nécessaire pour un prélèvement amygdalien et quand je reviens je trouve près du malade un confrère que la famille affolée avait mandé d'urgence. Le confrère conseille « pour être tranquille, de faire de suite 20 cmc. de sérum ». Je parviens à obtenir qu'on diffère l'injection jusqu'à réponse du labo. Il s'agissait uniquement de strepto. Quel beau succès c'eût été à l'actif d'une petite dose de sérum, si elle avait été pratiquée !

3° En novembre 26, un adulte est atteint d'angine à fausses membranes bilatérales et engainant la luette. Loeffler et strepto. Malgré des doses de sérum dépassant 200 cmc. le malade meurt le 10e jour de septico-pyohémie après disparition complète des fausses membranes.

4° De décembre 27 à juillet 28, j'ai eu encore l'occasion de traiter 4 cas d'angines diphtériques bactériologiquement confirmées.

a) Fille de 4 ans. Fausse membrane sur une amygdale. Loeffler long peu abondant. Loeffler moyen en abondance. 20 cmc. de sérum 2 jours de suite amènent une guérison complète et définitive en 4 jours.

b) Fille de 7 ans. Loeffler long. 120 cmc. en 3 jours dont 60 le premier jour ; disparition des fausses membranes le 4e jour. Apparition 15 jours après d'une paralysie oculaire fugace et d'une paralysie naso-pharyngée ayant duré plus d'un mois. Guérison complète dans la suite uniquement par la genostrychnine.

c) Garçon de 4 ans. Loeffler long. 140 cmc. en 4 jours, disparition de fausses membranes le 6e jour. 3 semaines après la guérison apparente, je revois l'enfant présentant une paralysie nasopharyngée, du strabisme, paralysie laryngée, amyosthénie généralisée avec abolition des réflexes, les muscles les plus atteints étant les muscles lombaires et le quadriceps crural gauche. La reprise de la sérothérapie à la dose de 200 cmc. en 8 jours et de fortes doses de genostrychnine et adrénaline ont amené la régression lente des paralysies sauf du strabisme, qui persiste encore après 7 mois.

d) Garçon de 10 ans, fausses membranes tapissant les 2 amygdales, la luette et la face interne des joues. Loeffler long et moyen, 140 cmc. de sérum en 4 jours. Guérison apparente le 6e jour. 10 jours après je revois le malade présentant une paralysie nasopharyngée ayant cédé assez rapidement à la genostrychnine.

5° Un de mes confrères m'autorise à rapporter le cas suivant datant de quelques jours. A l'occasion d'un examen général pour suite d'accident remontant à un an, il examine, le 9, un garçon de 13 ans ; rien d'anormal aux différents organes, gorge intacte en

particulier. Appelé d'urgence le 12 près du malade, fausses membranes tapissant la gorge, les joues, les dents, faisant même hernie hors des narines. Cou proconsulaire. Mauvais état général. Sans faire d'examen bactériologique injection de 200 cmc. de sérum en 3 jours dont 100 le 1er jour (ce qui, soit dit en passant, a provoqué de la part du pharmacien, chargé de délivrer le sérum, cette réflexion à la famille : « Oh ! oh ! c'est une bien forte dose ! » Adrénaline, strychnine, huile camphrée. Mort subite (paralysie cardiaque ?) le 16, alors que depuis la veille les fausses membranes étaient disparues, les ganglions cervicaux nettement en régression et l'état général très amélioré.

Peut être pourra-t-on objecter qu'il s'agit là d'une série de cas où le bacille de Loeffler était particulièrement virulent et que d'autres cas ont guéri totalement avec des doses de sérum moins élevées que celles employées. Mais je reste convaincu que bien des succès obtenus avec des petites doses n'avaient pas trait à des diphtéries vraies et que l'examen bactériologique devient de plus en plus une nécessité pour la conduite du traitement des angines à fausses membranes. Je fais remarquer que nous sommes distants de 65 km. du laboratoire et que dans tous les cas j'ai eu la réponse du labo entre 24 et 36 heures après l'envoi.

Dr BAUDOT.
(Raon-l'Etape.)

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Les syphilitiques aux eaux minérales.

Les docteurs Blanc (Aix-les-Bains), Flurin (Cauterets), Heitz (Royat), Pierret (La Bourboule), Salles (Luchon) ont été chargés par la Société d'hydrologie de présenter à la séance solennelle annuelle un rapport sur le sujet suivant : « *Les syphilitiques aux eaux minérales* ». Les rapporteurs seraient reconnaissants à leurs confrères : spécialistes, médecins de médecine générale et à leurs collègues de villes d'eaux de leur transmettre, avant le 30 décembre 1928, les documents personnels qu'ils auraient en leur possession sur ce sujet.

Les documents relatifs aux « syphilitiques *adultes* », et aux complications directes et indirectes de cette maladie, justiciables de la cure thermale, associée ou non avec les cures médicales faites à domicile, devront être adressés au Dr FLURIN, 19, rue Mac-Mahon, à Paris.

Les documents relatifs aux syndromes syphilitiques et para-syphilitiques des *enfants* devront être adressés au Dr PIERRET, 7*bis*, rue Raynouard, Paris.

Les rapporteurs expriment à l'avance leur reconnaissance et leurs remerciements aux confrères qui voudront bien répondre à cette demande.

CORRESPONDANCE

Secret professionnel.

3971. — Médecin d'hôpital et administration des P.T.T,

Les administrations nous harcèlent pour savoir les noms des maladies dont sont atteints leurs agents — J'ai pour ma part refusé en maintes circonstances et je n'ai pas eu connaissance que mes clients s'en soient plus mal trouvés.

Voici la lettre que le docteur René Armand a adressée à l'administration des P. T. T. qui voulait savoir et insistait pour savoir la nature de la maladie dont était atteint un facteur soigné à l'hôpital. Les administrations ont peut-être intérêt à établir des statistiques, mais ceci pourrait regarder leurs médecins contrôleurs.

Dr Jules ARMAND.

A M. le Receveur des P. T. T.

Monsieur le Receveur,

J'ai le regret de ne pouvoir me conformer à la demande de l'Administration.

Lorsqu'un malade se confie à un médecin, ce dernier est lié par le secret professionnel et nul, pas même le malade, ne peut le délier.

En insistant sur cette formalité, tous les employés des P. T. T., du haut en bas de l'échelle, commettent vis-à-vis de leurs intérêts une faute lourde, car s'il est de peu d'importance de divulguer telle maladie, il peut être très préjudiciable au patient de révéler telle autre.

Pour ne laisser subsister aucun doute dans l'esprit de l'Administration, il suffit de n'en déclarer aucune, et pour préserver le malade contre lui-même, il faut refuser systématiquement d'accepter l'autorisation de déclarer qu'il serait tenté quelquefois de vous donner.

Quelle serait, en effet, la situation vis-à-vis de l'Administration, d'une jeune fille qui aurait demandé que l'on déclare une grippe et qui aurait besoin à quelque temps de là, de repos, pour un avortement ?

Quelle serait celle d'un haut fonctionnaire faisant un jour signaler une appendicite, et présentant ultérieurement des accidents syphilitiques ?

Le secret médical est la sauvegarde de la dignité de l'individu et de la tranquillité des familles.

Si l'on était tenté de le supprimer, ce n'est pas au médecin qu'il y aurait lieu de s'adresser, mais au législateur qui n'a pas à la légère édicté les peines redoutables que comporte l'article 378 du Code pénal.

Veuillez agréer, Monsieur le Receveur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr René ARMAND,
Chirurgien de l'hôpital d'Albervillle.

Réponse.

Par rapport à certaines grandes administrations, le médecin praticien peut se trouver dans deux situations très différentes.

Il peut, n'ayant aucun rapport avec ladite administration, avoir été choisi par le malade lui-même, pour donner ses soins.

Dans ces conditions, le praticien est lié par le secret professionnel et ne doit délivrer à personne autre qu'à son malade, de certificat, ou d'attestation quelconque.

Si l'administration désire être renseignée sur la maladie de son agent, elle s'adressera à celui-ci et le priera de demander à son docteur un certificat.

Le médecin fournira cette pièce au malade lui-même, lequel en fera l'usage qu'il croira devoir en faire : soit l'envoyer à ses chefs, soit le déchirer, quitte à encourir des peines disciplinaires, pour ne pas avoir déféré à un ordre de ses supérieurs.

Si l'Administration le juge utile, elle enverra auprès du malade un médecin contrôleur, qui fera un rapport sur l'état de l'agent. Ce médecin contrôleur ne peut être le médecin du malade.

Mais, le médecin peut avoir été nommé, par l'administration, médecin de cette collectivité. Or, ces fonctions comportent souvent l'obligation, pour le praticien, de se considérer comme étant le représentant de l'administration.

Ainsi, ce qu'on appelle médecins assermentés sont des praticiens qui ont prêté — ou sont supposés avoir prêté — le serment de dire la vérité et toute la vérité à l'administration qui les a commis.

Ces médecins sont nommés aux fins de vérifier si les agents sont véritablement malades, quelle sera la durée de l'incapacité de travail, etc.

Ils doivent également examiner les fonctionnaires candidats à un congé de maladie.

Là se borne leur rôle administratif.

Mais, pour faire la cour au médecin assermenté, qui dispense des congés, au nom de l'administration, les fonctionnaires et agents s'adressent à lui, quand ils sont malades, pour que celui-ci leur donne ses soins, contre honoraires.

Consulté par l'administration, quelle doit être la conduite de ce praticien ?

Représentant l'administration, il doit à celle-ci toute la vérité, en ce qui concerne les agents ; mais, médecin traitant, choisi par ces derniers, il leur doit le secret professionnel. Cette confusion des fonctions, chez le même praticien, peut conduire à des conflits.

Aussi est-il préférable que le médecin assermenté d'une administration ait le courage de renoncer à la clientèle payante de ces agents. Et cependant, c'est la recherche de cette clien-

tèle, qui conduit certains médecins à se faire assermenter !

Furieux de constater que son médecin a, par dessus sa tête, adressé à l'administration un certificat dévoilant le diagnostic de sa maladie, un agent le poursuivrait devant le tribunal correctionnel pour violation de l'article 378 du code pénal, le praticien pourrait parfaitement être condamné.

Aussi, lorsque le même praticien est à la fois contrôleur et médecin traitant, agira-t-il sagement en remettant son certificat médical au malade lui-même, qui en fera tel usage, qu'il croira devoir en faire, s'il n'a pas ce courage, ni la prudence de se refuser à soigner des malades, qu'il doit contrôler.

Le médecin ne peut correspondre directement avec l'administration que pour des agents dont il n'est pas le médecin traitant.

Dans le cas, qui nous est soumis, un autre point est à considérer : c'est en sa qualité de médecin d'hôpital que notre confrère a été prié d'indiquer à l'administration des P. T. T. le diagnostic précis de l'affection, qui a provoqué l'hospitalisation d'un facteur !

Le médecin d'hôpital n'a pas de diagnostics à fournir à une administration étrangère à l'établissement. Il n'a pas à répondre à une demande de renseignement ; il doit soigner tous les malades, admis dans ses salles et qui lui sont confiés par la Commission administrative de l'établissement.

Il est donc toujours lié par le secret professionnel vis-à-vis des tiers.

Au lieu de s'adresser au médecin de l'hôpital, l'administration en question aurait pu demander au directeur de l'établissement de lui indiquer le diagnostic du facteur hospitalisé.

Elle aurait essuyé le même refus, car un directeur d'hôpital est également tenu au secret professionnel.

Par conséquent, le docteur Armand a parfaitement bien fait, en respectant la loi du silence.

Dr Paul Boudin.

Baux et Locations.

3981. — Récupération des impôts par le propriétaire sur le locataire.

Mon propriétaire a augmenté mon loyer d'un peu plus de 125 % ; je n'avais rien à dire. Cette année — car je dois vous dire que j'ai un bail verbal à l'année, il me fait supporter le sixième des impôts *totaux* de son immeuble ; nous sommes dix locataires. Il me semble que dans ce cas, il outrepasse ses droits, et pour moi cette charge qui se chiffre par 292 fr. me semble exagérée.

Dr O.

Réponse.

Pour pouvoir répondre avec précision à la question que vous nous posez, nous aurions besoin de connaître votre situation exacte en tant qu'occupant des locaux. Etes-vous sous le régime de la prorogation de la loi du 1er avril 1928, après dénonciation de votre contrat de location ? ou bien, au contraire, êtes-vous toujours locataire en vertu d'un contrat de location verbale n'ayant jamais été dénoncé ?

Dans le premier cas, vous n'avez à supporter, en outre de l'augmentation de 125 %, que votre part proportionnelle dans la majoration, par rapport à 1914, des impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt cédulaire foncier qui doit rester en entier à la charge du propriétaire.

Dans le second cas, le propriétaire ne peut récupérer sur vous l'impôt foncier que si une clause du contrat de location vous oblige expressément à le payer.

3929. — Prorogation ; taux limite du loyer

Vous seriez bien aimable de me faire parvenir une réponse concernant la question des loyers, réponse que je pourrai montrer à qui de droit, car chacun explique la loi à sa façon.

J'ai, à dater du 1er décembre 1917, un bail de 15 ans, résiliable la 9e et la 12e année ; mon propriétaire m'a prévenu de partir pour le 1er décembre prochain.

Je crois être en droit de rester jusqu'au 1er avril 1931, ma maison étant une habitation à usage professionnel et pour les conditions suivantes dans lesquelles je me trouve. Cette maison, habitée en 1914 par le propriétaire (qui a la maison où il reste actuellement en propriété, et n'a ni ascendants ni descendants), avait en 1914 une valeur locative de 800 fr. environ.

En 1915, la réévaluation lui a donné une valeur locative de 2.900 fr.

Je paye 3.000 fr. de loyer.

Donc :

1° Puis-je rester jusqu'au 1er avril 1931 ? (usage professionnel, ville au-dessous de 100.000 habitants, loyer moindre que 2.500 fr. en 1914).

2° Comme la réévaluation locale a porté la valeur locative de 1914 de 800 fr. à 2.900 fr. (je paye 3.000 fr.), peut-on m'augmenter jusqu'au 1er avril 1931, ou dois-je rester à 3.000 fr. puisque la réévaluation de 1926 n'a pas atteint ce dernier chiffre ?

3° Je préfère ne jamais répondre aux lettres du propriétaire : il va certainement m'attaquer devant le juge de paix pour me faire partir ; alors, que faire et que dire ?

Dois-je tenter d'avoir un nouveau bail, avec augmentation naturellement, ou vaut-il mieux et suis-je en droit de rester avec mon bail de 3.000 fr. jusqu'au 1er avril 1931 ?

Dr F.

Réponse

La loi du 1er avril 1928 sur les loyers est applicable dans votre ville. Il en résulte que, lorsque votre bail sera expiré, vous bénéficierez de plein droit, sans avoir aucune formalité à remplir, sans même avoir à la demander, de la prorogation instituée par cette loi, et ce jusqu'au 1er avril 1931.

Tant que durera cette prorogation, votre propriétaire n'aura pas le droit de reprendre la maison pour son usage personnel, car le droit de reprise que la loi réserve au propriétaire ne peut jamais s'exercer sur un local affecté en tout ou en partie, comme c'est votre cas, à l'exercice d'une profession.

Au cours de la prorogation, vous aurez à payer un loyer conforme à la taxation de la loi du 1er avril 1926, taxation qui doit être révisée à partir du 1er avril 1929. Cette taxation est actuellement égale au loyer de 1914, majoré de 125 %, plus certaines charges qui, en cas de forfait, ne peuvent excéder 15 % du loyer majoré.

Le loyer que vous payez actuellement dépasse de beaucoup le taux-limite, puisqu'il atteint près de quatre fois ce loyer de 1914. Dans les six mois de la promulgation de la loi du 1er avril 1926, vous auriez pu en demander la réduction. quoi qu'il en soit et quel que soit le taux d'augmentation qui sera fixé à partir du 1er avril 1929, jamais il n'atteindra la différence entre le loyer actuel et la taxation légale. Vous pouvez donc être certain de n'avoir à subir aucune augmentation pendant la prorogation. Il serait possible même de soutenir qu'en raison de la dénonciation du bail par le propriétaire, c'est seulement le taux-limite que vous auriez à payer au cours de la prorogation.

Si votre propriétaire veut malgré tout tenter de reprendre votre maison, c'est le tribunal civil et non le juge de paix qui devra être saisi, en raison du loyer. Il est bien probable que s'il prend conseil, il renoncera à une telle action.

Vous n'auriez intérêt à refaire un nouveau bail que s'il vous assurait une jouissance bien plus longue que la prorogation, neuf années par exemple, mais à votre seule volonté.

A votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Accidents du Travail.

3886. — Honoraires pour visite de contrôle d'accidents du travail.

1° Quel est le prix d'une expertise lorsque l'agent de la compagnie d'assurance prie un médecin de lui fixer le taux d'incapacité permanente d'un blessé.

2° Quel est le prix d'une expertise lorsque la compagnie prie le juge de paix d'envoyer une requête à un médecin pour expertise afin de savoir si le blessé est guéri ou non, trouvant que la guérison traîne en longueur. Dr L.

Réponse.

Dans les deux cas que vous citez dans votre lettre, il ne s'agit pas d'expertise, à proprement parler, mais d'une mission de contrôle qui vous est confiée par une Compagnie d'assurances, dans son intérêt particulier.

Il ne peut être question, dans ces conditions, d'une tarification quelconque de vos honoraires. A vous de vous entendre directement avec la Compagnie pour la fixation de votre rémunération conformément au droit commun.

En pratique, il est d'usage de demander en pareille circonstance de 40 à 60 francs, y compris la rédaction du rapport ou certificat à fournir à la compagnie.

COMMUNIQUÉ

Conseil d'arrondissement de Rochefort-Marennes.

Au cours de sa séance, le conseil d'arrondissement a émis les vœux suivants présentés par MM. les Drs Houllier et Rullier :

Les conseillers d'arrondissement soussignés demandent au conseil général de vouloir bien s'entendre avec la ville de Marennes et l'Etat, afin de transformer en sanatorium pour tuberculeux osseux et ganglionnaires, la caserne de Marennes occupée actuellement par un bataillon du 144e régiment d'infanterie qui va être dissous à la date du 1er novembre 1928.

La défense nationale n'en serait certainement pas atteinte, car, au lieu d'y loger un bataillon squelettique, ce magnifique local construit sur un emplacement merveilleusement choisi, en plein climat maritime, aurait un but hautement humanitaire et serait un précieux auxiliaire pour combattre ce fléau redoutable qui s'appelle la tuberculose.

Drs H. Houllier et Rullier.

Les conseillers d'arrondissement soussignés demandent, dans un but d'économie très urgent pour les finances de l'Etat, que l'extension de la loi du 31 mars 1919 aux jeunes soldats appelés sous les drapeaux depuis la dernière guerre mondiale, ne leur soit pas appliquée ; que le Parlement précise que la loi des pensions de 1831 est remplacée par la loi du 31 mars 1919, en spécifiant que les soins gratuits inscrits dans la dite loi soient réservés seulement aux pensionnés de la guerre 1914-1918, au même titre que les avantages attribués aux pupilles de la nation par la loi du 27 juillet 1917 ont été réservés aux seuls enfants de ceux qui ont participé à la guerre.

Ils demandent donc instamment au Parlement qui doit être tout dévoué aux intérêts de la nation dont il a la lourde charge, de voter cette modification de la loi du 31 mars 1919.

Drs H. Houllier et Rullier.

Cinquantième année — N° 51 — 16 Décembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier Ricour, J. Gaston (*Clin. p. enf.*), S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot
Cannes : Abadie, Campana Caruette L. Dubief, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), Kent-Gazet, Makereel.
Cap-d'Ail : Lyons.
Cap-Martin : Griffault.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Minelle, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant, Bernard C.
Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*derm.*), Gaudichon (*oto-lar.*), Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Phipps (*derm.*), Piettri, Potheau (*E.*) Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël - Valescure : Caldagués. Léon Clément, (*clin. chir.*), Théo Roux, Vadon.
Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)
Vence : Boulba *Mal. poum.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud, Devoir (*Le Home Médical*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs NAUD, des Lucs et VIVIER-LIBERGE, de Cognac, la somme de quinze francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 525. — Doct. méd. gén., marié, actif, sér. réf., demandé pour Bretagne.

No 526. — Jeune méd. dés. acheter partie compt. poste avec fixes import., mines, usines, assurances, ch. de fer, pouvant être desservi sans auto de préférence.

No 527. — Vve conf. désire vendre : 1o aspirateur Potain ; 2o appareil Vaquez '; 3o thermocautère (couteau et pointe) ; 4o boite accouch. avec forceps Tarnier, 2 pinces, valves.

No 528. — A vend. au plus offrant : 1o collection complète du *Concours médical* ; 2o dictionn. encyclopéd. de Dechambre en 100 vol.

No 529. — Achèterais à Paris clin. de consultations ou polyclinique importante. Adresser offres détaillées.

No 530. — Banl. imméd. 12 km. Paris, à prendre de suite, cabinet méd. génér., 200 fr. par jour minimum, affaire d'avenir, pavillon 5 pièces, légère indemn. compt.

No 531. — A vend. appareil de diathermie Heitz-Boyer 2000 milliamp., compris pédale, parf. état, 2.600 fr., port en sus. Dr Dousset, Isle-Jourdain (Gers).

Nº 532. — Occas. except. torpedo Ford type 1927, 5 pl., nombr. access., très peu roulé, état neuf, cause double emploi, 6.000 fr., dernier prix. Dr Olivier, Villa Lunier, à Blois.

Nº 533. — Dr désire gérance d'un anc. poste pro-phar. ou long remplac. méd. générale, succèderait si on désire.

Nº 534. — A céder : 1º Normandie. Très anc. poste sur ligne Granville, rapp. 50.000 en augment., pet. rayon facile à bicycl., belle maison bien agencée, gr. jardin. Indemn. 10.000 dont moit. compt.

2º Orléannais. Seul méd., client. rurale avec un peu de stomatol., rapp. 140.000, maison neuve moderne, 9 p., dépend., ch. central (eau ch. et froide). Indemn. 90.000, comprenant mat. méd. de pet. chirurgie en excell. état et mat. dentaire.

3º Côte d'Azur. Stat. hivern. et estivale très dévelop. client. rapp. 72.000 dont fixe, loyer 2.000, villa 7 gr. pièces et salle bains. Indemn. 30.000, dont 25.000 compt, en plus appar. radio.

4º Pas-de-Calais, contre faible indemn., poste rapp. 100.000, seul méd. pro-pharm., méd. Cie du Nord, maison 7 p., jardin.

5º Région très agréab. de la Limagne, 40 km. Vichy (chasse, pêche), très vieux poste, rapp. 80.000, belle client. en partie châteaux, maison agréab. On céder. urgence 20.000 pour cause chang. situat.

S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

— La clin. de Vaugirard, 8 *bis*, rue Léon-Delhomme (15e) fait seule ou avec des confrères les accouchements à forfait.

— Dr Molin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Le Trynol aux sels de silicium. lipoïdes colloïdaux et hypotenseurs, est préparé d'après les expériences concluantes du prof. Gouget. **Le Trynol** décholestérinise et décalcifie les artères. C'est le spécifique de l'artériosclérose. La cure doit être prolongée. Vérifiez son action sur vos artérioscléreux. Envoi gratuit de boîte et littérature. Pharm., 32, avenue Carnot, Paris.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc. 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — MM. Bierry, de Marseille, et Mathis, de Dakar, sont élus correspondants nationaux dans la quatrième division (*Sciences biologiques, chimiques, physiques et naturelles*).

— La remise de la médaille au **Dr Le Noir**, aura lieu dimanche 23 décembre, à 10 h. 1/2, à l'Hôpital St-Antoine.

— **Le prix littéraire du « Siècle médical » décerné au Dr Gilbert Robin.** — Le prix littéraire du *Siècle médical* (prix de 15.000 fr.) vient d'être décerné au Dr Gilbert Robin, ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris, pour son roman inédit, intitulé : *Noël Mathias*. Le Dr Gilbert Robin appartient à la brillante phalange de médecins littérateurs qui réunit les Duhamel, Luc Dur-

tain, Charles Richet et tant d'autres dont les œuvres ont leur place parmi les meilleures et les plus appréciées. Le *Concours médical* est heureux d'exprimer à son distingué collaborateur, M. Gilbert Robin — en littérature Gil Robin — ses plus vives félicitations.

Nous avons plaisir, d'autre part, à signaler parmi les manuscrits adressés au *Siècle médical* et remarqués par le jury du prix littéraire, les envois de M. Léo Gaubert (*Les Filets Bleus*), de Mme Suzanne Dejust (*Chauffage central*), et de M. Louis Charron (*L'empreinte de l'autre*).

— **A.D.R.M.** *Dîner des médecins brésiliens.* — Mardi dernier, un grand banquet, réunissant près de 200 convives, a été offert par l'*Association pour le développement des relations médicales* (A.D.R.M.) aux membres de la Mission médicale brésilienne. A ce banquet, présidé par M. Georges Dumas, assistaient son S.E. l'Ambassadeur du Brésil, les Représentants de toutes les Républiques de l'Amérique latine, M. le Directeur de l'Enseignement supérieur, M. le Doyen, la plupart des professeurs de la Faculté, un grand nombre de membres du corps des hôpitaux, etc. Etant donné le deuil qui vient de frapper la nation brésilienne, les toasts habituels dans de pareilles réunions ont été supprimés. M. Georges Dumas, en quelques phrases émues, a exprimé les sentiments de tristesse qu'avait causés en France, le matin même, la nouvelle du terrible accident qui a provoqué la mort d'une série de savants brésiliens, dont plusieurs étaient ses amis personnels. Le prof. Hartmann, président de l'A.D.R.M. a montré le développement considérable de cette association qui, au cours de 1928, a reçu 2.281 médecins étrangers. L'A.D.R.M., toujours heureuse de recevoir des médecins étrangers, l'est encore plus lorsqu'elle a l'occasion de voir à sa table les représentants d'un pays ami comme le Brésil. Il a évoqué les réceptions inoubliables que font aux médecins français nos collègues de l'Amérique latine et a vivement engagé ses compatriotes à traverser l'Atlantique, sûrs, non seulement qu'ils trouveront un accueil enthousiaste, mais qu'ils verront en Amérique du Sud des nations en évolution scientifique rapide et des installations que peuvent envier les habitants de la vieille Europe.

— **Inauguration de la chaire de clinique de la tuberculose.** — La chaire de clinique de la tuberculose, récemment créée avec l'aide du Conseil **général** de la Seine, à la Faculté de Paris ,a été inaugurée le 14 novembre, au Dispensaire Léon Bourgeois de l'hôpital Laennec. Dans sa leçon d'ouverture, M. le prof. Léon Bernard a montré que la phtisiologie était actuellement, au même titre que la syphiligraphie, une spécialité et qu'elle méritait cette qualification, surtout au point de vue prophylactique et social. Parlant de son enseignement proprement dit, M. Léon Bernard en a indiqué les grandes lignes dans le programme suivant : 1° enseignement élémentaire pour les étudiants ; 2° enseignement complémentaire pour les médecins ; 3° préparation pour les médecins spécialistes des dispensaires et sanatoriums.

— **Assemblée générale de l'Association des médecins de l'Avant.** — L'Association des médecins de l'Avant, forte de ses 1.296 inscrits, tous médecins ayant servi dans les régiments ou les ambulances divisionnaires, a tenu, sous la présidence du Dr Caujole, mutilé de guerre, député et conseiller général de la Seine, son assemblée générale annuelle, le samedi 24 novembre 1928, au Foyer Médical, 10, avenue d'Iéna.

Elle a élu son bureau de la manière suivante :

Président : Dr Caujole, O.L.H., 6 citations ;

Vice-présidents : Docteurs Pierre Perrin, de Brichambault, O.L.H., 18 citations et Patou, L.H., croix de guerre ;

Secrétaire général : Dr de Médevielle, L.H., 4 citations ;

S. G. adjoint : Dr O'Followel, O.L.H. ;

Trésorier : Dr Iribarne, L.H. ;

Tr. adjoint : Dr Foatelli, L.H., croix de guerre.

Elle a en outre donné à son bureau le mandat impératif de poursuivre cette année la réalisation d'un programme minimum de revendications.

1o Groupement des diverses associations de médecins de guerre en une *Fédération nationale des médecins du Front.*

2o Emplois réservés médicaux.

3o Application de la loi Loucheur aux médecins de l'Avant pour construction de maisons à loyer moyen (jusqu'à 100.000 fr.).

4o Retraite des médecins de l'avant avec création d'un timbre spécial à leur profit à apposer sur les spécialités pharmaceutiques.

5o Augmentation du pourcentage des Légion d'honneur, pour rejoindre le taux des autres officiers.

Ce programme va faire l'objet d'une action incessante de la part des médecins de l'avant, et tout sera mis en œuvre pour sa réalisation prochaine.

(Association des médecins de l'Avant, 62, rue Erlanger, Paris, 16e.)

— **Société de pathologie comparée** (Siège social : 7, rue Gustave-Nadaud, Paris, 16e). *Séance solennelle.* — La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée a eu lieu le mardi 11 décembre 1928, au Foyer médical franco-international, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique, du Ministre de l'Agriculture, du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et du prof. L. Mangin, directeur du Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut.

L'ordre du jour comportait les rapports et communications suivantes relatives aux médicaments et aliments irradiés :

M. Armand-Delille : Traitements par les ergostérines irradiées.

M. R. Lecoq : Irradiation ultra-violette et vitamines. Synthèse, extraction et essais de caractérisation de la vitamine antirachitique.

M. le prof. Maignon : La vitamine antirachitique, au point de vue physiologique.

MM. Foveau de Courmelles et J. Risler : Appareils et procédés d'irradiation.

MM. Piettre et Chrétien : Etude biochimique de l'agglutination. Sur quelques propriétés nouvelles des protéines.

M. G. Rosenthal : Hospitalisation rationnelle. — Suppression de la salle à tout faire.

Mme Francillon Lobre et M. Jean Dalsace : Radiodiagnostic et traitement de la stérilité d'origine tubaire (avec projections).

M. Lissot : Mécanisme de la Mutation du lapin castorex.

MM. Urbain et Barotte . Sur les altérations du pain.

— **L'Orchestre médical.** — L'Orchestre médical, qui vient de reprendre ses répétitions, a constitué son comité de la façon suivante . Président, M. le Pr Villaret ; vice-présidents, docteurs. Didsbury et Maurice Renaud ; secrétaire général, Dr Louis-Henri Destouches ; secrétaire-adjoint, Dr Burnier ; trésorier, Dr Mounier ; délégués, docteurs Bloch-Wormser, Morhange, Plichon et Théron ; chef d'orchestre, M. Jean Manuel.

Les médecins musiciens et leur famille (femmes, fils et filles de médecins), désireux de faire partie de cette brillante phalange artistique, n'auront qu'à adresser leur demande au Dr Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard, Paris (5e).

— **Hôpital Foch**, 60, rue Vergniaud, Paris, 13e. — Le Dr Léon GIROUX a repris ses conférences de *cardiologie* le dimanche deux décembre 1928, à 10 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— **Préfecture de la Seine.** *Internat de l'hospice Paul Brousse.* — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul Brousse, 14, avenue des écoles, à Villejuif (Seine) et éventuellement pour le recrutement d'un interne en médecine au centre anti-cancéreux de la banlieue parisienne s'ouvrira le 11 février 1929.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine (3e bureau, annexe Lobau, service de l'Assistance départementale) jusqu'au 22 décembre 1928.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours de laryngologiste adjoint.* — Une place de laryngologiste adjoint à l'hôpital des Enfants est mise au concours. Inscriptions avant le 4 février 1929 au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux.

— **Hôpitaux de Tours.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Tours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lieffring, Vassor, Mlles Sourdillon et Truche ; internes provisoires : MM. Couléon et Barbot.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : Mlle Bailly, MM. Marie, Gratier, Mlle Cuvier, MM. Richard, Maugenest, Bergeault, Boivin, Gavrel, Marnet, Loiseau, Servanton, Sirot, Chazeaud, Rouzaud, Prat, Chevreau, Fruchon.

— **Département des Ardennes.** *Avis de concours pour la nomination de trois médecins inspecteurs d'hygiène adjoints.* — Un concours sur titres pour trois emplois d'inspecteur adjoint des services d'hygiène du département des Ardennes, est ouvert à Mézières, jusqu'au 31 janvier 1929.

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Les candidats admis ne seront titularisés qu'après un stage d'un an.

Les candidats devront être Français ou naturalisés français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre à trois francs soixante centimes, devra être adressée à M. le Préfet des Ardennes (cabinet) avec le dossier réglementairement composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous avant le 31 janvier 1929, dernier délai.

1° Adresse exacte où la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée.

2° Acte de naissance.

3° Copie certifiée conforme du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

4° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté.

5° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

4° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de services.

7° Exposé des titres, travaux, services.

8° Un exemplaire des principales publications.

9° Engagement, en cas de nomination, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à l'emploi sollicité et de ne prétendre à aucune fonction ni à aucun mandat publics.

10° Engagement, en cas de nomination, à rester en fonctions dans le département, pendant une durée minima de trois ans.

11° Engagement, en cas de départ par démission ou autrement, de continuer à assurer le service pendant trois mois au maximum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 31 *janvier* 1929.

Le traitement annuel de début attaché à ces fonctions est de 27.000 francs, soumis aux retenues prévues par le règlement de la caisse départementale de retraites, auquel s'ajouteront les indemnités ordinaires (résidence, charges de famille) touchées par les fonctionnaires du département.

Les frais de séjour et de déplacement seront réglés sur justifications suivant le tarif prévu pour le groupe 2 des agents départementaux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *novembre.*

Hygiène publique

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur du service départemental d'hygiène.

L'emploi d'inspecteur du service départemental d'hygiène, dans le département de la Moselle, est susceptible d'être prochainement vacant.

Le traitement attribué à la fonction est fixé à 27.500 fr., pour atteindre 37.500 fr. par échelons successifs de 2.500 fr. les frais de déplacement sont fixés à 6.720 fr. Indemnité de résidence et pour charges de famille (barème de l'Etat). Eventuellement, indemnité familiale (marié, 800 fr. ; 1 enfant, 1.000 fr. ; 2 enfants, 1.200 fr. ; 3 enfants, 1.500 fr. ; 4 enfants, 1.800 fr. ; 5 enfants, 2.200 fr., etc.). Affiliation à un régime de retraite.

Le nouveau titulaire de l'emploi sera désigné après un concours sur titres.

Les inscriptions en vue de ce concours sont reçues à la préfecture de la Moselle.

Les candidats produiront :

1° Demande sur papier timbré ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Certificat de services militaires ;

5° Casier judiciaire ;

6° Engagement, dans le cas où ils seraient nommés dans l'emploi mis au concours, de se consacrer exclusivement à la fonction, de s'abstenir de toute clientèle et de rester au service du département de la Moselle pendant six ans au moins ;

7° Certificat médical délivré par un médecin assermenté attestant qu'ils sont valides et peuvent remplir en toute activité les devoirs de leur charge ;

8° Note faisant connaître leurs titres scientifiques, l'état de leurs services et toutes pièces justificatives à ce sujet.

Les candidats devront indiquer s'ils ont la connaissance de la langue allemande.

30 *novembre.*

Service de santé colonial.

Instruction pour l'application du décret du 22 aout 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

Instruction pour l'application du décret du 22 aout 1928 instituant un concours pour le titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du service de santé colonial.

Instruction concernant l'organisation et le service intérieur de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales suivie d'un arrêté *fixant le*

nombre et la répartition des professeurs et chefs de service de cette école.

Instruction relative aux concours pour le titre de professeur agrégé de l'école d'application du service de santé colonial.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

Ces instructions et circulaire seront publiées ultérieurement en partie dans le corps du journal.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant au quartier d'aliénés annexé à l'hospice de Tours, par suite du départ de M. le Dr Pignède.

1er *décembre.*

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur en or a été décernée, à titre posthume, à M. le Dr Brisset, décédé des suites d'une maladie contractée en service.

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Etudiant préparant thèse sur la répression du charlatanisme, désire recevoir documentation à ce sujet. Enverra en échange un exemplaire de sa thèse.

Ecrire : « Etudiant », 4, rue Jules-Delpit, Bordeaux.

Comment recolorer les cheveux blancs peladiques et assurer la repousse de ceux-ci,

Par le Dr Ed. Crouzel.

Dans le numéro du 4-XI-28, du *Concours médical*, le Dr Louis Bory indique les moyens propres à remédier aux suites peladiques de la décoloration des cheveux. Un moyen bien simple et qui m'a toujours réussi, dans ce but, consiste à tamponner, matin et soir, des plaques peladiques, avec une solution de *polysulfure de calcium.*

Ce produit s'obtient facilement par l'ébullition prolongée de 1 litre d'eau avec 30 grammes de *soufre* sublimé et 20 grammes de *chaux vive.* On filtre le liquide jaune obtenu.

Si cette *lotion* agit trop énergiquement sur certains téguments trop sensibles il suffit d'y ajouter q.s. d'eau de pluie à défaut d'eau distillée. Au préalable, pour faciliter la pénétration du liquide, on peut provoquer la dilatation des pores par un lissage avec un fer à repasser, bien chaud, avec interposition, bien entendu, d'un linge ou d'un morceau de flanelle.

Dans le but d'augmenter l'efficacité de cette *lotion* on peut exposer les plaques peladiques aux rayons solaires ou, à défaut, à ceux d'une source de lumière quelconque projetée sur ces plaques. Par ce moyen, on assure, assez rapidement, la repousse des cheveux.

La constitution de la Confédération des Syndicats médicaux français

Après les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux de France et de la Fédération nationale des Syndicats médicaux, organisations qui se sont fondues en une unique Confédération des Syndicats médicaux français, a eu lieu l'Assemblée générale constitutive de la nouvelle Confédération. Tous les membres du Conseil avaient été élus par les Collèges régionaux des Syndicats, sauf deux, qui furent élus par les délégués des Syndicats qui n'avaient pu s'agréger à un Collège électoral. Le Conseil s'est aussitôt réuni et a nommé son bureau :

Président : M. le Pr Balthazard.

Vice-présidents : M. le Dr Dibos et M. le Pr Vanverts.

Secrétaire général : M. le Dr Cibrie.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Hilaire.

Trésorier : M. le Dr Piot.

Les *Collèges régionaux* avaient élu comme administrateurs :

MM. Juge (Marseille), Rivoire (Nice), Priolo (Brive), Hervy, suppléant (Limoges), Decourt (Mitry-Mory), Dibos (Mont-de-Marsan), Clavelier (Toulouse), Eltrich (Alençon), Seyer (Rouen), Caillaud (Orléans), Esbach, suppléant (Bourges), Albert (Sarthe), Richard, suppléant (Montoire-sur-Loir), ; Balthazard, Cibrie, Hartmann, Piot (Paris), Fanton d'Andon (Charenton), Hilaire (Levallois), Gaussel (Montpellier), Grimaud, suppléant (Nîmes), Zipfel (Dijon), Guillaume, suppléant (Chaumont), Legros (Bordeaux), Lescarret, suppléant (Béliet), Witas (Alger), Nordmann (Colmar), Lecat (Béthune), Renon (Niort), Bobrie, suppléant (La Rochelle), Vanverts (Lille), Gossart (Ribécourt), Giry (Briey), Billaud (Nantes), Garnier, suppléant (Chalonnes-sur-Loire), Coste-Labaume (Lyon), Layral (Saint Etienne), Bouvat (Saint-Peray), Pageix, Dorel (Brioude), Cornet, suppléant (Clermont-Ferrand).

Quatre collèges interrégionaux assez bizarrement constitués, ont nommé comme administrateurs : les Drs Pierson (Saint-Mihiel), Jolicœur (Reims), Henncart, suppléant (Sedan), Marchais (Châteaulin), Marquis (Rennes).

Enfin, quelques Syndicats n'ayant pu ou voulu s'affilier à un collège régional ni à un collège interrégional mais comptant plus de 800 membres, ont constitué un *collège supplémentaire* qui a élu administrateurs : les Drs Duvernoy (Besançon), et François (Paris).

Le Conseil de la Fédération se compose donc de 38 administrateurs et de 10 suppléants.

Nous publierons dans un prochain numéro le tableau indiquant la composition de chaque collège.

GYNÉCOLOGIE

Les applications locales dans les affections gynécologiques douloureuses,

Par le Dr L. Pouliot,
Ex-interne des Hôpitaux de Paris.

La belladone est le médicament traditionnellement employé dans le traitement des affections douloureuses. Si, administrée par voie rectale, elle est presque toujours bienfaisante dans toutes les formes d'affections gynécologiques douloureuses, son administration vaginale ne semble efficace que dans les vulvo-vaginites aiguës, et notamment dans la phase critique de la blennorragie féminine. Dans les affections aiguës ou subaiguës du petit bassin, la belladone en ovules est quasi-inefficace ; son absorption doit être à peu près nulle. Trop souvent, le médecin appelé à soigner une poussée aiguë de périmétrite ou de salpingite, avec pelvi-péritonite plus ou moins nette, croit avoir tout fait, lorsqu'il a prescrit le repos au lit et les applications de glace. Tout indiquée qu'elle soit, cette dernière pratique ne suffit ni à calmer la douleur, ni à résoudre le processus inflammatoire. La sédation est beaucoup plus rapidement obtenue quand on y adjoint de petits lavements chauds, des suppositoires calmants (c'est ici que la belladone reprend ses droits), et des ovules. L'icthyol, le thigénol sont très fréquemment employés à cette fin, mais mon expérience personnelle m'a montré que, satisfaisants au point de vue de la décongestion et de l'évolution plus rapide vers la guérison, ces médicaments sont nettement inférieurs au vioforme comme analgésiques.

Dans les états chroniques, les douleurs qui ne sont pas sous la dépendance d'une névralgie pelvienne sont également justifiables des ovules glycérinés. Chaque fois qu'une malade nouvelle vient me consulter pour des lésions annexielles, souvent fort anciennes, je lui prescris toujours, outre de petits lavements chauds quotidiens, des ovules à introduire dix jours de suite ; après quoi je l'examine à nouveau.

Dans les formes non douloureuses, je varie mes agents médicamenteux, mais pour peu que la malade accuse des douleurs, c'est toujours avec des ovules au vioforme que je fais ce traitement d'épreuve.

Pour être moins manifeste que dans les affections aiguës, l'action analgésique du vioforme m'y paraît encore très supérieure à celle des autres médicaments.

Voir la suite page LV-3619

PROPOS DU JOUR

L'illusion des statistiques.

Un nouvel exemple : La statistique des frais médicaux et pharmaceutiques pour les accidents du travail de 1910 à 1927.

Nous avons à maintes reprises mis ici en garde nos lecteurs contre l'illusion des statistiques, notamment à propos des chiffres fantaisistes que l'on publie sur la morbidité et la mortalité en France, et sur les diverses maladies qui en sont les causes. Or, nous avons reçu communication de la statistique suivante, publiée par la revue : l'*Assurance moderne*, du 30 septembre 1928 sur les frais médicaux et pharmaceutiques de 1910 au 31 décembre 1927 :

Les charges de l'assurance ouvrière contre les accidents du travail augmentent largement chaque année.

En particulier, les frais médicaux et pharmaceutiques ont suivi de 1910 *au* 31 *décembre* 1927 *la progression que nous exprimons ci-dessous* :

1910	6.342.043
1911	20.276.340
1912	24.758.928
1913	29.028.499
1919	45.898.757
1920	82.376.098
1921	94.189.612
1922	102.000.000
1923	111.500.000
1924	139.000.000
1925	161.000.000
1926	207.073.692
1927	258.636.026

Au premier coup d'œil, la progression de ces chiffres, habilement présentés avec des caractères typographiques de plus en plus volumineux, nous a très fâcheusement impressionné. Mais nous nous défions de notre premier mouvement et, après une très courte réflexion, nous nous sommes aperçu qu'ici, encore plus qu'ailleurs, nous étions victime de l'illusion des statistiques.

Examinons seulement les chiffres des années d'après guerre. En 1921, les dépenses médico-pharmaceutiques se sont élevées à 94.189.612 fr., tandis que cinq ans après en 1926, ils s'élevaient à 207.073.692 francs. Or, en 1921, le franc-papier valait au moins 0 fr. 50 centimes-or, tandis qu'en 1926, le franc papier est tombé à 0 fr. 20 centimes-or. L'écart des dépenses entre ces deux années n'est donc pas très sensible, surtout si l'on tient compte de l'augmentation considérable du prix des objets de pansements et des produits pharmaceutiques.

Ce n'est pas tout. Primitivement, la loi sur les accidents du travail de 1898 ne s'appliquait qu'aux salariés de l'industrie, auxquels on avait ajouté, en juin 1899, les ouvriers qui, dans les exploitations agricoles, conduisaient des machines mues par des moteurs inanimés.

Les avantages de la loi avaient été étendus, le 12 avril 1906, à tous les salariés de l'industrie et du commerce. Mais le 3 *aout* 1923, les bénéficiaires de la loi s'augmentèrent de tous les domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés à un titre quelconque, même les femmes de ménage.

En outre, la loi du 15 décembre 1922, qui avait fait rentrer les accidents agricoles dans le cadre de la loi de 1898, fut complétée et interprétée *largo sensu* par la loi du 30 avril 1926. Le nombre des assurés s'est donc considérablement accru du fait de l'extension donnée aux bénéficiaires de la loi, et l'augmentation progressive des dépenses médico-pharmaceutiques n'a donc rien d'anormal.

La différence de plus de 50 millions entre les frais de 1926 et ceux de 1927 paraît évidemment tenir aux accidentés agricoles.

Notons encore que les agents des diverses sociétés d'assurances se livrent à une très active propagande pour augmenter le nombre de leurs clients, que des milliers de petites exploitations agricoles (et elles sont nombreuses en France) avaient été jusqu'alors rebelles à l'assurance et en comprennent de plus en plus la nécessité ; le nombre des assurés est donc appelé à s'accroître tous les jours, et celui des frais médico-pharmaceutiques doit aller aussi en augmentant.

Pour avoir une statistique digne d'être prise en considération, il faudrait d'abord séparer les frais médicaux des dépenses pharmaceutiques ; puis, mettre en regard du chiffre de ces frais ceux

du nombre des assurés et du montant des primes versées pour leurs assurances, et enfin, établir des rapports entre eux. Ce sont ces rapports, loyalement établis chaque année, qui pourraient faire soupçonner, par leur modification, la généralisation plus ou moins grande des abus qui peuvent se commettre en matière de soins donnés aux accidentés du travail. Mais, en raison des observations que nous venons de faire, nous sommes obligé de considérer la statistique publiée par l'*Assurance moderne*, malgré ses chiffres impressionnants, et qui paraissent d'autant plus accablants qu'ils ne sont suivis d'aucun commentaire, comme dénuée de toute signification réelle. C'est encore un cas d'illusion des statistiques.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Influence du tempérament sur le caractère. (1)

M. le professeur-agrégé LAIGNEL-LAVASTINE.

Voici une femme réglée à 14 ans et dont les règles ont toujours été normales jusqu'en 1922. En 1927, elle a subi, comme traitement palliatif d'un fibrome, l'ablation des deux ovaires. Depuis l'opération, elle présente une diminution de l'attention, ne peut faire un effort intellectuel prolongé. Elle a un goût plus marqué pour la solitude, une impatience plus vive, des réactions coléreuses, une émotivité beaucoup plus grande. Son imagination est plus vive pour les choses tristes, sa sollicitude plus marquée pour la santé des siens. Elle éprouve des bouffées de chaleur périodiques. Son sommeil est entrecoupé de cauchemars, avec visions de cimetières et d'enterrements.

Cette femme a toujours été une nerveuse, une émotive, mais c'est depuis la guerre, et surtout depuis cette *ovariotomie*, que s'est accrue son émotivité, qu'elle est devenue anxieuse, et que sont apparues les bouffées de chaleur.

Actuellement, cette femme est soumise à l'opothérapie ovarienne. Elle prend 3 fois par jour, pendant dix jours chaque mois, un cachet d'extrait d'ovaire de Choay. Pendant la période où elle prend ces cachets, elle a remarqué que ses bouffées de chaleur diminuent, qu'elle est moins émotive, que son humeur est moins triste et que son anxiété s'atténue. Elle n'a pas remarqué d'influence sur la capacité d'attention et la mémoire.

En analysant les manifestations observées chez cette femme, on s'aperçoit que les différents troubles mis sur le compte de l'ovariotomie ne se comportent pas tous de la même manière.

Nous avons trouvé des troubles de l'émotivité, de l'attention, de la fatigabilité et de la mémoire.

Parmi les manifestations sympathiques, il y en a une qui paraît liée à l'opération et qui est modifiée par l'opothérapie, ce sont les *bouffées de chaleur*, qui sont des réactions vaso-motrices à type de vaso-dilatation, et sont manifestement en rapport avec une modification de l'excitabilité vago-sympathique consécutive à l'ablation des ovaires, mais l'*émotivité* paraît due à l'hyperfonctionnement réactionnel secondaire des autres glandes endocrines, car vous savez qu'il existe un *concert endocrinien* ; j'y ai longuement insisté. Vous savez les corrélations qui existent entre l'ovaire et la thyroïde. Cette *émotivité anxieuse*, que nous retrouvons si souvent dans l'*hyperthyroïdie*, se retrouve chez les ovariotomisées.

Quant à la diminution de la *mémoire*, dont se plaignent beaucoup de ces malades, les mécanismes en sont complexes. Les émotifs ont souvent une diminution de l'*attention*, qui suffit à expliquer l'impression qu'ils ont d'avoir une diminution de leur mémoire, car les engrammes mnésiques se produisent moins, du fait de la perte d'attention. Mais je crois qu'il y a, chez beaucoup d'ovariotomisées, un ensemble rappelant ce qu'on voit à la *période pré-sénile* : un affaiblissement de la mémoire, un effort intellectuel plus pénible, une volonté un peu vacillante, une résistance moins énergique au désir, une diminution, comme disait Jean-Jacques Rousseau, de l'imagination, faisant moins facilement passer des sensations concrètes aux idées abstraites, une rêverie plus facile, un sommeil écourté. Ces mani-

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 15 février 1928, recueillie en partie et résumée par le Dr LAPORTE ; revue par le professeur.

festations sont comme la première ébauche d'une *involution sénile*.

Les facteurs endocriniens modifient essentiellement les nuances affectives (modifications de rythme, de rapidité), sans modifier la valeur intrinsèque de l'intelligence de l'individu, comme si ces facteurs agissaient à la manière de *catalyseurs* sur le métabolisme de l'encéphale. Ainsi on distingue les psychoses affectives des manifestations psychiques liées à des altérations de l'intelligence proprement dite. Bergson a dit : « Telle disposition physiologique est une condition nécessaire, mais non suffisante, de tel état psychique. »

Voyons si dans certains cas hormones, chalones, harmozones remplissent cette condition nécessaire.

Prenons l'influence d'une *hormone*. La thyroïde, disait déjà Brissaud, est la glande de l'émotion. L'hyperthyroïdie (maladie de Basedow) rend les malades émotives, inquiètes, anxieuses, coléreuses. Au contraire, l'hypo-fonction amène l'apathie, classique depuis le fameux Pacha de Bicêtre, myxœdémateux.

Prenons une *chalone*. Les expériences de Pézard montrent que l'injection de testicule à des poules, après extirpation préalable des ovaires, entraîne une évolution vers le masculinisme ; mais si on laisse les ovaires, cette évolution ne se produit pas, à cause de l'action frénatrice de la chalone ovarienne.

Il faut remarquer qu'après ablation des ovaires, les injections de testicule à des poules déterminent l'apparition de signes de *masculinisme*, particulièrement dans le plumage, mais que ces manifestations ne sont pas diffuses et *se localisent à certaines plumes*.

Il en est de même des modifications psychiques. Le psychisme doit être considéré comme constitué par une série de blocs d'origines plus ou moins hétérogènes, ayant chacun un seuil différent de sensibilité, de sorte que, par la suppression de telle hormone à telle période, ou, au contraire, par l'injection d'hormone, on peut provoquer des variations dans la stabilité des différents éléments psychiques comme, au point de vue morphologique, on produit des variations dans le plumage d'un animal.

Prenons une *harmozone*. Les troubles de l'hypophyse, par exemple, entraînent des troubles psychiques et physiques, l'acromégalie et des perturbations du métabolisme des hydrates de carbone et de l'humeur.

Les individus à réaction musculo-striée dominante sont des moteurs, des actifs. Ceux à réactions musculaires lisses sont des sympathiques, des émotifs. Lorsque les manifestations motrices font défaut, que l'individu rentre son émotion, celle-ci est plus somatiquement intense ; elle dérive sur le sympathique, et peut amener des perturbations dans l'organisme.

Les variations de l'affectivité et des manifestations sympathico-psychiques peuvent être en rapport avec les variations du métabolisme chimique. On a constaté une diminution de la richesse calcique et magnésienne de l'encéphale chez les hyperthyroïdiens. Or, nous savons que le calcium est un modérateur de l'excitabilité vago-sympathique.

Passons maintenant aux *réactions du tempérament sur le caractère*, à la suite des modifications des hormones féminines ou masculines.

Quand la castration ovarienne est faite à la période de développement, elle a une influence énorme sur la morphologie et sur la psychologie. Tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour admettre que les manifestations psychiques si fréquentes de la *puberté* sont liées à des variations dans le développement, en grande partie modifiées par l'apparition des sécrétions internes des ovaires, avec, secondairement, des réactions endocriniennes plus ou moins compensatrices. Les manifestations liées à la *menstruation* sont banales : l'hyperexcitabilité, les variations du caractère, existent chez quantité de femmes, dans les jours qui précèdent les règles. A ce moment, il y a une hyperexcitabilité à prédominance vagale. Au cours de la *gestation*, nous connaissons les variations métaboliques liées aux modificaitons des glandes endocrines, particulièrement de l'hypophyse, des surrénales et de la thyroïde, les variations de l'équilibre vago-sympathique et les modifications psychiques.

La *ménopause* ne paraît pas se faire d'un seul coup, et peut-être que la lenteur plus ou moins grande de la diminution des fonctions ovariennes joue un rôle dans l'apparition des manifestations réactionnelles liées à d'autres glandes, notamment à l'influence thyroïdienne. Il est possible que l'ovaire, même chez des femmes n'ayant plus de règles, continue à jouer un rôle dans leur évolution et empêche la sénescence précoce qu'on voit chez les castrées.

L'ablation du *testicule*, la castration faite pendant le développement, entraîne des manifestations morphologiques qu'on connaît bien chez les *eunuques*. Les manifestations sont peut-être moins importantes que chez la femme, car il se surajoute souvent une cause d'erreur en relation avec l'origine psychogenétique des modifications psychiques observées en pareille circonstance.

Mais la vie génitale, à la puberté, puis à l'automne de la sexualité, montre des modifications psychiques nettement liées aux variations du tempérament. Les résultats obtenus chez les séniles précoces par les greffes de Voronoff, et que Busquet obtient par la sérothérapie, ne sont pas uniquement des effets de la psychothérapie.

Il semble bien que l'introduction dans l'organisme de l'hormone qui manque, agit sur l'ensemble de l'organisme par des procédés chimiques et catalyseurs.

Il est certain qu'il y a, à la puberté, des dysharmonies, pour ainsi dire, physiologiques, et qui ne se font pas seulement dans la morphologie, qui se font aussi dans le caractère. Ces transformations sont sous l'influence de l'hypophyse. *Le psychisme apparaît comme une mosaïque.* Il y a un certain nombre de pièces sur lesquelles les hormones de l'hypophyse agissent plus que sur les autres. Il en résulte une dysharmonie psychique, analogue à la dysharmonie morphologique. C'est l'*inquiète adolescence*, sur laquelle on a tant écrit.

L'influence des *surrénales* se manifeste en particulier par l'asthénie avec modification très nette de la courbe musculaire, chez les addisoniens.

La rétention de la bile, la *cholémie*, ralentit et modifie le psychisme.

Il faut tenir compte également de l'excitabilité de certaines parties du système nerveux. Les gens, chez qui prédomine le fonctionnement du système moteur strié, ont un potentiel moteur à dépenser tel que, lorsqu'il ne se dépense pas, l'individu est dans un état de gêne, d'inquiétude, d'excitation déprimante ; au contraire, il y a une *euphorie* que nous avons tous ressentie, en rapport avec un *bon fonctionnement du système moteur strié*, comme l'a montré René Porak.

Ceux, au contraire, dont le comportement est surtout vago-sympathique, ou à musculature lisse, ceux dont le tempérament est vagotonique, font des réactions sécrétoires ou musculaires lisses ; ils ont facilement de la diarrhée, des sueurs énormes sous l'influence des émotions.

On peut, par conséquent, concevoir une *théorie physique de l'émotivité* ; les variations de l'excitabilité musculaire lisse seraient en partie tout au moins sous la dépendance des variations de l'*imbibition*. On sait que la plupart des états endocriniens sont en corrélation avec des modifications chimiques de l'organisme, et particulièrement de l'encéphale, qui est très riche en fer chez les myxœdémateux, par exemple. Les endocrines touchent l'affectivité surtout par voie physico-chimique, et peut-être par voie sympathique, les variations dans la vascularisation de l'encéphale modifiant l'activité des échanges.

L'ANESTHÉSIE PAR LE CHLORURE D'ÉTHYLE AU GOUTTE A GOUTTE PUR OU MÉLANGÉ DE 10 % DE CHLOROFORME

Par Dupuy de Frenelle.

Une parente, jeune femme charmante, mère de trois jeunes enfants, vient de mourir en donnant le jour à un quatrième. Elle avait demandé à être endormie pour ne pas souffrir. On lui a donné du chloroforme. Elle ne s'est pas réveillée.

Voilà vingt ans que je ne donne plus de chloroforme pur. Nombreux sont les cas publiés de mort subite sous le chloroforme. Il y a vingt-quatre ans, j'ai assisté à la mort d'un enfant sous le chloroforme. Depuis, je me suias donné à l'étude de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. J'ai choisi le chlorure d'éthyle parce que c'est le moins offensif des anesthésiques généraux. Le protoxyde d'azote qui n'est également pas offensant pour le foie et les reins, est néanmoins un gaz mortel.

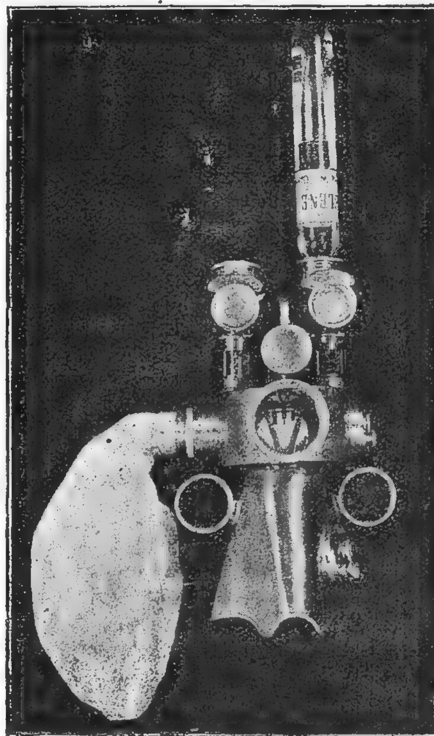


Fig. 1. — Masque de Dupuy de Frenelle s'appliquant directement sur la face de l'opéré.

Son administration consiste à jongler avec deux robinets dont l'un ouvre le gaz mortel, et l'autre celui qui rend la vie. Cette acrobatie demande une très grande expérience et une grande habileté. Un moment d'inattention, un manque d'accoutumance de l'anesthésiste, peut entraîner la mort. Voilà pourquoi je préfère généralement le chlorure d'éthyle au protoxyde d'azote.

Il y a une quinzaine d'années, j'ai assisté à la mort d'un enfant par anesthésie au chlorure d'éthyle donné massivement avec une compresse. C'est depuis cette époque que j'ai étudié le goutte à goutte que j'ai pu réaliser pratiquement, après Houzel, avec l'appareil que m'a construit M. Charles, l'ingénieux contremaître de la maison Collin.

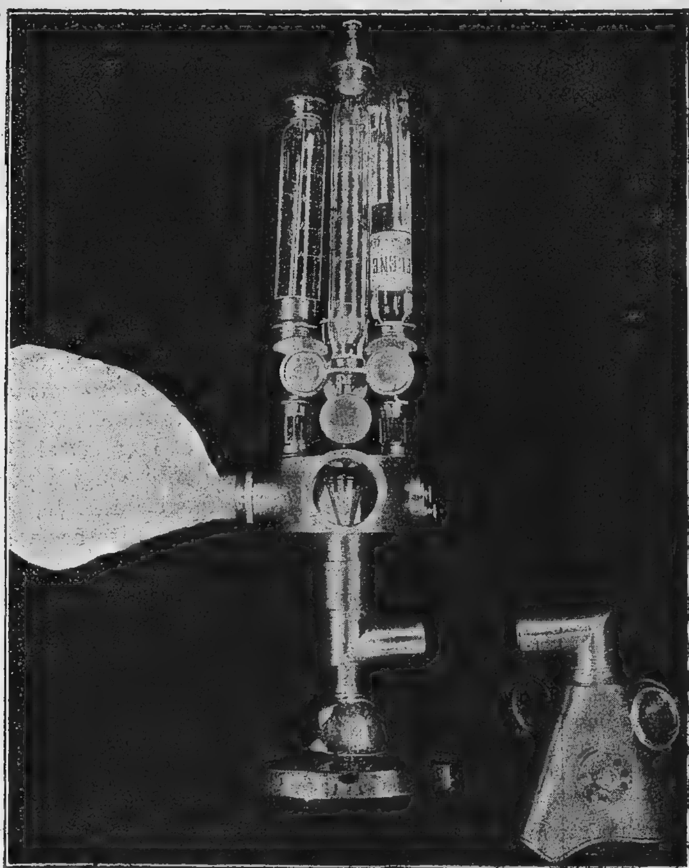


Fig. 2. — Dispositif permettant de placer sur une table l'appareil distributeur qui est relié par un tube de caoutchouc au masque placé sur la face de l'opéré.

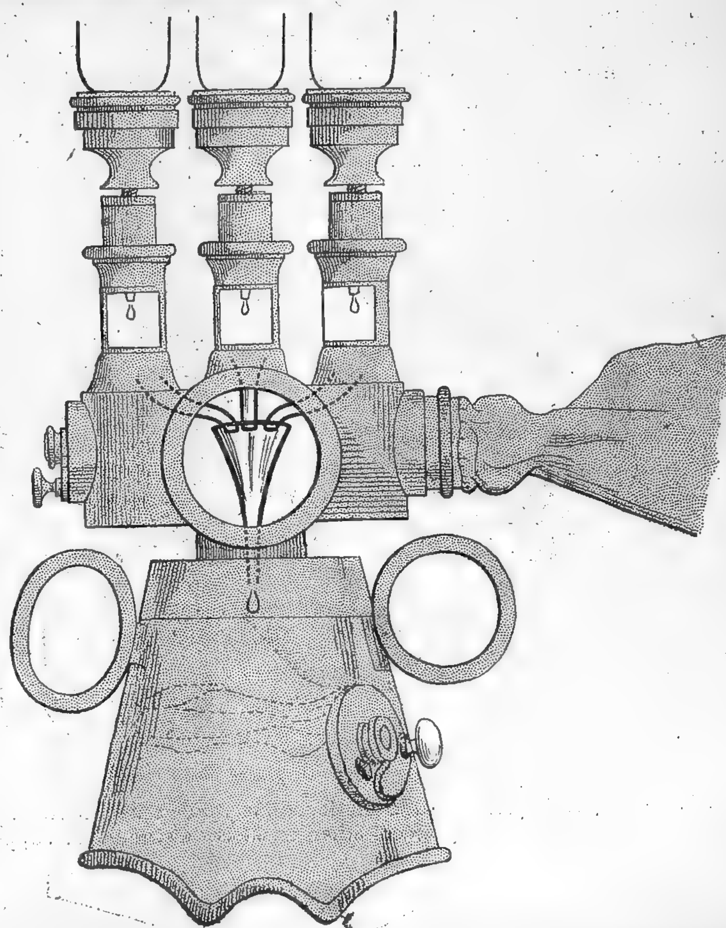


Fig. 3. — Schéma de l'appareil comprenant trois robinets. Un pour le kélène pur, un pour le mélange chloroforme-kélène, un pour le mélange-kélène-éther.

Le chlorure d'éthyle, donné au goutte à goutte, n'est pas toujours suffisant pour donner un sommeil profond. C'est alors que j'eus recours au mélange de Schleich. Le mélange de Schleich contient six parties d'éther, trois parties de chloroforme et une partie de chlorure d'éthyle. En somme, la part de chlorure d'éthyle, très volatil, dans la constitution de ce mélange, est illusoire.

J'ai remarqué que ce mélange, beaucoup moins toxique que le chloroforme pur, reste néanmoins toxique dans la proportion de chloroforme qu'il contient.

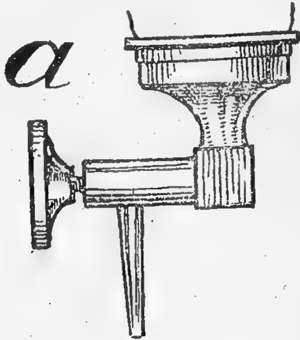


Fig. 4. — Le robinet à pointeau qui règle le débit des gouttes.

J'ai fait construire un masque avec trois robinets dont le premier distribuait du chlorure d'éthyle, le second de l'éther, le troisième du chloroforme. En jouant de ces robinets au cours de la même anesthésie, j'ai pu me rendre compte que l'on pouvait, dans ce mélange, supprimer soit le chloroforme, soit l'éther, que la proportion de chloroforme suffisante pour obtenir le sommeil nécessaire était de 10 parties de chloroforme pour cent parties de kélène au lieu de 400 parties de chloroforme que contient le mélange de Schleich pour 100 parties de chlorure d'éthyle. J'ai également pu me rendre compte que la proportion d'éther suffisante pour obtenir le sommeil était de 30 parties d'éther pour 70 parties de chlorure d'éthyle, au lieu de 600 parties d'éther que contient le mélange de Schleich pour 100 parties de chlorure d'éthyle.

Dans les mélanges que j'ai successivement étudiés, l'expérience m'a démontré que la toxicité d'un mélange était proportionnelle à la proportion de chloroforme qu'il contenait.

Pour tuer un animal, un chien, il suffit de lui injecter quelques centicubes de chloroforme dans une veine. La mort est instantanée. Récemment encore, Noël Fiessinger et Henri Walther, en utilisant la technique du rose-bengale pour explorer la fonction chromagogue du foie, ont montré que, 48 heures après l'anesthésie au chloroforme, cette technique dénote un trouble marqué de la fonction biliaire. Dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies du foie* (janvier 1926) René Benard a fait un exposé historique des ictères chloroformiques qui sont loin d'être rares.

En dehors des morts subites, exceptionnelles, l'anesthésique chloroformique prend sa part de responsabilité dans les morts qui surviennent par infection ou par shock chez les opérés. Ceux-ci succombent par suite de l'insuffisance de leur cœur, de leur foie, de leurs reins pour se défendre contre l'infection, l'intoxication, l'acidose et le schock. En outre, l'anesthésie chloroformique a sa part de responsabilité dans l'insuffisance fonctionnelle hépatique que l'on dénote souvent, à longue échéance, chez les malades qui ont été endormis au chloroforme.

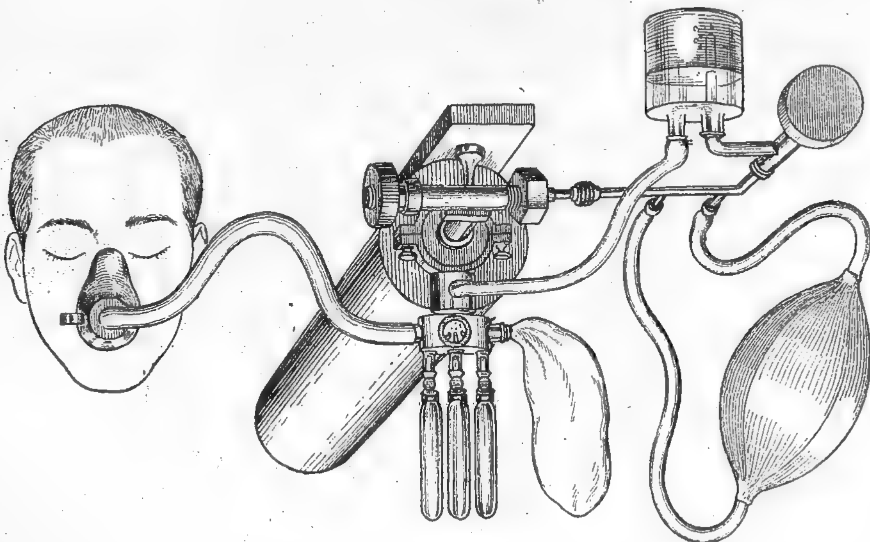


Fig. 5. — Dispositif permettant d'adjoindre l'oxygène, après barbotage dans un mélange d'eucalyptol-goménol-éther, au kélène distribué par l'appareil.

Actuellement, il a été donné depuis 5 ans, à la maison de santé où j'opère, plus de 3.000 anesthésies au chlorure d'éthyle au goutte à goutte pur ou mélangé de 10 % de chloroforme sans incident grave. Toutefois ce procédé d'anesthésie comporte des inconvénients : il est insuffisant chez les alcooliques.

Il ne donne pas un silence abdominal aussi complet que le chloroforme, l'éther ou le mélange de Schleich. Il est plus difficile à administrer que le chloroforme ou l'éther et exige une éducation de l'anesthésiste. Depuis quelque temps, j'ai adjoint au chlorure d'éthyle l'oxygène qui lutte contre la cyanose, et un mélange d'éther, alcool, goménol, eucalyptol qui lutte contre l'offense pulmonaire.

L'oxygène est recueilli dans un ballon de caoutchouc, qui fait office de décompresseur, puis distribué, bulle à bulle, par un robinet à pointeau dans un récipient contenant le mélange goménolé L'oxygène, après avoir barboté dans le mélange balsamique, rejoint le masque où est distribué le chlorure d'éthyle.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Un médicament d'urgence de la dyspnée paroxystique : la coramine.

Le premier réflexe thérapeutique du médecin appelé auprès d'un sujet atteint d'un accès aigu de dyspnée, dit le Dr S. Bloch, est généralement de prendre dans sa trousse d'urgence une ampoule de morphine. Il y a, en réalité, mieux à faire que de recourir à ce médicament banal qui, au surplus, peut être funeste et nettement contre-indiqué chez certains malades atteints d'urémie, d'œdème aigu du poumon, d'asystolie mitrale, que leur état d'anhélation n'aurait pas permis de reconnaître pour tels.

La coramine rendra alors souvent de grands services en jugulant le syndrome de dyspnée anxieuse, et en permettant un interrogatoire plus serré, donc un diagnostic. L'auteur cite quelques cas où cette médication d'urgence donna des résultats excellents : bronchite aiguë chez un vieux scléreux pulmonaire emphysémateux, œdème pulmonaire chez un brightique, crise de dyspnée chez un hypertendu azotémique, double épanchement pleural. Chez ces malades, toute autre médication eût vraisemblablement agi moins bien, et sans cette innocuité de la coramine qui permet son usage itératif sans qu'il y ait lieu de craindre des accidents toxiques ou cumulatifs. Ce médicament, grâce à son énergique action cardio-dynamique et respiratoire, trouve, en fait, une indication formelle toutes les fois que la dyspnée domine la scène clinique. (*La Médecine*, juin 1928.)

Leucémie myéloïde à marche rapide chez un indigène marocain.

Aucune observation n'a été publiée jusqu'à présent au Maroc concernant des cas de leucémie ; le Dr Decrop (de Tanger) rapporte un cas de leucémie myélogène à forme aiguë, chez un indigène de 32 ans environ.

Les injections intraveineuses de citrate de soude à 30 % arrêtèrent rapidement les hémorragies intestinales. Trois séances de radiothérapie furent faites sur la rate et les ganglions cervicaux. A l'intérieur, en même temps qu'était institué le régime de Whipple (250 gr. de foie de veau râpé par jour), on fit prendre matin et soir, 70 gouttes de benzol dans du sirop.

Malgré tout, en raison de la forme à marche particulièrement rapide, la thérapeutique ne donna aucun résultat satisfaisant ; l'état général alla en déclinant rapidement et le malade succomba subitement après 17 jours d'hospitalisation. (*Maroc médical*, 15 mai 1928.)

Eclosion d'accidents spécifiques graves en cours de traitement par intraveineuses de néosalvarsan.

Le Pr Gérard rappelle des observations suggestives d'accidents généraux pénibles ou graves que peuvent provoquer les arsénobenzols au cours du traitement de la syphilis, alors que leur action n'est pas plus franche, et l'est parfois moins que celle du mercure ou du bismuth.

En ophtalmologie notamment, sous le flux des impressions thérapeutiques récentes, on tend, sinon à l'abandon du néo, du moins à la réhabilitation du mercure trop souvent délaissé.

L'iodure de potassium aussi reste un des médicaments royaux de la syphilis en général, de la syphilis oculaire en particulier. Certes l'iodure peut aussi avoir des insuccès et causer des accidents redoutables ; mais, pour qu'il agisse, il faut le prescrire, et pendant de longs jours, à des doses considérables, quasi paradoxales. Il faut aussi savoir qu'il agit sur les spécifiques dont l'état général est bon, qu'il empoisonne les spé-

cifiques doublement tarés, et surtout ceux qui sont tuberculeux, ou même pré-tuberculeux.

Dans le traitement de toute manifestation syphilitique, l'auteur garde fidélité au mercure et à l'iode. Bien que les accidents oculaires observés soient toujours une manifestation tertiaire, il commence par les traiter par 5 ou 6 injections intra-musculaires d'huile grise, seules ou associées aux intraveineuses de novarsénobenzol. En même temps, il prescrit la solution d'iodure de potassium (1 gramme pour 15 d'eau distillée) : une cuillerée à dessert le premier jour, deux le deuxième jour ; monter jusqu'à 8 ou 15 en l'espace de 8 ou 15 jours en augmentant d'une cuillerée par jour ; puis redescendre de la même manière jusqu'à une par jour. Arrêter huit jours et recommencer. Ne pas s'inquiéter des rhumes de cerveau, toux, etc. ; ces manifestations disparaissent au plus tard le quatrième jour. Si les maux d'estomac deviennent génants, interrompre un jour ou deux, et reprendre la dose à laquelle on s'était arrêté. Il faut savoir que l'iodure à petites doses est généralement mal toléré. (*La Clinique ophtalmologique*, mai 1928.)

Calmette et son œuvre. La vaccination préventive contre la tuberculose par le B.C.G.

Le Pr E. Leuret et le Dr Caussimon exposent la contribution extrêmement intéressante et nouvelle que Calmette et ses collaborateurs ont apportée au problème de la vaccination antituberculeuse en créant une nouvelle race de bacilles tuberculeux, le bacille bilié.

Cependant, il faut reconnaître que la question de l'innocuité définitive du B. C. G. n'est pas encore résolue ; cette étude doit être patiemment poursuivie.

L'étude de l'efficacité du B. C. G. ne paraît pas épuisée non plus. Seul le temps pourra nous renseigner sur ses effets éloignés.

On aurait souhaité voir pratiquer la vaccination du cheptel bovin en grand, avant de généraliser la méthode à tous les enfants.

Si, comme on peut l'espérer, malgré les quelques points de détail encore non élucidés et les quelques réserves auxquelles on est obligé, la vaccination par le B. C. G. se montre efficace, nous allons assister à un bouleversement considérable de la pratique médicale. Toutes les tuberculoses, ou presque, qu'observe le médecin commencent avant la puberté : ce serait en pratique, d'ici quinze à vingt ans, la disparition ou au moins la diminution formidable de la tuberculose humaine.

On comprend que l'esprit hésite et demande une sécurité complète avant de regarder en face une pareille espérance.

Cependant, jusqu'à plus ample informé, la vaccination des enfants nés de parents sains et vivant dans un milieu sain, est une pratique à laquelle il ne faut se décider qu'après avoir bien pesé toutes les responsabilités.

Mais les auteurs croient que la vaccination par le B. C. G. doit être pratiquée aux enfants indiscutablement exposés, du fait de leur entourage, à une contamination tuberculeuse sévère et inévitable. Alors, le risque très grand de contamination familiale précoce compense et au-delà les aléas que peut comporter l'avenir tardif des vaccinés. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 juillet 1928.)

La rachi-anesthésie.

Le Pr Plisson estime que la rachi-anesthésie doit être réservé à la chirurgie sous-diaphragmatique avec élection pour le périnée, les membres inférieurs et l'étage sous-méso-colique de l'abdomen.

Elle ne doit pas être une panacée universelle et en particulier elle ne doit pas être considérée comme le mode d'anesthésie à employer en désespoir de cause, quand tous les autres modes d'anesthésie apparaissent comme dangereux.

Elle est efficace, anodine, facile à réaliser, à condition d'avoir une technique simple, des indications précises, d'en connaître les contre-indications formelles.

L'anesthésie segmentaire du type Jonnesco pratiquée avec un minimum de substance anesthésique (10 centigrammes), une aiguille fine, sans extraction du liquide céphalo-rachidien, et sans barbotage, paraît la technique de choix.

Il ne faut jamais employer la cocaïne, mais un succédané tel que allocaïne, syncaïne, etc.

Il faut employer un anesthésique très pur, bien stérilisé et sans addition d'aucune substance étrangère.

Il faut ponctionner à des hauteurs différentes basées sur les connaissances de l'émergence des racines innervant les parties à opérer.

On doit éviter la rachianesthésie chez tous les les jeunes sujets (âgés de moins de 15 ans), dans les états de shock, dans les infections et les intoxications graves avec collapsus cardiaque, après les grandes hémorragies, chez les hypotendus, chez les porteurs de lésions en évolution ou de séquelles de lésions cérébro-médullo-méningées.

En particulier, la rachi ne semble pas, pour toutes ces raisons, pouvoir être d'un emploi courant en chirurgie de guerre. (*Le Progrès médical*, 21 juillet 1928.)

Le glukhorment dans le traitement du diabète.

En 1927, un nouveau produit, le glukhorment était lancé par une maison de Berlin ; en mai 1928, von Noorden (*Klin. Wochenschrift*) rela-

tait les résultats obtenus par lui chez les diabétiques.

Le Pr Marcel Labbé et F. Nepveux l'ont expérimenté à leur tour :

1° En effectuant chez les diabétiques des épreuves d'hyperglycémie au glycose, avec ou sans glukhorment ;

2° En introduisant le glukhorment dans le traitement du diabète humain.

Ils estiment que le glukhorment a une action hypoglycémiante et favorise l'utilisation des hydrates de carbone.

Cette action est nette. Elle paraît comparable à celle de la synthaline, avec l'avantage sur cette préparation que le glukhorment ne s'est pas montré toxique, ni dans les essais de von Noorden, ni dans les essais des auteurs. La puissance du glukhorment est très inférieure à celle de l'insuline ; le médicament n'offre qu'un avantage, celui d'être actif en ingestion, tandis que l'insuline n'est active qu'en injection.

Dans ces conditions, l'insuline reste le seul médicament à employer dans les formes graves du diabète ; le glukhorment ne peut prétendre à remplacer l'insuline ; mais , dans les formes bénignes, il peut être employé pour élever un peu la capacité d'utilisation hydro-carbonée et pour accélérer la disparition d'une glycosurie combattue par le régime. (*La Presse médicale*, 21 juillet 1928.)

Tumeurs à myéloplaxes des os longs.

Spontanément, ou à la suite d'un traumatisme, on voit se développer, chez un enfant, un adolescent ou un adulte jeune, au voisinage d'une épiphyse, dans la région métaphysaire, une tuméfaction bien limitée, qui s'accroît en général assez lentement, surtout au début.

La douleur peut être nulle ; mais, en général, elle est assez vive, peut se produire par crises, rendre la marche difficile ou même impossible lorsqu'elle existe aux membres inférieurs.

A l'inspection, peau normale, ou à veinosités bleuâtres, avec augmentation de la température locale. La palpation peut révéler une tuméfaction dure ; mais fréquemment, la corticale osseuse amincie se laissant déprimer, on a la crépitation parcheminée ou même une sensation de fluctuation. Aucune adénopathie. Parfois la tumeur n'est reconnue qu'à l'occasion d'une fracture spontanée.

Ces tumeurs ont une tendance extensive locale, et ne se généralisent pas habituellement ; mais leur ablation s'impose en raison de la gêne fonctionnelle et de la possibilité d'une transformation maligne.

Le diagnostic est d'une difficulté extrême. On élimine l'ostéite tuberculeuse par l'évolution et l'apparition d'un abcès froid. La chose est moins aisée pour les kystes des os (même traitement) et surtout pour les ostéo-sarcomes où l'avenir du malade et la thérapeutique sont bien différentes. Ici, dit le Dr A. Trèves, la radiographie prend une importance capitale, de même que pour la syphilis osseuse et l'ostéo-myélite chronique.

Dans la tumeur à myéloplaxes, l'os a un aspect soufflé ; la région atteinte est plus claire, d'apparence pommelée, présentant des cloisonnements, des nids d'abeilles. A sa surperficie, le périoste est intact, ainsi que la corticale osseuse, visible parfois seulement sous forme d'une mince ligne sombre ininterrompue. On considère la rupture de la corticale comme un signe de transformation maligne, de même que les proliférations périostiques. La régularité des contours, la conservation de la corticale et du périoste ne se retrouvent pas dans l'ostéo-sarcome : ce qui est caractéristique, c'est l'irrégularité, l'absence de limites nettes, aussi bien du côté osseux que du côté des parties molles.

Contrairement aux résections larges et aux amputations, nécessaires dans les ostéo-sarcomes, les interventions économiques suffisent presque toujours dans les tumeurs à myéloplaxes.

Incision sur la tumeur ; la coque osseuse, très amincie, peut être effondrée à la curette ou incisée au bistouri ; on tombe dans une cavité de masses jaunâtres, de caillots ou même de sang ; l'hémorrhagie est toujours abondante ; on vide la cavité de son contenu, et on obtient l'hémostase par un tamponnement serré de quelques minutes ; on procède à l'examen attentif de la cavité pour rechercher les récessus ; la paroi osseuse limitante est partout saine, lisse, solide. On peut attendre la réparation spontanée, ou bien combler la cavité par un plombage au mélange de Mosetig ou à la masse de Delbet. En général on préfère les greffes osseuses ; l'auteur choisit volontiers les greffes ostéo-périostiques à la Delagénière, empruntées à la face interne du tibia ; le périoste du greffon se résorbe et l'os, en s'accroissant, comble la perte de substance. (*L'Hôpital*, juillet 1928 A. B.)

Contribution à l'étude de l'oligo-amnios.

Des observations faites par H. Pigeaud, il résulte que le volume du liquide contenu dans l'œuf varie en raison inverse du poids de celui-ci. Les petits œufs villeux renferment les 2/5 de leur poids de liquide ; ce rapport est ramené à 1/4 lorsqu'il s'agit d'œufs plus volumineux. L'oligo-amnios s'accompagne aussi d'une attitude particulière et d'un aspect spécial de l'œuf : le fœtus est habituellement comprimé par la coque ovulaire très étroitement appliquée sur son contour ; la tête est en hyperflexion souvent aplatie, les membres inférieurs sont eux-mêmes

hyperfléchis sur le tronc, les cuisses se creusant de véritables logettes dans la paroi abdominale déprimée. Le cordon, pelotonné dans la concavité fœtale, se trouve souvent comprimé entre les jambes et l'abdomen. En déroulant, si l'on peut ainsi dire, de tels fœtus, on les trouve souvent porteurs de malformations. Les malformations observées par l'auteur ont consisté en pieds bots simples ou doubles, et toujours en attitude vicieuse en valgus ; mais à côté de ces malformations précises, il convient d'insister sur les effets de la compression, qui entraîne une déformation générale des fœtus.

Il existe diverses causes d'insuffisance du liquide amniotique ; mais il est fort possible que, notamment, une forte compression du cordon, gênant la circulation et troublant le régime des échanges entre la mère et le fœtus, joue un rôle important dans la pathogénie de l'oligo-amnios, lui-même facteur d'avortement. (*Revue fr. de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1928.)

Obésité et mal de Bright. Pathogénie et thérapeutique.

Le Pr Marcel LABBÉ a établi que la cause principale du mal de Bright consistait dans la suralimentation prolongée, qui conduisait peu à peu à l'obésité, puis à la sclérose rénale : les substances alimentaires en excès donnent des déchets abondants, qui irritent au passage le filtre rénal et finissent, après 40 ou 50 ans, par l'altérer. Aussi n'est-ce, en général, qu'après la cinquantaine que l'on voit apparaître les premiers indices de l'altération rénale. Le premier symptôme est ordinairement l'hypertension artérielle, qui peut rester isolée pendant plusieurs années ; puis apparaît une albuminurie légère et intermittente d'abord, permanente et plus importante dans la suite. Si l'on fait alors la recherche de l'azotémie, on constate souvent l'existence d'un coefficient uréo-sécrétoire élevé, alors que la dose d'urée est encore normale. Entre les symptômes précurseurs et la constitution d'une sclérose rénale complète et menaçante, une vingtaine d'années peuvent s'écouler, le processus d'irritation par suralimentation étant le plus bénin et le plus lent de ceux qui peuvent frapper le rein.

Une observation rapportée fournit un bon exemple de la possibilité de guérir complètement par une cure physiologique les troubles fonctionnels du rein, et de faire disparaître le tableau clinique, qui tendait à imposer le diagnostic de mal de Bright.

Un homme vigoureux devient obèse par suralimentation ; il offre une petite glycosurie qui traduit un trouble de la glyco-régulation d'origine probablement hépatique, puis présente de l'albumine, de l'hypertension artérielle, un léger défaut d'élimination de l'urée, un peu d'essoufflement, ensemble de symptômes qui imposent l'idée d'une sclérose rénale incipiente.

A ce moment, il est soumis à une cure d'amaigrissement par régime réduit et exercice.

Peu à peu le syndrome rénal s'efface ; la pression artérielle est retombée à la normale, l'albuminurie a disparu, l'urée sanguine est redevenue normale ; la glycosurie a disparu ; l'obésité n'existe plus.

Ainsi le mal que la suralimentation avait fait, l'hypoalimentation l'a défait. Dans les conséquences de la suralimentation, le trouble physiologique avait précédé la lésion anatomique. C'est là une notion d'importance, car elle laisse grand espoir à la thérapeutique. (*La Médecine*, juillet 1928.)

Quelques principes de pratique, concernant le traitement des électrocutés.

Le danger des courants à basse tension, qu'ils soient continus ou alternatifs, les précautions qui s'imposent dans le maniement des lampes balladeuses, la prudence qu'exigent les installations électriques dans les salles de bains, dans les caves et les selliers ne seront jamais assez diffusées, non seulement parmi les médecins, mais encore dans le grand public.

Il y aurait actuellement environ 300 cas mortels d'électrocutions industrielles par an en France.

Laissant de côté les mesures à prendre pour soustraire la victime à l'action du courant électrique, J. MOUZON insiste sur quelques points se rapportant plus spécialement à l'intervention du médecin.

Il faut, le plus rapidement possible, desserrer les vêtements et s'efforcer de rétablir la respiration et la circulation, même dans les cas où la victime présenterait les apparences de la mort. L'indication majeure est la respiration artificielle qu'il faut continuer sans découragement, plusieurs heures au besoin et qu'il ne faut pas abandonner avant d'avoir des signes certains de la mort. Bien souvent, la mort par électrocution n'est qu'une mort apparente, due exclusivement à l'asphyxie par arrêt respiratoire. L'électrocuté doit être traité comme un noyé.

Les frictions, les flagellations, les inhalations d'ammoniaque ou de vinaigre, les excitations de la muqueuse pituitaire, la sinapisation des membres inférieurs peuvent être des procédés utiles de révulsion. Les injections de camphre, de caféine, de lobéline, peuvent trouver leurs indications. On serait même autorisé à pratiquer l'injection intra-cardiaque d'adrénaline au cas d'arrêt cardiaque dûment constaté. Mais, il ne faut qu'aucune de ces thérapeutiques fasse interrompre pour plus de quelques instants, la mise en œuvre de la méthode de Scheufer. La saignée

n'est guère praticable, parce qu'elle n'est pas compatible avec la respiration artificielle.

Lorsqu'il a échappé aux graves dangers qui le menacent pendant les minutes, les heures, quelquefois les jours, qui suivent son accident, l'électrocuté doit le plus souvent être suivi par le chirurgien ; le courant détermine en effet des lésions locales plus ou moins profondes et étendues. Ces lésions sont généralement considérées comme des brûlures ; mais la « marque électrique » s'en distingue nettement : pas de réactions inflammatoires ; c'est une nécrose plus ou moins étendue ou profonde, mais sans exsudation, sans rougeur de pourtour, sans douleur, sans fièvre, sans tendance à la suppuration. Plus tard, la cicatrice est molle, souple, et ne présente pas les tendances chéloïdiennes des cicatrices de brûlures.

Dans ces conditions, le traitement doit être éminemment conservateur ; étant donné le caractère aseptique des lésions, il n'y a aucune indication à réséquer ou à amputer précocement : un simple pansement protecteur ou un embaumement suffisent. La lenteur des phénomènes de réparation, l'absence d'inflammation du pourtour de l'escarre électrique empêchent de reconnaître les limites des lésions. On peut voir la momification s'étendre à des régions dont la sensibilité, la mobilité, la vascularisation même, paraissent intactes de prime abord, et inversement.

Enfin toute intervention chez un électrocuté comporte des risques, dus aux lésions des parois vasculaires : thromboses exposant à des embolies, hémorragies secondaires et même tardives par fragilité vasculaire.

Pour terminer, il faut mentionner la possibilité de poussées hypertensives du liquide céphalo-rachidien ; la ponction lombaire ne doit pas être oubliée au moindre symptôme cérébral d'alarme (céphalée, légères raideurs, modifications du rythme respiratoire, somnolence, subdélire, à plus forte raison attaques convulsives). On peut même la faire sur place, au lieu de l'accident, dès que la respiration artificielle a assuré le retour de la fonction vitale primordiale. (*La Presse médicale*, 4 juillet 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Quels sont les nouveau-nés justiciables de la vaccination anti-tuberculeuse ?

(M. Jules Renault. — *Académie de médecine* ; 6-11-1928.)

La dissémination du bacille de Koch, sa longue vitalité, sa résistance aux agents physiques naturels qui suffisent à détruire rapidement beaucoup d'autres microbes, rendent difficiles à préciser le lieu et les circonstances où se fait la contagion. Celle-ci peut se produire par contact prévu (dans une famille où le père ou la mère est tuberculeux) ; par contact trouvable (grand-parent atteint de catarrhe dit des vieillards, domestique atteint de bronchite où l'on peut déceler du bacille de Koch) ; par contact indécouvrable.

M. Jules Renault a cherché à établir, chez les nourrissons malades de son service de l'hôpital Saint-Louis, quelle pouvait être la proportion respective des contagions bacillaires dont la source est précisable et non précisable. Il a trouvé 28 décès par tuberculose d'origine inconnue contre 22 décès par tuberculose d'origine familiale. Il en conclut que si la lutte contre la maladie comporte au premier plan la séparation des nouveau-nés de leurs parents tuberculeux, il est nécessaire aussi d'utiliser tous les autres modes de prophylaxie, parmi lesquels nous devons faire figurer aujourd'hui la vaccination par le B.C.G. Les conclusions de la Commission internationale créée par la Société des Nations nous donnent, dit l'auteur, toute tranquillité sur l'innocuité du B.C.G. tant au point de vue clinique qu'expérimental. Les statistiques apportées par M. Calmette et par de nombreux auteurs plaident puissamment en faveur de son efficacité.

M. J. Renault conclut, en définitive, que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous avons le droit et le devoir d'appliquer la vaccination anti-tuberculeuse à *tous* les nouveau-nés.

Le B.C.G.

(M. Roux. — *Académie de médecine* ; 6-11-1928.)

Dans une note lue par M. Vaillard, M. Roux vient apporter à M. Calmette l'appui de son autorité en faveur du B.C.G. Il rappelle les critiques adressées jadis à Pasteur lorsqu'il présenta son traitement antirabique.

Si l'on considère les chiffres fournis par M. Calmette — ils portent sur plus de 100.000 enfants vaccinés (de 1924 à 1928), dont 3.600 sont nés de mère tuberculeuse ou ayant vécu en contact bacillifère —, on voit que chez les non-prémunis la mortalité par tuberculose dans les quatre premières années a été de 18 p. 100, tandis qu'elle était seulement de 3,6 % chez les prémunis. La mortalité générale chez les premiers s'élevait à 24 % et à 16 % chez les seconds.

Que prouve ceci, ajoute M. Roux ? Que l'adminis-

tration du B.C.G. abaisse d'une façon inespérée la mortalité par tuberculose, indice de son efficacité ; qu'elle a en même temps diminué la mortalité générale, indice de son innocuité.

Les différents modes d'inanition.

(MM. Mouriquand et Leulier, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 30-10-1928.)

Les auteurs étudient l'inanition de la première enfance et l'inanition expérimentale. L'enfant au sein, qui reçoit une quantité de lait insuffisante, est seulement en état d'inanition partielle pure. Il maigrit, mais revient généralement à un état nutritif normal, si un apport alimentaire convenable lui est donné. L'enfant hypoalimenté au biberon, au contraire, offre à la longue des désordres graves, dont la guérison reste beaucoup plus problématique.

Lorsque l'on soumet des cobayes à une alimentation insuffisante, on arrive à des résultats analogues. Le régime, par exemple, composé de foin, orge et citron aboutit (comme chez l'enfant au sein) à une inanition équilibrée, réparable d'ordinaire. Le régime foin et orge seulement (sans citron, sans vitamine C) produit une inanition carencée beaucoup plus grave.

Un phénomène intéressant se passe du côté digestif. Alors que les animaux du premier groupe conservent un appétit vorace, ceux du deuxième groupe perdent progressivement l'appétit et consomment incomplètement leur ration déjà réduite. Il suffit d'ailleurs d'ajouter au régime du jus de citron pour voir cette anomalie disparaître.

L'aliment frais (jus de citron en l'espèce) apparaît donc non seulement comme un préventif des dangers de la carence mais aussi comme préventif des dangers de l'inanition.

Cancer du sein chez l'homme.

(M. Petit de la Villéon. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 2-11-1928.)

M. Petit de la Villéon rapporte l'observation d'un homme de 74 ans, opéré par lui il y a 5 ans, pour tumeur du sein droit.

Chose à noter : cet homme avait vu, 12 ans auparavant et après une prostatectomie, se développer progressivement ses deux glandes mammaires, si bien qu'au moment de l'opération, sa poitrine avait véritablement la morphologie d'une poitrine de femme, avec deux seins bien développés. Au niveau du sein droit, noyau induré, avec rétraction du mamelon et gros ganglion axillaire.

Amputation large du sein avec le muscle, évidement de l'aisselle, suivie de guérison opératoire. Deux ans plus tard, récidive, application de traitements multiples. Seule, la radiothérapie profonde a pu réussir à freiner un peu la marche rapide du mal ; elle a surtout réussi à supprimer complètement les douleurs qui étaient devenues intolérables.

Cinq ans après l'opération, le malade est en pleine récidive, avec état général grave.

A noter la similitude de l'évolution du néo chez l'homme et chez la femme, peut-être même plutôt plus grave chez l'homme que chez la femme.

Extraction des calculs de l'uretère par les voies naturelles.

(M. G. Luys. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-10-1928.)

M. Luys rappelle les différentes méthodes mises en œuvre pour cette extraction. Il cite, parmi d'autres, l'observation d'un homme de 51 ans auquel il a pu extraire un calcul de l'uretère grâce à la sonde à ailettes.

— M. Le Fur remarque qu'il a préconisé depuis longtemps l'emploi de la sonde urétérale à demeure pour les calculs de l'uretère et en a obtenu de très bons résultats.

— M. Mock utilise aussi avec succès la sonde urétérale à demeure, avec une injection de cocaïne, pour les calculs situés dans le canal urétéral. Pour les calculs du méat urétéral, comme dans le cas de M. Luys, il emploie la section du méat, procédé qu'il juge moins traumatisant que la sonde à ailettes qui risque de dilacérer l'orifice.

P. L.

Remarques sur le traitement de la pelade par les rayons ultra-violets.

(MM. Bizard et Marceron. — *Soc. de derm. et de syphiligraphie* ; 12-7-1928.)

Le traitement de la pelade par les rayons ultra-violets doit, de plus en plus, être considéré comme le plus efficace. Sur 50 cas effectivement suivis : 33 repousses en moins de 3 mois, 7 repousses en moins d'un an, 5 repousses en plus d'un an, 1 insuccès partiel, 4 insuccès totaux. Ces résultats sont conformes à ceux de Nagetschmidt.

En plus de son efficacité, le procédé actinothérapique offre les avantages suivants : les séances en sont courtes (10 à 30 minutes) ; elles sont espacées (3 à 4 par mois) ; l'application en est indolente et les réactions à peine douloureuses ; il n'y a pas de risque de dépilation, même en dépassant la dose.

Les auteurs utilisent la lampe de quartz à vapeur de mercure, et ils recherchent dès la première séance la dose d'érythème fort, sans aller jusqu'à la vésication. Ils espacent les séances de 8 à 10 jours, et ils font en principe des séries de 6 séances, suivies d'un repos de 6 semaines à deux mois. Dans près de 70 des cas, la repousse s'amorce dès le début de cette période de repos. En principe, ils irradient la plus large surface possible de cuir chevelu.

Il est bon de compléter le traitement par des bains généraux de lumière ; les repousses semblent plus rapides et plus sûres.

A propos d'un cas de lèpre tuberculeuse, observé en Meurthe-et-Moselle.

(*Réunion dermatologique de Nancy* ; 22-6-1928.)

Le Pr L. SPILLMANN a observé un cas de lèpre tuberculeuse dans une usine du nord de ce département. Ce cas prouve qu'il est utile, plus que jamais, de songer à la lèpre, dans notre pays, en raison de la présence de nombreux ouvriers étrangers provenant de pays où existent encore des loyers lépreux. Bien que la contagion soit exceptionnelle en France, il est indiscutable qu'il peut être dangereux de laisser au milieu de nos populations ouvrières des malades atteints de lèpre contagieuse. La longue durée de la période d'incubation peut faire craindre dans des cas semblables, dans un avenir plus ou moins éloigné, la possibilité de contamination, et, par conséquent, la création de foyers régionaux. Dans ces conditions, des services d'isolement devraient être créés, et les administrations départementales recevraient les instructions nécessaires pour le transfert éventuel des lépreux.

Sur le chancre mou.

(*Réunion dermatologique de Strasbourg* ; 26-5-1928.)

L'intra-dermo-réaction, pratiquée en employant une suspension des bacilles de Ducrey phéniquée, a permis d'établir que les sujets atteints de chancre mou offraient une susceptibilité particulière vis-à-vis des bacilles morts, traduite par une réaction inflammatoire visible qui faisait défaut chez les sujets sains : la preuve de l'allergie chancrelleuse est ainsi faite.

M. RIVALIER établit qu'une réaction positive franche est plus ou moins infiltrée et papuleuse en son centre, qu'elle apparaît plus ou moins précocement selon les sujets, mais qu'elle est toujours durable ; elle atteint habituellement son maximum vers la 48e heure, puis disparaît graduellement. Une réaction légère peut être valable, si elle présente ce caractère de durée. Cependant, il est à remarquer que cette allergie des chancrelleux représente une hypersensibilité acquise vis-à-vis des antigènes du bacille de Ducrey, qui n'a rien à voir avec la réceptivité vis-à-vis de ce germe vivant. Autrement dit, un sujet sensibilisé n'est ni plus ni moins apte qu'un sujet normal à contracter un nouveau chancre mou.

Quant à la *réaction de fixation*, qui apparaît dans le sérum des chancrelleux, elle est, d'après M. Rivalier, habituelle, mais non constante, dans les cas d'infection chancrelleuse localisée à la peau ; mais elle devient la règle quand l'infection envahit les ganglions lymphatiques. On possède actuellement un antigène très sensible, qui met en évidence une réaction spécifique, dans des conditions où elle semblait impossible à obtenir jusque-là.

M. L. M. PAUTRIER décrit une variété de chancre mou, forme anormale inconnue il y a une dizaine d'années : *la chancrelle indurée, nodulaire, en cupule*. La forme classique est, on le sait, une ulcération nécrosante, arrondie, ovalaire, ou de forme irrégulière, creusant en profondeur, à bords minces, souvent taillés à pic et décollés, à fond sanieux, jaunâtre et suppurant, à base souple, légèrement douloureuse.

Chez tous ses malades, l'auteur n'a jamais observé la forme anormale de chancrelle indurée que dans le sillon balano-préputial ; son apparition se produit dans les délais habituels, 2, 4, 5 jours après le coït infectant. Ses caractères essentiels sont :

1° L'existence d'une ulcération à type nécrotique, à fond sanieux, rappelant tout à fait l'aspect de la chancrelle.

2° La coexistence d'une induration nodulaire périphérique et sous-jacente, quelquefois limitée à la bordure et au fond de l'ulcération, mais débordant parfois très largement l'ulcération sous forme d'un plateau nodulaire, induré, dont l'ulcération n'occupe que la partie centrale.

3° La tendance qu'a cette ulcération à s'étendre, en creusant profondément ce plateau d'infiltration nodulaire, qui s'effrite dans sa partie centrale, et qui peut arriver à s'évider complètement, formant alors une véritable cupule, comme une sorte de coque de noisette, vidée, limitée par un bourrelet induré et saillant.

La chancrelle indurée paraît avoir une évolution plus longue que la chancrelle ordinaire.

Quant au diagnostic, cette dureté occasionnelle du chancre simple, qu'il doit à son siège, à des irritations accidentelles, n'est en rien comparable à l'indurat on syphilitique, quand celle-ci possède ses caractères ordinaires ; l'élimination d'un chancre mixte est facile grâce à l'ultra-miscroscope. Dans tous les cas observés, sauf deux, l'auto-inoculation de contrôle au bras a toujours été positive.

Il importait d'attirer l'attention sur cette forme clinique si particulière, qui pourrait entraîner des erreurs de diagnostic de conséquence grave.

MM. J. NICOLAS et J. LACASSAGNE pratiquent le *traitement vaccinothérapique* du *bubon chancrelleux* par voie intra-musculaire avec le vaccin anti-streptobacillaire de Nicolle et Durand (Tunis). La guérison est constante quand il s'agit de bubons non fluctuants; en cas de bubons ramollis, les résultats sont moins étonnants, mais brillants tout de même (87 % de succès). Quant à l'auto-hémothérapie, cette méthode est loin d'être infaillible pour le bubon ; elle ne réussit que dans une proportion de moins d'un tiers des cas.

Contre le *chancre*, la vaccinothérapie exerce une action moins constante ; celui-ci est toujours amélioré, mais pas toujours guéri.

Tel est aussi l'avis de M. Pautrier : contre le bubon, les résultats de la vaccinothérapie sont excellents, à peu près constants, parfois d'une rapidité impressionnante ; c'est le traitement par excellence.

Contre le chancre mou, au contraire, les résultats sont notablement moins actifs, et moins constants; dans la plupart des cas, on est obligé de recourir à un traitement local, qui conserve donc toutes ses indications.

G. F.

Les Congrès

XXXVII[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie.

(*Suite et fin*) (1)

Discussion sur les suites éloignées de la trépanation du crane pour lésions traumatiques.

M. P. Martin (de Bruxelles) a traité 140 cas de traumatismes fermés du crâne avec 40 p. 100 de décès dont 25 p. 100 de décès immédiats et 15 p. 100 de décès tardifs. Il estime qu'on opère trop souvent sans indications précises. Les cas où l'intervention s'impose sont ceux où se manifestent les signes d'un hématome sus- ou sous-dure-mérien ou d'un œdème cérébral. Sur 140 cas, 16 seulement ont été opérés dont 5 sont morts. Les malades non opérés ont été traités par le repos au lit prolongé, les purgatifs et les ponctions lombaires en série ramenant chaque fois la pression du liquide au voisinage de 20, au manomètre de Claude. Rares séquelles, peu graves relativement.

M. Phocas (d'Athènes) relate deux intéressantes observations de craniectomies décompressives pour troubles cérébraux vraisemblablement dus à une tumeur et dans lesquelles l'opération a donné de très heureux résultats.

M. Jentzger (de Genève) présente une statistique concernant l'emploi de son trépan. Sur 220 trépanations, 173 ont été pratiquées pour décompression cérébrale, sans réapplication de la rondelle osseuse et 47 pour lésions diverses avec réapplication de la rondelle. Dans ces 47 derniers cas, consolidation sans suppuration, ni élimination. On peut juger de la reconstruction osseuse par des radiographies faites cinq ans après l'opération. Cette greffe, libre quant à l'os, mais pédiculée quant au périoste, doit être distinguée des lambeaux cutanéo-périostiques.

M. de Fourmestraux (de Chartres) a pu suivre un certain nombre de blessés auxquels ils avait fait des cranioplasties par gre ons ostéo-périostiques.

Les résultats dans l'ensemble ont été bons. Sur 25 blessés de guerre opérés de 1917 à 1920, 8 sont satisfaits, 7 présentent des troubles subjectifs plus ou moins accusés et sont réformés avec des taux d'invalidité variant de 10 à 40 p. 100 ; 4 ont succombé dans les années qui ont suivi l'intervention.

Depuis la guerre, l'auteur a pratiqué trois greffes ostéo-périostiques après trépanation pour fracture et enfoncement, avec bons résultats.

La meilleure méthode est celle qui consiste à employer la technique de Delagénière (greffon ostéo-périostique tibial). Elle paraît donner des résultats plus constants que la greffe costale et surtout que les prothèses inorganiques.

La greffe sera faite tardivement, et cependant l'auteur rapporte l'observation d'un blessé auquel il a fait une greffe ostéo-périostique immédiate avec un heureux résultat. C'est un procédé d'exception. Il semble bien que cette observation, avec celle de Tanton, ait été la seule publiée.

M. Masini (de Marseille) envisage spécialement seize observations de trépanation du crâne remontant à dix ans. Il laisse de côté un grand nombre d'observations dont il n'a pu revoir les malades. Cependant une impression d'ensemble se dégage nettement de tous ces cas : si les trépanés résistent au choc opératoire et à la méningo-encéphalite des quarante-huit premières heures, ils sont généralement tirés d'affaire.

Le pronostic dépend surtout du degré d'infection de la plaie initiale. Les trépanés qui présentent des séquelles graves : paralysies, épilepsie, troubles mentaux, sont ceux qui ont longtemps suppuré. L'idéal serait de pouvoir pratiquer toujours une suture primitive.

L'auteur a pratiqué 5 cranioplasties pour hernies cérébrales. Il a utilisé le procédé de Delagénière légèrement modifié. Les greffes furent solides au bout d'une vingtaine de jours et les résultats locaux parfaits.

La mort tardive par épilepsie est rare. La complication à distance la plus sérieuse est l'abcès. Presque toujours sous la dépendance d'un point d'ostéite de la brèche cranienne, il aboutit souvent à la mort.

Les projectiles inclus depuis longtemps sont parfois bien tolérés. Il ne faut pas les extraire systématiquement.

M. Termier (de Grenoble) a toujours été frappé par la bénignité relative des fractures de la voûte à condition qu'elles ne s'accompagnent pas de lésions méningées. La mortalité dans ces cas serait inférieure à 7 p. 100.

L'épilepsie jacksonienne se modifie peu en général. Pas d'améliorations ni d'aggravations. Sur 52 épileptiques de ce type qui ont été longtemps suivis, 3 morts ont été observées : une par encéphalite chronique, une par état de mal, la troisième par suicide.

L'auteur défend la cranioplastie dont il a jugé les effets sur 63 blessés. Pas de mort immédiate ni d'éli-

(1) V. *Concours médical* nos 46, 47, 48, 49, et 50.

mination du greffon. 2 morts tardives l'une par encéphalite, l'autre au cours d'une crise épileptique. Le syndrome subjectif et parfois les troubles mentaux sont améliorés.

Par contre, l'épilepsie et les troubles moteurs se montrent rebelles. En outre, la cranioplastie constitue un moyen de protection réellement efficace contre les chocs.

Après avoir employé comme matériel le cartilage costal, l'auteur donne actuellement la préférence aux greffes ostéo-périostiques de Delagénière.

SÉANCE DU JEUDI 11 OCTOBRE

Projections.

M. VILLARD (de Lyon). **Film sur la persistance des contractions sphinctériennes après les amputations transanales du rectum.**

M. PAUCHET (de Paris). **Film sur le traitement des ulcus duodénaux hémorragiques.**

M. CALOT (de Berck). **Projections sur les arthrites de la hanche au-dessous de vingt ans.** — A l'aide de nombreuses projections, de radiographies, de pièces et de figures anatomiques, l'auteur donne une nouvelle démonstration de sa théorie qui veut que toutes les hanches étiquetées : arthrite sèche déformante, rhumatisme localisé, morbus coxæ senilis, soient en réalité des subluxations congénitales méconnues.

M. RÆDERER (de Paris). **Le vrai et le faux morbus coxæ senilis.** — En s'appuyant sur une statistique assez imposante, l'auteur est arrivé à cette conclusion que les arthrites chroniques qui évoluent sur des hanches subluxées ne sont pas extrêmement graves. Il n'y a pas beaucoup de déformation. Les surfaces conservent leurs contours bien définis.

Déjà plus importantes sont les déformations que l'on constate dans les hanches ayant autrefois fait de l'ostéo-arthrite juvénile, de l'ostéochondrite ou des malformations du col.

Mais les véritables déformations, avec construction d'ostéophytes et aboutissant à l'ankylose plus ou moins complète, semblent être le résultat de rhumatismes toxiques ou infectieux et évoluent sur des hanches vierges.

Les conclusions de l'auteur concordent avec celles de l'Ecole lyonnaise.

M. LUYS (de Paris). **Technique opératoire et résultats de 181 lavages de vésicules séminales.** — L'auteur, après avoir exposé la technique opératoire du lavage des vésicules séminales, montre dans sa statistique les résultats obtenus sur 181 opérations. C'est une opération délicate mais bénigne et ne comportant aucune mortalité. Elle donne de merveilleux résultats quand ses indications ont été bien posées. Avant de l'entreprendre, il est indispensable de guérir toutes les lésions concomitantes urétrales ou para-urétrales qui, par la persistance des symptômes morbides observés, dont elles sont l'origine, pourrait faire supposer bien à tort que l'opération n'a pas donné le résultat désiré.

Dans tous les cas où le gonocoque a été décelé dans le sperme, l'auteur a obtenu constamment des guérisons complètes. Par contre, cette opération n'a pu faire disparaître les microbes banaux que dans la proportion de 36 p. 100 des cas.

Au point de vue de la stérilité, l'auteur a obtenu que, dans deux cas, des spermatozoïdes qui n'avaient pas été constatés avant l'opération ont heureusement réapparu après l'opération.

M. GUISEZ (de Paris). **Où en est actuellement la question du diagnostic et du traitement du cancer de l'œsophage.**

Présentations d'instruments

M. P. MARTIN (de Bruxelles). — **Ecarteur autostatique pour la chirurgie cérébrale.**

M. GOURDET (de Nantes). — **Instruments divers.**

M. JUDET (de Paris). — **Table à fractures.**

M. SÉNÉCHAL (de Paris). — **Une nouvelle valve à poids.**

Communications diverses.

Les formes de tuberculose pulmonaire justiciables d'une intervention chirurgicale et les résultats qu'on peut attendre de celle-ci. — M. ARCHIBALD (de Montréal). Trois opérations sont à envisager : la thoracoplastie qui est l'opération fondamentale, la phrénicectomie, manifestement moins efficace et l'apicolyse complément souvent précieux des interventions précédentes. Parfois un même sujet subit deux ou trois de ces opérations. L'essentiel est de bien distinguer les cas justiciables de la thérapeutique chirurgicale. Ce sont surtout les tuberculoses parenchymateuses non compliquées d'emphysème et résistant plus ou moins au pneumothorax.

Il y a les bons cas qui répondent aux formes chroniques à localisation unilatérale, les cas discutables dans lesquels l'affection qui atteint les deux poumons procède par poussées mais avec des signes de rétraction fibreuse et les mauvais cas caractérisés par une évolution rapide.

Sur 20 bons cas, 16 ont été guéris, 3 améliorés, 1 aggravé.

Sur 24 cas discutables, il y a eu 2 morts opératoires, 1 reprise de la maladie après amélioration transitoire, 9 guérisons, 3 améliorations, 3 aggravations et 6 morts non imputables au traitement.

Cancer et traumatisme. — M. JEANNENEY (de Bordeaux). Les faits qui se rapportent à cette question sont de deux ordres :

1° Traumatisme et cancer préexistant. Le traumatisme peut aggraver la tumeur directement ou en diminuant la résistance du sujet. Il peut favoriser le développement des métastases ;

2° Cancers provoqués par un traumatisme. Ces faits sont rares mais ont été observés. Pour qu'ils

soient probants, il faut que les conditions suivantes soient remplies : intégrité de la région blessée et du blessé lui-même, intensité suffisante du traumatisme, identité entre le point traumatisé et le siège de la tumeur, continuité dans l'apparition des lésions.

La mort par embolie au cours de l'opération. — M. Jayle (de Paris) rapporte plusieurs cas d'embolies mortelles survenues au cours d'une opération. Dans trois cas il s'agissait d'amputations de cuisse pour fractures multiples. Les autres cas ont été observés au cours d'interventions portant sur la sphère génitale. Les phlébites, qui sont le point de départ de ces embolies, sont difficiles à reconnaître soit parce que l'œdème fait défaut, soit parce qu'il est mis sur le compte de lésions inflammatoires concomitantes. L'auteur conseille de rechercher le temps de saignement et le temps de coagulation la veille de l'opération.

L'hypertension localisée au membre thrombosé. Signe important des oblitérations veineuses. — M. Chaton (de Besançon), par de nouvelles observations, a pu confirmer ses recherches antérieures sur cette question publiée à la Société de chirurgie en 1926. Chez 23 malades atteints de phlébites plus ou moins apparentes, 22 fois on a constaté une hypertension localisée du côté du membre atteint de thrombose.

Le traitement des varices par les injections sclérosantes. — M. Aimes (de Montpellier) emploie de préférence une solution contenant pour 3 centimètres cubes d'eau distillée, 40 centigrammes de chlorhydrate neutre de quinine et 20 centigrammes d'uréthane. Il reconnaît à la méthode diverses contre-indications tenant soit à l'état général du sujet (cardiopathies graves, albuminurie, diabète), soit aux conditions étiologiques de l'affection (varices gravidiques, symptomatiques de tumeurs pelviennes, postphlébitiques), soit même au volume des varices, les très grosses varices relevant plutôt du traitement chirurgical. La sympathectomie peut être utilement combinée aux injections sclérosantes dans les cas où les varices causent des douleurs particulièrement vives et tenaces. Sur 803 cas, 12 résultats nuls, 32 résultats moyens, 48 bons résultats, 711 résultats excellents.

La gangrène gazeuse du moignon après amputation par gangrène sénile. — M. Loubat (de Bordeaux) a observé deux fois cet accident, un des malades a guéri, l'autre est mort. L'auteur conseille d'amputer très haut, en tissus bien vascularisés ou si l'on tient à faire une amputation économique, d'injecter préventivement du sérum antigangréneux polyvalent.

Tête, rachis et cou, péritoine.

Chirurgie des tumeurs de la moelle. — M. de Martel (de Paris), étudiant par périodes les résultats de sa pratique, montre la diminution progressive de la mortalité en rapport avec le perfectionnement de la technique et l'amélioration des conditions opératoires. Les 5 premiers cas qu'il a opérés ont donné 5 morts. Puis ayant été voir opérer Horsley qui lui apprit à opérer lentement en soignant l'hémostase, il eut une série de 15 cas avec 4 morts. Après la guerre il se rendit compte de l'importance qu'a pour le succès la précocité de l'intervention, 16 cas : 4 morts. Enfin, sur les 59 derniers cas opérés, il n'y a eu que 4 morts. Les lésions observées chez les quatre derniers malades décédés étaient les suivantes: tumeur antérieure de la moelle cervicale, tumeur intramédullaire infiltrée de la région dorsale supérieure, tumeur antémédullaire cervicale, tumeur intramédullaire cervicale démesurément longue.

L'emploi du lipiodol comme moyen de diagnostic a été extrêmement heureux en ce sens qu'il a créé par l'objectivité de ses résultats un courant d'opinion favorable à la chirurgie des tumeurs médullaires. Mais il faut savoir que le lipiodol donne — bien qu'exceptionnellement — des erreurs de localisation et n'est nullement indispensable. L'auteur, comme les Américains, préfère la méthode clinique d'Elsberg avec recherche du blocage par le procédé manométrique de Stookey.

Exostose ostéogénique du rachis cervical. — M Frælich (de Nancy).

Indications de la thyrotomie dans les maladies du larynx. — M. Higguet (de Bruxelles).

Traitement des ascites par les injections massives de sérum adrénalisé. — M. Millianitch (de Belgrade).

Tube digestif et annexes.

Progrès dans le diagnostic et le traitement des affections de la vésicule biliaire. — M. Mayer (de Bruxelles) montre tout l'intérêt de la cholécystographie par injection intraveineuse de tétra-iodo-phénol-phtaléine qu'il a employée dans 162 cas et expose ses idées personnelles à ce sujet. D'autre part il rappelle la technique qu'il a déjà décrite de cholécystectomie rétrograde avec pince à demeure sur le pédicule cystique, procédé rapide particulièrement utile chez les sujets fatigués.

Traitement des sténoses pyloriques d'origine biliaire. — M. Perrin (de Lyon) tire de ses observations personnelles les conclusions thérapeutiques suivantes : 1° s'il s'agit d'un calcul enchatonné dans le pylore, l'enlever par pylorotomie ; 2° dans le cas de compression par un calcul volumineux, sans adhérences solides, pratiquer la cholécystectomie, la sténose ne survivra pas à l'ablation de la vésicule ; 3° en cas d'adhérences anciennes, ayant déterminé une sténose serrée du pylore, la gastro-entérostomie est indispensable et chez les malades cachectiques elle sera pratiquée seule dans un premier temps, l'ablation de la vésicule étant remise à plus tard.

Appendicite et grossesse. — M. BRINDEAU (de Paris) s'appuyant sur une statistique de 26 appendicites pour 18.000 grossesses, estime que la fréquence de l'affection chez la femme enceinte a été exagérée. L'appendicite s'observe surtout dans les premiers mois de la grossesse. Elle s'accompagne d'une douleur généralisée à tout l'utérus et d'une tension de cet organe. Le diagnostic est à faire surtout avec la pyélite et la salpingite. Le pronostic n'est peut-être pas plus grave qu'en dehors de la grossesse. Pourtant il faut opérer à quelque époque que ce soit en utilisant l'incision de Jalaguier.

Les kystes hydatiques des capsules surrénales. — M. NICAISE (de Paris). C'est une localisation extrêmement rare. Elle a été signalée six fois seulement sur 10.000 cas de kystes hydatiques. Ces 6 cas concernaient des hommes dont l'âge variait de trente-six à quatre-vingts ans. Ce fut chaque fois une trouvaille d'autopsie et une seule fois le sujet avait présenté de son vivant des signes d'insuffisance surrénale. La rareté de cette localisation chez l'homme reste inexpliquée. On ne peut admettre, comme il a été dit, que l'adrénaline soit un poison pour le parasite car le kyste des capsules surrénales est fréquent chez le porc.

Appareil génital et urinaire.

A propos de l'évidement systématique du col dans l'hystérectomie subtotale. — M. DE ROUVILLE (de Montpellier) défend cet évidement qu'il a été le premier à conseiller il y a seize ans, contre les critiques qu'en a faites Lecène et indique à nouveau les particularités de sa technique personnelle différente par quelques côtés de celle qu'a adoptée Desmarets.

Valeur de la résection du plexus hypogastrique supérieur dans le traitement des névralgies pelviennes. — M. Paul WALTHER (de Paris). Après quelques considérations anatomiques et physiologiques sur le plexus hypogastrique, l'auteur expose les résultats de 14 résections dont 2 ont été pratiquées par Tuffier et les 12 autres par lui-même. Les résultats ont été bons sauf dans 2 cas dont l'un se rapporte à une coccygodynie.

Les résultats éloignés de l'opération de Wertheim dans le cancer du col utérin. — M. VIOLET (de Lyon) est un partisan convaincu de l'opération de Wertheim dans le cancer du col. Il en rapporte 32 cas opérés de juin 1919 à juin 1928. Sur ces 32 cas, 4 morts opératoires et 6 guérisons datant de neuf, huit, sept et six ans. Dans une statistique précédente publiée en 1919 et concernant une série d'avant-guerre, il y avait 40 p. 100 de guérisons datant de cinq ans. Les malades de cette série ont été suivies; 6 sur 9 sont vivantes depuis dix-huit, seize et quinze ans.

Détails de technique pour la prostatectomie. — M. DESCARPENTRIES (de Roubaix) n'utilise plus les incisions en T renversé qu'il préconisait au Congrès de l'an passé, mais une incision transversale. Il ponctionne la vessie au trocart, ouvre son dôme par dédolement sans incision après l'avoir dénudé du feuillet péritonéal.

Les avantages de cette technique sont : la suppression de la sonde à demeure urétrale, une cicatrisation rapide de la plaie sus-pubienne, un séjour au lit minimum.

Grâce à ces détails opératoires et aussi à l'autohémolysothérapie, neuf fois sur dix, les malades ne gardent le lit que trois jours, un jour pour la cystostomie, deux jours pour la prostatectomie.

La sonde sus-pubienne est supprimée du douzième au quinzième jour après le deuxième temps, et le malade urine normalement du quinzième au dix-huitième jours sans que soit nécessaire la mise en place de la sonde urétrale, souvent douloureuse et infectante.

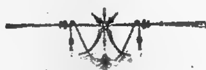
Détails de chirurgie prostatique. — M. GOURBET (de Nantes).

Membres.

Raideur congénitale des membres. — M. ROCHER (de Bordeaux) a obtenu dans ces cas de bons résultats par une intervention précoce, redressement orthopédique avec ténotomie ou résection articulaire. Il rapporte plusieurs observations et indique les particularités thérapeutiques que comportent les raideurs des diverses jointures.

Sur le diagnostic des coxopathies chroniques de l'enfant. — M. CALOT (de Berck).

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.



Les Livres

LIBRAIRIE DE L'OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES DE BIENFAISANCE.

(Reconnu d'utilité publique par décret du 3-6-1896.)
175, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Manuel pratique pour le placement des enfants, des malades et des vieillards. (Nouvelle édition. 1 vol. in-16 broché, d'environ 470 p. Prix : 22 fr. Franco domicile : 23 fr.)

Cette édition mise à jour au 1er mai 1928, comprend deux nouveaux chapitres consacrés, l'un au placement des enfants du premier âge, aux pouponnières, aux centres d'élevage et aux maisons maternelles, l'autre aux hôpitaux recevant des malades payants, aux maternités et aux cliniques privées accessibles aux personnes de condition moyenne.

Table des matières de la nouvelle édition : Chapitre I. Placement des enfants en bas âge. Pouponnières. Centres d'élevage. Maisons maternelles. — Chapitre II. Orphelinats. Ouvroirs. Internats agricoles. Etablissements divers. — Chapitre III. Maisons de préservation et de réhabilitation. Maisons de correction. — Chapitre IV. Maisons de famille. Maisons de repos et de convalescence. — Chapitre V. Hôpitaux et hospices recevant des malades payants. Maternités. Cliniques privées. Hôpitaux thermaux. — Chapitre VI. Aériums. Preventoriums. Sanatoriums. — Chapitre VII. Etablissements pour infirmes et incurables. Institutions d'aveugles et de sourds-muets. — Chapitre VIII. Asiles et maisons de santé d'aliénés. Etablissements pour enfants arriérés et anormaux. — Chapitre IX. Asiles et hospices de vieillards. Maisons de retraite.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Dr Paul FAREZ. — **Causeries sur l'art de bien gérer sa santé.** Préface de M. Fernand LAUDET, membre de l'Institut. (Un volume in-8° écu de 364 p. Prix : 16 francs.)

Leroy-Beaulieu avait publié « l'art de bien gérer sa fortune ». Voici l'*Art de bien gérer sa santé*. Votre santé n'est-elle pas un autre capital, tout aussi précieux que votre fortune, sinon davantage. Celle-ci se maintient, s'accroît, se reconstitue bien plus aisément que celle-là. Or, pour gérer l'une, vous recourez à un conseiller financier ; pour gérer l'autre, que n'avez-vous aussi un « conseiller sanitaire ? »

Soignées à temps, la plupart des maladies sont curables ; presque toutes sont évitables. Le praticien d'aujourd'hui tend à devenir, surtout, un médecin pour bien portants. Il s'applique à exercer autour de lui une influence morale, à éclairer ses semblables, à vulgariser l'hygiène, à enseigner la prophylaxie. Il vous apprend à conserver votre santé, à éloigner la maladie. Ecoutez votre médecin de famille, confident discret, ami tutélaire : oui, la santé est le premier de tous les biens, celui sans lequel tous les autres sont dépourvus de charme ; et puis elle n'est pas un droit mais une récompense : il faut la mériter.

Présentées en une brillante préface par M. Fernand Laudet, membre de l'Institut, ces quarante « Causeries » sont réparties sous les rubriques suivantes : 1° La santé ; 2° les maladies ; 3° les petites misères ; 4° les attitudes mentales ; 5° les émotions et les tendances ; 6° le manger et le boire. Ecrites dans un style familier, clair, accessible à tous, elles s'adressent non seulement au médecin, mais aussi au grand public, lequel a besoin non pas tant d'être « instruit » des choses médicales qu'« éduqué », c'est-à-dire entraîné à comprendre ce que, dans l'intérêt de sa santé, il doit faire ou ne pas faire, rechercher ou éviter. En cela, principalement, consiste l'*Art de bien gérer sa santé*, au moral comme au physique.

Préventive, telle s'affirmera la médecine de l'avenir ; qu'elle le devienne donc, dès maintenant. Ce volume en enseignera la pratique assidue non pas morose et rébarbative, mais agréable, euphorique. Loin de les réprouver, elle recommande les diverses joies de l'existence, jusqu'à la volupté de faire bonne chère.

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ JOUVE ET CIE, éditeurs,
15, rue Racine.

Dr Léon FILDERMAN. — **La toxémie variqueuse.** (Un vol., 204 p. avec planches. Prix : 20 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LES TRAINS SANITAIRES

Par A. SCHICKELE,

Médecin lieutenant-colonel.

L'expérience longue et probante de la grande guerre a pleinement démontré, non seulement l'utilité, mais la nécessité de traiter franchement à l'arrière des malades, blessés et gazés venus du front. On y gagne tous les avantages offerts par de gros hôpitaux parfaitement équipés ; on bénéficie surtout d'un confort et d'une sécurité si difficilement réalisables à l'avant. Pour l'avenir donc, il est admis qu'on n'arrêtera à ce niveau que les intransportables et les inévacuables dans les formations sanitaires de corps d'armée et celles les plus avancées de la zone de l'armée. Sur trois évacués, un seul restera à l'avant, les deux autres iront à 150 ou 200 kilomètres du front dans les hôpitaux d'évacuation secondaire.

Un tel système n'est possible qu'avec de bons moyens d'évacuation qu'il faut exiger rapides, puissants et confortables. A cet égard, le meilleur reste et restera longtemps encore sans doute le train sanitaire. Lui seul, par sa capacité, la qualité de son organisation, la vitesse qu'il possède, peut convenablement vider le front des évacués qu'il doit diriger sur l'arrière.

Le passé n'avait pas méconnu l'utilité et l'importance du train sanitaire ; mais, en France du moins, on s'en était trop tenu à l'improvisation. N'étaient-ce pas, en effet, des *trains sanitaires improvisés*, qui formaient le fond de nos ressources ? Il s'agissait là de trains utilisant du matériel roulant à marchandises avec seulement un aménagement de supports-brancards à 3 étages, et un personnel sanitaire réduit. Pas d'intercommunication, pas de chauffage, un éclairage remontant à l'âge de la lampe à huile. C'était maigre comme qualité et non moins comme quantité. A la vérité, il existait bien des trains sanitaires permanents, bien composés et équipés ceux-là, mais ils utilisaient encore des wagons à marchandises. Si leur qualité était acceptable, ils étaient encore en trop petit nombre, puisqu'il n'en était organisé que cinq en tout. Que pouvaient ces ressources en face des besoins écrasants qui se sont manifestés dès le début des hostilisés ?

Les nécessités du moment ont fait créer en pleine guerre des trains sanitaires semi-permanents avec du matériel à voyageurs, mais, malgré leur nom, ces trains se ressentaient encore par trop d'improvisations plus ou moins réussies.

Au cours même de la guerre, nos alliés britanniques et américains amenèrent sur notre front des trains sanitaires parfaitement organisés, parce qu'ils avaient été spécialement étudiés pour cette destination exclusive. C'était pour nous à la fois un exemple et une leçon.

La guerre terminée, quand s'est posée la question de l'organisation future du service de santé en campagne, le problème des trains sanitaires a longuement retenu l'attention. On voulait absolument aboutir à un matériel équivalant aux meilleurs réalisés pendant la guerre.

La guerre, fort heureusement, n'est dans notre vie qu'une crise dont l'aboutissant forcé est la paix. Il est donc nécessaire de limiter au maximum les approvisionnements qui ne sont pas nécessaires en dehors d'elle, ce qui est, au premier chef, le cas des trains sanitaires. On ne saurait raisonnablement construire et entretenir en temps de paix un matériel de chemin de fer à destination aussi spéciale, sans risquer de le voir démodé et archaïque au moment du besoin. Ce serait, au surplus, une immobilisation d'un capital considérable incompatible avec l'état de nos finances. La vraie solution consistait donc dans l'utilisation du matériel de chemin de fer en service normal sur les réseaux en le transformant en wagons sanitaires à la mobilisation.

Sous cette forme, aucune solution favorable n'a pu intervenir. On était bien décidé à utiliser des wagons à voyageurs. Or, ceux-ci, comportent des compartiments prenant issue sur un couloir latéral trop étroit pour laisser passer un brancard chargé. Il aurait fallu démonter tout le compartimentage pour transformer le wagon en une grande salle, dans laquelle il devenait possible de placer les supports-brancards. Ce démontage n'était pas possible, car tout faisait corps avec la caisse de la voiture.

Une autre solution a été alors envisagée, celle

d'étudier pour les futures voitures à construire un type directement utilisable comme wagon sanitaire. Les études ont été entreprises par l'office central des études de chemin de fer (O.C.E.M.), et elles ont abouti à la création du wagon recherché. Sa construction a été conseillée aux compagnies de chemin de fer qui reçoivent, en compensation une prime pour chaque voiture établie sur ce type standard. En temps de paix, ces voitures sont équipées pour le transport des voyageurs, de 3e classe généralement. A la mobilisation, elles seront groupées dans des ateliers d'armement qui démonteront l'installation intérieure et placeront dans les carrosseries les aménagements du service de santé. Ces wagons ainsi transformés en wagons sanitaires seront alors acheminés sur les gares désignées pour organiser les trains sanitaires.

par un large couloir permettant le passage d'un brancard chargé. Les accès, outre deux portes s'ouvrant sur les couloirs, sont assurés, sur chaque paroi du wagon, par une large porte à deux vantaux, inutilisée en temps de paix, mais qui serait mise en service en temps de guerre.

Les parois métalliques sont faites d'une double tôle d'acier renfermant des plaques de liège servant d'isolant ; elles sont percées de vastes baies munies de glaces montées sur des châssis mobiles équilibrés et pourvus d'une poignée de manœuvre actionnant un verrouillage maintenant la fermeture.

Le plancher est en tôle ondulée recouvert de terrazolith.

L'aménagement intérieur comprend à chaque bout un W.C. avec lavabo et une grande salle centrale. Celle-ci est équipée sur chacune de ses

Fig. 1.

Le wagon sanitaire destiné au transport d'évacués couchés a généralement une longueur de 21 mètres 57, entre tampons et de 20 mètres 28 pour les dimensions intérieures de sa caisse ; sa largeur est de 2 mètres 80. Il peut différer d'un réseau à l'autre, mais ses caractéristiques restent les mêmes partout. Dans tous les cas, l'aménagement intérieur sera identique et il est entendu que chaque train sera composé de wagons de même type.

La caisse, le plus souvent entièrement métallique, est montée sur deux boggies à pivots et à deux essieux. Le wagon est doté du chauffage à la vapeur, de l'éclairage électrique, du frein continu à l'air comprimé, de l'intercommunication

parois de cinq supports-brancards universels type service de santé militaire. Chacun d'eux est constitué de 3 potences articulées pivotant autour d'une colonne solidement fixée à la paroi d'une part, au plancher de l'autre (voir fig. 1). Chaque potence est pourvue d'un dispositif de support des brancards constitué par une griffe montée sur une biellette articulée dont le jeu est absorbé par un ressort incliné à 45°. Grâce à ce système, toutes les secousses, dans quelque sens qu'elles se produisent sont absorbées par un seul ressort ce qui rend la suspension aussi souple et aussi parfaite que possible.

Les évacués voyageront normalement couchés sur le brancard réglementaire ou sur le cadre

d'immobilisation et de transport du service de santé dû à l'ingéniosité du médecin général Rouvillois. La literie est encore réduite à des oreillers et des couvertures mais rien ne s'oppose à ce que dans l'avenir on y ajoute des matelas et même des draps pour réaliser des couchettes complètes.

Les appareils, placés le long des parois, laissent un large passage au centre de la voiture où la circulation sera très facile (voir fig. 1 et 2).

Le chargement se fera normalement et simultanément pour tous les wagons par la grande porte centrale percée sur chaque paroi (voir fig. 2) La mise en place des brancards est très aisée grâce à la place dont on dispose au centre de la voiture.

La capacité totale du wagon est de 30 couchés.

4 ou 5 wagons à voyageurs du type ordinaire pour le transport des évacués assis.

Dans les deux cas, les fourgons utilisés seront du type à bagages pour trains de vitesse.

Les trains auront une composition homogène, ils seront à intercirculation totale, chauffage par la vapeur, éclairage électrique, frein continu, auto-alimentation. Ils représenteront donc une composition absolument analogue aux rapides et aux express de grands parcours, ce qui assurera aux évacués transportés le maximum de confort.

Un tel programme demande naturellement pour sa réalisation complète un temps appréciable, il a donc fallu prévoir des mesures transitoires si des trains sanitaires devenaient néces-

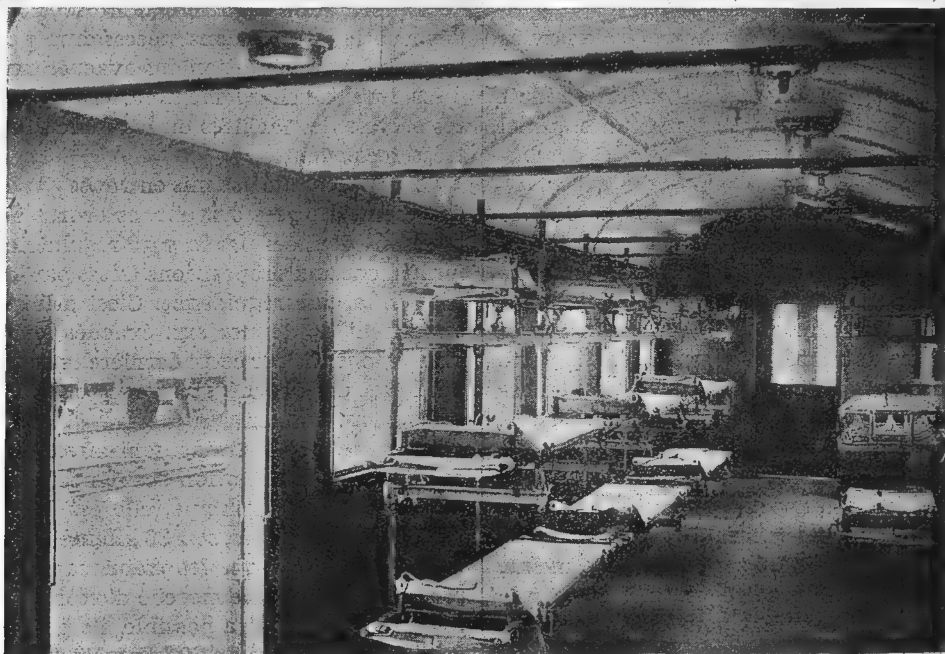


Fig. 2.

saires avant que ce programme ne soit rempli, Aux wagons O.C.E.M. on a substitué des fourgons à bagages du type indiqué plus haut. Dans ces conditions, on aurait encore des trains sanitaires très acceptables et nettement supérieurs à beaucoup de ceux que nous avons employés pendant la dernière guerre.

En principe, il n'a été admis qu'un seul système de train sanitaire dit *semi-permanent*, mais cette fois se rapprochant beaucoup plus d'un train permanent que d'un improvisé et comportant deux types principaux.

Type couché : 300 couchés.
Type mixte : 120 couchés
240 assis = 360 places.

Le type couché comprendra :
1 fourgon du service général.
5 wagons O.C.E.M. aménagés.
1 voiture pour le personnel.
1 fourgon à vivres, cuisine, tisanerie.
5 wagons O.C.E.M. aménagés.
1 fourgon du service général.

Le type mixte comprendra seulement 4 wagons O.C.E.M. aménagés pour les couchés avec

En dernière analyse, on pourra équiper des trains sanitaires improvisés tels qu'ils l'étaient en 1914, mais ce ne pourrait être là qu'un pis aller absolument imposé par des circonstances pressantes.

Pour l'évacuation des assis on pourra également utiliser des trains à voyageurs ordinaires.

A quelque type qu'ils appartiennent, les trains sanitaires disposent d'un personnel fixe et d'un personnel variable.

Le personnel fixe est représenté par :

Un médecin chef (capitaine, lieutenant ou sous-lieutenant).

Un officier d'administration gestionnaire.

Un pharmacien auxiliaire.

Deux infirmières.

Deux sergents.

Trois caporaux.

Cinq infirmiers dont : 1 étudiant en pharmacie; 2 infirmiers cuisiniers ; 1 infirmier pour la tisanerie ; 1 secrétaire.

Le personnel variable comprend 1 infirmier par wagon à intercirculation et 2 infirmiers par wagon isolé.

En moyenne, le personnel d'un train sanitaire comprend au total 2 officiers, 3 sous-officiers, 3 caporaux, 15 à 20 hommes de troupe, 2 infirmières.

Outre les brancards et leurs supports, le service de santé fournit aux trains sanitaires un approvisionnement de pansements, un matériel réduit pour petite chirurgie et pansements, un matériel pour la cuisine et les repas, un matériel de couchage.

Les trains sanitaires appartiennent au service des chemins de fer et entrent dans l'organisation générale des chemins de fer aux armées. Ils dépendent donc à ce titre des organes de direction fonctionnant aux armées en opérations. Après avis du service de santé, ils seront répartis entre les commissions régulatrices de communications desservant les armées. Dans ces dernières, l'emploi technique des trains sanitaires est réglé par le médecin-chef de la régulatrice qui s'adresse au commissaire régulateur pour faire assurer l'exécution des mouvements nécessaires.

Sur les demandes qui lui sont faites de l'avant, le médecin chef de la gare régulatrice désigne le train sanitaire qui convient pour exécuter l'évacuation ; ce train est alors mis en route sur sa destination par le commissaire régulateur. Ce sera normalement un hôpital d'évacuation primaire ou, exceptionnellement, une formation sanitaire d'un corps d'armée ou des étapes. Les jours de grande bataille, il est aussi possible que des trains sanitaires vides soient poussés à l'avance sur les hôpitaux d'évacuation primaire où ils sechargeront à la demande des événements.

Les trains sanitaires doivent disposer d'un quai de 400 mètres de long, ce quai sera, au mieux, couvert. A défaut il faudra embarquer sans quai sur des garages qu'on appelle chantiers en style de chemin de fer, ce qui est possible mais plus difficile et par suite plus lent.

La formation sanitaire qui évacue prépare à l'avance une feuille d'évacuation sur laquelle figurent tous les évacués qui doivent être embarqués. Ces derniers sont tous porteurs d'une pochette-fiche d'évacuation contenant, clos à son intérieur, tous les renseignements médicaux qui doivent accompagner l'évacué. A l'extérieur de la pochette-fiche sont inscrites toutes les indications utiles à connaître au cours de l'évacuation (état civil, situation militaire, régime alimentaire soins spéciaux, urgence des soins à intervenir, soins à donner en route, etc.).

Sitôt le train à quai, le médecin-chef placé à sa tête se met en liaison avec le médecin-chef de la formation de départ ou son service d'évacuation et se fait remettre la feuille d'évacuation.

Les évacués sont amenés à quai par les soins de la formation de départ. Ils sont chargés dans le train par le personnel sanitaire de ce dernier qui vérifie que tous sont inscrits sur la feuille d'évacuation et porteurs de leur pochette-fiche.

Le gestionnaire du train, s'il n'en a été pourvu au départ par la gare régulatrice, touche auprès de la formation sanitaire dont le train assure l'évacuation les rations nécessaires pour toute la route à l'alimentation des évacués embarqués.

La durée du chargement variera de à 2 à 6 heures suivant les facilités ou les difficultés rencontrées localement.

Le train chargé est mis en route par le service des chemins de fer suivant les ordres ou les instructions données par la gare régulatrice et conformément aux propositions faites par le médecin chef de la gare régulatrice. C'est à lui seul qu'il appartient de donner aux évacués leur destination rationnelle car cette dernière est commandée par l'état des évacués, l'urgence et la nature des soins à leur donner.

La marche des trains sanitaires dépend des conditions d'exploitation des lignes ferrées qu'ils empruntent. En principe, elle est celle de tous les convois militaires, soit 30 kilomètres à l'heure, mais il est prévu que les trains sanitaires pourront bénéficier d'une marche d'express toutes les fois que la chose sera possible, ils pourront alors atteindre la vitesse de 60 kilomètres à l'heure.

Au point de vue de la destination, il faut distinguer entre deux ordres d'évacuations. Les évacuations primaires qui partiront du front pour aller à l'hôpital d'évacuation secondaire ; elles comporteront habituellement des blessés non opérés. Les évacuations secondaires qui partiront de l'hôpital d'évacuation secondaire pour gagner l'intérieur du territoire national ; elles comporteront toujours des blessés traités et opérés.

Il y aura donc normalement deux courants d'évacuation qui seront, fort vraisemblablement, assurés pour chacun d'eux par une catégorie spéciale de trains sanitaires. Cette spécialisation des trains sanitaires évitera de voir diriger, loin sur le territoire national, des blessés non opérés ; elle permettra de réduire le temps nécessaire qui s'écoule entre le départ et le retour à sa base d'un train sanitaire. Ce dernier avantage est important. La *rotation* d'un train sani-

taire opérant en avant de l'hôpital d'évacuation secondaire sera de 4 jours environ tandis que de ce même hôpital à l'intérieur, elle sera de 15 jours et plus.

Sans doute le fonctionnement des trains sanitaires ne présentera pas toujours cette rigidité un peu schématique car de nombreuses variantes pourront s'imposer.

Tout d'abord, en périodes calmes, les formations sanitaires du front pourront ne pas avoir pour chacune d'elles de quoi charger un train sanitaire, on sera alors conduit à organiser des trains de ramassage desservant à date fixe ou à leur demande une série de formations sanitaires échelonnées le long d'une voie de communication.

On ne doit pas perdre non plus de vue qu'à l'avant on garde en traitement des intransportables et des inévacuables qui, après un traitement d'un temps variable, seront en situation de gagner l'intérieur. Pour ceux-là, l'arrêt à l'hôpital d'évacuation secondaire n'est pas indispensable. S'il y a de quoi charger un train sanitaire, on pourra le faire en le dirigeant directement de l'avant sur l'intérieur effectuant ainsi une évacuation secondaire ayant son origine au front.

En principe, un train sanitaire doit avoir comme destination une formation sanitaire ou un centre hospitalier capable d'en absorber tout le contenu et de traiter dans les 24 heures les blessés non opérés. Le médecin chef de la gare régulatrice devra donc être très exactement renseigné non seulement sur la capacité des lits disponibles mais encore sur la capacité opératoire des formations sanitaires sur lesquelles il va diriger des trains sanitaires.

Quand il s'agit de trains destinés à l'intérieur, le médecin chef de la gare régulatrice manquera de renseignements précis, il acheminera alors ces trains sur *la station de répartition* de la région sur laquelle il doit évacuer. C'est cette station qui fixera définitivement la destination à donner aux différentes catégories d'évacués formant le chargement des trains sanitaires. Toutes ces opérations nécessitent des liaisons nombreuses par téléphone et par télégraphe, qui seront assurées par le réseau de transmission des armées. Le médecin chef du train n'aura pas normalement à intervenir dans leur exécution, mais il doit en connaître l'existence, la nature et l'utilité pour pallier éventuellement au manque de liaison qui pourrait se produire entre les organes régulateurs des mouvements d'évacuation sanitaire par voie ferrée.

Sitôt le train mis en route, son médecin chef visite tous les évacués embarqués. Il est aidé par les renseignements de la pochette-fiche qui facilitent son propre examen. S'il est nécessaire, il peut prendre connaissance des documents médicaux inclus dans la pochette.

Au cours de sa marche, le train sanitaire n'est pas privé de secours venant de l'extérieur. Sur la ligne d'évacuation sont ménagées à des distances représentant en moyenne 6 heures de marche des « stations de révision sanitaire ». Ces organes disposent d'un personnel médical spécial pour réviser rapidement le contenu des trains sanitaires qui sont arrêtés dans ce but chaque fois qu'il est nécessaire. Les évacués qui ne peuvent continuer sont arrêtés et dirigés sur une formation hospitalière rapprochée.

Dans tous les cas, les évacués hors d'état de poursuivre leur route peuvent être laissés au passage par le médecin chef du train sanitaire dans une gare rencontrée où le train s'arrête. L'évacué est remis au commissaire militaire qui avise en provoquant l'évacuation sur une formation sanitaire voisine, ou bien, en cas d'urgence absolue en confiant le malade à la municipalité du lieu où il stationne.

Eventuellement, les décédés à bord des trains sanitaires seraient également laissés au commissaires militaires des gares rencontrées.

Arrivé à destination, le médecin chef du train sanitaire adresse un rapport sur l'évacuation qu'il vient de faire au médecin chef de la gare régulatrice dont il relève ; il provoque les ordres pour son retour. Il sera dirigé tout d'abord sur une *station de désinfection* où un personnel outillé en conséquence procèdera au nettoyage et à la désinfection du train. Cette opération terminée, le train sanitaire arrivera à sa gare régulatrice de rattachement pour y passer en réserve prêt à faire une nouvelle évacuation.

L'organisation qui vient d'être décrite est le fruit de l'expérience de cinq années de guerre, elle s'est perfectionnée à sa rude école et a donné à l'usage toute satisfaction. Il est à présumer qu'il en serait de même dans l'avenir mais il ne faudra jamais perdre de vue que la guerre moderne conduit à des pertes massives qui peuvent dépasser les prévisions les plus pessimistes. Il faut savoir que les moyens d'évacuation de toutes natures et surtout les trains sanitaires devront être nombreux. Dans ce domaine, il faut avoir trop pour être certain d'avoir assez.

HOSPITALISATION DES SEULS INDIGENTS. MESURES DE DÉPISTAGE DES FAUX PAUVRES

Nous avons reçu d'un de nos abonnés de Grenoble communication de la circulaire ci-dessous, que le vice-président de la commission administrative des hôpitaux de la ville a fait parvenir à tous les praticiens.

VILLE DE GRENOBLE.

Bureau d'Assistance.

Grenoble, le 1er octobre 1928.

Monsieur le docteur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'à compter du 1er octobre 1928, *les malades indigents*, devant être hospitalisés, devront présenter ou faire présenter par un membre de leur famille ou par une personne pouvant donner tous renseignements utiles, les pièces énumérées ci-dessous, au Service de l'assistance communale, mairie, 3e division, passage de l'Hôtel-de-Ville, nº 1, au 1er étage, savoir :

1º Certificat médical prescrivant l'hospitalisation ;

2º Dernière quittance de loyer (pour servir de justification de la résidence à Grenoble) ;

3º Livret de famille ou pièces d'identité en tenant lieu ;

4º Les certificats de salaire des membres de la famille qui travaillent (des imprimés seront à la disposition du public à la mairie et dans les commissariats de police).

Les personnes de nationalité étrangère devront en outre présenter leur carte d'identité et leur passeport.

Dans les cas non urgents, pour faciliter le service, les démarches nécessaires à l'hospitalisation d'un malade, devront être faites à l'avance.

Pour *les cas urgents seulement*, et en dehors des heures d'ouverture des bureaux de la mairie (de 8 heures à midi et de 14 à 18 heures), les dimanches et jours fériés, l'hospitalisation des malades se fera par les soins de la permanence de police (passage de l'Hôtel-de-Ville).

Etant donnés les dépenses de plus en plus élevées engagées par les services de l'Assistance médicale gratuite, et dans l'intérêt même des malades, la Commission administrative du Bureau d'assistance compte, Monsieur le docteur, que vous voudrez bien lui continuer le concours de votre dévouement pour lui faciliter sa tâche, en donnant tous renseignements utiles aux malades indigents ayant besoin d'être hospitalisés.

Veuillez agréer, M. le docteur, mes remerciements anticipés et l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le vice-président de la Commission administrative du Bureau d'assistance :

Cette circulaire est intéressante à plus d'un titre.

Notons tout d'abord le cri d'alarme poussé par la commission administrative du Bureau d'assistance, qui, ainsi qu'on le sait, se compose des commissions administratives réunies de l'hôpital et du bureau de Bienfaisance.

Le bureau d'assistance de la ville de Grenoble estime que l'hôpital est envahi par des gens, qui n'ont nullement droit à l'hospitalisation, surtout lorsque ce sont des étrangers à la ville, qui tentent de se faire admettre gratuitement aux frais de l'hôpital, ou du service d'assistance médicale gratuite, en fournissant les papiers de gens habitant réellement Grenoble.

D'ailleurs, les grandes villes, Lyon et autres, se plaignent de pareils abus.

Or, si le bureau d'assistance entend ménager les deniers communaux, les membres qui le composent et qui font partie de la commission administrative de l'hôpital essayent, par cette mesure, de faire réserver les lits de l'hôpital aux indigents de la ville.

L'hôpital est destiné au traitement des malades privés de ressources : il ne doit que très exceptionnellement recevoir des hospitalisés payants.

Pour que des lits soient toujours à la disposition des bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, il ne faut pas que la place soit occupée par des gens qui n'ont pas droit à l'hôpital, par tous ces profiteurs du bien des pauvres.

Ces derniers sont légion qui essayent de faire l'économie d'une maison de santé et des honoraires du chirurgien.

Ils se font admettre en payant à l'hôpital et, lorsqu'un pauvre se présente il peut se voir refuser l'entrée dans l'établissement, la place à laquelle il a droit étant déjà prise par un payant.

Il est donc nécessaire de dépister les faux pauvres, tous ceux qui s'habillent modestement, s'affublent d'un faux état civil, produisent des papiers qui ne leur appartiennent pas, pour se faire admettre avec plus de facilité lorsqu'ils font l'offre de rembourser les frais de leur séjour.

Aussi, félicitons-nous la commission administrative du Bureau d'assistance de Grenoble de sa circulaire.

Que voyons-nous en tête de celle-ci ?

L'obligation, pour le candidat à l'hospitalisation, d'avoir à présenter un certificat médical.

Disons que beaucoup de confrères se font inconsciemment les pourvoyeurs de l'hôpital, après quoi ils viennent protester dans les assemblées professionnelles contre les abus de l'hospitalisation des payants.

Cependant, combien nombreux sont les praticiens qui dirigent eux-mêmes leurs clients vers l'hôpital, alors que ceux-ci sont justiciables de la maison de santé ?

Que dans un but d'enseignement, ou d'observation clinique, un professeur fasse admettre, dans son service, un malade « intéressant », c'est juste : la science, les internes, les étudiants, bénéficieront de ces cas particuliers.

Mais que, systématiquement — ou presque — on dirige vers l'hôpital tout malade, sans se préoccuper s'il peut ou non payer maison de santé ou soins médicaux, c'est considérer l'établissement public comme étant le seul centre de cure, ouvert à tous, oubliant ainsi la destination première des hospices et hôpitaux.

Aux syndicats médicaux donc de méditer sur cette question du certificat médical, nécessaire pour l'admission à l'hôpital, puis de prendre, en Assemblées générales, les mesures nécessaires pour sauvegarder le bien des pauvres et l'intérêt des praticiens.

A qui doit être remis ce certificat médical demandé pour l'admission d'un malade indigent ?

Nos confrères doivent se souvenir que deux lois permettent l'admission gratuite d'un indigent à l'hôpital.

La loi du 7 août 1851, loi organique des hospices et hôpitaux, décide que tout malade privé de ressources, tombé malade sur le territoire de la commune, où se trouve un hôpital, doit être admis dans cet établissement.

La loi du 15 juillet 1893 a mis à la charge des communes, des départements et de l'Etat, les dépenses d'assistance médicale gratuite.

De l'ensemble de ces deux lois, il résulte que, lorsque le malade doit être hospitalisé comme étant bénéficiaire de la loi de 1893, c'est au maire de la commune — et non à l'administration de l'hôpital — que doit être présenté le certificat médical d'hospitalisation.

Au maire de vérifier si le malade est bien inscrit sur la liste d'assistance médicale, ou s'il doit bénéficier d'une inscription d'urgence (article 19 de la loi de 1893).

Par son contreseing, le maire informe l'administration de l'hôpital que les frais d'hospitalisation seront supportés par le budget départemental d'assistance médicale gratuite.

Bien entendu, en cas d'urgence, les formalités administratives doivent trouver un tempérament ; mais avouons que les cas d'extrême urgence sont plutôt rares, par rapport au grand nombre des malades hospitalisés.

Donc, les médecins doivent apporter une grande circonspection, avant de rédiger un certificat sur le vu duquel la commission administrative d'un hôpital, ou la mairie intéressée, prononcera l'admission dans l'établissement d'un malade indigent ou supposé tel.

En second lieu, la circulaire que nous publions prévoit la fourniture d'une série de pièces d'identité : quittance de loyer, livret de famille, certificats de salaires.

La quittance de loyer a une grande importance

Beaucoup d'administrateurs d'hôpitaux de grande ville se plaignent de ce que certaines personnes utilisent des papiers qui ne leur appartiennent pas, pour prouver faussement leur séjour habituel dans la localité.

Un grand nombre de malades résidant dans des départements voisins se font ainsi passer comme ayant leur résidence habituelle dans la ville, au grand dam des finances hospitalières.

Chaque candidat à l'hospitalisation devra désormais prouver son identité, son lieu de domicile, ses ressources avec gains et salaires.

Y aurait-il tromperie, qu'il serait possible de poursuivre pénalement ces hospitalisés qui abusent du bien des pauvres, cependant qu'hôpital et médecins locaux pourraient demander également le remboursement des frais indûment occasionnés par l'hospitalisation de ces malades et même du manque à gagner (chirurgiens d'hôpitaux, médecins propriétaires de maisons de santé).

Les poursuites sont souvent difficiles, me dira-t-on. Il suffirait d'un ou deux bons procès, avec condamnation pénale et dommages intérêts. Une publicité bien faite, dans la presse quotidienne (on peut toujours demander, comme peine accessoire, une ou plusieurs insertions dans les journaux) avertirait les faux pauvres que le temps est passé où l'on pouvait abuser du bien d'autrui, surtout lorsque ce bien est celui des indigents.

Enfin, j'approuve hautement cette collaboration que la commission administrative du Bureau d'assistance de Grenoble demande au corps médical local.

Cependant, j'eusse préféré que le vice-président de la commission administrative se soit adressé, non pas à chaque praticien, en particulier, mais aux sociétés professionnelles médicales, pour leur demander leur concours dans ce dépistage des faux pauvres.

Il faut dire que le vocable « syndicat » n'est pas encore complètement entré dans les mœurs, surtout lorsqu'il s'agit de professions libérales.

Néanmoins, bien des administrateurs avertis savent parfaitement que les syndicats médicaux sont loin d'être des révolutionnaires : ces groupes professionnels cherchent surtout à collaborer à

la défense de la santé publique, en donnant leur avis sur la manière dont les malades devraient bénéficier de certaines lois sociales.

Ils ont la pratique de chaque jour et peuvent éclairer les pouvoirs publics sur les résultats immédiats, ou éloignés, de l'application de certains textes législatifs ou réglementaires.

Il me semble donc que le syndicat médical de l'Isère pourrait mettre cette circulaire à l'étude, pour proposer ensuite au vice-président de la commission administrative du Bureau d'assistance de Grenoble, la collaboration du groupe professionnel médical.

Réunis, les médecins pourront discuter la manière d'adresser à qui de droit l'indigent susceptible d'être hospitalisé, cependant que les praticiens apprendront à ne plus diriger sur l'hôpital, mais vers la maison de santé, le client, qui a des ressources suffisantes.

D'ailleurs, ce faisant, les praticiens prépareront l'application très prochaine de la loi sur les assurances sociales, car, de concert avec les commissions administratives des hôpitaux, les syndicats médicaux auront à discuter des modalités d'hospitalisation des malades payants, bénéficiant de la loi du 5 avril 1928.

Que deviendront les hôpitaux, lorsque leur clientèle gratuite (lois de 1851 et de 1893) aura diminué dans des proportions considérables ? Comment se transformeront-ils en maisons de cure pour malades payants et assurés sociaux ?

Aux syndicats médicaux de répondre.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE

La vraie journée anglaise.

La journée de travail continu, huit heures de suite, puisque nous avons les huit heures, est-elle possible avec les forces humaines et un bon rendement ? D'après une enquête du *Journal* (octobre 1928), la diminution pour les ouvriers de la durée du travail de 10 à 8 heures équivaudrait à un million de travailleurs de plus pour la France, million d'immigrés étrangers nécessaires. Il importe donc que le travail soit mieux compris, plus fructueux, et l'est-il bien avec ces huit heures coupées, entrecoupées par des arrêts, des repos ?... Les Anglais travaillent huit heures sans interruption mangeant sans doute entre temps « sur le pouce » une alimentation rapide et facile.

Le médecin appréciera les forces individuelles comme il peut juger déjà des aptitudes pour l'orientation professionnelle.

Dans nos huit heures françaises de travail, il y a une première mise en train, puis préparation d'arrêt et de sortie, remise en train, resortie à la fin avec ce qu'elle comporte. Quatre opérations prenant de la pensée et du temps, pertes de travail dont deux au moins peuvent être supprimées et sont effectivement supprimées en Angleterre. La remise en marche du « matériel humain » est une perte de temps et de force, comme pour le cheval arrêté qui repart...

C'est ce qu'a fait connaître en France pour le travail, ce qui est couramment appliqué outre-Manche, depuis 1919, à ma connaissance, M. Vassivière, jurisconsulte, avocat, qui signe, depuis ce temps, du titre de « promoteur de la *journée anglaise* ». J'ai trouvé l'idée séduisante pour l'hygiène, cet arrêt de midi où les intéressés très pressés pour aller chez eux ou au restaurant, mangeant vite et abondamment — ils ont si peu « pris » le matin — et s'engouffrant dans des moyens de transport, entassés, comprimés, surchauffés... M. Vassivière a jadis publié chez Alcan, une brochure sur le sujet où j'en ai développé le côté hygiénique. Avant et depuis, j'ai consacré ailleurs maints exposés du sujet qui devient à la mode, j'y ai allusionné toutes les fois que j'ai pu, j'y ai intéressé maints hommes politiques...

Le 30 décembre 1919, M. André Honnorat, un apôtre social, le créateur et directeur de la Cité Universitaire, m'écrivait :

« Mon cher Docteur,

« Je partage tout à fait votre sentiment et celui de M. Vassivière, mais laissez-moi vous faire remarquer à tous deux que la question échappe à l'action du législateur.

« La journée anglaise n'est possible qu'avec les mœurs anglaises. Elle ne s'accommode pas de notre sommaire déjeuner du matin. Et qui peut donner aux Français le goût de faire au sortir du lit un repas substantiel pour se contenter à une heure d'un lunch succinct et rapide ? C'est pourtant à cette seule condition que la journée anglaise est possible.

« La vérité », c'est qu'il dépend de certains commerçants, de certaines compagnies, de faire, d'accord avec leurs employés, un effort dans ce sens, mais que l'on ne peut pas, par un procédé artificiel comme celui de l'heure, amener l'ensemble des individus à s'y décider.

« Je félicite M. Vassivière de sa campagne...

Je m'y associe de grand cœur, mais, hélas! chacun ne fait que ce qu'il peut.

« Bien cordialement ».

André HONNORAT.

Sous ce titre *Economies et Ressources*, dans l'*Indépendance Luxembourgeoise*, du 9 janvier 1920, j'écrivais :

« Le professeur J. Bergonié, partisan de la vraie journée anglaise a montré l'importance antialcoolique et très économique pour le capital et le travail du labeur ininterrompu : l'ouvrier mangeant chez lui, s'occupant de sa famille, de son logis, de son jardin... Utilisons bien notre travail, nos ressources, nos forces, le docteur Bergonié a fait produire un nombre énorme de journées agricoles pour le plus grand bien de leur santé et de leur budget... »

M. Vayssière aida puissamment Bergonié dans la région girondine, où là seulement si je ne me trompe, on en fit l'application. Que n'utilise-t-on nos malades en convalescence dans le même but, pour nos « œuvres hospitalières » (*Journal des praticiens*, 10 novembre 1928).

On sait qu'avec le taylorisme, les Américains sont arrivés à utiliser les infirmes, les invalides.

En janvier 1920, Bergonié m'écrivait : « Merci, cher ami, pour les citations toujours trop élogieuses et si aimablement répétées de mes travaux, la dernière surtout dans *L'Indépendance Luxembourgeoise*, dit bien ce qu'il fallait dire sur la cure physique des blessés aux champs. Tous me répètent aujourd'hui que je n'ai pas parlé assez haut et clair... Quelle dérision. Encore merci et à vous. BERGONIÉ. »

Evidemment, avec ces idées, le regretté martyr des rayons X, toujours infatigable, luttant ensuite jusqu'à son dernier souffle, pour créer les centres anti-cancréreux, Bergonié ne pouvait être que partisan de ce travail continu, économique d'arrêts, et l'un de ses premiers et plus fidèles partisans.

En août 1920, je donnais aussi à un grand journal du matin où j'écrivais alors, et comme causerie, un article sur la question, et qui ne parut pas (actualités pressantes...)

Mais volià revenue au premier plan cette journée anglaise que je n'ai jamais abandonnée. Tous les journaux en parlent en discutent *pour* ou *contre*. M. Vassivière en avait saisi le président du Conseil, M. Raymond Poincaré, qui à son tour l'a soumis au Conseil national économique. On nous a montré dans le *Matin* l'opinion favorable de la C. G. T. avec M. Jouhaux, et dès février 1920 — j'ai la réponse de M. Jouhaux du 26 février 1920 — je proposai à la C. G. T. de l'entretenir de la vraie journée anglaise, et son secrétaire général en devait référer à la Commission administrative : la question n'était pas mûre puisque les choses en restèrent là !... en France, encore que maintes industries (Rœdel et conserves à Bordeaux) l'appliquèrent avec succès.

Bien des femmes consultées, à l'heure présente, s'en déclarent partisans. Si nous avions l'électorat féminin, proche sans doute, préparé par les Aurel, les Marguerite Durand, les Maria Vérone, les Lydie Martial, les Louise Brunet... nous serions plus sûrement fixés. La femme souffre surtout de l'alcoolisme du mari qui diminuera sûrement quand tous les repas seront pris à la maison, au foyer.

***

On peut être tenté de se demander en quoi la journée anglaise peut intéresser la Confédération des travailleurs intellectuels, C. T. I. qui s'en occupe, et intéresser les médecins en particulier ? La peuvent-ils espérer jamais ? Leur travail ne peut être continu... à moins d'épidémie ou de guerre — encore plutôt les chirurgiens pourront-ils rassembler leurs opérations, à la maison de santé, en chirurgie.

Le discours inaugural du dernier Congrès de chirurgie par le prof. Gosset propose de grouper toutes les ressources de la médecine, de la chirurgie, de la radiologie, de l'hématologie, sous une seule direction ; donc, symbiose excellente, travaux mieux au point, de temps plus court. Les centres anticancéreux sont déjà une réalisation. Le Dr V. Pauchet a déjà proposé les « équipes ». Tout ceci suppose une direction chirurgicale. Le Dr Maurice Delort (*Journal de médecine de Paris* (1er nov. 1928) propose, lui, l'inverse : la direction médicale...

Passons ... La journée continue de huit heures, là, aux Assurances sociales, libérera de sa tâche, « l'homme de l'art », qui pourra comme son frère, le travailleur manuel, mieux profiter, par suite, de son « home », de sa famille, mais la maladie, elle, s'accommodera-t-elle de cela ? Peut être, à l'usine où l'accident ne va qu'avec le travail, au théâtre, de même, lors des répétitions et des représentations. C'est ainsi que les *Folies-Bergères*, de Paris, ont maintenant en ces conditions, un médecin à l'année pour 36.000 fr. ; n'est-ce pas là, reconnaître, comme l'a écrit le Dr Signoret, qu'au théâtre, le médecin travaille et a droit à rémunération.

Quoi qu'il en soit, les mœurs nouvelles influenceront la vie médicale, comme les existences de tous, et à ce titre nous ne pouvons y rester étranger. Les ménages travailleurs, les enfants, devront être libres ensemble, aux mêmes heures. C'est presqu'une révolution mais qu'importe : cela est si utile !

Travailleurs, votre opinion que je n'ai pas encore vu solliciter — pourquoi ? — a son importance, puisqu'il vous appartient en somme

de décider si un travail continu et semblable est possible. Travail continu, oui ; mais varié ou peu fatigant, si possible. A moins d'un taylorisme poussé à outrance et encore la machine y joue là le plus grand rôle, le travail ne reste pas constamment pareil : la variété en diminue la monotonie et la fatigue.

Que d'intellectuels travaillent plus de huit heures par jour. Le labeur de création est parfois pesant : Emile Zola ne pouvait écrire que trois heures par jour, de suite. On connait le livre qu'en 1897, étude médico-psychologique, lui consacra le Dr Toulouse.

Pour le médecin, le médecin de campagne par exemple, les huit heures de suite ne sont pas pour l'effrayer. Il conduit son automobile devenue indispensable et examine, soigne ses malades. Besogne variée, parfois renouvelée plusieurs fois par jour, avec repas, lui aussi, « pris sur le pouce » Croit-on que conduire une automobile ne soit rien ? Les courbes de la route, les brusques descentes, équivalent bien aux encombrements des villes, quelle attention et quelle tension d'esprit cela exige ! Nier ce travail serait nier que « le chauffeur de taxi » travaille... Que de fois notre confrère rural parti, après ses visites, sa consultation après l'habituel et actuel déjeuner de midi, part pour rentrer à 10 et 11 heures du soir ».

Nous montrons nous-mêmes la possibilité du travail continu. En ville, également. Mon regretté ami, le professeur Gilbert, par exemple, faisait avec la plus grande régularité son service de l'Hôtel-Dieu de Paris de 10 à 12 1/2, 13 heures, retournait à la Faculté pour des examens, puis sa consultation jusqu'à 22, 23, ou 24 heures, et mangeait après ou entre, mais si vite. Il vécut jusqu'à 69 ans, s'exposant à tous les courants d'air, écrivait livres, leçons, collectionnant médailles. On me dira que je cite un être d'exception. Certes, oui, pour l'intelligence. Mais le labeur de la plupart d'entre nous, moins brillant, moins visible, est souvent cela, en consultations, visites au dehors, et, beaucoup écrivent ce que certains confrères leur reprochent d'ailleurs. Mais « cela ne vaut-il pas mieux que d'aller au café » comme on disait en ma jeunesse !

Passons. « Le médecin qui n'est rien et devrait être tout », comme disait jadis, en 1789, SIEYES, du Tiers Etat, du Peuple, ne compte plus assez, souvent de sa faute, manque de cohésion, trop peu « conscient et organisé » ; le médecin, dis-je, ne sera, pour la journée anglaise, consulté, s'il l'est, que pour la valeur des muscles et des nerfs, occupés, tendus, pendant huit heures de suite, en telle ou telle tâche !...

***

La journée anglaise ne compte pas que des partisans. Si le patient, non, l'ouvrier (intellectuel ou manuel, pourquoi des séparations ? comme l'ont dit, en 1925, MM. Herriot et Durafour, Ministres, à la C. T. I.), ne mange plus que chez lui, ce ne fera guère l'affaire des « bistrots », des mercantis de l'alimentation, dont avec la propriété commerciale, la fortune est si rapide, et à qui la plus grande considération est acquise, de par leur luxe, leurs autos... Bien d'autres mercantis seront aussi lésés, car en moins de sorties de l'atelier dans la rue, moins de tentations, moins d'achats.

Mais est-ce que l'ensemble de la nation accablée par la vie chère, le manque de logements dont beaucoup sont occupés par des intermédiaires inutiles, donc, dangereux (Louis Forest, en son *Animateur des Temps nouveaux*, nous dit que ceux-ci sont passés de 900.000 en 1914, à millions ; qui les paie et les nourrit : le consommateur).

Un grand argument de l'heure présente est de respecter les droits acquis. Songe-t-on aux médecins, aux ingénieurs, aux avocats, aux architectes... qui ne réussissent pas ?

Ue ville d'eaux ferme ses portes, songe-t-on à indemniser les médecins obligés d'aller ailleurs, voire de faire autre chose. Pourquoi des classes privilégiées en ce sens que leurs droits (?) sont toujours respectés et que les autres ne comptent pas, que leurs diplômes acquis, payés à l'Etat, à grands frais, ne leur donnent droit à aucun amortissement, diminution d'impôt sur le revenu, sans préjudice de leur jeunesse laborieuse, souvent sans plaisir, malgré un travail continu et de plus de huit heures ; l'étudiant en médecine court à l'hôpital, à la dissection. De mon temps, de 9 heures à midi, hôpital, à une heure dissection, jusqu'à 4 heures, cours et les courses entre temps pour s'y rendre en courant.

***

M. Vassivière a résumé en deux pages les avantages pour les salariés et les patrons du travail continu, à 3 francs par jour pour chacun des 12 millions de travailleurs... et arrive à une économie de douze milliards. Pour les patrons, deux heures de moins d'éclairage, de chauffage aux usines, au Palais, à la Bourse. Moins de passages à l'air froid, argent et bronches ménagés ; villes dégorgées et loyers moins élevés, les enfants mieux surveillés, deux heures de moins de fatigue par jour, estomacs mieux traités, moins fatigués, moins sujets aux maladies, sports plus faciles par le temps gagné, vie au grand air, moins de vêtements, de chaussures, moins de dépenses pour des transports raréfiés (400.000 tonnes de charbon de moins par an, autobus et taxis avec moins d'essence), heure d'été possible

à avancer un mois plus tôt, le travail commençant plus tard...

***

Voyons d'abord d'après l'enquête de *L'Œuvre* une opinion adverse (31 octobre 1928) :

« M. Prosper Montagné apporte à notre enquête les réflexions que lui ont inspirées son long séjour en Amérique et les observations qu'il y a faites sur la journée de travail continu :

— J'envisage objectivement, et de façon tout à fait désintéressée, nous dit le traiteur renommé, l'instauration de ce système en France. Dans mon établissement, en effet, il ne fera ni chaud ni froid.

« Mais je crois qu'on a tort de se placer, en France, sur le plan anglais ou américain.

« Parlons de l'Amérique, s'il vous plaît. Le breakfeast se prend, en famille, le matin, avant le départ de l'ouvrier pour son travail. C'est un repas ultra-complet qui comporte outre les œufs à la poéle et le bacon, des poissons frits, des crèpes, du maïs, des gâteaux, des confitures, des crèmes et des fruits.

« L'ouvrier s'en va, très confortablement lesté. Cela ne l'empêche d'ailleurs pas, pendant l'interruption de son travail, de courir dans les « caffeteria », es lunchs rooms, et autres sortes d'établissements le plus souvent automatiques, pour prendre un supplément de forces. J'ai vu nombre d'entre eux dépenser, pour cette « légère » collation, de 50 à 75 cents, ce qui est, encore, assez confortable.

« Ils peuvent d'autant mieux attendre le repas du soir, que dans les intervalles, ils n'arrêtent point de croquer de ces merveilleuses pommes de Californie, des amandes grillées ou séchées, des noix et des noisettes qu'on vend, là-bas, dépouillées de leur coque, sans parler des « icecream » dont ils sont terriblement friands et des « candies » dont ils se délectent à tout propos.

« En vérité, je n'ai jamais vu les mâchoires d'un ouvrier américain rester inactives.

« Mettez en regard l'ouvrier français. Il déjeune d'un café qu'il prend chez lui ou au bar et qui lui revient de quinze à vingt sous. A midi, son repas de famille ou au restaurant, lui coûte, de six à douze francs. Il peut attendre ainsi, et sans inconvénient le dîner du soir.

« Si la journée anglaise lui était appliquée, avec tout ce que ce système de travail entraîne de dépenses, — une moyenne, au bas mot, de 40 francs par jour — son budget risquerait fort d'être déficitaire !

« Et puis, est-on organisé en France pour faire le breakfeast ? La famille de l'ouvrier français jouit-elle de ce « confortable » si profondément introduit dans la vie de l'ouvrier américain ? C'est là un point de vue important et qu'on ne saurait, sans dommage, passer sous silence. Cette organisation, ce confortable, américain, nous n'en avons pas ici la moindre idée, Nous ne les soupçonnons même pas. J'ai vu, dans le sous-sol d'une simple maison ouvrière américaine, tout un système de chaufferie qui donne à toute la maison l'eau chaude et la chaleur, un four pour le pain et la pâtisserie avec des tables spéciales à la confection des gâteaux, des fours à gaz et à électricité, le chaud et le froid, pour les boissons et les glaces, que sais-je ? Je ne vous parle pas des installations pour les enfants, chambres de jeux, chevaux mécaniques fixés sur pivot, etc., tout cela compris, bien entendu, dans la construction même de la maison.

« Alors, n'est-ce pas, dans ces conditions, on comprend que les Américains puissent faire des choses et adopter des systèmes. Ils en ont le moyen. Ils ont la base. En est-il de même chez nous ? Commence-t-on à construire la maison par le toit ?...

« Je pense qu'il faut vivre selon l'esprit de sa race, selon ses coutumes, selon sa civilisation, selon l'organisation qu'on a créée et qui s'adapte à ses besoins.

« Je pourrais encore invoquer, à l'appui de mes dires, le passé gastronomique de la France, ses traditions de bien vivre que le système nouveau risque d'atteindre... Mais, n'est-ce pas, cela nous entraînerait trop loin... » (Henri Simont.)

Le tableau de la vie de l'ouvrier américain est enchanteur sous la plume du célèbre écrivain et praticien gastronomique qu'est Prosper Montagné, on sait aussi qu'un ouvrier sur quatre a son automobile, et on l'a souvent opposé au misérable ouvrier chez les soviets.

Mais, si l'organisme de l'Américain semble différent du nôtre ? — car n'oublions pas les « raccords », les « casse-croûtes » de l'ouvrier français qui tant coupent ses huit heures de travail — l'organisation est différente « encore que M. Montagné, nous accorde que l'Américain, travaille en mangeant ou mange en travaillant, comme on voudra, alors que nos compatriotes quittent carrément le travail pour aller se « restaurer », nouvelles pertes de temps et que de cigarettes sont roulées entre temps !... On tombe toujours sur le dos des propriétaires, mais qui paye tant d'heures inemployées sur les soi-disant huit heures du travail ? qui rend les maisons neuves ou les réparations si coûteuses ! à telle enseigne que certains loyers de constructions nouvelles sont inabordables (sans préjudice pour les avocats et les médecins de la patente qui double ces loyers) ? et trop coûteux : 30,40,50.000 fr., maints appartements à Passy, à Auteuil, restent vides ; que d'intérêts d'argent perdus !...

Si nous conservons ces bonnes (? ?) traditions d'arrêts de travail déjà trop nombreux, quoi de plus juste alors d'ajourner ou d'avancer le fort repas de midi, avec travail de huit heures continu ? Qui nous empêche d'organiser à domicile les « mécanismes américains », les « arts ménagers » enfin ?

***

Ne sommes-nous pas en bonne voie, grâce au sénateur J.-L. Breton, de l'Institut, qui fut notre premier ministre de l'Hygiène, pour rendre possible à tous, hommes et femmes, la possibilité de bien manger chez soi ? Il a organisé ces belles Expositions, ces Salons des Arts Ménagers, aidé de son fils, M. André J.-L. Breton. Nous avons souvent parlé déjà de cette collaboration de plus en plus féconde. Voilà d'ailleurs (*Œuvre*, 1er nov. 1928), les opinions, à notre sens répondant à tout, de M. André J.-L. Breton :

« En sa qualité de commissaire général du Salon des Arts Ménagers, M. André J.-L. Breton, député, verrait, se réaliser, avec l'application de la journée anglaise, le rêve auquel il a voué sa jeune activité :

— N'est-ce point, de toute évidence, nous dit-il, la seule possibilité, pour la femme qui travaille — elle est désormais légion — de rester chez elle ? La vie au foyer lui serait ainsi permise, alors qu'étant donné les conditions actuelles de l'activité parisienne, c'est sur la route ou sous les routes qu'elle vit.

« Elle quitte sa maison à 7 heures. Elle ne la quitterait qu'à 9 h. 30. Elle rentre à 19 heures. Elle rentrerait à 17 h. 30. Elle connaîtrait, enfin, la vie de famille.

« Nous assisterions alors au développement de l'art ménager, avec toutes les conséquences morales et sociales qu'il comporte. Avec la journée anglaise, la femme aurait plus d'intérêt à rendre son foyer plus coquet, plus intime, puisqu'elle pourrait y rester et y consacrer de longues heures.

« Il importe de retenir les familles dans leur foyer alors que la vie, telle qu'elle est actuellement comprise, tend à les en éloigner chaque jour davantage. On le dit. On le répète. On sait l'importance et la gravité d'une telle question dont, au fond, dépend l'avenir du pays.

« J'estime que la journée anglaise en donne le moyen. Nous, je parle de nous, « Arts Ménagers », nous n'avons pas cessé et nous continuerons de faire tout l'effort nécessaire pour faciliter ce mouvement favorable au développement et à l'amélioration de la vie familiale.

« Je pense, surtout, à la femme qui travaille. Il convient qu'elle puisse vivre désormais. Elle ne vit pas, elle court. Il faut qu'elle ait le temps de s'occuper de sa maison, de faire sa cuisine. L'art de la cuisine se perd. Non ! rassurez-vous ! Je ne fais pas de gastronomie. Je parle de la petite, de la bonne, de la saine cuisine française. A l'heure actuelle, la femme qui travaille a-t-elle le temps d'enseigner à sa fille comment on fait son ménage et comment on fait la cuisine ?...

« Et, d'autre part — je pense à la loi Loucheur — quel avantage trouverait-on à développer la petite propriété individuelle des environs de Paris si, par un horaire de travail nouveau et judicieux, on ne permettait point au petit propriétaire de vivre chez lui !

« Avec le système de travail qui lui est actuellement imposé, il ne serait jamais chez lui. Il ne ferait qu'y passer. Il me semble que le succès de cette loi est logiquement lié à une réglementation nouvelle du travail.

« Je ne me dissimule point les difficultés qu'une telle réglementation comporte. Il faudrait, pour qu'elle fût opérante, qu'elle fût généralisée autant qu'il est possible et partout où elle est possible, aussi bien dans les administrations publiques que privées.

« Cela ne pourrait-il se faire par la voie législative ? »

— Peut-être. Mais comment ? Une loi de réglementation du travail ? Cela paraît difficile. Quel serait le périmètre d'application ? Il faut y réfléchir. Car il apparaît désormais indispensable de « rationnaliser » la vie de travail des grandes villes, tentaculaires et congestionnées. Henri SIMONI. »

***

La journée anglaise est une question d'hygiène physique, morale et sociale.

Nous n'insisterons pas davantage. *Les Echos* ont aussi publié une enquête. Depuis bientôt dix ans que je suis le sort et l'essor de la *vraie journée anglaise*, j'ai vu couler des flots d'encre (j'y ai collaboré pour quelques gouttes !). *L'Œuvre* a publié maintes opinions dont j'ai pris, à mon sens, les deux principales. A un moment donné, ce dernier journal fondé par Gustave Téry, et à l'heure actuelle continué par M. Jean Piot, son élève au lycée de Laon et depuis, a fait une mauvaise presse aux médecins. Notre désunion trop fréquente et qui semble vouloir disparaître, quelques rares brebris galeuses, n'en seraient-elles pas cause ? Une autre preuve est la non-interview du corps médical sur le travail continu, (sauf P. Vachet et moi, 13 nov.).

Quoi qu'il en soit, je prends mes arguments véridiques, là où je les trouve, et je *trouve L'Œuvre*, généralement bien renseignée et vivante. Je n'ai pas d'actions dans ce journal, au contraire, puisque j'y paye, et depuis la première heure, mon abonnement. Personnellement, quand je suis l'objet d'une critique — cela m'arrive ! — je me dis que c'est sans doute parce que j'en vaux la peine — la modestie est des siècles écoulés, démodée au XXe — ensuite, je m'examine plus sévèrement encore que ne l'a fait mon critique, et j'y reconnais forcément toujours une part de vérité : alors j'essaye de me corriger ou de réparer... bien que « contenter tout le monde et son père » (J. de La Fontaine) ?...

La critique vaut mieux et donne plus de résultats que l'admiration béate. Cacher, blanchir, n'est pas guérir. Il n'est pas inutile qu'au lieu d'ignorer ce que par hasard on nous peut reprocher, nous sachions, nous puissions nous défendre.

Discuter notamment la vraie journée anglaise — y revenant, notre parenthèse fermée — c'est nous porter à changer nos mœurs, nos caractères, nous soumettre une règle commune et efficace, nous aidant à nous voir, à progresser, à réaliser des économies d'argent et de santé, si nécessaires pour notre régénération et l'amélioration indispensable de la vie, de la vie si dure, surtout pour les intellectuels sinon appelés à disparaître.

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

P. S. *Le Matin* du 20 novembre 1928 cite la ville de Roanne où, depuis 1919, les teinturiers, les apprêteurs, les tisseurs... appliquent avec succès et satisfaction le travail continu de huit heures.

A PROPOS DE LA LUTTE DES ANCIENS ET DES MODERNES

J'ai lu avec le plus vif intérêt, dans le *Concours médical*, les lettres du confrère Voisin que je n'ai pas l'honneur de connaître autrement et du confrère Bouillat que je connais et pour qui j'ai le plus grande estime.

Vingt-cinq années de pratique médicale m'autorisent, je crois, à prendre position dans le débat.

J'estime tout d'abord que cette distinction en médecins anciens et médecins modernes pose fort mal le problème et ne peut envisager que la date du diplôme.

Mieux vaudrait dire qu'il y a des médecins — l'immense majorité — qui sont à la hauteur de leur profession, et d'autres médecins qui n'y sont ou ne s'y maintiennent pas. Et ces deux catégories existent aussi bien chez les jeunes que chez les vieux confrères.

La biologie est loin d'être une science exacte et la médecine, sa fille, n'est pas faite de théorèmes : « les raisonnements les plus logiques y conduisent souvent aux pires sottises », a dit l'un des maîtres actuels. Une seule chose compte vraiment en médecine : le fait, dont l'observation et la multiplicité constituent ce qu'on appelle l'expérience.

L'étude de la biologie est indispensable à l'interprétation des faits et à la déduction des moyens à employer soit pour les empêcher de se produire, soit pour les supprimer, soit enfin pour les atténuer. C'est la connaissance de la biologie qui distingue le médecin de l'empirique.

Le jeune confrère qui vient de quitter l'école a la mémoire toute meublée des sciences biologiques et, s'il a fréquenté assidûment l'hôpital et surtout, s'il y a mis la main à la pâte, il a pu acquérir avec beaucoup de science une certaine dose d'expérience.

Le vieux confrère qui exerce depuis pas mal d'années a laissé s'égrainer, parmi les chemins rocailleux et malaisés de sa pénible carrière, pas mal de notions scientifiques qu'il avait acquises à la Faculté, n'en gardant que le strict nécessaire à sa pratique journalière, mais en revanche, il a acquis une expérience indiscutable des choses de la médecine, une supériorité du sens clinique qui guide plus sûrement son diagnostic et son pronostic. C'est ainsi que médecins jeunes et vieux sont faits pour se compléter et s'unir, au lieu de se diviser et se haïr.

D'ailleurs, rien n'est plus facile au praticien que de se tenir au courant des procédés modernes de diagnostic et de thérapeutique ; les publications médicales ne manquent pas à cet effet. Bien plus, l'expérience acquise permet plus aisément d'appliquer ces méthodes à bon escient, et je soutiens qu'un médecin actif, même âgé de 50 à 60 ans, n'a rien à redouter de l'installation dans son rayon d'un jeune confrère, même ultra-moderne.

Quant au nombre des visites aux malades, il en est de cela comme pour la réparation des autos : où un bon mécanicien passera trois heures, un mécano inexpérimenté en passera dix. Si cela plaît au client, je n'y vois aucun inconvénient.

On ne peut pas traiter de charlatan un confrère qui à la ferme conviction d'agir dans l'intérêt de son malade. Le charlatan est celui qui sciemment, accomplit un acte médical absolument inutile et seulement destiné à augmenter la note des honoraires. Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de charlatans parmi les confrères.

Quant aux spécialités pharmaceutiques, aux formules exécutées d'avance avec les indications et la manière de s'en servir, c'est un moyen facile d'abréger notre effort thérapeutique, et aussi, de permettre au pharmacien de nous suppléer à l'occasion....

Chabris (Indre), le 14 novembre 1928.

Dr LEMERLE.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La 1re leçon du 1er professeur d'hydrologie de Paris.

Il est 5 h. 3/4. Déjà le grand amphithéâtre est presque rempli : des étudiants, des médecins en grand nombre ; et parmi ceux-ci, de nombreux confrères des stations thermales. La leçon n'aura lieu que dans un quart d'heure ; et il faut se frayer un chemin pour accéder aux premiers gradins. Les auditeurs affluent sans cesse. On se reconnaît à distance ; des saluts amicaux s'échangent d'un coin à l'autre. Au-dessous de nous, un groupe d'étudiants étrangers : cheveux crépus, crânes dolicocéphales, teint basané. Le profil rappelle singulièrement ces figures gravées sur les stèles et les obélisques où s'inscrivent aussi des hiéroglyphes. Comme la morphologie de l'être humain a peu varié depuis tant de milliers d'années ! Un de mes voisins interpelle ces étudiants : « Vous êtes d'Egypte ? Vous allez pouvoir me donner des renseignements sur certains hôtels du Caire et d'Alexandrie » C'est un des futurs congressistes des journées médicales d'Egypte, de cette Egypte restée française et de cœur et de langue, malgré l'emprise britannique.

L'amphithéâtre est comble maintenant. Là haut, près des portes d'accès, des auditeurs nombreux restent debout .

Les professeurs de la Faculté viennent prendre place dans l'hémicycle, précédant de quelques instants le nouveau titulaire de la chaire d'hydrologie.

Des applaudissements chaleureux, nourris, répétés, saluent au passage le professeur Desgrez. Comme il est bien ici dans son domaine, lui qui, au cours de sa laborieuse existence de professeur et de savant, organise, amplifie avec tant de ténacité la lutte en faveur de nos stations thermales !

Toujours sur la brèche aux inaugurations, dans les voyages, dans les Congrès, il poursuit inlassablement le but qu'il s'est proposé : le développement de l'hydrologie et de la climatologie française. Il sait que notre patrimoine thermal, unique au monde, dépasse de beaucoup celui de nos voisins. Il sait aussi tout ce que ces voisins tirent de leur propre fonds, des milliards, alors que nous, plus privilégiés pourtant, nous ne tirons que quelques millions. Cette situation paradoxale émeut le pur patriote qu'est ce grand professeur. Par la parole, par la plume, il crée ce grand courant que nous voyons se dessiner aujourd'hui. Il s'efforce de secouer la torpeur, l'apathie des pouvoirs publics, trace des directives, crée des laboratoires ; et, pour la mise en valeur de notre capital thermal si grand, mais peu productif encore, tend à faire de nos stations de cure, des stations modèles n'ayant rien à envier ni à redouter de l'étranger.

N'est-ce pas en grande partie à ses campagnes que nous devons la création des chaires d'hydrologie, lui qui porta la bonne parole dans nos provinces les plus reculées ?

Je l'entends encore à Lyon, il y a deux ans, obtenir de haute lutte, le mot n'est pas exagéré, après une allocution vibrante, un vote favorable à la création d'une agrégation en hydrologie.

Tout cela, les médecins le savent, les étudiants le sauront bientôt.

Et c'est ce qui explique cette ovation qui salua au passage le professeur Desgrez à son entrée dans l'hémicycle.

Nous ne pouvions esquisser cette séance du 21 novembre sans rendre un juste hommage à ce maître dévoué, comme à son œuvre féconde. Ce que nous venons de dire du professeur Desgrez, nous pouvons le dire également du professeur Carnot qui le suivait de près dans cette pléiade des maîtres de Paris.

Lui aussi, avant son accession à la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, s'est inlassablement consacré au développement du thermalisme et du climatisme français. Que de V.E.M. parfaitement réussis il a organisés ; que de brillantes conférences il a faites aux 4 coins de la France, payant toujours largement de sa personne et toujours accompagné de cette chaude sympathie des étudiants et des médecins, de cette sympathie qui est parmi les meilleures de toutes les récompenses !

D'autres professeurs arrivent encore. Voici le titulaire de la chaire de thérapeutique ; il est ici ce soir dans son domaine. De longue date déjà il a su, en faveur de nos stations thermales, mener le bon combat. Le Prof. Loeper a bien voulu faire — on nous le dira tout à l'heure — une large place dans ses laboratoires à cet enseignement nouveau. Nouveau ? Non, mais solennellement consacré aujourd'hui.

Et le Prof. Loeper jouit de cet heureux privilège d'assurer le succès de tout ce qu'il entreprend. La chaire d'hydrologie n'est-elle pas en quelque sorte une filiale de la sienne.

A 6 heures précises, le nouveau professeur fait son entrée. Des amis, des parents, des parentes qui lui font cortège, sont eux aussi groupés dans l'hémicycle. Le prof. Balthazard est debout à sa droite. C'est à lui qu'incombera le rôle de le présenter à ses nombreux auditeurs.

Elèves du même maître, le prof. Bouchard, camarades liés par une profonde sympathie, il

aura pour rappeler les liens qui l'unissent au jeune maître des mots empreints d'une délicate émotion qui trouveront écho chez celui qu'ils évoquent comme auprès des auditeurs de ce cours. Puis voici que le prof. Villaret commence sa leçon. La figure est jeune, le regard franc, ouvert. La parole nette, précise, exprime avec distinction les idées couchées sur le papier et fait bien augurer de son enseignement. L'intonation est favorable ; elle donne cette impression de la parole exprimant la pensée plutôt que de la leçon lue, malgré le respect du texte inscrit sur les feuillets. Don précieux pour celui qui doit enseigner, puisqu'il saura par là retenir l'attention de ses élèves et fixer plus solidement en eux les notions qu'il est chargé de leur inculquer.

De fait, l'auditoire est tout oreilles et tout regards. Le professeur a su d'emblée accrocher l'attention ; et cette attention, il la soutiendra jusqu'à la fin.

Il nous dit d'abord ses origines, montrant à quel point il appartient à la grande famille médicale, par sa propre lignée comme par ses alliances. Avec quelle conviction il exprime ce désir que son jeune fils, que nous devinons parmi les parents groupés à sa gauche, soit un jour, lui aussi, un médecin !

Le prof. Villaret nous montre de quels maîtres il procède et, parmi ces grandes figures qu'il évoque, celle de Bouchard émergera plus fortement burinée.

Ces idées que nous évoquions plus haut, en faisant allusion aux prof. Desgrez et Carnot, il les a faites siennes. Il les développe et insiste sur tout ce qu'on pourrait tirer de cet immense patrimoine qu'est le thermalisme et le climatisme de la France.

Puis, c'est une incursion dans le lointain passé des premieres villes d'eaux de la Grèce et de l'empire romain. « J'aurais aimé aussi, nous dit-il, professer l'histoire de la médecine », nous laissant deviner tout l'intérêt qu'en bibliophile averti, il a puisé dans cette incursion rétrospective. Il nous dira aussi comment il entend organiser son enseignement : ici, à cet amphithéâtre, à ces laboratoires, que le prof. Loeper lui a largement réservés dans ses propres locaux ; et aussi à l'Hôtel-Dieu, dans son service d'hôpitall, un tel enseignement, nous dit-il, devant être avant tout étayé sur une base clinique solide.

Semestre d'hiver, semestre d'été, et aussi ces admirables leçons de choses que sont les voyages d'études aux eaux minérales.

Ces voyages pourront être offerts en récompense aux plus assidus, à ceux qui auront obtenu les meilleures notes. Et voilà une bonne source d'émulation pour les élèves.

Pas un instant, disions-nous tout à l'heure, l'attention de l'auditoire ne s'est départie.

Nous n'avons fait ici qu'esquisser à grands traits cette brillante leçon que nous espérons bien retrouver par ailleurs en son entier et dans son texte même.

Vous avez fait salle comble, Monsieur le professeur, mais avant votre entrée régnait dans l'amphithéâtre ce je ne sais quoi qui crée autour d'un nouveau maître comme une atmosphère de sympathie. Prémisses favorables entre tous.

Marquons d'une pierre blanche cette journée du 21 novembre qui comptera parmi les meilleures dans les annales de l'hydrologie française et qui aura inauguré de si heureuse façon le cours du prof. Maurice Villaret.

Dr Roger TRUELLE.

LES RÉSOLUTIONS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE DES ASSURANCES SOCIALES DU MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Les Syndicats médicaux et pharmaceutiques n'ont pas, à notre avis, protesté comme il convenait contre les attributions données par M. Loucheur, Ministre du travail, à la Commission consultative des Assurances sociales, constituée en vue de l'élaboration du règlement d'administration publique prévu par le texte de loi sur les assurances sociales votée par le Parlement.

Dans certains milieux médicaux et pharmaceutiques, on se déclarerait, paraît-il, satisfait, si la Commission consultative des assurances sociales donnait satisfaction aux légitimes revendications du corps médical et pharmaceutique.

Je pense que cela ne suffirait pas, et qu'il serait indispensable de voir la Commission consultative des assurances sociales inscrire et préciser dans le règlement d'administration publique, le rôle professionnel et la fonction sociale impartie aux Syndicats médicaux et pharmaceutiques dans le fonctionnement de la loi sur les assurances sociales.

Mais nous n'hésitons pas à affirmer que cela ne suffit pas pour nous satisfaire et calmer nos appréhensions.

Nous persistons à croire que c'est au Parlement seul que le Corps médical et pharmaceutique, que le syndicalisme médical et pharmaceutique doivent réclamer la consécration légale de leurs revendications et du rôle qui leur est imparti dans la Société moderne.

Nous persistons à affirmer que le règlement d'administration publique est inopérant pour fixer le statut légal du syndicalisme moderne.

Nous persistons à affirmer que le règlement

d'administration publique, œuvre du pouvoir exécutif, est inopérent pour fixer les divers points de légalité des services publics de médecine et de pharmacie sociales, qui dicteront aux tribunaux les directives de leur jurisprudence.

Nous persistons à affirmer que c'est une duperie de confier au pouvoir exécutif et au règlement d'administration publique de fixer le statut légal de la médecine et de la pharmacie sociales, et de retirer au pouvoir législatif une fonction qui lui appartient en propre.

Le pouvoir législatif ne peut rien modifier à ses décisions, hors des débats publics des assemblées parlementaires, tandis que le pouvoir exécutif peut modifier, dans le silence et l'arbitraire, les dispositions des règlements d'administration publique, en imposant ses directives au Conseil d'Etat, hors de la présence des défenseurs légaux de nos intérêts et de nos droits.

Il faut choisir entre la légalité des parlements ou l'arbitraire des décisions du pouvoir exécutif.

Mon choix est fait. — Je suis pour l'œuvre parlementaire.

Paul GARNAL.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale ordinaire.

18 *novembre* 1928.

M. le Président MAURAT, entouré de M. FLEURY, actuaire et des membres du Conseil d'administration, ouvre la séance à 3 heures.

Il constate que la convocation a été faite dans le n° 41 du *Concours médical* (7 octobre) et répétée dans le n° 45 (4 novembre), que les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été publiés dans le même numéro du 7 octobre, qu'enfin un tirage à part de la convocation, des rapports a été adressé aux sociétaires non abonnés au journal. Les formalités statutaires ayant été exactement remplies, il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Avant d'aborder l'ordre du jour, M. Maurat se fait l'interprète de tous les membres de la Mutualité familiale en adressant à M. Fleury, ses plus vives félicitations à l'occasion de sa nomination comme chevalier de la Léoion d'honneur. (*Applaudissements.*)

M. Maurat sera encore l'interprète de tous les sociétaires en félicitant M. le Dr Mignon qui a terminé son intcressant travail sur la morbidité médicale au sein de la société. L'édition de ce travail a été fait à frais communs par la caisse auxiliaire et par le *Concours médical* auquel il adresse ses remerciements.

Des exemplaires de la brochure du Dr Mignon sont à la disposition des membres de l'Assemblée générale.

Sur l'invitation du Président, M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport.

Voir ce rapport dans le n° 41 *du* Concours médical (7 *octobre* 1928).

M. Mignon se réserve de commenter ce rapport à la fin de la séance.

Le Président donne la parole au trésorier pour la lecture de son rapport sur l'exercice 1927.

M. le Dr Gassot donne lecture de ce rapport.

Voir n° 41 *du* « Concours médical ».

En commentant son rapport, M. Gassot fait ressortir la bonne situation financière de la Société et constate que ses réserves au 31 décembre 1927 approchaient de quatre millions chiffre actuellement dépassé.

Sur l'invitation du Président, M. le Dr Fischer donne, au nom des commissaires aux comptes, lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Les commissaires soussignés ont examiné les comptes des diverses combinaisons de la Mutualité familiale ; ils ont ensuite procédé à la vérification du portefeuille.

La plus scrupuleuse exactitude des écritures a pu être constatée en même temps que leur parfaite régularité.

Les commissaires proposent à l'Assemblée générale d'approuver ces comptes et de renouveler, comme chaque année, leurs plus vives félicitations ainsi que leurs remerciements chaleureux au trésorier, M. le Dr Gassot qui a droit à la plus entière reconnaissance pour son dévouement sans bornes à la Mutualité familiale.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation des comptes pour l'exercice 1927.

Elle est votée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle l'élection, pour deux années, de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. les docteurs SERFATY, PHILIPPET et RAVANIER sortants et non rééligibles.

Sont élus MM. les docteurs BAYARD, de Paris ; CHERECHEWSKI, de St-Germain-en-Laye ; HERVOUET, de Paris.

L'ordre du jour appelle la nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage pour l'année 1928.

MM. les docteurs ARAGO, M. MIGNON, FRAENKEL et LEULIER, membres sortants sont réélus par acclamations.

Le Président donne la parole au secrétaire général qui s'exprime en ces termes :

Mes chers confrères,

Pour ceux d'entre vous qui n'auraient pas encore eu le temps de prendre connaissance de mon rapport annuel, je vais le résumer en quelques mots et vous faire une proposition.

De l'examen de notre dernier exercice, il découle deux constatations :

La première, c'est qu'il nous a fallu mettre notre Société au niveau des exigences économiques actuelles et multiplier par 5 le taux primitif de nos indemnités ;

La seconde, c'est qu'à cet effort il n'a pas été répondu par un mouvement d'adhésions suffisamment compensateur.

En effet, si nous voulons que notre Association réponde bien aux différents buts en vue desquels elle a été créée, il faut qu'elle puisse au moins accorder à ses malades une indemnité quotidienne de 50 francs, taux actuellement légitimé par le stabilisation du franc, mais que beaucoup trouvent insuffisante à cause des prix actuels demandés par les remplaçants ; j'ajoute également que le doublement de la retraite ancienne est aussi considéré comme un minimum que nous devrions dépasser.

Il faut donc nous préparer à de nouvelles améliorations de nos services. Mais comment y parvenir ?

Ce n'est pas seulement par l'élévation des cotisations. On aura beau les calculer selon les risques à couvrir, elles devront surtout et toujours être en rapport avec le nombre des adhérents.

Or, c'est justement l'insuffisance du nombre des adhérents qui est devenu notre grave souci.

Non pas qu'il doive nous inquiéter en ce qui concerne les droits acquis : ceux-ci restent garantis absolument, puisque tout a été calculé pour que le dernier adhérent emporte le dernier franc de la Caisse, à supposer que notre Mutualité disparaisse, par extinction.

Mais ce n'est pas la même chose si on envisage l'avenir.

J'ai dit, et je répète que pour pouvoir, non pas assurer nos nouvelles indemnités à ceux qui y ont souscrit, ce qui ne souffre aucune difficulté, mais surtout préparer aux adhérents futurs des avantages mieux adaptés aux conditions économiques qui peuvent survenir et à leurs propres besoins, il nous est absolument nécessaire d'amener à nous, à chaque trimestre, un groupe de membres beaucoup plus important que ceux que nous avons enregistrés tous ces derniers temps.

Sans le nombre, sachez-le bien, nous ne pouvons pas aller de l'avant. Mais que ne ferions-nous pas avec 3.000 membres ?

Or, ni nos fréquents appels à la collaboration de nos adhérents anciens, si une active intervention par nos articles réitérés dans le *Concours*, nos envois de prospectus et de bulletins d'adhésion, ne nous ont donné les résultats escomptés et désirés.

Il nous faut de toute nécessité chercher autre chose ; et nous sommes amenés à imiter sur ce terrain les Compagnies d'assurances et à organiser un service d'agents recruteurs.

Un essai est actuellement tenté pour la Seine par M. Baglin, gendre de notre ami Boudin ; nous avons d'autres propositions à l'étude, notamment pour Marseille et sa banlieue.

Une Mutualité dont les cotisations doivent couvrir exclusivement les risques, et dont les frais d'administration ne peuvent être pris que sur les fonds réservés à la gestion, ne peut pas, comme une Compagnie d'assurances, abandonner toute sa première prime à son agent. D'autre part, il faut pourtant nous créer des ressources spéciales sans augmenter les cotisations, pour indemniser les recruteurs.

Il semble découler de cette situation qu'il suffirait d'établir un droit d'entrée spécialement réservé à ce service ; et ce droit serait d'autant plus naturel et légitime que les nouveaux adhérents profitent immédiatement des réserves accumulées par leurs anciens.

Nous ne voulons pas cependant vous demander de créer dès maintenant ce droit spécial ; il nous faut étudier d'abord plus à fond la question et voir où elle nous entraînera. Nous vous demanderons simplement, pour le Conseil, le droit d'en établir un provisoire au cours de l'exercice ; si cela nous paraissait raisonnable, l'an prochain vous auriez à décider s'il doit être rendu définitif, et dans le cas de non-adoption, nous le rembourserions à ceux qui auraient eu à le verser.

Si mon rapport annuel ne parle pas de cette question, c'est que l'idée que nous vous soumettons ne s'est posée devant nous que tout dernièrement, à la suite de correspondances et de propositions ultérieures à la rédaction de mon rapport.

Nous ne vous demanderons donc aujourd'hui qu'un vote de principe sur une proposition toute provisoire de création d'un droit d'entrée nouveau dont le taux et la date d'application seraient laissés à l'initiative du Conseil.

Certes, si la propagande personnelle de chacun de vous avait été plus fructueuse, nous n'aurions pas eu besoin de recourir à cette mesure. Si chaque membre actif, avant de quitter la Société, nous amenait seulement deux membres au cours de son sociétariat, nous serions vite arrivés aux 3.000 adhérents souhaités.

Mais nous n'en sommes pas là, et en attendant que les membres de la Mutualité Familiale comprennent et accomplissent leurs vrais devoirs de sociétaires, il nous faut, nous que vous chargez de vos affaires et de vos intérêts, remplacer ce qui ne se fait pas de ce côté par une action toute différente, c'est-à-dire galvaniser la propagande et le recrutement avec l'aide d'agents dûment rémunérés.

Cela dit, je termine en vous demandant aussi le vote de la motion terminale de mon rapport, je veux dire l'autorisation pour notre trésorier d'exiger le paiement du droit d'entrée actuel, qui serait mieux appelé « droit d'examen médical », dès la réception du dossier de candidature, quelle que soit la suite donnée à cette demande de la part du candidat, à moins de refus de ce dernier par le Conseil, auquel cas les droits versés seraient remboursés.

Le Président ouvre la discussion sur ce rapport complémentaire. M. Gassot, trésorier, fait observer que ce nouveau droit viendrait s'ajouter au droit actuel qui, ne servant qu'à rémunérer les examens médicaux, prendrait désormais le nom de *droit d'examen médical*.

M. Hervouët donne son approbation à la proposition : il faut faire quelque chose.

M. Fleury, actuaire, croit que ce droit s'impose, car il est indispensable d'aller visiter les médecins à domicile : la propagande par la presse ne suffit pas. Il cite l'exemple de ce qui s'est passé en Angleterre pour les compagnies d'assurances : celles qui n'ont pas d'agents végètent, tandis que les autres sont en pleine prospérité. Il y aura d'ailleurs tout avantage à s'adresser à des agents consciencieux travaillant déjà pour des assurances et qui trouveront là un petit supplément à leurs ressources.

M. Delthil demande si ce droit sera appliqué à tous les nouveaux candidats sans exception ou bien à ceux seulement qui viendront par l'intermédiaire des agents.

M. Mignon répond que les deux thèses peuvent se soutenir. Il demande à l'Assemblée générale de laisser au Conseil le soin de résoudre les questions de détail. Il rappelle d'ailleurs que l'Assemblée n'a à se prononcer que sur la question de principe et, pour le vote, il formule ainsi sa proposition :

L'Assemblée générale invite le Conseil d'administration à étudier la question de la propagande par agents ; elle l'autorise, à titre provisoire et s'il y a lieu, à créer et à appliquer un droit d'entrée spécial destiné à rémunérer ces agents. L'organisation créée par le Conseil sera soumise à l'Assemblée générale de 1929 qui statuera d'une manière définitive. Dans le cas où cette organisation ne serait pas maintenue, les sommes qui auraient été perçues à titre de droits d'entrée seraient restituées aux intéressés.

Personne ne demandant plus la parole, le Président met aux voix la résolution dont le texte vient d'être lu.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Mignon demande à l'Assemblée générale de statuer sur la seconde proposition :

Le droit d'examen médical est dû par tous les candidats dès la réception de leur dossier de candidature quelle que soit la suite qu'ils lui donnent. Ce droit est remboursé si le candidat est refusé par le Conseil.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix cette proposition. Elle est adoptée à l'unanimité.

M. le Dr Mignon fait à l'Assemblée la communication suivante :

Mes chers confrères,

Vous savez que depuis plusieurs années je me suis occupé à mettre sur pied un travail de statistique et de critique sur la morbidité médicale en France.

Ce travail est aujourd'hui terminé et vous en trouverez ici des exemplaires.

Pour vous en faciliter la lecture et la compréhension, j'ai cru bon de profiter de notre Assemblée générale pour vous en entretenir quelques instants.

C'est notre ami le Dr Noir, notre vice-président, qui a eu la première idée de ce travail. Il a pensé que trente années de fonctionnement, que plus de 2.000 dossiers accumulés dans nos archives, devaient permettre une analyse d'ensemble qui ne serait pas sans profit ; et c'est sur cette suggestion que je me suis mis à l'œuvre.

L'opuscule qui la résume, n'est pas volumineux — heureusement pour le lecteur, car la lecture n'en est pas récréative — Mais il est loin de donner une idée de l'énorme travail qu'il m'a fallu mener à bien pour le constituer.

J'ai eu à relever dans chacun des 2.200 dossiers allant de 1894 à fin 1923, toutes les indications qu'il contenait : état civil du titulaire, date et lieu de naissance, âge d'entrée, cotisation, combinaison choisie, changements divers, lieux d'habitation successifs ; puis, pour chaque maladie, j'ai dû relever la date du début, le temps de chômage, divisé en période d'acuité de 5 à 65 jours, et en période de chronicité à partir du 66e jour d'incapacité jusqu'à terminaison, les diagnostics fournis, les évolutions cliniques, les complications, les rechutes, les dates de guérison, les indemnités votées, les observations spéciales, etc.

Quand tous ces renseignements furent recueillis sur les fiches *ad hoc*, il m'a fallu recenser et classer ces dits renseignements, d'abord par catégorie de maladies : c'est ainsi que j'ai établi d'une façon parfois un peu arbitraire, mais qui m'a semblé commode, une trentaine de types, de classes pathologiques dont j'ai entrepris l'analyse détaillée et dont vous trouverez les éléments et les conclusions dans la première partie de l'opuscule.

Puis, j'ai étudié l'influence des âges ; et là, il m'a fallu tout reprendre dans un sens nouveau, en tenant compte non plus du cas clinique, mais de l'âge où il s'est manifesté. C'est ainsi que j'ai constaté cette conséquence très importante pour nous, que c'est à 50 ans qu'il y a le plus de journées de maladie, et que

c'est à partir de 60 ans que la courbe de morbidité prend une marche ascensionnelle impressionnante.

J'ai aussi étudié l'influence des régions habitées. Mais vous ne trouverez rien à ce sujet dans mon travail ; car, si intéressantes que soient mes conclusions, les cas sur lesquels elles reposent sont encore trop peu nombreux pour être indiscutables et nous avons pensé qu'il valait mieux reprendre plus tard et avec beaucoup plus de dossiers cette partie de l'étude.

En effet, dans une région quelconque, il suffit d'un ou deux cas chroniques pour accumuler sur cette région un gros chiffre de jours de morbidité par tuberculose par exemple et si la région ne compte qu'un petit nombre de sociétaires, le rapport pourrait faire croire que la région est favorable au développement de la tuberculose, alors qu'il n'en est rien en réalité.

C'est pour cette raison que nous avons, au Conseil, été d'avis de surseoir à ce côté spécial de l'étude.

Quoi qu'il en soit, je vous recommande d'observer avec attention les quelques graphiques que j'ai dressés : ils sont plus clairs, plus précis, plus suggestifs que toutes les explications que je pourrais vous en donner. Je vous signalerai seulement qu'ils prouvent avec une clarté lumineuse la sagesse de prévision de nos actuaires sur 2 points : la limite d'âge d'entrée à 45 ans, puisque 50 ans est l'âge maximum de la participation avec la fermeture de la combinaison B vie entière, puisqu'à 65 ans, la morbidité générale augmente dans les proportions énormes.

J'ajoute que le double graphique qui donne dans un même tableau les courbes des indemnités aiguës et celles des chroniques est, lui aussi, frappant : car il montre bien que c'est la morbidité chronique qui conditionne la morbidité générale pour 113.000 journées indemnisées à 10 fr. par jour, nous avons eu en gros 260.000 journées d'indemnités à 3 fr. 33 (cent francs par mois).

Ce qui ressort surtout de mon travail, c'est que, non seulement il confirme presque expérimentalement la sagesse de notre organisation, mais aussi qu'il sera indispensable d'en tenir compte chaque fois qu'on voudra toucher à nos statuts, et de le reprendre sur une plus vaste échelle dans une quinzaine d'années, soit seul, soit en connexion avec toute autre étude du même genre qu'aura pu inspirer notre initiative. (*Applaudissements.*)

M. Fleury ne veut ajouter que quelques mots pour signaler le très grand intérêt de l'étude du Dr Mignon, la première du genre qui ait été faite en France. Il le loue de la réserve qu'il a apportée dans ses conclusions et, comme lui, il pense que ce travail devra être repris dans un avenir plus ou moins éloigné : les chiffres sur lesquels alors il portera seront plus importants et, les causes fortuites se faisant de moins en moins sentir, les résultats seront beaucoup plus concluants.

Quoi qu'il en soit, M. Fleury tient à féliciter hautement le Dr Mignon. (*Nouveaux applaudissements.*)

M. le Président ne peut que renouveler, lui aussi, ses félicitations personnelles ainsi que celles de l'Assemblée générale.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

AUTOUR DES THÉATRES

« Topaze ». « A quoi penses-tu ? »

Le THÉATRE DES VARIÉTÉS a obtenu un gros succès avec une excellente pièce *Topaze*, quatre actes de Marcel Pagnol, des idées et des mots, du comique et de l'amertume, de la satire et de la bouffonnerie.

Le professeur Topaze est peu élégant, timide, honnête et pas du tout à la page, la morale qu'il enseigne est celle d'avant-guerre... elle n'a plus cours.

Il a mal noté le fils d'une mère influente, mais quand le directeur vient lui demander de majorer les notes il explique qu'elles sont méritées et s'y tient... Le directeur le renvoie et Topaze part.

La mère d'un de ses anciens élèves Suzy Courtois, maîtresse d'un homme d'affaires vulgaire, riche et élégante, le charge de donner à son fils des leçons particulières.

L'homme d'affaires, Castel Benac, conseiller municipal, homme des soumissions et des pots-de-vin ne fait de la politique que pour l'argent. Il lui faut, pour ses marchés, un homme de paille et Topaze, le candide Topaze, prêt à tout signer, à tout endosser sans s'en apercevoir est l'innocent rêvé.

Si naïf qu'il soit, Topaze n'est pas très long à voir clair, mais peu à peu, grâce au sourire de Suzy il rassure sa conscience, roule son patron, lui prend sa maîtresse, fait couper sa barbe, porte monocle et travaille pour son compte. Son vieux collègue « Tamise » de la pension Muche, vient le voir et n'aspire plus qu'à l'imiter... gagner de l'argent en faisant des affaires quelles qu'elles soient.... Triste et amère morale, mais pièce d'un comique féroce et gai tout à la fois.

A l'ATELIER. *A quoi penses-tu* ? » Je pense, répondrai-je d'abord, que si je n'étais à Paris que pour peu de soirs ce n'est pas par cette pièce que je commencerais, car c'est très loin d'être la meilleure pièce

de M. Stève Passeur, qui nous avait habitués à plus de netteté dans les ensembles alors qu'ici tout vaut surtout par les détails. On rit assez souvent, mais on se sent un peu désaxé : L'industriel ingénieur Robert Ducret et sa femme Monique habitent un pavillon à Asnières. Très tard, un soir, on sonne, ils sont inquiets... C'est Hilaire, un ancien amant de Monique et sa maîtresse Brigitte. Il revient d'Australie sans un sou... Il pense à reprendre Monique que Brigitte menace d'un scandale si... et Robert apprend ainsi le passé de sa femme... Et voici les cambrioleurs, Hilaire est blessé à la tête tandis que Robert est prudemment parti chercher son revolver... Hilaire a ainsi sauvé l'argent que Robert — spéculateur — avait soustrait à la caisse de l'usine et qu'il allait y rapporter le lendemain. Impossible de le renvoyer : Monique s'offre à lui, mais il aime la paix, que fera-t-il entre ces deux femmes. Monique veut l'enlever et partir avec lui pour Marseille... juste à ce moment Robert avoue à Hilaire qu'il en a assez de sa femme et veut partir pour l'Argentine et les deux hommes décident de partir ensemble à l'aventure, laissant les femmes se débrouiller. Mais celles-ci les rattrappent à Marseille et Robert restera avec Monique tandis qu'Hilaire, remis à flot, disparaîtra avec Brigitte.

Et Monique, comme Robert ne pense à rien !... sont ils heureux ? s'aiment-ils ? nul ne le saura jamais

AUTOUR DES CINÉMAS, CIRQUES ET MUSIC-HALLS

« L'invincible Spaventa »

L'invincible Spaventa. Spaventa est l'idole des habitués du Cirque Rossi : ses tours de force sont incomparables. Le bijoutier Van Teelen, dans son admiration, parie avec le Préfet de police que Spaventa réussira à ouvrir le coffre-fort qui contient les joyaux de la Couronne (nous sommes en Mingrélie)..

Spaventa qui doit épouser le lendemain sa camarade Rina parvient sans peine à trouver le secret. Il est enlevé par une bande de voleurs internationaux qui le conduisent au coffre-fort de Van Teelen dont l'un d'eux bien grimé s'est donné l'apparence parfaite et la police l'arrête au moment même où Rina l'attend à la mairie. Sans peine Spaventa échappe aux policiers... mais les malfaiteurs ont enlevé Rina qu'ils enferment au haut d'une falaise dominant le Rhin afin d'obliger Spaventa à les aider. Et celui-ci, très aisément sauve Rina, se moque des policiers et amène aux mains du préfet de police lui-même la bande des voleurs qui n'a rien compris...

Ce film est un prétexte à de merveilleuses acrobaties, mais l'intrigue, aidée d'une mise en scène excellente conserve d'un bout à l'autre le plus vif intérêt.

Dr G. Polème.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Convention Sanitaire Internationale du 21 juin 1926. (Décret du 25 juin 1928)

(*suite*) (1)

C. — Fièvre jaune.

Art. 35. — Un navire est considéré comme *infecté* s'il a un cas de fièvre jaune à bord, ou s'il en a eu au moment du départ ou pendant la traversée.

Un navire est considéré comme *suspect* s'il n'a pas eu de cas de fièvre jaune, mais s'il arrive, après une traversée de moins de six jours, d'un port atteint ou d'un port non atteint en relations étroites avec des centres endémiques de fièvre jaune, ou si, arrivant après une traversée de plus de six jours, il y a lieu de croire qu'il peut transporter des *Stegomyia* (*Aedes Egypti*) ailés en provenance dudit port.

Un navire est considéré comme *indemne*, bien que provenant d'un port atteint de fièvre jaune, si, n'ayant pas eu de cas de fièvre jaune à bord et arrivant après une traversée de plus de six jours, il n'y a pas lieu de croire qu'il transporte des *Stegomyia* ailés ou quand il prouve, à la satisfaction de l'autorité du port d'arrivée :

a) Que, pendant son séjour dans le port de départ, il s'est tenu à une distance d'au moins 200 mètres de la terre habitée et à une distance des pontons telle qu'elle ait rendu peu probable l'accès des *Stegomyia*;

b) Ou qu'au moment du départ, il a subi, en vue de la destruction des moustiques, une fumigation efficace.

Art. 36. — Les navires infectés de fièvre jaune sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale ;

(1) V. *Concours médical* n° 48.

2° Les malades sont débarqués, et ceux qui se trouvent dans les cinq premiers jours de la maladie sont isolés de manière à éviter la contamination des moustiques ;

3° Les autres personnes qui débarquent sont soumises à une observation ou à une surveillance qui ne dépassera pas six jours à compter du moment du débarquement ;

4° Le navire sera tenu à 200 mètres au moins de la terre habitée, et à une distance des pontons telle qu'elle rende peu probable l'accès des *Stegomyia* ;

5° Il est procédé à bord à la destruction des moustiques, dans toutes les phases de leur évolution, autant que possible avant le déchargement des marchandises. Si le déchargement est fait avant la destruction des moustiques, le personnel chargé de cette besogne sera soumis à une observation ou à une surveillance qui ne dépassera pas six jours, à partir du moment où il aura cessé de travailler au déchargement.

Art. 37. — Les navires suspects de fièvre jaune peuvent être soumis aux mesures prévues sous les numéros 1, 3, 4 et 5 de l'article 36.

Toutefois, si la traversée ayant duré moins de six jours, le navire remplit les conditions spécifiées aux lettres *a* ou *b* de l'alinéa de l'article 35 relatif aux navires indemnes, il n'est soumis qu'aux mesures prévues aux numéros 1 et 3 de l'article 36, et à la fumigation.

Si trente jours se sont écoulés depuis le départ du navire du port atteint, et si aucun cas ne s'est produit à bord pendant le voyage, le navire peut être admis à la libre pratique, sauf fumigation préalable si l'autorité sanitaire le juge nécessaire.

Art. 38. — Les navires indemnes de fièvre jaune sont admis à la libre pratique après visite médicale.

Art. 39. — Les mesures prévues aux articles 36 et 37 ne concernent que les régions où il existe des *Stegomyia*, et elles doivent être appliquées en tenant compte des conditions climatiques actuelles de ces contrées ainsi que de l'index stegomyien.

Dans les autres régions, elles sont appliquées dans la mesure jugée nécessaire par l'autorité sanitaire.

Art. 40. — Il est expressément recommandé aux capitaines des navires ayant fait escale dans un port atteint de fièvre jaune de faire procéder, pendant la traversée, dans toute la mesure possible, à la recherche et à la destruction méthodique des moustiques et de leurs larves dans les parties accessibles du navire, notamment dans les cambuses, les cuisines, les chaufferies, les réservoirs d'eau et tous locaux spécialement susceptibles de donner asile aux *Stegomyia*.

D. — Typhus exanthématique.

Art. 41. — Les navires qui ont eu, pendant la traversée, ou qui ont au moment de l'arrivée un cas de typhus à bord peuvent être soumis aux mesures suivantes :

1° Visite médicale ;

2° Les malades sont immédiatement débarqués, isolés et épouillés ;

3° Les autres personnes qu'il y aurait lieu de croire être porteuses de poux, ou avoir été exposées à l'infection, sont aussi épouillées et peuvent être soumises à une surveillance dont la durée doit être spécifiée et qui ne doit jamais dépasser 12 jours, à compter de la date de l'épouillage ;

4° Les literies ayant servi, le linge, les effets à usage et les autres objets qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérés comme contaminés, sont désinsectisés ;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par des typhiques et qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérées comme contaminées, sont désinsectisées.

Le navire est immédiatement admis à la libre pratique.

Il appartient à chaque gouvernement de prendre, après débarquement, les mesures qu'il considère comme appropriées en vue d'assurer la surveillance des personnes qui arrivent sur un navire n'ayant pas eu de typhus exanthématique à bord, mais qui ont quitté depuis moins de douze jours une circonscription où le typhus est épidémique.

E. — Variole.

Art. 42. — Les navires qui, soit pendant la traversée, soit au moment de l'arrivée, ont eu un cas de variole à bord peuvent être soumis aux mesures suivantes :

1° Visite médicale ;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés ;

3° Les autres personnes qu'il y aurait lieu de croire avoir été exposées à l'infection à bord et qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, ne sont pas suffisamment protégées par une vaccination récente ou par une atteinte antérieure de variole peuvent être soumises, soit à la vaccination suivie de surveillance, la durée de la surveillance devant être spécifiée selon les circonstances, mais ne devant jamais dépasser quatorze jours, à compter de la date d'arrivée ;

4° Les literies ayant récemment servi, le linge sale, les effets à usage et les autres objets qui, de l'avis de l'autorisé sanitaire, sont considérés comme ayant été récemment contaminés, sont désinfectés ;

5° Seules les parties du navire qui ont été habitées par des varioleux et qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérées comme contaminées, sont désinfectées.

Le navire est immédiatement admis à la libre pratique.

Il appartient à chaque gouvernement de prendre, après débarquement, les mesures qu'il considère comme appropriées en vue d'assurer la surveillance des personnes qui ne sont pas protégées par la vaccination et qui arrivent sur un navire n'ayant pas eu de variole à bord, mais qui ont quitté depuis moins de

quatorze jours une circonscription où la variole est épidémique.

Art. 43. — Il est recommandé que les navires qui touchent à des pays où la variole existe à l'état épidémique prennent toutes les précautions possibles pour assurer la vaccination ou la revaccination de l'équipage.

Il est également recommandé que les gouvernements généralisent le plus possible la vaccination et la revaccination, en particulier dans les ports et dans les régions frontières.

F. — Dispositions communes.

Art. 44. — Le capitaine et le médecin du bord sont tenus de répondre à toutes les questions qui leur sont posées par l'autorité sanitaire en ce qui concerne les conditions sanitaires du navire pendant le voyage.

Lorsque le capitaine et le médecin affirment qu'il n'y a eu à bord, depuis le départ, ni cas de peste, de choléra, de fièvre jaune, de typhus exanthématique ou de variole, ni une mortalité insolite des rats, l'autorité sanitaire peut exiger d'eux une déclaration formelle ou sous serment.

Art. 45. — L'autorité sanitaire tiendra compte, pour l'application des mesures indiquées dans les sous-sections A, B, C, D et E qui précèdent, de la présence d'un médecin à bord et des mesures effectivement prises en cours de route, notamment pour la destruction des rats.

Les autorités sanitaires des pays auxquels il conviendrait de s'entendre sur ce point pourront dispenser de la visite médicale et d'autres mesures les navires indemnes qui auraient à bord un médecin spécialement commissionné par leur pays.

Art. 46. — Il est recommandé que les gouvernements tiennent compte, dans le traitement à appliquer aux provenances d'un pays, des mesures que ce dernier a prises pour combattre les maladies infectieuses et pour en empêcher la transmission à d'autres pays.

Les navires en provenance de ports qui satisfont aux conditions indiquées aux articles 14 et 51 n'ont pas droit, seulement par ce fait, à des avantages spéciaux au port d'arrivée ; mais les gouvernements s'engagent à tenir le plus grand compte des mesures déjà prises dans ces ports, en sorte que, pour les navires qui en proviennent, toutes les mesures à prendre au port d'arrivée soient réduites au minimum. A cet effet et en vue de causer le moins de gêne possible à la navigation, au commerce et au trafic, il est recommandé que des arrangements spéciaux, dans le cadre prévu à l'atricle 57 de la présente convention, soient conclus dans tous les cas où cela pourra paraître avantageux.

Art. 47. — Les navires en provenance d'une région atteinte qui ont été l'objet de mesures sanitaires appliquées d'une façon suffisante, à la safisfaction de l'autorité sanitaire, ne subiront pas une seconde fois ces mesures à leur arrivée dans un port nouveau, que celui-ci appartienne ou non au même pays, à la condition qu'il ne se soit produit depuis lors aucun incident entraînant l'application des mesures sanitaires prévues ci-dessus et qu'ils n'aient pas fait escale dans un port atteint, sauf pour s'approvisionner en combustible.

N'est pas considéré comme ayant fait escale dans un port le navire qui, sans avoir été en communication avec la terre ferme, a débarqué seulement des passagers et leurs bagages ainsi que la malle postale, ou embarqué seulement la malle postale ou des passagers, munis ou non de bagages, qui n'ont pas communiqués avec ce port ni avec une circonscription contaminée. S'il s'agit de fièvre jaune, le navire doit, en outre, s'être tenu autant que possible à au moins 200 mètres de la terre habitée et à une distance des pontons telle qu'elle rende peu probable l'accès des *Stegomyia*.

Art. 48. — L'autorité du port qui applique des mesures sanitaires délivre gratuitement au capitaine, ou à toute autre personne intéressée, toutes les fois que la demande en est faite, un certificat spécifiant la nature des mesures, les méthodes employées, les parties du navire traitées et les raisons pour lesquelles les mesures ont été appliquées.

Elle délivrera, de même, gratuitement, sur demande, aux passagers arrivés par un navire infecté, un certificat indiquant la date de leur arrivée et les mesures auxquelles eux et leurs bagages ont été soumis.

Section V. — Dispositions générales.

Art. 49. — Il est recommandé :

1° Que la patente de santé soit délivrée gratuitement dans tous les ports ;

2° Que les droits de chancellerie pour visas consulaires soient réduits, à titre de réciprocité, afin de ne représenter que le coût du service rendu ;

3° Que la patente de santé soit, en plus de la langue du pays, où elle est délivrée, libellée au moins en un des langues connues du monde maritime ;

4° Que des accords particuliers, dans l'esprit de l'article 57 de la présente convention, soient conclus en vue d'arriver à l'abolition progressive des visas consulaires et de la patente de santé.

Art. 50. — Il est désirable que le nombre des ports, pourvus d'une organisation et d'un outillage suffisants pour recevoir un navire, quel que soit son état sanitaire, soit, pour chaque pays, en rapport avec l'importance du trafic et de la navigation. Toutefois, sans préjudice du droit qu'ont les gouvernements de se mettre d'accord pour organiser des stations sanitaires communes, chaque pays doit pourvoir au moins un des ports du littoral de chacune de ses mers de cette organisation et de cet outillage.

En outre, il est recommandé que tous les grands ports de navigation maritime soient outillés de telle façon qu'au moins les navires indemnes puissent y subir, dès leur arrivée, les mesures sanitaires pres-

crites et ne soient pas envoyés, à cet effet, dans un autre port.

Tout navire infecté ou suspect qui arrive dans un port non outillé pour le recevoir doit, à ses risques et périls, se diriger vers l'un des ports ouverts aux navires de sa catégorie.

Les gouvernements feront connaître à l'office international d'hygiène publique les ports qui sont ouverts chez eux aux provenances de ports atteints de peste, de choléra ou de fièvre jaune et, en particulier, ceux qui sont ouvert saux navires infectés ou suspects.

Art. 51. — Il est recommandé que, dans les grands ports de navigation maritime, il soit établi :

a) Un service médical régulier du port et une surveillance médicale permanente de l'état sanitaire des équipages et de la population du port ;

b) Un matériel pour le transport des malades et des locaux appropriés à leur isolement, ainsi qu'à l'observation des personnes suspectes ;

c) Les installations nécessaires à une désinfection et à une désinsectisation efficaces : un laboratoire bactériologique et un service en état de procéder aux vaccinations d'urgence, soit contre la variole, soit contre d'autres maladies ;

d) Un service d'eau potable, non suspecte, à l'usage du port et l'application d'un système présentant toute la sécurité possible pour l'enlèvement des déchets et ordures et pour l'évacuation des eaux usées ;

e) Un personnel compétent et suffisant et l'équipement nécessaire pour la dératisation des navires, des chantiers, des docks et des magasins ;

f) Une organisation permanente pour la recherche et l'examen des rats.

Il est également recommandé que les magasins et les docks soient dans les limites du possible « rat-proof », et que le réseau des égouts du port soit séparé de celui de la ville.

Art. 52. — Les gouvernements s'abstiendront de toute visite sanitaire des navires qui traversent leurs eaux territoriales (1) sans faire escale dans les ports ou sur les côtes de leurs pays respectifs.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le navire ferait escale dans un port ou sur la côte, il serait soumis aux lois et règlements sanitaires du pays auquel appartient ce port ou cette côte, dans les limites des conventions internationales.

Art. 53. — Des mesures spéciales peuvent être prescrites à l'égard de tout navire offrant des conditions d'hygiène exceptionnellement mauvaises, de nature à faciliter la diffusion des maladies visées par la présente convention, en particulier des navires encombrés.

Art. 54. — Tout navire qui ne veut pas se soumettre aux obligations imposées par l'autorité du port en vertu des stipulations de la présente convention est libre de reprendre la mer.

Toutefois, il peut être autorisé à débarquer ses marchandises, à la condition qu'il soit isolé et que les marchandises soient soumises aux mesures prévues à la section II du chapitre II de la présente convention.

Il peut être également autorisé à débarquer les passagers qui en font la demande, à la condition que ceux-ci se soumettent aux mesures prescrites par l'autorité sanitaire.

Le navire peut aussi embarquer du combustible, des vivres et de l'eau tout en restant isolé.

Art. 55. — Chaque gouvernement s'engage à n'avoir qu'un seul et même tarif sanitaire, qui devra être publié et dont les taxes devront être modérées. Ce tarif sera appliqué dans les ports à tous les navires, sans distinction entre le pavillon national et les pavillons étrangers ; et aux ressortissants étrangers dans les mêmes conditions qu'aux nationaux.

Art. 56. — Les bateaux au cabotage international feront l'objet d'un régime spécial à établir d'un commun accord entre les pays intéressés. Toutefois, les dispositions de l'article 28 de la présente convention leur seront applicables dans tous les cas.

Art. 57. — Les gouvernements peuvent, en tenant compte de leurs situations spéciales et pour rendre plus efficace et moins gênante l'application des mesures sanitaires prévues par la convention, conclure entre eux des accords particuliers. Les textes de ces accords seront communiqués à l'office international d'hygiène publique.

(*A suivre.*)

(1) L'expression « eaux territoriales » doit être entendue dans son sens strictement juridique ; elle ne comprend pas les canaux de Suez, de Panama et de Kiel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique Tarnier**. — (89, rue d'Assas.) — *Cours de perfectionnement du jeudi soir*. — Ce cours gratuit aura lieu chaque jeudi, à 20 h. 3/4, du jeudi 29 novembre 1928, au 14 mars 1929.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 20 décembre, M. RIBADEAU-DUMAS : Les affections cutanées communes du nouveau-né. — 3 janvier, M. DESOUBRY : La césarienne dans le placenta prævia. — 10 janvier, M. KEIFFER : L'évolution gravidique de la fibre utérine. — 17 janvier, M. GHEORGHIU : La rachianesthésie en obstétrique et gynécologie. — 24 janvier, M. CHOMÉ : Considérations sur les déchirures du périnée. — 31 janvier, M. CAMUS : Des complications de la vaccine. — 7 février, M. HINGLAIS : Etat actuel de la question de la sécrétion interne de l'ovaire. — 14 février, M. MOUSSU : L'éclampsie. — 21 février, M. J.-L. FAURE : Faut-il abandon-

ner l'hystérectomie vaginale ? — 28 février : M. Vaudescal : Des complications vésico-uréthrales consécutives à l'accouchement. — 14 mars : M. Zœller : Etat actuel de la question du streptocoque dans la scarlatine.

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur : M. Maurice Loeper.) *Cours complémentaire sur la valeur thérapeutique des aliments.* (Grand Amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures). — Samedi 22 décembre : Les jus de viande : professeur Ch. Richet, membre de l'Institut. — Vendredi 11 janvier : L'huile de foie de morue et le rachitisme. Docteur Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau. — Samedi 12 janvier : Les aliments irradiés : Madame Randoin, agrégé des Sciences naturelles, directeur du laboratoire de physiologie à la Société d'hygiène alimentaire. — Samedi 19 janvier : Valeur énergétique du poisson : M. Legendre, sous-directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes. — Samedi 26 janvier : Le pain dans les régimes alimentaires : Professeur Marcel Labbé, médecin de la Pitié.

— **Physiologie**. — (Professeur : M. Roger.) — *Lectures commentées de monographies et revues étrangères de biologie.* — Un certain nombre de collaborateurs qualifiés pour traduire quelques revues ou monographies étrangères récentes, en exposeront l'essentiel à dater du mardi 4 décembre 1928, en une lecture qui aura lieu le mardi, à 17 h. 30, à la Salle des Thèses n° 2, à la Faculté de médecine. Cet enseignement complémentaire s'adresse à tous ceux qu'intéresse le mouvement biologique, et particulièrement aux travailleurs des différents laboratoires qui, après avoir entendu la mise au point d'une question d'actualité, pourront échanger fructueusement des idées.

18 décembre, M. L. Brouha : Le lobe antérieur de l'hypophyse, d'après Evans et Smith. — 8 janvier, M. H. Simonnet : Le rachitisme expérimental et les substances antirachitiques, d'après Mac Collum, Hess, Steenbock, etc. — 22 janvier, Mme L. Randoin : Influence de certains aliments sur la reproduction, d'après Evans. — 5 février, M. Bouthillier : Le débit cardiaque, d'après Y. Henderson. — 19 février, M. A. Blanchetière : Les théories chimiques et les théories physiologiques du métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone, d'après les travaux récents.

Pour tous renseignements, s'adresser : Laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, J. Gautrelet, directeur.

— **Chaire de Physique médicale** (Professeur : M. André Strohl) et **Institut du radium** (directeurs : Mme P. Curie et Dr Cl. Regaud.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé avec la collaboration de s médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.* — 1° Cours. Physique des rayons X, radioactivité, technologie : lundi 17 décembre, M. Holweck : Analyse du rayonnement X. — Mardi 18 décembre : (*) Mme P. Curie : Le rayonnement des radio-éléments. — Mercredi 19 décembre, M. Holweck : Purification et extraction du radon. — Jeudi 20 décembre : (*) Mme Joliot-Curie : La chimie des radio-éléments. — Samedi 22 décembre : (*) M. Laporte : Les mesures en radioactivité.

Radiodiagnostic : Jeudi 3 janvier, MM. Ledoux-Lebard : Le radiodiagnostic. (Généralités. Principes. Rapports avec la clinique. Examen des malades). — Vendredi 4 janvier, M. Haret : Technique de la radioscopie. — Samedi 5 janvier, M. Haret : Technique de la radiographie. — Lundi 7 janvier, M. Diocles : La stéréoradiographie. — Mardi 8 janvier, M. Zimmern : Corps étrangers et localisation. — Mercredi 9 janvier : MM. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations. — Jeudi 10 janvier : MM. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations. — Vendredi 11 janvier : MM. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations. — Lundi 14 janvier : M. Maingot : Crâne. Face. — Mardi 15 janvier, M. Belot : Dents. — Mercredi 16 janvier : M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux. — Jeudi 17 janvier : M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux. — Vendredi 18 janvier, M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin. — Samedi 19 janvier : M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin. — Lundi 21 janvier : M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin. — Mardi 22 janvier, M. Maingot : Appareil digestif. Introduction. Bouche. Pharynx. Œsophage. — Mercredi 23 janvier, M. Maingot : Estomac normal. — Jeudi 24 janvier, M. Maingot : Estomac pathologique. — Vendredi 25 janvier : M. Maingot : Estomac pathologique. — Lundi 28 janvier, M. H. Béclère : Duodénum. — Mardi 29 janvier, M. H. Béclère : Foie. Rate. Pancréas. — Mercredi 30 janvier, M. H. Béclère : Pneumopéritoine. — Jeudi 21 janvier, M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon. — Vendredi 1er février : M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon. — Samedi 2 février, M. Belot : Appareil urinaire. — Lundi 4 février, M. Belot : Appareil urinaire. — Mardi 5 février : M. Belot : Appareil urinaire. — Mercredi 6 février : M. Belot : Appareil génital. Grossesse. — Jeudi 7 février, M. Laquerrière : Interprétation et causes d'erreur.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine, à 18 heures, sauf celles marquées d'un astérique, qui auront lieu à l'amphithéâtre du laboratoire de physique de l'Institut du radium, 1, rue Pierre-Curie, à 17 heures.

2° Démonstrations : Ces démonstrations ont lieu à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 17 heures.

3° Travaux pratiques : Des exercices pratiques portant sur la technique radiologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. Tuichini, chef des travaux de physique. Des visites d'usines complèteront la série des exercices pratiques.

4° Stage : Pendant la première partie du cours, les élèves accompliront un stage de radiodiagnostic dans l'un des services suivants : M. Aubourg, hôpital Beaujon, service de radiologie ; M. Beaujard, hôpital Bichat, service de radiologie ; Béclère (Henri), hôpital de Vaugirard, laboratoire de radiologie du professeur Pierre Duval ; M. Belot (J.), hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie ; M. Bordet, hôpital de la Pitié, service du professeur Vaquez ; M. Darbois, hôpital Tenon, service de radiologie ; M. Delherm, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie ; M. Duhem, hôpital des Enfants-Malades, service d'électroradiologie ; M. Haret, hôpital Lariboisière, service d'électroradiologie ; M. Laquerrière, hôpital Hérold, service d'électroradiologie ; MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire de radiologie du professeur Gosset ; M. Maingot, hôpital Laennec, service d'électroradiologie ; M. Ronneaux, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie ; M. Solomon, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie ; M. Zimmern, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

— **Faculté de médecine** (Professeurs honoraires : MM. Bar, Chauffard, de Lapersonne, Hayem, Hutinel, Jeanselme, Letulle, Marfan, P. Marie, Nicolas, Pinard, Pouchet, Quénu, Ribemont-Dessaignes, Ch. Richet, Robin et Weiss.) — Année scolaire 1928-1929 : *Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.* — Enseignement clinique. — Cliniques médicales générales : MM. Achard, professeur, hôpital Beaujon ; Bezançon, professeur, hôpital Saint-Antoine ; Garnot, professeur, Hôtel-Dieu ; F. Widal, professeur, Hôpital Cochin. — Cliniques chirurgicales générales : MM.

Delbet, professeur, hôpital Cochin. — Gosset, professeur, hôpital de la Salpêtrière ; Hartmann, professeur, Hôtel-Dieu ; Lejars, professeur, hôpital Saint-Antoine. — Cliniques obstétricales : MM. Brindeau, professeur, clinique Tarnier ; Couvelaire, professeur, clinique Baudelocque. — Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes) : M. Jeannin, professeur, Maternité de l'hôpital de la Pitié. — Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat) : M. Vaquez, professeur, hôpital de la Pitié. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Claude, professeur, asile Sainte-Anne. — Clinique des maladies des enfants : M. Nobécourt, professeur, hôpital des Enfants-Malades. — Hygiène et clinique de la première enfance : M. Lereboullet, professeur, hospice des Enfants-Assistés. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Gougerot, professeur, hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies du système nerveux : M. Guillain, professeur, hôpital de la Salpêtrière. — Clinique ophtalmologique : M. Terrien, professeur, Hôtel-Dieu. — Clinique urologique : M. Legueu, professeur, hôpital Necker. — Clinique des maladies infetctieuses : M. Teissier, professeur, hôpital Claude-Bernard. — Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris) : M. J.-L. Faure, professeur, hôpital Broca. — Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris) : M. Ombrédanne, professeur, hôpital des Enfants-Malades. — Clinique oto-rhino-laryngologique : M. Sébileau, professeur, hôpital Lariboisière. — Clinique thérapeutique chirurgicale : M. P. Duval, professeur, hôpital de Vaugirard. — Clinique propédeutique (fondation de la Ville de Paris) : M. Sergent, professeur, hôpital de la Charité. — Clinique de la tuberculose (fondation du département de la Seine) : M. Léon Bernard, professeur, hôpital Laennec. — Des affiches spéciales indiquent pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

Cours et conférences théoriques. — *Semestre d'hiver* : Anatomie, 1re année : MM. Olivier et Hovelacque, agrégés. — Anatomie pathologique, 3e année : M. Roussy, professeur. — Bactériologie, 2e année : MM. Lemierre, prof., et Philibert, agrégé. — Chimie, 2e année : M. Desgrez, professeur. — Embryologie, 1re année : M. Branca, prof. sans chaire. — Médecine légale, 5e année : MM. Balthazard, prof. et Duvoir, agrégé. — Obstétrique, 3e année : M. Lévy-Solal, agrégé. — Parasitologie, 3e année : M. Brumpt, professeur. — Histoire de la médecine, M. Ménétrier, professeur. — Enseignement théorique aux élèves sages-femmes : M. Vaudescal, agrégé. — Physique, 2e année : M. Strohl, professeur. — Histologie, 1re année, M. Champy, professeur. — Pathologie expérimentale et comparée, 3e année : M. Rathery, professeur. — Pathologie générale, 4e année : M. Marcel Labbé, professeur. — Pathologie médicale, 3e et 4e années : MM. Sicard, professeur, et Baudouin, agrégé. — Pathologie chirurgicale, 3e et 4e années : MM. Lecène, prof. et Brocq, agrégé. — Pharmacologie et matière médicale, 4e année : M. Tiffeneau, professeur. — Physiologie, 2e année : M. Roger, professeur. — Thérapeutique, 5e année : MM. Loeper, prof. et Harvier, agrégé. — Hydrologie thérapeutique et climatologie, 5e année : M. Maurice Villaret, prof. — Stomatologie, 5e année : M. Frey, chargé de cours. — Chirurgie, orthopédique chez l'adulte, M. Mauclaire, agr., chargé de cours.

Semestre d'été : Anatomie, 1re année : M. Rouvière, professeur. — Anatomie topographique et médecine opératoire, 4e année : M. Cunéo, professeur. — Chimie, 2e année : M. Blanchetière, agrégé. — Histoire de la médecine, M. Ménétrier, professeur. — Histologie, 1re année : M. Verne, agrégé. — Hygiène et médecine préventive, 5e année : M. Tanon, professeur. — Obstétrique, 3e année : M. Ecalle, agrégé. — Pathologie chirurgicale, 3e et 4e années : MM. Quénu et Gatellier, agrég. — Parasitologie, 3e année : M. Joyeux, agrégé. — Enseignement théorique aux élèves sages-femmes, M. Vaudescal, agrégé. — Anatomie pathologique, 3e année : M. Oberling, agrégé. — Pathologie expérimentale et comparée, 3e année : M. Garnier, agrégé. — Pathologie médicale, 3e et 4e années : MM. Fiessinger et Chiray, agrégés. — Pharmacologie et matière médicale, 4e année : M. F. Mercier, agrégé. — Physiologie, 2e année : M. Ch. Richet, agrégé. — Physique, 2e année : M. Dognon, agrégé. — Education physique, M. Chailley-Bert, chargé de cours. — Chirurgie orthopédique chez l'adulte, M. Mauclaire, agr., chargé de cours. — Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

Travaux pratiques obligatoires. — *Semestre d'hiver*. — 1re année : Dissection, histologie. — 2e année : Physique médicale, chimie médicale, physiologie, bactériologie. — 3e année : Anatomie pathologique, pathologie expérimentale, parasitologie. — 4e année : Pharmacologie, anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire. — 5e année : Médecine légale.

Semestre d'été. — 1re année : Dissection, histologie. — 2e année : Chimie médicale, physiologie. — 3e année : Manœuvres obstétricales. — 4e année : Pharmacologie, anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire. — 5e année : Hygiène.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 13 heures à 18 heures, et de 19 h. 1/2 à 22 h. 1/2.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

(Enseignement, concours, avis divers.)

— Association d'enseignement médical des hôpitaux. — *Conférence du dimanche.* — Le 16 décembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Le Lorier, sur : *la dystocie pelvienne en clientèle.*

— Concours de l'internat. — Questions données : Signes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. Signes et diagnostic de l'épithélioma de la glande mammaire.

Signes et diagnostic de la paralysie infantile (maladie de Heine-Medin). — Causes, signes et diagnostic de l'hémothorax traumatique.

Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde non compliquée à la période d'état. Signes et diagnostic de l'anévrisme artériel poplité.

— Concours de stomatologiste. — Question donnée : « Ectopie dentaire, signes, diagnostic et traitement.

Epreuve orale théorique de prothèse. — Question donnée : Traitement prothétique des fractures complètes de la branche horizontale du maxillaire inférieur, les deux fragments portant des dents.

— Prix de l'internat. — Les jurys sont provisoirement composés de : *Médecine.* — MM. Laederich, Binet, Mi-

lian, qui acceptent ; Pruvost et Courtois-Suffit, qui n'ont pas fait connaître leur décision. *Chirurgie et accouchements.* — MM. Mauclaire, Bollack, qui acceptent ; Sauvé, Bréchot et Rudaux, qui n'ont pas fait connaître leur décision.

— **Consultation de nourrissons.** — Sont proposés comme membres de la Commisssion de classement des candidats : M. Ribadeau-Dumas, qui a accepté ; MM. Devraigne et Debré, qui n'ont point fait connaître leur acceptation.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Moret, de Bordj-Béni-Indel (Alger). — M. le Dr Henri Dechavanne, de Roanne. — M. le Dr Fleury, de Sainte-Pazanne (Loire-Inférieure).

— **Congrès international des femmes médecins.** — L'Association Internationale des femmes médecins, qui groupe les représentantes de 24 nations, va tenir son prochain Congrès quinquennal à Paris les 11, 12 et 13 avril 1929.

A cette occasion, l'Association française des femmes médecins adresse un pressant appel à toutes les femmes docteurs pourvues du diplôme d'Etat français, et aux étudiantes en médecine pouvant justifier de douze inscriptions et les sollicite de coopérer à la lourde tâche qui lui incombe.

Les Françaises tiendront à honneur que le Congrès de Paris laisse une impression favorable dans l'esprit de leurs collègues étrangères.

L'Association rappelle que son but est de créer un lien de solidarité entre ses membres leur permettant de se connaître, de s'entraîner et d'étudier en commun les questions d'intérêt général qui sont du domaine de leur activité.

Pour adhérer à l'Association française des femmes-médecins, adresser les cotisations à la trésorière, Madame le docteur Réquin, 154, avenue Emile-Zola (compte de chèques postaux 11.70-06 Paris). Le montant de la cotisation est de 25 *frs.* pour les docteurs en médecine (membres adhérents), et de 5 *frs.* pour les étudiantes en médecine (membres auxiliaires).

— **Fédération des chefs de clinique des Facultés de médecine.** — La Fédération des chefs de clinique de France, dans sa réunion tenue à Bordeaux à l'occasion des Journées médicales le 5 novembre 1928, a émis les vœux suivants :

1° Que le traitement des chefs de clinique, notoirement insuffisant (3.000 fr. par an), soit augmenté dans les mêmes proportions que celui des autres fonctionnaires de l'instruction publique, en particulier des préparateurs de Faculté, auxquels ils ont été de tout temps assimilés ;

2° Que l'Association des chefs de clinique soit représentée au Comité consultatif de l'Instruction publique ;

3° Que le règlement et les conditions du concours d'agrégation des facultés de médecine soient enfin définitivement établis.

Les chefs de clinique protestent contre l'indifférence avec laquelle les Pouvoirs publics ont accueilli jusqu'à ce jour leurs légitimes revendications.

— **Ligue contre le péril vénérien.** *Examens sérologiques.* — La Ligue nationale française contre le péril vénérien fait connaître qu'elle ouvre, conformément à la circulaire du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 16 janvier 1926, un service d'analyses de sang qui sera à la disposition de tous les établissements publics ou œuvres privées s'occupant d'hygiène publique et concourant à la lutte contre les maladies vénériennes : hôpitaux, maternités, dispensaires antivénériens, établissements de protection maternelle et infantile, et aussi à la disposition des médecins praticiens.

Ce service fonctionnera gratuitement pour les établissements publics et les œuvres privées d'assistance. Pour les examens faits à la demande des médecins praticiens il sera perçu une redevance de 20 francs par examen, à moins que ceux-ci n'en sollicitent expressément la gratuité.

Les examens ne seront faits, dans tous les cas, que sur la demande écrite d'un médecin et les résultats n'en seront donnés qu'au médecin lui-même et jamais directement au malade. Une enveloppe affranchie portant le nom et l'adresse du médecin traitant devra être fournie pour la réponse.

Les prises de sang seront faites (ou les échantillons seront reçus), 6, rue Dareau, Paris (XVe) (angle boulevard Saint-Jacques) les lundis et jeudis de 13 h. 30 à 15 h. 30.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

JURISPRUDENCE

Accident de motocyclette. — Blessée conduite chez le médecin par l'automobiliste. Refus de payer les honoraires.

JUSTICE DE PAIX DE SAINT-ÉTIENNE (canton Nord-Ouest).

3 *octobre* 1928

(*Archives du* « Sou Médical »).

Lorsqu'après avoir demandé au médecin de donner ses soins à une personne, qu'il a renversée avec son automobile, le conducteur de cette dernière se refuse à acquitter les honoraires du praticien, l'auteur présumé de l'accident doit être condamné à indemniser le médecin, si ce dernier prête, devant le tribunal, le serment décisoire, affirmant qu'il a donné ses soins à la blessée sur la demande de l'automobiliste, lequel n'a pas agi dans un simple et seul but d'humanité.

Nous, juge de paix,

Attendu que M. Guichard a fait citer M. R. pour s'entendre condamner à lui payer la somme de 225 fr. qu'il lui doit pour honoraires et soins médicaux donnés à Mme B. victime le 18 janvier 1928 d'un accident de motocyclette survenu par le fait dudit R., lequel avait pris l'engagement verbal de payer le Dr Guichard ;

Attendu que R. reconnaît avoir accroché Mme B. avec sa motocyclette, avoir conduit cette dame chez le Dr Guichard pour lui faire donner des soins, mais nie avoir pris un engagement quelconque de payer les honoraires de ce praticien ;

Attendu que nous avons alors déféré au Dr Guichard le serment décisoire ;

Que celui-ci a accepté de prêter et que la main droite levée en présence de M. R. il a porté le dit serment en ces termes :

« Je jure que R. m'a prié de donner des soins à Mme B. qu'il venait de blesser avec sa moto, m'assurant qu'il assumerait tous les frais de ces soins » ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens.

Par ces motifs

Statuant publiquement, contradictoirement en dernier ressort.

Donnons acte du serment qui vient d'être prêté;

Et attendu qu'il en résulte que la demande se trouve justifiée et que le quantum n'est pas discuté.

En conséquence :

Condamnons R. à payer au Dr Guichard, pour les causes ci-dessus visées, la somme de : 225 francs, avec les intérêts de droit à partir du 28 juillet 1928.

Le condamnons en outre aux dépens de l'instance.

Commentaires

Voici un jugement de plus, rendu en faveur du médecin, qui n'a donné ses soins à la victime

d'un accident d'automobile que sur la demande de l'auteur présumé de l'accident.

Ce qui caractérise la décision ci-dessus, c'est que le praticien s'est offert à prêter serment, entre les mains du juge, pour apporter ainsi la preuve que l'automobiliste lui a demandé de faire tout le nécessaire en faveur de la victime.

Certes, au moment du danger, celui qui vient de renverser un piéton, agit non seulement par humanité, mais aussi pour diminuer les conséquences de l'accident.

Plus tard, la compagnie d'assurances démontre à l'automobiliste qu'il a eu tort de se préoccuper des soins à faire donner à la victime, car il a ainsi assumé une certaine responsabilité.

Aussi, soutient-on que ce n'est que par simple humanité qu'on a conduit le blessé chez le médecin, ou qu'on a fait quérir celui-ci.

Il est évident que le praticien peut toujours réclamer ses honoraires au blessé lui-même ; mais ce dernier estime qu'ayant été blessé, c'est à son écraseur de payer les frais médicaux.

Il arrive donc fréquemment que le médecin est obligé de recourir au « Sou Médical », pour pouvoir assigner, devant les juges compétents, le blessé, comme consommateur de soins, et l'auteur de l'accident, comme étant venu lui-même quérir l'homme de l'art.

Nous rappelons que notre Ligue de défense professionnelle avait fait une démarche au Touring Club de France et à l'Automobile Club, pour que ces deux grandes associations puissent étudier avec nous, de quelle manière pourraient être garantis les premiers frais médicaux et pharmaceutiques, occasionnés par tout accident.

Les conseils juridiques nous ont répondu par un *non possumus*.

La parole est donc aux tribunaux, pour faire résoudre chaque cas particulier.

A la dernière assemblée générale du *Concours médical*, Me Priou, avocat conseil du « Sou Médical », a exposé le problème et s'est demandé avec les assistants s'il n'y aurait pas lieu d'instituer, pour les médecins, les mêmes coutumes, en faveur chez les avocats : faire verser une provision d'avance.

Ce sont questions d'opportunité, de délicatesse et de fait. Il est assez souvent difficile au praticien d'exiger d'avance le prix de plusieurs visites ou interventions ; mais, une fois le secours urgent donné, alors que le devoir d'humanité est accompli, le médecin peut parfaitement s'adresser à l'auteur de l'accident et le prier, non seulement de payer comptant les soins qu'il est venu quérir, pour la victime, mais encore de verser une provision.

Le tout, bien entendu, comportera la délivrance d'un reçu, pour que le payeur se fasse ensuite rembourser par qui de droit. Mais, de la

sorte, le médecin évitera l'ingratitude ultérieure, alors que personne ne voudra, plus tard, le payer.

C'est une question que les syndicats médicaux pourraient creuser, pour la rendre pratiquement applicable. Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Sou médical.

4381. — A propos de l'augmentation de la cotisation.

J'ai reçu l'annonce de l'augmentation de la cotisation du « Sou Médical », qui ne devrait plus s'appeler le Sou, mais les « 3 sous médicaux ».

Mais cela ne fait rien, je ne regrette pas ma cotisation, car vous m'avez rendu bien des services, et j'ai récupéré, grâce au Conseil du « Sou », beaucoup plus que ne me coûte la cotisation.

Il n'y a pas longtemps, je vous demandais ce que je pourrais prendre pour une réduction sous chloroforme d'une luxation de l'épaule, trouvant que les 75 fr. des accidents du travail n'étaient pas suffisants. Vous m'avez conseillé deux cents alors que je n'aurais pas osé dépasser 100 fr. J'ai été payé sans avoir besoin de montrer votre lettre, c'est donc 100 fr. de boni sur lesquels je suis heureux de vous en envoyer 60 par chèque virement. à votre numéro Paris 182-31, et ce n'est pas le seul service que vous m'avez rendu, et je ne les compte plus, il y en a trop.

Dr B.

Prêts d'honneur aux étudiants.

4225. — Conditions exigées pour l'obtention d'un prêt.

Je vous remercie des renseignements que vous m'avez donnés au sujet du « Prêt d'honneur » (1). Mais pour qu'ils puissent servir à d'autres candidats, le *Concours médical* pourra ajouter que la demande doit être faite avant le 15 octobre et sur papier timbré et que cette obtention du prêt est suborbonnée aux fonds que le Ministre met à la disposition du Comité local. Dr X.

Application du Tarif Fallières.

Sutures multiples et pansements.

a) J'ai suturé l'extenseur de l'index au niveau du dos de la main + au niveau de la phalange ; j'ai suturé l'extenseur du médius et j'ai compté trois sutures de tendons, soit 50 × 3 = 150 francs.

b) Les jours suivants, j'ai pansé main, index, médius et j'ai compté trois pansements.

c) La Compagnie ne veut me payer qu'une seule suture comme *soins* donnés sur un seul segment de membre (article 14) et un seul pansement.

Dr T.

(1) Voir no du 4 novembre, page 3167.

Réponse.

a) Vous avez à compter, pour les sutures : suture du tendon extenseur de l'index (à 1 ou 2 endroits) 50 francs + suture du tendon extenseur du médius 50 francs, soit au total : 100 fr. La thèse de la compagnie est fausse, car, d'après l'article 14, on doit payer « (hors le cas de *pansements* sur un même segment de membre) *chacun des pansements ou interventions* ». Il n'est pas dit : « hors le cas de pansements ou interventions sur un même segment de membre ». Et vos sutures sont des interventions et non pas des pansements, donc n'entrent pas dans les cas d'exception cités plus haut.

b) Quant aux pansements consécutifs, ce n'est pas un pansement simple à 12 francs, ni trois pansements payables : 12 × 3 = 36 francs, comme vous comptez, mai splus précisément, le cas de « pansements sur un même segment de membre », (article 17) plus haut, cas tarifé 15 francs.

3995. — Ongle incarné.

Ayant pratiqué après anesthésie à la cocaïne la cure d'un ongle incarné du gros orteil consécutif à un accident du travail, combien puis-je demander ? Je n'ai pas trouvé de tarification de cet acte opératoire. Notre tarif d'A. M. G. nous alloue généreusement 50 fr., est-ce que j'exagèrerais en demandant le double ? Dr B.

Réponse.

Un ongle « incarné » n'est pas un accident du travail. Si vous avez eu à l'extraire comme tel, c'est qu'il avait été l'objet d'un décollement partiel par suite d'une plaie ou contusion, auquel cas il rentre dans « Ablation d'ongles semi-détachés (*compris* dans la consultation ou visite) » que vous trouverez à l'article 28. Cette thèse est celle qui fut soutenue lors de l'élaboration du tarif et *adoptée* malgré nous par la commission. Je ne puis donc vous répondre autre chose.

Dr Fernand Decourt.

4166. — 1° Assuré individuel. 2° Fracture de trois métacarpiens.

J'ai soigné il y a quelque temps une blessée assurée individuellement à une compagnie d'assurances qui lui paye les frais médicaux jusqu'à concurrence du tarif d'accidents du travail. Elle avait une fracture des 3e, 4e et 5e métatarsiens et je lui ai fait un appareil plâtré pour éviter la déformation de la voûte plantaire et maintenir les fragments qui n'avaient pas beaucoup de déplacement mais risquant d'en avoir car la blessée avait des velléités de marche. Or en voulant faire ma note d'honoraires je vois que dans le tarif en vigueur la réduction et la contention d'un métatarsien est tarifée 20 francs, C'est peu.

Comment dois-je rédiger ma note pour récupérer le travail que j'ai fourni, où il y a-t-il un autre article qui m'échappe.

Dr P.

Réponse.

1° Personnellement, je n'accepte jamais de tiers payant, ni de tarif Fallières pour un assuré individuel, qui doit payer le tarif de la clientèle courante.

2° Si vous acceptez le tarif Fallières, je vous conseillerais de faire observer que 20 francs n'est indiqué que pour *un* métacarpien (au singulier dans le tarif) et que, pour *trois*, il serait naturel, de doubler le prix, soit : 40 francs (non de tripler, puisqu'une seule intervention pour les trois.)

Dr Fernand DECOURT.

4149. — 1° Dilatation œsophagienne. 2° Fracture radiale avec luxation du poignet.

Voulez-vous me permettre d'avoir recours à votre obligeance pour les renseignements suivants : comment tarifer (c'est le tarif des accidents du travail qui est appliqué pour l'A. M. G., ou, à défaut le Maginot-Marin) :

Gavages journaliers par nez ou bouche avec sondes molles.

Séances de dilatation œsophagienne avec 3 bougies de Bouchard 23, 30 et 40.

Large extirpation d'un épithélioma étendu de la lèvre inférieure (anesthésie locale).

Luxation du poignet et fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Ce sont les seuls cas, parmi ceux soumis à notre examen, pour lesquels je n'ai pu me documenter dans votre précieuse correspondance du *Concours médical*. Aussi vous serai-je très obligé de vouloir bien me faire connaître votre avis par cette même voie.

Dr G.

Réponse.

L'article 23, qui parle des interventions sur l'œsophage, ne mentionne que l'œsophagoscopie. Je ne pense donc pas que vous puissiez compter tout d'abord vos « gavages », qui me paraissent être « compris » dans la visite, comme le pansement, les injections hypodermiques ou les examens au spéculum. Pour la dilatation œsophagienne, vous pourriez demander 15 francs, par analogie avec « dilatation avec bougie ou béniqué » de l'urèthre (article 21). Pour l'extirpation de l'épithélioma labial, il me semble que vous pourriez demander 120 francs par analogie avec « cornétomie » (nez et sinus, article 23).

Quant à la fracture de l'extrémité inférieure du radius avec luxation du poignet, je pense qu'il y a là deux interventions *distinctes*,

si la luxation comprend également le *cubitus*, mais seulement, dans ce cas. Vous auriez alors à compter : 1° réduction et contention radiale : 80 francs + 2° réduction de luxation du poignet : 75 : 2 = 37 fr. 50. suivant la jurisprudence admise en cas de double intervention, *eodem situ*, de compter la deuxième avec réduction de 50 %, tous les préparatifs : anesthésie, champ opératoire, etc., étant communs pour les deux interventions.

Dr Fernand DECOURT.

Application du Tarif Maginot.

4279. — Client ordinaire ou pensionné de guerre ?

Je vous prie de bien vouloir m'éclairer sur les points suivants :

1° Pouvons-nous réclamer aux bénéficiaires de l'article 64 un supplément de visite et de kilomètres pour l'ajuster au prix normal de la région ?

2° J'ai soigné un mutilé (bronchite chronique), il y a environ 2 mois, avec du vaccin Minet et des spécialités. Il va très bien. Il vient ce jour pour me voir et m'apporte en guise de paiement son carnet. Je dois vous dire qu'avant d'entreprendre son traitement, je lui ai déclaré tout net que j'entendais, pour cette cure suivie, être payé par lui et non par le préfet. Il a accepté. J'ai eu autrefois avec la préfecture de la H.-M. un démêlé au sujet d'un mutilé ; depuis j'ai pris la décision quand il s'agit de voir un bénéficiaire de l'article 64, plusieurs fois, 20 ou 25 fois par exemple, de ne pas reconnaître la préfecture.

La préfecture paye mais c'est tout juste si on ne vous traite pas de voleur, alors que ce n'est pas vrai du tout.

Dans la circonstance il s'agit d'un mutilé fort à l'aise qui, tous les hivers, fait des bronchites avec étouffement et interminables. Je l'ai soigné pendant environ 1 mois ou 1 mois 1/2 avec un fort bon résultat et de son propre aveu il y a chez lui une véritable résurrection. Je vous demande de me dire où commencent et où finissent mes droits ?

Dr C.

Réponse.

1° Absolument interdit et poursuivable en justice.

2° Vous avez le droit de faire payer tout malade que vous soignez, pensionné de guerre ou non suivant votre tarif de clientèle ordinaire, mais à condition de ne pas *reconnaître* sa qualité de pensionné de guerre, en *signant* quoi que ce soit sur son carnet. Ou alors vous rentrez dans le cas signalé ci-dessus.

Dr Fernand DECOURT.

Accidents du Travail.

3864. — Application de la loi accidents à la femme d'un cultivateur.

La femme d'un chef d'entreprise agricole se blesse en se rendant à son travail. L'agriculteur fait une déclaration d'après laquelle sa femme est sa salariée et il veut faire jouer pour elle la loi de 1898 (étendue aux accidents agricoles).

Est-il en droit de le faire ?

Dr C.

Réponse.

Le paragraphe 1er de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles autorise les exploitants non assujettis à adhérer à la législation sur les accidents du travail pour tous les accidents qui surviendraient *aux membres de leur famille*..., par le fait ou à l'occasion du travail, à la condition de contracter une assurance à cet effet.

Si l'agriculteur dont il est question dans votre lettre, a usé de cette faculté en faveur de sa femme et s'il a contracté pour elle une assurance, c'est à bon droit qu'il réclame à la Compagnie en faveur de sa femme, le paiement des indemnités dues aux victimes d'accidents du travail.

Encore faut-il que l'accident dont sa femme a été victime se rattache par un lien plus ou moins direct au travail proprement dit. Si l'accident est arrivé alors qu'elle se déplaçait pour se rendre de la ferme au lieu où son travail l'appelait, il y a bien accident du travail. Mais c'est là une question de fait qui ne peut être tranchée qu'à la lumière de toutes les circonstances particulières à l'affaire.

3883. — Honoraires d'expertise accidents.

Ayant été chargé par le tribunal civil d'expertiser l'incapacité de travail d'un ouvrier blessé (loi 1898) je vous serai obligé de me faire connaître quels sont les honoraires que je dois réclamer pour expertise et rapport.

Le blessé est venu à mon cabinet.

Dr M.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'une affaire d'accident du travail, dans laquelle le blessé bénéficie de plein droit de l'assistance judiciaire, vous devez vous faire honorer comme en matière de médecine légale, et, pour cela, adresser un mémoire en double exemplaire au Tribunal qui vous a commis. Votre mémoire sera visé par le Procureur général et taxé par le président, après quoi vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Au sujet des honoraires que vous pouvez demander, il n'existe, en pratique, aucune tarification. A vous de proposer la somme que vous

paraîtront justifier les difficultés de votre mission et le temps passé. Le président du tribunal appréciera et taxera.

En fait, nous vous conseillons de demander de 150 à 200 francs, si l'expertise n'a pas présenté de difficultés particulières, cette somme comprenant la rédaction et le dépôt de votre rapport.

4347. — Conséquences du défaut de déclaration de l'accident par le patron.

La non déclaration d'accident par le patron à la mairie dégage-t-elle la Compagnie d'assurances, dûment avisée par l'assuré, de sa responsabilité ?

Dr L.

Réponse.

Tout accident du travail doit être déclaré dans les quarante-huit heures à la mairie par le patron. Mais le défaut d'accomplissement de cette formalité par le patron ou son accomplissement tardif n'ont aucune influence sur les droits de l'ouvrier, celui-ci pouvant faire lui-même la déclaration de l'accident dans l'année qui en suit la date. Dans ce cas le patron est seulement passible d'une amende.

Dans les rapports du patron avec la Compagnie d'assurances qui le couvre, nous ne pensons pas que la non-déclaration de l'accident puisse être une cause de déchéance des droits de l'assuré. En effet, l'absence de déclaration ne porte aucun préjudice à la Compagnie, qui reste toujours libre d'apprécier si elle doit ou non accepter le sinistre. Quant au paiement de l'amende, il incombe au patron fautif, sans recours possible contre la Compagnie.

Toutefois, pour nous prononcer dans un cas d'espèce déterminé, nous aurions besoin de connaître le texte de la police d'assurance.

4335. — Accident survenu à un aide bénévole.

Un industriel, marchand de matériel de récupération, chargeant du matériel en gare, se fait donner un coup de main par un cultivateur de passage pour charger une enclume. L'enclume tombe et broie le gros orteil du cultivateur ; il s'en suit une amputation dudit gros orteil. L'industriel dit avoir donné 5 fr. au cultivateur pour son service. L'industriel a naturellement une assurance-accidents du travail ; celle-ci tente d'esquiver la responsabilité, arguant qu'il n'est question que d'un coup de main bénévole. Quel est votre avis ? l'assurance est-elle responsable ? Doit-elle payer les frais d'incapacité temporaire et l'incapacité permanente ? Sur quoi baser ces frais puisqu'il s'agit d'un cultivateur ? Qui doit les honoraires médicaux ?

Dr D.

Réponse.

L'existence d'un contrat de louage de services

entre la victime d'un accident et la personne que cette dernière entend en rendre responsable est nécessaire pour que la loi du 9 avril 1898 devienne applicable. Et c'est au demandeur à l'indemnité de prouver l'existence du contrat.

Par conséquent, il appartient en l'espèce au blessé de démontrer qu'il était lié à l'industriel par un contrat de louage de services.

En raison des circonstances de la cause, il nous semble que cette preuve sera très difficile à fournir. En effet, le blessé n'est intervenu dans le travail effectué pour le compte de l'industriel que tout à fait par hasard et pour une durée très limitée. On peut estimer dans ces conditions qu'il n'a fait que prêter une aide bénévole, sans s'être jamais placé sous la direction, l'autorité et la surveillance de l'industriel.

En tout cas, il y a là avant tout une question de fait qui ne pourrait être tranchée que par le tribunal.

En admettant qu'il soit reconnu qu'il y a bien eu accident du travail, ce ne serait pas la loi sur les accidents agricoles qui serait applicable, mais bien la loi sur les accidents industriels et commerciaux, puisque l'entreprise au service de laquelle l'accident se serait produit présente un caractère industriel. Or, contrairement à la loi sur les accidents agricoles, la loi du 9 avril 1898 ne fixe aucun minimum de salaire pour le calcul de l'indemnité. Il se poserait donc, dans ce cas, une question extrêmement délicate pour le calcul de l'indemnité due au blessé.

Etant donné que l'assurance refuse de reconnaître l'accident, faites-vous payer par le blessé directement, comme vous en avez toujours le droit. Il appartiendra ensuite au blessé de poursuivre, s'il le veut, la récupération de vos honoraires sur le patron.

3905. — Soins à un patron agriculteur victime d'un accident du travail.

Ayant adressé une note d'honoraires établie d'après le tarif syndical pour soins donnés à un patron d'exploitation agricole, la Cie me pria de lui fournir une note détaillée conformément à l'article 30 du tarif en matière accidents du travail.

Ayant répondu à la Cie que le tarif ouvrier minimum des accidents du travail ne pouvait s'appliquer aux assurances individuelles soumises au tarif syndical, je viens de recevoir de l'agent la note suivante que je vous transmets en vous priant de me faire savoir quelle doit être ma ligne de conduite en la circonstance. Dr C.

Réponse.

Lorsque vous soignez un patron agriculteur victime d'un accident du travail, qu'il soit ou non assujetti volontaire à la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles, vous avez toujours le

droit de le considérer comme un client de droit commun et de vous faire payer *par lui* suivant votre tarif syndical.

Mais si vous vous adressez à l'assurance qui le couvre pour vous faire payer, vous agissez aux droits de votre client et les stipulations de la police vous deviennent opposables. Par conséquent, lorsque celle-ci stipule que les frais médicaux seront payés au tarif des accidents du travail, ce qui est le cas en l'espèce puisque la police a été contractée en vue de faire bénéficier l'assuré de la législation sur les accidents du travail, vous ne pouvez vous faire payer *par la Compagnie* plus que le tarif des accidents du travail. Et c'est à bon droit que, dans ce cas, la Compagnie vous demande de vous conformer aux dispositions du tarif en lui fournissant une note détaillée.

Vous conservez d'ailleurs le droit, après avoir été payé par la Compagnie et à la condition d'insérer des réserves à ce sujet dans votre quittance, de réclamer à votre client la différence entre le tarif des accidents du travail et le tarif de droit commun.

Médecine légale.

3901. — Honoraires de constatation de décès.

Je possède deux réquisitions du maire d'une commune voisine, à moi délivrées, aux fins d'examen, l'une d'un cadavre trouvé sur la voie publique, l'autre d'un corps trouvé sur la voie ferrée. 1er déplacement, 6 km. aller et retour ; 2e déplacement, 10 km. aller et retour. Que dois-je compter pour chacun de ces actes ? Le tout étant pour le compte de la même commune, un seul mémoire suffit-il, ou dois-je en établir un par examen ?

Dr S.

Réponse.

Pour chacun des examens que vous avez pratiqué, vous avez à compter un honoraire de 25 francs (décret du 22 décembre 1927), comprenant la rédaction et le dépôt de votre rapport ou certificat. A cela il convient d'ajouter dans chaque cas vos frais de déplacement à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Enfin, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit à une indemnité spéciale de 20 francs.

Puisqu'il s'agit de deux réquisitions émanant du maire de la même commune, vous pouvez ne fournir qu'un seul mémoire pour les deux affaires. Ce mémoire doit être établi en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré quand la somme réclamée dépasse 50 francs. Il doit être adressé au Procureur de la République, qui le fait viser par le Procureur général et taxer par le président ; après quoi le paiement est effectué par le receveur de l'enregistrement.

Fiscalité.

3858. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

L'inspecteur principal des contributions directes ne veut pas compter parmi les dépenses professionnelles la somme de 5.000 fr. correspondant à l'amortissement de l'achat d'une voiture automobile en octobre 1926, « dès l'instant que la dépense d'achat est déductible des recettes de l'année où elle est engagée — Conseil d'Etat 10 août 1926).

Or, je n'ai pas compté la dépense d'achat mais l'amortissement en cinq ans d'une voiture payée 25.000 fr. Que dois-je faire. Il me demande une réponse.

Je dois ajouter que quand j'ai acheté cette voiture, c'est en remplacement d'une autre que j'ai vendue 10.000 fr. Elle ne me coûte donc que 15.000 exactement. Le fisc est au courant et j'ai évidemment majoré le taux d'amortissement.

Dr G.

Réponse.

La thèse de l'inspecteur est, en effet, conforme à l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 août 1926. Cependant, maintenez votre point de vue. Lorsque vous serez imposé, présentez une réclamation dans laquelle vous viserez également l'imposition établie sur les bénéfices de l'année 1926, au cours de laquelle vous avez acheté votre voiture, en demandant, à titre subsidiaire, que la déduction de la somme effectivement déboursée, soit : 15.000 francs, soit déduite des bénéfices de la dite année.

A. M.

3763. — Revision des impositions.

Je viens vous prier de me donner votre avis dans les cas suivants :

1° Le contrôleur des contributions, revenant en arrière sur mes déclarations d'impôt sur le revenu, prétend m'imposer de 18.000 francs afférents à mes bénéfices de 1922. Or, j'ai entendu dire, me semble-t-il, qu'il y a prescription après cinq ans. Comme nous sommes en 1928, le contrôleur ne m'imposerait-il pas ici de façon contraire à la loi ?

2° Au sujet de mes impôts de 1926, j'ai fait ma déclaration en temps utile. Le contrôleur ne m'a rien manifesté et ne m'a pas imposé. A l'occasion d'une entrevue pour une autre question, je lui ai demandé son avis au sujet de ma déclaration, il s'est contenté de me répondre « que nous verrions cela plus tard ».

Or, avant-hier, il m'informe qu'il m'impose de 36.500 francs pour 1926. Sur ma demande, il ajoute qu'il agrémentera la douloureuse de 25 %, mais qu'il veut bien me faire grâce de la pénalité de 500 %, pourtant applicable à mon cas.

Cette gestation de deux ans pour établir ma feuille semble bien avoir eu pour but le souci de m'infliger

une amende de 25 %. En effet, il me semble qu'au reçu de ma déclaration de 1926, le contrôleur eût dû m'aviser qu'il n'était pas d'accord avec moi, me soumettre son chiffre et une entrevue eût sans doute permis de se mettre d'accord, sans autre complication.

Le contrôleur a-t-il agi légalement ou même simplement correctement ?

Je vous serais infiniment obligé de me dire quelle attitude je dois tenir et si une réclamation auprès du Conseil de préfecture aurait quelque chance de réussite.

J'en en effet, l'intention de payer d'abord, le contrôleur m'ayant donné à entendre que, si je faisais le récalcitrant, il m'appliquerait sans hésiter 500 % d'amende. Je sais bien qu'il y a la commission arbitrale, mais je sais trop ce qu'elle vaut !

Dr X.

Réponse.

L'imposition normale des revenus de 1922 a été faite en 1923. Les impositions supplémentaires peuvent être établies dans les cinq années suivantes, soit jusqu'en fin 1928.

Le contrôleur a agi légalement et vous ne pouvez contester sa façon de procéder par voie de réclamation. Il vous appartiendrait, après que le litige aurait été soumis à la Commission, de prouver l'exagération du chiffre fixé par cette dernière.

3844. — Base de la patente.

Installé depuis le mois de janvier dernier j'ai pour la première fois affaire avec le fisc. Il s'agit de ma patente dont je viens de recevoir la feuille d'avertissement.

La somme réclamée est de 963 fr. 20.

Mon loyer est de 2.000 plus les contributions dont j'ignore encore le montant.

Je vois sur mon avertissement que ma patente est calculée au 1/15 sur une valeur locative de 2.400 fr. les centimes-le-franc étant de 5 fr. 9932.

Tout cela finit par donner la somme de 938 fr. 86 à laquelle vient s'ajouter la taxe des poids et mesures de 4,14 ce qui donne la somme de 963 fr. 20 que je signale au début de cette lettre.

J'habite un petit bourg dans une commune de 2.650 habitants.

N'y a-t-il rien d'exagéré là dedans et n'y a-t-il qu'à passer à la caisse « sans hésitation ni murmures » ?

Dr N.

Réponse.

La contribution foncière payée par le locataire pour le compte du propriétaire constitue un supplément de loyer, évalué en l'espèce 400 francs par le contrôleur. La taxation sur une valeur locative de 2.400 francs est régulière et n'est pas exagérée.

A. M.

Cinquantième année — N° 52 — 23 Décembre 1928

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 535. — Dr cherche à placer nourrice fille mère, accouch. vers 15 janv.

N° 536. — C.-du.-N. Ch.-lieu cant., pays très riche au bord de la mer, client. méd. génér., rapp. 70.000, à céder imméd. Faible indemn. demandée.

N° 537. — A vend. app. à diathermie Valter mod. B I ;, avec commutatrice cour. cont. 110 v. Nomb. access. état neuf, peu servi. Prix payé en juillet 1927 : 5.000. Faire offres. Dr Bourgoing, 288, rue Vaugirard, Paris.

N° 538. — Etud. préparant thèse désire connaître méd. Paris ou banlieue en vue collab. ou succession.

N° 539. — Dr méd. génér., marié, actif, sér. réf., demandé pour Bretagne.

N° 540. — A céder : 1° Sud-Ouest. Pet. ville agréab., riche comm. d'industr., Recettes 95.000, maison avec conf., jardin, garage, bail 9 ans à 3.000. Prix 55.000, dont 25.000 compt.

2° Paris. Quart. moyen, bonne client. ancienne, affaires 50.000, chiffre à augm., bel appart. 5 p. s. bains, conf., loyer 6.000, bail. Indemn. 60.000 compt.

3° Seine. Très belle client. avec fixes intér., rapp, 150.000, pavillon avec gr. conf., 6 p., s. bains, cab. toil. cuis. Locat. à débatt. Indemn. 130.000, dont 100.000 compt.

4° Ouest. Client. rurale, rapp. 80.000 min., fixes usine 40.000, loyer 3,000, bail, 7 p., garage, parc. Indemn. 40.000 dont 25.000 compt.

1°, 2°, 3°, 4°. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Renseignements

Quartier Montparnasse. A céder long bail de pavillon (petit loyer), 8 pièces, jardin 150 m. Conviendrait à médecin quartier ou clinique, etc. Melon, 19, rue Molière, à Paris.

La clinique de Vaugirard, 8*bis*, rue Léon-Delhomme (15e), fait seule ou avec des confrères les accouchements à forfait.

— Enf. infirmes, paralys., épilept. arriérés. Trait. spécial. ind. Résultats très int. Pension méd., vie famille, prix modé. Dr Gaston, 104, route Nationale, à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.).

AVIS

I

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Un monument au Dr Léon Dufour,** CRÉATEUR DES « GOUTTES DE LAIT ». — Un comité international vient de se constituer, sous la présidence du professeur GOSSET, pour élever un monument à la mémoire du Dr Léon Dufour, créateur des « Gouttes de lait ». C'est en 1894 que Léon Dufour fonda à Fécamp, où il est mort récemment, la première Goutte de lait. Elle fut suivie, on le sait, de très nombreuses autres, non seulement en France mais dans presque tous les pays du monde. Les souscriptions sont reçues par la trésorière-adjointe du Comité, Mme Sorel, 16, rue Alexandre-Legros, à Fécamp (chèques postaux C. C. P. Rouen, nº 164-18).

— **Voyage des médecins belges à Paris.** — Une centaine de médecins belges se rendront en groupe à Paris, le 26 décembre prochain. Ils seront les hôtes du docteur Roussel et de M. Heudebert.

— **Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris.** — En outre des Conférences qui seront faites dans les quatre écoles annexes (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration), des exercices pratiques prévus au programme d'instruction de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé du gouvernement mili-

taire de Paris, seront exécutés au cours du 1er semestre 1929, dans les conditions suivantes :

1° *Exercices pratiques d'intérêt général communs aux quatre écoles annexes* (au grand amphithéâtre de la Sorbonne, entrée 47, rue des Ecoles). — Dimanche 20 janvier 1929, à 9 h. 30 : par le médecin lieutenant-colonel SCHICKELÉ, de la section technique du Service de santé au Ministère de la guerre : « Introduction aux exercices pratiques. Principes généraux d'organisation et de fonctionnement du Service de santé ».

Dimanche 17 février 1929, à 9 h. 30, par le médecin colonel de réserve VAUDREMER : « Fonctionnement général du Service de santé dans un corps expéditionnaire ».

Dimanche 17 mars 1929, à 9 h. 30, par le médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre : « Fonctionnement du Service de santé dans une Division d'infanterie dans la défensive ».

Dimanche 14 avril 1929, à 9 h. 30, par le pharmacien commandant de réserve BOTTU : « L'exécution du service de santé dans la guerre chimique ».

Dimanche 26 mai 1929, à 9 h. 30, par le médecin lieutenant-colonel SCHICKELÉ, de la section technique du service de santé au Ministère de la guerre « Fonctionnement du Service de santé dans une D. I. d'infanterie dans la défensive (*suite*) ».

2° *Exercices pratiques faits à l'intérieur de chaque école de perfectionnement* (médecins : au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine). — 19 février 1929, à 20 h. 30, par le médecin commandant BOUYSSOU, stagiaire de l'Ecole de guerre « Le fonctionnement du Service de santé régimentaire dans la défensive ».

16 avril 1929, à 20 h. 30, par le médecin commandant JOUVELET, stagiaire à l'Ecole de guerre : « Le fonctionnement du Service de santé régimentaire dans l'attaque ».

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. le Dr BOURSIER, à la suite du dernier concours, a été nommé accoucheur adjoint à la maternité de Pellegrin.

— **Hôpitaux de Rennes.** *Internat et externat.* — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Rennes se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Divet, Barre, Coignard, Merlin, Leroy et Saucet ; suppléants : MM. Pailheret et Vallé.

Externes : MM. Neveu, Huchet, Le Picard, Mlles Perrier, La Floch, MM. Claudeville, Jacq, Le Mouel, Le Huede, Dorange, Duval, Dubost.

— **Æsculape.** *Sommaire de novembre* 1928 : La sage-femme (1 ill.) ; L'épilepsie de Louis XIII, crise convulsive, petit mal de forme syncopale, caractère épileptique, hérédité familiale similaire (9 ill.), par le Dr TRENEL, méd. de l'Asile Sainte-Anne ; Un vieil exposé des vertus hygiéniques du tabac (12 ill.),

Lettres de Maupassant à Flaubert (2 ill.), par Jean Avalon ; La chasse aux punaises (1 ill.) ;supplément (17 ill.).

Souscription pour honorer la mémoire du Dr Cabanès

Depuis le 20 *octobre*, le *trésorier du Comité*, M. Albin Michel, a reçu les souscriptions suivantes : M. le Dr Dufour, 30 fr. ; M. F. Bargalle, 10 fr. ; M. A. Henry, 50 fr. ; M. Jean Bernard, 100 fr. ; Ass. des médecins toulousains à Paris, 100 fr. ; M. Hartmann (Charenton), 50 fr. ; M. le Dr Armengaud (Cauterets), 20 fr. ; M. G. Montorgueil, 100 fr. ; MM. Midy frères, 100 fr. ; M. le Dr Molinéry, 100 fr. ; Union médicale latine (U.M.F.I.A), 100 fr. ; M. Margraff, 25 fr. ; M. le Dr Lacronique, 100 fr. ; M. et Mme Stresser-Péan, 500 fr. ; M. le Dr Glénard, 50 fr. ; M. le Dr Cany (La Bourboule), 20 fr. ; Laboratoire Houdé, 500 fr. ; M. le Dr Sébillotte, 20 fr. ; M. le Dr Vallon, 20 fr. ; Mlle Cortat, 10 fr. ; M. le Dr Vézes, 200 fr. ; M. Paul Mathiex, 20 fr. ; M. le Dr Cayla, 50 fr. ; Syndicat médical de Neuilly, 100 fr. ; M. Grangié (Cahors), 50 fr. ; M. Faurel, 50 fr. ; M. Ch. Foley, 25 fr. ; MM. Fumouze et Cie, 50 fr. : M. Marbot (Mondovi), 50 fr. ; M. Guérin (Verdun), 15 fr. ; J. S. (Astaffort), 20 fr. ; M. le Dr Mathieu (Wassy), 100 fr. ; Anonyme (Bourg-la-Reine), 20 fr. ; MM. Condon et Lefort (Paris), 100 fr. ; M. le Dr Laignel-Lavastine, 100 fr. ; M. le Dr Plantier (Annonay), 200 fr. ; M. Roger Bulet (Cahors), 50 fr. ; Le Chêne du Quercy, 25 fr. ; Les cadets du Quercy, 25 fr. ; La Grappe du Quercy, 25 fr. ; Soc. parisienne de Figeac, 25 fr. ; total : 3.305 fr. Listes précédentes : 6.200 fr. ; total général arrêté le 10 décembre : 9.505 fr.

Somme à laquelle il convient d'ajouter les 500 fr. votés par le Conseil municipal de Gourdon.

Prière d'adresser les souscriptions, si modiques soient-elles, au *trésorier*, M. Albin Michel, *éditeur*, 22, *rue Huyghens, à Paris. Compte de chèques postaux*, Paris : 96.10.

A TRAVERS LES PUBLICATIONS OFFICIELLES

Journal officiel

30 *novembre*.

Service de santé colonial.

Circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux s'ouvrira en février 1929.

Le nombre et la nature des emplois mis au concours sont fixés comme suit :

Médecine (deux).

Un à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

Chirurgie (deux).

Un à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

Bactériologie (trois).

Un au laboratoire de bactériologie de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Deux au laboratoire de bactériologie de l'école d'application du service de santé militaire à Paris.

Electroradiologie (un).

Un au service central d'électroradiologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux coloniaux de ces différentes catégories nommés à ce concours est fixée à deux ans. Elle commencera à la date où les conditions du service permettront de mettre ces médecins en stage dans les différents établissements signalés ci-dessus.

A. — *Epreuves anonymes d'admissibilité.*

Les épreuves auront lieu au chef-lieu de corps d'armée (hôpital ou salles militaires de l'hospice mixte), A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; à Marseille, à l'hôpital militaire d'instruction Michel Lévy.

Ces épreuves commenceront à huit heures aux dates ci-après :

Médecine et chirurgie.

1re épreuve : 4 février 1929.
2e épreuve : 5 février 1929.

Bactériologie et électroradiologie.

1re épreuve : 6 février 1929.
2e épreuve : 7 février 1929.

B. — *Epreuves définitives.*

Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction Michel Lévy à Marseille, à partir du 25 février 1929.

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, devront parvenir au ministre de la guerre (8e direction, 3e bureau), avant le 15 janvier 1929, au plus tard, en indiquant la section choisie. Les avis hiérarchiques devront non pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles.

Il est rappelé que le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux a été institué par le décret du 22 août 1928 et que ce texte est accompagné d'une instruction d'application en date du 3 novembre 1928 fixant les modalités de ce concours.

1er *décembre.*

Assistance médicale en Indochine.

Liste des candidats autorisés à prendre part au concours qui sera ouvert le 15 décembre 1928, pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

Centre de Paris : MM. Chabaud, Chaulette, Defaut, Malport, Mathieu, Vu Gnoc Ahn.

Centre de Marseille : MM. Bouisset, Peillex, Stefani.

Centre de Bordeaux : M. Fauret.

6 *décembre,*

Service de santé militaire.

Notification relative à l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires.

Un concours s'ouvrira en 1929 pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires.

Le nombre et la nature des emplois mis au concours en 1929 sont fixés comme suit :

Médecine, trois.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

Un à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Chirurgie, cinq.

Deux à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

Un à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Un à l'hôpital militaire Plantières à Metz.

Un à l'hôpital militaire Maillot à Alger.

Bactériologie, quatre.

Deux au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

Deux au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Electro-radiologie, deux.

Un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

Un à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux militaires de ces différentes catégories nommés à ce concours est fixée à trois ans. Elle commencera à dater du 2 novembre 1929.

En exécution de l'article 1er du décret du 24 novembre 1924, sont seuls admis à prendre part à ce concours les médecins capitaines compris dans la 2e moitié de la liste d'ancienneté de leur grade, établie au 1er janvier 1929.

Le nom du médecin capitaine commençant la 2e moitié de cette liste sera publié ultérieurement.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne pourront recevoir, le cas

échéant, le titre d'assistant des hôpitaux militaires que dans une seule des catégories qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

A. — *Epreuves anonymes d'admissibilité.*

Les épreuves auront lieu au chef-lieu de corps d'armée (hôpital ou salles militaires de l'hospice mixte) et à Paris et à Lyon, aux hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Desgenettes, à huit heures ,aux dates fixées ci-après .

Section de médecine. — 1re épreuve, le 2 mai 1929 ; 2e épreuve, le 3 mai 1929.

Section de chirurgie. — 1re épreuve, le 4 mai 1929 ; 2e épreuve, le 6 mai 1929.

Section de bactériologie. — 1re épreuve, le 7 mai 1929 ; 2e épreuve, le 8 mai 1929.

Section d'électro-radiologie. — 1re épreuve, le 10 mai 1929 ; 2e épreuve, le 11 mai 1929.

B. — *Epreuves définitives.*

Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à partir du 27 juin 1929.

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel), avant le 1er avril 1929 au plus tard, en indiquant le ou les deux sections choisies et en donnant la liste, par ordre de préférence, des emplois auxquels ils désireraient être affectés en cas de succès.

Les avis hiérarchiques devront, non pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références.

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Maubeuge.

Le traitement alloué est fixé à 3.600 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Bulletin municipal officiel de la ville de Paris.

24 novembre.

Assistance publique.

(*Séance du Conseil municipal du 23 novembre.*)

Avis favorable à l'attribution d'une subvention spéciale en faveur d'une consultation de blennorrhagie de l'hôpital Saint-Louis.

M. Calmels, au nom de la 5e Commission. — Messieurs, M. le Préfet de la Seine vient de nous soumettre une proposition de M. le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique relative à la reconnaissance officielle de la consultation de blennorrhagie quotidienne de l'hôpital Saint-Louis, qui a été ouverte sous la direction de M. le Dr Heitz-Boyer, médecin chef de service.

Cette consultation, qui fonctionnait avant l'ouverture du service de chirurgie urinaire, n'a cessé depuis son origine de se développer progressivement.

Voici à titre d'indication les chiffres statistiques relevés pour la période du 1er juin 1927 au 31 mai 1928.

Nombre total de malades, 102.744.
— de consultants, 41.287.
— de lavages, 78.841.
— de pansements, 15.999.
— de piqûres, 8.549.

La moyenne quotidienne des malades ayant fréquenté la consultation de blennorrhagie du soir s'élève donc à 280 environ. Ces chiffres témoignent éloquemment de l'incontestable utilité de cet organisme qui rend les plus grands services, grâce au dévouement du personnel médical et du personnel hospitalier qui en assurent le fonctionnement.

M. le Préfet de la Seine nous propose donc de fixer dès maintenant les cadres de cette consultation qui lui paraissent pouvoir être maintenus tels qu'ils sont constitués actuellement, savoir :

1 assistant, 2 externes, 1 agent du personnel hospitalier chargé de la tenue des fiches de malades et de la police de la salle et 5 infirmiers chargés d'assurer le service de la consultation et des lavages.

Pour leur rémunération, il paraît tout indiqué d'adopter le taux actuellement en vigueur pour le personnel attaché aux consultations antivénériennes du soir, puisque la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Louis a également pour but la lutte antivénérienne et qu'elle a lieu exactement aux mêmes heures, c'est-à-dire de 6 heures à 8 heures.

Dans ces conditions, la dépense s'élèverait pour 365 jours (la consultation fonctionnant tous les jours) à 62.050 francs.

M. le Préfet de la Seine nous demande de réserver un accueil favorable à cette proposition, et d'attribuer à partir du 1er janvier 1929, une subvention spéciale correspondant au montant de la dépense

résultant du fonctionnement de cet organisme nouveau qui est appelé à rendre de très grands services.

J'ajoute que cette proposition a fait l'objet d'un avis favorable du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique dans sa séance du 18 octobre 1928.

Je vous demande, Messieurs, de vous prononcer dans le même sens.

Adopté.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Soins médicaux à un jeune soldat en convalescence.

8938. — M. Carrère, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre si les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par la maladie grave d'un jeune soldat en convalescence dans sa famille peuvent être remboursés aux parents et, dans l'affirmative, quelles sont les formalités administratives à accomplir par les intéressés pour obtenir ce remboursement. (*Question du* 20 *octobre* 1928.)

Réponse. — Aux termes de la réglementation en vigueur, le droit pour un militaire malade, au cours d'un congé ou d'une permission, aux soins assurés par le service de santé militaire n'est établi que pour les soins hospitaliers. Toutefois, par mesure spéciale de bienveillance et après examen de chaque cas particulier, lorsqu'il s'agit d'une maladie contractée en service, et que l'hospitalisation demandée par la famille du militaire en cause n'a pu avoir lieu en raison de l'état du malade rendant son transport impossible, il peut être accordé aux familles nécessiteuses, sur demande adressée au ministre de la guerre (Direction du service de santé, 2e bureau), le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, dans la limite du montant de la dépense qu'eût entraînée le traitement du permissionnaire ou convalescent dans l'hôpital militaire ou mixte le plus voisin de sa résidence, s'il avait pu y être admis. (*J.O.*, 14 *novembre* 1927.)

Soins médicaux pour maladie ou accident en service des agents militaires.

21379. — M. Adrien Dariac, député, demande à M. le Ministre de la guerre si, au cas de maladie ou d'accident survenu du fait ou à l'occasion du service, les agents militaires ont droit au maintien de leur traitement, aux soins médicaux ou pharmaceutiques, et, éventuellement, à une pension d'invalidité. (*Question du* 17 *novembre* 1928.)

Réponse. — Les agents militaires étant affiliés à la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires, doivent recevoir application, comme les fonctionnaires, des dispositions de l'article 16 du décret du 9 novembre 1853 concernant les absences

Voir la suite page LIX-3689

PROPOS DU JOUR

A propos de la querelle des Anciens et des Modernes.

Les abus dont se rendent coupables les uns et les autres. Les raisons du succès des cliniques d'accidents du travail. Comment le praticien peut lutter contre elles. Lettres de deux anciens. Conclusion singulière.

Elle est bien plus apparente que réelle cette querelle des jeunes médecins et des vieux praticiens. Les reproches que quelques-uns s'adressent réciproquement sont les mêmes. Pour dire en fin de compte la vérité, il est des jeunes excellents et des vieux détestables; d'autre part, beaucoup de vieux sont des modèles de confraternité et de droiture et quelques jeunes ignorent les éléments de la plus sommaire déontologie et ne savent guère ce que signifie la conscience professionnelle. Malheureusement, ce sont ces exceptions dont on fait état dans les discussions de ce genre.

Nous voulons bien croire, et ce n'est pas discutable, qu'il y a eu après la guerre un fléchissement de la conscience professionnelle. Cela ne s'est pas seulement manifesté dans le corps médical mais dans tous les milieux sociaux, dans toutes les professions. Ce sont peut-être les professions libérales et parmi elles la profession médicale qui en ont le moins souffert. Mais si les jeunes générations ont subi l'influence fâcheuse des conditions économiques et morales qui ont été les conséquences de la guerre et d'une transformation précipitée et assez incohérente de notre législation sociale, il ne faut pas oublier que les générations d'avant-guerre ont, dans la situation actuelle, une grosse part de responsabilité. Si le scandale des carnets de mutilés est une nouveauté d'après-guerre, n'oublions pas que le scandale des cliniques d'accidents du travail, tenues par des médecins marrons, a pris naissance il y a plus de vingt ans. Et en outre, ceux qui ont abusé des carnets de soins des mutilés sont loin d'être tous jeunes, nous en connaissons plusieurs qui avoisinent la soixantaine s'ils ne l'ont déjà dépassée.

Nous avons eu l'occasion de causer avec un de nos jeunes confrères, journaliste distingué et qui assure un service de contrôle, du tort que les cliniques pour le traitement des accidents du travail portaient aux praticiens honnêtes, tant au point de vue matériel qu'au point de vue moral. Notre interlocuteur nous a fait part de ses observations qui nous paraissent parfaitement fondées.

« Ce sont, nous dit-il, les médecins praticiens qui sont cause de la faveur auprès des ouvriers de ces cliniques et de leur prospérité. Par un état d'esprit trop fréquent chez les médecins, ils ont horreur de toute modification dans leur manière de faire et restent férus de l'exercice de la médecine telle que nos pères la pratiquaient. Pour eux le blessé, le malade, doivent se plier aux habitudes du médecin, alors que ce dernier devrait en bonne logique s'adapter aux besoins du blessé ou du malade. Il ne faut pas être un grand psychologue pour se rendre compte des raisons qui poussent l'ouvrier blessé à s'adresser à la clinique. Prenons un exemple : un accident arrive à dix heures du matin à un ouvrier. Il se rend chez le médecin auquel il a l'habitude de s'adresser. « Le docteur fait ses visites, lui répond-on. Repassez dans l'après-midi. » Le blessé qui saigne et qui souffre, va à l'hôpital ou le plus souvent à la clinique qui est plus voisine. Il y trouve un médecin ou une infirmière pour lui faire immédiatement le premier pansement dont il a besoin. De ce coup, il devient un client fidèle de la clinique.

D'autre part, un ouvrier, dans les quartiers industriels des grandes villes, se trouve mal à son aise, si, crotté et mal vêtu, il est introduit dans le salon d'un médecin ; les fauteuils, les tapis, les tableaux, les bibelots le gênent. Dans la salle d'attente de la clinique, sommairement meublée, il se sent chez lui, il est à l'aise. Si les médecins des quartiers industriels s'organisaient pour avoir chez eux à demeure un assistant ou une infirmière capables de faire immédiatement et proprement le premier pansement ; s'ils disposaient d'une salle de pansement et d'une salle d'attente propre, mais simplement meublée de chaises, de bancs en bois ripolinés, la plupart des ouvriers viendraient chez eux au lieu de se rendre à la clinique. Il ne faut pas croire que la grande majorité des ouvriers

se laisse attirer par les ristournes et trouve un intérêt réel à faire traîner pendant des semaines et des mois les conséquences d'un accident pour lequel ils touchent un demi-salaire ».

Notre interlocuteur nous cita plusieurs exemples de jeunes confrères, parfaitement honorables, qui exerçaient avec succès d'une façon absolument correcte et honnête la médecine des accidents du travail. Ils s'étaient installés comme il le fallait et avaient établi chez eux une permanence, soit en s'entendant avec un confrère, soit en utilisant leur femme, docteur en médecine, soit en ayant recours à une infirmière experte. Les cliniques louches ont, depuis qu'ils exercent ainsi, disparu de leur voisinage.

Une autre question dont doit se préoccuper le praticien qui désire se faire honnêtement une clientèle d'accidentés du travail, est celle des expertises. Diverneresse avait jadis insisté avec raison sur ce point. L'ouvrier blessé, atteint d'une incapacité permanente, soumis à une expertise, est le plus souvent incapable d'exposer lui-même sa situation devant l'expert et de défendre ses intérêts. Il ne peut répondre aux objections du représentant de la compagnie d'assurances, souvent un médecin. Il faut que l'accidenté soit assisté par son médecin et c'est en accompagnant les sinistrés à l'expertise que les directeurs de cliniques se sont fait une réputation dans le monde ouvrier. Il est certain que cette assistance à l'expertise sort de nos habitudes et n'entre guère dans les cadres de la médecine traditionnelle, n'empêche qu'elle peut être légitime, honnête et que le plus souvent elle a sa raison d'être et son efficacité.

Telles sont les observations très judicieuses que nous fit notre jeune confrère. Nous n'avons pu que nous incliner devant leur exactitude et le bon sens de celui qui nous les exposait.

J. Noir.

***

Nous avons reçu deux lettres de confrères qui se disent des anciens et que nous croyons devoir publier. Ces lettres n'étaient pas anonymes, mais sur le désir de leurs auteurs, nous avons omis de les signer. Nos correspondants n'ont pas l'intention de blesser certains confrères de leur régions et susciter ainsi des réponses et une polémique. Nous nous permettrons cependant de faire suivre ces deux lettres de quelques réflexions rectifiant ce que nous pensons être erroné, ou soulignant certaines conclusions auxquelles nous ne saurions souscrire.

La première lettre émane d'un médecin du Centre de la France :

Très honoré Confrère,

En qualité de vieil abonné du *Concours*, écœuré des querelles reproduites dans votre journal, entre vieux et jeunes, je prends la liberté de vous faire part de quelques réflexions que cela me suggère. Il est fort heureux que nos journaux médicaux soient peu lus par les profanes, sans quoi le public aurait une triste opinion sur la gent médicale et ne pourrait que s'écrier Quelle mentalité ! Car enfin, de ce que quelques vieux médecins ont des procédés peu déontologiques, ce dont malheureusement quelques jeunes ne sont pas exempts, pourquoi généraliser. Je pense, quant à moi que les médecins, en général, sont des gens très honorables qui se dépensent nuit et jour et qui ont droit à plus de considération. Je pense que les vieux sous les auspices du *Concours médical*, ont fait tout ce qu'il ont pu pour améliorer la dignité de la profession (ceci dit sans médire de nos prédécesseurs qui étaient des médecins très honorables) et je pense que les jeunes pourraient nous en savoir quelque gré. Maintenant, certains nous jettent de grands mots à la figure : « l'individualisme a vécu, le collectivisme, c'est tout. » Pour ma part, je constate que je passe tout mon temps à soigner des individus. Que le médecin soit appelé pour une femme en couche ou pour une fausse-couche, pour une hernie étranglée, une appendicite, une colique hépatique, etc., etc., j'ai beau me creuser la cervelle, je ne vois là que de la médecine individuelle ; je pense que le malade nous demande pour que nous le guérissions lui, individu, et qu'il la trouverait mauvaise si, au lieu de le soigner, nous lui servions des théories collectivistes. Un correspondant vous écrit : Le médecin de famille a vécu ; à bas ce médecin qui voulait accaparer les familles. Hélas ! il y a beau temps que je sais que mes clients sont les clients des autres et inversement, et je ne leur en ai jamais fait le moindre reproche. Mais je me demande comment un médecin pourrait accaparer les familles.

Certes, votre correspondant n'a pas réfléchi avant d'écrire cela. Voyons un peu le collectivisme : un médecin, jeune ou vieux se fait bombarder médecin du chemin de fer, médecin de telle ou telle œuvre ou de telle ou telle administration ; eh bien ! on aura beau ergoter, c'est là un véritable accaparement indigne d'un médecin et contraire à la doctrine du *Concours médical* : le libre choix. Mais cette pratique collectiviste n'aurait-elle pas, aussi ses avatars ? Avatars d'autant plus regrettables que tel individu, du reste bien portant, pourra être, par exemple, vacciné d'autorité et en mourir. Les médecins sont-ils donc faits pour tuer les gens ? Il y a quelques années, je soignai, dans une famille, un enfant atteint d'entérite grave ; je fus assez heureux pour le remettre sur pied et je cessai mes visites. Quel ne fût pas mon étonnement, quelques semaines après, d'être rappelé : rechute grave et mort rapide. Que s'était-il

passé ? Tout simplement ceci : La mère avait reconduit son enfant à une consultation mensuelle et gratuite où on lui avait conseillé de cesser ma thérapeutique. Vos jeunes correspondants, ou du moins quelques-uns, paraissent croire que les vieux ignorent le laboratoire, sont incapables de faire ceci ou cela ; pour eux, il semble que la médecine n'a commencé que le jour de leur installation. Erreur ; les vieux qui veulent faire de la médecine, se tiennent au courant de tout. Seulement ils se refusent à entraîner leurs clients dans des dépenses ridicules, et à faire du laboratoire pour tout et hors de propos. Si un client vient me consulter pour la gale, je crois superflu de lui demander un Wassermann, une constante d'Ambard ou un métabolisme basal. Je crois que nous aurions intérêt à nous serrer les coudes au lieu de nous déchirer — jeunes d'aujourd'hui, vous serez les vieux de demain. L'Etat et les collectivités veulent nous imposer une médecine d'esclaves (le mot a été dit au Sénat). Quelques-uns, peut-être, pensent que ce sera le rêve ; je crois qu'ils se préparent d'amères déceptions. L'Etat, voleur par essence, a mené contre les médecins une campagne odieuse. Il a voulu faire passer pour voleurs les médecins, éternels volés, et ce qu'il y a de plus grave, c'est que, grâce à l'*invidia medicorum*, nos syndicats ou nos présidents de syndicats ont pris fait et cause contre les inculpés, même reconnus non coupables par les tribunaux. La médecine collectiviste, pour moi, est une médecine de paperasserie, la négation même de la médecine et les commissions de contrôle ne sont pas autre chose que des Soviets tout juste bons à dilapider l'argent des contribuables.

Du reste, je suis, en cela, d'accord avec l'assemblée des syndicats qui a voté, à une grosse majorité, pour l'entente directe, liberté de prescription, etc.

La théorie collectiviste pourra certes durer cent ans, mille ans, si vous voulez, grâce à l'abrutissement des masses ; mais tôt ou tard, on sera obligé de revenir à l'individualisme, car l'individu, seul est une force, tandis que l'étatisme c'est l'inertie.

30 novembre 1928.

Dr X.

Qu'il y ait eu des médecins injustement poursuivis, que des Présidents de Syndicats médicaux aient refusé de les défendre, cela est évidemment possible, bien qu'il soit encore nécessaire de connaître à fond les faits de ce genre avant de les juger.

Nous avons la certitude que des poursuites intentées au cours du scandale des carnets de soins aux pensionnés de guerre, se sont terminées par des ordonnances de non-lieu ou des acquittements, non parce que les médecins incriminés n'étaient pas coupables mais parce que les faits indélicats qu'on leur reprochait ne tombaient pas sous le coup de la loi. Dans ces conditions, le Syndicat avait de bonnes raisons pour ne pas défendre ces confrères. Ces cas qui existent sont un des meilleurs arguments de ceux qui réclament un ordre des médecins.

Nous ne voulons pas défendre la médecine collective, mais, que nous le voulions ou non, elle existe. Il est assez fréquent de noter que ce sont les vieux médecins qui, depuis plus d'un demi-siècle, se sont âprement disputés les fonctions médicales des chemins de fer, des administrations publiques ou privées, des sociétés de secours mutuels et des œuvres les plus diverses. Les jeunes ne font actuellement que les imiter. Chose qui au premier abord paraît plus surprenante ! ce sont parmi ces praticiens, faisant de la médecine collectiviste, selon l'expression discutable de notre honorable correspondant, que, dans nos grandes villes et surtout à Paris, le syndicalisme médical a rencontré ses plus violents ennemis et, en réfléchissant, cela s'explique, chacun défendant là avec âpreté sa prébende. La médecine collective existant, un contrôle est indispensable pour éviter les abus et le médecin ne saurait trouver plus de garanties d'impartialité que dans les Commissions mixtes. Comme toutes les œuvres humaines, ces commissions ne sont pas à l'abri des défaillances mais ces défaillances sont de très rares exceptions. Quoi qu'il en soit les commissions mixtes n'ont absolument rien des soviets et loin de « dilapider l'argent des contribuables », elles ont pour les frais médicaux et pharmaceutiques des soins gratuits donnés aux pensionnés, fait économiser à l'Etat un nombre très appréciable de millions. Nous pouvons en parler savamment, étant, depuis sa création, délégué médecin à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits au ministère des pensions, avec nos confrères Decourt et Lenglet.

***

La deuxième lettre que nous avons reçue émane d'un confrère qui exerce dans la région montagneuse du Sud-Est.

Mon cher Confrère,

Dans le numéro du *Concours* du 11 novembre, où vous citez des extraits d'une lettre que vous a écrite le Dr Bouillat, de Graçay (Cher), je relève le passage suivant : « Les jeunes reprochent à leurs aînés, d'être d'une timidité excessive dans l'élévation et l'application des tarifs, grâce à leur clientèle stabilisée, etc. »

Autre pays autres mœurs. Ce que le Dr Bouillat reproche aux vieux médecins, c'est justement ce que

moi qui ai 51 ans et 23 ans de pratique, je reproche aux jeunes dans ma circonscription à savoir faire de la médecine au rabais pour concurrencer les anciens en profitant des avantages physiques que leur donne leur jeunesse, leur vigueur, leur activité et des avantages techniques que leur donne une instruction moderne. Tous ces avantages physiques ou techniques devraient être des motifs pour se faire mieux payer. C'est le contraire qui a lieu ici. A l'ouest de ma circonscription tel jeune confrère fait des visites en montagne en auto de 15 à 20 kilomètres, pour 15 ou 20 fr. de jour ou de nuit; ce même confrère fait tous les accouchements simples ou compliqués pour 110 ou 120 fr. A ce point que la sage-femme de son chef-lieu de canton ne fait plus rien. Ce confrère n'est pas syndiqué et se moque de toutes les remontrances qu'on peut lui faire. Il draine une grande partie de la clientèle de ses confrères immédiats et même de ses confrères voisins, car vous avez beau dire que le client estime comme étant le meilleur le médecin qui se fait payer, cela est peut-être vrai dans certains milieux, mais dans d'autres le médecln bon marché est toujours le meilleur.

J'avoue d'ailleurs que de l'autre côté de ma circonscription, un confrère qui n'est pas jeune, étant du même âge que moi, en fait tout autant : consultations 8 fr., visites dans la résidence 10 fr., visite à 10 kilomètres 10 fr., etc., etc. Celui-là est syndiqué. Le syndicat a parfaitement connaissance de sa façon d'agir. Qu'y fait-il ? rien.

Pendant ce temps, entre ces deux confrères, je m'évertue à maintenir les tarifs syndicaux savoir : consultation 15 fr., visite dans la résidence, 20 fr., kilomètre plaine 1,75, montagne 2 fr., ce qui est encore un minimum. Naturellement certains de mes clients murmurent et me reprochent de ne pas faire comme mes voisins. Un beau jour, ce sera la Préfecture qui, ayant connaissance de cet état de choses, imposera une réduction des tarifs administratifs, assistance ou autres, qui sont supérieurs à ceux des confrères plus haut cités et que notre syndicat a eu tant de peine à obtenir.

Que conclure ?

Le nombre des médecins doit être réduit. Il est inadmissible que les entrées aux écoles vétérinaires aient lieu par concours quand l'entrée des Facultés de médecine est ouverte à tout le monde.

Ce surnombre est la cause de l'âpre concurrence qui sévit et qui fait que la courtoisie, la déontologie, ne sont plus de mise dans notre profession, parmi les jeunes comme parmi les anciens.

La médecine ayant cessé d'être un sacerdoce pour devenir un métier, il faudra admettre que les procédés commerciaux lui soient appliqués, notes d'épicier, dichotomie, concurrence au rabais (encore que ce ne soit pas là un procédé commercial), attendu que les commerçants s'entendent bien mieux sur la hausse que sur la baisse et il devrait en être ainsi pour nous.

Si l'on veut maintenir dans l'exercice de notre profession un semblant de correction, une ombre de courtoisie, en un mot de déontologie, il faudra désormais l'imposer par la création d'un Ordre des médecins. En admettant que cet ordre soit inopérant dans bien des cas, il sera toujours plus puissant que les syndicats qui, à ce point de vue, ont fait complètement faillite, encore qu'ils soient nécessaires et utiles dans un autre ordre d'idées. Enfin la fonctionnarisation est peut être à désirer. Le médecin serait par elle, assuré du minimum nécessaire à son existence, sans avoir à redouter la concurrence déloyale de certains confrères. Il aurait de plus une retraite assurée à l'âge où la lutte pour la vie lui devient de plus en plus difficile.

Le client sera-t-il mieux ou plus mal soigné ? A cette question je ne répondrai que par un haussement d'épaules : Il ne s'apercevra même pas du changement, Bien soigné quand il aura affaire à un fonctionnaire instruit et consciencieux, mal soigné dans le cas contraire. En tous cas comme il ne payera presque plus rien, il en aura toujours.... pour son argent et le médecin ne sera ni plus ni moins critiqué que les autres fonctionnaires.

Dr R.

Nous avouons que nous ne nous attendions pas à cette conclusion un peu déconcertante de la fonctionnarisation désirée ! Que nous soyons sur un chemin qui pourrait nous y conduire ? Cette opinion peut se défendre. Ferait-elle le bonheur des médecins et des clients ? Nous en doutons. En tous cas nous ne saurions la désirer et nous la redoutons, depuis longtemps puisque toujours nous avons cherché à échapper à son étreinte.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA MALARIATHÉRAPIE DANS LE TABÈS

Par MM.

A. FRIBOURG-BLANC et R. MAROT
Professeur agrégé du Val-de-Grâce. Médecin-lieutenant.

Au cours de ces dernières années, l'attention des neurologistes et des psychiatres a été particulièrement attirée sur l'introduction, dans le traitement de la paralysie générale, jusque-là réputée incurable, d'une thérapeutique toute nouvelle, utilisant l'action des chocs infectieux. Les expériences nombreuses et variées faites dans cette voie ont bientôt donné la préférence aux chocs déterminés par certaines maladies fébriles et en particulier par le paludisme dont l'application se montrait essentiellement facile. De nombreux auteurs sont venus depuis apporter de tous les pays, le fruit de leurs observations concluantes. Aussi, malgré les controverses répétées que cette thérapeutique audacieuse a soulevées, l'efficacité de la méthode ne semble plus douteuse car de nombreux succès en font foi.

En effet, chez la plupart des malades traités, on assiste avant tout à une amélioration nette et précoce des troubles psychiques. L'influence heureuse de la malariathérapie se manifeste aussi, quoique à un degré moindre, dans le domaine des troubles neurologiques et généraux. Quant au syndrome humoral, il bénéficie moins largement de la méthode, mais on observe toutefois une certaine rétrocession de la lymphocytose et de l'albuminose dans la plupart des cas.

Donc les résultats, s'ils ne sont pas toujours parfaits, n'en sont pas moins indiscutables et la malariathérapie, à condition d'en régler convenablement l'emploi, constitue à l'heure actuelle la meilleure arme dont nous disposions pour lutter contre la paralysie générale.

Les succès remportés par la malariathérapie dans la méningo-encéphalite diffuse ont incité de nombreux neurologistes à étendre cette thérapeutique aux diverses manifestations de la syphilis nerveuse. Leur attention s'est portée avant tout vers le tabès. La méthode est encore trop récente pour que l'on puisse tirer du petit nombre des expériences réalisées des conclusions définitives. Néanmoins, des travaux très intéressants ont été entrepris en Allemagne depuis 1924. De notre côté, nous avons impaludé quelques-uns de nos tabétiques du Val-de-Grâce et nous nous proposons ici de faire connaître les résultats que nous avons obtenus chez ces malades.

***

Nous serons brefs sur la technique de l'impaludation expérimentale dans le tabès, car elle a été précisée par de nombreux auteurs à propos du traitement de la paralysie générale.

Dans l'une comme dans l'autre de ces affections, il est nécessaire d'observer certaines conditions pour que l'inoculation de la malaria demeure inoffensive pour le sujet.

Tout d'abord, il faut choisir convenablement sa souche et n'employer exclusivement que le plasmodium vivax, agent de la fièvre tierce bénigne. Il faut avant tout éviter l'association avec le falciparum qui communique la fièvre tropicale souvent mortelle. Il faut insister sur la nécessité, après avoir identifié sa souche, de la *vérifier continuellement au cours de l'impaludation.* C'est ainsi que chez d'anciens paludéens, on a pu voir le falciparum se réveiller à l'occasion de l'injection de vivax et déclancher une fièvre pernicieuse mortelle, alors que les premiers examens sanguins n'avaient pas permis de le déceler (un cas au Val-de-Grâce).

En second lieu, il faut examiner systématiquement l'état organique du sujet appelé à bénéficier de la méthode. On portera particulièrement son attention sur le foie, car les hépatiques résistent mal à la malariathérapie. On écartera de même les rénaux, les cardiaques, les tuberculeux. Enfin on évitera d'utiliser ce traitement chez les malades dont l'état général laisse à désirer et nous visons ici surtout les cachectiques. A ce point de vue, l'âge avancé constituerait encore une contre-indication.

Enfin il faut s'attendre à des résultats médiocres dans les *vieux tabès fixés* (V. obs. nº 4). Toutefois s'il y a encore dans ces états quelques éléments évolutifs, on pourra les juguler par la malariathérapie (V. obs. nº 2). Il n'y a donc

là, à proprement parler, qu'une contre-indication toute relative.

Après nous être entourés de toutes ces précautions préalables, on peut être assuré de l'innocuité absolue du paludisme expérimental et on est en droit de procéder à l'inoculation de l'hématozoaire.

Deux voies se présentent à cet effet : la voie intraveineuse et la voie hypodermique (injection de 5 à 6 cmc. de sang paludéen dans le tissu cellulaire de l'abdomen ou du thorax). Mais l'injection sous-cutanée a prévalu dans la pratique en raison de son extrême simplicité et des bons résultats qu'elle donne. Toutefois la période d'incubation du paludisme expérimental est plus longue par ce procédé que par la voie intraveineuse.

La durée de la période d'incubation est en effet très variable et dépend à la fois du sujet et du mode d'inoculation adopté. Cependant (par la voie hypodermique) utilisée couramment, elle est en moyenne de 12 jours. Ce chiffre est d'ailleurs susceptible de grosses variations (5 jours dans un cas observé à l'Asile de Clermont, 22 jours chez un malade traité par MM. Claude et Targowla).

Au bout de ce délai, on voit apparaître des oscillations thermiques irrégulièrement ascendantes et à rémissions incomplètes. C'est la période de la fièvre d'invasion qui dure environ 3 à 4 jours, au bout desquels les accès tendent à se régulariser et affectent le plus souvent le type tierce.

Dans certains cas, plus rares, on observe le type quotidien, et enfin exceptionnellement on assiste à des courbes anormales que seules les données étiologiques rattachent à leur véritable cause.

Mais à propos de l'évolution de ce paludisme expérimental un fait intéressant a été noté chez tous nos malades : c'est l'*apparition tardive de l'hématozoaire dans le sang*, vers le quatrième accès fébrile seulement.

Les réactions de l'organisme au cours des accès thermiques ne présentent généralement aucun caractère de gravité. On constate couramment une hépatomégalie et une splénomégalie discrètes. Toutefois MM. Claude et Targowla ont montré que, même dans les formes favorables, on peut rencontrer un syndrome d'insuffisance hépato-rénale atténuée. Ce fait est important à remarquer, car il souligne la nécessité de soustraire au bénéfice de l'impaludation les sujets qui ont le foie et les reins adultérés. L'expérience a prouvé, en effet, que chez eux on est toujours en droit de redouter l'apparition d'une insuffisance héparo-rénale mortelle.

Après la cessation des accès thermiques, il est fréquent de constater de l'amaigrissement, de l'asthénie et un certain degré d'anémie. Mais ces phénomènes rétrocèdent rapidement.

Pour permettre à l'organisme de résister dans les meilleures conditions possibles à l'infection expérimentale et pour parer aux complications éventuelles, il faut examiner de très près et *d'une manière continue* son sujet, en même temps que l'on pratique une médication de soutien.

Avant l'impaludation, le tabétique devra recevoir une nourriture substantielle et être mis au repos absolu. Il y aurait même intérêt à le soumettre à une cure au cacodylate de soude (à raison de 10 centigr. par jour pendant 15 jours).

Au cours même des accès, il sera prudent d'observer les règles suivantes :

1° Etablir une courbe de la température et du pouls, non seulement en y portant les chiffres relevés matin et soir, mais encore ceux que l'on aura obtenu toutes les 4 heures. Par ce procédé, que nous appelons « *la courbe des 4 heures* », on contrôle constamment l'évolution des accès et *on évite de laisser échapper les accès nocturnes.*

2° Etablir la courbe des urines des vingt-quatre heures.

3° Soutenir : le rein en favorisant la diurèse par la prescription de boissons abondantes — le cœur par l'huile camphrée associée à l'adrénaline — le foie par le calomel administré à petites doses, surtout si l'on note l'apparition d'un léger subictère pouvant précéder et annoncer des accidents hépatiques plus graves.

L'extinction spontanée des accès thermiques étant rare, il faut interrompre l'évolution du paludisme expérimental après un nombre de clochers thermiques variable suivant le mode de réaction de l'organisme qu'il faudra toujours observer attentivement. D'ordinaire, on laisse se produire de 8 à 12 accès. Il serait la plupart du temps dangereux de laisser évoluer le paludisme inoculé au-delà de ces limites. Chez les tabétiques affaiblis, il y aurait même parfois intérêt à substituer à la série continue des accès, une succession discontinue de poussées thermiques, groupées par 3 ou 4 à intervalle de quelques semaines. Malheureusement cette méthode préconisée par M. Schaeffer a un gros inconvénient. Il semble, en effet, qu'il se produit chez le sujet impaludé, après la première série d'accès, une sorte d'immunisation à l'égard du tréponème dont le résultat est d'atténuer les réactions thermiques ultérieures et partant de les rendre moins efficaces.

Lorsqu'on a jugé à propos d'interrompre l'évolution du paludisme inoculé, il suffit d'administrer par voie buccale, de 1 gr. à 1 gr. 50 de quinine pendant 3 ou 4 jours. Généralement on assiste dès le lendemain de la première prise à une chute de la température aux environs de la normale. Dans les cas où il faudrait agir

plus rapidement (insuffisance hépato-rénale, tension artérielle basse, on aurait recours à la solution injectable de quinine-uréthane dont les effets sont plus rapides (V. obs. Did. n° 1). Si des accès thermiques se reproduisaient par la suite, on les jugulerait aisément par de nouvelles doses de quinine. Mais, dans l'ensemble, ce paludisme provoqué se montre rapidement et complètement curable.

Association du traitement spécifique. — Il faudra toujours associer à la malariathérapie le traitement spécifique. Mais celui-ci ne devra être entrepris que 15 ou 20 jours après la cessation des accès thermiques.

Le procédé de choix nous semble être constitué par l'emploi combiné du quinio-bismuth et du biiodure de mercure.

Chez les malades supportant mal les injections intra-musculaires, en particulier chez les tabétiques affaiblis et amaigris, nous remplaçons la cure précédente par une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Il y a lieu de se méfier du novarsénobenzol, susceptible de déclancher des accidents aigus, probablement liés à une réactivation de la syphilis (un cas au Val-de-Grâce, observation Bri.. n° 2).

Pathogénie. — Nombreuses sont les théories qui cherchent à expliquer l'action de la malariathérapie sur la syphilis nerveuse. Aucune, à l'heure actuelle, ne donne entièrement satisfaction. D'ailleurs, il est probable que le mécanisme intime est plus complexe que ne l'implique chacune des hypothèses faites à ce sujet.

On a tout d'abord pensé que l'action curative du paludisme expérimental était due à l'hyperthermie provoquée dans l'organisme par l'infection. A l'appui de cette hypothèse, on a invoqué certaines expériences de laboratoire et ce fait que les syphilitiques ayant contracté une maladie infectieuse fébrile quelconque dans les premières années consécutives à leur chancre, sont moins souvent atteints de manifestations de syphilis nerveuse que les autres. Il y a certes une action incontestable de l'hyperthermie sur les spirochètes. Mais elle ne suffit pas à expliquer l'ensemble des faits et on oppose à la théorie de nombreux arguments, entre autres ce fait que l'amélioration obtenue par la malariathérapie n'est pas proportionnelle au degré de température observée.

D'autres auteurs ont proposé comme explication l'action de la lymphocytose déclanchée par l'infection. Il se produirait une véritable phagocytose des tréponèmes par les globules blancs multipliés. Mais on a constaté des rémissions de la syphilis nerveuse chez des sujets ayant contracté une typhoïde intercurrente, malgré la leucopénie observée au cours de cette maladie. D'autre part, les injections de térébenthine n'ont aucune influence notable sur la syphilis nerveuse, malgré leur action leucogène.

On a invoqué aussi l'action défensive des anticorps développés dans l'organisme par la malaria inoculée, anticorps qui agiraient non seulement sur l'hématozoaire mais aussi sur le tréponème. On a parlé également d'un antagonisme spécifique entre ces deux germes. Nous conclurons en disant qu'aucune de ces explications pathogéniques ne paraît avoir de valeur absolue et que l'on se trouve encore dans le domaine des hypothèses.

Toutefois l'action de la malariathérapie sur la syphilis nerveuse est incontestable et ceci s'explique par ce fait qu'à côté des lésions de sclérose, qui sont fixes, définitives et incurables, il existe des phénomènes inflammatoires sur lesquels le paludisme inoculé agit activement. Et s'il est probable que la malariathérapie ne présente aucune spécificité à l'égard du tréponème, le choc qu'elle détermine n'en est pas moins le plus maniable et le plus efficace.

***

Nous allons maintenant envisager successivement les différents symptômes du tabes, et comparer les résultats que nous avons obtenus à ceux qui ont été publiés par les auteurs allemands. La synthèse de leurs travaux a été faite par M. Schaeffer dans son récent article (*Presse médicale*, 2 juillet 1927).

Troubles subjectifs du tabès. — Tout d'abord nous allons examiner les modifications apportées aux troubles subjectifs du tabès par la malariathérapie. D'ailleurs, d'emblée nous pouvons dire que c'est sur ce terrain que les succès remportés ont été les plus remarquables.

Crises gastriques. — Parmi ces troubles subjectifs, ce sont les crises gastriques qui se sont montrées de beaucoup les plus sensibles à l'action du paludisme expérimental. Sur ce point des statistiques éloquentes plaident en faveur de la méthode : sur 100 malades de cette catégorie traités, on aurait observé, en moyenne 63 cas de guérison et 25 améliorations.

Et si ces succès sont intéressants par leur nombre, ils le sont aussi par leur valeur. C'est ainsi que Hoff et Kauders rapportent l'observation d'un malade dont les crises, qui duraient depuis 15 ans, se sont vues immédiatement jugulées par la malariathérapie, et ne se sont pas renouvelées depuis 1 an 1/2.

Au Val-de-Grâce, nous avons eu l'occasion d'inoculer l'hématozoaire à un malade atteint d'un tabès essentiellement caractérisé par l'in-

tensité de ses crises gastriques. Les résultats *ont été* concluants et confirment pleinement ce qui précède.

Observation n° 1.

Did... Marcel, 36 ans.

Malade entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 7 juin 1925, pour crises gastriques du tabès.

Début de ces accidents gastriques remontant au printemps 1923. A cette époque Wassermann très positif (++++).

Chancre génital en 1912, traité par les arsénobenzols en 1912, 1920 et 1923.

A l'examen du malade pratiqué avant l'impaludation, on a constaté un tabès essentiellement caractérisé par *l'intensité de ses crises gastriques, leur durée* (jusqu'à 9 jours) *et leur fréquence* (2 en moyenne par mois et jusqu'à 4 au cours des mois d'octobre et de novembre 1925). Ce syndrome est accompagné d'une démarche ataxique, de douleurs fulgurantes, d'un Romberg et d'un Argyll positifs, d'une abolition des réflexes tendineux et d'une albuminose rachidienne notable qui viennent confirmer le diagnostic.

On se décide à pratiquer chez ce malade, le 9 décembre 1925, une injection de sang paludéen. Après une incubation de 8 jours, suivie d'une très courte période d'invasion, le malade fait, le 19 décembre, son premier accès franc. Dès lors on laisse évoluer 5 autres accès semblables qui se développent régulièrement sur le type tierce du 19 au 30 décembre.

Entre temps, ayant constaté une tension artérielle assez basse (9 × 7) on décide l'interruption rapide de la série des accès. Le malade reçoit le 28, 29 et 30 décembre, une injection quotidienne de 0,80 de quinine-uréthane.

A la date du 15 janvier, on note déjà une grosse amélioration de l'état général du sujet ainsi que de son état gastrique. Depuis son impaludation il n'a plus présenté de crises gastriques.

Le 18 janvier, petite crise gastrique qui dure 48 heures et se montre d'une intensité très modérée. Le 15 février, nouvelle petite crise très légère qui ne dure pas 12 heures et se montre facilement jugulée par 2 injections de pantopon.

On a néanmoins pratiqué chez ce malade une nouvelle injection de 5 cmc. de sang paludéen le 11 février 1926. La fièvre d'invasion dure du 25 février au 1er mars, date à laquelle on note le premier clocher thermique à 38°8. A partir de cette date on laisse évoluer 5 accès qui présentent le type quotidien, et on les interrompt par de la quinine. On fait suivre cet épisode par un traitement spécifique (quinio-bismuth et biodure).

Depuis cette époque, l'état de Did... n'a cessé de s'améliorer. Il ne présente plus que quelques paroxysmes douloureux, d'ailleurs rares et d'allure peu dramatique.

Il quitte le Val de Grâce en octobre 1926 à destination de Lamalou.

Nous rapprocherons ces résultats de ceux qui ont été obtenus par Hoff et Kauders dans un cas de *crises laryngées.* Les crises céderaient rapidement sous l'influence de la malariathérapie. Réapparues au bout d'un an, le même traitement appliqué une deuxième fois enraya à nouveau leur succession.

Douleurs fulgurantes. — Les douleurs fulgurantes se montrent très heureusement influencées par le paludisme expérimental. Les statistiques nous apportent actuellement une moyenne de 39 % de guérisons avec disparition intégrale de ces paroxysmes douloureux, et 50 % d'améliorations où l'on note une atténuation plus ou moins considérable de ces phénomènes, tant dans leur fréquence que dans leur intensité.

Nous avons obtenu une amélioration notable chez un malade de cette catégorie hospitalisé au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, malgré l'ancienneté de son tabès.

En voici l'observation.

Observation n° 2.

Bri... Paul, 61 ans.

Sujet ignorant tout accident syphilitique dans son passé.

C'est en 1898 que le malade a ressenti pour la première fois dans le membre inférieur droit des douleurs intenses, fulgurantes, à prédominance nocturne. Ces douleurs persistent et vont en s'accentuant par la suite. Toutefois le diagnostic de tabès n'est posé qu'en mars 1927, des troubles de la démarche et de l'équilibre étant apparus depuis la fin de 1926. Le malade est alors soumis à un traitement spécifique au bismuth et au sulfarsénol.

Il est hospitalisé au Val-de-Grâce le 10 juin 1927.

A ce moment on se trouve en présence *d'un tabès essentiellement caractérisé par l'intensité des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et les régions intercostales,* phénomène primordial auquel s'associe tout un cortège de troubles caractéristiques de la série tabétique : Romberg positif ,démarche ataxique, abolition des réflexes, hypoesthésie aux pieds et dans la moitié inférieure de la jambe, troubles sphinctériens.

Le Wassermann se montre positif dans le sang. L'examen du liquide céphalo-rachidien décèle une albuminose et une lymphocytose marquées ainsi qu'une réaction de B.W., positive très forte.

On se décide à impaluder le malade le 26 juin 1927.

Après une incubation de 8 jours, apparition de la fièvre d'invasion le 5 juillet. Accès tierces les 6, 8, 10, 12 et 16 juillet. L'apparition de subictère et de quelques vomissements fait interrompre à cette date la série des accès.

Le 2 août ,on se trouve en présence d'un malade très amélioré par le traitement suivi : *il n'a plus de grandes crises douloureuses.*

Il est soumis à ce moment à un traitement arsenical (novar) qu'il supporte bien.

Si le malade par la suite présente encore de temps en temps quelques douleurs névralgiques au niveau des talons, ces douleurs sont très supportables et cèdent facilement à un ou deux cachets d'aspirine.

D'autre part, amélioration très nette de l'état général.

Ce malade quitte le Val-de-Grâce le 13 août 1927.

Nota. — Bri... a été hospitalisé à nouveau le 23 août pour accidents d'ataxie aiguë, consécutifs à une injection de novar. Mais la cessation de ce médicament amène rapidement la rétrocession des phénomènes.

Par contre l'amélioration des douleurs se poursuit et le malade ne se plaint plus que de quelques vagues douleurs en ceinture.

Ces accidents aigus survenus le 23 août relèvent probablement d'une poussée congestive déclanchée par l'injection de novarsenobenzol.

Il est donc indiscutable que les troubles subjectifs du tabès se trouvent très améliorés par la méthode. Il est d'ailleurs difficile d'expliquer pathogéniquement les résultats obtenus. Fort probablement, le paludisme inoculé agit en luttant contre le processus inflammatoire qui siège au niveau des ganglions du sympathique et des racines postérieures de la moelle.

Troubles objectifs. — Ici les résultats se montrent moins brillants, et d'aillleurs beaucoup plus inconstants. Cependant quelques améliorations ont été signalées.

Ataxie. — Elle mérite d'être étudiée en premier lieu pour son importance dans la symptomatologie du tabès.

Les statistiques faites jusqu'à présent nous apportent les chiffres suivants :

Dans les formes légères de l'ataxie : 27 % de guérisons, 46 % d'améliorations. Dans les formes graves de l'ataxie : aucune guérison, 38 % d'améliorations seulement.

Nous voyons donc que sur ce point, les résultats sont moins nets que dans le domaine des troubles subjectifs. A l'encontre de ce que l'on observait ici, les cas de guérison absolue sont rares dans l'ataxie.

Cependant Hoff et Kauders racontent l'histoire d'un malade atteint d'ataxie progressive, avec douleurs lancinantes, évoluant depuis deux ans. La malariathérapie appliquée chez lui fit rétrocéder si complètement l'ataxie et les douleurs que le malade, deux ans après, pouvait reprendre son service.

Mais de tels succès, il faut bien le dire, sont tout à fait exceptionnels.

Nous ferons à propos de l'hypotonie musculaire et de l'incoordination des mouvements, des remarques analogues à celles que nous avons formulées pour l'ataxie.

Nous avons eu l'occasion d'essayer la malariathérapie chez un ataxique hospitalisé au Val-de-Grâce, et nous allons voir que chez lui, nous avons obtenu un succès relatif.

Observation n° 3.

Leq... Camille, 42 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être signalés. En particulier le malade nie tout accident vénérien.

Il est dirigé le 20 avril 1926 vers le Val-de-Grâce pour des troubles très accentués de la démarche joints à un état général déficient.

L'examen pratiqué à son arrivée permet de diagnostiquer un tabès caractérisé par la plupart de ses signes classiques, mais où l'élément prédominant est constitué par de *gros troubles de l'équilibre statique et dynamique, de l'incoordination des mouvements et de l'hypotonie musculaire, surtout marquée aux membres inférieurs.*

A ce tableau s'ajoutent d'autre part quelques symptômes de méningo-encéphalite diffuse au début.

Le malade subit à titre thérapeutique, le 3 mai, une injection de sang paludéen. Le 20 mai, apparition de la fièvre d'invasion. A partir du 24 mai, succession de 10 grands accès fébriles réguliers du type tierce. On se décide le 10 juin à arrêter la série de ces accès par la quinine. Le 28 juin, on entreprend un traitement spécifique au quinio-bismuth et au biodure.

L'examen pratiqué à nouveau le 8 novembre 1926, nous montre un malade considérablement amélioré par la plasmodiothérapie.

Le tabès a rétrocédé en ce qui concerne l'ataxie, l'hypotonie musculaire et l'incoordination des mouvements.

D'autre part, les symptômes de méningo-encéphalite diffuse se sont montrés très atténués par ce même traitement.

Donc dans ce cas, si le succès n'est pas absolu, il y a néanmoins une amélioration sensible des troubles objectifs présentés par le malade.

Troubles trophiques-arthropathies. — En général, les arthropathies ne sont guère améliorées par la malariathérapie. Chez un malade nous avons noté cependant une certaine diminution des désordres articulaires après l'impaludation. C'est d'ailleurs la seule amélioration que nous ayons obtenue chez ce sujet.

Observation n° 4.

Mar... Malade hospitalisé au Val-de-Grâce en fin avril 1927.

Dans ses antécédents personnels on trouve un chancre syphilitique en 1912 traité au début par les

arsénobenzols, puis, dans la suite, par quelques injections mercurielles.

A l'examen on se trouve en présence d'un tabès essentiellement caractérisé par l'abolition des réflexes achilléens et rotuliens, un Romberg et un Argyll positifs, une ébauche d'incoordination des mouvements au membre inférieur droit, une certaine hypoesthésie à la douleur des deux membres inférieurs. D'autre part, il faut voir dans les désordres articulaires qu'il présente au genou gauche *une arthropathie tabétique* qui vient compléter le tableau clinique.

Un certain degré de méningo-encéphalite s'associe à ce syndrome tabétique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien décèle une forte albuminose et une lymphocytose notable. Le Wassermann y est très positif.

On tente chez ce malade un traitement par le paludisme et on l'inocule le 22 juillet 1927.

Premier accès franc le 6 août. On laisse alors évoluer 13 accès à 40° et au-dessus. A partir du 29 août on coupe la série des accès par la quinine puis on institue dans la suite un traitement spécifique.

Le malade, examiné quelques jours après, ne semble pas avoir bénéficié du traitement qu'on lui a fait subir. Aucune amélioration sensible de son état psychique, aucune rétrocession appréciable de son tabès.

Toutefois, on observe une certaine *diminution de l'hydarthrose de son genou gauche* qui se montre moins volumineux qu'auparavant.

Néanmoins, mise à part cette légère atténuation des troubles articulaires il nous faut considérer ce cas comme un échec de la méthode. Et cet échec doit fort probablement être mis sur le compte *de l'ancienneté et de la nature cicatricielle des lésions.*

Sensibilité objective. — Contrairement à la sensibilité subjective, elle ne bénéficie que très peu de la malariathérapie : aucune amélioration nette tant dans le domaine de la sensibilité profonde et viscérale que dans celui de la sensibilité superficielle.

Ici encore, HOFF et KAUDERS relatent une observation où l'ataxie et les troubles de la sensibilité profonde subirent parallèlement une atténuation notable. Nous n'avons obtenu aucun succès semblable chez nos malades (Bri... et Mar...).

Réflexes. — Mêmes conclusions à propos des réflexes tendineux. Les mêmes auteurs ont enregistré toutefois la réapparition d'un reflexe achilléen aboli chez un malade, et chez un autre le retour à la normale d'un rotulien diminué. BERING, de son côté, a signalé quelques améliorations.

Nous n'avons noté aucun fait de ce genre dans nos observations.

Par contre, tous les auteurs sont d'acord pour reconnaître la stabilité du signe d'Argyll en dépit du traitement institué.

Réactions humorales. — Le syndrome humoral ne subit du fait de la malariathérapie que des modifications très peu accentuées. Et, d'ailleurs lorsqu'on note des améliorations dans les formules humorales « elles ne sont pas obligatoirement superposables à l'évolution du syndrome clinique », comme le fait remarquer M. PRUGNIAUD dans sa thèse.

Cependant, lorsqu'on étudie de très près l'influence du traitement sur le liquide céphalo-rachidien, on peut observer, lorsque celui-ci a varié, une gradation à peu près constante entre les éléments modifiés.

Il semble que l'albuminose et la lymphocytose réagissent le mieux au paludisme inoculé. On voit assez fréquemment les formules cytologiques tendre vers la normale et le taux de l'albumine globale s'abaisser. Quant à la réaction de Bordet-Wassermann, elle ne se montre guère négativée, même au cours des plus beaux succès cliniques. Cependant HOFF et KAUDERS ont observé deux cas où le Wassermann de franchement positif est devenu moyennement positif dans le liquide. Bien mieux SCHERBER et ALBRECHT nous citent le cas d'un malade dont le liquide céphalo-rachidien positif est redevenu normal à tous points de vue.

De son côté le Wassermann du sang ne se trouve que rarement influencé par la malariathérapie.

Nous devons donc retenir de cet exposé que les formules humorales ne sont guère ramenées à la normale par la pyrétothérapie. Tout au plus les trouve-t-on partiellement améliorées. On se trouve ainsi conduit à une conclusion grosse d'importance : *les malades demeurent en réalité des syphilitiques et ceci explique la nécessité absolue de continuer chez eux un traitement spécifique.*

Les phénomènes que nous venons d'énoncer ont été régulièrement observés chez les malades impaludés dans notre service.

Etat général. — Nous nous montrerons beaucoup plus optimistes sur ce point — la plupart des auteurs ont, en effet, observé une amélioration considérable de l'état général chez les malades traités par la malariathérapie. Ceux-ci reprennent des forces et leur poids s'accroît dans des proportions très notables. Certains auteurs vont même jusqu'à préconiser l'emploi de la méthode chez les vieux tabétiques affaiblis et cachectiques, dans le seul espoir d'améliorer leur état général.

Sans aboutir à des conclusions aussi poussées, nous reconnaissons pleinement les heureux effets du paludisme inoculé à ce point de vue,

en nous basant sur les résultats obtenus chez nos malades (voir les obs. de Did... n° 1 et de Bri... n° 2).

***

Il reste à savoir si l'amélioration doit persister longtemps après le traitement.

Le recul du temps n'est pas encore suffisant pour apprécier la stabilité des résultats obtenus et on est en droit, en effet, de se demander si les améliorations sont durables ou au contraire momentanées. Chez les malades que nous avons traités, nous avons étudié l'influence de la méthode peu de temps après l'impaludation et la cure spécifique associées.

Il serait intéressant de connaître l'évolution de leur tabès au bout de quelques années.

M. Schaeffer a un peu éclairé cette question en rapportant les observations de malades traités depuis plusieurs années et suivis depuis (les plus anciennes remontent à 4 ans). Nous nous permettons encore ici de reproduire ses statistiques :

Dans 52 % des cas, l'état des malades continue à s'améliorer depuis la cessation du traitement.

Dans 35 % des cas, les résultats obtenus au début se sont fixés, sans modifications.

Dans 12 % des cas, l'évolution de l'affection a continué son cours.

Et si nous examinons de plus près la nature des cas relatés par M. Schaeffer, nous constatons que ce sont encore les crises gastriques qui présentent les améliorations les plus durables.

Il nous apparaît donc que la méthode nous donne, dans l'ensemble, des résultats, sinon définitifs, tout au moins suffisamment durables pour que son emploi se trouve justifié.

Mais il convient de rappeler en terminant que la malariathérapie ne devra pas être instituée systématiquement chez tous les tabétiques. Il faudra faire un choix judicieux des malades appelés à bénéficier de la méthode.

Celle-ci se trouve tout particulièrement indiquée chez les sujets souffrant de crises gastriques intenses et fréquentes, de douleurs fulgurantes intolérables, ou d'ataxie marquée avec incoordination, tous ces troubles s'étant montrés rebelles à un traitement spécifique isolé, préalablement essayé.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

L'hétérochromie irienne.

D'après une leçon de M. le Pr F. Terrien (1).

L'hétérochromie de l'iris est un trouble de la coloration de cette membrane. L'iris n'a pas la même couleur que celui du côté opposé. Il peut y avoir une hétérochromie totale, c'est-à-dire de la totalité de la surface de l'iris, ou une hétérochromie partielle.

Les causes et variétés de ces hétérochromies sont multiples, et leur pathogénie est encore très mal établie. A l'heure actuelle, on peut les ramener à deux types principaux, suivant qu'elles sont congénitales et apparues dans les premiers mois de la vie, ou plus tardives. Il y a donc les hétérochromies congénitales et les hétérochromies acquises.

Ces hétérochromies acquises sont presque toujours secondaires, si bien qu'on peut distinguer : 1° les hétérochromies primitives, qui apparaissent d'emblée, sans être la suite d'une autre affection ;

2° Les hétérochromies secondaires, qui sont la suite d'autres lésions, hémorragies, inflammations, glaucome, etc.

Parlons tout de suite des hétérochromies secondaires, qui ne sont pas de véritables hétérochromies. Par exemple, à la suite des troubles de l'humeur aqueuse, il y a des modifications de la couleur de l'iris. Toute inflammation de l'iris, lorsqu'elle est assez accusée, entraîne des modifications de sa coloration, parce que, au lieu de la couleur jaune du tissu irien, on voit par transparence la coloration ardoisée de la couche pigmentée, et cela donne une teinte verdâtre. C'est ce qui se produit, en particulier à la suite des hémorragies intra-oculaires, à la suite des contusions de l'œil, à la suite des blessures avec corps étrangers intra-oculaires. Vous savez que la présence de corps étrangers dans l'œil, de parcelles de fer ou d'acier, donne lieu secondairement à des taches rouillées avec phénomènes inflammatoires, synéchies, iritis, aboutissant à l'état appelé sidérose.

Cette coloration spéciale est due à un précipité de sels ferreux et ferriques dissous par l'acide carbonique contenu dans les tissus.

Il en est de même des parcelles de cuivre. A la longue, il se fait des précipités de carbonate de cuivre et des changements de coloration de l'iris.

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 18 mars 1928, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

Je vous ai dit combien souvent un corps étranger peut être ignoré et méconnu. Quelquefois il a pénétré à l'insu du malade. Aussi le changement de coloration de l'iris, survenant un an à 18 mois plus tard, prend alors une signification particulière et peut faire soupçonner un corps étranger dans l'intérieur de l'œil.

A côté de ces lésions, il y a l'atrophie de l'iris qu'on peut observer à la suite de glaucome, en particulier à la suite de glaucome chronique. C'est souvent une atrophie en secteur. On voit par places des zones grisâtres ; en ces points, il y a une atrophie du stroma, et l'on voit par transparence la couche pigmentée, qui prend une teinte ardoisée. Quelquefois même il peut y avoir, en certains points, disparition du pigment. Si alors, on éclaire l'œil par l'éclairage ophtalmoscopique, on voit par places des taches rouges qui correspondent à l'absence de pigment et où l'iris est presque complètement perforé.

Les hétérochromies primitives, ou soi-disant primitives, sont le plus souvent consécutives à des altérations du sympathique cervical.

Il en est de deux ordres. Il y a d'abord les hétérochromies congénitales, celles qu'on observe à la naissance ou dans les mois qui suivent.

L'hétérochromie congénitale pourrait être dite simple, parce que, généralement, tout se réduit ou paraît se réduire aux modifications de couleur de l'iris.

Un iris n'a pas la même couleur que l'autre, il est plus clair, ou certaines zones simplement sont plus claires, l'hétérochromie étant partielle ou totale. Mais on doit toujours rechercher s'il existe d'autres altérations, car il est rare que l'hétérochromie ne s'accompagne pas de petites lésions. Le plus souvent il y a d'autres anomalies congénitales. C'est une ectopie du cristallin, un strabisme, quelquefois un colobome de l'iris, c'est-à-dire une perte de substance de l'iris, et quelquefois aussi de la choroïde, souvent une persistance des fibres à myéline.

Ces anomalies, comme l'hétérochromie, se transmettent souvent chez les descendants. J'ai publié une observation d'ectopie du cristallin dans quatre générations. Il s'agissait d'un enfant de 3 ans, soigné à l'hôpital des Enfants-Malades, dont la mère, la grand-mère et l'arrière-grand'mère avaient une ectopie des deux cristallins, et de même orientation. Non seulement la lésion se transmet, mais elle se transmet avec les mêmes caractères et souvent la même orientation.

Il en est de même, le plus souvent, pour l'astigmatisme.

Retenons que souvent, en même temps que l'hétérochromie, il y a d'autres anomalies.

Pour comprendre le développement de l'hétérochromie congénitale, il faut se rappeler la structure de l'iris et son développement. On sait que l'iris est formé d'un tissu conjonctif extrêmement lâche ; c'est ce qui lui donne son aspect spécial, un peu villeux. En avant de ce stroma existe un endothélium formé de cellules très aplaties, se continuant avec l'endothélium de la cornée, puis en arrière du stroma un épithélium pigmenté. Celui-ci n'est autre que l'épithélium pigmenté de la rétine : au niveau de la région ciliaire, il comprend deux couches de cellules qui tapissent le corps ciliaire et la face postérieure de l'iris et donnent à l'iris son véritable rôle d'écran.

Le stroma irien comprend deux ordres de cellules, dont les plus importantes ont des prolongements farcis de granulations pigmentaires ; elles donnent à l'iris sa coloration particulière ; c'est pourquoi on les appelle des chromatophores.

Souvent, en même temps que l'hétérochromie, il y a d'autres anomalies de développement, en particulier une persistance de la membrane pupillaire. Il est fréquent de constater sur des yeux normaux des petits tractus conjonctifs prenant naissance à 1 ou 2 millimètres en dehors du bord pupillaire, et qui vont s'attacher à la face antérieure du cristallin. Ceci est très fréquent dans l'hétérochromie et il existe en outre des dépôts pigmentaires à la face antérieure du cristallin. J'en ai rapporté 3 observations dans les *Archives d'Ophtalmologie* en 1919.

Ce qui est exceptionnel, c'est de rencontrer une membrane pupillaire entière, comme celle que j'ai observée et pu enlever en totalité, et étudier avec M. Mawas, chez un sujet de 20 ans qui se présentait à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il avait, comme vous pouvez le voir sur cette photographie, une membrane pupillaire complète, qui obstruait à peu près entièrement le champ puqillaire. Son acuité visuelle était réduite à 1/10 et j'ai pu, après l'ablation de cette membrane, restituer au sujet une acuité visuelle normale.

Ces membranes pupillaires complètes sont extrêmement rares.

Les membranes pupillaires coïncidant avec une opacité sur la face antérieure du cristallin, déterminée par l'adhérence de la membrane, s'observent souvent en même temps que des altérations congénitales de l'iris.

Il y a souvent aussi des opacités complètes du cristallin, des cataractes.

On s'est demandé si l'hétérochromie n'était pas due à une lésion du sympathique. Car on semble admettre aujourd'hui que ce dernier exerce une influence sur le développement du pigment. Après le zona, en effet, nous voyons souvent des troubles de la pigmentation.

Mais les yeux pâles, les yeux d'un bleu très clair, ne semblent pas plus fragiles que les yeux bruns ; ils se comportent de même à la suite des

opérations de cataracte et le pronostic de l'intervention demeure aussi favorable.

Avec l'hétérochromie, il y a donc fréquemment d'autres altérations. On voit des précipités sur la face postérieure de la cornée, des *opacités du cristallin*, ou encore du glaucome, enfin souvent une paralysie du sympathique. On doit rechercher ces lésions. Il est possible que l'hétérochromie congénitale soit consécutive à des inflammations de l'iris et de la choroïde. Déjà Hutchinson avait signalé les cararactes au cours de l'hétérochromie. Galezowski, à la Société d'Ophtalmologie de Paris, a rapporté 15 observations d'hétérochromie, et 9 fois il a constaté en même temps des opacités du cristallin. Moi-même j'ai observé cette concomitance, généralement chez des jeunes sujets, de 18 à 30 ans.

Le *glaucome* est assez rare ; il est la conséquence de l'inflammation secondaire à l'hétérochromie. Sur 77 observations d'hétérochromie, 3 fois seulement on note le glaucome. Il apparaît toujours comme une complication tardive.

Par contre, on trouve souvent des *troubles de parésie du côté du sympathique cervical.* On sait que l'excitation du sympathique produit l'exophtalmie, la dilatation de la pupille et l'élargissement de la fente palpébrale. Sa section entraîne l'exophtalmie, le rétrécissement de la fente palpébrale et la contraction pupillaire (syndrome de Claude-Bernard).

Dans l'hétérochromie, la pupille est généralement un peu contractée, plus petite que celle du côté opposé.

Souvent aussi on constate un peu de diminution de la fente palpébrale, enfin, quelquefois un léger degré d'exophtalmie.

Mais la pupille se dilate quand on instille de la cocaïne. Ce n'est donc pas une paralysie du sympathique, car la cocaïne semble dilater la pupille par excitation des filets du sympathique. Si le sympathique cervical est paralysé, la pupille ne se dilate pas ; aussi l'instillation d'un collyre à la cocaïne est elle un moyen de reconnaître souvent la cause d'un myosis ou d'une mydriase. Mais s'il n'y a donc pas dans l'hétérochromie une véritable parésie du sympathique, peut-être existe-t-il une hypotrophie congénitale due à une sorte d'hypotonie du sympathique.

Dans les lésions acquises du sympathique, lorsqu'on l'a sectionné expérimentalement, ou à la suite de blessures, on n'observe pas d'hétérochromie. Le prof. de Lapersonne, en 1916, a rapporté l'observation d'un syndrome de Claude-Bernard-Horner à la suite d'une lésion par balle de la sixième vertèbre cervicale. Il n'y avait pas d'hétérochromie. Mais la balle fut enlevée six semaines après la blessure et l'hétérochromie n'avait pas eu le temps de se développer.

Roche rapporte 11 observations de blessures du sympathique, soit du ganglion cervical, soit du nerf lui-même, à la suite de lésions diverses, et ces blessures du sympathique donnaient lieu au syndrome ordinaire de la paralysie, mais il n'y avait pas de troubles d'hétérochromie. La lésion remontait, dans un cas, à 3 ans.

De même chez les animaux, après section du sympathique, on n'observe pas de modifications de la couleur de l'iris. Avec M. Camus, j'ai étudié l'action du sympathique sur l'accommodation chez les animaux. Nous n'avons jamais observé de modifications de la coloration de l'iris. Il est vrai que nous n'avons pas conservé les animaux en expérience plus de six mois (1).

Bistis a rapporté une observation (*Klinische Monatsblätter*, 1917) où, après seize mois, il a noté une décoloration de l'iris du côté sectionné. Ces faits ne sont pas isolés. Le plus souvent, on ne trouve pas de décoloration, mais il est possible que quelquefois, avec une observation plus prolongée, on puisse voir cette décoloration se développer.

Il est vraisemblable que ces hétérochromies reconnaissent une origine nerveuse et sont probablement dues à des altérations congénitales du sympathique, altérations qui ne sont pas assez intenses pour déterminer une véritable parésie, mais suffisantes néanmoins pour retentir sur tous les éléments qui dépendent du sympathique, en particulier sur la formation du pigment. Elles donnent lieu ainsi à des modifications de couleur, sans doute peu intéressantes en soi, mais qui doivent attirer l'attention, d'autant plus qu'elles peuvent accompagner souvent des lésions concomitantes, comme les précipités, les opacités du cristallin, le glaucome. Ces lésions semblent donc bien sous la dépendance d'une même origine, probablement sympathique.

Le diagnostic est extrêmement facile. On ne peut pas confondre l'hétérochromie avec l'albinisme. Dans l'albinisme, il n'y a pas de pigment du tout ; ce n'est pas seulement le pigment irien qui fait défaut, mais il n'y a pas de pigment dans toute l'étendue de la rétine, ce qui donne lieu à cet aspect particulier, à ces yeux rouges, la lumière pénétrant dans toute l'étendue du globe oculaire au travers de la sclérotique. D'ailleurs, la pigmentation fait défaut non seulement au niveau de la couche pigmentée de l'iris et de la rétine, mais aussi en d'autres régions, au niveau des sourcils, sur les cheveux. Donc, la pigmentation reconnaît ici une origine plus générale.

Vous voyez l'importance de l'hétérochromie irienne. Apportez donc toute votre attention,

---

(1) F. Terrien et J. Camus. — Action de la section du sympathique cervical sur l'accommodation. *Société de Biologie*, mars 1906.

aux moindres modifications de la couleur de l'iris. Si elles sont acquises, elles mettront sur la voie, soit d'inflammations anciennes, soit de glaucome chronique. Si elles sont congénitales, ou très anciennes, vous devez penser à cette hétérochromie congénitale de l'iris, qui peut ne pas s'accompagner d'autres lésions, mais souvent aussi se complique de précipités, d'iritis ancienne, d'opacités du cristallin, de glaucome et d'altérations sympathiques qui doivent faire porter certaines réserves quand on intervient sur ces yeux.

LE RÉGIME HYPOAZOTÉ

« Il faut attacher plus d'importance aux préférences et aux sensations du malade qu'aux règles souvent trompeuses et douteuses de l'art médical. » *Sydenham.*

De tous les régimes alimentaires, le régime hypoazoté est, à coup sûr, le plus difficile à établir et à observer.

Il convient, et s'impose même, dans tous les cas où l'insuffisance fonctionnelle ou organique des grands émonctoires, le rein et le foie, perturbe le métabolisme des substances protéiques et accumule, dans le sang, en proportions anormales, l'urée, qui est le témoin et la signature de ces insuffisances, en attendant qu'elle fasse sentir à son tour sa néfaste action et sa pernicieuse nocivité. Il convient aussi, comme régime de désintoxication, aux hypertensions artérielles pures,

Rappelons, tout d'abord, que le taux normal de l'urée sanguine oscille autour de 0,30 par litre, mais qu'avec l'âge, il semble qu'une tolérance s'établisse, à telles enseignes que, jusqu'à 0,50 cgr., on admet que la physiologie est satisfaite, au-dessus de 50 ans.

Passé 0,50 cgr., nous entrons dans la période de ce que Widal dénomme l'azotémie d'alarme. A partir d'un gramme, l'état devient sérieux. Et plus le taux de l'azotémie s'élève, plus la menace se précise, à terme de plus en plus court.

Toutefois, il est curieux de constater combien certains sujets en arrivent à supporter longtemps des chiffres quasi astronomiques d'urée sanguine. J'ai observé, cette année même, une femme de 56 ans, qui atteignit 3 gr. 09 d'urée sanguine dès le mois de février, et s'y maintint, et ne succomba que neuf mois plus tard.

L'azotémie est la conséquence habituelle de certaines néphrites, celles qui ressortissent au type catalogué par Castaigne sous la dénomination de néphrites urémigènes, correspondant à la vieille néphrite interstitielle. Ce sont les processus de sclérose, de fibrose atrophique du rein, selon l'expression heureuse de Paul Chevallier, qui ont pour symptôme cardinal l'azotémie, et qui réclament impérieurement le régime hypoazoté.

Les néphrites urémigènes peuvent, et c'est fréquent, s'accompagner d'albuminurie, avec chlorurémie : c'est le classique mal de Bright.

Mais, présentement, je n'ai en vue que l'azotémie pure, oserai-je dire, et c'est du régime hypoazoté qui lui convient que j'entends parler ici, avec l'expérience que j'en ai acquise, après quatre ans de stricte observance de ses règles.

***

Théoriquement, la diététique de l'azotémique est infiniment simple : puisqu'il n'élimine pas son urée, ou qu'il en fabrique trop, et qu'elle s'accumule dans son sang, il réduira au strict minimum, sinon à néant, l'apport en azote de son alimentation.

Dans la pratique, nous sommes loin d'une aussi grande simplicité. L'organisme a besoin en effet d'azote pour réparer, entretenir, accroître ses tissus, qui en sont largement composés. S'il ne réclame pas à son alimentation cet apport azoté, c'est en lui-même qu'il le cherchera. Et c'est pourquoi les azotémiques qui se sous-alimentent maigrissent, en consumant eux-mêmes leur propre chair.

On évalue à un gramme par kilogramme de poids la ration d'albumine que doit absorber journellement un adulte. Certains auteurs cependant estiment que ce chiffre est trop élevé, et qu'en s'en tenant à 0.50, 0.60 cgr., on peut maintenir dans un état satisfaisant l'équilibre nutritif. De sorte qu'un homme de 65 kil. pourrait se contenter d'une trentaine de grammes d'azote quotidien, pour souscrire à ses besoins.

***

Sur ces données préalables, je reprends ma première proposition : Le régime hypoazoté est difficile à établir.

En effet, l'accord est loin d'être fait, parmi les auteurs à qui cette question est familière.

Celui-ci énumère les différents aliments qui peuvent entrer dans la composition du régime. Mais il en exclut une telle quantité que, finalement, on tombe dans une monotonie, dont le plus résigné se fatigue rapidement.

Les fraises contiennent de l'acide salicylique ; les choux, des composés sulfurés ; l'oseille, de l'acide oxalique ; les épinards, également ; les groseilles, des acides en excès, etc., etc.

Ce sont les mêmes qui, autorisant de temps à autre, un peu de viande ou de poisson, interdisent formellement les abats.

D'autres, par contre, protestent que les fraises sont puissamment diurétiques ; que les choux, suffisamment blanchis, n'ont aucun inconvénient ; et que les rognons et le foie sont particulièrement recommandables, crus ou à peine cuits, parce que agissant comme produits opothérapiques.

Certains insistent sur la qualité des albumines végétales, dont la désintégration produit des bases puriques infiniment moins abondantes que les animales. A côté d'eux, il s'en trouve pour reprocher aux albumines végétales d'être d'une digestion plus laborieuse que les animales, infiniment plus assimilables.

Tels interdisent le sel ; tels autres proclament que la carence en sel est un facteur d'azotémie, et que l'élimination azotée s'accroît avec une alimentation normalement salée.

Allez vous y reconnaître, au milieu de toutes ces contradictions ! ! ! C'est ce que j'ai essayé de faire, par mes propres moyens.

***

Le régime hypoazoté est difficile à observer. Cela résulte de ce qui précède. L'organisme a besoin d'une ration azotée minima ; si son alimentation ne la lui fournit pas, il ne tarde pas à en souffrir.

C'est en outre un régime monotone, propre à engendrer l'inappétence, par suite de son défaut de variété.

C'est enfin un régime insipide qui, à la longue, surajoute à l'inappétence le dégoût.

Il est possible, et j'en suis un exemple vivant, de s'en accommoder cependant, à la condition de savoir compenser l'excès d'un jour par la restriction du lendemain.

Comme les azotémiques sont en même temps souvent des hypertendus, une première règle devrait être de remplacer les deux grands repas classiques, déjeuner et dîner, par quatre repas, de moindre importance chacun. Pratiquement, c'est difficilement réalisable, quand on travaille et qu'on est occupé hors de son foyer. En tous cas, si, le petit déjeuner du matin pris à part, on est contraint de demeurer fidèle aux deux repas, on donnera la plus grande importance au grand déjeuner pour se contenter d'un dîner frugal.

Quelque repos, après les repas, autant que possible en clinostatisme, est recommandable. L'un des inconvénients du régime hypoazoté, c'est, avec ses qualités nutritives diminuées, d'être encombrant en raison du volume excessif des différents aliments qui le composent habituellement.

***

Examinons maintenant ceux parmi lesquels une heureuse sélection peut être faite, pour compenser des menus suffisamment variés.

Axiome : *Tous les fruits sont à prescrire, comme utiles, nécessaires, salutaires*, sauf les amandes, les noix, et les noisettes, vraiment trop riches en azote.

Une journée d'alimentation strictement fruitarienne tous les huit ou dix jours est une excellente méthode.

L'*oignon*, s'il est bien supporté par le tube digestif, est à placer en toute première place dans l'alimentation de l'azotémique. Il donne de la saveur aux mets, et possède une puissance diurétique insoupçonnée. On en mettra partout, comme Boileau faisait jadis de la muscade. J'entends l'oignon cuit à l'eau, et non l'oignon frit, tel qu'il sert à la préparation de la soupe considérée comme le spécifique de la gueule de bois...

L'ail peut être placé sur le même plan. Excellent condiment, c'est en même temps un estimable hypotenseur.

Le *citron*, la *tomate* méritent également une mention particulière. Ils concourent, en dehors de leurs vertus alimentaires propres, à assaisonner les préparations culinaires et à les rendre parfaitement acceptables.

Joignez-y l'*estragon*, le *persil*, le *cerfeuil*, le *thym*. Et vous avez ainsi une gamme d'accessoires dont le rôle principal est appréciable, et qui apportent la collaboration de leurs principes aromatiques à l'assaisonnement des mets.

Le *sucre* est infiniment recommandable : les calories qu'il fournit sont de premier ordre.

Les *graisses* constituent l'une des parties essentielles du régime hypoazoté, sous la forme de *beurre* frais et d'*huile d'olives*. Ce sont des aliments compensateurs : si l'on vous dit de n'en pas abuser parce qu'ils peuvent déterminer de la cholestérinémie, facteur d'athérome, tenez-en compte pour n'en pas abuser. Mais usez-en puisque de deux maux, vous aurez choisi le moindre... La *crème fraîche* possède une intéressante puissance nutritive et se place à côté du beurre.

Le beurre sera utilisé non salé, à l'état frais, ou très récemment fondu. Le beurre brun, et *a fortiori* noir, est interdit. Un beurre blond, à peine blond, permet de varier de temps en temps la composition des menus. 100 gr. de beurre fournissent 755 calories.

L'huile d'olives mélangée à du jus de citron, mixture connue à Saint-Nectaire sous le nom de citronnelle, assaisonne excellemment les salades.

Je ne suis pas convaincu de la nocivité du *vinaigre*, quand il a été fabriqué sous mes yeux avec du vin de bonne qualité. J'en use en petite quantité et ne m'en trouve pas mal.

Quant à la question du sel, voici comment je l'ai résolue : toute mon alimentation habituelle est cuite *sans sel*. J'en mange la plus grande partie *sans sel* ; mais, de temps en temps, je projette sur tel ou tel mets une pincée de Cérébos, qui évite la carence dont je parlais plus haut, et varie, en la corsant un peu, la saveur du plat qui m'est servi.

Il existe des succédanés du sel de cuisine. Je les énumère : le Bio Sel, le Sel Heudebert, l'Amino Sel, le Sel Fros... Je les ai tous essayés ; ils procèdent d'une louable intention. Mais je préfère me passer des uns et des autres, aussi bien que du chlorure de sodium, réserve faite du saupoudrage dont je viens de parler.

Et je suis parvenu à me déshabituer de l'alimentation normalement salée à un tel point que, quand il m'arrive, dans un dîner privé par exemple, de la retrouver temporairement, j'ai l'impression de manger *horriblement salé*.

Voyons maintenant les éléments basaux, si je puis m'exprimer ainsi, du régime hypoazoté.

1° Pommes de terre, riz, tapioca, céleri, carottes, poireaux, endives, crosnes, salsifis, betteraves, navets, raves, panais, choux, haricots verts, artichauts, courges, bettes, cardons, melon, potiron, lait, crème fraîche.

Ces aliments renferment au maximum 3 % *d'azote. Ils sont de tous les jours.*

A la limite, se placent les flageolets et les champignons frais.

2° Parmi les aliments qui renferment plus de 3 % d'azote et peuvent atteindre 8 %, il faut citer le pain et les petits pois avec cosses.

Ces deux catégories font partie, en proportions variables, de la ration journalière de l'azotémique.

Ceux qui renferment plus de 8 % d'azote ne doivent y figurer que de temps en temps. Ce sont :

3° Les pâtes, les œufs, le porc frais, le jambon maigre, le poulet, les rognons de mouton, la sole, la truite, ne renfermant pas plus de 20 % d'azote. Ces aliments corseront, tous les six à huit jours, les menus courants.

4° Toutes les autres viandes et poissons contiennent plus de 20 % d'azote, ainsi que certaines légumineuses : les lentilles. Leur usage devra être exceptionnel, accidentel.

J'en distrais cependant les fromages, frais ou cuits, mais non fermentés, qui ont une teneur azotée assez forte, mais dont on ne consomme jamais que des quantités modérées, et qui méritent de figurer dans le menu des azotémiques.

***

Les procédés de cuisson et la présentation des aliments demeurent forcément invariables. Les légumes seront pochés, et servis avec du beurre frais ajouté à la fin de la cuisson, ou au moment même de la consommation.

La viande de porc, le poulet, seront rôtis ou grillés, beurrés, sans sel, assaisonnés au citron. Il y a intérêt à consommer le porc froid.

Le pain sera rassis, et grillé de préférence.

La boisson consistera en eau pure, ou en eau minérale diurétique : Evian (Cachat), Saint-Nectaire (Granges), Vittel (Grande Source).

Les infusions aromatiques offrent un intérêt considérable pour les azotémiques : elles sont généralement diurétiques, parce que préparées avec des plantes renfermant des principes diurétiques, parce que chaudes, parce que sucrées. Une grande variété de plantes peut être utilisée. Voici les principales : feuilles de cassis, menthe, verveine, anis, tilleul, oranger... Ajoutons-y la piloselle, qui jouirait de propriétés uréo-sécrétoires spéciales, et la fleur de genêt, douée d'une certaine vertu toni-cardiaque.

Le régime des boissons doit être très réglé. Avec une alimentation composée en grande partie de légumes aqueux, le malade absorbe ainsi déjà une certaine ration d'eau. Il n'est donc pas utile qu'il en prenne de grandes quantités par ailleurs. Il importe évidemment que sa diurèse soit suffisante pour dépurer son organisme. Si elle se tient aux environs de 1.400 cmc. par 24 heures, il suffit de la maintenir à ce taux sans chercher à l'augmenter, les trop grandes masses de liquide étant hypertensives. Je pense donc que 500 à 600 gr. d'eau, pure ou en infusion, conviennent, pourvu que les urines atteignent un taux d'émission satisfaisant.

Il est préférable d'absorber l'eau pure *à jeun*. Une méthode digne de considération consiste, une ou deux fois par semaine, à prendre, environ deux heures avant de se lever, le matin à jeun, un grand verre d'eau pure (150 gr. à 200 gr.). C'est ainsi recourir à la diurèse provoquée, toujours recommandable si le rein répond assez souplement à la sollicitation dont il est l'objet.

Une heure avant le grand déjeuner, reprendre un verre d'eau pure. Une tasse d'infusion aromatique à la fin du repas. Une heure avant le dîner, de nouveau un grand verre d'eau. Règle avantageuse : boire lentement, par gorgées suffisamment espacées.

Le vin ? En principe inutile : je n'en bois jamais. A la rigueur, s'il est bien supporté, une cinquantaine de centilitres de vin blanc léger, coupé d'eau, peuvent être bus au grand déjeûner, de temps en temps.

***

La base de l'alimentation, en France, est le pain. L'azotémique en sera très sobre. Cent cinquante grammes de pain me paraissent un maxi-

mum, qui représente environ 10 gr. d'azote et fournit 255 calories.

Le lait, il y a trente ans, était le médicament-aliment des néphrites. On en est revenu, et il convient de ne pas dépasser 250 gr. de lait par 24 heures, renfermant également environ 10 gr. de substances protéiques, et fournissant environ 170 calories.

150 grammes de pain, 250 grammes de lait et 100 grammes de beurre produisent un total de 1.180 calories, presque la moitié des besoins d'un adulte fournissant un travail moyen.

Les potages aux légumes, exception faite des légumineuses et des céréales, représentent un type d'aliment préférentiel. Voici une recette que je considère comme excellente et dont j'use copieusement.

Poireaux	nº 2 ou 3
Oignon	nº 1
Pommes de terre	200 gr.
Riz	25 gr.
Beurre	20 gr.

Farie bouillir à petit feu les légumes dans quantité suffisante d'eau. Les écraser minutieusement, Incorporer le riz. La cuisson prète d'être achevée, ajouter le beurre.

Aux mêmes légumes, on peut joindre des carottes, des navets, du céleri en branches, qui donne du goût, même quelques feuilles de choux, pourvu qu'elles aient été blanchies à deux eaux, une tomate... Le potage italien *minestrone*, ou la *julienne française*, sans pois chiches, sans haricots, SANS VIANDE, sont estimables.

Les purées de petits pois : crème Saint-Germain, crème Fontanges, etc., ne sont pas à dédaigner. Les potages printanier, cultivateur, parisien, fermier, etc., etc., offrent une gamme variée dont on s'inspirera pour établir des menus relativement variés.

Voici maintenant quelques types de menus, pour une journée.

I

Premier déjeuner : 150 gr. de lait coloré et aromatisé faiblement avec 30 grammes de café et sucré de 15 grammes de sucre. Fruits de saison à volonté.

Grand déjeuner : Hors-d'œuvres : poireaux, pommes de terre, concombres, tomates, assaisonnés avec de la citronnelle (parties égales de citron et d'huile d'olives).

Entrées : pommes de terre au four avec beurre frais, choux-fleurs à la crème.

Fromages : Gervais, Gruyère, Port-Salut, Hollande, Saint-Nectaire : environ 25 grammes.

Dessert : Fruits saisonniers *ad libitum*.

Infusion aromatique.

Goûter : Infusion aromatique sucrée et deux *petits beurres*.

Dîner : potage parisien (poireaux, oignon, pommes de terre).

Entrée : Artichaut à la crème.

Salade : laitue, ou scarole, ou chicorée, ou mâche et betteraves, assaisonnées à la citronnelle.

Fromage permis : 25 gr.

Entremets : Pudding à la semoule.

Fruits frais ou secs, *ad lib.*

II

Grand déjeuner : Hors-d'œuvre.

Entrées : riz sauce tomate, épinards à la crème, Fromages (comme précédemment).

Entremêts : Compote de poires, fruits frais ou secs à volonté.

Dîner : potage purée Crécy au tapioca.

Entrée : Haricots verts sautés.

Salade de saison.

Fromage.

Entremêts : Marmelade de pommes.

Fruits.

III

Grand déjeuner : Hors d'œuvre.

Entrées : Pommes de terre à la crème, laitues pochées au beurre frais.

Fromages (comme précédemment).

Fruits frais ou secs.

Dîner : Potage Julienne maigre.

Entrées : Endives pochées au beurre.

Fromages.

Entremets : Compote de pruneaux.

Fruits frais ou secs.

Autres plats de résistance (?) : Céleri poché au beurre ou à la crème, pommes de terre à la crème, purée de pommes de terre, pommes de terre sautées, de temps en temps. A la rigueur, *mais exceptionnellement*, pommes frites dans l'huile. Choux de Bruxelles. Petits pois à la française. Endives meunière. Crème d'épinards ou de chicorée.

Le riz et les pâtes peuvent entrer dans la composition des menus, en fournissant leur appoint nutritif.

Telle me paraît devoir être l'alimentation cinq jours par semaine. Le sixième jour, au grand déjeuner, on fera un extra avec une aile de poulet, ou une côtelette de porc froid, ou une tranche de jambon, ou, à la rigueur, une côtelette de mouton cuite à point. Ou encore, une truite pochée au beurre et au citron, une petite sole... Cet appoint en viande ou poisson, d'un poids de 60 à 100 grammes, sera subordonné au fonctionnement du rein. Avec une azotémie légère et dont le taux n'augmentera pas, il pourra se renouveler deux fois par semaine. L'urée tendant

à augmenter dans le sang, il n'apparaîtra sur la table que tous les dix jours, tous les quinze jours même : c'est affaire de tâtonnement.

En contre-partie, une fois par semaine, autant que possible, je conseille un régime plus rigoureux : deux potages avec du riz et des légumes aqueux, et des fruits en abondance.

Chaque malade doit, à l'aide de son expérience, pratiquer sa propre sélection ; on éliminera tout aliment, toute préparation culinaire qui ne seraient pas bien supportés par le tube digestif et donneraient lieu à des pesanteurs, des stases stomacales, des réactions vésiculaires, des coliques intestinales, de la diarrhée.

***

Si le régime hypoazoté est difficile à établir et à observer, il n'est cependant pas impossible à suivre : je me suis efforcé de le démontrer, par mon exemple, puisque c'est ainsi que je m'alimente depuis quatre ans.

Certes, de nos jours, comme au temps de Molière, on ne doit pas vivre pour manger. Mais il serait imprudent de se borner à proclamer qu'il est sage de manger pour vivre.

A la vérité, la sagesse ne consiste pas tant à discerner ce qu'il faut manger pour en vivre, qu'à repousser ce qu'il ne faut pas manger pour n'en pas mourir...

G. DUCHESNE.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La question de l'accouchement indolore.

L'indolence de l'accouchement, dit le Dr DIDIER, n'a pu être obtenue jusqu'ici sans que s'ensuivent des modifications profondes de sa marche avec proportion anormale de forceps et répercussions plus ou moins graves sur la mère et sur l'enfant.

Aussi, plutôt que de poursuivre ce but qui semble actuellement chimérique de l'accouchement complètement et constamment indolore, l'auteur a-t-il borné son ambition à l'atténuation notable de la douleur obstétricale.

Il y parvient, dans presque tous les cas, par l'hémypnal injectable VIII, dont il injecte une ou deux ampoules au cours de l'accouchement. La première injection à dilatation 5 fr. suffit généralement chez les multipares ; chez les primipares une seconde injection est souvent nécessaire.

Procédant ainsi, l'insensibilisation est pratiquement complète dans 25 % de cas, moins marquée dans les autres, mais cependant toujours appréciable et appréciée des parturientes.

A noter que dans les cas d'hypertonie utérine avec rigidité ou œdème du col, l'indication de l'hémypnal est formelle et qu'il donne des résultats bien supérieurs à la morphine.

L'auteur n'a jamais constaté rien d'anormal dans les suites de couches, et les enfants n'ont jamais paru souffrir en quoi que ce soit de l'analgésie de la mère. (*Pratique médicale française*, juillet1928.)

Les séquelles broncho-pulmonaires de l'intoxication par les gaz de combat.

Le Pr BRELET (de Nantes), ayant examiné 150 gazés, avec examen bactériologique des crachats et radioscopie, estime que 50 d'entr'eux peuvent guérir sans séquelles, et cela, même atteints de bronchite intense ou de congestion pulmonaire, tout comme les grippés, les rougeoleux ayant présenté des complications broncho-pulmonaires.

C'est l'emphysème pulmonaire, à des degrés divers, qu'on observe le plus souvent (71 fois sur 150) comme séquelle de l'atteinte des voies respiratoires par les gaz de combat. Cet emphysème s'explique d'une part par la dyspnée et la toux qui exagèrent la pression alvéolaire, et d'autre part par le processus inflammatoire modifiant la charpente conjonctivo-élastique. Il existe une forme bénigne, avec prédisposition à la trachéo-bronchite superficielle à rechutes, et une forme sévère, où le symptôme prédominant, celui qui gêne le plus les gazés, est la dyspnée d'effort, l'essoufflement facile, avec crises de dyspnée nocturne et toux parfois coqueluchoïde sèche ou non. La radioscopie montre surtout des arborescences hilaires révélant la sclérose broncho-pulmonaire, et fréquemment de l'adéno-médiastinite. La dilatation des bronches a été récemment mise en évidence par l'examen radiographique après injection de lipiodol. Ces emphysémateux conservent un bon état général ; ils ne sont pas atteints de tuberculose. Cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement, rien ne permet de suspecter la bacillose pulmonaire. Le pronostic lointain est celui de l'emphysème pulmonaire. Ces gazés ont droit à une pension, dont le taux sera proportionné à l'intensité de l'emphyseme, à la fréquence des poussées bronchitiques ; dans l'avenir, s'ils sont de plus en plus essoufflés, si le cœur faiblit,

ils demanderont et obtiendront une pension plus élevée.

D'autres gazés (18 sur 150) présentent des séquelles d'un type différent ; ce n'est plus de la bronchite chronique avec emphysème bilatéral ; c'est une sclérose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire bien localisée en une partie du poumon, résultat des congestions pulmonaires œdémateuses du début, des pneumonies ou broncho-pneumonies, compliquées parfois de pleurésie sèche, séro-fibrineuse, voire purulente, et peut-être localisées au sommet (pseudo-tuberculoses post-gazeuses, sans bacilles de Koch, avec altérations minimes à l'examen radioscopique.)

Un certain nombre de gazés sont devenus ou deviendront des tuberculeux pulmonaires. L'intoxication par les gaz de combat peut dans certains cas mettre en évidence une tuberculose antérieurement latente ou aggraver une tuberculose déjà confirmée. Mais, d'une façon générale, son influence sur l'éclosion de la bacillose pulmonaire chez les soldats ne s'accuse que dans de très faibles proportions. L'auteur établit un pourcentage de 7,33 p. 100 de gazés devenant des tuberculeux.

Dans la phtisie des gazés, 3 cas à distinguer. Le premier est celui des soldats, qui sont passés, sans transition aucune, de l'atteinte des gaz à la tuberculose pulmonaire, Quelques-unes de ces tuberculoses ont évolué très rapidement, les autres sous forme de phtisie chronique, généralement grave.

Dans le second cas, la tuberculose pulmonaire survient tardivement chez un ancien combattant qui, depuis l'atteinte des gaz, a toujours présenté des troubles respiratoires bien caractérisés. Cette forme tardive serait d'une évolution plutôt lente et fibreuse ; aussi la tuberculose des gazés serait souvent moins grave que la forme commune. Personne ne songe à nier les relations, lointaines sans doute mais indiscutables, de cet emphysème et sclérose pulmonaire avec les gaz de combat.

Enfin, un intervalle de plusieurs années, sans séquelles broncho-pulmonaires, peut s'être écoulé entre l'intoxication par les gaz et le début de la tuberculose pulmonaire (8 cas sur 11 de l'auteur) ; vraiment, en pareil cas, on a le droit de mettre en doute le rôle phtisiogène des gaz, de ne pas admettre immédiatement et sans étude de chaque cas la filiation entre cette tuberculose tardive et l'intoxication par les gaz. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 mai 1928.)

De l'épilation thérapeutique.

D'après le Pr JEANSELME et le Dr GIRAUDEAU, pour la dépilation temporaire, dans les cas de teignes, favus, sycosis, la radiothérapie, réglée par Sabouraud et Noirée, est la méthode classique à conseiller.

Pour la dépilation définitive, dans les cas d'hypertrichose, de nævi pileux ou de trichiasis, la destruction directe de la papille par le courant électrique est le seul procédé à utiliser. L'électrolyse diathermique présente sur l'électrolyse négative par courant continu l'avantage d'une rapidité d'exécution beaucoup plus grande et permet de traiter une hypertrichose étendue en quelques semaines.

Dans le cas de fin duvet, l'usage longtemps prolongé de lotions décolorantes ou de crèmes atrophiantes est à recommander. (*Journal des praticiens*, 2 juin 1928.)

La thyroxine synthétique.

P. SAINTON et P. VÉRAN étudient l'action expérimentale et thérapeutique de ce nouveau produit hormonique, obtenu par synthèse, par rapport à la thyroxine naturelle.

Sans vouloir tirer des faits des conclusions définitives, il résulte de leurs observations qu'au point de vue expérimental l'action de la thyroxine est analogue à celle de l'extrait thyroïdien.

En clinique, la thyroxine en ingestion donne des résultats sensiblement identiques à l'extrait thyroïdien, au point de vue de la rapidité et de la persistance de l'action. L'effet de la thyroxine relativement à l'extrait thyroïdien est moins éphémère que celui de l'adrénaline relativement à l'extrait surrénal. La thyroxine peut être ingérée pendant longtemps sans inconvénients, à condition que l'on emploie des doses faibles et progressives en surveillant les malades. Il a semblé que la dose d'un milligramme de thyroxine donne une action à peu près analogue à celle de 0 gr. 20 d'extrait thyroïdien chez des malades antérieurement soumis à ce traitement. Ce chiffre est naturellement donné sous toutes réserves. La dose initiale de thyroxine paraît être chez l'adulte d'un demi-milligramme pour tâter la susceptibilité du sujet. La progression sera réalisée avec prudence et sous condition d'une surveillance stricte du malade. (*Paris médical*, 14 juillet 1928.)

Les progrès récents de la thérapeutique des affections parenchymateuses du foie.

Ainsi que l'établit le Dr C. DREYFUS (de Mulhouse), la lésion de la cellule hépatique devient de plus en plus le lieu commun des affections hépatiques (angiocholites, cirrhoses, hépatites infectieuses et toxiques). C'est à cette cellule, que s'adresse la thérapeutique nouvelle, et son but est d'augmenter la résistance de la cellule atteinte. Or, qu'il s'agisse de toxines, de microbes, de poisons, la résistance de la cellule hépatique dépend du glycogène qu'elle contient. Si, par une sous-alimentation prolongée, le glycogène hépatique a diminué ou disparu, la cellule hépa-

tique est aussitôt exposée à des lésions sérieuses.

Ce qui importe si l'on veut augmenter la résistance de la cellule hépatique, c'est d'augmenter sa teneur en glycogène.

On a donc cherché à combattre l'insuffisance hépatique par l'insulinothérapie, jointe aux hydrates de carbone.

Dans des cas d'atrophie jaune aiguë avec insuffisance complète du foie, coma, etc., l'insulinothérapie combinée aux hydrates de carbone (lévulose, dextrose) n'a pu sauver les malades atteints ; mais, malgré cela, l'effet du traitement était net : au lieu de ce tableau clinique avec symptômes foudroyants, on a constaté un état où le coma alternait avec un bien-être presque complet, état qui durait jusqu'à une quinzaine de jours. On cite également quelques succès. On a pu appliquer ce traitement à l'ictère catarrhal, et être surpris de la courte druée de cette affection.

Il semble aussi que les malades ainsi traités soient exposés aux complications.

Pour toutes les affections parenchymateuses du foie, on peut espérer le même bénéfice ; et il en est de même pour l'amaigrissement, que l'on considère comme un des principaux symptômes de l'insuffisance hépatique.

En pareils cas, l'insulinothérapie appliquée avec un régime hydrocarboné constitue une arme puissante, alors que jusqu'à présent nous étions à peu près sans ressources thérapeutiques. Cela justifie son étude approfondie. (*Paris médical*, 19 mai 1928.)

Les modalités cliniques de l'hypertension artérielle paroxystique.

Le Professeur Donzelot distingue trois cas :

1° Hypertension paroxystique greffée sur une hypertension permanente : de brusques bouffées hypertensives peuvent se produire, sans expression clinique nettement caractérisée, ou avec des symptômes cérébraux (céphalée, amnésie, amaurose, aphasie, surdité, paralysie transitoire, etc.), avec des angiospames des vaisseaux périphériques (fourmillements, douleurs des extrémités), des artères viscérales (colique rappelant la colique de plomb, angine de poitrine), ou encore rupture vasculaire, insuffisance aiguë du ventricule gauche. Ces accidents constituent donc, par leur brusque apparition, au cours d'une hypertension même relativement modérée, une constante menace pour les sujets hypertendus et elles interdisent, chez ceux-ci, toute pronostic basé sur le degré de l'hypertension permanente.

2° Hypertension paroxystique associée à un syndrome clinique connu : crises des saturnins, des femmes éclamptiques, de la ménopause (avec crise de vaso-constriction généralisée ou localisée notamment dans le domaine des artères cérébrales). Enfin, il est des cas où les paroxysmes hypertensifs surviennent dans des conditions cliniques si précises qu'elles ont la valeur de véritables conditions expérimentales (par exemple dans une forme laryngée de cancer œsophagien, à l'occasion de crises dyspnéiques dans un lymphosarcome du médiastin) ; ceux-ci correspondent à la brusque élévation de la pression générale que les physiologistes obtiennent en excitant le bout central du vague.

3° Hypertension paroxystique essentielle. La littérature médicale en comprend quatre observations ; dans trois nécropsies on trouva un paragliome volumineux d'une surrénale, on une tumeur développée aux dépens du sympathique.

Tout en se gardant de généralisation hâtive, il est permis de penser que bientôt la pathogénie de cette catégorie d'hypertension paroxystique pourra être considérée comme définitivement élucidée. (*Paris médical*, 7 juillet 1928.)

Le traitement moderne de la scarlatine.

En cas de doute sur la nature d'un exanthème scarlatiniforme, qui pourrait être d'origine toxique, sérique, variolique, on peut, dit le Dr Gaston Lyon, par une épreuve très simple, fixer le diagnostic : l'injection d'une ou de deux gouttes de sérum de convalescent au niveau de l'exanthème produit son extinction au point injecté : c'est la réaction d'extinction de Schutz-Charlton.

Les sujets réceptifs se reconnaissent préventivement par une cuti-réction au moyen de toxine streptoccique de Dick ; si cette réaction « de Dick » est positive, une rougeur plus ou moins étendue apparaît de 4 à 6 h. après l'inoculation.

La scarlatine est due à un streptocoque d'une variété particulière, à la fois hémolytique et toxigène, que l'on isole dans le pharynx des sujets atteints. La toxine qui en dérive, instillée par voie endo-nasale, confère l'immunité contre le streptocoque; de sorte que l'on peut concevoir comme prochaine la vaccination anti-scarlatineuse.

A côté du sérum de convalescent, se place un sérum antitoxique de l'Institut Pasteur, obtenu par l'injection au cheval de doses progressives de toxine provenant de la filtration de cultures de streptocoques hémolytiques prélevés sur des scarlatineux. Ce sérum agit incontestablement sur la toxi-infection scarlatineuse, mais il ne met pas à l'abri des complications : néphrites, endocardites, adénites, otites.

Scarlatine régulière : diète lactée et hydrique (eau de source, infusions, orangeade, bouillon de légumes non salé), et soins du rhino-pharynx. Pour le nez : huile gomenolée, instillations d'électrargol ; pour le pharynx, lavage au bock avec de l'eau bouillie additionnée de liqueur de

Labarraque (2 à 4 c. à soupe par litre), soit d'eau oxygénée (même quantité) ou tout simplement d'eau bicarbonatée (2 c. à soupe de bicarbonate); on est plus discret dans l'emploi des badigeonnages avec la glycérine boratée ou d'autres topiques, qui peuvent favoriser par effraction l'inoculation de certains germes. Le bain tiède est un complément utile, mais non indispensable.

Au bout de 7 à 8 jours, en l'absence de toute complication rénale, on autorise avec une petite quantité de lait un régime féculent et fruitarien, composé de potages aux légumes, bouillies, pommes de terre, riz, pâtes fraîches, salades cuites; fruits, on permet même un œuf le plus souvent. Au bout de 12 à 15 jours, après examen de l'urine, on peut revenir au régime normal.

Scarlatine maligne avec hyperthermie persistante (40°-41), oligurie, ataxo-adynamie, il faut en plus de la diète et des soins rhino-pharyngés, recourir au sérum : sérum de convalescent par voie intra-musculaire ou sous-cutanée ; sérum antitoxique par voie intra-musculaire (5 cc., puis 50 cc. après 24 h.) ; mais le sérum, pour être efficace, doit être injecté le 2e, 3e ou 4e jour au plus tard; à partir du 5e jour, son effet est nul. Balnéation à 20 ou 25° ; le bain froid ne peut être systématique ; en cas de tendance au collapsus avec hémorragies, de rhumatisme avec scarlatine il faut employer le bain frais ou tiède à 30-34°.

L'adrénaline (XXX à LX gouttes par jour) doit être prescrite d'emblée pour prévenir ou neutraliser l'insuffisance surrénale. La diurèse sera favorisée par la théobromine, à petites doses (0 gr. 25) deux fois par jour, et mieux par le lavement goutte à goutte de sérum glucosé. La tendance au collapsus indique les injections d'huile camphrée, d'éther, de strychnine associés.

Dans les formes hémorragiques, avec l'emploi *per os* de chlorure de calcium (2 à 4 gr.), on combinera celui des lavements d'hémostyl, des injections intra-musculaires de sérum frais de cheval (20 cc.).

Quelques complications comportent des indications spéciales : angines nécrotiques (attouchements à la solution de bleu de méthylène (2 p. 100), poudre de novarsénobenzol avec un tampon imbibé de glycérine). Coryza purulent (instillations d'électrargol ou de solution de nitrate d'argent à 1 p. 100), adénopathie (compresses humides, onctions avec pommade au collargol à 15 p. 100), rhumatisme (applications de salicylate de méthyle), néphrite (diète hydrique, ventouses scarifiées, 10 à 15 gr. de teinture de jalap composée), endopéricardite (vessie de glace, ventouses scarifiées, digitaline, I à V gouttes par jour suivant l'âge). (*Le Bulletin médical*, 20 juin 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sels de magnésium et cancer.

(MM. Pierre Delbet, Godard et Palios. — *Académie de médecine* ; 13-11-1928.)

M. Pierre Delbet complète sa communication du 10 juillet sur les sels halogènes de magnésium en présentant quelques projections relatives à l'action de ces sels sur le cancer. Les expériences de M. Delbet ont porté sur deux groupes de souris, l'un et l'autre soumis aux greffes cancéreuses : le premier groupe, mis au régime magnésien, était alimenté de pain trempé dans une solution à base de chlorure de magnésium ; le second groupe, servant de témoin, prenait du pain simplement imbibé d'eau distillée. Sans reproduire dans leurs détails les lésions diverses projetées en photographies par l'auteur, disons que, dans l'ensemble, les souris magnésiées ont eu des atteintes cancéreuses beaucoup moins importantes que les souris témoins.

Phénomènes de choc et eau de Vichy.

(MM. Lucien Bernard et G. Parturier. — *Académie de médecine* ; 13-11-1928.)

Dans un travail antérieur, MM. Lucien Bernard et Parturier ont établi que l'eau de Vichy (Grande Grille) avait la propriété de renforcer les effets du choc peptonique et protéique et de donner lieu aux réactions de choc elles-mêmes lorsqu'elle était prise en période digestive.

Des phénomènes analogues sont susceptibles de se produire chez les malades au cours de la cure thermale. Des exanthèmes urticariens, des crises d'asthme peuvent apparaître après absorption d'eau de Vichy. Une malade offrait après chaque ingestion de Chomel une poussée d'œdème de Quincke portant sur les lèvres et sur la langue.

La question se posait de savoir si, chez ces sujets, on pouvait obtenir une désensibilisation, en s'inspirant de la méthode de Besredka pour les sérums. Faisant prendre au patient d'abord une petite quantité d'eau de Vichy diluée, puis une quantité progressivement plus forte, les auteurs sont arrivés effectivement à produire une désensibilisation et à pouvoir instituer alors le traitement hydro-minéral complet, sans incident.

Les vaccinations pratiquées en France en 1927.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine*; 13-11-1928.)

M. Camus lit son rapport annuel sur les vaccina-

tions anti-varioliques en France en 1927. Il parle à ce propos de l'encéphalite post-vaccinale, signalée à l'étranger, ces temps derniers. L'encéphalite n'a d'ailleurs pas été observée en France. M. Camus pense que ceci tient peut-être à l'emploi du vaccin de génisse et aux vaccinations pratiquées obligatoirement, chez nous, dans le jeune âge.

Action des rayons lumineux sur le chlorure de potassium

(MM. Jacques Risler et Foveau de Courmelles. — *Académie des sciences* ; 12-11-1928.)

Si l'on insole, comme l'a fait Mlle Maracineanu pour l'ionium et le polonium, le potassium, on augmente sa radio-activité et son pouvoir photogénique. Si l'on expose au soleil du chlorure de potassium pendant 15 minutes et que l'on recherche la durée nécessaire pour obtenir une impression photographique (noyaux et points auréolés) on trouve une moyenne de 29 jours. Si ensuite, l'on compare avec d'autres sources artificielles de rayonnements, on constate selon que l'on emploie les infra-rouges, la lumière orangée et rouge, l'ultra-violet et verre de Wood, l'ultra-violet sans filtre, des durées décroissantes moyennes de 70, 44, 36 et 19 jours.

Le chlorure de potassium insolé et appliqué aux végétaux leur donne une croissance plus rapide.

Luminescence par friction humaine.

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. de pathol. comparée* ; 13-11-1928.)

L'auteur a observé et signale le fait suivant : des lampes, des tubes à vide, à néon, *frottés*, s'illuminent intérieurement inégalement selon les individus et leur état de santé, semble-t-il.

A propos du traitement de la plaie tétanigène.

(M. Arrivat, de Béziers. — *Société de chirurgie* ; 17-10-1928.)

M. Louis Bazy fait un rapport sur une observation de M. Arrivat, de Béziers, relative à la valeur du traitement de la plaie dans le tétanos. Il s'agit d'un malade qui paraissait voué à une mort certaine malgré la sérothérapie anti-toxique appliquée par voies sous-cutanée, intra-veineuse et intra-rachidienne. Il avait reçu 110 c.c. de sérum anti-tétanique ordinaire et 560 cc. de sérum purifié. La suppression du foyer tétanigène (par amputation) amena une guérison considérée comme inespérée.

Certes, on peut admettre qu'une semblable mutilation est inutile dans la plupart des cas, soit parce que le tétanos évolue trop vite et que l'imprégnation toxique des centres nerveux est d'emblée trop massive pour que la suppression du foyer tétanigène puisse être efficace, soit encore parce que la sérothérapie correctement appliquée suffit à assurer la guérison. Néanmoins, il se présente des circonstances, rares sans doute, où la suppression du foyer, fût-ce au prix d'une amputation, est suivie des plus heureux résultats. Le cas de M. Arrivat en est un exemple.

— M. Etienne Sorel s'associe aux conclusions de M. L. Bazy et rappelle qu'il a publié, l'an dernier, une guérison de tétanos chez un enfant, après amputation du pied porteur de la plaie tétanigène.

Sur la réduction des fractures.

(M. R. Bonneau. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 19-10-1928.)

M. Raymond Bonneau rappelle qu'il a décrit en 1925 la correction de l'angulation des fractures par l'emploi d'un fil métallique accroché sur l'extrémité libre des fragments, ou plus simplement « l'accrochage ». Cette méthode d'action directe sur l'os, inspirée par le Dr Depage, a trouvé des indications multiples : dans les fractures du tiers inférieur du fémur, des deux os de l'avant-bras ou de la jambe, d'un métacarpien, dans les enfoncements des côtes, dans les fractures du maxillaire inférieur.

Syndactylie et polydactylie à caractère familial.

(M. L. Bonnet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 19-10-1928.)

M. Trèves fait un rapport sur une observation rare adressée par M. L. Bonnet. Femme de 19 ans, présentant à chaque main six doigts dont les 3e, 4e et 5e sont fusionnés et raccourcis, surtout à gauche. Cette malformation congénitale se retrouve dans la famille, chez des ascendants et des collatéraux, jusqu'à six ou sept générations. Aucune autre malformation squelettique. Wassermann négatif. Cette femme, dactylographe, se refuse à toute intervention.

Le rapporteur rappelle la fréquence de la syphilis dans les malformations congénitales. Quant au caractère familial, il l'a observé souvent également.

P. L.

Sur le bismuth liposoluble. Son emploi dans le traitement de la syphilis.

(*Soc. de Derm. et de syphiligraphie* ; 12-7-1928.)

Jusqu'en 1925, le bismuth fut utilisé dans la thérapeutique antisyphilitique soit sous forme de bimétallique, ou de dérivés insolubles mis en suspension huileuse ou glycosée, soit à l'état de composés solubles. Puis on a insisté sur l'efficacité et la parfaite tolérance d'une autre forme de bismuth : le bi-liposoluble.

MM. Levaditi et ses collaborateurs ont étudié expérimentalement ce produit, et ils estiment que celui-ci constitue un trait d'union entre les sels bismuthiques solubles et les dérivés insolubles ; il se rapproche des premiers par la rapidité de sa résorption et de son action tréponèmicide ; il se superpose aux seconds quant à la création d'un dépôt local, dont

l'assimilation progressive et totale assure une action curative profonde et durable.

D'autre part, MM. L. Fournier, Guénot, Schwartz et Jovanowitch confirment cliniquement que l'action thérapeutique du bismuth liposoluble est nettement supérieure à celle des préparations bismuthiques en suspension.

Plus facilement maniable que celles-ci et permettant un dosage plus précis de la quantité de bismuth injecté, il détermine plus rapidement la disparition du tréponème et la guérison des accidents spécifiques, se rapprochant beaucoup, sur ce point, de certains bismuths hydrosolubles, tel le solubryl, capables de donner de remarquables résultats chez les malades qui les supportent.

Le lipo-bismuth paraît cependant supérieur à chacune des formes employées par son action plus profonde et plus constante sur les réactions sérologiques. Il y a une première phase de résorption immédiate d'une petite quantité du produit, probablement en nature, suivie d'une deuxième phase de dissociation et de résorption plus lente, réalisant le potentiel bismuthique optimum et aboutissant à une absorption intégrale et complète du produit injecté. Telles sont les conditions de l'activité thérapeutique à la fois rapide et profonde du bismuth liposoluble.

Un cas d'endocrinothérapie chirurgicale et d'homéogreffe chirurgicale pour myxœdème et crétinisme

(M. A. Madureira ,de Lisbonne. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 2-11-1928.)

L'observation rapportée (Dr Dartigues) est un cas de greffe animale simienne, par conséquent d'homeogreffe, au niveau du cou (thyroïdopexie greffale cervicale) et il est intéressant de constater que ce cas de myxœdème avait résisté à tous les traitements et à de fortes doses longtemps continuées de thyroïdine. Or, après l'opération, on vit l'amélioration se produire progressivement de la première semaine même, à trois mois, quatre mois, onze mois. Nul doute que la greffe soit la cause directe de cette amélioration, et cette greffe était une greffe animale. A noter que l'on a continué l'usage de la thyroïdine, mais à doses infinitésimales.

On a choisi la voie cervicale, quoique souvent difficile et même périlleuse, à cause de la brièveté du cou et de l'atrophie des lobes thyroïdiens ; mais elle était ici la plus légitimement indiquée. Généralement, mieux vaut donc faire la greffe au niveau de la région sous-mammaire, ou, chez les garçons, au niveau de la région pariéto-vagino-testiculaire.

Intradermoréactions aux vaccins antistreptococciques et antistaphylococciques au cours des épidermites microbiennes eczématiformes.

(MM. Hudelo, Chene et Sigwald. — *Soc. de Derm. et de syphiligraphie* ; 12-7-1928.)

L'intradermoréaction aux vaccins antistaphylococcique et streptococcique semble donner des résultats positifs en série dans les infections cutanées dues à ces germes, et qui paraissent d'autant plus intenses que l'infection est plus marquée. Cette épreuve présente, lorsqu'elle est positive, un intérêt évident pour le diagnostic des dermo-épidermites microbiennes, des eczémas microbiens ; elle témoigne nettement de la participation microbienne dans l'évolution de l'éruption. Cette notion doit être sanctionnée au point de vue thérapeutique par l'usage de médications antiseptiques externes, qui, selon les cas, seront associées aux divers traitements de l'eczéma, ou même pleinement substituées à ceux-ci.

Sur les pyréthrines.

(MM. J. Chevallier et F. Mercier. — *Société de thérapeutique* ; 14-11-1928.)

Les observations montrent que les doses de pyréthrines hémisynthétiques indiquées comme vermicides sont parfois insuffisantes et qu'elles doivent être augmentées pour obtenir des résultats, surtout en ce qui concerne les tænias qui sont plus résistants. Pour les oxyures qui siègent à l'anus, il peut être avantageux d'utiliser de petits lavements ou des suppositoires.

Cette augmentation des doses n'offre pas d'inconvénient en raison de l'innocuité du médicament pour les êtres à sang chaud.

L'action toxique paraît être générale pour les animaux à sang froid et d'autant plus active que ces animaux s'abaissent dans l'échelle des êtres. L'intensité des effets est variable suivant les espèces et est en rapport avec l'absorption.

Contrairement aux autres médicaments utilisés comme vermifuges ou anthelminthiques, les pyréthrines sont vermicides ; les vers intestinaux sont tués et peuvent être évacués, en tout ou partie digérés.

De nouvelles observations seront nécessaires pour la fixation définitive des doses et formes à employer, surtout en ce qui concerne les tænias, les ankylostomes et éventuellement les bilharzia.

G. F.

Les Livres

LE MOUVEMENT SANITAIRE, éditeur,
4, rue de Sèvres, Paris, 6e.

Dr R.-H. HAZEMANN. — **Le service social municipal et ses relations avec les Œuvres privées.** Préface d'Edouard FUSTER, professeur au Collège de France. (Un volume in-8°, 260 pages, illustrations et graphiques. Prix : 15 fr.).

Le Service social municipal constitue l'organisme ou l'ensemble d'organismes qui luttent, soit préventivement, soit curativement, contre la misère économique, physiologique et morale dans la famille.

En apportant un examen détaillé et critique de ce service, le livre du Dr HAZEMANN s'adresse :

1° *Aux municipalités*, qui trouveront, sans discours, les moyens pratiques et précis, et d'organiser et de réaliser : consultations de nourrissons, dispensaire, lutte contre la syphilis, crèches, inspection des écoles, colonies de vacances et œuvres de plein air, organisation d'une assistance vraiment sociale, puisqu'elle sera préventive ;

2° *Au personnel du service social*, qui aura ainsi constamment sous la main un aide-mémoire contenant les principaux textes à connaître, y compris : protection du travail, assurances sociales, de nombreuses photographies, des schémas, des graphiques, des questionnaires-types de casier social et d'enquêtes d'assistance ;

3° *Aux élèves des écoles de service social* qui, en plus des renseignements sus-indiqués, y trouveront décrite minutieusement la manière de procéder à une enquête et de s'y retrouver dans les multiples linéaments qui relient les œuvres publiques aux œuvres privées, qui relient les différents services d'hygiène, d'assistance, de prévoyance et l'Administration générale.

4° *Aux œuvres privées*, qui y trouveront décrites ou citées quelques-unes des plus importantes œuvres privées, ou qui verront démontrée dans les faits la manière de collaborer et de se raccorder sans se subordonner aux différents services publics d'hygiène et d'assistance sociales.

5° *Aux personnes s'occupant de sociologie ou de politique*, qui y trouveront une doctrine du Service social, doctrine de plus en plus étudiée en France et que la *Quinzaine sociale internationale*, qui s'est tenue en juillet dernier et à l'occasion de laquelle ce livre a été publiée, a mise à l'ordre du jour ; on pourra y trouver également les éléments pour établir des programmes politiques à l'occasion des prochaines élections municipales, avec d'autant plus de fond que le budget-type de réalisation d'un tel service y est décrit en détail.

LIBRAIRIE N. MALOINE, Paris.

Dr Cl. REGAUD. — **Quels moyens avons-nous d'éviter la mort par le cancer ?** (Un vol. in-8°, 67 pages, 1928.)

Après quelques intéressantes considérations sur la gravité du cancer, comme fléau social, et sur la fréquence des maladies cancéreuses, l'auteur aborde l'étude des deux moyens que nous avons d'éviter le cancer : la prophylaxie et la thérapeutique.

I. Faute d'une pathogénie actuellement connue, nous pouvons à l'heure actuelle déjà déduire cependant quantité de régles prophylactiques utiles de l'étiologie, dont la documentation est déjà très riche : hérédité de la prédisposition aux cancers, facteurs étiologiques locaux, hygiène individuelle, dont l'importance est capitale. Malheureusement les cancers ne succédant pas avec évidence et rapidement à l'action des facteurs étiologiques, on hésite à se prémunir en supprimant ces facteurs.

II. Après avoir exposé les médications générales, l'éradication chirurgicale, les méthodes radiothérapiques, l'auteur décrit l'organisation de la thérapeutique du cancer par le diagnostic précoce et par le traitement précoce et correct.

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ N. MALOINE,
25, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Dr Emile VÉRUT. — **Voilà vos bergers... Jésus devant la science.** Préface de M. Louis Bertrand, de l'Académie française. (Un vol., 306 p. : 12 fr.)

EDITIONS DE L'OFFICE DE VULGARISATION PHARMACEUTIQUE.
Louis VIDAL et DAREAU, Directeurs,
107, rue Lafayette, Paris, Xe.

Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques. *Dixième édition*, 1928. (Un vol. 868 p.)

Cet ouvrage, dont le prix est de 15 fr. en librairie est adressé gratuitement au Corps médical exerçant en France.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La ménopause et ses troubles.

I. — Période pré-ménopausique.

L'âge moyen de la ménopause, dans nos climats est de 45 à 50 ans.

Pendant un certain nombre de mois avant la cessation de la fonction, l'organisme féminin se prépare à la grande transformation qui caractérise l'âge critique. Il se produit alors comme une ébauche des troubles qui pourront être si marqués plus tard : c'est ainsi que le système nerveux devient plus irritable et que des congestions fugaces de la face annoncent les bouffées de chaleur qui apparaîtront par la suite.

Mais c'est surtout par les irrégularités menstruelles que se caractérise la période pré-ménopausique. Tantôt les règles cessent pendant plusieurs mois et réapparaissent sous forme de métrorragies ; tantôt le flux apparaît plusieurs fois dans un mois, amenant un sang pâle et séreux. D'autres fois, le sang contient des caillots mous et noirâtres. Enfin, souvent après les règles, s'installe de la leucorrhée. En même temps, la femme se plaint de pesanteurs dans les cuisses et les lombes, signe de congestion utérine ; on note encore du prurit périnéal ou vulvaire.

Tous ces malaises constituent une cause d'affaiblissement général, de dépression pénible qui s'accompagne le plus souvent de troubles dyspeptiques variés.

Dans ces cas, où la thérapeutique se montre rarement efficace. la *Lachésine* donne des résultats remarquables en régularisant la fonction menstruelle jusqu'à sa cessation, c'est-à-dire en ménageant entre l'activité ovarienne physiologique et la fin de la fonction, une transition aisée.

Les observations suivantes fixeront les idées et résumeront tout ce qui précède.

Mme D., âgée de 48 ans, de bonne santé habituelle, est constamment souffrante depuis huit mois environ. Elle est agitée, se plaint de mauvaises digestions et de bouffées de chaleur qui surviennent sans raison presque tous les jours. Elle attribue avec raison tous ses malaises aux troubles très marqués de sa menstruation depuis cette époque. Ses règles ont manqué pendant trois mois de suite pour reparaître à peine pendant un mois et pour donner lieu à une véritable métrorrhagie six semaines plus tard. L'emploi de la *Lachésine* a apporté la régularité dans sa menstruation et par suite l'équilibre dans sa santé générale.

Voici une autre observation que veut bien nous communiquer le Dr L. (de la Mayenne) :

J'ai traité cinq femmes par la *Lachésine*. Ces malades n'avaient pas vu leurs règles revenir et éprouvaient les troubles habituels : vertiges, bouffées de chaleur, gêne continuelle. Toutes ont été très améliorées. Trois d'entre elles ont vu revenir leurs règles quelques jours après le traitement. Les deux autres, très contentes du produit, le réclament tellement elles ont été soulagées.

***

Dans de nombreux cas, dès cette période pré-ménopausique, le système nerveux est notablement troublé comme le montre l'observation suivante :

Mlle Ch., âgée de 48 ans, n'a plus ses règles que tous les deux ou trois mois. Elle se plaint d'agitation et de malaises nerveux aussi variés que vagues (maux de tête, étourdissements, irritabilité, etc.). Elle se plaint encore d'insomnies survenant à peu près chaque nuit et toujours causées par des démangeaisons et des picotements dans les pieds et les mains. Ces insomnies durent au moins quatre heures. Pendant le jour surviennent des somnolences dès que la malade s'asseoit. A ces symptômes assez particuliers s'ajoutent jour et nuit quelques bouffées de chaleur suivies de sueurs. Tous ces troubles ont cessé en quelques jours de traitement par la *Lachésine*.

Dr MENDEL,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les bonis des assurances sociales.

Les cotisations des assurés sociaux peuvent ne pas être utilisées entièrement et la loi dans son article 33 a prévu l'emploi de ces ressources supplémentaires.

Article 33. — Sur les excédents annuels de recettes afférents aux services de répartition seront effectués les prélèvements obligatoires ci-après : 1° 20 % au profit du fonds de réserve générale propre à chaque caisse jusqu'à ce que la valeur de ce fonds atteigne une somme égale au produit des cotisations de la dernière année inventoriée ; 2° 3 % au profit du fonds de majoration et de solidarité ; 3° 2 % au profit du fonds de garantie et de compensation.

2° Sur les excédents d'actifs ressortant du bilan, des prélèvements pourront, à partir de la dixième année, être effectués par les caisses dont l'actif dépassera le passif de 10 % au moins pour la vieillesse et de 30 % au moins pour l'invalidité; sans que ces prélèvements puissent jamais abaisser ces excédents au-dessous de ces limites. Sur chaque prélèvement, il sera réservé une fraction de 6 % au profit du compte de majoration et de solidarité et une fraction de 4 % au profit du compte de garantie et de compensation.

3° Le solde peut être affecté en tout ou partie à une augmentation temporaire des prestations de la Caisse, tout d'abord en l'attribution de primes d'allaitement et de bons de lait aux femmes non assurées des assurés, à *une diminution de pourcentage mis à la charge des assurés pour frais médicaux et pharmaceutiques* et notamment pour la maternité, à une participation plus élevée aux frais médicaux et pharmaceutiques à prévoir en faveur des retraites par les fonds de majoration ou de solidarité, à des allocations supplémentaires pour ascendants ou enfants âgés de plus de 16 ans à la charge de l'assuré, ou à la constitution de réserves propres à régulariser ces augmentations.

4° Les caisses d'assurances peuvent également employer leur solde soit à créer ou développer des œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale.

Je ne veux pas étudier tous les détails des mesures de prévoyance contenues dans ces paragraphes de l'article 33. Cependant on ne peut laisser passer inaperçu un des buts poursuivis : de diminuer le pourcentage mis à la charge des assurés pour les frais médicaux et pharmaceutiques, car c'est aller à l'encontre de la loi même. Si le projet prévoit la participation de l'ouvrier au paiement des honoraires médicaux et des dépenses pharmaceutiques, c'est pour mettre un frein à l'abus de ces frais, c'est un barrage d'autant plus efficace que cette participation de l'assuré est plus importante. La diminuer, c'est volontairement aller à la provocation d'abus et nous savons tous que ceux-ci présentent un gros danger pour le Corps médical. D'abord augmentation de son travail et diminution de son repos de jour et de nuit par des appels intempestifs et par une exigence toujours croissante des intéressés. Ensuite rapidement on attribuera au médecin lui-même ces abus qui sont en réalité le fait de l'ouvrier, ou tout au moins on le considérera comme complice des procédés indélicats de ce dernier. On en prendra prétexte pour diminuer d'une façon ou d'une autre les honoraires médicaux et établir un forfait ou un traitement fixe d'un fonctionnaire mal payé.

Malgré tout, quand on lit le mode d'emploi des bonis, on remarque que tout est prévu et qu'aucune somme n'est laissée sans affectation. C'est précisément à ce sujet qu'un important mouvement se produit dans un grand nombre de Sociétés mutuelles et de Sociétés mutuelles agricoles.

En voici un écho relevé dans le 26e Congrès national de la Mutualité et de la Coopérative agricole tenu à Arras en juin 1928.

Parmi les vœux notés en vue du fonctionnement des assurances sociales il faut s'arrêter à celui-ci : que pour intéresser les caisses primaires à une bonne gestion, on leur donne le droit de ristourner à leurs adhérents, employeurs et ouvriers, une partie des excédents annuels disponibles après les prélèvements légaux.

Voilà à mon sens un gros danger. Si les bonis en partie sont remis aux Sociétés pour en faire l'usage qu'elles jugeront utile, la loi deviendra vite inapplicable par les nombreuses complications qui surgiront de ce fait.

D'abord si les assujettis à la loi ont un intérêt direct et personnel aux bonis réalisés, on s'efforcera d'en créer au détriment d'œuvres d'intérêt général; pour faire des bonis, on s'efforcera de comprimer les dépenses de tout genre pour augmenter ceux-ci. Il y aura une lutte entre les différentes caisses primaires qui souvent seront à tendances confessionnelles ou politiques, non pour améliorer le plus possible la situation de l'assuré, mais pour lui offrir des avantages en nature, des ristournes en un mot. Le patron aura tout intérêt à faire adhérer ses ouvriers à telle ou telle caisse; par suite de bonis sa cotisation est moins élevée, chose importante pour les grandes industries. L'ouvrier de même adoptera celle qui diminuera sa participation pécuniaire et n'oublions pas que ce sont les usagers qui auront la gestion des caisses. Et ces bonis serviront-ils toujours d'appât pour le recrutement de telle ou telle caisse primaire ? N'y aura-t-il pas de ces fonds qui serviront à de la propagande communiste ou socialiste ou confessionelle. N'y aura-t-il pas un trésor de guerre pour des luttes futures de tel ou tel parti. C'est à craindre et le contrôle en sera difficile si on laisse se créer une brèche à la loi.

Que le corps médical se souvienne du passé, de l'exploitation presque séculaire des Sociétés de secours mutuels. Tous les bonis qu'elles ont pu faire ont été pris sur les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques.

Jadis, dans un article, je crois avoir démontré que les millions accumulés à la caisse des retraites sur la vieillesse et constituant le fonds commun correspondaient aux rabais consentis par le Corps médical, c'est-à-dire à la différence entre le prix payé par le client ordinaire et par le mutualiste. Rappelez-vous que ces remises étaient le plus souvent de plus de moitié, qu'ainsi les consultations mutalistes étaient de 1 fr. au lieu du prix moyen de 3 et les visites 2 fr. au lieu de cinq et je ne parle pas du forfait qui était plutôt une duperie qu'un mode de rétribution.

Méfiez-vous que si les sociétés mutuelles obtiennent l'établissement du boni à répartir entre les tributaires de la loi, ce soient les médecins qui comme par le passé en fassent les frais. On diminuera la valeur des prestations mais vous ne verrez jamais les médecins appelés à la répartition des bonis . Il faut donc que la loi soit respectée dans son intégralité, qu'aucune fissure n'y soit apportée dans les barèmes de répartition, si l'on ne veut pas transformer une œuvre de bien-être social en instrument de luttes ou de dissensions.

C'est au corps médical organisé à surveiller cette interprétation de la loi et à en démontrer les inconvénients. Il ne faut pas perdre de vue que toute la loi sera régie par la Mutualité et nous connaissons le passé de celle-ci vis-à-vis des médecins. Ne soyons pas des dupes, j'allais dire des poires.

Dr M. VIMONT.

SOU MÉDICAL

Assemblée générale du 18 novembre 1928.

L'Assemblée générale est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Maurat, président, assisté des membres du Conseil et de Mes Bernard Auger et Priou, avocats.

Sur l'invitation de M. le Dr de Grissac, président d'honneur du « Sou », prend place au bureau, et, dans une allocution applaudie, rappelle les premières années de la Ligue, dont il a été le second Secrétaire général et la marche ascendante de cette œuvre professionnelle qui a rendu et rendra tant de services au Corps médical.

Rapport du Secrétaire général.

M. Paul Boudin, Secrétaire général, commente son rapport, qui a paru dans le n° 44 du *Concours médical*.

Il annonce à l'Assemblée le tout récent succès obtenu, grâce à Me Auger, devant le Conseil d'Etat qui, par un arrêt du 9 novembre, a proclamé l'intangibilité du secret professionnel et son applicabilité même en matière d'assistance médicale gratuite, contrairement aux prétentions de l'administration, qui exigeait de ses médecins, pour faciliter le contrôle, l'inscription, sur les bulletins, du diagnostic de la maladie de l'assisté. A la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat, les préfets ne seront plus en droit d'exiger cette indication, qui viole l'article 378 du Code pénal, et ne pourront refuser le paiement des honoraires des médecins de l'assistance qui n'auront pas indiqué leurs diagnostics.

M. Serfaty, d'Alfortville, dit que, malgré l'arrêt dont il s'agit, le Préfet de Police refuse de payer les honoraires sans que les diagnostics aient été indiqués.

M. Boudin demande que les intéressés saisissent officiellement de ce refus le « Sou », qui donnera à ses adhérents tout l'appui nécessaire pour leur faire obtenir satisfaction.

Depuis quelque temps, le « Sou » est entré dans la voie des démarches amiables près des compagnies d'assurances qui faisaient des difficultés à ses adhérents pour payer leurs honoraires, surtout en matière d'accidents du travail. Il a obtenu ainsi de nombreux résultats satisfaisants.

La responsabilité professionnelle, qui, autrefois, était considérée presque comme un mythe, a donné lieu, au cours des derniers exercices, à des condamnations importantes. Tout récemment encore, un accident causé par l'emploi des rayons X a entraîné une condamnation à 60.000 francs de dommages-intérêts, qui, heureusement, ne sont pas intégralement à la charge du « Sou ».

Nous avons eu aussi à nous occuper des honoraires des médecins des stations thermales. Une cliente qui n'avait consulté qu'une fois son médecin prétendait ne lui devoir que le prix d'une consultation, au lieu de l'honoraire forfaitaire qui est d'usage pour tout le traitement. Elle a été obligée de payer le total du prix forfaitaire.

Comptes de l'exercice 1927.

M. Gassot, trésorier, rappelle que son rapport a été publié dans le n° 42 du *Concours médical*. Il donne lecture des chiffres de ce rapport et les commente brièvement.

M. Hervouet, l'un des contrôleurs, donne lecture du rapport ci-après :

Mes chers Confrères,

Le Dr Vilpelle et moi, contrôleurs du « Sou », avons pris connaissance en détail des comptes du trésorier, et fait aussi la vérification du portefeuille de notre Société, tant pour la Caisse de garantie que pour la Caisse générale.

Les comptes sont en ordre et parfaitement exacts ; de même que la teneur du portefeuille est conforme aux déclarations de notre trésorier, au dévouement duquel il faut une fois de plus rendre hommage, en le priant de recevoir nos vifs témoignages d'estime, de gratitude et d'affection.

Il nous a avoué que ce poste lui donnait un travail sérieux qu'il estimait nécessaire à sa santé. Nous sommes donc en droit de compter longtemps sur sa collaboration. Et nous pouvons attendre un anniversaire, le quarantième par exemple, pour fêter avec éclat, les médecins avisés, tels que Gassot, Maurat, et leurs collègues, qui, ayant fondé il y a 34 ans le « Sou Médical », ont rendu de si grands services à notre profession, et amené cette œuvre à un développement et une prospérité remarquables.

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1927.

Ils sont approuvés à l'unanimité.

Avocat conseil.

M. le Président rappelle que, en février dernier, Me Nattan-Larrier, avocat à la Cour de Paris, avocat-Conseil du « Sou médical », est décédé prématurément, à la suite d'une opération.

Le « Sou », qui avait perdu, en la personne de Me Nattan-Larrier un conseil avisé et compétent, affable et dévoué, a dû songer à le remplacer sans retard, le nombre des dossiers à étudier et les affaires à plaider allant sans cesse en augmentant. Le choix du Conseil s'est porté sur Me Jean Priou, avocat à la Cour de Paris, deux fois docteur en droit, chargé de travaux pratiques à la Faculté de droit, dont il a pu se rendre compte, par plusieurs mois de collaboration, qu'il marchait sans défaillance sur les traces de son regretté prédécesseur. (*Applaudissements.*)

Fixation de la cotisation et de la garantie pour l'année 1929.

La parole est donnée sur cette question à M. le docteur Duchesne, secrétaire général adjoint, qui lit le rapport qu'il a fait, au nom de la Commission nommée à cet effet, sur la question de l'augmentation de la cotisation, au Conseil, qui a adopté ses conclusions :

Rapport de la Commission de la cotisation.

Messieurs,

La Commission, composée de MM. Gassot, Vimont, Boudin et Duchesne, que vous avez nommée pour étudier l'éventualité d'une élévation de la cotisation annuelle du « Sou Médical », vous propose de prendre la décision de soumettre à l'Assemblée générale du 18 novembre 1928 la fixation de cette cotisation à soixante francs (60 fr.)

Les discussions qui se sont déjà poursuivies à ce sujet au sein du Conseil ont déblayé notablement le terrain et nous permettront d'être brefs sur les raisons qui militent en faveur de cette mesure.

Certes, le budget du « Sou Médical » est, avec la cotisation présente de 40 francs, en équilibre. Mais cette situation, due en grande partie à l'accroissement assez sensible de son effectif, et par conséquent, de ses recettes, nous ne saurions garantir qu'elle se maintiendra longtemps encore. Tout au contraire, avons-nous le devoir de prévoir une augmentation inévitable des dépenses, en des proportisons telles que l'équilibre que nous constatons en sera fortement troublé.

Les frais de justice et de procédure augmentent de jour en jour. Nous sommes souvent amenés à exposer, de ce chef, des sommes élevées, 500 à 600 fr. en justice de paix, pour un litige d'une centaine de francs ; sans préjudice des frais éventuels d'appel et de Cassation (plusieurs milliers de francs).

D'autre part, l'augmentation de l'effectif du « Sou Médical » entraîne, *ipso facto*, l'augmentation des affaires qui lui sont soumises.

Les honoraires des avocats subissent la même marche ascendante. L'honoraire d'une plaidoirie simple devant le Tribunal civil n'a pas, pendant longtemps, excédé 200 francs. Il est passé, depuis plusieurs mois, à 300 francs, somme actuellement pratiquée, mais qui tend à devenir insuffisante, les défenseurs réclamant volontiers des provisions de 500 francs, et plus encore....

Certains réajustements, dans les émoluments du personnel du Secrétariat général, s'imposent d'autant plus que la stabilisation du franc justifie d'équitables révisions.

Il convient également de disposer d'une trésorerie assez élastique pour permettre au Conseil de rémunérer certains services que les circonstances peuvent l'amener à rechercher en dehors de ses membres.

La Caisse de garantie n'a pas eu trop à souffrir jusqu'à présent des condamnations civiles prononcées contre des membres du « Sou Médical » dont la responsabilité a été retenue par les Tribunaux. Mais nous sommes dans l'obligation de constater que le nombre de procès intentés aux médecins dont la responsabilité professionnelle est recherchée, tend à s'accroître avec une rapidité impressionnante, tandis que le taux des dommages-intérêts accordés aux demandeurs atteint souvent un niveau non moins impressionnant.

Enfin, l'objectif du « Sou Médical » est de prendre aussi libéralement que possible la défense de ses membres, dans la limite des Statuts. Il faut donc que son Conseil puisse disposer de ressources suffisantes pour faire face à toutes les exigences en présence desquelles il est appelé à prendre des décisions.

Telles sont, Messieurs, les raisons qui justifient la proposition que vous soumet votre Commission. Elle s'est arrêtée à la somme de 60 francs, dont les 2/3 (40 fr.) seraient versés dans le Caisse générale, et le troisième tiers (20 fr.) dans la Caisse de garantie.

Si nous tablons sur un effectif de 5.500 adhérents, c'est donc une somme de 110.000 francs qui tomberait annuellement dans cette Caisse de garantie, et qui lui assurerait l'élasticité suffisante pour faire aisément face aux risques qu'elle se charge de couvrir, et les attendre de pied ferme.

Conclusion.

Votre Commission vous propose donc de mettre en discussion l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration du « Sou Médical », saisi d'un projet d'élévation de la cotisation annuelle, par sa Commission, celle-ci entendue, et après en avoir délibéré, décide de proposer à l'Assemblée générale ordinaire du « Sou Médical » du 18 novembre 1928 de porter à 60 francs la cotisation à partir du 1er janvier 1929. »

Paris, le 10 juillet 1928.

A la suite de cette lecture, personne ne demandant la parole, l'Assemblée générale fixe, à l'unanimité et sans aucune abstention :

A SOIXANTE FRANCS, la cotisation pour l'année 1929, somme sur laquelle VINGT FRANCS sont affectés spécialement à la Caisse de garantie.

A SOIXANTE-DIX MILLE FRANCS (chiffre égal à celui des années précédentes), la somme à concurrence de laquelle le « Sou » garantit la responsabilité professionnelle de ses Membres, les frais judiciaires étant garantis en sus de cette somme par la Caisse générale.

Il est rappelé que, comme antérieurement, le journal *Le Concours médical* garantit la responsabilité professionnelle des membres du « Sou » qui sont en même temps ses abonnés, pour TRENTE MILLE FRANCS, en complément de la garantie donnée par le « Sou » lui-même. Par ce moyen les membres du « Sou », qui sont en même temps abonnés au *Concours* sont garantis pour CENT MILLE FRANCS, outre les frais de procès.

Election de deux commissaires contrôleurs.

Les Commissaires sortants, MM. VILPELLE et HERVOUET, qui sont rééligibles, sont élus à l'unanimité, sur la proposition des membres de l'Assemblée, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1928.

Concurrence faite par les hôpitaux aux maisons de santé privées.

M. le Président donne la parole à M. Paul BOUDIN, secrétaire général, pour exposer à l'Assemblée une affaire importante et présentant un intérêt d'ordre général, dont le « Sou médical » vient d'être saisi par deux de ses membres, qui sont propriétaires, dans une ville de province, d'une maison de santé chirurgicale.

Depuis longtemps, des médecins, membres du « Sou », se plaignent de la situation défavorable qui est faite à la maison de santé qu'ils ont créée pour y opérer leurs clients, par l'hôpital local qui a ouvert une clinique payante annexée à ses services de bienfaisance ou qui reçoit dans des salles spéciales des malades payants, de situation aisée ou même riche. L'hôpital est un établissement public, dont le but est de recevoir et de soigner les indigents, habituels ou occasionnels et non les malades aisés ou riches. La création de salles payantes ou d'une clinique payante annexe ne saurait être admise lorsqu'il existe, dans la même localité que l'hôpital, une ou plusieurs cliniques privées susceptibles de recevoir les malades qui peuvent payer. Cette création peut, dans certaines circonstances, prendre le caractère de concurrence déloyale et c'est précisément ce qui existe dans le cas des deux médecins dont il vient d'être question.

Ne serait-il pas opportun, si tel est l'avis de nos Conseils juridiques, de donner à nos adhérents l'appui le plus complet pour attaquer, dans la forme qu'ils indiqueront, la Commission administrative de l'hôpital qui a décidé la création de cette clinique, qui fait de l'hôpital, d'établissement de bienfaisance qu'il devait rester pour respecter les lois qui le régissent, une sorte d'établissement susceptible de faire des bénéfices, donc commercial ?

Me Bernard AUGER, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, est d'avis également que l'hôpital ne peut pas, sans sortir de son rôle d'établissement de bienfaisance, se livrer à des opérations qui sont de nature à lui procurer des bénéfices et que, s'il le fait, les personnes auxquelles il porte ainsi préjudice sont en droit de lui demander réparation de ce préjudice.

Le Conseil d'Etat serait compétent pour annuler la délibération de la Commission administrative, approuvée par le Préfet, en exécution de laquelle la clinique annexe a été créée. Mais, dans l'espèce envisagée, le délai dans lequel le recours aurait dû être formé est expiré. Il serait cependant possible de former un recours en Conseil d'Etat contre tout acte d'application de la délibération prétendue illégale.

Un autre moyen serait d'assigner la Commission administrative devant le tribunal de Commerce en concurrence déloyale.

M. HERVÉ, président du Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé privées, dit que le Syndicat est disposé à soutenir le procès qui serait fait au nom des médecins dont le cas vient d'être discuté. Mais le « Sou » est également intéressé à faire aboutir ce procès, car la situation qu'il aurait pour but de faire cesser cause préjudice à tous les médecins des localités où elle existe, qui perdent la clientèle des malades soignés dans les salles et cliniques payantes des hôpitaux. Il est d'avis que la juridiction commerciale serait compétente, puisque les hôpitaux deviennent partiellement des hôteliers en faisant payer les frais d'hospitalisation.

M. HERVOUET signale que la situation qui vient d'être exposée existant depuis longtemps est, pour ainsi dire, passée dans les mœurs et qu'il sera difficile de la faire condamner actuellement.

M. DECOURT fait observer que, si certains hôpitaux recevaient déjà des malades payants, il n'y avait qu'une partie modique de la clientèle qui échappait ainsi aux médecins, tandis que, lorsque les assurances sociales fonctionneront, ce sera 80 pour 100 de la population qui sera soignée, au compte des Caisses, dans les hôpitaux, ce qui devient inquiétant pour le corps médical.

M. Foveau de Courmelles ne voit pas quelle forme pourrait être donnée à la demande portée devant le Tribunal de commerce. Sera-ce une demande en dommages-intérêts ?

Me Auger. — Oui.

M. Noir rappelle que le Corps médical a toujours protesté contre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux. Le Syndicat de la Seine par exemple, a protesté contre le fonctionnement de la Maison Dubois où les chirurgiens ont toujours été payés pour certaines opérations. On ne saurait donc prétendre qu'il y a eu un acquiescement du corps médical et que la situation de fait ainsi créée a prescrit le droit des médecins qu'elle lèse à tenter d'en obtenir la suppression.

Me Auger, reconnaît que la tolérance du corps médical est un fait réel, mais, après avoir admis les malades touchant simplement à l'indigence et susceptibles de payer un prix modéré, les hôpitaux s'adressent, maintenant aux malades aisés et même aux malades fortunés, ainsi que l'a déclaré publiquement, devant un Ministre, un membre de la Commission administrative de l'hôpital visé dans l'affaire actuelle.

M. Pamart rappelle que le Syndicat des médecins de la Seine s'est préoccupé de la question et a fait de nombreuses démarches, tant auprès du directeur de l'Assistance publique que des Présidents du Conseil municipal et du Conseil général, qui ont promis d'étudier la question. Le Syndicat demande que, pour les assurés sociaux, le droit de se faire soigner à l'hôpital par le médecin de leur choix soit admis.

M. de Fourmestraux pense que c'est sur les Commissions administratives qu'il y a lieu d'agir. A Chartres, il a pu arriver ainsi à faire fermer la clinique créée par l'hôpital. Il est à craindre que le procès envisagé n'aboutisse à un résultat défavorable au but visé.

M. Harlet signale qu'à Lille fonctionnent deux maisons de santé où les malades paient le prix de journée et, en outre, les honoraires chirurgicaux.

M. Garrigues craint que l'action devant le tribunal de commerce n'aboutisse à un échec et pense qu'il y aurait lieu de faire déclarer au préalable que les hôpitaux font œuvre de commerce en créant des cliniques payantes.

M. Mignon signale le fait d'un Président de Conseil d'administration d'une maison de santé, qui, tombé malade, s'est fait soigner à l'hôpital où il payait plus cher, comme prix de journée, qu'il n'aurait payé dans sa propre maison de santé. Le fait se passait en Alsace.

M. Paul Boudin fait remarquer que la législation alsacienne est différente de celle qui est en vigueur dans le reste de la France.

Pour résumer le débat, il rappelle que les médecins des hôpitaux sont légalement les employés de ceux-ci et que la loi sur les assurances sociales instituant le « tout compris », applicable actuellement pour les accidents du travail, les Commissions administratives auront le droit de percevoir des honoraires médicaux en plus du prix de journée proprement dit, mais que, ainsi que le Conseil supérieur de l'Assistance publique l'a reconnu, elles pourront se borner à donner à leurs employés médecins, sur ces honoraires ainsi touchés directement par elles, une somme qu'elles fixeront selon leur bon plaisir.

Dans l'affaire qui a été l'objet de la discussion actuelle, le procès devant le tribunal de commerce pourra être tenté, sauf, s'il échoue, à s'adresser au Conseil d'Etat.

VARIÉTÉS

Un médecin critique d'art. — Le docteur Fernand Vallon. — Au Luxembourg et chez Rodin (1)

Nos lecteurs connaissent bien le Dr Fernand Vallon, l'auteur de ce charmant ouvrage sur *Falconet* pour lequel Gabriel Hanotaux, de l'Académie française, écrivit une si délicate et si élogieuse préface. C'est au Luxembourg, puis au Musée Rodin qu'aujourd'hui le Dr Fernand Vallon nous conduit et en passant devant les statues et les toiles, il nous donne ses impressions dans un dialogue à bâtons rompus avec son ami Maxime Lanvol qui, question d'anagramme à part, lui ressemble comme un frère.

Les jugements esthétiques portés par les deux amis ne manquent ni de pittoresque, ni d'originalité. Pour eux, la sculpture « le plus noble et le plus difficile des arts » a le pas sur la peinture. « Attentive à sa vie intérieure, absorbée par son âme, la statue doit nous ignorer. Le monde n'existe pas pour elle. Elle regarde en elle-même la clarté merveilleuse. » Et Maxime Lanvol évoque Michel-Ange dont « la lampe allumée dans son *Crépuscule* et son *Œuvre*, brûle toujours au cœur de la pierre et l'éclaire pour l'éternité. » Il évoque encore « le *Baptiste* de Rodin, si plein du Dieu qu'il a vu vivre, mourir et revivre » et son *Penseur* « qui voit trembler dans son corps animal les premières lueurs de la pensée ». Son admiration s'arrête encore sur l'*Age d'Airain*, toujours de Rodin « qui ferait penser aux Antiques, s'il ne contenait de la douleur et de la pensée. »

A ce propos, surgit, dans la conversation des deux visiteurs une sorte de parallèle entre la sculpture grecque (Antique) et la sculpture moderne (Chrétienne). « Les statues grecques allient la beauté et la quiétude. L'émotion qu'elles nous donnent n'est pas intellectuelle, mais physique et sensuelle. » Sourire grave, maîtrise calme, grand silence animé, voilà selon Maxime Lanvol les caractères de la sculpture antique. « Le christianisme a créé l'inquiétude » et les exemples sont nombreux depuis le *Sourire* de Reims jusqu'au *Beethoven* de Bourdelle, en passant par Michel-Ange et les fresques de la Sixtine, qui, si elles sont des peintures, restent l'œuvre d'un génial sculpteur.

Les réflexions de Lanvol sur la sculpture grecque sont fondées, mais il ne faudrait pas les prendre au pied de la lettre. Sans doute, les statues grecques allient pour la plupart la beauté à la quiétude ; sans doute « leur arythmie nous calme ; leur sérénité nous rassérène ». Mais n'est-ce pas parce que le plus souvent elles représentent des divinités olympiennes ? Il est des Marsyas, des Laocoon, dont les visages tourmentés n'allient pas la beauté à la quiétude. Et nous avons gardé le souvenir d'un buste de Périclès au Vatican, dont la noble expression ne nous a procuré aucune émotion physique ni sensuelle mais bien la plus vive des émotions intellectuelles. N'est-elle pas encore intellectuelle la sensation que réveille dans notre esprit les délicieuses statuettes de Tanagra et de Myrina qui nous révèlent la vie intime de la Grèce ? Les Grecs, comme les modernes, ont su, dans leurs arts, exprimer toutes les passions. Ne les jugeons-nous pas trop exclusivement par les statues de leurs Dieux et les sculptures de leurs Temples.

Chemin faisant, Lanvol cite Michel-Ange qui méprisait Raphaël « parce qu'il ne tenait pas sa supériorité de la nature, mais de l'étude. » Loin de nous la pensée de vouloir si peu que ce soit tenter de diminuer la valeur géniale de « l'œuvre colossale et douloureuse » de Michel-Ange, mais nous savons que ce très grand artiste était jaloux, et ses jugements sur ses contemporains et ses rivaux sont plus discutables que ses œuvres. Ne portait-il un jugement aussi sévère et plus injuste sur Léonard de Vinci, un de ces génies qui défient cependant toute comparaison ? Michel-Ange, Raphaël, Léonard de Vinci, atteignent de tels sommets que s'il est permis de préférer l'un d'entre eux aux deux autres, personne, ne saurait prétendre classer sans sacrilège leurs chefs d'œuvre.

Au Musée du Luxembourg, les deux amis, après avoir admiré le *Beethoven*, s'arrêtent devant une tête de *fillette* de Despiau, d'une émouvante simplicité et devant l'*Homme au nez cassé* de Rodin ; ils s'extasient encore devant la vitrine qui protège la cire perdue « *Le Faune et la Nymphe* », représentation passionnée de l'Instinct de la Procréation, du Désir homicide et brutal.

A côté de ces chefs-d'œuvre *la Nature* de Barrias, statue polychrome, *le Pitre* de Saint-Marceau, la *Tanagra* de Gérôme sont jugées sans indulgence. « A l'entour, Denys Puech et les autres se répandent, fondants comme saindoux en poêle et les pensionnats d'anglaises après avoir vu cela, disent d'une seule voix : « Aoh ! c'est joli. » Ce sont les meilleurs repoussoirs que l'on peut désirer pour les œuvres de Bourdelle et de Rodin.

L'*Héraklès*, de Bourdelle, qui occupe le milieu d'une salle de peinture, y est bien à sa place, il est « monstrueusement beau » et sert de transition entre la sculpture et la peinture.

(1) Aux Imprimeries réunies à Senlis, 1928.

« Les Idées sont rares en Peinture ». Cependant, les deux amis s'accordent à en trouver chez Puvis de Chavannes, chez Carrière dont les toiles sont « voilées comme il convient à leur modestie », mais expriment l'Intelligence et la Bonté, le meilleur de l'Humanité.

Renoir, épris de vie et de nature à l'égal de Maupassant, est opposé à Puvis et Carrière. Le *Balcon* de Manet indique un pinceau qui concorde avec la plume de Zola. Et les deux amis se rappellent l'époque de leur jeunesse où l'on riait de Rodin où l'on insultait Zola et où « la foule amorphe bêlait devant les toiles de Mlle Lemaire ».

Degas, Lautrec, Manet, comme Daumier et Forain, évoquent l'ombre de Goya. Monet, Sisley, Pissaro se dépouillent de leur personnalité tant ils s'identifient à la nature. Monet est un Protée qui change avec le ciel, avec l'heure où il peint. Mais ce n'est pas au Luxembourg qu'il faut aller pour l'admirer, c'est dans les salles de l'Orangerie aux Tuileries qui abritent les *Nymphea*, les plus beaux de ses chefs-d'œuvre (1). Berthe Morizot, Van Gogh à la folie géniale, le « laborieux » Cézanne, Gauguin et même la simplicité illustrée et l'imagination du douanier Rousseau arrêtent un instant les deux amis. Le Sidaner les lasse de sa chatoyante féérie. Henri Martin qu'ils admirèrent dans leur jeunesse, les fatigue car son procédé littéraire « ne remplace pas plus l'intelligence que la sensibilité ». Bonnard est le printemps incarné, mais son « édifice impressionniste a une splendeur fragile à faire craindre qu'il ne s'émiette s'il tombait du fronton » où il est placé. Maurice Denis, peint des fresques que l'on peut rapprocher de celles de Giotto.

Toutes proportions gardées, Maurice Denis rappellerait Raphaël, tandis que Desvallières, ressemblerait plutôt à Michel-Ange. Maillol, peintre et sculpteur, est dominé par l'art grec. « Volupté, fluidité, mélodie, subtilité » caractérisent les productions de Matisse. C'est en quelque sorte le Debussy de la peinture ; l'on pourrait créer créer pour lui le néologisme de « sensationniste ». Il convient de noter en passant les *Fauves* de Jouve, le *Solliciteur* de De Thomas. Quant au *Neptune* de Van Dongen, Neptune de Mardi-Gras, « discordant, faux comme un jazz nègre, étonnamment faux », il apparaît comme une mysitfication. Luce sait peindre la douce mélancolie de l'Ile de France ; Utrillo offre une fraîcheur naïve dont le vieux monde est altéré. Certains tableaux de Paul Goigon rappellent Corot.

Lanvol n'apprécie pas les médailleurs modernes. La galvanoplastie des Chaplin, des Roty et autres n'ont rien de commun avec la médaille antique et la vigueur de Varin, le médailleur de Louis XIV.

Les animaux de Pompon sont d'une probité discrète, c'est la rançon du « beau chiqué tapageur de Lalique ».

L'art décoratif moderne avec « la tyrannie qui prétend nous meubler avec des pierres de taille » ne dénote pas le bon goût. Tel bureau de Pierre Chareau, tel chiffonnier de Kuhlmann ont l'aspect d'un tombeau ou d'un mausolée.

Non sans justesse, Lanvol apprécie sévèrement l'art décoratif actuel : « La pauvreté de l'imagination, l'indigence de la création sautent aux yeux et toute cette exposition de 1925 était dominée par le souvenir de l'Orient. Une fois de plus Angkor Vat avait été pillé » et il conclut : On attend en art une rénovation.

Même opinion sur les bijoux, les vases, les grés flambés exposés au Luxembourg, qui, lorsqu'ils valent la peine d'être regardés, sont des répliques de la Chine ou du Japon.

Nos deux amis gagnent ensuite l'Hôtel de Biron qui sert merveilleusement de cadre à l'œuvre de Rodin. Ils admirent la *Convalescente*, le buste de *lady Warwick*, la tête de *Puvis de Chavanne*, *Maternité* qui paraît être la transposition sculpturale, par Rodin, d'un des tableaux de son ami Carrière.

Le Père Aymard, supérieur des Eudistes seur apparaît comme « un épouvantail dont la bouche de bonté rachète la satanique flambée ». *Rose Beuret* leur rappelle Houdon en plus ferme. *Les mains*, si mystérieuses, sont déconcertantes. Ce n'est pas de la sculpture, mais de la poésie, car il n'y a pas de « cloisons étanches, qui isolent la poésie de la sculpture et la musique de la peinture. Pourquoi disons-nous que Debussy peint et que Wagner sculpte ? Dans *le Baiser*, la sensualité de Rodin est grisante. « Son œuvre est un panorama de l'Humanité. »

Rodin au souple génie a su aussi évoquer la poésie gaillarde et naïve de la fable antique. *Le Faune et la Satyresse* en est un exemple.

Et avant de se séparer les deux amis vont voir les tableaux chéris de Rodin : deux Van Gogh, des Carrière, un Monet, un Renoir.

***

L'on peut juger par ce résumé infidèle combien est originale et sincère l'œuvre critique du Dr Fernand Vallon.

Quatre belles planches illustrent ce beau volume : 1° *Le Moulin de la Galette* de Renoir qui nous fait revivre l'heureux temps (il y a quarante ans déjà) où quittant la rive gauche et les pentes de la Montagne Sainte-Geneviève, nous entreprenions à pied le voyage et l'ascension de la butte où le vieux Moulin, alors si pittoresque, nous offrait l'hospitalité.

(1) Lire à ce sujet Claude Monet. Les nymphea par Georges Clemenceau (Librairie Plon, Paris.)

2° Le portrait de *Paul Verlaine* par Carrière, encore une évocation du crâne socratique du poète que, dans notre jeunesse, nous rencontrions souvent errant dans les rues du quartier latin, quand il n'était pas couché dans quelque lit de nos services hospitaliers. 3° *Nu*, de Renoir si vivant et si vrai ; et enfin 4° la reproduction d'un fragment de Rodin, l'*Age d'Airain*, plus beau qu'un Antique.

Notre époque, pour ceux qui connaissent quelque peu le passé et se sont donné la peine de juger par eux-mêmes, est, hélas ! une période d'éclipse artistique.

Nous avons fermé les portes du temple du Goût français depuis la guerre comme les Romains fermaient celles du Temple de Janus. Il est consolant de constater qu'il est encore des critiques capables de porter sur les œuvres d'art ou prétendues telles un jugement sain, loyal et droit et nous sommes heureux de trouver parmi ces critiques indépendants, originaux, sans préjugés, sans parti pris, un de nos confrères, un médecin.

Aussi nous adressons au Dr Fernand Vallon, nos félicitations les plus vives et nos remerciements les plus sincères ; ses critiques nous font espérer un jour une nouvelle Renaissance.

J. Noir.

II

UN PRÉTENDU MENSONGE DE L'HISTOIRE

Par Albert Garrigues.

Tous les ans, après le retour des vacances, notre vieux maître avait coutume de réunir à son foyer cinq ou six de ceux qui furent ses jeunes élèves... autrefois ; et, l'illusion des souvenirs aidant, les uns et les autres, pour une heure trop courte, nous nous imaginions alors plus jeunes de vingt ans. Astée retrouvait son amour du paradoxe et Philonice celui de la contradiction. Ce soir-là, la conversation venue sur les internements arbitraires, auxquels la grande presse comme nos revues spéciales donnaient un regain d'actualité, tous deux, par miracle se trouvèrent d'accord,

— Malgré l'imperfection de nos lois, disait Astée, il est à peu près impossible d'enfermer dans un asile un homme qui a toute sa raison. Sur ce point, nous sommes mieux protégés que ne le furent jadis les princes mêmes ; car la garde qui veille à la porte des trônes, loin de défendre les reines, servit parfois à les séquestrer.

— Exemple ? fit l'un de nous.

— Exemple, répondit Philonice. — Il y avait une fois un prince et une princesse. Le prince était beau comme le jour ; la princesse jalouse comme Zélotypie elle-même. Parce qu'il était coureur, elle s'appliquait à partout le suivre, à ne jamais le quitter plus loin que la longueur de ses éperons d'or.

Un tel amour est peut-être lourd à porter ; mais il est à supporter plus lourd encore. Aussi, tous deux se trouvant dans le royaume des parents de la princesse, prétextant que celle-ci enceinte de six mois ne pouvait sans danger faire de longs voyages, le mari la laissa au roi son père, à la reine sa mère et, tout seul, retourna chez lui. Il y gagna dix-huit mois de tranquillité et des habitudes d'indépendance conjugale ; mais le résultat fut désastreux.

A peine de retour, car il fallait bien qu'elle revînt un jour, la princesse se répandit en justes plaintes. Bientôt, à ces plaintes mal accueilles succédèrent des scènes scandaleuses en présence de toute la cour. Pour avoir la paix, le prince déclara que sa femme était folle et on l'enferma.

Tout de même, elle était héritière de deux couronnes. A la mort de sa mère, la première lui vint. Son père eût bien voulu la garder ; son époux préférait la prendre et, pour cela, il libéra l'héritière de sa prison, la montra à ses côtés à ses nouveaux sujets. Le tour joué, sur ce seul point mari et père s'entendirent : on remit la reine au cabanon ; sur tous les autres, la mésentente fut parfaite, si bien que le beau-père fit empoisonner son gendre sans plus de façons.

On enterra le mort et la reine ne fut que mieux emprisonnée. Puis, comme il pouvait se présenter des prétendants à sa main, on inventa une légende de nécrophilie maritale bien faite pour écarter les soupirants.

Quand le vieux roi mourut à son tour, son petit-fils, le fils de la prisonnière, mit sur sa tête toutes les couronnes et sa mère était trop bien où elle était, au gré de sa jeune ambition, pour qu'il ne l'y laissât. Tant que, lorsque la pauvre femme mourut à 75 ans, elle avait passé les trois quarts de sa vie en captivité.

Et voilà, conclut Philonice, l'histoire de Jeanne de Castille, que l'histoire appelle Jeanne la Folle et qui n'était pas plus démente que vous et que moi.

* * *

Ces redressements de l'histoire sont accueillis avec faveur ; mais il s'en faut que la vérité toujours les inspire. Celui-ci est moins neuf qu'on ne croirait ; il date de 1868 et des recherches d'archives de Gustave Bergenroth (1). Sa publica-

(1) G. A. Bergenroth. — *Supplement to volume I and II of letters, despatches and state papers relating to the negotiations between England and Spain preserved in the Archives at Simancas and elsewhere*, London, 1868.

tion retentissante séduisit les érudits en Allemagne, en Angleterre et en Belgique ; chez nous, H. Forneron (1) et A. Cabanès (2) défendirent ou adoptèrent sa thèse ; en Espagne, au contraire, elle fut combattue. Or, les Espagnols avaient raison et si bien que A. Cabanès lui-même plus tard se rendit (3). Le débat est aujourd'hui terminé pour les historiens et une remarquable étude de A. Heiss (4) y a pour beaucoup contribué.

Le récit de Philonice témoigne qu'il ne l'est pas encore pour le public. Il n'est donc pas tout à fait inutile de le reprendre.

Donnons d'abord à l'exposé qu'on a lu l'appui des faits et des textes invoqués en faveur de son exactitude.

Jusqu'à son mariage, en 1496, avec l'archiduc Philippe le Beau, Jeanne de Castille était une princesse brillante ; tout le monde en cela s'accorde. Jusqu'à la fin de 1503, rien non plus qu'on trouve à reprendre à son état mental. Quatre grossesses déjà s'étaient heureusement terminées le 15 novembre 1498, le 25 février 1500, le 18 juillet 1501, enfin le 10 mars 1503. A cette date, l'archiduchesse se trouvait en Espagne auprès de ses parents Ferdinand et Isabelle ; Philippe le Beau, dès décembre 1502, était parti pour retourner seul dans les Pays-Bas. Elle était aimante et jalouse ; elle avait souffert de son abandon, mais sans rien d'anormal. En novembre 1503, des nouvelles lui vinrent de Bruxelles, comme on est toujours trop pressé d'en apporter aux épouses. Alors, elle voulut partir. La saison était mauvaise pour voyager. Qu'importe ? Il était périlleux de prendre la mer. Cela compte-t-il ? On la retint ; elle tenta de forcer la contrainte ; mais, après une mutinerie d'une nuit, vive il va de soi, mais qu'une promesse de départ finit par calmer, elle sut attendre six mois sans impatiences anormales.

Jeanne de Castille

(D'après le portrait de la Coll. du Château de Beauregard.)

Arrivée à Bruxelles le 10 juin 1504, elle retrouva un mari ouvertement infidèle, bien décidé à le demeurer, qui lui donnait ses suivantes pour rivales. Scènes de ménage violentes, brutalités des deux côtés, qui ne paraissent excessives que parce qu'il s'agit de princes, qu'on n'imagine pas pouvoir se quereller et se battre comme des vilains. L'archiduc, prenant les grands moyens, déclara folle la jalouse et la fit enfermer.

J'ai appris, écrivait le roi Ferdinand à Gonzalve de Cordoue, le 24 avril 1505, que Philippe tient en Flandre Jeanne ma fille prisonnière et privée de toute liberté. Il défend qu'elle soit servie par des gens de son pays ; des mains flamandes lui préparent sa nourriture ; sa vie n'est pas sans être en danger. Que Dieu la protège ! (1).

A la vérité, la folie n'était pour rien dans tout cela puisque, au même moment, Philippe écrivant aussi à Gonzalve de Cordoue, qu'il voulait détacher de Ferdinand et attirer dans son parti, lui recommandait expressément, s'il entendait parler de la démence de sa femme, de n'en rien croire.

Voici mieux. Quelques mois avant, le 26 novembre 1504, Isabelle la Catholique était morte ; Jeanne était devenue reine de Castille. Or, comme le roi d'Aragon, son père, avait pris la régence de Castille, la reine écrivit le 3 mai 1505, à son ambassadeur en Espagne, M. de Veyre, cette lettre qui témoigne à la fois de sa raison et de son amour persistant pour son mari :

En Castille, on veut me faire passer pour folle ; il est donc juste que vous assuriez le contraire. Parlez-en au roi mon père de ma part. Je sais bien que le roi mon Seigneur (Philippe le Beau) lui a écrit autrefois pour se plaindre de moi et se justifier ; mais cela aurait dû rester entre père et enfants ; d'autant plus que si j'ai quelquefois montré de la passion, si je n'ai pas su toujours garder le calme convenable à ma dignité, la jalousie seule

(1) H. Forneron. — *Histoire de Philippe II*, 4 vol. in-8, Plon, Paris, 1881-1882, t. I.

(2) A. Cabanès. — *Les indiscrétions de l'histoire*, 5e série, in-8 jésus, (Librairie mondiale, s. d., pp. 135 et ss.)

(3) A. Cabanès. — *Fous couronnés*, in-8 jésus (A. Michel, Paris, s. d. pp. 1 et ss.) *Le mal héréditaire*, in-8 jésus (A. Michel, Paris, 1926, ch. II, pp. 83 et ss.)

(4) A. Heiss. — *Etude sur la démence de la reine Jeanne de Castille* (Annuaire de la Société de numismatique, Paris, 1892).

(1) Publié par D. Antonio Rodriguez Villa. — *Bosquejo biografico de la Reina dona Juana, formada con los mas notables documentos historicos relativos a ella*, Madrid, 1874.

en fut la cause. Cette passion ne fut-elle pas aussi celle de la reine, ma maîtresse et n'en fut-elle pas cependant excellente et pleine de mérites comme elle a été ? Je vous prie et vous ordonne de parler à toutes les personnes auxquelles il vous semblera utile, afin que la vérité réjouisse ceux dont les intentions sont bonnes et que les autres sachent bien que, serais-je comme ils le souhaitent, je ne devrais pas enlever au roi mon seigneur et mon mari, le gouvernement de ses royaumes et de mes biens, ni lui refuser tous les pouvoirs possibles, tant pour l'amour que je lui porte et la qualité que je lui reconnais que pour me conformer au droit (1).

Jeanne et Philippe vinrent ensemble prendre possession de la couronne maternelle ; le 29 avril 1506, ils débarquaient à la Corogne. Jeanne n'y gagna, hélas ! qu'un changement de prison et Mucientes remplaça Bruxelles. La Castille s'en émut, menaçant de se soulever. Alors, le roi-époux demanda aux Cortès réunies de déclarer la reine incapable, son internement nécessaire. D'un avis opposé, les Cortès refusèrent. Un instant, Jeanne fut donc remise en liberté, un instant, dis-je, car bientôt elle fut enfermée de nouveau, cette fois à Tordésillas. Les Espagnols prenant fort mal la chose, le ciel se faisait noir pour Philippe dans ce pays aux soulèvements populaires faciles, quand le poison de Lopez Araoz, un agent de Ferdinand, régla les choses. Philippe mourut presque soudainement le 17 septembre 1506. Cela devait faire dire plus tard à Philibert Naturel, prevôt d'Utrecht, que Charles de Castille (le fils de Jeanne et le futur Charles-Quint) ferait bien de ne pas manger hors de chez lui et de se méfier des viandes de son grand-père.

Pour dix ans, Jeanne retomba ainsi sous la tutelle de son père ; elle ne gagna à son changement de maître qu'une légende, la légende qui la fait se promener à travers l'Espagne avec le cadavre de son époux. Légende fausse puisque le cercueil de Philippe le Beau reposait dans la crypte royale de Grenade et que Jeanne était prisonnière à Tordésillas. Légende politiquement habile puisqu'elle découragea Henri VII d'Angleterre, qui avait la pensée d'épouser Jeanne pour l'amour de la couronne de Castille.

A la mort de Ferdinand, en 1516, l'infant Charles avait seize ans et il était alors si peu pressé de régner qu'il prit un jour pour devise dans un tournoi : *Pas encore*. Les Cortès nommèrent gouverneurs, en l'attendant, son précepteur Adrien d'Utrecht, doyen de Louvain et le cardinal Ximenès de Cisneros. Mais peuple et seigneurs obéissaient à regret à un moine et à un cardinal, et la guerre civile des *Comuneros* s'alluma. En Castille, ceux-ci vinrent reconquérir Jeanne leur véritable reine et occupèrent Tordesillas. Libres à ce moment de dire toute leur pensée, la plupart des serviteurs de la recluse déclarèrent alors :

(1) Archives de Simancas, *Libros generales de la Camara, num.* 11, fol. 17 vuelto.

Son Altesse a été persécutée et détenue par force pendant quatorze ans, bien qu'elle ait toujours joui de son bon sens et de tout son jugement. Par conséquent, elle est capable de gouverner ses États (1).

A cette heure, son fils ne l'entendait plus de la sorte. Les Comuneros battus, son pouvoir rétabli, il fit enfermer Jeanne de nouveau. Elle ne devait être libérée que par la mort.

* * *

La thèse ainsi est habilement présentée ; le malheur est qu'elle soit fausse. On apporte des documents ; mais on les choisit et l'on se garde de les donner tous. La place qu'on leur trouve est déjà une interprétation. Enfin, certains points sont inexacts.

Il est vrai que la jeunesse de Jeanne fut normale, encore que la princesse ait eu de qui tenir, s'il est vrai que sa grand'mère maternelle, Isabelle de Portugal, devint folle à la mort de son mari Jean II de Castille et resta démente quarante-deux ans jusqu'à sa mort (2).

Il est vrai que, jusqu'à la fin de 1502, on ne trouve pas de traces de troubles mentaux ; mais il ne l'est plus que, après le départ de Philippe le Beau, tout se soit passé aussi bien qu'on l'assure. *Dès qu'elle se vit séparée de son mari, elle tomba dans une sombre mélancolie dont rien ne pouvait la distraire* (3). La naissance même de son fils n'ôta rien à sa tristesse, à son inertie motrice et à son indifférence psychique. A peine deux mois et demi plus tard (20 juin 1503), trois médecins de la cour rédigeaient le bulletin suivant :

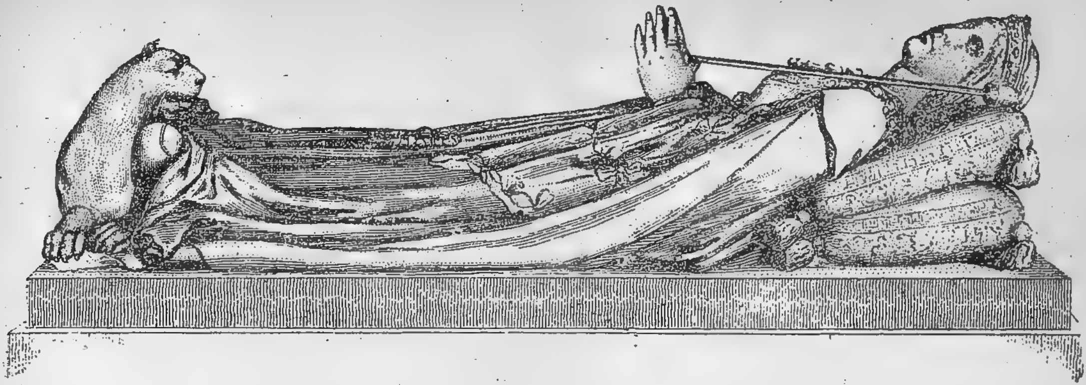
Elle dort mal, peu ou pas ; elle est très sombre et faible ; quelquefois, elle refuse de parler. Ce symptôme, d'autres aussi qui dénotent au contraire son agitation, font juger de la gravité de son état. Ce mal peut se soigner par l'affection et la prière ou par la contrainte ; mais les premières ne sont pas accueillies et ce serait pitié de recourir à la dernière tant la moindre insistance cause à la malade de trouble et de douleur (4).

Rapport discret, comme il convient quand on parle des grands, mais qui s'éclaire singulièrement du post-scriptum des médecins :

Nous prions humblement votre Altesse de faire brûler cette lettre.

Il est vrai que rejoindre à tout prix un époux volage est une banale pensée de femme jalouse ; mais ce devint chez Jeanne une *idée fixe* ; et, quant à la scène de mutinerie dont il est fait si

(1) Cf. deux lettres du cardinal Adrien du 4 septembre 1920, l'une à Charles, l'autre à Lope Hurtado de Mendoza (*Archives de Simancas*).
(2) Florez. — *Reynas Catholicas*, pp. 749-750. — Ce fait est toutefois contesté par quelques historiens.
(3) Pierre Martyr. — *Opus Epist.*, lettre 255.
(4) *Archives de Simancas*.



TOMBEAU DE JEANNE DE CASTILLE
(*D'après une gravure de Massard*).

bon marché, ce n'est tout de même pas le fait d'une personne lucide de rester *une nuit entière* exposée aux intempéries entre la porte extérieure d'un château tenue fermée et la porte intérieure qu'on se refuse de franchir. Et il n'est pas vrai qu'une promesse calma la princesse et qu'elle resta calmée pendant six mois. Il n'y eut de rémission dans son état que lorsque son idée fixe n'eut plus motif d'être, c'est-à-dire quand l'archiduchesse eut rejoint Philippe le Beau. L'enfer conjugal qu'alors elle subit et qu'elle créa rendit cette rémission très courte et la reine Isabelle savait si bien à quoi s'en tenir au sujet de sa fille que son testament, daté du 12 octobre 1504 dit nettement :

Si je viens à décéder pendant l'absence de ma fille ou si celle-ci, bien que présente, ne veut *ou ne peut* gouverner, j'institue pour unique régent, gouverneur et administrateur du royaume de Castille, le roi d'Aragon Ferdinand, mon époux (1).

Il est vrai que Jeanne, après la mort d'Isabelle la Catholique, écrivit la fameuse lettre du 3 mai 1505 ; mais il l'est aussi qu'elle lui fut dictée par l'archiduc son mari, qui avait intérêt à ce qu'elle fût écrite. Et il l'est encore que, libre de cette contrainte, quelques jours à peine plus tard, Jeanne envoyait au roi d'Aragon, son père, un pouvoir en règle l'instituant seul régent de Castille. Ce pouvoir fut intercepté ; la surveillance de la princesse se fit plus étroite ; son secrétaire fut jeté en prison (2). Or, la lettre à M. de Veyre eût-elle été spontanée, la nette contradiction que lui donne le pouvoir presque aussitôt envoyé au roi d'Aragon, marquerait à elle seule un indéniable état de déséquilibre.

Il est vrai que Philippe écrivit à Gonzalve de Cordoue de ne pas croire que sa femme fut folle ; mais cela allait d'accord avec sa politique et avec la lettre même qu'il devait faire écrire à Jeanne le 3 mai 1505. Les nécessités politiques

(1) *Idem.*
(2) Pierre MARTYR. — Opus Epist., lettre 282.

ayant changé, ne croyant plus avoir besoin de mentir à la vérité. l'époux-roi dit celle-ci tout net dans le traité de Villafafila qu'il imposa, le 27 juin 1506, à son beau-père :

Comme notre sérénissime épouse, proclame-t-il dans ce document, ne veut d'aucune façon s'occuper d'administration ou d'aucun autre objet analogue ; et, comme, du reste, si elle voulait s'y entremettre, la totale destruction de ces royaumes en résulterait à cause de ses maladies, à cause de ses égarements, que par courtoisie on ne définit pas ici ; comme nous voulons cependant remédier aux inconvénients et aux dommages qui pourraient s'ensuivre, il a été convenu.... etc. (1).

Il est vrai que les Cortès, le 12 juillet 1506, refusèrent de proclamer la déchéance et de décider de l'internement de la reine ; mais c'est qu'ils craignaient de mettre d'absolue manière l'autorité royale entre les mains de Philippe le Beau ; et ils n'avaient pas tort de redouter son gouvernement.

Maintenant, je ne dirai plus : il est vrai ; nous en venons aux inexactitudes.

Il est inexact que Jeanne fut embastillée à Tordesillas en 1506 ; et l'on verra l'importance de ce détail. Sous la pression de l'opinion castillane, la reine, depuis juillet 1506, accompagnait son mari à Valladolid et à Burgos (2). *Vêtue de noir, le visage caché sous son chaperon, refusant de prendre aucune part aux réjouissances publiques* (3), la tête toujours perdue, on peut dire qu'elle avait gardé ses chaînes en perdant sa prison.

Il est inexact que Ferdinand le Catholique ait fait empoisonner son gendre. Lopez Araoz est un mythe. Philippe mourut victime de ses imprudences et non pas subitement, mais en sept jours. Et là, le choc moral paraît avoir déterminé une

(1) D. Ant. RODRIGUEZ VILLA. — *Bosquejo biografico de la Reina dona Juana*, Madrid, 1874, p. 50-51 (document VIII).
(2) Lorenzo de PADILLA. — *Chronique de Philippe le Beau.*
(3) D. Modesto LAFUENTE. — *Historia de Espana*, part. II, libr. IV, cap. 33.

courte rémission nouvelle dans la folie intermittente de Jeanne. Pendant tout le cours de la maladie de l'archiduc, ni prières, ni instances ne purent arracher de son chevet la reine, qui était pourtant au sixième mois de sa sixième grossesse. *Elle donna à son mari des soins tels qu'on ne vit jamais femme d'aucun état en faire autant* (1), l'exhortant à prendre les remèdes qui lui étaient prescrits, les buvant même pour l'encourager. Malgré ses soins, la mort passa ; elle emporta le malade et, du même coup, ce qui restait à Jeanne de raison.

Ici, commence l'odyssée macabre du corps de Philippe le Beau. De Burgos où il était mort, à Grenade où il devait être porté, c'était traverser toute l'Espagne. On se mit en marche, ne voyageant que de nuit à la lugubre lueur de torches portées par des seigneurs vêtus de noir, au chant des psaumes psalmodiés par des moines. Aux étapes, Jeanne faisait ouvrir le cercueil, soit pour s'assurer que les Flamands n'avaient pas enlevé le corps de leur archiduc, soit qu'elle se souvînt d'une légende qui faisait ressusciter un roi quatorze ans après sa mort et qu'elle attendit un retour de vie plus précoce. Alors, elle regardait longuement le cadavre, le touchait et l'embrassait, même quand il entra en putréfaction malgré son embaumement et qu'il exhalait une odeur affreuse. En route, elle allait silencieuse, immobile, comme égarée, semblant ignorer où elle était. Seule, la jalousie qui la mordait toujours, l'animait pour défendre aux femmes d'approcher du cortège, pour faire hâter la marche du convoi si l'on passait proche d'une communauté de nonnes.

Torquemada, où Jeanne accoucha de sa dernière fille le 14 janvier 1507, Hornillos, Tortolès où son père vint en août essayer de la décider à rentrer à Burgos, Arcos où il la quitta et où au début de 1509 il la retrouvait encore, Tordesillas enfin où elle arriva en février 1509 et qu'elle ne devait plus quitter, lugubres étapes qu'on n'invente pas pour tromper un prince étranger qui a cent yeux à ses gages, habiles à s'assurer des choses que trop de gens ont connues pour que nous puissions douter. A Tordesillas, le catafalque de l'archiduc fut déposé dans le couvent de Santa Cruz de telle manière que Jeanne pouvait le voir sans cesse de ses fenêtres. En août 1518, il y était encore. Une lettre officielle en est la preuve. A ce moment, une épidémie fit songer à transporter la recluse à Aranda et le duc de Denia, son gardien, écrivait à Charles Quint :

> Votre Majesté n'ignore pas que si la reine, notre maîtresse, doit quitter Tordesillas, il faudra emporter le corps du roi notre maître, votre père. J'ai donné des ordres pour que soit réparé le char qui le transporta ici et pour que des bêtes de somme soient tenues prêtes en cas de besoin (1).

La nécrophilie de Jeanne est donc un fait historique, non pas une légende, non pas une invention politique du roi Ferdinand. Où la politique, en revanche, a joué pour altérer la vérité, c'est précisément dans la déclaration des Comuneros de 1520, dont on fait bel état pour établir l'intégrité mentale de la reine. Car, d'une part, la fin même du texte que j'ai rapporté montre les intentions des affirmations de son début : *par conséquent, elle est capable de gouverner ses Etats.* D'autre part, peu après le moment où les chefs des Comuneros faisaient attestation pareille, ils écrivaient une lettre aux *Très Magnifiques Seigneurs*, conseillers de Valladolid, qui débutait par ces mots :

> Il est de notoriété publique que tous les maux dont souffre le royaume ont pour cause le *manque de santé* de la reine, notre maîtresse (2).

Le *manque de santé* est un euphémisme respectueux sur le sens duquel les très magnifiques seigneurs ne se méprirent pas, sur lequel on ne peut pas se méprendre.

Enfin, les tenants de l'intégrité mentale de Jeanne prennent, en vérité, trop allégrement, s'ils ne les taisent, foule de détails précis que maints contemporains ont notés : sordidité vestimentaire, violences subites envers les femmes, hurlements poussés sans motifs, refus de se déshabiller pour la nuit, refus de nourriture, idées nettes de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, sans parler de la paraplégie avec ses eschares et du gâtisme de la fin.

Une lueur de raison devait seulement revenir à Jeanne de Castille avant de mourir, assistée de Saint François Borja un jeudi saint, le 11 avril 1555. Pauvre reine, quarante-cinq ans prisonnière et que la mort seule put délivrer ! Pauvre femme, à qui va notre pitié à travers les siècles ! Mais pauvres peuples aussi, dont fit pour une bonne part le malheur l'incapacité mentale de régner, de celle que l'Histoire nomme justement *Jeanne la Folle.*

---

(1) Relation du Dr de la PARRA destinée à Ferdinand le Catholique et conservée à l'Académie royale d'histoire de Madrid. Ce récit est une preuve nouvelle que Jeanne alors, n'était pas enfermée à Tordésillas.

(1) *Archives de Simancas.*
(2) *Idem* : La Junta general de las comunidades à la iudad de Valladolid (Tordesillas, 26 septembre 1520).

AUTOUR DES THÉATRES ET DES CINÉMAS

La Fiancée vendue. — Perdus au Pôle.

Parmi les théâtres officiels qui offrent volontiers l'hospitalité à des pièces étrangères l'*Opéra-Comique* n'est jamais en retard : Il a cette fois choisi une œuvre étrange mais non moins charmante : *La fiancée vendue*, opéra comique en 3 actes de Bédrick Smétana. La musique en est facile à entendre, sans qu'on puisse dire qu'elle est d'une harmonie facile ou ordinaire, elle est en accord parfait avec le texte qui demandait plus de douceur que de véritable puissance.

En cette œuvre, le peuple Tchèque a retrouvé toute la Bohême, fidèle, sensible et digne et la brillante présentation que lui a donnée l'Opéra-Comique donne à la soirée le plus indéniable agrément.

Dans les Cinémas, la présentation la plus sensationnelle parmi les plus récentes est celle de *Perdus au Pôle.* C'est un film documentaire, tragédie vécue du plus haut intérêt dont le scénario a surtout pour but (ce qu'on ne rencontre pas assez souvent), d'enlever l'aridité et surtout la fatigue aux documents auquel il sert de squelette.

Un explorateur Canadien, au printemps de 1913, part en mission scientifique au Pôle, aux frais de son gouvernement.

Son bateau pris par les glaces est entraîné et broyé, son équipage campe sur la place. Quand la débâcle approcha, huit hommes de l'équipage quittèrent le groupe sous la conduite d'un savant se dirigeant vers l'île la plus proche ; dix ans plus tard, l'explorateur Snow s'embarque pour cette île et c'est là le sujet des très belles scènes du film : préparatifs du départ, tempête, faune de ces contrées. village d'Esquimaux et recrutement des collaborateurs nécessaires. Puis c'est l'Ile aux Phoques avec le combat des mâles dont le vainqueur deviendra le chef. Les Esquimaux attaquent une baleine, chasse mouvementée suivie de magnifiques scènes de chasse aux morses. Un ours blanc apparaît qu'il faut prendre vivant et qui n'hésite pas à attaquer la barque.

Dans l'île quelques objets ayant appartenu à ceux de 1913 se retrouvent: réchaud, armes... puis sous des toiles en loque, des ossements humains. Le mystère reste entier... profondément angoissant.

Le film de Sidney Snord est admirablement monté ! Dr G. Polème.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Convention Sanitaire Internationale du 21 juin 1926.
(Décret du 25 juin 1928)

(*suite*)

Section VI. — Mesures aux frontières de terre. — Voyageurs. — Chemins de fer. — Zones frontières. — Voies fluviales.

Art. 58. — Il ne doit pas être établi d'observation aux frontières terrestres.

En ce qui concerne les maladies visées par la présente convention, seules, les personnes présentant les symptômes de ces maladies peuvent être retenues aux frontières.

Ce principe n'exclut pas le droit, pour chaque pays, de fermer au besoin une partie de ses frontières. On désignera les lieux par lesquels le trafic frontière sera exclusivement autorisé ; dans ce cas, des stations sanitaires dûment équipées seront établies aux lieux ainsi désignés. Ces mesures devront être notifiées immédiatement au pays voisin intéressé.

Par dérogation aux dispositions du présent article, pourront être retenues aux frontières terrestres, en observation, pendant une période qui ne dépassera pas sept jours à compter de l'arrivée, les personnes ayant été en contact avec un malade atteint de peste pneumonique.

Les personnes ayant été en contact avec un malade atteint de typhus exanthématique pourront être soumises à l'épouillage.

Art. 59. — Il importe que, dans les trains en provenance d'une circonscription atteinte, les voyageurs soient soumis, en cours de route, au point de vue de leur état de santé, à une surveillance de la part du personnel des chemins de fer.

L'intervention médicale se borne à une visite des voyageurs et aux soins à donner aux malades et, s'il y a lieu, à leur entourage. Si cette visite se fait, elle est combinée, autant que possible, avec la visite douanière ,de manière que les voyageurs soient retenus le moins longtemps possible.

Art. 60. — Les voitures de chemins de fer qui circulent dans les pays où existe la fièvre jaune doivent être aménagées de façon à se prêter aussi peu que possible au transport du *Stegomyia.*

Art. 61. — Dès que les voyageurs venant d'une circonscription se trouvant dans les conditions prévues à l'article 10, deuxième alinéa, de la présente convention seront arrivés à destination, ils pourront être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas, à compter de la date de l'arrivée, six jours s'il s'agit de peste, cinq jours s'il s'agit de choléra, six jours s'il s'agit de fièvre jaune, douze jours s'il s'agit de typhus exanthématique, ou quatorze jours s'il s'agit de variole.

Art. 62. — Nonobstant les dispositions qui précèdent, les gouvernements se réservent le droit, dans des cas exceptionnels, de prendre des mesures particulières, en ce qui concerne les maladies visées par la présente convention, vis-à-vis de certaines catégories de personnes ne présentant pas des garanties sanitaires suffisantes, spécialement des personnes voyageant ou passant la frontière par troupes. Les dispositions du présent alinéa ne sont pas applicables aux émigrants, sous réserve des dispositions de l'article 21

Ces mesures peuvent comprendre l'établissement, aux frontières, de stations sanitaires équipées de manière à pouvoir assurer la surveillance et éventuellement l'observation des personnes dont il s'agit, ainsi que l'examen médical, la désinfection, la désinsectisation et la vaccination.

Autant que possible, ces mesures exceptionnelles devraient faire l'objet d'arrangements spéciaux entre pays limitrophes.

Art. 63. — Les voitures affectées au transport des voyageurs, de la poste et des bagages, ainsi que les wagons de marchandises, ne peuvent être retenus aux frontières.

Toutefois, s'il arrive qu'une de ces voitures soit contaminée ou ait été occupée par un malade atteint de peste, de choléra, de typhus exanthématique ou de variole, elle sera retenue le temps nécessaire pour être soumise aux mesures prophylactiques indiquées dans chaque cas.

Art. 64. — Les mesures concernant le passage aux frontières du personnel des chemins de fer et de la poste sont du ressort des administrations intéressées. Elles sont combinées de façon à ne pas entraver le service.

Art. 65. — Le règlement du trafic frontière et des questions inhérentes à ce trafic est laissé à des arrangements spéciaux entre les pays limitrophes, selon les dispositions de la présente convention.

Art. 66. — Il appartient aux gouvernements des pays riverains de régler par des arrangements spéciaux le régime sanitaire des lacs e tdes voies flnviales

TITRE II

Dispositions spéciales au canal de Suez et aux pays limitrophes.

Section I. — Mesures à l'égard des navires ordinaires venant de ports du Nord atteints et se présentant à l'entrée du canal de Suez ou dans les ports égyptiens

Art. 67. — Les navires ordinaires *indemnes* qui viennent d'un port atteint de peste ou de choléra situé en Europe ou dans le bassin de la Méditerranée ou de la Mer Noire, et qui se présentent pour passer le canal de Suez, obtiennent le passage en quarantaine.

Art. 68. — Les navires ordinaires *indemnes* qui veulent aborder en Egypte peuvent s'arrêter à Alexandrie ou à Port-Saïd.

Si le port de départ est atteint de peste, l'article 27 est applicable.

Si le port de départ est atteint de choléra, l'article 33 est applicable.

L'autorité sanitaire du port pourra substituer à la surveillance l'observation, soit à bord, soit dans une station quarantenaire.

Art. 69. — Les mesures auxquelles seront soumis les navires *infectés* ou *suspects* qui viennent d'un port, atteint de peste ou de choléra, situé en Europe ou sur les rives de la Méditerranée ou de la Mer Noire, et qui désirent aborder dans un des ports d'Egypte ou passer le canal de Suez, seront déterminées par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte conformément aux stipulations de la présente convention.

Art. 70. — Le règlement arrêté par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte devra être revisé dans le plus bref délai possible, pour le conformer aux stipulations de la présente convention. Il devra, pour devenir exécutoire, être accepté par les diverses puissances représentées audit conseil. Il fixera le régime imposé aux navires, aux passagers et aux marchandises. Il déterminera le nombre minimum de médecins devant être affectés à chaque station, ainsi que le mode de recrutement, la rétribution et les attributions de ces médecins et de tous fonctionnaires chargés d'assurer, sous l'autorité du conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte la surveillance et l'exécution des mesures prophylactiques.

Ces médecins et fonctionnaires sont désignés au gouvernement égyptien par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte par l'entremise de son président.

Section II. — Mesures dans la mer Rouge.

A. — Mesures à l'égard des navires ordinaires venant du Sud, se présentant dans les ports de la mer Rouge ou allant vers la Méditerranée.

Art. 71. — Indépendamment des dispositions générales du titre I^er^, concernant la classification et le régime des navires infectés, suspects ou indemnes, les prescriptions spéciales contenues dans les articles ci-après sont applicables aux navires ordinaires venant du Sud et entrant dans la mer Rouge.

Art. 72. — *Navires indemnes.* — Les navires indemnes peuvent passer le canal de Suez en quarantaine.

Si le navire doit aborder en Egypte :

a) Si le port de départ est atteint de peste, le navire doit avoir fait six jours pleins de voyage, sinon les passagers qui débarquent et les équipages sont soumis à la surveillance jusqu'à l'achèvement des six jours.

Les opérations de chargement et de déchargement seront autorisées, en tenant compte des mesures nécessaires pour empêcher les rats de débarquer ;

b) Si le port de départ est atteint de choléra, le navire peut recevoir libre pratique, mais tout passager ou membre de l'équipage qui débarque, si cinq jours pleins ne se sont pas écoulés depuis la date du départ du port atteint, sera soumis à la surveillance jusqu'à l'achèvement de ce laps de temps.

L'autorité sanitaire du port pourra toujours, si elle le croit nécessaire, substituer à la surveillance l'observation, soit à bord, soit dans une station quarantenaire. Elle pourra, dans tous les cas, procéder aux examens bactériologiques qu'elle jugera nécessaires.

Art. 73. — *Navires suspects.* — Les navires ayant à bord un médecin peuvent, si l'autorité sanitaire les considère comme présentant des garanties suffisantes être admis à passer le canal de Suez en quarantaine, dans les conditions du règlement visé par l'article 70.

Si le navire doit aborder en Egypte :

a) S'il s'agit de la peste, les mesures de l'article 26 sont applicables, mais la surveillance peut être remplacée par l'observation ;

b) S'il s'agit du choléra, les mesures de l'article 31 sont applicables, avec la même réserve, pour la substitution de l'observation à la surveillance.

Art. 74. — *Navires infectés.* — a) *Peste.* — Les mesures édictées à l'article 25 sont applicables. Au cas où il y a danger d'infection, le navire peut être requis de mouiller aux Sources de Moïse ou à un autre emplacement indiqué par l'autorité sanitaire du port.

Le passage en quarantaine peut être accordé avant l'expiration du délai réglementaire de six jours si l'autorité sanitaire du port le juge possible.

b) *Choléra.* — Les mesures édictées à l'article 30 sont applicables. Le navire peut être requis de mouiller aux Sources de Moïse, ou à un autre emplacement, et, en cas d'épidémie grave à bord, peut être repoussé à El-Tor, afin de permettre la vaccination et, le cas échéant, le traitement des malades.

Le navire ne pourra être autorisé à passer le canal de Suez que lorsque les autorités sanitaires se seront assurées que le navire, les passagers et l'équipage ne présentent plus de danger.

B. — Mesures à l'égard des navires ordinaires venant de ports atteints du Hedjaz, en temps de pélerinage.

Art. 75. — A l'époque du pèlerinage de la Mecque, si la peste ou le choléra sévit au Hedjaz, les navires provenant du Hedjaz ou de toute autre partie de la côte arabique de la mer Rouge, sans y avoir embarqué des pèlerins ou des groupes analogues, et qui n'ont pas eu à bord, durant la traversée, d'accident suspect, sont placés dans la catégorie des navires ordinaires suspects. Ils sont soumis aux mesures préventives et au traitement imposés à ces navires.

S'ils sont à destination de l'Egypte, ils peuvent être soumis, dans un établissement sanitaire désigné par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte, à une observation de cinq jours pour le choléra et de six jours pour la peste, à compter de l'embarquement. Ils sont soumis, en outre, à toutes les mesures prescrites pour les navires suspects (désinfection, etc.) et ne sont admis à la libre pratique qu'après visite médicale favorable.

Il est entendu que si les navires, durant la traversée, ont eu des accidents suspects, l'observation pourra être imposée aux Sources de Moïse et sera de cinq jours pour le choléra et de six jours pour la peste.

Section III. — Organisation de la surveillance.

Art. 76. — La visite médicale prévue par les règlements pour tout navire arrivant à Suez peut avoir lieu même de nuit sur les navires qui se présentent pour passer le canal, s'ils sont éclairés à la lumière électrique, et toutes les fois que l'autorité sanitaire du port à l'assurance que les conditions d'éclairage sont suffisantes.

Un corps de gardes sanitaires est chargé d'assurer la surveillance et l'exécution des mesures de prophylaxie appliquées dans le canal de Suez et aux établissements quarantenaires. Les gardes sont investis du caractère d'agents de la force publique, avec droit de réquisition en cas d'infraction aux règlements sanitaires.

Section IV. — Passage en quarantaine du canal de Suez de Suez.

Art. 77. — L'autorité sanitaire du port de Suez accorde le passage en quarantaine. Le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte en est immédiatement informé. Dans les cas douteux, la décision est prise par ce conseil.

Art. 78. — Dès que l'autorisation prévue à l'article précédent est accordée, des télégrammes sont expédiés aux autorités du port que le capitaine indique comme sa prochaine escale, ainsi qu'au port de destination finale. L'expédition de ces télégrammes est faite aux frais du navire.

Art. 79. — Chaque pays édictera des dispositions pénales contre les bâtiments qui, abandonnant le parcours indiqué par le capitaine, aborderaient indûment un des ports du territoire de ce pays. Seront exceptés les cas de force majeure et de relâche forcée.

Art. 80. — Lors de l'arraisonnement, le capitaine est tenu de déclarer s'il a à son bord des équipes de chauffeurs indigènes ou de serviteurs à gages quelconques, non inscrits sur le rôle d'équipage ou le registre à cet usage.

Les questions suivantes sont notamment posées aux capitaines de tous les navires se présentant à

Suez, venant du Sud. Ils y répondent sous serment ou par déclaration formelle :

« Avez-vous des auxiliaires : chauffeurs ou autres gens de service, non inscrits sur le rôle de l'équipage ou sur le registre spécial ? Quelle est leur nationalité? Où les avez-vous embarqués ? »

Les médecins sanitaires doivent s'assurer de la présence de ces auxiliaires et, s'ils constatent qu'il y a des manquants parmi eux, chercher avec soin les causes de l'absence.

Art. 81. — Un officier sanitaire et deux gardes sanitaires au moins montent à bord. Ils doivent accompagner le navire jusqu'à Port-Saïd. Ils ont pour mission d'empêcher les communications et de veiller à l'exécution des mesures prescrites pendant la traversée du canal.

Art. 82. — Tout embarquement ou débarquemen et tout transbordement de passagers ou de marchandises sont interdits pendant le parcours du canal de Suez.

Toutefois, les voyageurs peuvent s'embarquer à Suez ou à Port-Saïd en quarantaine.

Art. 83. — Les navires transitant en quarantaine doivent effectuer le parcours de Suez à Port-Saïd ou *vice versa* sans garage.

En cas d'échouage ou de garage indispensable, les opérations nécessaires sont effectuées par le personnel du bord, en évitant toute communication avec le personnel de la compagnie du canal de Suez.

Art. 84. — Les transports de troupes par bateaux suspects ou infectés transitant en quarantaine sont tenus de traverser le canal seulement le jour. S'ils doivent séjourner de nuit dans le canal, ils prennent leur mouillage au lac Timsah ou dans le Grand Lac.

Art. 85. — Le stationnement des navrires transitant en quarantaine est interdit dans le port de Port-Saïd, sauf dans les cas prévus aux articles 82 et 86.

Les opérations de ravitaillement doivent être pratiquées avec les moyens du bord.

Les personnes employées au chargement ou toutes autres personnes qui seraient montées à bord, sont isolées sur le ponton quarantenaire. Elles subissent les mesures réglementaires.

Art. 86. — Lorsqu'il est indispensable, pour les navires transitant en quarantaine, de prendre du charbon ou du pétrole à Suez ou à Port-Saïd, ces navires doivent exécuter cette opération avec les garanties nécessaires d'isolement et de surveillance sanitaire, qui seront indiquées par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte. Pour les navires à bord desquels une surveillance efficace du charbonnage est possible et où tout contact avec les gens du bord peut être évité, le charbonnage par les ouvriers du port est autorisé. Ln nuit, le lieu de l'opération doit être efficacement éclairé à la lumière électrique.

Art. 87. — Les pilotes, les électriciens, les agents de la compagnie et les gardes sanitaires doivent quitter le navire à Port-Saïd, hors du port, entre les jetées, et sont, de là, conduits directement au ponton de quarantaine, où ils subissent les mesures jugées nécessaires.

Art. 88. — Les navires de guerre ci-après déterminés bénéficient, pour le passage du canal de Suez, des dispositions suivantes :

Ils seront reconnus indemnes par l'autorité quarantenaire sur la production d'un certificat émanant des médecins du bord, contresigné par le commandant, affirmant sous serment ou par déclaration formelle :

a) Qu'il n'y a eu à bord, soit au moment du départ, soit pendant la traversée, aucun cas de peste ou de choléra ;

b) Qu'une visite minutieuse de toutes les personnes existant à bord, sans exception, a été passée moins de douze heures avant l'arrivée dans le port égyptien et qu'elle n'a révélé aucun cas de ces maladies.

Ces navires sont exempts de la visite médicale et reçoivent immédiatement libre pratique.

L'autorité quarantenaire a néanmoins le droit de faire pratiquer, par ses agents, la visite médicale à bord des navires de guerre toutes les fois qu'elle le juge nécessaire.

Les navires de guerre suspects ou infectés seront soumis aux règlements en vigueur.

Ne sont considérés comme navires de guerre que les unités de combat. Les bateaux-transports, les navires hôpitaux rentrent dans la catégorie des navires ordinaires.

Art. 89. — Le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte est autorisé à organiser le transit du territoire égyptien, par voie ferrée, dans des trains quarantenaires, des malles postales et des passagers ordinaires venant de pays contaminés.

Section V. — Régime sanitaire applicable au golfe Persique.

Art. 90. — Le régime sanitaire résultant du titre Ier de la présente convention sera appliqué, en ce qui concerne la navigation dans le golfe Persique, par les autorités sanitaires des ports, tant au départ qu'à l'arrivée.

TITRE III

Dispositions spéciales aux pèlerinages.

CHAPITRE Ier

PRESCRIPTIONS GÉNÉRALES

Art. 91. — Les dispositions de l'article 13 sont applicables aux personnes et aux objets à destination du Hedjaz ou du royaume de l'Irak et qui doivent être embarqués à bord d'un navire à pèlerins, alors même que le port d'embarquement est indemne.

Art. 92. — Lorsqu'il existe des cas de peste, de choléra, ou d'une autre maladie épidémique dans le port, l'embarquement ne se fait à bord des navires à pèlerins qu'après que les personnes réunies en groupes ont été soumises à une observation permettant de

s'assurer qu'aucune d'elles n'est atteinte de ces maladies.

Il est entendu que, pour exécuter cette mesure, chaque gouvernement peut tenir compte des circonstances etpossibilités locales.

En cas de choléra, les personnes qui accepteront la vaccination pratiquée sur place, par le médecin de l'autorité sanitaire, ne seront soumises qu'à la visite médicale au moment de la vaccination. Elles seront dispensées de l'observation prévue au présent article.

Art. 93. — Les pèlerins devront être munis d'un billet d'aller et retour ou avoir déposé une somme suffisante pour le retour et, si les circonstances le permettent, justifier des moyens nécessaires pour accomplir le pèlerinage.

Art. 94. — Les navires à moteur mécanique sont seuls admis à faire le transport des pèlerins au long cours.

Art. 95. — Les navires à pèlerins faisant le cabotage dans la mer Rouge, destinés aux transports de courte durée dits « voyages au cabotage », sont soumis aux prescriptions contenues dans un règlement spécial publié par le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte.

Art. 96. — N'est pas considéré comme navire à pèlerins celui qui, outre ses passagers ordinaires, parmi lesquels peuvent être compris des pèlerins des classes supérieures, embarque des pèlerins en proportion moindre d'un pèlerin par cent tonneaux de jauge brute.

Cette exemption se réfère seulement au navire, et les pèlerins, de quelque classe que ce soit, y embarqués restent assujettis à toutes les mesures édictées dans la présente convention à leur égard.

Art. 97. — Le capitaine ou l'agence de la compagnie de navigation, au choix de l'autorité sanitaire, sont tenus de payer la totalité des taxes sanitaires exigibles des pèlerins. Ces taxes doivent être comprises dans le prix du billet.

Art. 98. — Autant que faire se peut, les pèlerins qui débarquent ou embarquent dans les stations sanitaires ne doivent avoir entre eux aucun contact sur les points de débarquement.

Les pèlerins débarqués doivent être répartis au campement en groupes aussi peu nombreux que possible.

Il est nécessaire de leur fournir une bonne eau potable, soit qu'on la trouve sur place, soit qu'on l'obtienne par distillation.

Art. 99. — Les vivres emportés par les pèlerins sont détruits si l'autorité sanitaire le juge nécessaire.

Chapitre II

NAVIRES A PELERINS. — INSTALLATIONS SANITAIRES

Section I. — Conditionnement général des navires.

Art. 100. — Le navire doit pouvoir loger les pèlerins dans l'entrepont. En dehors de l'espace réserv à l'équipage, il doit fournir à chaque individu, que que soit son âge, une surface de 1 mq. 50, c'est-à-dire 16 pieds carrés anglais, avec une hauteur d'entrepont d'au moins 1 mètre 80, c'est-à-dire environ 6 pieds anglais.

Il est défendu de loger des pèlerins sous le premier des entreponts qui se trouve sous la ligne de flottaison.

Une ventilation efficace doit être assurée, laquelle, au-dessous du premier des entreponts, doit être suppléée par une ventilation mécanique.

En outre de la surface ainsi réservée aux pèlerins, le navire doit fournir sur le pont supérieur, à chaque individu, quel que soit son âge, une surface libre d'au moins 0 mq. 56, c'est-à-dire environ 6 pieds carrés anglais, en dehors de celle à réserver, sur ledit pont supérieur, aux hôpitaux démontables, à l'équipage, aux douches, aux latrines et aux endroits destinés au service.

Art. 101. — Sur le pont doivent être réservés des locaux dérobés à la vue, dont un nombre surffisant à l'usage exclusif des femmes.

Ces locaux seront pourvusde conduites d'eau sous pression, munies de robinets ou douches, de manière à fournir en permanence de l'eau de mer pour les besoins des pèlerins, même si le navire est au mouillage.

Il y aura un robinet ou douche en proportion de 1 p. 100 ou fraction de 100 pèlerins.

Art. 102. — Le navire doit être pourvu, outre les lieux d'aisances à l'usage de l'équipage, de latrines à effet d'eau ou pourvues d'un robinet.

Des latrines doivent être affectées exclusivement aux femmes.

Les latrines doivent être en proportion de 2 p. 100 ou par fraction de 100 pèlerins.

Il ne peut être établi de lieux d'aisances dans la cale.

Art, 103. — Le navire doit être muni de deux locaux affectés à la cuisine personnelle des pèlerins

Art. 104. — Des locaux d'infirmerie offrant de bonnes conditions de sécurité et de salubrité doivent être réservés au logement des malades. Ces locaux doivent être situés sur le pont supérieur, à moins que, d'après l'opinion de l'autorité sanitaire, un aménagement tout aussi hygiénique puisse être effectué autre part.

Ils doivent être disposés de manière à pouvoir isoler selon leur maladie, les malades atteints d'affections transmissibles et les personnes ayant été en contact avec eux.

Les infirmeries, y compris celles démontables, doivent pouvoir recevoir 4 p. 100 ou fraction de 100 pèlerins, embarqués, à raison de 3 mètres carrés, c'est-à-dire environ 32 pieds carrés anglais par tête.

Les infirmeries doivent être munies de latrines. spéciales.

Art. 105. — Chaque navire doit avoir à bord les médicaments, les désinfectants et les objets néces-

saires aux soins des malades. Les règlements faits pour ce genre de navires par chaque gouvernement doivent déterminer la nature et la quantité des médicaments. Chaque navire doit être en outre muni des agents d'immunisation nécessaires, spécialement de vaccin anticholérique et de vaccin antivariolique. Les soins et remèdes sont fournis gratuitement aux pèlerins.

Art. 106. — Chaque navire embarquant des pèlerins doit avoir à bord un médecin régulièrement diplômé, qui doit être agréé par le gouvernement du pays du premier port où les pèlerins se sont embarqués pour le voyage d'aller. Un second médeci répondant aux mêmes conditions doit être embarqué, dès que le nombre des pèlerins portés par le navire dépasse mille.

Art. 107. — Le capitaine est tenu de faire apposer à bord dans un endroit apparent et accessibles aux intéressés des affiches rédigées dans les principales langues des pays habités par les pèlerins à embarquer, et indiquant :

1° La destination du navire ;

2° Le prix des billets ;

3° La ration journalière en eau et en vivres allouée à chaque pèlerin, conformément aux règlements du pays d'origine ;

4° Le tarif des vivres non compris dans la ration journalière et devant être payés à part.

Art. 108. — Les gros bagages des pèlerins sont enreg stés et numérotés. Les pèlerins ne peuvent garder avec eux que les objets strictement nécessaires. Les règlements faits pour ses navires par chaque gouvernement déterminent la nature, la quantité et les dimensions de ces objets.

Art. 109. — Des extraits des prescriptions du chapitre Ier, du chapitre II (sections I, II et III), ainsi que du chapitre III du présent titre, seront affichés, sous la forme d'un règlement, dans la langue de la nationalité du navire ainsi que dans les principales langues des pays habités par les pèlerins à embarquer, en un endroit apparent et accessible, sur chaque pont et entrepont de tout navire transportant des pèlerins.

Section II. — Mesures à prendre avant le départ

Art. 110. — Le capitaine ou, à défaut du capitaine, le propriétaire ou l'agent de tout navire à pèlerins est tenu de déclarer, au moins trois jours avant le départ, à l'autorité compétente du port de départ son intention d'embarquer des pèlerins. Dans les ports d'escale, le capitaine ou, à défaut du capitaine, le propriétaire ou l'agent de tout navire à pèlerins est tenu de faire cette même déclaration douze heures avant le départ du navire. Cette déclaration doit indiquer le jour projeté pour le départ et la destination du navire.

Art. 111. — A la suite de la déclaration prescrite par l'article précédent, l'autorité compétente fait procéder, aux frais du capitaine, à l'inspection et au mesurage du navire.

Il est procédé seulement à l'inspection si le capitaine est déjà pourvu d'un certificat de mesurage délivré par l'autorité compétente de son pays, à moins qu'il n'y ait soupçon que ledit document ne réponde plus à l'état actuel du navire.

Art. 112. — L'autorité compétente ne permet le départ d'un navire à pèlerins qu'après s'être assurée :

a) Que le navire a été mis en état de propreté parfaite et, au besoin, désinfecté ;

b) Que le navire est en état d'entreprendre le voyage sans danger, qu'il est muni des installations et appareils nécessaires pour faire face aux périls de naufrage, d'accident ou d'incendie, en particulier qu'il est muni d'un appareil de télégraphie sans fil, émetteur et récepteur et qui pourra fonctionner indépendamment de la machine centrale, qu'il est pourvu d'un nombre suffisant d'engins de sauvetage ; en outre qu'il est bien équipé, bien aménagé, bien aéré, muni de tentes ayant une épaisseur et un développement suffisants pour abriter le pont, et qu'il n'existe rien à bord qui soit ou puisse devenir nuisible à la santé ou à la sécurité des passagers ;

c) Qu'en sus de l'approvisionnement du navire et de l'équipage, il existe à bord, dans des endroits appropriés à un arrimage convenable, des vivres ainsi que du combustible, le tout de bonne qualité et en quantité suffisante pour tous les pèlerins et pour toute la durée du voyage ;

d) Que l'eau potable embarquée est de bonne qualité ; qu'elle existe en quantité suffisante ; qu'à bord les réservoirs d'eau potable sont à l'abri de toute souillure et fermés, de sorte que la distribution de l'eau ne puisse se faire que par les robinets ou les pompes. Les appareils de distribution, dits « suçoirs », sont absolument interdits ;

e) Que le navire possède un appareil distillatoire pouvant produire une quantité d'eau de 5 litres au moins par tête et par jour, pour toute personne embarquée, y compris l'équipiage ;

f) Que le navire possède une étuve à désinfection dont la sécurité et l'efficacité auront été constatées par l'autorité sanitaire du port d'embarquement des pèlerins ;

g) Que l'équipage comprend un médecin diplômé, autant que possible au courant des questions de santé maritime et de pathologie exotique, qui doit être agréé par le gouvernement du premier port où les pèlerins se sont embarqués pour le voyage d'aller, et que le navire possède des médicaments conformément à l'article 105 ;

h) Que le pont du navire est dégagé de toutes marchandises et des objets encombrants ;

i) Que les dispositions du navire sont telles que les mesures prescrites par la section III ci-après peuvent être exécutées.

Art. 113. — Le capitaine ne peut partir qu'autant qu'il a en mains :

1° Une liste visée par l'autorité compétente, indiquant le nom et le sexe des pèlerins qui ont été

embarqués et le nombre total des pèlerins qu'il est autorisé à embarquer ;

2° Un document indiquant le nom, la nationalité et le tonnage du navire, le nom du capitaine, celui du médecin, le nombre exact des persones embarquées (équipage, pèlerins, et autres passagers) la nature de la cargaison, le lieu du départ.

L'autorité compétente indique sur ledit document si le chiffre règlementaire des pèlerins est atteint, ou non, et, dans le cas où il ne le serait pas, le nombre complémentaire des passagers que le navire est autorisé à embarquer dans les escales subséquentes.

Section III. — Mesures à prendre pendant la traversée.

Art. 114. — Le pont destiné aux pèlerins doit, pendant la traversée, rester dégagé des objets encombrants ; il doit être réservé jour et nuit aux personnes embarquées et mis gratuitement à leur disposition.

Art. 115. — Chaque jour, les entreponts doivent être nettoyés avec soin et frottés au sable, pendant que les pèlerins sont sur le pont.

Art. 116. — Les latrines destinées aux passagers aussi bien que celles de l'équipage, doivent être tenues proprement. nettoyées et désinfectées trois fois par jour, et plus souvent s'il y a nécessité.

Art. 117. — Les excrétions et déjections des personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra, de dysenterie, ou d'une autre maladie, les empêchant de faire usage des latrines d'infirmeries, doivent être recueillies dans des vases contenant une solution désinfectante. Ces vases sont vidés dans les latrines d'infirmerie, qui doivent être rigoureusement désinfectées après chaque projection de matières.

Art. 118. — Les objets de literie, les tapis, les vêtements qui ont été en contact avec les malades visés dans l'article précédent, doivent être immédiatement désinfectés. L'observation de cette règle est spécialement recommandée pour les vêtements de personnes qui approchent lesdits malades et qui ont pu être souillés.

Ceux des objets ci-dessus qui n'ont pas de valeur doivent être, soit jetés à la mer, si le navire n'est n'est pas dans un port ni dans un canal, soit détruits par le feu. Les autres doivent être désinfectés par les soins du médecin du bord.

Art. 119. — Les locaux visés à l'article 104, occupés par les malades, doivent être rigoureusement et régulièrement nettoyés et désinfectés.

Art. 120. — La quantité d'eau potable mise chaque jour gratuitement à la disposition de chaque pèlerin quel que soit son âge, doit être d'au moin cinq litres.

(*A* **suivre.**)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Institut d'hygiène.** — *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène (Cours de perfectionnement).* — Ce cours est destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés. Il est ouvert aux médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants munis de 16 inscriptions. Il comprendra : 1° une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services ; 4° des séances d'instruction dans les services d'hygiène de la Ville de Paris.

Il commencera le 8 janvier, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie, et le 11 mars, à 14 h. 1/2, au laboratoire d'hygiène. Il sera terminé le 5 juin, et sera suivi d'un examen portant sur les matières traitées aux cours ; il donnera droit au diplôme. Seront dispensés des travaux pratiques de bactériologie et de parasitologie : les élèves de l'Institut Pasteur ; les médecins du corps de santé des troupes coloniales ; les médecins stagiaires du Val-de-Grâce ; les élèves des Instituts de médecine coloniale ; les élèves munis d'un certificat d'un cours spécial de bactériologie.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE, sous la direction de M. le professeur LEMIERRE et de M. PHILIBERT, agrégé. Technique de microbiologie clinique (14 leçons) : Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen bactériologique des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen bactériologique des matières fécales. — Examen bactériologique des urines. — Physiologie et classification microbiennes. — Staphylocoque. Préparation des vaccins. — Streptocoque. Pneumocoque. — Gonocoque. Méningocoque. — Peste. Pasteurelloses. — Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — Groupe colibacille-Eberth. — Pneumobacille. Proteus. Micrococcus mélitensis. — Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — Examen bactériologique des eaux potables. — Bactéridie charbonneuse. — Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — Bacilles du tétanos et du botulisme. — Bacille diphtérique. — Bacille tuberculeux. — Bacille tuberculeux. — Bacille tuberculeux. — Lèpre et morve. — Les spirochètes. — Le tréponème de la syphilis. — Réaction de Wassermann. — Les virus invisibles. — Les virus invisibles. — Le bactériophage de d'Hérelle.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE PARASITOLOGIE, sous la direction de M. le professeur BRUMPT et de M. JOYEUX, agrégé: Les mycoses. — Le paludisme. — Les leishmanioses. — La dysenterie amibienne. — Les trypanosomiases.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL D'HYGIÈNE, sous la direction de M. le professeur Louis TANON et de M. Robert DEBRÉ, agrégé. — Hygiène et prophylaxie générales : MM. TEISSIER, TANON, GUILLON, DOPTER, OTT, CLERC, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, Jules RENAULT, MARTIAL, POUILLOT, DANTIER, BRISAC, LECLAINCHE, CRUVEILHIER, DEBRÉ, DARRÉ, DUJARDIN-BEAUMETZ, RAMON, LOISEAU, CAMUS, NATTAN-LARRIER, PANISSET : Organisation générale de l'hygiène en France. — Législation et administration générales. — Explication de la loi de 1902. — Hospitalisation et isolement. — Administration sanitaire maritime. — Les conférences sanitaires internationales. — L'hygiène à bord des vaisseaux. — Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. — Emigration, réglementation. — Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. — Anatoxines. — Porteurs de germes diphtériques et prophylaxie. — La rougeole. — La scarlatine. — La méningite cérébro-spinale.— Prophylaxie de la variole. — La rage. — La peste. — Prophylaxie du typhus exanthématique.— Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — Mélitococcie. — Charbon. — Dysenterie. — Variole. — Varicelle.

Hygiène urbaine : MM. DIÉNERT, GUILLERD, Henry THIERRY, ARNAUD, FROIS, BIRAUD : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. — Captage des sources. — Stérilisation des eaux de boisson. — Contrôle des eaux. — Eléments d'hydro-géologie. — Evacuation des eaux usées. — Stérilisation des eaux d'égouts. — Hygiène de l'habitation. — Fonctionnement des services d'hygiène. — Hygiène rurale. — Méthode de statistique.

Hygiène industrielle : MM. BORDAS, DUVOIR, FROIS, KOHN-ABREST, Henry THIERRY : Salubrité de l'atelier en général. — Réglementation du travail dans les usines. — Les fumées dans les grandes villes. — Les poussières dans les villes. — Dermatoses professionnelles. — Intoxications professionnelles. — Eléments de toxicologie. — Etude des atmosphères confinées.

Hygiène alimentaire : MM. BORDAS, SACQUÉPÉE, Henri LABBÉ, MARTEL, GIROUX, NICOLAS, MURLAY : Pains et farines. — Alimentation normale. — Rations alimentaires. — Le lait. — Boissons fermentées. — Fraudes alimentaires. — Contrôle des fraudes. — Infections d'origine alimentaire. — Les viandes, leur contrôle.

Prophylaxie des maladies sociales : MM. Léon BERNARD, GOUGEROT, TANON, ROUSSY, BIZARD, NEVEU, JOANNON, Marcel LÉGER : Prophylaxie sociale de la syphilis. — Surveillance de la prostitution.— Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. — Armement antituberculeux. — Le cancer. — L'alcoolisme. — Le service social, relations avec les services d'hygiène. — Rôle social des visiteuses d'hygiène. Surveillance des maladies épidémiques.

Hygiène infantile : MM. COUVELAIRE, LESNÉ, MARENGO, WEILL-HALLÉ, VITRY, HAZEMANN, Jules RENAULT, Mme JOUART : Mortalité et mortinatalité infantiles. — Hygiène de la gestation. — Hygiène du nouveau-né. — Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. — Alimentation du nourrisson.— La protection des enfants placés en nourrice. — Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières.

Visites : Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique ; dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs.

Le programme détaillé pourra être demandé au Laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

Conditions d'admission : Le cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° aux docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° aux ingénieurs et architectes ; 5° les étudiants en médecine, pourvus de seize inscriptions ou les internes en médecine des hôpitaux de Paris, reçus au concours, pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré, que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Diplôme : Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen : 1° le certificat de scolarité au cours supérieur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris ; 2° un des certificats spéciaux de bactériologie indiqués plus haut pour la dispense des travaux pratiques de bactériologie. Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français ou étrangers. Les élèves non médecins pourront recevoir un certificat d'assiduité.

L'examen comporte : 1° une épreuve écrite sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête se rapportant à un stage ; 2° des épreuves pratiques comprenant des manipulations de bactériologie et de chimie. Les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales ; 3° Des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de la bactériologie et de l'hygiène. Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 250 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; un droit de laboratoire 250 fr. ; un droit d'examen, 150 fr. ; total : 500 francs.

Diplôme de médecine sanitaire maritime : Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecins sanitaires maritimes (décret de police sanitaire maritime du 26 août 1927. *Journal officiel* du 12 octobre 1927. Titre XI. Article 85) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation supplémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la police sanitaire maritime. Ils devront faire cette demande oralement au moment de passer l'examen.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h. (guichet n° 4),

— **Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris** (Fondation de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.) — *Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris* (Décret du 2 juin 1927). — La direction scientifique de l'Ecole est confiée à un conseil composé de : M. le professeur G.-H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; M. le Dr Louis QUEYRAT, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ; M. le Dr H. GOUGEROT, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine ; M. le Dr TANON, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de médecine ; M. le Dr COUVELAIRE, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine ; M. le docteur NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine ; M le Dr CAVAILLON, adjoint technique chargé du Service de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère du travail et de l'hygiène ; M. le Dr G. MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vice-président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien ; M. le Dr Marcel PINARD, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général adjoint de la Ligue nationale française contre le péril vénérien. ; M. le Dr SICARD DE PLAUZOLLES, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES ET TRAVAUX PRATIQUES qui auront lieu du lundi 25 février au samedi 23 mars 1929, à l'hôpital Saint-Louis. — A. 17 conférences d'application à la Clinique. — B. 22 séances de travaux

pratiques de sérologie. — C. 7 séances de travaux pratiques de microbiologie.

Lundi 25 février 1929, 13 h. 30. Conférence : Histoire et signification des réactions de fixation de Bordet-Gengou et de Bordet-Gengou-Wassermann ; les réactions de floculation. M. le Dr LEVADITI, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Bordet-Wassermann classique au sérum chauffé. M. le Dr DEMANCHE, chef du laboratoire central, directeur technique des services de sérologie de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Mardi 6 février, 9 h. 30. Travaux pratiques : préparation et titrage du sérum hémolytique et du complément. M. le Dr DEMANCHE. — 13 h, 30. Conférence : le séro-diagnostic de la syphilis acquise. M. le Dr Henri GOUGEROT, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 14 h. 30. Travaux pratiques : préparation et titrage des antigènes. M. le Dr DEMANCHE.

Mercredi 27 février, 9 h. 30. Travaux pratiques : Bordet-Wassermann classique avec titrages préliminaires. M. le Dr DEMANCHE. — 13 h. 30. Conférence : rôle des épreuves sérologiques dans la direction du traitement de la syphilis acquise. M. le Dr G. MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Bordet-Wassermann avec le liquide céphalo-rachidien. M. le Dr Pierre GIRAND, chef de laboratoire de la Ligue nationale française contre le véril vénérien.

Jeudi 28 février, 13 h. 30. Conférence : le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis. M. le docteur Marcel PINARD, médecin de l'hôpital Cochin. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Bordet-Wassermann modifiée par Calmette-Massol. M. le Dr Raymond LETULLE.

Samedi 2 mars, 13 h. 30. Conférence : La sérologie de la syphilis latente ; les Bordet-Wassermann oscillants et les Bordet-Wassermann irréductibles. M. le professeur GOUGEROT. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réactions de Desmoulières et de Jacobsthal. M. le Dr DEMANCHE.

Lundi 4 mars, 13 h. 30. Conférence : la réactivation de la séro-réaction. M. le Dr MILIAN. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Hecht ; technique de l'Institut Pasteur. M. le Dr MUTERMILCH, de l'Institut Pasteur.

Mardi 5 mars, 9 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Hecht ; technique de Ronchèse. M. RONCHÈSE, docteur en pharmacie, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Cochin. — 13 h. 30. Conférence : les réactions de Bordet-Wassermann paradoxales. M. le prof. GOUGEROT. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Ronchèse : interprétation et causes d'erreur. M. RONCHÈSE.

Mercredi 6 mars, 13 h. 30. Conférence : ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue du diagnostic. M. le Dr RAVAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 14 h. 30. Travaux pratiques : examen chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien. Mlle le Dr Olga ELIASCHEFF, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Jeudi 7 mars, 13 h. 30. Conférence : valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le traitement de la syphilis. M. le Dr RAVAUT. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Sachs-Georgi. M. le Dr Henri BONNET, chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec.

Vendredi 8 mars, 13 h. 30. Conférence : syphilis nerveuse ; réaction du benjoin colloïdal. M. le professeur GUILLAIN, membre de l'Académie de médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction du benjoin colloïdal. M. le Dr GUY-LAROCHE, médecin des hôpitaux de Paris.

Samedi 9 mars, 13 h. 30. Conférence : paralysie générale. M. le Dr SÉZARY, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de l'or colloïdal. M. le Dr Jacques HAGUENAU.

Lundi 11 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques : réaction de floculation par le procédé de Vernes. M. le Dr André BERGERON.

Mardi 12 mars, 9 h. 30. Travaux pratiques : réaction d'opacification de Meinicke. M. le Dr DEMANCHE. — 13 h. 30. Travaux pratiques : recherche du tréponème de la syphilis dans les sérosités : 1° l'ultramicroscope ; 2° méthode de Fontana-Tribondeau. M. le Dr GASTOU, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Mercredi 13 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques recherches du tréponème dans les tissus. M. le Dr LEVADITI. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de Kahn. M. le Dr DEMANCHE.

Jeudi 14 mars, 13 h. 30. Conférence : syphilis expérimentale. M. le Dr LEVADITI. — 14 h. 30. Travaux pratiques : réaction de l'élixir parégorique dans le liquide céphalo-rachidien. M. le Dr TARGOWLA.

Vendredi 15 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques : sérologie comparée de la syphilis et de la tuberculose. M. le Dr DEMANCHE.

Samedi 16 mars, 13 h. 30. Conférence : examen microbiologique des écoulements uréthraux. M. le Dr. Jules JANET. — 14 h. 30. Travaux pratiques : gonocoques et microbes associés. M. le Dr RIVALIER.

Lundi 18 mars, 13 h. 30. Conférence : critères microbiologiques et sérologiques de la guérison de la gonococcie. M. le Dr CHEVASSU, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — 14 h. 30. Travaux pratiques : sérologie de la gonococcie. M. RUBINSTEIN.

Mardi 19 mars, 13 h. 30. Conférence : microbes de la balanoposthite. M. le Dr Louis QUEYRAT, médecin des hôpitaux de Paris. — 14 h. 30. Travaux pratiques : microbes de la balanoposthite. M. le Dr Louis QUEYRAT.

Mercredi 20 mars, 13 h. 30. Conférence : microbiologie du chancre simple. M. le Dr MILIAN. — 14 h. 30. Travaux pratiques : sérologie du chancre simple. M. le Dr RIVALIER.

Jeudi 21 mars, 13 h. 30. Travaux pratiques : 1° bacille de Ducrey : morphologie, cultures ; 2° préparation des vaccins : bacille de Ducrey et gonocoque. M. le Dr GIRAULT, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Vendredi 22 mars, matin. Examens : sérologie pratique ; après-midi. Examens : microbiologie pratique.

Samedi 23 mars, matin. Examens oraux.

Inscription, diplôme : Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'école, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris. Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (décret du 2 juin 1927.)

Programme des examens : Le jury sera composé de trois juges, sous la présidence d'un professeur ou agrégé de la Faculté de médecine. Les examens comprendront :

1° Deux épreuves pratiques de laboratoire, sans notes ni livre ; éliminatoires. La durée des épreuves sera fixée par le jury. Ces épreuves comprendront : 1° une épreuve de sérologie ; 2° une épreuve de microbiologie. Chaque épreuve sera cotée de 0 à 10. Pour être admissible, il faudra obtenir au minimum 5 pour chacune des deux épreuves.

2° Epreuve orale qui consistera en une interrogation portant sur l'ensemble des matières du programme d'enseignement. Elle sera cotée de 0 à 10. Pour l'attribution du diplôme, le jury tiendra compte non seulement des notes d'examen, mais de l'assiduité aux cours et des notes de travaux pratiques.

Droits : Le nombre des élèves devant être limité, les demandes d'inscriptions doivent être adressées à M. le Directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, à Paris (VIIIe), avant le 1er février 1929.

Les inscriptions ne seront définitives qu'après leur acceptation par le Conseil de direction de l'École. Les élèves devront alors s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, et payer les droits suivants : 1° immatriculation (si elle n'est déjà effectuée), 100 fr. ; 2° scolarité, leçons théoriques A, 200 fr.; 3° scolarité, travaux pratiques B, 25 0 fr. ; 4° scolarité, travaux pratiques C, 100 fr. ; 5° droits d'examen, 100 fr. ; 6° diplôme, p. m. Total, 750 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzolles, directeur général de la Ligue Nationale française contre le péril vénérien, Paris (VIIIe).

— **Thèses.** — Jeudi 6 décembre. — (Jury : MM. Bernard, Guillain, Tanon, Joyeux.) — Le Becq (P.) : note sur la maladie de Dupuytren. — Biet (A.) : Traitement de la dysentérie amibienne.

Faculté de Médecine de Paris. — *Vacances du jour de l'an*: du samedi 22 décembre 1928 au soir au mercredi 2 janvier 1929 inclus. — Les bureaux du Secrétariat seront fermés les lundi 24 décembre, mardi 25, lundi 31, mardi 1er janvier. Ils seront ouverts les autres jours aux heures ordinaires.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — M. le Dr Edmond Terris, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Ruelle, de Lurcy-Lévy (Allier). — M. le Dr Prévost, de Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre) et Paris.

— **Cours d'hygiène sociale.** Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris (huitième année 1928-1929) : *Les causes de dégénérescence de l'homme. La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race*, par M. le docteur Sicard de Plauzoles, professeur au Collège libre des sciences sociales, directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, secrétaire général de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale.

Le cours aura lieu à la Sorbonne les mardis (amphithéâtre Milne-Edwards) et samedis (amphithéâtre Edgar-Quinet) à 17 heures 30, du 8 janvier au 23 mars 1929.

La première leçon sera faite le mardi 8 janvier 1929, à 17 h. 30, amphithéâtre Milne-Edwards sous la présidnece de M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique.

Programme du cours 1929. — 1re leçon, mardi 8 janvier (A. Milne-Edwards) : Les causes de dégénérescence de l'homme. — 2e leçon, samedi 12 janvier (A. Edgar-Quinet) : Principes de l'hygiène sociale : la zootechnie humaine. — 3e leçon, mardi 15 janvier (A. Milne-Edwards) : Conservation du capital humain. Médecine préventive. Les maladies sociales. — 4e leçon, samedi 19 janvier (A. Edgar-Quinet) : Le péril vénérien. Histoire sociale des maladies vénériennes. — 5e leçon, mardi 22 janvier (A. Milne-Edwards) : Le bilan de la syphilis. — 6e leçon, samedi 26 janvier (A. Edgar-Quinet) : L'infection gonococcique. — 7e leçon, mardi 29 janvier (A. Milne-Edwards) : La défense sociale contre les maladies vénériennes. La prostitution. — 8e leçon, samedi 2 février (A. Edgar-Quinet) : L'alcoolisme. L'hérédité alcoolique. — 9e leçon, mardi 5 février (A. Milne-Edwards) : La défense sociale contre l'alcool. — 10e leçon, samedi 9 février (A. Edgar-Quinet) : La tuberculose, maladie sociale. — 11e leçon, samedi 16 février (A. Edgar-Quinet) : La défense sociale contre la tuberculose. — 12e leçon, mardi 19 février (A. Milne-Edwards) : Production du capital humain. La puériculture. — 13e leçon, samedi 23 février (A. Edgar-Quinet) : Conditions et garanties sanitaires du mariage. — 14e leçon, mardi 26 février (A. Milne-Edwards) : La civilisation de l'instinct sexuel. — 15e leçon, samedi 2 mars (A. Edgard-Quinet) : Le droit à la vie saine. Devoirs sanitaires. — 16e leçon, mardi 5 mars (A. Milne-Edwards) : Le secret médical et l'hygiène sociale. — 17 leçon, samedi 9 mars (A. Edgar-Quinet) : Le droit de l'enfant. L'allaitement maternel obligatoire. — 18e leçon, mardi 12 (A. Milne-Edwards) : La maternité fonction sociale. — 19e leçon, samedi 16 mars (A. Edgar-Quinet) : L'hygiène sociale du travail. — 20e leçon, mardi 19 mars (A. Milne-Edwards) : Le travail des femmes.— 21e leçon, samedi 23 mars (A. Edgar-Quinet): Organisation de la médecine sociale.

Le cours est public et gratuit.

— **Quatrième Congrès des dermatologistes et des syphiligraphes de langue francaise.** — Le IVe Congrès dese dermatologistes et syphiligraphes de langue française aura lieu à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, les 25, 26 et 27 juillet 1929. Président, M. Sabouraud (Paris) ; vice-présidents, MM. Milian (Paris), Nicolas (province), Ehlers (étrangers) ; secrétaire général, M. Clément Simon (Paris) ; secrétaire général adjoint, M. Pignot (Paris) ; trésorier, M. Rabut (Paris.

Rapports : 1° *Les érythèmes polymorphes*. Rapporteurs : M. Lortat-Jacob (Paris) et prof. Ramel (Lausanne).

2° *Les prurigos*. Rapporteurs : prof. Favre (Lyon) et M. Civatte (Paris).

3° *La malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis*. Rapporteurs : MM. P. Chevallier (Paris) et Desjardin (Bruxelles),

N. B. Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports. La cotisation est fixée à 200 francs. Toutefois, pour les membres de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, la cotisation est réduite à 150 francs.

La cotisation supplémentaire pour le banquet est de 80 francs. Ces chiffres s'entendent en francs français.

Prière d'adresser les adhésions et les cotisations à M. le Dr Rabut, 57, rue de l'Université, Paris VIIe, et les demandes de renseignements, à M. le Dr Clément Simon, 104, avenue Malakoff, Paris XVIe.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

pour maladie. Ils peuvent obtenir des congés, avec traitement intégral, pendant les trois premiers mois de la maladie, et traitement réduit pendant les trois mois suivants ; mais ils ne bénéficient pas des soins médicaux et pharmaceutiques gratuits. Des pensions pour invalidité peuvent leur être accordées, comme aux fonctionnaires, dans les conditions prévues par les articles 19, 20, 21 et 22 de la loi du 14 avril 1924. (*J.O.*, 5 *décembre* 1928.)

L'usage du vin de quinquina dans l'arm'e.

4100. — M. Edouard BARTHE, député, rappelle à M. le Ministre de la guerre que le vin de quinquina est inscrit au codex ; et demande s'il considère cette boisson comme dangereuse aux soldats. (*Question du* 19 *novembre* 1928.)

Réponse. — Le vin de quinquina est inscrit au formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires. Il en est fait éventuellement usage à doses thérapeutiques sur prescription médicale. (*J.O.*, 7 *décembre* 1928.)

FAITS CLINIQUES

I

Zona et varicelle.

M. D., 55 ans, zona intercostal gauche. Apparition des vésicules le 2 novembre.

Son fils 14 ans, varicelle le 17 novembre. Pas de cas de varicelle antérieurs dans la localité.

Dr Fr. GACHE,
Villefranche-Saint-Phal (Yonne).

II

Traitement du rhumatisme polyarticulaire aigu franc avec endocardite.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui est prise le 6 août 1928 d'une angine fébrile (température 38,9). Le lendemain, elle accuse de vives douleurs dans les poignets et le genou gauche qui sont, le 8, le siège d'un œdème blanc très marqué avec très vive douleur à la pression. Tout mouvement est impossible. Température 39,4.

Diagnostic : rhumatisme articulaire aigu.

On pratique sur-le-champ deux injections de 10 cc. de naiodine autour de chacune des articulations atteintes. La sédation est presque immédiate sans aucun autre médicament.

Le 9, l'hydarthrose ayant gagné le genou droit et l'articulation tibio-tarsienne gauche, mêmes injections de 10 cc. à chaque articulation, même effet presque immédiat.

Le 10, le 11 et le 12 continuation du traitement à raison de 30 cc. de naiodine par jour. Les articulations demeurent toujours un peu douloureuses. Température : 38,6.

Le 13, apparition d'une dyspnée qui paraît en rapport avec un début d'endocardite. On injecte aux articulations atteintes 40 cc. en tout de naiodine. Révulsion de la région précordiale.

Le 14, détente très nette. Le 15, la malade ne souffre plus. Le 16, les articulations ne sont plus douloureuses. Le cœur est normal. Température : 37,2.

Le 17 août, 11 jours après le début d'une crise cependant sévère, la malade se lève. Traitement d'entretien à raison de 5 cc. de naiodine par jour jusqu'au 15 septembre.

Examinée le 20 octobre, Mlle E. D. présente un cœur normal et peut être considérée comme guérie.

Dr A. de Medonca.

La socialisation, danger pour les médecins.

Tel est le titre de l'article publié par le Dr Scholl, conseiller d'hygiène de Munich, dans les *Munchener Neuste Nachrichten.*.

Le Dr Scholl montre la répercussion que va avoir sur le corps médical l'élévation à 8.400 marks du chiffre maximum de salaires permettant de participer aux avantages de l'assurance sociale.

Seize millions d'allemands gagnent de 2 à 8.000 marks.

Les médecins vont perdre presque toute leur clientèle personnelle et la médecine cessera d'être une carrière libérale.

L. Mathé.

ACCIDENTS DU TRAVAIL — INSOLATION

Un membre du « Sou Médical » demande à notre Ligue son appui, pour se faire payer, par l'assurance, les honoraires qui lui sont dus, pour soins donnés à un manœuvre.

Cet ouvrier, âgé de 78 ans, était chargé d'un travail pénible, en plein soleil.

Il est victime d'une insolation. Le médecin est appelé par un mot du chef d'entreprise.

Plus tard, au moment du règlement de compte, la Compagnie d'assurances se refuse à reconnaître l'applicabilité de la loi de 1898 à cette insolation.

Nous avons, pour la Compagnie d'assurances, rédigé la consultation suivante et disons de suite que nous avons été assez heureux pour faire payer intégralement notre confrère.

La jurisprudence est actuellement bien fixée, en ce qui concerne les accidents provoqués par les forces de la nature.

La loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable lorsqu'il y a cas de force majeure, même lorsque la victime a été atteinte par les forces de la nature pendant son travail, ou à l'occasion de celui-ci.

La cour de Cassation s'est maintes fois prononcée sur ce point.

Un ouvrier est blessé par un ouragan, par exemple : il ne saurait bénéficier de la législation des accidents du travail.

Mais, de nombreux arrêts de la cour de Cassation, de tribunaux, ou cours d'appel, ont adouci la rigueur de ce principe, en décidant que lorsque le genre de travail auquel était occupée la victime, a mis ces forces en mouvement, ou en a aggravé les effets, le blessé est couvert par la loi de 1898.

Il faut donc examiner chaque cas particulier et considérer les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident et le genre de travail, auquel était assujettie la victime.

En matière d'insolation, nous pouvons citer les décisions suivantes :

Une insolation peut être considérée comme un accident du travail, quand elle a été provoquée ou aggravée par le travail imposé à la victime : tribunal civil de Troyes, 12 décembre 1900 ; trib. de Wassy, 20 février 1901 ; cour de Bordeaux, 30 avril 1901 ; cour de Paris, 5 juillet 1901 et 24 janvier 1902 ; cour de Cassation chambre civile, 10 décembre 1902 et chambre des requêtes, 15 juin 1903, 2 mars 1904, 8 juin 1904 (décisions rapportées dans le Recueil des accidents du travail, édité par le Ministère du travail).

Plus près de nous, nous relevons les décisions suivantes :

Une insolation peut être considérée comme un accident du travail, si elle a été en partie provoquée par l'heure à laquelle avait lieu le travail et les circonstances de ce travail : cour de Lyon, 10 avril 1924 (*Mon. jud. Lyon*, 6 octobre 1924).

L'article premier de la loi du 9 avril 1898 dispose que l'accident du travail est celui qui survient par le fait ou à l'occasion du travail et tout accident, qui se produit sur le lieu et au temps du travail, est un accident survenu à l'occasion du travail.

Rien dans la loi ne permet d'en exclure les accidents qui, présentant ces caractères, sont dus à l'action des forces de la nature.

Spécialement, une insolation, dont se trouve frappé un charretier, qui survient au temps et au lieu du travail, se produit par là même à l'occasion de son travail et se trouve protégée par la loi du 9 avril 1898 (tribunal civil de Montpellier, 1re chambre, 6 mars 1924 ; *Gazette du Palais*, 29 avril 1924, *Concours médical* 1925. 1698).

Il est de principe que tout accident qui s'est produit sur le lieu et pendant le travail, doit

être considéré comme survenu à l'occasion du travail ; sans qu'il soit besoin même qu'il se rattache par un lien direct aux occupations de la victime.

Il en est ainsi notamment d'une insolation, résultant de l'action soudaine et violente, d'une cause extérieure due aux conditions dans lesquelles la victime travaillait, exposée à la chaleur excessive qu'il faisait le jour de l'accident, sans qu'il y ait lieu de rechercher si, par sa constitution, elle se trouvait plus exposée que d'autres à une insolation, les prédispositions morbides n'empêchant pas un accidenté de bénéficier de la loi et n'ayant aucune influence sur l'évaluation de l'indemnité. (Trib. civ. de la Seine, 9e chambre, 9 mai 1924, *Rev. gén. Acc. trav.* 1924. 296.)

Lorsqu'un chauffeur au service d'un entrepreneur de battage qui a travaillé avec son patron à un battage effectué chez un agriculteur, a succombé dans l'après-midi, aux suites d'une insolation, les juges du fond décident à bon droit qu'à défaut de toute relation de cause à effet entre l'emploi normal de la machine et l'accident, dont le chauffeur a été victime par suite des forces de la nature, la loi du 30 juin 1899 n'est pas plus applicable que celle de 1898 (cour de Cassation, chambre des Requêtes, 28 juin 1925, *Gaz. Pal.* 3 octobre 1925.)

Si, en principe, la loi du 9 avril 1898 ne s'applique pas aux accidents dus à l'action des forces de la nature, même quand ils sont survenus pendant le travail, il en est autrement lorsque le travail auquel l'ouvrier était employé a contribué à mettre les dites forces en mouvement, ou à en aggraver l'effet.

Spécialement, en cas de mort par insolation d'un ouvrier paveur, la loi du 9 avril 1898 est applicable, si la victime accomplissait son travail, durant l'été, en plein soleil, sans pouvoir se mettre à l'abri et sur un sol surchauffé (1er arrêt).

Au contraire, le décès par insolation d'un palefrenier, survenu le même jour, ne rentre pas dans le risque professionnel, s'il a été atteint en rentrant à l'écurie le cheval de son patron, les effets de la chaleur excessive n'ayant pu être aggravés, ni même influencés par le genre de travail qui lui était imposé (2e arrêt). (Cour de Paris, 7e chambre, 15 février 1926, *Gaz. Pal.*, 30 avril 1926.)

Nous pourrions également tirer des conclusions analogues d'autres décisions, intervenues en cas d'accidents provoqués par un froid excessif. Bornons nous à citer une seule décision toute récente de la chambre civile de la cour de Cassation, du 2 juillet 1928 (*Gaz. Pal.*, 13 octobre 1928).

Si, en principe, la loi du 9 avril 1898 ne s'applique pas aux accidents, dus aux forces de la nature, même quand ils sont survenus pendant

le travail, il en est autrement quand le travail a mis ces forces en mouvement, ou en a aggravé les effets.

Il en est ainsi quand un ouvrier étant mort d'une congestion cérébrale causée par le froid, il est constaté que l'heure matinale du travail, les modalités de ce travail imposées par le chef d'entreprise et l'influence climatérique, jointes à des tares physiologiques de la victime, ont aggravé le risque que pouvait faire courir la température.

Faisant application de tous ces principes au cas qui nous est soumis, nous pouvons dire qu'il échet de déterminer les circonstances de fait, selon lesquelles s'est produit l'accident, c'est-à-dire l'insolation.

Le certificat du chef d'entreprise indique que l'ouvrier âgé de 78 ans, occupé en qualité de manœuvre, a été victime de la chaleur et du soleil au cours de son travail (insolation).

A quel genre de travail était occupé ce manœuvre de 78 ans ? Si son labeur l'obligeait à faire des mouvements de force ou à rester longtemps immobile, exposé en plein soleil, alors que ce dernier était très ardent, il se peut qu'il y ait accident du travail.

Ne pas oublier également que le grand âge de cet ouvrier le prédisposait plus qu'un plus jeune, aux effets funestes de l'insolation.

Connaissant l'âge de son employé, le patron n'aurait pas dû l'exposer à être frappé de congestion due à la chaleur. Un travail tout autre aurait dû lui être confié.

Il convient donc d'élucider ces points de fait.

En tous cas, nous donnons le conseil de poursuivre ouvrier et patron ; le premier, parce qu'il a reçu des soins ; le second parce qu'il a commandé que des soins soient donnés à son ouvrier, d'après le papier qui nous a été soumis.

Le chef d'entreprise appellera son assurance en garantie.

La procédure doit être entamée devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Médecine légale.

4332. — Honoraires médico-légaux.

Le 18 avril 1928, j'ai été requisitionné par le commissaire central de police pour examiner une femme accusée d'avortement et fournir un rapport détaillé sur les questions suivantes : 1° son état actuel de santé ; 2° le cas échéant, sa maladie et ses causes ; 3° la sus-nommée a-t-elle tout récemment fait une fausse couche ? 4° y a-t-il eu manœuvres délictueuses ? J'ai fait le nécessaire, mais avec le chan-

gement de tarif, je ne sais quel prix demander et comment établir ma note.

En juin 28, sur l'ordre de M. le maire de B., le garde-champêtre est venu me chercher pour examiner le corps d'un noyé et fournir un rapport. Je me suis rendu à 6 kil. de mon domicile en auto, parce qu'il n'y a pas de chemin de fer ; un endroit difficilement accessible, il fallait marcher à pied près de 2 kil, l'auto ne pouvant passer ; j'ai perdu 4 heures ; depuis j'ai adressé ma note au maire en le priant de me mandater de la somme due et voilà 3 mois et aucune réponse. Que faire ? quel prix demander pour le rapport, le déplacement et le temps perdu ? Si le maire ne me répond pas, à qui m'adresser, au Procureur de la République ? Dr M.

Réponse.

1° La mission qui vous avait été confiée dépassait le cadre d'une simple visite judiciaire, tarifée 25 fr. au § 1 de l'article 26 du décret sur les frais de justice en matière criminelle, modifié par le décret du 22 décembre 1927. Il y a donc lieu d'appliquer le dernier paragraphe du même article 26 qui, « au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, autorise le magistrat commettant à fixer, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée ». A vous d'apprécier le prix que vous pouvez demander, en tenant compte du temps passé, des difficultés techniques rencontrées et de l'établissement de votre rapport. Il nous semble qu'en l'espèce vous pourriez demander 100 francs.

2° Le maire n'avait le droit de vous requérir qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit.

Pour éviter toutes contestations pour la suite au sujet du paiement de vos honoraires, il eût été prudent de demander une réquisition écrite.

Quoi qu'il en soit, vous devez envoyer votre mémoire établi en double exemplaire, conformément au tarif de médecine légale, au Procureur de la République. Après visa du Procureur général et taxe du président, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Il vous est dû le prix d'une visite judiciaire, soit 25 francs, pour votre examen et votre rapport. Vous avez droit, en outre, à vos frais de déplacement, à raison de un franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Enfin, si vous avez eu à vous transporter à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence, vous avez droit à une indemnité spéciale de 20 francs (article 20, décret du 22 décembre 1927).

Questions médico-militaires.

4549. — Réflexions sur l'attribution de la Légion d'honneur.

J'ai l'honneur de vous soumettre ces quelques

réflexions « pour les confrères ayant fait la guerre et attendant le ruban rouge ».

J'ai lu avec intérêt dans votre numéro du 25 novembre l'article concernant les récompenses aux médecins de réserve. Le pourcentage en est édifiant ! *une inscription pour* 23 propositions en ce qui concerne les médecins, *une pour* 10 en ce qui concerne les officiers de réserve, y compris ceux des services.

Je serais heureux de savoir la raison d'un pourcentage aussi différent et curieux de connaître les titres militaires des 138 confrères privilégiés du concours de 1928.

Pour les confrères ayant fait la guerre dans les tranchées, de classes moins anciennes que la mienne, je note mon *curriculum vitæ*.

Classe 1904, une période en 1908, une en 1910, une en 1913 comme médecin auxiliaire Parti le 2 août 1914 et nommé à un galon, j'ai été embusqué durant cinquante-six mois dans un bataillon de chasseurs alpins puis successivement dans trois régiments d'infanterie du XXe corps (2 août 1918, 2 avril 1919). J'ai récolté un éclat d'obus en 1915 en Alsace, une croix de guerre et d'autres éclats d'obus en 1916 quelque part dans la Somme, puis une deuxième feuille, une fourragère rouge, mais aucun ruban rouge.

J'ai bien trois citations, mais elles ne sont pas à l'armée, car tout le monde sait que les troupes de choc n'étaient pas embrigadées, et que leurs citations ne dépassaient pas leurs divisions, car elles n'appartenaient pas huit jours à la même armée.

J'ai eu l'occasion de parler de ces faits à un « gros ponte » du service de santé, il n'a été nullement surpris et a ajouté du reste, avec un geste désabusé, que sur vingt propositions pour inscriptions faites par le service de santé, le coefficient guerre paraissait jouer dans sa région pour 40 %, le coefficient politique s'attribuant le reste.

Méditez un peu cela, confrères de l'heure H, et espérez toujours, le choix, le mérite, l'examen comparatif des titres, on ne sait jamais !!! Dr X.

4002. — Demande de pension pour aggravation.

Un ancien soldat mobilisé en 1914 (août) versé service auxiliaire en novembre 1915 pour emphysème, et définitivement maintenu service auxiliaire en 1916, pour le même motif, peut-il demander à passer devant un conseil de réforme pour maladie aggravée en service ? En 1915, le soldat a été renvoyé dans ses foyers en raison de sa classe.

Ce malade, asthmatique avant la guerre, n'a cessé de l'être pendant les 15 mois de service ; en rentrant chez lui il a dû rester au lit pendant 6 semaines et depuis les crises se succèdent. Il me demande s'il est possible ou temps encore de faire une demande au service de santé. Dr M.

Réponse.

Ce malade peut encore faire une demande de pension, jusqu'au 31 décembre 1928. Mais il

faut qu'il soit tombé malade, *étant au front*, et puis qu'il fournisse un certificat médical attestant qu'il a reçu des soins pour son affection pulmonaire, d'une façon *continue* depuis son retour dans ses foyers.

4020. — Montant de la pension d'un médecin lieutenant réformé à 80%.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire à combien peut se monter environ la pension d'un aide-major de 1[re] cl., réformé à 80 % pour maladie due à la guerre.

Je n'ai pas besoin de précision absolue.

D[r] B.

Réponse

Le taux de pension pour invalidité à 80 % est, pour un médecin-lieutenant, de 4.840 francs environ par an, plus éventuellement les majorations pour enfants, âgés de moins de 18 ans.

Baux et locations.

4382. — Droit à la prorogation.

J'occupe, dans une commune de 2.400 habitants, un immeuble comprenant mon appartement privé et les pièces à usage professionnel. Mon bail, d'une durée de six années, est échu le 29 septembre 1928. Le propriétaire, qui est « ficelle », sans me prévenir du reste, a mis en location par voie d'affiches cet immeuble, avec jouissance à partir du 29 septembre 1928. La loi ne me permet-elle pas d'occuper cet immeuble jusqu'en 1931 ? Sous quelles conditions ? Quelles démarches dois-je faire pour en bénéficier ?

D[r] F.

Réponse.

Pour que vous puissiez avoir droit à une prorogation, lorsque votre bail sera fini, il faut que la loi du 1[er] avril 1926 sur les loyers soit applicable dans votre commune. Or, la loi n'est applicable que dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui se trouvent distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et enfin dans celles dont la population municipale a augmenté d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si votre commune rentre dans l'une quelconque de ces catégories, la prorogation vous sera acquise de plein droit sans que vous ayez aucune démarche à faire pour cela, sans même que vous ayez à le demander, jusqu'au 1[er] avril 1931. En échange vous aurez à payer les majorations de loyer qui seront fixées par une loi à intervenir avant le 1[er] avril 1929.

Dans le cas contraire, à l'échéance de votre bail, vous vous trouverez placé sous l'empire du droit commun et votre propriétaire pourra, à son gré, ou bien poursuivre votre expulsion, ou bien vous

consentir un nouveau bail à des conditions de prix à débattre entre vous, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

Assurez-vous tout d'abord, soit à la mairie, soit auprès d'un notaire ou d'un huissier, si la loi du 1er avril 1926 est applicable dans votre commune. Dans l'affirmative, vous n'avez pas à bouger, puisque la prorogation est de droit. Dans la négative, allez trouver dès maintenant votre propriétaire pour tenter de conclure à l'amiable un nouveau bail.

Fiscalité.

Les reçus d'honoraires accidents sont-ils assujettis au timbre-quittance ?

A mon avis, le problème soulevé par la lettre publiée dans le *Concours* de 1928, page 2462, doit être envisagé sous l'angle suivant :

Une caisse de secours d'usine laissant le libre choix du médecin rembourse une partie des frais de visite ou de consultation sur le vu du reçu délivré par le praticien à son malade. Pareil reçu est-il soumis au droit de timbre ?

Il faut d'abord considérer quelle est la situation juridique de cette caisse de secours. Est-ce une caisse de droit commun analogue aux caisses patronales de compensation ? Le droit commun est alors applicable et les reçus, délivrés par le médecin, sont passibles du droit de timbre.

Est-ce une société de secours mutuels, gérée par les ouvriers eux-mêmes ? L'article 19 de la loi du 1er avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels, dispense du droit de timbre tous les actes intéressant les sociétés de secours mutuels approuvées.

Est-ce une organisation relevant de la loi sur les accidents du travail n'accordant de secours qu'aux victimes du travail ?

A une question posée par le syndicat général de garantie de Corbeil, le Ministre a répondu, le 31 août 1928, par la lettre suivante :

« En réponse à votre lettre du 23 août, j'ai l'honneur de vous informer qu'en application des dispositions de l'article 29 de la loi du 9 avril 1898, tous les actes faits pour l'exécution de ladite loi sont exempts des droits de timbre et d'enregistrement.

« En conséquence ne sont pas passibles du timbre quittance les reçus d'indemnité des ouvriers, notes d'honoraires médicaux et mémoires de pharmaciens, pour soins donnés aux victimes d'accidents du travail.

« Recevez...... »

Pour le Ministre du Travail,
Le Conseiller d'Etat, Directeur
Signé : SUMIEN.

Dans ces conditions, en matière d'accidents du travail, les médecins doivent s'inspirer de ce

texte et délivrer des reçus exempts de timbre-quittance.

Si l'administration des Finances dresse contravention, il appartiendra au médecin de faire valoir l'avis autorisé du Ministre du Travail. Ce dernier se mettra d'accord avec son collègue des Finances, pour interpréter le sens de la loi de 1898.

D'ailleurs, si pareil fait se produisait, le « Sou Médical » n'hésiterait pas à soutenir son adhérent, pour faire trancher ce point de principe, devant les tribunaux administratifs (Conseil d'Etat).

Mais une remarque s'impose :

Lorsqu'un médecin délivre un reçu d'honoraires, sous l'empire du droit commun, il doit apposer un timbre-quittance ou faire payer ce dernier par le client.

Mais si le praticien (ou le malade) invoque le bénéfice, soit de la loi sur les accidents du travail, soit de celle sur les mutualités, pour l'exemption du timbre, il convient que le docteur signataire en fasse mention sur son reçu.

Il doit indiquer : loi du 9 avril 1898, ou loi du 1er avril 1898.

S'il omet cette condition, le certificat qu'il a délivré est passible du droit de timbre, car les agents de l'Enregistrement croient se trouver en présence de reçus délivrés en vertu du droit commun, même si ces papiers font partie d'un dossier d'accident du travail ou de mutualité.

Par suite, je donne le conseil suivant :

Toutes les fois que le médecin a à délivrer un certificat, ou un reçu d'honoraires à un blessé du travail, ou à un mutualiste, il doit faire précéder sa signature des mots : délivré en vertu de la loi du 9 avril 1898 (ou 1er avril 1898).

Si, en matière d'accidents du travail, un conflit surgissait, le « Sou Médical » ferait le nécessaire pour défendre son adhérent s'étant conformé à la précaution que j'indique ci-dessus.

Dr Paul Boudin.

3999. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

J'ai acheté une automobile (7 CV Berliet) 36.450 fr. en août 1926.

En remettant au contrôleur le montant de mes frais professionnels pour l'année 1927, j'ai compté :

Amortissement : 36.450 : 5 = 7.290 fr. et j'ai ajouté cette somme à mes autres frais professionnels.

Le contrôleur m'écrit à la date du 6 novembre 1928 :

« L'amortissement de votre automobile n'est pas déductible d'après la jurisprudence qui se dégage d'arrêts du Conseil d'Etat ; seul vous devez déduire ce prix d'achat l'année d'acquisition. Je me propose, par suite, de rehausser le chiffre déclaré de la valeur de cet amortissement, soit de 36.450 : 5. »

Je serais très heureux d'avoir l'avis du *Concours*

médical pour en faire part à mes confrères à la prochaine réunion du syndicat.

Dr C.

Réponse.

La prétention du contrôleur est conforme à la jurisprudence du Conseil d'Etat. Cependant, il y aurait lieu de lui faire remarquer que vos déclarations antérieures ont été souscrites suivant les instructions de l'administration qui n'admettait pas d'autre déduction qu'un amortissement, que, par suite, un amortissement ne saurait vous être refusé sans qu'une réduction correspondante vous soit accordée sur les bénéfices de l'année au cours de laquelle la réponse a été effectuée.

A. M.

Accidents du travail.

4110. — Précautions à prendre pour permettre la révision éventuelle d'un accident du travail.

Un ouvrier employé à la mise en place d'un pylône en ciment armé est frappé à la face par une pince et l'os malaire est enfoncé.

Le blessé n'a pas voulu interrompre son travail, car sa blessure ne le gêne pas.

Mais il accuse un trismus léger et la mastication assez douloureuse. Il voudrait pouvoir bénéficier de la loi sur les accidents du travail si plus tard cette infirmité s'aggravait et devenait par la suite une gêne permanente.

Quelle déclaration dois-je faire à la Cie d'assurances ?

Dr A.

Réponse.

Nous supposons que, conformément à l'article 11 de la loi sur les accidents du travail, l'accident a été déclaré à la mairie, bien que l'ouvrier n'ait pas interrompu son travail. Si cette formalité n'a pas été remplie par le patron, l'ouvrier peut le faire lui-même dans l'année suivant l'accident. La déclaration doit être faite à la mairie du lieu où l'accident s'est produit.

Dans les trois années qui suivront l'accident, puisqu'il n'y a pas eu indemnité journalière, le blessé, pourra, en vertu de l'article 19, introduire une action en attribution de rente, appelée action en révision, fondée sur une aggravation de son état. Cette action en révision lui ouvrira le droit à une rente, mais ne pourra jamais faire revivre le droit à l'indemnité journalière ni aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Pour sauvegarder éventuellement les droits de votre client, vous pouvez dès à présent lui délivrer un certificat constatant la possibilité d'une aggravation ultérieure nécessitant l'allocation d'une rente pour incapacité permanente.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 541. — Doct. méd. génér., marié, actif, sér, réf. est demandé pour Bretagne.

N° 542. — Doct. cherche à placer nourrice fille mère, accouch. vers 15 janvier.

N° 543. — Saône-et-Loire. — Cause décès, à céder de suite poste méd. génr. 4 km. Mâcon, gare P.L.M. à 50 m., rapp. 50.000, à augm., avec maison 12 p., garage, jardin, verger, potager, vigne, 4.000 mq., Prix à déb., facil. paiement. S'ad. Dr Verger, à Mâcon.

N° 544. — Doct. méd. et pharm. disposant loisirs, désirer. utiliser deux dipl., 23 cours Lieutaud, Marseille.

N° 545. — Jne doct. actuel. milit., libér, en mai, très au courant client. usines et accouch., cherche remplac ou collabor. de longue durée. Success. éventuel.

N° 546. — 1° Banl. imméd. Paris, popul. très dense, pas nécess. auto. Anc. client. Rapp. 77.000 peu poussé. Appart. 8 p., salle bains, loyer 5.200. Bail. Prix : 75.000 dont 55. 000 fr. compt.

2° Yonne. 2 h. Paris. Résid. très agréable. aff. anc. Méd. de l'hôp. et du chem. de fer. Rapp. min. 100.000 avec abs. Indem. 60.000 dont 1/2 compt.

3° Ouest. Petite ville très riche. Popul. import. à dess. Rapp. 131.000. Méd. de l'hôp., maison avec grand conf. à céder urgence, conditions très avantageuses.

4° Côte Méditerranée. Cab. vénérol., syph., dans grand ville, aff. très anc. et côtée. Rapp. très import. Très bel appart. avec bail, petit loyer. Prix 162.000 fr.

1°, 2°, 3° et 4° s'adresser au Cab. Breitel et Goret, 1, rue rue Dante, Ve.

N° 547. — Doct. recomm. dame bonne famille, pays très élevé, boisé, sain, 40 km. Rennes, qui prendrait enfant fatigué ou autre. Bons soins et dévouement assurés.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Le Trynol aux sels de silicium, lipoïdes colloïdaux et hypotenseurs, est préparé d'après les expériences concluantes du prof. Gouget. **Le Trynol** décholestérinise et décalcifie les artères. C'est le spécifique de l'artériosclérose. La cure doit être prolongée. Vérifiez son action sur vos artérioscléreux. Envoi gratuit de boîte et littérature. Pharm., 32, avenue Carnot, Paris.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc. 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1929 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* **Paris 167-95.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Table des matières.** — La table des matières de l'année 1928 fera l'objet unique d'un numéro supplémentaire qui paraîtra le 23 janvier 1929.

— **Académie de médecine.** *Prix de l'Académie.* — A la séance annuelle du 11 décembre 1928 de l'Académie de médecine, M. le professeur Achard, secrétaire général, a prononcé l'éloge de Davaine, un des précurseurs de Pasteur. M. Jules Renault, secrétaire annuel, a donné ensuite lecture des prix de l'Académie, décernés en 1928. Parmi les lauréats de ces prix, nous relevons avec plaisir les noms qui suivent, de collaborateurs, lecteurs et amis du *Concours*, à qui nous adressons nos plus sincères félicitations :

Prix Apostoli. Décerné à M. le Dr Etienne Piot, de Paris, pour son travail intitulé : Indications cliniques de l'électro-radiothérapie.

Prix Argut. Décerné à M. Charles Brody, de Grasse (Alpes-Maritimes) pour son mémoire : La conception moderne de la péritonite tuberculeuse et de son traitement.

Prix Boullard. Décerné à M. le Dr Martin-Sisteron, de Grenoble, et à M. le Dr Henri Bouyer, de Saint-Egrève (Isère), pour leur mémoire ayant pour titre : L'hygiène mentale et nerveuse individuelle.

Prix Dutens. Décerné à M. le Dr Maurice Renaud, de Paris, pour son étude sur : Les cancers et leurs complications.

Prix Jacques Guérétin. Décerné (prix partagé) à M. le Dr Jacques Decourt, de Paris, pour son travail intitulé : Contribution à l'étude des ataxies aiguës.

Prix Pierre Guzman. Décerné à M. le Dr Dumas, de Lyon, pour son étude sur : La circulation sanguine périphérique et ses troubles.

Prix Théodore Herpin. Décerné à M. le Dr Raymond Garcin, de Paris, pour son mémoire sur : Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens.

Prix Magitot. Décerné à M. le Dr Raymond Boissier, de Paris, pour son mémoire intitulé : L'évolution de l'art dentaire. La pratique de l'orthodontie.

Prix A.-J. Martin. Décerné à M. le Dr Cachera, de Paris, pour son mémoire (en collaboration avec M. Pierquet, ingénieur des arts et manufactures) sur la question : Epuration des eaux d'égout par les boues activées.

Prix Claude Martin. Décerné à M. le Dr Bouland, de Paris, pour son travail intitulé : Corps étrangers d'origine dentaire dans l'organisme.

Prix Maurel. Décerné à M. le Dr Henri Fischer, de Bordeaux, pour son mémoire sur : La camptodactylie et son syndrome clinique.

Prix Vernois. Décerné (prix partagé), à M. le Dr Gosselin, d'Argenteuil, pour son travail sur : La révision de la loi Roussel.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Cours et certificat de bactériologie.* — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le lundi 7 janvier 1929, au Laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie, sous la direction du prof. F. Arloing. Il comprendra 35 séances de manipulations, de 14 à 17 heures et se terminera le 27 février. Droits de laboratoire : 200 francs.

Ce cours est sanctionné, si les assistants le désirent, par l'obtention après examen, du diplôme « Certificat de bactériologie de l'Université de Lyon », créé par arrêté ministériel de février 1922.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 5 janvier 1929, dernier délai.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Adjuvat.* — Le concours pour une place d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de M. Denis, interne des hôpitaux.

— **Inauguration de l'Institut Henri Roger, à Asuncion (Paraguay).** — L'Institut de physiologie Henri Roger, à Asuncion, vient d'être inauguré par le Président de la République du Paraguay, en présence du chargé d'affaires de France et du prof. Henri Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui a organisé l'enseignement de la physiologie à la Faculté d'Asuncion et vient de rentrer en France, sa mission spéciale terminée.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Clinicat.* — Sont nommés : chef de clinique chirurgicale, M. Magendie ; chef adjoint, M. Cueille ; chef de clinique chirurgicale infantile, M. Guérin ; chef adjoint, M. Roudil ; chef de clinique dermatologique et syphiligraphique, M. Lecoulant ; chef de clinique neurologique, M. Laubie.

— **Ecole française de stomatologie** (20, passage Dauphine, Paris). *Cours d'anatomie pathologique bucco-dentaire*, par M. le prof. agrégé Oberling. — L'inauguration de ce cours aura lieu le 9 janvier, à 18 h., à la salle des conférences de l'école. M. le prof. Roussy traitera le sujet suivant : La biopsie et son utilité dans le diagnostic et le traitement des affections buccales.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le jeudi 13 décembre dernier, a eu lieu la première réunion de l'hiver de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris. Elle a obtenu un succès plus vif encore que les précédentes, car elle présentait un intérêt tout particulier du fait qu'avant le banquet elle comportait la visite de l'Aquarium et du Vivarium d'histoire naturelle. A six heures et demie, se réunissaient rue Cuvier, un grand nombre de confrères accompagnés de leurs femmes et de leurs enfants. Tour à tour, sous la savante direction des prof. Roule et Jeannel, ils visitaient les collections multiples, originalement présentées, de l'Aquarium et du Vivarium, création récente des dits professeurs.

A huit heures, on se retrouvait autour d'une table bien garnie au buffet de la gare de Lyon. Etaient présents : les docteurs Bosc, Boursier de la Roche, Astie, Montagne, Dartigues, Lévy-Lebhar, Groc, Digeon, Queriaud, Cambiès, Rigal, Bory, Gorse, Mont-Refet, Lassance, Pegot, Faulong, Laboucle, Delater, Durand, d'Ayrenx, Cauquil, Dausset, Lalbie, Terson, Azema, Jeannel, Privat, Roule, Galup. S'étaient excusés : les docteurs Caujole, Censier, Bourguet, David de Prades, Simon, Baqué, Armengaud, Loze, Cany, Solanes, Molinéry. A l'heure des toasts prirent successivement la parole : les docteurs Groc, secrétaire général, pour lecture de la correspondance et questions diverses ; d'Ayrenx, président en exercice, qui remercia fort spirituellement les prof. Roule et Jeannel de leur intéressante présentation au cours de la visite du Muséum ; Dartigues, toujours ardemment éloquent ; le Pr Roule qui sut trouver, comme d'habitude, des mots qui allèrent droit au cœur des assistants. Et l'on se sépara particulièrement heureux de la bonne et instructive soirée passée entre excellents camarades.

La prochaine réunion aura lieu au début de février. Pour tous renseignements s'adresser au Dr Raymond Groc, secrétaire général, 40, rue d'Enghien, Paris, IXe.

— **Hôpitaux de Marseille.** *Internat et externat.* — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Marseille se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Audier, Aillaud (Gustave) Fus, Cormaty, Guillot, Aillaud (Charles), Commeret, Jouglard, Masson, Matteï.

Internes provisoires : MM. Gueirard, Blanc, Dusan, Mathieu, Appaix, Casalta.

Externes : MM. Ponthieu, de Mouzon, Donnet, Damez, Bassac, Faye, Mari, Flori, Mlle Saillet, MM. Sauvet, Artaud, Jouve, Sivan, Gervy, Vasserot, Sarradon, Blanc, Mlle Cristofari, MM. Aubert, Bartoli, Pellicot, Ventre, Bonet, Mlle Berthon, MM. Saltet de Sablet d'Estières, Bouillon, Seatelli, Callamand, Debbasche, Mlle Santelli, M. Vernet.

— **Hôpitaux de Limoges.** *Internat.* — Ont été nommés internes des hôpitaux de Limoges : MM. Filhoulaud, Tallet, Bardaud, Tarrier, Mlle Melon, M. Sicard.

— **Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise.** *Internat.* — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise (Oise). Les internes en fonctions reçoivent une indemnité de 3.600 francs pour la première année, 3.900 francs la 2e année et 4.200 francs la 3e année. Cette indemnité est de 4.800 à 6.600 francs s'ils sont docteurs en médecine.

L'établissement leur rembourse la moitié de leur abonnement de chemin de fer, en 3e classe, pour le trajet Paris-Clermont.

Enfin, ils bénéficient des avantages en nature habituels (logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage).

A TRAVERS LES PUBLICATIONS OFFICIELLES

Journal Officiel.

13 *décembre.*

Médaille de la Reconnaissance française.

Par décret du 8 décembre, la date limite pour l'attribution de la médaille de la Reconnaissance française, fixée au 19 novembre 1928 par l'article 1er du Décret du 29 novembre 1926, est reportée au 29 novembre 1929.

Service de santé militaire.

Décret du 6 décembre 1928 fixant le traitement des infirmières des hôpitaux militaires.

Art. 1er. — Les traitements des infirmières des hôpitaux militaires sont fixés comme suit

Infirmières :

Stagiaire	8.000 fr.
3e classe	8.700 »
2e classe, 1er échelon	9.600 »
2e classe, 2e échelon	10.400 »
1re classe, 1er échelon	11.200 »
1re classe, 2e échelon	12.000 »

Infirmières principales :

2e classe, 1er échelon	12.800 fr.
2e classe, 2e échelon	13.600 »
1re classe	14.500 »

Art. 2. — Les traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux infirmières des hôpitaux militaires qu'en conformité d'un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.*

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des infirmières des hôpitaux militaires entre les différentes classes et échelons. Les nouveaux traitements seront attribués aux infirmières des hôpitaux militaires, suivant leurs classe et échelon respectifs actuels.

L'attribution du nouveau traitement ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des infirmières, dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront effet à partir du 1er janvier 1928.

Sont abrogés, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 5. — Le ministre des finances et le ministre de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne,

de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination de trois médecins inspecteurs d'hygiène adjoints.

Un concours sur titres pour trois emplois d'inspecteur adjoint des services d'hygiène du département des Ardennes, est ouvert à Mézières, jusqu'au 31 janvier 1929.

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Les candidats admis ne seront titularisés qu'après un stage d'un an.

Les candidats devront être Français ou naturalisés Français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre à trois francs soixante centimes, devra être adressée à M. le préfet des Ardennes (cabinet) avec le dossier réglementairement composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous avant le 31 janvier 1929, dernier délai.

1° Adresse exacte où la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

4° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

5° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois ans de date ;

6° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de services ;

7° Exposé des titres, travaux, services ;

8° Un exemplaire des principales publications ;

9° Engagement en cas de nomination, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à l'emploi sollicité et de ne prétendre à aucune fonction ni à aucun mandat publics ;

10° Engagement, en cas de nomination, à rester en fonctions dans le département, pendant une durée minima de trois ans ;

11° Engagement, en cas de départ par démission ou autrement, de continuer à assurer le service pendant trois mois au maximum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 31 janvier 1929.

Le traitement annuel de début attaché à ces fonctions est de 27.000 fr., soumis aux retenues prévues par le règlement de la caisse départementale de retraites, auquel s'ajouteront les indemnités ordinaires (résidence, charges de famille) touchées par les fonctionnaires du département.

Les frais de séjour et de déplacement seront réglés

sur justifications suivant le tarif prévu pour le groupe 2 des agents départementaux.

14 *décembre.*

Enseignement de la médecine.

M. le Dr Reeb, chargé de cours à la Faculté de Strasbourg, est nommé professeur de gynécologie et accouchements à ladite Faculté.

M. Lobstein, professeur sans chaire, chargé de cours à la Faculté de Strasbourg, est nommé professeur de matière médicale à ladite Faculté.

Décret du 11 décembre 1928 relatif à la rétribution des cours et conférences dans les Facultés.

Art. 1er. — Les cours et conférences faits dans les diverses facultés, soit par des fonctionnaires de ces établissements en dehors de leur service normal, soit par des personnes prises en dehors des facultés, sont rétribués au moyen d'une indemnité non soumise à retenues et calculée sur le tarif suivant :

Heure hebdomadaire	Paris	Départements
Pour l'année scolaire	4.000	3.000
Pour le semestre.............	3.000	2.000

Toutefois, les cours institués dans les facultés de droit, pour la préparation au certificat de capacité, sont rémunérés par une indemnité fixe annuelle de 2.500 fr. à Paris et de 2.000 fr. dans les départements, pour deux heures par semaine.

Art. 2. — L'indemnité annuelle est payable par dixième à la fin de chacun des dix mois de l'année scolaire ; l'indemnité semestrielle est payable par cinquième à la fin de chaque mois pendant le semestre.

Aucune indemnité pour conférences ou cours complémentaires ne peut être payée que si le service donnant lieu à indemnité est effectivement accompli.

Art. 3. — Ces dispositions auront effet du 1er janvier 1927.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, et notamment celles du décret du 28 mars 1926.

15 *déecmbre.*

Hygiène publique.

Avis de vacance d'emploi de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Aix-les-Bains.

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an, pouvant aller jusqu'à 20.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à comp-

ter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Bulletin Municipal officiel de la Ville de Paris.

Délibérations du Conseil général de la Seine.

Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie. Réductions sur frais d'examen et de traitement.

M. Henri SELLIER, au nom de la 3e Commission. — Messieurs, votre délibération du 30 décembre 1925 a décidé que des redevances seraient perçues suivant un tarif fixé par le Conseil général, sur les personnes non indigentes qui auraient été l'objet d'examens ou de traitements radiologiques au Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie.

L'art. 4 de cette délibération accorde, sous réserve de votre tarification semestrielle, à l'Administration la faculté de transiger avec les personnes qui, sans être indigentes, ne seraient cependant pas en mesure de payer la totalité du prix fixé par le tarif.

Le total des sommes ainsi encaissées au Laboratoire départemental, du 1er avril au 30 septembre 1928, s'élève à 35.920 francs ; il aurait atteint le chiffre de 38.927 francs si les redevances avaient été intégralement perçues ; les réductions accordées pendant le semestre aux personnes non indigentes, mais peu aisées, l'ont diminué de 3.007 francs.

Je vous propose au nom de votre 3e Commission de ratifier les réductions ainsi accordées du 1er avril au 30 septembre 1928.

Adopté (1928, 456).

Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie. Ouverture quotidienne de l'établissement situé 189, rue Vercingétorix.

M. Henri SELLIER, au nom de la 3e Commission. —Messieurs, l'annexe du Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie, 189, rue Vercingétorix, est ouverte au public depuis novembre 1926. Les malades y sont admis trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi. Il y est effectué des examens et des traitements radiologiques et l'installation des appareils permet d'y procéder à des radiothérapies que l'on ne peut faire faute d'espace, au laboratoire départemental de la rue Lamarck.

M. le docteur Desmoulins qui assisté pour chaque laboratoire d'un médecin-chef de service et d'un médecin adjoint, assure la direction des deux établissements, demande que le laboratoire de la rue Vercingétorix soit ouvert tous les jours au public, comme l'est le laboratoire de la rue Lamarck. Cette proposition paraît d'autant plus justifiée que si l'on com-

pare, pour les neuf premiers mois de 1927, et les neuf premiers mois de 1928, le nombre des examens et traitements, il est pour la première de ces deux périodes de 1.188 et s'élève, pour la seconde, à 4.400. En outre, cette ouverture quotidienne donnera satisfaction aux désirs du corps médical et des malades.

Je vous propose, en conséquence, au nom de votre 3e Commission, d'autoriser l'Administration à ouvrir au public, tous les jours non fériés, à partir du 1er janvier 1929, le Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie installé 189, rue Vercingétorix.

Adopté (1928, 496).

Attribution de récompenses honorifiques à des médecins du service des Pupilles de la Seine (Enfants assistés).

M. Rebeillard, au nom de la 3e Commission. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre les propositions de l'Administration, tendant à faire attribuer pour l'année 1928, des récompenses honorifiques à des médecins du service des Enfants assistés qui se sont signalés par leur zèle et leur dévouement dans l'exercice de leurs fonctions.

L'art. 259 du règlement sur le service des Enfants assistés prévoit l'attribution d'une médaille d'or, une médaille de vermeil, une médaille d'argent et cinq médailles de bronze.

L'Administration n'a retenu cette année aucune candidature aux médailles d'or ou de vermeil. Par compensation, elle retient deux candidatures à la médaille d'argent, au lieu d'une. Quant aux médailles de bronze, il n'en serait attribué que trois seulemnet.

Il vous est ainsi proposé d'attribuer :

1° Une médaille d'argent à M. le docteur Laffage Henry, médecin de la circonscription d'Arnay-le-Duc (Côte-d'Or).

« Au service de l'Administration depuis 42 ans, s'est toujours acquitté de ses fonctions avec zèle et dévouement. Est titulaire de la médaille de bronze depuis 1904. »

2° Une médaille d'argent à M. le docteur Thomas, médecin de la circonscrption de Censerey (Côte-d'Or) :

« Au service de l'Administration depuis trente-quatre ans, remplit ses fonctions avec une conscience remarquable. Est pour les pupilles un ami et un conseiller, en même temps qu'un médecin. Est titulaire de la médaille de bronze depuis 1920. »

3° Une médaille de bronze à M. le docteur Bidault, médecin de la circonscription de Liernais (Côte-d'Or):

« Assure depuis vingt-six ans avec zèle et conscience le service de sa circonscription. Prête en toutes circonstances, et notamment pour le recrutement des nourrices, un concours précieux à l'Administration. »

4° Une médaille de bronze à M. le docteur Pasquier, médecin chargé de la contre-visite à l'agence de Montluçon :

Voir la suite page LV-3753

PROPOS DU JOUR

A propos de la lèpre.

I. Etat actuel de la lèpre en France. — II. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. — III. Le traitement de la lèpre par la récalcification (méthode de P. Ferrier, identique à celle de la tuberculose); — IV. Curieuses constatations du Dr Albert Veillard. La lèpre ne serait-elle pas une mycose d'origine alimentaire et causée en France par la consommation du blé noir ??

L'article que nous avons publié sur la lèpre avec la note du Dr Sasportas, de Papeete (Tahiti), nous a valu plusieurs communications intéressantes :

I. — C'est d'abord une thèse, soutenue à la Faculté de Paris par le Dr Paul Léger, médecin colonial de l'Université de Paris, médecin sanitaire maritime, thèse intitulée : *Etat actuel de la lèpre en France*, et inspirée par le Dr L. Tanon, professeur agrégé à la Faculté de Paris et chargé de cours à l'Institut de médecine coloniale.

La première partie de la thèse du Dr Paul Léger est un résumé succinct de l'histoire de la lèpre à travers les âges ; la seconde partie traite de l'Etat actuel de la lèpre en France et des diverses propositions faites pour la combattre.

Les cas de lèpre autochtone en France, vieux vestiges de la lèpre médiévale, sont vraiment peu nombreux. L'enquête que fit faire en 1925, l'Académie de médecine, a donné 12 lépreux autochtones dont 5 hospitalisés. Mais les cas importés, d'après le rapport du Pr Jeanselme, à l'Académie de médecine (10 nov. 1925), seraient au moins de 200 à Paris, sans compter que dans nos grands ports maritimes, l'on a observé de nombreux cas de lèpre. Pitres, en 20 ans, en a soigné 30 à Bordeaux. Perrin en a vu 39 cas à Marseille.

La lèpre a une longue incubation, elle se transmet peu, mais elle n'en est pas moins une maladie contagieuse et l'on aurait tort de ne pas se préoccuper de sa prophylaxie bien que, jusqu'alors, elle ne constitue pas un grand danger social dans notre pays. L'on a essayé de prendre des mesures contre elle (Décret du 26 novembre 1921, abrogé par le décret du 8 octobre 1927). Mais comme la déclaration de la lèpre n'est pas obligatoire, toute mesure administrative contre cette maladie est inefficace.

La commission de la lèpre a discuté les diverses propositions : 1° l'internement forcé ; 2° la création de sanatoriums dans lesquels les lépreux seraient admis et soignés sur leur demande ; 3° l'interdiction *effective* aux lépreux d'entrer en France ; 4° la surveillance sanitaire des lépreux après déclaration obligatoire.

L'Académie (15 décembre 1925) a adopté les propositions suivantes : 1° déclaration obligatoire de la lèpre ; 2° surveillance médicale des malades et de leur entourage ; 3° interdiction aux lépreux d'exercer certaines professions : boulanger, boucher, cuisinier, blanchisseur, tailleur, barbier, instituteur, précepteur, médecin, pharmacien, sage-femme, nourrice, infirmier, etc., etc. ; création de cliniques et d'asiles pour recueillir et traiter les lépreux ; 5° entente avec les pays à lèpre pour prévenir l'afflux des lépreux en France.

Le Conseil municipal de Paris, le 11 mars 1927, sur la demande de M. Roëland, docteur-vétérinaire, conseiller municipal, a émis le vœu que le Parlement rendît légales les propositions de l'Académie.

Voilà où en est la question de la lèpre en France et nous remercions le Dr Paul Léger de nous avoir adressé son intéressante mise au point.

***

II. — Si la lèpre ne constitue pas un grave danger en France, on ne saurait en dire autant pour nos colonies. La Nouvelle-Calédonie est une de nos possessions où la lèpre est fréquente. Cependant, notre correspondant, le Dr Nicolas qui, depuis de longues années exerce en Nouvelle-Calédonie, ne donne à la lèpre qu'une place de deuxième rang dans son *Etude sur les causes de la disparition progressive d'une intéressante race indigène* (1) (les Canaques de Nouvelle-Calédonie):

(1) *Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, séance du 13 juin 1928. Masson et Cie, édit., Paris.

Constatée peu après la prise en possession de l'île par les Français, la lèpre fut combattue immédiatement mais assez inefficacement par la création d'une léproserie centrale. A partir de 1912, la lutte contre cette maladie fut plus sérieusement et rationnellement organisée. Actuellement, la lèpre en Nouvelle-Calédonie est stationnaire. En 1927, il y avait dans l'île 605 lépreux des deux sexes isolés et un nombre sensiblement égal de suspects surveillés.

***

III. — Mais tout ne doit pas se borner à la prophylaxie dans la lutte contre la lèpre ; pour une maladie à évolution aussi longue, l'efficacité du traitement n'est pas seulement utile pour le malade, mais est un moyen qui ne doit pas être négligé pour empêcher sa propagation.

Notre ami le Dr Paul Ferrier, ancien interne des hôpitaux de Paris, et universellement connu par sa méthode de récalcification dans le traitement de la tuberculose, a bien voulu nous envoyer de Rabat (Maroc) la note suivante, que nous nous faisons un plaisir de publier.

Il n'est pas exact d'affirmer, comme le Dr Sasportas et nombre d'auteurs, que « le traitement de la lèpre est encore à trouver ».

Je conviens qu'il n'y a encore, malgré certaines affirmations, aucun *médicament* capable d'en venir à bout ; et dans cette voie l'on attendra sans doute encore longtemps. Mais il y a, à l'heure actuelle, un traitement physiologique, identique à celui que j'ai publié, en 1905, pour la tuberculose. Plus de 20 ans après cette date, on peut ne pas l'appliquer, mais il semble qu'on en doive au moins connaître l'existence.

J'ai fait savoir, en 1924, par le *Bulletin* de l'Académie de médecine, que j'avais obtenu 4 guérisons de lèpre, parmi les 11 personnes qui avaient demandé mes conseils. Je publierai sous peu, par la même voie, les deux plus intéressantes de ces observations.

Si ces résultats étaient annoncés de l'étranger, l'attention ne s'en détournerait pas de si tôt, mais de la part d'un médecin Français, et qui ne prescrit pas même un remède... !

Pourtant, aujourd'hui, il est permis et urgent de dire que le traitement de la lèpre étant alimentaire, la séquestration des lépreux ne se justifie plus que si l'on doit en profiter pour les soigner..

Rabat, 12 novembre 1928.

Dr P. Ferrier.

***

IV. — Enfin notre collaborateur le Dr Albert Veillard, de Meung sur-Loire, émet dans l'article suivant une hypothèse originale sur les origines de la lèpre, qu'il appuie par de très intéressantes constatations :

La lèpre est une sporo-bacillo-mycose, d'origine alimentaire. — *Le blé noir* moisi *et plus particulièrement le* Polygonum tataricum *est le réservoir du virus lépreux dont le bacille de Hansen représente le stade bacillaire de la mycose qui peut devenir contagieuse d'homme à homme, alors même qu'il n'y a pas eu d'alimentation par le blé noir.*

L'examen des faits m'a amené à cette conclusion que les cas de lèpre autochtone ne s'observent en France que dans les régions où l'on cultive le sarrasin : la Bretagne, le Plateau Central, la Provence.

La Sologne fait une assez grande culture de sarrasin ; mais elle réserve entièrement cette graine pour l'élevage de la volaille et depuis très longtemps ne l'utilise pas pour l'alimentation humaine ; son pain se compose de farine de froment, de méteil et de seigle. Dans cette région la lèpre est inconnue.

L'Islande est le pays d'Europe où l'on constate le plus grand nombre de lépreux. Dans cette île, aucune culture de céréales possible ; blé et seigle ne parviennent jamais à maturité ; quelques rares variétés d'orge arrivent péniblement à la formation de la graine qui, en général, ne mûrit pas. La plante finalement est donnée comme fourrage aux poneys et bêtes à cornes. Dans une relation d'un voyage fait par Labonne dans cette île, voilà une trentaine d'années, je lis : « Les Islandais mangent un pain fait presque exclusivement avec de la *farine de blé noir d'importation.* »

L'état de moisissure étant l'état pour ainsi dire normal de la graine et de la farine de sarrasin, on peut soupçonner l'état de la farine qui parvient aux Islandais après ce voyage en mer : pain et galette de sarrasin moisi.

Tous les traités médicaux insistent sur la gravité de la lèpre au moment des Croisades ; mais je crois que pour bien comprendre la question il faut remonter beaucoup plus haut, jusqu'au Ve siècle.

C'est à cette époque que l'Europe est assaillie par des bandes nombreuses d'Asiatiques, venues de l'Est de l'Oural. Là se trouve la Tartarie ou région ouralo-altaïque, limitée au sud par la mer Caspienne, à l'Ouest par l'Oural, par les monts Altaïques à l'est ; c'est l'aire géographique primitive du *Polygonum tataricum*, un blé noir qui donne deux récoltes par an et dont se nourrissent les peuplades ; les Huns et Kirghiz au Midi, les Avars et Samoyèdes plus au Nord et chez eux la lèpre est toujours à l'état endémique.

Au Ve siècle ces peuplades fondent sur l'Europe ; celles du Midi vont jusqu'à Orléans et Lutèce, après avoir traversé la Russie méridionale, la Hongrie ; les Avars occupent la Russie, la Pologne, une partie de l'Allemagne. Cette invasion dura plus de trois cents

DICHOTOMIE

— Je coupe la poire en deux ?
— Bigre oui ! Car, pendant que vous la cueilliez, moi, je tenais l'échelle ! !

ans et ce ne fut que vers la fin du VIII[e] siècle que Charlemagne rejeta les envahisseurs.

Lombards, Sarrasins, Normands, entre temps, faisaient aussi quelques irruptions et il n'est pas étonnant que, pour éviter la famine, on ait utilisé les nouveaux produits amenés pendant le séjour des hordes barbares sur le territoire européen.

Et c'est l'époque où la lèpre fit son apparition ; dès le VII[e] siècle, on crée des léproseries dans les Gaules, et le chiffre en augmente de plus en plus sous les règnes de Pépin le Bref et de Charlemagne, mort en 814.

Ainsi donc, plus de deux siècles avant les Croisades, l'Europe était infectée de la lèpre qui coïncidait avec la venue des Asiatiques dont la nourriture habituelle se compose de farine de blé noir.

Quel est l'habitat du polygonum tataricum et du polygonum fagopyrum. Les diverses sortes de sarrasin se plaisent dans les régions des zones modérées et arctiques.

Si nous partons de la partie ouest de la région d'origine du blé noir asiatique, nous trouvons le nord de la Russie, la Finlande, la Suède, l'Esthonie, la Livonie, le Danemarck, la Norwège, les Côtes de la mer du Nord et de la France, l'Irlande et plus au nord l'Islande, le Canada, le nord du Japon, la Mandchourie. Ce sont les pays de prédilection du blé noir, et aussi de la lèpre, avant les grands progrès de la navigation des XIX[e] et XX[e] siècles.

Pendant toute la période des Croisades, Constantinople est le carrefour que traversent les hommes d'armes venus de pays déjà visités par la lèpre ; et celle-ci y présente bientôt une forte recrudescence. A la fin du XIV[e] siècle, on comptait près de 20.000 léproseries dans toute la chrétienté.

Il est impossible d'admettre que tous les cas répandus aujourd'hui par l'univers soient d'origine fagopyrique, car la plupart des lépreux n'ont jamais fait usage de nourriture au blé noir. La lèpre seraitelle donc le résultat d'une contagion de malade à organisme sain, la lèpre continuant à se transmettre ainsi sans intervention directe de la moisissure ? Des céréales ou d'autres graines que le blé noir, pourraient-elles porter des moisissures capables, elles aussi, de donner la lèpre par évolution d'une bacillomycose ? Des recherches ultérieures pourraient élucider ces différents problèmes ; mais une chose certaine c'est que la lèpre a bien tous les caractères d'une mycose.

Le bacille de Hansen (de Bergen) n'est pas l'organisme essentiel de la contagiosité de la lèpre. L'agent pathogène est une sporo-bacillo-MYCOSE, ayant comme point de départ la moisissure du blé noir, et peut-être d'autres graines.

C'est en 1869-1874 que Armaner Hansen (de Bergen) décrit le bacille de la lèpre. Albert Neisser (de Breslau), les années suivantes, perfectionne la technique par des moyens de coloration.

Ce qui me frappe dans toutes les descriptions données des recherches microscopiques, c'est la fréquence avec laquelle les auteurs signalent la présence de *spores* et d'*amas des bacilles agglomérés par une matière vitreuse* ou *glære*.

« Le nombre des bacilles qui infiltrent les tissus, est ordinairement colossal, à tel point que la masse bacillaire contribue pour une part importante au volume du nodule lépreux.

Il est rare que les bacilles de la lèpre soient isolés les uns des autres. Presque toujours ils sont réunis en colonies, dont l'aspect a été comparé à un paquet de cigares, à une gerbe d'épis, à des boules épineuses, auxquelles on a donné le nom de *globi*, ce sont les *gelbe schollen* de Hansen. » (Langeron. — Lèpre in Nouveau traité de médecine de H. Roger, F. Widal et P. J. Teissier, fasc. IV.)

C'est, si je ne me trompe, une description d'amas mycosiques. Une trentaine d'années plus tard, en 1906, Gougerot et de Beurmann donnaient la première relation détaillée de leurs recherches sur les mycoses en montrant l'importance et la fréquence ignorée de cette pathogénie.

Pour moi, la lèpre n'est qu'une variété de mycose ; sa forme spéciale bacillaire la met à côté de celle décrite par MM. le professeur Lignières et Spitz dans une épidémie d'ovins en République argentine en 1902.

De plus, la non-inoculabilité, la contagiosité très restreinte de la lèpre la rapprochent plus des maladies mycosiques que des maladies bacillaires ; et j'ajouterai que la longue incubation de la lèpre, les premières manifestations de celle-ci n'apparaissant parfois que 2, 3, 7, 15 ans, et même plus, après le contage, est aussi en faveur de la nature mycosique.

CONCLUSIONS. — 1° *La lèpre est une mycose*, résultant du parasitisme de l'organisme humain par une moisissure provenant plus spécialement du blé noir *moisi*.

2° Aux mesures de prophylaxie adoptées jusqu'ici pour empêcher la contagion d'homme à homme, il faut ajouter des mesures destinées à limiter *les dangers provenant des réservoirs à virus lépreux*, c'est-à-dire restreindre le plus possible l'emploi du blé noir dans l'alimentation humaine et *interdire rigoureusement l'emploi de toute farine de blé noir présentant des traces de moisissure.*

D[r] Albert VEILLARD,
de Meng-sur-Loire (Loiret).

Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour discuter les conclusions de M. le D[r] A. Veillard, mais elles nous paraissent suffisamment étayées pour mériter d'attirer l'attention de tous ceux qui se préoccupent actuellement de la prophylaxie de la lèpre et de son étiologie.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FREUD ET L'ÉDUCATION SEXUELLE DE L'ENFANT

Par le Dr Gilbert Robin,

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables.

1er Article : **Considérations générales.**

Car l'homme, éclos un jour d'un baiser de ta bouche,
Cet homme, dont ton sein fut la première couche,
Se souvient à jamais de ce nid réchauffant,
Du sein où de la vie il reçut l'étincelle,
Des étreintes d'amour au creux de son aisselle,
Et du baiser fermant sa paupière d'enfant.

Lamartine.

Freud paraît inséparable de l'éducation sexuelle de l'enfant, et, en fait, il n'a jamais traité la question de front. Il a montré certains dangers, mais n'a formulé aucun plan général.

L'éducation sexuelle de l'enfant n'est pas un problème simple qui se résolve dans un ensemble de conseils, de prescriptions, de mesures à prendre, de conduite à tenir. Elle est inséparable, d'une part, du développement de la sexualité normale de l'enfant, d'autre part, de l'éducation qu'il reçoit, enfin de l'éducation idéale qu'il serait bon de lui donner. Ce qu'il conviendrait d'étudier, c'est :

1° L'éducation sexuelle de l'enfant telle qu'il se la donne à lui-même, pour ainsi dire, avec ses curiosités sexuelles, les réponses qu'il leur fournit, le problème de la naissance des bébés, celui des mauvaises habitudes (onanisme).

2° L'éducation sexuelle de l'enfant telle qu'on la lui donne.

3° L'éducation sexuelle de l'enfant telle qu'il faudrait la lui donner.

N'est-il pas saisissant de constater que rien de ce qui touche l'éducation sexuelle n'a paru en France avant 1894. Du reste ce n'est qu'en 1906 que fut publiée la *Question sexuelle de Forel* (1), le premier ouvrage qui se fût montré à la hauteur d'un tel sujet. Les *Etudes de Psychologie sexuelle d'Havelock Ellis* nous furent ensuite offertes (2). Nous ne connûmes Freud tout d'abord que par ses commentateurs. Depuis quelques années, son œuvre traduite nous est offerte peu à peu et quoi qu'on ait dit, il n'est pas téméraire d'affirmer que nous devons au maître de Vienne la découverte de la sexualité infantile, laquelle restait sous-entendue mais n'avait pas été affirmée au grand jour.

Entendons la sexualité infantile envisagée comme un phénomène normal. Evidemment, la précocité sexuelle de l'enfant n'avait pas échappé aux observateurs. La littérature est pleine de ces faits. Dante fut amoureux à 9 ans, Canova à 5 ans, J.-J. Rousseau a sa première passion à onze ans. A 9 ans, le poète Alfiéri devint amoureux de jeunes carmes novices qu'il voyait dans une église. Byron, à l'âge de 8 ans, devint passionnément amoureux d'une petite fille, Mary Duff : « Je n'avais certainement aucune idée des sexes, et cependant mes chagrins, mon amour pour cette petite fille étaient si violents que je doute parfois véritablement avoir aimé depuis ». Il a tort d'en douter car à 12 ans, le même Byron tombait éperdûment épris de sa cousine Marguerite Parkers, qui avait 13 ans. (d'après Moreau de Tours) (1).

Les passions précoces ne sont pas toujours aussi platoniques. La langueur et la cachexie qu'on observe chez le jeune être viennent tantôt du sentiment tantôt d'habitudes clandestines. Qu'une petite fille à peine âgée de 5 ans soit fréquemment surprise à s'appuyer avec force contre un meuble et à s'agiter de tout son corps avec une violence singulière (Moreau de Tours), qu'une autre âgée de 5 ans 1/2, que je viens d'observer à *la consultation des Enfants nerveux, retardés et instables* (35, avenue de St-Ouen), ne puisse, pour des habitudes comparables, être maintenue à l'école ; que le garçon d'un mulâtre, âgé de 5 ans, se jette non seulement sur des petites filles mais sur des femmes et les somme avec audace de satisfaire ses désirs (Gall) ; qu'un garçon de 7 ans ait avec sa sœur âgée de 5 ans des rapports réguliers (Forel, La question sexuelle, page 247), vous aurez beau jeu de me retorquer que ces cas sont exceptionnels, que certaines dispositions

(1) Forel. — La question sexuelle (Masson, édit.).
(2) Havelock Ellis. — Etudes de psychologie sexuelle (*Mercure de France*).

(1) Moreau de Tours. — La folie chez les enfants.

pathologiques, telles que des anomalies de conformation dans les organes sexuels ou des affections locales peuvent les avoir provoquées et si vos recherches ne ramènent aucune tare nerveuse chez les ascendants, vous parlerez comme Forel d'un *paradoxisme infantile*. Sans doute. Mais nierez-vous chez des petites filles leur désir de se parer et de plaire, leurs coquetteries, leurs minauderies et leurs jalousies boudeuses. Et ce merveilleux amour des poupées, animées par l'illusion imaginaire de la vie et du sommeil, n'est-il pas une première offrande à leur sexe, autant qu'à des pantins de porcelaine ? L'air belliqueux des garçons, leurs fanfaronnades brutales, leur orgueilleux besoin d'être forts et de protéger ne marquent-ils pas la première agression de leur virilité ?

Pourquoi faire intervenir de « vagues pressentiments sexuels » ? (Forel). Le fait est là. Le sexe n'attend pas la puberté pour trancher ses différences psychologiques. La nature a-t-elle attendu ce moment pour distinguer la fille du garçon ? Le barrage qu'on a toujours opposé avant Freud (et même certains auteurs encore depuis lors) à la sexualité de l'enfant tient à mon avis tout entier dans un malentendu sur la définition même du mot. Et c'est là l'importance des mots, leur vertu et leur danger, que la façon d'entendre celui de : Sexualité, décide de notre compréhension de l'âme, de nos systèmes pédagogiques, de nos moyens thérapeutiques, en un mot du bonheur de l'enfant et pour tout dire, de celui de l'être humain.

S'il est encore des esprits pour confondre sexualité et indécence, comme ils feraient d'amour et péché, si leur sexualité cligne de l'œil d'un air entendu et libidineux, si elle est essentiellement localisée et se confond avec une représentation d'organes générateurs, ils ne comprendront guère. Ce mot sexuel est-il donc si effrayant qu'on pourrait le refuser aux amours platoniques, chevaleresques ou mystiques, aux amours désintéressés, « dépourvues, comme dit Hesnard (1) dans une formule expressive, de toute résonnance organique ». *Le sexuel est une chose, le génital une autre*. Le génital ne sort pas d'une localisation dans une sphère spéciale. Le sexuel fait balancer nos forces affectives entre le masculin et le féminin. La sexualité est le balancier du cœur. Sans lui, l'affectivité serait une masse inerte, privée de ce rythme si émouvant que la femme, d'une part, l'homme de l'autre, animent de leur cadence propre.

***

Comme on comprend ceux qui se sont cabrés de l'insistance avec laquelle Freud accablait le nourrisson de manifestations sexuelles ! Qui l'obligeait à mettre les points sur les i, à nous choquer avec une terminologie inacceptable ? Je sais bien que sa doctrine était si neuve et si hardie qu'il fallait crier fort, exagérer p rfois pour se faire entendre et secouer les préjugés. On ne gagne rien à vouloir trop prouver. L'outrance de ses affirmations a fait sa gloire tumultueuse, mais elle a nui à la rigueur des idées.

Pour Freud, la sensibilité de l'enfant est tout d'abord diffuse et sans choix, se souvient très vite de certaines excitations qu'il recherchera avec prédilection. Ce qui touche sa bouche, sa poitrine, ses doigts et toutes les parties les plus délicates de son épiderme. il cherche à en faire un objet de plaisir, il veut le posséder. Sa conquête n'a pas de limites, elle embrasse le monde entier, se confond avec la mère et lui-même. L'enfant revenant volontiers aux parties du corps qui ont été agréablement impressionnées, des zones érogènes s'ébauchent, éphémères parfois comme un glissement de dunes. Les plus durables se retrouvent sur le corps du jeune être comme une géographie que n'oubliera pas le plaisir éprouvé. Il se connaît, il profite de lui-même, faisant contribuer ces zones à son auto-érotisme. Le tettement, les frottements, le rythme du bercement et toutes les habitudes que laissent la nutrition et la digestion apportent à l'enfant ses premières satisfactions. Sans doute, les organes génitaux peuvent contribuer à son plaisir, mais pas plus que les autres parties du corps. De sorte que les idées de Freud sur les zones érogènes sont surtout une façon de rendre compte que les impulsions sexuelles sont chez l'enfant partielles, éparpillées, plus ou moins fantaisistes. « C'est ainsi, dit Kretschmer (*Psychologie médicale*, Payot, Edit.) qu'on trouve particulièrement chez certains enfants les impulsions à regarder et à montrer un certain penchant enfantin à exhiber son propre corps nu, ses organes génitaux et ses excrétions, ou à regarder avec curiosité le corps nu, les organes génitaux ou les excrétions d'autres enfants ; et on se trouve à la même phase en présence de certaines manifestations par lesquelles l'enfant réagit, *comme en jouant*, à l'affirmation de ses instincts pré-sexuels ».

La mère et l'enfant forment un univers indissoluble. Il tire d'elle la nourriture et la béate volupté. Elle est son premier attouchement. Quand il faudra s'en détacher par le sevrage, l'éducation, il aura l'impression confuse et sans nom d'un premier amour et aussi d'un premier ressentiment contre les êtres qui font peser sur lui leur autorité.

Et déjà nous oublions les actes du tettement, du bercement et toutes les complaisances infantiles dans les fonctions digestives les plus élémentaires, déjà nous oublions les zones du plai-

(1) HESNARD. — L'individu et le sexe (Librairie Stock).

sir, car de ce limon organique nous voyons s'élever une buée de tendresse. J'exagère sans doute, et je parle des cas les plus doux. L'attachement brutal et physique de l'enfant fait souvent de lui un maître, un tyran. Il jette sur sa mère ses impulsions sauvages qui, si elles ne triomphent, peuvent saccager autour d'elles et devenir des vices. Ce qui importe, c'est que la vie affective est née. C'est que le sein maternel qui ne donne plus de lait laisse un souvenir impérissable. Sa douceur est inséparable de la première émotion. *Le nourrisson a bu le lait, l'enfant boit la tendresse. Ce n'est pas l'amour qui s'est fait chair. C'est la chair qui s'est faite amour.*

Amour certes, mais qui ne va pas toujours sans violence, amour que la haine bouscule et remplace au moindre heurt. Les exigences de l'enfant obéissent à l'instinct. Il va sans limites et sans freins, offrant ses désirs sans pudeur et sans honte. Le petit garçon s'accroche à sa mère, la petite fille serait dès le berceau tournée plus volontiers vers son père. Sans doute, et des jalousies précoces indiquent de telles tendances. Mais ces ébauches d'incestes, d'où Freud a tiré son célèbre complexe d'Œdipe, suffisent-elles à faire parler d'immoralité infantile ? Pourquoi jeter sur des faits bien observés le malaise d'appréciations éthiques forcément contestables. Pourquoi, parce que la sexualité de l'enfant ne connaît pas de lois et parce qu'il cherche ses satisfactions en lui-même et près de sa mère, l'accuser d'être un pervers polymorphe. Comme je comprends ceux qui se sont irrités de l'insistance avec laquelle Freud accablait le nourrisson de manifestations sexuelles. Pourquoi nous choquer avec une terminologie inacceptable. Il a prêté ainsi le flanc aux critiques.

Le fait indéniable c'est que dans les théories les plus outrancières de Freud il reste quand on les a laissé décanter, de claires et précieuses suggestions, et ce sont elles qui nous aident à mieux comprendre l'enfant. Aussi n'est-il pas plus pervers qu'immoral, mais la recherche de son plaisir irradie en tous sens.

On souhaiterait que le cœur fût le seul fournisseur des sentiments qui unissent l'enfant à ses parents, qu'on ne pût démêler entre eux que de tendres échanges librement consentis. Et sans doute l'amour de l'enfant pour les siens est pur, absolument pur. Rien n'est troublé dans la pensée. Les sentiments sont reconnus, identifiés, pour ainsi dire, par l'esprit, même s'ils sont défavorables, mêmes s'ils sont chargés de haine. Tout est avouable en pleine lumière. Si je vois un petit garçon chercher à dominer sa mère, à la posséder moralement et par cela même redouter l'autorité parternelle, première manifestation du devoir moral, si le je vois partir en guerre contre un tyran qui l'accable d'interdictions, ou contre un rival qui lui prend une partie du cœur de cette mère, si les petites filles copient les manières de leur mère pour se faire remarquer de leur père et s'attirer ses bonnes grâces, si des attractions unissent le frère et la sœur, si au contraire des frères s'entrejalousent et des sœurs s'entredéchirent, je veux bien qu'il ne s'agisse là pour l'enfant que de l'apprentissage et des vicissitudes du sentiment. Si même les parents se sont laissé surprendre dans leurs baisers, dans leurs caresses, s'ils sont allés trop loin dans leurs mauvais traitements, leurs colères et leurs scènes, ou s'ils ont eu toutes les faiblesses, toutes les adulations, s'ils ont toujours cédé aux caprices de l'enfant et se sont laissé dominer, si la mère, dans sa toilette, ne prend aucune précaution devant son jeune fils, si elle ne mesure pas l'étreinte de ses caresses passionnées, si le père, devant ses petits, a maltraité la mère, ou leur a laissé voir son inconduite, je veux bien dire encore avec vous : « Education déplorable, mais tout cela s'arrangera. La jeunesse, la puberté balayera ces impressions. La vie fera tout de même de ces enfants meurtris des hommes et des femmes ».

Mais si nous nous trompions ! Regardons évoluer ces jeunes êtres. Suivons-les au cours de leur existence. L'un est un aigri, l'autre un émotif, un anxieux, le troisième un solitaire dans ses rêveries. Telle femme vient consulter pour une frigidité absolue avec son mari, ou bien nous recevons un malheureux que l'impuissance tourmente. Un autre ne peut se défaire de rêveries sexuelles. Celui-ci souffre dans ses tendances contraires à la nature. Celui-là n'a jamais voulu avoir de rapports avec une femme. Timide et cependant têtu, sensible et buté, on dirait d'un enfant quand il parle du cœur. C'est tout juste s'il ne zézaie pas. Partout on rencontre un infantilisme affectif marqué et surtout une sexualité irrégulière, imparfaite ou totalement inhibée, des mariages impossibles ou des ménages qui ne marchent pas et des complications sans nombre dans la vie sexuelle. Quand on connaît les déboires sentimentaux d'un enfant et les irrégularités sexuelles de cet être devenu adulte, peut-on s'empêcher de faire un rapprochement entre les unes et les autres. Ces dernières ne sont-elles pas causées par les troubles du jeune âge. Interrogeons. Fouillons. Nous trouvons dès le premier terme de la vie la lutte entre les tendances de l'enfant et la répression dans le milieu familial et social « au nom de la religion, de la justice, de la patrie ou de la morale ». (HESNARD, *La vie et la mort des instincts*). Des pudeurs, des retraits, des bouderies, ou des mensonges, des vices, des rebellions s'organisent au cœur du jeune être. Les instincts défendus sont réprimés, refoulés dans les zones inconnues de l'enfant, dans son inconscient. La fixation affective à la

mère ou la crainte infantile de la sexualité normale rendent compte de bien des cas d'impuissance. La frigidité de la jeunesse s'explique souvent par suite des débordements imaginatifs de l'enfant qui parfois ne peut renoncer à n'être qu'une petite fille, ou qui rejette le sexe masculin au souvenir inconscient des brutalités de son père, ou qui, encore impuissant à se détacher d'un père trop cher, s'est réfugié dans l'irréel. Et celui qui recherche pour son plaisir, en son sexe un autre soi-même, témoigne qu'il est enfermé au sein de son enfance avec ses instincts possessifs et presque dévorants.

Des exemples plus précis ? Des exemple qui mettront sur la piste de la genèse de certaines perversions sexuelles ?

Si l'enfant a été témoin des rapports de ses parents, il les interprète quelquefois comme une sorte de mauvais traitement. Cette impression de violence peut n'être pas étrangère à la genèse du sadisme, perversion qui imprimera à la sexualité de cet être une nuance de cruauté. Une peur est souvent liée au premier éveil sexuel. La cruauté de l'enfant envers ses camarades et les animaux, outre la constitution perverse dont elle est issue en certains cas, peut encore tenir à son besoin de possession qui au cours de son évolution ne s'est pas réduit dans le sentiment de pitié. Lors de la puberté, il y a prépondérance des zones érogènes sur les tendances sexuelles normales.

La douleur peut n'être pas éloignée d'un certain plaisir sexuel. Le masochiste aime la passivité et les coups. L'histoire de J.-J. Rousseau, friand de châtiments exercés sur son corps par Mlle Lambercier, suffirait à proscrire les punitions corporelles et principalement le fouet, la fessée dans l'éducation de l'enfant, car un certain éréthisme sexuel doit parfois leur être attribués. J'ai pu observer que la douche froide ne doit être appliquée qu'à bon escient aux enfants nerveux. Le saisissement presque douloureux qu'elle apporte peut s'associer aux premières manifestations d'ordre génital. Il en va de même de la peur. Un petit garçon voit égorger un animal par la fenêtre d'un abattoir. Il éprouve dans l'effroi un étrange plaisir et plus tard son caprice sexuel exige des émotions violentes.

On sait que le fétichisme est une perversion qui confère à un objet ou à une partie du corps le pouvoir exclusif de procurer le plaisir. Un enfant de 16 mois, fils de musiciens allemands, soumet sa mère à ses caprices par des rages et des trépignements. Les parents le prennent dans leur lit chaque matin. Le soir il ne s'endort que s'il peut presser entre ses mains un bas ou un cache-corset que sa mère a porté. Le refus est suivi d'une colère. Du linge propre ou du linge ayant été porté par son père ne le satisfait pas et le sommeil est au prix d'un bas ou d'un cache-corset. On saisit par ce simple exemple la genèse de certaines préférences et on devine comment le complexe d'Œdipe s'est tout entier porté sur un objet ?

Le Dr Vachet a rapporté dans « *L'inquiétude sexuelle* » la saisissante histoire d'un enfant de 6 ans, qui voit par hasard une bonne sur son lit s'abandonner seule au plaisir. Un râle étouffé effraye l'enfant et d'un geste maladroit il fait tomber une pile de boîtes. La bonne furieuse se précipite, empoigne le petit et tenant sa tête entre les jambes, lui administre une fessée. Plus tard la sexualité se réalise dans la pratique de la flagellation.

Voici un passage d'une lettre que m'a adressée un jeune homme, ouvrier dans un arsenal : « Et voici la chose horrible... Un matin, j'étais — en rêve — avec une jeune fille et au moment où ma sensation atteignait sa plénitude, ma compagne disparut et je me trouvai en contact avec un corps au visage invisible, mais qui me fit l'impression d'être celui de ma mère. Ah ! je souffre, docteur, à décrire cela ! Je me réveille en sueur ». Et plus loin : « Une nuit, au lieu de l'autre femme, c'est ma mère qui m'apparut couchée auprès de moi. Dieu me donna la force de m'éveiller à temps pour éviter un contact direct et sans mélange qui m'aurait rendu fou ».

Et toujours dans la même lettre : « J'espérais qu'en allant voir régulièrement une femme, je finirais par guérir... Hélas ! l'inceste est revenu. Il me semblait rechercher la sensation parmi des formes vagues de femmes. Quand elle se produisit, elle me parut sucitée par le corps inconsistant et vu en un éclair, de ma mère. Je m'éveillai la sueur d'angoisse au front. J'eus l'idée et non le courage de prendre mon révolver et d'en finir. Puis, j'essayai de pleurer. Voyant que je ne pouvais rester ainsi, je me levai, égaré, et vous écrivis pour implorer votre secours ».

Faut-il aller plus loin ? Le complexe d'Œdipe, décrit ainsi par un simple ouvrier, ignorant de toute question psychologique, est-il une invention de Freud ? Peut-on douter que les échanges sexuels nourrissent l'affectivité de l'enfant et n'appellerons-nous pas sexuelles des tendances que l'on retrouvera intactes dans la sexualité de l'adulte ?

Nous avons vu sortir l'ébauche affective des premiers plaisirs organiques. Nous avons vu les premières sensations de l'enfant déterminer son attrait psychique. C'est en cela que ses premiers sentiments ne peuvent être dégagés selon Freud de l'orientation sexuelle sous forme de Libido, de plaisir. Entendez dans ce mot plaisir qui est encore bien déplacé, un immense besoin, comme la faim ou la soif et recevant plus tard sa consécration dans l'acte procréateur. Ces élans infantiles qui confondent l'amour et le plaisir, la chair et le sentiment et voudraient s'emparer de tout,

vont être peu à peu brisés. Les renoncements vont commencer. C'est l'apprentissage de la vie. Voici toutes les interdictions et les ordres. Voici les parents et leur éduccation, voici les morales, les religions. Première cellule, la famille, puis les cellules du collège, de la profession, de la patrie, de l'église et quand tout cela ne suffit pas, les vraies cellules, la maison de correction d'abord, la prison ensuite. Que vont devenir l'enfant et ses désirs francs, ses désirs purs. De quelles hontes, dégoût, pudeur, rages ou rêveries, silence ou vices va se former le caractère. La lutte est engagée entre la recherche des satisfactions instinctives qui se mêlent intimement au sexuel et la réalité. Mais déjà à son insu l'enfant a dû renoncer et selon le terme de Freud, refouler ses tendances. Il porte en son sein des ténèbres qui ignorent la lumière de sa conscience.

(A suivre.)

LE MASSAGE ET LA MOBILISATION DANS LES FRACTURES

Par le Dr P. Kouindjy.

On discute depuis quelque temps sur l'opportunité du massage et de la mobilisation précoce dans le traitement des fractures. Pour les uns, le massage et la mobilisation forment une thérapeutique dangereuse, car ils entraînent la mobilité des fragments osseux et, par conséquent, une difficulté d'obtenir une consolidation parfaite, ou bien, sont cause de nombreuses consolidations vicieuses. Pour les autres, ces deux agents kinésiques suffisent à eux seuls dans une grande majorité de cas pour obtenir non seulement une parfaite consolidation ; mais, aussi une guérison fonctionnelle absolue. Ces deux opinions se heurtent actuellement avec passion ; les uns et les autres défendent âprement leurs méthodes thérapeutiques. Les uns, dont la majorité est formée des chirurgiens et surtout des chirurgiens orthopédistes, tiennent pour l'immobilisation plâtrée, puisque cette immobilisation, aussi prolongée que possible, est seule capable d'assurer les coaptation des fragments de la fracture et de garantir la guérison anatomique du membre. Ce qui les amène à proscrire le massage et la mobilisation dans toutes les fractures et à proclamer que l'appareil plâtré forme la base essentielle de la thérapeutique des fractures. Les physiothérapeutes ne se tiennent point pour battus et déclarent, avec la même conviction, que la massage méthodique et la mobilisation précoce, appliquées par un médecin compétent assurent à la fois la consolidation rapide de la fracture et la restauration à peu près intégrale des fonctions musculo-articulaires des fractures. Cette controverse a une importance capitale en médecine pratique et mérite d'être mise au point à l'heure qu'il est.

Il ne s'agit pas ici d'une discussion des principes ou des théories. Le sujet est de beaucoup plus important et forme, sans exagération, une part notable de notre exercice médical, puisque ce qui domine dans la thérapeutique des fractures, c'est l'impotence fonctionnelle. Il est donc très important de savoir quelle est de deux méthodes en présence, celle qui nous permet d'éviter l'impotence fonctionnelle des fractures et les met à l'abri d'une infirmité, parfois irréparable.

Les deux exemples suivants, pris parmi nos fracturés récents, pourront déjà apporter un témoignage précis sur la valeur thérapeutique de chacune des deux méthodes en discussion : immobilisation plâtrée prolongée et traitement kinésique dans la fracture.

Il s'agit du traitement de la fracture de l'extrémité inférieure du radius dans les deux cas :

Dans le premier cas, M. de G., âgé de 48 ans, tombe le 27 mai 1928 et se fracture l'extrémité inférieure du radius gauche. Le médecin de la localité où a eu lieu l'accident, fait faire une radiographie, qui montre une fracture du radius avec engrènement, Il procède, sous l'anesthésie, à une réduction et applique un appareil plâtré, qui comprend le coude, l'avant-bras et la main en position classique, à angle droit et en pronotion. Ceci fait, il conseille à notre malade de garder le plâtre une dizaine de jours et se faire masser après par un masseur quelconque.

Notre client préfère avoir l'avis d'un chirurgien, se rend en auto à Paris et consulte son chirurgien habituel douze heures après l'accident. Celui-ci refait une nouvelle radiographie du bras dans le plâtre et déclare que l'appareil plâtré est bien fait et qu'il faut conserver l'immobilisation complète 21 jours de suite, malgré la douleur et la gêne ressenties par le patient. Le 22e jour, on enlève le plâtre et le bras, présentant toute une série de troubles trophiques et fonctionnels, est déclaré guéri. C'est tout juste si le chirurgien conseille à notre client de se faire masser une douzaine de fois et par une masseuse diplômée. M. de G. ne tenant pas à confier son bras malade à un empirique, vient le jour même nous voir. Voici dans quel état se trouvait son bras le jour de son arrivée chez nous : bras complètement privé de mouvement, presque inerte, très douloureux au moindre attouchement. Le malade le soutient continuellement afin d'éviter le moindre choc, la moindre secousse. Troubles trophiques

de la peau de tout l'avant-bras et de la main, avec des cicatrices profondes, provenant de la pénétration du bout du plâtre dans la paume de la main ; ankylose du coude très accentuée plus prononcée des articulations des phalanges et à peu près complète du poignet et des articulations métatarso-phalangiennes. L'avant-bras, en pronation complète, avec une légère flexion sur le bras. Main œdématiéuse, douloureuse et comprimée dans le sens transversal. Arthrite de l'articulation radio-cubitale supérieure avec adhérences douloureuses. Un raccourcissement de près de deux centim. surtout du bord radial de l'avant-bras.

Nous avons soumis, séance tenante, notre malade au traitement physiothérapique, qui comprenait, d'abord, le massage méthodique — effleurages au début du traitement, pression et pétrissage ensuite — la mobilisation progressive, l'actinothérapie de courte durée (de 5 à 10 minutes), l'air chaud et vers la fin : la faradisation, la mécanothérapie et la rééducation motrice. Une radiographie faite huit jours après le début du traitement prouve que tout suit son cours habituel : notre malade arrive déjà à exécuter quelques mouvements avec les trois derniers doigts ; une ébauche des mouvements du poignet et un progrès sensible dans les mouvements de l'articulation du coude ; la peau reprend son aspect humain, la cicatrice se comble, mais lentement. Le bras reste encore fortement en pronation, le poignet se lève un peu, mais ne se baisse pas encore ; il est encore tout sensible au choc et exige un enveloppement ouaté avec bande et écharpe. Ce traitement a continué jusqu'au 27 juillet. Sa durée a donc été de 38 jours. Quand nous avons quitté notre client, il arrivait déjà à mouvoir ses doigts à peu près complètement ; son avant-bras s'allongeait entièrement ; le poignet exécutait des mouvements d'extension et des mouvements latéraux. Mais, la supination et la flexion du poignet restaient encore très limitées. Pour placer sa main en supination notre client faisait intervenir son bras et l'épaule, et malgré cela, n'obtenait qu'un demi-renversement de la main. La supination se trouvait arrêtée par le bord interne du fragment inférieur du radius, contre lequel venait se buter le cubitus au moment de sa rotation de dehors en dedans. Le 10 octobre notre client nous écrit qu'il va beaucoup mieux au point de vue général, mais malheureusement il y a quantité de mouvements que je ne peux « encore faire ». L'impotence partielle est donc acquise chez ce malade atteint d'une fracture avec engrènement de l'extrémité inférieure du radius, traitée par l'immobilisation plâtrée prolongée.

Le deuxième cas concerne une dame âgée entre 55 et 60 ans, qui, au mois de mai 1926, se fracture l'extrémité inférieure du radius et le styloïde du cubitus de l'avant-bras gauche. Le médecin traitant applique une gouttière et laisse le bras au repos pendant une dizaine de jours. Ensuite, la malade nous est envoyée pour le traitement physiothérapique. La radiographie montre une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec léger déplacement en arrière du fragment inférieur et tendance à l'engrènement des fragments. Fracture de l'apophyse styloïde cubitale. Nous lui appliquons le même traitement, qu'au précédent client, et nous obtenons une guérison complète en dix séances. Au début du traitement, la malade accusait des douleurs, de l'absence des mouvements dans l'articulation du poignet, mais arrivait à exécuter les mouvements des doigts du coude. Elle accusait de la difficulté de se servir de sa main malade avec force ; sa main bien qu'œdématiée et infiltrée ne présentait aucune trace des troubles trophiques de la peau. De cette façon, nous avons pu faire disparaître progressivement l'œdème, la douleur et la gêne dans les doigts. Dès la première séance, nous avons pu exécuter la mobilisation progressive, d'abord des articulations éloignées : coude épaule et doigts, ensuite, celle des articulations qui touchent la fracture : le carpe et le poignet. En dix séances tout a été fini. Nous avons eu l'occasion de voir notre malade cette année, et nous avons constaté, que son poignet gauche fonctionne normalement, sans qu'il reste trace de son accident. Il faut ajouter aussi, que dans le second cas, il s'agit d'une personne arthritique, atteinte des grosses varices aux jambes et aux bras, ayant eu une arthrite subaiguë des deux épaules et des troubles circulatoires généralisés.

En mettant face à face les résumés de ces deux observations, on obtient un tableau bien suggestif et qui fait ressortir l'avantage du traitement kinésique des fractures sur celui fait par l'immobilisation plâtrée prolongée :

Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez un homme valide 48 de ans, avec engrènement des fragments, mis en appareil plâtré dès le début de l'accident pendant 21 jours ;	*Fracture double de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus* chez une femme de 56 ans environ, arthritique, troubles circulatoires, varices, mise en gouttière pour une dizaine de jours, et traitée de suite par le massage, etc. ;
Résultat : 34 *séances de physiothérapie* (massage, mobilisation, actinothérapie, air chaud, faradisation, etc.), et impotence du poignet avec limitation notable de la supination.	*Résultat* : 10 séances de physiothérapie et guérison complète.

Berne reproduit, dans son livre sur le massage une statistique de 18 cas de fractures traitées par

le massage et la mobilisation et dont la durée du traitement ne dépassait pas de 17 à 25 jours, sauf pour les fractures à fort déplacement où l'immobilisation, même réduite, augmenterait sensiblement la durée du traitement. Le prof. de Munter donne dans son intéressant travail sur le massage des fractures une statistique de 40 cas de fractures les plus diverses et don la guérison variaentre 12 et 36 jours. Le bénéfice obtenu, dit-il, est en général de plus de la moitié du temps que réclame l'ancien traitement De Lumniezer, de Budapest, donne une statistique de 552 fractures traitées par l'immobilisation et 93 fractures traitées par le massage et la mobilisation (Frumerie). Dans les premières, la consolidation exigea de 39 à 83 jours et la guérison complète de 83 à 138 jours. Dans les secondes, la consolidation s'obtint en 12 à 36 jours et la guérison complète en 26-27 jours. Titanus, d'Amsterdam, rapporte au Congrès de chirurgie de 1885 un tableau synoptique du traitement de la fracture de la rotule par l'immobilisation plâtrée et le massage. Dans 8 cas de cette fracture traitée par l'immobilisation plâtrée, la moyenne de la durée du traitement fut de 5 mois ; tandis que dans les 8 cas traités par le massage et la mobilisation, le traitement ne demanda que 41 jours en moyenne. Dans sa thèse inaugurale, Guillemard publie 49 cas de fractures de la clavicule traitées par le massage et la mobilisation. Il démontre que la douleur disparaît rapidement, le 4e jour, que sa consolidation se fait en 20 jours et que la force musculaire reste complète. Dans trois cas de fractures du fémur publiés par Lapervenche, la guérison s'obtient chez une malade de 70 ans, en 20 jours ; chez une autre de 75 ans, 35 jours; et, enfin, chez la troisième de 68 ans, en 40 jours. Au Congrès de chirurgie d'Allemagne de 1903, Jordan rapporte 73 cas de fractures traitées par la méthode kinésique, qui lui permit d'obtenir 67 guérisons fonctionnelles complètes. Rossi, de Milan, fit une série d'expériences sur un lot de lapins, pour se rendre compte des effets obtenus dans les fractures par les deux méthodes en question. Il partagea son lot d'animaux en trois groupes : le premier de ces groupes fut traité par les appareils plâtrés à l'immobilisation prolongée ; le second, par le massage et la mobilisation précoce ; le troisième groupe fut abandonné sans traitement. Les résultats de cette expérience furent les suivants : la consolidation fut obtenue chez les premiers au bout d'un mois (30 jours), chez les seconds au bout de 18 jours et chez les troisièmes dans une durée moins longue que celles des lapins immobilisés et plus longue que celle des lapins massés. Ces expériences ont été confirmées par celles de Costex, de Gourevitcht Les expériences de Costex, faites en collaboration de Rémy et Toupet en 1891 et publiées par les *Archives générales de médecine*, méritent qu'on s'y arrête un peu plus longuement. Elles consistaient à déterminer sur de grands chiens de forts traumatismes par contusion ou par écrasement et à examiner les modifications produites dans les tissus lésés soumis au massage ou laissés sans aucun traitement. Donc deux groupes d'animaux : les uns soumis au massage forment le premier groupe ; le reste fut laissé comme témoins. Les coupes histologiques exécutés par ces auteurs ont démontré : 1° que les muscles des animaux témoins eurent leurs fibres musculaires remplacées en grande partie par du tissu conjonctif, qui occupa cinq fois plus de place que la fibre musculaire elle-même. Le tissu conjonctif envahit les fibres nerveuses, en dissociant les filets nerveux et contribuant à la dégénérescence rapide du cylindre-axe. Cette altération du nerf traumatisé et non massé se manifesta par une périnévrite, névrite interstitielle et compression des tubes nerveux ; 2° par contre, chez les animaux massés on constata : une structure à peu près normale des masses musculaires ; très peu de travées conjonctives et absence complète d'altération des fibres nerveuses. La circulation fut conservée et pas d'épanchements sanguins des membres traumatisés. De son côté, le Dr Gourévitch, de Petrograd, entreprit les mêmes expériences pour étudier l'effet du massage sur les tissus osseux. De ces expériences, faites sur des lapins, il résulte que les fractures de ces animaux soumises au massage se consolidaient en 12-14 jours, sans déplacement des fragments osseux et avec cal volumineux ; tandis que les animaux non massés et ayant leurs pattes complètement immobilisées présentaient une consolidation tardive de 16 à 18 jours, un cal insuffisant, des muscles atrophiés et un retard notable dans la résorption des ecchymoses produites par le traumatisme. De quarante cas de fractures chez l'homme, publiés par cet auteur, il tire les conclusions suivantes : Le massage, appliqué même immédiatement après l'accident, n'augmente pas la douleur ; tout au contraire, il la calme, et facilite la coaptation des fragments et leur maintien après la réduction. Le massage ne provoque pas le déplacement des fragments et permet de surveiller leur position réciproque. La soudure des fragments se fait plus rapidement sous l'influence du massage méthodique, que par l'immobilisation plâtrée, ce qui abrège notablement le séjour des fracturés dans les hôpitaux. Enfin, le cal formé par le massage se consolide rapidement, perd vite sa sensibilité et est, en général, de petite dimension.

Toutes ces expériences nous prouvent amplement la supériorité du traitement physiothérapique des fractures sur leur traitement par les appareils plâtrés. A l'exemple du prof. Guermonprez, nous pouvons résumer l'action thérapeutique du massage et de la mobilisation précoce

dans les fractures de la façon suivante : 1° Le massage méthodique, par son action sur la circulation, permet d'agir directement sur les infiltrations des membres fracturés ; il fait disparaître les épanchements, les ecchymoses et les infiltrations sanguinolentes du foyer de fractures. Ces dernières, selon Marc Sée, sont souvent une des principales causes du retard de la consolidation, ou bien entraînent facilement une consolidation vicieuse des fractures. En refoulant le sang dans la circulation de retour, les manœuvres massothérapiques donnent la possibilité d'obtenir une coaptation plus facile des fragments et, par conséquent, une consolidation plus rapide de la fracture. De plus, en activant les circulations veineuse et lymphatique, le massage rétablit plus vite la nutrition propre de tous les tissus lésés par le traumatisme, ce qui permet d'obtenir une restauration plus rapide des muscles, des tendons, des gaines et des ligaments de la région traumatisée. Dans le traitement des fractures par le massage, on ne risque donc pas d'avoir d'atrophie musculaire, ni des ténosites, des arthrites de toutes espèces, des troubles circulatoires, consécutifs au traitement par l'immobilisation plâtrée ; 2° le massage supprime la douleur, non seulement celle qui est due à la fracture elle-même, mais aussi celle qui dépend de l'immobilité forcée des articulations du membre fracturé. On voit que si l'appareil plâtré arrive à calmer la douleur de la fracture provoquée par la mobilité des fragments, celle-ci devient souvent de beaucoup plus considérable, lorsque, après un temps d'immobilisation assez prolongé, on enlève le plâtre et que la fracturé essaye d'exécuter quelques mouvements. Lapervenche a même établi que la douleur chez les fracturés disparaît sous l'influence du massage entre la 3e et la 5e séance.

Desguin, l'éminent chirurgien d'Anvers, utilise le massage et surtout une de ses manœuvres, l'effleurage, comme le meilleur moyen pour exécuter une bonne réduction de la fracture. « L'effleurage, dit-il, a une action antialgésique incontestable. Il a aussi parfois un effet psychique qui n'est pas à négliger ; quand on a montré au malade qu'on peut toucher à son membre sans le faire souffrir, on peut quelquefois le convaincre que la réduction s'opèrera sans aucune douleur. La crainte de la douleur ayant disparu, la défense musculaire cesse, la réduction se fait sans difficulté .Et plus loin il ajoute : « L'effleurage agit contre la douleur, la congestion et la contracture. » (Rapport au Congrès int. de physiol. de Liège, 1905.) Nous avons vu plus haut, que l'expérience nous montre l'influence favorable du massage sur le système nerveux périphérique. Nous pouvons également penser qu'il a une action efficace dans les troubles névritiques des fracturés ; 3° le massage et la mobilisation contribuent puissamment à rétablir les fonctions des membres fracturés. Ils obtiennent cette restauration fonctionnelle en même temps qu'ils activent la consolidation osseuse et la tonicité musculaire. De cette façon, Lapervenche pouvait, avec raison, affirmer que la convalescence dans le traitement kinésique des fractures est supprimée. Et en effet, dès le moment où notre fracturé, massé et mobilisé, se sent suffisamment en force pour exécuter les mouvements indispensables pour la marche, il se met à marcher, ou utilise son bras dans les mesures de son possible. Dans le traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce, il n'existe pas de période post-opératoire ; l'opération se confond avec le traitement, et mène le fracturé jusqu'à sa guérison définitive. C'est une des raisons pour laquelle ce traitement est généralement de beaucoup plus rapide que le traitement par l'immobilisation plâtrée prolongée et par massothérapie consiécutive.

La rapidité relative du traitement kinésique des fractures dépend aussi d'un autre fait capital, à savoir que le traitement en question poursuit d'une façon continue la conservation des mouvements de toutes les articulations intéressées, sans laisser trace des raideurs articulaires et, par conséquent, en évitant toute sorte d'ankylose. On connaît les difficultés que présentent les ankyloses au point de vue fonctionnel et aussi les différentes déformations qu'elles entraînent. Par le massage méthodique et la mobilisation précoce nous combattons efficacement le processus ankylosant, si bien décrit par Teissier, de Lyon, en 1841, et qui se produit d'une façon constante sous l'influence de l'immobilisation plâtrée prolongée. Ce processus suit un cycle régulier, formé des quatre phases suivantes : 1° l'épanchement de sang et de sérosité dans les cavités articulaires ; 2° l'injection des synoviales et la formation des fausses membranes ; 3° l'altération des cartilages et 4° l'ankylose osseuse, la soudure définitive.

Il nous semble que ce dernier argument seul suffirait pour plaider en faveur du massage et de la mobilisation dans le traitement des fractures et de leur supériorité sur l'immobilisation plâtrée si chère aux ankylophiles modernes. Nous n'insistons pas sur d'autres inconvénients ou plutôt conséquences de l'immobilisation plâtrée prolongée, connues de tous les praticiens ; comme les amyotrophies, les arthropathies, les troubles cutanés, les altérations vasculaires, les déformations articulaires, les attitudes vicieuses, etc., qui contribuent à transformer le fracturé en un impotent et même en infirme permanent. Toutes ces suites de l'immobilisation plâtrée sont évitées d'une façon rationnelle par le traitement physiothérapique, que nous utilisons actuellement. Pour terminer nous résumerons en une formule

générale la méthode physiothérapique que nous considérons comme la seule bonne et irréprochable.

Voici la conduite à tenir dans le traitement des fractures :

1° Dans les fractures sans déplacement : massage méthodique dès le début du traitement ; mobilisation précoce des articulations éloignées de la fracture et mobilisation progressive, aussitôt que le cal est jugé suffisamment solide pour supporter les mouvements, placer la fracture dans une gouttière ou entre attelles et la maintenir au repos complet entre les séances de massage. Pour activer la consolidation on peut utiliser comme adjuvant : l'actinothérapie, l'hydrothérapie, l'air chaud, diathermie, etc. Quand la consolidation est jugée suffisamment avancée, utiliser la rééducation motrice et la mécanothérapie.

2° Dans les fractures d'un os sur deux, appliquer une attelle ou employer une gouttière pour la contention entre les séances du massage. Masser dès le début de la fracture, massage quotidien comme dans le cas précédent. Après chaque séance de massage, placer la fracture dans la gouttière fixée au moyen de lacs et procéder à la mobilisation des articulations éloignées d'abord, des articulations voisines de la fracture ensuite. La consolidation obtenue, procéder à la rééducation motrice et à la mécanothérapie. Utiliser comme adjuvants : l'actinothérapie, l'hydrothérapie, l'air chaud, diothérapie, faradisation, etc.

3° Dans les fractures avec déplacement : massage léger (effleurage) pour calmer les douleurs et diminuer les épanchements ; réduire la fracture sous le contrôle des rayons X et appliquer un plâtre de très courte durée, selon le degré de la fracture et de sa forme. La durée du repos absolu doit varier de 3 jours à 3 semaines maxima ; après quoi massage quotidien du membre fracturé et repos complet du membre entre les séances de massage. Pour obtenir cette contention parfaite, il faut, autant que possible, transformer l'appareil plâtré en gouttière où le membre blessé est placé avec les précautions nécessaires et maintenu au moyen de bandes ou de lacs. Procéder à la mobilisation progressive aussitôt qu'on juge la consolidation en bonne voie. Tous les agents physiques peuvent rendre service dans le traitement de ces fractures ; il faut les utiliser suivant les indications de chaque cas. Quand la consolidation est terminée, procéder à la rééducation motrice et à la mécanothérapie. La guérison de ces fractures, comme celle des autres catégories, vient avec la fin du traitement. Sauf quelques légères difficultés dans l'exécution rapide des mouvements. les malades acquièrent assez vite l'intégrité de la mobilité de leurs membres fracturés.

Nous sommes convaincu qu'en suivant cette formule générale du traitement physiothérapique des fractures, nos lecteurs s'en trouveront bien, chaque fois qu'ils auront une fracture à traiter, et leurs clients leur sauront gré de les guérir vite et bien.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement du point de côté.

Tout le monde connaît, dit le Dr Diamant, le point de côté et sa description semble bien inutile. Mais sa signification symptomatique est intéressante à dégager, car elle relève d'affections très diverses. Les coliques hépatiques, les névralgies intercostales, les névrites paludiques, alcooliques ou toxiques, se présentent souvent sous le seul aspect du point de côté.

La pneumonie, les pleurites, les pleurésies, les pleuropéricardites, sont fréquemment l'occasion, pour le malade qui en est atteint, d'accuser d'abord un point de côté plus ou moins violent. Mentionnons ici la position genu-pectorale qui, prise spontanément par quelques malades très dyspnéiques, peut être considérée comme pathognomonique d'une péricardite à gros épanchement : c'est une posture de décompression du sac péricardique que les malades prennent instinctivement.

On trouve encore le point de côté dans l'hypertrophie de la rate au cours des leucémies, des cirrhoses, des maladies infectieuses.

Quelle que soit sa signification pathognomonique, le point de côté appelle une thérapeutique spécialement dirigée contre la douleur qu'il provoque, car le malade veut être avant tout soulagé et il ne comprendrait pas que l'on négligeât cette manifestation parce que purement symptomatique.

Quelle que soit sa cause, le point de côté cédera très généralement à la cibalgine que l'on administrera à la dose de 2, 3 ou 4 comprimés suivant son intensité. S'il s'agit de coliques hépatiques ou néphrétiques, on prescrira la cibalgine en ampoules : deux par jour. On pourra même

l'injecter *loco dolenti* en cas de pleurodynie, de zona, de pleurite, ou de névralgies intercostales. Ce traitement n'exclut pas la thérapeutique classique par les pointes de feu (surtout efficaces dans la pleurodynie des tuberculeux) les vésicatoires et les liniments. Par miceux-ci la formule ci-après est particulièrement recommandable :

Baume de Fioraventi... }
Chloroforme............ } ââ 10 grammes
Salène .... }

(*Journal des praticiens*, 22 septembre 1928.)

Pyélites de la grossesse et pyélites des suites de couches.

La pyélite, dite gravidique, n'est, d'après le Pr P. Guéniot, qu'un cas particulier du syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer. Ce n'est pas, en réalité, une affection propre à la grossesse : c'est une infection coli-bacillaire ou entérococcique d'origine intestinale, à laquelle la grossesse prédispose.

La dénomination habituelle de « gravidique » a le tort de laisser croire qu'il s'agirait d'une affection ayant sa place particulière dans le cadre nosologique propre de la grossesse. Or, ce n'est pas le cas.

En effet, certaines pyélites de la grossesse guérissent avant la fin de celle-ci, plus ou moins longtemps avant l'accouchement ; d'autre part, beaucoup de pyélites, dites gravidiques, se prolongent, avec ou sans périodes d'amélioration ou de rémission jusqu'à l'accouchement, mais elles ne guérissent pas très rapidement comme l'albuminurie gravidique, après celui-ci ; c'est bien plutôt après deux ou plusieurs semaines qu'elles cessent d'exister.

Ensuite, il n'est pas rare d'observer des pyélites des suites de couches apparues après l'accouchement chez des femmes qui n'en ont présenté aucune manifestation pendant leur grossesse, pyélites qui ont des caractères semblables à la pyélite gravidique.

Enfin, ni le sexe masculin, ni les nourrissons ne sont indemnes de pyélites de ce genre. (*La pratique médicale française*, juillet 1928 A.)

La syphilis pulmonaire granulique. Formes anatomiques. Syphilis et tuberculose pulmonaires aiguës.

Le Pr Favre et N. Contamin prouvent que l'on peut voir, dépendant de lésions pulmonaires syphilitiques, l'ensemble des signes physiques et fonctionnels auxquels nous sommes accoutumés d'associer le diagnostic clinique de tuberculose granulique. Des lésions diverses peuvent produire cette forme particulière de syphilis pulmonaire que marquent la dyspnée et la cyanose ; il est nécessaire toutefois que ces lésions soient très étendues.

L'observation anatomique permet, d'autre part, de parler à un tout autre point de vue de granulie pulmonaire syphilitique ; le mot s'impose pour qualifier des lésions nodulaires arrondies, circonscrites, qui correspondent à de minuscules gommes fibreuses. Répandues parfois en abondance dans le poumon, on risque de les prendre pour des tubercules.

La connaissance de la granulie syphilitique permettra d'éviter cette erreur et les graves conséquences qu'elle entraîne ; en pareil cas, il faut associer étroitement le laboratoire et la clinique, pour qu'ils se prêtent un mutuel appui. (*Lyon médical*, 29 juillet 1928.)

Gangrène cutanée primitive ou essentielle.

M. L. M. Bonnet rapporte deux observations de cette affection. Dans ces cas, la gangrène ne résulte ni d'un facteur nécrosant mécanique, ni d'une embolie ou arterite, ni d'une infection ou d'un autre foyer gangréneux (pulmonaire ou autre). La gangrène cutanée est cliniquement primitive ; elle constitue toute la maladie.

Elle s'observe surtout chez les sujets jeunes ou débilités par une maladie antérieure ou en pleine santé.

L'affection débute d'une manière brusque par des phénomènes généraux et une éruption, quelques plaques disséminées, généralement peu nombreuses. Les lieux d'élection sont d'abord la région sacrée et les parties avoisinantes, puis l'extrémité céphalique.

Les plaques sont érythémateuses, ortiées ; sur elles se développent rapidement des bulles irrégulièrement groupées et de volume très divers, qui deviennent hémorragiques pour la plupart ; une escarre noire intéresse toute l'épaisseur de la peau ; un sillon se creuse autour de chaque escarre une fois celle-ci éliminée ; la cicatrisation est rapide, laissant naturellement des cicatrices très apparentes.

Mais la guérison est loin d'être la règle. La mortalité serait de 50 % environ. (*Lyon médical*, 12 août 1928.)

Traitement de la débilité congénitale.

Il s'agit d'enfants prématurés ou nés à terme (souvent des jumeaux), dont la taille et le poids sont très nettement au-dessous de la normale. Ils présentent une véritable débilité viscérale, qui les met en état de moindre résistance vis-à-vis des fautes d'allaitement et des infections congénitales (hérédo-syphilis) ou intercurrentes.

Le Dr G. Blechmann recommande d'éviter le refroidissement (enveloppement ouaté ou couveuse), de prescrire l'allaitement maternel (9 à 10 fois par 24 heures), ou le lait d'ânesse, ou le

lait condensé sucré, le babeurre condensé sucré, au riz ou au froment, un bain chaud (à peine sinapisé) à 38°, de 4 à 6 minutes, une à 2 fois par jour ; on ordonnera aussi des injections ou lavements de sérum glucosé (10 à 15 cc. par jour en injections, lavements, d'une cuillerée à café de sérum glucosé à 47 p. 1000 une à trois fois par jour).

En cas de tendance syncopale : injection quotidienne d'1 /5e de cc. d'huile camphrée à 5 p. 100; une demi-goutte d'adrénaline au 1 / /1000e par la bouche une à deux fois par jour.

Le sang maternel injecté par la voie sous-cutanée tous les deux ou trois jours, à la dose de 2 à 5 cc., constitue réellement un traitement stimulant de premier ordre.

On conseillera enfin un traitement spécifique prudent si la syphilis congénitale est en cause. Le lactate d'hydrargyre constitue la méthode de choix ; la dose quotidienne doit être divisée en 2 ou 3 parties, qui sont prises dans des biberons, mélangées à du lait. Chaque jour, au total VI à X gouttes par kgr. de poids corporel (commencer par VI gouttes pour tâter la susceptibilité de l'enfant).

Si le traitement mercuriel paraît insuffisant, on devra recourir aux injections arsenicales : le sulfarsénol a donné de bons résultats en commençant par des doses minimes (1 /3 ou 1 /2 centigr.) et en augmentant chaque fois de 1 /3 ou 1 /2 centigr. à intervalle de 5, 6 ou 7 jours.

On préviendra la débilité congénitale en traitant énergiquement la syphilis maternelle. (*La médecine*, août 1928.)

Le massage artériel, mode d'exploration de la paroi et de la circulation artérielles.

En clinique, la question se pose fréquemment de déterminer l'état de la lumière artérielle et surtout dans les cas où la circulation paraît insuffisante, de savoir si cette absence ou cette diminution de la capacité circulatoire proviennent d'une lésion anatomique, ou, au contraire, d'un simple spasme plus ou moins intense et durable. Suivant l'éventualité envisagée, les conséquences thérapeutiques peuvent être fort différentes.

Le Pr Langeron propose, parmi les autres, un moyen assez simple et fidèle pour pouvoir être conseillé dans la pratique médicale courante, le massage artériel.

Si, après avoir pris au Pachon un tracé oscillométrique, on laisse l'appareil en place et on prend après quelques minutes un nouveau tracé, ce dernier n'est pas identique au premier ; il en diffère par l'augmentation de l'index oscillométrique (I.O.), la baisse légère de Mx contrastant avec un Mn identique. Ces diverses constatations accusent un état de relâchement de la paroi artérielle, par vaso-dilatation dite de fatigue avec augmentation de l'extensibilité. Si, au lieu de laisser simplement le brassard en place, on procède à une série d'insufflations et de relâchements de l'appareil, on soumet l'artère sous-jacente à une série de contractions et de décontractions successives, qui exagèrent les phénomènes précédents et en rendent la constatation plus facile ; on obtient ainsi plus ou moins vite un état de parésie du sympathique artériel. Suivant la rapidité et l'intensité des résultats obtenus, on peut déduire l'excitabilité du sympathique, on peut faire cesser un état spasmodique, et discriminer la part respective du spasme et de l'oblitération anatomique.

Le massage artériel peut donc se faire au lit du malade avec le seul Pachon ; cinq minutes en général, dix au maximum suffisent.

1° Si les résultats par le massage artériel, tant *in situ* qu'à distance, sont normaux (I.O. augmenté, Mx abaissé, Mn peu modifié), on peut conclure à l'état normal des artères intéressées.

2° Si les résultats sont nuls (aucune modification du tracé oscillométrique), deux hypothèses doivent être envisagées :

a) Oblitération anatomique ;

b) Inexcitabilité du sympathique artériel. Mais la discrimination de ces deux éléments n'est pas toujours facile ; on recherchera les autres signes soit d'oblitération artérielle, soit de lésion nerveuse destructive dans le territoire correspondant, et l'on se rappellera que les diverses épreuves basées sur l'étude de l'oscillométrie peuvent se trouver impuissantes à trancher la question ; oscillométrie paradoxale, négative avec perméabilité artérielle conservée, positive au contraire avec obstruction.

3° Si les résultats sont paradoxaux, inverse de la normale, on pensera à une irritabilité anormale du sympathique, dont il appartiendra à l'examen général de dévoiler la cause.

Le massage artériel semble donc une méthode simple et utile. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 12 août 1928.)

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes.

Le Dr Laquerrière démontre que les ondes galvaniques alternatives à longues périodes, en raison de leurs alternances, permettent d'obtenir, sans crainte de troubles dus aux modifications chimiques des tissus, un maximum d'effets trophiques du courant continu dans le circuit interpolaire. En raison, d'autre, part de la lenteur des changements d'état et de leur espacement, elles forment le meilleur procédé de gymnastique électrique des muscles très dégénérés.

L'appareil qu'il utilise est une modification de l'onduleur le plus simple, celui du Pr d'Arsonval.

Le courant passe d'une façon constante dans un sens durant un temps qui peut varier de 8 à 60 secondes ; puis, il est ramené lentement à zéro, se renverse et prend une intensité progressivement croissante ; ensuite, il passe en sens inverse durant le même temps que dans le sens direct ; enfin il continue indéfiniment le même cycle.

Constipation. Malgré l'action spécifique des ondes progressives sur les muscles à contractions lentes, ces ondes n'ont pas paru supérieures au courant continu contre les différentes formes de constipation. Par contre, les ondes à longues périodes ont paru avoir une action plus marquée que le courant continu sur la réfection de la sangle abdominale ; elles paraissent donc devoir jouer un rôle utile seulement dans les constipations qui sont accompagnées de relâchement de la paroi.

Goitre exophtalmique. A signaler, seulement à titre d'indication, car la recherche du métabolisme basal n'a pas été faite, que dans quelques cas traités régulièrement, soit par des applications transcervicales, soit par un pôle thyroïde et un pôle abdominal, on a obtenu une amélioration symptomatique rapide et souvent une diminution du goitre.

Troubles asthéniques divers, anaphrodisie *sine materia*. On ne peut donner de conclusions fermes car il est difficile de distinguer le rôle du psychisme chez ces malades, mais il paraît que ce nouveau procédé a tous les effets favorables de la galvanisation ascendante, avec probablement un peu plus de lenteur, et que, d'autre part, il ne donne jamais de période d'excitation et d'énervement. Il semble agir comme un régulateur de l'action médullaire et non en augmentant systématiquement le pouvoir réflexogène de la moelle.

Névrites graves et paralysies infantiles. Les ondes galvaniques à longues périodes semblent permettre de réaliser sans risques un traitement plus intensif et plus rapide que le courant continu. D'autre part, si, en théorie, on peut demander au courant continu des actions trophiques sur la paralysie infantile, il semble logique de les rechercher dans les ondes galvaniques alternatives à longues périodes.

Après avoir recherché les actions trophiques, on cherche les contractions musculaires ; ici encore la nouvelle méthode paraît supérieure au courant continu, et n'exige pas une prudence aussi minutieuse.

Cependant les ondes renversées et prolongées ne s'appliquent pas à l'introduction électrique médicamenteuse, ni dans certaines formes de névralgies intenses avec phénomènes d'hyperexcitabilité, ni aux applications sur la tête en raison de la possibilité plus grande de vertige voltaïque, ni enfin aux malades très pusillanimes ou très névropathes : il faut leur préférer alors le courant continu. Quant aux muscles très dégénérés, ils commandent que l'on commence avec prudence et qu'on n'augmente la durée des séances qu'en connaissance de cause. (*La pratique médicale française*, août 1928 A et B.)

L'extraction tardive des projectiles intra-cérébraux.

En matière de projectiles du cerveau, il semble, d'après les prof. G. Réchou et G. Jeanneney, résulter de l'examen des différentes observations que la tolérance cérébrale est souvent factice ; plus ou moins tardivement, des complications, dont la plus fréquente est l'abcès du cerveau et l'infection consécutive des méninges et des ventricules, pouvant apparaître, il y a intérêt, à moins que le projectile soit très petit et situé profondément dans le cerveau, à enlever tout projectile restant. L'intervention est d'autant plus facile que l'on agit à un moment plus proche de celui de la blessure, car le tissu de sclérose cérébrale n'a pas encore eu le temps de se développer pour encercler le corps étranger et l'enkyster, ce qui constitue une difficulté pour son extraction.

Lorsque l'extraction par l'électro-aimant est suivie d'insuccès, une seule méthode est applicable, c'est l'extraction sous le contrôle des rayons X au moyen d'un instrument aussi peu vulnérant que possible ; mais l'extraction peut être suivie de complications cérébrales produites par les dégâts de la pince au cours des manœuvres opératoires (lésions d'encéphalite traumatique, possibilités d'infections plus grandes surtout dans le voisinage du ventricule).

Cependant, dans l'ensemble, les résultats de ces extractions sont satisfaisants ; l'un des auteurs a pu ainsi enlever tardivement quatre projectiles intra-cérébraux avec quatre succès, et, dans l'immense majorité des cas, il y aura donc intérêt à faire l'extraction de tout projectile intracérébral de quelque volume et placé dans une zone accessible sans trop grand danger. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 août 1928.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La sérothérapie anticolibacillaire.

(M. H. Vincent. — *Académie de médecine* ; 27-11-1928.)

M. Vincent a préparé et employé avec succès depuis plusieurs années un sérum anti-coli-bacillaire, à la fois anti-microbien et anti-toxique. L'auteur n'y a pas eu recours dans toutes les manifestations — elles sont nombreuses — de la coli-bacillose, mais il a eu l'occasion de l'utiliser et d'obtenir des guérisons rapides dans trois circonstances principales : la septicémie colibacillaire, la pyélonéphrite suppurée à coli-bacilles, et chez des malades opérés d'appendicite gangréneuse, en vue, pour ce dernier cas, de prévenir l'infection générale par le colibacille qui est l'agent déterminant de beaucoup le plus constant et le plus redoutable de la péritonite et de la septicémie d'origine appendiculaire. Ce sont souvent les colibacilloses graves qui offrent les améliorations les plus rapides. Les infections chroniques légères, chez les simples porteurs de germes par exemple, sont bien des fois plus rebelles — non toujours il est vrai. Il vaut mieux, donc, conseiller le sérum à la première phase, au moment de la pyélonéphrite suppurée, avant que se soit installée la coli-bacillose chronique urinaire des porteurs de germes. On connaît, d'ailleurs, la résistance que présentent les porteurs de germes en général (diphtérique, typhique, dysentérique) aux traitements qui visent à les débarrasser de leurs microbes parasites.

Action de l'insuline sur la pression artérielle.

(MM. P. Gley et Kisthinios. — *Académie de médecine* ; 27-11-1928.)

L'action hypotensive de l'insuline (ou pour parler plus exactement des extraits pancréatiques) a été signalée par plusieurs auteurs : Klemperer, Weinberger et Holzman, Maniscalco, Kogan, Kisthinios, etc. Cette action, toutefois, n'a pas été rencontrée constamment, certaines insulines ayant paru ne pas la posséder.

Dans le service du professeur Vaquez et au laboratoire de biologie du Collège de France, MM. P. Gley et N. Kisthinios ont entrepris une série d'expériences relatives aux effets hypotenseurs et antagonistes de l'adrénaline des préparations d'insuline. Ils ont vu tout d'abord que l'action hypotensive n'était pas du tout parallèle à l'action hypoglycémiante. Ils ont conclu que, dans les extraits pancréatiques que sont les insulines, l'agent hypotenseur est distinct de l'agent hypoglycémiant, l'hypotension n'étant obtenue même qu'avec certaines insulines.

Les différentes marques d'insuline ne sont pas univoques. Alors que l'insuline A, qui ne contient que l'élément hypoglycémiant de l'extrait pancréatique, restera inactive sur la tension artérielle, l'insuline B, moins purifiée si l'on veut et renfermant d'autres éléments de l'extrait pancréatique, abaissera la pression artérielle et neutralisera l'effet hypertensif de l'adrénaline. Ainsi s'expliqueraient les résultats assez différents obtenus par les auteurs à ce sujet.

MM. Gley et Kisthinios estiment que l'action d'une insuline donnée sur le système vasomoteur n'est pas due aux peptones, ni aux antiseptiques ajoutés pour la conservation du produit. Elle devrait être attribuée à une matière extractive provenant également du pancréas et dont certaines préparations n'ont pas été débarrassées.

— M. Marcel Labbé n'a pas remarqué, chez les diabétiques, un effet hypotenseur déterminé de l'insuline. Chez les diabétiques gras, généralement hypertendus, le traitement amène une diminution de la tension. C'est le contraire chez les diabétiques avec dénutrition.

Traitement de l'hypertension artérielle par l'insuline (extraits pancréatiques).

(M. N. Kisthinios. — *Académie de médecine* ; 27-11-1928.)

Partant des notions signalées dans la communication qui précède, s'appuyant aussi sur les rapports pathogéniques récemment établis de l'hypertension artérielle et des troubles de certaines glandes endocrines (Vaquez), M. Kisthinios, après Klemperer et Weinberger, a soumis des malades (au nombre de 14) atteints d'hypertension artérielle au traitement insulinique. Il a fait un choix parmi les préparations habituelles d'insuline, toutes n'étant pas hypotensives. D'autre part, étant établi qu'il n'existe aucun rapport entre l'hypoglycémie et l'abaissement de la tension, il est préférable d'éviter l'hypoglycémie insulinique, en administrant immédiatement après l'injection d'insuline du sirop de sucre et en soumettant le patient à un régime riche en hydrates de carbone. Il faut surveiller d'ailleurs l'état de la glycémie. Une seule fois, la constatation d'une hypoglycémie intense nécessita l'interruption du traitement. La cure (ambulatoire) consista en injections intra-musculaires de 5, 10, 20, 40 unités cliniques en commençant par les doses faibles de 5 unités, pour tâter la susceptibilité du sujet. Chez tous ces malades, la tension, qui était élevée (22, 24, 27 et 30), diminua notablement de façon durable, en même temps que s'atténuaient les signes subjectifs de l'hypertension.

Traitement de certaines formes d'angine de poitrine par l'insuline.

(MM. René Giroux et Kisthinios. — *Académie de médecine* ; 27-11-1928.)

Ambard, Schmid et Humbert, traitant par l'insuline un sujet non diabétique, atteint d'angine de poitrine, ont noté une cessation presque immédiate des crises. Budingen a rapporté quatre observations analogues. La lecture de ces observations, jointe à ce que nous savons sur le rôle éventuel de certaines glandes endocrines et notamment du pancréas dans la genèse de la sclérose vasculaire (Hoppe Seyler), ont incité MM. René Giroux et Kisthinios a reprendre l'étude de l'action de l'insuline dans l'angine de poitrine.

Chez quatre malades, les auteurs ont observé d'une façon nette les propriétés favorables de l'insuline sur certaines formes d'angor. Les doses employées, ont été de 20 unités pendant quinze jours au moins, doses qui peuvent être prolongées et reprises si nécessaire. Les injections, faites à 5 unités au début pour tâter la susceptibilité du sujet, étaient associées à l'ingestion de sucre et à un régime riche en hydrates de carbone pour éviter l'hypoglycémie. Non seulement l'amélioration a été subjective, mais encore l'opacité de l'aorte a été diminuée ainsi que son diamètre.

— M. Vaquez confirme les résultats signalés par M. Kisthinios et M. Giroux, résultats obtenus dans son service, et contrôlés par lui pour la plupart. Lorsqu'il deviendra possible de séparer l'élément hypotensif de l'élément hypoglycémiant dans les extraits pancréatiques, cette thérapeutique deviendra notablement plus simple.

La vaccination par le B. C. G. en Uruguay.

(M. Martirene. — *Académie de médecine* ; 20-11-1928.)

Un dispensaire spécial, qui a reçu le nom de dispensaire Calmette, a été créé par l'Assistance publique à Montevideo, en vue de la préparation du B. C. G. Depuis novembre 1927, date de l'ouverture de ce dispensaire, 2.690 nouveau-nés ont été vaccinés. 800 de ces derniers ont été régulièrement suivis et surveillés ; 30 sont morts et on a pu faire l'autopsie de 27 d'entre-eux. Aucun n'a présenté de lésions tuberculeuses ou suspectes et aucun décès n'a été dû à des maladies présumées tuberculeuses.

P. L.

Crises de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée

(MM. Tinel, Baruk et Lamache. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 19-10-1928 et 16-11-1928.)

Nous assistons à l'heure actuelle à un remaniement profond de la conception des névroses et psychonévroses ; tout concourt à nous montrer que, sous les apparences bizarres et capricieuses des névroses, existent presque toujours des perturbations physiologiques réelles, des altérations du dynamisme nerveux, des réactions vaso-motrices anormales, et dans quelques cas même de véritables lésions organiques.

Comme exemple entre bien d'autres, les auteurs rapportent un cas de catalepsie, dont ils ont pu poursuivre attentivement l'étude pendant plusieurs années. En face d'arguments qui tendent à faire admettre l'origine psychique ou mythomaniaque des crises observées, s'en dressent beaucoup d'autres, impressionnants, qui démontrent, à côté des facteurs psychologiques indiscutables, la présence de facteurs physiologiques dont l'importance est au moins aussi grande.

En dépit de toutes les apparences, les crises observées chez le malade sont parfaitement réelles et non pas artificielles ; elles sont subies et non provoquées. Même dans les cas où elles surviennent à l'occasion d'une réaction psychique, lorsqu'elles se présentent avec des allures franchement pithiatiques, elles correspondent cependant à un bouleversement physiologique profond et véritable. Elles supposent nécessairement l'intervention de processus physiologiques réels, qui réalisent un terrain spécial particulièrement sensible à l'action de causes occasionnelles suggestives ou émotives.

Il s'agit dans le cas particulier de « catalepsie hystérique », dont les symptômes sont très spéciaux.

« Crises à début brusque ou rapide, accompagnées d'une *apparence* de sommeil, sans modification de la coloration de la face, sans aucun signe pyramidals mais traduites par une contraction tonique de, membres, intense et prolongée, dont l'attitude rappelle la *rigidité décérébrée* ; cette rigidité constitue le symptôme essentiel. La catalepsie prend ici sa signification primitive, celle de crise d'immobilisation prolongée de tout le corps. »

Si l'on considère les caractères étiologiques de cette catalepsie, les circonstances qui la provoquent, la bizarrerie de ses allures, le terrain sur lequel elle se manifeste, les réactions psychiques qui l'accompagnait, on voit qu'elle mérite aussi, chez le malade observé, le nom d'hystérique.

Parmi les facteurs physiologiques en cause, il en est un qui paraît jouer un rôle capital, c'est l'intervention de réactions vaso-motrices et de phénomènes d'angiospasme révélés tant par l'étude pharmacodynamique que par la constatation de l'ischémie rétinienne au cours de la crise et par la disparition constante des crises sous l'influence de tous les facteurs de vaso-dilatation cérébrale.

Ce qui distingue de tels syndromes, dits névropathiques ou fonctionnels, des véritables syndromes organiques, ce n'est pas essentiellement l'expression symptomatique, ni la présence d'éléments psychiques dans le syndrome, ni son allure paroxystique sous forme de crises intermittentes, c'est uniquement l'étude des caractères évolutifs et des notions étiologiques. Celle-ci nous montrera d'une part la possibilité de régressions complètes attestant l'intégrité

sous-jacente des centres nerveux ; elle nous décèlera aussi l'apparition de ces troubles sous l'influence de réactions d'ordre dynamique et physiologique, souvent en rapport avec des processus psychiques affectifs ou émotionnels ; elle nous démontrera enfin la disparition possible de ces syndromes par la restauration au niveau des centres nerveux d'un équilibre physiologique normal.

A propos des suppurations pleuro-pulmonaires.

(MM. Jules Milhit et Maurice Dérat. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 26-10-1928.)

Les cas rapportés démontrent qu'il est souvent impossible de distinguer un abcès du poumon d'une pleurésie purulente. Une pleurésie enkystée de la grande cavité a pu présenter tous les signes d'un abcès pulmonaire, y compris l'image radiologique ovalaire à grand axe vertical.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs n'ont obtenu aucun résultat par les méthodes médicales ; alors que l'abcès du poumon paraît susceptible de guérison spontanée, la pleurésie nécessite encore le plus souvent, l'intervention chirurgicale ; certes l'intervention ne doit pas être précoce ; il faut donner aux lésions pulmonaires, qui coexistent toujours, le temps de s'améliorer ; mais, dès que ce résultat est obtenu, il ne faut plus attendre ; la guérison par moyens médicaux demeure, dans les pleurésies purulentes, quelque chose de très aléatoire.

Un cas de polynévrite par inhalations de vapeurs de sulfure de carbone.

(P. Léchelle, L. Girot et A. Thévenard. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 26-10-1928.)

Depuis les améliorations hygiéniques apportées aux conditions de travail, les cas d'intoxication par le sulfure de carbone se sont faits très rares, à en juger par le peu d'observations rapportées. Aussi est-il intéressant de signaler un cas où l'intoxication non douteuse par ce produit s'est manifestée à peu près uniquement par des symptômes nerveux à type polynévritique ; le malade en question, employé dans une fabrique de papiers sinapisés, eut à manier du sulfure de carbone et fut soumis à des inhalations quotidiennes de ce produit. Il présenta au bout de cinq mois tous les signes d'une polynévrite à manifestations sensitives subjectives et motrices objectives atteignant les quatre membres, prédominant dans leur segment distal et surtout aux membres inférieurs, avec de petits troubles oculaires, de l'impuissance génitale, et une réaction discrète du liquide céphalo-rachidien.

En pareils cas le pronostic est favorable ; les accidents nerveux disparaissent habituellement avec rapidité lorsque le sujet est soustrait à l'action nocive des émanations de sulfure de carbone.

Un cas de paralysie générale traité par des injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal.

(MM. Marcel Pinard, P. Vernier et Mlle Versini. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 26-10-1928.)

Après échec de l'arsénobenzol, seul ou associé à la pyréthothérapie par les piqûres de vaccin antichancrelleux (Dmelcos), on tenta le choc intra-rachidien par des injections intra-rachidiennes de 2 cc. à 5 cc. de mercure colloïdal. Après 6 injections, en l'espace de six semaines environ, il y eut une amélioration clinique évidente, une stabilisation aussi marquée que dans les plus beaux cas de la malariathérapie, et surtout une négativation progressive et rapide de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien ; pour qui connaît la résistance de cette réaction, il y a là un fait digne de remarque.

On a bien noté quelques réactions méningées : raideur, Kernig, céphalées, agitation, mais le choc fut peu impressionnant, et réduit au minimum par deux injections de morphine.

Il y a donc là une méthode ancienne, que beaucoup ont utilisée autrefois ; mais celle-ci est tombée dans l'oubli, et les auteurs pensent qu'elle est à essayer en certains cas. D'ailleurs les traitements, employés au préalable chez le malade en question, n'ont certainement pas été inutiles : ils ont préparé les voies à l'action heureuse du choc intra-rachidien efficacement allergisant.

Syndrome spléno-pneumonique et pleurésie interlobaire gauche. Intervention. Guérison.

(MM. D'Hour et Desplats.—*Soc. méd. des hôpitaux* ; 26-10-1928.)

On a récemment insisté sur l'extrême fréquence des abcès du poumon et la rareté des pleurésies interlobaires.

Il s'agit aujourd'hui d'une malade, qui présenta tous les signes d'une pleurésie gauche de la grande cavité, mais avec ponctions négatives (syndrome spléno-pneumonique). On assista cliniquement à la disparition des signes physiques, et radiologiquement à la formation d'une image scissurale, qu'une ponction révéla purulente à pneumocoques. Pas de vomique. L'intervention chirurgicale, avec une voie d'abord large, permit de trouver la scissure et d'évacuer la collection strictement purulente.

G. F.

Toulouse

Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

Sciatique et lombarisation de la première vertèbre sacrée.

MM. Goursolas et Stillmunkés rapportent l'observation d'un malade âgé de 40 ans, atteint de

sciatique droite, qui avait été considéré pendant quatre ans comme atteint de mal de Pott et immobilisé pendant de longs mois dans un corset plâtré, chez lequel l'examen radiographique révéla, en dehors de légères déformations ostéophytiques, une lombarisation partielle de la première vertèbre sacrée.

Les auteurs ne pensent pas que les accidents douloureux qui se sont manifestés dans le domaine du sciatique puissent rentrer dans le tableau clinique de la lombarisation, mais qu'ils doivent être rapportés aux productions ostéophytiques situées au niveau de la 5e vertèbre lombaire.

Kyste congénital du cou.

M. J.-P. Tourneux communique l'histoire d'une jeune fille de 17 ans, présentant au niveau du cou une tumeur kystique superficielle, irrégulièrement bosselée, résistante, élastique, bien délimitée et ne paraissant pas envoyer de prolongements dans la profondeur, car elle ne s'accompagnait d'aucun signe de compression ou d'irritation.

Cette tumeur, dont le début remonte à 3 ou 4 ans, et qui a surtout augmenté de volume au cours de ces derniers mois, occupe sur une hauteur de trois centimètres toute la région sous-hyoïdienne droite, en empiétant légèrement sur la ligne médiane. Son ablation, assez délicat een raison des adhérences qu'avait contractées cette tumeur kystique et des nombreux vaisseaux qui l'irriguaient, ne fut marquée par aucune complication.

Il s'agissait d'une tumeur kystique, multiloculaire, composée d'une infinité de poches de dimensions variables, isolées ou communiquant entre elles, dont la plupart renfermaient un contenu hématique : la paroi formée de tissu conjonctif sans fibres musculaires lisses, mais très richement vascularisée, était tapissée par un épithélium très aplati à type endothélial.

Il semble bien que l'on se soit trouvé en présence d'un kyste congénital (lymphangiome kystique) dans lequel il s'est produit une série de petites hémorragies transformant ainsi le kyste séreux en kyste hématique.

Sarcome du pli de l'aîne chez un jeune soldat.

MM. Carayon, R. Dubau et P. Gorsse présentent l'observation d'un malade qui entré le 13 décembre 1927 à l'hôpital militaire de Toulouse pour adénite subaiguë inguinale droite d'origine indéterminée, devait mourir le 27 février 1928 de sarcome mélanique d'apparence primitif des ganglions inguinaux droits.

Les auteurs montrent comment chez ce malade, fut successivement invoquée la possibilité d'une chancrelle due à un chancre sans phimosis dont il fut opéré, puis d'adénite bacillaire, syphilitique, leucémique. Le diagnostic, confirmé histologiquement, ne fut posé que quelques jours avant la mort du malade lorsque l'ulcération de la peau envahie montra nettement le caractère mélanique de la tumeur.

Hernie inguinale vésico-pubienne.

MM. J.-P. Tourneux et R. Dubau ont eu l'occasion d'observer un cas de hernie vésico-pubienne, variété très rare des hernies inguinales.

Il s'agissait d'un Sénégalais de 22 ans, chez lequel au cours d'une cure de hernie, on constata, après ouverture du canal inguinal, la présence d'un sac assez volumineux, très graisseux, complètement indépendant des éléments du cordon, et qui répondait à la fossette inguinale interne de Tillaux située entre le cordon fibreux de l'artère ombilicale et l'ouraque.

La hernie, siégeant ainsi au-dessus de l'orifice externe du canal, était constituée uniquement par une cystocèle qui fut aisément refoulée ; il existait au niveau de la paroi postérieure une sorte de perte de substance d'aspect ovalaire, qui fut comblée par l'adossement du ligament de Henle au bord externe du muscle grand droit.

Augmentation des substances de réserve chez les végétaux soumis à la radioactivité.

MM. Avernay et Maurin, continuant leurs recherches sur l'action du thorium X, font connaître les résultats obtenus par ce catalyseur sur le ricin commun.

Grâce à la radioactivité, les ricins mis en expérience ont présenté une très belle allure végétative et de plus ont donné des semences accusant une proportion d'huile supérieure d'un tiers environ à celle des ricins témoins.

Or, comme il existe cctuellement des engrais radioactifs, cette notion peut présenter un certain intérêt pour les producteurs d'huile de ricin, si demandée actuellement pour le graissage des moteurs d'avion sans compter son utilisation thérapeutique.

Accidents survenus à la suite d'injection de sérum antidiphtérique purifié.

M. J.-P. Tourneux a constaté à la suite d'une injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique purifié de l'Institut Pasteur faite sous la peau du ventre, en plus d'une réaction locale assez intense, une adénopathie inguinale douloureuse qui a persisté pendant une quinzaine de jours.

M. Levrat signale de son côté avoir observé à la suite des mêmes injections, faites dans les meilleures conditions d'aseptie, des réactions locales assez violentes.

Dans le premier cas, il n'y eut qu'une vive réaction lymphangitique, rapidement jugulée par des applications chaudes, mais le deuxième fut moins heureux, se terminant par un abcès qui dût être incisé : l'examen bactériologique ne fut malheureusement pas pratiqué.

Ces deux cas observés à quelques jours de distance sur deux sujets par ailleurs parfaitement sains, sont les seuls sur de nombreuses injections : à noter que macroscopiquement les tubes injectés ne présentaient aucun trouble, rien d'anormal. T.

Les Congrès

Première Conférence internationale de la lumière.

Septembre 1928.

Sous la présidence de M. le prof. Rosselet, s'est ouverte la première Conférence internationale de la lumière, qui groupa 340 participants de 21 pays.

La cérémonie d'inauguration a été ouverte par M. le Dr Carrière qui a salué le corps diplomatique, les autorités communales et cantonales, les savants venus de l'étranger. Il a félicité les organisateurs de la Conférence ; il a exalté la lumière, alliée du médecin, merveilleux agent de thérapeutique pour les organismes débilités par la tuberculose et le rachitisme. C'est en Suisse, grâce aux docteurs Berhnard et Rollier que cette thérapeutique a vu le jour. M. Carrière a formulé des vœux pour le bon aboutissement de la Conférence : *Fiat Lux* ! que cette conférence et les suivantes rapprochent du but : *Lux facta est.*

Parlant au nom de l'Université de Lausanne, M. Gabriel Chamorel, recteur, a dit la joie de l'Université de s'associer à cette conférence, car elle comprend le bénéfice scientifique et moral qu'elle en tirera. Après avoir remercié les organisateurs, les participants, M. Chamorel a exposé la mission civilisatrice du savant qui allie au patriotisme le sens de l'Humanité.

M. Alfred Rosselet a fait l'historique de la Conférence et rappelé que l'idée en est née à Gand, en juin 1927, à l'issue du Congrès de la Société royale d'hygiène de Londres. Elle coïncide avec les vingt-cinq années de l'activité de M. le Dr Rollier. M. Rosselet adresse de vifs remerciements aux autorités fédérales, cantonales et communales, à l'Université de Lausanne pour leur appui moral et effectif, à tous ses collaborateurs du Comité d'organisation. D'autres pays revendiquaient l'honneur d'organiser cette Conférence : ils se sont effacés parce que la Suisse est le pays des docteurs Berhnard (Saint-Moritz), Rollier (Leysin), Dorno (Davos).

Sitôt après la cérémonie, les communications scientifiques commencèrent. La séance du lundi matin a été suivie d'un déjeuner offert à l'Hôtel de la Paix par M. le prof. Rosselet, président du Comité d'organisation, aux membres des différents comités et aux rapporteurs. Une trentaine de convives y assistaient. Au cours de ce repas a été décidée la création de l'association internationale de la lumière. M. Rosselet en a été acclamé président et chargé de créer un Comité international de la lumière, ayant pour but :

a) De centraliser toutes les données sur l'emploi dans la thérapeutique et l'hygiène de la lumière ;

b) De favoriser les études et les recherches sur les propriétés physiques, biologiques, photocliniques et thérapeutiques de la lumière naturelle et artificielle ;

c) D'uniformiser les méthodes de mesure et de traitement ;

d) De nommer des commissions pour les études particulières sur certains sujets relatifs à ces questions.

Le Comité organise au moins tous les trois ans une Conférence internationale dont il fixe le siège, la durée et l'ordre du jour ; il en dirigera les débats, d'accord avec un comité local.

Le comité se compose de un à trois membres effectifs et autant de suppléants par pays adhérent. L'un de ces membres fait fonction de secrétaire dans chaque pays et se tient en communication avec le bureau du comité. Il s'entend avec les organisations nationales de son pays pour la nomination de délégués ou, à défaut d'organisation existante, avec les personnalités compétentes qui s'occupent de ces questions.

Les membres du comité sont renouvelés par tiers tous les ans et sont rééligibles.

Le comité nomme dans son sein un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un secrétaire.

Le président et les deux vice-présidents ne peuvent être maintenus plus de trois ans dans les mêmes fonctions ; les secrétaires sont rééligibles.

Ces statuts deviendront définitifs après le vote qui aura lieu à la première assemblée générale. Dans la suite, ils ne pourront être modifiés que par une assemblée spécialement convoquée à cet effet et donnant dans les convocations les modifications proposées.

M. Rosselet a été chargé de préparer la constitution définitive dans le plus bref délai possible.

Un programme de distractions très nombreuses et variées avait été élaboré par le comité : tour du haut lac pour les dames, le lundi, et réception dans la soirée au Lausanne-Palace par le Conseil d'Etat du canton de Vaud, la municipalité de Lausanne ; visite à la cathédrale et concert d'orgue le mardi ; le soir, une conférence avec film attira un nombreux auditoire que sut intéresser le Dr Biancani sur un sujet d'actualité, particulièrement intéressant. Le mercredi, excursion en Gruyère qui réunit un grand nombre de congressistes. Enfin, un dîner à Beau-Rivage suivi de réception par le Comité d'organisation du Congrès fut la clôture de celui-ci pour ceux qui ne purent se rendre à Leysin. Le programme de cette journée avait été organisé en l'honneur des vingt-cinq années d'activité du Dr Rollier. Les congressistes une fois de plus purent apprécier l'accueil simple et intéressant de ce confrère auquel le Conseil d'Etat décerna, à la suite de cette journée, le titre de professeur *honoris causa* de l'Université de Lausanne, titre qu'il mérite à plus d'un titre et qui fut salué par de chaleureux applaudissements.

De Leysin, une excursion de Gornergrat avait été prévue et nombreux furent les congressistes qui s'inscrivirent avec joie. Ils ne furent pas déçus, un temps favorable leur permit d'aller contempler le fier Matterhorn et un panorama unique au monde sans grande fatigue, puisqu'un train spécial les amenait au pied même du glacier.

DORNO (Davos). — **Variations quotidiennes annuelles et séculaires de l'insolation à Davos.**

Les variations quantitatives et qualitatives du rayonnement solaire dépendant des facteurs suivants :

1° Astrophysiques et astronomiques : émission solaire, éloignement du soleil de la terre, longueur des jours ;

2° Géographiques et topographiques ;

3° Géophysiques : absorption et diffusion par les gaz de l'atmosphère, en particulier par la couche d'ozone, éloignée d'environ 45 kilomètres de la terre, et par la poussière cosmique ;

4° Météorologiques.

Les variations d'intensité, les combinaisons spectrales, les sommations d'irradiations, nécessitent des mesures précises des enregistrements si l'on veut étudier utilement un climat. Depuis une vingtaine d'années presque sans interruption on a mesuré à Davos l'intensité solaire totale ; une observation d'aussi longue durée est unique pour une observation de haute montagne.

Dès 1907 on a mesuré et plus tard enregistré l'intensité partielle de certaines parties du spectre, pour étudier les zones limites de leurs actions spécifiques : chaleur, luminosité, effets biochimiques ; on a observé séparément le rouge, le jaune, le bleu-vert, le violet et plus tard l'infra-rouge et l'ultra-violet. Pour ces études, on a utilisé des mesures calorimétriques ou photométriques. Les variations qualitatives du spectre ultra-violet solaire ont été enregistrées photographiquement pour en observer les fluctuations saisonnières et quotidiennes.

Variations quotidiennes annuelles et séculaires de l'intensité totale. — L'intensité n'est jamais au-dessous d'une calorie tant que le soleil n'est pas caché par les montagnes, autant à l'aube qu'au crépuscule. La plus forte intensité est d'un dixième supérieure à la plus faible. Les variations pendant les heures de cure sont de 7 à 15 p. 100 et pendant toute la journée de 25 p. 100. Le maximum ne correspond pas à midi juste, mais il oscille entre 11 heures et 1 heure, selon le vent. En hiver, il y a en général un calme plat qui permet la formation d'une fine vapeur; en été, les chiffres sont un peu diminués à midi et l'après-midi par rapport au matin. Les nombres absolus les plus élevés sont ceux du printemps, quand le soleil est déjà haut et quand l'air est encore sec, donc quand l'absorption des rayons ultra-violets est *encore minime. Les intensités absolues ne dépassent* que peu le maximum moyen des tables. L'intensité des mois d'automne est aussi grande que celle de l'été, où cette intensité est diminuée par la vapeur d'eau et la poussière qui sont beaucoup moins abondantes en automne. Les chiffres absolus les plus bas s'observent en hiver. Pour la même hauteur du soleil, le soleil d'été est le moins chaud et le soleil d'hiver le plus chaud. On trouve à peu près les mêmes chiffres au début de l'année et en automne.

Les variations atmosphériques et optiques. — Celles-ci d'origine solaire n'influencent guère les moyennes mensuelles et annuelles bien que les violentes éruptions solaires puissent provoquer des variations sensibles des pourcentages. Par contre, l'activité solaire plus intense de l'été agit indirectement en modifiant l'atmosphère. Les éruptions volcaniques terrestres altèrent la transparence atmosphérique dans une plus forte mesure et pendant un temps assez long. Elles diminuent ainsi beaucoup l'intensité solaire. La perturbation la plus intense et la plus durable, ces vingt dernières années, a été celle provoquée par l'éruption du Katmai dans l'Alaska. Bien que ce volcan soit éloigné de Davos du tiers *environ* de la *circonférence terrestre*, les perturbations provoquées se firent sentir pendant une année trois quarts.

Influence des nuages et rayonnement total. — Les variations des nuages, de leur distribution dans le ciel, de leur épaisseur, conditionnent dans une large mesure l'intensité du rayonnement qui parvient jusqu'à nous. L'insolation si régulière que l'on observe sur les hauteurs est due surtout au manque de nuages en hiver, où l'intensité est de la moitié au tiers de celle de l'été bien que le soleil soit plus bas sur l'horizon et que les jours soient courts.

Intensité de régions déterminées du spectre. — Le chiffre moyen correspond à 1.000 pour juin pour toutes les parties du spectre. L'intensité totale pendant l'année oscille entre 1.025 et 935, celle de l'ultra-violet de 1.005 à 140. Pendant les heures de cure, l'intensité de l'ultra-violet passe dans le courant de l'année de 20 à 1 (midi ; juin, décembre) et de 8 à 1 pendant les mois d'été. Aux environs de midi, le soleil de printemps à 28 p. 100 de moins de rayons ultra-violets que le soleil d'automne ; le soleil de midi du printemps est 7 p. 100 plus riche en rayons infra-rouges que celui de midi en été. La courbe des rayons infra-rouges est particulièrement élevée au printemps ce qui est encore une preuve qu'à ce moment l'air est extrêmement sec, contrairement à ce que l'on peut supposer par suite de la fonte des neiges.

Les radiations infra-rouges varient au minimum moins que les radiations autres, moins que l'intensité totale, tandis que toutes les autres radiations ont des oscillations plus grandes que celles de l'intensité totale. Ces oscillations augmentent peu à peu parallèlement à la diminution des longueurs d'onde, puis

brusquement elles sont très grandes. L'intensité actinique du matin et du soir en été et en hiver varie énormément.

Rayonnement ultra-violet. — L'intensité des rayons ultra-violets à courte longueur d'onde est plus grande en automne qu'en été ; on a attribué cette différence au fait que la couche d'ozone est plus épaisse vers la fin de l'année. Dorno n'accepte pas cette explication, mais en préfère une autre. Dans la seconde moitié de l'année, l'atmosphère est moins dense et permet ainsi une pénétration plus grande des radiations à courte longueur d'onde. De 1916 à 1926, les différences d'intensité des rayons ultra-violets au printemps et en automne ont progressivement diminué avec des oscillations, puis elles ont recommencé à augmenter grâce au fait que les chiffres du printemps sont plus élevés. La courbe montre que les radiations à courte longueur d'onde diminuent beaucoup plus rapidement que les rayons longs, de l'été jusqu'en hiver, à mesure que le soleil est plus bas à l'horizon. Ainsi en hiver la ligne 315 est à peine présente et l'on ne trouve les rayons les plus actifs biologiquement qu'au moment où le soleil est haut. La lumière du ciel ne produit nullement des radiations à plus courte longueur d'onde que le soleil, contrairement à ce qu'on a affirmé en Angleterre.

Courbes et tables du spectre. — L'ultra-rouge atteint son maximum en hiver quand le soleil est bas, surtout le matin et le soir, son minimum quand le soleil est au plus haut. Le rouge a son maximum pendant le jour quand le soleil est bas, excepté en décembre. Le jaune et le bleu-vert se comportent comme le rouge, mais avec des amplitudes plus grandes. Le violet montre son maximum quand le soleil est bas, l'un et l'autre en décembre.

Le soleil d'hiver contient beaucoup d'ultra-violet mais relativement peu d'autres couleurs. Le soleil de printemps contient beaucoup d'infra-rouge, une quantité moindre des autres radiations y compris l'ultra-violet.

Le soleil d'été rayonne peu de rayons infra-rouges, davantage de rouges, et une grande quantité de radiations colorées et ultra-violettes. Le soleil d'automne ressemble au soleil d'été avec une moindre intensité.

En haute montagne, pendant les heures utilisées pour la cure au cours de l'année entière, les rayons caloriques sont en quantité suffisante, les variations journalières et saisonnières sont insignifiantes, à condition que le ciel soit clair. Le médecin devrait connaître la courbe annuelle et quotidienne des radiations ultra-violettes de l'endroit où il pratique, il pourrait faire un dosage raisonné en tenant compte de l'intensité et de la durée. Des observatoires spéciaux installés dans tous les pays devraient étudier toutes les variations anormales au point de vue qualitatif et quantitatif avec des méthodes perfectionnées. Les observations ainsi recueillies devraient être transmises rapidement aux revues scientifiques et médicales et même aux journaux quotidiens.

FABRY (Paris). — **L'ultra-violet solaire.**

Nous recevons du rayonnement émis par le soleil ce que laisse passer la portion d'atmosphère terrestre au-dessus de nous, et, en étudiant le rayonnement émis et surtout l'absorption atmosphérique, on arrivera à des données sur la composition des couches atmosphériques.

Chaque radiation a un facteur de transmission et sa densité croît proportionnellement à l'épaisseur ; c'est le coefficient d'absorption. L'affaiblissement du faisceau solaire à travers l'atmosphère est dû à l'absorption vraie dont l'ozone exerce la plus considérable, et à la diffusion qui affaiblit le faisceau direct tout en donnant lieu à du rayonnement : 1° à la diffusion moléculaire produite dans les gaz purs ; 2° à la diffusion produite par des agglomérations moléculaires (vapeur d'eau) ; 3° à la diffusion par gouttelettes ou particules étrangères (brouillard, fumée).

Grâce à la méthode Bouguer-Langly, an arrive à tracer la courbe spectrale de transmission de l'atmosphère. D'autre part, le spectrographe révèle que la partie ultra-violette du spectre solaire est intense dans la partie faisant suite à la région visible et diminue lorsqu'on approche de la longueur d'onde 3.000. L'ozone A formule O_3, par son absorption, limite le spectre solaire du côté de l'ultra-violet ; il est situé dans la très haute atmosphère et ses variations se traduisent dans le rayonnement ultra-violet que nous recevons. Parmi les bandes d'absorption trouvées dans le spectre solaire, la large bande ultra-violette de l'ozone ou bande de Hartley est la plus importante, s'étendant de 230 à 3.200, avec un maximum de 2.550, puis viennent les bandes de Huggins, qui bordent les bandes de Hartley, les bandes de Chapuis situées dans le spectre visible dans le rouge et l'orange et les bandes infra-rouges situées vers les très grandes longueurs d'onde. Le rayonnement émis par le soleil est identique à celui qu'émet un corps noir aux environs de 6.000° dans l'échelle absolue ; le passage à travers l'atmosphère modifie le rayonnement en affaiblissant toutes les intensités d'une manière variable avec l'heure, le jour, le lieu.

L'épaisseur d'ozone traversée par le rayonnement varie soit à cause de la qualité d'ozone, soit parce que, le soleil s'éloignant du zénith, les couches sont traversées obliquement. Ces variations expliquent en partie les effets physiologiques du rayonnement solaire.

Absorption par l'atmosphère terrestre des rayons ultra-violets. — M. le prof. Buisson (Marseille) expose les travaux poursuivis par Fabry sur l'absorption que l'atmosphère terrestre fait subir aux radiations ultra-violettes du soleil. Les valeurs numériques de

cette absorption conduisent à l'attribuer à une couche d'ozone, équivalente à une épaisseur de 3 millimètres de gaz pur, sous la pression atmosphérique, et qui se trouve à une grande hauteur, environ 40 kilomètres. Sa quantité est d'ailleurs variable, d'une part d'un jour au suivant, et aussi suivant la saison, avec un maximum au printemps et un minimum en automne. Ces variations réagissent sur les radiations employées en héliothérapie et par suite, méritent d'être suivies avec soin.

LINDHOLM (Davos). — **Sur la répartition spectrale de l'insolation aux différentes latitudes d'Europe,**

L'auteur et le Dr Morikoffer ont effectué des mesures de radiations solaires lors de l'éclipse de l'an dernier et à cette occasion on a mesuré au moyen de l'actinomètre de Micheston la radiation totale à l'incidence normale, les radiations rouges et infra-rouges transmises par un filtre rouge, et la radiation ultra-violette qui a été mesurée photo-électriquement au moyen d'une cellule de cadmium. Il ressort des tableaux établis par l'auteur que la proportion rouge et infra-rouge ne dépend pas de l'absorption sélective de vapeur d'eau, l'influence de l'extinction la dépasse, et les coefficients de transmission sont presque identiquement les mêmes d'après les mesures actinométriques avec l'écran rouge, dans les stations suisses de même altitude que les stations d'Amérique. Si on monte de la plaine centrale européenne avec grande teneur en vapeur d'eau et particules différentes jusqu'à des contrées du Nord et des hauteurs du Sud pauvres en vapeur d'eau et particules en suspension, la radiation à ondes courtes augmente. Le graphique représentant la marche de l'intensité ultra-violette mesurée à l'aide d'une cellule photo-électrique de cadmium donne un rapprochement de ces mesures de la Scandinavie à d'autres endroits et montre une sensibilité de longueur d'onde semblable.

MAURICE FAURE (Nice). — **Influence des radiations cosmiques sur les états morbides.**

Les radiations qui sont arrêtées le plus facilement par l'atmosphère trouble ou nuageuse sont des radiations de faible longueur d'onde. Il existe des rayons stellaires très courts, situés, dans l'échelle des radiations, bien au delà des rayons gamma du radium (les plus courts que l'on connaisse). Ces rayons attribués aux nébuleuses et aux étoiles jeunes ou en formation (qui constituent la moitié des étoiles visibles de notre univers), mesurent de 0,00076 à 0,00038 angström, et leur force de pénétration est telle qu'ils traversent 1 m. 80 de plomb, alors que les rayons gamma du radium sont arrêtés par quelques centimètres de ce métal. Leur énergie s'exprime par 12 à 30 millions de volts, alors que l'énergie d'un rayon de radium s'exprime par 1 à 3 millions de volts, et celle d'un rayon lumineux par 0,07 volts.

On peut donc admettre, connaissant l'action puissante de la lumière et des rayons du radium sur l'organisme, que ces rayons stellaires peuvent avoir sur nous une action plus puissante encore, malgré l'éloignement de leurs sources, incomparablement plus riches que toutes celles que nous pouvons observer dans notre monde solaire, ou créer dans nos laboratoires.

L'auteur a proposé de nommer *rayons delta* ces radiations astrales découvertes par Millikan, et pense pouvoir leur attribuer une partie des effets dont les causes extérieures sont encore inconnues.

HILL (Londres.) — **Mesure des rayons ultra-violets solaires biologiquement actifs.**

Les rayons ultra-violets solaires ayant une action biologique se mesurent au moyen d'une solution étalon d'acétone et de bleu de méthylène préconisée par Webster, méthode préférable à celle du photomètre d'Eder qui ne peut mesurer l'intensité des radiations ultra-violettes. Après avoir exposé à la lumière un tube spécial rempli de la solution indiquée, on le compare à une série de tubes étalons. L'unité de décoloration correspond à deux ou quatre fois la dose provoquant l'érythème; l'influence de la température est telle que 10 degrés C au-dessus, ou au-dessous de 20° C., font une différence d'environ un demi-degré sur l'échelle. En comparant les rayons ultra-violets solaires actifs avec les rayons actifs émis par le soleil, on constate que la longueur d'onde de ces derniers est supérieure à 3.200, tandis que les autres ont une longueur d'onde inférieure à ce chiffre. Les rayons ultra-violets actifs sont plus abondants en été qu'en hiver, dans la campagne ou au bord de la mer que dans les villes enfumées. Des mesures ont été prises en différents endroits et amènent aux mêmes conclusions, que ce soit en Angleterre, à Toronto ou à Davos. Davos reçoit une quantité de rayons ultra-violets supérieure à l'Angleterre, mais en hiver, elle est inférieure à celle d'Assouan, et dans l'Afrique, la mer Rouge, la Méditerranée, on a obtenu des chiffres plus élevés.

BOHN (Paris). — **Les équilibres vitaux de la lumière (oscillations de la sensibilité, influences saisonnières).**

Pour les physiciens, électricité et lumière sont étroitement liées ; pour les physiologistes, la lumière modifie la perméabilité des cellules et leur état électrique. Les cellules et les organismes porteurs de charges électriques sont donc particulièrement sensibles à la lumière. Tel est le cas du sperme qui a permis d'observer une oscillation du pouvoir fécondant à la suite du passage brusque de la lumière à l'obscurité, et de petits organismes marins, les *Convulata*, qui, sous l'influence de très faibles variations d'éclairement, présentent une marche oscillante ou rotative. Ces oscillations et rotations sont soumises à la règle des signes suivante : si l'animal se dirige vers la lumière (phototropisme positif), une diminution d'éclairement (variation négative) seule tend à pro-

duire le renversement de la marche et par suite une série d'oscillations qui vont s'amortissant. S'il est dirigé vers l'ombre (phototropisme négatif), c'est une augmentation d'éclairement (variation positive) qui a le même effet. Cette même règle s'applique dans les cas de l'électrisation des parois solides (Perrin), ce qui permettrait de considérer comme la manifestation d'une perturbation électrique les oscillations des animaux provoquées par la lumière. Ces oscillations se retrouvent chez les chiens (oscillations du métabolisme, modification électrique du sang dans l'obscurité), chez l'homme dans des crises d'hémoclasie après une saignée, le sang intervenant comme un système amortisseur. La rétine est aussi le siège d'oscillations remarquables chez les animaux, et en outre de pulsations chez l'homme qui sont de nature électrique. La rétine soumise à un éclairement prolongé présente : 1° une phase négative (excitation vraie); 2° positive (dépression) ; 3° négative (suspension de la lumière). Les bactériologistes étudient l'action oligodynamique bactéricide de l'argent, et l'auteur a signalé les curieuses propriétés de l'argent dont le contact rend le sperme infécond et tue le *Convulata*. En général le retour à l'équilibre dans les phénomènes chimiques ne comporte pas d'oscillations ; cependant, pour Effront, la lumière ne serait qu'un agent d'équilibre et aurait une action sur les albuminoïdes en assurant la formation de l'hydrolyse des albuminoïdes. Enfin certaines réactions chimiques autant *in vitro* qu'*in vivo* varient avec les saisons.

WORINGER (Strasbourg). — **Comment expliquer les variations saisonnières des maladies infectieuses** ?

Pour qu'il y ait infection, la présence d'un germe pathogène ne suffit pas, la réceptivité de l'organisme ou sa disposition joue un rôle aussi important : l'existence des porteurs de germe le démontre et l'apparition et la disparition rythmique des maladies infectieuses sous l'influence des saisons en est une nouvelle preuve.

Dans tous les pays de la zone tempérée à climat semblable, la courbe de morbidité et de mortalité par pneumococcie revêt le même type à élévation hibernovernale (décembre à mars). Même règle pour la méningite cérébro-spinale, les streptococcies, les méningites tuberculeuses, la variole, les or illons, la peste, l'encéphalite léthargique épidémique. A un autre groupe estivo-automnal avec point culminant en septembre appartient la fièvre typhoïde, le choléra asiatique, la dysenterie bacillaire, la poliomyélite épidémique. En outre il y a des maladies infectieuses qui se rencontrent d'une façon égale à toutes les époques, surtout chez l'enfant, telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, et enfin une seule, la diphtérie, revêt le type franchement hibernovernal, qui s'intercale entre le type estivo-automnal et hiberno-vernal. Le facteur météorologique qui détermine l'apparition des infections hiberno-vernales a pour base la carence solaire (infections héliophobes) tandis que pour les infections estivo-automnales il est probable que le prolongement de la chaleur déprime la résistance de l'organisme (infections héliophiles). Le rôle actif du revêtement cutané dans les infections héliophobes est important et peut être considéré comme le principal organe d'une immunisation primitive et polyvalente appelée dermophylaxie qui subit des variations importantes sous l'influence de la lumière solaire ou ultra-violette exaltée par l'irradiation ; elle s'épuise après quelques mois de privation de lumière. Pour les infections héliophiles, l'intestin jouerait le rôle immunisant, l'entérophylaxie qui protègerait l'organisme contre les germes héliophiles subirait un affaiblissement en été sous l'action de la chaleur.

M. JAUSION. Je crois que les variations et genèse saisonnières des maladies représentent des cas particuliers de ce phénomène très général, le biotropisme de Milian, dont j'aurai l'honneur de vous entretenir demain. Avec Pecker, Meerssemann, dans un article de la *Presse médicale* du 3 décembre 1927, nous avons longuement insisté sur l'importance du terrain dans les infections et les associations morbides.

La notion trop schématique du microbe-maladie est souvent supplantée par l'aléa du microbe-contingence. Il suffit d'un choc, voire lumineux, pour créer cette éventualité.

Dr A. BÉCLÈRE. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication du Dr Woringer sur les variations saisonnières des maladies infectieuses. La question n'est plus nouvelle ; elle a déjà été traitée par Hippocrate, mais elle me paraît demeurer encore aujourd'hui presque aussi mystérieuse qu'à l'époque hippocratique. M. Woringer rejette toute action des facteurs météorologiques sur la virulence des microbes pathogènes pour admettre seulement leur influence sur l'organisme. C'est peut-être aller un peu vite. Qu'il me permette de lui rappeler les recherches de mon collègue et ami Netter, déjà assez anciennes, mais qui n'ont rien perdu de leur valeur. M. Netter a, pendant plusieurs mois étudié chaque semaine expérimentalement sur des souris le degré de virulence des pneumocoques retirés de la salive d'un homme antérieurement atteint de pneumonie, mais demeuré porteur de pneumocoques vivant dans sa salive à l'état de saprophytes. Dans ces conditions, Netter a constaté d'une part que le degré de virulence de ces pneumocoques variait beaucoup avec le taux de la morbidité et de la mortalité par pneumonie à Paris, tel qu'il résultait du Bulletin hebdomadaire de la statistique municipale. Ses recherches démontrent, je crois, sans aucun doute possible, l'influence des facteurs météorologiques sur la virulence des microbes pathogènes, au moins pour la pneumococcie. Parmi ces facteurs si nombreux et si divers, quels sont les plus importants et comment agissent-ils ? Nous l'ignorons encore. La bactériologie, qui a résolu tant de questions, n'a fait ici que reculer le problème.

(A suivre)

UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

Par le docteur Marcel GUESNÉ (de Nort-sur-Erdre).

Le traitement de la coqueluche est de plus en plus à l'ordre du jour et il est essentiel d'abord de parler des médicaments spécifiques qui sont au nombre de deux : le sérum anti-coquelucheux et le vaccin anti-coquelucheux.

Comme le font remarquer très justement MM. Liégeois et Fircker (*Gazette des hôpitaux*, Paris, 1928, nº 77), à l'heure actuelle encore, la question du sérum thérapeutique anti-coquelucheux n'est pas au point et on ne saurait, pour le moment du moins, en recommander l'emploi aux cliniciens ; de même en ce qui concerne les vaccins, on doit à la vérité de dire que les résultats obtenus jusqu'ici, malgré quelques rares succès, ne semblent pas non plus plaider en leur faveur ; de l'avis unanime, leur innocuité est complète, mais la plupart des auteurs ne leur attribuent qu'une action curative à peu près nulle. Le traitement proprement dit repose, a dit M. Tollemer, sur l'hygiène du malade et il conseille de traiter la coqueluche par le séjour au lit et à la chambre pendant le premier mois de la maladie, c'est-à-dire pendant toute la période fébrile et une partie de celle des quintes; on éviterait ainsi la fatigue et les complications et on raccourcirait notablement la durée de la maladie ; de plus M. Tollemer conseille de donner deux chambres aérées au coquelucheux, l'une pour le jour, l'autre pour la nuit ; on voit tout de suite combien ce traitement peut être difficile à appliquer à la campagne et chez une famille peu fortunée, d'autant plus que souvent le médecin n'est appelé à constater la coqueluche et à la soigner que lorsqu'il se produit quelques complications.

Il est facile de remarquer combien nombreux sont les médicaments employés contre la coqueluche, ce qui prouve d'ailleurs qu'aucun d'eux n'est véritablement spécifique ; comme d'autre part, il a toujours été constaté que c'était la violence des quintes qui faisait la gravité de la coqueluche, c'est contre l'élément spasmodique que les médicaments proposés ont été les plus nombreux. Qu'il nous suffise de citer l'aconit, la codéine, la narcéine, le chloral, la valérianate de quinine, l'antipyrine, le bromoforme (Marfan), la belladone (Trousseau), le droséra, les inhalations de gaz d'éclairage, le sirop d'ipéca, etc. Tout dernièrement on a insisté sur les injections d'éther qui sembleraient assez bien agir, mais qui ont l'inconvénient d'être douloureuses. On a recommandé aussi beaucoup les inhalations d'éther tri-éthylique, de la carberine formique et même de chloroforme. Triboulet préconisait surtout la morphine, soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées et il était arrivé à obtenir d'excellents résultats ; les doses sont d'un tiers de centigramme au-dessus de 2 ou 3 ans, 1/2 centigramme jusqu'à 6 ou 7 ans et l'injection peut être répétée tous les 2 ou 3 jours.

Bien entendu, l'enfant soumis à ce traitement est maintenu au lit et surveillé avec soin. Pour notre part, nous avons obtenu les meilleurs effets de l'administration du somnifène.

Il y a un an environ, nous étions appelés près d'un enfant, atteint de coqueluche grave, et pour *lequel toute la thérapeutique habituelle avait échoué* : quintes très fréquentes, jour et nuit, vomissements à chaque quinte, gros amaigrissement, etc.

Après avoir longuement réfléchi, nous pensâmes au somnifène comme antispasmodique (nous venions d'en avoir une preuve dans le mal de mer) espérant ainsi calmer un peu les vomissements de l'enfant. Nous lui donnâmes du somnifène à la dose de 3 gouttes toutes les deux heures. A notre grande surprise, non seulement les vomissements se calmèrent, mais *huit jours* après, la coqueluche était terminée.

Depuis ce temps, nous avons employé le somnifène à doses fractionnées dans tous les cas de coqueluche qui nous ont été confiés, et nous n'avons pas eu *un seul échec*. Nous donnons, 1, 2, 3, ou 4 gouttes toutes les deux heures, selon l'âge de l'enfant. La durée de la coqueluche ainsi traitée ne dépasse pas 15 jours. En général elle dure 10 jours. Nous n'avons enregisté aucun accident. Le seul inconvénient (si c'en est un !) c'est que l'enfant est somnolent pendant la durée du traitement, mais ainsi on peut beaucoup plus facilement le maintenir au lit et le surveiller.

Nous tenions à signaler cette indication très intéressante du somnifène, que quelques-uns de nos confrères, sur nos indications, ont déjà essayé ; tous se sont déclarés très satisfaits de l'expérience.

Il n'est pas étonnant d'ailleurs que le somnifène se soit montré un calmant excellent et un antispasmodique de premier ordre ; qu'il nous suffise de rappeler en effet les nombreuses indications de ce médicament dans le delirium tremens (Ramond, Laporte, Quénée, etc.) dans l'état de mal épileptique (Rimbaud, Boulet, Chardonneau, Sorel, Pérès, Vieu, etc.), dans le tétanos (Marcel Labbé, Escalier, Hamant, Bénech, Polonski) dans l'éclampsie (Lafond, Hoüel, Larribère, etc.) dans tous les états d'excitation et d'agitation (Crouzon, Claude, Laignel-Lavastine, Abadie, Cestan, Roger, Bériel, Devic, Levet, Combemale, Vullien, Assoignon, etc., etc.)., en un mot chaque fois qu'il s'agit de combattre une hyperexcitabilité du système nerveux.

Les Thèses

P. Dr P. Mabille. — Le traitement des fractures ouvertes. La sérothérapie polyvalente locale systématique.

Le Dr Pierre Mabille, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de consacrer sa thèse de doctorat à un sujet de chirurgie, qui a fait l'objet de discussions passionnées aux différents congrès ou sociétés de chirurgie.

Jadis, une fracture ouverte était synonyme d'amputation ou de mort assez rapide.

Aujourd'hui, le pronostic est loin d'être aussi sombre. Et le Dr Mabille de faire un historique de la question, exposant les procédés thérapeutiques, ainsi que leurs résultats, avant et après l'ère antiseptique, pendant et après la guerre.

Puis, c'est l'étude clinique ; l'auteur insiste surtout sur les agents de l'infection, les conditions biologiques de celle-ci ; ses voies de propagation, ses formes cliniques, pour en arriver au traitement.

Il faut nettoyer chirurgicalement la plaie, laissant en place les grosses esquilles, qui peuvent être l'amorce de régénération osseuse et empêchent les longues pertes de substance, qui provoquent les pseudarthroses.

Grands lavages au sérum chaud, qui assurent une détersion mécanique de la plaie.

Il faut proscrire l'usage du garrot, ou de la bande hémostatique, car il est capital de réaliser une hémostase complète et soignée.

Cependant, lorsque le garrot a été mis sur le lieu de l'accident, plus de trois heures avant l'opération, il faut se montrer très prudent, en enlevant le lien constricteur, car de graves complications hémorragiques secondaires et surtout infectieuses sont à redouter. La dissémination microbienne massive et rapide se constate souvent dans le segment de membre, ainsi momentanément privé de son irrigation sanguine.

Un nettoyage très minutieux permet la réunion des bords de la plaie, car pansement et plâtre font fort mauvais ménage : il faut, autant que possible, suturer la plaie, pour permettre une bonne coaptation des fragments osseux, partant une consolidation rapide.

Cependant, pareilles sutures immédiates sont fort discutées : aussi, pour prévenir les complications infectieuses possibles, convient-il d'instituer la séro thérapie.

Celle-ci, lorsqu'elle est générale, ne met pas toujours le malade à l'abri d'une infection : la méthode présente de nombreux aléas.

Aussi, le Dr Mabille préfère-t-il l'infiltration systématique locale des foyers de fracture ouverte avec des doses considérables de sérum polyvalent, antigangréneux, antistreptococcique et antitétanique.

Les doses employées par l'auteur sont toujours considérables ; il utilise le mélange suivant :

Les sérums antigangréneux : 50 à 60 cc.
Sérum antistreptococcique : 20 cc.
Sérum antitétanique : 20 cc.

Avec une seringue de 20 cc. et des aiguilles longues et courtes, le Dr Mabille pratique l'infiltration, comme s'il s'agissait d'une anesthésie locale : d'abord infiltration de la peau, tout autour de la plaie, puis du tissu conjonctif ; il prolonge son injection dans les espaces cellulaires, en employant les aiguilles longues.

Les masses musculaires sont, elles aussi, soigneusement injectées. Enfin, le restant du sérum est poussé, à distance, autant que possible en couronne, dans la partie sous-jacente à la plaie.

Vers la fin de cette infiltration, on voit le sérum refluer dans le foyer de fracture et les extrémités osseuses nagent dans un bain sérique. Il faut se garder d'éponger et l'on referme la plaie ainsi.

Des accidents sériques tardifs, vers le 8e ou 10e jour se montrent dans presque la moitié des cas : forte fièvre sérique (qui n'est nullement l'indice d'une infection venant de la plaie), démangeaisons généralisées, exanthèmes au voisinage de l'injection, œdèmes assez fréquents et souvent arthralgies fugaces mobiles, atteignant surtout les petites articulations, s'accompagnant de rougeurs et de gonflement. Enfin adénopathie douloureuse.

Il faut bien connaître ces complications pour en poser le diagnostic et ne pas croire à une infection provenant du foyer de la fracture.

Les résultats obtenus par cette méthode sont particulièrement heureux et la lecture des observations est très encourageante. On peut, de la sorte, assurer en un seul temps et d'une façon définitive à la fois, la désinfection, la réduction et la contention de la fracture.

Il faut, de plus, signaler l'action hémostatique du sérum ainsi injecté : rarement on a à constater ces écoulements sérosanglants, ni ces hématomes si fréquemment consécutifs au nettoyage habituel des foyers de fracture ouverte.

L'auteur estime même que le sérum semble avoir une action réelle sur l'activation de l'ostéogénèse et de la formation du cal.

Ayant terminé cette partie vraiment originale de son travail, l'auteur passe rapidement en revue les procédés de contention et de réduction des fractures, pour donner ensuite les observations qu'il a recueillies.

Nous estimons donc faire œuvre utile, pour nos confrères de campagne, en leur signalant le travail du Dr Pierre Mabille, ce qui leur permettra d'obtenir des résultats intéressants, ou, s'ils doivent adresser leur blessé dans une maison de santé voisine, ou dans un hôpital, de pratiquer immédiatement les injections de sérum préventives, qui permettront le voyage, sans avoir à redouter ni l'infection rapide, ni les hémorrhagies dues au transport.

Dr Paul Boudin.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

I

BIBLIOGRAPHIE

L'Etat contre le médecin. Vers une renaissance corporative.

Dr P. GUÉRIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Une note de l'auteur, au début de son travail, renferme la phrase suivante :

« Nous avons maintes fois mis à contribution la documentation inestimable patiemment amassée — pour le plus grand bien des praticiens français — par les rédacteurs et les collaborateurs du *Concours médical*.

Et l'exemplaire que j'en ai sous les yeux est dédicacé à la main, en ces termes :
Au Concours médical, *en remerciement de l'utile documentation qu'il offre aux praticiens français.*

Dr GUÉRIN.

Le *Concours médical* entend, par ma plume, remercier M. P. Guérin de son témoignage d'estime et lui rendre sa politesse, en consacrant à son travail toute l'attention sympathique qu'il mérite, même si ses conclusions ne sont pas tout à fait conformes à nos propres conceptions.

Ce travail est avant tout méritoire parce que, émanant d'un jeune, il apporte sa contribution à la défense du médecin contre l'assaut des collectivités qui veulent avoir prise immédiate sur lui, et au premier rang, la plus puissante : l'Etat. Car, et j'emprunte cette proposition à la Préface que Paul Bourget a écrite pour cette thèse : « *Le médecin ne donne son plein rendement social* — pour reprendre un terme malheureusement susceptible d'équivoques bien dangereuses —, *qu'à la condition de ne relever que de sa conscience et de ses pairs.* »

Et l'auteur lui-même termine son introduction par ces mots, qui ont toute notre approbation ;

« Il y a désaccord entre l'étatisme accapareur et l'indépendance fière et nécessaire d'une profession qui veut et doit rester libérale, c'est-à-dire libre... »

Il constitue ensuite l'une des critiques les plus puissantes, les plus lumineuses de la loi sur les Assurances sociales. C'est, à vrai dire, cette loi qui fait l'objet essentiel des préoccupations de l'auteur.

Vous en jugerez par ces titres et sous-titres des chapitres successifs de ce travail.

Le principe même de la loi n'est pas en discussion. « Nous acceptons le principe des Assurances sociales ; nous n'admettons pas le mode d'application qui en est faite. »

L'importance de la loi dépasse tout ce que l'imagination pouvait prévoir. « Elle vise tous les Français, et constitue, en même temps qu'un bouleversement de notre profession, la fin de la clientèle privée... Elle aboutit à donner à l'Etat la mainmise sur l'universalité des Français, malades ou soignants. »

Le point de vue du contribuable (nous le sommes !) et celui du créancier (nous le serons !) le point de vue de l'assuré ou... l'Etat père-nourricier, sont examinés les uns après les autres. Ils nous amènent à la Riposte médicale : voici les conditions auxquelles le corps médical accepte de collaborer à l'application de la loi...

Quel est donc, au regard des points de vue qui précèdent, celui du médecin ? Quelles sont, en d'autres termes, les nécessités de la profession ? Libre choix, libre exercice, secret professionnel, mode de paiement excluant tout forfait, toute tarification limitative, inscrit dans un contrat collectif, tout tiers payant, et ne comportant que l'entente directe, gage d'une médecine honnête et saine.

Une collectivité assureuse peut-elle s'accommoder de ces conditions ? Sans aucun doute. Mais d'ailleurs, ce n'est pas à l'Etat que doit appartenir l'organisation sociale du pays, mais aux corporations, qui sont les professions organisées.

« La corporation est un organisme *naturel*, donc facilement réalisable ; *humain et vivant*, parce que décentralisé, *économique*, parce que... l'organisme corporatif assure lui-même sa *gestion et contrôle plus facilement* ses membres. » C'est l'esprit corporatif qui permet l'institution des allocations familiales et des caisses de compensation, avec leur participation aux charges de famille, leur influence sur la natalité, sur la mortalité infantile, sur les services d'hygiène de l'enfance, l'infirmière visiteuse étant la cheville ouvrière de toute organisation protectrice de la famille établie sur ces bases.

Il existe déjà d'ailleurs de nombreuses caisses maladies, une quarantaine, qui versent au salarié malade une indemnité journalière d'allocation maladie et une indemnité de x francs par visite médicale, à laquelle s'ajoute une indemnité variable pour les interventions chirurgicales, *sans tiers payant, avec le respect du secret médical et un contrôle médical.*

La corporation médicale s'impose donc ; elle est d'intérêt public. *Elle a sa juridiction propre* : C'EST L'ORDRE DES MÉDECINS.

Et voici maintenant les conclusions de cette longue argumentation :

1° Le Corps médical, conscient des caractères propres à sa profession, ne peut tolérer aucune atteinte aux conditions traditionnelles du libre exercice de son art ;

2° La loi des Assurance sociales constitue une *méconnaissance absolue de ces conditions* : le Corps médical, soucieux de son indépendance morale et de ses intérêts légitimes, doit énergiquement maintenir les vetos qu'il a formulés ;

3° Le sens des réalités naturelles, une juste conception de l'intérêt public, incitent à limiter l'ingérence étatiste en matière sociale : l'assurance sociale sous tous ses aspects est par excellence une fonction corporative : l'exemple fourni par les Caisses d'allocations familiales rend éminemment souhaitable la rénovation des « Corporations de métiers. »

4° La profession médicale, menacée du dehors par les exigences de l'Etat, du dedans par l'oubli fâcheux de certains principes déontologiques, doit, pour se défendre, consentir à s'organiser : la Corporation est seule capable d'assurer la représentation naturelle et la défense des intérêts professionnels ; elle seule peut assurer, avec l'autorité et l'harmonie nécessaire, l'office de juridiction professionnelle connu et réclamé sous le nom d'Ordre des médecins.

***

Je me suis efforcé de suivre M. Guérin dans son développement, et je n'ai eu aucune peine à le faire, tant son plan est parfaitement équilibré dans ses différentes parties, tant les arguments se pressent en bon ordre, appuyés sur une documentation abondante, pour amener les conclusions partielles que leur cohésion appelle, avant d'en arriver aux conclusions générales.

Je ne puis pas cependant ne pas tenir compte d'un facteur d'importance, dans la conception et la réalisation de ce travail, et qui dérive de l'esprit dont il est animé, c'est le facteur politique. Encore que je me défende d'introduire la politique dans les colonnes du *Concours médical*, je ne puis pas ignorer que la thèse du Dr Guérin est dédiée : *A mes amis du groupe médical d'Action française*....

Il n'est donc pas étonnant que la forme démocratique ne trouve aucune grâce à ses yeux et que toute sa personne morale soit dominée par une formule de gouvernement différente de celle qui nous régit. Je ne discute pas ; je constate.

Tout de même, il en résulte dans sa mentalité une orientation tellement spécifique qu'elle fait peut être quelque tort à sa clairvoyance...

Je regrette que sa discussion de l'Ordre des médecins ait surtout fait état des opinions qui lui sont favorables et laissé dans l'ombre les critiques qui en ont été faites, notamment par Boudin et par moi.

Non pas que nous soyons l'un et l'autre opposés à une organisation disciplinaire de la profession, plus efficace que celle des syndicats. Mais parce que nous persistons à être convaincus que l'Ordre des médecins, calqué sur l'Ordre des avocats, dans le cadre de la Corporation reconstituée, tel qu'il est organisé, par exemple, dans le projet de loi de M. Couteaux, est proprement une utopie qui demeurera stérile et ne donnera aucun des résultats qu'en attendent ses défenseurs.

Je vois bien que M. Guérin publie, en annexe, le Règlement déontologique de la Côte-d'Or, que j'ai reproduit moi-même, *in extenso*, ici même. Mais je ne vois pas le *Code* de Déontologie, indispensable à toute juridiction qui dispose de sanctions.

Tant que ce Code n'aura pas été rédigé, on ne pourra pas savoir avec exactitude la nature des fautes et celle des peines qu'elles méritent respectivement. Or, en m'étonnant que les protagonistes d'un Ordre des médecins, juridiction d'exception de la profession médicale organisée, n'aient *jamais* essayé de le rédiger dans toutes ses parties, j'en cherche l'explication, et il me semble bien la trouver dans la difficulté même, sinon l'impossibilité de cette tâche. Car, le mieux animé et le mieux documenté des « essayistes » dans le genre n'aura pas commencé d'en écrire deux lignes qu'il se heurtera à des espèces qui, tout bien considéré, relèvent du droit commun,

— ne serait-ce, pour ne citer qu'un exemple, que le dénigrement, — proche voisin de la diffamation, — du médecin par le médecin.

Et si je reprends la phrase lapidaire de Paul Bourget que je citais au début de cet article, je ne puis m'empêcher de soutenir qu'elle en dit trop ou pas assez. Que le médecin relève de sa conscience et de ses pairs, s'il est irréprochable, rien de mieux, il ne trouvera ici et là qu'approbation. Mais quelle erreur ce serait de prendre le médecin pour un surhomme, et de le surestimer ? Sujet à l'erreur, ce qui est humain, y succombant trop fréquemment encore, il relève aussi de la justice des hommes. Et qu'il soit escroc, voleur, meurtrier, assassin, ce ne sont ni sa conscience ni ses pairs qui le jugeront, mais les tribunaux réguliers.

Et c'est bien là qu'apparaît, à mon sens, le paradoxe de M. Guérin. Car s'il est logique avec lui-même, mettant en regard les métiers et la profession médicale, organisés dans leurs corporations respectives, il ne peut accorder de juridiction d'exception aux médecins qu'à la condition de réserver le même privilège à toutes les autres corporations. Quel retour en arrière ! C'est proprement revenir au Moyen Age, à l'époque où l'Université avait droit de haute et basse justice sur ses ressortissants, et où même droits appartenaient à tout seigneur, dans toute l'étendue de ses domaines.

Vous ne pouvez toujours faire juger les médecins par des médecins que si les architectes sont jugés par des architectes, les ingénieurs par des ingénieurs, les bouchers par des bouchers... Ce n'est plus de l'organisation, mais de l'*anarchie*.

Il n'existe pas d'Etat au monde, quelle que soit sa formule politique : monarchie, empire, république, qui consente jamais, dans sa souveraineté, à un tel recul.

Une juridiction d'exception, dans le cadre corporatif, n'est pratiquement possible que pour juger les fautes *strictement* déontologiques... Elles sont peu nombreuses, et leur répression forcément anodine. Quand un médecin, décidé à utiliser, à son profit, une publicité charlatanesque, aura été poursuivi à plusieurs reprises par le Conseil de l'Ordre et condamné à des avertissements, blâmes, etc., s'il récidive indéfiniment, sera-ce motif suffisant pour le mettre hors la loi ?

Pour justifier la nécessité d'un Ordre des médecins, l'*Ami du Peuple* du 12 décembre cite le cas suivant :

Un médecin envoyait fréquemment des malades à opérer dans un de nos grands hôpitaux de la rive droite à un excellent chirurgien. Un jour, un malade ménager de ses deniers lui demandant avis sur l'opportunité d'une opération de moyenne importance, ce docteur L... lui dit qu'il pouvait l'adresser à un excellent chirurgien muni de tous les titres et fort adroit... mais aimant l'argent. A l'hôpital, disait ce Dr L..., il y a le chirurgien-chef, ses assistants, ses internes. Pour être sûr d'être opéré par le chef, il faut verser une certaine somme d'argent. Mais c'est tout à fait secret.... Remettez-moi la somme, et je la ferai parvenir au chirurgien-chef qui vous opérera lui-même.

Le jour de l'opération arrivé, le chirurgien, qui avait eu fort à faire ce matin-là, se trouve un peu en retard et prie un de ses internes d'opérer le malade en question. Celui-ci n'osa protester — et il guérit fort bien, — mais il écrivit au chirurgien pour lui demander comment il pourrait obtenir le remboursement de la somme versée pour être opéré par lui. Le chirurgien, le professeur C... bondit : explications, plainte et la suite. Si ce matin-là il avait opéré lui-même le malade, il n'aurait jamais su le honteux trafic que son nom couvrait, et le docteur L... continuerait à se faire de bonnes petites recettes sans grande fatigue.

Et il ajoute :

Profession admirable ? Elle l'est, *il faut* qu'elle le soit puisqu'elle a pour mission de soulager, de consoler, de guérir.

Mais donnez à la majorité honnête, dont elle se compose, le moyen de mettre la minorité honteuse et dangereuse hors d'état de nuire, et de la clouer au pilori.

Que cet exemple est donc mal choisi, et comme à vouloir trop prouver, on risque de ne rien prouver du tout!!!

Le Dr L. est un escroc : c'est un fait. Il y a eu plainte, le journal le dit. Des poursuites ont-elles suivi ? Quel en a été l'aboutissement ? On ne nous le dit pas.

Qu'aurait fait de plus un Ordre des médecins ?

L'abus de confiance est puni, comme l'escroquerie, d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus et d'une amende d'un minimum de cinquante francs et d'un maximum de trois mille francs. Sans préjudice de l'interdiction, qui peut être prononcée pour au moins cinq ans et au plus dix ans, des droits mentionnés à l'article 42 du Code pénal : vote, élection, éligibilité, fonctions publiques, etc., etc.

Le Code ne badine pas avec l'escroquerie, à laquelle est assimilé l'abus de confiance. La répression de ces fautes ne serait pas plus sévère, un Ordre de médecins existant.

Je ne suis pas un adversaire systématique de l'Ordre des médecins. S'il est jamais créé un jour, j'affirme qu'il ne me gênera pas, et j'ai d'excellents amis qui prétendent que j'aurai ma place dans quelque Conseil, de cet Ordre.

Je suis partisan d'une organisation disciplinaire de *tout* le corps médical.

Je dirai, dans un prochain numéro, comment j'en conçois la nature et le fonctionnement.

G. DUCHESNE.

II

SECRET PROFESSIONNEL EN GÉNÉRAL ET DANS L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES PENSIONS

Dans le *Concours médical* du 25 novembre j'ai lu avec grand intérêt votre article « *Assistance médicale gratuite et secret professionnel.*

Si nous n'y prenons garde, notre secret professionnel deviendra bientôt le secret de polichinelle ! Dans les préfectures on émet volontiers le principe que l'inscription des diagnostics de maladie sur les feuilles d'Assistance médicale gratuite, ou sur les états de frais ne constitue pas une violation du secret professionnel, puisque les fonctionnaires sont eux-mêmes astreints au secret.

En qualité de président du Syndicat médical de la Charente, j'ai dû à plusieurs reprises réfuter cette thèse devant la Commission de vérification.

Vous avez négligé d'envisager le respect du secret professionnel en matière de soins aux victimes de la guerre. Tous les médecins de France, ou presque, tombent là sous l'article 378 du Code pénal ; les diagnostics inscrits sur le carnet de maladie sont reproduits sur la feuille détachée et envoyée à la Commission de contrôle, à l'appui du mémoire.

La situation est spéciale, c'est certain : la violation du secret est commise d'abord par les experts de la Commission de réforme, et l'intéressé semble l'autoriser en tendant son carnet à tout médecin auquel il a recours pour bénéficier des soins.

Quel est votre avis, au point de vue juridique, sur ce cas des pensionnés ? La réponse ne manquera pas d'intéresser beaucoup de confrères.

D^r^ MAFFRE.

Réponse.

Si les législateurs de 1810 ont obligé les médecins à respecter le secret professionnel, en édictant les pénalités de l'article 378 du code pénal, c'est dans l'intérêt des malades et pour protéger l'honneur et la tranquillité des familles.

Le *Concours médical* et le « Sou Médical » ont l'obligation de toujours dire aux confrères : « Tant qu'une nouvelle loi n'aura pas abrogé ou modifié la portée de cet article 378, médecins, vous devez vous taire, dans tous les cas, sauf lorsqu'une loi vous oblige à faire une déclaration (naissance : article 56, code civil ; maladie transmissibles : lois du 30 novembre 1892 et 15 février 1902).

Certes, les administrations font tous leurs efforts, pour rompre l'absolutisme de ce secret. On soutient qu'il n'y a pas délit lorsqu'un médecin se confie à un fonctionnaire, également tenu au secret.

Ce raisonnement est juridiquement faux : il est contraire à la jurisprudence constante de la cour de Cassation, ainsi qu'au dernier arrêt du Conseil d'Etat, en la matière.

D'ailleurs, le Garde des Sceaux a maintes fois fait connaître son opinion sur ce point.

Que ce soit en matière d'assistance médicale gratuite, ou de déclaration des décès, de déposition en justice, de certificat *post mortem*, pour une assurance-vie. le médecin traitant doit se taire.

Précisons bien les situations et cela nous permettra d'envisager le problème des réformés de guerre, selon la question qui m'est posée.

Le secret professionnel ayant été institué dans l'intérêt seul du client, le médecin traitant peut-il parler librement avec un autre docteur, appelé également à soigner le malade ?

Oui, les deux praticiens n'ont pas de secrets l'un pour l'autre, car ils agissent au nom d'un seul et même intérêt : celui du malade commun.

Mais si le second médecin vient au chevet du patient, non pas pour donner des soins, mais pour inspecter, vérifier, contrôler, au nom d'une tierce personne ou collectivité, le médecin traitant peut-il conférer librement avec son confrère ?

Non, parce que les intérêts sont divergents et dissemblables.

Alors que le médecin traitant n'agit qu'au nom de l'intérêt de son client, le médecin contrôleur est mû pour représenter l'intérêt de celui au nom duquel il contrôle.

Le médecin traitant est le défenseur technique du malade, alors que le contrôleur est le défenseur de l'intérêt d'autrui.

Donc, secret absolu, séparant les deux praticiens.

Mais, s'il y a confusion des fonctions ? Par exemple, le médecin traitant donne ses soins à un client qui vient à décéder ; mais, comme médecin de l'état civil, il est appelé à déclarer la cause exacte de la mort.

Ou bien encore, le médecin traitant est nommé, par le Parquet, médecin expert, à propos d'un blessé auquel il a donné ses soins.

Le mandat public de médecin de l'état civil, ou celui de médecin légiste autorise-t-il le médecin traitant à se considérer comme n'étant plus lié par le secret professionnel ?

Je dis non hardiment : le praticien a eu le grand tort et l'imprudence d'accepter les deux fonctions à la fois : il aurait dû se récuser pour l'une ou pour l'autre.

Ou bien acceptant la charge des soins au malade, il a le devoir de refuser la mission confiée au

médecin de l'état civil, ou à l'expert, car, en cumulant les deux fonctions, il doit servir à la fois deux intérêts divergents : celui du malade et celui de la collectivité.

Ou bien, sachant qu'il sera appelé, par ses fonctions publiques, ou privées, à contrôler un certain malade, il doit refuser de soigner celui-ci (sauf bien entendu, dans les cas d'urgence, lorsque l'humanité fait un devoir de porter secours à un autre homme).

D'ailleurs, l'article 17 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, interdit au médecin traitant d'un blessé d'être en même temps désigné comme expert, pour la même victime du travail.

Abordons, enfin, un dernier point. J'ai fréquemment entendu de très honorables confrères, blanchis sous le harnois, me déclarer qu'en matière de secret professionnel, ils se laissaient souvent guider par la voix de leur conscience.

Mis en présence de telle ou de telle situation embarrassante, ils jugent, par eux-mêmes, s'ils doivent parler, ou s'ils doivent se retrancher derrière le secret professionnel.

Je me suis personnellement toujours élevé contre pareille opinion : les rédacteurs du Code pénal n'ont nullement introduit, dans la rédaction de l'article 378, une restriction quelconque, permettant à un homme de se faire juge de la valeur du secret, qu'il doit à un autre homme. La portée de l'article est absolue et universelle.

D'ailleurs, *errare humanum est* et il est juridiquement inadmissible que des différences d'opinions politiques ou confessionnelles puissent permettre, ou interdire telle ou telle conduite.

Par exemple, au cours de l'exercice de sa profession, un médecin découvre qu'un avortement criminel a été commis par tel individu sur telle femme. Cette dernière succombe et le praticien est interrogé par le magistrat enquêteur.

J'estime que, tant qu'une loi n'ordonnera pas au médecin de se faire, dans ce cas, l'auxiliaire de la justice, nous devons observer le silence et refuser de répondre aux questions qui nous sont posées.

Et je n'ai pas à savoir si mes opinions politiques ou religieuses me font un devoir de parler ou de me taire : l'article 378 s'impose à moi dans toute sa rigueur.

Vainement encore soulève-t-on, depuis quelque temps, la théorie du contrat tacite, passé entre malade et médecin, aux termes duquel mon malade est libre de me délier du secret professionnel.

Je répondrai, en juriste, aux médecins qui se sont laissé séduire par cette théorie, que lorsqu'on viole un contrat, on est passible de dommages-intérêts ; c'est l'article 1142 et suivants du code civil qui sont invoqués par celui qui est lésé et non pas le code pénal.

Si le secret professionnel découlait d'un contrat civil, formé entre malade et médecin, il faudrait que le consentement mutuel, exigé par l'article 1134 du code civil, soit nettement établi.

Et c'est justement parce que, fort souvent, ce contrat ne peut être prouvé, que le législateur de 1810 oblige le médecin à se taire, dans tous les cas : s'il viole cette obligation, ce n'est pas au client qu'il doit en rendre compte, en défendant à une demande en dommages-intérêts ; c'est à la collectivité tout entière, car le procureur de la République a le devoir de demander des sanctions pénales, au nom de la loi et de l'ordre public.

D'ailleurs, mes honorables contradicteurs se sont-ils posé la question suivante : dans leur carrière de médecins, ne se sont-ils jamais trouvés dans des cas, où il est très difficile, impossible même de dire la vérité, toute la vérité, et rien que la vérité au malade lui-même ?

S'il y avait contrat, le praticien n'aurait ni le droit, ni le devoir de cacher la vérité, si terrible soit-elle, à son propre client, qui voudrait savoir ce qu'il a.

Vis-à-vis de la famille immédiate, le secret peut être parfois dévoilé, dans l'intérêt même du malade, pour que tout puisse concourir à la guérison. Mais dans bien des circonstances, le médecin ne s'ouvre véritablement qu'au père ou au conjoint et non aux autres membres de la famille. Car père ou conjoint a besoin de savoir la vérité, pour des décisions à prendre, en faveur du malade ; mais, ils ont autant besoin que leur parent de voir le médecin garder intact le secret professionnel envers qui conque.

D'ailleurs, je serais très heureux, si des lecteurs du *Concours* voulaient bien me soumettre des cas particuliers.

Arrivons maintenant à la question des réformés de guerre.

En droit commun, il est permis à un malade de déclarer, à qui bon lui semble, qu'il est tuberculeux, syphilitique, ou autre,

Or, pour faire reconnaître son droit à pension, l'intéressé a l'obligation de dévoiler les blessures ou les infirmités qu'il attribue au service et pour lesquelles il demande indemnisation.

Le secret professionnel n'existe donc plus entre le malade et le médecin, représentant les intérêts de l'Etat, puisque c'est le candidat à pension qui, le premier, a levé le voile.

Le secret subsiste entre le public quelconque et tous agents de l'Etat qui, par fonctions, ont eu connaissance du dossier médical du candidat à pension.

Une fois le bénéfice de la loi du 31 mars 1919 accordé, le titulaire d'une pension ne peut avoir droit à la gratuité des soins que pour la maladie seulement, pour laquelle il a été pensionné.

C'est donc lui qui, voulant bénéficier de cette gratuité, se soumet volontairement au contrôle administratif, dont la première manifestation se traduit par l'obligation, pour le médecin traitant, de déclarer que l'affection pour laquelle il institue un traitement, entre bien dans les motifs pathologiques de la pension.

En remettant son livret de pensionné au praticien, qu'il choisit librement, le malade autorise ce dernier à se conformer aux prescriptions légales et réglementaires.

Si le malade entendait que le médecin conservât le secret, il aurait à se faire soigner comme un malade de droit commun, c'est-à-dire à ses propres frais ; mais s'il veut, au contraire, la gratuité des soins, il accepte l'observance, par son médecin, de la déclaration à la commission de contrôle.

Ici, la question du secret professionnel a été modifiée par un texte de loi : si le malade veut la gratuité des soins il doit autoriser son médecin à communiquer avec d'autres médecins, représentant les intérêts de l'Etat mais dans la mesure strictement nécessaire pour que des abus de soient pas commis, c'est-à-dire qu'il ne soit pas possible de faire soigner, aux frais de l'Etat, tout autre affection morbide, n'ayant pas fait l'objet de la réforme.

Mais, médecin traitant, médecins de contrôle et de commissions, ainsi que tous autres agents de l'administration sont tenus au secret professionnel à l'égard de toute personne,étrangère au service immédiat et direct des pensions.

Quant au carnet de réforme, qui a été délivré à l'intéressé, le pensionné n'a qu'à le garder précieusement pour lui et à ne pas le laisser traîner, ainsi qu'il doit le faire pour son livret militaire, surtout si celui -ci porte la mention de nombreuses punitions de prison pour des motifs peu avouables.

Conclusions.

La question du secret professionnel est beaucoup plus simple que certains ne se l'imaginent.

L'article 378 est d'ordre général. Seul un texte de loi peut en restreindre la portée, mais une loi seule, car un décret présidentiel un arrêté ministériel ou préfectoral, à plus forte raison une simple circulaire ministérielle ne peuvent modifier la portée d'une loi.

Que certains puissent désirer que dans certains cas, la loi soit retouchée, pour permettre l'établissement de statistiques utiles pour l'hygiène publique, ou pour faire du médecin le collaborateur des magistrats, dans la poursuite des crimes et des délits, c'est une conception. Toutes les opinions sont défendables.

Mais, en attendant que le législateur ait abrogé, ou modifié l'article 378 du code pénal il est de beaucoup plus prudent de se taire dans tous les cas, sauf en matière de déclaration des naissances (sans divulguer le nom ni le domicile de la mère, lorsque besoin en est), ou pour la déclaration des maladies transmissibles, enfin pour l'application de la loi sur les pensions.

Hormis ces cas, taisons-nous, c'est plus prudent, si nous ne voulons pas encourir les pénalités correctionnelles, pour avoir violé le secret professionnel.

Que philosophiquement ou sociologiquement, nous soyons partisans ou adversaires de la suprématie de l'intérêt public sur l'intérêt privé : c'est notre droit absolu de citoyen d'en discuter.

Mais, redevenus médecins soignant un malade, souvenons-nous que tant qu'existe l'article 378 du code pénal, le silence est d'or.

Mais, si pour un cas particulier, nous avons un doute quelconque, le *Concours* et le « Sou Médical » sont là pour nous donner un avis.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉS

Le médecin dans le bled marocain. — Un projet de scénario.

Par Philippe DECOURT.

Les Français ont écrit de belles pages d'histoire au Maroc.
Parmi eux, les médecins en ont écrit de sublimes.
Mais ceux qui les accomplirent sont modestes et les gestes restent cachés qui sont les plus beaux.
Nous avons eu l'honneur d'en voir vivre, et mourir,
et c'est presque un devoir pour nous que de contribuer à faire connaître la vie dure, mais souvent émouvante, qu'ils mènent humblement aux limites de la civilisation européenne.

Qu'on ne croie pas, surtout, que cette civilisation européenne se heurte, dans son avance, à la barbarie. Les populations auxquelles nous apportons la paix sont frustes peut-être, parfois même cruelles, elles n'en possèdent pas moins de beaux sentiments. Leur conception de l'honneur peut ne pas toujours être la nôtre, mais sachons discerner, à côté de leur rudesse primitive, les qualités qui font les grandes races. Reconnaître leur valeur ne peut être d'ailleurs qu'à l'honneur de ceux qui cherchent à les éduquer.

Dans le « projet de scénario » que nous présentons, nous avons essayé d'évoquer cette vie du médecin de bled en action.

Nous avons voulu aussi faire comprendre l'ampleur de l'œuvre accomplie par la France au Maroc en montrant le contraste entre le Maroc de maintenant plein de vie et de modernisme aux villes poussées à l'américaine, et celui d'il y a 20 ans, replié sur lui-même, isolé du monde dans sa vie de moyen-âge, et tel qu'on le retrouve encore dans les montagnes à peine soumises.

Enfin il ne faut pas oublier l'attrait touristique du Maroc futur, celui que nous pourrons tous connaître le jour où la pacification sera complète. Le contraste entre les sommets de l'Atlas où les tourmentes de neige sont fréquentes au point d'empêcher le passage pendant de longues périodes et les oasis qui, au pied de la grande muraille, voient se mêler toutes les races du Sahara sous leur ciel immuablement bleu, au cri des norias grinçant perpétuellement pour arroser la palmeraie, permettrait, par exemple, de beaux effets scéniques.

LE PROJET DE SCÉNARIO

Prologue.

Le docteur Revard est nommé médecin du groupe sanitaire mobile d'une ville du Sud Marocain. Il vient de passer sa thèse et débarque à Casablanca, l'immense port où se croisent sans cesse les masses imposantes des vapeurs de tous pavillons.

Vision de Casablanca, la ville champignon aux affaires trépidantes. Passage à Rabat qui, en quelques années, a su se donner l'allure aristocratique et calme convenant à la ville résidentielle.

Le docteur Revard gagne, par les grandes routes du Maroc moderne, le poste qui lui a été assigné.

Arrivé dans l'hôpital de cette ville, il rend visite au médecin-chef qui lui montre sa formation d'allure très moderne. Puis, dans son bureau, au milieu de la fumée des cigares, le médecin-chef rappelle ses débuts :

En 1912, date de la signature du protectorat, sa propre arrivée comme médecin militaire à Casablanca : simple plage où sont à peine commencés quelques travaux de port. Dans un filet suspendu à l'extrémité d'une grue, la descente, puis le choc assez brusque au fond de la barcasse qui danse au sommet d'une lame. Le trajet en barcasse jusqu'à la côte où des mains noires et vigoureuses empoignent le voyageur pour le transporter à terre au risque de rouler, porteur et porté, sous une vague.

A peine arrivé, on l'envoie à Fez où la situation apparaît comme mauvaise. A cheval, par les mauvais sentiers indigènes où les colonnes sont saluées au passage par des coups de fusil partant d'endroits inconnus.

La traversée de Rabat, la « ville corsaire », où n'existe pas encore une maison européenne.

La colonne est « accrochée » près de la source de Khémisset par une bande de Zemmours, berbères nomades, qui, à la manière des Parthes ou des Numides, autrefois, combattent éparpillés, montés sur leurs rapides chevaux.

Puis Fez, la ville fanatique, la « ville sanglante ». Les rares troupes françaises finissent à peine d'y réprimer l'émeute que 20.000 Berbères appelés par l'appât du gain, descendent de leurs montagnes pour piller la ville arabe sainte. « Je campe en plein pays ennemi », dit Lyautey qui vient d'arriver. L'assaut des vieilles murailles et le combat, rue par rue, puis les Berbères re-

poussés et la ville largement dégagée par les quelques bataillons de Français, Sénégalais, Légionnaires.

(*Tout ceci en rapides visions suggérant les choses plus que les décrivant*).

Peu de temps après, c'est le Sud qui le réclame: la grande ruée d'El-Hiba, fils de notre vieil adversaire saharien Ma-el-Aînin, qui entraîne les « hommes bleus » du Sous et les galvanise au nom de la guerre sainte.

L'arrêt brusque, du grand raz-de-marée humain qui s'éparpille tout à coup sous le choc que lui inflige le colonel Mangin, qu'on vient d'envoyer au devant de lui.

FIG. 1. — Un souk (marché) dans le bled.

(*Tout ceci également en visions rapides*).

Aprés la fin d'El-Hiba, la tranquillité reparaît et le major est chargé de créer l'infirmerie indigène de cette ville du Sud, où il est resté depuis.

Alors : deux pièces hâtivement installées, une consultation ; l'hostilité des indigènes qui se méfient de tout ce qui est européen, et en particulier de sa médecine « porteuse de charmes ».

Maintenant : l'amitié des chefs et la confiance pleine et entière de tous ceux qui se pressent pour recevoir les médicaments, implorent la « piqûre qui guérit » et viennent baiser les pieds de celui qui se penche infatigablement sur leurs pauvres misères.

En dissidence.

Le pays est complétement pacifié.

Dans la ville, dont les rues propres contrastent avec les rues pleines d'immondices d'autrefois, et dans le « bled » parfaitement sûr de maintenant, le docteur Revard apprend peu à peu à connaître les mœurs et la mentalité des indigènes.

(*Présentation de divers tableaux de mœurs*).

La dissidence s'est éloignée. A son tour de porter, encore plus loin, les soins et l'hygiène que la France dispense généreusement à ceux qui, après avoir lutté loyalement contre elle la veille, viennent se mettre sous sa protection.

Le docteur Revard commence ses tournées de groupe mobile. En auto quand les pistes s'y prêtent, à mulet bien souvent, il gagne les souks (marchés) du bled.

Sous la tente du chef indigène ou à l'ombre d'un arganier (1), n'importe où, sur les pierres, il installe avec son infirmier les nombreuses petites boîtes et commence la consultation où les indigènes se pressent.

Le soir, chez les Caïds où le « toubib » reçoit la large et splendide hospitalité musulmane, les longues conversations unissent les cœurs. Elles mettent aussi le jeune médecin au courant de la politique locale. C'est que la dissidence n'est pas loin des lieux où il circule.

Pas de troupes françaises par là ; ce sont les caïds soumis qui ont reçu la charge, parfois lourde, de maintenir eux-mêmes les limites de la dissidence, sous la direction éclairée de quelques officiers de renseignements.

FIG. 2. — « En auto quand les pistes s'y prêtent ... ».

Parmi les chefs qui dominent dans la montagne, le plus farouche et aussi le plus courageux adversaire de l'emprise européenne est sans contredit le Caïd Layachi. Depuis des années, il est resté inébranlable, et, par sa puissance au-

(1) Arbre curieux, dernier reste de la forêt tropicale tertiaire, l'arganier couvre d'immenses espaces du Sud marocain qui est le seul point de la terre où il existe encore.

tant que par son exemple, il maintient en dissidence toutes les tribus de la montagne. Déjà vieux, très respecté, il a vu de nombreux chefs venir se mettre sous sa protection et a su étendre jusqu'aux confins du Sahara, sa puissance incontestée.

Un matin, le docteur Revard devisait avec un Caïd ami, quand un rekkas (courrier) inconnu

Fig. 3. — « A mulet bien souvent... ».(L'infirmier indigène sur les « chouaris » pleins de médicaments.)

dans la région se présente à la porte fortifiée de la casbah. Il demande à voir le « toubib » qu'il sait être là.

Vsiblement fatigué, l'air inquiet, il l'attire à part pour lui parler :

« C'est mon maître, le Caïd Layachi, qui m'envoie » (1). A ce moment, le docteur Revard eut un mouvement de surprise. « Abdallah, son fils, est blessé grièvement. Le Caïd craint pour sa vie. Viens de suite, il t'en supplie. Je te montrerai l'endroit où il t'attend ».

— « Je vais y aller ».

En vain le Caïd chez lequel se trouve le docteur essaye de le dissuader.

— « Tu ne sais ce qu'ils veulent faire ».

— « Je dois y aller, même s'il est mon ennemi ».

Tout ce qu'il obtient est de le faire accompagner par une escorte jusqu'au lieu de rencontre.

Celle-ci a lieu sous un immense arganier, à la limite de la dissidence.

Le vieux Caïd Layachi, ayant laissé son escorte en arrière, est là, avec un seul compagnon.

Une courte conversation a lieu entre le Caïd et le docteur Revard. L'escorte qui accompagna ce dernier jusque-là s'éloigne. Il reste seul avec son infirmier indigène.

Alors commence la longue montée vers la casbah, au milieu des magnifiques paysages de l'Atlas marocain. Les troupes que le Caïd a emmené avec lui surveillent les alentours, car les abords ne sont pas sûrs.

La casbah est un nid d'aigle perché au sommet d'un roc comme un burg du Moyen-Age. Immense, elle domine tous les pics voisins de ses masses formidables se surplombant l'une l'autre et tient le col important par lequel se font tous les échanges entre Marrakech et le Sahara.

Aussitôt on mène le toubib près du blessé. Celui-ci est, en effet gravement atteint : une balle a fracassé la cuisse, la plaie suppure. Le membre pourra vraisemblablement être conservé mais à condition que le blessé reste sous une surveillance médicale permanente : une hémorragie est à craindre qui serait mortelle si l'on n'était prêt à y remédier immédiatement.

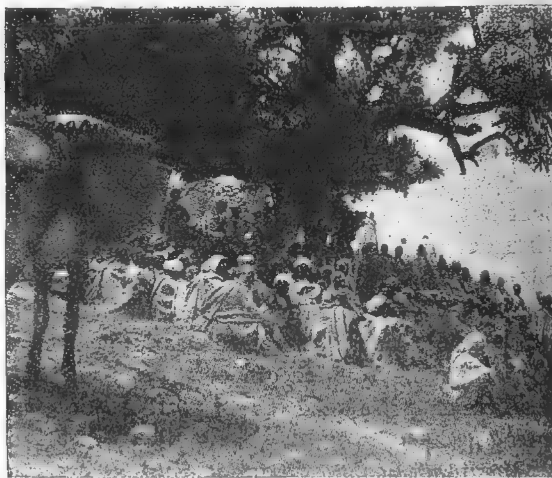


Fig. 4. — (« A l'ombre d'un arganier... la consultation où les indigènes se pressent. »

Il est décidé que le toubib restera le temps qu'il faudra, et, en attendant, on lui cède une des nombreuses parties de la casbah que gardent des cigognes héraldiques.

Le docteur Revard reste donc là, isolé, avec son infirmier indigène, au milieu de ces montagnes, qui, jamais jusqu'ici, ne virent l'Européen. L'hospitalité qu'on lui offre est large, mais pour-

(1) Mon récit ne doit pas être considéré comme trop romanesque. Tous les évènements que j'y rapporte se sont passés à un moment ou à un autre, certains à plusieurs reprises. Je me borne à réunir des faits disparates.

quoi ne parle-t-on jamais de la cause de la blessure ? On lui a bien dit que ce n'était qu'un accident banal, en nettoyant un fusil ; cette version lui semble fausse. Chaque fois qu'il a essayé d'obtenir quelque éclaircissment, le Caïd a détourné la conversation. Depuis, il n'y a plus fait allusion, mais il sent qu'un mystère plane sur cet évènement.

La plaie est longue à guérir ; pendant des jours

Fig. 5. — « Sous la tente du chef indigène... ».

et des jours, le blessé a déliré et d'après les phrases échappées de son délire le docteur Revard a fini par comprendre que l'accident ressemblait à un guet-apens auquel n'était pas étranger un nommé Hammou. En y ajoutant les renseignements que son infirmier a glané de place en place, au cours de conversations avec l'un ou l'autre familier de la maison, il est arrivé à reconstituer le drame qu'on lui tenait caché.

Le blessé Abdallah est le fils aîné du Caïd et son khalifa (1).

Un de ses frères Hammou, le jalouse depuis longtemps : il voudrait le remplacer pour hériter de la puissance du Caïd dont les années sont maintenant comptées et qui a toujours montré pour lui une grande affection. D'abord latente, l'inimitié entre les deux frères s'est accentuée au fur et à mesure que le Caïd vieillissait.

Déjà, il y a quelques mois, Abdallah avait failli être empoisonné, mais un esclave nègre, qui avait dérobé dans la cuisine du couscous en préparation, était mort à sa place. On n'avait pu découvrir le coupable, mais les soupçons se portaient sur Hammou.

Un jour, Abdallah se promenait dans la montagne quand des coups de fusil retentirent, le jetant à bas de son cheval. Ceux qui l'accompagnaient purent voir un des serviteurs d'Hammou qui fuyait avec d'autres qu'ils ne reconnurent point. Depuis, Hammou n'avait jamais reparu à la casbah et la dissension régnait dans la montagne.

C'est cette dissension que le Caïd voulait cacher à l'européen : maintenant, Hammou s'était sauvé et se réfugiait dans une tribu soumise depuis peu de temps par le Caïd. Il n'avait pas eu de mal à soulever cette tribu qui supportait difficilement le dur joug que le vieux Caïd faisait peser sur elle depuis la conquête.

Son fils blessé, le Caïd a décidé le « baroud » (la guerre) à outrance, mais la tribu maintenant soulevée siège au pied de la montagne sur son versant saharien et appelle à son secours d'autres tribus sur lesquelles régnait, au moins nominalement, la puissante volonté du Caïd. Des émissaires sont partis, de souks, en souks proclamer la révolte dans l'Anti-Atlas (où les paysages, à la pierre nue scupltée en creux, ont un aspect

Fig. 6. — « On lui cède une des nombreuses parties de la casbah, que gardent des cigognes héraldiques ... »

lunaire) et dans le Tafilalelt, où les Touaregs sont toujours prêts à partir pour piller.

Le Caïd lève une harka (armée) pour la lancer contre la tribu en révolte. Après des combats dans la montagne, qu'une tourmente de neige vient troubler, un certain nombre d'éléments descendent vers les oasis sahariennes en révolte.

Pendant ce temps, l'état du khalifa Abdalah s'est amélioré et le docteur Revard est reparti. Mais souvent, il revient voir son malade dont la

(1) Adjoint et représentant du Caïd en son absence. C'est à lui, en règle, que revient la puissance à la mort du Caïd.

vive reconnaissance s'est transformée en intimité. Une grande amitié unit maintenant Abdallah et « son toubib » qui lui a fait comprendre les bienfaits de la paix française.

Le Caïd, lui aussi, est lié par la plus grande reconnaissance au « sauveur de son fils bien aimé ».

« Ma maison est la tienne.

« La lumière de la plaine, comme un oiseau au vol léger n'a pas craint de venir trouver la panthère dans sa tannière des montagnes. Mais la panthère veillera toujours sur son sommeil ».

Pourtant le khalifa n'a pu faire partager au Caïd ses sentiments.

Le Caïd est un vieux Berbère dont l'esprit d'indépendance ne peut supporter l'idée d'une compromission quelconque avec le « mahgzen » (gouvernement du Sultan) . « Mon pays n'a jamais été soumis au maghzen. Il ne le sera jamais tant que je vivrai » a-t-il dit.

Fig. 7. — « Par la grande échancrure qui mène à la plaine et au pays maghzen... ».

Pourtant, l'intransigeance du Caïd semble fléchir progressivement et, à plusieurs reprises, le docteur Revard a servi d'intermédiaire entre lui et les officiers de renseignements.

C'est que le Caïd commence à sentir le besoin d'un appui. Le « baroud » continue dans la montagne et, la nuit, la lueur des grands feux sur les sommets indique aux combattants le point de ralliement au travers des forêts.

Peu à peu la vérité se fait jour, vérité qui était restée méconnue jusqu'alors par le Caïd lui-même.

Hammou n'a eu qu'un rôle restreint dans l'origine de la rebellion. Celui qui la dirige est, en réalité, un cheick (1) puissant de la tribu saharienne, le cheick M'barcq. Dans l'ombre il tient tous les fils de l'histoire. Il veut profiter des désordres pour prendre le pouvoir dans sa tribu.

(1) Chef d'une fraction de tribu.

De plus, certaines tribus de l'Anti-Atlas sont en pourparlers pour se soumettre aux autorités françaises. Elles ont hésité, jusqu'ici, à se révolter contre le Caïd mais, aussitôt après leur soumission, elles entreront en lutte ouverte. Le docteur Revard montre au Caïd Layachi que son intérêt lui commande de se soumettre s'il ne veut pas perdre toute influence sur ces tribus.

Mais la vieille âme berbère que tout un atavisme pousse à l'indépendance hésite toujours. Les histoires des anciens temps lui reviennent, que son père, à la grande barbe blanche, lui racontait aux longues veillées d'autrefois : les meurtres, les pillages commis par le maghzen, les longues luttes contre les sultans qui voulaient traverser les montagnes avec leurs harkas pour se diriger vers le Tafilalelt.

Et ces histoires ne constituent-elles pas l'expérience des peuples ?

Puis, on est venu apprendre au Caïd que son fils Hammou avait été tué au cours d'un combat dans les oasis. Il est resté impassible quand la nouvelle est arrivée. Il s'est contenté de dire: « Je ne sais de qui vous parlez ». Mais le tressaillement de ses paupières a montré que toute affection pour le fils prodigue n'avait pas dû disparaître de son cœur.

Depuis le Caïd a vieilli plus vite. Il a senti fléchir peu à peu la rigueur de sa volonté.

Poussé par son fils Abdallah, le Caïd se décide à prendre l'avis du vieux marabout « qui a au

moins 130 ou 150 ans, car, lorsque les vieux de maintenant étaient petits, il était déjà très vieux« Et celui-ci lui répond que le maghzen a changé, qu'il a entendu parler de beaucoup de choses nouvelles.

Le Caïd se décide alors à se soumettre aux autorités françaises.

Par la grande échancrure qui mène à la plaine et au « pays maghzen », les pistes viendront jusqu'à lui, apportant avec elles l'esprit du dehors; à son tour lui sera confiée la garde dans les lointaines marches du Sud, la surveillance des tribus pillardes des frontières du Sahara.

Epilogue.

Le vieux Layachi a laissé la charge du commandement à son fils Abdallah.

Le nouveau Caïd voudrait que « son toubib » s'installe à demeure dans sa casbah pour faire rayonner autour de lui ses bienfaits. Ne sait-il pas déjà combien tous les indigènes de la région l'aiment et le respectent ?

Mais une épidémie terrible décime les régions plus au Sud. Déjà, le médecin qui y est allé est mort victime de son devoir. A son tour d'y partir pour essayer d'endiguer la menace qui pèse sur le Maroc entier.

Le docteur Revard est parti. Dans la ville de l'extrême Sud où il arrive, toutes les portes sont fermées comme dans les pestes de notre Moyen-Age, sauf une, gardée par le tabor, entrebâillée une partie de la journée pour permettre un ravitaillement d'ailleurs précaire, et la porte des morts, trop fréquemment ouverte. Dans le ciel perpétuellement bleu, les palmiers bercent leurs longues palmes au-dessus des grandes murailles rouges, derrière lesquelles ne s'élève aucun bruit.

Le docteur Revard, vite accaparé par le travail, est appelé au loin par le cheick M'barcq, maintenant soumis, et malade. Tout en distribuant ses soins partout autour de lui, en se multipliant sans relâche, il arrive à guérir le cheick et l'épidémie se terminait quand lui-même est atteint.

Il a demandé à être ramené vers la côte. Les indigènes, consternés, font de leur mieux pour que le transport à dos de mule, soit le moins fatigant possible. Malgré les attentions touchantes dont ils l'entourent, il meurt avant d'arriver, près d'un vieux marabout, où les indigènes ont voulu le faire reposer espérant l'intercession du saint en faveur du « Nasrani » (1).

(1) Chrétien.

Alors, tous les gens des tribus voisines sont accourues pour l'enterrer.

Depuis on voit de pauvres gens, venus parfois de très loin, prier sur la simple tombe de « Moulay el Toubib » qu'ils vénèrent autant que le vieux marabout de leur tribu.

***

Le film doit tirer son intérêt principal des détails de la mise en scène, montrant la vie berbère, si curieuse et si attachante. Nous ne pouvons les indiquer. A cet égard, nous nous rappelons certains films pseudo-marocains ou pseudo-arabes dont les mises en scène étaient sorties toutes forgées de la tête d'auteurs ne connaissant pas leur sujet. Il suffit de puiser dans la réalité, bien plus riche et plus belle.

D'autre part, il faut adapter la musique au film, intercaler en particulier des airs arabes et chleuhs au milieu de la musique qui, pour bien faire, devrait être composée spécialement pour le film. Il faudrait, par exemple, pendant les longues chevauchées, des silences ou une musique si douce qu'elle semble inexistante, brusquement coupée par le chant du moghazeni : quelques notes mineures se terminant sur une chute de voix. Surtout des airs arabes pour le prologue, des airs chleuhs pour la deuxième partie, plus âpres et plus frustes, au milieu d'une sélection d'airs russes (en particulier de Borodine).

Il ne faudra pas oublier de représenter les danses berbères « l'Haidouz », au son des airs berbères, qui peuvent être rendus étonnamment avec leurs rythmes presque épileptiques. Par exemple la danse, autour d'un grand feu, dans la nuit, des hommes et des femmes, en deux grandes rangées parallèles qui tournent peu à peu et presqu'insensiblement autour du feu comme pivot.

Il ne faut pas donner non plus une allure trop simpliste aux personnages, les uns ayant toutes les qualités, les autres tous les défauts. Il faut montrer leur caractère où voisinent bonté et cruauté toute leur sentimentalité complexe et difficile à saisir.

Nota

Certaines personnes, à qui nous avions montré ce projet de scénario, nous firent remarquer qu'il ne contenait pas de rôle de femme. « Or un film sans femme n'est pas un film ». Ce jugement nous semble un peu absolu.

Cependant, on peut facilement introduire un rôle féminin : le jeune Abdallah venait voir une femme qu'il aimait dans la ville du Sud où commence le récit, et ce sont ces escapades en pays « maghzen » qui servaient de prétexte à Ham-

mou pour nuire à son frère dans l'esprit du Caïd, et pour retenir surtout sur lui l'affection de ce dernier.

Si l'on veut donner à la femme un rôle encore plus important, on peut l'appeler Yamina, la mettre chez les dissidents, femme par exemple du cheick M'barck, la faire aimer Abdallah, lui faire donner des rendez-vous dans la montagne.

Et la jalousie d'Hammou qui aime aussi Yamina éclate plus forte que jamais le jour où il surprend un de leurs rendez-vous. D'où l'essai d'empoisonnement, la fuite de Yamina qui tente en vain de tuer Hammou pour défendre Abdallah puis s'enfuit chez ses parents dans un douar (village) des hauts sommets où elle est sûr de l'impunité. L'entente entre Hammou et le cheick M'barck date de cette époque.

En tous cas, là aussi, cette figure féminine ne devra pas être européenne mais bien et essentiellement berbère ; représenter la femme berbère, beaucoup plus libre que la femme arabe, aux réflexes vifs, aux sentiments brusques et dont le rôle politique est souvent loin d'être négligeable.

Khemisset des Zemmours (juin 1928).

Philippe DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Convention Sanitaire Internationale du 21 juin 1926. (Décret du 25 juin 1928)

(suite)

Art. 121. — S'il y a doute sur la qualité de l'eau potable ou sur la possibilité de sa contamination, soit à son origine, soit au cours du trajet, l'eau doit être bouillie ou stérilisée autrement, et le capitaine est tenu de la rejeter à la mer au premier port de relâche où il lui est possible de s'en procurer de meilleure. Il ne pourra embarquer celle-ci qu'après désinfection des réservoirs.

Art. 122. — Le médecin visite les pèlerins, soigne les malades et veille à ce que, à bord, les règles de l'hygiène soient observées. Il doit notamment :

1° S'assurer que les vivres distribués aux pèlerins sont de bonne qualité, que leur quantité est conforme aux engagements pris, qu'ils sont convenablement préparés :

2° S'assurer que les prescriptions de l'article 120 relatif à la distribution de l'eau sont observées ;

3° S'il y a doute sur la qualité de l'eau potable rappeler par écrit au capitaine les prescriptions de l'article 121 ;

4° S'assurer que le navire est maintenu en état constant de propreté, et spécialement que les latrines sont nettoyées conformément aux prescriptions de l'article 116 ;

5° S'assurer que les logements des pèlerins sont maintenus salubres et que, en cas de maladie transmissible, la désinfection est faite conformément à l'article 119.

6° Tenir un journal de tous les incidents sanitaires survenus au cours du voyage et présenter, sur demande, ce journal à l'autorité compétente des ports d'escale ou d'arrivée.

Art. 123. — Les personnes chargées de soigner les malades atteints de peste ou de choléra ou d'autres maladies infectieuses peuvent seules pénétrer auprès d'eux et ne doivent avoir aucun contact avec les autres personnes embarquées.

Art. 124. — En cas de décès survenu pendant la traversée, le capitaine doit mentionner le décès en face du nom sur la liste visée par l'autorité du port de départ et, en outre, inscrire sur son livre de bord le nom de la personne décédée, son âge, sa provenance, la cause présumée de la mort, d'après le certificat du médecin, et la date du décès.

En cas de décès par maladie transmissible, le cadavre, préalablement enveloppé d'un suaire imprégné d'une solution désinfectante, doit être jeté à la mer.

Art. 125. — Le capitaine doit veiller à ce que toutes les opérations prophylactiques exécutées pendant le voyage soient inscrites sur le livre de bord. Ce livre est présenté par lui, sur demande, à l'autorité compétente d'escale ou d'arrivée.

Dans chaque port de relâche, le capitaine doit faire viser par l'autorité compétente la liste dressée en exécution de l'article 113.

Dans le cas où un pèlerin est débarqué en cours de voyage, le capitaine doit mentionner sur cette liste le débarquement en face du nom du pèlerin.

En cas d'embarquement, les personnes embarquées doivent être mentionnées sur cette liste conformément à l'article 113 précité et préalablement au visa nouveau que doit apposer l'autorité compétente.

Art. 126. — Le document sanitaire délivré au port de départ ne doit pas être changé au cours du voyage. En cas de manquement à ce règlement, le navire peut être traité comme infecté.

Ledit document est visé par l'autorité sanitaire de chaque port de relâche. Celle-ci y inscrit :

1° Le nombre des passagers débarqués ou embarqués dans ce port ;

2° Les incidents survenus en mer et touchant à la santé ou à la vie des personnes embarquées ;

3° L'état sanitaire du port de relâche.

Section IV. — Mesures à prendre à l'arrivée des pèlerins dans la mer Rouge.

A. — Régime sanitaire applicable aux navires à pèlerins allant du Sud vers le Hedjaz.

Art. 127. — Les navires à pèlerins venant du Sud et se rendant au Hedjaz doivent, au préalable, faire escale à la station sanitaire de Camaran, et sont soumis au régime fixé par les articles suivants.

Art. 128. — Les navires reconnus *indemnes* après visite médicale reçoivent libre pratique, lorsque les opérations suivantes sont terminées :

Les pèlerins sont débarqués ; ils prennent une douche-lavage ou un bain de mer ; leur linge sale et la partie de leurs effets à usage et de leurs bagage qui peut être suspecte, d'après l'appréciation de l'autorité sanitaire, sont désinfectés. La durée de ces opérations, en y comprenant le débarquement et l'embarquement, ne doit pas dépasser quarante-huit heures. A la condition que ce délai ne soit pas dépassé l'autorité sanitaire peut procéder aux examens bactériologiques qu'elle juge nécessaires

Si aucun cas avéré ou suspect de peste ou de choléra n'est constaté pendant ces opérations, les pèlerins sont réembarqués immédiatement et le navire est dirigé sur Djeddah.

Les navires reconnus indemnes après visite médicale sont dispensés des opérations prescrites ci-dessus si les conditions suivantes sont remplies :

1° Que tous les pèlerins qui se trouvent à bord ont été immunisés contre le choléra et la variole ;

2° Que les prescriptions de la présente convention ont été strictement suivies ;

3° Qu'il n'y a pas de raison de douter de la déclaration du capitaine et du médecin du navire, d'après laquelle il n'y a pas eu de cas de peste, de choléra ou de variole à bord, ni au départ, ni pendant le voyage.

Pour la peste, les prescriptions de l'article 27 sont appliquées en ce qui concerne les rats pouvant se trouver à bord.

Art. 129. — Les navires *suspects*, à bord desquels il y a eu des cas de peste dans les six premiers jours après l'embarquement, ou à bord desquels une mortalité insolite des rats a été constatée, ou qui ont eu à bord des cas de choléra au moment du départ, mais aucun cas nouveau depuis cinq jours, sont soumis au régime suivant :

Les pèlerins sont débarqués ; ils prennent une douche-lavage ou un bain de mer ; leur linge sale et la partie de leurs effets à usage et de leurs bagages qui peut être suspecte, d'après l'appréciation de l'autorité sanitaire, sont désinfectés ; les parties du navire ayant été habitées par les malades sont désinfectées. La durée de ces opérations, en y comprenant le débarquement et l'embarquement, ne doit pas dépasser quarante-huit heures. A la condition que ce délai ne soit pas dépassé, l'autorité sanitaire peut procéder aux examens bactériologiques qu'elle juge nécessaires.

Si aucun cas avéré ou suspect de peste ou de choléra n'est constaté pendant ces opérations, les pèlerins sont réembarqués immédiatement et le navire est dirigé sur Djeddah.

Pour la peste, les prescriptions de l'article 26 sont appliquées en ce qui concerne les rats pouvant se trouver à bord.

Art. 130. — Les navires *infectés*, c'est-à-dire ayant à bord des cas de peste ou de choléra, ou bien ayant présenté des cas de peste plus de six jours après l'embarquement ou de choléra depuis cinq jours, ou à bord desquels des rats infectés de peste ont été découverts, sont soumis au régime suivant.

Les personnes atteintes de peste ou de choléra sont débarquées et isolées à l'hôpital. Les autres passagers sont débarqués et isolés par groupes composés de personnes aussi peu nombreuses que possible, de manière que l'ensemble ne soit pas solidaire d'un groupe particulier si la peste ou le choléra viennent à s'y développer.

Le linge sale, les objets à usage, les vêtements de l'équipage et des passagers sont désinfectés ainsi que le navire.

Toutefois l'autorité sanitaire locale peut décider que le déchargement des gros bagages et des marchandises n'est pas nécessaire, et qu'une partie seulement du navire doit subir la désinfection.

Les passagers restent cinq ou six jours, selon qu'il s'agit de choléra ou de peste, à l'établissement de Camaran. Si de nouveaux cas se présentent après le débarquement, la période d'observation sera prolongée de cinq jours pour le choléra et de six jours pour la peste après l'isolement du dernier cas.

Pour la peste, les prescriptions de l'article 25, sont appliquées en ce qui concerne les rats pouvant se trouver à bord.

Après avoir achevé ces opérations, le navire ayant réembarqué les pèlerins est dirigé sur Djeddah.

Art. 131. — Les navires visés aux articles 128, 129, et 130 seront, à leur arrivée à Djeddah, soumis à la visite médicale à bord. Si le résultat est favorable, le navire recevra la libre pratique.

Si, au contraire, des cas avérés de peste ou de choléra se sont montrés à bord pendant la traversée ou au moment de l'arrivée à Djeddah, l'autorité sanitaire du Hedjaz pourra prendre toutes les mesures nécessaires, sous réserve des dispositions de l'article 54.

Art. 132. — Toute station sanitaire destinée à recevoir des pèlerins doit être pourvue d'un personnel instruit, expérimenté et suffisamment nombreux, ainsi que de toutes les constructions et ins-

tallations matérielles nécessaires pour assurer l'applicationn, dans leur intégralité, des mesures auxquelles lesdits pèlerins sont assujettis.

B. — Régime sanitaire applicable aux navires à pèlerins venant du Nord de Port-Saïd et allant vers le Hedjaz.

Art. 133. — Si la présence de la peste ou du choléra n'est pas constatée dans le port de départ ni dans ses environs et qu'aucun cas de peste ou de choléra ne se soit produit pendant la traversée, le navire est immédiatement admis à la libre pratique.

Art. 134. — Si la présence de la peste ou du choléra est constatée dans le port de départ ou dans ses environs, ou si un cas de peste ou de choléra s'est produit pendant la traversée, le navire est soumis à El-Tor, aux règles instituées pour les navires qui viennent du Sud et qui s'arrêtent à Camaran. Les navires sont ensuite reçus en libre pratique.

(*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté.

— **Clinique de la tuberculose** (hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres et Dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours spécial sur la tuberculose* pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium, organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. Léon BERNARD et Robert DEBRÉ, avec la collaboration de MM. RIST, médecin de l'hôpital Laënnec ; VALLÉE, directeur du laboratoire du Ministère de l'Agriculture ; LEROUX, agrégé de la Faculté ; MAINGOT, radiologiste de l'hôpital Laënnec ; BIRAUD, de la Section d'hygiène de la S. D. N. ; EVROT, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberculose ; GUINON, inspecteur de l'Office d'hygiène sociale de la Seine ; BARON, POIX, SOULAS, assistants de la clinique ; LAMY, LELONG, Ch. MAYER, J. MARIE, PÉLISSIER, TRIBOULET, chefs de clinique ; BONNET, chef de laboratoire de la clinique.

Ce cours, d'une durée de trois mois, comprendra deux parties :

Première partie : à la clinique, du 7 janvier au 2 février 1929. Cette partie est composée de 40 leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection des malades de préventoriums et sanatoriums, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel.

Deuxième partie : stages dans des dispensaires et des sanatoriums : 1° du 2 février au 16 mars : au dispensaire Léon-Bourgeois (1er et 2e arrond.) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine. Les élèves seront répartis par petits groupes, qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires. Durant cette période, des visites seront faites aux Centres du Placement familial des Tout-Petits, ainsi qu'au préventorium de Plessis-Robinson et à d'autres organisations antituberculeuses siégeant à Paris (Comité national ; Office national d'hygiène sociale ; Office départemental de la Seine, etc.). — 2° du 18 au 30 mars : dans un ou plusieurs sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1. Le bacille de Koch. Morphologie, Cultures. Tuberculose expérimentale. — 2. Les tuberculines. Réactions tuberculiniques. — 3. L'infection tuberculeuse ; pathogénie générale. Allergie et immunité tuberculeuses. — 4. L'hérédité tuberculeuse. — 5. La contagion tuberculeuse. Sources, voies et modalités de la contagion. — 6. Epidémiologie générale de la tuberculose. Facteurs sociaux. Morbidité. Mortalité. — 7. Tuberculoses animales. — 8. Lésions élémentaires produites par le bacille de Koch. Follicules et lésions non folliculaires. — 9. La tuberculose du nourrisson. — 10. La tuberculose de la seconde enfance. — **11. Les débuts de la tuberculoe pulmonaire de l'adulte** — 12. Les formes chroniques ulcéro-caséeuses. — 13. Les formes fibreuses, ulcéro-fibreuses 14. Les formes bronchiques. L'emphysème tuberculeux. — 15. Les tuberculoses aiguës. — 16. Les signes stéthacoustiques de la tuberculose pulmonaire. — 17. Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — 18. Les hémoptysies tuberculeuses. — 19. La fièvre des tuberculeux. — 20. Les tuberculoses pleurales. — 21. Les tuberculoses des autres séreuses : péritoine, méninges. — 22. La tuberculose laryngée. — 23. Tuberculose et maternité. — 24. Localisations viscérales extra-pulmonaires chez les tuberculeux. — 25. Les tuberculoses osseuses et articulaires. — 26. Règles du diagnostic clinique de la tuberculose. Les faux tuberculeux. — 27. Procédés de diagnostic empruntés au laboratoire. — 28. Eléments de pronostic chez les tuberculeux. — 29. Traitement des principaux symptômes. Désinfection des expectorations. — 30. Les traitements dits spécifiques et chimiothérapiques. — 31. Les traitements physiques et hygiéno-diététiques. Cures sanatoriales. — 32. Les indications du pneumothorax artificiel. — 33. Les résultats et les complications du pneumothorax artificiel. — 34. Pneumothorax double. Oléothorax. — 35. Traitements chirurgicaux. — 36. La prémunition selon la méthode de Calmette. — 37. La préservation de l'enfance (le principe de Grancher. Les préventoriums). La prévention à l'école. — 38. Le dispensaire antituberculeux et le service social. — 39. La déclaration obligatoire ; les assurances sociales. La législation antituberculeuse en France. — 40. L'armement antituberculeux français. L'Office d'hygiène sociale de la Seine.

Le certificat d'assiduité à ce cours de perfectionnement, additionné des notes des différents chefs de service des établissements où il aura eu lieu, sera exigé des candidats aux postes de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Sont dispensés de la première partie de ce cours les candidats à ces postes ayant antérieurement suivi les cours de perfectionnement organisés sous les auspices du Comité national, ainsi que les internes et anciens internes des Centres de triage de tuberculeux de l'Assistance publique de Paris.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le Directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame des-Champs, Paris (VIe).

Les droits d'inscription sont de 600 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de stomatologiste.** — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. Vilenski et Lattès ont été nommés stomatologistes des hôpitaux de Paris.

— **Internat de Brévannes.** — Sont désignés comme membres du jury : MM. Donzelot, Alajouanine et Martin, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— **Concours de l'internat.** — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Gosset, Rudler, Gadaud, Delay, Joseph, Hesse, Henrion ; Mme Grand ; MM. Guichard, Contiadès, Langlois ; Mme Arager ; MM. Graud, Gasné, Gaston, Fauvert, Ardouin, Poilleux, Ribadeau-Dumas, Graffin, Haik, Judet, Maës, Pichon, Puymartin; Mlle Weiss ; MM. Arondel, Pauhat, Hervy, Baillon, Fau, Meyer, Brisset, Richard, Louvet, Leroy (Robert), Thomas, Antonelli, Cotte, Illaire, Jonard, Lapiné, Reyt, Beuzart, Gilbrin, Peney, Asselin, Gavois, Limasset, Blanquine, Bolgert, Durrbach ; Mlle Fayot ; MM. Piollet, Voillemin, Roquefeoffre, Terrenoire, Vialle, Golé, Fournié, Lacoste, Amid, Vandenbossch, Grivaud; Mlle Riom ; MM. Franco, Maisler, Willm, Lançon, Martin (René), Aubin, ; Mlle Begaud ; MM. Gorodiche, Masson (Pierre), Patte, Sergent, Rachelsberg, Sterin (Lucien), Alavoine, Melhicy, Bernard-Griffiths; Mlle Gautheron ; MM. Koang, David (Jean), Robin, David (Pierre) ; Mlle Delevay ; M. Trocmé.

Internes provisoires (externes en premier). — MM. Rousseau, Lepart, Bloch, Bergenstein ; Mme Blondel ; M. Patey ; Mlles Valentin, Ducosté ; MM. Gallot, Boudin, Haulleau, Cuvillier, Fort, Prost, Hauert Nicolas, Cohen (Ardriel), Bosquet, Lardennois, Durel, Coste, Fichet, Schwartz, Aboulker, Brisard-Martin (Jean), Benassy, Sallet ; Mlles Pichot, Baguette ; MM. Robert, Kreyts, Gaudin, Bousser, Lieffring, Lachter-Pachter, Bernard, Facquet, Eck, Sterin, (Raymond), Baussan, Bridot, Jemain, Bourgeois, Vaudour, Fiehrer, Chomet ; Mlle Le Diouron ; MM. Macé de Lépinay, Catalette, Ollivier (Henry), Levy-Klotz, Lemoine, Bonnet, Paul, Périer, Cain, Laflotte, Labesse, Bréhier, Barrier, Delinotte, Deparis, Brandy, de Ginestet, Mariau, Postel, Goricki, Grasset ; Mlle Hallard ; M. Thorel ; Mlle Cligny ; MM. Bons, Loisel, Boisramé ; Mlle Lépine ; MM. Olivier (Jean), Roulin ; Mlle Vidal , MM. de Langre, Durieux, Jarousse, Leuret, Meillaud Royer de Véricourt, Gilliart, Salomon, de Palma, Belêtre, Werner, Cacuira, Loutsch, Albeaux.

Nous relevons avec un vif plaisir, dans la liste des nouveaux internes provisoires le nom de Georges Boudin, fils de notre ami Paul Boudin, à qui nous adressons nos plus sincères félicitations.

— **Hôpital Beaujon.** Laboratoire du docteur Aubourg. *Démonstrations pratiques de rœntgenthérapie.* — Les lundis, à onze heures, MM. Aubourg, électro-radiologiste des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital Beaujon, et Marcel Joly, électro-radiologiste des hôpitaux, chef-adjoint du Laboratoire de l'hôpital Beaujon, feront une conférence suivie d'applications pratiques sur les sujets suivants :

31 *décembre* : Influence de la quantité et de la qualité du rayonnement de Rœntgen en radiophysiopathologie. — 7 *janvier* 1929 : Les doses de rayons X. L'erreur d'une dosimétrie basée sur l'érythème cutané. Unités H. Unités Sabouraud-Noiré. Unités R. — 14 *janvier* : La rœntgenthérapie en dermatologie (eczémas, acné, lichens, verrues, teignes, sycosis). — 21 *janvier* : Rœntgenthérapie des cancers de la peau et des muqueuses. — 28 *janvier.* : Rœntgenthérapie en pathologie nerveuse (sclérose en plaques, zona, névrites, névralgies, etc.). — 4 *février* : Rœntgenthérapie des tumeurs cérébrales, des tumeurs de l'hypophyse, des tumeurs médullaires. — 11 *février* : Rœntgenthérapie des tumeurs du nasopharynx, de l'œil, de l'oreille. Epithéliomas et sarcomes de l'amygdale. — 18 *février* : Rœntgenthérapie des cancers du sein inopérables. Irradiations prophylactiques. Rœntgenthérapie des récidives et métastases des cancers du sein opérés. — 25 *février* : Rœntgenthérapie des tumeurs du médiastin, des cancers du poumon et de la plèvre. — 4 *mars* : Rœntgenthérapie des goitres et des états basedowiens. — 11 *mars* : Rœntgenthérapie des affections du tube digestif : leucoplasies buccales, ulcère de l'estomac, inflammation des glandes salivaires (parotidites), cancer de la langue, cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac, cancer de l'intestin, cancer du rectum, cancer du foie, cancer du poumon. — 18 *mars* : Rœntgenthérapie des cancers du rein et des tumeurs vésicales. — 25 *mars* : Rœntgenthérapie de l'hypertrophie et du cancer de la prostate. — 8 *avril* : Comment il faut traiter en rœntgenthérapie un séminome ; rapports de la chirurgie et de la rœntgenthérapie dans le traitement du séminome. — 15 *avril* : La rœntgenthérapie des kystes végétants de l'ovaire ; ses rapports avec la chirurgie de cette affection. — 22 *avril* : Rœntgenthérapie des fibromes utérins. Ceux qu'on peut irradier ; comment on doit les irradier. — 29 *avril* : Rœntgenthérapie des cancers de l'utérus inopérables ; rœntgenthérapie post-opératoire ; rœntgenthérapie des récidives après opération et des métastases. — 6 *mai* : Les états leucémiques et aleucémiques, leur traitement par les rayons X. Rœntgenthérapie des leucémies myéloïdes et lymphoïdes. Rœntgenthérapie de la maladie de Hodgkin. — 13 *mai* : Rœntgenthérapie et tuberculose. Rœntgenthérapie du lupus, des adénites tuberculeuses, des tuberculoses ostéo-articulaires, des laryngites tuberculeuses, des péritonites tuberculeuses. — 27 *mai* : La rœntgenthérapie en médecine générale. Rœntgenthérapie de l'asthme, de la dysménorrhée, des états hémorragipares, des dystrophies glandulaires, de la paralysie infantile, de l'hypertrophie des amygdales, etc. — 3 *juin* : Directives générales de la conduite d'un traitement radiothérapique d'un cancéreux (examen clinique, méthode de laboratoire, biopsie, préparation du malade, incidents opératoires).

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

— **Hôpital Beaujon.** Laboratoire du docteur Aubourg. *Démonstrations pratiques d'électrodiagnostic et d'électrothérapie.* — Les jeudis, à 10 heures, M. W. Vignal, électro-radiologiste des hôpitaux, chef-adjoint à l'hôpital Beaujon, fera une conférence sur les sujets suivants. La conférence sera suivie d'applications pratiques.

10 *janvier* 1929 : Etat constant (*suite*). Effets polaires : *a*) avec des électrodes métalliques nues ; *b*) avec des électrodes électrolytiques. Action physiologique du courant continu à l'état constant sur le

système nerveux. — 17 *janvier* : Action physiologique des états variables d'ouverture et de fermeture du courant galvanique : *a*) sur les nerfs et les muscles ; *b*) sur le système nerveux central. — 24 *janvier* : Le courant faradique. Mode de production. Caractéristiques physiques. Effets physiologiques. Le courant galvano-faradique. Mode de production. Effets physiologiques. L'électrotonus. Principales applications thérapeutiques. — 31 *janvier* : Les condensateurs. Etude de la condensation. Décharge des condensateurs. — 7 *février* : L'électrodiagnostic classique. — 14 *février* : L'électrodiagnostic avec les courants de très courte durée (chronaxie). — 21 *février* : Les courants de haute fréquence. Modalité de production. Caractéristiques physiques. Appareils à circuit magnétique ouvert. Appareils à circuit magnétique fermé. — 28 *février* : Appareils à lampes triode. Mode d'emploi des courants de haute fréquence. Courants de quantité. Courants de tension ; la résonance électrique. — 7 *mars* : Effets physiologiques des courants de haute fréquence. Applications de quantité : diathermie, diathermocoagulation. — 14 *mars* : Effets physiologiques des courants de haute fréquence. I. Applications de quantité : la condensation, lit condensateur ; l'auto-conduction, la cage. II. Applications de tension, effluves, étincelles, étincelage. — 21 *mars* : Principales applications thérapeutiques des courants de haute fréquence. — 28 *mars* : Accidents dus aux courants électriques thérapeutiques, domestiques et industriels. Prophylaxie et traitement.

L'assistance à ces conférences et démonstrations, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »).

— Ecoles de perfectionnement des médecins de réserves de la XVIe région. Pour l'année 1928-29, les Ecoles de Montpellier (Ecole principale), de Perpignan, de Castres et d'Albi (Ecoles annexes), fonctionneront comme les années précédentes. Toutefois, une Ecole annexe est en voie d'organisation à Carcassonne pour les Officiers de réserve en résidence dans le département de l'Aude, jusqu'à présent rattachés à l'Ecole de Perpignan.

Les officiers de réserve qui ont déjà suivi les cours pendant l'année 1927-28 recevront une convocation en temps utile par les soins du directeur de l'Ecole principale ou de l'Ecole annexe à laquelle ils sont rattachés, qui leur adressera le programme du trimestre.

Les demandes nouvelles d'inscription doivent être adressées au Colonel directeur de la préparation militaire supérieure et de l'Instruction des officiers de réserve du 16e Corps d'armée, caserne de la Citadelle, à Montpellier. Elles doivent mentionner l'adresse et la résidence de l'officier et indiquer en outre son affectation à la mobilisation.

Toutes indications relatives au programme d'instruction seront données aux intéressés par le directeur de l'Ecole à laquelle ils sont affectés.

— VIIe Congrès international de chirurgie. — Le VIIe Congrès de l'Association internationale de chirurgie, qui réunit 970 membres appartenant à 28 nations, aura lieu à Varsovie du 23 au 27 juillet 1929 sous la présidence du Pr Hartmann (de Paris).

Quatre questions sont à l'ordre du jour.

1° *Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire.* Rapporteurs: MM. Matas (Nouvelle-Orléans), Chiasserini (Rona), Govaerts (Bruxelles), Ritter (Zurich), Lesnoswki (Varsovie), Wocjiechowski (Varsovie), Bérard (Lyon).

2° *Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal.* — Rapporteurs : MM. Baldo Rossi Borghi et Scalone (Milan), Bartrina (Barcelone), Schœmacher, Ribas et Puig Sureda (Barcelone), Lardennois (Paris), Ashhurst (Philadelphie), Krynski et Zaorsk (Varsovie).

3° *Traitement de la maladie de Basedow.* — Rapporteurs : MM. Jirasek (Prague), Crile (Cleveland), Loicq (Bruxelles), Jurasz (Poznan), Troell (Stockholm), Forgue (Montpellier).

4° *Chirurgie réparatrice de la hanche.* — Rapporteurs : MM. Mathieu (Paris), Putti (Bologne), Hybbinette (Stockholm).

Les langues officielles seront le français, l'anglais, l'italien et l'allemand.

Secrétaire général : M. Léopold Mayer, 72, rue de la loi, Bruxelles.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Agenda P. L. M. pour* 1929. — L'Agend a P. L. M. pour 1929 va paraître incessamment. Si vous désirez vous en assurer un exemplaire (son prix est de 10 francs) retenez-le, dès maintenant chez votre libraire ; plus tard, vous n'en trouveriez plus. Vous vous le procurerez aussi dans les agences, bureaux de ville, gares et grands trains du réseau P. L. M., ainsi que dans les agences de voyages et les grands magasins de nouveautés à Paris. Vous pouvez également le recevoir à domicile, par envoi recommandé, en adressant à cet effet, au Service de publicité de la compagnie P. L. M., 20, boulevard Diderot, à Paris, un mandat poste de 12 fr. 65 pour la France, de 15 fr. 50 pour l'étranger. Tous les bibliophiles savent que l'Agenda P. L. M. est un ouvrage d'une présentation artistique, littéraire et typographique irréprochable. L'édition de 1929 contient seize illustrations hors texte en couleurs qui à elles seules, valent plus que son prix ; douze cartes postales en héliogravure y ajoutent encore. Ces compositions et les chroniques, contes, nouvelles, légendes qu'elles accompagnent et qui s'ornent en outre d'une suite nombreuse de photographies et de dessins, sont l'œuvre d'excellents artistes et écrivains.

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

« Met depuis quinze ans sa science et son dévouement au service de l'Administration. A assuré pendant la guerre le remplacement de deux médecins mobilisés, et a apporté le concours le plus précieux pour la création et le fonctionnement de l'infirmerie des nourrissons. »

5° Une médaille de bronze à M. le docteur Dotezac (Edouard), médecin de la circonscription de Cambo (Basses-Pyrénées) :

« Au service de l'Administration depuis dix-huit ans, s'est attaché avec dévouement à ses fonctions, s'occupant non seulement de la santé mais aussi de la tenue, de la propreté et de la nourriture des pupilles. »

Nous vous demandons, Messieurs, de vouloir bien adopter ces propositions.

Adopté (1928, 552).

Classement dans les catégories insalubres des médecins de l'infirmerie et des manipulateurs des laboratoires de radiologie.

M. Georges Lemarchand, rapporteur général du personnel, au nom de la Commission du personnel. — Messieurs, nous avons par une délibération du 6 avril 1925, demandé le classement du personnel des laboratoires de radiologie dans les catégories insalubres, mais cette décision modifiant le règlement de retraites du personnel, a dû être soumise à l'autorité supérieure qui ne l'a pas approuvée, en raison de ce que l'ensemble du personnel de ces laboratoires n'était pas exposé, de façon permanente, aux irradiations motivant le classement proposé.

Après une nouvelle étude de cette question, M. le Préfet de la Seine nous soumet une proposition tendant à limiter aux seuls médecins et à leurs aides immédiats, infirmières et manipulateurs, qui sont en contact permanent avec les rayons, le bénéfice du classement dans les catégories insalubres.

J'ai l'honneur de vous demander de conclure conformément aux conclusions préfectorales, et d'adopter, en conséquence, le projet de délibération ci-après:

« Le Conseil,

Vu la délibération en date du 6 avril 1925, relative au classement dans les catégories insalubres des personnels des laboratoires de radiologie ;

« Vu le mémoire en date du 13 novembre 1928, par lequel M. le Préfet de la Seine propose de réduire au personnel constamment exposé aux irradiations le bénéfice du classement dans les catégories insalubres ;

« Sur le rapport présenté par M. Georges Lemarchand, rapporteur général du personnel, au nom de la Commission du personnel,

« Délibère :

« Seront classés, pour la retraite, dans les catégories insalubres :

« 1° Les médecins des laboratoires de radiologie ;

« 2° L'infirmière et le manipulateur, aides immédiats de ces médecins. »

Adopté (1928, 1258).

JURISPRUDENCE

Automobiles. Retrait du permis de conduire. Formes.

Conseil d'Etat (Au contentieux).
16 *novembre* 1928.
(Archives du « Sou médical » et *Gazette du Palais* 27 novembre 1928.)

Le permis de conduire ne pouvant, aux termes de l'article 29 du décret du 31 décembre 1922 (C. route) être retiré, par arrêté préfectoral que « le titulaire ou son représentant entendu », est entaché d'excès de pouvoir et encourt l'annulation l'arrêté de retrait temporaire pris par le préfet sans que l'intéressé ait reçu la convocation l'invitant à se faire entendre sur la mesure envisagée à son égard.

Le Conseil d'Etat,

Vu la requête présentée par le sieur M. tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, un arrêté, en date du 26 juillet 1926, par lequel le préfet de Vaucluse lui a retiré pour la durée d'une année le certificat de capacité dont il est titulaire pour la conduite des voitures automobiles ;

Sans qu'il soit besoin de statuer sur l'autre moyen de la requête,

Considérant qu'aux termes de l'art. 29 du décret du 31 décembre 1922, le permis de conduire ne peut être retiré, par arrêté préfectoral, que « le titulaire ou son représentant entendu » ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction, et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté que l'arrêté attaqué, retirant au sieur M. son permis de conduire pour une durée d'un an, a été pris sans que le requérant ait reçu la convocation l'invitant à se faire entendre sur la mesure envisagée à son égard ; qu'il est dès lors fondé à soutenir que ledit arrêté est entaché d'excès de pouvoir et à en demander l'annulation ;

Décide :

L'arrêté susvisé du préfet de Vaucluse, en date du 26 juillet 1926, est annulé.

MM. Lagrange, rapp. ; Ettori, comm. gouv. — Me Auger, av.

Note de la Gazette du Palais. — L'art. 29 § 4 du décret du 31 décembre 1922, dit Code de la route (*Gaz. Pal.* 1923.1.782) dispose : « Tout permis de conduire pourra être retiré, par arrêté préfectoral, *le titulaire ou son représentant entendu*, après une contravention aux dispositions du présent décret ; il devra être obligatoirement retiré dans le cas de contravention aggravée par l'ivresse du conducteur, comme en cas d'incapacité permanente dûment constatée, survenue postérieurement à sa délivrance » Ainsi hormis les cas où le retrait est obligatoire, le préfet ne peut user de la faculté de retrait qui lui est réservée qu'après audition du titulaire ou de son représentant ; sinon comme le Conseil d'Etat le re-

connaît dans l'arrêt ci-dessus, il commet un excès de pouvoir. V. au surplus sur la portée de l'art. 29 en ce qui touche le retrait du permis : Blaisot, Comment. du Code de la route, p. 71 et suiv.

L'avenir de la Médecine et les jeunes Médecins.

Vous devez être saturé de lettres sur les assurances sociales ; et c'est en m'excusant bien humblement que je vous inflige la mienne.

Au surplus, je ne me propose pas de reprendre le débat si souvent, si longuement et si bien discuté dans les colonnes du *Concours médical*.

La loi votée n'est d'ailleurs pas, à mon avis, critiquable dans son esprit. Mais les institutions ne valent que par les hommes qui les appliquent ou les subissent : telles la langue d'Esope, elles peuvent être tour à tour excellentes ou détestables.

Si les malades et les médecins devaient être toujours consciencieux ; si les caisses devaient être toujours honnêtement et intelligemment gérées, le chômage n'augmenterait pas sensiblement ; et les malades pourraient être mieux soignés qu'aujourd'hui, grâce à l'entente et aux groupements interconfraternels qui ressusciteraient un peu partout des H.O.E. civils où se ferait de belle et bonne besogne.

Je ne m'arrête pas à la situation morale du médecin : il ne sera « domestiqué » que s'il veut l'être : un médecin digne de ce nom par le savoir et par le cœur saura toujours et partout se faire aimer, respecter et obéir.

Malheureusement, il est à craindre que l'application de la loi ne hausse le prix de la vie en diminuant les ressources des médecins. Et c'est du point de vue un peu... méprisable, mais pourtant nécessaire, de l'excellent bonhomme Chrysale, que je considère aujourd'hui le problème pour vous demander avis.

J'ai posé la même question avant-hier à un confrère de mes amis qui vient d'être élu député sur un programme socialiste. Bien entendu, il croit que les médecins n'auront pas à se plaindre de la loi ; mais je me méfie, car j'ai de fréquents rapports avec les spécialistes d'Alsace, à qui je dois d'inquiétantes précisions.

L'un d'eux, plus favorisé que je ne le serai, puisqu'il exerce dans une ville et une région riches, a néanmoins 70 % de clients de caisse, et à quels tarifs ! Or, la concurrence, qui devrait rester sur le terrain strictement scientifique, s'extériorise déloyalement en une guerre de tarifs qui tend à faire bénéficier la clientèle aisée du barême des assurés, sans faire bénéficier le médecin d'une réduction proportionnelle ni chez son boucher, ni même chez son fournisseur d'appareils d'optique et d'instruments de chirurgie.

Cela dit, voici où je veux en venir.

Pour ma part, je puis, à la rigueur, si, à l'épreuve,

l'application de la loi ne me donne pas satisfaction, vivre, sans plus, de mes ressources personnelles, ou chercher une occupation para ou extra-médicale.

Mais j'ai deux fils, intelligents et travailleurs, qui seraient d'excellentes recrues pour le corps médical. L'aîné est en philosophie, et se dispose à commencer, en novembre prochain, le P. C. N. préparatoire aux études de médecine.

Avez-vous quelques précisions sur les tarifs qui vont nous être appliqués, notamment sur les tarifs des spécialistes ? Au moins savez-vous s'ils différeront sensiblement des tarifs syndicaux ?

Mon fils aîné et moi devons prendre une décision à bref délai. Et il n'a pas une vocation irrésistible pour la médecine. A cet égard, je suis pour lui plein d'indulgence, car la médecine, qui est maintenant pour moi une vieille et fidèle amie de vingt-cinq ans, m'a dès l'abord rebuté en se présentant sous le masque du cadavre et de la douleur.

Mais je ne me pardonnerais pas de dépenser quatre ou cinq cent mille francs du patrimoine de mes enfants, et de leur infliger dix ans d'études, pour la conquête d'une situation médiocre. Si mes fils doivent être médiocres, ce qui m'étonnerait, ils peuvent le devenir à moins de frais et en peu de temps. S'ils ont de l'étoffe, ils peuvent se faire, dans une profession extra-médicale, une position lucrative qui échappera, par surcroît, aux lourdes responsabilités dont la vie tout entière du médecin consciencieux, est singulièrement assombrie.

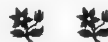
Bref, je résumerai ma lettre en une question concise : à la veille de l'application de la loi sur les assurances sociales, dois-je engager mes fils dans la carrière médicale, ou les en dissuader.

C'est une question que se posent, assurément, bien des médecins qui ont des fils, et bien des fils comme les miens ?

Je sens bien que vous ne pouvez pas répondre par oui ou non ; mais si vous savez quelque chose sur les tarifs en préparation, je tirerai de votre lettre, par l'arithmétique la plus élémentaire, une réponse satisfaisante.

D[r] P.

Ma lettre ayant une portée générale, vous pouvez sans me désobliger — et si vous le croyez intéressant et utile, — la publier dans le *Concours*, à l'adresse des confrères de leurs enfants, et des membres de la Commission, qui discute nos tarifs. Il est bon que les uns et les autres sachent ce qu'ils font. Une élite n'est nulle part aussi désirable qu'en médecine ; et si nos dirigeants n'y prennent garde, ils déplaceront l'élite, dont ils ne sentent pas toujours le prix, parce qu'ils ne lui appartiennent pas toujours.



LES INJECTIONS SCLÉROSANTES DES VARICES

Depuis quelques mois, on est revenu à plusieurs reprises dans le *Concours médical* sur la question du traitement des varices par les injections sclérosantes et dans le numéro du 11 novembre, le Dr Raymond Tournay dit que celles-ci sont incapables de produire des phlébites, mais peuvent amener seulement des veinites localisées, limitées à un ou à des segments veineux, pas très douloureuses, ne s'accompagnant pas d'œdème du membre, presque toujours apyrétiques.

J'avoue ne pas trouver une grande différence au point de vue clinique entre ces veinites et les noyaux de phlébite variqueuse que nous observons d'une façon assez fréquente en clientèle et un cas personnel m'a montré qu'il n'y en avait pas du tout.

Atteint de phlébite variqueuse sans fièvre ni œdème pendant la guerre à la fin de 1918, je fus opéré en janvier 15 par M. le prof. H. qui me fit une saphénectomie partielle, du genou à quelques centimètres au-dessous de l'embouchure de la saphène et m'enleva cinq ou six gros noyaux qui contenaient encore deux mois après le début de la poussée, du liquide hématique avec un caillot encore mou.

Je fus tranquille une douzaine d'années, mais depuis un an environ, des anastomoses s'étant faites probablement petit à petit, je sentais de nouveau tous les matins, les veines de la jambe se remplir et j'avais en particulier au-dessous du genou un cordon de 20 cm. environ flexueux et assez dilaté. Je résolus d'essayer quelques injections sclérosantes.

Mon ami le Dr C. me fit une première injection de 5 cc. d'une solution de salicylate de soude à 20 % de la maison Corbière, à la partie inférieure de ce cordon veineux au-dessous du genou, dont j'ai parlé tout à l'heure, et je fis moi-même, quatre jours après, une autre injection en piquant mon aiguille au milieu des 10 ou 12 cm. de la partie supérieure du cordon veineux qui ne paraissaient pas avoir été touchés par la première, alors qu'à la partie inférieure, en amont et en aval de la première piqûre, la veine était aplatie avec simplement un point sensible et une petite nodosité à l'endroit où avait été faite l'injection.

La première injection avait été faite par le Dr C., le membre simplement dans la position horizontale.

Pour la seconde, j'avais voulu vider la veine autant que possible et m'étais servi du brassard de mon Vaquez, selon le procédé décrit par le Dr Filderman.

Cette seconde injection ne fut pas plus douloureuse que la première, mais, quelques heures après, tout le cordon variqueux de 12 cm. environ qui persistait au-dessous du genou était enflammé

et sensible. Je fis quelques applications humides ; mais après cinq ou six jours, l'endroit de la veine où j'avais fait l'injection restait gros et un peu douloureux, alors qu'en amont et en aval, je n'avais plus qu'un cordon dur roulant sous le doigt et cela aussi bien le matin avant de descendre du lit, qu'étant debout dans la journée. Il y avait un peu de fluctuation. Je pensais à une petite collection sanguine entre deux segments sclérosés et fis une ponction avec une grosse aiguille. Je n'eus qu'un peu de liquide hématique, mais après avoir retiré l'aiguille par le petit orifice produit, je fis sortir par morceaux un caillot mou que je fus obligé d'écraser sous le doigt pour le fragmenter fortement et permettre son passage. Je recueillis une bonne cuiller à café de sang.

Les suites de l'intervention furent d'ailleurs excellentes et j'ai actuellement un bon barrage qui j'espère, tiendra aussi longtemps que le premier ; mais j'hésiterais à scléroser la partie supérieure de ma saphène.

Dr G.

CORRESPONDANCE

Médecine administrative.

4251. — L'assermentation.

Un malade d'une administration me fit demander ce matin. Il avait un abcès du pied que je lui ouvris. Il me demanda un certificat d'incapacité de travail. Je le lui délivrai. Mais sa femme me le rapportait bientôt me disant que l'Administration disait qu'il était nul, puisque je n'étais pas assermenté. Pour cette femme, il me manquait quelque chose d'essentiel, comme un sacrement. Et cette bonne administration avait eu l'amabilité d'indiquer à l'intéressée le confrère assermenté qui pourrait valoriser mon certificat en le transcrivant. Je l'ai donc envoyée à ce confrère avec un mot.

Voilà encore du libre choix ou je ne m'y connais pas. Quel est donc ce sacrement de l'assermentation et quel catéchisme faut-il apprendre pour le recevoir? Quand on l'est, le reste-t-on ou le perd-on avec le temps et d'une administration à l'autre. Je me souviens d'avoir été assermenté au début de ma carrière en 1906, alors que j'étais médecin d'une brigade de douane. Le suis-je encore ? Si tous les médecins pouvaient être assermentés, ils auraient intérêt à le faire pour éviter l'inconvénient cité ci-dessus. Tous assermentés, ce serait épatant !

Si tous ne peuvent l'être, je pense bien que nos gouvernants, si bien disposés pour nos confrères de la météquie, les feront tous assermenter. Ce sera une façon d'avoir des surmédecins pour tenir tête aux autres dans l'Administration des Assurances sociales. Et par ce temps d'internationalisme à outrance, ce sera faire plaisir aux électeurs intelligents pour qui rien ne vaut qu'hors de France.

Allons, Messieurs les Ministres, après l'assimilation des diplômés, à quand l'assermentation administrative de ces Messieurs ?

Dr Bottemer (Dijon).

Réponse.

La question des médecins assermentés est fort ancienne ; malheureusement, les Syndicats médicaux n'ont jusqu'à présent tenté aucune action pour les faire supprimer.

La légalité de ces fonctions est douteuse : en tous cas, l'origine des médecins assermentés est très obscure.

Le décret du 9 novembre 1853, portant règlement d'administration publique, rendu en vertu de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, prévoit la nomination de médecins spéciaux, par le paragraphe 3 de l'article 30 :

« Si l'incapacité de servir est le résultat de l'invalidité physique du fonctionnaire, l'acte prononçant son admission à la retraite doit être appuyé, indépendamment des justifications ci-dessus spécifiées, d'un certificat des médecins, qui lui ont donné leurs soins et d'une attestation d'un médecin, désigné par l'administration et assermenté, qui déclare que le fonctionnaire est hors d'état de continuer l'exercice de son emploi. »

C'est par l'extension de ce texte, en l'appliquant à toutes les administrations, qu'on est arrivé à créer cette fonction hybride de médecin assermenté.

Faisons de suite le gros reproche à beaucoup de confrères de solliciter ces fonctions, pour accaparer, à leur seul profit, la clientèle de beaucoup de fonctionnaires.

Ces médecins ne se doutent pas qu'ils peuvent encourir la correctionnelle.

Médecins assermentés, ils doivent dire à l'administration, dont ils sont les représentants et les fonctionnaires, toute la vérité, en ce qui concerne les malades pour lesquels ils établissent des certificats.

Mais comme en général, ils cumulent ces fonctions de médecin assermenté avec celles de médecin traitant, ils sont liés, par ce dernier chef même, par le secret professionnel.

L'article 378 du code pénal les oblige à se taire, alors que les fonctions qu'ils ont sollicitées, ou qu'on leur a octroyées, leur donnent l'obligation de révéler à l'administration, dont ils sont les représentants, la vérité entière sur les malades

qui se sont confiés à eux et sollicitent un certificat.

Cette confusion des fonctions peut, un jour ou l'autre, provoquer une plainte de la part d'un malade et le médecin sera condamné, pour avoir violé l'article 378 du code pénal.

Juridiquement, le médecin assermenté, qui délivre un certificat, ne peut, ni ne doit être, en même temps, médecin traitant du même client.

D'ailleurs, le texte réglementaire ci-dessus prévoit qu'à côté de la certification des médecins traitants, l'administration fera contrôler le candidat à la retraite par un médecin assermenté, étant sous-entendu que ce dernier sera pris en dehors des médecins traitants.

Au reste, nous relevons le conseil suivant, dans un arrêt du Conseil d'Etat, du 4 novembre 1869 (Larré) :

« Il n'est pas bon que ce médecin assermenté soit un médecin désigné d'avance et ayant prêté serment une fois pour toutes et qui pourrait être le médecin traitant du fonctionnaire. »

Le Conseil d'Etat fait bien la distinction entre le médecin assermenté, devant déclarer, à l'administration, tout ce qu'il a découvert, dans l'état du fonctionnaire, avec le médecin traitant, qui est lié par l'article 378 à observer le silence *erga omnes*.

Dans un autre arrêt du Conseil d'Etat, du 4 janvier 1881 (Romeuf, Delamain, etc.) nous relevons ceci :

« Si, pour la constatation de l'origine et de la gravité des infirmités, l'article 36 du décret du 9 novembre 1853 exige deux certificats, rédigés l'un par le médecin, qui donne ses soins au fonctionnaire et l'autre par un médecin désigné par l'administration et assermenté... »

Ainsi, le médecin assermenté ne peut être le médecin traitant, puisqu'il est désigné pour représenter les intérêts de l'administration, alors que le praticien, qui donne ses soins, représente les intérêts de son clients.

De tout ceci, il faut conclure :

1° La situation juridique du médecin assermenté ne repose sur aucune base législative ou réglementaire bien précise. Les Syndicats médicaux n'auraient donc pas grand'peine à faire supprimer pareilles nominations.

2° Les fonctions cumulées de médecin assermenté et de médecin traitant peuvent conduire le praticien sur les bancs du tribunal correctionnel, pour violation du secret professionnel.

Il est donc prudent que, faisant taire son intérêt mal compris et obéissant plutôt à la plus élémentaire prudence, le médecin assermenté refuse de certifier en cette qualité pour tous les malades auxquels il donne ses soins.

3° Le médecin assermenté n'a pas un pouvoir professionnel supérieur au médecin traitant. Il est simplement désigné par l'administration pour renseigner celle-ci et non pas pour être un

sur-médecin, plus capable et plus intègre que ses confrères non assermentés.

Il appartient donc aux Syndicats médicaux de prier leurs adhérents de se démettre de leurs fonctions de médecins assermentés pour rétablir l'égalité, puisqu'une certaine suspicion est ainsi jetée sur leurs confrères non assermentés.

D'ailleurs, le Syndicat est le gardien de l'honorabilté du médecin : il ne saurait donc tolerer que certains docteurs soient *a priori* suspects de partialité, sous le prétexte qu'ils ne sont pas assermentés.

Le certificat, délivré par un médecin, doit être tenu pour valable : ce serait porter atteinte à la considération du corps médical tout entier que de forcer un client à faire contresigner un certificat par un médecin assermenté.

Si, mis en présence d'une attestation délivrée par le médecin traitant, l'administration veut avoir des renseignements complémentaires, elle priera le fonctionnaire d'avoir à subir une contre-visite par un médecin qu'elle désignera et qui, en aucun cas, ne pourra être un praticien ayant donné des soins audit client.

Dans le cas qui nous est soumis, le Syndicat médical pourrait porter plainte au ministre compétent, pour lui signaler la déformation qui a été donnée au texte primitif du décret de 1853.

Le Syndicat demandera que, par voie de circulaire, le ministre fasse savoir à son administration que le certificat, délivré par le médecin traitant, doit être considéré comme véridique, jusqu'à preuve du contraire. D'ailleurs, les certificats de complaisance peuvent être déférés aux tribunaux.

Dans cette circulaire, le ministre recommandera que, dans les cas où les chefs hiérarchiques du fonctionnaire voudraient avoir un second avis médical, ils pourraient s'adresser à un praticien autre que le médecin traitant.

Quant aux médecins assermentés, ils doivent être supprimés, comme ne répondant nullement aux besoins actuels. L'assermentation ne prouve rien, en matière de véracité des déclarations et constatations, faites par l'homme de l'art.

Mais cette distinction faite entre les praticiens d'une même ville crée, au profit d'un petit nombre, une situation privilégiée, basée non sur le mérite, mais sur les relations, les recommandations, les opinions politiques, ou autres, toutes inégalités que le Syndicat doit faire disparaître.

Le ministre viendrait-il à faire une réponse négative que le Syndicat pourrait se pourvoir en Conseil d'Etat. Mais, auparavant, nous donnerions le conseil de faire étudier les voies et moyens par le service juridique du « Sou médical. »

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Fallières.

4245. — Radios envoyées à l'assurance et non reconnues par celle-ci comme n'ayant été reçues.

Je viens vous demander votre avis pour un cas particulier et en même temps je viens vous prier de prendre une fois de plus la défense des radiologistes auprès des compagnies d'assurances.

Voici le cas particulier :

Le 24 mai dernier, sur la demande d'un médecin traitant et après autorisation du médecin contrôleur, je fais une radiographie à un accidenté du travail et j'adresse l'épreuve réglementaire à la Compagnie d'assurances en lui envoyant, *dans la même enveloppe* la note de mes honoraires.

Aujourd'hui, 22 novembre, c'est-à-dire 6 mois après, la Compagnie me renvoie ma note d'honoraires en me disant d'envoyer les épreuves que je suis certain d'avoir envoyées il y a 6 mois et il eût été aussi absurde de ma part d'envoyer une note d'honoraires sans les épreuves correspondantes que de la part de l'assurance de ne pas réclamer les épreuves plus tôt, si elles ne s'étaient pas trouvées dans la même enveloppe que la note d'honoraires. J'ai répondu aussitôt que j'étais prêt à fournir de nouvelles épreuves, mais au tarif légal des épreuves supplémentaires, et j'attends la réponse (viendra-t-elle jamais ? bien que cette fois j'aie fait recommander ma lettre). Si elle ne vient pas ou si la Compagnie refuse de me payer ces épreuves supplémentaires, j'ai l'intention, si tel est votre avis, de porter les faits de la cause devant le « Sou Médical ».

Au point de vue général, ce fait particulier, en même temps que bien d'autres, m'incite à m'adresser à vous comme au défenseur naturel des médecins auprès des Compagnies d'assurances.

En juillet dernier, vous avez fait fixer les formalités qu'un médecin traitant est obligé de remplir pour que le radiologiste auquel il s'adresse puisse avoir des chances d'être réglé pour une radiographie du travail. Mais je vous demande, mon cher président, de m'indiquer la manière de faire pour que le radiologiste soit certain que les formalités légales ont été bien remplies par le médecin traitant.

Puisque l'on exige des médecins des lettres recommandées, ne serait-il pas juste d'exiger des Compagnies d'assurances un accusé de réception des documents radiologiques que lui adresse le radiologiste ?

Comment un médecin radiologiste peut-il prouver à moins d'un cas tout à fait spécial, comme dans mon cas particulier, où l'Assurance a eu l'imprudence de me renvoyer ma note d'honoraires annotée par elle, au bout de 6 mois ou d'un an, qu'il a bien envoyé à la Compagnie les radiographies. Cela m'est arrivé une fois et la Compagnie d'assurances a prétendu n'avoir reçu ni ma note ni les épreuves et... je n'ai pas été payé.

Une autre fois, 8 mois après l'accident et après 4 réclamations successives de ma part, l'assurance

m'a prévenu qu'il avait été prouvé que l'accident était arrivé en dehors du travail et qu'elle ne paierait pas. L'ouvrier avait disparu évidemment et si j'avais été prévenu plus tôt je serais peut-être arrivé à me faire régler, comme le médecin traitant avait pu le faire, car il avait su par le médecin contrôleur que l'Assurance ne reconnaissait plus l'accident.

Il y a un mois, à une troisième réclamation de ma part, pour un accident datant de plus de 6 mois, l'assurance m'a dit qu'elle ne me règlerait pas, parce que le médecin avait dans un cas d'urgence envoyé une lettre ordinaire au lieu d'une lettre recommandée.

Et voilà comment, quand on veut faire honnêtement et consciencieusement son travail, on est payé de ses peines.

Puisque vous faites partie de la Commission spéciale des accidents du travail, ne serait-il pas possible de faire insérer dans la loi que les Compagnies d'assurances seraient obligées d'accuser réception immédiatement des documents radiologiques.

Cet accusé de réception qui prouverait tout au moins que les documents sont arrivés à bon port, pourrait être fait avec réserves ou sans réserves. Dans ce dernier cas le radiologiste pourrait immédiatement se retourner contre l'ouvrier.

Si après un accusé de réception sans réserves, un fait nouveau prouvait que l'accident ne tombe pas sous le coup de la loi des accidents du travail, il serait obligatoire pour la compagnie, dès qu'elle aurait connaissance de ce fait nouveau, d'en faire part au médecin radiologiste.

Je crois que ma demande est juste et qu'il ne peut guère y être fait d'objection.

Je vous serais très reconnaissant, malgré sa longueur, de publier ma lettre dans le *Concours médical* en même temps que la réponse que vous y ferez, car je crois qu'elle intéresse tous les médecins radiologistes.

Dr G.

Réponse.

1° Vous n'avez pu envoyer une note (et vous l'avez bien fait, puisqu'on pous la retourne) sans envoyer la radio. Il me semble que cela est élémentaire et si votre note est *datée*, il est peu soutenable que la Compagnie s'aperçoive *six mois après* qu'elle a reçu une note de radio sans cette radio même. Il y aurait là un procès à plaider, ce me semble, avec chance de succès.

(Voir aussi le § 3 ci-dessous.)

2° Il appartient, *en pratique*, au radiologue, le principal intéressé en la matière, de prévenir *lui-même* la Compagnie d'assurances, s'il doute que le médecin traitant l'ait fait.

3° C'est *au patron et à l'ouvrier* que vous devez remettre toute radio. Il en reste donc toujours une entre les mains de l'ouvrier (ou de son médecin traitant). Voir article 26-VII § 5. Vous pouviez donc toujours fournir la preuve que la radio fut faite rien que par le deuxième exemplaire, sans cette histoire d'accusé de réception, qui ne passerait pas au Parlement.

Dr Fernand DECOURT.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

TABLE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1928)

Les travaux originaux sont indiqués en italiques.

C'est pour répondre au désir qui nous en a été maintes fois exprimé que nous avons décidé de publier, chaque année, un numéro supplémentaire qui sera consacré entièrement à la table annuelle des matières.

Nous avons pensé être utiles à la documentation de nos abonnés et lecteurs, en y ajoutant le *Memento des grandes Manifestations médico-professionnelles de l'année* ; la liste des grands *groupements médico-scientifiques et médico-professionnels* et le Bureau du *Sou Médical* et de la *Mutualité familiale*.

CINQUANTENAIRE
DU
« CONCOURS MÉDICAL »
(16 et 17 Novembre 1929)

Le Concours médical, Société d'études médico-professionnelles, journal médical, initiateur du syndicalisme médical, créateur de la « Mutualité familiale du Corps médical français » et du « Sou Médical », qu'il patronne toujours, célèbrera son Cinquantenaire les 16 et 17 novembre 1929.

Les manifestations projetées à cette occasion doivent comporter, le 16, une séance solennelle, et une soirée de gala ; le 17, les Assemblées générales annuelles du Concours médical et de ses œuvres, une excursion dans un château historique des environs de Paris, un grand banquet et un bal.

Elles sont placées sous le haut patronage d'un Comité d'honneur ainsi composé :

Président
M. le Dr Oberkirch,
Sous-secrétaire d'Etat au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale.

Vice-présidents
M. le Dr Paul Le Gendre
Membre de l'Académie de médecine.
M. Léon Mirman
Conseiller à la Cour des Comptes.

Membres :

Professeur Ardin Delteil, Doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

Professeur Balthazard, Membre de l'Académie de médecine, président de la Confédération des Syndicats médicaux, Paris.

Professeur Bardier, Faculté de médecine de Toulouse.

Docteur Bellencontre, Président de l'Association générale des médecins de France, Paris.

Professeur Euzière, Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Docteur Jeanneney, Professeur agrégé, Faculté de médecine de Bordeaux.

Professeur Loeper, Faculté de médecine de Paris, Président de l'Association de la Presse médicale française.

Docteur Mayer, professeur agrégé, Association de la Presse médicale belge, Bruxelles.

Professeur Patel, Faculté de médecine de Lyon.

Professeur Roger, Doyen de la Faculté de mé-

decine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Professeur ROHMER, Faculté de médecine de Strasbourg.

Professeur SABRAZÈS, Faculté de médecine de Bordeaux, Président de l'Association professionnelle des Journalistes médicaux.

Professeur SPILLMANN, Doyen de la Faculté de Nancy.

Professeur VANVERTS, Faculté de médecine de Lille.

M. Ferdinand BOUTY, Spécialités pharmaceutiques, Paris.

M. Paul CÉZILLY, avocat, Quimper.

M. COUBAND, Cie de Vichy, Paris.

M. Paul DAIX, Imprimeur, Clermont-de-l'Oise.
In Memoriam.

M. H. Jacques PARÈS, Vals-les-Bains.

BUREAU :

Le Conseil de Direction du *Concours médical.*

Commissaire général : Dr G. DUCHESNE, Rédacteur en chef adjoint.

MEMENTO DES PRINCIPALES MANIFESTATIONS MÉDICALES EN 1928

3-8 avril. — Deuxièmes journées médicales et vétérinaires, Casablanca. Le *Concours médical* y était représenté par M. le Dr Schmitt.

21-25 avril. — Journées médicales de Bruxelles. Le *Concours médical* y était représenté par M. le Dr Duchesne. Ces Journées ont comporté la visite des fameuses Floralies, exposition florale quinquennale, à Gand. Elles se placent sous le signe de la *Fleur merveilleuse.*

6 mai. — Première journée médicale de Nancy.

9-10 mai. — Etats généraux du thermalisme et du climatisme. Paris. Le *Concours médical* y était représenté par le Dr G. Duchesne. Manifestation grandiose, qui permit au Thermalisme et au Climatisme de rédiger leurs Cahiers de revendications, de les remettre aux Pouvoirs publics, et d'obtenir de ceux-ci des promesses de concours et de subvention budgétaire.

21 mai. — Assemblée générale et banquet annuel de l'Association générale des médecins français, celui-ci présidé par M. le prof. Baltha-

zard, président de la Commission intersyndicale. Le *Concours médical* y était représenté par MM. Boudin, Duchesne, Noir et Vimont.

22 juin. — Première assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins de la Seine.

24 juin. — Assemblée générale de la Maison du médecin. Le *Concours médical* y était représenté par M. le Dr Noir.

4 juin. — V.E.M. de la Faculté de médecine de Montpellier à Vals et dans le Vivarais.

3-4 juillet. — IXe Réunion neurologique internationale annuelle.

8 juillet. — Congrès des Syndicats médicaux. C'est au cours de ce Congrès que la fusion de la Fédération et de l'Union a été décidée et que des Statuts ont été approuvés, pour être soumis ensuite aux Syndicats, délibérant dans leur pleine autonomie.

8-10 juillet. — Congrès international de protection de l'enfance.

23-27 juillet. — Congrès international de Radiologie. Stockholm.

23-28 juillet. — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française. Anvers.

24-28 septembre. — XXIe V.E.M. (Centre, Auvergne, Vichy.)

9-11 octobre — XIIIe Congrès de médecine légale de langue française.

9 octobre. — IXe Congrès des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices civils.

8-13 octobre. — XXXVIIe Congrès de l'Association française de chirurgie, présidé par le professeur Gosset. Discours d'ouverture, sur la nécessité d'organiser des Centres médico-chirurgicaux, par l'utilisation du travail en commun.

12 octobre. — Xe Congrès d'orthopédie.

16-18 octobre. — XVe Congrès annuel d'hygiène.

17-20 octobre. — Congrès d'oto-rhino-laryngologie.

24-28 octobre. — VIe Conférence internationale contre la tuberculose.

4-8 novembre. — Journées médicales de Bordeaux. Le *Concours médical* y était représenté

par M. le Dr Duchesne. Elles se sont signalées par de remarquables conférences, d'ordre essentiellement pratique, données par les professeurs, professeurs agrégés et médecins des hôpitaux de Bordeaux.

18 novembre. — Journée du *Concours médical*. Assemblées générales de la Mutualité familiale du Corps médical français, du « Sou Médical, », de la Société d'études du *Concours médical*. Dîner présidé par M. le Dr Gassot. Bal très réussi.

25 novembre. — Deuxième assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins de la Seine.

5-8 décembre. — Assemblées générales de liquidation de la Fédération nationale des Syndicats et de l'Union des Syndicats. Assemblée générale constitutive de la Confédération générale des Syndicats médicaux de France, réalisant définitivement l'union du corps médical organisé. Nomination du Conseil d'administration de la Confédération. Président : M. le prof. Balthazard. Secrétaire général : Dr Cibrie.

15-22 décembre. — Congrès du Caire.

LES SOCIÉTÉS MÉDICO-PROFESSIONNELLES

Académie de médecine, 16, rue Bonaparte. — Le mardi, à 15 h.

Académie des Sciences, à l'Institut de France, quai Conti. — Le lundi, à 15 h. 1/2.

Association française pour l'étude du cancer, laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Le troisième lundi du mois, à 17 h.

Ligue contre le trachome, Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot. — Le 20 de chaque mois, à 17 h.

Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, Faculté de médecine, laboratoire de bactériologie. — Le deuxième samedi du mois à 17 h.

Société anatomique de Paris, Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Le premier jeudi du mois, à 17 h.

Société de biologie, Ecole pratique de la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Le samedi, à 16 h. 1/2.

Société de chimie biologique, Collège de France. — Les premier et troisième mardis de chaque mois, à 20 h. 3/4.

Société de chirurgie de Paris, 12, rue de Seine. — Le mercredi à 15 h. 1/2.

Société des chirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes. — Le premier et le troisième vendredis du mois, à 17 h.

Société clinique de médecine mentale, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, le troisième lundi du mois, à 15 h.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie hôpital Saint-Louis (salle des conférences du Musée). — Le deuxième jeudi du mois, à 9 h. 1/2.

Société française d'électrothérapie et de radiologie médicales, 12, rue de Seine. — Le quatrième mardi du mois, à 21 h.

Société française d'histoire de la médecine, Faculté de médecine, le premier samedi du mois, à 17 h.

Société française d'hygiène, Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton. — Le deuxième vendredi du mois.

Société française de physiothérapie, 15, rue Chateaubriand. — Le premier vendredi du mois, à 20 h. 1/2, sauf en juillet, août et septembre.

Société française d'urologie, hôpital Necker, amphithéâtre de la Clinique de la Faculté. — Le troisième lundi du mois, à 17 h.

Société de gastro-entérologie de Paris, 12, rue de Seine. — Le deuxième lundi du mois, à 17 h. 1/2.

Société d'hydrologie médicale de Paris, 12, rue de Seine. — Les premier et troisième lundis du mois à 16 h. 1/2, de novembre à avril inclus.

Société d'hygiène de l'enfance, mairie du IVe arrondissement. — Le deuxième lundi du mois, à 20 h. 1/2.

Société de laryngologie, d'otologie, Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton. — Le deuxième vendredi du mois, à 20 h. 1/2.

Société de laryngologie des hôpitaux de Paris. — Le deuxième mercredi du mois à 10 h., alternativement et successivement dans les hôpitaux suivants : Tenon, Lariboisière, Laënnec, Saint-Louis, Saint-Antoine et Trousseau.

Société de médecine et d'hygiène tropicales, Faculté de Médecine, salle des Thèses. — Le quatrième jeudi du mois, à 17 h.

Société de Médecine légale, Palais de Justice, salle d'audience de la 4e Chambre de la Cour d'appel. — Le deuxième lundi du mois, à 16 h. 1/2.

Société de médecine militaire française, Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques. — Les premier et troisième jeudis du mois.

Société de médecine de Paris, 51, rue de Clichy. — Les deuxième vendredi et quatrième samedis du mois à 16 h. 1/2.

Société de médecine publique et de génie sanitaire, à l'Institut Pasteur, rue Dutot. — Le quatrième mercredi du mois, à 17 h.

Société des médecins inspecteurs de la Ville de Paris et de la Seine, Bibliothèque du Musée pédagogique, 47, rue Montmartre. — Le quatrième vendredi en février, avril, juin, octobre et décembre, à 20 h. 1/2.

Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine. — Les vendredis, 16 à 16 h. 1/2.

Société médicale des Praticiens, Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. — Le troisième vendredi du mois, à 21 h.

Société médico-psychologique, 12, rue de Seine. — Le dernier lundi du mois, à 16 h.

Société de neurologie, 12, rue de Seine. — Le premie jeudi du mois, à 9 h.

Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, à la Maternité, 121, boulevard de Port-Royal. — Le deuxième lundi du mois, à 17 h.

Société d'ophtalmologie de Paris. Faculté de médecine, amphithéâtre de physique. — Le troisième samedi du mois, à 9 h.

Société d'oto-neuro-oculistique de Paris, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre de la clinique ophtalmologique. — Le premier vendredi du mois, à 17 h. 1/2.

Société de pathologie comparée, Hôtel des Sociétés Savantes, 8, rue Danton. — Le deuxième mardi du mois à 16 h. 3/4 ; reprise le 9 octobre.

Société de pathologie exotique, à l'Institut Pasteur, rue Dutot. — Le deuxième mercredi du mois.

Société de Pédiatrie, à l'hôpital des Enfants-Malades. — Le troisième mardi du mois, à 16 h. 1/2.

Société de Psychiatrie, Asile Sainte-Anne, amphithéâtre de la Clinique, 1, ru e Cabanis. — Le troisième jeudi du mois, à 9 h. 1/2.

Société de radiologie médicale de France, 12, rue de Seine. — Le deuxième mardi du mois, à 21 h.

Société de stomatologie, 20-22, passage Dauphine. — Le troisième mardi du mois, à 21 h.

Société de thérapeutique, Faculté de médecine, salle Pasteur. — Le deuxième mercredi du mois, à 16 h. 1/2.

Sou médical, 37, rue de Bellefond. — Le mardi à 15 h., deux fois par mois.

Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène, Paris.

Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente,

Confédération des Syndicats médicaux de France, 25, rue Louis-le-Grand.

Société d'études du « Concours Médical », 37, rue de Bellefond.

Mutualité familiale du Corps médical français, 37, rue de Bellefond.

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Société de Secours Mutuels libre, régie par la loi du 1er avril 1898. — Fondée en 1894.

Siège social : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e)
Compte de Chèques Postaux, Paris 182-82.

OBJET

Indemnités en cas de maladies ou d'accidents. Retraites. — Pensions aux Veuves et Orphelins.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : M. le Dr A. MAURAT, de Chantilly (Oise).

Vice-présidents : M. le Dr M. VIMONT, de Paris; M. le Dr NOIR, de Paris ; Mlle le Dr HAMILTON, de Bordeaux.

Secrétaire général : M. le Dr H. Mignon, du Vésinet (Seine-et-Oise).

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Pamart, de Paris.

Trésorier : M. le Dr A. Gassot, de Chevilly (Loiret).

Trésorier-adjoint : M. le Dr L. Gassot, de Chevilly (Loiret).

Secrétaire des séances : M. le Dr P. Boudin, de Paris.

Membres : M. le Dr Henne, de Paris ; M. le Dr Levassort, de Paris ; M. le Dr Huguenin, de Paris ; M. le Dr Duchesne, de Paris ; M. le Dr de la Rochefordiere, de Paris ; M. le Dr Mazeroux, de Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise).

SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Dr A. Maurat, Membre du Conseil de direction du *Concours Médical*.

Vice-présidents : Dr A. Vimont, Archiviste de l'Association générale des Médecins de France membre du Conseil de direction du *Concours Médical* ; Dr Decourt, ✻, Ancien président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Secrétaire général : Dr P. Boudin, Docteur en droit, Membre du Conseil de direction du *Concours Médical*.

Secrétaire général adjoint : Dr Duchesne, ✻, membre du Conseil de direction du *Concours Médical*.

Trésorier : Dr A. Gassot, Directeur du *Concours Médical*.

Trésorier adjoint : Dr Louis Gassot.

Syndics : Dr Noir, Rédacteur en chef du *Concours Médical* ; Dr Bellencontre, O. ✻, Président de l'Association générale des médecins de France ; Dr Levassort, ✻, Ancien secrétaire général de l'Association générale des médecins de France ; Dr Chapon, ✻, Vice-président de l'Association générale des médecins de France ; Dr Fischer, O. ✻, membre du Conseil de direction du *Concours médical* ; Dr Molinéry, ✻, Ancien secrétaire général du Syndicat médical des stations balnéaires et climatiques ; Dr Pamart, ✻, membre du Conseil du Syndicat des médecins de la Seine.

Conseils judiciaires : Me Auger, Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation ; Me Priou, Avocat à la Cour d'Appel de Paris.

Contentieux : M. Dumesny, licencié en droit, chef du contentieux ; M. Meillet, licencié en droit, secrétaire du contentieux.

Chèques postaux : *Paris* 182.31.

Cotisation annuelle : 60 francs.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1928

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I
Partie Scientifique

N. B. — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques*.

A

B

C

D

E

F

G

administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient

par le **THIOCOL "ROCHE"**

uniquement sous forme de

SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"

échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges. PARIS

PANTOPON
"ROCHE"
Opium total injectable

Ampoules — Comprimés — Sirop

Littérature :
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

R. C. Seine N° 127.000.

H

O

P

T

U

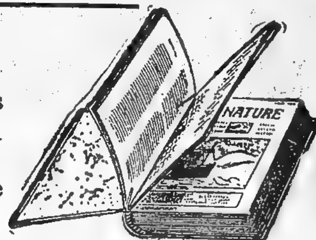
V

X

Z

Vous pourrez relier vous-même

vos numéros du *Concours Médical*, au fur et à mesure qu'ils paraîtront, grâce à ce nouveau relieur automatique ⟶



Ce relieur a été établi spécialement pour contenir un trimestre *du* Concours Médical.

Pour les lecteurs qui désirent relier l'année entière nous possédons des séries de 4 relieurs numérotés de 1 à 4.

Prix du relieur (avec ses agraphes)........... **10 fr. franco.**

S'adresser au CONCOURS MÉDICAL, 37, Rue de Bellefond, PARIS-9e. Chèques post. Paris 167.95

II

Partie Professionnelle

A

I

J

L

M

O

P

R

S

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

A

B

C

D

F

G

H

J

N

O

P

Q

R

S

T

V

IV

Jurisprudence Médicale

V
Bibliographie

A

B

C

J

K

L

M

O

P

R

S

U

V

W

Z

Le Directeur-Gérant : Dr A. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.